التنظيم الدستوري والقانوني للحق في الرعاية الصحية للمواطن العراقي

ا.م.د. إبراهيم صالح قادر البرزنجي
جامعة رابرين- كلية العلوم الانسانية- قسم القانون

The constitutional and legal regulation of the right to health care for the Iraqi citizen

Dr. Ibrahim Salih Qadir AL-Barznji
University of Raparin-College of Human Scince –Law Department

المستخلص: هذا البحث الموسوم بـ " التنظيم الدستوري والقانوني للحق في الرعاية الصحية للمواطن العراقي "يتناول موقف الدساتير والقوانين العراقية المتعاقبة من الحق في الرعاية الصحية، وبما أنّ هذا الحق كغيره من الحقوق الانسان الاساسية أصبح موضع اهتمام وتنظيم دولي، لذلك سلّطت الدراسة الضوء على ماهية هذا الحق ومضمونه على ضوء المعايير الدولية المحددة له ، وانطلاقاً من هذه المعايير نحاول أن نستكشف غاية المؤسس الدستور العراقي من النص على هذا الحق في صلب الوثيقة الدستورية، بناءً على ذلك، حاول البحث تحديد نوع وطبيعة إلتزام الدولة المنبثق من هذا الحق الدستوري ذات الاهتمام الدولي والوطني.

كما ركّز البحث بصورة خاصة على موقف المشرع الاتحادي في العراق من تنظيم الحق في الصحة والرعاية الصحية للمواطن العراقي في قانون الضمان الصحي رقم (٢٢) لعام ٢٠٢٠. حاول الباحث بيان أوجه القصور في ثنايا هذا القانون ومدى مطابقته للدستور القائم.

وبالاستناد إلى المنهج التحليلي–الوصفي، ومنهج المقارنة، توصل الباحث إلى مجموعة من الإستنتاجات والتوصيات من أهمها، من المتعذر أن يتمتع الفرد بحقه في الصحة مالم يتذوق حقه في الرعاية الصحية، كما وأنّ هذا الحق لا يمكن تجسيده ما لم يتمكن المواطن من الحصول السهل على خدمات العناية الطبية الكافية من الوقاية والعلاج، يقدم له من قبل الحكومة أو تحت إشرافها بشكل مستمر ومنظم. وإنّ الحق في الرعاية الصحية المنصوص عليها في الدساتير العراقية المتعاقبة بما فيها دستور عام ٢٠٠٥ –النافذ حالياً–، يرتب على الدولة العراقية إلتزام إيجابي ذات النفاذ الفوري لكفالة تجسيد هذا الحق لكافة المواطنين. كما وخلص الباحث إلى أنّ المشرع العراقي في قانون الضمان الصحي رقم (٢٢) لعام ٢٠٢٠ قد وقع في حومة المخالفة الدستورية، لذا لابد من مراجعة هذا القانون وتعديله لينسجم مع الدستور القائم. **الكلمات المفتاحية:** الحق في الرعاية الصحية، المواطن العراقي، التنظيم الدستوري، التنظيم القانوني، الصحة العامة، الضمان الصحي.

Abstract

This research, entitled "Constitutional and Legal Regulation of the Right to Health care for the Iraqi Citizens" deals with the position of the successive Iraqi constitutions and laws on the right to health care, and since this right, like other basic human rights, has become the subject of interest and international regulation, so the research sheds light on the nature of this right and its content in the light of the international standards set for it, and based on these standards, we try to explore the purpose of the founder of the Iraqi constitution to stipulate this right in the core of the constitutional document.

The research also focused in particular on the position of the federal legislator in Iraq regarding regulating the right to health and health care for the Iraqi citizen in the Health Insurance Law No. (22) of 2020. The researcher tried to show the shortcomings in this law and its conformity with the existing constitution.

Based on the analytical-descriptive and the comparative method, the researcher reached a number of conclusions and recommendations, the most important of which is that it is impossible for an individual to enjoy his right to health unless he tastes his right to health care, and this right cannot be embodied unless the citizens are be able to easily obtain adequate medical care services, including prevention and treatment, provided to him by the government or under its supervision on a continuous and organized basis. And the right to health care stipulated in successive Iraqi constitutions, including the 2005 constitution - currently in force - imposes on the Iraqi state a positive obligation with immediate effect to ensure the embodiment of this right for all citizens. The researcher also concluded that the Iraqi legislator in the Health Insurance Law No. (22) of 2020 has committed a constitutional violation, so this

law must be reviewed and amended in conformity with the existing constitution.

Key words: (The right to health care, the Iraqi citizen, Constitutional regulation, Legal regulation, public health, health insurance).

المقدمة

يُصنف الحق في الرعاية الصحية ضمن الجيل الثاني من حقوق الإنسان المعترف بها دوليًا، إنه حق اقتصادي واجتماعي يفرض على الدولة احترام المعايير الدولية الدنيا لحماية هذا الحق. هناك العديد من الاتفاقيات والصكوك الدولية، أكدت على ضرورة تمتع الأفراد بالحق في الرعاية الصحية. ومع ذلك، لا يزال هناك بعض الاختلاف الدولي في تعريف هذا الحق وتفسير محتواه. إلاّ أنّ هذا الإختلاف لم يمنع الدول من الاعتراف به وتنظيمه في تشريعاتها الداخلية على أساس الأيديولوجية التي يتبناها دستور الدولة.

اولاً: أهمية موضوع البحث: يعد هذا البحث من البحوث ذات الأهمية النظرية والعملية لأنه يتناول موضوع ذات الاهتمام الدولي والوطني، حيث أنّ تجسيد الحق في الرعاية الصحية يعد ركناً رئيساً لتمتع الإنسان بحقه في الصحة وبحقوقه الأساسية الأخرى، ومنها الحق في الحياة والحق في السلامة الجسدية والعقلية، وما يزيد من أهمية البحث هو دسترة الحق في الرعاية الصحية في دستور جمهورية العراق لعام ٢٠٠٥ والدساتير التي سبقته.

ثانياً: مشكلة البحث: على الرغم من دسترة الحق بالرعاية الصحية في الدستور العراقي لعام ٢٠٠٥ وصدور قانون الضمان الصحي (قانون رقم ٢٢ لعام ٢٠٢٠)، لكن اللافت في الأمر أنّ المواطنين العراقيين يعانون من سوء ورداءة الخدمات الصحّية المقدمة لهم من جانب الحكومة. وعليه، إنّ عناصر مشكلة البحث تكمن في الأسئلة الثلاثة الآتية:

- هل أنّ الدستور العراقي لعام ٢٠٠٥ والدساتير التي سبقته ألزمت الدولة بكفالة تجسيد الحق بالرعاية الصحية المجانية للمواطنين العراقيين؟
- هل بإمكان المواطن العراقي مقاضاة السلطات العامة أمام القضاء الدستوري تأسيساً على إنتهاك هذه السلطات لحق المواطنة الدستورية بالرعاية الصحية؟

هل أنّ القواعد القانونية التي أقرّها المشرع العراقي، كافية لتنفيذ وتفعيل القواعد الدستورية الناصة على الحق في الصحة والرعاية الصحية؟ وهذا السؤال الأخير يمثل جوهر مشكلة هذا البحث.

ثالثا: فرضية البحث: يقدم البحث فرضيتين أساسيتين:

- إنّ الدستور العراقي بالرغم من إقراره الصريح بالحق في الرعاية الصحية، إلاّ أنّه لم ينظم الجوانب الأساسية لهذا الحق ولم يحدد الآليات الدستورية الكفيله بتجسيده.
- إنّ قانون الضمان الصحي رقم(٢٢) لسنة ٢٠٢٠، يشوب بشائبة عدم الدستورية بسبب تعارض القانون مع الأحكام الموضوعية الواردة في الدستور القائم، ووقوع البرلمان في حالة عدم الاختصاص السلبي للمشرع.

رابعاً: منهج البحث: للإجابة على الأسئلة التي طرحتها مشكلة البحث، تم الاعتماد على النهج التحليلي– الوصفي والمقارن لعرض وتحليل النصوص الواردة في الدستور والقانون العراقي لتنظيم حق الأفراد في الرعاية الصحية، ومقارنتها بما أقرّه دساتير بعض الدول المقارنة.

خامساً: هيكلية البحث: في ضوء المنهج الّذي اعتمدناه لمعالجة مشكلة بحثنا هذا، ارتأينا أن نقسّم هذا البحث إلى ثلاث مباحث: يتعلق المبحث الأول بماهية الحق في الرعاية الصحية، نحاول من خلاله تبيان مفهوم هذا الحق وعناصره (معاييره) في ضوء احكام القانون الدولي لحقوق الانسان. و في المبحث الثاني، نتناول الحق في الرعاية الصحية في ظل الدساتير العراقية التي تسبق دستور عام 2005، أمّا المبحث الثالث والأخير، خصصناه لعرض وتحليل موقف الدستور العراقي لعام 2005 من الحق في الرعاية الصحية، مع مقارنته بما أقرّه بعض الدساتير المقارنة في هذا الصدد. كما ونركز على موقف المشرع العراقي من تنظيم هذا الحق، و ذلك من خلال تسليط الضوء على أحكام قانون الضمان الصحي رقم 22 لسنة 2020 ونبحث عن مدى مطابقة هذا القانون للدستور العراقي الحالي. وفي الخاتمة نبيّن أهم النتائج والتوصيات التي أسفر عنها البحث نتيجة للتحليلات والمقارنات والاستنتاجات.

المبحث الاول/ ماهية الحق في الرعاية الصحية: وفقاً لما هو سائد في الفقه القانون الدولي و الفكر الدستوري المعاصر، إنّ موضوع حقوق الإنسان قد لا يتم التعامل معها من منظور وطني ضيق، لأنّ المبادئ والقواعد التي تنص على هذه الحقوق وتنظمها هي مبادئ وقواعد معيارية وعالمية ليس فقط في إعلانها، ولكن أيضًا أثناء تنفيذها، حيث أنّ أحكام القانون الدولي لحقوق الانسان(*) هي التي أوجدت شروطًا مسبقة لتطوير حق الإنسان في الرعاية الصحية على

(*) إنّ القانون الدولي لحقوق الانسان هو فرع من فروع القانون الدولي يتكون من مجموعة من القواعد الدولية-الاتفاقية والعرفية والتي أقرّت مجموعة من الحقوق المدنية والسياسية والاجتماعية والاقتصادية والثقافية والبيئية للفرد بصفته كعضو يعيش في المجتمع البشري، بغض النظر عن جنسيته أو أصله الجنسي أو الديني أو اللغوي أو المذهبي أو اللون أو أي وضع آخر، وإنّ هذه الحقوق هي مترابطة ومتداخلة مع بعضها البعض، وهي حقوق غير قابلة للتجزئة. و إنّ قواعد القانون الدولي لحقوق الانسان بعض منها قواعد آمرة(Jus Conges) وبعضها الآخر هي قواعد دولية ناشئة للإلتزام

المستوى الوطني وتحويل أحكامه إلى الدساتير والقوانين الوطنية[١]. بناءً عليه، إنّ النصوص و اللوائح القانونية الدولية لها تأثير كبير على محتوى حقوق الإنسان في أحكام القانون الدستوري لمختلف دول العالم، وذلك في سياق قيام السلطات الرسمية الوطنية بتفسير الوثائق القانونية الدولية المتعلقة بحقوق الانسان. لهذا السبب نقسم هذا المبحث إلى ثلاث مطالب: في المطلب الأول منه نسلط الضوء على موقف القانون الدولي لحقوق الانسان من الحق في الصحة والرعاية الصحية، وفي المطلب الثاني نحاول تبيان مفهوم ومضمون الحق في الرعاية الصحية، أمّا المطلب الثالث والأخير يتعلق بحاولتنا لتحديد المعايير الدولية المحددة لهذا الحق في ظل القواعد الدولية التي تدعم الوضع الحالي لحق الإنسان في الرعاية الصحية.

المطلب الاول/ موقف القانون الدولي لحقوق الانسان من الحق في الصحة والرعاية الصحية

في إطار القواعد القانونية الدولية لحقوق الإنسان، تم التعبير عن الحق في الصحة لأول مرة في دستور منظمة الصحة العالمية، الذي اعتمده مؤتمر الصحة الدولي الذي عقد في مدينة نيويورك في الفترة من 19 حزيران إلى 22 تموز 1946، ووقعها ممثلو(61) دولة في العالم – في ذلك الوقت – ودخل حيز التنفيذ في 7 نيسان 1948 ، ومنذ ذلك الحين ظل باب الانضمام مفتوحًا لجميع دول العالم لتصبح عضوًا في المنظمة بعد التوقيع على دستور المنظمة [٢]، إذ بلغ عدد الدول الأعضاء في المنظمة (193) دولة، في الوقت الحالي، وبذلك أصبح دستور منظمة الصحة العالمية من أهم الصكوك الدولية للإعتراف بالحق في الرعاية الصحية وتحديد مفهوم هذا الحق. إنّ ديباجة دستور المنظمة عرّفت الصحة بأنها " حالة من اكتمال السلامة بدنياً وعقلياً و إجتماعياً، لامجرد إنعدام المرض أو العجز" [٣]. وبالرغم من أنّ ديباجة و مواد دستور المنظمة لم تنص صراحة على تعريف الحق في الرعاية الصحية، إلاّ أنها تناولت هذا الحق ضمنياً، وشددت على ضرورة تحقيقه، حيث أنها أكدت على أنّ لكل فرد من أفراد المجتمع حق التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه، وأكدت على "أنّ الحكومات مسؤولة عن صحة شعوبها، ولايمكن الوفاء بهذه المسؤولية إلاّ بإتخاذ تدابير صحية كافية"[٤]. وهذه التدابير تشكل جوهر الحق في الرعاية الصحية ، إذ أنها تمثل خدمات العناية الطبية من الوقاية

تجاه جميع الدول(Erga Omnes)، فهي قواعد تفرض إلتزامات على الدول للتصرف بطرق محددة أو بالاحجام عن اتخاذ إجراءات معينة، مستهدفة في ذلك حماية وتعزيز حقوق الإنسان على المستويين الدولي والوطني.

[١] Paulius Čelkis, Eglė Venckienė, CONCEPT OF THE RIGHT TO HEALTH CARE, jurISprudeNcIja,Mykolo Romerio universitetas/Lithuania,Vol.(18),NO.(1),2011,P.274, https://ojs.mruni.eu/ojs/jurisprudence/article/view/634 .

[٢] المادتين (٣، ٤) من دستور منظمة الصحة العالمية، متاح بصيغة PDF فايل على الموقع الالكتروني الرسمي لمنظمة الصحة العالمية: https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1

[٣] ينظر: ديباجة دستور منظمة الصحة العالمية.

[٤] نفس المصدر أعلاه.

والعلاج للحفاظ على صحة الفرد والمجتمع. كما إنّ الإعلان العالمي لحقوق الإنسان، والذي اعتمدته الجمعية العامة لمنظمة الامم المتحدة في باريس بتاريخ ١٠ كانون الأول ١٩٤٨، تناول الحق في الصحة، وأكد على أهمية الحق في الرعاية الصحية، حيث نصّت المادة (٢٥) منه على أنّ" "لكلِّ شخص حقٌّ في مستوى معيشة يكفي لضمان الصحة والرفاهة له ولأسرته، وخاصَّةً على صعيد المأكل والملبس والمسكن والعناية الطبية .... ". [١] وإنّ المادة (١٢) من العهد الدولي الخاص بالحقوق الاجتماعية والاقتصادية والثقافية لعام ١٩٦٦[*]، نصت على ضرورة اقرار جميع الدول الموقعة على هذا العهد بحق كل إنسان في التمتع بأعلى مستوى من الصحة الجسمية والعقلية يمكن بلوغه. وأكدت المادة نفسها على أنّ الدول الأطراف في هذا العهد تقوم باتخاذ الاجراءات اللازمة لضمان الممارسة الفعلية الكاملة للحق في الصحة، ومنها: الوقاية من الأمراض الوبائية والمتوطنة والمهنية والأمراض الأخرى وعلاجها ومكافحتها، وتهيئة ظروف من شأنها تأمين الخدمات الطبية والعناية الطبية للجميع في حالة المرض. [٢] وفي إطار الجهود الدولية المبذولة لتحقيق المساواة بين الرجل والمرأة في مجال حقوق الانسان، إنّ المادة (١٢) من الاتفاقية الدولية للقضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة (CEDAW) لعام ١٩٧٩[**]، ألزمت كافة الدول التي انضمت الى هذه لاتفاقية بإتخاذ جميع التدابير الضرورية لضمان حصول مواطنها من الرجال والنساء على خدمات الرعاية الصحية، دون أي تمييز. [٣]

وكذلك، فإنّ المادة (٢٤) من الاتفاقية الدولية لحقوق الطفل لعام ١٩٨٩ [***]، أكدت على إلتزام جميع الدول المصدقة على هذه الاتفاقية أن تعترف بحق الطفل في التمتع بأعلى مستوى صحي يمكن بلوغه وبحقه في مرافق علاج الأمراض وإعادة التأهيل الصحي، و يتعين على هذه الدول أن تبذل قصارى جهدها لتضمن ألاّ يحرّم أيّ طفل من حقه في الحصول على خدمات

---

[١] متاح على الموقع الالكتروني الرسمي لمنظمة الامم المتحدة: https://www.un.org/ar/universal-declaration-human-rights/ <١٧-٤-٢٠٢٢>.

[*] صادق عليها العراق في عام ١٩٧١. للمزيد من المعلومات حول الاتفاقيات الدولية المعنية بحقوق الانسان والتي صادق عليها العراق قبل عام٢٠٠٣، ينظر: https://cosit.gov.iq/AAS/AAS2012/section_20/1-2.htm

[٢] د. محمود شريف بسيوني، القاضي خالد محيي الدين، الوثائق الدولية والاقليمية المعنية بحقوق الانسان، ط٣، المجلد الاول/ الوثائق العالمية، دار النهضة العربية، القاهرة، ٢٠١١، ص١٦٤.

[**] صادق عليها العراق في عام ١٩٨٦.

