

الرعاية الصحية والاجتماعية للأطفال وعلاقتها بالمستوى الاقتصادي للأسرة

د/ العايش عبد العزيز

أ/ شنافي ليندة

معهد العلوم الاجتماعية والإنسانية

المركز الجامعي خنشلة

Résumé :

Cet article est une tentative de définir la notion de soins de santé grâce à la connaissance du sens de la communauté des soins, qui constitue la dernière partie d'entre eux, et cet élément de l'entente, à l'exception de la santé et la maladie dans son sociologique centrée sur les problèmes de santé des enfants et la manière d'assurer leur insertion sociale et de santé en compte le groupe le plus vulnérable à ces problèmes et de fournir ainsi de l'expérimentation, avant le reste des catégories et de l'impact de niveau économique des familles et de la base du revenu au niveau des soins.

المخلص:

ينصم هذا المقال محاولة لتحديد مفهوم الرعاية الصحية من خلال معرفة المراد من الرعاية الاجتماعية والتي تشكل هذه الأخيرة جانباً منها، وهذا من خلا تناول عنصر الصحة والمرض في جانبها السوسولوجي مركزين فيها على المشكلات الصحية للأطفال وكيفية التكفل بهم اجتماعياً وصحياً على اعتبارهم الفئة الأكثر تعرضاً لهذه المشاكل وبالتالي فالأولى التكفل بهم بالدرجة الأولى قبل باقي الفئات وتأثير المستوى الاقتصادي للأسرة والمتمثل أساساً في الدخل على مستوى الرعاية.

• مقدمة

لقد توجه الكثير من الأخصائيين والدارسين في العلوم الاجتماعية إلى حصر المشكلات الأسرية كل حسب وجهة نظره تتطرق من واقع بنية المجتمع الاقتصادية والاجتماعية السائدة ومن واقع المرحلة التي يمر بها ذلك المجتمع . وبالرغم من تباين وتنوع وتعدد المشكلات الأسرية التي عرضت إلا أن التوجه إلى حل ومعالجة المشكلات الأسرية في نطاق تلك الإتجاهات كان توجهها واحدا متقاربا يتمثل في المبادرة إلى مواجهة وحل المشكلات الأسرية بحلول خاصة التي تستهدف تقديم المعونات المادية وتوجيه النصح والإرشاد .

وتعتبر الصحة هدفا من أهداف التنمية والتطور الاجتماعي والاقتصادي فهي حق أساسي لجميع الشعوب علاوة على أنها وسيلة مهمة لبلوغ الأهداف المرجوة في رفاهية الشعب والمجتمع أما الأسرة فهي الخلية الأولى للمجتمع ولذلك فإن اكتمال هذه الخلية من النواحي الاجتماعية والبيولوجية له أثر مهم على تكوين المجتمع، ولصحة الأسرة دور هام في سلامة الأفراد ورفاهيتهم وهي شرط أساسي لنهوض بالمجتمع، إذ أن الصحة ليست فقط خلو الفرد من الأمراض والعاهات بل تتعداها إلى سلامة الجسم والنفس والعقل والتوازن الاجتماعي للفرد .

إن التوجه إلى حل المشكلات الصحية التي تتعرض لها الأسر يعتبر من أهم الإتجاهات التنموية وأكثرها فعالية وأبعدها أثرا في حياة الأسر، إذ أن كثير من المشكلات المادية والاجتماعية والنفسية قد تنتج عن إصابة أحد الأطفال بالأمراض الخطيرة مع عدم توفر الرعاية والخدمات الصحية الكافية، فقد أثبتت الكثير من الدراسات الاجتماعية أن كثير من المشكلات الأسرية كالطلاق وتعدد الزوجات والخلافات الأسرية وانحراف الأبناء وإصابتهم بالإعاقة الجسدية أو الاجتماعية كانت نتيجة تداخل العوامل الصحية والمادية والاجتماعية .

