

أوراق تأمينية



مصباح كمال*: ملاحظات أولية وخواطر حول قانون الضمان الصحي

(1)
قبل أيام استلمت من الزميل قصي ماجد عبد الجبار الزهيري، شركة إعادة التأمين العراقية العامة، نسخة من نص قانون الضمان الصحي لسنة 2020 المعروض أمام مجلس النواب لتشريعته. لم أطلع سابقاً على هذا القانون لكنني قرأت أخباراً متفرقة حول مشروع للضمان أو التأمين الصحي. فقد عرضت حكومة سابقة في برنامجها المنشور في جريدة الصباح (أيلول 2014) مشروع اعتماد نظام التأمين الصحي للمواطنين كافة وتطبيق نظام طبيب الأسرة. وقد وصفت هذا المشروع بأنه "بيان لبناء نظام رأسمالي عصري". فتحت الباب "ثانياً: الارتقاء بالمستوى الخدمي والمعيشي للمواطن" نقرأ التالي في البرنامج:

"بغية تطوير الواقع الاقتصادي وحماية المواطن العراقي مع [من] الغش والتلاعب وجشع التجار تسعى الحكومة الى تحقيق ما يلي:

حسم توجه الاقتصاد العراقي نحو اقتصاد السوق وتخلي الدولة التدريجي عن النشاطات الاقتصادية".

ونقرأ تحت الباب "خامساً: الاصلاح الاداري والمالي للمؤسسات الحكومية" عن:

أوراق تأمينية

البدء بتطبيق نظام تحصيل أجور الخدمات التي تقدمها الدولة بغية تعظيم موارد الدولة والسيطرة على الهدر والتبذير وتحسين كفاءة الخدمات مع الأخذ بنظر الاعتبار عدم إقبال كاهل الطبقات الفقيرة والمتوسطة بأجور تلك الخدمات".

وهو ما يعني بناء اقتصاد رأسمالي حديث على النمط الغربي أو ما أسماه د. مظهر محمد صالح اختصاراً باقتصاد السوق الاجتماعي الذي "يتمثل بدعم الشرائح المهمشة والفقيرة من المجتمع مثل العاطلين والمعاقين وغيرهم وذلك بإيجاد حلول علمية تتفق مع المرحلة القادمة بتوفير فرص عمل حقيقية خارج مؤسسات الدولة ورواتب مجزية للعوائل المتعففة التي ازدادت في الأونة الأخيرة لعدة اسباب". وهو بهذا اختار جانباً من أطروحة اقتصاد السوق الاجتماعي.¹

ويأتي قرب اعتماد قانون الضمان الصحي من قبل مجلس النواب تحقيقاً لما ورد في البرنامج الحكومي سنة 2014.

(2)

سيرحب الكثير، وخاصة دعاة تحجيم دور الدولة في تقديم الخدمات وتعظيم دور القطاع الخاص المحلي والأجنبي، بهذا القانون. لكن نجاح تطبيق القانون رهن بتوفر البنية التحتية للنظام الصحي، وهو نظام متدهور وغير متكامل من ناحية الموارد المادية والبشرية. فقد جاء في تقرير لمجلة إيكونومست:

يوجد في العراق اليوم، عدد أقل من أسرة المستشفيات والأطباء عما كان عليه قبل عام 2003، على الرغم من تضاعف عدد السكان تقريباً.

وقلة الأطباء راجعة إلى هروب أغلبهم إلى الخارج وفق المجلة نفسها.

¹ مصباح كمال، "التأمين في المنهاج الحكومي: قراءة أولية"، الثقافة الجديدة، العدد 370، تشرين الثاني 2014، ص 51-63. نشرت أيضاً في مجلة التأمين العراقي:

<http://misbahkamal.blogspot.co.uk/2014/12/370-2014-51-63.html>

أوراق تأمينية

وهرب نحو 20 ألف طبيب إلى الخارج، كما تقول نقابة الأطباء العراقية، بينما أضرب العديد من الذين بقوا في الأونة الأخيرة بسبب ظروف العمل السيئة ونقص المواد الأساسية، مثل الأقنعة ومواد التعقيم.²

