فاتورة الصحة

التباطؤ الأخير في نمو الإنفاق على الصحة العامة في الاقتصادات المتقدمة لا يرجح أن يدوم

بنيديكت كليمنس، وسانجيف غوبتا ، وباوبينغ شانغ اقتصادي

يمثل احتواء نمو الإنفاق العام على الصحة واحدة من أهم قضايا المالية العامة التي تواجهها الاقتصادات المتقدمة. وقد نما هذا الإنفاق بصورة كبيرة على مدى العقود الثلاثة الماضية (دراسة Clements, Coady, and Gupta, 2012) ويمثل نحو نصف الزيادة في الإنفاق الحكومي بدون فوائد على مدى هذه السنوات.

وخلال نفس الفترة، ارتفع أيضاً الإنفاق الخاص على الصحة – الذي يمثل في المتوسط نحو ربع النفقات الكلية على الصحة في الاقتصادات المتقدمة. وفي حين تزامنت زيادة الإنفاق مع حدوث تحسن هائل في الصحة، فقد وضع أيضاً ضغوطا كبيرة على الميزانيات، وخصوصا في الوقت الحالي، حين بلغ مجموع الدين العام كنسبة مئوية من إجمالي الناتج المحلي مستويات غير مسبوقة في الاقتصادات المتقدمة.

ومنذ عام ٢٠١٠، تباطأ نمو الإنفاق العام على الرعاية الصحية، ومن الضروري فهم ما يعنيه ذلك. وهل سيستمر هذا التباطؤ وهل الإنفاق على الصحة تحت السيطرة؟ في الماضي، كانت فترات النمو البطيء تتبع في الغالب بفترات تتسارع فيها وتيرة النمو (راجع الرسم البياني ١). فهل سيكون تباطؤ النشاط الاقتصادي الحالي مختلفا؟ تنطوي الإجابات على هذه الأسئلة على انعكاسات مهمة على الآفاق الاقتصادية طويلة الأجل للاقتصادات المتقدمة. فتزايد الإنفاق على الرعاية الصحية في تلك الاقتصادات يمكن أن يرغم الحكومات إما على خفض الإنفاق في المجالات الأخرى ذات الأولوية (كالتعليم والبنية التحتية) أو إبطاء تقدمها في خفض الدين العام – ويمكن أن يكون لكلا الخيارين أثر على آفاق النمو في هذه الاقتصادات.

تباطؤات متزامنة

حدث تباطؤ النمو في الإنفاق العام على الصحة، الذي بدأ في عام ٢٠١٠، في جميع الاقتصادات المتقدمة تقريبا. ويشمل الإنفاق العام على الصحة مصروفات الخدمات المقدمة في المستشفيات الخاصة والمرافق الصحية الحكومية، ومصروفات التأمين العام على الصحة الذي يسدد فاتورة العلاج في المستشفيات الخاصة وللأطباء والممرضات والممرضين من القطاع الخاص. وفي المتوسط، انخفض الإنفاق على الصحة العامة في هذه الاقتصادات من ٧,٤٪ من إجمالي الناتج المحلي في عام ٢٠٠٩ إلى ٧,١٪ من إجمالي الناتج المحلي في عام ٢٠١١. وفي عام ٢٠١٢، وهو أخر عام تتوافر فيه بيانات قابلة للمقارنة بين البلدان، ارتفع متوسط الإنفاق العام على الصحة بصورة طفيفة كحصة في إجمالي الناتج المحلي. ونفس الشيء حدث بالنسبة لنمو الإنفاق العام على الصحة، المعدل لمراعاة التضخم، حيث انخفض من ٤,٥٪ في عام ٢٠٠٩ إلى نحو صفر في عام ٢٠١٠. وفي حين شهد نمو الإنفاق الحقيقي ارتدادة إيجابية في عامي ٢٠١١ و ٢٠١٢ فقد ظل دون متوسطه التاريخي بكثير.

