

تأثير العوامل الاجتماعية والاقتصادية علي الاشتراك بالتأمين الصحي
المجتمعي

"دراسة تطبيقية"

الباحثة

رياب محمد السيد محمد

الأستاذ الدكتور

جمال عبد الباقي واصف

أستاذ التأمين والإحصاء الإكتواري

كلية التجارة- جامعة المنصورة

الأستاذ الدكتور

محمد توفيق البلقيني

أستاذ التأمين والإحصاء الإكتواري

كلية التجارة- جامعة المنصورة

المستخلص

يهدف هذا البحث الى دراسة تأثير العوامل الاجتماعية والاقتصادية علي الاشتراك ببرنامج التأمين الصحي المجتمعي الذي يمكن من خلاله تقديم الرعاية الصحية اللازمة للأسرة الفقيرة بالمجتمع المصري، حيث تعاني معظم الدول النامية من إنخفاض مستويات الإنفاق الحكومي، ومن ثم يتعين علي المرضى سداد نفقات الرعاية الصحية التي يلتزمون بها، وفي ظل إنخفاض مستويات الدخل يتجه الأفراد إلي الاستدانة لتغطية نفقات الرعاية الصحية أو التخلي عنها، ولذلك ينصح بتطبيق (CBHI) برامج التأمين الصحي المجتمعي لمعالجة هذه المشكلة، وتم أخذ بيانات عينة حجمها 400 أسرة فقيرة وتم معالجة هذه البيانات من خلال استخدام البرنامج الاحصائي (SPSS)، وتم استخدام الانحدار اللوجستي. وكانت النتائج التي تم التوصل إليها:

- 1- أن برنامج التأمين الصحي المجتمعي CBHI يعتبر من أفضل البرامج التي تعمل علي تحسين الوصول للرعاية الصحية بالمستشفيات وتحت أي ظروف، ويؤثر لهم أيضاً الحماية ضد النفقات الكارثية.
- 2- يوجد تأثير معنوي لبعض العوامل الاجتماعية والاقتصادية علي الإشتراك بالبرنامج.
- 3- يوجد تأثير معنوي لمكان الإقامة علي الإشتراك بالتأمين الصحي المجتمعي .

Abstract

This research aims to study the effect of social and economic factors on participation in a community health insurance program through which the necessary health care can be provided to the poor family in the Egyptian society. Most developing countries suffer from low levels of government spending, so patients have to pay for the health care they seek. With low income levels, people tend to take into debt to cover or give up on health care expenses. Therefore, it is advised to implement community health insurance programs (CBHI) to address this problem. A sample size of 400 poor families was taken. This data was processed through the use of the statistical program (SPSS), and logistic regression was used. Among the results that were reached:

- 1) The CBHI Community Health Insurance Program is one of the best programs that work to improve access to healthcare in hospitals and under any circumstances, and it also provides them with protection against catastrophic expenses.
- 2) There is a significant impact of some social and economic factors on participation in the program.
- 3) There is a significant effect of place of residence on participation in community health insurance..

مقدمة:

يعجز نصف سكان العالم على الأقل عن الحصول على الخدمات الصحية الأساسية¹، وفي البلدان النامية، يتم دفع تكاليف الرعاية الصحية بشكل رئيسي نقدياً عند نقطة تقديم الخدمات، واستمر هذا الواقع بالرغم من وجود المراكز الصحية والمستشفيات الممولة من القطاع العام حيث لا تتوفر المستويات المتوقعة كما أو نوعاً من الرعاية الصحية بسبب عمليات التوظيف الفقيرة وقلة المعدات ونقص الأدوية. وما إلى ذلك².

وفي المجتمع المصري تواجه الأسرة العديد من الأعباء الاقتصادية والاجتماعية، وبالإضافة إلى أعباء الرعاية الصحية التي تواجه الطبقة الفقيرة من المجتمع المصري، فكان لزاماً أن يتم تقديم برنامجاً صحياً، يستطيعوا من خلاله الحصول على الرعاية الصحية اللازمة لهم وتتوافق مع ومقدرتهم المالية.

مشكلة البحث:

إن مشاكل الحصول على الرعاية الصحية والتمويل قد اجتذبت على الدوام الخطاب الدولي، ولا سيما أفراد الفئات المحرومة من السكان الموجودة في القطاع الريفي والحضري غير الرسمي، بسبب وضعهم الاجتماعي والاقتصادي المتدني، حيث تواجه صعوبات في الحصول على الرعاية الصحية الجيدة.

