

قانون التأمين الصحى الجديد

بقلم د. محمد حسن خليل

طوال الصيف الفائت و حتى الآن يكثر الحديث عن قانون التأمين الصحى الجديد الذى تعترزم الحكومة تقديمه لمجلس الشعب الجديد فى يناير المقبل و سرعة إقراره، و فى نفس الوقت لا يوجد نص القانون بين أيدي الملايين ممن سوف يطبق عليهم هذا القانون. كما كانت هناك بروفة سابقة فى صيف عام ٢٠٠٠ لما يحدث الآن حين أعلن الأهرام فى العنوان الرئيسى أن مجلس الوزراء سوف يناقش مشروع قانون التأمين الصحى الجديد تمهيدا لإحالته إلى مجلس الشعب (يوم الخميس القادم) لإقراره، ثم أغلق الموضوع طوال تلك السنوات أيضا دون نشر مشروع القانون.



و هذا التعطيم و السرية لا يشمل فقط نص القانون، و لكنه يمتد ليشمل تفاصيل ميزانية التأمين الصحى التى لا يعلم المواطنون منها إلا أقل القليل مما يصرح به وزير الصحة أو رئيس هيئة التأمين الصحى فى الأحاديث الصحفية حيث تستخدم الأرقام فقط فى البرهنة على الاتجاه الذى تنوى الحكومة السير فيه فى تعديل القانون، أما كتاب الإحصاء السنوى الذى تصدره الهيئة العامة للتأمين الصحى و غيره من البيانات و الإحصاءات الخاصة بوزارة الصحة فتعامل كالأسرار الحربية و لا يستطيع حتى الصحفيون و الباحثون المتخصصون الحصول على النذر اليسير منها إلا بشق الأنفس.

و نحن نعتمد هنا أساسا على نص مشروع القانون الذى وزع على أعضاء مجلس الشعب فى عام ٢٠٠٠ ثم أعيد توزيعه أيضا منذ بضعة شهور بنفس النص كما نعتمد على الأرقام الواردة فى دراسة قدمت للمجالس القومية المتخصصة حول تكاليف و اشتراكات المجموعات المختلفة من المؤمن عليهم، و على من أنكر إبراز الوثائق الصحيحة!!

و خلاصة ما تدعو إليه الدعاية الحكومية أن التأمين الصحى يواجه عجزا مزمنا فى ميزانيته كما يواجه تدهورا متزايدا فى مستوى الخدمة، و القانون الجديد سوف يحل المشاكل كلها، و هو يدور فى إطار الخصخصة و إخضاع التأمين الصحى للمبدأ التجارى (مع الحفاظ على صحة المواطنين كما يقولون).

و لكن الدراسة التفصيلية تسمح لنا بأن نكتشف حقيقة ما يقال عن خسارة التأمين الصحى:

- التأمين الصحى على طلبة المدارس و الممول من المصاريف المدرسية و التمويل الحكومى البسيط و ضرائب غير مباشرة على السجائر و غيرها يغطى تكلفته و يوجد به فائض.

- التأمين الصحى على العاملين بالقطاعين العام و الخاص حيث يدفع المؤمن عليه ١% من مرتبه و يدفع رب العمل ٣% يغطى تكلفته أيضا حيث يبلغ متوسط ما يدفع سنويا ١٨٠ جنيها و هو أيضا متوسط الإنفاق.
- التأمين الصحى على العاملين بالحكومة لا يغطى سوى حوالى ثلث إنفاقه (مدفوعات حوالى ٤٣ جنيها مقابل حوالى ١٥٠ جنيها مصروفات) و لكن علينا أن نتذكر أن الحكومة هي التي خفضت الاشتراكات للنصف (٠,٥% من المرتب و ١,٥% يدفعها صاحب العمل أى الحكومة بدلا من ١% و ٣% على التوالي، و هذا اعتبارا من عام ١٩٧٥، و يسهل التصحيح بالعودة للنسب القديمة).
- و يحقق التأمين الصحى الخاص بالمعاشات و معاشات الأرامل خسارة حيث لا يوجد مساهمة لرب العمل.



وعلى هذا فإذا نفذت الحكومة ما تقوله عن توحيد القوانين الخاصة بالتأمين الصحى و زيادة الاشتراكات بالخصم على أعلى شريحة (١,٥% من مرتب العامل و ٤% على صاحب العمل- مادة ٤، ثانيا) فإن هذا كفيل بحل المشكلة المالية، و هذا لا يمانع فيه المؤمن عليهم نظرا لتواضع الزيادة (على الأقل كما بدا من موافقة اتحاد العمال على ذلك).

