

الباب الثالث  
تأمينات الحوادث الشخصية  
والعلاج الطبى طويلة الأجل

- الفصل السابع : دور التأمين التجارى فى  
مواجهة خطر العجز المستديم
- الفصل الثامن : المعيار التأمينى لحالات العجز  
الدائم وتعويضاتها النقدية بنظم  
التأمين الإجتماعى
- الفصل التاسع : نظم التأمين الصحى الخاصة فى  
إطار النظام القومى للتأمين  
الصحى الإجتماعى دراسة تحليلية



## الفصل السابع دور التأمين التجارى فى مواجهة خطر العجز المستديم

يتعامل التأمين التجارى مع خطر العجز المستديم من خلال وثائق تأمين الحياة ووثائق الحوادث وأخيرا وثائق التأمين الصحى.

ورغم تطور مستوى الحماية التأمينية الذى توفره الوثائق المشار إليها حيث تهتم بجماعات من المؤمن عليهم فيما يسمى بالوثيقة الجماعية أو "التأمين الجماعى" فإن هذا التطور لا يلحق بالتقدم العلمى والإقتصادى والفكرى الذى يستلزم دورا أكبر يتعين على هيئات التأمين التجارى القيام به لتقديم حماية تأمينية فعالة، سواء من خلال الوثائق الفردية أو الجماعية، تتوافر للقيام بها الخبرة الإحصائية الطويلة لتلك الهيئات.

وفى هذا الفصل فاننا نهدف إلى بيان مدى تأثر الدور المحدود لهيئات التأمين التجارى، فى مجال التعامل مع خطر العجز المستديم، بشروط ووثائق التأمين الأولى التى تعاملت مع هذا الخطر خلال القرن الماضى والتى تميزت بحذر شديد يبرره عدم توافر الخبرة الإحصائية اللازمة للتعامل التأمينى مع الخطر وهو ميرر لامحل له فى وقتنا المعاصر مما يستلزم تطوير شروط الوثائق التى توفرها تلك الهيئات للأفراد سواء من حيث مجال التغطية التأمينية أو من حيث مستوى الحماية.

### الشروط الخاصة بالعجز المستديم بوثائق التأمين الحالية:

تصدر إحدى شركات التأمين المصرية الشرق للتأمين) ما يسمى بعقد التأمين المختلط الكامل والذى تتعهد بمقتضاه بدفع مبلغ التأمين المتفق عليه فى الموعد المحدد لنهاية مدة التأمين إذا كان المؤمن عليه على قيد الحياة أو عند وفاته قبل نهاية مدة التأمين أو فى حالة إصابته بعجز كلى دائم خلال سريان التأمين وقبل بلوغه سن الستين.

ووفقا للشروط العامة للوثيقة المشار إليها يلاحظ بالنسبة للتغطية الخاصة بالعجز الكلى الدائم مايلي:-

١- يقصد بالعجز الكلى الدائم إستحالة مزاولة أية مهنة أو أى عمل يعود على صاحبه بربح أو فائدة إستحالة مطلقة نهائية، ويشمل ذلك على الأخص فقد البصر فقدا كلياً غير قابل للشفاء وبتر الذراعين أو اليدين أو الساقين أو القدمين) أو فقد وظيفتهما أو إصابتهما بشلل كامل غير قابل للشفاء والجنون المطبق الغير قابل للشفاء بشرط التحقق منه بمعرفة أحد مستشفيات الأمراض العقلية الرسمية ومراقبة سيره بجميع الوسائل التى تراها المستشفى ضرورية وذلك خلال سنتين من التحقق من الحالة حتى لو كان الجنون نتيجة لحادث.

٢- إذا كان العجز ناتجا عن حادث فإن مبلغ التأمين يودى بمجرد التحقق من حالة العجز الكلى الدائم أما إذا كان ناتجا عن مرض فإن المبلغ لا يودى إلا بعد مضى سنتين من تاريخ تحقق الشركة من حالة العجز الكلى خلالهما وعلى المؤمن عليه الإستمرار فى أداء أقساط التأمين ويوقع فى نهايتهما كشفا طبيا نهائيا بمعرفة طبيب تعينه الشركة تكون نتيجته قاطعة.

٣- تورد الوثيقة عدة تحفظات على التزامها نذكر منها :  
- إذا أصيب المؤمن عليه بعجز كلى دائم على أثر شروع فى إنتحار خلال السنتين الأوليتين من التعاقد فلا تلتزم الشركة إلا بأداء الإحتياطي الحسابى ما لم يثبت أن سبب الشروع فى الإنتحار مرض أفقد المؤمن عليه إرادته.

- إذا كان المؤمن عليه مجندا أو تابعا لإحدى قوات الجيش أو البوليس أو لإحدى فرقها الإضافية فلا يغطى العقد العجز الكلى الدائم الناتجين عن التدابير والأعمال الحربية أو الآثار الناشئة عنها إذا كانت نتيجة مباشرة أو غير مباشرة لحالة حرب خارجية أو داخلية سواء أعلنت أو لم تعلن أو التى تكون نتيجة ثورات وفى هذه الحالة لا تكون الشركة ملزمة إلا بدفع الإحتياطي الحسابى.

وهذا وقد يتم التعامل مع خطر العجز المسـتـديـم من خلال ملحق لوثيقة تأمين الحياة كتأمين إضافى لحالة "العجز الكلى الدائم" ووفقا لهذا

الملحق تتعهد الشركة في حالة إصابة المؤمن عليه بعجز كلي دائم قبل بلوغه سن الستين بأحد الإلتزامين الآتيين:-  
١- إعفاء المتعاقد من سداد أقساط التأمين الأصلي والتأمين الإضافي.

أو ٢- إعفاء المتعاقد من سداد أقساط التأمين الأصلي والتأمين الإضافي وصرف مبلغ فوراً يوازي المبلغ المستحق من واقع التأمين الأصلي.

وذلك كله مع مراعاة أن المقصود بالعجز الكلي الدائم إنما هو إستحالة مزاولة المهنة أو أى عمل يعود على صاحبه بربح أو فائدة إستحالة مطلقة ونهائية، ومع مراعاة التحفظات المعتادة على التغطية والتي تشمل الشروع فى الإنتحار والشرط الخاص بخطر الحرب.

ووفقاً للشروط العامة لوثيقة تأمين من الحوادث الشخصية يؤدي مبلغ التأمين بالكامل إذا أصيب المؤمن عليه بعجز كلي مستديم خلال سنة من تاريخ وقوع الحادث وتودى نسبة من مبلغ التأمين إذا كان العجز جزئياً وذلك بنسبة العجز الجزئى إلى العجز الكلى .. وفضلاً عن ذلك تودى الشركة أسبوعياً ٠,٥% من مبلغ التأمين طوال فترة "العجز الكلى المؤقت" بحد أقصى ٥٢ أسبوعاً من تاريخ وقوع الحادث.

وفى بيان الحالات التى يشملها تأمين الحوادث يعتبر العجز كلياً مستديماً فى حالات واردة على سبيل الحصر (فقد أبصر العينين نهائياً - فقد الذراعين أو اليدين - فقد الساقين أو القدمين - فقد ذراع وساق - فقد ذراع وقدم - فقد يد وساق - فقد يد وقدم) ويعتبر العجز جزئياً مستديماً فى حالات الفقد الكامل لأحد الأطراف العليا أو السفلى أو الكسور غير الملتحمة لبعض الأعضاء أو الصمم التام وإنكماش الأطراف أو الفقد الكامل لعين واحدة، وتحدد الوثيقة نسبة العجز الجزئى لأهم تلك الحالات وتترك للطبيب المعالج تحديد نسبة العجز الجزئى فى غيرها بشرط أن يقر تلك النسبة طبيب الشركة.

وكوثيقة التأمين المختلط الكامل تورد وثيقة تأمين الحوادث عدة تحفظات على التغطية.

هذا فإذا كان لنا أن نبحث في الشروط الخاصة بالعجز الدائم ومزاياه بوثائق التأمين التجاري بالدول الأخرى فسنجد أنه عادة ما تهتم وثائق تأمين الحياة بتقرير مزايا عجز (إضافية) disability benefit إذا ما أصيب المؤمن عليه بعجز كلى مستديم total and permanent disability نتيجة حادث أو مرض، وقد يقتصر التزام المؤمن هنا على مجرد وقف أقساط الوثيقة فيسمى الشرط الخاص بذلك بشرط العجز الواقف للأقساط waiver of premium disability clause وقد يمتد التزامه علاوة على ذلك، ومن خلال ملحق للوثيقة، إلى أداء دخل شهري disability income عادة بعد إنقضاء فترة إنتظار محددة a fixed waiting period<sup>(1)</sup>.

ورغم إهتمام تأمينات الحوادث والمرض بتعويض الخسارة الناشئة عن حالات العجز فإن إهتمامها يقتصر عادة على أداء مزايا قصيرة الأجل في حالات فقد القدرة على القيام بواجبات المهنة كلياً وأحياناً جزئياً نتيجة إصابة أو مرض أى أنه يقتصر على حالات العجز المؤقت والفترة الأولى من العجز الدائم، أما الإهتمام بحالات العجز الدائم فيتم أساساً بالوثائق التى تسمى بعقود التأمين الدائم للعجز permanent health insurance إذ يتم تجديدها بناء على طلب المؤمن عليه renewable at the insured's حتى سن معين ويلتزم المؤمن بقبول التجديد، وتوفر هذه الوثائق دخلاً دورياً فى حالة عدم قدرة المؤمن عليه على العمل نتيجة لمرض أو إصابة وذلك حتى بلوغ السن المشار إليه.<sup>(2)</sup>

وهكذا فرغم أن للعجز لغوياً مفهوم مطلق يعنى عدم القدرة<sup>(3)</sup> فإن له مفهوماً ضيقاً وفقاً لعقود التأمين المشار إليها إذ يقصد به عدم القدرة على العمل أو عدم القدرة على القيام بواجبات المهنة وقد يكون ذلك بصفة دائمة أو مؤقتة وقد يكون كلياً أو جزئياً.

(1) Lewis E. Davids, Dictionary of insurance, little field, Adams & co. to towa, USA, six edition, 1980; p. ٨ \ Hugh Cockerell, witherby's , dictionary of insurance. witherby & co. Ltd., London, 1980, p.66

(2) Ibid.

(3) A.s. Hornby & others, oxford advanced learner's dictionary of current english, Oxford university press, fourthenth impression, 1981, p.243

وإذا ما قمنا بالتعريف على وثائق التأمين الدائم للعجز والتي تهتم بحالات العجز الدائم فنلاحظ ما يلي<sup>(1)</sup>:-

١- يعرف العجز بأنه عدم قدرة المؤمن عليه نتيجة حادث أو مرض على مباشرة مهنته أو أية مهنة أخرى... وقد تنص بعض الوثائق على عدم القدرة على مباشرة المهنة السابقة أو أية مهنة أخرى مناسبة وفي حين تنص بعض الوثائق على ذلك فإنها تعود بعد فترة من أداء المزايا غالباً عامين إلى المفهوم الأول والذي يشترط عدم قدرة المؤمن عليه على مباشرة أى مهنة أخرى... هذا فإذا فقد المؤمن عليه وظيفته لأى سبب، خلاف العجز الدائم، فقد يوقف التأمين أو يشترط أن يكون العجز الدائم - الناشئ عندئذ - مما يستلزم القعود بالمنزل.. ومن ناحية أخرى فإن بعض الوثائق تشترط فى العجز أن يستلزم علاجاً طبياً أو جراحياً.

٢- إذا ما كان من المتوقع أن يؤدي إعادة تأهيل العاجز إلى إعادته للعمل بقدرة أقل فتؤدى له مزايا إعادة تأهيل rehabilitation benefit طوال فترة إعادة التأهيل بحد أقصاعادة ما يحدد بـ٢٦ أسبوع.

٣- يوقف التأمين ولا يجدد ببلوغ المؤمن عليه سننا معينة عادة ما يكون سن المعاش.

٤- عادة ما تحدد المزايا الدورية بواقع ثلثى أو ثلاثة أرباع الدخل السابق على العجز وعادة ما تنخفض هذه النسبة إذا ما إلتحق العاجز عجزاً كاملاً بمهنة ذات داخل أقل من مهنته السابقة.

٥- تستثنى من التأمين -عموماً- أخطار الحروب والغارات وأعمال العنف والعصيان المدنى وغير ذلك، فضلاً عن السفر بالطائرات فى غير الخطوط المنتظمة أو حوادث الهبوط والإقلاع .. وغالباً ما يستثنى معظم المؤمنون حالات العجز الناشئة عن تعمد إصابة النفس أو تعاطى المواد الكحولية والعقاقير غير الطبية .. وهناك من المؤمنيين من يستثنى العجز الناشئ عن الإشتراك فى عمل إجرامى أو عن أمراض تناسلية وأعمال

(1) R.L. Carter, chief Editor of: Handbook of insurance, Kluwer-Harrap Handbooks, London,1980, instalment 18, 2.4-01: 2.4-07.

الفروسية كالصيد والقفز وسباق الحواجز أو السباق عدا الرياضى) أو تسلق الجبال... وهناك عددا قليلا من الوثائق التى تستثنى العجز الناتج عن ألعاب الشتاء أو كرة القدم أو الأعمال التى تتم تحت الماء كالغطس) أو الأعمال المنافية للأخلاق.

٦- تهتم وثائق التأمين بتأثير المهنة على معدلات المرض morbidity rates والذى يلاحظ فى إتجاهين:-  
- تميز بعض المهن بدرجة خطورة مرتفعة سواء بالنسبة للإصابات حيث ترتفع معدلاتها بين العاملين بالآلات أو العاملين فى أماكن مرتفعة أو على العكس تحت سطح الأرض أو البحار، أو بالنسبة للأمراض المهنية حيث تتزايد بين المعرضين للأتربة أو للحرارة أو الرطوبة...إلخ.. وفى هذ الشأن فقد يرفض المؤمن ويعتبر الخطر غير قابلا للتأمين uninsurable كما هو الحال بالنسبة للعاملين تحت سطح الأرض underground workers وقد يحدد المؤمن أقساط مرتفعة للتأمين بالنسبة لذوى المهن التى رغم إرتفاع معدل خطورتها فمازالت فى إطار المهن القابلة للتأمين

- تستلزم بعض المهن لياقة خاصة ولذا لا يمكن لأصحابها الإستمرار فى مباشرتها على النحو المعتاد فى غيرها لأسباب مختلفة، وعلى سبيل المثال إصابة الرياضى الممتهن بالعرج أو فقد الموسيقىار لمهارة أحد يديه أو إصابة حنجرة المغنى أو ضعف قوة إبصار الطيار، ومن ناحية أخرى فان أغلب تلك المهن مؤقتة وترتبط بإستمرار الإعجاب العام بأصحابها ولذا يحصلون على دخول مرتفعة للغاية لا يمكن توقع إستمرارها لمدى بعيد.

وفى هذا الشأن فان المؤمنون عادة ما يحددون مبلغ التأمين عند مستوى معقول أو يقيدون مفهوم العجز بحيث لا تؤدى المزايإ إلا إذا حال العجز بين المؤمن عليه وبين مباشرة مهنة أو أية مهنة أخرى.

وبوجه عام يرتبط التأمين وإستمراره بالمهنة فإذا ما غيرها المؤمن عليه أو تقاعد عن مزاولتها كليا أو جزئيا لأى سبب غير العجز فان الوثيقة تنص إما على عدم إستمرار إلتزام المؤمن أو الإلغاء.

ومن هنا فممنذ بدء تعامل التأمين الخاص مع خطر العجز الدائم وحتى وقتنا هذا يعتمد في تحديد العجز بمعيار إقتصادي يهتم بالقدرة على العمل أو الكسب، وقد أصبح هذا المعيار تقليدياً في وثائق التأمين، فيعرف العجز الدائم في قاموس تأميني إنجليزي بأنه "فقد القدرة على العمل بصفة دائمة سواء كان ذلك بصفة كلية أو جزئية Permanent loss of ability, in whole or in part, to work .<sup>(1)</sup>

وفي قاموس تأميني أمريكي يعرف العجز الكلي الدائم بأنه "وفقاً لتأمين الحوادث والصحة فإنه حالة تنتج عن إصابة أو مرض وتؤدي بالضرورة إلى الحيلة بين المؤمن عليه وبين القيام بأى من واجبات مهنته Prevents an insured from performing any & every duty pertaining to his occupation بصفة كلية ومستمرة Wholly, necessarily and continuously.<sup>(2)</sup>

الشروط الخاصة بالعجز المستديم بوثائق التأمين الأولى:

ولبيان مدى تأثر وثائق التأمين الخاص بالحالية بشروط الوثائق الأولى التي إهتمت بحالات العجز الدائم. نتناول فيما يلي الأحكام المتعلقة بمفهوم العجز ومزايا بتلك الوثائق :

أولاً : وثائق تأمين الحياة التي تتضمن شرطاً للعجز :

يرجع الإهتمام بحالات العجز الدائم إلى جمعيات المعونة التبادلية للعاملين بالتعدين (ألمانيا والنمسا) mutual aid societies of miners خلال القرن الثامن عشر وعنها إستحدثت عام ١٩٧٦ إحدى شركات التأمين الألمانية ما سمي بشرط وقف الأقساط waiver of premium إذا ما تحقق العجز الكامل خلال سريان الوثيقة ثم أضافت بعض الوثائق أداء مبلغ سنوى يعادل % أو % من مبلغ التأمين) حتى إنتهاء مدة الوثيقة طالما إستمر العجز الدائم أو حتى الخامسة والستين أيهما أسبق. وقد أقرت شرط وقف الأقساط جمعيات الأخوة الأمريكية American fraternal societies في عام ١٨٧٧ مع أداء نصف مبلغ التأمين في

(1) Witherby's Dictionary of insurance, op. cit., p.142.

(2) Dictionary of insurance,op; cit.,p. 82 .

حالة ثبوت العجز الدائم لأكثر من ستة أشهر وأداء النصف الآخر عند الوفاة.

وفي ١٦/١٠/١٨٩٦م أصدرت شركة الأمانة التبادلية للتأمين على الحياة **fidelity mutual life insurance co**. أول وثيقة تأمين على الحياة بأمريكا تتضمن شرطا للعجز وقد كانت على حياة رئيس الشركة ينص على أنه :

"إذا ثبت لمجلس مديري الشركة أن المؤمن عليه قد فقد القدرة بصفة دائمة وكلية على الإستمرار في أى مهنة أو عمل **profession or business** سواء بسبب حادث أو مرض عضوى أو عقلى، فإن له فضلا عن المزايا الأخرى للوثيقة أن يختار بين وقف أقساط الوثيقة إعتبارا من تاريخ ثبوت العجز مع إستمرارها وفقا لشروطها أو تحويل مبلغ التأمين إلى دفعات سنوية طوال إستمرار العجز وذلك وفقا لعمره وقت ثبوت العجز والجدول المبين بالوثيقة." (١)

وهكذا فقد أخذ بالمعيار الإقتصادي لبيان حالة العجز الكامل الدائم ولكن بمفهوم ضيق يندر معه تصور وقوعها إذا ما تفيدنا بألفاظ الوثيقة فقد يفقد المرء يديه وقدميه ونظره وسمعته ومع ذلك يمكن أن يقال أنه يمكنه التكسب إذا ما نقل بدنه إلى شارع مزدحم يتخذ فيه ركنا لبيع بعض السجائر والحلوى وبذا لا تعتبر حالته عجزا كاملا، وعلى أى حال فقد إكتسب التطبيق العملى فى أمريكا لعبارة "فقد القدرة بصفة دائمة وكلية على القيام بأى مهنة أو عمل" مضمونا عمليا أكثر مرونة على النحو التالى : (٢)

#### ١- من حيث نوعية العمل : **Quality of work**

إستمرت كثير من وثائق تأمين الحياة فتعريف العجز الكامل بأنه عدم القدرة على أداء "واجبات" أى "عمل أو مهنة" وعرفته الشروط الموحدة لمزايا العجز الكلى الدائم بوثائق تأمين الحياة الأمريكية بأنه عدم القدرة على الإرتباط بأى مهنة أو عمل بأجر أو ربح مع إفتراض إستمراره إذا ما إستمر لمدة معينة ... رغم ذلك فإن العبرة من الناحية

(1) Kenneth W. Henrick, op. cit., pp. 5,8,9.

(2) Kenneth, pp. 39-45, 141, 142, 151-155, 168 .

العملية هي بمدى قدرة المؤمن عليه على القيام بالأعباء الجوهرية للمهنة أو العمل المؤهل له بحكم تكوينه وقدرته وخبرته وقدراته العضوية والذهنية السابقة على العجز. وقد أقرت هذا التفسير في عقودها شركة رعاية الحياة الأمريكية حين عرفت العجز الكامل بأنه "عدم قدرة المؤمن عليه" نتيجة لإصابة عضوية أو مرض، على القيام بالواجبات الجوهرية لمهنته أو أية مهنة أخرى تتفق أو يمكن أن يتفق مع تعليمه وتدريبه أو خبرته.

وهكذا إتجه التطور من الإهتمام بما يمكن أن يسمى بالعجز الكامل العام **general total disability** إلى الإهتمام بالعجز المهني **occupational disability**.

### ٢- من حيث كمية العمل **Quantity of work**

أقرت المحاكم الأمريكية هنا أن حالة العجز الكامل تتوافر رغم قدرة العاجز على القيام ببعض الأعمال طالما كانت غير جوهرية أو أساسية فالعبرة هي بعدم القدرة على القيام بالواجبات الأساسية للمهنة أو العمل.

### ٣- مدة العمل **Amount of time employed**

القاعدة هنا أن قيام العاجز بالعمل لفترة محدودة ودون أن تكون لديه القدرة على الإنتظام في أداء الواجبات الأساسية لمهنته لا يتعارض مع كونه عاجزا كاملا والأمر كذلك إذا تعارض الإستمرار في العمل مع الرعاية والحرص اللازمين مما يعرض الحياة للخطر أو يسبب آلاما شديدة يدركها الشخص العادي فلا يعمل.

### ٤- مقدار الدخل **Amount of income received**

تنظر شركات التأمين إلى تعويضات العجز الدائم وفقا لمعيار الدخل فتعتبرها بديلا للخسارة في الدخل، ومن هنا يلعب مقدار الدخل الذي يستمر المؤمن عليه في الحصول عليه أو يكون قادرا على الحصول عليه بعد ثبوت عجزه دورا في تحديد مدى عجزه الدائم.

على أن أهمية الدخل والدور الذي يلعبه في تقدير حالة العجز تتضاءل حيث يكون الدخل رأسمالي **capital income** لا يرجع لنشاط إدارى جوهرى من جانب المؤمن عليه أو حيث يكون من مهنة أو عمل

خلاف المهنة الأصلية وإنما تم تأهيل العاجز لها بمساعدة مالية أو فنية وهو الشائع مع التقدم العلمي الذى يتيح القدرة على الكسب حتى إذا فقد الشخص يديه أو قدميه أو يد واحدة وقدماء واحدة بل حتى ولو فقد بصره وهو يعتبر عجزا كاملا وفقا للشروط الأمريكية الموحدة لمزايا العجز الدائم بوثائق تأمين الحياة.

هذا ورغم تطور تعويضات العجز الدائم بوثائق تأمين الحياة إلا أن هذا التطور مازال فى إطار معيار الدخل وتحد منه عديدا من العوامل التى تبين الخبرة الأمريكية أن من أهمها :-

أ- أن المخاطر الأخلاقية **moral hazards** تلعب دورا فى وثائق التأمين التى تهتم بالعجز أكثر من ذلك الذى تلعبه فى الوثائق الذى لا تهتم به، وفى هذا الشأن تطبق بعض الشركات الأمريكية شرط النسبة **prorate clause** لمواجهة حالات تعتبر التأمين فيها فوق الكفاية **over- insure** وحتى لا يكون مقدار التعويض مغريا لإفتعال المطالبات أو إستخدامه كتأمين بطالة ويتم ذلك بتحديد إجمالى مزايا العجز بما يتراوح بين ٧٥% ، ٨٠% من متوسط الدخل السابق للمؤمن عليه ومع ذلك فإن مثل هذا التقييد لا يؤدي لنتائج إيجابية كبيرة لصعوبة تطبيقه إداريا ولأن المزايا معفاة من الضرائب.

ب- عدم إقبال الكثير من الفئات التى يقل تعرضها لخطر العجز على التأمين.

ج- الإرتفاع الملحوظ فى معدلات العجز الكامل بالنسبة لذوى المهارات الخاصة أو من يتمتعون بقدرات عضوية معينة كالموسقيين والفنانون وأطباء الأسنان.

د- صعوبة تحديد العجز ومداه بالنسبة لمن يؤدون أعمالا موسمية أو من يؤدون أعمالهم منزليا كربات البيوت والكتاب.

ثانيا : وثائق تأمينات الحوادث والمرض الفردى)

**Personal accident and sickness insurance contracts**

تميزت الفترة الأولى لإستخدام السكك الحديدية بدرجة خطورة أكثر من تلك الخاصة بالسيارات مما أدى بصحيفة تايمز البريطانية لأن تقرر فى سنة ١٨٤٩ "غالبا ما تقع حوادث السكك الحديدية يوميا وعموما فإنها تؤدي لفقد أحد أعضاء الجسم **loss of limb** وقد تؤدي إلى فقد الحياة" ومن هنا فقد كان من الطبيعى أن تنشأ الحاجة لتأمين الحوادث فأنشئت

فى بريطانيا سنة ١٨٤٨ شركة تأمين للمسافرين بالسكك الحديدية railway passengers assurance co. هدفها الوحيد تأمينهم من حوادث السكك الحديدية بأداء تعويضات نقدية تتحدد وفقا لدرجة تذكرة السفر ومدى الخسارة كما يلى :-

أ- بالنسبة للإصابات القاتلة :<sup>(١)</sup>

- ٢٠٠ جنيه إسترليني) بالنسبة لمسافرى الدرجة الثالثة.
- ٥٠٠ جنيه إسترليني) بالنسبة لمسافرى الدرجة الثانية.
- ١٠٠٠ جنيه إسترليني) بالنسبة لمسافرى الدرجة الأولى.

ب- بالنسبة للإصابات غير القاتلة :

مبلغ لا يتجاوز تعويض الإصابات القاتلة ويتم تحديد هذا المبلغ على ضوء مدى العجز أو الأضرار الناشئة عن الإصابة والتي قد تتمثل فى آلام عضوية أو عقلية وما يصاحب ذلك من فقد للوقت والمال.

وفى أمريكا أنشئت سنة ١٨٦٣ شركة تأمين المسافرين Company of Hartford التى أصدرت وثيقة شاملة لكافة حوادث السفر (travelers insurance) تؤدى تعويضات أسبوعية لفترة محددة حيث يقع العجز الكامل نتيجة حادث وفقا لشروط معينة، أما وثائق تأمين المرض فقد تراخت بشأنها .. وحتى نهاية القرن التاسع عشر كانت تغطي حالات مرضية معينة، وفى عام ١٩١٥ أصدرت إحدى الشركات الأمريكية عقد غير قابل للإلغاء (مضمون التجديد) noncancellable, guaranteed renewable contract أدى إنتشاره إلى توفير قدر ملموس من الدوام والإستقرار النسبى.<sup>(٢)</sup>

ولم تتضمن الوثائق الأولى للحوادث والمرض بندا مستقلا لتعريف العجز وإنما كان يأتى ذلك خلال البند الخاص بتحديد مقدار ومدة المزايا كالاتى:

"إذا نشأ خلال عدد من الأيام من وقوع الحادث عجزا كليا مستمرا wholly and continuously يحول بين المؤمن عليه وبين القيام

(1) WAD ins dale&Dc Mc Murdie, Elements of insurance, the chartered insurance institute, fifth edition, 1980, pp. 42,43.

(2) David Mc cahan, op. cit., pp. 18-20 .

بأى من واجبات مهنته and every duty of his occupation فان الشركة تؤدي تعويضا أسبوعيا) معينا طوال فترة العجز بحد أقصى معين.<sup>(١)</sup>

وقد أخذت المحاكم الأمريكية بالمفهوم الضيق لمهنة المؤمن عليه ودون التعويل على مقدار الوقت المفقود مما دعا بعض شركات التأمين إلى تعريف العجز الدائم بأنه عدم القدرة على أداء أى عمل أو مهنة بأجر أو ربح inability to engage in any occupation employment for wage, profit or gain . مع خسارة كاملة لوقت العمل . total loss of business time .<sup>(٢)</sup>

وبوجه عام فإن مختلف تعاريف العجز كانت تعدد بالمعيار الإقتصادي لتحديد حالاته سواء كانت تهتم بالعجز العام general disability أو العجز المهني occupational disability أو بمزيج من العجز العام والعجز المهني أو كانت تفترض العجز تأسيسا على مدى ضياع وقت العمل disability based on business time .factor

وفى هذا الإطار لوحظ أن للمحاكم الأمريكية إتجاهات ثلاثة فمنها من يتقيد بعبارات العقد (المدرسة الشكلية) فيحدد حالات العجز الكامل بتلك التى لا يمكن فيها للمؤمن عليه أن يعمل وإلا أدى ذلك لسوء حالته أو تهديد حياته أو صحته أو التعجيل بوفاته أو تحميله بالآما غير عادية، ومن المحاكم من يتوسع فى مفهوم حالات العجز الكامل فيعتبر أن هناك عجزا كاملا عاما أو مهنيا، إذا لم يكن المؤمن عليه قادرا على القيام بواجبات مهنته المعتادة.

وبالطبع فإن الإتجاه الوسط يفترض قيام حالة العجز الكامل حيث لا يمكن للمؤمن عليه القيام بأى من واجبات أية مهنة مريحة تتفق مع عمره.<sup>(٢)</sup>

(1) David Mc cahan, op. cit., pp. ١٨-٢٠ .

(2) Ibid.

وأخذاً بالإتجاه الوسط تنص بعض الوثائق على تعريف العجز الكامل بأنه عدم قدرة المؤمن عليه، نتيجة حادث أو مرض على القيام بشكل جوهري بكافة واجبات مهنته أو أية مهنة أخرى ملائمة له من حيث التعليم والتدريب والخبرة " وفي وثائق أخرى روعى تقسيم فترة إستحقاق التعويضات إلى فترتين يعرف في الأولى العجز الكامل تعريفاً واسعاً بأنه عدم القدرة على أداء من واجبات المهنة المعتادة ويعرف في الثانية بأنه عدم القدرة على القيام بواجبات أبة مهنة يكون المؤمن عليه مؤهلاً لها بحكم تدريبه وتعليمه وخبرته .

وتفترض أغلب الوثائق قيام حالة العجز الكامل في حالات مهنية كفقد البصر الكلى أو فقد طرفين أو أكثر.

وقد كانت الوثائق الأولى تشترط لوقوع العجز الكامل الإصابى ووقوع الحادث ثم إستمراره بعد ذلك ، إلا أن الشركات أقرت فيما بعد الحالات التي يتحقق فيها العجز الكامل خلال فترة تصل إلى ١٢٠ يوماً من تاريخ وقوع الحادث وبالطبع فإن الهدف من هذه الفترة هو تيسير التأكيد من قيام علاقة سببية بين الحادث والعجز الناشئ عنه ... أما العجز الكامل الطبيعي فقد كانت وثائقه الأولى تشترط أن يكون من الشدة بحيث يصبح المؤمن عليه حبيس البيت على الدوام **continous confinement strictly within doors** فضلاً عن توافر حالة عدم القدرة الكلية والمستمرة على القيام بأى من واجبات المهنة، إلا أن الوثائق الحديثة وأحكام المحاكم الأمريكية لم تعد تقر مثل هذا القيد خاصة حيث لا تكون مزايا العجز لمدى الحياة.

وبوجه عام فإن أغلب وثائق تأمينات الحوادث الحديثة توفر مزايا خلال العجز الجزئى الذى يعرف بأنه: "القدرة على أداء واحداً أو بعضاً من الواجبات اليومية الأساسية للمهنة **one or more but not all the important daily duties**"<sup>(1)</sup> هذا ورغم أن تحديد العجز وفقاً للمعيار الإقتصادى يعنى تحديد التعويضات وفقاً لمعيار الدخل فتعتبر كافية إذا ما كانت موازية للدخل الذى لولا العجز لكان المؤمن عليه قد اكتسبه إلا أن وثائق تأمين الحوادث والمرض لا توفر ذلك وعادة لا يرتبط مبلغ التأمين الذى يتفق عليه بين المؤمن والمؤمن له بمقدار الدخل وإنما يحدد بمبلغ ما

(1) Ibid.

يؤدى فى حالات الوفاة والعجز الكـامل المستديم ومبلغ دورى لفترة محدودة فى حالات العجز المؤقت، ومن المعتاد تحديد مدى هذه المبالغ فى الوثائق الحديثة لتأمينات الحوادث والمرض البريطانية على النحو التالى :-<sup>(١)</sup>

فى حالة الوفاة أو العجز الكامل المستديم كفقء طرفين أو طرف واحد وعين واحدة)	١٠٠٠ جنيه إسترليني
فى حالة العجز المستديم (فقء طرف واحد أو إبصار عين واحدة)	٥٠٠ جنيه إسترليني
أسبوعيا ولمدة ٥٢ أسبوعا فى حالة العجز الكلى المؤقت.	٦ جنيه إسترليني
أسبوعيا ولمدة ٥٢ أسبوعا فى حالة العجز الجزئى المؤقت.	١,٢٥ جنيه إسترليني

على أن بعض الوثائق غير القابلة للإلغاء تنص على ما يسمى بشرط المكاسب المتوسطة *average earnings clause* ويحدد مستوى التعويض بما لا يجاوز ٨٠% من المكاسب الشهرية المتوسطة فى تاريخ الإصدار بإقتراض أن باقى النسبة يعتبر كافيا لتلافى حالات إساءة إستغلال التأمين) *moral hazard* وغالبا ما يكون هناك حد أقصى رقمى لذلك المتوسط مع إتجاه الشركات لرفعه لمواجهة إنخفاض القوة الشرائية للنقود.

