عاملات كوريات في المجال الطبي ينتظرن من اجل التطعيم ضد الإنفلونزا.

معالجة موارد الرعاية الصحية

بينيديكت كليمنتس، وديفيد كودي، وبوبينغ شانغ، وجاستين تايسون
Benedict Clements, David Coady, Baoping Shang, and Justin Tyson

تمثل الرعاية الصحية تحديا جسيما على مستوى المالية العامة، لكن الإصلاحات يمكن أن تساعد في إدارة زيادات الإنفاق بشكل عادل وكفء

إن إصلاح الرعاية الصحية مسألة شائكة. فالحصول على الرعاية الصحية التي يمكن تحمل تكلفتها يكتسب أهمية قصوى، ولكن تغطية تكلفتها يمكن أن يسبب ضغطا هائلا على ميزانيات الحكومة. ولحسن الحظ، فهناك عدد من خيارات الإصلاح أمام البلدان التي تواجه هذه الضغوط، أو تلك التي تسعى لتجنبها في المستقبل.

وتبين التجربة في الاقتصادات المتقدمة أن توليفة من ضوابط الميزانية الأكثر إحكاما مع إصلاحات معزِّزة لفعالية أنظمة الرعاية الصحية يمكن أن تساعد في الحفاظ على فرص الحصول على الرعاية الصحية عالية الجودة في حين تبقي على الإنفاق العام تحت السيطرة. ويكتسب تحسين الكفاءة في الاقتصادات الصاعدة أهمية أيضا، ولكن بعضها يستطيع تحمل مزيد من الإنفاق العام. وينبغي أن تضمن كل البلدان توفير فرص متكافئة للحصول على خدمات الرعاية الصحية الأساسية وأن تنفق بشكل أكثر كفاءة على الصحة العامة.

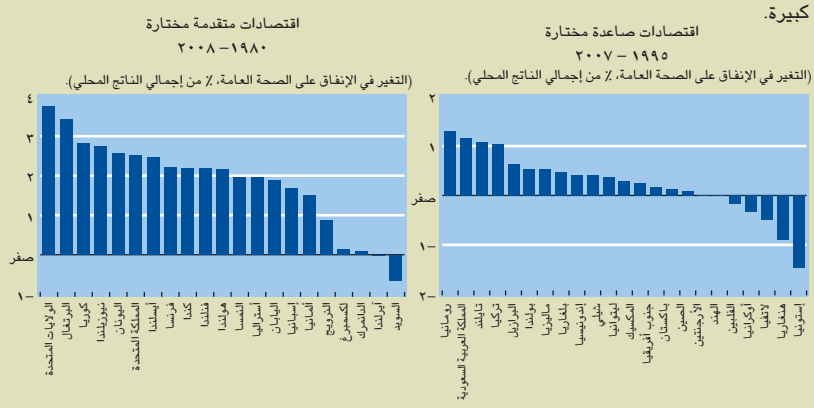
زيادات حادة في الماضي

ارتفع إجمالي الإنفاق على الرعاية الصحية في الاقتصادات المتقدمة والصاعدة بشكل ملاحظ في العقود الأخيرة، وذلك أساسا بسبب زيادة أعداد السكان المسنين والتقدم التكنولوجي. فقد زاد نصيب الفرد من الإنفاق الحقيقي على الرعاية الصحية بمقدار أربعة أضعاف في الاقتصادات المتقدمة منذ عام ١٩٧٠، وجاء ثلثا هذه الزيادة نتيجة للإنفاق العام. وارتفع الإنفاق على الصحة العامة بنسبة ٤٪ من إجمالي الناتج المحلي مما يمثل نصف الارتفاع في إجمالي إنفاق الحكومة. وفي الاقتصادات الصاعدة، ارتفع إجمالي الإنفاق على الرعاية الصحية على مدى الفترة نفسها، ولكن بشكل أكثر اعتدالا – من أقل من ٣٪ من إجمالي الناتج المحلي إلى نحو ٥٪– مع عزو نصف الزيادة تقريبا إلى النفقات العامة. وتعكس النسب الأدنى في الاقتصادات الصاعدة توليفة من احتياجات الإنفاق المتنافسة والقدرة المحدودة على زيادة الإيرادات. وكانت نسب الإنفاق العام في بلدان آسيا الصاعدة أدنى مقارنة بالبلدان الصاعدة في أوروبا وأمريكا اللاتينية؛ لأن تغطية التأمين العام ومجموعة برامج المزايا أقل شمولا في آسيا.

