

— سلسلة الاقتصاد البديل —

# سياسات تمويل النظم الصحية والبدائل المقترحة

## رجاء الكساب



**ROSA  
LUXEMBURG  
STIFTUNG**

مكتب شمال إفريقيا  
North Africa Office

سياسات تمويل النظم الصحية  
والبدائل المقترحة  
  
رجاء الكساب

## تصدر هذه الأوراق بالتعاون بين

**ROSA  
LUXEMBURG  
STIFTUNG**  
مكتب شمال إفريقيا  
North Africa Office



Arab Forum For Alternatives  
منتدى البدائل العربي

باحث رئيس للمشروع: محمد العجاتي  
ترجمة: سونيا فريد  
مراجعة لغة: أيمن عبد المعطي  
منسق المشروع: شيماء الشرقاوي

لمتابعة أوراق هذه السلسلة ومادة أخرى مرتبطة بالعدالة  
الاجتماعية يمكنكم الاشتراك على موقع «عدالة اجتماعية بالعربي»  
[www.socialjusticeportal.org](http://www.socialjusticeportal.org)

رقم الإيداع: ٢٣٠٤٤/٢٠١٧ | التقييم الدولي: ٦-٣٢-٦٥٠٧-٩٧٧-٩٧٨

## نشر وتوزيع



© دار بدائل للطبع والنشر والتوزيع  
١١٨ شارع محيي الدين أبو العز، المهندسين، الجيزة، مصر  
موبايل: ٠١١٢٩٥٥٥٥٨٣ (+٢)  
E-mail: [info@darbadael.com](mailto:info@darbadael.com)  
[www.darbadael.com](http://www.darbadael.com)  
Facebook: \dar.badael

«سلسلة الاقتصاد البديل»

# سياسات تمويل النظم الصحية والبدائل المقترحة رجاء الكساب

تعريف الكاتبة: برلمانية مغربية ناشطة وفاعلة جمعوية، دكتوراه في العلوم الإحيائية، مناضلة يسارية ونقابية، عضوة مجلس المستشارين ممثلة لفئة المأجورين ضمن فريق (الكونفدرالية الديمقراطية للشغل) ثاني أهم النقابات بالمغرب منذ أكتوبر ٢٠١٥.

هذه الأوراق نتاج سيمينار داخلي وتصدر بصفة غير دورية بدعم من قبل مؤسسة روزا لوكسمبورج من خلال الدعم المقدم لمؤسسة روزا من وزارة التعاون الاقتصادي والتنمية الألمانية ومحتوى هذه المطبوعة مسؤولة كاتبها ولا يعبر بالضرورة عن موقف منتدى البدائل العربي للدراسات أو مؤسسة روزا لوكسمبورج.



والموارد المالية التي تنفقها مختلف الدول على الصحة.

وقد التزمت الدول أعضاء منظمة الصحة العالمية، في عام ٢٠٠٥، بتطوير نظم التمويل الصحي لديها لتحقيق التغطية الصحية الشاملة.

في هذه الورقة نعرض في المحور الأول، لسياسات تمويل الخدمات الصحية، كما نتطرق في المحور الثاني لبعض نماذج النظم الصحية في العالم المرتبطة بهذه السياسات، بهدف المساهمة في تسليط الضوء على بعض النظم الصحية الناجحة. أما المحور الثالث فيحاول استخلاص الدروس من النماذج الناجحة من أجل تفعيل الحق في الصحة للجميع كما تنص عليه المواثيق الدولية.

## المحور الأول: سياسات تمويل الخدمات الصحية

ترتبط عملية تمويل الخدمات الصحية بالسياسة الصحية والنظم الصحية المعتمدة في كل بلد، وهو ما يحدد طرق تجميع الموارد المالية واستعمالها وقواعد توزيعها.

وتعتبر منظمة الصحة العالمية التمويل الصحي عنصرا أساسيا في قدرة النظم الصحية على الحفاظ على رفاه الإنسان وتحسينه، حيث تعتبره لا يقتصر على تجميع الموارد فحسب، بل يجب أيضا أن يحقق هدفا أساسيا وهو تمكين السكان من الاستفادة بالخدمات الصحية

## المقدمة

تعرف منظمة الصحة العالمية الصحة بصفتها «حالة من اكتمال السلامة بدنيا وعقليا واجتماعيا، لا مجرد انعدام المرض أو العجز»<sup>(1)</sup>

وتعتبر الصحة حقًا من حقوق الإنسان تعترف به العديد من المواثيق الدولية، خاصة دستور منظمة الصحة العالمية الذي ينص على أن «توفير أفضل حال صحية يمكن للإنسان بلوغها هو أمر يعد من بين الحقوق الأساسية لكل كائن بشري» والمادة ٢٥ من الإعلان العالمي لحقوق الإنسان والمادة ١٢ من العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية كذلك. كما أن هناك ضمانات صحية إضافية، ترمي إلى حماية الحق في الصحة للمجموعات المهمشة، تم النص عليها في الاتفاقيات الدولية الموجهة خصيصا لمجموعات معينة.

غير أن الاعتراف بالحق في الصحة، كما هو منصوص عليه في المواثيق الدولية، لم يكن كافيا لتجسيده تجسيدا فعليا، حيث لا زال العالم يعرف تفاوتات كبيرة بالنسبة للسياسات الصحية المتبعة

(1) Préambule à la Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé, 1946.

اللازمة دون التعرض لخطر الصعوبات المالية الشديدة.

#### \*مصادر تمويل الخدمات الصحية:

تختلف مصادر تمويل الخدمات الصحية من منظومة صحية إلى أخرى، وقد تتعدد هذه المصادر في بعض النظم الصحية كما قد تكون واحدة في نظم أخرى.

ويمكن تقسيم مصادر التمويل الرئيسية في العالم إلى مصادر عمومية أو خاصة أو مصادر خارجية، كما يمكن تمويل النظم الصحية بوساطة التأمينات.

#### ١. مصادر التمويل العمومية:

تساهم السلطات العمومية في تمويل الخدمات الصحية في كل المنظومات الصحية العالمية، إلا أن مساهمتها تختلف بين منظومة صحية وأخرى.

#### ٢. مصادر التمويل الخاصة:

يمكن التمييز بين مصدرين للتمويل الخاص:

- التمويل الذي تقوم به مؤسسات خاصة أو عامة والذي يتجلى في إنشاء مراكز صحية من أجل تقريب الخدمات الصحية من أجراءها ومن أجل التحكم في النفقات التي كانت تعطى لمؤسسات أخرى لتسييرها

(مؤسسات التأمين مثلا).

- التمويل الناتج عن تسديد المستهلكين للخدمات الصحية من مصادرههم المالية الخاصة مقابل الخدمة المقدمة والذي يمكنه أن يكون كلياً أو جزئياً. ويصعب قياس هذا التمويل بدقة في الكثير من البلدان النامية إلا أن حجمه يبقى مرتفعاً ويشكل عائقاً كبيراً للوصول للخدمات الصحية.

#### ٣. التأمينات:

يوجد هذا المصدر في معظم المنظومات الصحية في العالم، وينقسم إلى نوعين:

- أنظمة تأمين غير هادفة للربح كالضمان الاجتماعي.

- أنظمة تأمين هادفة للربح كشركات التأمين الخاصة.

ويلجأ الأشخاص إلى شركات التأمين بشكل اختياري أو بشكل إجباري بمجرد ممارستهم لعمل داخل مؤسسة ما. كما يمكن الجمع بين التأمين الإجباري والاختياري في إطار التأمين التكميلي.

#### ٤. مصادر التمويل الخارجية:

تواجه البلدان النامية صعوبات كبيرة من أجل تمويل نظمها الصحية، مما يجعلها تلجأ إلى مساعدات مجموعة من الدول المانحة وذلك عن طريق تمويل

مشروعات وبرامج في مجال الصحة؛ وتمنح هذه المساعدات على شكل هبات أو قروض. كما أن العديد من الوكالات الثنائية، تقوم بمساعدة هذه البلدان على تطوير نظم التمويل الصحي من أجل تحقيق التغطية الصحية الشاملة.

#### \* أنماط تمويل الخدمات الصحية:

هناك أربعة أنماط رئيسة لتمويل الخدمات الصحية.

١. التأمين الاختياري أو الطوعي على المرض:

في هذا النمط، للأشخاص الحرية في الانخراط في صندوق ضمان اجتماعي أو إبرام عقد تأمين خاص. ويوجد هذا النمط في أغلب دول العالم الثالث، كما نجده أيضا في بعض الدول المتقدمة كسويسرا والولايات المتحدة الأمريكية.

٢. التأمين الإجباري على المرض:

في هذا النمط يكون الانخراط إلزاميا في صندوق الضمان الاجتماعي؛ وتسدد مبالغ الانخراط إما من طرف المشغل أو الأجير نفسه، أو حسب نسبة معينة تقتسم بين الاثنين. يوجد هذا النمط في الكثير من الدول الغربية وبعض الدول النامية (ألمانيا، النمسا، هولندا، المغرب).

٣. التأمين الشامل:

هو تأمين إجباري تسدد فيه أقساط الانخراط من طرف المشتركين في الضمان الاجتماعي والصناديق التابعة له وبهم إجراء القطاع العام والخاص والعمال المستقلين؛ لكن ما يميزه عن التأمين الإجباري على المرض هو كونه يعطي لكل السكان الحق في الاستفادة من الخدمات الصحية سواء كانوا منخرطين أم لا (العاطلين عن العمل، المسنين، الفقراء....) ويوجد هذا النمط من التمويل في بعض الدول الاسكندنافية كالسويد والنرويج. ونجده أيضا في بلدان عربية كالجزائر.

٤. التأمين ضمن الخدمة الصحية الوطنية:

يختلف هذا النمط عن التأمين الشامل في كون الدولة هي مصدر التمويل الوحيد وفي نفس الوقت هي من يقوم بتقديم العلاج. ويستفيد من الخدمات الصحية كل أفراد المجتمع. ونجد هذا النمط أساسا في المنظومة الصحية الكوبية.

### المحور الثاني: النظم الصحية

تتألف المنظومة الصحية من مجموع المؤسسات والموارد والأعمال المنظمة لتحقيق الأهداف الأساسية للصحة على أساس مبادئ التضامن والمساواة في الوصول إلى العلاج والخدمات الصحية والإنصاف في التوزيع المجالي للموارد



الصحية والتكامل بين القطاعات.(٢)  
ويمثل التأمين على المرض ومنظومة  
العلاج أهم عنصرين في المنظومة الصحية.

#### \* لمحة عن تطور النظم الصحية:

في أواخر القرن التاسع عشر، ومع  
التحولات التي نتجت عن الثورة الصناعية  
بدأت المجتمعات تعي الثمن الباهظ الذي  
يؤديه العاملون من أمراض مفضية إلى  
العجز أو الموت في الكثير من الأحيان،  
بسبب الالتهابات أو العدوى أو بسبب  
حوادث العمل أو الأمراض المهنية. إضافة،  
لم يكن لهذه الوفيات والأمراض تكلفة  
بشرية فقط بل تسببت أيضا في خسائر  
كبيرة في الإنتاج، مما دفع بأرباب العمل إلى  
توفير بعض الخدمات الطبية للعمال.

ومن جهة أخرى، أصبحت في هذه  
الفترة صحة العمال قضية سياسية  
في بعض الدول الأوروبية، حيث قام  
المستشار بسمارك (Bismarck) بمجموعة  
من الإجراءات الاجتماعية لاستمالة العمال  
وقطع الطريق على الحركات الاشتراكية  
في ألمانيا؛ فقام باسترجاع إدارة وتديير  
صناديق التأمين الصحي من النقابات  
لحرماتها من أحد مصادر التمويل<sup>(٣)</sup>، وقام  
سنة ١٨٨٣ باستصدار قانون يلزم أرباب

العمل بالمساهمة في الرعاية الطبية لبعض  
العمال ذوي الدخل المحدودة، وقد تم  
توسيع هذا التأمين في وقت لاحق ليشمل  
فئات أخرى من العمال.

