# التأمين الصحي ودوره في إعادة توزيع الدخل القومي

الباحثة/ مزنة عبدالله العارضي

(ISSN: 2537 - 0758)

# التأمين الصحي ودوره في إعادة توزيع الدخل القومي

**الباحثة/ مزنة عبدالله العارضي**

**ملخص البحث**:

صحة الإنسان أغلى ما يملك في حياته لأن العقل السليم في الجسم السليم ولذلك فإن صحة أفراد ومواطني أمة معينة تعد بمثابة عامل مهم من عوامل التقدم والازدهار.

ويجسد المرض تأمين المرض ظاهرة إعادة توزيع الدخل تجسيدا حيا ظاهرا، ذلك أن تمويل هذا التأمين أيما يكون بنسبة من الأجر حيث تختلف الاشتراكات باختلاف قيمة الأجور لكن في المقابل فإن المزايا التي تعود على بعض المؤمن عليهم والمتعلقة بخدمة العلاج والاستشفاء والأدوية والإقامة والفحوص وخدمات التأهيل وغيرها تبدو موحدة بالنسبة للجميع اللهم إلا إذا أراد المؤمن عليه العلاج في درجة أعلى من الدرجة التأمينية فإن عليه أن يدفع الفرق فضلا فإن الذين يقعون فريسة للمرض (أو الذين يعانون من الأمراض) ويحتاجون إلى وجوه العلاج المختلفة تبلغ نسبة معينة تتراوح من الدول المتقدمة إلى الدول النامية، فالجميع لا يستفيد من هذا التأمين وهنا تكمن عملية إعادة توزيع ظاهرة ذلك أن الأصحاء يدفعون للمرضى ويبدو هنا ثمة إعادة توزيع من المؤمن عليهم الأصحاء الذين يدفعون الاشتراكات رغم كونهم لا يستفيدون إلى المرضى الذين يستفيدون.

إن الأثر التوزيعي لمساهمات الدولة في ميزانية التأمينات الاجتماعية بأنواعها المختلفة يختلف بحسب ما إذا كانت الدولة تعتمد على الضرائب المباشرة أو غير المباشرة فإذا كانت الدولة تعتمد في تمويل التأمينات الاجتماعية على الضرائب المباشرة فإن فاعلية إعادة التوزيع تكون ظاهرة خاصة إذا كانت ضرائب تصاعدية تفرض على الدخل، وهي تفرض على أصحاب الدخول المرتفعة وعلى أصحاب رؤوس الأموال تزداد نسبتها بارتفاع قيمة الدخل ومداه.

يجب تعظيم دور أجر الاشتراك وعدم وضع حدود قصوى لهذا الأجر فكلما زاد الأجر زاد الاشتراك ويجب ألا تقف التشريعات عائقا في سبيل زيادة الاشتراكات إن هذا من شأنه إن يحقق إعادة توزيع حقيقية، والتقريب بين الحدود الدنيا للمعاش والحدود القصوى وذلك يحقق أفضل إعادة توزيع، وتعظيم مساهمات الدولة في التأمينات الاجتماعية المختلفة ويلاحظ تعاظم دور الدولة في تأمينات البطالة وتأمين الرعاية الاجتماعية لأصحاب المعاشات.

**Abstract:**

A person's health is the most precious thing he possesses in his life, because a healthy mind resides in a healthy body. Therefore, the health of individuals and citizens of a particular nation is an important factor of progress and prosperity.

The disease, the disease insurance, embodies the phenomenon of income redistribution in a living and apparent embodiment, because the financing of this insurance is either a percentage of the wage, as the contributions differ according to the value of the wages. Unified for all, except if the insured wants treatment in a higher degree than the insurance degree, then he has to pay the difference. In addition, those who fall prey to disease (or those who suffer from diseases) and need different aspects of treatment reach a certain percentage ranging from developed countries to developing countries. Everyone does not benefit from this insurance, and here lies the process of redistribution, as the healthy people pay for the sick, and it seems here that there is a redistribution from the healthy insured who pay contributions despite the fact that they do not benefit to the patients who do.

The distributive effect of the state's contributions to the social insurance budget of its various types varies according to whether the state relies on direct or indirect taxes. If the state relies on direct taxes in financing social insurance, then the effectiveness of redistribution is a phenomenon, especially if progressive taxes are imposed on income. It is imposed on those with high incomes and those with capital, and its percentage increases with the increase in the value and extent of the income.

The role of the subscription wage must be maximized and no maximum limits should be set for this wage. The higher the wage, the greater the contribution. Legislation should not stand in the way of increasing contributions. The state in the various social insurances, and it is noted the growing role of the state in unemployment insurance and social welfare insurance for pensioners.

**مقدمة**

يحتل التأمين الصحي مكانة هامة بين فروع وأنواع التأمينات الاجتماعية، بل أنه يعد من أحد أهم أنواع التأمينات، ذلك أن صحة الإنسان أغلى ما يملك في حياته لأن العقل السليم في الجسم السليم ولذلك فإن صحة أفراد ومواطني أمة معينة تعد بمثابة عامل مهم من عوامل التقدم والازدهار.

