Journal of Agricultural Sciences and Sustainable Development

Open Access Journal
https://jassd.journals.ekb.eg/

ISSN (Print): 3009-6375; ISSN (Online): 3009-6219

The Social Return of the Comprehensive Health Insurance System in South Sinai Governorate

Abdel-Hamid, M. A. I.* and Yehia, R. Y. M. A.

Department of Social Studies, Socio - Economic Studies Division, Desert Research Center, Egypt

Abstract

The research aimed to identify the level of health care for beneficiaries of the comprehensive health insurance system and its various dimensions (patient care, medical staff, and availability of medicines, medical devices and supplies, ease of procedures, means of hygiene and comfort, emergency services, complaints system), determine the level of satisfaction of beneficiaries with the medical services subject to the system. Identify the level of social returns of the comprehensive health insurance system; identify the problems facing beneficiaries of comprehensive health insurance, and their proposals for overcoming them. A purposive sample of 199 respondents was selected from family medicine centers located in the villages of Ras Masla, Jubail, and Ruwaisat. Data was collected through structured personal interview questionnaires conducted during May, June, and July 2025. Statistical analyses included frequencies, percentages, weighted averages, and Chi-square test. Results indicated that 51.3% of respondents expressed an average level of satisfaction with the health services provided. There was a statistically significant association between satisfaction levels and demographic variables—age, marital status, employment status, and educational level—with Chi-square values of 14.922, 32.305, 21.444, and 28.288, respectively. Furthermore, more than half of the participants perceived the social return of the system as moderate. The most important problem was the failure to report the results of the laboratory tests necessary to open files for beneficiaries, and it was limited to the system. The most important proposals were to provide health centers and units with MRI, CT, and endoscopy machines with a 100% recurrence rate.

Manuscript Information:

*Corresponding author : **Abdel-Hamid, M.**
E-mail: maibrahimdrc@gmail.com

Received: 06/10/2025
Revised: 05/11/2025
Accepted: 20/11/2025

DOI: **10.21608/JASSD.2025.430352.1079**

©2024, by the authors. Licensee **Agricultural Sciences and Sustainable Development Association**, Egypt. This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY) license (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Keywords: Social Return, Health Insurance, South Sinai

مجلة العلوم الزراعية والتنمية المستدامة

Open Access Journal
https://jassd.journals.ekb.eg/

الترقيم الدولي (مطبوع): 3009-6375 الترقيم الدولي (أونلاين): 3009-6219

المردود الاجتماعي لمنظومة التامين الصحي الشامل بمحافظة جنوب سيناء

محمد أحمد إبراهيم عبدالحميد*، رندا يوسف محمد أحمد يحيى

قسم الدراسات الاجتماعية- شعبة الدراسات الاقتصادية والاجتماعية- مركز بحوث الصحراء- مصر

الملخص العربى:

استهدف البحث التعرف على مستوى الرعاية الصحية للمنتفعين من منظومة التامين الصحي الشامل وأبعادها المختلفة المتمثلة (العناية بالمرضى، الطاقم الطبي، توافر الأدوية والأجهزة والمستلزمات الطبية، سهولة الإجراءات، وسائل النظافة والراحة، وخدمات الطواري، منظومة الشكاوى) بمنطقة البحث، وتحديد مستوى رضا المنتفعين عن الخدمات الطبية الخاضعة للمنظومة، ومعرفة مستوى المردود الاجتماعي لمنظومة التأمين الصحي الشامل، بالإضافة إلى حصر المشكلات التي تواجه المنتفعين من التأمين الصحي الشامل، ومقترحات التغلب عليها، وأجرى البحث على عينة عمدية من المترددين على مراكز طب الاسرة قوامها 199 مبحوثاً من المترددين على وحدات طب الأسرة بقرى راس مسلة، الجبيل، الرويسات بمحافظة جنوب سيناء، وتم جمع البيانات باستخدام الاستبيان بالمقابلة الشخصية خلال شهور مايو، يونيو، وحتى منتصف شهر يوليو 2025، وتم تحليل وعرض البيانات باستخدام التكرارات والنسب المئوية والمتوسط المرجح، ومربع كاي، وتوصلت النتائج أن نسبة 51.3% من المبحوثين مستوى رضاهم عن الخدمات الصحية للمنظومة كان متوسطاً، وأكدت النتائج على وجود علاقة دالة احصائياً بين مستوى الرضا عن الخدمات الصحية للمنظومة، وبين السن، الحالة الزواجية، الحالة العملية، المستوى التعليمي، حيث بلغت قيم مربع كاي (14.922، 32.305، 21.444، 28.288) على الترتيب، وأكد ما يزيد عن نصف المبحوثين أن المردود الاجتماعي للمنظمة كان متوسطاً، وكانت أهم المشكلات هي عدم الإبلاغ بنتائج التحاليل المعملية اللازمة لفتح الملفات للمنتفعين واقتصارها على النظام، وكانت أهم المقترحات تزويد المراكز والوحدات الصحية بأجهزة الأشعة الرنين المغناطيسي والمقطعية والمناظير بنسبة تكرار 100%

الكلمات المفتاحية: المردود الاجتماعي، التأمين الصحي، جنوب سيناء

بيانات البحث:

***الباحث المسئول: محمد أحمد إبراهيم عبدالحميد**

maibrahimdrc@gmail.com

تاريخ استلام البحث: 2025/10/06م
تاريخ إجراء التعديلات: 2025/11/05م
تاريخ القبول: 2025/11/20م
معرف الوثيقة:

DOI: **10.21608/JASSD.2025.430352.1079**

©2024، من قبل المؤلفين. مرخص من جمعية العلوم الزراعية والتنمية المستدامة، مصر. هذه المقالة عبارة عن مقالة ذات وصول مفتوح يتم توزيعها بموجب شروط وأحكام ترخيص Creative Commons Attribution (CC BY) (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

المقدمة:

تمثل الصحة الأساس وحجر الزاوية في تحقيق التنمية الشاملة في أي مجتمع من المجتمعات، وتتأثر صحة أي مجتمع بعديد من العوامل المتفاعلة والمؤثرة بعضها في بعض، وهذه العوامل هي التي تقرر مستويات الصحة به، كما أن الحصول على حياة صحية هو أحد الحقوق الأساسية للإنسان، وهو حق للبشر جميعاً دون تفرقة أو تمييز، فالصحة حق إنساني وضروري للتنمية الاجتماعية والاقتصادية، فهي عنصر أساسي في سعادة الإنسان وتسهم في النمو والتنمية انطلاقًا من أن السكان الأصحاء أكثر إنتاجية (**أبوالنصر، 2008**)؛ ولذا جاء محور "الصحة" في مقدمة استراتيجية التنمية المستدامة (رؤية مصر، 2030)، انطلاقًا من الإيمان بأهمية تمتع أفراد المجتمع المصري بالحق في الحصول على حياة صحية سليمة وآمنة وذلك من خلال تطبيق نظام صحي متكامل يتميز بالإتاحة والجودة وعدم التمييز، والقدرة على تحسين المؤشرات الصحية عن طريق تحقيق التغطية الصحية الشاملة لكافة المواطنين (**Schwank, 2012**).

وظهر مفهوم التغطية الصحية الشاملة Universal Health Coverage (UHC)في بداية الألفية الثالثة وذلك باعتباره هدفاً رئيسياً من الأهداف الإنمائية للألفية Millennium Development Goals (MDGs)، حيث أنه في عام 2005 اتفقت جميع الدول الأعضاء في منظمة الصحة العالمية على أن يحصل جميع الأفراد على الخدمات الصحية التي يحتاجون إليها بدون أن يواجهوا أي صعوبات مالية عند دفع مقابل هذه الخدمات وهو ما عُرف بالتغطية الصحية الشاملة، وقد أصدرت الجمعية العامة للأمم المتحدة قراراً بالإجماع، في ديسمبر 2012، دعت فيه جميع الدول إلى تخطيط أو متابعة انتقال وتطوير النظم الصحية نحو التغطية الشاملة. وفي الآونة الأخيرة، دعا البنك الدولي World Bank، ومنظمة الصحة العالمية World Health Organization، والحكومات، ومنظمات المجتمع المدني Civil Society Organizations إلى إدراج التغطية الصحية الشاملة كهدف عالمي من ضمن أهداف التنمية المُستدامة Sustainable Development Goals (SDGs)لفترة ما بعد عام 2015، والتي يجب أن تسعى كل الدول لتحقيقها **(Vega, 2013, Nicholson, Yates et al. 2015, Organization 2017)**

وتؤكد أهداف التنمية المستدامة على الالتزام العالمي بتحقيق التغطية الصحية الشاملة بحلول عام 2030، حيث تعتبر الرعاية الصحية هي المدخل الحقيقي لإحداث التنمية الشاملة للمجتمعات، وهذا يعني ضرورة حصول كافة الأشخاص والمجتمعات على الخدمات الصحية عالية الجودة التي يحتاجون إليها سواء الوقائية أو العلاجية أو التأهيلية أو المخففة للآلام دون مواجهة أي ضائقة مالية (**محمد، 2022**)، ويمكن قياس التقدم في التغطية الصحية الشاملة من خلال التغطية الفعالة للخدمات الصحية الأساسية والحماية المالية (ضمان عدم تعرض أي شخص للفقر بسبب اعتلال الصحة)، ولكن حتى لو حقق العالم التغطية الصحية الأساسية والحماية المالية؛ فإن النتائج الصحية ستظل ضعيفة إذا كانت الخدمات منخفضة الجودة وغير آمنة، وبالتالي فإن تقديم خدمات صحية عالية الجودة أمر ضروري للتغطية الصحية الشاملة (**غنام، 2021**).

ويعد القطاع الصحي في مصر أحد أهم القطاعات الأساسية للمنظومة الاقتصادية والاجتماعية، والذي تتخلص مهامه الرئيسية في توفير الخدمات الطبية لرعاية المرضى، سواء العلاجية أو الوقائية أو التأهيلية، لذا فإن مقدار ما ينفق عليها بقدر ما يمثل أحد المدخلات الهامة، فإنه يمثل أحد المخرجات الأهم التي تبدو في صورة إنسان صحيح البدن قادر على العطاء منفذ لبرامج التنمية معجلاً بنجاحها (**محمد، 2022**)، ونظراً لأن إحساس الفرد بالأمان يمثل الغاية الرئيسية التي يسعى إليها، وأهمها احساسه بالأمان تجاه صحته، فنجده يسعى جاهداً لمواجهة الأعباء المالية المترتبة على مرضه والتي قد لا يستطيع تحملها بمفرده خاصة في ظل ارتفاع تكلفة الرعاية الصحية، لذا زادت أهمية التغطية الصحية الشاملة لجميع فئات المجتمع باعتباره الوسيلة المثلى لمواجهة مخاطر المرض، ومن هذا المنطلق جاء نظام التأمين الصحي الشامل كأحد أهم الأنظمة التي أوصت بها منظمة الصحة العالمية، لما له من أهمية بالغة في تحقيق الأمن الصحي من خلال توفير الرعاية الصحية الجيدة لجميع أفراد الأسرة على أسس عادلة مع تقليص الأعباء المالية الناتجة عن هذه الرعاية **(Samuel et al, 2021).**

وقد أخذت مصر بتطبيق نظام التأمين الصحي الشامل على 6 مراحل خلال 15 عاماً بداية من عام 2018 وحتى عام 2032، وتشمل المرحلة الأولى والتي تستهدف عدد (6) محافظات هي: بورسعيد، الإسماعيلية، السويس، الأقصر، جنوب سيناء، وشمال سيناء، بهدف تحقيق العدالة الاجتماعية في الحصول على الرعاية الصحية بشكل لائق، وتنفيذ نظام تأميني شامل وتكافلي (**أبوالمجد، 2022**)، وقد بُدئ بتطبيق هذه المنظومة وفقًا لخطة الدولة بمحافظات بورسعيد، الإسماعيلية، الأقصر، جنوب سيناء، والسويس على الترتيب، وتعقبها بقية المحافظات؛ حيث أطلقت

الدولة إشارة البدء الفعلي لتطبيق منظومة التأمين الصحي الشامل عام 2019، إيذاناً بإرساء دعائم منظومة صحية متكاملة وفق أحدث المعايير الدولية، وذلك في حدث تاريخي طالما داعب طموحات المصريين وأحلامهم خلال عقود طويلة ماضية، وفي عام 2022 أُصدر تكليفًا رئاسيًا باستكمال تطبيق منظومة التأمين الصحي الشامل بالمحافظات على الرغم من التحديات الاقتصادية العالمية؛ بما يُسهم في تحقيق حلم كل المصريين بتوفير الرعاية الصحية الشاملة والمتكاملة لجميع أفراد الأسرة المصرية في «الجمهورية الجديدة» خلال 10 سنوات بدلاً من 15 عاماً، حيث أنه تم تطبيق المنظومة الجديدة بشكل كامل في محافظتي بورسعيد، الأقصر، الإسماعيلية، وجنوب سيناء، ويجري بعد ذلك مد مظلة التأمين الصحي الشامل لتنفيذ المراحل الأخرى لتغطية باقي المحافظات **(الهيئة العامة للاستعلامات، 2020).**

المشكلة البحثية:

يعد تطبيق منظومة التأمين الصحي الشامل من أهم المشروعات التي تبنتها الدولة وفقًا لمبدأ الحق في الصحة بوصفه حقًا مكفولًا لكل مواطن، وذلك بالتزامن مع إطلاق الجمهورية الجديدة والتي يعيشها المصريون بإصلاح وتطوير وتغيير للفكر في كافة مؤسسات الدولة، وعلى رأسها صحة المواطنين التي تعد الأولوية الكبرى، وتهدف المنظومة لتحقيق وتوفير العلاج والتغطية الصحية الشاملة لكل المصريين، وتوفير رعاية صحية شاملة بأعلى جودة وأقل تكلفة ممكنة، وتحسين جودة الخدمات المقدمة مع ضمان التوزيع العادل والمساواة بين المواطنين، وضمان كفاءة منظومة التأمين الصحي واستمراريتها، وتوفير حياة صحية آمنة لكافة المواطنين من خلال نظام تأمين صحي متكامل على تحقيق التغطية الصحية والوقائية والتدخل المبكر بالشكل الذي يكفل الحماية المالية لغير القادرين تشمل توعيتهم ومنع إصابتهم بالأمراض، وتوفير رعاية فائقة ذات جودة عالية حال مرضهم حفاظا على حياتهم **(الجيلاني، 2021).**