ويعتبر هذا هو أول نموذج للتأمين  
الاجتماعي الذي تم فرضه من طرف  
الدولة. وقد أدت شعبية هذا القانون بين  
العمال إلى اعتماد قانون مماثل بلجيكا  
سنة ١٨٩٤، وتلتها النرويج سنة ١٩٠٩، ثم  
بريطانيا سنة ١٩١١.

وفي روسيا، وبعد الثورة البولشيفية  
سنة ١٩١٧، أصدرت الدولة مرسوما  
يقضي بتقديم الرعاية الطبية المجانية  
لجميع السكان. وبعد هذا النظام الذي  
استمر لما يقارب ٨٠ سنة، أول مثال لنظام  
صحي مركزي تديره الدولة.

وخلال الحرب العالمية الثانية،  
ساهمت الخدمة الوطنية البريطانية  
لمساعدة الجرحى في إنشاء ما أصبح يعرف  
ابتداء من سنة ١٩٤٨ بهيئة الخدمات  
الصحية الوطنية.

ويعرّف تقرير بيفريدج (Beveridge)  
لسنة ١٩٤٢ الخدمات الصحية كأحد  
الشروط الثلاثة لإنشاء نظام للضمان  
الاجتماعي قابل للاستدامة<sup>(٤)</sup>. وقد أكدت  
الحكومة البريطانية في كتابها الأبيض  
سنة ١٩٤٤ مبدأ وجوب أن تكون لجميع  
المواطنين الفرص نفسها للوصول إلى

(٢) الظهير رقم ١،١١،٨٣ الصادر في ٢ يوليو  
٢٠١١ بتنفيذ القانون رقم ٣٤،٠٩ المتعلق بالمنظومة  
الصحية ويعرض العلاج

(3) Taylor ASP. Bismarck – the  
man and the statesman. Londres, Pen-  
guin, 1995: 204. In « le rapport de la  
santé dans le monde 2000

(4) 18. Social insurance and al-  
lied services. Report by Sir William  
Beveridge. Londres, HMSO, 1942. In  
« le rapport de la santé dans le monde  
2000

الخدمات الطبية تتسم بالكفاءة والحدثة وبالشمولية وتهدف إلى تعزيز الصحة الجيدة وعلاج المرض. وقد كانت نيوزيلندا أول بلد يقر نظام الخدمة الصحية الوطنية وذلك سنة ١٩٣٨.

وبعد الحرب العالمية الثانية، قامت اليابان وشيلي ومجموعة من الدول الأوروبية خاصة بتوسيع التغطية الصحية لتشمل جميع السكان.

وتعتمد النظم الصحية اليوم بدرجات متفاوتة على واحد أو أكثر من النماذج الأساسية التي تم تطويرها وتحسينها منذ أواخر القرن التاسع عشر.

### \* نماذج من النظم الصحية:

تختلف النظم الصحية حسب مصادر وأنماط تمويل الخدمات الصحية بشكل أساسي، بالإضافة إلى مجال وشكل تدخل الدولة في تقديم تلك الخدمات.

لكن الأساسي هو قدرة النظم الصحية على توفير الخدمات لكل شرائح المجتمع بغض النظر عن مستواها الاقتصادي والاجتماعي وذلك دون المساس بقدرتها الشرائية أو فقيرها.

### ١. المنظومة الصحية في بريطانيا

تعتبر الخدمة الصحية الوطنية في بريطانيا (National Health Service: NHS) التي تأسست سنة ١٩٤٨ بفلسفة «الصحة لجميع أفراد المجتمع» من المنظومات الصحية الاجتماعية، التي

تعرض خدماتها لأكبر نسبة من أفراد المجتمع.

وتتميز الخدمة الصحية الوطنية بكون المؤسسات الصحية وعملية تسييرها تعود للدولة، حيث تمتلك هذه الأخيرة نسبة كبيرة من المستشفيات، وهي من تسهر على تديورها وتسييرها<sup>(٥)</sup>.

وتوجد هذه المنظومة الصحية أيضا في الدول ذات التأثير البريطاني كأستراليا، ونيوزيلندا، وجنوب أفريقيا.

### • التغطية الصحية

تمول الخدمة الصحية الوطنية من الضرائب العامة للدولة كما أن نظام تأمينها ليس مستقلا عن الدولة بل تابع لها، وتسهر على تسييره عن طريق أجهزتها؛ وتقدم خدمات مجانية للسكان شريطة أن يكونوا مسجلين في لوائحها. وتجدر الإشارة إلى أن المريض يؤدي جزءا بسيطا من تكلفة بعض الخدمات الصحية -كالعلاج- الخاصة بالأسنان وبالعيون والأدوية الموصوفة من طرف طبيب يعمل لدى الخدمة الوطنية (N.H.S).<sup>(٦)</sup>

وتفاديا لطوايبر الانتظار ومن أجل خدمات تكميلية، أصبح العديد من المشغلين يقدمون لأجرائهم تغطية صحية

(5) Charles PHELPS, Les Fondements de l'économie de la santé, Union Editions, Paris 1995.

(6) Le National Health Service et le système de santé. Origines et fonctionnement du National Health Service. <http://angleterre.org.uk/civi/sante-health.htm>.

تكميلية عبر شركات التأمين الخاصة وعلى رأسها الشركة غير الهادفة للربح BUPA التي كانت من أهم شركات التأمين الصحي قبل اعتماد نظام الخدمة الصحية الوطنية (N.H.S).

#### • منظومة العلاج

يوجد بالمملكة المتحدة مستشفيات عمومية وأخرى خاصة.

#### • القطاع العمومي

يتكون من عيادات ومستشفيات عمومية يشتغل بها أطباء عامون واختصاصيون بالإضافة للممرضين وباقي الأطر شبه الطبية والإدارية. ويقدر عددهم بأكثر من ١,٦ مليون شخص. وتختلف العلاقة التي تربط الأطباء بنظام (N.H.S)، حسب كونهم أطباء عامين أم أخصائيين.

ويمارس ٨٠٪ من الأطباء العامين (GP) نشاطهم في عيادات مشتركة تابعة للخدمة الوطنية الصحية (N.H.S)، حيث يستفيد المواطنون من الخدمات مجاناً، شريطة أن يكونوا مسجلين لدى هؤلاء الأطباء.

وباستثناء المناطق الريفية، أصبحت العيادات تتطور على شكل مراكز صحية، يشتغل بها عدد من الأطباء والممرضين وغيرهم من العاملين في المجال الطبي وشبه الطبي.<sup>(٧)</sup>

أما الأطباء الأخصائيون فيمارسون كل نشاطهم في المستشفيات، ولا يتم طلب خدمات أخصائيي إلا بعد الموافقة من

(٧) نفس المرجع.

طرف طبيب عام.

#### • القطاع الخاص

إلى جانب القطاع العمومي، يوجد ب بريطانيا قطاع خاص، فالأطباء لهم الحق في فتح عيادات خاصة لممارسة نشاطهم خارج أوقات العمل المتعاقد عليها مع (N.H.S) إن كان الطبيب منخرطاً في ذلك النظام. ويتحمل المريض الذي يلجأ للقطاع الخاص أتعاب الطبيب بالإضافة إلى تكلفة الأدوية الموصوفة له من طرفه.

#### ٢. المنظومة الصحية الفرنسية

تعتبر المنظومة الصحية الفرنسية مزيجاً من النموذج البسماركي والنموذج البيفريديجي. ونجد هذا النموذج أيضاً في معظم الدول اللاتينية لكن مع بعض الاختلافات في منظومة العلاج وفي مصادر التمويل.

#### • التغطية الصحية

يعود التأمين الاجتماعي في فرنسا إلى سنة ١٩٣٠. وهو تأمين إجباري على كل الأجراء تم توسيعه سنة ١٩٦٧ ليشمل جميع السكان، مما أدى إلى تعدد الأنظمة.<sup>(٨)</sup>

تعتمد المنظومة الصحية الفرنسية في تمويلها على الضمان الاجتماعي والتأمينات التكميلية بالإضافة إلى مساهمة الأفراد

(8) Etienne BARRAL, op.cit, p 402. In «دراسة» مراقبة التكاليف في مؤسسة استشفائية. دراسة» حالة مستشفى بحى البير بقسنطينة. نصر الدين عيساوي. جامعة الإخوة منتوري قسنطينة» 2004-2005.

بمستوى عالٍ من التخصص، يمكن اللجوء إليها مباشرة أو بعد المرور من المركز الاستشفائي.

### ٣. المنظومة الصحية الأمريكية

#### • التغطية الصحية

تتمحور التغطية الصحية بالولايات المتحدة حول التأمين الخاص وغالبا ما تكون مرتبطة بالعمل. ومن جهة أخرى، تقدم الحكومة الفيدرالية تأميناً صحياً محدوداً للمسنين أو المحتاجين.

#### • التأمين الصحي الخاص

تمثل نفقات الصحة بالنسبة للإنتاج الداخلي الصافي في الولايات المتحدة الأمريكية أكبر نفقات الصحة في العالم حيث وصلت إلى حوالي ١٦٪ سنة ٢٠١٦ من الناتج الداخلي الصافي، وهو ما يقارب ضعفين ونصف الضعف من متوسط مصاريف البلدان الأخرى ذات الدخل المرتفع. ويتمحور تمويل الخدمات الصحية في الولايات المتحدة، إلى حد كبير حول التأمين الخاص والاختياري المقترح من قبل معظم أرباب العمل لأجرائهم حيث يشمل حوالي ثلثي الأمريكيين. وتختلف الخدمات المقدمة من شركة إلى أخرى، حيث عادة ما تقدم الشركات الكبيرة تغطية أفضل.<sup>(١١)</sup>

#### • التأمين الصحي العام

يوفر نظام الرعاية الصحية الاجتماعي

والعائلات المباشرة، ويعهد تسييرها إلى صندوق التأمينات المرضية. وقد تمكن هذا الأخير من تغطية ١٠٠٪ من المجتمع الفرنسي و ٧٠٪ من التكاليف الصحية<sup>(٩)</sup>. ويتم التسجيل في الضمان الاجتماعي الفرنسي وفقا للعمل الممارس. ويمول صندوق التأمين المرضي عن طريق الاشتراكات التي يؤديها الأجير والمشغل على السواء.

وللاشارة، فالخدمات الصحية المقدمة من طرف المنظومة الصحية الفرنسية ليست مجانية كليا، بل يؤدي المريض جزءا يسمى (Ticket modérateur).

#### • منظومة العلاج

تضم منظومة العلاج الفرنسية مؤسسات صحية عمومية تدخل ضمن الخدمة العمومية الاستشفائية (٦٥ بالمئة من الأسرة) وتقوم بمهام التكوين والتكوين المستمر والبحث العلمي والوقاية والعلاج ومؤسسات صحية تابعة للقطاع الخاص إما هادفة للربح أو غير هادفة للربح.<sup>(١٠)</sup>

وتتكون هذه المنظومة من المراكز الاستشفائية التي كان يطلق عليها من قبل المستشفيات المحلية، وهي مراكز الرعاية الأساسية، تقدم خدمات التطبيب والجراحة والولادة؛ ومن المراكز الاستشفائية الجهوية (٣٢ بما فيها ٣٠ مركز استشفائي جامعي) التي تتميز

(11) Groupement d'intérêts publics santé et protection sociale (GIP SPSI). États-Unis, Paris: GIP SPSI ; 2009. [www.gipspsi.org]. in https://is.gd/HEX8yA -2009-4-page-309.

(٩) نفس المرجع.

(10) Emeline LAURENT. Organisation du système de santé français. 2013. https://is.gd/Y5KqnW

ليعالج هذه الإشكالية وسيمول بوساطة الزيادة في أقساط التأمين وفرض ضرائب جديدة.