فهناك عدد كبير جدا من الظروف الصحية التي تؤثر على الطفل، بعضها خاص بمرحلة الطفولة وبعضها ينتقل إلى الرشد، ومن المعيب أن نجد عدد قليل من

الكتب المدرسية التقليدية التي تأتي على ذكر المرض، الأمر الذي يضمن معه القارئ الأجنبي أن الأسر لا تعاني من أي مرض .

فمرض الطفولة يمكن أن يسبب ضغطا شديدا، ففي دراسة للطريقة التي يتصرف بموجبها الآباء لمواجهة المشاحنات والتوترات الطويلة الأمد الناجمة عن رعاية طفل عاجز .

نجد أمامنا نموذج بيرسفورد للرعاية، وهو نموذج أكثر حداثة يشدد على الطريقة التي يواجه فيها الآباء الضغوط أكثر من اكتفائهم بالتشديد على نتائجها . يركز هذا البحث على توفير الموارد والاستراتيجيات التي يمكن للآباء بواسطتها العمل بفاعلية على تدبير رعاية الأطفال العاجزين أكثر من كونهم متلقين سلبيين لهجوم الضغط وضمن هذه الصورة الإيجابية لهذا النوع من الرعاية، يوصي البحث بإيلاء إهتمام خاص للمجموعات الحساسة لفقد المساعدة كالأقليات العرقية والأبناء الوحيدين والآباء من ذوي الدخل المنخفض وآباء الأطفال من ذوي الأمزجة الصعبة أو المظهر أو السلوك غير العاديين . ويتحرى بحث ويكسر (1983) المصاعب المزمنة التي تعاني منها أسر الأطفال المتخلفين عقليا، والرأي الشائع هو أنه ما أن تتأقلم أسرة ما مع ولادة طفل ضعيف، حتى يحدث نوع من التوازن، ولكن من المألوف، حسب رأي ويكسر أن تعود هذه المشكلات إلى الظهور مع النمو، لا سيما فيما يتصل بتوقعات الوالدين وأداء الطفل .

وكشف بحث غرينغروس (1980) موافقا من الأطفال المعوقين في تحري الطريقة التي ننكر فيها عليهم ممارسة النشاط الجنسي حتى أكثر مما ننكرها على الأطفال الأصحاء .

أولا : مفهوم الرعاية الصحية

إن العوامل الجسمية تؤثر تأثيرا كبيرا على الجوانب النفسية والاجتماعية وهي بمثابة اللبنة الأولى التي تضمن إستمرار الحياة بالنسبة للطفل بصورة طبيعية تمكن أسرته من القيام بمسؤولياتها تجاهه وتمتد الرعاية الصحية لتشمل صحة الأم أثناء فترة الحمل والرضاعة وإلى داخل الأسرة لضمان عدم وجود أمراض معدية داخل الأسرة يمكن أن تؤثر على صحة الطفل هذا وبالإضافة إلى التحصينات واللقاحات الخاصة بالأمراض

المعدية والتي يحصن بها الطفل بصفة جبرية وفي مواعيد محددة تضمن له المقاومة وعدم الإصابة بالأوبئة أو العاهات الجسمية التي تؤثر على حياته المستقبلية، وطفل اليوم هو شاب الغد ورجل المستقبل ولذلك فإن توفر مقومات الصحة لديه ضمان لقدرته على العطاء بكفاءة المساهمة في تحمل المسؤولية بطريقة فعالة في المستقبل .

وبالرغم من أن الصحة لا تقدر بثمن، إلا أن الرعاية الصحية، تكلف مالا، ومن ثم فإن العديد من الأسر إما أنها لا تستطيع دفع تكاليف الخدمات الصحية وإما أنها تهوي في هوة الفقر إذا هي دفعت تلك التكاليف. فالمدفوعات المباشرة قد لا تكون العامل الوحيد الذي يؤدي إلى الإنفاق الباهظ على الصحة، ولكنها هي سببه الرئيسي، وعلى النظم الصحية أن تحمي الأسر من الإنفاق الصحي الباهظ. والتمويل (وما يتفرع عنه من عناصر، هي التحصيل والتجميع والشراء)، يعتبر إحدى الوظائف الرئيسية للنظام الصحي.