وهذا غيظ من فيض يستحق بحثًا معمقًا. أضف إلى ذلك أن بعض الخدمات المساندة في الجانب التأميني ليست موجودة في العراق كالخبير الاكتواري (المادة 1-خامس عشر).³ وكذلك ما يرد في المادة 6 من القانون فيما يخص عضوية مجلس إدارة صندوق الضمان الصحي:

م- خبير في الضمان أو التأمين الصحي يرشحه وزير الصحة ويشترط ان يمتلك خبرة فعلية في مجال التخصص لا تقل عن 15 (خمس عشرة سنة)

خبير في التحليل المالي والعلوم الاكتوارية يرشحه وزير المالية ويشترط ان يمتلك خبرة فعلية في مجال التخصص لا تقل عن 15 (خمس عشرة سنة)

مثل هذا الخبير ليس موجودًا في العراق، وإن وجد فإن خبرته لا يمكن أن تكون 15 سنة ذلك لأن التأمين الصحي لم يمارس في العراق إلا في السنوات القليلة الماضية. ولذلك فإن الخدمات الاكتوارية ستكون موضوعًا للشراء من الخارج. (تعظيم اعتماد العراق، وحتى تبعيته، على الخارج هو السائد منذ 2003 دون الاهتمام بتطوير القدرات الوطنية. جاء في الأخبار قبل فترة أن

² كما جاء في موقع الحرة، واشنطن، 2 تشرين الأول 2020:

<https://www.alhurra.com/iraq/2020/10/02/%D9%84%D9%87%D8%B0%D9%87-%D8%A7%D9%84%D8%A3%D8%B3%D8%A8%D8%A7%D8%A8-%D8%A7%D9%84%D8%B9%D8%B1%D8%A7%D9%82-%D8%A3%D8%B6%D8%B9%D9%81-%D9%8A%D9%88%D8%A7%D8%AC%D9%87-%D9%83%D9%88%D8%B1%D9%88%D9%86%D8%A7>

³ مصباح كمال، "الدراسة التخصصية الأكاديمية للتأمين في العراق"، موقع شبكة الاقتصاديين العراقيين: https://www.academia.edu/34686636/Academic_Study_of_Insurance_in_Iraq وكذلك في موقع: https://www.academia.edu/34686636/Academic_Study_of_Insurance_in_Iraq

أوراق تأمينية

العراق استورد طماطم بلغت قيمته أزيد من خمسين مليون دولار!).

(3)

يهدف القانون إلى "تأمين التغطية الصحية للمضمون" (المادة 2- أولاً) وليس التغطية الصحية للمواطن. ترد كلمة "المواطن" مرة واحدة في المادة 14-ج: التزام المواطن بسداد الأقساط إلى صندوق الضمان الصحي، لكن هذه المادة لا توفر مخرجاً لضيق التغطية في المادة 2-ثانياً: "ضمان توفر الخدمات الصحية الأساسية والضرورية للمضمون بغض النظر عن القدرة المالية [القدرة المالية على تسديد قسط التأمين] عند الحاجة إلى تلك الخدمات." (التأكيد من عندي)

ويقترن هذا الضمان حسب المادة 2-ثالثاً بـ "المساهمة في تحقيق مبدأ العدالة الاجتماعية والتكافل الاجتماعي وحماية الشرائح الهشة."

حسب "فلسفة" هذا القانون فإن العدالة الاجتماعية تتحقق من خلال خلق سوق للتأمين الصحي، وهو سوق يخضع لمبدأ تحقيق الربح، فكيف يتساوى هذين المبدئين؟ يفهم من هذه المادة أن الشرائح الهشة ستحمى بالضمان الصحي في حال كونها غير قادرة على تسديد أقساط التأمين. وهذا يفترض أن تكون هذه الشرائح خاضعة أصلاً للتأمين الصحي مقابل تسديد أقساط التأمين. فإن لم تكن قادرة على التسديد عليها فما عليها إلا اللجوء، كما تعمل الآن، إلى المستشفيات والعيادات الحكومية المنهكة بفعل الإهمال والفساد.

يهدف القانون، حسب منطوق المادة 2-رابعاً إلى

أوراق تأمينية

"تحسين جودة الخدمات الطبية وتعزيز التنافس الإيجابي بين المؤسسات الصحية على أساس الجودة والتكلفة وتطوير أداء العاملين في المؤسسات الصحية في القطاعات العام والخاص والمختلط والخيري."