#### • منظومة العلاج

تنظم الرعاية الصحية في الولايات المتحدة، إلى حد كبير، في شبكات مدمجة. وتحاول هذه الشركات الخاصة، في إطار بحثها عن حلول لمواجهة الصعوبات المالية المتزايدة، استنساخ، ولو جزئياً، بعض التجارب الدولية الناجحة كالتجربة الفرنسية في مجال تنظيم الرعاية.

منظمات الرعاية (MCO: managed care organisations)، وهو النموذج السائد في الولايات المتحدة. وهي عبارة عن شبكات للرعاية أنشئت لتجاوز تكاليف التأمين الصحي تجمع بين التأمين والرعاية. وترتكز على الشراكة بين الممولين ومقدمي الخدمات، وهو ما يساعد على ترشيد النفقات. ويتم تشجيع المؤمنین للجوء للمهنيين الصحيين المتعاقد معهم ولا يتم اللجوء إلى الأطباء الأخصائيين إلا بعد مراجعة طبيب العائلة.<sup>(١٣)</sup>

«managed care»: تضطلع بدور وقائي هام حيث تم إنشاء برنامج «تدبير الأمراض (Disease Management) الخاص بالمرضى الذين يعانون من أمراض خطيرة ومكلفة، ويقدم لهم متابعة ودعمًا

Rédaction de familydoctor.org. Health Insurance: Understanding Your Health Plan's Rules. Chicago (USA): American Academy of Family Physicians; 2006. [https://is.gd/wk7TZh]. In https://is.gd/HEX8yA-2009-4-page-309.

في الولايات المتحدة التغطية الأساسية للمسنين والفقراء، وينقسم إلى نظامين:

١. الرعاية الطبية «Medicare» لمن هم فوق ٦٥ سنة أو ذوي إعاقة: تقدم هذه الرعاية تأميناً إجبارياً على الخدمات الاستشفائية الذي يمول من مساهمات العمال وأرباب العمل، وتأميناً تكملياً اختياريًا ممولاً من طرف الدولة ومساهمات المنخرطين.

٢. المساعدة الطبية للأسر ذات الدخل المحدودة «Medicaid»: تمول من طرف الولايات والحكومة الفدرالية وتدعم فئات معينة من السكان المعوزين تحدها الولايات (حوالي ٢٧٪ من السكان)، مما يجعل التغطية الصحية تختلف من ولاية إلى أخرى.<sup>(١٢)</sup>

ومن جهة أخرى، تبقى شرائح من السكان بدون أي تغطية لأنها لا تستطيع الدفع لشركات التأمين الخاصة بسبب دخولها المحدودة أو انعدامه أصلاً في بعض الأحيان. بالإضافة إلى كونها لا تستطيع الاستفادة من نظامي التأمين العام «Medicaid» و«Medicare» بحجة أنها لا تتوفر فيها الشروط اللازمة؛ مما يجعلها محرومة من الخدمات الصحية ذات التكلفة الباهظة. وقد جاء نظام التغطية الصحية «Obama care» والذي يريد الرئيس الأمريكي الحالي التراجع عنه،

(١٢) نفس المرجع

وتوفّر الخدمات لجميع المواطنين بالمجان.

وقد أدى سقوط الكتلة الاشتراكية وتشديد الحصار الأمريكي في أوائل التسعينيات إلى أزمة اقتصادية حادة، مما أثر سلبا على نظام الرعاية الصحية وهدده بالانهيار حيث تقلصت ميزانية الأدوية والمعدات الطبية بنسبة ٧٠٪؛ غير أن المؤشرات الصحية لسكان كوبا ظلت مستقرة. ويرجع ذلك إلى أن الرعاية الصحية ظلت أولوية كبيرة للحكومة.

ومن بين أسرار نجاح المنظومة الصحية الكوبية رغم قلة الموارد، لجوء الحكومة إلى الاستثمار وبدرجة كبيرة في التكنولوجيا الحيوية والدراسات الوبائية في مجال الأمراض المزمنة. وقد واصلت الحكومة الكوبية دعمها السياسي والمالي للتكنولوجيا الحيوية حتى في الأوقات الصعبة اقتصاديا. حيث استثمرت على مدى السنوات العشرين الماضية حوالي مليار دولار أمريكي في البحث والتطوير. وتمتلك صناعة التكنولوجيا الحيوية الكوبية اليوم حوالي ١٢٠٠ براءة اختراع دولية وتُسوّق المستحضرات الصيدلانية واللقاحات في أكثر من ٥٠ بلدا. وقد حقق الباحثون والعلماء الكوبيون مؤخرا تقدما كبيرا في مجال علاج السرطان وتشخيصه والوقاية منه. ففي عام ٢٠٠٨، على سبيل المثال، سجلت وزارة الصحة أول لقاح لسرطان الرئة المتقدم الذي اكتشفه مركز علم المناعة الجزيئية بهافانا. وقد سُجلت براءة اختراع لقاح ثانٍ ضد نوع السرطان

#### ٤. المنظومة الصحية الكوبية

تعتبر الرعاية الصحية في كوبا حقا من حقوق الإنسان يتمتع به جميع المواطنين؛ وتعمل الحكومة الكوبية على ترجمة هذا الحق على أرض الواقع من خلال توفير خدمات صحية مجانية لجميع مواطنيها عبر الاهتمام الكبير الذي توليه للوقاية والرعاية الأولية وخدمات القرب والمشاركة النشطة للمواطنين. وقد أدت هذه السياسة، رغم الحصار والمشاكل الاقتصادية التي تعاني منها كوبا، إلى تحسن ملحوظ في المؤشرات الصحية الرئيسية، حيث يعتبر متوسط العمر المتوقع في كوبا أعلى من متوسط العمر المتوقع في بعض الدول المتقدمة كالولايات المتحدة مثلا (٧٢,٥ مقابل ٧١,٩). كما أن كوبا استطاعت أن تقضي على مجموعة من الأمراض كشلل الأطفال والسل وحمى التيفويد والدفتيريا.

وقد مرت المنظومة الصحية الكوبية بعدة مراحل، حيث كانت ذات أهداف ربحية قبل الثورة ثم باشرت الحكومة الجديدة سنة ١٩٥٩ إصلاحها كي تصبح منظومة عمومية تسيّر من طرف الحكومة

(14) Bras P, Duhamel G, Grass E. Améliorer la prise en charge des malades chroniques: les enseignements des expériences étrangères de « Disease management ». Paris: La documentation française ; 2006. In <https://is.gd/HEX8yA> -2009-4-page-309.

نفسه في أوائل عام ٢٠١٣.<sup>(١٥)</sup>

الجماعات المحلية/المحافظات وتتألف من ثلاثة مستويات للرعاية:<sup>(١٧)</sup>

المستوى الأول حيث نجد طبيب وممرضة الأسرة ويتكون من مصحات وعيادات. وفي هذا المستوى يمكن معالجة معظم الأمراض التي تؤثر على السكان، وذلك لأن المنظومة الصحية تركز كثيرا على الوقاية، وبالتالي يمكن منع المخاطر والأمراض وشفائها إذا لزم الأمر. وقد أدى التركيز على أطباء الأسرة إلى مراقبة الأمراض مما ساعد في جمع وتدقيق المعطيات عن الحالة الصحية وخصائص السكان.<sup>(١٨)</sup>

المستوى الثاني حيث نجد المستشفيات التي تعنى بعلاج الأمراض التي لا يمكن علاجها في المستوى الأول.

المستوى الثالث يتكون من المعاهد الصحية الوطنية وبعض المستشفيات الأكثر تخصصا من المستوى الثاني حيث يتم اللجوء إلى تقنيات أكثر تقدما كزرع الأعضاء وحيث تنجز دراسات حول الأمراض كالأمراض المعدية وأمراض المناطق الاستوائية.

وفي بداية هذا القرن، قامت كوبا

كما أن كوبا أصبحت أول بلد في العالم يحصل على مصادقة منظمة الصحة العالمية على النجاح في القضاء على انتقال مرض الزهري وفيروس نقص المناعة البشرية من الأم إلى الطفل.<sup>(١٦)</sup>

ومن جهة أخرى، لم تقتصر ثورة القطاع الصحي الكوبي على الرعاية الصحية الأولية والبحث العلمي فقط بل واكبت هذه الإجراءات إجراءات أخرى لا تقل أهمية تكمن في النهوض بالتعليم الطبي وشبه الطبي يمكن من تكوين أطر على مستوى عال من المعرفة والتدريب والثقافة المجتمعية. وتعرف كوبا أكبر معدلات الأطباء في العالم حيث توفر ٦,٧ طبيب لكل ١٠٠٠ مواطن وهو معدل يفوق ما تتوفر عليه الدول المتقدمة. وقد أسهم المورد البشري الطبي عالي التدريب والكفاءة إسهما كبيرا في الطفرة التي تشهدها كوبا في الرعاية الصحية الأولية وطب الأسرة.

#### • منظومة العلاج

قامت الحكومة الكوبية انطلاقا من السبعينيات والثمانينيات من القرن العشرين، بتحويل المنظومة الصحية من منظومة علاجية استشفائية إلى منظومة للرعاية الصحية الأولية تبتدئ من

(17) Cuba: les avantages d'un système public de soins de santé. Tous ensemble pour la Santé. <https://is.gd/ryURh9>

(18) Cuba's health care policy: prevention and active community participation. Iatridis DS1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>.

(15) Healthcare and Education in Cuba. <https://is.gd/ru4ulr-in-cu-ba->

(16) WHO in Healthcare and Education in Cuba. <https://is.gd/ru4ulr-in-cuba->

بالعديد من الاجراءات من أجل إصلاح وتطوير القطاع الصحي، أهمها إعادة تحديث وتوزيع العيادات الخارجية بحيث تكون الخدمات الصحية متوفرة وقريبة من المواطنين.<sup>(١٩)</sup>

الحق في الصحة الجسمانية والعقلية.<sup>(٢١)</sup>

- التأمين على المرض أو التغطية الصحية بالمغرب
- التأمين الإجباري على المرض (AMO)

أقدم المغرب سنة ٢٠٠٥ على وضع نظام إجباري على المرض كتغطية صحية أساسية لفائدة أجراء ومتقاعدي القطاعين العام والخاص وذوي حقوقهم وذلك في أفق تحقيق التغطية الصحية الشاملة لجميع المغاربة.

وتم تدبير وتسيير هذا النظام من طرف الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي (CNOPS) لفائدة موظفي ومتقاعدي القطاع العام وذوي حقوقهم، والصندوق الوطني للضمان الاجتماعي (CNSS) لفائدة مستخدمي ومتقاعدي القطاع الخاص وذوي حقوقهم. أما التمويل فيتم من خلال المساهمات التي يؤديها الأجراء والمشغلون.

- نظام المساعدة الطبية (RA-) (MED)

يمثل نظام المساعدة الطبية أحد أنظمة التغطية الصحية الأساسية، وهو يستند إلى مبادئ المساعدة الاجتماعية والتضامن الوطني لفائدة ذوي الدخل المحدودة والفقراء والذين لا يستفيدون من نظام التأمين الإجباري على المرض.

