

التأمين الصحي في العراق**بين الإلزام والاختيار**

كريم يونس كاظم

شكر محمد أحمد

مدرس

مدرس

معهد الإدارة / الرصافة

معهد الإدارة / الرصافة

قسم التقنيات المالية والمصرفية

قسم التقنيات المالية والمصرفية

Abstract :

The marketing of health insurance policies in Iraq challenges different Difficulties because of:

- The nature of local society which lacks to the correct awareness about the importance of insurance .
- The traditional approaches used by the private and public insurance companies .

These companies depend on marketing the insurance policies with Limited coverage which do not provide even a minimum limit for the Actual demands of insured people or institutions. These policies are With small amounts that will not cover even a small part of the costs Needed by the beneficiaries. Also , these policies are just voluntary and without any laws that Organized by law-makers to enforce applying them by the employers As it is the case in many countries. The main goals of this research are :

- To benefit from Arab countries experiences in enforcing the compulsory Health insurance on their residents.
- To put technical suggestions about developing the health insurance Policies , conducted now by Iraqi insurance company , by adding new Risks or limiting another risks .

المستخلص :

يواجه تسويق وثائق التأمين الصحي في العراق معوقات كثيرة تنبع من طبيعة المجتمع المحلي الذي يفتقر إلى الوعي التأميني الصحيح ومن واقع العمل في شركات التأمين العراقية الحكومية والخاصة حيث لا زالت تعتمد الأساليب التقليدية في كافة مراحل أعمالها وتروج لوثائق محدودة الغطاء لا تتناسب مع الحاجات الفعلية لجمهور المؤمن لهم وبمبالغ تأمين صغيرة قد لا تسد اليسير من التكاليف التي يتكبدها من يحتاج لمثل هذه الأغطية ناهيك عن كونها أغطية ووثائق اختيارية لا يتدخل المشرع في فرضها على أرباب العمل من المؤسسات والهيئات العامة والخاصة كما هو جار في الكثير من الدول .

ويمثل هذا البحث محاولة متواضعة باتجاه امكانية الاستفادة من التجارب الإقليمية العربية في فرض إلزامية التأمين الصحي على مواطنيها والوافدين إليها ومن ثم الوصول إلى مقترحات فنية حول تطوير الأغطية المعمول بها حالياً في شركة التأمين العراقية العامة بإضافة أخطار جديدة أو التضييق من بعض الأخطار الأخرى واستثنائها من مسؤولية الشركة.

المقدمة :

يواجه الموظفون والعاملون في الهيئات الرسمية وشبه الرسمية مخاطر صحية عديدة ومتكررة يحاولون مواجهتها بوسائلهم الخاصة مثل إيداع الأموال لأستغلالها أو تملك الأصول ثم بيعها أو التثبيت بجمعيات الادخار والأقراض والمقرضين على إختلافهم أو حتى تقليل نفقاتهم الضرورية لبعض أنشطتهم كالغذاء والتعليم ، حيث لا يملكون (إلا عدد محدود منهم) تأميناً رسمياً ضد هذه المخاطر الصحية ويتبعون آليات بدائية لمواجهة المخاطر كالوقاية والتجنب أو التأقلم مع الأحداث او الدخول في نظم مجتمعية قد لا تحمي بدرجة كافية من المخاطر المكلفة غير المتوقعة مثل المرض المميت لمعيل الأسرة .

يعتبر التأمين الصحي أحد البدائل المهمة المتاحة للدولة لتمويل الخدمات الصحية المناسبة المراد توفيرها لمواطنيها مع تقنين إستخدامها وتطوير جودتها فهو أحد روافد الضمان الاجتماعي ويمثل نظرية متقدمة للحماية من المخاطر التي يتعرض لها المواطنون .

أيدت كافة الدراسات بأن الدول والمجتمعات التي حققت مستويات صحية أفضل هي تلك التي تمول خدماتها عن طريق التأمين الصحي الاجتماعي الحكومي وليس عن طريق التأمين التجاري الفردي الذي أثبتت تجارب هذه الدول فشله كنموذج (تجارياً كان أو تعاونياً) لغلائه غير المبرر.

وفي ضوء الزيادات المستمرة في تكاليف العلاج والخدمات الصحية وزيادة الطلب على التأمين الصحي تحاول العديد من مؤسسات التأمين العربية طرح برامج رخيصة لتقديم خدمات هذا التأمين من خلال منتجات شاملة متاحة للجميع تقوم على مبدأ التكافل الاجتماعي .

ولكن ذلك لا ينفي كون شركات التأمين من المؤسسات التجارية التي تضع الربحية في مقدمة أولوياتها لضمان الاستمرار في عملها وتقديم خدماتها وتنفيذ تعاقدها كما إن خلق الخدمة الطبية الراقية يحتاج إلى بيئة إستثمارية جاذبة يتناسب عائدها الأستثماري مع

العائد المتحقق في بقية القطاعات الاستثمارية وعليه لابد من دخول مجموعة واسعة من الأطراف المعنية في فلك هذا النشاط بما فيهم الحكومات والقطاع الخاص والهيئات التنموية ومنها شركات التأمين كجهات استثمارية لخلق هذا العائد من خلال تقديم هذه الخدمة ، لكننا في الوقت عينه لا نلاحظ أية إشارات لتحمل القطاع الخاص العربي مسؤولياته حيث ثبت تقصير هذا القطاع وكذلك شركات الأستثمار في هذا النشاط .

وقد ثبت بأن جميع الدول المتقدمة قد قلت مشاكلها الصحية عن طريق التأمين الصحي ومنها دولا عربية مجاورة (الأردن مثلا الذي أصدر النظام رقم 83 لسنة 2004 فجعل التأمين الصحي إلزاميا في كافة أنحاء المملكة). وزاد اهتمام هذه الدول بتنمية التأمينات الشخصية على الحياة أو الصحة بحيث تمثل أقساط هذا الفرع نسبة 60% من حجم أقساط التأمين في العالم .

ومن التجارب العالمية المشهودة مانجده في الولايات المتحدة الأمريكية حيث وصل عدد الذين يشملهم التأمين الصحي في العام 2004 إلى 245,3 مليون مواطن ، وكانت نسبة 59,8% من هؤلاء مضمونين صحياً عن طريق شركاتهم و 27,2% منهم مضمونين من قبل الحكومة أي ما يعادل 79,1 مليون مواطن . (الملتقى الثالث: 2006)

أما في الوطن العربي فكانت أول شركة تطبيق التأمين الصحي هي شركة الضمان الصحي في سوريا عام 1968 حيث كان الموظفون يتحملون بعض المصاريف بنسبة 3% من راتبهم وتشترك الإدارة الحكومية معهم بنسبة 6% .

أما في الأردن فمن بين 17 نقابة توجد 5 نقابات توفر التأمين الصحي خلال فترة العمل فقط ، ويأتي التأمين الصحي في هذا البلد في المرتبة الثانية بعد التأمين على السيارات للعاملين 2004 و 2005 حيث شكلت أقساط هذا النوع نسبة 16,57% و 16,20% من مجموع أقساط التأمين للعاملين المذكورين على التوالي.

ويكتسب التأمين الصحي صفة الألزامية في كثير من دول العالم لكونه أحد مبادئ حقوق الإنسان وأحد بنود إتفاقية العمل الدولية ، فقد أصدرت بعض الدول العربية (كدول الخليج العربي) قوانين للتأمين الصحي الألزامي على المواطنين والمقيمين وذلك بإلزام الشركات الخاصة (أرباب العمل) بإجراء التأمين على العاملين لديها.

وفي هذه المرحلة نحن أحوج ما يكون إلى تطبيق نظام نموذجي للتأمين الصحي في بلدنا مستفيدين من تجارب كثيرة خاضتها الدول الأوروبية ودول الشرق الأقصى والدول العربية فختار أنسبها و نتلافى العيوب والمشاكل التي واجهتها هذه الدول .

