

الفصل الثالث

التأمين الصحي الإجتماعى فى مصر والدول الأخرى

مقدمة :

أ - التأمين الصحى الإجتماعى فى مصر.

أولاً : الهيئة العامة للتأمين الصحى الإجتماعى.

ثانياً : أهداف التأمين الصحى.

ثالثاً : إجراءات الانتفاع بالخدمة فى النظام والفئات المستفيدة.

رابعاً : تمويل التأمين الصحى.

خامساً : المزايا التى يقدمها النظام.

ب - التأمين الصحى فى الدول الأخرى.

أولاً : التأمين الصحى على الصعيد العربى.

ثانياً : التأمين الصحى على الصعيد العالمى.

ج - التأمين الصحى فى عصر العولمة.

مقدمة :

إن إصدار التشريعات التأمينية بصفة عامة، لم تبدأ إلا خلال العشرينات من القرن الماضي في الوقت الذي بدأت نُظَم التأمين الاجتماعي في الظهور بالعديد من الدول الأوروبية منذ عام ١٨٨٢ وبالأخص بعد نهاية الحرب العالمية الأولى، حيث إرتبط نمو الحركات العمالية بالحركة الوطنية، وأصبحت مطالبها في تحقيق التكافل الإجتماعي مطالب قومية.

وفي نهاية العقدين الماضيين انتشرت، الرعاية الصحية التأمينية بسرعة في الدول الصناعية، وذلك عن طريق الرغبة في إصلاح الوضع الصحي في تلك الفترة^(١). وقد مرت الرعاية الصحية التأمينية بعدة تغيرات كبيرة في أوائل القرن الماضي حيث كانت الممارسات الطبية، ممارسات عامة، تتم عن طريق مجهودات فردية وكان المرضى هم المسئولون عن دفع مصاريف الأطباء والمستشفيات من أجل الرعاية التي يحصلون عليها.

ففي أوروبا أواخر العشرينات وأوائل الثلاثينات من القرن الماضي ظهرت جماعات إجتماعية منفصلة ارتبطت مع بعضها البعض لاكتشاف طرق إبداعية من أجل تحسين الرعاية الصحية في مجتمعها المحلي، وقد نتج عن هذه المجهودات تطور كبير في تقديم الرعاية الصحية، حيث بدأت هذه الجماعات في التعاقد مع المستشفيات المحلية وبعض الأطباء لتقديم رعاية صحية. قائمة على نظام الدفع المسبق من قبل هذه الجماعات، وكانت هذه الترتيبات الخاصة بالرعاية الصحية غاية في النجاح، لدرجة أن هذه السياسات قد توسعت لتشمل الأفراد ومقدمي الرعاية لمنطقة معينة، وهذه الخطط الصحية المدفوعة مسبقاً كانت هي الشئ الأساسي في منظمات صيانة الصحة (HMO)^(٢).

ثم تتابعت التشريعات المتعلقة بالرعاية الصحية التأمينية في النصف الأول من القرن العشرين ولكن هذه التشريعات كانت خاصة بإصابات العمل فقط.

وفي أوائل الاربعينات ظهر مفهوم جديد في الرعاية الصحية التأمينية المدفوعة مسبقاً، ففي عام ١٩٤٣ صدر قانون ٨٦ بشأن التأمين الصحي الإجباري عن حوادث

(1) Saltman R. Figueras. J: European Health Care Reform, Copenhagen, WHO, 1997, p. 1.

(2) Joann C. Rowell: Understanding Health Insurance; Op. Ci; p. 23.

العمل، وعهد إلى شركات التأمين الأهلية بتنفيذ أحكام القانون ٦٤ لعام ١٩٣٦ مقابل اشتراكات محددة يؤديها أصحاب الأعمال^(١).

وفي أوائل الخمسينات ظهر طلب كبير على الرعاية الصحية والطبية، الأمر الذى من شأنه أن شجع شركات التأمين لأن تمد نشاطها وتصل إلى الرعاية الصحية، وقد ساعد ذلك النقابات للدخول فى الأسواق التأمينية، بحيث تحفظ للأشخاص المغطون بهذا التأمين حياتهم^(٢).

وفى عام ١٩٥٠ صدر القانون ١١٧ وهو أول قانون يحدد الأمراض المهنية ويحدد التعويض عن الإصابة بها^(٣).

وصدر القانون ٩٢ لسنة ١٩٥٩ فى شأن التأمينات الاجتماعية وذلك لضمان التزام أصحاب الأعمال بتوفير الرعاية الطبية للعاملين، وبموجب هذا القانون تم إنشاء أقسام طبية والتعاقد مع شركات تأمين بمقتضى وثائق تأمين جماعية أو مع المؤسسة الصحية العمالية^(٤).

وبعد ذلك ظهر التأمين الصحى الاجتماعى فى كل الأقطار وعن طريق الدولة وأصبحت الهيئات المشاركة فى تمويل الرعاية الصحية تؤمن بالدور القوى الذى يقوم به التأمين الصحى الاجتماعى فى تحسين مدخل الرعاية الصحية^(٥).

ولم تأخذ مصر بنظام التأمين الصحى أو التأمين ضد المرض إلا منذ مارس ١٩٦٤ حيث صدر القانون رقم ٦٣ فى شأن التأمينات الاجتماعية، ويعد أول تشريع تستكمل به أنواع التأمينات الاجتماعية فى مصر، خاصة فيما يتعلق بالرعاية الصحية التأمينية، فقد أقر هذا القانون نظام التأمين الصحى لأول مرة^(٦).

(1) Joann. C, Rowell: Understanding Health Insurance, Op. Cit. p. 23.

(2) Ibid., p. 24.

(٣) رفعت رضوان : فلسفة التأمين الصحى فى جمهورية مصر العربية، مرجع سابق، ص ٥١ - ٥٢.

(٤) عزة الفندرى وآخرون : التأمين الصحى فى واقع النظام الصحى المعاصر، دراسة ميدانية- ونظرية واستطلاعية، مرجع سابق، ص ٦٤.

(5) Schneider. M & Others: An International Comparison of Health Care Systems; Augsburg Basys, 1998, p. 1.

(٦) رفعت رضوان : التوجه المستقبلى للتأمين الصحى فى مصر مع مشارف القرن الحادى والعشرين، المجلة المصرية للتنمية والتخطيط، العدد الأول، المجلد الخامس، معهد التخطيط القومى، القاهرة، يونيه ١٩٩٧، ص ٧٥ - ٧٧.

حيث تم تأسيس هيئة التأمين الصحى فى مصر عام ١٩٦٤ كمؤسسة مسؤولة عن التامين الصحى الإجتماعى، والإمداد الإلزامى للتأمين الصحى من أجل العاملين فى القطاع الحكومى^(١). وقد صدر القرار الجمهورى ٣٢٩٨ بنقل اختصاصات التأمين الصحى المنصوص عليها فى القانون ٦٣ لسنة ١٩٦٤ من الهيئة العامة للتأمينات الإجتماعية إلى الهيئة العامة للتأمين الصحى وذلك إعتباراً من ١٠/٣١/١٩٦٤ كما تضمن هذا القانون بالنسبة لإصابات العمل النص على زيادة المعونة المالية التى تمنح للمصاب إلى ١٠٠% من أجر الاشتراك، وزيادة نسبة المعاش الذى يمنح فى حالة العجز الكامل أو الوفاة بسبب الإصابة^(٢).

وفى يوليو عام ١٩٩٢- وبعد مناقشات عديدة- تم عرض مشروع قانون قُدم إلى مجلس الشعب المصرى يسمح بتوسيع التأمين الصحى ليغضى طلاب المدارس^(٣).

وبناءً عليه قد صدر القانون "٩٩" فى شأن تطبيق نظام التأمين الصحى على الطلاب فى ٢٢ يوليو عام ١٩٩٢ ليضم ثلاثة عشرة مادة^(٤). وليغضى قطاع طلاب المدارس من مرحلة رياض الأطفال حتى المرحلة الثانوية بما فى ذلك طلاب المعاهد الأزهرية^(٥).

وفى سياق هذا الموضوع سنتناول التأمين الصحى الإجتماعى فى مصر من خلال لقاء الضوء على الدور الذى تقوم به الهيئة العامة للتأمين الصحى، وسنوضح أهداف هذا النظام ومزاياه، وإجراءات الحصول على الخدمة، ثم ننتقل إلى التأمين الصحى فى الدول الأخرى لنوضح أين يقف التأمين الصحى المصرى من هذه الدول، ثم نختم الفصل بقضية التأمين الصحى فى عصر العولمة.

(1) Nandkumar. A. K & Others: Op. Cit. p. 5.

(٢) عزة الفندارى؛ وآخرون : التأمين الصحى فى واقع النظام الصحى المعاصر دراسة ميدانية ونظرية، واستطلاعية، مرجع سابق، ص٦٣.

(3) Nandkumar. A. K & Others: Op. Cit; p. 3.

(٤) دليل قانون التأمين الصحى على الطلاب والقرارات التنفيذية، مطابع الشرطة، القاهرة، ١٩٩٣، ص١.

(٥) سهير مغازى مصيلحى المسلمى: مرجع سابق، ص٩٦.

أ - التأمين الصحى الإجتماعى فى مصر.

أولا : الهيئة العامة للتأمين الصحى.

هى هيئة عامة ذات شخصية إعتبارية تشرف على تطبيق وتنفيذ التأمين الصحى فى مصر، وقد تم تشكيلها بالقرار الجمهورى رقم ١٢٠٩ لعام ١٩٦٤ كمنظمة مسؤولة فى مصر عن التأمين الصحى الإجتماعى والإمداد الإجبارى للتأمين الصحى من أجل العاملين فى القطاع الحكومى فهذه المنظمة هى منظمة حكومية مستقلة تحت إشراف وزارة الصحة والسكان^(١). وبالتالي فإن السياسات والخطط والبرامج وإدارة الهيئة ترجع إلى وزير الصحة، وبإعتبار ذلك نجد أن الهيئة ذات طابع حكومى وأنها مقيدة بقرارات ونظم حكومية.

وتهدف الهيئة إلى ما يلى : أولا : تحقيق التغطية التأمينية ضد المرض تدريجيا، ثانيا : توفير الرعاية التأمينية للمؤمن عليهم، والهيئة لها الحق فى إنشاء الوحدات العلاجية من مستشفيات وعيادات ومراكز لإصابات العمل واللجان الطبية، وايضا استئجارها من الغير^(٢).

وتحتوى الهيئة العامة للتأمين الصحى على :

- ١- مجلس إدارة الهيئة، ويعتبر السلطة المهيمنة على إدارة وشئون الهيئة ورسم سياساتها ووضع الخطط والإشراف على جميع فروعها.
 - ٢- فروع الهيئة وتقوم بتنفيذ تلك السياسات، ويتم إنشاؤها لتوفير الرعاية الصحية التأمينية للمؤمن عليهم فى نطاق جغرافى محدد يتبعه عدد من المناطق التى تشرف على العيادات الخارجية والمستشفيات ومراكز إصابات العمل.
- وتضم الهيئة ثمانية فروع بعد أن كانت فرعين فى بداية نشأتها عام ١٩٦٤ وكل فرع يخدم عدداً من المحافظات وهى :
- الأول : فرع شمال غرب الدلتا- وهذا الفرع مسئول عن التطبيق فى محافظات الإسكندرية، البحيرة، مطروح.
- الثانى : فرع القاهرة- مسئول عن التطبيق فى محافظة القاهرة.
- الثالث : فرع وسط الدلتا- مسئول عن التطبيق بمحافظات الغربية- كفر الشيخ- المنوفية.

(١) على المكاوى: علم الاجتماع الطبى، مدخل نظرى، مرجع سابق، ص ٢٠٨.

(٢) مكرم نعيم سليمان : التأمين الصحى بين الحاضر والمستقبل، مرجع سابق، ص ٣١.

الرابع: فرع شرق الدلتا- مسئول عن التطبيق فى محافظة القليوبية- الشرقية- الدقهلية.

الخامس : فرع القنال- مسئول عن التطبيق فى محافظات- الإسماعيلية- السويس-

سيناء- دمياط- بورسعيد.

السادس : فرع شمال الصعيد- مسئول عن التطبيق فى محافظات الجيزة- الفيوم- بنى

سويق- المنيا.

السابع : فرع وسط الصعيد- مسئول عن التطبيق فى محافظات أسيوط- سوهاج-

الوادى الجديد.

الثامن : فرع جنوب الصعيد- مسئول عن التطبيق فى محافظات قنا- البحر الأحمر-

أسوان^(١).

ويتم الإشراف على هذه الفروع بمراكز فى القاهرة^(٢). والهيئة جهة تمويل وفى

نفس الوقت جهة تقديم الرعاية الصحية، وهذا يعنى أن الهيئة مسئولة بحكم قرار إنشائها

عن توفير الرعاية الصحية التأمينية للمؤمن عليهم سواء من خلال الاسلوب المباشر،

أى من خلال وحداتها المملوكة لها أو من خلال الاسلوب غير المباشر فى تقديم خدمات

الرعاية الصحية أى عن طريق التعاقد مع بعض الوحدات الطبية الحكومية والخاصة

مثل مستشفيات المؤسسة العلاجية، والمستشفيات والصيدليات الخاصة وأيضاً مراكز

توفير الأجهزة التعويضية، ومراكز الغسيل الكلوى لمرضى الفشل الكلوى، مما يعنى

ضمنياً توفير هذه الإمكانيات خارج نطاق الهيئة بمعدلات ومستويات تعجز الهيئة عن

توفيرها^(٣).

مما سبق يتضح أن الهيئة تقدم الرعاية الطبية من خلال الشبكة الخاصة

بالمستشفيات والعيادات والصيدليات ومن خلال التعاقد الخاص، وأصبح دور الهيئة

دوراً مزدوجاً، هو التمويل وتقديم الخدمة معاً، أى تجميع اشتراكات التأمين وإدارة

صندوقه، وتقديم الخدمة الصحية اللازمة لأحكام القوانين المنظمة^(٤).

(١) الهيئة العامة للتأمين الصحى: من أجل صحة أفضل لجميع المصريين، دليل الوحدات، الإدارة العامة

للعلاقات والإعلام، القاهرة، ١٩٩٦، ص١٣-٩٤.

(2) Nandakumar A. K. & Others: Op. Cit. p. 10.

(٣) سمير فياض: مرجع سابق، ص٢٧٩.

(٤) سهير مغازى مصيلحى المسلمى: التأمين مرجع سابق، ص٧٥.

دور الهيئة العامة للتأمين الصحي.

بدأ العمل بنظام التأمين الصحي أولاً فى الإسكندرية عام ١٩٦٤م^(١) وتعمل الهيئة العامة للتأمين الصحي على توفير الرعاية الصحية التأمينية للمواطنين بناءً على قوانين التأمين الصحي وهى :

١- قانون العلاج التأمينى رقم "٣٢" لسنة ١٩٧٥ ويسرى على العاملين بالحكومة و وحدات الإدارة المحلية والهيئات والمؤسسات العامة.

٢- قانون التأمين الإجتماعى رقم ٧٩ لسنة ١٩٧٥ ويسرى على العاملين بالقطاع الحكومى والقطاع الاقتصادى.

٣- قانون التأمين الصحي على الطلاب رقم ٩٩ لسنة ١٩٩٢ ويسرى على كافة طلاب المدارس من مرحلة رياض الأطفال وحتى نهاية مرحلة التعليم الثانوى بأنواعه وطلاب المعاهد الأزهرية^(٢).