[٣] الاتفاقية الدولية للقضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة لعام ١٩٧٩، منشورات منظمة الامم المتحدة، ص١٤، متاح على الموقع الالكتروني الرسمي لمنظمة الامم المتحدة: https://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/text/0360793A.pdf <١٤-٤-٢٠٢٢>.

[***] صادق عليها العراق في عام ١٩٩٤.

الرعاية الصحية . [١] يفهم ممّا وردت في المواثيق الدولية المشار اليها اعلاه، إنّه لمن المتعذر أن يتمتع الفرد بحقه في الصحة مالم يحصل بسهولة واستمرار بخدمات الرعاية الصحية المقدمة له من قبل حكومة الدولة التي تنتمي اليها بجنسيته. وهذا يعني أنّ الحق في الرعاية الصحية هو ركن من أركان الحق في الصحة، وفي حالة إنتفاء الحق في الرعاية الصحية تنتفي الحق في الصحة.

المطلب الثاني/ مفهوم ومضمون الحق في الرعاية الصحية: لكي نتعرف على مفهوم و مضمون الحق في الرعاية الصحية ، يقتضي الأمر الرجوع الى إعلان (الما–آتا) الذي تم إصداره في عام 1978 من قبل المؤتمر الدولي المشترك والذي عقد بين منظمة الصحة العالمية ومنظمة الامم المتحدة للطفولة في (ألما–آتا) عاصمة كازاخستان –إحدى جمهوريات الاتحاد السوفيتي السابق– في الفترة 6–12/ 9/ 1978، وبمشاركة وفود حكومية رفعية المستوى ممثلاً لـ(134) دولة، و تناول هذا الاعلان مفهوم الرعاية الصحية من خلال النص على الرعاية الصحية الأولية بوصفها مدخل مشترك بين مختلف القطاعات المجتمعية وجزء لايتجزء من التنمية الاجتماعية، والتي يشير إلى قيام المؤسسات الحكومية الوطنية باتخاذ تدابير صحية وافية لتوفير وتقديم خدمات الرعاية الطبية الاساسية والشاملة لجميع أفراد المجتمع، وذلك بإعتماد تشريعات وقواعد قانونية فعّالة، وباستخدام تقنيات متطورة علمياً لتحسين صحة الفرد والمجتمع من خلال الوقاية من الامراض ومعالجتها أو للقضاء عليها ومنع إنتشارها داخل المجتمع.[٢]

و تأكيداً على ما ورد في إعلان (الما–آتا) حول أهمية الالتزام الدولي بتحقيق الرعاية الصحية الاولية ، إتفق ممثلوا جميع الدول الاعضاء في الامم المتحدة على إعلان (أستانا) بتأريخ (٢٥ تشرين الأول/أكتوبر ٢٠١٨)، الذي تعهدت فيه الدولة المشاركة على تعزيز النظم الوطنية الخاصة بالرعاية الصحية الأولية كخطوة أساسية وحجر الزاوية في سبيل تحقيق التغطية الصحية الشاملة واهداف التنمية المستدامة المتعلقة بالصحة.[٣] وفقاً لما ورد في هذين الاعلانين الدوليين، إنّ مفهوم ومضمون الرعاية الصحية لا تقتصر على قيام المستشفيات

---

[١] الاتفاقية الدولية لحقوق الطفل في عام ١٩٨٩،مكتب المفوض السامي لحقوق الانسان التابع لمنظمة الامم المتحدة: https://www.ohchr.org/ar/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-child <١١-٤-٢٠٢٢>.

[٢] تقرير من المدير العام لمنظمة الصحة العالمية، المؤتمر الدولي للرعاية الصحية الأولية (ألما-آتا، الاتحاد السوفيتي، سبتمبر/أيلول ١٩٧٨)، رقم المستند:EB63/21 ، https://apps.who.int/iris/handle/10665/177477 <٢٢-٤-٢٠٢٢>.

[٣] تقرير من المدير العام لمنظمة الصحة العالمية، المؤتمر الدولي للرعاية الصحية الأولية (أستانا، كازاخستان، كانون الاول/٢٠١٩)، رقم المستند:EB146/5 ، https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB146/B146_5-ar.pdf.

والمراكز الصحية الحكومية بمعالجة الامراض، وإنما يشمل أيضاً ضمان التوفير و التداول الآمن للاطعمة الصحية الضرورية للجسم وتوزيعها، و توفير مياه الشرب المأمونة ومعالجة مياه الصرف الصحي وتهيئة ظروف العمل الصحية والمأمونة والإسكان الملائم والبيئة الصحية النظيفة الملائمة للعيش، وتعمل من خلال تنفيذ برامج توعوية ممّولة من قبل الحكومة لإتاحة مجموعة من الإرشادات والتعليمات الضرورية للافراد لتطوير سلوكياتهم الصحية بغية الحفاظ على صحتهم وصحة غيرهم من الاشخاص، و الحد من تفشي الاوبئة وانتشار الامراض.[١]

ممّا تجد الاشارة اليه، أنه في إطار الممارسات الحكومية لضمان تمتع الأفراد بأعلى مستوى صحي يمكن بلوغه، كما تم التأكيد عليه في المادة(١٢) من العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية ، هناك ثلاثة مستويات (أنواع) للرعاية الصحية :

١. الرعاية الصحية الأولية: يتعامل أولاً مع المريض ويقدم العلاج للأمراض البسيطة ويركز أيضًا على الوقاية من الأمراض من خلال التثقيف والارشاد والتوعية الصحية. في هذا المستوى من الرعاية ، يتم تنفيذ بعض برامج فحص الأمراض الأساسية، وعادة ما تتعامل مع الأمراض الشائعة نسبيًا والثانوية، بالإضافة إلى تقديم بعض اللقاحات، ورعاية الأم والطفل، وتقديم المشورة بشأن تنظيم الأسرة. وعليه، في قطاع الرعاية الصحية الأولية ، يتم تقديم خدمات الرعاية الطبية بشكل عام من قبل مهنيين صحيين مدربين و أطباء يعملون داخل المجتمع، بتكلفة منخفضة نسبيًا. [٢]

٢. الرعاية الصحية من الدرجة الثانية : يتم توفير هذا النوع من الرعاية في المستشفيات عندما يفتقر الطاقم الصحي المحلي إلى المعرفة أو الموارد أو التخصص لعلاجهم. لذلك يتم إحالة المرضى من مراكز الرعاية الصحية الأولية إلى المستشفيات، ويتم تقديم خدمات الرعاية الصحية من قبل مجموعة واسعة من أطباء متخصصين و مهنيين صحيين مدربين ، باستخدام أدوية و معدات خاصة، وبتكلفة أعلى نسبيًا.[٣]

٣. الرعاية الصحية من الدرجة الثالثة: يتم تقديم خدمات هذا النوع من الرعاية في عدد قليل المراكز الطبية والمستشفيات المتخصصة، وعادة ما تتعامل مع أعداد قليلة من الأمراض

---

(١) Doncho Donev, Gordana Pavlekovic and Lijana Zaletel Kragelj, HEALTH PROMOTION AND DISEASE PREVENTION ,Hans Jacobs Publishing Company, Germany, 2007, p.343.

(٢) Prasanna B Joshi1 and Mukta S Adi , Primary Health Care in Karnataka: A New Experiment with Public-Private Partnership International Journal of Research in Management, Economics and Commerce, Vol. 7 ,Issue:5, May 2017, Pp. 9-10.

(٣) SECONDARY HEALTHCARE, available at: https://internationalmedicalcorps.org.uk/what-we-do/all-emergencies/secondary-health-care. . >29-5-2022<

الخطيرة التي تتطلب مهنيين صحيين مدربين وأطباء متخصصين ومعدات خاصة، وغالبًا ما تكون تكلفتها باهظة الثمن نسبيًا. [١]

وفي ضوء ما تقدم، يرى الباحث أنّ مفهوم الحق في الرعاية الصحية ، يشير إلى : تمتع الأفراد بخدمات الرعاية الصحية، من الوقاية والعلاج ، والتي وتوّفرها وتقدمها المؤسسات الحكومية، مجانًا أو بأسعار رمزية لكافة المواطنين، بشكل منظم ومهني و مستمر، لحمايتهم من الأمراض والإعاقات الجسدية والعقلية ، بناءً على مبادئ المواطنة الدستورية والمساواة في الانتفاع بالخدمات العامة، وفقًا للدستور والقوانين والانظمة والقرارات الإدارية المعمول بها في هذا الصدد، و بغض النظر عن المستوى المالي للفرد.

المطلب الثالث/ المعايير الدولية المحددة للحق في الرعاية الصحية: ثمة عناصر مهمة مترابطة للحق في الرعاية الصحية، وهي تعد بمثابة معايير دولية منبثقة عن الاتفاقيات والوثائق الدولية الناصة على الحق في الصحة والرعاية الصحية، وينبغي على أيّ دولة في العالم أن تحترم هذه المعايير، وتكريسها في تشريعاتها الداخلية، آخذين بنظر الاعتبار، أنّ التطبيق الدقيق لهذه المعايير يتوقف على الوضع الاقتصادي والاجتماعي السائد في الدولة. ومهما كان الحال، يتعين على الدولة أن تلتزم بالحد الأدنى لهذه المعايير لضمان فاعلية الحق في الرعاية الصحية. ويمكن اجمال هذه المعايير كمايلي: [٢]

أولاً/ التوافر (Availability): يجب على الدولة أن توفر عدد كاف من الشبكات الخدمية التي يشمل ما يلزم البنية التحية والموارد البشرية والمالية المطلوبة لإدارة خدمات الرعاية الصحية بمختلف مستوياتها ، وذلك من أجل ضمان التغطية الصحية الشاملة في كافة انحاء البلد ، وعلى الدولة أن تراعي مبدأ التوزيع العادل في بناء المستشفيات و المختبرات و المراكز الصحية، وفي توظيف الأطباء وتوفير الاجهزة و الادوية فيما بين المدن والقرى و المناطق الريفية النائية. [٣]

ثانياً/ إمكانية الوصول(Accessibility): نظراً لأنّ الحق في الرعاية الصحية مقرر لجميع أفراد المجتمع، لذا على الدولة أن تعمل جاهدةً من أن أجل تكون خدمات الرعاية الصحية في

---

[١] https://www.physio-pedia.com/Levels_of_Healthcare. >5-6-2022<.

[٢] CESCR General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12), Adopted at the Twenty-second Session of the Committee on Economic, Social and Cultural Rights, on 11 August 2000 (Contained in Document E/C.12/2000/4). https://www.refworld.org/pdfid/4538838d0.pdf.

[٣] تقرير من المدير العام لمنظمة الصحة العالمية، المؤتمر الدولي للرعاية الصحية الأولية (أستانا، كازاخستان، كانون الاول/٢٠١٩)، مصدر سبق ذكره.

متناول الجميع ومفتوحاً في كل الأوقات، وينبغي أن يتمكن الأفراد من الوصول السهل والسريع الى هذه الخدمات. وتتسم إمكانية الوصول بأربعة أبعاد متداخلة، هي:

١-عدم التمييز: وهذا يتطلب وحدة المعاملة وتكافؤ الفرص لجميع المواطنين الذين يعيشون في نفس الظروف، فإذا كان لدى الشخص فرصة الاستفادة من خدمات الرعاية الطبية التي تلبي احتياجاته الصحية، فيجب أن يتمتع كل الاشخاص الآخرون الذين لهم نفس الدرجة من الحاجة الصحية بفرصة فعّالة وبنفس القدر لتلقي هذه الخدمة. مع ملاحظة أن مبدأ الوصول المتكافئ في الحصول على الرعاية الصحية لا تضمن تحقيق نتائج المساواة الحسابية بين جميع المواطنين، وإنّما يسمح بالتمييز الإيجابي، في إطار مبدأ المساواة القانونية، تأسيساً على نوع أو درجة الحاجة الصحية ، فيجب أن يحصل الأشخاص المعاقون أو المصابون بالأمراض الخطيرة على قدر كبير من خدمات الرعاية الصحية. وبناءً على ذلك، ينبغي أن يكون لكل فرد إمكانية الوصول إلى المرافق والسلع والخدمات المتعلقة بالصحة ، ولا سيما الفئات الأكثر ضعفًا وتهميشًا بين السكان، لكن دون أي تمييز على أسس محظورة تتعلق ببعض الخصائص لبعض الفئات الاجتماعية أو الأشخاص، أنهم لم يختاروها بحرية. وتشمل هذه الخصائص: الجنس ، الأصل العرقي، اللون، اللغة، الدين ، الثروة ، ....الخ. [١](*)

١. إمكانية الوصول المادي: ينبغي أن تكون المرافق والسلع والخدمات الطبية والمقومات الأساسية للصحة، مثل الأطعمة المغذية و مياه الشرب المأمونة في المتناول المادي والآمن لجميع السكان، كما تشمل إمكانية الوصول المادي تمكين المعوقين من الوصول المناسب إلى المباني[٢].

٢. الإمكانية الاقتصادية للحصول عليها (القدرة على تحمل نفقاتها): يجب أن يستند الدفع مقابل خدمات الرعاية الصحية، إلى مبدأ الإنصاف ، مما يضمن أن تكون هذه الخدمات، في متناول الجميع ، بما في ذلك الفئات المحرومة اجتماعياً. لأنّ مبدأ العدالة الاجتماعية يتطلب عدم تحميل الأسر الفقيرة أعباء النفقات الصحية لايتناسب مع قدرتها المالية مقارنة بالأسر الأكثر ثراءً أو الأغنى منها[٣]. ولابد من الاعانات الحكومية للفقراء

---

(1) Amy Gutman, For and against Equal Access to Health Care, Milbank Memorial Fund Quarterly and Society, Vol. 59, No. 4, 1981, Pp.543-545. https://doi.org/10.2307/3349740.

(*) لطالما أنّ الحق في الرعاية الصحية تقوم على الشروط المتعلقة بعمومية وعالمية حقوق الانسان، إذن، ان المهاجرين الاجانب من المقمين أو الذين يعيشون على أراضي الدولة بصورة غير شرعية ، لهم حق التمتع بخدمات العناية الطبية الاساسية والطارئة لضمان تمتعهم بالحق في الحياة والسلامة الجسدية والعقلية، والعيش بكرامة.

(2) CESCR General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12), pragrah.12.

(٣) Ibid., the same paragraph

لحمايتهم من الاعباء المالي للأمراض، ويمكن للحكومة ومن خلال القوانين العادية تنفيذ مبادئ التضامن الاجتماعي بين الفقراء والأغنياء.

٣. إمكانية الوصول إلى المعلومات: تشمل هذه الإمكانية الحق في التماس المعلومات والأفكار المتعلقة بالمسائل والقضايا الصحية والحصول عليها ونقلها. غير أنه لا ينبغي لإمكانية الوصول إلى المعلومات أن يؤدي إلى المساس بالحق في معاملة البيانات الصحية الشخصية بسرية [١]

ثالثاً/ المقبولية (Acceptability): يجب أن تكون خدمات الرعاية الصحية مقبولة اجتماعيًا ومناسبة ثقافيًا، ومصممة بطريقة تمدّ المريض أو الشخص المعني بكل المعلومات الصحية الضرورية التي تخصه، وينبغي الحصول على موافقته قبل أي عمل من أعمال الرعاية إذا كان الشخص(المريض) واعياً وذي إرادة معتبرة قانوناً، ولابد من إحترام حقه في الخصوصية وسرية المعلومات الشخصية. ومن هنا تكمن ضرورة التزام خدمات الرعاية الصحية بمبادئ وقواعد الاخلاقيات الطبية . وعلى الرغم من أن الكثير من تلك القواعد قد تغيرت بالفعل على مرّ السنين بسبب تطور التقنيات والعلوم الطبية ، وتغيير نظرة المجتمعات لبعض القيّم والمفاهيم الاخلاقية، إلاّ أنّ هناك قيّم وقواعد أساسية وعالمية ثابتة لما لها من حساسية تجاه المرضى واعتقادهم أن الإنسان بحاجة إلى أطباء رحماء وقادرون ومستقلون لمعالجتهم على أحسن وجه. وعليه يتطلب معيار المقبولية أن يتم تقديم خدمات الرعاية الصحية على جميع المستويات بطريقة أخلاقية تضمن عدم تعرض المريض لأي ضرر جسدي أو نفسي، ويضع إرادة المريض وراحة ومصلحته فوق أي اعتبار آخر.

رابعاً/ الجودة (Quality): وهي إتقان في العمل، بتعبير آخر الجودة هي القيام بإجراء صحيح وبالطريقة الصحيحة منذ المرة الأولى وفي كلّ مرة " doing right thing right, first time and every time" ويمكن فهم الجودة في خدمات الرعاية الصحية من ثلاث زوايا مختلفة، أولهما: الجودة المتوقعة(The Expected Quality)، وهي عبارة عما يتوقعها المريض بالخدمة التي يمكن أن يحصل عليها من المستشفى، وهذا التوقع يختلف من شخص لآخر لعدة أسباب، ومنها طبيعة المرض ونوع الحاجة الصحية. وثانيها: الجودة المدركة(The Recognition Quality)، وهي مدى التفوق الذي يدركه أو يميزوه كلّ من المريض و المؤسسة القائمة بتقديم الرعاية. ثالثها: الجودة المحققة(The Performance Quality)، وهي تمثل ذلك المستوى من جودة الخدمة التي اعتادت المؤسسة الصحية تقديمها للمرضى. رابعها: الجودة المعيارية (The Standard Quality)، وهي تمثل درجة إلتزام المؤسسة الصحية

[١] Ibid., the same paragraph.

