١٤١٦
٣٧٦
٧٩٣
١

معهد الدراسات العليا للطفولة
قسم الدراسات النفسية والاجتماعية

المعوقات التي تواجه التلاميذ المستفيدين من خدمات التأمين الصحى ودور الخدمة الاجتماعية فى مواجهتها.

(دراسة مطبقة على عيادات التأمين الصحى بمدينة سوهاج لتلاميذ المرحلة الإعدادية)

إعداد

الطالبة/ هيام أحمد إبراهيم أحمد

لنيل درجة الماجستير فى دراسات الطفولة

قسم الدراسات النفسية و الاجتماعية

إشراف

أ.د/ عبد الرءوف أحمد الضبع

أستاذ ورئيس قسم الاجتماع

ووكيل كلية الآداب بسوهاج

للدراسات العليا والبحوث

٢٠٠٧م

مكتبة معهد الدراسات العليا للطفولة

بسم الله الرحمن الرحيم

"وقل اعملوا فسيرى الله عملكم ورسوله والمؤمنون"

"صدق الله العظيم "

(سوره التوبة ، ايه ١٠٤)

قسم الدراسات النفسية والاجتماعية

صفحة العنوان: المعوقات التي تواجه التلاميذ المستفيدين من خدمات التأمين الصحي ودور الخدمة الاجتماعية في مواجهتها – (دراسة مطبقة على عيادات التأمين الصحي بمدينة سوهاج لتلاميذ المرحلة الإعدادية)

اسم الطالب: هيام أحمد إبراهيم أحمد

الدرجة العلمية: الماجستير في دراسات الطفولة

القسم التابع لها: قسم الدراسات النفسية والاجتماعية

اسم الكلية: معهد الدراسات العليا للطفولة

الجامعة: عين شمس

سنة التخرج: ٢٠٠٧

سنة المنح: ٢٠٠٧

اسم الطالب: هيام أحمد إبراهيم أحمد

صفحة العنوان: المعوقات التي تواجه التلاميذ المستفيدين من خدمات التأمين الصحي ودور الخدمة الاجتماعية في مواجهتها – (دراسة مطبقة على عيادات التأمين الصحي بمدينة سوهاج لتلاميذ المرحلة الإعدادية)

اسم الدرجة: الماجستير في دراسات الطفولة

لجنة الإشراف:

١. **الاسم:** أ.د./ عبد الرؤوف أحمد الضبع

الوظيفة: أستاذ ورئيس قسم الاجتماع ووكيل كلية الآداب بسوهاج للدراسات العليا للبحوث

تاريخ البحث: ٢٠٢٢/٤/٥

الدراسات العليا:

ختم الأجازة

/ / ٢

أجيزت الرسالة بتاريخ

٢٠٢٢/٨/٢٦

موافقة مجلس المعهد

٢٠٢٢-٧/٩/٢٦

موافقة مجلس الجامعة

/ / ٢

مستخلص الدراسة

أهداف الدراسة:

تسعي الدراسة إلى تحقيق الأهداف التالية :-

١- التعرف على مدى فاعلية الخدمات الصحية الوقائية المقدمة لتلاميذ المدارس.

٢- التعرف على مدى فاعلية الخدمات الصحية العلاجية المقدمة لتلاميذ المدارس.

٣- التعرف على مدى فاعلية الخدمات الصحية التأهيليه المقدمة لتلاميذ المدارس.

٤- التعرف على المعوقات التى تواجه تلاميذ المدارس المستفيدين من خدمات التامين الصحى

الإجراءات المنهجية للدراسة:

١- المنهج المستخدم:

المنهج المستخدم هو منهج المسح الاجتماعي بنوعيه (الحصر الشامل – العينة) باعتبارهم هم انسب المناهج الوصفية تمشيا مع نوع الدراسة.

٢- عينة الدراسة:

تتكون عينة الدراسة من عينتين كما يلى :

١- عينة من الطلاب المستفيدين المترددين على عيادات التامين الصحى لتلقى خدمات التامين بالعاشر من رمضان والتخصصية وقوامها (١٠٠) طالب .

٢- جميع الأخصائيين الاجتماعيين فى داخل عيادات التامين الصحى بالعاشر من رمضان والتخصصية وقد بلغ عددهما (١٠) أخصائيين اجتماعيين .

٣- أدوات الدراسة:

وقد اعتمدت الباحثة فى هذه الدراسة على الأدوات التالية:

١- استبيان مفتوح للتعرف على دور الأخصائيين الاجتماعيين العاملين فى عيادات التامين الصحى (من إعداد الباحثة)

٢- استبيان للتعرف على المعوقات التى تواجه التلاميذ المستفيدين من خدمات التامين الصحى بمدينة سوهاج فى التعامل مع المشكلات التى تواجه الطلاب .(من إعداد الباحثة) .

نتائج الدراسة:

أولا : مشكلات راجعة للطلاب :

١- أوضحت نتائج الدراسة أن هناك صعوبة فى عرض الكارنية على الممارس العام وقد يرجع ذلك لعدم التزام الطلاب بمكان الكشف.

٢- أوضحت نتائج الدراسة كثرة تمارض بعض الطلاب للحصول على الأدوية واستبدالها بأشياء أخرى .

٣- أوضحت نتائج الدراسة أن معظم المترددين على العيادات يستغرقون وقتا طويلا قبل العرض على الممارس وقد يرجع ذلك إلى عدم حضورهم فى مواعيدهم.

٤- أظهرت نتائج الدراسة أن معظم الطلاب لا يعودوا إلى الطبيب فى حالة عدم وجود الأدوية فى صيدلية العيادة .

ثانيا: مشكلات راجعة للمؤسسة:

٥- أوضحت نتائج الدراسة عدم توقيع الكشف الطبى على الطلاب من جانب الممارس وبعض الأطباء والأخصائيين والاكتفاء بسماع الشكوى.

٦- أوضحت نتائج الدراسة أن الممارس العام لا يستغرق وقتا كافيا أثناء الكشف على الطلاب.

٧- أوضحت نتائج الدراسة عدم اهتمام بعض الأطباء بالطلاب أثناء توقيع الكشف الطبى وقد يرجع ذلك إلى كثرة المعروض على الطبيب.

٨- أوضحت نتائج الدراسة عدم انتظام حضور الطبيب الأخصائى فى مواعيده المحددة والاعتذار من عدم الحضور فى اغلب الأحيان.

٩- أوضحت نتائج الدراسة إيجاد صعوبة فى تحويل الطلاب من الممارس إلى الأخصائى.

١٠- أوضحت نتائج الدراسة عد وجود بعض التخصصات مما يؤدى إلى تحويلهم إلى مكان أخر.

١١- أوضحت نتائج الدراسة عدم وجود صيدليات كافية لصرف الأدوية.

١٢- أوضحت نتائج الدراسة ضيق المكان الذى يتم فيه الكشف الطبى.

الكلمات المتاحية

المعوقات	Applied
التأمين الصحي	Insurance Clinics

قسم الدراسات النفسية والاجتماعية

شكـــــــــر

أشكر السادة الأساتذة الذين قاموا بالإشراف وهم:

١. أ.د./ عبد الرءوف أحمد الضبع

٢. أ.د./ إلهامي عبد العزيز أمام

٣. أ..د/ علي محمد المكاوي

ثم الأشخاص الذين تعاونوا معي في البحث وهم:

١. **أ.د/ فوزي العمدة** -عميد معهد الخدمة الاجتماعية سوهاج

٢. الأساتذة العاملين داخل معهد الخدمة الاجتماعية سوهاج

٣.

وكذلك الهيئات الآتية:

١. الهيئة العامة للتأمين الصحي بسوهاج وخاصة المركز (العاشر من رمضان) والمراكز التخصصية داخل المدينة.

٢. المدارس الإعدادية التابعة للإدارة التعليمية بمدينة سوهاج وخاصة الإدارات الصحية داخل المدارس

شكـــر وتقديـــر

الحمد لله الذي كان بعباده بصيرا ، يارب لك الحمد ليس دونك يحمد ، ولعـل مـن واجبات هذا الحمد هوا عطاء كل ذي حق حقه ، وان كان للبحث ثمار فقد أينعت علي أيدي أساتذتي المشرفين وهم الأستاذ الدكتور/ عبد الرءوف أحمد الضبع أستاذ ورئـيس قسـم الاجتماع ووكيل كلية الآداب بسوهاج فقد وسع صدره لكل تساؤلاتي وأمـدني بـالمراجع والمصادر التي ساعدتني في إتمام هذا البحث بهذه الصورة ، وكذلك أستاذي الدكتور فوزي العمده عميد معهد الخدمة الاجتماعية بسوهاج الذي كان دائم النصح والإرشـاد ، فكـانوا سيادتهم الجذور الحقيقية التي قامت عليها هذه الدراسة.

ولا يسعني إلا أن أتقدم بخالص الشكر والتقدير للأسـتاذ الـدكتور/ علـي محمـد المكاوي أستاذ ورئيس قسم الاجتماع بكلية الآداب - جامعة القـاهرة والأسـتاذ الـدكتور إلهامي عبد العزيز إمام رئيس قسم الدراسات النفسية والاجتماعية للطفولة بجامعة عـين شمس بمعهد الدراسات العليا للطفولة لتفضلهم بالموافقة علي مناقشة الرسالة كما أتقـدم لهم بخالص الشكر والتقدير لتكبدهما عناء السفر وتكرمهمـا بالموافقـة علـي الحضـور لمناقشة الرسالة جزاهم الله عني خير الجزاء .

وفي النهاية أتقدم بخالص الشكر والتقدير لكل من قدموا لي يد العون والمسـاعدة لإتمام هذه الدراسة علي أكمل وجه كما أتقدم بخالص الشكر إلي أساتذتي بالمعهد العـالي بالخدمة الاجتماعية والعاملين بالمعهد علي ما قدموه لي من مسـاعدات سـاهمت بشـكل ملموس في إتمام هذه الدراسة كما أتقدم بخالص الشكر إلي زملائي في العمل والي أهلـي وأتقدم أيضا بخالص الشكر والتقدير إلي زوجي العزيز وأطفالي وأصدقائي الذين كانوا لـي الحافز المعنوي الذي دفعني لانجازهذه الدراسة

والسلام عليكم ورحمة الله وبركاته . . .

الباحثة

المحتويـات

الموضـــوع	الصفحة
الباب الأول : الأطار النظري للدراسة	١٢
الفصل الأول: مشكلة الدراسة وأهميتها وأهدافها	١٣
– مقدمة	١٤
– أولاً: مشكلة الدراسة .	١٤
– ثانياً : الدراسات السابقة العربية والأجنبية	١٧
– ثالثاً : أهمية الدراسة	٢٢
– رابعاً : أهداف الدراسة	٢٣
– مفاهيم الدراسة	٢٣
الفصل الثاني: تطور الخدمة الاجتماعية في المجال الطبي تحليل سوسيولوجي	٢٥
– مقدمه	٢٦
– أولا : نشأة وتطور الخدمة الاجتماعية في المجال الطبي لمحة تاريخية عالميا وقوميا	٢٩
– ثانيا : تعريف الخدمة الاجتماعية الطبية	٣١
– ثالثا : خصائص الخدمة الاجتماعية الطبية	٣٣
– رابعا : فلسفة الخدمة الاجتماعية الطبي	٣٤
– خامسا : وظائف الخدمة الاجتماعية الطبية	٣٥
– سادسا : أهداف الخدمة الاجتماعية الطبية	٣٥
– سابعا : معوقات الخدمة الاجتماعية في المجال الطبي	٣٧
– ثامنا : عيادات التأمين الصحي كنسق اجتماعي	٤٣
– تاسعا : الخدمة الاجتماعية في مجال التأمين الصحي	٤٧

- عاشرا : علاقة الخدمة الاجتماعية بالتأمين الصحي في مصر	٤٩
-الحادي عشر:دور الأخصائي في المجال الطبي والأسس التي يقوم عليها	٥٥
الفصل الثالث: الرعاية الصحية والتأمين الصحي في مصر تحليل سوسيولوجي	٥٦
- مقدمة	٥٧
- أولا : نشأة وتطور الرعاية الصحية في مصر	٥٧
- ثانيا : عرض لنظام الرعاية الصحية في مصر	٦١
- ثالثا : تطوير برامج وخدمات الرعاية الصحية في مصر	٦٢
- رابعا : استراتيجيات وعناصر الرعاية الصحية وصور تقديمها	٦٤
-خامسا:السياسة الصحية ومستوي الإنفاق علي الرعاية الصحية في مصر	٦٦
- سادسا : نشأة وتطوير التأمين الصحي في مصر	٦٦
- سابعا : ماهية التأمين الصحي وأهميته	٦٩
- ثامنا : مبادئ التأمين الصحي ومقوماته وأبعاده	٧١
- تاسعا : أنواع التأمين الصحي ومميزاته	٧٣
- عاشرا : قانون التأمين الصحي لتلاميذ المدارس وشروط الانتفاع بخدمات التأمين الصحي	٧٧
-الحادي عشر:إجراءات تقديم الخدمة ونظام تمويل برنامج التأمين الصحي	٧٨
- الثاني عشر : رؤية مستقبلية للتأمين الصحي في مصر	٨٢
الباب الثاني : الدراسة الميدانية	٨٣
الفصل الرابع: الإجراءات المنهجية للدراسة	٨٤
- أولا : نوع الدراسة	٨٥
- ثانيا : منهج الدراسة	٨٥
- ثالثا : أدوات الدراسة.	٨٦
- رابعا : المعالجات الإحصائية	٨٧

- خامسا : مجالات الدراسة .	٨٧
الفصل الخامس: تحليل البيانات وتفسيرها	٨٩
- أولا عرض وتفسير الجداول وتحليلها إحصائيا	٩٠-١٣٢
الفصل السادس : نتائج الدراسة	١٣٣
- أهم نتائج الدراسة	١٣٤-١٦٠
- أهم المقترحات والتوصيات	١٦١-١٦٤
- مراجع الدراسة	١٦٥
- المراجع باللغة العربية	١٦٦
- المراجع الأجنبية	١٧٢
- الملاحـــــــق	١٧٧
الملحق رقم (١) استبيان المعوقات التي تواجه التلاميذ المستفيدين من خدمات التامين الصحي	١٧٨
الملحق رقم (٢) استبيان عن دور الأخصائيين الاجتماعيين العاملين بعيادات التامين الصحي فى مواجهة المعوقات التي تواجه التلاميذ المستفيدين من تلك الخدمات	١٩٢
ملحق رقم (٣)القرارات الوزارية فى شأن القواعد الأساسية لتطبيق التأمين الصحي على طلاب المدارس طبقا لقرار وزارة الصحة رقم ٣٠٠ لسنة ١٩٩٢م	٢٠٩
ملحق رقم (٤) الخاص بالسادة المحكمين	٢٠٢
ملخص الدراسة	٢٣٣
- أولا : الملخص باللغة العربية	٢٣٤
- ثانيا : الملخص باللغة الإنجليزية	٢٤٠

فهرس الجداول

رقم الجدول	الموضوع	الصفحة
جدول رقم ١	توزيع العينة حسب السن	٩٠
جدول رقم ٢	توزيع العينة حسب وظيفة الأب	٩١
جدول رقم٣	توزيع العينة حسب مستوي تعليم الاب	٩٢
جدول رقم٤	يوضح معامل أرتباط بين مستوي تعليم الأب و بين وظيفة الأب	٩٣
جدول رقم٥	توزيع العينة حسب الدخل الشهري للاسره	٩٤
جدول رقم٦	يوضح معامل الارتباط بين مهنة الأب وبين دخل الأسرة	٩٥
جدول رقم٧	توزيع العينة حسب مستوي تعليم ألام	٩٦
جدول رقم٨	يوضح معامل الارتباط بين مستوي تعليم الاب ومستوي تعليم الام	٩٧
جدول رقم٩	توزيع العينة حسب صعوبة عرض بطاقة التأمين الصحي علي الممارس	٩٨
جدول رقم١٠	توزيع العينة حسب اذا كان الوقت طويل أم لا	٩٩

جدول رقم١١	توزيع العينة حسب مدة الوقت المستغرق قبل العرض علي الممارس	٩٩
جدول رقم١٢	توزيع العينة حسب قيام الممارس بتوقيع الكشف الطبي	١٠٠
جدول رقم١٣	توزيع العينة حسب مدى الوقت المستغرق فى توقيع الكشف الطبي	١٠٠
جدول رقم١٤	توزيع العينة حسب مدى رضا الطلبة على معاملة الطبيب من عدمه	١٠١
جدول رقم١٥	توزيع العينة حسب مدى حضور الطبيب الأخصائى فى المواعيد الرسمية للعيادة	١٠١
جدول رقم١٦	توزيع العينة حسب مدى قيام الطبيب الأخصائى بتوقيع الكشف الطبى من عدمه	١٠٢
جدول رقم١٧	توزيع العينة حسب مدى صعوبة العرض على الأخصائى	١٠٢
جدول رقم١٨	توزيع العينة حسب صعوبة العرض على الأخصائى	١٠٣
جدول رقم١٩	توزيع العينة حسب مدى وجود التخصصات المختلفة بالتأمين الصحى من عدمها	١٠٣
جدول رقم٢٠	توزيع العينة حسب التخصصات غير المتوفرة	١٠٤
جدول رقم٢١	توزيع العينة حسب مدى صعوبة الحصول على الأدوية من التأمين	١٠٥
جدول رقم٢٢	توزيع العينة حسب أسباب صعوبة الحصول على الأدوية من التأمين	١٠٥

جدول رقم٢٣	توزيع العينة حسب مدى إمكانية صرف الأدوية اللازمة من الصيدليات	١٠٥
جدول رقم٢٤	توزيع أفرد العينة حسب أسباب صرف الأدوية من صيدلية خارجية	١٠٦
جدول رقم٢٥	توزيع أفرد العينة حسب مدى عودة المريض إلى الطبيب فى حالة عدم تواجد الأدوية بالصيدليات الداخلية أو الخارجية	١٠٧
جدول رقم٢٦	توزيع أفرد العينة حسب مدى إمكانية الحصول على خدمات مساعدة فى التشخيص والعلاج	١٠٧
جدول رقم٢٧	توزيع أفرد العينة حسب أهم الخدمات التى يحصل عليها المنتفع بالتأمين	١٠٨
جدول رقم٢٨	توزيع أفرد العينة حسب إمكانية الحصول على هذه الخدمات من العيادة	١٠٨
جدول رقم٢٩	توزيع أفرد العينة حسب الأماكن التي يحصل منها المنتفع على الخدمات في حالة عدم الحصول عليها من العيادة	١٠٩
جدول رقم٣٠	توزيع أفرد العينة حسب مناسبة المكان لاستيعاب الطلاب المترددين للكشف الطبي	١٠٩
جدول رقم٣١	توزيع أفرد العينة حسب أسباب عدم مناسبة المكان لاستيعاب الطلبة	١١٠
جدول رقم٣٢	توزيع أفرد العينة حسب تواجد الأخصائي الاجتماعي بالعيادة	١١١
جدول رقم٣٣	توزيع أفرد العينة حسب قيام الأخصائى بدور مشارك للطلبة بالتأمين الصحى	١١١
جدول رقم٣٤	توزيع أفرد العينة حسب قيام الأخصائى الاجتماعى باستقبال الطلبة بعيادة التأمين	١١٢

جدول رقم٣٥	توزيع أفرد العينة حسب تعرض الطلبة لمشكلات أثناء التردد	١١٢
جدول رقم٣٦	يوضح مدى إمكانية عرض المشكلات التى يتعرض لها التلاميذ على الأخصائى الاجتماعى	١١٣
جدول رقم٣٧	توزيع أفرد العينة حسب رد فعل الأخصائى الاجتماعى اتجاه المشكلات التى يعرضها عليه الطلبة	١١٣
جدول رقم٣٨	توزيع أفرد العينة حسب نوعية الخدمات الاجتماعية التي يقدمها الأخصائي الاجتماعي بالتأمين	١١٤
جدول رقم٣٩	توزيع أفرد العينة حسب أهم المقترحات لرفع مستوى خدمات التأمين الصحي	١١٥
جدول رقم٤٠	توزيع أفرد العينة حسب توزيع العينة حسب السن	١١٦
جدول رقم٤١	توزيع أفرد العينة حسب توزيع العينة حسب مدة العمل	١١٧
جدول رقم٤٢	توزيع أفرد العينة حسب توزيع العينة حسب طبيعة العمل للأخصائيين الاجتماعيين بالتأمين الصحى	١١٧
جدول رقم٤٣	توزيع أفرد العينة حسب خدمات التأمين الصحى المقدمة للتلاميذ ذوى المشكلات الصحية	١١٨
جدول رقم٤٤	توزيع أفرد العينة حسب تقديم خدمة عيوب النطق	١١٨
جدول رقم٤٥	توزيع أفرد العينة حسب تقديم خدمة العلاج الطبيعى لتلاميذ المدارس	١١٩
جدول رقم٤٦	توزيع أفرد العينة حسب مناسبة الأعمال التى يقوم بها الأخصائى الاجتماعى بالتأمين الصحى	١١٩

جدول رقم٤٧	توزيع أفرد العينة حسب توافر خدمات التأمين الصحى الوقائية المقدمة للتلاميذ	١٢٠
جدول رقم٤٨	توزيع أفرد العينة حسب توعية الخدمات الوقائية المقدمة للتلاميذ من خلال التأمين الصحى فى حالة توافرها	١٢١
جدول رقم٤٩	توزيع أفرد العينة حسب أسباب عدم توافر الخدمات الوقائية المقدمة للتلاميذ من خلال التأمين الصحى	١٢٢
جدول رقم٥٠	توزيع أفرد العينة حسب مشاركة الأخصائى الاجتماعى للطبيب فى وضع الخطة العلاجية	١٢٣
جدول رقم٥١	توزيع أفرد العينة حسب أسباب عدم مشاركة الأخصائى للطبيب فى وضع الخطة العلاجية	١٢٣
جدول رقم٥٢	توزيع أفرد العينة حسب قيام الأخصائى بعقد ندوات واجتماعات خاصة بالتوعية لطلاب التأمين الصحى	١٢٤
جدول رقم٥٣	توزيع أفرد العينة حسب أهم الوسائل المستخدمة للتوعية للتلاميذ المنتفعين بنظام التأمين الصحى	١٢٤
جدول رقم٥٤	توزيع أفرد العينة حسب تلقى الأخصائى الاجتماعى بالتأمين الصحى للتدريب	١٢٥
جدول رقم٥٥	توزيع أفرد العينة حسب أهم محتويات التدريب التى يتلقاها الأخصائى الاجتماعى بالتأمين الصحى	١٢٥
جدول رقم٥٦	توزيع أفرد العينة حسب أسباب عدم حصول الأخصائى الاجتماعى فى التأمين الصحى على التدريب	١٢٦
جدول رقم٥٧	توزيع أفرد العينة حسب رغبة الطبيب والزائرة الصحية فى التعاون مع الأخصائى الاجتماعى بالتأمين الصحى	١٢٦
جدول رقم٥٨	توزيع أفرد العينة حسب مظاهر التعاون بين الزائرة والأخصائى والطبيب فى هيئة التأمين الحصى	١٢٧

جدول رقم٥٩	توزيع أفرد العينة حسب مظاهر عدم التعاون بين الطبيب والزائرة الصحية وبين الأخصائى الاجتماعى بالتأمين الصحى	١٢٧
جدول رقم٦٠	توزيع أفرد العينة حسب قيام طبيب التأمين الصحى بتحويل الحالات للأخصائى الاجتماعى	١٢٨
جدول رقم٦١	توزيع أفرد العينة حسب معرفة العاملين بهيئة التأمين الصحى بدور الأخصائى الاجتماعى	١٢٨
جدول رقم٦٢	توزيع أفرد العينة حسب الصعوبات التى يواجهها التلاميذ بهيئة التأمين الصحى من وجهة نظر الأخصائى الاجتماعى	١٢٩
جدول رقم٦٣	توزيع أفرد العينة حسب التغلب على الأسباب المؤدية لانخفاض مستوى خدمات التأمين الصحى لتلاميذ المدارس	١٣٠
جدول رقم٦٤	توزيع أفرد العينة حسب التغلب على الأسباب المؤدية لانخفاض مستوى خدمات التأمين الصحى لتلاميذ المدارس	١٣١
جدول رقم٦٥	توزيع أفرد العينة حسب كيفية تناسب دور الأخصائى الاجتماعى مع الواقع الفعلى	١٣١
جدول رقم٦٦	توزيع أفرد العينة حسب أهم المقترحات الخاصة من قبل الأخصائى الاجتماعى للتغلب على السلبيات	١٣٢

مقدمه الدراسة :

ومما لا شك فيه أن تنمية الموارد البشرية في أي مجتمع هدف هام من أهداف الدولة والتي تسعي جاهدة بالاشتراك مع كافة هيئات ومؤسسات المجتمع علي تحقيقه وخاصة في ظل التغيرات الاقتصادية والاجتماعية والسياسية المعاصرة إذا ركزت مدرسة التنمية البشرية علي ضرورة تنمية الإنسان فكريا عن طريق شبكات التعليم وصحيا عن طريق توفير خدمات صحية لجميع أفراد المجتمع بأرخص الأسعار .

لذلك مدت الدولة شبكات تأمين صحي لجميع أفراده ابتداءً من طلبة المدارس وحتي خروجهم علي المعاش ، ولأهمية هذا الموضوع حاولت هذه الدراسة تقييم فعالية التأمين الصحي لدي طلبة المدارس الإعدادية تحديداً لأهمية هذه الفترة في حياة الأفراد .

فالرعاية الصحية للأفراد هو هدف من أهداف التنمية وغايتها فالتقدم الحقيقي في أي مجتمع يستند في المقام الأول إلي مقومات إنسانية واجتماعية من أهمها توفير الخدمات الأساسية لأفراد المجتمع ومنها في المقام الأول الخدمات الصحية لان المرض يمثل خطرا مزدوجاً يحطم جسده ويهدد مقدرته علي كسب العيش أو علي تحصيل العلم .

من منطلق اهتمام الدولة بالخدمات الصحية، كان اهتمام الباحثة أيضا بدراسة هذا الموضوع .

ولقد تضمن البحث بابين و فصول ستة:

الباب الأول : الإطار النظري للبحث ويشمل علي ثلاثة فصول .

الباب الثاني : يحتوي علي الدراسة الميدانية ويتضمن ثلاثة فصول .

وفي الفصل الأول تناولت الباحثة مشكلة الدراسة وأسباب أختيارها والتي تمثلت في تساؤل رئيسي مؤاده ما هي المعوقات التي تواجه التلاميذ المستفيدين من خدمات التأمين الصحي ودور الخدمة الاجتماعية في مواجهتها ، ثم تناولت الدراسات السابقة العربية والأجنبية وأوجه الاتفاق والاختلاف بين هذه الدراسات والدراسة الحالية ثم عرضت لأهمية الدراسة وأهدافها ومفاهيم الدراسة .

وتطرقت الباحثة في الفصل الثاني لأهم تعريفات الخدمة الاجتماعية في المجال الطبي ونشأتها وتطورها وخصائصها وأهدافها ووظائفها وأهم معوقاتها ثم عرضت التأمين

الصحي كنسق اجتماعي وعلاقة الخدمة الاجتماعية بالتأمين الصحي في مصر ودور الأخصائي الاجتماعي في المجال الطبي والأسس التي يقوم عليها .

ثم جاء الفصل الثالث من هذا الباب موضحاً لمشكلة التأمين الصحي وأهميته في مصر ومباديء التأمين ومقوماته وأبعاده وأنواعه ومزاياه وأهدافة وشروط التأمين الصحي للانتفاع بخدماته وتمويله مع إيضاح الباحثة في خاتمة الفصل للرؤية المستقبلية للتأمين الصحي في مصر .

في الباب الثاني للدارسة تناولت الباحثة أهم نتائج الدراسة الميدانية التي أجريت علي مستوي مدينة سوهاج محل الدراسة وفي الفصل الرابع و كذلك تناولت الإجراءات المنهجية للدراسة و المتمثلة في نوع الدراسة والمنهج والأدوات ومجالات الدراسة والمعالجات الإحصائية جاءت الباحثة في الفصل الخامس بتحليل الجداول والتعليق عليها حسب أستجابات المبحوثين وأدائهم ، مع الربط بين استجاباتهم وتساؤلات الدراسة كذلك للتأكد من مدي صحتها من عدمه .

ثم عرضت لأهم النتائج في الفصل الخامس من الدراسة ومدي أتفاقها واختلافها مع نتائج الدراسات السابقة ، وتليها أهم التوصيات والمقترحات ، ثم أتبعناها بأهم المراجع العربية والأجنبية وملخص للدراسة باللغة العربية والأجنبية وأخيراً ملاحق البحث (استمارة أستبيان)

وليس لنا في النهاية إلا أن نضع بين أيدي المسئولين ما توصلنا إليه من خلال هذه الدراسة من نتائج هامة تشمل جوانب متعددة من مشكلة خطيرة تواجه المجتمع المصري في الآونة الاخيرةحتي تساهم في العمل علي حلها أو الحد من انتشارها .

وندعوا الله سبحانه وتعالي أن يوفقنا دائما لخير المجتمع والشباب

الباحثة

الباب الأول

الإطار النظري للدراسة

الفصل الأول

مشكلة الدراسة و أهميتها وأهدافها

أولا : مشكلة الدراسة

ثانيا : الدراسات السابقة

ثالثا : تحديد مشكلة الدراسة

رابعا : أهمية الدراسة

خامسا : أهداف الدراسة

سادسا : مفاهيم الدراسة

أولاً- مشكلة الدراسة وأهميتها:

مما لا شك فيه أن المرض يمثل بالنسبة للإنسان خطراً مزدوجاً يحطم جسده ويهدد مقدرته على كسب العيش نتيجة عدم تمكنه من مواصلة عمله فالمرض يعتبر عامل هدام لمعنويات المريض. (محمد طلعت عيسى: ١٩٧٢م، ص٥٩).

لا يختلف الباحثون فى أن تنمية الموارد البشرية فى أى مجتمع يسعى إلى إحداث التغيير الاجتماعى، والاقتصادى بهدف تحقيق الإشباع الملائم لاحتياجات أفراده المتغيرة، ويجب أن تحظى بالاهتمام المتزايد والمستمر ذلك لأن الإنسان هو هدف التنمية وغايتها فالتقدم الحقيقي في أي مجتمع يستند فى المقام الأول إلى مقومات إنسانية واجتماعية من أهمها توفير الخدمات الأساسية لأبناء الشعب ومنها الخدمات الصحية .

ولهذا تعتبر الخدمات الصحية من أهم الخدمات التى تهتم بها الدولة بهدف تنمية الثورة البشرية .(أحمد مصطفى خاطر: ١٩٨٤م، ص٨١).

فالرعاية الصحية وتيسير الحصول عليها لجميع أفراد الشعب بلا استثناء حقا من حقوق الإنسان الأساسية المعترف بها دوليا، فهى من المقومات الأساسية فى المجتمع وهى مطلب أساسي من مطالب الحياة، وعلى ذلك فهى حق لكل فرد من أفراد المجتمع، كما أن صحة الفرد تعتبر ضرورة من ضروريات التنمية حيث أن الفرد القادر على العمل والإنتاج هو الذى تتكامل له صحة نفسية وجسمانية يمكنه من المساهمة الإيجابية فى تحقيق أهداف التنمية. (عادل أنس: ١٩٨٤م، ص١).

ويهتم كل مجتمع بتقديم الرعاية الصحية لأفراده فى أشكال متعددة فمنها ما يقدم على مستوى المجتمع ككل ومنها ما يقدم على المستوى المحلى ومنها ما يقدم عن طريق المؤسسات الطبية. (نبيل صبحى حنا: د.ت).

فالرعاية الصحية من أهم الجهود التى تبذل لتحقيق حياة أفضل ولقد حثت المواثيق والدساتير المختلفة على أن الرعاية الصحية هى حق لكل مواطن أيا كان مستواه الاجتماعي والاقتصادي . (أحمد كمال أحمد: ١٩٧٠م، ص٤٨٢).

وقد نص الدستور المصرى الصادر فى ١٩٧١م، على أن تتكفل الدولة الرعاية الصحية للمواطنين باعتبارها حق من حقوقهم(الدستور المصرى الدائم:١٩٧١م،مادة ٣٦).

من هنا ظهرت كثير من الهيئات والمؤسسات التى تقدم الخدمات الطبية ومنها خدمات التأمين الصحى الاجتماعى الذى بدأت عام ١٨٨٣م، عندما صدر قانون يقرر نظام التأمين ضد المرض واتبعه قانون آخر للتأمين من إصابات العمل عام ١٨٨٤م، وقانون ثالث ضد الشيخوخة والعجز عام ١٨٩٨م. (الفونس شحاتة رزق: ١٩٧٨م، ص٧).

وفى عام ١٩١١م، تقرر تطوير الخدمات الطبية الشاملة عن طريق عملية التأمين الصحى أما فى عام ١٩٢٥م، تم صدور عدة أنظمة دولية خاصة بالتعويض عن حوادث العمل بتقديم الرعاية الطبية للمرضى. (الدستور المصرى الدائم: ١٩٧١م، مادة ٣٦).

وفى منتصف الستينيات وضعت الحكومة الفيدرالية برنامجين لتوفير الرعاية الطبية على نطاق واسع

تقديم رعاية صحية منظمة لكبار السن المنتفعين بنظام التأمين الصحى الاجتماعي

ثم صدر القانون رقم ٧٥ لسنة ١٩٦٤م، الذى ينص على إنشاء هيئة عامة تسمي الهيئة العامة للتأمين الصحى للعاملين فى الحكومة.(United Nation, ١٩٨٠.p :١٣)

وفى عام ١٩٧٥م، صدر القانون ٣٢ بشأن نظام العلاج التأمينى للعاملين فى الحكومة ثم بعد ذلك فى عام ١٩٨١م، صدر قرار رئيس الوزراء بشأن سريان التأمين الصحى على أسر العاملين وأصحاب المعاشات ثم بعد ذلك صدر القانون رقم٩٩ لسنة ١٩٩٢م، للتأمين الصحى على تلاميذ المدارس، فالخدمات الصحية التى تقدم لتلاميذ المدارس كالتطعيم ضد الأمراض وتحديد الحالات المرضية وعلاجها وتقديم التعليم الصحى للتلاميذ تهدف إلى رقع المستوى الصحى لتلاميذ المدارس.(هبة أحمد نصار:١٩٨٣م، ص٣١).

ومما لا ريب فيه أن تلاميذ المدارس يمثلون قطاعاً كبيرا وهاما من قطاعات السكان فى مصر إذ أن سن المدرسة هو السن الذى ينمو فيه الأطفال ويتعرضون لكثير من المتغيرات العقلية والجسمانية و الاجتماعية وقد يلزم ذلك ضرورة أن يتوفر رعاية صحية خاصة لأن إصابة التلاميذ بالأمراض تقلل من قدرتهم على تحصيل العلوم والمعارف، وتعرقل القدرات الكامنة فيهم.(سالم صديق أحمد: ١٩٨١م).

ويواجه التلاميذ فى مدارسنا المصرية الكثير من المشكلات الصحية الناتجة عن الظروف البيئية التى يعيشون فيها.(رفعت رضوان:مجلة علمية، العدد٣، ١٩٩٣م، ص٩).

ولذلك فقد بدأ الاهتمام بصحة التلاميذ فى المدارس عن طريق إنشاء مكاتب صحية ومدرسية بكل مدرسة لعلاج الحالات المرضية بين التلاميذ عن طريق نظام التأمين الصحى لتلاميذ المدارس والآن عرفت مصر الطريق الصحيح لأفضل استثمار للعنصر البشرى، فالتأمين الصحى على طلاب المدارس هو أول خطوات هذا الطريق.

لأن تعهد أبناء الجيل بالرعاية والعناية الصحية يؤدى إلى إنشاء جيل صحيح العقل والجسم فمنذ بداية تطبيق قانون التأمين الصحى رقم ٩٩ لسنة ١٩٩٢م، على تلاميذ المدارس اتجهت قوافل الأطباء لأول مرة لتتواجد داخل أكثر من ثلاث آلاف مدرسة فى عشرين محافظة ليقوموا بوقاية تلاميذها من الأمراض والأوبئة التى يتعرضون لها.

فالتأمين الصحى لطلاب المدارس ليس هدفها توفير خدمات طبية جيدة فقط وإنما المساهمة فى حل جذرى لمشكلة الرعاية الصحية فى مصر وذلك من خلال التوسع فى الإمكانيات العلاجية المتاحة بالمجتمع من خلال إضافة جديدة ومستمرة بما يحقق التوازن فيها .

فجهاز التأمين الصحى على تلاميذ المدارس له العديد من الخدمات والتى يقدمها للتلاميذ ومنها. (عادل السقا: ١٩٨٨م، ص١٢).

١- الخدمات الصحية الوقائية وتشتمل على (وزارة الصحة: قرار وزاري رقم٣٠٦، ١٩٩٢).

١- القيام بالفحص الطبى الشامل على التلاميذ.

٢- الفحص الطبى النوعى على الطلاب.

٣- إعطاء التوصيات الطبية للجهات الفعلية لتوفير الاشتراطات الصحية.

٤- الكشف على الطلاب الممارسين للأنشطة المختلفة.

٥- نشر الوعى الصحى بين الطلاب.

٢- الخدمات العلاجية وتشتمل على:

١- الفحص بالأشعة والفحوص المعملية.

٢- العلاج والإقامة بالمستشفى.

٣- صرف الأدوية اللازمة.

٣- الخدمات التأهيلية وتشتمل على:

١- صرف الأجهزة التعويضية.

٢- متابعة استلام التلاميذ للأجهزة التعويضية.

٣- توجيه التلاميذ لحسن استعمال الأجهزة التعويضية.

ثانياً الدراسات السابقة:

وبالنظر إلى الدراسات السابقة التى تم إجراؤها فى مجال التأمين الصحى بصفة عامة وتلاميذ المدارس بصفة خاصة نجد أن هناك قلة فى الدراسات التى أجريت فى هذا المجال فدراسة إبراهيم على: ١٩٧٤م، التى كانت تهدف تقويم تجربة التأمين الصحى الاجتماعى فى ج.م.ع من الناحية التنظيمية والاقتصادية ومقارنها بنظم العلاج جاءت نتائجها إلى أن مجالغ تخطيط النظام المقترح ومدى التوسع فيه لا يتم مرة واحدة ولكن يتم وفق نظام التدرج مع مراعاة بعض الأسس والاعتبارات عند وضع الأولويات. (إبراهيم على إبراهيم: ، ١٩٧٤م).

أكدت أيضاً دراسة إبراهيم على ١٩٨٠م، والتى كانت تهدف إلى تخطيط التأمين الصحى الاجتماعى أن هناك علاقة مباشرة بين العلاج ونظم تقديمه وسهولة الحصول عليه وبين التنمية الاقتصادية. (إبراهيم على إبراهيم: مرجع سابق، ١٩٨٠م).

وفى دراسة :Adler ١٩٩١ بعنوان: العاجزون ورعايتهم الصحية والتأمين الصحى، ولدراسة تهدف إلى اختيار قضايا معينة تتعلق بالرعاية الصحية واستخدام تكاليف الخدمات ومقارنتها بين تغطية التأمين الصحى للأشخاص العاجزين وغير العاجزين. (Adler, Michel, ١٩٩١ p. ٧:).

أكدت نتائجها أن الأشخاص ذوى العجز يمرون بتجربة مختلفة للرعاية الصحية، كذلك هناك اختلافات بين استخدام التأمين الصحى للأشخاص العاجزين وغير العاجزين.

وفى دراسة " Alan١٩٩٢" . بعنوان "التلاميذ بدون تأمين صحى" أكدت نتائجها أن هناك تغييرات حدثت فى حالات تطبيق التأمين الصحى على التلاميذ وطرق الاستفادة من الخدمات الصحية فى العشر سنوات الماضية وهناك مجموعة من السياسات

التى من شأنها أن تقلل من عدد التلاميذ غير الخاضعين لنظام التأمين الصحى. (Alan, ١٩٩٢ p.p. : ٥٤ - ٧٠)

أما فى دراسة " Gohn F. ١٩٩٢" بعنوان: "دور التأمين الصحى الخاص فى الرعاية الصحية للتلاميذ" جاءت نتائجها أنه يجب تنظيم الجهود للحفاظ على نظام التأمين الصحى الخاص للتلاميذ من خلال تقديم أشكال شاملة للرعاية للتقليل من التكلفة. (Gohn. F. ١٩٩٢, p.p. ١٥, ٣٣)

وفى دراسة " "Harriette ١٩٩٢ بعنوان "التأمين الصحى العام والخاص بخدمات التدخل المبكر" جاءت نتائجها أن مؤسسات التأمين الصحى العام والخاص تقدم مختلف الخدمات الطبية المطلوبة للتلاميذ والأطفال الصغار ذوى العجز بما يشمل العلاج الجسمانى وخدمات الصحة العقلية كما أكدت النتائج أن الخدمات الطبية تقدم النصيب الأكبر للتغطية المادية للخدمات الصحية المطلوبة.(Fox, Harrette et Others, ١٩٩٢ p. p. : ١٠٩ -١٢٢).

وقد أكدت نتائج إحدى الدراسات بعنوان: "برنامج التأمين الصحى للتلاميذ" أن على الطلاب أن يكرسوا وقتهم وجهدهم لتعديل خطة التأمين الصحى، ويجب أن تكون هناك معلومات كافية من التلاميذ مثل التكاليف – تاريخ برنامج التأمين الصحى للتلاميذ وتكاليف الخدمة – معلومات الطالب عن المؤسسة.(Student Health Program, ١٩٩٩ p. :١٣)

وهناك دراسة بعنوان "التأمين الصحى دليل المدارس للارتقاء بصحة التلاميذ"، ويعتبر هذا الدليل التعليمى جزء من سلسلة مواد مطورة بها مدخلات من متعلمين كبار لمساعدة المدرسين فى ضم التثقيف الصحى داخل منهج دراسى وهذا الدليل يهدف إلى مساعدة المدرسين فى إمداد الطلاب بالمعلومات عن التأمين الصحى وأنواعه واختيار التغطية الصحية.

(Health Insutance, ١٩٩٣ p. :٣٥).

وفى دراسة("Rosenboum ١٩٩٣") بعنوان: "الأطفال والتأمين الصحى وفى هذا التقرير الذى يختبر وضع الأطفال فى نظام التأمين الصحى ويناقش عدد الأطفال الغير خاضعين لنظام التأمين الصحى وخصائصهم وجنسيتهم وتتناول هذه الدراسة تغطية التأمين الصحى للأطفال الذين يعيشون مع أسرهم ودور الرعاية الطبية.

(Rosenboum, others, ١٩٩٢ p. :٤٧)

أكدت نتائج هذه الدراسة على أنه لا بد من وجود برامج للتأمين الصحى لكل الأطفال وأن خطة التأمين الصحى لا بد أن تشتمل على مقدار من التأمين الصحى لكل الأطفال.

وفى دراسة(" "Galless ١٩٩٤) عن الرعاية الإدارية كمدخل لإتاحة التأمين الصحى بالمدارس جاءت نتائجها أن الارتفاع السريع لتكاليف الرعاية الصحية يزداد تبعا للإداريين الصحيين بالمدارس وعقود التفاوض بشأن صحة الطالب كما أن الخدمة الصحية للتلاميذ يمكن أن تقدم عن طريق التأمين الصحى. (Gallese, Luile, ١٩٩٤ p. :١٦٢)

وفى دراسة ("Mechele.R" ١٩٩٥) بعنوان: "الإشراف على صحة الطفل" وكانت تهدف إلى اختيار مشكلات الأنظمة الصحية للأطفال فى ثلاثة مجالات أساسية هى المدخل والتمويل والتنظيم.

جاءت نتائجها أنه لابد من أن يكون هناك نظرة عامة لتغطية التأمين الصحى لخدمات الإشراف على صحة الطفل وتغطية التأمين الصحى الخاص للمساعدة فى تقديم خدمات وقائية للطفل.

وفى دراسة بعنوان: "العيادات المدرسية بالمدارس الابتدائية أكدت نتائجها أن التعاون بين المدرسة والمستشفى والأطباء يعكس ما يحصل عليه التلاميذ من رعاية صحية وأن التلاميذ بدون تأمين صحى يحتاجون إلى رعاية صحية أولية. (Journal of School Health, ١٩٩٦ p. p. :١٢٥ -١٢٧)

وفى دراسة "Rosenbaum" عن التكامل بين برامج الرعاية الصحية الأولية وبرامج التأمين الصحى. أكدت نتائجها أن التكامل بين برامج الرعاية الصحية الأولية وبرامج الرعاية الصحية يؤدى إلى زيادة فاعلية الخدمات الصحية المقدمة للأطفال والتلاميذ وأن هذه الخدمات يمكن أن تؤدى فى سهولة ويسر وأن نظام التأمين الصحى يمكن أن يسهم فى بناء شكل الرعاية الصحية للأطفال وتلاميذ المدارس بين كل الطبقات. (Rosenbaum, ١٩٩٣ p. :٦٠)

أما دراسة (Alen, Manheit " ١٩٩٢) والتى كانت تهدف إلى التعرف على التغيرات التى يمكن أن تحدث للتلاميذ فى حالة التأمين الصحى عليهم والتعرف على الاستفادة من الخدمات الصحية أكدت نتائجها أنه لابد أن تكون هناك سياسة واضحة تقلل من عدد التلاميذ غير الخاضعين لنظام التأمين الصحى. (Elan et Manbeit, ١٩٩٢ : p.p. ٥٤-٧٠)

وفى دراسة عطيات أحمد إبراهيم، والتى كانت تهدف إلى التعرف على الصعوبات التى تواجه المنتفعين بخدمات التأمين الصحى جاءت نتائجها أنه هناك عدم وعى من جانب بعض المنتفعين بخدمات التأمين الصحى وأن المستفيدين يواجهون صعوبات فى تقديم الخدمة. (عطيات أحمد إبراهيم: ١٩٩٢).

وفى دراسة عبدالحكيم أحمد محمد عبدالهادى، والتى كانت تهدف إلى التعرف على تقويم تجربة التأمين الصحى الاجتماعى لتلاميذ المدارس التى جاءت بعض نتائج الدراسة منها توصلت إلى مجموعات من التوصيات الهامة ومنها ضرورة أن يشمل برنامج إعداد الأخصائيين الاجتماعيين فى أعمال المدارس على برنامج خاص بالتربية الصحية لطلاب المدارس، وضرورة تنظيم دورات تدريبية للأخصائيين الاجتماعيين فى أعمال المدارس تشمل على الرعاية الصحية السليمة، وضرورة أن يكون هناك دور فعال للخدمة الاجتماعية فى الاهتمام بزيادة الوعى الصحى. وعلى أن يكون هناك تكاملاً بصفة مستمرة بين دور الأخصائى الاجتماعى وأدوار فريق العمل داخل المؤسسة التعليمية. (عبدالحكيم أحمد: ١٩٨١م).

ومن تحليل الدراسات السابقة نلاحظ أن هناك أوجه تشابه بين هذه الدراسة والدراسات السابقة وهى كالتالى:

١- أن هذه الدراسة والدراسات السابقة تركز على التامين الصحى ودراسة المعوقات والمشكلات فى مختلف المرحلة العمرية.

٢- أن المجال الطبى بصفة خاصة يعتبر من الأساسيات التى يركز عليها الدراسات السابقة والدراسة الحالية وخاصة للطلاب المدارس.

٣- تركز الدراسات السابقة والحالية وإن كانت نادرة على الجانب الاجتماعى وارتباطها بالجانب الطبى وهذا الاتجاه يعتبر حديث.

٤- تركز الدراسات السابقة والدراسة الحالية على الآثار الناتجة عن تطبيق نظام التأمين فى مصر عامة والتامين الصحى بمدينة سوهاج بصفة خاصة.

٥- تركز أيضاً الدراسات السابقة والدراسة الحالية على كيفية الحصول على خدمات التأمين الصحى وأنظمة الرعاية الصحية فى مصر.

وتختلف هذه الدراسة عن الدراسات السابقة فى تحديد الدراسة فى المجال الخاص بالطلاب فى حين الدراسات الأخرى تركز فى مجالات خاصة بالمنتفعين عامة، وعلى الجانب الخاص بالخدمة الاجتماعية فى المجال الطبى تحديداً.

وقد أغفلت الدراسات السابقة رد فعل المستفيدين من خدمات التامين والصعوبات التى تحول دون الاستفادة من خدمات التأمين الصحى.

تحديد مشكلة الدراسة (تساؤلات الدراسة) :

وفى ضوء ما تقدم من نتائج بعض الدراسات السابقة وملاحظة الباحثة لواقع التأمين الصحى لتلاميذ المدارس تتحدد مشكلة الدراسة فى تساؤل رئيسى وهو :

- **ما هىالمعوقات التى تواجه التلاميذ المستفيدين من خدمات التأمين الصحى؟**

ويتفرع من هذا التساؤل الرئيسى عدة تساؤلات فرعية وهى كالتالي:

١- ما مدى فاعلية خدمات التأمين الصحى الوقائية لتلاميذ المدارس؟.

٢- ما مدى فاعلية خدمات التأمين الصحى العلاجية المقدمة لتلاميذ المدارس؟.

٣- ما مدى فاعلية خدمات التأمين الصحى التأهيلية المقدمة لتلاميذ المدارس؟.

٤- ما الأسباب والمعوقات التى تحول دون تحقيق هذه الخدمات لأهدافها؟.

٥- ما هى إسهامات الخدمة الاجتماعية فى هذا المجال لتلاميذ المدارس؟.

من خلال تحليل واستقراء الدراسات السابقة يمكن ملاحظة ما يلى:

إن الدراسات السابقة التى تم إجراؤها فى مجال التأمين الصحى بصفة عامة والتأمين الصحى على تلاميذ المدارس بصفة خاصة نلاحظ أن قلة هذه الدراسات وأن الدراسات قد أجريت ركزت على النواحى التنظيمية والإدارية والتخطيطية فقط ولم تركز على مدى فاعلية نظام التأمين الصحى نفسه ومدى تطبيق إمكانية تطبيق بصفة عامة والتأمين الصحى لتلاميذ المدارس بصفة خاصة طبقا للمتغيرات الاجتماعية والاقتصادية والسياسة التى مر بها المجتمع وأن هذه الدراسات أهملت جانب هاما من جوانب تطبيق التجربة وهو التعرف على رد فعل المستفيدين من خدمات التأمين الصحى ويواجه تطبيق التأمين الصحى من معوقات وصعوبات تحول دون الاستفادة من خدمات التأمين الصحى.

كذلك نلاحظ أن هذه الدراسات أهملت جانب هام وهو معرفة رد فعل مقدمى الخدمة فى نظام التأمين الصحى لتلاميذ المدارس.

أهمية الدراسة:

١- يمثل قطاع التلاميذ شريحة هامة من شرائح المجتمع المصرى فهم يمثلون ثلث التعداد السكانى حيث أنهم يمثلون ٣٣,٣% من حجم السكان.

٢- تعتبر تلك الفئة من أهم الفئات بالمجتمع لأنها تمثل رجال المستقبل.

٣- الحالة الصحية لتلاميذ المدارس تمثل متغيرات وسيطة هامة يتحدد من خلال الحراك بين الأجيال.

٤- محاولة الخدمة الاجتماعية بأن يكون لها دور هام فى مجال التأمين الصحى لتلاميذ المدارس.

٥- إن الاهتمام بالتلاميذ وبصحتهم يجب أن تكون هى نقطة البداية فى استراتيجية التنمية. (إحصاءات التربية والتعليم لعام ٩٢/ ١٩٩٣).

٦- لاحظت الباحثة أن هناك ندرة فى الدراسات التى تناولت ذلك الموضوع وأن الدراسات التى تم إجراؤها لم تهتم بخدمات التأمين الصحى لتلاميذ المدارس.

٧- تعتبر هذه الدراسة مدخلاً لدراسة خدمات التأمين الصحى المقدمة لتلاميذ المدارس لا بمجرد الدراسة والوصف ولكن من أجل زيادة دعمها بطريقة مخططة ومنظمة.

٨- تأتى هذه الدراسة مواكبة للاهتمام الموجه حالياً من قبل المهتمين بالتأمين الصحى لتلاميذ المدارس.

٩- محاولة إثراء الجانب النظرى والمعرفى للخدمة الاجتماعية فى مجال التأمين الصحى لتلاميذ المدارس.

١٠-أن هذه الدراسة قد تساهم فى المساعدة على تحسين الخدمات التى تقدم لتلاميذ المدارس وتطوير وإضافة خدمات أخرى وان تضع المشكلة بين ايدى المسؤلين لإزالة المعوقات التى تواجه طلبة وطالبات المرحلة الإعدادية .

أهداف الدراسة:

تسعى هذه الدراسة إلى تحقيق الأهداف التالية:

١- التعرف على مدى فاعلية الخدمات الصحية الوقائية المقدمة لتلاميذ المدارس.

٢- التعرف على مدى فاعلية الخدمات الصحية العلاجية المقدمة لتلاميذ المدارس.

٣- التعرف على مدى فاعلية الخدمات الصحية التأهيلية المقدمة لتلاميذ المدارس.

٤- التعرف على المعوقات التى تواجه تلاميذ المدارس المستفيدين من خدمات التأمين الصحى.

٥- التعرف على إسهامات الخدمة الاجتماعية فى مجال التأمين الصحى لتلاميذ المدارس ووضع مقترحات للتغلب على المعوقات التي تواجه التلاميذ المنتفعين بنظام التامين الصحي.

مفاهيم الدراسة:

١- المعوقات.

٢- خدمات التأمين الصحى.

٣- التأمين الصحى الاجتماعى.

٤- الخدمة الاجتماعية فى المجال الطبى.

اولاً :المعوقات:

تعنى كلمة معوق أو مشكلة من الناحية اللغوية شكل الأمر أى التبس والمشكل إلى الملتبس. (مجمع اللغة العربية، ١٩٩٠م، ص٣٤٨).

كما تعرف على أنها صعوبات فى علاقات الشخص بغيره أو فى إدراكه عن العالم الخارجى أو فى اتجاهه نحو ذاته. (محمد محروس الشناوى، ١٩٩٦م، ص١٣٩).

ويعتبر المرض من أهم العقبات التى تواجه الطفل فى حياته والتى تجعله فى مواجهة العديد من المشكلات التى يجب مواجهتها والتغلب عليها سواء فى الرعاية الطبية والخدمات الطبية التى يؤديها الممارس والخدمات الطبية على مستوى الأخصائيين وأيضا الرعاية الطبية المنزلية والعلاج والفحوصات الطبية المعملية وصور الأشعة اللازمة وصرف الأدوية كل هذا يعتبر عقبات والمواقف التى تواجه التلاميذ المستفيدين من تلك الخدمات وتؤثر على توافقهم النفسى والاجتماعى داخل أسرتهم ومدرستهم والمستشفى المترددين عليها لتلقى العلاج.

ثانياً خدمات التأمين الصحى:

تتولى هيئة التأمين الصحى طبقا للقانون علاج المريض إلى أن يشفى أو يثبت عجزه ويقصد بالعلاج والرعاية الطبية والخدمات الطبية على مستوى الأخصائيين وأيضا الرعاية الطبية المنزلية والعلاج والإقامة بالمستشفى وإجراء العمليات الجراحية وأنواع العلاج الأخرى والقيام بالفحوصات الطبية المعملية وصور الأشعة اللازمة ويتم صرف الأدوية فى جميع ما تقدم كما توفر الخدمات التأهيلية لمن يكون لديه عجز فى الأطراف والأجهزة التعويضية بالإضافة إلى توفير العلاج بالخارج للحالات القابلة للشفاء التى لا تتوفر علاجها داخل الجمهورية.

ثالثاً مفهوم التأمين الصحى الإجتماعى:

هو وسيلة اجتماعية اقتصادية لتجميع مدفوعات الأفراد والجماعات على شكل أقساط لمقابلة الخسائر المحتملة الوقوع من حالة المرض عن طريق نقل مسئولية هذه الخسائر إلى هيئة أو منظمة. (عادل السقا، ١٩٩٢).

رابعاً الخدمة الإجتماعية فى المجال الطبى:

وهى المجهودات الاجتماعية الموجهة إلى مساعدة الطبيب فى تشخيص بعض الحالات الغامضة وفى رسم خطة علاجية لها والتى تمكن المرضى من الانتفاع بالعلاج المقدم لهم واسترداد وظائفهم الاجتماعية وذلك بإزالة العوائق التى تعترض طريق انتفاعهم من الفرص العلاجية المهيأة لهم وتمهيد الظروف للانسجام فى المجتمع بعد الشفاء.(فاطمة مصطفى الحارونى، ١٩٩٩).

الفصل الثاني

تطوير الخدمة الإجتماعية في المجال الطبي تحليل سوسيولوجي

مقدمـــــة

أولا : نشأة وتطور الخدمة الاجتماعية فى المجال الطبى لمحة تاريخية عالمية وقومية

ثـانيـا : تعريف الخدمة الاجتماعية الطبية.

ثـالثـا : خصائص الخدمة الاجتماعية الطبية.

رابعـا : فلسفة الخدمة الاجتماعية الطبية.

خامسا : وظائف الخدمة الاجتماعية الطبية.

سادسا : أهداف الخدمة الاجتماعية الطبية.

سابعاً : معوقات الخدمة الاجتماعية فى المجال الطبى.

ثامنا : عيادات التامين الصحي كنسق اجتماعي

تاسعا : الخدمة الاجتماعية فى مجال التامين الصحي

عاشرا: علاقة الخدمة الاجتماعية بالتامين الصحي فى مصر

الحادي عشر: دور الأخصائي الاجتماعي في المجال الطبي و الأسس التي يقوم عليها

مُقدِّمة:

ظهرت الخدمة الاجتماعية مع ظهور الحاجة إليها فى المجتمع الإنسانى وأصبحت فى أواخر القرن العشرين هيئة حضارية لخدمة الإنسان وتقوم الخدمة الاجتماعية بمساعدة الإنسان على حل مشكلاتها وتنمية قدراته ومساندة النظم الاجتماعية الأخرى الموجودة فى المجتمع للقيام بوظائفها بشكل أفضل لإشباع الاحتياجات المختلفة للإنسان وعلى هذا الأساس تنظر هذه المهنة إلى الإنسان كفرد وكعضو فى المجتمع نظرة متكاملة يوصف الإنسان كل مركب يشمل جوانب جسمية وعقلية واجتماعية وتمارس الخدمة الاجتماعية فى مجالات مختلفة منها المجال الطبى.

لقد شكل مفهوم التأمين الصحى أساسا قوياً لنظام الرعاية الطبية فى مصر، وأصبح مكونا عميقا يضرب بجذوره فى ضمير وكيان وثقافة وتطلع المواطن المصرى طارحاً نسيجاً وافيا لتلك الرعاية بالإضافة إلى تشكيله الأساسى التنظيمى والتمويلى المناسبين للرعاية الصحية فى المجتمع المصرى.

والواقع يؤكد ضرورة استمرار الاهتمام بالتأمين الصحى مفهوماً وتطبيقاً ومقارنة حتى يعطى كل طاقاته، فهو كالكيان الحى يحتاج إلى الرعاية والعناية والصبر حتى يستمر قويا وشاباً دائماً، فهو أكثر النظم مرونة واستجابة للتطور لاحتوائه دائما على فاعلية التطوير الكامنة فيه من كل أطراف العملية التأمينية، المؤمن عليه، وصاحب العمل، والدولة، مؤسسة التأمين ذاتها، مقدمى الخدمات والمجتمع ككل، بالإضافة أيضاً إلى خصائصه التكوينية ممثلة فى خصائص الاشتراكات وصفة الصناديق وخاصيته التكافل الاجتماعى سواء فى تغطية المؤمن عليهم أو فى أمور التمويل وخدمة المزايا إلى آخره.

