



Enrico Materia e Guglielmo Riva

Il finanziamento della spesa sanitaria, che grava sempre più pesantemente sulle famiglie, e lo stallo del sistema assicurativo pubblico richiedono urgenti misure per contrastare le crescenti diseguaglianze.

---

## 1. Profilo del paese

L'Egitto è il più grande paese della sponda sud del Mediterraneo, di importanza centrale per la cultura araba. Con una popolazione di circa 83 milioni di persone (2% di crescita annua) e un reddito pro-capite pari a 2.070 USD (raddoppiato in meno di un decennio), è classificato dalla Banca Mondiale come un paese a reddito medio-basso. **La sostenuta crescita economica dipende soprattutto da turismo, petrolio, ricavi dal Canale di Suez, agricoltura e rimesse dall'estero. A questa non è tuttavia corrisposto un miglioramento delle condizioni sociali:**

- **L'Egitto si posiziona al 101° posto su 169 paesi per Indice di sviluppo umano;**
- **l'alfabetizzazione è al 72%;**
- **la disoccupazione giovanile permane molto elevata e la ricchezza assai concentrata: 22% della popolazione vive al di sotto della linea di povertà (6% estremamente povera);**
- **l'indice di Gini è pari al 31%<sup>[1]</sup>.**

Come noto, il malcontento popolare è sfociato nella rivolta del gennaio scorso che ha portato alla destituzione del regime trentennale di Hosny Mubarak (vedi post [Primavera egiziana](#)).

La transizione demografica ed epidemiologica è quasi compiuta, con un'aspettativa di vita alla nascita di 73/69 anni (F/M), l'indice di fertilità pari a 3, le malattie infettive in passato più prevalenti (malaria e schistosomiasi) quasi debellate, tassi di immunizzazione tra i più elevati al mondo, e l'incremento delle malattie cronico-degenerative causate dall'aumento della vita media, dall'industrializzazione e dai c.d. stili di vita occidentali (dieta, fumo, inattività fisica). La mortalità sotto i 5 anni e quella materna si sono ridotte a valori compatibili con il raggiungimento delle mete stabilite dagli Obiettivi del Millennio (pari rispettivamente a 23 per 1.000 e a 55 per 100.000 nel 2008)[2].

L'epatite B è endemica (prevalenza 2-8%) mentre l'epatite C ha un andamento epidemico con una prevalenza vicina al 10%: come conseguenza, la cirrosi epatica rappresenta una delle principali cause di morte negli adulti[3].

## 2. La spesa sanitaria

L'Egitto ha un sistema sanitario pluralistico e frammentato, caratterizzato da una molteplicità, scarsamente integrata, di fonti di finanziamento, committenti ed erogatori. Il finanziamento proviene dalla fiscalità generale, dalla spesa privata delle famiglie sia come pagamento dei premi assicurativi che come spesa sanitaria diretta, dai contributi assicurativi dei datori di lavoro e dall'assistenza dei donatori.

La spesa sanitaria complessiva rispetto al PIL è pari al 5,9% (2008-09), mentre la spesa sanitaria pubblica come quota del budget governativo è al 4.3%, il valore più basso al confronto con gli altri paesi della regione (**Tabella 1**).

**Tabella 1. Entità e composizione della spesa sanitaria: Egitto al confronto con altri paesi nella regione**

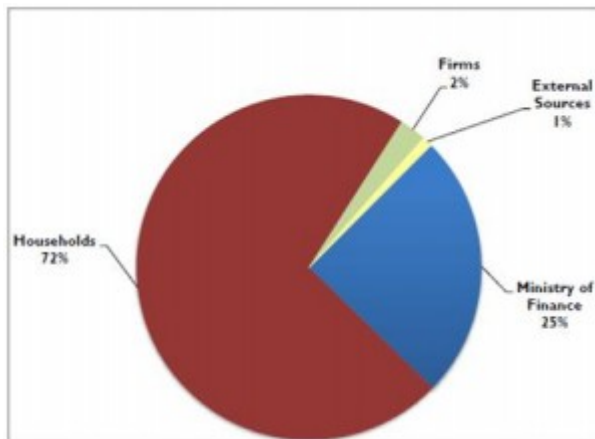
	Percent GDP Spent on Health	Government Spending as Percentage of THE	Health Spending as Percentage of Total Government Budget	Out-of-Pocket Expenditure as Percentage of THE
Algeria	4.4%	81.8%	10.6%	15.3%
Djibouti	8.54%	76.07%	14.15%	23.60%
Egypt	5.9%	24.80%	4.3%	71.8%
Iran	6.3%	45.72%	11.40%	51.6%
Jordan	9.1%	62.20%	11.35%	33.40%
Lebanon	8.7%	48.99%	12.39%	39.9%
Libya	2.8%	75.8%	5.1%	24.1%
Morocco	5.33%	34.97%	6.17%	56.13%
Syria	3.23%	45.13%	6.01%	54.87%
Tunisia	5.9%	49.57%	8.9%	42.52%

Source: WHO/Health Organization (WHO) data (Egypt/WHO health, Jordan/WHO report)

Cliccare sull'immagine per ingrandirla

(Fonte: WHO/National Health Accounts, 2007-2008).