ذلك أن سياسة اجتماعية وصحية سليمة لا بد أن تعمل على توفير عمال أي مواطنين أصحاء يعدون حافزا لزيادة الإنتاجية وعاملا مهما من عوامل التقدم وزيادة الدخل القومي.

(ISSN: 2537 - 0758)

ويعد المرض من أهم الأخطار الاجتماعية التي تحرص أية دولة متقدمة كانت أو نامية على مواجهتها بأكثر الأساليب العلمية تقدما. وهو خطر يتعرض له الجميع الصغير والكبير ومهما كانت أعمارهم في حين أن بعض الأخطار الأخرى كالبطالة وإصابات العمل لا يتعرض لها إلا فئة معينة وهي فئة العمال.

والمشكلة الكبرى التي يواجهها تأمين المرض (التأمين الصحي) تكمن في الخسائر المالية التي تنجم عن المرض سواء تمثل ذلك في تكاليف التوقف عن العمل ما ينجم عنه من خسائر مادية أو تمثل في إمكانات العلاج التي تحتاجها الدولة من أجل توفير ميزانيات ضخمة للصحة والعلاج.

ولذلك، ومن أجل ذلك لا بد من الاعتماد على التأمين الصحي من أجل توفير تأمين صحي متقدم وحتى تمتد مظلة هذا التأمين إلى سائر أفراد وقوى الشعب، وذلك كله من أجل مواطنين أصحاء وعمال أصحاء يعدون عاملا مهما في دفع عجلة الإنتاج وفي التقدم الاقتصادي ولكن مشكلة التأمين الصحي تبرر من حيث التكاليف ومن حيث وجوه الاتفاق المختلفة.

سواء من حيث تعويض الأجر أو مصاريف الانتقال أو الخسائر المادية الناجمة عن المرض وتكاليف الكشف والعلاج والفحوصات والأخطار ومصاريف الأدوية واستمرار دفع تعويض الأجر حالة استمرار العجز وتخلف عجز مستديم والذي قد يستمر طوال حياة المريض وكذلك مواجهة نفقات الحمل والوضع (الولادة).

ويجسد المرض تأمين المرض ظاهرة إعادة توزيع الدخل تجسيدا حيا ظاهرا، ذلك أن تمويل هذا التأمين أيما يكون بنسبة من الأجر حيث تختلف الاشتراكات باختلاف قيمة الأجور لكن في المقابل فإن المزايا التي تعود على بعض المؤمن عليهم والمتعلقة بخدمة العلاج والاستشفاء والأدوية والإقامة والفحوص وخدمات التأهيل وغيرها تبدو موحدة بالنسبة للجميع اللهم إلا إذا أراد المؤمن عليه العلاج في درجة أعلى من الدرجة التأمينية فإن عليه أن يدفع الفرق فضلا فإن الذين يقعون فريسة للمرض (أو الذين يعانون من الأمراض) ويحتاجون إلى وجوه العلاج المختلفة تبلغ نسبة معينة تتراوح من الدول المتقدمة إلى الدول النامية، فالجميع لا يستفيد من هذا التأمين وهنا تكمن عملية إعادة توزيع ظاهرة ذلك أن الأصحاء يدفعون للمرضى ويبدو هنا ثمة إعادة توزيع من المؤمن عليهم الأصحاء الذين يدفعون الاشتراكات رغم كونهم لا يستفيدون إلى المرضى الذين يستفيدون[1].

(١) انظر د. محمد صلاح الدين صدقي، مبادئ التأمين، دار الثقافة العربية، القاهرة، ١٩٨١، ص٤١٢.

فضلا، فإنه لما ارتفع مستوى الخدمة التأمينية الصحية كلما ازداد فاعلية التأمين الصحي فينعكس أثر ذلك على عملية إعادة التوزيع [٢].

نتناول في هذا البحث تمويل التأمين الصحي والمزايا التي يتمتع بها المريض في مبحث أول ثم نتناول عملية إعادة التوزيع كما تظهر من خلال التمويل والمزايا ثم نتناول بالتفصيل في مبحث أخير الأثر التوزيعي لهذا التأمين بين القطاعات الاجتماعية والإقليمية، وتأثير مساهمات الحكومة لأصحاب الأعمال على عملية إعادة التوزيع وتمويل الدخول بين مجموعات المؤمن لهم، وإعادة التوزيع بين أصحاب الدخول المرتفعة وأصحاب الدخول الصغيرة، وأثر إعادة التوزيع وتقليل فاعليته في حالة تعذر الأنظمة (بريطانيا في الهامش).

## المبحث الأول
## تمويل التأمين الصحي والمزايا التي يتمتع بها المريض

بالنسبة للعاملين في الحكومة والقطاع العام تقدر الاشتراكات بنسبة ٣% من الأجر وتلتزم الجهات المشار إليها بدفع تعويض الأجر ومصاريف الانتقال.

أما بالنسبة للقطاع الخاص والتعاوني فإنه يدفع اشتراكات بنسبة ٤% من أجور المؤمن عليهم ٣% للعلاج والأدوية، ١% تعويض الأجر ومصاريف الانتقال.