وبالرجوع إلى قانون ٧٩ لسنة ١٩٧٥م، نجد أن التأمين الصحى (قانون التأمين الصحى الاجتماعى) ليس مجرد نظام تأمينى ولكنه فى حقيقة الأمر هو أسلوب للحياة فى مصر تصبح منظومة الرعاية الاجتماعية والتأمين الاجتماعى فى تكامل وتناغم سلس ورائع تحتوى ضمن ما تحتوى على باقة من المزايا وهى (مادة من القانون ٧٩ لسنة ١٩٧٥م ستقوم الباحثة بعرض الملحق رقم (١) القرارات التنفيذية للتأمين الصحى) وبهذه

النظرة فإن التأمين الصحى الاجتماعى هو مفتاح ومدخل رئيسى إلى تشكيل أكبر وأوسع يضم التأمين الاجتماعى وحماية الدخل الذى يقع فى قلب احتياجات المجتمع. (حسن عبدالفتاح: ص ص ٨، ٩).

وترى الباحثة أن هناك علاقة ومنفذ بين الخدمة الاجتماعية فى المجال الطبى والتأمين الصحى للطلاب وكذلك فإن التأمين الصحى الاجتماعى للطلاب يقوم بمهمة ترسيخ المبادئ الاجتماعية فى المجتمع. إنه جزء من نسيج المجتمع مدعوماً بضمير ذلك المجتمع الذى يضرب جذوره بعمق فى التوازن العام للمجتمع ككل.

وأيضاً ترى الباحثة أن نظام التأمين الصحى للطلاب يعتبر نظام اجتماعى له البعد النفسى يليه البعد الاقتصادى فى المرتبة الثانية، وتعتبر الثقافة القومية التى تتبنى القيم الاجتماعية الراسخة هى التى تثبت نظام التأمين الصحى الاجتماعى للطلاب فى مصر وتعمق جذوره وتحافظ على استمراريته وتحافظ على جيل المستقبل من الشباب حتى تتمكن من الاستمرارية التى تؤهله للعمل الجاد وإعطاء شباب المستقبل الصحة والعافية لتحقق آمال المجتمع فيهم.

(١) التطور التاريخي لنظام التأمين الصحي الاجتماعي:

تطور التأمين الصحى يختلف من دولة إلى أخرى وسوف نتناول تطور التأمين الصحى الاجتماعى فى الدول الأوروبية والآسيوية وأخيراً سوف نتناوله فى جمهورية مصر العربية لتوضيح مدى التطور التاريخى لهذا النظام فى مختلف الدول وهو كالتالى:

أولاً: التأمين الصحى فى دول أمريكا:

بدأ التأمين الصحى فى الولايات المتحدة فى عام ١٧٩٨م، من خلال التأمين الصحى الإجبارى للتجار والتجارة، وفى أواخر القرن التاسع عشر ظهر التأمين التطوعى لرعاية الأطباء، وفى عام ١٩١٠م، بدأ تعويض العمال فى ظل قوانين الولايات لمقابلة تكاليف الرعاية الطبية.

وفى عام ١٩١٥ – ١٩٢٠م، بدأ التأمين الصحى للعمال ذى الدخول المنخفضة، وفى عام ١٩٢٩م، تم إنشاء التأمين التطوعى للرعاية بالمستشفيات، ١٩٣٩م، ظهرت لأول مرة فاتورة للصحة المحلية بالضمان الاجتماعى، ١٩٤٣م، ظهر برنامج التأمين

الصحى المحلى الذى يرتكز على ممارسة طبية جماعية مثل خطة التأمين الصحى لولاية نيويورك. (Milton, Romeri, ١٩٩٢)

ثانياً- التأمين الصحى فى دول أوروبا:

توصلت ألمانيا عام ١٨٨٣م، إلى أول قانون للعمال ذى الدخول المنخفضة المؤمن عليهم لرفع تكاليف المرض، وكانت ذوى وجهين هما:

أ- تعويض عن الأجور المدفوعة بسبب المرض والعجز.

ب- دفع تكاليف الرعاية الطبية.

أما فى فرنسا كانت حتى عام ١٩٢٨م، لم تتخذ التأمين الصحى الاجتماعى للعاملين بالصناعة وكانت هناك هيئة محلية تقدم الرعاية الطبية للمواطنين ثم بعد ذلك نجحت فى عمل تأمين صحى للعمال ويوجد الآن ٩٠% من الفرنسيين مؤمن عليهم.

ثالثاً- التأمين الصحى فى الدول الآسيوية:

إن فكرة التأمين الصحى كان أول انتشارها خارج أوروبا فى عام ١٩٢١م، تعتبر شيلى وألمانيا أول دول نامية تأخذ بأساليب التأمين الصحى للعمال، وبدأ التأمين الصحى يظهر فى الصين مع الثورة الثقافية عام ١٩٦٥- ١٩٧٠م.

رابعاً- التأمين الصحى فى استراليا:

ظهر فى عام ١٩٥٠م أول قانون تأمين اجتماعى فى مجال الصحة فى عام ١٩٥٣م، بدأت خطط التأمين التطوعى تظهر من خلال المشاركة الحكومية فى تكاليف المستشفى للأشخاص المؤمن عليهم وفى عام ١٩٧٠م، ظهرت كمية الإعانات الحكومية المتجهة للأسر ذات الدخل المنخفض، وفى عام ١٩٧٤م، ظهر التأمين الصحى للإعانات الشاملة فى عام ١٩٧٩م، عاد نظام التأمين الصحى إلى شكله التطوعى.(Milton, Romeri, ١٩٩٢ p.p. ٣: ٧)

التأمين الصحى فى جمهورية مصر العربية:

بدأ تطبيق التأمين الصحى فى أول أكتوبر سنة ١٩٦٤م و صدر قرار رئيس الجمهورية رقم ١٢٠٩ لسنة ١٩٦٤م، بشأن إنشاء الهيئة العامة للتأمين الصحى لتتولى

النهوض بتنفيذ القوانين الصادرة بهذا النوع من التأمين. (الفونس شحاتة رزق: مرجع سابق، ص١٣).

وقد تقرر أن تشرف هيئات على هذا المشروع وهما:

١- الهيئة العامة للتأمين الصحى.

وكانت تختص بتطبيق النظام على العاملين بالحكومة.

٢- الهيئة العامة للتأمينات الاجتماعية.

وكانت تطبق للتأمين الصحى على العاملين الخاضعين لقانون التأمينات الاجتماعية، ورغبة فى التنسيق بين الهيئتين صدر القرار الجمهور بإنشاء المجلس الأعلى للتأمين الصحى الذى يختص برسم سياسة التأمين الصحى وقد تم اختيار الإسكندرية لتكون بداية لتنفيذ المشروع فى أكتوبر ١٩٦٤م، بناء على الدراسات والبيانات الإحصاءات التى أكدت أن الظروف الملائمة لتنفيذ المشروع وقد تتوفر بها الإمكانيات المادية والبشرية وبعد ذلك صدر القرار الجمهورى رقم ٣٢٩٠ لسنة ١٩٦٤م، حيث انتقلت اختصاصات الهيئة العامة للتأمينات الاجتماعية إلى الهيئة العامة للتأمين الصحى واستمر التأمين حتى عام ١٩٩٢م، ليشمل طلاب المدارس، وتمتد إلى أن يشمل أكثر من ثلث سكان مصر، حيث بلغ عدد المؤمن عليهم الآن ١٩,٤ مليون مواطن منهم ٥,٣ مليون عامل، ١٤,١ مليون طالب. (رفعت رضوان: ١٩٩٤م).

أولاً: نشأة وتطور الخدمة الاجتماعية فى المجال الطبى:

ظهرت الخدمة الاجتماعية فى المجال الطبى بإنجلترا عام ١٨٨٠م، وكان الفضل فى نشأة الخدمة الاجتماعية الطبية بإنجلترا إلى السير تشارلز لوك، الذى كان يعمل سكرتيرا لجمعية تنظيم الإحسان والمعروفة حاليا باسم جمعية رعاية الأسرة وقد كان ذلك عام ١٨٨٥م، حيث رأى فجوة كبيرة بين علاقة المريض، وهو بالمستشفى وبالبيئة الخارجية، وهذه الفجوة تؤثر تأثيراً مسيئا فى حالة المريض.

واقترح فى عام ١٨٩٠م، تعيين موظفات بالمستشفيات مهمتهن التعرف على الظروف المختلفة للمريض، وقد تم اختيارهن وأعطهن تدريباً مناسباً لهذا العمل الجديد فى

المستشفيات وقد أطلق عليهن المحسنات ولا يزال يطلق عليهن هذا الاسم. (أحمد كمال أحمد: د.ت، ص٣٢٩).

ولو نظرناً إلى تطور الخدمة الاجتماعية فى المجال الصحى فى الولايات المتحدة الأمريكية نجد أن: (ايداكانون) يعتبر المؤسس الأول للخدمة الاجتماعية.

وفى عام ١٩٠٥م، بدأت العمل كزائرة صحية فى المستشفى العام ببوسطن ثم قامت بتطوير قسم الخدمة الاجتماعية الطبية بالمستشفيات العامة مما أدى ذلك إلى استعانة مستشفى "بيلفو" بنيويورك بالإحصائيين الاجتماعيين ثم امتدت هذه التطورات إلى المستشفيات الريفية وبعد ذلك اهتمت الدولة بتوظيف الأخصائيين الاجتماعيين فى مجال الرعاية الصحية. (Lewis, Maryeon, ١٩٩٧, p. ١٦).

وفى عام ١٩١٧م، تمكنت (مارى انيتشموند) من الوصول إلى مناهج الخدمة الاجتماعية الحديثة فى طريقة خدمة الفرد ثم بعد ذلك ظهرت خدمة الجماعة وتنظيم المجتمع وقد دفع الإيمان بأهمية الدور الذى تلعبه الخدمة الاجتماعية فى مجال الطب ببعض الجامعات الأمريكية والأوروبية إلى إدخال النواحى الاجتماعية للمريض وللآثار الاقتصادية والنفسية المصاحبة للمرض كجزء من خطة الدراسة فى كليات الطب والتمريض وفى نفس الوقت تطورت الخدمة فى ج.م.ع. حيث أنشئ أول مكتب للخدمة الاجتماعية فى المجال الطبى عام ١٩٤٠م، ملحقا بمستشفى القصر العينى ثم انتشرت هذه الفكرة فى باقى المستشفيات العامة بوزارة الصحة بالجمهورية.

وقد ظهرت الخدمة الاجتماعية العاملة فى المجال الطبى من خلال الجهود الأهلية والحكومية .

أولاً : الجهود الأهلية:

بدأت المؤسسات الأهلية فى أول الأمر بتقديم خدمات اجتماعية فى صورة مساعدات مالية للمرضى فى المستشفيات.

تعتبر الجمعية النسائية لتحسين من أوائل الجمعيات التى عملت فى ميدان الخدمات الصحية منذ عام ١٩٣٦م، بهدف رعاية المرضى الفقراء اجتماعياً وصحياً ثم قامت الجمعية بتعيين أخصائيين اجتماعيين.

وفى عام ١٩٣٦م، تأسست جمعية مكافحة الدرن لرعاية مرضى الدرن وأسرهم ثم بعد ذلك أنشئت جمعية يوم المستشفيات لمساعدة المرضى الفقراء عند شفائهم وعودتهم إلى بيئتهم الطبيعية وتزويد أصحاب العاهات بالأجهزة التعويضية.

ثانياً : الجهود الحكومية:

(محمد رضا وعبد الحي محمود صالح: ١٩٩٠م، ص ص ٢٠١، ٢٠٣).

بدأت الخدمة الاجتماعية الحكومية بوزارة الصحة سنة ١٩٤٧م، فى محيط الأمراض الصدرية وبدأ العمل بإنشاء أول وظيفة للأخصائى الاجتماعى الطبى.

فى عام ١٩٤٨م أنشئت وظيفة باحث اجتماعي فى مصلحة الصحة العقلية للقيام بالأبحاث الاجتماعية للحالات المترددة على العيادة النفسية، وقد بلغ اقتناع وزارة الصحة بأهمية دور الخدمة الاجتماعية فى المجال الصحى إلى حد إنشاء إدارة للخدمة الاجتماعية الطبية. وفى عام ١٩٥٧م، قامت إدارة الخدمة الاجتماعية بالقصر العينى بتدريب فريق متكامل من الأخصائيات الاجتماعيات فى الأقسام الرئيسية والعيادات الخارجية. وهناك عدة مفاهيم للخدمة الاجتماعية الطبية منها على سبيل المثال:

تعريف الخدمة الاجتماعية فى المجال الطبى:

تعريف فاطمة الحوارنى: ١٩٩٩م:

وهى المجهودات الاجتماعية الموجهة إلى مساعدة الطب فى تشخيص بعض الحالات الغامضة وفى رسم خطة علاجية لها وإلى تمكين المرضى من الانتفاع بالعلاج المقدم لهم واسترداد وظائفهم الاجتماعية وذلك بإزالة العوائق التى تعترض طريقة انتفاعهم من الفرص العلاجية المهيأة لهم وتمهيد الظروف للانسجام فى المجتمع بعد الشفاء. (فاطمة مصطفى الحارونى: ١٩٩٩م، ص٦١٤).

هى أحد مجالات الخدمة الاجتماعية التى تمارس فى المؤسسات الطبية لمساعدة الأفراد أو الجماعات على استغلال الإمكانيات المتاحة للتغلب على الصعوبات التى تعوق أدائهم لوظيفتهم الاجتماعية وذلك للاستفادة من العلاج الطبى ورقى الأداء الاجتماعى إلى أقصى حد ممكن. (إقبال محمد بشير: سلوى عثمان: ١٩٨٦م، ص ص ١، ٣).

تعريف محمود حسن (١٩٦٩) :

هى تلك العمليات المهنية والجهود العملية التى يقوم بها الأخصائى الاجتماعى لدراسة استجابة المريض نحو مشاكله المرضية وتتضمن كل نوع خدمة الفرد وخدمة الجماعة الطبية بوظيفتها فى المستشفيات والعيادات وغيرها من المؤسسات الطبية لتوفير الفرص الملائمة التى تسمح للمريض بالاستفادة من الخدمة الطبية بصورة فعالة. (محمود حسن محمد: ١٩٦٩م، ص١٦٣).

تعريف أحمد الشبكشى:

الخدمة الاجتماعية الطبية هى إحدى فروع الخدمة الاجتماعية بصفة عامة ومجال تخصصها العمل فى المؤسسات الطبية وأساسها العمل المشترك بين الطبيب وهيئة التمريض والأخصائى الاجتماعى، وتهدف إلى الوصول بالمريض إلى الاستفادة الكاملة بالعلاج الطبى والتكيف فى بيئته الاجتماعية. (إقبال بشير وإقبال مخلوف: ١٩٨٠، ص٢٨).

وأيضاً: تعريف الخدمة الاجتماعية الطبية: (سالم صديق أحمد: ١٩٩٨م):

تعرف بأنها ممارسة الخدمة الاجتماعية فى علاقتها بمهنة الطب وهى خدمة اجتماعية فى مؤسسات طبية (علاجية ووقائية أو إنشائية) وهى تمثل تطبيق الخدمة الاجتماعية معارفها ومهاراتها واتجاهاتها وأسسها وقيمها فى مجال الطب. (سالم صديق أحمد١٩٩٨م، ص ص ٢٧، ٢٨).

بعد هذا العرض لبعض تعريفات الخدمة الاجتماعية فى المجال الطبى، سوف تتبنى الباحثة تعريف سالم صديق أحمد حيث ترى أن هذا التعريف يعتبر تعريفاً شاملاً جامعاً لأنه ينظر إلى الخدمة الاجتماعية كمهنة بطرقها المتكاملة ولم ينظر هذا التعريف للدور التقليدى (العلاجى) للخدمة الاجتماعية فقط بل تضمن دوراً وقائياً وإنشائياً، وأشار هذا التعريف إلى الأساليب والمعارف والنظريات والمهارات والاتجاهات والأسس والقيم التى يجب أن يعتمد عليها الأخصائى الاجتماعى فى عمله بالمجال الطبى وتعتقد الباحثة أن هذا التعريف من أنسب التعريفات تمشياً وطبيعة الدراسة ووظيفة المؤسسة الطبية محل البحث.

خصائص الخدمة الاجتماعية فى المجال الطبى:

من خلال التعريفات السابق عرضها نعرض أهم خصائص الخدمة الاجتماعية الطبية:

١- تتمثل أهدافها العامة فى المساعدة على العلاج والوقاية من الأمراض.

٢- تعتمد على القيم والمبادئ العامة للخدمة الاجتماعية.

٣- تمارس من خلال طرق الخدمة الثلاثة الواجب تطويعها لتتناسب حالات المريض.

٤- تمارس داخل المؤسسات الطبية العلاجية والوقائية والتخطيطية.

٥- لها قاعدة علمية تقوم عليها الممارسة.

كما أضاف عبدالناصر عوض أحمد أنه أيضاً من خصائص الخدمة الاجتماعية الطبية:

١- الخدمة الاجتماعية الطبية مهنة ذات أصول معرفية مستمدة من طرق الخدمة الاجتماعية الأساسية وهى مثل خدمة الفرد وخدمة الجماعة وتنظيم المجتمع، بجانب طرقها الفرعية وهى التخطيط الاجتماعى والبحث الاجتماعى وإدارة المؤسسات الاجتماعية.

٢- لا تقدم خدماتها بمعزل عن خدمات الطبيب وهيئة التمريض وإدارة المستشفى بل إنها تتكامل مع جهودهم.

٣- يمارسها أخصائى اجتماعى متخصص فى المجال الطبى بعد إعدادا نظريا وعمليا يتناسب مع كفاءة الأداء وحاصل على بكالوريوس الخدمة الاجتماعية.

٤- مبادئها الأساسية تقوم على إقامة العلاقة المهنية الهادفة وتقدير مشاعر العميل وتأمينه على سرية بياناته وتقبل ظروفه وأماله وآلامه ومراعاة فرديته والتحرك معه فى ضوء الإيمان بحقه فى تقرير مصيره وتسعى لتعديل شخصيته بالممارسة فى إطار من الإيجابية والواقعية.

٥- تسعى للإسراع بشفاء المريض وإعادته لممارسة أدواره ووظائفه الاجتماعية بجانب استقرار أوضاعه البيئية.

٦- تمارس فى المؤسسات الطبية المتنوعة ومع كافة المرضى ولتحقيق أهداف تنموية ووقائية وعلاجية. (عبدالناصر عوض أحمد جبل: ٢٠٠١م، ص ص٣٣- ٣٤).

كما أضاف عبدالفتاح عثمان وعلى الدين السيد:

أنه أيضاً من خصائص الخدمة الاجتماعية الطبية أنها:

١- تتعامل مع المشكلات الاجتماعية والانفعالية والعوائق التى تؤثر فى المرض أو تكوين سببا له.

٢- هى الوسيط بين المريض والفريق الطبى والمؤسسات الخارجية.

٣- أنها مهنة أخلاقية تتعامل مع آلام الإنسان ومعاناته عند الشدائد.

إن أهدافها لا بد أن تتمشى مع أهداف المؤسسة الطبية التى تمارس فيها. (عبدالفتاح عثمان، على الدين السيد: ٢٠٠٣م، ص١٣٧).

فلسفة الخدمة الاجتماعية الطبية:

تعتبر فلسفة الخدمة الاجتماعية الطبية فرعاً أساسيا من فروع الخدمة الاجتماعية ويمكن توضيح فلسفة الخدمة الاجتماعية الطبية فى النقاط التالية:

١- الخدمة الاجتماعية الطبية تؤمن بفردية الإنسان فبالرغم من اشتراكه مع غيره من إصابة نفسية أو مرض معين إلا أنه تختلف عن الآخرين فهو يحتاج إلى نوع معين من المعاملة وأنواع معينة من الخدمات.

٢- الاعتراف بكرامة الإنسان والإيمان بمكانة الإنسان وقيمته وعلى هذا فإن وجود الخدمة الاجتماعية الطبية فى العيادات والمستشفيات معناه أننا نعتنى بالمريض ليس من الناحية الطبية فقط ولكن كانسان له احتياجاته النفسية والاجتماعية التى يحتاج لإشباعها حتى يستفيد من العلاج الطبى.

٣- إن العوامل الاجتماعية للإنسان ترتبط ارتباطاً وثيقاً بالمرض بل وقد تكون سببا له ويفضل أن يسير كلا من العلاج الطبى والعلاج الاجتماعى النفسى جنباً إلى جنب فالعلاج الطبى قد يكون أحد العوامل المؤدية إلى الشفاء ولكنه ليس كل العوامل وفى نفس الوقت فإن غياب العلاج الاجتماعى النفسى قد يكون وراء عودة المرض أو فشل العلاج الطبى. (عبدالمحى محمود حسن، ٢٠٠٢م، ص٢٩٢).

وظائف الخدمة الاجتماعية الطبية:

تعتبر وظائف الخدمة الاجتماعية الطبية أساسا مهما من أساسيات الخدمة الاجتماعية حيث تعتمد هذه الوظائف على مجموعة من النقاط التالية:

١- رفع الروح المعنوية للمريض وأفرد أسرته

٢- الاشتراك فى برامج التدريب والتعليم المتاحة للفريق العلاجى.

٣- معاونه العيادات والمستشفيات على إعطاء المريض كل ما يمكن من المساعدة ووجوه الرعاية المتاحة.

٤- تيسير الانتفاع بجميع الخدمات الممكنة فى المجتمع ذاته بما يعود على المريض وأسرته بالفائدة المرجوة.

٥- معاونة الفريق الطبى على فهم العوامل الاجتماعية والانفعالية المؤثرة على المريض وأسرته وبالتالى تساعده على العلاج والشفاء. (يحيى حسن درويش: ١٩٨٦م، ص ص ٢٢، ٢٣).

أهداف الخدمة الاجتماعية فى المجال الطبى:

يعتبر الأخصائى الاجتماعى له دور أساسى مع شخصية المريض وأسرته وعمله مع فريق العمل داخل العيادات والمستشفيات لملاحظة أنه بالنسبة لشخصية العميل يجب النظر إليه قبل المرض.

وتهدف الخدمة الاجتماعية فى المجال الطبى إلى مواجهة العوامل الاجتماعية المعطلة للعلاج وللخدمة الاجتماعية أهدافها البعيدة وأهدافها القريبة.

أما أهدافها البعيدة: فهى المحافظة على سلامة المواطنين وتوفير الرعاية الصحية لهم ليتمكنوا من النهوض بالمسئولية الاجتماعية الملقاة على عاتقهم ومن المحافظة على كيان الوطن وإعلاء شأنه.

أهدافها القريبة المباشرة: هى تكمن فى توفير سبل العلاج والوقاية للمواطنين المحتاجين لمساعدة بالتعامل مع المريض وظروفه المحيطة والتعامل مع الطبيب وهيئة التمريض وأقسام المؤسسة الطبية وتسهيل الإجراءات كما أن الخدمة الاجتماعية فى المجال الطبى أهدافاً وقائية وأخرى علاجية، وتكمن الأهداف الوقائية فى إثارة وعى

المواطنين (التلاميذ) بالأمراض وأعراضها والوقاية منها وطرق العدوى وأيسر طرق العلاج، وتعريف المواطنين والتلاميذ بالمؤسسات الطبية والعيادات التى تقدم لهم فرص العلاج والخدمات التى يحتاجونها وتعريفهم بالإسعافات الأولية والوقاية من انتكاس المريض، أما أهدافها العلاجية تكمن فى العمل مع المريض المحتاج إلى الخدمة الطبية و الاجتماعية فى المؤسسة الطبية لتحسين درجة أدائه الاجتماعى عن طريق.

١- الكشف المبكر عن حالات المرض وخاصة من يفتقروا الوعى الصحى أو الأنماط النافرة من العلاج الطبى out reach patients .

٢- تقديم الخدمات المادية والعينية للمحتاجين منهم.

٣- تقديم المشورة والتوجيه للمرضى وأسرهم حول المرض وطبيعته وكيفية التعامل معه

٤- تعريف مجتمع المرضى والأصحاء بالدور العلاجى والوقائى.

٥- تحديد الاحتياجات الاجتماعية للمرضى على اختلاف أمراضهم.

٦- التخطيط لعودة المرضى إلى بيئاتهم بعد الشفاء.

٧- تقديم المعلومات المناسبة ذات العلاقة بالخدمات الصحية للمواطنين والتوعية بالأبعاد الاجتماعية للمرضى للمشتغلين بالخدمات الطبية.

٨- المشورة المتبادلة بين الفريق الطبى وهيئة التمريض حول الطبيعة الاجتماعية لكل مريض.

٩- المشاركة فى رسم الخطط المناسبة لإدارة المستشفى والعيادات وأجهزتها وأدواتها.

١٠-قيادة البحوث الصحية فى المجتمعات الفقيرة وتوثيق العلاقات بين المؤسسات المختلفة.

١١- تنسيق أواصر التعامل وتبادل المعلومات بين إدارة الخدمة الاجتماعية وكافة الأجهزة الأخرى بالعيادات وخارجها.

١٢- قيادة ما يعرف بالتنمية الصحية أى الإشراف على تعليم الإسعافات الأولية والتوعية الصحية.

١٣- المشاركة فى التخطيط الوقائى الصحى بافتراض المرض وعرض للواقع المحيط.

(عبدالفتاح عثمان وعلى الدين السيد: ٢٠٠٣م، ص ص ١٣٨ - ١٣٩).

الاعتبارات التى تستوجب وجود إدارة الخدمة الاجتماعية الطبية:

توجد عدة من الاعتبارات ترتبط بأهمية وجـود قسـم للخدمـة الاجتماعيـة فـى المؤسسات الطبية من أهمها:

١- اختلاف مفهوم العمل فى المستشفيات والعيادات وطرق العلاج فبعد أن كان يعتمد أولاً وأخيراً على الطبيب فقط أصبح يستعين بتخصصات أخرى كالأخصائى الاجتماعى وأخصائى التغذية ويصبح مفهوم العمل كفريق للعلاج.

٢- خشية العمل بالعيادات والمستشفيات تحصل اهتمامات الأطباء منصبة على تشخيص وعلاج المرض وبالتالى لا يجد الطبيب لديه متسع من الوقت لتوضيح المرض والعلاج وهنا يتضح دور الخدمة الاجتماعية الطبية.

٣- الجو العام داخل العيادات والمستشفيات والرهبة المرتبطة به مما يجعل ضرورة وجود قسم للخدمة الاجتماعية لمساعدة المرضى على تخفيف هذه المخاوف والاستفادة بخدمات المؤسسة.

٤- المؤسسة الطبية لها نظام خاص بقبول المرض وتمنحهم بعض الامتيازات الخاصة والدواء وقسم الخدمة الاجتماعية يمكن أن يلعب دوراً جوهرياً فى ذلك. (سلوى عثمان: ١٩٩٠م، ص ص١٢٩، ١٤٢).

معوقات الخدمة الاجتماعية فى المجال الطبى:

هناك العديد من المعوقات التى تعوق مهنة الخدمة الاجتماعية فى المجال الطبى من أداء عملها على أكمل وجه من هذه المعوقات ما يلى:

أولاً-معوقات ترجع إلى مهنة الخدمة الاجتماعية والممارس المهنى وتتمثل فى:

١- شعور الممارس المهنى بالنقص عندما يتعامل مع الأطباء.

٢- عدم وجود التخصص الدقيق لإعداد الأخصائى الاجتماعى فى ذلك المجال.

٣- عدم متابعة الأخصائيين الاجتماعيين للتطور العلمى فى المهنة أو فى التنظيم أو فى المجال الطبى الأمر الذى يؤدى إلى إغفالهم وانخراطهم فى الأعمال الإدارية.

٤- عدم ترحيب الممارسين المهنيين فى هذا المجال على الإقبال على الدورات التدريبية أو الدراسات العليا فى تخصصهم للرقى بمعارفهم. (عبدالمحيى محمود حسن: (٢٠٠٢)، مرجع سابق، ص ٣٠١، ٣٠٢).

ثانياً- دور الأخصائى الاجتماعى فى المجال الطبى:

يعتبر الأخصائى الاجتماعى هو الشخص المهنى الذى يتحمل مسئولية تحقيق أهداف المهنة وتقديم خدماتها المختلفة للإنسان فى صور تواجده المختلفة كفرد وكعضو فى جماعة أو تنظيم اجتماعى وقد يشير واقع الممارسة المهنية للأخصائى الاجتماعى فى المجال الطبى إلى وجود العديد من المعوقات التى تقف عائق فى أداء دوره.

الأخصائى الاجتماعى بالمستشفيات والعيادات محكوم فى ممارسته بالعوامل والظروف التالية :

١- القيم والمعايير السائدة فى المؤسسة.

٢- الموارد والإمكانيات المتاحة بالمؤسسة مثل توفير الاعتمادات اللازمة والتجهيزات والأدوات والأجهزة اللازمة لعمله والمستشفيات.

٣- دور الأخصائى داخل العيادات نصت عليه لائحة تصنيف الوظائف بالمؤسسة بمعنى أنه محكوم بحدود واجبات وظيفته ومسئولياتها وما يرتبط بها من سلطة وحقوق ومدى وضوح هذا الدور.

٤- مكانته فى هرم السلطة بمعنى فى أى مستوى إدارى تقع وظيفته وما علاقتها بالوظائف الأخرى وهل هى من وظائف اتخاذ وإصدار القرار أم أنها تنفيذية فقط.. (كمال أغا: ١٩٩٢م، ص١٧١).

من أهم المشكلات التى تعوق دور الأخصائى الاجتماعى فى المجال الطبى أيضاً منها:

١- **مشكلات اجتماعية**: مثل الفقر – المسكن – التغذية – العمل – علاقات داخلة فى حدوث المرضى ومؤثرة على الشفاء.

٢- **مشكلات المداومة** على العلاج والالتزام بقواعد العلاج.

٣- **مشكلات رفض العلاج** الناجمة عن أسباب اجتماعية وإنسانية. (على الدين السيد- محمد شريف حنفى: ١٩٨٤م -١٩٨٥، ص٣٠١).

٤- **مشكلات المرض المزمن**: يواجه المريض بعض الصعوبات الناتجة عن الأمراض الصحية المزمنة والاستمرار فى العلاج مثل متطلبات العلاج الطويلة من الناحية المالية بالإضافة إلى أن المرض يفرض على المريض بعض القيود المحدودة على

حركته ونشاطه وعلاقاته بالآخرين، كما قد يضطره المرض المزمن إلى التخلى عن عمله، وإذا كنا نعرض لمشكلات المرض المزمن داخل المستشفى فإنها ستصاحبه بعد خروجه أن لم تزد بعد احتكاكه مع البيئة التى يعيش ويعمل فيها ومثل هذه الأمراض المزمنة تحتاج إلى جهود متواصلة من جانب الخدمة الاجتماعية بحيث يحتاج المريض إلى التشجيع والوقوف بجانبه من خلال الفترة الطويلة التى يرتبط فيها بالمرض حتى يستطيع المريض تحقيق أقصى ما يمكن من استغلال قدراته لمواجهة الأعباء النفسية الناتجة عن أزمات المرض.(سالم صديق أحمد:١٩٨٥م، ص٥٧).

٥- **المشكلات الاقتصادية**: يتسبب المرض فى الكثير من المشاكل الاقتصادية وتبدو واضحة فى العيادات والمستشفيات العامة، حيث يذهب إليها فئات ذات مستوى اقتصادى معين. وهذه المشاكل قد تدفع المريض إلى مقاومة العلاج ورفضه أو تكون سبباً فى انتكاسة المريض أو تأخير الشفاء.

٦- **المرض** : وخاصة إذا كان مفاجئاً وإذا تضمن جراحة فإنه يؤثر فى ميزانية الأسرة فى حالة عدم وجود مدخرات لديها، وإذا طالت فترة العلاج فإن ميزانية الأسرة لا تتحمل تكاليف العلاج ويؤثر ذلك فى خطة الأسرة فى حياتها وقد تضطر إلى الخروج عن المألوف فى نظام حياتها.

٧-إذا كان المريض هو طفل داخل أسرته فقد تسوء حالة الأسرة نتيجة للإرهاق المادى ونقص العلاج.

ويرفض الكثير من الأسر العلاج فى المستشفيات المجانية لما شاع عن عدم الثقة فيها ونتائجها الغير المضمونة وهؤلاء فى نفس الوقت لا يقدرون على تحمل نفقات العلاج قد يستعصى علاجه فيما بعد ويحتاج إلى فترة طويلة وقد تكون الحالة الاقتصادية سبباً فى عدم تنفيذ خطط العلاج. (إقبال محمد بشير- سلوى عثمان: ١٩٨٦م، ص ص ١٠١- ١٠٢).

و أيضاً هناك مشكلات رئيسية: (شريف حتاتة: ١٩٦٨م، ص١٤٤).

ـ المشكلات الإنسانية :

وهى تتلخص فى ضعف الشعور الإنسانى لدى القائمين بالخدمة من أطباء وفنيين وإداريين وهو شعور أساسى فى خدمات العلاج، وضعف الشعور بالواجب وبالمسئولية

وهى فى الواقع عيوب عامة، وعلاج هذه المشاكل يبدأ من كليات الطب بالقدوة الحسنة التى هى أساس مسئولية هيئة التدريس العاملة فى كليات الطب وفى المستشفيات الجامعية وعن طريق المنظمات المهنية التى تعمق ممارسة الأطباء وجميع العاملين فى الصحة، الآداب وقيم المهنة الطبية، وتحثهم على السلوك الإنسانى مع المرضى وعلى زيادة شعورهم بالواجب وكذلك الاعتماد على رفع مستوى وعى المواطنين بصفة عامة وزيادة شعورهم بالواجب نحو مجتمعهم.

٢ـ مشاكل إدارية وتنظيمية:

مازلنا نعتبر إدارة المؤسسات الطبية وظيفة وليست مهنة، أى أنها وظيفة يحصل عليها الطبيب، وإذا وصل إلى مستوى وظيفى معين بينما تعتبر جميع البلاد المتقدمة أن إدارة المؤسسات الطبية عبارة عن مهنة ذات علم وفن لها كليات ومعاهد تقوم على أسس وقواعد علمية تدرس فى هذه المعاهد والكليات ويعطى المراكز المتخصصة فى الإدارة ، والأمر يحتاج إلى اهتمام وزارة الصحة والهيئات الطبية الأخرى من هذه الدراسات، وإرسال البعثات إلى الخارج بأعداد كافية لسد احتياجاتنا من المديرين المؤهلين سواء فى الوزارة أو التامين الصحى أو مؤسسات العلاج ومن النواحى التى تحتاج إلى اهتمام فعالية الربط بين مستويات الخدمة التى تقدمها والذى مازال ضعيفاً ونظرياً أو يحتاج إلى جهود أكثر من الدولة وأن العيادات تمثل عنصرا من أهم العناصر وخدمات المستشفيات وهى فى الغالب صغيرة الحجم قليلة التجهيز ولا تلقى العناية الكافية من الأخصائيين حتى تقوم رسالتها على الوجه الاكمل، وتخفيض العبء وتخفيض التكاليف.

٣ـ الأفراد العاملون بالعيادات والمستشفيات:

العلم يتقدم باستمرار وفرص الشفاء تزيد لو أمكن الاستفادة من التقدم فى المجال الطبى ولن يتم ذلك إلا بزيادة الاهتمام المكرس لإعداد الأخصائيين وزيادة عددهم وكذلك الاهتمام بالبرامج التدريسية للأطباء، والممرضات، والفنيين والإداريين قبل الالتحاق بالخدمة، وأثناء الخدمة، وبطريقة دورية منظمة.

ثالثاً: معوقات ترجع إلى إمكانيات المؤسسات الطبية وتتمثل فى:

١- عدم وجود المكان المناسب بالعيادات والمستشفيات لمزاولة لأخصائى الاجتماعى لعمله وخاصة فى الحالات الفردية حيث يفضل أن يكون المكان قريب من عيادات الطبيب والأقسام حتى يستطيع المريض (الفرد) التوجه لمكانه مباشرة.

٢- عدم وجود أماكن مناسبة للمريض الأمر الذى يجعل الأخصائى الاجتماعى غير قادر على مساعدة المرضى فى حل مشاكله وعلى التماثل بالشفاء.

٣- نقص الإمكانيات المتاحة للأخصائى الاجتماعى لتقديم المساعدة بالمستوى الذى يأملون.

٤- نقص عدد الأخصائيين الاجتماعيين رغم تعدد الأدوار المطلوبة منهم والوظائف المطلوب القيام بها فى نفس الوقت لزيادة المستمرة فى أعداد المرضى مما يجعل خدمات الأخصائى الاجتماعى سطحية وتجعله يتجاهل الكثير ممن يحتاجون مساعدته. (زينب حسين أبو العلا: (١٩٨٧)، ص١٠).

رابعاً: المعوقات التي ترجع إلى العملية الطبية بالعيادات وتتمثل فى:

١- نظرة الأطباء وهيئة التمريض إلى قسم الخدمة الاجتماعية بالعيادات على أنه خاص بتقديم المساعدات المالية والخدمات المادية فقط.

٢- ضغط العمل على الأطباء مما يحول دون اجتماعهم مع الأخصائيين مما يؤدى إلى الحد من فاعلية العمل الفريقى لفاعلية الخطة العلاجية.

٣- عدم فهم الأطباء لدور الأخصائى الاجتماعى وعدم الاعتداد بدوره.

٤- نظرة الأطباء إلى التشخيص العلاجي الطبى دون الاهتمام بالجوانب النفسية و الاجتماعية.

٥- النظرة غير المتكافئة بين الأطباء والأخصائيين الاجتماعيين وسيطرة الأطباء واقتناعهم بأهمية دورهم عن سائر الأدوار الأخرى الأمر الذى يؤدى إلى عدم الاهتمام بالأدوار المعاونة.

خامساً: ويمكن إجمال المعوقات التى تواجه تطبيق نظام التأمين الصحى فى مصر للمستفيدين من هذه الخدمة كما يلى:

ويمكن أن نعرض لأهمية المعوقات فى: (رفعت رضوان: ١٩٩١م، ص ص١٧، ١٨).

١- مقاومة المستفيدين عن نظم العلاج الخاص.

٢- انخفاض الوعى الجماهيرى لدى المستفيدين (المؤمن عليهم). مثل تنمية الوعى بأهمية ترشيد استهلاك الدواء، وعدم تبليغ المرضى إلا فى حالات الضرورة.

٣- الأثر السلبى الذى أحدثته السمعة الجماهيرية السابقة لبعض العيادات والمستشفيات التى أنشأت للهيئة فى البداية.

٤- التراخى فى تطبيق التشريع، فقد ظل التأمين الصحى محاصراً فى محافظة الإسكندرية فترة طويلة، لم يكتب التوسع خارجها إلا فى صور متفرقة ونطاق محدود طوال السنوات الأولى.

٥- زعزعة الثقة فى جدية تطبيق التأمين الصحى أثر صدور قرار التطبيق ثم إرجاء تنفيذها أو إلغائها.

٦- قصور التشريع الذى كان متمثلاً فى تناثر أحكام التأمين الصحى.

ومن المعوقات أيضاً:

١- العجز فى عدد الأطباء الممارسين العاملين بالمدارس وما لهم من آثار سلبية على تأدية الواجبات الوقائية والعلاجية على المستوى المطلوب.

٢- الإحجام عن طلب تقديم خدمة الزيارة المنزلية.

٣- العجز فى عدد الزائرات الصحيات فى المدارس.

٤- انخفاض مستوى الأداء بالنسبة للتوعية الصحية والاهتمام بالبيئة المدرسية.

٥- عدم الاهتمام بشكاوى الطلاب وأولياء أمورهم.

٦- انخفاض مستوى الأجور والحوافز بالنسبة لمقدمى الخدمة من أطباء وممرضات وزائرات صحيات وأخصائيين اجتماعيين وغيرهم من الفئة المتعاونة سينعكس سلبياً على مستوى الأداء. (أسامه محمد الهوارى: مرجع سبق ذكره، ص٢٣).

عيادات التأمين الصحى كنسق اجتماعى:

سوف تستند الدراسة على نظرية النسق على أساس أن مفهوم النسق هو عبارة عن مجموعة من العناصر والمكونات المتفاعلة وأن كل جزء أو عنصر من العناصر الداخلة فى تكوين واحد. (على السلمى: ١٩٨٧م، ص٧٣).

وقد اعتبر "بارسونز" النسق عبارة عن شبكة من العلاقات بين الناس وبين الجامعات فهو يجمع مجموعة من الفاعلين فى رابطة واحدة (على روشنة: ١٩٨٨م، ص١٠٢).

ويرتبط النسق ارتباطا وثيقاً بالبناء الاجتماعى وهو تصور المجتمع كوحدة واحة متكاملة ومتماسكة وهذه الوحدة تتكون من عدد من الوحدات الصغيرة التى تتفاعل معا وتتساند وظيفيا بطريقة تكفل المحافظة على كيان المجتمع واستمرار بنائه وترتبط فكره النسق ارتباطاً وثيقاً بمفهومات البناء الاجتماعى والتنظيم الاجتماعى، وتدور الفكرة الأساسية فى تصور المجتمع كوحدة متكاملة متماسكة تتمتع بدرجة عالية من الاستمرارية ولكنه ينقسم فى الوقت ذاته من الداخل إلى عدد من الوحدات الصغيرة التى تتفاعل معا وتتساند وظيفيا بطريقة تكفل المحافظة على كيان المجتمع واستمراره. (أحمد أبو زيد: ١٩٩٧، ص١).

ويؤكد "بارسونز" على أن النسق الاجتماعى شأنه شأن أى نسق آخر سواء آلى أم بيولوجى له حدود معينة وبيئة تحيط بهذه الحدود ولهذا يمكن النظر إلى أى شئ سواء كان كائنا حيا أو اجتماعيا فرد أو جماعة أو تنظيم على أنه نسق يتألف من عدد من الأجزاء المترابطة. (على ليله: ١٩٨٢م، ص٢٥٦).

أنواع الأنساق:

أولاً: النسق المغلق: *Closed Sgstca*

وهو يستقبل مدخلاته من مداخله كالأنساق الفيزيقية والطبيعية.

ثانياً: النسق المفتوح : open system

وهو الذى يستقبل مدخلاته من خارج البيئة التى يعمل فى إطارها ويتفاعل معها ومع الأنساق الأخرى ويتكون النسق من ما يلى:

المدخلات Inputs وهى مجموعة من الموارد المتاحة للنسق.

المخرجات Outputs: وهى نتائج أنشطة العمليات ومدى استجابة البيئة.

التغذية العكسية Feed back وهى مجموعة الاستجابات البيئة للمخرجات والتى تسمح بتعديل العمليات:

استخدام نظرية النسق فى عيادات التأمين الصحى لتلاميذ المدارس:

يمكن النظر إلى عيادات التأمين الصحى بالمدارس على أنها نسق اجتماعى مفتوح له بناء ويقوم بمجموعة من الوظائف المحددة ويمكن اعتبار العيادات كنسق اجتماعى لها مجموعة من الأنساق الفرعية مثل: الأطباء، الزائرات الصحيات، العاملون، ولكى يحقق النسق أهدافه لا بد أن يكون نوع من التساند الوظيفى بين الأنساق الفرعية، يمكن أن ننظر إلى عيادات التأمين الصحى كأنساق اجتماعية مفتوحة لها وظيفة ويحكمها مجموعة من المعايير وهناك مجموعة من المحكات الأساسية تقرر عليها عيادات التأمين الصحى كأنساق اجتماعية مفتوحة.

ومدخلات تعمل على مساعدة النسق على أداء وظائفه وتشتمل أولاً المدخلات على:

أ- موارد بشرية وتتمثل فى الأطباء – الزائرات الصحيات – الأخصائيين الاجتماعيين، التلاميذ، العمال الفنيون.

ب- موارد مادية: تتمثل فى الإمكانيات المتاحة داخل عيادات التأمين الصحى وتساعد فى تقديم خدمات التأمين الصحى.

ج- اللوائح والقوانين المنظمة لأسلوب العمل فى عيادات التأمين.

د- الأهداف: تتمثل فى أهداف عيادات التأمين الصحى فى تقديم خدمات وقائية وعلاجية.

ثانياً: العمليات التحويلية:

وهى مجموعة العمليات والبرامج التى تتم داخل نسق العيادات المدرسية يمكن تحويل المدخلات إلى مخرجات ويمكن تحديدها فى الآتى:

- مجموعة من البرامج وخدمات وقائية وعلاجية وتأهيلية.
- خطط ومشروعات لمساعدة التلاميذ.
- استمارة الخدمات الأخرى خارج العيادة والتى يمكن الاستفادة منها فى برامج وخدمات التأمين الصحى.

ثالثاً: المخرجات وتتمثل فى البرامج والخدمات التى يتم تقديمها لتلاميذ المدارس مثل:

- برامج وخدمات وقائية.
- برامج وخدمات علاجية.
- برامج وخدمات تأهيلية.

استخدام نظرية النسق فى عيادات التأمين الصحى لتلاميذ المدارس:

١- عيادات التأمين الصحى لتلاميذ المدارس كمنظمات تعتبر نسقاً اجتماعيا ومن ثم فيها أنساق مفتوحة.

٢- تعتبر عيادات التأمين الصحى أنساقاً اجتماعية تحصل من خلال المجتمع على المدخلات وتحويل هذه الطاقة ليستفيد منها التلاميذ إلى مخرجات وتتميز عيادات التأمين الصحى كأنساق اجتماعية مفتوحة بالتغذية المرتدة (العكسية) حتى نستطيع التكيف مع المجتمع والتغيرات البيئة التى تحدث فيه.

٣- تحقق عيادات التأمين لتلاميذ المدارس الأهداف المرسومة لها عن طريق الأنساق الفرعية.

٤- يوجد نسق وظيفى لفريق العمل داخل عيادات التأمين الصحى لتلاميذ المدارس.

٥- عيادات التأمين الصحى تشمل على مجموعة من العلاقات الداخلية والخارجية، هذه العلاقات تمثل بناءاً اجتماعياً يتضح من تدرج الإمكانات والأدوار داخل عيادات التأمين الصحى.

تتكون عيادات التأمين الصحى من مجموعة من الأقسام يمكن اعتبارها أنساقاً فرعية.

وضع الخدمة الاجتماعية فى مجال التامين الصحى:

كانت الخدمة الاجتماعية الطبية تؤدى جزئياً فى البداية بالتامين الصحى منذ نشأته عام ١٩٦٤م، بمصر وكانت الخدمة الاجتماعية الطبية فى ذات الوقت قد توطدت فى الميدان الصحى فى مصر سواء فى المستشفيات أو وحدات وزارة الصحة وبعد ذلك كان من الضرورى بل ومن المقومات الأساسية لنجاح المشروع تلمس احتياجات المستفيدين والوقوف على اتجاهات الرأى العام وتحليله، والمساهمة فى وصول الخدمة بسهولة، ويسر، ولقد لوحظ فى بداية التطبيق مدى الأهمية البالغة لهذا الدور نظراً لوجود بعض المشكلات التى ترتبت نتيجة عدم تطبيق هذا النظام لوقت قريب على الطلاب بالمدارس، وكان بداية تطبيق النظام عام ١٩٩٢م، على طلاب المدارس وبعد مرور الوقت منذ تطبيق هذا النظام على الطلاب المستفيدين من خدمات التأمين الصحى قد تعددت المشكلات وأصبحت فى حاجة ملحة لتدخل الخدمة الاجتماعية مما دعى إلى تخصيص أخصائى اجتماعى أو أكثر بكل مستشفى أو عيادة بالتأمين الصحى فالخدمة الاجتماعية الطبية أصبحت ذات أهمية فى مجال التأمين الصحى لأنها تمثل وسيلة هامة من وسائل زيادة الإنتاج وتحقيق الرفاهية حيث تمتد مظلة التأمين الصحى لتشمل قطاعات مختلفة من العاملين بالدولة ولا يمكن تحقيق زيادة الإنتاج والرفاهية للمجتمع إلا بتوفير الرعاية الصحية لجميع العاملين المنتفعين عامة والطلاب المستفيدين خاصة بخدمات التأمين الصحى، والاهتمام بسلامة أجسامهم باعتبارهم شباب المستقبل والقوة البشرية المنتجة، وبالتالى يحتاج الأمر لتدخل الخدمة الاجتماعية الطبية مساعدتهم على صرف الأدوية اللازمة لهم وتوصيل الخدمات الطبية إلى غير القادرين على الانتقال إليهم، وهناك بعض العقبات التى تعرقل قيام الخدمة الاجتماعية الطبية بدورها كما يجب فى مجال التأمين الصحى وهى نقص الإمكانيات المادية وخاصة المالية، وعدم تعاون العاملين بالعيادات والمستشفيات، ونقص عدد الأخصائيين الاجتماعيين والعيادات مع زيادة أعباء العمل على الفرد الواحد داخل وخارج العيادات.

ثانياً: الخدمة الاجتماعية فى مجال التأمين الصحى لتلاميذ المدارس:

وتعتبر الخدمة الاجتماعية الطبية من المجالات الحديثة فى الخدمة الاجتماعية وذلك بأنها قد تتضمن مؤسسات صحية لكى تساعد المريض على الاستفادة من الخدمات الطبية وأيضاً أخصائيين اجتماعيين متدربين ومتخصصين فى العمل فى العيادات والمستشفيات وتتميز الخدمة الاجتماعية الطبية بأنها تساعد المرضى على حل المشكلات من النواحى الاجتماعية والنفسية التى قد تؤثر على المريض نتيجة لمرضه وأيضاً للعلاج وقد يلعب الأخصائى الاجتماعى دور كبير وذو أهمية فى تكيف المريض مع المستشفى وتفسير المرض وعلاجه للمريض.

من خلال إطلاع الباحثة على القوانين واللوائح لعمل الأخصائى الاجتماعى فى المجال الطبى:

قد أتضح أن والدور الذى يلعبه الأخصائى الاجتماعى فى المجال التأمين الصحى ضئيلا وتعتمد الباحثة على مجموعة من الأسس والنظريات وقد وضعت التصور الثانى بالنسبة لدور الأخصائى الاجتماعى وهذا يعتمد على تصورى من خلال ما تراء لى داخل تلك العيادات الخاصة بالتأمين الصحى.

الأسس التى يقوم عليها عمل الأخصائى الاجتماعى لتلاميذ المدارس:

١- عندما يتعامل مع التلاميذ كمرضى تكون بؤرة اهتمام التلاميذ كمرض وليس المرض فى حد ذاته.

٢- لا ينظر إلى المشكلات كليا التى يواجها التلاميذ ولكنه يتعامل مع المشكلات المرتبطة بالمرض فقط.

٣- لابد من أن يدرك الأخصائى العلاقة بين فهم التلاميذ لمرضهم وتقبل الظروف الجديدة لتلك المرضى.

٤- هدف الأخصائى هو تخفيف الضغوط الداخلية والتوترات الخارجية المتعلقة بالمريض كهدف قريب أما الهدف البعيد فهو يمكن المريض من توظيف قدرته من أجل استخدام الرعاية الصحية.

٥- يختلف دور الأخصائى باختلاف طبيعة المرض فيكون دوره هاماً فى الأمراض المزمنة، ويقل تدخله فى الأمراض البسيطة.

التأمين الصحى كمدخل استراتيجى لحل مشكلة العلاج فى مصر:

يمثل التأمين الصحى الرصيد الاستراتيجى لمواجهة مشكلة العلاج فى مصر وذلك لأن هناك عديد من التحويلات الاجتماعية و الاقتصادية والتكنولوجية والسياسية قد أدت إلى واقع أصبحت فيها المصادر التقليدية للتعامل مع المرضى غير فعالة، وخاصة مصادر العلاج المجانى ويضاعف من الآثار السلبية لهذا الواقع زيارة الطلب على الخدمات الصحية مع محدودية الموارد لمستشفيات وزارة الصحة فى الوقت الذى ترتفع فيها تكاليف العلاج فى المؤسسات الصحية الخاصة.(متولى السيد متولى: ١٩٩٥م، ص٣٣).

ولقد أخذت مصر بنظام التأمين الصحى وعملت بها عام ١٩٦٤م وطبقتها على العاملين ثم أخذت بنظام التأمين الصحى وطبقته على الطلاب أول فبراير سنة ١٩٩٣م، حيث استمرت الزيادة فى أعداد المستفيدين فى خلال السنوات الماضية منذ بدء التطبيق، حتى بلغ عدد المستفيدين ستة مليون وثمانون وسبعة وثمانون ألف وتسعمائه وتسعه وثمانون طالباً انتفعوا بخدمات التأمين الصحى الجليلة ورفعت عن كاهل الأسرة المصرية تكاليف الوقاية والعلاج الباهظ، (أسامه محمد الهوارى: ٢٠٠٤م، ص ص٢٠- ٢١). وبذلك قد فرض عبئاً إضافياً على الهيئة العامة للتأمين الصحى قد أدى ذلك إلى ظهور العديد من المعوقات التى من أهمها:

١- ظهور أنواع جديدة من الخدمات الصحية مثل أمراض الأطفال مع تطبيق التأمين الصحى على طلاب المدارس فجاء دون عداد مسبق.

٢- الزيادة الكبيرة على المؤمن عليهم والمستفيدين من خدمات التأمين الصحى رغم مقارنتها بالموارد المتاحة.

٣- عدم توافر الكفاءات المتخصصة اللازمة لإعداد الخدمات بالمستوى المقبول.

٤- عدم التزام الخبرات التى تعمل بنظام التعاقد مع الهيئة بالنظم والقواعد الخاصة بالعمل مما أدى إلى ظهور صورة سلبية لنظام التأمين الصحى لدى المستفيدين.

٥- الانتشار الجغرافى لنطاق الخدمات التى تقدمها الهيئة.

٦- اختلافات فى التجهيزات الخاصة بالتشخيص والعلاج فى بعض المواقع والوحدات.

٧- عدم وجود قاعدة بيانات متكاملة وموثوق بها مما انعكس على جودة الخطط والقرارات.

٨- عدم تحديد أهداف استراتيجية للتأمين الصحى وعدم وجود نظم متابعة للتخطيط وبرمجة العمل مما أدى إلى إنفاق استثمارى.

٩- عدم وجود الاعتمادات المالية الكافية لتوفير السيولة اللازمة لرفع المبالغ المستحقة للموردين وخاصة الصيدليات التى تتعامل مع الهيئة. (متولى السيد متولى: مرجع سابق، ص٣٥).

علاقة الخدمة الاجتماعية بالتأمين الصحى فى مصر:

ترى الباحثة أنه توجد علاقة ارتباط قوية بين الخدمة الاجتماعية والتأمين الصحى فى مصر حيث أن العمل بالهيئات الخدمة الصحية التى تقدم المنتج النهائى لها فى صورة خدمة طبية متميزة علاجاً ودواء إلى منظومة عمل محددة ومعايير مرتبطة بمواصفات لكافة أنشطتها الإدارية والفنية، وتعتبر المنظمات الخدمة العلاجية ذات طبيعة اجتماعية خاصة وسمات تميزها عن غيرها، والعمل له صفة الدقة ولا يحتمل الخطأ، ثم أن الخدمة الصحية ضرورة اجتماعية بغض النظر عن ماهية تكاليفها.

من هنا يتضح أنه توجد علاقة ارتباطية بين تقديم الخدمة الطبية للطلاب من ناحية وارتباطه بالجانب الاجتماعى من ناحية أخرى حيث أن العمل فى المجال الطبى له ضرورة اجتماعية بغض النظر عن تكاليفها.

وقد يتضح ذلك من الدور الفعلى الذى يقوم به الأخصائى الاجتماعى والعمل فى مجال الطب.

قد ترى الباحثة من خلال الدراسة أو العمل الفعلى فى هذا المجال الطبى عامة والتأمين الصحى بصفة خاصة أن الدور الفعلى الذى يجب أن يقوم به الأخصائى الاجتماعى هو تثقيف الطلاب وتعليمهم وتدريب الطلاب على الاستفادة من خدمات التأمين الصحى وفى نفس الوقت تعريفهم بحقوقهم وواجباتهم من أجل الاستفادة من خدمات التأمين الصحى

والمحافظة على صحتهم ضد الأمراض، المساعدة على معرفة الطلاب أن التأمين الصحى يعمل على أساس التكافل بين أفراد المجتمع ولذلك يجب على الطلاب أن يدفع قيمة الاشتراك حيث أن الاشتراك يعمل على تمويل صندوق التأمين الصحى الذى قد يلجأ إليه من يصاب بمرض فقد يجد مصدر العلاج وما يكفى لعلاجه على المستوى اللازم.

السجلات الطبية فى المؤسسات الصحية:

من الملاحظ فى السنوات الأخيرة أن هناك اهتماماً متزايد على مستوى العالم بالسجلات الطبية فى المستشفيات والعيادات الصحية ويستدل على ذلك الاهتمام عدة ظواهر منها:

١- أن الازدياد المستمر فى حجم المادة العلمية المنشورة عن السجلات الطبية فى المستشفيات والمؤسسات الصحية واستخداماتها وفوائدها وطرق حفظها سواء كانت هذه المادة على هيئة كتب ومراجع أو على هيئة مقالات وأبحاث علمية.

٢- ظهرت الكثير من المدارس المختصة بتعليم وتدريب الكوادر اللازمة لأعمال السجلات الطبية

٣- التقدم المستمر فى تكنولوجيا السجلات الطبية مثل استخدام الميكروفيلم والكمبيوتر.

٤- فيما يتعلق بالسجلات الطبية فإن كل مريض يجب أن يكون له سجل طبى كامل وصحيح ويجب أن تحفظ فى قسم خاص بداخل المؤسسات الصحية لهذا الغرض بطريقة تجعلها من اليسير الحصول عليها عند الحاجة.

وقد وضعت الأسس الآتية لتنظيم السجلات الطبية:

١- أيجاد وتجهيز قسم السجلات الطبية.

٢- استخدام أفراد مدربون.

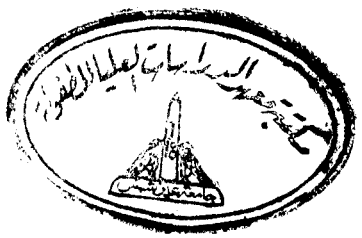
٣- خطة لاستكمال السجلات الطبية.

٤- خطة للإشراف على السجلات الطبية.

٥- نظام لحفظ السجلات الطبية واستخراجها.

٦- نظام لفهرسة السجلات الطبية.

٧- نظام لاستخراج البيانات الإحصائية وعمل التقارير.



ولا تزال هذه الأسس تشكل المبادئ الرئيسية لتنظيم السجلات الطبية في المؤسسات الطبية إلى الوقت الحالى.

وقد حظيت السجلات الطبية باهتمام كبير وقد وضع عدة معايير فى هذا الخصوص يمكن تلخيصها فيما يلى:

١- يجب أن يحفظ سجل طبى كاف لكل مريض.

٢- أن السجل الطبى يجب أن يحتوى على بيانات كافية لغرف المرضى وتؤكد التشخيص وتبرز العلاج والنتائج.

٣- أن السجلات الطبية يجب أن تكون سرية واضحة، معتمدة وكاملة.

٤- أن قسم التسجيل الطبى يجب أن يتوافر له من الإدارة والأفراد والإمكانيات ما هو ضرورى ليؤدى كل الوظائف المطلوبة منه.

بالإضافة إلى برنامج معايرة المستشفيات وبرنامج الاعتراف بالمستشفيات وانتشار المدارس المختصة فإنه توجد بعض العوامل الأخرى التى أدت إلى تطوير السجلات الطبية فى النصف الأخير من القرن العشرين.

تعتبر السجلات لها أهمية كبيرة بالنسبة للأخصائيين الاجتماعيين الذين يعملون فى هذا المجال حيث تساعدهم على معرفة الحالات التى تعرض عليهم وتفسيرها.

تعمل السجلات الطبية كحلقة اتصال بين أعضاء الفريق المشترك فى علاج المريض وتساعد الأخصائى الاجتماعى كأحد الأعضاء على الإطلاع على ما يقوم به الآخرون من أعضاء الفريق. (مصطفى عبدالعاطى: يونيو، ١٩٩٨م، ص ص ٤١، ٤٢).