المبحث الأول منهجية البحث

أولاً : مشكلة البحث :

تشير كافة المؤشرات إلى انحسار دور الدولة من جهة في تأمين الرعاية الطبية للمواطنين وتقصير القطاع الخاص في هذا الجانب من جهة أخرى ومن خلال المعيشة الميدانية لعمل شركات التأمين العراقية الحكومية منها والخاصة لاحظ الباحثان عجزها عن توفير التغطيات والوثائق التأمينية الكافية والتي يحتاجها الأفراد في تغطية كلف الخدمات العلاجية والطبية وتسديد تكاليفها المتزايدة في مستوياتها بحيث أصبح الكثير منهم غير قادرين على تحمل أعبائها ، ويشوب وثائق التأمين الصحي المتداولة في السوق العراقية الكثير من النواقص والتحديات إلى جانب كونها غير ملزمة مما يخلق نفوراً من اقتنائها سواء على مستوى الأفراد أو المؤسسات .

ثانياً : هدف البحث :

يهدف البحث في ضوء تحديد المشكلة أعلاه إلى التعرف على مفهوم التأمين الصحي وتطبيقاته وإلى دراسة الواقع العملي للعملية التأمينية في قطاع تأمينات الأشخاص بما يخدم الاقتصاد الوطني عامة ، ويهدف إلى الوقوف على مدى الفائدة والمنفعة المتحققة من إمكانية فرض التأمين الصحي وإلزامه بقوة القانون وتشخيص الصعوبات التي تعترض المشروع وإلى تقديم توصيات ومقترحات لتطوير الغطاء المسوق حالياً في العراق .

ثالثاً : أهمية البحث :

تمتلك سوق التأمين العراقية إمكانات كامنة لتحقيق النمو المنشود نحتاج إلى رعاية أصحاب القرار لمواكبة التطورات المتسارعة على مستوى سوق التأمين العالمية من خلال دعم ملامتها المالية وإخضاعها إلى معايير الرقابة والمحاسبة الدولية على أسلوب قبولها للأخطار المؤمنة وصولاً إلى تقديم الخدمة التأمينية ذات النوعية المتميزة ، لذلك تنبع أهمية هذا البحث من أهمية التأمين الصحي والمتأنية من :

1. تزايد تكاليف الخدمات الصحية .
2. تزايد الطلب على إستهلاك هذه الخدمات بسبب تزايد معدل النمو السكاني ، وتغير أنماط الحياة الاجتماعية ، وارتقاء مستوى الوعي الصحي .
3. تزايد الطلب على الخدمات التي تقدمها المرافق الصحية الخاصة قياساً بما تقدمه مثلتها الحكومية العامة .
4. تباين جودة الخدمات الصحية ومواكبتها للتقنيات الحديثة .

رابعاً : فرضية البحث :

تكمّن فرضية البحث في ما يأتي :

- 1-التأمين الصحي عامل مساعد ومحفز في استقرار وديمومة الفعاليات الإنتاجية وهو من السبل الناجعة لمعالجة آثار الأخطار الصحية المحتملة التي تصيب العاملين في صحتهم

وقدراتهم على العمل وذلك بتوزيعها على أكبر عدد ممكن من المشتركين في مواجهة وتحمل هذه الأخطار.

2- غياب عنصر الوعي التأميني لدى المؤسسات والأفراد وعدم الجدية من قبل شركات التأمين العاملة في القطر في السعي لتقديم وتوسيع التغطيات التأمينية المختلفة في قطاع الخدمة الصحية والعلاجية.

3- إن التأمين الصحي هو تأمين إختياري وليس إلزامياً وهذا يعطي الحق للمؤسسات والأفراد بالرجوع أو عدم الرجوع إلى شركات التأمين بهدف الحصول على الخدمات التأمينية التي تتناسب مع الحاجات الشخصية للخدمات الصحية.

خامساً : منهج البحث :

لغرض التوصل إلى أهداف البحث اعتمد الباحثان منهجا نظرياً وصفيًا مبسطاً وحاولا من خلال ما تم الحصول عليه من معلومات وإحصائيات من شركة التأمين العراقية العامة المسوقة الوحيدة لهذا النوع من الخدمات التأمينية في السوق العراقية أن يضعوا مؤشرات حول ضعف تطبيقات الوثيقة المعتمد تداولها في العراق في التأمين الصحي وأسباب ذلك ومنها تم التوصل إلى الاستنتاجات والتوصيات.

المبحث الثاني

الإطار المفاهيمي للتأمين الصحي

أولاً : المفهوم :

يوفر التأمين الصحي غطاء الحماية التأمينية (الخدمة العلاجية) لعدد كبير من الأفراد الذين تربطهم مصلحة أو علاقة خاصة مشتركة (ليست تأمينية) كعلاقة العمل أو الوظيفة أو الدراسة أو النقابة , ضد أخطار الأمراض .

ويكون على صورتين : التأمين الصحي الفردي الذي يشمل الأفراد وعائلاتهم بعقود منفصلة والتأمين الصحي الجماعي الذي يمنح لموظفي المؤسسات والهيئات والشركات .

ويعني هذا المفهوم أن يدفع أفراد المجموعة المشمولة بمبالغ مالية محددة مسبقاً كأقساط أو اشتراكات وهم في كامل صحتهم لكي يتم في حالة مرضهم تغطية تكاليف معالجتهم عبر نظام متعدد الأطراف هو نظام التأمين الصحي والذي تقوم فكرته على المشاركة الجماعية في تحمل المخاطر والتي تُبنى على أساس أن الجميع يدفع والبعض يمرض ويستلم ، وهو نظام قادر على تغطية تكاليف الأمراض ذات الكلفة العالية .

أي أنه نظام يجسد مفهوم التكافل والتعاون في تحمل تكاليف العناية الصحية وتوزيع عبئها على أكبر عدد ممكن من الأفراد وعلى تفتيت الأخطار باشتراك أفراد المجموعة في تحمل المسؤولية عند وقوع الكوارث أو الأضرار عن طريق المشاركة بمبالغ (أقساط) نقدية شهرية أو سنوية لتعويض من يصيبه الضرر .

ويُنظر إلى التأمين الصحي عادة على أنه حماية لذوي الدخل المحدود من آثار أخطار محددة مقابل رسوم تُدفع بشكل منتظم تتناسب مع احتمال الحدوث عن طريق تجميع المخاطر للعديد من الأفراد أو المجموعات بحيث يكون من الممكن دفع تكلفتها عند حدوثها على أن يستجيب هذا التأمين لأولويات إحتياجاتهم الصحية ويكون سهلاً فهمه وتقبله وبكلف مقبولة. (www.cgap.org)

ولأغراض هذا التأمين فإن صاحب العمل هو كل شخص طبيعي أو اعتباري يستخدم موظفين أو عمالاً لقاء أجر أياً كان نوعه ، وتنشأ بمقتضى هذا العقد علاقة تعاقدية بينه وبين شركة التأمين المرخص لها بالعمل في مجال التأمين الصحي . أما مقدم الخدمة العلاجية فهو أية منشأة صحية تابعة للقطاع الحكومي أو الخاص تتعاقد معها شركة التأمين لتقديم الخدمة للمؤمن لهم أي أنه ليست كل المنشآت الصحية مخولة بتقديم خدمة مشمولة بالضمان دونما موافقة شركة التأمين ويعقد قانوني .

ثانياً : الأهداف :

- ينفق التأمين الصحي في فكرته مع الأهداف العامة للدولة ومؤسساتها الصحية حيث يؤمل من خلال تطبيق نظامه المتجدد الوصول إلى الأهداف العامة المتمثلة في :- (الدريس : 2004)
- 1) تفعيل عمل المؤسسات الصحية من مستشفيات ومراكز ومستوصفات ودور الرعاية الصحية الأولية وفق مفاهيم تشغيلية حديثة خالية من الروتين الإداري والمالي .
 - 2) تحقيق مبدأ مجانية الخدمة الصحية والعدالة الصحية بين المواطنين .
 - 3) رفع مستوى جودة وشمولية الخدمات الصحية في القطاعات الحكومية والخاصة والحد من سوء إستخدامها .
 - 4) ضمان تقديم الخدمات الصحية وفقاً للمعايير المهنية والأخلاقية وطبقاً للأساليب الطبية المتعارف عليها مع مراعاة التقدم العلمي في هذا المضمار .
 - 5) تخفيف الضغط على مرافق الدولة الصحية .
 - 6) ترشيد الأنفاق الحكومي المخصص لتشغيل أو إستحداث المرافق الصحية مع زيادة موارد تمويل خدماتها .
 - 7) خلق فرص وظيفية جديدة .
 - 8) تنامي شعور المواطن بالمسؤولية عندما يساهم في دفع نسبة من تكاليف الخدمة .

