

القطاع الخاص مقابل القطاع العام

هورهيه كوراسا وجيشنو داس وجيفري هامر

يوفر

قد يصف مقدمو الخدمات علاجات تحقق لهم منفعة مالية أكبر دون أن تلبى الاحتياجات الصحية للمرضى. فعلى سبيل المثال، قد يختار مقدم الخدمة إجراء عمليات قيصرية عندما تكون الولادات الطبيعية الأقل تكلفة كافية أو صرف أدوية غير ضرورية سعياً وراء المكسب. ويوجد بالفعل اعتقاد شائع بأن «تفاوت المعلومات» — أي عندما يعرف مقدم الخدمة المزيد من المعلومات عن حالة المريض مقارنة بما يعرفه المريض — يؤدي إلى مشكلات في خدمات الرعاية الصحية العلاجية التي يقدمها القطاع الخاص.

ولكن ليس من الواضح أن الحكومات تقوم بدور أفضل في هذا الصدد. فغالباً ما يصاحب تدني جودة الخدمات المقدمة في القطاع الخاص وأوجه الخلل السوقي الحادة تدني جودة الخدمات المقدمة في القطاع العام. إذ تفتقر الجهات التنظيمية المحتملة غالباً إلى القدرة على المراقبة والإنفاذ. ويتعين على الحكومة الاضطلاع بتقديم السلع العامة الحقيقية — كالقضاء على مصادر الأمراض (مثل البعوض) وتحسين خدمات الصرف الصحي. ولكن عندما يتعلق الأمر بخدمات الرعاية الصحية العلاجية، فإن الصورة تكون أقل وضوحاً.

قطاع خاص كبير

يوجد في البلدان منخفضة الدخل قطاع رعاية صحية خاص كبير عموماً، ويستخدم بشكل مطرد كمصدر لخدمات الرعاية الصحية الأولية، وذلك رغم زيادة التمويل المتاح للخدمات العامة وإلغاء الرسوم عليها في العديد من البلدان. وقد سئل أفراد الأسر في إطار المسوح الديمغرافية والصحية عن القطاع الذي

القطاع الخاص ما بين ثلث إلى ثلاثة أرباع جميع خدمات الرعاية الصحية الأولية في البلدان منخفضة الدخل حسب المسح المستخدم. ولكن بالنسبة لمعظم المرضى لا تشمل الرعاية الطبية التي يقدمها القطاع الخاص المستشفيات الكبيرة والحديثة ومقدمي الخدمات المتكاملة. فالقطاع الخاص من هذا النوع موجود لخدمة المرضى الأثرياء نسبياً في المناطق الحضرية. أما القطاع الخاص المتاح للفقراء، فهو مزيج يجمع بين مقدمي الخدمات الحديثة الذين يديرون عيادات صغيرة بهدف الربح أو يعملون لدى مؤسسات غير هادفة للربح، ومقدمي الخدمات المدربين على الأنظمة الطبية التقليدية والمعالجين بالأعشاب وممارسي الطب التجانسي وغيرهم عديدين من غير ذوي المؤهلات.

ومن المستحيل التعميم فيما يتصل بدور القطاع الخاص في تقديم الخدمات الطبية للفقراء، غير أنه يوجد تعميمان يشكلان جزءاً كبيراً فيما يبدو من النقاش حول العلاج الطبي الخاص في البلدان منخفضة الدخل. الأول يصور القطاع الخاص بوصفه حلاً شاملاً لجميع مشكلات القطاع العام وأوجه الخلل التي تشوب عمل هذا القطاع عموماً، والثاني يعتقد بأن الممارسات الاستغلالية تستشري في القطاع الخاص بصورة تستوجب تنظيمه ومراقبته وربما إحلال العيادات الممولة والمدارة حكومياً محله.