الشكل ١

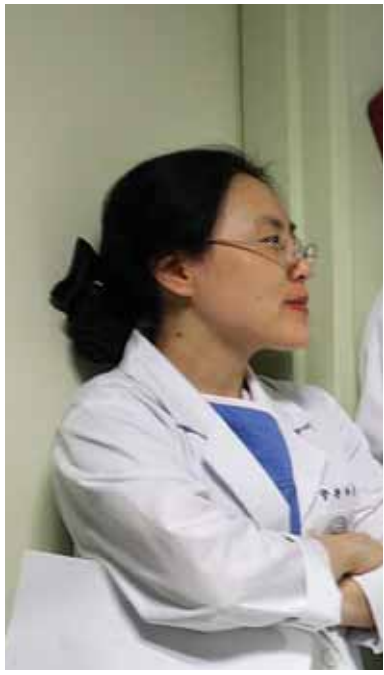
حصة مرتفعة

ارتفع الإنفاق على الصحة العامة كنسبة مئوية من إجمالي الناتج المحلي في أغلب البلدان، ولكن مع تباينات كبيرة.



المصادر: قاعدة البيانات الصحية لدى منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي، وقاعدة البيانات الصحية لدى منظمة الصحة العالمية، ودارسة Sivard (١٩٧٤–١٩٩٦)، وتقديرات خبراء صندوق النقد الدولي.

ملاحظة: يقتصر الشكل على البلدان التي لديها سلسلة بيانات كاملة للفترة المعنية.



وقد تباينت الزيادة في الإنفاق على الصحة العامة على مدى العقود الأخيرة بدرجة كبيرة عبر البلدان (راجع الشكل ١). ومن بين الاقتصادات المتقدمة الإحدى والعشرين التي كانت بياناتها متاحة، تجاوزت الزيادات في الإنفاق على الصحة العامة في الفترة من ١٩٨٠ إلى ٢٠٠٨، ٢,٥٪ من إجمالي الناتج المحلي في ستة بلدان، وكانت أقل من ١,٥٪ من إجمالي الناتج المحلي في ستة بلدان أخرى. وعلى مستوى الاقتصادات الصاعدة الثلاثة والعشرين، ارتفعت نسبة الإنفاق على الصحة العامة بأكثر من ١٪ في أربعة بلدان في الفترة من ١٩٩٥ إلى ٢٠٠٧ وانخفضت بالفعل في ستة بلدان.

تأكيد أهمية النظام

من المتوقع أن تزداد نسب الإنفاق على الصحة العامة على مدى العقدين القادمين (راجع الشكل ٢). وتعتمد توقعاتنا بالنسبة للاقتصادات المتقدمة على تحليل اتجاهات الإنفاق القُطْرية في الفترة من ١٩٨٠ إلى ٢٠٠٨، وبالنسبة للاقتصادات الصاعدة، افترضنا أن التكلفة ستنمو بنفس متوسط نموها في الفترة بين ١٩٩٥ و٢٠٠٧. وقد أدرجنا أيضا تأثير التغيرات الديمغرافية على الإنفاق في مجال الرعاية الصحية مستقبلا ضمن التوقعات بالنسبة لكل من الاقتصادات المتقدمة والصاعدة.

