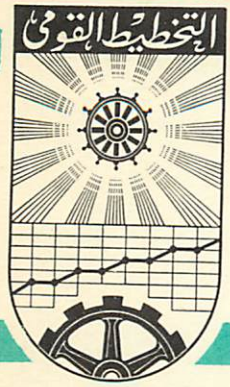
الجمهورية العربية المتحدة



معهد التخطيط القومى

مذكرة رقم ٣٩٥

تنظيم الرعاية الصحية فى الدول المختلفة

الجزء الثانى

دكتور ابراهيم الشربينى

١٢ مارس سنة ١٩٦٤

القاهرة
٣ شارع محمد مظهر - بالزمالك

نظم الرعاية الصحية
في الدول المختلفة

مقدمة تاريخية :

لقد بدأ الطب بسيطا ، ثم تطور مع تطور الانسان ورقيه ، فلم يكن المرض مشكلة فى حياة الانسان الاول لأن حياته البدائية المنطلقة كانت توفر له الكثير من المناعة الطبيعية ، وحتى بعد أن تطورت حياة الانسان بعد ذلك الى المجتمع القبلى ومارس الزراعة فى حدود هذا المجتمع ، فان حياته ظلت بسيطة ، بعيدة عن التعقيد ، ولم يكن المرض مشكلة له أو لعائلته لأن الرعاية الطبية كانت تتوفر له عن طريق رجال الدين والحكماء كما كان يحدث أيام الفراعنة ، وفى القرون الاولى من ظهور المسيحيه والاسلام ، وكان أهل المريض وأصدقائه يسهرون على راحته أثناء مرضه ، ومازالت هذه الظاهرة باقيه الى الآن فى مجتمعنا ، بل ان انقطاعه عن العمل لم يكن يقلق باله ، اذا كان العمل فى ذلك الوقت بسيطا ويمكن أن يقوم به غيره

ظهور الصناعة :

ثم بدأت الصناعة فى الظهور وأخذت تنافس الزراعة ، وجذبت الصناعة اليها الكثيرين من الفلاحين الذين نزحوا سعيا وراء الكسب فى هذا المجتمع الجديد ، وقد نشأ عن ذلك المجتمع الصناعى الذى يتكون من مجموعات متباينه تجمعت فى المصانع وحولها وعاشت فى بيئة لم تكن لائقة صحيا لهم ، لا فى عملهم بالمصانع ولا فى معيشتهم فى بيوت حولها ، وكان جشع أصحاب رؤوس الاموال نتيجة لتنافسهم وسعيهم وراء الربح بأية صورة حتى ولو كان ذلك على حساب صحة العمال وحياتهم ، وقد أعمى بريق المال أصحاب الاعمال عن أن يهتموا بصحة العمال أو أن يوفروا لهم الحد الأدنى من ظروف المعيشة اللائقه — مما أدى انتشار الأمراض وارتفاع نسبة الوفيات بينهم ، ولقد دعى سوء هذا الحال أن طالب العمال بحقوقهم فى الرعاية الصحية داخل المصانع وخارجها ، كما طالبوا بالمساكن اللائقة لهم ، وقد ساندهم فى ذلك ظهور قادة مصلحون ، طالبوا أصحاب رؤوس الاموال بتأمين حياة العمال ومستقبل عائلاتهم ، وكان بعض من هؤلاء القادة من رجال الدين ، كما كان لابد للحكومات أمام ضغط العمال من أن تتدخل بين أصحاب العمل والعمال ، ونتج عن هذا الصراع أن تحققت للعمال تدريجيا بعض المكاسب لتوفير الرعاية الصحية لهم ولعائلاتهم ، والضمانات الاجتماعية ضد اصابات العمل والعجز والشيخوخة والوفاة .

تقدم العلوم :

وكما كانت الصناعة حافزا على تطور المجتمع الانسانى وكسب بعض الضمانات والتشريعات الاجتماعية ، فان الصناعة أيضا كانت دافعا على تقدم العلوم الطبية فقد تقدمت علوم تحسين البيئة الصناعية تقدما ملحوظا

كما طفرت العلوم الطبية طفرات واسعة ، وخصوصا فى منتصف القرن التاسع عشر عندما تطور علم الميكروبات وبدأ العلماء فى البحث عن أسباب الأمراض ، وطرق علاجها ، وكان التقدم فى هذا المجال سريعا فى هذا الوقت .

ثم أخذت الصناعة تتطور ، وتطورت معها صناعة الطب ، فكانت كلما ظهرت صناعة جديدة ظهر معها فرع جديد من التخصصات الطبية ، كطب البحار ، وطب الطيران وغيرها .

كما كانت الحروب سببا فى مزيد من تطور الطب وخصوصا بالنسبة لطب الحروب وطب الاشعاعات ، وطب الفضاء وغيرها ، ومعروف أن البنسلين وغيره من مضادات الحيوية قد اكتشفت خلال الحرب العالمية الثانية ، ولكن هذا التقدم فى الصناعة وفى علوم الطب لا يمكن أن يعتبر بأى حال من الاحوال فائدة تذكر بجانب ماتسببه الحروب من دمار شامل أينما حلت وخصوصا بعد اكتشاف القنبلة الذرية والهيدروجينية ووسائل الدمار الشامل .

وعقب انتهاء الحرب العالمية الثانية قامت ثورات اجتماعية فى كثير من الدول ، تطالب بمزيد من الحقوق الاجتماعية وتوفير الرعاية الصحية للشعوب ، وقد أدى هذا الى مزيد من التطور فى العلوم الطبية فى شتى المجالات ، كجراحات القلب والمخ ، وتعويض الاعضاء ومحاولة اكتشاف أسباب السرطان وغيره من الأمراض الفتاكة .

ولقد اهتمت المنظمات الدولية أيضا بتوفير الرعاية الصحية للشعوب ، ففى عام ١٩٢٧ أوصى مؤتمر منظمة العمل الدولية بأن التأمين ضد المرض يساعد على نشر القواعد الصحية بين العمال ، ولابد أن يشمل ذلك على الوقاية من الأمراض وتوفير الرعاية الطبية للمرضى من العمال ، وهذا يساعد على رفع المستوى الصحى للشعوب ، وقد اتخذت توصيات مماثلة فى المنظمة الصحية لعصبة الأمم ، والمنظمة الصحية العمالية لهيئة الأمم المتحدة .

وفى عام ١٩٤٨ تضمن دستور الأمم المتحدة ضمن لحقوق الانسان " أن لكل فرد الحق فى أن تهيأ له الحياة السعيدة له ولعائلته ، وأن توفر لهم الرعاية الصحية " ، كما ورد فى دستور الهيئة الصحية العالمية — التابعة للأمم المتحدة — فى تعريف الصحة " بأنها حالة سلامة الجسم والعقل والصفاء الاجتماعى وليست فقط الخلو من المرض أو العاهة . "

الرعاية الصحية :

وتشمل فى تعريفها الكامل الخدمات الوقائية والعلاجية والضمان الاجتماعى .