أما أصحاب المعاش الذين يطلبون الانتفاع بمزايا التأمين الصحي فتقدر مساهماتهم بـ ١% من قيمة المعاش [٣].

تخفيض الاشتراكات:

وطبقا لقرار وزير الصحة رقم ٣٩٣ لسنة ١٩٧٧ فإن الاشتراكات تخفض من ٤% إلى ٣% بواقع ١% من أجور المؤمن عليهم في الحالات الآتية:

- إذا أبدى صاحب العمل (شخصا طبيعيا أو معنويا) رغبته في علاج العاملين لديه في الأحوال الآتية إذا كان:
- نشاطه طبيا كالمستشفيات مستشفى المقاولون العرب – مستشفيات جامعة عين شمس – مستشفيات جامعة القاهرة (القصر العيني).
- إذا كانت طبيعة عمله تقتضي التنقل المستمر (داخل أو خارج الجمهورية كشركات الطيران أو كان في أماكن نائية كشركات حفر الآبار والتنقيب عن البترول).

(٢) انظر تقرير إنجازات ونتائج أعمال وزارة التأمينات لسنة .
(٣) انظر ألفونس شحاتة، اقتصاديات التأمينات الاجتماعية، المحاضرة السادسة، ص٥.

(ISSN: 2537 - 0758)

- وإذا كان صاحب العمل لديه منشآت طبية وقبل علاج العاملين لديه (قدم طلبه بذلك) وأبدى رغبته فيشترط توافر خدمة طبية متكاملة لا تقل بحال من الأحوال عن مستوى الخدمة التأمينية التي يوفرها التأمين الصحي(٤).

ويجب على صاحب العمل أن يمد الهيئة (هيئة التأمين الصحي) بكافة البيانات والإحصاءات التي تخص علاج هؤلاء ويعفي وزير التأمينات صاحب العمل من ١٨% من نسبة الاشتراك في حالة قيامه بأداء تعويض الأجر ومصاريف الانتقال فيدفع ٣% بدلا من ٤%.

وعليه فإن حصة صاحب العمل إذا كان جهة حكومية أو هيئة حكومية أو شركة من شركات القطاع العام فإنه يدفع ٣% + ١% حصة العامل أما بالنسبة للعاملين في القطاع الخاص فإن صاحب العمل يدفع ٤% حصة (صاحب العمل) أما حصة العامل فإنه تكون ١%.

## المبحث الثاني
## المزايا التي يقدمها التأمين الصحي

وهي تنحصر في الخدمات والإمكانات والأداءات التالية:

١- خدمة الممارس العام.

٢- خدمة الأخصائي بحسب المرض علما بتعدد الأخصائيين من باطنة إلى قلب إلى الصدر إلى العظام ومن الأمراض المستوطنة إلى أمراض الجلدية والتناسلية وكذلك يجب ألا ننسى أخصائي العيون والرمد وأخصائي الأمراض العصبية والنفسية.

- وكذلك الروماتيزم والروماتويد والتوازن النفسي وأخصائي الأشعات بأنواعها وأخصائي المسالك البولية، فضلا عن التخصصات الطبية الحديثة التي تظهر على مساحة الطبية وكلما تطور الطب وتقدم.

- والعلاجات والفحوص بالأشعة ومنها الأشعة العادية وأشعة العظام المتقدمة في سائر الأوضاع والأشعة التشخيصية وأشعة الرنين المغناطيسي والأشعات اللازمة للمسالك والبروستاتا.

(٤) وإن كان يشترط ألا تقل الخدمة الطبية التي يقدمها صاحب العمل للعاملين المؤمن عليهم على مستوى الخدمة التأمينية إلا أن مستوى الخدمة الطبية قد تفوق المستوى التأميني وليس أقل منه وهذا لا يلتزم المؤمن عليه بدفع أية فروق ولا يمكن مقارنة ذلك بوضع المؤمن عليه مع مراكز ومستشفيات التأمين الصحي حيث يكون له الخيار، أما في حالتنا هذه فليس له خيار فلا يمكن إذن مطالبته بدفع فرق في مستوى الخدمة اللهم إلا إذا كان لدى صاحب العمل منشأة طبية تتوافر بها الدرجة التأمينية ودرجات أعلى منها فيمكن للمؤمن عليه في هذه الحالة إذا طلب العلاج في مستوى أعلى وهنا يجب عليه لزاما دفع فرق التكلفة.

- الفحوص الطبية والمعملية وهي متعددة ومتنوعة وتشمل فحص فصيلة الدم الكاملة وفحص الـ P.C.R لأمراض الكبد وفحص الـ P.C.R للكورونا وفحص الغدد الدرقية والكوليسترول وتحليل البول والمسالك والبروستاتا وكذلك العلاج بالمناظير والأشعة المقطعية وكذلك.
- صرف الأدوية وذلك حسب التصنيفات الدوائية التي يحددها التأمين الصحي.
- العلاج والإقامة بالمستشفى في الدرجة التأمينية المحددة للمريض وفقا لمستواه الوظيفي وإن رغب المريض في العلاج في درجة تأمينية أعلى فعليه دفع تكلفة ذلك.
- سائر العمليات الجراحية.
- عمليات الولادة.
- الخدمة التأهيلية كالكراسي المتحركة وتركيب الأرجل والأيدي الصناعية والعيون الصناعية.