وقد قدمت الهيئة خلال عام (١٩٩٩، ٢٠٠٠م) خدماتها من خلال ٩٤٨ عيادة للتأمين الصحي ٨,٦ ألف عيادة مدرسية ٢٤٨ وحدة صحية خارجية للطلبة، كما قدمت الهيئة خدماتها لأكثر من ٧,٤ مليون منفع فى عيادات الممارس العام، ٢,٦ مليون حالة عبر عيادات الأخصائيين واستخدمت الهيئة ٣٧ مستشفى تضم حوالى ٧,٧٨٩ سريراً استطاعت من خلالها إجراء أكثر من ٢٩٢ ألف عملية جراحية، وذلك من خلال فريق طبي يضم أكثر من تسعة آلاف طبيب، و ١٦,٤ ألف فنى تمريض بخلاف الوظائف الفنية والإدارية الأخرى^(٣).

وتم الوصول بعدد مراكز الطب النفسى للطلاب من ٢٣ مركزاً سنة ١٩٩٩ إلى ٦٣ مركز فى يونيو سنة ٢٠٠١. ويعمل فى هذه المراكز فريق عمل متكامل يتكون من طبيب نفسى وأخصائى نفسى بالإضافة إلى أخصائى اجتماعى وأخصائى تأهيل

(١) الهيئة العامة للتأمين الصحي : مرجع سابق، ص ١.

(2) Nandakumar A. K. & Others: Op. Cit; p. 9.

(٣) الهامى الميرغنى : اقتصاديات التأمين الصحي بين تطوير الموارد وترشيد الانفاق، ورقة عمل مقدمة لمؤتمر (اتجاه التأمين الصحي الاجتماعى الشامل)- قضايا أساسية- التحديات الأتية- آليات العمل- جمعية التنمية الصحية والبيئية، القاهرة، المنعقد فى الفترة ٢٣- ٢٤ يناير ٢٠٠٣، ص ٩٤.

تخاطبى يعملون بنظام الفريق الواحد. بالإضافة إلى (١٢١) متقفاً صحياً متعاقداً معهم فى مدن (أسوان- الأقصر- قنا- بنى سويف- الفيوم)^(١).

أما الهامى الميرغنى فيرى أن الهيئة العامة للتأمين الصحى استطاعت منذ تأسيسها. أن تطور خدماتها وتزيد من أعداد المنتفعين. فقد ارتفع عدد المنتفعين بخدمات الهيئة إلى أكثر من ٢٦,٨ مليون منتفع عام ٢٠٠٠ يمثلون ٤١% من سكان مصر^(٢).

ثانياً : أهداف نظام التأمين الصحى الإجتماعى.

يعتبر التأمين الصحى أداة إجتماعية وسياسية هامة لتحسين الرعاية الصحية فى أى مجتمع إنسانى، ويؤثر التأمين الصحى بشكل أساسى على خفض التكاليف المالية للرعاية الصحية، وهذا يؤدي عموماً إلى عدم الاستغلال المتزايد فى أسعار الرعاية الصحية^(٣).

وتتمثل أهداف نظام التأمين الصحى الإجتماعى فى مصر فى الأهداف التالية:

الهدف الأول : تقديم خدمة طبية مكتملة العناصر، بحيث لا ترتبط بما يتحمله المؤمن عليه من إشتراك أو ما تتحمله الهيئة المختصة من تكلفة فى علاجه مهما طالت مدته، مع منح المؤمن عليه جميع فرص العلاج المتاحة من أجل الحفاظ على صحته^(٤).
فالهيئة العامة للتأمين الصحى تهدف إلى تحسين الرعاية الصحية بإعتبارها مؤسسات ذاتية، وليست هادفة إلى الربح، وتقوم على مبدأ التضامن بين الأعضاء من أجل الحصول على الخدمة الصحية، بصرف النظر عن القدرة على الدفع^(٥).

(١) نجية عبد الغنى : الخدمات المقدمة من التأمين الصحى فى مجال ذوى الاحتياجات الخاصة، ورقة عمل

لمؤتمر (اتجاه التأمين الصحى الاجتماعى الشامل) مرجع سابق، ص ص ٨٥، ٨٨.

(٢) الهامى الميرغنى : مرجع سابق، ص ٩٤.

(3) William. H. Dow & Kammi. K; Schmeer: Op. Cit. p. 975.

(٤) عادل مصطفى السقا : التأمين الصحى الاجتماعى، إيجابياته- أهم المشاكل- الرؤية المستقبلية، مجلة التأمين الصحى الاجتماعى، الجمعية العلمية للتأمين الصحى، القاهرة، ١٩٧٥، ص ٧.

(5) Atim, C: The Contribution of Mutual Health Organizations to Financing, delivery Access To Health Care in West and Central Africa: Synthesis of Research in nine Countries, Partner Ship for Health Reform Project, 1998, p. 18.

الهدف الثانى : العمل على تطوير أساليب الخدمة الطبية، وإضافة إمكانات علاجية جديدة للمجتمع بشكل متدرج من أجل تحقيق التوازن بين الإمكانيات المادية والبشرية اللازمة للرعاية الصحية وتعداد السكان المتزايد بصورة مستمرة وتشمل هذه الخدمة خدمات الأطباء الممارسين، والأطباء الاخصائيين وأطباء الاسنان والرعاية المنزلية والعمليات الجراحية والفحوص المعملية وصور الأشعة، والخدمات التأهيلية^(١).

الهدف الثالث : ضمان حصول جميع المواطنين على رعاية صحية بشكل متعادل، وتقديم الخدمة الطبية على أساس المساواة التامة بين جميع المؤمن عليهم لحين إتمام الشفاء واستقرار الحالة^(٢).

الهدف الرابع : العمل على تخفيف العبء المالى على موازنة الدولة فى مجال الخدمات، بحيث تندمج موارد التأمين الصحى مع الموارد المتاحة لوزارة الصحة وخاصة المستشفيات والمراكز العلاجية، لتكون منافذ لتقديم خدمات التأمين فى جميع المحافظات^(٣).

الهدف الخامس : حماية الفئات الفقيرة فى المجتمع من أخطار الأمراض التى يتعرضون لها وبالأخص أن هذه الفئات لا قدرة لهم على حماية أنفسهم من المرض بحكم ضعف قدرتهم المالية على مواجهة أعباء تكاليف العلاج^(٤).

الهدف السادس : أن تمتد مظلة التأمين الصحى الإجتماعى لتغطى جميع المواطنين والمقيمين فى مصر، بإعتباره الصيغة الأمثل للرعاية الصحية المستهدفة فى مصر. ففى دراسة مسحية لصالح البنك الدولى قامت على (١٥) دولة افريقية. وجدت الدراسة أنه فى الدول التى لم تمتد تغطية خطط التأمين الصحى فيها عن ١٠% من عدد السكان، فإن الأفراد الأكثر فقرا و التى تركوها لتمويل رعايتها الصحية بنفسها قد انفقت أعلى نسبة من دخولهم على الصحة، مما أدى ذلك بأسر بأكملها إلى الفقر والضياع^(٥).

(١) مكرم نعيم سليمان : التأمين الصحى بين الحاضر والمستقبل، سابق، ص٧.

(2) David, C. Jacobs, Prospects for National Health Insurance in United States, in the future of the safety Net; Social insurance and Employee Benefits; 2001; p. 187.

(٣) منولى السيد منولى : التأمين الصحى كمدخل استراتيجى لحل مشكلة العلاج فى مصر، مجلة التأمين الصحى الإجتماعى، القاهرة، العدد الثامن والعشرون، مارس ١٩٩٥، ص٣٥.

(٤) رفعت رضوان: البداية الحقيقية لبناء جيل قادر على الإنتاج، نظرة مستقبلية لشرح قانون التأمين الصحى على الطلاب، مجلة التأمين الصحى الإجتماعى، القاهرة، العدد الثالث والعشرون، مارس ١٩٩٣، ص٩.

(5) Nolan. B, Turbat. V; Cost Recovery in Public Health Services in sub- Saharan Africa washing ton: World Bank, 1993; p. 10.

الهدف السابع : تقديم الرعاية الطبية وفقا لمستويات الخدمة المنصوص عليها في اللوائح التنفيذية لقوانين التأمين الصحى حتى يتم تحقيق مستوى عال من الأداء وبأقل تكلفة ممكنة حيث أن الرعاية الطبية التي كفلتها قوانين التأمين الصحى تعتبر حق للمنتفعين الذين يعتبرون فى حكم المرضى الخصوصيين لمساهماتهم فى تكاليف العلاج بنسبة من أجورهم.

الهدف الثامن : خلق إمكانيات جديدة للعلاج عن طريق توسيع المستشفيات القائمة أو ترميمها أو إنشاء مستشفيات جديدة وزيادة عدد الأسرة وإقامة العيادات الشاملة والمجمعة وذلك بناء على دراسات تجرى قبل التطبيق لضمان توفير المعدلات المطلوبة لتنفيذ التأمين الصحى فى أى منطقة من المناطق.

الهدف التاسع : الارتفاع بالمستوى الصحى للعاملين بالدولة حفاظا على القوى البشرية المنتجة فى المجتمع وذلك عن طريق الوسائل المختلفة التي اتبعتها الهيئة العامة للتأمين الصحى فمثلا "جعلت خدمة الممارس العام تتم داخل الشركات نفسها، مما يوفر للعاملين الكثير من الوقت والجهد الذى يضيع إذا ما اضطر العامل للذهاب إلى الطبيب خارج الشركة، ومن ناحية أخرى قامت الهيئة العامة للتأمين الصحى بأحكام الرقابة على أداء الخدمات الطبية مما أدى إلى قلة الإجازات المرضية. وبالتالي زيادة إنتاجية العمال. كما أدت العيادات الشاملة إلى أداء خدمات الأخصائيين بطريقة فعالة وسريعة مما أدى إلى توفير الوقت الذى قد يضيع فى النقل من أخصائى إلى آخر^(١).

الهدف العاشر : الاهتمام بتحسين الأوضاع الصحية لكافة طلاب المدارس بدءا من مرحلة رياض الأطفال حتى نهاية مرحلة التعليم الثانوى بكل أنواعه. وذلك استكمالا للتوسع الفتوى فى التأمين الصحى للوصول إلى التأمين الصحى الشامل^(٢).

وترجع أهمية هذا الهدف إلى أن إحدى الدراسات قد أثبتت أن الطلاب الذين بدون تأمين صحى يكونون أقل احتمالية لتلقى رعاية صحية من أى مورد عند الحاجة إليها، لذلك أوصت الدراسة بالإهتمام بهذه الفئة باعتبارها الأولى بالرعاية الصحية حين النظر إلى الفئات الأخرى^(٣).

(١) سهام لمعى : مشاكل قياس أداء الخدمات الصحية بمستشفيات التأمين الصحى، بحث دبلوم معهد التخطيط القومى، القاهرة، ٢٠٠١، ص ٨، ٩.

(٢) الهيئة العامة للتأمين الصحى: تقرير المتابعة السنوى عن نشاط الهيئة خلال عام ٢٠٠٠، ٢٠٠١، ص ٩.

(3) Brindis. C & Kappahn. C & Others: The Impact of Health Insurance State on Adolescent "Utilization of School- Based Clinic Services: Implication for Health Care Reform, J-Adolesc- Health, Vol. 16, No. 1, Jan, 1995; P. 18.

ثالثا : إجراءات الإنتفاع بنظام التأمين الصحى والفئات المستفيدة

أ - الفئات المستفيدة من التأمين الصحى

ينتفع بنظام التأمين الصحى ثلاث مجموعات من المنفعين هم :

المجموعة الأولى : الذين يطبق عليهم قانون ٣٢ لسنة ١٩٧٥ ويشمل كل المواطنين العاملين فى القطاع الحكومى^(١).

وهذا القانون إعتبرته الدولة منحة لمواطنيها وعامليها فهو إضافة جديدة، وقد حقق هدفين، هما تقديم خدمة تأمينية لفئة كانت محرومة منها تماما، وفى نفس الوقت تخفيف العبء عن الحكومة، كما أدى لأول مرة إلى وضع ضوابط الخدمة الطبية وذلك تحقيقا لجدية ترشيد الإنتفاع بالخدمة الطبية^(٢).

المجموعة الثانية : يشمل القانون ٧٩ لسنة ١٩٧٥ الفئات التالية :

- العاملون المدنيون بالجهاز الإدارى للدولة والهيئات العامة والمؤسسات العامة والوحدات الاقتصادية التابعة لها، وغيرها من الوحدات الاقتصادية بالقطاع العام.

- العاملون الخاضعون لأحكام قانون العمل ويستثنى من ذلك عمال المقاولات والشحن والتفريغ.

- المشغولون بالأعمال المتعلقة بخدمة المنازل فيما عدا من هم داخل المنازل الخاصة.

- أرباب المعاشات والأسر. إن توفر التأمين الصحى لأصحاب المعاشات يعتبر أمرا هاما، لأن هذه الفئة من أكثر الفئات عرضة للمرض^(٣).

تسرى أحكام علاج الرعاية المنصوص عليها فى القانون على أصحاب المعاشات إذا طلبوا الإنتفاع بها فى تاريخ طلب صرف المعاش.

ولا يجوز فى جميع الأحوال لصاحب المعاش الذى طلب الإنتفاع بالأحكام المشار إليها أن يعدل عن طلبه. وهذا يعنى أن الإشتراك فى التأمين الصحى بالنسبة

(1) Nandakumar A. K. & Others: The Health Insurance Organization of Egypt, Op. Cit. p. 5.

(٢) سكرتارية الشؤون الصحية والتأمين الصحى : مشروع ورقة عمل لدعم وتطوير التأمين الصحى، المؤتمر الرابع عن اتجاه التأمين الصحى الإجتماعى الشامل، قضايا أساسية- التحديات الأنوية- آليات العمل- جمعية التنمية الصحية والبيئية، القاهرة فى الفترة من ٢٣- ٢٤ يناير ٢٠٠٣، ص ٦٠، ٦١.

(٣) عزة الفندارى؛ وآخرون : التأمين الصحى فى واقع النظام الصحى المعاصر، مرجع سابق، ص ٩٦.

لصاحب المعاش اختياري يتوقف على تقديم طلبا بذلك لا يجوز له العدول عنه فيما بعد ولعل هذا الأمر يعد إخلالا بأهم مبادئ التأمين الصحي الاجتماعي وهو مبدأ الالتزام^(١).

وفي شأن أسر المؤمن عليهم فيشترط لانتفاع فرد الأسرة ألا يكون من المؤمن عليهم أو صاحب معاش وفقا لأحكام قوانين التأمين الاجتماعي الساري ولا يجوز العدول عن الانتفاع بأحكام العلاج والرعاية الطبية بعد تقديم الطلب إلى الجهة المختصة. ويتم إيقاف الانتفاع في الحالات الآتية :

توافر إحدى حالات قطع المعاش المنصوص عليها في قانون التأمين الاجتماعي، انفصال العلاقة الزوجية، التحاق فرد من الأسرة بعمل يخضعه لأحكام أى من قوانين التأمين الاجتماعي السارية، وخضوع فرد من الأسرة لنظام العلاج والرعاية الطبية وفقا لقانون التأمين الاجتماعي^(٢).

المجموعة الثالثة : قانون التأمين الصحي على طلاب المدارس رقم ٩٩ لسنة ١٩٩٢ وتشمل الأطفال وتلاميذ المدارس، حيث تم تطبيق برنامج التأمين الصحي في فبراير ١٩٩٣ على جميع تلاميذ المدارس ليغطي ١٤ مليون طالب في حينه.

وقد بدأ التفكير في فئات طلاب المدارس بإعتبار هذه الفئة الأولى بالرعاية الصحية الأمر الذي يؤدي إلى تحسين صحة الطالب^(٣).