وتعتقد الباحثة أن لها أهمية كبيرة بالنسبة للطلاب تتضح فيما يلى:

أن العقل البشرى له قدرة محدودة على الاستيعاب والتذكر ولكن لا حدود لقدرة السجلات على ذلك، والقاعدة العامة فى هذا الخصوص هى أن الإنسان ينسى ولكن السجلات دائما تتذكر وتذكر الإنسان.

أن السجلات تساعد الأخصائيين الاجتماعيين وغيرهم من أعضاء الفريق المعالج إلى التعرف على الحالات من خلال ما يأخذها من معلومات خاصة بمرضاه ولا تكون هذه المعلومات متاحة لمن يحل محله أو يخلفه إلا إذا تم تسجيلها.

ومن وجهة نظرى أن الاحتفاظ بالمعلومات عند الطبيب المعالج وحده لا تمكن بقية أعضاء الفريق من الإلمام بها واستخدامها لصالح المريض إلا عن طريق تسجيلها.

من هذا المنطلق تعتبر السجلات من الأشياء المهمة بالنسبة لكل من أعضاء الفريق المعالج وبخاصة الأخصائى الاجتماعى الذى يعمل مع الحالات المرضية والتى تحتاج إلى تسجيل السجلات وهى أساس العمل بالنسبة لها لتوضيح تلك الحالات.

فى الواقع يوجد ارتباط بين الخدمة الاجتماعية والتأمين الصحى ولكن ضئيل ويحتاج إلى تدعيم وتقوية بين كل من الخدمة الاجتماعية وتدعيمهم فى هذا المجال، لأن التأمين الصحى ضرورة اجتماعية قبل أن تكون صحية لأن تتعامل مع أفراد المجتمع بمختلف طبقاتهم وطبعهم ومعاملتهم ولابد من وجود الجانب الاجتماعى إلى الجانب الطبى لتحقيق التكامل بين كل منهم.

فالتأمين الصحى ضرورة للمجتمع المصرى ليس فقط لتوفير خدماتها على أساس من التكامل الاجتماعى إنما لمعالجة جوهر مشكلة الرعاية الصحية فى مصر الناجمة عن اختلاف التوازن بين الإمكانيات الصحية المتاحة وبين تعداد السكان واحتياجاتهم (رفعت رضوان: ١٩٩٦م، ص٥٨) .

ولهذا ترى الباحثة أنه لابد أن يكون صلة الارتباط قوية بين كل من الخدمة الاجتماعية والتأمين الصحى وفى الواقع نستطيع أن يصل معنا الارتقاء بمستوى الأداء الصحى العام فى الإقليم والقطاعات المختلفة ويستطيع المشارك معا من خلال العمل المشترك بتقديم الخدمات من خلال مشاركة أفراد الفريق الطبى فى العيادات المجمعة وأن يعمل على التخفيف من الضغوط التى تتعرض لها كل من متلقى الخدمة من خلال العمل المشترك فيما بينهم.

وقد يأمل فى المستقبل أن توسيع الخدمات الاجتماعية لتشمل التأمين الصحى بأكمله وذلك عن طريق وجود الأخصائيين الاجتماعيين الذين يعملون فى هذا المجال ويتقن

العمل فيها ويحاول أن يساعد الطلاب وغيرهم من خلال تقديم الخدمات الاجتماعية إلى جانب المساعدة الطبية من خلال التأمين الصحى والتوسع فى التأمين الصحى حتى يظل بمجانيته كل جمع المواطنين ولهذا فقد تمثلت سياسة الدولة بالنسبة للرعاية الصحية المستهدفة فى امتداد مظلة التأمين تدريجياً لتشمل الرعاية الصحية أربعة مقومات هى تحقيق العدالة والمساواة بين المواطنين فى فرص الحصول على الرعاية الصحية من خلال الجانب الاجتماعى بجانب الجانب الطبى بحيث لا يتوقف الحصول عليها بالقدرة المادية على تحمل أعبائها وتكاليفها، وبحيث تقدم هذه الرعاية من جانب التأمين الصحى بسهولة ويسر ودون مشقة، و أيضاً أن تقدم بمستوى أداء مقتدر أو مناسب ولهذا يعكس ميثاق العمل الوطنى الأمل فى تحقيق ما يفتقده واقع الرعاية الصحية فى مصر، ويلمس بدقة جوهر المشكلة الصحية بها.

وهذا من رأى الباحثة يتوقف على العمل المشترك بين الجانب الاجتماعى الذى تقوم بها مهنة الخدمة الاجتماعية التى تعمل على رفع كفاءة العمل فى مجال الطب داخل التأمين الصحى حتى يصل إلى الطريق الأفضل ويحقق المستقبل المنشود دون معوقات التى تواجهها وتصل إلى تقديم الخدمات الطبية إلى المستفيدين دون معوقات التى تواجههم عن طريق العمل المشترك بين كل من الجانب الاجتماعى والجانب الطبى ومن خلال الأخصائيين الاجتماعيين الذين يكون من ضمن فريق العلاج الذى تعمل فى مجال الطب فى التأمين الصحى والوصول إلى الهدف المنشود من تلك الخدمات التى تقدم فى هذا المجال.

الأخصائى الاجتماعى الطبى:

يقصد بالأخصائى الاجتماعى الطبى Social Worker Midical هو الشخص الفنى والحاصل على بكالوريوس الخدمة الاجتماعية من إحدى كليات الخدمة الاجتماعية أو معاهدها أو أقسامها الموجودة بالكليات المتنوعة المسميات مثل كلية الآداب أو العلوم الاجتماعية أو الإنسانيات أو العلوم الاجتماعية التطبيقية أو ما شابه ذلك.. (عبدالناصر عوض أحمد: (٢٠٠١م) مرجع سابق، ص٢٩).

ويقصد به أيضاً الأخصائى الاجتماعى الطبى: الشخص الذى تخصص فى الدراسات والمشاكل الاجتماعية وغالبا ما يكون حاصل على ماجستير فى هذا التخصص ويقوم بتقديم

الخدمات الاجتماعية للأفراد والجماعات بالتعاون من المؤسسات الاجتماعية المتخصصة.. (كمال سالم سيد سليم: (٢٠٠٢م): ص٣٥٣).

والأخصائى الاجتماعى الطبى هو الذى يعد فى المعاهد والكليات لممارسة الطرق والأساليب المختلفة للخدمة الاجتماعية فى مجالاتها المتعددة.

فالأخصائى الاجتماعى فى المجال الطبى هو عضو فى الفريق الذى يقوم برعاية الفرد الذى يعانى من عجز جسمى وفى هذه الحالة يمكن الاستفادة منه فى خدمة المريض فإعداده المهنى يؤهله لمساعدة الأفراد بالنسبة لحل المشاكل التى تعوق تكيفهم الاجتماعى وقد ترجع هذه المشاكل إلى عوامل ذاتية فى الفرد نفسه أو إلى عوامل خارجة عنه وفى كثير من الأحيان يحتاج الأمر إلى كثير من الخبرة والمهارة والصبر للكشف عما يقلق الفرد ولكن عن طريق المقابلات والتحدث مع المريض يستطيع الأخصائى الاجتماعى مساعدته للتعبير عن المشاكل التى يواجهها والأسباب التى ورائها. (عطيات عبدالحميد ناشد، وآخرون: ١٩٦٩م، ص٢٣).

والأخصائى الاجتماعى الطبى هو عضو من أعضاء الفريق الصحى القائم بأعمال الصحة العامة وخدمة المجتمع، وأصبح المجتمع كله يؤمن بأن دور الأخصائى الاجتماعى لا يقل عن دور الطبيب فى التشخيص وعلاج الأمراض لأنه قد ثبت أن مفهوم الصحة هو التكامل التام بين الصحة الجسمانية، والعقلية والاجتماعية والنفسية ومن ثم لا يمكن أن نغفل دور الأخصائى الاجتماعى فى مساعدة الطبيب فى تحقيق الرعاية الصحية للفرد والمجتمع. (جيد متولى السيد: ١٩٩٦م، ص١١٣).

وتقصد به الباحثة هنا دور الأخصائى الاجتماعى فى وصف طبيعة ما يقوم به من أعمال عند تطبيقه وممارسته للخدمة الاجتماعية فى حدود الإطار العام للدور المهنى للأخصائى الاجتماعى بصفة عامة وفى المجال الطبى بصفة خاصة.

ودور الأخصائى الاجتماعى فى المجال الطبى يختلف فى تفصيلاته باختلاف طبيعة المرضى ويكون أهم ما يمكن فى الأمراض المزمنة وطبيعة تقديم الخدمات الاجتماعية.

وقد وضعت الأدوار الوظيفية للأخصائى الاجتماعى الطبى ووصفت بواسطة لجنة المنظمة الطبية بالتعاون مع قسم الخدمة الاجتماعية لجمعية الأخصائيين الأمريكيين على النحو التالى:

١- مساعدة الفريق العلاجى فى فهم مغزى العوامل الاجتماعية والاقتصادية والانفعالية وعلاقتها بالمرض الذى يعانى منه المريض والعلاج المتبع لذلك.

٢- تدعيم الوجود الإنسانى والأخلاقى للمريض وأسرته.

٣- مساعدة المؤسسة الطبية فى إعطاء المريض أفضل نوع من الخدمات المختلة.

٤- المساهمة فى البرامج التعليمية للأعضاء الآخرين من الفريق الطبى.

٥- مساعدة المريض وأسرته فى فهم هذه العوامل وتمكنهم من تحقيق الاستخدام البناء للرعاية الطبية.

٦- تسهيل الاستخدام الفعال لموارد المجتمع لمواجهة احتياجات المرضى وأسرهم..(إقبال محمد بشير وآخرون: ١٩٨٤م، ص ص ١٢٧- ١٢٨).

وأيضا من دور الأخصائى الاجتماعى فى الفريق الصحى:

١- يقوم الأخصائى الاجتماعى بدارسة ظروف التلميذ واسرته ومعرفة أبعاد العلاقة المرضية وكيفية معاملة المريض من جانب الأسرة ومدى تفاعل المريض مع الآخرين سواء فى المنزل أو فى المدرسة.

٢- يهتم الأخصائى الاجتماعى بدراسة المشاكل الصحية لدى التلميذ وأسرته ويقوم بمساعدة التلميذ فى الحصول على الخدمات العلاجية بسهولة ويسر.

٣- القيام بالبرامج الوقائية لزيادة وعى التلاميذ بمسببات الأمراض وكيفية الوقاية منها.

٤- يقوم الأخصائى الاجتماعى بمساعدة فريق الرعاية الصحية بإمدادهم بمعلومات عن حياة التلميذ والظروف البيئية المحيطة ومدى تأثيرها فى حدوث المرض.

٥- يقوم الأخصائى بتخفيف معاناة الأسرة من خلال تأهيل المريض سواء أكان طالب أو غير ذلك وفهم طبيعة العجز ومساعدته فى الحصول على الأجهزة التعويضية.

٦- يقوم الأخصائى بدور فى الاهتمام بصحة البيئة المدرسية من خلال الأنشطة والبرامج الاجتماعية. (Donald Brieland, & Others, ١٩٨٥, p.p. ٢٩٦- ٢٩٨)

الفصل الثالث

الرعايـة الصحيـة والتأميـن الصحي فـي مصـر

مقدمـــة

أولا : نشأة وتطور الرعاية الصحية في مصر

ثـانيـا : عرض لنظام الرعاية الصحية في مصر

ثـالثـا : تطوير برامج وخدمات الرعاية الصحية في مصر

رابعـا : استراتيجيات وعناصر الرعاية الصحية وصور تقديمها

خامسا : السياسة الصحية ومستوي الإنفاق علي الرعاية الصحية في مصر

سادسا : نشأة وتطوير التأميـن الصحي فـي مصـر

سابعـاً : ماهيـة التأميـــن الصحـي وأهميتـــة

ثـامنـــا : مبادئ التأمين الصحي ومقوماته وأبعاده

تاسعـا : أنـــواع التأميـــن الصحـي ومميزاتـــه

عاشرا: قانون التأمين الصحي لتلاميذ المدارس وشروط الانتفاع بخدمات التأمين الصحي

الحادي عشر: إجراءات تقديم الخدمة ونظام تمويل برنامج التأمين الصحي

الثاني عشر: رؤية مستقبلية للتأمين الصحي في مصر

مُقَدِّمَة

تعتبر الرعاية الصحية ضرورة من ضروريات التنمية ولا غنى عنها للإنسان فالفرد المتكامل صحياً هو ذلك الفرد القادر على العمل والإنتاج فالصحة عنصر هام لبقاء الإنسان وفى الوقت الحالى أصبح ينظر إلى الرعاية الصحية كحق من حقوق الإنسان كما نصت على ذلك كثير من المواثيق والدساتير الدولية لأن الرعاية الصحية هدفها التعامل مع المشكلات الصحية الموجودة فى المجتمع حتى يمكن عن طريقها توفير الخدمات الوقائية والعلاجية والتأهيلية لأن هذه الخدمات تمثل انعكاس لظروف اجتماعية فالرعاية الصحية لم تعد تهتم بعلاج المرضى فقط ولكنها تعتمد على مشاركة المجتمع فى مجال تنفيذ برامج وخدمات الصحة فهى تهدف إلى النهوض بالمستوى الصحى للمواطنين وتستند فى ذلك على طرق وتقنية علمية سليمة، ولهذا سوف نتناول بالشرح والتوضيح فى هذا الفصل نشأة وتطور الرعاية الصحية، ومبادئ وأهمية الرعاية الصحية ثم ننتقل إلى توضيح استراتيجيات وعناصر الرعاية الصحية ثم سياسات الرعاية الصحية فى مصر وبرامجها وفى النهاية نتعرف على معوقات الاستفادة من نظام الرعاية الصحية.

أولاً : نشأة وتطور الرعاية الصحية في مصر :

لقد جاء فى المؤتمر السنوى لأكاديمية البحث العلمى لسنة ١٩٨٧م، أن الرعاية الصحية هى إحدى مجالات الرعاية الاجتماعية، وأن الرعاية الصحية ترتكز على فلسفة قوامها توافر الحقوق الأساسية لكل مواطن وتتمثل هذه الحقوق فى: (عماد الدين عيد: ١٩٨٣م، ص١٤٩).

١- حق كل مواطن فى الحصول على عمل يتناسب مع مؤهلاته العلمية واستعداداته وقدراته البدنية والصحية.

٢- حق كل مواطن فى التأمين ضد البطالة والشيخوخة والمرض والعجز.

٣- حق كل مواطن فى الحصول على الرعاية الصحية المناسبة.

فالرعاية الصحية سواء أكانت وقائية أم علاجية تشتمل على كل الخدمات التى يؤديها الفريق الصحى لكل فرد من أفراد المجتمع أى أنها خدمات مباشرة موجهة إلى الفرد حتى لو كانت خدمات وقائية.

فالرعاية الصحية هى: مجموعة جهود تبذل للنهوض بالمستوى الصحى للمواطنين وتتضمن هذه الجهود جوانب علاجية ووقائية وإنسانية ويتسع نطاقها إلى المؤسسات الصحية كالمستشفيات والمستوصفات والوحدات الصحية كذلك الهيئات الصحية كالتأمين الصحى. (إسماعيل رياض: ١٩٧٠م، ص٨، ١٢).

وقد جاء فى مؤتمر الما-تا أن الرعاية الصحية هى تلك الرعاية الأساسية التى تستند إلى طرق وتقنية علمية سليمة عملياً ومقبولة اجتماعيا وفى متناول جميع الأفراد. (Daved & Philips, ١٩٩٠, pp. ١٥١)

وبذلك فالرعاية الصحية هى تلك الرعاية الأساسية التى تشتمل على كافة العوامل السياسية و الاقتصادية و الاجتماعية والثقافية التى تؤثر فى صحة الأفراد بجانب الرعاية الصحية، ويمكن أن نجمل هذه العوامل فى الآتى: (هبة احمد نصار: ١٩٨٨م، ص ص٩٥،٩٦).

١- العوامل السياسية: هى التى تعكس أولويات توزيع الموارد فى الخطط الصحية.

٢- العوامل الثقافية: المتمثلة فى أثر التعليم على التوعية الصحية للأفراد.

٣- العوامل الاجتماعية: التى تؤثر على العادات والتقاليد لكثير من المؤسسات الصحية.

٤- العوامل الاقتصادية: هى التى تحدد الحجم اللازم من الموارد لتوفير الخدمات الصحية

٥- العوامل البيئية: كطبيعة المناخ ومدى توافر المياه النقية ولهذا فق نص الدستور المصرى الدائم فى عام ١٩٧١م، على أن تكفل الدولة الرعاية الصحية للمواطنين باعتبارها حقاً من حقوقهم الأساسية.(الدستور المصرى الدائم: ١٩٧١م،المادة رقم ٣٦).

فالرعاية الصحية أصبحت محل اهتمام الحكومة فى الوقت الحالى وتعتبر برامج الرعاية الصحية من الخدمات الاجتماعية التى تقدمها الدولة لمواطنيها فى شكل برامج

وقائية وعلاجية تقدم من خلال شبكة من الأجهزة والمؤسسات الطبية. (إقبال محمد بشير وآخرون: ١٩٨٤م، ص١٧).

ويمكن القول بأن الرعاية الصحية تصبح الأعوام القادمة هدف الحكومة الأساسى فقد أعطت وزارة الصحة أولوية لتنفيذ ذلك الهدف وتنمية الخدمات القومية الخاصة بالمرافق الصحية لتقديم الخدمات لكل المستويات، فاهتمت وزارة الصحة فى مصر بصفة خاصة بزيادة معدل أداء نسق الرعاية الصحية وخاصة فى المناطق الريفية مؤكدة على الرعاية الوقائية، وقد ركزت سياسية الرعاية الصحية على:(Charles, George, ١٩٨٦ p.p. ٤٥٢)

١- توفير الخدمات الصحية للجميع مما يحقق العدالة الاجتماعية.

٢- خفض معدلات وفيات الأطفال الرضع.

٣- التوسع فى نسق الرعاية الصحية.

٤- إعطاء مزيد من الاهتمام بالنسق الطبى الخاص.

٥- توفير التعليم الصحى والدراسات الصحية.

٦- التحديث المستمر لنسق المعلومات الصحية.

٧- مراجعة وتعديل التشريع الصحى بما يتناسب مع المتغيرات الاجتماعية.

ومنذ بداية القرن العشرين بدأ هناك حركة ونشاط وتطوير مستمر للرعاية الصحية والصحة العامة كإجراء وقائى مثل: (Toney Byrne, ١٩٨٣ p.p. ٨٠, ٨١ .-)

١- توفير المياه النظيفة وإقامة شبكة للصرف الصحى.

٢- العمل على إقامة مساكن نظيفة تحمى الإنسان من الخطر.

٣- محاربة الأمراض المعدية والأغذية الملوثة.

٤- إقامة المراكز الصحية لتقديم الرعاية الصحية الوقائية.

٥- إنتاج الأدوية والعمل على مكافحة المخدرات.

ويمكن القول بأن الرعاية الصحية هى برنامج متكامل يقدم لكل المواطنين خدمات صحية تتضمن الفحص الطبى والتشخيص والعلاج سواء فى عيادات الطبيب أو المستشفى أو المنزل. (الفاروق زكى يونس: ١٩٧٨م، ص١٤٩).

ومن ناحية أخرى قدمت منظمة الصحة العالمية تعريفاً للرعاية الصحية على أنها أسلوب للرعاية يتعلق بمجتمع بعينه، وهى تتكون من أساليب ووسائل مناسبة وغير باهظة التكاليف ومقبولة من المجتمع وفى حدود ما تسمح به الظروف،(عامر بن يوسف: ١٩٧٨م، ط٢).

ويؤكد هذا التعريف على أن الرعاية الصحية تنبع من المجتمع وتغطى معظم فئاته الريفية واليدوية والحضرية وتربط بين المهن الطبية والاحتياجات الصحية وتعتمد على الموارد المادية والبشرية المتاحة فالرعاية الصحية وفقاً لهذا التعريف تشمل على: (فيليب عطية: ١٩٩٢م، ص ص ٢٥٩، ٢٦٠).

١- الوعى بالمشكلات الصحية السائدة وسبل السيطرة عليها.

٢- الحصول على الطعام والتوعية بالتغذية السليمة.

٣- الإمدادات الكافية بالمياه النقية.

٤- العناية بالأمومة والطفولة وتنظيم الأسرة.

٥- التحصن ضد الأمراض المعدية.

٦- مكافحة الأمراض المتوطنة.

التطور التاريخى لنظام الرعاية الصحية: (مارى، ماكماهون: ١٩٨٩م، ص١١)

إن مفهوم الرعاية الصحية اختلف فى منتصف الثمانينيات من القرن العشرين اختلافاً كبيراً عما كان عليه قبل ٣٠ عاماً إذ لم تعد الرعاية الصحية تهتم بالدرجة الأولى بعلاج المرضى فهى ليست طبية أو رعاية علاجية تتضمن بعض التخصصات ضد الأمراض فالرعاية تعتمد على مشاركة المجتمع ليس فقط فى تنفيذ برامج الرعاية الصحية لكن فى التخطيط والإعداد له.

فالرعاية الصحية تعنى فى الأصل الرعاية الأولى التى يتلقاها المريض المحتاج إليها وفى بداية الخمسينيات من القرن العشرين وما بعدها وحتى هذه الأيام تم فهم الرعاية الصحية حسب هذا المضمون فالرعاية الصحية كانت امتداداً للخدمات الطبية والعلاجية أما فى الستينات من القرن الحالى جرى التوسع فى هذا المجال وتم تدريب أنماط عديدة من العاملين فى مجال الرعاية الصحية، وفى الوقت الحالى اختلف مفهوم الرعاية الصحية عن المفهوم الأصلى، فقد ظهرت الرعاية الصحية كرد فعل للمشكلات الصحية فى كثير من دول العالم الثالث.

وبعد أن عجزت كثير من المؤسسات عن توفير الرعاية الصحية للغالبية العظمى من الناس ونتيجة لذلك ظهر الاهتمام فى كثير من دول العالم النامى بالرعاية الصحية وخاصة فى بداية الثمانينيات فهناك كثير من العوامل إلى شجعت على المشاركة فى البرامج الصحية فى هذه الدول(David & Philips, p ١٥٠)

ثانيا : عرض لنظام الرعاية الصحية في مصر

فى مجتمعنا المصرى فقد حرصت الحكومات المتعاقبة على توفير الرعاية الصحية للمواطن المصرى كحق أساسى ففى عام ١٩٤٢م، تم إنشاء مراكز الرعاية الصحية الأولية، عندما صدر قانون الصحة القروية الذى شمل إنشاء مجموعات صحية لتوفير الرعاية الصحية إلى جانب العمل على رفع المستوى الصحى للمواطنين. (رئاسة الجمهورية: المجالس القومية المتخصصة، ١٩٨٧م، ص ص ١٣٧، ١٣٩).

ثم بدأت الدولة تهتم بالتوسع فى الرعاية الصحية فاتجهت وزارة الصحة إلى الأخذ بمفهوم تكاملى لبرامج وأنشطة الرعاية الصحية الأساسية فى نهاية السبعينيات وذلك من خلال إنشاء المراكز الصحية الحضرية لتقدم جميع برامج وأنشطة الرعاية الصحية بصورة متكاملة، (وزارة الصحة: منشورات، ١٩٨٩م، ص ص ١، ٢).

ولكي نفهم استراتيجيات تنظيم الرعاية الصحية لابد أن نضع فى الاعتبار تطورها التاريخي ففى المؤتمر العالمى لحقوق الإنسان المنعقد فى ١٩٤٨م، أكد على أن لكل فرد الحق فى مستوى معيشي يوفر له رعاية صحية كما أن التركيز على الرعاية الصحية الأساسية كان له اهتمام قوى لدى المريض فالعوامل الاجتماعية أصبحت جزءاً أساسياً من أهداف الرعاية الصحية فالرعاية الصحية تعتبر حقاً أساسياً من حقوق الإنسان الأساسية.(Miltion, Romeri, ١٩٩٢, p. p. ١, ٩) .

ثالثا : تطور برامج وخدمات الرعاية الصحية فى مصر:

كانت مصر من أوائل البلاد التى عرفت الطب ويدل على ذلك النقوش المكتوبة للأسرة المصرية من حوالى ٣٠٠٠ سنة ق.م حيث كانت هناك عدة آلهة لشفاء المرضى مثل الآله توت واتخذت عين حورس رمزا لحماية الصحة وقد نشأت أول مدرسة للطب فى عصر الأسرة الأولى مثل مدرسة هيليوبوليس وأمنحوتب وقد كان هناك كثير من العلوم الطبية مسجلة على مجموعة من البرديات مثل بردية تاهون وفى عام ١٨٢٠ تم إنشاء أول نظام صحى فى مصر حيث تم إنشاء إدارة صحية عسكرية فى عام ١٨٢٤م، عندما انتشر الطاعون فى مصر فى عهد محمد على إلى الدكتور أنطوان بيرتلي مكوت بك الفرنسى بتنظيم الخدمة الطبية للجيش المصرى وفى عام ١٨٢٧م، تم إنشاء مدرسة لتعليم الطب أما فى عام ١٨٣٠م، تم إنشاء اول مجلس للصحة بالإسكندرية وفى عام ١٩٤٨م، تم إنشاء مكاتب لقيد المواليد وفى عام ١٨٦٣م، عين الدكتور/ محمد على البقلى، ناظر لمدرسة الطب وفى عام ١٨٨٥م، تم فتح العيادات الخارجية للجمهور أما فى عام ١٩٢٥م، تم إندماج مدرسة الطب في الجامعة المصرية ثم بعد ذلك تم إنشاء كليات الطب فى مختلف أنحاء الجمهورية.(عبدالغفار خلاف: ١٩٨٥من ص٩).

وفى عام ١٩٢٥م، تم إنشاء مدرسة الإدارة الصحية أما فى عام ١٩٣٦م، فقد تم إصدار مرسوم بإنشاء وزارة الصحة. (أكاديمية البحث العلمى والتكنولوجيا: المؤتمر السنوى للأكاديمية، ١٩٧٨م، ص٢٥).

مبادئ وأهمية الرعاية الصحية تشتمل الرعاية الصحية على مجموعة من المبادئ مثل: (مارى، ماكماهون: مرجع سابق، ص ٢٢).

١- الرعاية الصحية هى جزء من تطور إنسانى كلى بنواحيه الاجتماعية والتربوية و الاقتصادية.

٢- الرعاية هى تأمين جميع الأشياء التى تحتاجها الحياة الصحية مثل الكساء والطعام والوقاية الصحية.

٣- الرعاية الصحية يجب أن تكون متوافرة لجميع الناس وتكون فى متناول أيديهم.

٤- الرعاية الصحية يجب أن تكون مقبولة من المجتمع.

٥- الرعاية الصحية يجب أن تكون ملائمة ومناسبة للمشاكل الصحية.

أهمية الرعاية الصحية تمثل الرعاية الصحية أهمية خاصة فى استراتيجية الصحة للجميع التى تتبناها منظمة الصحة العالمية وهى إتاحة مستوى مقبول للصحة للجميع وطبقا لما انتهى إليه المؤتمر الدولى للرعاية الصحية فى عام ١٩٧٨م، والمفترض أن خدمات الرعاية الصحية تتضمن: (إبراهيم العيسوى: ١٩٥٥م، ص٢٣٧).

١- محو الأمية الصحية.

٢- توفير الغذاء المناسب.

٣- التوعية بالتغذية السليمة.

٤- تنقية المياه الصالحة للشرب.

٥- الاهتمام بخدمات الصرف الصحى.

٦- توفر خدمات رعاية الأمومة والطفولة.

٧- الوقاية من الأمراض والإصابات.

رابعاً : استراتيجيات وعناصر الرعاية الصحية فى مصر:

تعنى الاستراتيجية الأسلوب المتبع فى تنفيذ الرعاية الصحية وتشمل على:

١- التعاون بين التخصصات الأخرى أى يجب أن توضع برامج الرعاية الصحية فى مضمون التنمية المتكاملة مثل الإسكان والتعليم والصحة.

٢- الاهتمام بالبنية الصحية الأساسية أى يجب إنشاء بعض التسهيلات الصحية الأساسية لتكون فى متناول كل أسرة.

٣- التربية الصحية أساسية للرعاية الصحية.

٤- مشاركة المجتمع يجب على كل متمتع بالصحة أن يشارك فى خدمات الرعاية الصحية.

٥- الرعاية الصحية يجب أن تكون مناسبة للمشاكل الصحية.

ومن منطلق أهمية الرعاية الصحية فى شتى أنحاء العالم فإن استراتيجية الرعاية الصحية تقوم على ثلاثة أبعاد:

١- حياة الإنسان.

٢- انتشار الظواهر الصحية بين أفراد المجتمع.

٣- توفير الخدمات الصحية.

واستراتيجية الرعاية الصحية تقوم على مجموعة من الأهداف:

١- كفالة وحق كل مواطن فى الرعاية الصحية مع الاهتمام بالصحة الوقائية.

٢- تطوير وتنسيق نظم العلاج لتحقيق اكبر عائد للمواطنين فى صورة خدمات فعلية.

٣- التوسع فى خدمات التأمين الصحى حتى يظلل بحمايته جميع المواطنين.

٤- الاهتمام بالمستشفيات وتحسين خدماتها ورفع كفاءة الأداء بالنسبة للأطباء وهيئة التمريض.

٥- تقييم تجربة العلاج الإقتصادى والتوسع فى إنشاء العيادات.

هذا وتقوم استراتيجية الرعاية الصحية فى جمهورية مصر العربية على مجموعة من المقومات منها: (أمل إبراهيم عبده: ١٩٩٤من ص٢٠).

١- تأكيد الاهتمام بأولوية الخدمات الوقائية التى تمثل معادلة استثمارية ناجحة حيث أنها أبعد أثراً فى رفع المستوى الصحى لتغطية القطاع الأكبر من المجتمع بأقل تكلفة مع منع حدوث الأمراض المعدية واكتشافها مبكراً.

٢- تدعيم وضع إمكانية خدمات الطوارئ الصحية والرعاية الطبية العاجلة.

٣- رفع كفاءة الخدمات العلاجية.

٤- التكامل مع المستويات المختلفة للخدمات الصحية بدءاً بالمستوى الأول وهو وحدات الرعاية الصحية الأساسية مع خدمات المستوى الثانى المتمثلة فى خدمات الأطباء فى العيادات الخارجية ثم مستوى التأهيل.

٥- تدعيم إمكانيات قطاع الدواء ليظل الركيزة الأساسية.

٦- تنمية القوى العاملة بالحقل الصحى من خلال:

- توفير احتياجات الخدمات الصحية الحكومية وغير الحكومية بين مختلف فئات القوى العاملة.
- حماية أفراد المهن الطبية من أى خلل اجتماعى واقتصادى فى ممارسة المهنة.
- تنمية المهارات الإدارية وفاعلية استخدام الإمكانيات المتاحة.

صور تقديم الرعاية الصحية تقدم الرعاية الصحية من خلال صور أساسية وهى: (هبة احمد نصار: مرجع سبق ذكره، ص١٠).

١- القطاع الحكومى: تتمثل فى الخدمات الوقائية والعلاجية فى الريف والحضر بوزارة الصحة.

٢- القطاع العام: يتمثل فى هيئة التامين الصحى والمؤسسات العلاجية.

من خلال ذلك سوف نستعرض مقدمة عن التامين الصحى ومفهومه وأهميته ومبادئه و القرارات الوزارية الخاصة به .

خامسا : السياسة الصحية ومستوي الإنفاق علي الرعاية الصحية في مصر :

إن المقارنة بين بلدان مختلفة تبين أن الاولوية الممنوحةللخدمات الصحيةتزداد مع زيادة ثراء البلد والبلدان الفقيرة تنفق عادة نحو ٣ – ٤ % من الدخل الوطني علي الخدامت الصحية بينما ترتفع الرقم في البلدان الاكثر ثراءاً الي ٨– ١٠ % رغم أنه لايوجد سبب جوهري لعدم ارتفاع مستويات الانفاق في البلدان الفقيرة فان الاولويات الاخري ينظر اليها في الغالب علي أنها أكثر الحاحا مثال ذلك تنمية البنيةالتحتية الاساسية بما في ذلك الاسكان والمياه والاتصالات ومن المعلوم تماماً ان أوجه التنمية هذه لها في حد زاتها تأثيراً كبيرا علي الصحة ، وقد يزيد تأثيرها علي أهداف السياسة الصحية في العديد من البلدان وعلي تنمية الخدمات العلاجية ومن ثم فان الانخفاض النسبي للاولوية المعطاه للخدمات الصحية في البلدان الفقيرة يكون أمرا منطقيا فيما يتعلق في السياسة الصحية ومن المحتمل زيادة الموارد المتاحة للخدمات الصحية في الاقتصاد النامي ومن المحتمل أيضا زيادة الاولوية المعطاه للخدمات الصحية (حسن عبد الفتاح : العدد ٦٥ ، ابريل – يونيو ٢٠٠٤ ، ص ٢٤)

سادسا : نشأة وتطور التأمين الصحى فى مصر :

يرى بعض الباحثين أن هذا النوع من التأمين كائن منذ نشأة الإنسان وقد مارسه الجنس البشرى منذ العصور القديمة بوسائل متعددة تستهدف إيجاد نوع من التكامل الاجتماعى بين أفراده فى حالات الطوارئ الاجتماعية التى تصيب الفرد.

ويرى البعض الآخر أن الشكل المنظم للتأمين إنما نشأ مع الأديان التى نظمت حياة البشر وتضمنت مبادئ وأصول معينة تنطوى على سياسة اجتماعية تستهدف حماية المحتاجين ورعايتهم.

إلا أن التأمين بوضعه إنما كان نتيجة مباشرة لنشأة المجتمع الصناعى فى غضون القرن التاسع عشر حيث حلت الآلة محل الجهد البشرى وحصلت الصناعة محل الحرفة، وأصبح العمل فى الصناعة وما يتصل به هو سبيل العيش للغالبية العظمى من جماهير المواطنين.

وقد أدى وجود المجتمعات الكبيرة إلى تعرض البشر لمخاطر اجتماعية عديدة من بينها تلك المخاطر التى تنشأ نتيجة عجز العائل أو وفاته أو بلوغه سن الشيخوخة أو مرضه أو تعطله والتى تؤدى جميعها إلى فقدان الدخل من العمل الذى أصبح مصدر رزق الغالبية فى المجتمع الجديد.

وقد اعتمدت فكرة التأمين الاجتماعية – التى نشأ عليها – أن هناك بعضا من أفراد المجتمع يواجهون مخاطر أساسية ويستطيعون تحملها أو التعامل معها بمفردهم – هذه المخاطر ينجم عنها خسائر جمة تضع على أكتاف هؤلاء حملاً ثقيلاً لا يمكن تحمله ويحرمهم من إمكانية العيش فى المستوى المقبول للحياة الطبيعية، وبذلك ترى أن أحد الأهداف الأساسية للتأمين الاجتماعى هو إعادة توزيع الدخل لمصلحة هؤلاء الذين يتعذر عليهم تحمل هذه المخاطر.

لقد شكل مفهوم التأمين الصحى أساسا قوياً لنظام الرعاية الطبية فى مصر، واصبح مكونا عميقا يضرب بجذوره فى ضمير وكيان وثقافة وتطلع المواطن المصرى طارحاً نسيجاً وافيا لتلك الرعاية بالإضافة إلى تشكيله الأساسى التنظيمى والتمويلى المناسبين للرعاية الصحية فى المجتمع المصرى.

والواقع يؤكد ضرورة استمرار الاهتمام بالتأمين الصحى مفهوماً وتطبيقاً ومقارنة حتى يعطى كل طاقاته، فهو كالكيان الحى يحتاج إلى الرعاية والعناية والصبر حتى يستمر قويا وشاباً دائماً، فهو أكثر النظم مرونة واستجابة للتطور لاحتوائه دائما على فاعلية التطوير الكامنة فيه من كل أطراف العملية التأمينية، المؤمن عليه، وصاحب العمل، والدولة، مؤسسة التأمين ذاتها، مقدمى الخدمات والمجتمع ككل، بالإضافة أيضاً إلى خصائصه التكوينية ممثلة فى خصائص الاشتراكات وصفة الصناديق وخاصيته التكافل الاجتماعى سواء فى تغطية المؤمن عليهم أو فى أمور التمويل وخدمة المزايا إلى آخره.

وبالرجوع إلى قانون ٧٩ لسنة ١٩٧٥م، نجد أن التأمين الصحى (قانون التأمين الصحى الاجتماعى) ليس مجرد نظام تأمينى ولكنه فى حقيقة الأمر هو أسلوب للحياة فى مصر تصبح منظومة الرعاية الاجتماعية والتأمين الاجتماعى فى تكامل وتناغم سلس ورائع تحتوى ضمن ما تحتوى على باقة من المزايا وهى (مادة من القانون ٧٩ لسنة

١٩٧٥م) وبهذه النظرة فإن التأمين الصحى الاجتماعى هو مفتاح ومدخل رئيسى إلى تشكيل أكبر وأوسع يضم التأمين الاجتماعى وحماية الدخل الذى يقع فى قلب احتياجات المجتمع. (حسن عبدالفتاح: ص ص ٨-٩).

وترى الباحثة أن هناك علاقة وطيدة بين الخدمة الاجتماعية فى المجال الطبى والتأمين الصحى للطلاب وكذلك فإن التأمين الصحى الاجتماعى للطلاب يقوم بمهمة ترسيخ المبادئ الاجتماعية فى المجتمع. إنه جزء من نسيج المجتمع مدعوماً بضمير ذلك المجتمع الذى يضرب جذوره بعمق فى التوازن العام للمجتمع ككل.

وأيضاً ترى الباحثة أن نظام التأمين الصحى للطلاب يعتبر نظام اجتماعى له البعد النفسى والذى يكون البعد الاقتصادي فى المرتبة الثانية، وتعتبر الثقافة القومية التى تتبنى القيم الاجتماعية الراسخة هى التى تثبت نظام التأمين الصحى الاجتماعى للطلاب فى مصر وتعمق جذوره وتحافظ على استمراريته وتحافظ على جيل المستقبل من الشباب حتى تتمكن من الاستمرارية التى تؤهله للعمل الجاد وإعطاء شباب المستقبل الصحة والعافية لتحقق آمال المجتمع فيهم.

والتأمين الصحى يعمل على توفير الخدمات الطبية وفق معدلات أداء مدروسة بما يحققه من توفير مستوى عال من الخدمة الصحية، وتعمل الدولة فى الوقت الحالى على توفير الرعاية الاجتماعية بصفة عامة والرعاية الصحية بصفة خاصة، كما تهتم الدولة بإعادة بناء الإنسان المصرى من خلال كفالة الحقوق الأساسية له وعلى رأسها حق الرعاية الصحية، ولهذا كان امتداد مظلة التأمين الصحى خطوة حضارية رائعة بكل المعايير حيث استطاعت الدولة أن تقدم الرعاية الصحية الكاملة لكل أبناء المجتمع وأفراده. (رفعت رضوان: ١٩٩٥م، ص٧).

التأمين الصحى يهدف إلى حماية الطبقات الضعيفة فى المجتمع من أخطاء المرض الذى يتعرضون له ولا قدرة لهم على حماية أنفسهم منها بحكم ضعف قدرتهم المادية على مواجهة أعباء تكاليف العلاج وحيثما يمتد التأمين ليشمل مكان أو طبقات قادرة فإن الهدف ليس مجرد رعايتهم صحياً فقط وإنما مساهمتهم فى تحمل جزء من تكاليف علاج ذوى الدخول المنخفضة وغير القادرين من فئات أو طبقات، فالاشتراكات تصب فى معين واحد

ويتكون منها رصيد واحد يغطى متطلبات تقديم المزايا المستحقة للمؤمن عليهم بوجه عام. (عادل السقا ورفعت رضوان: ١٩٨٨م، ص١٢).

يعتبر التأمين الصحى الاجتماعى هو مستقبل الرعاية الصحية فى مصر ليأمن كل مواطن مخاطر المرض وآثارها.

ويساهم مساهمة فعالة فى حل مشاكل الرعاية الصحية فى مصر، من خلال تحقيق إضافة مستمرة وجديدة لإمكانات العلاج المتاحة بالمجتمع المصرى بما يحققه من توازن بينها وبين تعداد السكان، واحتياجاتهم الصحية، فالتأمين الصحى هو النظام الأمثل لتوفير الرعاية الصحية الكاملة للمؤمن عليهم فى حالة المرض.

ولذلك لم يعد هناك خلاف على أن المرض وما يتعرض له الإنسان من مخاطر تمتد آثارها لتعوق حركة التنمية الاجتماعية والاقتصادية فالتأمين يمثل الرصيد الاستراتيجى لمواجهة مشكلة العلاج حيث أن هناك كثيراً من المتغيرات جعلت التعامل مع المرض بالمصادر التقليدية أمراً غير فعال خاصة مصادر العلاج المجانى، ومن هنا كانت الحاجة إلى نظام فعال لمواجهة الكثير من الأمراض التى يتعرض لها الإنسان بأقل قدر من التكاليف ويستعرض هذا الفصل مفهوم التأمين الصحى الاجتماعى وأهميته. ومبادئ التأمين. ومقومات التأمين الصحى. وأبعاد التأمين الصحى. وأنواع التأمين الصحى. ومزايا التأمين الصحى. وأهداف التأمين الصحى. وقانون التأمين الصحى. وشروط الانتفاع بخدمات التأمين الصحى. إجراءات تقديم الخدمة. شروط تقديم الخدمة. قطاع تمويل برنامج التأمين الصحى فى مصر. والتأمين الصحى الاجتماعى كمدخل لحل مشكلة العلاج وأهم المعوقات التى تواجهه.

سابعا : ماهية التأمين الصحى وأهميته :

هو عمل اجتماعى يطبق فيه مبادئ التأمين الصحى فى مجال الرعاية الصحية ويغطى التأمين الصحى الأفراد والجماعات ويؤمن كافة مجالات الطب العلاجى وتخصصاته. (عادل عز: ١٩٧٠م، ص١، ١٥).

كما يعرف على أنه التأمين ضد العجز المالى الذى يتكبده المريض لمواجهة تكاليف الخدمة الطبية، أى يضمن للمؤمن عليه كلياً أو جزئياً توافر الخدمة الطبية بلا مقابل أو بتكاليف بسيطة فى حالة حدوث المرض أو العجز.(عماد الدين عيد: ١٩٨٣م، ص١٦).

كما يعرف بأنه وسيلة اجتماعية واقتصادية لتجميع مدفوعات الأفراد والجماعات على شكل أقساط لمقابلة الخسائر المحتملة الوقوع فى حالة المرض عن طريق نقل مسئولية هذه الخسائر إلى هيئة أو منظمة، أى تأمين المؤمن عليهم فى حالة المرض أو الإصابة وذلك عن طريق العلاج أو المال اللازم للعلاج بالتعويض النقدى عن حدوث العجز عن العمل بسبب المرض. (عادل السقا ورفعت رضوان: ١٩٧٧م، ص١٢).

ويعرف أيضاً بأنه نظام فعال يشارك فيه المواطن بنسبة أو قدر معين من الأجر أو المعاش أو الدخل كما تشارك الدولة أيضاً بنسبة أخرى حسب القانون من حصيلة هذه الاشتراكات يتم علاج المؤمن عليه حسب حاجاتهم للعلاج وليس حسب مساهماتهم أو قدراتهم المالية فهو نظام يعمل على توفير رعاية صحية جادة مع خلق إمكانيات علاجية جديدة لا تحمل المواطن عبئا ماليا أكبر من قدرته.

(رفعت رضوان: ١٩٨٦م، ص١٦).

أهمية التأمين الصحى الاجتماعى:

مما لا شك فيه أن للتأمين الصحى أهمية كبيرة فى حياة الإنسان فى ظل الوضع الراهن الذى يعيش فيه وسوف نتناول أهمية التأمين الصحى من خلال: (إبراهيم عبدربه، ١٩٨٤م، ص١٠١، ١٠٢).

أ - الأهمية الاقتصادية للتأمين الصحى:

١- العمل على زيادة الإنتاج وذلك مما يتميز به التأمين الصحى من توفير التغطيات التأمينية من أخطار كثيرة مما يشجع الأفراد والمنشآت بالدخول فى مجالات إنتاجية جديدة.

٢- المساهمة فى اتساع نطاق التوظيف والعمالة، فالتأمين بقطاعاته المختلفة يعمل على توظيف جزء كبير من العاملين فى المجتمع.

٣- يعتبر التأمين من أهم وسائل الادخار والاستثمار فالتأمين بشقيه التجارى والاجتماعى تعتبر أداة هامة من أدوات تجميع المدخرات.

ب - الأهمية الاجتماعية والنفسية للتأمين الصحى:

١- تنمية الشعور بالمسئولية والعمل على تقليل الحوادث.

٢- تنمية الشعور بالأمان والطمأنينة من جانب المؤمن عليهم.

٣-القضاء على الخوف والقلق من أخطار المرض عن طريق مواجهة تكاليف العلاج.

٤- تحقيق الاستقرار الاجتماعى للفرد والأسرة.

ثامنا : مبادئ ومقومات وأبعاد التأمين الصحى:

التأمين الصحى هو حجز الأساس فى مجال التأمينات الاجتماعية لما يتم به من مزاياً من آثار فورية وشمولية لها فاعليتها فى تأمين أفراد الشعب كله، والتأمين الصحى يختلف عن الخدمات الطبية التى تؤديها الدولة من خلال التزامها بعلاج المواطنين ذلك أن التأمين الصحى له مبادئه ومقوماته وليس من الميسور اعتبار النظام تأميناً طالماً لم تتوفر فيه هذه المبادئ والمقومات والتى من أهمها: (الفونس شحاتة رزق: ١٩٨٧م، ص٩).

أ- مبدأ الاحتمالية:

لكى تتمتع بالتأمين الصحى يجب أن تكون خطورة حدوث المرض من خلال:

أ-الصدفة ب-متوقع وليس متكرر باستمرار.

من الممكن قياسه إحصائيا ورياضياً والاحتمالات المتوقعة لخطورة وحدوث المرض من الممكن قياسها ومتابعتها فى مجموعة من الناس.

ب - مبدأ التأمين الصحى الجماعى:

التأمين عمل تعاونى، وعندما يؤمن على الناس بصفة جماعية تقلل تكاليف التأمين على الأفراد.

جـ - مبدأ التساوى:

دفع نفقات التأمين لجميع المشتركين بغض النظر عن المستوى الاجتماعى.

ولذلك يعد التأمين الصحى باعتباره الأسلوب الأمثل للرعاية وحجز الأساس فى مجال التأمينات وذلك عن طريق تطبيق المبادئ والمقومات التى يبنى عليها ويتمتع بها التأمين الصحى ويتمثل فيما يتم ذكره.

- مقومات التأمين الصحى الاجتماعى فى المواثيق الدولية:

وقد نظمت الاتفاقيات أهم مبادئ التأمين الصحى الاجتماعى حيث قررت مبدأ المشاركة فى الموارد والأعباء لتغطية تكاليف التأمين ضد المرض(الاتفاقية٢٥،٢٤،مادة ٧)، على ألا تؤدى مشاركة المنتفع أو العائل إلى تحمله بعبء يفوق طاقته. (عادل السقا ورفعت رضوان: مرجع سابق، ص١٧).

كذلك تضمنت الاتفاقيات التى نصت على أن التأمين الصحى كغيره من أنواع التأمينات الاجتماعية يطبق بالتدريج وأن يستمر الأشخاص الذين يحصلون على مزايا التأمين الصحى الاجتماعى فى حالات الشيخوخة أو العجز أو وفاة العائل (الاتفاقية ١٣٠، المادة ١٢) . (عادل السقا، رفعت رضوان: مرجع سابق).

- أبعاد التأمين الصحى الاجتماعى:

نرى أن نظم التأمين الصحى الاجتماعى قد تكونت كجزء من نظام التأمين الصحى الاجتماعى الذى يرمى إلى إعادة توزيع الدخل.

وعلى ذلك فأن نظم التأمين الصحى قد أنشئت بهدف الوصول إلى سلسلة من الأهداف من خلال تطبيق نظم مالية تسعى إلى التكامل الاجتماعى تلك النظم التكاملية ليس فقط تكاملاً بين الصحيح والمريض ولكنها أيضاً بين ذوى الدخل المرتفع مع صاحب الدخل المنخفض وبين الشباب وكبار السن وبين الأفراد والعائلات.

وهكذا فإن ذلك التكافل والتضامن هو نموذج ونمط وأسلوب لإعادة توزيع الدخل يفرق بين التأمين الصحى الاجتماعى وبين ما هو مفهوم التأمين العادى (التجارى) الذى يعتمد على تطبيق المبادئ الاكتوارية التى تحدد التزامات كل شخص مؤمن عليه ساعياً – على المستوى الشخصى – لحماية المزايا التى سيحصل عليها أى أنه لا يحصل على أى

مزايا إلا مقابل ما يسترده من التزام، وعلى ذلك فإن التأمين الصحى الاجتماعى ليس وسيلة تأمينية مثل ما يطبق فى شركات التأمين التجارية من مقابلة الاشتراكات بالالتزامات أو حتى رفض بعض الأفراد الذين تزيد عندهم المخاطر الصحية والتى يعتمد بالأساس على الدراسات الاكتوارية، ولكنه على العكس، فبدلاً من جعل كل فرد على التركيز فى ما يخصه هو فقط من مزايا يحصل عليها يطلب التأمين الصحى من الأفراد للاشتراك من أجل أفضل فائدة لمجموع المؤمن عليهم (والمجتمع عامة فى حالة التطبيق الشامل على كل أفراد المجتمع) من خلال أسلوب تمويله الذى يطبق مبدأ التكافل الاجتماعى وإعادة توزيع الموارد (وبمعنى آخر توزيع المخاطر وإعادة توزيع الدخل).

بهذا المفهوم فإن أفراد المجتمع يربطون بين التأمين الصحى الاجتماعى والتكافل الاجتماعى، وقد تعلل هذه النقطة الأسباب التى تكمن وراء مطالبة كل أفراد المجتمع المصرى لتطبيق التأمين الصحى الشامل. هذا المفهوم المتعمق والذى يعتبر أن نظم التأمين الصحى الاجتماعى ليست مجرد نظم اقتصادية ولكنها تتعدى هذا المفهوم لتصبح نظماً اجتماعية لها البعد النفسى والتى يكون فيها البعد الاقتصادى فى المرتبة الثانية، والنظر إلى مفهوم التأمين الصحى بكونها نظماً مالية أو اقتصادية فقط، إنما يقلل من شأنها ويصغر من حجمها.

وتكمن فى هذه النقطة مسئولية صناعى القرار واضعى السياسات لنظم الإصلاح الصحى المالى والاقتصادى لتلك النظم عليهم – حتما – المحافظة على المكون والهدف الاجتماعى والتكامل على نظم التأمين الصحى.

إن تجربة التأمين الصحى فى مصر والذى بدأ تطبيقه فى عام ١٩٦٤م، وحتى قبل ذلك التاريخ بكثير منذ ثلاثينيات القرن الماضى تؤكد أن الثقافة القومية التى تتبنى القيم الاجتماعية الراسخة هى التى تثبت نظام التأمين الصحى الاجتماعى فى مصر وتعمق جذوره وتحافظ على استمراريته. (حسن عبدالفتاح: يوليو- سبتمبر ٢٠٠٥م، ص ص ١٠،١١).

تاسعا : أنواع ومميزات وأهداف التأمين الصحى الاجتماعى:

١- تأمين صحى غير حكومى (تطوعى أو تجارى) كما هو موجود فى أمريكا وغيرها.
٢- تأمين صحى حكومى كالنظام المتبع فى مصر.

ويشرف على التأمين الصحى فى مصر:

أ- هيئة التأمين الصحى وهى تخدم:

أ- تلاميذ المدارس. ب- موظفى الإدارة المحلية.

جـ-أرباب المعاشات. د- موظفى الحكومة.

وتسعى الدولة إلى توسيع مظلة التأمين الصحى فى مصر ليشمل جميع أفراد المجتمع.

ب- هيئة التأمينات الاجتماعية:

وهى تخدم موظفى القطاع الخاص الخاضعين للتأمين الاجتماعى وتقدم الخدمة بنسبة ٥% من المرتب أو الأجر ويدفع صاحب العمل ٤% ، والموظف ١%.

خدمات التأمين الصحى الاجتماعى:

(١) الكشف الطبى ويشمل على: (شريف حتاتة: مرجع سابق، ص٢٢٦).

- الكشف العام بالعيادات. - زيارات منزلية.
- رعاية الأمومة والطفولة. - تحويل الحالات للأخصائيين.

(٢) الفحوصات: كالتحاليل والإشاعات.

(٣) إجراء العمليات الجراحية. (٤) صرف الأجهزة التعويضية.

مزايا التأمين الصحى الاجتماعى:

للتأمين الصحى كثر من الفوائد والمزايا فبجانب العلاج الطبى والوقائى الذى يقدمه التأمين الصحى للأفراد له العديد من المزايا يمكن توضحيها كما يلى:

(الفونس شحاتة: مرجع سابق، ص١٥).

١- صرف تعويضات الأجر خلال فترة المرض :

فقانون التأمين الاجتماعى يؤخذ بأنه إذا حال المرض بين المؤمن عليه وبين أداء عمله يستحق تعويضاً للأجر يعادل ٧٥% من أجر اليوم.

٢- تحمل مصروفات الانتقال وبدلات الإقامة خلال فترة المرض.

٣- التأمين الصحى له جوانب وقائية تظهر فى الاكتشاف المبكر للأمراض ومحاولة التغلب عليه.

٤- تأمين المواطنين ضد مخاطر الأمراض وإصابات العمل.

٥- القيام بخدمات التأمين الطبى والمهنى، وذلك عن طريق هيئة التأمين الصحى بتوفير الخدمات التأهيلية وتقديم الأطراف الصناعية والأجهزة التعويضية.

٦- صرف إعانات مالية فى حالات خاصة، حيث تقضى بعض النظم العامة فى مجال التأمين الصحى بأنه تتحمل بأعباء لبعض المزايا التى تتصل بالمرض.

من مزايا التأمين الصحى أيضاً :

(شريف حتاتة: مرجع سابق، ص٣١٠- ١٣١).

١- استطاع التأمين الصحى بوسائله المختلفة أن يخلق فى التطبيق حلولا تؤدى إلى الزيادة الكافية الإنتاجية للعاملين.

٢- تمكن التأمين الصحى من تخفيض التكلفة للفرد الواحد فى السنة.

٣- يساهم مشروع التأمين الصحى فى خلق إمكانيات جديدة للعلاج عن طريق توسيع المستشفيات القائمة وانتشار مستشفيات جديدة وزيادة عدد الأسرة.

٤- يساعد التأمين الصحى فى خفض معدلات الغياب بالنسبة للعمل.

هكذا نرى أن مشروع التأمين الصحى هو بالفعل طريق الأمل للمستقبل نحو نظام فعال وشامل للخدمات الطلابية الوقائية والعلاجية.

مزايا وشروط الانتفاع بخدمات التأمين الصحى لتلاميذ المدارس،(أسامه محمد الهوارى: ٢٠٠٥م، ص ص ٤٦، ٤٧):

يقدم التأمين الصحى مجموعة من الخدمات فى إطار أحكام هذا القانون وقد يتمثل فى نوعين من الخدمات وهما:

- الخدمات الصحية والوقائية وتشمل على:

١- الفحص الطبى الشامل عند بدء التحاق الطالب بكل مرحلة من مراحل التعليم.

٢- التحصين ضد الأمراض.

٣- الفحص الطبى النوعى للطالب بصفة دورية أو لظروف صحية طارئة.

٤- إعطاء التوصيات الطبية للجهات الحكومية لتوفير الاشتراطات الصحية اللازمة للمحافظة على صحة البيئة.

٥- الكشف على الطلاب الممارسين للأنشطة المختلفة لتقرير مدى لياقتهم ونشر الوعى الصحى بين الطلاب والإشراف على تغذية الطلاب إن وجدت.

ثانياً: الخدمات العلاجية والتأهيلية وتشتمل على:

١- الخدمات الطبية: التى يؤديها الطبيب الممارس العام فى المؤسسات المختلفة.

٢- الخدمات الطبية على مستوى الأطباء الأخصائيين وما فى ذلك من أخصائيي الأسنان.

٣- الفحص بالأشعة والبحوث المعملية وغيرها من الفحوص الطبية.

٤- العلاج والإقامة وإجراء العمليات الجراحية.

٥- صرف الأدوية اللازمة للعلاج وتقديم الأجهزة التعويضية.

٦- إن التزام التأمين الصحى بتلك الخدمات مستمر طول مدة انتفاع الطالب القانون إلى أن يشفى وتستقر حالته.

٧- كما يهدف إلى مواجهة الارتفاع المطرد فى تكاليف العلاج وأعبائه المتزايدة التى ترهق كاهل أى مواطن. (سمير ضيائى: ١٩٨٧م، ص١٥).

٨- كما أنه يساعد على تقليل النفقات الكلية وذلك بتوزيعها على جميع المنتفعين فإذا لم يوجد العائد المادى فمن المتوقع أن يطلب المواطن الخدمة الطبية مبكراً وهذا يمنع المضاعفات الخطيرة للأمراض ويزيد فرص الشفاء الكامل كما أنه يهدف إلى اشتراك عدد كبير فى التأمين الصحى مما يجعل ما يدفعه الفرد للعلاج بسيطاً ويجعل مستوى الخدمة مرتفعا. (شريف حتاته: ١٩٦٨: ص٢٢٨).

أهداف التأمين الصحى الاجتماعى:

يهدف التأمين الصحى إلى حماية الطبقات الضعيفة فى المجتمع من أخطار المرض الذى يتعرضون له ولا قدرة لهم على حماية أنفسهم منه بحكم ضعف قدرتهم المادية على مواجهة أعباء تكاليف العلاج خاصة ذوى الدخول المنخفضة(عادل عز،١٩٦٩، ص١).

كما يهدف إلى مواجهة الارتفاع المطرد فى تكاليف العلاج وأعبائه المتزايدة التى ترهق كاهل أى مواطن. (سمير ضيائى: ١٩٨٧م، ص١٥).

كما أنه يساعد على تقليل النفقات الكلية وذلك بتوزيعها على جميع المنتفعين فإذا لم يوجد العائد المادى فمن المتوقع أن يطلب المواطن الخدمة الطبية مبكراً وهذا يمنع المضاعفات الخطيرة للأمراض ويزيد فرص الشفاء الكامل كما أنه يهدف إلى اشتراك عدد كبير فى التأمين الصحى مما يجعل ما يدفعه الفرد للعلاج بسيط ويجعل مستوى الخدمة مرتفعا. (شريف حتاته، ١٩٦٨، ص٢٢٨).

عاشرا : قانون التامين الصحى لتلاميذ المدارس وشروط الانتفاع بخدمات التأمين الصحي :

(أ) قانون التأمين الصحى والفئات التى يشملها:

من أجل الاهتمام بصحة التلاميذ ورعايتهم تم إصدار القرار الوزارى رقم ٩٩ لسنة ١٩٩٢م، بتطبيق التأمين الصحى لتلاميذ المدارس وقد يشمل القانون الفئات التالية من التلاميذ: (الهيئة العامة للتأمين الصحى، مرجع سابق، ص ص ٢٢- ٢٣).

١- رياض الأطفال.
٢- تلاميذ مراحل التعليم الأساسى (الابتدائى – الإعدادى).
٣- طلاب المدارس الإعدادية نظام الخمس سنوات.
٤- طلاب الثانوية التجريبية.
٥- طلاب المدارس الخاصة من مختلف المراحل.
٦- طلاب المعاهد الأزهرية.

(ب) شروط الانتفاع بخدمات التأمين الصحى لتلاميذ المدارس: (رفعت رضوان: مرجع سابق، ص٢٢).

حدد القانون ثلاثة شروط للانتفاع بخدمات التأمين الصحى على الطلاب وهى:

١- أن يكون الطالب مقيداً فى أحد الصفوف الدراسية بالجهة التعليمية.
٢- أن يكون مسدد الاشتراك المحدد.
٣- أن يكون حاملاً لبطاقة التأمين الصحى الدالة على ذلك.