- ولابد من الإشارة إلى العوامل والأسباب التي تساهم في زيادة الطلب على التأمين الصحي في الوطن العربي ومنها :- (خليل : 2009)
- أ) تزايد إنحسار دور الدولة في توفير الرعاية الصحية وتخفيف العبء الحكومي تجاه القطاع الطبي .
 - ب) توجه غالبية البلدان العربية لخصخصة الشركات والمؤسسات العامة وما يستتبع ذلك من ضرورة التأمين على هذه الأصول .
 - ج) زيادة تكاليف تقديم الخدمات الطبية يقابله تراجع مستمر في مستوى الدخل .

- (د) زيادة معدلات النمو السكاني وزيادة متوسط الأعمار وذلك يحتاج إلى استثمارات في تطوير البنية التحتية للخدمات الصحية وبالتالي تأمينها .
- (هـ) إصدار قوانين تنظيم التأمين الطبي في بعض البلدان العربية وتوجه بعضها إلى فرض إلزاميته .
- (ز) تزايد عدد شركات إدارة النفقات الطبية .
- (ح) انتشار الوعي التأميني .

ثالثاً: . المزايا والفوائد :

- 1- المساعدة في تخفيف ضغط وعبء تكاليف الخدمات الصحية عن كاهل الدولة .
- 2- تأمين العلاج المناسب لكل من لا يقدر على دفع كلفه من ذوي الدخل المحدود وبالأخص تلك الأمراض المكلفة التي لا يمكن تأمينها إلا عن طريق مشاركة المجتمع كله في دفع نفقاتها .
- 3- تساهم تطبيقاته في تنمية المجتمعات وزيادة إنتاجية الموارد البشرية وتضاعف معدلات النمو الاقتصادي ويكفل أعلى قدر ممكن من العدل والمساواة في تلقي الخدمات الطبية يتساوى في ذلك المدير والموظف الصغير فهذه الخدمات العلاجية يفترض عدم اختلافها باختلاف الموقع الوظيفي . (الهندي: العدد1254)
- 4- يساهم في تقليل الآثار الاقتصادية لمرض العاملين على مؤسساتهم والتمثلة في تغيب الموظف المريض عن عمله أو انخفاض فاعليته وإنتاجيته ومستوى أدائه بسبب المرض وضياح الكثير من وقت العمل كما يوفر مدراء العمل وقتاً ليس بالقصير كانوا يصرفونه في دراسة وحل المشاكل الصحية للعاملين .
- 5- إن إصابات العمل تحمّل المؤسسة الكثير من مصاريف العلاج ونفقات أبواب المنازعات القضائية التي تصبح نفقاتها باهظة جداً .
- 6- تحقيق الرضا الوظيفي لدى الموظفين والعاملين وتعزيز ارتباطهم بجهة عملهم وتنامي شعورهم بأنها تهتم بأوضاعهم الصحية والاجتماعية ، هذا إضافة إلى تعزيز العلاقات بين العاملين أنفسهم لشعور كل منهم بأن زملائه ساهموا في تحمل أعباء العلاج عنه بالأقساط التي يدفعونها إلى جانب ما تدفعه مؤسساتهم أيضاً . (الهندي : العدد1254)
- 7- أما مقدمو الخدمة الصحية فسيزيد عدد مراجعيتهم بسبب التأمين الطبي لزيادة القدرة على الدفع تحت مظلة هذا التأمين ، مما سيحثهم على زيادة اهتمامهم بمستوى الخدمة التي يقدمونها ضمن المعايير الفنية والطبية الدولية وكل في اختصاصه وذلك سيشجع المستثمرين لخوض مزيد من الاستثمارات الصحية الكبيرة .
- 8- تنامي وتطور القطاع الصحي العام والخاص الذي سيرفد نفسه بالحديث من الأجهزة والأدوات الطبية التي ستغني عن إجراء العمليات الجراحية في الخارج مما سيحد بدوره من تسرب النقد الأجنبي .

رابعا : المشاكل :

لايخلو التأمين الصحي رغم فوائده أعلاه من مشاكل تعترض تطبيقه ومنها :- (ريجدا : 2006) .

- 1- تخوف بعض الجهات (حكومية أو غير حكومية) من نظام التأمين الصحي لعدم وضوح الرؤية نحوه .
- 2- الأرتفاع المستمر لأقساط التأمين الصحي بسبب ارتفاع كلف الخدمات الصحية والفحوص الطبية وسيكون ذلك عائقا يحول دون تطبيق هذا النظام وإلى تقلص تدريجي في أعداد المشمولين بالتغطية والمضمومين بطلبات من أرباب أعمالهم .
- 3- مغالاة الجهات الطبية على إختلافها في المطالبة بالأجور والأتعاب الطبية مستنديين إلى حجة وجود ملاءة مالية كافية لدى شركات التأمين الضامنة .
- 4- ولأن الربح التجاري هو الهدف الذي تصبو إليه شركات التأمين فإن ذلك سيأتي حتماً على حساب جودة الخدمة المقدمة لجمهور المؤمن لهم إذ يسود غالباً عامل فقدان الثقة بين الأطراف الرئيسية التي تعمل في هذا النشاط التجاري الخدمي الصحي بسبب تأخر الشركات في دفع فواتير العملاء والتي قد تصل في كثير من الأحيان إلى أكثر من ستة أشهر من تأريخ إستحقاقها .
- 5- يتوقف هذا الغطاء عن الذين يكملون سن 65 سنة من العمر ويحالون على التقاعد، وتلك ثغرة كبيرة في الغطاء إذ إن هذه الفئة هي أحوج إلى هذه الضمانات في أعمارها المتقدمة حيث تزداد مشاكلهم الصحية وينقص دخلهم فلا تتناسب رواتبهم مع التضخم وزيادة الأسعار في حين أنهم ساهموا في أعمارهم المبكرة بتسديد كافة الاشتراكات والأقساط دون أن يستفيدوا من خدمة الضمان بشكل متوازي .
- 6- يواجه مقدمو خدمات التأمين الصحي (سواء كانوا من الحكومات أو جمعيات الإيدار أو المؤسسات المالية من القطاع الخاص) صعوبات عديدة تعترض إدامة عملهم منها :-
(www.cgap.org)
أ- التخصص الفني : إذ يتطلب هذا التأمين قدرة إكتوارية متخصصة مبنية على الأسس العلمية السليمة أو دراسات وافية عن مدخلات التأمين الصحي (الأحتفاظ ، المرض ، التسعير) تتمكن من وضع قيم مالية للمخاطر المستقبلية في ضوء الأفتقار للبيانات الموثوقة والتقلب الشديد في المطالبات وهذه الخبرة لا تتوفر إلا لدى المؤمنيين الرسميين .
ب- صعوبات التسويق والبيع: لعدم الوعي بمهام التأمين في مجتمع لم يتعامل مع أنشطته تعاملًا حضارياً واعياً ومعالجة ذلك يتطلب حتماً كلفة ووقتاً واسعين .
ت- ضعف قنوات التوزيع : فهذا التأمين يحتاج إلى إدارة علمية كفوءة ومتمرسة للمعاملات المالية ولنظام جمع الرسوم وسداد التعويضات .

- ث- الافتقار إلى مقومات كثيرة تسند هذا النشاط مثل الموارد البشرية ذات التعليم المهني المتخصص ، والتكنولوجيا والتجهيزات الطبية الحديثة ، والأدوية المناسبة ، والبيئة الجاذبة للكفاءات الطبية .
- 7- تخلف بعض أرباب العمل عن تسديد الرسوم المالية في وقتها إلى شركة التأمين مما سيؤدي إلى توقف سريان الغطاء عن منتسبيهم طيلة فترة عدم التسديد .
- 8- الافتقار إلى برامج قوية لإدارة المطالبات أي إدارة المنظومة كاملة والتي تبدأ من طلب المريض للخدمة حتى حصول مقدم الخدمة الصحية على المقابل المادي وإصدار الوصولات إلى شركة التأمين . (سامر : 2008)

خامساً: الجوانب الفنية في التأمين الصحي:

أ) عقد التأمين :

يكون عقد التأمين الصحي الجماعي عقداً موحداً يسمى العقد الرئيس يغطي كافة العاملين المراد تأمينهم أو مجموعة منهم أو من يشتغلون في عمل معين أو مكان معين ، ويلتزم بموجبه المؤمن بدفع مبلغ التأمين (نفقات العلاج) لأي شخص في المجموعة عندما يتعرض لمرض ما مغطى بالوثيقة ويبرم بأسم طالب التأمين (صاحب العمل) الذي يملأ بنفسه استمارة طالب تأمين صحي جماعي واحدة، مع تزويد كل عامل مغطى بشهادة ضمان فرعية تثبت شموله بالغطاء تتضمن تفاصيل التأمين وشروطه ومبلغه وقسطه مع الإرشادات التوضيحية لنطاق التغطية العلاجية وحدودها ونوع الخدمات المشمولة وغير المشمولة بالغطاء .