بالمقايس الدولية المحددة لخدمات الرعاية الصحية. وهذه المقايس تتطلب إجراء أي عمل من أعمال الرعاية الصحية بإتقان، لضمان أن تكون هذه الأعمال خالية من العيوب و الأخطاء الطبية الجسيمة، مثل (تقديم أدوية منتهية الصلاحية، إهمال المريض ، إرغام المريض على الانتظار الطويل المؤدي إلى الموت أو مضاعفة المرض،....الخ). وللحيلولة دون وقوع ذلك، يجب أن تكون خدمات الرعاية الصحية مناسبة وذات جودة عالية علمياً وطبياً، لأنّها مرتبطة بحياة الأفراد، وهذا يعتمد على تقديم خدمات الرعاية الصحية من قبل أطباء ومهنيين صحيين مهرة ومختصين ومخلصين ، ويتطلب أيضًا أن تعمل الحكومة من أجل ضمان الاستخدام الفعّال والآمن للأدوية والأجهزة والتقنيات الأخرى ، بالإضافة إلى ضمان الاستخدام الفعال لنظم المعلومات الصحية، و تطوير آليات التمويل التي تدعم التحسين المستمر للجودة ( )، ويجب أن تخضع كلّ ذلك للمراقبة والمسائلة الادارية والقضائي.

المبحث الثاني/ الحق في الرعاية الصحية في ظل الدساتير العراقية التي تسبق دستور عام ٢٠٠٥: يتكون هذا البحث من مطلبين رئيسيين، يتعلق المطلب الاول بعرض وتحليل موقف المؤسس الدستوري والمشرع القانون العادي في العراق من الحق في الرعاية الصحية للمواطن العراقي في فترة نفاذ القانون الأساسي العراقي لعام ١٩٢٥(دستور عام ١٩٢٥)، أمّا المطلب الثاني ، يتناول موقف كلّ من الدساتير العراقية المؤقتة والقوانين العادية الصادرة في ظل هذه الدساتير من الحق في الرعاية الصحية.

المطلب الأول/ الحق في الرعاية في ظل دستور عام ١٩٢٥: بالرجوع إلى التأريخ الدستوري في العراق، نجد أنّ الدستور العراقي الأول (القانون الاساسي العراقي لعام ١٩٢٥) الذي ظلّ نافذاً منذ عام ١٩٢٥ لغاية عام ١٩٥٨، لم يقرّ حق الرعاية الصحية للمواطن العراقي، إذ أنّ الباب الأول منه المتكون من (المواد ٥ إلى ١٨)، والتي كانت مخصصة لتناول حقوق الشعب، لم يشير الى هذا الحق صراحة أو ضمناً [١]. ولعلّ السبب الرئيسي لعدم التكريس الدستوري للحق في الرعاية الصحية في الدستور العراقي الأول، يعود إلى عدم التنظيم الدولي للحق في الصحة والرعاية الصحية خلال الفترة الزمنية التي وضع فيها هذا الدستور، لأنّ بواكر الاهتمام الدولي بتنظيم هذا الحق بدأ مع إنشاء دستور منظمة الصحة العالمية في عام ١٩٤٦ ومن ثمّ النص عليه في الشرعة الدولية (الاعلان العالمي لحقوق الانسان لعام ١٩٤٨، العهدين الدوليين لحقوق الانسان المدنية والسياسية والاقتصادية والاجتماعية والثقافية لعام ١٩٦٦) وفي

[١] ينظر: النص الكامل للقانون الاساسي العراقي لعام ١٩٢٥ وتعديلاته، ضمن كتاب: الدساتير العراقية ودراسة مقارنة بمعايير الحقوق الدستورية الدولية، ط١، منشورات المعهد الدولي لحقوق الانسان/ كلية الحقوق بجامعة ديبول، ٢٠٠٥، ص ص٩-٥٣.

الاتفاقيات والصكوك الدولية الأخرى الموقعة من قبل أعضاء منظمة الامم المتحدة– كما أسلفنا الاشارة اليها– .

أمّا فيما يخص التنظيم القانوني للحق في الرعاية الصحية في العراق في ظل دستور عام ١٩٢٥، يمكن الاشادة بـ" قانون وقاية الصحة العامة رقم (٦) لعام ١٩٢٩" المؤلف من ثمانية مواد، وإنّ المادة (٢) من هذا القانون أوكلت الحكومة بإصدار الأنظمة الضرورية في المسائل المتعلقة بالمحافظة على الصحة العامة والوقاية من الأمراض، وتنظيم عمل الأطباء والمهنيين الصحيين في المستشفيات الحكومية والاهلية، والاشراف عليها ومراقبتها [١] . كما أنّ المادة(٣) من قانون ممارسة مهنة الطب رقم (٥٠٣) الصادر في ١٨/ آذار ١٩٢٥، والتي نصت على أنّه " لا يجوز ممارسة الطب او اي فروع كان من فروعه في العراق سواء كان ذلك باجرة او بدونها الا للاشخاص الماذونين بموجب هذا القانون". وعليه، أصدرت مديرية الصحة بياناً، وضحّ فيه شروط تعيين الأطباء وكيفية ممارستهم لمهنة الطب في اثناء قيامهم بالوظائف الطبية من مصلحة الصحة العامة العراقية. إضافة إلى ذلك، تم إصدار تعليمات رقم (٥٢٩) لعام ١٩٢٥، لتنظيم مهنة القابلة وحددت شروط ممارستها [٢]. وكان يخدم ذلك بشكل أو بآخر حق المريض للحصول على الرعاية الطبية من قبل طبيب أو عامل صحي مأذون له بممارسة مهنة الطب، وهذا بحد ذاته يؤشر على محاولة الحكومة العراقية في العهد الملكي لتلبية أحد متطلبات جودة خدمات الرعاية الصحية، ألآ وهي توفير الاطباء والمهنيين الصحيين للقيام بأعمال الرعاية الطبية للأفراد. وفي يوم ٧/تموز ١٩٥٨، أي قبل أسبوع واحد من سقوط دستور عام ١٩٢٥، صدر قانون الصحة العامة رقم(٤٥) لعام ١٩٥٨، وكان تعد هذا القانون بمثابة خطوة نوعية مهمة وناجعة في سبيل تطوير خدمات الرعاية الصحية في العراق، حيث انّه ولأول مرة في تأريخ القوانين العادية الناظمة للحقوق الاجتماعية في العراق، أقرّ بحق المواطن العراقي الحصول على جميع خدمات الرعاية الصحية المجانية في المؤسسات الصحية الحكومية [٣] [*]. كما وألزم القانون وزارة الصحة بأن تعمل على تهيئة أفراد الشعب العراقي ليتمتعوا بصحتهم الجسمية والعقلية من خلال إتخاذ مجموعة من التدابير والاجراءات، ومنها: انشاء المستشفيات والمؤسسات والمراكز الصحية الحكومية في كافة أرجاء الدولة العراقية، و

---

[١] ينظر: النص الكامل لقانون وقاية الصحة العامة رقم (٦) لسنة ١٩٢٩، المتاح على الموقع الالكتروني الرسمي لقاعدة التشريعات العراقية: https://iraqld.hjc.iq/LoadLawBook.aspx?SC=150920056661044

[٢] ينظر: د. عيد جاسم نجم سليم الدليمي، أثر القبالة في الحياة الاجتماعية في العراق ١٩١٧-١٩٣٩، مجلة جامعة تكريت للعلوم الانسانية، العد(٥) لسنة ٢٠١٩، ص ص٢٤٦-٢٤٩.

[٣] المادة(٤) من قانون الصحة العامة رقم(٤٥) لسنة ١٩٥٨، جريدة الوقائع العراقية، العدد ٤١٦٣ في ٧/تموز ١٩٥٨.

[*] ظَلّ هذا القانون نافذاً في ظِل الدساتير التي تلت دستور عام ١٩٢٥، حيث أنّه بقي سارياً منذ ٧تموز ١٩٥٨ حتى صدور قانون الصحة العامة رقم ٨٩ لسنة ١٩٨١-النافذ حالياً-

مكافحة الامراض المتوطنة والوافدة والسارية، و العناية بالامومة والطفولة، و ايجاد المذاخر والمخازن واستيراد الادوية والمواد الطبية على اختلاف انواعها ، ورفع المستوى الغذائي لجميع افراد الشعب خصوصا غذاء الاطفال وطلاب المدارس ، و نشر الثقافة الصحية بجميع الوسائل الممكنة وتشجيع البحوث والتتبعات العلمية والاهتمام بصحة البيئة وصحة العائلة ، صيانة الانهار والمياه العمومية من التلوث وتصريفها وتنظيف الطرق والتخلص من الفضلات[١].

وأحال الى الحكومة إصدار الأنظمة الادارية اللازمة لتنظيم المسائل المتعلقة بتطوير خدمات الصحة العامة، و تسهيل تطبيق احكام الاتفاقيات والمعاهدات الصحية الدولية التي تكون الحكومة العراقية طرفاً فيها[٢].

إرتباطاً بما تقدم، يطرح هنا سؤال، هل أنّ عدم وجود نص في الدستور على الحق في الرعاية الصحية، يعطي حق الامتناع التشريعي المطلق للمشرع العادي بخصوص تنظيم هذا الحق وحمايته تحت ذريعة عدم النص عليه في صلب الوثيقة الدستورية؟ للإجابة على هذا السؤال يمكن القول، إنّ التنصيص الدستوري على أي من الحقوق والحريات، يعطي لذلك الحق أو تلك الحرية قيمة أسمى من القيمة التي يمنحها القانون العادي، لأنّ إضفاء الحماية الدستورية على الحقوق والحريات يكسبها السمو الدستوري، تلزم السلطات الرسمية للدولة بما فيها سلطة التعديل الدستوري عدم إنتهاك هذه الحقوق والحريات، ويترتب عليها أيضاً ضرورة تدخل المشرع العادي لتنظيم هذه الحقوق والحريات على ضوء ما نصّ عليه الدستور. ومع ذلك، إنّ الدستور في الدولة القانونية بالرغم من إقراره لقائمة طويلة من الحقوق الفردية إلاّ أنه لا ينص على هذه الحقوق والحريات على سبيل الحصر، حيث أنّ الدولة القانونية –بمفهومها الديمقراطي المعاصر–هي دولة الحقوق، تقوم على مبدآ السيادة الشعبية وحقوق الانسان، ويتمتع فيها الانسان بجميع حقوقه الطبيعية التي تضمن له العيش بكرامة وسعادة، وبما أنّ حقوق الانسان لها صفة الاطلاق والدوام والخلود، فتكون بذلك تسبق الدستور، إذن يمكن للمشرع العادي إصدار القواعد القانونية لتنظيم وحماية حق الانسان في الصحة والرعاية الصحية، ولو كان هذا الحق غير مدرجة في صلب الوثيقة الدستورية، مادام أنّ هذا القانون لايخالف الاحكام الشكلية والموضوعية التي يحتويها دستور الدولة.

لكن ممّا يجب التنويه اليه، في ظل السكوت الدستوري عن النص على الحق في الرعاية، يتصرف المشرع القانوني بسلطته التقديرية الواسعة في تنظيم هذا الحق من عدمه، والدليل على ذلك، في ظل الدستور العراقي لعام ١٩٢٥، إمتنع السلطة التشريعية عن إصدار أيّ قانون

[١] المادة(١) من قانون الصحة العامة رقم(٤٥) لسنة ١٩٥٨-الملغي-
[٢] المادة(٢) من القانون نفسه.

فعآل يضمن الحق القانوني للمواطن العراقي في الرعاية الصحية لفترة طويلة تجاوزت معيار الحد الزمني المعقول في إصدار القانون لتنظيم موضوع الرعاية الصحية وتطوير الصحة العامة ، حيث لم يقوم مجلس الأمة (برلمان المملكة العراقية المتكون من مجلسي الاعيان والنواب) بإصدار قانون الصحة العامة إلاّ بعد مرور أكثر من ثلاثة عقود من الزمن على نفاذ الدستور.

بناءً على ذلك، إنّ الوضع الصحي في العراق في فترة نفاذ دستور عام ١٩٢٥، كان مزرياً، وأنّ المراكز الصحية والمستشفيات غير قادرة على تقديم خدمات الرعاية الصحية المطلوبة، ونتيجة لذلك فإنّ العديد من الأمراض (الملاريا، الكوليرا، بلهارزيا البول الدموي، التدرن الرؤوي– مرض السل–، الانكلستوما، الزهرية، أمراض العيون، أمراض الاطفال) كانت منتشرة في العراق، وكان الكثير من الناس يجهل قواعد الوقاية الصحية، ويلجؤن إلى أعمال الشعوذة لمعالجة الأمراض! [١]

المطلب الثاني/ الحق في الرعاية الصحية في ظل الدساتير العراقية المؤقتة: إنّ التأريخ السياسي والدستوري في العراق إبان إقامة نظام الحكم الجمهوري في عام ١٩٥٨، هو تأريخ زاخر بالانقلابات العسكرية التي جعلت الحياة الدستورية في العراق في وضع مضطرب وغير مستقر، فكلّما نجح إنقلاب عسكري جديد، ترتب عليه إلغاء الدستور القائم قبل الانقلاب وإقرار دستور جديد يتسم بالمؤقت، يستند اليه الانقلابيون لشرعنة ما قاموا بها من تصرفات تجاه المجتمع والدولة والافراد، ووعدوا بأنهم سيضعون دستوراً دائماً بإرادة الشعب. إلاّ أنّ هذه الدساتير الانقلابية المؤقتة والمتنفذة في العراق، سُقطت واحدة تلو الأخرى نتيجة للإنقلابات العسكرية المتكررة، ماعدى دستور عام ١٩٧٠ الذي إستمر العمل به لمدة تزيد عن ثلاثة عقود من الزمن، حيث ظل أحكامه نافذاً حتى سقوط النظام السياسي في العراق وإحتلال الدولة العراقية (وتحرير الشعب العراقي من دكتاتورية نظام البعث الحاكم) من قبل الولايات المتحدة الأمريكية وحلفائه في ٩/ نيسان٢٠٠٣.

وفي ١٣ تموز ٢٠٠٣ أصدر سلطة الاحتلال المسمى بـ "سلطة الائتلاف المؤقتة" بقيادة الولايات المتحدة الأمريكية الممثلة في الحاكم المدني الأمريكي (بول بريمر) قراراً بتأسيس مجلس الحكم العراقي، وقضى القرار بتعين(٢٥) عضوا في هذا المجلس مثلوا التركيبة القومية والدينية والمذهبية للمجتمع العراقي، فضلاً عن تمثيله لمعظم الإتجاهات السياسية الموجودة في

[١] د. خضير حسن سليمان، عدي نجم عبدالله، الأوضاع الصحية في لواء الدليم للمدة (١٩٤٥-١٩٥٨)، مجلة مداد الآداب، الجامعة العراقية، العدد(١٣) لسنة ٢٠١٧، ص ص٣٤٥-٤٤٤. و د . عباس فرحان الزاملي، الامراض والصحة في المجتمع البغدادي في العهد الملكي، مستل من رسالته للماجستير بعنوان : الحياة الاجتماعية في بغداد ١٩٣٩ ـ ١٩٥٨، متاح على الموقع الالكتروني لـ ملاحق المدى: https://almadasupplements.com/view.php?cat=24024 <٢٢-٦-٢٠٢٢>.

العراق–حينذاك–. وهكذا، تم تشكيل مجلس الحكم في العراق، وهذا المجلس بإصدار "قانون إدارة الدولة العراقية للمرحلة الإنتقالية لعام ٢٠٠٤ " والذي كان يعد بمثابة الدستور العراقي المؤقت. ودخل هذا الدستور حيز التنفيذ في ٢٨/ حزيران ٢٠٠٤ عقب نقل السيادة العراقية من سلطة الائتلاف المؤقتة (المنحلة) إلى الحكومة العراقية المؤقتة–حينذاك– التي اعتبرتها قوات الاحتلال حكومة ذات سيادة، واستمر العمل بأحكام هذا الدستور لغاية نفاذ جمهورية العراق لعام ٢٠٠٥. بناءً عليه، نتناول الحق في الرعاية الصحية في ظل الدساتير العراقية المؤقتة من خلال الفروع الخمسة الآتية:

الفرع الأول / الحق في الرعاية الصحية في ظل دستور عام ١٩٥٨: بعد إنقلاب ١٤/تموز ١٩٥٨ –والذي عرّف بـ(الثورة) بعد نجاحه–تم الاطاحة بنظام الحكم الملكي في العراق وسقط معه دستور عام ١٩٢٥، وأُعلن باسم الشعب قيام الجمهورية العراقية، وبعد ذلك، وضع أول دستور مؤقت للعراق في عام ١٩٥٨. وبالرغم من أنّ أحد الأهداف المعلنة المثبتة لهذا الدستور كما جاء في مقدمته ، هو " ضمان حقوق المواطنين وصيانتها"، بالاضافة إلى أنّ الباب الثاني منه والمعنون بـ" مصدر السلطات والحقوق والواجبات العامة" المتكون من المواد (٧ إلى ١٩) نصّت على مجموعة من الحقوق والحريات الدستورية للأفراد، إلاّ أنّ أغلب هذه المواد ركّزت على بعض من الحقوق المدنية والسياسية، وحددّت أيضاً واجبات المواطنة الدستورية، ولم تذكر شيئاً عن الحقوق الاجتماعية والاقتصادية، وبالتالي لم يتناول هذا الدستور موضوع الحق في الصحة والرعاية الصحية. [١]

وفيما يخص التنظيم القانوني للحق في الرعاية الصحية في ظل دستور ١٩٥٨، فلم يصدر أي قانون خاص يقرّ بهذا الحق للمواطن العراقي، إلاّ أنّ قانون الصحة العامة رقم (٤٥) لعام ١٩٥٨، والصادر في ظِل دستور عام ١٩٢٥، ظلّ ساري المفعول. كما و صدر نظام رقم (٧) لعام ١٩٥٨ "نظام وزارة الصحة"، وبموجبه تشكلت ثلاثة مديريات تابعة للوزارة عهد اليها القيام بمهمة الرعاية الصحية للمواطنين، وهي : (١– مديرية الخدمات الطبية: والتي كانت سؤولة عن جميع الشؤون الطبية العلاجية وارتبطت بها المستشفيات والمستوصفات و المعاهد الصحية؛ ٢– مديرية وقاية الصحة العامة: كان مسؤولاً عن رعاية الامومة والطفولة، و جميع الشؤون الوقائية لحفظ الصحة العامة ومكافحة الامراض المتوطنة والوافدة، وتأمين تداول التغذية الصحية المتكاملة و تطعيم المواطنين باللقحات الصحية؛ ٣– مديرية التجهيزات الطبية العامة: وكان مسؤليتها ادارة وتنظيم وتخزن واستيراد وتوزيع المواد والمعدات الطبية اللازمة؛ ٤– مديرية

[١] ينظر: النص الكامل للدستور العراقي لعام ١٩٥٨ -المؤقت والملغي ، ضمن كتاب: الدساتير العراقية ودراسة مقارنة بمعايير الحقوق الدستورية الدولية، مصدر سبق ذكره، ص ص٥٧-٦١.