وتشير الدراسات إلى أن عدم نجاح الحكومات في توفير الصحة الجيدة بدرجة متساوية لكل السكان، ويرجع في أغلب الأحيان إلى إهمال هذه الحكومات وعدم اشتباكها أو تعاملها اجتماعياً وسياسياً مع قضايا الصحة**(Anand and Dolan, 2005)** ، وهذا هو الحال بالنسبة للدول النامية بصفة عامة، ومصر بصفة خاصة. فمصر تعتبر واحدة من أكبر أسواق الرعاية الصحية في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا، وتسعى حكومتها لتلبية الطلب المتزايد على الخدمات الصحية، الذى يُسببه تزايد عدد السكان، من خلال برامج اصلاح القطاع الصحي Health Sector Reform Programs (HSRP)التي بدأت في تطبيقها بالاعتماد على نموذج صحة الأسرة كأساس لعملية الإصلاح، وبينما تبذل الحكومة الجهد لتوسيع نطاق تطبيق التأمين الصحي الشامل متضمناً الرعاية الصحية لتشمل جميع المواطنين في كافة المحافظات، يُعاني النظام الصحي من القصور والضعف بسبب تزايد عدد السكان، والاختلالات الهيكلية، وانخفاض الانفاق الحكومي على الصحة، وتزايد إنفاق الأفراد من جيوبهم Out Of Pocket (OOP)على الصحة، مما دفع البنك الدولي للتوصية بأن يكون التأمين الصحي الشامل يكون إجبارياً وإلزامياً، ليشمل جميع المصريين بحلول عام 2030 لضمان أن إنفاق الأفراد على الصحة لا يتسبب في زيادة معدلات الفقر **(Al Bahnasy, Mohamed et al. 2016).**

وتمثل الرعاية الصحية بمنظومة التأمين الصحي الشامل ركيزة أساسية لتحقيق أهداف التنمية المستدامة وبلوغ الدولة أهدافها التنموية لتوفير أفضل خدمات ورعاية صحية للمواطنين، والتأكد من رضائهم عن الخدمة والاطمئنان على جودتها، والعمل على تطوير الخدمات الصحية ومطابقتها للمعايير والممارسات العالمية؛ حيث أن الرعاية الصحية تمثل أحد أبرز الملفات التي تمس المواطن المصري بالدرجة الأولى، والذي يهدف إلى توفير رعاية صحية شاملة ومتكاملة لكل أفراد الأسرة وجميع فئات المجتمع؛ بعد أن عانى المصريون على مدى العقود الماضية من مشكلات عديدة في التعامل مع التأمين الصحي والمستشفيات العامة وكانت السلبيات متعددة ومتشعبة **(لبن، 2024).**

ووفقا لهيئة الرعاية الصحية بوزارة الصحة والسكان لعام 2024، ألتحق نحو 100 ألف مواطن بمنظومة التأمين الصحي الشامل في جنوب سيناء حتى الآن بنسبة أكثر من 80% من المواطنين المستهدف تسجيلهم بالمحافظة، وبلغت تكلفة تمويل المشروع بالمحافظة أكثر من 3,2 مليار جنيه، وتم تقديم أكثر من 1,4 مليون خدمة طبية في المستشفيات ومراكز ووحدات الرعاية الصحية الأولية التابعة للهيئة بجنوب سيناء لمنتفعي التأمين الشامل حتى الآن، منها 293 ألف خدمة بالعيادات الخارجية في المستشفيات، و517 ألف فحص طبي ومعملي، و6800 عمليات وجراحات متقدمة، وترتكز منظومة التأمين الصحي الشامل في جنوب سيناء على 31 منشآة صحية لتوفير خدمات الرعاية الصحية المتكاملة لأهالي جنوب سيناء، تشمل 8 مستشفيات و23 مركز ووحدة طب أسرة بمدن ومراكز المحافظة المختلفة، وتمتلك هيئة الرعاية الصحية 23 منشآة صحية مسجلة ومعتمدة بجنوب

سيناء وفقًا لمعايير GAHAR والمعترف بها دوليًا من منظمة الإسكوا العالمية

ومن خلال المعطيات السابقة تتبلور مشكلة البحث في محاولة الإجابة على التساؤلات التالية: 1- ما هو مستوى الرعاية الصحية للمنتفعين من التامين الصحي الشامل وأبعادها المتمثلة (العناية بالمرضى، سهولة الإجراءات، وسائل النظافة والراحة، الطاقم الطبي، توافر الأدوية والأجهزة والمستلزمات الطبية، وخدمات الطواري، منظومة الشكاوي) بمنطقة البحث؟، 2- ما هو مستوى رضا المنتفعين بالرعاية الصحية في منظومة التأمين الصحي الشامل بمنطقة البحث؟، 3- ما هو المردود الاجتماعي لمنظومة التأمين الصحي الشامل بمنطقة البحث؟، 4- ما هي أهم المشكلات التي تواجه المنتفعين من منظومة التأمين الصحي الشامل بمنطقة البحث؟ وما هي مقترحات التغلب عليها؟

الأهداف البحثية

(1) التعرف على مستوى الرعاية الصحية للمنتفعين من منظومة التامين الصحي الشامل وأبعادها المختلفة المتمثلة (العناية بالمرضى، الطاقم الطبي، توافر الأدوية والأجهزة والمستلزمات الطبية، سهولة الإجراءات، وسائل النظافة والراحة، وخدمات الطواري، منظومة الشكاوى) بمنطقة البحث.

(2) التعرف على مستوى رضا المنتفعين عن الخدمات الصحية لمنظومة التأمين الصحي الشامل بمنطقة البحث.

(3) التعرف على مستوى المردود الاجتماعي لمنظومة التأمين الصحي الشامل بمنطقة البحث.

(4) حصر المشكلات التي تواجه المنتفعين من التأمين الصحي الشامل بمنطقة البحث، ومقترحات التغلب عليها من وجهة المنتفعين بمنطقة البحث.

الإطار النظري والمرجعي للبحث:

مفهوم التأمين الصحي الشامل الحكومي:

يعرف **موساوي (2010)** التأمين الصحي بأنه "تنظيم اقتصادي اجتماعي ييسر الحصول على الخدمة الطبية دون أن يقف العائق المالي حاجزاً أمام الفرد، أي أنه ليس تأمينا ضد المرض وإنما تأمينا ضد تكلفة الخدمة الطبية.

وتنص اللائحة التنفيذية لقانون التأمين الصحي الشامل بجمهورية مصر العربية على أنه "نظام اجتماعي تكافلي، يغطى جميع المواطنين من الميلاد حتى الوفاة، ويطبق بكافة أنحاء الجمهورية تدريجيًا، ويقدم خدماته في حالات المرض وإصابات العمل بكافة مستويات الرعاية الصحية على أساس من العدالة في تقديمها لجميع المؤمن عليهم مع وجود آلية تسمح لهم بالاختيار بين مقدمي الخدمة، ولا تشمل خدمات النظام خدمات الصحة العامة والخدمات الوقائية، وخدمات تنظيم الأسرة، والخدمات الإسعافية، والكوارث الطبيعية، والأوبئة وما يماثلها من خدمات تختص بها أجهزة الدولة الأخرى، وتكون الأسرة هي وحدة المجتمع التي يتم على أساسها التعامل مع هذا النظام **(الجريدة الرسمية، 2018)**.

ويعرفه **أسعد (2018)** بأنه "نظام تكافل يضمن تقديم الخدمة الصحية لمجموعة من المشتركين مقابل قسط تأميني، وفقاً لعدة عوامل تؤثر في حساب هذا القسط".

وتعرفه **منظمة الصحة العالمية** بأنه وسيلة لدفع بعض أو كل تكلفة الرعاية الصحية، حيث يحمي المؤمن عليهم من دفع التكلفة العالية للعلاج، ومنه فإن أساس النظام هو قيام المنتفع بدفع اشتراك منتظم لمؤسسة إدارية من خلال نظام لدفع نفقات العلاج إلى مقدمي الخدمة الصحية **(أمين، 2020)**.

كما تعرفه **خليل (2023)** بأنه نظام صحي تكافلي اجتماعي يهدف إلى تقديم خدمات طبية ذات جودة عالية لكافة فئات المجتمع دون تمييز، وتدعم الدولة جميع الخدمات الصحية وتتكفل بغير القادرين، وتكون الأسرة هي وحدة التغطية التأمينية الرئيسة داخل هذا النظام.

ويعرف التأمين الصحي الشامل إجرائيا بأنه هو نظام صحي تكافلي اجتماعي يهدف إلى تقديم خدمات طبية ذات جودة عالية لكافة فئات المجتمع دون تمييز، ويتم تطبيقه تدريجياً على مستوى الجمهورية، وتدعم الدولة جميع الخدمات الصحية وتتكفل بغير القادرين، والأسرة هي وحدة التغطية التأمينية الرئيسة داخل هذا النظام.

ويعتمد نظام التأمين الصحي الشامل في تقديم خدماته عن طريق التعاقد مع مُقدمي الخدمات الصحية وفقاً لمعايير الجودة الشاملة التي تُحددها الهيئة العامة للاعتماد والرقابة، مع التزام الدولة برفع جودة وكفاءة المنشآت الصحية التابعة لها، حتى تحصل على الاعتماد من حيث البنية الأساسية والقوى البشرية والتدريب والتجهيزات، مع مراعاة أنه يستمر حق المؤمن عليهم في الانتفاع بخدمات التأمين الصحي المقررة وفقاً للقوانين المعمول بها وقت صدور قانون التأمين الصحي الشامل، حتى بداية التطبيق لهم، على أن يوقف العمل لهم بكافة القوانين والقرارات المتعلقة بنظام التأمين الصحي، اعتباراً من تاريخ التطبيق الفعلي لقانون التأمين الصحي الشامل، والذي جاء بهدف التغلب على التحديات التي تواجه نظام التأمين الصحي المعمول به قبل 2017 م، وأهم أهدافه الرئيسية التوجه نحو تغطية صحية شاملة لجميع أفراد المجتمع، من منطلق الفكرة الخاصة بأن لكل مواطن الحق في الصحة

والرعاية الصحية الشاملة بمعايير جيدة، وهذا ما نصت عليه المادة الثامنة عشر بالدستور المصري الراهن **(أمين، 2020)**، ولتحقيق أهداف نظام التأمين الصحي الشامل، تم تشكيل جهات للفصل بين توفير خدمات الرعاية الصحية وبين عمليات التجميع والشراء والاشراف على الجودة لإدارة النظام، وهذه الهيئات الثلاث الجديدة التي أنشأها القانون هي: **أ- الهيئة العامة للتأمين الصحي الشامل**: وهي هيئة تتولى إدارة وتمويل النظام وشراء الخدمات الصحية نيابة عن المواطنين المشتركين في النظام، **ب- الهيئة العامة للرعاية الصحية**، وهى التي تهتم بتقديم خدمات الرعاية الصحية والإشراف على مقدمي الخدمة، **ج- الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية**: وهي هيئة للرقابة واعتماد جودة الخدمات الصحية المقدمة **(نجيب، 2019)**.

أهداف نظام التأمين الصحي الشامل:

يوضح **Nandi & Schneider (2020)** أن هناك العديد من الأهداف المترتبة على تطبيق نظام التأمين الصحي الشامل، ومنها ما يلي: 1- بث اطمئنان اجتماعي لدى المنتفعين من الخدمات الصحية التي يقدمها النظام. 2- المساواة في إمكانية الحصول على الخدمات الصحية وتحقيق نوعًا من العدالة النسبية. 3- إتاحة الخدمات الصحية ذات الجودة المناسبة لجميع أفراد المجتمع في جميع مراحل حياتهم. 4- توفير خدمات الرعاية الصحية ومحاولة إزالة عائق التكلفة بين المريض والخدمة الصحية. 5- توفير موارد مالية لتمويل نفقات الرعاية الصحية، خاصة في ظل التزايد الواضح في تكلفتها.6- تحسين جودة الخدمات الصحية بما فيها القائمين على تقديمها. 7- الاتجاه للاستخدام الأمثل للموارد والأعمال الفنية التي تساهم في تقديم الخدمات الصحية. 8- توفير خدمة صحية متكاملة بأقل تكلفة ممكنة.

أهمية نظام التأمين الصحي الشامل:

يحظى نظام التأمين الصحي الشامل في الأونة الأخيرة بأهمية بالغة في تدعيم الرعاية الصحية وبنائها بناءً سليمًا على مستوى المؤمّن، والمؤمّن له، والخدمات الطبية المقدمة في إطاره، وهو نموذج فعّال في إزالة كثير من العقبات في سبيل إحداث توازن على مستوى الإنفاق وعلى مستوى الأفراد والحكومات، وهو النظام الإيجابي الذي لابد أن تقتدي به الدول في سبيل بناء نظام صحي فعّال لمواجهة الأخطار محتملة الوقوع، لكن بشرط تفعليه تفعيلا إيجابيًا وعلاج كل الثغرات الممكنة الحدوث في هذا النظام لتلافي الأزمات في سياسة الإنفاق الصحي وقت الأزمات الاقتصادية الحرجة التي تقع فيها الدول **(Debie et al., 2022)** ؛ وتتجلى أهمية هذا النظام في الآتي **(Doshmangir et al., 2021)** : 1- توفير كل ما يحتاجه أصحاب الوظائف والمهن من الرعاية الصحية في مجالات متنوعة؛ وذلك للتخفيف عنهم والتسهيل عليهم في الحصول على الرعاية الصحية في وقت قياسي، وهذا العمل له أثره الإيجابي على شعورهم بالرضا تجاه هذه الرعاية، 2- يحافظ على تحقيق العدالة والمساواة بين أفراد المجتمع بشكل متوازن، **3-** تمكين الأفراد من أداء عملهم بدون قصور أو تعب، 4- أصبح قياس تقدم المجتمعات بمدى تحسن صحة أفرادها؛ لذلك توفر المجتمعات الرعاية الصحية لأبنائها، وتعمل على حمايتهم من الإصابة بالأمراض.