وسياسات تمويل الرعاية الصحية تحدد من الذي يمكنه الحصول على الخدمات الصحية الأساسية، وما يقم من خدمات ومدى جودة تلك الخدمات، ومن الذي يدفع ثمن هذه الخدمات. والنظام الصحي الفعال يوفر منظومة أساسية من الخدمات الصحية المضمونة الاستمرار والميسورة الكلفة، والتي تركز على قدرة الأسر على الدفع بغض النظر عن حاجتها إليها وما تنطوي عليه من مخاطر.

وإعداد نظم الدفع المسبق يوفر طريقا مباشرا للحد من الإنفاق الصحي الباهظ. غير أن هنالك خيارات بديلة لتمويل الرعاية الصحية من شأنها حماية الأسر من دفع نصيب ضخم نسبيا من دخلها لسداد تكاليف الخدمات الصحية. وبعض هذه الخيارات نطاق التغطية بها أقل من نطاق بعضها الآخر. ولا يوجد نظام واحد يلائم جميع البلدان ويعتمد اختيار النظام على عدة عوامل، منها قدرة الحكومة على استجلاب الأموال، وحجم القطاع الرسمي، والاعتبارات السياسية. كما أنه يعتمد على التاريخ والثقافة، والمؤسسات الصحية القائمة بالبلد. ويرد في هذا القسم مجمل للخيارات البديلة لتمويل الرعاية الصحية ومزاياها.

ثانيا : الرعاية الاجتماعية

الرعاية الاجتماعية مفهوم قديم وحديث في نفس الوقت حيث عرف الإنسان الرعاية الاجتماعية منذ أن عرف الاستقرار والتجمع وارتبط ذلك بظهور التفكير الاجتماعي حيث ضلت الأسرة والعشيرة والقبيلة لأجيال طويلة تمثل المؤسسات التقليدية لتوفير الرعاية الاجتماعية لأعضائها سواء على أساس دافع المحافظة على البقاء أو على أساس المساعدات المتبادلة والقائمة على روابط الدم أو القرابة أو الإنتماء أو على أساس النظرة الإنسانية في مساعدة الإنسان لأخيه الإنسان .

إلا أن الرعاية الاجتماعية كمفهوم حديث نسبيا بدأ منذ حوالي القرن السابع عشر ومع ظهور التغيرات الاجتماعية والاقتصادية التي نتجت عن الثورة الصناعية في منتصف القرن الثامن عشر والمؤسسات الصناعية الحديثة وظهر المدن الكبرى . تعرض الفرد والجماعة إلى كثير من الضغوط والتوتر الإحباط خلال السعي المتواصل للحصول على مكان وأدى كل ذلك إلى ظهور تنظيمات بديلة للرعاية الاجتماعية تحاول التخفيف من المشكلات التي يتعرض لها الإنسان حديثا ومن أمثلتها جمعيات رعاية الأسرة الطفولة مراكز رعاية المعوقين وحدات رعاية الأحداث، ويرى الدكتور مدحت أبو النصر الرعاية الاجتماعية على أنها " مجموعة الجهود والبرامج والخدمات التي تقوم بها المؤسسات الحكومية والأهلية والدولية والتي تهدف إلى مساعدة الأفراد والجماعات والنظم الاجتماعية على القيام بوظائفهم وإشباع حاجاتهم الضرورية للنمو والتفاعل الإيجابي مع مجتمعهم وذلك في ضوء واقع وموارد وثقافة المجتمع " (مدحت أبو النصر 2004, 264)

ثالثا: الصحة والمرض من وجهة النظر السوسيوولوجية :