## ٥. المنظومة الصحية المغربية

التزم المغرب بانضمامه إلى إعلان الألفية للأمم المتحدة بتبني استراتيجيات تمكنه من بلوغ الأهداف الثمانية من أهداف الألفية للأمم المتحدة، كما التزم مع باقي الدول الأعضاء بمنظمة الصحة العالمية سنة ٢٠٠٥ بتعميم التغطية الصحية لتشمل جميع الناس، وهو الالتزام الذي تم تأكيده من خلال البروتوكول الموقع من طرف منظمة الصحة العالمية والحكومة المغربية سنة ٢٠١٧. ولقد اعترف دستور ٢٠١١ بالحق في الصحة، لكن هذا الاعتراف جاء مشوها لأنه لا ينص على ضرورة ضمان الحق في الصحة ولكن ينص فقط على عمل الدولة والمؤسسات العمومية والجماعات الترابية على تيسير أسباب استفادة المواطنين والمواطنات، على قدم المساواة، بهذا الحق.<sup>(٢٠)</sup>

كما أن المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي أحال في تقريره حول الميثاق الاجتماعي والمتبني في نوفمبر ٢٠١١، إلى

(١٩) د. أحمد الديب (عن مجلة روز اليوسف <http://www.rosaelyoussef.com/article/22053>)

(٢٠) دستور المملكة المغربية. الباب الثاني، الفصل ٣١ الأمانة العامة للحكومة، يوليو ٢٠١١

(٢١) المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي، «من أجل ميثاق اجتماعي جديد: معايير يتعين احترامها، وأهداف يتعين التعاقد حولها»، ص ٢٦-٢٧، يناير ٢٠١٢



المستقلين والأشخاص غير الأجراء الذين يزاولون نشاطا خاصا. ويبقى الرهان بالنسبة للتطبيق الأمثل لهذا القانون مرتبطا بالمراسيم التي تصدرها الحكومة لتطبيقه والتي يمكنها أن تختلف من فئة إلى أخرى نظرا لخصوصيات الفئات المعنية.

#### • منظومة العلاج

تتكون منظومة العلاج بالأساس في المغرب من ثلاثة قطاعات: قطاع عمومي وقطاع خاص ذي هدف ربحي وقطاع خاص ذي هدف غير ربحي<sup>(٢٢)</sup>

#### - القطاع العمومي

تخضع منظومة العلاج العمومية لتراتبية هرمية تمثل فيها المراكز الصحية الحضرية والقروية أول مستوى يلجأ إليه المرضى من أجل توجيههم إلى المستويات الأخرى. وتقدّم فيها علاجات وقائية وخدمات تقوم على التوعية الصحية وعلى العلاج الأساسية. وتعتبر شبكة العلاج الصحية الأساسية بمثابة القاعدة الفعلية للقطاع أما المستويات الأخرى فتتكون من المراكز الاستشفائية الإقليمية والجهوية، والمراكز الاستشفائية الجامعية.

وقد أصدرت وزارة الصحة القانون الإطار،<sup>(٢٣)</sup> المتعلق بالمنظومة الصحية والعرض العلاجي سنة ٢٠١١، وهو

(٢٢) الخدمات الصحية الأساسية - نحو ولوج منتصف ومعهم. المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي. إحالة رقم 4/2013. www.cese.ma

(٢٣) الظهير رقم ١١,٨٣,٨٣ الصادر في ١١ يوليو ٢٠١١ بتنفيذ القانون إطار رقم ٣٤,٠٩ المتعلق بالمنظومة الصحية ويعرض العلاج

ويتم تمويله من طرف الدولة. وقد تم تعميمه بقرار سياسي بعد الاحتجاجات التي عرفها الشارع المغربي بقيادة حركة ٢٠ فبراير، على كل تراب المملكة سنة ٢٠١٢ بعد فترة تجريبية بجهة بني ملال-أزىلال باءت بالفشل.

#### • التغطية الصحية لفائدة

الطلبة التي تم اعتمادها ابتداء من السنة الجامعية ٢٠١٥-٢٠١٦

#### • التأمين التكميلي على المرض

يستفيد أجراء القطاعين العام والخاص وذوي حقوقهم من التأمين التكميلي على المرض سواء عن طريق التعاضديات أو مؤسسات التأمين العامة (مؤسسات الأعمال الاجتماعية نموذجاً) أو الخاصة.

#### • التغطية الإجبارية على المرض للمستقلين (AMI)

إن الأنظمة سالفة الذكر لا توفر التغطية الصحية إلا لحوالي ٦٠٪ من المغاربة، لذلك يلجأ من له القدرة على الدفع إلى شركات التأمين الخاصة، أما السواد الأعظم من المغاربة فيبقى من دون أي تغطية صحية. وقد ناضل مجموعة من المهنيين المستقلين لعقود طويلة من أجل إحداث نظام للتغطية الصحية خاص بهذه الفئات يمول من طرفهم ويرتكز على مبدأ التضامن فيما بينهم. وبالفعل فقد صادق البرلمان خلال شهر يونيو ٢٠١٧ على مشروع قانون رقم ٩٨,١٥ الذي سيوفر التأمين الصحي للمهنيين والعمال

القانون الذي كان من المفترض أن يحدد إطارا لتنظيم المنظومة الصحية وتخطيط العرض العلاجي حسب خريطة صحية وطنية تشمل القطاع العمومي والخاص وتقلص الفوارق المجالية كما كان وزير الصحة يصرح بذلك عند دفاعه عن تحرير رأسمال المصحات والمستشفيات، لكن هذا القانون واجه تعثرا في تفعيله وجاء المرسوم الذي أصدرته الوزارة الوصية بمثابة الخريطة الصحية لتفعيله مخيبا للأمال حيث أغفل القطاع الخاص واقتصر على العرض الصحي العمومي.<sup>(٢٤)</sup>

وتجدر الإشارة إلى أن الخدمات الصحية بالمستشفيات العمومية ليست مجانية بل تخضع لتعريفه تحددها وزارة الصحة حسب الخدمات، وتستخلصها المستشفيات العمومية بناء على سياسة التدبير الذاتي للمستشفيات التي اعتمدها المستشفيات بعد فرض سياسة التقويم الهيكلي من طرف المؤسسات المالية المانحة في أواسط الثمانينيات من القرن الماضي.

#### • القطاع الخاص ذو الأهداف الربحية

يتطور القطاع الخاص ذو الأهداف الربحية في المغرب بوتيرة سريعة، بسبب السياسات المتبعة منذ عقود، والتي تسارعت في السنوات الأخيرة خاصة مع الحكومة نصف الملتحقة، التي حررت

رأس مال المصحات والمستشفيات الخاصة وقلصت من الميزانية الخاصة بالصحة. ويضم هذا القطاع قرابة نصف الأطباء، و٩٠٪ من الصيادلة وجراحي الأسنان، وقرابة ١٠٪ من المهنيين شبه الطبيين في المغرب.

وقد تطور هذا القطاع على الخصوص في التجمعات السكنية الكبرى والمدن المتوسطة على حساب القطاع العمومي نتيجة لعزم الدولة التخلي عن قطاع الصحة والاقتصر على لعب دور المراقبة (Régulateur)؛ وهذا ما تتم ترجمته على أرض الواقع بالنقص الحاد في الموارد البشرية والتجهيزات، إضافة إلى تهالك البنيات التحتية العلاجية مما يؤدي إلى تردي الخدمات الصحية. كما أن القانون الإطار المتعلق بالمنظومة الصحية وعرض العلاج يعزز هذا التوجه من خلال نصه على إمكانية التخلي عن المؤسسات الصحية العمومية للقطاع الخاص في إطار الشراكة مع الخواص (PPP) بوساطة التدبير المفوض أو بوساطة شراء بعض الخدمات التي لا يستطيع توفيرها القطاع العام. ومن جهة أخرى، أدى اعتماد نظام المساعدة الطبية (RAMED) إلى ارتفاع الطلب على المؤسسات الصحية العمومية وبالتالي إلى تفاقم مشاكلها وهو ما سوف يجعلنا في المستقبل أمام خدمات صحية بسرعتين أو أكثر، خدمات قطاع عام للفقراء وخدمات قطاع خاص للميسورين.

#### • قطاع خاص ذو أهداف غير ربحية

يتكون هذا القطاع من العيادات

(٢٤) المرسوم رقم ٢،١٤،٥٦٢ الصادر في ٢٤ يوليو ٢٠١٥ بتطبيق القانون إطار رقم ٣٤،٠٩ المتعلق بالمنظومة الصحية وبعرض العلاج. الجريدة الرسمية عدد ٦٣٨٨ الصادرة بتاريخ ٢٠ أغسطس ٢٠١٥

والمصححات التي يديرها كل من الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي والصندوق الوطني للضمان الاجتماعي، وجمعيات ومؤسسات وطنية. ويقدم هذا القطاع خدمات صحية لعدد كبير من المواطنين المغاربة، مما يستوجب الاهتمام به وتطويره.

ومن جهة أخرى يوجد في المغرب عدد كبير من الجمعيات المحلية والوطنية العاملة في مجال الصحة، كما أن مجالات تدخلها وعمليها تمتاز بتنوع كبير؛ غير أن توزيعها الترابي يبقى غير متساو، وكفاءاتها ووسائلها البشرية والمالية وكذا نوعية أعمالها تظل كلها شديدة التباين.

كما أن تطور الإطار التشريعي والتنظيمي المتعلق بممارسة الطب وبالتغطية الصحية الأساسية لم يراع الخصوصيات الاجتماعية والمساهمة النوعية للتعاضديات في المنظومة الوطنية الصحية.<sup>(٢٥)</sup>

وفي نفس السياق، قد يسفر اعتماد مشروع مدونة التعاضد في صيغته الحالية عن إغلاق المنشآت والمصالح الموجودة. وبالفعل وعلى الرغم من أن القطاع التعاضدي في مجال الصحة لا يزال متعثرا، ويرتكز نشاطه بالخصوص على علاج الأسنان، ومراكز بيع النظارات، والفحوص التخصصية، تحاول لوبيات القطاع الخاص الضغط على السلطتين التشريعية والتنفيذية من أجل منع التعااضديات من تقديم أي نوع من

(٢٥) القانون رقم ٦٥،٠٠ بمثابة مدونة التغطية الصحية الأساسية.

الخدمات الصحية على اعتبار أن ذلك يشكل لها منافسة غير متكافئة، وكأن الأمر يتعلق بمجرد سلعة في السوق وليس صحة المواطنين، علما بأن العرض العلاجي الحالي، الذي توفره القطاعات جميعها، لا يستجيب بطريقة مرضية ولا كافية للحاجات الصحية الأساسية. فبدل العمل على تطوير وتنظيم القطاع التعاضدي، حتى يساهم في تحسين الوصول إلى الخدمات الصحية ببلادنا، تحاول هذه اللوبيات القضاء عليه من خلال الضغط لتبني المادة ١٤٤ من الفصل الثاني من مشروع قانون التعاضد الذي تُجري مناقشته حاليا في البرلمان والتي من شأنها الحد من مجال عمل التعااضديات.

## ٦. المنظومة الصحية المصرية

### • التغطية الصحية

على الرغم من أن الدستور المصري الذي تم الاستفتاء عليه سنة ٢٠١٤ أكد التأمين الصحي الاجتماعي الشامل لجميع المصريين، إلا أن هذا النص لا يزال قيد التنفيذ ولم يصدر أي تشريع قانوني يضمن ترجمة هذا الحق الدستوري وتنفيذه على أرض الواقع.

وفي الوقت الحالي، لا يغطي التأمين الصحي الذي يعتبر تامينا إجباريا يمول من اشتراكات المنتفعين والمشغلين، سوى ٥٢٪ من المصريين رغم الدور المهم الذي يقوم به خاصة فيما يتعلق بالمستوى الثالث من الخدمة الصحية (الخدمات العلاجية المتخصصة)، ومن ثم فإن ٤٨٪ من

الشعب المصري لا يتمتع بالتأمين الصحي إذ يلجأ إلى العلاج على نفقته الخاصة أو على نفقة الدولة. ويتكون التأمين الصحي المصري من عدة أنظمة إضافة إلى نظام خاص<sup>(٢٦)</sup>.

- نظام التأمين الصحي الاجتماعي الذي تم سنه بمقتضى قانون سنة ١٩٦٤ وتم تطبيقه على شرائح محددة.
- نظام علاج تأميني للعاملين الحكوميين الذي تقرر سنة ١٩٧٥.
- نظام التأمين الصحي على الطلاب الذي شرع في تطبيقه سنة ١٩٩٢.
- نظام الرعاية الصحية للأطفال الذي تم اعتماده انطلاقاً من ١٩٩٧.
- التأمين الخاص وهو اختياري وتقدمه بعض الشركات الخاصة.

