

العنوان:	مدخل لتنظيم و ادارة قطاع الخدمات الصحية
المصدر:	الإدارة
الناشر:	اتحاد جمعيات التنمية الإدارية
المؤلف الرئيسي:	جمعة، رمسيس عبدالعليم
المجلد/العدد:	مج 3, ع 4
محكمة:	لا
التاريخ الميلادي:	1971
الشهر:	ابريل
الصفحات:	63 - 69
رقم MD:	307081
نوع المحتوى:	بحوث ومقالات
قواعد المعلومات:	EcoLink
مواضيع:	التأمين الصحي، الخدمات الصحية، تنظيم و ادارة، العلاج المجاني، العلاج باجر، العلاج التأميني، مصر
رابط:	http://search.mandumah.com/Record/307081

مدخل لتنظيم وإدارة قطاع الخدمات الصحية

يناقش المقال موضوعاً بحثه مؤتمر « دراسة المشكلات التخطيطية والتنظيمية لإدارة المستشفيات » الذي عقدته لجنة برنامج القادة الإداريين في الفترة بين ١/٢ ، ١٩٧١/١/٢٨ . وأوصى فيه بأن :

يكون التخطيط والمتابعة والتقديم لجميع الخدمات العلاجية عملية مركزية ، وأن تكون هناك أجهزة في المحافظات لاقتراح مشروعات الخطة المحلية ، ومباشرة تنفيذ برامج الخطة المركزية على مستوى المحافظة ملتزمة بأهدافها وبما يتواءم مع مقتضيات الظروف المحلية .

ولكن آراء المؤتمرات اختلفت في أسلوب التنفيذ ، أي طريقة تقييم الخدمات العلاجية لجمهور المواطنين .

ويعرض الكاتب ما يرى أنه الأسلوب الذي ينجح في التنفيذ ، بينما يخالفه الكثير من أعضاء المؤتمر . ونرى أن نشر هذا الرأي يساعد على الإحاطة بجوانب مشكل هذا الموضوع الكبير الأهمية والحظر . وقد يثير نقاشاً علمياً مفيداً .

والاجتماعية وغيرها بالاطار العام لخطة المجتمع القومية بهدف الوصول الى الاهداف القومية في التنمية الاقتصادية والاجتماعية ، لان هذه الخدمات تؤثر على حجم الانتاج الى جانب ارتباط حجم استثمارات بالحجم الكلي للاستثمارات القومية ، مما يجعل من اللازم تحديد الحجم الامثل لاستثمارات الخدمات الصحية ، ثم توجيهه وفق خطة مرسومة نحو مشروعات تخدم الانتاج الى جانب تدعيم الخدمة في ذاتها .

ويرتبط تنظيم الخدمات الصحية في ج.ع.م في أي مرحلة ارتباطاً وثيقاً بتحديد الاهداف تحديداً واضحاً - ومدى الكفاءة في حل مشكلات العلاج الطبى بها .

وتستهدف السياسة الصحية للممل على توفير حق الرعاية الصحية لكل مواطن غير مشروط بثمن وبحيث يقدم في ظروف ميسرة وبإمكانات كافية وبمستوى لائق .

ان الخدمات الصحية الى جانب اعتبارها خدمة تؤثر في الانتاج فانها كذلك خدمة ورعاية ملحة ، ومن حق المواطنين في ظل المجتمع الاشتراكي ان يحصلوا عليها بكفاءة وفي الوقت المناسب ، وبدون شرط مادي أو بالتكلفة المناسبة . وليست الخدمات الصحية ضرورة في ذاتها فحسب . ولكن السياسة التخطيطية في الدول النامية تربط بين أنواع الرعاية الصحية

د. مسيس عبد العليم جمعة

أمين عام المجلس الأعلى للخدمات الصحية ورئيس وحدة التنظيم والإدارة بوزارة الصحة . سبق أن نشرنا له عدة مقالات كان آخرها « مدخل الى تقييم الإصلاح الإداري في مجال الخدمات » نشر في عدد يوليو ١٩٧٠ العدد الأول المجلد الثالث .

