

الفصل السادس

تجارب الدول في التأمين الصحي

وفيه أربعة عشر مبحثاً:

المبحث الأول: التأمين الصحي في بريطانيا:

نشأ التأمين للمرض في إنجلترا مبكراً حيث نشطت التجارة بعد الغزو النورماندي عام ١٠٦٦ م، فقد تأسست نقابات للتجار وطوائف الصناعات المختلفة لحماية مصالحهم والنهوض بالصناعة والتجارة لكنها مع ذلك كانت تدفع إعانات لمن يمرض من أعضائها وتتولى مصاريف دفع الجنازة ومراسيمها لمن يتوفى منهم.

ومن أسباب انتشار التأمين في بريطانيا الحريق الهائل الذي أتى على ٧٥٪ من المدينة عام ١٦٦٦ م وكانت خسائره فادحة مما أدى لتكون جمعيات تعاونية للتأمين ضد الحريق^(١).

وتأسست نقابات دينية واجتماعية تدفع إعانات محددة للمرضى والعاجزين عن العمل من أعضائها ويتم تمويلها من اشتراكات أعضائها ويرجع تاريخ الجمعيات التبادلية في إنجلترا واسكتلندا إلى القرن السادس عشر والسابع عشر وزاد نشاطها في القرنين الثامن عشر والتاسع عشر، وهذه الجمعيات تقدم المساعدة لأعضائها في حالات المرض والعجز والموت، وتمول من الهبات والاشتراكات ومساعدات الدولة، وسبق أن أدخلت إحدى الجمعيات عام ١٢٨٤ في إنجلترا نظاماً لتقديم معونة لمن يصاب من أعضائها بأحد الأمراض المستعصية كالبرص^(٢).

ثم تطورت أعداد جمعيات الصداقة والجمعيات التبادلية تطوراً كبيراً ففي عام ١٨٠٤ م بلغ عدد أعضاء جمعية الصداقة حوالي مليون عضو في بريطانيا، فيما كان عدد السكان وقتها عشرة ملايين فقط، وقاموا في البداية بتقديم إعانات نقدية في حالة مرض أحد الأعضاء، ثم فيما بعد أصبح الأطباء يقومون بتشخيص المرض وتقديم العلاج، وفي عام ١٩٠٠ م بلغ

(١) انظر: عقد التأمين التعاوني في الشريعة الإسلامية والقانون الوضعي، د. هيثم حامد المصاروة: (٥١).

(٢) انظر: التأمين الاجتماعي، د. عبد اللطيف آل محمود: (٢٢٢).



أعضاء الجمعية المسجلين سبعة ملايين عضو، وربما كان يوجد أعضاء غير مسجلين بالملايين، وكان يحق لأغلبهم الحصول على إعانات نقدية عند العجز، وعلى خدمات الأطباء والأدوية.

وفي بريطانيا نشأ نظام جديد يختلف عن النظام الألماني، حيث قام اللورد جورج المخطط للبرنامج الإجماعي بدراسة للنظام الألماني وقام بتهيئته ليتناسب مع البرامج السابقة في بريطانيا، وكانت البواعث لديه أضيق من بواعث بسمارك، وكان هدفه إنقاذ العمال من الخدمات الضعيفة القانونية التي لم تكن لها شعبية، وفي الوقت نفسه تخفيض التكلفة، وهما هدفان لو تحققا كفيلا ن بكسب شعبية الطبقة العاملة ومن ثم يدعم ذلك حزب الأحرار البريطاني، وأعلن عن رغبته في برنامج يسمح بإنشاء الاتحاد الطبي البريطاني، وطالب بتقديم تنازلات بشأن مكافآت أعلى، وأعلن عن حق كل طبيب في المشاركة والتمثيل بإدارة البرنامج، وتم بالفعل تحقيق كل هذه المطالب، وهكذا تدخلت الحكومة وأنقذت أصحاب المهنة من سيطرة جمعيات الصداقة التي كانت ذات خدمات ضعيفة وتكلفة مرتفعة من الاشتراكات كما هو موجود في النظام الألماني والذي قامت الحكومة فيما بعد بتحسين مستوى هذه الصناديق الخاصة برعاية المرضى من أهل المهنة.

وقد قامت حكومة المملكة المتحدة بتطبيق التأمين الصحي عام ١٩١٠ م، وقد أجبر به العمال ذوي الدخل البسيط على التأمين الصحي مع مساهمات من صاحب العمل^(١).

وبحلول عام ١٩٤٦ م، تم تأسيس الهيئة الوطنية للصحة في بريطانيا، وبمقتضى هذا القانون تم منح الوزير السلطة في نقل ملكية أي مستشفى للملكية العامة في الدولة، وتبنى النظام مجانية العلاج للجميع بدون دفع أي رسوم أو مشاركة، ويتم تمويله بالكامل من الضمان الاجتماعي والذي يمول بدوره من الضرائب، وللمريض الحق في اختيار طبيبه، والخدمات شاملة لكل الخدمات الصحية من تنويم وعلاج بكافة التخصصات.

وكان التأمين الخاص محدودًا بشكل كبير قبل عام ١٩٧٨ م^(٢). الذي بدأ بالنمو حتى وصل إلى نسبة ١٣٪ من السكان^(٣).

(١) انظر: التأمين الصحي التعاوني، أ.د. خالد بن سعيد: (٢٠، ٢١)

(٢) انظر: التأمين الصحي التعاوني، أ.د. خالد بن سعيد: (١٨)، التأمين الاجتماعي، د. عبد اللطيف آل محمود: (٢٤٥).

(٣) انظر: نظام التأمين الصحي التعاوني، د. الحيدر والتركي: (٦١).

المبحث الثاني: التأمين الصحي في ألمانيا:

يرى بعضهم أن أول جمعية تعاونية حرة مستقلة نشأت في مرحلة مبكرة في ألمانيا في روتنبرج عام ١٧٢٦ م، والتي أعيد تشكيلها كهيئة تأمين تبادلي إقليمية عام ١٧٥٤ م^(١).

في عام ١٨٥٤ م صدر قانون طبق على المناجم والملاحات وأفران المتفجرات لتشكيل لجان مختلطة من الرؤساء والعمال، وكان العمال وأصحاب العمل يدفعون اشتراكات بنسب متساوية ليصرف منها في حالات المرض والوفاة، وقد جاء هذا القانون كتطور لأنظمة اقتصادية تعاونية كانت في أول أمرها اختيارية^(٢).

في عام ١٨٨٣ م قامت الدولة الألمانية بوضع قانون ينص على انضمام العمال الذين تقل أجورهم عن ٢٠٠٠ مارك إلى المؤسسات الصحية من خلال اشتراك العمال وأصحاب العمل بشكل إجباري في هذه المؤسسات، وقد صدر هذا القانون عن البرلمان الألماني باسم مشروع قانون التأمين للمرض، وقد أعطى ذلك النظام الإشارة لانطلاق التأمين الصحي الإجباري في أوروبا كلها كأساس للتأمين الاجتماعي، وكان الاشتراك في هذه الجمعيات إجبارياً لعمال المناجم في ألمانيا عام ١٨٥٤ م، حيث تم تنظيم هذه المنافع داخل صناديق، وأسسها في البداية بسمارك عام ١٨٨٣ م، وقد كان بالفعل تأميناً إجبارياً، وتم تطبيقه في أولى خطواته على المستخدمين المدنيين في بعض الجهات التي كانت تتشكل منها ألمانيا في القرن الثامن عشر، وكانت الأسبقية الغالبة في المناجم حيث كانت الرعاية الطبية تقدم لعمال المناجم في عدة مقاطعات منذ القرن السادس عشر، وقام أصحاب العمل باستخدام أطبائهم الخصوصيين وتجهيز مستشفيات صغيرة لهم، كما ساهم عمال المناجم في صندوق التأمين الصحي، وساهم أصحاب العمل بنصيب من الأرباح في مقابل ذلك، وكان هناك صناديق أخرى لتغطية العمال الخاضعين، أو غير الخاضعين لصناديق التمويل التي وجدت لتكون إحدى الصناديق الرئيسية الداعمة^(٣).

(١) انظر: عقد التأمين التعاوني في الشريعة الإسلامية والقانون الوضعي، د. هيثم حامد المصاروة: (٥١).

(٢) انظر: التأمين الاجتماعي، د. عبد اللطيف آل محمود: (٢٢٣).