وقد صدر قرار وزير الصحة رقم ١٦ لسنة ١٩٩٣م، فى شأن تحديد بيانات وطرق إصدار وتداول بطاقات التأمين لطلاب المدارس وأهم ما يتضمنه القرار:

- أن تضمن البطاقات بيانات عن اسم الطالب – المدرسة – المحافظة – الرقم التأمينى – محل الإقامة، أماكن تقديم الخدمة.
- البطاقة تجدد سنوياً.
- إن هذه البطاقة هى الأساس الذى عن طريقها يتم صرف الدواء.

حادي عشر: إجراءات تقديم الخدمات الطبية للطلاب ونظام تمويل برنامج الرعاية الصحية في مصر:

صدر قرار رئيس مجلس إدارة الهيئة العامة للتأمين الصحى رقم ٥٨ لسنة ١٩٩٣م، بتاريخ ١٩٩٣/١/٢٥م، فى شأن إجراءات تقديم الخدمة الطبية لطلاب المدارس وتشمل على: (الهيئة العامة للتأمين الصحى: مرجع سابق، ص ص ٢٤، ٢٥).

مـــــادة ١:

تتبع الإجراءات التالية عند تقديم الخدمة الطبية العلاجية لطلاب المدارس فى مرحلة الممارس العام.

١- يقوم الممارس العام بفحص الحالات المرضية من الطلاب التى تعرض عليه.

٢- إخطار إدارة المدرسة يومياً بأسماء الطلاب المرضى المطلوب توقيع الكشف الطبى عليهم.

٣- الملاحظة الشخصية من الطبيب نفسه أو من الزائرة الصحية بالمدرسة.

٤- توجيه الطالب مباشرة إلى العيادات فى الحالات الطارئة أو الحوادث.

٥- يقوم طبيب المدرسة بعد فحص المريض بوصف العلاج اللازم له.

٦- إذا رأى طبيب المدرسة ضرورة عرض الطالب على الأخصائى يقوم بتحويلة.

٧- فى الحالات الطارئة والحوادث يقوم طبيب المدرسة بفحص الحالات وتقرير العلاج اللازم له.

٨- فى جميع الأحوال يسجل الطبيب فى بطاقة العلاج الملف الطبى الخاص بالطالب (تاريخ الزيارة – التشخيص، والإجازات الممنوحة للطالب والعلاج).

٩- فى حالات ورود أى مستند طبى خاص بالطالب نتيجة الفحوص المعملية أو الأشعات أو تقرير الطبيب الأخصائى يقوم الطبيب بتسجيل مضمونه فى البطاقة العلاجية الخاصة بالطالب.

القواعد الأساسية لتطبيق نظام التأمين الصحى على تلاميذ المدارس:

تقوم الهيئة العامة للتأمين الصحى بتقديم خدمات التأمين الصحى لطلاب المدارس بمختلف مراحلها المنصوص عليها بالقانون رقم ٩٩ لسنة ١٩٩٢م، وفقا لقواعد وأسس تتضح فيما يلى: (قوت القلوب محمد: ١٩٩٢م، ص٣٥).

١- التطبيق التدريجى على طلاب المدارس على أساس وضع خطة زمنية تعدها الهيئة العامة للتأمين فى ضوء توافر معدلات مادية وبشرية وتكفل رعاية صحية مناسبة.

٢- تقديم الخدمات الطبية التأمينية لطلاب المدارس بشكل مباشر من خلال جهات العلاج التابعة للتأمين وغير مباشرة من خلال الوحدات الأخرى. أما عن طريق بعض الحالات مثل الدرن والجزام، والامراض النفسية يتم لها اتفاقيات خاصة تعقد لهذا الغرض.

٣- تتحدد مراحل الخدمات الطبية لتلاميذ المدارس بالتتابع التالى:

أ- مرحلة الممارسة العامة – طبيب المدرسة.

ب- مرحلة الأخصائى.

ج- مرحلة المستشفى.

د- مرحلة التأهيل المهنى.

لا يجوز للمؤمن عليه/ التقدم لأى مرحلة من هذه المراحل إلا عن طريق القواعد الأساسية السابقة ويجوز عند الضرورة الخروج عنها وفقا لقرارات تنظيمية منظمة لأداء الخدمة التى يصدرها رئيس مجلس الإدارة للمؤمن عليه الحق فى اختيار الطبيب المعالج ، والوحدات العلاجية من بين قائمة تحددها الهيئة وله حق تغيير واختيار سنويا بأخطار كتابى فى موعد أقصاه شهر من بداية العام.

ويكون التعاقد مع الهيئة العامة للتأمين الصحى مع الأطباء والوحدات العلاجية، وتقدم الخدمة الطبية لتلاميذ المدارس لمدة أقصاها عام ولا يجوز التعاقد إلا فى حالة استيفاء الشروط التى يصدر بتحديدها قرار من رئيس الهيئة العامة للتأمين الصحى وتقوم الهيئة بإعداد ملف طبى خاص لكل طالب مؤمن عليه يسجل فيه كافة البيانات المتعلقة بحالته الصحية عند بدء الانتفاع بالخدمة ونتائج الفحص الطبى الدورى الشامل والخدمات الوقائية والعلاجية المقدمة فى كافة المراحل(قوت القلوب محمد: مرجع سابق، ص٧٥).

نظام تمويل برنامج التأمين الصحى فى مصر على الطلاب:

إن نظام تمويل التأمين الصحى، يتكون أساسا من الاشتراكات التى يؤديها المؤمن عليهم وصاحب العمل بالإضافة إلى مساهمات الحكومة، ويتجه إلى تمويل التأمين الصحى على المستوى الدولى إلى إضافة عنصر جديد وهو ما يؤديه المريض من رسوم فى مجال الحصول على الخدمة الطبية، والتأمين الصحى باعتباره من أنواع التأمينات قصيرة الأجل، إنما يعتمد فى تمويله على أسلوب الموازنة السنوية، أى أن التأمين الصحى فى مصر يمول عن طريق: (الفونس شحاتة رزق: مرجع سابق، ص١٢).

١- الاشتراكات التى يؤديها المؤمن عليهم.

٢- المساهمات التى يؤديها المؤمن عليهم عند الانتفاع بالخدمات.

ويعتمد تمويل التأمين الصحى فى مصر على نوعين هما:

١- الموارد المباشرة ٢- الموارد غير المباشرة:

الموارد المباشرة.

فى حالة وجود عائل، وقد يتمل فى رب الأسرة حيث يتحمل جزءاً من الأجر نظير الزوجة وكل طفل دون الخامسة. ويتحمل أصحاب الأعمال أو الدولة (حسب الأحوال) اشتراكاً مماثلاً:

- فى حالة عدم وجود عائل: يتحمل المؤمن عليه اشتراكاً قدره نصف جنيه شهريا عن كل فرد.
- تتحمل الدولة نصيبا مماثلاً.

الموارد غير المباشرة. (رفعت رضوان: ١٩٩٥م، ص١٤).

- فرض رسوم يتحملها القادرون من المواطنين على نطاق متسع لتغطية تكاليف الخدمة.

ومؤدى هذا الأسلوب أن تتوازن الموارد والنفقات خلال كل سنة: (Miltion, Romeri, op. Cit., p. ٣٣٩). أى أن الموارد والتى تتمثل فى الاشتراكات التى يؤديها المؤمن عليه وأصحاب الأعمال بالإضافة إلى الإعانات التى تؤدى من الدولة أو الهيئات العامة. (الفونس شحاتة رزق، ١٩٨٨م، ص٢٣)

مصادر تمويل التأمين الصحى لتلاميذ المدارس:

١- الاشتراكات السنوية التى يتحملها الطالب فى كل مرحلة من المراحل والتى تسدد عن كل عام دراسى وفقاً للتنظيم وفى المواعيد التى يصدر بتحديدها قرار من وزير الصحة بالاتفاق مع الوزير المختص وذلك بواقع أربعة جنيهات عن كل طالب من طلاب التعليم الأساسى والثانوى بأنواعه والمدارس الفنية نظام الخمس سنوات والمدارس التجريبية والمدارس الخاصة والمعاهد الأزهرية.

٢- الاشتراكات السنوية التى تتحملها الخزانة العامة بواقع أثنى عشر جنيها عن كل طالب فى المدارس ورياض الأطفال المملوكة للدولة والمدارس الخاصة.

٣- مساهمة الطالب فى ثمن الدواء خارج المستشفى بواقع الثلث وعدا حالات الأمراض المزمنة التى تحدد بقرار من وزير الصحة فيعطى الدواء مجاناً كذلك الجهاز التعويضى مرة واحدة كل سنيتين كلما اقتضت الحاجة لذلك.

٤- حصيلة الزيارات المنزلية بما لا يقل عن ثلاثة جنيهات ولا يجاوز خمسة جنيهات على كل زيارة منزلية وفقاً لمكان إقامة الطالب.

٥- الإعانات والتبرعات التى تقدم لأغراض النظام.

٦- حصيلة رسم تأمين صحى قدره عشرة قروش تفرض على كل علبة سجائر مباعة فى السوق المحلى ويصدر تحصيل هذا الرسم قرارا من وزير المالية بالاتفاق مع وزير الصحة بتجميعها وتوريدها للهيئة العامة للتأمين الصحى(حسن عبدالفتاح، ٢٠٠٤م، ص١٤).

ثاني عشر : رؤية مستقبلية للتأمين الصحى فى مصر:

فى مواجهة هذا الواقع وعملا على حل تلك المشكلة، والعلاج ومن منظور الحرص على تحقيق التوافق والتوازن بين الحاجة إلى خدمة صحية فعالة بمستوى إنسانى للمواطن المصرى بصفة عامة وأهمية تخفيض العبء المالى على موازنة الدولة فى مجال الخدمات فإننا أحوج ما نكون إلى رؤية استراتيجية لمستقبل التأمين الصحى فى مصر.

وقد يمكن تحديد تلك الملامح فيما يلى: (متولى السيد متولى، مرجع سابق، ص٣٥).

١- أن يكون الهدف الاستراتيجى هو أن تمتد مظلة التأمين الصحى لتغطى جميع المواطنين المقيمين فى مصر.

٢- أن تندمج موارد التأمين الصحى مع الموارد المتاحة لوزارة الصحة لتكون منافذ لتقديم خدمات التأمين الصحى فى جميع المحافظات.

٣- أن يقتصر دور وزارة الصحة على التخطيط والمتابعة والقيام بالخدمات الوقائية والصحة العامة والخدمات الأخرى غير الوقائية.

٤- أن يعاد النظر فى قوانين التأمين الصحى الحالية لتندمج فى قانون موحد للتأمين الصحى يطبق على جميع فئات الشعب.

٥- أن يتيح النظام الموحد للتأمين الصحى وجود نظام أساسى للعلاج يكون إجبارياً.

٦- أن يسمح النظام الموحد لشركات التأمين بتقديم تأمين يضم إليه الأفراد.

٧- أن يدعم نظام التأمين الصحى من خلال إعفاءات الضريبة.

٨- التدرج فى التطبيق للنظام المقترح وفق خطة شاملة ومتكاملة.

٩- الاهتمام بالبعد الاقتصادي فى إدارة نظام التأمين الصحى.

١٠- البدء من الآن فى إعداد الكوادر الإدارية اللازمة لإدارة وتشغيل نظام التأمين الصحى.

١١- تشكيل مجموعة عمل لوضع إطار بملامح استراتيجية للتأمين الصحى فى مصر وللسنوات القادمة.

الباب الثاني

الدراسة الميدانية

الفصل الرابع

الإجراءات المنهجية للدراسة

أولا : نـــوع الـدراســة.

ثـانيـا : منـهج الـدراســـة.

ثـالثـا : أدوات الدراســـة.

رابعـا : مجـالات الدراســة.

خامسا : الأساليب الإحصائية.

أولاً- نـوع الدراسـة :

تعتبر هذه الدراسة من الدراسات الوصفية حيث تقـوم علـى الوصـف والتحليـل والحصول على البيانات الخاصة بالمعوقات التى تواجه التلاميذ من خدمات التأمين الصحى وكذلك التعرف على الدور الذى تقوم بها الخدمة الاجتماعية مـن خـلال الـدور الفعلـى للأخصائى الاجتماعى الذي يعمل فى عيادات التأمين الصحى للطلاب بمجمع العاشـر مـن رمضان وعيادات الطلاب التخصصية بسوهاج والمعوقات التى تواجهه أثناء قيامـه بهـذا الدور وصولا إلى الدور المقترح للأخصائى الاجتماعى فى تلك العيادات الطلابية للتأمين.

ويمكن للباحثة توضيح سبب اختيارها لهذا النوع من الدراسات لتطبيقها فى هذه الدراسة إلى ما يأتى:

١- أن الدراسة الوصفية تساعد على التعرف الدقيق على المشكلة التى يتم دراستها وبمـا أن الهدف الأساسى للدراسة الحالية هو التعرف على المعوقـات التـى يواجههـا التلاميـذ المستفيدين من خدمات التأمين الصحى ومحاولة استفادة الطلاب مـن التـأمين الصـحى والاهتمام بصحتهم العامة حيث تعتبرهم شباب المستقبل.

٢- إن الدراسة الوصفية تعتبر انسب أنواع الدراسات التى تساعد على الوصف الكمى والكيفى لأداء مجتمع بحثى محدد إزاء خدمة أو مشكلة معينة أو احتياج معين.

ثانياً- منهـج الدراسـة :

تمشيا من طبيعة الدراسة فإن المنهج المستخدم هو مـنهج المسـح الاجتمـاعى بنوعية (الحصر الشامل – العينة) باعتباره أنسب المناهج للدراسة الوصـفية، كـذلك لأن المسح الاجتماعى ينصب على الحاضر ويتناول أشياء موجودة يحاول الكشف عن الأوضاع القائمة للاستعانة بها فى التخطيط للمستقبل.

وتهدف هذه الدراسة إلى التعرف على المعوقات التى تواجه التلاميذ المستفيدين من خدمات التأمين الصحى وصولا إلى وضع تصور مقترح لدور الخدمة الاجتماعية من خلال وضع دور مقترح للأخصائى الاجتماعى لمواجهة هذه المعوقات والحد منها، فـإن مـنهج المسح الاجتماعى هو الأكثر ملائمة لهذه الدراسة.

ثالثاً- أدوات الدراسة:

إن نجاح البحث فى تحقيق أهدافه يتوقف دائماً على الاختيار المناسب للأدوات الملائمة للحصول على البيانات الصحيحة، إنه لا يمكن فصل منهج البحث عن الأدوات التى تستخدم فى جمع البيانات أو طرق تفسيرها، وشكل هذه المراحل عبارة عن مراحل مترابطة ومتكاملة تشكل وحدة واحدة، ويتأثر شكلها العام وتكوينها بما تمليه طبيعة الموقف على الباحثة. (جمال زكى والسيد يسين: أسس البحث الاجتماعى، دار الفكر العربى، القاهرة ١٩٩٢م، ص١٦٣).

والأداة تعنى الوسيلة التى تستخدم فى البحث سواء كانت تلك الوسائل متعلقة بجمع البيانات أو بعمليات التصنيف والجداول، وقد استخدمت الباحثة فى الدراسة الراهنة مجموعة من الأدوات أهمها:

١- صحيفة الاستبيان :

لتحقيق أهداف الدراسة سبق الإشارة إليها فقد وضعت الباحثة مجموعة من التساؤلات التى حاولت الدراسة الإجابة عليها حيث تم تجزئة كل تساؤل إلى مجموعة من التساؤلات الفرعية.

وقد اعتمدت الباحثة فى هذه الدراسة على الأدوات الآتية:

١- استبيان للتعرف على المعوقات التى تواجه التلاميذ المستفيدين من خدمات التأمين الصحى.

٢- استبيان على دور الأخصائيين العاملين فى عيادات التأمين الصحى، ويستهدف التعرف على الدور الفعلى الذى يقوم به الاخصائى الاجتماعى فى عيادات التأمين الصحى لمساعدة الطلاب فى مواجهة مشكلاتهم والتعرف على أهم المعوقات التى تواجه الأخصائى الاجتماعى أثناء قيامه بعمله والتعرف على أهم المقترحات للأخصائيين لتطوير عملهم داخل عيادات التأمين الصحى.

وقد تم استيفاء صحيفة الاستبيان من المبحوثين فى عينة الدراسة عن طريق المقابلة الشخصية.

هذا وقد قامت الباحثة بصحيفة الاستبيان على النحو التالى:

أ- تجربة فهم المفردات:

حيث رأت الباحثة عند صياغة الأسئلة التسلسل المنطقى لها وأن تكـون واضـحة ومفهومة فى مفرداتها (ألفاظها) لفئة العينة من الطلاب المترددين على عيـادات التـأمين الصحى وألا تكون من الأسئلة المبهمة بالنسبة لهم.

ب- تجربة الصدق:

قامت الباحثة بعد ذلك بعرض الأداة فى صورتها المبدئية على مجموعة من المتخصصـين باعتبارهم محكمين للتشاور حول النقاط التى تضمنتها صحيفة الاستبيان. (ملحق رقم ٤).

ج- تجربة الثبات:

قامت الباحثة بإجراء تجربة الثبات للأداة على عينة المبحوثين ثم أعيد التطبيق بعد ثلاثة شهور ن التطبيق الأول على نفس العينة قوامها (١٠٠) طالب أنه لا توجـد فـروق جوهرية فى الحالتين مما يؤكد ثبات الأداة ، وعليه فإن أداة البحث صـادقة عـن طريـق المحكمين وثابتة عن طريق تجربة الثبات.

رابعاً: المعالجات الإحصائية:

لقد استفادت الباحثة من استخدام المعالجات الإحصائية فى تفريغ البيانات وتحليلها وتفسير النتائج التى توصلت إليها الدراسة وقد استخدمت الباحثة المعالجـات الإحصـائية، طريقة النسب المئوية للتوزيعات التكرارية على متغيرات أو بنود الاستمارة وترى الباحثـة أن النسبة المئوية هى أنسب الطرق فى هذه الحالة حيث أنها تعبر عن المتوسط للبيانـات الاسمية التى يمكن إدراكها على أنها من نوع القيم المنفصلة.

حيث كانت الإجابات على معظم الأسئلة من النوع الذى يتطلب الإجابة عليه (نعم – لا) و (أما – أو) و (موافق – معترض). (فؤاد أبوحطب، وآمال صادق، ١٩٩١م).

خامساً- مجالات الدراسة:

١- المجال البشرى:

١-قامت الباحثة باختيار عينة الدراسة كالتالى: حيث أن إطار العينة ١٠٠٠ طالب تـم اختيار ١٠% من إجمالى عدد المترددين على عيادات التأمين الصحى عـن طريـق

العينة العشوائية وبلغت العينة النهائية ١٠٠ طالب قد تم اختيارهم من عيادات التأمين الصحى بالعاشر من رمضان وكان عددهم ٥٠ طالب و كان عدد المترددين على المركز التخصصي من الطلة الذين تم اختيارهم ٥٠ طالب بطريقة العينة العشوائية من إجمالى عدد الطلاب المترددين يومياً ومن خلال العلاج الشهرى والأمراض المزمنة داخل عيادات التأمين الصحى. و بهذا بلغت عينة الدراسة ١٠٠ طالب فى المرحلة العمرية ١٢ إلى ١٦ سنة تقريبا و المتقدمين بالمرحلة الإعدادية

٢- بالنسبة للأخصائى الاجتماعى قامت الباحثة بتطبيق الدراسة على جميع العاملين فى داخل عيادات التأمين الصحى بالعاشر من رمضان والتخصصية وقد بلغ عددهم (١٠) عشرة أخصائيين اجتماعيين بنظام الحصر الشامل لجميع الأخصائيين الاجتماعيين العاملين فى كل من مجمع العاشر من رمضان والمراكز التخصصية.

٢- المجال المكانى:

عيادات التأمين الصحى بمجمع العاشر من رمضان والمراكز التخصصية بمدينة سوهاج وقد تم اختيارهم للأسباب التالية:

١- إن مجمع العاشر من رمضان و المراكز التخصصية الملحقة به هي الوحيدة التي تقدم الخدمات فى التأمين الصحى كنظام متكامل يشمل جميع الخدمات.

٢- تعدد التخصصات داخل هذه العيادات.

٣- توفر حجم العينة المراد دراستها و التي تردد على هذا المكان.

٢- المجال الزمنى:

استغرقت الدراسة الميدانية وعمل المقابلات مع الأخصائيين الاجتماعيين والطلاب المستفيدين من هذه الخدمات سبعة شهور فى الفترة من (أول شهر أكتوبر ٢٠٠٦م، حتى نهاية شهر أبريل ٢٠٠٧م). والتى تم فيها إجراء المقابلات مع الأخصائيين والتعرف على المعوقات والطلاب من خلال تطبيق أدوات الدراسة ثم استخراج النتائج والتعليق عليها.

الفصل الخامس

تحليل البيانات وتفسيرها

عرض وتفسير الجداول وتحليلها إحصائيا

النتائـج الخاصـة بالطلبـة

أولاً: النتائج المتعلقة بالمنتفعين المترددين على عيادات التامين الصحى:

أ-البيانـات الأوليـة:

جـدول رقم (١)

يوضح توزيع العينة حسب السن

السـن	التكرارات	النسبة المئوية
١٢- ١٤	٣٦	%٣٦
١٤ - ١٦	٥٨	%٥٨
١٦ فأكثر	٦	%٦
المجموع	١٠٠	%١٠٠

يتضح من الجدول السابق أن توزيع عينة الداسة حسب السن كانت غالبيتهم فى المرحلة العمرية من ١٤-١٦ سنة بنسبة ٥٨% يليهم المرحلة العمرية من ١٢-١٤ سنة بنسبة ٣٦% وأخيرا المرحلة العمرية ١٦ سنة فما فوق بنسبة ٦% وقد يفسر ارتفاع أعداد الطلبة المترددين على عيادات التامين الصحى فى المرحلة العمرية من ١٤-١٦ سنة تعرض الطلبة للأزمات والرغبة فى الهروب والاستقلال مما يزيد معه الشكوى الطبية ويشيع بين المراهقين فى هذه المرحلة توهم المرض وقد فسر البعض أن هذا العمر يمثل مرحلة تزداد فيها الشكوى ويرتفع فيه الإحساس بالذنب

(ب) مهنة الأب

جدول رقم (٢)

توزيع أفراد العينة حسب وظيفة الأب

مهنة الأب	التكرارات	النسبة
بدون عمل	٣٢	%٣٢
عمالة غير منتظمة (موسمية)	١١	%١١
موظف حكومى	٤٥	%٤٥
قطاع خاص	٦	%٦
حرفى	٥	%٥
تاجر	١	%١
المجموع	١٠٠	%١٠٠

يتضح من الجدول السابق أن طلبة المدارس المترددين على عيادات التامين الصحى كانت ترتكز وظائف أولياء أمورهم فى الوظائف التالية موظفى حكومى بنسبة ٤٥% يليها بدون عمل بنسبة ٣٢% يليها عمالة غير منتظمة ١١% ثم يليها الذين يعملون فى القطاع الخاص ٦% ثم يليها الحرفى بنسبة ٥% وأخيرا التاجر بنسبة ١%. ولاحظت الباحثة أن أكثر المترددين على التامين الصحى من أبناء الموظفين وهذا يعكس درجة وعى الآباء بصحة أبناءهم

(ج) مستوى التعليم

جدول رقم (٣)

توزيع أفراد العينة حسب مستوى تعليم الأب

مستوى التعليم	التكرارات	النسبة
أمي	١٨	%١٨
يقرا ويكتب	١٥	%١٥
اقل من المتوسط	٢٢	%٢٢
فوق المتوسط	٢٥	%٢٥
جامعى	١٩	%١٩
دراسات عليا	١	%١
المجموع	١٠٠	%١٠٠

من الجدول السابق يتضح أن مستوى تعليم الأب للطلبة المنتفعين بنظام التـامين الصحى والمترددين على عيادته كانت كالتالى فوق المتوسط ٢٥% يليها اقل من المتوسط بنسبة ٢٢% ثم يليها جامعى ١٩% ثم يليها أمي ١٨% ويليها يقرا ويكتب بنسـبة ١٥% وأخيرا دراسات عليا بنسبة ١%.

جدول (٤)

يوضح معامل أرتباط بين مستوى تعليم الأب و بين وظيفة الأب

ف	س	ص	ر س	ر ص	ف	ف ٢
١	٢٣	١٨	٢	٢	صفر	صفر
٢	١٥	١١	٥	٣	٢	٤
٣	٢٢	٤٥	٣	١	٢	٤
٤	٢٥	٦	١	٤	٣	٩
٥	١٩	٥	٤	٥	١	١
٦	١	١	٦	٦	صفر	صفر
المجموع						١٨

$$ر = ١ - \frac{٦ \text{ مجـ ف ٢}}{ن (ن^{٢} - ١)} = ١ - \frac{٦ \times ٢٦}{٦ \times ٣٥}$$

$$١ - \frac{٦ \times ١٨}{٦ \times ٣٥} = ١ - \frac{١٠٨}{٢١٠}$$

$$= ١ - ٠,٥٧$$

$$= ٠,٤٣$$

تعليق : يتضح من الجدول السابق أن هناك علاقة ارتباطية دالة بين وظيفـة الاب وبين مستوى تعليمه حيث أن قيمة معامل الارتباط

د-الدخل الشهرى:

جدول رقم (٥)

توزيع أفراد العينة حسب الدخل الشهرى للاسره

دخل الأسرة	التكرارات	النسبة
أ- ١٠٠ - ١٥٠	١٠	%١٠
ب-١٥٠ - ٢٠٠	٣٥	%٣٥
جـ-٢٠٠ - ٢٥٠	٢٧	%٢٧
د- ٢٥٠ - ٣٥٠	٢٠	%٢٠
هـ-٣٠٠- ٤٥٠	٨	%٨
و- ٤٥٠ فأكثر	صفر	صفر%
المجموع	١٠٠	%١٠٠

يتضح من الجدول السابق أن الدخل الشهرى لأسرة الطلبة المنتفعين بنظام التامين الصحى جاء كالتالى: فى الفئة من ١٥٠- ٢٠٠ جاءت أعلى نسبة بلغت ٣٥% يليها الفئة ٢٠٠- ٢٥٠ بنسبة ٢٧% ثم يليها الفئة من ٢٥٠ -٣٥٠ بنسبة ٢٠% ثم يليها الفئة من ١٠٠ - ١٥٠ بنسبة ١٠% وأخيراً للفئة من ٣٥٠- ٤٥٠ بنسبة ٨% فى حين كانت الفئة من ٤٥٠ - ٤٥٠ بنسبة ٨% فى حين كانت الفئة من ٤٥٠ فأكثر نسبتها صـفر% ممـا يعنى انخفاض دخل المترددين على التامين الصحى.

جدول (٦)

يوضح معامل الارتباط بين مهنة الأب وبين دخل الأسرة علاقة مهنة الأب بدخل الأسرة

$$ر = ١ - \frac{٦ \text{ مجـ ف ٢}}{\text{ن (ن}^{٢} - ١)} = ١ - \frac{٦ \times ٢٦}{٢١٠}$$

ف	س	ص	ر س	ر ص	ف	ف٢
١	٢٣	١٠	٢	٤	٢	٤
٢	١٥	٣٥	٥	١	٤	١٦
٣	٢٢	٢٧	٣	٢	١	١
٤	٢٥	٢٠	١	٣	٢	٤
٥	١٩	٨	٤	٥	١	١
٦	١	صفر	٦	٦	صفر	صفر
المجموع						٢٦

$$= ١ - \frac{٦ \times ٣٥}{\text{ن (ن}^{٢} - ١)} = ١ - \frac{١٥٦}{٢١٠} = ١ - ٠,٧٤ = ٠,٢٦$$

وهذه القيمة غير دالة وتوضح أن العلاقة بين مهنة الأب ودخل الأسرة غير دالة عند مستوي ٠,٠٥ ونلاحظ من خلال الدراسة الميدانية والواقع الفعلي أن هناك بعض الآباء يعملون في مهن مثل التجارة وخلهم يزيد بكثير عن الآباء الذين يعملون ببعض المهن الوظيفية مثل المدرس وغيره رغم أن أصحاب المهن غير الحكومية يرتفع دخلهم بكثير عن أصحاب المهن الحكومية

٥- مستوى تعليم الأم

جدول (٧)

توزيع أفراد العينة حسب مستوى تعليم الأم

مستوى تعليم الأم	التكرارات	النسبة
أمية	٤	%٤
تقرا وتكتب	٢٩	%٢٩
اقل من المتوسط	٣٧	%٣٧
متوسط	١٥	%١٥
فوق المتوسط	١٠	%١٠
عالى	٥	%٥
دراسات عليا	-	%-
المجموع	١٠٠	%١٠٠

يتضح من الجدول السابق أن مستوى تعليم الأم كان يمثل اعلى معـدل لـه فى شريحة أقل من المتوسط بنسبة ٣٧% يليه يقرا ويكتب ٢٩% يليها متوسط ١٥% ويليها فوق المتوسط ١٠% ثم شريحة المؤهل العالى بنسبة ٥% وأخيرا أمية ٤% فى حين لا توجد أمهات حاصلات على الدراسات العليا.

جدول (٨)

يوضح معامل الارتباط بين مستوى تعليم الاب ومستوى تعليم الام

ف	س	ص	ر س	رص	ف	ف٢
١	٢٣	٤	٢	٦	٤	١٦
٢	١٥	٢٩	٥	٢	٣	٩
٣	٢٢	٣٧	٣	١	٢	٤
٤	٢٥	١٥	١	٣	٢	٤
٥	١٩	١٠	٤	٤	صفر	صفر
٦	١	٥	٦	٥	١	١
المجموع						٣٤

$$ر = ١ - \frac{٦ مجـ ف ٢}{ن (ن - ١) ٢}$$

$$ر = ١ - \frac{٦ \times ٣٤}{٦ \times ٣٥}$$

$$ر = ١ - \frac{٢٠٤}{٢١٠}$$

$$= ١ - ٠,٩٧$$

$$= ٠,٠٣$$

يتضح من الجدول السابق ان العلاقة بين مستوي تعليم الأب وبين مستوي تعلـيم الام علاقة ارتباطية غير دالة حيث كانت قيمة معامل الارتباط ٠,٠٣ وهذه العلاقة توضـح أن مستوي تعليم الاب كان مرتفع في بعض فئات التلاميذ الذين يتـرددوا علـي التـأمين الصحي مع انخفاض مستوي تعليم الام بصورة واضحة ثانياً-المشكلات المتعلقة بـالعرض على الممارس

(١)صعوبة عرض البطاقة

جدول رقم (٩)

توزيع أفرد العينة حسب صعوبة

عرض بطاقة التأمين الصحي علي الممارس

صعوبة العرض	التكرارات	النسبة
نعم	٩٨	%٩٨
لا	٢	%٢
المجموع	١٠٠	%١٠٠

يوضح الجدول السابق مدى صعوبة عرض بطاقة التامين الصحى على الممـارس حيث أوضحت نسبة ٩٨% من أفراد العينة أن هناك صعوبة بالغـة فـى عـرض طلبـة المدارس لبطاقة التامين الصحى على الممارس مقابل نسبة ٢% يرون أنه ليسـت هنـاك صعوبة فى عرض بطاقة التامين الصحى على الممارس.

٢ـ الوقت المستغرق قبل العرض

جدول (١٠)

توزيع أفراد العينة حسب اذا كان الوقت طويل أم لا

الوقت	التكرارات	النسبة
نعم	٩٦	%٩٦
لا	٤	%٤
المجموع	١٠٠	%١٠٠

يوضح الجدول السابق أن الوقت المستغرق قبل عرض بطاقـة التـامين الصـحى للطلبة على الممارس وقتاً طويلاً حيث بلغت نسبة ممن أوضحوا ذلك ٩٦% مقابل نسـبة ٤% يرون أن الوقت المستغرق قصير وأجابوا بأنه لا يستغرق وقتا طويلا.

٣ـ مدة الوقت المستغرق

جدول (١١)

توزيع أفرد العينة حسب مدة الوقت المستغرق قبل العرض على الممارس

مدة الوقت	التكرار	النسبة
نصف ساعة	١٢	%١٢
ساعة	١٦	%١٦
ساعتين	٤٩	%٤٩
أكثر من ساعتين	٢٣	%٢٣
المجموع	١٠٠	%١٠٠

يتضح من الجدول السابق أن حوالى ٤٩% من أفراد العينة أكدوا أن الوقـت المسـتغرق قبل العرض على الممارس حوالى ساعتين يليها من أجابوا بأنه يستغرق أكثر من ساعتين بنسـبة ٢٣% ثم يليهم من أجابوا بأنه يستغرق حوالى ساعة بنسبة ١٦% وأخيـرا مـن أجـابوا بأنـه يستغرق حوالى نصف ساعة مما يوضح أن حوالى ٧٢% من أفراد العينة أكدوا علـى أن الوقـت المستغرق قبل العرض على الأخصائى يستغرق حوالى ساعتين فأكثر.

٤-توقيع الكشف الطبى:

جدول رقم (١٢)

توزيع افراد العينة حسب قيام الممارس بتوقيع الكشف الطبى

الكشف الطبى	التكرار	النسبة
نعم	١٦	%١٦
لا	٨٤	%٨٤
المجموع	١٠٠	%١٠٠

يوضح الجدول السابق مدى قيام الطبيب الممارس بالتأمين الصحى بتوقيع الكشف الطبى على الطلبة المنتفعين بنظام التأمين الصحى حيث بلغت نسبة الطلبة الذين ذكروا أنه لا يوقع الكشف الطبى الفعلى عليهم ٨٤% مقابل نسبة ١٦% يرون أنـه يقـوم بتوقيـع الكشف الطبى وقد توصلت الباحثة من خلال المقابلة مع الطلبة بان عملية الكشف الطبـى تتم بشكل روتينى وغير جادة.

٥- الوقت المستغرق فى الكشف:

جدول رقم (١٣)

توزيع أفرد العينة حسب مدى الوقت المستغرق فى توقيع الكشف الطبى

الوقت المستغرق	التكرار	النسبة
نعم	٢	%١٢,٥
لا	١٤	%٨٧,٥
المجموع	١٦	%١٠٠

يوضح الجدول السابق أن عدد أفراد العينة الذين أقروا بأن الطبيب الممارس يقوم بتوقيع الكشف الطبى عليهم ١٦ فقط أجابوا عن سؤال هل يستغرق وقت فى توقيع الكشف الطبى عليهم بأنه لا يستغرق وقت وذلك بنسبة ٨٧,٥% من أفراد العينة فى حين أوضـح حوالى ١٢,٥% فقط من أفراد العينة أن الطبيب الممارس يستغرق وقت فى توقيع الكشف الطبى عليهم.

٦-معاملة الطبيب:

جدول رقم (١٤)

توزيع أفراد العينة حسب مدى رضا الطلبة على معاملة الطبيب من عدمه

رضا الطلبة	التكرار	النسبة
نعم	٣٦	%٣٦
لا	٦٤	%٦٤
المجموع	١٠٠	%١٠٠

يتضح من الجدول السابق أن الطلبة غير راضين عن معاملة الطبيب لهم وذلك بنسبة ٦٤% فى حين أوضح بعض الطلبة المنتفعين بنظام التأمين الصحى رضاهم عن تقديم الخدمة بنسبة ٣٦% وهى نسبة ضعيفة قد ترجع إلى عدم رضا الطلبة عن معاملة الطبيب بسبب عدم سماعه شكواهم أو عدم توقيع الكشف الطبى الفعلى عليهم أو لعدم تحويلهم إلى الطبيب الأخصائى.

ثالثاً- مشكلات متعلقة بالعرض على الأخصائى

١-حضور الطبيب الأخصائى فى المواعيد:

جدول رقم (١٥)

توزيع أفراد العينة حسب مدى حضور الطبيب الأخصائى فى المواعيد الرسمية للعيادة

التزام الطبيب الأخصائى بالمواعيد	التكرار	النسبة
نعم	٢	%٢
لا	٩٨	%٩٨
المجموع	١٠٠	%١٠٠

يوضح الجدول السابق مدى التزام الطبيب الأخصائى بمواعيد تقديم الخدمة للطلبة المنتفعين بنظام التأمين الصحى حيث أكد أفراد العينة بنسبة عالية عدم التزام الطبيب الأخصائى بمواعيد العيادة حيث بلغت هذه النسبة ٩٨% فى حين أكدت نسبة ضعيفة من الطلبة التزام الطبيب الأخصائى بالمواعيد حيث كانت النسبة ٢% وقد توصلت الباحثة من خلال المقابلة مع الطلبة أن معظم الطلبة نتيجة عدم التزام الطبيب الأخصائى بمواعيده لا يرغبون فى التحويل إليه.

٢-توقيع الكشف الطبى:

جدول (١٦)

توزيع أفرد العينة حسب مدى قيام الطبيب الأخصائى بتوقيع الكشف الطبى من عدمه

توقيع الكشف الطبى	التكرار	النسبة
يقوم بتوقيع الكشف الطبى	١٢	%١٢
يكتفى بسماع الشكوى	٦٤	%٦٤
لا يقوم	٢٤	%٢٤
المجموع	١٠٠	%١٠٠

يوضح الجدول السابق أن الأطباء يكتفون بسماع الشكوى فقط من الطلبة المنتفعين بنظام التأمين الصحى وذلك بنسبة ٦٤% يليها نسبة ٢٤% من الطلبة أوضحوا عدم قيام الطبيب بتوقيع الكشف الطبى عليهم وأخيراً أوضحت نسبة ١٢% من الطلبة قيام الطبيب بتوقيع الكشـف الطبـى عليهم وهذا يوضح انخفاض مستوى الخدمات الطبية التى يقدمها التأمين الصحى للطلبة.

٣-صعوبة العرض على الأخصائى:

جدول (١٧)

توزيع أفرد العينة حسب مدى صعوبة العرض على الأخصائى

صعوبة العرض	التكرار	النسبة
نعم	٩٥	%٩٥
لا	٥	%٥
المجموع	١٠٠	%١٠٠

يوضح الجدول السابق مدى صعوبة عرض الطلبة المنتفعين بنظام التأمين الصحى علـى الطبيب الأخصائى حيث أوضحت نسبة ٩٥% من العينة الكلية أن هناك صعوبة شديدة فى العرض على الأخصائى فى حين أوضحت نسبة ٥% فقط من أفراد العينة الكلية أنه لا توجد صـعوبة فـى العرض على الأخصائى ويتضح من هذه النتيجة مدى المعاناة التى يلاقيها طلبـة المـدارس فـى عرضهم على الأخصائى وتمثلت هذه الصعوبات فى رفض الممارس عرض الطلبة على الأخصائى برغم عدم توقيعه للكشف الطبى وهذا ما استنتجته الباحثة من خلال مقابلة الطلبة أثناء الدارسـة الميدانية.

٤-أسباب صعوبة العرض على الأخصائى:

جدول (١٨)

توزيع أفرد العينة حسب صعوبة العرض على الأخصائى

صعوبة العرض على الأخصائى	التكرار	النسبة
صعوبة التحويل من خلال الممارس	٣٥	%٣٦,٨٤
الازدحام الشديد	٢٥	%٢٦,٣٥
صعوبة فى الأبحاث المعملية وللأشعة	٣٥	%٣٦,٨٤
المجموع	٩٥	%١٠٠

يوضح الجدول السابق أسباب صعوبة العرض على الأخصائى حيث أجمعت نسبة ٣٦,٨٤% على صعوبة التحويل من قبل المدارس وكذلك أكدت نسبة ٣٦,٨٤% صعوبة إجراء الأبحاث المعملية وللأشعة فى حين أكدت نسبة ٢٦,٣٥% أن الازدحام الشديد هو السبب وراء صعوبة العرض على الأخصائى.

جدول (١٩)

توزيع أفرد العينة حسب مدى وجود التخصصات المختلفة بالتأمين الصحى من عدمها

التخصصات المتوفرة	التكرارات	النسبة
نعم	٣٩	%٣٩
لا	٦١	%٦١
المجموع	١٠٠	%١٠٠

يوضح الجدول السابق أن معظم أفراد العينة أجابوا بعدم توافر التخصصات المختلفة بالتأمين الصحى وذلك بنسبة ٦١% مقابل نسبة ٣٩% يرون توافر هذه التخصصات ومن خلال المقابلة الميدانية وجدت الباحثة أن هناك العديد من التخصصات الدقيقة والهامة غير متوفرة بالفعل حتى تاريخ إجراء الدراسة.

٦-التخصصات غير المتوفرة

جدول (٢٠)

توزيع أفرد العينة حسب التخصصات غير المتوفرة

التخصصات غير المتوفرة	التكرارات	النسبة
الأشعة بأنواعها	٤٥	%١٨,٦٧
التحاليل الدقيقة	٦٠	%٢٤,٨٩
تخصصات الأورام	٦١	%٢٥,٣١
العملية الجراحية الدقيقة	٤٠	%١٦,٥٩
فحوص المخ والأعصاب	٣٥	%١٤,٥٢
المجموع	٢٤١	%١٠٠

أما عن التخصصات غير المتوفرة فقد أوضح الجدول السابق عدد التخصصات غير المتوفرة وكانت كالتالى: نقص تخصصات الأورام بنسبة ٢٥,٣١% يليها نقص تخصصات التحاليل الطبية وأبحاث الدم بنسبة ٢٤,٨٩% ثم يليها نقص تخصصات الأشعة بأنواعها المختلفة بنسبة ١٨,٦٧% ثم يليه نقص تخصصات إجراء العمليات الجراحية الدقيقة بنسبة ١٦,٥٩% يليها نقص تخصصات فحوص المخ والأعصاب بنسبة ١٤,٥٢%.

رابعاً- مشكلات تتعلق بالأدوية:

١-صعوبة الحصول على الأدوية:

جدول (٢١)

توزيع أفرد العينة حسب مدى صعوبة الحصول على الأدوية من التأمين

صعوبة الحصول على الأدوية	التكرارات	النسبة
نعم	١٠٠	%١٠٠
لا	صفر	صفر%
المجموع	١٠٠	%١٠٠

يتضح من الجدول السابق أن هناك صعوبة شديدة فى الحصول على الأدوية حيث أوضح جميع الطلبة أنهم يواجهون صعوبات فى صرف الأدوية وكانت نسبة من ذكروا ذلك ١٠٠% قد يكون ذلك بسبب عدم توافر الأدوية كما ذكر البعض، أو بسبب قلة منافذ الصرف أو الزحام الشديد.

٢-أسباب صعوبة الحصول على الأدوية:*

جدول (٣٢)

توزيع أفراد العينة حسب أسباب صعوبة الحصول على الأدوية من التأمين

أسباب صعوبة الحصول على الأدوية	التكرار	النسبة
قلة منافذ صرف الأدوية	٤٥	%١٨,٧٥
نقص عدد العاملين	٣٦	%١٥
عدم توافر الدواء	٦٠	%٢٥
الازدحام الشديد	٧٥	%٣١,٢٥
أخرى تذكر	٢٤	%١٠
المجموع	٢٤٠	%١٠٠

يتضح من الجدول السابق أن الازدحام الشديد يمثل أعلى نسبة بالمقارنة بالأسباب التى ذكرت من قبل الطلبة والتى تمثل إيجاد صعوبة فى صرف الأدوية حيث بلغت نسبتهم ٣١,٢٥% يليها عدم توافر الدواء بنسبة ٢٥% ثم يليها قلة منافذ صرف الأدوية بعيادات التأمين الصحى ١٨,٧٥% ثم يليها نقص عدد العاملين بصيدليات التأمين الصحى بنسبة ١٥% وأخيراً جاءت أسباب أخرى لصعوبة الحصول على الأدوية بنسبة ١٠%.

٣-عملية صرف الأدوية من الخارج

جدول (٣٣)

توزيع أفراد العينة حسب مدى إمكانية صرف الأدوية اللازمة من الصيدليات الخارجية

إمكانية صرف الأدوية	التكرار	النسبة
نعم	٥٢	%٥٢
لا	٤٨	%٤٨
المجموع	١٠٠	%١٠٠

يتضح من الجدول السابق أن نسبة كبيرة من الطلبة المنتفعين بنظام التأمين الصحى يقومون بصرف الأدوية من خارج صيدليات التأمين الصحى حيث بلغت نسبة من يصرفون الدواء من الخارج ٥٢% فى مقابل ٤٨% أوضحوا أنهم يصرفون الأدوية من صيدليات التأمين الصحى.

---

* كان المنتفع بالتأمين الصحى يختار أكثر من سبب لصعوبة الحصول على الأدوية مما جعل التكرار يصل الى ٢٤٠ كما هو موضح

٤-أسباب صرف الأدوية من صيدلية خارجية*

جدول (٣٤)

توزيع أفراد العينة حسب أسباب صرف الأدوية من صيدلية خارجية

الأسباب	التكرار	النسبة
عدم وجود صيدلية	٣٥	%٢٠,٩٥
عدم توافر الأدوية	٤٢	%٢٥,١٤
عدم الموافقة على البديل	٣٧	%٢٢,١٥
الرغبة فى استبدال الدواء بأشياء أخرى	٦٥	%٣٨,٩٢
المجموع	١٦٧	%١٠٠

يوضح الجدول السابق أن أهم أسباب صرف الدواء من صيدليات خارجية جاءت كالتالى حيث تبين أن حوالى:

٣٨,٩٢% أكدوا رغبتهم فى استبدال الدواء بأشياء أخرى ٢٥,١٤% من الطلبة أوضحوا عدم توافر الدواء فى صيدلية العيادة، ٢٢,١٥% من الطلبة أوضحوا عدم موافقتهم على البديل، ٢٠,٩٥% من الطلبة أكدوا عدم وجود صيدلية بعيادة التأمين، وهذه النتيجة توضح عدم ثقة الطلبة فى الأدوية التى يحصلون عليها من التأمين الصحى ولذلك يستبدلونها بأشياء أخرى مثل العطور والزيوت وخلافة وهذا ما استخلصته الباحثة من الطلبة أثناء المقابلة والدراسة الميدانية.

* كان المنتفع بالتأمين الصحى يحتاج عدة أسباب لصرف الأدوية من صيدلية خارجية.

٥-مدى العودة إلى الطبيب فى حالة عدم تواجد الأدوية:

جدول (٣٥)

توزيع أفرد العينة حسب مدى عودة المريض إلى الطبيب فى حالة عدم تواجد الأدوية بالصيدليات الداخلية أو الخارجية

العودة إلى الطبيب	التكرار	النسبة
يرجع إلى الطبيب	٤٥	%٤٥
لا يرجع إلى الطبيب	٥٥	%٥٥
المجموع	١٠٠	%١٠٠

يوضح الجدول السابق مدى عودة الطلبة المنتفعين بنظام التأمين الصحى فى حالة عدم وجود الأدوية بالصيدليات سواءً الخارجية أو الداخلية حيث أكدت نسبة كبيرة أنهم لا يرجعون إلى الطبيب فى حالة عدم وجود الدواء وبلغت هذه النسبة ٥٥% فى حين أوضحت نسبة ٤٥% من أفراد العينة أنهم يرجعون إلى الطبيب فى حالة عدم وجود الدواء بالصيدليات الداخلية أو الخارجية وقد استخلصت الباحثة – من خلال المقابلة مع الطلبة أثناء الدراسة الميدانية – أن أهم أسباب عدم العودة للطبيب إحساس الطلبة بعدم جدية الدواء أو الإرهاق أو التعب من كثرة البحث فى الصيدليات.

خامساً- مشكلات متعلقة بالخدمات المساعدة فى عملية العلاج:

١-إمكانية الحصول على خدمات مساعدة فى التشخيص والعلاج

جدول (٣٦)

توزيع أفرد العينة حسب مدى إمكانية الحصول على خدمات مساعدة فى التشخيص والعلاج

إمكانية الحصول على الخدمات	التكرار	النسبة
نعم	٩٩	%٩٩
لا	١	%١
المجموع	١٠٠	%١٠٠

يوضح الجدول السابق أن حوالى ٩٩% من أفراد العينة الكلية ذكروا أنه من الممكن الحصول على مساعدات أو خدمات طبية مساعدة فى التشخيص والعلاج من خلال التأمين الصحى فى حين ذكر ١% من أفراد العينة أنه لا يمكن الحصول على خدمات طبية مساعدة فى التشخيص والعلاج من خلال التأمين الصحى.

٢-أهم هذه الخدمات:

جدول (٣٧)

توزيع أفرد العينة حسب أهم الخدمات التى يحصل عليها المنتفع بالتأمين

أهم الخدمات	التكرار	النسبة
أ-الأشعة	١٢	%١٢
ب-الفحص المعملى	٣٣	%٣٣
جـ-رسم القلب	٤٥	%٤٥
د-التصوير بالموجات فوق الصوتية	٨	%٨
هـ-أخرى تذكر	٢	%٢
المجموع	١٠٠	%١٠٠

يوضح الجدول السابق أن أهم الخدمات التى يحصل عليها المنتفع بنظام التأمين الصحى من طلبة المدارس هى رسم القلب بنسبة ٤٥% يليها الفحص المعملى بنسبة ٣٣% يليها الأشعة بنسبة ١٢% ثم التصوير بالموجات فوق الصوتية بنسبة ٨% وأخيراً جاءت خدمات أخرى بنسبة ٢% فقط.

٣-إمكانية الحصول على الخدمات من عيادة التأمين:

جدول (٣٨)

توزيع أفرد العينة حسب إمكانية الحصول على هذه الخدمات من العيادة

الحصول على الخدمات	التكرار	النسبة
نعم	٢٩	%٢٩
لا	٧١	%٧١
المجموع	١٠٠	%١٠٠

يوضح الجدول السابق أن الغالبية العظمى من أفراد عينة الدراسة ترى أن هناك صعوبة بالغة فى الحصول على الخدمات من العيادة التابعة للتأمين الصحى، وقد بلغت نسبتهم ٧١% فى حين يرى ٢٩% فقط من أفراد العينة أن هناك إمكانية للحصول على هذه الخدمات.

٤-فى حالة عدم الحصول على هذه الخدمات:

جدول (٣٩)

توزيع أفرد العينة حسب الأماكن التى يحصل منها المنتفع على الخدمات فى حالة عدم الحصول عليها من العيادة

فى حالة عدم الحصول على هذه الخدمات	التكرار	النسبة
أ-الذهاب إلى المستشفيات التابعة للتأمين	٢٢	%٣٠,٩٨
ب-إرسال الفحص إلى معامل بالخارج	٣٦	%٥٠,٧١
جـ-أخرى تذكر	١٣	%١٨,٣٠
المجموع	٧١	%١٠٠

يتضح من الجدول السابق أن أهم الأماكن التى يحصل منها المنتفع على الخدمات فى حالة عدم الحصول عليها من العيادة كانت كالتالى حسب الترتيب التنازلى حيث إرسال الفحص إلى المعمل بالخارج يمثل نسبة ٥٠,٧١% يليها الذهاب إلى مستشفيات التأمين الصحى بنسبة ٣٠,٩٨%، وأخيراً كانت هناك أماكن أخرى ذكرها المنتفعين من الطلاب تمثلت نسبة ١٨,٣٠%.

سادساً: مشكلات متعلقة بتوفر المكان بالعيادات:

١-مدى ملائمة المكان

جدول (٣٠)

توزيع أفرد العينة حسب مناسبة المكان لاستيعاب الطلاب المترددين للكشف الطبى

مدى مناسبة المكان	التكرار	النسبة
نعم	٥٤	%٥٤
لا	٤٦	%٤٦
المجموع	١٠٠	%١٠٠

يتضح من الجدول السابق أن مناسبة المكان لاستيعاب الطلاب المترددين للكشف الطبى كما جاء فى استجابات الطلاب مقبولة حيث يرى نسبة ٥٤% منهم أنها مناسبة، فى حين يرى ٤٦% منهم أنها غير مناسبة لاحظت الباحثة من خلال الدراسة الميدانية أن عدد الكراسي المتواجد أمام كل عيادة غير كافى ولا يستوعب نسبة ١٠% من المترددين على العيادات الخاصة بالتامين الصحى أما المدارس فان حجرة الطبيب لا يوجد بها أي كراسي أو مقاعد خاصة بالطلبة .

٢-أسباب عدم مناسبة المكان

جدول (٣١)

توزيع أفراد العينة حسب أسباب عدم مناسبة المكان لإستيعاب الطلبة

الأسباب	التكرار	النسبة
أ-كثرة عدد الطلاب المترددين	٩	%١٦,٦٦
ب- ضيق المكان	١٥	%٢٧,٧٧
جـ-عدم وجود استراحات للطلبة	١٢	%٢٢,٢٢
د-عدم وجود قائمة انتظار	١٥	%٢٧,٧٧
هـ-أخرى	٣	%٥,٥٥
المجموع	٥٤	%١٠٠

يتضح من الجدول السابق أن أهم أسباب عدم مناسبة المكان لاستيعاب الطلاب كانت ترجع إلى ضيق المكان وعدم وجود قائمة انتظار حيث بلغت نسبة كلا منهما ٢٧,٧٧%، يليها عدم وجود استراحات للطلبة حيث بلغت نسبة من ذكروا ذلك ٢٢,٢٢% ثم يليها كثرة عدد الطلاب المترددين حيث مثلت نسبة ١٦,٦٦% وأخيراً جاءت نسبة أخرى تذكر حوالى ٥,٥٥%. وتوضح هذه النتائج صحة نتائج الجدول السابق حيث أكد علي عدم وجود اماكن كافية أمام عيادات التأمين الصحي ولا توجد صالةانتظار لاستيعاب اعداد المترددين علي التأمين الصحي .

١- تواجد الأخصائى الاجتماعى بالعيادة:

جدول (٣٢)

توزيع أفراد العينة حسب تواجد الأخصائى الاجتماعى بالعيادة

تواجد الأخصائى	التكرار	النسبة
نعم	٦٠	%٦٠
لا	٤٠	%٤٠
المجموع	١٠٠	%١٠٠

يتضح من الجدول السابق أن هناك عجزاً واضح فى أعداد الأخصائيين الاجتماعيين المتواجدين بعيادات التأمين الصحى حيث أن أفراد العينة أجابوا بوجود أخصائي اجتماعى بعيادات التأمين الصحى وبلغت نستبهم ٦٠% فى حين أكد ٤٠% من أفراد العينة عدم وجود الأخصائى الاجتماعى بعيادات التأمين الصحى وهى نسبة ليست قليلة وقد يرجع هذا إلى العجز فى عدد الأخصائيين أو تكليف الأخصائيين الاجتماعيين بالقيام بأعمال إدارية. وهذا يوضح الحاجة الماسة لزيادة أعداد الأخصائيين الاجتماعيين العاملين للتأمين الصحي لسد العجز بهم .

٢-دور الأخصائي (فى حالة الإجابة بنعم):

جدول (٣٣)

توزيع أفراد العينة حسب قيام الأخصائى بدور مشارك للطلبة بالتأمين الصحى

دور الأخصائى	التكرار	النسبة
أ-يقدم الخدمات	١٥	%٢١,٧٣
ب-يرشدك إلى الإجراءات	٨	%١١,٥٩
جـ- يساهم فى تنظيم العمل	٢١	%٣٠,٤٣
د-ليس له دور	٢٥	%٣٦,٢٣
المجموع	٦٩	%١٠٠

من خلال الجدول السابق يتضح نسبة كبيرة من عينة الدراسة أقرت بان الأخصائى الاجتماعى بالتأمين الصحى ليس له دور مشارك وذلك بنسبة ٣٦,٢٣% يليها نسبة ٣٠,٤٣% ذكروا أن الأخصائى يقوم بدور مشارك للطلبة بالتأمين الصحى فى حين أقرت نسبة ٢١,٧٣% بان الأخصائى الاجتماعى يساهم فى تنظيم العمل وأخيراً أقرت نسبة ١١,٥٩% فقط بان الأخصائى الاجتماعى يقوم بإرشادهم إلى الإجراءات التى يجب القيام بها للحصول على الخدمة الطبية المطلوبة.

٣-استقبال الأخصائى للطلبة:

جدول (٣٤)

توزيع أفرد العينة حسب

قيام الأخصائى الاجتماعى باستقبال الطلبة بعيادة التأمين

استقبال الأخصائى للطلبة	التكرار	النسبة
نعم	٢٥	%٢٥
لا	٧٥	%٧٥
المجموع	١٠٠	%١٠٠

يتضح من الجدول السابق أن معظم أفراد العينة يقرون بعدم قيام الأخصـائى الاجتمـاعى باستقبالهم بعيادات التأمين الصحى أثناء حصولهم على الخدمات الطبية وذلك بنسـبة ٧٥% فـى حين أقرت نسبة ٢٥% من أفراد العينة بأن الأخصائى الاجتماعى يستقبلهم عند حصـولهم علـى هذه الخدمات من عيادات التأمين الصحى وقد يرجع انخفاض هـذه النسـبة إلـى وجـود عجـز بالأخصائيين الاجتماعيين المتواجدين فى عيادات التأمين الصحى.

٤-تعرض الطلبة للمشكلات:

جدول (٣٥)

توزيع أفرد العينة حسب تعرض الطلبة لمشكلات أثناء التردد

التعرض للمشكلات	التكرار	النسبة
نعم	٦١	%٦١
لا	٣٩	%٣٩
المجموع	١٠٠	%١٠٠

يتضح من الجدول السابق أن معظم أفراد العينة المترددين على عيادات التأمين الصـحى يتعرضون للمشكلات أثناء حصولهم على الخدمات الطبية وذلك بنسبة ٦١% بينما أفادت نسبة من أفراد العينة بعدم تعرضهم لمشكلات أثناء حصولهم على خدمات التأمين الصـحى وذلـك بنسـبة ٣٩% وقد يرجع هذا إلى حصول هؤلاء الطلبة على الخدمة بالقرب من مدارسهم.

جدول رقم (٣٦)

يوضح مدى إمكانية عرض المشكلات التى يتعرض لها التلاميذ على الأخصائى الاجتماعى

عرض للمشكلات	التكرار	النسبة
نعم	٢٣	%٢٣
لا	٧٧	%٧٧
المجموع	١٠٠	%١٠٠

ويتضح من الجدول السابق أن الغالبية العظمى من الطلاب أجابوا بإمكانية عـرض المشكلات على الأخصائى الاجتماعى وذلك بنسبة ٧٧% يليها الذين أجابوا بالنفى وكانـت نسبتهم ٢٣% من العينة.

جدول رقم (٣٧)

توزيع أفرد العينة حسب رد فعل الأخصائى الاجتماعى اتجاه المشكلات التى يعرضها عليه الطلبة

الاستجابات	التكرار	النسبة
قام بحلها	١٣	%٥٦,٥٢
قام بالرد عليها	٧	%٣٠,٤٣
متأخر قليلاً	٣	%١٣,٠٤
المجموع	٢٣	%١٠٠

يتضح أن أهم ردود فعل الأخصائى الاجتماعى تجاه المشكلات التى يعرضها عليـه الطلاب تمثلت فى أنه قام بحلهـا ٥٦,٥٢%، يليهـا ٣٠,٤٣% ، يليهـا متـأخر قلـيلاً ١٣,٠٤%.

٦-نوعية الخدمات الاجتماعية:

جدول (٣٨)

توزيع أفراد العينة حسب نوعية الخدمات الاجتماعية التى يقدمها الأخصائى الاجتماعى بالتأمين

نوعية الخدمات المقدمة	التكرار	النسبة
أ-مساعدات مالية.	١٠	%١٠
ب-حل بعض المشكلات الطبية والاجتماعية.	٥٩	%٥٩
جـ-المساعدة فى الحصول على أجهزة طبية وتعويضية.	٣١	%٣١
المجموع	١٠٠	%١٠٠

يتضح من الجدول السابق أن نوعية الخدمات المقدمة من الأخصائى الاجتماعى بالتأمين الصحى للمنتفعين بنظام التأمين الصحى من الطلبة أكدت عينة الدارسة قيامه بدوره فى حل بعض المشكلات الطبية و الاجتماعية بنسبة ٥٩% يليها تقديم المساعدات للحصول على الأجهزة الطبية والتعويضية بنسبة ٣١% ثم جاءت المساعدات المالية بنسبة ١٠% ويفسر انخفاض نسبة المساعدات المالية بعدم وجود بند لصرف مساعدات مالية بالتأمين الصحى.