واستكمالاً للتوسع في التأمين الصحي، صدر القرار رقم (١٢) لسنة ١٩٩٦ في شأن نظام التأمين الصحي على الأطفال من أجل توفير كافة الأنشطة والإجراءات التي تهدف إلى حفظ وحماية وتعزيز وصيانة وتحسين صحة الأطفال باعتبارهم اللبنة الأولى في المجتمع^(٤). وفي عام ١٩٩٧ صدر القرار بتطبيق اختياري لرعاية الأطفال قبل السن المدرسي بما فيهم حديثي الولادة^(٥).

(1) Katherine Swartz; Health Insurance Coverage of People in Ten Years Before Medicare Eligibility, in Ensuring Health and income Security for an Aging Work Force, 2001, p. 15.

(٢) عزة الفندري؛ وآخرون : التأمين الصحي في واقع النظام الصحي المعاصر، مرجع سابق، ص ٨٤.

(٣) سمير فياض : الصحة في مصر - الواقع وسيناريوهات المستقبل حتى عام ٢٠٢٠، مرجع سابق، ص ٢٧٨، ٢٧٩.

(4) Dorothy, Odaoa. S. & Others: The Resolution of Health Problems in School Children; Journal of School Health, Vol. 55, No. 3, Mars 1998, p. 96.

(٥) سمير فياض : الصحة في مصر - الواقع وسيناريوهات المستقبل حتى عام ٢٠٢٠، منتدى العالم الثالث، المكتبة الأكاديمية، القاهرة، ٢٠٠٢، ص ٢٧٨ - ٢٧٩.

وإزدادت أعداد المنتفعين خلال السنوات الأخيرة، فقد ارتفع من ١,٦ مليون منتفع عام ١٩٨٠ إلى ٢٦,٨ مليون منتفع عام ٢٠٠٠ منهم ٦,٣ من القوى العاملة، ١,٢ من أصحاب المعاشات والأرامل ١٦,٣ مليون من طلبة المدارس، يضاف إليهم ٢,٩ مليون من الأطفال دون سن المدرسة^(١).

والفئات التي تشملها تلك المجموعة هي : مرحلة رياض الأطفال، طلاب مراحل التعليم الأساسي أي الابتدائي والاعدادي، طلاب مراحل التعليم الثانوي العام والفني (زراعي - صناعي - تجاري)، طلاب المدارس الفنية نظام الخمس سنوات، طلاب المدارس الثانوية التجريبية التحضيرية للمعلمين، طلاب المدارس الخاصة من مختلف المراحل والنوعيات، طلاب المعاهد الأزهرية^(٢).

ويجوز بقرار من رئيس مجلس الوزراء، وبناء على عرض وزير الصحة ضم فئات جديدة من الطلاب مع تحديد قيمة الإشتراكات والمساهمات والجهات التي تتحملها، وذلك بما لا يجاوز الحدود المقررة بناء على القانون رقم ٩٩ لسنة ١٩٩٢ في شأن نظام التأمين الصحي على الطلاب^(٣).

وبناءً على ذلك فقد أصدر رئيس مجلس الوزراء القرار رقم ٩٠٣ لسنة ١٩٩٣ في شأن إضافة فئات جديدة لما سبق وهي : طلاب المعاهد العليا التابعة لأكاديمية الفنون (مرحلتى التعليم الأساسي والثانوي)، طلاب المعاهد الفنية الصحية التابعة لوزارة الصحة، طلاب مراكز التدريب المهني التابعة لمصلحة الكفاية الانتاجية والتدريب المهني.

وفي هذا الصدد، فقد توصلت إحدى الدراسات : إلى أن امتداد التأمين الصحي للأطفال من خلال النظام المدرسي، طريقة فعالة، ويمثل خطوة هامة من ناحية سد الفجوة في نظام التأمين الصحي، ويساعد في مد التغطية لمعظم الناس غير المؤمن

(١) الهامى الميرغنى: اقتصاديات التأمين الصحي بين تطوير الموارد وترشيد الانفاق، مرجع سابق، ص ٩٤.

(٢) رفعت رضوان : البداية الحقيقية لبناء جيل قادر على الإنتاج، نظرة مستقبلية لشرح قانون التأمين الصحي على الطلاب، مرجع سابق، ص ١١، ١٢.

(٣) الهيئة العامة للتأمين الصحي : مرجع سابق، ص ٥، ٦.

عليهم، ويساهم فى بناء شكل الرعاية الصحية للأطفال أو التلاميذ من كل الفئات الإجتماعية^(١).

ونذكر نجية عبد الغنى : لقد تسبب قرار إدراج حديثى الولادة تحت مظلة التأمين الصحى دون دراسة وافية، إلى عبء كبير، الأمر الذى نتج عنه إضافة ٥.٥ مليون منتفع لمظلة التأمين الصحى ولم يوفر أكثر من ٥ جنيهاً سنوياً موارد كل منتفع على الرغم من التكلفة العالية التى يتطلبها عدد كبير فى هذا السن من عمليات وغيرها من الرعاية المكلفة حالياً وهذا القرار جاء على النقيض من قانون إدراج طلبة المدارس والذى وفر التأمين الصحى موارد جيدة تكفل خدمة جيدة لهؤلاء المنتفعين والتى تأثرت بشدة عند إضافة المواليد الذين استهلكوا جزءاً كبيراً من موارد التأمين الصحى خاصة من موارد إدراج طلبة المدارس^(٢).

الفئات التى لم تستفد من الخدمة :

العمالة غير المنتظمة فى كافة القطاعات كالزراعة، والمقاولات وعمال الصيد وعمال التراخيل، العاملون بقطاع النقل وبالقطاع الخاص كالسائقين، العاملون لدى أنفسهم والحرفيين، أصحاب المهن الحرة وصغار الملاك، خدم المنازل ومن فى حكمهم، الشباب من المتعطلين عن العمل^(٣). أفراد أسر المؤمن عليهم من أبناء قبل سن المدارس وغير ملتحقين برياض الأطفال، وأبناء غير ملتحقين بوحدة التعليم، وأبناء فى التعليم الجامعى، الزوجة التى لا تعمل، وذلك فيما عدا محافظة الإسكندرية، حيث أمتدت التغطية لتشمل أفراد أسر المؤمن عليهم فيها^(٤).

يرى الباحث أن معظم هذه الفئات غير المغطاة من محدودى الدخل التى لا قدرة لهم على حماية أنفسهم من المرض، بحكم ضعف قدرتهم المالية على مواجهة أعباء تكاليف العلاج، لذلك فإن استبعاد هذه الفئات من التغطية، يكسر قاعدة من أهم قواعد النظام التأمينى، وهى قاعدة التكافل الاجتماعى، وعدالة التوزيع بين فئات المجتمع.

(1) Pulos, Vicky & Lee, Lana: Promising Ideas in Childrens, Health Insurance Coordination With School Lunch Programs; Campaign, Aproject of Families U.S.A., 1999; p. 1.

(٢) هانى سراج : مرجع سابق، ص ١٧.

(٣) رفعت رضوان : تقييم تجربة التأمين الصحى الاجتماعى، مجلة التأمين الصحى الاجتماعى، القاهرة، العدد التاسع عشر، مارس ١٩٩١، ص ٢٠.

(٤) المرجع السابق، ص ٢٠.

ويرى ربيكل هوب Rebecal, Hope أن الفقراء يكونون معظم هذه الفئات الذين يوظفون في العمل غير الرسمي أو الريف مثل التجارة أو العمالة باليومية ودخلهم النقدي غير ثابت، وهذا الدخل عادة لا يكون متاحاً إلا بعد الحصاد السنوي^(١).

فالفقراء دائماً يتميزون، بمستوى المعيشة المنخفض والدخل والأجور المنخفضة ومشكلات السكن من حيث الإضاءة والتهوية وندرة المياه ومساحتها، وازدحامها وقلة نظافتها، بالإضافة إلى سوء التغذية الناجم عن انخفاض الدخل وكثير من علامات الفقر الأخرى التي تعتبر مصدراً رئيسياً لكثير من الأمراض^(٢). لذلك يرى الباحث ضرورة الاهتمام بهذه الفئات بحيث تمتد لها التغطية، باعتبارها أولى بالرعاية والاهتمام.

لذلك يعتبر أمراً ضرورياً أن تمتد مظلة التأمين الصحي لتشمل كل هذه الفئات لأن التوسع أو امتداد التأمين الصحي في المجتمع السكاني لذوى الدخل المنخفضة يؤدي إلى تحسين الصحة لأي مجتمع، ومن هنا التوسع في تغطية التأمين الصحي، وبالأخص الدول النامية^(٣).

ب - شروط الإنتفاع :

المنتفعون بالتأمين الصحي، هم الأشخاص المشتركون في نظام التأمين الاجتماعي بصفة عامة، على أنه لا يكفي للإنتفاع بهذا التأمين أن يكون الشخص مشمولاً بنظام التأمين الاجتماعي، وإنما يلزم لذلك أن يكون مشتركاً لمدة ثلاثة أشهر على الأقل أو لمدة ستة أشهر منقطعة، منها شهرين متصلين، سابقين على العلاج، ويمكن تكملة مدة الاشتراك على النحو المتقدم عند إنتفاع العامل من العلاج الذي يلتزم صاحب العمل بتوفيره لعماله وفقاً لقانون العمل.

ولكن هذا الشرط لا يسرى بالنسبة للمؤمن عليهم العاملين بالجهاز الإداري للدولة والهيئات والمؤسسات العامة والوحدات الاقتصادية التابعة لها وغيرها من الوحدات الاقتصادية بالقطاع العام، كما لا يسرى في شأن أصحاب المعاشات^(٤).

(1) Hope Rebecca. L: Insurance, Health, Community Health Services, Payment, Poverty; Medical Policy; world Health; Public Health; National Health Insurance, Vol. 362 Issue 9386, 2003, p. 3.

(٢) اليس اسكندر بشاى : علم الاجتماع والانثروبولوجيا الطبية، مرجع سابق، ص ١٢٢.

(3) Currie; J & Gruber. J: Health Insurance Eligibility; Utilization of Medical Care, and Child Health. Quarterly Journal of Economics, (1996), p. 431.

(٤) سيد جاب الله السيد : التشريعات الاجتماعية، دار الحضارة للطباعة والنشر، طنطا، ١٩٩٩، ص ١٧٠.

وأصدرت هيئة التأمين الصحي بطاقة لكل منافع لتقديمها عند حاجته إلى الرعاية الصحية لكي يتمكن من صرف الدواء وتمكن هذه البطاقة من احكام الرقابة على المنفعين بخدمات التأمين الصحي، وتجنب إساءة استغلال المزاي التي يقدمها التأمين الصحي^(١). وتتخذ إجراءات الحصول على الخدمة من التأمين الصحي الإجتماعى عدة خطوات هي :

١ - إخطار جهة العلاج.

عند حاجة المشترك إلى الحصول على احدى المزاي التي يقدمها التأمين الصحي يجب أن يخطر جهة العلاج التي حددتها له الهيئة عن الحالة التي يشكو منها على النموذج الذى نعهده الهيئة لهذا الغرض وأن يدفع الرسم المقرر للانتفاع بالخدمة إن وجد، وإذا كانت الحالة المرضية تعجز المريض عن التوجه إلى جهة العلاج فعليه أن ينبس من يراه لتسليم الإخطار عن الزيارة المنزلية لجهة العلاج، ولا تعتمد الاخطارات عن طريق الإشارات التليفونية أو البرقيات أو الخطابات المسجلة فيما عدا الحالات الطارئة التي تحدها الهيئة^(٢).

وتكون الإقامة فى المستشفيات بالدرجة التأمينية المقررة، ولكن فى هذا الخصوص يجوز لمن يرغب الإقامة فى درجة أعلى أن يتحمل الفرق الذى تحده الهيئة، أو يتحمله صاحب العمل إذا وجد اتفاق على ذلك.

لكن التفرقة فى درجات الإقامة بالمستشفيات محل نظر ذلك لأن الخدمة التأمينية، يجب أن تكون فى أعلى درجات الإقامة بالمستشفيات، وأيضا هذه التفرقة ونوعية الخدمة الطبية، قد تؤثر على نفسية العامل المريض^(٣).

وهذا بدوره يؤدى إلى خلل فى مبدأ من مبادئ التأمين الصحى وهو مبدأ التضامن الإجتماعى. حيث أن التأمين الصحى الإجتماعى يقوم على هذا المبدأ، وذلك يجعله يعتمد فى أساسه على أن الأفراد يأخذون الرعاية التي يحتاجونها بدون النظر إلى تكلفة الرعاية التي يحصلون عليها^(٤). فضلا عن ذلك فإن جعل الخدمة التأمينية متكاملة، ووحيدة المستوى يساعد على سرعة الشفاء بالنسبة للمريض وعودته إلى عمله.

(١) رفعت رضوان : فلسفة التأمين الصحى فى جمهورية مصر العربية، مرجع سابق، ص ٨٣.

(٢) سهام لمعى : مشاكل قياس أداء الخدمات الصحية بمستشفيات التأمين الصحى، مرجع سابق، ص ٥٠.

(٣) سيد جاب الله السيد : التشريعات الإجتماعية، مرجع سابق، ص ١٧١، ١٧٢.

(4) Stone. D: The Struggle for the Soul of Health Insurance; Op. Cit. p. 287.

٢ - فحص الممارس العام للمريض.

تبدأ إجراءات الحصول على الخدمة من خلال الممارس العام بالعيادات الخارجية الذى يقوم بدوره بإتخاذ اللازم نحو الحالات المرضية، ووصف العلاج المناسب فى جميع الأمور الطبية للمريض، وإذا تطلب الأمر، فإنه يقوم بإحالة المريض إلى الأخصائى أو المستشفى^(١).

٣ - العرض على الأخصائى أو دخول المستشفى

هى المرحلة التى تلى الممارس العام مباشرة ويؤدى الأخصائى الخدمة الطبية للمنتفعين المحولين إليه من الممارس من خلال العيادات الشاملة المنتشرة بإنحاء الجمهورية، وليس من حق المنتفع التوجه إلى الأخصائى، دون تحويل من عيادة الممارس العام، فيما عدا حالات الاسنان وأمراض النساء والرمد، فإنه يمكن التقدم مباشرة للعيادة الشاملة بعد الحصول على أخطار المرض من الجهة الإدارية التابع لها العامل المريض. ودخول المستشفى يتم بناء على توجيه الطبيب الأخصائى أو الممارس فى الأحوال الطارئة^(٢).

٤ - صرف الدواء.

يقوم الممارس العام أو الأخصائى بوصف الدواء على تذكرة طبية تحدد بياناتها وتصميمها بقرار من رئيس مجلس إدارة الهيئة العامة للتأمين الصحى. وتصرف هذه الأدوية للمشاركين من الصيدليات التى تحددها الهيئة، وعلى الصيدلى الإطلاع على بطاقة التأمين الصحى للمشارك وإثبات رقمها على التذكرة، ويجعل المشترك يوقع على هذه التذكرة بما يفيد باستلامه الدواء.

٥ - صرف الأجهزة التعويضية.

تقوم الهيئة العامة للتأمين الصحى بصرف الأجهزة التعويضية اللازمة للمنتفعين بناء على قرار طبيب الهيئة.

٦ - أخطار المشترك بانتهاء العلاج.

وتقوم الهيئة بإخطار العامل بانتهاء العلاج وبما يكون قد تخلف لديه من عجز ونسبته، وللعامل أن يطلب إعادة النظر فى تقرير إنتهاء العلاج وفقا لأحكام التحكيم الطبى، ويمكن للعامل الذى يحول مرضه دون قيامه بالعمل أن يتقاضى معونة مالية،

(١) عزة الفندارى؛ وآخرون : التأمين الصحى فى واقع النظام الصحى المعاصر، مرجع سابق، ص ٨٠.