وقد حدد ميثاق العمل الوطنى الوسيلة
المستهدفة بتطبيق نظام التأمين الصحى .

التنظيم الحالى للخدمات العلاجية :

تحاول الدولة توفير العلاج لمختلف فئات
المواطنين بطرق متعددة على النحو التالى :

أولا - العلاج المجانى :

وتقوم به مستشفيات ووحدات وزارة
الصحة ، كما تقوم الوزارة بمنح اعانات بالنسبة
للمؤسسات العلاجية ، مقابل تخصيص بعض
الأسرة للعلاج المجانى فى مستشفياتها .

كذلك تقوم به المستشفيات الجامعية ،
بالاضافة الى مسؤولياتها عن التعليم الطبى
والبحوث .

ويعتبر العلاج المجانى وسيلة لتوفير الرعاية
الصحية للفئات غير القادرة على تحمل تكاليف
العلاج .

ثانيا - العلاج بأجر :

وقد أنشئت له المؤسسات العلاجية أساسا
- بسبب الشكوى من ارتفاع أجور الخدمات
بالمستشفيات التابعة للجمعيات الخيرية المصرية ،
لذلك رؤى تأميمها للانتفاع بها فى خدمة المواطنين
وذلك حتى يمكن للدولة أن تحدد أجورا عادلة
للعلاج والاقامة والفحص للمواطنين .

فأنشئت المؤسسة العلاجية لمحافظة القاهرة
التي تضم المستشفيات المؤممة فى القاهرة .
كما أنشئت المؤسسة العلاجية لمحافظة
الاسكندرية فى الاسكندرية .

كما شكلت مجالس تشرف على المستشفيات
الصغيرة التي أممت فى المحافظات الأخرى ، وقد
رأت وزارة الصحة منح هذه المؤسسات اعانات
مقابل تخصيص بعض الاسرة للعلاج المجانى
للمواطنين .

ثالثا - العلاج عن طريق التزام أرباب الأعمال :

ونظرا لأن العمل هو مصدر الدخل ، وأن
رعاية القوة العاملة صحيا ينعكس اثره مباشرة

على الكفاية الانتاجية ... فقد اهتمت الدولة
باصدار عدة تشريعات فى هذا الشأن أهمها
قانون العمل رقم ٩١ لسنة ١٩٥٩ الذى ألزم
أرباب الأعمال يتحمل نفقات علاج العاملين
لديهم وقرر حق العلاج الطبى الشامل فى
المنشآت التى يزيد عمالها على ٥٠٠ عامل .
وبذلك ترك تقدير مستوى الخدمة الطبية لأرباب
الأعمال ، بالاضافة للتمييز الواضح بين الطبقة
العاملة وعدم تحقيق العدالة بين الأطباء لانه لم
يخلق فرص عمل متكافئة .

رابعا - العلاج التأمينى :

وقد حدد ميثاق العمل الوطنى الصادر فى
مايو ١٩٦٢ فى الباب السابع منه « الانتاج
والمجتمع » معايير الرعاية الصحية والوسيلة
المستهدفة لتحقيقها والمتمثلة فى التوسع فى التأمين
الصحى حتى يظل بحمايته كل جموع المواطنين .
وتضمن الدستور المؤقت الصادر فى ٢٥ مارس
١٩٦٤ النص على كفالة الدولة لخدمات التأمين
الاجتماعى (فى حالة الشيخوخة - والمرضى -
والعجز - والبطالة) .

وترجمت تلك المبادئ باصدار القانون ٦٣
لسنة ١٩٦٤ فى شأن التأمينات الاجتماعية ،
حيث تضمن فى الباب الخامس من الأحكام
الخاصة بالتأمين الصحى على العاملين فى قطاع
الأعمال والقانون رقم ٧٥ لسنة ١٩٦٤ فى شأن
التأمين الصحى على العاملين فى الحكومة
والهيئات العامة والمؤسسات العامة وهيئات
الادارة المحلية .