وفي حالة العجز المؤقت يصرف للمريض أجره بواقع ٧٥% من الأجر الكامل لمدة ٩٠ يوم يزاد إلى ٨٠% من الأجر الكامل يصرف له طوال مرضه حتى ١٨٠ يوم.

أما في حالة الإصابة بأحد الأمراض المستعصية والمزمنة كالدرن والجزام والأمراض العقلية فيستمر في صرف ما يعادل أجره كاملا طوال مدة مرضه إلى أن يشفى فتستقر حالته أو أن يعجز عجزا كاملا وذلك دون تحديد حد أقصى لمدة المرض أي حتى ولو استمر حتى يتوفاه الله.

أما في حالة الحمل والوضع (الولادة) فإنه طبقا للمادة ٧٨ من ق٧٩ لسنة ١٩٧٥ فإن المؤمن عليها تستحق تعويض الأجر بواقع ٧٥% من الأجر اليومي المسدد عنه الاشتراك وذلك عن مدة الحمل والوضع. وتقوم الجهة المختصة بصرف تعويض الأجر بصرف مصاريف الانتقال بالوسائل العادية خارج المدينة أو داخلها وذلك ما لم يقرر الطبيب المختص ضرورة انتقاله بوسائل انتقال عادية (٥).

## المبحث الثالث

## كيف تظهر عملية إعادة التوزيع من خلال التمويل والمزايا

**أولا:**

إن السؤال الذي يثور بعد أن تعرضنا لتمويل التأمين الصحي والمزايا العينية والنقدية التي يحصل عليها المؤمن عليهم الذين يستفيدون من هذا التأمين (المؤمن عليه

(٥) انظر الجدول الوارد في ص١٤٣ من رسالة محمد بدير السرجاني، دكتوراه تجارة القاهرة، ١٩٨٢، أثر التأمينات الاجتماعية في إعادة توزيع الدخل القومي.

(ISSN: 2537 - 0758)

المريض) علينا أن نبين مدى إعادة توزيع للدخل في كلتا الحالتين ومدى نجاح التأمين الصحي في إجراء مساواة فعلية بين المؤمن عليهم الذين يتعرضون للمرض (والمستفيدون من نظام هذا التأمين) وذلك بصرف النظر عن مدة مساهماتهم (اشتراكاتهم). وللإجابة على هذا السؤال نعرض للملاحظات التي توصل إليها الباحث والملاحظات التي توصل إليها من سبقوه وذلك من خلال تقارير الإنجازات الحقيقية لوزارة التأمينات الاجتماعية ومن خلال المعايير الاقتصادية الدولية، ونعرض ذلك من خلال تبادلنا للنقاط الآتية:

- أثر المزايا في إعادة التوزيع أي مدى ما يجسده توزيع المزايا على المؤمن لهم (أي حصولهم على المزايا التأمينية) على عملية إعادة التوزيع.
- ثم نبين أثر مساهمات الحكومة وأصحاب الأعمال في إعادة التوزيع في نطاق التأمين الصحي (وملاحظة في بريطانيا).
- تعدد الأنظمة التأمينية وأثر ذلك على عملية إعادة التوزيع وكما تبين أثر إعادة التوزيع بين القطاعات الاجتماعية والإقليمية.
- ثم نتناول أخيرا تمويل الدخول بين فئات المؤمن عليهم من أصحاب الدخول الكبيرة وذوات الدخول المنخفضة [٦].

**ثانيا:**

ذلك أن التمويل يكون محددا بالنسبة لصاحب العمل والعامل بنسبة معينة من الأجر كما بيناه وهو يختلف ويتنوع وفقا لماذا كان الأجر مرتفعا أو على العكس منخفضا أي (أنه بينما يختلف قدر التمويل من حالة لأخرى فإن المزايا تكون موحدة بالنسبة للجميع فمن كل بحسب دخله وقدرته) ولكل بحسب حاجته للعلاج.

وتنطبق المساواة بين جميع المؤمن عليهم في أوجه العلاج فثمة درجة موحدة للمؤمن عليهم، ومن يريد درجة أعلى فعليه أن يدفع فرق الدرجة الأعلى.

فصاحب الأجر أو الدخل الأعلى يدفع نسبة من أجر الاشتراك (أو يدفع له نسبة من أجره) مع الأخذ في الاعتبار وجود حدا أعلى لأجر الاشتراك وصاحب الدخل المنخفض يدفع له أجر اشتراك أدنى من الأول، لكن في النهاية يتساوى الجميع صاحب الأجر الأعلى والأدنى من حيث المزايا التأمينية سيما العينية (يعني بروتوكولات (طرق) العلاج والرعاية الصحية) وهكذا فإنه ثم ملاحظتين:

(٦) انظر د. محمد صلاح الدين صدقي، مبادئ التأمين، دار النهضة العربية، عام .