والحكم على صحة أي من الرأيين هو مسألة تجريبية تتوقف على طبيعة المشكلات التي تنشأ عن التفاعل بين المرضى ومقدمي خدمات الرعاية الصحية في أسواق العلاج الطبي، وعلى قدرة الحكومة على حل تلك المشكلات. فعلى سبيل المثال، قد لا يعترف المرضى بخدمات الرعاية الصحية الجيدة ومن ثم يطلبون عوضاً عنها علاجات سريعة وأدوية مقلدة غير فعالة. وفي هذه الحالة، سيقدم القطاع الخاص لهم نوع العلاج الذي يطلبونه، أو

في العديد من البلدان ينبغي ألا يجري النقاش حول مصدر الرعاية الصحية الأولية ولكن حول جودتها

أناس مصطفىون للتسجيل في نظام التأمين الصحي الوطني، جامو، الهند





وقد تم إعداد دراستين منهجيتين في الآونة الأخيرة حول الدراسات التي تناقش الجودة والكفاءة في تقديم الخدمات الصحية في القطاعين العام والخاص، وتوصلتا إلى استنتاجات متناقضة. فالأولى تؤيد استخدام خدمات القطاع العام، (دراسة (Basu and others, 2012)، والثانية تؤيد استخدام خدمات القطاع الخاص، (دراسة Berendes and others, 2011). وعندما اطلعنا على الدراسات الأصلية لتحديد أسباب هذا الاختلاف، اضطررنا أن نستنتج بأن الإجابة المبسطة لجميع الأسئلة، بما في ذلك السؤال الأساسي المتعلق بأفضلية جودة الرعاية الصحية في القطاع العام أو القطاع الخاص، هي أننا «لا نعرف».

ويتعين أن تتوافر للدراسات بيانات من القطاع العام والقطاع الخاص بما يمكنها من تحديد الاختلافات في مستوى الجودة بين القطاعين. وينبغي أيضا استبعاد عوامل الالتباس الناشئة عن الاختلافات في المرضى ومستوى التدريب وتوافر الموارد. (فمن غير المجدي مقارنة مقدم خدمات في القطاع الخاص لم يحصل على أي تدريب ويعمل في عيادة صغيرة في منطقة ريفية بطبيب مدرب يعمل في مستشفى جيدة التجهيز في القطاع العام).

ومن بين ١٨٢ دراسة تغطيها الدراستان المذكورتان، تتحقق هذه المعايير في دراسة واحدة فقط (دراسة Pongsupap and Van Lerberghe, 2006). فقد استخدمت هذه الدراسة أفرادا يتظاهرون بالإصابة بحالة مرضية معينة (عملاء مزيفون) لتقييم «أوجه التماثل» بين أطباء القطاع الخاص والقطاع العام في بانكوك في علاج الاضطراب النفسي. وهؤلاء المرضى المزيفون - أفراد من بانكوك تم الاتفاق معهم لعرض نفس الحالة المرضية على عدة مقدمي خدمات - يعتبرهم باحثون عديدون المعيار الذهبي في هذا النوع من الأبحاث نظرا لما يتيحونه من مقياس موضوعي لجودة خدمات الرعاية الصحية، بما في ذلك مدى التزام مقدم الخدمة بالقواعد، وصحة الطرق العلاجية المستخدمة، ومدى استخدام طرق علاجية غير ضرورية. فهم يسمحون للباحثين بتقييم العلاج الذي يحصل عليه نفس المريض من مقدمي خدمات مختلفين. وفي هذه الدراسة، أشار الباحثون إلى أن خدمات الرعاية الطبية في القطاع الخاص أكثر تمحورا حول المريض، ولكن دون وجود أي اختلاف بين القطاعين العام والخاص من حيث صحة العلاج المقدم. ولم يقدم أي طبيب العلاج الصحيح (وكان العلاج الصحيح هو عدم تقديم أي علاج على الإطلاق).

المناطق الريفية في الهند

وفي البحث الذي أجريته في المناطق الريفية بالهند، أرسلنا مرضى مزيفون يتظاهرون بالإصابة بنفس الحالة المرضية إلى عيادة عشوائية من مقدمي الخدمات في القطاعين العام والخاص في البداية، ثم إلى مجموعة من الأطباء المؤهلين في القطاعين (دراسة Das and others, 2014). وتوصلنا إلى عدة نتائج مهمة.