وكان تباطؤ الإنفاق أكبر في البلدان التي تضررت بشدة من الأزمة المالية العالمية وشهدت تراجعا حادا في الناتج – اليونان وآيسلندا وأيرلندا والبرتغال وإسبانيا. أما في في البلدان التي تضررت بدرجة أقل من الأزمة – مثل ألمانيا وإسرائيل واليابان – فقد تباطأ النمو قليلا أو لم يتباطأ على الإطلاق (راجع الرسم البياني ٢). ومس هذا التباطؤ جميع فئات الإنفاق على الرعاية الصحية تقريبا: مرضى العيادات الداخلية والخارجية والصناعات الدوائية والطب الوقائي والصحة العامة (Morgan and Astolfi, 2013).

ويشير تباطؤ النمو في جميع أنواع الإنفاق في جميع الاقتصادات المتقدمة تقريبا – وفي نفس الوقت تقريبا – إلى أنه يعزى إلى عامل مشترك. ويبدو أن هذا العنصر المشترك هو الأزمة المالية العالمية، التي أثرت على النشاط الاقتصادي وعلى قدرة الحكومات على تمويل النمو المستمر في الإنفاق على الرعاية الصحية.

وسواء كان هذا التباطؤ سيستمر أم لا فتلك مسألة تعتمد على كيفية تغير العوامل الأساسية الدافعة للإنفاق في المستقبل. وهناك خمسة عوامل دفع.

شيخوخة السكان: تتزايد احتياجات الأشخاص من الرعاية الصحية غالبا مع تقدم العمر. ويتوقع أن يرتفع متوسط عمر السكان في الاقتصادات المتقدمة على مدى العشرين سنة القادمة نتيجة للزيادات المستمرة في متوسط العمر المتوقع ويرجح أن يسهم ذلك في استمرار الزيادات في الإنفاق على الرعاية الصحية.

نمو الدخل: يرتبط نمو الدخل غالبا بتزايد الطلب على خدمات صحية أكثر وأفضل. إلا أن القيمة الدقيقة لمرونة الدخل (أي تغير الطلب على الخدمات الصحية استجابة لتغير الدخل) موضوع نقاش ساخن ويتسم بعدم اليقين. وتشير دراسات أجريت مؤخرا إلى أن مرونة الطلب إلى الدخل بالنسبة للرعاية الصحية أقل من أو في حدود ١,٠ (Maisonneuve and Martins, 2013).

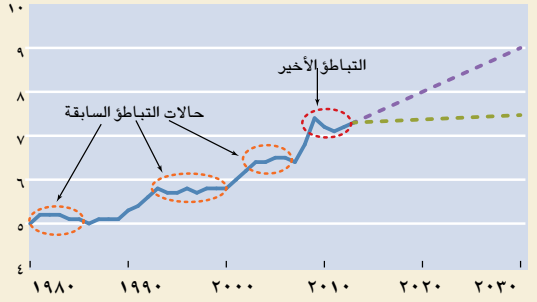
التقدم التكنولوجي: تمثل التحسينات في التكنولوجيات الطبية أهم العوامل المحددة للإنفاق على الرعاية الصحية. فقد أدى التطوير المستمر

الرسم البياني ١

المستقبل موضع شك

هل سيستمر التباطؤ الحالي في زيادات الإنفاق على الرعاية الصحية (الخط الأخضر المتقطع) أم كما حدث سابقا ستتبعه زيادة جديدة (الخط البنفسجي المتقطع)؟

(الإنفاق العام على الرعاية الصحية، ٪ من إجمالي الناتج المحلي)



المصادر: منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي، قاعدة بيانات الإحصاءات الصحية لعام ٢٠١٤؛ وتقديرات المؤلفين.
ملحوظة: الأماكن المحاطة بدائرة تمثل فترات التباطؤ في زيادات الإنفاق على الرعاية الصحية في الاقتصادات المتقدمة.

طبيب أطفال يفحص طفلا في لوسان، سويسرا.

للإجراءات والأدوية الجديدة إلى زيادة هائلة في الوقاية من مشكلات صحية وفي علاجها، ولكنه نظرا لارتفاع تكلفة التكنولوجيا أسهم أيضا في سرعة نمو الإنفاق.