ولقد بدأ الطب أولا كطب وقائى ، اذ كان يعتقد قديما أن الأمراض ترد من الهواء ومن الأرواح الخبيثة ، ولكن عندما اكتشفت مسببات الأمراض ، اكتشفت أيضا الأدوية ، وبهذا ظهر الطب العلاجى . ولكنه مع تطور العلوم الطبية أصبح الطب العلاجى والوقائى متقاربان نظرا لأنهما فى الحقيقة يكملان بعضهما ، وأخذ الطبيب العلاجى يقوم ببعض الخدمات الوقائية للمحافظة على صحة المرضى والمخالطين لهم فنجد طبيب الأطفال مثلا يقوم بتحصينهم ضد الجدرى والدفتريا ، كما يقوم بفحصهم دوريا فى غير حالات المرض لاكتشاف أى بوادر للمرض لعلاجها قبل أن تستفحل ، وهذه كلها أعمال وقائية ، ويمكن اجمال القول هنا ، بأن الطب العلاجى يهتم فقط بحالة الفرد المرضية ، بينما الطب الوقائى يهتم بعلاج مشاكل المجتمع الصحية محاولا منع حدوث الأمراض أو التقليل من انتشارها . وهكذا نرى أن كلا من الطب الوقائى والطب العلاجى متمما للآخر ، وكلاهما لازما لرفاهية المجتمع وسلامته .

ويشمل الطب الوقائى على : مكافحة الأمراض المعدية - صحة البيئة - مراقبة الأغذية - صحة المصانع - توفير المياه النقية - التخلص من الفضلات - مكافحة الحشرات - تنقية الهواء من الدخان والأتربة المشعة .

أما الطب العلاجى فيشمل : العلاج فى مراحله المختلفة ، من العيادات الخارجية الى المستشفيات العامة ، ثم المستشفيات العامة ، ثم المستشفيات التخصصية - الرعاية بالمنازل - دور النقاهة التأهيل المهنى - عيادات الأطباء .

وأما الطب الاجتماعى : فيختص بعلاج المشاكل الاجتماعية لعلاقتها الوثيقة بأسباب الأمراض وتطورها وتأثيرها على سرعة الشفاء .

النظم المختلفة للرعاية الصحية :

لا شك أن توفير الرعاية الصحية لأفراد الشعب حق أساسى فى كل دولة متحضرة ، ولكن مدى توفير هذه الرعاية الصحية يختلف من دولة الى أخرى متأثرا بعوامل اقتصادية واجتماعية وسياسية ، والا وفق أن تناقش هنا توفير الخدمات الوقائية منفصلا عن الخدمات العلاجية .

الخدمات الوقائية :

انها تعتبر مسئولة من الحكومات فى جميع دول العالم ، كل فى حدود دولتها ، ولكن هذا أيضا يتأثر بأمكانيات كل منها ومدى تقدم العلوم الطبية فيها .

أما الخدمات العلاجية فانها تختلف اختلافا كبيرا فى دولة عن أخرى وهى فى الواقع ماينصب عليه حديثنا هنا عن الرعاية الصحية . واختلاف مستوى هذه الخدمات العلاجية لايكون موجودا بين دولة وأخرى فقط ، بل ان هذا قد يكون موجودا فى حدود الدولة الواحدة ، والواقع أنه يصعب علينا أن نلم بجميع تفاصيل النظم الصحية العلاجية فى الدول المختلفة اذ أن ذلك يتطلب منا فى الوقت نفسه دراسة النظم الاقتصادية فى هذه الدول وفلسفتها الاجتماعية وعادات أهلها ، ونظمها السياسية ، وأننا لنرى فى الواقع أن التطبيق العملى قد أدى الى أن أصبح لكل دولة نظام خاص للخدمات العلاجية وان بدى من الظاهر متشابها مع غيره .

ولهذا فاننا سنتناول هنا النظم الرئيسية فقط للخدمات العلاجية ، واضعين نصب أعيننا أن هذه النظم انما هى وليدة لتجارب وخبرات مرت بها الأمم وامتدت جذورها الى الاحداث السياسية والاقتصادية التى تعاقبت على الدول المختلفة ، وتركت آثارها ، مما أدى الى وجود هذه النظم على صورها الحالية .

واننا لنهدف من دراستنا لهذه النظم أن نتعرف على مميزات كل منها أو نواحى النقص فيها ، ومدى صلاحيتها للارتفاع بالمستوى الصحى للدول التى تطبق فيها ، ولكنه لايخفى علينا جميعا أن نجاح أى نظام منها فى دولة من الدول ليس معناه أنه لابد من نجاح تطبيقه فى دولة أخرى ، كما أنه لابد لنا أن نثق بأن هذه النظم الصحية الحالية لابد وأن تتطور حتما مع استمرار التطور الاقتصادى والاجتماعى والعلمى للدول المختلفة .

وتنقسم النظم الرئيسية للرعاية الصحية الى أربع أنواع ، وكل نظام منها انما يشمل دولة أو مجموعة من تتشابه فى الخطوط العريضة لنظام الرعاية الصحية بها ، ولكنها قد تختلف فى وسائل التطبيق والتنفيذ فيها .

وهذه النظم الرئيسية للرعاية الصحية فى أبسط صورها هى :

أولا : العلاج الحر — وهو السائد فى الولايات المتحدة

ثانيا: التأمين الصحى (الاجتماعى) — ويوجد فى دول وسط وغرب أوربا ماعدى انجلترا ، كما يوجد فى اليابان وشيلى واسرائيل .

ثالثا: تأمين العلاج (الطب) — ويوجد فى الدول الشيوعية مثل روسيا ، كما يوجد فى انجلترا وكندا .

رابعا : الطب الشعبى — ويوجد فى الدول النامية فى أسيا وأفريقيا وأمريكا الجنوبية .