وأنشئت لذلك الهيئة العامة للتأمين الصحى
بالقرار الجمهورى رقم ١٢٠٩ لسنة ١٩٦٤ .
ويلاحظ أن ذلك بداية تحقيق الهدف الأساسى .
وهو شمول التأمين الصحى لقطاع العاملين فى
الدولة .. بدون تفرقة تبعا لاختلاف حجم المنشآت
وعدد العاملين بها .

خطة الخدمات الصحية وتعدد نظم العلاج :

يجرى رسم خطة للخدمات الصحية بالتعاون
بين القطاعات الصحية عن طريق المجلس

وهو من مقومات نجاح العمل ، ويقضى بأن تتولى كلا من هذه النظم جهة معينة . على أن ينسق بينها جميعا المجلس الأعلى للخدمات الصحية .

ولكن على الرغم من أن القوانين والقرارات قد حددت لكل من الجهات التي سبق ذكرها الواجبات الاساسية لها دون تداخل بينها أو ازدواج في الاختصاص ، الا أن بعض الجهات تولى اختصاص جهات أخرى . فمثلا تقوم المؤسسات العلاجية بالتعاقد مع الشركات لعلاج العاملين بها مقابل أجر شامل أو مقابل الحساب بالحالة . . كما أن بعض مستشفيات وزارة الصحة والمستشفيات الجامعية تخصص أسرة للعلاج بأجر رمزي وتتعاقد بعضها مع شركات القطاع العام على علاج العاملين بها .

كذلك اضطرت الهيئة العامة للتأمين الصحى الى التعاقد مع بعض الشركات ومعظمها من شركات القطاع العام الملتزمة ، طبعا لقوانين العمل بعلاج عامليها - وذلك رغبة منها في استغلال الطاقات المعطلة بمستشفياتها الموجودة بالقاهرة ، نظرا لأنها رسمت خططها على أساس التطبيق في بعض المناطق ، ولم يصدر بعد قرار التطبيق .

وقد انخفض معدل شغل الأسرة بمستشفيات المؤسسة العلاجية بمحافظة الاسكندرية ، نتيجة تطبيق قوانين التأمين الصحى ، وقيام المستشفيات الجامعية بادخال نظام العلاج بالأجر . وهذا يتطلب مراجعة الموقف في هذه المحافظة على أساس استغناء المؤسسة العلاجية عن فائض الأسرة لتستفيد منها الهيئة العامة للتأمين الصحى عند التطبيق على العاملين بالمنشآت التي بها أثل من عشرة عمال ، وعلى بعض العاملين بالقطاع الحكومى الذين لم يطبق عليهم التأمين الصحى للآن ، لاسيما وأن التطبيق على هاتين الفئتين سيؤدى حتما الى انخفاض جديد في معدلات شغل الأسرة بمستشفيات المؤسسة العلاجية ، وبهذا تتجنب الدولة انشاء أسرة جديدة في محافظة الاسكندرية في الوقت

الأعلى للخدمات الصحية الذى يرأسه وزير الصحة ويضم ممثلين لهذه القطاعات ، بالإضافة الى تمثيل وزارة التخطيط . وللمجلس امانة عامة تتولى جمع أليانات واعداد مشروع الخطة وتوضع خطة الخدمات الصحية على المستوى القومى استنادا الى الخطط الفرعية التي تعدها الوحدات التنفيذية على أساس الاحتياجات المحلية . وتساعد الخطة على هذا النحو بالإضافة الى ما يتوافر للمجلس الأعلى للخدمات الصحية من البحوث ونتائج المتابعة والتقويم يمكنه من التيام بوضع الخطة على المستوى القومى متضمنة جميع القطاعات بما فيها القطاع الخاص .

وعلى الرغم من تعدد نظم العلاج - وهذا وضع مرحلى الى أن نصل الى هدف تعهيد التأمين الصحى - فان كلا من هذه النظم يخدم هدفا محددا يتمشى مع مقتضيات مرحلة التحول الاشتراكى التي تتسم بالتفاوت في القدرات المادية لفئات المواطنين على تحمل نفقات العلاج .