ومن المتوقع أن تواصل معدلات الإنفاق على الصحة العامة في الاقتصادات المتقدمة صعودها لترتفع في المتوسط بنسبة ٣٪ من إجمالي الناتج المحلي على مدى السنوات العشرين القادمة. فمن المتوقع أن يزداد الإنفاق بأكثر من ٢٪ من إجمالي الناتج المحلي في ١٤ من الاقتصادات المتقدمة السبعة والعشرين، في الوقت الذي ستحتاج فيه البلدان إلى تقليل عجز الميزانية ونسب الدين العام عقب الأزمة المالية العالمية. والمشهد كئيب بشكل خاص في الولايات المتحدة؛ حيث يتوقع أن يرتفع الإنفاق على الصحة العامة بنحو ٥٪ من إجمالي الناتج المحلي على مدى السنوات العشرين القادمة، وهي النسبة الأعلى بين الاقتصادات المتقدمة. وفي أوروبا، من المتوقع أن يزداد الإنفاق على الصحة العامة بنسبة ٢٪ من إجمالي الناتج المحلي في المتوسط – وأكثر من ٣٪ في سبعة بلدان.

وفي الاقتصادات الصاعدة، من المتوقع أن يرتفع الإنفاق على الصحة العامة بنسبة ١٪ من إجمالي الناتج المحلي على مدى السنوات العشرين القادمة، وهو ثلث الزيادة المتوقعة في الاقتصادات المتقدمة. واتساقا مع الاتجاهات السابقة، فمن المتوقع أن يرتفع الإنفاق بنسبة ١,٥٪ من إجمالي الناتج المحلي في البلدان الصاعدة في أوروبا وأمريكا اللاتينية. وفي آسيا الصاعدة، يتوقع أن تبلغ الزيادات نحو نصف ذلك القدر، مما يعكس جزئيا المستويات الأولية المنخفضة من الإنفاق في هذه البلدان.

احتواء الإنفاق العام

من غير المرجح أن تغير إصلاحات الرعاية الصحية الأخيرة في الاقتصادات المتقدمة من اتجاهات الإنفاق على الصحة العامة طويلة الأجل. ففي الولايات المتحدة، أدخل «قانون حماية المريض والرعاية معقولة التكلفة» لعام ٢٠١٠ إصلاحا شاملا سيوسع من تغطية التأمين الصحي، ولكن من المتوقع أن يخفض من عجز الميزانية، وذلك في الأساس من خلال زيادة الضرائب على رواتب وأجور الأفراد والأسر ذوي الدخل العالي نسبيا وفرض مكوس على خطط الرعاية الصحية السخية. وبينما يمكن لهذه الإصلاحات أن توسع فرص الحصول على الرعاية الصحية، فإن الوفورات المتوخاة من الإنفاق على الرعاية الصحية صغيرة وتظل غير مؤكدة بدرجة عالية. ففي أوروبا، يمكن للخطط الرامية لتخفيض الوظائف والمزايا الحكومية أن تقلل من الإنفاق على الرعاية الصحية في الأجل القصير، ولكن تأثيرها في المدى الطويل مجهول.