إن المضمرة في هذه المادة هو تعزيز التنافس بين المؤسسات الصحية الحكومية والخاصة (المحلية والأجنبية). بفعل الإهمال والفساد في المؤسسات الحكومية فإنه من المتوقع أن تكون المؤسسات الخاصة في وضع أفضل من حيث التمويل والخبرة وخاصة بالنسبة للمؤسسات الأجنبية العريقة؛ أي أن المؤسسات الحكومية ستتحول إلى الملجأ الأخير البائس لمن لا يستطيع تسديد قسط التأمين الصحي. يعني هذا أن القانون يضع الأساس لنظامين: واحد للمقتردين ماليًا والقادرين على تسديد أقساط التأمين الصحي، وآخر لما يسميه القانون بالشرائح الهشة. وهي شرائح ضعيفة الدخل، عاطلة عن العمل، عرضة للأمراض، بدون سكن لائق الخ، أو كما يرد في نص منشور في الفيسبوك⁴:

- ٤ ملايين و ١٠٠ الف نازح داخل العراق.
- ١ مليون و ٧٠٠ الف يعيشون في مخيمات مختلفة.
- ٥ ملايين و ٦٠٠ الف يتيم (أعمارهم بين شهر - ١٧ عاماً).
- ٢ مليون ارملة (أعمارهن بين ١٥ - ٥٢ عاماً)
- ٦ ملايين عراقي لا يجيد القراءة والكتابة (البصرة وبغداد والنجف وواسط والأنبار في الصدارة)
- نسبة البطالة ٣١٪ (الأنبار والمثنى وديالى وبابل في الصدارة تليها بغداد و كربلاء و نينوى).

⁴ منظمة بلاد السلام لحقوق الإنسان في العراق، 14 آب 2020، نقلاً عن إحصائية منظمة هيومن رايتس ووتش للسنوات الأربعة عشر الماضية.

<https://www.facebook.com/850155821699481/posts/2305819612799754/>

لم أستطع الوصول إلى هذه البيانات من مصدر آخر.

أوراق تأمينية

- ٣٥٪ من العراقيين تحت خط الفقر (أقل من ٥ دولار).
- ٦٪ معدل تعاطي الحشيش والمواد المخدرة (بغداد في الصدارة تليها البصرة والنجف وديالى وبابل وواسط).
- ٩٪ نسبة عمالة الأطفال دون ١٥ عاماً.
- انتشار ٣٩ مرض ووباء أبرزها الكوليرا وشلل الأطفال والكبد الفيروسي وارتفاع نسبة الإصابة بالسرطان والتشوهات الخلقية.

إن كانت هذه الإحصائية صحيحة كيف سيعمل صندوق الضمان الصحي على ضمان الخدمات الصحية لهذه الشرائح؟ في تقديري، أن الشرائح الهشة سوف لن تحصل على كامل الخدمات الصحية بما فيها العلاجات والأدوية غالية السعر. وليس هذا بغريب لنظام يكرس النظام الطبقي الذي ينتج ويعيد إنتاج الملايين من العاطلين عن العمل الذين سيظلون خارج التغطية الكاملة للضمان الصحي.

(4)

من غرائب هذا القانون وضع الأساس لتحويل "أسرة المستشفيات الحكومية [وليس المستشفى] ... إلى أجنحة وغرف تعمل بنظام التمويل الذاتي كلياً أو جزئياً" كما جاء في المادة 21:

لضمان تقديم المستشفيات الحكومية لخدمات الضمان الصحي يتم العمل بالآتي:

أولاً: لهيئة الرأي هي وزارة الصحة صلاحية تحويل أسرة المستشفيات الحكومية العائدة الى وزارة الصحة الى أجنحة وغرف تعمل بنظام التمويل الذاتي كلياً أو جزئياً لضمان استيفائها لمعايير التعاقد مع صندوق الضمان الصحي.

ثانياً: يتمتع المستشفى المشمول بأحكام البند أولاً من هذه المادة بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي والإداري

قد تجد الغرابة سببها في ضعف صياغة المُراد. يعني هذا النظام، أساساً، اعتماد المستشفى على ما يحققه من موارد مالية لقاء تقديم

أوراق تأمينية

(بيع) الخدمات للمؤمنين. بعبارة أخرى، تحويل المستشفيات إلى شركات تعمل وتدار على أساس مبدأ الربح الرأسمالي.