مقترحات الطلبة:

جدول (٣٩)
توزيع أفرد العينة حسب
أهم المقترحات لرفع مستوى خدمات التأمين الصحى

المقترحات	التكرار	النسبة
أ-زيادة عدد الأخصائيين	١٠	%١٠
ب-زيادة منافذ الأدوية.	٢٥	%٢٥
جـ-زيادة عدد ونوع الدواء.	٢٧	%٢٧
د-زيادة عدد الاستشاريين	٩	%٩
هـ-زيادة وتوسيع أبنية التأمين الصحى.	١٦	%١٦
و-شمول التأمين الصحى للأسرة كلل	١٣	%١٣
المجموع	١٠٠	%١٠٠

يتضح من الجدول السابق أن أهم المقترحات لرفع مستوى خدمات التأمين الصحى جاءت حسب الترتيب التنازلى كالتالى:

١-زيادة عدد ونوع الدواء %٢٧
٢-زيادة منافذ الأدوية %٢٥
٣-زيادة وتوسيع الأبنية الخاصة بالتامين الصحى %١٦
٤-شمول التأمين الصحى للأسرة ككل %١٣
٥-زيادة عدد الأخصائيين الاجتماعيين %١٠
٦-زيادة عدد الاستشاريين %٩

وعلي هذا لابد من الاخذ في الاعتبار هذه المقترحات في التخطيط لتطوير التـأمين الصحي لرفع مستوي الخدمات التي يقدمها لجمهور المنتفعين من الطلبة بنظـام التـأمين الصحي لانها مقترحات جوهرية وهامة

استمـــارة الأخصائـــى

أولاً- البيانات الأساسية:

١-السن

جدول (٤٠)

توزيع أفرد العينة حسب توزيع العينة حسب السن

السن	التكرار	النسبة
٢٢-٣٢	١	%١٠
٣٢-٤٢	٨	%٨٠
٤٢ فأكثر	١	%١٠
المجموع	١٠	%١٠٠

يتضح من هذا الجدول أن عينة الدراسة من الأخصائيين الاجتماعيين العاملين بالتأمين الصحى تركزت معظمها فى الفئة العمرية من ٣٢ – ٤٢ بنسبة ٨٠% يليها كل من الفئة العمرية ٤٢ فأكثر بنسبة ١٠% وكذلك الفئة العمريـــة مـــن ٢٢ – ٣٢ بنسبة ١٠%.

٢-مدة العمل:

جدول (٤١)

توزيع أفرد العينة حسب توزيع العينة حسب مدة العمل

مدة العمل	التكرار	النسبة
١ – ٤	١	%١٠
٤ – ٨	٥	%٥٠
٨ – ١٢	٣	%٤٠
١٢ فأكثر	١	%١٠
المجموع	١٠	%١٠٠

يتضح من الجدول السابق أن مدة عمل الأخصائيين تركزت فى المدة مـن ٤ – ٨ سنوات بنسبة ٥٠% يليها المدة من ٨ – ١٢ بنسبة ٤٠% وأخيرا كل من المدة من ١ – ٤ سنة والمدة من ١٢ سنة فأكثر بنسبة ١٢% لكل منهما.

٣- طبيعة العمل:

جدول (٤٢)

توزيع أفرد العينة حسب توزيع العينة حسب طبيعة العمل للأخصائيين الإجتماعيين بالتأمين الصحى

طبيعة العمل	التكرار	النسبة
معين	١	%١٠
متعاقد	٩	%٩٠
المجموع	١٠	%١٠٠

يتضح من الجدول السابق أن طبيعة عمل الأخصائيين الاجتماعيين بالتأمين الصحى تقرر نسبة كبيرة جداً منها على التعاقد حيث أن ٩٠% منهم متعاقدون فى حين بلغت نسبة المعينين ١٠% فقط من أفراد العينة حيث يعتمد التأمين الصحى على التعاقـد فـى معظـم الوظائف المتوفرة به.

٤-الخدمات المقدمة:

جدول (٤٣)

توزيع أفرد العينة حسب خدمات التأمين الصحى المقدمة للتلاميذ ذوى المشكلات الصحية

الأجهزة التعويضية	التكرار	النسبة
نعم	٩	%٩٠
لا	١	%١٠
المجموع	١٠	%١٠٠

يوضح الجدول السابق مدى تقديم خدمات الأجهزة التعويضية وكانت غالبية العينة من الأخصائيين قد أوضحت تقديم هذه الخدمة بنسبة ٩٠% مقابل ١٠% لا يرون أن هـذه الخدمة تقدم لطلبة المدارس.

خدمات عيوب النطق:

جدول (٤٤)

توزيع أفرد العينة حسب تقديم خدمة عيوب النطق

خدمة علاج عيوب النطق	التكرار	النسبة
نعم	١٠	%١٠
لا	صفر	صفر%
المجموع	١٠	%١٠٠

يوضح الجدول السابق أنه يتم تقديم خدمة علاج عيـوب النطـق وتقـدم لطلبـة المدارس من خلال التأمين الصحى وذلك بنسبة ١٠٠%.

جدول (٤٥)

توزيع أفراد العينة حسب تقديم خدمة العلاج الطبيعي لتلاميذ المدارس

خدمة العلاج الطبيعي	التكرار	النسبة
نعم	٨	%٨٠
لا	٢	%٢٠
المجموع	١٠٠	%١٠٠

يتضح من الجدول السابق أن خدمات تقديم العلاج الطبيعي لطلبة المدارس من خلال التأمين الصحي كما يراها الأخصائي الاجتماعي بلغت نسبتها ٨٠% مقابل ٢٠% يرون عدم تقديم التأمين الصحي لخدمات العلاج الطبيعي.

جدول (٤٦)

توزيع أفراد العينة حسب مناسبة الأعمال التي يقوم بها الأخصائي الاجتماعي بالتأمين الصحي

تناسب الأعمال	التكرار	النسبة
نعم	٣	%٣٠
إلى حد ما	٢	%٢٠
لا	٥	%٥٠
المجموع	١٠	%١٠٠

يتضح من الجدول السابق أنه لا تتناسب الأعمال التي يقوم بها الأخصائي الاجتماعي في مجال التأمين الصحي مع مجال تخصصه وذلك بنسبة ٥٠% يليها من ذكروا تناسب هذه الأعمال بنسبة ٣٠% وأخيراً من ذكروا أنها مناسبة إلى حد ما بنسبة ٢٠% ومن خلال مقابلة الأخصائيين الاجتماعيين العاملين في مجال التأمين الصحي اكتشفت الباحثة أنهم يكلفون بأعمال إدارية وفنية أخرى لا تتناسب مع مجال التخصص.

الخدمات الوقائية:

جدول (٤٧)

توزيع أفرد العينة حسب

توافر خدمات التأمين الصحى الوقائية المقدمة للتلاميذ

الخدمات الوقائية	التكرار	النسبة
متوفرة	٣	%٣٠
متوفرة إلى حد ما	٥	%٥٠
غير متوفرة	٢	%٢٠
المجموع	١٠	%١٠٠

يتضح من الجدول السابق أن حوالى ٥٠% من أفراد العينة أوضحوا أن الخـدمات الوقائية التى يقدمها التأمين الصحى للتلاميذ متوفرة إلى حد ما فى حين يرى ٣٠% مـن أفراد العينة أن هذه الخدمات متوفرة وأخيراً يرى ٢٠% من أفراد العينة أن هذه الخـدمات غير متوفرة.

وتوضح هذه النتائج مدي قصور الخدمات الوقائية التي يقدمها التـأمين الصـحي للتلاميذ حيث أنها في حقيقة الأمر تكاد تكون منعدمة وقدلاحظت الباحثة من خلال الدراسة الميدانية وسؤال تلاميذ المدارس التي قامت باجراء الدراسةعليهم أن الخـدامات الوقائيـة مثل الندوات التي توضح بعض المخاطر التي يمكن أن يتعرض لها التلاميذ مما يساعد في نشر الوعي الصحي لدي التلاميذ تكاد تكون غير موجودة

فى حالة توافر الخدمات الوقائية:

جدول (٤٨)

توزيع أفرد العينة حسب توعية الخدمات الوقائية المقدمة للتلاميذ من خلال التأمين الصحى فى حالة توافرها

فى حالة توافر الخدمات	التكرار		النسبة		الإجمالى
	نعم	لا	نعم	لا	
١-نشر الوعى الصحى بين التلاميذ	١	٩	%١٠	%٩٠	%١٠٠
٢-الإشراف على التغذية	٧	٣	%٧٠	%٣٠	%١٠٠
٣-الفحص بالأشعة والفحوص المعملية	٤	٦	%٤٠	%٦٠	%١٠٠
٤-التحقين ضد الأمراض	٥	٥	%٥٠	%٥٠	%١٠٠
٥-الفحص الطبى بصفة دورية.	٣	٧	%٣٠	%٧٠	%١٠٠
٦-عقد ندوات وإلقاء محاضرات	١	٩	%١٠	%٩٠	%١٠٠

يتضح من الجدول السابق أن الخدمات الوقائية التى تقدم رغم ندرتها يمكن ترتيبها تنازلياً كالتالى حسب إجابة الأخصائيين الاجتماعيين للعاملين بالتأمين الصحى:

٧٠% ذكروا الإشراف على التغذية.

٥٠% ذكروا التحصين ضد الأمراض.

٤٠% ذكروا الفحص والأشعة المعملية.

٣٠% ذكروا الفحص الطبى بصفة دورية.

١٠% ذكروا كل من نشر الوعى الصحى بين التلاميذ وكذلك عقد ندوات وإلقاء محاضرات وتنمية الوعى الصحى لدى التلاميذ.

فى حالة عدم توافر الخدمات:

جدول (٤٩)

توزيع أفرد العينة حسب أسباب عدم توافر الخدمات الوقائية المقدمة للتلاميذ من خلال التأمين الصحى

أسباب عدم توافر الخدمات الوقائية	التكرار	النسبة
تدم تواجد الأطباء بصفة منتظمة	٣	%٣٠
الإهمال من قبل إدارة المدرسة	١	%١٠
عدم وجود وقت كاف للأطباء	٥	%٥٠
عدم ملاءمة المكان لتقديم الخدمة	٢	%٢٠
المجموع	١٠	%١٠٠

يتضح من الجدول السابق أن الأسباب التى تكمن وراء عدم توافر الخدمات الوقائية المقدمة للتلاميذ من خلال التأمين الصحى ترجع إلى عدم وجود الوقت الكاف للأطباء بنسبة ٥٠% يليها عدم تواجد الأطباء بصفة منتظمة بنسبة ٣٠% ثم يليها عدم ملاءمة المكـان لتقديم الخدمة بنسبة ٢٠% وأخيرا الإهمال من قبل إدارة المدرسة بنسبة ١٠%.

ومن خلال الدراسة الميدانية والمقابلة مع الأخصـائيين الاجتمـاعيين اسـتنتجت الباحثة أن الطبيب قد يكون مسئولاً عن مدارس متعددة فى نفس الوقت نظراً لوجود عجـز فى عدد الأطباء العاملين بالمدارس فى التأمين الصحى.

مشاركة الأخصائى الاجتماعى للطبيب:

جدول (٥٠)

توزيع أفرد العينة حسب مشاركة الأخصائى الاجتماعى للطبيب فى وضع الخطة العلاجية

المشاركة	التكرار	النسبة
نعم	صفر	صفر%
أحياناً	٢	٢٠%
لا	٨	٨٠%
المجموع	١٠	١٠٠%

يتضح من الجدول السابق أن الأخصائى الاجتماعى لا يشارك الطبيب فى وضع الخطة العلاجية التى تستهدف تلاميذ المدارس وذلك بنسبة ٨٠% فى حين يرى ٢٠% من الأخصائيين الاجتماعيين أنهم يشاركون إلى حد ما وأخيراً يرى صفر% أنهم يشاركون فى وضع الخطة العلاجية.

أسباب عدم المشاركة:

جدول (٥١)

توزيع أفرد العينة حسب

أسباب عدم مشاركة الأخصائى للطبيب فى وضع الخطة العلاجية

أسباب عدم المشاركة	التكرار	النسبة
الخطة تأتى محددة من الوزارة	٨	٨٠%
انفراد الطبيب بوضع الخطة	٢	٢٠%
ليس لدى وقت كافى	صفر	صفر%
المجموع	١٠	١٠٠%

يتضح من الجدول السابق أن أسباب عدم مشاركة الأخصائى الاجتماعى للتأمين الصحى للطبيب فى وضع الخطة العلاجية التى تستهدف التلاميذ جاءت كالتالى حيث إن الخطة تأتى محددة من وزارة الصحة وذلك بنسبة ٨٠% يليها من ذكروا انفراد الطبيب بوضع الخطة العلاجية بنسبة ٢٠% ثم يليها من ذكروا أنه ليس لديهم وقت كاف بنسبة صفر%.

عقد الندوات

جدول (٥٢)

توزيع أفرد العينة حسب قيام الأخصائى بعقد ندوات واجتماعات خاصة بالتوعية لطلاب التأمين الصحى

مدى عقد الندوات	التكرار	النسبة
نعم	٥	%٥٠
لا	٥	%٥٠
المجموع	١٠	%١٠٠

يتضح من الجدول السابق أن حوالى ٥٠% من أفـراد العينـة مـن الأخصـائيين العاملين بالتأمين الصحى أوضحوا أنهم يقومون بعقد ندوات واجتماعات خاصة بالتوعيـة لتلاميذ المدارس فى حين ذكر ٥٠% منهم أنهم لا يقومون بعمل هذه الندوات والاجتماعات ومن الدارسة الميدانية ببعض المدارس أوضح مديرو المدارس عـدم قيـام الأخصـائيين الاجتماعيين بعمل مثل هذه الندوات.

الوسائل المستخدمة:

جدول (٥٣)

توزيع أفرد العينة حسب أهم الوسائل المستخدمة للتوعية للتلاميذ المنتفعين بنظام التأمين الصحى

الوسائل المستخدمة	التكرار	النسبة
أ-الندوات	٣	%٦٠
ب-المحاضرات	٢	%٤٠
جـ-الوسائل السمعية والبصرية	صفر	صفر%
المجموع	٥	%١٠٠

يتضح من الجدول السابق أن أهم الوسائل التى يتم استخدامها من أجل توعية التلاميذ من خلال الأخصائى الاجتماعى بالتأمين الصحى كانت الندوات حيث أنها مثلـت نسـبة ٦٠% يليهـا المحاضرات التى مثلت نسبة ٤٠% فى حين مثلت الوسائل السمعية والبصرية نسبة صفر%.

التدريب:

جدول (٥٤)
توزيع أفرد العينة حسب
تلقى الأخصائى الاجتماعى بالتأمين الصحى للتدريب

هل يتم التدريب	التكرار	النسبة
نعم	٧	%٧٠
لا	٣	%٣٠
المجموع	١٠	%١٠٠

نجد من خلال الجدول السابق أنه يتم تدريب الأخصائى الاجتماعى بالتأمين الصحى على العمل مع تلاميذ المدارس بالتأمين الصحى حيث بلغت نسبة من ذكروا أنهم يتلقـون التدريب ٧٠% مقابل نسبة ٣٠% من أفراد العينة ذكروا أنهم لم يتلقوا أى تدريبات.

محتويات التدريب:

جدول (٥٥)
توزيع أفرد العينة حسب أهم محتويات التدريب
التى يتلقاها الأخصائى الاجتماعى بالتأمين الصحى

محتويات التدريب	التكرار	النسبة
١-التعرف على الأمراض وطرق الوقاية منها.	٢	%٢٨,٥٧
٢-التوعية بالأسباب المؤدية للأمراض.	٤	%٥٧,١٤
٣-التأمين الصحى وفلسفته وأهدافه.	١	%١٤,٢٨
المجموع	٧	%١٠٠

يتضح من الجدول السابق أن أهم محتويات التدريب التى يتعرض لهـا الأخصـائى الاجتماعى جاءت كالتالى حيث أوضحت نسبة ٥٧,١٤% أنهم يتـدربون علـى التوعيـة بالأسباب المؤدية للأمراض يليها نسبة ٢٨,٥٧% ذكروا أنهم يتدربون على التعرف علـى الأمراض وطرق الوقاية منها فى حين يرى ١٤,٢٨% ذكروا أنهم يتدربون على التـأمين الصحى وفلسفته وأهدافه.

أسباب عدم التدريب:

جدول (٥٦)

توزيع أفرد العينة حسب أسباب عدم حصول الأخصائى الاجتماعى فى التأمين الصحى على التدريب

أسباب عدم الحصول على التدريب	التكرار	النسبة
١-عدم توافر الوقت الكاف.	صفر	صفر%
٢-عدم توافر مثل هذه التدريبات.	٢	٦٦,٦٦%
٣-عدم اقتناعى بمثل هذه التدريبات.	١	٣٣,٣٤%
المجموع	٣	١٠٠%

يتضح من الجدول السابق أن من أسباب عدم حصول الأخصائى الاجتماعى بالتأمين الصحى على التدريب لعدم توافر مثل هذه التدريبات وذلك بنسبة ٦٦,٦٦% فى حين ذكر بعض أفراد العينة عدم اقتناعهم بمثل هذه التدريبات بنسبة ٣٣,٣٤% وأخيراً كانت نسبة من ذكروا عدم توافر الوقت الكاف صفر%.

التعاون مع الطبيب والزائرة:

جدول (٥٧)

توزيع أفرد العينة حسب رغبة الطبيب والزائرة الصحية فى التعاون مع الأخصائى الاجتماعى بالتأمين الصحى

التعاون	التكرار	النسبة
نعم	٥	٥٠%
لا	٥	٥٠%
المجموع	١٠	١٠٠%

يتضح من الجدول السابق أن تساوى النسبة بين من ذكروا أنهم يجدون الرغبة لدى الطبيب والزائرة فى التعاون مع الأخصائى الاجتماعى بالتأمين الصحى حيث ذكر ٥٠% منهم أنهم يجدون هذه الرغبة فى التعاون فى حين ذكر ٥٠% أنهم لا يجدون هذه الرغبة فى التعاون.

مظاهر التعاون:

جدول (٥٨)

توزيع أفرد العينة حسب مظاهر التعاون بين الزائرة والأخصائى والطبيب فى هيئة التأمين الصحى

مظاهر التعاون	التكرار	النسبة
أشارك فى وضع خطة التعاون	صفر	صفر%
أشارك فى تنفيذ الخطة.	١	٢٠%
أشارك فى متابعة الخطة.	صفر	صفر%
يطلب منى تقارير الحالة	٤	٨٠%
المجموع	٥	١٠٠%

يتضح من الجدول السابق أن مظاهر التعاون محدودة وتركزت فى أن الطبيب يطلب من الأخصائى تقارير الحالة وذلك بنسبة ٨٠% فى حين ذكر البعض وكانت نسبتهم ٢٠% أنهم يشاركون فى تنفيذ خطة التعاون وذكر أخيرا صفر% المشاركة فى وضع خطة التعاون وفى متابعة الخطة مما يوضح أن مظاهر التعاون بين الأخصائى الاجتماعى والطبيب والزائرة الصحية تكاد تكون منعدمة أو محدودة.

مظاهر عدم التعاون:

جدول (٥٩)

توزيع أفرد العينة حسب مظاهر عدم التعاون بين الطبيب والزائرة الصحية وبين الأخصائى الاجتماعى بالتأمين الصحى

مظاهر عدم التعاون	التكرار	النسبة
يعتقد الطبيب أن عمله بمفرده يحقق النجاح	صفر	صفر%
تضارب الآراء بينى وبين الطبيب.	صفر	صفر%
عدم وجود تنسيق بيننا وبين العاملين بالتأمين.	٢	٤٠%
كل عضو يؤدى دوره بمفرده.	٣	٦٠%
المجموع	١٠٠	١٠٠%

يتضح من الجدول السابق أن مظاهر عدم التعاون بين الأخصائى الاجتماعى والطبيب والزائرة الصحية بالتأمين الصحى يتمثل فى أن كل عضو يؤدى دوره بمفرده حيث ذكر ذلك حوالى ٦٠% من أفراد العينة فى حين ذكر ٤٠% من أفراد العينة عدم وجود تنسيق بين الأخصائى الاجتماعى والعاملين بالتأمين الصحى.

قيام الطبيب بتحويل الحالات للأخصائى:

جدول (٦٠)

توزيع أفرد العينة حسب قيام طبيب التأمين الصحى بتحويل الحالات للأخصائى الاجتماعى

تحويل الحالات للأخصائى	التكرار	النسبة
نعم	٣	٣٠%
لا	٧	٧٠%
المجموع	١٠	١٠٠%

نجد من خلال الجدول السابق أن الغالبية العظمى من الأخصائيين الاجتماعيين العاملين بهيئة التأمين الصحى يرون أن الطبيب لا يقوم بتحويل أى حالات لهم وذلك بنسبة ٧٠% فى حين يرى ٣٠% فقط أن طبيب هيئة التأمين الصحى لا يقوم بتحويل أى حالات إليهم، وهذا يوضح عدم اعتراف الأطباء بهيئة التأمين الصحى بدور الأخصائى الاجتماعى. لخلفية عن دور الأخصائى:

جدول (٦١)

توزيع أفرد العينة حسب معرفة العاملين بهيئة التأمين الصحى بدور الأخصائى الاجتماعى

دور الأخصائى	التكرار	النسبة
نعم	٢	٢٠%
إلى حد ما	٣	٣٠%
لا	٥	٥٠%
المجموع	١٠	١٠٠%

يتضح من الجدول السابق أن الغالبية العظمى من عينة الدراسة أجابوا بعدم معرفة دور الأخصائى الاجتماعى من قبل هيئة التأمين الصحى أو للعاملين بها حيث كانت نسبتهم ٥٠% فى حين أوضح ٣٠% أن العاملين بالتأمين الصحى يعرفون دور الأخصائى الاجتماعى إلى حد ما وأخيراً أكد ٢٠% أن العاملين بهيئة التأمين الصحى يعرفون دور الأخصائى الاجتماعى.

الصعوبات التى يواجهها التلاميذ:

جدول (٦٢)

توزيع أفراد العينة حسب الصعوبات التى يواجهها التلاميذ بهيئة التأمين الصحى من وجهة نظر الأخصائى الاجتماعى

الصعوبات التى يواجهها التلاميذ	التكرار	النسبة
الانتظام لفترات طويلة	٣	%٣٠
صعوبة التحويل على الطبيب	٢	%٢٠
عدم توافر الأدوية وصعوبة الحصول عليها.	٤	%٤٠
عدم توافر الأجهزة التعويضية.	١	%١٠
المجموع	١٠	%١٠٠

يتضح من الجدول السابق أن أهم الصعوبات التى يواجهها تلاميذ المـدارس فـى هيئة التأمين الصحى هى بالترتيب كالتالى:

عدم توافر الأدوية وصعوبة الحصول عليها حيث بلغت نسبتها %٤٠

الانتظار لفترات طويلة حيث بلغت نسبتها %٣٠

صعوبة التحويل على الطبيب حيث بلغت نسبتها %٢٠

عدم توافر الأجهزة التعويضية حيث بلغت نسبتها %١٠

ويتضح من رؤية التلاميذ ورؤية الأخصائى الاجتماعى بالتأمين الصحى أنهما يتفقان على الصعوبات التى تواجه التلاميذ المترددين على التأمين الصحى.

خدمات التأمين الصحى:

جدول (٦٣)

توزيع أفرد العينة حسب التغلب على الأسباب المؤدية لإنخفاض مستوى خدمات التأمين الصحى لتلاميذ المدارس

أسباب التغلب على انخفاض الخدمات	التكرار	النسبة
وضع كفاءة وفعاليات الخدمات المساعدة.	٢	%٢٠
رفع مستوى أداء الأطباء الفنى.	٣	%٣٠
رفع مستوى الخدمات التمريضية.	١	%١٠
تطوير الإدارة بمؤسسات التأمين الصحى	٤	%٤٠
المجموع	١٠	%١٠٠

يتضح من الجدول السابق أنه يمكن التغلب على الأسباب المؤدية لانخفاض مستوى خدمات التأمين الصحى كالآتى حسب الترتيب التنازلى كما ذكرت عينة الدراسة.

تطوير المؤسسات والإدارة بالتأمين الصحى حيث بلغت العينة ٤٠%

يليها رفع مستوى أداء الأطباء الفنى حيث بلغت النسبة ٣٠%

يليها رفع كفاءة وفعاليات الخدمات المساعدة حيث بلغت النسبة ٢٠%

يليها رفع مستوى الخدمات التمريضية حيث بلغت النسبة ١٠%

تناسب دور الأخصائى مع الواقع

جدول (٦٤)

توزيع أفرد العينة حسب تناسب دور الأخصائى الاجتماعى مع الواقع الفعلى للتأمين الصحى

تناسب الدور	التكرار	النسبة
نعم	٣	%٣٠
لا	٧	%٧٠
المجموع	١٠	%١٠٠

يتضح من الجدول السابق أن معظم أفراد العينة أجـابوا بعـدم تناسـب دور الأخصـائى الاجتماعى مع الواقع الفعلى للتأمين الصحى وذلك بنسبة ٧٠% فى حين يرى حوالى ٣٠% مـن أفراد عينة الدراسة أن دور الأخصائى الاجتماعى مع الواقع الفعلى للتأمين الصحى غير متناسبة.

فى حالة الإجابة بنعم:

جدول (٦٥)

توزيع أفرد العينة حسب كيفية تناسب دور الأخصائى الاجتماعى مع الواقع الفعلى

كيفية التناسب	التكرار	النسبة
تناسب أهداف الخدمة الاجتماعية مع أهداف التأمين.	١	%٣٣,٣٣
تناسب الدور مع الأعباء الإدارية والمهنية مع قدرات الأخصائى.	٢	%٦٦,٦٦
توافر المرونة الكافية لممارسة الخدمة الاجتماعية فى التأمين الصحى.	صفر	صفر%
المجموع	٣	%١٠٠

يتضح من الجدول السابق أن دور الأخصائى الاجتماعى فى هيئة التأمين الصحى يتناسـب مع الواقع الفعلى فيما يلى حسب الترتيب التنازلى حيث أوضح أفراد العينة أن الدور يتناسب مـع الأعباء الإدارية والمهنية وقدرات الأخصائى الاجتماعى وذلك بنسبة ٦٦,٦٦% يليه تناسب أهداف الخدمة الاجتماعية مع أهداف التأمين الصحى وأخيراً توافر المرونة الكافيـة لممارسـة الخدمـة الاجتماعية فى التأمين الصحى بنسبة صفر%.

المقترحات الخاصة بالتغلب على السلبيات:

جدول (٦٦)

توزيع أفرد العينة حسب أهم المقترحات الخاصة من قبل الأخصائى الاجتماعى للتغلب على السلبيات

المقترحات	التكرار	النسبة
معرفة الدور الفعلى الذى يقوم به الأخصـائى الاجتماعى.	١	١٠%
توفير كميات الأدوية المناسبة.	٢	٢٠%
تفعيل دور فريق العمل الـذى يشـارك فيـه الأخصائى	٣	٣٠%
حضور الأطباء فى الوقت المحدد لهم	٢	٢٠%
تسـهيل الإجـراءات الخاصـة بالتحويـل للأخصائى أو الاستشارى.	٢	٢٠%
المجموع	١٠	١٠٠%

يتضح من الجدول السابق أن أهم المقترحات التى يمكن من خلالها التغلـب علـى السلبيات من قبل الأخصائى الاجتماعى وقد جاءت هذه المقترحات كالتالى حسب الترتيـب التنازلى تفعيل دور فريق العمل الذى يشارك فيه الأخصائى الاجتمـاعى لتقـديم الخدمـة المتكاملة للتلاميذ حيث بلغت النسبة ٣٠% يليها كل من توفير كميـات الأدويـة وتسـهيل إجراءات التحويل للطبيب الأخصائى وحضور الطبيب فى الوقت المحدد له بنسبة ٢٠% لكل منهم وأخيراً معرفة الدور الفعلى الذى يقوم به الأخصائى الاجتماعى بنسبة ١٠%.

الفصل السادس

- النتائج العامة للدراسة
- أهم التوصيات والمقترحات
- ملخص الدراسة

تفسير نتائج الدراسة

أولاً - بالنسبة للبيانات الأولية.

أولاً: تفسير التساؤل الأول وهو ينص على: فاعلية خدمات التأمين الصحى الوقائية لتلاميذ المدارس:

توصلت الدراسة الحالية إلى أن خدمات التأمين الصحى الوقائية المقدمة لتلاميذ المدارس كانت كالتالى حسب استجابات عينة الدراسة الكلية حيث بلغت الغالبية العظمى من استجابات التلاميذ بقولهم أنها متوفرة إلى حد ما وذلك بنسبة ٥٠%يليها من أجابوا بأنها متوفرة بنسبة ٣٠% وأخيراً من أجابوا بأنها غير متوفرة بنسبة ٢٠%.

وهذا يوضح عدم استفادة التلاميذ من خدمات التأمين الصحى بشكل مناسب طبقاً للقرار الوزاري رقم ٢٠٦ لسنة ١٩٩٢م، والذى ينص على أن من واجبات الطبيب بالمدرسة وباقى المسئولين تذليل الصعوبات التى تقف عقبة فى سبيل استفادة التلاميذ من خدمات التأمين الصحى الوقائية، وهذا يتفق مع ما توصلت إليه دراسة عبد الحكيم احمد عبد الهادي ١٩٩٨م، حيث أكد على بعض الخدمات الوقائية غير متوفرة ولا يستفيد بها تلاميذ المدارس طبقاً لاستجابات هؤلاء التلاميذ . (١)

أما بالنسبة لاستجابات التلاميذ فى حالة توافر الخدمات الوقائية المقدمة لهم طبقاً للنتائج الإحصائية الواردة بالجدول (٤٥) كانت كالتالى: أوضحت الغالبية العظمى أن أهم هذه الخدمات الإشراف على التغذية بنسبة ٧٠% يليها التحصين ضد الأمراض ٥٠% ويليها الفحص بالأشعة والبحوث المعملية ٤٠% ويليها الفحص الطبى بصفة دورية بنسبة ٣٠% وأخيراً نشر الوعى الطبى بين التلاميذ وعقد ندوات ولقاءات بنسبة ١٠% لكل منها.

ويتضح من هذه النتائج أن الخدمات الوقائية الرئيسية منخفضة جداً حيث نرى من خلالها هذه النتائج أن نشر الوعى الصحى وعقد الندوات واللقاءات الخاصة بالوقائية

---

(١) عبدالحكيم عبدالهادى: تقويم تجربة التأمين الصحى الاجتماعى، رسالة دكتوراه، كلية الخدمة الاجتماعية بالفيوم، ١٩٩٨م، ص٩٩ - ١٠١.

جاءت فى نهاية الخدمات المقدمة فى حين مثلت خدمة الإشراف على التغذية أعلى نسبة وهذا يوضح عدم قيام أطباء التأمين الصحى بالدور المنوط لهم من حيث تقديم الخدمات الوقائية.

أما عن أسباب عدم توافر الخدمات كما ذكرها التلاميذ فقد كان ترتيبها التنازلى كالتالى: حيث ذكر ٥٠% من أفراد العينة عدم وجود وقت كاف للأطباء فى حين مثل عدم تواجد الأطباء بصفة منتظمة ٣٠% أما عدم ملاءمة المكان فقد مثل ٢٠% وأخيراً الإهمال من قبل إدارة المدرسة وذلك بنسبة ١٠% كما هو موضح بالجدول (٤٨) وتتضح من هذه النتائج كما استنتجت الباحثة ذلك أيضاً من خلال الدارسة الميدانية أن طبيب التأمين الصحى بالمدرسة يتم تكليفه بعدة مدارس مختلفة فى وقت واحد وهذا يفسر عدم وجود الوقت الكاف أو عدم التواجد بصفة منتظمة.

أما عن عقد الندوات الخاصة بالتوعية الوقائية فقد كانت استجابات التلاميذ توضح أن ٥٠% منهم يرون أنه يتم عقد الندوات الوقائية فى حين يرى ٥٠% منهم عدم عقد هذه الندوات كما هو موضح بالجدول رقم (٤٩).

وقد يرجع عدم عقد هذه الندوات إلى عدم وجود الوقت الكاف لدى الطبيب أو عدم وجود الوسائل المساعدة من إقامة هذه الندوات.

أما عن الوسائل المستخدمة للمساعدة فى التوعية الوقائية طبقاً للجدول رقم (٥٠) فقد مثلت الندوات نسبة ٦٠% يليها المحاضرات بنسبة ٤٠% وهذه الخدمات كما أوضح الأخصائيون الاجتماعيون لا تتم بشكل جيد نظراً لعدم وجود وسائل إيضاح مساعدة سواء كانت بصرية أو سمعية أو غير ذلك.

وأما عن محتويات التدريب التى يتلقاها الأخصائى الاجتماعى بالتأمين الصحى فقد أوضحت الدراسة أن من أهم محتويات التدريب الوقائية التى يتعرض لها الأخصائى جاءت كما هو موضح فى الجدول (٥٢).

حيث تبين أن نسبة ٥٧,١٤% أنهم يتدربون على التوعية بالأسباب المؤدية للأمراض يليها نسبة ٢٨,٥٧% ذكروا أنهم يتدربون على التعرف على الأمراض وطرق

الوقاية منها فى حين أن ١٤,٢٨% ذكروا أنهم يتدربون على التأمين الصحى وفلسفته وأهدافه.

من خلال ذلك يتضح أن محتويات التدريب الوقائية التى يتلقاها الأخصائى الاجتماعى نجد أن بعض هذه المحتويات الخاصة بالتدريب لم تكن بشكل مناسب مما جعل التلاميذ لا يستفيدون منها والبعض الآخر لم يتم تطبيقها مما انعكس بشكل سلبي على التلاميذ واستفادتهم منها مثلاً.

وقد يتضح من الدراسة أن من أسباب عدم حصول الأخصائى الاجتماعى من التأمين الصحى على التدريب أنها فى الغالب لا تتوافر مثل هذه التدريبات وقد أتضح من جدول (٥٣) أن مثل هذه التدريبات لم تكون متوفرة للأخصائيين بنسبة ٦٦,٦% وعدم اقتناعي بمثل هذه التدريبات ٣٣,٣٤% و أيضاً عدم توافرها بالنسبة لهم وأن هذه المحتويات للتدريب الوقائية لا تتم بشكل جيد وتعطى للأخصائيين الاجتماعيين.

ثانياً : تفسير التساؤل الثاني ينص على: فاعلية التأمين الصحى العلاجية المقدمة لتلاميذ المدارس:

توصلت الدراسة الحالية إلى أن خدمات التأمين الصحى العلاجية المقدمة لتلاميذ المدارس كانت كالتالى: حسب استجابات عينة الدراسة الكلية حيث بلغت الغالبية العظمى حوالى ٩٩% من الأفراد ذكروا أنه من الممكن الحصول على الخدمات الطبية مساعدة فى التشخيص والعلاج من خلال التأمين الصحى فى حين ذكر ١% من الأفراد أنه لا يمكن الحصول على خدمات طبية وهذا يتضح من جدول (٢٣) الذى يوضح مدى إمكانية الحصول على خدمات مساعدة فى التشخيص العلاج وهذا واضح بنسبة الاستفادة من خدمات التأمين الصحى حسب استجابات عينة الدراسة الكلية.

وتوضح أهم الخدمات العلاجية التى يحصل عليها المستفيد بنظام التأمين الصحى من طلبة المدارس ويتضح من الجدول (٢٤) أن رسم القلب بنسبة ٤٥% ويليها الفحص المعملى بنسبة ٣٣% يليها الأشعة ١٢٥ ثم التصوير بالموجات فوق الصوتية وأخيراً جاءت خدمات أخرى بنسبة ٢% فقط من خلال الجدول ويتضح أن استجابات التلاميذ بأن الأطباء لا يهتمون بتقديم الخدمة بدقة وعناية ولا يقوم بالاهتمام والعناية بشكل مناسب.

وهذا يتفق مع ما توصلت إليه دراسة عبدالحكيم أحمد التى أكدت أن ٧٢,٧% من استجابات التلاميذ بان الخدمات العلاجية المقدمة لهم لا تتم فى سهولة ويسر وأشارت نسبة ٤٦% وأن استجابات التلاميذ أن الأطباء لا يقومون بمتابعة حالات التلاميذ بدقة وعناية.

أما عن إمكانية الحصول على الخدمات من عيادة التأمين الصحى كما موضح فى الجدول رقم (٢٥) يتضح عدم إمكانية الحصول على الخدمات من العيادة بنسبة ٧١% وإمكانية الحصول على الخدمة العلاجية بنسبة ٢٩%، وهذا ما تؤكده الدراسة من المعوقات التى تواجه التلاميذ من خدمات حيث أنه لم يتم الحصول على الخدمات من التأمين الصحى من عيادات داخل التأمين فى حالة عدم حصولهم على هذه الخدمات فقد يتوجه إلى الذهاب إلى المستشفيات التابعة للتأمين ونسبة ٣,٩٨% وتلقى خدمة مثل إرسال الفحص إلى معامل خارج التأمين نسبة ٥,٧% وأخرى تذكر نسبة ١٥,٤٩% وذلك كما يشار إليها فى جدول رقم (٢٦).

وهذا يوضح أن قيام الأطباء بتقدم الخدمة بشكل روتينى مع التلاميذ دون الاهتمام وأن الخدمة لا تقدم ولا تتم بسهولة ويسر وكذلك عدم الانتظام فى مواعيدهم أثناء تقدم الخدمة.

ثالثاً: تفسير التساؤل الثالث ينص على: مدى فاعلية خدمات التأمين الصحى التأهيلية المقدمة لتلاميذ المدارس:

فقد أوضحت الدراسة من خلال الجدول السابق مدى تقديم خدمات الأجهزة التعويضية وقد أوضح جدول رقم (٤١) خدمات التأمين الصحى المقدمة للتلاميذ ذوى المشكلات الصحية وكانت غالبية العينة من الأخصائيين قد أوضحت أن الخدمة تقدم بنسبة ٩٠% فى مقابل ١٠% لا يرون أن هذه الخدمة تقدم لطلبة المدارس.

وقد اتفقت هذه الدراسة مع دراسة عبدالحكيم أحمدعبدالهادى فى أن يقوم التأمين الصحى بتقدم خدمات الأجهزة التعويضية للطلاب المدارس مع المشاركة فى ثمن الجهاز التعويضى.

وأيضاً قد نص القانون رقم ٩٩ لسنة ١٩٩٢م، على أن يقوم التأمين الصحى بتقديم خدمات تأهيلية وتعويضية لتلاميذ المدارس ومن هذه الأجهزة ممثلة فى النظارات والسماعات الطبية للأذن والكراسى المتحركة.

ومن خلال الدراسة أتضح من الجدول السابق مدى تقديم خدمة عيون النطق؟ من جدول رقم (٤٢) وأتضح من الجدول أن خدمة عيوب النطق تقدم لطلبة المدارس من خلال التأمين الصحى بنسبة ١٠٠%. وقد اختلفت دراسة عبدالحكيم فى علاج عيوب النطق فى النسبة التى يتم علاجها وقد يرجع ذلك إلى الفترة الزمنية بين هذه الدراسة والدراسة السابقة واختلاف المكان أيضاً.

والتطور الذى حدث بالنسبة للتأمين الصحى لتلاميذ المدارس وبرعاية السيدة الفاضلة/ سوزان مبارك للتأمين الصحى وخاصة الأطفال كل هذا يجعل تغيير فى النسبة بين هذه الدراسة والدراسات السابقة.

من خلال الدراسة أتضح أن مدى تقديم خدمة العلاج الطبيعى لتلاميذ المدارس يوضح الجدول السابق جدول (٤٢) أن خدمات تقديم العلاج الطبيعى لطلبة المدارس من خلال التأمين الصحى كما يراها الأخصائى الاجتماعى بلغت نسبة ٨٠% مقابل ٢٠% يرون عدم تقديم التأمين الصحى لخدمات العلاج الطبيعى.

اختلفت دراسة عبدا لحكيم أحمد مع الدراسة الحالية فى النسبة حيث تشير الدراسة الحالية بنسبة ٨٠% تقديم العلاج الطبيعى ونسبة الدراسة السابقة بنسبة ٦٠% تقديم العلاج الطبيعى وقد يرجع اختلاف هذا إلى الفترة الزمنية بين الدراسة الحالية والسابقة، واختف المكان بين الدراسة الحالية والسابقة، وتطور التامين الصحى بالنسبة للطلاب المدارس من خلال ذلك يتضح الاتفاق بين الدراسة الحالية والدراسة السابقة فى أن التأمين الصحى يقدم خدمات تأهيلية وتعويضية لتلاميذ المدارس وهذا يتمشى مع المادة رقم ١ من القانون رقم ٩٩ لسنة ١٩٩٢م، فى شأن تنظيم التأمين الصحى لتلاميذ المدارس.

من خلال الدارسة أتضح أنه من الجدول السابق أن جدول (٤٤) يوضح مدى تشابه الأعمال التى يقوم بها الأخصائى التأمين الصحى أتضح من الجدول السابق أنه لا تناسب الأعمال التى يقوم بها الأخصائى الاجتماعى فى مجال التأمين الصحى مع مجال

تخصصه وذلك بنسبة ٥٠% يليها ذكروا تناسب هذه الأعمال بنسبة ٣٠% وأخيراً من ذكروا أنها مناسبة إلى حد ما ٢٠% من خلال مقابلة الأخصائيين الاجتماعيين العاملين فى التأمين الصحى قد يتبين أنهم يكلفونهم بأعمال إدارية ونسبة أخرى لا تناسب مع مجال التخصص.

من خلال الدراسة أتضح أيضاً من الجدول السابق جدول رقم (٤٥) أن حوالى ٥٠٥ من أفراد العينة أوضحوا أن الخدمات الوقائية التى يقدمها التأمين الصحى لتلاميذ المدارس متوفرة إلى حد ما فى حين يرى أن ٣٠% من أفراد العينة أن هذه الخدمات متوفرة وأخيراً يرى أن ٢٠% من أفراد العينة أن هذه الخدمات غير متوفرة.

ومن خلال الدراسة أيضاً قد أوضحت إذا كانت هذه الخدمات متوفرة كما يرونها ٣٠% من أفراد العينة الدراسة فى نوعيتها.

وقد أوضح الجدول السابق جدول رقم (٤٦) أن الخدمات الوقائية التى تقدم رغم ندرتها بحكم ترتيبها تنازليا كالتالى حسب إجابة الأخصائيين الاجتماعيين العاملين بالتأمين الصحى:

٧٠% ذكروا الإشراف على التغذية.

٥٠% ذكروا التحصين ضد الأمراض.

٤٠% ذكروا الفحص والأشعة المعملية.

٣٠% ذكروا الفحص الطبى بصفة دورية.

١٠% ذكروا كل من نشر الوعى الصحى بين التلاميذ.

وكذلك عقد ندوات وإلقاء محاضرات وتنمية الوعى الصحى لدى التلاميذ من خلال الدراسة التى أوضحت عدم توافر الخدمات من خلال الجدول السابق يوضح جدول رقم (٤٧) أسباب عدم توافر الخدمات الوقائية المقدمة لتلاميذ المدارس من خلال التأمين الصحى ترجع إلى عدم وجود الوقت الكافى للأطباء بصفة منتظمة بنسبة ٣٠% ويليها عدم ملائمة المكان لتقديم الخدمة بنسبة ٢٠% وأخيرا الإهمال من قبل إدارة المدرسة بنسبة ١٠٥.

من خلال الدراسة الميدانية والمقابلة مع الأخصائيين الاجتماعيين استنتجت الباحثة أن الطبيب قد يكون مسئول عن عدد من المدارس فى نفس الوقت نظرا لوجود عجز فى عدد الأطباء العاملين بالمدارس فى التأمين الصحى.

من خلال ذلك يتضح خدمات التأمين الصحى المقدمة لتلاميذ المدارس ولكن توجد صعوبات تواجه الطلاب المستفيدين من تلك الخدمات.

رابعاً: تفسير التساؤل الرابع ينص على: المعوقات التى تواجه التلاميذ المستفيدين من خدمات التأمين الصحى:

توصلت الدراسة الحالية أن المعوقات التى تواجه التلاميذ من خدمات التأمين الصحى كانت كالتالى:

مشكلات متعلقة بالعرض على الممارس العام:

أتضح من خلال ذلك فى جدل رقم (٦) ويوضح الجدول مدى صعوبة عرض بطاقة التأمين الصحى على الممارس حيث أوضحت نسبة ٩٨٥ من أفراد العينة أن هناك صعوبة فى عرض طلبة المدارس لبطاقة التأمين الصحى ونسبة ٢% يرون أنه ليست هناك صعوبة فى عرض البطاقة على الممارس وهذا يتضح من معوقات التى تواجه التلاميذ فى العرض على الممارس وقد اتفقت هذه الدراسة مع دراسة عطيات أحمد إبراهيم. حيث تجد صعوبة فى عينة الدراسة فى عرض البطاقة على الممارس العام. والذين يجدون صعوبة فى عرض البطاقة على الممارس العام وهذا يشير من خلال الدراسة التى قامت بها الباحثة بأنه يجدون الطلاب صعوبة فى عرض بطاقاتهم وذلك يشير إلى جهل هؤلاء الطلاب أو عدم إلمامهم ومعرفتهم بالمكان المناسب لعرض بطاقاتهم على الممارس وعدم التزامهم بالأماكن والمواعيد المحددة لعرض البطاقة.

من المعوقات التى تواجه التلاميذ الوقت المستغرق من قبل العرض على الممارس يوضح الجدول (٧) إذا كان الوقت طويلاً أم لا.

وقد أتضح من الجدول أن الوقت المستغرق من قبل العرض على الممارس وقتاً طويلاً حيث بلغت نسبة من أوضحوا ذلك ٩٦% مقابل نسبة ٤% يرون أن الوقت المستغرق قصير.

وقد اتفقت الدراسة مع دراسة عطيات أحمد إبراهيم، حيث نسبة ٦٨% من عينة الدراسة تستغرق وقتاً قبل العرض على الممارس ونسبة ٣٢% من عينة الدراسة لا تستغرق وقتاً قبل العرض على الممارس.

وقد ترى الباحثة أن ذلك قد يرجع إلى عدم التزام الطبيب بالوقت المحدد لها ومواعيد الكشف وأيضاً زيادة عدد الطلاب بالتأمين قد يؤدى إلى ارتفاع نسبة المعروض على الممارس العام مما يؤدى إلى طول فترة الانتظار لهؤلاء الطلاب لانتظار دورهم للعرض على الممارس.

يوضح أيضاً من المعوقات التى تواجه التلاميذ من خدمات التأمين الوقت المستغرق قبل العرض على الممارس:

ويتضح ذلك من الجدول (٨) أن حوالى ٤٩% من العينة أكدوا أن الوقت المستغرق قبل العرض على الممارس حوالى ساعتين يليها من أجابوا بأنه يستغرق أكثر من ساعة نسبة ٢٣% ثم يليها من أجابوا يستغرق حوالى ساعة بنسبة ١٦% وأخيراً أجابوا بأنه يستغرق نصف ساعة ونسبة ٧٢% أكدوا أن الوقت المستغرق قبل العرض على الأخصائى ساعين فأكثر، وقد اتفق ذلك مع دراسة عطيات أحمد أن نسبة ٦٨% من عينة الدراسة تستغرق وقت طويل قبل العرض على الممارس ونسبة ٣٢% من عينة الدراسة لا تستغرق وقت قبل العرض على الممارس لمعرفتهم بنظام العمل داخل التأمين ويتضح من ذلك قبل العرض على الممارس العام يستغرق وقت طويل ويرجع ذلك إلى عدم الالتزام بمواعيد الكشف، زيادة عدد الطلاب المستفيدين يؤدى إلى نسبة المعروض على الممارس من الطلاب يؤدى بذلك طول فترة انتظار هؤلاء الطلاب قبل العرض على الممارس يجب عليهم العاملين تحديد الوقت المناسب لتأدية الخدمة.

ويتضح من هذه الدراسة أيضاً أن المعوقات التى تواجه التلاميذ المستفيدين مدة الوقت المستغرق قبل العرض على الممارس ويوضح جدول (٨) أن حوالى ٤٩% من أفراد العينة أكدوا أن الوقت المستغرق قبل العرض على الممارس حوالى ساعتين ويليهم من أجابوا بأن الوقت يستغرق أكثر من ساعتين بنسبة ٢٣% ثم يليهم من أجابوا بأنه يستغرق حوالى ساعة بنسبة ١٦% وأخيراً أجابوا بأنه يستغرق حوالى نصف ساعة مما يوضح أن

٧٢% من أفراد العينة أكدوا أن الوقت المستغرق قبل العرض على الممارس حوالى ساعتين فأكثر.

وقد أكدت دراسة عطيات أحمد إبراهيم أن نسبة الوقت المستغرق حوالى ٣ ساعات قبل العرض على الممارس العام وبنسبة ٣٩,٨% وأن نسبة ٣٦,٨% من عينة الدراسة تستغرق ساعتين وأن نسبة ١٧,٦% من عينة الدراسة تستغرق أربعة ساعات بينما نسبة ٥,٩٥ تستغرق ساعة وقد يرجع ذلك إلى توقيع الكشف الطبى عليهم بالعيادات الخاصة وهذه المشكلة تظهر أكثر على مستوى المراكز لحصول المرضى على الخدمة من خلال العيادات الخاصة للأطباء وبالتالى يفضل المرضى المترددين عليه من خلال عيادته الخاصة (مدفوعة الأجر) على المترديين من التأمين الصحى من خلال هذا يتضح مدى الوقت المستغرق قبل العرض على الممارس وهذا يعتبر من بين المعوقات التى تواجه الطلاب ويكون غير مستفيدين من تقديم الخدمات داخل التأمين الصحى.

ويتضح أيضاً من خلال الدراسة أن من المعوقات التى تواجه التلاميذ عدم توقيع الكشف الطبى العقلى على الطلاب ويتضح ذلك من جدول (٩): حيث يوضح مدى قيام الممارس بتوقيع الكشف الطبى بالتأمين الصحى حيث بلغت نسبة الطلبة الذين ذكروا أنه لا يوقع الكشف الطبى العقلى عليهم ٨٤% مقابل نسبة ١٦% يرون أن يقوم بتوقيع الكشف الطبى عليهم وقد توصلت من خلال المقابلة مع الطلاب بان عملية الكشف الطبى تكون بشكل روتينى وغير مجدية واتفقت هذه الدراسة مع دراسة عطيات أحمد من حيث مدى قيام الطبيب الممارس بتوقيع الكشف الطبى، ويتضح أيضاً مدى الاتفاق أن الدراسة تبين أن ٧٩٥ من عينة الدراسة يفيد أن الطيب الممارس لا يقوم بتوقيع الكشف عليهم وقد يرجع ذلك إلى جهل بعض المستفيدين بنظام الكشف أى قد يكون مصاب بمرض جلدى لا يحتاج إلى الكشف عليه أو الالتهاب بالعينين أو جود ورم ظاهرى بالوجه أو أى منطقة بالجسم وبالتالى يعتقد أن المنتفع لا يقوم بتوقيع الكشف الطبى عليها بينما نجد أن ٢١% من عينة الدراسة تعتبر أن الطبيب يتم توقيع الكشف الطبى عليهم من خلال ذلك يتضح أنه لا يقوم الطبيب بالكشف الطبى ويكتفى بسماع الشكوى أو تكون عملية الكشف الطبى روتينى ولا تكون جادة.

من خلال العمل الروتينى الذى يقوم بها الممارس العام والاكتفاء بسماع الشكوى يتضح من الدراسة التى قامت بها الباحثة والمعوقات التى تواجه التلاميذ يتضح أن عدد أفراد العينة الذين أجابوا من خلال جدول رقم (١٠) السابق أقروا بأن الطبيب الممارس يقوم بتوقيع الكشف الطبى عليهم ١٦% فقط أجابوا عن سؤال هل يستغرق وقت فى توقيع الكشف الطبى عليهم بأنه لا يستغرق وقت وذلك بنسبة ٨٧,٥% من أفراد العينة فى حين أن حوالى ١٢,٥% فقط من العينة أن الطبيب الممارس يستغرق وقت فى توقيع الكشف الطبى عليهم.

وتتفق هذه النتائج مع دراسة عطيات أحمد إبراهيم حيث تبين أن نسبة ٦٦,٧% من عينة الدراسة تفيد أن الوقت المخصص للكشف كافى بينما ترى نسبة ٣٣,٣% من عينة الدراسة أن الوقت الذى يستغرقه الطبيب أثناء الكشف عليهم غير كافى وقد يرجع ذلك لاختلاف نوعية الأمراض للمرضى المنتفعين بالتأمين ويتضح من خلال ذلك أن الوقت المخصص للكشف غير كافى بالنسبة للطلاب وهذا ما توصلت إليها الدراسة وذلك لارتفاع عدد الطلاب فى المدارس وزيادة الكثافة السكانية وأيضاً كثرة الأمراض المنتشرة فى تلك الحالة لا يستطيع الطبيب أن يعطى الوقت الكافى لكل حالة.

من خلال الدراسة أيضاً قد وضحت أن معاملة الطبيب لا تكون مرضية بالنسبة للطلاب وقد يتضح ذلك من خلال الجدول رقم (١١). أن الطلبة غير راضين عن معاملة الطبيب لهم وذلك بنسبة ٦٤% فى حين أن بعض الطلاب المنتفعين بنظام التأمين الصحى رضاهم عن تقديم الخدمة بنسبة ٣٦% وهى نسبة ضعيفة وقد يرجع عدم رضا الطلبة عن معاملة الطبيب بسبب عدم سماعه شكواهم أو عدم توقيع الكشف الطبى الفعلى عليهم أو لعدم تحويلهم إلى الطبيب الأخصائى والروتين المتبع من خلال التأمين الصحى وهذا يجعل الطلاب غير راضين عن معاملة الطبيب لهم وأن معاملتها تكون (غير طيبة) وغير حسنة، وقد يرجع ذلك أيضاً إلى أن كثرة عدد المعروض من الطلاب أو المترددين لحصولهم على الخدمة وقد اتفقت أيضاً هذه الدراسة مع دراسة عطيات أحمد إبراهيم.

فى مدى طريقة تعامل الطبيب الممارس مع المرضى المنتفعين بالتأمين الصحى حيث أن نسبة ٥٢% من عينة الدراسة تفيد أن الطبيب الممارس لا يهتم بهم ولا يعاملهم

معاملة حسنة وقد يرجع ذلك إلى كثرة عدد المعروض عليه من المنتفعين وأن نسبة ٤٨% من عينة الدراسة أن الطبيب يعاملهم معاملة حسنة أثناء توقيع الكشف عليهم.

المشكلات المتعلقة بالعرض على الطبيب الأخصائى:

يتضح من الدراسة أن حضور الطبيب الأخصائى فى المواعيد ذلك من خلال جدول رقم (١٢)، مدى التزام الطبيب الأخصائى بمواعيد تقديم الخدمة للطلبة المنتفعين بنظام التأمين الصحى حيث أكد أفراد العينة بنسبة عالية عدم التزام الطبيب الأخصائى بمواعيد العيادة حيث بلغت هذه النسبة حوالى ٩٨% فى حين أن نسبة ضعيفة من الطلاب أن الطبيب الأخصائى التزم بمواعيد بنسبة ٢% وقد توصلت الباحثة من خلال مقابلة مع الطلبة أن معظم الطلبة نتيجة عدم التزام الطبيب بمواعيده لا يرغبون فى التحويل إليه.

وأيضاً اتفقت هذه الدراسة مع دراسة عطيات أحمد إبراهيم من حيث التزام الطبيب الأخصائى بالحضور فى المواعيد المحددة وأن الغالبية العظمى من عينة الدراسة لا ترى أن الطبيب يحضر فى مواعيده المحددة بينما يعتبر نسبة ٣٨% من عينة الدراسة أن الطبيب الأخصائى يحضر فى المواعيد المحددة وقد يرجع ذلك إلى نظام التعاقد مع أغلب الأطباء الأخصائيين ويحضرون فى العيادة بعد مواعيد عملهم الرسمى وقد يؤدى ذلك إلى عدم حضورهم فى مواعيدهم المجددة ويتضح ذلك من خلال الدراسة التى أجريت أن الطبيب الأخصائى لم يلتزم بالمواعيد المحددة له وأن الغالبية العظمى من الأطباء الأخصائيين يحضروا إلى العيادة بعد الانتهاء من عملهم فى أماكن أخرى سواء بالمستشفيات أو العيادات الخاصة بهم وأن ذلك قد يؤدى إلى أن الخدمة لا تقدم بطريقة الفاعلة من ناحية الطبيب للتأمين وعدم الولاء والالتزام للمؤسسة التى يعمل بها عن طريق الانتداب فى أغلب الأحيان.

من خلال الجدول (١٣) حيث أوضح مدى قيام الأخصائى بتوقيع الكشف الطبى وقد أوضحت من الدراسة أن الأطباء يكتفون بسماع الشكوى فقط ومن الطلبة المنتفعين بنظام التأمين الصحى وذلك بنسبة ٦٤% يليها نسبة ٢٤% من الطلبة أوضحوا عدم اهتمام الطبيب بتوقيع الكشف الطبى عليهم وأخيراً أوضحت نسبة ١٢% من الطلبة قيام الطيب

بتوقيع الكشف الطبى عليهم وهذا يوضح الانخفاض مستوى الخدمات الطبية التى يقدمها التأمين الصحى للطلبة، وقد يتفق هذا مع الدراسة التى قامت بها عطيات أحمد إبراهيم فى مدى قيام الطبيب الأخصائى بتوقيع الكشف الطبى أن نسبة ٥١% من عينة الدراسة يفيد أن الطبيب الأخصائى يكتفى بسماع الشكوى أثناء الكشف وقد يرجع ذلك لأن المريض لا يحتاج إلى الكشف بالسماعة أو قد تم توقيع الكشف عليهم فى عيادة الطبيب الخاصة من قبل وجاء ذلك على لسان المنتفعين وأن نسبة ٤١% من عينة الدراسة أفادت أن الطبيب الأخصائى يقوم بتوقيع الكشف الطبى عليهم بينما تعتبر أقل نسبة بأن الطبيب لا يقوم بتوقيع الكشف الطبى عليهم وذلك بنسبة ٨%.

من خلال ذلك يتضح أن الطيب الأخصائى يكتفى بسماع الشكوى فى المقام الأول وقد يكون توقيع الكشف الطبى عليهم مجرد عمل روتينى وأن عملها وهذا يوضح المعوقات التى يواجهها الطلاب من خلال العمل الذى يقوم بها الطبيب الأخصائى على الطلاب وما جاء أيضاً على لسان الطلاب أن الطبيب الأخصائى يوقع الكشف الطبى عليهم فى عيادة الطبيب الخاصة.

من خلال تلك الدراسة أيضاً يتضح مدى صعوبة عرض الطلبة المنتفعين بنظام التامين الصحى على الأخصائى:

ويتضح ذلك من جدول رقم (١٤) حيث أوضحت نسبة ٩٥% من العينة أن هناك صعوبة فى العرض على الأخصائى فى حين أوضحت نسبة ٥% فقط من العينة الكلية أنه لا توجد صعوبة فى العرض على الأخصائى وقد يتضح من تلك النتيجة مدى المعاناة التى يلاقيها طلبة المدارس فى عرضهم على الأخصائى.

وقد اتفقت دراسة عطيات أحمد إبراهيم أيضاً فى صعوبة العرض على الطبيب الأخصائى أن عينة الدراسة تفيد بعدم وجود صعوبة أثناء العرض على الطبيب وهى نسبة ٩٨% بينما نسبة ٢% من عينة الدراسة أن هناك صعوبة فى العرض على الطبيب الأخصائى وقد يرجع ذلك إلى كثافة المعروض على الطبيب الأخصائى من المرضى وقد يرجع إلى حاجة العرض على الطبيب الأخصائى إلى القيام ببعض الأشعات أو التحاليل الطبية التى لا تتوفر فى أماكن الكشف، وبالتالى يجد المنتفع صعوبة فى العرض على

الطبيب الأخصائى نظراً لهذه العوامل السابق ذكرها من خلال ذلك يتضح مدى الصعوبة التى يلقاها الطلاب من خلال عرضهم على الطبيب الأخصائى فيما سبق ذكره.

