



ملاحظات أولية حول مشروع قانون التأمين الصحي الجديد

برنامج الصحة وحقوق الإنسان
المبادرة المصرية للحقوق الشخصية
سبتمبر 2008

المحتويات

3مقدمة
6الفصل الأول - نطاق تطبيق أحكام القانون
7الفصل الثاني - إدارة النظام
7الفصل الثالث - التمويل
9الفصل الرابع - مقدمو الخدمة
10خلاصة

مقدمة¹

يشكل قرار رئيس الوزراء رقم 637 لسنة 2007 بإنشاء الشركة القابضة للرعاية الصحية – والذي قضت محكمة القضاء الإداري بوقف تنفيذه يوم 4 سبتمبر 2008 – الحلقة الأولى في سلسلة حلقات من المنتظر أن تكتمل في الدورة البرلمانية القادمة التي ستبدأ في شهر نوفمبر، والتي يتوقع فيها أن تتقدم الحكومة إلى مجلس الشعب بمشروع القانون الجديد بشأن قواعد التأمين الصحي. وتستند تلك القواعد كما تشير تصريحات المسؤولين إلى مد مظلة التأمين بشكل وهمي لجميع المواطنين، على أن تكون مظلة قاصرة تشمل فقط الرعاية الصحية الأولية. أما باقي الحالات من أمراض وجراحات وأجهزة تعويضية فسيحصل عليها المواطنون حسب شريحة التأمين التي يشتركون بها، إلى جانب مشكلات عديدة تتعلق بفلسفة ونصوص مشروع القانون المقترح أدت إلى معارضته من جانب معظم القوى المدنية والسياسية.

فمنذ عدة أعوام وهناك بوادر لتوجه حكومي نحو خصخصة التأمين الصحي، وحل الهيئة العامة للتأمين الصحي، أو تحويلها إلى مجرد كيان مالي وإداري لا يقوم بتقديم الرعاية الصحية التكافلية. ورغم أن بعضاً من مشروعات القوانين هذه كان قد طرح فعلياً، إلا أنها ووجهت بمقاومة منعت أياً منها من أن يقر حتى الآن ومن ضمنها مشروع القانون الذي قامت وزارة الصحة بتوزيع مسودة له سنة 2007.

وحسب التصريحات الرسمية، فقد عازمت الحكومة على تقديم مسودة جديدة لمشروع القانون إلى الدورة البرلمانية القادمة والتي ستبدأ عملها في شهر نوفمبر من عام 2008، وذلك بعد عرضها على مجلس الوزراء في شهر سبتمبر من نفس العام. وتشير التصريحات أيضاً إلى أن المسودة الجديدة ستبقي على الشكل العام لنظام التأمين الصحي الذي عرضته مسودة 2007. وستضيف إليه تعديلات بسيطة من ضمنها ترك تحديد الاشتراكات للمؤمن عليهم إلى وزارة المالية.

1 قام بكتابة هذه الدراسة الموجزة د. علاء غنام، مدير برنامج الصحة وحقوق الإنسان بالمبادرة المصرية للحقوق الشخصية

على خلفية ذلك، تتضمن هذه الدراسة الموجزة تحليلاً لبعض أبرز المخاطر التي وردت في مسودة مشروع قانون 2007 فيما يتعلق بالحق في الصحة، والتي من المحتمل أن تتكرر في المسودة الجديدة - التي لم تنشر بعد - بهدف تحديد هذه المخاطر أولاً والتحذير من تضمينها في القانون الجديد والمزمع تطبيقه وتنظيمه بحلول 2011 ثانياً. والجدير بالذكر أن بعض بنود القانون الجديد يتم الآن فعلياً تجربتها، وخاصة فيما يتعلق بالجوانب التمويلية، في محافظة السويس التي لا يزيد عدد سكانها عن 400 ألف نسمة نصفهم يتمتع بنظم صحية خاصة.

أولاً: الديباجة والمرجعية القانونية

تعرض الديباجة المرجعية للقانون إلى:

الدستور، وقانون رقم 79 لسنة 1975، وقانون رقم 32 في شأن نظام العلاج التأميني للتأمين الاجتماعي الصحي وإلى قانون 99 لسنة 1992 الخاص بطلاب المدارس، وإلى قرار رئيس الجمهورية رقم 1209 لسنة 1974 في تأسيس الهيئة العامة للتأمين الصحي، إضافة إلى القانون رقم 203 لسنة 1992 في شأن إنشاء شركات قطاع الأعمال العام. وتعد الإضافة الأخيرة إضافة جديدة تماماً بالقياس إلى مشاريع القوانين السابقة التي تم إعدادها في السنوات الماضية (ما تم في عهد كل من وزيرى الصحة السابقين د/ اسماعيل سلام ود/ عوض تاج الدين) وهو ما يعكس الحرص على توفير غطاء قانوني لتأسيس ما يسمى بالشركة القابضة للرعاية الصحية من أجل إعادة هيكلة ودمج أصول الهيئة العامة للتأمين الصحي من مستشفيات وخلافه من أصول رأسمالية ثابتة. وقد تعرضت هذه الخطة لنكسة حقيقية بعد صدور حكم القضاء الإداري في 4 سبتمبر 2008 بمخالفة قرار إنشاء هذه الشركة لكل من الدستور المصري والقوانين واللوائح الداخلية والمواثيق الدولية.

