

بحث بعنوان

"ما بعد كورونا: النظام الصحي وقانون التأمين الصحي الشامل"
"دراسة مقارنة"

**Post- COVID-19 Pandemic:
The Health System and the Full Health Insurance Law
"A comparative study"**

للدكتورة

عُلا فاروق صلاح عزام

أستاذ مساعد وقائم بعمل رئيس قسم

التشريعات الاجتماعية بكلية الحقوق، جامعة حلوان.

هذا البحث ممول من جامعة حلوان/ صندوق تمويل المشروعات البحثية.

الدورة الثانية (٢٠٢١ / ٢٠٢٢ م)

المقدمة

لا مرأ في أن تكامل المنظومة الصحية لأي دولة يؤثر على الصحة العامة لمواطنيها ويعكس مدى تقدمها ورفاهيتها، ولا غرو في ذلك؛ ف جودة المنظومة الصحية هي نواة التقدم والازدهار وزيادة الانتاجية والتنمية في شتى المجالات، باعتبارها الإطار الذي يحوي الموارد البشرية السليمة. فمن المبادئ الراسخة للحفاظ على الحياة البشرية اللاتقة أن لكل مواطن الحق في الصحة وفي الرعاية الصحية المتكاملة وفقاً لمعايير الجودة العالمية، وتتكفل الدولة بالحفاظ على مرافق الخدمات الصحية العامة التي تقدم خدماتها للأفراد ودعمها والعمل على رفع كفاءتها وتوزيعها الجغرافي العادل، كما تلتزم الحكومات بتخصيص نسبة من الانفاق الحكومي لخدماتها. ولا يزال تنظيم موضوعات المنظومة الصحية بعيداً عن محط اهتمام التشريعات، بل وعن بؤرة اهتمام الفقه القانوني، ونقصد من وراء ذلك الاهتمام التشريعي والفقهي الوافي الكافي الجدير بهذه الموضوعات، وهو ما تكشف لكافة الدول بعد جائحة كورونا؛ فلم تستطع أية دولة أن تقف - بمفردها - وبمنشأتها الصحية أمام تداعيات هذه الجائحة^(١). ومن ثم، فقد باتت كفاءة قوانين التأمين الصحي مسألة جوهرية لإصلاح المنظومة الصحية وتحقيق سياسات الدولة الصحية والاجتماعية، ومدى تحقق الحماية الاجتماعية^(٢)؛ حيث التوفيق بين مضامين النصوص التشريعية التي عادة ما يغلب عليها الجمود ومتطلبات تحقيق هذه الكفاءة في أرض الواقع، سيما وأن قانون التأمين الاجتماعي الصحي يُعبر عن جوهر المنظومة الصحية ويقوم على مرتكزاتها الأساسية.

موضوع البحث:

تعد العلاقة بين النمو الاقتصادي ومستوى الرعاية الطبية وأساليب العلاج في أي مجتمع، علاقة طردية؛ إذ يؤثر المستوى الاقتصادي والمالي للدولة إيجاباً وسلباً في مدى توفر الخدمات الطبية للأفراد داخلها سواء أكانوا عمالاً أم لا^(٣)، ومن ثم يؤثر في المستوى الصحي العام في الدولة. فالخدمات الطبية تُعتبر في أغلب الأحوال باهظة التكاليف لا سيما بالنسبة لمحدودي الدخل والفقراء، والذين يمثلون السواد الأعظم من المجتمع في كثير من الدول، الأمر الذي تطلب توفير خدمات الرعاية الصحية لأفراد مجتمعها من خلال مرفق التأمين الصحي. بيد أن نفقات العلاج والرعاية الصحية، تستنزف الجزء الأكبر من دخول الطبقات الفقيرة والضعيفة، إلى الحد الذي قد يعجز معه الكثيرون عن الوفاء بها. وهو ما يستتبع تدخل الدولة لتوفير الرعاية الطبية

^(١) Anna Sagan and others: Health systems resilience during Covid-19: Lessons for building back better, World Health Organization 2021, p.20.

^(٢) The Stockholm Declaration provides: "Both aspects of a man's environment, the natural and the man-made, are essential to his well-being and to the enjoyment of basic human rights and the right to life itself." United Nations Conference on the Human Environment, June 5-16, 1972, Stockholm Declaration of the United Nations Conference on the Human Environment, 2, U.N. Doc. AICONE.48/14/rev. 1 (june 16.1972).

^(٣) Ken Silver: The Energy Employees Occupational Illness Compensation Program, A New Legislation to Compensate Affected Employees, Mohn Journal, Vol.53, N^o.6, June 2005, p.26.

التي لا غنى عنها للبقاء في الحياة، فتكفل حماية اجتماعية ضد خطر المرض، ومن ثم فقد استقرت غالبية الدول في سعيها الدائم إلى توفير حماية تأمينية ضد خطر المرض^(١)، على إسناد مهمة العلاج إلى هيئة وطنية أو قومية للتأمين الصحي؛ تقوم بإدارة وتقديم الخدمات والإشراف على علاج الأمراض وإصابات العمل، فضلاً عن تقديم الخدمات الصحية للمريض سواء أكان عاملاً مؤمناً عليه أو فقيراً محتاجاً ليس له تأمين العمال؛ إذ يهدف التأمين الصحي الشامل – المبتغى من قبل الدول – إلى توفير الأمان الصحي للعاملين وسائر الفئات الفقيرة والضعيفة.

ففي مصر، مثلاً، تقوم الهيئة العامة للتأمين الصحي – وهي هيئة عامة ذات شخصية اعتبارية تتبع وزير الصحة، ولها ميزانية خاصة ضمن بنود الميزانية العامة للدولة – على أمر علاج المرضى من العاملين والفقراء والمحتاجين. فالعاملون وذوهم لهم الحق في تغطية المرض من خلال تقديم الرعاية الطبية والعلاج لهم عن طريق هيئة التأمين الصحي، كما أن الطبقات الفقيرة والمعدمة، وهي شريحة لا يستهان بها في المجتمع المصري ولا تملك نفقات العلاج الخاص، تجد في العلاج عن طريق هيئات التأمين الصحي ملاذاً لها لمكافحة المرض؛ حيث توفر هذه الهيئات العلاج والرعاية الطبية والأدوية شبه مجاناً، من خلال رسوم ضئيلة للغاية مقابل تقديمها. وإذا كان المشرع المصري قد أنشأ صندوقاً خاصاً بالعاملين وكفل علاجهم عن طريق هيئة التأمين الصحي- كقاعدة، ثم أضاف إليهم أصحاب المعاشات، فإنه لم يقصّر نطاق التمتع بخدمات الرعاية الصحية عليهم، بل أضاف إليهم سائر المرضى والمحتاجين؛ فأتاح لهم إمكانية الاستفادة من خدمات التأمين الصحي بدون مقابل يُذكر؛ أي بمقابل زهيد لا يقارن البتة بتكلفة الخدمة.

غير أن ملاسبات الواقع تشي بأن ما أراده المشرع، لم يتحقق كلياً أو حتى بالمستوى المقبول؛ حيث إن مؤسسات التأمين الصحي قد لا يمكنها أحياناً تقديم سائر الخدمات الطبية، بل والأساسية منها؛ ومن ذلك الجراحات الخطيرة وبعض الأدوية مرتفعة التكلفة وغيرها من الخدمات، ولعل ذلك مرجعه إلى ضعف المخصصات المالية التي تمول هذا القطاع. وقد ظهر ضعف المنشآت الطبية^(٢) – بحق – مع انتشار جائحة كورونا، والتي كشفت بوضوح عن ضعف هذه المنشآت وضرورة إعادة النظر في قوانين التأمين الصحي، ليس في مصر فحسب، بل في كافة الدول، حتى المتقدمة منها، ومنها الولايات المتحدة الأمريكية على سبيل المثال، والتي نتخذ من النظام الصحي فيها موضعاً للمقارنة في هذه الدراسة؛ باعتبارها واحدة من أكثر الدول تنظيمًا في هذا الشأن.

أهداف البحث:

- التعرف على مدى كفاءة قانون التأمين الصحي في تلبية احتياجات المنظومة الصحية الشاملة.
- جذب أنظار أصحاب الاختصاص التشريعي والتنفيذي إلى أهمية الدور الحيوي لقانون التأمين الصحي في توفير الحماية الصحية للمرضى، وحاجته إلى المزيد من الإصلاح

^(١) Hannah L. Maxey and Connor W. Norwood: The U.S. Health System, 2015, p.28, profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/277869024>.

^(٢) Dr.Hani Dowidar: Regulations relative to safety and health in the field of transport, Faculty of law, Alexandria University, 2004, p.26.

والتمويل.

- إظهار وتقييم جهود وسياسات الدولة المصرية – وغيرها من الدول المقارنة – في تطوير وإصلاح المنظومة الصحية.
- تقديم حلول عملية لتوسيع دائرة الاستفادة من خدمات نظام التأمين الصحي الاجتماعي؛ من خلال وضع معايير عادلة لمختلف فئات المرضى، والتغلب على المعوقات التي تحول دون شمول كافة فئات المرضى بأنظمة التأمين الصحي الاجتماعي، والعمل على حل مشكلة الفئات غير المشمولة بهذه الأنظمة في ضوء الإمكانيات المتاحة للدولة.
- تطوير منافع ومزايا التأمين الصحي وإعطائها الاهتمام الكافي باعتبارها من القواعد الأساسية للمنظومة الصحية الاجتماعية، بما يسهم في التصدي للجوائح الصحية والأوبئة.

أهمية البحث ومبررات اختيار موضوعه:

تكمن أهمية البحث ومبررات اختيار المسألة محل البحث في الآتي:

- تفشي فيروس كورونا وما تبعه من تفاقم للأخطار والأمراض والفيروسات التي أضحت تهدد حياة المرضى بلا تأمين صحي كاف لهم وملبٍ لاحتياجات المنظومة الصحية الجيدة.
- لم تحظ تشريعات التأمين الصحي الاجتماعي بالدراسة التي تناسب أهميتها منذ وقت طويل؛ حيث لم تنل حظها من الاهتمام التشريعي منذ فترة زمنية طويلة إلا مؤخرًا، فضلاً عن أن عملية إعداد وإصدار قانون للتأمين الصحي، قد استغرق وقتًا طويلاً، وكذا تستغرق مراحل تطبيقه سنوات طويلة.
- بحث آليات توفير نظام قانوني كاف لتوفير الرعاية الصحية وفقاً للمعايير العالمية، وذلك من خلال إجراءات وسياسات واضحة ومحددة.

المنهجية المتبعة في البحث:

- اعتمد في هذا البحث، المنهج الوصفي التحليلي من أجل التوفيق بين النصوص التشريعية لأنظمة التأمين الاجتماعي الصحي والتي عادة ما يغلب عليها الجمود ومتطلبات تحقيق هذه الكفاءة في أرض الواقع، وكذا المنهج المقارن والذي نعرض من خلاله لأوجه الاستفادة من قوانين التأمين الاجتماعي الصحي في الولايات المتحدة الأمريكية.

إشكالية البحث:

تكمن إشكالية البحث في كيفية التوفيق بين العديد من الاعتبارات ذات الصلة بالمسألة محل البحث؛ فمن ناحية تستهدف الدول توفير الرعاية الصحية لكافة مواطنيها باعتبار أن الحق في الصحة واحداً من الحقوق الأساسية، ومن ناحية أخرى تقف التكلفة المالية اللازمة لتحقيق هذا الهدف حائلاً دون بلوغ أغلب الدول هذه الغاية، الأمر الذي يجعلنا أمام متناقضين؛ أحدهما: ما تتضمنه النصوص القانونية من كفالة الحق في الرعاية الصحية لكافة المواطنين، وثانيهما: الصعوبات العملية التي تجعل من هذه النصوص القانونية عاجزة عن الوصول إلى واقع المخاطبين بها، سيما في الدول ذات الاقتصاديات الأخذة في النمو، ومنها مصر على وجه الخصوص.

فالأصل العام أن التأمين الصحي الاجتماعي، والذي يعكس حماية اجتماعية فعلية، سواء للمرضى من العاملين أو غيرهم من الفئات الضعيفة اجتماعياً، يتوقف في الأساس على

السياسيتين الاقتصادية والاجتماعية للدولة، ومن ثم فإن قوة الاقتصاد أو ضعفه إنما تؤثر إيجاباً أو سلباً في مستوى أداء المنظومة الصحية الاجتماعية التي تدير نظام التأمين الصحي، فضلاً عن أن توفير هذه المنظومة ذاتها من الأساس، ووفقاً للمعايير التي يقتضيها هذا النظام، يُثير إشكاليات عديدة بشأن مدى كفاءتها كمتطلبات ضرورية لتحقيق مستوى لائق من الصحة العامة^(١).

يضاف إلى ذلك أن أنظمة التأمين الصحي الاجتماعي تتباين أدواتها تبعاً لمدى قناعة المشرع بالاعتبارات التي تنطلق منها الفلسفة التشريعية في تحقيق درجة الكفاية الصحية^(٢). الأمر الذي يُثير التساؤل حول ما إذا كان الاتجاه التشريعي يرقى إلى مستويات الحماية الصحية المنشودة دولياً، أم يقتصر على مجرد توفير أساسياتها؟ وهل سلطة التشريع تكفي بمجرد التظاهر بمواكبة النظم المقارنة على غير الحقيقة؟! فكل هذه التساؤلات وغيرها تجعل من دراسة قوانين التأمين الصحي ودورها في التغطية الصحية الشاملة، مجالاً خصباً وحيوياً للبحث والدراسة.

نطاق البحث:

يتناول هذا البحث أمرين، أولهما: التأصيل الفقهي لأنظمة التأمين الصحي الاجتماعي في النظامين المصري والأمريكي؛ من حيث المفهوم والحق فيه وأنظمتها، كمدخل ضروري لتناول متطلبات الحماية الاجتماعية، وثانيهما: تفصيل كيفية تحقيق متطلبات الحماية الاجتماعية من طريق أنظمة التأمين الصحي الاجتماعي؛ من حيث برامج الضمان المقدمة وشروط الاستفادة من أحكام التأمينات الاجتماعية، ثم تناول أحكام الاستحقاق وتحليل موقفها بشأن درجات الحماية المطبقة.

خطة البحث:

تقسم الدراسة تقسيماً ثنائياً، على النحو التالي:

الفصل الأول: التوجه التشريعي نحو التغطية الصحية الشاملة في النظامين المصري والأمريكي.

المبحث الأول: نظام التأمين الصحي ودوره في الحد من آثار جائحة كورونا.

المطلب الأول: التعريف بنظام التأمين الصحي الشامل والفلسفة الاجتماعية التي يقوم عليها.

المطلب الثاني: جائحة كورونا ودورها في إظهار قصور النظم الصحية في مختلف الدول.

المبحث الثاني: الإطار القانوني لنظام التأمين الصحي الشامل في النظامين المصري والأمريكي.

المطلب الأول: التنظيم التشريعي للنظام الصحي في أمريكا.

^(١) Sara R. Collin: How Well Does Insurance Coverage Protect Consumers from Health Care Costs, Findings from the Commonwealth Fund Biennial Health Insurance Survey, 2016, p.2.

^(٢) Bureau of Labor Statistics; Employment Situation News Release. https://www.bls.gov/news.release/archives/empsit_05082020.htm, Published May 8, 2020. Accessed July 7, 2020. National Centers for Health Statistics; Health, United States, 2001 With Urban and Rural Health Chartbook, Hyattsville, Maryland, 2001, p.2.

المطلب الثاني: التنظيم التشريعي للنظام الصحي في مصر.

الفصل الثاني: ملامح شمولية التغطية الصحية في نظام التأمين الصحي في النظامين المصري والأمريكي.

المبحث الأول: نطاق التغطية التأمينية الصحية وفقاً لنظام التأمين الصحي الشامل في مصر وأمريكا.

المطلب الأول: نطاق التغطية الصحية وفقاً لقانون الرعاية الصحية الميسرة الأمريكي.

المطلب الثاني: نطاق التغطية الصحية وفقاً لقانون التأمين الصحي الشامل المصري.

المبحث الثاني: دور نظام التأمين الصحي في توفير الحماية الاجتماعية وإصلاح المنظومة الصحية.

المطلب الأول: دور نظام التأمين الصحي في توفير الحماية الاجتماعية.

المطلب الثاني: دور نظام التأمين الصحي في إصلاح وتطوير المنظومة الصحية.

الفصل الأول

التوجه التشريعي نحو التغطية

الصحية الشاملة في النظامين المصري والأمريكي

تمهيد وتقسيم:

يقوم نظام التأمين الصحي على تغطية قطاعات كبيرة من الأفراد في بعض الدول، في حين يقوم على توفير التغطية التأمينية الصحية لسائر المواطنين في دول أخرى؛ حيث يعتمد هذا النظام على المركز المالي للدولة وقدرتها على ضخ المزيد من الأموال لتحقيق الهدف المنشود منه. ولا ريب في أن جائحة كورونا وانعكاساتها غير المسبوقة قد جذبت انتباه كافة دول العالم إلى الأهمية البالغة لمنظومة الصحة وضرورة العمل على زيادة النسب المخصصة لتمويلها، والسعي نحو توفير التغطية التأمينية الكاملة للأفراد. فهناك من الدول التي لديها نظام للتأمين الصحي لسائر المواطنين وفق برامج معينة- كالولايات المتحدة الأمريكية، بل وللأجانب المقيمين لديها، ولكنها مع ذلك تنبعت إلى عدم قدرة هذا النظام الشامل على توفير التغطية الصحية لمصابي كورونا، سواء كان بسبب عدم توافر المنشآت الصحية الكافية أو الأجهزة والمعدات الطبية أو الأدوية وغيره⁽¹⁾. في حين أن هناك دولاً أخرى لم تكن قد أكملت بالفعل ما بدأته في مجال التأمين الصحي الشامل- كما الوضع في مصر؛ حيث الانتهاء من بعض مراحله وانتظار مراحله الأخرى. وأياً ما كان وضع الدولة ومركزها المالي ونهجها الاقتصادي والاجتماعي فإنها تكفل الحق في الرعاية الصحية لجميع مواطنيها وغيرهم من المقيمين على إقليمها.

وعلى ضوء ما تقدم، نتناول التعريف بنظام التأمين الصحي ودوره في الحد من تداعيات آثار جائحة كورونا، ثم نتناول ملامح المعالجة التشريعية لنظام التأمين الصحي، من خلال التقسيم التالي:

المبحث الأول: نظام التأمين الصحي ودوره في الحد من آثار جائحة كورونا.

المبحث الثاني: التنظيم التشريعي لنظام التأمين الصحي في النظامين المصري والأمريكي.

(1) Report of Pan American Health Organization: United States of America Health System and Services Profile, 1st edition, February 2002, p.11. <http://www.whitehouse.gov/infocus/medicare/health-care>.

المبحث الأول نظام التأمين الصحي ودوره في الحد من آثار جائحة كورونا

تمهيد وتقسيم:

تسعى كافة الدول، كما هو معلوم، إلى توفير الحق في الصحة لسائر مواطنيها باعتبار ذلك حقاً دستورياً يجب كفالته، بل ومن بينها ما يوفره لسائر المقيمين على أرضها بغض النظر عن جنسيتهم ولو كانوا عديمي الجنسية بالنظر لإيمانها بكفالة الحق في الصحة لكل إنسان. فيتمتع المرضى بالرعاية الطبية التي لا غنى عنها للبقاء في الحياة، فتكفل تغطية تأمينية ضد خطر المرض.

وحيث إن المرضى يسعون دوماً للحصول على العلاج والرعاية الطبية اللازمة كمتطلبات أساسية لبقائهم في الحياة، فإن هذا الهدف قد ازداد بعد تفشى جائحة كورونا والتي كشفت عن قصور الأنظمة الصحية في مواجهتها عديدة سيما بشأن السلالة الأولى والثانية؛ فلم توجد من الدول ما كانت تحتاط لنفسها بتوفير المنشآت الصحية والأجهزة الطبية والأدوية الكافية لمواجهة هذه الجائحة⁽¹⁾.

وقد استقرت غالبية الأنظمة القانونية في سعيها الدائم إلى توفير حماية تأمينية ضد خطر المرض، على إسناد مهمة العلاج إلى هيئات وطنية أو قومية تعرف بهيئة التأمين الصحي، فيقوم نظام التأمين الصحي على توفير خدمات العلاج والرعاية الصحية للمريض سواء أكان عاملاً مؤمناً عليه أو فقيراً محتاجاً ليس له تأمين العمال؛ إذ يهدف هذا الأخير إلى توفير الأمان الصحي للعاملين وسائر الفئات الفقيرة والضعيفة. وعليه، يمكننا تقسيم هذا الفصل إلى المطلبين التاليين:

المطلب الأول: التعريف بنظام التأمين الصحي والفلسفة الاجتماعية التي يقوم عليها.

المطلب الثاني: جائحة كورونا ودورها في إظهار قصور النظم الصحية في مختلف الدول.

(1) Anna Sagan and others: Health systems resilience during COVID-19: Lessons for building back better, World Health Organization 2021, p.21.

المطلب الأول

التعريف بنظام التأمين الصحي

الشامل والفلسفة الاجتماعية التي يقوم عليها

أولاً: المقصود بنظام التأمين الصحي:

بادئ ذي بدء، الصحة سمة بشرية مميزة وجزء لا يتجزأ من حياة الإنسان، التي يستلزم بقائها تقديم خدمات الرعاية الصحية (health care)، وإذا كنا غالباً ما نفكر في الصحة في سياق تغطية حالات المرض ومستلزمات الحالة الوظيفية، ففي الواقع للصحة مفهوم أوسع بكثير؛ إذ يصف تعريف منظمة الصحة العالمية الصحة بأنها "حالة من الرفاه الجسدي والعقلي والاجتماعي الكامل وليس مجرد غياب المرض (a state of complete physical, mental, and social well-being and not merely the absence of disease.)"، وتنظم الأنظمة الوضعية توفير الخدمات الصحية من خلال نظام التأمين الصحي.

والتأمين الصحي أو التأمين الطبي، في الولايات المتحدة الأمريكية، هو عقد بين المواطن وإحدى شركات التأمين الصحي التي تقوم بدفع بعض أو كل تكاليف الرعاية الصحية الخاصة بالمواطن، مقابل اشتراك شهري يدفعه لها، ويسمى هذا الاشتراك الشهري قسطاً premium. ولا يلجأ العديد من الأميركيين إلى برامج التأمين الصحي العامة، وإنما يفضلوا برامج التأمين الصحي الخاصة، ويرجع ذلك إلى أن الشركات تدفع تكاليف التأمين الصحي الخاص لعمالها. ولا يختلف التأمين الصحي للمهاجرين واللاجئين كثيراً عن الأميركيين المولودين في البلاد.

ويتكون نظام التأمين الصحي في الولايات المتحدة الأمريكية - كما نوضح ذلك لاحقاً

(¹) وتمثل عدة عوامل دوراً حيوياً في الصحة، والتي يشار إليها بالعوامل المساهمة بشكل عام بأنها محددات الصحة" وتشمل بشكل عام: البيئة الاجتماعية، البيئة المادية، علم الوراثة، الرعاية الطبية، والسلوك، فيمكن تصور الصحة بأنها حالة ناتجة عن "التعرض" لمحددات متعددة. فالأفراد الفقراء الذين يعيشون في المجتمعات منخفضة الدخل هم أكثر عرضة للأمراض ولمواجهة عواقب في الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية.

وتُعرف الصحة العامة (Public Health) بأنها العلم الذي يهتم بتحسين ووقاية صحة الأفراد والمجتمعات بشكل عام من خلال تعزيز أنماط الحياة الصحية، والبحث في مجال الوقاية من الأمراض المعدية والاكتشاف المبكر للأمراض. وتهدف الصحة العامة إلى الحد من الفوارق الصحية وتعزيز المساواة والجودة في الرعاية الصحية للجميع وتعزيز مفاهيم ثقافية ووقائية مرتبطة بنمط الحياة الصحي. ونلتزم مفهومنا واسعاً للصحة العامة؛ مفهومنا يتسع ليشمل جوانب متعددة تتصل بالمكون الجسدي والعقلي والاجتماعي والروحي، وب توفير الرعاية الصحية للفئات المهمشة والضعيفة، فهو المفهوم الذي يهتم بصحة الإنسان وبمواجهة الفقر والعشوائيات والتلوث البيئي، وبالانحراف والجريمة، وبالتعامل مع خطري المرض والشيخوخة.

وبالتالي يعبر مفهوم الصحة العامة عن أسلوب حياة ذات مظاهر شتى؛ منها ما هو صحي، وما هو ثقافي، وما هو اجتماعي، وما هو رياضي، وما هو وقائي. ويساهم هذا الأسلوب في تعزيز الصحة العامة للمواطنين، وقدرة المجتمع على اتخاذ إجراءات احترازية ووقائية وتنظيمية تساهم في الحد من آثار الأوبئة والفيروسات، في ذات الوقت الذي يقلل فيه من تعرض العاملين في القطاع الصحي للعدوى والإصابة بالفيروسات. راجع: أمجد حمدي: ما بعد كورونا: إصلاح النظام الصحي المصري، المعهد المصري للدراسات، ٣ سبتمبر ٢٠٢٠، ص ٤.

Hannah L. Maxey and Connor W. Norwood: The U.S. Health System, op.cit, pp.29-30. profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/277869024>.

بالتفصيل - من العديد من البرامج التأمينية الحكومية والخاصة^(١)، ومن أهم البرامج الحكومية برنامج الرعاية الصحية للأفراد المسنين، والمعاقين، والأطفال، والنساء الحوامل، وبعض العائلات ذات الدخل المنخفض، وبعض عائلات اللاجئين Medicaid، وبرنامج المساعدة الطبية للأفراد كبار السن Medicare، وبرنامج التأمين الصحي للأطفال CHIP، وبرنامج الرعاية الصحية للأطفال الذين تقل أعمارهم عن خمس سنوات، والنساء الحوامل، والأمهات المرضعات WIC، وغيرها^(٢).

وتختلف كيفية الحصول على خدمات التأمين الصحي، وفقاً لمعدل الأعمار، وحالة التوظيف أو العمل، ونوع المشاكل الصحية التي يعاني منها المؤمن عليه، وأيضاً المبلغ المالي الذي يمكن لمؤمن هليه أن يدفعه شهرياً، وما إذا كان هو الذي يدفعه بنفسه أم يدفعه نيابة عنه صاحب العمل.

وفي مصر، فقد عرّف المشرع التأمين الصحي الاجتماعي الشامل، في المادة الثانية من القانون رقم ٢ لسنة ٢٠١٨ بشأن التأمين الصحي الشامل، بأنه نظام إلزامي، يقوم على التكافل الاجتماعي وتغطي مظلته جميع المواطنين بجمهورية مصر العربية، وتكون الأسرة هي وحدة التغطية التأمينية الرئيسية داخل النظام، وتحمل الدولة أعباءه عن غير القادرين طبقاً لضوابط الإعفاء التي يصدر بتحديددها قرار من رئيس مجلس الوزراء، ويقوم هذا النظام على أساس فصل التمويل عن تقديم الخدمة، ولا يجوز للهيئة تقديم خدمات علاجية أو الاشتراك في تقديمها. وعرفته المادة الثانية من اللائحة التنفيذية لهذا القانون، بأنه نظام تكافلي، يغطي جميع المواطنين المنصوص عليهم في المادة الأولى من القانون من الميلاد حتى الوفاة بكافة أنحاء الجمهورية تدريجياً، ويقدم خدماته في حالات المرض وإصابات العمل بكافة مستويات الرعاية الصحية على أساس من العدالة في تقديمها لجميع المؤمن عليهم مع وجود آلية تسمح لهم بالاختيار بين مقدمي الخدمة، ولا تشمل خدمات النظام خدمات الصحة العامة والخدمات الوقائية، وخدمات تنظيم الأسرة، والخدمات الإسعافية، والكوارث الطبيعية، والأوبئة وما يماثلها من خدمات تختص بها أجهزة الدولة الأخرى.

ومما سبق، يمكننا القول بأن التأمين الصحي هو أي برنامج تأميني يساعد الأفراد في دفع

(١) فالتأمين الصحي (Health Insurance) في الولايات المتحدة هو الطريقة الأكثر شيوعاً للدفع مقابل خدمات الرعاية الصحية، والذي بدونه - أو بدون القدرة على الدفع بأموال خاصة - لا يمكن الحصول على خدمات الرعاية الصحية، ويعرف بأنه نظام رعاية أو التغطية الصحية الشاملة. كما أنه لا يوجد نظام تأمين صحي واحد على مستوى الدولة جميعها (There is no single, nation-wide system of health insurance) ولكن الحكومة الفيدرالية ترعى عدة برامج كل واحد منها شامل للفئة التي تخضع له، وهي: الميديكير والميديكيد (Medicare and Medicaid) وبرنامج التأمين الصحي لدى مستشفيات القطاع الخاص (health insurance or the ability to pay with private funds)؛ أي من خلال التأمين الصحي الخاص والذي يتم تمويله من خلال أصحاب العمل، وهذا بشأن المدنيين بالإضافة إلى التأمين الصحي العسكري (Military Health Insurance).

Report of Pan American Health Organization: United States of America Health System, op.cit, p.16. <http://www.whitehouse.gov/infocus/medicare/health-care>.

(٢) Don R. McCanne: A National Health Insurance Program for the United States, The country must abandon its fragmented system, PLoS Medicine Review, Volume 1, Issue 2, November 2004, p. 115 and next;

Congressional Research Service (CRS): U.S. Health Care Coverage and Spending, USA, April 1, 2022, p. 1 and next. <https://crsreports.congress.gov>

نفقات الخدمات الطبية التي يحصلون عليها، سواء من خلال التأمين الذي يتم شراؤه من القطاع الخاص، أو التأمين الاجتماعي، أو برنامج الرعاية الاجتماعية الذي تموله الدولة. أي أنه وصف لأي شكل من أشكال التأمين الذي يوفر الحماية الاجتماعية من تكاليف الحصول على الخدمات الطبية^(١).

هذا وقد قضت محكمة النقض المصرية بأن جهة التأمين الصحي هي الجهة المنوط بها علاج العامل المصاب أو المريض، مع جواز تحويلها بعض الحالات الخاصة إلى المستشفيات المتخصصة عند الضرورة، كما أنه للمؤمن عليه أو للمصاب أن يختار بإرادته أن يعالج نفسه خارج الهيئة العامة للتأمين الصحي على نفقته الخاصة ودون الرجوع إلى الجهة العلاجية^(٢).

ثانياً: الفلسفة الاجتماعية التي يقوم عليها نظام التأمين الصحي الشامل:

يقوم نظام التأمين الصحي الشامل على توفير التغطية التأمينية الصحية لجميع المواطنين في شتى مراحلهم العمرية. فالمبدأ الأساسي لهذا النظام هو التضامن والتشاركية بين أطراف

(١) وبمعنى آخر التأمين الصحي عبارة عن اتفاق بين طرفين يتحمل فيه الطرف الأول النفقات المترتبة على الخدمات العلاجية المقدمة للطرف الثاني (فرداً كان أو جماعة) مقابل مبلغ محدد، يتم دفعه على هيئة أقساط. ويقوم التأمين الصحي أساساً على مفهوم توزيع الخطر المتوقع الذي قد يواجهه الفرد، مما يؤدي إلى تخفيف الأعباء والتكاليف المترتبة عند معالجة الحالات المرضية التي يتعرض لها المؤمن عليهم، وهو بذلك نظام اجتماعي يقوم على التعاون والتكافل بين الأفراد لتحمل ما يعجز عن تحمله أحدهم بمفرده، والهيئة العامة للتأمين الصحي تقوم بتقديم هذه الخدمات الطبية لقاء اشتراك رمزي معلوم.

كما عرف نظام التأمين الصحي بأنه النظام الذي يقوم على تقديم وتمويل الخدمات الطبية من خلال الهيئة العامة للتأمين الصحي. فهو النظام الذي يغطي مختلف نواحي التغطية التأمينية من خلال تقديم وتمويل الخدمة الطبية في المستشفيات وسائر المنشآت الصحية التابعة للهيئة العامة للتأمين الصحي. راجع تفصيلاً د. علاء غنام: نظام التأمين الصحي الشامل وبناء الإنسان المصري، مجلة آفاق استراتيجية، العدد ٣، مركز المعلومات ودعم اتخاذ القرار بمجلس الوزراء، يونيو ٢٠٢١م، ص ٢. مركز هردو لدعم التعبير الرقمي: قانون التأمين الصحي الجديد بعد ٥ سنوات من المداولات، القاهرة، ٢٠١٨م، ص ٩.

Alison P. Galvani: Improving the Prognosis of Healthcare in the United States, HHS Public Access, 2010, pp.2-3.

(٢) التأمين الصحي هي الجهة المنوط بها علاج العامل المصاب أو المريض. جواز تحويل بعض الحالات الخاصة إلى المستشفيات المتخصصة عند الضرورة. علة ذلك. اختيار المؤمن عليه أو المصاب بإرادته أن يعالج نفسه خارج الهيئة العامة للتأمين الصحي على نفقته الخاصة ودون الرجوع إلى الجهة العلاجية. أثره. تحمله فروق تكاليف العلاج. المادتان ٨٥، ٨٦ من ق التأمين الاجتماعي ٧٩ لسنة ١٩٧٥. مخالفة الحكم المطعون فيه ذلك. مخالفة للقانون. مفاد نص المادتين ٨٥، ٨٦ من قانون التأمين الاجتماعي الصادر بالقانون رقم ٧٩ لسنة ١٩٧٥ أن المشرع حدد الجهة المنوط بها علاج المصاب أو المريض ورعايته طبياً إلى أن يشفى أو يثبت عجزه، وهي الهيئة العامة للتأمين الصحي، لما لها من الوسائل والإمكانيات الطبية والعلاجية التي تعينها على أداء مهامها الإنسانية، وأباح المشرع - عند الضرورة - تحويل بعض الحالات الخاصة إلى المستشفيات المتخصصة عند عدم توافر الإمكانيات لديها بهدف تقديم كافة أوجه الرعاية الطبية في جميع التخصصات لجميع المؤمن عليهم، وترتيباً على ذلك فإنه إذا اختار المؤمن عليه أو المصاب بإرادته أن يعالج نفسه خارج الهيئة العامة للتأمين الصحي على نفقته الخاصة ودون الرجوع إلى الجهة العلاجية (الهيئة العامة للتأمين الصحي) أو يثبت أنها منعت عنه العلاج، فعليه أن يتحمل فروق تكاليف علاجه ثم يرجع بها - إن أراد - على صاحب العمل، دون أيأ من هينتي التأمين الصحي أو التأمين الاجتماعي، لما كان ذلك وكان الثابت بالأوراق أن المطعون ضده الأول قد قام بعلاج نفسه في مشفى خاص دون الرجوع إلى الهيئة العامة للتأمين الصحي أو الهيئة الطاعة فلا تلتزم أيأ من هاتين الهيئتين برد مصاريف علاجه، وإذ خالف الحكم المطعون فيه هذا النظر وأيد الحكم الابتدائي في قضائه بالزام الطاعة أن تؤدي إلى المطعون ضده الأول مبلغ ١٥٠٠٠ جنيه كبدل للرعاية الطبية والعلاجية، فإنه يكون قد خالف القانون"، الطعن رقم ١٠٦٧٩ لسنة ٧٩ ٧٩ قضائية الصادر بجلسة ٢/٦ / ٢٠١٨. راجع الموقع الإلكتروني لمحكمة النقض المصرية.

مختلف المجتمع والدولة؛ فهو يعمل على التخفيف من الأعباء المالية للأسر والمواطنين المشتركين في نظام التأمين الصحي والمسددين - أو مسدد عنهم كالعاملين - اشتراكات التأمين الصحي، فضلاً عن تكفل الدولة بتوفير الحماية الصحية لغير القادرين وتحملها نفقات التأمين عليهم.

