زيادة الكفاءة ضرورة ملحة

طالبات التمريض بمستشفى باتانغاس الإقليمي، مدينة باتانغاس، الفلبين

ديفيد كودي وموورا فرانسيس وبوبينغ شانغ

يجب أن يصبح الإنفاق على الصحة العامة أكثر كفاءة لتجنب أي ضغوط مفرطة على مالية الحكومة.

تحسنت مستويات الصحة تحسنا كبيرا على مستوى العالم على مدار العقود الخمسة الماضية. فعلى سبيل المثال، ازداد متوسط العمر المتوقع عند الولادة بنحو ١١ عاما في البلدان المرتفعة الدخل، و٢٦ عاما في البلدان في الشريحة الأعلى من فئة الدخل المتوسط، و٢١ عاما في البلدان في الشريحة الأدنى من فئة الدخل المتوسط، و٢٠ عاما في البلدان ذات الدخل المنخفض.

وبينما تعكس هذه التحسينات مجموعة كبيرة من العوامل – بما فيها الدخول المتزايدة والتكنولوجيا الطبية المتقدمة – كانت زيادة الإنفاق العام على الصحة من العوامل المهمة أيضا. فارتفع متوسط الإنفاق العام في الاقتصادات المتقدمة من ٣,٧٥٪ من إجمالي الناتج المحلي في عام ١٩٧٠ إلى ٧٪ تقريبا في عام ٢٠١٢. وزاد الإنفاق في اقتصادات السوق الصاعدة من ٢,٧٥٪ في عام ١٩٩٥ إلى ٣,٢٥٪ في عام ٢٠١٢، كما ارتفع الإنفاق خلال الفترة نفسها من ٣٪ من إجمالي الناتج المحلي إلى ٣,٧٥٪ في الاقتصادات النامية.

ورغم المنافع الكبيرة المحققة من زيادة الإنفاق العام على الصحة، تتسبب زيادة هذه النفقات في مشكلات مالية على جانب الموازنات الحكومية. إذ يشكل الإنفاق العام على الصحة نسبة كبيرة بالفعل من الموازنات العامة ويتوقع ازدياده مجددا (دراسة Clements, Coady, and Gupta, 2012). وفي الاقتصادات المتقدمة التي يجب عليها بالفعل تخفيض العجز للتصدي لارتفاع الدين العام، ستفرض زيادة الإنفاق مزيدا من الأعباء على المالية العامة. وفي اقتصادات السوق الصاعدة والاقتصادات النامية، يجب أن يتم الإنفاق بالتوازي على الصحة والأولويات الإنمائية الأخرى، كالتعليم والبنية التحتية.

وترى بلدان عديدة أن زيادة كفاءة الإنفاق العام على الصحة هي السبيل الأساسي لضمان التحسن المستمر في مستويات الصحة دون فرض أعباء إضافية على المالية العامة، فضلا على أن احتواء زيادة الإنفاق من خلال تحسين الكفاءة سيكون مقبولا بدرجة أكبر من الناحية السياسية على الأرجح مقارنة بالعزوف عن تحسين مستوى الصحة أو خفض الإنفاق في المجالات الأخرى. غير أن فعالية هذه الاستراتيجية تتوقف على حجم أوجه عدم الكفاءة في نظام الصحة العامة وقدرة الحكومات على الحد منها.

عدم كفاءة الإنفاق

من الصعب تحديد حجم أوجه عدم الكفاءة التي تشوب آليات الإنفاق.

فأولا، يصعب تعريف عدم الكفاءة نظرا لأن الإنفاق العام على الصحة له أكثر من هدف واحد. فوفقا لمنظمة الصحة العالمية، تنقسم الأهداف الرئيسية إلى تحسين صحة السكان، وحماية الأسر من المخاطر المالية، وتلبية توقعات الناس. ولكن

معظم الدراسات التي تتناول عدم كفاءة الإنفاق تركز على مستوى الصحة، مثل قياس متوسط العمر المتوقع. ورغم أن تلك الدراسات قد ترصد بوضوح هدف تحسين الصحة، فإنها لا تعكس سوى صورة جزئية – نظرا لأن متوسط العمر المتوقع يرتبط ارتباطا كبيرا بمؤشرات الصحة الأخرى ذات الصلة.