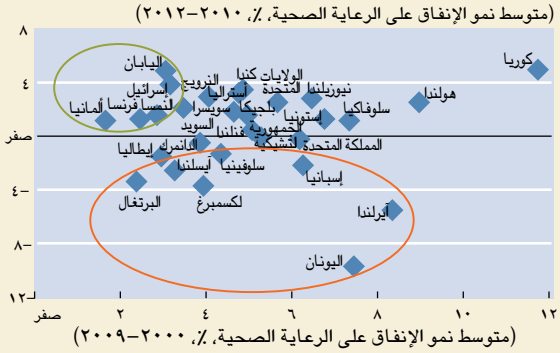
أثر بومول: يشير هذا الأثر، المسمى باسم منشئه، الاقتصادي ويليام ج. بومول، إلى الزيادة الكبيرة نسبيا في تكاليف وحدة العمل في القطاعات التي يصعب فيها تحقيق مكاسب في الإنتاجية، بما في ذلك في الخدمات المقدمة من الحكومة. وفي قطاع الصناعات التحويلية، يمكن تحسين الإنتاجية بتنفيذ عمليات جديدة تخفض عدد العمالة اللازمة لإنتاج مستوى معين من الناتج. ولكن في الرعاية الصحية، يصعب تحسين الإنتاجية، بسبب محدودية إمكانية خفض عدد الأطباء والممرضات/الممرضين دون المساس بمستوى الخدمات. وترتفع المرتبات في مجال الرعاية الصحية تمشيا مع المتوسطات السائدة في الاقتصاد إلا أن الإنتاجية لا ترتفع، ومن ثم تزيد تكاليف وحدة العمل بصورة أكثر حدة في قطاع الصحة.

الرسم البياني ٢

حالات التباطؤ

البلدان التي تضررت على النحو الأشد من الأزمة المالية العالمية هي التي شهدت التباطؤ الأكبر في زيادات الإنفاق على الرعاية الصحية.

(متوسط نمو الإنفاق على الرعاية الصحية، ٪، ٢٠١٠–٢٠١٢)



(متوسط نمو الإنفاق على الرعاية الصحية، ٪، ٢٠٠٠–٢٠٠٩)

المصادر: منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي، قاعدة بيانات الإحصاءات الصحية لعام ٢٠١٤؛ وتقديرات المؤلفين.

ملحوظة: جميع البيانات واردة بقيم حقيقية ومعدلة لمراعاة التضخم. والبلدان التي تحيط بها دائرة باللون الأخضر هي التي كان تباطؤ النمو فيها محدودا أو منعدما. والبلدان التي تحيط بها دائرة باللون البرتقالي هي التي شهدت أكبر تباطؤ في النمو.

السياسات والمؤسسات الصحية: يمكن أن تؤثر السياسات والمؤسسات المعنية بالرعاية الصحية على الإنفاق من خلال آثارها على كل من العرض والطلب. ففي جانب الطلب، تحدد السياسة تغطية حزم المنافع العامة أو درجة تقاسم التكاليف مع المرضى (على سبيل المثال، المدفوعات المشتركة عن زيارات الأطباء أو الأدوية الموصوفة). وفي جانب العرض، تؤثر السياسة على الإنفاق بصورة مباشرة (مثلا، بالنسبة لعيادات الصحة العامة) أو بصورة غير مباشرة من خلال المدفوعات التي تؤدى للمستشفيات الخاصة أو أطباء القطاع الخاص والممولة من نظم التأمين الصحي العام (مثل نظام ميديكير في الولايات المتحدة الأمريكية).

ولا يوجد دليل على أن شيخوخة السكان، أو التقدم التكنولوجي، أو أثر بومول قد تغير بصورة كبيرة في السنوات الأخيرة. ولا يرجح أن تفسر هذه العوامل التباطؤ المفاجئ الذي شوهد في الإنفاق العام على الصحة منذ عام ٢٠١٠. وهذا التباطؤ يمكن أن يفسره بطء نمو الدخل، نتيجة للأزمة الاقتصادية الأخيرة – أو التغيرات في السياسات والمؤسسات المعنية بالرعاية الصحية. إلا أنه من المهم التمييز بين الإصلاحات الهيكلية التي تهدف إلى تحسين عمل وكفاءة نظام الرعاية الصحية والتدابير التي تدخل في باب الاستجابات المؤقتة (ولكن غير القابلة للاستمرار) لأوضاع الاقتصاد الكلي والمالية العامة. ويرجح أن يكون للتغيرات الهيكلية أثر دائم على نمو الإنفاق العام على الصحة، بينما يرجح أن تتضاءل آثار التدابير المؤقتة مع تحسن أوضاع الاقتصاد الكلي والمالية العامة.