(٢) سهام لمعى : مشاكل قياس أداء الخدمات الصحية بمستشفيات التأمين الصحى، مرجع سابق، ص ١١.

وترتفع تلك المعونة المالية أو التعويضية بالنسب المقررة وللمدة المحددة فى قانون التأمينات الإجتماعية^(١).

إجراءات الانتفاع بالخدمة بالنسبة لطلاب المدارس :

لقد حدد القانون ثلاثة شروط للانتفاع بخدمات نظام التأمين الصحى على الطلاب وهى : أن يكون الطالب مقيدا فى أحد الصفوف الدراسية بالجهة التعليمية، أن يكون مسددا لإشتراك المحدد، وأن يكون حاملا لبطاقة التأمين الصحى الدالة على ذلك. وقد صدر قرار وزير الصحة رقم ١٦ لسنة ١٩٩٣ فى شأن تحديد بيانات وطريقة إصدار وتداول بطاقة الإنتفاع بالتأمين الصحى لطلاب المدارس، ومن أهم ما تضمنه القرار^(٢) : أن تتضمن البطاقة (والتي اتخذت شكل كارنيه صمم بطريقة فنية) بيانات اسم الطالب- اسم المدرسة- المحافظة- الرقم التأمينى- محل إقامة الطالب- أماكن تقديم الخدمة (أخصائى- مستشفى)، أن البطاقة ستجدد سنويا وبلون مختلف، وفى حالة فقدانها أو تلفها يتم إصدار بديل لها نظير سداد التكلفة، وأن هذه البطاقة هى الأساس الذى بموجبه يتم صرف الدواء أو طلب الخدمة خارج المدرسة.

رابعا : تمويل التأمين الصحى الإجتماعى

المقصود بتمويل التأمين الصحى هو تدبير الموارد المالية اللازمة لمواجهة التزامات نظام التأمين الصحى الإجتماعى فى تأدية مزاياه المتمثلة فيما يلى :-
أ - الجانب العينى : أى تقديم العلاج الطبى بكافة مراحل المختلفة.
ب- التعويض النقدى: المعونة المالية فى حالة العجز المؤقت عن العمل بسبب المرض.
ج- المصروفات الإدارية التى يتطلبها تطبيق النظام.

وتمول نظم التأمين الصحى الإجتماعى بثلاث طرق أساسية تتلخص فيما يلى:-
١ - التمويل عن طريق واحد هو الدولة، وذلك فى حالة تخصيصها مبلغ معين- ضمن نفقات التأمين الصحى- فى ميزانية الدولة لمواجهة التزامات نظام التأمين الصحى.

٢ - المستفيدون وأصحاب الأعمال- التمويل الثنائى- وهنا تختلف نسبة مساهمة كل منهم فى الاشتراك من دولة لأخرى.

(١) المرجع السابق، ص ٧.

(٢) رفعت رضوان : البداية الحقيقية لبناء جيل قادر على الإنتاج، نظرة مستقبلية لشرح قانون التأمين

الصحى على الطلاب، مرجع سابق، ص ص ٢١، ٢٢.

٣ - قد يشترك في التمويل أطراف ثلاثة، العامل وصاحب العمل والدولة- التمويل الثلاثي ومن خبرات نظام التأمين الصحي الإجتماعي المطبقة في دول العالم المختلفة، نجد أن نظام التمويل الثلاثي هو السائد في معظم الدول، وقد صادق مؤتمر العمل الدولي المرة تلو المرة على سياسة تمويل التأمين الصحي الإجتماعي على أساس ثلاثي، وإن كان ليس هناك نظام موحد يسود بين الدول المتقدمة اقتصاديا والدول النامية^(١).

ويذكر هانز مارس واجي بولس Hans, Maarse & Aggie, Pauluss أن تكاليف الرعاية الصحية ترتفع بصفة عامة في كل أنحاء العالم بسرعة أكثر من اقتصاد الأمم وهذه التكاليف المرتفعة خلقت معها مشكلات متعددة، وفرضت ضغوطاً على توزيع الموارد النادرة والمحدودة. مما أدت إلى وجود عدة محاولات للتحكم في تكاليف الرعاية الصحية، وكان من بين هذه الحلول، إبطاء عملية إنشاء المستشفيات، وزيادة التأكيد على أهمية الوقاية الصحية، وخلق نماذج وأنظمة صحية بديلة. وكان من أهم هذه الأنظمة نظام التأمين الصحي الإجتماعي^(٢).

لقد أخذ نظام التأمين الصحي الاجتماعي في مصر بنظام التمويل الثلاثي (العامل وصاحب العمل، والحكومة)، وقد تحددت مساهمة الدولة بالفرق بين الإيرادات ومصروفات النظام إذا تحقق عجز، على أن تحصل الدولة على الفائض إذا تحقق^(٣).
ويوجد عدة مصادر لتمويل التأمين الصحي الاجتماعي، وهي إما مصادر رئيسية أو مصادر ثانوية.

أ - المصادر الرئيسية.

تمثل هذه المصادر إشتراكات الأطراف المعنية، وهي العامل (أو من يحل محله من الأراامل وأرباب المعاشات والطلاب والمواليد) وصاحب العمل (أو من يحل محله) بالإضافة إلى مساهمة الدولة^(٤).

(١) إبراهيم على إبراهيم عبد ربه : تمويل التأمين الصحي الاجتماعي، مجلة التأمين الصحي الاجتماعي، القاهرة، العدد الستون، يناير، مارس ٢٠٠٣، ص ٧-٩.

(2) Hans Maarse & Aggie, Pauluss: of Social Health Insurance, Reform on social Solidanty in four European Countries, Op. Cit. p. 119.

(٣) سهير مغازي : التأمين الصحي وتنظيم العلاج الطبي على المستوى القومي، مرجع سابق، ص ٨٤.

(٤) عفت عبد الله الزغبى : سياسات التأمين الصحي في مصر، مرجع سابق، ص ٧.

الاشتراكات المستقطعة من أجور العاملين أيضا بالحكومة بموجب القانون رقم ٣٢ لسنة ١٩٧٥ وهى بواقع ٢% من الأجر الأساسى يتحمل العامل ٠,٥% منها وتتحمل الحكومة (صاحب العمل) ١,٥%.

يوجد نظام آخر يطبق على بعض موظفى الحكومة الخاضعين للقانون رقم ٧٩ لسنة ١٩٧٥ بواقع ٤% من الأجر الأساسى تتحمل الحكومة ٣% منه ويتحمل العامل ١% وأيضا قطاع الأعمال والقطاع الخاص بواقع ٤% من الأجر الأساسى يتحمل صاحب العمل ٣% منها ويتحمل العامل ١%.

ويذكر الهامى الميرغنى، أنه لا يوجد اختلافات بين العاملين الخاضعين للقانونين من حيث الحصول على الخدمة الطبية فبينما الفرق فى نسبة الاستقطاعات فقط حيث رفعت الهيئة نسبة الاستقطاعات من ٢% فى القانون ٣٢ لسنة ١٩٧٥ إلى ٤% فى القانون ٧٩ لسنة ١٩٧٥ وذلك لمقابلة العجز الدائم فى ميزانياتها وأيضا لمحاولة تحقيق التوازن بين ما تنفقه الهيئة على الرعاية الصحية وما تحصله من إستقطاعات شهرية^(١).

يجوز بقرار من وزير العمل إعفاء العمال الذين نقل أجورهم عن الحد الأدنى الذى يُعينه، وأيضا إعفاء بعض أصحاب الأعمال من الإشتراكات أثناء مدة عملهم خارج الجمهورية، ويجوز لمجلس الإدارة أن يقرر تخفيفا بالنسبة لأصحاب الأعمال يصل إلى ١% إذا كانوا يستخدمون مائة عامل فأكثر، وقد صرحت لهم الهيئة بتقديم العلاج الطبى والمعونة المالية، ويتعين أن يصدر القرار من وزير العمل على ضوء السياسة التى يضعها المجلس الأعلى للتأمين الصحى^(٢).

الأرامل الخاضعين للتأمين الصحى الإجتماعى وفقا لقرار رئيس الوزراء رقم (١) لسنة ١٩٨١ تدفعن اشتراكا شهريا قدره ٢% من المعاش ولا توجد مساهمة من الدولة وأيضا فإن أرباب المعاشات الخاضعين للتأمين الصحى الإجتماعى وفقا للقانون ٧٩ لسنة ١٩٧٥ يدفعون ١% من المعاش دون وجود مساهمة من الدولة.

وبالنسبة للمواليد : يفترض أن يدفع ولى الأمر ٥ جنيهات فى السنة- لأن هذا التأمين اختياري ولا توجد مساهمة محددة قانونا من الدولة وإنما وفقا لما يتم توجيهه بقرارات وزارية لهذا الغرض.

(١) الهامى الميرغنى: اقتصاديات التأمين الصحى بين تطوير الموارد وترشيد الانفاق، مرجع سابق، ص ٩٥.

(٢) سيد جاب الله السيد : التشريعات الإجتماعية، مرجع سابق، ص ١٧٠، ١٧١.

ب - المصادر الثانوية

وتمثل مساهمة المنتفع في التكاليف وفوائد استثمار أموال التأمين الصحي وأجر الخدمات التي يقدمها التأمين الصحي للقطاع الخاص.

يساهم منتفعوا القانون ٣٢ لسنة ١٩٧٥ في التكاليف برسوم يتحملها المنتفع عند الانتفاع بالخدمة وهي "٥" قروش عن كشف الممارس العام، "١٠" قروش عن كشف الأخصائي، "٥٠" قرش عن كل يوم علاجي داخل المستشفيات يخفض إلى "٢٥" قرشاً إذا زادت مدة الإقامة عن "١٥" يوماً ٥٠% من ثمن الدواء في مرحلة الممارس، ٥٠% من قيمة الفحوص المعملية والإشعاعية بحد أقصى جنيه، "٢٠" قرش رسم الزيارة المنزلية. وبالنسبة لمنتفعي القانون ٧٩ لسنة ١٩٧٥ لا توجد رسوم إضافية^(١).

بوجه عام فإن مساهمة المنتفع في تكاليف الرعاية الصحية المعروفة بمصاريف المستفيد، أصبحت منتشرة في العالم النامي، وقد وضعها صندوق النقد الدولي وسياسات التكيف الهيكلي كشرط للإصلاح الصحي في الثمانينيات والتسعينيات خاصة في أفريقيا، وبالرغم من أن مساهمة المستفيد في تكاليف الرعاية الصحية لها مزايا متعددة، إلا أنه يجب الحذر من نسبة هذه المساهمة فهذه المساهمات إن لم تكن قليلة ومحدودة، فسوف تؤثر بشكل مباشر على ضمان توفير الرعاية الصحية للفئات الفقيرة، وبالأخص أن هذه الجماعات أن لم يكن لديها مال كافٍ لن تستطيع الحصول على الرعاية الصحية^(٢).

من المصادر الثانوية للتمويل أيضاً أجر الخدمات التي يقدمها التأمين الصحي لغير الخاضعين لأحكامه في إطار العلاج الإقتصادي الذي يتم بالاتفاق مع الإدارة، حيث اجاز قرار رئيس الجمهورية رقم ٢٣٢٣ لسنة ١٩٦٧ القيام بتقديم خدمات طبية وصيدلية مقابل أجر للمواطنين الذين يتمتعون بنظام التأمين الصحي.

وتمويل التأمين الصحي على طلاب المدارس يختلف عن تمويل الفئات الأخرى حيث يمول التأمين الصحي على الطلاب من خمسة مصادر أساسية تحقق مشاركة الطالب والدولة معا في تغطية الإنفاق الصحي اللازم لتطبيق القانون، فقد

(١) عفت عبد الله الميرغني: مستقبل التأمين الصحي الإجتماعي بجمهورية مصر العربية، مرجع سابق،

(2) Criel. B; District; Based Health Insurance in Sub-Saharan Africa. Washing ton: world Bank; 1998; p. 1.

روعى فى هذا النظام مساهمة المنتفعين فى التمويل لتتلافى مشاكل العجز التى تعرض لها التأمين الصحى على العاملين^(١). وهذه المصادر هى^(٢) :

أ - الإشتراكات السنوية التى يتحملها الطالب فى كل مرحلة من المراحل التى تسدد عن كل عام دراسى وفقا للنظام وفى المواعيد التى يصدر بتحديداتها قرار من وزير الصحة بالاتفاق مع الوزير المختص بواقع أربعة جنيهاً عن كل طالب.

ب - الإشتراكات السنوية التى تتحملها الخزانة العامة بواقع اثنا عشر جنيهاً عن كل طالب فى المدارس ورياض الأطفال المملوكة للدولة والمدارس الخاصة والعامة.

ج - مساهمة الطالب فى ثمن الدواء خارج المستشفى بواقع ثلث تكلفة الدواء عدا حالات الأمراض المزمنة التى تحدد بقرار من وزير الصحة، فيعطى الدواء للطالب مجاناً، وكذلك الجهاز التعويضى مرة واحدة كل سنتين كلما اقتضت الحاجة لذلك.

د - حصيد الزيارات المنزلية بما لا يقل عن ثلاثة جنيهاً ولا يجاوز خمسة جنيهاً عن كل زيارة منزلية وفقاً لمكان إقامة الطالب، وطبقاً للقواعد التى يصدر بها قرار من وزير الصحة.

هـ - الإعانات والتبرعات والهبات التى تقدم لأغراض هذا النظام.

و - حصيد رسم تأمين صحى قدره عشرة قروش تفرض على كل ٢٠ سيجارة مبيعة بالسوق المحلى سواء الوطنية أو الأجنبية، وحصيد هذا الرسم يمثل مصدراً هاماً لتمويل التأمين الصحى على طلاب المدارس، حيث بلغ قيمته عام ٢٠٠٠م إلى حوالى ٢١,٩٧% من الموارد التمويلية للهيئة العامة للتأمين الصحى^(٣).

خامساً : المزايا التى يقدمها النظام

لقد أدى تطبيق نظام التأمين الصحى فى مصر إلى تنظيم مراحل الخدمة الطبية وتكاملها، وأصبح تسلسل الخدمة الطبية - حسب الحالة المرضية ومتطلباتها من الممارس العام إلى الأخصائى بالعيادة الشاملة، إلى الاستشارى فى فرع التخصص

(1) Nandakumar A. K. & Others: The Health Insurance Organization of Egypt, Op. Cit. p. xi.

(٢) قانون التأمين الصحى على الطلاب والقرارات التنفيذية، مرجع سابق، ص ٤٤.

(٣) سهير مغازى مصيلحى المسلمى : التأمين الصحى وتنظيم العلاج الطبى على المستوى القومى، مرجع سابق ذكره، ص ٩٦.

داخل المستشفى - سمة من سمات التأمين الصحى وأعتبر دور الممارس العام (طبيب المنشأة - طبيب المدرسة - طبيب الأسرة) هو حجر الزاوية فى مجال الرعاية الصحية التأمينية، وهو بوابة العبور وحلقة الاتصال بين المريض أو المصاب وبين مراحل العلاج الأخرى بما يحقق الترابط بين خدمات الرعاية الصحية، وقاية وعلاجاً، ومنها يبدأ الإنطباع الأول لمستوى أداء الخدمات، ويستطيع الطبيب الممارس العام تقديم رعاية طبية تأمينية بمستوى مناسب.

كما تم الأخذ بنظام العيادات الشاملة لتقديم خدمات الأخصائيين والتي يطلق عليها أحيانا مسمى المستشفى النهارى (أى بدون أسرة) مما يخفف الضغط على المستشفيات حيث أن العلاج خارج المستشفى يمثل أكثر من ٩٠% من مجموع طالبي الخدمة العلاجية وبالتالي خفض تكاليف العلاج الداخلى وتقليل حجم الاستثمارات اللازمة لإنشاء الأسرة أو التوسع فيها^(١).