أولا، كانت أغلب خدمات الرعاية الصحية في القطاعين العام والخاص يقدمها أفراد غير حاصلين على تدريب طبي رسمي. ويعكس ذلك في القطاع الخاص ندرة في المتخصصين المدربين الراغبين في العمل بالمناطق الريفية. أما في القطاع العام، يقوم موظف غير حاصل على تدريب طبي بتقديم الرعاية الصحية في ٦٤٪ من الحالات نظرا لعدم وجود طبيب. فغالبا ما يتغيب عن العمل الأطباء الذين يعملون بمرتبة ثابتة في العيادات العامة - وفقا للدراسات الوطنية تبلغ نسبة التغيب ٤٠٪ من الوقت في الهند، و٣٥٪ في أوغندا، وأكثر من ٤٠٪ في إندونيسيا.

وثانيا، كانت نسبة الخدمات المتمحورة حول المريض ودقة العلاج أعلى ما تكون في عيادات القطاع الخاص التي يعمل بها أطباء من القطاع العام. فالطبيب نفسه في العيادات الخاصة يقضي وقتا أطول ويسأل أسئلة أكثر وأكثر التزاما على الأرجح بالأسئلة والفحوصات المقررة وأكثر دقة في تحديد العلاج الملزم منه في العيادات العامة (راجع الرسم البياني). ولا توجد أي فوارق بين القطاعين من حيث (ارتفاع) نسبة استخدام الأدوية غير الضرورية.

توجهوا إليه عند إصابة أحد الأطفال بالحمى أو الإسهال. وخلال الفترة بين ١٩٩٠ و٢٠١٣ (٢٢٤ مسحا في ٧٧ بلدا)، لجأ نصف السكان إلى القطاع الخاص، وخلال الفترة ما بين ١٩٩٨ و٢٠١٣، استعان خمسي السكان بخدمات الرعاية الصحية الخاصة، بما فيهم أفقر ٤٠٪ (راجع دراسة (Grepin, 2014)). وبالنسبة لأمراض الكبار والأطفال مجتمعين، بلغ استخدام القطاع الخاص في أوائل الألفينات (آخر بيانات متاحة) ما بين ٢٥٪ في إفريقيا جنوب الصحراء و٦٣٪ في جنوب آسيا (دراسة (Wagstaff, 2013)).

ومن الأسباب الممكنة التي تفسر الاعتماد الكبير على القطاع الخاص هو عدم توافر العيادات العامة أو التزام شديد عليها، مما يدفع الناس إلى اللجوء إلى العيادات الخاصة. ولكن الناس يقبلون على

يقبل الناس على مقدمي الخدمات في القطاع الخاص إقبالا شديدا حتى في حالة توافر العيادات العامة.

مقدمي الخدمات من القطاع الخاص إقبالا شديدا حتى في حالة توافر العيادات العامة. ولا يبدو أن الزحام الشديد يمثل لهم مشكلة. ففي تنزانيا والسنغال والمناطق الريفية في ماديا برادش (بالهند)، يقضي الأطباء في عيادات الرعاية الصحية الأولية العامة من ٣٠ دقيقة إلى ساعة يوميا فقط في الكشف على المرضى. وفي نيجيريا، تستقبل الوحدة العامة الريفية العادية مريضا واحدا خلال اليوم (راجع World Bank, 2011 ودراسة (Das and Hammer, 2014)).

وقد يعكس أبعاد الجودة استعداد المرضى لدفع مقابل مادي نظير الحصول على خدمات القطاع الخاص التي كان من الممكن أن يحصلون عليها مجانا من وحدة عامة يرتادها مرضى قليلون، كغياب مقدم الخدمة في الوحدات العامة أو عدم الاعتناء الكافي بالمرضى. ومن منظور الصحة والسياسات، فإن تفضيل الوحدات الخاصة يصبح مشكلة إذا كان مقدمو الخدمة في القطاع الخاص أكثر استجابة من مقدمي الخدمة في الوحدات العامة لطلب المرضى على منتجات وخدمات غير ملائمة من الناحية الطبية (المضادات الحيوية ومركبات الستيرويد، على سبيل المثال) أو أكثر استعدادا لتقديم علاجات غير ملائمة تحقيقا للربح. فإذا كانت هاتان المشكلتان أقل شيوعا في القطاع العام، ينبغي على الحكومات النظر في توسيع نطاق القطاع العام ليحل محل القطاع الخاص أو إحكام تنظيم العلاج الطبي الخاص. لذلك فالسؤال المهم هنا هو ما إذا كانت جودة الرعاية الطبية تختلف بين القطاعين أم لا.