لذلك لا بد من البحث عن أسلوب جديد يساعد على تقديم العون والمساعدة لهذه الطبقات في ظل انخفاض الدعم الحكومي المقدم للرعاية الصحية، وخاصة بالبلدان منخفضة الدخل حيث تكون الإيرادات الحكومية محدودة، وهناك اعتماد واسع النطاق على المدفوعات الشخصية من الجيب.

¹ تقرير منظمة الصحة العالمية والبنك الدولي، صحيفة الجارديان، 2017/12/13.

² -De Costa, A. and Diwan, V. (2007). Where is the public health sector? Public and private sector healthcare provision in Madhya Pradesh, India. *Health Policy*, 84(2), 269-276.

وعلى الرغم من بعض النجاحات التي حققها نظام التأمين الصحي الحكومي المطبق في مصر في 1960، إلا أن هذا النظام مطبق على بعض فئات المجتمع (حوالي 58%)³ وهم الموظفين بالقطاعين العام والخاص وأصحاب المعاشات والأرامل، وطلاب المدارس وذلك أثناء الفصل الدراسي فقط.

ومع انخفاض حصة الإنفاق الحكومي على الجانب الصحي بالميزانية العامة للدولة ومع زيادة عدد السكان، وبالإضافة إلى عدم وجود عدالة في توزيع الخدمات الصحية بين المحافظات وشرائح المجتمع المختلفة، كل ذلك أدى في النهاية إلى وجود شريحة كبيرة فقيرة بالمجتمع المصري تعتبر محرومة كلياً من الرعاية الصحية اللازمة لها.

الهدف من الدراسة:

ويتمثل هدف البحث في دراسة وتحليل البدائل والأشكال التأمينية التي من شأنها أن تسهل على الطبقات الفقيرة من المجتمع المصري للوصول إلى الخدمة الصحية وبأقل تكلفة تستطيع تحملها.

ومن ثم يهدف البحث إلى:

- 1- تطويع برنامج من شأنه أن يتلاءم مع الظروف الاجتماعية والاقتصادية لتلك الطبقة الفقيرة من المجتمع.
- 2- دراسة تأثير تلك الظروف على الاشتراك ببرامج التأمين الصحي المجتمعي المقترح تطبيقه.

³ - الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء، التقرير الإحصائي الصحي، 2018.

أهمية الدراسة:

تسهم هذه الدراسة في تقديم برنامج حديث (برنامج التأمين الصحي المجتمعي) من شأنه تقديم الرعاية الصحية للطبقات الفقيرة وأسرههم بما يفيد في توفير خدمة صحية بسهولة ويسر لتلك الطبقات.

حدود الدراسة : وتنقسم إلي:-

أولاً الحدود المكانية:

- اقتصرت الدراسة علي محافظة الدقهلية.
- وتم اختيار مركز أجا، حيث يتواجد نسبة كبيرة من الفقراء والمرضى (بالفشل الكلوي وفيروس سي).
- وتم اختيار الإدارة الصحية بمركز أجا والمستشفى المركزي بها، حيث يتوافد إليها المرضى من جميع قري مركز أجا وعددهم (54) قرية.

ثانياً: الحدود الزمنية:-

- تم جمع بيانات الدراسة في ستة أشهر.

أسلوب البحث:

يعتمد الباحث في دراسته علي:

أولاً: دراسة الأشكال المختلفة لبرامج التأمين الصحي الحديثة واختيار أفضل برنامج يمكن من خلاله إيصال الرعاية الصحية المأمولة للطبقة الفقيرة في المجتمع المصري، وكذلك كيفية إدارته وتسعير وتقديمه لتلك الطبقة من المجتمع بتكلفة معقولة ويمكن تحملها.

ثانياً: تجميع البيانات اللازمة عن هذه الطبقة من المجتمع والتي من خلالها يمكن تسعير وحساب تكلفة ذلك البرنامج، وسوف يتم تحليل هذه البيانات من خلال برنامج

SPSS V.26، ومن خلال النتائج التي سوف يتم التوصل إليها.

الدراسات السابقة:

تعاني الأنظمة الصحية وخاصة نظام التأمين الصحي في الدول النامية ومنها مصر، بالعديد من المشكلات والتحديات، فأنظمة الرعاية الصحية الحالية في مصر لا تحقق الرعاية الصحية المنشودة التي يتمناها ويسعى إلى تحقيقها أفراد المجتمع. كما ان نسبة التغطية التأمينية الحالية غير كافية فضلا عن أن نسبة الاشتراكات المطبقة في التأمين الصحي ضعيفة جداً ولا تكفي لتقديم خدمات الرعاية الصحية عالية الجودة⁴.