### هيكلية منظومة العلاج في مصر:

ترتكز منظومة العلاج في مصر إلى ثلاث مستويات أساسية:

- المستوى الأول: الرعاية الصحية الأولية في الريف والحضر موزعة بين

مكاتب صحة (٣٢٩)، عيادات أحياء (٩٠)، مراكز رعاية الطفولة والأمومة (١٤٩)، ووحدات طب الأسرة (٣٥٩) بالحضر، (٤٢٤٥ بالريف)<sup>(٢٧)</sup>. وتقوم هذه الوحدات بتقديم خدمات الرعاية الصحية الأولية، التي تشمل خدمات التوعية الصحية ورعاية الطفولة والأمومة والصحة الإنجابية وصحة المرأة وتنظيم الأسرة. كما تعنى أيضاً بمكافحة الأمراض المستوطنة ومكافحة أمراض الإسهال عند الأطفال والتطعيمات والرعاية العلاجية لبعض الأمراض الشائعة<sup>(٢٨)</sup>. وتقوم بتقديم الخدمة الصحية لـ ٥٠٠٠ من السكان.

- المستوى الثاني من الخدمة: تقدمه المستشفيات المركزية وتقدم الخدمات من خلال عيادات خارجية وأقسام داخلية للتخصصات المختلفة. كما أن هذا النوع من المستشفيات يقدم الخدمات للعديد من القرى التي تتواجد بها الوحدات الصحية من خلال الإحالة العلاجية التي تتم من خلال الوحدة الصحية إلى المستشفى المركزي التابعة له. ويوجد ٢٥٠ مستشفى مركزي على مستوى الجمهورية.

- المستوى الثالث من الخدمة: تقدمها المستشفيات العامة في عواصم المحافظات، ويدعم هذا المستوى من الخدمة، المستشفيات الجامعية والمعاهد التعليمية ومستشفيات القطاع العام ومستشفيات

(٢٧) الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء، ٢٠١٤

(٢٨) د. نجوى خلاف، ضمن تقرير الحالة والخدمات الصحية في مصر، جمعية التنمية الصحية والبيئية، القاهرة، ٢٠٠٥، ص ٥٧

(٢٦) يحيى طموح. قانون التأمين الصحي الحالي: تحليل فني ونقدي. سياسات الإصلاح والتأمين الصحي في مصر. أعمال الندوة التي نظمتها جمعية التنمية الصحية والبيئية بالتعاون مع مركز البحوث ودراسات الدول النامية. ص ٢١-٢٨، ٢٠٠٨

الريف يمثلون نسبة ٥٧,٥% من مجموع السكان سنة ٢٠٠٥، نجد أن نصيبه من أسرة المستشفيات لا يتجاوز ٧,٣٪<sup>(٣٠)</sup>.

### المحور الثالث: دروس وبدائل التغطية الصحية الشاملة

إن المقارنة بين بعض النظم الصحية في العالم استناداً إلى بعض المؤشرات التي تعتمدها المؤسسات الدولية ذات الصلة وعلى رأسها منظمة الصحة العالمية، كمستوى الإنفاق على الصحة ومستوى تغطية السكان، يوضح لنا أن نجاح أي منظومة ليس مرتبطاً بمستوى الإنفاق بقدر ما هو مرتبط بالسياسات الصحية المتبعة في البلدان المعنية. وحسب معطيات البنك الدولي لسنة ٢٠١٤ فإن أعلى مستوى للإنفاق في العالم كان من نصيب الولايات المتحدة بنسبة ١٧,١% من الناتج الإجمالي المحلي (الناتج الداخلي الصافي)، وتأتي فرنسا في المرتبة الثالثة بعد سويسرا (١١,٧%) بنسبة ١١,٥% ثم كوبا في المرتبة الرابعة بنسبة ١١,١%. وتنفق المملكة المتحدة ٩,١% من ناتجها المحلي بينما لا ينفق المغرب إلا ٥,٩%، ومصر ٥,٦%<sup>(٣١)</sup>.

(٣٠) إلهامي المرغني، ضمن تقرير الاتجاهات الاقتصادية، مركز الأهرام للدراسات السياسية والاستراتيجية، ٢٠١٠.

(31) Dépenses en santé, total (%du PIB). Base de données sur les Comptes nationaux de la santé de l'Organisation Mondiale de la Santé. apps.who.int/nha/database.

التأمين الصحي وكذلك مستشفيات القطاع الخاص والمستشفيات التابعة لوزارة الصحة والمستشفيات التابعة للقطاعات وهيئات مختلفة مثل الشرطة، القوات المسلحة، السكك الحديدية... الخ.

ومن جهة أخرى، هناك العديد من الاختلافات التي يعرفها قطاع الصحة في مصر، من بينها التفاوت الكبير في أعداد المنشآت العلاجية والأسرة بين مستشفيات وزارة الصحة والقطاع الخاص، وتناقص عدد مستشفيات القطاع العام فيما أعداد منشآت القطاع الخاص في تزايد. ورغم ذلك يبقى القطاع العام في الرتبة الأولى من حيث تشغيل الأطباء وهيئات التمريض وتقديم الخدمة العلاجية مقارنة بالقطاع الخاص<sup>(٢٩)</sup>.

كما يسجل غياب العدالة في توزيع المرافق الصحية بين المحافظات المختلفة كما يتزايد التفاوت بين الريف والحضر وتستأثر بعض المحافظات الكبرى بحصة كبيرة من الخدمات الصحية مقارنة بعدد السكان؛ فمحافظة القاهرة على سبيل المثال تمثل ١١% من السكان وتستحوذ على ٢٢% من الخدمات الصحية ومحافظة الإسكندرية ٥,٤% من السكان وتستحوذ على ٨,٨% من أسرة المستشفيات. بينما نجد محافظة الدقهلية التي تضم ٧% من السكان لديها ٦,١% من الأسرة.

وفي نفس السياق، نجد تفاوت بين الريف والحضر فيما يتعلق بتوزيع الخدمة الصحية، ففي الوقت الذي كان سكان

(٢٩) توزيع الخدمة الصحية بين القطاع العام والخاص. الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء، ٢٠١٠.

ذكرنا أنفاً، تغطي جميع المواطنين وتدير الحكومة جميع المرافق والخدمات ذات الصلة بالصحة، حيث لا توجد مستشفيات خاصة ولا عيادات خاصة ولا أي نوع من المرافق الصحية الخاصة. وقد أشادت المديرية العامة لمنظمة الصحة العالمية، سنة ٢٠١٤، بالمنظومة الصحية الكوبية لكونها رائدة عالمياً، ليس فقط في مجال الرعاية ونوعيتها، بل أيضاً لارتباطها الكبير بالبحث والابتكار.

كما أن المنظومة الصحية بالمملكة المتحدة جديرة بالاهتمام لأنها توفر التغطية الأساسية لمواطنيها وتمولها عن طريق الضرائب.

وتجدر الإشارة إلى أن ما يميز النظم الصحية بكوبا وبريطانيا ليس فقط مصادر التمويل بل أيضاً منظومة العلاج والأطر العاملة بالقطاع التي تتميز بأعدادها وكفاءتها.

أما المنظومة الفرنسية والتي تعتبر مزيجاً من النموذج البسماركي والنموذج البيفردجي فهي ناجحة أيضاً لأنها توفر تغطية شاملة تركز إلى المساهمات القبلية في إطار تعاضديات تدير مختلف الأنظمة المتواجدة بها.

إن القاسم المشترك بين النظم الصحية لهذه البلدان الثلاثة المختلفة هو نظام تجميع المخاطر. ويمكن هذا النظام مجموعة واسعة من الأشخاص، من تقاسم مخاطر الإصابة بالمرض واللجوء إلى رعاية مكلفة. ويعني ذلك أنه يتم جمع الأموال المخصصة للرعاية الصحية عن

وفيما يخص المؤشر الثاني والمتعلق بالإنفاق الشخصي المباشر كنسبة من مجموع النفقات على الرعاية الصحية الذي يدلنا على نسبة تحمل الأفراد لنفقات الرعاية الصحية وبالتالي إمكانية تعرضهم للشاشة والفقر، فنجد كوبا في آخر الترتيب بنسبة ٤,٤٪، تليها فرنسا بـ ٦,٣٪، ثم المملكة المتحدة بنسبة ٩,٧٪ ثم الولايات المتحدة بنسبة ١١٪، أما في مصر والمغرب فتصل نسبة إنفاق الفرد على التوالي إلى ٥٥,٧٪ و ٥٨,٤٪.<sup>(٣٢)</sup>

وبالنسبة للمؤشر الثالث والمتعلق بالتغطية الصحية الاجتماعية الشاملة أي توفير التغطية الصحية لجميع المواطنين، فنجد أن كوبا تأتي في المرتبة الأولى بنسبة ١٠٠٪، تليها فرنسا، فإنجلترا، بينما تأتي الولايات المتحدة الأمريكية في أدنى المراتب حيث لا تتجاوز ٢٥٪ من السكان وفي الوقت ذاته ليس تأميناً اجتماعياً شاملاً بل يغطي فقط بعض الأمراض دون غيرها. أما في مصر والمغرب فنسبة التغطية الصحية لا تتعدى ٥٢٪ و ٦٠٪ على التوالي.

إن أنماط النظم الصحية الناجحة هي التي توفر رعاية صحية شاملة لمواطنيها دون تعريضهم للإنفاق المباشر الذي قد يشكل عائقاً حقيقياً لاستفادتهم من حقهم في الرعاية أو قد يؤدي بهم إلى الفقر والهشاشة. ونجد على رأس هذه الأنماط الناجحة، المنظومة الصحية الكوبية والمنظومتين الفرنسية والإنجليزية.

فالمنظومة الصحية الكوبية كما

(٣٢) البنك الدولي للإنشاء والتعمير عن الفترة من ١٩٩٨ إلى ٢٠١٤

طريق الدفع المسبق، وإدارتها بطريقة تضمن تحمّل جميع أفراد تلك الجماعة تكاليف الرعاية الصحية في حال الإصابة بالمرض، بدلا من أن يتحمل كل فرد تلك التكاليف وحده.<sup>(33)</sup>

ويمكن إدارة نظام تجميع المخاطر بطريقتين اثنتين هما:

- التمويل الصحي القائم على الضرائب (كوبا، المملكة المتحدة): تستخدم الحكومة الدخل المتأتي من الضرائب العامة لتمويل خدمات الرعاية الصحية، ويحق لجميع الناس الاستفادة من تلك الخدمات؛ وبالتالي تكون التغطية شاملة.

- التأمين الصحي الاجتماعي (فرنسا): تُجمع مساهمات الرعاية الصحية من العمال والمشغلين والمؤسسات والدولة. ويتم تجميع تلك الأموال في صندوق أو صناديق للتأمين الصحي الاجتماعي (تعاضديات أو تعاونيات). ولا يمكن تحقيق التغطية الشاملة عن طريق هذا النظام التمويلي إلا إذا دفع كل السكان مساهماتهم وإذا تم تحديد مساهمة كل فرد وفق قدرته على الدفع. وتقوم الحكومة بدفع مساهمات الأشخاص غير القادرين على سدادها.

وعلى العموم، ولبلوغ التغطية الشاملة بالنسبة للدول التي لا يزال مواطنوها يعانون من إشكالية الوصول إلى الخدمات الصحية، يجب الرفع من الميزانية الخاصة

(33) OMS. Rapport sur la santé dans le monde. Le financement des systèmes de santé. Le chemin vers une couverture universelle. 2010.

بالصحة لتوفير المنشآت والتجهيزات وكذا الأطر اللازمة لتقديم خدمات كافية وجيدة. أما بالنسبة للدول الفقيرة، فيمكن للحكومات، تنفيذا لتوصيات منظمة الصحة العالمية، فرض ضرائب على المواد المضرة بالصحة كالسجائر أو المشروبات الغازية أو المواد التي تحتوي على كميات كبيرة من السكر أو الملح، للحفاظ على الصحة من جهة ولتوفير موارد مالية إضافية من جهة أخرى.