كما حققت الهيئة المشاركة الشعبية فى الإدارة وذلك لأن المشاركة الشعبية تعتبر امراً هاماً وحيوياً فى توظيف التأمين الصحى الإجتماعى^(٢). حيث راعت منذ نشأتها تمثيل المنفعين فى كافة المراحل المتعلقة بإدارة النظام مثل مجلس إدارة الهيئة، ولجنة إدارة الفرع، ومجلس إدارة المستشفى، وذلك بضم ممثلين نقابيين وممثلين من المؤمن عليهم ومندوبين عن المجالس المحلية للمشاركة فى مناقشة ودراسة القرارات التى تخص الصالح العام للمنتفعين، مما يؤدي إلى الارتفاع بمستوى الأداء إلى قدر يرضى عنه كل المواطنين^(٣).

كما قامت الهيئة بإنشاء لجان التأمين الصحى فى كل منشأة خاضعة للتأمين الصحى. ولقد حدد القانون الخدمة الصحية التى يقدمها التأمين الصحى فى مجموعة عناصر أساسية هى :

(١) عادل مصطفى السقا : التأمين الصحى الإجتماعى إيجابياته - أهم المشاكل - الرؤية المستقبلية، مرجع سابق، ص ٧.

(2) Dror, D. M.: Reinsurance of Health Insurance for the Informal Sector. Bull World Health organ; 2001; p. 78.

(٣) عادل مصطفى السقا : التأمين الصحى الإجتماعى إيجابياته - أهم المشاكل - الرؤية المستقبلية، مرجع سابق، ص ٩.

أ - الرعاية الطبية

والرعاية الطبية تشمل الإجراءات العلاجية والتشخيصية المقدمة من قبل أعضاء فريق الرعاية الطبية المرضى فيما يختص بحالتهم الصحية^(١).

أما الإسعاف فقد نصت عليه المادة ٥١ بقولها على صاحب العمل أن يوفر وسائل الإسعافات الطبية فى أماكن العمل وذلك بالشروط والأوضاع التى يصدر بها قرار من وزير العمل بناء على إقتراح مجلس الإدارة^(٢).

والزم القانون الهيئة العامة للتأمين الصحى بعلاج المؤمن عليه إلى أن يشفى أو تستقر حالته، وهو ما يعنى الالتزام المستمر بعلاج المؤمن عليه بأى تكلفة وفى أى جهة يتوفر بها العلاج المطلوب حسب الحالة المرضية^(٣). وتقدم هذه الخدمات من خلال شبكة تحتوى على ٢٧ مستشفى بـ ٤٨٢٩ سريراً بالإضافة إلى أعداد الأطباء الهائل بالهيئة فقد ذكر فى عام ١٩٩٦ أن الهيئة يوجد لديها ٥٢,٤٨١ موظف منهم ٧٨% موظفين دائمين و ٢٢% عمالة مؤقتة^(٤).

ب - التعويض النقدي

لقد أمن القانون المنتفع ضد المرض فقد حرض المشرع على الحفاظ على كافة حقوقه المالية أثناء مرضه. فإذا حال المرض بين العامل وقدرته على أداء العمل، فإن الهيئة تؤدى له ٧٥% من أجره عن التسعين يوماً الأولى، ٨٥% من أجره عن التسعين يوماً التالية أى أن صرف المعونة المالية يستمر حتى يتم الشفاء أو العجز بحيث لا تزيد المدة عن ١٨٠ يوماً فى السنة^(٥).

هذا ويعفى من يدخل المستشفى للعلاج من المرضى بأمراض مزمنة عن رسوم العلاج والإقامة داخل المستشفى بعد إنقضاء مدة شهر على دخوله^(٦).

(1) Joann. C. Rowell: Op. Cit. p. 22.

(٢) سيد جاب الله السيد: التشريعات الإجتماعية، مرجع سابق، ص ١٧١.

(٣) رفعت رضوان : الموقف الإقتصادي للتأمين الصحى، المجلة العلمية للتأمين الصحى الإجتماعى، القاهرة، العدد الثانى والعشرون، ديسمبر ١٩٩٢، ص ٢٤.

(4) Nandakumar A. K. & Others: Op. Cit. p. 5.

(٥) سيد جاب الله السيد: مرجع سابق، ص ١٧٢.

(٦) سكرتارية الشؤون الصحية والتأمين الصحى، مرجع سابق، ص ٦١.

وحسب نص المادة ٦٠ يكون للعاملة في حالة الحمل والوضع عند نصميم نظام التأمين الصحى الحق فى الخدمات الطبية التى تشمل العلاج والرعاية وعمليات التوليد على نفقة التأمين الصحى، وتلتزم الهيئة بدفع ٧٥% من أجر العاملة فى مدة إجازة الحمل والوضع السابق- وذلك بشرط أن تكون العاملة قد عملت لدى صاحب العمل مدة ستة أشهر سابقة على استحقاق المعونة، ويلاحظ هنا أن قانون العمل يلزم صاحب العمل بدفع ٧٠% من الأجر ويشترط أن يكون لها مدة عمل قدرها سبعة شهور. بجانب المعونة المالية سالفة الذكر عن فترة الحمل والوضع وهى التى تبلغ مدتها خمسين يوماً، وإذا مرضت العاملة بسبب الوضع، مدة أطول فإنها تستعين بالمعونة المالية المقررة عن التسعين يوماً التالية.

وهناك التزامان أنشأهما القانون فى جانب العامل حتى يمكن الاستفادة من قانون التأمين الصحى عند تطبيق أحكامه وهما :-

أ - يلتزم العامل المريض بعبء الإخطار عن مرضه وحاجته للعلاج طبقاً للشروط والأوضاع التى يقرها وزير الصحة.

ب - يلتزم المريض باتباع كافة التعليمات المقررة للعلاج من الهيئة أو الطبيب المعالج، وإلا سقط التزام الهيئة، كما يجوز وقف صرف المعونة المالية ثم يستأنف صرفها بمجرد عودته لاتباع التعليمات^(١).

ولكن التأمين الصحى الإجتماعى بالرغم من توفيره للعديد من المزايا لم يكن علاجاً للصحة كلياً^(٢). فبالرغم أن التأمين الصحى الإجتماعى يقدم مزايا متعددة ومميزة وبالأخص إذا تم إدارته بشكل مناسب فهو لا يستطيع أن يكون بديلاً عن الأنظمة الصحية الحكومية الأخرى فى تقديم الخدمات الصحية وبالأخص للفقراء، مثل نظام العلاج الصحى المجانى، أو نظام العلاج الصحى على نفقة الدولة، مع أنه الأفضل من بين هذه الأنظمة فى تقديم الخدمات الصحية للفقراء كطريقة فى الوصول لتحسين مؤشرات الصحة وبالأخص للفقراء المؤمن عليهم.

(١) سيد جاب الله السيد: مرجع سابق، ص ص ١٧٤، ١٧٥.

(2) Hope, Rebeccal: Op. Cit. p. 3.

ب - التأمين الصحى فى الدول الأخرى

تحتل نظم التأمين الصحى وسط تعدد أنظمة الرعاية الصحية فى دول العالم مكانة مرموقة، ويتزايد عدد الدول الآخذة بها باستمرار مع تطوير المجتمع الإنسانى ونظم التأمين الإجتماعى به.

وسنشير فيما يلى إلى : نظم التأمين الصحى فى بعض هذه الدول، مع التركيز على ثلاث دول هى، الولايات المتحدة الأمريكية، المانيا، كندا وسوف يركز الباحث على هذه الدول الثلاثة لوجود نظم مختلفة للتأمين الصحى فى كل من هذه الدول الثلاثة، وإن الولايات المتحدة الأمريكية تعتبر الأم الصناعية الوحيدة التى بدون تأمين صحى قومى، وأيضاً يوجد برنامج تأمين صحى شامل فى المانيا بالإضافة إلى ذلك تعد من أولى دول العالم التى نشأ التأمين الصحى بها عام ١٨٨٣ وهذا يعطىها خبرة كبيرة فى هذا المجال، كما أن هذه الدول الثلاث لها باع طويل فى مجال التأمين الصحى، بالشكل الذى يمكن من خلاله الاستعانة من خبرات هذه الدول بما يتفق مع ظروف مجتمعنا المصرى، وإحداث التغيير المنشود فى شكل وجوهر الرعاية الصحية فى مصر، وذلك لمواجهة مشكلة الرعاية الصحية والوقوف على أهم التحديات التى تواجهها، والوصول إلى نظام تأمين صحى مصرى شامل مبنى على أسس علمية سليمة.

أولاً : التأمين الصحى على الصعيد العربى :

أخذت العديد من الدول العربية بنظم التأمين الصحى مثل الجزائر، والمغرب، وتونس وليبيا والعراق ولبنان، وسوريا ومصر وغيرها من دول بسبيلها للأخذ به كدولة الكويت، ومن المتوقع أن يكون اتجاه باقى الدول العربية للأخذ بنظام التأمين الصحى الإجتماعى، اتجاهاً ضرورياً إن لم يكن حتمياً، لأنه وإن كانت الأوضاع الاقتصادية وظروف بعض الدول تسمح حالياً بتحمل الدولة لكافة أعباء تكاليف الرعاية الصحية وقاية وعلاجاً، فإن الاستمرارية فى ذلك من الصعوبة بمكان، سواء بما تفرضه متطلبات التنمية بها أو الإرتفاع المطرد فى تكلفة الرعاية الصحية والتى جعلت أكثر الدول تقدماً وأعلى دخلها نتجة لنظم التأمين الصحى كسبل لتوفير الرعاية الصحية لمواطنيها^(١).

وقد أوصى المؤتمر الطبى العربى الرابع والعشرون عام ١٩٨٨ بإنشاء اتحاد عربى للتأمين الصحى، استناداً إلى الأخذ بنظم التأمين الصحى الإجتماعى فى معظم

(١) رفعت رضوان : فلسفة التأمين الصحى فى جمهورية مصر العربية، مرجع سابق، ص ٤٥، ٤٦.

الدول العربية وذلك بما يتوافق مع الظروف المستحدثة بكل مجتمع فضلا عن أهمية تدعيم البحث العلمي في مجال التأمين الصحي وتدريب العاملين به^(١).

سمات نظم التأمين الصحي في الدول العربية.

١ - تونس :

يسرى التأمين الصحي على العاملين في المنشآت التجارية والصناعية وبعض العاملين في المشروعات الزراعية والجمعيات التعاونية، وقد بلغ عدد العمال المنتفعين حوالي ١٤% من إجمالي السكان. ويقع الإشراف تحت وزارة العمل والشئون الإجتماعية.

٢ - الجزائر :

يطبق التأمين الصحي على جميع العاملين بالدولة وإن كان هناك نظام خاص لعمال المناجم والعاملين بالزراعة والمرافق العامة كما يسرى نظام التأمين الصحي على أصحاب المعاشات بالنسبة للعلاج الطبي فقط.

٣ - ليبيا :

يسرى التأمين الصحي على العاملين بالمنشآت التجارية والصناعية التي بها (٥) عمال فأكثر ويسرى على ارباب المعاشات فيما يتعلق بالرعاية الطبية فقط ويقع الإشراف تحت وزارة التأمينات الإجتماعية.

٤ - الجمهورية العربية السورية :

بدأ التأمين الصحي في سوريا عام ١٩٦١، ويلزم رب العمل الذي يستخدم عشرة عمال إلى مائة عامل أن يعد في مكان عمله نقالة للمرضى، وكذلك صندوق للإسعافات مزود بالأدوية والأربطة والمطهرات، وإذا زاد عدد عمال المؤسسة عن مائة عامل يجب على صاحب العمل أن يعد صناديق للإسعافات بمواصفات معينة بحيث يكون لكل مائة عامل صندوق، أو يخصص لكل مجموعة يزيد عددها عن عشرة عمال ويعملون في مناطق عمل متباعدة صندوق.

ويتم تقديم خدمات الممارس العام وصرف الأدوية وذلك للعاملين في الشركات التي يزيد عدد عمالها عن مائة عامل وتقل عن "٥٠٠" عامل في مكان واحد أو في دائرة نصف قطرها خمسة عشر كيلو متر وذلك دون مقابل، وتقدم خدمات الممارس

(١) عادل عز : التأمينات الإجتماعية، المبادئ النظرية والتطبيقات العملية، دار النهضة العربية، القاهرة، بدو

العام والاختصاصي والعلاج داخل المستشفيات بما في ذلك القيام بعمليات جراحية وصرف الأدوية مجاناً للعاملين بالشركات التي يزيد عدد عمالها عن ٥٠٠ عامل، وأيضاً يتقاضى العامل عند مرضه ٧٠% من الأجر عن ٩٠ يوماً الأولى تزداد بعدها إلى ٨٠% عن ٩٠ يوماً التالية في خلال السنة الواحدة، كما أنه يجوز للمرأة العاملة الحق في إجازة حمل ووضع لمدة (٥٠) يوماً على الأقل، بحيث لا تقل الإجازة التي تلي الوضع عن "٤٠" يوماً ويلتزم خلالها رب العمل بأداء أجر يعادل ٧٠% من أجر العامل خلال إجازتها بشرط أن تكون قد أتمت وقت انقطاعها (٧) شهور متوالية في خدمة رب العمل نفسه^(١).

ثانياً : تجارب التأمين الصحي على الصعيد العالمي :

وسوف نشير إلى أهم سمات نظم التأمين الصحي المطبقة في بعض دول العالم.

١ - فرنسا :

يوجد في فرنسا نظام تأمين صحي قومي، يخضع لإشراف وزارة الصحة والشئون الاجتماعية، ويقدم عن طريق مكاتب التأمينات لكل حي. وتغطي مظلة التأمين الصحي حوالي ٩٠% من السكان.

ويقدم النظام رعاية طبية شاملة داخل وخارج المستشفيات والدواء، وهناك تعويض جزئي عن التكاليف العادية. وأيضاً تغطية كاملة لتكاليف العلاج في حالة الأمراض المزمنة والتعويضية عند العجز.

ويأخذ التمويل بنظام المشاركة في التكلفة حيث يخصم ١٢% من الأجر^(٢) يدفع العامل منها نسبة ٣%، ويدفع صاحب العمل نسبة ٩%، ولا توجد مشاركة في تكلفة العلاج داخل المستشفيات (معظمها مستشفيات عامة)، وتأخذ بنظام المشاركة في تكلفة العلاج خارج المستشفيات^(٣).

(١) المرجع السابق، ص ص ٩١-٩٢.

(٢) حسن عبد الفتاح : النظم المختلفة للتأمين الصحي، مقارنة بالنظم العالمية، مجلة التأمين الصحي الإجتماعي، العدد الثالث والعشرون، مارس ١٩٩٣، ص ٢٩-٣٣.

(٣) الهامي الميرغني : اقتصاديات التأمين الصحي بين تطوير الموارد وترشيد الانفاق، ورقة عمل مقدمه لمؤتمر (اتجاه التأمين الصحي الإجتماعي الشامل)، قضايا أساسية- التحديات الآنية- آليات العمل)-

٢ - النظام البريطاني :

يوجد في بريطانيا نظام للتأمين الصحى القومى يتم تمويله من الضرائب العامة بالإضافة إلى ما يتحملة المؤمن عند الاستفادة من بعض الخدمات مثل منع الحمل، وعلاج الاسنان والعيون والأدوية، مع إعفاء المسنين من هذه المشاركة. وفى هذا النظام يقوم الممارس العام "طبيب الأسرة" بالتحويل إلى المستشفى فيما عدا حالات الطوارئ والحوادث^(١).