وكقاعدة عامة فإن الوثائق التى تصدرها الشركات التجارية لا توفر تعويضات مستمرة بإستمرار العجز أى لمدى الحياة<sup>(٢)</sup> فقد كان الشائع قديما إقتصار تلك التعويضات الدورية على عدد من الشهور أو الأسابيع بحد أقصى لإجمالى التعويضات أو لعدد حالات العجز الدائم إذا تعددت والشائع حديثا إمتداد فترة التعويض لعدد من السنوات مهما تعددت حالات العجز الدائم مع تحديد تعويضات العجز الجزئى فى حدود نسبة معينة من تعويضات العجز الكلى غالبا فى حدود ١٠% أو ٢٠%.) وفى كافة الأحوال يبدأ إستحقاق التعويض بعد فترة إنتظار من تحقق العجز ٣ أو ٧ أو ١٤ أو ٣٠ يوما) لما لوحظ من أثر ذلك من حيث تخفيض تكلفة التأمين والمصاريف الإدارية وبالتالي الأقساط مع إفتراض

(1) WAD insalade & De Mc Murdie, op. cit., p. 65.

(2) David Mc cahan, op. cit., pp. 28-34.

قدرة المؤمن عليه على تحمل الخسارة في الدخل خلال تلك الفترة المحدودة وذلك من مدخراته.

وهذا وحيث تحدد المزايا بتعويضات دورية فقد ينص على إستبدالها بمبلغ من دفعة واحدة في حالات معينة كفقْد بصر أحد العينين أو كليهما أو فقْد أحد أو كلا اليدين أو حد أو كلا القدمين). ومن ناحية أخرى قد يضاعف التعويض إذا ما تحقق العجز نتيجة حادث أو حوادث معينة كالإصابة أثناء السفر أو الحرق أو نتيجة حادث سيارة وذلك تأسيسا على إعتبارات تسويقية وباعتبار أن في ذلك تغطية إضافية<sup>(١)</sup>

ثالثا : وثائق التأمين الدائم للصحة :

ترجع نشأة تأمين الصحة الدائم في المملكة المتحدة إلى سنة ١٨٥٥ حين أنشئ إتحاد تأمين المرض والحوادث (والذي عدل أسمه سنة ١٩٠١ إلى شركة التأمين العصرية century insurance ) والتي إستحدثت تأمين دائم للمرض والحوادث على ضوء خبرة جمعيات الأخوة friendly societies وهي جمعيات تبادلية للمعاونة المالية لأعضائها وتعمل وفقا لمبادئ التأمين حيث تتراكم لديها إشتراكات الأعضاء لتؤدى منها المزايا المستقبلية التي تحدد قواعدها وتعديل بناء على قرارات الأعضاء ويديرها ممثلون عنهم<sup>(١)</sup> وما أتاحه قانون الأخطار الإلجبارى عن الأمراض المعدية الصادر سنة ١٨٨٩ ، من توافر الإحصائيات التي أتاحت إصدار وثيقة تؤدى مزايا لإصابات السكك الحديدية من ناحية ومزايا أسبوعية في حالات المرض بالحمى القرمزية والتيفويد والجدرى التيفرس.<sup>(٢)</sup>

ويهتم تأمين الصحة الدائم بالتأمين ضد العجز الناتج عن المرض أو الحوادث وقد سمي الدائم نظرا لأنه يجدد بناء على طلب المؤمن عليه حتى سن معين مع إلتزام المؤمن بقبول التجديد<sup>(٣)</sup> .. ورغم إنتشار هذا

(1) Alistair Neil, life contingencies, William Heinemann Ltd., London 1979, p; 376, The sickness and accident association Ltd.

(2) WAD insalade & Dc Mc Murdie, op. cit., p. 43.

(3) Witherby's Dictionary of insurance, op. cit., p.142.

التأمين بالولايات المتحدة منذ وقت بعيد فلم يتطور وينتشر بالمملكة المتحدة إلا فى السنوات الأخيرة فقط كتأمين لتعويض الدخل إذا ما نشأ عجز كلى عن أداء أى من واجبات المهنة سواء بسبب حادث أو مرض وذلك لفترة دورية أطول من تلك التى يوفرها تأمين الحوادث والمرض<sup>(١)</sup>.

ويتم تجديد تأمين الصحة الدائم فى المملكة المتحدة حتى سن التقاعد المعتاد (٦٥ للرجال و٦٠ للنساء) وتؤدى المزايا عادة بعد فترة إنتظار (قد تكون ٤ أو ١٣ أو ٢٦ أو ٥٢ أسبوعاً) وتستمر باستمرار العجز وحتى سن التقاعد مع عدم أداء الأقساط خلال فترات إستحقاق المزايا ، وعادة ما يتم التأمين دون كشف طبي إذا كان السن ٥٠ عاماً فأقل والمدى السائد للمزايا ٢٥ جنيه إسترليني أسبوعياً مع وجود بعض الشروط المتعلقة بمدسريان التأمين فحالة السفر أو الإقامة بالخارج<sup>(٢)</sup>.

وينتشر تأمين الصحة الدائم فى المملكة المتحدة بين العاملين والعاملين لدى أنفسهم بهدف تكامل الحماية التأمينية وتوفيرها عند المستوى المناسب .. فرغم وجود تأمين صحى قومى يوفر مزايا تساير التضخم وتتميز بالسخاء النسبى فان تلك المزايا وما قد توفره جمعيات الأخوة تقل عن المستوى المناسب للحماية التأمينية مما دعى لإمتداد تأمين الصحة الدائم إلى حوالى مليون مؤمن عليه فنهاية السبعينات<sup>(٣)</sup>.

ونظراً لإهتمام هذا النوع من التأمين بتوفير دخل دورى فى حالة العجز فإنه يسمى فى الولايات المتحدة بتأمين دخل العجز **disability income insurance** ورغم أن بعض وثائق هذا التأمين توفر الدخل طالما إستمر العجز **life time benefits** فان أغلب الوثائق تقر حداً أقصى لعدد السنوات التى توفر فيها المزايا .. ويهتم التأمين بكل من العجز الكلى الدائم والعجز الجزئى الدائم .. وفيما يتعلق بالعجز الكلى يعتد فى السننتين الأوليتين بالعجز المهنى أى بعدم القدرة على أداء أى من الواجبات المعتادة لمهنة المؤمن عليه وبعد إنقضاء تلك الفترة يشترط

(1) WAD insalade & De Mc Murdie, op. cit., p. 67.

(2) Ibid.

(3) Hand book of insurance, op.cit.2.4-02,03Alistair Neil, op.cit., p.348

توافر حالة عجز كلى عام تحول بين المؤمن عليه وبين القيام بأى من واجبات أية مهنة أو عمل بأجر أو ربح، وبالتطبيق لذلك فإن العجز الجزئى يعنى القيام بواحد أو بعض من الواجبات الأساسية للمهنة. (

تطور التغطية لحالات العجز الدائم مع ندرة الإستثناءات بوثائق التأمين الجماعى ووثائق تأمين تعويضات العمال:

يقصد بالتأمين الجماعى group insurance ذلك الذى يهتم بجماعة من الأشخاص كالعاملين بإحدى الشركات أو أعضاء إحدى المنظمات وقد تتم تغطيتهم التأمينية وفقا لعقد واحد أساسى أو عدة عقود وقد يكون التأمين عليهم إجباريا وقد يكون لعضو الجماعة حق إبداء الرأى فى التأمين من عدمه ومن هنا جاءت تسمية التأمين الجماعى تمييزا له عن التأمين الفردى. individual insurance. (3)

وهكذا فإن التأمين الجماعى لا يقتصر على عمال الشركات بل يبرم لصالح أى جماعة من الأشخاص كأعضاء النوادى الرياضية وغيرها من المنظمات وحيث يهتم بالعاملين الذين تشملهم نظم التأمين الإجتماعى فقد يتمثل مجاله فى توفير الحماية التأمينية تقع بين مزايا التأمين القومى (كتأمين العجز) والأجر الكامل لسد الفجوة وحتى لا يتأثر دخل الأسرة .. وترجع نشأة النظم الجماعية بالمملكة المتحدة إلى سنة ١٩٥٨ عندما أصدرت شركة تأمين مسافرى السكك الحديدية وثيقة شاملة لعمال السكك الحديدية بلانكشير ويوركشير employees of Lancashire and yorkshire railway insurance. (3)

وفى الولايات المتحدة صدرت أول وثيقة جماعية فى ١٩١١/٦/١ لصالح عمال إحدى الشركات ينيوجرسى حيث تحملت الشركة تكاليف التأمين . ومع الوقت تبين الأثر الملموس لتوفير مثل هذه الحماية التأمينية على تنمية إنتماء العاملين وكما يعبر أحد رجال التأمين فإن صاحب العمل

(1) Mark R.Green and ames Trieschmann, risk and insurance, south-western publishing co., 5th edition, 1981, pp. 409-412.

(2) Witherby's dictionary of insurance op. p. 90.

(3) Wadinslade & De Mc Murdie, op. cit., pp. 43,66.

قد يجد أن عليه إلتزاما أدبيا لأن يفعل الكثير من أجل عمالة ولكنه حتى يفعل ذلك يكتشف أن ما إعتبره عملا إنسانيا كان عملا مربحا very good business ... ومن هنا إنتشر التأمين الجماعى خاصة مع تأكيد قوانين تعويضات العمالة للحاجة الإجتماعية للحماية التأمينية للعاجزين وقد شعر العمال بأهميته فبدأوا فى المطالبة به والمساهمة فى تمويله منذ منتصف العشرينات.(1)

وهذا وحيث يكون هناك إلتزام قانونى يقع على صاحب العمل بتعويض عماله خارج إطار التأمين الإجتماعى فى حالات الإصابة أو المرض فقد تترك له حرية إختيار الوسيلة التى تمكنه من أداء التعويض كما هو الحال فى الولايات المتحدة بحيث يخير بين التأمين الذاتى والتأمين الجماعى والإشتراك بصندوق تأمين إتحادى، أو يلزم بالتأمين على عمالة لدى إحدى شركات التأمين كما هو الوضع فى الدنمارك .

وإذ نناقش فيما يلى الحماية التأمينية للعجز الدائم فى تلك الدولتين فإننا نلمس بوضوح مدى أثر إجباريتها وعموميتها لكافة العاملين على معيار العجز الدائم وتعويضاته فيعتد فى تحديد حالات العجز الدائم بالمعيار الإقتصادى للعجز المهنى ويتم تحديد تعويضاته وفقا لمعيار الدخل وذلك فضلا عن ندرة الإستثناء مما يعنى تطورا ملحوظا فى مستوى الحماية التأمينية عن تلك التى توفرها وثائق التأمين الفردى على النحو الذى يستفاد مما يلى:

أولا : بالنسبة لوثائق تأمين تعويضات العمال بالولايات المتحدة:(2)

تتيح القوانين الأمريكية لصاحب العمل الوفاء بالتزاماته القانونية تجاه عماله فى حالات إصابات العمل إما من خلال تأمين ذاتى أو صندوق خاص أو تأمين لدى فرع الصندوق الإتحادى بالولاية أو التأمين لدى إحدى شركات التأمين التجارى وهو الشائع إذ يمثل ٦١% من إجمالى الحالات فى ١٩٧٦ وتتفق كافة قوانين الولايات فى كونها تهدف إلى تعويض الدخل فى حالات العجز الدائم والمؤقت) الكلى والجزئى .. ومع

(1) C. Manton Eddy, accident and sickness insurance, chapter 111, op.cit., p35.

(2)Mark R.Green and James Trieschmann, op. cit., pp. 281-296.

ذلك فقد أسفرت أعمال اللجنة القومية لدراسة مدى كفاءة قوانين الولايات وعدالة تعويضاتها والتي شكلت بناء على نص القانون الإتحادي للسلامة المهنية والصحة لعام ١٩٧٠ عن أن هناك ضرورة للسعى نحو توفير التعويضات عند مستوى مناسب للدخل حتى تكون بديلا ملائما له **adequate income replacement** مع أهمية ملاءمتها مع التغير في نفقات المعيشة **cost-of- living adjustments**.

وهكذا تنتشر وثائق تأمين تعويضات العمال بالولايات المتحدة الأمريكية لتغطي نفقات فقد الدخل **loss of income** وإعادة التأهيل **rehabilitation** والنفقات الطبية) الناشئة عن حادث عمل أو مرض مهني ووفقا لها تحدد حالات العجز الدائم وتعويضاته على النحو التالي:-

#### أ- حالات العجز الكلي الدائم :

يؤخذ هنا بالمعيار الإقتصادي للعجز الكلي المهني فيعرف العامل العاجز عجزا كاملا بأنه ذلك الذي لا يمكنه القيام بواجبات أية مهنة مناسبة **unable to perform the duties of any suitable** **cuation** وتحدد كثيرا من قوانين التعويض بعض الأضرار كالفقد الكلي للنظر أو فقد كلا اليدين أو كلا الساقين التي تعتبر عجزا كاملا بغض النظر عن قدرة المضرور على أداء بعض الأعمال **regardless of the** **insured's ability to do some work** ومن هنا يعرف أحد قوانين التأمين الأمريكية (١) العجز الكلي الدائم وفقا لتأمين تعويضات العمال بأنه "الحالة التي تعتبر فعلا أو افتراضا فقد كاملا ومستمرًا للقدرة على التكسب **complete and permanent loss of earning power**".

وحيث تتناسب مزايا العجز الكلي الدائم مع دخل العامل فإنها تسمى بمزايا الدخل **income benefits** ورغم أنها تقرر في بعض الولايات طالما إستمر العجز الكامل لكن بحد أقصى ٤٠٠ أو ٥٠٠ أسبوع مع حد أقصى لإجمالي مبالغها فإن أغلبية قوانين الولايات تنص على أدائها لمدى الحياة طالما إستمر العجز الكامل.

(1) Lewis E. Davis, Dictionary of insurance op. cit., pp. 82.

ومن الشائع إلا تجاوز مزايا الدخل ثلثي المتوسط الأسبوعي لأجر العامل بحد أقصى رقمي معين ومن الجدير بالملاحظة أن بعض الولايات تقرر علاوات إضافية للعاملين **extra allowances for dependents**.

ب- حالات العجز الجزئي الدائم :

تنص معظم قوانين التعويض على أداء مبالغ من دفعة واحدة كتعويض إجمالي لحالات العجز كفقْد قدم واحدة أو عين واحدة ، ومن هنا يعرف العجز الجزئي الدائم (١) بأنه الحالة التي تؤدي فعلا أو يفترض أن تؤدي إلى فقْد جزئي للقدرة على الكسب **partial loss of earning power**.

على أنه إذا حال العجز الجزئي بين العامل وبين أداء أى عمل مناسب فيؤدي له تعويضا يعادل المزايا الأسبوعية لفترة تتوقف على خطورة الحالة ولا تزيد بالطبع عن إجمالي المزايا التي تؤدي في حالة العجز الكامل.

ثانيا : بالنسبة لوثائق تأمين إصابات العمال بالدنمارك (٢)

يلتزم أصحاب الأعمال بالدنمارك بالتأمين على عمالهم لدى إحدى شركات التأمين التي تحددها وتشرف عليها الهيئة العامة للضمان الإجتماعي القومي. وتعتبر تلك الشركات مسؤولة بالتضامن مع أصحاب الأعمال عن الوفاء بحقوق العاملين لديهم حتى ولو لم يقم صاحب العمل بالتأمين على عماله لديها ، وتغطي وثائق التأمين خطرى الوفاة والعجز الدائم الناتج عن أى حادث أثناء العمل مع إعتبار الأمراض المهنية فى حكم الإصابة.

ومن الجدير بالملاحظة أن تقدير حالات العجز الدائم يتم وفقا للمعيار الطبي بغض النظر عن القدرة على الكسب حتى يكون فى ذلك باعثا على إعادة التأهيل **rehabilitation** مع مراعاة أنه إذا ما تحسنت

(1) Ibid.

(2) Paul Greene, social security and disability, disablement income group, London, January 1978, pp. 23-25.

درجة العجز الطبى وصاحب ذلك إرتفاع فى الأجر الذى يحصل على العاجز فإن مقدار المعاش يتاثر بذلك ما لم يكن قد إنقضى على تقريره خمس سنوات على الأقل.

ولا يشترط لإستحقاق معاشات الأضرار الصناعية والأمراض المهنية pensions أية مدة إشتراك ويحدد المعاش فى حالة العجز الكامل بواقع ثلثى الأجر السابق بحد أقصى رقمى أما المعاش الجزئى فينسب إلى معاش العجز الكلى وفقا لدرجة العجز الجزئى.

ولا يحول إستحقاق معاش العجز بين المصاب وبين الرجوع قانونا على صاحب العمل لمطالبته بتعويض إذا ما وقعت الإصابة نتيجة لإهمال negligence من جانبه وهنا يخفض المعاش بنسبة الأضرار التى يتم تعويضها.

إنتشار صناديق التأمين الخاصة فى مصر وحاجتها لإعادة تأمين خطر العجز الدائم:

من بين المنشآت التى تزاوّل التأمين فى مصر ما يعرف بصناديق التأمين الخاصة (١) التى تنشئها الهيئات والشركات والنقابات والجمعيات والتى تتكون من أفراد تربطهم مهنة أو عمل واحد أو أية صلة إجتماعية أخرى وهذه تتكون بغير رأسمال وتمول أساسا من إشتراقات الأعضاء وجهات عملهم والتى تودى من حصيلتها حقوقا تأمينية فى شكل تعويضات أو معاشات دورية فى حالة تحقق خطر العجز المستديم خاصة حيث يودى قانونا إلى إنهاء الخدمة.

ووفقا للقانون المصرى فإن العجز المستديم يقصد به كل عجز يودى بصفة مستديمة إلى فقدان المؤمن عليه لقدرته على العمل كليا أو جزئيا فى مهنته الأصلية أو قدرته على الكسب بوجه عام وحالات الأمراض العقديّة وكذلك الأمراض المزمنة والمستعصية الصادر بها قرار

(١) م ٢٣ من قانون الإشراف والرقابة على التأمين فى مصر رقم ١٠ لسنة ١٩٨١.

من وزير التأمينات بالإتفاق مع وزير الصحة .. ويؤدى العجز المستديم بهذا المفهوم إلى إنهاء الخدمة فى الحالتين الآتيتين :- (١)  
١- إذا كان العجز المستديم كلياً.

٢- إذا كان العجز المستديم جزئياً وتبين للجنة مشكلة من ممثلين عن وزارة القوى العاملة وصاحب العمل والتنظيم النقابى عدم وجود عمل مناسب من حيث الخبرة والمؤهلات) للعامل لدى صاحب العمل.

ولقد تزايدت صناديق التأمين الخاصة فى مصر فى السنوات الأخيرة من ١٢٧ صندوقاً فى ١٩٧٩/١٢/٣١ إلى ١٤٤ صندوقاً فى ١٩٨٠/١٢/٣١ وارتفع عددها إلى أكثر من ٢٠٠ صندوقاً فى أول عام ١٩٨٢ أغلبها خاص بالعمالين بهيئات حكومية وشركات عامة وتضاعف عدد أعضائها من حوالى النصف مليون فى نهاية سنة ١٩٨٠ إلى حوالى مليون فى أول ١٩٨٢. (٢)

وحيث توفر غالبية الصناديق الخاصة تعويضات من دفعة واحدة أو معاشات دورية فى حالات العجز المستديم خاصة حيث يؤدى إلى إنهاء الخدمة ودون اشتراط لأية مدة اشتراك، فإنها تحتاج لتحقيق إستقرارها المالى إلى إعادة تأمين خطر العجز المستديم لأصحابها وهنا نواجه بمشكلتين تحدان من فاعلية عملية إعادة التأمين :

١- إمتداد مفهوم العجز الكلى المستديم الذى يؤدى إلى إستحقاق المزايا التأمينية المقررة بالصناديق إلى حالات عديدة لا تشملها عقود التأمين التى تصدرها شركات التأمين التجارى التى يعاد التأمين لديها والتى تحدد مفهوم العجز الكلى تحديداً ضيقاً يقتصر على الحالات التى يستحيل فيها على المؤمن عليه مزاولة أية مهنة أو عمل يعود على صاحبه بربح أو فائدة إستحالة مطلقاً نهائية. وهو أمر يكاد لا يتصور تحقيقه مع التقدم الطبى وتطور أدوات وسائل التأهيل.

(١) م ١١ من قانون العاملين بالقطاع العام ٤٨ لسنة ١٩٧٨ والمادة ٥/ح و ١٨ من قانون التأمين الإجتماعى الصادر بالقانون ٧٩ لسنة ١٩٧٥ وقرارى وزير التأمينات ١٩٨٠/١٢٨ بشأن لجان إثبات عدم وجود عمل آخر لدى صاحب العمل للمؤمن عليه صاحب العجز الجزئى و ٣٦٦ سنة ١٩٨٠ فى شأن تحديد الأمراض المزمنة والمستعصية التى تعتبر فى حكم العجز الكامل.  
(٢) الهيئة المصرية للرقابة على التأمين، للكتاب السنوى عن نشاط سوق التأمين فى جمهورية مصر العربية، ١٩٨٠-١٩٨١ ص ١٧ وص ٣٨٩: ٤٠٥ والتقارير الدورية.

٢ - إمتداد الحماية التأمينية التي توفرها صناديق التأمين الخاصة إلى حالات العجز الجزئى المستديم التي لا تهتم شركات التأمين التجارى فى مصر بالتعامل معها ولا تعاملها معاملة العجز الكامل حتى ولو أدت إلى إنتهاء الخدمة.

وهكذا فان سوق التأمين فى مصر يستلزم من شركات التأمين التجارى القائمة تطوير شروط العجز الدائم بالوثائق التي تصدرها لتوفير الحماية التأمينية المناسبة والتي تتفق مع الإحتياجات التأمينية.

أهمية ومبررات تطوير شروط وثائق العجز الدائم لتهتم بكافة حالات العجز مع توفير مستوى عال من الحماية التأمينية:

يتعامل التأمين التجارى مع خطر العجز الدائم من خلال ما يسمى بشرط العجز الكامل بوثائق تأمين الحياة وذلك فضلا عن وثائق تأمين الحوادث والتأمين الصحى.

وفى هذه الأنواع الثلاثة من الوثائق يلاحظ أن الحماية التأمينية محدودة فهي لا تهتم عادة بالعجز العضوى بقدر ما تهتم بأثر العجز من حيث القدرة على مباشرة المهنة الأصلية. وقد تقتصر التغطية على الحالات التي يحول فيها العجز وبين التكسب بوجه عام سواء من المهنة الأصلية أو أية مهنة أخرى وبوجه عام فإن الوثائق لا تهتم بما ينشأ عن الحوادث أو المرض من تشوهات أو عيوب جمالية ومن ناحية أخرى فان تلك الوثائق عادة ما تضع حدودا قصوى منخفضة لمبالغ التأمين ترتبط بالدخل السابق للمؤمن عليه قبل تحقق الخطر أو بدرجة تذكرة السفر حيث تقتصر التغطية على فترة السفر.

وقد تأثرت وثائق التأمين التجارى فى تعاملها مع خطر العجز الدائم بنشأة هذا النوع من التأمين حيث أدى عدم توافر الخبرة الإحصائية مع الإرتفاع فى معدلات الحوادث إلى إقتصار التغطية التأمينية على حالات العجز الكامل المستديم وبمفهوم ضيق يتمثل فى العجز الذى يحول بين المؤمن عليه وبين أداء أى عمل أو مهنة وذلك على النحو الذى مازال قائما بالنسبة للوثائق التي تصدر بمصر حيث يعرف العجز الكامل بانه إستحالة مزاوله أية مهنة أو عمل يعود على

صاحبه بربح أو فائدة إستحالة مطلقة نهائية وهكذا يفترض أن يكون العاجز قعيد البيت على الدوام.

ولقد أدى التقدم العلمى إلى صعوبة تصور حيلولة العجز المستديم مهما كان مداه وبين مزاوله أية مهنة أو عمل مريح فغالبا ما يكون من الممكن تأهيل العاجز على مزاوله عمل مريح بمساعدات آلية وفنية .. ومن ناحية أخرى فان عدم الإهتمام بالعجز فى حد ذاته وإنما بأثره من حيث القدرة على العمل يثير صعوبات عملية تحول دون التحقق منه بالنسبة لمن يؤدون أعمالهم داخل المنازل الخاصة كربات البيوت وبالنسبة لمن يؤدون أعمالا ذهنية كالكتاب والمؤلفين كما يؤدون إلى تزايد المخاطر الأخلاقية التى يقصد بها إتجاه المؤمن عليهم إلى التحايل على المؤمنین.

هذا وفيما يتعلق بمستوى الحماية التأمينية فان الشائع قديما إقتصار الأمر على مبلغ من دفعة واحدة أو تعويض دورى لعدد محدود من الأسابيع أو الشهور وقد تأثرت بذلك الوثائق الحديثة فرغم قيام بعض الشركات الأمريكية بإصدار ما يسمى بوثائق تأمين دخل العجز والتي يفترض توفيرها لتعويض لهذا الدخل لمدى الحياة فان أغلب هذه الوثائق تقرر حدودا قصوى للسنوات التى يؤدى فيها هذا التعويض ويشترط لإستمراره لأكثر من سنتين أن يكون العجز كليا عاما يحول بين المؤمن عليه وبين مزاوله أية مهنة أو عمل مريح وليس مجرد العجز الكلى المهنى الذى يحول بين المؤمن عليه وبين مزاوله المهنة أو العمل الأصى.

وإذا كان لنا أن نفهم تأثر الوثائق الأولى التى تهتم بالعجز الدائم بعدم توافر الخبرة الإحصائية وإعتمادها على تلك الخاصة بجمعيات الأخوة أو التأمين التبادلى، فان التقدم الطبى والعلمى بوجه عام مع تعدد التشريعات التى تتيح توافر الخبرة الإحصائية على المستوى القومى، فضلا من توافر تلك الخبرة لدى شركات التأمين ذاتها، إنما يستتبع تطورا فى شروط وثائق التأمين التى تتعلق بالعجز الدائم وبمستوى الحماية التأمينية الذى يمكن أن توفره.

ولقد تمكنت شركات التأمين من تطوير وثائقها الخاصة بالعجز الدائم بصورة ملحوظة حينما إستحدثت ما يسمى بوثائق التأمين الصحى

الدائمة أى التى تجدد بناء على طلب المؤمن عليه، وحينما نجحت فى تقديم وثائق جماعية تهتم بجماعات من الأشخاص بجمعهم عمل واحد أو تجمعهم منظمة واحدة، وكذلك حيث يكون هناك قانونا يستلزم تغطية تأمينية شاملة للعجز الدائم سواء كان كلياً أو جزئياً وهو ما نجده عادة حيث يفرض القانون التزاماً على أصحاب العمال بتوفير مزايا تأمينية لعمالهم فى حالات العجز الدائم الناشئ عن العمل ويتم ذلك من خلال شركات التأمين، وقد تهتم وثائق التأمين هنا بالعجز العضوى بغض النظر عن أثره من حيث القدرة على العمل وقد يتمثل التعويض فى معاش دورى.

وهكذا فإن شركات التأمين التجارى يمكنها أن تطور فى شروط وثائقها الخاصة بالعجز الدائم لتهتم بكافة حالات العجز سواء كان كلياً أو جزئياً وسواء حال بين المؤمن عليه وبين مزاوله أى عمل أو إقتصر على تشوهات لتكوينه الجمالى ، ولتهتم من ناحية أخرى بتوفير مستوى عال من الحماية التأمينية لا تحول دونه سوى القدرة المالية للمؤمن عليه فى وفائه بتكلفة هذه الحماية.

وفى هذا الشأن فإن الحاجة لدور أكبر لشركات التأمين فى مجال التغطية التأمينية لحالات العجز الدائم تعتبر ذات أهمية على المستوى المحلى فالوثائق التى تصدرها شركات التأمين المصرية تكاد تكون مطابقة لتلك التى كانت تصدر فى نهاية القرن الماضى عند بدء التعامل التأمينى مع خطر العجز الدائم ولا تتفق مع إحتياجات سوق التأمين فى مصر.



**الفصل الثامن**  
**المعيار التأميني**  
**لحالات العجز الدائم وتعويضاتها النقدية**  
**بنظم التأمين الإجتماعي**

**العجز الدائم وآثاره المالية:**

يعتبر العجز الدائم من أشد الأخطار التي تصيب الإنسان ولعل آثاره المالية ، خاصة إذا ما كان كليا ، أشد على الفرد وأسرته من آثار الوفاة المبكرة Premature death أو الشيخوخة Old-age إذ لا تقتصر فقط على إنقطاع الدخل بل تمتد إلى عديد من النفقات الإضافية التي تنشأ كنفقات التمريض والمعاونة في القيام بأعباء الحياة اليومية والأدوات أو الأجهزة اللازمة لذلك مع تزايد بنود الإنفاق المعتادة على الغذاء والكساء والإقامة والانتقالات ... وقد تستلزم حالة العاجز تفرغ الغير أو أحد أفراد الأسرة لرعايته أو القيام بدوره في اكتساب الرزق وغير ذلك مما يؤثر على المستوى المعيشي للعاجز ومن يعولهم حتى قيل وبحق أن العجز الكلي نوعا من الحياة المفقودة Living death<sup>(1)</sup>

والعجز الدائم بمختلف درجاته من نماذج الخطر التأميني إذ يتعرض له الإنسان طوال أيام حياته بل إن كل شخص سيعاني من العجز إن أجلا أو عاجلا وقد تبين من الخبرة الإحصائية الأمريكية أن المواطن الأمريكي يصاب في المتوسط بسبع من حالات العجز خلال حياته<sup>(2)</sup> هذا ورغم تعدد العوامل والمتغيرات التي تؤثر في احتمالات وقوع خطر العجز ومقدار الخسارة الناشئة عن ذلك فإن شموله لكافة البشر يسمح بالحسابات التأمينية للخسائر المالية التي تترتب على تحول الإنسان من منتج للدخل إلى مستهلك على مدى واسع Changes from an income producer . To a large - scale consumer

(1) Dr Kenneth W . Herrick , Total disability Provisions in life insurance Contracts . Richard D. Irwin, inc, Homewood, Illinois, 1956, P.1

(2) Dr David Mc Cahan, Accident and Sickness Insurance, Richard D. Irwin. inc., Homewood. Illinois, Six printing, March 1962 P.2

ومن نعم الله أنه رغم شدة الآثار المالية للعجز الدائم فإنه من الأخطار ذات المعدل المنخفض، وهذا هو المجال الذي تبدو فيه كفاءة التأمين فإن معدل التكرار البسيط يعنى فى حد ذاته إنخفاض تكلفة التأمين بالنسبة لكل فرد فى حين أن شدة الآثار المالية تجعل من الصعب على أى فرد أن يفترض الخطر ويتحمل النتائج المالية لتحقيقه.

وإذ تبدو كفاءة التأمين فى مستوى المزايا النقدية التى يوفرها كتعويض للدخل والنفقات الإضافية والأضرار المتمثلة فى القصور العضوى أو العقلى، فإن من أهم المشاكل التى تثور هنا تلك المتعلقة بكيفية قياس تلك المزايا النقدية أو التعويضات، أو بمعنى أدق معيار تحديدها والتعرف على مدى كفايتها وهل هو معيار الدخل income criteria بإعتبار أن المزايا بديلة للدخل السابق عندالعجز أم هو معيار التعويض عن الأضرار compensation criteria بإعتبار أن الهدف من التأمين هو التعويض عن العاهات والتشوهات بغض النظر عن أثرها على القدرة علىالكسب والعمل أم تؤخذ بما يمكن أن نسميه بمعيار الحاجة أو المعيار الإجتماعى social or needs criteria فننظر للعاجز وإحتياجاته الناشئة عن القصور العضوى أو العقلى التيفترض قيام التأمين بالوفاء بها .

وبالطبع فإن الدراسة التحليلية لمعيار تقدير وقياس المزايا النقدية للعجز الدائم يرتبط ارتباطا وثيقا بالمعيار الخاص بتقدير العجز وتحديد مفهومه فهل يقصد به القصور فى قدرات العاجز وبالتالي يتم تقديره وفقا لمعيار طبي medical criteria أم يقصد به فقد القدرة على العمل والإكتساب نتيجة للقصور فى القدرات وبالتالي يتم تقديره وفقا لمعيار إقتصادي economic disability criteria لا يستقل به الأطباء فقط بل ينضم اليهم فى التقدير خبراء العمل والإتحادات المهنية وأخصائيو التأهيل المهنى فضلا عن الأخصائيون الإجتماعيون ورجال التأمين.

وهكذا فإن لدراسة معيار حالات العجز الدائم وتعويضاتها النقدية أهميته البالغة فى قياس كفاءة التأمين فى هذا المجال مما يفيد مختلف الهيئات التأمينية ، سواء تلك التى تباشر التأمين الخاص أو تلك التى تقوم بالتأمين القومى أو الإجتماعى ، بما تتجه لها من فهم متعمق من طبيعة ومدى نتائج واحدا من أهم أخطار الأشخاص التى تتعامل معها وذلك فضلا عن أهمية الدراسة لجمهور المؤمن عليهم وذوى العجز الدائم بإعتبارها تبحث فى لب مشاكلهم التى تعددت مظاهر الإهتمام العالمى بها حتى أطلق

على عام ١٩٨١ العام العالمي لذوى العجز The international year  
. for disabled people

مقومات التعامل الفعال مع خطر العجز الدائم:

لا شك أن التعامل الفعال مع خطر العجز الدائم وما ينشأ عنه من آثار مالية على مستوى الفرد وأسرته وبالتالي على المستوى القومي، إنما يحتاج إلى البحث المستمر عن أنسب المعايير لتحديد حالته وتقدير مداها وقياس تعويضاته النقدية.

والتطور الحديث في هذا المجال ينتقل بنا من مرحلة النظر للعاجز كآلة تعطلت عن العمل فتجرى محاولة لإصلاحها وتحديد الخسائر الناشئة عن عطلها بمقدار ما كانت تقوم به من دور إنتاجي، إلى مرحلة ينظر فيها للعاجز كإنسان فإذا ما تأثرت قدراته العضوية أو العقلية فإن ذلك قد لا يعنى مجرد تأثير قدرته على الكسب بل قد يؤثر على قدرته على القيام بأعباء الحياة اليومية وقد يفقد القدرة على الحياة الطبيعية مع ما يترتب على ذلك من آثار على المستوى العالمي.

ومن هنا فإن الدراسة التحليلية تهدف إلى استخلاص المعيار الملائم تأمينياً لقياس حالات العجز الدائم وتعويضاتها النقدية مع بيان التطبيقات العملية لذلك وكيف يكون تحديد تلك التعويضات على مستويين يهتم أولهما بتعويض الدخل ويهتم الآخر بحالة العاجز وهو ما دعانا إلى أن نعنون هذا الفصل بحيث يشير إلى أن التعويض ليس للعجز وإنما لحالاته.