أولا : العلاج الحـــر

ويطبق فى الولايات المتحدة ٠

ويهدف هذا النظام الى أن يكون كل فرد حر فى اختيار الطبيب الذى يعالجه والمستشفى التى يرغب العلاج فيها ، وذلك حسب القدرة المالية لكل فرد ، ويكون الاتفاق هنا بين المريض والطبيب فقط دون أن يكون هناك طرف ثالث بينهما ٠

أما مسئولية الحكومة فى هذا النظام فمحدودة ، اذ ترتبط فقط بتوفير العلاج للمرضى الفقراء بعيادات ومستشفيات مجانية ، ومعظم هؤلاء المرضى من الزنوج والهنود الحمر ، كما توفر العلاج لقوات الجيش ولبحارة السفن التجارية ٠ وتشرف الحكومة أيضا على علاج الأمراض التى تصيب فئات كبيرة من الجمهور كأمراض الطفولة ، وكذلك الأمراض المستعصية التى تكلف مصاريف باهظة فى العلاج كالسرطان والدرن والأمراض المزمنه ، والتناسلية والعقلية ٠ وهذا النظام من العلاج الحر مقبول لدى بعض فئات الشعب الأمريكى لأنه يتمشى مع فلسفته الاجتماعية والاقتصادية وكذلك لارتفاع متوسط دخل الفرد مما يساعده على تحمل تكاليف علاج المرض ٠

ولكنه بالرغم من هذا فأن هناك فآت اخرى من الشعب ليست راضية كل الرضاء عن هذا النظام نظرا لما تتكبده هذه الفآت من نفقات ، كما أنه مرت على أمريكا فى النصف المنصرم من القرن الحالى ظروف اقتصادية أثرت على النظام الحر للرعاية الصحية ٠

ففي أوائل القرن العشرين طالب العمال فى امريكا بتوفير الضمان الاجتماعى والتأمين الصحى لهم ، وذلك أثر مطالبة العمال فى انجلترا بهذه الحقوق ، وكان نتيجة لذلك أن توفر للعمال الضمان الاجتماعى والتأمين ضد اصابات العمل ثم التأمين الصحى ٠

وفي عام ١٩٢٩ مرت بالعالم أزمة مالية وقاسى الشعب فى امريكا من هذه الأزمة ، فعم الكساد وزادت البطالة ، وعجز المرضى عن تحمل نفقات العلاج بعيادات الاطباء وفى المستشفيات ، ولهذا فقد اتفقت مجموعه من المدرسين — يقدر عددهم بحوالى ١٥٠٠ مدرس — مع احدى المستشفيات لتقدم لهم الخدمات العلاجية مقابل اشتراك سنوى للعضو يقدر بمبلغ ٦ دولارات ، وكان هذا نواه لوجود نظام للتأمين الصحى فى امريكا بجانب العلاج الحر والذى بدأته جمعيات الصليب الأزرق للتأمين والعلاج بالمستشفيات ، ولكن التأمين الصحى فى أمريكا تأمين أهلى وليس للحكومة أى دخل فيه :

أنواع المستشفيات فى امريكا :

١- المستشفيات الشعبية (للصدقة) وتعتبر أكبر أنواع المستشفيات فى امريكا ، واغلبها تلحق بكليات الطب وتقدم خدماتها مجانا ، ومعظم مرضاها من الزنوج وبعضهم من البيض الفقراء .

٢- المستشفيات الحكومية: وهى تتبع الحكومات المحلية أو الحكومة المركزية وتقدم خاماتها لعلاج أمراض خاصة كالأمراض المزمنه والعقلية والتناسلية ، والدرن والسرطان وأمراض الطفوله ، وتقوم الحكومة بالاشراف على هذه المستشفيات ومساعدتها .

٣- المستشفيات الدينيه وهى الملحقة بالكنائس : وعددها ليس بالقليل ، كما أنها تتبع هيئات دينية متعدده ، فمنها مستشفيات بروتستانتيه ، وأخرى كاثوليكيه أو يهوديه . وتقدم خاماتها بالأجر ، كما تشمل على بعض الأسر المجانية .

٤- المستشفيات الأهلية : وهذه تمثل الغالبية الكبرى من المستشفيات وتقدم خدماتها بالأجر وبعضها يملكها اطباء والبعض الآخر يمتلكها أفراد على هيئة شركات مساهمة .

والعجيب أنه توجد فى امريكا مستشفيات خاصة بالبيض وأخرى خاصة بالزنوج ، ولا يسمح بأختلاط الفئتين الا فى المستشفيات الشعبية والمستشفيات الحكومية التى تتبع الحكومة المركزية .

وبنظرة الى أنواع المستشفيات فى أمريكا نجد أن المستشفيات الشعبية والمستشفيات الحكومية تتمشى مع نظام المستشفيات فى أوروبا ، وقد نقله المهاجرون الأوربيين معهم الى أمريكا ، أما المستشفيات الدينية والمستشفيات الأهلية فهى تتمشى مع فلسفة المجتمع الأمريكى من حيث تطبيق حرية المنافسة فى العمل

الأنواع المختلفة للتأمين الصحى فى امريكا :

وهو اما يشمل التأمين ضد اجور الأطباء ، أو التأمين ضد نفقات العلاج بالمستشفيات أو التأمين الكامل ضد تكاليف العلاج عند الاطباء وفى المستشفيات .

وتختلف المزايا التى تقدم فى أنواع التأمين الصحى المختلفة فى أمريكا بالصورة الآتية :

١- تقديم الخدمات : وهنا يضمن نظام التأمين الصحى تقديم الخدمات الصحية للاعضاء عند مرضهم وتقدم هذه الخدمات للمنتفعين اما فى مستشفيات خاصة تتبع المشروع أو فى مستشفيات محلية وعند أطباء يتعاقد معهم المشروع لتقديم هذه الخدمات .

٢- دفع تعويضات : وهنا يقوم المشروع بدفع مبلغ معين للمريض عن كل زيارة يقوم بها للطبيب ، أو عن كل اسبوع يقضيه فى المستشفى ، ولكل عضو هنا أن يختار الطبيب الذى يريده والمستشفى التى يريد

العلاج بها دون أن يكون للمشروع أى تدخل فى ذلك بخلاف دفع التعويضات المتفق عليها حسب ما يقدمه العضو من مستندات .

٣- تقديم الخدمات ودفع التعويضات : وهذا يجمع بين مزايا النوعين المذكورين ولا شك أن أفضل هذه المزايا التأمينيه هو مايجمع بين تغطية تكاليف العلاج ودفع التعويضات فى الحالات المرضية التى تعجز امكانيات المشروع من أن تغطيها ، مثل الحالات التى تحتاج الى التخصص الدقيق .

أما المفاضلة بين التأمين الذى يقوم بالخدمات ، والآخر الذى يقوم بالتعويضات فأن هذا يتوقف على ظروف كل فرد من حيث متوسط دخله ، وتوفر الاطباء والمستشفيات بالمنطقة التى يعيش فيها ، ومستوى وعيه الصحى .

تطور خدمات التأمين الصحى فى أمريكا :

ومما لا شك فيه أن تطور خدمات التأمين فى امريكا سيعطينا فكرة عن مدى ماتوفره من رعاية صحية للشعب الأمريكى بجانب العلاج الحر ، وتشرف على خدمات التأمين الصحى هذه شركات عامة للتأمين أو بعض الجمعيات .