ثانياً: مواد الإصدار

اشتمل مشروع القانون على خمس من مواد الإصدار.

المادة الثانية:

ألغت المادة الثانية من مشروع القانون كلاً من القانون رقم 10 لسنة 67 في شأن تنظيم التعامل في أدوية الهيئة العامة للتأمين الصحي، والقانون رقم 32 لسنة 75 في شأن نظام العلاج

التأميني، والقانون رقم 99 لسنة 75 في شأن التأمين الصحي على الطلاب. ولكنها نصت في الفقرة الثالثة منها وبشكل استثنائي على إلغاء ما يتعارض مع نصوص القانون المرفق من القانون رقم 79 لسنة 75، وذلك يضع علامة استفهام كبيرة حول تلك الفقرة فيجب على المشرع تحديد المواد الملغاة بشكل واضح. بمعنى أن عليه أن يخصص مادة نصها "تلغى نصوص المواد رقم..."، وذلك لتفادي ما قد يحدث من لبس في التطبيق العملي، خاصة بين السلطتين القضائية والتنفيذية، فعلى الحكومة أن تكون أكثر وضوحاً. بالإضافة إلى أن هذا النص يعتبر تكراراً للفقرة الخامسة من ذات المادة. وعلى المشرع أن يرفع ما في مشروع النص من غموض للوقوف على حقيقة ما يقصده.

المادة الرابعة :

تنص هذه المادة على أن "يُصدر الوزير المختص بالصحة اللائحة التنفيذية لهذا القانون خلال ستة أشهر من تاريخ العمل به" والملاحظ هنا أن اللوائح التنفيذية في مثل هذه القوانين الهامة التي تمس مصالح عامة المواطنين مساساً مباشراً، من الأفضل أن تناقش مع النص الأساسي ضمناً لعدم المساس بتلك المصالح والحقوق الحيوية حيث يكمن الشيطان دائماً في التفاصيل كما يقولون. ورغم أن العادة جرت على أن يتم الانتهاء من إقرار القانون أولاً ثم تبدأ صياغة لائحته التنفيذية، إلا أن أهمية مسألة التأمين الصحي وارتباطها بالحق في الصحة، وأهمية المسائل التي أحالها القانون لللائحة التنفيذية، فضلاً عن الخبرات السابقة التي تضمنت فيها بعض اللوائح التنفيذية ما ينسف الضمانات التي تحتوي عليها نصوص القوانين، ملها عوامل تدفع للمطالبة بطرح لائحة هذا القانون للمناقشة في نفس وقت مناقشة القانون.

ثالثاً: مواد القانون

تشكل مشروع القانون في مسودته التي طرحتها وزارة الصحة للمناقشة من ستة فصول تحتوي على ست وعشرين مادة.

الفصل الأول - نطاق تطبيق أحكام القانون

المادة الثانية :

أشارت هذه المادة إلى الخدمات التي ستقدم في نطاق التأمين، باعتبارها خدمات وقائية وعلاجية وتأهيلية وفحوصات طبية، ولكنها أحوالت في تحديد الخدمات إلى قرار تنفيذي يصدر من رئيس مجلس الوزراء ويجوز عند الإقتضاء إعادة النظر فيها بعرض من الوزير المختص.

وبذلك تترك المادة تحديد حزمة الخدمات الصحية خارج المناقشة، فهي من سلطة الوزير المختص وبموافقة رئيس مجلس الوزراء، مما يعد تهديداً واضحاً لحق المواطنين في الحصول على الرعاية الصحية التي كفلها الدستور، وقوانين التأمينات الاجتماعية السارية، والتي يشملها نظام التأمين الصحي الحالي. حيث يكفل النظام الحالي حزمة من الخدمات غير المحدودة للمستويات الثلاث - الأولى والثانية والثالثة - من الرعاية الصحية.²

المادة الثالثة :

أشارت المادة إلى الحزمة الثالثة من الخدمات الصحية باعتبارها حزمة لتغطية الكوارث الصحية الشخصية "catastrophic illnesses" والمقصود بها الأمراض التي تسبب كوارث مالية لأصحابها، كالسرطان وأمراض القلب والفشل الكلوي والكبدية. حيث لم تلزم الدولة وفقاً لهذا النص بتغطية هذه الحزمة، ولكنها قد تخصص جزءاً من مواردها لها، وعلى أن يصدر بها أيضاً قرار من رئيس مجلس الوزراء بناء على عرض من الوزير المختص.