١. الحكمة التشريعية من العدول عن نظام التأمين الصحي الحالي:

وقد أجابت الهيئة العامة للتأمين الصحي الشامل، عن العلة التي حثت المشرع المصري إلى العدول عن نظام التأمين الصحي الحالي واعتماد نظام التأمين الصحي الشامل، مقررته أنه^(١):

- من حق المصريين أن يعيشوا حياة صحية سليمة آمنة من خلال نظام تأمين صحي متكامل قادر على تحقيق تغطية صحية شاملة والتدخل المبكر ضد الأمراض والإصابات لكافة المواطنين، بما يكفل الحماية المالية لغير القادرين، كما أن هذا التغيير كان ضرورياً لعدم قدرة التأمين الصحي السابق على توفير التغطية التأمينية لجميع المواطنين، خاصة غير الخاضعين لتغطية وغير القادرين، والعمالة غير المنتظمة، وأصحاب الأعمال، وطلبة الجامعات وبقيّة أفراد أسرة الخاضعة لنظام التأمين الصحي المعمول به.

- أن فصل التمويل عن تقديم الخدمة في نظام التأمين الصحي الشامل، يعد أحد أهم العوامل التي تؤدي إلى تحسين جودة الخدمة، ورفع كفاءة الأداء، ووجود محاسبة حقيقية، وتحقيق استجابة مقدمي الخدمة لاحتياجات وتوقعات المواطنين حيث يقوم النظام الجديد على شراء خدمة الرعاية الصحية من كافة مقدمي خدمات الرعاية الصحية.

٢. أهداف نظام التأمين الصحي الشامل:

لنظام التأمين الصحي الشامل الجديد، أهداف عديدة، منها ما يلي^(٢):

- أ. تلافي المثالب التي طالما قللت من فعالية نظام التأمين الصحي الحالي، من حيث ضعف عنصر الاستدامة المالية للنظام الصحي الحالي، وعدم قدرة هذا النظام الأخير على تغطية جميع فئات المجتمع سيما العمالة غير المنتظمة، وعدم رضا المنتفعين عن جودة الخدمة المقدمة.
- ب. النهوض بصحة المواطنين وفق قواعد العدالة والحماية الاجتماعية، في سبيل تحقيق التغطية الصحية الشاملة لجميع الأفراد.
- ج. العمل على توفير مستلزمات التغطية الصحية الشاملة؛ من بنية تحتية للمنشآت الصحية وضمان جودة الخدمات المقدمة وتوفير الخدمات الوقائية والعلاجية للقادرين وغير القادرين.
- د. حوكمة قطاع الصحة، من حيث تفعيل قواعد الرقابة الصارمة وشفافية عرض البيانات الدقيقة التي ترتب اتخاذ قرارات صحية، وتحسين كفاءة إدارة موارد القطاع الصحي في ظل المساءلة.

ولذا يمكن للتغطية الصحية الشاملة - في الولايات المتحدة الأمريكية - أن تحقق عددة أهداف، وهذه الاعتبارات ليست مطلقة ويجب أن تكون متوازنة مع بعضها البعض وكذلك ضد

(١) وراجع أيضاً الموقع الرسمي لهيئة الرعاية الصحية:

<https://www.uhia.gov.eg/#hfaq-post-1015>.

أمجد حمدي: ما بعد كورونا: إصلاح النظام الصحي المصري، مرجع سابق، ص ٢.
(٢) د. علاء غنام: نظام التأمين الصحي الشامل وبناء الإنسان المصري، مرجع سابق، ص ٣.

المخاوف الأخرى^(١):

✍ التوزيع العادل Fair distribution:

يجب أن تستند التغطية واستخدام الخدمات على الحاجة و ينبغي إعطاء الأولوية للسياسات التي تفيد الفئات الأشد سوءاً، الصحة والخدمات الصحية للأفراد والمجتمع ، والحق في الصحة، والمسؤولية الجماعية عن الوصول بأسعار معقولة. على وجه الخصوص، لا ينبغي إنكار أي شخص تغطية الخدمات ذات الأولوية العالية لمجرد أنه فقير وغير قادر على الدفع.

✍ فعالية التكلفة Cost-effectiveness:

ينبغي إعطاء الأولوية للسياسات الأكثر فعالية من حيث التكلفة. عادة ما تكون الأولوية للسياسات الفعالة من حيث التكلفة هي الدافع وراء الهدف المتمثل في تحقيق أقصى قدر من الصحة الفوائد ، أي الحصول على أكبر قدر ممكن من الفوائد من الموارد المتاحة.

✍ المساهمة العادلة Fair contribution:

يجب أن تستند المساهمات في النظام الصحي إلى القدرة للدفع ولا تحتاج، وتتطلب المساهمة نظاماً يعتمد على الدفع المسبق والتجميع الإلزامي من الأموال.

٣. أهم المزايا التي يوفرها نظام التأمين الصحي الشامل للمواطنين وأسرهم:

يوفر نظام التأمين الصحي الشامل للمنتفعين منه، عدداً كبيراً من الخدمات الصحية، وهي:

- طبيب الأسرة والممارس العام.
- الأطباء الاختصاصيين ويتضمن طب وجراحة الأسنان.
- العلاج والإقامة بالمستشفيات وإجراء العمليات الجراحية وأنواع العلاج الأخرى.
- الخدمات التشخيصية التصويرية والمعملية.
- الخدمات التأهيلية وصرف الأجهزة التعويضية.
- صرف الأدوية.
- الرعاية الطبية المنزلية عند الاقتضاء.
- السفر للعلاج بالخارج (طبقاً للضوابط الخاصة بذلك).
- صرف أدوية الأورام والأمراض المزمنة مجاناً.

وعليه، فإن هذا النظام الجديد، يهدف - وفقاً لما أعلنته الهيئة ذاتها - إلى خفض معدلات الفقر والمرض عن طريق نقل العبء المالي المترتب على حدوث المرض من الدخل الفردي للمواطن الى نظام مالي قوي لديه القدرة المالية لتحمل هذا العبء، والعمل على توفير الحماية الطبية الكاملة للأسرة مقابل تسديد الاشتراكات للأسرة القادرة، أما الأسرة غير القادرة فتتحمل الخزانة العامة العبء المالي للتغطية الصحية نيابة عن تلك الأسر، مما يساعد على تجنب المواطن مواجهة إنفاق كبير على الصحة له ولأسرته وهو ما يؤدي الى تحسين معيشة

^(١) Trygve Ottersen and others: Making fair choices on the path to universal health coverage, Final report of the WHO Consultative Group on Equity and Universal Health Coverage, World Health Organization, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, 2014, p.3. The World Health Organization are available on the WHO web site (www.who.int).

المواطنين^(١).

وبمعنى أدق كانت فكرة إعداد نظام تأمين صحي شامل وموحد نشأت أساساً كحل جذري لعلاج مشاكل نظام التأمين الصحي الحالي والمتمثلة في ضعف ملاءته المالية وعدم قدرته على تغطية جميع فئات المجتمع سيما تلك المفتقدة إلى الحماية الصحية كالعمالة الموسمية وغير المنتظمة وربات المنازل. فضلاً عن إشكالية زيادة معدلات خروج المشتركين من النظام من ذوي الدخل المرتفعة والتكلفة المنخفضة مما أثر سلبياً على تمويل النظام إلى جانب تحصيل اشتراكات على جزء محدود من دخول المشاركين ما أضعف مصادر تمويله. وكذلك عدم رضا المشاركين عن مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة فيه مما أدى إلى توجه شرائح كبيرة من المواطنين إلى القطاع الصحي الخاص^(٢).

ثالثاً: أهم مظاهر الاختلاف والتكامل بين نظام التأمين الصحي الحالي ونظام التأمين الصحي الشامل:

بينما يستهدف نظام التأمين الصحي الشامل تغطية جميع المواطنين، فإن التأمين نظام صحي لا يغطي كل المواطنين كما أنه النظام يجعل من الفرد هو وحدة التغطية التأمينية، بينما تتمثل هذه الأخيرة في الأسرة بأكملها وفقاً للنظام الجديد الشامل.

أما عن العلاقة بين التأمين الصحي والتأمين الصحي الشامل في المرحلة الانتقالية، حتى تطبيقه على كافة محافظات الجمهورية، فإنه بمجرد دخول نظام التأمين الصحي الشامل إلى المحافظة وفقاً للمراحل المحددة في القانون، سيتم توفير التغطية الصحية لكافة المواطنين بهذه المحافظة، ومن ثم تمتع كافة أفراد الأسرة بكافة الخدمات العلاجية، علماً بأن حزمة الخدمات والمزايا الصحية المقدمة في هذا النظام الجديد لا تقل عن الحزمة المقدمة في نظام التأمين الصحي الحالي، وفي حالة المرض للمؤمن عليه أثناء تواجده بمحافظة أخرى خارج نظام التطبيق، سيتم الالتزام بتوفير الخدمة الصحية والعلاج من خلال تعاقد هيئة التأمين الصحي الشامل مع شبكة مقدمي الخدمة الصحية المعتمدة في هذه المحافظة، وسيتم تحصيل الاشتراكات الجديدة عن الأسرة بأكملها لصالح نظام التأمين الصحي الشامل ولن تدفع مرة أخرى كنسبة من اشتراكات التأمينات الاجتماعية^(٣).

ويشترط للانتفاع بخدمات التأمين الصحي وفقاً للنظام الجديد، أن يكون المنتفع منه مشتركاً في النظام، ومسدداً للاشتراكات أو من غير القادرين الذين تتحمل عنهم الخزنة العامة عبء

^(١) <https://www.uhia.gov.eg/#hfaq-post-1015>.

^(٢) وفي تعليقه عن تقييم النظام الصحي ذكر مركز هردو لدعم التعبير الرقمي في أحد تقاريره أن الوضع الحالي لنظام التأمين الصحي المصري بحاجة إلى كثير من الإصلاحات ويؤثر سلبياً على أداء المنظومة الصحية. كما أنه انعكاس لفكرة "الخصخصة" بعينها، والتي تعكس توغل للقطاع الخاص بشكل مبالغ فيه وحماية صحية شبه منعدمة، وكذلك جودة ضعيفة للخدمات، مما أدى إلى ارتفاع نفقات الرعاية والخدمات الطبية؛ فمثلاً بلغ إجمالي ما ينفقه المصريون من دخولهم الجارية على الرعاية الصحية ما لا يقل عن (٧٢ ٪) من إجمالي الإنفاق على الصحة. وهذا التصاعد المستمر للإنفاق الذاتي من جيوب المواطنين المباشر للحصول على الخدمات الصحية والدواء، تزامناً مع التراجع المستمر للإنفاق العام على الصحة، أدى إلى خروج قطاع كبير من المواطنين خارج نطاق النظام الصحي العام وخاصة الشرائح الأفقر والمهمشة من العمالة غير المنظمة، إضافة إلى تزايد العوائق المالية والجغرافية المؤدية إلى عدم إتاحة الخدمات الصحية، مع استمرار التردّي في جودة الخدمات المقدمة في القطاعات الصحية العامة، الأمر الذي يزيد من عشوائية النظام الصحي. راجع تفصيلاً: مركز هردو لدعم التعبير الرقمي: قانون التأمين الصحي الجديد، مرجع سابق، ص ٩.

^(٣) د. علاء غنام: نظام التأمين الصحي الشامل وبناء الإنسان المصري، مرجع سابق، ص ٢.

الاشتراكات، وإذا لم يشترك أو تخلف عن السداد يربط انتفاعه بخدمات التأمين الصحي الشامل بسداد الاشتراكات المتأخرة دفعة واحدة أو بالتقسيط فيما عدا حالات الطوارئ، ولا يوجد استثناء من تطبيق نظام التأمين الصحي الشامل؛ باعتبار أن هذا النظام نظام تكافلي، يكفل فيه الغني الفقير، والسليم المريض، والعامل غير العامل، ولذا فهو نظام الزامي على جميع المواطنين المصريين المقيمين داخل الدولة، بينما يعد اختياريًا في جانب المصريين العاملين بالخارج، إن شاءوا اشتركوا فيه وإن لم يشاءوا فلا إلزام عليهم. ويشمل نظام التأمين الصحي الشامل، الأشخاص ذوي القدرات والاحتياجات الخاصة؛ حيث تلتزم الدولة بسداد اشتراك المؤمن عليه منهم، ممن لا يوجد لأسرهم مصدر دخل كافي.

رابعاً: دور منظمة الصحة العالمية في إرساء قواعد نظام التأمين الصحي الشامل:

قدمت منظمة الصحة العالمية إرشادات عملية حول كيفية إصلاح الدول لأنظمة التأمين الصحي لديها، وذلك في تقريرها المعنون له بتقرير الصحة العالمي لعام ٢٠١٠م، والذي كان يستهدف الوصول بنظام الرعاية الصحية في مختلف الدول إلى مرحلة التغطية الصحية الشاملة. وبالفعل ومنذ ذلك الحين طلبت أكثر من سبعين دولة دعم السياسات والمشورة الفنية لمثل هذا الإصلاح من منظمة الصحة العالمية. ومن جانبها، وبدعوة من منظمة الصحة العالمية، وضعت جمعية الصحة العالمية، في عام ٢٠١١، خطة عمل لتقديم هذا الدعم والمشورة للدول التي ترغب في تبني تشريعات للتأمين الصحي الشامل، وتم إنشاء المجموعة الاستشارية التابعة لمنظمة الصحة العالمية بشأن الإنصاف والتغطية الصحية الشاملة لتطوير الإرشادات حول أفضل الممارسات لمعالجة القضايا المتعلقة بتحقيق العدالة والإنصاف في مجال التغطية الصحية الشاملة^(١).

ومنذ عام ٢٠١١م فقد تم التأكيد مرارًا وتكرارًا على الحاجة الملحة لإحراز تقدم ملموس في مجال التغطية الصحية الشاملة، ومن ذلك على سبيل المثال ما تم التأكيد عليه في بيان بانكوك بشأن التغطية الصحية الشاملة وإعلان مكسيكو سيتي السياسي بشأن التغطية الصحية الشاملة، وعلاوة على ذلك، فقد أصدرت الجمعية العامة للأمم المتحدة، في أواخر عام ٢٠١٢م، قرارًا يؤكد على مسؤولية الحكومات عن "تكثيف الجهود بشكل عاجل وكبير لتسريع وتيرة الانتقال إلى خدمات رعاية صحية جيدة وبأسعار معقولة وأكثر شمولية، ثم أصدرت منظمة الصحة العالمية تقرير الصحة العالمية لعام ٢٠١٣م بشأن البحث عن سبل التغطية الصحية الشاملة، والذي أكد على الحاجة إلى إحراز تقدم واضح نحو التغطية الصحية الشاملة وانتقاء أفضل الوسائل لتحقيقها.

وقد وضعت المنظمة خطة النهوض بالتغطية الصحية الشاملة على رأس أولوياتها في برنامج العمل العام الثاني عشر خلال الفترة ٢٠١٤-٢٠١٩م، وكانت التغطية الصحية الشاملة

(١) وقد أيدت الدول الأعضاء في منظمة الصحة العالمية (WHO) التغطية الصحية الشاملة كهدف، وذكرت أنه يجب زيادة تطوير النظم الصحية من أجل ضمان الوصول إلى الخدمات الضرورية مع توفير الحماية من المخاطر المالية، والعدالة والإنصاف في الحصول على التغطية الصحية الشاملة.

"Universal health coverage (UHC) is defined as all people receiving quality health services that meet their needs without being exposed to financial hardship in paying for the services". The World Health Organization is available on the WHO web site (www.who.int).

موضوعاً رئيسياً في المداولات التي أجريت حول خطة التنمية لما بعد عام ٢٠١٥، وقد انعكس اهتمام منظمة الصحة العالمية على المنظومات الصحية في العديد من البلدان التي رحبت بمبادراتها^(١).

هذا، وتتمثل سبل تحقيق التغطية الصحية الشاملة، وفقاً لمنظمة الصحة العالمية، في ثلاثة محاور رئيسية، يتعين على الدول تضمينها في التشريعات المنظمة للتأمين الصحي لأفرادها؛ أولها: توسيع الخدمات الصحية ذات الأولوية، وثانيها: إدراج المزيد من المستفيدين، وثالثها: تقليل المدفوعات التي يتحملها المستفيدون. بيد أن تحقيق هذه الأهداف مجتمعة عادة ما يمثل صعوبة للكثير من البلدان، وهو الأمر الذي عادة ما يحملها إلى تغليب محور أو أكثر على ما سواه.

(١) للمزيد من التفاصيل؛ انظر:

Trygve Ottersen and others: Making fair choices on the path to universal health coverage, Final report of the WHO Consultative Group on Equity and Universal Health Coverage, op.cit, p.3. The World Health Organization are available on the WHO web site (www.who.int)

المطلب الثاني

جائحة كورونا ودورها في

إظهار قصور النظم الصحية في مختلف الدول

أثار انتشار فيروس كورونا في كافة أنحاء المعمورة، الذعر في نفوس الأفراد والحكومات على حد سواء، حتى لُقّب "بالجائحة"، هذه الأخيرة التي خلفت أزمات اقتصادية ضخمة في العديد من الأنشطة والقطاعات التي لحقت بها خسارات فادحة، وفي المقابل أفسحت المجال لقطاع الخدمات الطبية لتحقيق أرباح هائلة جراء تحول اهتمام الحكومات والأفراد إلى حماية الحق في الحياة لا الحق في الصحة فقط. وبعيداً عما إذا كانت بعض القطاعات قد حققت أرباحاً أم منيت بخسائر، فإن مختلف الفئات العاملة في القطاع الصحي لكل دولة، قد باتوا ملتزمين بتقديم الخدمات الصحية لكافة المصابين بفيروس كورونا، سواء أكانوا عمالاً أو غير عمال، وسواء أكانوا عمالاً مؤمناً عليهم أم لا؛ حيث تجاوز الأمر في ظل هذه الجائحة أية اعتبارات أخرى غير اعتبار الإنسانية، ومن ثم الحفاظ على حيوات الأفراد بعيداً عن مراكزهم وصفاتهم؛ فالنظام الصحية للدولة قائم على توفير الأمان الصحي لسائر المواطنين سيما في ظل الأوبئة والجوائح^(١).

أولاً: التعريف بجائحة كورونا:

جائحة فيروس كورونا أو جائحة كوفيد-١٩، والمعروفة أيضاً باسم جائحة كورونا، هي جائحة عالمية لمرض فيروس كورونا ٢٠١٩ (كوفيد-١٩)، سببها فيروس كورونا المرتبط بالمتلازمة التنفسية الحادة الشديدة (سارس - كوف-٢)^(٢). وقد تفشى هذا المرض للمرة الأولى في مدينة ووهان الصينية في أوائل شهر ديسمبر عام ٢٠١٩م، وقد أعلنت منظمة الصحة العالمية بشكل رسمي، أن تفشي الفيروس يُشكل حالة طوارئ صحية عامة تبعث على القلق الدولي- وذلك في ٣٠ يناير ٢٠٢٠، وأكدت تحول الفاشية إلى جائحة يوم ١١ مارس من العام ذاته^(٣).

ثانياً: آثار جائحة كورونا على الصحة العامة The Corona Pandemic Impact

:General Health

لقد تسبب تفشي جائحة كورونا في المزيد من الآثار السلبية على صحة العاملين وسائر

(١) Hannah L. Maxey and Connor W. Norwood: The U.S. Health System, op.cit, p.40, profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/277869024>.

(٢) أ. زيد كمال أحمد المومني: آثار جائحة كورونا على عقود العمل، رسالة ماجستير، كلية الحقوق، جامعة الشرق الأوسط، عمان، ٢٠٢١م، ص ٢٦.

(3) Anna Sagan and others: Health systems resilience during COVID-19, op.cit, p.21.

وقد تجاوز عدد المصابين بفيروس كورونا أكثر من ٥٧٤ مليون إصابة بكوفيد-١٩ في أكثر من ١٨٨ دولة ومنطقة حتى تاريخ ٢٩ يوليو ٢٠٢٢م، وبلغ عدد المتوفين جراء الإصابة بهذا الفيروس أكثر من ٦,٣٩ مليون شخص، بالإضافة إلى تعافي أكثر من مليون مصاب، وتعتبر الولايات المتحدة الأمريكية أكثر الدول تضرراً من هذه الجائحة، حيث سجلت أكثر من ٢٥٠% من مجموع عدد الإصابات المؤكدة. وللمزيد من التفاصيل؛ انظر ويكيبيديا الموسوعة الحرة؛ الرابط التالي:

<https://ar.wikipedia.org/wiki/%D8%AC%D8%A7%D8%A6%D8%AD%D8%A9%D9..>

الأفراد^(١)؛ فمن ناحية أولى، كان العاملون وما زالوا عرضة للإصابة بكورونا، أثناء ذهابهم إلى أو إيابهم من العمل أو داخل المنشآت، سيما في المنشآت الصحية والتي يُعد أفرادها أكثر عرضة للإصابة، سواء من ملامسة أشخاص أو أسطح تحمل الفيروس أو من خلال تنفس الهواء المحمل بالفيروس، مع ما يمثله ذلك من آثار سلبية على صحة العاملين وهم أهم موارد الإنتاج في أي منشأة؛ من مرض أو عجز، بل قد يصل الأمر إلى الوفاة نتيجة الإصابة بهذا الفيروس. وفيما يتعلق بآثار جائحة كورونا على الصحة العامة للمواطنين؛ فقد خلفت آثارًا كبيرة من حيث تفشي المرض وكثرة عدد المرضى، وارتفاع نسب الوفاة، فضلاً عن معاناة المتعافين من هذا الفيروس من حالة عدم الاستقرار الصحي خلال فترة التعافي، وقيام احتمالية تدهور حالته مرة أخرى.

لذا، فقد سارعت الدول إلى اتخاذ الإجراءات الاحترازية للحد من انتشار الفيروس، من خلال تخصيص مستشفيات للعزل وزيادة عدد الأجهزة الطبية، لا سيما أجهزة التنفس الصناعي، واستيراد أو تصنيع العقاقير واللقاحات الطبية وغيرها، وذلك للحفاظ على الصحة العامة للمواطنين.

ولعل من أهم الآثار التي نتجت عن تفشي فيروس كورونا المستجد، عمليات الإغلاق الواسعة للعديد من المنشآت، وما تبع ذلك من تضرر اقتصاديات كافة الدول جراء هذا الإغلاق؛ فعلى سبيل المثال، لقد تضرر الاقتصاد الأمريكي في غضون أسابيع قليلة؛ حيث ارتفعت نسبة العاطلين عن العمل في الولايات المتحدة في مارس وأبريل ٢٠٢٠ إلى رقم قياسي بلغ ٢٣.١ مليون، ووصل معدل البطالة الرسمي إلى ١٤.٧%. وقد توقع معظم الاقتصاديين مرور فترة طويلة لاستعادة الانتعاش الاقتصادي، وأن هناك بعض الأنشطة كالعمل في المطاعم والسفر، والتنقل وغيرها من المحتمل أن تتأثر بفعل المخاطر الصحية المستمرة التي يشكلها فيروس كورونا ومستجداته لأشهر أو لسنوات طويلة قادمة. ففقدان الأفراد لوظائفهم مفاده فقدانهم الاشتراك في تغطية التأمين الصحي الذي كان يمول من خلال عملهم، فالخسائر في العمالة بهذا الحجم يحتمل أن يكون لها تأثيرات عميقة على التغطية التأمينية الصحية للعديد من الأمريكيين^(٢).

وبمعنى أدق نجد أن سائر المنشآت تكاد تكون في حالة طوارئ منذ تفشي الموجة الأولى لفيروس كورونا؛ حيث ضرورة اتخاذ الاحتياطات والتدابير الاحترازية التي يجب توفيرها لحماية العمال من أخطار بيئة العمل. وحال الإصابة بهذا الفيروس، فتلتزم بتوفير العلاج والرعاية الطبية، في مستشفيات التأمين الصحي أو غيرها وفقاً لما تم الاتفاق عليه مسبقاً، باعتبار

(١) مواقع رسمية في الولايات المتحدة الأمريكية:

See the Financial Repercussions from COVID-19 section in Board of Governors of the Federal Reserve System. *Report on the Economic Well-Being of U.S. Households in 2019 – May*. Washington: Board of Governors of the Federal Reserve System; 2020. Bureau of Labor Statistics. Employment Situation News Release.

https://www.bls.gov/news.release/archives/empisit_05082020.htm. Published May 8, 2020. Accessed July 7, 2020.

(٢) Jessica Banthin and others: Changes in Health Insurance Coverage Due to the COVID-19 Recession: Preliminary Estimates Using Microsimulation, Timely Analysis of Immediate Health Policy Issues, JULY 2020, p.2.

ذلك مرضًا مهنيًا^(١).

وتطبيقًا لما سبق فقد أوضحت المحكمة العليا الأمريكية أثر جائحة كورونا على صحة الفرد وعلى الصحة العامة، حيث ذكرت أنه من حق كل فرد في المجتمع التمتع بالصحة الجيدة وكفالة تقديم الرعاية الصحية له سيما في أوقات الأوبئة والأزمات. ولذا فقد أصدر وزير الصحة قرارًا محددًا أحقية كل فرد تلقى اللقاحات التي تحميه من الأوبئة ومن ذلك تطعيم العاملين في مجال الرعاية الصحية ضد فيروس كورونا (كوفيد-19/COVID-19) والذي يُعد ضروريًا لصحة وسلامة الأفراد الذين يقدموا الرعاية والخدمات، فضلاً عن تطعيم كافة الأفراد المقيمين على أرض الدولة. وإذا كان أهم بشأن العاملين في المجال الصحي فذلك يستند إلى البيانات التي تظهر أن فيروس COVID-19 يمكن أن ينتشر بسرعة بين العاملين في مجال الرعاية الصحية، ومنهم إلى المرضى، وأن هذا الانتشار يكون أكثر احتمالاً عندما يكون عمال الرعاية الصحية غير محصنين، بالإضافة إلى التهديد الذي يشكله انتقال العدوى في حد ذاته. ولذا فقد شكل هذا الفيروس تهديداً خطيراً على صحة وسلامة الأفراد وعلى الصحة العامة في المجتمع^(٢).

ولعل الأثر الإيجابي الوحيد لوباء كورونا هو تنبيه الدول لضرورة إصلاح منظوماتها الصحية، والعمل على تحقيق العدالة في تقديم الخدمات الطبية، وعدم تسليعها، وكفالتها لكافة الأفراد. فقد شهد الواقع العملي تفشي فيروس كورونا بسرعة فائقة، ليس محلياً فحسب، بل على مستوى العالم بأسره، حتى إن سرعة انتشاره قد كشفت لكافة الدولة عدم قدرة أنظمتها الصحية على مواجهة آثاره^(٣)، ومن ثم ضرورة بناء منظومات صحية قوية تقوى على مواجهة الأوبئة والفيروسات وتوفير تغطية صحية شاملة لأفراد المجتمع، فعملت على تصنيع اللقاحات وتطوير العديد من الأجهزة الطبية، وعلى وجه الخصوص أجهزة التنفس الصناعي والمستشفيات الميدانية وغيرها^(٤).

ثالثاً: السمات الرئيسية لجائحة كورونا^(٥):

كورونا ليست وباء- تتزايد معه حالات الإصابة في منطقة جغرافية محددة عن المعدل

^(١) John Howard and Frank Hearl: Occupational Safety and Health, Ph.D.thesis, H.wayne Huizenga School of Business, Nova Southeastern University, 2004, p.82.

^(٢) Supp. Court; Joseph R. Biden, JR. v. Missouri ET AL. Xavier Becerra, secretary of health and human services, applications 21 A 241, v. Louisiana ET AL. President of the United States, ET AL. applications 21 A 240, [January 13, 2022]. Supreme Court of the United States Nos. 21A240 and 21A241.

^(٣) Hannah L. Maxey and Connor W. Norwood: The U.S. Health System, op.cit, p.40, profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/277869024>.

^(٤) أمجد حمدي: ما بعد كورونا: إصلاح النظام الصحي المصري، مرجع سابق، ص ٤.

^(٥) Report of Pan American Health Organization: United States of America Health System op.cit, p.17. <http://www.whitehouse.gov/infocus/medicare/health-care>

يوسف أحمد نوافلة: مدى تأثير جائحة كورونا على عقود العمل في سلطنة عمان والأردن، مجلة القانون والأعمال، كلية العلوم القانونية والاقتصادية والاجتماعية، جامعة الحسن الأول، عمان، ٢٠٢٠، ص ١٣٤؛ أ. زيد كمال أحمد المومني: آثار جائحة كورونا على عقود العمل، مرجع سابق، ص ٢٦؛ د. أحمد السيد الشوبري: التكييف القانوني لفيروس كوفيد ١٩ وأثاره القانونية على الالتزامات التعاقدية بعقد العمل الفردي، في ظل قانون العمل رقم ١٢ لسنة ٢٠٠٣، د.ن، ٢٠٢١، ص ٣٠١.

الطبيعي لها، بل جائحة ينتقل معها المرض لا من منطقة إلى أخرى داخل الدولة الواحدة، بل أيضاً من دولة إلى أخرى وبمعدلات إصابة مرتفعة ومتسارعة جداً، وتصاحبها حالات وفيات كثيرة، وآية ذلك أنها اجتاحت العالم كله واستوجبت تطبيق حالة الطوارئ واتخاذ التدابير والتوجيهات اللازمة لمواجهتها، بل تطلبت تعديل بعض التشريعات.

خلفت جائحة كورونا آثاراً سلبية غير مسبقة في المجالين الاقتصادي والاجتماعي؛ فألقت بظلالها على مختلف الأنشطة والقطاعات الاقتصادية، ما عدا قطاع الخدمات الطبية، وكان لها أكبر الأثر في رفع معدلات البطالة والفقر وتخفيض الأجور وغير ذلك من آثار.

ألقت جائحة كورونا بآثارها السلبية على كافة العقود؛ حيث إنها أثرت على العديد من العقود، سواء بالإيقاف أو التأجيل أو التعديل أو الإنهاء، وبصفة خاصة على عقود العمل.

رابعاً: التكيف القانوني لجائحة كورونا:

تباينت الاتجاهات الفقهية والبحثية بصدد تكيف جائحة كورونا من الناحية القانونية؛ أتأخذ حكم القوة القاهرة أم تدرج في عداد الظروف الطارئة أم تأخذ حكماً مختلفاً؟!، وذلك على النحو التالي:

الاتجاه الأول: مدى إمكانية اعتبار جائحة كورونا قوة القاهرة وآثار ذلك؟

باديء ذي بدء، لم يعرف المشرع المصري القوة القاهرة، ولكن تناول أثرها على تنفيذ العقد^(١)، ويمكن القول بأن القوة القاهرة أو الحادث الفجائي ينصرف إلى الواقعة التي لا يمكن توقعها ويستحيل دفعها ولا صلة للمدين بها، ويترتب عليها استحالة تنفيذ الالتزام؛ كالظواهر الطبيعية والفيضانات والعواصف والحرائق والأوبئة التي تمثل جوائح^(٢). والمستقر عليه وفقاً للقواعد العامة، أن تحقق القوة القاهرة يؤدي إلى إعفاء المدين من التزاماته؛ لانقضاء الخطأ الموجب للمسئولية في جانبه، وعلى سبيل المثال إذا كانت القوة القاهرة لا تؤدي إلى إنهاء عقد العمل؛ عند عدم توافر الشروط المتطلبة في هذه الحالة فتؤدي إلى تعديله؛ بحيث يجوز لصاحب العمل عند توافر قوة القاهرة إجراء تعديل جوهري لعقد العمل، فيكون له تكليف العامل بعمل آخر يختلف جذرياً عن نظيره المنوط به أدائه، وعندئذٍ يجب على صاحب العمل إثبات وجود القوة القاهرة التي تؤدي إلى تعديل عقد العمل تعديلاً جوهرياً، في حين أنه لا يجوز له إنهاء عقد العمل، وإلا انصف هذا الإنهاء بعدم المشروعية لانتقاده الشروط الواجب توافرها^(٣). وتطبيقاً

(١) وقد عرّف بعض الفقه القوة القاهرة بأنها حادث خارجي لا يمكن توقعه ولا دفعه، ويؤدي مباشرة إلى وقوع الضرر، في حين ذهب البعض الآخر إلى أنها صورة من صور السبب الأجنبي الذي يقتضي وجوده إعفاء المدين من المسؤولية، شريطة أن تكون الواقعة غير ممكنة التوقع ومستحيلة الدفع ويترتب عليها استحالة تنفيذ الالتزام؛ راجع تفصيلاً د. محمد لبيب شنب، د. أسامة أبو الحسن: الوجيز في مصادر الالتزام، الإسرء للطباعة، ٢٠٠٨، ص ٣٨١، وقد ذهبت محكمة النقض الفرنسية إلى أن القوة القاهرة تعد حادث خارجي مستحيل التوقع ومستحيل الدفع، ويؤدي إلى إنتهاء عقد العمل، ولا يرجع هذا الحادث إلى خطأ أي من طرفي عقد العمل.

Cass.Soc. 12 février 2003, mentionnée au Linda Zaine: La fin du contrat de travail adurée déterminée, Faculté de droit Virtuelle, Université Lyon3, novembre 2011, p. 10.

(٢) علا فاروق صلاح عزام: إنهاء عقد العمل غير المنفذ، دراسة مقارنة، مجلة القانون والاقتصاد، كلية الحقوق، جامعة القاهرة، العدد الثاني ٢٠١٦، ص ٢٠.

(٣) راجع: (الطنع رقم ٩٥٢٦، سنة ٦٦ ق، ٢٠١١/٤/١٣)، متاح على الموقع الإلكتروني لمحكمة النقض

لذلك، قضت محكمة النقض المصرية بأنه: "تعتبر استحالة تنفيذ، عدم وجود الأدوات الصحية اللازمة لأداء العمل في السوق المحلي، الأمر الذي أدى بالمدعى عليه إلى تخفيض عدد العمال، وهذه الاستحالة لا يد للمدعي فيها، وأن ذلك كان سبباً لفسخ عقد المدعي، ومن ثم يتبين أن الفسخ لم يقع نتيجة تعسف المدعي عليه، وإنما كان سبباً خارجاً عن إرادته، وبذلك فلا مسؤولية عليه، ويكون طلب التعويض عنه لا سند له^(١)".

وعلى ضوء ما تقدم، يتعين لإضفاء وصف القوة القاهرة على جائحة فيروس كورونا، أن يتحقق في جانبها وصف عدم التوقع أو عدم القابلية للتوقع، وكذا عدم القدرة على دفعها، وهذه الأوصاف وإن كانت تبدو متحققة في ظل الظهور الأول لفيروس كورونا في بعض الدول، فإنها تعد منتفية في جانبها في المراحل التالية لظهوره في دول أخرى، وفي ظل تحوره لأكثر من سلالة؛ فبعدما أعلنت الدول التي انتشر فيها فيروس كورونا عن ظهوره وانتشاره، فقد تعين على الدول الأخرى التحسب له، وبالتالي أصبح لديها القدرة على توقع ظهوره فيها في حال لم تتخذ الإجراءات والتدابير الكفيلة بتجنبه، وداخل الدول الواحدة التي ظهر فيها هذا الفيروس، قد أضحى بمقدورها توقع ظهور سلالة جديدة منه كنتيجة طبيعية لعملية التحور التي تتميز بها الفيروسات^(٢).

وبالتالي توجب عليها أن تتخذ من التدابير ما يحذر من انتشار هذه السلالة الجديدة. وعلى ضوء ذلك كله، يبرز التزام أصحاب المنشآت بتأمين وسائل الحماية اللازمة للحيلولة دون إصابة العاملين بهذه المنشآت، وعلى وجه الخصوص العاملين في المنشآت الصحية^(٣).