فهو نظام حكومى يقدم من خلال نظام خدمات صحية قومية، وتقوم بالإشراف مديريات الصحة والتأمين الإجتماعى- من خلال أقسام التأمين الصحى الإجتماعى، ويغضى هذا النظام جميع الفئات من السكان، ويقدم رعاية طبية شاملة، ويأخذ بنظام المشاركة فى التكلفة، ونسبة الاشتراك أقل من ١% من الأجور، وتتحمل الحكومة نسبة ٨٥% من ميزانية الصحة، ١٥% يدفعها المريض نظير الخدمة، ولا توجد مشاركة فى تكلفة العلاج داخل المستشفيات (منشآت حكومية)- وتأخذ المشاركة فى تكلفة العلاج خارج المستشفيات (الدواء- الأسنان)^(٢). ويعهد بتجميع إشتراكات التأمين الصحى إلى إدارة الموارد الداخلية inland Revenue.

ويقوم ١٠% من البريطانيين بشراء تأمين صحى خاص كمكمل وليس كبديل للتأمين القومى، وقد ادخلت حكومة تاتشر إعفاء ضريبي للمسنين الذين يشترون التأمين الصحى الخاص^(٣).

وقد اتخذت بريطانيا فى عام ١٩٨٩ فكرة للإصلاح تقوم على التنافس بين المستشفيات العامة والخاصة من أجل المشترين للخدمة الصحية الممولين بواسطة الدولة.

٣ - نظام التأمين الصحى فى كندا

إن برنامج التأمين الصحى القومى فى كندا بدأ لأول مرة فى عام ١٩٤٧ ثم امتدت التغطية فى عام ١٩٧١ لتغطية الأقاليم الأخرى وأن مصطلح الرعاية الصحية

(١) سهير مغازى مصيلحي المسلمى: التأمين الصحى وتنظيم العلاج الطبى على المستوى القومى، مرجع سابق، ص ٦٣.

(٢) حسن عبد الفتاح: النظم المختلفة للتأمين الصحى، مقارنة بالنظم العالمية، مرجع سابق، ص ٣٠-٣٣.

(٣) سهير مغازى : التأمين الصحى وتنظيم العلاج الطبى على المستوى القومى، مرجع سابق، ص ٦٣.

لكندا، اعناد أن يشير إلى برنامج تأمين صحي، مؤسس على نظام إقليمي أى أن الرعاية الصحية مسئولية إقليمية، فكل إقليم له خطة نظام تأمين صحي خاصة به^(١).

وبذلك فإن نظام التأمين الصحي فى كندا نظام حكومى، يقع تحت إشراف الأقسام الصحية لرقابة الدولة من خلال وزارة الصحة^(٢).

والتأمين الصحي فى كندا يغطى حوالى ٩٩% من إجمالى عدد السكان، ويقدم هذا النظام رعاية طبية شاملة لجميع الخدمات الصحية، داخل وخارج المستشفيات. ويقدم أيضاً الدواء بدون حدود، وتقدم خدمات الإقامة بالمستشفى بالمجان، وأيضاً تقدم خدمات الرعاية الصحية للمسنين بالمجان. ويأخذ النظام الكندى بالمشاركة فى التكلفة، ولا توجد مشاركة فى تكلفة العلاج خارج المستشفيات وتحمل الحكومة الفيدرالية ٥٠% من إجمالى التكاليف لكل مقاطعة مقابل نظام الإشتراك^(٣).

ويوجد فى كندا تأمين صحي ولكنه محدود للغاية، حيث يقتصر على الخدمات الصحية التى لم يغطها نظام التأمين الصحي القومى، مثل رعاية الاسنان والرعاية الصحية للأمراض طويلة المدى^(٤).

إن دور مؤسسات التأمين الصحي فى كندا هو دور الممول فقط، فهى بمثابة وكيل عن المؤمن عليهم فى إدارة أموال التأمين الصحي، وهذه المؤسسات يقتصر دورها على تجميع اشتراكات التأمين الصحي وإدارة صندوقه، وشراء الخدمة الطبية لمن يستطيع توفيرها بالشروط والمواصفات التى تحددها، بأقل تكلفة ممكنة، وأيضاً يكون لها الحق فى تقييم أداء هذه الجهات واستمرار التعاقد معها أو إلغائه^(٥).

٤ - تجربة الولايات المتحدة الأمريكية

إن الولايات المتحدة الأمريكية هى الدولة الصناعية الوحيدة التى بدون تأمين صحي قومى ولكن يوجد فى هذه الدولة عدة أنظمة تقدم الرعاية الصحية، وسوف نتناول هذا النظام بشكل سريع كى نتعرف على ملامح النظام الصحي فى الولايات

(1) Crichton, Anne & Others: Canada's Health Care System; its funding and Organization, Otlaw Ontario, Canada, Canadian Hospital Association, 1990, p.32.

(٢) حسن عبد الفتاح : مرجع سابق، ص ٣٠.

(٣) المرجع السابق، ص ٣١-٣٣.

(4) Crichton, Anne and Others: Op. Cit, p. 33.

(٥) رفعت رضوان : توجهات التأمين الصحي الإجتماعى، مجلة التأمين الصحي الإجتماعى، القاهرة،

العدد ٣١، ديسمبر ١٩٩٥، ص ٣٠.

المتحدة الأمريكية بإعتبارها الدولة العظمى الأولى فى العالم، وكيفية تقديم الرعاية الصحية فى هذه الدولة بدون تأمين صحى قومى، ونتعرف أيضا على الأسباب التى لم تجعل هناك تأمين صحى قومى.

إن نظام الرعاية الصحية فى الولايات المتحدة، اختياري لكل الأفراد ويوجد هناك نظام تجارى وأيضاً حكومى فيدرالى يقدم لكبار السن وتميز القادرين فقط وهناك أيضاً نظام خاص وآخر أهلى، ويقوم بالإشراف على نظم الرعاية الصحية الحكومة الفيدرالية، وأيضاً منظمات خاصة وتجارية والنظام إختياري لكل الأفراد، ولكن بنظم مختلفة، والرعاية الطبية تقدم حسب حجم العلاج وحسب المرحلة المشترك فيها الفرد، وتقدم فى كل مرحلة رعاية طبية شاملة، أما التمويل فيقوم على نظام الاشتراكات والمشاركة فى التكلفة، وتدفع إشتراكات لا علاقة لها بدخل الفرد، ويوجد حد أقصى للخدمات المقدمة من دواء وعمليات، ويوجد أيضاً نظام تطوعى يقوم على المشاركة فى تكاليف العلاج بنسب مختلفة، وهناك نظام حكومى، يقدم التمويل عن طريق الإشتراكات، ويفرض هذا النظام رسو قليلة على المستفيدين من الخدمة^(١).

وقد استخدمت بعض الولايات نظام تقديم الإعانة الطبية، وذلك لجعل البالغين **محمي المؤمن** عليهم وذات الدخل المنخفض تحت التغطية، فمثلاً فى برنامج **هاواي**، يقدم تغطية لإعانة الأفراد **محمي المؤمن** عليهم وذوى دخل منخفض أقل من ٣٠٠% من ذوى الفقراء وإيضاً تحت سن ٦٥ سنة^(٢).

ويذكر جونز استيفين Jonas, Steven إن نظام الرعاية الصحية فى أمريكا يعتمد على التأمين الخاص، حيث أن معظم الأمريكيين مؤمن عليهم من خلال أصحاب الأعمال وذلك بأقساط يساهم فيها العمال وأصحاب الأعمال لدى طرف ثالث من خلال وسطاء. أما البرامج العامة فهى محدودة، حيث تقدم الحكومة برنامج Medicare وهو برنامج يقدم خدمات المستشفى للمسنين، وفوق ٦٥ سنة، وللمعاقين، وأصحاب معاشات العجز ممن يحصلون عليها لأكثر من سنتين، ومرضى الفشل الكلوى المزمن، ويمول من الضرائب على الدخل، أما الخدمات الصحية الأخرى فمتاحة من خلال التأمين الإختياري، ويموله الأقساط التى يدفعها المؤمن عليهم، كما تقوم الحكومة بموازنة

(١) حسن عبد الفتاح: النظم المختلفة للتأمين الصحى، مقارنة بالنظم العالمية، مرجع سابق، ص ٢٩-٣٤.

(2) Karen Pollitz: Extending Health Insurance Coverage for Older workers and Early Retirees How well Have public policies worked, in, Ensuring Health and Income Security for an aging Work force, Kalama 200, Michigam, W. E. Up john Institute for Employment Research, 2001, p. 250.

تكاليف هذا التأمين من الضرائب العامة. تقدم الحكومة أيضا برنامج Medicaid وهو نظام فيدرالى يمول كافة تكاليف الرعاية الصحية للمحتاجين Needy، أما العسكريون العاملون والمتقاعدون فلهم نظام خاص^(١).

وتعمل معظم المستشفيات ومقدمى برامج الرعاية الصحية الآن، من خلال بعض المنظمات التى تعمل على تنظيم الرعاية الصحية مثل منظمات الصحة المتبادلة أو المشتركة HMOsPPOs. ، التى تشمل خططا جماعية للتأمين، حيث يقوم رجال الأعمال بتقديم الرعاية الصحية للعاملين لديهم، وهى خطط لا تهدف إلى الربح. وتقدم PPOs فرصا أكبر لاختيار الطبيب أو المستشفى، حيث تتعاقد مع مجموعة من مقدمى الخدمة وتتم المحاسبة على أساس الدفع مقابل الخدمة، أما مؤسسات الصحة المتبادلة أو المشتركة (HMOs)، تعد أحد أنواع خطط التأمين الصحى للمجتمع^(٢).

وقد دخل التأمين الخاص المبني على الربح، سوق التأمين الصحى حديثاً، كما ينافس الآن كل هذه الخطط أصحاب الأعمال أنفسهم (التأمين الذاتى)^(٣). ويتضح مما سبق أن معظم التسهيلات والخدمات تقدم عن طريق القطاع غير الحكومى^(٤).

وقد أثبتت إحدى الدراسات أن المدفوعات المباشرة من المرضى لتغطية تكاليف الرعاية الصحية تؤدي إلى تقليل استخدام خدمات المستشفى بنسبة ٢٥%، وتقليل التكاليف الطبية ٣١% دون التأثير على المستوى الصحى^(٥).

بينما يقتصر دور الحكومة فى تمويل الرعاية الطبية فى الولايات المتحدة يقتصر على تقديم الخدمات الطبية لقطاعات معينة من السكان، والمساعدة فى التسهيلات الطبية

(1) Jonas, Steven: An Introduction to the U. S. Health Care System; Springer Publishing Company, New York, 1992, p. 1.

(2) Bart Criel & Maria Pia Waelkens: Declining Subscriptions to the Melinda Mutual Health Organization in Guinea- Conakry (West Africa): What is going wrong? Social Science & Medicine, Pergamon, 57 (2003); p. 1205.

(٣) سهير مغازى مصيلحي المسلمى : التأمين الصحى وتنظيم العلاج الطبى على المستوى القومى، مرجع سابق، ص ٥٤.

(4) Jonas, Steven: An Introduction to the U. S. Health Care System. Op. Cit. p. 1.

(٥) سهير مغازى مصيلحي المسلمى : التأمين الصحى وتنظيم العلاج الطبى على المستوى القومى، مرجع سابق، ص ٥٤.

وتدريب المتخصصين وتمويل الأبحاث الطبية، وتغطية موظفي الحكومة كصاحب عمل وتخفيف أشكال معينة من العبء الضريبي^(١).

وتتفق الولايات المتحدة الأمريكية على الخدمات الصحية تقريباً ١٣,٧% من الإنتاج الكلى بمعدل ٣,٥١ دولار للفرد^(٢) ويشترك في تمويل الخدمات الصحية في الولايات المتحدة الحكومة الفيدرالية والحكومة المحلية والدولة^(٣).

وهناك مجموعة من الدراسات، التي تبحث مشاكل الرعاية الصحية في أمريكا والتي يشير إليها الناخبون والمرشحون، ففي دراسة قامتها مجموعة مشكلة من ثمانية آلاف طبيب أمريكي إن هناك (٤١) مليون أمريكي غير مؤمن عليهم، وأن نظام الرعاية الصحية الأمريكي يَتميز بأنه نظاماً غير عاقل، ومبذر وغير عادل، وقد دعت هذه المجموعة إلى تبنى نظام الرعاية الصحية القومي للدفع المفرد في الولايات المتحدة الأمريكية - Single Payer National Health - Care System In The.US. R ، وتنادى هذه المجموعة بالحد من المستشفيات ذات الأرباح العالية وخطط التأمين الخاصة، وخلق نظام، يدفع كلية وبشكل كامل مع الصندوق الحكومي ويغطي كل أمريكي Cover every American^(٤).

وتؤكد مجموعة الأطباء بأن خطتهم سوف تكون أكثر كفاءة عن النظام الحالي الأمريكي وأن ذلك سيوفر الدفع التأميني الصحي من أجل (٤١) مليون أمريكي الذين ينقصهم التغطية الآن^(٥).

ويذكر ريتش روبرت Reich, Robert عن إمكانية وجود نظام تأمين صحي قومي في الولايات المتحدة الأمريكية National Health insurance in the united states فيرى أن عدد الأمريكان الذين ينقصهم تأمين صحي في تزايد مستمر، وهذا

(١) سهير مغازى مصيلحي المسلمي : التأمين الصحي وتنظيم العلاج الطبي على المستوى القومي، مرجع سابق، ص ٥٤.

(2) American College of Health care Executives: Key industry facts Health care Executive, Vol. 11, No. 5, Sep IOCT; 1996; p. 22.

(3) American Hospital Association: Hospital Statistics, Edition, Chicago, 1990-1991; p.5.

(4) Mccarthy, Michael: Us Doctors group Calls for National Health- Care System; lancet, Vol. 362, issue. 9384, 8/28/2003, p. 621.
Or <http://web20.epnet.com/Delivery Print Save. asp?tb=0& U8=In+en-us+sid+C7F.C13E-4657...9/17/2003>.

(5) Ibid, p. 621.

يرجع إلى أن الذين يشتركون في نظام التأمين الصحي يدفعون أقساطا مرتفعة في الحصاص الخاصة بهم، وايضا تزايد تكاليف الرعاية الصحية باسرع من النمو الاقتصادي، لذلك فإنها تمثل نسبة متزايدة من الناتج القومي وكما يغرق الاقتصاد فسوف تواجه الأسر موقفا صعبا جدا، فلو فقدت هذه الأسر وظائفها فسوف يختفى التأمين الصحي تماما^(١).

وبالأخص أن هناك دراسة قامت على التأمين الصحي الخاص بأمريكا وجدت هذه الدراسة أن أقساط التأمين الصحي سترتفع بمعدل ١٥% في عام ٢٠٠٤، وأن أقساط (HMO) سترتفع إلى ١٨% عام ٢٠٠٥^(٢).

وذكرت مجموعة الأطباء في دراستهم عن نظام التأمين الصحي القومي للولايات المتحدة إن معدل ما تتفقه الولايات المتحدة الأمريكية على الرعاية الصحية، زاد في عام ٢٠٠٣ إلى أكثر من ١٤% من الناتج المحلي الكلي تقريبا، مع العلم أن هناك واحد من كل سبعة أفراد أمريكيان ليس له تأمين صحي، ومعظم الأمريكيان تقريبا ١٧٧ مليون - يحصلون على تأمين من خلال صاحب العمل و١٦ مليون آخرون يقومون بشراء التأمين، ٤٤ مليون يتم تغطيتهم عن طريق الإعانة الطبية، ويقتصر برنامج التأمين الصحي الفيدرالي الحكومي على الفقراء والمعوقين والرعاية الطبية، وكبار السن ويغطي هذا البرنامج حوالي ٤٠ مليون^(٣).