أما فيما يخص منظومة العلاج، فإن النموذجين الكوبي والبريطاني يقدمان أجوبة على سؤالي تقديم الخدمات الصحية من جهة، وترشيد نفقات هذه الخدمات من جهة أخرى، دون إغفال جودة هذه الخدمات. وترتكز هاتان المنظومتان على:

- إعطاء الأولوية للرعاية الأولية والوقائية.
- الاعتماد على مؤسسات صحية هرمية وقريبة من المواطنين حيث يمكن منع المخاطر والأمراض وشفافاؤها إذا لزم الأمر.
- إعطاء الأولوية لأطباء الأسرة لمراقبة الأمراض مما يمكن من جمع وتدقيق المعطيات عن الحالة الصحية وخصائص السكان ولا يتم طلب خدمات الأطباء الأخصائيين إلا بعد موافقة طبيب عام.
- تكوين أطر طبية وشبه طبية وإدارية كفاء وكافية.

• الاستثمار في البحث العلمي.

في ختام هذه الورقة وجب التنبيه إلى خطورة خصخصة قطاع الصحة وتسليع الخدمات التي تحاول فرضه المؤسسات الدولية المالية، فالقطاع الخاص لا يهتم بالخدمة الصحية إلا من خلال الأرباح التي تدرها عليه. وفي المقابل يجب التركيز على القطاع العمومي وتدعيمه والقطع بفكرة أنه غير منتج؛ فقطاع الصحة يساهم في التنمية الاقتصادية والاجتماعية من خلال الرعاية الصحية والوقاية من الأمراض وبالتالي توفير موارد بشرية قوية ومنتجة، ومن خلال الخدمات التي يقدمها ومن ضمنها الصناعة الدوائية. كما لا يمكن فصل الصحة عن المحددات الاجتماعية ولا يمكن تحقيق العدالة الصحية والمساواة في الحصول على العلاج والأدوية دون تقليص الفوارق الاجتماعية، وذلك من خلال تلبية احتياجات المواطنين في التربية والتغذية الملائمة والسكن اللائق والماء الصالح للشرب والكهرباء والبيئة السليمة.





amounts allocated in the budget for medical facilities and equipment. As for developing countries, the government can impose higher taxes on certain unhealthy items such as cigarettes, fizzy drinks, and food-stuffs that are high in salt and sugar.

Considering medical treatment, the Cuban and British models focus on several factors that guarantee cost-saving services without compromising the quality of those services. Those factors are as follows:

- Prioritizing primary and preventive care
- Relying on hierarchical medical facilities that are accessible to citizens in order for prompt prevention and treatment
- Appointing family doctors throughout the country to monitor illnesses and collect data on the health conditions of citizens in their respective regions as well as to make sure that patients are only referred to specialists when necessary
- Establishing efficient medical, para-medical, and administrative entities
- Investing in scientific research

It is important to note the drawbacks of the privatization of the health sector and the commodification of health services, mainly the result of the conditions imposed by international financial institutions and which prioritize profit over the quality of services. This is related to a prevalent idea that the public sector is not productive, which is an argument that needs to be refuted mainly through pumping human and financial resources into public facilities. It is also impossible to separate between healthcare and social conditions since health services are amongst the main pillars of equality and social justice. In fact primary and preventive care play a major role in economic and social development since they are part of the basic rights of citizens such as the right to nutrition, shelter, potable water, and a healthy environment.

spending on medical services, Cuba comes last (4.4%) followed by France (6.3%), the United Kingdom (9.7%), and the United States (11%) while Egypt reaches 55.7% and Morocco 58.4%.<sup>(32)</sup>

Regarding accessibility to medical services and the range of healthcare coverage, Cuba comes first (100%), followed by France and the United Kingdom while the United States comes last as coverage does not exceed 25% of the population and does not cover all medical conditions. In Egypt, coverage does not exceed 52% and in Morocco 60%.

Successful healthcare systems are those that offer full coverage for citizens without burdening them financially. That is why the Cuban, French, and British systems are considered amongst the world's most successful. The common factor between these three systems is that they all utilize the risk sharing approach. This is done through collecting money in advance and administering it in a way that enables each individual in the community of finding the proper funds in the

---

(32) The International Bank for Reconstruction and Development (1998- 2014).

case of illness as if the entire community shares the risk of contracting such illness.<sup>(33)</sup>

Risk sharing in healthcare can be managed in two ways:

- Tax-based healthcare system (Cuba and the United Kingdom): The government utilizes tax money to fund healthcare services. This means that all citizens can benefit from these services.

- Social healthcare insurance (France): Funding for healthcare is obtained from employers, employees, corporations, and the state. The money is placed in social health insurance funds that can take the form of cooperatives. Full coverage cannot be achieved through this system unless all citizens pay their share and this share is determined based on each citizen's income. The government pays the share of citizens who are unable to contribute at all.

In order to solve problems related to healthcare systems, especially ones pertaining to accessibility of services, it is necessary to increase the

---

(33) OMS. Rapport sur la santé dans le monde. Le financement des systèmes de santé. Le chemin vers une couverture universelle. 2010.

drawbacks such as the remarkable discrepancy between the number of public and private medical facilities and the number of patients they accommodate as well as the significant decline in the number of public hospitals. The public sector still, however, ranks first as far as the employing doctors and nurses and providing medical services are concerned.<sup>(29)</sup>

Medical facilities are also not equally distributed among different parts of the country and the discrepancy becomes more noticeable upon comparing urban with rural areas. Some governorates are, in fact, provided with more medical services than their population requires. For example, Cairo accounts for 11% of Egypt's population and gets 22% of its medical services and Alexandria is 5.4% of the population and gets 8.8% of hospital beds while Dakahliya had 7% of the population and gets 6.1% of hospital beds. The same applies to urban and rural areas for while residents of rural areas constituted 57.5% of the population in 2005, their share

---

(29) "Healthcare Services between Public and Private Sectors [Arabic]." Central Agency for Mobilization and Statistics, 2010.

of hospital beds did not exceed 7.3%<sup>(30)</sup> .

### **Third: Lessons and alternatives**

---

A comparison between systems in different countries according to the basic indicators authorized by relevant international organizations, on top of which is the WHO, proves that the success of a health-care program is not only associated with the amounts spent even though it is an important factor, but also the policies adopted and the accessibility of medical services. According to a World Bank report in 2014, the United States ranked first in healthcare spending by 17.1% of the total gross domestic product followed by Switzerland (11.7%), France (11.5%), Cuba (11.1%), and the United Kingdom (9.1%) while Morocco spends only 5.9% and Egypt 5.6%.<sup>(31)</sup> As for personal

---

(30) Elhamy Merghani. "Report on Economic Trends [Arabic]." Al-Ahram Center for Political and Strategic Studies, 2010.

(31) Dépenses en santé, total (% du PIB). Base de données sur les Comptes nationaux de la santé de l'Organisation Mondiale de la Santé: [apps.who.int/nha/database](http://apps.who.int/nha/database).

system<sup>(26)</sup>:

- Social health insurance: authorized in 1964
- Health insurance for employees at state institutions: 1975
- Health insurance for students: 1992
- Health care for children: 1997
- Private insurance: offered by private companies and is voluntary

b. Medical treatment:

The medical treatment system in Egypt is comprised of three main levels:

- First level: This level is comprised of primary care facilities in both urban and rural areas. Those are divided into health bureaus (329), neighborhood clinics (90), childhood and motherhood medical centers (149), family care units (359 in urban areas and 4245

in rural areas) <sup>(27)</sup>. These facilities offer primary care services, public awareness especially in family planning and reproductive health, treatment for common diseases, and vaccinations for children.<sup>(28)</sup> Such facilities offer services for 5,000 citizens.

- Second level: This level is comprised of central hospitals that offer both outpatient and inpatient medical services. Patients can be referred to these hospitals by medical facilities in the first level according to administrative divisions. There is a total of 250 central hospitals across the country.

- Third level: This level of comprised of public hospitals, health insurance hospitals, university-affiliated hospitals, hospitals affiliated to the Ministry of Health, trade unions, and different state institutions such as the police, the army among others. It also includes private hospitals.

The healthcare sector in Egypt suffers from several

---

(26) Yehia Tamouh. "Medical Insurance Law: A Critical and Technical Analysis [Arabic]." *Medical Insurance and Reform Policies in Egypt*. Proceedings of the seminar held by the Health and Environment Development Association in cooperation with Center for the Studies of Developing Countries, 2008. Pp. 21-28.

---

(27) Central Agency for Mobilization and Statistics, 2014.

(28) Nagwa Khallaf. "Report on Medical Services in Egypt [Arabic]." *The Health and Environmental Development Association*, Cairo 2005, p.57

sociale- CNOPS) and the National Fund for Social Security (Caisse nationale de sécurité sociale- CNSS). There are many national associations and organizations that offer healthcare services in a variety of specializations, but they are not equally distributed across the country and there are discrepancies between them as far as human and financial resources are concerned.

The legislative and organizational framework that regulates the healthcare system does not take into consideration the contribution of cooperatives in the field of healthcare service across the nation<sup>(25)</sup>. For example, the approval of draft cooperatives law (code de la mutualité) in its current form might result in the closure of several of those organizations. Medical cooperatives in Morocco are basically dental clinics, opticians, and specialized labs, but they are facing a lot of obstacles. Private for-profit sector is lobbying for their closure because of the way they affect its businesses in the market. This is done through pushing for the

adoption of Article 144 of the second chapter of the Cooperatives Law which is currently being discussed in the parliament.

## **6. Healthcare system in Egypt:**

### **a. Healthcare coverage:**

The 2014 Egyptian constitution states that healthcare is a basic right for all citizens, yet no laws have yet been issued to implement this on the ground. Mandatory health insurance, funded by employers and employees, currently covers only 52% of Egyptians despite the major role it plays in the third level of healthcare services, which is specialized treatment. This means that 48% of Egyptian people pay for medical services from their own money or are funded by the state. The Egyptian healthcare system is comprised of different programs in addition to a private

---

(25) Law number 65.00 on Basic Medical Coverage is the main one under which the healthcare system in Morocco is regulated.

public sector.<sup>(24)</sup>

It is noteworthy that health services in public hospitals are not free of charge and are subject to a tariff determined by the Ministry of Health based on the type of service. This tariff is used by the hospitals in accordance with the self-management policies they adopted following the structural reforms imposed by international financial institutions in the mid- 1980s.

- For-profit private sector:

The for-profit private sector has been rapidly developing as a result of the policies adopted in the past few decades and which led to the privatization of a large number of hospitals and clinics and reduced the amounts allocated to healthcare in the public budget. This sector includes 50% of Moroccan doctors, 90% of pharmacists and dental surgeons, and 10% of para-medical professionals. The for-profit private sector grew particularly in large residential areas and medium-size cities at the expense of the public sector after

---

(24) Decree number 2.14.562 issued on July 24, 2015 to implement framework law number 34.09 on the healthcare system. Official Gazette, issue no. 6388, August 20, 2015.

the state's role in healthcare started gradually shifting into that of a regulator rather than funder and administrator. This was particularly demonstrated in the remarkable decline in human resources and medical equipment as well as the infrastructure of facilities in the public sector, which in turn leads to the deterioration of the services provided. The framework law on the healthcare and medical treatment system also promotes this approach through allowing the selling of public medical facilities to the private sector under the Public-Private Partnership (PPP) where a contract is signed between a private company and a state-owned entity so that the first can provide services for or manage the second. The authorization of the medical assistance system (RAMED) increased demand on public medical facilities, hence increasing the pressure on them and affecting the quality of services.

- Non-profit private sector:

This sector is comprised of clinics and medical centers that are run by National Fund for the Organization of Social Reserves (Caisse nationale des organismes de prévoyance

through cooperatives or public (social works organizations) or private insurance companies.