إن فهم مضامين الصحة والمرض يعد مطلباً أساسياً حتى نستطيع التعرف على الأسلوب الذي نختاره للحياة وما يحدث في البيئة التي نعيش فيها، ومن الواضح أن معظم الناس لا يدركون معنى الصحة فمنهم من يتوهم أن قوة العضلات والقدرة على حمل الأثقال هي عنوان الصحة ولكن الصحة هي : حالة الكفاءة البدنية والنفسية والاجتماعية

الكاملة وليست مجرد الخلو من المرض أو العاهة واكتمال صحة الإنسان تكتمل عن طريق النواحي التالية :

• **اكتمال الناحية البدنية:** وهي أن تؤدي جميع أعضاء الجسم للإنسان وظائفها بصورة طبيعية وبالتوافق والانسجام مع أعضاء الجسم الأخرى، ولا يمكن أن يتحقق ذلك إلا إذا كانت أعضاء الجسم سليمة من أي مرض أو خلل أو إصابة وعندما تعمل أعضاء الجسم بصورة سليمة يشعر الإنسان بالحيوية والنشاط .

• **اكتمال الناحية النفسية :** هي أن يكون الإنسان في سلام مع نفسه وأن يكون متمتعاً بالاستقرار الداخلي وأن يكون قادراً على التوفيق بين رغباته، وأهدافه وبين الحقائق المادية والاجتماعية للإنسان الذي لا يستطيع أن يعيش بسلام مع نفسه لا يمكن وصفه بأنه يتمتع بالصحة .

• **اكتمال الناحية الاجتماعية:** وهي القدرة على تكوين علاقات اجتماعية مقبولة مع الناس وأن يكون المستوى الاقتصادي ملائم لتوفير الحياة السليمة من مسكن صحي وملابس مناسبة لفصول السنة وغذاء صحي .

والصحة درجات نذكر منها

* **الصحة المثالية :** وهي درجات التكامل والمثالية البدنية والنفسية والاجتماعية وهي مستوى نادراً ما يتوفر ويعتبر بمثابة هدف بعيد المنال .

* **الصحة الإيجابية :** وفيها تتوفر طاقة صحية إيجابية تمكن الفرد والمجتمع من مواجهة المشاكل والمؤثرات البدنية والنفسية والاجتماعية دون ظهور أي أعراض مرضية .

* **سلامة متوسطة:** وفيها لا تتوفر طاقة إيجابية من الصحة لذلك فإنه عند التعرض لأي مؤثر ضار يسقط الفرد فريسة للمرض .

* **مستوى الاحتضار :** في هذا المستوى تسوء الحالة الصحية إلى حد يصعب معه استعادة الصحة . (السيد عبد العاطي -2006-358)

ويرى علماء الاجتماع أن هناك كثير من السمات الديمغرافية مثل العمر والجنس والحالة الاجتماعية التي تتأثر وتؤثر في صحة الأفراد، صف إلى ذلك التدرج الاجتماعي

فوجد مثلا أن الأفراد الذين ينتمون إلى الطبقة الاجتماعية الدنيا أقل استجابة لأعراض المرض من غيرهم من الطبقات .