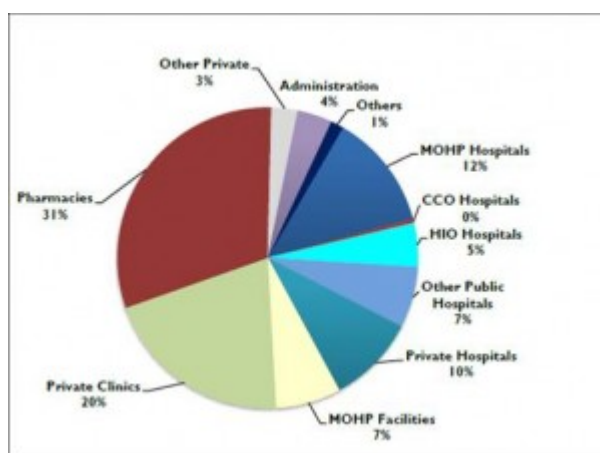
**La spesa sanitaria privata *out of pocket* fa gravare sulle famiglie il 72% della spesa totale (era al 51% nel 1995) (Figura 1)[4].**

**Figura 1. Fonti di finanziamento della spesa sanitaria**[\[4\]](#)

Cliccare sull'immagine per ingrandirla

Tra i paesi a reddito medio-basso, l'Egitto si caratterizza dunque per il più alto carico di spesa *out of pocket*, la più bassa quota di spesa pubblica per la salute come proporzione della spesa sanitaria totale e la più bassa proporzione di budget governativo devoluto alla sanità. Benché la Costituzione del 1952 consideri l'assistenza sanitaria gratuita quale un diritto fondamentale per tutta la popolazione, il sistema di finanziamento della spesa sanitaria ha un carattere fortemente regressivo tale da mantenere ed espandere le disuguaglianze sociali e sanitarie.

Le risorse finanziarie raggiungono entità diverse tra cui il Ministero della Sanità, il Ministero dell'Università, l'Organizzazione per l'Assicurazione Sanitaria (HIO), altri ministeri, enti del settore pubblico (tra cui governatorati e distretti) e NGO (**Figura 2**).

**Figura 2. Uso dei fondi per la sanità**[\[4\]](#)

Cliccare sull'immagine per ingrandirla

**Il mercato degli erogatori è egualmente frammentato. Il Ministero della Sanità gestisce un grande numero di ospedali e centri sanitari. Anche altre entità del settore pubblico, tra cui l'HIO e le Università gestiscono proprie strutture. Vi è un mercato privato in espansione composto da ospedali, ambulatori, farmacie e guaritori tradizionali.** I flussi finanziari dagli enti finanziatori ai committenti e da questi agli erogatori avvengono lungo percorsi mutualmente esclusivi (silos): ciò rende difficile il coordinamento tra i vari settori ed attori che operano nel sistema.

### 3. Committenti ed erogatori

Il Ministero della Sanità riceve dal Ministero delle Finanze uno stanziamento corrispondente al 19% della spesa sanitaria totale da utilizzare per il funzionamento delle strutture centrali e della rete di servizi di assistenza (60% del totale) o per trasferimenti agli Ospedali universitari, all'HIO e ad altri operatori sanitari pubblici e privati (40% del totale). Il Ministero della Sanità è una struttura complessa che a livello centrale comprende 7 divisioni e circa 100 dipartimenti. Dai 27 governatorati, dotati di un'organizzazione semplificata ma corrispondente a quella centrale, dipendono 255 distretti sanitari.

Il Ministero della Sanità svolge, a livello centrale, un ruolo strategico di committenza e regolamentazione del sistema; a livello dei governatorati, il ruolo di finanziatore e, a livello distrettuale, anche il ruolo di erogatore, gestendo una parte rilevante degli ospedali, dei letti di degenza e dei centri di salute. La contrazione del budget governativo e i programmi di aggiustamento strutturale hanno peraltro ridotto il ruolo pubblico di erogatore dei servizi di prevenzione e di assistenza di base.

L'HIO è l'ente assicurativo pubblico che garantisce copertura finanziaria per le prestazioni sanitarie del sistema di assicurazione sociale. All'HIO si affiancano altre mutue private di impresa o di categoria (es. sindacato dei medici, sindacato della scuola) che svolgono analogo servizio per i rispettivi gruppi di assicurati.