مبادئ نظام التأمين الصحي الشامل في مصر:

يوضح **غنام وعزب (2021)** أهم مبادئ نظام التأمين الصحي الشامل في مصر في: 1- التضامن والتشاركية بين شرائح المجتمع المختلفة والدولة، 2- الفصل بين مقدم الخدمة، وجهة التمويل، وجهة الرقابة والاعتماد والجودة، لتحقيق نظام حوكمة رشيدة للمنظومة يتم فيها الفصل بين الوظائف المختلفة، وضمان المحاسبة والمساءلة حولها، وضمان الجودة والشمول من لها، وتدعيم الاستخدام الأمثل للموارد وحسن إدارتها واستدامتها، وتبني آليات عديدة لقياس مستوى أداء الخدمة الصحية، ورضا المواطن عنها، وضمان جودتها، 3- الاعتماد على الأسرة كوحدة للتغطية في النظام، 4- ضمان الحصول على الخدمات الصحية بجودة عالية، 5- اعتماد النظام الجديد على الرعاية الصحية الأولية Primary Health Care (PHC) ، وطب الأسرة، كمدخل أساسي للنظام. 6- تقديم خدمات الرعاية الصحية والعلاجية على جميع مستويات الخدمة الثلاثة.

وقد نصت **اللائحة التنفيذية للقانون رقم (2) لسنة 2018، مادة (1)** على أن الرعاية الصحية تتكون من ثلاثة مستويات، هي كالتالي: **المستوى الأول**: ويمثل خط الدفاع الأول ضد المرض، ويهتم بالجانب الوقائي والإحالة وتعزيز الصحة ومكافحة انتشار المرض في مرحلة ما قبل الإصابة به، وتتولى العيادات المجمعة والمرافق الصحية تقديم خدمات الرعاية الصحية الأولية، وهي خدمة شاملة تهتم بصحة الفرد والمجتمع، **المستوى الثاني:** ويشمل مرحلة تشخيص المرض وعلاجه، وتنفذه المستشفيات باختلاف مستوياتها. **المستوى الثالث:** ويشمل مرحلة إعادة التأهيل للحالات الخاصة من المرض، وتقوم به مراكز الكلى التخصصية، والقلب وغيرها من المراكز المتخصصة.

الخدمات التي يشملها نظام التأمين الصحي الشامل في مصر:

يشير **نجيب (2018)** إلى أهم الخدمات الطبية التي يشملها نظام التأمين الصحي الشامل في مصر هي:1- يتم تطبيق القانون الجديد

على الخدمات الصحية التأمينية الناتجة عن المرض والناتجة عن إصابات العمل وتشمل الخدمات الصحية التأمينية التي تقدم للمؤمَن عليهم داخل مصر، الخدمات العلاجية، أو التأهيلية، أو الفحوصات الطبية، أو المعملية، ويجوز ذلك بناء على عرض اللجان المختصة بها إضافة خدمات أخرى إلى الخدمات المشار إليها وذلك بمراعاة الحفاظ على التوازن المالي والاكتواري للنظام.

وتقدم هذه الخدمات من خلال: 1- طبيب الأسرة أو الممارس العام في جهات العلاج المحددة. **2**-الأطباء المتخصصون بما في ذلك ما يتعلق بطب وجراحة الفم والأسنان. 3- الرعاية الطبية المنزلية عند الاقتضاء. 4-العلاج والإقامة بالمستشفى أو المركز المتخصص وإجراء العمليات الجراحية وأنواع العلاج الأخرى. 5-الفحص بالتصوير الطبي والفحوصات المعملية وغيرها من الفحوصات الطبية وما في حكمها. 6- الخدمات التأهيلية والأجهزة التعويضية طبقًا للقوائم الأساسية التي تصدر عن اللجان المتخصصة بالهيئة. 7- تحرير الوصفات الطبية وصرف الأدوية اللازمة للعلاج طبقًا للقوائم الأساسية والتكميلية التي تصدر عن اللجان المتخصصة بالهيئة، وكذلك عمل التقارير الطبية اللازمة. 8- الكشف الطبي المبدئي لكل مرشح للعمل؛ للتأكد من لياقته الصحية والنفسية. 9- العلاج بالخارج لمن يستحيل علاجه من خلال الخدمات المقدمة داخل مصر، وهذا بناءً على تقرير يصدر من لجنة مختصة بهذا الشأن، وتشكل بمعرفة الهيئة وتوضح اللائحة التنفيذية إجراءاتها وضوابطها. 10- لا يطبق القانون الجديد على خدمات الصحة العامة، والخدمات الوقائية، والخدمات الإسعافية، وخدمات تنظيم الأسرة، والخدمات الصحية الخاصة بتغطية الكوارث بكافة أنواعها، والأوبئة، وما يماثلها من خدمات تلتزم بتقديمها سائر أجهزة الدولة مجانًا.

مزايا تطبيق نظام التأمين الصحي الشامل الحكومي في مصر

يوضح **زيدان (2021)** أهم مزايا التأمين الصحي في مصر في: 1- توفير مظلة صحية آمنة لكافة المواطنين خاصة أن حوالي 50% من المصريين لا يتمتعون بأية تغطية تأمينية. 2- تخفيض الأعباء المالية على المواطنين بشأن الإنفاق الصحي حيث تبين أن ما يقرب من 60% من إجمالي الإنفاق على الرعاية الصحية والخدمات هو إنفاق ذاتي من دخل الأفراد، الأمر الذي انعكس على زيادة العبء المادي على الأسرة المصرية. 3- يُعد قفزة نوعية هائلة وطموح لإصلاح النظام الصحي القديم.

مصادر تمويل نظام التأمين الصحي الشامل:

توضح **عبدالمنعم (2023)** أن نظام التأمين الصحي الشامل في مصر يعتمد بشكل أساسي في تمويله وضمان استدامته على ثلاثة محاور تمويلية هي: **المحور الأول:** ويشمل اشتراكات الأسر المنخرطة تحت مظلته بنسب اشتراكات تعتمد الدخل الكلي لرب الأسرة ولأولاده ولزوجته إذا كانت لا تعمل، وإذا كانت تعمل تدفع عن نفسها نسبة 1%، ويقدر الاشتراك إجمالاً للأسرة بمتوسط دخل يصل إلى 6% من إجمالي الدخل، و4% من صاحب العمل سواء كانت الدولة أو القطاع الخاص الذي يعمل فيه، وذلك بإجمالي 10% إذا كان لديه طفلان وزوجة لا تعمل، وهذا الاشتراك إجمالاً للفئات القادرة في المجتمع التي تعمل في المؤسسات الحكومية، والقطاع الخاص المنظم قد يمثل قرابة ثلث التكلفة الإجمالية للنظام أي نحو 200 مليار جنيه في حالة التطبيق الكلي للنظام لقرابة 90% من السكان.

المحور الثاني: وهو ضروري لاستدامة المنظومة، ويمثل نصيب الخزانة العامة الدولة للفئات غير القادرة في المجتمع، والتي تقدر بنحو من 30: 35% من الأسر، وسوف يصل أيضا لقرابة 200 مليار جنيه أخرى، وسيظل إشكالية هذا المحور في تحديد الفئات تحديدا دقيقاً ودورياً وعادلاً.

المحور الثالث: وهو اللازم والمهم لتحقيق العدالة الاجتماعية والانصاف؛ وهو ما يسمى بالمصادر الأخرى أو التمويل المجتمعي، أو الرسوم المخصصة للصحة على حزمة من السلع والخدمات التي لا تمس مصالح الفقراء، لأنها من دلالات التضامن الاجتماعي من ناحية، وتعبيراً عن المسؤولية الاجتماعية من الناحية الأخرى خاصة في القطاعات التجارية والصناعية الأغنى في المجتمع والتي تحقق أرباحاً فعلية، واستقطاع جزء منها لا يؤدي إلى مزيد من التضخم أو إعاقة فرص الاستثمار.

مراحل تطبيق نظام التأمين الصحي الشامل الحكومي في مصر:

يشير **زيدان (2021)** أنه بدأت الخطوات التنفيذية لتطبيق مشروع التأمين الصحي الشامل من حيث إصدار قانون رقم (2) لسنة 2018 لتنظيم المنظومة التأمينية الصحية، وتبعته، لائحته التنفيذية رقم (909) لسنة 2018 مستهدفين العدالة الاجتماعية في الحصول على الخدمة الصحية بشكل لائق ومتطور، وتنفيذ نظام تأميني شامل وتكافلي، حيث تقوم الدولة بتحمل نفقات غير القادرين، والذين تم إدراجهم في ست فئات وفقًا لقانون التأمين الصحي الشامل ليحصلوا على خدمة طبية متميزة دون مقابل ودون الإشارة لهم بأنهم غير قادرين. وقد ضمت الفئات غير القادرة تلك المستحقة للدعم النقدي من برنامج تكافل وكرامة والضمان الاجتماعي، بالإضافة إلى الأفراد العاطلين عن العمل

وأسرهم، وضمت القائمة أيضًا ذوي الإعاقة العاجزين عن الكسب وليس لهم مصدر دخل لهم ولأسرهم، والأفراد أو الأسر القاطنين في مناطق جغرافية محددة، الأكثر تعرضًا للكوارث المختلفة، والأفراد الذين لا يكفي متوسط إجمالي دخولهم للوفاء باحتياجاتهم أو احتياجات الأسرة الأساسية. وتم تطبيق النظام تدريجيًا على ست مراحل تصل إلى من 10: 15 سنة لضمان جودة التنفيذ، وبالطبع فإن التدرج في التطبيق على عدة مراحل يعطي صانع القرار فرصة جيدة للتعلم من الأ خطاء، ومن ثم تلافيها.

ويشير **غنام عزب (2021)** إلى الجدول الذي أعلنته الهيئة العامة للرعاية الصحية لمراحل تطبيق نظام التامين الصحي الشامل في مصر هي على النحو التالي: **المرحلة الأولى**: بدأ تنفيذ المشروع في محافظة بورسعيد بدعم جزئي قدره 400 مليون دولار من البنك الدولي بعد رفع كفاءة المستشفيات ورفع وتحسين البنية التحتية الصحية **(Young & Post, 2023)**، كما توسعت خطة التأمين الشامل لتصل إلى عدد واسع من المحافظات المصرية المستهدفة في المرحلة الأولى وتشمل (الإسماعيلية، السويس، جنوب سيناء، وشمال سيناء). **المرحلة الثانية**: وتشمل محافظات (البحر الأحمر، مطروح، قنا، الأقصر، وأسوان)، **المرحلة الثالثة**: وتضم محافظات (الإسكندرية، البحيرة، دمياط، سوهاج، وكفر الشيخ)، **المرحلة الرابعة**: وتضم محافظات (بني سويف، أسيوط، المنيا، الوادي الجديد، والفيوم). المرحلة الخامسة: وتشمل محافظات: (الدقهلية، الشرقية، الغربية، المنوفية). **المرحلة السادسة**: وتضم محافظات: القاهرة، الجيزة، والقليوبية.

التوجهات النظرية للدراسة:

1- نظرية الحاجات الإنسانية : تفترض نظرية الحاجات الإنسانية التي قدمها ماسلو أن حاجات الإنسان المختلفة تنتظم في سلم هرمي، وتشغل الحاجات الفسيولوجية من المأكل والمشرب والملبس والمأوى والصحة قاعدة ذلك الهرم، ويعلو هذا المستوى الحاجة إلى الأمن، ثم الحاجة إلى الحب والانتماء، ثم الحاجة إلى الاحترام والتقدير، وتحتل الحاجة إلى تأكيد الذات قمة الهرم **(العزبي، 1999)**، ومن هذا المنطلق نجد أن المنتفعين من خدمات التأمين الصحي الشامل يتوقعون بجانب إشباع حاجاتهم الصحية الأساسية، أن يتم العناية بهم ومراعاة حقوقهم وتلقي الاحترام والتقدير من قبل مقدمي الخدمة.

2- نظرية العدالة الاجتماعية: تشير الفكرة الرئيسية لنظرية **رولز (2001)** أن المجتمعات الحديثة هي المجتمعات التي تتواجد حيث تكون قيم والمساواة متأصلة في ثقافتها العامة والسياسة، ويرى كل فرد نفسه مصدراً لمطالب أخلاقية مشروعة، ولا يمكن أن تكون هذه المجتمعات مستقرة إل إذا توصلت إلى اتفاق حول تصور عام للعدالة يحكم عمل مؤسساتها، ويؤكد رولز أن هناك منافع اجتماعية يجب أن توزع بالتساوي في هذه المجتمعات، منها الحقوق الأساسية للإنسان، ومنها حرية التعبير والاعتقاد، الحقوق المرتبطة بالمواطنة، والمساواة والعدالة أمام القانون، وثمة منافع أخرى ينبغي توزيعها تبعا لحاجة المتلقين، منها الدعم المباشر لمحدودي الدخل، توفير السكن والرعاية الصحية لمن يعجز دخلهم عن ذلك، والغرض من هذا هو ضمان حد أدنى من لوازم العيش الكريم لجميع المواطنين، وتقوم فكرة التأمين الصحي الشامل على تحقيق مبدأ العدالة في الرعاية الصحية حيث تهدف إلى شمولية التغطية التأمينية لجميع المواطنين دون استثناء واستبعاد لأحد، مع مراعاة غير القادرين حيث تقوم المنظومة بإعفائهم من رسوم التسجيل والاشتراكات.

3- نظرية التبادل الاجتماعي: تعتمد نظرية التبادل الاجتماعي على أن الأفراد يدخلون بصفة مستمرة في عملية تبادل للمنافع مع النظم الاجتماعية التي يعيشون في ظلها، حيث يعطون ويأخذون في المقابل أشياء ذات قيمة بالنسبة لهم **(العزبي، 1999)**، وفي ضوء ذلك نجد أن المنتفعين من نظام التأمين الصحي الشامل يتوقعون تلقي خدمات رعاية صحية ذات جودة عالية مقابل ما يدفعوه من اشتراكات شهرية للنظام.