- Independent mandatory sickness insurance: Since state-funded insurance programs cover only 60% of the populations, citizens resort to private companies if they can afford it. This leaves a large segment of the population uninsured. A number of independent professionals have for decades struggled to design and fund an insurance program that covers these segments. In June 2017, the Moroccan parliament approved draft law number 98.15, according to which this program is to be established. According to this program, independent professionals and workers can get insurance. The government is yet to issue a set of laws that regulate this program and determine the way it will apply to each group/profession according to its respective characteristics.

#### b. Medical treatment:

The medical treatment system in Morocco is comprised of three main sectors: public sector, for-profit private sector,

and non-profit private sector<sup>(22)</sup>.

#### - Public sector:

The public medical treatment sector is hierarchical with urban and rural healthcare centers at the first level and from there patients can be referred to other more specialized facilities. In addition to treatment, these centers offer preventive care and health awareness. The next level is comprised of hospitals and medical centers as well as university affiliated facilities. In 2011, the Ministry of Health issued the framework law (loi-cadre) on the healthcare and medical treatment system. This law was supposed to set the framework based on which the healthcare<sup>(23)</sup> system operates so that it can bridge the gap as stated by the minister of health in defense of the privatization of hospital and medical centers. However, this law faced a number of obstacles upon implementation since it was only applied to the

---

(22) “Basic Healthcare Services [Arabic].” The Economic, Social, and Environmental Council, law no. 4/2013: [www.cese.ma](http://www.cese.ma)

(23) Decree number 1.11.83 issued on July 11, 2011 to implement framework law number 34.09 on the healthcare system



tion, which was stressed in the protocol signed by both the WHO and the Moroccan government in 2017. The 2011 Moroccan constitution stated that healthcare is a basic right for all citizens. However, according to Article 31 “the State, the public establishments and the territorial collectivities” are in charge of making this right accessible to all citizens on equal basis.<sup>(20)</sup> In 2011 the Economic, Social, and Environmental Council stressed in its Social Charter that physical and mental health is a basic right for all citizens.<sup>(21)</sup>

a. Healthcare coverage:

- Mandatory sickness insurance ((Assurance Maladie Obligatoire - AMO):

In 2005, the Moroccan government established a mandatory insurance program for the employers and retirees of both the public and private sectors and is expected to extend its coverage to the entire

---

(20) Constitution of the Kingdom of Morocco. Chapter Two, Chapter 31 The Government Secretariat, July 2011.

(21) The Economic, Social, and Environmental Council. “Towards a New Social Charter: Goals and criteria [Arabic],” January 2012, pp. 26-27.

population. This program is run by the National Fund for the Organization of Social Reserves (Caisse nationale des organismes de prévoyance sociale- CNOPS), which handles the employees and retirees of the public sector, and the National Fund for Social Security (Caisse nationale de sécurité sociale- CNSS), which handles the employees and retirees of the private sector. The source of funding for this program is the contributions of employers and employees.

- Medical assistance program (Régime d’Assistance Médicale- RAMED): This system, which is funded by the state, is based on the principles of social support and national solidarity and targets low-income and impoverished citizens who do not benefit from the mandatory sickness insurance. This system was implemented following protests staged in 2012 across Morocco under the leadership of the February 20 Movement.

- Students’ insurance: This system was implemented as of the academic year 2015-2016.

- Supplementary sickness insurance: Employees at the public and private sector benefit from this type of insurance

6.7 doctors per 1,000 patients, hence surpassing developed countries. Doctors in Cuba are also known to be of the highest caliber.

b. Medical treatment:

Starting from the 1970s and 1980s, the Cuban government turned the healthcare system from a treatment program to a primary care one that starts from local communities. This system is divided into three levels of care:<sup>(17)</sup>

The first level is comprised of clinics with family doctors and nurses that deal with common diseases. Because it focuses on prevention, several diseases can be cured or avoided at this level. This level enabled doctors to collect data on diseases and the health conditions of residents in their respective communities, which helped in statistics.<sup>(18)</sup>

---

(17) Cuba: les avantages d'un système public de soins de santé. Tous ensemble pour la Santé. <https://m3m.be/blog/cuba-les-avantages-dun-syst%C3%A8me-public-de-soins-de-sant%C3%A9>

(18) Cuba's health care policy: prevention and active community participation: Iatridis DS. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>.

The second level is comprised of hospitals that treat diseases which cannot be treated in the first level.

The third level is comprised of national health institutes and hospitals that are more specialized than the ones in the second level. In these facilities, more advanced procedures take place such as organ transplants and research is conducted on contagious and tropical diseases.

In the beginning of the 21<sup>st</sup> century, Cuba embarked on a series of reforms in the healthcare system, the most significant of which was upgrading and redistributing outpatient clinics so that services can be accessible for all citizens<sup>(19)</sup>.

## 5. Healthcare system in Morocco:

When Morocco joined the Millennium Development Goals (MDG), it became committed to the eight goals of which the declaration is comprised. It was also committed in 2005 with member states of the WHO to extend healthcare coverage to the entire popula-

---

(19) Ahmed al-Deeb. Rose al-Youssef Magazine: <http://www.rosaelyoussef.com/article/22053>

theria.

The Cuban healthcare system went through several stages for it was for-profit before the revolution, but after 1959 it became a national program run by the state and providing healthcare service to all citizens free of charge. The fall of the Soviet Union and the subsequent tightening of US embargo in the 1990s triggered a major economic crisis. This had a negative impact on healthcare services and threatened its very existence and the availability of medical equipment by 70%. However, health indicators remained stable, which is mainly attributed to the fact the government kept healthcare as one its topmost priorities.

Despite the shortage of resources, the Cuban healthcare system was success because of the government's political and financial support for bio-technology and epidemiology even in the worst of economic conditions. In fact, the Cuban government spent around one billion US dollars in research and development in the past 20 years. The Cuban bio-technology industry owns around 1,200 international patents and sells pharmaceuticals

and vaccines in more than 50 countries. Cuban scientists and researchers also made remarkable progress in the diagnosis, prevention, and treatment of cancer. In 2008, for example, the Cuban Ministry of Health got the patent for the first vaccine for advanced lung cancer and which was discovered at the Center of Molecular Immunity in Havana. The center got the patent for another vaccine for the same type of cancer in early 2013.<sup>(15)</sup> Cuba was also the first country in the world to receive a validation from the World Health Organization for eradicating the mother-to-child transmission of syphilis and HIV.<sup>(16)</sup>

The Cuban health system was not confined to primary care and scientific research, but its progress was supported by advancement of medical and para-medical education, training, and public awareness. Cuba is known to be the world's leading country in patients-per-doctor ratio with

---

(15) Healthcare and Education in Cuba: <https://www.internations.org/cuba-expats/guide/life-in-cuba->

(16) WHO in Healthcare and Education in Cuba. <https://www.internations.org/cuba-expats/guide/life-in-cuba->

attempt to emulate international systems such as the French one particularly in the field of managed care.

- Managed care organizations: This is the most common model in the United States and is comprised of care networks that were established to reduce the cost of healthcare services and that combine insurance with care. These organizations are based on partnership between funders and service providers, which helps in cost cutting. Members are encouraged to go to designated doctors and facilities and patients have to be referred to specialists by family doctors<sup>(13)</sup>.

- Managed care: This system focuses on preventive care and disease management, the latter for the support and follow-up of long-term conditions, serious illnesses, or diseases that

involve costly treatment.<sup>(14)</sup>

#### **4. Healthcare system in Cuba:**

##### **a. Healthcare coverage:**

Healthcare is a basic right for all citizens in Cuba and the government works on implementing this principle on the ground through providing health services free of charge to the entire population and through the attention it gives to prevention, primary care, accessibility, and the active engagement of the public in the decision-making process in the health sector. Despite the embargo and subsequent economic problems, this policy led to a remarkable rise in Cuba's basic health indicators. This was especially shown in the fact that life expectancy in Cuba was estimated at 72.5 compared to 71.9 in the United States. Cuba also managed to eradicate several diseases such as polio, tuberculosis, typhoid, and diph-

---

(13) "Rédaction de familydoctor.org. Health Insurance: Understanding Your Health Plan's Rules." Chicago (USA): American Academy of Family Physicians; 2006. [<http://familydoctor.org/online/famdocen/home/healthy/health-ins/734.print-interview.html>] <https://www.cairn.info/revue-pratiques-et-organisation-des-soins-2009-4-page-309>.

---

(14) "Bras P, Duhamel G, Grass E. Améliorer la prise en charge des malades chroniques: les enseignements des expériences étrangères de "Disease management"". Paris: La documentation française; 2006. In <https://www.cairn.info/revue-pratiques-et-organisation-des-soins-2009-4-page-309>.

usually done through employers. The state offers limited health insurance for senior citizens and the impoverished.

- Private health insurance:

The percentage of health insurance costs was estimated at 16% of the gross domestic product in 2016, which is the largest in the world and is two and a half times the cost in other high-income countries. Healthcare services in the United States are mainly provided by private and voluntary insurance offered by employers and it covers around two thirds of American citizens. The services offered differ from one company to another, but usually bigger companies offer better coverage.<sup>(11)</sup>

- Public health insurance:

The public health insurance system in the United States mainly provides service to senior citizens and the impoverished. It is divided into two systems:

- Medicare: It is national insurance program for 65

---

(11) "Groupement d'intérêts publics santé et protection sociale" (GIP SPSI). États-Unis, Paris : GIP SPSI, 2009: <https://www.cairn.info/revue-pratiques-et-organisation-des-soins-2009-4-page-309>.

plus and disabled citizens. It provides mandatory insurance funded by payroll tax and supplementary insurance funded by the state and the contribution of subscribers. It is run by the federal government.

- Medicaid: It is an insurance program that covers low-income families and individuals as identified by each state. That is why coverage differs from one state to another<sup>(12)</sup>.

Several segments of the American population remain, however, without coverage because they cannot afford to pay private companies and are at the same time not eligible for the two available national programs because they do not meet the requirements. The national program implemented by former president Barack Obama, known as Obama Care, aimed at solving this problem. However, it is expected to be annulled by current president Donald Trump.

b. Medical treatment:

Medical treatment in the United States is mainly organized in a set of integrated networks. Private companies

---

(12) Ibid.

a. Healthcare coverage:

Health insurance in France goes back to 1930. It started as mandatory insurance for all employees then expanded in 1967 to include all citizens. This shift led to the emergence of several systems<sup>(8)</sup>. The French healthcare system depends for funding on social security and supplementary insurance as well as the direct contributions of individuals and families. The system is run by the Sickness Insurance Fund, which managed to extend its coverage to 100% of the population and 70% of the cost of health services<sup>(9)</sup>. Registration in the French system is done in accordance with each citizen's work and both employer and employee pay the insurance costs. Healthcare services offered by the French system are not totally free of charge as patients pay a percentage known as "ticket modérateur."

b. Medical treatment:

The medical treatment

---

(8) Nasr al-Din Eissawi. "Cost Monitoring in Hospitals: The Case of el-Bir Hospital in Constantine [Arabic]." Université des Frères Mentouri Constantine, 2004-2005.

(9) Ibid.

structure in France includes public health institutions that are categorized under the Public Treatment Service, which in addition to treatment and prevention is engaged in other activities such as education and medical research. There are also for-profit and non-profit private healthcare institutions.<sup>(10)</sup>

The treatment system includes medical centers that were previously called "local hospitals." These are facilities that offer basic medical services as well as surgery and child labor. Several of those facilities are affiliated to French universities and include a wide range of specializations and patients can go to them directly or after been referred by a local facility.

### 3. Healthcare system in the United states:

a. Healthcare coverage:

Health insurance in the United States is mainly offered by private companies and is

---

(10) Emeline Laurent. "Organisation du système de santé français." 2013: [https://santepublique.med.univ-tours.fr/wp-content/uploads/2016/07/130308\\_organisation\\_sante\\_EL.pdf](https://santepublique.med.univ-tours.fr/wp-content/uploads/2016/07/130308_organisation_sante_EL.pdf)

of the cost of some services such as dental, ophthalmology, and medication prescribed by NHS doctors.<sup>(6)</sup> In order to avoid waiting lines and to get supplementary services, several employers started resorting to private healthcare companies such as the non-profit BUPA, which was one of the most prominent health insurance companies before the implementation of the state-run NHS.

b. Medical treatment:

The public sector:

The public sector is comprised of hospitals and clinics where both specialists and general practitioners work in addition to nursing, para-medical, and administrative staff. The total number of people who work in health institutions affiliated to the public sector is estimated at more than 1.6 million. The relationship between doctors and the NHS differs based on whether they are specialists or general practitioners.