وثانيا، عادة ما يتم قياس أوجه عدم الكفاءة بمقارنة نظام صحة ما بآخر يتسم «بالكفاءة». ونظرا لأن مستوى الصحة يتأثر بعوامل عديدة بخلاف الإنفاق تتفاوت من بلد لآخر، فمن الصعب تحديد الحد الأدنى للإنفاق اللازم لتحقيق مستوى الصحة المستهدف.

مصادر عدم الكفاءة

ولا تزال الدراسات تكشف عن قدر كبير من عدم الكفاءة في استخدام الموارد العامة في قطاع الصحة. فيشير تقرير الصحة العالمية لعام ٢٠١٠ (راجع WHO, 2010)، والذي يستند إلى دراسات عن نظم الرعاية الصحية حول العالم، إلى أن نسبة تتراوح من ٢٠٪ إلى ٤٠٪ من مجموع الإنفاق (العام والخاص) على الصحة في البلدان مرتفعة ومتوسطة ومنخفضة الدخل ليس لها تأثير يذكر على تحسين الصحة البشرية. وتوصلت دراسة عن بلدان منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي إلى أن أوجه عدم الكفاءة في تلك البلدان تؤدي إلى انخفاض العمر المتوقع بحوالي عامين في المتوسط (دراسة Joumard, André, and Nicq, 2010). وتشير دراسة أحدث (IMF, 2014) تتضمن تعديل العمر المتوقع حسب جودة نظام الصحة إلى أن أوجه عدم الكفاءة تتسبب في تراجع العمر المتوقع المعدل حسب مستوى الصحة (راجع الإطار) بأكثر من عامين في المتوسط (راجع الرسم البياني ١)، وهو تراجع حاد أخذا في الاعتبار أن زيادة الإنفاق على الصحة بنسبة ٥٠٪ لن تطيل العمر المتوقع المعدل حسب مستوى الصحة سوى بعام واحد في المتوسط، مما يشير إلى وجود فرصة كبيرة لزيادة الكفاءة في جميع البلدان.

وتنشأ أوجه عدم الكفاءة تلك عن مصادر عديدة ويوجد عدد من التدابير التصحيحية المحتملة لمواجهتها.

وتشير الشواهد في حالة بلدان منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي إلى أن نوع نظام الصحة العامة لا يبدو من العوامل الرئيسية المؤثرة (دراسة Joumard, André, and Nicq, 2010). فالحكومة في معظم البلدان تضطلع بدور كبير في قطاع الصحة، ويمكن أن يأخذ هذا الدور أشكالا متنوعة، بما في ذلك توفير الخدمات الصحية بشكل مباشر، وتوفير التمويل اللازم من خلال النظام الضريبي، وتنظيم الخدمات المقدمة من القطاع الخاص. ولكن عند تصنيف نظم الرعاية الصحية حسب دور آليات السوق في توفير وتمويل تلك النظم، نجد أن الفوارق في مستوى الكفاءة داخل المجموعات أكبر من الفوارق بين المجموعات. ويشير ذلك إلى توقف درجة الكفاءة على عوامل أكثر تحديدا، مثل العناصر المكونة لمجموعة مزايا الرعاية الصحية، وكيفية سداد مستحقات مقدمي الخدمة من القطاع الخاص، وهيكل تقاسم التكلفة، وكيفية وضع وإنفاذ المبادئ التوجيهية التي تنظم عملية العلاج.

ومن العوامل المهمة أيضا تكوين خدمات الرعاية الصحية والإنفاق على الصحة. فتشير الشواهد إلى أن خدمات الرعاية الصحية الأولية والوقائية أكثر كفاءة عموما من حيث التكلفة مقارنة بخدمات الرعاية الصحية المقدمة في المستشفيات. ولكن يوجد تفاوت كبير بين العلاجات المختلفة من حيث درجة كفاءة التكاليف حتى داخل كل نوع من أنواع خدمات الرعاية الصحية. فعلى سبيل المثال، نجد أن الأدوية البديلة فعالة مثلها مثل الأدوية الأصلية ذات العلامة التجارية ولكن تكلفتها أقل بكثير. لذلك ينبغي أن تتضمن مجموعة المنافع العامة أو تشجع استخدام العلاجات الأكثر كفاءة من حيث التكلفة دون غيرها.

وأحد العوامل المهمة أيضا تكوين المنتفعين من الإنفاق العام على الصحة وخصائصهم. ففي حالة عدم الإنفاق على خدمات الرعاية الصحية، تكون احتمالات حصول الفقراء والفئات المحرومة على خدمات الرعاية الصحية بطرق بديلة ضئيلة للغاية، وبالتالي فإن الإنفاق على الفقراء أكثر جدوى من الإنفاق على الأثرياء. وكلما تحسنت صحة السكان في البلدان، يقل عادة التفاوت في مستوى الصحة بين مختلف الفئات السكانية.