- **الملاحظة الأولى:** إن صاحب الأجر الأدنى يتمتع بإعادة توزيع لصالحه أكبر من صاحب الأجر الأعلى، فثمة تمويل من تحويل أصحاب الدخول المرتفعة يصب لمصلحة أصحاب الدخول المنخفضة.
- **الملاحظة الثانية:** أنه يسود نظام التأمين الصحي تمويل من الأصحاء الذين لا يتعرضون للمرض (فهؤلاء يدفعون) دون أن يحصلوا على شيء أو ربما يدفعون أكثر مما يحصلوا عليه إذا كانوا أقل تعرضا للمرض من غيرهم (فضلا فإن من يتعرضون أقل للمرض يؤدون تمويلا للفئات الأكثر تعرضا للمرض) هذا يمثل إعادة توزيع حقيقية من الأصحاء إلى المرضى بل ومن الأشخاص الأقل تعرضا للمرض يصب في صالح الأشخاص (المؤمن عليهم) الأكثر تعرضا للمرض.

كما أنه وبصفة عامة كلما ارتفعت التكلفة الفعلية للمريض وكلما اشتد مرضه وتدهورت حالته الصحية كلما تمتع بإعادة توزيع أكبر لصالحه(٧).

وهكذا يبدو أمرا منطقيا وضروريا لأن الذين يستفيدون من هذا التأمين هم المرضى بينما لا يستفيد الأصحاء شيئا سوى الأمان النفسي(٨). ومن ناحية أخرى فإن أصحاب المعاشات يدفعون بحكم القانون ١% من معاشاتهم بينما يتمتعون بمقابل أكثر من غيرهم ومما دفعوه ذلك أنهم يتعرضون للمرض أكثر من غيرهم (أو أنهم أكثر تعرضا للمرض وهذا بحكم السن بطبيعة الحال) فيحصلون من ثم على مزايا تأمينية وربما نقدية أكثر من غيرهم فثمة إعادة توزيع ظاهرة ملموسة تتم لصالحهم (٩). فضلا، فإن وضع حد أعلى لأجور الاشتراك يحد من أثر عملية إعادة التوزيع، وهذه ملحوظة عامة يجب أن يشار إليها، وهي تنطبق في سائر أنواع وفروع التأمينات.

والحقيقة أن وضع حد أعلى لأجر الاشتراك وإن كان أمر يحبذه البعض، وحتى لا تصبح اشتراكات التأمينات الاجتماعية عبئا على الطبقات والفئات العمالية وغيرها من محدودي الدخل يؤدي ارتفاع قيمة الاشتراك إلى عملية كبيرة من العمل وبل من

---

(٧) نتيجة الاستبيان الذي أجراه تولف وقد لاحظ تولف من خلال استبيان أجراه أن الفئات ذات الأجور المنخفضة تتمتع بإعادة توزيع أكبر من الفئات ذات الأجور العالية، فثمة إعادة توزيع فعلية لصالح الأخيرين نتيجة لتطبيق التأمين الصحي عليهم فقد أثبت الاستبيان أن ٦٧% من المؤمن عليهم يحصلون على ٨٧% من إجمالي التكلفة (تمويل التأمين).
ومن المزايا انظر رسالة محمد بدير علي السرجاني، دكتوراه تجارة القاهرة، ١٩٨٢، ص٥٤.

(٨) ونجد أن المؤمن عليهم جميعهم يحسون بأنهم يتمتعون بحماية تأمينية فاعلية فإذا ماتعرضوا لمرض لا قدر الله فإن التأمين الصحي يتكفل بهم وهذا الشعور بالأمان يولد نوعا من الاستقرار النفسي وهذا كله تصب في صالح السلام الاجتماعي.

(٩) انظر التأمين الصحي وأثره على إعادة توزيع الدخل مع التطبيق على جمهورية مصر العربية، رسالة ماجستير، تجارة القاهرة، مقدمة من محمد نبيل رحيم، ١٩٧٥.

(ISSN: 2537 - 0758)

أصحاب الأعمال من الاشتراك المفروض إجباريا لعمالهم لدى هيئات التأمين الاجتماعي، هذه ظاهرة تنتشر كثيرا في كثير من أصحاب الأعمال في القطاع الخاص سواء كان صاحب العمل شخصا طبيعيا أم شخصا معنويا كالشركات والجمعيات وغيرها.

لكن ذلك مردود عليه بأن فتح أجر الاشتراك أي الأجر الذي يحسب على أساسه الاشتراك التأميني من شأنه زيادة التمويل (زيادة المساهمات) وهذا من شأنه زيادة المزايا التأمينية، بل إن هذا يؤدي بصفة عامة إلى زيادة معاشات أصحاب الدخول والأجور المرتفعة فزيادة اشتراكاتهم لإتاحة الفرصة لارتفاع اشتراكاتهم كلما ارتفعت أجورهم من شأنه زيادة معاشاتهم وتحسين الخدمة التأمينية التي تقدم لهم (سواء تجلت في مزايا عينية أو نقدية).