(٣) انظر: التأمين الصحي التعاوني، أ. د. خالد بن سعيد: (١٨)، التأمين الاجتماعي، د. عبد اللطيف آل محمود: (٢٢٨).



المبحث الثالث: التأمين الصحي في بروسيا:

بدأت في بروسيا في القرن السادس عشر جمعيات لعمال مناجم الفحم في بروسيا وكانت عبارة عن أنظمة اقتصادية تعاونية ومن أشهرها النابشتين، وقد نجحت في مطالبتها في حق العمال في الحصول على علاج مجاني ودفع الأجور طيلة مدة شهرين في حالة المرض، وانتقل هذا النظام فيما بعد لألمانيا عام ١٨٥٤ م^(١).

في أوائل القرن التاسع عشر تم إصدار قوانين في بروسيا لتنظيم الخدمات لعمال المناجم والمستخدمين المدنيين، وبعد ثورات عام ١٨٤٨ م تم صدور قانون يسمح للبلديات بإجبار العمال على الالتحاق بصناديق الخدمة الاجتماعية التعاونية للحصول على خدمات طبية، وفي عام ١٨٦٨ م كان يوجد في بروسيا وحدها أكثر من نصف مليون عضو متممين لحوالي أكثر من أربعة آلاف صندوق^(٢).



(١) انظر: التأمين الاجتماعي، د. عبد اللطيف آل محمود: (٢٢٣).

(٢) انظر: التأمين الصحي التعاوني، أ.د. خالد بن سعيد: (١٩).

المبحث الرابع: التأمين الصحي في النمسا والنرويج:

بدأ العمل في عام ١٨٨٧ م حيث أقرت النمسا نظام التأمين الصحي الإجباري متأثرة بالتجارب الأوروبية السابقة، وفي بداية القرن العشرين توسع التأمين الصحي ليشمل أكثر الدول الصناعية تحت مسمى: التأمين ضد المرض والأمومة، وقد قامت الحكومة النرويجية بتطبيق التأمين الصحي عام ١٩٠٢ وقد أجبر به العمال ذوي الدخل البسيطة على التأمين الصحي مع مساهمات من صاحب العمل^(١).



(١) انظر: المصدر السابق: (٢٠، ٢١)



المبحث الخامس: التأمين الصحي في السويد:

بدأ تشريع التأمين الاجتماعي في السويد عام ١٨٩٠ م، وتلا ذلك تشريع ضد الإصابة المهنية عام ١٩٠١ م، ثم تشريع معاشات التقاعد عام ١٩١٣ م، وتغطي مظلة التأمين حاليًا جميع السكان من مواطنين ومقيمين، ويُعدُّ التأمين إجباريًا على الجميع، ويوجه خدمات لآباء والأطفال والمرضى والمصابين بالعجز وكبار السن والأرامل، ويهدف النظام أيضًا إلى إعادة توزيع الثروة بين الأوقات المختلفة في حياة الأفراد عن طريق دفع مبالغ تتناسب مع الدخل في حالات انقطاع الدخل نتيجة المرض والحوادث والعجز وإجازات الأمومة أو كبر السن.

ويعتمد هذا النظام على مبدأ المشاركة من قبل المرضى الذين يدفعون ٢٠٪ من التكلفة للخدمة التي يحصل عليها من الحكومة، وبإمكانه الذهاب للقطاع الخاص وتحمل تكاليفها بالكامل بنفسه.

ويتم تمويل النظام من الضرائب ومن ميزانية الدولة إضافة إلى مشاركة المريض ب ٢٠٪ من التكلفة^(١).



(١) انظر: مدخل لمفهوم الأخطار وأساسيات التأمين، د. أحمد عبدالله قمحوي: (٣٧٤)، نظام التأمين الصحي التعاوني، د. الحيدر التركي: (٥٧).

المبحث السادس: التأمين الصحي في فرنسا:

يُعدُّ النظام الصحي الفرنسي من الأنظمة المتقدمة في العالم، ففي تقرير منظمة الصحة العالمية عام ٢٠٠٠م أفاد أن لدى فرنسا أفضل خدمات صحية وأكثرها إتاحة بمتوسط تكلفة للفرد ويُعدُّ الرابع على مستوى العالم، وحصلت على المركز الأول على مستوى العالم فيما يتعلق بفعالية النظام الصحي.

أما إدارته فيدار من قبل الحكومة لضمان مصلحة السكان، وتتسم إدارته بالمركزية من خلال هيئة الضمان الاجتماعي، ويرتبط بوزارة الشؤون الاجتماعية والتكافل الاجتماعي في أمور التمويل وعلى وزارة الصحة في النواحي الإدارية.

ويعتمد النظام على ثلاثة مبادئ، وهي:

١. عمومية التغطية من خلال نظام حكومي يغطي الأخطار والتعويضات.
 ٢. متاحة^(١) الرعاية وحرية الاختيار للمريض.
 ٣. التعاون بين القطاعين الحكومي والخاص فيما يتعلق بالمستشفيات وتمويل الخدمات الصحية.
- ومن أهم مميزات النظام: حرية الاختيار للمستفيد وبدون حدود في الذهاب للأطباء بأنواعهم وأطياهم وحتى الإبر الصينية، والطبيب النفسي والولادة والعيون والأسنان، بل الذهاب للقطاع الخاص بدون تحويل.

والتنويم يتم من خلال المستشفيات العامة والخاصة التي تستحوذ الحكومة على ٦٤٪ من أعداد الأسرة فيها، وتركز الحكومية على الطب الباطني والنفسي، بينما تركز الخاصة على الجراحات والتوليد، وفي عام ١٩٩٦م تم إنشاء هيئات محلية لتوزيع الإمكانيات المتاحة بين المستشفيات.

(١) مصطلح مستخدم من بعض المؤلفين في قانون التأمين نسبة للإتاحة واسم المفعول منها.



وفي هذا النظام يدفع المريض الرسوم ويتم تعويضه من الضمان الاجتماعي، ومن مبادئه مشاركة المريض في التكلفة بنسبة ١١٪، وتقدم بعض الشركات تأمين تكميلي (تعاونية وخاصة) وتغطي هذه الشركات بقية التكلفة في حدود ١٢٪ من التكلفة، ويستفيد من خدماتها ٨٧٪ من السكان.

أما الخدمات الوقائية وخدمات المستشفى والرعاية طويلة الأمد فيتم تعويضها بالكامل من النظام الحكومي.

أما الرعاية في العيادات الخاصة التي توفر رعاية متخصصة فيتم التعويض عن رسومها جزئياً، كما يدفع الضمان قيمة الأدوية.

ويمول التأمين الصحي الوطني الإلزامي من خلال مساهمة أرباب العمل والمساهمات الاجتماعية العامة والاقتطاع القليل من الرواتب، ويغطي النظام الصحي حالياً جميع السكان، ويمثل القطاع الحكومي منها ٧٨٪ من التمويل^(١).

أما تاريخ النظام الصحي في فرنسا فقد أنشئ صندوق لرجال البحرية المسنين في القرن الخامس عشر، وبدأت الجمعيات التبادلية فيها منذ القرن السادس عشر، ثم انتشرت جمعيات الإعانة في بعض الدول الأوروبية والأمريكية بتأثير الثورة الفرنسية عام ١٧٨٩ م، وهذه الجمعيات تقدم المعونة لأعضائها مادياً في حالات العجز والمرض والفقر والموت، وتتكون أموالها من اشتراكات الأفراد المنتمين إليها، ومن الهبات ومنح الدولة، ومن أهم هذه الجمعيات في فرنسا جمعية الإعانة التبادلية الفرنسية، وقد حاولت الجمعيات التبادلية الفرنسية تأسيس التأمين للشيخوخة لكنه كان فوق طاقتها، ومنعه القانون الفرنسي عام ١٨٥٠ م، ثم أجاز لها في نهاية القرن التاسع عشر أن تقوم بالتأمين التبادلي لحالات الموت والإصابات والأمراض، وتُعد فرنسا أول دولة أوروبية تأخذ بنظام التقاعد الرسمي فقد أقرته عام ١٧٧٦ م، للعسكريين وأقرته الثورة الفرنسية في عام ١٧٩٠ م لجميع الموظفين^(٢).

(١) انظر: نظام التأمين الصحي التعاوني، د. الحيدر التركي: (٥٥).

(٢) انظر: التأمين الاجتماعي، د. عبد اللطيف آل محمود: (٢٢١).