وقد صنف تقرير منظمة الصحة العالمية لعام ٢٠١٠ المصادر الرئيسية لعدم الكفاءة إلى خمس فئات عامة: الموارد البشرية في قطاع الصحة، والتي تشمل استخدام عمالة غير مؤهلة للعمل في هذا المجال أو عمالة عالية التكلفة، وتقاعس العاملين؛ والدواء، ويشمل عدم استخدام الأدوية البديلة بالقدر الكافي، والارتفاع المفرط في أسعار الأدوية، واستخدام أدوية دون المستوى ومقلدة، وعدم استخدام الأدوية بطريقة ملائمة وفعالة؛ والمستشفيات، وتشمل فرط استخدام التقنيات العلاجية مرتفعة التكلفة (كالتصوير بالرنين المغناطيسي)، وحجم المستشفيات غير الملائم، والأخطاء الطبية، وتدني جودة خدمات الرعاية الصحية عن المستوى الأمثل؛ وإهدار الموارد والفساد والاحتيال، وعدم كفاءة وملاءمة مزيج العلاجات المقدم. وبالتصدي لأوجه عدم الكفاءة تلك يمكن تخفيض مجموع الإنفاق على الصحة بأكثر من ٤٠٪ في المتوسط (راجع الرسم البياني ٢).

معالجة أوجه عدم الكفاءة

حدد الباحثون عددا من مجالات الإصلاح التي من شأنها الحد من أوجه عدم الكفاءة في نظام الصحة.

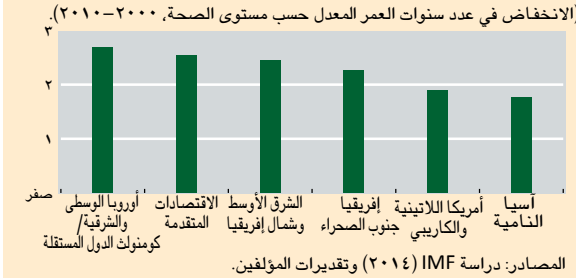
- من الضروري إعادة توزيع الإنفاق على الصحة وتوجيهه نحو استخدام الخدمات والعلاجات الأكثر كفاءة من حيث التكلفة وتقديم الحوافز لمكافأة السلوكيات التي تحقق الكفاءة. فعلى سبيل المثال، غالبا ما يكون المقدم والمستخدم من خدمات الرعاية الصحية الأولية والوقائية أقل من اللازم – وتتراوح هذه الخدمات ما بين الزيارات المعتادة للأطباء، والتحصين، والوقاية من فيروس نقص المناعة

الرسم البياني ١

تراجع مستويات الصحة

تنتقص أوجه عدم الكفاءة في نظام الرعاية الصحية أكثر من عامين من العيش الصحي من متوسط عمر الفرد.

(الانخفاض في عدد سنوات العمر المعدل حسب مستوى الصحة، ٢٠٠٠–٢٠١٠).



المصادر: دراسة IMF (٢٠١٤) وتقديرات المؤلفين.

ملحوظة: يقصد بسنوات العمر المعدل حسب مستوى الصحة عدد السنوات التي يُتوقع أن يعيشها الفرد في صحة جيدة. وتغطي البيانات ١٢٧ اقتصادا: أوروبا الوسطى والشرقية وكومنولث الدول المستقلة (١٦ اقتصادا)، والاقتصادات المتقدمة (٢٩)، والشرق الأوسط وشمال إفريقيا (٧)، وإفريقيا جنوب الصحراء (٤٠)، وأمريكا اللاتينية والكاريبي (٢٤)، وآسيا الصاعدة (١١).

مقياس العيش بصحة جيدة

متوسط العمر المتوقع المعدل حسب مستوى الصحة هو عدد السنوات التي يُتوقع أن يعيشها الفرد في صحة جيدة. وينفق قطاع الصحة جزءا ضخما من موارده للتخفيف من وطأة الأمراض إذ يمكن زيادة الكفاءة من خلال وتحسين جودة حياة الأفراد. ولرصد هذا العنصر، يُراعى في قياس متوسط العمر المتوقع المعدل حسب مستوى الصحة مدى انتشار الأمراض وحالات الإصابة بها ومدة المرض، إلى جانب بيانات عن السنوات التي يقضيها الفرد في أوضاع صحية مختلفة.