ويكون طالب التأمين مسؤولاً عن تزويد المؤمن بكافة المعلومات عن المؤمن عليهم (أسمائهم ، فئاتهم ، طبيعة وأماكن عملهم ، حالتهم الصحية ، وأية معلومات مهمة) كما ويوضح العقد حدود الخدمات وتكلفتها المالية وأسقف الأسعار وطرق تسوية المنازعات الناشئة عن الأخلال بالعقد . (الفتحي:1998)

ويُشترط لصحة عقد التأمين الصحي الجماعي اشتراك عدد من المؤمن عليهم بما يعادل على الأقل الحد الأدنى المطلوب لإبرام العقد الذي يتمثل في توفر عدد معين من الأفراد المشتركين (كتوفر 25 عاملاً مثلاً في العراق) أو توفر نسبة معينة من إجمالي عدد العاملين (70% مثلاً) . (أحمد : 1991)

ويُشترط أيضاً وجود العاملين المشمولين بالتغطية في مواقع العمل عند إبرام العقد وكذلك استمرارهم في أعمالهم . أما العاملين المجازين فيؤجل شمولهم بالتأمين لحين إنتهاء إجازاتهم بالتحاقهم بأعمالهم كما يخضع للتأمين من يُعين حديثاً في العمل ولكن بعد قضائه مدة اختبار معينة في عمله .

وعادة ما يكون الاشتراك في هذا التأمين إختيارياً في مرحلته الأولى و يتم فيها التعاقد مع مجموعة من الأطباء والمؤسسات والمشافي ليختار المضمون منها ما يناسب حالته ، وللمضمون أن ينسحب من مشروع التغطية بعد تقديمه طلباً بذلك . أما ملفات العلاج فتكون

سرية ولايجوز الأطلاع عليها (لغير السلطات القضائية) ويحتفظ بها لمدة لاتقل عن ثلاثة سنوات من تأريخ إنتهاء آخر علاج .

ب) القسط :

يدفع القسط عادة صاحب العمل (طالب التأمين) أما وحده فيسمى (القسط غير المشترك) وهو ما تفضله أكثر المنشآت لسهولة إدارته ودفع أقساطه بدون الحاجة إلى إجراء إستقطاعات شهرية من رواتب العاملين كما يفضله المؤمن لأنه يضمن شمول كافة العاملين بالغطاء مع إنعدام عامل الأنتقاء المضاد .

أو يُدفع بالإشتراك مع مجموعة الأفراد المشمولين بالتأمين فيسمى (القسط المشترك) وقد يشترط بعض المؤمنيين في بعض الوثائق الجماعية ضرورة إشتراك المؤمن عليهم في دفع جزء من القسط وإن كان رمزياً لخلق الأهتمام والرغبة لديهم في هذا التأمين وكذلك لضمان إستمرار غطائه وحصولهم على منافع أكبر بكلفة اوطئ مع تقليل الجزء الذي يتحملة طالب التأمين بمفرده . (السيفي : 2006)

ويُرقن قيد المؤمن عليه المضمون في حالة عدم دفعه الأشتراك لفترة تزيد عن ستة أشهر ولا يُعاد إنتسابه إلا بعد تسديده المستحقات المتأخرة .

يُدفع القسط عادة في بداية السنة التأمينية وبشكل إجمالي مقطوع على أن تجري تسويته في نهاية السنة ويتكون من (القسط الصافي + تحميلات عن المصاريف الإدارية) ويتم إحتسابه بناءً على الخبرة المتراكمة ولكنه له علاقة وثيقة بالخطر المؤمن منه والذي يجب تقديره تقديراً كمياً دقيقاً . (أحمد : 1991)

أما عن طرق الدفع : فأرباب العمل والموظفين العاملين لديهم يتقاسمون قسط التأمين الصحي حسب نسب متفق عليها بين كافة الأطراف . وتكون طريقة مشاركة العاملين المستفيدين من الغطاء بإستقطاع جزء من رواتبهم لتحويلها إلى شركة التأمين وعادة ما تكون بنسبة لاتزيد عن 3% من الراتب الشهري .

أ- وهناك مجموعة عوامل تؤثر في تحديد قسط التأمين الصحي الجماعي وهي : (مرزه :

2006)

- أ - أعمار أفراد المجموعة المغطاة .
- ب - الحالة الصحية لأفراد المجموعة .
- ج - طبيعة عمل أفراد المجموعة ودرجة الخطورة المحتملة .
- د - عدد أفراد المجموعة وعلاقتها بالخطر .
- هـ - المصاريف الإدارية التي يتكبدها المؤمن .
- و- شمولية غطاء التأمين الصحي
- ز- مستوى تكاليف العمليات الجراحية وعلاجات بعض الأمراض القوية .

سادساً : التأمين الصحي بين التأمين التجاري و صناديق الضمان الصحي

يستند التأمين الصحي إلى قيمة العوائد الكبيرة التي تأمل الشركات العاملة بهذا النظام أن تجنيها وتتجنب الخسائر التي يولدها ترك العمل به. إلا إن أغلب المؤمنین يعتبر التأمين الصحي من الأنشطة الخاسرة ذات المخاطر العالية في مجمل محافظتها التأمينية . وهنا ينبغي على شركات التأمين أن تفهم حقيقة دورها في هذا النوع من التأمين فهي ليست مجرد جهة جباية للأقساط دون الالتزام الاجتماعي والقانوني بتوفير المقابل الصحي المناسب للمشاركين ، فعليها أن تضع في حساباتها احتمال تحقق الخسائر في نهاية سنتها المالية وهنا يمكنها إدارة المخاطر الاستثمارية واقتناء الجيدة منها واللجوء إلى إعادة التأمين . (الأقتصادية : العدد 5860) علماً بأنه لم تنجح محاولات كثير من الدول في إسناد مهمة التأمين الصحي إلى صناديق تعاونية للضمان الصحي بإشراف الهيئات الحكومية أو الجمعيات أو النقابات لأسباب عديدة منها :- (البيان : العدد 455)

1. أنها صناديق لا تبغي الربح من أعمالها مما ساهم في تباطؤ تطورها ومن ثم أضمحلها .
2. قيامها بتحويل عبء الأخطار المتعاقد عليها مع المؤمن لهم إلى شركات تأمين خاصة من خلال اتفاقيات إعادة التأمين .
3. أنها صناديق تعمل بلا رساميل وبدون أعانات مالية .
4. قيامها بدفع رواتب ومصاريف إدارية عالية للعاملين لديها .
5. تستوفي هذه الصناديق أقساط مرتفعة من المضمومين الأمر الذي دفعهم إلى تقليص تعاملهم معها .
6. غالباً ما تحدد هذه الصناديق مبلغاً معيناً لا يجوز للمريض أن يتجاوزه وهو ما يناقض الهدف الحقيقي للضمان الصحي بتأمين العلاج لكل من لا يقدر على دفع كلفته .