Around 80% of general practitioners work in NHS af-

---

(6) “Le National Health Service et le système de santé: Origines et fonctionnement du National Health Service.” <http://angleterre.org.uk/civi/sante-health.htm>.

filiated clinics where citizens get healthcare services free of charge provided that they are registered with their respective doctors. With the exception of rural areas, clinics are generally developing into medical centers<sup>(7)</sup>. Specialists, on the other hand, work in hospitals and patients have to be referred to them by a general practitioner.

The private sector:

Doctors in the United Kingdom have the right to open their own private clinics, where they can work outside NHS hours if they are registered in this system in the first place. Patients who go to private clinics pay both doctor fees and medication.

## **2. Healthcare system in France:**

Healthcare system in France is a combination of the Bismarck and Beveridge models, which can also be found in several Latin American countries even though medical treatment systems and funding sources might differ.

---

(7) Ibid.

the National Health Service in 1948.

The 1942 Beveridge Report identified healthcare as one of the main requirements for the establishment of a sustainable social security system (4). The British government stressed in 1944 white paper that citizens need to have equal access to healthcare services, which have to be advanced, comprehensive, and efficient. New Zealand was the first country to authorize the National Health System in 1938. After World War Two, Japan, Chile, and several European countries extended healthcare coverage to include the entire population.

Healthcare systems currently rely, with varying degrees, on one or more of the major models that were developed and upgraded starting the late 19<sup>th</sup> century.

#### **\* Healthcare models:**

Healthcare systems differ according to healthcare models and sources of funding as well as the extent of state involve-

---

(4) Social insurance and allied services. Report by Sir William Beveridge. Londres, HMSO, 1942. In « le rapport de la santé dans le monde 2000.

ment in providing healthcare services. However, healthcare systems are generally evaluated based on their ability to provide health services for all segments of a given society regardless of their economic and social conditions and without risking their impoverishment.

#### **1. Healthcare system in Britain:**

The National Health Service (NHS) was established in 1948 based on the principle that “good healthcare should be available to all.” NHS is run by the state, which owns and manages a large portion of the hospitals operating under this system.(5) The same system is found in countries with British influence such as Australia, New Zealand, and South Africa.

##### **a. Healthcare coverage:**

NHS is funded by public taxes and run by state institutions. Services are free for citizens provided that they are registered in the system. Patients in this system pay a percentage

---

(5) Charles Phelps. Les fondements de l'économie de la santé. Paris: Union Editions, 1995.



of insurance and is basically found in Cuba.

## **Second: Healthcare systems**

---

A healthcare system is comprised of the organizations, resources, and activities that aim at achieving the main health goals based on a set of basic principles such as equal access to services, fair distribution of resources, and integration between sectors.<sup>(2)</sup> Sickness insurance and medical treatment are the main pillars of this system.

### **\* The development of healthcare systems:**

In the late 19<sup>th</sup> century and following the changes that accompanied the Industrial Revolution, injury at the workplace led to rising cases of death and disability. Added to that was the damage incurred by epidemics and various contagious diseases. Such casualties had a negative impact on the production process, which drove employers to provide workers with healthcare services.

---

(2) Decree No. 1.11.83 of 2 July 2011 implementing law No. 34.09 on the health system and treatment.

Workers' health became a political issue in several European countries at the same time. In Germany, Bismarck took several measures to win workers to his side and strip socialist movements of their leverage. To do so, he placed health insurance funds under state control, hence depriving unions of one of their major sources of funding<sup>(3)</sup>. In 1883, he issued a law that obliged employers to provide healthcare for their low-income workers, then it extended to more segments. This was the first type of social security to be imposed by the state. The popularity of this law led to issuing several ones in Belgium in 1894, Norway in 1909, and the United Kingdom in 1911. Following the Russian Revolution in 1917, the state issued a decree that provides all citizens with free healthcare. This became the first central healthcare system to be managed by the state and it lasted for almost 80 years. During World War Two, the Emergency Hospital Service was established in the United Kingdom to treat injured soldiers and paved the way for the establishment of

---

(3) A.J.P. Taylor. Bismarck: The Man and the Statesman. London: Penguin, 1995: 204.

- Non-profit insurance systems such as social security

- For-profit insurance systems such as private insurance companies

Insurance can be voluntary or mandatory upon, for example, taking a job in a particular company. It is also possible to combine voluntary and mandatory insurance as part of supplementary insurance.

### **\* Funding models for healthcare services:**

There are four main funding models in healthcare services:

1. Voluntary sickness insurance:

Citizens can choose to be part of a social security fund or get insurance at a private company. This model can be found in most Third World countries as well as in a number of developed countries such as Switzerland and the United States.

2. Mandatory sickness insurance:

Citizens are obliged to join the social security fund and instalments are paid by the employer or the employee and at times each pays a percentage.

This model is found in a large number of Western countries such as Germany, Austria, and the Netherlands and some developing countries such as Morocco.

3. Full insurance:

This is a type of mandatory insurance in which instalments are paid by members of the social security fund and others affiliated funds, mainly employees at the public and private sectors and independent workers. What distinguishes this type of insurance from mandatory sickness insurance is the fact that it gives all citizens the right to benefit from healthcare services whether they subscribe or not, which means it also covers the unemployed, senior, and low-income citizens. This insurance is found in European countries such as Sweden and Norway and Arab countries such as Algeria.

4. Insurance as part of national healthcare service:

This type differs from full insurance in that the state is the only source of funding and is the healthcare provider. All citizens benefit from this kind

system. Funding in this case does not only mean the accumulation of resources, but also providing the population with fair access to healthcare services without going through financial trouble.

**\*Healthcare services funding sources:**

Sources of funding for healthcare services differ from one system to another for in some systems funding might come from one source while in others it can come from multiple sources. Healthcare sources of funding can be divided into three main sections: public, private, and external. Healthcare systems can also be funded through insurance.

**1. Public healthcare funding:**

The state takes part in funding healthcare services in all health systems, but this contribution differs from one system to another.

**2. Private healthcare funding:**

There are two main types of private healthcare funding:

- Funding by private or public corporations through the establishment of healthcare centers for the purpose of making healthcare services more accessible and to control funds that were previously managed by other entities such as insurance companies

- Funding through payments made by citizens in return for healthcare services they receive. Such payments come from the citizens' own money and is quite hard to calculate accurately especially in developing countries.

**3. External funding sources:**

Developing countries face a lot of obstacles in funding their healthcare services, which drives them to resort to other countries to fund their healthcare programs whether through donations or loans. Several bilateral agencies help those countries to develop their funding strategies in order to achieve full coverage.

**4. Insurance:**

This funding source is found in most healthcare systems and is divided into two types:

## **Introduction**

---

The World Health Organization (WHO) defines health as “a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity”<sup>(1)</sup>. Health is one of human beings’ basic rights as stated in a number of universal charters. The constitution of the WHO, for example, states that the “enjoyment of the highest attainable standard of health is one of the fundamental rights of every human being without distinction of race, religion, political belief, economic or social condition.” The same applies to Article 25 of the Universal Charter of Human Rights and Article 12 of the International Covenant on Economic Social and Cultural Rights. These charters also include additional health guarantees for minorities and marginalized communities. However, the fact that rights pertaining to health are stressed in such charters does not correspond to

---

(1) Constitution of WHO: principles: <http://www.who.int/about/mission/en/>

their actual implementation on the ground. In fact, there is a discrepancy between different countries across the world regarding healthcare policies and funds allocated to the health sector. In 2005, WHO member states pledged to develop their healthcare funding policies to achieve full coverage.

This paper focuses on three main points: first, healthcare funding policies; second, healthcare models from different countries to shed light on successful experiences; and third, the ways through which successful models can be used as a guide towards designing better health policies for guaranteeing the achievement of the right to health for all as stated in international charters.

### **First: Healthcare-funding policies**

---

Funding health services is directly related to healthcare policies implemented in a given country and it is through these policies that the funds allocated to the health sector are distributed.

According to WHO, funding is the main guarantee for the establishment of a welfare



«Alternative Economy Series»



# Healthcare funding policies and alternatives

Rajaa Kassab

## **About the Writer:**

Moroccan Parliamentarian and a civil society actor, Leftist and syndicalistic, Phd in Biomedical science, parliamentarian Counselor for the Labor Democratic Confederal (the second most important syndicate in Morocco) since October2015.

This publication is an outcome of a seminar, non-periodical and sponsored by the Rosa Luxemburg Stiftung with funds of the Federal Ministry for Economic Cooperation and Development of the Federal Republic of Germany". The content of this publication is the sole responsibility of the author and does not necessarily reflect a position of AFA or RLS.

Publishers:

*Arab Forum for Alternatives and  
Rosa Luxemburg Foundation*

**ROSA  
LUXEMBURG  
STIFTUNG**  
مكتب شمال إفريقيا  
North Africa Office



Arab Forum For Alternatives  
منتدى البدائل العربي

**Main Researcher of the project:**

*Mohamed El Agati*

**Translation:**

*Sonia Farid*

**Project Coordinator:**

*Shimaa ElSharkawy*

To follow the papers of this series and other materials  
on Social justice, you can subscribe to the website:  
«Social Justice Portal»  
[www.socialjusticeportal.org](http://www.socialjusticeportal.org)

Registration No.: 23044/ 2017 | ISBN: 978 - 977 - 6507 - 32 - 6

## Publishing & Distribution



© دار بدائل للطبع والنشر والتوزيع  
١١٨ شارع محيي الدين أبو العز، المهندسين، الجيزة، مصر

موبايل: ٠١١٢٩٥٥٥٥٨٣ (+٢)

E-mail: [info@darbadael.com](mailto:info@darbadael.com)

[www.darbadael.com](http://www.darbadael.com)

Facebook: \dar.badael

**Healthcare funding policies  
and alternatives**



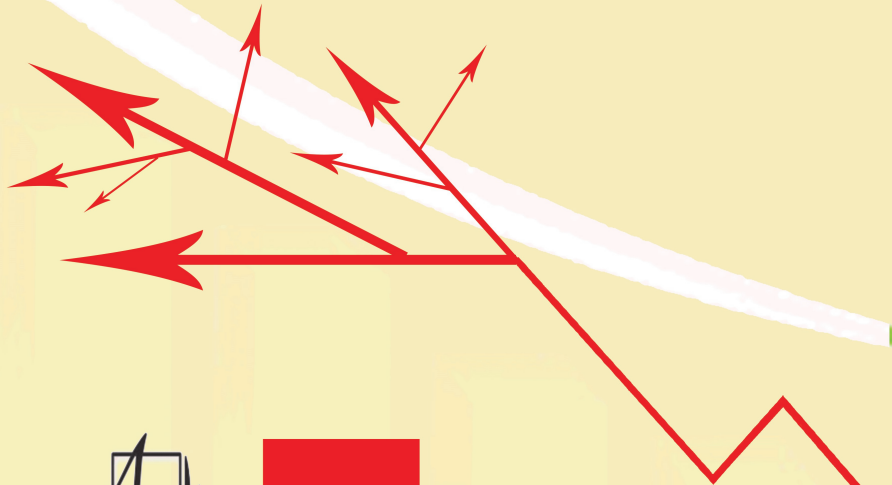
**Rajaa Kassab**



— Alternative Economy Series —

# *Healthcare funding policies and alternatives*

*Rajaa Kassab*



**ROSA  
LUXEMBURG  
STIFTUNG**

مكتب شمال إفريقيا  
North Africa Office