وفورات فورية

إضافة إلى بطء نمو الدخل، يعزى تراجع الإنفاق أثناء تباطؤ النمو الأخير إلى السياسات التي تحد من مستوى الإنفاق في الأجل القصير استجابة لتشديد أوضاع الاقتصاد الكلي والمالية العامة. ومن ثم، لا يرجح أن تؤثر هذه السياسات على نمو الإنفاق على الرعاية الصحية في الأجل الطويل. وقد تركزت التدابير التي بدأ تطبيقها في كثير من البلدان بصفة أساسية على توليد وفورات فورية بدلا من تحسين كفاءة وجودة الإنفاق على الصحة. وقد ركزت التدابير على إجراء تخفيضات شاملة في ميزانيات الصحة الوطنية في اليونان وأيرلندا وإيطاليا والبرتغال وإسبانيا؛ وتخفيضات في أسعار المستحضرات الصيدلانية وغيرها من السلع الطبية في النمسا وبلجيكا واليونان وأيرلندا وهولندا والبرتغال وإسبانيا؛ وتخفيض المدفوعات لمقدمي الخدمات الصحية في الجمهورية التشيكية وإستونيا وأيرلندا وإسبانيا؛ وتخفيض الأجور

والمرتبات في الجمهورية التشيكية والدانمرك واليونان وأيرلندا والبرتغال وسلوفينيا وإسبانيا والمملكة المتحدة (دراسة Mladovsky and others, 2012). وفي حين يمكن أن تساعد هذه التدابير المتخذة على مستوى الاقتصاد الكلي (المسماة كذلك لأنها تؤثر على الإنفاق الكلي بطريقة غير مستهدفة) على خفض الإنفاق في الأجل القريب، فإنها أقل فعالية في احتواء نمو الإنفاق في الأجل الطويل ما لم تكن مصحوبة بإصلاحات – على سبيل المثال، الإصلاحات التي تتيح التنافس وتحسن الحوافز من أجل تقديم رعاية فعالة التكلفة (دراسة Clements, Coady, and Gupta, 2012). وعلاوة على ذلك، يمكن أن تؤدي بعض هذه التدابير الكلية، مثل التخفيضات في مجال تحسين الصحة والوقاية من الأمراض، إلى زيادة ضغوط الإنفاق على المدى الأطول لأن آثارها السلبية على الصحة يمكن أن تزيد الحاجة إلى تدخلات طبية أعلى تكلفة في المستقبل.

ويشير التحليل الاقتصادي الكلي إلى أن المؤشرات الاقتصادية الكلية والمالية العامة (مثل النمو الاقتصادي والبطالة وإجمالي الدين الحكومي) عوامل مهمة لتحديد نمو الإنفاق العام على الرعاية الصحية بسبب أثرها المباشر أو غير المباشر على بعض العوامل الرئيسية الدافعة لذلك الإنفاق، التي سبق بيانها. وقد بين التحليل، الذي يستند إلى نموذج يستخدم بيانات سنوية لجميع الاقتصادات المتقدمة خلال الفترة ١٩٨٠–٢٠١٢، أن حدوث تباطؤ في النمو الاقتصادي وتزايد معدل البطالة يؤديان إلى خفض نمو الإنفاق على الرعاية الصحية.