ولهذا فإن الدراسة لا تتناول الجانب الفلسفي للمعايير المستخدمة بل تمتد أيضاً للتعرف من خلال ذلك على جوهر طبيعة خطر العجز الدائم والتغطية التأمينية التي يجب أن توفرها في مصر نظم التأمين الإجتماعي كنظم قومية يتعين عليها مسايرة التطور العالمي في هذا المجال.

المعيار التأميني لتحديد وقياس العجز الكلي:

طالما يهدف هذا الفصل إلى استخلاص المعيار الملائم لتقدير حالات العجز الدائم وتعويضاتها والتطبيقات العملية لذلك ونظم التأمين الإجتماعي، فإن إطار البحث لا يهتم بالمزايا العينية عدا الإشارة إلى

التأهيل المهني حيث يلزم ذلك، هذا وطالما يهدف إلى إستخلاص معيار تأميني فأننا لا نهتم بالمزايا النقدية التي توفر للعاجزين من خلال نظم غير تأمينية كنظم المساعدات العامة والتي يطلق عليها حديثا النظم التكميلية القائمة على فحص لموارد العجز.

ووفقا للمفهوم الشائع للفظ العجز الدائم فأننا نقصد به العجز الدائم المبكر ومن هنا فإن البحث لا يمتد لحالات الشيخوخة مع إدراكنا لكونها نوعا من العجز المفترض لمن يمتد به العمر.

وإذ يعتبر العجز الدائم من أهم الأخطار التي تتعامل معها نظم التأمين قومية المجال حيث يلاحظ شمولها لكافة حالات العجز دون إستثناء مع تنوع أحكامها تأسيسا على إعتبارات تاريخية تتعلق بالوسيلة التي تتطورت بها وعلى الأيدولوجية السائدة عن الدور الذي يجب أن تلعبه الحكومات وعلى مدى الإدراك القومي لإحتياجات ومشاكل العاجزين.

ومن هنا وباعتبار أن إستخلاص المعيار المناسب لتقدير حالات العجز الدائم وتعويضاتها النقدية يستلزم إجراء دراسة مقارنة إختار الباحث ست من النظم الرائدة التي يستفاد من تحليل أحكامها أن هناك فهما متزايدا لمشاكل العاجزين يرتبط برغبة عملية في تخفيف المعاناة عنهم ، ونعنى بذلك النظم القائمة لكل من بريطانيا وهولندا والنرويج والسويد وألمانيا الغربية وفرنسا وبالإنتهاء من هذه المرحلة من الدراسة ننتقل للوضع القائم في مصر حيث نكون قد تهيأنا لإستخلاص المعيار المناسب لتقدير حالات العجز الدائم وتعويضاته النقدية والتطبيقات العملية لذلك والتي يفترض الإهتمام بها على المستوى المحلى .

تعدد معايير حالات العجز الدائم وتعويضاتها النقدية بالنظام البريطاني للتأمينات الاجتماعية، وذلك وفقا لسبب العجز، مع الدعوة للتوحيد:

أثناء مناقشة قانون العاجزين وذوي الأمراض المزمنة لعام ١٩٧٠م  
Chronically Sick and Disabled Persons Act.1970

عبر عن مضمون أحكامه والهدف منها أحد أعضاء مجلس العموم (١)  
بقوله (٢) :

"إننا نريد مجتمعا يتميز باحترام حقيقي للمعاقين من أفرادهم، حيث يكون تفهم أوضاعهم صادقا وعميقا وليس مظهريا أو شكليا، وإذا لم يكن من الميسور أن نطيل من عمر ذوى الأمراض الشديدة فلا أقل من أن نيسر لهم الحياة طالما استمرت، فلنبحث احتياجات العاجزين قبل بحث الموارد المتاحة ولنوفر لهم من وسائل الحركة بأقصى ما يسمح به التقدم العلمى والإختراعات الحديثة، إننا نريد مجتمعا يكون للعاجز فيه حقا أساسيا فى المساهمة فى الصناعة وفى المجتمع وفقا لقدرته ولا يشعر فيه العاجز لأنه مرفوض من المجتمع بسبب عجزه".

ولقد تميزت السنوات اللاحقة للقانون المشار اليه بعدد من المزايا النقدية الإضافية للعاجزين فضلا عن إستحداث معاشات غير ممولة باشتراكات فى عام ١٩٧٥ تقرررت العلوات التالية (٣):

١ - ما يسمى بعلاوة الملازمة Attendance allowance وقد قررت سنة ١٩٧٦.

٢ - ما يسمى بعلاوة رعاية العاجز Invalid Care allowance وقد قررت سنة ١٩٧٦.

٣ - ما يسمى بعلاوة الحركة Mobility allowance وقد قررت سنة ١٩٧٦.

وفى ١٠/٣/١٩٨١ وبمناسبة تقديم ميزانية الدولة أعلنت الحكومة فى البرلمان أنه "رغم الظروف الإقتصادية القاسية التى نواجهها فان هناك جماعة واحدة يجب أن نوليها إهتماما خاصا، ونشير هنا إلى العاجزين خاصة وأنا فى العام العالمى لهم ... لقد ضوعف حد الإعفاء من ضرائب الدخل لفاقدى البصر وتقرررت إعفاءات أخرى للعاجزين كإعفاءات من ضريبة القيم ال مضافة ال value added tax البالغة ١٥% بالنسبة للسيارات الخاصة بهم ورفعت المزايا النقدية لهم بواقع ٩%

(1) " ALF Morris " later the minster for the Disabled

(2) Paul Greene, Social Security and disability. DIG .. London 1978, P.3

(3) Jim Matt Hewman and Nigel Lambert, Tolley's social security and State benefits, Tolley Publish Co. ltd , 1982 ,pp. 54,58,62

لمواجهة الزيادة المتوقعة في الأسعار وتم رفع علاوة التحرك وزيادة  
المزايا التكميلية للتدفئة الإضافية...." (١)

هذا وتتعدد في بريطانيا المنظمات والمكاتب التي تهتم بالعاجزين  
سواء من حيث تقديم المشورة والمعلومات أو تقديم الرعاية لهم ولأطفالهم  
أو توفير التدريب والتأهيل والتشغيل أو تنمية المهارات والأنشطة  
الرياضية والسياحية (٢) ولقد إستتبع هذا التعدد وذلك الإهتمام المتكامل إلى  
إنشاء منظمة قومية تسمى بالمجلس المركزي للعاجزين Central  
Council for Disabled.

وتداوم الهيئات الممثلة للعاجزين المطالبة بتحسين أحوالهم  
وظروفهم المادية بالدعوة إلى ما يسمى بعقد إجتماعي بين العاجزين  
وقطاع القادرين Social contract between the handicapped and  
able-bodied sectors يكون أكثر عدالة وإنصافا fairer للعاجزين من  
ذلك القائم حاليا (٣).

وهكذا يحيط بالعاجزين بالمملكة المتحدة إطارا عاما من الإهتمام  
الدعام والخاص وهو إهتمام مستمر يترجم عمليا في كثير من الخدمات  
والتييسرات فضلا عن مفهوم متطور لحالات العجز الدائم التي توفر لها  
مزايا تأمينية من خلال نظام التأمين الاجتماعي.

وهكذا تطور مفهوم العجز الدائم فيهم قانون استخدام العاجزين لعام  
١٩٤٤ Disabled Persons (Employment) Act بالعجز الاقتصادي  
المهني فيعرف العاجز بأنه "الشخص الذي نتيجة لإصابة injury أو مرض  
disease أو عيب خلقي Congenital deformity يكون معاقا بصفة  
جوهرية Substantially handicapped عن الحصول على العمل الذي  
ينفق مع عمره وخبرته ومؤهلاته أو الاستمرار فيه أو

(1) Peter large, DIG in Parliament, Progress magazine, No: 53,  
Summer 1981, Dig Charitable Trust, P.7

(2) Patricia Rock, "Compass the direction-finder for disabled people,  
Disablement income Group, 1981, pp, 44

(3) Disablement income Group, Realising a national Disability Income,  
A policy statement issued by the group, 1974 .

القيام بعمل مماثل لحساب نفسه، أما قانون العاجزين وذوى الأمراض المزمنة لسنة ١٩٧٠ والذى يهتم بتوفير العديد من الخدمات الإجتماعية والتعليمية والعامّة للعاجزين فإنه يعدّ بالمعيار الطبى للعاجزين بأنهم "المعاقون جوهريا وبصفة دائمة نتيجة لمرض أو إصابة أو عيب خلقى أو كبر السن" (١).

وللسياسة القائمة لرعاية العاجزين والإهتمام بهم ملامح أساسية توفر فى البداية خدمات صحية وتأهيلية متكاملة، فضلا عن المراكز المتخصصة للتأهيل والتي تتوافر بها كافة الأجهزة الحديثة وتتكامل بها خدمات وتوجيهات الأطباء والأخصائيين الإجتماعيين فإن جميع المستشفيات الحديثة بها أقساما للتأهيل وتتوافر فى بعضها أماكن خدمات منزلية لتدريب ربات البيوت على إستخدامها خاصة حيث يكونون مقعدين على كراسى متحركة أو فاقدين لإحدى الأيدي.. وفيما عدا الحالات المينوس منها لذوى الإضطراب العقلى mental disorder فإنه يتم تأهيل وتهينة المصاب للتعامل مع الغير وتطوير مهاراته وعاداته وتدريبه مهنيا وفقا لقدراته وهواياته... وبانتهاء الرعاية الطبية والتأهيل يبدأ دور ما يسمى بوكالة الخدمات ومكاتب العمل والقوى العاملة حيث تتم دراسة شاملة لحالة العاجز ومعوقاته وظروفه النفسية والإجتماعية تتم على ضونها محاولة إيجاد العمل المناسب له مع مراعاة التزام أصحاب الأعمال الذين يعمل لديهم ٢٠ عاملا فأكثر بتشغيل ٣% من عمالهم من ذوى العجز ومع وجود شركات لا تهدف للربح تم إنشائها لتقوم بتشغيل العاجزين ومع تقرير منح للمشروعات التي تقوم بتكليف بعض أعمالها بما يتفق وقدرات العاجزين. (٢)

هذا وفيما عدا المزايا النقدية التي ترتبط بفحص لإمكانيات وموارد العاجز المالية Means-tested والتي تخرج عن مجال دراستنا فإن هناك نظما تأمينية أربعة ذات مجال قومى توفر مزايا نقدية للعاجزين تختلف باختلاف سبب العجز، وبالطبع فإن لهذا التعدد والإختلاف فى مستوى الحماية التأمينية آثاره غير المرغوب فيها والتي تسعى جمعيات العاجزين إلى إيضاها والسعى لتوحيد مستوى المزايا وأحكامها، وفى

(1) Anthony Byrne and Colin F. Padfield, Social Services, Made Simpl books. W.H. Allen and Co. Ltd , London, 1978 pp. 96.103

(2) Anthony Byrne, Op. Cit.,pp.99-100,166-108

هذا تقرير إحدى هذه الجمعيات (١) " إن مستوى الدخل يوفر للعاجزين فى المملكة المتحدة مازال يتوقف على كيف ومتى أو أين أصبح الشخص عاجزا how when or where people become disabled بدلا من الإهتمام بمدى العجز الذى أصابه " The extent of his disability " ، .. هذا وقد دعت الحكومة فى فبراير سنة ١٩٨٠ إلى إجراء حوار حول إستمرار وجود نظام مستقل للإصابات الصناعية وإلى أهمية إجراء تغييرات فى الوضع القائم الذى يتميز بالتعدد (٢).

وهكذا نتناول بالتحليل فيما يلى الأحكام المتعلقة بحالات العجز الدائم وتعويضاتها وفقا لسبب العجز وبالقدر المناسب لإستخلاص المعايير المستخدمة مع التعرف على تطبيقاتها العملية: (٣)

#### أولاً: العجز غير الإصابى:

توفر المزايا الأساسية للعجز غير الإصابى (المعاش الأساسى وعلاوة العجز المبكر وعلاوة التفرغ لرعاية العاجز) من خلال نظام التأمين القومى National insurance Scheme أما بدلات أو علاوات الملازمة والانتقالات (الحركة) والتي تؤدى لذوى العجز الشديد فانها توفر من خلال نظام للإحتياجات الخاصة غير مرتبط بفحص للموارد.

ونظام التأمين القومى نظام تأمين إجبارى يمول باشتراكات يؤديها العمال وأصحاب الأعمال والعاملون لدى أنفسهم ويهتم بكافة الأخطار التي تؤدى إلى وقف أو فقد القدرة على التكسب an interruption in earning capacity حيث تؤدى مزايا نقدية تعتبر بديلا للدخل income replacement benefits.

وهكذا يتم تحديد حالات العجز الدائم وفقا للمعيار الإقتصادى المتمثل فى فقد القدرة على العمل، ويعتبر العجز دائما بانقضاء ٢٨ أسبوعا على تحققه (يؤدى خلالها ما يسمى بمزايا المرض) مع إستمرار

(1) Disablement income Group.

(2) Jim Matthewman and Nigel lambart, OP. Cit., P. 349

(3) Jim Matthewman and Nigel lambart, OP. Cit., PP. 54:65 , 173:193.

توقف العمل، وباعتبار العجز دائما تؤدي مزاياه والتي تحدد بمراعاة كل من معيار الدخل ومعيار الحاجة أو المعيار الاجتماعي Income Criteria & Social or needs Criteria إذ تتكون المزايا من العناصر التالية:

#### ١ - معاش العجز ويتكون من:

أ - معاش أساسي موحد: Flat-rate basic Pension  
ويحدد بمعدل موحد يلاحظ ارتفاعه عن معدل مزايا المرض التي تؤدي خلال الـ ٢٨ أسبوعا الأولى من العجز (٢٨,٣٥ جنيه أسبوعيا مقابل ٢٢,٥ جنيه وفقا للوضع في نوفمبر ١٩٨١)، ويعاد النظر في مقداره سنويا لمواجهة ارتفاع الأسعار شأن الوضع الاساند بالنسبة لكافة المزايا الموحدة.

#### ب - معاش إضافي مرتبط بالأجر:

Earnings-related additional Pension

وقد استحدثت سنة ١٩٧٨، ويحسب بذات قواعد حساب معاش التقاعد أي بواقع ٨٠/١ من الأجر السنوي الزائد عن الحد الأدنى لأجر الإشتراك وذلك عن كل سنة من سنوات الإشتراك إعتبارا من ١٩٧٨/٤/٦ مع مراعاة زيادة الأجور سنويا بنسبة مئوية تحدد سنويا بما يتفق مع الزيادة في الأسعار ومع مراعاة أنه حيث تزيد مدة الإشتراك (في المستقبل) عن ٢٠ عاما فإن المعاش يحدد على أساس أكبر ٢٠ سنة أجرا.

#### ج - علاوات للمعالين Dependency increases

وهذه تتحدد بمبلغ موحد عن كل معال بالغ (كالزوجة التي لا تتجاوز مكاسبها قدرا أسبوعيا معيناً) وهو حوالي ضعف المبلغ الموحد الذي يؤدي عن كل طفل معال (١٧,٥ جنيه أسبوعيا) للبالغ مقابل ٧,٧٠ للطفل وفقا للوضع في نوفمبر (١٩٨١) ويعاد النظر في مقدار العلاوات سنويا.

#### ٢ - علاوة عجز (مبكر) Invalidity allowance

وهذا تستحق طالما كان السن في تاريخ بدء العجز أقل من سن التقاعد بخمس سنوات على الأقل، وتتحدد بمعدلات ثلاثة تتناسب عكسيا مع السن ويعاد النظر في مقدارها سنويا وهي كما يلي وفقا للوضع في نوفمبر ١٩٨١:

٦,٢٠ جنيه أسبوعيا لذوي السن الأقل من ٤٠ عاما.  
٤,٠٠ جنيه أسبوعيا لذوي السن بين ٤٠ وأقل من ٥٠ عاما.  
٢,٠٠ جنيه أسبوعيا لذوي السن بين ٥٠ وأقل من ٦٠ عاما  
(للرجال) أو ٥٥ عاما (للنساء).

٣ - بدل لمن يتفرغ لرعاية ذوي العجز الشديد الذين يحصلون على  
علاوة ملازمة: Invalid Care and Attendance allowances

في عام ١٩٧٦ إستحدث نظام التأمين القومي بدلا لمن يتفرغ  
لرعاية ذوي العجز الشديد الذين يحصلون على علاوة ملازمة وقد سمي  
هذا البديل بعلاوة العاجز Invalid Care allowance وهي من المزايا  
النقدية الموحدة (١٧,٧٥ جنيه أسبوعيا وفقا للوضع في نوفمبر ١٩٨١)  
والتي تؤدي لمن يكون في سن العمل (< ١٦ عاما وأقل من سن التقاعد)  
ويتفرغ لتقديم رعاية جهرية منتظمة (٣٥ ساعة أسبوعيا على الأقل)  
لواحد من ذوي العجز الشديد ممن يحصلون على علاوة ملازمة ، ويزاد  
بدل الرعاية بمقدار موحد عن كل بالغ معال وبمقدار أقل عن كل طفل معال  
(١٠,٦٥ جنيه أسبوعيا للبالغ ، ٧,٧٠ جنيه للطفل وذلك طبقا للوضع في  
نوفمبر سنة ١٩٨١).

هذا ووفقا لنظام مزايا الإحتياجات الخاصة والذي لا يرتبط بفحص  
للموارد Non-Means-Tested benefits for Special Needs تستحق  
علاوة الملازمة Attendance allowance لذوي العجز الشديد والذي  
يعرف وفقا للمعيار الطبي بأنه "ذلك العجز العضوي أو العقلي Physically  
or mentally الذي يستدعي إما ملازمة متكررة attention Frequent  
خلال اليوم للقيام بالوظائف العضوية bodily functions (كتناول الغذاء  
والشرب أو الذهاب لدورة المياه) أو ملازمة ممتدة أو متكررة Prolonged  
or repeated attention Continual supervision خلال الليل للقيام  
بالوظائف العضوية المشار إليها أو يستدعي إشرافا مستمرا نهارا أو ليلا  
حيث يكون الشخص مصدرا للخطر على نفسه أو على الغير".

وقد إستحدثت علاوة الملازمة سنة ١٩٧١ وتقرر بمعدلين لنتيجة  
الفحص الطبي أكبرهما لمن يحتاج للملازمة ليلا ونهارا والثاني لمن يحتاج  
للملازمة ليلا فقط أو نهارا فقط (٢٣,٦٥ جنيه أسبوعيا، ١٥,٧٥ جنيه  
أسبوعيا وفقا للوضع في نوفمبر سنة ١٩٨١)، وبالطبع فحيث تقدر

العلاوة بالمعدل الأقل فانه يجوز طلب رفعها للمعدل الأكبر إذا ساءت حالة العاجز وإستلزمت الملازمة الليلية والنهارية معا.

٤ - علاوة الانتقالات الخاصة (الحركة) Mobility allowance  
وهذه توفر من خلال نظام مزايا الإحتياجات الخاصة بهدف المعاونة فى أعباء تنقل العاجزين الذى يعوقهم العجز عن الحركة، وهى المزايا النقدية الموحدة والتي يعاد النظر فى مقدارها سنويا (١٦,٥ جنيه أسبوعيا وفقا للوضع فى نوفمبر سنة ١٩٨١)، وقد إستحدثت سنة ١٩٧٦ حيث تدرج تطبيقها وفقا لأعمار العاجزين على مداول سنوات ١٩٧٩/٧٦.

ولتحديد مدى إستحقاق العلاوة يعتد بمعيار طبي معين Certain medical Criteria إذ يشترط أن يؤكد الفحص الطبي "أن حالة العجز العضوى شديدة بحيث لا يمكن للعاجز، حتى بإستخدام الأطراف الصناعية، أن يسير على الإطلاق أو لا يمكنه السير لمسافة طويلة وإلا تحمل مشقة أو كان من شأن ذلك تهديد صحته وأن يكون من المتوقع إستمرار تلك الحالة لفترة لا تقل عن سنة وأن تسمح حاله العاجز بإستخدام العلاوة لتيسير حركته وبالتالي فيشترط ألا يكون فى غيبوبة in a coma أو يكون من شأن الحركة تهديد صحته".

وتقدر العلاوة لفترة لا تقل عن سنة وتستمر بإستمرار حالة العاجز وحتى الخامسة والسبعين.

هذا ولنا أن نشير فى النهاية إلى مايلى:  
أ- تجرى الهيئات المهمة بتطوير الأحوال الإقتصادية والإجتماعية للعاجزين بحوثا عديدة فى هذا المجال ، وقد أسفرت إحدى الدراسات عن أهمية إستحداث ما يسمى بعلاوة لنفقات العجز يتوقف معدلها على درجة وطبيعة العجز Disablment costs allowance at a rat depending on the degree and nature of disability وذلك لكافة ذوى العجز الشديد ليتمكنوا من مواجهة مختلف النفقات الإضافية للحياة اليومية كالغذاء الخاص والإستهلاك الكبير للملابس والتدفئة والكهرباء والعناية بالمنزل من خلال الغير والأعباء المترتبة على صعوبة التسوق الإقتصادى ... الخ (١)

(1) Disablment Income Group. Occasional Papers No:1.2.3, 1979.

وقد خصصت إحدى الدراسات للتركيز على الأعباء الإضافية الناشئة عن عجز ربات البيوت حيث تبين أنه فضلا عن النفقات الإضافية المشار إليها فإنه حيث تكون الزوجة أو الأم عاجزة فإننا نكون أحيانا بصدد حالة عجز مضاعف Double handicap فينشأ لتكلفة الرعاية بالأطفال وقد يضطر الزوج لترك العمل للقيام بالأعباء الأسرية الضرورية.<sup>(١)</sup>

ب - إعتبارا من سنة ١٩٧٥ إستحدث نظام التأمين القومي معاش عجز غير ممول بإشتراكات Non-Contributory invalidity pension وهو يؤدي في حالة فقد القدرة على أداء العمل دون توافر شروط إستحقاق المعاش الممول بإشتراكات إلا أن معدله الأساسي أقل من معدل المعاش الممول بإشتراكات (المعاش الأساسي ١٧,٧٥ جنيه أسبوعيا مقابل ٢٨,٣٥ جنيه للممول بإشتراكات والإضافة الخاصة بالمعال البالغ ١٠,٦٥ مقابل ١٧,٠٠ وفقا للوضع في نوفمبر ١٩٨١) ولا تضاف إليه مزايا الحاجات الخاصة.

وقد تقرر امتداد هذا المعاش إعتبارا من نوفمبر ١٩٧٧ إلى المرأة المتزوجة وإن كان يشترط لاستحقاقها فضلا عن عدم القدرة على أداء عمل بأجر incapable of work ألا تكون قادرة على القيام بواجباتها المنزلية المعتادة incapable of performing her normal house hold duties كإعداد الغذاء أو التنظيف والتسوق.

ثانيا: العجز الدائم الإصابي: (٢)

يهتم بهذا النوع من العجز ما يسمى بنظام الأضرار أو الإصابات الصناعية industrial injury scheme والذي تعتبره الهيئات المهتمة بالعاجزين مثالا للنظم التي تعترف بالآثار المالية للعجز فتوفر معاشات وعلاوات تتناسب مع طبيعة العجز nature of handicap مع الجمع

(1) IAN Earnshaw, Disablement Housewives on Merseyside. Disablement income Group. London.1973.

(2) Tim Mathewman and Nigel Lambert . Op. Cit., pp. 349 : 373

بينهما وبين مزايا التأمين القومي<sup>(١)</sup>، فإذا حال العجز الإصابيبي العامل والعمل فيؤدي له إلى جانب المزايا الأساسية للعجز الإصابي مزايا العجز المقررة بالتأمين القومي عدا المعاش الأساسي للعجز والذي يقابل هنا ما يسمى بـ unemplyed ability supplement والتعطل وعلاوة الملازمة والتتقابل هنا ما يسمى بعلاوة الملازمة المستمرة Constant attendance allowance وهكذا تتميز مزايا العجز الإصابي بقدر من السخاء النسبي يعنأولوية للصناعة إلا أنه نظرا للمشاكل الناشئة عن تعدد النظم التأمينية فقد دعت الحكومة في فبراير سنة ١٩٨٠ إلى إجراء حوار حول استمرار وجود نظام مستقل للإصابات الصناعية وهو ما سبق أن أشرنا إليه .

ويسرى نظام الإصابات الصناعية في شأن كافة العاملين الذي تؤدي عنها اشتراكات التأمين القومي (فضلا عن العاملين لبعض الوقت وكذا العاملين صغار السن الذين توفر لهم المزايا بمعدلات منخفضة إذا ما كانوا في السن الدراسي ويعملون لبعض الوقت ثم ترتفع المعدلات نسبيا لمن يكون في السابعة عشر ومازال يعمل لبعض الوقت ويرتفع المعدل إلى المعدلات العادية لمن يبلغ الثامنة عشرة) حيث يوجه جزء محدد من هذه الاشتراكات الأسبوعية لتمويل مزايا النظام.

ويهدف النظام إلى تعويض الخسارة في الكفاية أو المقدرة Loss of faculty التي تنشأ عن حادث أثناء العمل Accident at work أو عن إصابة بأحد أمراض صناعية معينة Prescribed industrial diseases سواء أثر ذلك على قدرة العامل على العمل من عدمه regardless of work status ووفقا لذلك يعرف العجز وفقا لمعيار طبي بأنه "الخسارة في القدرة العضوية أو الذهنية أو التشوه العضوي some loss of physical or mental capability or some physical disfigurement" ويتم قياس درجة العجز طبييا سواء من حيث عدم المقدرة الوظيفية functional incapacity أو من حيث مدى الفقد في القدرات Loss of faculty كالقدرة على السمع أو الكلام أو الفهم أو النظر ، وذلك بالمقارنة مع الشخص السليم المماثل من حيث الجنس والعمر ، ويعبر عن درجة العجز بنسبة مئوية من الخسارة في المقدرة العضوية أو العقلية Loss of physical or mental faculty.

(1) Disablement income Group, Realising a National Disability income, London, 1974.

وهناك جدول لتقدير درجات العجز لبعض الحالات التي يجوز القياس عليها ورغم أن درجة العجز الجزى تنسب للعجز الكلى باعتباره فقد القدرات بواقع ١٠٠% فإن هناك مدى واسع للحالات التي تعتبر عجزا كليا إذ تعتبر كذلك العديد من الحالات التي يكون فيها العجز جسيما ومع ذلك فإنه يسمح للشخص بالإستمرار فى العمل والتمتع بوقت الراحة Carry on with his work and enjoy his leisure وعلى سبيل المثال يعتبر عجزا كاملا فقد اليدين أو الزراعين وفقد يدا واحدة وقدماء واحدة أو زراعا واحدة وساقا واحدة أو الفقد فى البصر الذى يحول بين أى نوع من العمل يحتاج للإبصار .

وحيث لا تتأثر المزايا الأساسية للعجز الدائم الإصابى بالقدرة على الكسب أو الاستمرار فى العمل بأجر أو العودة اليه كما لا تحول دون استحقاق مزايا التأمين القومى الأخرى على النحو السابق الإشارة اليه، فإن نظام الإصابات الصناعية يتم تحديدها وفقا لكل من معيار التعويض Compensation criteria ومعيار الحاجة أو المعيار الإجتماعى Social or needs criteria .

وحيث لا تقل درجة العجز عن ٢٠% فيتم تقريبها لأقرب رقم عشري (٢٠%، ٣٠%، ٤٠%، ٥٠%، ٦٠%، ٧٠%، ٨٠%، ٩٠%، ١٠٠%) ويؤدى عنها معاشا أسبوعيا موحدا يعادل نسبتها إلى المعاش الموحد للعجز الكامل والذى يتحدد بمعدلين أحدهما لمن يبلغ أو يتجاوز الثامنة عشر ويوازي تقريبا معاش التقاعد الموحد لرجل متزوج (٤٤,٣٠ جنيه أسبوعيا للمتزوج المتقاعد وفقا للوضع فى نوفمبر ١٩٨١) والآخرين لمن يقل عن الثامنة عشر ويعادل معاش التقاعد الموحد لرجل أعزب (٢٧,١٥ جنيه أسبوعيا وفقا للوضع فى نوفمبر سنة ١٩٨١) .

أما إذا تراوحت درجة العجز بين ١% ، ٢٠% فيؤدى تعويضا من دفعة واحدة يتحدد بمقدار موحد لكل من درجات العجز المختلفة يتم تخفيضه إذا كان من المتوقع عدم استمرار حالة العجز الجزى لمدى الحياة أو لسبع سنوات على الأقل وذلك بنسبة المدة المتوقعة لإستمرار العجز إلى السبع سنوات (١)، ويتم إعادة النظر فى مقدار تعويض الدفعة الواحدة سنويا شأنه شأن المزايا الموحده .

(١) فإذا إمتدت فترة إستمرار العجز عن الفترة السابق توقعها يؤدى الفرق .

هذا وفيما عدا السخاء الملحوظ في مستوى المعاش الأساسي المشار إليه فتؤدى إلى جانبه خمس من العلاوات التكميلية Supplementary allowances (فضلا عن علاوة الإنتقالات وبدل التفرغ لرعايا ذوى العجز الشديد) التي تقرر لمراعاة الأثار المترتبة على الحالة الطبية للعاجز وذلك على النحو التالي:

١- علاوة الشدائد الخاصة Special Hardship Allowance وهذه تقرر لمن تقل درجة عجزهم الدائم عن ١٠٠% (سواء إستحقوا تعويضا من دفعة واحدة نظرا لأن درجة العجز أقل من ٢٠% أو إستحقوا معاشا) وذلك إذا أدى العجز الإصابى إلى عدم مقدرة العامل على القيام بمهمته الرئيسية his regular occupation أو أى عمل آخر لحساب الغير فى ذات مستواه وذلك إذا كان من المتوقع إستمرار عدم قدره على العمل أو نشأ عدم قدره على العمل منذ وقوع الإصابة.

ويتحدد مقدار هذه العلاوة بمقدار النقص فى الدخل من المهنة الرئيسية أو ما يماثلها بحد أقصى وبحديث لا يجاوز مجموع العلاوة والمعاش المستحق مقدار معاش العجز الكلى ، أما بالنسبة لمن حصلوا على تعويض الدفعة الواحدة فتحدد العلاوة بمقدار إسبوعى وفقا لفئات أربعة لدرجات العجز (١:٥ ، ٦:١٠ ، ١١:١٥ ، ١٦:١٩) .

٢- إضافة تعطل Unemployment Supplement وهذه تؤدى لذوى المعاشات ممن يتوقع عدم قدرتهم على القيام بأى عمل بأجر (يجاوز قدرا معيناً) لمدى الحياة ، وهكذا تستحق حيث لا يكون العجز طبيا فقط وإنما إقتصاديا وطبيا وبالتالي فإنها تقابل وتعادل معاش العجز غير الإصابى (٢٨,٣٥ جنيه إسبوعيا فى نوفمبر سنة ١٩٨١) ولا يتم الجمع بينها وبينه ، وتضاف إليها :

- علاوة وفقا للعمر Age Allowance تتحدد بمعدلات ثلاثة وفقا للعمر عند الإصابة طالما كان أقل من السن المعاشى بخمس سنوات على الأقل وبالتالي فهي تقابل فى نظام التأمين القومى علاوة العجز Invalidity Allowance .

- زيادة للمعالين، من أطفال وزوجة أو مربية ، طالما لا يزيد دخل الزوجة أو المربية من العمل عن قدر معين ، يجاوز مثيله فى التأمين القومى، وإلا إنخفضت الزيادة بنصف الفرق بين القدر المسموح به والأجر الفعلى أوقفت إذا جاوز الأجر الفعلى قدرا معيناً آخر.

### ٣- علاوة الملازمة المستمرة

#### Constant Attendance Allowance

وهذه تقابل في التأمين القومي علاوة الملازمة، وتقرر هنا لذوى العجز الكامل (١٠٠%) ممن تستلزم حالتهم الاعتماد على الغير يوميا للقيام بضرورات الحياة (Necessities of life) (لا يكفى لذلك أن يحتاج العاجز للغير لإرتداء ملبسه أو للمعاونه فى الخدمة المنزلية) ويكون من المتوقع إستمرار ذلك لفترة طويلة، ولا يشترط أن تكون الملازمة مدفوعة الأجر فقد تؤديها الزوجة أو أحد الأقرباء.

وتحدد العلاوة بمعدلات ثلاثة أقلها لمن يحتاج لملازمة طول الوقت (وقد تنخفض إذا كانت لبعض الوقت) أما معدلها المتوسط فيقرر حيث يكون العجز شديدا بصورة تستلزم قدرا أكبر من الملازمة ، ويقرر المعدل المرتفع حيث يكون العجز الشديد إستثنائى بحيث يستلزم إعتمادا كليا على الغير ، وبالطبع فإن المعدلات الثلاثة تتميز بالسواء النسبى عن معدلات الملازمة التى تقرر لذوى العجز الشديد غير الإصابى (وفقا للوضع فى نوفمبر ١٩٨١ فإنها تبلغ ١٩,٤ ، ٢٩,١٠ ، ٣٨,٨ جنيه أسبوعيا لكل من المعدل الأقل والمتوسط والأكبر مقابل ١٥,٧٥ ، ٢٣,٦٥ أسبوعا للمعدل الأقل والأكبر للعلاوة المقابلة) .

### ٤ - علاوة العجز الشديد الإستثنائية

#### Exceptionally Severe Disability allowance

وهى ذات معدل موحد (١٩,٤) جنيه أسبوعيا فى نوفمبر ١٩٨١) تؤدى لمن يحصلون على علاوة ملازمة مستمرة متوسطة أو مرتفعة وذلك إذا كان من المتوقع إستمرار حالتهم لمدى الحياة .

### ٥ - علاوة الرعاية الطبية

Treatment allowance وتؤدى لمن تقل درجة عجزه عن ١٠٠% طوال إقامته داخل مستشفى للعلاج مما يحول بينه وبين العمل وتحدد بمقدار الفرق بين المعاش المستحق (فى حالة إستحقاقه لمن تبلغ درجة عجزه ٢٠% أو أكثر) أو الإقتراض (إذا كان من ذوى تعويض الدفعة الواحدة) ومعاش العجز الكامل.