ومن ثم تسعى العديد من الدراسات الي عرض تجارب الدول فضلا عن طرح الحلول المختلفة بغرض تطوير وتعظيم استفادتها من برامج التأمين الصحي فالعديد من البلدان النامية يفتقر إلى نظام للتأمين الصحي يتمتع بتغطية شاملة، وبالتالي فإن الحصول على الخدمات الطبية ليس بالأمر السهل، ولا سيما بالنسبة للأشخاص الذين يعيشون في فقر، وهذه واحدة من أكبر القضايا لتصميم أنظمة للرعاية الصحية في البلدان النامية وكيفية إدراج أولئك الذين لا يعملون رسمياً، لذلك، من المهم تنفيذ التدخلات المستهدفة بحيث لا يتم استبعاد أكثر الناس إحتياجاً⁵. ومن ثم تسعى بعض الدول الى زيادة دور القطاع الخاص وتفرغ الأطباء الذين يعملون في المستشفيات العامة، ووضع الخطط والسياسات الخاصة بتنمية الخدمات الصحية⁶. كما تشير بعض الدراسات الى ضرورة استكشاف آفاق وتحديات تنفيذ التأمين المتناهي الصغر MHI والعوامل

⁴ - أسماء عماد الدين على محمود، (2015)، "الرؤية المجتمعية للتأمين الصحي"، رسالة ماجستير، كلية الآداب، جامعة المنصورة.

⁵ Rashid Jooma, Sabeena Jalal, Designing the first ever health insurance for the poor in Pakistan — A pilot project, Department of Neuro Surgery, Jinnah Postgraduate Medical Centre, Karachi, Pakistan, Harvard School of Public Health, Harvard University, Boston, USA.

⁶ حسن محمد السيد، وأحمد مندور، وماجدة جبريل، أوجه الاستفادة من التجارب الدولية للدهوض بخدمة التأمين الصحي في مصر، دراسة، معهد الدراسات والبحوث البيئية، كلية التجارة- جامعة عين شمس، المجلة البيئية، المجلد الرابع والأربعون، الجزء الأول، 2018، ص 1.

المؤثرة في الطلب عليه، وتفضيلات الناس لآليات تمويل الصحة البديلة، وآراء المسؤولين عن تنفيذ البرنامج تبرز التحديات في تنفيذ MHI على أرض الواقع، نحو التغطية الصحية الشاملة⁷.

تحليل ومناقشة نتائج الدراسة

بعد جمع البيانات الأولية الخاصة بالدراسة الميدانية من خلال سجلات المترددين على المستشفيات الحكومية (بمركز أجا - والدولي بمركز المنصورة محافظة الدقهلية) والوحدات الصحية ببعض قري مركز أجا وترميز البيانات واعتبار الموافقة على الإشتراك في برنامج التأمين الصحي كمتغير تابع أخذ القيمة I عند الموافقة على الإشتراك وأما القيمة صفر للمتغير التفسيري الغير موافق، ويعرض جدول رقم (1) وصف عينة الدراسة حسب الحالة الاقتصادية والاجتماعية للمبحوثين (المتغيرات التفسيرية)

جدول رقم (1) الحالة الاقتصادية والاجتماعية للعينة

Mean (±SE)		المتغيرات	
1788.10 (700.267)		الدخل التقريبي	
4.14(.836)		حجم الأسرة	
.34(.475)		نسبة الأطفال من (0-4) في الأسرة	
.36(.553)		نسبة كبار السن (فوق ال60) في الأسرة	
الأصول (الملكية) %			
9.75%	منزل وماشية	36.75%	ليس لديهم املاك
23.00%	منزل وماشية وقطعة أرض	29.50%	منزل

7 Shehrin Shaila Mahmood, MICRO HEALTH INSURANCE IN BANGLADESH: PROSPECTS AND CHALLENGES".A thesis submitted for the degree of Doctor of Philosophy of, The Australian National University, February 2015.

			1.00%	ملكية عربية نقل
% التعليم والاسرة				
24.75%	مؤهل متوسط	12.50%	ابتدائي	امى 11.00%
		15.00%	اعدادى	يقرا ويكتب 36.75%
% وظيفة رب الاسرة				
12.00%	فلاح	8.00%	تاجر	عامل 40.50%
7.00%		بدون عمل	32.50%	صناعى
% مصدر مياه الشرب				
21.75%	حنفية وطمبية	9.50%	طمبية	حنفية 68.75%
% الحمام والصرف الصحى				
2.75%	حمام بلدى وافرنج	82.50%	حمام افرنج	حمام بلدى 14.75%

المصدر: من نتائج تحليل بيانات العينة.