الاتجاه الثاني: مدى إمكانية اعتبار جائحة كورونا ظرفاً طارئاً وآثار ذلك؟

يقوم هذا الاتجاه على أنه إذا كان فيروس كورونا قد سبب رعباً وفزعاً للعالم أجمع، في مراحل الأولى، وما أسفر عنه من تغيرات جمة على كافة الأصعدة الاقتصادية والاجتماعية والصحية، جعلت منه جائحة اجتاحت العالم أجمع، فإنه ما لبث أن أصبح خطره متوقعاً مع تحوره من سلالة إلى أخرى؛ حيث أصبح بإمكان أي دولة أن تتخذ من الإجراءات الاحترازية الكفيلة بمواجهتها، وهو ما يمكن القول معه بأن جائحة كورونا تمثل ظرفاً طارئاً، بما يستتبعه ذلك من التخفيف من الإرهاق الذي ينتج عن الالتزام بتنفيذ العقد وفقاً لبنوده، كأن يستحيل على المنشآت التي تعاقدت على استيراد مواد خام من الخارج ومع انتشار فيروس كورونا تعثر هذا الاستيراد، فالاستحالة هنا تمثل استحالة زمنية مؤقتة فحسب؛ لأن الأطراف أو المتعاقدين قد باتوا

المصرية.

<http://www.CC.gov.eg/Courts/Cassation-Court/Labor-Court.aspx>

(١) محكمة شئون العمال الجزئية، القاهرة، الدائرة الثامنة، القضية ٥١٤٢ لسنة ١٩٦١، جلسة ١٩٦٢/٦/٢٦؛ مثبت في عصمت الهواري، مرجع سابق، ص ٥٣٣.

(٢) انظر في نفس المعنى: د. أحمد السيد الشوبري: التكييف القانوني لفيروس كوفيد ١٩، مرجع سابق، ص ٣٠١.

(٣) Brain Arbetter: U.S. Employment law for global employers, Baker & McKenzie publisher, 2011, p. 1018. Bruce Kaufman: Theoretical perspectives on work and the Employment Relationship, Cornell University, ILR School, 2004, p.247. Celeste M. Black: Employment disputes: the implications of taxing of settlement receipts as eligible termination payments, Journal of an Australian taxation, n^o1, vol.10, 2007, p.28.

متوقعين تحوره^(١). وعليه، إذا كان انتشار جائحة كورونا في مراحلها الأولى، يُعتبر من قبيل القوة القاهرة التي تجعل تنفيذ الالتزام مستحيلًا، والتي يترتب عليها فسخ عقد العمل لاستحالة التنفيذ، في حين أنها تعد في مراحلها المتلاحقة والأخيرة تعد بمثابة الطرف الطارئ الذي يتيح لطرفي العقد مكنة طلب التخفيف من إرهاب الالتزامات فحسب، ولا يتيح لهم طلب إنهاء العقد سيما بعد توافر اللقاحات والتدابير الصحية اللازمة^(٢).

وجملة ما سبق، أن أزمة كورونا قد أثبتت عدم قدرة النظم الصحية التقليدية في مختلف الدول على مواجهة خطر المرض، وضعف قدرتها في السيطرة على الأوبئة والفيروسات. فما كانت تعتته بعض البلدان من الاهتمام بالجانب العلاجي لم يسعفها في فترة الأزمة، ولم يقتصر الأمر على هذا فحسب بل امتد الأمر إلى البلدان التي تمتلك نظام صحي متطور يعمل على توفير جانب وقائي إلى الجانب العلاجي، فكلاهما ثبت ضعفه وقصوره أمام هذه الأزمة مع الفارق في الآثار. الأمر الذي نبه كافة الدول إلى وجوب تبني نظام صحي شامل متطور وقادر على مواجهة مثل هذه الأزمة، وأن يكون مرناً وقادراً على التعامل مع الأوبئة سيما المتحور منها وغير المتوقع وبما يتيح مفهوم واضح للصحة العامة يعتمد على الجانبين العلاجي والوقائي والتثقيف المجتمعي لمحو الأمية الصحية والتوزيع العادل للخدمات العلاجية والدوائية والوقائية للجميع.

(١) يوسف أحمد نوافلة: مدى تأثير جائحة كورونا على عقود العمل، مرجع سابق، ص ٥٤.
(٢) د. أحمد السيد الشوبري: التكييف القانوني لفيروس كوفيد ١٩ وآثاره القانونية على الالتزامات التعاقدية، مرجع سابق، ص ٣٠١.

المبحث الثاني
الإطار القانوني لنظام التأمين
الصحي الشامل في النظامين المصري والأمريكي

تمهيد وتقسيم:

تستنزف نفقات العلاج الجزء الأكبر من دخول الطبقات الفقيرة، إلى الحد الذي قد يعجز معه الكثيرون عن تغطيتها، الأمر الذي يستتبع أن تتدخل الدولة لكفالة الحق في العلاج والرعاية الصحية، فتكفل حماية اجتماعية ضد خطر المرض^(١)، وذلك من خلال تبني نظام قانوني واضح وعصري للتأمين الصحي؛ حيث استقرت غالبية الدول - في سعيها الدائم إلى توفير حماية تأمينية ضد خطر المرض - على إسناد مهمة العلاج إلى هيئات وطنية أو قومية تُعرف بهيئات التأمين الصحي، والتي تقوم بالإشراف على إدارة صناديق لعلاج الأمراض وتقديم خدمات الرعاية الصحية، بغرض توفير الأمان الصحي للعاملين وسائر الفئات الفقيرة والضعيفة^(٢)، يضاف إلى ذلك ما تقوم به منظمة الصحة العالمية من جهود كبيرة في مجال إرساء قواعد الحماية الاجتماعية والتأمينية والصحية.

و عليه، تنقسم الدراسة إلى ما يلي:

المطلب الأول: التنظيم التشريعي لمنظومة التأمين الصحي في أمريكا.

المطلب الثاني: التنظيم التشريعي لمنظومة التأمين الصحي في مصر.

(١) د. زرارعة صالح الواسعة: المخاطر المضمونة في قانون التأمينات الاجتماعية، دراسة مقارنة بين القانون الجزائري والقانون المصري، رسالة دكتوراه، كلية الحقوق جامعة قسنطينة، الجزائر، ٢٠٠٧، ص. ١٥٤.

(٢) Ruloon Williamson: State old age pension in the United States, op.cit, p.19. World health organization: Global Health and Aging, National Institute on Aging National Institutes of Health, U.S. Department of Health and Human Services, 2010, p.12. Available at: <http://esa.un.org/unpd/wpp>.

المطلب الأول

التنظيم التشريعي لمنظومة التأمين الصحي في أمريكا

يعرف النظام الأمريكي مصطلح "التغطية الصحية الشاملة Universal Health Coverage"، والذي يُستخدم للتعبير عن نظام التأمين الصحي الاجتماعي الشامل. وقد عرفت الجمعية العامة لمنظمة الصحة العالمية في دورتها الثامنة والخمسين لعام ٢٠٠٥ التغطية الشاملة بشكل غير مباشر على أنها "إتاحة التدخلات الصحية التعزيزية والوقائية والعلاجية والتأهيلية الرئيسية للجميع بتكلفة معقولة"، وقد حدد تقرير الصحة العالمي الصادر في عام ٢٠١٠ "التغطية الشاملة" كهدف يمكن بموجبه "حصول جميع الأشخاص على الخدمات من دون أن يعانون ماليًا"^(١).

هذا، وقد كانت هناك عدة محاولات لإصدار تشريع موحد للتغطية الصحية الشاملة في الولايات المتحدة الأمريكية، على إثر وجود عدة أنظمة يغطي كل منها فئة معينة وفقًا لما يتطلبه من شروط، كما كان هناك فئة لا تغطي صحيًا وفقًا لنظام تأميني، وذلك إلى أن صدر تشريع للرعاية الصحية الشاملة، كان مقررًا له أن يطبق من ٢٠١٨ إلى ٢٠٢٦م ولكن حالت دونه جائحة كورونا.

هذا ويتكون النظام الصحي في الولايات المتحدة من شبكة معقدة للغاية من المنشآت والمرافق الصحية والموارد التي تركز على مراقبة صحة الأفراد والحفاظ عليها وتحسينها. ولذا فإن فهم البنية الأساسية ووظيفة النظام الصحي، أمر بالغ الأهمية للبحث في مجال الصحة^(٢).

(أ) التطبيق التدريجي لنظام الرعاية الصحية الشاملة:

توجد فوارق اجتماعية واقتصادية بين الشرائح السكانية في الولايات المتحدة، من شأنها أن تجعل من تطبيق نظام الرعاية الصحية الشاملة، دفعة واحدة، وبموجب قانون واحد، ولجميع المواطنين، أمرًا مستحيلًا؛ حيث يتطلب التحول من نظام قائم على خدمات السوق إلى نظام رعاية صحية شامل للجميع بغض النظر عن فكرة المقدرة على دفع الأقساط التأمينية أو تكلفة الخدمات الصحية، وقتًا طويلاً، ولذلك فلا غنى عن التطبيق التدريجي لنظام الرعاية الصحية الشاملة.

(ب) إدارة نظام الرعاية الصحية الشاملة في النظام الأمريكي:

يقوم نظام التأمين الصحي في الولايات المتحدة على ما يسمى بخدمات الرعاية الصحية، ويشير تقديم الرعاية الصحية (*Health Care Delivery*) بشكل عام إلى الموارد والعمليات التي تمكن الأفراد من تلقي الخدمات الصحية. ويعد نظام تقديم وإدارة الرعاية الصحية في الولايات المتحدة الأكثر تعقيدًا في العالم، وربما تكون الميزة الأكثر جذبًا للانتباه في نظام الرعاية

(¹) World Health Organization: Fifty-Eighth World Health Assembly, Resolutions and Decisions, Annex, Geneva, 16-25 MAY 2005. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/20398>

Trygve Ottersen and others: Making fair choices on the path to universal health coverage, op.cit, p.3. The World Health Organization is available on the WHO web site (www.who.int).

(²) Hannah L. Maxey and Connor W. Norwood: The U.S. Health System, op.cit, p.28, profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/277869024>.

الصحية في الولايات المتحدة، هي إمكانية معالجة الأمراض المزمنة والوبائية من غير إرهاق للاقتصاد الوطني.

ويقوم هذا النظام على عملية تشاركية، يتشارك فيها مقدمو الخدمات الصحية providers، ودافعو التكلفة payers، والموردون suppliers، والمنظمون regulators، على النحو التالي:

(١) مقدمو خدمة الرعاية الصحية (Health Care Delivery: Providers)

يشير مصطلح "مقدمي الخدمة" إلى جميع المنشآت الصحية التي تقدم أو تسهل بشكل مباشر تقديم خدمات الرعاية الصحية للمرضى- بما تحتويه من خدمات وموارد. وعلى المستوى التنظيمي يتسع مفهوم مقدمي الخدمات ليشمل مجموعة واسعة من المنشآت الصحية والخدمات الطبية؛ سواءً تمثلت في المستشفيات العامة أو مستشفيات الرعاية المكثفة، ومكاتب أطباء الرعاية الأولية، ومكاتب طب الأسنان، ومرافق إعادة التأهيل، وخدمات الصحة المنزلية والطب عن بعد، والعديد من المنشآت والخدمات الأخرى التي تقدم الرعاية الصحية. وبالإضافة إلى المنشآت الصحية فإن القوى العاملة من المهنيين الصحيين الذين يقدمون خدماتهم، تندرج ضمن خدمات الرعاية الصحية وتعتبر مكوناً رئيسياً لمقدمي الرعاية الصحية؛ والتي تشمل ممارسي المهن الصحية المرخصة- مثل الأطباء والمرضات وأطباء الأسنان والمعالجين والعديد من المهنيين الصحيين الآخرين.

كما يتزايد استخدام العاملين الصحيين لدعم تقديم الرعاية الصحية وبناء قدرات إضافية أو إدارة انتقالات الرعاية لا سيما بين الفئات الضعيفة من السكان، كما يمكن اعتبار الممارسين في مجال المعلوماتية السريرية مقدمين لخدمة الرعاية الصحية؛ لأنهم يلعبون دوراً مهماً في البحث المتعلق بعملية تقديم الرعاية الصحية. وقد بدأت الولايات المتحدة في استخدام نماذج تقديم الرعاية الصحية الأحدث التي تعتمد بشكل كبير على تقنيات المعلومات السريرية، كالطب عن بعد (tele-medicine)، على نطاق واسع؛ كنقطة تقاطع بين العلوم الطبية وتقديم الرعاية الصحية، مما يجعل للقوى العاملة في مجال الرعاية الصحية دوراً كبيراً في نظام الرعاية الصحية^(١).

(٢) تقديم الرعاية الصحية: الدافعون (Health Care Delivery: Payers)

تموّل خدمات الرعاية الصحية من خلال الأموال التي تُحصّل من اشتراكات أصحاب العمل والمؤمن عليهم باعتبارهم ممولين لها، كبعض البرامج التابعة لنظام التأمين الصحي التي ترعاها الدولة Medicare و Medicaid. وعلى الرغم من أن ممولي خدمات الرعاية الصحية عادة ما ينحسروا في المنشآت التي تدفع عن عمالها، فإن بعضاً من الأفراد يدفعون مباشرة للحصول على خدمات الرعاية الصحية، وهم بذلك يعتبروا من الممولين لنظام تقديم الرعاية الصحية.

ويرتكز نظام التأمين الصحي على مبدئين أساسيين هما: توزيع المخاطر وتقاسم التكاليف،

(١) "Health care delivery generally refers to the resources and processes which enable people to receive health care services". Hannah L. Maxey and Connor W. Norwood: The U.S. Health System, op.cit, p.28, profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/277869024>.

لتقليل فرصة حدوث خسائر كبيرة للممولين، ويتم تحقيق ذلك عادةً عن طريق تحديد أقساط التأمين المتوافقة مع مستوى المريض أو مع مستوى المخاطر، أو رفض التغطية بشكل انتقائي بناءً على المخاطر أو زيادة معدل تقاسم التكاليف. كما أن تقاسم التكاليف هي استراتيجية مالية لإدارة المخاطر تتطلب من المرضى المشاركة في جزء من تكاليف الرعاية الصحية، وتتضمن آليات تقاسم التكلفة الشائعة الأقساط والخصومات والمدفوعات المشتركة، والتأمين المشترك أو حدود الفوائد^(١).

ويشترط لحصول الأفراد على خدمات الرعاية الصحية أن يكونوا مشتركين في نظام التأمين الصحي من خلال إحدى الآليات التالية التي تسهل الحصول عليها، وهي^(٢):

- ✍ أن يكون لديهم تأمين صحي من خلال صاحب العمل.
- ✍ أن يكونوا مشمولين بأحد برامج الرعاية الصحية الحكومية.
- ✍ أن يحصلوا على هذا التأمين بأموالهم الخاصة.
- ✍ أن يحصلوا على الخدمات الطبية بطريقة الدفع المباشر من أموالهم الخاصة من غير تأمين مسبق.

ويتضح مما تقدم، أنه ما دام أن القدرة على تمويل خدمات الرعاية الصحية The ability to finance health care services هي شرط التمتع بالتغطية الصحية، وهو ما يعني أن

^(١) Risk spreading is the process of minimizing the chance of major losses to the payer. This is typically accomplished by setting insurance premiums concordant with a patient, risk level, selectively denying coverage based on risk, or increasing the rate of cost sharing.).

(Cost sharing is a financial risk-management strategy that requires patients to share in a portion of healthcare costs. Common cost sharing mechanisms include premiums, deductibles, copayments, coinsurance, or benefit limits.).

هذا وعلى الرغم من أن التأمين الصحي أضحي الآلية الأساسية لتقديم الرعاية الصحية فلم يكن هذا هو الحال قبل منتصف القرن العشرين عندما بدأت كبرى شركات تصنيع السيارات في تقديم مزايا صحية للموظفين كحافز لتعويض تكلفة الرعاية الصحية. ثم توسع التأمين الصحي المستند إلى التمويل من صاحب العمل خلال النصف الأخير من القرن العشرين وأصبح حافزاً رئيسياً لتوفير التغطية الصحية من خلال التمويل من أصحاب العمل، وخلال هذه الفترة الزمنية نفسها تم إحراز تقدم مذهل في العلوم الطبية أدت التطورات إلى تطوير التقنيات والعلاجات للعديد من الحالات التي كانت في السابق غير قابلة للعلاج وغير قابلة للشفاء. وجاءت هذه الابتكارات بسعر مرتفع لكن المرضى لم يكونوا على دراية بالتكلفة إلى حد كبير حيث تم تعويض معظم الخدمات نيابة عنهم، من خلال برنامج التأمين الصحي الخاص بهم. وتم تقديم تقاسم التكاليف كمحاولة لزيادة وعي المريض فيما يتعلق بتكلفة الرعاية الصحية.

Hannah L. Maxey and Connor W. Norwood: The U.S. Health System, op.cit, p.28, profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/277869024>.

^(٢) Individuals typically must be able to finance health care through one of the following mechanisms in order to have access to care:

1. They must have health insurance through their employer.
2. They must be covered under a government health care program.
3. They must be able to afford to buy insurance with their own private funds.
4. They must be able to pay for services privately.

Hannah L. Maxey and Connor W. Norwood: The U.S. Health System, 2015, p.33, profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/277869024>.

مقدمي الرعاية الصحية (الحكومة والمنظمات والمهنيين)، بحاجة إلى إمدادات مالية كافية لضمان الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية؛ فتمويل الرعاية الصحية له تأثير كبير على توفير وتوزيع خدمات الرعاية الصحية.

(٣) دور الموردين في تقديم الرعاية الصحية (Health Care Delivery: Suppliers):

الموردون هم مجموعة متنوعة من المنشآت والمنظمات، تتراوح بين مؤسسات صيدلانية كبيرة والشركات المصنعة للمعدات الطبية والشركات الصغيرة التي تنتج الزي الطبي. بالإضافة إلى المنشآت التي تقدم خدمات التخلص من النفايات الخطرة، والمختبرات الطبية، ومنشآت تكنولوجيا المعلومات الصحية. وباختصار فإن موردي الرعاية الصحية هم المصانع والمنشآت والمنظمات التي توفر السلع والمواد والخدمات التي تدعم - بشكل مباشر أو غير مباشر - تقديم الرعاية الصحية^(١).

(٤) دور المنظمين في تقديم الرعاية الصحية (Health Care Delivery: Regulators):

كانت هناك عدة مبادرات تنظيمية تهدف إلى ضمان توفير وتوزيع عادل وشامل للرعاية الصحية في جميع أنحاء الولايات المتحدة منذ ١٩٧٤؛ حيث تم إقرار عدة تشريعات لتنظيم طريقة تقديم خدمات الرعاية الصحية، وصولاً إلى إقرار قانون التأمين الصحي أو الرعاية الصحية الشاملة. وبالرغم من مشاركة عدد كبير من الكيانات في هذا التنظيم، إلا أن جهودها ما زالت بحاجة إلى التنسيق فيما بينها؛ حيث إن تقديم الرعاية الصحية مشتت بين العديد من القطاعات، وربما يعد ذلك السبب في وصف النظام الصحي في الولايات المتحدة الأمريكية بالنظام المعقد. ولعل ما أعلنه معهد الطب الأمريكي في تقريره الصادر في عام ٢٠٠١، من أن تقديم الرعاية الصحية الشاملة لجميع الأمريكيين في كافة الولايات يتطلب إعادة تنظيم النظام الصحي بأكمله، وأن فعالية النظام الصحي في الولايات المتحدة يتطلب إجراء تحسينات جوهرية فيما يتعلق بكيفية توفير التغطية الصحية للمرضى وتحديداً فيما يتعلق بوقت توفيرها وعدالتها ويسر الحصول عليها، وذلك من خلال الالتزام بتطوير جميع قطاعات النظام الصحي، سواء من حيث الموفرين أو الدافعين أو الموردين أو المنظمين^(٢)، وعلى المستوى الحكومي فقد أدركت حكومة الولايات المتحدة في السنوات الأخيرة، عدم كفاءة النظام وتأثير ذلك على صحة السكان،

^(١) "Healthcare suppliers are organizations which provide resources to the health care delivery system, such as pharmaceutical companies and medical equipment manufactures. Suppliers are a diverse group ranging from large pharmaceutical firms and durable medical equipment manufacturers to small companies that produce hospital linens and medical uniforms. In addition to organizations that supply medications and materials, organizations that supply services such as biohazardous waste disposal companies, medical laboratory courier, and health information technology companies are also included in this category. Basically, any industry or an organization that provides goods, materials, or services which directly or indirectly support health care delivery are considered suppliers"; Hannah L. Maxey and Connor W. Norwood: The U.S. Health System, op.cit, p.28, profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/277869024>.

^(٢) Alison P. Galvani: Improving the Prognosis of Healthcare in the United States, op.cit, pp.2-3.

فأكدت على أهمية الرعاية التي تتمحور حول الإدارة القادرة على تعزيز الوقاية من الأمراض وصحة السكان.

(ج) تمويل نظام الرعاية الصحية الشاملة في النظام الأمريكي:

أكدت اللجنة الوطنية للصحة العامة أنه من المرجح أن يؤدي نظام الرعاية الصحية الشامل إلى توفير ١٣٪ في نفقات الرعاية الصحية العامة، أي ما يعادل أكثر من ٤٥٠ مليار دولار سنوياً؛ حيث يتم تمويل نظام الرعاية الصحية الشامل من جهات عديدة، وهذا التحول أدى إلى تغيير تمويل الرعاية الصحية بعدما كانت تمول بدافع فردي، فأضحى ممكناً توفير قدر أكبر من الراحة للأسر ذات الدخل المنخفض. بل الأهم من ذلك هو ضمان الوصول إلى الرعاية الصحية لجميع الأمريكيين؛ فمن شأن هذا النظام الشامل أن ينقذ حياة أكثر من ١.٧ مليون شخص كل عام^(١).

١. نسب الاشتراكات في نظام الرعاية الصحية الشاملة:

تقدر نسب الاشتراك في الرعاية الصحية الشاملة بـ (٥٠٪) من دخول المؤمن عليهم. ويمكن تمويلها من خلال الاشتراكات التأمينية التي يدفعها^(٢):

- (١) أصحاب العمل عن العاملين لديهم.
- (٢) العاملون والموظفون عن أنفسهم.
- (٣) أصحاب العمل عن أنفسهم.
- (٤) أرباب الأسر عن أسرهم.
- (٥) وفضلاً عما سبق، الاشتراكات التأمينية التي تدفعها الدولة من خلال المخصصات الحكومية.

٢. إعادة هيكلة الاشتراكات التأمينية للرعاية الصحية من قبل أصحاب العمل والأفراد والحكومة:

أدى إلغاء الإعانات الفيدرالية - مؤخرًا، إلى ارتفاع أقساط التأمين للجميع، ومن ثم انخفاض الالتحاق بنظام التأمين الصحي الاجتماعي، بما في ذلك أولئك الذين يعملون مؤقتًا لدى صاحب العمل. وقد لجأت الدولة إلى رفع نسب الاشتراكات التي يتم تحصيلها لنظام الرعاية الصحية، والتي تدفع عن المؤمن عليهم، بغرض التخفيف من حدة الضغوط المالية التي تواجه هذا النظام. فطالما نُظر إلى الرعاية الصحية الشاملة ذات الدافع الواحد على أنها غير عملية سياسيًا واقتصاديًا بالنسبة للولايات المتحدة، ومع ذلك فقد ظل برنامج Medicare كاختبار حقيقي - مدته ٥٤ عامًا - لجدوى الرعاية الصحية ذات التمويل الفردي الممولة من الحكومة؛ فمنذ أن تم تأسيس هذا البرنامج لمواجهة إشكالية الرفض واسع النطاق من قبل القطاع الخاص لتغطية كبار السن، وقد أدى بشكل كبير وفعال إلى تحسين صحة المستفيدين من غير المؤمن عليهم سابقًا، من حيث التكلفة. وإذا كان برنامج الـ "ميديكير" قد نجح في حل مشكلة أغلى مجموعة عمرية في البلاد، فمن المعقول أن نتوقع أن توسيع التغطية لجميع الأمريكيين سيكون أكثر جدوى وأقل

(¹) Hannah L. Maxey and Connor W. Norwood: The U.S. op.cit, p.28, profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/277869024>.

(²) Loc.cit.

تكلفة للفرد^(١).

فمن الناحية العملية، يميل ما يقرب من ٣٨ مليون أمريكي، غير مؤمن عليهم إلى التخلي عن العلاجات الضرورية والتدابير الوقائية، وعلى وجه التحديد يميل الأفراد الذين ليس لديهم أي تأمين أو رعاية الصحية إلى عدم دفع تكاليف التأمين الصحي لأنهم في حاجة أقل إليه، ومع ذلك أشارت دراسات أخرى إلى أن غير المؤمن عليهم من المرضى هم أكثر عرضة للإصابة بأمراض وحالات مصاحبة غير مشخصة والتي قد تتطلب زيادة موارد الرعاية الصحية مقارنة بالمرضى المؤمن عليهم، وهو ما يقتضي تحمل الحكومة والأفراد بتكاليف توفير رعاية صحية شاملة.

وفي نظام الرعاية الصحية الميسرة المعدل، والذي يسري ابتداءً من عام ٢٠١٨م إلى ٢٠٢٦م، تسعى الدولة إلى تحقيق الرعاية الصحية الشاملة للجميع من خلال الإجراءات والتدابير الآتية^(٢):

○ تخفيف التكلفة الكبيرة لإدارة مزايا الرعاية الصحية للموظفين؛ فتوفير الرعاية الصحية بضريبة مخفضة، من المرجح أن يكون بمثابة حافز اقتصادي لأصحاب العمل، في الوقت الذي يمكن فيه توفير المبالغ المطلوبة من خلال ضريبة بنسبة ٥٪ على دخل الأسرة.

○ توزيع عبء تكاليف الرعاية الصحية من خلال إعادة هيكلة النظام الضريبي؛ لتزويد الأسر ذات الدخل المنخفض بأكبر قدر من الرعاية الصحية؛ حيث سيستمر المؤمن عليهم المسجلين في برنامج (Medicaid) في دفع ضرائب قليلة على الدخل، لأن دخل الأسرة غالباً ما يكون أقل من الخصم الضريبي، فضلاً عن أن اتفاقية الحد من الفقر

^(١) Alison P. Galvani: Improving the Prognosis of Healthcare in the United States, op. cit, p.4.

^(٢) ومن خلال الآليات المفصلة نتوقع أن يتطلب نظام الرعاية الصحية بدافع واحد ٣.٠٣٤ تريليون دولار سنوياً، أي ٤٥٨ مليار دولار أقل من نفقات الرعاية الصحية الوطنية الحالية، حتى بعد احتساب التكاليف المتزايدة لتوسيع التغطية، فإن بياناتنا تشمل الحالة الأساسية المدفوعة ٢١٠ مليار دولار على الرعاية في المستشفى، و ١١١ مليار دولار على الخدمات الطبية، و ٢٢٤ مليار دولار على النفقات العامة، و ١٨٠ مليار دولار على الأدوية الموصوفة. وبالتالي سينخفض نصيب الفرد من الإنفاق السنوي من ١٠.٧٣٩٦ دولاراً أمريكياً إلى ٩.٣٣٠ دولاراً أمريكياً؛ أي ما يعادل انخفاضاً بنسبة ١٣.١ ٪. يعتبر توقع الوفورات قوياً للتباين في معطيات الإدخال. وعلى سبيل المثال، إذا انخفضت معدلات النفقات العامة إلى ٦ ٪ فقط من إجمالي الإنفاق الصحي - بدلاً من ٢.٢ ٪ الحالية في Medicare - فإن الإدارة ستظل تقلل التكاليف بنسبة ١٠.٣ ٪. على العكس من ذلك، سترداد المدخرات إلى ما هو أبعد من حالتنا الأساسية إذا كان نموذجنا يبالغ في تقدير الطلب غير المحقق بين غير المؤمن عليهم حالياً والذين يعانون من نقص في التأمين. بالنظر إلى أن ٢٢٦١ دولاراً قد تم تخصيصها بالفعل للرعاية الصحية من قبل المصادر الحكومية والخيرية الحالية، ويجب جمع ٧٧٣ مليار دولار أخرى من قبل الحكومة لتمويل MAA بالكامل.

ومن منظور مقدمي الرعاية الصحية، سيتم تعويض انخفاض الرسوم لكل خدمة من خلال تحقيق وفورات من انخفاض الفواتير والمهام الإدارية. كما تمثل هذه الأنشطة حالياً عبئاً قدره ٧٦٨ مليار دولار على مقدمي الخدمات، وتشير التقديرات إلى أن دمج الفواتير في نظام موحد من شأنه أن يقلل هذه النفقات بمقدار ٢٨٤ مليار دولار، وهو ما سيكون أكثر من ضعف التغيير المقترح في الرسوم. كما توجد فائدة أخرى لمقدمي الخدمات من نظام الفوترة الفردية وهي التخلص من الفواتير غير المسددة والتي تتجاوز ٣٥ مليار دولار سنوياً للمستشفيات وحدها. كما تعد الأعمال الورقية الهائلة عاملاً أساسياً في نضوب الأطباء؛ إذ أنهم يستغرقون وقتاً في كتابتها والأولى به هو المرضى مما سيعزز الرضا الوظيفي بالإضافة إلى زيادة إيراداتهم.

Alison P. Galvani: Improving the Prognosis of Healthcare in the United States, op.cit, pp. 2-3.

(MAA) تلغي أي خصومات ومدفوعات تشكل عبئًا كبيرًا على الأسر ذات الدخل المنخفض.

المطلب الثاني

التنظيم التشريعي لمنظومة التأمين الصحي في مصر

قانون التأمين الصحي الشامل رقم ٢ لسنة ٢٠١٨:

يستخدم مصطلح "قانون التأمين الصحي الاجتماعي الشامل" ومصطلح "قانون التأمين الصحي الشامل" كمترادفين، واختصاراً يُعبّر عنه بقانون التأمين الصحي الشامل أو بالقانون الصحي الشامل. ويُعتبر قانون التأمين الصحي الشامل مطلباً شعبياً منذ زمن بعيد، كونه واحداً من طائفة التشريعات الاجتماعية التي تسعى إلى توفير تأمين و ضمان الحماية الاجتماعية؛ كالدخل البديل، والخدمات الصحية لفئة المؤمن عليهم ومستحقهم من خلال نظام قانوني واضح ومحدد^(١).

وقد شكلت وزارة الصحة والسكان لجنة لإعداد مشروع قانون جديد للتأمين الصحي- بين عامي ٢٠١١ - ٢٠١٢م، وكان الغرض منها إعداد قانون يُحقق التغطية الصحية الشاملة لكافة المواطنين مع مراعاة إصلاح المنظومة الصحية برمتها وتلافي القصور في مختلف القطاعات الصحية. وقد تم الانتهاء من مشروع قانون التأمين الصحي الشامل أواخر عام ٢٠١٧م، وعرض بدوره على مجلس النواب لإقراره، ثم صدّق عليه رئيس الجمهورية في يناير ٢٠١٨م. وكان من المفترض أن يحل قانون التأمين الصحي الشامل محل القوانين التي سبق العمل بها قبل صدوره، ولكن ما تضمنه هذا القانون من النص على تطبيق أحكامه بشكل تدريجي، في فترة زمنية تتراوح بين عشر سنوات إلى خمس عشرة سنة، وذلك عبر ست مراحل زمنية^(٢).

وبذلك يكون قانون التأمين الصحي الشامل رقم ٢ لسنة ٢٠١٨، القانون العام في مجالات الصحة والرعاية الطبية؛ حيث يسري - إلزامياً - على جميع المواطنين المقيمين داخل جمهورية مصر العربية، بينما يرس اختياريًا على المصريين العاملين بالخارج، وكذلك المقيمين مع أسرهم بالخارج^(٣).

(١) فمنذ عام ١٩٩٥ وبعد أن أصدرت لجنة الصحة بمجلس الشورى تقريرها الذي يؤكد ضرورة إصلاح القطاع الصحي وتبني نظام شامل للتأمين الصحي الاجتماعي سيما بعد أن أصبحت الخدمات التي تقدمها هيئة التأمين الصحي تعاني من العديد من المثالب أبرزها عدم رضا المرضى عن جودة تقديم الخدمات الصحية، وكذا حرمان بعض القطاعات غير المنتظمة. ومنذ ذلك الحين، شهدت مصر عدة محاولات ومشاريع لإصدار قانون جديد وشامل للتأمين الصحي يهدف إلى إصلاح المنظومة الصحية والتغطية الصحية الشاملة. فتم التفاوض عام ٢٠٠١م وقدم الوزير مشروعاً للحوار مع اتحاد عمال مصر، ثم وافق اتحاد العمال على المشروع عام ٢٠٠٤ - ٢٠٠٥، ولكن حال تغيير الوزير المسئول قبل وصول المشروع إلى مجلس الشعب، ثم قدم المشروع من جديد عام ٢٠٠٧ شمل قراراً من مجلس الوزراء (رقم ٦٣٧ لسنة ٢٠٠٧) بتحويل الهيئة العامة للتأمين الصحي إلى شركة قابضة للرعاية الصحية، ثم قامت المبادرة المصرية للحقوق الشخصية برفع دعوى أمام محكمة القضاء الإداري للطعن على هذا القرار والتي صدر فيها الحكم (بتاريخ ٤ ديسمبر سنة ٢٠٠٨) بوقف تنفيذ قرار رئيس مجلس الوزراء بإنشاء الشركة القابضة للرعاية الصحية. وتوالى ذلك مجيء ثورة يناير ٢٠١١ والتي شهدت موجة أشد من تنامي دور المجتمع المدني بهدف إصدار قانون للتأمين الصحي شامل يحقق العدالة في الرعاية الصحية لجميع المرضى بطريقة مستديمة، وتم تشكيل لجنة من ممثلي الحكومة والمجتمع المدني عملت على إجراء تعديلات جوهرية في القانون مما أثمر عن مسودات عديدة للمشروع تعدت الأربعين وصولاً إلى قانون التأمين الصحي الشامل. راجع تفصيلاً التقرير الصادر عن مركز هردو لدعم التعبير الرقمي بعنوان: قانون التأمين الصحي الجديد، مرجع سابق، ص ٩.

(٢) د. علاء غنام: نظام التأمين الصحي الشامل وبناء الإنسان المصري، مرجع سابق، ص ٤.

(٣) تنص المادة الأولى من مواد إصدار قانون التأمين الصحي الشامل رقم ٢ لسنة ٢٠١٨ على أنه: "يعمل في شأن نظام التأمين الصحي الشامل بأحكام القانون المرافق، وتسري أحكامه إلزامياً على جميع المواطنين المقيمين داخل جمهورية مصر العربية، واختياريًا على المصريين العاملين بالخارج وكذلك المقيمين مع أسرهم بالخارج. وتسري قواعد التأمين الصحي والرعاية الطبية المقررة بالقوات المسلحة على أفرادها بالخدمة أو

أولاً: التطبيق التدريجي لقانون التأمين الصحي الشامل:

يُطبق قانون التأمين الصحي الشامل بطريقة تدريجية على المحافظات، وفقاً لما هو محدد في الجداول المرفقة به؛ فلم يشأ المشرع التطبيق الفوري لهذا القانون على جميع محافظات مصر في آن واحد، بل أراد التدرج في التطبيق بما يضمن توفير الجانب المالي للنظام واستدامته في التطبيق. كما نص القانون على استمرار المؤمن عليهم في الانتفاع بالخدمات الحالية للتأمين الصحي ومرافقه، حتى تاريخ سريان أحكام هذا القانون في شأنهم، طبقاً للتدرج الجغرافي في التطبيق. كما ألزم الدولة برفع جودة وكفاءة المنشآت الصحية التابعة لها تدريجياً، قبل البدء في تطبيق النظام في المحافظات المقرر البدء فيها حتى تحصل على الاعتماد اللازم وفقاً لأحكام هذا القانون^(١).