البيئة البشرية العامة، كانت مهمتها حماية البيئة من التلوث، واجراء الفحوصات المختبرية للتحري عن الملوثات المختلفة ونشر الوعي البيئي، والرقابة والمتابعة بخصوص تطبيق الانظمة والمحددات الخاصة بالبيئة ، إضافة إلى دراسة مصادر التلوث الغذائي للاغذية المنتجة محليا والمستوردة ومكافحته). [١] كما وأصدر المشرع قانون التأمين الصحي في الارياف رقم ١٣١ لسنة ١٩٦٣، وبموجبه تقوم مؤسسة الخدمات الصحية الريفية التابعة لوزارة الصحة وبالتعاون مع الادارة الصحية والمؤسسات الرسمية وشبه الرسمية الاخرى بتأمين الخدمات الصحية لسكان القرى والأرياف والمناطق الصحراوية، وكان تختص هذه المؤسسة بالأمور التالية: [٢]

أ- إنشاء المستشفيات والعيادات الطبية المركزية والمراكز الصحية الرئيسية والفرعية الثابتة منها والسيارة وتجهيزها بما يلزم من أثاث وآلات وأدوات وأدوية ولها أن تديرها بنفسها أو تسلمها الى وزارة الصحة لتقوم بإدارتها.

ب- القيام بمكافحة الامراض السارية والأمراض المتوطنة واجراء التلقيح والتطعيم في المنطقة على ضوء الخطة العامة التي تضعها وزارة الصحة.

ج – رعاية الأمومة والطفولة ورعاية صحة الطلاب.

د – رفع مستوى التغذية والعناية بصحة البيئة والقيام بالإرشاد والتثقيف الصحي بين سكان المنطقة.

هـ – المساهمة في اعمال مجالس القرى وبذل كل ما من شأنه رفع المستوى الصحي.

ووفقاً للفقرة (١) من المادة (٧) من القانون المذكور، كان يأخذ رسم التامين الصحي مقداره فلس واحد عن كل دينار يتقاضاه شهريا كل موظف او مستخدم او اجير او عامل في جميع الدوائر الرسمية وشبه الرسمية والمصالح الحكومية التابع لها.

و فيما يخص واقع الوضع الصحي في العراق في ظل دستور ١٩٥٨ ، يملي علينا الموضوعية القول: إنّ الحكومة العراقية سعت إلى تطبيق النصوص والقواعد القانونية الواردة في قانون الصحة العامة و نظام وزارة الصحة- السالفتين الذكر- ، إذ عملت الحكومة من أجل تطوير الوضع الصحي و خدمات الصحة العامة عن طريق بناء عدد من المستشفيات في العديد من المدن العراقية بإسم المستشفى الجمهوري إقتراناً بالنظام الجمهوري المنبثق عن (ثورة ١٤ تموز ١٩٥٨)، وهذه المستشفيات لازالت قائمة، وكذلك أرسلت الحكومة عدد كبير من الطلاب العراقيين إلى جامعات الدول المتقدمة للحصول على الشهادات والدرجات الأكاديمية العليا في

[١] المواد(٦، ٧، ٨) من نظام وزارة الصحة العراقية رقم(٧) لسنة ١٩٥٨، جريدة الوقائع العراقية، العدد:٣٢ في ١٦/أيلول ١٩٥٨.

[٢] المادة (٣) من قانون التأمين الصحي في الارياف رقم ١٣١ لسنة ١٩٦٣-الملغي، المنشور في جريدة الوقائع العراقية ، العدد : ٨٦٨ بتاريخ ٨ تشرين الاول لسنة ١٩٦٣.

مجال ممارسة الطب. إلاّ أنّ هذه الخطوات لم تكن كافية لإقامة نظام صحي متطور قادر على تقديم خدمات الرعاية الصحية المطلوبة للمواطن العراقي في كافة أرجاء جمهورية العراق.

الفرع الثاني/ الحق في الرعاية الصحية في ظل دستور عام ١٩٦٤: بعد نجاح إنقلاب ٨/ تشرين الثاني ١٩٦٣، أقرّ الانقلابيون دستور عام ١٩٦٤ المؤقت، معلناً إلغاء دستور عام ١٩٥٨[١]. وإنّ هذا الدستور الجديد، تناول صراحة الحق في الرعاية الصحية للمواطنين، حيث نَصّت على أنّ " الرعاية الصحية حق للعراقيين جميعاً تكفله الدولة بإنشاء مختلف أنواع المستشفيات والمؤسسات الصحية والتوسع فيها"[٢]. كما أكّدت الدستور على أنّه من واجب الدولة إعالة الأسرة وحماية الأمومة والطفولة، و أقرّت بحق المواطن في المعونة في حالة الشيخوخة والمرض أو العجز أو البطالة، تكفله الدولة من خلال إقامة نظام الضمان الاجتماعي داخل المجتمع العراقي[٣].

ويلاحظ، أنّ هذا الدستور بالرغم من إقراره الصريح بحق المواطنين العراقيين في الرعاية الصحية إلاّ أنه لم ينظم هذا الحق من خلال القواعد الدستورية، كما ولم يعهد أمر تنظيم هذا الحق إلى المشرع العادي. بناءً عليه، لم يصدر المشرع أي قانون لتنظيم هذا الحق، لكن قانون الصحة العامة رقم ٤٥ لسنة ١٩٥٨، وقانون التأمين الصحي في الارياف رقم (١٣١) لسنة ١٩٦٣ –السالفتين الذكر–، بقيا نافذاً في ظل دستور عام ١٩٦٤.

الفرع الثالث/ الحق في الرعاية الصحية في ظل دستور عام ١٩٦٨:بعد نجاح إنقلاب ١٧/ تموز ١٩٦٨ الذي نفذه البعثيون، رفع الانقلابيون شعارات ثورية برّاقة وضموها إلى دستور عام ١٩٦٨ تحقيقاً لمبآربهم الشخصية، لذلك نجد أن هذا الدستور حاول أن يستنسخ كثيراً من النصوص والمواد التي وردت في دستور عام ١٩٦٤، مع إضافة نصوص ومواد جديدة تخدم التوجّه الذي جاء به السلطة السياسية الجديدة التي أسست الدستور بدلاً من الشعب .

وعليه، إنّ دستور عام ١٩٦٨ نصّ صراحة على الحق في الرعاية الصحية، إلاّ أنّه لم ينظم هذا الحق، شأنه في ذلك شأن دستور عام ١٩٦٤، ومع ذلك ، فإن الاختلاف الوحيد بين هذين الدستورين، هو أنّ دستور عام ١٩٦٨ أحال أمر تنظيم الحق في الرعاية الصحية إلى القانون العادي، إذ نصّت المادة (٣٧) منه على أنّ "الرعاية الصحية حق تكفله الدولة بإنشاء المستشفيات والمؤسسات الصحية وفقاً للقانون". وأكدت البند(أ) من المادة(٩) منه على أن" تكفل الدولة دعم الأسرة وحماية الطفولة والأمومة وفقاً للقانون". أمّا البند(ب) من نفس المادة

---

[١] المادة(١٠٣) من دستور عام ١٩٦٤.
[٢] المادة (٣٦) من نفس الدستور.
[٣] المادتان (١٥، ١٦) من الدستور نفسه.

نصّت على أن " تكفل الدولة خدمات الضمان الاجتماعي ويكون للعراقيين الحق في المعونة في حالة الشيخوخة والمرض والعجز والبطالة".

ومع ذلك، إنّ المشرع القانوني لم يصدر أي قانون خاص لتنظيم الحق في الرعاية الصحية تنفيذاً للإلتزام الدستوري الملقاة على عاتقه طبقاً لصريح نص المادتان (٣٧، ٩/أ) من الدستور. مع الأخذ بنظر الاعتبار، أنّ القوانين والأنظمة والتعليمات المتعلقة بالصحة العامة والصادرة في ظل الدساتير السابقة، ظلّت سارياً ونافذاً

الفرع الرابع/ الحق في الرعاية الصحية في ظل دستور عام ١٩٧٠: على الرغم من أنّ دستور عام ١٩٦٨ المؤقت، قد وعد الشعب العراقي بوضع دستور دائم للبلاد[١]، إلاّ أنّ ذلك لم يحدث وعدّل هذا الدستور أربع مرات إلى أن قرّر ما يسمى بـ(مجلس قيادة الثورة) إصدار دستور عام ١٩٧٠ المؤقت[*]، متضمناً خمسة أبواب، وفي الباب الثاني منه، والذي تناول (الأسس الاجتماعية والاقتصادية للجمهورية العراقية) أكد على أنّ الدولة ترعى الأمومة والطفولة[٢]. أمّا الباب الثالث منه، حدّد (الحقوق والواجبات الأساسية)، ونصّ على أن "تلتزم الدولة بحماية الصحة العامة عن طريق التوسع المستمر بالخدمات الطبية المجانية، في الوقاية والمعالجة والدواء، على نطاق المدن والأرياف"[٣]. كما شدد الدستور على أنّه من واجب الدولة أن تكفل توفير أوسع الضمانات الاجتماعية للمواطنين، في حالات المرض أو العجز أو البطالة أو الشيخوخة، كما أوجب على الدولة أن تسعى جاهدة لضمان تحسين ظروف العمل ورفع مستوى العيش لجميع المواطنين العاملين[٤]. الملفت للنظر، إنّ دستور عام ١٩٧٠ خلافاً للدساتير التي سبقته أو التي تلته، كان له موقف أكثر وضوحاً عند تناوله للحق في الرعاية الصحية، حيث أنّ هذا الدستور ولأول مرة في تاريخ الدساتير العراقية، ألزم الدولة صراحة بالعمل من أجل توفير وتوسيع خدمات الرعاية الصحية المجانية لجميع المواطنين. إذ أنه أكّد بوضوح على ضرورة قيام المؤسسات الصحية بالتقديم المجاني لجميع خدمات الرعاية الصحية من الوقاية والعلاج والدواء (إعادة التأهيل الصحي) للعراقين كافة دون أي عوائق إقتصادية أو جغرافية، وشدد أيضاً على إستمرارية هذه الخدمات والعمل على تطويرها. صحيح أنّ هذا الدستور لم يرد نصوصاً كافية لتنظيم الحق في الرعاية الصحية ، ولم يعهد أمر تنظيم هذا الحق صراحة إلى السلطة

---

[١] المادة(٩٢) من دستور سنة ١٩٦٨ التي نصّت على أن " يبقى هذا الدستور نافذ المفعول حتى نفاذ الدستور الدائم الذي يضعه المجلس الوطني ولا يعدل إلا إذا اقتضت الضرورة ويتم ذلك من قبل مجلس قيادة الثورة".

[*] على الرغم من أنّ النص الأصلي لدستور سنة ١٩٧٠ –الملغي- تمّ تعديله أكثر من مرّة، إلاّ أنّ النصوص المقرة للحق في الرعاية الصحية، لم يتم المساس بها من سلطة التعديل الدستوري.

[٢] المادة(١١) من دستور عام ١٩٧٠.

[٣] المادة (٣٣) من الدستور نفسه.

[٤] المادة (٣١/ ج، د) من الدستور نفسه.

التشريعية ، ولكن قانون الصحة العامة رقم (٤٥) لسنة ١٩٥٨، بقي ساري المفعول حتى صدور قانون الصحة العامة رقم (٨٩) لسنة ١٩٨١[١]. كما و أصدر المشرع العراقي قانون المؤسسة العامة للتأمين الصحي و الصحة الريفية رقم (٢١١) لسنة ١٩٧٥ و كان الهدف منه تأمين تقديم الخدمات الصحية وتعميم التأمين الصحي المجاني للمواطنين ورفع مستواهم الصحي، لاسيماً في المناطق الريفية[٢]. إضافة إلى ذلك صدر قانون صناديق الضمان الصحي لموظفي دوائر الدولة والقطاع الاشتراكي رقم (١٠١) لسنة ١٩٨٥، وكان الهدف من هذا القانون هو تنظيم تقديم الخدمات الصحية للمشتركين في صندوق الضمان الصحي وفق صيغ تضمن معالجتهم في مؤسسات صحية معينة يتحمل الصندوق تكاليف الخدمات التي تؤديها لهم [٣]. وعليه، إنّ قانون رقم ٨٩ لسنة١٩٨١، نظّم الحق في الرعاية الصحية للمواطن العراقي من خلال النص على خدمات الرعاية الصحية من الدرجات الأولية والثانية والثالثة، حيث أنّ المادة(٢) من هذا القانون عهد إلى وزارة الصحة [*] مسؤولية التخطيط والتنفيذ والمراقبة والاشراف والتوجيه لتطوير خدمات الرعاية الصحية من خلال توفير المستلزمات المادية والبشرية و اتخاذ الاجراءات اللازمة لضمان تقديم الخدمات الصحية المتكاملة[٤] . كما والزم الوزارة بتدريب العاملين الصحيين وتجديد معلوماتهم وضمان ثبات ملاكهم في مواقع عملهم داخل المستشفيات والمستوصفات والمختبرات الحكومية، وذلك بالاستفادة من احدث المنجزات العلمية والتكنولوجية . وكذلك أوجب القانون على الوزارة التنسيق مع الجهات الاخرى ذات العلاقة على تهيئة مواطن صحيح جسميا وعقليا واجتماعياً خال من الامراض والعاهات معتمدة الخدمات الصحية الوقائية اساسا ومرتكزا لخططها وذلك بإتخاذ مجموعة من الوسائل التي حددّها القانون، ومنها: تاسيس وادارة المؤسسات والمراكز الصحية وتطويرها؛ و مكافحة الامراض الانتقالية ومراقبتها ومنع تسربها أياً كان مصدرها؛ و العناية بصحة الاسرة ورعاية

---

[١] المادة(١٠٢) من قانون الصحة العامة رقم(٨٩) لسنة ١٩٨١، المنشور في جريدة الوقائع العراقية، العدد: ٢٨٤٥ بتاريخ ١٧/آب ١٩٨١.

[٢] المادتين (١، ٨) من قانون المؤسسة العامة للتأمين الصحي و الصحة الريفية رقم (٢١١) لسنة ١٩٧٥-الملغي-، المنشور في جريدة الوقائع العراقية ، العدد ٢٥٠٨ بتاريخ ١٢ كانون الاول ١٩٧٦.

[٣] المادة(١) من قانون صناديق الضمان الصحي لموظفي دوائر الدولة والقطاع الاشتراكي رقم (١٠١) لسنة ١٩٨٥، جريدة الوقائع العراقية، العدد: ٣٠٨١ بتاريخ ٢٠/ كانون الاول ١٩٨٦.

[*] بموجب البند (أولاً) من المادة(٤) من قانون رقم ٨٩ لسنة ١٩٨١، يشكل مجلس يسمى (مجلس وزارة الصحة) مقره بغداد يراسه وزير الصحة ويحدد قانون وزارة الصحة تكوينه وسير العمل فيه، وطبقاً لذلك، صدر قانون وزارة الصحة العراقية رقم (١٠) لسنة ١٩٨٣، وبموجب المواد (١، ٢) منه تهدف وزارة الصحة، الى تهيئة المستلزمات الضرورية التي تكفل للمواطن حق التمتع بالليقاة الصحية الكاملة بدنيا وعقليا ونفسيا واجتماعيا وفق ما هو مبين في قانون الصحة العامة. ووتحقيقاً لذلك تقوم الوزارة بتأسيس وإدارة الوحدات الصحية الوقائية والعلاجية، وتطويرها. وشددت المادة (١٣) من القانون نفسه على أن يصدر الوزير القرارات اللازمة لتكييف الاوضاع التنظيمية للوزارة بما يتلاءم وأحكام هذا القانون.

[٤] المادة (٤) من قانون رقم ٨٩ لسنة ١٩٨١.

الامومة والطفولة والشيخوخة؛ و رفع المستوى الغذائي لجميع افراد الشعب؛ و التربية والارشاد والتثقيف الصحي والبيئي؛ و توفير الادوية واللقاحات والمستلزمات الطبية المختلفة ؛ و تنظيم ومراقبة ممارسة المهن الطبية والصحية بالتنسيق مع النقابات المختصة [١].

وألزم القانون وزير الصحة بإصدار تعليمات خاصة بتشكيل مجلس (مجلس صحة المحافظة) في مركز كل محافظة برئاسة المحافظ ونيابة رئيس صحة المحافظة على أن يمثل المجلس جهات ذات العلاقة بالصحة العامة، ووفقاً للقانون يختص المجلس بدراسة الوضع الصحي والبيئي في المحافظة، وهو المسؤول في تنفيذ الجزء المتعلق بالمحافظة من الخطة الوطنية للصحة العامة التي وضعتها وزارة الصحة، ويرفع المجلس اقتراحاته وتوصياته الى مجلس الوزارة [٢]. وفي الواقع، إنّ الوضع الصحي في العراق في ظل نفاذ دستور عام ١٩٧٠، شهد نهوضاً وتحسناً حتى نهاية ثمانينات القرن الماضي، وخلال هذه الفترة بذلت المستشفيات والمؤسسات الصحية العامة جهوداً ملحوظة لتقديم خدمات الرعاية الصحية للمواطنين العراقيين، لكن منذ تسعينيات القرن الماضي عانت الصحة العامة في العراق من انتكاسة وتدهور مستمرين[٣].