وفي عام ١٩٢٨ م، قامت فرنسا بإصدار قانون التأمين الصحي ولكن لم يتم التنفيذ إلا في عام ١٩٣٠ م، وكان التأمين الصحي الفرنسي عبارة عن مجموعة من الجمعيات التعاونية التي كانت متواجدة قبل صدور القانون. وفي بادئ الأمر كان التأمين لمجموعات ذات مهن مشتركة، وبعد الحرب العالمية الثانية قامت إدارة الضمان الاجتماعي بتمويل مشروع للحكومة لتغطية جميع المواطنين^(١). واستمر النظام في التطوير إلى أن وصل وضعه الحالي المتفوق على الدول الأخرى.



(١) انظر: مدخل لمفهوم الأخطار وأساسيات التأمين، د. أحمد عبدالله قمحاوي: (٣٧٤)، التأمين الصحي التعاوني، أ.د. خالد بن سعيد: (٢١).



المبحث السابع: التأمين الصحي في سنغافورة:

يوجد نوعان من التأمين في سنغافورة، وهما:

١. الادخار الطبي: وهو تأمين إجباري يطبق على جميع العاملين بما في ذلك أصحاب الأعمال الصغيرة، ويتم فيه استقطاع نسبة مئوية من رواتبهم الشهرية، وتوضع في حساب خاص للادخار الطبي لا يستفيد منه إلا العامل وأفراد أسرته، والنسبة ٦٪ لمن هم أقل من ٣٥ سنة، و ٨٪ لمن هم أكبر من ٤٥ سنة، ويدفع أصحاب الأعمال الصغيرة ٦٪ من دخلهم الشهري، ويعفى حساب الادخار الطبي من الضرائب، في حين يدر فائدة سنوية لصاحبه، ويستخدم الحساب لتغطية النفقات الطبية، وكذلك أسرته يمكنها الاستفادة من الرصيد.

٢. الحماية الطبية: وهي نوع من التأمين المساند الاختياري للحماية من الأمراض ذات الطبيعة المأساوية والتكلفة الباهضة، ويمكن استخدامه من قبل المواطنين والمقيمين بصفة دائمة وأفراد أسرهم، من المشتركين، ويتميز بأن أقساطه يسيرة وتعتمد على السن، فهي ١٢ دولارًا سنغافوري في السنة لمن هم أقل من ٣٠ سنة إلى ١٣٢ دولارًا في السنة لكبار السن، ويغطي العناية المركزة والعمليات الجراحية ونحوها في حدود ٨٠٪، ولكنه لا يغطي الأمراض الخلقية، ولا الإيدز والإدمان والأمراض العقلية^(١).



(١) انظر: مدخل لمفهوم الأخطار وأساسيات التأمين، د. أحمد عبدالله قمحاوي: (٣٧٨)، نظام التأمين الصحي التعاوني، د. الحيدر التركي: (٧٧).

المبحث الثامن: التأمين الصحي في اليابان:

وفي اليابان ظهر التأمين أول مرة عام ١٩٠٥ م، عندما حاولت جمعية أن تغطي أعضائها بمنفعة تعاونية، وصدر أول قانون صحي عام ١٩٢٧ م، لتغطية الذين كان يغطيهم قانون المصنع لعام ١٩٠٥ م، وقانون المناجم لعام ١٩١١ م، حيث كان كلُّ من صاحب العمل والعامل يشتركان في الدفع للتأمين الصحي بالتساوي، وتم اقتراح تغطية التأمين الصحي الشامل عام ١٩٥٧ م، وتم التعديل عليه عام ١٩٥٨ م، فنشأ قانون التأمين الصحي الوطني الشامل^(١) والذي أقر عام ١٩٦١ م ليشمل جميع السكان.

ويوجد ثلاثة أنواع رئيسية للتأمين:

- النوع الأول: التأمين المدار من قبل المجتمع، ويقدم خدمات التأمين للعاملين في الشركات الكبيرة وأسرهم، كما يشمل نوعاً من التأمين التبادلي يقدم خدماته للعاملين في القطاع العام بواسطة منظمات تأمين خدمية.
- النوع الثاني: التأمين الصحي المدار من قبل الحكومة، وتقدم خدماته للعاملين في الشركات الصغيرة.
- النوع الثالث: التأمين على أصحاب الأعمال الخاصة من غير العاملين في الحكومة والمقاعدين.

والدخول في أحد الأنظمة السابقة يُعدُّ إجبارياً لكل فرد.

وفي عام ١٩٧٢ انخفضت نسبة المشاركة في التكلفة، وأصبح لكبار السن الحق في التمتع بالخدمات المغطاة بدون دفع نسب مشاركة، ويمكن للمرضى العلاج في أي مستشفى أو عيادة يختارونها، ويحظى الأطفال في السنة الأولى من العمر برعاية صحية مجانية.

(١) انظر: مدخل لمفهوم الأخطار وأساسيات التأمين، د. أحمد عبدالله قمحاوي: (٣٧٣)، التأمين الصحي التعاوني، أ.د. خالد بن سعيد: (٢٠).



ويقتطع جزء من راتب الموظف بما لا يتعدى ٨٪ للتأمين، وتم تسعير الخدمات والأدوية في البلاد، ويعاني النظام من عدد من المشكلات تهدد بانهيائه مثل عدم مواكبة الأسعار لنسب التضخم^(١).



(١) انظر: مدخل لمفهوم الأخطار وأساسيات التأمين، د. أحمد عبدالله قمحاوي: (٣٧٥)، نظام التأمين الصحي التعاوني، د. الحيدر التركي: (٥٩).

المبحث التاسع: التأمين الصحي في الولايات المتحدة:

تُعدُّ الولايات المتحدة من الدول المتأخرة في مجال الرعاية الصحية، يتبين ذلك من خلال المؤشرات الصحية، حيث تنفق بلدان أخرى أقل مما تنفقه أمريكا ومع ذلك يحصل المواطنون فيها على خدمات أفضل ومعدلات أقل لوفيات الرضع وتوقعات أعلى لمتوسط الحياة عند الولادة، وتعزى هذه الأسباب لمستوى الخدمات الصحية المتدني مع ارتفاع تكاليف العلاج بصورة مخيفة مما جعل أحوج الناس لها أكثرهم حرماناً من هذه الخدمات وهم المسنون والفقراء.

ويعود السبب الرئيس في هذا لافتقار أمريكا لنظام تأمين صحي وطني كما هو موجود في الدول الصناعية الأوروبية وغيرها، وقد حاول بيل كلينتون تبني مشروع تأمين صحي وطني يوفر الرعاية الصحية لجميع المواطنين، ولكنه تعثر تمريره في الكونجرس الأمريكي، ولعله بضغط من الشركات الكبرى المنتفعة.

وحاليًا تعتمد أمريكا بنسبة ٩٦٪ تقريبًا من الرعاية الصحية على القطاع الخاص عام ١٩٨٠م، و ٥٪ من القطاع الحكومي عام ١٩٩٠م لكنه محدود وخاص بشرائح محددة، ومنها:

١. برنامج الرعاية الصحية لكبار السن فوق ٦٥ سنة وذوي العجز الخطير.
٢. برنامج المساعدة الطبية لرعاية الفقراء وغير القادرين.
٣. برنامج المحاربين القدامى من المتقاعدين حيث يوفر لهم مستشفيات تقدم لهم الخدمة.

وقد تم اختيار قانون للتأمين الصحي على مستوى فيدرالي لمجموعات معينة مثل برامج الشيخوخة والفقراء، وكان ذلك من خلال تعديلات في قانون الضمان الاجتماعي لعام ١٩٦٥م وامتدت التغطية التأمينية لتشمل الحالات الصعبة من المعاقين والحالات المتأخرة من مرضى الكلى^(١).

(١) انظر: التأمين الصحي التعاوني، أ.د. خالد بن سعيد: (٢٢-٢٤، ٢٨) باختصار وتصرف.



ويشارك كثير من الناس في منظمات الحفاظ على الصحة (Health maintenance organizations) حيث تقدم هذه المنظمات خدمات شاملة للمشاركين بأسعار مخفضة ومحددة مسبقاً، أو من خلال الاشتراك في منظمات الرعاية المفضلة (Preferred provider organizations) التي تمنح المشتركين الفرصة للاختيار بين عدد من مقدمي الخدمات ويكون الدفع في مقابل الخدمة وبأسعار مخفضة.