4- نظرية الفعل الاجتماعي الإرادي لبارسونز: تفترض هذه النظرية أن الأفراد في سعيهم لتحقيق أهدافهم يكونوا محدودين بعديد من الظروف الموقفية مثل خصائصهم الاجتماعية والاقتصادية، والتي تؤثر على قدراتهم في اختيار الوسائل التي يمكن أن تحقق أهدافهم من بين مختلف الوسائل البديلة **(Elezaby,1985)**، وفي سياق هذه النظرية، نجد أن الظروف المادية للأفراد غالبا ما تعوقهم عن تلقي الرعاية الصحية المناسبة نظرا لارتفاع تكلفة الخدمات الصحية الخاصة، لذا فإن الهدف من تطبيق نظام التأمين الصحي الشامل هو توفير وسيلة بديلة لتقديم خدمات صحية حكومية منخفضة التكاليف.

5- النظرية الوظيفية: يرى رواد هذه النظرية أن المؤسسات الاجتماعية عبارة عن نسق يتكون من عدة أجزاء مرتبة ترتيباً منظماً ويتصل بعضها مع بعض اتصالا دقيقا ومتناسقاً، حيث يتم اتصال الأفراد بالنظم التي يخضعون لها، واتصال الهيئات بعضها ببعض، ويؤدي ذلك كله إلى وصول المؤسسة إلى تحقيق أهدافها وغاياتها **(زكريا،1989)**، ونجد أن هذا الاتجاه ينطبق على نظام التأمين الصحي الشامل الذي تتكاتف فيه جهود ثلاث جهات لتحقيق الرعاية الصحية، حيث تقوم الهيئة العامة للتأمين الصحي

الشامل بتحمل تكلفة الخدمة، وتقوم الهيئة العامة للرعاية الصحية بتقديم الخدمة، أما الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية فتتولى المسؤولية عن ضمان الجودة والاعتماد للخدمة.

الدراسات السابقة المرتبطة بموضوع الدراسة:

تهدف دراسة **السيد (2021)** إلى التعرف على تأثير العوامل الاجتماعية والاقتصادية على الاشتراك ببرنامج التأمين الصحي المجتمعي الذي يمكن من خلاله تقديم الرعاية الصحية اللازمة للأسرة الفقيرة بالمجتمع المصري، حيث تعاني معظم الدول النامية من انخفاض مستويات الإنفاق الحكومي، ومن ثم يتعين على المرضى سداد نفقات الرعاية الصحية التي يلتمسونها، وتوصلت الدراسة إلى عدة نتائج منها: أن برنامج التأمين الصحي المجتمعي CBHI يعد من أفضل البرامج التي تعمل على تحسين الوصول إلى الرعاية الصحية بالمستشفيات وتحت أي ظروف، ويوفر لهم أيضًا الحماية ضد النفقات الكارثية، كما أوضحت النتائج أنه يوجد تأثير معنوي لبعض العوامل الاجتماعية والاقتصادية على الاشتراك بالبرنامج، كما يوجد تأثير معنوي لمكان الإقامة في الاشتراك بالتأمين الصحي المجتمعي.

وتشير دراسة **أحمد (2021)** إلى تحليل ودراسة نظام التأمين الصحي الشامل في مصر، والتعرف على المشكلات التي تواجهه، ودراسة مصادر تمويل نظام التأمين الصحي الاجتماعي الشامل في مصر، وكذلك دراسة تجارب الهند واليابان ذات الصلة. وأظهرت النتائج أن قطاع الصحة في مصر يواجه العديد من التحديات، بما في ذلك ضعف الإنفاق على الصحة، وضعف استخدام تكنولوجيا المعلومات. وحذرت الدراسة من أن نظام التأمين الصحي قد لا يكون مستدامًا في المستقبل بسبب العواقب والتحديات العديدة التي تعيق استدامته.

وتستعرض دراسة **خليل (2023)** دور منظومة التأمين الصحي الشامل في تحسين صحة المواطن المصري، من خلال استخدام المنهج الوصفي، وتوصلت نتائج الدراسة إن منظومة التأمين الصحي الشامل من وجهة نظر فراد العينة تمثلت في تحقيقه للتغطية الشاملة لجميع المرضى باختلاف مستوياتهم، وأن يعمل النظام بمرونة كبيرة في تحسين الخدمات، وتوفير الأدوية المطلوبة بالصيدليات، والإقامة بالمستشفيات، وتوفير المرافق الطبية النظيفة، كما أن النظام يقلل من تكلفة العلاج، ويسهل الاجراءات الخاصة بالتحويلات ميسرة.

وتهتم دراسة **زهران (2024)** بالتعرف على التأمين الصحي في مصر الواقع والتحديات والحلول المقترحة، وأبرزت نتائج هذه الدراسة التأكيد على أهمية الإصلاحات لتعزيز التأمين الصحي، وتوسيع نطاق التغطية الصحية. وتشمل الإصلاحات ضرورة تحسين البنية التحتية للرعاية الصحية، وزيادة التمويل، وتحسين جودة الخدمات والتغطية، وتعزيز الرعاية الأولية، والاستفادة من التجارب الدولية الناجحة، واستخدام التكنولوجيا الحديثة؛ لتحسين الخدمات الصحية، مثل: الطب عن بُعد، والسجلات الطبية الإلكترونية. وأوضحت الدراسة أن هناك حاجة إلى جهود مستمرة ومدروسة بعناية لتحقيق الأهداف المرجوة في تحسين التأمين الصحي وتعزيز الصحة العامة، وأكدت على أهمية التعاون الدولي؛ لدعم تطوير البنية التحتية والتمويل.

وتهدف دراسة **لبن (2024)** للتعرف على مستوى الرعاية الصحية للريفيين قبل وبعد تطبيق نظام التأمين الصحي الشامل بمحافظة الاسماعلية، وذلك من خلال اتباع منهج المسح الاجتماعي بالعينة، وتوصلت الدراسة إلى العديد من النتائج أهمها: أن مستوى الرعاية الصحية كان منخفضا قبل وبعد تطبيق نظام التأمين الصحي الشامل من وجهة نظر أكثر من نصف المبحوثين بنسب بلغت 53.3%، 51.2% على الترتيب، ووجود فروق معنوية قبل وبعد تطبيق نظام التأمين الصحي الشامل عند مستوى معنوية 0.01 فيما يتعلق بمستوى الرعاية الصحية من وجهة نظر المبحوثين، وذلك لصالح فترة ما قبل تطبيق النظام ذات المتوسط الحسابي الأعلى والذي بلغ (70.83)، وأن هناك ثلاث مشكلات جاءت في الترتيب الأول من وجهة نظر جميع المبحوثين بنسبة 100% وهي عدم تناسب الاشتراكات مع دخل الأفراد، تحصيل الاشتراكات في التأمين بأثر رجعي منذ بدء التنفيذ الالزامي للمنظومة وليس بدء الاشتراك الفعلي للأفراد، والخط الساخن يعطي مواعيد للكشف بعيدة جدا لا تتناسب مع الحالة الصحية العاجلة للمريض.

ومن خلال العرض السابق للدراسات المتعلقة بموضوع الدراسة تبين أن أغلب الدراسات ركزت على مشكلات الرعاية الصحية وواقع ومشكلات نظام التأمين الصحي الشامل ومصادر التمويل، ولكن يلاحظ قلة الدراسات التي تناولت المردود الاجتماعي لتطبيق منظومة التأمين الصحي الشامل، وربما يرجع ذلك لحداثة تطبيق نظام التأمين الصحي الشامل بمحافظة جنوب سيناء، لذا سوف تسعى الدراسة الراهنة بالاستفادة بما توصلت له تلك الدراسات من نتائج، وتحديد مستوى رضا المنتفعين عن الخدمات الطبية المقدمة من المنظومة، والمردود الاجتماعي لتطبيق هذا النظام، بالإضافة إلى التعرف على مستوى الرعاية الصحية لمنظومة بأبعادها المختلفة كل على حدة .

الفرض الإحصائي:

- لا توجد علاقة معنوية بين مستوى رضا المنتفعين عن الخدمات الصحية لمنظومة التأمين الصحي الشامل بمنطقة البحث، وبين كل من المتغيرات المستقلة التالية "السن، النوع، الحالة الزواجية، الحالة العملية، المستوى التعليمي" بمنطقة البحث.

الأسلوب البحثي:

أولا: منهجية البحث:

يعتمد البحث على المنهج الوصفي والتحليلي، حيث يتم استخدام المنهج الوصفي في التعرف على مستوى الرعاية الصحية للمنتفعين من التأمين الصحي الشامل وأبعادها المختلفة، وكذلك تحديد مستوى رضا المنتفعين عن خدمات الرعاية الصحية التي يقدمها النظام، ومعرفة المردود الاجتماعي لتطبيق منظومة التأمين الصحي الشامل بالمنطقة، بالإضافة إلى معرفة أهم المشكلات التي تواجه المنتفعين من التأمين الصحي الشامل بمنطقة البحث، ومقترحات التغلب عليها، وكذا استخدام المنهج التحليلي في التعرف على طبيعة العلاقة بين مستوى رضا المنتفعين من الخدمات الصحية لمنظومة التأمين الصحي الشامل بمنطقة الدراسة، والمتغيرات المستقلة المدروسة

ثانيا: مجالات وحدود البحث:

أ- المجال الجغرافي للبحث: تم اختيار محافظة جنوب سيناء حيث إنها إحدى محافظات المرحلة الأولى والتي تم تطبيق منظومة التأمين الصحي الشامل بها، وسوف يتم اختيار مركز ومدينة رأس سدر، ومدينة طور سيناء، حيث تم تأهيل العديد من المستشفيات ووحدات طب الأسرة الموجودة بهذه المناطق لكي تتناسب مع تطبيق وتفعيل منظومة التأمين الصحي الشامل، وسوف يتم اختيار وحدات طب الأسرة بقرية رأس مسلة برأس سدر، ووحدة طب الأسرة بقرية الجبيل بمدينة طور سيناء، ووحدة طب الأسرة بقرية الرويسات بمدينة شرم الشيخ.

ب- المجال البشري للبحث (الشاملة والعينة)

تتكون شاملة البحث من جميع المنتفعين من خدمات الرعاية الصحية لمنظومة التأمين الصحي الشامل والتي تبلغ **(83574)** منتفع **(مديرية الصحة والسكان بجنوب سيناء، 2025)**، ولتحديد عينة البحث تم عمل حصر بوحدات طب الأسرة التي تقدم خدمات التأمين الصحي الشامل بمحافظة جنوب سيناء، وتم اختيار ثلاث وحدات طب الأسرة بأسلوب المعاينة العشوائية البسيطة من المراكز الإدارية بالمحافظة والتي يبلغ عددها 4 مراكز إدارية و5 مدن، ووقع الاختيار على وحدة طب الأسرة برأس مسلة (مركز راس سدر)، ووحدة طب الأسرة بقرية الجبيل (مدينة طور سيناء)، ووحدة طب الأسرة بقرية الرويسات (مركز شرم الشيخ)، وبلغ إجمالي عدد المترددين على مراكز ووحدات طب الأسرة بالقرى الثلاث **(3952)** منتفع **(هيئة الرعاية الصحية فرع جنوب سيناء، 2025)**، ونظرا لصعوبة جمع البيانات من جميع المترددين على وحدات طب الأسرة بوحدات طب الأسرة بمنطقة البحث، سوف يتم اختيار عينة عمدية من المترددين على وحدات طب الأسرة بمنطقة البحث، وبلغ إجمالي حجم العينة 199 مبحوث، ويوضح الجدول (1) إجمالي عدد المترددين وتوزيع العينة البحثية بوحدات طب الاسرة بقرى الدراسة، وذلك على النحو التالي:

جدول (1): اختيار العينة من مجتمع البحث (قرية رأس مسلة – قرية الجبيل – قرية الرويسات)

م	البيان/ الوحدة/ المركز	إجمالي عدد المترددين على الوحدة / المركز	حجم العينة	نسبة تمثيل العينة %
1	قرية رأس مسلة (رأس سدر)	1146	57	28.9
2	قرية الجبيل (طور سيناء)	1863	94	47.1
3	قرية الرويسات (شرم الشيخ)	943	48	24.0
الإجمالي		**3952**	**199**	**100.0**

المصدر: هيئة الرعاية الصحية فرع جنوب سيناء، وجمعت البيانات من المترددين على وحدات طب الأسرة لقرى الدراسة، 2025

ثالثا: أسلوب وأداة جمع البيانات.

يعتمد البحث في جمع البيانات الميدانية على أسلوب المقابلة الشخصية للمبحوثين من خلال استمارة استبيان تتضمن بعض الخصائص والسمات المميزة للمنتفعين من الخدمات الرعاية الصحية لمنظومة التأمين الصحي الشامل بمنطقة البحث، وأبعاد الرعاية الصحية للمنتفعين من منظومة التأمين الصحي الشامل، وكذلك مستوى الرضا عن الخدمات الصحية التي يقدمها النظام للمنتفعين، وتم إجراء اختبار مبدئي للاستبيان Pre – Test قبل جمع البيانات على عدد 20 منتفع، وتم إجراء بعض التعديلات اللازمة، وإضافة بعض العبارات الهامة بالاستمارة، وتم صياغتها في صورتها النهائية، وتم التأكد من ثبات الأداة من خلال حساب معاملي الصدق والثبات بواسطة معامل ألفا كرونباخ؛ حيث بلغ 0.813، وتم جمع البيانات الميدانية خلال شهور (مايو، ويونيو، وحتى منتصف شهر يوليو2025)، وبعد الانتهاء من مرحلة جمع البيانات ومراجعتها يتم إعداد وتصميم دليل لترميزها، ثم إدخال

هذه البيانات للحاسب الآلي تمهيدا لتحليلها وذلك بالاستعانة بالبرنامج الإحصائي (SPSS).

رابعا: أدوات التحليل الإحصائي:

تم عرض وتحليل البيانات الميدانية من خلال الاستعانة بعض الأساليب الإحصائية الوصفية مثل: التكرارات، النسب المئوية، المتوسط المرجح، للتعرف على مستوى الرعاية الصحية للمنتفعين من خدمات التأمين الصحي بأبعادها المختلفة، والتعرف على مستوى رضا المنتفعين عن خدمات منظومة التأمين الصحي الشامل بمنطقة البحث، وكذا تحديد المردود الاجتماعي لتطبيق التأمين الصحي الشامل بمنطقة البحث، وحصر المشكلات التي تواجه المنتفعين بمنظومة التأمين الصحي الشامل، ومقترحات التغلب عليها من وجهة نظر المنتفعين بمنطقة البحث، وكذلك تم استخدام بعض الأساليب الإحصائية التحليلية مثل: اختبار (كا^2) لقياس معنوية العلاقة بين الخصائص الشخصية، وبين مستوى الرضا عن الخدمات الصحية لمنظومة التأمين الصحي الشامل كمتغير تابع، وتم التحليل باستخدام برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية SPSS Version 25.