فالعلاج المجانى في حدود امكانيات الدولة حق لكل مواطن نص عليه الدستور والميثاق . كما أن العلاج بالأجر ، وهو اختيارى وخاضع لاشراف الدولة ورقابتها له دوره ، وفلسفته هى أن يتاح للقادرين من المواطنين أن يحصلوا على مستوى خاص من الخدمة العلاجية مقابل أجور تطبقها قدراتهم المالية . وفي ذلك تخفيف من عبء الدولة في توفير العلاج المجانى .

كذلك فان العلاج التأمينى هدف حدده الميثاق وأوصى بالتوسع فيه ليشمل كل جموع المواطنين علاوة على أنه يحمل معنى التكافل والتضامن بين العاملين وبعضهم، وأيضا بينهم وبين صاحب العمل ، وفيه يتوافر للمتفعين به مستوى معين من الخدمة العلاجية بمعدلات خاصة .

مشكلات تعدد نظم العلاج :

ليس تعدد النظم العلاجية في ذاته - على ما نرى - مدعاة للقلق اذا طبقنا مبدأ التخصص

الذى يوجد فيه مائض بمستشفيات المؤسسة العلاجية .

الا أن مشكلات العلاج الحقيقية ترجع الى عدم كفاية مخصصات الانفاق على الخدمات الصحية لمواجهة احتياجات الجماهير رغم التوسع الكبير الذى تم فيها بعد الثورة .

وهناك عدم عدالة توزيع الوحدات والأفراد بين المحافظات ، وعدم اكتمال عناصر الخدمة فى بعض الوحدات ، وعدم احكام التسلسل والربط بين مستويات الخدمة من الريف حيث خدمة المارس العام ، الى المدن حيث خدمة الاخصائى والمستشفى ، ثم الى العواصم حيث المعاهد المتخصصة والمستشفيات الجامعية .

والدولة حينما حددت هدفها بالتوسع فى التأمين الصحى وضعت ركيزة الحلول لهذه المشكلات . لأن التأمين الصحى يضمن مستوى مناسباً لمعدلات الخدمة من أسرة ووحدة وأطباء ، ويوفر عناصر الرعاية الطبية كاملة للمنتفعين فى مواقعهم ، ويلتزم بذلك كله عند التطبيق بموجب قانونه ولوائحه . وهو باسهام المنتفعين به مع أرباب الاعمال فى تكاليفه انما يحقق التنافس والتضامن بينهم ، ويوفر الموارد للانفاق على الخدمة ولخلق امكانيات جديدة تسمح بالتوسع والتحسين فيها . ثم هو يحقق التسلسل والربط بين مستويات العلاج من المارس العام الى الاخصائى والاستشارى فالمستشفى والرعاية المنزلية والتأهيل الطبى . الا أن للتأمين الصحى مشكلاته فى التطبيق التى ينبغى العمل على حلها . ويمكن تلخيصها فى الآتى :

أولاً : قصور الوعي التأمينى الذى أدى الى ظهور بعض العقبات منها :

١ - معارضة بعض الحاملين للمشروع على أساس وجود نظم حالية للعلاج ببعض الشركات مع أن بعض الشركات تقوم بتوفير الاسعافات الأولية فقط والتبعض يقدم خدمة طبية كاملة ، فضلاً عن التفرقة فى المعاملة . وقد أدى ترك الحرية للشركات فى تقديم العلاج الى ارتفاع

متوسط تكلفة العلاج فبلغت فى بعضها ٢٥ جنيها للفرد سنوياً .

٢ - اعتراض البعض على مساهمة العامل جزء من مرتبه .

ثانياً : مشكلات العلاج الطبى لتأمين اصابات العمل والكشف الطبى الدورى ، اذ تم فى سنة ١٩٦٨ الاتفاق بين الهيئة العامة للتأمينات الاجتماعية الصحية على أن تقوم الاخيرة بعلاج حالات اصابات العمل متابل ١ ٪ من أجور المؤمن عليهم ، على أن تقوم الهيئة الأخرى بتنفيذ اجراءات الكشف الدورى ، ولا شك أنه من صالح المنتفعين . ومن واجب أطباء الهيئة العامة للتأمين الصحى العمل على اكتشاف حالات الأمراض المهنية ، ولكن قيام جهة أخرى بالفحص الطبى الدورى بجانب ما يقوم به أطباء الهيئة يعتبر ازدواجا لا مبرر له .