رابعاً : الصحة والفقير، علاقة مزدوجة

هناك ارتباط كمي وثيق بين معايير الوضع الاقتصادي، مثل الدخل والثروة، وبين الحصائل الصحية، بما فيها معدل الوفيات والمرض، في كل من البلدان الصناعية والنامية. غير أن التفسير الوافي لسبب هذا الترابط، كان موضع جدل بين الكثير من الباحثين، فيرى بعض الباحثين أن الفقر يؤدي إلى اعتلال الصحة، لأن الأسر الفقيرة لا يمكنها الوصول للرعاية الصحية الجيدة و/أو أنها تسلك بحكم فقرها نموذجاً من السلوك الشخصي الضار يؤثر على وضعها الصحي. ومن ثم يعتبر مستوى الدخل والنمو الاقتصادي هما المحددين الرئيسيين للصحة (Preston SH-1976)، إلا أن هذا الافتراض قد تم رفضه على الأقل بالنسبة للبلدان الصناعية (Smith JP-1999)، وقد ظهر مؤخراً فرض بديل يؤكد على الآثار البعيدة الأمد للعوامل البيئية المحيطة بالطفولة المبكرة، والتعرض المديد للأحداث المجهددة، ورد الفعل تجاه الجور الاجتماعي المتمثل في التفاوت الملحوظ في تزايد الدخل، بوصفها السبب الأساسي في الوضع الصحي المتردي للفقراء. والحق أن كلا الفرضين يشتركان في غاية واحدة ألا وهي التأكيد على الأحداث الفيزيولوجية التي يؤدي الفقر من خلالها إلى اعتلال الصحة.

وقد اقترح رجال الاقتصاد في السنوات الأخيرة نظرية معاكسة، وهي أن اعتلال الصحة هو الذي يؤدي إلى الفقر ويؤثر سلباً على دخل الأسر ومعدل النمو الاقتصادي، فاعتلال الصحة يحد من قدرة الأسرة على اكتساب الدخل وتجميع الثروة، وذلك نتيجة لمحدودية القدرة على العمل، وزيادة المصاريف الطبية، وتقليص المدخرات.

فالأفراد المصابون ببعض الأمراض مثل الملاريا، والسل، ومرض الإيدز والعدوى بفيروسة قد لا يتمكنون أبداً من اكتساب دخل يكفي للفكاك من الفقر والمرض. وقد أدركت اللجنة المعنية بالاقتصاد الكلي والصحة هذه النقطة تماماً، كما أن خبراء الاقتصاد، ولاسيما أولئك المعنّون بنظرية النمو الاقتصادي المضمون الاستمرار، يزداد

إدراكهم لكون الصحة شكلا من أشكال رأس المال البشري. وانطلاقا من هذا المنظور، فإن تحسن الصحة يزيد إنتاجية أشكال رأس المال الأخرى، ويسهم في النمو الاقتصادي. فالأطفال الأصحاء أكثر انتظاما بالمدارس وأعلى قدرة على التحصيل مما يؤدي إلى معدلات عائد عالية من التعليم، وبالتالي يزيد من جاذبية الاستثمار في التعليم، كما أن التفكير في التخطيط للتقاعد يتوقف على توقع الأفراد بأنهم سيعيشون بما يكفي لجعل التقاعد تطلعا واقعيا. فزيادة العمر تحفز الجيل الحالي على الادخار، مما يجعله حافزا ذا آثار مدهشة على الادخار الوطني، وبالتالي على النمو الاقتصادي .

والحق أن التفاعل بين الصحة والفقير والنمو الاقتصادي أعمق بكثير، فهناك العديد من القنوات التي يمكن من خلالها للصحة أن تؤثر في الدخل وتتأثر به، مثل استقرار عرض العمل والنظام السياسي، فالعلاقة الديناميكية المزدوجة بين الصحة والفقير تقدم بيانات جديدة لراسمي السياسات تشجّع على توجيه المزيد من الاستثمار للصحة.

خامسا - المشكلات الصحية للأطفال .

يولد يوميا الآلاف من الأطفال في مختلف أرجاء هذه المعمورة، بعضهم غني وبعضهم فقير، بعضهم أسود وبعضهم أبيض، يولدون بالعشرات بمختلف اللغات والثقافات ولكن في أكثرينهم الساحقة يولدون داخل أسر.