ويتضح من جدول (I) ما يلى:

- ❖ متوسط دخل سكان هذه العينة بالجنيه المصري هو حوالى (1788.10) بانحراف معيارى (700.267)
- ❖ حجم الاسرة معظم هذه الأسر تتكون في المتوسط من 4.14 فرد بانحراف معيارى (0.836)
- ❖ بالنسبة لتعليم رب الأسرة فإن نسبة 36.75 % من المبحوثين يقرأ ويكتب ويلي ذلك نسبة من لديهم مؤهل متوسط فقط بلغت نسبتهم حوالى 24.75% ونسبة 15% حاصلين على اعدادية وهى نسبة تتقارب مع نسبة الحاصلين على ابتدائية 12% اما

النسبة الأقل وهي 11% فهم اميين مما يشير الى انخفاض في مستوى تعليم معظم أفراد العينة.

❖ بالنسبة لوظيفة رب الأسرة يوجد نسبة 7% منهم لا يعملون وهذه النسبة أول من يحتاجون الي دعم كامل من الدولة.

❖ مصدر مياه الشرب، نجد أنها المصدر الاساسي لأمراض الفشل الكلوي في ريف مصر، والدليل ما ظهر من عدد مرضي الغسيل الكلوي بمستشفى اجا المركزي، وايضا انشاء فرع لمركز الكلي بقرية منية سمود وهي ايضاً تابعة لمركز أجا وهو دليل علي مدي سوء مياه الشرب في هذا المركز، مع العلم بأن أكبر نسبة من العينة تحصل علي مياه الشرب باستخدام الحنفية وهي نسبة 68.75%، ومع ذلك نجد نسبة كبيرة منهم تعاني من الفشل الكلوي.

❖ أن مصدر الصرف الصحي له تأثير كبير علي الأسر المصرية واصابتها بالأمراض وبخاصة أمراض الفشل الكلوي.

ثانياً: فروض الدراسة:

1. تأثير للعوامل الاجتماعية والاقتصادية علي الموافقة علي الاشتراك في البرنامج

المقترح

لدراسة هذا التأثير قامت الباحثة بصياغة الفرض الأول من فروض الدراسة، والذي ينص علي أنه: " يوجد تأثير ذو دلالة احصائية للعوامل الاجتماعية والاقتصادية علي الموافقة علي الاشتراك في البرنامج المقترح "

ولاختبار هذا الفرض تم استخدام تحليل الانحدار اللوجستي⁸ (logistic regression) لتحديد معنوية التأثير للمتغيرات المستقلة (العوامل الاجتماعية والاقتصادية) على المتغير التابع

⁸ - عدنان غانم وفريد خليل الجاهوني (2011)، استخدام تقنية الانحدار اللوجستي ثنائي الاستجابة في دراسة أهم المحددات الاقتصادية والاجتماعية لكفالية دخل الأسرة "دراسة تطبيقية علي عينة عشوائية من الأسر في محافظة دمشق"، مجلة دمشق للعلوم الاقتصادية والقانونية، المجلد 27 ، العدد الأول.

(الموافقة علي الاشتراك في البرنامج المقترح)، وتحديد جودة توفيق النموذج ككل باستخدام طريقة الإمكان الأعظم بمربع كاي ، وكذلك اختبار معنوية العلاقة بين المتغيرات المستقلة والمتغير التابع باستخدام القيمة النهائية للصيغة النهائية كا² ، وذلك من خلال عرض نتائج تحليل الانحدار اللوجستي بين العوامل الاجتماعية والاقتصادية كمتغيرات مستقلة والموافقة علي الاشتراك في البرنامج المقترح كمتغير تابع. كالآتي :

1. اختبار معنوية العلاقة بين العوامل الاجتماعية والاقتصادية والموافقة علي الاشتراك في البرنامج المقترح

ولإختبار معنوية العلاقة بين المتغير التابع والمتغيرات المستقلة، وبالإعتماد علي التحليل الاحصائي للقيمة النهائية لصيغة كا² حيث يتضح ان قيمة P.VALUE القيمة الاحتمالية الخاصة بقيمة كا² (38.031) في النموذج والتي كانت هي (0.001) وهي أقل من مستوى معنوية (0.05)، وهذا يعني رفض فرضية العدم القائلة بعدم وجود فروق معنوية بين النموذج بدلالة الحد الثابت (بدون متغيرات تفسيرية) والنموذج بدلالة المتغيرات التفسيرية