### ثالثاً: العجز الدائم عن الحرب : (١)

يسرى نظام معاشات الحرب في شأن الأعضاء السابقين للقوات المسلحة المصابين بعجز نتيجة للخدمة خلال الحرب العالمية الأولى (١٩١٤/١٩١٨) أو اعتباراً من ١٩٩٣/٩/٢ بما في ذلك خدمات النساء والمرضات (وهناك نظام مماثل لعدد من الجماعات الأخرى كأعضاء البحرية التجارية وخدمات الصيد بالبحار والأفراد المعاونون للبحرية وأعضاء الدفاع المدنى وذلك خلال الحرب العالمية الثانية)، وهكذا تؤدي معاشات وعلاوات الحرب لمن ينشأ لديهم عجز مستديم خلال الخدمة بالقوات المسلحة أو أحد الخدمات المعاونة وتهدف تلك المزايا إلى التعويض عن الخسارة في القدرات loss of faculty بغض النظر عن العجز بالنسبة للعمل work status .

وبوجه عام يتبع في تقرير العجز الدائم ذات المعيار الطبى الخاص بالعجز الإصابى بل ويتبع ذات جدول تقدير العجز، كما تراعى الظروف الشخصية للعاجز من خلال العلاوات والبدلات التكميلية ... ولا تتأثر المزايا بالقدرة على التكسب أو الإستمرار فى عمل بأجر .. وكمثيلتها الخاصة بالعجز الإصابى يؤدي تعويض من دفعة واحدة إذا قلت درجة العجز عن ٢٠% ويحدد التعويض وفقاً لدرجة العجز وفى حالات خاصة وفقاً لنوع العجز ومع مراعاة أن هناك مستويات للمزايا أحدهما للضباط ويزيد قليلاً عن ذلك الخاص بغيرهم والذي يزيد بدوره قليلاً عن ذلك الخاص بحالات العجز الإصابى.

ورغم أن معاش العجز الكامل الناشئ عن الحرب يعادل ذلك الناشئ عن إصابة صناعية فإنه تضاف إليه زيادة خاصة وفقاً لرتبة العاجز فى القوات المسلحة rank addition وهذه تعتبر جوهرية بالنسبة لكبار الضباط، ومن ناحية أخرى فضلاً عن العلاوات التكميلية التى أشرنا إليها بالنسبة للعجز الإصابى (٢) ، هناك العلاوات التالية:

(1) Tim Mathewman and Nigel Lambert, Op. Cit., pp. 74:77.

(٢) مع مراعاة أن علاوات الشدائد الخاصة يقابلها هنا ما يسمى بالعلاوة الخاصة بمن يرتبطون بمهنة ذات مستوى نسبي أقل Lowered Standard of Occupation allowance

١ - علاوة شيخوخة Age allowance  
وهذه تستحق لذوى المعاشات الذين بلغوا أو جاوزا الخامسة  
والستين ولا تقل درجة عجزهم عن ٤٠% ويتناسب مقدارها مع درجة  
العجز .

٢ - علاوة العجز المهني الشديد  
Severe Disability occupational allowance  
وهذه موحدة وتستحق لذوى المعاشات الذين يستمرون فى عمل  
منظم رغم توافر شروط إستحقاق علاوة الملازمة المستمرة.

٣ - علاوة مواساه Comforts allowance  
وهذه تستحق بمعدلين أكبرهما لمن يحصل علىعلاوة ملازمة عن  
عجز يقل عن ١٠٠% لمن يحصل على علاوة الملازمة وإضافة التعطل،  
أما المعدل الأقل فيؤدى لمن يحصل على علاوة ملازمة أو إضافة تعطل.

٤ - مزايا ملابس Clothing allowance  
وهذه عبارة عن مبلغ سنوى لمن يفترض إرتفاع معدل إستهلاكهم  
للملابس نتيجة لصعوبة إرتدائها أو لما يؤدى اليه العجز من عدم إنضباط  
التبول أو غير ذلك.

٥ - مزايا تعليم Education allowance  
وهذه عبارة عن مبلغ يتم تقديره لمقابلة نفقات تعليم الطفل المعال.

معيار موحد لحالات العجز الدائم، أيا ما كان سببه، مع الإهتمام  
بعمليات التأهيل بنظام تأمين العجز ومزاياه العامة بهولندا: (١)

منذ أول اكتوبر سنة ١٩٧٦ استحدثت هولندا إلى جانب قانون  
تأمين العجز Disablement Insurance Act قانونا للمزايا العامة للعجز  
General Disablement تتكامل من خلاله التدابير المالية للعاجزين بدلا  
من تشتتها بين نظام مختلفة شأن الساند فى كثير من الدول والذى يؤدى  
لمشاكل عديدة .

(1) Paul Greene, Op. Cit., pp. 13-16.

وهكذا فإنه فيما عدا القانون الخاص بضحايا إضطهادات الفترة من ١٩٤٠ إلى ١٩٤٥ والذي لا تتوافر في شأنهم شروط إستحقاق تأمين العجز ومزاياه العامه وبالتالي توفر لهم مزايا خاصة، فيما عدا ذلك فإن النظام الهولندي يهتم بالعاجز بغض النظر عن سبب عجزه ، إصابة أو مرض ، مع مراعاة شمول قانون تأمين العجز الصادر لسنة ١٩٦٧ لكافة العاملين حتى الخامسة والستين وإمتداد المزايا العامة لكافة العاملين لدى أنفسهم فضلا عن العاجزين بالمولد Congenitally disabled وكذا الأطفال العاجزين مع أداء المزايا إعتبارا من بلوغهم الثامنة عشر وهو سن بدء العمل .

وفي إطار إهتمام النظام الهولندي بتعويض الأجر أو الدخل فإنه يهتم إيجاب ذلك بالمحافظة على القدرة على العمل أو إستعادتها أو تحسينها Preserve, recover or improve the ability for work بهدف تمكين العاجز من الإستمرار فى العمل والحصول على الدخل، ومن مظاهر ذلك إتاحة القروض لشراء سيارة للإنتقال إلى مكان العمل أو لتكييف معدات العمل لتمكين العاجز من تحقيق إنتاجية أكبر .

وهكذا فإن المعيار الإقتصادى للعجز الدائم المهني هو المعيار المتبع لتحديد حالات العجز مع الإهتمام بعمليات التأهيل والتشغيل، ومن هنا فرغم قيام الإتحادات الصناعية (٢٦ إتحادا وفقا للوضع سنة ١٩٧٦) بإدارة كل من تأمين العجز ومزاياه من خلال مجالس خاصة تشكل من ممثلين، متساووا العدد، عن كل من العمال وأصحاب الأعمال (ويضم اليهم، حسب الأحوال ممثلون عن غير العمال وعن ربوات البيوت العاجزات ممن توفر لهم مزايا عينية)، فإن حالة العاجز تعهد إلى مجلس موحد يشترك فى عضويته إلى جانب الأطباء خبراء عماليون أو مهنيون، يقوم بإبداء الرأى حول مدى الفقد فى القدرة على الكسب أو إنعدامها Loss or absence of earning capacity من ناحية وتدابير التأهيل المناسبة لتطور القدرة على الكسب Rehabilitation من ناحية أخرى وأخيرا وسائل تطوير الأحوال المعيشية للعاجز ... improvement of Living Conditions وبهذا يعد تقرير وصفى عن حالة العجز من جزئين:

أ - جزء خاص بالفحص الطبى Medical Examination يهتم ببيان الجوانب الإيجابية لقدرة العاجز وما يمكنه القيام به من أعمال

وذلك قبل بيان ما لا يمكن عمله what he can do rather than what he cannot do ، مع بيان التوقعات الطبية لحالة العاجز والتدابير المناسبة للمحافظة على المتبقى من قدراته وتطويرها measures needed to maintain or promote the remaining possibilities .

ب - جزء خاص بالدراسة التي يعدها الخبير العمالي أو المهني من خلال زيارته المنزلية للعاجز ولمحل عمله السابق ومن واقع المعلومات التي يجمعها عن ظروفه الإجتماعية وظروف عمله السابقة، والتي تهدف إلى إقتراح إمكانيات العمل المناسب حيث يكون ضروريا مع بيان المهنة.

هذا وتحدد المزايا النقدية وعناصرها وفقا لكل من معيار الدخل ومعيار الحاجة أو المعيار الاجتماعي، وبيان ذلك أنها تتكون من:

١ - مزايا موحده standard benefits وفقا لدرجة العجز والحالة الاجتماعية:

وهذه تقرر وفقا لقانون المزايا العامة لمن لا تقل درجة عجزه عن ٢٥% وتحدد بنسبة مئوية من مقدار يختلف في حدود وفقا للحالة الاجتماعية، وتمول هذه المزايا من الموارد العامة.

٢ - مزايا مرتبطة بالدخل وفقا لدرجة العجز:

وهذه تقرر بالتطبيق لقانون تأمين العجز الممول بإشتراكات عن العاملين وذلك لمن لا تقل درجة عجزه عن ١٥% وتعتبر تعويضا للدخل وتتناسب مع الأجور ودرجة العجز على النحو التالي:

- تحدد أولا درجة العجز المهني بمقارنة الأجر الحالي أو المفترض ولنرمز له بالرمز (ب) بالأجر السابق ونرمز له بالرمز (أ) وبذلك تكون النسبة المئوية للعجز المهني مساوية

$$\frac{أ - ب}{أ} \times ١٠٠$$

- ثم يحدد مقدار المزايا بنسبة مئوية من الأجر اليومي يتم تحديدها على ضوء درجة فقد القدرة (العجز المهني) كالاتى :

المزايا	درجة فقد القدرة (%)
$10\% \times \frac{100}{107} \times \text{الأجر اليومي}^{(1)}$	١٥
٢٠%	٢٥
٣٠%	٣٥
٤٠%	٤٥
٥٠%	٥٥
٦٥%	٦٥
٨٠%	٨٠

هذا وترتبط كل من المزايا الموحده والمزايا المرتبطه بالدخل بالتغير في الأرقام القياسية لمتوسط الأجور Index-Linked to average wages

### ٣ - مزايا لمواجهة النفقات الخاصة والإضافية

#### Extra and special expenses

وهذه توفر من خلال كل من تأمين العجز وقانون المزايا العامه للعجز بهدف مواجهة نفقات السلع والخدمات الناشئة عن العجز سواء في ذلك تلك التي لا يحتاجها سوى العاجزون كالكراسي المتحركة wheel chairs وتسمى بالنفقات الإضافية .  
والوسيلة المتبعة لمواجهة تلك النفقات قد تتمثل في تقرير بدلات خاصة special allowances أو تقرير إعفاءات ضريبية وخصم المصروفات الإضافية التتعوض من النظم التأمينية من الوعاء الضريبي

معيار حالات العجز الدائم وتعويضاتها بالنظام الموحد للتأمين القومي بالنرويج: (١)

في سنة ١٩٧١ تم إدماج نظام تأمين الإصابات المهنية Occupational insurance scheme فنظام التأمين القومي National insurance scheme الصادر أول سنة ١٩٦٧ وبدا أصبح هناك نظاما

(١) ٧% تعتبر أجازة مدفوعة.

(1) David Callund, Employee Benefits in Europe, Gower Economic publications. Gower press Ltd., London. 1975. pp 195 :197.

- paul Greene. Op. Cit., pp. 17 : 19.

موحدا يهتم بحالات العجز الدائم، ورغم ذلك فقد تأثرت المعايير المستخدمة لبيان حالة العجز وتحديد تعويضاته بوجود نظامين فالفترة السابقة على الاندماج فتميزت إصابات العمل بقدر من السخاء النسبي .

فإذا لم يكن العجز إصابيا فإن المزايا تؤدب طالما تراوح العمر بين ٦٧، ١٦ عاما وكان الشخص فاقدا للقدرة على العمل (working capacity بما لا يقل عن ٥٠% بمراعاة إنتهاء العلاج والتدريب المهني وإعادة التأهيل (تؤدى علاوة تأهيل تلعب دورا هاما فى تشجيع الأفراد على اعتماد على أنفسهم)، فإذا نشأ العجز الدائم عن حادث مهني أثناء مواعيد العمل وفى مكان العمل أو نتيجة للإصابة بأحد الأمراض المهنية فإن المزايا تؤدى حتلو كان السن أقل من ١٦ عاما وطالما أن درجة العجز لا تقل عن ١٥%، وفحين يعتمد هنا أيضا بالمعيار الإقتصادي المتمثل فى فقد القدرات على العمل كأساس للمزايا التى تحدد وفقا لمعيار الدخل فيراعى أيضا بيان مديالعجز الطبكأساس للمزايا التعويضية التتميز بها العجزالإصابي.

وإذ يهدف نظام التأمين القومى النرويجى إلى توفير مستوى معيشى للعاجز يقترب من ذلك الذى كان يتمتع به أثناء العمل وكيف يتساوى معاش العجز الكامل (الأساسى والتكميلى) مع معاش الشيخوخة الذى يفترض حصول المتوفى عليه إذا ما إستمر فى العمل دون إصابته بالعجز، فإن المزايا النقدية للعجز الدائم تحدد فى ضوء كل من معيار الدخل ومعيار الحاجة أو المعيار الإجتماعى مع التأثير بمعيار التعويض إذا ما كان العجز إصابيا.

ومن هنا تتمثل المزايا النقدية فيما يلى:

١ - معاش أساسى Basic pension ويشترط لإستحقاقه مدة إشتراك قدرها ٣ سنوات (تخفيض إلى سنة واحدة فى بعض الحالات) سابقة على سن السابعة والستين ويحسب هذا المعاش بذات قواعد حساب الشيخوخة الأساسى.

٢ - معاش تكميلى Supplementary pension ويشترط لإستحقاقه ألا تقل درجة العجز عن ٥٠% ويحسب على ضوء كل من درجة العجز ودخل الإشتراك وبمراعاة قواعد حساب معاش الشيخوخة التكميلى.

ولتمكين صاحب معاش العجز من الحصول على معاش يوازي معاش الشيخوخة المستحق ببلوغ السابعة والستين تضاف لمدة اشتراكه المدة المتبقية حتى سن التقاعد.

### ٣ - إضافة للمعالين من زوجة وأولاد

Spouse's and or children's supplement

وذلك حيث يكون هناك أطفال أقل من الثامنة عشر أو زوجة (أو زوج) تجاوزت الستن أو أقل من ذلك ولكنها متفرغة للعناية بطفل أو تريض صاحب المعاش.

### ٤ - قدر أساسى لذوي النفقات الزائدة

Increased expenses basic Grant

وهذا يقرر لمن يقل عن السبعين وتستلزم حالته زيادة جوهرية فى النفقات، ويحدد عادة بواقع ١٥% من المعاش الأساسى ويرفع هذا القدر فحالات خاصة إلى ٢٣% أو ٣٠% فإذا كان ضروريا لتيسير العاجز فيرفع إلى ٤٠% أو ٥٠% وفقا لحاجة العاجز إلى التنقل Transportation need.

### ٥ - قدر إضافى للرعاية الإضافية أو المساعدة المنزلية:

ويقرر أيضا لمن يقل عن السبعين إذا ما استلزم الحالة رعاية إضافية وإشراف أو معاونة منزلية Extra care and attention or domestic help مع مراعاة أنه إذا ما قام أحد أفراد العائلة بأعمال المعاونة أو الإشراف فيشترط لإستحقاق القدر الإضافى أن يقلل ذلك من فرص عمله ، هذا وعادة ما يحسب القدر الإضافى بواقع ٢٥% من المعاش الأساسى وتزاد هذه النسبة لمن يقل عن الثامنة عشر ممن تزيد نفقات الإشراف الخاص بالنسبة له .

### ب - بالنسبة للعجز الإصابى:

تأثيرا بمبدأ التعويض فإذا تبين أن للإصابة نتائج طبية ذات طبيعة دائمة يودى للمصاب ما يسمى بتعويض الإصابات المهنية Occupational injury compensation والذي يحدد على ضوء الطبيعة الطبية للأضرار ومداهها The medical nature and extent of the injury بحد أقصى قدره ٧٥% من المعاش الأساسى من حيث:

- لا تشترط أية اشتراكات لاستحقاق المعاش.

- يضاف قدر للتأهيل المهنى يحسب وفقا لقواعد معينة.

- يزداد الجزء الخاص بالرعاية الإضافية أو المعاونة المنزلية إلى ٤٠% في حالات خاصة كما يؤدي لمن يثبت عجزه بعد السبعين.  
- تؤدي المزايا دفعة واحدة إذا قلت درجة العجز عن ٣٠%، ويحدد مبلغ الدفعة الواحدة بما يوازي ٣ أمثال المعاش السنوي وذلك إذا تراوحت نسبة العجز الدائم بين ١٥% وأقل من ٢٠% وترفع إلى ٣ أمثال المعاش السنوي إذا تراوحت نسبة العجز بين ٢٠% وأقل من ٢٥% فإذا بلغت ٢٥% ولم تصل إلى ٣٠% فيحدد التعويض بما يوازي ٩ أمثال المعاش الأساسي.

معيار موحد للعجز الدائم بغض النظر عن أسبابه مع سخاء نسبي لمزايا إصابات العمل بالنظام السويدي: (١)

تتميز تدابير التأمين القومي والنظم الخاصة بمزايا العاملين بالسويد بقدر من التنسيق Coordination الملحوظ كمقابل للتعاون القائم بين إتحاد العمال وأصحاب الأعمال ، منذ سنة ١٩١٤ ويوجد نظام للمعاشات الأساسية أضيفت إليها معاشات تكميلية متناسبة مع الأجر سنة ١٩٦٠ ، ورغم وجود قانون مستقل لإصابات العمل work injuries فإن معيار العجز الدائم لا يختلف وفقا لسبب العجز إصابيا كان أم غير إصابياذ يعتقد بكل من المعيار الطبي والمعيار الإقتصادي A combination of both medical and economic criteria وتكون العبرة بالآثار المتعلقة بقدرة الإنسان على العناية بنفسه the effect on a person's ability to look after himself ومن هنا يتساوى العجز العضوي بالإضطراب العقلي وبالأمراض الناشئة عن تعاطي المسكرات ومع ذلك فإن للمعيار الإقتصادي وزنا أكبر من المعيار الطبي عند تقرير إستحقاق المعاش فضلا عن التشخيص الطبي للعجز يراعى عند تقديره العمر والمهنة وإمكانات إعادة التأهيل ووضع العاجز بالنسبة للعمل مع مراعاة مقارنة الأجر بعد العجز بالدخل السابق للعجز حيث أسفرت التجربة عن مقارنة بين دخل العاجز بعد إعادة التأهيل ودخل مثيله القادر تضعف من الباعث على العمل والتدريب على عمل جديد .

(1) David Callund, Op.Cit., pp. 229:235.

- Paul Greene, Op. Cit., pp. 20-22.

ومعيار المزايا النقدية للعاملين يتمثل في مزيج من معيار الدخل ومعيار الحاجة (المعيار الإجتماعي) وهو ما يستفاد من تحليل عناصر تلك المزايا إذ يتكون المعاش من ثلاثة أجزاء فضلا عن العلاوات للنفقات على النحو التالي:

١- معاش موحد أساسى Basic Flat - rate Pension  
هذا ويقرر من خلال نظام المعاشات القومى National Pension Scheme وهو نظام غير ممول بإشتراكات يوفر معاشا لكافة المواطنين، ممن يفقدون القدرة على العمل بما لا يقل عن ٥٠%، بما فى ذلك ربات البيوت العاجزات Disabled housewives والعاجزين بالمولد Congenitally disabled ويحدد المعاش بمعدلات ثلاث موحده، يعاد النظر فى مقدارها مع كل تغير فى المستوى العام للأسعار وفقا لمدى القدرة على الكسب: معدل معاش كامل، معدل ثلثى معاش، معدل نصف معاش.

٢- معاش تكميلى مرتبط بالمكاسب:  
Supplementary Earnings-related  
وهذا يقرر من خلال نظام آخر يسمى بالنظام القومى للمعاش التكميلى National Supplementary Pension Scheme وهو نظام ممول بإشتراكات أصحاب الأعمال عن العاملين وإشتراكات من العاملين لدى أنفسهم ، ويتناسب المعاش مع متوسط أكبر ١٥ سنة من سنوات الإشتراك اجرا أو دخلا وبمراعاة المدة المتبقية حتى الرابعة والستين وبحيث لايتجاوز المعاش التكميلى ٣٩٠% من الحد الأدنى للدخل التأمينى.

٣- إضافة للمعاش الأساسى تتناسب عكسيا مع المعاش التكميلى:  
وهذه تقرر من خلال ما يسمى بالمعاش التكميلى لنظام المعاشات القومى Pension Supplement under the National Pension Scheme وذلك حيث لا ينشأ للعاجز حقا فى المعاش التكميلى المرتبط بالمكاسب أو حيث يكون معاشه هذا ضئيلا.

٤- علاوات النفقات (للأعباء العائلية والعجز الشديد)  
Expenses Allowances  
تضاف للمعاش علاوة للزوجة المعالة ترتبط بالأجر وأخرى لكل طفل يقل عن السادسة عشر بواقع ٢٥% من المعاش الأساسى.

كما تقرر علاوة عجز Disability Allowance لمن يحتاج إلى  
معاونة للقيام بضروريات أعباء الحياة اليومية أو للعمل  
Necessary tasks of every day life or work أو من تستلزم حالته  
نفقات إضافية جوهرية Substantial extra costs ومثال ذلك فأقدي  
البصر أو السمع، وهي تؤدي بمعدلات ثلاثة (٣٠% ، ٤٥% ، ٦٠% من  
القدر الأساسي الذي يحسب على أساسه المعاش الموحد) وفقا لمدى  
الحاجة إلى المعاونة أو حجم النفقات الإضافية .

وتتميز مزايا تأمين إصابات العمل، والذي يسرى في شأن كافة  
العاملين مع إمتداده إعتبارا من يونيو سنة ١٩٧٧ للعاملين لدى أنفسهم  
وأفراد أسرة صاحب العمل العاملين لديه وللطلبة الذين يتعرضون بسبب  
الدراسة لدرجة من الخطورة، بقدر من السخاء النسبي على النحو التالي:  
- يقرر المعاش والذي يسمى بدفعة الحياة Life Annuity طالما أن  
درجة العجز لا تقل عن ١٥% (وليس ٥٠%).  
- ينسب المعاش التكميلي للمكاسب السابقة (ودرجة العجز) بحد  
أقصى مرتفع لهذه المكاسب وقدره ٧٥% من الحد الأدنى لدخل الإشتراك  
(مقابل ٣٩% للعجز غير الإصابي).

هذا ولا يقتصر مفهوم إصابة العمل على الإصابات الناشئة عن  
حادث أو غيره مما يتعلق بالعمل بما في ذلك الأمراض الصناعية، بل يمتد  
أيضا لإصابات الطريق المعتاد من وإلى العمل وللإصابات التي تنشأ أثناء  
العمل بالمنزل لحساب شخص آخر Working at home for another  
Person.

افتراض الوعي الادخاري والتأميني وأثره في معيار العجز الدائم  
وتعويضاته بالمانيا والتطبيقات العملية لذلك:<sup>(١)</sup>

تتميز التدابير الخاصة بالعجز بالمانيا بالتعدد سواء من حيث سبب  
العجز أو نتيجته Cause and Result أو من حيث النظم التأمينية التي  
تديرها أكثر من ١٠٠ هيئة مستقلة وفقا لقطاعات العمل، ويرجع افتقاد

---

(1) Paul Greene , Op. Cit., PP. 26-28.

- David Callund, Op. Cit., PP. 105: 109.

الوحدة في النظام التأميني الألماني إلى أسباب تاريخية وسياسية فالتأمين الإجتماعي هناك ترجع جذوره إلى سنة ١٥٣٠ وقد ظهر في صورته الحديثة منذ أكثر من مائة عام حين أصدر بسمارك تشريعة في هذا الشأن سنة ١٨٨١ ومنذ هذا التاريخ وهو ينتشر ويتطور متأثرا بنظرة تقليدية للمزايا التي يمولها أصحاب الأعمال كمقابل لمدد العمل وليس كتعويض للعامل ومن هنا فالإطار العام يقوم على مبادئ الإعتماد الذاتي Individual Self-help وتهدف القوانين المتعلقة بالتدابير المالية العامة إلى إستكمال الجهود الفردية الخاصة للتبصر والإحتياط للمستقبل Supplement the efforts of Personal foresight والتي يتم تهيئة الظروف الملائمة لتمكين الأفراد من القيام بها من خلال مساهمة العمال في أرباح المشروعات التي يعملون بها كحملة أسهم ومن خلال تقدم وإنتشار نظم الادخار التي تضمنها الدولة.

وهكذا تقوم أغلب أحكام التشريع الإجتماعي الألماني على مبادئ التأمين الإجتماعي الإجباري الممول بإشتراكات Compulsory Contributory Insurance ولا توجد مزايا موحدة لا ترتبط بإشتراكات وعلى أثر الحرب العالمية الثانية أجريت تعديلات بعيدة المدى أدت إلى إرتفاع حصة العاملين التي تستقطع من أجورهم أو مرتباتهم حتى بلغت ١٨% منها في المتوسط.

وبوجه عام فإن مزايا العجز الدائم توفر من خلال ما يسمى بتأمين الحوادث Accident Insurance الذي يهتم بالإصابات الصناعية، وبتأمين المعاشات العامة General Pensions Insurance ومن بين إهتماماته العجز غير الإصابي وأخيرا نظام معاشات الحرب وعلى ضوء ذلك نتناول بالتحليل فيما يلي معيار العجز الدائم وتعويضاته:

أولا: العجز الإصابي ومزاياه النقدية:

وفقا للوضع سنة ١٩٧٧ فهناك ٩٧ منظمة مستقلة لتأمين إصابات العمل ينظم نشاطها القانون وتمول بالكامل بإشتراكات لأداء المزايا النقدية والعينية للإصابات التي تقع أثناء العمل أو بالطريق من وإلى العمل أو بأحد الأمراض المهنية التي تتضمنها قائمة تخضع لتطوير مستمر، ويسرى التأمين إجباريا في شأن كافة العاملين.

ويتم تقدير درجة العجز الدائم بمراعاة كل من المعيار الطبى والمعيار الإقتصادى للعجز المهنى Combination of Criteria-medical Occupational and Economic إذ تتم دراسة الحالة الطبية للعاجز فى ضوء صلتها بالعمل الذى يمكنه القيام به والمكاسب الفعلية لهذا العمل ... وهكذا لا يكفى لتقدير حالة العجز الدائم وتقدير المعاش أن يكون هناك عجزا طبيا فقط أو مجرد نقص فى المكاسب بل يجب أن يكون العجز واضحا طبيا ومهنيا وإقتصاديا .

وفى ذات الإتجاه يتم تقدير وتحديد المزايا النقدية للعجز الإصابى والتي تتميز بسخاء نسبي عن مزايا العجز غير الإصابى (تمثل فيما يسمى بمزايا المرض والتي تحدد بواقع ٨٠% من الأجر الإجمالى بحد أقصى رقمى وذلك بمجرد إنقضاء فترة الأسابيع الستة الأولى التى يحصل فيها العامل على أجره العادى وحتى إستبدال تلك المزايا بمعاش إذا تبين بعد ١٣ إسبوعا من الإصابة إنخفاض القدرة على العمل بما لا يقل عن ٢٠%) وفقا لكل من معيار الدخل ومعيار الحاجة إذ يحدد معاش العجز الكامل بما يعادل ثلثى دخل العامل خلال السنة السابقة وبنسبة معاش العجز الجزئى إلى معاش العجز الكلى وفقا لنسبة العجز، وللمعاش حدين أدنى وأقصى يخضعان للتعديل مع التطور فى كل من الإنتاجية الإقتصادية ومتوسط الدخل القومى Average National Income مع ربط المعاشات بهيكل الأجور الذى كان يخضع له العامل ... هذا ولمراعاة إحتياجات العاجز وأسرته تضاف للمعاش العلاوات التالية:

١- علاوات تكميلية (للمعالمين) Supplementary Allowance وهذه تحدد بواقع ١٠% من المعاش لكل طفل معال من عاجز لا تقل درجة عجزه عن ٥٠% وبشروط ألا يزيد مجموع المعاش وهذه العلاوات عن ٨٥% من الأجر الذى حسب على أساسه المعاش.

٢- علاوة الإشراف المستمر  
Constant Attendance Allowance  
ويختلف مقدارها وفقا لخطورة حالة العاجز ومدى ما يستلزمه من إشراف ورعاية مستمرة.

### ٣- علاوة عدم القدرة الكلية على العمل (تعطل)

#### Unemployment Allowance

وهذه تحدد بواقع ١٠% من المعاش إذا ما كان هناك عجز كامل عن العمل ولا يتقاضى العاجز معاش الشيخوخة.

هذا ومن الجدير بالملاحظة أنه لا يشترط استقرار حالة العاجز قبل تقدير المعاش إذ يعاد النظر في مقدار المعاش مع كل تحسن أو تدهور في الحالة، ومن ناحية أخرى فحيث تقل درجة العجز عن ٣٠% أو أكثر إذا ما كان من شأن أداء الدفعة الواحدة معاونة العاجز على اكتساب رزقه كإقامة مشروع يتكسب من دخله.

#### ثانياً: العجز غير الإصابى ومزاياه النقدية:

فى سنة ١٩٥٧ أعيد النظر فى نظام تأمين المعاش بأكمله لتطویر مستوى المعاشات العجز (والشيخوخة) ومسايرتها لمستويات المعيشة، ووفقاً للوضع سنة ١٩٧٧ فهناك ٢٢ هيئة مستقلة لتأمين المعاشات وفقاً لقطاعات العمل (عمال السكك الحديدية/ المناجم/ الموظفين /... الخ) يدير كل منها عدد متساو من ممثلى العمال وأصحاب الأعمال شأن الهيئات الخاصة بتأمين إصابات العمل .

ويسرى تأمين المعاش إجبارياً فى شأن كافة العاملين حيث يقرر نوعين من المعاشات أحدهما فى حالة عدم القدرة على ممارسة المهنة (العجز المهني) Incapacity to Follow One's Vocation والآخر فى حالة عدم القدرة على التكسب (العجز العام) Incapacity to earn، وهكذا فإن معيار العجز الدائم هنا هو المعيار الإقتصادي للعجز المهني والعام على النحو التالى :

#### ١- العجز المهني : Occupational Disability

ويعبر عنه بعدم قدره على ممارسة المهنة السابقة أو أية مهنة مماثلة وتتوافر هذه الحالة حيث تنخفض القدرة على التكسب بأكثر من ٥٠% مما يحصل عليه القرين (غير العاجز) من حيث التدريب والمعرفة والقدرات Healthy Insured Person with Similar Training and equal Knowledge and abilities ومن هنا يتم تقرير حالة العجز بفحص العاجز طبياً وما يترتب على حالته من عجز مهني (على ضوء قدره

الذهنية والمؤهلات والخبرة وتتم مقارنة نوع العمل الذي يمكن للعاجز القيام به وما يحققه من دخل بنوع العمل الذي يقوم به مثيله في المؤهل والخبرة غير العاجز وما يحققه من دخل) فإذا تبين أن قدرة العاجز على الكسب تقل عن ٥٠% من قدرة مثيله غير العاجز فتعتبر حالته عجزاً دائماً مهنيًا موجباً لإستحقاق نوع المعاش المقرر لمثل هذه الحالة.

## ٢- العجز الدائم: General Disability

ويعبر عنه هنا بعدم قدره على التكسب من أى مهنة أو عمل حيث لا تسمح حالة العاجز بالانتظام فى أى عمل أو القيام بأى عمل ولو كان ذو عائد ضئيل، وفى مثل هذه الحالة فلا مجال لمقارنة قدرة العاجز على العمل بقدرة مثيله.

هذا وفى ذات الإتجاه يتم تحديد مزايا العجز الدائم (غير الإصابى) بمراعاة كل من معيار الدخل ومعيار الحاجة علنا نحو المستفاد ممايلى:

١- يتناسب المعاش مع متوسط أجر الإشتراك خلال الـ ١٨ شهرا السابقة على إستحقاقه مع حساب معدل أسخى إذا كان العجز عاما بواقع ١,٥% عن كل من سنوات الإشتراك مقابل ١% إذا كان العجز مهنيًا (ويقصد بسنوات الإشتراك هنا تلك التى أدت خلالها إشتراكات مضافا إليها المدة المتبقية حتى الخامسة والخمسين).

٢- تضاف للمعاش علاوة تكميلية Supplementary Allowance بواقع ١٠% منه عن كل طفل معال أو حيث تستلزم حالة صاحب المعاش إشرافا مستمرا Constant Attendance.

٣- يعاد النظر فى المعاشات بإستمرار للمحافظة على مسابرتها للارتفاع فى متوسطات الأجور.

## ثالثا: معاشات ضحايا الحرب War Victim's Pensions

وفقا لنظام معاشات ضحايا الحرب توفر معاشات للعاجزين نتيجة للحرب أو فترات الخدمة العسكرية، ويعتد هنا بكل من المعيار الطبى والمعيار الإقتصادى لتقرير حالة العجز كما يعتد بكل من معيار الدخل ومعيار التعويض لتحديد المزايا النقدية.

وهكذا يؤدي النظام معاشا أساسيا Basic Pension بغض النظر على القدرة على التكسب أو الدخل وذلك حيث يكون العجز طبيا Medical Disablement وتضاف لهذا المعاش علاوة خاصة إذا كان العجز شديدا بإضافة أخرى Extra Addition يتناسب مقدارها مع مدى الانخفاض في القدرة على الكسب Economic Productivity إذا أدى العجز لإنخفاض هذه القدرة بأكثر من ٥٠% فإذا حال العجز بين الشخص وبين ممارسة حرفته السابقة أدى له تعويضا عن الخسارة في المهنة أو الوظيفة .Compensation Payment for Professional or Occupational loss

تعدد معايير العجز الدائم وتعويضاته بالنظام الفرنسي وفقا لسبب العجز ومبررات ذلك: (١)

مع إنتهاء الحرب العالمية الثانية تطور النظام الفرنسي للتأمينات الإجتماعية تطورا ملحوظا فتم تحويل أسلوب تمويله إلى أسلوب الموازنة مع احتياطي لا يجاوز مزايا عام واحد ، وذلك تأثرا بإنهيار القوة الشرائية للعملة الفرنسية في الفترة السابقة على سنة ١٩٤٥ ، وحين تقرر إمتداد هذا النظام لكافة العاملين إعتبارا من سنة ١٩٤٧ فقد تم وضع حد أقصى لأجر الإشتراك ومن ناحية أخرى أسفرت المناقشات عن نبذ فكرة شمول النظام للعاملين لدى أنفسهم ، قياسا على ما جاء بتقرير بيفريدج بالمملكة المتحدة ، نظرا لخشيتهم مما يؤدي اليه ذلك من التأثير على إستقلاليتهم وإخضاعهم لنظام مالي حكومي صارم.