وقد يتضح أيضاً من صعوبة العرض على الأخصائى فيما أوضحتها الدراسة فى جدول رقم (١٥) أن من أسبابه أيضاً صعوبة العرض على الأخصائى حيث اجمع الدراسة ٣٦,٨٤% على صعوبة التحويل من قبل المدارس وكذلك أكدت نسبة ٣٦,٨٤% صعوبة إجراء الأبحاث المعملية وللأشعة فى حين أكدت نسبة ٢٦,٢٥% أن الازدحام الشديد هو السبب وراء صعوبة العرض على الأخصائى.

من خلال الدراسة أيضاً اتضح مدى وجود التخصصات المختلفة داخل التأمين الصحى: ويتضح ذلك من جدول رقم (١٦) أن معظم أفراد العينة أجابوا بعدم توافر التخصصات المختلفة بالتأمين الصحى وذلك بنسبة ٦١% مقابل نسبة ٣٩% يرون أن توافر هذه التخصصات ومن خلال المقابلة الميدانية وجدت الباحثة أن هناك العديد من التخصصات الدقيقة والهامة غير متوفرة بالفعل حتى تاريخ إجراء الدراسة.

واتفقت هذه الدارسة مع دراسة عطيات أحمد إبراهيم من خلال مدى توافر التخصصات بالتامين أن عدم وجود معظم التخصصات بالتأمين وأن نسبة ٧٨% من عينة الدراسة أفادت بذلك وبينما نسبة ٢٢% من عينة الدراسة وأن التخصصات موجودة بالتأمين وقد يرجع ذلك إلى وجود بعض التخصصات بالمراكز وتجمعات المصالح وقد يتضح من الدراسة أيضاً أن من التخصصات غير متوفرة كما أوضح جدول رقم (١٧) كالتالى:

نقص فى تخصصات الأورام بنسبة ٢٥,٣١% يليها نقص فى تخصصات التحاليل الطبية وأبحاث الدم بنسبة ٢٤,٨٩% ثم يليها نقص فى تخصصات الأشعة بأنواعها المختلفة بنسبة ١٨,٦٧% ويليه نقص فى تخصصات إجراء العمليات الجراحية الدقيقة بنسبة ١٦,٩٥% يليها نقص فى تخصصات فحوص المخ والأعصاب بنسبة ١٤,٥٢%.

وأيضاً تتفق هذه الدراسة مع دراسة عطيات أحمد فى أن التخصصات غير متوفرة تفيد أن نسبة ٣٣,٣% من عينة الدراسة تفيد أن النسبة من التخصصات غير متوفرة بنسبة ٢٩,٥% من عينة الدراسة تفيد أن المخ والأعصاب من التخصصات غير المتوفرة

وأن نسبة ٢٦,٩٠% من عينة الدراسة ترى أن تخصص الرمد متوفر بالتأمين وتفيد نسبة ١٠,٣% من عينة الدراسة أن العلاج الطبيعى من التخصصات غير المتوفرة من خلال ذلك يتضح أنه يوجد داخل التأمين الصحى تخصصات غير متوفرة بالتأمين الصحى بالفعل وهذا يعنى أن المعوقات التى تواجه التلاميذ من خدمات غير متوفرة بالفعل وقد أوضحت الدراسة ذلك بأنه يوجد بالفعل تخصصات غير متوفرة كما تم ذكرها بالاتفاق مع دراسة إلى سبق ذكرها أيضاً. وإن كانت اختلاف النسبة فى ذلك يرجع إلى ما سبق ذكره.

مشكلات متعلقة بالأدوية:

من المعوقات التى تواجه الطلاب من خدمات التأمين الصحى مشكلات متعلقة بالأدوية ويتضح ذلك من الدراسة ومن خلال جدول رقم (١٨) حيث يوضح ما يلى:

يتضح من خلال الجدول السابق الذى يوضح المشكلات المتعلقة بحصول الطلاب على الخدمة أنها توجد مشكلة فى الحصول على الأدوية حيث أوضح جميع الطلاب أنهم يواجهون صعوبات شديدة فى صرف الأدوية وكانت نسبة من ذكروا ذلك ١٠٠% قد يكون ذلك بسبب عدم توافر الأدوية كما ذكر البعض قلة منافذ الصرف حيث يقتصر صرف الأدوية جميع من التأمين على صيدلية داخل التأمين الصحى والازدحام الشديد الذى يلقاه الطلاب بسبب قلة المنافذ وزيادة العدد من الطلاب و أيضاً اتفقت مع دراسة عطيات أحمد.

يتضح ذلك حيث توجد صعوبة فى الحصول على الأدوية بنسبة ٧٢% بينما يفيد نسبة ٢٨% من عينة الدراسة أنه لا توجد صعوبة فى الحصول على الأدوية وقد يرجع ذلك إلى عدم وجود صيدليات فى بعض عيادات التأمين الصحى وقد يرجع الاختلاف فى النسبة إلى الاختلافات التى تم توضيحها من حيث المكان، التوقيت، كثرة عدد الطلاب، ويتضح أيضاً من الدراسة أسباب صعوبة الحصول على الأدوية كما يوضح ذلك جدول رقم (١٩) وقد يرجع سبب صعوبة الحصول على الأدوية إلى الازدحام الشديد كما يوضح الجدول السابق حيث يمثل أعلى نسبة بالمقارنة بالأسباب التى ذكرت من قبل الطلبة والتى تمثل إيجاد صعوبة فى صرف الأدوية حيث بلغت نسبتهم ٧٥%يليها عدم توافر الدواء بنسبة ٦٠% ثم يليها قلة منافذ صرف الأدوية بعيادات التأمين الصحى ٤٥% ثم يليها

نقص عدد العاملين بصدليات التأمين الصحى بنسبة ٣٦% وأخيراً جاءت أسباب أخرى لصعوبة الحصول على الأدوية بنسبة ٢٤%.

وأيضاً اتفقت دراسة عطيات أحمد إبراهيم فى بعض الأسباب واختلفت فى البعض الآخر حيث أوضحت العوامل المؤدية إلى صعوبة الحصول على الأدوية أن نسبة ٥٠% من عينة الدراسة ترجع صعوبة الحصول على الأدوية إلى عدم توافر الدواء بصيدلية العيادة وأن نسبة ٢٨,٦% من عينة الدراسة ترى أن قلة المنافذ لصرف الأدوية هى السبب فى صعوبة الحصول على الأدوية وأن نسبة ١٤,٣% من عينة الدراسة أن الازدحام الشديد هو الذى يؤدى إلى صعوبة الحصول على الأدوية بينما أقل نسبة ترى أن نقص عدد العاملين بالصيدلية من العوامل التى تؤدى إلى صعوبة الحصول على الأدوية وذلك بنسبة ٧١%.

من خلال ذلك يتضح أن عملية صرف الأدوية من الخارج أو منافذ صرف الأدوية بخدمات التأمين الصحى تصرف من خارج صيدليات التأمين وذلك ما أوضحتها الدراسة فى جدول رقم (٢٠) حيث تبين من الجدول السابق أن نسبة كبيرة من الطلبة المنتفعين بنظام التأمين الصحى يقومون بصرف الأدوية من خارج صيدليات التأمين الصحى حيث بلغت نسبة من يصرفون الدواء من الخارج ٥٢% فى مقابل ٤٨% أوضحوا أنهم يصرفون الأدوية من صيدليات التأمين الصحى.

وتتفق دراسة عطيات أحمد إبراهيم فى توضيح منافذ الأدوية للمنتفعين بخدمات التأمين الصحى حيث يوضح أن معظم عينة الدراسة تصرف الأدوية من صيدليات خارج عيادات الكشف وذلك بنسبة ٨٩% وقد يرجع ذلك لعدم توفير بعض الأدوية بصيدلية العيادة أو لرغبة المنتفعين فى استبدال العلاج بأشياء أخرى بينما يفيد نسبة ١١% من عينة الدراسة أنها تصرف الأدوية من صيدلية العيادة.

وقد أوضحت الدراسة أن أسباب صرف الأدوية من صيدلية خارجية إلى مجموعة من العوامل ويتضح ذلك فى جدول رقم (٢١) يوضح الجدول السابق أن أهم أسباب صرف الدواء من صيدليات خارجية جاءت كالتالى: ٦٥% أكدوا رغبتهم فى استبدال الدواء بأشياء أخرى ٤٢% من الطلبة أوضحوا عدم توافر الدواء فى صيدلية العيادة، ٣٧% من الطلبة أوضحوا عدم موافقتهم على البديل، و٣٥% من الطلبة أكدوا عدم وجود صيدلية بعيادة

التأمين الصحى وهذه توضح عدم ثقة الطلبة فى الأدوية التى يحصلون عليها من التأمين الصحى ولذلك يستبدلونها بأشياء أخرى مثل العطور والزيوت وخلافة وهذا ما استخلصته الباحثة من الطلبة أثناء المقابلة والدراسة الميدانية.

و أيضاً تتفق دراسة عطيات أحمد إبراهيم فى توضيح العوامل المؤدية لصرف الدواء من صيدلية خارجية تبين من هذه الدراسة أن نسبة ٤٣,٨% من عينة الدراسة تفيد أن عدم تواجد بعض الأدوية بصيدلية العيادة من العوامل المؤدية لصرف الأدوية من صيدلية خارجية وأن نسبة ٣٧,١% من عينة الدراسة ترجع إلى صرف الأدوية من صيدلية خارجية لعدم وجود صيدلية بالعيادة وأن أقل نسبة من عينة الدراسة ترجع عدم الموافقة على البديل الرغبة فى استبدال العلاج بأشياء أخرى من العوامل المؤدية لصرف الأدوية من صيدلية خارجية متعاقدة من التأمين الصحى.

وأيضاً يتضح من الدراسة مدى العودة إلى الطبيب فى حالة عدم تواجد الأدوية، يتضح من جدول رقم (٢٢) مدى عودة المريض إلى الطبيب فى حالة عدم تواجد الأدوية بالصيدليات الداخلية أو الخارجية يوضح الجدول السابق مدى عودة الطلبة المنتفعين بنظام التأمين الصحى فى حالة عدم وجود الأدوية بالصيدليات سواء الخارجية أو الداخلية حيث أكدت نسبة كبيرة أنهم لا يرجعون إلى الطبيب فى حالة عدم وجود الدواء وبلغت نسبة ٥٥% فى حين أوضحت نسبة ٤٥% من أفراد العينة أنهم يرجعون إلى الطبيب فى حالة عدم وجود الدواء بالصيدليات الداخلية أو الخارجية وقد يوضح ذلك أهم أسباب عدم العودة للطبيب بعدم جدية الدواء أو الإرهاق أو التعب من كثرة البحث فى الصيدليات.

وأيضاً تتفق هذه الدراسة مع دراسة عطيات أحمد إبراهيم، حيث أوضحت أن معظم عينة الدراسة لا ترجع إلى الطبيب فى حالة عدم وجود الأدوية بصيدلية العيادة وذلك بنسبة ٦٨% وقد يرجع ذلك إلى ترددهم فى الرجوع خشية عدم وجود الطبيب الذى كتب لهم الأدوية بينما نسبة ٣٢% من عينة الدراسة تفيد أنها ترجع إلى الطبيب لتغيير الأدوية فى حالة عدم وجودها بصيدلية التأمين ويرجع ذلك لاستبدال الأدوية الغير متوفرة بالصيدلية بأدوية أخرى تتناسب مع حالتهم المرضية، وقد يتضح من خلال ذلك أن عدم الرجوع إلى الطبيب فى حالة عدم تواجد الأدوية قد يرجع إلى رغبتهم الشخصية فى تغيير الأدوية

المكتوبة بأشياء أخرى وإما يرجع ذلك لتكاسلهم فى الرجوع إلى العيادة مرة أخرى أو استبدال الأدوية بالصيدلية بأدوية أخرى.

مشكلات متعلقة بالخدمات المساعدة فى عملية العلاج:

قد توصلت الدراسة إلى مدى إمكانية الحصول على خدمات مساعدة فى عملية العلاج وقد يتضح من جدول رقم (٢٣) مدى إمكانية الحصول على خدمات مساعدة فى العلاج ويوضح الجدول السابق أن حوالى ٩٩% من أفراد العينة الكلية ذكروا أنه من الممكن الحصول على مساعدات أو خدمات طبية مساعدة فى التشخيص والعلاج من خلال التأمين الصحى فى حين ذكر ١% من أفراد العينة أنه لا يمكن الحصول على خدمات طبية مساعدة فى العلاج من خلال التأمين.

من خلال الدراسات التى أجريت منها دراسة عطيات أحمد إبراهيم يوضح مدى حصول المنتفع على الخدمات التى تساهم فى تشخيص حالته هى كالتالى: أن نسبة ٥٠%من عينة الدراسة حصلت على بعض الخدمات المساعدة فى عملية التشخيص والعلاج مثل الأشعة والتحاليل بينما نسبة ٥٠% أيضاً لم تحصل على خدمات مساعدة فى عملية التشخيص والعلاج من خلال ذلك يتضح أنها يرجع ذلك إلى المرضى وعدم احتياج هذه النوعية من الأمراض لتلك الخدمات، وقد يرجع أيضاً لعدم توافر هذه الخدمات.

من خلال الدراسة يتضح أهم الخدمات التى يحصل عليها المنتفع بالتأمين:

ويوضح جدول رقم (٢٤) أهم الخدمات التى يحصل عليها المنتفع بنظام التأمين الصحى من طلبة المدارس هى رسم القلب بنسبة ٤٥% يليها الفحص المعملى بنسبة ٣٣% يليها الأشعة بنسبة ١٢% ثم التصوير بالموجات فوق الصوتية بنسبة ٨% وأخيرا جاءت خدمات أخرى بنسبة ٢% فقط.

واتضح أيضاً من دراسة عطيات أن أهم الخدمات التشخيصية تبين من الدراسة أن معظم عينة الدراسة تم حصولهم على الفحوصات المعملية بنسبة ٧٠% ويرجع ذلك إلى ارتفاع نسبة الإصابة بأمراض المسالك البولية بالفيوم وأن نسبة ٣٤% من عينة الدراسة حصلت على أشعة وأن نسبة ٢٦% من عينة الدراسة قد أجرى لها أشعة موجات فوق

الصوتية نسبة ٢٢% من عينة الدراسة أجرى لها رسم قلب، وقد يرجع الاختلاف أيضاً فى النسبة إلى ما تم ذكره وتطور التأمين الصحى.

ومن خلال الدراسة تبين أن مدى إمكانية الحصول على الخدمات من عيادة التأمين الصحى يوضح جدول رقم (٢٥) أن نسبة ٧١% من عينة الدراسة أفادت أنها لا تحصل على الخدمات جميعها من عيادات التأمين الصحى وأنها يرجع ذلك إلى نقص بعض الأجهزة التشخيصية مثل جهاز الأشعة التليفزيونية وأن نسبة ٢٩% من عينة الدراسة أفادت أنها حصلت على جميع الخدمات التى ساهمت فى عملية التشخيص والعلاج من العيادة.

أوضحت الدراسة أيضاً فى حالة عدم الحصول على هذه الخدمات كما يوضح جدول (٢٦) فى حالة عدم الحصول عليها من العيادة يقوم معظم المنتفعين بإرسال الفحص إلى معامل بالخارج وذلك بنسبة ٦٣% وقد يفيد أنها تذهب إلى مستشفيات تابعة للتأمين الصحى بنسبة ٢٢% وأخيرا بنسبة ١٣% ، أخرى تذكر ويتضح من ذلك أن الغالبية العمى يقوموا بعمل التحاليل خارج المعمل لوجود معمل واحد على مستوى عيادات التأمين الصحى وقلة من نسبة عينة الدراسة تذهب إلى مستشفيات تابعة للتأمين الصحى و أيضاً أخرى تذكر.

المشكلات المتعلقة بتوفير المكان بعيادات التأمين الصحى:

وقد أتضح من الجدول السابق جدول رقم (٢٧) مدى ملائمة المكان لاستيعاب الطلاب المترددين للكشف الطبى بنسبة ٥٤% بينما ترى نسبة ٤٦% من عينة الدراسة أن المكان غير مناسب وقد يرجع ذلك لطبيعة أماكن الكشف.

وقد أوضحت الدراسة أيضاً أسباب عدم مناسبة المكان لاستيعاب الطلبة: وأتضح ذلك من جدول رقم (٢٨) الذى يوضح العوامل المؤدية لعدم تناسب المكان مع أعداد المترددين أن ضيق المكان من العوامل التى تؤدى إلى عدم مناسبة المكان و أيضاً عدم وجود قائمة للانتظار وذلك بنسبة ١٥% لكلاهم من عينة الدراسة أن عدم وجود استراحات للطلبة تؤدى لعدم مناسبة المكان وبنسبة ١٢% وأيضاً كثرة عدد الطلاب المترددين بنسبة ٩% وأخيرا أخرى تذكر بنسبة ٣%.

مشكلات متعلقة بالخدمات الاجتماعية:

يتضح من الدراسة مدى تواجد الأخصائى الاجتماعى بالعيادة وذلك يتضح فى الجدول رقم (٢٩) أن هناك عجزاً واضح فى أعداد الأخصائيين الاجتماعيين المتواجدين بعيادات التأمين الصحى حيث أن أفراد العينة أجابوا بوجود أخصائى اجتماعى بعيادات التأمين الصحى وبلغت نسبتهم ٦٠% فى حين ذكر ٤٠% من أفراد العينة عدم وجود الأخصائى الاجتماعى بعيادات التأمين الصحى هى نسبة ليست قليلة وقد يرجع هذا إلى العجز فى عدد الأخصائيين أو تكليف الأخصائيين الاجتماعيين بالقيام بأعمال إدارية وقد تتفق دراسة عطيات مع هذه الدراسة فى توضيح وجود أخصائى اجتماعى بالعيادة وقد تبين من هذه الدراسة أن عدم وجود أخصائى اجتماعى بالعيادة بنسبة ٨٠% من عينة الدراسة بذلك بينما تفيد ٢٠% من عينة الدراسة بوجود أخصائى اجتماعى وقد يرجع ذلك لوجود أخصائى اجتماعى أحد على مستوى عيادات التأمين الصحى.

وقد أوضح جدول (٣١) مدى استقبال الأخصائى الاجتماعى باستقبال الطلاب بعيادة التأمين من خلال الدول أتضح أن معظم أفراد العينة يقرون بعدم قيام الأخصائى الاجتماعى باستقبالهم بعيادات التأمين الصحى أثناء حصولهم على الخدمات الطبية وذلك بنسبة ٧٥% فى حين اقروا نسبة ٢٥% من أفراد العينة بان الأخصائى الاجتماعى يستقبلهم عند حصولهم على هذه الخدمات من عيادات التأمين الصحى وقد يرجع ذلك إلى انخفاض هذه النسبة إلى وجود عجز بالأخصائيين الاجتماعيين المتواجدين فى عيادات التأمين الصحى.

وقد اتفق ذلك مع دراسة عطيات أحمد إبراهيم ويتضح من خلال ذلك أن الأخصائيين الاجتماعيين لا يستقبلون المرضى المترددين على العيادة فى حين أن عينة الدراسة أفادت أن الأخصائى يستقبلهم أثناء ترددهم على العيادات للكشف وقد يرجع ذلك إلى قلة عدد الأخصائيين الاجتماعيين العاملين بالتأمين الصحى وانشغال الأخصائيين بأعمال إدارية فى غير تخصصهم.

من خلال الدراسة أتضح مدى تعرض الطلبة للمشكلات وذلك فى جدول رقم (٣٢) حيث يوضح مدى تعرض الطلبة للمشكلات أثناء التردد على عيادات التأمين الصحى ويتعرضون للمشكلات أثناء حصولهم على الخدمات الطبية وذلك بنسبة ٦١% بينما أفادت

نسبة من أفراد العينة بعدم تعرضهم لمشكلات أثناء حصولهم على خدمات التأمين الصحى وذلك بنسبة ٣٩% وقد يرجع ذلك إلى حصول هؤلاء الطلبة على الخدمة بالقرب من مدارسهم.

وتتفق هذه الدراسة مع دراسة عطيات أحمد إبراهيم حيث يتضح أن مدى تعرض المنتفعين لمشكلات أثناء ترددهم على العيادات أن معظم عينة الدراسة المترددين على العيادة يتعرضون لمشكلات أثناء حصولهم على الخدمة الطبية وذلك بنسبة ٧٢% بينما تعتبر اقل نسبة بعدم معرضهم للمشكلات أثناء حصولهم على الخدمة وذلك بنسبة ٢٨% وقد يرجع ذلك لحصولهم على الخدمة فى أماكن عملهم.

ورغم الاتفاق على تعرض المنتفعين لمشكلات أثناء تردهم على العيادات وإن كانت نسبة مختلفة بين كل منهم وذلك يرجع إلى:

فروق فى التوقيت، واختلاف فى المكان. التغيير الملحوظ فى إمكانيات التأمين الصحى.

من خلال الدراسة أتضح مدى إمكانية عرض المشكلات التى يتعرض لها التلاميذ على الأخصائى الاجتماعى، ويتضح من الجدول السابق جدول (٣٣) أن الغالبية العظمى من الطلبة أجابوا بإمكانية عرض المشكلات على الأخصائى وذلك بنسبة ٧٧% يليه الذى أجابوا بالنفى وكانت نسبتهم ٢٣% من العينة الكلية.

وقد اتفق ذلك مع دراسة عطيات أحمد إبراهيم حيث أتضح من خلال الدراسة أن معظم العينة تقوم بعرض المشكلات على الأخصائى وكانت نسبتهم ٧٥% بينما تفيد نسبة ٢٥% من عينة الدراسة بأنها لا تعرض مشاكلهم على الأخصائى الاجتماعى وقد يرجع ذلك إلى عدم معرفتهم بطبيعة عمل الأخصائى الاجتماعى وقد يرجع أيضاً إلى عدم وجود أخصائى اجتماعى بالعيادة.

وأيضا قد أوضحت الدراسة مدى رد فعل الأخصائى تجاه المشكلات التى يعرضها الطلبة ويتضح ذلك من جدول رقم (٣٤) حيث أوضح أن أهم ردود فعل الأخصائى الاجتماعى تجاه المشكلات التى يعرضها عليه الطلبة تمثلت فى أنه قام بحلها ٥٦,٥٢% يليها ٣٠,٤٣% وأخيراً يليها متأخر قليلاً ١٣,٠٤%.

و تختلف نتائج الدراسة الحالية مع فى دراسة عطيات أحمد إبراهيم حيث أوضحت أن الأخصائى الاجتماعى يقوم بحل الشكاوى التى يتعرضون لها وذلك بنسبة ٨٠% بينما يفيد ٢٠% يقوم بالرد عليه ولا يوجد بالنسبة للأخصائى عدم قيامها بأنه لم يقم بحل الشكاوى وإن كانت تلك الدراسة أوضحت بأن الأخصائى قام بالحل أو الرد على الحل ولم توجد أى شكاوى لم يقم بحلها وقد يرجع ذلك إما إلى قلة عدد المتقدمين بالشكاوى وبالتالى قام بالرد عليهم. أو زيادة عدد الأخصائيين العاملين بقطاع التأمين الصحى، أو إلى توقيت الزمن والفرق بين هذه الدراسة والدراسة الأخرى من حيث المجال البشرى، والزمنى والمكانى والتطورات التى استجدت علينا.

من خلال الدراسة أوضحت نوعية الخدمات الاجتماعية التى يقدمها الأخصائى الاجتماعى بالتأمين الصحى وقد يوضح جدول رقم (٣٥) من الجدول السابق أن نوعية الخدمات المقدمة من الأخصائى الاجتماعى للمنتفعين بنظام التأمين الصحى أكدت عينة الدراسة قيامه بدوره فى حل بعض المشكلات النفسية والاجتماعية بنسبة ٥٩% يليها تقديم المساعدات للحصول على الأجهزة الطبية والتعويضية بنسبة ٣١% ثم جاءت المساعدات المالية بنسبة ١٠٠% ويفسر انخفاض نسبة المساعدات المالية بعدم وجود بند لصرف مساعدات مالية بالتأمين الصحى.

وقد اتفقت دراسة عطيات أحمد إبراهيم فى أن عينة الدراسة أفادت بحل المشكلات الاجتماعية والطبية وحل المشكلات والمساعدات للحصول على الأجهزة التعويضية والخدمات التأهيلية وبينما لا يفيد فى البند الخاص بالمساعدات المالية حيث أن التأمين الصحى لا يوجد بداخلها تلك البنود المالية الخاصة بذلك وهذا يوضح مدى نوعية الخدمات التى يقدمها الأخصائى الاجتماعى داخل التأمين الصحى.

من خلال الدراسة أوضحت أهم المقترحات لرفع مستوى خدمات التأمين الصحى وذلك من خلال الجدول رقم (٣٦) والذى يوضح أن أهم المقترحات لرفع مستوى خدمات التأمين الصحى جاءت كالتالى: زيادة عدد ونوع الدواء بنسبة ٢٧% وزيادة منافذ الأدوية ٢٥% ويليها زيادة وتوسيع الأبنية الخاصة بالتأمين الصحى ١٦٥ وشمول التأمين الصحى للأسرة ككل بنسبة ١٣% وزيادة عدد الأخصائيين الاجتماعيين ١٠% وزيادة عدد

الاستشاريين ٩% وكل ذلك يعمل على رفع مستوى الخدمات التى تقدم وهـذه المقترحـات تساعد فى ذلك.

وكانت دراسة عطيات أحمد إبراهيم اختلفت فى ذلك حيث أوضحت الدراسة أن لرفع مستوى التأمين كالتالى ٤٦% وجود صيدلية لصرف الدواء، ٢٠% وجود عيـادة شـاملة بالمراكز ١٠٠% شمول التأمين بأجر رمزى للأسرة ٩١% وجود مستشـارين بمحافظـة الفيوم ٨٢% تحديد أيام مخصصة للمعاشات ٧٠% الكشف الطبى من واقع التسجيل وليس بحامله، وقد يرجع الاختلاف إلى:

- أن العينة المطبقة مختلفة فى كل دراسة.
- أن المكان مختلف من محافظة الفيوم عن مدينة سوهاج وكل لهم ظروف ومتطلباتها.
- الفرق فى التوقيت الزمنى حيث يوجد الآن الصيدلية داخل التأمين فى مكان الكشف وإن كانت عددهم قليل ويقتصر على صيدلية واحدة فقط.

كل هذا يجعل اختلافاً فى الدراسة السابقة والدراسة الحالية.

خامساً: إسهامات الخدمة الاجتماعية فى مجال التأمين الصحى لتلاميذ المدارس:

من خلال الدراسة أتضح مدى مساهمة الخدمة الاجتماعية فى مجال التأمين الصحى ويتضح ذلك بمشاركة الأخصائى الاجتماعى للطبيب جدول رقـم (٤٧) الـذى يوضـح أن الأخصائى الاجتماعى لا يشارك الطبيب فى وضع الخطة العلاجية التـى تسـتهدف تلاميـذ المدارس وذلك بنسبة ٨٠% فى حين أنه يرى ٢٠% من الأخصائيين أنهم يشاركون إلـى حد ما وأخيراً يرى صفر% أنهم يشاركون فى وضع الخطة العلاجية.

وقد اتفقت دراسة عطيات أحمد إبراهيم بعدم التعاون بين الأخصـائى الاجتمـاعى والطبيب وذلك بنسبة ٧١,٤% وأن أقل نسبة تتمثل فى وجود عمل بينهما بنسبة ٢٨,٦% وقد أتضح أن عدم مشاركة الأخصائى الاجتماعى الطبيب فى وضع الخطة العلاجيـة وقـد يوضح عدم التعاون بينهما.

من خلال الدراسة يوضح الجدول السابق جدول رقم (٤٨) أسباب عـدم مشـاركة الأخصائى للطبيب فى وضع الخطة العلاجية التى تستهدف التلاميذ جاءت كالتالى حيـث أن

الخطة تأتى محددة من وزارة الصحة وذلك بنسبة ٨٠% يليها ذكروا انفراد الطبيب بوضع الخطة العلاجية بنسبة ٢٠% ثم يليها من ذكروا أنه ليس لديهم وقت كافى بنسبة صفر%.

وقد اتفقت دراسة عطيات أحمد إبراهيم فى الصعوبات التى تحول دون التعاون من الأخصائى الاجتماعى والطبيب فى انفراد الطبيب بوضع الخطة العلاجية و أيضاً أن الخطة قد تأتى من الوزارة وعدم اهتمام الطبيب بالجانب الاجتماعى وعدم التعاون فى تنمية مشاركة روح العمل مع الفريق العلاجى.

من خلال ذلك يتضح أنه توجد عديد من الأسباب التى تؤدى إلى عدم مشاركة الأخصائى للطبيب فى وضع الخطة العلاجية.

من خلال الدراسة أوضحت أن مدى قيام الأخصائى الاجتماعى بعقد ندوات واجتماعات خاصة بالتوعية لطلاب المدارس.

أوضح الجدول السابق جدول رقم (٤٩) أن حوالى ٥٠% من أفراد العينة من الأخصائيين الاجتماعيين العاملين بالتأمين الصحى أوضحوا أنهم يقومون بالتوعية بعقد ندوات واجتماعات خاصة لتلاميذ المدارس فى حين ذكروا ٥٠% منهم أنهم لا يقومون بعمل هذه الندوات والاجتماعات ومن الدراسة الميدانية قد تبين عدم قيام الأخصائيين الاجتماعيين بعمل مثل هذه الندوات.

من الدراسة أيضاً أتضح أن أهم الوسائل المستخدمة للتوعية من الجدول السابق جدول رقم (٥٠) حيث أوضح أن أهم الوسائل المستخدمة للتوعية للتلاميذ المنتفعين بنظام التأمين الصحى كانت الندوات حيث أنها مثلت نسبة ٦٠% ويليها المحاضرات التى مثلت نسبة ٤٠% فى حين مثلت الوسائل السمعية والبصرية نسبة صفر%.

من خلال الوسائل المستخدمة توضح الدارسة من الجدول السابق جدول رقم (٥١) مدى تلقى الأخصائى الاجتماعى التدريب بالتأمين الصحى حيث أوضح الجدول أنه يتم تدريب الأخصائى الاجتماعى على العمل مع تلاميذ المدارس بالتأمين الصحى حيث بلغت نسبة من ذكروا أنهم يتلقون التدريب ٧٠% ومقابل نسبة ٣٠% من أفراد العينة ذكروا أنهم لم يتلقون أى تدريبات.

وهذا يوضح المعوق الذى يكون من جانب التأمين للأخصائى الاجتماعى بصفة خاصة والجانب الاجتماعى بصفة عامة حيث من المفترض على هيئة التأمين الصحى إعطاء الأخصائى التدريبات للتعامل مع هيئة التأمين بصفة عامة والطلاب بصفة خاصة.

من خلال الدراسة قد أوضحت من الجدول السابق جدول رقم (٥٢) أهم محتويات التدريب التى يتلقها الأخصائى بالتأمين الصحى جاءت كالتالى حيث أضحت نسبة ٥٧,١٤% أن يتدربون على التوعية بالأسباب المؤدية للأمراض يليها نسبة ٢٨,٥٧% ذكروا أنهم يتدربون على التعرف على الأمراض وطرق الوقاية منها فى حين يرى ١٤,٢٨% ذكروا أنهم يتدربون على التأمين الصحى وفلسفته وأهدافه.

من هنا يتضح إسهامات الخدمة الاجتماعية وإن كان غير واضح ومحتويات التدريب التى يتلقاها الأخصائى الاجتماعى ضعيف فى مجال التأمين الصحى.

من خلال الدراسة أوضحت أسباب عدم التدريب الأخصائى الاجتماعى من الجدول السابق وجدول رقم (٥٣) يوضح أسباب عدم حصول الأخصائى فى التأمين الصحى على التدريب وعدم توافر مثل هذه التدريبات وذلك بنسبة ٦٦,٦٦% فى حين ذكر بعض أفراد العينة عدم اقتناعهم بمثل هذه التدريبات بنسبة ٣٣,٣٤% وأخيراً نسبة من ذكروا عدم توافر الوقت الكافى صفر%.

من خلال الدراسة قد أتضح أن التعاون بين الطبيب والزائرة ورغبة كل منهم فى التعاون معنا وقد أوضحت فى الجدول السابق جدول رقم (٥٤) مدى رغبة الطبيب والزائرة فى التعاون حيث يجدون الرغبة لدى الطبيب والزائرة فى التعاون مع الأخصائى الاجتماعى بنسبة ٥٠% منهم أنهم لا يجدون الرغبة فى التعاون بنسبة ٥٠%.

من خلال ذلك أتضح من الجدول السابق جدول رقم (٥٥) مظاهر التعاون بين كل منهم مع الأخصائى فى هيئة التامين الصحى وقد يكون مظهر التعاون محدود ويتركز فى أن الطبيب يطلب من الأخصائى تقارير الحالة بنسبة ٨٠% فى حين ذكروا البعض وكانت نسبتهم ٢٠% أنه يشاركون فى تنفيذ خطة التعاون وذكروا أخيراً صفر% فى مشاركة وضع خطة التعاون.

من خلال المتابعة والدراسة قد أتضح أن مظاهر التعاون بين الأخصائى الاجتماعى والطبيب والزائرة الصحة تكاد تكون منعدمة أو محدودة للغاية.

من خلال الدراسة أوضحت أن مظاهر التعاون بين الطبيب والزائرة الصحية وبين الأخصائى تكون محدودة من خلال الجدول السابق جدول رقم (٥٦) قد أوضح أن مظاهر التعاون بين الأخصائى الاجتماعى والطبيب والزائرة الصحية بالتأمين الصحى تتمثل فى أن كل عضو يؤدى دوره بمفرده حيث ذكروا حوالى ٦٠% من أفراد العينة فى حين ذكر ٤٠% من أفراد العينة عدم التنسيق بين الأخصائى الاجتماعى والعاملين بالتأمين الصحى من كل هذا يتضح مظاهر عدم التعاون بين كل من الأخصائى والطبيب والزائرة الصحية وهذا يوضح عدم التعاون بين أعضاء الفريق العلاجى.

من خلال الدراسة قد أوضحت مدى تحويل الحالات للأخصائى وأوضحت من الجدول السابق جدول رقم (٥٧) مدى قيام الطبيب بتحويل بعض الحالات إلى الأخصائى الاجتماعى حيث ذكرت نسبة ٧٠% من أفراد العينة أن الطبيب لا يقوم بتحويل حالات إليهم فى حين أوضح ٣٠% من أفراد العينة أن الطبيب يقوم بتحويل بعض الحالات إلى الأخصائى الاجتماعى.

من خلال ذلك أتضح مدى عدم التعاون الذى يكون فى فريق العمل العلاجى داخل عيادات التأمين الصحى حيث لا يقوم الطبيب بتحويل الحالات كما أتضح سابقا وأن العمل التعاونى بينهم منعدم.

من خلال الدراسة أتضح مدى الوعى بدور الأخصائى من الجدول السابق جدول رقم (٥٨) يوضح مدى وعى العاملين بالتأمين الصحى بدور الأخصائى الاجتماعى منخفض حيث كانت نسبة من ذكروا اعدم وجود هذا الوعى ٥٠% فى حين ذكر ٣٠% أن الوعى متوفر إلى حد ما وأخيراً ذكر ٢٠% من أفراد العينة توافر الوعى بدور الأخصائى من خلال ذلك يتضح أن الوعى بدور الأخصائى الاجتماعى يعتبر غير واضح ومنخفض لدى العاملين بالتأمين الصحى.

من خلال الدراسة أتضح الصعوبات التى تواجه التلاميذ من الجدول السابق جدول رقم (٥٩) يوضح الصعوبات التى يواجهها التلاميذ المستفيدين من خدمات التأمين من

وجهة نظر الأخصائيين الاجتماعيين أن أهم الصعوبات التى يواجهها التلاميذ المستفيدين بنظام التأمين الصحى كالتالى: الانتظار لفترات طويلة حيث بلغت نسبة ٤٠% يليه من ذكروا عدم توافر الأدوية أو صعوبة الحصول عليها بنسبة ٣٠% ثم يليها من ذكروا صعوبة التحويل إلى الطبيب بنسبة ٢٠% وأخيراً من ذكروا عدم توافر الأجهزة التعويضية والتأهيلية بنسبة ١٠%.

وكل هذا يوضح الصعوبات التى يلقاها الطلاب من خدمات التأمين الصحى.

من خلال الدراسة أتضح أن خدمات التأمين الصحى من خلال الجدول السابق جدول رقم (٦٠) أوضح التغلب على الأسباب المؤدية لانخفاض مستوى خدمات التأمين الصحى لتلاميذ المدارس كالآتى حسب الترتيب التنازلى كما ذكرت عينة الدراسة.

تطوير المؤسسات والإدارة بالتأمين الصحى حيث بلغت ٤٠% يليها رفع مستوى الأداء للأطباء التى بلغت نسبة ٣٠% ثم يليها رفع كفاءة وفعاليات الخدمات المساعدة حيث بلغت ٢٠% يليها رفع مستوى الخدمات التمريضية حيث بلغت النسبة ١٠% وكل هذا يؤدى إلى ارتفاع مستوى خدمات التأمين الصحى التى تقدم للطلاب وتؤدى إلى التغلب على الصعوبات التى يواجهها الطلاب وتستطيع الاستفادة الكاملة من خدمات التأمين الصحى.

من خلال الدراسة حيث أوضحت مدى تناسب دور الأخصائى مع الواقع حيث أوضحت من الجدول السابق جدول رقم (٦١) الذى يوضح مدى تناسب دور الأخصائى الاجتماعى مع الواقع الفعلى للتأمين وذلك بنسبة ٧٠% فى حين يرى حوالى ٣٠% من أفراد عينة الدراسة أن دور الأخصائى الاجتماعى مع الواقع الفعلى للتأمين الصحى غير متناسب.

من خلال الدراسة أوضحت فى الجدول السابق جدول رقم (٦٢) أوضحت كيفية تناسب دور الأخصائى الاجتماعى مع الواقع الفعلى فيما يلى حسب الترتيب التنازلى:

حيث أوضحت أفراد العينة أن الدور يتناسب مع الأعباء الإدارية والمهنية وقدرات الأخصائى الاجتماعى وذلك بنسبة ٦٦,٦٦% يليه تناسب أهداف الخدمة الاجتماعية مع أهداف التأمين الصحى وأخيراً توفر المرونة الكافية لممارسة الخدمة الاجتماعية فى التأمين بنسبة صفر%.

من هذا يتضح أن ممارسة الخدمة الاجتماعية بمرونة وخلافات فى مجال التأمين الصحى غير متوفرة مع أنها ضرورية لتكون الفريق العلاجى.

من خلال الدراسة قد أوضحت المقترحات التى يمكن بها التغلب على السلبيات من الجدول السابق جدول رقم (٦٣) الذى يوضح أهم المقترحات الخاصة من قبل الأخصائى الاجتماعى للتغلب على السلبيات وقد جاءت هذه المقترحات كالتالى:

تفعيل دور فريق العمل الذى يشارك فيه الأخصائى الاجتماعى لتقديم الخدمة المتكاملة للتلاميذ حيث بلغت النسبة ٣٠% يليها كل من توفير كميات الأدوية وتسهيل إجراءات التحويل للطبيب والأخصائى وحضور الطبيب فى الوقت المحدد له بنسبة ٢٠% لكل منهم وأخيراً معرفة الدور الفعلى الذى يقوم به الأخصائى الاجتماعى بنسبة ١٠%.

من خلال ذلك قد أوضحت الدراسة من خلال الجدول السابق المقترحات الخاصة التى يمكن بها التغلب على السلبيات والمعوقات التى تواجه التلاميذ المستفيدين من خدمات التأمين الصحى والدور الذى تقوم به مهنة الخدمة الاجتماعية فى هذا المجال.

مقترحات الدراسة

لما كان هذا البحث يستهدف التعرف على المعوقات التى تواجه التلاميذ المستفيدين من خدمات التأمين الصحى فقد قسمت الباحثة هذه المعوقات إلى معوقات راجعة للطلاب ومعوقات راجعة للمؤسسة[1].

أولاً : مشكلات راجعة للطلاب:

١- أظهرت نتائج الدراسة أن هناك صعوبة فى عرض الكارنيه على الممارس العام وقد يرجع ذلك لعدم التزام الطلاب بمكان الكشف المربوط عليه.

٢- أوضحت نتائج الدراسة كثرة تمارض بعض الطلاب للحصول على الأدوية واستبدالها بأشياء أخرى.

٣- أوضحت نتائج الدراسة أن معظم المترددين على العيادات يستغرقون وقتا طويلاً قبل العرض على الممارس وقد يرجع ذلك إلى عدم حضورهم فى مواعيدهم.

٤- أوضحت نتائج الدراسة أن معظم الطلاب لا يعودوا إلى الطبيب فى حالة عدم وجود الأدوية فى صيدلية العيادة وقد يرجع ذلك إلى استبدال العلاج بأشياء أخرى من صيدلية خارجية أو عدم موافقته على استخدام البديل.

ثانياً - مشكلات راجعة للمؤسسة:

١- أوضحت نتائج الدراسة عدم توقيع الكشف الطبى على الطلاب من جانب الممارس وبعض الأطباء الأخصائيين والاكتفاء بسماع الشكوى لأغلب الحالات بعياداتهم الخاصة أو قد يرجع إلى زيادة أعداد المترددين.

٢- أوضحت نتائج الدراسة أن الممارس العام لا يستغرق وقتاً كافياً أثناء توقيع الكشف الطبى على الطلاب وقد يرجع ذلك إلى عدم التزام الممارس بالمواعيد المحددة أو قد يرجع ذلك إلى قلة عدد الأطباء الممارسين.

---

(1) من خلال الدراسة الميدانية بالتأمين الصحى فى تلك الفترة.

٣- أوضحت نتائج الدراسة عدم اهتمام بعض الأطباء بالطلاب أثناء توقيع الكشف الطبى ويرجع ذلك إلى كثرة المعروض على الطبيب.

٤- أوضحت نتائج الدراسة عدم انتظام حضور الطبيب الأخصائى فى مواعيده المحددة أو الاعتذار عن الحضور وقد يرجع ذلك إلى التعاقد مع أغلب الأخصائيين وبالتالى يحضروا بعد مواعيد عملهم الرسمى بمكان عملهم.

٥- أوضحت نتائج الدراسة إيجاد صعوبة فى تحويل الطلاب من الممارس إلى الأخصائى.

٦- أوضحت نتائج الدراسة عدم وجود بعض التخصصات مما يؤدى إلى تحويل الطلاب إلى مكان آخر وبالتالى يرهق الطلاب ماديا وصحياً.

٧- أوضحت نتائج الدراسة عدم وجود صيدليات كافية لصرف الأدوية فى بعض عيادات التأمين الصحى مما يؤدى إلى صعوبة الحصول على الأدوية.

٨- أوضحت نتائج الدراسة ضيق المكان الذى يتم به الكشف الطبى فى بعض الأماكن المخصصة للمنتفعين.

٩- أوضحت نتائج الدراسة تعقد الإجراءات الإدارية فى الدخول وأثناء الخروج وعند صرف الأدوية اللازمة.

١٠- أوضحت نتائج الدراسة عدم توفر الدواء بالنسبة للطلاب التأمين الصحى واقتصارها على نوع واحد من الدواء.

١١- أوضحت نتائج الدراسة عدم وجود معمل للتحاليل الطبية وقسم الأشعة فى بعض عيادات التأمين الصحى.

١٢- أوضحت نتائج الدراسة عدم مشاركة الإدارة فى عمل ندوات ومؤتمرات للطلاب المنتفعين وأسرهم عن الوقاية من الأمراض وقد يرجع ذلك لعدم وجود قاعات كبيرة مخصصة لذلك.

١٣- أوضحت نتائج الدراسة عدم معرفة الطبيب بالدور الفعلى الذى يقوم به الأخصائى الاجتماعى.

١٤- أوضحت نتائج الدراسة عدم وجود تعاون بين الأخصائى والفريق العلاجى.

١٥- أوضحت نتائج الدراسة عدم وجود مكان مخصص للأخصائى الاجتماعى.

١٦- أوضحت نتائج الدراسة انشغال الأخصائى ببعض الأعمال الإدارية.

١٧- أوضحت نتائج الدراسة أن الأخصائى لا يؤدى الدور المحدد له.

المقترحات:

أولاً - بالنسبة لنظام التامين الصحى عامة:

١- التوسع فى تطبيق التأمين الصحى وخاصة للطلاب المدارس.

٢- التوسع فى إنشاء عيادات شاملة لتشمل جميع الطلاب لتقديم الخدمة المتميزة.

٣- التوسع فى فتح صيدليات جديدة للعمل على توفير جميع أنواع الأدوية للطلاب وترشيد صرف الدواء.

٤- العمل على القضاء على مشكلة نقص الصيادلة بالهيئة العامة للتأمين الصحى مع تكليفهم بالعمل الإجبارى فى التأمين.

٥- الاعتماد على الفئات المعينة داخل التأمين أكثر من المتعاقدين

٦- العمل على استكمال المعدات والأجهزة الناقصة فى التأمين حتى تكون الخدمة متميزة للجميع خاصة فئات الطلاب.

٧- العمل على توعية أولياء أمور الطلاب عامة وفئة الطلاب خاصة بأهمية التأمين ودوره فى خدمة المواطنين.

٨- التركيز من جانب الهيئة على الجوانب النفسية والاجتماعية للطلاب كأفراد لهم مشاكلهم الفردية والمادية والأسرية والسلوكية والنفسية.

٩- تخصيص مكان مناسب للطلاب لتوقيع الكشف الطبى عليهم وتلقيهم الخدمات التى يحتاجونها دون معاناة.

١٠- تقترح الباحثة رفع مستوى خدمات التامين الصحى عن طريق زيادة رسوم الاشتراك فى التأمين حتى تواكب الأسعار المتزايدة فى الأدوية والمستلزمات الطبية والأجهزة الحديثة وغيرها.

ثانياً -بالنسبة لمهنة الخدمة الاجتماعية:

١- تدعيم التأمين الصحى بمدينة سوهاج بأعداد من الأخصائيين الاجتماعيين من ذوى الخبرة الطويلة فى المجال الطبى.

٢- تخصيص أخصائى اجتماعى لكل عيادة شاملة أو أكثر بالتأمين الصحى مع تحديد اختصاصات واضحة لها.

٣- تخصيص مكان مناسب ومستقل للأخصائى الاجتماعى لاستقبال الطلاب لتأدية الخدمة ومراعاة مبدأ السرية فى العمل كمبدأ من المبادئ فى العمل مع الحالات.

٤- عمل دورات تدريبية للأخصائيين الاجتماعيين حتى تساعدهم على زيادة الخبرة ورفع الكفاءة العالية للتعامل مع فئات الطلاب المختلفة وفى مجالات مختلفة أيضاً.

٥- اشتراك الأخصائى الاجتماعى كأحد أعضاء الفريق العلاجى فى الدور الوقائى مع مدهم بالإمكانيات الإعلامية ووسائل الاتصال المناسبة.

٦- زيادة التعاون بين كل من الأخصائى الاجتماعى والأطباء والعاملين فى مجال الطب حتى يستطيع العاملين بالتامين الصحى معرفة دور الأخصائى وتدعيم العلاقة مع الفريق العلاجى.

ثالثاً -بالنسبة للأخصائى الاجتماعى الممارس:

تقترح الباحثة الدور الذى يقوم به الأخصائى الاجتماعى فى مجال التامين:

أ-الاتصال بين المنتفعين لاستقبال لصالح المنتفعين وذلك عن طريق الاتصال بفئات الرأى فى الخدمات التى تقدم للمنتفعين وكيفية تطوير المشكلات التى تواجهه أثناء الاستفادة من الخدمات، والمعوقات التى تقف فى طريقها أثناء تلقى الخدمة ويحاول المساعدة على حلها أو التعرف على مقترحاتهم لرفع مستوى أداء الخدمة.

ب-ما يستطيع الأخصائى الاجتماعى أن يقوم به من خدمات وتتمثل فى عمل بحث اجتماعى للحالات الطلابية التى تتطلب ذلك أن يحاول بحث الشكاوى التى تقدمها الطلاب ويحاول المساعدة فى حلها وأن يكون حلقة اتصال بين الطلاب والهيئة التى يعمل بها وأن يحاول مساعدة الطلاب على صرف الأجهزة التعويضية، ومقابلة أسر الطلاب المرضى وبحث مشاكلهم والمساعدة على إيجاد الحلول المناسبة لهم ثم يقوم الأخصائى بمتابعة الطلاب المترددين حتى بعد انتهاء تقديم الخدمة لهم فى حالة العلاج الشهرى كمالا، ويحاول أن يراعى المريض إلى أن يشفى وتستقر حالته.

مراجع الدراسة

أولا : المراجع العربية

ثانيا : المراجع الأجنبية

ثالثا : رسائل الدكتوراة والماجستير

رابعا : الدوريات

أولاً : المراجع العربية

١- إبراهيم العيسوى: مؤشرات نظرية للتنمية العربية فى عادل حسين وآخرون التنمية العربية الواقع الراهن والمستقبل، بيروت، مركز دراسات الوحدة العربية، ١٩٥٥م.

٢- إبراهيم عبد ربه : مبادىء التأمين التجاري والاجتماعي ، دار المطبوعات الجامعية ، الإسكندرية ، ١٩٨٤م .

٣- إحصاءات التربية والتعليم لعام ٩٢/ ١٩٩٣م.

٤- أحمد أبوزيد: البناء الاجتماعى مدخل لدراسة المجتمع، الجزء الثانى الانساق، الهيئة المصرية العامة للكتاب، القاهرة ، ١٩٦٧م.

٥- أحمد كمال أحمد: السياسات الاجتماعية، القاهرة، مكتبة القاهرة الحديثة، ١٩٧٠م.

٦- أحمد كمال أحمد: منهاج الخدمة الاجتماعية فى خدمة الفرد، (القاهرة، مكتبة الخانجى، د.ت).

٧- أحمد مصطفى خاطر: الخدمة الاجتماعية، نظرة تاريخية، مناهج الممارسة والمجالات، الإسكندرية، المكتب الجامعى الحديث، ١٩٨٤م.

٨- إسماعيل رياض، عدلى سليمان: ميادين الخدمة الاجتماعية، القاهرة، دار النهضة العربية، ١٩٧٠م.

٩- إقبال بشير وآخرون (١٩٨٤م): الخدمة الاجتماعية والمجال الطبى، الإسكندرية، المكتب الجامعى الحديث.

١٠-إقبال بشير، إقبال مخلوف: الخدمة الاجتماعية فى المجال الطبى والتأهيلى والمجال النفسى، الإسكندرية، المكتب الجامعى الحديث، ١٩٨٠م.

١١-إقبال محمد بشير، سلوى عثمان: الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية فى المجال الطبى، (الإسكندرية، المكتب الجامعى الحديث، ١٩٨٦م.

١٢-بيان وزارة التعليم أمام مجلس الشعب، ديسمبر ١٩٧٩م.

١٣-الدستور المصرى الدائم، ١٩٧١م، مادة ٣٦.

١٤-زينب حسين أبو العلا (١٩٨٧م)، خدمة الفرد فى المجال الطبى، بدون دار نشر.

١٥-سلوى عثمان (١٩٩٠): الرعاية الطبية والنفسية من المنظور الاجتماعي، الإسكندرية، دار الهدى للمطبوعات.
١٦-عادل عز: التأمينات الاجتماعية ، المبادئ والتطبيقات العلمية، دار النهضة العربية، القاهرة، ١٩٧٠م.
١٧-عبد الفتاح عثمان، على الدين السيد: الخدمة الاجتماعية الطبية رؤية علمية متطورة، ٢٠٠٣م، القاهرة.
١٨-عبد المحيى محمود حسن (٢٠٢): الخدمة الاجتماعية ومجالات الممارسة المهنية، الإسكندرية، دار المعارف الجامعية.
١٩-عبد الناصر أحمد عوض أحمد جبل: ممارسة الخدمة الاجتماعية فى المجال الطبى، الطبعة الثانية، القاهرة، ٢٠٠١م.
٢٠-عطيات عبد الحميد ناشد وآخرون: الرعاية الاجتماعية للمعوقين، القاهرة، مكتبة الانجلو المصرية، ١٩٦٩م.
٢١-على الدين السيد – محمد شريف حنفى: مقدمة فى الخدمة الاجتماعية الطبعة الحادية عشر، القاهرة ١٩٨٤ – ١٩٨٥م.
٢٢-على روشنة: علم الاجتماع الأمريكى دراسة لأعمال تالكوت بارسونز، ترجمة محمد الجوهرى، أحمد زايد، القاهرة ، دار المعارف، ١٩٨٨م.
٢٣-على ليلة: البنائية الوظيفية فى علم الاجتماع والانثروبولوجيا المفاهيم والقضايا، القاهرة، دار المعارف، ١٩٨٢م.
٢٤-عماد الدين عيد: الصحة العامة وبرامجها، المكتب الجامعى الحديث، الإسكندرية ، ١٩٨٣م.
٢٥-فؤاد أبو حطب، وآمال صادق: مناهج البحث وطرق التحليل الإحصائي فى العلوم النفسية والتربوية والاجتماعية، الانجلو المصرية، القاهرة، ١٩٩١م.
٢٦-الفاروق زكى يونس: الخدمة الاجتماعية والتغير الاجتماعى، القاهرة، عالم الكتب، ط١٩٧٨م.

٢٧-فاطمة مصطفى الحارونى: خدمة الفرد فى محيط الخدمات الاجتماعية، (الطبعة الثالثة، القاهرة، ١٩٦٩م).
٢٨-الفونس شحاتة رزق، مجلة علمية للتأمين الصحى، هل هى هيئة للتأمين أم للعلاج، العلمية للتأمين الصحى الاجتماعى، العدد ١٣، ١٩٧٨م.
٢٩-كمال سالم سيسالم (٢٠٠٢م)، موسوعة التربية الخاصة والتأهيل النفسى، العين، الإمارات، دار الكتاب الجامعى.
٣٠-مارى ماكماهون: تطور أساليب تعليم العاملين فى الرعاية الصحية، ترجمة، د.ع عبدالله، مديتو للنشر والتوزيع، ١٩٨٩م.
٣١-المجالس القومية المتخصصة: الإطار العام لاستراتيجية التنمية، القاهرة، ١٩٨٢م.
٣٢-محمد رضا عنان، عبد الحى محمود صالح: إسهامات طريقة تنظيم المجتمع فى مجال الجريمة، والمجال الطبى، دار الثقافة للنشر والتوزيع، القاهرة، ١٩٩٠م.
٣٣-محمد طلعت عيسى: التأمين الاجتماع، فلسفته وتطبيقاته، ط٢، القاهرة، مكتبة القاهرة الحديثة، ١٩٧٢م.
٣٤-مهجة أحمد شهاب: المدخل إلى الخدمة الاجتماعية، وزارة التعليم العالى، جامعة الموصل، بغداد، ١٩٨٢م.
٣٥-نبيل صبحى حنا: الطب والمجتمع دراسات نظرية وبحوث ميدانية، القاهرة، مكتبة الانجلو المصرية.
٣٦-هبة أحمد نصار: مراجعة نقدية للدراسات السابقة عن السياسة الصحية فى مصر، مكتبة النهضة المصرية، القاهرة١٩٨٨م.
٣٧-يحيى حسن درويش (١٩٨٦م): الخدمة الاجتماعية فى المجال الطبي، بدون دار نشر.
٣٨-إبراهيم على إبراهيم: تخطيط التأمين الصحى الاجتماعي، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التجارة، جامعة القاهرة، ١٩٨٠م.
٣٩-إبراهيم على إبراهيم: تقييم تجربة التأمين الصحى الاجتماعي، دراسة مقارنة، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التجارة، جامعة القاهرة، ١٩٧٤م.

٤٠-أمل إبراهيم عبده: العلاقة بين الفقر وإشباع حاجات الرعاية الصحية، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة القاهرة، ١٩٩٤م.
٤١-سالم صديق أحمد: دراسة لفاعلية كل من أساليب التأثير المباشر وأساليب البصيرة فى العمل مع المشكلات السلوكية، رسالة دكتوراه منشورة، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان ١٩٨١م.
٤٢-سالم صديق أحمد: دراسة استطلاعية لدور الأخصائى الاجتماعى فى الحالات الفردية فى مستشفيات جامعة القاهرة، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة القاهرة، ١٩٧٤م.
٤٣-صالح أحمد ليدى: دور الخدمة الاجتماعية فى الوقاية والعلاج فى دول مجلس التعاون الخليجى، دراسة تطبيقية على كل من دولة الكويت، المملكة العربية السعودية، والبحرين (رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة القاهرة، ١٩٨٨م.
٤٤-عادل أنس: تطوير الخدمات الاجتماعية والعلاجية،دراسة تجريبية بمستشفى المنيل، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية الخدمة الاجتماعية، حلوان، ١٩٨٤م.
٤٥-عبدا لحكيم أحمد محمد عبدالهادى: تقويم تجربة التأمين الصحى الاجتماعى لتلاميذ المدارس بمحافظة الفيوم، رسالة دكتوراه فى فلسفة الخدمة الاجتماعية غير منشورة، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة القاهرة، ١٩٩٨م.
٤٦-عطيات أحمد إبراهيم: المشكلات التى تواجه المنتفعين بخدمات التأمين الصحى بمحافظة الفيوم، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة القاهرة، ١٩٩٢م.
٤٧-هبة أحمد نصار: دراسة فى اقتصاديات الصحة العامة وتنمية السياسات الصحية فى مصر، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية الاقتصاد والعلوم السياسية، جامعة القاهرة، ١٩٨٣م.

٤٨-حسن عبد الفتاح زكى: التأمين الصحى فى مصر، مجلة التأمين الصحى العـدد ٦٥، أبريل – يونيو ٢٠٠٤م.
٤٩-حسن عبد الفتاح زكى: التأمين الصحي هل هو تأمين حقيقي، المجلة العلمية للتـأمين الصحي الإجتماعي ، (العدد الثاني والستون، يوليو – سبتمبر ٢٠٠٣م.
٥٠-حسن عبد الفتاح زكى: لماذا التأمين الصحي في مصر، مجلة التأمين الصحي، العـدد السبعون، يوليو – سبتمبر ٢٠٠٥م.
٥١-حسن عبد الفتاح زكى:إ لماذا التأمين الصحي الاجتماعي،مجلة التأمين الصحي، العدد السبعون، يوليو – سبتمبر ٢٠٠٥م.
٥٢-حسن عبد لفتاح زكى: لماذا التأمين الصحى فى مصر، مجلة التأمين الصحى، العـدد السبعون، يوليو – سبتمبر ٢٠٠٥م.
٥٣-رفعت رضوان: التأمين الصحي على الطلاب بين النظرية والتطبيق، مجلـة التـأمين الصحي الاجتماعي، أكتوبر ١٩٩٤م.
٥٤-رفعت رضوان: تطبيق التأمين الصحى فى مصر بين الإيجابية والسلبية، مجلة التأمين الصحى الاجتماعى، العدد ١٩، مارس ١٩٩١م.
٥٥-رفعت رضوان: خطورة الدعوة إلى التأمين الصحى الخاص، المجلة العلمية للتأمين الصحى (العد الحادى عشر، أغسطس ، سبتمبر، أكتوبر، ١٩٨٦م).
٥٦-رفعت رضوان: مستقبل التأمين الصحي الاجتماعي في مصر، المجلة العلمية للتامين الصحي الاجتماعي، العدد الثاني والثلاثون، مارس ١٩٩٦م.
٥٧-رفعت رضوان، نظرة لشرح قانون التأمين الصحى على الطلاب، المجلة العلمية للتأمين الصحى والاجتماعى، العدد ٣، ١٩٩٣م.
٥٨-سالم صديق أحمد: اللقاء بين مهنة الخدمة الاجتماعية ومهنة الطب، (المؤتمر العلمى الثانى، كلية الخدمة الاجتماعية بالفيوم، جامعة القاهرة ١٩٨٩م).
٥٩-سمير ضيائى: نظام التأمين الصحى فى مصر واتجاهات التطـوير، مجلـة التـأمين الصحى الاجتماعى، العدد ١٢، مارس ١٩٨٧م.