وهناك شريحة لم تستطع الاشتراك في هذه المنظمات وبقية محرومة من الخدمة الصحية، وقد وصل عددها لأكثر من ٣٥ مليون بدون أي حماية مالية من تكاليف الرعاية الصحية وبدون تغطية تأمينية على الرغم من التقدم العلمي في الأجهزة وتقنيات العلاج في أمريكا لكن الرعاية متراجعة فيها مقارنة بدول أخرى^(١).

ويذكر بعض المؤرخين أن أول شركة تأمين تعاوني كانت في أمريكا عام ١٧٥٢ م على يد فرانكلين بنامين تحت شعار (اليد باليد) حيث زاولت نشاطها في مجال التأمين على الحريق^(٢).

ويعود تاريخ بدء تغطية الخدمات الصحية في الولايات المتحدة إلى عام ١٧٩٨ م، عندما بدأ الكونجرس بتأسيس خدمات مستشفى البحرية، وكان يتم اقتطاع إجباري من رواتب البحارة مقابل تقديم خدمات طبية لهم، وفي البداية كانت بوليصة التأمين تقوم بالحماية ضد فقد الدخل المالي بسبب الحوادث أكثر من تغطية الخدمات الطبية، وكانت أول بوليصة التي حررتها شركة «فرانكلين» للتأمين الصحي بولاية ماساشوتيز عام ١٨٥٠ م، وكان قسط التأمين بالبوليصة ١٥ سنتاً يدفع مقابلها مبلغ ٢٠٠ دولار أمريكي عند الإصابة في حوادث قطارات السكة الحديدية والبواخر، وإذا كانت نتيجة الحادث العجز الكلي تدفع البوليصة مبلغ ٤٠٠ دولار، وفي عام ١٨٦٣ م، أدخلت شركات التأمين على

(١) انظر: مدخل لمفهوم الأخطار وأساسيات التأمين، د. أحمد عبدالله قمحاوي: (٣٧٣)، نظام التأمين الصحي التعاوني، د. الحيدر والتركي: (٥٠).

(٢) انظر: عقد التأمين التعاوني في الشريعة الإسلامية والقانون الوضعي، د. هيثم حامد المصاروة: (٥٢).

المسافرين مجال التأمين، وكان لها تطوير التأمين ضد الحوادث، وظهر العديد من المؤمنين بعد سنوات قليلة، وقاموا بتطبيقات مماثلة، وخلال الأعوام ١٨٧٠م - إلى ١٨٨٠م، قامت شركات بصناعات متعددة تشمل المناجم والأخشاب وطرق السكك الحديدية بتأسيس خطط تغطي الخدمات الطبية. وكانت أول خطة من هذا النوع في عيادة ويسترن في تاكوما ولاية وايومي في تقديم الخدمات التي يحتاجها أعضاؤها وكانت العيادات تدفع أتعاباً شهرية للأطباء، وفي جميع أنحاء واشنطن وأوريغون تم تأسيس عشرين عيادة مماثلة لمجموعات صناعية تقوم بتقديم الرعاية الطبية للعمال ضد الحوادث الصناعية والأمراض الشائعة. وبشكل عام يرى الكثير من المؤرخين أن التأمين الصحي كان مرتبطاً بالنمو الصناعي في الولايات المتحدة، وفي مارس ١٨٩٩م، قامت شركة «إيتنا» للتأمين على الحياة بتقديم خطة صحية من نوع جديد، حيث قاموا بتقديم التأمين مع تغطية ضد «الخسارة الناتجة عن العجز الكلي المؤقت الذي يكون بسبب جميع الأمراض ما عدا السل والأمراض التناسلية وإدمان الكحول والأمراض النفسية».

وفي عام ١٩١٠م قامت شركة موننتجمري واردة بوضع خطة لعمالها من أجل حمايتهم من الخسارة المالية الناتجة عن المرض أو الإصابة حيث كان ينظر إليها كأول بوليصة تأمين صحي جماعية في الولايات المتحدة، وقام بتحرير هذه البوليصة شركة لندن لضمان الحوادث في نيويورك، وكانت البوليصة تقدم منافع أسبوعية تعادل نصف الراتب الأسبوعي في حالة عجزه عن العمل بسبب مرض أو إصابة، وكانت الشركة تدفع المنافع مباشرة للعامل ولم تكن تقوم بنظام رد مدفوعات للخدمات الطبية، وقد كان تأسيس مجموعة التأمين الصحي في البداية بالولايات المتحدة في بدايات القرن العشرين استجابة للنمو الصناعي في البلاد، والأغلبية كانت للذين يعملون ضمن مجموعات كبيرة، كما كان بسبب ما حققته اتحادات أصحاب العمل واتحادات العمال من حمايتها للأشخاص الذين يعملون ضد الخسائر غير المتوقعة التي يمكن أن تنتج عن الموت أو العجز المفاجئ.

وكانت هناك معارضة من أهل المهنة تطالب بدفع طرف ثالث، وأخذت موقفاً سياسياً خطيراً في الولايات المتحدة الأمريكية في العشرينيات وبعد محاولات عديدة تم



إدخال التأمين الصحي الإجباري ولكن في حدود ضيقة للرعاية الصحية والطبية لكبار السن عام ١٩٦٦ م^(١).

والتجربة الأمريكية تبين أهمية دور الدولة في تحمل مسؤوليتها في وضع نظام تأمين صحي وطني شامل، وعدم تركه للقطاع الخاص منفردًا.



(١) انظر: التأمين الصحي التعاوني، أ.د. خالد بن سعيد: (٢٢-٢٤، ٢٨) باختصار وتصرف.

المبحث العاشر: التأمين الصحي في كندا:

تُعدّ الخدمات الصحية في كندا الأفضل على مستوى العالم في أحد التقارير الصادرة حول الموضوع عام ١٩٧٩ م، وقد أخذت مرحلة تطوره قرابة ٤٥ سنة، حيث بدأ في عام ١٩٤٧ م، في مقاطعة ساسكاتشوان، حيث أنشأت المقاطعة نظام تأمين صحي لتغطية نفقات التنويم في المستشفيات ثم تطور فتم تشريع تأمين خدمات المستشفيات من قبل الحكومة الفدرالية وانتشر النظام في كل المقاطعات، وفي عام ١٩٦٨ م صدر نظام الخدمات الصحية من الحكومة الفدرالية، وفي عام ١٩٨٤ م صدر قانون يفرض غرامات مالية على المستشفيات والأطباء غير الملتزمين بالمعايير الموضوعية للمحاسبة على الخدمات المقدمة بسبب ما حذر منه بعض تقرير دولي حول الفواتير العالية على الخدمة الصحية من الأطباء والمستشفيات^(١).

وكان أول تأمين في كندا للتأمين الصحي الشامل عام ١٩١٩ م، نتيجة لتواجد عدد كبير من موظفي الخدمات، وكذلك بسبب التوسع في اكتشافات الأمراض الصحية^(٢). ويشتمل القانون الصحي الكندي على خمسة مبادئ تُعدّ بمثابة الأعمدة الأساسية، وهي:

١. العمومية: توفير جميع الخدمات الصحية المتاحة لجميع السكان المؤمن عليهم وبشروط محددة.
٢. الشمولية: تقديم جميع الخدمات الصحية المؤمن عليها التي يوفرها الممارسون الطبيون وأطباء الأسنان والخدمات الصحية الأخرى.
٣. المتاحية: توفير إمكانية الوصول إلى خدمات الأطباء والمستشفيات بدون حواجز مالية أو التحيز على أساس الدخل أو العمر أو الوضع الصحي.

(١) انظر: مدخل لمفهوم الأخطار وأساسيات التأمين، د. أحمد عبدالله قمحاوي: (٣٧٣)، نظام التأمين الصحي التعاوني، د. الحيدر التركي: (٥٢).

(٢) انظر: التأمين الصحي التعاوني، أ.د. خالد بن سعيد: (٢٢-٢٤، ٢٨).



٤. التجوالية: ضمان التغطية عند غياب المواطن من مكان إقامته أو سفره في أرجاء البلاد.

٥. الإدارة العامة: تفعيل النظام بواسطة جهاز حكومي تحدده الحكومة المحلية وعلى أساس غير ربحي.

ويتميز أيضًا هذا النظام بأنه يتوجه إلى اللامركزية وتشارك الحكومة الفدرالية والمقاطعات في تسيير النظام وفق أعمال محددة للطرفين، ويمول من ميزانية الدولة العامة ومن الضرائب، وللمستفيد حرية اختيار الطبيب المعالج، ويتم الدفع له من قبل الوكالة الحكومية المفوضة بذلك على أساس الرسوم مقابل الخدمة وفق تسعيرة يتفاوض عليها مع الحكومة المحلية.