ثالثاً : مشكلة التوازن المالى ، وضرورة انشاء صندوق مالى خاص بالهيئة لتتمكن من ترحيل الفائض لمواجهة التوسع فى التطبيق ورفع مستوى الخدمة .

وفى المشكلات العامة للعلاج ما يتعلق بحسن استخدام الامكانيات المتاحة ، ولا شك أن ذلك من واجب المجلس الأعلى للخدمات الصحية المنوط به التخطيط والتنسيق لقطاع الصحة علاجاً ووقاية ودواء وتعليماً . فعليه أن ينظر فى توزيع الامكانيات من أسرة ووحدة ، بحيث يتم التنسيق بين الأنظمة الثلاثة للعلاج المجانى والتأمينى وبالأجر ، دون ترك طاقة معطلة فى أى جهة يمكن استخدامها فى جهة أخرى . وهذا يعنى على سبيل المثال أنه كلما تقرر توسع فى التأمين الصحى لتغطية شرائح جديدة نقلت الأسرة الفائزة بالجهات الأخرى المترتبة على التطبيق الى الهيئة العامة للتأمين الصحى - ولكن لا بد من الابقاء على المؤسسات العلاجية وبعض مستشفياتها لتخصص لعلاج المواطنين بالأجر ، على اعتبار أنها تمثل مرحلة مؤقتة من مراحل تطور الخدمات الطبية فى الجمهورية ، وتنتهى مهمتها تدريجياً مع التوسع فى تطبيق

في التطبيق وأسلوبه في الإدارة ، وفي معاملة
المنتفعين به ونظرة المنتفعين اليه على أساس
مدى التزامه قبلهم بما تنص عليه القوانين
واللوائح .

ان رفع عبء العلاج المجاني عن كاهل
المؤسسات العلاجية انما يساعد على انطلاقتها
بقدره واقتصاديات أكفأ عما هي عليه الآن ،
ويساعد على تنظيم نشاطها تقييما محكما
ومنسقا ، كما ان تفرغ مستشفيات وزارة الصحة
للعلاج المجاني دون انشغال بالعلاج بالأجر
(الاقتصادي) يعيد ثقة الجمهور بالعلاج المجاني ،
ويوجه جهد أطبائها الاتجاه السليم في خدمة
الجمهور العاجز عن الدفع . كذلك فان تفرغ
الهيئة العامة للتأمين الصحي للعلاج التأميني
فقط ، وانشاء صندوق مالي خاص بها سوف
يساعدها على خلق امكانيات جديدة للتوسع
وتحسين الخدمة .

ان معالجة اسباب عجز المؤسسات العلاجية
عن موازنة مواردها مع مصروفاتها يتأتى برفع
عبء العلاج المجاني عنها ، وتركها تتطرق
بأسلوب اقتصادي في أداء وظيفتها ، فتقدم
العلاج حسب قاعدة العرض والطلب وبأقل
تكلفة ممكنة ، وفي منافسة مع القطاع الخاص
لصالح المواطنين . وليس من الضروري أن تكون
وحدة التنظيم هي الوسيلة لتحقيق التوازن
المطلوب بين الإيراد والمنصرف .

تدعيم المجلس الأعلى :

تبقى بعد ذلك عملية التخطيط المركزي للعلاج .
— وهذه يتحتم أن تتم في اطار التخطيط الصحي
الشامل وقاية وعلاجا ودواء وتعلينا — وهي
أصلا مهمة المجلس الأعلى للخدمات الصحية
الذي يجب أن يقوم بواجبه في ذلك كاملا
وبفاعلية ، الى جانب واجبه في التنسيق بين
جهات الخدمة تحقيقا لحسن استخدام
الامكانيات ، وتنظيم المعاملة المالية للأطباء ،
وتنظيم أجور العلاج للمرضى .
ولضمان قيام المجلس بهذه الواجبات

التأمين الصحي ، بحيث تنتهي الحكمة من
وجودها عندما يطبق التأمين الصحي على جميع
أفراد الشعب . ومؤدى هذا أيضا ألا يسمح
بانشاء امكانيات جديدة للتأمين الصحي قبل
التأكد من عدم وجود طاقات معطلة بالمؤسسات
العلاجية .