المبحث الثالث**التأمين الصحي في العراق****المشمولون بالتأمين :**

يشمل غطاء التأمين منتسبي المؤمن له المتعاقد (المؤسسة الحكومية أو الخاصة) :

1. الموجودون في الخدمة لدى بدء التأمين
 2. الملتحقون بالخدمة بعد بدء التأمين ومن تأريخ مباشرتهم بالعمل
 3. أي أشخاص آخرين من غير المنتسبين ولهم علاقة بعمل المؤمن له شرط موافقة الشركة ولكن هذا الغطاء يتوقف عن أولئك الذين يتركون الخدمة لأي سبب كان والذين يكملون سن 65 سنة من العمر وإن أستمروا بالخدمة .
- يُستنتج من أعلاه (رغم عدم وروده صراحة) أن الغطاء سوف يتوقف أيضاً عند إنتهاء مدة الوثيقة أو عند إلغاء مفعول الوثيقة وكذلك عند مغادرة المستفيد إلى خارج العراق أو عند وفاته أو عند إنسحابه من التغطية بناءً على طلبه التحريري ، كما يفهم من النص بان هذا الغطاء لايشمل عائلة الموظف المضمون .

مسؤولية شركة التأمين :

تتحمل شركة التأمين النفقات الطبية المترتبة عن :

1. دخول منتسبي المؤمن له إلى المستشفيات الحكومية والأهلية داخل العراق فقط
2. العمليات الجراحية الكبرى وفوق الكبرى والعمليات غير الكبرى التي تجري تحت التخدير العام وعمليات كسور العظام بكافة أشكالها .
3. أجور العمليات الجراحية والتخدير والمعاينة وغرفة إقامة المريض ومرافقه (واحد فقط) وأقيام الأدوية والتحليل والأشعة التي توصف للمريض خلال فترة وجوده في المستشفى .

الاستثناءات من الغطاء : على أن الشركة لا تتحمل :

1. أجور الفحوص الطبية التي تُجرى للمريض قبل دخوله للمستشفى ولأي سبب كان .
2. أجور العمليات الجراحية الناتجة بشكل مباشر أو غير مباشر عن :- (السيفي :

(2006

- أ- الحرب أو أية عمليات ذات طابع حربي.
- ب- أخطار الطيران غير التجاري بكافة أشكاله.
- ت- أخطار الطاقة الذرية مهما كان نوعها.
- ث- إيقاع الأذى بالنفس (أي الفعل العمدي) ما لم يكن ذلك ناتجاً عن فقدان الشخص لأرادته .
3. أجور العمليات التجميلية (كعمليات الأنف والأسنان و زرعها وتركيبها وتقويمها) ما لم تكن هذه العمليات على إثر حادث أو مرض مشمول بالغطاء .
4. أية أجور تزيد عن حدود معينة يتفق بشأنها بين الطرفين عن كل تعويض للموظف الواحد بغض النظر عن الأجر الفعلية أو عدد المرات التي يدخل فيها هذا الموظف إلى المستشفى خلال السنة التأمينية .

لماذا لم ينجح التأمين الصحي في العراق :

لم تتمكن شركات التأمين العراقية من ممارسة هذا النوع من التأمين بشكل واسع رغم أهميته للأسباب التالية :-

1. عدم وضوح الرؤية لدى كافة الأطراف حول ماهية هذا التأمين والأفتقار إلى مرجعية تنسيقية تتولى توحيد وتوجيه الجهود التي تبذل من الجهات ذات العلاقة مثل شركات التأمين و المنشآت الصحية ودوائر الدولة الرسمية التي تضم مجاميع المستفيدين .
2. إنعدام وجود قواعد بيانات وظيفية دقيقة وشاملة يمكن الركون إليها في وضع خطط للعمل السليم .
3. إنعدام الوعي التأميني والصحي لدى جمهور المستفيدين المفترض شمولهم بالغطاء .

4. صغر حجم السوق التأمينية الخاص بهذا النوع وقلة منتسبي الدوائر الحكومية وغير الحكومية الراغبين في الاشتراك بالأغطية المتداولة .
5. صغر حجم التغطية التأمينية ومبالغ التأمين وقلة الأخطار المشمولة بالوثيقة مما يدفع كثير من المواطنين للعزوف عن الاشتراك في المشروع أو عدم تجديد إشتراكهم .
6. عدم رغبة شركات التأمين في العراق في التوسع في منح الأغطية لمثل هذا النوع من التأمين لإنخفاض عوائده وخسارة محفظته على الدوام رغم إرتفاع أقساطه وفقاً لتجارب عالمية كثيرة .

التأمين الصحي بين الاختيار والإلزام

- يخضع تحديد الموقف من الحاجة للتأمين الصحي وبين جعله اختياريا أو إلزاميا قانوناً للكثير من الاجتهاد والجدل والمناقشة ولكل رأي فريقه المساند له ، إذ يؤيد البعض فكرة إبقاء خدمات هذا التأمين اختيارية بحته ، ومبرره في ذلك:-
1. إن بعض العاملين ممن يقل تعرضهم للأخطار الصحية المحتملة بحكم صغر أعمارهم أو انعدام الخطورة في أعمالهم سوف يتحمل كلفاً إضافية توجه في حقيقتها لخدمة فئة أخرى من زملائهم ممن يزيد احتمال تعرضهم للمخاطر الصحية المختلفة وهو أمر سيؤدي في تقديرهم إلى سوء استغلال هذه الخدمات .
 2. من الصعوبة توفير أغطية متنوعة شاملة تُرضي حاجات كافة المؤمن عليهم في القطر .
 3. قلة المعلومات المتوفرة عن الأخطار الصحية الدارجة في العراق وحسب المناطق المشمولة بالتأمين .
 4. قوة تأثير المؤثرات المعنوية المتمثلة بالطبيعة الإنسانية للعاملين في الموقع من حيث ضعف أداء العمل والإهمال في الإنجاز والسعي دوماً من قبل المؤمن لهم إلى تحقيق فوائد غير قانونية على حساب التأمين
 5. عدم توفر الجاهزية التقنية لدى المؤسسات الصحية المحلية (الخاصة والعامة) لتقبل العمل بهذا النظام .

أما الفريق الآخر وعلى رأسهم رجال التأمين فيفندون هذا الرأي كلياً وحجتهم في ذلك :-

أ- ضرورة توزيع أعباء الخطر المتحقق على كافة أفراد المجتمع بحكم تكاتفه في مواجهة الملمات معتبرين في ذلك ما يلاحظ جلياً من نجاح التجربة في تطبيقات قانون التأمين الإلزامي من حوادث السيارات وقانون التأمين الإلزامي على السفن النهرية وتعليمات البنك المركزي العراقي في إلزامية تأمين الاستيرادات التجارية ، وكذلك في تأمين المشاريع والمقاولات الهندسية والإنشائية . (مرزه : 2006)

ب- إن إلزامية التأمين برأي هذا الفريق تطبيق صحيح لقانون الأعداد الكبيرة الذي يضمن الابتعاد عن سوء انتقاء الأخطار وتجميع الجهود في مواجهة كافة الأخطار الكبيرة والصغيرة على حدٍ سواء .

ت- تخفيف للأعباء الملقاة على عاتق الدولة وتعزيز للوعي التأميني بين الأفراد والهيئات الرسمية ذات العلاقة وتخفيض مستمر في معدلات أسعار التأمين وأقساطه وكلفه .

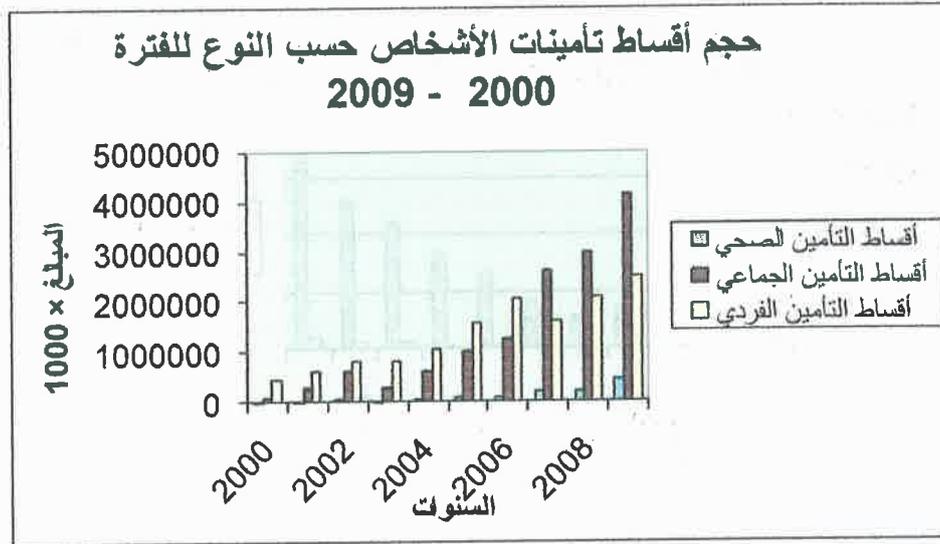
ونحاول في هذا المبحث أن نجمع ونرتب الأرقام المتوافرة عن نشاط التأمين الصحي العراقي مستقاة من التقارير والإحصائيات السنوية التي تعدها شركة التأمين العراقية العامة بصفتها المسوق الوحيد عراقياً لأغطية التأمين الصحي . وتم اعتماد سنة 2000 كسنة أساس مع التركيز على الفترة 2000 - 2009 لأغراض هذه الدراسة .