المبحث الحادي عشر: التأمين الصحي في الدول النامية:

إن التطور التاريخي للتأمين الصحي الإجباري في الدول النامية غير معروف بشكل عام، ولكن الوقائع التي حدثت في دول أمريكا اللاتينية خلال الخمسين عامًا الماضية تم تدوينها بشكل جيد، ومنذ عقود قليلة مضت أخذ تشريع قوانين التأمين الصحي الإجباري في البلاد النامية شكلاً من أشكال السياسات الاجتماعية، وقد حدثت معظم التطويرات في التأمين الصحي تدريجياً في الدول النامية، فعلى سبيل المثال أنشئت نظم التأمين الصحي الإجباري في كوبا عام ١٩٧٩ م ونيكاراجوا عام ١٩٨٢ م بحيث تغطي قطاعات مختارة من السكان من خلال نظام الاشتراكات المستقطعة من رواتب العمال وأصحاب العمل، وفي عام ١٩٦٠ م قامت وزارة الصحة التونسية بتشديد وإدارة كل أو أغلب البنية التحتية، وكذلك معالجة المرضى على أساس أن تقوم إدارة التأمين الاجتماعي بدفع مبلغ إجمالي سنوي إليها، وفي عام ١٩٦٣ م طبقت كل من حكومتي كوريا ولبنان نظام رد جزئي للمصاريف الطبية التي قام بدفعها الأفراد المؤمن عليهم طبقاً لجدول «أتعاب مقابل الخدمة» تم التفاوض بشأنه رسمياً واتفق عليه بين إدارة التأمين الصحي ومقدمي الخدمات العامة والخاصة.

وفي عام ١٩٧٨ م عقد المؤتمر العالمي التاريخي حول الرعاية الصحية في (ألمانيا - أتا - الاتحاد السوفياتي سابقاً) وتم فيه وضع تخطيط لمسار جديد للسياسة الصحية بأهداف شاملة مثل الشعار الدولي المعروف «الصحة للجميع» بحلول عام ٢٠٠٠ م، وفي عام ١٩٨١ م تم وضع إستراتيجية شاملة تهدف إلى التشجيع على نشر مفهوم الرعاية الصحية من أجل احتواء التكاليف في الخدمات الصحية والطبية وكذلك كيفية تمويلها، حيث كان من تلك المقترحات تطبيق نظم مشابهة لنظام التأمين الصحي.

وعلى هذا الأساس قامت أغلب الدول النامية بالتصديق الكامل على الأهداف والسياسات المقررة في ألمانيا - أتا، وتم بذل مجهودات كبيرة لتوفير الموارد وتهيئة الظروف المطلوبة لتحقيق تلك الأهداف.



ومن هذا المنطلق أجبرت كثير من الحكومات للبحث عن موارد إضافية لتمويل الرعاية الصحية، وهكذا تم التعرف على التأمين الصحي الإجباري في شكل برنامج ضمان الاجتماعي على أنه أحد الاختيارات الواعدة في هذا المجال، وقد تم دعم هذه الفكرة بواسطة الإدارات المتخصصة المؤهلة بالأمم المتحدة، وكذلك بواسطة مؤسسات مالية قيادية دولية مثل البنك الدولي وبنوك التنمية الإقليمية^(١).

وقد بلغ عدد الدول التي تطبق التأمين الاجتماعي -ومنه التأمين الصحي الاجتماعي - عام ١٩٤٠ م سبعة وخمسين دولة، وفي عام ١٩٤٩ م ٥٨ دولة، وفي عام ١٩٥٨ م ٨٠ دولة، وفي عام ١٩٧٩ م ١٣٤ دولة^(٢).



(١) انظر: التأمين الصحي التعاوني، أ.د. خالد بن سعيد: (٣٠) باختصار وتصرف.

(٢) انظر: التأمين الاجتماعي، د. عبد اللطيف آل محمود: (٢٤٢).

المبحث الثاني عشر: التأمين في العالم الإسلامي:

لم يعرف التأمين عمومًا في العالم الإسلامي بصورته الحديثة إلا في القرن الثالث عشر الهجري^(١)، حيث قوي الاتصال التجاري بين الشرق والغرب إبان النهضة الصناعية في أوروبا، وذلك عن طريق تأمين البضائع المجلوبة منها^(٢)، وأما التأمين الصحي فلم يعرف إلا متأخرًا جدًا في العصر الحديث.

وأقدم نص في الفقه الإسلامي تعرض لصورة من صور التأمين ما ورد عن الإمام مالك رحمه الله حيث ذكر الباجي رحمه الله في أثناء كلامه عن بيع الغرر مسألة توافق صورة من صور التأمين على الحياة تعرف في اصطلاح علماء القانون «بالتأمين لحال البقاء براتب عمري وهو أن يتعهد المؤمن بدفع إيراد لمدى الحياة نظير مبلغ متجمد يدفعه له المستأمن». قال الباجي: (مسألة) ومن دفع إلى رجل داره على أن ينفق عليه حياته: روى ابن المواز عن أشهب لا أحب ذلك، ولا أفسخه إن وقع، وقال أصبغ هو حرام؛ لأن حياته مجهولة، ويفسخ، وقال ابن القاسم عن مالك لا يجوز إذا قال على أن ينفق عليه حياته^(٣).

وهذا يعني أن فكرة التأمين على الحياة عرف في ذلك الوقت منتصف القرن الثاني الهجري ١٥٠ هـ، أي في منتصف القرن الثامن الميلادي في حدود ٧٥٠ م.

وورد في المدونة ما نصه: «قال: وقال مالك: ولو أن رجلاً تصدق على رجل بدار على أن ينفق عليه حياته، فلم يعلم بذلك إلا بعد سنين، أن الذي أنفق عليه يغرم ما أنفق عليه، وما استغل الذي قبض الدار فهو له، ولا يقاومه صاحب الدار بشيء من ذلك؛ لأنه كان ضامناً للدار فصار الكراء له بالضمآن. قال ابن القاسم: وتفسير قول مالك في الصدقة ههنا، إنما هي بمنزلة البيع الفاسد»^(٤).

(١) انظر: عقد التأمين، د. عبدالسلام أحمد فيغو: (١٧).

(٢) انظر: نظام التأمين للزرقا: (٢٣).

(٣) المنتقى شرح الموطأ: (٣ / ٤٤٠).

(٤) المدونة: (١٤ / ٤٤٩٤).



وفي تهذيب المدونة: «ومن تصدق على رجل بدار على أن ينفق عليه حياته، فهذا بيع فاسد، والغلة للمتصدق عليه، لأنها في ضمانه، ويرجع بما أنفق ويرد الدار»^(١).

وفي التاج والإكليل قال: «فإن هنا مسألتين: الأولى إذا باعه داراً على أن ينفق عليه حياته، المسألة الثانية إذا أسكنه إياها على أن ينفق عليه حياته. قال ابن يونس: فهذا كراء فاسد»^(٢).

وقد نصوا صراحة على الغرر بعدم العلم بمدة الحياة حيث قال الدردير: «(وكبيعه) يشمل الإجارة لأن المراد بيع الذات أو المنفعة أي بيع البائع سلعة داراً أو غيرها (بالنفقة عليه) أي على البائع (حياته) فإنه فاسد للغرر لعدم علم مدة الحياة (ورجع) المشتري على البائع (بقيمة ما أنفق)»^(٣).

ومنها هذا النص الذي ورد عن الزبيدي حيث قال: «فاسده أن يضمن بغير ما قد وجب كبقيمي قد تلف، وباطله أن يضمن بغير واجب رأساً كالمصادرة، أو مكرها، أو ضمنت ما يغرق أو يسرق»^(٤)، قال الدكتور الضير: «وهو يدل على أن التأمين البحري، والتأمين من السرقة لا يجوز عند جميع علماء الأمصار، لأن المؤلف لم يذكر خلافاً في هذا الحكم»^(٥).