2 المقصود بالمستويات الثلاثة التالي: المستوى الأول يشمل خدمة عيادات الممارس العام في المواقع التي تشمل رعاية طبية كاملة. المستوى الثاني يشمل خدمة العيادات الشاملة التي تشمل كافة التخصصات الطبية. المستوى الثالث يشمل خدمة المستشفيات العلاجية غير المحدودة وكافة التخصصات.

ويعد ذلك من جديد تعدياً واضحاً على حق المواطنين في نظام صحي تأميني يضمن حمايتهم من الكوارث الصحية التي قد تعصف بهم وبأسرهم ولا يستطيعون مواجهتها إلا بناء على ما يحدده الوزير المختص بقرار إداري.

الفصل الثاني - إدارة النظام

المادة الرابعة :

تنص المادة على أن هذا النظام تديره هيئة عامة لها شخصية اعتبارية وتتبع الوزير المختص بالصحة بناء على قرار يصدر من رئيس الجمهورية يحدد هذه الاختصاصات.

تحرم هذه المادة الهيئة العامة من إمكانية ممارسة دورها باستقلالية لصالح المشاركين من المواطنين في إطار مظلتها، ولا تشير إلى أهمية وجود مجلس لإدارتها يمثل فيه أصحاب المصلحة من المواطنين، ولا تشير إلى أي شكل من أشكال الجمعيات العمومية التي تحاسب مجلس إدارة الهيئة لصالح ما يمس مصالح المواطنين المشاركين في هذا النظام الجديد.

الفصل الثالث - التمويل

المادة السادسة :

تنص المادة على التمويل من خلال اشتراكات premiums من الخاضعين لقانون التأمين الاجتماعي رقم 79 لسنة 1975 بزيادة من 1% إلى 1.5% من إجمالي الدخل (أي الأجر الثابتة والمتغيرة وخلافه)، ومن طلبة المدارس والجامعات بنسبة 5% من إجمالي المصروفات المدرسية، والمهنيون من غير ذوي المرتبات المنتظمة بقيمة 15 جنيهاً شهرياً، والحرفيون من غير ذوي المرتبات المنتظمة 10 جنيهاً شهرياً.

يعد ما سبق زيادة جديدة لقيم الاشتراكات من المواطنين المؤمن عليهم فعلياً بالنظر إلى ما يمثله إجمالي الدخل. ويعني هذا أن رب الأسرة إذا كان حرفياً سيقوم بسداد 120 جنيهاً سنوياً عن نفسه، وكذا 120 جنيهاً أخرى لمن له زوجة لا تعمل، إضافة إلى ما يسدده عن أولاده في المدارس أو في الجامعات بنسبة 5% من المصروفات وعن الأطفال قبل سن المدرسة عشرون جنيهاً سنوياً.

وتصبح معادلة صعبة سداد ما يصل متوسطه إلى قرابة 400 جنيهاً سنوياً لأسرته للحصول على حزمة خدمات غير واضحة ولا تشمل الأمراض الكارثية، إضافة إلى ما سيدفعه بعد ذلك كمساهمات ورسوم عند تلقي الخدمة، فضلاً عن ثلث ثمن الدواء وثلث ثمن الأبحاث الصحية المطلوبة (والتي تحدها الفقرة الثالثة من نفس المادة). وبفرض تردد الفرد على الخدمة بمتوسط مرتين سنوياً، سيعني ذلك تكلفة أخرى قد تصل إلى ضعف الاشتراك السنوي.

و يعد ذلك انتهاكاً آخر للحق في الرعاية الصحية لهذه الفئات التي لا تعتمد على دخل ثابت منتظم في قطاع عريض من المواطنين، يحرمهم من الحق في الصحة بعدالة وإنصاف، في ظل ما يسمى نظاماً تأمينياً تكافلياً - وهو في الواقع لا يمثل لهم إضافة حقيقية لما يضطرون إلى فعله عند تلقي الخدمة في نطاق القطاع الخاص القائم حالياً والمتسم بالعشوائية، بلا حاجة تدفعهم للانخراط في نظام تكافلي - كما أشار القانون - لا يحقق أية شروط عادلة لهذا التكافل.