خامساً: قياس المتغيرات البحثية:

أ- قياس المتغيرات المستقلة للبحث:

(1) السن: ويقصد به عدد السنوات التي عاشها المبحوث منذ ميلاده وحتى تاريخ جمع البيانات، وعلى ذلك يكون الحد الأدنى هو 30 سنة، والحد الأعلى هو 75 سنة، وتم تقسيمه إلي ثلاث فئات، الفئة العمرية الأولي (30- 44 سنة)، الفئة العمرية الثانية (45 – 59 سنة)، الفئة العمرية الثالثة (60 - 75 سنة).

(2) النوع: وتم قياس هذا المتغير بتحديد ما إذا كان المبحوث ذكر أم أنثى، واعطيت الاستجابات الرموز الرقمية ذكر (2)، وأنثي (1)، وذلك للتمييز الرقمي فقط.

(3) الحالة الزواجية: ويقصد بها حالة المبحوث الزواجية أثناء جمع البيانات الميدانية، وأعطيت الاستجابات ترميز هو: متزوج (4)، مطلق (3)، أرمل (2)، أعزب (1)، وذلك للتميز الرقمي فقط.

(4) الحالة العملية: ويقصد بها العمل أو النشاط الذي يقوم به المبحوث ويتقاضى مقابله أجر، وتم تصنيف هذا المتغير إلى ست فئات هي (قطاع حكومي، قطاع خاص، تكافل وكرامة، أعمال حرة، على المعاش، لا يعمل)، وأعطيت الاستجابات الرموز الرقمية (6،5،4،3،2،1) على الترتيب، وذلك للتمييز الرقمي فقط.

(5) المستوى التعليمي: يقصد به المؤهل التعليمي الذي حصل عليه المبحوث خلال جمع البيانات، وتم قياسه بمقياس مكون من خمس فئات (ابتدائي، إعدادي، ثانوي، جامعي، فوق جامعي)، وأعطيت الرموز الرقمية (1،2،3،4،5) على الترتيب، وذلك للتمييز الرقمي فقط.

(6) الدخل الشهري للأسرة: ويقصد به ما يتقاضاه المبحوث وأسرته من دخل بالجنيه لتلبية احتياجات الأسرة، وتم التعبير عنه بالأرقام الخام المطلقة، وعلي ذلك يكون الحد الأدنى الفعلي 3000 جنيه، والحد الأعلى الفعلي 11000جنيه، وتم تقسيم الدخل الشهري للأسرة إلى ثلاث فئات: الدخل الشهري منخفض (3000 – 5000 جنيه)، والدخل الشهري متوسط (6000 – 8000 جنيه)، والدخل الشهري مرتفع (9000 – 11000جنيه).

(7) بعد سهولة الإجراءات ومنظومة الشكاوى: وتم استقصاء آراء المبحوثين عن سهولة الإجراءات ومنظومة الشكاوى من خلال 10 عبارات تدور حول سهولة التسجيل، وسهولة الإجراءات، حجز مواعيد الكشف الطبي، التنفيذ الفعلي لمواعيد الحجز الاليكتروني، عمل ملفات اليكترونية، تأخر مواعيد الحجز وطول الانتظار، نظام الإحالة الاليكتروني وخاصة لكبار السن، مناسبة الوقت لتلقى الخدمة الصحية، وأعطيت الاستجابات التالية (موافق =3، محايد=2، غير موافق=1)، وبلغ المدى النظري للمقياس (10 – 30 درجة).

(8) بعد العناية بالمرضى وحقوقهم: تم قياس هذا المتغير بسؤال المبحوث عن 10عبارات، تدور حول احترام المشاعر الإنسانية للمريض، والعناية بهم وبمرافقيهم وحسن معاملتهم، تمتع جميع المرضى باهتمام شخصي من قبل العاملين دون أي تمييز، مراعاة ظروف المريض الخاصة والتفاعل معها، إجراءات السلامة والآمان والالتزام بسرية المعلومات والحفاظ على الخصوصية، وإجراءات مكافحة العدوى وتجنب الأخطاء الطبية والحماية من المخاطر المختلفة، وأعطيت الاستجابات ترميز هو: (موافق =3، محايد=2، غير موافق=1)، وبلغ المدى النظري للمقياس (10 – 30 درجة).

(9) بعد وسائل الراحة والنظافة: تم قياس هذا المتغير بسؤال المبحوث عن 7 عبارات، تدور حول توفير وسائل الراحة للمرضى، التخلص الأمن من النفايات، تعقيم الأدوات الطبية، نظافة دورات المياه، تأهيل البنية التحتية للمستشفى من مباني وتشطيب ومفروشات، بالإضافة إلى وجود أماكن مناسبة للجلوس والانتظار، والارتقاء بجودة الخدمات الطبية ببعض الوحدات الطبية بالتجمعات البدوية، وأعطيت الاستجابات ترميز هو:

(موافق =3، محايد=2، غير موافق=1)، وبلغ المدى النظري للمقياس (7 – 21 درجة).

(10) بعد الطاقم الطبي والتمريض: تم قياسه بسؤال المبحوث عن 8 عبارات، تدور حول توفر عدد كافي من الأطباء والممرضين والفنيين، توافر التخصصات المختلفة بالمستشفيات ووحدات طب الأسرة، جودة الفريق الطبي وتعرضهم للتدريب المستمر، بالإضافة لآليات تشخيص المرضى والتعامل معهم بدقة وعدم الخطأ في الفحص والتشخيص والعلاج، واتباعهم للمعايير والإرشادات الخاصة ببروتوكولات التشخيص والعلاج، زيادة ساعات العمل يؤثر على صحة الطاقم الطبي وجودة الخدمات، وأعطيت الاستجابات ترميز هو: (موافق =3، محايد=2، غير موافق=1)، وبلغ المدى النظري للمقياس (8 – 24 درجة).

(11) بعد توفر الأدوية والأجهزة والمستلزمات الطبية: تم قياس هذا المتغير بسؤال المبحوث عن 8 عبارات تدور حول توفر أدوية ذات كفاءة عالية بصورة دائمة، نتيجة التحاليل المعملية للمرض دقيقة وتظهر بشكل سريع، انتظام صرف أدوية الأمراض المزمنة، توفر الأدوية والمستلزمات الطبية دون الحاجة لشرائها خارج المنظومة، وتوفر المعدات الطبية وأجهزة التحاليل والأشعة وخلافه، توافر كراسي متحركة لسهولة نقل المرضى وذوى الاحتياجات الخاصة، وأعطيت الاستجابات ترميز هو: (موافق =3، محايد=2، غير موافق=1)، وبلغ المدى النظري للمقياس (8 – 24 درجة).

(12) بعد خدمات الطوارئ: تم قياسه بسؤال المبحوث عن 6 عبارات تدور حول ملائمة المكان وتجهيزه لاستقبال الحالات الطارئة، توفر الفريق الطبي المؤهل للتعامل مع الطوارئ، سرعة الاستجابة لحالات الطوارئ ودخول الاستقبال، وجودة الخدمات المقدمة بالطوارئ وتقديمها بشكل دقيق وسريع، ضعف التنسيق بين المستشفيات ووحدات الطوارئ ببعض المناطق، وأعطيت الاستجابات ترميز هو: (موافق =3، محايد=2، غير موافق=1)، وبلغ المدى النظري للمقياس (6 – 18 درجة).

ب- المتغيرات التابعة:

(1) رضا المنتفعين عن الخدمات الصحية للمنظومة التأمين الصحي الشامل: يقصد به مدى شعور المنتفعين (المواطنين المسجلين والمستفيدين فعليًا من المنظومة) بالقبول والارتياح تجاه جودة وكفاءة الخدمات الصحية المقدمة لهم ضمن إطار منظومة التأمين الصحي الشامل، كما يتم قياسه من خلال استجاباتهم من خلال مقياس مكون من 9 عبارات تدور حول سهولة الوصول إلى الخدمة الصحية، وقت الانتظار للحصول على الخدمة، جودة الرعاية الطبية (تشخيص، علاج، متابعة)، سلوك وتعامل مقدمي الخدمة الصحية، توفر الادوية والفحوصات، سرعة الاستجابة للشكوى والاستفسارات، التكلفة مقابل جودة الخدمة، وأعطيت الاستجابات (راضي جدًا=5 ، راضي=4 ، محايد=3 ، غير راضٍ=2 ، غير راضٍ جدًا=1)، وبلغ المدى النظري للمقياس من (9 – 45 درجة)، بلغت قيمة معامل الثبات ألفا كرونباخ 0.869، وهو ما يشير لثبات المقياس.

(2) المردود الاجتماعي لمنظومة التأمين الصحي الشامل: يقصد به مجموعة الآثار الاجتماعية الإيجابية التي تنعكس على الأفراد والمجتمع نتيجة تطبيق منظومة التأمين الصحي الشامل، كما يتم قياسه من استقصاء آراء المبحوثين في 14 عبارة تدور حول تعزيز الشعور بالأمان الصحي لدى المنتفعين، تقليل الأعباء المالية على الأسر الفقيرة والمحدودة الدخل، المساهمة في تحقيق العدالة الاجتماعية من خلال إتاحة الخدمة الصحية للجميع دون تمييز، تحسين العلاقات الأسرية نتيجة تقليل الضغوط الناتجة عن المرض أو تكاليف العلاج، تعزيز ثقة المنتفعين في مؤسسات الدولة، رفع مستوى الوعي الصحي للأفراد بالمجتمع وخاصة فكر الطب الوقائي، تقليل نسب التسرب من العمل أو التعليم بسبب المرض، ارتفاع معدلات الاشتراك في المنظومة، تشجيع الاستثمار في رأس المال البشري بسبب توفر الخدمات الصحية بجودة عالية، وأعطيت الاستجابات ترميز هو: (موافق =3، محايد=2، غير موافق=1)، وبلغ المدى النظري للمقياس (14 – 42 درجة). وبلغت قيمة معامل الثبات ألفا كرونباخ 0.901، وهو ما يشير لثبات المقياس.

سادساً: أهم المشكلات التي تواجه المنتفعين بمنظومة التأمين الصحي الشامل بمنطقة البحث.

تم حصر المشكلات التي تواجه المنتفعين من منظومة التأمين الصحي الشامل بمنطقة البحث، وتم استخدام النسب والتكرارات لحصر ومعرفة هذه المشكلات، وأعطيت الاستجابات ترميز رقمي هو: (نعم =2، لا =1)، وتم ترتيب تلك المشكلات حسب المتوسط المرجح لكل مشكلة على حدة بمنطقة البحث.

سابعاً: أهم مقترحات المنتفعين للتغلب على مشكلات منظومة التأمين الصحي الشامل بمنطقة البحث:

تم عرض المقترحات وآراء المنتفعين بمنطقة البحث للتغلب على المشكلات التي تواجههم من منظومة التأمين الصحي الشامل بمنطقة البحث، وتم ترتيب هذه المقترحات والآراء وفقاً للأهمية النسبية لكل مقترح من هذه المقترحات على حدة.

توصيف العينة البحثية (المنتفعين من خدمات التأمين الصحي الشامل)

أبرزت نتائج التحليل الوصفي الواردة بالجدول (2) أن نسبة 32.1% من المبحوثين يقعون في الفئة العمرية الأولى والتي تتراوح من (30 – 44 سنة)، وأن ما يقرب من نصف المبحوثين إلا قليلا بنسبة 47.2% يقعون في الفئة العمرية الثانية والتي تتراوح من (30 - 44 سنة)، وأن 20.1% منهم يقعون في الفئة العمرية الثالثة والتي تتراوح من (60 -75 سنة)، وتبين من النتائج أن ما يزيد عن ثلاث أرباع المبحوثين بنسبة 78.9% ذكور، وأن نسبة 82.9% من المبحوثين متزوجون، وأن ما يزيد عن نصف المبحوثين قليلاً بنسبة 53.8% حاصلين على تعليم جامعي وفوق جامعي (ماجستير، ودكتوراه)، وأن ما يقرب من نصف المبحوثين إلا قليلاً بنسبة 49.2% يعملون في القطاع الحكومي، بينما نسبة 30.7% منهم يعملون في القطاع الخاص، وأن نسبة 10.6% منهم يعملون في مهن مختلفة وأعمال حرة، وتؤكد النتائج أن نسبة 57.3 من المبحوثين دخولهم متوسطة، وأن نسبة 19.1% منهم دخولهم منخفضة، بينما نسبة 23.6% من المبحوثين دخولهم مرتفعة.