جودة الرعاية

في الواقع، فإن جودة الرعاية الصحية ككل متدنية في القطاعين. فيتراوح وقت الاستشارة المحدود بين دقيقة ونصف (القطاع العام، المناطق الحضرية بالهند) وثمان دقائق (القطاع الخاص، المناطق الحضرية في كينيا). ويسأل مقدمو الخدمة في المتوسط من ثلاثة إلى خمسة أسئلة، ويجرون ما بين اختبار روتيني واحد وثلاثة اختبارات روتينية كقياس الحرارة والنبض وضغط الدم. وفي المناطق الريفية والحضرية بالهند، تقل نسبة العلاج الصحيح للحالات المرضية الخطيرة عن ٤٠٪، وتقل نسبة التشخيص الصحيح عن ١٥٪. ويشيع استخدام مقدمي الخدمات في القطاعين لأدوية غير ضرورية أو حتى ضارة، وتستخدم الأدوية التي يحتمل أن تنقذ حياة المرضى، كمحاليل الجفاف التي تعطى عن طريق الفم للأطفال المصابين بالإسهال، في أقل من ثلث الحالات التي يتعامل معها مقدمي الخدمات المؤهلين. وتقل نسبة المرضى الذين يحصلون على العلاج المناسب فقط عند زيارتهم لمقدم الخدمة عن ٥٪.

يقوم بتشخيص حالة المريض ويحصل أيضا على مقابل نظير العلاج، إلا أن هذه المشكلات نفسها توجد في القطاع العام. وهكذا فإن المفاضلة بين القطاع العام والقطاع الخاص غير مرتبطة بجهل المريض أو سلوكيات غير مبررة، ولكنها مرتبطة بالجودة الكلية لخدمات الرعاية الصحية، وهي متدنية في القطاعين. وقد يكون تطوير البنية التحتية والتدريب أمرا ضروريا ولكنه غير كاف في حد ذاته لزيادة جودة الرعاية الصحية (دراسة Das and Hammer, 2014). ويجب أن تتغير سلوكيات مقدمي خدمات الرعاية الصحية وهياكل الحوافز التي تؤثر على عملهم. فيستلزم الحد من استخدام الأدوية غير الضرورية وتطبيق سياسات تفصل بين التشخيص والعلاج في القطاعين، على سبيل المثال. وسيضمن ذلك الفصل القانوني بين مسؤوليات وصف الدواء وصرفه وإجراء الفحوصات الطبية. ولا يوجد ما يستدعي توسيع نطاق نظام الرعاية الصحية العام ما لم يكن على الأقل على نفس مستوى جودة الخدمات التي سيحل محلها. فقد يكون من الملائم توسيع نطاق نظام الرعاية الصحية العام في أحوال نادرة عندما يكون في البلد قطاع خاص شديد الإخفاق وقطاع عام يطبق آليات مساءلة فعالة. ولكن حتى في هذه الحالات سيتعين على الحكومات تعزيز قدرات القطاع العام بدرجة كبيرة ووضع إطار تنظيمي شامل. وقد يكون الخيار الأسهل في تلك الحالات التركيز في البداية على الخدمات المتاحة بالفعل ومحاولة تحسينها. فإذا أقر صناع السياسات عدم قبول الناس استخدام القطاع العام لتدني جودته والتركيز على تحسين الأوضاع، فسيختار المرضى الخيار الأفضل. ■

هوريه كوراسا خبير اقتصادي أول وجيشنو داس كبير الخبراء الاقتصاديين، وكلاهما يعمل بالبنك الدولي، وجيفري هامر أستاذ زائر في التنمية الاقتصادية بجامعة برنستون.