خطوات التطبيق المرحلي لنظام التأمين الصحي الشامل:

يطبق نظام التأمين الصحي الشامل، وفقاً لقانون التأمين الصحي الشامل الجديد، بشكل تدريجي في كافة محافظات الجمهورية خلال ١٥ عاماً، بدأت بخمس محافظات، هي بورسعيد والإسماعيلية والسويس وشمال وجنوب سيناء، ابتداءً من منتصف عام ٢٠٢٠م كمرحلة أولى لتطبيق النظام الجديد، على أن تبدأ المرحلة الثانية في خمس محافظات أخرى هي الأقصر ومرسى مطروح وقنا والبحر الأحمر وأسوان، وذلك في الفترة من ٢٠٢١ : ٢٠٢٣م، وتُعقبها المرحلة الثالثة في الفترة ٢٠٢٤ : ٢٠٢٦م، في خمس محافظات أيضاً، هي: الإسكندرية والبحيرة ودمياط وسوهاج وكفر الشيخ، ثم المرحلة الرابعة في الفترة من ٢٠٢٧ : ٢٠٢٨م، في خمس محافظات أخرى، هي: بنى سويف وأسيوط والمنيا والفيوم والوادي الجديد، والمرحلة الخامسة في الفترة من ٢٠٢٩ : ٢٠٣٠م، في محافظات: الدقهلية والشرقية والغربية والمنوفية، وأخيراً المرحلة السادسة في الفترة من ٢٠٣١ : ٢٠٣٢م، في ثلاث محافظات، هي: القاهرة والجيزة والقليوبية، وربما يعزى تأخير هذه الثلاث إلى كونها الأكثر ازدحاماً بالسكان، ومن ثم فهي بحاجة حقيقية إلى الاستعداد فيما يتعلق ببنيتها الصحية^(٢).

بالمعاش وأسره المقرر علاجهم على نفقتها".

(١) تنص المادة (٣) من قانون التأمين الصحي الشامل رقم ٢ لسنة ٢٠١٨ على أنه: "تسري أحكام القانون المرافق تدريجياً على المحافظات استرشاداً بالمراسل المبينة بالجدول رقم (٥) المرافق، وبما يضمن استدامة الملاءة المالية للنظام وبمراعاة توازنه الاكتواري. ويستمر انتفاع المؤمن عليهم بخدمات التأمين الصحي ومرافقه وفقاً للقوانين واللوائح والقرارات المعمول بها حالياً، حتى تاريخ سريان أحكام القانون المرافق في شأنهم، طبقاً للتدرج الجغرافي في التطبيق. واعتباراً من التاريخ المشار إليه يوقف بالنسبة إليهم العمل بكل من القوانين، والقرارات الآتية:

- القانون رقم ١٠ لسنة ١٩٦٧ في شأن تنظيم التعامل في أدوية الهيئة العامة للتأمين الصحي.
 - القانون رقم ١٢٦ لسنة ١٩٨١ في شأن إنشاء المجلس الأعلى للرعاية العلاجية التأمينية.
 - القانون رقم ٩٩ لسنة ١٩٩٢ في شأن نظام التأمين الصحي على الطلاب.
 - القانون رقم ٢٣ لسنة ٢٠١٢ في شأن نظام التأمين الصحي للمرأة المعيلة.
 - القانون رقم ٨٦ لسنة ٢٠١٢ في شأن نظام التأمين الصحي على الأطفال دون السن الدراسية.
 - القانون رقم ١٢٧ لسنة ٢٠١٤ في شأن نظام التأمين الصحي على الفلاحين وعمال الزراعة.
 - القانون رقم ٣ لسنة ٢٠١٧ بتعديل بعض أحكام قانون التأمين الاجتماعي رقم ٧٩ لسنة ١٩٧٥.
 - قرار رئيس الجمهورية رقم ١٢٠٩ لسنة ١٩٦٤ في شأن إنشاء الهيئة العامة للتأمين الصحي وفروعها للعاملين في الحكومة ووحدات الإدارة المحلية والهيئات العامة والمؤسسات العامة".
- كما يوقف في التاريخ المشار إليه بالنسبة لهم العمل بكل حكم يتعارض مع أحكام القانون المرافق سواء ورد في قانون التأمين الاجتماعي الصادر بالقانون رقم ٧٩ لسنة ١٩٧٥، أو في أي قانون آخر.
- (٢) د. علاء عيد: جهود الدولة المصرية في مواجهة جائحة كورونا، مركز المعلومات ودعم اتخاذ القرار،

ثانيًا: إدارة نظام التأمين الصحي في مصر:

تتمثل إدارة نظام التأمين الصحي الشامل، وفقًا للقانون الجديد، في ثلاث هيئات، هي: الهيئة العامة للتأمين الصحي الشامل، والهيئة العامة للرعاية الصحية، والهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية.

(١) الهيئة العامة للتأمين الصحي الشامل:

الهيئة العامة للتأمين الصحي الشامل، هيئة عامة اقتصادية، لها شخصية اعتبارية وموازنة مستقلة، وتخضع للإشراف العام لرئيس مجلس الوزراء، ويكون مقرها الرئيسي بالقاهرة، ويجوز لها أن تنشئ فروعًا بجميع المحافظات، ويصدر بنظام العمل بها وتحديد اختصاصاتها قرار من رئيس مجلس الوزراء.

وتتولى الهيئة إدارة وتمويل نظام التأمين الصحي الشامل، وتكون أموال المشتركين بها أموالًا خاصة، وتتمتع بجميع أوجه وأشكال الحماية المقررة للأموال العامة، وهي وعوائدها حق للمستفيدين منها، وتستثمر هذه الأموال استثمارًا آمنًا وفقًا لاستراتيجية استثمار تحدد قواعدها اللائحة التنفيذية لقانون التأمين الصحي الشامل^(١).

ويتولى إدارة الهيئة مجلس إدارة، تكون له السلطة العليا على كافة شؤونها، وكذلك وضع السياسات اللازمة لتحقيق أغراضها وأهدافها والسهر على تنفيذها، ويشكل هذا المجلس على النحو التالي:

- (١) رئيس الهيئة العامة للتأمين الصحي.
- (٢) نائب رئيس الهيئة العامة للتأمين الصحي.
- (٣) رئيس الهيئة العامة للرعاية الصحية.
- (٤) أحد نواب رئيس مجلس الدولة يختاره رئيس مجلس الدولة.
- (٥) رئيس اتحاد النقابات العمالية.
- (٦) رئيس اتحاد الغرف التجارية.
- (٧) رئيس اتحاد الصناعات.
- (٨) رئيس قطاع الموازنة العامة للدولة بوزارة المالية.
- (٩) وكيل أول وزارة الصحة.
- (١٠) وكيل أول الوزارة المختصة بالتأمينات الاجتماعية.
- (١١) وكيل أول وزارة القوى العاملة.
- (١٢) ممثل عن مقدمي الخدمة بالقطاع الخاص.
- (١٣) أحد الخبراء في مجال اقتصاديات الصحة.
- (١٤) اثنين من الخبراء في مجال التمويل والاستثمار، على أن يكون أحدهما خبيرًا اقتصاريًا متخصصًا في اقتصاريات الصحة.

ويمثل رئيس مجلس الإدارة الهيئة أمام القضاء، وفي صلاتها بالغير، ويحل نائب رئيس الهيئة محل رئيس الهيئة في مباشرة اختصاصاته حال غيابه أو وجود مانع لديه. ويصدر بتعيين مجلس الإدارة قرار من رئيس مجلس الوزراء، يتضمن تحديد المعاملة المالية لرئيس المجلس ونائبيه، ومكافآت وبدلات باقي أعضاء المجلس. وتكون مدة المجلس أربع سنوات قابلة للتجديد

مجلس الوزراء، آفاق استراتيجية، عدد ٣، يونيو ٢٠٢١م، ص ٩.
(١) المادة (٤) من قانون التأمين الصحي الشامل رقم ٢ لسنة ٢٠١٨.

لمرة واحدة.

ويجتمع مجلس الإدارة مرة على الأقل كل شهر بدعوة من رئيسه، أو من وزير الصحة، أو بناء على طلب ثلثي عدد أعضائه، وتكون اجتماعاته صحيحة بحضور أغلبية الأعضاء، وتصدر القرارات بأغلبية آراء الأعضاء الحاضرين، وعند التساوي يرجح الجانب الذي منه الرئيس، ويبلغ رئيس المجلس قرارات مجلس الإدارة إلى الوزير المختص بالصحة والوزير المختص بالمالية^(١).

وقد حددت المادة ١٠ من قانون التأمين الصحي، الدور الرئيس للهيئة العامة للتأمين الصحي الشامل، بأنها هي "الهيئة المسؤولة عن متابعة علاج المؤمن عليهم لدى أي من جهات تقديم الخدمة الصحية التي يتيحها النظام إلى أن يتم شفاؤهم، أو تستقر حالتهم، أو يثبت عجزهم. وتلتزم الهيئة بشراء الخدمة الصحية لأصحاب نظم التأمين أو البرامج الصحية الخاصة سواء كانت الخدمة مقدمة بمستشفيات هيئة الرعاية أو بمستشفيات تلك النظم، وذلك طبقاً للائحة الأسعار المطبقة بالهيئة. كما تتولى الهيئة، وفقاً للمادة ١١ من القانون المذكور، تمويل خدمات النظام عن طريق التعاقد مع مقدمي خدمات الرعاية الصحية والأنظمة العلاجية التي تشملها هيئة الرعاية أو أي جهة أخرى تتعاقد مع الهيئة، وذلك وفقاً لنظم التعاقد والأسعار والضوابط والإجراءات التي يقرها مجلس إدارة الهيئة ومعايير الجودة التي تحددها هيئة الاعتماد والرقابة. وبذلك يتضح أن هيئة التأمين الصحي الشامل لها أدوار جوهرية للغاية، لعل أبرزها أنها تستأثر باعتماد استراتيجية استثمار أموال نظام التأمين الصحي واقتراح وسائل التمويل والاستثمار، وأيضاً تحديد أسعار الخدمات الطبية التي تقدمها المنظومة الصحية، والتعاقد مع المستشفيات العامة والخاصة وغيرها من المنشآت الطبية وفق معايير جودة معتمدة وبأسعار محددة^(٢).

(٢) الهيئة العامة للرعاية الصحية:

الهيئة العامة للرعاية الصحية، هيئة عامة خدمية لها شخصية اعتبارية وموازنة مستقلة، وتخضع للإشراف العام لوزير الصحة، ويكون مقرها الرئيسي بمحافظة القاهرة، ويجوز لها أن تنشئ فروعاً بجميع المحافظات، ويصدر بنظام العمل بها وتحديد اختصاصاتها قرار من رئيس مجلس الوزراء، وتكون أداة الدولة الرئيسية في ضبط وتنظيم تقديم الخدمات الصحية التأمينية^(٣).

وتتولى هذه الهيئة تقديم خدمات الرعاية الصحية والعلاجية بمستوياتها الثلاثة، داخل أو خارج المستشفيات، لجميع المؤمن عليهم داخل جمهورية مصر العربية، وذلك من خلال منافذ تقديم الخدمة التابعة للهيئة العامة للتأمين الصحي القائمة في تاريخ العمل بهذا القانون والجهات التابعة لوزارة الصحة التي يتم ضمها تدريجياً للنظام بعد تأهيلها طبقاً لمعايير الجودة والاعتماد التي تحددها هيئة الاعتماد والرقابة، ويصدر بضم هذه المستشفيات للنظام قرار من رئيس مجلس الوزراء.

وتتولى هيئة الرعاية إجراء فحص طبي ابتدائي لكل مرشح للعمل، للتحقق من لياقته

(١) المادة (٥) من قانون التأمين الصحي الشامل رقم ٢ لسنة ٢٠١٨.

(٢) انظر في نفس المعنى: د. علاء عيد: جهود الدولة المصرية في مواجهة جائحة كورونا، مرجع سابق، ص ٥.

(٣) المادة (١٥) قانون التأمين الصحي الشامل رقم ٢ لسنة ٢٠١٨.

صحيا ونفسيا للقيام بهذا العمل، وذلك قبل تسلمه العمل، ويراعى في إجراء هذا الفحص طبيعة العمل ونوع المرض المعرض له المرشح للعمل. وتفحص هيئة الرعاية المؤمن عليهم المعرضين للإصابة بأحد الأمراض المهنية دورياً وتكون الجهة المسؤولة عن تحديد المعرضين للإصابة بأحد الأمراض المهنية بعد أداء مقابل الخدمة الذي تحدده الهيئة عن كل مؤمن عليه تفحصه^(١).

وقد حدد القانون تشكيل مجلس إدارة الهيئة العامة للرعاية الصحية، على النحو التالي:

١. رئيس هيئة الرعاية.
٢. نائب رئيس هيئة الرعاية.
٣. نائب رئيس الهيئة.
٤. نقيب الأطباء.
٥. نقيب الصيادلة.
٦. نقيب أطباء الأسنان.
٧. نقيب العلاج الطبيعي.
٨. نقيب التمريض.
٩. أحد نواب رئيس مجلس الدولة يختاره رئيس مجلس الدولة.
١٠. أحد الخبراء في مجال محاسبة تكاليف الصحة.
١١. أحد الخبراء في مجال اقتصاديات الصحة.
١٢. عضوين عن المجتمع المدني ممن لهم خبرة في إدارة الرعاية الصحية، على أن يكون أحدهما من أساتذة كليات الطب^(٢).

اختصاصات الهيئة العامة للرعاية الصحية:

تختص الهيئة العامة للرعاية الصحية بتقديم الخدمات الصحية الأولية، والخدمات العلاجية والتشخيصية، وخدمات الصحة الإنجابية، والإسعافات الأولية لحالات الطوارئ، والإحالة إلى المستويات الأعلى، من خلال وحدات الرعاية الأساسية وصحة الأسرة، العامة أو الخاصة، والتي يشترط فيها أن تكون حائزة على شهادة الجودة من هيئة الاعتماد والرقابة، وأن تكون متعاقدة معها، وتعد هذه الوحدات المستوى الأول لجهات تقديم الخدمة الصحية ونقطة الاتصال الأولى للمنتفعين بالخدمات الصحية وهيئة الرعاية. وتتولى وحدات الرعاية الأساسية وصحة الأسرة، رعاية عدد من الأسر المقيمة في النطاق الجغرافي للوحدة الذي يتم تحديده وفقاً للمعايير التي يتم إقرارها في هذا الشأن، وذلك عن طريق طاقم طبي أو أكثر يتكون من عدد مناسب من

(١) المادة (١٦) من قانون التأمين الصحي الشامل رقم ٢ لسنة ٢٠١٨، الجريدة الرسمية، العدد (٢) تابع (ب)، ١١ يناير ٢٠١٨م.

(٢) "ويمثل رئيس المجلس هيئة الرعاية أمام القضاء، وفي صلااتها بالغير، ويحل نائب رئيس هيئة الرعاية محل رئيس مجلس الإدارة في حالة غيابه أو وجود مانع لديه. ويصدر بتعيين مجلس الإدارة قرار من رئيس مجلس الوزراء بناء على ترشيح الوزير المختص بالصحة، ويتضمن القرار تحديد المعاملة المالية لرئيس المجلس ونائبه، ومكافآت وبدلات باقي أعضاء المجلس. وتكون مدة المجلس أربع سنوات قابلة للتجديد لمرة واحدة. ويجتمع مجلس الإدارة مرة على الأقل كل شهر بدعوة من رئيسه، أو من الوزير المختص بالصحة، أو بناء على طلب ثلثي أعضائه، وتكون اجتماعاته صحيحة بحضور أغلبية الأعضاء، وتصدر القرارات بأغلبية آراء الأعضاء الحاضرين، وعند التساوي يرجح الجانب الذي منه الرئيس، ويبلغ رئيس المجلس قرارات مجلس الإدارة إلى الوزير المختص بالصحة". المادة (١٧) من قانون التأمين الصحي الشامل رقم ٢ لسنة ٢٠١٨.

الأطباء ومعاونيهم^(١). ولهذه الهيئة أن تقدم الخدمات العلاجية والتشخيصية والطوارئ والإحالة إلى المستوى الأعلى من خلال مراكز الرعاية الصحية الأساسية وصحة الأسرة العامة والخاصة، على أن تكون حائزة على شهادة من هيئة الاعتماد والرقابة باستيفائها لشروط ومعايير الجودة، وأن تكون متعاقدة مع الهيئة، وتعد هذه المراكز المستوى الثاني لجهات تقديم الخدمة الصحية الأولية^(٢).

وتؤول لهيئة الرعاية، الأصول العلاجية ومنافذ تقديم الخدمة التابعة للهيئة العامة للتأمين الصحي، ومنافذ تقديم الخدمة التابعة لوزارة الصحة، ما عدا مكاتب الصحة ومنافذ تقديم ورقابة خدمات الطب الوقائي والأنشطة المرتبطة بها. ويجب تأهيل هذه الأصول وفقاً لمعايير الجودة والاعتماد خلال مدة لا تتجاوز ثلاثة أعوام من تاريخ دخول المحافظة الواقعة بها المنشأة نطاق تطبيق القانون، وتحل هيئة الرعاية محل الهيئة العامة للتأمين الصحي والجهات المشار إليها قانوناً في كل ما لها وما عليها فيما يتعلق بتلك الأصول. ويُنقل للعمل بهيئة الرعاية، العاملون بكل من الهيئة العامة للتأمين الصحي والجهات التابعة لوزارة الصحة من شاغلي الوظائف المرتبطة بمجال عمل هيئة الرعاية في نطاق المحافظات التي يتم تطبيق القانون بها، وفي جميع الأحوال يحتفظ العاملون المنقولون إلى هيئة الرعاية بدرجاتهم المالية وجميع المزايا الوظيفية التي يتمتعون بها في جهات عملهم كحد أدنى، وذلك كله طبقاً لما تحدده اللائحة التنفيذية لهذا القانون^(٣).

وتقوم الهيئة العامة للرعاية بأداء مهامها بذاتها أو عن طريق وحداتها أو تقسيماتها التنظيمية أو الفروع التابعة لها أو الكيانات التي تنشئها، وتكون الجهة المسؤولة عن التنسيق بينها والتفتيش والرقابة على أعمالها للوقوف على مدى تنفيذها للقوانين واللوائح والقرارات والقواعد المنظمة لتقديم خدمات الرعاية الصحية طبقاً لمعايير الجودة التي تقرها هيئة الاعتماد والرقابة. ولهيئة الرعاية في حدود الاستراتيجيات والسياسات والقرارات التي يتخذها مجلس إدارتها، القيام بما يأتي:

- إنشاء المستشفيات ووحدات الرعاية الصحية وغيرها من منافذ تقديم خدمات الرعاية الصحية، وتجهيزها وإدارتها طبقاً لاحتياجات المجتمع وذلك بعد الدراسات اللازمة للتأكد من الحاجة إليها.
- استئجار المستشفيات أو غيرها من المؤسسات العلاجية وتجهيزها طبقاً للحاجة الفعلية.
- إنشاء كيانات لأبنية الرعاية الصحية أو إدارتها.
- إنشاء كيانات لإدارة خدمة الرعاية الصحية والعلاجية بكافة مستوياتها.
- توفير الكوادر الطبية والفنية والإدارية وغيرهم من أرباب المهن اللازمة لأداء هيئة الرعاية لمهامها عن طريق التعيين أو التعاقد.
- توفير الأدوية والمستلزمات الطبية اللازمة لتقديم خدمات الرعاية الصحية، ولها في سبيل ذلك إنشاء الصيدليات داخل المستشفيات والتعاقد مع الصيدليات العامة والخاصة وفقاً لأحكام القانون رقم ١٢٧ لسنة ١٩٥٥ بشأن مزاوله مهنة الصيدلة^(٤).

(١) المادة (٢٠) من قانون التأمين الصحي الشامل رقم ٢ لسنة ٢٠١٨.

(٢) المادة (٢١) من قانون التأمين الصحي الشامل رقم ٢ لسنة ٢٠١٨.

(٣) المادة (٢٢) من قانون التأمين الصحي الشامل رقم ٢ لسنة ٢٠١٨.

(٤) المادة (٢٣) من قانون التأمين الصحي الشامل رقم ٢ لسنة ٢٠١٨.

ومما سبق، يتضح لنا أهمية الدور الذي تقوم به هيئة الرعاية الصحية، ووعلى وجه الخصوص أحقيتها في إنشاء كيانات تعاونها في إدارة أبنية الرعاية الصحية- (كالشركات المساهمة مثلاً)، وكذلك إدارة الخدمات الصحية التي توديعها مستشفيات ومنشآت وزارة الصحة، وكذا إنشاء مستشفيات ووحدات الرعاية أو استنجازها، وتعيين الكوادر الطبية الفنية المدربة. فضلاً عن دورها في تقديم الخدمات الوقائية والتشخيصية والتأهيلية وإدارة المنشآت الطبية التي آلت إليها من منظومة التأمين الصحي أو وزارة الصحة وتوفير الأدوية والمستلزمات الطبية وغيرها^(١).

(٣) الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية:

الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية، هيئة عامة خدمية، تكون لها شخصية اعتبارية وموازنة مستقلة، وتخضع للإشراف العام لرئيس الجمهورية، ويكون مقرها الرئيس بالقاهرة، ويجوز لها أن تنشئ فروعاً بجميع المحافظات، ويصدر بنظام العمل بها قرار من رئيس الجمهورية"، و"تهدف هيئة الاعتماد والرقابة إلى ضمان جودة الخدمات الصحية، والتحسين المستمر لها، وتوكيد الثقة في جودة مخرجات الخدمات الصحية بجمهورية مصر العربية على كافة المستويات المحلية والإقليمية والدولية، وضبط وتنظيم تقديم الخدمات الصحية التأمينية وفقاً لمعايير محددة للجودة والاعتماد على النحو الذي تبينه اللائحة التنفيذية لهذا القانون، وتنظيم القطاع الصحي بما يضمن سلامته واستقراره وتنميته وتحسين جودته، والعمل على توازن حقوق المتعاملين فيه"^(٢).

اختصاصات هيئة الاعتماد والرقابة:

لهيئة الاعتماد والرقابة في سبيل تحقيق أهدافها اتخاذ كافة القرارات اللازمة لذلك، وعلى الأخص ما يأتي^(٣):

١. وضع معايير الجودة للخدمات الصحية، واعتماد تطبيقها على منشآت تقديم الرعاية الطبية.
٢. الاعتماد والتسجيل للمنشآت الطبية المستوفاة لمعايير الجودة المشار إليها بالبند رقم (١) للعمل بالنظام، وتكون مدة الاعتماد والتسجيل أربع سنوات قابلة للتجديد لمدد أخرى مماثلة.
٣. الإشراف والرقابة على جميع المنشآت الطبية، وأعضاء المهن الطبية العاملين في قطاع تقديم الخدمات الطبية والصحية، وفقاً لأحكام هذا القانون.
٤. إجراء التفتيش الإداري الدوري على المنشآت المعتمدة والمسجلة للعمل في النظام.
٥. إيقاف الاعتماد أو التسجيل حال مخالفة المنشأة الطبية لأي من اشتراطات منح الاعتماد والتسجيل أو إلغاؤه.
٦. الاعتماد والتسجيل لأعضاء المهن الطبية وفقاً للتخصصات والمستويات المختلفة للعمل بالنظام، وإجراء التفتيش الدوري عليهم بالجهات المعتمدة والمسجلة للعمل في هذا النظام.
٧. إيقاف الاعتماد أو التسجيل لأعضاء المهن الطبية للعمل بالنظام حال مخالفة أي من

(١) د. علاء عيد: جهود الدولة المصرية في مواجهة جائحة كورونا، مرجع سابق، ص ٣.

(٢) المادتان (٢٦، ٢٧) من قانون التأمين الصحي الشامل رقم ٢ لسنة ٢٠١٨م.

(٣) المادة (٢٨) من قانون التأمين الصحي الشامل رقم ٢ لسنة ٢٠١٨م.

- اشتراطات منح الاعتماد أو التسجيل أو إلغاؤه.
٨. توفير الوسائل التي تضمن كفاءة النظام وشفافية الأنشطة التي تمارس فيه وإصدار القواعد والنظم اللازمة لذلك.
٩. التنسيق والتعاون مع هيئات الرقابة الطبية في الخارج، والجمعيات والمنظمات الدولية التي تجمعها أو تنظم عملها.
١٠. التنسيق مع المنشآت الطبية بما يكفل الوصول إلى منظومة متكاملة من المعايير وقواعد مقارنات التطوير وآليات قياس الأداء وفقا للمعايير الدولية.
١١. دعم القدرات الذاتية للمنشآت الطبية للقيام بالتقييم الذاتي.
١٢. توعية وإعلام المجتمع بمستوى جودة الخدمات بالمنشآت الطبية.
١٣. ويجوز لهيئة الاعتماد والرقابة القيام بأعمال التقييم والاعتماد للمنشآت الصحية العربية والأجنبية العاملة خارج جمهورية مصر العربية بناء على طلب هذه المنشآت.
- (ب) تمويل نظام التأمين الصحي الشامل في مصر:**
- حدد قانون التأمين الصحي الشامل مصادر تمويل الهيئات الثلاث، سالف الذكر، على النحو التالي:

▣ مصادر تمويل الهيئة العامة للتأمين الصحي^(١):

تمول الهيئة العامة للتأمين الصحي الشامل من عدة مصادر، هي: ١- حصة المؤمن عليهم والمعالين، ٢- حصة أصحاب الأعمال، ٣- المساهمات، ٤- عائد استثمار أموال الهيئة، ٥- التزامات الخزنة العامة عن غير القادرين، ٦- مقابل الخدمات الأخرى التي تقدمها الهيئة وفقاً لما يحدده مجلس الإدارة، ٧- المنح الخارجية والداخلية والقروض، ٨- الهبات والإعانات والتبرعات والوصايا.

(١) حصة المؤمن عليهم والمعالين:

وهي الاشتراكات التي يؤديها المؤمن عليهم الخاضعون لهذا القانون، وفقاً للنسب الواردة بالجدول رقم (١) المرافق. وفي حالة الجمع بين أكثر من وظيفة يلتزم المؤمن عليه بقيم الاشتراكات لكل ما يتحصل عليه من دخل. الاشتراكات التي يلتزم بسدادها رب الأسرة عن الزوجة غير العاملة أو التي ليس لها دخل ثابت، ومن يعيش في كنفه من الأبناء والمعالين طبقاً للجدول رقم (١) المرافق، ويستمر الاشتراك عن الأبناء والمعالين حتى الالتحاق بعمل، أو زواج الإناث.

(٢) حصة أصحاب الأعمال:

يلتزم أصحاب الأعمال المحددون بقوانين التأمينات الاجتماعية بأداء حصتهم عن اشتراكات العاملين لديهم بواقع (٤%) شهرياً من أجر الاشتراك للعامل المؤمن عليه وبما لا يقل عن خمسين جنيهاً شهرياً، نظير خدمات تأمين المرض والعلاج وإصابات العمل.

(٣) المساهمات:

ويقصد بها المبالغ التي يؤديها المؤمن عليهم عند تلقيهم الخدمة، طبقاً للجدول رقم (٣) المرافق. ويعفى من دفع هذه المساهمات، غير القادرين الذين تتحمل الخزنة العامة قيمة اشتراكاتهم، وذوو الأمراض المزمنة والأورام، وذلك كله طبقاً لقرار رئيس الوزراء بتنظيم ضوابط الإعفاء.

(١) المادة (٤٠) من قانون التأمين الصحي الشامل رقم ٢ لسنة ٢٠١٨م.

(٤) عائد استثمار أموال الهيئة:

ويقصد به العائد الناتج من استثمار الأموال والاحتياطيات المتاحة لدى الهيئة وفقاً للاستراتيجية الاستثمارية التي تحدد قواعدها اللائحة التنفيذية لقانون التأمين الصحي الشامل.

(٥) التزامات الخزانة العامة عن غير القادرين:

قيمة اشتراك المؤمن عليهم من فئات غير القادرين، بمن فيهم المتعطلون عن العمل غير القادرين وغير المستحقين أو المستنفدون لمدة استحقاق تعويض البطالة وكذلك كل فرد من أفراد الأسرة المعالين، وتتحمل الخزانة نسبة (٥%) من الحد الأدنى للأجور المعلن عنه بالحكومة على المستوى القومي شهرياً عن كل منهم، وذلك كله على النحو الموضح بالجدول رقم (٤) المرافق.

(٦) مقابل الخدمات الأخرى التي تقدمها الهيئة بخلاف ما يتضمنه القانون، ووفقاً لما يحدده مجلس إدارتها.

(٧) المنح الخارجية والداخلية والقروض التي تعقدها الحكومة لصالح الهيئة وفقاً للقواعد المقررة في هذا الشأن.

(٨) الهبات والإعانات والتبرعات والوصايا التي يقبلها مجلس إدارة الهيئة وفقاً للقواعد المقررة في هذا الشأن.

(٩) مصادر أخرى، وهي المبالغ التي يتم تحصيلها لصالح تمويل هذا النظام طبقاً لهذا القانون^(١).

الاشتراكات التأمينية الصحية ومواعيد استحقاقها:

مما يحمي للمشرع أنه مد مظلة قانون التأمين الصحي الشامل إلى كافة المواطنين، سواء أكانوا عمالاً أو أصحاب عمل أو كانوا بلا عمل من الأساس، وأياً كانت طبيعة العمل المؤدى أو صورته.

هذا، وقد توسع المشرع في تحديد مصادر تمويل نظام التأمين الصحي الشامل، والذي تبلغ تكلفته ١٣٠ مليار جنيه؛ فحدد ٩ مصادر لتمويل هذا النظام، يمثل أولها في اشتراكات المواطنين، وحال شغل المواطن وظيفتين فتؤخذ نسبة الاشتراكات التأمينية على إجمالي دخل الوظيفتين. كما يلتزم رب الأسرة بدفع الاشتراكات عن أولاده، حتى حصول الذكور على عمل، وزواج الإناث^(٢). بينما يلتزم صاحب العمل بدفع اشتراك شهري عن العاملين لديه بنسبة ٤% من أجر العامل، وبما لا يقل عن ٥٠ جنيهًا. ويدفع العامل ١% يتم خصمها من أجره، فيكون إجمالي الاشتراك عن العاملين ٥% يسدها أو يوردها صاحب العمل شهرياً إلى الهيئة القومية للتأمين الاجتماعي، وسواء كان شخصاً طبيعياً أو اعتبارياً وعملاً أو خاصاً، ومن ثم فإن الدولة أيضاً تؤمن على عمالها وتسدد عنهم نسب الاشتراكات إلى الهيئة القومية للتأمين الاجتماعي وفقاً للقانون.

كما تتوب الدولة عن الأشخاص غير القادرين، والعاطلين عن العمل وذوي الأمراض المزمنة والأورام، في دفع الاشتراكات التأمينية بنسبة ٥%، وهي ذات النسبة التي تسدد عن

(١) وهي كالاتي: خمسة وسبعون قرشاً من قيمة كل علبة سجانر مبيعة بالسوق المحلي سواء كانت محلية أو أجنبية الإنتاج، على أن يتم زيادة تلك القيمة كل ثلاث سنوات بقيمة خمسة وعشرين قرشاً أخرى حتى تصل إلى مائة وخمسين قرشاً (١٠%) من قيمة كل وحدة مبيعة من مشتقات التبغ، بخلاف السجانر. جنيه واحد يحصل عند مرور كل مركبة على الطرق السريعة التي تخضع لنظام تحصيل هذه الرسوم ٢٠ جنيهًا عن كل عام، عند استخراج أو تجديد رخصة القيادة... وغيره.

(٢) د. علاء عيد: جهود الدولة المصرية في مواجهة جائحة كورونا، مرجع سابق، ص ٩.

العاملين. وتختلف نسبة الاشتراك وفق طبيعة ونوع العمل الذي يقوم به المواطن؛ حيث يدفع العاملون المؤمن عليهم في مؤسسات الدولة والقطاع الخاص، نسبة ٥% على النحو سالف الذكر، بينما يدفع الموظفون عن زوجاتهم غير العاملات، اشتراكًا تأمينيًا بنسبة ٣% من أجر الموظف المسدد عنه الاشتراك، كما يدفع عن كل ابن له ١% حتى التحاق هذا الابن بعمل أو وظيفة. وفي المقابل، يدفع المؤمن عليهم من فئات أصحاب العمل ومن في حكمهم، وهم المشتغلون بالمهن الحرة، وأصحاب الأنشطة التجارية والصناعية، ومالكو الأراضي الزراعية أكثر من ١٠ أفدنة، ومالكو العقارات، ومالكو وسائل نقل الركاب والبضائع، والأدباء، والفنانون، والعمد ومشايخ البلاد، فهؤلاء جميعًا يلتزمون بدفع اشتراك تأميني نسبته ٥% من أجر الاشتراك التأميني.

وبصدد الأراامل والمستحقين للمعاشات، فإنهم يدفعون ٢% من قيمة المعاش، كما يدفع أصحاب المعاشات ٢% من قيمة المعاش - عن أنفسهم، و٣% عن زوجاتهم غير العاملات، أي أنهم يدفعون نسبة أكبر من نسبة اشتراكهم، كما يدفعون ١% عن كل ابن أو معال، وبحد أقصى اثنين^(١).

هذا، ويتم سداد هذه الاشتراكات على دفعات ربع سنوية للهيئة، وفي حال التأخر في سداد أي من هذه الاشتراكات، يتحمل الملتمزم بها مبلغًا إضافيًا عن فترة التأخير - كجزاء للتأخير، بالإضافة إلى أنه يحرم من الحصول على خدمات التأمين الصحي^(٢). ويلتزم الأشخاص والجهات التالية بسداد مستحقات الهيئة، وفقًا للمادة ٤١ من القانون، على النحو التالي^(٣):

(١) بالنسبة للمؤمن عليهم الخاضعين لقوانين التأمينات الاجتماعية وأصحاب المعاشات:

○ يلتزم صاحب العمل بسداد الاشتراكات المستحقة عليه شهريًا، وتشمل: الحصة التي يلتزم بها، والحصة التي يلتزم باستقطاعها من أجر المؤمن عليه لسداد الاشتراكات المستحقة عليه هو ومن يعولهم، على أن يتم توريدها في ذات مواعيد سداد اشتراكات التأمين الاجتماعي.

○ تلتزم الهيئة القومية للتأمين الاجتماعي باستقطاع قيمة اشتراك التأمين الصحي الشامل من صاحب المعاش والمستحقين عند استحقاق المعاش الشهري، وتوريدها شهريًا إلى الهيئة.

○ تلتزم الهيئة القومية للتأمين الاجتماعي بسداد قيمة اشتراك التأمين الصحي الشامل عن المتعطلين عن العمل المستحقين لتعويض البطالة وفقًا لأحكام قانون التأمين الاجتماعي المشار إليه.

○ تلتزم الهيئة القومية للتأمين الاجتماعي بتحصيل اشتراكات التأمين الصحي الشامل المستحقة من الجهات المختلفة الخاضعة لقوانين التأمينات الاجتماعية مع اشتراكات

(١) هذا وقد حدد القانون نسب أخرى يدفعونها؛ حيث تبلغ مساهمة المريض في الدواء - فيما عدا الأمراض المزمنة والأورام - ١٠% (وبحد أقصى ١٠٠٠ جنيه) وترتفع لنسبة ١٥% بعد عشر سنوات من تطبيق هذا القانون، ويدفع نسبة ١٠% من إجمالي قيمة سعر الأشعة وكافة أنواع التقارير الطبية غير المرتبطة بالأمراض المزمنة والأورام، ونسبة ٢٠% من قيمة سعر التحاليل الطبية والمعملية غير المرتبطة بالأمراض المزمنة والأورام وبحد أقصى ١٠٠٠ جنيه، أما في حالة حجز المريض داخل المستشفى يدفع نسبة مساهمة قيمتها ٧% وبحد أقصى ١٥٠٠ جنيه.

(٢) د. علاء عيد: جهود الدولة المصرية في مواجهة جائحة كورونا، مرجع سابق، ص ٩.

(٣) المادة (٤١) من قانون التأمين الصحي الشامل رقم ٢ لسنة ٢٠١٨.