لذلك فهم يطالبون بتأمين صحي قومي يسود الولايات المتحدة الأمريكية ويغطي كل فرد فيها، وهذا النظام سوف يعدل من نظام الرعاية الطبية الفيدرالي، وسوف يغطي كل الخدمات الطبية الضرورية فهذا النظام الجديد سوف يوفر للأمريكيين ٢٠٠ بليون دولار سنويا على الأقل، فقد ذكرت مجموعة الأطباء إنه بالرغم من زيادة الضرائب لتمويل هذا النظام^(٤).

(1) Reich, Robert: If Not Now when, for Universal Care, Los Angeles Times (2001), p. 1. Or April2 < <http://www.commondreams.org/views/01/0402-03htm>>.

(2) Briefly Insurers Modern Health Care Article United States, No. 33 issue 34, 8/25/2003 p. 20 or <http://web20.epnet.com/Delivery/print/Save.asp?tb=1&-U8-dbs+0%2C3+in+en-us+sid+FA...9/17/2003>.

(3) Mccarthy, Michael: Us doctors group Calls National Health- Car System; Op. Cit. p. 621.

(4) Ibid. p. 622.

ففى ظل هذا النظام تتضاءل صناعة التأمين الخاص، وتصبح مهمتها- كما فى كندا- قاصرة على الخدمات التى لا يقدمها التأمين القومى مثل بعض خدمات طب الاسنان والخدمات الكمالية مثل الإقامة فى غرفة خاصة إلا أنه سوف يحد من التأمين الصحى الخاص ومن العلاج الخاص^(١).

أما وجهة النظر المضادة لهذا النظام فترى أن تطبيق نظام التأمين الصحى القومى سوف يتطلب زيادة الضرائب، ومعه تصبح أمريكا أعلى دولة فى معدلات الضرائب فى العالم^(٢).

ويعارض المحافظون بشكل قوى التأمين الصحى القومى لأنه من وجهة نظرهم سوف يساعد فى ترسيخ المجتمع بالحزب الديمقراطى، فعلى الرغم من الزيادة الواضحة فى مساندة خطة كلينتون لإصلاح الرعاية الصحية بالاهتمام بالشركات القائمة على الرعاية الصحية إلا أنها قد قوبلت بمناهضة كبيرة وبالأخص أن النظام الفيدرالى لحكومة الولايات المتحدة مازال يعارض نظام تأمين صحى قومى فى الولايات المتحدة الأمريكية، فلا بد من تصويت أغلبية الأعضاء فى الكونجرس من أجل سن تشريع لذلك^(٣).

٥ - تجربة التأمين الصحى فى المانيا

لقد أجمعت العديد من الدراسات أن المانيا تعد أول دولة فى العالم نشأ التأمين الصحى الإجتماعى بها، حيث بدأ ظهور التأمين الصحى فى المانيا عام ١٨٨٣ بالتطبيق على عدد محدود من الموظفين والتى لا تزيد أجورهم عن حد معين^(٤).

وكان ذلك بهدف التأمين على العمال ضد إصابات العمل باعتبارهم العنصر الأساسى لرفع كفاءة الاقتصاد، ولإعطاء قوة إنتاجية للدولة من خلال الحفاظ على

(١) سهير مغازى مصيلحي المسلمى : مرجع سابق، ص ٥٦.

(٢) المرجع السابق، ص ٥٦.

(3) David. C; Jacobs: Prospects for National Health Insurance in the United States in the future of the Safety Net, Social Insurance and Employee Benefits, Champign, 11, Industrial Relations Research Association, 2001, p. 192.

(٤) محمد نصار : بحث عن أسس التأمين الصحى الإجتماعى، دراسة مقارنة لبعض نظم التأمين الصحى الإجتماعى فى بعض دول العالم، مجلة التأمين الصحى الإجتماعى، العدد الأول ١٩٧٣، ص ١٥.

العاملين^(١) وفى عام ١٩٩٦ توسع هذا النظام فى تحديد المؤمن عليهم وضم فئات كثيرة من السكان^(٢).

والتأمين الصحى الاجتماعى الألمانى نظام حكومى يتميز باللامركزية يقع تحت إشراف وزارة الصحة، ويكون اجبارياً لبعض الفئات، التى لا تتجاوز مرتباتهم حداً معيناً، واختيارى لباقي الفئات، ويغضى هذا النظام تكاليف الخدمات الطبية والتعويضات المدفوعة عن أيام المرض، فيقدم النظام رعاية طبية شاملة داخل وخارج المستشفيات وأيضاً يقدم الدواء، ويوفر تعويضاً عن أيام المرض تتراوح ما بين (٧٥-٨٥%) من الأجر، وذلك إذا امتدت مدة المرض أكثر من ستة أسابيع، ويغضى النظام ٩٠% من إجمالى السكان^(٣).

ويتشكل التأمين الصحى فى المانيا من ثلاث مجموعات من المؤمنيين لكل مجموعة صندوق خاص، المجموعة الأولى : صندوق المرضى المحليين (AOKs) The Local Sickness Funds وهذا الصندوق مفتوح لكل المتقدمين، المجموعة الثانية : الصندوق القائم على الشركة (The company-based funds) (BKKs) ويقبل هذا الصندوق عمال الشركة وأسرهم فقط، أما المجموعة الثالثة : فهى الصناديق البديلة (white-collar workers substitute funds) (EKKs) وتشمل عمال أصحاب الياقات البيضاء white-collar workers^(٤).

وثالثاً أعضاء صناديق المرضى تتأسس عضويتهم على علاقة العمل، والثالث الباقي هم أفراد أسرهم، وعضوية صناديق المرضى اجبارية، لكل من يقل دخله عن حد معين ومن يزيد دخله عن هذا الحد يمكنه شراء التأمين الخاص. ويساهم رب العمل بنسبة ٥٠% من أقساط التأمين الخاص. وبعد أقصى المبلغ الذى كان يدفعه لو أن العامل كان عضواً فى صناديق المرضى، أما العاملون لدى أنفسهم فيتحملون أقساط التأمين الخاص بالكامل، وثالث من لهم حق الاختيار بين صناديق المرضى والتأمين الخاص، يختارون التأمين الخاص، والباقي يظلون أعضاء فى صناديق المرضى بالاختيار.

(١) عفت عبد الله الزغبى : مرجع سابق، ص ٣٥.

(٢) محمد نصار : مرجع سابق، ص ١٥.

(٣) حسن عبد الفتاح : مرجع سابق، ص ٢٩-٣٢.

(4) Maarse, Hans & Aggie Paulus: Op. Cit., p. 122.

ويساهم العامل وصاحب العمل معاً مناصفة في اشتراك صندوق المرضى، والإشتراك في صورة نسبة من الأجر، والمعدل ثابت لكل أعضاء الصندوق الواحد بغض النظر عن عدد من يعولهم العامل أو أعمار الأفراد الذين تشملهم التغطية أو حالتهم الصحية. ولكن تختلف معدلات الإشتراكات من صندوق لآخر^(١).

وتقوم صناديق المرضى بالتعاقد مع المستشفيات والأطباء لتقديم خدمات الرعاية الصحية لأعضائها، وهذه الصناديق هي منظمات لا تهدف للربح ويتم محاسبة المستشفيات سواء كانت عامة أو خاصة عن طريق صناديق المرضى وعلى أساس معدل يومي Daily rate، وهذا هو السبب في زيادة معدل مدة الإقامة بالمستشفيات^(٢).

أما الإنفاق الرأسمالي للمستشفيات فتموله الحكومات المحلية. بالإضافة إلى ذلك هناك شبكة من الأطباء الذين يعملون في عياداتهم الخاصة على أساس الدفع مقابل الخدمة، ولكن لا توجد مشاركة في سداد أتعاب الأطباء في صناديق المرضى، وأيضاً لا توجد مشاركة في تكلفة العلاج داخل المستشفيات^(٣).

أما أصحاب المعاشات الذين كانوا ينتمون إلى صناديق المرض قبل التقاعد فيظلون أعضاء بها، ويتحمل اشتراكاتهم أصحاب الأعمال وصناديق معاشاتهم، أما أصحاب المعاشات الذين كانوا يمتلكون تأميناً خاصاً فيظلون كما هم بعد التقاعد ويظل العمال المتعطلون الذين يحصلون على تعويض بطالة على نفس الصناديق التي كانوا ينتمون إليها أثناء العمل. وتغطي صناديق المرض خدمات الأطباء والمستشفيات بدون حد أقصى، مع تغطية رعاية الحمل والأدوية، والمشاركة في التكاليف من جانب المرضى ضئيلة في معظم الخدمات^(٤).

وفي دراسة قام بها "وايسونج وأبل" Wysong and Abel بعنوان التأمين الصحي العالمي، وارتفاع المخاطر على الجماعات في غرب ألمانيا، وجدوا أن هذه الأنواع من الصناديق هي مصدر واضح لتقسيم التأمين الصحي في ألمانيا وأن مجموعات الدخل العالية The Higher income groups قد تم تمثيلهم في أدنى

(١) سهير مغازي مصيلحي المسلمي : مرجع سابق، ص ٥٩، ٦٠.

(٢) المرجع السابق، ص ٦٠.

(٣) حسن عبد الفتاح : مرجع سابق، ص ٣٣.

(4) Wysong. J. & Abel. T; Universal Health Insurance and High- Risk groups in west Germany: Explications for U. S Health Policy; Milbank Quarterly, V. 68; No. 4, 1996; p. 60.

مجموعة (AOKs Under Represented) وأن غير الموظفين The unemployed قد سجلوا في أعلاها over represented، وأن هناك علاقة بين المخاطر الصحية، والدخل، والحالة الاجتماعية، Health risks, income and social status. وقد استنتجوا من هذا أن أشكال المخاطر للثلاث مجموعات من الصناديق السابق ذكرها كانت جميعها مختلفة، وهذه الفروق هي سبب رئيسي في تباين معدلات المشاركة، ففي ١٩٩٣ قد تفاوتت من ١٠,٦% إلى ١٦,٨% بمتوسط ١٣,٤% في ألمانيا^(١).

وقد قامت الحكومة الألمانية بإصلاح التأمين الصحي الإجتماعي social Health insurance Reform في التسعينيات من أجل إحداث تغييرات هامة في هذا النظام، وهذا الإصلاح يسهل من المنافسة السوقية ويمنح المؤمن عليه الحرية في الاختيار، فقد فتح التشريع الجديد الصناديق البديلة (EKKS) لجميع المتقدمين، وايضا النوع الثاني، صناديق الشركة (BKKS) فقد فتحت هذه الصناديق حق فتح الباب على مصرعية للأعضاء غير الموجودين في الشركة، وإذا مالوا إلى هذه الخطة كان عليهم أن يقبلوا كل المتقدمين إضافة إلى ذلك فخطة موازنة أو معادلة المجازفة مع المدفوعات المحولة أو المنقولة بين الصناديق قد استخدمت لإزالة الممارسات غير العادلة Unfair، وفي الواقع فإن ذلك كان مجرد إبداع لأن مثل هذا النظام لم يوجد في ألمانيا إلا لأصحاب المعاشات Pensioners فقط^(٢).

وعندما قادت الحكومة اليسارية السلطة when the new left-wing government came to power تبنت قانونا جديدا يعزز من التضامن في التأمين الصحي. وذلك عام ١٩٩٨. في ظل هذا القانون انخفضت التكلفة الفعلية لرعاية الأسنان والأدوية، وقد وضع هذا القانون أيضا نهاية لاختيار المؤمنين في تقديم زيادة مالية بدون ادعاء أو أي مدفوعات مرتفعة^(٣).

(١) سهير مغازى : مرجع سابق، ص ٦٠.

(2) Hans Maarse & Aggie Pulus: Op. Cit. p. 122.

(3) Ibid, p. 125.

ج - التأمين الصحى فى عصر العولمة

لعل السمة الرئيسية للمتغيرات الإجتماعية فى العقد الأخير من القرن العشرين وحتى الآن هى هبوب رياح تيار العولمة القوى على العالم. وبدأ مصطلح العولمة يحتل موقعاً أساسياً فى العلوم الإجتماعية المعاصرة، فكلمة العولمة أصبحت تتداول من خلال كثير من التفسيرات.

وعلى الرغم من أن ظاهرة العولمة تُعد من أهم وأحدث المفردات السياسية والإجتماعية والإقتصادية التى استأثرت مؤخراً باهتمام كثير من الكتاب والمثقفين وأصحاب الرأى والسياسيين ورجال المال والاقتصاد ورجال الإجتماع، كما أنها أصبحت موضوعاً للعديد من المؤلفات الأكاديمية والمقالات والتعليقات الصحفية فى مختلف انحاء العالم، فضلاً عن تصدرها جدول أعمال المؤتمرات والندوات الدولية الإقليمية، وذلك لارتباطها ارتباطاً وثيقاً بالمتغيرات الإجتماعية والسياسية والاقتصادية والتكنولوجية والثقافية التى يموج بها العالم اليوم والتى تنبئ بقيام نظام سياسى عالمى جديد تتلاشى فى داخله الحدود والمسافات الشاسعة التى تفصل بين الأمم والشعوب، وتسوده أنماط ومبادئ مشتركة توحد بين جميع أجزاءه سياسياً واقتصادياً وثقافياً واجتماعياً وتكنولوجياً، على الرغم من ذلك، فإن الظاهرة تدب بجذورها فى التاريخ على الأقل فى جانبه الحديث والمعاصر، خاصة بالنسبة للدول النامية التى تأثرت دوماً بتلك الظاهرة وعانت من أثارها السلبية^(١).

إذا كانت العولمة من حيث تعريفها عند غالبية العلماء والمفكرين تشير إلى عمليات التقارب والاتصال والانفتاح التى اكتسبتها العلاقات الاجتماعية على مستوى العالم وظاهرة الاعتماد المتبادل بين الشعوب التى باتت تشكل أهم خصائص حياة الناس فى تفاعلاتهم ومعاملاتهم التى تبدو كما لو كانت تحدث فى بقعة واحدة، أو مكان واحد بلا حدود أو مسافات^(٢). وهى ليست ظاهرة جديدة ولكنها استمرار للتطورات التى تتابعت لفترة طويلة من الزمن وهو تعريف يعكس التفاعلات الاقتصادية الدولية المتطورة^(٣).

(١) جوزيف رامز أمين : العولمة وأثارها على افريقيا، الهيئة المصرية للكتاب، القاهرة، مهرجان القراءة للجميع، مكتبة الأسرة، ٢٠٠١، ص ٦.

(٢) جوزيف رامز أمين : المرجع السابق، ص ٩.

(٣) فاطمة القلبنى : دور الإعلان التليفزيونى فى تدعيم العولمة الثقافية لدى الشباب، تحرير: محمود الكردى، فى الشباب ومستقبل مصر، مركز الدراسات الاجتماعية، القاهرة، ٢٠٠٠، ص ٣٥٧.

فإنه وبدون الدخول فى جدال مفاهيمى حول ظاهرة العولمة التى كثر الحديث عنها من كافة الاتجاهات والمشارب سنركز على تأثير هذه الظاهرة على نظام التأمين الصحى، فقد تعرض نظام التأمين الصحى الاجتماعى لتيار العولمة، الأمر الذى أوجد معه عدة تيارات واتجاهات منهم من يرى ضرورة التوسع فى التأمين الصحى الاجتماعى ليشمل كافة المواطنين باعتباره النظام الأمثل لحل مشكلة الرعاية الصحية فى مصر بحيث تتحمل العبء عن الدولة هيئة مستقلة لها شخصية اعتبارية. وهناك اتجاه آخر، يرى ضرورة الاتجاه إلى التأمين الصحى الخاص باعتباره، روح العصر فى ظل النظام الاقتصادى الحر، وما يتمشى مع تيار العولمة الذى أصبح يسود العالم، وبين هذا وذاك سوف نعرض للآراء المحلية والعالمية فى هذا الصدد ليتضح لنا الطريق الذى يجب أن نسلكه، بما يتمشى مع النظام العالمى الجديد.