١- جمعيات الصليب الأزرق : وقد بدأت الفكره كما ذكرنا فى عام ١٩٢٩ خلال الأزمة المالية العالمية ، عندما اتفق بعض المدرسين فى امريكا مع احدى المستشفيات على تغطية نفقات علاجهم بها نظير اشتراك سنوى قدره ٦ دولات لكل منهم ثم انتشرت هذه الفكره بعد ذلك حتى بلغ عددها ٨٧ جمعية فى عام ١٩٥٩ وبلغ عدد الأعضاء المنضمين اليها ٥٥ مليون عضو .

وتوجد جمعية أو أكثر فى كل ولاية من الولايات الأمريكية ، ويديرها مجلس ادارة من مندوبين عن الأعضاء ، وعن المستشفيات المرتبطه بالجمعية ، وغالبية اعضاء مجلس الادارة من غير الأطباء . ويشترط أن تكون المستشفيات المرتبطة بالجمعية عضوا فى الاتحاد الأمريكى للمستشفيات ، وهذا يعنى أنها على مستوى عال من الكفاية الفنية والاستعداد . ويقال عن هذه الجمعيات أنها غير استغلالية فى حين أن بعض هذه الجمعيات قد جمعت مبالغ ضخمه رصدت كأحتياطى لها ، وكل مايمكن أن يقال هنا أن أعضاء مجلس الادارة لايتقاضون مرتبات نظير خدماتهم .

وكل جمعية من جمعيات الصليب الأزرق تعتبر شبه مستقله ، فلها مجلس ادارة خاص ، كما أن لكل منها شروط خاصة فى التعاقد بينها وبين الأعضاء . ولكنه يوجد مجلس أعلى يضم أعضاء منتخبين اقليميا عن كل من هذه الجمعيات ، ويقوم هذا المجلس الأعلى بتنسيق التعاون بين الجمعيات عن طريق اشتراك سنوى تدفعه كل جمعية الى بنك مشترك لها ، كما تربط الجمعيات بشبكه تليفونية

مباشره . ومن مظاهر التنسيق بين الجمعيات أن كل عضو فى جمعية يمكنه أن يتمتع بمزايا التأمين فى جمعيه أخرى ولو كانت فى ولاية مختلفة ، على أن تقوم الجمعية الأخرى بتغطية تكاليف العلاج ثم تحصلها من البنك المشترك الذى يقوم بتحصيله من الجمعية الأصلية .

ولكل عضو مشترك فى الجمعية بطاقة عضوية يقيد فيها اسمه ونوع الأرتباط بينه وبين الجمعية وتقوم الجمعية بدفع تكاليف العلاج للمستشفى مباشرة فى حدود هذا الأرتباط ، ولكن العضو مطالب بدفع الزيادة التى قد تطرأ فى تكاليف العلاج عن ماجاء فى الأرتباط .

ويمكن لأى فرد مهما كانت حالته المالية أن يشترك فى هذه الجمعيات ، كما يمكن للعضو أن يسترد تكاليف العلاج من الجمعية بعد تقديم المستندات اذا اصابه المرض وعولج فى بلد أجنبى .

وتغطى الجمعية فى العادة ٨٠٪ من تكاليف العلاج والتأمين هنا يعتبر نوعا من التأمين الخاص بتقديم الخدمات . ويتفقد الأطباء فى امريكا نظام التأمين الصحى فى هذه الجمعيات والشركات عموما لأن هذا النظام يجعل من الجمعية أو الشركة طرفا ثالثا بين الطبيب والمريض وفى ذلك افشاء لسر المهنه .

٢— جمعيات الدرع الأزرق : وقد تكونت أول جمعية منها عام ١٩٣٧ وتتكون هذه الجمعيات من أعضاء المهن الطبية ، ولهذا فمجالس ادارتها من الأطباء فقط ، وقد يكون الدافع الحقيقى لتكوين هذه الجمعيات أن الأطباء شعروا بعد تكوين جمعيات الصليب الأزرق أنه لابد لهم من أن ينزلوا الى ميدان توفير الخدمة الطبية للشعب حتى لايتهمهم الشعب بالتخلف . ولكن تكوين هذه الجمعيات من الأطباء فقط ولتغطية أجورهم ، يجعلها ترسم سياستها لصالح الأطباء أولا ، كما انها قد جعلت الأطباء ينزلون الى ميدان المنافسه الحره فى عمل يعتبر تجاريا مع فئات أخرى من غير الأطباء ، وهذا ماينتقدهم فيه البعض لأنه يتعارض مع آداب المهنه .

وهذه الجمعيات معظمها تغطى تكاليف أجور الأطباء فقط ، ولكن هناك عدد غير قليل منها يقوم أيضا بتغطية تكاليف الاقامه فى المستشفيات ، ومن هذا يتضح أن نظام التأمين هنا يقوم بدفع تعويض حسب الكشوف التى تصدرها الجمعية لكل حالة مرضية ، ولكن الأطباء فى نفس الوقت غير ملزمين بأن يكتفوا بالأجر الذى حددته الجمعيه ليدفع للمريض كتعويض فى حالته المرضية بل أن للطبيب الحق فى أن يطالب بأجور اضافية ، وفى هذه الحالة يجب على العضو أن يقوم بدفع فرق التكاليف ، وهذا يبين مدى العبء الزائد الذى يتحمله العضو لصالح الأطباء .

ولا يسمح للأفراد الذين يقل أو يزيد دخلهم عن ٣٠٠٠ أو ٤٠٠٠ دولار سنويا من أن يشتركوا فى هذه الجمعيات ، ومعنى هذا أن خدمات الجمعية محدودة لصالح طبقة معينة من الشعب مما قد يعتبر فى أمريكا طبقة متوسطة ، والأرجح أن الفلسفة من وراء ذلك هو أن الأطباء يجدون أن الطبقة التى يزيد دخلها عن هذا القدر تكون قادرة على زيادة الدفع عندما توفر لها بعض ظروف الرفاهية فى الرعاية الصحية ، ولهذا فانه اكسب ربحا للأطباء أن يحولوا بين الطبقة الموسرة وبين الأرتباط بهذه الجمعيات ، وأما الطبقات الفقيرة فانها قد تكون فى نظر هؤلاء الأطباء غير قادرة على تحمل أعباء الاشتراكات أو تحمل ما يطلبه الأطباء من زيادات ، ولهذا فلا فائدة من الطبقة الفقيرة لهم فى هذه الجمعيات وغالبا ما يتأتى لهم منها المشاكل اكثر من المنفعة . ولا شك أن هذا كله انما يحدث نتيجة لأن العملية ينبت على أساس اقتصادى يوفر دخلا معينا للأطباء ولم تبنى على أسس انسانية . وتغطى الجمعية عادة ٦٠٪ من تكاليف أجور الأطباء ، ومن هذا يتضح أن الزيادات التى يطالب بها الأطباء تبلغ حوالى $\frac{2}{5}$ تكاليف العلاج .