التأمينات الاجتماعية.

(٢) بالنسبة للمؤمن عليهم غير الخاضعين لقوانين التأمين الاجتماعي:

- يلتزم العامل لدى نفسه، والمهني، والحرفي من غير ذوي المرتبات المنتظمة، ورب الأسرة غير الخاضع لقوانين التأمين الاجتماعي، بسداد اشتراكه واشتراك الزوجة غير العاملة والتي ليس لها دخل ثابت، ومن يعيش في كنفه من الأبناء وغيرهم من المعالين، على دفعات نصف سنوية إلى الهيئة، وفي حالة وفاة رب الأسرة يلتزم صاحب الولاية القانونية بسداد الاشتراكات من أموال الصغير، ما لم يكن داخلا ضمن الفئات غير القادرة.
- تلتزم الجمعيات الزراعية بتحصيل وتوريد الاشتراكات من المؤمن عليهم العاملين بالزراعة، ومن يعولونهم، على دفعات ربع سنوية.
- ويجوز للهيئة أن تعهد بتحصيل مستحققاتها لغير ذلك من الجهات العامة أو الخاصة التي تتوافر لديها آليات تحصيل منتظمة، وذلك وفقا للقواعد والإجراءات التي تحددها اللائحة التنفيذية لهذا القانون".

وتلتزم الجهات المذكورة عالياً، بتوريد اشتراكات المؤمن عليهم وأصحاب الأعمال المشار إليهم في المادة ٤٠ من القانون، إلى الهيئة خلال ثلاثين يوماً من تاريخ تحصيلها، وذلك بعد استقطاع النسب التي يتفق عليها مع تلك الجهات، على النحو الذي تبينه اللائحة التنفيذية لهذا القانون^(١).

وفي سبيل ضمان قيام الهيئة بدورها واستدامة التمويل، فقد قرر المشرع فحص المركز المالي لهذا النظام إكتواريًا مرة على الأقل كل أربع سنوات، بواسطة خبير أو أكثر من الخبراء الإكتواريين المتخصصين في المجال الصحي، يتم تكليفه بقرار من رئيس مجلس الوزراء بناء على ترشيح من الوزير المختص بالمالية والوزير المختص بالصحة. وفي حالة وجود فائض إكتواري يتم تكوين احتياطات، وفي حالة ظهور عجز يبين الخبير الإكتواري أسبابه وطريقة تلافيه وعلاجه، وفي هذه الحالة يعرض الأمر على مجلس النواب للنظر في تعديل قيمة الاشتراكات والمساهمات ومصادر التمويل الأخرى لاستعادة التوازن والاستدامة المالية للنظام. كما تلتزم الهيئة باتخاذ كافة الإجراءات الممكنة لضمان التوازن المالي السنوي للنظام وقدرته على الوفاء بجميع التزاماته تجاه المؤمن عليهم المشتركين في هذا النظام والمتعاملين معه وذلك

(١) وفي حالة تأخر الملتزم بسداد الاشتراكات عن أداء الاشتراكات في المواعيد المحددة، يلتزم بأداء مبلغ إضافي سنوي عن مدة التأخير من تاريخ وجوب الأداء حتى نهاية شهر السداد، ويحسب المبلغ الإضافي وفقا للقواعد المنصوص عليها في هذا القانون؛ المواد (٤٢، ٤٣) من قانون التأمين الصحي الشامل. المادة ٤٤: "يفحص المركز المالي للنظام إكتواريًا مرة على الأقل كل أربع سنوات بواسطة خبير أو أكثر من الخبراء الإكتواريين المتخصصين في المجال الصحي، يتم تكليفه بقرار من رئيس مجلس الوزراء بناء على ترشيح من الوزير المختص بالمالية والوزير المختص بالصحة. وفي حالة وجود فائض إكتواري يتم تكوين احتياطات، وفي حالة ظهور عجز يبين الخبير الإكتواري أسبابه وطريقة تلافيه وعلاجه، وفي هذه الحالة يعرض الأمر على مجلس النواب للنظر في تعديل قيمة الاشتراكات والمساهمات ومصادر التمويل الأخرى لاستعادة التوازن والاستدامة المالية للنظام. كما تلتزم الهيئة باتخاذ كافة الإجراءات الممكنة لضمان التوازن المالي السنوي للنظام وقدرته على الوفاء بجميع التزاماته تجاه المؤمن عليهم المشتركين في هذا النظام والمتعاملين معه وذلك وفقا لأحكام هذا القانون".

وفقا للقانون^(١).

مصادر تمويل الهيئة العامة للرعاية الصحية:

تتكون موارد هيئة الرعاية الصحية من المصادر الآتية^(٢):

١. مقابل الخدمات الطبية التي تقدمها هيئة الرعاية وفقا لقائمة أسعار الخدمات التي تقرها الهيئة.
٢. أي إيرادات ومقابل أي خدمات طبية إضافية، أو أي خدمات غير طبية تقدمها هيئة الرعاية، وذلك وفقا لما يقره مجلس إدارتها.
٣. القروض التي تعقدها الدولة لصالح هيئة الرعاية.
٤. الهبات والمنح والإعانات والتبرعات والوصايا التي يقبلها مجلس إدارة هيئة الرعاية وفقا للقواعد المقررة في هذا الشأن.
٥. عائد استثمار أموال هيئة الرعاية وفقا للقواعد المقررة في هذا الشأن.
٦. ما تخصصه الدولة أو أي جهة أخرى من أموال وأصول لدعم هيئة الرعاية.

مصادر تمويل الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية:

يتم تمويل هيئة الاعتماد والرقابة من المصادر الآتية^(٣):

١. مقابل الخدمات التي تقدمها هيئة الاعتماد والرقابة الصحية وفقا لما يقره مجلس إدارتها.
٢. القروض التي تعقدها الدولة لصالح هيئة الاعتماد والرقابة.
٣. عائد استثمار أموال هيئة الاعتماد والرقابة.
٤. ما تخصصه الدولة لهيئة الاعتماد والرقابة من أموال وأصول.
٥. أي إيرادات أخرى يقرها مجلس إدارتها تتعلق بنشاط هيئة الاعتماد والرقابة.
٦. المنح والهبات والتبرعات والإعانات والوصايا التي يقبلها مجلس الإدارة وفقا للقواعد المقررة في هذا الشأن.

وفي سبيل الاستقلال بين الهيئات الثلاث، فقد جعل القانون لكل منها موازنة مستقلة، وتبدأ السنة المالية لكل منها مع بداية السنة المالية للدولة وتنتهي بنهايتها، ويكون لكل منها حساب خاص ضمن حساب الخزانة الموحد بالبنك المركزي تودع فيه أموالها، ويرحل فائض هذه الحسابات من سنة إلى أخرى. وتستحق الهيئة عائداً سنوياً عن أموالها يساوي متوسط العائد على أدون الخزانة المصدرة في ذات العام، ولا يكون الصرف من أموالها إلا بموافقة مجلس إدارتها^(٤).

وخلاصة ما سبق، أن نظام التأمين الصحي الجديد يعتمد في تمويله على ثلاثة محاور رئيسية، تتضافر معاً في سبيل ضمان استدامة هذا النظام^(٥)؛ أولها: محور التمويل الذي يشتمل على الاشتراكات المقدمة من الأسر المؤمن عليها في نظام التأمين الصحي الشامل بنسب اشتراكات تعتمد على الدخل الكلي لرب الأسرة (الزوج والزوجة والأولاد) في حال أن الزوجة

^(١) المادة (٤٤) من قانون التأمين الصحي الشامل رقم ٢ لسنة ٢٠١٨.

^(٢) المادة (٤٥) من قانون التأمين الصحي الشامل رقم ٢ لسنة ٢٠١٨.

^(٣) المادة (٤٦) من قانون التأمين الصحي الشامل رقم ٢ لسنة ٢٠١٨.

^(٤) المادة ٥٢ من قانون التأمين الصحي الشامل رقم ٢ لسنة ٢٠١٨ م.

^(٥) د. علاء غنام: نظام التأمين الصحي الشامل وبناء الإنسان المصري، مرجع سابق، ص ٢.

لا تعمل، أما إذا كانت الزوجة تعمل فإنها تدفع عن نفسها نسبة (١%) بالنظر لأنها لها دخل خاص بها. وتقدر اشتراكات الأسرة بـ (١٠%) إجمالاً، ويدفع (٦%) من الدخل الكلي لهذه الأسرة و(٤%) يدفعها صاحب العمل، سواء أكانت الدولة أو شخص من أشخاص القطاع الخاص، وثانيها: محور التمويل اللازم لاستدامة منظومة التأمين الصحي الشامل؛ أي هو الاشتراكات التي تلتزم بدفعها الخزانة العامة للدولة للفئات غير القادرة على الدفع في المجتمع. والتي تقدر تقريباً بـ (٣٠% إلى ٣٥%) من الأسر الموجودة في المجتمع المصري مع إشكالية تحديد هذه الأسر المحتاجة تحديداً دورياً^(١)، وثالثها: محور مصادر التمويل الأخرى؛ أي مصادر التمويل المجتمعي أو الرسوم المخصصة للصحة على السلع والخدمات التي لا تمس مصلحة الفقراء، حيث تعبر عن فكرة التضامن المجتمعي والمسؤولية الاجتماعية وصولاً إلى تحقيق العدالة الاجتماعية^(٢).

(١) د. علاء عيد: جهود الدولة المصرية في مواجهة جائحة كورونا، مرجع سابق، ص ٩.
(٢) د. علاء غنام: نظام التأمين الصحي الشامل وبناء الإنسان المصري، مرجع سابق، ص ٢.

الفصل الثاني

ملامح شمولية التغطية الصحية في

نظام التأمين الصحي في النظامين المصري والأمريكي

تمهيد وتقسيم:

تلافياً لحرمان الفئات الفقيرة والمعدمة - والتي لا تتمتع بسابقة عمل، وليس لها دخل يكفي لمعيشتها - نظمت تشريعات بعض الدول نظام التأمين الصحي الاجتماعي الشامل حتى تبسط التغطية التأمينية الصحية على كافة المواطنين ليسود الأمان الاجتماعي في المجتمع^(١). وإذ يمثل هذا النظام الصحي ملاذاً للكثيرين من المرضى، فقد تطورت أحكامه تبعاً لكثير من المتغيرات الاجتماعية والاقتصادية والسياسية للدول ووضعها المالي، كما تغير الكثير من هذه الأحكام بعد جائحة كورونا، والتي أظهرت ضرورة الاهتمام بالمنظومة الصحية لبلوغ نظام صحي شامل^(٢). فقد حدثت هذه الجائحة شتى الدول إلى البحث عن سبل لإصلاح أنظمتها الصحية للحد من عدد الوفيات والإصابات الناجمة عنها، ومن ثم إصلاح هذا النظام لما بعد كورونا بما يتناسب مع تطلعات الشعوب إلى كفالة الحق في الصحة من خلال منظومة رعاية صحية متكاملة.

وهو ما يبدو معه وجه القول بأن نظام التأمين الصحي الشامل هو المدخل الرئيسي للتغطية الصحية الشاملة لكافة المواطنين، سواء أكانوا قادرين على تحمل تكاليف الحصول على خدمات الرعاية الصحية أم لا، باعتبار أن الحق في الصحة حق من الحقوق الأساسية لكل إنسان، ومن ثم فإن أية إصلاحات لهذا النظام هي في حقيقتها إصلاحات للمنظومة الصحية للدولة بأسرها.

وعلى وء ما سبق، تنقسم الدراسة في هذا الفصل إلى ما يلي:

المبحث الأول: نطاق التغطية التأمينية الصحية وفقاً لنظام التأمين الصحي الشامل في مصر وأمريكا.

المبحث الثاني: دور نظام التأمين الصحي في توفير الحماية الاجتماعية وإصلاح المنظومة الصحية.

(¹) Firas Ali Shatnawi: Profile of occupational injuries among the two categories insured by social security corporation in Jordan during the period (1993-1998), master dissertations, Faculty of graduate studies, University of science and Technology, Jordan, May 2001, p.23.

(²) Al-shawish, alaa salah: Financial performance of Social Security Corporation portfolio, op.cit, p.20, Ruloon Williamson: State old age pension in the United States, n.p, 1998, p.19.

المبحث الأول

نطاق التغطية التأمينية الصحية

وفقاً لنظام التأمين الصحي الشامل في مصر وأمريكا

تمهيد وتقسيم:

لا ريب في أن الخدمات الصحية التي يقدمها نظام التأمين الصحي الشامل متعددة وشاملة؛ لكي تفي باحتياجات كافة المواطنين بالصورة التي نظمها القانون، وصولاً إلى تحقيق منظومة التأمين الصحي الاجتماعي الشامل. فعلى سبيل المثال تتولى الهيئة العامة للرعاية الصحية - ثاني الهيئات التي نظم القانون عملها، والتي تتبع وزارة الصحة - تقديم خدمات الرعاية الصحية والعلاجية بمستوياتها الثلاثة، وذلك من خلال المستشفيات العامة التي تتسلمها بعد تأهيلها واعتمادها بمقتضى معايير الجودة والاعتماد، أو المستشفيات الخاصة بعد اجتيازها هذه المعايير. وهذه المستويات الثلاثة التي نظمها القانون تكفل تقديم عدة خدمات صحية أولها الخدمة الصحية الأولية، ثم يليها الخدمات العلاجية والتشخيصية، وخدمات الصحة الإنجابية، وخدمات حالات الطوارئ، وخدمات صحة الأسرة وغيرها. وتنقسم هذه الخدمات فيما بينها وفق الفئة التي تستفيد منها؛ فنجد الخدمات الصحية التأمينية لفئات العاملين بالقطاعين العام والخاص، فضلاً عن الخدمات التأمينية لغير العاملين. وإذا كان قانون التأمين الصحي القديم كان لا يوفر تغطية صحية شاملة لكل المواطنين، فإن القانون الجديد قد سعى إلى توفير هذه التغطية الشاملة لكافة المواطنين^(١).

وعلى هدي ما تقدم، تنقسم الدراسة في هذا المبحث إلى مطلبين على النحو التالي:

المطلب الأول: نطاق التغطية الصحية وفقاً لقانون الرعاية الصحية الأمريكي.

المطلب الثاني: نطاق التغطية الصحية وفقاً لقانون التأمين الصحي الشامل المصري.

(١) د. علاء عيد: جهود الدولة المصرية في مواجهة جائحة كورونا، مرجع سابق، ص ٩.

المطلب الأول

نطاق التغطية الصحية

وفقاً لقانون الرعاية الصحية الأمريكي

قانون حماية المريض والرعاية الميسرة Obamacare وأثره في تطوير نظام التأمين الصحي الأمريكي:

يعرف قانون حماية المريض والرعاية الميسرة الأمريكي باسم أوباما كير Obamacare نسبةً إلى الرئيس الأمريكي باراك أوباما، وهو قانون فيدرالي أقره الكونجرس تحت رقم ١١١، وتم إصداره في الثالث والعشرين من مارس لعام ٢٠١٠، ودخلت أحكامه الرئيسية حيز التنفيذ في عام ٢٠١٤م، وقد أدخل هذا القانون تعديلات على قانون خدمات الصحة العامة الصادر في عام ١٩٤٤م، بينما حافظ على هيكل ميديكير وميديكيد، ليعد واحداً من أهم الإصلاحات التشريعية لنظام الرعاية الصحية في الولايات المتحدة، إلى جنب قانون التوفيق بين الرعاية الصحية والتعليم لعام ٢٠١٠م^(١).

وقد تضمن هذا القانون العديد من الأحكام الجوهرية؛ أولها: إلزام أغلبية الأمريكيين بالتأمين الصحي، بأسعارٍ معقولة، وعلى وجه الخصوص الأشخاص الذين ليس لديهم تغطية تأمينية لدى أي شركة من شركات التأمين، وثانيها: حظر ما كانت تقوم به شركات التأمين من رفض بعض الأشخاص الذين لديهم أمراض طبية سابقة أو معلومة، فضلاً عن حظر ما كانت تقوم به هذه الشركات من رفض التأمين الصحي للأطفال الذين يعانون من مشاكل صحية خطيرة، وأخيراً إلغاء المنافسة على الصحة، باعتبار أن الصحة ليست سلعة تخضع لقانون العرض والطلب من منظور الحزب الديمقراطي الذي ينتمي إليه الرئيس الأمريكي آنذاك- باراك أوباما. حيث استهدف هذا القانون توفير تأمين صحي شامل لكل مواطن أمريكي، وبتكاليف منخفضة كما هي الحال في فرنسا، ويعد واحداً من أهم إنجازات الرئيس باراك أوباما، ويعرف هذا النظام عالمياً باسم "أوباما كير"، أو "الرعاية الصحية وحماية جميع المرضى وبأسعار معقولة".

وقد ساهم قانون الرعاية الصحية لعام ٢٠١٠م في انخفاض نسبة السكان غير المؤمن عليهم إلى النصف تقريباً بحلول عام ٢٠١٦، بالإضافة إلى أن ما يتراوح بين ٢٠ و ٢٤ مليون شخص إضافي قد أصبحوا مشمولين بالتغطية التأمينية وفقاً لهذا القانون؛ حيث لوحظت الزيادة الكبيرة في التغطية التأمينية بسبب التوسع في الضوابط والشروط التي تؤهل الأشخاص لاستحقاق التغطية المقررة في برنامج الميديكيد، وكذا التغييرات الجوهرية التي طرأت على أسواق التأمين الفردية؛ حيث ساهمت الضرائب الجديدة في اعتماد نفقات جديدة ممولة بفضل هذه الضرائب، فضلاً عن التخفيضات التي طالت أسعار تقديم الرعاية الطبية والمزايا التي يقدمها مقدمو هذه الرعاية.

(١) مواقع رسمية في الولايات المتحدة الأمريكية:

The Financial Repercussions from COVID-19 section in Board of Governors of the Federal Reserve System. Report on the Economic Well-Being of U.S. Households in 2019 – May. Washington: Board of Governors of the Federal Reserve System; 2020. Bureau of Labor Statistics. Employment Situation News Release. https://www.bls.gov/news.release/archives/empisit_05082020.htm. Published May 8, 2020. Accessed July 7, 2020.

ورغم تنوع برامج الرعاية الصحية في الولايات المتحدة الأمريكية- العامة منها والخاصة، فإن التغطية الأهم والأكثر اتساعاً توفرها برامج التأمين الصحي الحكومية وأهمها برنامج Medicare بشأن كبار السن وذوي الإعاقات المحددة، وبرنامج Medicaid بشأن ذوي الدخل المنخفض^(١).

١- برامج التأمين الصحي الحكومية (Medicare و Medicaid):

برنامج الميديكير Medicare، هو برنامج تأمين صحي فيدرالي وقعه الرئيس الأمريكي السابق ليندون جونسون عام ١٩٦٥؛ بهدف تقديم المساعدة الطبية لكبار السن ومن يعانون من إعاقة أو يصابون بالفشل الكلوي الدائم، أما الميديكيد (Medicaid)، وهو برنامج تأمين صحي فيدرالي أيضاً، فيستهدف تغطية الأشخاص ذوي الدخل المنخفض، ويغطي أكثر من ٧٠.٦ مليون شخص من البالغين المؤهلين من ذوي الدخل المنخفض والأطفال والنساء الحوامل وكبار السن وذوي الإعاقة، وفق إحصائيات شهر سبتمبر ٢٠٢٠، مع الأخذ في الاعتبار أن هذا البرنامج يقدم خدماته لمن هم دون خط الفقر، وليس أشباه الفقراء أو من هم قرب خط الفقر^(٢)، ويتم تمويله بالاشتراك بين الحكومة الفيدرالية وحكومات الولايات، ويتكامل البرنامجان معا في تقديم خدمات الرعاية الصحية الشاملة للأفراد الذين يبلغون ٦٥ عاماً أو أكثر ومن يعانون إعاقات محددة؛ حيث سعى المعنيون بملف الصحة إلى التغلب على تكاليف أقساط التأمين التي تثقل كاهل المستهلكين، من خلال برنامج "ميديكيد"، باعتباره نظاماً مكماً لتغطية تلك التكاليف^(٣).
وجدير بالذكر أنه يوجد إلى جانب هذين البرنامجين، برامج تأمين صحي حكومية أخرى، مثل برنامج التأمين الصحي للأطفال، وبرنامج ترو كير true care، وبرنامج إدارة صحة المحاربين القدامى، وجميعها يستهدف فئات مجتمعية بعينها لتقديم أعلى مستويات الرعاية الصحية.

(١) مواقع رسمية في الولايات المتحدة الأمريكية:

The Financial Repercussions from COVID-19 section in Board of Governors of the Federal Reserve System. Report on the Economic Well-Being of U.S. Households in 2019 – May. Washington: Board of Governors of the Federal Reserve System; 2020. Bureau of Labor Statistics. Employment Situation News Release. https://www.bls.gov/news.release/archives/empsit_05082020.htm. Published May 8, 2020. Accessed July 7, 2020.

(٢) "القريبون من الفقر" في الولايات المتحدة، وفقاً لدراسة أمريكية، هم الأشخاص الذين تراوح دخل الفرد منهم من ١٢ ألفاً و ٨٨٠ دولاراً إلى ٢٥ ألفاً و ٧٦٠ دولاراً في عام ٢٠٢١، ويمثل هؤلاء نحو ٣٠% ممن يتمتعون بتغطية الرعاية الصحية، وهم عادةً الذين يبلغون ٦٥ عاماً فأكثر، أو الأصغر سناً من ذوي الإعاقة؛ انظر: أ. هبة حسين: الفواتير الطبية الباهظة تطارد «أشباه الفقراء» في الولايات المتحدة، توصيات بالبحث عن حلول لمساعدة الأمريكيين المحرومين من الرعاية الطبية من كبار السن و«القريبين من خط الفقر»، مقال منشور على الموقع الإلكتروني "أمريكي علمي"، بتاريخ ١٢ أبريل ٢٠٢١، الرابط التالي:

<https://www.scientificamerican.com/arabic/articles/news/health-policy-filling-health-care-coverage-gap-near-poor/>

(٣) راجع الباب التاسع عشر من قانون الضمان الاجتماعي الأمريكي (Title XIX of the Social Security Act)، وراجع تفصيلاً الموقع الرسمي للكونجرس الأمريكي:

<http://www.whitehouse.gov/infocus/medicare/health-care>

Report of Pan American Health Organization: United States of America Health System and Services Profile, 1st edition, February 2002, p.11.

وللمزيد؛ انظر: أ. هبة حسين: الفواتير الطبية الباهظة تطارد «أشباه الفقراء» في الولايات المتحدة، الإشارة السابقة.

٢- برنامج التأمين الصحي الخاص:

يتم تقديم الخدمات الصحية من قبل القطاع الخاص لبعض الفئات ذات المقدرة المالية المرتفعة، والذين يقدر عددهم بقاربة الـ ٣٠% من سكان الولايات، ولا يكونوا مشمولين ببرامج التأمين الصحي الحكومية؛ حيث يستفيد هؤلاء الأشخاص بخدمات الرعاية الصحية من خلال برنامج التأمين الصحي الخاص بهم. ويشترط للحصول على التأمين الصحي الخاص أن يكون المؤمن عليه عاملاً، ويقوم بدفع جزء من التأمين، بالإضافة إلى ما يدفعه صاحب العمل، ثم تقوم هيئة التأمين بالدفع مباشرة إلى مقدمي الخدمة الذين هم في الغالب الأطباء والمستشفيات الخاصة. ويشتمل نظام الرعاية الصحية في الولايات المتحدة على العديد من المزايا التي تتوقف استفادة المرضى بها على نوعية الاشتراك التأميني؛ حيث توجد ميزة تأمين المستشفى (Hospital insurance)؛ والتي تؤمن تذاكر للمرضى تساعد على دفع ثمن الدخول إلى المستشفى وتيسير بعض خدمات المتابعة، وتوجد ميزة التأمين الطبي (Medical insurance)؛ والتي تساعد المريض على دفع خدمات الأطباء والرعاية الصحية في المستشفيات أو العيادات الخارجية والخدمات الطبية الأخرى، كما توجد ميزة خطط الرعاية الطبية (Medicare Advantage plans)؛ والتي تساعد المرضى على اختيار جميع خدمات الرعاية الصحية والحصول عليها في العديد من المناطق، وأخيراً توجد ميزة تغطية الأدوية (Prescription drug coverage)؛ والتي تُساعد المرضى على دفع ثمن الأدوية ونفقات العلاج وأجور الأطباء وكل ما يلزم لتلقي العلاج الطبي. وللعاملين الحق في استغلال أكثر من ميزة لقاء ما يسدده صاحب العمل عنهم من اشتراكات تأمين المرض ضمن الاشتراكات العامة للتأمينات، الأمر الذي يؤهلهم للاستمتاع بتغطية تأمينية ضد المرض على نطاق واسع على نقيض أفراد أسرهم^(١).

وغالباً ما يدفع الأمريكيون الذين يختارون شراء تأمينهم الصحي بشكل مستقل independently purchase their insurance أقساطاً عالية high premiums، قد تختلف قيمتها باختلاف قوانين الولايات في تحديدها، وذلك تبعاً لاختلاف الخطط التأمينية فيما تتضمنه كل منها من مزايا التغطية العلاجية، وبالرغم من أن أغلب العملاء لا يستخدمون الكثير من هذه المزايا، فإنهم يدفعون مقابل هذه الخدمات. ولذلك فغالباً ما تترك هذه الأقساط المرتفعة بعض الأمريكيين بدون تأمين رعاية صحية حال تعطلهم عن العمل^(٢).

للم إمكانية تلقي خدمات الرعاية الصحية عن بعد:

أعلنت وزارة الصحة الأمريكية - في ٣١ يناير ٢٠٢٠ - السماح للمستفيدين في جميع مناطق الدولة بتلقي خدمات الرعاية الصحية عن بعد، بما في ذلك في منازلهم؛ حيث تم إزالة القيود المفروضة على الأماكن المؤهلة لتقديم خدمات الرعاية الصحية عن بعد لمرضى الـ Medicare أثناء حالة الطوارئ والتي تستوجب توفير الراحة للمرضى والحفاظ على عدم تنقلهم أو لتلافي نقل العدوى للغير. فأضحى المرضى في المناطق الريفية والمرضى في منازلهم

^(١) For more information (Publication No. 05-10043). (Medicaid) agency, social services or welfare office. Visit www.medicare.gov. Stephen Devereux and Rachel Sabates-Wheeler: Transformative social protection, op.cit, p. 19.

^(٢) Report of PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION: United States of America Health System and Services Profile, op.cit, p.11.

See, <http://www.whitehouse.gov/infocus/medicare/health-care>.

مؤهلين للحصول على خدمات الرعاية الصحية عن بُعد، وقد بدأ ذلك فعليًا في ٦ مارس ٢٠٢٠م^(١). ويعد هذا التوجه الجديد محمودًا، سيما خلال فترة جائحة كورونا، وهو ما وفر على كثير من المرضى مشقة الذهاب إلى المنشآت الصحية، وتلافي بعد المسافة الذي قد يتسبب في تأخر حالتهم.

هذا، وتستهدف الولايات المتحدة الأمريكية الوصول إلى نظام موحد للرعاية الصحية بنهاية العام ٢٠٢٦، يغطي كافة المقيمين بها؛ حيث إن المقرر أن تزيد التغطية التأمينية الصحية بمقدار ١٦ مليون شخص بحلول عام ٢٠٢٦م، لتنتقل الولايات المتحدة من مرحلة التغطية التأمينية الصحية لما يقرب من ٤٠% من سكانها، إلى مرحلة التغطية الشاملة لكافة الأشخاص الذين يعيشون بها، وهو الأمر الذي يتطلب تخصيص ما يقرب من نصف أموال المنح الجماعية لبرنامج التغطية التأمينية الصحية، ويفسر في الوقت ذاته سبب انتهاج التطبيق التدريجي لهذا النظام.

إذ يعزى التطبيق التدريجي لنظام الرعاية الصحية الشاملة في أمريكا، إلى عدة أسباب؛ أهمها^(٢):

✍ تحديات التمويل واستعداد المنشآت الصحية، وغيره من المتطلبات المرتبطة بالانتقال إلى النظام الصحي الجديد، وتكلفة هذا الانتقال، وهو ما يمثل صعوبة كبيرة في تطبيقه مرة واحدة.

✍ حاجة الوكالات الحكومية المعنية إلى اكتساب الخبرة في إدارة الأنظمة والبرامج الجديدة.

✍ حاجة الكثيرين من الأشخاص إلى تعلم كيفية الوصول إلى ترتيبات التغطية الصحية الشاملة الجديدة، وهذا النوع من التعلم قد يستغرق وقتًا طويلاً ويتضمن قدرًا من التجربة والخطأ، مما قد يتسبب في بقاء التغطية التأمينية غير فعالة تمامًا لعدة سنوات.

📖 تأمين الحماية ضد خطر المرض:

فيما يتعلق بتغطية خطر المرض للعاملين في القانون الأمريكي، يتحمل صاحب العمل، سواء أكان شخصًا طبيعيًا أو اعتباريًا، عامًا كان أو خاصًا، بتوفير الرعاية الصحية للعاملين لديه، وله في سبيل ذلك أن يشترك لهم لدى هيئات التأمين الصحي من خلال تأمين المرض كأحد الأخطار التي يغطيها نظام الضمان الاجتماعي، أو لدى المؤسسات الصحية الخاصة بمقتضى نظام الطبيب المعالج، وهذا الأخير هو ميزة استثنائية لا يتمتع بها إلا بعض العاملين فحسب^(٣).

(^١) Section 1135 of the Social Security Act/ 5; <https://edit.cms.gov/files/document/medicare-telehealth-frequently-asked-questions-faqs-31720.pdf>. Blanket Waivers – Claims Submission: <https://www.cms.gov/files/document/se20011.pdf>. Frequently Asked Questions – 1135 Waivers: <https://www.cms.gov/About-CMS/Agency-Information/Emergency/Downloads/MedicareFFS-EmergencyQsAs1135Waiver.pdf>. Medicaid Disaster Response Toolkit: <https://www.medicaid.gov/state-resource-center/disaster-response-toolkit/index.html>

(^٢) Sara R. Collin :How Well Does Insurance Coverage Protect Consumers from Health Care Costs, Findings from the Commonwealth Fund Biennial Health Insurance Survey, 2016, p.2.

(^٣) Jean- Claude Mallet: L'assurance maladie de demain dépend des choix que

وبذلك يُعد التأمين الصحي المقدم من قبل أصحاب العمل مصدرًا رئيسيًا لتغطية خطر المرض للعاملين ولأسرهم؛ ففي عام ٢٠٠٦م، حصل موظفو القطاع الخاص أكثر تغطية للمرض عن طريق هيئة التأمين الصحي - تأمين صحي للعامل وآخر لأفراد عائلته - من خلال اشتراك أصحاب عملهم عليهم، وهو الأمر الذي أدى إلى استنزاف الجزء الأكبر من المخصصات المالية لنظام التأمين الصحي على الرعاية الطبية والعمليات ومستلزماتها لهؤلاء العاملين، وذلك لجودة الخدمات المقدمة من هيئة التأمين الصحي، ما دعا الكثير منهم إلى تفضيل التعامل مع هذه الهيئة على المؤسسات الخاصة، إلا بشأن بعض الخدمات التي لا يُعطيها نظام التأمين الصحي. ولذلك، سعت الحكومة إلى دراسة تطوير نظام التأمين الصحي وموارده والعمل على زيادة نطاق تغطيته من حيث الأشخاص بحيث تشمل تغطية عدد أكبر من أفراد أسرة مستحقي الخدمة الصحية^(١).

للمراقبة على الجهات المنوطة بتقديم خدمات الرعاية الصحية في الولايات المتحدة الأمريكية:

تشرف الوكالات التابعة لوزارة الصحة ممثلة في قسم الصحة والخدمات الإنسانية HHS، على المنشآت والمرافق الصحية ومراكز الرعاية الطبية. وفي سبيلها لذلك أصدرت الوزارة عدة قرارات تنظم قواعد شاملة تلزم المرافق الطبية في جميع أنحاء البلاد تطبيق قواعد حماية الصحة والمرضى، وأيضًا القرارات التي تطلب من المنشآت الصحية إلزام الطاقم الطبي والمتطوعين للعمل لديها والمقاولين والعاملين الآخرين بتلقي لقاح كورونا (COVID-19)، وغيرها من قرارات تشرف الوكالات على تنفيذها. وبالرغم من أهمية الإشراف الإداري من قبل وزارة الصحة ووكالاتها على المنشآت والمرافق الصحية سيما وقت الأزمات والأوبئة، فإن الطعن على بعض هذه القرارات، كما حدث في فترة كورونا، يفتح المجال لمراقبة القضاء على أعمال هذه الوكالات. وهو ما تؤكد المحكمة العليا الأمريكية حيث تقرر أهمية دور المحاكم في الرقابة والمراجعة للقرارات الصحية من أجل ضمان جديتها وعدم تعسفها، ولضمان أن الوكالة قد تصرفت بطريقة معقولة.

ومن تطبيقات ذلك، ما قرره المحكمة العليا الأمريكية من وقف تنفيذ القرار الذي يلزم كافة المنشآت بتطعيم موظفيها في فترة كوفيد ١٩؛ لأن الحكومة لم تظهر بقوة الباعث الذي يخولها السلطة القانونية لإصدار مثل هذا القرار الذي يتعارض مع حماية الأفراد وحرياتهم. كما أن فرض اللقاحات وإن كان ضروريًا لتنفيذ برامج التأمين الصحي بموجب قانون الرعاية الصحية، فإن الحكومة لم تثبت أن القرار المطعون فيه يخولها ولاية حقيقية لفرض الخضوع للقاح وفقًا لبرنامجي Medicare و Medicaid، وعلى فرض أن الكونجرس يستطيع تفويض الوزير في إصدار مثل هذا القرار، فإن ذلك مرتهن بألا يتعارض مع "صحة وسلامة الأفراد"^(٢)، ومن ثم فإن الأمر يعتمد من الأساس على طبيعة العمل^(٣).

nous ferons aujourd'hui, droit Social, N° 9/10, 1995, p.785, Laurent Milet: L'accident de trajet, risque de l'emploi, Droit Social, N°11, 1996, p.963.

^(١) James M. Branscome, MS: Employer-Sponsored Single, Employee-Plus-One, and Family Health Insurance Coverage, op.cit, p.5.

^(٢) See Supp. Court; AT&T Corp. v. Iowa Utilities Bd., 525 U. S. 366, 408 (1999) (THOMAS, J., concurring in part and dissenting in part) (citing Neal v. Clark, 95 U. S. 704, 708 (1878)). "Whitman v. American Trucking Assns. Inc., 531 U. S.

المطلب الثاني نطاق التغطية الصحية وفقاً

لقانون التأمين الصحي الشامل المصري

يقصد بخدمات التأمين الصحي، وفقاً لقانون التأمين الصحي الشامل، مجموعة الخدمات الصحية التي تقدم للمرضى المؤمن عليهم وفقاً للقانون، سواء أكانت خدمات تشخيصية أو علاجية أو تأهيلية أو فحوصات طبية أو معملية أو عمليات أو غيرها، وللهيئة بناء على عرض اللجان المختصة بها إضافة خدمات أخرى، وذلك بمراعاة الحفاظ على التوازن المالي والاكتواري للنظام.

أولاً: نطاق خدمات التأمين الصحي:

لقد أقر المشرع المصري ضماناً جوهرياً لكافة العاملين؛ فوحد جهة العلاج فيما يتعلق بتأمين إصابات العمل وتأمين المرض، وأنشأ صندوقاً مشتركاً تتولى إدارته الهيئة العامة للتأمين الصحي، والتي تتبع وزير الصحة. والأصل أن تقدم هيئات التأمين الصحي كافة الخدمات الصحية وخدمات الرعاية الطبية والعلاج والأشعة والفحوصات والعمليات والجراحات على اختلاف أنواعها. وقد يشترك صاحب العمل للعاملين لديه لدى بعض المؤسسات الطبية الخاصة التي تقدم خدمات ورعاية طبية متميزة عن تلك المقدمة من هيئات التأمين الصحي، وهو ما يعكس رغبة المشرع الجادة في توفير الرعاية الطبية والصحية للعاملين المصابين أو المرضى^(٢).