ويؤدي أيضاً ارتفاع الدين الحكومي إلى خفض الإنفاق لأن الحكومات التي تواجه مديونيات كبيرة لا يسعها أن تزيد الإنفاق كثيرا. ويمكن أن تفسر هذه العوامل تقريبا كل التراجع في نمو الإنفاق العام على الصحة بين عامي ٢٠٠٨ و٢٠١٠. وبالنسبة لهذه الفترة، يكون النمو المشاهد في الإنفاق على الرعاية الصحية والقيمة التي يتنبأ بها نموذجنا متقاربين للغاية (راجع الرسم البياني ٣). وعلاوة على ذلك، يتنبأ النموذج أيضا بشكل صائب بالزيادات اللاحقة في نمو الإنفاق على الصحة العامة في عامي ٢٠١١ و ٢٠١٢. ولو لم تكن الأزمة الاقتصادية قد حدثت، لظل نمو الإنفاق على الصحة، كما يتنبأ النموذج، دون تغيير إلى حد كبير عن مساره قبل الأزمة. وفي حين تفتقر هذه النتائج إلى الحسم، فإنها تشير إلى أن تباطؤ النمو الأخير هو مؤقت في معظمه.

مستقبل الإنفاق

تشير البيانات المتاحة عن الإنفاق على الرعاية الصحية من سبع بلدان (فنلندا وألمانيا وآيسلندا وإيطاليا وكوريا وهولندا والنرويج) إلى حدوث زيادة أخرى مقدارها ٠,١٪ من إجمالي الناتج المحلي في عام ٢٠١٣، وهو ما يتسق مع تنبؤات النموذج. وفي الولايات المتحدة الأمريكية، تشير البيانات المأخوذة من مكتب التحليل الاقتصادي إلى حدوث نمو أسرع في الإنفاق الاستهلاكي للمستشفيات ودور التمريض وزيارات الأطباء وغيرها من خدمات الرعاية الصحية خلال الربع الأول من عام ٢٠١٤، وإن كان بعضها قد يعزى إلى برنامج توسيع المظلة التأمينية وفقا لقانون حماية المرضى والرعاية بتكلفة مقبولة (المسمى أوباماكير). وتشير الدراسات الأحدث عن الولايات المتحدة أيضاً إلى أن التباطؤ كان يعزى في معظمه إلى الأوضاع الاقتصادية، وليس إلى تغير هيكلي في قطاع الرعاية الصحية (دراستا Chandra, Holmes, and Skinner, 2013; Dranove, Garthwaite, and Ody, 2014).

وفي حين يرجح أن يكون التباطؤ مؤقتا في معظمه، فإنه يظل من الممكن أن يحدث تأثيرا دائما على الإنفاق على الرعاية الصحية في بعض الاقتصادات المتقدمة لسببين:

- عندما يُستأنف معدل النمو التاريخي للإنفاق العام على الصحة، سيستمد ذلك النمو من قاعدة إنفاق أضيق كنسبة مئوية من إجمالي الناتج المحلي مقارنة بالوضع لو لم تكن هناك أزمة.
- لا يتوقع أن تعود بعض العوامل الاقتصادية الكلية وعوامل المالية العامة التي تحد من نمو الإنفاق (مثل ارتفاع نسب الدين العام) إلى مستويات ما قبل الأزمة في المستقبل القريب.

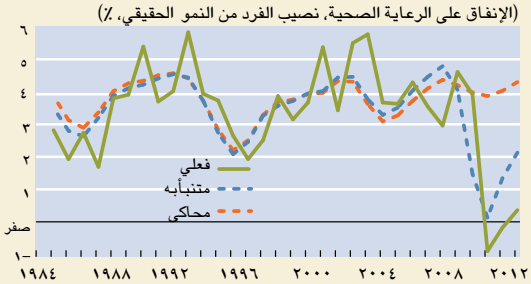
وحسب توقعاتنا (راجع الرسم البياني ٤)، نقوم بدمج مستويات الإنفاق الأدنى التي تعزى إلى تدابير أخيرة وافتراض أن معدلات نمو الإنفاق لن تعود إلى المتوسطات التاريخية إلا تدريجيا مع تعافي الاقتصادات.يرة وافتراض أن الرسم البياني ٤)، نقوم بدمج مستويات الإنفاق الأقل التي تعزى إلى التدابير الأخمقارنة بالوضع لو لم تكن

الرسم البياني ٣

كما هو متنبأ به

يرتبط الإنفاق العام على الرعاية الصحية بصورة وثيقة بالتطورات الاقتصادية مثل البطالة والناتج، وهو ما يشير إلى أن وتيرة نمو الإنفاق ستتسارع مع تعافي الاقتصادات المتقدمة من الأزمة المالية العالمية.