شركات التأمين التجارى :

وهذه الشركات بجانب ما تقوم به من تأمينات مختلفة ، فانها تقوم أيضا بالتأمين ضد المرض ، وهى تقوم هنا بدفع تعويضات لتغطية أجور الأطباء ، أو نفقات المستشفيات أو الأثنين معا .

وتعتبر جمعيات الصليب الأزرق أكثر هذه الهيئات الثلاثة انتشارا . كما أن شركات التأمين التجارى تقوم باقل نصيب فى مجال التأمين الصحى فى أمريكا . ومن أسباب زيادة انتشار جمعيات الصليب الأزرق عن جمعيات الدرع الأزرق أن الأولى تقوم بتغطية نفقات العلاج بالمستشفيات وهذه تشكل العبء الأكبر من نفقات العلاج للأعضاء ، بينما جمعيات الدرع الأزرق لا تغطى الا نفقات أجور الأطباء ، وحتى فى هذا المجال فانها لا تغطى النفقات كلها ، كما أن جمعية الصليب الأزرق بحكم وجود ممثلين للمستشفيات المنضمة لها فى مجالس ادارة الجمعيات فاننا نرى أن هذه الجمعيات تعمل دائما على رفع ايرادات المستشفيات مما يساعدها بجانب أرباحها أن ترفع مستوى الخدمة فيها ، مما يزيد من اقبال افراد الشعب على الأنضمام للجمعيات .

ويرى الأطباء فى أمريكا بصورة عامة أن التأمين الصحى مبدأ اشتراكى ، ولهذا فانهم لا يتحمسون كثيرا لتشجيع جمعيات التأمين الصحى ، وهذا يتضح بالنسبة لجمعيات الدرع الأزرق ، ويرى هؤلاء الأطباء أن التوسع فى نظام التأمين الصحى ولو بدأ بصورة اختيارية فمعناه فى النهاية تأميم الطب ، وهذا فى نظرهم يفقدهم حرية العمل ويجعلهم مجرد موظفين حكوميين ، وهم فى ذلك يرجعون بأفكارهم الى ما مر بغيرهم فى

الدول الغربية من تجارب ، مثل ماحدث فى المانيا عندما طبق نظام التأمين الأختيارى عام ١٨٨٣ ، وفى انجلترا عام ١٩٤٨ ، وفى كندا عام ١٩٦٠ .

ويبلغ عدد المنتفعين بنظام التأمين الصحى فى صوره المختلفة فى أمريكا بحوالى ١٠٥ مليون فرد أى حوالى ٦٠٪ من عدد السكان .

ولكنه بالرغم من مستوى المعيشة فى أمريكا ، وبالرغم من وجود شركات للتأمين الصحى ، الا أن غالبية الشعب كما قلنا مازالت تئن من أعباء تكاليف العلاج ، اذ أن كل هذه النظم التأمينية فى حقيقة تكوينها انما تهدف الى تحقيق ربح معين بطريقة ما ، وهذا يحدث طبعا على حساب مايدفعه الأعضاء من اشتراكات ، كما أن النظم التأمينية انما تغطى فى الواقع مابين ٦٠ ، ٨٠٪ من التكاليف . وقد دعى هذا الى أن تظهر بين الآونه والأخرى دعوه لتوفير التأمين الصحى للفئات ذات الدخل المحدود ، وكثيرا ما يثار هذا فى مجالات المنافسة السياسية والانتخابية بين الأحزاب الأمريكية ، ولكنه سريعا ما يختفى تحت وطأة معارضة الذين يتوقعون فى نطاق النظام الاقتصادى والاجتماعى فى أمريكا بحجة أن مثل هذه الدعوة لتوفير التأمين الصحى انما تحد معه الحرية المطلقة فى المناقشة فى العمل .

ثانيا : التأمين الصحى (الأجتماعى)

ويطبق هذا النظام الآن فى دول غرب أوروبا - ماعدا انجلترا وفى اليابان واسرائيل وشيلى . وفى هذه الدول تشرف الحكومة على نظام التأمين الصحى .

ولقد بدأ التأمين الاجتماعى أولا فى المانيا فى منتصف القرن التاسع عشر وطبق أولا على العمال بصورة اختيارية ، وكانت تشرف عليه شركات تأمين أهلية ، ولكن هذه الشركات تمكنت فى بضع سنوات من أن تسيطر على نقابات العمال وأصبحت ذات نفوذ سياسى كبير ، مما شكل خطرا على السلطات الحاكمة وقد دعى هذا بسمارك أن يصدر فى عام ١٨٨٣ قانون للتأمين الاجتماعى الاجبارى على العمال تحت اشراف الحكومة وكان هدفه الرئيسى من هذا أن يقلل من نفوذ حزب العمال الاشتراكى ويقوى من نفوذ العائلة المالكة ، وكان هذا أول مشروع للتأمين الاجبارى تشرف عليه حكومة ما ، ومن هذا التاريخ أنتشرت الفكرة بين كثير من دول أوروبا وأمريكا ، حتى أصبح التأمين الاجتماعى الآن اجباريا لجميع السكان تقريبا فى السويد والنرويج ، أما فى فرنسا فهناك تأمين اجبارى للعمال تحت اشراف وزارة العمل وللفلاحين تحت اشراف وزارة الزراعة وللطلبة تحت اشراف وزارة التربية والتعليم ، وأما فى هولندا وبلجيكا فأن التأمين مقصور على الموظفين والعمال .

والتأمين الصحى فى هذه الدول اختيارى ، بينما التأمين الاجتماعى اجبارى للفئات التى يطبق عليها .

وتشرف الحكومة فى هذه الدول على معظم المستشفيات ، سواء كانت مستشفيات حكومية أو أهلية تابعة لأفراد أو لهيئات ، كما أن الأطباء الذين يعملون فى هذه المستشفيات يتقاضون مرتباتهم من اداراتها ، سواء كان هؤلاء الأطباء يعملون بالمستشفيات كل الوقت أو بعضه . وبجانب هذا فهناك بعض من الأطباء يتطوعون للعمل مجانا فى بعض المستشفيات الأهلية ، ومعروف أن جزء كبير من هذه المستشفيات مخصص للعلاج المجانى .

وهناك اتفاق بين شركات التأمين والأطباء الذين يرتبطون بها ، أنه فى حالة خسارة هذه الشركات فأنها تقوم بدفع جزء فقط من أجورهم يبلغ حوالى ٨٠٪ من هذه الأجور على أن يؤجل الباقى الى السنين القادمة التى تحقق فيها هذه الشركات أرباحا معينه .