ومما ورد في التأمين إذا كان تعاونياً ما ورد عن مالك رحمه الله حيث قال: «إذا طرح بعض الحمل للهول شارك أهل المطروح من لم يطرح لهم في متاعهم، وكان ما طرح وسلم لجميعهم في نمائه ونقصه بثمانية يوم الشراء إن اشتروا من موضع واحد، بغير محاباة، لأنهم صانوا بالمطروح ما لهم، والعدل عدم اختصاص - أي عدم تحميله له وحده - أحدهم بالمطروح، إذ ليس أحدهم بأولى من الآخر، وهو بسبب سلامة جميعهم»^(٦).

(١) تهذيب المدونة: (٣/ ٣٤٢).

(٢) التاج والإكليل لمختصر خليل: (٤/ ٣٦٣).

(٣) الشرح الكبير للشيخ الدردير: (٥/ ٥٧).

(٤) في كتابه البحر الزخار الجامع لمذاهب علماء الأمصار: (٥/ ٥٦).

(٥) انظر: التأمين: تقويم المسيرة النظرية والتطبيقية، د. محمد الصديق الضير، ضمن أبحاث المؤتمر العالمي الثالث

للاقتصاد الإسلامي بجامعة أم القرى بمكة: (٥/ ٣).

(٦) الفروق للقرافي: (٤/ ٢٦).

وقد حمل بعض الباحثين قول مالك على أنه يدخل في باب توزيع الخسائر التي تلحق بالفرد على مجموعة من الناس تجتمع معه في رابطة تبرر هذا التوزيع، وهي نفس فكرة التأمين التعاوني^(١).

ومن الشواهد الدالة أيضًا على التأمين التعاوني ما يسمى بـ «ولاء الموالاة» عند الحنفية وصورته: «أن يقول شخص مجهول النسب لآخر أنت وليي تعقل عني إذا جنيت، وترثني إذا مت. فيقول: قبلت» أو يقول: «وليتك فيقول قبلت»^(٢).

ومن الشواهد أيضًا التي تصلح مستندًا للتأمين التعاوني، قضية تجار البز مع الحاكة، وهي حادثة حصلت في المغرب في مدينة سلا خلاصتها: أن هؤلاء التجار اتفقوا فيما بينهم على أنهم إذا اشترى أي واحد منهم سلعة، عليه أن يضع درهماً عند رجل يثقون به، ليستعينوا بها على أي غرم يصيب أحدهم، وهي صورة من صور التكافل الاجتماعي، كما هو الحال في الجمعيات التعاونية التي يتفق عليها بعض الناس فيما بينهم ليعينوا بعضهم بعضًا عند الحاجة^(٣).

وابن خلدون رحمه الله ذكر أن العرب في الجاهلية كانوا يعرفون التأمين التعاوني، وذكر أن قريشًا في رحلتهم رحلة الشتاء والصيف كانوا يتفقون فيما بينهم على أنه إذا نفق جمل أو بعير واحد منهم فإنهم يشتركون في تعويضه من أرباح تجارتهم تلك، بل يتفقون على أن أي واحد منهم كسدت تجارته ولم يربح في تلك الرحلة فإنهم فيما بينهم أيضًا يتقاسمون ويتحملون هذه الخسارة ويعطونه ما يسد خسارته، فهذا يدل على أن التأمين التعاوني معروف منذ القدم^(٤).

(١) [محمد بلتاجي: عقد التأمين ص ٢١٢].

(٢) [حاشية ابن عابدين ج ٦ ص ١٢٥-١٢٦. عقد التأمين، محمد بلتاجي: ص ٢١١].

(٣) [الفكر السامي ج ٤ ص ٣٠٨-٣١٠. عقد التأمين، محمد بلتاجي: ص ١٠٥].

(٤) انظر: أصول التأمين، د. رمضان أبو السعود: (٧٤)، عقد التأمين التعاوني في الشريعة الإسلامية والقانون الوضعي، د. هيثم حامد المصاروة: (٧٤، ٤٨)، التأمين الإسلامي، أحمد ملحم: (٦٠).



ومن أوائل من تعرض للتأمين صراحة في العصر الأخير العلامة ابن عابدين الحنفي (ت ١٢٥٢ هـ - ١٨٣٦ م) (المولود عام ١١٩٨ هـ الموافق ١٧٨٤ م)، حيث قال «مطلبٌ مهم فيما يفعله التجار من دفع ما يسمى سوكرة وتضمنين الحربي ما هلك في المركب وبما قررناه يظهر جواب ما كثر السؤال عنه في زماننا: وهو أنه جرت العادة أن التجار إذا استأجروا مركبا من حربي يدفعون له أجرته، ويدفعون أيضا مالا معلوما لرجل حربي مقيم في بلاده، يسمى ذلك المال: سوكرة على أنه مهما هلك من المال الذي في المركب بحرق أو غرق أو نهب أو غيره، فذلك الرجل ضامنٌ له بمقابلة ما يأخذه منهم، وله وكيلٌ عنه مستأمنٌ في دارنا يقيم في بلاد السواحل الإسلامية بإذن السلطان يقبض من التجار مال السوكرة وإذا هلك من مالهم في البحر شيءٌ يؤدي ذلك المستأمن للتجار بدله تماما.»^(١)

وتُعدُّ شركة التأمين السودانية أول شركة تأمين تعاوني إسلامية التي أنشأها بنك فيصل الإسلامي بالسودان عام ١٩٧٩ م وأنشئ معها هيئة رقابة شرعية ثم تلتها شركة البركة ثم صدر قرار يلزم بنظام التأمين الإسلامي في البلد، وصدر بعده قانون الإشراف والرقابة على أعمال التأمين عام ١٩٩٢ م.^(٢)

ووصل عدد شركات التأمين التكافلي إلى حوالي ١٠٠ شركة تتواجد في ٢٥ دولة، توجد ٢٠٪ منها بمنطقة الخليج، وتمثل جمهورية إيران الإسلامية ٤٠٪ من حجم سوق التأمين التعاوني وتليها ماليزيا.

ويضم الاتحاد العربي للتأمين في عضويته نحو ٦٠ شركة تأمين وإعادة تأمين تمارس التأمين التكافلي والتعاوني والإسلامي.^(٣)

(١) رد المحتار: (٤ / ١٧٠).

(٢) انظر: التأمين: تقويم المسيرة النظرية والتطبيقية، د. محمد الصديق الضير، ضمن أبحاث المؤتمر العالمي الثالث للاقتصاد الإسلامي بجامعة أم القرى بمكة: (٥ / ٣)، التأمين التجاري والتأمين الإسلامي، د. نعمات محمد مختار: (٢٢٦).

(٣) انظر: مقال التأمين التكافلي يمتطي جواد فتاوى التحريم، انتصار سليمان من موقع إسلام أون لاين: http://www.islamonline.net/servlet/Satellite?c=ArticleA_C&cid=1173694924018&pagename=Zo

وأما فيما يتعلق بالتوزيع الجغرافي لصناعة التكافل في مختلف أنحاء العالم فتتوزع على النحو التالي:-

(٥٦٪) في الشرق الأوسط.

(٣٦٪) في جنوب و شرق آسيا.

(٧٪) في أفريقيا.

(١٪) في المناطق الأخرى من العالم^(١).



(١) انظر: خطاب حسين محمد الميزة في ملتقى الشرق الأوسط الثالث للتأمين -البحرين - ريتز كارلتون يوم الاثنين الموافق ٢٠ مارس ٢٠٠٦، من موقع:

www.iktissad.com/files/events/mei/3/speakers/mohmad-almeeza-mei06.doc.



المبحث الثالث عشر: التأمين الصحي في مصر:

تُعدُّ مصر أكبر الدول العربية، ومن أقدمها في تنظيم التأمين، ويمكن تلخيص نشأة التأمين في مصر في الفقرات التالية:

١. أقدم شركة أهلية مصرية للتأمين كانت عام ١٩٠٠م مع شراكة أجنبية بنسبة ٨٠٪، وقد تزامن ذلك مع فتوى من شركة تأمين أجنبية بسؤال وجه منها لمحمد عبده الذي أفتى بالجواز مما شجع على انتشار التأمين -حسب ما فهموا منه-.
٢. في عام ١٩٤٣م أنشئت شركة تأمين يغلب عليها أنها مصرية، وهي شركة مصر للتأمين.
٣. وصلت فروع شركات التأمين الأجنبية في مصر عام ١٩٥٥م مئة وخمسة وعشرين فرعاً، وبلغت الشركات الوطنية منها ١٢ شركة.
٤. قبل حرب السويس كان هناك ١٣ شركة مصرية و١٣٧ شركة تأمين أجنبية.
٥. ١٩٥٧م وبسبب العدوان الثلاثي على مصر تم إيقاف تراخيص الشركات الأجنبية وحولت باقي الهيئات لهيئات محلية ومُصِّرت الشركات بحيث أعطيت الشركات الأجنبية مهلة لتتحول لشركة مصرية محلية.
٦. ١٩٦١م تم تأميم جميع شركات التأمين ثم دججت وصارت ثلاث شركات مؤمنة.
٧. ثم بعد الانفتاح الاقتصادي وسقوط أنظمة التأمين نشأت عدة شركات تأمين أهلية، ثم نشأت بعد ذلك شركات إعادة تأمين أهلية^(١).