وهكذا فيما عدا نظام معاشات الحرب والذي لا يقتصر إهتمامه على حالات العجز الناشئة بسبب الخدمة الفعلية خلال الحرب بل يمتد لكافة المدنيين الذين يرجع عجزهم إلى الخدمة في القوات المسلحة أثناء السلم أو إلى الحرب مباشرة، فيما عدا هذا النظام فإن كل من تأمين الإصابات وتأمين العجز (غير الإصابي) يقتصر بما له على العاملين والممثلين التجاريين الذين لا يعملون لحسابهم الخاص ومن تحت التمرين أو التلمذه، وفي إطار هذه النظم تتعدد معايير حالات العجز الدائم وتعويضاتها النقدية على النحو التالي:

(1) Paul Greene , Op. Cit., PP. 26-28.

- David Callund, Op. Cit., PP. 105: 109.

## أولاً: بالنسبة لنظام العجز الناشئ عن الحرب War Disability

معيار العجز الدائم هنا هو المعيار الطبي Medical Criteria مع اختلاف العبارات الطبية التي تحدد درجة العجز بالنسبة لكل من الفئات التي يشملها النظام .. وفي هذا الإتجاه فإن معيار المزايا النقدية هو التعويض Compensation فلا يراعى في شأنها أن تكون بديلاً للدخل كما لا يوجد مدفوعات للنفقات المتزايدة للعاجز وإنما تحدد المزايا على ضوء مفهوم أشمل وهو التعويض عن الأضرار والذي يراعى فيه أن يكون كبيراً وأكثر سخاءً من كافة المزايا المقررة للعجز الناشئ عن أسباب أخرى ، وفي هذا يقال بأن ذوى المعاش العسكرى Military Pension يجب أن يتمتعوا بمزايا أفضل مما يحصل عليه ذوى العجز المدني Civilian Disability فالعجز أصابهم نتيجة دفاع كل منهم عن بلده The Defence of One's Country ومن هنا فإن إستحقاق المعاش العسكرى يفتح الباب لكثير من الإمتيازات Privileges فى العمل والإسكان والتنقل والمنح والقروض والضرائب .

### ثانياً: بالنسبة للعجز الإصابى:

يهتم تأمين الإصابات بتلك التي تقع للعامل فى مكان العمل نتيجة لحادث خلال خضوعه لتوجيهات صاحب العمل Under the Direction of his employer at his place of work أو أثناء الذهاب اليه أو العودة منه وكذا الإصابة بأحد الأمراض المهنية التي تتضمنها عدة جداول تخضع لتعديل دوري.

وقد طالب الكثيرون بإلغاء التفرقة فى المعاملة التأمينية بين الحالات الإصابية والحالات المرضية وتوحيد النظم القائمة فى نظام موحد Unified scheme أو توحيد المزايا وهو ما أدى إلى نوعين من التنسيق Harmonisation والذي تم من خلال القانون الصادر فى ١٩٧٥/٦/٣٠ بالأوضاع المتعلقة بشئون العاجزين Orientation in favour of handicapped persons بغض النظر عن سبب عجزه ، وقيل فى تبرير إستمرار قيام نظام مستقل للإصابات أنه إذا ما كانت معاشات عجز الحرب تتميز بسخاء ملحوظ تأسيساً على أن العجز قد نشأ بسبب الدفاع عن البلد فإن تعويض العجز الناشئ أثناء المساهمة فى الإنتاج القومى بقدر من السخاء النسبى يعتبر من حسن التخطيط Matter of policy

كما أن الإبقاء على نظام مستقل للإصابات يبسر جمع الإحصائيات وتحليلها مما يساهم في تطوير وسائل منع الحوادث Improving the prevention .of accidents

وعلى أي حال فإن معيار العجز الإصابي عباره عن خليط من المعيار الطبي والمعيار الإقتصادي إذ تكون العبرة باستقرار حالة العجز وإقرار الطبيب أو المستشفى بأن قدرة العاجز على العمل قد إنخفضت بشكل دائم Working capacity is permanently reduced ، ويتم تقدير درجة العجز بنسبة مئوية من العجز الكلي عن الكسب Total capacity to earn مع مراعاة العمر والحالة الصحية السابقة على العجز والوضع العائلي والمؤهلات المهنية ، عمليا فإن عملية التقدير تعتبر أساسا طبيه . Remains essentially medical

هذا أما المزايا النقدية فيتم تحديدها بمراعاة كل من معيار التعويض ومعيار الدخل فضلا عن المعيار الإجتماعي فلا يشترط لإستحقاق المعاش أية مدة إشتراك ويتناسب مقداره مع كل من الأجر السابق ودرجة العجز ، وقد يؤدي من دفعة واحدة إذا قلت درجة العجز عن ١٠% بل يجوز ذلك في حالات معينة لمن تبلغ درجة عجزه ١٠% أو أكثر بناء على طلب العاجز وبموافقة الهيئة التأمينية .

هذا وحيث يثبت أن هناك إهمالا Culpable negligence من جانب العامل أدى إلى الإصابة فإنه يجوز تخفيض المعاش، وعلى العكس إذا كان الإهمال من جانب صاحب العمل ، وهو نادر ما لم يكن هناك تجاوز صارخ لوسائل الأمن الصناعي المقرره قانونا ، فإنه يجوز زيادة المعاش .

وتضاف لمعاش العجز الكامل المستديم علاوة ملازمة مستمرة Constant Attendance Allowance بواقع ٤٠% منه بحد أدنى معين.

### ثالثا: بالنسبة للعجز غير الإصابي:

يعتبر معاش العجز غير الإصابي إمتداد لتأمين المرض العادي والمزمّن Ordinary and long - term Sickness Insurance والذي إمتد إختيارا سنة ١٩٦٧ إلى القائمين بأجر بالملازمة المستمرة لعاجز

يحصل على علاوة ملازمة مستمرة ... وحيث يقتصر المعاش على العامل العاجز فإنه لا يشمل العاجزين بالمولد أو من أصيبوا بالعجز قبل العمل ويبرر ذلك بأن العجز الذى يصيب مقدرة معروفة Distroyes known potential لشخص ذو تدرج وظيفى أو مهنى قائم فعلا إنما يعطل رب أسرته ويعتبر ولى بالإهتمام من ذلك الذى يقع قبل أن تنشأ على الشخص أية إلتزامات .

وهكذا يشترط لإستحقاق المزايا أن لا تقل مدة الإشتراك عن ١٢ شهرا مع الإعتداد بالمعيار الإقتصادى لحالة العجز فيعرف العاجز بأنه ذلك الذى لا يمكنه أن يحقق من أية مهنة أكثر من ثلث المكاسب العادية لعامل من ذات المهنة السابقة للعاجز Incapable of earning in any occupation more than one third of the normal earnings of a worker in his previous occupation ، ويستفاد من هذا المفهوم أمرين أولهما أن العبرة فى تحديد العجز الدائم إنما تكون بالنتائج الإقتصادية للعجز الطبى Economic consequences of medical disability وليس بالعجز الطبى فى حد ذاته فلا يهتم التأمين بتعويض الضرر أو المرض وإنما تعويض الخسارة فى الدخل الناتجة عن العجز أما الأمر الثانى فهو أن مدى العجز يتحدد بمقارنة قدرة العاجز على الكسب من أى مهنة بقدرته السابقة Present earning capacity in relation to that of the past ولإيضاح ذلك نفرض أن موسيقيا محترفا قد فقد القدرة على إستخدام إحدى يديه وهنا فرغم أنه أصبح عاجزا عجزا كاملا عن ممارسة مهنته السابقة فلا يستحق معاشا نظرا لأنه بالعمل كمدرس للموسيقى لا يقل دخله عن ثلث مرتبه السابق.

وعلميا لا يعتبر الشخص عاجزا عجزا كاملا إذا زادت مكاسبه السنويه عن الحد الأدنى للأجر الذى تودى على أساسه إشتراكات نظام التأمين الإجتماعى العام وفيما عدا مشكلة البحث عن علاقة السببية المباشرة بين العجز الطبى والعجز الإقتصادى A direct casual link between the medical and economic disability فلا تتور مشاكل عملية حول تقرير حالة العجز الجزئى أو تحديد مدى العجز فأساس التقدير هو فقد ثلثى القدرة على الكسب ويعتبر أساسا بسيطا وشامل، ومن ناحية أخرى يتم تقسيم العجز لمستويات ثلاثة أولها يضم العاجز القادر على العمل Disabled but able to work والثانى يضم العاجز

غير القادر على العمل Disabled unable to work أما الثالث فيتعلق بالعاجز غير القادر على العمل والذي يحتاج لمعاونة شخص آخر في القيام باحتياجات الحياة اليومية To help with the needs of every day living.

هذا أما المزايا النقدية فيتم تحديدها بمراعاة كل من معيار الدخل ومعيار الحاجة فيقرر مستويان للمعاش أولهما للعاجز الذي لا يعمل (العجز الكلى) والآخر للعاجز الذي يعمل (العجز الجزئى) كما تقرر علاوة للملازمة المستمرة لذوى العجز الشديد، ومن ناحية أخرى فهناك العديد من المزايا الإضافية للعاجزين من بينها ما يسمى بعلاوة الإسكان Housing Allowance التى تقرر بشروط خاصة لمن يقل دخله عن قدر معين ولا تقل درجة عجزه عن قدر يحدده قرار تنفيذى ، كما تنص المادة (٥٤) من القانون الصادر فى ١٩٧٥/٦/٣٠ بالمزايا القومية المتعلقة بشئون عامة العاجزين على توفير منح مالية لتهيئة إقامتهم بما يتناسب مع ظروف عجزهم .

تطور المعيار الموحد لحالات العجز الدائم مع إستمرار السخاء النسبى لتعويضات إصابات العمل بالنظام المصرى:

وفقا للقانون رقم ٤١٩ لسنة ١٩٥٥ أنشئت إعتبارا من ١٩٥٦/٤/١ مؤسسه للتأمين والإدخار للعاملين الخاضعين لأحكام قانون العمل ، تضمن لهم الحصول على مكافآت نهاية الخدمة المقررة بقانون العمل فضلا عن مدخرات إجباريه وتعويض من دفعة واحدة يتناسب مع الأجر يتزايد كلما كان السن صغيرا وذلك عند تحقق خطر الوفاة أثناء الخدمة أو إنتهاء الخدمة بسبب العجز الكامل قبل بلوغ الستين .

وفى مجال بيان حالات العجز الكامل نصت المادة الخامسة والعشرين من القانون المشار إليه على أنه " .. وتعتبر من حالات العجز الكامل حالات فقد البصر فقدا كليا أو فقد ذراعين أو ساقين أو ذراع واحدة وساق واحدة وحالات الجنون المطبق كذلك كل حالة عجز كامل يصيب العامل نتيجة حادث أو مرض يكون من شأنه أن يحول كلية وبصفة مستديمة بينه وبين مزاولة أية مهنة أو عمل يتكسب منه، وتثبت حالات العجز بشهادة طبية يقدمها العامل ويقرها طبيب المؤسسة

فإذا كان ما تضمنته الشهادة محل نزاع وجب عرض الأمر على الطبيب الشرعى الذى يقع فى دائرة إختصاصه محل إقامة العامل وذلك للفصل فيه...".

وإعتبارا من ١٩٥٩/٤/١ بدأ العمل بالقانون رقم ٢٠٢ لسنة ١٩٥٨ فى شأن التأمين والتعويض عن إصابات العمل والذى أسند هذا التأمين إلى مؤسسة التأمين والإدخار للعمال المنشأة بمقتضى القانون رقم ٤١٩ لسنة ١٩٥٥ المشار اليه ، ويلاحظ هنا عدم إختلاف مفهوم العجز الكامل إلا أن الحماية التأمينية إمتدت لحالات العجز الجزئى الناشئ عن إصابة عمل والتي تم النص على تقديرها وفقا للقواعد الآتية (م٢٧ من القانون):

١- إذا كان العجز مبينا بجدول ملحق بالقانون (يجوز للوزير المختص تعديله بناء على إقتراح من مجلس إدارة المؤسسة) روعيت النسب المئوية من درجة العجز الكلى المبينة به .  
٢- إذا لم يكن العجز مما ورد بالجدول المذكور فتقدر نسبته بنسبة ما أصاب العائل من عجز فى قدرته على الكسب على أن تبين تلك النسبة فى الشهادات الطبية.

وقد تميزت تعويضات العجز الإصابى بسخاء نسبى ملحوظ فإذا نشأ عن الإصابة عجزا كاملا إستحق المصاب عنه معاشا شهريا ٦٠% من أجره بحد أدنى وآخر أقصى، فإذا كان العجز جزئيا تقدر بـ ٤٠% أو أكثر من العجز الكامل إستحق المصاب معاشا يوازى نسبة ذلك العجز من معاش العجز الكامل .. فإذا قلت نسبة العجز الجزئى عن ٤٠% من العجز الكامل إستحق المصاب تعويضا معادلا لنسبة ذلك العجز مضروبة فى قيمة معاش العجز الكامل عن خمس سنوات ونصف ويؤدى هذا التعويض دفعة واحدة.

وهكذا فقد أخذ بمعيار موحد للعجز الدائم بغض النظر عن أسبابه، وقد تمثل هذا المعيار فى عدم القدرة على مزاوله أى مهنة أو عمل يتكسب منه العاجز أى فى المعيار الإقتصادى الذى يتولى تنفيذه الأطباء على ضوء حالات واردة بالقانون.

أما التعويضات النقدية فقد تمثلت فى مبلغ من دفعة واحدة يتناسب مع السن والأجر أو فى معاش يتناسب مع درجة العجز والأجر وهى

تطبيقات أولية لمعيار الدخل مع مراعاة السخاء النسبي لتعويضات العجز الناشئ عن إصابة عمل.

هذا ولم يغير قانون التأمينات الإجتماعية رقم ٦٣ لسنة ١٩٦٤ فى مفهوم العجز الكامل إلا أنه قرر معاشا لحالات العجز الكامل غير الإصابى الذى يثبت أثناء الخدمة أو خلال ستة أشهر من تاريخ إنتهائها وذلك بواقع ٢٥% من متوسط الأجر عن السنوات الثلاث الأخيرة أو فترة الإشتراك فى التأمين إن قلت عن ذلك بحد أدنى وآخر أقصى (٦٨م، ٦٩)، أما معاش العجز الإصابى فقد إمتد للحالات التى لا تقل فيها درجة العجز عن ٣٥%.

ومع بدء العمل بقانون التأمين الاجتماعى رقم ٧٩ لسنة ١٩٧٥ تم تطوير المزايا التأمينية للعجز الدائم فى إطار معيار الدخل ومع إستمرار السخاء النسبى لمزايا العجز الإصابى مع ملاحظة إتجاه محدود نحو مراعاة حالات ذوى العجز الشديد وذلك على النحو التالى: (١)

١- رفع الحد الأدنى النسبى لمعاش العجز الكامل غير الإصابى من ٤٠% إلى ٥٠% مع زيادة المعاش فى هذه الحالة بما يعادل نصف الفرق بينه وبين الحد الأقصى النسبى للمعاش (٨٠%) وبالتالي يصبح الحد الأدنى النسبى للمعاش ٦٥% من متوسط الأجر الشهرى خلال السنة الأخيرة.

٢- تحديد معاش العجز الكامل الإصابى بواقع ٨٠% مع الجمع بينه وبين الأجر بدون حدود وبينه وبين معاش تأمين الشيخوخة والعجز والوفاة فى حدود ١٠٠% من الأجر وبالتالي يصبح معاش العجز الكامل الإصابى ١٠٠% من متوسط الأجر الشهرى خلال السنة الأخيرة فى كافة الحالات .

٣- معاملة العجز الجزئى المستديم (الإصابى وغير الإصابى) معاملة العجز الكامل المستديم وذلك إذا أدى إلى إنتهاء الخدمة لعدم وجود عمل آخر للعامل العاجز جزئيا لدى صاحب العمل.

(١) د. سامى نجيب، دراسة لأحكام قانون التأمين الاجتماعى، الطبعة الثانية، دار النهضة العربية، القاهرة، سنة ١٩٧٨، ص ١٤: ص ١٦.

٤- زيادة معاش العجز (الكامل أو الجزئى) المستديم الذي ينهى الخدمة نتيجة إصااية عمل، فى نهاية كل فترة زمنية (٥% كل خمس سنوات حتى بلوغ الستين حقيقة أو حكما) تعويضا عن الحرمان من زيادة الأجر نتيجة الفصل بسبب الإصااية.

٥- إعتبارا من ١٩٨٠/٥/٤ تقرر إستحقاق صاحب معاش العجز الكامل المستديم إعانة عجز تقدر بـ ٢٠% شهريا من قيمة ما يستحقه من معاش إذا قررت الهيئة العامة للتأمين الصحى إنه يحتاج إلى المعاونة الدائمة من شخص آخر للقيام بأعباء حياته اليومية ويقف صرف هذه الإعانة فى حالة الإلتحاق بعمل أو زوال الحالة وفقا لما تقررره الهيئة المشار إليها أو وفاته. (١)

٦- لا تستحق أية تعويضات عن حالات العجز الجزئى غير الإصابى التى لا تؤدى إلى إنتهاء الخدمة وذلك بعكس حالات العجز الجزئى الإصابى التى إن بلغت نسبتها ٣٥% فأكثر إستحق المصاب معاشا يساوى نسبة ذلك العجز الكامل، أما إذا لم تصل إلى ٣٥% فيستحق المصاب تعويضا يقدر بنسبة ذلك العجز مضروبة فى قيمة معاش العجز الكامل عن أربعة سنوات، ويؤدى هذا التعويض دفعة واحدة.

هذا أما بالنسبة لمعيار العجز المستديم فقد روعى إعتبارا من ١٩٧٥/٩/١ الإعتداد بالمعيار الإقتصادى للعجز المهنى ، وإن إستقل الأطباء بتقدير حالة العجز، وذلك على النحو المستفاد من نص م/٥ ط من قانون التأمين الإجتماعى رقم ٧٩ لسنة ١٩٧٥ والتي تعرف العجز المستديم بأنه "كل عجز يؤدى بصفة مستديمة إلى فقدان المؤمن عليه لقدرته على العمل كليا أو جزئيا فى مهنته الأصلية أو قدرته على الكسب بوجة عام، وحالات الأمراض العقلية وكذلك الأمراض المزمنة والمستعصية التى يصدر بها قرار من وزير التأمينات بالإتفاق مع وزير الصحة". (٢)

(١) م ١٠٣ مكرر من القانون رقم ٧٩ لسنة ١٩٧٥ مضافة بالقانون رقم ٩٣ لسنة ١٩٨٠.

(٢) م ٥ ط معدله بالقانون رقم ٩٣ لسنة ٨٠ ليعمل بها من ١٩٧٥/٩/١.

وفي مجال تقدير نسبة العجز الجزئي (الإصابي) المستديم إهتمت المادة (٥٥) من القانون رقم ٧٩ بالنص على القواعد التالية:

- ١- إذا كان العجز مبينا بالجدول (٢) المرافق للقانون للقانون روعيت النسب المئوية من درجة العجز الكلي المبينة به .
- ٢- إذا لم يكن العجز مما ورد بالجدول المرافق للقانون فتقدر نسبته بنسبة ما أصاب العامل من عجز في قدرته على الكسب على أن تبين تلك النسبة في الشهادة الطبية.
- ٣- إذا كان للعجز المتخلف تأثيرا خاص على قدرة المصاب على الكسب في مهنته الأصلية فيجب توضيح نوع العمل الذي يؤديه المصاب تفصيلا مع بيان تأثير ذلك في زيادة درجة العجز في تلك الحالات على النسب المقررة لها في الجدول المرافق للقانون.

ولوزير التأمينات زيادة النسب الواردة في الجدول المذكور أو إضافة حالات جديدة بناء على إقتراح مجلس الإدارة.

ولنا هنا أن نلاحظ إتجاها عمليا نحو المعيار الطبي بالنسبة لبعض حالات العجز الإصابي فوفقا لقرار وزير التأمينات رقم ١٣٧ لسنة ١٩٧٨ أضيفت لجدول تقدير العجز المستديم العديد من حالات العجز الطبي غير الإقتصادي (أى التى لا يمكن القول بأنها تؤدي مباشرة إلى فقدان المؤمن عليه لقدرته على العمل أو الكسب كليا أو جزئيا) وذلك كحالات العجز الخاص بأعضاء التناسل بالذكور والإناث (يقدر العجز المستديم بواقع ٦٠% فى حالة فقد القضيب وترتفع النسبة إلى ٩٠% إذا صاحب ذلك فقد الخصيتين ، ويتراوح العجز بين ٤٠% ، ٦٠% فى حالة فقد الرحم والمبايض قبل سن البلوغ ) ... ومن شأن هذا الإتجاه تقدير المزايا المستحقة وفقا لمعيار التعويض عن العجز.

مجال وصور تطوير التعويضات التأمينية للعاجز كإنسان إجتماعي له دورين مرتبطين فى الحياة أولهما منسوبا إلى عمله أو مهنته السابقة والآخر تجاه أسرته ومجتمعه وهو فى هذا وذلك له مطالبة واحتياجاته الذاتية:

يستفاد من الدراسة التحليلية لحالات العجز الدائم وتعويضاتها النقدية بنظم التأمينات الاجتماعية، بكل من بريطانيا وهولندا والنرويج

والسويد وألمانيا الغربية وفرنسا ، إن هناك تطورا ملحوظا ومستمر في مفهوم تلك الحالات وتعويضاتها ... وهو تطور ينتقل بنا من مرحلة النظر للعاجز كأداة من أدوات العمل تقاس الخسارة الناشئة عن تعطلها بمقدار ما كانت تقوم به من دور إنتاجي لجهة العمل (وهي نظرة شكلية غير متعمقة) إلى مرحلة ينظر فيها إلى العاجز كإنسان إذا ما تأثره قدراته الإنتاجية بالمعنى السابق فإن ذلك يمتد عادة إلى قدرته على القيام بأعباء الحياة اليومية الطبيعية وبدوره الاجتماعي خاصة تجاه أسرته مما يستلزم فهما صادقا وعميقا لآثار العجز حتى يمكننا توفير الحياة المناسبة للعاجز طالما استمرت تلك الحياة .

لقد ظللنا وما زدنا ننظر في مصر إلى العجز الدائم باعتباره فقد القدرة على العمل بصفة مستديمة وبالتالي فإن تعويضاته تتحدد على ضوء الدخل الذي كان يحصل عليه العامل من عمله السابق على العجز.

وقد فاتنا هنا أن العاجز إنسان اجتماعي له دورين مرتبطين في الحياة أولهما منسوبا إلى عمله أو مهنته السابقة والآخر تجاه أسرته ومجتمعه وهو في هذا وذلك له مطالبه واحتياجاته الذاتية.

إننا إذا نظرنا للعامل كعنصر من عناصر الإنتاج فإنه يعتبر عاجزا إذا فقد القدرة على العمل سواء بوجه عام (عجز إقتصادي عام) أو بالنسبة لمهنته السابقة (عجز مهني) وحددت التعويضات النقدية على ضوء ما كان يحصل عليه من دخل قبل العجز (أى وفقا لما يسمى بمعيار الدخل) ... وهذا هو الوضع في مصر.

أما إذا نظرنا للعامل كتكوين جمالي حباه به الله عن سائر مخلوقاته ونظرنا لقدراته الذهنية والجسمانية باعتبار أن لها وظائفها الذاتية للعامل فإنه يعتبر عاجزا إذا لحقه أى تشوه جمالي أو قصور فى قدراته ووظائف أعضائه سواء كان لذلك أثره المباشر على القدرة على الكسب من عدمه (وهذا هو العجز وفقا لما يسمى بالمعيار الطبى) وهنا ينظر إلى التعويضات النقدية كتعويض عن التشوه أو القصور فى القدرات أو وظائف الأعضاء ... وهذا هو معيار التعويض الذى يحكم تأمين إصابات العمل الاجتماعى فى أغلب النظم والذى بدأ النظام المصرى فى الإتجاه اليه عمليا بصورة محدودة .

فإذا نظرنا للعامل كإنسان وكان إجتماعي فإن عجزه عن أداء عمله غالبا ما يصاحبه عجزا في القيام بمتطلباته الطبيعية وإحتياجاته الجسمانية البشرية ولا يترتب على ذلك مجرد فقد الأسرة لدوره الإنتاجي بل فقد دوره كأب أو كأم سواء من حيث التوجيه أو القيام بأعمال المنزل أو أعباء الأبناء ، بل أن حالة العاجز قد تستلزم تفرغ الغير كليا أو جزئيا لرعايته أو الإشراف عليه ، والعامل من كل هذه الجوانب له حقا أساسيا في أن ييسر له أسباب الحياة وأن يقوم بدوره الإجتماعي مما يستلزم قياس مدى كفاية التعويضات النقدية التي توفرها له نظم التأمينات الإجتماعية بمقدار كفايتها للوفاء بإحتياجاته وهو ما نراه بنظم الدول المتقدمة حيث يتبع في قياس كفاية التعويضات ما يسمى بمعيار الحاجة أو المعيار الإجتماعي.

وبالطبع فحيث ننظر للعاجز كإنسان وكان إجتماعي ونكون بصدد توفير حماية تأمينية كافية للوفاء بإحتياجاته فإننا لا نهتم بالعجز في حد ذاته ومتى أو أين أو كيف نشأ ولا يكون من مبرر لإختلاف المعاملة التأمينية بين العاجزين وفقا لسبب العجز إصابيا كان أم طبيعيا ، ولا يفسر مثل هذا الإختلاف ، الذي يوجد بأغلب نظم التأمينات الإجتماعية ، إلا باعتباره نتيجة لإعتبارات تاريخية تتعلق بنشأة نظم التأمينات وتدرج شمولها للأخطار التي يتعرض لها العامل وغيره من أفراد المجتمع ، فقد تعاملت تلك النظم مع العجز الإصابي في مرحلة مبكرة عن العجز الطبيعي وتأثرت بالمناخ القانوني السابق على نشأتها والذي كان يفترض مسؤولية النظام الصناعي عن الإصابة فكان الإهتمام بتعويض المصاب عن عجزه تاسيسا على قواعد المسؤولية المدنية والتقصيرية.

على أنه إذا ما أغفلنا الإعتبارات التاريخية التي أثرت في نشأة وتطور نظم التأمينات الإجتماعية ونظرنا لتلك النظم باعتبارها نظما تأمينية تسعى لتوفير حماية تأمينية كافية للمؤمن عليهم فإنها ستتأثر للعاجز كإنسان إجتماعي فتسعى في البداية لتأهيله لمباشرة وظيفته الإنتاجية والإنسانية والاجتماعية ثم توفر له من التعويضات النقدية ما يفي بإحتياجاته الجديدة وما ييسر له سبل الحياة.

ويستفاد من الدراسة التحليلية للنظم التي شملها البحث أن هناك صورا عديدة للحماية التأمينية التي توفرها نظم التأمينات الإجتماعية

المتقدمة للوفاء باحتياجات العاجز، وذلك فضلا عن التعويضات الدورية (المعاشات) الموحده أو المتناسبة مع الدخل السابق، ومن بين هذه الصور:

١- إضافات لذوي العجز الشديد ممن يحتاجون لرعاية أو إشراف مستمر:

وهذه توجد بمختلف الدول محل الدراسة بل وقد بدأ النظام المصرى فتقريبها وتسمى في بريطانيا بعلاوة الملازمة Attendance Allowance وغالبا ما يتفاوت مقدارها وفقا لمدى شدة حالة العجز .

٢- تعويضات لمن يتفرغ كليا أو جزئيا لرعاية ذوى العجز الشديد أو الإشراف عليهم:

وهذه تسمى في بريطانيا بعلاوة رعاية العاجز Attendance Allowance وتؤدى لمن يكون في سن العمل ويتفرغ لتقديم رعاية جوهرية منتظمة لواحد من ذوى العجز الشديد ممن يحصلون على علاوة.

٣- إضافات لتيسير حركة وتنقل العاجز: وذلك حيث لا يمكن للعاجز الحركة ولو باستخدام أطراف صناعية، ويكون من شأن تقريرها تيسير تنقل العاجز وحركته ولذا تسمى في بريطانيا بعلاوة الحركة Mobility allowance وتعتبر في النرويج من عناصر علاوة النفقات الإضافية للعجز.

٤- مبالغ أو إضافات للنفقات الإضافية للعجز: وذلك كتلك الخاصة بالتدفئة الإضافية أو زيادة معدل إستهلاك الملابس (كما في بريطانيا) وقد تمتد لتشمل العديد مع السلع والخدمات التي يحتاجها العاجزون دون غيرهم (كالكراسى المتحركة) أو يتزايد طلبهم عليها مع نشوء حالة العجز (كما هو الحال في هولندا) وقد تشمل الإسكان (كما في فرنسا) كما تشمل نفقات تيسير الحركة حيث لا توجد علاوة خاصة بها كما في النرويج.

٥- إضافات المعالين: وهذه توجد في كافة النظم محل الدراسة ويستحقها في النظام البريطانى من يتفرغ لرعاية ذوى العجز الشديد، وقد يراعى مضاعفتها إذا ما كان المعال بالغا.

٦- إضافات التعطل وانخفاض القدرة على العمل:  
وهذه تؤدي حيث لا يعتد بمعيار العجز الإقتصادي العام أو المهني عند تحديد العجز، وتسمى في بريطانيا والمانيا بإضافة التعطل unemployement addition حيث يحول العجز بين العاجز وأداء أي عمل، وقد توجد إلى جانبها إضافة لذوى العجز الجزئى ممن يؤثر عجزهم على قدرتهم على العمل بالمهنة الأصلية وهذه تسمى فى بريطانيا بعلاوة الشدائد الخاصة Special Hardship allowance وتقتصر فى نظام معاشات الحرب البريطانى على من تقل قدرته على العمل بمهنته الأصلية عن ٥٠% .

٧- تقرير إعفاءات ضريبية.  
كالإعفاء من ضريبة السيارات وضرائب الدخل (كما فى بريطانيا) أو خصم المصروفات الإضافية التى لا يؤدي عنها بدلا من الوعاء الضريبي (كما فى هولندا) .

وإذا كان لنا ننتهي إلى توصيات رئيسية فإنه يمكن إجمالها فيما يلي:

أولاً: المعيار التأميني لتقدير العجز الدائم ومداه هو المعيار الطبى الذى يهتم بتقدير التشوهات والقصور فى القدرات الذهنية والعضوية دون تفرقة بين حالات العجز وفقاً لمسببات العجز اصابيا كان أم غير اصابى .

ثانياً: يتعين تأمينا تحديد هيكل التعويضات بالنظر للعاجز وليس للعجز فتراعى إحتياجات العاجز الشخصية والعائلية وننظر لتلك التعويضات بحيث تقاس كفايتها بمدى وفائها بتلك الإحتياجات أى بما يسمى بمعيار الحاجة أو المعيار الإجتماعى وذلك مع مراعاة معيار الدخل لتحديد مستوى أساسى للتعويضات.

ثالثاً: إذا كان النظام المصرى قد إتجه عمليا إلى الإعتداد بالعجز الإصابى فى القدرات العضوية والذهنية بغض النظر عن أثره المباشر على القدرة على العمل وأجاز بالتالى الجمع بين تعويضات العجز

الإصابى والأجر بلا حدود فان على النظام المصرى أن يقرر ذلك صراحة  
بنصوص قانونية وأن يعتد بالمعيار الطبى لحالات العجز الدائم إصابية  
كانت أم طبيعية مع إعادة بناء هيكل المزايا التأمينية بحيث لا يقتصر  
تطورها على تزايد نسبتها للأجر السابق للعاجز بل تمتد وبدرجة ملحوظة  
للوفاء بإحتياجات العاجزين ومراعاة ظروفهم الذاتية.

**الفصل التاسع**  
**نظم التأمين الصحي الخاصة**  
**فى إطار النظام القومى للتأمين الصحى الإجتماعى**  
**دراسة تحليلية**

**تمهيد :**

يجيز قانون التأمين الإجتماعى الصادر بالقانون رقم ٧٩ لسنة ١٩٧٥ اعتماد النظم الخاصة للتأمين الصحى التى يقيمها أصحاب الأعمال للعاملين لديهم كبديل لسريان نظام التأمين الصحى الإجتماعى فى شأنهم وذلك مقابل تخفيض نسبة الاشتراكات المخصصة للعلاج والرعاية الطبية من ٤% من تلك الأجر فقط.

ومنذ بدأ العمل بقانون التأمين الإجتماعى المشار اليه فى ١٩٧٥/٩/١ ويتنازع اعتماد نظم التأمين الصحى الخاصة رأيان لكل منهما أسانيد العملية يرى أولهما التشديد فى اعتماد النظم الخاصة للتأمين الصحى وإقتصار ذلك على المناطق والجهات التى لا تتوفر فيها لدى الهيئة التأمينية على تنفيذ التأمين الصحى الهيئة العامة للتأمين الصحى) الإمكانيات الكافية لتقديم خدمات العلاج والرعاية الطبية المقررة قانونا باعتبار أن النظم الخاصة فنوية بطبيعتها ويفترض إنتشارها بين الجهات ذات مستوى الأجر المرتفعة والتى يفترض أن تكون من أولى الجهات التيمتد اليها التأمين الصحى الإجتماعى إتفاقا مع عموميته وما يستهدفه من تحقيق قدرا كبيرا من الضمان الإجتماعى، أما الرأى الثانى فيرى علكس أهمية وعدالة التوسع فى اعتماد النظم المشار اليها بل وتشجيعها باعتبار أن أهم شروط اعتماد تلك النظم تقديمها لحقوق تأمينية وخدمات أفضل للعلاج والرعاية الطبية ومن هنا فهى تلبمطالب العاملين ببعض الهيئات والشركات بل وتحافظ على ماقد يكون لديهم من حقوق مكتسبة سابقة على إمتداد التأمين الصحى الإجتماعى ويضيف أنصار هذا الرأى الدافع للنظم الخاصة لا يفترض أن يكون بالضرورة مرتبطا بقدرات تمويلية أكبر بل قد تدعو اليه رغبة أصحاب الأعمال فى توفير خدمات أفضل للعلاج والرعاية الطبية تودى إلى إنخفاض فترات العجز المؤقت عن العمل وما يودى اليه ذلك من إستقرار الإنتاج وتلافى ما قد يودى اليه طول فترة المرض من إختناقات فى العمل، ويضيفون أنه إذا ما إفترضنا جدلا إنتشار النظم الخاصة بين الجهات ذات مستويات

الأجور المرتفعة وإرتباطها بالتالى بالهيئات والعاملين ذوى القدرات التمويلية العالمية فإن التضامن الإجتماعى فى هذه الحالات يتحقق من خلال ما يفرضه القانون على الجهات المرخص لها بالتأمين الصحى الذاتى من أداء ١% من الأجور الشهرية كاشتراك شهري للهيئة العامة للتأمين الصحى الإجتماعى دون أن تقابل ذلك أية خدمات.