ويوجد فى هذه الدول طائفة من الأطباء يزاولون عملهم فى عياداتهم الخاصة ، وعلاقاتهم بالمرضى علاقة حرة مباشرة

ويتضح من هذا أن التأمين الصحى فى هذه الدول يهدف الى تغطية تكاليف أجور الأطباء اذ أن تكاليف المستشفيات لا تعتبر مشكلة للمرضى فى هذه الدول .

وهكذا نجد أن نظام التأمين الصحى فى هذه الدول يختلف عنه فى أمريكا ، أن التأمين الصحى فى امريكا يهدف الى تغطية نفقات الاقامة فى المستشفيات لأنها تشكل عبئا كبيرا على المرضى بها نظرا لأن معظم المستشفيات فى امريكا بالأجر ، كما أن أطباء المستشفيات فى أمريكا ليسوا موظفين بها ، وهم يتقاضون أجورهم من المرضى وليس من ادارة المستشفى .

وغالبا توجد فى هذه الدول ادارة للاشراف على كل من التأمين الصحى والاجتماعى ، فتختص ادارة الخدمات الصحيه بالاشراف على الأعمال الصحية والوقائية ، بينما تشرف ادارة أخرى على التأمينات الاجتماعية .

وتتبع الادارتان وزير الصحة فى بعض هذه الدول أما فى البعض الآخر فأن ادارة الخدمات الصحية تتبع وزير الصحة ، وتتبع ادارة التأمينات الاجتماعية وزير العمل .

ثالثا : تأميم العلاج (الطب)

ويطبق هذا النظام فى الدول الشيوعية ، وسنتكلم هنا عن النظام الصحى فى روسيا ، كمثل لما يطبق فى الدول الشيوعية الأخرى . كما يوجد تأميم الطب أيضا فى انجلترا منذ عام ١٩٤٨ ، كما يطبق فى كندا منذ يناير سنة ١٩٦٠

تأميم الطب فى انجلترا :

مقدمه : لقد سبقت انجلترا غيرها من دول أوربا فى توفير الرعاية الصحية للمرضى الفقراء ، فلقد صدر قانون الفقير عام ١٦٠١ فى انجلترا أثناء حكم الملكة اليزابيث ، وبموجبه انشئت مستشفيات تشبه الأديرة لكى يوضع فيها المرضى الفقراء حتى توافيهم المنيه ، وهكذا كانت هذه المستشفيات دورا للهلاك وليست للرحمة ، وقد يكون الدافع اليها فى ذلك الوقت أن الحكام كانوا يخشون من انتقال المرض اليهم من المرضى الفقراء ، ولهذا صدر القانون ليعزلوهم عن غيرهم . ولكن هذه المستشفيات تطورت مع تطور وسائل العلاج وأخذت تدريجيا تطبق النظم العلمية الحديثة فيها .

وفى عام ١٩١١ صدر قانون التأمين الاجتماعى للعمال ، وهذا يهدف الى توفير الرعاية الصحية للعمال دون عائلاتهم ، وينحصر فى تغطية أجور الأطباء فقط وليست نفقات العلاج بالمستشفيات وكان المتبع أن يتفق مجموعة من الأطباء مع بعض الشركات لعلاج عمالهم ، على أن يشرف الطبيب على حوالى ٢٠٠٠ من العمال .

وفى سنة ١٩٢٠ بدأت الحكومة فى الاشراف على بعض المستشفيات نظير اعانات مالية تقدمها لها ، وعندما بدأت الحرب العالمية الثانية سنة ١٩٣٩ ، أنشئت فى انجلترا ادارة الاسعاف الطبى لتوفير الامكانيات اللازمة من أسرة وأدوية وغيرها بالمستشفيات لعلاج جرحى الحرب ، وقد تطلب ذلك أن تشرف هذه الادارة على جميع المستشفيات فى انجلترا ، وأن تقوم بتوسيعها لتكون قادرة على قبول جميع المرضى بصرف النظر عن موطنهم ، وذلك مقابل المساعدات المالية التى تقدمها لها الحكومة ، ثم انتهت الحرب العالمية الثانية ، وقل ضغط العمل على هذه المستشفيات ، وأصبحت لا تستطيع مواجهة نفقاتها ، مما حتم على الحكومة أن تستمر فى تقديم مساعداتها لها وبالتالى استمر اشراف الحكومة عليها

وفى سنة ١٩٤٢ تقدم لورد بيفردج بتقريره عن الضمان الاجتماعى والذى دعى الى التأمين ضد البطالة ، وتوفير الرعاية الصحية الكاملة لجميع أفراد الشعب ، وصرف اعانات للاطفال .

وكانت المستشفيات فى انجلترا الى هذا التاريخ نوعان :

١- مستشفيات خاصة : وهذه كانت تكون الغالبية الكبرى من عدد المستشفيات بانجلترا وتقدم خدماتها للمرضى بالأجر .

٢- مستشفيات حكومية : وبعضها كان يقدم خدماته بالأجر ، والبعض الآخر كان يقدمه مجانا ، وكان العلاج فيها قاصرا على المرضى من أهالى المدينة أو المقاطعة التى تقع فيها المستشفى .

ثم صدر قانون تأميم الطب فى انجلترا سنة ١٩٤٦ ، ولكن لم يبدأ فى تنفيذه الا فى يولية سنة ١٩٤٨ ويطبق هذا النظام اجباريا على جميع البالغين من سكان انجلترا نظير اشتراك معين ، حتى الأجانب منهم فانه يمكنهم الاستفادة من هذا النظام اذا رغبوا فى ذلك . ويعفى الفقراء من أقساط التأمين الصحى بموجب قانون المساعدات الشعبية فيها وينفذ ذلك النظام عن طريق ثلاث ادارات هى : الادارة الصحية المحلية ، والمجالس التنفيذية ، والمجالس الاقليمية .

المجالس الصحية :

وهى مسئولة عن الاشراف على الخدمات الوقائية مثلها كمثل مكاتب الصحة فى غيرها من الدول .

المجالس التنفيذية :

ويشرف كل مجلس منها على قسم من الاقسام التى تشمل انجلترا وعددها ١٦٣ قسما . ويشرف المجلس التنفيذى على أعمال الطبيب الممارس العام (طبيب العائلة) وطبيب الأسنان ، وأماكن بيع النظارات وصرف الأدوية من الصيدليات ، كما يقوم بالتعاقد مع الأطباء الممارسين العاملين على أساس أن يشرف كل منهم على ٤٠٠٠ فرد على الأكثر .

المجالس الاقليمية :

ويختص كل منها بأحد الاقاليم الطبية فى انجلترا وعددها ١٥ اقليما ، ويتوفر لكل اقليم منها استقلاله ، كما يوجد اكتفاء ذاتى بالنسبة لعدد الاسر اللازمة لسكان كل اقليم .