جدول (2) جودة توفيق النموذج

النموذج	الارجحية العظمي	كا ²	مستوي الدلالة
الثابت فقط	53.120		
النموذج النهائي	a52.838	38.031	0.001

اعداد الباحثة من مخرجات البرنامج

1. جودة توفيق النموذج:

لقياس جودة توفيق النموذج في حالة نموذج الانحدار اللوجستي تم حساب مربع كاي بين القيم المشاهدة والقيم المتوقعة (حيث يستخدم توزيع كاي تربيع للكشف عن انحرافات نموذج الانحدار اللوجستي)، وكانت قيمة P value الخاصة بقيمة كاي تربيع (7.355) والتي تساوي 0.499 وهي اكبر من مستوى معنوية (0.05) أي يتم قبول فرض العدم ورفض الفرض البديل مما يؤكد جودة توفيق النموذج.

تقدير معالم النموذج الانحدار اللوجستي:

تم تقدير معالم الانحدار اللوجستي وفقاً لطريقة الامكان الأعظم، ويلخص الجدول (3) معالم النموذج الأمثل ويتضمن الجدول جميع معالم النموذج المقدرة والخطأ المعياري لكل معلمة وإحصاءه (dwal) لكل معلمة من معالم النموذج وعدد درجات الحرية ومعنوية المعالم، والجدول رقم (3) يوضح تقديرات لهذه المعالم.

جدول (3) نموذج الانحدار اللوجستي بين العوامل الاجتماعية والاقتصادية والموافقة على الاشتراك بالبرنامج المقترح

المتغيرات	التقدير	الخطأ المعياري	اختبار والد	درجات الحرية	المعنوية	الارجحية
لوغارتم الدخل	-17.862	4.084	19.130	1	.000**	.000
الأصول	1.498	.714	4.401	1	.036*	4.471
عدد أفراد الأسرة	1.847	.409	20.399	1	.000**	6.339
معدل الأطفال من (0-4)	.318	.594	.286	1	.593	1.374

في الأسرة.						
.008	.000**	1	38.701	.770	-4.789-	الاسر التي فيها مرض مزمن
16.342	.000**	1	14.783	.727	2.794	عدد الافراد فوق 60 سنه
	.010*	2	9.217		(حمام بلدى)	الحمام والصرف الصحى
.000	.999	1	.000	12204.5 44	-17.803-	1
.000	.999	1	.000	12204.5 44	-14.540-	2
	.011*	2	9.023		(خلفية)	مصدر مياه الشرب
.433	.308	1	1.041	.821	-838-	1
.042	.007	1	7.330	1.173	-3.176-	2
	.003*	4	15.744		(امى)	مستوى تطيم رأس الأسرة
.058	.003	1	8.961	.950	-2.844-	1
.129	.037	1	4.361	.979	-2.045-	2
17.030	.121	1	2.404	1.828	2.635	3
.455	.455	1	.559	1.053	-787-	4

* معنوي عند مستوى معنوية 5%

** معنوي عند مستوى معنوية 1%
اعداد الباحثه من مخرجات البرنامج

ومن خلال الجدول (3) يتم التعرف على المؤشرات التالية:

❖ اختبار معنوية المتغيرات المستقلة:

- المتغير المستقل (لوغاريتم الدخل) ذو معنوية في نموذج الانحدار اللوجستي وذلك عند مستوى معنوية أقل من (0.01).
- المتغير المستقل (الأصول) ذو معنوية في نموذج الانحدار اللوجستي وذلك عند مستوى معنوية أقل من (0.01)، وكان مؤشر الأصول مؤشراً كبيراً وسلبياً للغاية (أي أن الأسر ذات مؤشر الأصول الأقل لديها ميل أعلى للتعرض لمخاطر صعوبة التمويل)
- متغير مستوى تعليم رب الأسرة ذو معنوية كإجمالي، والفئات المتأثرة هي فئة الأمي، وبقراً ويكتب، الابتدائي ويمكن الرجوع ذلك الى ان هذه الفئات لديها صعوبة في تمويل الرعاية الصحية.
- متغير حجم الاسرة) ذو معنوية في نموذج الانحدار اللوجستي وذلك عند مستوى معنوية أقل من (0.01)، كلما زاد حجم الاسرة كلمات زادت نفقاتها الصحية، فمعدل الأطفال الأقل من خمس سنوات ليس له تأثير معنوي، بينما معدل الأفراد اكبر من 60 سنة له تأثير معنوي عند مستوى معنوية أقل من (0.01)، حيث أن هذه الفئة العمرية الأكثر عرضة للأمراض.
- متغير الاسر التي فيها مريض مزمن) ذو معنوية عند مستوى معنوية أقل من (0.01).
- متغير الحمام والصريف الصحي) ذو معنوية عند مستوى معنوية أقل من (0.05)، وأكثر فئة موافقة علي الاشتراك التي لديها حمام عادي.
- متغير مصدر مياه الشرب) ذو معنوية عند مستوى معنوية أقل من (0.05)، وأكثر فئة موافقة علي الاشتراك هي الفئة التي تملك حنفية وطمبة لمياه الشرب والاستخدام.