ومن المشكلات العامة للعلاج موضوع لوائح
العاملين وأجور الأطباء ، ويرتبط حل هذه المشكلة
بزيادة خريجي كليات الطب وتوافر الأعداد
الكافية من الأطباء والاختصاصيين لسد حاجة جهات
الخدمة دون التسابق بمختلف الوسائل
لاجتذابهم . والمجلس الأعلى للخدمات الصحية
قادر على القضاء على هذه التناقضات بالتنسيق
بين لوائح العاملين والعمل على أن يكون الأجر
على قدر العمل وصعوبته ، أيا كان موقعه .

رأى التنظيم الحالي :

تبقى بعد ذلك مشكلة تنظيم الخدمات
العلاجية . ولا شك أننا نمر الآن بمرحلة تفرض
استمرار قيام النظم الثلاثة للعلاج : المجاني
والتأميني والخاص بالأجر ، الى أن يطبق نظام
التأمين الصحي على جميع المواطنين . ولا شك
أيضا أن لكل نظام من هذه النظم فلسفته ورسالته
وأهدافه التي تميزه عن غيره مما يوجب عملا
بمبدأ التخصص في تقسيم العمل أن تتولى كلا
من هذه النظم جهة مسئولة عنه ، وأن يتم
التنسيق بينهما عن طريق المجلس الأعلى
للخدمات الصحية ، وهذا يقتضى منع التداخل
في الاختصاصات ، فتقتصر رسالة وزارة الصحة
على العلاج المجاني ويقتصر اختصاص الهيئة
العامة للتأمين الصحي على النظام التأميني ،
ويقتصر اختصاص المؤسسات العلاجية على
العلاج بالأجر للمواطنين منافسة في ذلك القطاع
الخاص . ومن المؤكد أن بقاء كل من هذه
الجهات مسئولا عن رسالته المنوطة به على هذا
النحو أمر حيوي لضمان نجاحها في النهوض بهذه
الرسالة ، وسهرها على تحقيق أهدافها ،
خاصة أننا نعلم أن لكل نظام طبيعته الخاصة

الأساسية ينبغي توفير المقومات الآتية :

أولا : أن يكون تشكيل المجلس بحيث يضم جميع الجهات المعنية بالخدمة ، فيضاف الى تمثيله الحالي الجهات الآتية :

الاتحاد الاشتراكي العربي ، وزارة الادارة المحلية ، وزارة الصناعة ، والخدمات الطبية بالتوات المسلحة ، والمنفعون بقانون التأمين الصحى وقانون التأمين الاجتماعية .

ثانيا : أن يعطى الصلاحيات (بحكم القانون) التى تضمن التزام الجهات المعنية بقراراته وسياساته وخطته .

ثالثا : أن يوفر لأمانته الدعم الكافى لتقوم بمسئولياتها كجهاز فنى للمجلس .

رابعا : أن تبتقى عنه لجنة بكل محافظة أو اقليم ، تتولى التنسيق بين الأنشطة الصحية فى دائرتها والتخطيط الإقليمى ، ملتزمة بالسياسة والخطط والقرارات التى تصدر عن المجلس الأعلى للخدمات الصحية .

حول ادماج منظمات العلاج :

من بين المقترحات المطروحة لتنظيم الخدمات العلاجية فكرة ادماج أجهزة العلاج الحالية فى جهاز واحد . وهذه الفكرة لها عيوبها ومخاطرها التى تتلخص فى الآتى :

أولا : ان محاولة حل المشكلات بأسلوب استبدال المنظمات لن يخدم أوضاع الخدمة العلاجية وأهدافها ولن يؤدى الا الى تجميع المشكلات دون حلها .