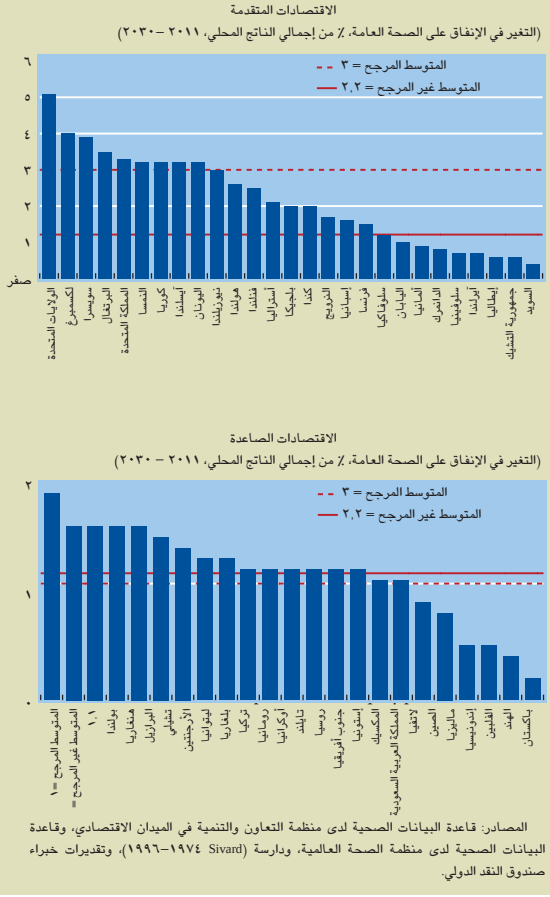
وتنطوي أفضل الإستراتيجيات التي تبشر باحتواء الإنفاق في الاقتصادات المتقدمة– على خليط من الأدوات اللازمة لاحتواء التكاليف وإجراء إصلاحات لتحسين كفاءة الإنفاق:

- **وضع حد أقصى للميزانية مع إشراف مركزي** يمثل أداة قوية للحد من النفقات. وكانت إيطاليا واليابان والسويد من بين البلدان التي شهدت أقل زيادات في الإنفاق العام في الماضي وتعتمد بدرجة أكبر على الحدود القصوى للميزانية. ويمكن احتواء نمو الإنفاق عن طريق تحديد ميزانيات للمستشفيات ولمؤسسات الرعاية الصحية الأخرى على أساس تقديرات معقولة وموضوعية للإنفاق مقارنة بمجرد تعويض كل النفقات. وتكون مثل هذه الأهداف أشد فعالية عندما تطبق على نطاق واسع: فالقيود الجزئية تشجع على زيادة الإنفاق في مجالات أخرى

الشكل ٢

تحت الضغوط

من المتوقع أن يرتفع الإنفاق على الرعاية الصحية العامة بنسبة ٣٪ من إجمالي الناتج المحلي في الاقتصادات المتقدمة، وبنسبة ١٪ من إجمالي الناتج المحلي في الاقتصادات الصاعدة، مع وجود تباينات إقليمية.



المصادر: قاعدة البيانات الصحية لدى منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي، وقاعدة البيانات الصحية لدى منظمة الصحة العالمية، ودارسة (Sivard ١٩٧٤–١٩٩٦)، وتقديرات خبراء صندوق النقد الدولي.

ليس لها حد أقصى. على سبيل المثال، فإذا لم يقيد سوى الإنفاق على المرضى داخل المستشفيات، فإن الإنفاق على العيادات الخارجية قد يتزايد.

● **الإدارة العامة لخدمات الرعاية الصحية وتنسيقها** يساعدان على الحد من تكاليفها باستبعاد الخدمات غير الضرورية. على سبيل المثال، فإن تنسيق الخدمات الطبية يعتبر أمرا حاسما للحد من زيادة العلاج المكلف بالمستشفى، ومن خلاله يقوم طبيب للرعاية الأولية بتدبر خدمات الرعاية الصحية الضرورية للمريض وينسق حالات الإحالة للأخصائيين. وتشمل البلدان التي تشهد نموا منخفضا في الإنفاق وتستخدم نظام تنسيق الخدمات الطبية على نطاق واسع الدانمرك وإيطاليا.

أوجه القصور الكبير في الإنفاق في بلدان عديدة تبين أن هناك مجالا كبيرا لاحتواء الزيادة في التكلفة بدون تعريض الصحة للخطر

● **مشاركة الحكومات المحلية وحكومات الولايات في اتخاذ القرارات الأساسية الخاصة بالموارد الصحية** يمكن أن تساعد على تصميم الخدمات لتتناسب مع الظروف المحلية مما يزيد من كفاءة الإنفاق. وتستطيع أيضا أن تساعد في الحد من نمو النفقات إذا اقترنت بزيادة المسؤولية، ومن ثم تتحمل الحكومات المحلية تكلفة عدم كفاءة الرعاية الصحية أو تجاوزات الإنفاق. وقد جمعت كندا والسويد بين المشاركة الموسعة للحكومة المحلية ونمو النفقات منخفضة التكلفة.