البشرية ومن التدخين والسمنة. ويتضح من ذلك أهمية دور الحكومة في دعم إعداد الأبحاث والتطوير، وتقديم خدمات الرعاية الصحية العامة، ووضع القواعد التنظيمية والمبادئ التوجيهية المنظمة لعملية العلاج، والتدابير الضريبية (دراسة Jamison and others, 2013). فضلا على ذلك، يمكن تصميم هيكل تقاسم التكلفة على نحو يشجع استخدام خدمات رعاية صحية أكثر كفاءة من حيث التكلفة، لا سيما في بلدان السوق الصاعدة والبلدان ذات الدخل المنخفض التي لا توفر تغطية تأمينية صحية شاملة. وينبغي لهذه البلدان أن تسعى إلى توفير التغطية الشاملة من خلال تقديم مجموعة من المنافع التي لا تغطي سوى الخدمات الأساسية والأكثر فعالية من حيث التكلفة، وذلك لحين ازدياد قدرة تلك البلدان على توفير التمويل اللازم لزيادة الإنفاق العام على الصحة. وهذا من شأنه أن يساعد ليس في الحد من أوجه عدم المساواة فحسب، بل سيؤدي أيضا إلى تحسن صحة السكان ككل.

- وينبغي على الحكومات تشجيع المنافسة وحرية الاختيار. ويقوم هذا الإصلاح على إتاحة الفرصة للمرضى للاستفادة من المنافسة بين شركات التأمين ومقدمي الخدمات، ونشر معلومات عن أسعار الخدمات الصحية ومستوى جودتها. وقد يجبر ذلك مقدمي خدمات الرعاية الصحية على العمل بكفاءة أكبر من خلال تدابير مثل الاستعانة بمزيج ملائم من الأطباء والممرضين والموظفين الإداريين، واستخدام البنية التحتية بشكل أفضل. وقد ثبت أن زيادة المنافسة وحرية الاختيار ترتبط ارتباطا موجبا بتحسن مستوى الصحة، وإن كان تأثيرها على التكلفة أقل وضوحا (دراسة Gaynor, Moreno-Serra, and Propper, 2013).). ولا يزال للتنظيم دور كبير في ضمان سلامة آليات عمل السوق والحد من الإخفاقات السوقية، كالإخفاق في توفير الكم اللازم من خدمات التأمين الصحي والرعاية الصحية. وقد ينطبق ذلك بصورة أكبر على الاقتصادات المتقدمة نظرا لما يتطلبه تطبيق القواعد التنظيمية المتطورة من مستوى عال من القدرات الإدارية.
- ويتعين تحسين نظم سداد مستحقات مقدمي الخدمات. ويتضمن هذا الإصلاح التحول من النظام القائم على دفع رسوم مقابل الخدمات المقدمة الذي يحصل فيه مقدم الخدمة على الرسوم المستحقة عن كل خدمة يقدمها إلى نظام دفع على أساس الحالة كنظام الأجرة على الفرد (حيث يحصل مقدمو الخدمات على مبلغ ثابت عن كل مريض يتولون رعايته) ونظام تصنيف المرضى حسب التشخيص والذي يحصل فيه مقدم الخدمة على مبلغ يحدد على أساس نوع خدمات الرعاية الصحية الذي يحصل عليها المريض عادة عند إصابته بمرض معين. ويمكن أن يساعد نظام الدفع على أساس الحالة في الحد من الحوافز التي قد تشجع مقدمي الخدمات على تقديم علاجات غير ضرورية. ولكن يتعين فرض مبادئ توجيهية علاجية مشددة على مقدمي الخدمات وإحكام الرقابة عليهم لمنعهم من عدم تقديم العلاج اللازم للمرضى. وينطبق ذلك على معظم الاقتصادات التي يكون حجم قطاع الصحة الخاص فيها كبيرا.
- ويتعين على الحكومات تحسين عمليات المؤسسات العامة. ويمكن زيادة الكفاءة من خلال الاتساق في توزيع المسؤوليات بين مستويات الحكومة (عن طريق تجنب التداخل بين المسؤوليات والتكاليف الإدارية المفرطة). ويمكن أن يساعد وضع وإنفاذ القواعد التنظيمية العلاجية الملائمة في الحد من الاستخدام المفرط أو غير الملائم للعلاج. وقد تساعد زيادة شفافية القواعد التنظيمية وتحسين آليات إنفاذها، لا سيما القواعد التنظيمية الخاصة بالمشتريات وسداد المستحقات، في الحد من الفساد والاحتيال المستشريين بدرجة كبيرة على ما يبدو في جميع الاقتصادات.