وإذا كان المشرع المصري قد أنشأ صندوقاً خاصاً بالعاملين وكفل علاجهم عن طريق هيئة التأمين الصحي كقاعدة، ثم أضاف إليهم أصحاب المعاشات، فإنه لم يقصر نطاق التمتع بخدمات الرعاية الصحية عليهم، بل أضاف إليهم سائر المرضى والمحتاجين؛ فأتاح لهم إمكانية الاستفادة من خدمات التأمين الصحي بدون مقابل يُذكر؛ أي بمقابل زهيد لا يقارن البتة بتكلفة الخدمة. وتقدم تلك الخدمات من خلال:

- طبيب الأسرة أو الممارس العام في جهات العلاج المحددة.
- الأطباء المتخصصين بما في ذلك ما يتعلق بطب وجراحة الفم والأسنان.
- الرعاية الطبية المنزلية عند الاقتضاء.
- العلاج والإقامة بالمستشفى أو المركز المتخصص وإجراء العمليات الجراحية وأنواع العلاج الأخرى.

457, 468 (2001). Epic Systems Corp. v. Lewis, 584 U. S.(2018) (slip op., at 12).

(^١) Supp. Court; Motor Vehicle Mfrs. Assn. of United States, Inc. v. State Farm Mut. Automobile Ins. Co., 463 U. S. 29, 43 (1983); see 86 Fed. Reg. 61583, 61559–61561, 61614. N. FCC v. Prometheus Radio Project, 592 U. S., (2021) (slip op., at 12).

(^٢) ولم يتوقف المشرع في سبيل حمايته لفئة العمالة المصابين أو المرضى على النص على علاجهم فحسب، وإنما نص على التزام هيئة التأمين الصحي بفحص العاملين المعرضين للإصابة بالأمراض المهنية بصفة مستمرة ودورية بالنسبة للعاملين المعرضين للإصابة بأحد الأمراض المهنية المبينة في القانون. وبذلك يكون المشرع أظهر الدور الوقائي لنظام الضمان الاجتماعي، فضلاً عن الدور العلاجي له؛ حيث يتم الفحص الدوري للعمال من أجل الكشف عن الأمراض في أول أعراضها، مما يمكن من سرعة علاجها قبل تطور الأمر وانتشار المرض وتفاقمه لدى العامل وزملائه. وتتراوح فترات الفحص الطبي الدوري بين ستة أشهر وسنة واحدة وستين وفقاً لنوع المهنة.

- الفحص بالتصوير الطبي والفحوصات المعملية وغيرها من الفحوصات الطبية وما في حكمها.
- الخدمات التأهيلية والعلاج الطبيعي والأجهزة التعويضية طبقاً للقوائم الأساسية التي تصدر عن اللجان المتخصصة بالهيئة.
- تحرير الوصفات الطبية وصرف الأدوية والمستلزمات اللازمة للعلاج، طبقاً للقوائم الأساسية والتكميلية التي تصدر عن اللجان المتخصصة بالهيئة، وكذا عمل التقارير الطبية اللازمة.
- الكشف الطبي الابتدائي والدوري لكل مرشح للعمل للتحقق من لياقته الصحية والنفسية.
- العلاج بالخارج لمن يستحيل علاجه من خلال الخدمات المقدمة داخل جمهورية مصر العربية ويتوافر له علاج بالخارج، بناء على تقرير يصدر من لجنة مختصة بهذا الشأن تشكل بمعرفة الهيئة، وتحدد اللائحة التنفيذية ضوابط وإجراءات عملها^(١).
- ويتحدد نطاق التغطية الصحية الشاملة وفقاً لما حدده قانون التأمين الصحي الشامل بما يلي^(٢):

- الخدمات الوقائية؛ وهي: أي نشاط صحي وطبي يؤدي إلى إنقاص أو الحد من اعتلال الصحة من المرض أو الوفاة، وتنقسم إلى ثلاثة مستويات أولية وثانوية ومستوى ثالث.
 - خدمات تنظيم الأسرة؛ وهي: الخدمات التي تسعى لتخطيط معدلات إنجاب الأطفال، واستخدام تقنيات تنظيم النسل وغيرها من تقنيات التنقيف الإنجابي، والوقاية من الأمراض المنقولة جنسياً، ومشورة ما قبل الحمل، وعلاج العقم.
 - الخدمات الإسعافية؛ وهي: الخدمات الطبية السريعة الثابتة أو المتحركة التي تقدم إلى المصاب بشكل فوري لتجنب حدوث مضاعفات خطيرة تؤثر عليه وعلى حياته، كما تقدم للأشخاص الذين يعانون من أمراض ونوبات مفاجئة خطيرة حتى يتم حمايتهم من أي تأثيرات قد تؤدي لوفاتهم.
 - الخدمات العلاجية؛ وهي: كافة أنواع العلاج الطبي المبني على البرهان العلمي والمتعارف عليه، لعلاج الأمراض المختلفة، سواء عن طريق الأدوية أو التدخلات الجراحية وغيرها.
 - والخدمات التأهيلية والعلاج الطبيعي؛ وهي: الخدمات التي تساعد على استعادة المريض حالته العضوية الوظيفية السابقة على المرض أو الإصابة.
- ويلتزم صاحب العمل بدفع الاشتراكات التأمينية عن العاملين في أي منشأة عامة أو خاصة، وفقاً لما هو محدد في قانوني التأمينات الاجتماعية والتأمين الصحي الشامل، وحال تحقق الخطر الاجتماعي المغطى فإن العامل المؤمن عليه المصاب يحصل على مستحقاته التأمينية.
- ويلتزم صاحب العمل أو من يقوم مقامه بالإبلاغ عن الإصابات التي يتعرض لها العاملون لديه لكي يحصلوا على الخدمات الصحية من إسعافات أولية ورعاية طبية وعلاج وفحوصات

(١) المادة (٣) من قانون التأمين الصحي الشامل رقم ٢ لسنة ٢٠١٨.

(٢) نصت المادة الثانية من مواد الإصدار على أنه: المادة (٢) فيما عدا خدمات الصحة العامة، والخدمات الوقائية، والخدمات الإسعافية، وخدمات تنظيم الأسرة، والخدمات الصحية الخاصة بتغطية الكوارث بكافة أنواعها، والأوبئة، وما يماثلها من خدمات تلتزم بتقديمها سائر أجهزة الدولة مجانياً، تطبق أحكام القانون المرافق على الخدمات الصحية التأمينية وما ينتج عن إصابات العمل وذلك كله وفقاً للتعريفات الواردة فيه. قانون التأمين الصحي الشامل رقم ٢ لسنة ٢٠١٨.

وعمليات وغيره مما تستلزمه أي حالة مرضية؛ إذ تنص المادة ١٠ من قانون التأمين الصحي على أنه: "في حالة إصابة المؤمن عليه أثناء العمل أو بمناسبةه، تلتزم جهة العمل بإبلاغ الهيئة بوقوع الإصابة فور حدوثها طبقاً للإجراءات والتوقيعات وباستخدام النماذج التي يقرها الوزير المختص بالتأمينات الاجتماعية بالاتفاق مع الوزير المختص بالصحة، ولا يحول انتهاء خدمة المصاب لأي سبب دون استمرار علاجه من إصابته. وإذا كان العامل المصاب منتدباً أو معاراً أو في إجازة للعمل بالخارج، وانتهت مدة إعارته أو ندبه وكان لا يزال في حاجة إلى العلاج، فعلى الهيئة أو صاحب العمل أن يحيله إلى جهة العلاج المحددة له لاستكمال علاجه^(١)".

وتصدر الهيئة شهادات العجز الناتج عن الإصابة بأحد الأمراض العضوية، محدداً بها نسبة العجز، والعجز الناتج عن الإصابة بأحد الأمراض المهنية أو إصابات العمل الأخرى ونسبته.

وتلتزم الهيئة بإخطار المصاب بانتهاء العلاج، وبالعجز الذي تخلف لديه (إن وجد) ونسبته، وللمصاب أو المريض أن يتظلم من تقرير انتهاء العلاج أو تخلف العجز أمام لجان التحكيم الطبي المنصوص عليها بقوانين التأمينات الاجتماعية، كما تلتزم الهيئة بإخطار كل من صاحب العمل والهيئة القومية للتأمين الاجتماعي بذلك، مع بيان أيام التخلف عن العلاج (إن وجدت)، وذلك كله وفقاً للشروط التي يصدر بها قرار من وزير الصحة ووزير التضامن الاجتماعي^(٢).

ومن الناحية العضوية، نظم القانون الجهات والمنشآت الطبية التي تقدم الخدمات العلاجية والصحية، ومنها: المنشآت الطبية؛ وهي المنشآت التي تقدم الخدمات الطبية كالمستشفيات والمراكز الطبية والوحدات الصحية والمستوصفات والعيادات والمختبرات ومراكز الأشعة وكافة المرافق الصحية سواء كانت حكومية أو غير حكومية (باستثناء المنشآت التابعة للقوات المسلحة)، ووحدات الرعاية الأساسية وصحة الأسرة؛ والتي تقدم الخدمات العلاجية والتشخيصية والصحة الإنجابية والإسعافات الأولية لحالات الطوارئ، للمواطنين المقيمين بالنطاق الجغرافي للمركز والوحدات التابعة له، إلى جانب تقديم خدمات تخصصية كدار للولادة وفقاً لتوافر الأطباء المتخصصين بها، فضلاً عن المستشفيات والمراكز المتخصصة والتي تقدم خدمات الرعاية العلاجية^(٣).

وتوجد هذه المراكز والوحدات والمستوصفات في كافة أنحاء الجمهورية؛ في كل المراكز، بل والقرى، باستثناء بعض المستشفيات الكبرى التي قد لا توجد إلا في المحافظات فحسب أو بعضها.

ثانياً: أصحاب الحق في الحماية من خطر المرض:

كفالةً منها للحق في الصحة والعلاج لكافة المواطنين، تلجأ كافة الدول إلى تنظيم الطب الوقائي؛ لدوره الحيوي في توفير سبل حماية أفراد المجتمع بشكل عام من خطر الإصابة بالأمراض، والاكتشاف المبكر للأمراض وتلافي وقوعها والتدخل السريع في حال وقوعها لمنع انتشارها والحد من أضرارها، ومن ثم الحد من العجز المالي لموازنة الصحة إذا ما انتشرت هذه الأمراض. ونظراً إلى أن الطبقة العاملة هي أكثر طبقات المجتمع تعرضاً للإصابات، فقد خصهم

(١) المادة (١٠) من قانون التأمين الصحي الشامل رقم ٢ لسنة ٢٠١٨.

(٢) المادة (١٣) من قانون التأمين الصحي الشامل رقم ٢ لسنة ٢٠١٨.

(٣) راجع تفصيلاً المادة (١٥/١ وما بعدها) من قانون التأمين الصحي الشامل رقم ٢ لسنة ٢٠١٨.

المشرع بميزة إيجابية في العلاج والرعاية الطبية؛ فأنشأ لهم صندوقاً خاصاً بهم. بيد أنه لم يقصر نطاق الحق في الرعاية الصحية والعلاج على الطبقة العاملة فحسب، بل ضم إليها شريحة المرضى من الضعفاء والمحتاجين للعلاج والتداوي ولا يملكون نفقات العلاج في المستشفيات الخاصة.

ولذا فإن أصحاب الحق في العلاج والرعاية الصحية من غير العاملين هم كل المرضى الذين لا يزاولون عملاً أو لم يسبق لهم مزاولة عمل ولم يتم الاشتراك عليهم في التأمين الصحي باعتبارهم عمالاً أو أصحاب عمل. فالمرضى الضعفاء والفقراء من غير العاملين يكون لهم الحق في الرعاية الصحية المقدمة من خلال نظام التأمين الصحي؛ حيث يتلقون الخدمات الصحية المتاحة في المؤسسات الطبية التابعة لهيئة التأمين مقابل رسوم بسيطة فيتحملون بعض نفقات العلاج^(١).

واتساقاً مع قواعد الحماية الاجتماعية، قرر المشرع المصري لأصحاب المعاشات أو الدخل البديل الحق في الاستفادة من العلاج والرعاية الطبية لدى هيئة التأمين الصحي؛ فأجاز لأصحاب المعاشات حق إبداء الرغبة في الانتفاع بأحكام العلاج والرعاية الطبية، شريطة طلبهم الانتفاع بهذه الأحكام قبل تاريخ انتهاء الخدمة. وبذلك يكون المشرع قد أضفى عليهم مزيد من الحماية التأمينية باعتبارهم طوائف اجتماعية تحتاج إلى هذه الحماية خاصة مع تقدم سنهم. وبذلك يكون المشرع قد أدخلهم في زمرة الفئات المستفيدة من الخدمات التأمينية للرعاية والعلاج الطبي. **التدابير الصحية التي تتخذها مستشفيات التأمين الصحي والمستشفيات العامة أثناء انتشار الأوبئة:**

تنبّهت الدول إلى أهمية الطب الوقائي وضرورته سيما بعد ما كشفته جائحة كورونا في مراحلها الأولى؛ فسعت الحكومات إلى متابعة الوضع الوبائي باستمرار والمراجعة الدورية للإجراءات الاحترازية، ونشر التوصيات الوقائية لتوقي خطر الإصابة وعمل الزيارات الإشرافية بصفة مستمرة على شتى الأماكن. وقد اتخذت كافة الدول، على تباين أنظمتها الصحية، العديد من الإجراءات للحفاظ على صحة المواطنين والصحة العامة مثل: الحجر الصحي، وترصد الأمراض المعدية، ومكافحة الأمراض المعدية، وتطوير المعامل المركزية وزيادة أعدادها، وكذلك التطعيم ضد فيروس كورونا لجميع المواطنين، دون التحويل على وضعهم المالي أو دفعهم نفقات العلاج.

• الحجر الصحي:

والذي يُعرف بأنه مجموعة من الإجراءات والتدابير التي من شأنها التحقق من عدم وجود أي أعراض مرضية، مع اتخاذ كافة التدابير الاحترازية اللازمة لمواجهة الأمراض والفيروسات^(٢). ومثال ذلك: إجراءات الحجر الصحي التي أُتخذت لمواجهة جائحة كورونا، والتحقق من عدم ارتفاع درجات الحرارة، أو أي عرض من أعراض الأمراض التنفسية الحادة، مع اتخاذ كل التدابير الاحترازية حال الاشتباه في المرض، من خلال العزل والتوجيه للمستشفى المعنية. ولذا يلزم توافر المعدات والتجهيزات اللازمة في أماكن الحجر الصحي للحالات المشتبه فيها، وتوفير إقامة مناسبة لها، فضلاً عن التنسيق مع إدارات الشؤون الصحية بشأن الحالات

(١) Stephen Devereux and Rachel Sabates-Wheeler: Transformative social protection, Institute of Development Studies, U.S.A, October 2004, p. 19.

(٢) د. علاء عيد: جهود الدولة المصرية في مواجهة جائحة كورونا، مرجع سابق، ص ١، ٢.

المرضية.

• إتاحة التحاليل وفحوصات للمواطنين:

وأبرزها تحاليل وفحوصات كورونا التي أتيحت في المستشفيات والمراكز الصحية العامة والمستوصفات والتأكد من وجود نتيجة تحليل PCR سلبية، كما تم إدراج خدمة تحليل التشخيص السريع (DIAGNOSTIC RAPID ANTIGEN TEST) لقائمة الحجر الصحي للمسافرين، واستكمال الفحوص المعملية الخاصة بفيروس كورونا المستجد سيما مع توالي ظهور سلالاته الجديدة^(١).

• رصد الأمراض المعدية:

تلتزم الدول باتباع أنظمة الترصد والاكتشاف المبكر للأمراض والأوبئة لتلافي ما ينجم عن انتشارها من آثار سلبية تضر بصحة المواطنين؛ فتسعى الدول إلى تحسين الصحة العامة من خلال ترصد الأمراض ومتابعة البيانات وإجراء البحوث والدراسات والمسوحات الميدانية، ووضع الخطط والسياسات الخاصة بالتحكم والسيطرة على الأمراض سيما المعدية منها، والتنسيق مع الجهات المعنية لتطبيق الإجراءات الوقائية وتقديم الخدمات الطبية، وإعداد النماذج الإرشادية لذلك، وتحديث قائمة الأمراض المعدية، وتدريب الفرق الطبية بمجال الوبائيات والصحة العامة وغيره^(٢).

• مكافحة الفيروسات والعدوى:

تشكل مختلف الحكومات فرقاً ولجاناً لإدارة الأزمات وفترات العدوى والأوبئة، وتعتبر فترات مكافحة العدوى والفيروسات من فترات الضرورة التي تتكاتف كافة الإدارات المعنية والفرق الطبية بجميع المحافظات من أجل هذه المكافحة والحفاظ على صحة المواطنين. وتم تقديم التدريب اللازم للفرق الطبية بما يضمن جودة واستمرارية الخدمة على مدار ٢٤ ساعة وطوال أيام الأسبوع. كما شملت إجراءات مكافحة العدوى المتابعة الصحية للقادمين من الخارج من خلال مسؤولي مكافحة الأمراض المعدية، وتم تخصيص غرف للعزل بأقسام الاستقبال والطوارئ والعيادات^(٣).

ثالثاً: الدور الرقابي لهيئة الاعتماد والرقابة:

يكون لهيئة الاعتماد والرقابة مجلس إدارة، يتكون من رئيس لهيئة الاعتماد والرقابة ونائب له وسبعة أعضاء من المتخصصين في مجال جودة الخدمات الصحية وذوي الخبرة في المجالات الطبية والقانونية. ويمثل رئيس المجلس هيئة الاعتماد والرقابة أمام القضاء، وفي صلاتها بالغير. ويحل نائب رئيس هيئة الاعتماد والرقابة محل رئيس مجلس الإدارة في مباشرة اختصاصاته حال غيابه أو وجود مانع لديه. ويصدر بتعيين مجلس الإدارة قرار من رئيس الجمهورية بناء

(١) نفس المرجع، نفس الموضع.

Anna Sagan and others: Health systems resilience during COVID-19, op.cit, p.21.

(٢) أقيمت عدة ورش عمل ودورات تدريبية لفريق الترصد من أجل تقديم تدريب لجميع المستويات - في ظل التعاون مع فرق من معامل الفيروسات في وزارة الصحة والسكان - للقيام بتقييم منتظم للمخاطر على المستوى القومي. كما سعت الوزارة إلى تنشيط دور المدارس من خلال تدريب الزائرات الصحيات طبقاً للمعايير القياسية للترصد بالمدارس في التعامل مع أية حالات إصابة قد تظهر في المدارس، توازياً مع تنشيط الترصد المجتمعي وتدريب الرائدات الريفيات للتعامل مع الحالات المعزولة منزلياً، ونشر الوعي الصحي بقرى مصر؛ د. علاء عيد: جهود الدولة المصرية في مواجهة جائحة كورونا، مرجع سابق، ص ٣.

(٣) راجع د. علاء عيد: جهود الدولة المصرية في مواجهة جائحة كورونا، مرجع سابق، ص ٣.

على ترشيح من رئيس مجلس الوزراء، ويتضمن القرار تحديد المعاملة المالية لرئيس المجلس ونائبه، ومكافآت وبدلات باقي أعضاء المجلس. وتكون مدة المجلس أربع سنوات، قابلة للتجديد لمرة واحدة. ويشترط فيمن يختار لعضوية المجلس أن يكون متفرغاً وألا تتعارض مصالحه مع مصالح وأهداف هيئة الاعتماد والرقابة. وتحدد اللائحة التنفيذية لهذا القانون طرق ومواعيد انعقاد مجلس إدارة هيئة الاعتماد والرقابة والنصاب اللازم لاتخاذ القرارات فيه^(١).

ولمجلس إدارة هيئة الاعتماد والرقابة، وهو السلطة المهيمنة على شئونها ويتولى إدارتها ووضع وتنفيذ السياسات اللازمة لتحقيق أغراضها وأهدافها، أن يتخذ ما يراه لازماً من قرارات نهائية لمباشرة اختصاصاتها، وذلك دون حاجة لاعتمادها من أي جهة أخرى، وله على الأخص ما يأتي^(٢):

١. وضع الإستراتيجية العامة لهيئة الاعتماد والرقابة والسياسات التنفيذية لها ومراقبة تنفيذها.
٢. وضع واعتماد الضوابط والمعايير القياسية، ومؤشرات الاعتماد، وقياس عناصر جودة الخدمات الصحية.
٣. وضع قواعد الرقابة والتفتيش على الجهات الخاضعة لرقابة هيئة الاعتماد والرقابة.
٤. اعتماد الهيكل التنظيمي لهيئة الاعتماد والرقابة.
٥. وضع اللوائح والقرارات المنظمة لشئون هيئة الاعتماد والرقابة المالية والإدارية والفنية وشئون العاملين وغيرها، وذلك دون التقيد باللوائح والنظم الحكومية المعمول بها في الجهاز الإداري للدولة.
٦. وضع قواعد الاستعانة بالخبرات المحلية والأجنبية لمعاونة هيئة الاعتماد والرقابة في القيام بعملها.
٧. الموافقة على مشروع موازنة هيئة الاعتماد والرقابة وحسابها الختامي.
٨. إبداء الرأي في مشروعات القوانين واللوائح المتعلقة بنظام عملها، وبالأنشطة ذات الصلة.
٩. التصديق على منح شهادات الاعتماد، وتكون هذه الشهادات صالحة لمدة ثلاث سنوات، ويجوز تجديدها لمدد أخرى مماثلة، أو إيقافها أو إلغاؤها في ضوء ما تسفر عنه عمليات المتابعة والمراجعة الدورية وفقاً للضوابط التي تضعها هيئة الاعتماد والرقابة.
١٠. قبول المنح التي تقدم لهيئة الاعتماد والرقابة من غير المنشآت الطبية الخاضعة للتقييم وذلك بما لا يتعارض مع أهدافها وفقاً للقواعد المقررة في هذا الشأن.
١١. اقتراح عقد القروض اللازمة لتمويل كافة البرامج والمشروعات التي تحقق أهداف هيئة الاعتماد والرقابة.
١٢. اعتماد التقارير السنوية عن نتائج أعمال هيئة الاعتماد والرقابة.
١٣. إقرار خطة تدريب الكوادر البشرية بهيئة الاعتماد والرقابة.
١٤. النظر في الموضوعات التي تطلب الوزارات أو الجهات الحكومية المختصة أو رئيس مجلس الإدارة عرضها على المجلس من المسائل المتصلة بنشاط هيئة الاعتماد والرقابة.
١٥. ولمجلس الإدارة أن يعهد إلى لجنة أو أكثر من بين أعضائه أو غيرهم ببعض

(١) المادة (٢٩) من قانون التأمين الصحي الشامل رقم ٢ لسنة ٢٠١٨.

(٢) المادة (٣٠) من قانون التأمين الصحي الشامل رقم ٢ لسنة ٢٠١٨.

اختصاصاته المشار إليها، وله تفويض رئيس المجلس أو نائبه أو أي من أعضائه في ممارسة بعض اختصاصاته، أو القيام بمهمة محددة.

ويكون لهيئة الاعتماد والرقابة مدير تنفيذي، يصدر بتعيينه وتحديد معاملته المالية واختصاصاته قرار من مجلس الإدارة وذلك لمدة أربع سنوات قابلة للتجديد لمرة واحدة، ويحضر اجتماعات مجلس الإدارة دون أن يكون له صوت معدود في المداولات، ويتولى المدير التنفيذي تصريف أمور الهيئة وتنفيذ السياسات والاستراتيجيات والقرارات الصادرة عن مجلس الإدارة، وتحدد اللائحة التنفيذية لهذا القانون الشروط الواجب توافرها فيمن يشغل هذا المنصب. وينقل للعمل بهيئة الاعتماد والرقابة العاملون بكل من الهيئة العامة للتأمين الصحي، والجهات التابعة لوزارة الصحة حال رغبتهم في ذلك، من شاغلي الوظائف المرتبطة بمجال عمل هيئة الاعتماد والرقابة، وفي جميع الأحوال يحتفظ العاملون المنقولون بدرجاتهم المالية وجميع المزايا الوظيفية التي يتمتعون بها في جهات عملهم كحد أدنى، وذلك كله طبقاً لما تحدده اللائحة التنفيذية لهذا القانون^(١).

هذا، وتبرهن الاختصاصات التي خولها القانون لهيئة الاعتماد والرقابة، على الدور الحيوي التي تقوم به هذه الهيئة، وتعكس رغبة المشرع في الارتقاء بنظام التأمين الصحي الشامل وبلوغ غاياته. وتتمثل أبرز صلاحيات هيئة الاعتماد والرقابة وضع إستراتيجية الاعتماد والرقابة وتحديد الضوابط والمعايير القياسية ومؤشرات قياسها، وقياس عناصر جودة الخدمات الصحية، وقواعد الرقابة والتفتيش على الجهات الخاضعة لرقابة الهيئة. كما أن هذه الهيئة تمتلك صلاحية إلزامية منح شهادات الاعتماد للمنشآت الطبية التي تقدم الخدمة الصحية ضمن نظام التأمين أو غير المشتركة في النظام، وتجديدها لمدد أخرى مماثلة. كما أنها تشكل لجان دائمة لتسوية المنازعات والفصل في الشكاوي المتعلقة بالاعتماد. فضلاً عن أن الهيئة لها الحق في إبداء الرأي في الاتفاقات الدولية ومشروعات القوانين واللوائح المتعلقة بنظم عملها أو الأنشطة ذات الصلة.

ويعد الاختصاص الأبرز من بين اختصاصات هيئة الرقابة والاعتماد، هو اختصاصها بوضع معايير الجودة للخدمات الصحية والتأمينية، وتنظيم قواعد السلامة للقطاع الصحي والتي تتمثل فيما يلي^(٢): اعتماد وتسجيل المنشآت الطبية التي تم استلامها من وزارة الصحة أو المنشآت الخاصة والتي تقدم الخدمات في نظام التأمين الصحي الشامل، والإشراف والرقابة عليها كما تختص الهيئة بإيقاف الاعتماد أو التسجيل في حال مخالقة المنشأة الطبية لاشتراطات السلامة، اعتماد وتسجيل أعضاء المهن الطبية للعاملين بالقطاع الطبي والصحي والإشراف عليهم.

(١) المواد (٣١، ٣٢) من قانون التأمين الصحي الشامل رقم ٢ لسنة ٢٠١٨.
(٢) د. علاء عيد: جهود الدولة المصرية في مواجهة جائحة كورونا، مرجع سابق، ص ٣.

المبحث الثاني

دور نظام التأمين الصحي في توفير

الحماية الاجتماعية وإصلاح المنظومة الصحية

تمهيد وتقسيم:

تعد العلاقة بين النمو الاقتصادي في أي مجتمع، ومستوى الرعاية الطبية وأساليب العلاج، علاقة طردية؛ إذ يؤثر المستوى الاقتصادي والمالي للدولة إيجاباً وسلباً في مدى توفر الخدمات الطبية للأفراد داخلها سواء أكانوا عمالاً أم لا، ومن ثم يؤثر في المستوى الصحي العام في الدولة. فالخدمات الطبية تُعتبر في أغلب الأحوال باهظة التكاليف لا سيما بالنسبة لمحدودي الدخل والفقراء، والذين يمثلون السواد الأعظم في كثير من الدول، الأمر الذي حدا غالبية الأنظمة القانونية إلى توفير خدمات الرعاية الصحية لأفراد مجتمعها من خلال مرفق التأمين الصحي؛ تلافياً لشعور الأشخاص بانعدام الأمن الصحي والاجتماعي، هذا الشعور الذي يُشكل خطراً يُهدد استقرار المجتمع وأمنه، الأمر الذي يتعين معه توفير الحماية الاجتماعية لأفراد المجتمع ضد ما يتعرضون له من مخاطر تؤثر على قدرتهم على اكتساب الرزق، وهو ما تسعى جل الدول إليه، ومنها مصر، من خلال نظام التأمين الصحي الاجتماعي الشامل لتوفير متطلبات الحماية الاجتماعية واقعاً. فالتأمين الصحي يعكس فلسفة الحماية الاجتماعية وأسسها، يعمل على إعادة التوازن في المجتمع وحماية أفراده من خلال تقديم المعاشات والتعويضات وغيرها من الأداءات كتلك التي تقدم إلى المؤمن عليهم أو لرعاية الأمومة والطفولة والمرضى والمصابين^(١).

وعليه، تنقسم الدراسة إلى ما يلي:

المطلب الأول: دور نظام التأمين الصحي في توفير الحماية الاجتماعية.

المطلب الثاني: دور نظام التأمين الصحي في إصلاح وتطوير المنظومة الصحية.

(١) د. علاء عيد: جهود الدولة المصرية في مواجهة جائحة كورونا، مرجع سابق، ص ١٥.

John Rawls: *Théorie de la justice, État, entreprise, travail*, Fiche 53, N.p, Paris, 1973, p.5, Arne L. Kalleberg: *Precarious Work, Insecure Workers, Employment Relations in Transition*, Routledge, U.S.A, 2000, p. 77.

المطلب الأول

دور نظام التأمين الصحي الشامل في توفير الحماية الاجتماعية

يعد موضوع الحماية الاجتماعية واحدًا من أكثر الموضوعات بحثًا وتداولًا في الساحتين الفقهية والعملية في الآونة الأخيرة^(١)، والحماية الاجتماعية في أبسط مفاهيمها هي مجموعة من الإجراءات الوقائية والتشجيعية والتحويلية التي تهدف إلى الحد من الفقر وتوفير الحماية لكافة الأفراد^(٢). ودعمًا من جانبها لسياسات وإجراءات الحماية الاجتماعية في مختلف الدول، أعلنت الأمم المتحدة عن مبادرة (SPF) للحماية الاجتماعية، والتي بدأت في عام ٢٠٠٩، ثم مؤتمر العمل الدولي السنوي الذي انعقد في يونيو ٢٠١١، والذي ركز على التأمين الاجتماعي للجميع، وانتهى إلى التزام الدول الأعضاء بوضع مبادرة (SPF) موضع التنفيذ. وفي سبيل ترسيخ أسس الحماية الاجتماعية الوطنية عقدت مؤسسة فريدريش إيبيرت (FES) ومنظمة العمل الدولية (ILO) مؤتمرًا في برلين في يوليو ٢٠١١، والذي قدم السبل والآليات الفنية لتنفيذ الدولة لبرامج الحماية الاجتماعية^(٣).

(١) يمكن تعريف الحماية الاجتماعية من خلال آليات الرعاية الجماعية التي تمكن الأفراد والأسر من التعامل ماليًا مع عواقب المخاطر الاجتماعية التي يواجهونها. والمخاطر هي الحالات أو الأحداث التي تؤثر سلبًا على الوضع الاقتصادي للأسر من زيادة في الإنفاق أو تناقص في الموارد. ولذلك، تغطي الحماية الاجتماعية عدة مخاطر ذات طبيعة مختلفة، منها على سبيل المثال: الأخطار المهنية؛ كالحوادث والأمراض المهنية، والأخطار غير المهنية؛ كالشيخوخة والعجز والمرض والأمومة والوفاة، والأخطار الاقتصادية؛ كالبطالة. كما يمكن تعريفها، من خلال تحديد الفئات أو الأشخاص الذين تشملهم هذه الحماية؛ محددًا إياهم في الفئات التالية: ١. الفقراء فقراً مضعفاً أو مزمنًا؛ ٢. الضعفاء اقتصاديًا؛ ٣. المهمشين اجتماعيًا. فهذه الفئات أكثر ما تحتاج إلى الحماية الاجتماعية بسبب طبيعة ضعفهم أو تهيمشهم؛ كالأقليات العرقية ومرضى الإيدز والعجز، أو الأفراد المعرضين لمخاطر فقد الرزق وتهديد مركزهم الاقتصادي وعدم القدرة على العمل؛ كالمعاقين والمرضى... وغيرهم من الضعفاء ممن يحتاجون إلى توفير الحماية الاجتماعية. وبغض الطرف عن تعدد محاولات تعريف الحماية الاجتماعية، فإن هذه الحماية تستلزم مجموعة من الإجراءات والتدابير التي تتخذ لحماية الأفراد من المخاطر الاجتماعية التي يتعرضون لها، فتقدم لهم يد العون والتكافل سواء أكانوا عاملين أم لا، وسواء تحملوا في عبئها المالي أم لا. وتتجسد معالم الحماية الاجتماعية على أرض الواقع في مظاهر عديدة أبرزها نظام الضمان الاجتماعي الذي يوفر الحماية للعاملين أو للمستحقين عنهم حال فقد الدخل فضلاً عن الحماية المقررة للضعفاء اقتصاديًا والفقراء الذين ليس لهم سابقة عمل ولا اشتراك تأميني؛ انظر:

Thierry Tauran: la coordination des régimes de Sécurité social en droit interne, Droit Social, n°12 Décembre 2009, p. 1254. Magdalena Sepulveda and Carly Nyst: the Human Rights Approach to Social Protection, op. cit, p. 22.

(٢) "Social Protection: is the set of all initiatives, both formal and informal, that provide: social assistance to extremely poor individuals and households; social services to groups who need special care or would otherwise be denied access to basic services, for example of this protection: the social insurance to protect people against the risks and consequences of livelihood shocks; and social equity to protect people against social risks such as discrimination or abuse. The key objective of social protection is to reduce the vulnerability of the poor. The full range of social protection interventions can be categorised under protective, preventive, promotive and transformative measures". Stephen Devereux and Rachel Sabates-Wheeler: Transformative social protection, IDS Working Paper 232, Institute of Development Studies Brighton, Sussex BN1 9RE, England, October 2004, p.14.

(٣) In line with the UN Social Protection Floor (SPF) Initiative launched in 2009, the annual International Labour Conference, which took place in June 2011, focused on social security for all, the International Labour Organization (ILO)

هذا، وترتبط سياسات الحماية الاجتماعية ارتباطاً وثيقاً بالسياسة الاجتماعية للدولة؛ حيث تعتمد الأولى في توفيرها على جهود الدولة في توفير الثانية، وقدرتها على توفير احتياجات مواطنيها الاجتماعية، ومن ثم حمايتهم ضد ما قد يتعرضون له من مخاطر صحية، لا سيما خطر المرض. فبات ينظر إلى الحماية الاجتماعية كمجموعة من السياسات والإجراءات التي تسعى إلى توفير التأمين الصحي الاجتماعي لمن لهم سابقة العمل وتقديم المساعدة إلى الشرائح الضعيفة والأكثر فقراً، بغية تعزيز سبل العيش المناسبة والحد من المرض والفقر وغيره من مخاطر^(١).