المراجع:

- Basu, Sanjay, Jason Andrews, Sandeep Kishore, Rajesh Panjabi, and David Stuckler, 2012, "Comparative Performance of Private and Public Healthcare Systems in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review," PLoS Medicine, Vol. 9, No. 6, p. e1001244.
- Berendes, Sima, Peter Heywood, Sandy Oliver, and Paul Garner, 2011, "Quality of Private and Public Ambulatory Health Care in Low and Middle Income Countries: Systematic Review of Comparative Studies," PLoS Medicine, Vol. 8, No. 8, p. e1000433.
- Das, Jishnu, and Jeffrey Hammer, 2014, "The Quality of Primary Care in Low-Income Countries: Facts and Economics," Annual Review of Economics, Vol. 6, pp. 525-53.
- Das, Jishnu, Alaka Holla, Michael Kremer, Aakash Mohpal, and Karthik Muralidharan, 2014, Quality and Accountability in Health: Audit Evidence from Primary Care Providers (Washington: World Bank).
- Grepin, Karen, 2014, "Trends in the Use of the Private Sector: 1990-2013: Analysis of Demographic and Health Surveys" (unpublished; New York: New York University).
- Pongsupap, Yongyuth, and Wim Van Lerberghe, 2006, "Choosing between Public and Private or between Hospital and Primary Care: Responsiveness, Patient-Centredness and Prescribing Patterns in Outpatient Consultations in Bangkok," Tropical Medicine & International Health, Vol. 11, No. 1, pp. 81-89.
- Wagstaff, Adam, 2013, "What Exactly Is the Public-Private Mix in Health Care?" Let's Talk Development (blog), Dec. 2.
- World Bank, 2011, "Service Delivery Indicators: Pilot in Education and Health Care in Africa," African Economic Research Consortium Report (Washington).

وثالثا، كانت نسبة الاستخدام المفرط للمضادات الحيوية مرتفعة في القطاعين. ففي القطاع الخاص، يصرف ٤٨,٢٪ من مقدمي الخدمات المؤهلين و٣٩,٤٪ من مقدمي الخدمات غير المؤهلين بالكامل مضادات حيوية غير ضرورية. كذلك وصف أطباء القطاع العام في عيادات الرعاية الصحية الأولية مضادات حيوية لعلاج الإسهال في ٧٥,٩٪ من الحالات، ولم يستغرقهم تحديد العلاج سوى دقيقة ونصف.

ينبغي أن تفصل السياسات بين التشخيص وتقديم العلاج.

ورابعا، صاحب زيادة الالتزام بالإجراءات العلاجية المقررة وصحة العلاج الموصوف في القطاع الخاص ارتفاع في أسعار الخدمات العلاجية. ويتسق ذلك مع النماذج السوقية التي يدفع فيها المستهلكون علاوة على السعر مقابل الحصول على جودة أفضل، ويعني أن المستهلكين مدركين لجودة الخدمات ومهتمين بصحة العلاج المقدم. ولكن أسعار الخدمات لم تنخفض بسبب العلاجات غير الضرورية، مما يشير إلى أن المرضى لم يستطيعوا تحديد ما إذا كانت الأدوية الإضافية التي حصلوا عليها ضرورية أم لا. ويمكن أن يعكس فرط استخدام الأدوية في القطاع الخاص علاقة بين الأرباح التي يحققها مقدم الخدمة ووصف الأدوية: حيث توضح الأبحاث أن الأطباء قلما يصفون المضادات الحيوية غير الضرورية إذا لم يكونوا يحصلون على مقابل مادي نظير وصفها للمرضى. ولكن يكثر استخدام المضادات الحيوية في القطاع العام أيضا. وبالتالي قد يكون دافع الربح جزءا من الأسباب، ولكنه ليس السبب الوحيد. وبالمثل، فإن الاعتقاد الشائع بأن المرضى لا يستطيعون تقييم جودة الخدمات يتعين دحضه هو الآخر نظرا لأن الفروق الحقيقية في جودة الخدمات الطبية يترتب عليها ارتفاع في أسعار تلك الخدمات.

التشجيع على تحسين جودة العلاج

وفقا للشواهد القليلة المتاحة، هناك مبالغة بشأن مساوئ القطاع الخاص. إذ يبدو أن المرضى يستندون في اختيارهم إلى عوامل منطقية كالمسافة ووقت الانتظار والأسعار وجودة الرعاية. ولا توجد أي شواهد تذكر على أن اختيار المرضى للعيادات الخاصة مجرد اختيار عشوائي غير مرتبط بأسباب منطقية محددة. ورغم أن الأدوية يزداد استخدامها عادة عندما يكون مقدم الخدمة في القطاع الخاص هو من