والأطفال كثيرا ما يعتبرون أسرا مميزة من اللا

أسر، فإنه من المهم أن ندرك مدى الإختلاف في أساليب معاملتهم والتكفل بهم، فلنحاول أن نتخيل أنفسنا أفرادا لا يمكننا أن ندلي بصوتنا أو نقود سيارة أو أن نؤدي أي نشاط نرغب فيه دون قيد، فكيف سيكون شعورنا ؟

ولذا كان لزاما على أفراد الأسرة أن يتولوا رعاية الأطفال رعاية كاملة خاصة في ظل وجود عدد كبير من الظروف الصحية التي تؤثر على الأطفال، بعضها خاص بمرحلة الطفولة وبعضها ينتقل إلى الرشد.

ومن أهم المشكلات الصحية التي يعاني منها الأطفال نجد:

1- سوء التغذية: هذه المشكلة الأولى التي تقع على قمة المشاكل الصحية التي تصيب الأطفال وتظهر على عدة صور منها:

- نقص المواد البروتينية: وغالبا ما يرتبط ذلك بالأسر ذات المستوى الاجتماعي المنخفض .

- فقر الدم (الأنيميا)

- نقص النمو والنضوج العقلي

- الكساح : إن الإصابة بالكساح ترتفع بين الأطفال ذوي المستوى الاجتماعي المنخفض والذين يعانون من سوء التغذية.

2 - الالتهاب الرئوي :

يتوفى ما يقارب 05 مليون طفل تحت الخامسة في مختلف أرجاء العالم سنويا، 97 % منهم في البلدان النامية ومعظم هذه الوفيات تنجم عن الإصابة بالالتهاب الرئوي والإسهال وسوء التغذية، وتشير التقديرات التي وضعتها منظمة الصحة العالمية وصندوق الأمم المتحدة للطفولة أن الالتهاب الرئوي يقتل 3-5 مليون طفل تحت الخامسة .(سيد عبد العاطي -2006- 373).

3 - تيتانوس الأطفال :

أكدت العديد من الأبحاث أن التيتانوس الذي يصيب الأطفال حديثي الولادة مازال مشكلة صحية خطيرة، وقد أكدت هذه الأبحاث أيضا أن معظم الولادات التي تتم في المنازل والتي يقوم بها أشخاص غير مدربين هي السبب في الإصابة بهذا المرض، إلا أن الإصابة به لا تقتصر على هذا السبب فقط، فاستخدام الضمادات غير المعقمة أثناء فترة إلتئام السرة قد يشكل خطرا يتساوى في خطورته مع خطورة قطع الحبل السري بأداة غير معقمة، ضف إلى ذلك عدم القدرة على فهم كيفية التعامل مع الأطفال المرضى الأمر الذي يسبب لهم مشاكل واضطرابات متنوعة .

سادسا : التكفل الاجتماعي والصحي بالأطفال المرضى .

إن جميع برامج وخدمات الرعاية الاجتماعية الأسرية، تهدف إلى مساعدة الأفراد للتمتع بحياة نفسية واجتماعية راضية وإعانتهم للمشاركة في حياة الجماعة .

وعلى هذا الأساس فلقد شهدت السنوات الأخيرة دعوة متزايدة بالحاجة إلى تحسين نوعية ونطاق الرعاية الصحية في البلدان النامية فمن الصعب جدا الفصل بين الرعاية

الأسرية ورعاية الطفولة من حيث أن رعاية الطفولة هي المسؤولية الأولى والوظيفة الاجتماعية الأساسية التي يقوم بها، كما أن أية برامج للرعاية الأسرية سوف تنعكس بطريقة غير مباشرة على رعاية الأطفال، حيث يشكل الأطفال والنساء الفئات الأكثر حساسية للمرض والعجز والوفاة وترجع هذه الحساسية إلى ما يسود هذه الفئات من عوامل الحمل وصغر السن التي تقترن بالعمليات البيولوجية للتكاثر والنمو والتطور، وحتى داخل هذه المجموعات يكون بعض الأفراد عرضة بصفة خاصة لخطر المرض أو المضاعفات بسبب عوامل في تكوينهم البيولوجي أو في بيئتهم أو نتيجة لهذه العوامل مجتمعة .