الفرع الخامس/ الحق في الرعاية الصحية في ظل دستور عام ٢٠٠٤: إنّ دستور عام ٢٠٠٤ –الملغي–، قد خلت نصوصه من التنظيم الصريح للحق في الرعاية الصحية، كما و أنّ هذا الدستور لم ينص صراحة على واجب الدولة بكفالة هذا الحق للمواطنين العراقيين، لأنّ المادة الوحيدة منه و التي أشارت إلى الحق في الرعاية الصحية، جاءت نصها كالآتي: " للفرد الحق بالأمن والتعليم والعناية الصحية والضمان الإجتماعي، وعلى الدولة العراقية ووحداتها الحكومية وبضمنها الأقاليم والمحافظات والبلديات والإدارات المحلية، بحدود مواردها ومع الأخذ بالإعتبار الحاجات الحيوية الأخرى أن تسعى لتوفير الرفاه وفرص العمل للشعب"[٤].

من الواضح أنّ المادة الدستورية أعلاه اعترفت بخجل بالحق في الرعاية الصحية، حيث أنّها ألزمت صراحة سلطات الدولة بأن تسعى جاهدة من أجل تحقيق الرفاهية العامة للشعب العراقي وتوفير فرص العمل للعراقيين، بينما لم تفرض أي إلتزام إيجابي على هذه السلطات لضمان تجسيد حق العراقيين في الرعاية الصحية. فمن هنا يمكن القول، أنّ موقف

---

[١] ينظر: الفصل الاول من الباب الثاني من قانون رقم ٨٩ لسنة ١٩٨١، الذي نص على الوقاية الصحية، ويتكون من المواد (٦ إلى ٣١) من هذا القانون.

[٢] المادة (٥) من قانون الصحة العامة رقم ٨٩ لسنة ١٩٨١.

[٣] الجهاز المركزي للاحصاء وتكنولوجيا المعلومات، برنامج الامم المتحدة الانمائي، خارطة الحرمان ومستويات المعيشة في العراق،الجزءالاول ، ٢٠٠٦، ص٦٢، مشار لدى د. أحمد عمر الراوي، الحقوق الصحية للفرد العراقي بين الواقع و مسؤولية الدولة، مركز دراسات المستنصرية، ٢٠١٠، ص٣، متاح على الموقع الالكتروني التالي: https://iasj.net/iasj/pdf/3a6a044b594b602c <٣-٧-٢٠٢٢>.

[٤] المادة (١٤) من دستور عام ٢٠٠٤.

الدستور العراقي لعام ٢٠٠٤ من الحق في الرعاية الصحية، هو موقف لايحمد عليه، إذ أنه من المتعذر أن نتصور بأنّ المواطن سيعيش برخاء ويتمتع بحقه في العمل مادام هذا المواطن لم يكن متمتعاً بحقه في الصحة ولم يكن قادراً على الوصول السهل إلى خدمات الرعاية الصحية المتكاملة. وفيما يتعلق بموقف القانون العادي لتنظيم الحق في الرعاية الصحية في فترة نفاذ دستور عام ٢٠٠٤، يجدر الاشارة الى أنّ قانون الصحة العامة رقم (٨٩) لسنة ١٩٨١ وقانون وزارة الصحة رقم (١٠) لسنة (١٩٨٣)، وقانون صناديق الضمان الصحي لموظفي دوائر الدولة والقطاع الاشتراكي رقم (١٠١) لسنة ١٩٨٥، والعديد من الانظمة والتعليمات والقرارات الصادرة بموجب تلك القوانين، بقيت نافذاً. وفي الواقع، تدهورت الوضع الصحي في العراق أكثر فأكثر في فترة نفاذ دستور عام ٢٠٠٤، وانتشر الفساد المالي والاداري في قطاع الصحة و الرعاية الصحية، حيث إنتشرت الرشوة والمحسوبية وحالات الاحتيال والاختلاس في عقود الأدوية والمعدات الطبية، و قُتِل عدد كبير من الاطباء، و هَجر وآخرون الى خارج العراق، كما أن نسبة المخصصات الصحية في الموازنة العامة السنوية للدولة لم تواكب وتيرة الزيادة السكانية السريعة في العراق، مما أدى إلى تدهور الصحة العامة والخدمات الصحية.[١]

المبحث الثالث/ الحق في الرعاية الصحية في ظل دستور جمهورية العراق لعام ٢٠٠٥

إنّ دستور جمهورية العراق لعام ٢٠٠٥، هو الدستور الفدرالي المعمول به حاليا في العراق. وهو دستور دائم صاغته جمعية تأسيسية منتخبة و وافقت عليه غالبية الشعب بعد حقبة طويلة من الدساتير المؤقتة والمتنفذة في العراق ، من خلال استفتاء عام في ١٥ أكتوبر ٢٠٠٥، ودخل حيز التنفيذ عام ٢٠٠٦، وذلك تحت احتلال قوات التحالف الدولي بقيادة الولايات المتحدة الأمريكية. وبموجب هذا الدستور، تحوّل العراق من دولة بسيطة موحدة كان تدار من خلال نظام الحكم المركزي السلطوي إلى دولة فدرالية مركبة تدار من خلال اللامركزية السياسية والإدارية مستندة الى الشرعية الانتخابية. [٢]

وعلى ذلك، نقسم هذا المبحث إلى مطلبين رئيسيين، يتعلق المطلب الأول بشرح وتحليل موقف الدستور العراقي لعام ٢٠٠٥ من الحق في الرعاية الصحية مع مقارنته بموقف دساتير بعض الدول محل المقارنة (الدستور الايطالي لعام ١٩٤٧، دستور البرازيل لعام ١٩٨٨، دستور

---

[١] مصعب الآلوسي، النظام الصحي في العراق: علامة أخرى على دولة متداعية، مقال متاح على الموقع الالكتروني التالي:
https://www.washingtoninstitute.org/ar/policy-analysis/alnzam-alshy-fy-alraq-lamt-akhry-ly-dwlt-mtdayt . < -202261->.

[٢] Faleh A. Jabar, The Constitution of Iraq: Religious and Ethnic Relations, Pp.1-2, available at: https://www.minorityrights.org/wp-content/uploads/old-site-downloads/download-97-The-Constitution-of-Iraq-Religious-and-Ethnic-Relations.pdf<41-20227->

جنوب افريقيا لعام ١٩٦٦ و دستور جمهورية مصر العربية لعام ٢٠١٤)، أمّا المطلب الثاني مخصص لشرح وتحليل موقف المشرع القانوني الاتحادي في العراق من تنظيم الحق في الرعاية الصحية للمواطنين العراقيين على ضوء أحكام قانون الضمان الصحي رقم (٢٢) لسنة ٢٠٢٠.

المطلب الأول/ موقف الدستور العراقي لعام ٢٠٠٥ من الحق في الرعاية الصحية

إنّ دستور عام ٢٠٠٥ تناول صراحة الحق في الرعاية الصحية، حيث أنّ الفقرة (ب) من البند (أولاً) من المادة (٢٩) من هذا الدستور نصّت على أن " تكفل الدولة حماية الأمومة والطفولة والشيخوخة". وأنّ المادة (٣١) منه نصّت على أنّ " أولاً: لكل عراقي الحق في الرعاية الصحية، وتعنى الدولة بالصحة العامة، وتكفل وسائل الوقاية والعلاج بإنشاء مختلف انواع المستشفيات والمؤسسات الصحية .ثانياً: للافراد والهيئات إنشاء مستشفيات أو مستوصفات أو دور علاج خاصة وباشراف من الدولة، وينظم ذلك بقانون ". أمّا المادة (٣٠) من الدستور نفسه جاءت كالآتي: " اولاً: تكفل الدولة للفرد وللاسرة –وبخاصة الطفل والمرأة –الضمان الاجتماعي والصحي، والمقومات الاساسية للعيش في حياةٍ حرة كريمةٍ، تؤمن لهم الدخل المناسب، والسكن الملائم. ثانياً: تكفل الدولة الضمان الاجتماعي و الصحي للعراقيين في حال الشيخوخة أو المرض أو العجز عن العمل أو التشرد أو اليتم أو البطالة، وتعمل على وقايتهم من الجهل والخوف والفاقة، وتوفر لهم السكن والمناهج الخاصة لتأهيلهم والعناية بهم، وينظم ذلك بقانون".

كما أنّ المادة(٣٢) من الدستور ذاته نصّت على أن " ترعى الدولة المعاقين وذوي الاحتياجات الخاصة وتكفل تأهيلهم بغية دمجهم في المجتمع وينظم ذلك بقانون" . يلاحظ من خلال التمعن في النصوص الدستورية المذكورة أعلاه، أنّ الدستور العراقي لعام ٢٠٠٥ ، بالرغم من إقراره الصريح للحق في الرعاية الصحية، إلاّ أنه لم ينظم الجوانب الأساسية لهذا الحق، حيث أنه شدد على ضرورة إنشاء المستشفيات والمؤسسات الصحية الحكومية لضمان تمتع المواطن بحق الرعاية الصحية، في حين أنّ مفهوم هاته الرعاية لا تقتصر على بناء المستشفيات والمؤسسات الصحية، فحسب، و إنما يشير إلى واجب الدولة بالعمل الجاد من أجل ضمان تجسيد هذا الحق لجميع العراقيين، وهذا ما نجده في الدستور نفسه، وذلك من خلال إستخدام المؤسس الدستوري لعبارة" **تكفل الدولة**"، الأمر الذي يقتضي قيام الحكومة بتمويل برامج الرعاية الصحية التي تشمل خدمات الرعاية الطبية التي تقدمها المستشفيات الحكومية مجاناً أو بأسعار رمزية، ومنها، الفحص والتشخيص المبكر والمعالجة السريعة والدقيقة لمختلف الأمراض والمشاكل الصحية، ويتوجب على الحكومة أن توّظف عدد كافٍ من الأطباء والممرضات والمهنيين الصحيين ومهندسي الأجهزة الطبية والفنيين والباحثين في هذه المؤسسات، وذلك لضمان الاستجابة الفعالة لاحتياجات الافراد الصحية. بناءً عليه، تقع على عاتق الدولة مسؤولية تحقيق

الأمن الصحي للمواطن العراقي، وهو إلتزام إيجابي يفرض على الدولة التخطيط و الاعداد والتنفيذ والاشراف والتوجيه لخطة وطنية إستراتيجية من أجل توفير خدمات الرعاية الصحية الشاملة و المستدامة لحماية الأفراد من الاصابات الجسدية والنفسية أو لمنع الخروقات التي تشكل خطرا على الصحة العامة. وقد يتطلب تحقيق هذه الغاية التنسيق والشراكة بين القطاع الصحي الحكومي والقطاع الصحي الخاص، والمؤسسات الصحية غير الربحية، شريطة أن تراعي الحكومة المبادئ القانونية التي تحكم سير مرافق العامة لخدمة المواطنين والمحافظة على الصحة العامة. وعلى الرغم من أنّ الدستور العراقي، أكد على أنّ المستشفيات المؤسسات الصحية الاهلية، تخضع في عملها لإشراف الدولة، وينظم ذلك بقانون، إلاّ أنّ الدستور لم ينص على أي نوع من التنسيق والشراكة بين الستشفيات والمؤسسات الصحية الحكومية والاهلية لحماية وتطوير الصحة العامة، كما ولم ينص على أي دور تكميلي للمؤسسات الصحية غير الربحية، الوطنية أو الأجنبية، للمشاركة في تقديم خدمات الرعاية الصحية للعراقيين. في حين أنّ الدستور البرازيلي نصّ على أنه يمكن للمؤسسات الصحية الخاصة المشاركة على أساس تكميلي في النظام الصحي الموحد، مع تفضيل هيئات صحية غير ربحية[١]،علماً، أنّ النظام الصحي في أي بلد، يُعرف على أنه مجموعة المدخلات من العوامل والفعاليات والبرامج التي تهدف الى تحسين الصحة المجتمعية وتحقيق مبدأ الصحة للجميع، ويتكون من العديد من الهيئات والمؤسسات الصحية الحكومية وغير الحكومية الذين يقدمون كل أنواع الخدمات الصحية في المجتمع[٢]. كما وحظر المؤسس الدستوري البرازيلي بنص خاص المشاركة المباشرة وغير المباشرة للشركات ورأس المال الأجنبي في تقديم المساعدات الصحية في البلاد باستثناء الحالات التي ينص عليها القانون[٣]. إلاّ أنّ المؤسس الدستوري العراقي لم ينظم ذلك. إرتباطاً بما سبق، أنّ رسم السياسة الصحية العامة في العراق، وفقاً لأحكام الدستور النافذ حالياً، تكون ضمن الاختصاصات المشتركة بين السلطات الاتحادية وسلطات الاقاليم والمحافظات[٤](*)، بناءً عليه، يتوجب على السلطة التشريعية الاتحادية و برلمان اقليم

---

(١) المادة (١/١٩٩) من الدستور البرازيلي لعام ١٩٨٨.

(٢) علي العنبوري، النظام الصحي في العراق: الواقع والتحديات، مركز رواق بغداد للسياسات العامة، ص ص ٥-٦، https://rewaqbaghdad.org/Data/Images/dfcdd395-82cb-47ab-870a-f40daa719b4b.pdf . <١-٨-٢٠٢٢>. و ينظر أيضاً باللغة الانكليزية :

Burazeri G, Zaletel-Kragelj, Health: Systems – Lifestyles – Policies (Volume I) Edition: 2ndChapter: The role and organization of health care systems, Publisher: Jacobs Verlag, Lage, Germany, available at: https://www.researchgate.net/publication/257830385_The_Role_and_Organization_of_Healt h_Care_Systems <3-8-2022>

(٣) المادة (٣/١٩٩) من الدستور البرازيلي لعام ١٩٨٨ .

(٤) المادة (١١٤/ خامساً) من دستور العراق لعام ٢٠٠٥.

(*) جدير بالذكر، في إطار الجهود الرامية للتنظيم الدستوري للحق في الرعاية الصحية في اقليم كوردستان العراق، نصت البند(ثانياً) من المادة (٢٤) من مشروع دستور إقليم كوردستان-العراق، على أنّ " لكل شخص الحق في الحصول على الرعاية الصحية والعلاج الطبي دون النظر إلى قدرته على تحمل النفقات" . ==

=(ينظر: مشروع دستور اقليم كوردستان –العراق، والذي أقره برلمان إقليم كوردستان-العراق بتاريخ ٢٠٠٩/٦/٢٤ ، ص٧٢؛ علماً أنّ البند أولاً من المادة (١٢٢) من هذا المشروع نصّت على أنّ" هذا الدستور يعد نافذاً بعد مضي ثلاثين يوماً من تاريخ الموافقة عليه في الاستفتاء العام،...." وبما ان المشروع لم يعرض على شعب اقليم كوردستان العراق من خلال الاستفتاء الدستوري ليوافق عليه أفراد الشعب السياسي، لذلك لم يدخل هذا المشروع الدستوري إلى حيز التنفيذ) .

كما أنّ المشرع القانوني الكوردستاني، أصدر قانون رقم ١٥ لسنة ٢٠٠٧(قانون وزارة الصحة لاقليم كوردستان – العراق) ، وكان الهدف من هذا القانون وفقاً لما جاء في المادة (٢) منه وفي الاسباب الموجبة له هو تحقيق الصحة بمفهومها الشامل وعلى كل المستويات للفرد والاسرة والمجتمع والمحافظة عليها كمّاً ونوعاً من خلال وزارة الصحة لحكومة اقليم كوردستان، وكلّف القانون وزارة الصحة بأن تتولى العديد من المهام ، ومنها: تاسيس وادارة ومتابعة الوحدات الصحية الوقائية والعلاجية وتطويرها ؛ العناية بخدمات الرعاية الصحية الاولية و رعاية الطفولة والامومة والشيخوخة؛ مكافحة الامراض الانتقالية والسيطرة عليها ومنع تسربها ؛ التنسيق مع الوزارات المعنية والجهات ذات العلاقة لضمان السيطرة النوعية الفعالة للادوية والمعدات الطبية، و العمل على تامين الضمان الصحي للمواطنين والاهتمام بالامن الغذائي والدوائي الانساني، و حماية البيئة والعناية بصحة وسلامة العاملين في مشاريع العمل و تنظيم ممارسة المهن الطبية والصحية ومراقبتها، و نشر الوعي الصحي بين المواطنين ؛ توفير الادوية والمستلزمات والمعدات الطبية وتوفير الاجهزة الطبية اللازمة لذوي الاحتياجات الخاصة وفتح المختبرات الصحية المتطورة للقيام بالتشخيص المبكر للامراض؛ اعداد الكوادر الصحية والمهنية المساعدة ورفع مستوى كفاءة العاملين في قطاع الصحة وتطوير الدراسات الصحية والتعليم الطبي المستمر وفق متطلبات خطط التنمية للاقليم ؛ الاشراف على صنع واستيراد الادوية وفق المعايير الطبية المطلوبة ومراقبتها. (ينظر: جريدة وقائع كوردستان، العدد ٧٠ بتاريخ ١١ تموز ٢٠٠٧).

وكذلك، أصدر المشرع الكوردستاني قانون حقوق و واجبات المريض رقم ٤ لسنة ٢٠٢٠ ، مستهدفا في ذلك حماية حقوق المريض وتحيد واجباته، وذلك من خلال تفعيل دور المؤسسات الصحية لكي يتمتع سكان اقليم كوردستان بافضل الخدمات الصحية، وبموجب مواد ونصوص هذا القانون للمريض حق على الحكومة بتامين الاستقبال و الفحص و اماكن الرقود في المستشفيات والمراكز الصحية بصورة تحافظ على شخصيته وكرامته واسراره، كما ويحق للمريض الحصول على المعلومات الوافية عن مرضه وتزويده بالتقرير الطبي الكامل عند الاقتضاء دون أي مقابل، وكذلك أكد القانون المذكور على توفير كافة اللقاحات و بشكل مجاني للاطفال وللامهات في كافة مراحل الحمل وعند الولادة أو بعدها في المؤسسات الصحية للقطاع العام. كما وأباح القانون للمريض أو نائبه القانوني رفع الشكوى إلى وزارة الصحة عند وجود الشك بحدوث الاخطاء الطبي المؤدى إلى الاعاقة خلال مدة(٧) سبعة أيام، و يتعين على لجنة التحقيق أن تبدأ بالتحقيقات خلال مدة لا تتجاوز (٧) سبعة أيام، وعلى اللجنة ان تكمل التحقيقات خلا مدة لا تتجاوز (٣٠) ثلاثين يوماً، وللمتضرر طلب نسخة من التقرير النهائي للجنة التحقيق، وترفع اللجنة نتائج التحقيق وتوصياته الى وزارة الصحة ، وعلى هذه الاخيرة اتخاذ الاجراءات اللقانونية اللازمة خلال مدة لا تتجاوز (٧) سبعة أيام. وفي كل الاحوال أعطى القانون للمتضرر حق رفع دعوى التعويض أمام المحكمة المختصة، وللمحكمة الاستناد الى التقرير المصدق للجنة التحقيق لحسم الدعوى. (ينظر: المواد (٢ إلى ٦) من قانون حقوق و واجبات المريض في اقليم كوردستان رقم ٤ لسنة ٢٠٢٠، متاح على الموقع الالكتروني التالي:https://mizanaladalah.com/yasakan_ar.aspx?type=2 <١٧-٦-٢٠٢٢>) .