بل إن بالنسبة لفئات أصحاب الدخول المنخفضة فإن عدم وضع حد أقصى لأجر اشتراكهم سوف يعود عليهم بفائدة كبيرة فمن ناحية فإنه ذلك يتيح الفرصة لهم للحصول على معاشات كبيرة في قيمتها في وقت تشتد حاجتهم أكثر من غيرهم لهذه المعاشات لمواجهة نفقات المرض أو أعباء الحياة ووجود الاتفاق التي تظهر بالنسبة لهم كالحاجة إلى معاونة أو معاونة خدمة وحاجتهم إلى وسائل التسلية والترفيه المختلفة كالسياحة الخارجية والرحلات السياحية من أجل القضاء الممتع لأوقات فراغهم، وحاجتهم إلى إقامة الشعائر الدينية التي أمر الله بها كحج بيت الله الحرام بالنسبة لمن لم يؤدي الفريضة منهم وأداء زيارة الأماكن المقدسة بالنسبة لغير المسلمين.

وهكذا فإن فتح أجر الاشتراك وعدم وضع حد أقصى له سوف يساهم كثيرا في زيادة ميزانيات التأمين الاجتماعي مما ينعكس بالضرورة أثره من ناحية على مبالغ المعاشات ويؤدي إلى رفعها كما أن من شأنه على كل حال تحسين الخدمات التأمينية التي تقدمها المستشفيات والمصحات التابعة لهيئة التأمين الصحي.

**ثالثا: تراوح الأثر التوزيعي تبعا لتنوع واختلاف الشروط القانونية لبرامج التأمين الاجتماعي:**

ويختلف أثر التأمينات الاجتماعية في وقف أو تبعا للشروط القانونية للبرامج المختلفة للتأمين الاجتماعي فثمة شروط يشترط النظام العام للتأمين الاجتماعي تختلف عن الشروط التي يشترطها صندوق آخر(١٠).

(١٠) وذلك ممثل صندوق التأمين والمعاشات لضباط وأفراد القوات المسلحة ومثل صندوق التأمين الذي يخص العاملين بالهيئة العربية للتصنيع أو العاملين في شركات البترول التابعة للمؤسسة العامة للبترول وهكذا أو صندوق التأمين الذي يخص العاملين بشركة عز للحديد والصلب.

فنجد مثلا أن الرعاية الطبية التي تقدمها هيئات ومستشفيات التأمين الصحي وهي الموجودة في جميع المناطق ويحصل مرتادي هذه المستشفيات وتلك المراكز على خدمات كبيرة وهذه تمثل بالنسبة لهم إعادة توزيع على حساب المراكز الأخرى المحدودة أو الصغيرة أو الأقل أهمية.

وقد تؤدي إعادة التوزيع إلى تمويل مبالغ من فئة إلى فئة أخرى وذلك أمر مرتبط باستهلاك كل من المزايا المقدمة ويبدو الأثر التوزيعي واضح جليا حينما يشمل التأمين المناطق الحضرية والراقية.

وكما بينا فإن ثمة إعادة توزيع تتم بين الأفراد المؤمن عليهم من أصحاب الدخول المرتفعة إلى المؤمن عليهم من ذوات الدخول المنخفضة.

**رابعا: مدى حدوث إعادة توزيع بالنسبة لحصة صاحب العمل ومساهمات الحكومة:**

كما أن حصة صاحب العمل ومساهمته في الاشتراك أي قيامه بدفع حصته من الاشتراكات التي يدفعه من ماله (من حساب المشروع) بنسبة معينة من أجور العاملين، يختلف أثرها التوزيعي وذلك بحسب:

- ما إذا تم ترحيلها بالدفع بها إلى الخلف (أي الدفع بعبئها) فتتحمل بها أجور العمال.
- أو أمكن الدفع بها إلى الأمام فتلقى على عاتق المستهلكين وذلك على شكل ارتفاع في أثمان السلع والخدمات.
- لكن لو تدخلت الدولة وأمسكت بزمام الأجور في يدها وحالت دون ارتفاع الأسعار فإن حصة صاحب العمل هو الذي يتحمل بها فعلا دون أن يلقى على كاهل أحد كما أن حصة صاحب الدولة هي الأخرى ومساهماتها [11] في التأمينات الاجتماعية وذلك عن طريق تحمل الخزانة العامة في تمويل بعض أنواع التأمين أو تدخلها لسد العجز في ميزانيات هيئات ومنظمات التأمين، هل يحدث بالنسبة لها عملية إعادة توزيع تصب في صالح العمال والفئة العاملة أو تقوم هي الأخرى بترحيلها.

إن حصة الدولة هي الأخرى، ومساهماتها ومدى تأثيرها على إعادة توزيع الدخل القومي، يرجع في المقام الأول على اعتماد الدولة على الضرائب أم أنها تلقى بها على الضرائب غير المباشرة فيتحمل بها المستهلكون وتلقى على عاتق المنتفعين من هذه النظم من محدودي الدخل. أما بالنسبة للمزايا سيما المزايا العينية التي توزع على المرضى من المؤمن عليهم، فهل هي تمثل إعادة توزيع فعليه.

(11)Pacak 8 Brawin: The sacial dervuce in credut Britain and the redictrifution V of income London, 1954.