الجدول (1)

مقارنة بين مبالغ الأقساط موزعة حسب نوع التأمين (الصحي ، الجماعي ، الفردي) للفترة 2009-2000 بالآلاف الديناري (أي يضاف ثلاثة أصفار لكل رقم)

السنة	أقساط التأمين الصحي	أقساط التأمين الجماعي	أقساط التأمين الفردي	مجموع الأقساط
2000	7440	98857	452402	558699
2001	23795	293474	605768	923037
2002	47900	608269	815627	1471796
2003	22428	284949	797567	1104944
2004	44106	585978	1053088	1683172
2005	82492	1017404	1555386	2655282
2006	87987	1265673	2076592	3430252
2007	198909	2626721	1614997	4440627
2008	193802	2988779	2077832	5260413
2009	436910	4148123	2494130	7079163

المصدر : الجدول من عمل الباحثين بالاستناد إلى التقارير والإحصائيات السنوية الصادرة عن شركة التأمين العراقية العامة للأعوام 2009-2000



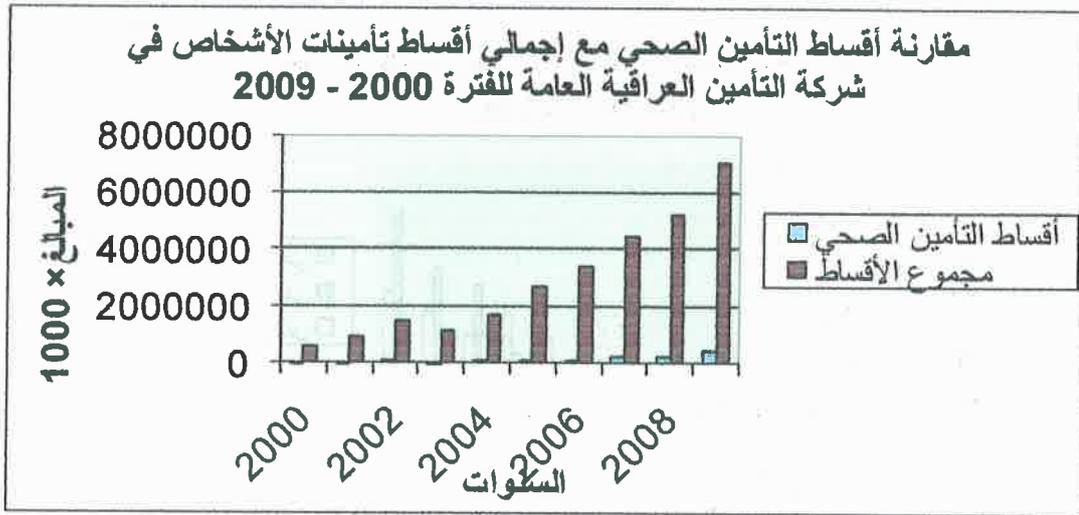
المصدر: الشكل البياني (1) من عمل الباحثين بالإستناد إلى بيانات الجدول (1)

الجدول (2)

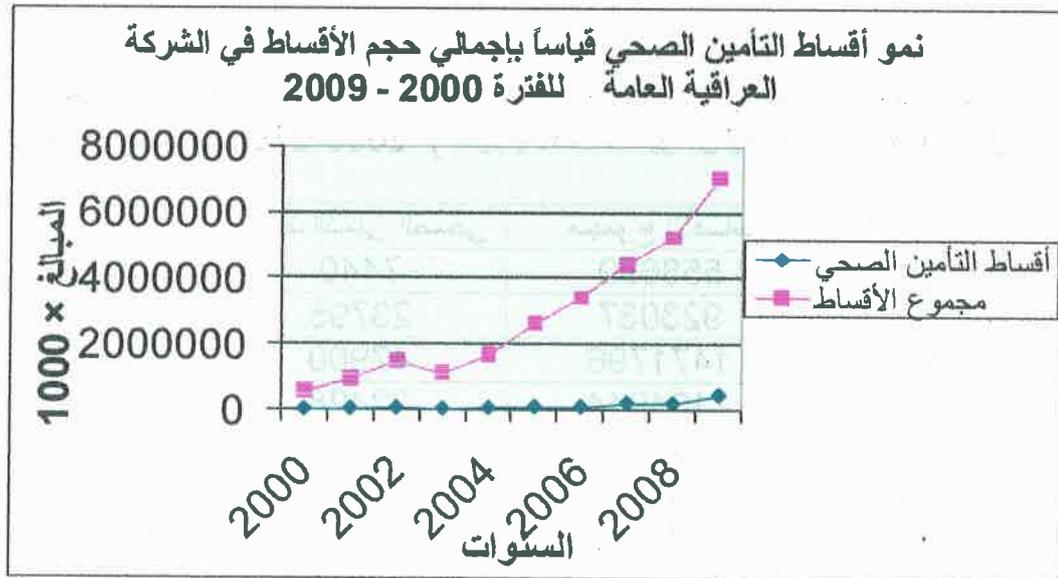
نسبة أقساط التأمين الصحي إلى إجمالي أقساط شركة التأمين العراقية العامة (تأمينات الأشخاص) للفترة 2009-2000 (القيم بالآلاف الدنانير أي يضاف ثلاثة أصفار لكل رقم)

النسبة %	مجموع الأقساط	أقساط التأمين الصحي	السنة
%1	558699	7440	2000
%3	923037	23795	2001
%3	1471796	47900	2002
%2	1104944	22428	2003
%3	1683172	44106	2004
%3	2655282	82492	2005
%3	3430252	87987	2006
%5	4440627	198909	2007
%4	5260413	193802	2008
%6	7079163	436910	2009

المصدر : الجدول من عمل الباحثين بالاستناد إلى التقارير والإحصائيات السنوية الصادرة عن شركة التأمين العراقية العامة للأعوام 2000-2009



المصدر: الشكل البياني (2) من عمل الباحثين بالاستناد إلى بيانات الجدول (2)



المصدر: الشكل البياني (3) من عمل الباحثين بالاستناد إلى بيانات الجدول (2)

يلاحظ من الجدول (1) والشكل البياني (2) و (3) في أعلاه تسارع وتيرة تطور أقساط التأمين الصحي الجماعي بعد العام 2005 مقارنة بأقساط التأمين الفردي مع وجود تباطؤ شديد في نمو أقساط التأمين الصحي بل يمكن الجزم بأن هذا النوع من التأمين لم ينل الرعاية اللازمة من لدن قطاع التأمين والجهات ذات العلاقة في البلد وعلى مدى فترة طويلة قبل وبعد 2003 حيث أن نسبة أقساط التأمين الصحي لم تتعد (3,3 %) من الإجمالي وطيلة عشرة سنوات . مع إفتراض أن العامين 2003 و 2004 لا يُعتمد بمعطياتها بسبب الظروف الإستثنائية للقطر والطفرة في العمل التأميني بدت واضحة إعتباراً من سنة 2007 لعدة عوامل منها زيادة مداخيل الأشخاص الوعي العام . وبمقارنة حجم الأقساط لعام 2000 مع أقساط عام 2009 نجد أن نسبة التطور خلال مدة الدراسة لعشر سنوات لم تتجاوز (1,70 %) بينما تصل هذه النسبة في التأمين الفردي إلى (18,138 %) .