==لكن على الرغم من وجود القواعد القانونية العادية لتنظيم و تعزيز الحق في الرعاية لسكان إقليم كوردستان العراق، إلاّ أنّ الوضع الصحي في الاقليم يعاني من الاخفاقات، و انّ مواطني الاقليم أسوة بالمواطنين الآخرين في أجزاء أخرى من العراق، لايزال محرومين إلى حد كبير من التمتع بحقهم الدستوري في الرعاية الصحية، والدليل على ذلك وفقاً لاحد الدراسات المسحية الميدانية التي اجريت في عام ٢٠١٧ إنّ (٢٩%) فقط من مراكز الرعاية الصحية الأولية باقليم كوردستان يوجد بها طبيب، والعديد منهم يفحص ٥٠ مريضا أو أكثر ً يوميا، كما تعاني تلك المراكز الصحية و المستشفيات من النقص في الاجهزة والمعدات الطبية والنقص الحاد في الأدوية، وخاصة بالنسبة لأدوية السرطان الأكثر تكلفة على المواطن العادي، و أن المبالغ المخصصة من الانفاق الحكومي لم تكن تكفي للوفاء بالتزامات الحكومة لتوفير خدمات الرعاية الصحية الضرورية وشراء الأدوية الأساسية. علماً ، أنّ الاحزاب السياسية المختلفة في الاقليم تدفعون مبالغ هائلة من الاموال لكي يحصل بعض من أعضائها على خدمات الرعاية الصحية عالية الجودة في الخارج ، بينما هذه الرعاية ليست متاحة في حكومة إقليم كوردستان أو العراق! وهذا يخل بمبدأ المساواة بين المواطنين للتمتع بحقوق المواطنة الدستورية التي أكدت عليها المادة (١٤) من الدستور العراقي لعام ٢٠٠٥. (ينظر: سى روس انتوني و آخرون، صلاح القطاع الصحي في إقليم كوردستان- العراق، منشورات وزارتي التخطيط والصحة لاقليم كوردستان-العراق، ٢٠١٧، ص ص ١٧-١٨، ٥٩-٦٠).

كوردستان–العراق[١]، العمل الجاد من أجل سن وإقرار قوانين صحية حاضنة وضامنة لحق الرعاية الصحية طبقاً للمعايير الدولية المحددة لهذا الحق.

ما يلاحظ في موقف الدستور العراقي لعام ٢٠٠٥ من تنظيم الحق في الرعاية الصحية، أنّه لم يحدد الآليات الدستورية الكفيلة لضمان تجسيد وتعزيز هذا الحق، حيث أنّه أحال أمر تنظيم كل الأمور المتعلقة بهذا الشأن إلى القانون العادي، وأنّ جميع المواد الدستورية الناصة على الحق في الرعاية الصحية، جاءت بشكل فضفاض، حيث إكتفى الدستور بعبارة " وينظم ذلك بقانون". كان من الافضل للمؤسس الدستوري العراقي أن يلزم السلطات الحكومية في مستويات الحكم الفدرالي والاقاليم و المحافظات غير المنتظمة في إقليم، بتخصيص الحد الأدنى المطلوب من عائدات الضرائب أو التحويلات المالية لتعزيز خدمات الرعاية الصحية و تطوير الصحة العامة، وهذا مافعله المؤسس الدستوري البرازيلي[٢]. وعليه، إنّ الدستور البرازيلي خوّل السلطات الفدرالية بإصدار سندات محلية تخصص مواردها لتمويل الصحة العامة [٣] ، و نصّ الدستور أيضاً على تخصيص نسبة مئوية من أموال الصحة العامة لمساعدة الامهات والرضع[٤].

في حين أنّ الدستور المصري نص على أن "تلتزم الدولة بتخصيص نسبة من الانفاق الحكومى للصحة لا تقل عن ٣ % من الناتج القومى الاجمالى تتصاعد تدريجيا حتى تتفق مع المعدالت العالمية"[٥] أمّا الدستور العراقي لم يلزم الحكومة بتخصيص نسبة مؤية محددة من مشروع قانون الموازنة العامة الاتحادية للانفاق الصحي، و في ظل غياب النص الدستوري لتنظيم هذا الامر، نجد أنّ مشرّع قانون الموازنة يحدد موازنة وزارة الصحة ّةالاتحادية بشكل لا تتناسب مع حجم التحديات التي تواجه القطاع الصحي الهش في العراق، إذ يعاني الإنفاق على قطاع الصحة من ضعف في كفاية تخصيص الأموال، وبعد معاينة الدخل القومي الاجمالي للفرد الواحد ومستويات الانفاق الصحي، يظهر أنّ أداء العراق دون المتوسط العالمي [٦]، " و تظهر بيانات منظمة الصحة العالمية أن الحكومة الاتحادية في العراق أنفقت خلال السنوات العشر الأخيرة مبلغا أقل بكثير على الرعاية الصحية للفرد من دول أفقر كثيرا، إذ بلغ نصيب الفرد من هذا الانفاق ١٦١ دولارا في المتوسط بالمقارنة مع ٣٠٤ دولارات في الأردن

---

[١] وفق صريح نص المادة (١١٦) من الدستور العراقي لعام ٢٠٠٥ يتكون النظام االتحادي في جمهورية العراق من عاصمة واقاليم ومحافظات لا مركزية وادارات محلية، و حدد المادة (١١٩) من الدستور نفسه كيفية إنشاء أقاليم فدرالية جديدة، إلاّ أنه في الواقع ، أنّ إقليم كوردستان-العراق، هو الاقليم الفدرالي الوحيد في العراق.

[٢] المواد (٧/٣٤.هـ، ٣٥، ٩/١٦٦-١٠، ٤/١٦٧، ١٩٧) من الدستور البرازيلي لعام ١٩٨٨ .

[٣] المادة(٣/٧٥) من الدستور نفسه.

[٤] المادة(١/٢٢٧) من الدستور نفسه.

[٥] المادة (١٨) من الدستور المصري لعام ٢٠١٤.

[٦] مقدام الشيباني، واقع قطاع الصحة في العراق وسبل النهوض به (قراءة أولية)، مركز البيان للدراسات والتخطيط، بغداد، ٢٠٢٢، ص١١.

و٦٤٩ دولارا في لبنان"[١]. إنّ الدستور العراقي لم ينص صراحة على مجانية أي عمل من أعمال الرعاية الصحية المقدمة من قبل المؤسسات والمستشفيات الحكومية، بل ترك أمر تنظيم ذلك لمشرع القانون العادي، بينما الدستور الايطالي نصّت على أن تضمن الدولة الرعاية الطبية المجانية للفقراء[٢]. الرعاية أمّا دستور جنوب أفريقيا نصّ على أنه لا يجوز حرمان أي شخص من العلاج الطبي في حالات الطوارئ[٣]، بناءً عليه، يلزم الدستور المستشفيات الحكومية والاهلية بتقديم خدمات الرعاية الصحية السريعة والكافية للاشخاص المصابين بامراض او اصابات أو جروح لا تتحتمل حالتهم الصحية تاخير المعالجة أو يحتاجون إلى الخضوع لعملية جراحية ، ولا يجوز لأي مستشفى أو مؤسسة صحية حكومية كانت أم اهلية الامتناع عن القيام بأي عمل من أعمال الصحية الضرورية في مثل هذه الحالات، لأي سبب كان، بما في ذلك عدم امكانية المريض لدفع نفقات العلاج. ونصّ هذا الدستور أيضاً على حق كل شخص في الحصول على خدمات رعاية الصحة الانجابية [٤] [*]، وهذا يدلّ على أنّ مؤسس دستور جنوب افريقيا كان حريصاً على توسيع نطاق حق الرعاية الصحية المنصوص عليه في الدستور، ليشمل هذا الحق خدمات الصحة الانجابية، ولم يترك الدستور أمر الاقرار بهذا الحق من عدمه لتقديرات المشرع القانون العادي.

وفي إطار التنظيم الدستوري الدقيق للحق في الرعاية الصحية، الذي خلت منه نصوص الدستور العراقي لعام ٢٠٠٥، نجد أنّ الدستور البرازيلي منح للأفراد والأسر حق التقاضي ضد الاعلانات التجارية عن المنتجات والخدمات والممارسات التي قد تكون ضارة بالصحة. [٥]

نستنتج ممّا سبق، أنّ الدستور العراقي لم يحدد ضوابط دستورية خاصة ليلتزم بها المشرع القانوني عند قيامه بتنظيم الحق في الرعاية الصحية، الأمر الذي أدى إلى أن يتوقف إعمال هذا الحق على تدخل السلطة التشريعية لسن وإقرار القوانين اللازمة لضمان حصول المواطن

---

[١] أحمد أبو العينين، وريد ليفنسون ، تقرير خاص- خلل في النظام .. رحلة في دهاليز أزمة الرعاية الصحية في العراق، وكالة رويترز، https://www.reuters.com/article/iq-special-report-health-mn3-idARAKBN20P1ZF <١٦-٧-٢٠٢٢>.

[٢] المادة (٣٢) من الدستور الايطالي لعام ١٩٤٧.

[٣] المادة (١/٢٧) من دستور جنوب افريقيا لعام ١٩٩٦

[٤] المادة (٢٧/ ٣) من الدستور نفسه.

[*] "الصحة الإنجابية" تعني قُدرة الناس على الحصول على حياة جنسية مسؤولة ومُرضِيَّة وأكثر أمانًا، وأن يكونوا قادرين على الإنجاب ولديهم حرية اختيار توقيت وكيفية القيام بذلك، وتشمل أيضًا أن يكون الرجال والنساء على علمٍ بوسائل تحديد نسل آمنة وفعالة وميسورة التكلفة ومقبولة؛ وكذلك الحصول على خدمات الرعاية الصحية المناسبة للطب الجنسي والإنجابي، وتطبيق برامج التثقيف الصحي للتأكيد على أن الحصول على فترة حمل وولادة آمنين توفر للأزواج أفضل فرصة للحصول على طفل سليم". (نقلاً عن الموقع الالكتروني لوزارة الصحة في مملكة البحرين، https://www.moh.gov.bh/Services/ReproductiveHealth <٢٨-٧-٢٠٢٢>).
وينبغي النظر إلى الصحة الإنجابية كنهج حياتي لأنها تؤثر على كل من الرجال والنساء من الطفولة إلى سن الشيخوخ

[٥] المادة (٣/٢٢) من الدستور البرازيلي لعام ١٩٨٨

على خدمات الرعاية الصحية. وذلك في نطاق تمتع المشرع القانوني بسلطته التقديرية الواسعة لتحديد وقت التدخل التشريعي وبالكيفية التي يراه مناسباً. صحيح أنّ النصوص الدستورية بطبيعتها لا تحتوي بين جنباتها كل الجزئيات، إلاّ أنه نظراً لأهمية الحق في الرعاية الصحية باعتباره من أحد أهم حقوق الانسان الذي حضي بإهتمام دولي، ويرتبط أيضاً أشد الارتباط بالحقوق الاساسية الأخرى ، كان من الأجدر للمؤسس الدستوري العراقي أن ينص على الضمانات اللازمة لتجسيد الحق في الرعاية الصحية في صلب الوثيقة الدستورية.

المطلب الثاني/ الحق في الرعاية الصحية على ضوء أحكام قانون الضمان الصحي رقم (٢٢) لسنة ٢٠٢٠: يتكون هذا المطلب من فرعين رئيسيين، الفرع الاول منه مخصص لتقديم إطلالة عامة على قانون الضمان الصحي رقم ٢٢ لسنة ٢٠٢٠، أمّا الفرع الثاني والأخير يتناول العيوب الدستورية التي يشوب هذا القانون.

الفرع الأول/ إطلالة عامة على قانون الضمان الصحي رقم (٢٢) لسنة ٢٠٢٠: تنفيذاً لاحكام المادتين (٣٠ ، ٣١) من الدستور العراقي لعام ٢٠٠٥ ، أصدر مجلس النواب العراقي قانون التأمين الصحي رقم (٢٢) لسنة ٢٠٢٠ ، وكان الهدف منه تأمين التغطية الصحية الشاملة للشخص المضمون، و ضمان جودة الخدمات الصحية وتمكين المواطنين للحصول عليها في كافة أنحاء جمهورية العراق وفي كل الاوقات، ولتخفيف الأعباء المالية عن المواطنين والحد من الفقر وتحقيق مبدأ التكافل الاجتماعي والعدالة الاجتماعية، و تعدد مصادر تمويل القطاع الصحي و خلق بيئة جيدة للتنافس وتطوير أداء العاملين والمؤسسات الصحية في القطاعين العام والخاص.[١] يتم تشكيل هيئة الضمان الصحي خلال ستة أشهر من نفاذ القانون[٢] [*]، يربط الهيئة بوزارة الصحة ويكون وزير الصحة رئيساً لها و أحد وكلائه نائباً له، وهناك العديد من الجهات التي تمثل في هذه الهيئة [٣]، ولها "صندوق الضمان الصحي" سوف تكون له موارد مالية وموازنة سنوية لتغطية نفقات الخدمات الصحية للأشخاص المسجلين

---

[١] المادة (٥) من قانون الضمان الصحي رقم ٢٢ لسنة ٢٠٢٠ .

[٢] المادة (١٦/ أولاً) من القانون نفسه.

[*] على الرغم من أنّ المادة (٤٤) من قانون الضمان الصحي رقم ٢٢ لسنة ٢٠٢٠، نصّت على أن " ينفذ هذا القانون بعد مرور ستة أشهر من تاريخ نشره في الجريدة الرسمية". وقد نشر القانون في جريدة الوقائع العراقية، العدد: ٤٦١٤ بتاريخ ١/شباط ٢٠٢١، بناءً على ذلك كان من المفروض العمل بأحكام هذا القانون في بداية شهر آب لعام ٢٠٢١، لكن اللافت للنظر، أنّ هذا القانون لم يدخل الى حيز التنفيذ لغاية اليوم(١٤- ٨- ٢٠٢٢) ، ووفقاً لتصريح وزير الصحة، السيد هاني العقابي، لوكالة الأنباء العراقية الرسمية (واع)، ... أنّ تطبيق هذا القانون مرتبط باقرار الموازنة العامة، إذا لم تقر لا يمكن تطبيقه" وبما أنّ مجلس النواب العراقي لم يقر الموازنة العامة الاتحادية لعام ٢٠٢٢ لحد الآن ، لذلك لم يدخل القانون حيز التنفيذ.

ينظر: التقرير الخبري لـ(صفاء الكبيسي) بعنوان: تعثر تطبيق قانون الضمان الصحي في العراق، منشور على موقع (العربي الجديد) الالكتروني بتاريخ ١٥/ نيسان ٢٠٢١، https://www.alaraby.co.uk/society/ .

[٣] المادة (٧/ أولاً وثالثاً) من قانون الضمان الصحي رقم ٢٢ لسنة ٢٠٢٠.

أسمائهم في الهيئة، و حدد القانون مصادر التمويل والموازنة السنوية لهذا الصندوق[١] ، وفي كل الأحوال على المسجلين أسمائهم في هيئة الضمان الصحي دفع بدلات الاشتراك والاقساط السنوية والشهرية لصندوق الضمان الصحي [٢]، مقابل الخدمات الصحية المقدمة لهم من قبل المؤسسات الحكومية أو الخاصة والتي تعاقدت معها هيئة الضمان الصحي وحسب نظام العقود الذي يصدره مجلس إدارة الهيئة، بضمنها المختبرات وعيادات الاشعة والصيدليات والخيرية وعيادات ألاطباء وأطباء الأسنان الخاصة واية تشكيلات صحية معتمدة قانوناً في القطاع الخاص [٣]. ويكون التسجيل في هيئة الضمان الصحي إلزامياً لجميع موظفي الدولة، أمّا للمواطنين الآخرين من غير موظفي الدولة لهم خيار تسجيل أنفسهم لدى الهيئة أم لا [٤]، وتقوم الهيئة بمنح المسجلين بطاقة الضمان الصحي، وتقدم الخدمات الصحية للمواطنين المسجلين (المشتركين) بعد ستة أشهر من تاريخ التسجيل[٥]. و يتولى مجلس إدارة الهيئة " تحديد أو تعديل قيمة بدل الاشتراك والقسط السنوي او الشهري لموظفي الدولة والمتقاعدين وضوابط شمول أفراد العائلة من غير المنصوص عليها في هذا القانون.[٦]

وما يثنى على قانون الضمان الصحي رقم ٢٢ لسنة ٢٠٢٠، هو النص على إعفاء بعض الفئات[*] من دفع أي مبلغ لـ(بدلات الاشتراك لأول مرة عند التسجل ، الاقساط الشهرية ، أي نسبة من تكاليف العمليات الجراحية ، أي نسبة من تكاليف الخدمات الصحية المقدمة للشخصل المضمون) [٧]. إضافة إلى ذلك نص القانون على أن يعفي بشكل مطلق كافة مراجعي أقسام وشعب الطوارئ من دفع أي مبلغ لتغطية الخدمات الصحية المقدمة لهم من قبل المؤسسات الصحية التي تعاقدت معها هيئة الضمان الصحي.[٨]

ومن الجدير بالذكر، أنّ هذا القانون نصّ على أن تقدم وزارة الصحة برامج الصحة العامة في مراكز الرعاية الصحية الأولية وباقي المؤسسات الصحية وتتحمل الوزارة نفقاتها، بالاضافة الى

---

[١] المادة(١٢) من القانون نفسه.
[٢] المادة (١٠/ أولاً) من القانون نفسه.
[٣] المادة(٢٥) من القانون نفسه.
[٤] المادة (١٦/ ثانياً وثالثاً) من القانون نفسه.
[٥] المادة (١٦ / رابعاً) من القانون نفسه.
[٦] المادة (٩ / أولاً-ج) من القانون نفسه.
[*] وهذه الفئات طبقاً صريح نص المادة (٢٧/ ثانياً) هي: أ - المشمولون بنظام الرعاية الاجتماعية. ب - المصابون بالأمراض الآتية:(١. السرطان ٢. الأمراض النفسية والعقلية ٣. أمراض الدم الوراثية عجز الكلى المعالج بالديلزة ٥. العوق الجسدي ٦. العوق الذهني بضمنها داء التوحد) جـ - معاقو القوات المسلحة والامنية بكافة اصنافها د - الذكور من غير الموظفين والمتقاعدين الذين تجاوزت أعمارهم (٥٥) هـ - الإناث من غير الموظفات والمتقاعدات اللواتي تجاوزت أعمارهن(٦٠) سنة. و- الأطفال دون سن الخامسة.
[٧] ينظر: المواد [(٢٧/ ثانياً-أ، ب، ج، ثالثاً-ج)، (٢٩/ ثانياً)، (٣١/ ثانياً) من قانون الضمان الصحي رقم ٢٢ لسنة ٢٠٢٠.
[٨] المادة (٣٣) من نفس القانون.