٦٠-عادل السقا، رفعت رضوان: التأمين الصحى والدعوة إلى إنشاء اتحاد عربى له، مجلة التأمين الصحى الاجتماعى، العدد ١٤، ١٩٧٧م.
٦١-عامر بن يوسف: الخدمات الصحية فى الدول النامية، المجلة الدولية للعلوم الاجتماعية، ط٢، القاهرة، يوليو ١٩٧٨م.
٦٢-عبدالغفار خلاف: الصحة المسح الاجتماعى الشامل للمجتمع المصرى، المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية، المجلد العاشر، ١٩٨٥م.
٦٣-على السلمى: اتجاهات جديدة فى الفكر التنظيمى، عالم الفكر ، الكويت، المجلد الثانى، العدد الرابع، ١٩٨٧م.
٦٤-على السلمى: اتجاهات جديدة فى الفكر التنظيمى، عالم المعرفة، المجلد الثامن، العدد الرابع، وزارة الإعلام، ١٩٧٨م.
٦٥-الفونس شحاتة رزق: اتجاهات التطور فى نظم التأمين الصحي بالدول النامية، مجلة التأمين الصحي الاجتماعي العدد الرابع عشر، يونيو ١٩٨٨م.
٦٦-فيليب عطية: أمراض الفقر والمشكلات الصحية فى العالم الثالث، عالم المعرفة، العدد٦، مايو ١٩٩٢م.
٦٧-قوت القلوب محمد: قانون التأمين الصحى على الطلاب والقرارات التنفيذية له، مجلة التأمين الصحى الاجتماعى، عدد ٢٢ ديسمبر، ١٩٩٢م.
٦٨-كمال أغا (١٩٩٢م): الأخصائى الاجتماعى فى نسق رعاية الصحة، بحث منشور، المؤتمر العلمى الخامس لكلية الخدمة الاجتماعية بالفيوم، جامعة القاهرة.
٦٩-متولى السيد متولى: التأمين الصحى كمدخل استراتيجى لحل مشكلة العلاج فى مصر، مجلة التأمين الصحى، العدد ٢٨، مارس ١٩٩٥م.
٧٠-مصطفى عبد لعاطى: السجلات الطبية فى المؤسسات الصحية، مجلة التأمين الصحى الاجتماعى، العدد ٤١، يونيو، ١٩٩٨م.
٧١-الهيئة العامة للتأمين الصحي، دليل قانون التأمين الصحي على الطلاب والقرارات التنفيذية له، مرجع سبق ذكره.

٧٢- وزارة الصحة : منشورات الإدارة العامة للرعاية الصحية الأساسية بالحضر، أبريل ١٩٨٩م.

ثانيا: المراجع الأجنبية

1- Adler, Michel: The Disabled Their Health care and Health Insurance, U.S. District, colambia, 1991.
2- Alan, S. & Manliet, J.: Children without Health Insurance, in Future children . Vol. 2, 1992.
3- Charles, George: introduction to Social Welfare Institutions, third Edition, the Dorsey Press, London, 1986.
4- Daved & Philips: Health And Health Care In Third World, the Free Press, New York, 1990.
5- Elan, S & Mainlite, J.: Children without Health Insurance, in father children, Vd.2, N. 2, 1992.
6- Fox, Harrette, B : Private and public Health Insurance for eqrly Interventions Sorvices, Journal of Eorly Intervention, Vol. 16, n. 2, 1992.
7- Gallese, Lucile: The Key To Affordable College Health Insurance. NASPA Journal, Vol. 13, n3, 1994.
8- Health Insurance, The Facts You Need, Hudson Center For Program Development, U.S.A., New York, 1993.
9- Lewis, Mary Ennn, : the Social work experience an introduction to the profession Hill, inc, New. York, 1997.
10- Michele. R. Ed: Child Health Superuision Analytical studies In The financing National center for Education in Motherland and child Health Arlington, 1995.
11- Miltion, Romeri: National Startegies for Health Cale Organization, the University of Michigan, Michigan, Vol. 2, n. 2, 1992.
12- Milton, Romeri: National Startegies for Health care Organization. The University of Michigan, Michigan, 1985,Children,Vol.2, n.2,1992.

13- Rosenbaum, Sara, & others: Children And Health Insurance. U.S. District of Columbia, 1992.

14- Rosenbaum, Sara: Providing Primary Health Care to Child in gtegrating primary care, Services with Health insurance Principles, Euturo of Children Vol. 3, N. 2, 1993.

ثالثاً: رسائل الدكتوراة والماجستير :

١- إبراهيم على إبراهيم: تخطيط التأمين الصحى الاجتماعي، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التجارة، جامعة القاهرة، ١٩٨٠م.

٢- إبراهيم على إبراهيم: تقييم تجربة التأمين الصحى الاجتماعي، دراسة مقارنة، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التجارة، جامعة القاهرة، ١٩٧٤م.

٣- أمل إبراهيم عبده: العلاقة بين الفقر وإشباع حاجات الرعاية الصحية، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة القاهرة، ١٩٩٤م.

٤- سالم صديق أحمد: دراسة لفاعلية كل من أساليب التأثير المباشر وأساليب البصيرة فى العمل مع المشكلات السلوكية، رسالة دكتوراه منشورة، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان ١٩٨١م.

٥- سالم صديق أحمد: دراسة استطلاعية لدور الأخصائى الاجتماعى فى الحالات الفردية فى مستشفيات جامعة القاهرة، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة القاهرة، ١٩٧٤م.

٦- صالح أحمد ليدى: دور الخدمة الاجتماعية فى الوقاية والعلاج فى دول مجلس التعاون الخليجى، دراسة تطبيقية على كل من دولة الكويت، المملكة العربية السعودية، والبحرين (رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة القاهرة، ١٩٨٨م.

٧- عادل أنس: تطوير الخدمات الاجتماعية والعلاجية،دراسة تجريبية بمستشفى المنيل، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية الخدمة الاجتماعية، حلوان، ١٩٨٤م.

٨- عبدا لحكيم أحمد محمد عبدالهادى: تقويم تجربة التأمين الصحى الاجتماعى لتلاميذ المدارس بمحافظة الفيوم، رسالة دكتوراه فى فلسفة الخدمة الاجتماعية غير منشورة، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة القاهرة، ١٩٩٨م.

٩- عطيات أحمد إبراهيم: المشكلات التى تواجه المنتفعين بخدمات التأمين الصحى بمحافظة الفيوم، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة القاهرة، ١٩٩٢م.

١٠- هبة أحمد نصار: دراسة فى اقتصاديات الصحة العامة وتنمية السياسات الصحية فى مصر،رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية الاقتصاد والعلوم السياسية،جامعة القاهرة، ١٩٨٣م.

رابعاً : الدوريات

١- حسن عبد الفتاح زكى: التأمين الصحى فى مصر، مجلة التأمين الصحى العدد ٦٥، أبريل – يونيو ٢٠٠٤م.

٢- حسن عبد الفتاح زكى: التأمين الصحي هل هو تأمين حقيقي، المجلة العلمية للتأمين الصحي الإجتماعي ، (العدد الثاني والستون، يوليو – سبتمبر ٢٠٠٣م.

٣- حسن عبد الفتاح زكى: لماذا التأمين الصحي في مصر، مجلة التأمين الصحي، العدد السبعون، يوليو – سبتمبر ٢٠٠٥م.

٤- حسن عبد الفتاح زكى:إ لماذا التأمين الصحي الاجتماعي،مجلة التأمين الصحي، العدد السبعون، يوليو – سبتمبر ٢٠٠٥م.

٥- حسن عبد لفتاح زكى: لماذا التأمين الصحى فى مصر، مجلة التأمين الصحى، العدد السبعون، يوليو – سبتمبر ٢٠٠٥م.

٦- رفعت رضوان: التأمين الصحي على الطلاب بين النظرية والتطبيق، مجلة التأمين الصحي الاجتماعي، أكتوبر ١٩٩٤م.

٧- رفعت رضوان: تطبيق التأمين الصحى فى مصر بين الإيجابية والسلبية، مجلة التأمين الصحى الاجتماعى، العدد ١٩، مارس ١٩٩١م.

٨- رفعت رضوان: خطورة الدعوة إلى التأمين الصحى الخاص، المجلة العلمية للتأمين الصحى (العد الحادى عشر، أغسطس ، سبتمبر، أكتوبر، ١٩٨٦م).

٩- رفعت رضوان: مستقبل التأمين الصحي الاجتماعي في مصر، المجلة العلمية للتامين الصحي الاجتماعي، العدد الثاني والثلاثون، مارس ١٩٩٦م.

١٠- رفعت رضوان، نظرة لشرح قانون التأمين الصحى على الطلاب، المجلة العلمية للتأمين الصحى والاجتماعى، العدد ٣، ١٩٩٣م.
١١- سالم صديق أحمد: اللقاء بين مهنة الخدمة الاجتماعية ومهنة الطب، (المؤتمر العلمى الثانى، كلية الخدمة الاجتماعية بالفيوم، جامعة القاهرة ١٩٨٩م).
١٢- سمير ضيائى: نظام التأمين الصحى فى مصر واتجاهات التطوير، مجلة التأمين الصحى الاجتماعى، العدد ١٢، مارس ١٩٨٧م.
١٣- عادل السقا، رفعت رضوان: التأمين الصحى والدعوة إلى إنشاء اتحاد عربى له، مجلة التأمين الصحى الاجتماعى، العدد ١٤، ١٩٧٧م.
١٤- عامر بن يوسف: الخدمات الصحية فى الدول النامية، المجلة الدولية للعلوم الاجتماعية، ط٢، القاهرة، يوليو ١٩٧٨م.
١٥- عبدالغفار خلاف: الصحة المسح الاجتماعى الشامل للمجتمع المصرى، المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية، المجلد العاشر، ١٩٨٥م.
١٦- على السلمى: اتجاهات جديدة فى الفكر التنظيمى، عالم الفكر ، الكويت، المجلد الثانى، العدد الرابع، ١٩٨٧م.
١٧- على السلمى: اتجاهات جديدة فى الفكر التنظيمى، عالم المعرفة، المجلد الثامن، العدد الرابع، وزارة الإعلام، ١٩٧٨م.
١٨- الفونس شحاتة رزق: اتجاهات التطور فى نظم التأمين الصحي بالدول النامية، مجلة التأمين الصحي الاجتماعي العدد الرابع عشر، يونيو ١٩٨٨م.
١٩- فيليب عطية: أمراض الفقر والمشكلات الصحية فى العالم الثالث، عالم المعرفة، العدد ٦، مايو ١٩٩٢م.
٢٠- قوت القلوب محمد: قانون التأمين الصحى على الطلاب والقرارات التنفيذية له، مجلة التأمين الصحى الاجتماعى، عدد ٢٢ ديسمبر، ١٩٩٢م.
٢١- كمال أغا (١٩٩٢م): الأخصائى الاجتماعى فى نسق رعاية الصحة، بحث منشور، المؤتمر العلمى الخامس لكلية الخدمة الاجتماعية بالفيوم، جامعة القاهرة.

٢٢- متولى السيد متولى: التأمين الصحى كمدخل استراتيجى لحل مشكلة العلاج فى مصر، مجلة التأمين الصحى، العدد ٢٨، مارس ١٩٩٥م.
٢٣- مصطفى عبد لعاطى: السجلات الطبية فى المؤسسات الصحية، مجلة التأمين الصحى الاجتماعى، العدد ٤١، يونيو، ١٩٩٨م.
٢٤- الهيئة العامة للتأمين الصحي، دليل قانون التأمين الصحي على الطلاب والقرارات التنفيذية له، مرجع سبق ذكره.
٢٥- وزارة الصحة : منشورات الإدارة العامة للرعاية الصحية الأساسية بالحضر، أبريل ١٩٨٩م.

الملاحق

جامعة عين شمس
معهد الدراسات العليا للطفولة
قسم الدراسات النفسية والاجتماعية

بسم الله الرحمن الرحيم

استبيان
المعوقات التي تواجه التلاميذ في المرحلة الإعدادية المستفيدين من خدمات التأمين الصحي

إعداد الباحثة

هيام أحمد إبراهيم أحمد

إشراف

أ . د / **عبد الرؤوف أحمد الضبع**

أستاذ ورئيس قسم الاجتماع

ووكيل كلية الآداب

جامعة سوهاج

أولا البيانات الأولية

١- الاسم

٢- السن

٣- مهنة الأب : (بدون عمل) (عمالة غير منتظمة)

(موظف حكومي) (قطاع خاص) (حرفي) (تاجر)

٤- مستوي التعليم للأب أ- أمي ب- يقرأ و يكتب ج- اقل من متوسط

د- فوق متوسط هـ - عالي

٥- الدخل الشهري للأسرة

أ - من ١٠٠- ١٥ شهريا ( ) ب- ١٥٠- ٢٠٠ شهريا ( )

ج- من ٢٠٠-٢٥٠ شهريا ( ) د - من ٢٥٠- ٣٥٠ ( )

هـ - ٣٥٠-٤٥٠ ( ) و - أكثر ٤٥٠ شهريا ( )

٦- مستوى التعليم للام

أ - أمية ( ) ب - تقرا وتكتب ( ) ج - اقل من متوسط ( )

د - متوسط ( ) و - فوق متوسط ( ) ز - عالي ( )

ثانيا المشكلات المتعلقة بالعرض على الممارس العام

٧- هل توجد صعوبة فى عرض بطاقاتك على الطبيب الممارس ؟

نعم ( ) لا( )

٨- هل تستغرق وقتا طويلا قبل العرض على الممارس ؟

نعم ( ) لا( )

٩- فى حالة الاجابة بنعم كم تستغرق من الوقت قبل العرض على الممارس ؟

نصف ساعة ( ) ساعة ( ) ساعتين ( ) أكثر من ساعتين( )

١٠- هل يقوم الطبيب الممارس بتوقيع الكشف الطبي عليك ؟

نعم ( ) لا( )

فى حالة الاجابة بنعم

هل يستغرق وقتا كافيا ؟

نعم ( ) لا( )

هل معاملة الطبيب مرضية لك ؟

نعم ( ) لا( )

ثالثا مشكلات متعلقة بالعرض عل الطبيب الأخصائي :

١٣- هل يحضر الطبيب الأخصائي فى مواعيده المحددة بالعيادة ؟

نعم ( ) لا( )

١٤- هل يقوم بالكشف عليك ؟

يقوم بتوقيع الكشف ( ) يكتفى بسماع الشكوى ( )

لا يقوم ( )

١٥ - هل توجد صعوبة فى العرض على الطبيب الأخصائي ؟

نعم ( ) لا( )

١٦- فى حالة الاجابة بنعم فلماذا

أ- صعوبة التحويل من الممارس ( )

ب-الازدحام الشديد ( )

ج- صعوبة فى الأبحاث المعملية والأشعة ( )

١٧- على توجد جميع التخصصات بالتامين الصحي ؟

نعم ( ) لا( )

١٨- فى خالة الاجابة بلا فما هى التخصصات غير المتوفرة ؟

رابعا - مشكلات متعلقة بالأدوية

١٩ - هل توجد صعوبة فى الحصول على الأدوية كمن الصيدليات

نعم ( ) لا( )

٢٠- اذا كانت الاجابة بنعم هل السبب ؟

ا- قلة المنافذ لصرف الأدوية ( )

ب- نقس عدد العاملي بالصيدليات ( )

ج- عدم توافر الأدوية الدواء ( )

د - الازدحام الشديد ( ) أخري تذكر ( )

٢١- هل تقوم بصر ف الأدوية من صيدليات خارجية ؟

نعم ( ) لا( )

٢٢- إذا كانت لإجابة بنعم فما هو السبب ؟

أ- عدم وجود صيدلية ( )

ب- عدو توجد الدواء فى صيدلية العيادة ( )

ج- عدم الموافقة على البديل ( )

هـ - الغربة فى استبدال العلاج بأشياء أخري( )

٢٢- هل ترجع الى الطبيب فى حالة عدم واجد الأدوية بالصيدليات الداخلية و الخارجية لتعديل الأدوية ؟

أ - ترجع الى الطبيب ( ) ب - لا ترجع الى الطبيب ( )

خامسا مشكلات متعلقة بالخدمات المساعدة فى عملية العلاج ؟

٢٣- حصلت على خدمات ساهمت فى تشخيص و علاج حالتك ؟

نعم ( ) لا( )

٢٤- ما هي أهم هذه الخدمات ؟

الأشعة ( ) الفحص المعملي ( ) رسم القلب( )

٢٥- هل يتم الحصول على الخدمات جميعها من العيادة ؟

نعم ( ) لا( )

٢٦- اذا كانت الاجابة بلا أين تتم ؟

أ- الذهاب الى المستشفيات تابعة للتامين الصحي ( )

ب- إرسال الفحص الى المعامل خارج العيادة ( )

ج - أخري تذكر ( )

سادسا مشكلات متعلقة بتوفير المكان بالعيادات :

٢٧- هل المكان مناسب لاستيعاب الطلاب المتمردين للكشف الطبي :

نعم ( ) لا( )

٢٨- فى حالة الاجابة بلا فما السبب ؟

أ- كثرة عدد الطلاب المتمردين ( ) ب- ضيق الوقت ( )

ج- عدم وجود استراحات الطلاب المتمردين ( )

د- عدم وجود قوائم انتظار ( )

أخري تذكر ( )

سابعا مشكلات متعلقة بالخدمات الاجتماعية :

٢٩- هل يوجد أخصائي اجتماعي فى العيادة ؟

نعم ( ) لا( )

٣٠ - فى حالة الاجابة بنعم ؟

٣١- هل يقوم الأخصائي الاجتماع باستقبال ي فى العيادة ؟

نعم ( ) لا( )

٣٢- هل تعرضت لمشكلات أثناء ترددك على العيادة ؟

نعم ( ) لا( )

٣٣- هل عرضت هذه المشكلات على الأخصائي الاجتماعي ؟

نعم ( ) لا( )

٣٤- إذا كانت الإجابة بنعم ما مدي الاستجابة بها ؟

أ- قام بخلها ( ) ب- قام بالرد عليها ( )

ج- متأخر قليل ( ) د - لم يقم بخلها( )

٣٥- ما نوعية الخدمات الاجتماعية التي يقدمها الأخصائي للطلاب ؟

أ - مساعدات مالية ( ) ب - حل بعض المشكلات الطبية والاجتماعية( )

ج- مساعدات للحصول على الأجهزة التعويضية و الخدمات التأهيلية

٣٦- ما هي مقترحاتك من اجل رفع مستوي الخدمات بالتامين الصحي ؟

استمارة
مقابلة للأخصائيين الاجتماعيين
العاملين بعيادات التأمين الصحي بمدينة سوهاج
قبل العرض علي السادة المحكمين

إعداد الباحثة

هيام أحمد إبراهيم أحمد

إشراف

أ . د / عبد الرؤوف أحمد الضبع

أستاذ ورئيس قسم الاجتماع

أستاذ الكلية للدراسات العليا والبحوث

بكلية الآداب – جامعة سوهاج

جامعة عين شمس
معهد الدراسات العليا للطفولة
قسم الدراسات النفسية والاجتماعية

بسم الله الرحمن الرحيم

استبيان

دور الأخصائيين الاجتماعيين للعاملين بعيادات التأمين الصحي في مواجهة المعوقات التي تواجه التلاميذ المستفيدين من خدمات هذه العيادات

إعداد الباحثة

هيام أحمد إبراهيم أحمد

إشراف

أ . د / **عبد الرؤوف أحمد الضبع**

أستاذ ورئيس قسم الاجتماع

أستاذ الكلية للدراسات العليا والبحوث

بكلية الآداب – جامعة سوهاج

بسم الله الرحمن الرحيم

السيد الأستاذ الدكتور /

تحيه طيبه وبعد ،،،،

تقوم الباحثة بإعداد دراسة موضوعها " المعوقات التي تواجه التلاميذ المستفيدين من خدمات التأمين الصحي ودور الخدمة الاجتماعية في مواجهتها"

وذلك للحصول علي الماجستير في الدراسات النفسية والاجتماعية من معهد الدراسات النفسية والاجتماعية من معهد الدراسات العليا للطفولة - جامعة عين شمس .

ولتحقيق الهدف المنشود من هذه الدراسة تقوم الباحثة حاليا بإعداد استبيان دور الأخصائيين العاملين بعيادات التأمين الصحي في مواجهة المعوقات التي تحول دون حصول تلاميذ المرحلة الاعدادية علي خدمات هذه العيادات

وكذلك استبيان للمعوقات التي تواجه تلاميذ المرحلة الإعدادية المستفيدين من الخدمات التي تقدم داخل عيادات التأمين الصحي .

وتسعي هذه الدراسة الي تحقيق الأهداف التالية :-

١- حصر المعوقات التي تواجه التلاميذ المستفيدين من خدمات التأمين الصحي والتي تحول دون الاستفادة الكاملة من هذه الخدمات .

٢- تحديد أهم الأساليب التي تساهم بها مهنة الخدمة الاجتماعية في مواجهة هذه المعوقات

٣- الوصول الي دور مقترح للخدمة الاجتماعية لمواجهة المعوقات التي تحول دون استفادة التلاميذ من خدمات التأمين الصحي .

لذا أرجو من سيادتكم إبداء الرأي في أسئلة الاستبيان في ضوء ما ترونه مناسبا من حيث اتفاق الأسئلة مع هدف الاستبيان أم لا وإذا كان هناك أي تعديل أو إضافة أو حذف .

هذا وشكرا لسيادتكم حسن تعاونكم الصادق معي

الباحثة

البيانات الأولية

الاسم :

النوع : ذكر ( ) أنثي ( )

٣- السن

أقل من ٢٥ سنة ( ) (٢٥ -) (٣٠-) (٣٥-)

٤- الحالة الاجتماعية :

(غير متزوج) (متزوج)

٥- المؤهل الدراسي :

أ – دبلوم متوسط في الخدمة الاجتماعية ( )

ب – بكالوريوس في الخدمة الاجتماعية ( )

ج- ليسانس في الآداب (قسم الاجتماع) ( )

د- دبلوم دراسات عليا ( )

٦- تاريخ الحصول علي المؤهل الدراسي

أ – أقل من خمس سنوات ( )

ب – من ٥ – ١٠ ( )

ج – من ١٠ – ١٥ ( )

٧- مدة العمل في المجال الطبي

أ – أقل من خمس سنوات ( )

ب من ٥ – ١٠ ( )

ج- من ١٠ – ١٥ ( )

٨- مدة العمل داخل العيادات

أ – أقل من ٥ سنوات ( )

ب – من ٥ – ١٠ ( )

ج – من ١٠ – ١٥ ( )

٩- توجد خدمات تأمين صحي في المجال المدرسي

نعم ( ) لا( )

١٠- الإجابة بنعم

ما هى خدمات التأمين الصحي في المجال المدرسي

أ – توقيع الكشف الطبي علي الطلاب ( )

ب – التعرف علي الأمراض والوقاية منها ( )

ج – التوعية بالعوامل المسببة للأمراض ( )

د– استقبال الحالات وتحويلها للعيادة ( )

هـ – ندوات توعية صحة لتلاميذ المدراس ( )

و – خدمات الفحص المعملي ( )

س – أخري تذكر

١١- هل حقق التأمين الصحي أهدافها في المجال المدرسي ؟

أ – نعم ( ) ب – الي حد ما ( ) جـ – لا ( )

١٢– ما رأيك في الخدمات التي يقوم بها التأمين الصحي في هذا المجال

أ – خدمات متميزة ( ) ب – تخدم الي حد ما ( )جـ – لا تخدم ( )

١٣- يتيح لك التأمين الصحي القيام بدورك في هذا المجال

أ – نعم ( ) ب الي حد ما ( ) جـ – لا ( )

ما هو درو لأخصائي الاجتماعي في هذه الخدمات

المساعد أو الممكن :

١– مساعدة العاملين والمسئولين بالتأمين علي تنفيذ المشروعات والخدمات ( )

٢– مساعدة المواطنين في تسهيل حصولهم الخدمة من التأمين ( )

٣– مساعدة التأمين في الإعلان والدعاية علي الخدمات والمشروعات التي تنفذها

( )

٤– أخري تذكر ( )

ب - دور المنسق

١– تنسيق بين برامج ومشروعات التأمين الصحي بحيث لا يهمل مشروع علي حساب الآخر ( )

٢– التنسيق والربط بين التأمين والفروع الاخري العاملة في هذا المجال ( )

٣- التنسيق والربط بين التأمين والمؤسسات الاخري بالمجتمع في تنفيذ ومشروعات داخل هذا المجال ( )

٤- التنسيق والتعاون بين العاملين والمسئولين من جهة والمواطنين من جهة أخري في الحصول علي الخدمة بطريقة ميسرة ( )

٥- أخري تذكر ( )

الوسيط

١- الوسط بين التأمين والمواطنين في الضغط علي التأمين لتعديا أهدافها لتتناسب مع احتياجات المواطنين . ( )

٢- التوسط والربط بين التأمين والخبراء المتخصصون من الخارج ( )

٣- التوسط بين التأمين والمواطنين في تسهيل حصولهم علي خدمة من التأمين ( )

٤- أخري تذكر ( )

د - دور الباحث

١- حيث يقوم الأخصائي الاجتماعي بجمع المعلومات عن أهم مشكلات التأمين التي تواجه المواطنين في المجتمع المحلي ( )

٢- دراسة وتحليل الدراسات والأبحاث التي تناولت مشكلات التأمين وكيفية مواجهتها ( )

٣- دراسة حالات الطلاب الذين يشتركون بخدمات التأمين الصحي من حيث العوامل الاجتماعية والنفسية لهم ( )

٤- أخري تذكر ( )

هـ - دور المخطط

١- وفيه يقوم الأخصائي الاجتماعي بمشاركة المسئولين في التأمين علي تخطيط ووضع وتنفيذ مشروعات التأمين الصحي . ( )

٢- التنسيق للمشروعات والبرامج التي ينفذها التأمين مع المؤسسات الاخري في هذا ( )

٣- التخطيط والتعاون في المشروعات المشتركة للتأمين مع المؤسسات المختلفة الموجودة بالمجتمع ( )

٤- أخري تذكر ( )

و - دور القائد المهني

١- وذلك من خلال العمل مع المسئولين والخبراء لتعبئة الجهود في البرامج الخاصة بهذا المجال ( )

٢- مساعدة المواطنين للحصول الي أهدافهم وإشباع حاجاتهم من خلال مشروعات التأمين الصحي ( )

٣- أخري تذكر ( )

٧- ما هي العوامل التي تؤثر في دور الأخصائي الاجتماعي في المجال المدرسي ؟

أ - مدي كفاية الموارد والامكانات المادية والفنية بالتأمين ( )

ب - مدي استخدام الأساليب والوسائل المهنية والعملية في مواجهة المشكلات التأمينية ( )

ج - مدي تفهم العاملين والمسئولين بدور الأخصائي في هذا المجال ( )

د- مدي استخدام المهارات المهنية للتعامل مع الطلاب ( )

هـ - مدي التعاون والتنسيق بين العاملين والمسئولين في التأمين في بعضهم البعض ( )

و - التحليل والتنسيق بين التأمين والمؤسسات والهيئات العاملة في هذا المجال المدرسي ( )

ز- كذلك تسهيل إجراءات الحصول علي الخدمة للطلاب في المجال المدرسي

( )

س- مدي تعاون المواطنين مع العاملين بالتأمين الصحي لتحقيق أهداف المجال المدرسي ( )

ك - أخري تذكر ( )

١٥ ــ ما هي الأنشطة الفعلية التي يقوم بها الأخصائي الاجتماعي في مجال التأمين الصحي ؟

أ – عمل المحاضرات والندوات في هذا المجال ( )

ب – مساعدة الجهاز الوظيفي بالتأمين مع تنفيذ البرامج الخاصة بالمجال المدرسي ( )

ج – مساعدة المواطنين في الحصول علي الخدمة من التأمين بطرق ميسرة ( )

د– الاتصال بالخبراء المتخصصين من خارج التأمين للاستفادة من خبراتهم ( )

هـ – توعية المواطنين بأهمية برامج ومشروعات التأمين الصحي في المجال المدرسي ( )

و– التنسيق والربط بين التأمين والمؤسسات الاخري العاملة في هذا المجال( )

ز – التنسيق والتعاون بين التأمين والمؤسسات المختلفة في هذا المجال ( )

س – أخري تذكر ( )

١٦ ـ ما هي الصعوبات التي تواجه الطلاب في مجال التأمين الصحي ؟

أ ـ صعوبات راجحة الي أولياء أمور الطلاب وهي :-

١– ضعف مشاركة أولياء الأمور في اشتراك الطلاب بالتأمين الصحي لأبنائهم ( )

٢– غياب الوعي لدي أولياء أمور الطلاب للاشتراك في التأمين واجرائها ( )

٣– فقدان ثقة أولياء أمور الطلاب في التأمين الصحي والعاملين بها وخدماتها ( )

٤– عدم وعي أولياء الأمور بأهمية مشروعات التامين بالنسبة لهم ( )

٥– أخري تذكر ( )

ب ـ صعوبات راجحة الي منسق الهيئة وهي : -

١– قلة الإمكانيات والموارد المادية والفنية ( )

٢– عدم دراسة وفهم العاملين بالتأمين بأهمية هذا المجال ورعايتها ( )

٣– عدم اهتمام المسئولين بالتأمين بمقترحات المواطنين ( )

٤– إتباع الروتين في إجراءات تقديم الخدمة للمواطنين ( )

٥– عدم ملائمة أهداف التأمين مع احتياجات المواطنين ( )

٦– قلة عدد العاملين في هذا المجال ( )

٧- الإعلام والدعاية عن برامج التأمين للمواطنين ( )

٨- التنسيق بين الهيئة والتأمين والمؤسسات الاخري العاملة في هذا المجال( )

٩- عدم الاستعانة بالخبراء والمتخصصين في تنفيذ برامج التأمين للمجال المدرسي ( )

١٠- أخري تذكر ( )

ج – صعوبات راجحة الي نسق محدث التغيير (الأخصائي الاجتماعي) وهي :

١- قلة الأخصائيين الاجتماعيين مع زيادة عدد الطلاب ( )

٢- عدم استخدام الأسلوب العلمي في اختيار وتنفيذ برامج التأمين الصحي ( )

٣- قلة المهارات والخبرات والوسائل المهنية للاخصائي الاجتماعي ( )

٤- عدم إطلاع الأخصائي الاجتماعي علي أحدث الكتب والمراجع المرتبطة بالمهنة ( )

٥- إهمال الأخصائي الاجتماعي لعمله وعدم التفرغ له ( )

٦- أخري تذكر ( )

ملحـــق رقـــم (٢)

استبيان عن دور الأخصائيين الاجتماعيين العاملين بعيادات التامين الصحي فى مواجهة المعوقات التي تواجه التلاميذ المستفيدين من تلك الخدمات

استمارة
مقابلة للأخصائيين الاجتماعيين
العاملين بعيادات التأمين الصحي بمدينة سوهاج
قبل العرض علي السادة المحكمين

إعداد الباحثة

هيام أحمد إبراهيم أحمد

إشراف

أ . د / **عبد الرؤوف أحمد الضبع**

أستاذ ورئيس قسم الاجتماع

أستاذ الكلية للدراسات العليا والبحوث

بكلية الآداب – جامعة سوهاج

جامعة عين شمس
معهد الدراسات العليا للطفولة
قسم الدراسات النفسية والاجتماعية

بسم الله الرحمن الرحيم

استبيان

دور الأخصائيين الاجتماعيين للعاملين بعيادات التأمين الصحي في مواجهة المعوقات التي تواجه التلاميذ المستفيدين من خدمات هذه العيادات

إعداد الباحثة

هيام أحمد إبراهيم أحمد

إشراف

أ . د / **عبد الرؤوف أحمد الضبع**

أستاذ ورئيس قسم الاجتماع

أستاذ الكلية للدراسات العليا والبحوث

بكلية الآداب - جامعة سوهاج

بسم الله الرحمن الرحيم

السيد الأستاذ الدكتور /

تحيه طيبه وبعد ،،،،

تقوم الباحثة بإعداد دراسة موضوعها " المعوقات التي تواجه التلاميذ المستفيدين من خدمات التأمين الصحي ودور الخدمة الاجتماعية في مواجهتها"

وذلك للحصول علي الماجستير في الدراسات النفسية والاجتماعية من معهد الدراسات النفسية والاجتماعية من معهد الدراسات العليا للطفولة - جامعة عين شمس .

ولتحقيق الهدف المنشود من هذه الدراسة تقوم الباحثة حاليا بإعداد استبيان دور الأخصائيين العاملين بعيادات التأمين الصحي في مواجهة المعوقات التي تحول دون حصول تلاميذ المرحلة الاعدادية علي خدمات هذه العيادات

وكذلك استبيان للمعوقات التي تواجه تلاميذ المرحلة الإعدادية المستفيدين من الخدمات التي تقدم داخل عيادات التأمين الصحي .

وتسعي هذه الدراسة الي تحقيق الأهداف التالية :-

٦- حصر المعوقات التي تواجه التلاميذ المستفيدين من خدمات التأمين الصحي والتي تحول دون الاستفادة الكاملة من هذه الخدمات .

٧- تحديد أهم الأساليب التي تساهم بها مهنة الخدمة الاجتماعية في مواجهة هذه المعوقات

٨- الوصول الي دور مقترح للخدمة الاجتماعية لمواجهة المعوقات التي تحول دون استفادة التلاميذ من خدمات التأمين الصحي .

لذا أرجو من سيادتكم إبداء الرأي في أسئلة الاستبيان في ضوء ما ترونه مناسبا من حيث اتفاق الأسئلة مع هدف الاستبيان أم لا وإذا كان هناك أي تعديل أو إضافة أو حذف .

هذا وشكرا لسيادتكم حسن تعاونكم الصادق معي

الباحثة

البيانات الأولية

الاسم :

النوع : ذكر ( ) أنثي ( )

٣- السن

أقل من ٢٥ سنة ( ) (٢٥ -) (٣٠-) (٣٥-)

٤- الحالة الاجتماعية :

(غير متزوج) (متزوج)

٥- المؤهل الدراسي :

أ – دبلوم متوسط في الخدمة الاجتماعية ( )

ب – بكالوريوس في الخدمة الاجتماعية ( )

ج– ليسانس في الآداب (قسم الاجتماع) ( )

د– دبلوم دراسات عليا ( )

٦- تاريخ الحصول علي المؤهل الدراسي

أ – أقل من خمس سنوات ( )

ب – من ٥ – ١٠ ( )

ج – من ١٠ – ١٥ ( )

٧- مدة العمل في المجال الطبي

أ – أقل من خمس سنوات ( )

ب من ٥ – ١٠ ( )

ج– من ١٠ – ١٥ ( )

٨- مدة العمل داخل العيادات

أ – أقل من ٥ سنوات ( )

ب – من ٥ – ١٠ ( )

ج – من ١٠ – ١٥ ( )

٩- توجد خدمات تأمين صحي في المجال المدرسي

نعم ( ) لا( )

١٠- الإجابة بنعم

ما هى خدمات التأمين الصحي في المجال المدرسي

أ – توقيع الكشف الطبي علي الطلاب ( )

ب – التعرف علي الأمراض والوقاية منها ( )

ج – التوعية بالعوامل المسببة للأمراض ( )

د– استقبال الحالات وتحويلها للعيادة ( )

هـ – ندوات توعية صحة لتلاميذ المدراس ( )

و – خدمات الفحص المعملي ( )

س – أخري تذكر

١١- هل حقق التأمين الصحي أهدافها في المجال المدرسي ؟

أ – نعم ( ) ب – الي حد ما ( ) جـ – لا ( )

١٢– ما رأيك في الخدمات التي يقوم بها التأمين الصحي في هذا المجال

أ – خدمات متميزة ( ) ب – تخدم الي حد ما ( )جـ – لا تخدم ( )

١٣- يتيح لك التأمين الصحي القيام بدورك في هذا المجال

أ – نعم ( ) ب الي حد ما ( ) جـ – لا ( )

ما هو درو لأخصائي الاجتماعي في هذه الخدمات

المساعد أو الممكن :

١– مساعدة العاملين والمسئولين بالتأمين علي تنفيذ المشروعات والخدمات ( )

٢– مساعدة المواطنين في تسهيل حصولهم الخدمة من التأمين ( )

٣– مساعدة التأمين في الإعلان والدعاية علي الخدمات والمشروعات التي تنفذها ( )

٤– أخري تذكر ( )

ب - دور المنسق

١– تنسيق بين برامج ومشروعات التأمين الصحي بحيث لا يهمل مشروع علي حساب الآخر ( )

٢– التنسيق والربط بين التأمين والفروع الاخري العاملة في هذا المجال ( )

٣- التنسيق والربط بين التأمين والمؤسسات الاخري بالمجتمع في تنفيذ ومشروعات داخل هذا المجال ( )

٤- التنسيق والتعاون بين العاملين والمسئولين من جهة والمواطنين من جهة أخري في الحصول علي الخدمة بطريقة ميسرة ( )

٥- أخري تذكر ( )

الوسيط

١- الوسط بين التأمين والمواطنين في الضغط علي التأمين لتعديا أهدافها لتتناسب مع احتياجات المواطنين . ( )

٢- التوسط والربط بين التأمين والخبراء المتخصصون من الخارج ( )

٣- التوسط بين التأمين والمواطنين في تسهيل حصولهم علي خدمة من التأمين ( )

٤- أخري تذكر ( )

د - دور الباحث

١- حيث يقوم الأخصائي الاجتماعي بجمع المعلومات عن أهم مشكلات التأمين التي تواجه المواطنين في المجتمع المحلي ( )

٢- دراسة وتحليل الدراسات والأبحاث التي تناولت مشكلات التأمين وكيفية مواجهتها ( )

٣- دراسة حالات الطلاب الذين يشتركون بخدمات التأمين الصحي من حيث العوامل الاجتماعية والنفسية لهم ( )

٤- أخري تذكر ( )

هـ - دور المخطط

١-وفيه يقوم الأخصائي الاجتماعي بمشاركة المسئولين في التأمين علي تخطيط ووضع وتنفيذ مشروعات التأمين الصحي . ( )

٢- التنسيق للمشروعات والبرامج التي ينفذها التأمين مع المؤسسات الاخري في هذا ( )

٣- التخطيط والتعاون في المشروعات المشتركة للتأمين مع المؤسسات المختلفة الموجودة بالمجتمع ( )

٤- أخري تذكر ( )

و - دور القائد المهني

١- وذلك من خلال العمل مع المسئولين والخبراء لتعبئة الجهود في البرامج الخاصة بهذا المجال ( )

٢- مساعدة المواطنين للحصول الي أهدافهم وإشباع حاجاتهم من خلال مشروعات التأمين الصحي ( )

٣- أخري تذكر ( )

٧- ما هي العوامل التي تؤثر في دور الأخصائي الاجتماعي في المجال المدرسي ؟

أ - مدي كفاية الموارد والامكانات المادية والفنية بالتأمين ( )

ب - مدي استخدام الأساليب والوسائل المهنية والعملية في مواجهة المشكلات التأمينية ( )

ج - مدي تفهم العاملين والمسئولين بدور الأخصائي في هذا المجال ( )

د- مدي استخدام المهارات المهنية للتعامل مع الطلاب ( )

هـ - مدي التعاون والتنسيق بين العاملين والمسئولين في التأمين في بعضهم البعض ( )

و - التحليل والتنسيق بين التأمين والمؤسسات والهيئات العاملة في هذا المجال المدرسي ( )

ز - كذلك تسهيل إجراءات الحصول علي الخدمة للطلاب في المجال المدرسي ( )

س - مدي تعاون المواطنين مع العاملين بالتأمين الصحي لتحقيق أهداف المجال المدرسي ( )

ك - أخري تذكر ( )

١٥ ـ ما هي الأنشطة الفعلية التي يقوم بها الأخصائي الاجتماعي في مجال التأمين الصحي ؟

أ – عمل المحاضرات والندوات في هذا المجال ( )

ب – مساعدة الجهاز الوظيفي بالتأمين مع تنفيذ البرامج الخاصة بالمجال المدرسي ( )

ج – مساعدة المواطنين في الحصول علي الخدمة من التأمين بطرق ميسرة ( )

د– الاتصال بالخبراء المتخصصين من خارج التأمين للاستفادة من خبراتهم ( )

هـ – توعية المواطنين بأهمية برامج ومشروعات التأمين الصحي في المجال المدرسي ( )

و – التنسيق والربط بين التأمين والمؤسسات الاخري العاملة في هذا المجال ( )

ز – التنسيق والتعاون بين التأمين والمؤسسات المختلفة في هذا المجال ( )

س – أخري تذكر ( )

١٦ ـ ما هي الصعوبات التي تواجه الطلاب في مجال التأمين الصحي ؟

أ ـ صعوبات راجحة الي أولياء أمور الطلاب وهي :-

١–ضعف مشاركة أولياء الأمور في اشتراك الطلاب بالتأمين الصحي لأبنائهم ( )

٢– غياب الوعي لدي أولياء أمور الطلاب للاشتراك في التأمين واجرائها ( )

٣–فقدان ثقة أولياء أمور الطلاب في التأمين الصحي والعاملين بها وخدماتها ( )

٤– عدم وعي أولياء الأمور بأهمية مشروعات التامين بالنسبة لهم ( )

٥– أخري تذكر ( )

ب ـ صعوبات راجحة الي منسق الهيئة وهي : -

١– قلة الإمكانيات والموارد المادية والفنية ( )

٢– عدم دراسة وفهم العاملين بالتأمين بأهمية هذا المجال ورعايتها ( )

٣– عدم اهتمام المسئولين بالتأمين بمقترحات المواطنين ( )

٤- إتباع الروتين في إجراءات تقديم الخدمة للمواطنين ( )

٥- عدم ملائمة أهداف التأمين مع احتياجات المواطنين ( )

٦- قلة عدد العاملين في هذا المجال ( )

٧- الإعلام والدعاية عن برامج التأمين للمواطنين ( )

٨- التنسيق بين الهيئة والتأمين والمؤسسات الاخري العاملة في هذا المجال( )

٩- عدم الاستعانة بالخبراء والمتخصصين في تنفيذ برامج التأمين للمجال المدرسي ( )

١٠- أخري تذكر ( )

ج – صعوبات راجحة الي نسق محدث التغيير (الأخصائي الاجتماعي) وهي :

١- قلة الأخصائيين الاجتماعيين مع زيادة عدد الطلاب ( )

٢- عدم استخدام الأسلوب العلمي في اختيار وتنفيذ برامج التأمين الصحي ( )

٣- قلة المهارات والخبرات والوسائل المهنية للاخصائي الاجتماعي ( )

٤- عدم إطلاع الأخصائي الاجتماعي علي أحدث الكتب والمراجع المرتبطة بالمهنة ( )

٥- إهمال الأخصائي الاجتماعي لعمله وعدم التفرغ له ( )

٦- أخري تذكر ( )

اقتراحات السادة المحكمين
بشأن حذف بعض العبارات
وإضافة البعض الآخر

التعديلات بعد التحكيم

أولا بالنسبة للبيانات الأولية تم إضافة بنود :

- النوع
- مدة العمل

وتم حذف بنود

٤- الحالة الاجتماعية ٥- المؤهل الدراسي

وكذلك تم حذف بند خاص بتاريخ الحصول علي المؤهل

كما تم حذف البند رقم ٧ والذي ينص علي مدة العمل بالمجال الطبي وتم حذف البند رقم ٨ الخاص بمدة العمل داخل العيادات ثم حذف بند ٩ توجد خدمات تأمين صحي في المجال المدرسي تم حذف بند ١٢ الخاص ما رأيك في الخدمات التي يقوم بها التأمين الصحي في هذا المجال

هل يتيح لك التأمين الصحي القيام بدورك -13

كذلك تم حذف

أ- دور المساعد أو الممكن

ب – دور المنسق

جـ دور الوسيط

د – دور الباحث

هـ – دور المخطط

و – دور القائد المهني

١٤- ما هو دور الأخصائي الاجتماعي في هذه الخدمات ؟

أ – دور المساعد أو الممكن :

١- مساعدة العاملين والمسئولين بالتأمين علي تنفيذ المشروعات الخدمات ( )

٢- مساعدة المواطنين في تسهيل حصولهم الخدمة من التأمين ( )

٣- مساعدة التأمين في الإعلان والدعاية علي الخدمات والمشروعات التي تنفذها ( )

٤- أخري تذكر ( )

ب - دور المنسق

١- تنسيق بين برامج ومشروعات التأمين الصحي بحيث لا يهمل مشروع علي حساب الآخر ( )

٢- التنسيق والربط بين التأمين والفروع الاخري العاملة في هذا المجال ( )

٣- التنسيق والربط بين التأمين والمؤسسات الاخري بالمجتمع في تنفيذ ومشروعات داخل هذا المجال ( )

٤- التنسيق والتعاون بين العاملين والمسئولين من جهة والمواطنين من جهة أخري في الحصول علي الخدمة بطريقة ميسرة ( )

٥- أخري تذكر ( )

ج- دور الوسيط

١- التوسط بين التأمين والمواطنين في الضغط على التأمين لتعديل أهدافها لتتناسب مع احتياجات المواطنين ( )

٢- التوسط والربط بين التأمين والخبراء المتخصصين من الخارج ( )

٣- التوسط بين التأمين والمواطنين في تسهيل حصول المواطنين على خدمة من التأمين ( )

٤- أخرى تذكر ( )

د- دور الباحث

١- حيث يقوم الاخصائى الاجتماعي بجمع المعلومات والبيانات عن أهم مشكلات التأمين التي تواجه المواطنين في المجتمع المحلى ( )

٢- دراسة وتحليل الدراسات والأبحاث التي تناولت مشكلات التأمين وكيفية مواجهتها ( )

٣- دراسة حالات الطلاب الذين يشتركون بخدمات التأمين الصحي حيث العوامل الاجتماعية والنفسية لهم ( )

٤- أخرى تذكر ( )

هـ- دور المخطط

١- وفيه يقوم الاخصائى الاجتماعي بمشاركة المسئولين في التأمين على تخطيط ووضع وتنفيذ مشروعات التأمين الصحي ( )

٢- التخطيط والتنسيق للمشروعات والبرامج التي ينفذها التأمين مع المؤسسات الأخرى في هذا المجال ( )

٣- التخطيط والتعاون في المشروعات المشتركة للتأمين مع المؤسسات المختلفة الموجودة بالمجتمع ( )

٤- أخري تذكر ( )

و- دور القائد المهني( )

١- وذلك من خلال العمل مع المسئولين والخبراء لتعبئة الجهود في البرامج الخاصة بهذا المجال ( )

٢- مساعدة المواطنين للوصول إلى أهدافهم واشباع حاجاتهم من خلال مشروعات التأمين الصحي ( )

٣- أخرى تذكر ( )

٧- ماهى العوامل التى تؤثر فى دور الاخصائى الاجتماعى فى المجال المدرس

أ) مدى كفاية الموارد والامكانات المادية والفنية بالتأمين ( )

ب) مدى استخدام الأساليب والوسائل المهنية والعلمية فى مواجهة المشكلات التأمينية
( )

ج) مدى تفهم العاملين والمسئولين بدور الاخصائى الاجتماعى فى هذا المجال ( )

د) مدى استخدام المهارات المهنية للتعامل مع الطلاب ( )

هـ- مدى التعاون والتنسيق بين العاملين والمسئولين فى التأمين فى بعضهم البعض
( )

و) مدى التعاون والتنسيق بين التأمين والمؤسسات والهيئات العاملة فى هذا المجال المدرس ( )

ز) مدى تسهيل إجراءات الحصول على الخدمة للطلاب فى المجال المدرس ( )

س) مدى تعاون المواطنين مع العاملين بالتأمين الصح لتحقيق أهداف المدرسي ( )

ص) مدى الخبرات المهنية المكتسبة للاخصائى الاجتماعى ( )

ك) أخرى تذكر ( )

١٥- ماهى الأنشطة الفعلية التى يقوم بها الاخصائى الاجتماعى فى هذا مجال التأمين الصحي ؟

أ- عمل المحاضرات والندوات فى هذا المجال ( )

ب- مساعدة الجهاز الوظيفي بالتأمين مع تنفيذ البرامج الخاصة بالمجال المدرس ( )

ج- مساعدة المواطنين فى الحصول على الخدمة من التأمين بطرق ميسرة ( )

د- الاتصال بالخبراء المتخصصين من خارج التأمين للاستفادة من خبراتهم ( )

هـ- توعية المواطنين بأهمية برامج ومشروعات التأمين الصحي فى المجال المدرسي
( )

و- التنسيق والربط بين التأمين والمؤسسات الأخرى العاملة فى هذا المجال
( )

ز- التنسيق والتعاون بين التأمين والمؤسسات المختلفة فى هذا المجال ( )

س- أخرى تذكر ( )

١٦- ماهى الصعوبات التى تواجه الطلاب فى مجال التأمين الصحي ؟

-: أ) صعوبات راجعة إلى أولياء أمور الطلاب وهى

١- ضعف مشاركة أولياء الأمور فى اشتراك الطلاب بالتأمين الصحي لأبنائهم ( )
٢- غياب الوعي لدى أولياء أمور الطلاب للاشتراك فى التأمين وإجراتها ( )
٣- فقدان ثقة أولياء أمور الطلاب فى التأمين الضحى والعاملين بها وخدماتها ( )
٤- عدم وعى أولياء الأمور بأهمية مشروعات التأمين بالنسبة لهم ( )
٥- أخري تذكر ( )

ب) صعوبات راجعة إلى منسق الهيئة وهى :

١- قلة الإمكانيات والموارد المادية والفنية ( )
٢- عدم دراسة وفهم العاملين بالتأمين بأهمية هذا المجال ورعايتها ( )
٣- عدم اهتمام المسئولين بالتأمين بمقترحات المواطنين ( )
٤- إتباع الروتين فى إجراءات تقديم الخدمة للمواطنين ( )
٥- عدم ملاءمة أهداف التأمين مع احتياجات المواطنين ( )
٦- قلة عدد العاملين فى هذا المجال ( )
٧- عدم الإعلان والدعاية عن برامج التأمين للمواطنين ( )
٨- عدم التنسيق بين الهيئة والتأمين والمؤسسات الأخرى العاملة فى هذا المجال( )
٩- عدم الاستعانة بالخبراء والتخصصين فى تنفيذ برامج التأمين للمجال المدرس( )
١٠- أخرى تذكر ( )

ج) صعوبة راجعة إلى نسق محدث التغيير (الاخصائى الاجتماعى) وهى :

١- قلة الأخصائيين الاجتماعيين مع زيادة عدد الطلاب ( )
٢- عدم استخدام الأسلوب العلمي فى اختيار وتنفيذ برامج التأمين الصحي ( )
٣- قلة المهارات والخبرات والوسائل المهنية للاخصائى الاجتماعى ( )
٤- عدم إطلاع الاخصائى الاجتماعى على أحدث الكتب والمراجع المرتبطة بالمهنة( )
٥- إهمال الاخصائى الاجتماعى لعمله وعدم التفرغ له ( )
٦- أخرى تذكر ( )

كذلك تم إضافة الفقرات من ١٨حتي ٢٧ وتذكر نصوصها

١٨- هل تجد لدى الطبيب والزائرة الصحية الرغبة فى التعاون معك ؟

نعم ( ) لا ( )

١٩- فى حالة الإجابة بنعم فما هي مظاهر هذا التعاون ؟

-أشارك فى وضع خطة التعاون ( )

-أشارك فى تنفيذ الخطة ( )

-أشارك فى متابعة الخطة ( )

-يطلب منى تقارير عن الخطة ( )

٢٠- فى حالة الاجابة بلا فما هى مظاهر عدم التعاون ؟

-يعتقد الطبيب أن عمله بمفرده يحقق نجاح أفضل ( )

-تضارب الاراء بينى وبين الطبيب ( )

-عدم وجود تنسيق بينى وبين العاملين بالتأمين الصحي ( )

-كل عضو يؤدى دوره منفرد عن الآخر ( )

٢١- هل يقوم الطبيب بتحويل بعض الحالات اليك ؟

نعم ( ) لا ( )

٢٢- هل ترى ان لدى العاملين بالتأمين الصحى خلفية عن دورك كأخصائي اجتماعي ؟

نعم ( ) الى حد ما ( ) لا( )

٢٣- من وجهة نظرك ماهى الصعوبات التى يواجهها التلاميذ المستفدين من خدمات التأمين الصحى ؟

أ- الانتظار لفترات طويلة ( )

ب- صعوبة التحويل على الطبيب ( )

ج- عدم توافر الأدوية وصعوبة الحصول عليها ( )

د- عدم توافر الأجهزة التعويضية والتأهيلية ( )

٢٤- كيف يمكن التغلب على الأسباب المؤدية لانخفاض مستوى خدمات التأمين الصحى لتلاميذ المدارس ؟

-رفع كفاءة وفعاليات الخدمات المساعدة ( )

-رفع مستو الأداء الفني للأطباء ( )

-رفع مستوى الخدمات التمريضية ( )

-تطوير الإدارة بمؤسسات التأمين الصحى ( )

٢٥- هل تناسب دورك كأخصائي اجتماعي مع الواقع الفعلي للتأمين الصحى لتلاميذ المدارس ؟

نعم ( ) لا( )

٢٦- إذا كانت الاجابة بنعم فما أسباب ذلك ؟

أ- تتناسب أهداف الخدمة الاجتماعية مع أهداف التأمين ( )

ب- تتناسب والأعباء الإدارية والمهنية مع قدرات الاخصائى ( )

ج- توافر المرونة الكافية لممارسة الخدمة الاجتماعية فى التأمين الصحى ( )

٢٧- ما هى مقترحاتك للتغلب على السلبيات الخاصة بخدمات التأمين الصحى لطلاب المدارس ؟

ملحـــق رقـــم (٣)

القرارات الوزارية فى شأن القواعد الأساسية
لتطبيق التأمين الصحي على طلاب المدارس طبقا
لقرار وزارة الصحة رقم ٣٠٠ لسنة ١٩٩٢

قـــرار وزيـــر الصحـــة

رقـــم ٣٠٠ لسنـــة ١٩٩٢

في شأن القواعد الأساسية لتطبيق التأمين الصحي علي طلاب المدارس

وزير الصحة

بعد الإطلاع علي القانون رقم ٦١ لسنة ١٩٦٣ في شأن الهيئات العامة

وعلي القانون رقم ٧٩ لسنة ١٩٧٥ في شأن التأمين الاجتماعي والقوانين المعدلـــة لـــه والقرارات التنفيذية له .

وعلي القانون رقم ٩٩ لسنة ١٩٩٢ في شأن نظام التأمين الصحي علي الطلاب .

وعلي القرار الجمهوري رقم ١٢٠٩ لسنة ١٩٦٤ في شأن إنشاء الهيئة العامة للتـــأمين الصحي وفروعها

قـــــــرر

مادة (١) : تتولي الهيئة العامة للتأمين الصحي تقديم خدمات التـــأمين الصـــحي لطـــلاب المدارس بمختلف مراحلها المنصوص عليها بالقانون رقم ٩٩ لسنة ١٩٩٢ وفقا للقواعـــد والأسس التالية : -

(أ) التطبيق التدريجي علي طلاب المدارس وفق ما تقضي به المادة الثانية من القـــانون المشار إليه ، علي أساس خطة زمنية تعدها الهيئة العامة للتأمين الصحي ، في ضوء توافر معدلات مادية وبشرية محددة ، تكفل توفير رعاية صحية مناســـبة ، ويصـــدر بتحديد الادني لمستوي هذه الرعاية قرار من وزير الصحة .

(ب) تقديم الخدمة الطبية التأمينية لطلاب المدارس بشكل مباشر من خلال جهات العـــلاج التابعة للهيئة العامة للتأمين الصحي وغير المباشر مـــن خـــلال الوحـــدات الاخـــري المتوفرة بمناطق التطبيق والتي يتم التعاقد معها كما يتم علاج حالات الدرن الجـــزام والإمراض العقلية والإمراض المعدية بالمستشـــفيات المتخصصـــة لعلاجهـــا وذلـــك بمقتضي اتفاقات خاصة تعقد لهذا الغرض بينها وبين الهيئة العامة للتأمين الصحي .

(ج) تحديد مراحل الخدمة الطبية التأمينية لطلاب المدارس ، بالتتابع علي النحو التالي :-

- مرحلة الممارسة العامة (طبيب المدرسة) - مرحلة الأخصائي
- مرحلة المستشفي - مرحلة التأهيل الطبي

ولا يجوز للمؤمن عليه التقدم لأي مرحلة من هذه المراحل إلا بحالة يقررها المستوي الأسبق ويجوز عند الضرورة الخروج عن هذا التسلسل وفقا للقرارات التنفيذية المنظمة لأداء الخدمة التي يصدرها رئيس مجلس إدارة الهيئة العامة للتأمين الصحي .

(د) حق المؤمن في اختيار الطبيب المعالج والوحدات العلاجية من بين قائمة تحددها الهيئة وله حق تغيير اختياره سنويا بأخطار كتابي في موعد أقصاه شهر قبل تاريخ انتهاء العام ، ويجوز أن يتم ذلك بصفة تدريجية ، علي أن يصدر رئيس الهيئة العامة للتأمين الصحي قرارا يحدد الإجراءات المنظمة لتلقى رغبات المؤمن عليهم أو تعديل فيها .

(ه) يكون تعاقد الهيئة العامة لتامين الصحي مع الأطباء أو الوحدات العلاجية لتقديم الخدمة الطبية التامين لطلاب المدارس لمده أقصاها عام ، ولا يجدد التعاقد إلا في حاله استيفاء الشروط التي يصدر بتحديدها قرار من رئيس الهيئة العامة للتامين الصحي بما يكفل حسن أداء الخدمة وانتظامها ، ويرعى تطبيق نفس الشروط بالنسبة للأطباء المعنين بالهيئة بحيث ينعكس ذلك على نظام الحوافز المادية المقررة لهم يحدد ذلك تفصيلا بقرار يصدره الرئيس مجلس إدارة الهيئة العامة للتامين الصحي .

(و) تقوم الهيئة العامة للتامين الصحي بإعداد ملف طبي لكل طالب مؤمن علية تسجل به كافه البيانات المتعلقة بحالته الصحية عند بدء الانتفاع بالخدمة وبنتائج الفحص الطبي الدوري الشامل ، والخدمات الوقائية العلاجية والمقدمة في كافة المراحل .

(ز) تقوم الهيئة العامة للتامين الصحي بتحديد مجموعات أو أصناف الأدوية التي يصرح بصرفها بكل مرحلة من مراحل الخدمة الطبية المشار إليها بالفقرة "ج" سالفة الذكر وذلك من الصيدليات المتعاقد معها ، ويجوز عند الضرورة الخروج عن هذا التحديد وفق قرار يصدر رئيس مجلس أداره الهيئة .

مادة (٢) : على رئيس مجلس أداره الهيئة العامة للتامين الصحي تنفيذ هذا القرار.

مادة (٣) : ينشر هذا القرار بالواقع المصرية.

صدر في ١٩٩٢/١٢/١٢

وزير الصحة

(دكتور محمد راغب دويدر)

قـرار وزيـر الصحـة

رقـم ٣٠١ لسنـة ١٩٩٢

فى شان تحديد الحد الأدنى لمستويات الخدمة التأمينية للطلاب

وزير الصحة

بعد الإطلاع علي القانون رقم ٦١ لسنة ١٩٦٣ في شأن الهيئات العامة وعلي القانون رقم ٧٩ لسنة ١٩٧٥ في شأن التأمين الاجتماعي والقوانين المعدلة له والقرارات المنفذة له .