ثانيا : أن تضخيم الأجهزة علاوة على مساوىء المركزية والتركيز سيؤدى الى زيادة الأعباء المالية والإدارية ، وستنشأ عن الوضع الجديد هزات إدارية تستنزف الجهد والوقت لفترة لا يعرف مداها فى محاولة تسوية أوضاع العاملين الجديدة وفى ترتيب جديد لوظائفهم ، وفى محاولة حل الصراعات الناتجة عن شغل المراكز وحساب الأقدميات ، هذا فى وقت نحن أحوج ما نكون فيه لتوجيه كل الجهود لتحسين الخدمة للمرضى .

ثالثا : ان ادماج هيئة كهيئة التأمين الصحى مع المؤسسات العلاجية هو فى الواقع قلب للأوضاع وانتكاسة لمسيرة نظام التأمين الصحى وتجميد لتوسعه . وسوف يؤدى ذلك الى انهيار فى اقتصادياته كمشروع تأمينى ، حيث أجمعت مبادئ منظمة العمل الدولية واتفاقيات التأمينات الاجتماعية على أن حصيلة اشتراكات المؤمن عليهم لا تصرف الا عليهم .

رابعا : ان فكرة فصل العلاج عن وزارة الصحة ووضعه تحت هيئة واحدة مع باقى الهيئات العلاجية يعنى الانشقاق فى وظيفة وحدات الخدمة الصحية فى الريف ، وهى الوحدات الريفية والمجموعات الصحية التى تنوم أساسا على تقديم الخدمة العلاجية والوقائية متكاملة للمواطنين ، ولا يتصور أن تكون الوحدة وطبيبا تابعين وظيفيا أو فنيا للوزارة ولهيئة العلاج فى وقت واحد .

خامسا : ان قيام المستشفى الواحد بتقديم الخدمة المجانية والتأمينية والخاصة فى نفس الوقت هو انفصام لشخصية المستشفى والعاملين فيه - ولا يتصور أن تقدم الخدمة لهذه الفئات الثلاث من المنتفعين معا، مع الاختلاف الواضح فى الالتزام بحقوقهم ، وطرق محاسبتهم، وأسلوب تسجيلهم ومعاملتهم .

التخطيط السليم للخدمات العلاجية :

ان التخطيط السليم للخدمات العلاجية يقتضى:
أولا : وجود خطة زمنية مدروسة للتوسع فى تطبيق التأمين الصحى توضح ما يمكن أن يترتب على ذلك من نتائج فى الأجهزة الأخرى .
ثانيا : وضع معدلات أداء فى جميع خطوات العلاج لامكان تقييم الأعمال ومتابعتها . مع تنظيم مراحل العلاج ، تحقيقا لأكفا استغلال ممكن للإمكانات المتاحة .

وتكون الوحدة الريفية ، أو عيادة الحى ، نواة لعمل الممارس العام عند التوسع فى التأمين .

كما تكون المجموعة الصحية مقابلة للعيادة

الشاملة للاستفادة منها كعيادات شاملة عند التوسع في التأمين الصحى .

ثالثا : ضرورة الإبقاء على المؤسسات العلاجية وبعض مستشفياتها لتخصص لعلاج المواطنين بأجر ، على اعتبار أنها تمثل مرحلة مؤقتة من مراحل تطور الخدمات الطبية فى الجمهورية ، وتنتهى مهمتها مع التوسع فى تطبيق التأمين الصحى على جميع أفراد الشعب .

رابعا : عدم التصريح للهيئات العامة وشركات القطاع العام بإصدار نظم خاصة لعلاج العاملين بها حتى لا تتعارض مع المبادئ الواردة بقوانين التأمين الصحى مما يؤدى الى مشكلات عديدة عند التطبيق . كذلك عدم التصريح لهذه الجهات بإنشاء مستشفيات جديدة وتوجيه المصروفات الاستثمارية لصالح التوسع فى تطبيق التأمين الصحى على مجموعة كبيرة من المواطنين ، متمثلة فى عدة شركات أو هيئات .