الجدول (3)

مقارنة بين مبالغ التعويضات موزعة حسب نوع التأمين (الصحي ، الجماعي ، الفردي) للفترة 2009-2000 بالآلاف الدنانير (أي يضاف ثلاثة أصفار لكل رقم)

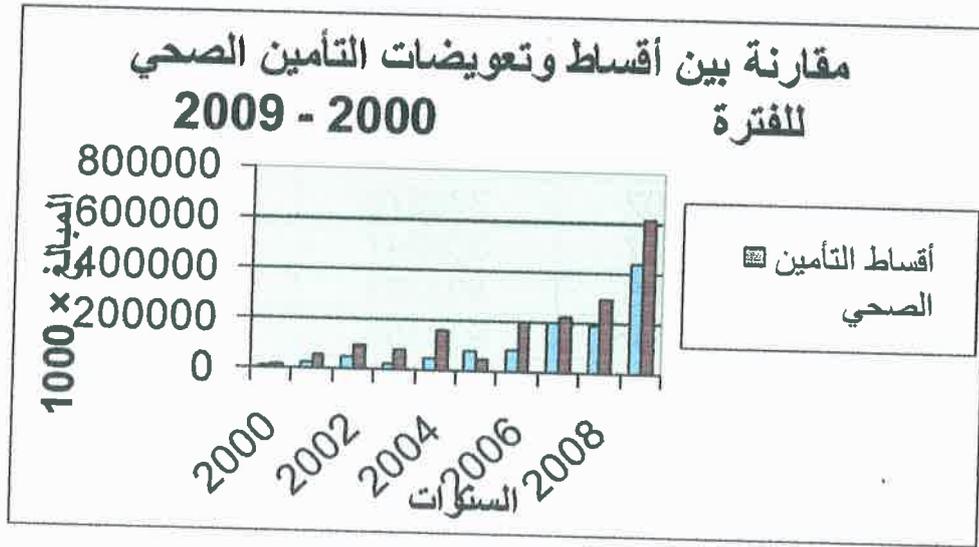
السنة	تعويضات التأمين الصحي	تعويضات التأمين الجماعي	تعويضات التأمين الفردي	مجموع التعويضات
2000	19994	29991	296595	346580
2001	57427	93697	167319	318443
2002	96352	144528	292344	533224
2003	83548	115376	47932	246856
2004	159606	260410	549837	969853
2005	50985	551006	7182990	7784981
2006	199412	286678	564802	1050892
2007	225533	306547	715657	1247737
2008	297095	493203	634795	1425093
2009	615674	930156	1181546	2727376

المصدر : الجدول من عمل الباحثين بالإستناد إلى التقارير والإحصائيات السنوية الصادرة عن شركة التأمين العراقية العامة للأعوام 2009-2000

الجدول (4)
جدول يبين أقساط و تعويضات التأمين الصحي في شركة التأمين العراقية العامة
للفترة 2000 - 2009 (القيم بالآلاف الدنانير)

السنة	أقساط التأمين الصحي	تعويضات التأمين الصحي
2000	7440	19994
2001	23795	57427
2002	47900	96352
2003	22428	83548
2004	44106	159606
2005	82492	50985
2006	87987	199412
2007	198909	225533
2008	193802	297095
2009	436910	615674

المصدر : الجدول من عمل الباحثين بالاستناد إلى التقارير والإحصائيات السنوية الصادرة عن شركة التأمين العراقية العامة للأعوام 2009-2000



المصدر : الشكل البياني (4) من عمل الباحثين بالاستناد إلى بيانات الجدول (4)

وهنا تجدر الإشارة عند تفحص الجدول (4) والشكل البياني (4) أن حجم التعويضات التي دفعتها الشركة خلال السنوات العشر موضع البحث، كانت دائماً أكثر من الأقساط المتحصلة في كل سنة

المبحث الرابع الاستنتاجات و التوصيات

أولاً : الاستنتاجات :

من خلال المقابلات التي اجريناها مع المسؤولين في شركةالتأمين العراقية العامة وما توفر من تقارير وإحصائيات سنوية يمكن الاستنتاج بما يأتي:

1. إن التأمين الصحي هو من التأمينات الاختيارية ، فالمواطن والمؤسسة مخيران في إقتناؤه من عدمه مع الإشارة هنا إلى ضعف مبادرات قطاع التأمين العراقي في تنمية الوعي التأميني لدى الجمهور بل أنها أحياناً وبسبب البيروقراطية الإدارية كانت سبباً في خلق مشاعر سلبية لديهم تجاه صناعة التأمين .
2. يعمل قطاع التأمين في العراق في ظل نظام الدولة المركزية الذي يقيدده بالكثير من الضوابط والإجراءات التقليدية الروتينية إضافة إلى عدم مواكبة التشريعات التأمينية النافذة والموارد البشرية العاملة في هذا القطاع بكافة مستوياتها الإدارية في الإنتاج والإشراف والرقابة للتطورات السريعة والمنظمة في صناعة التأمين في العالم حيث لازال العاملون بحاجة إلى معارف تخصصية في إدارة وتحليل وتسعير الأخطار التي يكتبون بها وفي تسويق الوثائق غير النمطية ذات الشروط المختلفة بإختلاف محال التأمين (خاصة التأمين الصحي الجماعي) .
3. صغر حجم احتياطات شركة التأمين العراقية العامة (والبالغة 14 مليار دينار)والتي تكفلت بأمر التأمين الصحي في العراق وبشكل لا يتناسب مع طموحها في فرض إلزامية هذا النوع من التأمين وما يتبعه من تزايد الحاجة إلى معدلات عالية للاحتفاظ بالأخطار لتقليل المتسرب من الأقساط إلى شركات الإعادة .
4. ضالة موقع أعمال التأمين الصحي في هيكل عمل الشركة المذكورة سواء في العددالقليل للوثائق الصادرة أو الأقساط المتحصلة ولفترات طويلة قياساً لضخامة أعداد المؤسسات الحكومية في القطر وأعداد منتسبيها .
5. لا تزال إجراءات العمل في شركات القطاع التأميني في العراق تنفذ بأسلوب شبه يدوي بعيداً عن نظم المعلومات وتكنولوجيا الأترنيت في الإعلان والتسويق ، وذلك سوف لن يساهم قطعاً في ترشيد القرارات الإدارية والفنية والإقتصادية كما ويفاقم من النفقات التشغيلية ويفقدها حصة سوقية لا يستهان بها .
6. كانت الأقساط المستلمة خلال السنوات العشرالأخيرة (سنوات البحث) أقل من حجم التعويضات المدفوعة خلالها والذي يؤشر ضعف العمل بدراسات التسويق الخدمي

ومقاييس إتجاهات المستهلكين فلم تستطع الشركة ترويج منتجات جديدة ولا حتى تطوير التغطيات التقليدية المروجة حالياً .

ثانياً : التوصيات :

- في ضوء الأستنتاجات التي توصلنا إليها يمكن بلورة التوصيات الآتية :
1. تشريع قوانين وأنظمة ملزمة تؤسس لبداية نظام وطني للتأمين الصحي ملزم لجميع المستفيدين منه لأنه الأكثر مساساً بالأفراد والأسر ومنتسبي المنشآت وتكفل حقوق كافة الأطراف سواء كانوا من الشركات أو المستشفيات أو الوسطاء أو العملاء بالإستفادة من التجارب العالمية والإقليمية السابقة مع تطوير أنظمة القضاء والإشراف والرقابة المتخصصة .
 2. جمع وتحليل المعلومات اللازمة لوضع نظام للتأمين الصحي ووضع المقترحات لمصادره التمويلية وإستكشاف مدى جدوى الخدمات المسوقة ومراحل تقدم النظام ودور القطاعين العام والخاص في نجاحه، وتنمية العلاقات مع أسواق التأمين المتقدمة وإيفاد البعثات العلمية لاكتساب المهارات الفنية خاصة في مجالات الخبرة الاكتوارية ، والعمل على تطبيق هذا النظام تدريجياً على الشرائح العاملة في الدولة (كأن تكون البداية بشمول موظفي وزارة واحدة أو أكثر وفي ثلاث محافظات كبيرة من الراغبين بالأشتراك بالنظام كخطوة أولى ثم تعميم المشروع على كل الوزارات في نفس المحافظات الثلاث ، ثم كافة الموظفين العراقيين ثم يمتد المشروع إلى منتسبي الجمعيات والنقابات وتتبعها بعد ذلك مراحل أكثر شمولية) وتتم دراسة وتقييم التجربة وإيجابياتها وسلبياتها في كل مرحلة تجريبية .
 3. إمكانية الجمع بين الألزامية والأختيارية في بعض الأغطية أو بعض المنشآت وإعادة النظر في أساليب التسويق خاصة بالنسبة للوسطاء حيث أن عملية التسويق للتغطيات التأمينية تمثل العمود الفقري الذي تقوم عليه هذه الصناعة . إن ذلك يتطلب إنشاء مراكز معلومات تتوفر لديها كافة البيانات اللازمة لكي تتمكن الشركة من دراسة السوق ووضع الخطط المناسبة والقابلة للتطبيق .
 4. زيادة رأسمال شركات التأمين عامة وشركة التأمين العراقية خاصة بما يتناسب مع إمكانياتها لفرض إلزامية هذا النوع من التأمين . أو التفكير الجدي بإنشاء شركة تأمين حكومية متخصصة بأعمال التأمين الصحي في العراق .
 5. التعاون بين شركات التأمين والمصارف والاستفادة من شبكات فروعها في تسويق المنتجات التأمينية وتحصيل الأقساط و وضع أنظمة صحيحة للتعامل مع أرباب العمل الذين يتخلفون عن تسديد الرسوم المالية في أوقاتها إلى شركة التأمين كفرض غرامات بقوة القانون أو يُصار إلى عدم التعامل مع المستفيدين أو جهات العمل ذات السجل السلبي ، أو إلى رفع القسط التأميني على صاحب العمل غير الملتزم بالتسديد .