مما سبق يتضح صحة الفرض الرئيسي الاول من فروض الدراسة جزئيا أي أنه "يوجد تأثير معنوي للعوامل الاجتماعية والاقتصادية علي الموافقة بالاشتراك في لبرنامج التأمين الصحي المجتمعي المقترح".

2. تأثير مكان الإقامة علي مدي صعوبة التمويل التي يتعرض لها الفقراء في مصر لدراسة هذا التأثير قامت الباحثة بصياغة الفرض الثاني من فروض الدراسة، والذي ينص على أنه: "يوجد تأثير معنوي لمكان الإقامة علي الموافقة علي الاشتراك في البرنامج المقترح".

ولإختبار هذا الفرض تم استخدام اختبار Chi-square والجدول (4) يوضح هذا التأثير

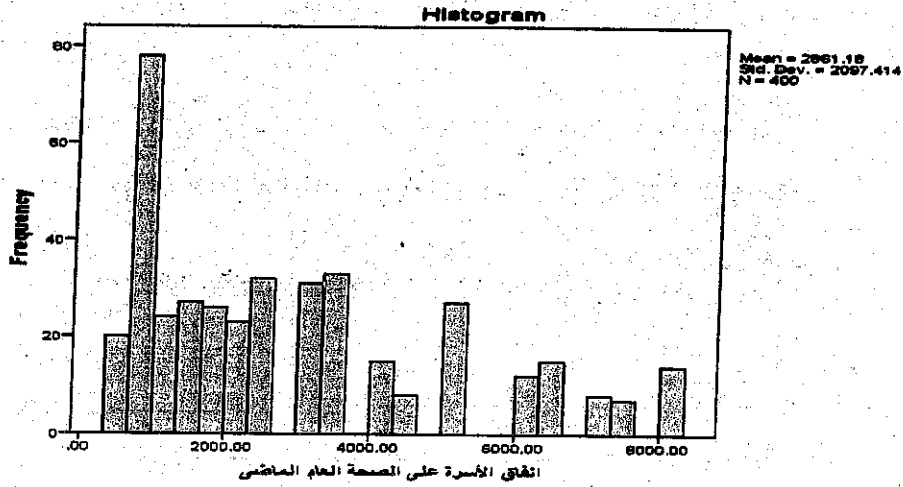
جدول رقم (4) العلاقة بين مكان الإقامة والموافقة علي الاشتراك في البرنامج المقترح

الاختبار	مكان الإقامة & الموافقة علي الاشتراك بالبرنامج المقترح
قيمة اختبار كاي ²	102.474***
درجات الحرية	14
مستوى المعنوية	0.000

ومن خلال الجدول (4) نجد أن بعد أو قرب مكان الإقامة له تأثير ذو دلالة احصائية علي مدي الموافقة في الاشتراك في البرنامج المقترح من عدمه عند مستوى معنوية (0.05) أي يتم قبول فرض الدراسة الثاني أي يوجد تأثير معنوي لمكان الإقامة علي الموافقة علي الاشتراك في البرنامج المقترح

مما سبق يتضح صحة الفرض الرئيسي الثاني من فروض الدراسة أي أنه "يوجد تأثير معنوي لمكان الإقامة علي الموافقة علي الاشتراك في البرنامج المقترح".