ويتكون بذلك ما يسمى (بعوامل الخطر) والتي يكون لها تأثير بصفة منفردة أو مجتمعة وهي تبعا لهذا الطرح تختلف في أهميتها النسبية تبعا لاختلاف ظروف الفرد وأحواله الاجتماعية والايكولوجية ومن هذا المنطلق تظهر أهمية التوزيع العادل للرعاية الصحية للمجموعات المستهدفة وللأفراد المعرضين للخطر في داخل هذه المجموعات الأمر الذي يستدعي كفاءة عالية في إستخدام موارد الوقاية والرعاية والعلاج، ومن ثمة فإن إستراتيجية مواجهة الخطر الغرض منها توفير خدمات أفضل للجميع ولكن مع الإهتمام بصفة خاصة بمن هم أكثر احتياجا إليها، فيجاء برامج متخصصة لرعاية الطفولة من شأنه أن يخفف من العبء عن كامل الأسرة ويساعدها على تحقيق وظيفة التنشئة الاجتماعية على الوجه الأكمل، فالأسرة هي الأولى برعاية الأطفال، فالخدمة الاجتماعية لا تتدخل مع الأسر السوية التي تعاني مشكلات تحتاج فيها إلى المساعدة الخارجية إلا بالجوانب الوقائية، أما بالنسبة لبعض الحالات التي يصعب فيها تحقيقي النمو المتوازن للأطفال في أسرهم الطبيعية، فإن على الخدمة الاجتماعية أن تتدخل من واقع مسؤوليتها من الناحية العلاجية .

ونستطيع أن نحصر أساليب مواجهة المشكلات الصحية للأطفال على النحو

التالي:

- إنشاء مراكز رعاية الأمومة والطفولة .
- إنشاء مراكز الفحص الطبي والنفسي .

- إنشاء مراكز توزيع اللبن على أطفال الأسر الصغيرة
- إنشاء وحدات العزل المؤقت لحماية أفراد الأسرة من إنتشار الأمراض .
- برامج توعية صحية عن العدوى والوقاية والعزل والإرشاد .
- الدعوة لبناء عادات صحية حميدة والتغذية السليمة .

سابعاً : التأمين الصحي الاجتماعي

يمثل التأمين الصحي الاجتماعي شكلاً إجبارياً من أشكال التأمين الصحي ناتج عن العملية التشريعية. وهو موجه في المقام الأول للموظفين المدنيين والعاملين بالقطاع الرسمي نظراً لسهولة تحصيل المساهمات، وارتفاع مستوى دخل هذه الفئات بالمقارنة بالعاملين بالقطاع غير الرسمي. ويتعين على كل شخص مستحق أن يسجل نفسه ويدفع نسبة محددة سلفاً من أجره أو راتبه كقسط تأميني. ففي الكثير من الحالات، يكون أصحاب العمل، وأحياناً الحكومة، مطالبين أيضاً بالمساهمة في صناديق التأمين الصحي الاجتماعي. ويُسمح لأعضاء صناديق التأمين الصحي الاجتماعي وأحياناً أفراد الأسرة من ذوي القربى بالحصول على مضمومة من الاستحقاقات. وتقدم مضمومة الاستحقاقات هذه من خلال شبكات التأمين الصحي الاجتماعي الذاتية، أو من خلال مقدمي الخدمات بالقطاعات العام والخاص، أو من خلالهما معاً.

ووفقاً لنموذج بسماركيان للتأمين الصحي الاجتماعي، يطالب الأفراد بالانضمام لأحد المجمعات المتعددة في النظام. ويغطي كل مجمع (أو صندوق رعاية المرضى) مضمومة مختلفة من الخدمات الصحية مقابل أقساط تأمينية مختلفة.