(الإنفاق على الرعاية الصحية، نصيب الفرد من النمو الحقيقي، ٪)



المصادر: منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي، قاعدة بيانات الإحصاءات الصحية لعام ٢٠١٤؛ وتقديرات المؤلفين.

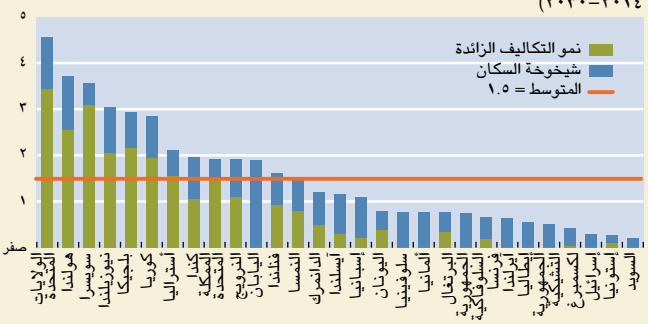
ملحوظة: جميع البيانات واردة بقيم حقيقية ومعدلة لمراعاة التضخم. وتشير عبارة متنبأ به إلى معدلات النمو في التنبؤ بالإنفاق على الرعاية الصحية في نموذج اقتصادي يستند إلى عوامل اقتصادية كلية مثل البطالة والنمو الاقتصادي والدين الحكومي. ويتوافق السلوك المتنبأ به بشكل معقول بصورة وثيقة مع النمو الفعلي في الفترة من ١٩٨٠ إلى ٢٠١٢. ويشير الخط المحاكى بعد عام ٢٠٠٨ إلى توقع النموذج لنمو الإنفاق على الرعاية الصحية لو لم تكن الأزمة العالمية قد حدثت. (وهو يستعيض عن الأداء الفعلي للعوامل الاقتصادية الكلية في الفترة ٢٠٠٨–٢٠١٢ بمتوسطاتها في الفترة ٢٠٠٠–٢٠٠٧.)

الرسم البياني ٤

تزايد الإنفاق

يتوقع أن يزيد الإنفاق بنحو ١,٥٪ من إجمالي الناتج المحلي في الاقتصادات المتقدمة على مدى الخمس عشرة سنة القادمة. وأقل من نصف العدد سيكون من شيخوخة السكان؛ والبقية ستأتي من التكنولوجيا، وارتفاع مستوى الدخول، والعوامل الهيكلية

(الزيادات في الإنفاق على الرعاية الصحية، ٪ من إجمالي الناتج المحلي، المتوسطات المتوقعة، ٢٠١٤–٢٠٣٠)



المصادر: منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي، قاعدة بيانات الإحصاءات الصحية لعام ٢٠١٤؛ وتقديرات المؤلفين.

ملحوظة: جميع البيانات معدلة لمراعاة التضخم. نمو التكاليف الزائدة هو نمو الإنفاق على الصحة العامة الذي يتجاوز نمو إجمالي الناتج المحلي بعد تحييد أثر عامل شيخوخة السكان. وهو يعزى إلى تحسن التكنولوجيا برغم ارتفاع تكلفتها، ونمو الدخل، وزيادة تكاليف عمل الوحدة (أثر بومول).

هناك أزمة. العام على الصحة، سيكون ذلك النمو في صورة وعاء أضيق للإنفاق كنسبة مئوية من إجمالي ي بعض الاقتص وتستند التوقعات حتى عام ٢٠١٩ إلى التوقعات الاقتصادية الكلية الواردة في تقرير "آفاق الاقتصاد العالمي" لصندوق النقد الدولي (النمو الاقتصادي، ونسب الدين العام إلى إجمالي الناتج المحلي لدى الحكومة العامة، ومعدل البطالة). وفي السنوات بعد ٢٠١٩، تفترض التوقعات أن نمو التكاليف الزائدة (الفرق بين نمو الإنفاق الحقيقي على الرعاية الصحية

لا يخضع الإنفاق على الرعاية الصحية للسيطرة الكاملة في الاقتصادات المتقدمة.