● **استخدام آليات السوق** في نظام الرعاية الصحية – زيادة فرصة المريض في اختيار جهات التأمين، والسماح بتنافس أكبر بين جهات التأمين ومقدمي الخدمة، والاعتماد على مزيد من خدمات القطاع الخاص– يمكن أن يساعد على تخفيض التكلفة بتحسين كفاءة نظام الرعاية الصحية. وقد حققت ألمانيا واليابان نجاحا أعلى نسبيا في هذا المجال، وتمتعتا بمعدل نمو منخفض في الإنفاق في الماضي. وتتعزز كفاءة الإنفاق بالابتعاد عن مجرد سداد التكلفة لمقدم الخدمة واللجوء إلى أنظمة للإدارة والتعاقد أكثر تطورا، تشتمل على حوافز لمقدمي الخدمة ليقللوا من الإهدار إلى أدنى حد ويحسنوا الخدمات. ومن نماذج هذه الإصلاحات في نظم التعاقد دفع مقابل الخدمات الصحية على أساس «المجموعات التي تشترك في التشخيص» والتي تضع بروتوكولات لعلاج مجموعة معينة من الحالات الطبية وتقدم جدول أسعار مصاحب. وقد طبقت هذه الإصلاحات بنجاح نسبي في ألمانيا وإيطاليا.

● **الإصلاحات التي تزيد الحصة التي يتحملها المريض من التكلفة**، إما من خلال مساهمة أكبر في التكلفة أو توسيع نطاق التأمين الخاص، كانت ناجحة أيضا في احتواء نمو الإنفاق على الصحة العامة. وتعتمد أستراليا وكندا وفرنسا بصورة كثيفة على التأمين الخاص بالنسبة للخدمات التي لا تغطيها مجموعة البرامج العامة. وفي كل البلدان تثير سياسات تقاسم التكلفة المخاوف بشأن العدالة، ويجب أن تصاحبها تدابير لضمان أن يحتفظ الفقراء والمصابون بأمراض مزمنة بفرصة الحصول على الخدمات الصحية الأساسية.

● **الحد من توفير مدخلات الصحة أو مخرجاتها** – بتقنين معدات التكنولوجيا المتقدمة مثلا – يمكن إلى حد ما أن يقلل من نمو الإنفاق على الصحة العامة. وتعتمد كندا وفرنسا على هذه الضوابط وهما من بين البلدان التي ينخفض فيها نمو الإنفاق. ولكن رد فعل الموردين يمكن أن يقضي على أثر التحديد المباشر لأسعار المدخلات أو المخرجات الطبية (مثل الأدوية أو أجور مقدمي الرعاية الصحية)، فعلى سبيل المثال، قد يوجه مقدمو الرعاية الطبية الأولية المرضى إلى مستشفيات أكثر تكلفة كرد فعل لضوابط الأسعار أو الكميات. لذلك، فقد ثبت من الناحية العلمية، أن ضوابط الأسعار في كثير من الأحيان تكون غير فعالة في احتواء تكاليف الرعاية الصحية. وفي حين أن إعطاء المستخدمين مزيدا من المعلومات حول جودة وسعر خدمات صحية معينة يمكن أن يحسن من جودة الخدمات الطبية، إلا أن ذلك لم يساعد على احتواء الإنفاق.

التأثير المحتمل

استخدمنا تقنيات متنوعة، بما في ذلك دراسات الحالة وتحليل الانحدار لبحث إمكانيات إصلاح الرعاية الصحية من أجل احتواء التكاليف المتصاعدة. وتوفر دراسات الحالة أمثلة قُطْرية على نجاح الإصلاحات، كما ساعد تحليل الانحدار على تحديد مقدار التأثير.