وتختلف التدابير المناسبة لتنفيذ برنامج التأمين الصحي الشامل اختلافاً واسعاً من دولة إلى أخرى. ولكل دولة هامش في تقدير في اختيار أنسب التدابير لظروفها. غير أن هذا لا يحول دون التزام كل دولة باتخاذ ما يلزم لضمان تمكين الجميع من الوصول إلى المرافق والخدمات الصحية؛ لكي يتمتعوا بأعلى مستوى من الصحة الجسمية والعقلية يمكن بلوغه، وهذا يتطلب اعتماد استراتيجية وطنية لضمان تمتع الجميع بالحقوق في الصحة، استناداً إلى مبادئ حقوق الإنسان، وصياغة سياسات ومؤشرات خاصة بالحقوق في الصحة، وأن تحدد أيضاً الموارد المتاحة لبلوغ الأهداف المقررة، فضلاً عن تحديد أجدى الوسائل الاقتصادية لاستخدام هذه الموارد^(٢).
للإارتباط الوثيق بين مستوى الحماية الصحية الاجتماعية والوضع الاقتصادي للدولة:

إذا كانت الدول تعمل قدر استطاعتها على تحقيق المساواة بين مواطنيها في التمتع بالحقوق في الرعاية الصحية باعتباره حقاً أساسياً لكل إنسان، ولو كانت مساواة نسبية؛ حيث يعتبر توفير التغطية الصحية الشاملة حقاً للكافة باعتباره حقاً أساسياً من حقوق الإنسان، بغض الطرف عن قدرته على المساهمة المالية فيه، فتتحمل الدولة الجزء الأكبر من تمويل المنظومة الصحية لديها، فإن سعيها هذا تحكمه القدرة الاقتصادية للدولة على تأسيس وتمويل بنيتها الصحية وخدماتها. وهو الأمر الذي ينعكس بالتأكيد على نظام التأمين الصحي الاجتماعي الشامل، من حيث نطاق التطبيق؛ فإذا كان هذا النظام يمول في جانب منه من الاشتراكات التأمينية للمشمولين به، فإنه يعتمد اعتماداً كبيراً على الدعم الذي تقدمه الدولة، فضلاً عن أن قدرة ممولي هذا النظام على دفع الاشتراكات التأمينية مرتفعة بالوضع الاقتصادي للدولة من حيث فرص العمل^(٣).

ففي الدول الفقيرة يرتبط تمويل التأمين الصحي الاجتماعي بفكرة الاشتراكات، ولذلك يقتصر نطاق تطبيقه على فئات محدودة، وهي تلك التي تتوفر لها فرص عمل، مما يجعل التمتع بالحماية الاجتماعية في ظل هذا النظام قاصراً على الفئات القادرة على سداد قيمة الاشتراكات (القوى العاملة فحسب)، أما غيرهم ممن لا يستطيعون دفع الاشتراكات، فلا يتمتعون بأي نوع من

held a joint expert conference in Berlin in July 2011.

(^١) Andy Norton and others: Socail protection concepts and approachs, p.11, Al-shawish alaa salah: Financial performance of Social Security Corporation portfolio, op.cit, p.15.

(^٢) اللجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية: الحق في التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه (المادة ١٢)، التعليق العام رقم ١٤، الدورة الثانية والعشرون، ٢٠٠٠.

(^٣) انظر في نفس المعنى: دالمر هوسكنز: الضمان الاجتماعي: هل نحتاج إلى عقد اجتماعي جديد، الجمعية الدولية للضمان الاجتماعي، ٢٠٠٥، ص ٩١.

Fahd Abdullah Ali Dileym: Determinant Factors in the Utilization Process of Social Services in Saudi Arabia, op.cit, p.20.

الحماية الاجتماعية، سوى تلك المقدمة من خلال الخدمات الصحية العامة التي تمولها الدولة أساساً عن طريق الضرائب، والتي لا تقدم سوى الحد الأدنى من الرعاية الصحية والعلاج^(١). هذا، وبالرغم من أن نظام الرعاية الصحية في الولايات المتحدة، يخدم جميع الأمريكيين، فإنه لم يرق إلى مصاف هذه الدول التي حققت تقدماً ملحوظاً في مجال الرعاية الصحية الشاملة وكفالتها للكافة – بريطانيا وأستراليا والسويد وكندا وفرنسا – إلا منذ ٢٠١٧ م. ومما لا شك فيه أن هذه الدول ذات اقتصاد قوي وتندرج ضمن عداد الدول ذات الدخل المرتفع؛ فأضحى تقديم خدمات الرعاية الصحية الشاملة مرتبطاً بالوضع الاقتصادي القوي للدولة وبارتفاع دخول الأفراد بها^(٢).

وفي مصر، فقد اتخذت الدولة من نظام التأمين الصحي الاجتماعي الشامل، والذي يركز في الأساس على فكرة الاشتراكات، سبيلاً لتوفير الرعاية الصحية الشاملة، وما يستوجبه ذلك من تحمل كل من العمال وأصحاب العمل بحصة في أعباء الحماية، كما تلتزم الدولة بالمساهمة في تمويله، بجانب تقوية البنية الصحية اللازمة. وحيث إن نظام التأمين الصحي المصري يهدف إلى توفير الحماية الاجتماعية في شكل ضمان توفير الخدمات الصحية بتغطية جميع المواطنين المرضى، فيتم من خلال نظم ممولة على أساس مبادئ التأمين الصحي الاجتماعي واشتراكات تمثل نسبة من الدخل يؤديها كل من أصحاب الأعمال والمؤمن عليهم، وفي ذات الوقت هناك زيادة تدريجية في الدعم المالي الحكومي لهذه الاشتراكات، وفقاً للوضع المالي للدولة^(٣).

وبالتالي فإن مستوى الحماية الاجتماعية، يتفاوت من دولة إلى أخرى، وفقاً لوضعها الاقتصادي، على الرغم من وجود اشتراكات التأمين الصحي التي يدفعها المؤمن عليهم؛ فمن المؤكد أن هذه الاشتراكات لا تكفي لسد احتياجات الرعاية الصحية بما تتطلبه من كلفة مالية عالية. فعلى سبيل المثال، تتكلف المساعدات الاجتماعية التي تقدمها الحكومة الأمريكية مليارات الدولارات، والتي تمول أساساً من عائدات الضرائب وتلتزم الدولة بتقديمها لذوي الدخل المنخفضة والمحتاجين، فضلاً عن المساعدات الاجتماعية المخصصة للرعاية الصحية للأطفال لدعم الوقاية من الأمراض والتصدي لمخاطر سوء التغذية^(٤). كما أن مساعدات الضمان الاجتماعي والرعاية الصحية التي قررها المشرع المصري، للمواطنين من ذوي الحاجة، وبعض المقيمين، وفقاً لمبدأ التعامل بالمثل، وإن كانت متدنية في أغلب الحالات، فإنها تتكلف المليارات.

ومن نافلة القول، أن نموذج خدمات الرعاية الصحية في المملكة المتحدة، يعد واحداً من أهم الأنظمة الصحية الشاملة على مستوى العالم؛ حيث أخذ نموذج Beveridge اسمه من

(١) د. حسن عبد الرحمن قدوس: المبادئ القانونية في التأمينات الاجتماعية، دار الجامعة الجديدة، ٢٠٠٥، ص ١٠.

(٢) Eric C.Schneider and other: International Comparison Rreflects Flaws and Opportunities for Better U.S Health Care, Mirror publisher, 2017, p.3.

(٣) د. السيد عيد نايل: الوجيز في قانون التأمين الاجتماعي، مكتبة سيد عبد الله وهبه، القاهرة، ١٩٨٦، ص ١٠.

د. علي محمد حسن أحمد: واقع التأمين الاجتماعي في مصر، د.ن، ٢٠٠٥، ص ٥.

(٤) Dana Mitra: Pennsylvania's Best Investment: The Social and Economic Benefits of Public Education, Ph.D, Pennsylvania State University, 2007, pp.10-11, Tom Ginsburg: Does Law Matter for Economic Development? Evidence from East Asia, JSTOR; Law & Society Review, N⁰3, 2006, pp.842-843.

مؤسس دولة الرفاهية البريطانية الحديثة (William Beveridge) والتي بدأها Aneurin Bevan في عام ١٩٤٨م، وبمقتضاها يتم دفع تكاليف الخدمات الصحية من خلال الإيرادات الضريبية العامة للدولة بدلاً من اشتراكات التأمين، فضلاً عما تلعبه الحكومة من الدور الهام في تنظيم وتشغيل تقديم الرعاية الصحية الشاملة بالنظر إلى وضعها الاقتصادي القوي. ولذا نجد أن معظم المستشفيات هناك مملوكة ملكية عامة للدولة ويكون المتخصصون الذين يعملون فيها موظفين حكوميين، وليس معنى ذلك اعتماد النظام الصحي على المنشآت الصحية العامة فحسب بل نجد إلى جوارها بعض المنشآت الخاصة، فنجد بعض ممارسات الممارس العام مملوكة للقطاع الخاص. وبالتالي تعتبر الرعاية الصحية في المملكة المتحدة موجهة بشكل مركزي ولها مسؤولية إدارية مباشرة أمام الحكومة أكثر من الأنظمة الأخرى وذلك لضمان تقديم الخدمات الصحية الشاملة وعدم اعتمادها على الاشتراكات التأمينية أو القدرة على دفعها من عدمه.

٦. إلزامية التأمين الصحي الاجتماعي الشامل أحد مظاهر الحماية الاجتماعية:

بالنظر إلى أهمية نظام التأمين الصحي الشامل، أضفى مشرعو الدول صفة الإلزامية على قواعده؛ بحيث لا يجوز مخالفتها وهي تتصف بالطبيعة الآمرة^(١). ومن هذه القواعد على وجه الخصوص الاشتراك الإلزامي؛ إذ لا ترتب التغطية التي يقدمها هذا النظام على مشيئة الأفراد، بل أوجب القانون عليهم الانخراط تحت مظلتها في خطوة متقدمة صوب تحقيق متطلبات التغطية الصحية الشاملة، بل هناك من بين الدول ما توفره لسائر المقيمين على أرضها من مواطنين وأجانب^(٢).

فمن ناحية يُعد نظام التأمين الصحي الشامل نظاماً إجبارياً، وهي الخاصية التي أسبغها المشرع على هذا التأمين نظراً لأهميته في توفير التغطية الصحية الشاملة لكافة المواطنين، فيتم التأمين بقوة القانون متى توافرت في المستحق شروط الاستحقاق بلا تفرقة على أساس النوع، من حيث الاشتراكات؛ فالعامل رجلاً كان أو امرأة ملزم بدفع الاشتراكات، وفقاً لنفس القواعد والأحكام، وهو ما تبدو معه الحماية الاجتماعية في المساواة بين كافة المستحقين للتغطية الصحية^(٣).

فقد كان المشرع الأمريكي، قد قرر عقوبة (وتسمى أحياناً "مدفوعات المسؤولية المشتركة" أو "التفويض الفردي")، على أولئك الذين ليس لديهم تأمين أو تغطية صحية، هذه الضريبة- على وصف البعض، كانت تسدد عند سداد الضرائب الفيدرالية، وقد استمر ذلك إلى أن ألغيت الغرامات الضريبية الفيدرالية لانتهاك التفويض الفردي، بقانون التخفيضات الضريبية والوظائف لعام ٢٠١٧، والذي بدأ سريانه ابتداءً من عام ٢٠١٩م^(٤). وبالتالي لم يعد المواطن يدفع غرامة

(١) د. السيد عيد نايل: الوسيط في شرح نظامي العمل والتأمينات، مرجع سابق، ص ٢٠.

(٢) Jean- Jacques Dupeyroux et Xavier Prétot: Droit de la sécurité sociale, op.cit, p.20, Dr. Pierre Aballea: L'evaluation de l'état d'invalidité en France, op.cit, p.15.

(٣) د. محمد رفعت الصباحي: محاضرات في تشريعات العمل والتأمينات الاجتماعية، مرجع سابق، ص ٧. Al-shawish, alaa salah: Financial performance of Social Security Corporation portfolio, op.cit, p.60, Ruloon Williamson: State old age pension in the United States, op.cit, p. 15.

(٤) يعد حجم التخفيضات الضريبية والتغييرات في قانون الضرائب بموجب قانون التخفيضات الضريبية والوظائف (TCJA) لعام ٢٠١٧، والذي وقعه الرئيس دونالد ترامب في ٢٢ ديسمبر ٢٠١٧، أكبر وأكثر شمولاً من تلك الخاصة بقانون النمو الاقتصادي والمصالحة الضريبية لعام ٢٠٠١ في عهد الرئيس بوش؛ إذ

لعدم وجود تغطية صحية، ومن ثم لم يعد بحاجة إلى إعفاء لتجنب دفع هذه الغرامة كما كان مقرراً من قبل. وقد أثير جدل دستوري حول قانون الرعاية الصحية الأمريكي، حتى أيدت المحكمة العليا الأمريكية دستورية هذا القانون للمرة الثالثة في قضية كاليفورنيا ضد تكساس في يونيو ٢٠٢١^(١).

وفي هذا الشأن قضت المحكمة العليا الأمريكية، بأن قانون الضمان الاجتماعي يقوم من الأساس على توفير الحماية الاجتماعية لذوي الحاجة إليها، وأن المحكمة العليا هي الضامن لسيادة هذا القانون وتطبيقه، والتأكد من توافر متطلبات الحماية الاجتماعية لذويها في الحياة الأمريكية^(٢).

وضمناً منه لتطبيق قانون التأمين الصحي الشامل، نظم المشرع المصري عقوبة الحبس مدة لا تجاوز سنة والغرامة التي لا تقل عن خمسين ألف جنيه ولا تجاوز الخمسين ألف جنيه أو بإحدى هاتين العقوبتين، الموظف المختص إذا لم يقم بالاشتراك في الهيئة عن أي من العاملين التابعين لجهته أو صاحب العمل إذا لم يشترك على العاملين لديه أو يشترك لهم بغير أجورهم الحقيقة^(٣).

كما قضت المحكمة الدستورية العليا بأنه: "وحيث إن ضمان الرعاية التأمينية، إنما يكون أصلاً من خلال الدولة التزاماً من جانبها بأن توفر لهذه الرعاية بيئتها وأسبابها وفقاً لنص المادة ١٧ من الدستور، بيد أن التزامها بأن تكفل لمواطنيها ظروفًا أفضل تنتهي بها لخدماتهم التأمينية ما يقيمها - في نوعها ونطاقها - على أسس ترفع احتياجاتهم منها وتطورها، لا يعني أن تنفرد

يقرر الخبراء أن هذا القانون قد تضمن التغييرات الأهم في قانون الضرائب الأمريكي منذ قانون الانتعاش الاقتصادي لعام ١٩٨١ من قبل الرئيس ريغان، والذي اعتبره الكثيرون الأكبر والأكثر شمولاً في تاريخ الولايات المتحدة؛ انظر:

Min Xu and Others: The Impact of the Tax Cuts and Jobs Act of 2017 on the US Government Debt, Journal of Finance & Banking Studies, Vol 7, No 4, 2018, p. 2.

(١) أصدرت المحكمة العليا قرارها في قضية كاليفورنيا ضد تكساس، في ١٧ يونيو ٢٠٢١، وهي واحدة من أكثر القضايا التي تمت مراقبتها عن كثب، فيما يتعلق بالحفاظ على التأمين الصحي (المعروف باسم "التفويض الفردي") واستمرار صلاحية ما تبقى من قانون الرعاية الشاملة، وقد رفضت المحكمة الدعوى على أساس أن المدعين يفتقرون إلى الصفة اللازمة لرفع دعوى؛ انظر:

Congressional Research Service: Supreme Court Dismisses Challenge to the Affordable Care Act in California v. Texas, June 21, 2021, p. 1.

<https://crsreports.congress.gov>

(٢) Supreme Court; In Brown v. Board of Education of Topeka (1954), the Supreme Court, the Plessy v. Ferguson (1896) decision that allowed discriminatory laws, National Federation of Independent Business v. Sebelius (2012) ruling. Chief Justice John, G. Roberts Jr.: The U.S. Supreme Court: Fidelity to the Law, 2013, p.3.

(٣) تنص المادة (٦٧) من قانون التأمين الصحي الشامل رقم ٢ لسنة ٢٠١٨ على أن: "يعاقب بالحبس مدة لا تجاوز سنة وبغرامة لا تقل عن خمسة آلاف جنيه ولا تجاوز خمسين ألف جنيه، أو بإحدى هاتين العقوبتين، الموظف المختص في الجهات العامة أو القطاع العام وقطاع الأعمال العام أو صاحب العمل من القطاع الخاص، أو المسئول لديه الذي لم يقم بالاشتراك في الهيئة عن أي من العاملين التابعين لجهته الخاضعين لأحكام هذا القانون، أو لم يقم بالاشتراك بأجورهم الحقيقية. ويعاقب بذات العقوبة الموظف المختص في الجهات العامة أو القطاع العام وقطاع الأعمال العام أو صاحب العمل من القطاع الخاص، أو المسئول لديه الذي يحمل المؤمن عليهم أي مبالغ بخلاف المنصوص عليها في هذا القانون، وتحكم المحكمة من تلقاء نفسها بالزامه بأن يرد للمؤمن عليهم قيمة ما تحملوه من هذه المبالغ. وفي جميع الأحوال تتعدد الغرامة بتعدد العمال الذين وقعت في شأنهم المخالفة".

وحدها بمتطلباتها، ولا أن تتحمل دون غيرها بأعبائها، وإلا كان ذلك تقويضا لركائز التضامن الاجتماعي التي يقوم مجتمعها عليها، ومن ثم كان منطقيا أن يتضافر معها القادرون من مواطنيها في مجال النهوض بها، وذلك من خلال إسهامهم في تمويل تكاليف هذه الرعاية عن طريق الاشتراكات التي يؤدونها، ومن ثم فإن إسهام المواطنين في تكاليف الرعاية التأمينية هي واسطة الدولة لايفاء الحقوق التأمينية المقررة للعاملين، سواء كان ذلك أثناء خدمتهم كالتعويض عن إصابتهم ورعايتهم طبيا، أو كان بعد انتهائهم كتعويض الدفعة الواحدة أو المعاش، ومن ثم تمثل هذه الإسهامات جانباً من الوعاء الذي توجهه الدولة، والتي تقوم في التأمين الاجتماعي بدور المؤمن، إلى المشمولين بأحكامه لضمان انتفاعهم بالحقوق التأمينية في الحدود التي يبينها القانون^(١).

وجملة ما سبق، أن نظام التأمين الصحي، يرتبط بقدرة الدولة الاقتصادية على تحمل أعباءه المالية، ولذلك فإن هذا النظام قد لا يحقق غايته في كفالة الحماية الاجتماعية لكافة المرضى، لا لشيء إلا لقصور إمكانيات الدولة عن التطبيق الأمثل لنظام التأمين الصحي الشامل^(٢)، ومن ثم، فإن الحماية الاجتماعية الرشيدة تتطلب انطلاق السياستين الاقتصادية والاجتماعية من مشكاة واحدة، حيث تتكاملان معاً في سبيل تحقيق هدف مشترك، قوامه توفير الدخل البديل لمن لا دخل مقابل عمل لهم، أو من لا تكفي دخولهم للوفاء بحاجاتهم الاجتماعية والصحية^(٣).

(١) حكم المحكمة الدستورية العليا في القضية رقم ٢١ لسنة ٢٠ قضائية دستورية، جلسة ٣ يونيو ٢٠٠٠، مكتبة حقوق الإنسان، جامعة منيسوتا، الرابط التالي:

<http://hrlibrary.umn.edu/arabic/Egypt-SCC-SC/Egypt-SCC-21-Y20.html>

(٢) كينيث نيلسون: الشمولية مقابل الاستهداف: ضعف التأمينات الاجتماعية وحماية الحد الأدنى للدخل مستطلع الموارد في ثمان عشر دولة، خلال الفترة من ١٩٩٠ إلى ٢٠٠٢، المعهد السويدي للأبحاث الاجتماعية، جامعة ستوكهولم، ٢٠٠٢، ص ٢، رودى ماكينون: الضمان الاجتماعي النشط: إطار لتوجيه التغيير وتوسيع نطاق التغطية، الجمعية الدولية للضمان الاجتماعي، ٢٠٠٧، ص ١٠٠. د. جاد الله محمد عبد الرحيم: الضمان الاجتماعي الإسلامي: دراسة تأصيلية تطبيقية، رسالة دكتوراه، جامعة اليرموك، كلية الشريعة والدراسات الإسلامية، الأردن، ٢٠٠٨، ص ٢٠.

(٣) كينيث نيلسون: الشمولية مقابل الاستهداف: ضعف التأمينات الاجتماعية وحماية الحد الأدنى للدخل، مرجع سابق، ص ٢؛ د. على محمد حسن أحمد: واقع التأمين الاجتماعي في مصر، مرجع سابق، ص ٥.

المطلب الثاني

دور نظام التأمين الصحي

في تطوير المنظومة الصحية في مصر وأمريكا

يلعب التأمين الصحي دورًا هامًا في إصلاح المنظومة الصحية في كافة الدول التي اتجهت إلى اعتماد استراتيجية التغطية الصحية الشاملة من خلال تبني نظام التأمين الصحي الشامل، وهو ما يبدو واضحًا في انفتاح المشرعين المصري والأمريكي على نظام التأمين الصحي، ولو لم يصل مستوى الرعاية الصحية بعد إلى المستوى المرجو وفقًا للقوانين المنظمة لهذا النظام.

أولاً: مظاهر الإصلاح في نظام التأمين الصحي في الولايات المتحدة الأمريكية:

باديء ذي بدء، بالرغم من أن الولايات المتحدة الأمريكية تحتل مرتبة متأخرة بشأن مقاييس التغطية التأمينية الصحية بين الدول الأكثر تقدمًا في هذا الصدد، كالمملكة المتحدة والسويد على وجه الخصوص، واللّتين تحتلان المرتبتين الأولى والثانية^(١)؛ حيث إنها لم تعتمد نظام التأمين الصحي الشامل إلا مؤخرًا^(٢)، فإن هذا لا يحول دون الإقرار بأن نظام التأمين الصحي الشامل في الولايات المتحدة قد شهد الكثير من الإصلاحات والتحسينات التشريعية، والتي يتمثل أهمها فيما يلي:

(١) تطور مستوى التغطية التأمينية كمًا وكيفًا:

كان أحد الأهداف الأساسية لقانون الرعاية الصحية ACA لعام ٢٠١٠م، هو "زيادة عدد وحصة المواطنين الأمريكيين المؤمن عليهم"، بالإضافة إلى تقديم الإعانات على أساس الدخل؛ لتسهيل شراء التأمين الصحي وزيادة نطاق التغطية التي يوفرها برنامج الـ Medicaid، كما تضمن الـ ACA العديد من الأحكام الأخرى التي تناولت مجموعة واسعة من القضايا، بدءًا من تعزيز القوى العاملة في مجال الرعاية الصحية إلى تحسين الوصول إلى العلاجات الطبية المبتكرة.

هذا، وقد أسهم نظام التأمين الصحي في الولايات المتحدة في تحقيق العديد من المزايا للمواطنين، ومن أهمها:

١. تحسين وضمان جودة الأطباء والمستشفيات، وذلك من خلال جهود شركات التأمين التجارية والحكومية التي تهدف إلى مراقبة وتحسين جودة المستشفيات، ومنها على سبيل المثال تقييمات الجودة التي تساعد المرضى على اختيار المستشفيات التي ستشارك فيها، واستبعاد المستشفيات التي تفتقر إلى معايير الجودة من تقديم أنواع معينة من الخدمات الطبية على أساس الجودة.

٢. قدرة المستفيدين على التفاوض على الخدمات الصحية؛ حيث تستفيد شركات التأمين الصحي من قوتها السوقية للحصول على تنازلات سعرية من الأطباء أو المستشفيات وأنظمة الرعاية الصحية، أو بدلاً من ذلك، لفحص مقدمي الخدمات ذوي التكلفة المرتفعة من شبكاتهم، وهو ما يستفيد منه المرضى المشمولون من هذه الخصومات حتى عند الدفع من جيوبهم للخدمات، باستثناء الأدوية الموصوفة؛ فغالبًا ما يدفع المرضى أسعار القائمة حتى عندما يكون

(١) تحتل الولايات المتحدة المرتبة الأخيرة من بين ١١ دولة الأكثر تقدمًا في مجال الرعاية الصحية، بينما تحتل المملكة المتحدة المرتبة الأولى وتليها دولة السويد.

(٢) Eric C.Schneider and other: International Comparison Rrfects Flaws and Opportunities for Better U.S Health Car, op.cit, p.3.

لديهم تأمين. فعلى سبيل المثال، يحدد الـ Medicare معدلات الدفع عبر جداول الرسوم، بدلاً من السماح لأنظمة الرعاية الصحية باستخدام نفوذها في السوق لرفع الأسعار التي تفرضها، وحث شجع قانون الرعاية الميسرة (ACA) شركات التأمين على بناء شبكات "ضيقة" من الأطباء والمستشفيات لمساعدة الخطط التجارية في الحصول على معدلات أقل من خلال زيادة القدرة التفاوضية.

٣. نقل الثروة؛ حيث يعد التأمين الصحي وسيلة فعالة لنقل الثروة، وذلك من خلال الضرائب التي يتم تحصيلها لتمويل برنامجي Medicare و Medicaid، وحيث يدفع الأثرياء ضرائب أكثر من غيرهم، في الوقت الذي لا يستفيدون فيه من أقساط التأمين الصحي المدعومة بالضرائب التي يدفعها أرباب العمل، بشكل متناسب. ومن ذلك على سبيل المثال، فإن الإعانات المقدمة للمستشفيات الريفية تنقل الثروة من المدن والضواحي، كما أن تجميع المخاطر التي يعمل من خلالها التأمين الصحي، يؤدي إلى تحويل الثروة من الأصحاء إلى المرضى.

٤. حث المؤمن عليهم على البقاء في صحة جيدة، تلافياً للجوئهم إلى صرف مستحقاتهم التأمينية حال مرضهم؛ حيث عملت شركات التأمين الصحي جاهدة خلال العقد الماضي على تشجيع المؤمن عليهم على السلوك الصحي، وذلك من خلال التخفيضات الممتازة المقررة للأفراد الذين ينضمون إلى النوادي الصحية أو يتوقفون عن التدخين، ومن ذلك أيضاً برنامج التأمين على أساس القيمة (VBI) والذي بموجبه يدفع الأفراد القليل أو لا يدفعون شيئاً من جيوبهم للخدمات الصحية التي تعتبر مفيدة، مثل الخدمات الوقائية وبعض الأدوية التي تمنع مضاعفات الأمراض، مثل مرض السكري.

وقد تم تخفيض نسبة الأمريكيين الذين ليس لديهم تأمين صحي إلى النصف منذ عام ٢٠١٣، بناءً على العديد من الإصلاحات التي وضعها قانون الرعاية بأسعار معقولة لعام ٢٠١٠م، لتوسيع تغطية الرعاية الصحية لمن ليس لديهم تأمين صحي، وقد بلغ الإنفاق الحكومي على الرعاية الصحية العامة ما يقرب من ٢٩٪ من الإنفاق الفيدرالي في عام ١٩٩٠ و ٣٥٪ منه في عام ٢٠٠٠، كما أنه من المتوقع أن يصل هذا الإنفاق إلى ما يقارب النصف تقريباً في عام ٢٠٢٥م.

ويجدر التنويه إلى أن هذه المميزات لنظام التأمين الصحي الأمريكي، لا يحول دون الإقرار بوجود إشكالية كبرى تواجه كفاءة هذا النظام من الناحية الكمية، وهي أن عددًا كبيراً من المواطنين الأمريكيين لا تشملهم التغطية التأمينية، والذين يقدر عددهم بما يقرب من ٣٠ مليون مواطن تقريباً. يضاف إلى ذلك، أن تكاليف الرعاية الصحية في الولايات المتحدة في ارتفاع مستمر، وهو ما يؤدي إلى عدم حصول الكثير من الأفراد على الكثير من خدمات التأمين الصحي، بل ويزداد الأمر صعوبة في حالة فقد العمل للمؤمن عليهم في المنشآت الخاصة؛ حيث يلزم من فقد العمل فقد التأمين، وهو ما يثير قلق ومخاوف الكثير من المواطنين الأمريكيين.

وفي هذا السياق، يذهب البعض إلى أن هناك إصلاحات صحية كبيرة قد شهدتها الخمسون عاماً الماضية، والتي تثبت فعاليتها في تحسين الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية من قبل ملايين الأمريكيين، وعلى وجه الخصوص من خلال برنامجي Medicare و Medicaid والتأمين الصحي للأطفال، وأن أهم ما يستفاد من هذه الإصلاحات الرئيسية، فضلاً عن تلافي الأخطاء السابقة، هو البحث عن مسارات جديدة للإصلاح الصحي واستكمال جهود الإصلاح

الوطنية لقطاع الصحة التي تم إجراؤها خلال القرن العشرين، بهدف تحقيق التغطية الشاملة^(١).

(٢) لا مركزية الأداء في تقديم خدمات التأمين الصحي:

تعتبر إدارة القطاع الصحي لامركزية إلى حد كبير في الولايات المتحدة (The management of the health sector is largely decentralized in the United States)؛ إذ يُدار من خلال العديد من الجهات؛ منها الحكومة الفيدرالية، وحكومات الولايات، ووكالات المقاطعات، ووكالات المدن، وغيرها. مع الأخذ في الاعتبار أنه قد تم تقليص دور الحكومة الفيدرالية في التخطيط الصحي، في الوقت الذي تم التوسع فيه في صلاحيات الولايات والوكالات التابعة لها، ومن ذلك على سبيل المثال، ما أقره قانون التخطيط الصحي الوطني لعام ١٩٧٤، في شأن وكالات التخطيط الصحي الحكومية (المركزية) والمحلية، والتي تختص بمتابعة إجراءات التخطيط الصحي وبناء المنشآت والمرافق الصحية ثم السماح للوكالات بمتابعة ذلك^(٢). فضلاً عما تتمتع به هذه الوكالات من سلطة في مراقبة المستشفيات والعيادات الحكومية.

(٣) المعالجة الجنائية لمحاولات تعطيل تطبيق نظام التأمين الصحي:

فرض قانون الرعاية الصحية ACA، عقوبات مالية على أصحاب العمل الكبار الذين لا يقدمون تغطية تأمينية لموظفيهم- من ناحية، وعلى الأفراد الذين لا يشترون أو يسجلون في مثل هذه التغطية- من ناحية أخرى، وهذا الحكم الأخير كان يشار إليه باسم التفويض الفردي، والذي أشرنا سابقاً إلى قانون التخفيضات الضريبية والوظائف لعام ٢٠١٧ قد نص على إلغائه. مع الأخذ في الاعتبار أن المحكمة العليا الأمريكية كانت قد قضت بدستورية العقوبة المالية التي تعرف باسم التفويض الفردي، في قضية الاتحاد الوطني للأعمال المستقلة ضد سيبيليوس (NFIB)، وهو حكم رئيسي بشأن التفويض الفردي والأحكام الرئيسية الأخرى للقانون، متعلقة في هذا الصدد بأن هذه العقوبة المالية يمكن وصفها بالمعقولة باعتبار أنه يمكن قياسها على سلطة المشرع في فرض الضرائب؛ حيث تتضمن الصفة أو السمة الأساسية للضريبة، وهي أنها تمثل مورداً مالياً للحكومة^(٣).

ومن جانبها، فقد انتهزت المحكمة العليا الأمريكية الفرصة، في واحد من أهم أحكامها، لبيان الأهمية القصوى لإصلاح النظام الصحي، وحث الحكومة على ضرورة تبني نظام موحد للتأمين الصحي الشامل؛ يكون أكثر فاعلية وأماناً، سيما في أوقات الطوارئ والأزمات، مقررّة أن جائحة كورونا (كوفيد-١٩/COVID-19)، وما خلفته من آثار سلبية على صحة الفرد

(١) Sara R. Collin :How Well Does Insurance Coverage Protect Consumers from Health Care Costs, op.cit, p.2.

(٢) Report of Pan American Health Organization: United States of America Health System and Services Profile, opcit, p.11.
<http://www.whitehouse.gov/infocus/medicare/health-care>

(٣) خلصت أغلبية المحكمة إلى أن التفويض الفردي يجب أن يفسر على أنه فريضة مالية أو ضريبة على أولئك الذين ليس لديهم تأمين صحي؛ معلة ذلك بأن القراءة الأكثر منطقية للتفويض الفردي هي أنه يأمر الأفراد بشراء التأمين، وحيث إن بند التجارة لا يمنح الكونجرس سلطة إقراره استناداً إليه، فمن الضروري اللجوء إلى الحجة البديلة للحكومة، وهي بند الضريبة، ومن ثم يمكن تأييد دستورية التفويض الفردي باعتبار أنه يدخل ضمن سلطة الكونجرس في "وضع الضرائب وتحصيلها"، وذلك انطلاقاً من ضرورة لجوء المحكمة إلى كل تفسير معقول، يكون من شأنه إنقاذ القانون الطعين من عدم الدستورية؛ انظر:

U.S. Supreme Court, National Federation of Independent Business v. Sebelius. 648 F. 3d 1235, affirmed in part and reversed in part.

<https://www.law.cornell.edu/supremecourt/text/11-393>

والصحة العامة على حد سواء، قد برهنت على حاجة الولايات المتحدة القصوى إلى تعديل تشريعاتها وتبني نظام عام للتأمين الصحي، يكون أكثر فعالية وأمنًا، وعلى وجه الخصوص في أوقات الأزمات، مضيئة أن عدم كفاية منشآت الرعاية الصحية الطارئة والتأخير في العلاج، من شأنه أن يعرض صحة المريض وسلامته للخطر، خاصة بعد تحول فيروس كورونا وانتشار متغير دلتا ودخول موسم الشتاء، وهو الأمر الذي أدى وفاة الكثيرين، وتفاقم الأمراض لدى البعض الآخر، مما جعل قطاعًا كبيرًا يلجئون إلى القضاء مطالبين بالتعويض عما أصابهم أو أصاب ذويهم من أضرار^(١).

ثانيًا: مظاهر الإصلاح في نظام التأمين الصحي الشامل المصري:

تتمثل نقاط القوة في نظام التأمين الصحي الشامل، في عدة نقاط جوهرية، أهمها ما يلي^(٢):

(أ) ضمان تمويل نظام التأمين الصحي واستدامته:

في سبيل ضمان تطبيق القانون بمراحله التدريجية واستدامة ذلك، أنط قانون التأمين الصحي الشامل بكافة الجهات المعنية بتطبيق القانون بأن تمد الهيئة بالبيانات اللازمة عن المؤمن عليهم أو الخاضعين لأحكامه سيما عن أولئك اللذين يمارسون عملاً ويحصلون على أجر يتم تسديد الاشتراكات عنه؛ بالنظر إلى أن هذه الاشتراكات تُعد مصدرًا هامًا للتمويل ولا غنى عنها^(٣). كما قرر إعفاء جميع أموال الهيئات الثلاثة وجميع عملياتها الاستثمارية وعوائدها أيا كان نوعها، من جميع الضرائب والرسوم بما في ذلك الضريبة على القيمة المضافة، كما تعفى الاستثمارات والمستندات والبطاقات والعقود والمخالفات والشهادات والمطبوعات وجميع المحررات التي يتطلبها تنفيذ هذا القانون من الرسوم^(٤).

ولا ريب في أن المشرع قد وفق إلى حدٍ بعيد فيما يتعلق بحرصه على ضمان تمويل النظام الصحي واستدامته؛ حيث أضحت الاشتراكات التأمينية في النظام الصحي مقابل ما يحصل عليه المؤمن عليهم من الخدمات التأمينية الصحية، وبالتالي ألغيت فكرة الدعم علي الخدمات الصحية والتي أضحت خدمات مدفوعة من خلال الاشتراكات، كما أن عائد استثمارها يسهم في تمويل

^(١) Supp. Court; Joseph R. Biden, JR. v. Missouri ET AL. Xavier Becerra, secretary of health and human services, applications 21 A 241, v. Louisiana ET AL. President of the United States, ET AL. applications 21 A 240, [January 13, 2022]. Supreme Court of the United States Nos. 21A240 and 21A241. Supp. Court; Louisiana v. Becerra, 2021 WL 5609846 (Nov. 30, 2021); Missouri v. Biden, 2021 WL 5564501 (Nov. 29, 2021). I.

وانظر كذلك في ذات المعنى حكم محكمة الاستئناف:

Court of Appeals in Missouri: In Louisiana, the Fifth Circuit denied the Government's motion. 20 F. 4th 260 (2021), the Eighth Circuit did so as well. See Order in No. 21-3725 (Dec. 13, 2021).