جدول (2): التوزيع العددي والنسبة المئوية للمبحوثين وفقاً للمتغيرات البحثية المدروسة (ن = 199)

المتغيرات البحثية	العدد	%	المتغيرات البحثية	العدد	%
1- السن: الفئة الأولى من 30 – 44 سنة	63	31.7	**5- الحالة العملية:**		
الفئة الثانية من 45 - 59 سنة	87	43.7	قطاع حكومي	98	49.2
الفئة الثالثة من 60 - 75 سنة	49	24.6	قطاع خاص	41	20.6
2- النوع: ذكر	144	72.4	أعمال حرة	25	12.6
أنثى	55	27.6	تكافل وكرامة	15	7.5
3- الحالة الزواجية: متزوج	112	56.3	على المعاش	18	9.0
مطلق	32	16.1	لا يعمل	2	1.0
أرمل	42	21.1	**6- الدخل الشهري للأسرة**		
أعزب	13	6.5	منخفض من (3000 – 5000 جنيه)	62	31.2
4- المستوى التعليمي: ابتدائي	21	10.6	متوسط من (6000 – 8000 جنيه)	83	41.7
اعدادي	38	19.1	مرتفع من (9000 – 11000 جنيه)	54	27.1
ثانوي	34	17.1	**إجمالي العينة**	199	100
جامعي	94	47.2			
فوق جامعي (ماجستير، دكتوراه)	12	6.0			

المصدر: جمعت البيانات وحسبت من استمارة الاستبيان 2025

نتائج الدراسة الميدانية:

نتائج الدراسة الميدانية:

أولاً: النتائج المتعلقة بمستوى الرعاية الصحية للمنتفعين من منظومة التأمين الصحي الشامل بمنطقة البحث:

لتحقيق الهدف الأول من البحث والذي يتعلق بالتعرف على مستوى الرعاية الصحية للمنتفعين من منظومة التامين الصحي الشامل وأبعادها المختلفة، تم استخدام النسب المئوية لتكرارات استجابات المبحوثين، ويمكن عرض النتائج كما يلي:

(1) بعد سهولة الإجراءات ومنظومة الشكاوي: توضح النتائج الواردة بالجدول (3) أن غالبية المبحوثين بنسبة 48.2% يرون أن سهولة الإجراءات ومنظومة الشكاوى ما زالت منخفضة، مما يشير إلى وجود معوقات إدارية أو ضعف في قنوات التواصل مع المواطنين داخل منظومة الخدمات الصحية. كما أن نسبة 30.7% من المبحوثين اعتبروا أن هذه الإجراءات متوسطة السهولة، وهو ما يعكس وجود تحسن جزئي أو تفاوت في مستوى التطبيق بين المؤسسات المختلفة. في المقابل، يرى 21.1% فقط أن الإجراءات ومنظومة الشكاوى تتميز بسهولة مرتفعة، مما يدل على أن التحسينات الإدارية ما زالت محدودة وتحتاج إلى مزيد من التطوير والرقمنة لضمان سرعة الاستجابة وفعالية معالجة الشكاوى.

(2) بعد العناية بالمرضى وحقوقهم: تشير النتائج إلى أن مستوى الرعاية الصحية المقدمة للمرضى واحترام حقوقهم جاء في مجمله متوسطًا من وجهة نظر غالبية المبحوثين، حيث بلغت نسبتهم 41.2%. كما يظهر أن هناك نسبة غير قليلة (30.7%) ترى أن مستوى الرعاية منخفض، مما يعكس وجود قصور في بعض جوانب الخدمات الصحية أو في آليات تطبيق حقوق المرضى. وفي المقابل، أفاد 28.1% بأن الرعاية وحقوق المرضى مرتفعة، وهو ما يدل على وجود تفاوت في مستوى الخدمات المقدمة بين المرافق أو بين فئات المنتفعين. وبذلك يمكن القول إن النتائج تعكس حاجة النظام الصحي إلى تعزيز جودة الرعاية الصحية وضمان تطبيق حقوق المرضى بشكل أكثر عدالة وانتظامًا.

(3) بعد وسائل الراحة والنظافة: تبين من النتائج أن مستوى توافر وسائل الراحة والنظافة داخل المنشآت الصحية يُعد مرتفعًا بوجه عام، حيث أكد ما يزيد عن نصف المبحوثين بنسبة 60.3%

على توافر هذه الخدمات بدرجة مرتفعة، مما يعكس اهتمامًا ملحوظًا من الجهات المعنية بتحسين بيئة الرعاية الصحية والاهتمام بجودة المرافق والخدمات المقدمة للمرضى. وفي المقابل، يرى 20.6% من المبحوثين أن مستوى هذه الخدمات متوسط، وهو ما قد يشير إلى وجود تفاوت في مستوى النظافة والراحة بين الوحدات أو الأقسام المختلفة. بينما أوضح 19% من المبحوثين أن هذه الخدمات منخفضة، مما يدل على أن بعض المنشآت ما زالت بحاجة إلى تطوير في الجوانب الخدمية والبيئية لضمان توفير بيئة علاجية آمنة ومريحة لجميع المرضى.

(4) بعد الطاقم الطبي والتمريض: تؤكد النتائج أن مستوى توافر الطاقم الطبي والتمريضي جاء في المجمل متوسطًا، حيث أشار 46.7% من المبحوثين إلى أن تواجد الطاقم الطبي والتمريض يتم بدرجة متوسطة، وهو ما يعكس وجود توازن نسبي بين الاحتياجات الفعلية وعدد العاملين في بعض المؤسسات الصحية. ومع ذلك، فإن نسبة 33.2% من المبحوثين يرون أن توافر وتواجد الطاقم الطبي والتمريض منخفض، مما يشير إلى وجود نقص ملحوظ في الكوادر الطبية والتمريضية أو سوء توزيعها داخل المنظومة الصحية بالمنطقة، وهو ما قد يؤثر سلبًا على جودة الخدمات المقدمة وسرعة الاستجابة لاحتياجات المرضى. بينما يرى 20.1% من المبحوثين أن توافر الطاقم الطبي والتمريضي مرتفع، مما يدل على أن بعض الوحدات الصحية نجحت في تحقيق مستوى جيد من الكفاءة البشرية، وهو ما يمكن البناء عليه لتعميم التجربة وتحسين توزيع القوى العاملة في القطاع الصحي بشكل أكثر عدالة وفاعلية.

(5) توفر الأدوية والأجهزة والمستلزمات الطبية: تشير النتائج إلى أن مستوى توافر الأدوية والأجهزة والمستلزمات الطبية ما زال يعاني من قصور واضح، حيث أفاد ما يقرب من نصف المبحوثين الا قليلاً بنسبة 48.2% بأن توافر الأدوية والمستلزمات الطبية منخفض، وهو ما يعكس مشكلات في سلاسل الإمداد أو في عمليات التخزين والتوزيع داخل المنشآت الصحية. كما أوضح 37.2% من المبحوثين أن توافر هذه المستلزمات الطبية والأدوية وخاصة (الأمراض المزمنة) متوسط، مما يشير إلى تحسن جزئي في بعض المرافق الصحية دون أن يصل إلى المستوى المطلوب. وفي المقابل، أكد 14.6% فقط أن الأدوية والمستلزمات الطبية متوفرة بدرجة مرتفعة، وهو ما يدل على أن التفاوت بين الوحدات الصحية ما زال قائمًا، وأن هناك حاجة ملحّة لتعزيز سياسات الإمداد والتموين الطبي لضمان استمرارية تقديم الخدمات العلاجية بكفاءة وجودة عالية.

(6) بعد خدمات الطوارئ: توضح النتائج أن مستوى خدمات الطوارئ في المنشآت الصحية المدروسة جاء في المجمل عند مستوى متوسط، حيث أشار 43.2% من المبحوثين إلى أن هذه الخدمات متوسطة الجودة، مما يدل على وجود جهود لتحسين الاستجابة للحالات الطارئة، لكنها لم تصل بعد إلى المستوى الأمثل. كما يرى 35.2% من المبحوثين أن خدمات الطوارئ مرتفعة الجودة، وهو مؤشر إيجابي يعكس تحسنًا ملموسًا في بعض الوحدات الصحية التي استطاعت تطوير تجهيزاتها وقدراتها الفنية والبشرية. في المقابل، يرى 21.6% من المبحوثين أن خدمات الطوارئ منخفضة، مما يشير إلى استمرار بعض أوجه القصور، خاصة فيما يتعلق بسرعة الاستجابة أو توافر الأجهزة والكوادر الطبية المتخصصة. وبذلك يمكن القول إن النتائج تؤكد ضرورة تعزيز جاهزية أقسام الطوارئ وتوحيد مستوى الخدمة في جميع المنشآت الصحية لتحقيق استجابة فعالة وشاملة للحالات الحرجة.

جدول (3): التوزيع العددي والنسبي لأبعاد الرعاية الصحية المختلفة بمنطقة البحث

أبعاد الرعاية الصحية	العدد	%	أبعاد الرعاية الصحية	العدد	%
1- **سهولة الإجراءات ومنظومة الشكاوي**			**4- الطاقم الطبي والتمريض**		
منخفض من 10 – 16 درجة	96	48.2	منخفض من 8 – 13 درجة	66	33.2
متوسط من 17 – 23 درجة	61	30.7	متوسط من 14 – 19 درجة	93	46.7
مرتفع من 24 – 30 درجة	42	21.1	مرتفع من 20 – 24 درجة	40	20.1
2- **العناية بالمرضى وحقوقهم**			**5- توفير الأدوية والمستلزمات الطبية**		
منخفض من 10 – 16 درجة	61	30.7	منخفض من 8 – 13 درجة	96	48.2
متوسط من 17 – 23 درجة	82	41.2	متوسط من 14 – 19 درجة	74	37.2
مرتفع من 24 – 30 درجة	56	28.1	مرتفع من 20 – 24 درجة	29	14.6
3- **وسائل الراحة والنظافة**			**6- خدمات الطوارئ**		
منخفض من 7 – 11 درجة	38	19.0	منخفض من 6 – 9 درجات	43	21.6
متوسط من 12 – 16 درجة	41	20.6	متوسط من 10 – 13 درجة	86	43.2
مرتفع من 17 – 21 درجة	120	60.3	مرتفع من 14 – 18 درجة	70	35.2

المصدر: جمعت البيانات وحسبت من استمارة الاستبيان 2025

ثانياً: النتائج المتعلقة برضا المنتفعين عن الخدمات الصحية للمنظومة التأمين الصحي الشامل:

تشير النتائج الواردة بالجدول (4) إلى أن مستوى رضا المنتفعين عن الخدمات الصحية المقدمة في إطار منظومة التأمين الصحي الشامل بمنطقة البحث جاء في مجمله متوسطًا، حيث أوضح ما يزيد عن نصف المبحوثين بنسبة 51.3% أنهم راضون بدرجة متوسطة، مما يعكس إدراكًا ووعيا عامًا بوجود جهود لتحسين الخدمات، لكنها ما زالت دون التوقعات الكاملة للمنتفعين. كما أشار 27.1% من المبحوثين إلى انخفاض مستوى رضاهم، وهو ما قد يرتبط ببعض التحديات مثل طول فترات الانتظار أو نقص الأدوية أو الكوادر الطبية. في المقابل، أفاد 21.6% من المبحوثين بأن رضاهم مرتفع، وهو ما يدل على أن هناك تجارب إيجابية في بعض المنشآت الصحية تعكس نجاح المنظومة في تقديم خدمة مقبولة وفعّالة. وبشكل عام، توضح النتائج أن تحقيق رضا المنتفعين الكامل يتطلب مزيدًا من التطوير في جودة الخدمات، وتحسين سرعة الاستجابة، وتعزيز التواصل مع المرضى.

جدول (4): التوزيع العددي والنسبة المئوية لمستوى رضا المنتفعين عن الخدمات الصحية (ن = 199)

رضا المنتفعين من الخدمات الصحية التابعة للمنظومة	العدد	%
منخفض من 9 – 20 درجة	54	27.1
متوسط من 21 – 32 درجة	102	51.3
مرتفع من 33 – 45 درجة	43	21.6
الإجمالي	**199**	**100.0**

المصدر: جمعت البيانات وحسبت من استمارة الاستبيان 2025

رابعاً: النتائج المرتبطة بعلاقة الخصائص الشخصية المرتبطة بمستوى رضا المنتفعين عن الخدمات الصحية التابعة لمنظومة التأمين الصحي الشامل بمنطقة البحث

للتعرف على معنوية العلاقة بين بين المتغيرات المستقلة ذات الطبيعة الاسمية وبين مستوى رضا المنتفعين عن الخدمات الصحية التابعة لمنظومة التأمين الصحي الشامل بمنطقة البحث، تم صياغة الفرض الاحصائي "لا توجد علاقة معنوية بين مستوى رضا المنتفعين عن الخدمات الصحية لمنظومة التأمين الصحي الشامل بمنطقة البحث، وبين كل من المتغيرات المستقلة التالية "السن، النوع، الحالة الزواجية، الحالة العملية، المستوى التعليمي" بمنطقة البحث.

تشير بيانات الجدول (5) إلى أن قيم اختبار مربع كاي (Chi-Square) للمتغيرات المستقلة السن، الحالة الزواجية، الحالة العملية، والمستوى التعليمي بلغت على الترتيب (14.922، 32.305، 21.444، 28.288)، وهي قيم ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية 0.01. وهذا يدل على وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين مستوى رضا المنتفعين عن الخدمات الصحية في إطار منظومة التأمين الصحي الشامل بمنطقة البحث وكل من المتغيرات المستقلة المذكورة، مما يعني أن هذه الخصائص الديموغرافية تؤثر بدرجة معنوية في مستوى رضا المنتفعين عن الخدمات الصحية.

وبناء على ذلك يمكن رفض الفرض الصفري، وقبول الفرض البحثي البديل فيما يتعلق بالمتغيرات المستقلة: السن، الحالة الزواجية، الحالة العملية، المستوى التعليمي.

جدول (5) نتائج العلاقات الارتباطية بين المتغيرات المستقلة المدروسة وبين رضا المنتفعين عن الخدمات الصحية لمنظومة التأمين الصحي الشامل بمنطقة البحث

م	المتغيرات المستقلة	قيم مربع كاي ($كا^2$)	درجات الحرية	المعنوية
1	السن	**14.922	4	0.005
2	النوع	1.097	2	0.576
3	الحالة الزواجية	**32.305	6	0.000
4	الحالة العملية	**21.444	10	0.018
5	المستوى التعليمي	**28.288	8	0.000

المصدر: البيانات الواردة بالجدول جمعت وحسب من خلال التحليل الإحصائي SPSS

ويمكن تفسير ذلك بأن اختلاف الفئات العمرية والتعليمية والاجتماعية يؤدي إلى تباين في مستوى الوعي والاحتياجات والتوقعات من الخدمة الصحية؛ فالأفراد الأكبر سنًا أو المتزوجون أو العاملون غالبًا ما تكون لديهم خبرات وتصورات مختلفة عن جودة الرعاية الصحية مقارنة بغيرهم، كما أن ارتفاع المستوى التعليمي قد يجعل الفرد أكثر قدرة على تقييم كفاءة الخدمات وتحديد جوانب القصور أو القوة فيها، مما يعكس أثر الخصائص الشخصية والاجتماعية في تكوين مستوى الرضا الصحي العام.