ويبين تحليلنا أن هذه الإصلاحات تستطيع أن تقلل بدرجة كبيرة من العبء المالي للرعاية الصحية على مدى السنوات العشرين القادمة (راجع الشكل ٣). ونحن نفترض أن البلدان التي يقل إنجازها عن متوسط خصائص النظام الصحي التي تقلل من الإنفاق– مثل استخدام الحد الأقصى للميزانية – ترتفع إلى مستوى المتوسط. وتشير النتائج إلى أن استخدام آليات السوق يمكن أن يكون أداة قوية ويغل وفورات تبلغ نحو ٠,٥٪ من إجمالي الناتج المحلي. ويقتصر تأثير التحسن في الإدارة العامة والتنسيق على تخفيض الإنفاق بمبلغ أقل من ذلك قليلا فحسب. ويؤكد التحليل أيضا أهمية الميزانية الأكثر إحكاما والإشراف المركزي الأقوى مما يمكن أن يخفض الإنفاق بنسبة ٠,٢٥٪ من إجمالي الناتج المحلي. وأخيرا، يتبين من نموذج المحاكاة أن آثار الإصلاحات في جانب الطلب– مثل استخدام تقاسم التكلفة– صغيرة ولكن لا يمكن تجاهلها. وتختلف الأهمية النسبية لكل من هذه الإصلاحات ومدى استصوابها، فيما بين البلدان تبعا لأنظمتها الحالية للرعاية الصحية.

وبالطبع سيكون التأثير على صحة الناس هو أحد الاعتبارات المهمة في مصارعة صناع السياسة لتحديات إصلاح الرعاية الصحية. ولحسن الحظ فإن أغلب الإستراتيجيات الواعدة التي وصفناها أعلاه يمكن أن تزيد من استجابة نظام الرعاية الصحية لاحتياجات المرضى في حين تتعامل مع الإنفاق في الوقت نفسه. ويتبين من القصور الكبير في مستوى كفاءة الإنفاق في بلدان عديدة أن هناك مجالا كبيرا لاحتواء الزيادة في التكلفة بدون تعريض الصحة للخطر.

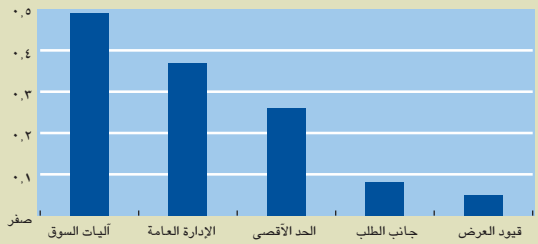
ويتطلب إصلاح الرعاية الصحية مراقبة وتحسينا مستمرين استنادا إلى البيانات الحالية عن سلوك مقدمي الخدمة والمرضى إذا أردنا احتواء التكاليف

الشكل ٣

ترويض الوحش

تستطيع إصلاحات الرعاية الصحية أن تساعد على موازنة زيادات الإنفاق المتوقعة.

(الانخفاض في الإنفاق المتوقع على الرعاية الصحية مقارنة بالسيناريو الأساسي في عام ٢٠٣٠ نتيجة إصلاح معين، ٪ من إجمالي الناتج المحلي)



المصدر: قاعدة البيانات الصحية لدى منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي، وتقديرات خبراء صندوق النقد الدولي.

ملاحظة: متوسطات غير مرجحة لتأثير الإصلاحات.

على المدى الطويل. والنجاح في تخفيض النفقات يقتضي تنشيطا وإعادة صياغة مستمرين لمبادرات الإصلاح مع تكيف الأطراف المعنية مع قواعد اللعبة الجديدة وتوصلهم إلى طرق للالتفاف حولها. وينبغي مراقبة فعالية الإصلاحات بدقة لضمان استجابة مقدمي الخدمة وجهات التأمين والمرضى لحوافز تخفيض التكلفة بالطريقة المتوقعة.