(١) انظر: أصول التأمين، د. رمضان أبو السعود: (٥٧)، نظرية التأمين: المشكلات العملية والحلول الإسلامية، د. أحمد محمد لطفي أحمد: (٣٨)، مدخل لمفهوم الأخطار وأساسيات التأمين، د. أحمد عبد الله قمحاوي: (٣٧٦).

المبحث الرابع عشر: التأمين الصحي في المملكة العربية السعودية:

يتم في المملكة العربية السعودية تقديم الخدمات الصحية مجاًناً من خلال المستشفيات الحكومية والمراكز الصحية المنتشرة في كل القرى والمدن الرئيسية، كما ويتزامن مع ذلك تقديم التأمين الصحي من القطاع الخاص من خلال مجموعة من الشركات المرخصة، كما ويوجد شركات تأمين تجارية أخرى عاملة.

وتتحمل الدولة في المملكة العربية السعودية العبء الأكبر من ميزانية الضمان الصحي حيث شكلت المخصصات المالية للتنمية الصحية والاجتماعية في الخطط الخمسية ٥, ٤٠٥ مليار ريال، وهناك زيادة مضطردة في ميزانية وزارة الصحة التي تضطلع بالدور الأكبر في تقديم الرعاية الصحية بالمملكة، كذلك زيادة نسبتها قياساً إلى إجمالي الميزانية السنوية للمملكة من ٤, ١٪ إلى ١٠, ٢٪. وبرغم انعكاس زيادة الإنفاق الفعلي على مستوى الخدمات الصحية كمّاً ونوعاً إلا أنها ظلت دون مستوى الطموح. وربما يرجع ذلك إلى التحديات الكثيرة التي تواجهها برامج التنمية الاجتماعية والصحية في المملكة وظهور متغيرات جديدة، أثرت بشكل مباشر على وضع الخدمات الصحية وطرق تقديمها وزيادة العبء على موارد وزارة الصحة.

ويشير مراقبون إلى أن النمو السكاني في المملكة يبلغ ٣, ٢٪ سنوياً، فيما يساهم النمو في سوق التأمين الصحي في تحفيز التطوير بقطاعات الرعاية الصحية والدوائية لعدد سكان حالي يقارب ١٧ مليون سعودي مع وجود تقدير بأن حجم السوق حالياً يبلغ ٥, ١ مليار دولار سنوياً، وأنه قد يرتفع إلى ٨ مليارات دولار خلال ١٠ سنوات وفقاً لقول خبراء القطاع، وبلغ قطاع التأمين الصحي ٨, ٢١ في المئة من إجمالي قطاع التأمين.

قد أوليت مؤسسات الرعاية الصحية عناية فائقة ودعمًا كبيراً مكنتها في مدة قصيرة من النهوض والتطور كمّاً ونوعاً، حيث قفز عدد المستشفيات خلال ثلاثين عاماً من ٧٠ مستشفى عام ١٣٩٠هـ إلى ١٨٢ مستشفى في عام ١٤٢٠هـ وعدد الأسرة في المستشفيات من ٧٧٣٤ سريراً إلى ٣٧٣٥٨ سريراً خلال المدة نفسها كما زاد عدد المراكز الصحية من



٢١٥ مركزاً صحياً في جميع مناطق المملكة إلى ١٧٣٧ مركزاً صحياً^(١) بالإضافة إلى الكثير من العيادات والمراكز الطبية الخاصة في كثير من مدن المملكة، ومع ذلك فلا يتوقع أن تفي بحجم الزيادة السكانية مع زيادة عدد المقيمين^(٢).

عدد المستشفيات العامة والخاصة في المملكة^(٣)

وزارة الصحة	جهات أخرى	القطاع الخاص	المجموع
١٩٠	٤٠	٩١	٣٢١
٥٩,١%	١٢,٥%	٢٨,٤%	١٠٠%

ومن هنا حصل اتجاه المملكة نحو تطبيق الضمان الصحي التعاوني على غير السعوديين، وهذا من شأنه أن يرفع مساهمة القطاع الصحي الخاص خاصة أن الغطاء التأميني في تلك المرحلة سي شمل ما يزيد عن ٥ ملايين مقيم يضاف إليهم عدد السعوديين المؤمن عليهم. كما أن سلبات المدنية الحديثة، وارتفاع الوعي الصحي بين أفراد المجتمع السعودي، وجواز الضمان الصحي التعاوني شرعاً تعدد عوامل يتوقع لها أن تساهم في ارتفاع أعداد المشتركين في برامج الضمان الصحي التعاوني.

وبرغم أن البلاد عرفت التأمين منذ الثلاثينيات الميلادية مع دخول شركات البترول إلا أن أول تنظيم رسمي للتأمين في المملكة لم يظهر إلا في عام ١٤٢٠ هـ^(٤)، ومع أن ممارسة

(١) عبدالإله ساعاتي، التطور الصحي من عهد الملك عبدالعزيز إلى عهد الملك فهد، مجلة «صحة الخليج»، العدد ٣٥ رمضان ١٤١٩ هـ ص ٢٨.

(٢) الوقف ودعم مؤسسات الرعاية الصحية، إعداد الدكتور / عبد العزيز بن حمود الشري: (٢٨)، مدخل لمفهوم الأخطار وأساسيات التأمين، د. أحمد عبدالله قمحاوي: (٣٧٢).

(٣) انظر: تضارب جودة العناية الطبية، وتطبيق نظام التأمين الصحي، د. محمد حزة خشيم: (٦).

(٤) انظر: بحث: الضمان الصحي التعاوني في المملكة: دور شركات التأمين، للدكتور / عبدالإله ساعاتي مدير عام الشركة السعودية للتأمين (ميثاق) المنشور ضمن وقائع اللقاء العلمي (التأمين الصحي التعاوني) الذي أقامه مركز أبحاث الاقتصاد الإسلامي المنعقد بالمركز يوم الثلاثاء ١٨ / ١ / ١٤٢٥ هـ، الموافق ٩ / ٣ / ٢٠٠٤ م.

التأمين الصحي الخاص بدأت في المملكة العربية السعودية منذ مدة وجيزة لا تتعدى خمسة عشر عامًا، إلا أنه تطور حتى أصبح يحتل المرتبة الأولى في محفظة سوق التأمين السعودي.

ومع الزيادة السكانية الملحوظة والكبيرة توجت الدولة لتغطية الحاجة من الرعاية الطبية للتأمين الصحي فصدر قرار من مجلس الوزراء باعتماد التأمين الصحي التعاوني قرار رقم (٧١) بتاريخ ٢٧ / ٤ / ١٤٢٠ هـ الموافق ١١ / ٨ / ١٩٩٩ م بناء على الفتوى الصادرة من هيئة كبار العلماء بجوازه، وهو خاص بنظام الضمان الصحي التعاوني للمقيمين بالمملكة العربية السعودية، وذلك بهدف توفير الرعاية الصحية وتنظيمها لجميع المقيمين غير السعوديين في المملكة، وتم التوجيه للجهات المسؤولة بتنظيم العمل في هذا المجال وفق هذا القرار، وقد نصت المادة السابعة من النظام على أن تغطي وثيقة الضمان الصحي التعاوني الخدمات الصحية الأساسية الآتية:

- ١- الكشف الطبي والعلاج في العيادات، والأدوية.
 - ٢- الإجراءات الوقائية مثل: التطعيمات، ورعاية الأمومة والطفولة.
 - ٣- الفحوصات المخبرية والشُعاعية التي تتطلبها الحالة.
 - ٤- الإقامة والعلاج في المستشفيات بما في ذلك الولادة والعمليات.
 - ٥- معالجة أمراض الأسنان واللثة، ما عدا التقويم والأطقم الصناعية.
- ولا تخجل هذه الخدمات بما تقضي به أحكام نظام التأمينات الاجتماعية، وما تُقدّمه الشركات والمؤسسات الخاصة والأفراد لجميع منسوبيها من خدمات صحية أشمل مما نص عليه هذا النظام.