خامسا: النتائج المرتبطة بالمردود الاجتماعي لمنظومة التأمين الصحي الشامل:

أبرز التحليل الوصفي للبيانات الواردة بالجدول (6) إلى أن المردود الاجتماعي لمنظومة التأمين الصحي الشامل بمنطقة البحث جاء بدرجات متفاوتة عبر مجموعة من المؤشرات الاجتماعية المرتبطة بتحسين جودة الحياة وتعزيز العدالة الاجتماعية. فقد أظهرت النتائج ارتفاع نسب الموافقة على عبارات مثل تحقيق العدالة الاجتماعية وإتاحة الخدمة الصحية للجميع دون تمييز بنسبة 88.4%، وارتفاع معدلات الاشتراك في التأمين الصحي الشامل بنسبة 91.0%، وإجراء الفحوصات الدورية والتشخيص المبكر للأمراض بنسبة 85.9%، مما يعكس أثرًا إيجابيًا واضحًا للمنظومة في تعزيز العدالة والوصول المتكافئ للخدمة الصحية.

كما تبين أن نسبة 75.9% من المبحوثين أكدوا أن المنظومة أسهمت في تعزيز الشعور بالأمان الصحي والاجتماعي وراحة البال، بينما وافق 74.4% على أنها تعزز مبدأ المشاركة بين الدولة والمواطن وصاحب العمل والموظف، مما يشير إلى أن المنظومة لا تقتصر على البعد العلاجي فحسب، بل تمتد لتدعم الترابط الاجتماعي والثقة المتبادلة بين الدولة والمجتمع. في المقابل، أظهرت بعض المؤشرات نسب موافقة منخفضة نسبيًا مثل توفير الحماية المالية من تكاليف الرعاية الصحية المرتفعة بنسبة 11.1% فقط، وتقليل الأعباء المالية على الأسر الفقيرة بنسبة 23.1%، وهو ما يشير إلى أن الجانب الاقتصادي من المردود الاجتماعي لم يحقق المستوى المنشود بعد، وربما ما زال المنتفعون يشعرون بعبء مالي نسبي نتيجة بعض تكاليف الخدمات أو الأدوية وخاصة العاملين بمهن أخرى غير القطاع الحكومي والخاص.

جدول (6): التوزيع العددي والنسبة المئوية للمردود الاجتماعي لمنظومة التأمين الصحي الشامل

البيـــــــان	موافق		محايد		عير موافق	
	عدد	%	عدد	%	عدد	%
توفير الصحة للجميع بجودة عالية	108	54.3	49	24.6	42	21.1
تعزيز ثقة المنتفعين في مؤسسات الدولة	94	47.2	61	30.7	46	23.1
ارتفاع معدلات الاشتراك في التأمين الصحي الشامل	181	91.0	18	9.0	0	0.0
تنظيم العلاقة بين مقدمي الخدمات الصحية والمنتفعين	138	69.3	55	27.6	6	3.0
تقليل نسب التسرب من العمل أو التعليم بسبب المرض	88	44.2	95	47.7	16	8.0
إجراء الفحوصات الدورية والتشخيص المبكر للأمراض	171	85.9	18	9.0	10	5.0
تقليل الأعباء المالية على الأسر الفقيرة والمحدودة الدخل	46	23.1	119	59.8	34	17.1
توفير الحماية المالية من تكاليف الرعاية الصحية المرتفعة	22	11.1	89	44.7	88	44.2
زيادة الوعي الصحي للمنتفعين وخاصة فكر الطب الوقائي	69	34.7	103	51.8	27	13.6
تقليل الضغوط الأسرية الناتجة عن المرض أو تكاليف العلاج	124	62.3	56	28.1	19	9.5
تحقيق العدالة الاجتماعية وإتاحة الخدمة الصحية للجميع دون تمييز	176	88.4	23	11.6	0	0.0
تعزيز الشعور بالأمان الصحي والاجتماعي وراحة البال لدى المنتفعين	151	75.9	32	16.1	16	8.0
تشجيع الاستثمار في رأس المال البشري بسبب توفر الخدمات الصحية	77	38.7	111	55.8	11	5.5
تعميق مبدأ المشاركة بين الدولة والمواطن وبين صاحب العمل والموظف	148	74.4	41	20.6	10	5.0

المصدر: البيانات الواردة بالجدول جمعت وحسب من خلال استمارة الاستبيان والتحليل الإحصائي SPSS

وتشير بيانات الجدول (7) إلى أن مستوى المردود الاجتماعي لمنظومة التأمين الصحي الشامل بمنطقة البحث جاء في معظمه عند المستوى المتوسط، حيث بلغت نسبة المبحوثين الذين قيَّموا المردود الاجتماعي بأنه متوسط 52.3% من إجمالي المبحوثين، بينما بلغت نسبة من رأوه منخفضًا 38.7%، في حين بلغت نسبة من رأوه مرتفعًا 9.0% فقط.

ويمكن تفسير ذلك أن منظومة التأمين الصحي الشامل بمنطقة البحث تحقق مردودًا اجتماعيًا مقبولًا نسبيًا لدى غالبية المنتفعين، إلا أن انخفاض نسبة من يرون المردود مرتفعًا يشير إلى أن هناك مجالات تطوير وتحسين مطلوبة لتعزيز الأثر الاجتماعي للمنظومة، بما في ذلك زيادة رضا المستفيدين ورفع كفاءة الخدمات الصحية المقدمة وضمان شمولها وعدالتها في التوزيع.

جدول (7): التوزيع العددي والنسبي لمستوى المردود الاجتماعي لمنظومة التأمين الصحي الشامل

المردود الاجتماعي للمنظومة التأمين الصحي الشامل	العدد	%
منخفض من 12 – 21 درجة	77	38.7
متوسط من 22 – 31 درجة	104	52.3
مرتفع من 32 – 42 درجة	18	9.0
الإجمالي	**199**	**100.0**

المصدر: جمعت البيانات وحسبت من استمارة الاستبيان 2025

سادساً: أهم المشكلات التي تواجه المنتفعين بمنظومة التأمين الصحي الشامل بمنطقة البحث:

أشارت النتائج الواردة بالجدول (8) أن مجموعة المشكلات التي تواجه المنتفعين بمنظومة التأمين الصحي الشامل بمنطقة البحث وتشمل أثنى عشرة (19) مشكلة، تم ترتيبها تنازلياً حسب المتوسط المرجح لكل مشكلة، وقد شغلت مشكلة عدم الإبلاغ بنتائج التحاليل المعملية اللازمة لفتح الملفات للمنتفعين واقتصارها على النظام مقدمة الترتيب بمتوسط مرجح 132.7، ثم نقص في الأجهزة الطبية كأجهزة الرنين وقياس السمع وغيرها بمتوسط مرجح 132، ثم الكشف الطبي عند فتح الملف روتيني عن طريق طرح أسئلة فقط دون إجراء كشف فعلي بمتوسط مرجح 130.0، ثم مشكلة طبيب الاسرة يستغرق وقت طويل في تسجيل البيانات مما يطيل فترات الكشف والانتظار بمتوسط مرجح 129.3، ثم عدم مراعاة الحالات الطارئة والانتظار لمواعيد الحجز من خلال الخط الساخن بمتوسط مرجح 128.3، ثم قلة أعداد أطباء الأسرة بالوحدات والمراكز الصحية مقارنة بعدد المسجلين بمتوسط مرجح 127.3، ثم قيام طبيب الأسرة بفتح الملفات وإحالة المرضى، رغم أن دوره تقديم التشخيص والعلاج بمتوسط مرجح 125.7، ثم ربط تلقى بعض الخدمات الحكومية كالتقديم في المدارس للأطفال بسداد الاشتراكات بمتوسط مرجح 123.7، ثم نقص الوعي والتثقيف والتوعية للأهالي بآلية عمل المنظومة والخدمات التي تقدمها بمتوسط مرجح 122.3، ثم تحول التأمين الصحي إلى تجارة حيث يتحمل المريض أعباء مادية قد لا يقدرون عليها بمتوسط مرجح 121.3، وجاء في نهاية الترتيب مشكلة الواسطة والمحسوبية في صرف الأدوية وسرعة حجز مواعيد الخدمات الصحية بمتوسط مرجح 89.3.

جدول (8): التوزيع العددي والنسبي والمتوسط المرجح للمشكلات التي تواجه المنتفعين من التأمين الصحي

المشكلات التي تواجه المنتفعين من التأمين الصحي الشامل	الاستجابة		المتوسط المرجح	الترتيب
	نعم	لا		
وجود خدمات صحية غير متكاملة مثل عيادات الأسنان	154	45	117.7	11
نقص في الأجهزة الطبية كأجهزة الرنين وقياس السمع وغيرها	197	2	132.0	2
قلة أعداد أطباء الأسرة بالوحدات والمراكز الصحية مقارنة بعدد المسجلين	183	16	127.3	6
عدم تناسب الاشتراكات مع دخل الفرد وزيادتها كل عام دون معرفة الأفراد	98	101	99.0	17
ضرورة الاتصال بالخط الساخن لحجز الخدمة والانتظار لفترة زمنية طويلة	142	57	113.7	12
لا توجد آلية واضحة لتحديد وضم فئات غير القادرين المعاقين من الاشتراكات	124	75	107.7	14
صرف خطاب تحويل واحد فقط في كل زيارة لوحدات ومراكز الصحة الأولية	75	124	91.3	18
عدم مراعاة الحالات الطارئة والانتظار لمواعيد الحجز من خلال الخط الساخن	186	13	128.3	5
نقص شديد في الأدوية خاصة أدوية الأمراض المزمنة والغدة الدرقية والأورام	133	66	110.7	13
الواسطة والمحسوبية في صرف الأدوية وسرعة حجز مواعيد الخدمات الصحية	69	130	89.3	19
نقص في بعض التخصصات الطبية المطلوبة مثل أمراض الكلى والعظام وغيرها	118	81	105.7	15
نقص الوعي والتثقيف والتوعية للأهالي بآلية عمل المنظومة والخدمات التي تقدمها	168	31	122.3	9
ربط تلقى بعض الخدمات الحكومية كالتقديم في المدارس للأطفال بسداد الاشتراكات	172	27	123.7	8
يسقط التأمين الصحي على الأطفال في حالة عدم الانتظام في سداد الاشتراكات للأسرة	107	92	102.0	16
تحول التأمين الصحي إلى تجارة حيث يتحمل المريض أعباء مادية قد لا يقدرون عليها	167	30	121.3	10
قيام طبيب الأسرة بفتح الملفات وإحالة المرضى، رغم أن دوره تقديم التشخيص والعلاج	178	21	125.7	7
طبيب الاسرة يستغرق وقت طويل في تسجيل البيانات مما يطيل فترات الكشف والانتظار	189	10	129.3	4
الكشف الطبي عند فتح الملف روتيني عن طريق طرح أسئلة فقط دون إجراء كشف فعلي	191	8	130.0	3
عدم الإبلاغ بنتائج التحاليل المعملية اللازمة لفتح الملفات للمنتفعين واقتصارها على النظام	199	0	132.7	1

المصدر: البيانات الواردة بالجدول جمعت وحسبت من خلال استمارة استبيان 2025

سابعاً: أهم مقترحات المنتفعين للتغلب على مشكلات منظومة التأمين الصحي الشامل بمنطقة البحث:

توضح النتائج الواردة بالجدول (9) أن مجموعة مقترحات المبحوثين للتغلب على المشكلات التي تواجه المنتفعين من منظومة التأمين الصحي الشامل تشمل أربعة عشر (14) مقترحاً، تم ترتيبها حسب الأهمية النسبية لكل مقترح، وقد شغلت تزويد المراكز والوحدات الصحية بأجهزة الأشعة الرنين المغناطيسي والمقطعية والمناظير مقدمة الترتيب بنسبة تكرار100%، ثم تبعها الكشف الطبي الواقعي وليس الروتيني (الورقي) لضمان تشخيص المرض بشكل سليم بنسبة تكرار 92.2%، ثم تبسيط إجراءات الحصول على الخدمات خاصة فيما يتعلق بالتسجيل والاحالة بنسبة تكرار 92%، ثم توافر الادوية والمستلزمات الطبية وخاصة للأمراض المزمنة والأورام بنسبة تكرار 89.4%، ثم توفير الكفاءات الطبية من الأطباء والممرضين خاصة بالتجمعات البدوية مع توافر حوافز لهم بنسبة تكرار 85.9%، ثم ضرورة الإحالة بشكل عاجل للحالات الطارئة وعدم الانتظار لحجز مواعيد من خلال الخط الساخن بنسبة تكرار 83.9%، ثم زيادة الوعي المجتمعي بأهمية منظومة التأمين الصحي الشامل بالمنطقة

بنسبة تكرار 77.4%، ثم ارسال نتيجة التحاليل المعملية للمريض وعدم الاكتفاء بتواجدها على النظام فقط بنسبة تكرار 71.9%، ثم معالجة مياه تحسين جودة الخدمات الصحية بالمستشفيات والمراكز الصحية بنسبة تكرار 71.4، ثم تفرغ طبيب الأسرة للكشف الطبي على المرضى وترك المسؤوليات الإدارية لطاقم التمريض بنسبة تكرار 69.8%، ثم سرعة الاستجابة من خلال الخط الساخن لحجز مواعيد الكشف الطبي بنسبة تكرار 62.3%، ثم مراجعة نظام الإحالات لتسهيل الوصول إلى المستويات الأعلى من الرعاية الصحية عند الحاجة بنسبة تكرار 54.3%، ثم تفعيل الرقابة على المنشآت الصحية لضمان جودة الخدمات المقدمة ومحاسبة المقصرين بنسبة تكرار 49.2%، وجاء في نهاية الترتيب تطوير البنية التكنولوجية للمنظومة لتسهيل الحصول على المعلومات، وتسريع معالجة الطلبات بنسبة تكرار 39.2%.