ذلك، أوجب القانون توفير كافة اللقاحات وخدمات الصحة المدرسية وبرامج رعاية الأم والطفل مجاناً في كافة المؤسسات الصحية وتتحمل الوزارة نفقاتها[١].كما ولم ينص القانون المذكور على الغاء قانون الصحة العامة رقم ٨٩ لسنة ١٩٨١ الذي يلزم المستشفيات والمؤسسات الصحية التابعة للحكومة بتقديم خدمات الرعاية الصحية للمواطنين العراقيين كافة. وبما أنّ دستور عام ٢٠٠٥ نصّ على أن " تبقى التشريعات النافذة معمولا بها، ما لم تلغ أو تعدل وفقا لأحكام هذا الدستور"[٢]. بناءً على ذلك، بقي قانون الصحة العامة سارياً. ومع ذلك، يمكن القول، أنّ واقع الصحة العامة و الأمن الصحي وخدمات الرعاية الصحية في العراق، تعاني من التدهور الخطير[٣]، لأسباب عدة، ومنها: خفض الإنفاق الحكومي على الصحة العامة، والنقص الكبير في البنية التحتية، وانتشار الفساد المالي والاداري في القطاع الصحي الحكومي، النقص في الكادر الطبي، وهروب الاطباء العراقيين الى الخارج بالآلاف، والنقص الحاد في الأدوية. وقال وزير الصحة والبيئة السابق السيد (الدكتور علاء عبد الصاحب العلوان) [*] لوكالة رويترز للأنباء" إنّ نسبة تتجاوز ٨٥ في المئة من أصناف الدواء على قوائم الأدوية الأساسية في العراق كانت إمّا موضع نقص في الامدادات أو غير متوفرة على الإطلاق .... . وأدوية السرطان من أندرها وأكثرها عرضة للتهريب لأسباب منها ارتفاع أثمانه" [٤]!

إلاّ أنّ خدمات الرعاية الصحية لا تغطي سوى نسبة ٣٣% من سكان العراق البالغ عددهم نحو ٣٩ مليون نسمة، أي إن ٦٧% من السكان هم بدون خدمات صحية، بمعنى آخر هناك ٢٦ مليون عراقي بدون رعاية صحية[٥]. و نظراً لأنّ القطاع الصحي الحكومي في العراق يواجه الاخفاقات– كما أشرنا اليه اعلاه–، "إنّ المواطن العراقي يُنفق ٧٥% من كلفة خدمات الرعاية الصحية على حسابه الشخصي"! [٦]

---

[١] المادة(٢٦) من القانون نفسه.

[٢] المادة (١٣٠) من دستور عام ٢٠٠٥.

[٣] أحمد خضير حسين، واقع الأمن الصحي في العراق، مكز بيان للدراسات والتخطيط، مكان النشر(بلا)، ٢٠٢١،ص١١-٢٠.

[*] بعد عام واحد من تبوئه لمنصب وزير الصحة والبيئة العراقية في حكومة السيد عادل عبد المهدي، قدم السيد علوان كتاب الاستقالة مرتين إلى رئيس مجلس الوزراء، وقُبلت استقالته الثانية، ويقول الدكتور علاء في كتاب استقالة مطبوعة من ٤ صفحات انه كان " يعمل لاستكمال مسيرة الاصلاح واعادة بناء النظام الصحي ومحاربة الفساد الاداري الذي كان يستشري بمؤسسات الوزارة في ظل ظروف صعبة من قلة التمويل ومقاومة شرسة للتغيير" وأشار إلى أنه تعرض للضغوط السياسية ممن تضرر من الاصلاح في وزارة الصحة. (ينظر: نص كتاب الاستقالة متاح على الموقع الالكتروني لمؤسسة ناس نيوز الاعلامية.
https://www.nasnews.com/view.php?cat=18634).

[٤] أحمد أبو العينين، وريد ليفنسون ، تقرير خاص لوكالة رويترز، مصدر الكتروني سبق ذكره.

[٥] خضير عباس أحمد النداوي، الفقر في العراق والتحول من ظاهرة اقتصادية إلى مأزق اجتماعي وسياسي، بحث متاح على الموقع الالكتروني لـ" مركز الجزيرة للدراسات" ، https://studies.aljazeera.net/ar/article/4863

[٦] حوار وزير الصحة والبيئة السابق: السيد الدكتور علاء عبد الصاحب علوان مع مراسلة مؤسسة ناسنيوز الاعلامية (السيدة رفيف الحافظ) ، بتاريخ ١٤ أيلول ٢٠١٩، https://www.nasnews.com/view.php?cat=18532

الفرع الثاني/ العيوب الدستورية في قانون الضمان الصحي رقم ٢٢ لسنة ٢٠٢٠: بالرغم من أنّ الدستور العراقي لعام ٢٠٠٥ لم ينص صراحة على مجانية خدمات الرعاية الصحية المقدمة من جانب الحكومة الى المواطنين، إلاّ أنّه بالاستناد إلى صريح نص البند (ثانياً) من المادة (٣٠) من هذا الدستور ، والتي نصّت على أن" تكفل الدولة الضمان الصحي في حالة المرض " و البند (أولاً) من المادة(٣١) من الدستور نفسه، والتي شددت بشكل واضح على أن تكفل الدولة حق الرعاية الصحية من الوقاية والعلاج للعراقيين كافة. فإنّ المطلب الدستوري من إصدار أي قانون للضمان الصحي ، هو رفع أو تخفيف العبء المالي للمرض عن كاهل الأفراد على نحو أن يقدم المؤسسات الصحية خدمات الرعاية الطبية للعراقيين ومعالجتهم مجاناً أو بأسعار رمزية. بينما قانون الضمان الصحي رقم ٢٢ لسنة ٢٠٢٠ يلزم المشملون باحكامه بأن يدفعوا بدلات الاشتراك واقساط الاشتراك ونسبًا محددة من تكلفة الأدوية المقدمة لهم والعمليات الجراحية التي أجريت لهم. هنالك بدل الاشتراك الذي يدفعه الشخص مرة واحدة عند التسجيل لأول مرة [١] . ويجب على الشخص (المشمول بأحكام هذا القانون) دفع الاقساط الشهرية لصندوق هيئة الضمان الصحي، و إذا كان هذا الشخص من موظفي الدولة، يلتزم بدفع نسبة (١% إلى ٢.٥%) من راتبه الكلي كقسط شهري لصندوق الهيئة[٢]، كما و ألزم القانون كافة موظفي الدولة، وما يقابلهم في القطاع الخاص، أن يدفع نسبة مئوية من ثمن خدمات الطبية المقدمة لهم ، عند مراجعتهم للمؤسسات الصحية التي تعاقدت معها هيئة الضمان الصحي، وعلى المشمولون بهذا القانون دفع نسبة (١٠%) من كلفة العمليات الجراحية عند اجرائها في المستشفيات الحكومية –الأجنحة الخاصة العاملة بنظام الضمان الصحي– و (٢٥%) من كلفة العمليات الجراحية عند اجرائها في المستشفيات غير الحكومية.[٣] وفي كلّ الأحوال يدفع المشمولون بالقانون نسبة (١٠% إلى ٥٠%) من قيمة الخدمات الصحية لمقدمي الخدمة عند المراجعة.[٤]

يتضح ممّا سبق، أنّ القانون المذكور، يذعن العراقيين بأن ينفقوا مباشرة من جيبهم الشخصي لتكاليف الخدمات الصحية المقدمة لهم من قبل المؤسسات الصحية التي تعاقدت معها هيئة الضمان الصحي، وهذه المبالغ تتجاوز القدرة المالية لمئات الألوف من الأسر العراقية لدفع مقابل الخدمات الصحية، وقد تواجه الأسرة خطر الانفاق الكارثي المفقر على الصحة، حيث

---

[١] المادة (٢٧ / أولاً) من قانون الضمان الصحي رقم ٢٢ لسنة ٢٠٢٠.

[٢] المادتين (٢٧/ثالثاً، ٢٨/ أولاً) من القانون نفسه. بموجب المادة (٣٠/ أولاً) من القانون المذكور، يدفع أصحاب الدرجات الخاصة نسبة (٥٠ %) أمّا الموظفون العاديون يدفعون نسبة (٢٥ %) من قيمة الدواء وكلفة المختبر والأشعة والأسنان.

[٣] المادة (٣١/ أولاً) من قانون الضمان الصحي رقم ٢٢ لسنة ٢٠٢٠.

[٤] المادة (٢٩) من القانون نفسه.

أنها تضطر إلى الإنفاق من ميزانيتها المخصصة لتلبية حاجياتها الضرورية ، مثل الغذاء والمسكن والملبس، لكي تحصل على خدمات المعالجة الطبية، إلى أن يصل بها الحال إلى العيش في حالة من الفقر المقدع. آخذين في الحسبان، وفق توقعات وزارة التخطيط العراقي، أنّ ربع سكان العراق يعيشون في الفقر، واكثر من (١١) مليون عراقي يعيشون تحت خط الفقر[١].

ترتيباً على ماسبق، يصل الباحث الى القول: أنّ الفقرة(أ) من البند(ثالثاً) من المادة(١٦) من القانون الضمان الصحي رقم ٢٢ لسنة ٢٠٢٠، التي يلزم جميع موظفي الدولة بتسجيل أنفسهم لدى هيئة الضمان الصحي، يخالف موضوعياً لأحكام كل من المادتين (٣١/ أولاً، ٣٠/ ثانياً) من الدستور، واللتين شددتا على أن تكفل الدولة حق الرعاية الصحية من الوقاية والعلاج للعراقيين كافة. وبالتالي، يرى الباحث بعدم دستورية جميع النصوص الواردة في هذا القانون والتي تفرض على الموظفين دفع بدلات الاشتراك والأقساط الشهرية، أولتي تستوجب أن يدفع الشخص المضمون نسب مئوية محددة من تكاليف خدمات الضمان الصحي وفقاً لأحكام هذا القانون، وذلك لمخالفتها الموضوعية للمادتين الدستوريتين المذكورتين اعلاه.

إضافة إلى ما تقدم، وفقاً للقانون المذكور، تتولى هيئة الضمان الصحي " تحديد أو تعديل قيمة بدل الاشتراك والقسط السنوي او الشهري لموظفي الدولة والمتقاعدين وضوابط شمول أفراد العائلة من غير المنصوص عليها في هذا القانون"[٢]، وأقرّت القانون بأنه يمكن لهيئة الضمان الصحي بالتنسيق مع وزارة الصحة بناءً على الضرورات والمستجدات أن تعدّل النسب المئوية من كلفة العمليات الجراحية المفروض دفعها من قبل الشخص المضمون، طبقاً لما هو منصوص عليه في البند (أولاً) من المادة (٣١) من القانون نفسه[٣]. علاوة على ذلك، فوّض القانون مجلس الوزراء بناء على اقتراح مجلس إدارة هيئة الضمان الصحي بتعديل النسب الواردة في هذا القانون، وإعادة النظر بالأقساط الشهرية ونسبة الدعم المقدم المنصوص عليها في هذا القانون وفق الظروف الاقتصادية، و لمجلس الوزارء صلاحية تعديل النسب الواردة في هذا القانون وباقتراح من مجلس ادارة الهيأة[٤]. يرى الباحث إنّ هذه الإحالة التشريعية (التفويض التشريعي المبطن) من قبل المشرع العادي (البرلمان) إلى السلطة التنفيذية (مجلس الوزراء)، لتقوم هذه الأخيرة بدلاً عن البرلمان بتعديل النسب الواردة في قانون الضمان الصحي، يعد بمثابة تسلب السلطة التشريعية عن إختصاصها التشريعي الموكول اليها من قبل المؤسس

---

[١] ارتفاع نسبة الفقر في العراق إلى ٢٥% خلال ٢٠٢٢، تقرير خبري أعده : زيد سالم، صحيفة العربي الجديد، العدد ٢٧٧٩، في ١١-٤-٢٠٢٢، لندن.

[٢] المادة (٩/ أولاً-ج.) من قانون الضمان الصحي رقم ٢٢ لسنة ٢٠٢٠.

[٣] المادة (٣١/ رابعاً) من القانون نفسه.

[٤] المادتين (٣٤، ٢٧/ ثالثاً- هـ.) من القانون نفسه.

الدستوري، وبالتالي، فإنّ قانون الضمان الصحي يشوب بشائبة عدم الاختصاص السلبي للمشرع(*)، لأنّ هذا الأخير تخلّى عن القيام بوظيفة التشريع (التنظيم المستقبلي) لمسألة تحديد وتعديل المبالغ المقررة لبدلات الاشتراك والاقساط الشهرية والسنوية وجميع النسب الواردة في هذا القانون، وهذه المسائل تصب صلب الاختصاص التشريعي للبرلمان، فلايحق له التنازل عنها أو التنصل عن ممارستها، لتمارسها عوضاً عنه السلطة التنفيذية. صحيح أنّ الدستور إكتفى بالنص على أن ينظم بقانون موضوع الرعاية الصحية والضمان الصحي، دون أن يحدد أي ضوابط خاصة لذلك التنظيم، وهذا يعني أنّ المؤسس الدستوري العراقي سمح للبرلمان بتفويض بعض من إختصاصه التشريعي لتنظيم الأمور المتعلقة بالضمان الصحي والرعاية الصحية إلى السلطة التنفيذية من خلال الأنظمة الإدارية وليس بنص القانون .

لكن بما أن الدستور نص على أن مسألة الضمان الصحي والرعاية الصحية ينظمها القانون ، فعلى البرلمان أن يضع القواعد الأساسية التي تنظم الضمان الصحي والحق في الرعاية الصحية ، وله أن يترك مهمة تنظيم الأمور الثانوية المتعلقة بالمسألة المراد تنظيمها إلى السلطة التنفيذية ، دون أن يحيل إليها مهمة تعديل النسب الواردة في قانون الضمان الصحي ، حيث أنها من القضايا الجوهرية بالموضوع المراد تنظيمه ، وأنّ أيّ تقاعس أو إخفاق من قبل البرلمان في ممارسة صلاحياته التشريعية لتعديل النسب الواردة في قانون الضمان الصحي ، في المستقبل ، يعد بمثابة تخلي البرلمان عن واجبه الدستوري وفقا لصريح نص المادتين (٣١/ أولاً، ٣٠/ ثانياً) من الدستور. وعليه، لا يحق للبرلمان الإفراط في الإحالة التشريعية للسلطة التنفيذية، لأن هذه الإحالة ليست سوى صورة لعيب الاختصاص السلبي للمشرع ، وتخضع لرقابة القضاء الدستوري. آخذين في الحسبان، أن القواعد الدستورية التي تنص على الاختصاص التشريعي للبرلمان هي جزء من النظام العام الدستوري ، وهي قواعد دستورية آمرة لا يجوز مخالفتها بسبب تنازل البرلمان عن ممارستها. خلاصة القول، يمكن لأصحاب حق تحريك الدعوى الدستورية، أن يطعن في دستورية قانون الضمان الصحي رقم ٢٢ لسنة ٢٠٢٠، في حال دخول القانون إلى حيز التنفيذ(١)، لأنّ هذا القانون لايطابق مع الأحكام الموضوعية الواردة في الدستور القائم، و لا يمكن الاعتماد على النصوص والقواعد الواردة في هذا القانون لتفعيل النصوص والقواعد الدستورية التي تكرس الحق في الرعاية الصحية لجميع العراقيين.

(*) المقصود بعدم الاختصاص السلبي للمشرع هي حالات تتسلب أو تتخلّى فيها البرلمان عن ممارسته لوظيفة التشريع لتمارسها بدلاً عنه السلطة التنفيذية خلافاً لقواعد توزيع الاختصاص المنصوص عليها في الدستور.
(للمزيد من المعلومات حول مفهوم عدم الاختصاص السلبي للمشرع، ينظر مفصلاً : د. عيد أحمد الغفلول، فكرة عدم الاختصاص السلبي للمشرع، دار الفكر العربي، القاهرة، ٢٠٠١، ص٣٥ وما يليها).

(١) ينظر: المادة (٩٣/ أولاً وثالثاً) من دستور جمهورية العراق لعام ٢٠٠٥؛ والمادة (٤/ثانياً) من قانون المحكمة الاتحادية العليا رقم (٣٠) لسنة ٢٠٠٥ المعدّل.