سياسات تكميلية

كذلك يمكن للتركيز بقدر أكبر على الرعاية الوقائية أن يساعد في إبطاء نمو الإنفاق على الرعاية الصحية. فالصحة تتأثر بعوامل أخرى بخلاف الإنفاق على الصحة العامة، منها دخل الفرد وعاداته الشخصية. وتستطيع الحكومات أن تقوم بدور مهم في تعزيز العادات الصحية الجيدة بتشجيع الناس على الامتناع عن التدخين، وعدم الإفراط في تناول المشروبات الكحولية، والاعتناء بغذائهم بشكل أفضل، وممارسة الرياضة بانتظام أكثر، وقيادة سياراتهم بحرص. ويمكن أيضا لآليات السوق أن تحدث تأثيرها. على سبيل المثال، فالربط بين تقاسم التكلفة أو أقساط التأمين وبين الفحص الإجباري المنتظم يمكن أن يقوي الرعاية الوقائية ويساعد على احتواء الإنفاق.

وفي حين أن التأثير المقدّر للإصلاحات المقترحة كبير، إلا أنه قد لا يكون كافيا لتثبيت نسب الإنفاق العام إلى إجمالي الناتج المحلي، خاصة في البلدان المتوقع فيها حدوث زيادة كبيرة في الإنفاق. وفي هذه الحالة، سيقتضي الأمر بذل جهود إضافية (تتجاوز الوصول إلى الأداء المتوسط في خصائص النظام الصحي المذكورة) لتثبيت نسب الإنفاق العام، بما في ذلك تخفيض الإنفاق في مجالات أخرى بخلاف الرعاية الصحية أو زيادة الإيرادات.

تحديات مختلفة في الاقتصادات الصاعدة

تواجه الاقتصادات الصاعدة – حيث متوسط طول العمر المتوقع أقصر ومعدل وفيات الأطفال الرضع أعلى– تحديات مختلفة في الإنفاق على الصحة العامة عما تواجهه الاقتصادات المتقدمة. وتستطيع الاقتصادات الصاعدة أن تتعلم دروسا قيّمة من تجربة الاقتصادات المتقدمة، وينبغي أن تهدف إلى توسيع أنظمتها للرعاية الصحية في حين تتجنب عدم الكفاءة وما ينتج عنها من تكاليف عالية يُبتلى بها العديد من الاقتصادات المتقدمة.

ففي أوروبا الصاعدة، يبلغ الإنفاق مستويات مرتفعة نسبيا بمقاييس الاقتصادات الصاعدة، بسبب التغطية الشاملة تقريبا، وكما هو الحال في الاقتصادات المتقدمة، بسبب نمط للأمراض يتكلف علاجها مبالغ باهظة (مثل مرض السكري وأمراض القلب). والحالة الصحية الكلية في أغلب بلدان أوروبا الصاعدة سيئة نسبيا بالمقارنة بالاقتصادات المتقدمة، والأموال المتاحة لتحسين الصحة محدودة. وستحتاج هذه البلدان إلى الاعتماد بدرجة أكبر على إصلاحات معززة للكفاءة من أجل تحسين النتائج الصحية.

ولدى الاقتصادات الصاعدة في آسيا وأمريكا اللاتينية تغطية صحية أقل توسعا منها في أوروبا الصاعدة، ولكن المجال فيها أكبر للتوسع في الإنفاق. ولضمان تغطية أكبر عدد ممكن من الناس، بتكلفة يمكن تحملها، يتعين على أنظمة الصحة العامة أن تركز أولا على توفير الخدمات الصحية الأهم. ويجب أن ينصب تركيز أكبر على الرعاية الوقائية والأولية، مما سيتطلب تغييرا في الحوافز المالية لمقدمي الرعاية الصحية. وينبغي أن تخصص الحكومات حصة أكبر من إنفاقها على الرعاية الصحية لمكافحة الأمراض المعدية وتقديم رعاية أفضل في المناطق الريفية الفقيرة.