وعلي القانون رقم ٩٩ لسنة ١٩٩٢ في شأن التأمين الصحي علي الطلاب .

وعلي القرار الجمهوري رقم ١٢٠٩ لسنة ١٩٦٤ في شأن إنشاء الهيئة العامة للتأمين الصحي .

قـــــرر

مادة (١) : تعتبر المستويات التالية هي الحدود الدنيا لتقديم الخدمة الطبية التأمينية لطلاب المدارس :

أولا : خدمة الممارس العام (طبيب المدرسة) :

١- لا تقل مدة الخبرة العملية للطبيب الممارس العام عن ثلاث سنوات من تاريخ الحصول علي المؤهل .

٢- يقوم الممارس العام بتقديم الخدمات الوقائية والرعاية العلاجية لعدد لا يجاوز ٢٥٠٠ طالب في موقع واحد ، ولا يجاوز ٢٠٠٠ طالب في موقعين ، وبما لا يجاوز ١٥٠٠ طالب في ثلاث مواقع وتحدد الهيئة العامة للتأمين الصحي مواعيد ثابتة للمارس العام لمناظرة المرضي تتناسب وفترات عمل المدرسة .

٣- تقدم خدمات الممارس العام داخل المدرسة في حالة توفر مكان مناسب للعيادة الطبية وتقدم في عيادة مجمعة تتوسط التجمع الطلابي لعدد من المدارس المحيطة في حالة عدم توفر مكان بالمدرسة او يكون المكان المتاح غير مناسب وفي هذه الحالة تتم الأعمال الوقائية بمرؤور فريق طبي علي المدارس في الأماكن التي يتم تخصيصها لهذا الغرض وفي مواعيد محددة يتم الاتفاق عليها بين إدارة منطقة التأمين الصحي والمدرسة .

٤- يلحق بالعيادة ، زائرة صحية أو ممرضة مدربة .

ثانيا : خدمة الاخصائي خارج المستشفى :

١- يشترط في الطبيب الأخصائي أن يكون قد زاول العمل في فر ع التخصص مدة لا تقل عن سنتين بعد الحصول علي الدبلوم أو سنة بعد الحصول علي الماجستير أو من الحاصلين علي درجة الدكتوراه .

٢- توفر التخصصات التالية في كل العيادات الشاملة : -

- الأمراض الباطنة والقلب - الجراحة العامة - أمراض الأطفال - العيون - الأنف والأذن .
- الأمراض الجلدية والتناسلية - العظام - الأسنان - الأمراض المتوطنة - العيادة النفسية .
- يتم تحديد بعض هذه العيادات الشاملة - علي ضوء معدلات العرض - والطاقة الاستيعابية لها ، وتوزيعها الجغرافي .. بحيث يضاف إليها التخصصات التالية :

الأمراض الصدرية - الأمراض العصبية - المسالك البولية - أمراض النساء - الطب الطبيعي - جراحة القلب والصدر - جراحة المخ والأعصاب - جراحة التجميل - بالإضافة الي توفر خدمات المعمل والأشعة والصيدلية .

٣- توفير عدد من الأطباء الأخصائيين بالعيادات الشاملة في فروع التخصص بما يتناسب مع عدد الطلاب المؤمن عليهم المسجلين علي العيادة بحيث لا يتجاوز عدد حالات العرض في الساعة الواحدة ما يلي :

أ - ٦ حالات لكل من تخصصات

(الأمراض النفسية والعصبية - أمراض النساء - الأسنان)

ب- ٨ حالات لكل من تخصصات

(الأمراض الباطنية والقلب - الجراحة العامة - أمراض الأطفال - الأنف والإذن - الإمراض الصدرية - المسالك البولية - الطب الطبيعي - جراحة القلب والصدر - جراحة مخ وأعصاب - الأمراض المتوطنة) .

ج - ١٠ حالات لكل من تخصصات (العيون - جراحة تجميل) .

د - ١٤ حالة لتخصص الأمراض الجلدية والتناسلية .

ثالثا : خدمة المستشفي :

تؤدي الخدمة الطبية التأمينية داخل المستشفي وفقا للمستويات التالية :

١- يخصص سرير لكل ٣٠٠٠ مؤمن عليه علي الأقل لخدمة المرضي والمصابين من الطلاب

٢- لا يجوز أن يزيد عدد الأسرة في أي غرفة من غرف المرضي المخصصة لعلاج طلاب المدارس المؤمن عليهم عن ستة أسرة ولا تقل عن المساحة المتخصصة لكل سرير عن ٦ متر مربع للسرير .

٣- يراعي أن يتوفر بالمستشفي المواصفات التالية :

أ- أن لا يقل عدد الأسرة عن ٥٠ سرير .

ب- وجود قسم لاستقبال يعمل علي مدار ٢٤ ساعة يوميا ، ويقدم الإسعافات اللازمة لجميع الحالات الطارئة التي تتقدم إليه من الطلاب المؤمن عليهم ، علي أن يلحق بالقسم غرفتين علي الأقل (ذكور - إناث) للملاحظة ، بالإضافة الي غرفة لإجراء التدخلات الجراحية البسيطة والعاجلة ، ويفضل وجود قسم للعمليات به .

ج- وجود غرفة عمليات لكل ٥٠ سرير بحد أدني غرفتين أحدهما للعمليات النظيفة والثانية للعمليات الاخري .

د- وجود مخزن أو بنك للدم، وصيدلية، ومعمل تحاليل،وقسم للأشعة التشخيصية

ه- توفر مصادر بديلة للإنارة .

و- توفر مصدر سليم لمياه الشرب ، ووسائل سليمة للصرف الصحي .

ز- وجود مطبخ مجهز ومناسب وملحق به وسائل تبريد كافيه .

ح- وجود مغسلة مناسبة لعدد الأسرة بالمستشفي .

ط- وجود غرفة لفظ جثث الموتى .

رابعا : خدمة الدواء :

يراعي في الخدمة الدوائية خارج المستشفي ما يلي :

١- توفير صيدلية لكل ٣٠٠٠ من المؤمن عليهم ، مع مراعاة الانتشار الجغرافي المناسب بما يؤدي الي سهولة توفير الخدمة .

٢- يشترط في الصيدليات المتعاقدة مع الهيئة توفر الأدوية اللازمة والتمتع بحسن السمعة والمظهر العام اللائق ، وأن يكون قد مضي علي ترخيص الصيدلية ، سنتان علي الأقل (إلا في حالات الضرورة) .

خامسا : خدمة الاجهزة التعويضية والأطراف الصناعية :

الاجهزة التي يتم صرفها - بالمواصفات التي تقررها الهيئة ومن جهات الاختصاص التي تحددها هي :

أ- النظارات الطبية بأنواعها .

ب- سماعات الأذن .

ج- الاجهزة التعويضية للاسنان .

د- الاجهزة التعويضية للاطراف السفلية والعلوية - الاجهزة السائدة للعمود الفقري والأطراف - الاحزمة الساندة - العكاكيز والعصي بأنواعها - الكراسي المتحركة بأنواعها - والأجهزة الخاصة بتفلطح القدمين .

ه- أجهزة الشلل للاطراف السفلي .

ويصدر رئيس مجلس إدارة الهيئة العامة للتأمين الصحي قرارا بالشروط المنظمة للاستحقاق والصرف والاستعاضة .

مادة (٢) : يجوز استثناء مما تقدم وفي حالات الضرورة وفي الأماكن التي يتعذر فيها توفير المستويات المشار إليها التجاوز عن بعضها بما لا يخل بمستوي الخدمة الطبية التأمينية ، ويصدر رئيس الهيئة العامة للتأمين الصحي قرارا بذلك بعد موافقة وزير الصحة ، علي أن يراعي بصفة خاصة في حالة استخدام عيادة خاصة لعلاج الطلاب ما يلي :

أ- توافر مكان مناسب لاستقبال المرضي من الطلاب وتسجيلهم وانتظارهم .

ب- توافر جميع الاجهزة والمستلزمات الطبية الضرورية لتقديم الخدمة اللازمة حسب نوع التخصص .

ج- توفر الإمكانيات اللازمة لتقديم الإسعافات اللازمة للحالات الطارئة .

مادة (٣) : علي رئيس الهيئة العامة للتأمين الصحي تنفيذ هذا القرار .

مادة (٤) : ينشر هذا القرار بالوقائع المصرية .

صدر في ١٩٩٢/١٢/١٢

وزير الصحة

(دكتور محمد راغب دويدار)

قـرار وزيـر الصحـة
رقـم ٣٠٤ لسنـة ١٩٩٢
بشأن تحديد رسم الزيادة المنزلية للطلاب

وزير الصحة

بعد الإطلاع علي القانون رقم ٦١ لسنة ١٩٦٣ بشأن الهيئة العامة للتأمين الصحي .

وعلي القانون رقم ٧٩ بشأن التأمين الاجتماعي والقوانين المعدلة له والقرارات المنفذة له .

وعلي القانون رقم ٩٩ لسنة ١٩٩٢ في نظام التأمين الصحي علي الطلاب .

وعلي القرار الجمهوري رقم ١٢٠٩ لسنة ١٩٦٤ بشأن إنشاء الهيئة العامة للتأمين الصحي وفروعها .

وعلي ما عرضة رئيس مجلي إدارة الهيئة العامة للتأمين الصحي .

قـــــرر

مادة (١) : يحدد رسم الزيارة المنزلية للطلاب الذين يطبق عليهم أحكام القانون رقم ٩٩ لسنة ١٩٩٢ المشار إليه والتي يكلف بأدائها أطباء الهيئة العامة للتأمين الصحي بمبلغ ثلاثة جنيهات إذا كان عنوان محل الزيارة في دائرة قسم الشرطة الذي يقع في نطلقه محل الإقامة الدائم للطالب ، ويحدد الرسم بخمسة جنيهات فيما عدا ذلك .

مادة (٢) : علي الهيئة العامة للتأمين الصحي وضع القواعد والإجراءات اللازمة لأداء الخدمة المشار إليها .

مادة (٣) : علي رئيس مجلس إدارة الهيئة العامة للتأمين الصحي تنفيذ هذا القرار .

مادة (٤) : ينشر هذا القرار بالوقائع المصرية .

صدر في ١٩٩٢/١٢/١٢

وزير الصحة

(دكتـور محمد راغـب دويدار)

قـرار وزيـر الصحـة
رقـم ٣٠٥ لسنـة ١٩٩٢
في شأن نظام السحب من حساب رسم التأمين الصحي علي السجاير

وزير الصحة

بعد الإطلاع علي القانون رقم ٦١ لسنة ١٩٦٣ بشأن الهيئات العامة .

وعلي القانون رقم ٧٩ لسنة ١٩٧٥ بشأن التأمين الاجتماعي والقوانين المعدله له .

وعلي القانون رقم ١٢٧ لسنة ١٩٨١ في شأن المحاسبة الحكومية والقوانين المعدله له .

وعلي القانون رقم ٩٩ لسنة ١٩٩٢ في شأن نظام التأمين الصحي علي الطلاب .

وعلي القرار الجمهوري رقم ١٢٠٩ لسنة ١٩٦٤ بشأن إنشاء الهيئة العامة للتأمين الصحي وفروعها .

وعلي قرار رئيس مجلس الوزراء رقم ١٠٣٩ لسنة ١٩٧٩ بشأن الهيئات العامة الاقتصادية .

وعلي قرار وزير المالية رقم ٢٩٠ لسنة ١٩٩٢ (المادة الثانية) في شأن نظام تحصيل رسم التأمين الصحي علي السجاير .

وعلي ما عرضه علينا رئيس مجلس إدارة الهيئة العامة للتأمين الصحي .

قـــــرر

(المادة الأولي)

يعمل بالأحكام المرفقة في شأن تنظيم السحب من حساب رسم التأمين الصحي علي السجاير كأحد مصادر تمويل نظام التأمين الصحي علي الطلاب المنصوص عليه بالفقرة

(و) من المادة الثالثة للقانون ٩٩ لسنة ١٩٩٢ كما يعمل بذات الأحكام بالنسبة لنظام السحب من مصادر التمويل الاخري .

(المادة الثانية)

تسري الأحكام الواردة باللوائح المالية والمخزنية الاخري المعمول بها في الهيئة العامة للتأمين الصحي فيما لم يرد به نص خاص في هذا النظام .

(المادة الثالثة)

علي رئيس مجلس إدارة الهيئة العامة للتأمين الصحي تنفيذ هذا القرار .

(المادة الرابعة)

ينشر هذا القرار بالوقائع المصرية ويعمل به من تاريخ صدوره .

صدر في ١٩٩٢/١٢/١٢

وزير الصحة

(دكتور محمد راغب دويدار)

الأحكام المرفقة لقرار وزير الصحة رقم ٣٠٥ لسنة ١٩٩٢
بتاريخ ١٩٩٢/٢١/٢١

أحكام عامة :

مادة (١) : يتم الصرف من حساب رسم التأمين الصحي علي السجاير للمساهمة في تغطية تكاليف أوجه الرعاية الصحية للطلاب المؤمن عليهم وتطويرها المستمر ، في المناطق التي يشملها تطبيق القانون ٩٩ لسنة ١٩٩٢ وتمويل متطلبات الإعداد للتطبيق التدريجي في المناطق الاخري .

مادة (٢) : تودع كافة المتحصلات الاخري المنصوص عليها بالمادة الثالثة من القانون ٩٩ لسنة ١٩٩٢ في الحساب المشار إليه .

مادة (٣) : تتولي الهيئة العامة للتأمين الصحي إمساك مجموعة دفاتر مالية خاصة بنظام التأمين الصحي علي الطلاب ، وتعد الحسابات الختامية وحسابات النتيجة وفقا للأصول المحاسبية وطبقا للنظام المحاسبي الموحد .

أحكام خاصة بقواعد الصرف :

مادة (٤) : يتم الصرف بموجب شيكات تسحب علي حساب الهيئة العامة للتأمين الصحي سالف الذكر المفتوح بالبنك المركزي المصري أو بفروعه أو لدي مراسلية وعلي حسابات الهيئة ببنوك القطاع العام التجارية التي يحول إليها من رصيد هذا الحساب ، وذلك من واقع المستندات المؤيدة للصرف بعد استيفائها ومراجعتها واعتمادها من السلطة المختصة طبقا للاصول المحاسبية السليمة.

مادة (٥): يقصد بالمستندات المؤيدة للصرف ، المستندات الدالة علي أن القيمة قد أنفقت في شأن التأمين الصحي علي الطلاب وأن تكون محددة التاريخ ومعتمدة من السلطات المختصة وموضحا بها أسماء المستحقين .

أحكام خاصة بسلطات الاعتماد :

مادة (٦) : يقوم رئيس مجلس إدارة الهيئة العامة للتأمين الصحي بتحديد من لهم حق طلب دفاتر شيكات البنك المركزي وبنوك القطاع العام التجارية ومن لهم سلطة التوقيع علي الشيكات .

مادة (٧) : يصدر بقرار من رئيس مجلس إدارة الهيئة العامة للتأمين الصحي تحديدا لسلطات الصرف وفقا للقواعد السابقة .

تحريرا في ١٩٩٢/١٢/١٢

وزير الصحة

(دكتور محمد راغب دويدار)

قرار وزير الصحة
رقم ٣٠٦ لسنة ١٩٩٢

في شأن واجبات طبيب المدرسة والطبيب الأخصائي خارج المستشفي

وزير الصحة :

بعد الإطلاع علي القانون رقم ٦١ لسنة ١٩٦٣ بشأن الهيئات العامة .

وعلي القانون رقم ٧٩ لسنة ١٩٧٥ بشأن التأمين الاجتماعي والقوانين المعدلة له .

وعلي القانون رقم ٩٩ لسنة ١٩٩٢ في شأن التأمين الصحي علي الطلاب .

وعلي القرار الجمهوري رقم ١٢٠٩ لسنة ١٩٦٤ بشأن إنشاء الهيئة العامة للتأمين الصحي وفروعها .

وعلي ما عرضة علينا رئيس مجلس إدارة الهيئة العامة للتأمين الصحي .

قـــــرار

مادة (١) : تحدد واجبات طبيب المدرسة فيما يلي :

أولا : الواجبات الوقائية وتتضمن :

١- الفحص الطبي الدوري الشامل ، وهو فحص إكلينيكي ومعملي يشمل جميع أجهزة الجسم ويهدف الي إثبات الحالة الصحية العامة للطالب ، والاكتشاف المبكر للنواحي المرضية وعلاجها أو إحالتها الي الطبيب الأخصائي للمناظرة والعلاج ويتم أجراؤه في دورات زمنية محددة ومنتظمة علي النحو التالي :

أ- يبدأ مع بداية العام الدراسي وينتهي قبل موعد أجازة نصف العام .

ب- يشمل الأطفال المستجدين برياض الأطفال ، والمستجدين في كل مرحلة دراسية (الصف الأول والصف السادس من مرحلة التعليم الأساسي والصف الأول من مرحلة التعليم الثانوي) .

ج- تتحدد خطوات الفحص وفق دليل يصدر به قرار من رئيس مجلس إدارة الهيئة العامة للتأمين الصحي .

٢- الفحص الطبي النوعي ، وهو فحص إكلينيكي ومعملي يتم للوقاية والعلاج من ظواهر مرضية معينة يتم اكتشافها .. ويكون علي طبيب المدرسة في هذه الحالة إبلاغ إدارة منطقة التأمين الصحي التابع لها لتنظيم عملية الفحص بمعرفة الأطباء الأخصائيين حسب نوع الظاهرة ، وتحديد إجراءات الفحص وتوقيته ، مع مسئوليته عن التأكيد من إتمام الفحص ومتابعة الحالات الايجابية وتسجيل نتائج علاجها .

٣- تقرير مدي لياقة الطلاب أعضاء الفرق الرياضية لممارسة نشاطها ، بصفة دورية كل عام وفقا لمستويات لياقة طبية يصدر بتحديدها قرار من رئيس الهيئة العامة للتأمين الصحي .

٤- التحصين ضد الأمراض ، وفقا للبرنامج المقرر من وزارة الصحة .

٥- إبلاغ مكتب الصحة المختص بأي اكتشاف بحالات مرضية وبائية أو بأي حالات مشتبه فيها مع إخطار إدارة المنطقة الطبية للتأمين الصحي التابع لها بذلك ، واتخاذ الإجراءات الوقائية اللازمة بالتنسيق مع الجهة المختصة بوزارة الصحة

٦- الإشراف علي خدمات صحة البيئة المدرسية ويكون علي طبيب المدرسة القيام بالواجبات التالية قبل وأثناء العام الدراسي :

أ- التأكد من صلاحية الفصول من حيث الإضاءة والتهوية ، والمقاعد الصحية ووضوح الوسائل التعليمية ، والنظافة العامة .

ب- التأكد من صلاحية مياه الشرب وأخذ العينات اللازمة منها ومتابعة تحليلها بالتنسيق مع الجهة المختصة بوزارة الصحة .

ج- (ج) التأكد من صلاحية دورات المياه ونظافتها ومناسبتها لإعداد الطلاب .

د- (د) مراقبة البيئة حول المدرسة من ناحية النظافة العامة وتواجد أماكن لبيع الأطعمة مما يضير بالمستوي الصحي للطالب .

وعلي الطبيب إخطار إدارة المدرسة بملاحظاته السابقة ، ومتابعة اتخاذها الإجراءات الكفيلة بتلاقي هذه الملاحظات فورا ، مع إخطار إدارة المنطقة التعليمية المختصة وإدارة المنطقة الطبية للتأمين الصحي التابع لها في حالة عدم الاستجابة لاستكمال ما يلزم من إجراءات .

٧- الأشراف علي التغذية التي توفرها المدرسة ، وتقرير مدي صلاحية الأطعمة التي توزع علي الطلاب وملائمة الغرف والأدوات المخصصة لهذا الغرض ، بالإضافة الي التأكد من ملائمة المقاصف والمطابخ لتحضير وتوزيع الأغذية واستيفاء العاملين بالتغذية للاشتراطات الصحية وحملهم لشهادات سارية تثبت المفعول صلاحيتهم لهذا الغرض ، وإخطار المدرسة ومديريتي التعليم والصحة المختصة لتلاقي أي ملاحظات في حالة المخالفة.

٨- التربية الصحية للطلاب بصفة خاصة الجوانب الآتية :

أ- نشر الوعي الصحي بالنسبة للنظافة العامة والصحية .

ب- التعريف بطرق انتشار الأمراض المعدية والمتوطنة والوقاية منها .

ج- التعريف بالعادات الغذائية والصحية السليمة ، وبأضرار التدخين والإدمان وذلك بالمشاركة في عقد الندوات وإلقاء المحاضرات بصفة منتظمة .

د- المشاركة في اجتماع مجلس الآبـاء ، وعـرض المشـكلات الصـحية بالمدرسة والعمل علي تنشيط أعمال الجمعيات الصحية التي يشارك بهـا الطلاب بالتعاون مع الزائرة الصحية والأخصائي الاجتماعي بالمدرسة .

ثانيا الواجبات العلاجية وتتضمن :

١- فحص الطلاب المتقدمين للعيادات ويشكون من أعراض مرضـية محـددة ، وطلب الفحوص اللازمة لهم ، وتشخيص حالتهم ، ووصف العـلاج الـلازم أو تحويلهم الي الأطباء الأخصائيين إذا تتطلب الأمر ذلـك ، والقيـام بالزيـارات المنزلية التي يكلف بها مع منح الأجازات المرضية اللازمة في حدود السلطات المخولة له ، بقرار رئيس مجلس ادارة الهيئة العامة للتأمين الصحي ، وقيـد من إجراءات وتوصيان وعلاج في الملف الطبي لكل منهم .

٢- تقديم الإسعافات الأولية للحالات الطارئة وتحويل الحالات العاجلة الي اسـتقبال المستشفيات مباشر بعد عمل الإسعافات الأولية اللازمة .

٣- متابعة الحالات المحالة للعلاج لدي الأخصائيين والمستشفيات .

ثالثا : الخدمات الصحية الاجتماعية الاخرى :

متابعة الطلاب للنظارات أو سماعات الأذن أو الأجهزة الطبية التعويضية الاخري التـي يوصي بها وتوجيههم لسحن استعمالها ومتابعـة ذلـك بمعاونـة الزائـرة الصـحية والأخصائي الاجتماعي بالمدرسة .

مادة (٢): تحدد واجبات الأخصائي خارج المستشفي لعلاج المدراس علي النحو التالي:

١- مناظرة الحالات التي تحول إليه وطلب الفحوص المعمليـة والإشـعاعية ، والأبحاث المختلفة اللازمة للتشخيص والعلاج ، ووصف الأدوية اللازمـة مع منح الأجازات المرضية عند اللزوم طبقا للحالة المرضية وفـي حـدود السلطات المخولة له بقرار رئيس مجلس ادارة الهيئـة العامـة للتـأمين الصحي .

٢- إحالة الحالات المرضية التي تحتاج للدخول والعلاج داخل المستشفي .

٣-مشاركة الأطباء الأخصائيين في التخصصات الاخري لمناظرة الحالات التي تستدعي ذلك والتحويل للأطباء الاستشارات حسب مقتضيات الحالة .

مادة (٣) : تحدد واجبات الطبيب الاخصائي الاستشاري خارج المستشفي لعلاج طلاب المدارس علي النحو التالي :

١- مناظرة الحالات المرضية التي تحتاج لرعاية خاصة وتحال إليه من الطبيب الاخصائي وطلب الفحوص والأبحاث اللازمة للتشخيص والعلاج .

٢- وصف الأدوية اللازمة أو تحديد الإجراءات العلاجية أو التدخلات الجراحية حسب الحالة .

٣- مشاركة غيره من الأطباء الاستشاريين في فرع التخصص أو فروع التخصص الاخري ذات العلاقة للتوصل الي قرار بالنسبة للحالة المرضية المعروضة وتحديد وسائل العلاج اللازمة .

٤- التوصية بالأجازات المرضية التي يراها ضرورية .

مادة (٤) : علي رئيس مجلس ادارة الهيئة العامة للتأمين الصحي تنفيذ هذا القرار .

مادة (٥) ينشر هذا القرار في الوقائع المصرية ويعمل به اعتبارا من تاريخ صدوره .

صدر في ١٩٩٢/١٢/١٢١

وزير الصحة

(دكتور محمد راغب دويدار)

قرار وزير الصحة
رقم ٣٢١ لسنة ١٩٩٢
بشأن تحديد الإمراض المزمنة الخاصة بالطلاب المنتفعين بنظام التأمين الصحي

وزير الصحة :

بعد الإطلاع علي القانون رقم ٦١ لسنة ١٩٦٣ بشأن الهيئات العامة .

وعلي القانون رقم ٧٩ لسنة ١٩٧٥ بشأن التأمين الاجتماعي والقوانين المعدلة له .

وعلي القانون رقم ٩٩ لسنة ١٩٩٢ في شأن التأمين الصحي علي الطلاب .

وعلي القرار الجمهوري رقم ١٢٠٩ لسنة ١٩٦٤ بشأن إنشاء الهيئة العامة للتأمين الصحي وفروعها المعدل بقرار رئيس مجلس الوزراء رقم ٦٢٢ لسنة ١٩٧٨ .

وعلي ما عرضة علينا رئيس مجلس إدارة الهيئة العامة للتأمين الصحي .

قـــــــــــــــرر

مادة (١) : تحدد الإمراض المزمنة المنوه عنها بالفقرة " ج" من المادة الثالثة من القانون رقم ٩٩ لسنة ١٩٩٢ المشار إليه علي النحو التالي :

أولا : الأورام الخبيثة بجميع أنواعها ومضاعفاتها بأي من أجزاء الجسم إذا ثبت تشخيصها بصفة قاطعة .

* All types of malignant diseases and its complications

ثانيا : الإمراض الدرنية بأنواعها * ALL types of tuberculosisثالثا : الأمراض العقلية العضوية المزمنة بعد ثبوتها بصفة قاطعة .

* Chroncic organic mental diseases

رابعا : أمراض الدم المزمنة * Chronic haematologic diseases

١- الانيميا الوراثية Hereditary anaemias

* أنيميا البحر الأبيض المتوسط Thalassemia

* الانيميا المنجلية sickle cell anaemia

* الانيميا التكورية Spherocytic anaemia

* أنيميا الفول (G 6 PD DEFICIENCY ANAEMIA (FAVISM

٢- الانيميا الخبيثة Pernicous anaemia

٣- الانيميا الضمورية Aplastic pancytopenia

٤- نقص كرات الدم البيضاء الدوري Cyclic neutropenia

٥- أمراض النزيف الوراثية coagulation disorders * الهيمو فيليا

أ ، ب ، ج Haemophilia A , B , C

* العيوب الوظيفية بالصفائح الدموية Thrombocytopenia

٦- سرطان الدم Malignant blood diseases

* اللوكيما الحادة Acute leukaemia

* اللوكيما المزمنة Chrnic leukaemia

٧- سرطان الغدد الليمفاوية Malignant lymphomas

* الهوجكين Hodhken lympomas

* الغير هودجكين NO Hodhken lympomas

خامسا : أمراض الجهاز الدوري والقلب ومضاعفاتها

* Cardio – vascular diseases and its

١- ارتفاع ضغط الدم المزمن Chronic hypertension

٢- أمراض القلب المزمن وتشمل : Chronic cardiac diseases

- أمراض صمامات القلب الروماتزمية Rheumatic valvular diseases
- العيوب الخلقية بالقلب Congenital heart diseases
- اختلال ضربات القلب المزمن Cronic arrythemyas

٣- أمراض عضلة القلب التحللية الأولية والثانوية Cardlamyopathy

٤- هبوط البطين الأيمن للقلب من تشوهات القفص الصدري أو الأمراض المزمنة بالرئتين

Congestive geard failure due to chronic diseases or abnormalities in the thoracic cage

سادسا : أمراض الجهاز الهضمي وتشمل : Castro-intestinal diseases complications of oesphageal

١- مضاعفات تمدد أوردة المرئ varicose

٢- الالتهاب البريتوني المزمن لأسباب مختلفة

Chronic peritonitis of different causes

٣- الاستسقاء بأنواعه All types of ascitis

٤- تضخم الطحال المصحوب بمضاعفات خطيرة

splenomegaly and its complication

٥- أمراض الكبد المزمنة المصحوبة باختلال وظائف الكبد

Chroic hepatic diseases with disturbance of liver functions
ulcerative colitis

٦- التهاب القولون المقترح Congenital megacolon

٧- التضخم الخلقي للقولون Congenital and acquired

٨- ضيق المرئ الخلقي والمكتسب oesphageal stenosis

قرار وزير الصحة
رقم ١٥ لسنة ١٩٩٣
بشأن تحصيل اشتراكات التأمين الصحي من طلاب المدارس

وزير الصحة :

بعد الإطلاع علي القانون رقم ٦١ لسنة ١٩٦٣ في شأن الهيئات العامة .

وعلي القانون رقم ٧٩ لسنة ١٩٧٥ في شأن التأمين الاجتماعي والقوانين المعدلة له والقرارات التنفيذية له .

وعلي القانون رقم ٩٩ لسنة ١٩٩٢ في شأن نظام التأمين الصحي علي الطلاب

وعلي القرار الجمهوري رقم ١٢٠٩ لسنة ١٩٦٤ في شأن إنشاء الهيئة العامة للتأمين الصحي وفروعها .

وعلي موافقة وزير شئون الازهر وزير التعليم .

قـــــــــرر

مادة (١) : تقوم المدرسة بتحصيل الاشتراكات السنوية التي يتحملها الطلاب الذين يصدر قرار من وزير الصحة بتطبيق نظام التأمين الصحي عليهم عن كل عام دراسي وفق أحكام القانون ٩٩ لسنة ١٩٩٢ وتوريدها في المواعيد المبينة بالمادة الثالثة وذلك بواقع :-

- أربعة جنيهات عن كل طفل من رياض الأطفال وكل طالب من طلاب التعليم الأساسي والثانوي بأنواعه والمدارس الفنية نظام الخمس سنوات والمدارس الثانوية التجريبية التحضيرية للمعلمين والمداس الخاصة المعانة والمعاهد الأزهرية.
- ١٠% من قيمة المصروفات التعليمية السنوية عن كل طفل من رياض الأطفال الخاصة وكل طالب من طلاب المدارس الخاصة بمصروفات ، بحد أقصي مقدارة خمسون جنيها ([1])

مادة (٢)[1]: تحتسب الاشتراكات المشار إليها – لأول مرة – بنسبة المدة إذا كان تاريخ بداية تطبيق نظام التأمين الصحي المحدد بقرار وزير الصحة لاحقا لتاريخ بداية العام الدراسي ، ويعتبر – حكما أول أكتوبر هو بداية العام الدراسي في احتساب المدة التي يتم السداد عنها .

مادة (٣) : يتم تحصيل اشتراكات التأمين الصحي علي الطلاب في المواعيد المحددة لتحصيل الرسوم الدراسية وفي موعد أقصاه شهر من التاريخ المحدد لبدء التطبيق بالنسبة لما ورد بالمادة الثانية من القرار ، علي أن يتم توريد المبالغ المحصلة الي ادارة فرع الهيئة العامة للتأمين الصحي في موعد أقصاه خمسة عشر يوما من تاريخ انتهاء المهلة المحددة للتحصيل .

مادة (٤) : يكون لمندوبي الهيئة العامة للتأمين الصحي حق مراجعة البيانات التي ترد إليها من المناطق التعليمية والمدارس التابعة لها أو وحدات شئون الأزهر علي السجلات والدفاتر الموجودة بتلك الوحدات .

---

[1] – ألغيت هذه الفقرة بمقتضي حكم المحكمة الدستورية العليا ليسري علي جميع الطلاب اشتراك سنوي واحد بواقع أربعة جنيهات .

مادة (٥) : علي الجهات المختصة تنفيذ هذا القرار كل فيما يخصة .

مادة (٦) : ينشر هذا القرار بالوقائع المصرية .

صدر في ١٩٩٣/١/٧

وزير الصحة

(دكتور محمد راغب دويدر)

قرار وزير الصحة
رقم ١٦ لسنة ١٩٩٣
بشأن تحديد بيانات وطريقة إصدار وتداول بطاقة الانتفاع بالتأمين الصحي لطلاب المدارس

وزير الصحة

بعد الإطلاع علي القانون رقم ٦١ لسنة ١٩٦٣ في شأن الهيئات العامة .

وعلي القانون رقم ٧٩ لسنة ١٩٧٥ في شأن التأمين الاجتماعي والقوانين المعدلة له والقرارات التنفيذية له .

وعلي القانون رقم ٩٩ لسنة ١٩٩٢ في شأن نظام التأمين الصحي علي الطلاب .

وعلي القرار الجمهوري رقم ١٢٠٩ لسنة ١٩٦٤ في شأن إنشاء الهيئة العامة للتأمين الصحي وفروعها .

وعلي موافقة وزير شئون الأزهر ووزير التعليم .

قـــــــــــرر

مادة (١) : تقوم الهيئة العامة للتأمين الصحي بإصدار بطاقة الانتفاع بالخدمة لكل طالب من طلاب المدارس المطبق عليهم أحكام القانون رقم ٩٩ لسنة ١٩٩٢ في شأن نظام التأمين الصحي علي الطلاب علي أن تتضمن البيانات آلاتية :

المحافظة – أسم المدرسة – اسم الطالب – الرقم التأميني – عنوان الطالب – أماكن تقديم الخدمة العلاجية (أخصائي – مستشفي)

مادة (٢) : تكون إجراءات إصدار البطاقة علي النحو التالي :

١- تقوم إدارة فرع التأمين الصحي المختص بموافاة كل مدرسة بالأعداد اللازمة من بطاقات الانتفاع حسب الحصر الميداني الذي قامت به .

٢- تقوم إدارة المدرسة باستيفاء البيانات الخاصة ببطاقة الانتفاع من واقع ملف الطالب لديها مع وضع صورة فوتوغرافية حديثة للطالب .

٣- تعد ادارة المدرسة كشوف بأسماء الطلبة المقيدين بكل صف بها ، موضحا بتلك الكشوف موقف كل طالب سداد الاشتراك المنصوص عليه قانونا وكذا البيانات الأساسية الخاصة بالطالب وتعتمد هذه الكشوف من مدير المدرسة وتختم بخاتمها.

٤- تقوم إدارة المدرسة بتسليم الكشوف المعتمدة والبطاقات الي ادارة فرع التأمين الصحي المختص للمراجعة واستيفاء باقي البيانات واعتمادها الي المدرسة خلال أسبوعين علي الأكثر من تاريخ الاستلام .

٥- تتولي إدارة المدرسة تسليم الطلبة بطاقات الانتفاع المعتمدة .

مادة (٣) : تكون إجراءات تداول البطاقة علي النحو التالي :

١- يتعين إبراز بطاقة التأمين الصحي عند صرف الدواء أو الحصول علي الخدمة الطبية في مراحلها المختلفة خارج المدرسة .

٢- تجديد البطاقة سنويا

٣- في حالة فقد أو تلف البطاقة يتم إصدار بديل لها نظير سداد التكلفة وفقا لما يحدده قرار من رئيس مجلس إدارة الهيئة العامة للتأمين الصحي .

مادة (٤) : علي الجهات المختصة تنفيذ هذا القرار كل فيما يخصه .

مادة (٥): ينشر هذا القرار في الوقائع المصرية .

وزير الصحة

(دكتور محمد راغب دويدار)

قـــرار
وزير الصحة والسكان
رقم ٣٨٠ لسنة ١٩٩٧
في شأن نظام للرعاية الصحية التأمينية للأطفال

وزير الصحة

بعد الإطلاع علي القانون رقم ٦١ لسنة ١٩٦٣ في شأن الهيئات العامة .

وعلي القانون رقم ٧٩ لسنة ١٩٧٥ في شأن التأمين الاجتماعي والقوانين المعدلة له والقرارات التنفيذية له .

وعلي القانون رقم ٩٩ لسنة ١٩٩٢ في شأن نظام التأمين الصحي علي الطلاب .

وعلي القرار الجمهوري رقم ٢٣٢٣ لسنة ١٩٦٧ في شأن الترخيص للهيئة العامة للتأمين الصحي بأداء خدمات طبية وصيدلية مقابل اجر .

وعلي قرار مجلس الوزراء بجلسته رقم ١٥ المنعقدة بتاريخ ١٩٩٧/٦/١١ بتدبير الدعم المالي اللازم لوزارة الصحة والسكان خلال العام المالي ١٩٩٨/٩٧ للنهوض بالتأمين الصحي .

وعلي ما عرضه علينا رئيس مجلس إدارة الهيئة العامة للتأمين الصحي .

قـــــــرر

مادة (١) : يتبع في شأن الرعاية الصحية التأمينية للأطفال الذين يولدون اعتبارا من أول أكتوبر ١٩٩٧ بجميع محافظات الجمهورية النظام المبين في المواد التالية .

مادة (٢) : تتولي الهيئة العامة للتأمين الصحي تقديم الخدمات الوقائية والعلاجية للأطفال بالتعاقد مع جهات العلاج العامة والخاصة أو عن طريق إمكانيتها الذاتية .

مادة (٣) : تتولي وزارة الصحة والسكان مسئولية توفير وتمويل كافة مستلزمات الخدمات الوقائية للأطفال .

مادة (٤) : يمول نظام الرعاية الصحية التأمينية للأطفال كما هو متبع بنظام التأمين الصحي علي الطلاب وعلي النحو التالي :

أ- مقابل الانتفاع السنوي الذي يتحمله ولي الأمر عن كل طفل بواقع خمسة جنيهات عند استخراج وتجديد البطاقة الصحية التأمينية سنويا ، ويسدد بموجب طابع تأمين صحي فئة خمسة جنيهات .

ب- الدعم المالي الذي تقرر بجلسة مجلس الوزراء رقم ١٥ المنعقدة بتاريخ ١٩٩٧/٦/١١ للنهوض بالتأمين الصحي ويكون المبلغ المعتمد لكل طفل علي حساب ما تقرر بنظام التأمين الصحي علي الطلاب في هذا الشأن.

ج- مساهمة ولي أمر الطفل في ثمن الدواء الذي يصرف خارج المستشفي علي غرار ما أتبع في نظام التأمين الصحي علي الطلاب .

مادة (٥) : علي الهيئة العامة للتأمين الصحي والجهات المختصة بوزارة الصحة والسكان تنفيذ كل فيما يخصه اعتبارا من ١٩٩٧/١٠/١ .

صدر في ١٩٩٧/٩/٢٨

وزير الصحة

أ.د / إسماعيل سلام

جامعة عين شمس
معهد الدراسات العليا للطفولة
قسم الدراسات النفسية والاجتماعية

المعوقات التي تواجه التلاميذ المستفيدين من خدمات التامين الصحي ودور الخدمة الاجتماعية فى مواجهتها
دراسة مطبقة على عيادات التأمين الصحي
بمدينة سوهاج لتلاميذ المرحلة الإعدادية

ملخص بحث للحصول على درجة الماجستير فى دراسات الطفولة

إعداد
الباحثة / هيام أحمد إبراهيم أحمد

إشراف
أ.د/ عبد الرءوف أحمد الضبع
أستاذ ورئيس قسم الاجتماع
ووكيل كلية الآداب بسوهاج
للدراسات العليا والبحوث
٢٠٠٧

أولا مشكلة الدراسة :

مما لاشك فيه أن المرض يمثل بالنسبة للإنسان خطرا مزدوجا يحطم جسده و يهدد مقدرته على كسب العيش نتيجة عدم تمكنه من مواصلة عمله ، وجهة أخري فالمرض يعتبر عامل هدم لمعنويات المريض و يهتم كل مجتمع بتقديم الرعاية الصحية لأفراده فى أشكال متعددة فمنها ما يقدم على مستوي المجتمع كل ومنها يقدم على المستوي المحلي عن طريق المؤسسات الطبية و لا يمكن تقديم الرعاية الصحية بمعزل عن توفير رعاية اجتماعية متكاملة للمريض لتحقيق أقصي استفادة ممكنة من العلاج والرعاية الصحية للتلاميذ فى المدارس يؤدي إلى إنشاء جيل صحيح العقل والجسد وخاصة إذا كان هذا المريض طفل من هنا كان الاهتمام بالجانب الاجتماعي إلى الجانب الطبي ومن هناك كانت الحاجة إلى مجود اجتماعيي معه لحل مشكلاتهم و يقوم الأخصائي الاجتماعي بممارسة دور قوي يتناسب مع طبيعة المشكلات و خاصة أنها فى تزايد مستمر

ثانيا – أهمية الدراسة :

تكمن أهمية الدراسة فى الأهمية النظرية و التطبيقية على النحو التالي :

١- الأهمية النظرية :

عن طريق جمع البحوث والدراسات المختلفة التي تناولت هذا المجال و الاستفادة منها فى معرفة المعوقات التي تواجه التلاميذ المستفيدين من خدمات التأمين الصحي و التعرف على الدور الفعلى للأخصائي الاجتماعي داخل عيادات التامين الصحي أثناء قيامه بهذا الدور

٢- الأهمية التطبيقية :

يمكن أن تساهم نتائج البحث فى :

١- القضاء على المشكلات التي تواجه التلاميذ المستفيدين من خدمت التامين الصحي

٢- التوصل إلى الدور المقترح للأخصائي الاجتماعي داخل عيادات التامين الصحي فى مواجهة المعوقات التي تواجه التلاميذ المستفيدين من خدمات التامين الصحي

٣- إرشاد و توجيه المهتمين لوضع الخطط و البرامج و توفير كافة الخدمات التي يمكن أن توجه لرعاية هؤلاء الطلاب

٤- الاستعانة بالدور المقترح فى تدريب الأخصائيين الاجتماعيين فى العيادات الطلابية حتي يكون لهم أكثر فاعلية فى مساعدة الطلاب فى مواجهة مشكلاتهم التي تعوق الاستفادة من هذه الخدمات الخاصة بالتامين الصحي

ثالثا: أهداف الدراسة :

تسعي الدراسة إلى تحقيق الأهداف التالية :-

١- التعرف على مدى فاعلية الخدمات الصحية الوقائية المقدمة لتلاميذ المدارس.

٢- التعرف على مدى فاعلية الخدمات الصحية العلاجية المقدمة لتلاميذ المدارس.

٣- التعرف على مدى فاعلية الخدمات الصحية التأهيليه المقدمة لتلاميذ المدارس.

٤- التعرف على المعوقات التى تواجه تلاميذ المدارس المستفيدين من خدمات التامين الصحى .

٥- التعرف على إسهامات الخدمة الاجتماعية فى مجال التامين الصحى لتلاميذ المدارس.

رابعا : تساؤلات الدراسة :

التساؤل الرئيسي

أولا ماهي المعوقات التي تواجه التلاميذ المستفيدين من خدمات التأمين الصحي ؟

ومن خلال التساؤل الرئيسي تسعى هذه الدراسة للإجابة على هذه التساؤلات التالية:

١- ما مدى فاعلية خدمات التامين الصحى الوقائية المقدمة لتلاميذ المدارس؟

٢- ما مدى فاعلية خدمات التامين الصحى العلاجية المقدمة لتلاميذ المدارس؟

٣- ما مدى فاعلية خدمات التامين الصحى التاهيلية المقدمة لتلاميذ المدارس؟

٤- ما المعوقات التى تواجه التلاميذ المستفيدين من خدمات التامين الصحى؟

٥- ما إسهامات الخدمة الاجتماعية فى مجال التامين الصحى لتلاميذ المدارس؟

خامسا: الإجراءات المنهجية للدراسة:

١ـ المنهج المستخدم:

المنهج المستخدم هو منهج المسح الاجتماعي بنوعيه(الحصر الشامل – العينة) باعتبارهم هم انسب المناهج الوصفية تمشيا مع نوع الدراسة.

٢ـ عينة الدراسة:

تتكون عينة الدراسة من عينتين كما يلى :

١- عينة من الطلاب المستفيدين المترددين على عيادات التامين الصحى لتلقى خدمات

التامين بالعاشر من رمضان والتخصصية وقوامها (١٠٠) طالب .

٢- جميع الأخصائيين الاجتماعيين فى داخل عيادات التامين الصحى بالعاشر من رمضان والتخصصية وقد بلغ عددهما (١٠) أخصائيين اجتماعيين .

٣- أدوات الدراسة:

وقد اعتمدت الباحثة فى هذه الدراسة على الأدوات التالية:

١- استبيان مفتوح للتعرف على دور الأخصائيين الاجتماعيين العاملين فى عيادات التامين الصحى (من إعداد الباحثة)

٢- استبيان للتعرف على المعوقات التى تواجه التلاميذ المستفيدين من خدمات التامين الصحى بمدينة سوهاج فى التعامل مع المشكلات التى تواجه الطلاب .(من إعداد الباحثة) .

٤- المعالجة الإحصائية :

استخدمت الباحثة من المعالجة الإحصائية طريقة النسب المئوية للتوزيعات التكرارية على متغيرات أو بنود الاستمارة وترى الباحثة أن النسب المئوية هى انسب الطرق فى هذه الحالة حيث أنها تعبر عن المتوسط للبيانات الاسمية التى يمكن إدراكها على أنها من نوع القيم المنفصلة.

سادسا: مجالات الدراسة:

أولا : المجال المكاني

عيادات التامين الصحى مركز مجمع العاشر من رمضان والمراكز التخصصية.

ثانيا : المجال الزمني:

استغرقت الدراسة الميدانية وعمل المقابلات مع الأخصائيين الاجتماعيين والطلاب المستفيدين من هذه الخدمات سبعة شهور فى الفترة من(أول شهر أكتوبر ٢٠٠٦م، حتى نهاية شهر أبريل ٢٠٠٧م)

ثالثا : المجال البشرى : طلاب وطالبات المرحلة الاعدادية

سابعا : نتائج الدراسة ومقترحاتها:

أولا : مشكلات راجعة للطلاب :

١- أوضحت نتائج الدراسة أن هناك صعوبة فى عرض الكارنية على الممارس العام

وقد يرجع ذلك لعدم التزام الطلاب بمكان الكشف.

٢- أوضحت نتائج الدراسة كثرة تمارض بعض الطلاب للحصول على الأدوية واستبدالها بأشياء أخرى .

٣- أوضحت نتائج الدراسة أن معظم المترددين على العيادات يستغرقون وقتا طويلا قبل العرض على الممارس وقد يرجع ذلك إلى عدم حضورهم فى مواعيدهم.

٤- أظهرت نتائج الدراسة أن معظم الطلاب لا يعودوا إلى الطبيب فى حالة عدم وجود الأدوية فى صيدلية العيادة .

ثانيا: مشكلات راجعة للمؤسسة:

١- أوضحت نتائج الدراسة عدم توقيع الكشف الطبى على الطلاب من جانب الممارس وبعض الأطباء والأخصائيين والاكتفاء بسماع الشكوى.

٢- أوضحت نتائج الدراسة أن الممارس العام لا يستغرق وقتا كافيا أثناء الكشف على الطلاب.

٣- أوضحت نتائج الدراسة عدم اهتمام بعض الأطباء بالطلاب أثناء توقيع الكشف الطبى وقد يرجع ذلك إلى كثرة المعروض على الطبيب.

٤- أوضحت نتائج الدراسة عدم انتظام حضور الطبيب الأخصائى فى مواعيده المحددة والاعتذار من عدم الحضور فى اغلب الأحيان.

٥- أوضحت نتائج الدراسة إيجاد صعوبة فى تحويل الطلاب من الممارس إلى الأخصائى.

٦- أوضحت نتائج الدراسة عد وجود بعض التخصصات مما يؤدى إلى تحويلهم إلى مكان أخر.

٧- أوضحت نتائج الدراسة عدم وجود صيدليات كافية لصرف الأدوية.

٨- أوضحت نتائج الدراسة ضيق المكان الذى يتم فيه الكشف الطبى.

٩- أوضحت نتائج الدراسة تعقيد الإجراءات الإدارية فى الدخول وإثناء الخروج عند صرف الأدوية اللازمة.

١٠- أوضحت نتائج الدراسة عدم توفر الأدوية للطلاب واقتصارها على نوع واحد من الدواء .

١١- أوضحت نتائج الدراسة عدم وجود معامل للتحاليل الطبية وقسم الأشعة داخل عيادات التامين.

١٢- أوضحت نتائج الدراسة عدم مشارك الادراة فى عمل ندوات ومؤتمرات للطلاب المنتفعين وأسرهم .

١٣- أوضحت نتائج الدراسة عدم معرفة الطبيب بالدور الفعلى الذي يقوم به الأخصائى الاجتماعى .

١٤- أوضحت نتائج الدراسة عدم وجود تعاون بين الأخصائى والفريق العلاجي.

١٥- أوضحت نتائج الدراسة عدم وجود مكان مخصص للأخصائى الاجتماعى.

١٦- أوضحت نتائج الدراسة انشغال الأخصائى الاجتماعى ببعض الأعمال الإدارية.

١٧- أوضحت نتائج الدراسة أن الأخصائى الاجتماعى لا يؤدى الدور المحدد له.

المقترحات:

أولاً- بالنسبة لنظام التامين الصحى عامة:

١- التوسع فى تطبيق التأمين الصحى وخاصة للطلاب المدارس.

٢- التوسع فى إنشاء عيادات شاملة لتشمل جميع الطلاب لتقديم الخدمة المتميزة.

٣- التوسع فى فتح صيدليات جديدة للعمل على توفير جميع أنواع الأدوية للطلاب وترشيد صرف الدواء.

٤- العمل على القضاء على مشكلة نقص الصيادلة بالهيئة العامة للتأمين الصحى مع تكليفهم بالعمل الإجبارى فى التأمين.

٥- الاعتماد على الفئات المعينة داخل التأمين أكثر من المتعاقدين

٦- العمل على استكمال المعدات والأجهزة الناقصة فى التأمين حتى تكون الخدمة متميزة للجميع خاصة فئات الطلاب.

٧- العمل على توعية أولياء أمور الطلاب عامة وفئة الطلاب خاصة بأهمية التأمين ودوره فى خدمة المواطنين.

٨- التركيز من جانب الهيئة على الجوانب النفسية والاجتماعية للطلاب كأفراد لهم مشاكلهم الفردية والمادية والأسرية والسلوكية والنفسية.

٩- تخصيص مكان مناسب للطلاب لتوقيع الكشف الطبى عليهم وتلقيهم الخدمات التى يحتاجونها دون معاناة.

١٠-تقترح الباحثة رفع مستوى خدمات التامين الصحى عن طريق زيادة رسوم الاشتراك فى التأمين حتى تواكب الأسعار المتزايدة فى الأدوية والمستلزمات الطبية والأجهزة الحديثة وغيرها.

ثانياً-بالنسبة لممارسة الخدمة الاجتماعية:

١-تدعيم التأمين الصحى بمدينة سوهاج بأعداد من الأخصائيين الاجتماعيين من ذوى الخبرة الطويلة فى المجال الطبى.

٢-تخصيص أخصائى اجتماعى لكل عيادة شاملة أو أكثر بالتأمين الصحى مع تحديد اختصاصات واضحة لها.

٣-تخصيص مكان مناسب ومستقل للأخصائى الاجتماعى لاستقبال الطلاب لتأدية الخدمة ومراعاة مبدأ السرية فى العمل كمبدأ من المبادئ فى العمل مع الحالات.

٤-عمل دورات تدريبية للأخصائيين الاجتماعيين حتى تساعدهم على زيادة الخبرة ورفع الكفاءة العالية للتعامل مع فئات الطلاب المختلفة وفى مجالات مختلفة أيضاً.

٥-اشتراك الأخصائى الاجتماعى كأحد أعضاء الفريق العلاجى فى الدور الوقائى مع مدهم بالإمكانيات الإعلامية ووسائل الاتصال المناسبة.

٦- زيادة التعاون بين كل من الأخصائى الاجتماعى والأطباء والعاملين فى مجال الطب حتى يستطيع العاملين بالتامين الصحى معرفة دور الأخصائى وتدعيم العلاقة مع الفريق العلاجى.

ثالثاً-بالنسبة للأخصائى الاجتماعى الممارس:

تقترح الباحثة الدور الذى يقوم به الأخصائى الاجتماعى فى مجال التامين:

أ-الاتصال بين المنتفعين لاستقبال لصالح المنتفعين وذلك عن طريق الاتصال بفئات الرأى فى الخدمات التى تقدم للمنتفعين وكيفية تطوير المشكلات التى تواجهه أثناء الاستفادة من الخدمات، والمعوقات التى تقف فى طريقها أثناء تلقى الخدمة ويحاول المساعدة على حلها أو التعرف على مقترحاتهم لرفع مستوى أداء الخدمة.

Department of Socio-psychological Studies

The Obstacles Encounter Health-Insurance Benefited Students And The Role of The Social Service

(An applied study on Health Insurance Clinics that serve Prep-stage Students in sohag)

A Thesis Statement Submitted In Partial Fulfillment of the Requirements for Master Degree in Childhood studies

By
Hayam AHmed Ebrahim Ahmed

Supervised By

Prof. / Abd El-Raou'f Ahmed Al-Dabaa
Professor & Head of Department of Sociology-
Vice-dean of
Faculty of Post-graduate and Research
Faculty of Arts – Sohag

(1) The theoretical importance:

Through collecting different researches and studies that handled this field and making use of them in identifying the obstacles the encounter the beneficiary student, such as health insurance. Also to identify the effective role of the social worker inside the health insurance clinics and to identifying the obstacles the hinder carrying out this role and the obstacles that prevent the social worker from undertaking their roles.

(2) Applicative importance:

The research results may contribute to the following:

1- Overcome the problems that encounter the beneficiaries from the students such as health insurance

2- Achieving the proposed role of the social worker in the health insurance clinics to remove the obstacles that encounter the beneficiaries[1] student hom the health insurance services.

3- Guide and direct those who are interested in setting the plans and programs as well as providing with all the services that can be directed to care for those students.

4-Get help from the proposed role in training the social workers inside the students' clinics so as to be more effective in assisting the students when they encounter problems that hinder making use of these services and health insurance in particular.

First: Study Problem:

No doubt that illness represents a double danger for mankind . It devastates their bodies and capabilities to make ends meet as a result of not being able to assume their work. On the other hand, illness is considered a factor for demoralizing the patients' spirit. Every society is concerned with providing with the health care needed by its members and in different forms. Some of them can be provided for on the whole society level, some can be offered on the local level, and some can be offered by the medical institutions. Health care can not be provided for separately from the provision of comprehensive social care for the patient to achieve maximum benefit possible from medication. Providing with the health care for school students leads to establishing a new generation with sound mentality and healthy body- especially is this patient is a child. Hence, beside the concern about the medical side, there is a concern about the social side. Consequently, the need for the social worker who can help solve their problems came into existence. The social worker undertakes a powerful role that is appropriate to the nature of these problems which are continuously increasing.

Second: The importance of the Study:

The importance of the study lies in the theoretical and applicative importance as follows:

Third: The Objectives of the Study:
The stud}' aims achieving the following objectives:

1 - Identifying the effectiveness of preventive health services provided for the school students.

2- Identifying the effectiveness of curative health services provided for the school students.

3- Identifying the effectiveness of rehabilitation health services provided for the school students.

4- Identifying the obstacles that encounter the school students who benefit from the health insurance services.

5- Identifying the contributions made by the social worker in the field of health insurance for the school students who benefit from the health insurance services.

Fourth: The Study Queries (questions):
This study aims at answering the following questions:
1- how effective the preventive health insurance services provided for the school students

2- I low effective the curative health insurance services provided for the school students

3- how effective the rehabilitation health insurance services

4- What are the obstacles that encounter the school students who benefit from the health insurance services

5- What are the contributions of social work in the health insurance field for the school students

Fifth: The Study Methodological Procedures:

1- Methodology used:

The methodology used is the two-type social survey (comprehensive survey sample survey) as they are considered the most appropriate descriptive methodology for that type of study.

2- Study sample:

The study sample includes the two following samples:

1- A sample from the benefited students who visit the health
insurance clinics to receive health insurance services in the 10" of Ramadan City and the specialized clinics that accounts for 100 students

2- All the social workers in the health insurance clinics in the 10th of Ramadan City and the specialized clinics that accounts for 10 social workers

3- School tools:

The researcher of this research relied on the following tools:

1 - Open questionnaire to identify the role of the social workers who work in the health insurance clinics (prepared by the researcher)

2- Another questionnaire to identify the obstacles that the students who benefit from health services in Sohag city encounter in dealing with the problems that they face (prepared *by* the researcher)

4- Statistical processing:
The researcher used the statistical processing in percentage method for the repeated distribution on the variables or the format items. The researcher sees that percentage method is the best means in this case as it expresses the nominal data average that can be perceived as separate values

Sixth: The study scope: \ venue:
The health insurance clinics in the 10th of Ramadan City and the specialized clinics

Duration:
The field study and interviews conducted with social workers and students benefiting from the services took five months from the period from the beginning of October 2006 till the end of February 2007.

Seventh: Study Results and Suggestions: First: Problems on the side of the students:

1- the study results showed that there is a difficulty in presenting the health cards to the General

Practitioner (GP). This took place may be because the students were not committed to the place of examination
2- The study results showed that some students pretended to be sick so as to get the medication and exchange them in return of other items.
3- The stud\' results showed that most of those who visit the
clinics stayed too long waiting for the GP to see them. This was because they do not come on time
4- The study results showed that most of the students do not come back to be seen by the doctor when there are no medications in the clinic's pharmacy.

Second: Problems on the side of the institution:
5- The study results showed that the GP, some doctors, and
specialists do not examine the students and only listen to their complaints.
6- The study results showed that the GP does not take a proper time when examining the students
7- the study results showed that some doctors do not show any concern or interest when examining the students. This is due to the big number of people to be examined

S- The study results showed that the specialist (doctor) does not come regularly on the pro-determined times and apologize/e for not coining to the clinic most of time

c;- The study results showed that there is difficulty in transferring the students from the GP to the specialist
1 0- The study results showed that there is a lack in some specializations which leads to transferring the students to another place
11- The study results showed that there are not enough pharmacies to dispense the medication
1 2- The study results showed that the place whore examination takes place is very small
1 3- The study results showed that the administrative procedures are complicated when going in and out when dispensing the necessary medications
14- The study results showed that there is a lack in the provision of medications for the students and availability of one kind of medicine only
1 5- The study results showed that there is no medical analysis lab and radiology in the health insurance clinics.
1 6- The study results showed that the management does not participate in the seminars and conferences related to the beneficiary students and their families.
1 7- The study results showed that the doctors did not know the actual role of the social worker
18 - The study results showed that there was no cooperation between the specialist and the treatment team
1 9- The study results showed that there is no allocated place for the social worker
20- The study results showed that the social worker is preoccupied with administrative work and tasks
2 1 - The study results showed that the social worker does not carry out the role assigned to them

The Study Suggestions:

1-Expanding the services provided for in the health insurance clinics

2- Allocating an appropriate place for the students to receive health insurance services

3- Providing the health insurance clinics with permanent specialist doctors and not through contracting with such doctors

4-Expanding in establishing more than one pharmacy to receive medication services

5- Providing with medical needs related to the students in different educational stages

6- Providing the health insurance with a number of social worker with good experience in the medical field

7- Dispensing financial rewards to the social workers as an incentive to present their skills and efficiency. Also to strengthen and support the cooperation process among the medical team.

Department of Socio-psychological Studies

"The Obstacles Encounter Health-Insurance Benefited Students And The Role of The Social Service "

(An applied study on Health Insurance Clinics that serve Prep-stage Students in Sohag"

A Thesis Statement Submitted In Partial Fulfillment Of the Requirements for Master Degree in Childhood Studies

By

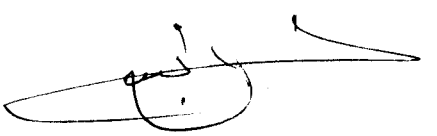
Hayam Ahmed Ebrahim Ahmed

Supervised By

Prof. / Abd El-Raou'f Ahmed Al-Dabaa

Professor & Head of Department of Sociology- Vice-dean of Faculty of Post-graduate and Research

Faculty of Arts - Sohag



2005