من ناحية أخرى تمثل المادة إضافة إيجابية لصالح أصحاب المعاشات والأرامل من حيث تمويل النظام الجديد، إذ تلزم وزارة المالية - باعتبارها التي تدير أموال صناديق التأمينات الاجتماعية وأموال صناديق المعاشات بدلاً من وزارة التضامن الاجتماعي الآن - بالتأمينات الاجتماعية والمعاشات، حيث تقوم بدفع ما قيمته 3% من المعاش لحساب النظام التأميني الجديد، وهو ما لم تكن تسدده من قبل.

كما تدفع الخزانة العامة 12 جنيهاً سنوياً عن كل تلميذ وطالب في كل مراحل الدراسة وكذا المواليد حتى سن المدرسة، بما يشكل إضافة أخرى لحساب تمويل النظام الجديد.

وفي مجال مساهمات الخزانة العامة كذلك تلتزم الخزانة العامة بدفع الاشتراك الكامل للمؤمن عليهم الذين تنطبق عليهم شروط الدعم الكامل الذي سوف تحدده وزارة التضامن الاجتماعي. وبالطبع سوف يمثل هذا صعوبات بالغة لتحديد هؤلاء الأفراد الأولى بالدعم. وليست هناك إشارة إلى الأسر وإنما الإشارة إلى الأفراد. وتكمن صعوبة التحقق من الأسر الأولى بالدعم الكامل إلى التغيرات الدائمة في الخريطة الاجتماعية، فضلاً عن معدلات التضخم المتزايدة شهرياً، وضرورة خلق آليات فعالة لتحديث تلك القوائم باستمرار.

الفصل الرابع - مقدمو الخدمة

المادة العاشرة:

تنص هذه المادة الوحيدة في هذا الفصل على تقديم خدمات التأمين الصحي عن طريق التعاقد مع كافة مقدمي الخدمة الحكومية وغير الحكومية وفقاً لمعايير الجودة ونظم التعاقد التي تحددها الهيئة.

وتتسم المادة بالعمومية وعدم التحديد - عمداً - مما يفتح كل الاحتمالات: بدءاً من دخول شركات خاصة محلية وعالمية للسوق الطبي المصري الذي يتسم أصلاً بالعشوائية، وانتهاء بتحويل ثوابت الهيئة العامة من مستشفيات إلى شركة أو شركات قابضة مما يحرم الكيانات المحلية من فرص التنافس قبل أن تعطي فرصتها الكاملة، فتحرم من البقاء في سوق الخدمات وتتعرض للبيع أو الإغلاق.

خلاصة

إن المخاوف التي تثيرها هذه القراءة الأولية لمشروع قانون التأمين الصحي الجديد لا تشكل انتقادات يمكن لأي نظام سياسي أو نخبة حاكمة أن تتجاهلها باعتبارها مجرد أصوات خافتة ومعارضة يمكن الالتفاف عليها. فهذه المخاطر تتعلق ببعد أساسي من أبعاد الحياة اليومية لملايين المواطنين الذين يعانون أصلاً من الفقر والمرض وارتفاع تكلفة المعيشة، والذين لن يقبلوا بنظام تأميني إجباري يكرس من فقرهم واحتياجهم ويرفع من تكلفة العلاج التي يعانون من ارتفاعها أصلاً.

كما الاهتمام بإدماج البعد الحقوقي في خطط الحكومة لإصلاح القطاع الصحي ليس ترفاً أو منحة من الدولة. بل هو واجب دستوري والتزام نصت عليه المادة 17 من الدستور التي ألزمت الدولة بتقديم خدمات التأمين الصحي والاجتماعي للمواطنين. ولعل حكم القضاء الإداري الصادر في 4 سبتمبر 2008 بعدم مشروعية قرار إنشاء الشركة القابضة للرعاية الصحية ينبه الحكومة والحزب الحاكم إلى خطورة إدخال أي تعديلات تشريعية تمس بحق المواطنين في الصحة، وإلى استعداد القضاء المصري لإسقاط أي من هذه التعديلات في حال مخالفتها للدستور المصري والقانون الدولي لحقوق الإنسان. وقد وجه حكم القضاء الرسالة بأوضح معانيها:

"إن ترك أداء [الخدمة الصحية] في يد القطاع الاقتصادي دون النظر إلى الواقع الاجتماعي للمواطن، ودون النظر لتأثير ذلك على الحق في الصحة، وجعله عرضة للتحكم والاحتكار وتربح القطاع الخاص من مرض المؤمن عليهم ... ما يصل في النهاية إلى تحويل التأمين الصحي من حق اجتماعي إلى مشروع تجاري، وفي وقت اعتبرت فيه قضية التكافل والتضامن الاجتماعي مطلباً قومياً في مصر، وهدفاً يجب أن ينعم به كل مواطن، لا أن يحرم منه غير القادر."