كما أن القانون يعهد بعض الخدمات إلى جهات أخرى (شركة خاصة مثلاً) لجباية أقساط التأمين من المواطنين (غير الموظفين في دوائر الدولة والقطاع العام أو المتقاعدين والعمال المسجلين في الضمان الاجتماعي)، كما يرد في المادة 14-أولاً-ج:

يلتزم المواطن بسداد الأقساط إلى صندوق الضمان الصحي وفق الآلية التي يحددها الصندوق، وللصندوق أن يعهد بموجب عقد إلى الغير باستحصال المبالغ المنصوص عليها في هذه الفقرة.

لا يرد في القانون أي ذكر لدور أو مساهمة صندوق الضمان في البحث والتطوير وخاصة في مجال الطب الوقائي وهو بذلك لا يختلف كثيراً عن الشركات التي تبيع الخدمات الصحية وتتجنب تمويل البحوث الأساسية في الطب الوقائي.

(5)

خلافًا لمقولة عدم وجود بديل (TINA) THERE IS NO ALTERNATIVE التي كانت تنادي بها رئيسة وزراء بريطانيا مارغريت ثاتشر (1979-1990) وتعمل وفقاً لها، والتي تختزل وتحصر العلاقات بين البشر في نظام السوق الرأسمالي كونهم كائنات أنانية تبحث عن المنفعة الخاصة بها، فإن تنظيم الحياة الاقتصادية والاجتماعية يمكن أن يتخذ أشكالاً مختلفة. فبالإمكان إدخال آليات شاملة كبديل لآليات السوق والتسليع: الخدمات الأساسية الشاملة في مجال التعليم والرعاية الصحية والإسكان وحتى النقل العام داخل المدن (ضروري للحد من التلوث)، وربط ذلك بالدخل الأساسي الشامل (UBI)، وهو ما يقتضي إصلاح المالية العامة لتمويل هذه الآليات. لقد بينت تجربة العديد من الدول الأوروبية كيف أن دولة الرفاه يمكن أن

أوراق تأمينية

توفر تأمينيًا جماعيًا من مخاطر الحياة كالعجز الناشئ من إصابات العمل، والبطالة، واعتلال الصحة وغيرها.

ويبدو أن الأحزاب الدينية التي تتحكم في إدارة الدولة ليس لها موقف تجاه هذا القانون أو النظام الصحي سوى ما سيفسر عنه من موافقة أعضائها في مجلس النواب على اعتماد القانون المعروض عليهم بمسودات مختلفة منذ عدة سنوات. ربما كان الحزب الشيوعي العراقي الوحيد الذي أفرد اهتمامًا خاصًا بالنظام الصحي والضمان الاجتماعي.⁵

إن هذا القانون يتماشى مع المشاريع التي جاء بها الاحتلال الأمريكي للعراق والذي تمثّل بشكل خاص في الأوامر المائة لبول بريمر (ومنها الأمر رقم 10 قانون تنظيم أعمال التأمين لسنة 2005). ويتمثل جوهر هذه المشاريع، فيما يخص موضوعنا، تقليص الاعتماد على الدولة كمقدم للخدمات وفاعل اقتصادي بدعوى أن الدولة، كما يُنظر لها دعاة الليبرالية الجديدة، لم تثبت نجاحًا في هذا المجال. ومن هنا بدأت في بريطانيا ودول أخرى في الثمانينيات عملية تصفية القطاع العام والخاص لإدارتها، أو خلق المشاركة بين القطاع العام والخاص لتمويل المشاريع وإدارتها، أو خلق سوق داخل النظام الصحي كما هو الحال بالنسبة لمؤسسة الصحة الوطنية (تأسست سنة 1948) في المملكة المتحدة، كان من نتائجه تدني الخدمات الصحية وتعظيم أرباح الشركات الخاصة داخل المؤسسة. (تجلت قيمة هذه المؤسسة في تعاملها مع أعباء كوفيد-19 ولم يكن للقطاع الطبي الخاص دور مماثل لها).

⁵ مصباح كمال، الأحزاب العراقية والتأمين: قراءة أولية في موضوعة حضور وغياب التأمين: الحزب الشيوعي العراقي نموذجاً (مكتبة التأمين العراقي، 2016).