ويتكون المجلس فى كل اقليم من بعض الاخصائيين وأساتذة كلية الطب والأهالى بالاقليم ، ويقوم بمباشرة أعماله عن طريق لجان فرعيه منبثقة منه . ويشرف المجلس الاقليمى على توفير الرعاية الطبية بالمستشفيات بأنواعها وتخصصاتها المختلفة ، وترتبط هذه المستشفيات فى تدرج الخدمات مع بعضها البعض ، وتكون قمتها فى النهاية المستشفى الملحق بكلية الطب والذى تتوفر فيه جميع الامكانيات اللازمة للكشف والتشخيص والعلاج فى تخصصات الطب الدقيقة .

كما يشمل تأميم الطب فى انجلترا أيضا التعويض ضد اصابات العمل ، ومساعدة الأمهات والمرضعات .

وبجانب نظام تأميم الطب فى انجلترا فانه يوجد عدد قليل من الأطباء يعملون فى عيادات ومستشفيات خاصة ، يقدمون فيها خدمة طبية على مستوى أعلى بعض الشئ مما يؤدى فى حدود نظام تأميم الطب ، ولكن مجال هذا العمل الحر محدود جدا .

تأميم الطب فى الدول الشيوعية :

وتأميم الطب هنا يختلف من حيث التطبيق عن ما هو متبع فى انجلترا ، اذ أنه يتمشى مع فلسفة النظام الاجتماعى والاقتصادى فى هذه الدول ، وسنتكلم عن تأميم الطب فى روسيا كمثل لما هو مطبق فى غيرها من الدول الشيوعية نظرا لمروره بتجربة امتدت حتى الآن حوالى ٤٥ سنة .

تأميم الطب فى روسيا :

تقدم جميع الخدمات الطبية الوقائية والعلاجية مجانا الى جميع أفراد الشعب، سواء كانوا فى المدن أو القرى أو الجبال أو الغابات ، وتشمل هذه الخدمات جميع الحالات المرضية سواء كان هذا المرض بسيطا كالانفلونزا أو خبيثا كالسرطان ، ولو أن هناك بعض الرسوم تفرض على بعض الأدوية ولكنها رسوم بسيطة .

وقد أدى تأميم الطب فى روسيا على عدم وجود منافسة بالنسبة للدخل بين الأطباء ، مما كانت يعود بالضرر على المرضى ، كما أنه لم يعد هناك مجال للاعلانات المبالغ فيها عن الأدوية ، والتى كانت تهدف الى جذب انتباه الأفراد بصورة لا تتفق ومصالحهم .

وتبدأ الرعاية الصحية فى روسيا بالعيادات ، كل منها تخدم حوالى ٤٠٠٠ شخص، سواء كانوا فى القرى أو المدن ، ويعمل بكل منها طبيب ممارس عام ، ويكون مقره العيادة فى الريف ، والمستشفى فى المدينة ، ويعمل كل منهم ٦½ ساعة يوميا ، ويمكنه أن يعمل أكثر من ذلك نظير أجر اضافى . ثم تتدرج الخدمة من هذه العيادات الى مستشفيات صغيرة بالقرى يوجد بكل منها ٣٥ سريرا على الأقل (وهذا من الناحية الاقتصادية هو أنسب عدد من الاسرة يمكن أن يتواجد فى مستشفى) ، وبعد هذا توجد مستشفيات للتخصصات الكبيرة فى المدن تخدم كل منها من ٧٥ الى ١٥٠ الف من السكان ويوجد بها أقسام للجراحة وأمراض النساء والأمراض الباطنية ، والمعدية والأطفال ، وبعدها توجد مستشفيات لتخصصات أدق بجانب التخصصات الكبيرة ، وهذه التخصصات هى الأنف والأذن ، والرمد والأعصاب ، والجلد والدرن ثم يأتى فى قمة هذا النظام المستشفيات الملحقة بكليات الطب فى عاصمة الجمهورية ، وهى التى توجد فيها التخصصات الدقيقة ، كجراحة الصدر والقلب وجراحة الأعصاب والمجارى البولية والغدد وغيرها .

وهذا التدرج يتمشى مع التقسيم الأدارى للجمهوريات فى الاتحاد السوفيتى والذى يبدأ بالقسم ، ثم المقاطعة ، ثم الجمهورية . ويتكون الاتحاد السوفيتى من ١٥ جمهورية . ويوجد الآن " ٧ " أسرة لكل ألف من السكان ، وقد بلغ عدد الأسرة فى روسيا ١٫٨٤٥٫٠٠٠ سرير فى عام ١٩٦١

وتشرف وزارة الصحة المركزية فى موسكو على تنظيم الرعاية الصحية فى جميع أنحاء الاتحاد السوفيتى وذلك عن طريق وزارة للصحة محلية فى كل جمهورية ، وتشرف وزارة الصحة أيضا على كليات الطب ، وتحدد عدد الطلبة التى يقبلون فيها كل عام ، وتحدد نسبة توزيعهم على فروع التخصص المختلفة لكى يتمشى هذا مع نسبة الزيادة فى عدد السكان ، وعدد الأطباء الذى يتقاعدون كل عام . وقد توفر الآن طبيب لكل ٥١٠ من السكان . وبلغ عددهم عام ١٩٦١ حوالى ٤٢٦٫٠٠٠ طبيب ، ثلاث أرباعهم من الطبيبات ، هذا بخلاف أطباء الأسنان ، وعدد الأطباء هذا يبلغ نصف عدد جميع الأطباء فى أوربا ، وثلث عدد جميع الأطباء فى العالم كله .

وهناك نسبة ضئيلة جدا من الأطباء تبلغ ٥٪ يعملون بعيادات خاصة ، وغالبية هؤلاء من كبار أساتذة الطب المحالين على المعاش ، والاقبال عليهم قليل نظرا لتوفر الرعاية الصحية المجانية بصورة سليمة .

وعن طريق هذا النظام تتوفر الرعاية الصحية لجميع أفراد الشعب من خدمات وقائية وعلاجية وتأهيلية الى توفير دور النقاهة والاستشفاء والعلاج الطبيعى ، ومعظم هذه الدور كانت قصورا للقياصرة قبل الثورة الروسية ، ثم استولت عليها الحكومة بعد قيام الثورة وحولتها الى دور لتوفير الرعاية الصحية للشعب .