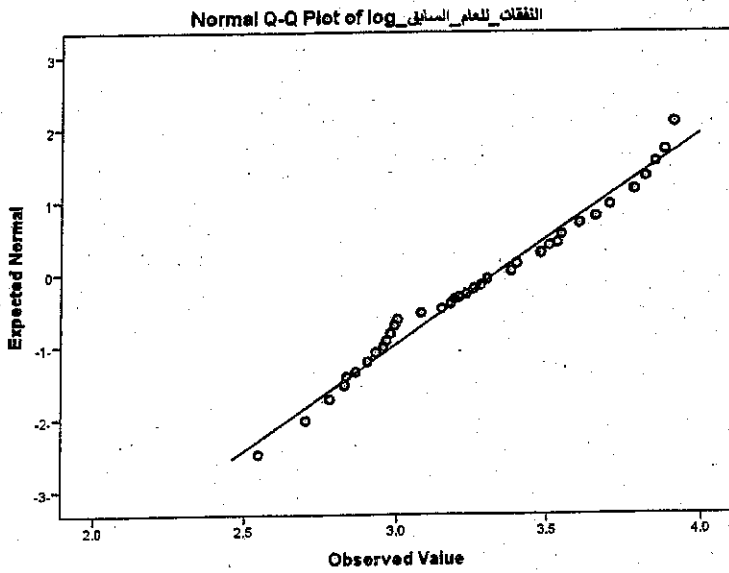
الشكل رقم (1)



وتم علاج القيم الشاذة باستخدام التحويلة اللوغاريتمية⁹ وهو ما يتضح من الشكل التالي رقم (2)، وحساب الحد الأدنى والحد الأقصى للاشتراك في برنامج التأمين الصحي المجتمعي المقترح من خلال تقدير فترة ثقة للمتوسط بعد اخذ التحويلة اللوغاريتمية فاصبح الحد الأدنى = 7.4 جنييه والحد الأقصى 7.7 جنيها شهريا وهو ما يتضح من الشكل رقم (2)

⁹ محمد إبراهيم يوسف سولمة، أثر أسلوب التعامل مع القيم الشاذة في فاعلية معادلة نموذجي اختبار، المجلة الأردنية في العلوم التربوية، مجلد 13، عدد 4، 2017، 389 - 403

الشكل رقم (2)



ومن التحليل تم التوصل الي النتائج التالية:

1. يوجد تأثير معنوي لجميع العوامل الاجتماعية والاقتصادية علي الاشتراك في البرنامج المقترح.

2. .معنوية متغير المسافة بين مكان الإقامة ومكان تلقي العلاج.
3. .يوجد تأثير معنوي لمكان الإقامة علي الموافقة علي الاشتراك في "البرنامج المقترح"
4. .بيانات النفقات الصحية لا تتبع التوزيع الطبيعي، لذا تم اخذ التحويلة اللوغاريتمية للبيانات.

النتائج والتوصيات:

النتائج

ومن أهم ما توصلت لها الباحثة:

- 4- أن برنامج التأمين الصحي المجتمعي CBHI يعتبر من أفضل البرامج التي تعمل على تحسين الوصول للرعاية الصحية بالمستشفيات وتحت أي ظروف، ويوفر لهم أيضاً الحماية ضد النفقات الكارثية.
- 5- يوجد تأثير معنوي لجميع العوامل الاجتماعية والاقتصادية على الموافقة على الاشتراك في البرنامج المقترح.
- 6- معنوية متغير التعرض لحادث خلال الشهر الماضي.
- 7- معنوية متغير المسافة بين مكان الإقامة ومكان تلقي العلاج.
- 8- يوجد تأثير معنوي لمكان الإقامة على الموافقة على الاشتراك في "البرنامج المقترح".
- 9- بيانات النفقات الصحية لا تتبع التوزيع الطبيعي، لذا تم أخذ التحويلة اللوغاريتمية للبيانات.

التوصيات:

- 1- رفع المستوى الاقتصادي للأطباء المصريين وكذلك الهيئات المعاونة من التمريض والفنيين وغيرهم وذلك بزيادة مرتباتهم ومنع العيادات الخاصة، مثل الكثير من الدول الأوروبية، مما يؤدي رفع مستوى الخدمة الطبية داخل المستشفيات الحكومية، ومنها رفع المعاونة عن كاهل الطبقة الفقيرة والمعدمة في المجتمع المصري¹⁰.

¹⁰ وذلك بناءً على المقارنة بين الوضع المصري والوضع بدول أوروبا وبعض الدول الإفريقية، وبناءً على بعض الدراسات منها:

-Dror, D.M. and Koren, R., The elusive quest for estimates of willingness to pay for micro health insurance among the poor in low-income countries., -In Churchill, C. and Matul, M. (Eds.), Protecting the poor - A micro insurance compendium Volume 2, pp. 156-173. Geneva, Switzerland: International Labour Organization, 2012.