وأمام الأسانيد الفلسفية والعملية لكل من وجهتنا نظر فقد إنتصرت القرارات الوزارية التنفيذية التى تحدد شروط وأوضاع إعتداد نظم التأمين الصحى الخاصة للعاملين للرأى الأول فى مرحلة أولى حددنا فيها حالات ثلاثة لإعتداد النظم الخاصة: إذا كان نشاط صاحب العمل طبييا أو إقتضت طبيعة العمل بالمنشأة التنقل المستمر للعاملين أو فى أماكن نائية أو كان مقر المنشأة فى جهة لا تتوفر فيها إمكانيات للعلاج ... وفى مرحلة لاحقة إنتصرت القرارات الوزارية التنفيذية للرأى الثانى فتوسعت فى التصريح بإعتداد النظم الخاصة وأوردت بعض حالات لها على سبيل المثال لا الحصر ولم تستلزم سوى أن يكون لصاحب العمل نظاما للعلاج والرعاية الطبية لا يقل مستواه عن مستوى الخدمة الطبية التأمينية ... وهكذا إنتقل الأمر من التشدد والتحديد إلى التوسع بل والتشجيع.

ورغم ما يثيره التأمين الصحى الخاص من نقاط على جانب كبير من الأهمية تتصل بمفهوم نظام التأمينات الإجتماعية ودورها بل وترتبط بكيفية التعامل مع واحد من أهم الأخطار التى يهتم بها ذلك النظام وهو خطر المرض الذى يحتل أهمية خاصة لدى المؤمن عليهم لإرتفاع معدلات تكراره عن غيره من الأخطار التأمينية ... رغم هذا فإنه لا توجد دراسة تحليلية لنظم التأمين الصحى الخاص القائمة فى مصر من حيث مواردها المتاحة وبالتالى متوسط ما تخصصه للفرد من نفقات للعلاج والرعاية الطبية بالمقارنة لمتوسط التكلفة المقابل بالهيئة العامة للتأمين الصحى ومن حيث إذا كان علينا أن نعيد النظر فى نسبة الـ ١% التى تحصل عليها هيئة التأمين الصحى سواء بالزيادة أو بالنقصان فضلا عن منافسة وجهات النظر القائمة فى إطار نظام التأمين الإجتماعى وما يستلزمه ذلك من ضرورة إستخلاص إطار نموذجى للتأمين الصحى الذاتى يكفل حقوق المؤمن عليهم المالية فضلا عن حقهم فى الحصول على مستوى لا يقل عن مستوى الخدمة الطبية التأمينية إن لم يكن أفضل.

وهكذا تأتى أهمية دراسة النظم الخاصة للتأمين الصحى من خلال مساهمتها فى التأمين الصحى وبيان الأسس والضوابط التى يمكن من

خلالها للقائمين على نظام التأمين الصحي الإجتماعى القومى إجازة النظم الخاصة التى تقدم للإعتماد والتى تمكّنها من متابعة وفاء تلك النظم بالحقوق التأمينية للمؤمن عليهم، وأخيرا فإننا نهتم بتقدير الإشتراكات التى يتعين أن تساهم بها الجهات ذات النظم الخاصة فى تدعيم موارد نظام التأمين القومى.

### لماذا نظم خاصة للتأمين الصحى الذاتى:

أتاح نظام التأمين الصحى الإجتماعى المصرى ما يمكن أن نسميه بالتأمين الذاتى للعلاج والرعاية الطبية للعاملين وحقوقهم المالية خلال فترات العجز المؤقت عن العمل بسبب المرض مقابل تخفيض الإشتراكات المقرره بواقع ٥% إلى ١% من الأجور الشهرية للعاملين .

وبمراعاة أن العمومية والإجبارية من السمات الأساسية لنظم التأمينات الإجتماعية فإن التصريح لأصحاب الأعمال بنظم خاصة لأحد الأنواع التى يتعامل معها والتى تأخذ بطبيعتها طابعا فنويا إختياريا يعتبر إستثناءا من الأصل العام يتعين البحث فى مبرراته وإستخلاص الإطار العام لنظم التأمين الصحى الخاصة موضوع هذا الفصل بحيث تتضمن من الشروط والأوضاع والمستويات مايكفل الإطمئنان إلى وفائها بالهدف منها من حيث تحقيق رعاية تأمينية لا تقل عن تلك التى يوفرها النظام العام فضلا عن تأكيدها لمبدأ التضامن الإجتماعىالمزدوج الذى يعتبر من الملامح العامة لنظم التأمينات الإجتماعية وذلك من خلال البحث فى مدى كفاية نسبة الـ ١% التى تؤدى كمقابل لإعتماد النظم الخاصة المشار إليها.

### إطار التأمين الصحى الخاص:

تهدف الدراسة إلى إستخلاص إطارا نموذجيا للتأمين الصحى الخاص يتضمن الأحكام والمستويات الدنيا للحقوق التأمينية النقدية والعينية فى حالات المرض مع تحديد القدر المناسب من الإشتراكات الذى يتعين على الجهات ذات النظم الخاصة أدائه لنظام التأمين الصحى الإجتماعى العام تدعيما لموارده وتحقيقا للتضامن الإجتماعى بين

أصحاب الأعمال والمؤمن عليهم فى توفير مزايا التأمين الصحى على المستوى القومى.

ومن هنا فإن الدراسة لا تهتم بما إذا كان سيتم تنفيذ النظام الخاص من خلال جهاز خاص للرعاية الصحية لدى صاحب العمل أو من خلال صندوق خاص أو تأمين جماعى لدى إحدى شركات التأمين أو من خلال حسابات تحليلية خاصة فى إطار الموارد والنفقات العامة للمنشأة ذات النظم الخاص.

على أنه نظرا لإرتباط التأمين الصحى بنوعين من المزايا أحداها نقدية تتمثل فى تعويض العجز المؤقت عن العمل بسبب المرض والأخرى عينيه تتمثل فى خدمات العلاج والرعاية الطبية فإن الباحث يهتم بكل من هذين النوعين حتى يأتى الإطار العام النموذجى للنظم الخاصة شاملا لمختلف مزايا التأمين الصحى.

وحيث يتفق النظام المصرى للتأمين الصحى الإجتماعى العام مع السائد بنظم التأمين الصحى الإجتماعى بمختلف دول العالم من حيث عدم شموله لمزايا العجز الدائم والوفاء الناتجين عن المرض فإن الدراسة لا تمتد لهذه المزايا تأسيسا على توفيرها من خلال تأمين الشيخوخة والعجز والوفاء.

مبشرات النظم الخاصة ومدى إنتشارها على المستوى المحلى والدولى ومدى مساهمتها فى تمويل النظام القومى:

#### أولا : تمهيد:

فى ضوء الهدف من الدراسة ومن خلال إطارها العام فإننا نبدأ من واقع قانون التأمين الإجتماعى المصرى ولوائحه وقراراته التنفيذية باستخلاص مزايا التأمين الصحى وشروط إستحقاقها والحدود الدنيا لمستويات تقديم الخدمة الطبية التأمينية والشروط والأوضاع القائمة للتصريح لأصحاب الأعمال بالتقديم الذاتى للخدمات الطبية للعاملين لديهم حيث تنتهى فى ضوء ذلك إلى إستخلاص الإطار العام لما يجب أن تكون عليه نظم التأمين الصحى الخاصة ... وفى مرحلة ثانية نقوم بإجراء

دراسة تحليلية لنظم التأمين الصحى الخاصة القائمة فعلا من حيث نوعية نشاط المنشآت ومتوسط أجور العاملين مما يتيح لنا إستخلاص مدى صحة الفروض التى يستند إليها أنصار كل من التضييق والتوسع فى النظم الخاصة كما يتيح لنا إستخلاص نسبة الإشتراكات التى يتعين على ذوى النظم الخاصة أداءها للمساهمة فى تدعيم خدمات التأمين الصحى الإجتماعى على المستوى القومى وهل هى ١% أم أقل أم أكثر ... وفى مرحله الثالثة وأخيرة نقوم بإجراء دراسة مقارنة لنظم التأمين الصحى الإجتماعى بمختلف دول العالم بهدف إستخلاص مدى إنتشار النظم الخاصة للتأمين الصحى على المستوى الدولى وفى ضوء ذلك من خلال دراسة مدى توافر إمكانيات العلاج والرعاية الطبية لنظام التأمين الصحى الإجتماعى المصرى يمكن أن نستخلص ما إذا كان علينا أن نشجع النظم الخاصة ونتوسع فى اعتمادها أم نضيق منها ونحصرها فى حالات خاصة.

### ثانيا : نشأة وتطور التأمين الصحى فى مصر ومجال تطبيقه:

إستحدثت نظام التأمين الصحى فى مصر بالقانونين ٦٣<sup>(١)</sup> و ٧٥ لسنة ١٩٦٤<sup>(٢)</sup> ليسرى أولهما فى شأن العاملين بالقطاعات العام والخاص إعتبارا من ١٠/١/١٩٦٤ وعلى أن تديره الهيئة العامة للتأمينات الإجتماعية ويمتد تدريجيا بقرارات يصدرها الوزير المشرف على هذه الهيئة (وزير العمل وقتئذ) بحيث يتم سريانه على جميع الخاصعين لأحكامه فى جميع أنحاء الجمهورية خلال فترة لا تجاوز ١٩٦٧/٩/٣٠ ... أما القانون الثانى فيسرى فى شأن العاملين فى الحكومة والهيئات العامة وتديره الهيئة العامة للتأمين الصحى التى صدر بإنشائها قرار رئيس الجمهورية رقم ١٢٠٩ لسنة ١٩٦٤<sup>(٣)</sup>.

(١) صدر القانون رقم ٦٣ فى ١٩٦٤/٣/٢١ ونشر بالعدد ٦٧ من الجريدة الرسمية الصادر ١٩٦٤/٣/٢٢ ليعمل به إعتبارا من ١٩٦٤/٤/١ مع بدء العمل بالباب الخامس الخاص بالتأمين إعتبارا من ١٠/١/١٩٦٤ (قانون التأمين الإجتماعى رقم ٦٣ لسنة ١٩٦٤ الهيئة العامة للتأمينات الإجتماعية، ١٩٦٤).

(٢) صدر القانون رقم ٧٥ فى ١٩٦٤/٣/٢١ ليعمل به إعتبارا من ١٩٦٤/٩/٢٣ بعد ستة أشهر من نشره بالعدد ٧٨ من الجريدة الرسمية الصادر فى ١٩٦٤/٣/٢٣ (التشريعات الصحية والعلاجية، الهيئة العامة لشئون المطابع الأميرية، ١٩٨٤ ص ٣ إلى ص ٧).

(٣) صدر القرار الجمهورى رقم ١٢٠٩ لسنة ٦٤ فى ١٩٦٤/٣/٢٤ (مجموعة قوانين وقرارات التأمين الصحى، الهيئة العامة للتأمين الصحى، ١٩٧٥، ص ٤٥ إلى ٤٧).

وفى بيان نشأة التأمين الصحى ومبررات إستحداثه كنوع من أنواع التأمينات الإجتماعية التى تضمنها القانون رقم ٦٣ لسنة ١٩٦٤ جاءت العبارات التالية بمذكرته الإيضاحيه "تعتبر الرعاية الطبية وحماية صحة العمال من أولى المسائل التى تستهدفها نظم التأمينات الإجتماعية الشاملة لعلاقتها المباشرة بالإنتاج القومى وحماية القوى العاملة، ولقد فرضها المشرع على أصحاب الأعمال بالمادة ٦٥ من قانون العمل والزمهم بتوفير بعض عناصر الرعاية الطبية وأهمها:

- ١- توفير وسائل الإسعاف الطبى فى المنشأة.
- ٢- إستخدام ممرض ملم بوسائل الإسعاف.
- ٣- أن يعهد صاحب العمل إلى طبيب بعيادة العمال وعلاجهم فى المكان الذى يعده لهذا الغرض وأن يقدم لهم الأدوية اللازمة للعلاج إذا كان يستخدم مائة عامل فأكثر.
- ٤- توفير العلاج الشامل إذا زاد عدد عماله على خمسمائة.
- ٥- صرف أجر للعامل المريض يعادل ٧٠% من أجره عن التسعين يوما الأولى تزداد إلى ٨٠% عن التسعين يوما التالية وذلك خلال السنة الواحدة.

ولما كانت هذه الرعاية الطبية لا تشمل إلا عددا قليلا من العمال، ولذلك كان من الضرورى وضع نظام يكفل الخدمات الطبية لجميع العاملين مهما كان عددهم لدى صاحب العمل وقد إشتتمل القانون على الأحكام الخاصة بالتأمين الصحى على العاملين وأهمها ما يلى:

- ١ - سرىان أحكام التأمين الصحى تدريجيا بالنسبة إلى المنشآت والجهات التى يصدر بتحديدھا قرارات من وزير العمل) وذلك فى مدة أقصاھا ثلاث سنوات من تاريخ العمل بالقانون على أن يستمر تطبيق قانون العمل على العمال الذين لا ينتفعون بأحكام هذا القانون إلى أن تشملهم أحكامه .
- ٢ - المحافظة على الحقوق المكتسبة للعمال فقرر القانون قيام صاحب العمل بتحمل الفروق فى المعونة والخدمة بين ما يؤديه المشروع وما كان يؤديه صاحب العمل ماد ٥٠) .
- ٣ - زيادة المعونة المالية إلى ما يعادل ٧٥% من الأجر المسدد عنه الإشتراك عن التسعين يوما الأولى تزداد بعدها إلى ما يعادل ٨٥% من أجر العامل وكذلك تأدية الأجر كاملا للمريض بالدرن أو الجذام أو

بمرض عقلى أو بأحد الأمراض المزمنة حتى يتم شفاؤه أو تستقر حالته إستقرارا يمكنه من العودة إلى عمله أو يثبت عجزه كاملا عن مزاوله أية مهنة أو عمل ماد ٥٨ .

٤- رعاية المرأة العاملة فى حالتى الحمل والوضع وتقرير حقها فى الرعاية الطبية فضلا عن تحديد المعونة المقررة لها (مادة ٦٠).

٥ - إشتراكات العمال وأصحاب الأعمال فى تمويل هذا التأمين فضلا عن الرسم الذى يؤديه المريض على أن يراعى فى تحديده ألا يكون مرهقا للعامل بحيث يحجم عن طلب العلاج إذا مرض، كما لا يكون بسيطا بالدرجة التى تحول دون الحد من حالات التمارض أو سوء الإستغلال (مادة ٤٨) .

٦ - التخفيف على بعض فئات العمال ذوى الأجور الضئيلة إذ أجاز القانون إعفاءهم من أداء الإشتراك المقرر عليهم وهو ١% إذا كانت أجورهم تقل عن حد معين (مادة ٤٨) .

٧ - إعفاء أصحاب الأعمال والعمال من الإشتراكات طوال مدة عمل العمال خارج الجمهورية وإجازة تخفيض إشتراكات صاحب العمل الذى يقدم المعونة والعلاج لعماله (مادة ٤٨ و ٤٩) .

٨ - قرر القانون للمؤمن عليه الذى يتخلف لديه عجز الحق فى الخدمات- التأهيلية والأطراف والأجهزة الصناعية والتعويض (مادة ٥٤) .

٩ - الزم صاحب العمل الذى يمتلك مستشفى مخصصا لعلاج عماله بالتعاقد مع الهيئة أو أن يعهد إليها بإدارة المستشفى وتولى علاج العامل سواء كانوا من عماله أو غيرهم حتى لا تكون هناك طاقات معطلة مادة (٥٥) .

ولنا هنا أن نلاحظ فى مجال موضوع الدراسة أمور أربعة:

الأول : تقرير سريان التأمين الصحى تدريجيا خلال مدة أقصاها ثلاث سنوات من ١/١٠/٦٤ ... وهو الأمر الذى لم يتحقق رغم أكثر من عشرين عاما .

الثانى : حرص القانون على الإشارة فى المادة ( ٥٠ ) منه إلى ما يكون للعامل من حقوق مكتسبة بمقتضى لوائح أو نظم خاصة أو عقود مشتركة أو غيرها سواء فيما يتعلق بمعونة العجز الموقت عن العمل بسبب المرض أو من حيث مستويات الخدمة العلاجية التأمينية ونص صراحة على التزام صاحب العمل بتحمل الفروق الناشئة عن ذلك.

الثالث : أجاز القانون فى المادة ( ٤٦ ) التصريح لصاحب لعمل بتقديم العلاج الطبى وصرف المعونة المالية المنصوص عليها بالقانون إذا كان يستخدم مائة عامل فأكثر وعلى أن يؤدى اشتراكا شهريا لا يقل عن ١% من أجور عماله.

الرابع : نص القانون فى مادته الخامسة والخمسين على الزام كل صاحب عمل يمتلك مستشفى مخصص لعلاج عماله أن يتعاقد مع الهيئة القائمة على تنفيذ نظام التأمينات الإجتماعية على علاج العمال بها إذا طلبت الهيئة ذلك وسمحت إكانات المستشفى به ولصاحب العمل فى هذه الحالة أن يعهد إلى الهيئة المشار إليها بإدارة المستشفى.

هذا ووفقا لقرار رئيس الجمهورية رقم ٣٢٩٨ لسنة ١٩٦٤ الصادر فى ١٠/٣١/١٩٦٤ أسند إلى الهيئة العامة للتأمين الصحى تقديم خدمات العلاج والرعاية الطبية.

وبتتبع تطور التأمين الصحى ومجال تطبيقه يمكن أن نشير إلى المراحل التالية:

١- فى ١٩٦٤/٩/٢٨ أصدر وزير العمل قبل نقل إختصاصه لوزير الصحة) قرارا بسريان التأمين الصحى إعتبارا من ١٠/١/١٩٦٤ على جميع المنشآت التى يسرى فى شأنها قانون التأمينات الإجتماعية بمحافظتى بورسعيد والأسكندرية ... ولنا هنا أن نلاحظ عدم توافر إكانات العلاج اللازمة فى هذا الشأن فلم يتسنى التنفيذ العملى للقرار المشار اليه وإنتقل إختصاص تقديم خدمات العلاج والرعاية الطبية إلى الهيئة العامة للتأمين الصحى التابعة لوزير الصحة الذى بادر بإصدار القرارين ٥٢ و ٣٦٦ لسنة ١٩٦٥ بإقتصار سريان أحكام التأمين الصحى على المنشآت الموجودة بمحافظة الأسكندرية فقط وبشروط الأ يقل إجمالى عدد العاملين بها عن مائة عامل وذلك بأثر رجعى إعتبارا من

١٠/١/١٩٦٤ التاريخ السابق تحديده بالقرار رقم ١٩ لسنة ١٩٨٤ لسريان التأمين الصحى على جميع المنشآت بمحافظة الإسكندرية وبورسعيد أيا ما كان عدد العاملين بها (١).  
٢- إعتبارا من ١٩٦٧/٥/١ إمتدت أحكام التأمين الصحى إلى المنشآت الموجودة بمحافظة الإسكندرية التى يتراوح عدد العاملين بها بين ٢٠ عاملا و٩٩ عاملا (٢).

٣- إعتبارا من ١٩٦٧/٧/١ تولت الهيئة العامة للتأمين الصحى إختصاصات الرعاية الطبية (بما فيها علاج إصابات العمل وأمراض المهنة) للعاملين بالمؤسسة المصرية العامة للمصانع الحربية والوحدات الإقتصادية التابعة لها وآلت إليها جميع الوحدات العلاجية والصيدليات والمخازن التابعة للمؤسسة المشار إليها ووحداتها وما يوجد بها من أدوية ومستلزمات طبية ومهمات ومعدات وأجهزة وغيرها مما يتعلق بمباشرة الخدمات الطبية كما تم نقل جميع العاملين بجهاز الخدمات الطبية للمصانع الحربية من أطباء وصيادلة وفنيين وإداريين وكتابين ومهنيين وغيرهم بدرجات إلى ميزانية الهيئة العامة للتأمين الصحى مع ملاحظة تنفيذ القانون رقم ٧٥ لسنة ١٩٦٤ على العاملين بالمؤسسة العامة للمصانع الحربية وتطبيق القانون رقم ٦٣ لسنة ١٩٦٤ على العاملين بالوحدات الإقتصادية التابعة لها. (٣)

٤- إعتبارا من ١٩٧٥/٩/١ بدأ العمل بقانون التأمين الإجتماعى رقم ٧٩ لسنة ١٩٧٥ ليحل محل قوانين المعاشات المدنية وقانون التأمينات الإجتماعية ويسرى بالتالى فى شأن العاملين بالقطاع الحكومى والقطاعين العام والخاص، وأهم ما نلاحظه فى شأنه بالنسبة لموضوع البحث ما يلى:

- 
- (١) سامى نجيب، التأمينات الإجتماعية وأصحاب الأعمال ، دار النهضة العربية، القاهرة، ١٩٦٨ ، ص ٣٣ ، ٣٤.  
(٢) قرار وزير الصحة رقم ٦٠ لسنة ١٩٦٧ الصادر فى ١٩٦٧/٣/٢٦ والمنشورة بالعدد ٣٨ من الوقائع المصرية الصادر فى ١٩٦٧/٤/١ ليعمل به من ١٩٦٧/٥/١ (٢م).  
(٣) قرار رئيس الجمهورية رقم ١٥٨٥ لسنة ١٩٦٧ الصادر فى ١٩٦٧/٨/٢٩ والمنشور بالعدد ٧٨ من الجريدة الرسمية الصادرة فى ١٩٦٧/٩/٧ والذى تنص مادته السادسة على العمل به إعتبارا من ١٩٦٧/٧/١.

- نص القانون على سريان التأمين الصحي تدريجيا دون تحديد فترة زمنية (١).

- أجاز لأصحاب المعاشات طلب الإنتفاع بأحكام العلاج والرعاية الطبية مقابل ٢% من معاشاتهم ... وقد خفضت هذه النسبة إلى ١% من المعاش بالقانون رقم ٢٥ لسنة ١٩٧٧ وذلك بأثر رجعي إعتبارا من ١٩٧٥/٩/١ وصدر قرار وزير التأمينات رقم ٧٢ لسنة ١٩٨٥ بإجراءات طلب إنتفاع صاحب المعاش بأحكام العلاج والرعاية الطبية عند تقديم طلب صرف المعاش (٢).

- أجاز بقرار من رئيس الجمهورية خفض حصة المؤمن عليهم وأصحاب المعاشات (البالغة ١% من الأجر أو المعاش حسب الأحوال) نظير تحملهم بمقابل يحدده القرار للإنتفاع بخدمات العلاج وجزء من ثمن الأدوية والفحوص المعملية (٣) ... وقد ألغى هذا النص بأثر رجعي بالقانون رقم ٢٥ لسنة ١٩٧٧.

- أجاز القانون قيام الهيئة العامة للتأمين الصحي بالتصريح لصاحب العمل بعلاج عمالهم ورعايتهم طبيا وفقا للشروط والأوضاع التي يصدر بها من وزير الصحة بالإتفاق مع وزير التأمينات، وقد صدر في هذا شأن قرار وزير الصحة رقم ٣٩٣ لسنة ١٩٧٧ الذي حل محله مؤخرا القرار رقم ٢٣ لسنة ١٩٨٧.

- أجاز القانون صدور قرار جمهوري بسريان التأمين الصحي على زوج المؤمن عليه ومن يعولهم من أولاده على أن يبين القرار شروط وأوضاع الإنتفاع بالتأمين ونسبة الإشتراك، ووفقا للقانون رقم ٩٣ لسنة ١٩٨٠ إنتقلت سلطة إصدار قرار إمتداد التأمين للصحلا أسرة إلى رئيس الوزراء كما إمتد الأمر إلى زوج صاحب المعاش (٤) ... وتنفيذا لذلك صدر

(١) م ٧٣ من القانون رقم ٧٩ لسنة ١٩٧٥ .

(٢) المواد ٧٣ و ٧٤ من القانون رقم ٧٩ لسنة ١٩٧٥ معدله بالقانون رقم ٢٥ لسنة ١٩٧٧ .

(٣) م ٢/٧٢ قبل تعديلها .

(٤) م ٧٥ من القانون معدله إعتبارا من ١٩٨٠/٥/٤ بالقانون رقم ٩٣ لسنة ١٩٨٠ .

فى ١٠/١/١٩٨١ قرار رئيس مجلس الوزراء رقم ١ لسنة ١٩٨١ الذى يجيز للأرملة المستحقة لمعاش وفقاً لأحكام قانون التأمين الإجتماعى طلب الإنتفاع بأحكام العلاج والرعاية الطبية مقابل إشتراك قدره ٢% من معاشها وذلك بشرط ألا تكون من المؤمن عليهم أو صاحبة معاش عن نفسها وظلما لم تتزوج (١) ... وفى ٢/٧/١٩٨١ صدر قرار رئيس مجلس الوزراء رقم ١٠ لسنة ١٩٨١ بانتفاع أسر المؤمن عليهم وأصحاب المعاشات (الزوجة والأولاد الذين تتوافر فى شأنهم شروط إستحقاق المعاش) من مواطنى محافظة الأسكندرية بحق العلاج والرعاية الطبية وذلك مقابل إشتراك قدره ١% من الأجر أو المعاش (يوزع مناصفة بين المؤمن عليه أو صاحب المعاش وبين صاحب المعاش وبين صاحب العمل بالنسبة للمؤمن عليهم والدولة بالنسبة لأصحاب المعاشات) وذلك فضلا عن مقابل خدمة يؤديه المؤمن عليه أو صاحب المعاش عند طلب الخدمة(٢).

٥- إعتبارا من ١/١/١٩٨٢ إمتدت أحكام التأمين الصحى إلى العاملين بمنشآت القطاعين العام والخاص التى يعمل بها من ٥:٤٩٤ عاملا بجميع محافظات الجمهورية ، ويعتبر فى حكم المنشأة فى هذا الشأن الفروع التى تقع فى نطاق الشريحة المشار إليها (٣).

٦ - إعتبارا من ١/١/١٩٨٤ إمتدت أحكام التأمين الصحى إلى العاملين بشركات ومنشآت ومكاتب القطاعين العام والخاص التى يعمل بها من ١:٤ عاملا بجميع محافظات الجمهورية ، وفى هذا الشأن يعتبر فى حكم المنشأة فروع الشركات والمنشآت الواقعة فى نطاق الشريحة المشار إليها (٤).

- 
- (١) فى ٢٦/١/١٩٨١ أصدر وزير التأمينات القرار رقم ١٤ لسنة ١٩٨١ فى شأن إنتفاع الأرملة بحق العلاج والرعاية الطبية (موسوعة التأمينات الإجتماعية للعاملين، دار النهضة العربية ، الطبعة الثانية ، ١٩٨٥ ، ص ١٤٨ ، ١٤٩) .
- (٢) صدرت القواعد التنفيذية لإنتفاع أسرالمؤمن عليهم وأصحاب المعاشات بالعلاج والرعاية الطبية بقرار وزير الصحة رقم ٨٠٤ لسنة ١٩٨١ الصادر فى ١٠/١/١٩٨١ .
- (٣) قرار وزير الصحة رقم ٨٥٨ لسنة ١٩٨١ المعدل بالقرار رقم ١٦٠ لسنة ١٩٨٢ .
- (٤) قرار وزير الصحة رقم ٥٥٣ لسنة ١٩٨٣ .

٧ - إعتبارا من ١٩٨٥/١/١ إمتدت أحكام التأمين الصحى إلى العاملين بالمخابز البلدية والشامية من القطاع الخاص (١)، ولنا أن نلاحظ هنا أنه كان قد سبق لوزير الصحة إصدار قرار بسريان التأمين الصحى لهذه الفئة من العاملين إعتبارا من ١٩٨٠/١٠/١ (٢) ولم يتسقى تطبيقه عمليا لما قد يؤدي إليه سريانه من زيادة تكلفة المخابز وإستلام ذلك عرض الأمر على اللجنة العليا للسياسات ليكون التأمين على عمال المخابز على أساس الأجور الحكمية للعمال الفنية والإدارية للعاملين بهذا القطاع والمحددة بقرار من وزير التأمينات (٣) .

٨- صدرت بعض قرارات وزارية بامتداد التأمين الصحى إلى بعض الهيئات والمنشآت فى تواريخ سابقة على القرارات المشار إليها بالبند السابفة وبعضها يتجاوز عدد العاملين به ٥٠٠ عاملا (٤) وفيما عدا هذه الحالات المحددة فإن التأمين الصحى لا يشمل حتى الآن الفئات الآتية:  
- المنشآت التى يبلغ عدد العاملين بها ٥٠٠ عاملا فاكثرا .  
- العمال الذين تتحدد أجورهم التأمينية بصورة حكمية وأهم فئاتهم عمال المقاولات (٥) .

(١) قرار وزير الدولة للصحة رقم ٧٦٣ لسنة ١٩٨٤ الصادر فى ١٢ / ١٢ / ١٩٨٤ .  
(٢) قرار وزير الصحة رقم ٩٨ لسنة ١٩٨٠ والنالغى وحل محله القرار المشار اليه بالهامش السابق .

(٣) الأجور الحكمية الواردة بقرار وزير التأمينات رقم ١٧٥ لسنة ١٩٨١ بعد زيادتها بواقع %

(٤) ومثال ذلك العاملين بشركة النيل العامة للنقل النهري (بالقرار رقم ٦٤٠ لسنة ٩٨٣) ومجمع اللغة العربية بالقاهرة (بالقرار رقم ٤٠٨ لسنة ٩٨٤) والعاملين بمرفق أتوبيس مدينة طنطا (بالقرار رقم ٥١٩ سنة ٩٨٤) وشركة حلوان للأجهزة المعدنية (بالقرار رقم ١٨٩ لسنة ٩٨٥) ومصنع تنمية الصناعات الكيماوية بأسسيوط (بالقرار رقم ٢٧٨ لسنة ٩٨٥) والشركة الشرقية للغزل والنسيج وفروعها بالشرقية (بالقرار رقم ٤ لسنة ٩٨٦) ومصنع الشركة المصرية للإنشاءات المعدنية ميتالكو بـ منهور شبرا (بالقرار رقم ٤٦ لسنة ٩٨٦) وشركة القاهرة للصباغة والتجهيز وفروعها بالقاهرة والقلوبية (بالقرار رقم ٨٩ لسنة ٩٨٦)

(٥) ومن بين هذه الفئات أيضا عمال المخابز البلدية إلا أنه قد إمتد اليهم التأمين الصحى إعتبارا من ١٩٨٥ على النحو السابق بيانه . وتوجد أيضا فئة أخرى ولكنها محدودة وهى العاملين على السيارات بالقطاع الخاص الذى يقتصر نشاطه على النقل بالسيارات كمالى سيارات الأجرة والسيارات الخاصة .

### ثالثاً: مزايا التأمين الصحي وشروط إستحقاقها:

تتمثل مزايا التأمين الصحي فى العلاج والرعاية الطبية وتعويضات العجز المؤقت عن العمل بسبب المرض مصاريف الإنتقال من وإلى جهة العلاج)، وبوجه عام فإن هناك مدة مؤهلة لإستحقاق مزايا التأمين قدرها ثلاثة أشهر متصلة أو ستة أشهر متقطعة بحيث يكون الشهران الأخيران متصلين ، وتمتد هذه المهلة إلى عشرة أشهر بالنسبة لإستحقاق تعويض الأجر فى حالات الحمل والوضع ... مع مراعاة ما يلى (١):  
- يدخل فى حساب المدة المؤهلة مدد إنتفاع المريض بمزايا العلاج التى يقدمها صاحب العمل على نفقته .  
- يستثنى من شرط المدة المؤهلة العاملون بالقطاعات الحكومى والعام بافتراض خضوعهم لكشف طبي عند بدء التحاقهم بالعمل .

ومن المناسب أن نضيف هنا أن قانون التأمين الإجتماعى الصادر بالقانون رقم ٧٩ لسنة ١٩٧٥ يوقف سريان التأمين الصحى خلال ثلاثة أنواع من المدد (٢):

- مدد عمل المؤمن عليه لدى جهة لا تخضع للتأمين الصحى...  
وبالتالى يفترض عدم توافر إمكانيات العلاج والرعاية الطبية بها .  
- مدد التجنيد والإستيقاء والإستدعاء للقوات المسلحة ... حيث يفترض خضوع المؤمن عليه لنظام العلاج المقرر لأفراد القوات المسلحة.

- مدد الإجازات الخاصة والإعارات والأجازات الدراسية والبعثات العلمية التى يقتضيها المؤمن عليه خارج البلاد ... تلافياً لإساءة إستغلال التأمين حيث لا تتوافر رقابة على العلاج ولا يمكن تحديد مستوياته ولا يتعارض ذلك مع الحالات التى يتحقق فيها المرض داخل الجمهورية وتستلزم فيها حالة المريض العلاج بالخارج .

(١) م ٧٦ و ٧٩ من القانون رقم ٧٩ لسنة ١٩٧٥ مع مراعاة إستثناء العاملين بالقطاعات الحكومى والعام من شرط المدة المؤهلة بموجب التعديل الصادر بالقانون رقم ٢٥ لسنة ١٩٧٧ والذى يعمل به بأثر رجعى اعتباراً من ١٩٧٥/٩/١ .

(٢) م ٧٧ من القانون رقم ٧٩ لسنة ١٩٧٥ مع مراعاة إضافة النوع الثالث من مدد وقف التأمين بالقانون رقم ٢٥ لسنة ١٩٧٧ بأثر رجعى اعتباراً من ١٩٧٥/٩/١ .