(ISSN: 2537 - 0758)

إن الأثر التوزيعي لمساهمات الدولة في ميزانية التأمينات الاجتماعية بأنواعها المختلفة يختلف بحسب ما إذا كانت الدولة تعتمد على الضرائب المباشرة أو غير المباشرة فإذا كانت الدولة تعتمد في تمويل التأمينات الاجتماعية على الضرائب المباشرة فإن فاعلية إعادة التوزيع تكون ظاهرة خاصة إذا كانت ضرائب تصاعدية[١٢] تفرض على الدخل، وهي تفرض على أصحاب الدخول المرتفعة وعلى أصحاب رؤوس الأموال تزداد نسبتها بارتفاع قيمة الدخل ومداه.

وكلما امتدت التأمينات الاجتماعية لتشمل فئات الدخول المنخفضة كلما تطلب الأمر إعادة تقييم للموارد الخاصة بتلك النظم وذلك أنه يجب النظر إلى مصادر التمويل بجذورها وتقييمها ودراستها [١٣].

أما بالنسبة لمساهمات أصحاب الأعمال فإنه إذا أمكن الدفع بها إلى الأمام في صورة رفع أسعار السلع والخدمات فإن الأثر التوزيع لها لا يقل، لكن لو أن الدولة تدخلت لمنع ارتفاع أثمان السلع والخدمات وعن طريق التحكم في الأجور فهنا تبدو عملية إعادة توزيع واضحة حيث يتحمل بها صاحب العمل.

**خامسا: أثر إعادة التوزيع من أصحاب الدخول المرتفعة إلى ذوي الدخول الصغيرة:**

وذلك أن ظاهرة التفاوت في الدخول وهي ظاهرة موجودة وطبيعية وإن كان يحبذها البعض ويخنقها البعض الآخر لأن من شأن تضييق الخناق على فوارق الطبقات وتضيق الفجوة بين الأغنياء والفقراء وهذا ما تحدثه عملية إعادة التوزيع، فهي ضرورية للتوازن الاجتماعي ولتحقيق التقدم الاقتصادي.

وتتخذ نظم التأمينات الاجتماعية وسيلة لتحقيق هذا التوازن والتخفيف من أثر هذا الاختلاف في الدخول وذلك من تحقيق هدف أسمى ألا وهو تحقيق العدالة الاجتماعية في التوزيع. وتحتل اشتراكات أصحاب الأعمال قدرا كبيرا من الأهمية ذلك أنه في الدول النامية يتحمل صاحب العمل بجزء كبير منها وهذا من شأنه أن يزيد من أثرها التوزيعي.

ولكن وكما نتمناه فإن أثرها في إعادة التوزيع يتوقف على إمكانية الدفع بها إلى الأمام أو إلى الخلف، فإذا أمكن صاحب العمل الدفع بها إلى الخلف لتلقى على الأجور أو إذا أمكن الدفع بها إلى الأمام، ليلقى على أثمان السلع والخدمات فإن أثرها التوزيعي يقل لكن لو أن الدولة تدخلت لمنع ارتفاع أثمان السلع والخدمات وتحكمت في الأجور فهنا تظهر إعادة التوزيع واضحة حيث يتحمل بها صاحب العمل.

---

(١٢) انظر ألفونس شحاتة، اقتصاديات التأمينات الاجتماعية، المحاضرة السادسة، ص١٣.

(١٣) ذلك أن الإلقاء بعبء التمويل على الضرائب غير المباشرة يتحمل بالجانب الأكبر منها فئات المستهلكين والفئات الأكثر استهلاكا وهم يمثلون في الغالب الفئات محدودة الدخل من العمال فتكون عملية إعادة التوزيع في غير صالحهم فيعطون في الضرائب غير المباشرة تلك التي تفرض على السلع والخدمات أكثر مما يحصلون عليه عن طريق الأداءات التأمينية.
انظر عادل قليج العلي، التأمينات ودراسة في جوانبها الاقتصادية، حقوق القاهرة، دكتوراه، ١٩٧٧.

ويتوقف ذلك على العلاقة بين المساهمات والتي تتخذ شكل اشتراكات والمزايا التي تمنح للمؤمن عليهم ومتى كان هناك ارتباط واضح بين الاشتراكات والأجور (أي تحديد الاشتراكات بنسبة من الأجر) وهذا هو وضع الدول النامية فبينما توزع المزايا العينية بقيمة موحدة بالنسبة للجميع (كما هو الحال بالنسبة للمزايا العينية والخدمات التي تقدم في التأمين الصحي) فإن أثر إعادة التوزيع تزداد فاعلية. لكن يلاحظ في هذا الصدد أن أثر إعادة التوزيع يقل حتى يكاد أن يختفي حيث ترتفع المزايا بالنسبة لأصحاب الدخول المرتفعة (كالعاملين في البنوك مثلا) بينما تقل هذه المزايا بالنسبة للأنظمة التي يكون فيها معظم المشتركين من ذوي الدخول الضعيفة.

كما أنه يعوق من الأثر التوزيعي أي يحد من أهميته وفاعليته وضع حد أعلى لأجر الاشتراك كما سبق أن نوهنا إلى ذلك.