^(٢) تنص المادة (٤٧) من قانون التأمين الصحي الشامل رقم ٢ لسنة ٢٠١٨ م على أن: "تلتزم جميع الجهات العامة والخاصة ذات الصلة بتطبيق أحكام هذا القانون بإمداد الهيئة بالبيانات اللازمة عن الخاضعين لأحكامه وتوزيعهم الجغرافي وأعمارهم ومهنتهم وكل ما تحتاجه الهيئة من معلومات تتطلبها مباشرة نشاطها. وتنشئ الهيئة قاعدة بيانات للمنتفعين بالنظام، تشمل كافة البيانات اللازمة لقيامها بتطبيق أحكام هذا القانون، ويتم ربطها بقواعد البيانات الخاصة بالهيئة القومية للتأمين الاجتماعي ومصلحة الأحوال المدنية وغيرها من الجهات المعنية ذات الصلة بتطبيق أحكام هذا القانون".

^(٣) المادة (٤١) من قانون التأمين الصحي الشامل رقم ٢ لسنة ٢٠١٨.

^(٤) المادة (٥١) من قانون التأمين الصحي الشامل رقم ٢ لسنة ٢٠١٨.

التغطية الصحية. فإذا كان النظام الصحي القديم قد اعتمد على اشتراكات بسيطة تحصل مسبقاً من العاملين، ويعتمد على تقديم إعانات من الدولة، الأمر الذي أثر بالسلب على جودة الخدمات الصحية؛ لكثرة الأعباء المالية التي أثقلت كاهل الدولة في الوقت الذي لا تسعفها فيه ميزانيته إلى القيام بهذا العبء الكبير، فإن اعتماد نظام التأمين الصحي الشامل على التمويل من الاشتراكات من جميع المواطنين واستثمار حصيلة هذه الاشتراكات، من شأنه أن يضمن استمرارية مصادر تمويل هذا النظام، ومن ثم استدامة جودة الأداء في المجال الصحي.

(ب) كفالة الاستقلال المالي والإداري للهيئات القائمة على تطبيق نظام التأمين الصحي:

سبق أن ذكرنا أن المشرع قد أنشأ هيئات ثلاث لضمان تطبيق نظام التأمين الصحي الشامل؛ هي: الهيئة العامة للتأمين الصحي، والهيئة العامة للرعاية الصحية، والهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية، وأن كلاً من هذه الهيئات، تتمتع باستقلال مالي وإداري يكفل لها حرية التصرف على النحو الذي يحقق أهداف القانون؛ فلكل منها موازنة مستقلة^(١)، وحساب خاص بها تضع فيه أموالها، كما تستأديء عائداً سنوياً عن أموالها التي يتم استثمارها لأغراض هذا القانون.

وفيما يتعلق بالاستقلال المالي؛ فتمتع بالهيئة العامة للتأمين الصحي بالاستقلال المالي الذي يمكنها من القيام بإدارة واستثمار أموال الاشتراكات التأمينية المحصلة من المواطنين وفق ما حددها القانون، وتقوم بتمويل الخدمات التي يقدمها النظام الصحي وفقاً للأسعار التي تحددها لجان التسعير بالهيئة. إذ تحصل الهيئة اشتراكات شهرية ثابتة من جميع العاملين المؤمن عليهم، ومن أصحاب الأعمال عن العمال والموظفين بمنشأتهم وعن أنفسهم، بالإضافة إلى ما يسدده المواطنون من اشتراكات مقابل ما يحصلون عليه من خدمات التأمين الصحي، كما أن حصيلة هذه الاشتراكات أصبحت مملوكة للهيئة ملكية خاصة، يحق لها استثمارها وفقاً لما يحدده مجلس إدارتها من خطط استثمارية تُدر عوائد لها. وفضلاً عن ذلك، تحصل الهيئة على عائدات مالية من الضرائب والرسوم وفقاً حددها القانون بنسب مئوية ثابتة علي بعض المنتجات والخدمات؛ وعلى السجائر وبعض خدمات المرور ورسوم تعاقد المنشآت الطبية عند التسجيل وغيرها (وفقاً للمادة ٢٩ من قانون التأمين الصحي الشامل). بينما تحصل الهيئة العامة للرعاية الصحية علي مقابل الخدمات الطبية وغير الطبية وفقاً للأسعار التي حددتها المنظومة الصحية، فضلاً عن عوائد استثمارات الهيئة، وما تخصصه الدولة من أموال لها باعتبارها أداة الدولة الرئيسية في تنظيم تقديم الخدمات الصحية التأمينية. وأيضاً تتقاضى هيئة الاعتماد والرقابة الصحية مقابل مالي عن إصدار شهادات الاعتماد والتسجيل والخدمات التي تقدمها للغير وفقاً يحدد مجلس إدارتها.

يضاف إلى ذلك، أن الهيئات الثلاث تشترك معاً في إمكانية اقتراح القروض وقبول المنح والهبات والتبرعات والإعانات والوصايا، كما أنها معفاة من الضرائب والرسوم على اختلاف

(١) تنص المادة (٥٢) من قانون التأمين الصحي الشامل رقم ٢ لسنة ٢٠١٨ م على أنه: "يكون لكل هيئة من الهيئات الثلاث المنشأة بموجب هذا القانون موازنة مستقلة، وتبدأ السنة المالية لكل منها مع بداية السنة المالية للدولة وتنتهي بنهايتها، ويكون لكل منها حساب خاص ضمن حساب الخزانة الموحد بالبنك المركزي تودع فيه أموالها، ويرحل فائض هذه الحسابات من سنة إلى أخرى. وتستحق الهيئة عائداً سنوياً عن أموالها يساوي متوسط العائد على أذون الخزانة المصدرة في ذات العام، ولا يكون الصرف من أموالها إلا بموافقة مجلس إدارتها".

أنواعها^(١).

أما عن الاستقلال الإداري، فبالرغم من أن وزير المالية يرأس مجلس إدارة هيئة التأمين الصحي الشامل، وأن وزير الصحة يشرف علي هيئة الرعاية الصحية، فإن مجالس إدارة هذه الهيئات مستقلة في إدارة شؤونها، ولا تخضع قراراتها للتصديق من أي جهة، غير أنها تقدم تقارير عن أدائها وموقفها المالي إلى مجلس الوزراء ومجلس النواب. ومن تطبيقات هذا الاستقلال الإداري، أن هيئات التأمين الصحي الشامل، هي التي تتولى رسم سياساتها وتحديد استراتيجياتها؛ فلها وحدها أن تبدي الرأي في المعاهدات والاتفاقيات والقوانين واللوائح ذات الصلة بمهامها. كما تقوم هذه الهيئات بإدارة المستشفيات الحكومية التي تتسلمها من وزارة الصحة، ولها أن تنشئ مستشفيات جديدة أو أن تستأجر مستشفيات وفقاً لاحتياجات المنظومة الصحية الشاملة.

يضاف إلى ما سبق، أن هيئة الاعتماد والرقابة تقوم على إدارة منظومة الجودة والرقابة والتفتيش والاعتماد للمستشفيات والمنشآت الصحية، والإشراف على المنشآت الصحية الخاصة وإلغاء التعاقد معها.

ومما سبق، يتضح لنا انحسار الدور الإداري لوزارة الصحة في منظومة التأمين الصحي الشامل، لتباشر هذه الهيئات اختصاصها الطبي والعلاجي بشكل مستقل، بعيداً عن تأثير التبعية الإدارية.

(ج) تضمين القانون عقوبات جنائية لضمان توفير التغطية الصحية الشاملة:

تضمن قانون التأمين الصحي الشامل عدة عقوبات لضمان توفير التغطية الصحية الشاملة؛ فنظم عقوبة الحبس مدة لا تقل عن سنة وبغرامة لا تقل عن خمسين ألف جنيه أو إحدى هاتين العقوبتين، لمن يسهل تقديم أو الحصول على خدمات الرعاية الصحية لغير مستحقيها، أو الحصول على الأجهزة التعويضية لغير المستحقين، أو التصرف في الأدوية والأجهزة لغير المستحقين بمقابل. كما نظم القانون جزاء آخر هو المصادرة؛ إذ تُصادر الأدوية أو الأجهزة التعويضية لصالح هيئة التأمين أو ترد قيمتها في حالة تلفها أو هلاكها^(٢).

ولم يقتصر المشرع على تجريم الأفعال السابقة فحسب؛ بل قرر هاتين العقوبتين في حالات أخرى، منها: تعمد تقديم مطالبات غير حقيقية أو لم تقدم خدمات أصلاً، والسماح لغير المشتركين في نظام التأمين الصحي في الحصول على خدمات بغير وجه حق. وكذلك تهرب صاحب العمل أو المشترك من الوفاء بالتزاماته المقررة في القانون، وعدم قيام الموظف المختص بتحصيل أو توريد اشتراكات المؤمن عليهم وأصحاب الأعمال للهيئة خلال ثلاثين يوماً

(١) د. علاء عيد: جهود الدولة المصرية في مواجهة جائحة كورونا، مرجع سابق، ص ٨.
(٢) تنص المادة (٦٣) من قانون التأمين الصحي الشامل رقم ٢ لسنة ٢٠١٨ على أن: "يعاقب بالحبس مدة لا تقل عن سنة وبغرامة لا تقل عن خمسين ألف جنيه ولا تجاوز خمسة وسبعين ألف جنيه، أو بإحدى هاتين العقوبتين، كل عامل في الهيئة، أو أحد المتعاقدين معها من الأطباء أو الصيادلة أو الفريق الطبي أو غيرهم، سهل للمؤمن عليه أو لغيره ممن تتولى الهيئة تمويل تقديم الرعاية الطبية إليه، الحصول على أدوية أو خدمات أو أجهزة تعويضية بغير حق، أو لا تتطلب الأصول الطبية صرفها له وفق ما تراه اللجان المتخصصة في ذلك بناء على البروتوكولات الطبية. ويعاقب بالعقوبة ذاتها كل من صرفت له أدوية أو أجهزة تعويضية ثم تصرف فيها إلى غيره بمقابل، وكذلك المتصرف إليه وكل من توسط في ذلك إذا كان يعلم بأنها قد صرفت بناء على نظام التأمين الصحي الشامل. وفي جميع الأحوال تحكم المحكمة بمصادرة الأدوية أو الأجهزة التعويضية لصالح الهيئة، أو رد قيمتها في حالة تلفها أو هلاكها".

من تحصيلها^(١).

ولا يفوتنا في المقام، أن نشير إلى ضرورة التغلب على صعوبات التطبيق التدريجي لنظام التأمين الصحي في مصر؛ حيث إن مدة تطبيق نظام التأمين الصحي الشامل هي خمسة عشر عاماً، وهي مدة طويلة جداً مقارنة بالحاجة الملحة لتوفير تغطية صحية شاملة لكافة أنحاء الجمهورية، أي أنه لكي تدخل مصر في عداد الدول ذات الرعاية الصحية الشاملة، ينبغي مرور ١٥ عاماً، هذا على فرض الالتزام التام بمتطلبات كل مرحلة من مراحل التنفيذ التي نص عليها القانون.

غير أن ما شهده تطبيق المرحلة الأولى، من صعوبات قد يفهم منه أن مدة تطبيق هذا النظام قد تطول لأكثر من المدة المقررة قانوناً؛ حيث تقرر البدء في تطبيق المرحلة الأولى ابتداءً من يناير ٢٠١٨، مع وجود بعض الصعوبات في استعداد المنشآت الصحية والأدوات والأجهزة الطبية اللازمة والأطقم الطبية المدربة وغير ذلك من مستلزمات تطبيق هذه المرحلة على النحو الأمثل؛ لضعف الموارد المادية والبشرية، وضعف الثقافة الصحية والوعي والتعليم اللازمين للتطبيق، ثم جاءت جائحة كورونا في عام ٢٠١٩م بتحدياتها التي أعاققت الدول الكبرى، لتزيد من الصعوبات. فما أن جاءت جائحة كورونا حتى سارعت الدولة إلى اتخاذ الإجراءات الوقائية والعلاجية والتدابير اللازمة لمواجهتها، فقامت بتخصيص الكثير من المنشآت الطبية للعزل وتوفير أجهزة التنفس الصناعي وتدريب الأطقم الطبية وتخصيص مستشفيات الحميات لعلاج مرضى كورونا وإخراجها من عداد المنشآت الطبية المخصصة لتنفيذ مشروع التأمين الصحي الشامل. ولم يقتصر الأمر على إخراج مستشفيات الحميات من عداد المنشآت الصحية اللازمة لتنفيذ المشروع فحسب، بل اقتضت الضرورة الصحية وقتئذٍ أيضاً إخراج وحدات الرعاية الأساسية بالمستشفيات العامة والمستشفيات الجامعية، فضلاً عن الأطقم الطبية الفنية المدربة والتي تناقصت بشكل ملحوظ بسبب وفاة البعض منهم جراء الإصابة بفيروس كورونا، فضلاً عن المصابين.

وفي النهاية نرى أنه يمكن للبلدان التي تسعى إلى تحقيق تقدم فعلي في مجال التغطية الصحية الشاملة، من خلال تصنيف الخدمات الصحية إلى فئات بحسب أولويتها، على أن تكون الأولوية للأسوأ فالأفضل من الأمراض والأدواء التي قد يتعرض لها الأفراد، وأن تعمل على ضمان فعالية التكلفة المقررة للخدمة الصحية، وتوسيع مظلة التغطية للخدمات ذات الأولوية القصوى لكافة شرائح المجتمع، وإلغاء المدفوعات من الجيب وتبني استراتيجية الدفع المسبق، وعدم ترك الفئات المحرومة دون تغطية، وتقديم الفئات ذات الدخل المنخفض وسكان الريف،

(١) تنص المادة (٦٤) من قانون التأمين الصحي الشامل رقم ٢ لسنة ٢٠١٨ على أن: "يعاقب بالحبس مدة لا تقل عن سنة وبغرامة لا تقل عن مائة ألف جنيه ولا تجاوز مائتي ألف جنيه، أو بإحدى هاتين العقوبتين، كل مقدم لخدمات الرعاية الصحية أو منتفع أو عامل في الهيئة، تعمد تقديم مطالبات غير حقيقية أو مطالبات عن خدمات لم يتم تقديمها، أو سمح لغير المشتركين بالنظام بالحصول على خدمات بغير وجه حق". وتنص المادة (٦٥) من ذات القانون على أن: "يعاقب بالحبس مدة لا تقل عن ستة أشهر وبغرامة لا تقل عن مائة ألف جنيه ولا تجاوز مائتي ألف جنيه، أو بإحدى هاتين العقوبتين، كل عامل بالهيئة أو مقدم للخدمة التأمينية ساعد صاحب العمل أو المشترك على التهرب من الوفاء بالتزاماته المقررة في هذا القانون، كما تنص المادة (٦٦) منه على أن: "يعاقب بغرامة لا تقل عن عشرين ألف جنيه ولا تجاوز خمسين ألف جنيه، المسئول أو الموظف المختص في الجهات المنصوص عليها في المادتين (٤١)، (٤٩) من هذا القانون، الذي لم يقوم بتحصيل أو توريد اشتراكات المؤمن عليهم وأصحاب الأعمال المشار إليهم في المادة (٤٠) من هذا القانون للهيئة خلال ثلاثين يوماً من تحصيلها".

يضاف إلى ذلك ترشيد صناعة القرارات التي تصدر عن الجهات المختصة بشأن المستفيدين من الرعاية الصحية، وتفعيل آليات المساءلة، وإضفاء الطابع المؤسسي على هذه الآليات- كأن تصدر هذه القرارات من خلال لجنة وطنية دائمة، منوطة بتعزيز الشفافية والعدالة في مجال التغطية الصحية الشاملة⁽¹⁾.

⁽¹⁾ Trygve Ottersen and others: Making fair choices on the path to universal health coverage, op.cit, p.3.

الخاتمة

تناولتُ بالدراسة موضوع نظام التأمين الصحي ودوره في إصلاح المنظومة الصحية الشاملة فيما بعد كورونا، من خلال فصلين، تناول أولهما: التوجه التشريعي نحو التغطية الصحية الشاملة في النظامين المصري والأمريكي، وذلك من خلال محورين أساسيين، هما نظام التأمين الصحي ودوره في الحد من آثار جائحة كورونا، والإطار القانوني لنظام التأمين الصحي الشامل في النظامين المصري والأمريكي، ثم تناول الفصل الثاني ملامح شمولية التغطية الصحية في نظام التأمين الصحي في النظامين المصري والأمريكي، من خلال محورين أيضاً، هما نطاق التغطية التأمينية الصحية وفقاً لنظام التأمين الصحي الشامل في مصر وأمريكا، ودور نظام التأمين الصحي في توفير الحماية الاجتماعية وإصلاح المنظومة الصحية. ثم اختتمت بعدة نتائج وتوصيات كالتالي:

أولاً: النتائج:

- نظام التأمين الصحي هو نظام يقوم على تقديم وتمويل الخدمات الطبية من خلال الهيئة العامة للتأمين الصحي، فهو يغطي مختلف نواحي التغطية التأمينية من خلال تقديم وتمويل الخدمة الطبية في المستشفيات وسائر المنشآت الصحية التابعة للهيئة العامة للتأمين الصحي.
- إذا كانت جائحة كورونا قد أثرت بالسلب على كافة الأنظمة الصحية لكافة دول العالم، وأعاقت عملية التحول إلى نظام التأمين الصحي الشامل في مصر وأمريكا، فإنها أظهرت الحاجة الماسة لكافة الدول إلى تطوير أنظمتها الصحية بما يضمن كفاءتها وكفاءتها لتوفير كافة خدمات الرعاية الصحية للمواطنين وغيرهم من المقيمين داخل الدولة على السواء.
- تعد إشكالية تمويل نظام التأمين الصحي هي الإشكالية الأكبر التي تواجه فعالية هذا النظام واستدامته، والتي تعمل الدول جاهدة على التغلب عليها من خلال العديد من السبل، وأهمها فتح المجال للقطاع الخاص لتقديم برامج تأمينية...، فضلاً عن تقديم برامج تأمينية حكومية لتغطية الفئات محدودة الدخل أو لتغطية الأمراض ذات التكلفة العالية.
- يمتاز نظام التأمين الصحي الجديد على النظام الحالي، باعتداد الأسرة بدلاً من الفرد كوحدة للتغطية التأمينية الصحية في نظام التأمين الصحي الشامل، والاستناد إلى الرعاية الصحية الأولية وطب الأسرة كمداخل لهذا النظام، مع ضمان الحصول على هذه التغطية بجودة عالية، كما يمتاز النظام الجديد بأنه يستهدف تغطية جميع المواطنين، بعدما كانت هذه التغطية تقتصر في النظام القديم على ما يقارب الـ ٥٠% من المواطنين تقريباً.
- يمتاز نظام التأمين الصحي المصري على نظيره الأمريكي، بوحدة نظام التأمين الصحي لكافة المواطنين، على خلاف الثاني والذي يمتاز بتعدد البرامج التأمينية الحكومية والخاصة، والتي تؤدي إلى التفاوت بين شرائح المجتمع في الحصول على خدمات الرعاية الصحية؛ حيث يقوم نظام التأمين الصحي الأمريكي على العديد من برامج التأمين الصحي التي تغطي الخدمات الصحية بحسب المقدرة المالية للراغبين في التأمين.

- بالرغم من الإصلاحات التي أدخلها المشرع الأمريكي على نظام التأمين الصحي، فإن هناك العديد من الأمريكيين الذين لا توجد لهم تغطية تأمينية، وهو ما يجعل هذا النظام محلاً لانتقادات من قبل المتخصصين، فضلاً عن أن ذلك يمثل نقصاً أو خلافاً في هذا النظام.
- بالرغم من أن المشرع المصري قد استهدف مد التغطية الصحية لكافة المواطنين بشكل تدريجي، على عدة مراحل، فإن التطبيق المرحلي الذي شهدته المرحلة الأولى، والذي لم يشمل كافة محافظات المرحلة الأولى، يستفاد منه أن مدة تطبيق هذا النظام الجديد قد تطول عن المدى الزمني المقرر لها، وهو ما يعد قصوراً في عملية تطبيق النظام الجديد.
- رغبة منهما في ضمان الامتثال لأحكام قوانين التأمين الصحي، أفرد المشرعان المصري والأمريكي عقوبات جنائية لمواجهة حالات الخروج على أحكام هذه القوانين، وهو ما يعكس الرغبة الجادة في مد مظلة التغطية التأمينية الصحية لكافة المواطنين؛ حيث نظم القانون المصري عقوبة الحبس مدة لا تقل عن سنة وبغرامة لا تقل عن خمسين ألف جنيه أو إحدى هاتين العقوبتين، لمن يسهل تقديم أو الحصول على خدمات الرعاية الصحية لغير مستحقيها، أو الحصول على الأجهزة التعويضية لغير المستحقين، كما نظم المصادرة للأدوية أو الأجهزة التعويضية لصالح هيئة التأمين أو ترد قيمتها في حالة تلفها أو هلاكها.
- تحتل الولايات المتحدة الأمريكية مرتبة متأخرة بشأن مقاييس النتائج الصحية والجودة والكفاءة في الأنظمة الصحية الشاملة، فتكاليف الرعاية الصحية باهظة التكاليف في أحيان كثيرة.

ثانيًا: التوصيات:

- أناشد المشرع بضرورة إعادة النظر ثانية في المدى الزمني المحدد لتطبيق قانون التأمين الصحي، والعمل على اختصار المواعيد الزمنية المقررة لكل مرحلة من مراحل التطبيق، بحيث تصل التغطية الصحية لكافة المواطنين في أقصر مدة زمنية ممكنة، وهو ما يقتضي توفير مصادر تمويل أكثر من تلك التي تم تخصيصها أو توفيرها خلال المرحلة الأولى.
- أناشد الجهات والهيئات المسؤولة عن تطبيق نظام التأمين الصحي الشامل، بضرورة الالتزام بالمواعيد والضوابط المقررة للتطبيق المرحلي لمراحل القانون المختلفة؛ حتى تصل التغطية الصحية التي استهدفها المشرع في قانون التأمين الصحي الشامل رقم ٢ لسنة ٢٠١٨م.
- أناشد الجهات والهيئات الرقابية بمراقبة عمل الهيئات المانحة لشهادات الجودة والاعتماد، لأن اشتراط المشرع للتعاقد مع المنشآت الصحية العامة الحاصلة على شهادة الاعتماد، وإن كان يستهدف ضمان جودتها، فإنه قد يتحول إلى قيد صوري أو شكلي إذا ما اعتمدت هذه الاعتمادات على الشكل الورقي ولم تراعى فيها الضوابط الموضوعية اللازمة.
- أناشد الجهات والهيئات المعنية بتطبيق قانون التأمين الصحي الشامل بتوسيع دور القطاع الخاص في تمويل نظام التأمين الصحي على النحو الذي يكفل فعالية هذا النظام واستدامته، وبما لا يخالف أحكام القانون.
- أناشد الدولة بضرورة التوسع في منافع ومزايا التأمين الصحي وإعطائها الاهتمام الكافي باعتبارها من القواعد الأساسية للمنظومة الصحية الاجتماعية، في سبيل التصدي للفيروسات والأوبئة، والنهوض بصحة المواطنين وفق قواعد العدالة والحماية الاجتماعية، في سبيل تحقيق الغاية الصحية الشاملة لجميع الأفراد.
- أناشد الهيئات المنوطة بتطبيق نظام التأمين الصحي الشامل، بالاهتمام والعمل على توفير مستلزمات التغطية الصحية الشاملة من بنية تحتية للمنشآت الصحية وضمان جودة الخدمات المقدمة وتوفير الخدمات الوقائية والعلاجية للجميع القادرين منهم وغير القادرين.

قائمة المراجع

أولاً: المراجع باللغة العربية:

- د. أمجد حمدي: ما بعد كورونا: إصلاح النظام الصحي المصري، المعهد المصري للدراسات، ٣ سبتمبر ٢٠٢٠.
- د. أحمد السيد الشوبري: التكيف القانوني لفيروس كوفيد ١٩ وأثاره القانونية على الالتزامات التعاقدية بعقد العمل الفردي، في ظل قانون العمل رقم ١٢ لسنة ٢٠٠٣، د.ن، ٢٠٢١م.
- د. السيد عيد نايل: الوجيز في قانون التأمين الاجتماعي، مكتبة سيد عبد الله وهبه، القاهرة، ١٩٨٦.
- - الوسيط في شرح نظامي العمل والتأمينات، د.ن، ٢٠١٨.
- د. جاد الله محمد عبد الرحيم: الضمان الاجتماعي الإسلامي: دراسة تأصيلية تطبيقية، رسالة دكتوراه، جامعة اليرموك، كلية الشريعة والدراسات الإسلامية، الأردن، ٢٠٠٨.
- د. حسن عبد الرحمن قدوس: المبادئ القانونية في التأمينات الاجتماعية، دار الجامعة الجديدة، ٢٠٠٥.
- د. زرارة صالح الواسعة: المخاطر المضمونة في قانون التأمينات الاجتماعية، دراسة مقارنة بين القانون الجزائري والقانون المصري، رسالة دكتوراه، كلية الحقوق جامعة قسنطينة، الجزائر، ٢٠٠٧.
- د. علاء عيد: جهود الدولة المصرية في مواجهة جائحة كورونا، مركز المعلومات ودعم اتخاذ القرار، مجلس الوزراء، آفاق استراتيجية، عدد ٣، يونيو ٢٠٢١م.
- د. علاء غنام: نظام التأمين الصحي الشامل وبناء الإنسان المصري، مجلة آفاق استراتيجية، العدد ٣، مركز المعلومات ودعم اتخاذ القرار بمجلس الوزراء، يونيو ٢٠٢١م.
- د. على محمد حسن أحمد: واقع التأمين الاجتماعي في مصر، د.ن، ٢٠٠٥.
- د. محمد رفعت الصباحي: محاضرات في تشريعات العمل والتأمينات الاجتماعية، د.ن، ١٩٨٦.
- د. يوسف أحمد نوافلة: مدى تأثير جائحة كورونا على عقود العمل في سلطنة عمان والأردن، مجلة القانون والأعمال، كلية العلوم القانونية والاقتصادية والاجتماعية، جامعة الحسن الأول، عمان، ٢٠٢٠.
- دالمر هوسكنز: الضمان الاجتماعي: هل نحتاج إلى عقد اجتماعي جديد، الجمعية الدولية للضمان الاجتماعي، ٢٠٠٥.
- رودي ماكينون: الضمان الاجتماعي النشط: إطار لتوجيه التغيير وتوسيع نطاق التغطية، الجمعية الدولية للضمان الاجتماعي، ٢٠٠٧.
- علاء فاروق صلاح عزام: إنهاء عقد العمل غير المنفذ، دراسة مقارنة، مجلة القانون والاقتصاد، كلية الحقوق، جامعة القاهرة، العدد الثاني ٢٠١٦.

- كينيث نيلسون: الشمولية مقابل الاستهداف: ضعف التأمينات الاجتماعية وحماية الحد الأدنى للدخل مستطلع الموارد في ثمان عشر دولة، خلال الفترة من ١٩٩٠ إلى ٢٠٠٢، المعهد السويدي للأبحاث الاجتماعية، جامعة ستوكهولم، ٢٠٠٢.
- مركز هردو لدعم التعبير الرقمي: قانون التأمين الصحي الجديد بعد ٥ سنوات من المداولات، القاهرة، ٢٠١٨م.
- د. هبة حسين: الفواتير الطبية الباهظة تطارد «أشباه الفقراء» في الولايات المتحدة، توصيات بالبحث عن حلول لمساعدة الأمريكيين المحرومين من الرعاية الطبية من كبار السن و«القريبين من خط الفقر»، مقال منشور على الموقع الإلكتروني "أمريكي علمي"، بتاريخ ١٢ أبريل ٢٠٢١، الرابط التالي: <https://www.scientific-american.com/arabic/articles/news/health-policy-filling-health-care-coverage-gap-near-poor/>
- أ. زيد كمال أحمد المومني: آثار جائحة كورونا على عقود العمل، رسالة ماجستير، كلية الحقوق، جامعة الشرق الأوسط، عمان، ٢٠٢١م.

ثانيًا: المراجع باللغة الانجليزية:

- Alison P. Galvani: Improving the Prognosis of Healthcare in the United States, HHS Public Access, 2010.
- Al-shawish, alaa salah: Financial performance of Social Security Corporation portfolio, op.cit, p.20, Ruloon Williamson: State old age pension in the United States, n.p, 1998.
- Anna Sagan and others: Health systems resilience during Covid-19: Lessons for building back better, World Health Organization 2021.
- Arne L. Kalleberg: Precarious Work, Insecure Workers, Employment Relations in Transition, Routledge, U.S.A, 2000.
- Brain Arbetter: U.S. Employment law for global employers, Baker& Mc Kenzie publisher, 2011, p. 1018. Bruce Kaufman: Theoretical perspectives on work and the Employment Relationship, Cornell University, ILR School, 2004.
- Celeste M. Black: Employment disputes: the implications of taxing of settlement receipts as eligible termination payments, Journal of an Australian taxation, n⁰1, vol.10, 2007.
- Dana Mitra: Pennsylvania's Best Investment: The Social and Economic Benefits of Public Education, Ph.D, Pennsylvania State University, 2007.
- Don R. McCanne: A National Health Insurance Program for

the United States, The country must abandon its fragmented system, PLoS Medicine Review, Volume 1, Issue 2, November 2004.

- **Dr.Hani Dowidar: Regulations relative to safety and health in the field of transport, Faculty of law, Alexandria University, 2004.**
- **Eric C.Schneider and other: International Comparison Rreflects Flaws and Opportunities for Better U.S Health Care, Mirror publisher, 2017.**
- **Firas Ali Shatnawi: Profile of occupational injuries among the two categories insured by social security corporation in Jordan during the period (1993-1998), master dissertations, Faculty of graduate studies, University of science and Technology, Jordan, May 2001.**
- **Hannah L. Maxey and Connor W. Norwood: The U.S. Health System, 2015, profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/277869024>.**
- **Jean- Claude Mallet: L'assurance maladie de demain dépend des choix que nous ferons aujourd'hui, droit Social, N° 9/10, 1995.**
- **Jessica Banthin and others: Changes in Health Insurance Coverage Due to the COVID-19 Recession: Preliminary Estimates Using Microsimulation, Timely Analysis of Immediate Health Policy Issues, JULY 2020.**
- **John Howard and Frank Hearl: Occupational Safety and Health, Ph.D.thesis, H.wayne Huizenga School of Business, Nova Southeastern University, 2004.**
- **John Rawls: Théorie de la justice, État, entreprise, travail, Fiche 53, N.p, Paris, 1973.**
- **Ken Silver: The Energy Employees Occupational Illness Compensation Program, A New Legislation to Compensate Affected Employees, Mohn Journal, Vol.53, N°.6, June 2005.**
- **Laurent Milet: L'accident de trajet, risque de l'emploi, Droit Social, N°11, 1996.**
- **Min Xu and Others: The Impact of the Tax Cuts and Jobs Act of 2017 on the US Government Debt, Journal of Finance &**

Banking Studies, Vol 7, No 4, 2018.

- Ruloon Williamson: State old age pension in the United States, op.cit, p.19. World health organization: Global Health and Aging, National Institute on Aging National Institutes of Health, U.S. Department of Health and Human Services, 2010. Available at: <http://esa.un.org/unpd/wpp>.
- Sara R. Collin: How Well Does Insurance Coverage Protect Consumers from Health Care Costs, Findings from the Commonwealth Fund Biennial Health Insurance Survey, 2016.
- Stephen Devereux and Rachel Sabates-Wheeler: Transformative social protection, Institute of Development Studies, U.S.A, October 2004.
- Stephen Devereux and Rachel Sabates-Wheeler: Transformative social protection, IDS Working Paper 232, Institute of Development Studies Brighton, Sussex BN1 9RE, England, October 2004.
- Thierry Tauran: la coordination des régimes de Sécurité social en droit interne, Droit Social, n^o12 Décembre 2009.
- Tom Ginsburg: Does Law Matter for Economic Development? Evidence from East Asia, JSTOR; Law & Society Review, N^o3, 2006.
- Trygve Ottersen and others: Making fair choices on the path to universal health coverage, Final report of the WHO Consultative Group on Equity and Universal Health Coverage, World Health Organization, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, 2014.
- United Nations Conference on the Human Environment, June 5-16, 1972, Stockholm Declaration of the United Nations Conference on the Human Environment, 2, U.N. Doc. AICONF.48/14/rev. 1 (june 16.1972).

ثالثاً: أحكام القضاء:

- مجموعة من أحكام محكمة النقض المصرية، على الموقع الإلكتروني لمحكمة النقض المصرية.

<http://www.CC.gov.eg/Courts/Cassation-Court/Labor-Court.aspex>

- عصمت الهواري: قضاء النقض في منازعات العمل والتأمينات الاجتماعية، بدون ناشر، ١٩٧٦.
- أحكام المحكمة الدستورية العليا: <http://hrlibrary.umn.edu/arabic/Egypt-SCC-SC/Egypt-SCC-21-Y20.html>
- مجموعة أحكام المحكمة العليا الأمريكية، على الموقع الإلكتروني: [http:// www. Supp. Court. of United States.....](http://www.Supp.Court.of.United.States)
<https://www.law.cornell.edu/supremecourt/text/11-393>

رابعًا التقارير:

- Report of National Centers for Health Statistics; Health, United States, 2001 With Urban and Rural Health Chartbook, Hyatsville, Maryland, 2001.
- Report of Pan American Health Organization: United States of America Health System and Services Profile, 1st edition, February 2002, p.11. [http://www. whitehouse. gov/ infocus/medicare/health-care](http://www.whitehouse.gov/infocus/medicare/health-care).
- Bureau of Labor Statistics; Employment Situation News Release. https://www.bls.gov/news.release/archives/empsit_05082020.htm, Published May 8, 2020.
- The annual International Labour Conference, which took place in June 2011, focused on social security for all, the International Labour Organization (ILO) held a joint expert conference in Berlin in July 2011.
- Report of: Congressional Research Service: Supreme Court Dismisses Challenge to the Affordable Care Act in California v. Texas, June 21, 2021. <https://crsreports.congress.gov>
- تقرير اللجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية: الحق في التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه (المادة ١٢)، التعليق العام رقم ١٤، الدورة الثانية والعشرون، ٢٠٠٠.

خامسًا مواقع الانترنت:

- الموقع الرسمي لهيئة الرعاية الصحية المصرية: <https://www.uhia.gov.eg/#hfaq-post-1015>.
- The World Health Organization are available on the WHO web site (www.who.int).

• مواقع رسمية في الولايات المتحدة الأمريكية:

See the Financial Repercussions from COVID-19 section in Board of Governors of the Federal Reserve System. *Report on the Economic Well-Being of U.S. Households in 2019 – May*. Washington: Board of Governors of the Federal Reserve System; 2020. Bureau of Labor Statistics. Employment Situation News Release.

- https://www.bls.gov/news.release/archives/empsit_05082020.htm. Published May 8, 2020. Accessed July 7, 2020.

• الموقع الرسمي للكونجرس الأمريكي:

Congressional Research Service (CRS): U.S. Health Care Coverage and Spending, USA, April 1, 2022, p. 1 and next. <https://crsreports.congress.gov> .

- World Health Organization: Fifty-Eighth World Health Assembly, Resolutions and Decisions, Annex, Geneva, 16-25 MAY 2005. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/20398>
- www.medicare.gov. Stephen Devereux and Rachel Sabates-Wheeler: Transformative social protection..
- Section 1135 of the Social Security Act/ 5; <https://edit.cms.gov/files/document/medicare-telehealth-frequently-asked-questions-faqs-31720.pdf>. Blanket Waivers – Claims Submission: <https://www.cms.gov/files/document/se20011.pdf>. Frequently Asked Questions – 1135 Waivers: <https://www.cms.gov/About-CMS/Agency-Information/Emergency/Downloads/MedicareFFS-EmergencyQsAs1135Waiver.pdf>. Medicaid Disaster Response Toolkit: <https://www.medicaid.gov/state-resource-center/disaster-response-toolkit/index.html>.