جدول (9): التوزيع العددي والنسبي والأهمية النسبية لمقترحات المنتفعين من منظومة التأمين الصحي

المقترحات	التكرار	%	الترتيب
تحسين جودة الخدمات الصحية بالمستشفيات والمراكز الصحية	142	71.4	9
سرعة الاستجابة من خلال الخط الساخن لحجز مواعيد الكشف الطبي	124	62.3	11
التدريب المستمر للأطباء وهيئة التمريض لتقديم رعاية صحية أفضل	37	18.6	15
زيادة الوعي المجتمعي بأهمية منظومة التأمين الصحي الشامل بالمنطقة	154	77.4	7
توافر الادوية والمستلزمات الطبية وخاصة للأمراض المزمنة والأورام	178	89.4	4
تبسيط إجراءات الحصول على الخدمات خاصة فيما يتعلق بالتسجيل والاحالة	183	92.0	3
ارسال نتيجة التحاليل المعملية للمريض وعدم الاكتفاء بتواجدها على النظام فقط	143	71.9	8
الكشف الطبي الفعلي وليس الروتيني (الورقي) لضمان تشخيص المرض بشكل سليم	185	92.2	2
تفعيل الرقابة على المنشآت الصحية لضمان جودة الخدمات المقدمة ومحاسبة المقصرين	98	49.2	13
تزويد المراكز والوحدات الصحية بأجهزة الأشعة الرنين المغناطيسي والمقطعية والمناظير	199	100.0	1
تفرغ طبيب الأسرة للكشف الطبي على المرضى وترك المسؤوليات الإدارية لطاقم التمريض	139	69.8	10
توفير الكفاءات الطبية من الأطباء والممرضين خاصة بالتجمعات البدوية مع توافر حوافز لهم	171	85.9	5
تطوير البنية التكنولوجية للمنظومة لتسهيل الحصول على المعلومات، وتسريع معالجة الطلبات	78	39.2	14
مراجعة نظام الإحالات لتسهيل الوصول إلى المستويات الأعلى من الرعاية الصحية عند الحاجة	108	54.3	12
ضرورة الإحالة بشكل عاجل للحالات الطارئة وعدم الانتظار لحجز مواعيد من خلال الخط الساخن	167	83.9	6

المصدر: البيانات الواردة بالجدول جمعت وحسبت من خلال استمارة استبيان 2025

أهم التوصيات:

ازاء ما توصلت إليه النتائج البحثية من أن المردود الاجتماعي لمنظومة التأمين الصحي الشامل بمنطقة البحث يتراوح بين المنخفض والمتوسط، فإن البحث يوصي بما يلي:

(1) ضرورة قيام هيئة الرعاية الصحية بتوفير العدد الكافي من الأطباء وهيئة التمريض بالوحدات والمراكز بما يتناسب مع أعداد المنتفعين المسجلين بها، لضمان سرعة الحصول على الخدمة الصحية، وذلك من خلال تقديم حوافز إضافية وامتيازات للكوادر الطبية العاملين بها وخاصة في المجتمعات الصحراوية.

(2) ضرورة قيام هيئة الدواء المصرية بالتأكد من توفير كافة الأدوية داخل منظومة التأمين الصحي وخاصة للأمراض المزمنة وأمراض كبار السن.

(3) وضع آلية مرنة لاستحقاق الاشتراكات مع إمكانية جدولة المتأخرات بما يتوافق مع الدخل الشهري، وعدم ربط تلقى الخدمة الصحية بالسداد الكامل للمستحقات خاصة التقديم في المدارس والجامعات.

(4) وضع آليات للتأكد من تفعيل منظومة إدارة الشكاوي وقياس رضى المنتفعين ودورها في الاستماع لشكاوي المنتفعين والاستجابة السريعة لها.

(5) تفعيل تقديم بعض الخدمات الطبية عن بعد والتي تمكن المرضى من التواصل مع طبيب الأسرة، مما يخفف من الضغط عن مراكز تقديم الخدمة ويسهل تلقى الخدمة لأصحاب الأمراض المزمنة وكبار السن.

(6) التنسيق مع وزارة التضامن الاجتماعي لإعداد قاعدة بيانات دقيقة للفئات المعفاة عن الاشتراكات والمنصوص عليها في اللائحة التنفيذية لقانون التأمين الصحي الشامل.

(7) تنفيذ لقاءات وندوات توعية بصفة دورية للطاقم الطبي والإداري وتعزيز مهاراتهم الرقمية وفنون العمل تحت الضغط وأساليب التواصل الفعال مع المرضى.

(8) ضرورة توفير الأجهزة والمعدات والمستلزمات الطبية اللازمة في كل الوحدات والمراكز الخاضعة لمنظومة التأمين

الصحي الشامل دون حاجة المرضى إلى الذهاب لمكان أخر لتلقي الخدمة.

المراجع:

أولاً: المراجع العربية:

أبوالمجد، إيهاب (2022)، التأمين الطبي: الشراكة بين القطاعين العام والخاص، دور شركات الرعاية الصحية والهيئة العامة للتأمين الصحي الشامل، الملتقى الإقليمي السابع للتأمين الطبي والرعاية الصحية، القاهرة، 30-31 يناير.

أبوالنصر، مدحت محمد (2008)، إدارة الجودة الشاملة في مجال الخدمات: الخدمات الاجتماعية والتعليمية والصحية، مجموعة النيل العربية، القاهرة.

أحمد، هبة مصطفى الجيلاني (2021)، نظام التأمين الصحي الشامل في مصر ومدى استدامة تمويله، رسالة ماجستير، كلية التجارة، جامعة عين شمس، مصر.

أسعد، باسل (2018)، التأمين الصحي الإلزامي الشامل كخيار استراتيجي في عملية التنمية الصحية المستقبلية، مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية، مجلد (40)، عدد (4)، اللاذقية، سوريا.

اللائحة التنفيذية للتأمين الصحي الشامل رقم 2 لسنة 2018 م، الصادرة بقرار رئيس مجلس الو راء رقم 909 لسنة 2018 م، الجريدة الرسمية، جمهورية مصر العربية، العدد 18 مكرر(أ) بتاريخ 8 / 5 / 2018.

البنك الدولي (2022)، مراجعة الانفاق العام على قطاعات التنمية البشرية في مصر، تقارير البنك الدولي، المجلد الثاني، التعليم والتعليم العالي والصحة، سبتمبر، مصر.

الجريدة الرسمية، (2018)، اللائحة التنفيذية لقانون التامين الصحي الشامل رقم 2 لسنة 2018 م، صادرة بقرار رئيس مجلس الوزراء رقم 909 لسنة 2018 م، العدد 18 مكرر(أ)، 8 مايو، جمهورية مصر العربية.

الجيلاني، هبه مصطفى (2021)، نظام التأمين الصحي الشامل في مصر ومدى استدامة تمويله، رسالة ماجستير غير منشورة، قسم الاقتصاد، كلية التجارة، جامعة عين شمس.

السيد، رباب محمد (2021)، تأثير العوامل الاجتماعية والاقتصادية علي الاشتراك بالتأمين الصحي المجتمعي: دراسة تطبيقية، مجلة الدراسات والبحوث التجارية، كلية التجارة، جامعة بنها، المجلد (41)، العدد (2).

العزبي، محمد إبراهيم، (1999)، المشاركة الشعبية في المجتمع المحلي: دراسات في التنمية الريفية، مركز الدراسات العلمية، الإسكندرية.

الهيئة العامة للاستعلامات (2020)، بوابتك إلى مصر، البدء الفعلي لقانون التأمين الصحي الشامل في مصر، 15 نوفمبر، https://www.sis.gov.eg.

الهيئة العامة للاستعلامات (2024)، بوابتك إلى مصر، الرعاية الصحية تعلن بدء تشغيل منظومة التأمين الصحي الشامل بمحافظة جنوب سيناء، المركز الإعلامي، الخميس 4 يناير https://www.sis.gov.eg.

أمين، رجب أبو حمد (2020)، الأهمية المتزايدة للتأمين الصحي الشامل في ظل التحولات الاقتصادية المعاصرة بالتطبيق على المملكة العربية السعودية، مجلة البحوث المالية والتجارية، مجلد (21)، عدد (3) كلية التجارة، جامعة بورسعيد، مصر.

حسن، رانيا علي عطا علي (2023)، التحديات الاجتماعية لنسق الرعاية الصحية في مصر ومؤشرات جودتها، المجلة العلمية بكلية الآداب، عدد 50، كلية الآداب، جامعة طنطا، مصر.

خليل، نجلاء محمد عاطف مصطفى (2023)، منظومة التأمين الصحي الشامل ودورها في الارتقاء بصحة المواطن المصري في الجمهورية الجديدة- دراسة ميدانية"، مجلة الدراسات الإنسانية والأدبية، مجلد (28)، عدد (1)، كلية الآداب، جامعة كفر الشيخ.

رولز، جون، (2001)، نظرية في العدالة، ترجمة د/ ليلى الطويل، منشورات الهيئة المصرية للكتاب، وزارة الثقافة، مصر.

زكريا، خضر، (1989)، النظريات الاجتماعية المعاصرة، مطبوعات جامعة دمشق، سوريا.

زهران، أحمد أحمد (2024)، التأمين الصحي في مصر: الواقع والتحديات والحلول المقترحة، المجلة الدولية للسياسات العامة في مصر، مركز المعلومات ودعم اتخاذ القرار، المجلد (3)، العدد (3)، يوليو.

(9) ضرورة اعتماد تخصص طب الأسرة في جميع كليات الطب، نظراً لأن طبيب الأسرة هو حجر الزاوية في عمل منظومة التأمين الصحي الشامل.

عبد المنعم، إيمان جلال عبد الحميد (2023)، التحول الرقمي وأثره على جودة خدمات التأمين الصحي الشامل ببورسعيد، مجلة كلية الخدمة الاجتماعية للدراسات والبحوث الاجتماعية، العدد (32)، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة الفيوم، مصر.

غنام، علاء، (2021)، نظام التأمين الصحي الشامل وبناء الإنسان المصري: آفاق استراتيجية مركز المعلومات ودعم اتخاذ القرار التابع لمجلس الوزراء المصري، المجلد (3). ص ص 1-5.

غنام، علاء، وأحمد عزب (2021)، نظام التأمين الصحي الشامل: نظرة مقارنة، مجلة الديمقراطية، مؤسسة الأهرام، المجلد (21)، العدد (81)

لبن، هبه الله أنور على (2024)، الرعاية الصحية للريفيين قبل وبعد تطبيق نظام التأمين الصحي الشامل بمحفظة الإسماعيلية، مجلة الاقتصاد الزراعي والعلوم الاجتماعية، كلية الزراعة، جامعة المنصورة، المجلد (15)، العدد (11).

محمد، خيري محمد (2022)، أهمية الشراكة بين القطاعين العام والخاص في تحقيق التغطية الصحية الشاملة في الجزائر، مجلة الاقتصاد، المجلد (13)، العدد (2).

محمد، عيد سعيد (2019)، قانون التأمين الصحي الشامل الصادر بالقانون رقم 2 لسنة 2018 وأثر المساهمة التكافلية المقررة بموجبه على المجتمع الضريبي، إدارة الأعمال، جمعية إدارة الاعمال العربية، العدد (165).

مديرية الصحة والسكان بجنوب سيناء، محافظة جنوب سيناء، 2024.

مركز المعلومات ودعم اتخاذ القرار (2022)، مستقبل الرعاية الصحية: توجهات مستقبلية، السنة الأولى، عدد 5، رئاسة مجلس الوزراء المصري، مصر.

معيط، محمد (2022)، تكليف رئاسي باستكمال تطبيق التأمين الصحي الشامل، وزارة المالية، جمهورية مصر العربية، 4 مايو http:/mof.gov.eg.

منظمة الصحة العالمية (2019)، تقديم خدمات صحية عالية الجودة: ضرورة عالمية للتغطية الصحية الشاملة، منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي والبنك الدولي للإنشاء والتعمير، مجموعة البنك الدولي، سياسات أفضل لحياة أفضل.

موساوي، عمر (2010)، الإبداع في المنتجات التأمينية ودورة في تحريك النمو في الأسواق الصاعدة، الملتقى الدولي السابع حول الصناعات التأمينية، كلية العلوم الاقتصادية، جامعة حسيبة بن بو علي بالشلف، الجزائر.

نجيب، سامي (2018)، ثلاث هيئات للتطبيق التدريجي لنظام التامين الصحي الشامل، إدارة الأعمال، جمعية إدارة الأعمال العربية، العدد (167).

ثانياً: المراجع الإنجليزية:

Al Bahnasy, R., O. Mohamed, H. El-Shazly, A. Abdel-Azeem and R. Khedr (2016). The successes and the challenges of Egyptian Health Sector Reform Program. Menoufia Medical Journal, Vol 29, No (4).

Anand, P. and P. Dolan (2005). Equity, capabilities and health, Social Science and Medicine, Vol 60, No (2).

Debie, A., Khatri R. and Assefa, Y. (2022). Successes and Challenges of Health Systems Governance Towards Universal Health Coverage and Global Health Security, A Narrative Review and Synthesis of the Literature. Health Research Policy and Systems.

Doshmangir, L., Bazyar, M., Rashidian M. and Gordeev, V. (2021). Iran Health Insurance System in Transition: Equity Concerns and Steps to Achieve Universal Health Coverage. International Journal for Equity in Health.

Elezaby, M., (1985). Impact of Situational and Orientational Factors Contribution to Community Field Structure. Ph. D. Dissertation. Aiwa State University. Ames. Aiwa. USA.

Coverage. Report of the WISH Universal Health Coverage Forum.

Organization, W. H. (2017). The world health report 2013. Research for universal health coverage. Geneva: WHO; 2013.

Oliver Schwank (2012), Global Health Initiatives and Aid Effectiveness in the Health Sector, World Economic and Social Survey, https://www.un.org/en/development/desa/policy/wess/wess_bg_papers/bp_wess2012_schwank.pdf.

Young, G. and Post, B. (2023), Harnessing the Role of the Private Sector in Advancing the Universal Health Coverage (UHC) Agenda in Egypt. Universal Health Insurance Authority (UHIA), Northeastern University Globe Med, Policy Research Report, May, 1-48.

Samuel, J., Flores W. and Frisancho, A. (2021). Social Exclusion and Universal Health Coverage: Health Care Rights and Citizen–led Accountability in Guatemala and Peru. International Journal for Equity in Health, Vol 19, No (1).

Vega, J. (2013), Universal health coverage: the post-2015 development agenda. The Lancet 381(9862).

Nandi, S. and Schneider, H. (2020). Using an Equity–Based Framework for Evaluating Publicly Funded Health Insurance Programmers as an Instrument of UHC in Chhattisgarh State, Health Research Policy, and Systems. India.

Nicholson, D., R. Yates, and W. Warburton (2015). Delivering Universal Health