وهناك اهتمام خاص ببعض النواحى المعينة من الرعاية الصحية ، وأبرزها فى هذا المجال هو توفير الرعاية الصحية الخاصة بعمال الصناعة ، وللأطفال والحوامل والمرضعات ، وتبلغ العناية بالأطفال حدا يكاد يبلغ الكمال مما عمل على خفض نسبة الوفيات فى الاطفال من ٢٧٣ فى الألف عام ١٩١٣ الى ١٨٤ فى الألف عام ١٩٤٠ ، ثم أصبحت ٣٢ فى الألف عام ١٩٦١ ، ويبلغ عدد الأطفال فى دور الحضانه لمن يقل سنهم عن سن دخول المدارس بحوالى ٦ مليون طفل ، كما يقضى ملايين الأطفال فترة الصيف بالريف فى معسكرات للأطفال ، ويبلغ عدد الأسرة فى مستشفيات الأطفال وحدها ٢٧٨٫٠٠٠ سرير . وهناك عناية خاصة بالنسبة لصناعة أغذية الأطفال وخصوصا اللبن ، وتجرى لها اختبارات خاصة فى معاهد التغذية ، كما تباع بأثمان زهيدة . وحتى لعب الأطفال فانها تصنع من مواد معينة ، وتحدد أنواع المواد والأصباغ التى تصنع منها ، ويتم تصنيعها تحت رقابة منظمات الصحة العامة ، والشعار فى هذا المجال " أن كل ما هو أفضل فهو للصغار " .

وأما الأمهات فهم أيضا محل رعاية خاصة من الدولة ، ويوجد فى دور الولادة حوالى ٢١٩٠٠٠ سرير وفى أثناء مدة الحمل تراعى صحة العاملات الحاملات فتسند اليهن أعمال خفيفة دون أى تخفيض فى أجورهن وتعطى لهن أجازة بأجر لمدة ٥٦ يوما قبل الولادة أو ٥٦ يوما أخرى بعد الولادة ، واذا ولدت احدى العاملات توءما فان أجازتها بعد الولادة تمتد إلى ٧٠ يوما . ويمكن لأى والدة أن تحصل على أجازة اضافية بعد هذا لمدة سنة بدون مرتب على أن يحتفظ لها بوظيفتها ومكان عملها . وتمنح العاملات المرضعات فترات للراحة أثناء العمل لارضاع أطفالهن ، وتحتسب لهن هذه الأوقات من ضمن أوقات العمل ويعطى لهن أجرا عنها . وتشجع الدولة الزيادة فى نسبة المواليد ، فتعطى منحة شهرين عند ولادة الطفل الثالث ، وتزاد عند ولادة الطفل الرابع وهكذا ، أما الأم التى تنجب عشرة أطفال فأكثر فتمنحها الدولة وسام " الأم البطلة " .

كما أن هناك اهتمام خاص بتوفير وسائل الأسعاف ومن ذلك توفير طائرات للاسعاف وقد انشئت مراكز بسيطة للاسعاف فى التجمعات البسيطة فى الاماكن النائية ، يعمل بكل منها مساعد طبيب ومساعدة ممرضة والاعمال الموكولة لمساعدى الأطباء محدودة جدا وقد أخذ نظام الاستعانة بمساعدى الأطباء يقل جدا الآن

والتثقيف الصحى أيضا عناية خاصة ، وينال قسطا كبيرا من السلطات الصحية وخصوصا فى المدارس والمصانع والوحدات العلاجية ودور اللهو .

كما تعمل الدولة على توفير المواد الغذائية بأثمان زهيدة مما يساعد على رفع المستوى الصحى للشعب

كما أن للأبحاث عناية خاصة ، اذ تقوم بها أكاديمية العلوم وفروعها وكليات الطب ، وتوفر للقائمين عليها جميع الامكانيات اللازمة ، كما تشجعهم الدولة وتجزى لهم المرتبات ، وحتى بالنسبة للطلبة المتفوقين فان الدولة توفر لهم وسائل البحث كما تمنحهم مرتبات شهرية .

وكان نتيجة لتوفير الرعاية الصحية بهذه الصورة فى الاتحاد السوفيتى أن قلت نسبة الوفيات بصورة عامة من ٣٠٫٢ فى الألف فى عام ١٩١٣ الى ١٨٫١ فى الألف فى سنة ١٩٤٠ ، وفى عام ١٩٦١ أصبحت ٧٫٢ فى الألف ، كما زاد متوسط عمر الفرد من ٣٢ سنة تقريبا فى عام ١٩٠٠ الى ٦٩ سنة فى عام ١٩٥٩ (متوسط ٦٤ سنة للرجال و ٧٢ سنة للنساء) ، وقد ساعد على زيادة متوسط عمر الفرد بجانب توفير الرعاية الصحية للأفراد القضاء على البطالة فتوفر العمل لكل فرد ، وزال الخوف من المستقبل وتحسنت ظروف العمل والمعيشة وتوفرت الماديات الضرورية التى يحتاجها الشعب .

رابعا : الطب الشعبى :

ويطبق هذا النظام فى الدول النامية فى آسيا وأفريقيا وأمريكا اللاتينية وتمتلك الحكومة فى هذه الدول معظم المستشفيات بها ، وتشرف على نظام العمل فيها ، وتقدم الخدمات فى هذه المستشفيات مجانا .

كما أن معظم الأطباء فى هذه الدول يعملون بالحكومة سواء كان عملهم هذا كل الوقت أو بعضه

وغالبا يكون توزيع الخدمات الصحية فى كل دولة من هذه الدول توزيعا غير عادلا ، فنجد أن معظم المنشآت الصحية مركزة فى المدن وخاصة المدن الكبيرة ، بينما يحرم منها معظم سكان الريف ومناطق الحدود ، وهذا يتمشى فى الواقع مع النظام الاقتصادى فى توزيع الثروات ، فنجد أن معظم رؤوس الأموال تركز فى المدن ، وحتى بالنسبة لرؤوس الأموال والاقطاعيات التى توجد فى الريف فان أصحابها غالبا يعيشون معظم أوقاتهم وينفقون كل ثرواتهم فى المدن ، ولهذا نجد أن معظم المستشفيات الحكومى منها والأهلى وكذلك الأطباء سواء الموظفين منهم أو الأحرار ، كل هؤلاء يتركزون فى المدن فى الوقت الذى نرى أهالى الريف فى أمس الحاجة اليهم نظرا لارتفاع نسبة المرض بينهم وانخفاض مستوى معيشتهم .

ومستوى الخدمات الصحية التى تقدم فى المنشآت الصحية الحكومية فى هذه الدول يعتبر ضعيفا ، وغير لائق بالمعنى العلمى أو الانسانى ، ونتج عن هذا أن أى قادر من المرضى يحاول أن يعتصر من امكانياته المادية ليحصل على علاجه بطريقة أخرى ، وهذا يؤدى الى ازدهار العمل الحر للأطباء ، مع وجود المستشفيات الخاصة وبعض نظم التأمين الصحى الاختيارى لبعض الفئات القادرة .

كما أنه يوجد فى بعض هذه الدول تأمين صحى أو تأمين اجتماعى اجبارى لبعض الهيئات كالعمال أو الطلبة . واجمالا فان الرعاية الصحية فى هذه الدول النامية يعتبر خليطا من نظم الرعاية المختلفة .