وهناك ثلاثون بلداً في العالم تعتمد على التأمين الصحي الاجتماعي لتحقيق التغطية الشاملة (Carrin G, James C. - 2003) و ينتظر من مؤسسات التأمين الصحي الاجتماعي أن تكون مستقلة مالياً وأن تعتمد على نفسها. غير أن ما يهم هو الملاءة المالية لمؤسسات التأمين الصحي الاجتماعي على المدى الطويل. وتضطر الحكومات في بعض الحالات إلى التدخل لتخليص تلك المؤسسات من أزماتها المالية.

وهناك تفاوت كبير في جودة المرافق الصحية والمهنيين الصحيين في معظم بلدان الإقليم الفقيرة والمتوسطة الدخل. ويشير هذا بدوره إلى وجود قطاع خاص يقدم خدمات عالية الجودة خارج نطاق نظام التأمين الصحي الاجتماعي. وفي هذه الحالات، نجد أن

بعض أعضاء نظام التأمين الصحي الاجتماعي غير مؤمنين تأميناً كاملاً أو أن هناك حاجة لنظام تأميني صحي تكميلي تابع للقطاع الخاص.

المزايا

- نظر لأن مساهمات الأفراد توجه مباشرة لتمويل الخطط الصحية الخاصة بهم، فيكون لديهم حافز أقوى على الدفع. ونتيجة لذلك، يستطيع النظام الصحي حشد المزيد من الموارد.
- يسمح المجمع بدعم الأصحاء للمرضى ودعم الأغنياء للفقراء.
- سوء الاختيار لا يمثل مشكلة.
- مؤسسات التأمين الصحي الاجتماعي أقل عرضة للخضوع للقرارات التنفيذية للحكومة.
- اهتمام المساهمين الطويل الأمد بالملاءة المالية للمؤسسة من شأنه تحقيق الشفافية والمساءلة.
- نظراً لعدم خصم مبالغ كبيرة و/أو عدم الأخذ بنظام المدفوعات المشتركة، تتم تغطية كل أنواع الإنفاق الباهظ.

العيوب

- ثقافة التأمين الصحي غير متطورة بالقدر الكافي في العديد من البلدان ذات المداخل المتوسطة.
- تقيد التكاليف العامة والإدارية استخدام التأمين الصحي الاجتماعي في البلدان الفقيرة.
- نسبة العاملين الرسميين في مجموع القوة العاملة تحدد، بدرجة كبيرة، استخدام التأمين الصحي الاجتماعي بوصفه وسيلة للوصول للتغطية الشاملة.
- يتم، في الكثير من الحالات، ربط التأمين الصحي الاجتماعي ببرامج الاستحقاقات الأخرى، كالاستحقاقات التقاعدية واستحقاقات العجز، والبطالة، والوفاة. وفي هذه الحالات، فإن إدارة النظام تثير الكثير من المشاكل، كما أنه يمكن تحويل الموارد من البرامج الصحية إلى برامج أخرى.
- يستلزم الأمر تنمية بعض المهارات، كالمهارات الإدارية من أجل إدارة النظام.

المراجع :

- *1 جون برنارد- دراسات عائلية -ترجمة أحمد رمو - منشورات دار علاء الدين - سورية-الطبعة الأولى - 2002.
- *2 أحمد مصطفى خاطر - الخدمة الاجتماعية - المكتب الجامعي الحديث- مصر - الطبعة الأولى -2006.
- *3 عبد السلام بشير الدويبي - علم الإجتماع الصحي - دار الشروق - الأردن- الطبعة الأولى - 2006.
- *4 السيد عبد العاطي - الأسرة والمجتمع -دار النهضة العربية - الطبعة الأولى - 2006.
- *5 Preston SH. Mortality patterns in national populations. New York, Academic Press, 1976.
- *6 Smith JP. Healthy bodies and thick wallets: the dual relation between health and economic status, Journal of Economic Perspectives, 1999 -145-166.
- *7 Carrin G, James C. Social health insurance as a pathway to universal coverage: key design feature in the transition period. (Unpublished 2003).