الكتاب متوفر في موقع شبكة الاقتصاديين العراقيين:

<http://iraqieconomists.net/ar/wp-content/uploads/sites/2/2016/09/Iraqi-Political-Parties-and-Insurance-The-Communist-Party-as-a-Model.pdf>

أوراق تأمينية

إن قانون الضمان الصحي هو جزء من مشروع استبعاد الدولة من الاقتصاد وكما تمثل في إهمال شركات القطاع العام ومن ثم اتهامها بالفشل وبالتالي التمهيد لتصفيتها ضمن الأدوات المتاحة للحكومة التي تتبع إرشادات المؤسسات المالية الدولية. وهو يقترن بالتأكيد على ترويج التأمين الصحي التجاري الخاص بدلاً عن تطوير نظام صحي وطني شامل يمول من الضرائب وإسهامات العاملين في الشركات والمؤسسات العامة والخاصة.

(6)

من المؤسف أن الأطباء أو النقابات المرتبطة بالعلاج الطبي والاستشفاء لم يُعرف عنها تقديم دراسة حول إعادة تأسيس الخدمات الصحية واعتماد نظام صحي شامل يوفر الخدمات "من المهد إلى اللحد"، كما يوصف نظام خدمات الصحة الوطنية في المملكة المتحدة (تعرّض إلى تغييرات من سياسات اليمين الليبرالي من خلال خصخصة أجزاء من الخدمات وتحويلها إلى فضاءات للمنافسة السوقية).

وبالنسبة لشركات التأمين فإن التأمين الصحي هو كالدجاجة التي تبيض ذهباً. كما لاحظنا ذلك من حجم أقساط التأمين السنوية المغرية لعقد التأمين الصحي لوزارة التربية الملغى (41 مليار دينار عراقي كما ورد في تقديرات بعض الصحف) مقابل منافع محدودة لم يتم التعرف عليها. يعني هذا أن شركة التأمين ستكون الرباح بنسبة عالية: قسط عالي ومنفعة محدودة (تعويضات صغيرة متدنية المستوى لا تستنفد قسط التأمين السنوي الإجمالي).

وأتوقع، بفضل هذا القانون، أن تدخل شركات التأمين العالمية المتخصصة بالتأمين الصحي إلى العراق وتستحوذ بفضل إمكانياتها المالية والفنية على قطاع التأمين الصحي. فالمادة 1-ثاني عشر تُعرّف شركة التأمين بأنها: "أية شركة تأمين عراقية أو أجنبية معتمدة ومجازة من قبل الجهات العراقية المختصة لتغطية الخدمات الصحية."

أوراق تأمينية

هناك أزيد من ثلاثين شركة تأمين خاصة في العراق، معظمها يفتقر إلى كوادرات فنية مدربة، وحماية إعادة التأمين من شركات رصينة، وأزعم بأن معظمها تفتقر إلى الإمكانيات الفنية في مجال الاكتتاب والتعويض وشراء حماية إعادة التأمين وإدارة خدمات التأمين الصحي بمستوى جيد. وحتى الشركتين العامتين، التأمين الوطنية والتأمين العراقية، تفتقر إلى الكوادرات الفنية المناسبة، فهما لم تمارسا التأمين الصحي إلا قبل سنوات قليلة وبإمكانيات ضعيفة. ولذلك فإن خبرة قطاع التأمين العراقي في مجال التأمين الصحي محدودة.

(7)

لا تشكل هذه الملاحظات دراسة مفصلة لقانون الضمان الصحي. أتمنى أن أقرأ موقف جمعية التأمين العراقية أو بعض شركات التأمين تجاه القانون والنظام الصحي بشكل عام. كما أتمنى على ممارسي التأمين في العراق الدراسة النقدية التفصيلية لقانون الضمان الصحي. أتمنى أيضاً أن يقوم أهل الاختصاص بتقديم دراساتهم عن اقتصاديات الصحة.

(* كاتب في قضايا التأمين)

حقوق النشر محفوظة لشبكة الاقتصاديين العراقيين. يسمح بإعادة النشر بشرط الإشارة إلى المصدر 7 تشرين الأول 2020

<http://iraqieconomists.net/>