وفيما يلي نبين مزايا التأمين بنوعيتها :

( أ ) المزايا العينية :

- وهذه تتمثل فى العلاج والرعاية الطبية ويقصد بذلك ما يأتى<sup>(١)</sup>:
- ١- الخدمات الطبية التى يوديتها الممارس العام .
  - ٢- الخدمات الطبية على مستوى الأخصائيين بما فى ذلك اخصائى الأسنان .
  - ٣- الرعاية الطبية المنزلية عند الإقتضاء .
  - ٤- العلاج والإقامة بالمستشفى أو المصح أو المركز المتخصص.
  - ٥- العمليات الجراحية وأنواع العلاج الأخرى حسب ما يلزم.
  - ٦- الفحص بالأشعة والبحوث المعملية "المخبرية" اللازمة وغيرها من الفحوص الطبية وما فى حكمها .
  - ٧- صرف الأدوية اللازمة فى جميع الحالات المشار إليها فيما تقدم.
  - ٨- توفير الخدمات التأهيلية وتقديم الأطراف والأجهزة الصناعية والتعويضية وذلك طبقاً للشروط والأوضاع التى يحددها قرار من وزير الصحة بالإتفاق مع وزير التأمينات ، وقد صدر فى هذا الشأن القرار رقم ١٤١ لسنة ١٩٧٦ مقررًا صرف الأجهزة التالية إذا إستقرت حالة المريض وقرر طبيب الهيئة العامة للتأمين الصحى أن من شأن صرفها معاونته على أداء عمله أو أداء أى عمل آخر مناسب لحالته أو لقضاء حاجته مع مراعاة أن تقف تلك الأجهزة مع المواصفات التى تقررها الهيئة ولا يتعارض تركيبها مع الحالة الصحية للمريض :
  - أجهزة تعويضية للعيون وتشمل النظارات بأنواعها والعيون الصناعية والعدسات اللاصقة.
  - أجهزة تعويضية للأسنان وتشمل الطاقم الكامل والتركيبات الجزئية .
  - أجهزة تعويضية للجراحة والعظام وتشمل الأطراف السفلية والعلوية والأجهزة الساندة للعمود الفقرى والأطراف والأحزمة الساندة والعكاز والعصى بأنواعها والكراسى المتحركة بأنواعها والأجهزة الخاصة بتفليح القدمين بدرجة تعيق المنتفع عن أداء العمل .
  - أجهزة الشلل للأطراف السفلى .

(١) م ٤٧ و ٧٤ من القانون ٧٩ لسنة ١٩٧٥ .

- الأجهزة التعويضية للأذن والسماعات .  
- الشعر المستعار (الباروكه) بالنسبة للأثاث .  
وتكون إستعاضة الأجهزة عاليه أو إصلاحها وفقا للأسس التى  
يصدر بتحديدھا قرار من رئيس مجلس إدارة الهيئة العامة للتأمين  
الصحي.

### (ب) الحقوق المالية:

وهذه تشمل تعويض العجز المؤقت عن العمل بسبب المرض  
ومصاريف الانتقال من وإلى جهة العلاج وتتحدد على النحو التالى :

١- إذا حال المريض بين المؤمن عليه وبين أداء عمله يستحق  
خلال فترة مرضه تعويضا يعادل ٧٥% من أجره اليومي المسدد عن  
الإشتراكات لمدة تسعين يوما وتزداد بعدها إلى ما يعادل ٨٥% من الأجر  
المذكور ويشترط ألا يقل التعويض فى جميع الأحوال عن الحد الأدنى  
المقرر قانونا للأجر .

ويستمر صرف التعويض طوال مدة مرضه أو حتى ثبوت العجز  
الكامل أو حدوث الوفاة بحيث لا تتجاوز مدة ١٨٠ يوما فى السنة  
الميلادية الواحدة وطالما لم يخالف المؤمن عليه تعليمات العلاج.  
وإستثناء من الأحكام المتقدمة يمنح المريض بالدرن أو الجزام أو  
بمرض عقلى أو بأحد الأمراض المزمنة التى يصدر بها قرار من وزير  
الصحة (١)، تعويضا يعادل أجره كاملا طوال مدة مرضه إلى أن يشفى أو  
تستقر حالته إستقرارا يمكنه من العودة إلى مباشرة عمله أو تعيين عجزه  
عجزا كاملا .

٢ - تستحق المؤمن عليها فى حالة الحمل والوضع تعويضا عن  
الأجر يعادل ٧٥% من الأجر المسدد عنه الإشتراكات وذلك عن مدة  
إجازة الحمل والوضع المنصوص عليها بقانون العمل أو بأنظمة العاملين  
المدنيين بالدولة أو القطاع العام بحسب الأحوال .

(١) صدر فى هذا الشأن قرار وزير الصحة رقم ٦٣ لسنة ١٩٧٦ الذى الغى وحل  
محله اعتبارا من ١٧/١١/١٩٨٤ قرار وزير الصحة رقم ٦٩٥ لسنة ١٩٨٤ .

٣ - تتحمل الجهة المختصة بصرف تعويض الأجر (١) مصاريف إنتقال المريض بوسائل الإنتقال العادية من محل الإقامة إلى مكان العلاج إذا كان يقع خارج المدينة التي يقيم بها وبوسائل الإنتقال الخاصة متى قرر الطبيب المعالج أن حالة المريض الصحية لا تسمح باستعماله ووسائل الإنتقال العادية، ووفقا للتنظيم والقواعد الصادر بها قرار من وزير التأمينات (٢).

.... هذا ولذا أن نلاحظ في بيان مزايا التأمين الصحي بنوعيتها حرص قانون التأمين الإجتماعي الحالي على ترديد ما نص عليه القانون السابق من أن تلك المزايا لا تخل بما قد يكون للمريض من حقوق مقررة بمقتضى القانون أو اللوائح أو النظم الخاصة أو العقود المشتركة أو الإتفاقيات أو غيرها فيما يتعلق بتعويض الأجر ومستويات الخدمة وذلك بالنسبة للقدر الزائد على الحقوق المقررة بالقانون (٣).

#### المستويات الدنيا لتقديم الخدمة الطبية للتأمين الصحي:

من أهم الشروط الواجب توافرها للتصريح لأصاحب العمل بعلاج عماله ورعايتهم طبيا (خارج الهيئة العامة للتأمين الصحي) ألا يقل مستوى ما يوفره من علاج ورعاية طبية عن المستويات الدنيا للخدمة الطبية التأمينية في حالات المرض (٤) والتي يمكن بيانها فيما يلي:

(١) ينص قانون التأمين الإجتماعي على تحمل وحدات القطاعين الحكومي والعام بالحقوق المالية للمريض مقابل عدم أدائها الإشتراكات المخصصة لهذا الغرض (١% من الأجر) ومن هنا يقصد بالجهة المختصة بالأجر صاحب العمل بالقطاع الحكومي أو العام وهيئة التأمينات الإجتماعية بالقطاع الخاص.

(٢) قرار وزير التأمينات رقم ٢٩٦ لسنة ٧٦ المنشور بالعدد ١٧٤ من الوقائع المصرية الصادر في ١٩٧٦/١١/٢٩.

(٣) م ٨١ من القانون التأمين الإجتماعي رقم ٧٩ لسنة ١٩٧٥ وتقابلها م ٢/٥٠ من القانون رقم ٦٣ لسنة ١٩٦٤.

(٤) قرار وزير الصحة رقمي ١٤٠ لسنة ١٩٧٦ و٢٣ لسنة ١٩٨٧.

## أولا : خدمة الممارس العام :

١- يشترط في الطبيب الممارس العام أن يكون من ذوى الخبرة ممن زاولوا المهنة لمدة لا تقل عن ثلاث سنوات ويفضل الحاصلين على دبلوم تخصص فى الأمراض الباطنة أو طب الصناعات والصحة المهنية.

٢- توزع عيادات الممارسين العاميين توزيعا جغرافيا حسب التجمعات التأمينية ويجوز أن يؤخذ مكان العمل أو مكان السكن فى الاعتبار عند تحديد هذه التجمعات .

٣- يقوم الممارس العام بتقديم خدمات العلاج والرعاية الطبية لعدد من المؤمن عليهم لا يجاوز ٢٠٠٠ فرد .

٤- يساعد كل ممارس عام ممرضة وعامل على الأقل للقيام بالعمل وخدمة المرضى المترددين ، كما يتعين لكل ثلاث أطباء موظف للقيام بالأعمال الكتابية بما فيها التسجيل الطبى وإعداد وحفظ السجلات الطبية للمؤمن عليهم . ويجوز تكليف الممرضة بأعمال موظف التسجيل الطبى فى حالة عدم توافره .

٥- يجوز تقديم خدمة الممارس العام بالوحدات التى يبلغ عدد العاملين بها ٣٠٠ فرد فأكثر داخل عيادة الوحدة ، ويحدد للممارس العام مواعيد ثابتة لمناظرة المرض تتناسب مع مواعيد عمل الوحدة، وتحدد الهيئة العامة للتأمين الصحى شروط ومواصفات ومستوى تجهيز العيادات الطبية داخل الوحدات - والأفراد اللازمين لمعاونة الممارس العام فى القيام بعمله وغيره مما يلتزم بتوفيره صاحب العمل .

٦- بالنسبة للوحدات التى يقل عدد العاملين فيها عن ٣٠٠ فرد تخصص عيادة مجمعة للممارسين العاميين لكل ١٠٠٠٠ فرد وسط التجمع التأمينى يعمل بها مجموعة من الأطباء الممارسين تتناسب مع أعداد المؤمن عليهم وفقا لحكم البندين (٣ ، ٤) .

٧- يقوم الطبيب الممارس العام فى خلال ٢٤ ساعة من إخطاره بإجراء الزيارات المنزلية للمؤمن عليهم المقيمين بدائرة إختصاصه .

٨- يكون لكل مؤمن عليه ملف طبي لدى الممارس العام المختص.

ثانيا : خدمة الأخصائيين خارج المستشفيات :

١ - تكون خدمة الأطباء الأخصائيين فى عيادات شاملة تقام وسط التجمعات التأمينية وتخدم العيادات الشاملة مجموعة من المؤمن عليهم تتراوح بين ١٠٠٠٠ و ٤٠٠٠٠ فرد .

٢ - تعمل العيادات الشاملة يوميا فى المواعيد التى تحددها الهيئة التأمينية والتى تتناسب مع تجمعات المؤمن عليهم ونوعياتهم ومواعيد عملهم .

٣ - ترتبط العيادات الشاملة بعدد من الممارسين العاميين ومراكز إصابات العمل فى منطقة التجمع التأمينى .

٤ - يجب أن تتوفر التخصصات الطبية الآتية لخدمة المؤمن عليهم :  
: الأمراض الباطنة - الجراحة العامة - أمراض النساء والولادة - العيون - الأذن والحنجرة - الأمراض الجلدية والتناسلية - الأمراض الصدرية - جراحة العظام والكسور - جراحة المسالك البولية - الأمراض العصبية والنفسية - الأسنان .

٥ - يقوم الأخصائى بتقديم خدمات الرعاية الطبية للمرضى لعدد من المؤمن عليهم فى حدود الأعداد الآتية :

أخصائى الأسنان	لكل ١٠٠٠٠ مؤمن عليه
أخصائى النساء والولادة	لكل ١٠٠٠٠ مؤمن عليه
أخصائى الباطنه-عيون-عصبية ونفسية	لكل ١٥٠٠٠ مؤمن عليه
أخصائى جراحة عامة - جراحة عظام	لكل ٢٠٠٠٠ مؤمن عليه
أخصائى أذن وأنف وحنجرة	لكل ٣٠٠٠٠ مؤمن عليه
أخصائى صدرية- مسالك بولية	
أخصائى جلدية	لكل ٤٠٠٠٠ مؤمن عليه

وعلى كل أخصائى العمل ستة فترات أسبوعيا ، وتزود العيادات الشاملة التى تخدم ٢٠٠٠٠ فرد فأكثر بمعمل لإجراء جميع الفحوص المعملية اللازمة للتشخيص والعلاج كما تزود بأجهزة الفحص بالأشعة

والفحص بالأشعة النظرية. ويجوز أن تزود بصيدلية لصرف الأدوية للمرضى والمصابين وفقا للنظام الذى تضعه الهيئة العامة للتأمين الصحى.

وتحدد الهيئة العامة للتأمين الصحى التخصصات الطبية الواجب توافرها فى العيادات الشاملة التى تخدم أقل من ٢٠٠٠٠ فرد.

٦ - يتولى الأطباء الأخصائيون مناظرة الحالات المحولة اليهم من عيادات الممارسين العاميين وذلك فيما عدا حالات الأسنان وأمراض النساء والولادة والعيون التنتوجه إالىالعيادة الشاملة المختصة مباشرة.

٧ - تضع الهيئة التأمينية الهيكل التنظيمى للعيادة الشاملة بحيث يتضمن العدد الكافى من الفنيين والكتابيين وهيئة التمريض والعمال للقيام بأعمال بالمستوى المطلوب .

٨ - تجهيز العيادات العامة بالأماكن الكافية لإستراحة المرضى والمصابين المترددين عليها .

٩ - يكون لكل مريض ملف طبي يحتفظ به بالعيادة الشاملة يحتوى على كافة البيانات المتعلقة بحالته الصحية .

ثالثا : خدمة المستشفى :

١ - تعمل أقسام الإستقبال بالمستشفيات لمدة ٢٤ ساعة وتقدم الإسعافات الأولية لجميع الحالات الطارئة التى تتقدم اليها من المؤمن عليهم .

٢ - تحويل حالات المرضى والمصابين لدخول المستشفى عن طريق الأخصائىالمعالج بالعيادات الشاملة وذلك فيما عدا الحالات الطارئة والعاجلة التى يمكن أن تتقدم مباشرة إلى إستقبال المستشفى بموجب بطاقة التأمين الصحى أو بموجب تحويل من الممارس العام المختص .

٣ - يتم علاج الدرن والجزام والأمراض العقلية والأمراض المعدية بالمستشفيات المختصة لعلاجها وذلك بمقتضى إتفاقيات خاصة تعقد لهذا الغرض بينها وبين الهيئة العامة للتأمين الصحى.

- ٤ - تؤدى الخدمة الطبية التأمينية داخل مستشفيات الهيئة العامة للتأمين الصحى وفقا للمستويات التالية:
- يدير المستشفى مدير له خبرة فى إدارة المستشفيات ويكون لكل مستشفى مجلس إدارة ويكون المجلس مسئولاً عن حسن سير العمل به.
  - يخصص ٤ أسرة لكل ١٠٠٠ مؤمن عليه على الأقل لخدمة المرضى والمصابين.
  - لا يجوز أن يزيد عدد الأسرة فى أى غرفة من غرف المرضى المخصصة لعلاج المؤمن عليهم عن ستة أسرة ولا تقل المساحة لكل سرير عن ٦ متر مربع للسرير فى الغرفة ذات الأسرة المتعددة.
  - طبيب المستشفى (رئيس قسم- أخصائى- أخصائى مساعد) لكل عشرة أسرة شاملة النوبات الليلية.
  - طبيب مقيم لكل قسم أو ٤٠ سرير أيهما أقل بحيث لا يقل القسم عن عشرين سرير.
  - لا يجوز أن تقل نسبة أعضاء هيئة التمريض (أخصائية تمريض - ممرضة - ممرض) إلى عدد الأسرة عن ١:٤.
  - فنى معمل لكل ٥٠ سرير .
  - فنى أشعة لكل ١٠٠ سرير .
  - أخصائى اجتماعى وعلاقات عامة لكل ١٠٠ سرير.
  - أخصائى تغذية لكل ١٠٠ سرير ومساعدة لكل ٥٠ سرير.
  - معاون خدمة واحد لكل ثلاثة أسرة.

٥- تضع الهيئة العامة للتأمين الصحى الهيكل التنظيمى للمستشفى حسب سعته من الأسره.

٦ - تزود كل مستشفى بمعمل لإجراء جميع الفحوص المعملية اللازمة للتشخيص والعلاج كما تزود بأجهزة الفحص بالأشعة النظرية وكذلك بصيدلية للصرف لأقسام المستشفى وفقاً للنظام الذى تضعه الهيئة.

٧ - يكون لكل مريض ملف طبى داخل المستشفى تقيد فيه كافة الخدمات - الرعاية الطبية التأمينية والتغذية - وفقاً للنماذج التى تعدها الهيئة لهذا الغرض.

## رابعاً : العلاج خارج الجمهورية:

يكون علاج المؤمن عليه خارج الجمهورية وفقاً للقواعد العامة المعمول بها في هذا الشأن ، وتحمل الهيئة العامة للتأمين الصحي بنفقات العلاج والإقامة داخل المستشفى، أما مصروفات السفر ونفقات الإقامة خارج المستشفى فتتحملها الجهة المختصة بصرف تعويض الأجر علي أن يكون السفر بالطائرة بالدرجة السياحية وتتحل الجهة المختصة بصرف تعويض الأجر بنفقات سفر وإقامة المرافق إذا قررت اللجنة الطبية المختصة أن حالة المؤمن عليه تستدعي إصطحاب مرافق.

خامساً : تشكل بقرار من رئيس مجلس إدارة الهيئة العامة للتأمين الصحي لجان طبية يكون من إختصاصاتها تقرير حالات العجز المستديم الناتج عن إصابات العمل) والمرض وتحديد نسبته ولا يقل عدد أعضاء اللجنة عن إثنين ولها أن تستعين بمن تراه لعمل الفحوص والأبحاث وتقديم التقارير الطبية اللازمة.

سادساً : يجوز إستثناء مما تقدم وفي حالات الضرورة القصوى وفي الأماكن التي لا يمكن فيها توافر المستويات المشار إليها في البنود السابقة وبعد موافقة مجلس إدارة الهيئة العامة للتأمين الصحي التجاوز عن بعضها بما لا يخل بمستوى الخدمة الطبية التأمينية.

الشروط والأوضاع القائمة لإعتماد نظم التأمين الصحي الخاصة:(<sup>١</sup>)

١ - أن يكون لصاحب العمل نظام يقدم العلاج والرعاية الطبية المقررة بنظام التأمين الصحي الإجتماعي ومستوى لا يقل عن مستوى الخدمة الطبية التأمينية التي تقدمها الهيئة العامة للتأمين الصحي.

---

(١) مستخلص من قرارات وزير الصحة أرقام ١٤٠ ، ١٤١ لسنة ١٩٧٦ و ٣٩٣ لسنة ١٩٧٧ الذي الغي وحل محله مؤخراً القرار رقم ٢٣ لسنة ١٩٨٧ ومن قرار وزير التأمينات رقم ١٩٧ لسنة ١٩٨٠ المعدل بالقرار ٢٢٧ لسنة ١٩٨٣ .

٢ - يكون التصريح جوازيًا للهيئة العامة للتأمين الصحي خاصة في الحالات الآتية :  
- إذا كان نشاط صاحب العمل طبيًا كالمستشفيات وما في حكمها أو كان صاحب العمل يمتلك أو يدير دارًا مخصصة لعلاج العاملين لديه ورعايتهم طبيًا .  
- إذا كان من طبيعة العمل بالمنشأة التنقل المستمر داخل أو خارج الجمهورية كشرركات الطيران ومنشآت النقل البحري وشركات المقاولات والنقل أو كانت المنشأة في أماكن نائية كشرركات آبار البترول.  
- إذا كان غالبية العاملين لدى صاحب العمل من الأجانب غير الخاضعين لأحكام قانون التأمين الإجتماعي المشار إليه .  
- إذا كان لصاحب العمل نظام علاجي معتمد من المجلس الأعلى للرعاية العلاجية التأمينية<sup>(١)</sup> .

٣ - يجوز التصريح لصاحب العمل بعلاج العاملين لديه في بعض مواقع العمل دون أن يمتد التصريح إلى المواقع الأخرى التي تتوافر في نطاقها للهيئة العامة للتأمين الصحي إمكانيات تقديم الخدمة الطبية التأمينية .

٤ - يكون الحد الأقصى لمدة التصريح ثلاث سنوات قابلة للتجديد إذا طلب صاحب العمل ذلك .  
وعلى صاحب العمل التقدم بطلب التجديد قبل إنتهاء التصريح السابق بثلاثة أشهر على الأقل وللهيئة العامة للتأمين الصحي أن تتأكد من توافر شروط التصريح .

٥ - يكون على هيئة التأمين الصحي إنهاء التصريح قبل إنتهاء مدته في حالة زوال شروطه أو الإخلال بأى منها .

٦ - إذا تم التصريح لصاحب العمل بعلاج العاملين لديه ذاتيًا وكان من وحدات القطاع الخاص التي لا تقوم بأداء الحقوق المالية المقررة للمؤمن عليهم في حالة المرض إشـن المقرر بالنسبة للقطاعين الحكومي والعام) فإن الإلتزام بأداء هذه الحقوق ينتقل من الهيئة العامة .

---

(١) تم إنشاء المجلس الأعلى للرعاية العلاجية التأمينية بالقانون رقم ١٢٦ لسنة ١٩٨١ ، وبالطبع يشترط للإعفاء في هذه الحالة ألا يقل النظام المعتمد عن ذلك المقرر لأداء الخدمة الطبية التأمينية .

للتأمينات الإجتماعية ليقع على عاتق صاحب العمل بصورة تلقائية ودون تعليق ذلك على صدور موافقة منها ولا يلتزم صاحب العمل بالتالي بأداء الإشتراكات المخصصة لهذا الغرض وقدرها ١% من الأجور ... على أنه إذا صدر التصريح بالعلاج والرعاية الطبية الذاتية بأثر رجعي فلا يكون الأمر كذلك بالنسبة للحقوق المالية وبالتالى الإشتراكات المقابلة لها التى يقتصر الإعفاء منها على المدة إعتبارا من أول الشهر التالى لصدور التصريح بالعلاج .

#### الإطار العام النموذجى لنظم التأمين الصحى الخاصه:

وفقا للمستفاد من بيان شروط إعتداد النظم الخاصة فإن هناك شرطان أساسيان يجب توافرها نتناولهما فيما يلى فى ضوء دراساتنا لتطوير التأمين الصحى ومزاياه والمستويات الدنيا للخدمات الطبية :

#### الشرط الأول : أن يكون هناك نظاما لتقديم العلاج والرعاية الطبية:

ولنا أن نضيف هنا أن من الضرورى شمول النظام للأحكام المتعلقة بالحقوق المالية للمؤمن عليه فى حالة العجز المؤقت عن العمل بسبب المرض نظرا لما لاحظناه من أن التصريح لصاحب العمل بعلاج عماله ورعايتهم طبييا يقترن بالتزامه بأداء الحقوق المالية المقررة بنظام التأمين الصحى أما بإعتباره ملتزما بذلك أصلا كما هو الحال بالنسبة للقطاع العام أو بالإنتقال التلقائى لهذا الإلتزام من على كاهل الهيئة العامة للتأمين الإجتماعى ليقع على عاتق صاحب العمل دون تعليق ذلك على صدور موافقة من الهيئة التأمينات الإجتماعية .

وهكذا فإن النظام الخاص لابد أن يشمل الجوانب الآتية :

أولا : مجال تطبيق النظام من حيث :

- ١ - العاملون وموقع عملهم .
- ٢ - أصحاب المعاشات الذين يكتسبون الحق فالمعاش بعد نشأة النظام مع وضع التنظيم الذى يكفل إستمرار حقهم فى الإنتفاع بالعلاج والرعاية الطبية فى حالة إنهاء العمل بالنظام الخاص كأن يعتبر تقديم

طلب الإنتفاع للنظام الخاص بمثابة تقديمه للهيئة العامة للتأمين الصحي<sup>(١)</sup> .

٣ - إمتداد العلاج والرعاية الطبية إلى زوج المؤمن عليه ومن يعولهم من أولاده إلى زوج صاحب المعاش والأرامل بما لا يقل عن السائد بالنسبة لغير المنتفعين بالنظم الخاصة .

ثانيا : تمويل النظام :

يشترط هنا ألا تجاوز حصة العامل عضو النظام الخاص نسبة الـ ١% التي يتحملها قرينة المؤمن عليه لدى الهيئة العامة للتأمين الصحي مع مراعاة المحافظة على الحقوق المكتسبة للعاملين حيث تقضى بنسبة إشتراكات أقل أو بالتخفيض عن ذوى الأجر المحددة.

ثالثا : مزايا النظام :

يجب أن يهتم النظام ببيان مزايا التأمين بنوعيتها وشروط إستحقاقها على النحو السابق بيانه<sup>(٢)</sup> مع مراعاة :

١ - يستثنى من شرط المدة المؤهلة العاملون بالقطاع العام ويمتد ذلك إلى العاملين بالقطاع الخاص فى حالة خضوعهم للكشف الطبى عند بدء التحاقهم بالعمل وفى غير ذلك تدخل مدد إنتفاع المريض بمزايا العلاج التى يقدمها صاحب العمل على نفقته ضمن المدة المؤهلة لإستحقاق المزايا .

٢ - بيان ما يكون للمريض من حقوق أفضل مقررمة بمقتضى قوانين أو لوائح أو نظم خاصة أو عقود مشتركة أو إتفاقيات أو غيرها سواء فيما يتعلق بتعويض الأجر أو مستويات الخدمة .

٣ - ألا تقل الموارد المالية المتاحة لتوفير المزايا عن الإشتراكات الواجب أدائها فى حالة عدم وجود النظام مع تحمل صاحب العمل للأعباء المالية الناشئة عن المحافظة على الحقوق المكتسبة .

---

(١) لكى ينتفع صاحب المعاش بالعلاج والرعاية الطبية يلزمه القانون بتقديم طلب لهذا الغرض فى تاريخ تقديم طلب صرف المعاش وإلا سقط حقه (م ٧٤ من القانون ٧٦ لسنة ١٩٧٥) .

(٢) راجع ص ٢٣٧ : ص ٢٤٠ .

**الشرط الثانى:** ألا يقل مستوى الخدمة الطبية التأمينية عن تلك التى توفرها الهيئة العامة للتأمين الصحى:

وحتى يتسنى التحقق من توافر هذا الشرط ومتابعة ذلك بصفة دورية يتعين شمول النظام لمستويات الخدمة الطبية التى يقدمها فى مجال:

- ١ - خدمة الممارس العام.
- ٢ - خدمة الأخصائى خارج المستشفيات.
- ٣ - خدمة المستشفى.
- ٤ - العلاج خارج الجمهورية.

ومن ناحية أخرى يتعين أن ينص النظام الخاص على حد أقصى للمصاريف الإدارية حتى لا تؤدى زيادتها إلى التأثير على المستوى الفعلى للخدمة الطبية ... ولنا هنا أن نشير إلى أن المصاريف الإدارية للهيئة العامة للتأمين الصحى خلال عام ١٩٨١ كانت فى حدود ٣,٦% من متوسط تكلفة العلاج والرعاية الطبية.

ولعل من المناسب هنا أن ترفق بالنظام البيانات والعقود التى تؤكد توافر المستوى التأمينى المحدد بالنظام مع النص على التزام النظام بأن يقدم سنويا وكلما طلب منه ذلك بيانات عن معدلات المرض وشدته والتكاليف الإجمالية ومتوسط التكلفة لكل من الخدمات الطبية.

وحيث يرتبط العلاج بالخارج ، وما يستلزمه من نفقات بغير العملة المحلية ، بالوضع الإقتصادى القومى وحتى لا يساء استخدام موارد النظام فإن من الضرورى العلاج بالخارج بقدر من الرقابة والضوابط التى تهتم بالتنسيق مع الهيئة العامة للتأمين الصحى والمجلس (القومسيون) الطبى العام على النحو التالى :

١ - يتعين إستنفاد وسائل العلاج بالداخل وأن تكون الحالة قابلة للشفاء .

٢ - يتم عرض الحالة مع التقارير الطبية المتخصصة على اللجنة الطبية المختصة بالمجلس الطبى العام للموافقة على العلاج فى الخارج وتحديد جهة العلاج ومدته وتكاليفه .

... ونشير فى النهاية إلى أنه إذا ما تم التحقق من توافر شروط اعتماد النظام الخاص على النحو السابق بيانه فإن ذلك يعنى تقرير حق مكتسب لأعضاء النظام لا يجوز معه قيام الهيئة العامة للتأمين الصحى بوقف الإنتفاع به لمجرد توافر إمكانيات علاج لديها بل يجب أن يرتبط ذلك بقدرة النظام ذاته على الإستمرار فى أداء حقوق تأمينية أفضل وبمعنى آخر فأننا لا نرى معنى للتجديد الدورى للتصريح بالعلاج الذاتى للعاملين إلا بهدف التحقق من عدم الإخلال بأحكامه والعمل بغير ذلك يؤدى إلى عدم إستقرار النظم الخاصة بما تمثله من حقوق للعاملين وبما قد تؤدى إليه من إضافة لإمكانيات العلاج على المستوى القومى فضلا عما تؤدى إليه من تقليل معدلات وشدة المرض نتيجة لتوفير مستوى أفضل من الخدمات الطبية وهو ما يمكن الإطمئنان إليه إذا ما تبين لنا إرتفاع مستوى أجور العاملين أعضاء النظم الخاصة وبالتالي حصيلة الإستراكات التى توجه لمقابلة نفقات العلاج والرعاية الطبية على النحو الذى يستفاد من الدراسة التحليلية التالية.

دراسة تحليلية لنظم التأمين الخاصة بوحدة القطاعين العام والخاص) وأجور العاملين الأعضاء:

بمتابعة القرارات الصادرة بالتصريح لأصحاب الأعمال بتقديم مزايا التأمين الصحى لعاملهم ذاتيا من خلال نظم خاصة يتبين أن أغلب العاملين بالقطاع الحكومى ينتفعون بنظام علاج تأمينى صادر بالقانون رقم ٣٢ لسنة ١٩٧٥ وتقتصر مزاياه على العلاج والرعاية الطبية مقابل اشتراكات قدرها ٢% توزع بين العامل والحكومة بنسبة ١:٣ مع تحمل العامل لرسوم رمزية تؤدى عند طلب الإنتفاع بالخدمة الطبية فضلا عن ٢٥% من تكلفة الدواء خارج المستشفى بحد أقصى جنيه واحد و ٢٥% من تكلفة الفرص الطبية بحد أقصى جنيه واحد و ٥٠% من قيمة الأجهزة التعويضية.

أما العاملون بالقطاعين العام والخاص فقد إمتد التأمين الصحى المقرر بالقانون رقم ٧٩ لسنة ١٩٧٥ ويمثل عدد العاملين أعضاء النظم الخاصة نسبة محدودة تنتشر إما بين المنشآت العاملة بمناطق نائية كشركات البترول والملاحة البحرية والطيران أو المنشآت التى تتصف عمالتها بالتنقل المستمر بين وحداتها وفروعها كشركات

المقاولات والخدمات والسياحة أو فى قطاع المستشفيات أما باقى النظم فتتوافر فى المنشآت التى تحتفظ بحقوق أفضل مكتسبة للعاملين يفترض هذا بقطاعات البنوك والفنادق والسفارات وبعض منشآت القطاع الصناعى والتجارى والتعليمى والتأمينى والصحى) أو تلك التى تسعى لتوفير مستوى أفضل من العلاج لتحجيم معدلات المرض وشدته وما يعكسه ذلك من زيادة فى حجم الإنتاج .

هذا ويلاحظ التفاوت المفترض فى الأجور الأساسية للعاملين ذوى النظم الخاصة وفقا لقطاعات النشاط الإقتصادى المختلفة فتصل إلى أعلى مستوى بقطاع الهيئات الدولية والنشاط الثقافى وقطاع الطيران والبنوك وتمثل هنا حوالى ثلاثة أمثال المتوسط الشهرى المقابل للمؤمن عليهم لدى هيئة التأمين الصحى . وبوجه عام فلا يوجد من بين ذوى النظم الخاصة من تقل أجورهم الشهرية الأساسية عن تلك المقابلة لها بالنسبة للمؤمن عليهم لدى هيئة التأمين الصحى، والأمر ذاته بالنسبة الى المتوسط الشهرى العام للأجور المتغيرة لذوى النظم الخاصة .

إشتراقات ذوى النظم الخاصة والتزاماتها بالمقارنة لمثيلتها على مستوى المؤمن عليهم لدى الهيئة العامة للتأمين الصحى:

يلاحظ هنا أن متوسط نسبة الـ ١% التى ينص القانون على التزام النظم الخاصة بأدائها للهيئة العامة للتأمين الصحى يتجاوز متوسط تكلفة العلاج والرعاية الطبية التى توفرها هذه الهيئة للمؤمن عليهم لديها وكأن النظم الخاصة تودى ما يعادل المتوسط العام لتكلفة العلاج لعدد مماثل من أعضائها وهو قدر مناسب تماما لتدعيم خدمات التأمين الصحى على المستوى القومى باعتباره الهدف من إمتداد التأمين لتشمل ذوى النظم الخاصة ممن يتميزون بقدرتهم التمويلية العاليه ذلك أنه "حينما يمتد التأمين ليشمل فئات أو طبقات قادرة فإن الهدف ليس مجرد رعايتهم صحيا وإنما مساهمتهم فى تحمل جزء من تكاليف علاج ذوى الدخل المنخفضة وغير القادرين من فئات أو طبقات".

٢ - تكفى حصيلة النسبة المخصصة لوفاء النظم الخاصة بنفقات مزايا التأمين الصحى بنوعيتها عند مستوى أفضل من المستوى التأمينى العام على النحو التالى :

أ - تزداد النسبة المخصصة للحقوق المالية تعويض الأجر ومصاريف الانتقال) عن مثيلتها بالنسبة للمؤمن عليهم لدى الهيئة العامة

للتأمين الصحي بحوالى الضعف وهي نسبة تقترب من نسبة زيادة متوسط أجور ذوى النظم الخاصة إلى المتوسط العام لأجور المؤمن عليهم بالقطاعين العام والخاص ... ولنا هنا ملاحظة أن تعويض الأجر لا يصل إلى ١٠٠% من الأجور إلا فى حالات معينة (المرض بالدرن أو الجزام أو بأحد الأمراض العقلية أو المزمنة) وفيما عدا ذلك يتراوح بين ٧٥% و٨٥% من الأجور ويعنى ذلك قدرة النظم الخاصة على أداء حقوق مالية بشروط أو مستويات أفضل.

ب- يكفى المتبقى لدى النظم الخاصة من الإشتراكات للوفاء بمستوى أفضل من خدمات العلاج والرعاية الطبية رغم أن النسبة المفترض قيام النظم الخاصة بتخصيصها للعلاج والرعاية الطبية تنخفض من ٤% من الأجور وفقا للوضع العام إلى ٣% من الأجور، تأسيسا على توجيه ١% لتدعيم التأمين الصحى العام.