- 2- إذا أرادت شركات التأمين الوصول إلى المستهلكين ذوي الدخل المنخفض، فعليهم أن يكونوا مبتكرين، وقد يتطلب هذا شراكة مع "وكلاء" غير تقليديين مثل مؤسسات التمويل الصغيرة أو المنظمات غير الحكومية الموثوق بها من قبل قطاع هذا السوق.
- 3- يجب علي البنوك المصرية أن تتوسع في التعامل مع برامج الائتمان المتناهية الصغر، وأن تتقدم بالكثير من التسهيلات لهذه الطبقة المطحونة من المجتمع، وأن توجه تلك القروض لتمويل الجانب الصحي، كما فعل بنك جرامين في بنجلاديش من تمويل وثائق التأمين الصحي البالغة الصغر وكذلك تمويل لمشروعاتهم الصغيرة من أجل رفع مستواهم الاقتصادي أيضاً¹¹.
- 4- ويجب علي منظمات المجتمع المدني والجمعيات الأهلية أن تتبنى الترويج لمفهوم التأمين الصحي المجتمعي (CBHI) كاستراتيجية لمد فجوة التأمين الصحي للفقراء في المناطق المنخفضة الدخل وبخاصة قري مصر) وهذا البرنامج قائم علي الاساس المجتمعي).
- 5- تكامل أوثق ل CBHI مع القطاع الرسمي تحت مظلة التأمين الحكومي¹² NHIS ، مع تحسين التنظيم وضمان الاستقرار المالي من قبل الحكومة المركزية، ودعم الحكومة عبر عائدات الضرائب، ضروري لتغطية الفجوات وضمان الاستدامة.

¹¹ Shehrin Shaha Mahmood, MICRO HEALTH INSURANCE IN BANGLADESH: PROSPECTS AND CHALLENGES", A thesis submitted for the degree of Doctor of Philosophy of, The Australian National University, February 2015.

¹² CBHI: Community Based Health Insurance& NHI: National Health Insurance.

المراجع:

أولاً: المراجع العربية:

- 1- أسامة حامد، صناديق التقاعد والتأمين الصحي في أماكن العمل في الضفة الغربية وقطاع غزة. تشرين ثاني- 1997 ، ص 25-32.
- 2- رأفت أحمد ابراهيم و عبد الله بن عمر النجار، " التحليل الكمي لمؤشرات قياس المستوى الصحي لتطبيق نظام التأمين الصحي بالمملكة العربية السعودية"، قسم الاحصاء والأساليب الكمية - كلية العلوم الإدارية والتخطيط جامعة الملك فيصل.
- 3- الأساليب الاحصائية الحديثة لتحليل البيانات باستخدام الحزم الاحصائية، المشروع العربي لصحة الأسرة، الجزء الاول، 2015، ص 175-217.

الدوريات:

- 1- أسماء عماد الدين على محمود، (2015)، " الرؤية المجتمعية للتأمين الصحي"، رسالة ماجستير ، كلية الآداب، جامعة المنصورة .
- 2- حسن محمد السيد، وأحمد مندور، وماجدة جبريل، أوجه الاستفادة من التجارب الدولية للنهوض بخدمة التأمين الصحي في مصر، دراسة، معهد الدراسات والبحوث البيئية، كلية التجارة- جامعة عين شمس، المجلة البيئية، المجلد الرابع والأربعون، الجزء الأول، 2018.

المراجع الأجنبية:

Book:

- 1-Ahmed, M.U., Islam, S.K., Quashem, M.A., & Ahmed, N., 2005, Health Microinsurance: A Comparative Study of Three Examples in Bangladesh. CGAP Working Group on Micro insurance Good and Bad Practices, Case Study No. 13
- 2- Churchill, C. (eds), 2006, Protecting the Poor: A Microinsurance Compendium. Geneva, ILO.

3-Mosleh U Ahmed, Syed Khairul Islam, Md. Abul Quashem, and Nabil Ahmed," Health Micro insurance A Comparative Study of Three Examples in Bangladesh, September 2005.

Periodicals:

- 1-Nguyen Thi Dan Thanh, May 2013, The Vietnamese social health insurance for the near-poor A health capability approach, Master thesis in Development Geography Department of Sociology and Human Geography, University of Oslo. <http://www.baohiemxahoi.gov.vn/>
- 2-Rashid Jooma, Sabeena Jalal, Designing the first ever health insurance for the poor in Pakistan — A pilot project, Department of Neuro Surgery, Jinnah Postgraduate Medical Centre, Karachi, Pakistan, Harvard School of Public Health, Harvard University, Boston, USA.
- 3-Wang, Wenjuan, Gheda Tamsah, and Lindsay Mallick. 2014, Health Insurance Coverage and Its Impact on Maternal Health Care Utilization in Low- and Middle-Income Countries, DHS Analytical Studies No. 45. Rockville, Maryland, USA: ICF International.