و لكن القانون الجديد لا يقتصر على زيادة نسبة الاشتراكات بل يتعدى ذلك إلى مساهمة المنتفع بثلاث ثمن الدواء خارج المستشفى ما عدا الأمراض المزمنة و كذلك مساهمته فى تكاليف الخدمة بما لا يتجاوز ثلث السعر أو التكلفة، أى تكلفة الفحوص و العمليات و الإقامة و التأهيل و خلافه حيث إن هذا التعميم يفتح الباب واسعا و لا يجد منه النص على أن الوزير بيده قرار تحديد النسبة أو الإعفاء منها (مادة ٤، ثالثا).

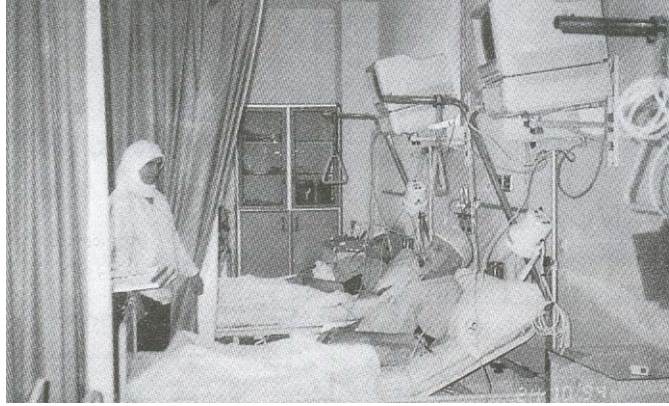
إننا هنا نواجه خلاا بالغ الخطورة فيه مساس بمبدأ التأمين نفسه حيث جوهر التأمين هو دفع متوسطات فقط بالإضافة إلى رسوم رمزية بدلا من الاضطرار إلى تحمل مبالغ ضخمة فجأة فى حالة المرض، أما دفع نسبة بدون حد أقصى فتعرض المؤمن عليه لدفع مبالغ غير محدودة قد تصل إلى آلاف الجنيهات و هي ثلث تكلفة قسطرة القلب العلاجية أو حراحت المخ أو علاج الأورام مثلا، و لن يفيد الادعاء بأن الوزير سيراعى الحالات الخاصة إذ إن الأصل أن يضمن القانون الحق و لا يترك فى يد قرار إدارى.

بل إن القانون يفتح الباب أمام زيادة تلك النسبة من المرتب التي يتم خصمها (٥,٥% فى القانون الجديد) بقرار إدارى و ليس بتعديل قانونى حيث تتيح المادة الثامنة من القانون أنه يجوز بقرار من رئيس مجلس الوزراء بناء على عرض وزير الصحة تعديل قيمة الاشتراكات بناء على فحص المركز المالى للتأمين الصحى الذى تحول إلى صندوق كل خمس سنوات!

و لعل من أكثر البنود خطورة فى مشروع القانون الجديد ما ورد فى المادة الثانية منه بشأن تحديد الخدمات التي يقدمها القانون للمواطنين، و التي تترك لللائحة التنفيذية بل و ينص على

مبدأ جواز إصدار قرار بالخدمات التي تؤدي وفق اشتراك خاص. لا بد من الوقوف هنا أمام مشكلة خطيرة: إن تحديد ما يسمى بحزمة الخدمات التأمينية هو من أخطر بنود التعاقد بين طرفي العقد (وهو هنا بين المؤمن عليه و الهيئة التأمينية) أي إن المبدأ هو دفع اشتراك معين مقابل خدمات طبية معينة. و القانون الحالي ينص بوضوح على اشتغال الخدمات على كل الخدمات التشخيصية و العلاجية و التأهيلية دون استثناء. أما القانون الجديد فينتقص منها مقدارا غير محدد يترك تقديره لقرار إداري لكي يخلق فئتين من المؤمن عليهم، فئة ممتازة باشتراك خاص و فئة غير مميزة ينتقص منها أية خدمات (قسطرة القلب مثلا) في أية لحظة بقرار إداري!!

و تتعاون البنية القانونية مع مشروع إصلاح القطاع الصحي في إحداث تغيير خطير على القانون السابق الذي نص على أن التأمين الصحي يقوم على ذراعين: تقديم الخدمة بنفسه، و التعاقد مع جهات أخرى لتقديم الخدمة (الجامعات، هيئات حكومية مثل المؤسسة العلاجية و الجيش و مستشفيات وزارة الصحة، القطاع الخاص) أما القانون الجديد



فيستبعد بالتحديد مبدأ أن تقدم هيئة التأمين الصحي تقديم الخدمة بنفسها، كما هو معتزم مع هيكل المستشفيات العلاجية التابع لوزارة الصحة جريا على عادة خصخصة المرافق حيث يقدم القطاع الخاص باعتباره مدفوعا يحافظ الربح و التنافس لخدمة المستهلك مما يحل مشاكل سوء الخدمة الذي يعاني منه المواطنون.