وهكذا، فمن الضروري للغاية زيادة كفاءة الإنفاق العام على خدمات الرعاية الصحية في جميع الاقتصادات. ويتعين تنفيذ الإصلاحات الهادفة إلى زيادة كفاءة الإنفاق العام بما يتناسب مع ظروف كل بلد. ففي الاقتصادات المتقدمة، يعني ارتفاع عدد المسنين ومستوى الدين العام أنه يجب على الحكومات تثبيت أو احتواء الزيادة في نسبة الإنفاق العام على الصحة إلى إجمالي الناتج المحلي دون التأثير على مستوى الصحة. ويتعين على الاقتصادات النامية الاستمرار في تحسين مستويات الصحة مع الحفاظ على استمرارية المالية العامة. ■

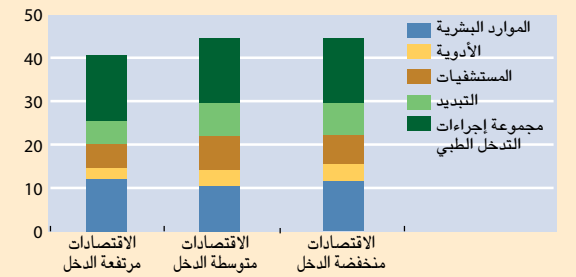
زيادة كفاءة الإنفاق على خدمات الرعاية الصحية العامة أمر بالغ الأهمية.

الرسم البياني ٢

مصادر عديدة

أوجه عدم الكفاءة في نظام الرعاية الصحية تتخذ أشكالا عديدة.

(عدم الكفاءة، ٪ من مجموع الإنفاق على الرعاية الصحية، ٢٠١٠)



المصدر: منظمة الصحة العالمية (٢٠١٠)

ملحوظة: تتضمن مصادر عدم الكفاءة الموارد البشرية مثل فريق العمل الطبي وكيفية استخدامه، والدواء مثل الاستخدام غير الكافي للأدوية البديلة واستخدام أدوية دون المستوى ومقلدة، وعدم استخدام الأدوية بطريقة ملائمة وفعالة؛ والمستشفيات كالاستخدام المفرط للأجهزة وإجراءات التدخل الطبي، والتبديد كإهدار الموارد والفساد والاحتيال، ومجموعة إجراءات التدخل الطبي كعدم كفاءة أو ملاءمة مستوى العلاج. وتم إعداد القيم المستخدمة في الرسم البياني على أساس تقديرات متوسطة. ونظرا لأن مكاسب الكفاءة من المصادر المختلفة لا تكون قابلة للجمع بالضرورة، تشير تقديرات متحفظة صادرة عن منظمة الصحة العالمية إلى أن نسبة ٢٠٪ إلى ٤٠٪ من مجموع الإنفاق على الصحة تستخدم بطرق ليس لها تأثير يذكر على تحسين مستويات الصحة.

ديفي كودي كبير خبراء الإنفاق الاجتماعي، وموراً فرانسيس مستشارة المساعدة الفنية، وبوبينغ شانغ اقتصادي، وجميعهم يعملون في إدارة شؤون المالية العامة بصندوق النقد الدولي.

المراجع

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

Gaynor, Martin, Rodrigo Moreno-Serra, and Carol Propper, 2013, "Death by Market Power: Reform, Competition, and Patient Outcomes in the National Health Service," Economic Policy, *Vol. 5, No. 4, pp. 134–66.*

Hillestad, Richard, and others, 2005, "Can Electronic Medical Record Systems Transform Healthcare? Potential Health Benefits, Savings, and Costs," Health Affairs, *Vol. 24, No. 5, pp. 1103–117.*

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

Jamison Dean T., and others, 2013, "Global Health 2035: A World Converging within a Generation," The Lancet, *Vol. 382, No. 9908, pp. 1898–1955.*

Joumard, Isabelle, Christophe André, and Chantal Nicq, 2010, "Health Care Systems: Efficiency and Institutions," OECD Economics Department Working Paper No. 769 *(Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development).*

World Health Organization (WHO), 2010, World Health Report—Health Systems Financing: The Path to Universal Coverage *(Geneva).*