Il sistema privato è rappresentato da ONG e da professionisti che operano, per lo più, singolarmente e in regime ambulatoriale.

### 4. La riforma sanitaria

A fronte della frammentazione del sistema assistenziale, della bassa qualità delle cure primarie e dell'eccessivo ricorso alla medicina specialistica, nel 1997 ha avuto inizio una

riforma strutturale del sistema sanitario (*Health Sector Reform Program - HSRP*), con il sostegno di USAID e Banca Mondiale e poi di Unione Europea e Banca Africana di Sviluppo, basata su:

- **separazione tra funzioni di committenza ed erogazione (*purchaser/provider split*);**
- **rafforzamento e decentramento dell'assistenza sanitaria di base a livello di distretto con definizione di un pacchetto di servizi essenziali erogato da *Family Health Units* accreditate (con il *Family Health Fund* quale agenzia committente);**
- **sviluppo del sistema nazionale di assicurazione sociale per garantire la copertura universale;**
- **riqualificazione delle funzioni di programmazione e regolazione del Ministero della Sanità[5].**

Le varie componenti della riforma sono state implementate in modo eterogeneo: mentre il programma di riconversione dei centri sanitari di base nelle *Family Health Units* accreditate è stato portato avanti con efficacia unificando nella medicina di famiglia diversi programmi verticali (il 95% della popolazione ha accesso ai servizi di cure primarie entro 5 km[6]), la quota di popolazione assicurata dall'HIO è aumentata dal 35% nel 1995 a (solo) il 55% nel 2008. Diverse inefficienze hanno determinato lo stallo della politica assicurativa: l'HIO amministra solo una parte dei programmi di assicurazione sociale, che sono regolamentati in modo differente per diverse tipologie di assicurati; vi è forte squilibrio tra ricavi e spese a causa del generoso pacchetto di servizi erogati agli assicurati (tra cui i trattamenti all'estero e la chirurgia plastica); e tra i governatorati a basso reddito (nell'Alto Egitto) e quelli a reddito più elevato, con i primi che sopportano costi maggiori.

Dal 1990 il governo ha attivato un fondo discrezionale di trattamento all'estero di cui hanno beneficiato quasi 2 milioni di persone nel 2008/09 (*Program for Treatment at the Expense of the State*). Le spese del fondo sono cresciute in modo esponenziale soprattutto per quanto riguarda le malattie croniche, insufficienza renale, chirurgia ortopedica, oncologia e oculistica.

## 5. Conclusioni

La necessità di aumentare gli investimenti pubblici nel settore sanitario e di ridurre le vaste diseguaglianze di reddito, geografiche e tra città e campagna, sono le sfide principali per il sistema sanitario egiziano. L'aumento della spesa pubblica dovrebbe essere destinato a migliorare la qualità dell'assistenza ospedaliera, alla sanità pubblica, ai programmi di controllo delle malattie croniche e a promuovere stili di vita salubri. **Nonostante vi sia stato negli ultimi anni un aumento della spesa nei servizi di cure primarie e nel sistema assicurativo, la spesa privata delle famiglie ha continuato a crescere, rendendo necessario proteggere le fasce più povere attraverso un aumento della spesa pubblica. L'OMS indica infatti che solo quando la spesa sanitaria privata è inferiore al 20% della spesa totale si evita che le famiglie vadano incontro a spese catastrofiche a causa delle cure mediche**[7].

**L'espansione del sistema assicurativo pubblico è poi rimasta in mezzo al guado, con il suo carico di frammentazione, inefficienze e inequità: richiederebbe una riforma comprensiva delle assicurazioni sanitarie oppure l'approdo verso un servizio sanitario nazionale finanziato tramite la fiscalità generale. Anche una riforma del settore farmaceutico, responsabile della quota più elevata di spesa delle famiglie, appare necessaria per ridurre l'entità della spesa, regolamentare il mercato e migliorare l'equità.**

**Enrico Materia.** Agenzia sanità pubblica, Lazio

**Guglielmo Riva.** Esperto di sanità pubblica

## **Bibliografia**

1. UNDP. Egypt Human Development Report 2010.
2. Countdown to 2015. [2010 Report. Country profiles.](#)
3. Handoussa H. Situation Analysis. Key Developmental Challenges Facing Egypt. 2010. Unpublished document.
4. Ministry of Health, Egypt, and Health Systems 20/20. National Health Accounts 2007/2008: Egypt. Bethesda, MD: Health Systems 20/20 project, Abt Associates Inc. September 2010.
5. Regional Health System Observatory. World Health Organisation. Health System Profile. Egypt. 2006
6. Saleh WF. Reforming Egypt's health system: is it simple? BMJ 2006; 333: 859-60

7. The World Health Report - Health systems financing: the path to universal coverage. Geneva: World Health Organization, 2010.