و نحن هنا إزاء مشاكل متعددة: فالقضية هنا ليست في إعطاء دور للقطاع الخاص بل هي بالتحديد استبعاد القطاع العام. و عواقب هذا الاستبعاد ما يلي:

أولاً: تحميل المؤمن عليه عبء تكلفة الخدمة بالإضافة إلى هامش الربح و بالتالي زيادة التكلفة عليه.

ثانياً: يتمكن التأمين الصحي عبر تقديم الخدمة بنفسه جزئيا من معرفة التكلفة الحقيقية للخدمة، و بالتالي التعاقد مع القطاعات الأخرى على بينة.

ثالثاً: إن كسر احتكار القطاع الخاص لتقديم الخدمة يفيد أيضا في شروط التفاوض للتعاقد معه. **رابعاً:** إلى أين يذهب الهيكل العلاجي من ٤٠ مستشفى و ١٤٠ عيادة شاملة و الذي بنى من أموال المؤمن عليهم و هم المالكون الشرعيون له و لا تملك الدولة دستوريا التصرف فيه؟ هل يباع لكي نجد مثالا آخر على مشاكل الخصخصة في ظل الفساد بييعه بالبخس؟

إن جوهر ما سبق هو خصخصة التأمين الصحي و تحويل صحة البشر إلى سلعة يحتكرها القطاع الخاص و التنازل عن مفهوم الصحة كمحدد للتنمية و كنتيجة لها لصالح التعامل معها بمنطق المكسب و الخسارة و تقسيم المواطنين مستويات في الخدمة و تبديد تراكم هائل لهيكل خدمات صحية يمتلكه المؤمن عليهم دون ما ضرورة من مشاكل مالية يستحيل التغلب عليها و لصالح توصيات مؤسسات دولية تقدر حافز الربح و القطاع الخاص حتى على حساب إزدراء حاجات المواطنين الصحية.

إننا في جمعية التنمية الصحية و البيئية ندعو جميع الأطباء و جميع المثقفين الذين يهتمهم صحة المواطنين و جميع العاملين بالعمل العام في مصر و جميع المؤمن عليهم إلى الحوار حول المطالب التالية و الالتفاف حولها في حالة الاقتناع بها من أجل تعديل مشروع القانون الجديد:

- ١- نشر مشروع القانون فى الصحف و فتح أوسع حوار حوله فى كافة وسائل الإعلام و إتاحة الفرصة لكل الآراء قبل اتخاذ تلك الخطوة الأخيرة و إتاحة الوقت الكافى للحوار.
- ٢- نشر الميزانيات الخاصة بالتأمين الصحى و كتاب الإحصاء السنوى و إتاحتها للباحثين، فأساس الديمقراطية هو حرية المعلومات و حق المعرفة فتكون المناقشة الديمقراطية مبنية على البيانات الصحيحة.
- ٣- تقليص السلطات الإدارية الواسعة الممنوحة للوزير و التحديد القاطع فى القانون لأسس التعاقد و عدم تعديلها أو المساس بها إلا بواسطة قانون جديد تحيط بإصداره الضمانات الديمقراطية
- ٤- مساواة جميع المؤمن عليهم فى حزمة الخدمات الطبية التأمينية و أن يكون الاشتراك الذى يتم الاتفاق عليه متضمنا تلك الحزمة بنص القانون مثل القانون الحالى و عدم التفرقة بين المواطنين باستحداث مبدأ خدمات طبية تقدم باشتراك خاص.
- ٥- رفض دفع نسبة من ثمن الخدمة حيث يمكن أن تعجز تلك النسبة مواطنين محتاجين فى بلد يقبع أكثر من نصف سكانه تحت خط الفقر، و الاكتفاء بما فى القانون الحالى من دفع اشتراك يمثل نسبة معروفة من المرتب مع الموافقة على زيادتها كما فى مشروع القانون الجديد مثلا بالإضافة إلى رسوم رمزية يحدد مسبقا حدها الأقصى.
- إن كفالة حق المواطن فى الصحة ليس مجرد إقرار لحق أساسى من حقوق الإنسان و لكنه ضمانة للتنمية و ضمانة للانتماء، و إن تحويل الصحة إلى سلعة متاجرة غير جائزة و لها عواقب وخيمة. فلنتضامن جميعا من أجل قانون ديمقراطى للتأمين الصحى يحقق طموح كل المصريين.