الخاتمة

في ختام هذه الدراسة يمكن تلخيص أهم الاستنتاجات والتوصيات التي توصل إليها الباحث على النحو التالي:

أ- الاستنتاجات:

١. إنّ الحق في الصحة الذي أكده الشرعة الدولية والاتفاقيات والوثائق الدولية والدساتير الوطنية، لايمكن تحقيقه مالم يتحقق الحق في الرعاية الصحية ، الأمر الذي يستدعي قيام الحكومات الوطنية بإتخاذ تدابير وإجراءات لازمة لضمان توفير خدمات الرعاية الصحية الكافية لكافّة المواطنين من أجل ضمان الأمن الصحي لهم وللأجيال اللاحقة.

٢. إنّ عدم النص على أيّ حق من حقوق الانسان-بما فيها الحق في الرعاية الصحية- في صلب الوثيقة الدستورية، قد يؤدي إلى عدم فاعلية أو إهدار هذا الحق في التنفيذ، حيث أنّ مسألة تنظيم الحق غير المدون في الدستور، تتوقف على حرية اختيار المشرع لوقت التدخل التشريعي وكيفية التدخل ضمن سلطته التقديرية الواسعة لتشريع القانون وفقاً لما يراه مناسباً.

٣. إنّ الحق الدستوري بالرعاية الصحية يفرض إلتزاماً إيجابياً على الدولة للعمل الجاد من أجل توفير خدمات الرعاية الصحية على كافة المستويات لجميع المواطنين وبدرجة عالية من الجودة، ويجب أن تخضع كل عمل من أعمال الرعاية الصحية للرقابة الادارية والقضائية، حيث أنّها منظمة بالدستور والقوانين والأنظمة الادارية. ومع ذلك، إنّ إمتثال المؤسسات الرعاية الصحية لمعايير الأخلاق الحميدة والمعاملة الحسنة للمرضى والمراجعين ومراعات ثقافتهم وخصوصياتهم، وحفظ أسرارهم، قد يؤدي إلى المقبولية الاجتماعية لهذه الخدمات، وبالتالي تضمن فعالية وتعزيز الحق في الرعاية الصحية ، وبالتالي يضع الأساس لرعاية صحية جيدة وشاملة ومستدامة.

٤. إنّ الدساتير العراقية المتعاقبة، بإستثناء دستور عام ١٩٢٥، ١٩٥٨، ٢٠٠٤، نصّت على حق العراقيين ألزمت الدولة بضمان الحق في الرعاية الصحية للمواطن العراقي، إلاّ أنّها لم يرد نصوص وقواعد تنظيمية كافية لضمان تجسيد هذا الحق، وأنّ أغلب الدساتير العراقية الناصة على الحق في الرعاية الصحية، بما في ذلك دستور جمهورية العراق لعام ٢٠٠٥، يكتنفه القصور في التنظيم الدستوري للحق في الرعاية الصحية، وهذا المسلك الذي سار عليه المؤسس الدستوري في العراق يختلف عمّا سلكه المؤسس الدستوري في دساتير دول محل المقارنة. وبما أنّ الدستور العراقي عهد أمر تنظيم الأمور الجوهرية المتعلقة بالحق في الرعاية الصحية إلى مشرّع القانون العادي، دون أن يحدد له ضوابط دستورية خاصة

ليتقيد بها المشرّع عند تدخله في التنظيم، لذلك، تتوسع نطاق السلطة التقديرية للمشرع تجاه الأركان الداخلية للقوانين الصحية الناظمة للحق في الرعاية الصحية.

٥. إنّ الحق في الرعاية الصحية المنصوص عليه في الدستور العراقي لعام ٢٠٠٥ يعتبر من الحقوق الموضوعية الإيجابية(Posetive Rights) التي تفرض إلتزاماً إيجابياً على الدولة ليتدخل تشريعياً في تنظيم هذا الحق وتمكين المواطن من ممارسته على أساس مبدأ المساواة الدستورية ، بناءً عليه، يحق للمواطن العراقي أن يتمسك بهذا الحق الدستوري و يحتج به أمام القضاء الدستوري الاتحادي الممثل بـ"المحكمة الاتحادية العليا"، ويتعين على السلطة التشريعية الاتحادية وبرلمان إقليم كوردستان سن وإقرار القواعد القانونية الكفيلة بتحقيق الحق في الرعاية الصحية، وذلك تحت رقابة المحكمة الاتحادية العليا.

٦. إنّ المشرع العراقي في قانون الضمان الصحي العراقي رقم ٢٢ لسنة ٢٠٢٠، لم يكن موفقاً في تفعيل وتنفيذ المواد (٢٩ ، ٣٠، ٣١، ٣٢) من الدستور العراقي لعام ٢٠٠٥ التي كرّست الحق في الصحة والرعاية الصحية للمواطنين العراقيين.

٧. إنّ المادة (١٦/ ثالثاً–أ) من قانون الضمان الصحي رقم ٢٢ لسنة ٢٠٢٠ التي تلزم الموظفين بتسجيل أسمائهم لدى هيئة الضمان الصحي، لايتطابق مع الاحكام الموضوعية الواردة في الدستور العراقي لعام ٢٠٠٥ ، حيث أنّ مواد ونصوص الدستور أكدت بشكل واضح على أن تتكفل الدولة حق الرعاية الصحية والضمان الصحي للمواطنيين. إضافة إلى ذلك، أنّ المواد (٩/ أولاً–ج ،٢٧/ ثالثاً–هـ، ٣١/ رابعاً، ٣٤) من القانون نفسه، والتي يتضمن الافراط في الاحالة التشريعية إلى السلطة التنفيذية (التفويض التشريعي المبطن)، ليست لها أي سند في الدستور(*)، و بالتالي فإنّ الأحكام التي يحتويها تلك النصوص القانونية أدّت إلى وقوع المشرع القانوني في حالة عدم الاختصاص السلبي المخالف للدستور. بناءً عليه، أنّ المواطن العراقي (صاحب المصلحة الدستورية الذي يتضرر جراء تطبيق القانون) يحق له أن يطعن في دستورية هذا القانون أمام المحكمة الاتحادية العليا العراقية، لأنّ أحد أهم المهام الموكولة دستورياً إلى هذه المحكمة، هي الرقابة على دستورية القوانين والأنظمة النافذة في العراق.

ب– التوصيات:

(*) إنّ المادة (٤٧) من الدستور العراقي نصّت على أن " تتكون السلطات الاتحادية من السلطات التشريعية والتنفيذية والقضائية، تمارس اختصاصاتها ومهماتها على اساس مبدأ الفصل بين السلطات "، بناءً عليه، لايجوز للسلطة التنفيذية أن تحل محل السلطة التشريعية في سن و إصدار قواعد القانون العادي، وبالتالي، فلايحق للبرلمان أن تسمح للحكومة أو يفوّض لها إختصاصته التشريعية التي فوّضها إليه الدستور عملاً بالمبدأ الدستوري الراسخ في الفقه والقضاء الدستوري " لايجوز التفويض في الاختصاصات المفوضة".

١. نوصي سلطة التعديل الدستوري في العراق بتعديل المادة (٣١/ أولاً) من دستور عام ٢٠٠٥ على النحو الآتي: للعراقيين كافة الحق في الصحة والحصول على الرعاية الصحية المتكاملة من الوقاية والعلاج، تكفلها الدولة وفقاً لمعايير الجودة دون النظر إلى قدرة المواطن على تحمل النفقات.

٢. إلغاء الفقرة (أ) من البند (ثالثاً) من المادة (١٦) من قانون الضمان الصحي العراقي رقم ٢٢ لسنة ٢٠٢٠، ليكون التسجيل لدى هيئة الضمان الصحي إختيارياً لجميع العراقيين بغض النظر عن كون الشخص من موظفي الدولة أم لا.

٣. إلغاء البند (ثالثاً) من المادة (٢٧) و الفقرة (ج) من الفقرة(أولاً) من المادة (٢٩) و الفقرة (هـ) من البند (رابعاً) من المادة (٣١) من قانون الضمان الصحي رقم ٢٢ لسنة ٢٠٢٠ ، لأنّ هذه النصوص يتضمن الاحالة التشريعية المفرطة (التفويض التشريعي المبطن)، دون أن يكون لهذا التفويض أي سند في الدستور العراقي لعام ٢٠٠٥.

قائمة المصادر

أولاً: باللغة العربية:

أ/ الكتب المطبوعة والمستلة من الانترنيت:

١. أحمد خضير حسين، واقع الأمن الصحي في العراق، مركز بيان للدراسات والتخطيط، مكان النشر(بلا)، ٢٠٢١.

٢. رانيا توفيق، الحق في الصحة، مراجعة: د. إلزا فورم، ط١، وزارة الاقتصاد والتنمية لجمهورية المانيا الاتحادية، ٢٠١٨.

٣. سى روس انتوني و آخرون، صلاح القطاع الصحي في إقليم كوردستان- العراق، منشورات وزارتي التخطيط والصحة لاقليم كوردستان-العراق، ٢٠١٧.

٤. د. محمود شريف بسيوني، القاضي خالد محيي الدين، الوثائق الدولية والاقليمية المعنية بحقوق الانسان، ط٣، المجلد الاول/ الوثائق العالمية، دار النهضة العربية، القاهرة، ٢٠١١.

٥. مقدام الشيباني، واقع قطاع الصحة في العراق وسبل النهوض به (قراءة أولية)، مركز البيان للدراسات والتخطيط، بغداد، ٢٠٢٢.

٦. جون ويليامز، الاخلاقيات الطبية، ترجمة: د. محمد صالح بن عمار، ٢٠٠٥، منشورات الجمعية الطبية العالمية: https://www.wma.net/wp-content/uploads/2016/11/ethics_manual_arabic.pdf.

ب/ البحوث والمقالات المطبوعة والمستلة من الانترنيت:

٧. د. بديسي فهيمة وزويوش بلال، جودة الخدمات الصحية: الخصائص والأبعاد والمؤشرات، مجلة الاقتصاد والمجتمع، جامعة منتوري-قسنطينة، االجزائر، العدد(٧) لسنة ٢٠١١.

٨. د. خضير حسن سليمان، عدي نجم عبدالله، الأوضاع الصحية في لواء الدليم للمدة (١٩٤٥-١٩٥٨)، مجلة مداد الآداب، الجامعة العراقية، العدد(١٣) لسنة ٢٠١٧.

٩. د. عيد جاسم نجم سليم الدليمي، أثر القبالة في الحياة الاجتماعية في العراق ١٩١٧-١٩٣٩، مجلة جامعة تكريت للعلوم الانسانية، العد(٥) لسنة ٢٠١٩.

١٠. د. محمد عبد اللطيف محمد، الرقابة على الاداء وتحسين جودة خدمات الرعاية الصحية بالتطبيق على مستشفى شبرا العام(كتشنر)، مجلة كلية الخدمة الاجتماعية للدراسات والبحوث الاجتماعية، جامعة الفيوم، مصر، العدد(١٤) لسنة ٢٠١٩،

١١. خضير عباس أحمد النداوي، الفقر في العراق والتحول من ظاهرة اقتصادية إلى مأزق اجتماعي وسياسي، بحث متاح على الموقع الالكتروني لـ" مركز الجزيرة للدراسات" : https://studies.aljazeera.net/ar/article/4863.

١٢. د. عباس فرحان الزاملي، الامراض والصحة في المجتمع البغدادي في العهد الملكي، مستل من رسالته للماجستير بعنوان : الحياة الاجتماعية في بغداد ١٩٣٩ ـ ١٩٥٨، متاح على الموقع الالكتروني لـ ملاحق المدى: https://almadasupplements.com/view.php?cat=24024.

١٣. علي العنبوري، النظام الصحي في العراق: الواقع والتحديات، مركز رواق بغداد للسياسات العامة، https://rewaqbaghdad.org/Data/Images/dfcdd395-82cb-47ab-870a-f40daa719b4b.pdf

١٤. مصعب الآلوسي، النظام الصحي في العراق: علامة أخرى على دولة متداعية، مقال متاح على الموقع الالكتروني التالي:https://www.washingtoninstitute.org/ar/policy-analysis/alnzam-alshy-fy-alraq-lamt-akhry-ly-dwlt-mtdayt.

ج/ التقارير الصحفية:

١٥. أحمد أبو العينين، وريد ليفنسون، تقرير خاص- خلل في النظام .. رحلة في دهاليز أزمة الرعاية الصحية في العراق، وكالة رويترز للانباء في اغسطس عام ٢٠١٩.
https://www.reuters.com/article/iq-special-report-health-mn3-idARAKBN20P1ZF<١٦-٧-٢٠٢٢>.

١٦. حوار وزير الصحة والبيئة العراقية السابق: السيد الدكتور علاء عبد الصاحب علوان مع مراسلة مؤسسة ناسنيوز الاعلامية (السيدة رفيف الحافظ) في ١٤ أيلول ٢٠١٩:
https://www.nasnews.com/view.php?cat=18532

١٧. صفاء الكبيسي، تقرير بعنوان: تعثر تطبيق قانون الضمان الصحي في العراق، منشور على موقع (العربي الجديد) الالكتروني بتاريخ ١٥/ نيسان ٢٠٢١، https://www.alaraby.co.uk/society/ .

د/ الوثائق الدولية:

١٨. دستور منظمة الصحة العالمية لعام ١٩٤٦.

١٩. الاعلان العالمي لحقوق الانسان لعام ١٩٤٨.

٢٠. العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية لعام ١٩٦٦.

٢١. الاتفاقية الدولية للقضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة لعام ١٩٧٩.

٢٢. الاتفاقية الدولية لحقوق الطفل في عام ١٩٨٩.

ه/ الدساتير العراقية:

٢٣. القانون الاساسي العراق لعام ١٩٢٥-الملغي.

٢٤. الدستور العراقي المؤقت لعام ١٩٥٨-الملغي.

٢٥. الدستور العراقي المؤقت لعام ١٩٦٤-الملغي.

٢٦. الدستور العراقي المؤقت لعام ١٩٧٠-الملغي.

٢٧. قانون ادارة الدولة للمرحلة الانتقالية لعام ٢٠٠٤-الملغي.

٢٨. الدستور العراقي لعام ٢٠٠٥ –النافذ حالياً.

٢٩. مشروع دستور اقليم كوردستان-العراق لعام ٢٠٠٩.

ز/ القوانين العراقية:

٣٠. قانون وقاية الصحة العامة رقم (٦) لسنة ١٩٢٩-الملغي، قاعدة التشريعات العراقية، متاح على الموقع الالكتروني الرسمي لقاعدة التشريعات العراقية:
https://iraqld.hjc.iq/LoadLawBook.aspx?SC=150920056661044

٣١. قانون الصحة العامة رقم(٤٥) لسنة ١٩٥٨، جريدة الوقائع العراقية، العدد ٤١٦٣ في ٧/تموز ١٩٥٨.

٣٢. قانون المؤسسة العامة للتأمين الصحي والصحة الريفية رقم (٢١١) لسنة ١٩٧٥-الملغي.

٣٣. قانون صناديق الضمان الصحي لموظفي دوائر الدولة والقطاع الاشتراكي رقم (١٠١) لسنة ١٩٨٥، جريدة الوقائع العراقية، العدد: ٣٠٨١ بتاريخ ٢٠/ كانون الاول ١٩٨٦.

٣٤. قانون التأمين الصحي في الارياف رقم ١٣١ لسنة ١٩٦٣-الملغي، الوقائع العراقية ، العدد : ٨٦٨ بتاريخ ٨ تشرين الاول لسنة ١٩٦٣.

٣٥. قانون الصحة العامة رقم(٨٩) لسنة ١٩٨١ –النافذ حالياً، جريدة الوقائع العراقية، العدد: ٢٨٤٥ بتاريخ ١٧/آب ١٩٨١.

٣٦. قانون المحكمة الاتحادية العليا العراقية رقم ٣٠ لسنة ٢٠٠٥-المعدل.

٣٧. قانون رقم ١٥ لسنة ٢٠٠٧(قانون وزارة الصحة لاقليم كوردستان – العراق)-النافذ حالياً ، جريدة وقائع كوردستان، العدد ٧٠ بتاريخ ١١ تموز ٢٠٠٧.

٣٨. قانون حقوق وواجبات المريض في اقليم كوردستان رقم ٤ لسنة ٢٠٢٠-النافذ حالياً.

٣٩. قانون الضمان الصحي العراقي رقم ٢٢ لسنة ٢٠٢٠-غير نافذ حالياً.

ثانياً/ باللغة الانكليزية:

40. Amy Gutman, For and against Equal Access to Health Care, Milbank Memorial Fund Quarterly and Society, Vol. 59, No. 4, 1981, Pp.543-545. https://doi.org/10.2307/3349740

41. Doncho Donev, Gordana Pavlekovic and Lijana Zaletel Kragelj, HEALTH PROMOTION AND DISEASE PREVENTION, Hans Jacobs Publishing Company, Germany, 2007.

42. Burazeri G, Zaletel-Kragelj, Health: Systems – Lifestyles – Policies (Volume I) Edition: 2ndChapter: The role and organization of health care systems, Publisher: Jacobs Verlag, Lage, Germany,https://www.researchgate.net/publication/257830385_The_Role_and_Organization_of_Health_Care_Systems.

43. Faleh A. Jabar, The Constitution of Iraq: Religious and Ethnic Relations, Pp.1-2, Available at: https://www.minorityrights.org/wp-content/uploads/old-site-downloads/download-97-The-Constitution-of-Iraq-Religious-and-Ethnic-Relations.pdf.

44. Paulius Čelkis, Eglė Venckienė, CONCEPT OF THE RIGHT TO HEALTH CARE, jurISprudeNcIja, Mykolo Romerio universitetas/Lithuania, Vol. (18), NO. (1),2011, Available at:
.https://ojs.mruni.eu/ojs/jurisprudence/article/view/634

45. Prasanna B Joshi1 and Mukta S Adi, Primary Health Care in Karnataka: A New Experiment with Public-Private Partnership International Journal of Research in Management, Economics and Commerce, Vol. 7, Issue:5, May 2017.

46. CESCR General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12), Adopted at the Twenty-second Session of the Committee on Economic, Social and Cultural Rights, on 11 August 2000 (Contained in Document E/C.12/2000/4). Available at:
https://www.refworld.org/pdfid/4538838d0.pdf.