ويمكن للاقتصادات الصاعدة أن تستقي دروسا مهمة من بعض تجارب الاقتصادات المتقدمة في توسيع نطاق تغطية الرعاية الصحية. فقد اضطلعت مقاطعة تايوان الصينية وكوريا بإصلاحات مهمة لتحقيق مستوى أفضل من الاتساق في نظام الحوافز لمقدمي الخدمة الصحية وتعزيز الرعاية الأولية والوقائية وتحسين الإدارة العامة والتنسيق. فقد أدخلت مقاطعة تايوان الصينية، على سبيل المثال، برنامجا لتحديد الأتعاب حسب النتيجة، والذي يتلقى الأطباء بمقتضاه علاوات مالية على أساس النتائج الإكلينيكية.

في الاقتصادات الصاعدة، يمثل توسيع نطاق تغطية الخدمات الأساسية لتشمل قطاعا أوسع من السكان أفضل وصفة لتحسين الصحة على أساس قابل للاستمرار من المنظور المالي

وتستطيع أنظمة التأمينات الاجتماعية المساعدة في احتواء العبء المالي للإنفاق على الصحة بالربط بين أهلية الحصول على المنافع الصحية وبين الاشتراكات المقدمة. ولكن توجد في كثير من الاقتصادات الصاعدة أسواق عمل غير رسمية كبيرة قد لا يقدم عمالها اشتراكات في التأمينات الاجتماعية، لذلك، فإذا كان الهدف هو توسيع التغطية في الاقتصادات الصاعدة، فإن توفير الرعاية الصحية الأساسية الشاملة التي تمولها الضرائب (كما في تايلند) قد يكون أفضل نقطة للبداية.

ويمكن توسيع نطاق الأنظمة المبنية على التأمينات الاجتماعية في البلدان التي تكون فيها سوق العمل غير الرسمية أقل أهمية وتتسم إدارة الإيرادات بجودة عالية. وتبين تجربة تشيلي إمكانية الاستمرار في تمويل الرعاية الصحية بتوليفة من المساهمات الإلزامية في سوق العمل الرسمية، وتقاسم الأفراد للتكلفة من خلال المدفوعات المساهمة، ومن خلال تمويل تكميلي من ميزانية الحكومة (خاصة عندما تكون الإعانات ضرورية وتحقيقا للصالح العام).

وسيظل إصلاح الرعاية الصحية يشكل تحديا ماليا أساسيا أمام صناع السياسة في الاقتصادات المتقدمة والصاعدة على السواء. وتبين دروس الماضي أن خليطا حكيما من الإصلاحات يمكن أن يساعد على احتواء نمو الإنفاق في الاقتصادات المتقدمة في حين يحافظ في الوقت نفسه على الإنصاف والكفاءة. وفي الاقتصادات الصاعدة، يمثل توسيع نطاق تغطية الخدمات الأساسية لتشمل قطاعا أوسع من السكان أفضل وصفة لتحسين الصحة على أساس قابل للاستمرار من المنظور المالي. ■

بينيديكت كليمنتس رئيس قسم، وديفيد كودي نائب رئيس قسم، وبوبينغ شانغ مستشار في شؤون المساعدة الفنية، وجميعهم من إدارة الشؤون المالية في صندوق النقد الدولي. وجاستين تايسون اقتصادي أول في الإدارة الأوروبية في صندوق النقد الدولي.

المراجع:

International Monetary Fund, 2010, "Macro-Fiscal Implications of Health Care Reform in Advanced and Emerging Economies," IMF Policy Paper (Washington, December).

Sivard, R., 1974–96, World Military and Social Expenditures (Leesburg, Virginia: WMSE Publications), various issues.