لقد اتجهت مصر منذ الربع الأخير من القرن العشرين إلى تطبيق سياسات الإصلاح الاقتصادى والاجتماعى التى تهدف إلى تحقيق التنمية الاجتماعية البشرية بصورة متوازنة لكى تتمكن من الوصول إلى التنمية الشاملة بما يتلاءم مع ظروف المجتمع الإقتصادية والاجتماعية، وقد ترتب على تطبيق تلك السياسات إنحسار لدور الحكومة مستكاطم وتنامى لدور القطاع غير الحكومى فى مجالات التنمية المختلفة. وانعكس ذلك على قطاع الخدمات الاجتماعية بشكل قد يكون إيجابياً فى بعض الأحيان أو سلب فى البعض الآخر. وقد اتضح ذلك فى مجال الرعاية الصحية التى زادت تكاليفها على المواطن البسيط وأخذت فى الارتفاع خاصة فى ظل السياسات الصحية التى مازالت تعظم دور القطاع العلاجى - باهظ التكلفة - على حساب دور القطاع الوقائى والتأهليلى، هذا بالإضافة إلى زيادة التكلفة العلاجية فى ظل التطورات التكنولوجية السريعة والمتغيرات العالمية بفعل العولمة، وانعكاس ذلك على قطاع الصحة، وأيضاً قد أثرت تلك المتغيرات على نظام التأمين الصحى باعتباره أحد أنظمة القطاع الصحى فى مصر.

فبالنظر إلى استعراض تيار العولمة الكاسح فى الفترة الأخيرة، وأثره على تطوير التأمين الصحى فى مصر فى ظل تلك المتغيرات، فلا شك أن التكنولوجيا الحديثة وما أحدثته ثورة المعلومات وشبكة الاتصال العالمية (الانترنت) بإعتبارها إحدى آليات العولمة، قد غيرت من طرق جمع المعلومات وطريقة تفاعل الأفراد مع بعضهم البعض، وأيضاً تنظيم أوقاتهم، فقد طورت من محتويات البحث فى علم الاجتماع الطبى فى الألفية الجديدة تطوراً مذهلاً، لا سيما فى جمع المعلومات الصحية للأفراد،

وطريقة تحليل هذه المعلومات الأمر الذى ساعد فى توثيق التفاعل بين مقدم الخدمة والمريض^(١).

وبالرغم من ذلك إلا أن العولمة التى جوهرها تراجع تدخل الدولة فى الاقتصاد الوطنى وتقلص القيود التى تفرضها الحكومات، وتزايد الأخذ باللامركزية، مع تقليص الانفاق الحكومى على الخدمات وتقليص الدعم، إلى آخر مفردات السياسة الاقتصادية الامبريالية الجديدة^(٢). فقد انعكس ذلك على فلسفة التأمين الصحى.

ففى ظل العقدين الماضيين تمت الهيمنة على العالم الصناعى وصناعة السياسة بالنسبة للرعاية الصحية، بهدف البحث للإصلاح، وقد تضمن الإصلاح مجموعة من البرامج التى وجهت معظمها إلى الكفاءة والتحكم فى التكلفة، وهذه الأهداف قد تطورت كأهداف رئيسية فى إصلاح التأمين الصحى، واتضح ذلك عند ظهور القضايا السياسية الجديدة، مثل ظهور مبدأ المنفعة (الربح)، لابرار منافسة السوق بين المؤمنين والحاجة لأجل التغير، والعلاقة بين المؤمن والمقدم، وكذا استخدام المدفوعات الخاصة^(٣).

فقد انعكست سياسات العولمة على فلسفة التأمين الصحى فى صورة الدعوة لتخفيف دور الدولة من أعباء الخدمات عن طريق خصخصة التأمين الصحى بإسناده إلى هيئة "مستقلة" تدير الخدمة ولا تقدمها، وتتعاقد مع مؤسسات تجارية تقدم الخدمة، وتعمل وفق حافز الربح الذى ترى السياسات الامبريالية الجديدة أنه دين العصر الجديد الذى يضمن النجاح^(٤).

وهناك ثلاثة مواقف أو تيارات من العولمة متميزة :

الموقف الأول : موقف دعاة العولمة وعلى رأسهم المؤسسات الدولية الثلاثة، البنك الدولى للإنشاء والتعمير، وصندوق النقد الدولى، ومنظمة التجارة العالمية، فهم الأصحاب الأصليون للدعوة.

(1) Gotten, Shelia. R: Internet (Computer Network); Medical Social work; Information's, Sociological Spectrum, Vol., Issue. 3, Jul, 2001, p. 22.

(٢) محمد حسن خليل : مرجع سابق، ص ٥٤.

(3) Saltman, R & Figueras, J: European Health Care Reform, Copenhagen., WHO. 1997, p. 1.

(٤) محمد حسن خليل : مرجع سابق، ص ٥٥.

وأصحاب هذا الاتجاه ينادون بالتحول الكامل من كل ما هو عام إلى ما هو خاص، وبالتالي امتداد القاعدة الخاصة في تمويل الرعاية الصحية^(١).

الموقف الثاني : وهو الموقف الرسمي وشبه الرسمي الذي يوافق تحفظات عديدة كما عبرت عنه دراسة وزارة الخارجية المصرية، وكما تم التعبير عنه في تقرير "الاتجاهات الاقتصادية الاستراتيجية ٢٠٠٠" الصادر عن مؤسسة الأهرام شبه الرسمية، حيث يؤكد التقرير على ضرورة اندماج الاقتصادات العربية وضمها للاقتصاد المصري في الاقتصاد الدولي باعتبار أن التحديات التي ينطوي عليها هذا الاندماج من الضروري أن تحفز استجابات دافعة لتحسين الأداء الاقتصادي العربي عامة، والقدرة التنافسية للاقتصادات العربية بصفة خاصة. ولكن هذا الاندماج لا يعنى الاستسلام للصياغة الانقائنية الراهنة للعولمة الاقتصادية، بل يعنى العمل على تعديل شروطها.

فبالتنسيق مع الدول صاحبة المصالح المشتركة معنا في هذا التعديل. كما أن الاندماج في الاقتصاد العالمي لا يعنى إزالة كل الأسوار بين الاقتصادات العربية وباقي اقتصاديات العالم بدون أى ضوابط، حيث يتبنى التقرير ضرورة وضع الضوابط الملائمة لكل دولة والكفيلة بجعل اندماج الاقتصادات العربية في الاقتصاد العالمي محققاً للمصلحة العربية^(٢).

الموقف الثالث : مواقف التيارات المضادة للعولمة، كما عبرت عن نفسها بالذات في مجال الصحة في ميثاق صحة الشعوب الصادر عن مؤتمر صحة الشعوب المنعقد في بنجلاديش.

وأصحاب هذا الاتجاه يرون أن ادخال المنافسة السوقية في التأمين الصحى الاجتماعى كانت له آثاراً سلبيةً على تضامن الدخل منذ أوائل التسعينيات^(٣).

(1) Asturi. S. K: Restructuring Health Services Changing Contexts and Comparative perspectives, Zed Books C New York, 2003, p. 129.

(٢) محمد حسن خليل : مرجع سابق، ص ٥٥.

(3) Schut, F. Onfetition in the Dutch Health Care Sector, Ridderkerk, Ridderprint, 1995, p. 1.

الإعكاسات المتعددة للعولمة على أنظمة التأمين الصحي.

إنطلاقاً مما سبق عرضه عن مضمون سياسات العولمة، واتجاهات التأمين الصحي المختلفة يمكننا استنتاج انعكاس العولمة على التأمين الصحي وتوصيات مبشرى العولمة (وبالذات صندوق النقد الدولي والبنك الدولي وهيئة المعونة الأمريكية) بالنسبة للتأمين الصحي وهي : الدفع باتجاه التأمين الصحي التجاري على حساب التأمين الصحي الإجتماعي الشامل، زيادة نصيب القطاع الخاص في مجال تقديم الخدمات العلاجية من خلال التأمين الصحي، والسعى لأن تتوازن نفقات التأمين الصحي مع إيراداته مع استبعاد دعم الدولة. أي استبعاد تمويل الدولة لمعظم الخدمات الصحية العلاجية (ومنها التأمين الصحي) عن طريق الضرائب العامة في إطار تقليص الانفاق العام والسياسات الاقتصادية والانكماشية.

وعلى عكس ما يشاع ويتصور فقد واجهت محاولة نشر الرؤية العولمية للتأمين الصحي عوائق ضخمة في كل النماذج الثلاثة الموجودة عالمياً.

- التأمين الصحي التجاري في أمريكا.

- التأمين الصحي الشامل المرتبط بدولة الرفاه الإجتماعية في أوروبا الغربية.

- التأمين الصحي أحد الهياكل في ضوء سيادة مبدأ تعايش وتعدد هياكل الخدمة الصحية.

وعلى عكس ما قد نتصور فقد واجه محاولة تطبيق تلك التصورات للتأمين الصحي مقاومة شديدة في كل النماذج الثلاثة^(١).

ففي الولايات المتحدة الأمريكية احتلت مشكلة التأمين الصحي وتردى الوضع الصحي - بالقياس لكل الدول المتقدمة - مكانة جوهرية في برنامج كيلنتون الانتخابي عام ١٩٩٢، ويقال أنها كانت أهم أسباب نجاحه، إلا أن محاولة تطبيقه اصطدمت بمعارضة واسعة من الشركات أصحاب المصالح مما أدى لاستبعاده لأول وزيره صحة في وزارته والتخلي عن أقسام أساسية من هذا البرنامج، رغم هذا يأتي عدم إمكانية تنفيذ ذلك البرنامج كدليل على قوة العولمة في موطنها الأصلي، وقد تحقق لهذا المنطق نجاح ساحق بعد ثمان سنوات بنجاح الجمهوريين وانتخاب بوش الابن.

نادى جورج بوش لإعادة فكرة الرعاية الصحية العالمية وقدم البراهين على ذلك وهو وجود ميزانية ضخمة، وتواجد أعداد من الأمريكان في حاجة إلى تأمين صحي

(١) محمد حسن خليل : رؤية مختلفة لفلسفة التأمين الصحي في زمن العولمة، مرجع سابق، ص ٥٦.

وهذا العدد الضخم يتراوح من ٣ مليون بعد أن كان ٣٨ مليون منذ ١٠ سنوات والذين لديهم هذا التأمين عليهم أن يدفعوا مبالغ كثيرة عما مقي وعندما يغرق الاقتصاد سيكون هناك أسر تعاني زماً عصيباً، فإذا فقدوا وظائفهم سوف يختفوا من التأمين الصحي^(١).

وقد أشارت دراسة كندية إلى أن محاولة تعميم نظام التأمين الصحي التجارى على غرار الولايات المتحدة، لا يصاحبه فقط زيادة باهظة فى التكلفة، بل يصاحبه ارتفاع معدلات الوفاة^(٢).

فالولايات المتحدة الأمريكية هى الأم الوحيدة الصناعية التى بدون تأمين صحى قومى فخارج الولايات المتحدة يوجد قبول واسع بمبدأ أن الصحة يجب ألا تحدد بالدخل، ففى ألمانيا، وبريطانيا، وأسبانيا، لديهم خدمات صحية قومىة ومشاريع قومىة تقدم بشكل مباشر رعاية صحية، وايضا كندا والدنمارك والسويد والنرويج لديها ضمان للرعاية الصحية من خلال أنظمة التأمين الحكومىة، وبها خليط من العيادات والمستشفيات العامة والخاصة، ألمانيا وفرنسا تعتمد على صناديق تمويل المرضى وتدفع للمستشفيات والأطباء بحيث أنه لا يوجد مواطن ينقصه تأمين صحى أما الأمم ذات التطوير للتأمين الصحي الشامل فيوجد فى تقريرها نسبة وفيات أطفال أقل ومتوسط عمر أطول^(٣).

أما فى أوروبا الغربية فقد كانت انجلترا فى عهد تاتشر هى السبابة فى تطبيق الرؤية العولمية بتقليص خدمات التأمين الصحي مما أدى إلى تزايد السخط وطول قوائم الانتظار للعمليات الجراحية والفحوص المتقدمة. أما فى باقى بلدان أوروبا الغربية- تمثلها فرنسا- فقد اصطدمت محاولة تخفيض الدعم الحكومى وتقليص الخدمات وزيادة الضرائب غير المباشرة بمقاومة شديدة ابطأت من معدلاتها والغت بعض بنودها^(٤).

أما بالنسبة لقوانين التأمين الصحي الإجتماعى فى الدول الحديثة، فقد كان للعولمة بالغ الأثر فى تقليص دور الحكومة، فقد تحول التكافل الإجتماعى الذى يعتبر مبدأً هاصماً مبادئ التأمين الصحي، من قانون تنظمه الدولة وتسانده إلى تكافل مبنى

(1) <http://www.commondreams.org/viewsol0402-03.htm>>2, April, 2002.

(٢) محمد حسن خليل : رؤية مختلفة لفسفة التأمين الصحي فى زمن العولمة، مرجع سابق، ص ٥٦.

(3) Miringoff, Marc & Marque- Liusa Miringoff: the Social Health of the Nation, How America is Really Doing, New York: Oxford University Press, 1999, p. 5.

(٤) محمد حسن خليل : رؤية مختلفة لفسفة التأمين الصحي فى زمن العولمة، مرجع سابق، ص ٥٦.

على القدرة على الدفع من أجل تحقيق الأرباح، وقد تغيرت النظرة من توفير رعاية صحية غير مشروطة بالقدرة المادية إلى التركيز على توسيع أرباح الرعاية الصحية^(١). وفي العالم الثالث ومنه مصر، حيث التأمين الصحى أحد أنظمة الرعاية الصحية، الذى طرأت عليه تغيرات فى السنوات القليلة الماضية بفعل العولمة، فبدأت رياح التغيير تهب مطالبةً بوقف الرعاية الصحية التأمينية عند الحد الذى بلغته، أو مطالبة بإفراح المجال للقطاع الخاص ليتولى المسئولية تمشياً مع الإتجاه العام للخصخصة فى الدولة أو المناداة بالتكامل والمزج بين الاتجاهين^(٢).

ولكن رغم ذلك فهناك من يدافعون عن التأمين الصحى الإجتماعى ويرون ضرورة الاهتمام به باعتباره النظام الأمثل لمواجهة مشكلة الرعاية الصحية.

مثل، بوديتى بيتر Budetti, Peter، حيث يرى أن التأمين الصحى الخاص الذى يقوم على الدفع مقابل الخدمة يفقد مكانة لصالح التأمين الصحى الإجتماعى^(٣).

ولعل ما قامت به الحكومة المصرية مؤخراً يدل على ذلك حيث وضع الحزب الوطنى فى برامجه الانتخابية، مد مظلة التأمين الصحى لتشمل كافة المواطنين فى مده أقصاها ست سنوات تبدأ من عام ٢٠٠٦ وما قبل نهاية عام ٢٠١١، وصار هذا البرنامج فى حيز التنفيذ الآن وخاصة بعد نجاح مرشح الحزب لرئاسة الجمهورية.

(1) Hans Maarse & Aggie, Paulus: Op. Cit., p. 119.

(٢) مكرم نعيم سليمان : مرجع سابق، ص ١.

(3) Peter P; Budetti & Others: Ensuring Health and Income Security for an Aging Workforce; Kalamazoo, Michigan: W. E. Upjohn Institute for Employment Research, 2001; p. 41.