ونمو إجمالي الناتج المحلي، بعد تعديله لمراعاة آثار شيخوخة السكان) سيعود تدريجيا إلى متوسطه التاريخي بحلول عام ٢٠٣٠. وفي المتوسط، نتوقع أن يزيد الإنفاق على الصحة العامة بمقدار ١,٥ نقطة مئوية من إجمالي الناتج المحلي خلال الفترة ٢٠١٤–٢٠٣٠. ويتوقع أن يعزى أقل من نصف الزيادة إلى شيخوخة السكان؛ ويتوقع أن يعزى الجزء المتبقي إلى نمو الإنفاق الزائد بسبب تحسن التكنولوجيا برغم ارتفاع تكلفتها، ونمو الدخل، وأثر بومول، والسياسات والمؤسسات الصحية.

وتشير النتائج أيضا إلى أنه ستكون هناك فروق كبيرة في زيادات الإنفاق بين البلدان في العقد ونصف العقد القادم. ففي الولايات المتحدة، يتوقع أن يزيد الإنفاق العام على الصحة (بما في ذلك جميع البرامج الصحية للحكومة الاتحادية وحكومات الولايات) بمقدار ٤,٥ نقاط مئوية من إجمالي الناتج المحلي. ويتوقع أن يزيد الإنفاق العام على الصحة في اليونان وآيسلندا وأيرلندا والبرتغال وإسبانيا، في المتوسط، بأقل من نقطة مئوية واحدة من إجمالي الناتج المحلي. ويدل ذلك على الآثار المتبقية من الأزمة العالمية على الماليات العامة والأوضاع الاقتصادية الكلية في هذه البلدان.

الانعكاسات على سياسة المالية العامة

تنطوي التوقعات بشأن الماليات العامة للاقتصادات المتقدمة في الأجل الطويل على انعكاسات كبيرة. فحتى تتمكن هذه الاقتصادات من بلوغ أهداف المالية العامة الخاصة بها في الأجل المتوسط، سيتعين عليها زيادة الإيرادات أو الاستمرار في خفض الإنفاق. وإحدى سبل قياس حجم التصحيح المطلوب هي تقدير المستوى الذي يتعين على هذه البلدان أن ترفع عنده "أرصدتها الأولية" (الإيرادات مخصوما منها النفقات، عدا الفائدة) على مدى الفترة ٢٠١٤–٢٠٢٠ لتحقيق أهدافها. وتشير التقديرات الأخيرة إلى أن التصحيح المطلوب سيكون في حدود ٢,٢٥ نقطة مئوية في المتوسط من إجمالي الناتج المحلي (IMF, 2014). والأهم من ذلك أنه سيتعين على البلدان التعامل مع زيادة الإنفاق على المعاشات التقاعدية، التي يتوقع أن تزيد بمقدار نقطة مئوية واحدة من إجمالي الناتج المحلي على مدى الخمس عشرة سنة القادمة نتيجة لشيخوخة السكان. ونتيجة لذلك، يبلغ مجموع احتياجات ضبط أوضاع المالية العامة (بما في ذلك الزيادات المتوقعة في الإنفاق على الصحة) ٤,٧٥ نقاط مئوية من إجمالي الناتج المحلي – وهي نسبة كبيرة تؤكد على ضرورة تحسين كفاءة الإنفاق الحكومي، وهو أمر ممكن في عدد من المجالات. وتشمل هذه المجالات إصلاح الأجور والتعيينات في القطاع العام؛ وتقريب الإنفاق على التعليم بدرجة أكبر من الاحتياجات المتغيرة، والتي تتغير بتغير أعمال السكان؛ وتوجيه المنافع الاجتماعية للأسر المعيشية منخفضة الدخل، وهو ما من شأنه أن يتيح للحكومة تحقيق أهدافها فيما يتعلق بالمساواة بتكلفة أقل.