مدى توافر إمكانيات العلاج لدى الهيئة العامة للتأمين الصحى:

يستفاد من دراستنا لنشأة وتطور نظام التأمين الصحى الإجتماعى سريانه تدريجيا حتى تنهيا الإمكانيات البشرية والمادية اللازمة لإمتداده إجميع العاملين المؤمن عليهم تأمينيا إجتماعيا وقد لاحظنا هنا أمران:

١- أنه طوال الفترة منذ إستحداث نظام التأمين الصحى الإجتماعى فى أكتوبر سنة ١٩٦٤ وحتى الآن لم يمتد النظام سوى إلى المنشئات التى يقل عدد عمالها عن ٥٠٠ عاملا فى حين كان محددا لشموله لجميع العاملين فترة إقصاها ثلاث سنوات ..ولنا أن نشير إلى أننا دولة نامية ذات إمكانيات طبية متواضعة خاصة فى مجال العلاج داخل المستشفيات.

٢- أن بعض القرارات الصادرة بإمتداد التأمين الصحى تم تأجيل تنفيذها مما يشير إلى ما يصاحب التطبيق العملى من مشاكل ناشئة مباشرة أو بطريق غير مباشر عن عدم توافر الإمكانيات اللازمة لأداء خدمة طبية تأمينية مناسبة.

٣ - حرص القانون على الإستفادة من إمكانيات العلاج المتوافرة لدى بعض أصحاب الأعمال كما حرص على ضمان الحقوق المكتسبة للعاملين فى مجال مزايا التأمين سواء فيما يتعلق بالحقوق المالية أو مستويات الخدمة العلاجية (١).

... وإذا كان لنا أن نبحت في مدى توافر إمكانيات علاج ذاتيه لدى الهيئة العامة للتأمين الصحي (لما لذلك من أثر ملحوظ في مجال التصريح لأصحاب الأعمال بتوفير مزايا التأمين من خلال نظم خاصه) فإننا نتناول بالبحث مؤشرين أساسيين: عدد الممارسين العام وعدد الأسره المتاحة بالمستشفيات،

ولعل من المناسب بيان ذلك في ضوء المتوافر على المستوى القومى:

#### أولاً : خدمة الممارس العام

تقر الهيئة العامة للتأمين الصحي بأهمية دور الممارس العام في عبارات واضحة تشير إليها تقاريرها السنوية تردد أن "خدمة الممارس العام هي الأساس الذى بنى عليه نظام التأمين الصحي إذ أن الممارس العام هو المرشد والموجه للمنتفع فيما يتعلق بشئونه الصحية وهو الذى يحتفظ بسجله الصحي وتاريخ المرض، وقد تم تحديد عدد المنتفعين الذين يرعاهم الممارس الواحد بقرار رئيس الهيئة رقم ٦٩ لسنة ٧٩ والذى ينص على أنه بالنسبة لمنتفعي القانون ٧٩ لسنة ٧٥ يقوم الطبيب الممارس العام بتقديم خدمات العلاج والرعاية الطبية لعدد من المؤمن عليهم وفقاً لما يلي: ١٥٠٠ منتفع فى تجمع واحد، ١٢٠٠ منتفع فى تجمعين، ولايجوز تكليف الطبيب الممارس العام فى أكثر من تجمعين إلا فى حالات الضرورة القصوى والحالات الطارئة على ألا يحمل ذلك صفة الإستمرار (٢).

لنا أن نشير هنا إلى مناسبة المعدلات التى قررتها الهيئة العامة للتأمين الصحي فى ضوء الحدود القصوى لعدد المؤمن عليهم الذين يقوم الممارس العام برعايتهم طبياً وفقاً للمستويات الدنيا للخدمة الطبية التأمينية وبمراعاة نسبة عدد الأطباء إلى كل ألف من المواطنين على المستوى

(١) م ٥٠ و ٥٥ من القانون رقم ٦٣ لسنة ١٩٦٤ ، م ٨١ من القانون رقم ٧٩ لسنة ١٩٧٥ مع ملاحظة أيلولة الإمكانيات الطبية للمصانع الحربية وشركاتها إلى هيئة التأمين الصحي عند إمتداد التأمين إليها.

(٢) التقرير السنوى لنشاط الهيئة العامة للتأمين الصحي عن عام ٨٢ ص ١٧ و ١٨ وعن عام ٨٣، ص ٢١، ٢٢ وعن عام ٨٤ ص ١٤ و ١٥ وعن كل من عامى ٨٦، ٨٥، ص ١٨ و ١٩.

القومي بالمقارنة للساند دوليا عام ٨٣ (بدءا بمصر) على النحو المستفاد من الجدول التالي :

جدول رقم ١ : نسبة عدد الأطباء لكل الف مواطن في مصر وبعض الدول

الدولة	العدد	الدولة	العدد	الدولة	العدد
مصر	١,٢٣	الإمارات العربية	٢,٩٦	رومانيا	٢,٥٤
اليابان	١,٣١	المانيا الغربية	٢,٠٣	اليونان	٢,٥٥
الكويت	١,٤٦	المانيا الشرقية	٢,٢٧	اسبانيا	٢,٥٧
يوجوسلافيا	١,٤٩	النمسا	٢,٢٧	بلجيكا	٢,٥٧
ليبيا	١,٥٢	سنغوليا	٢,٢٧	شيكوسلوفاكيا	٢,٨٢
الولايات المتحدة الأمريكية	١,٨٢	بلغاريا	١,٨٢		٢,٤٦

التقرير السنوي لمنظمة الصحة العالمية عن عام ١٩٨٣ (مشار إليه في تقرير نشاط الهيئة العامة للتأمين الصحي خلال عام ١٩٨٦، مرجع سبق ذكره، ص ٣٥)

ثانيا : خدمة المستشفى:

تعتبر مصر من الدول التي لم تستكمل بعد إمكانيات العلاج داخل المستشفيات إذ لا يتجاوز عدد أسرته المخصصة لكل ١٠٠٠ مواطن سريران بواقع سرير لكل ٥٠٠ مواطن وهو قدر متواضع بالمقارنة للساند دوليا عام ١٩٨٣ (بدأ بمصر) على النحو الذي يبينه الجدول التالي:

جدول رقم ٢ : عدد السكان لكل سرير في مصر وبعض دول العالم

الدولة	عدد	الدولة	عدد	الدولة	عدد
مصر	٥٠٠	يوجوسلافيا	١٦٧	البانيا	٨٩
الصين	٤٩١	اليونان	١٦٢	اليابان	٨٦
زامبيا	٢٨٩	رومانيا	١١٤	لكسمبرج	٨٤
هونج كونج	٢٤٥	بلجيكا	١٠٧	تشيكوسلوفاكيا	٨٠
الإمارات العربية	٢٣٤	أيرلندا	١٠٣	السويد	٦٨
ليبيا	٢٠١	الإتحاد السوفيتي	٩١	النرويج	٦٧
الولايات المتحدة الأمريكية	١٧١	بلغاريا	٩٠	نيوزيلندا	٦١

التقرير السنوي لمنظمة الصحة العالمية عن عام ١٩٨٣ (المشار إليه في تقرير نشاط الهيئة العامة للتأمين الصحي خلال عام ١٩٨٦، مرجع سبق ذكره، ص ٣٥).

ومن هنا وحيث يشارك المؤمن عليه فى نفقات علاج بنسبة من أجره سواء مباشرة أو بما يتحمله عنه صاحب العمل فقد استلزمت المستويات الدنيا للخدمة الطبية للتأمين الصحى ضرورة توفير ٤ أسره لكل ١٠٠٠ مؤمن عليه حتى يمكن توفير مستوى مناسب من خدمة المستشفى وتجنب قوائم الإنتظار وأثرها على صحة العامل من ناحية وعلى الإنتاج من ناحية أخرى .

ولنا الآن أن نبحث فى ضوء المعدلات المستفادة عن عدد الممارسين والأسر مدى توافر إمكانيات العلاج الذاتية لدى الهيئة العامة للتأمين الصحى (ممارسون عاملون معينون ومستشفيات مملوكة) على النحو الذى يبينه الجدول التالى :

### جدول رقم (٣)

الممارسون العاملون المعينون والمستشفيات المملوكة  
وفقا للوضع بالهيئة العامة للتأمين الصحى  
عامى ١٩٧٧ ، ١٩٨٦

السنة	عدد المؤمن عليهم	عدد الممارسون العاملون المعينون	عدد المستشفيات
	عدد	عدد	عدد
	%	عدد	عدد
١٩٧٧	١٠٨١٠٠٠	٧٢١	٤٠٦
١٩٨٦	٣٣٨٨٠٠٠	٢٢٥٩	٤٢١
		٢٥	٢٠
		١٣٥٥٢	٤٣٢٤
		٣٥٢٥	٢٩٣٤
		٢٦,٠	٦٧,٩

ونستخلص من هذا أن الإمكانيات الذاتية للهيئة العامة للتأمين الصحى لا تكفى لأداء الخدمات التأمينية (وبالتالى فأنها تمتد وبشكل متزايد على التعاقد مع الغير سواء من الأطباء غير المتفرغين أو المستشفيات) على النحو التالى :

١ - وفقا للوضع فى عام ١٩٧٧ فإن عدد الممارسون العاملون المعينون بالهيئة العامة للتأمين الصحى لا يتجاوز ٥٦,٣% من العدد

المفترض وفقا لأقل المعدلات التي قررتها الهيئة لتوفير خدمة تأمينية مناسبة (ممارس لكل ١٥٠٠ مؤمن عليهم كحد أقصى)، أما عدد الأسرة بالمستشفيات المملوكة للهيئة فتصل نسبته إلى ٦٧,٩% من العدد المفترض وقدره أربعة أسره لكل ١٠٠٠ مؤمن عليه.

٢ - تناقصت القدرة الذاتية للهيئة العامة للتأمين الصحي في عام ١٩٨٦ عنها في عام ١٩٧٧ بصورة ملحوظة نظرا لتزايد أعداد المؤمن عليهم الذين إمتد اليهم التأمين الصحي والعلاج التأميني (المقررين بالقانونين رقمي ٣٢ و ٧٦ لسنة ١٩٧٥) (١) من ١,٠٨١ مليون مؤمن عليه في عام ١٩٧٧ إلى ٣,٣٨٨ مليون مؤمن عليه في عام ١٩٨٦ أى بزيادة قدرها ٣١٣,٤% مما أدى إلى إنخفاض نسبة الممارسين العامين المعينون من ٥٦,٣% إلى ٤٢,١% من العدد المفترض وإلى إنخفاض حاد في عدد الأسره المتاح من ٦٧,٩% إلى ٢٦% من العدد المفترض .

... وتشير إحدى الدراسات إلى قصور إمكانيات العلاج لدى الهيئة العامة للتأمين الصحي وتدعو إلى الإعتماد على القطاع الخاص والأسلوب غير المباشر في أداء الخدمة الطبية في العبارات الصريحة التالية ... إن الهيئة تغطي فقط ٦% من مجموع السكان ممن لهم وفقا للدستور الحق في التمتع بالتأمين الصحي بإعتباره من الحقوق الأساسية لكل الشعب ، ومن الواضح أن العقبات التي تحول دون التغطية الشاملة إنما ترجع أساسا إلى القصور في الإمكانيات العلاجية رغم أن هيئة التأمين الصحي لم تبدأ من فراغ بل ضم إليها العديد من مستشفيات الصحة العمالية والمبرات بحيث أصبح عدد المستشفيات حاليا ٢٥ مستشفى ... ومن المؤكد أن توفير الإمكانيات العلاجية المملوكة للهيئة لعلاج باقى أفراد الشعب بالأسلوب المباشر يعتبر من العقبات التي تحول دون التطبيق السريع والسليم ... ونود أن نؤكد أن الإعتماد على القطاع الخاص إنما يحقق أفاق رحبه في مجال إنتشار التأمين ذلك أنه أقدر متى أحسن توظيفه على توفير الإمكانيات اللازمة للتغطية السريعة وبالنسبة للمستويات المختلفة من طبقات الشعب ... إن إتباع الأسلوب غير المباشر إنما يعمل على تحقيق الإتجاهات الآتية :

(١) وفقا للوضع في ١٩٨٦/٦/٣٠ يمتد العلاج التأميني المقرر بالقانون رقم ٣٢ لسنة ١٩٧٥ إلى ١,٦٢٩ مليون من العاملين بالحكومة

أ - يسمح لهيئة التأمين الصحي بأن يكون لها دورا أساسيا في مجال تحديد مستويات الخدمة الطبية والإشراف على النطاق القانوني...  
ب - تدعيم الثقة بين المريض وجهة التأمين سيما إذا أعطى المريض حرية إختيار الطبيب أو جهة العلاج...<sup>(١)</sup>.

وهكذا تدعو الإعتبارات العملية إلى الإعتماد على نظم التأمين الصحي الخاصة التي تعتمد أساسا على الأسلوب غير المباشر في تقديم الخدمة الطبية، كما هو الحال بالنسبة لعقود التأمين الصحي الجماعي التي تبرمها شركات التأمين ، رغم ما يقال في شأنها وبحق أنها " تعتمد على النظام غير المباشر في كافة مراحل الخدمة ... ولا تهتم عادة بوسائل العلاج ومدى توافرها في المجتمع إذ أن مهمتها تكون عادة قاصرة على الناحية المادية فقط وأما بالنسبة للهيئة التي تنفذ التأمين الصحي الإجتماعي فتكون لها مهمة تخطيطية إذ يتعين عليها أن تعمل على توفير كافة إمكانيات العلاج من أطباء وأسره ..<sup>(٢)</sup>

مدى إنتشار نظم التأمين الصحي الخاص على المستوى الدولي:

إنتهينا فيما سبق إلى أن نظام التأمين الصحي الإجتماعي في مصر ما زال في مرحلة الإمتداد التدريجي إلى فئات العاملين ولا تفي إمكانيات العلاج الذاتية للهيئة العامة للتأمين الصحي وفقا للوضع في ١٩٨٦/٦/٣٠ بتوفير الخدمات الطبية فالممارسون العامون المعينون بها لا يتجاوزون ٤٢,١% من العدد المفترض ولا تكفي أسرة المستشفيات المملوكة للهيئة سوى ب ٢٦% من حجم الأسره المفترض.

---

(١) الفونس شحاته رزق، الهيئة العامة للتأمين الصحي، هل هي هيئة للتأمين أم للعلاج، مجلة التأمين الصحي الإجتماعي، الجمعية العلمية للتأمين الصحي الإجتماعي، العدد ١٣ أغسطس : أكتوبر ١٩٨٧ ، ص ١٤ ، ١٥.

(٢) - أ. د عادل عبد الحميد عز ، التأمينات الإجتماعية ، المبادئ النظرية والتطبيقات العملية ، دار النهضة العربية ، القاهرة ، ١٩٦٩ ، ص ٢٧ .  
- ..... ، نحو تخطيط سليم لنظام التأمين الصحي الإجتماعي في مصر، مجلة التأمين الصحي الإجتماعي ، يناير ١٩٧٥ .

ولا يختلف الوضع في مصر عن السائد في العديد من الدول النامية حيث يلاحظ من دراسة نظم التأمين الصحي التي تنتشر في ٨٣ دولة وفقا للوضع في ١٩٨٥ أن النظم القائمة في أغلب الدول النامية مازالت قاصرة على العاملين بمنشآت ذات حجم معين **Firms of a certain size** أو العاملين بمناطق جغرافية معينة **Certain geographic area** والشائع أن يبدأ التأمين بعاصمة الدولة أو بعض مدنها الرئيسية ثم يمتد تدريجيا **Gradually** الى غيرها من المدن والمناطق ، ويستثنى عمال الزراعة رغم انهم يمثلون في بعض الدول نسبة تتراوح بين ٨٠% و ٩٠% من التعداد العام للسكان ، وهناك عدد كبير من النظم التي تشمل خدماتهم الطبية ذوى المعاشات سواء بدون مقابل أو مقابل نسبة من معاشاتهم<sup>(١)</sup>.

ومن ناحية أخرى يلاحظ من متابعة نظم التأمين الصحي على المستوى الدولي أنه كثيرا ما توجد نظم تأمين صحي خاصة **Special Sickness Insurance** لفئات أو قطاعات من العاملين لدى الغير أو لدى انفسهم ترجع نشأتها لأسباب تختلف من دولة لأخرى وأن ارتبطت في الغالب باعتبارات تاريخية وبالتدرج في التطبيق .

وبدراسة نظم التأمين الصحي الإجتماعي القائمة في مختلف دول العالم في عام ١٩٨٥ نستخلص ما يلي :

أولا : يمثل نظام التأمين الصحي الإجتماعي السويسري نموذجا مميزا للتأمين الصحي الإجتماعي إذ يأخذ بالجانبين الإلجباري والإختياري معا فهناك قانون اتحادي معمول به إعتبارا من عام ١٩١١ يقرر الإعانات الإتحادية والمستويات الدنيا **Minimum standards** التي تلتزم بها قوانين المقاطعات **Cantonai** في تحديدها للمزايا النقدية الإختيارية وتعتمد وفقا لها صناديق التأمين وتعتمد وفقا لها صناديق التأمين الخاص التي تقدم أساسا المزايا الطبية لأعضائها والتي يكون لها أن تضع حدا أقصى لعمر العضو المنضم وينضم إليها أفراد الأسره وفقا لطلب من كل فرد ، وفي أكثر من نصف المقاطعات فأن عضوية الصناديق المشار إليها تمتد إجباريا فيما يتعلق بالمزايا الطبية إلى

---

(1) Social Security Programs Throughout The World - 1985 , U.S.A. Department of Health and Human services,U.S.A.may,1986,p.XV.

المقاطعة بأعمالها أو بعض مدتها خاصة لمن يقل دخلهم عن حد أدنى ووفقا لذلك إمتدت العضوية إلى ٢٣% من جميع المقيمين بسويسرا ، ورغم أن العضوية إختيارية فى باقى المقاطعات أو المدن فإن ٩٠% من السكان منضمين إلى صناديق المرض . (١)

ثانيا : فيما عدا النموذج السويسرى فإن هناك صناديق تأمين خاصة فى ٣٣ دولة أخرى بعضها من الدول الإشتراكية وبعضها من الدول المتقدمة والبعض الآخر من الدول النامية وهى تشمل العاملين من بعض الفئات أو القطاعات التالية: عمال السكك الحديدية Railway Employees ورجال البحر Seamen والموانى Port-Workers والتعمدين Miners والبريد Postal Employees والبائعون Salesmen والمدرسون Teachers والمعاملون بالبنوك Bank Employees وبالحكومة Governmental workers والخدمة المدنية civil Servants والموظفون العموميون public employees والعاملون بالمؤسسات ذات النفع العام Public Utility وافراد القوات المسلحة Military Persons والفلاحين Farmers والعاملون بالريف Rural workers وعمال الزراعة agricultural working Fishery والعاملون بصيد الأسماك employees والفنانون artists والعاملون بالمؤسسات الثقافية والتعليمية والعلمية Cultural, educational and Scientific institutions والطلبة Students ورجال الكنيسة Clergy والعاملون لدى أنفسهم self-employed وذوى المهن الحرة Liberal Profession. (٢)

... ونبين فيما يلى الدول التى تنتشر بها النظم الخاصة والفئات التى تشملها تلك النظم :

أ - دول متقدمة :

١ - أسبانيا : عمال الزراعة - عمال السكك الحديدية - عمال التعدين - الموظفين العموميون - رجال البحر - عمال البيع - خدم المنازل - ذوى المهن الحرة .

(1) The Financing of Social Security, I.L.O., European regional Conference , Report III , Geneva, I.L.O. 1955 p F.70,71.

(2) Social Security Programs Throughout The World - 1985, op.cit., pp. 1-285.

- ٢- المانيا الاتحادية : العاملون بالتعدين - الموظفون العموميون - العاملون لدى أنفسهم بالزراعة - الفنانون .
- ٣- النرويج : أحكام خاصة برجال البحر وأفراد القوات المسلحة وصاندى الأسماك والعمال العرضيين .
- ٤- النمسا : عمال السكك الحديدية - الموظفين العموميون - العاملون لدى أنفسهم بالزراعة .
- ٥- الولايات المتحدة الأمريكية : عمال السكك الحديدية (للمزايا النقدية) - نظام إتحدى للمزايا الطبية لغير القادرين medically indigent .
- ٦- اليابان : الفلاحين - العاملون بالمنشآت الزراعية ومنشآت صيد الأسماك - الموظفون العموميون - عمال المؤسسات ذات النفع العام - رجال البحر - مدرسو المدارس الخاصة - المسنين ممن تجاوز السبعين - العاملون باليومية .
- ٧- بلجيكا : العاملون بالتعدين - رجال البحر - العاملون لدى أنفسهم .
- ٨- فرنسا: العاملون بالزراعة- العاملون لذأنفسهم بغير الزراعة - العاملون بالتعدين - عمال المؤسسات ذات النفع العام - عمال السكك الحديدية - الموظفون العموميون - رجال البحر - رجال الكنيسة .
- ٩- لكسمبرج : الفلاحين - العاملون لدى أنفسهم .
- ١٠- هولندا : العاملون بالتعدين - عمال السكك الحديدية - الموظفون العموميون - رجال البحر .

ب - دول نامية :

- ١- البرازيل : الموظفون العموميون - الطلبة .
- ٢- البرتغال : العاملون بالحكومة - العاملون بالريف - العاملون لدى أنفسهم - خدم المنازل - من تتم تغطيتهم إختياريا .
- ٣- الجابون : العاملون لدى أنفسهم-العاملون المؤقتون بالحكومة
- ٤- الدومينكان : العاملون بالحكومة ( مزايا نقدية ) .
- ٥- السلفادور : العاملون بالحكومة .
- ٦- المغرب : العاملون بالحكومة - نظم خاصة للفئات الأخرى حيث توجد .
- ٧- اليونان الموظفون العموميون - عمال الزراعة ( ذوى المعاشات بدون إشتراكات ) .

- ٨- أندونيسيا : العاملون بقطاع البترول كعمال مقاولات باليومية.
- ٩- باراجوى : عمال السكك الحديدية - الموظفون العموميون - العاملون بالبنوك .
- ١٠- بكستان : عمال السكك الحديدية - الموظفون العموميون.
- ١١- بوليفيا : أفراد القوات المسلحة - العاملون بالبنوك .
- ١٢- تاوان : الموظفون العموميون ذوى المرتبات - عمال قصب السكر .
- ١٣- تركيا : الموظفون العموميون - عمال الزراعة .
- ١٤- تونس : الموظفين العموميون - عمال الزراعة - عمال الصيد - العاملون لدى أنفسهم .
- ١٥- ساحل العاج : الموظفون العموميون .
- ١٦- شيلي : عمال السكك الحديدية - العاملون بالبنوك - رجال البحر - العاملون بالموانى - الجماعات ذات النظم الخاصة الأخرى .
- ١٧- فنزويلا : الموظفون العموميون - المدرسون .
- ١٨- كوريا الجنوبية : الموظفون العموميون - أفراد القوات المسلحة - مدرسو المدارس الخاصة .
- ١٩- كولومبيا: عمال السكك الحديدية - الموظفون العموميون.

#### ج - دول إشتراكية :

- ١- الصين الشعبية : عمال الحكومة والهيئات الحكومية - المؤسسات الثقافية والتعليمية والعلمية - طلبة الجامعة .
- ٢- ألمانيا الديمقراطية : عمال السكك الحديدية - العاملون بالتعدين - رجال البريد - العاملون بالتعاونيات - العاملون لدى أنفسهم.
- ٣- بولندا : عمال السكك الحديدية - العاملون بالتعدين - رجال الجيش - رجال الشرطة .
- ٤- يوجوسلافيا : الفلاحين العاملون لدى أنفسهم .

#### ثالثا : قد يكون إمتداد التأمين إختياريا لكل من الفئات الآتية :

- ١- من لا تشملهم النظم القائمة : كما فى فرنسا والنمسا وبلجيكا.
- ٢- العاملون لدى أنفسهم : كما فى باراجواى ونيكاراجوا وغانا ومالى وبوليفيا .

- ٣- من يترك عمل خاضع للتأمين (الإستمرار فى التأمين): كما فى المغرب وبوليفيا ونيكاراجوا .
- ٤- من تقل أجورهم عن قدر معين : كما فى كينيا .
- ٥- من تتجاوز مرتباتهم قدرا معيناً: كما فى المانيا الاتحادية .
- ٦- رجال الدين وأصحاب الأعمال ومالكو الأراضى : كما فى نيكاراجوا .
- ٧- العاملون ببعض المنشآت التى لم يمتد اليها التأمين : كغانا (المنشآت الصغيرة) وكوريا الجنوبية (يمتد التأمين للمنشآت التى يعمل بها أكثر من ١٥ عاملا إجباريا أما المنشآت التى يتراوح عدد العاملين بها بين ٥ و ١٥ عاملا فيكون التأمين إختباريا).
- ٨ - العاملون بالخارج : كما فى قبرص .

الأهمية العملية لنظم التأمين الصحى الخاصة تفسر إنتشارها على المستوى الدولى مما يستتبع أن نتوسع فى اعتمادها ونشجعها مع متابعة التحقق من وفائها بالتزاماتها وتدعيم قدرتها العلاجية وتطوير مزاياها والتنسيق بينها وبين التأمين الصحى القومى:

استحدث التأمين الصحى الإجتماعى عام ١٩٦٤ ليمتد خلال ثلاث سنوات إلى جميع العاملين ممن يسرى فى شأنهم نظام التأمين الصحى الإجتماعى إلا أنه لم يمتد طوال الفترة منذ عام ٦٤ إلا للمنشآت التى يقل عدد العاملين بها عن ٥٠٠ عاملا مع شموله إختياريا لذوى المعاشات فضلا عن أفراد أسرهم وأسر المؤمن عليهم بمحافظة الأسكندرية ، وقد صاحب الإمتداد التدريجى ارجاء لبعض القرارات الصادرة بسريان التأمين على بعض الفئات والغاء لبعضها الآخر.

وقد حرصت تشريعات التأمين الصحى على الزام أصحاب الأعمال بالمحافظة على ما قد يكون للعاملين لديهم من حقوق مكتسبة تتجاوز الحقوق المالية المقررة ومستوى الخدمة الطبية التأمينية، ومن هنا أجاز القوانين التصريح لأصحاب الأعمال بتقديم المزايا التأمينية لعمالهم من خلال نظم خاصة على أن يؤدوا اشتراكا شهريا بواقع ١% من أجور هؤلاء العمال .

وهكذا تناولنا بالدراسة مزايا التأمين الصحي النقدية والعينية والمستويات الدنيا لتقديم الخدمة الطبية التأمينية والشروط والأوضاع القائمة لإعتماد نظم التأمين الخاصة لأصحاب الأعمال وإستخلصنا في ضوء ذلك الإطار العام النموذجي الذي يجب أن يكون عليه النظم الخاصة للتأمين الصحي سواء من حيث مجال تطبيقها أو تمويلها أو مزاياها .

وفي مجال بيان المدى الذي يجب أن تذهب اليه النظم الخاصة للتأمين الصحي كنظم بديلة لنظام التأمين الصحي الإجتماعي القومي الذي تديره الهيئة العامة للتأمين الصحي الإجتماعي تم إجراء دراسة تحليلية لنظم التأمين الصحي القائمة ومقارنة عدد العاملين المنضمين اليها ومتوسط أجورهم بالمؤمن عليهم بالهيئة العامة للتأمين الصحي حيث تبين أن ذوى النظم الخاصة ينتشرون بدرجات متفاوتة بين أوجه نشاط وحدات القطاعين العام والخاص إلا أنهم في حدود لا تتجاوز ٩% من إجمالي المؤمن عليهم بالقطاعين المشار اليهم أما أجورهم الشهرية فحوالي ضعف الأجر الأساسية والمتغيرة وبالتالي تكفي حصيلة إشتراكاتهم للمساهمة في تدعيم خدمات التأمين الصحي القومي بما يقابل تكلفة العلاج المتوسط لعدد مماثل من العاملين أعضاء النظم الخاصة فضلا عن توفيرها لمزايا تأمينية نقدية وعينية عند مستوى أفضل مما يحافظ على الحقوق المكتسبة لأعضاء تلك النظم الخاصة .

ومن ناحية أخرى فإذا كانت النظم الخاصة تساهم في إمتداد التأمين الصحي بمراعاة قصور إمكانيات العلاج الذاتية لدى الهيئة العامة للتأمين الصحي عن توفير خدمات العلاج والرعاية الطبية بالأسلوب المباشر لجميع المؤمن عليهم ففي حين تزايد عدد المؤمن عليهم تأميننا صحيا بالقطاع الحكومي والقطاعين العام والخاص بنسبة ٣١٣,٤% خلال العشر سنوات المنتهية بنهاية عام ١٩٨٦ فإن عدد الممارسون العامون المعينون لدى الهيئة العامة للتأمين الصحي ٤٢,١% من العدد المفترض أما الأسره المتاحة بالمستشفيات المملوكة للهيئة فلا تكفي سوى لـ ٢٦% من المؤمن عليهم وذلك وفقا للمستويات الدنيا لأداء الخدمات الطبية التأمينية .

وقد تبين من دراسة نظم التأمين الصحي الإجتماعي السائد على المستوى الدولي في عام ١٩٨٥ والتي تتمثل ٨٣ دولة ملاحظة الإنضمام الإختياري لبعض الفئات إلى النظام القومي القائم بعدد من

الدول فضلا عن إنتشار النظم الخاصة لبعض فئات أو القطاعات فى ١٠ دول متقدمة و ١٩ دولة نامية و ٤ دول إشتراكية بل أن النظام السويسرى يهتم على المستوى العام بتحديد المستويات الدنيا للتأمين الصحى التى يتعين أن تلتزم بها النظم الخاصة من المقاطعات السويسرية التى تكون عضوية بعضها إجباريا وعضوية البعض الآخر إختيارية ورغم ذلك فإنها تمتد إلى ٩٠% من السكان .

وفى ضوء ذلك يمكن أن نستخلص الآتى :

أولا : تعتبر نظم التأمين الصحى الخاصة ذات أهمية عملية سواء من حيث المحافظة علىالحقوق المكتسبة للعاملين، التى لايمكن فمجال الخدمات الطبية تجزئتها بين الهيئة التأمينية وبين أصحاب الأعمال أو من حيث المساهمة فى إمتداد التأمين الصحى القومى إلى فئات جديدة من العاملين ليس فقط بما تساهم به ماديا وفقا للقانون بل أيضا بما توفره من أعباء على إمكانيات العلاج الذاتية للتأمين الصحى والتى تمكنها من تقديم خدماتها الطبية عند مستوى مناسب من التكلفة . . . . .  
ومن هنا تبدو أهمية التوسع فى إعتداد النظم الخاصة وتشجيعها رغم اعتمادها على الأسلوب غير المباشر فى إدارء خدماتها الطبية وبالتالي قد لا تضيف إمكانيات علاج جديدة على المستوى القومى (بالطبع عدا النظم الخاصة بالمستشفيات الخاصة) .

ولنا هنا أن نشير إلى إنتشار النظم الخاصة على المستوى الدولى بين العديد من الدول سواء فى ذلك الدول الإشتراكية أو الدول المتقدمة والدول النامية .

ثانيا : إذا كان علينا أن نتوسع فى إعتداد نظم التأمين الصحى الخاصة بل ونشجعها فلا بد من متابعتها للتحقق من وفائها بالتزاماتها وفى ذات الوقت تتاح لها الفرصة لتدعيم قدرتها العلاجية وتطوير مزاياها على النحو التالى :

١ - يتعين أن تتضمن نظم التأمين الصحى الخاصة من الشروط والأوضاع والمستويات ما يكفل الإطمئنان إلى وفائها بالهدف منها وفى هذا الشأن يمكن الإسترشاد بالإطار العام المقترح لتلك النظم والذى إستخلصته الدراسة كإطار نموذجى سواء فى مجال تطبيق النظم الخاصة

أو تمويلها أو مزاياها والمستويات الدنيا للخدمات الطبية التي يتعين عليها توفيرها .

٢ - طالما راعينا عند اعتماد نظم التأمين الخاصة بالإطمئنان لى قدرتها الوفاء بالتزاماتها عند مستوى أفضل فيتعين إلا يرتبط التصريح الدوري لها بمزاولة نشاطها (كل سنة أو ثلاث سنوات) بمدى توافر إمكانيات العلاج لدى الهيئة العامة للتأمين الصحي وأنما بمدى التزام النظم الخاصة بأحكام ومدى وفاءها حتى يمكنها أن تطمئن إلى أن أى تدعيم فى قدرتها الذاتية على اداء الخدمات الطبية سواء بشراء الأجهزة أو بتعيين الأطباء وهيئات التمريض إنما يستند إلى أساس وليس مهددا بالتوقف وحتى يمكن لها أن تستفيد من خبراتها العملية التى تتراكم بمرور الوقت فى مجال أداء الخدمات التأمينية وتحسين مستوياتها وشروط أدائها مما يساهم فى النهاية فى مستوى أفضل من الخدمات وفى إضافة أيا ما كان قدرها - لإمكانيات العلاج على المستوى القومى.

٣ - يتعين التنسيق بين نظم التأمين الصحى الخاصة والهيئة العامة للتأمين الصحى خاصة فى المجالين الآتيين :  
- أداء النظم الخاصة لخدمات العلاج والرعاية الطبية خارج الجمهورية حتى يمكن لها أن تستفيد من الخبرة على المستوى القومى لدى الهيئة العامة للتأمين الصحى مع رقابة هذه الهيئة على وفاء النظم الخاصة بالتزاماتها من ناحية وعدم أساءة استخدام مواردها أو موارد الدولة من العملات الأجنبية من ناحية أخرى .  
- أداء النظم الخاصة لخدمات العلاج والرعاية الطبية لذوى المعاشات حتى يعتبر تقدم صاحب المعاش إلى النظم الخاصة بطلب للإنتفاع بتلك الخدمات فى حكم تقدمه بذات الطلب إلى الهيئة العامة للتأمين الصحى ولا يسقط حقه فى العلاج التأمينى إذا أوقفت أو توقفت النظم الخاصة عن مزاولة نشاطها .

٤ - يتعين أن تهتم الأجهزة الإحصائية ووحدات المتابعة بالهيئة العامة للتأمين الصحى بتجميع وتحليل البيانات المتعلقة بقدرات النظم الخاصة ونشاطها ومستوى خدماتها .