كما أن المؤسسة العامة للتأمينات الاجتماعية تقدم نوعاً من التأمين يشتمل على فرع الأخطار المهنية وفرع التعويضات، والفرع الأول يغطي الأخطار الناشئة من إصابات العمل والأمراض المهنية، ويشارك فيه عمال القطاع الخاص بموجب مساهمة تبلغ ٢٪ من الراتب ويتحملها أرباب العمل، وتشتمل المنافع الطبية على دفع تكلفة المستشفى والرعاية الطبية والتنويم، هذا بالإضافة إلى نوع آخر من التأمين يدفع في حالات العجز الكل أو الجزئي.



وبعض الشركات تذهب لشركات التأمين الخاصة وتستصدر لعمالها وثائق تأمين تقدم مجموعة من الخدمات الصحية، وتشمل في الغالب تقديم الرعاية الأولية والفحوصات وصرف الأدوية والتنويم عند الحاجة، ولتنفيذ هذا تتعاقد شركات التأمين مع مستشفيات خاصة، ويتحمل صاحب العمل تكاليف الوثيقة، وقد يحمل العامل جزءاً منها من خلال الاستقطاع الشهري، وبعض الشركات تقود بالتعاقد مباشرة مع مستشفيات بدون اللجوء لشركات تأمين^(١).

وفي الحقيقة أن التأمين التعاوني بدأ كتطبيق من القطاع الخاص قبل ذلك حيث تمت الموافقة الملكية على تأسيس الشركة الوطنية للتأمين التعاوني، الصادر في شأنها المرسوم الملكي رقم (م/٥) وتاريخ ١٧/٤/١٤٠٥ هـ^(٢).

إن صدور نظام الضمان الصحي التعاوني وبدء تطبيقه يأتي كتطور طبيعي لممارسة التأمين الصحي بالمملكة وزيادة الطلب عليه حيث زادت اشتراكات التأمين الصحي خلال السنوات العشر الماضية بنسبة كبيرة فارتفعت مداخيلها من ٦٢,٧ مليون ريال عام ١٩٩٠م إلى ٩٧٥,٣ مليون ريال عام ٢٠٠٠م كما تدرجت الأهمية النسبية للتأمين الصحي خلال السنوات العشر الماضية حيث انتقل من المرتبة الرابعة بنسبة ٤,٥ ٪ من إجمالي اشتراكات السوق عام ١٩٩٠م إلى المرتبة الأولى بين قائمة أنواع التأمين في السوق بنسبة ٦,٣٠ ٪ عام ٢٠٠٠م، وقد شهد سوق التأمين الصحي أيضاً زيادة عدد الممارسين إلى (٦٩) شركة تأمين تعمل دون ترخيص رسمي ومسجلة في دول أخرى، وأما المسجلة فقد بلغ عددها ١٥ شركة تأمين بعضها متخصص في ممارسة التأمين الصحي فقط والأخرى تمارس هذا النوع من التأمين ضمن محافظتها التأمينية التي تشمل أنواعاً أخرى، ويذكر أن عدد المعتمدين من مقدمي الخدمات الصحية بلغ حتى الآن ٤٣١ مقدماً للخدمة، فيما

(١) انظر: نظام التأمين الصحي التعاوني، د. الحيدر والتركي: (٤٩).

(٢) انظر: نظام مراقبة شركات التأمين التعاوني في موقع مجلس الشورى.

جرى اعتماد ٢٠ آخرين فقط حتى الآن من مقدمي الخدمات، وأصبحت حصيلة الأعمال التأمينية في المملكة تشكل ١٪ بينما في الدول المتقدمة تشكل ٦, ١٢٪^(١).

وتقدر اشتراكات نظام الضمان الصحي التعاوني في المرحلة الأولى لتطبيق نظام الضمان الصحي التعاوني التي ستغطي حوالي ٦ مليون مقيم أجنبي، ما بين ٥ - ٨ مليار ريال، أما اشتراكات المرحلة الثانية التي ستغطي جميع سكان المملكة حتى عام ٢٠٢٠م ويقدر عددهم ٣٣, ٥ مليون نسمة، من المتوقع أن تتراوح تلك الاشتراكات ما بين ٨٣ - ١٠٠ مليار ريال. وعلى هذا النحو يتوقع أن يزيد إسهام قطاع التأمين الصحي التعاوني في الناتج المحلي الإجمالي من ٦, ٠٪ في الوقت الحالي إلى ما يتراوح ما بين ٥٪ و ٧٪ عام ٢٠٢٠م^(٢).

وقد طرحت الوزارة فكرة لتطبيق نظام التأمين الصحي تلخص في خصخصة المستشفيات الحكومية مع إعطاء المواطنين وثيقة تأمين صحي مجانية مدعومة من الصندوق الوطني التعاوني الذي يستلم ميزانيته من وزارة المالية والتي كانت تدفع لوزارة الصحة، وقد تم رفع المقترح لشعبة الخبراء للموافقة عليه.

وبناء عليه فالدولة من خلال إنشاء الصندوق الوطني التعاوني تتحمل كافة نفقات العلاج لجميع المواطنين صغاراً أو كباراً بموجب بوليصة التأمين الشامل والمتوقع أن يبلغ عددهم (باستثناء المؤمن عليهم صحياً في الشركات الكبرى (١٢ مليوناً، حيث يتم التخصيص لجميع المستشفيات الحكومية بالمدن والمحافظات ويتولى القطاع الخاص إدارتها بالكامل بعد انفصالها عن وزارة الصحة. وقال الدكتور خالد المرغلاني الناطق باسم وزارة الصحة في توضيحه إن النظام الصحي الجديد يركز على ثلاث نقاط:

- (١) انظر: بحث: الضمان الصحي التعاوني في المملكة: دور شركات التأمين، للدكتور / عبدالإله الساعاتي مدير عام الشركة السعودية للتأمين (ميثاق) المنشور ضمن وقائع اللقاء العلمي (التأمين الصحي التعاوني) الذي أقامه مركز أبحاث الاقتصاد الإسلامي المنعقد بالمركز يوم الثلاثاء ١٨ / ١ / ١٤٢٥هـ، الموافق ٩ / ٣ / ٢٠٠٤م.
- (٢) انظر: ملخص ورقة التأمين الصحي التعاوني وأثره على الاقتصاد السعودي حتى عام ١٤٤٠هـ (٢٠٢٠م)، ندوة «الرؤية المستقبلية للاقتصاد السعودي حتى عام ١٤٤٠هـ (٢٠٢٠م)» الرياض ١٩ - ٢٣ أكتوبر ٢٠٠٢، إعداد صالح ابن ناصر العمير مدير تأمين تاج الطبي التعاونية للتأمين، نظام التأمين الصحي التعاوني، د. الحيدر التركي: (٤٩).



أولاً: أن تكون مهمة وزارة الصحة الإشراف على تقديم جودة متكاملة وخدمات عالية المستوى بمقاييس عالمية عن طريق مراكز الصحة الأولية التي تشمل التطعيمات والأمراض المزمنة والوقاية ورعاية الأطفال والحوامل بطاقة بشرية من ألفي طبيب أسرة وعائلة متخصص إلى جانب الكوادر الفنية المساندة.

ثانياً: ستتولى مؤسسة أو مجموعة شركات إدارة المستشفيات العامة وتشغيلها بالكامل.

ثالثاً: أما الناحية الثالثة فتشمل الانتهاء من إيصال الخدمات الصحية لغير السعوديين عن طريق شركات التأمين والتطبيق التأميني للسعوديين صحياً بدءاً من العام القادم، ويشمل منسوبي التربية والتعليم والبلديات ومعهد الإدارة ووزارة الصحة وغيرها من القطاعات بمعنى: حصول كل مواطن على بوليصة تأمين تؤهله للعلاج المجاني في أي من المستشفيات العامة أو الخاصة حيث سيتم شراء بوالص التأمين عن طريق وزارة الصحة وعبر صندوق التأمين التعاوني الذي يتولى في هذا الشأن الإنفاق من المخصص في الميزانية التي كانت تعطى لوزارة الصحة. وتكتفي وزارة الصحة من جهتها بالتهيئة للانتقال إلى المهام الجديدة بعد تخصيص المستشفيات العامة^(١).



(١) انظر: موقع الوزارة