خامسا : الاهتمام بإنشاء المراكز التخصصية العالية على مستوى الجمهورية وتوزيعها توزيعا عادلا على محافظات الجمهورية التى تتوافر فيها الإمكانيات اللازمة ، وتحديد أجورها ، لتكون فى متناول المواطنين ووضع الخطط المناسبة لتوفيرها لمنع تكرار انشائها فى الجهات العلاجية الأخرى ، نظرا لارتفاع تكاليف انشائها .

سادسا : ادارة كل مستشفى عن طريق مجلس ادارة يعطى مزيدا من التحرر والاستقلال المالى والادارى ، بما يسمح بحرية الحركة وتسيير العمل لخدمة المواطنين .

سابعا : توحيد المعاملة المالية بين العاملين فى مجال المهن الطبية وفى قطاع الخدمات الصحية حتى يسهل عند الحاجة ضم بعض القطاعات الى بعضها دون أن يترتب على ذلك مشكلات ادارية . كذلك الاسراع بحل مشكلات العاملين الخاصة بتسوية حالاتهم .

ثامنا : تعميم نظام البطاقات الصحية ، سواء بالوحدات الريفية ، أو وحدات الانتاج ، أو المربعات السكنية ، واعتبار نظام العيادة الشاملة وما يقابلها فى الوحدات المجمعنة نظاما أساسيا فى أسلوب الخدمة ، حتى يمكن تخفيف العبء على أسرة المستشفيات . وعلى أن يكون انشاء المراكز والمعاهد التخصصية على المستوى القومى ، حتى يرتفع معدل الأداء بها ، وتقل تكاليف الانشاء والادارة .

أن تطبيق جميع هذه الإجراءات يحقق تكافؤ الفرص ، وحسن استخدام الإمكانيات ، ويضمن وحدة الهدف للقطاع الصحى ، والقضاء على جذور المشكلات دون ما حاجة الى انشاء أجهزة جديدة أو تضخيم أجهزة قائمة .

أولوية الفرد على الربح فى المشروعات اليابانية

تختلف أولويات رجل الاعمال فى اليابان عن أولويات رجل الاعمال فى معظم البلاد الأخرى ، فعلى حين يهتم الأول بمصالح شركائه والعاملين معه مما قد يطغى على هدف الربح يهتم الآخر بتحقيق الربح ويعتبره هدفا يتعدى جميع الأهداف .

وعلى ذلك فان رجل الاعمال اليابانى قد يشترك مع غيره فى مشروع أو آخر لمجرد أنه يريد خلق فرص جديدة أمام الشركات الأخرى أو أمام بعض العاملين معه ممن يتحتم عليه أن يقدمهم عن العمل فى الشركة الأم ، وقد يشترك فى مغامرة أو مشروع تجارى جديد بهدف آخر وهو تأكيد مكانته ورفع هيئته فى السوق .

وبحكم هذه العوامل فان رجال الاعمال الاجانب الذين يفكرون فى الاشتراك مع نظرائهم اليابانيين فى مشروعات تجارية أو صناعية جديدة قد يفهم كثيرا أن تتقارب أهدافهم من أهداف شركائهم والا يفترضوا مقدما بأن دافع الربح هو المحرك الوحيد لرجل الاعمال فى اليابان كما هو بالنسبة لكثير غيره من رجال الاعمال .

وفى اليابان تشيع الانحادات الصناعية بكثرة شديدة ، وعندما يواجه عضو الاتحاد بصعوبات أو مشكلات يجد غيره من الاعضاء الى جانبه يساعده ويؤازره حتى يخرج من المحنة التى يواجهها ، ويحدث ذلك بصفة دائمة حتى ولو كان العضو فى موقف المنافسة مع غيره من أعضاء الاتحاد .

ولا يعنى ذلك أن تقوم الشركات غير اليابانية بتغيير فلسفتها لتسير على النهج اليابانى فى العمل والحياة ولكنها يجب أن تكون على وعى تام بالظروف والمواقف التى تتخذها الشركات اليابانية حتى تكون على استعداد لتتهم الطرف الأخر ودوافعه على العمل .