وعندما يتعلق الأمر بالرعاية الصحية، فإن الاقتصادات المتقدمة ليست مغلوبة على أمرها وبإمكانها اتخاذ خطوات للحد من الإنفاق واحتواء الزيادة في هذه المصروفات في السنوات القادمة. ومن بين الإجراءات التي يمكن أن تتخذها ما يلي:

- تنفيذ إصلاحات تعزز التنافس والاختيار، يمكن أن تتضمن المنافسة بين شركات التأمين ومقدمي خدمات الرعاية الصحية والإفصاح عن المعلومات بشأن الأسعار وجودة الخدمات الصحية.
- زيادة التأكيد على الرعاية الأولية والوقائية، التي يمكن أن تقلل الحاجة إلى الرعاية الأعلى تكلفة بإبقاء السكان في حالة صحية جيدة.
- إدخال تحسينات في نظم أداء المدفوعات للهيئات المقدمة للخدمات من أجل زيادة الحوافز لتوفير علاج فعال التكلفة. فالتحول عن النظم البسيطة لرد المدفوعات على أساس التكاليف التي تتحملها هذه الهيئات أو الخدمات التي تقدمها يمكن أن تحد من الحوافز لتوفير الرعاية غير الضرورية. ويمكن أن تتضمن هذه التحسينات مدفوعات للخدمات على أساس "المجموعات المتصلة بالتشخيص" التي تحدد بروتوكولات العلاج لمجموعة معينة من الحالات الطبية وهيكل الرسوم المتصل بها.
- التوسع في اعتماد نظم إدارة المعلومات الصحية من أجل جمع بيانات المرضى وتخزينها وتبادلها. وتملك هذه النظم إمكانات تعزيز النتائج الصحية وخفض التكاليف في آن واحد.

وبعبارة أخرى، لا يخضع الإنفاق على الرعاية الصحية للسيطرة الكاملة في الاقتصادات المتقدمة، وهو ما يؤكد على ضرورة الاضطلاع بإصلاحات هيكلية طويلة الأمد من أجل الحفاظ على المكاسب الكبيرة التي تحققت في مجال الرعاية الصحية في الماضي، وتمديد هذه المكاسب، والحد من نمو هذا الإنفاق للهبوط به إلى وتيرة تكون قابلة للإدارة بدرجة أكبر. ■

بنيديكت كليمنس رئيس قسم، وسانغيف غوبتا نائب مدير، وباوبينغ شانغ اقتصادي، وجميعهم في إدارة الشؤون المالية في صندوق النقد الدولي.

المراجع:

Chandra, Amitabh, Jonathan Holmes, and Jonathan Skinner, 2013, "Is This Time Different? The Slowdown in Healthcare Spending," Brookings Papers on Economic Activity *(Fall).*

Clements, Benedict, David Coady, and Sanjeev Gupta, eds., 2012, The Economics of Public Health Care Reform in Advanced and Emerging Economies *(Washington: International Monetary Fund).*

Dranove, David, Craig Garthwaite, and Christopher Ody, 2014, "Health Spending Slowdown Is Mostly Due to Economic Factors, Not Structural Change in the Health Care Sector," Health Affairs, *Vol. 33, No. 8, pp. 1399–406.*

International Monetary Fund (IMF), 2014, Fiscal Monitor *(Washington, October).*

Maisonneuve, Christine, and Joaquim Oliveira Martins, 2013, "A Projection Method for Public Health and Long-Term Care Expenditures," OECD Economics Department Working Paper No. 1048 (Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development).

Mladovsky, Philipa, Divya Srivastava, Jonathan Cylus, Marina Karanikolos, Tamás Evetovits, Sarah Thomson, and Martin McKee, 2012, "Health Policy Responses to the Financial Crisis in Europe," Policy Summary No. 5 (Copenhagen: World Health Organization).

Morgan, David, and Roberto Astolfi, 2013, "Health Spending Growth at Zero: Which Countries, Which Sectors Are Most Affected?" OECD Health Working Paper No. 60 (Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development).)