6. العمل على وضع وتعميم معايير للجودة والاعتمادية على برامج مقدمي الخدمة الصحية في المستشفيات كافة حكومية كانت أم خاصة وتولي شركات التأمين الرئيسية مهمة إنشاء مستشفيات تخدم المشتركين في المشروع لضمان تقديم الخدمة المناسبة لهم وبأسعار محددة سلفاً من هذه الشركات وسيخلق هذا الأمر جواً من المنافسة الصحية بين المؤسسات الصحية لتقديم الأفضل. والعمل على تقليص الفترات التي تستغرقها شركات التأمين في تسديد قيمة مصاريف العلاج في المستشفيات إلى مستحقيها إلى ما دون الـ (90 يوماً).
7. إلزام صاحب العمل قانوناً بعدم تشغيل أو استخدام أي منتسب جديد إلا بعد شموله بنظام التأمين الصحي وإبلاغ شركة التأمين بذلك خلال فترة يتفق بشأنها والنص في العقد على حرمان المضمون من الخدمة ولو لفترات مؤقتة يتفق بشأنها عقدياً إذا ثبت سوء استخدامه لها بقصد الحصول على منافع أو مزايا غير مشروعة ، وفي حالة العودة أو الاحتيال والتضليل المتعمد فيتم ترقيين قيده من الغطاء مع مطالبته بكافة ما إستلمه من مبالغ من المؤمن .
8. تطوير أساليب الإدارة بحيث يتم الاعتماد على الخبرة المتمرسه و أدوات التكنولوجيا الحديثة وتطوير المعرفة بإدارة الأخطار وتطبيق خطة لزيادة الأنشطة الإعلامية لبرامج التوعية الصحية لشركة التأمين العراقية وفي مختلف القنوات المقروءة والمسموعة والمرئية وأية وسائل أخرى يمكن من خلالها إيصال المعلومات الكافية واللازمة حول أهمية التأمين الصحي والأسلوب الأمثل للاستفادة من أعطيته وخدماته .
9. العمل على توحيد الأجور في القطاعات الطبية على إختلافها (عيادات خاصة ، مستشفيات خاصة أو حكومية بالتنسيق مع كل الجهات ذات العلاقة (وزارات الصحة والداخلية ، نقابات الأطباء و الصيادلة) ويتم تعديلها دورياً .
10. توسيع الغطاء التأميني ليشمل الحالات الآتية مع مراعاة ذلك عند إحتساب الأقساط (أي لقاء أقساط إضافية يتفق عليها مع المؤمن له مع زيادة مبالغ التأمين لكل فقرة من الآتي :-
- الفحص والعلاج في العيادات والمراكز لدى الأطباء الأختصاصيين والعامين .
 - العلاج العادي للأسنان واللثة عدا خدمات التقويم والتركيبات الصناعية .
 - ضمانات طوارئ العمل والأمراض المهنية .
11. تنظيم فقرات التغطية التي يحصل عليها المضمون ووضع إستثناءات جوهرية من الغطاء بما يتناسب مع بداية التجربة ، على أن يتم (وبعد تراكم الخبرات) ضغط هذه الإستثناءات قدر الأمكان . ومثالها :-
- أمراض الناشئة عن تناول المخدرات والكحول و المنشطات والمهدئات .
 - أمراض الحمل والولادة للمرأة غير المتزوجة .
 - الأمراض التناسلية التي تنتقل بالاتصال الجنسي .
 - حالات تنظيم النسل ومنع الحمل وأمراض الخصوبة والعقم والعجز الجنسي .

- الامراض والاصابات الناشئة مباشرة عن العمل .
- الفحوصات الشاملة والوقائية وبرامج الصحة البدنية العامة غير المتفق عليها في الوثيقة .
- اختبارات تصحيح النظر والسمع والوسائل السمعية والبصرية .
- علاجات تساقط الشعر والصلع وأمراض الحساسية واختباراتها .
- علاج الأمراض النفسية والعقلية والعصبية .
- علاج الاصابات الناتجة من الحوادث القاهرة مثل الفيضانات والهزات الأرضية والحروب والأوبئة والأمراض السارية التي تعالج في وزارة الصحة مجاناً .
- الحاجة للأطراف الصناعية ومعالجة العاهات الخلقية وما تستلزمه من اجهزة ومعدات .
- الحالات المرضية ومضاعفاتها التي اصيبت بها المشترك قبل الاشتراك في الغطاء .
- الحالات الناتجة من حوادث السير واصابات العمل المشمولة بتأمين آخر .

المصادر :

1. ريجدا , جورج , ترجمة : البلقيني , محمد توفيق - مبادئ إدارة الخطر والتأمين , الرياض , دار المريخ للنشر , 2006 .
2. أحمد , شكر محمد و أيوب , تغريد جليل - التأمين على الأشخاص , بغداد , دار الحكمة للطباعة 1991
3. السيفي , بديع أحمد - الوسيط في التأمين وإعادة التأمين علماً وقانوناً وعملاً , بغداد , شركة الديوان للطباعة , 2006
4. مرزة , سعيد عباس - التأمين النظرية والممارسة , بغداد , تنضيد شركة إعادة التأمين العراقية , 2006
5. الفقي , د. السباعي محمد و حمزة , محمود جمال الدين - التأمين على الحياة , الكويت , مطبعة الهيئة العامة للتعليم التدريب , 1998
6. خليل , عبد الخالق رؤوف - المؤتمر 45 للجمعية الدولية للتأمين , عمان , 7 - 10 / 6 / 2009) .
7. الهندي , محمد أحمد - التأمين الصحي حلم ينتظره المرضى , صحيفة 26 سبتمبر / العدد 1254 لسنة 2008/اليمن
8. الدريس , د. عبد اللطيف محمد - التأمين الصحي الواقع والمأمول / ندوة التأمين الصحي التعاوني / جدة 2004 / 3/9
9. سامر , خالد / تحديات نظم المعلومات الطبية , ندوة دار العيون , القاهرة 2008
10. ملتقى الشرق الأوسط الثالث للتأمين/ البحرين - المنامة/20 مارس 2006
11. الخازم , د. محمد عبدالله / جريدة الرياض / 11 شباط 2009

12. التأمين الصحي الخاص يفقد دوره في المجتمعات العربية , مجلة البيان الاقتصادية /العدد 455 ت1 2009
13. شركات التأمين تتخلص من مسؤولياتها, صحيفة الاقتصادية الإلكترونية السعودية , العدد 5860 /10/27 2009 أنظر الموقع www.aleqt.com
14. التقارير والإحصائيات السنوية الصادرة عن شركة التأمين العراقية العامة للأعوام 2000-2009
15. المقابلات الشخصية مع مسؤولي قسم الإحصاء في شركة التأمين العراقية العامة.
16. www.cgap.org
17. www.pollcenter.idsc.gov.eq