لكن لوحظ أن تعويضات العجز المؤقت والمستديم بسبب المرض تتناسب مع الأجور شأنها شأن الاشتراكات نظرا لأن وجود حد أدنى لهذه التعويضات إنما يزيد من فاعلية إعادة التوزيع لصالح أصحاب الدخول الصغيرة [١٤].

**سادسا: أثر تعدد الأنظمة وتنوع القطاعات الاجتماعية وتعدد الأقاليم:**

ولقد لوحظ تعدد أنظمة التأمينات الاجتماعية وذلك وفقا لفئات المؤمن عليهم كما يحدث ذلك بالنسبة لأقاليم الدولة[١٥].

ونظرا لهذا التنوع فإنه يجرى العمل في الدول المختلفة (بريطانيا واليابان مثلا) على إنشاء صندوق ضمان احتياطي وهو صندوق توجه إليه فوائض الاحتياطات– مهمته.

- يعمل على تحقيق التوازن بين الأقاليم الغنية والأقاليم الفقيرة.
- يعمل على سداد العجز بين الصناديق والنظم المختلفة أي تلك التي تختص بفئات المؤمن عليهم من ذوي الدخول المنخفضة وتلك التي تختص بالمؤمن عليهم من ذوات الدخول المرتفعة [١٦].

## الخاتمة

أبرز النتائج التي توصلت إليها هي أنه لا يمكن إنكار الدور العظيم للتأمينات الاجتماعية في تقليل أو تقليص الفوارق بين الطبقات الاجتماعية، جميع الدول وفي جميع الأنظمة.إننا نشهد انطلاقة لينظم التأمينات الاجتماعية في الدول الآخذة في النمو خاصة في تعظيم دور المساعدات الاجتماعية وبرامج الشبكات الاجتماعية المختلفة.

إن ثمة نظرات تشاؤمية تظهر مع التأثيرات الاقتصادية المختلفة للتأمينات الاجتماعية وأنها سوف تقود الإنتاج والتقدم تقف عائقا في سبيل الاستثمارات المختلفة.

(١٤) ألفونس شحاتة، اقتصاديات التأمينات الاجتماعية، المحاضرة السادسة، ص١٣، مرجع سابق.
(١٥) حيث تختلف الأقاليم من حيث الغنى والفقر.
(16) Peacock. A. T. op cit., 142F.

(ISSN: 2537 - 0758)

لكن ثمة تطرأت تفاؤلية بالمقابل تبشر بالانطلاقة العظيمة التأمينات الاجتماعية.

أنه برز من أهم أنواع التأمينات الاجتماعية التأمين الصحي ولا يخفى الدور العظيم للتأمينات الاجتماعية ولقد صدر في مصر قانون جديد للتأمين الصحي من المأمول أن يتم تفعيله وامتداد تطبيقه ليشمل جميع طبقات الشعب وقواه المنتجة وغير المنتجة.

## التوصيات

- يجب تعظيم دور أجر الاشتراك وعدم وضع حدود قصوى لهذا الأجر فكلما زاد الأجر زاد الاشتراك ويجب ألا تقف التشريعات عائقا في سبيل زيادة الاشتراكات إن هذا من شأنه إن يحقق إعادة توزيع حقيقية.
- التقريب بين الحدود الدنيا للمعاش والحدود القصوى وذلك يحقق أفضل إعادة توزيع.
- تعظيم مساهمات الدولة في التأمينات الاجتماعية المختلفة ويلاحظ تعاظم دور الدولة في تأمينات البطالة وتأمين الرعاية الاجتماعية لأصحاب المعاشات.

ويجب أيضا تعظيم دور أصحاب الأعمال في تأمين حوادث العمل والأمراض المهنية ويجب أيضا أن يضاف إلى ذلك مساهمات الدولة ليس فقط في تفعيل التأمين والأداءات الناتجة عنه بل أيضا في أساليب الوقاية التي تتخذها الدولة وقطاع الأعمال العام والقطاع الخاص في تفادي وقوع الحوادث أو التقليل من نسبة وقوعها.

لا يجب أن ننسى الدور الذي تلعبه الشبكات الاجتماعية ووسائل الحماية الاجتماعية المختلفة فهذه لا تعدو أن تكون وسيلة لتحقيق دولة الرفاهية والرعاية الاجتماعية على أرض الواقع.

## المراجع


- ألفونس شحاتة، ١٩٧١، دراسات في اقتصاديات التأمينات الاجتماعية، جمعية إدارة الأعمال العربية.
- عادل قليج العلي، التأمينات ودراسة في جوانبها الاقتصادية، حقوق القاهرة، دكتوراه، ١٩٧٧.
- محمد بدير علي السرجاني، أثر التأمينات الاجتماعية في إعادة توزيع الدخل القومي.رسالة دكتوراه تجارة القاهرة، ١٩٨٢.
- محمد صلاح الدين صدقي، مبادئ التأمين، دار الثقافة العربية، القاهرة، ١٩٨١،
- محمد نبيل رحيم، التأمين الصحي وأثره على إعادة توزيع الدخل مع التطبيق على جمهورية مصر العربية، رسالة ماجستير، تجارة القاهرة، ١٩٧٥.
- Pacak 8 Brawin: The social device in credit Britain and the redistribution V of income, London, 1954.