

العنوان:	دور التكاليف كنظام للمعلومات في التخطيط للخدمات الصحية في جمهورية مصر العربية
المصدر:	مجلة المال والتجارة
الناشر:	نادي التجارة
المؤلف الرئيسي:	جعفر، عبدالإله نجمة
المجلد/العدد:	مج 16, ع 187
محكمة:	لا
التاريخ الميلادي:	1984
الشهر:	اكتوبر
الصفحات:	35 - 37
رقم MD:	95356
نوع المحتوى:	بحوث ومقالات
قواعد المعلومات:	EcoLink
مواضيع:	محاسبة التكاليف، الخدمات الصحية، مصر، الدول النامية، التخطيط الاقتصادي، الرعاية الصحية، نظم المعلومات، نظم المعلومات الصحية، تشغيل البيانات، التقارير الدورية، التخطيط الصحي
رابط:	http://search.mandumah.com/Record/95356

دور التكاليف كنظام للمعلومات في التخطيط للخزائن الصحية في جمهورية مصر العربية

بقلم

عبد الإله نعمه جعفر

الصحة العالمية « W. H. O. » الذي عقد في عام ١٩٨٣ ، والذي كان من أهم قراراته دعوة حكومات العالم كافة الى الاهتمام بصحة مواطنيها ، وان هذه الحكومات مسئولة عن ذلك مسئولية مباشرة ، وأن الهدف العام للمنظمة هو بلوغ الصحة للجميع بحلول عام ٢٠٠٠ ميلادية .

وتحقيقا لهذه السياسة فقد وصل مبلغ الانفاق على الرعاية الصحية في البلدان المتقدمة في السنين الاخيرة ما بين ٧ - ٩٪ من الناتج القومي الاجمالي ، وعلى الرغم من ان بعض الدول النامية الغنية قد يصل انفاقها على الخدمات الصحية الى أكثر من ٧٪ من الناتج القومي لهذه الدول ، ولو حولنا هذه النسبة الى الارقام المطلقة ونسبناها الى عدد سكان أى بلد من هذه البلدان لوجدنا أن حصة الفرد الواحد من الرعاية الصحية يتراوح ما بين ٥ - ٧ دولارات للفرد الواحد ، وهذا يعتبر مبلغا ضئيلا للغاية .

وفي مصر تقوم استراتيجية قطاع الخدمات الصحية على أساس توفير الخدمات الوقائية والعلاجية للمواطنين من خلال ثلاثة نظم :

١ - خدمات صحية بدون مقابل ، وتقدمها أساسا وزارة الصحة في مختلف وحداتها ومستوياتها .

٢ - خدمة صحية مدعومة : وتشمل نوعين من الخدمات الصحية هما العلاج الاقتصادي في بعض مستشفيات وزارة الصحة ، والعلاج التعاقدى في مستشفيات المؤسسة العلاجية بالقاهرة والاسكندرية .

٣ - خدمات التأمين الصحى ، التي تقدمها وحدات القطاع العام وفي المستشفيات التابعة لبعض الهيئات والوزارات .

والجدول التالى يوضح مدى نصيب الفرد الواحد في الدول المتقدمة والنامية من الخدمات الصحية المتاحة للعام ١٩٧٨ :-

شهدت الخدمات الصحية منذ أواخر الخمسينيات تغيرات وتطورات هامة في العديد من دول العالم المتقدم كبريطانيا والاتحاد السوفيتى ودول أوروبا الشرقية واليابان ، كما بذلت جهود كبيرة لتطوير أساليب تقديم الخدمة الصحية فى الدول النامية بعد أن أصبحت مسألة الارتفاع بالمستوى الصحى للمواطنين من أهم القضايا التي تواجه هذه الحكومات جنبا الى جنب مع قضية التنمية الاقتصادية والاجتماعية لتلك المجتمعات . كما أصبح التخطيط للخدمات الصحية متزامنا مع الاهتمام بالتنمية الاقتصادية والاجتماعية أيضا .

ويرى معظم الباحثين فى هذا المجال من اداريين واقتصاديين ان أفضل وسائل اصلاح النظام الصحى فى بلد من البلدان تكمن فى تخطيط موارده الاقتصادية للتخطيط الأفضل الذى يعطى أفضل المخرجات المستهدفة

ونظرا لان الموارد تحتل موقعا استراتيجيا حساسا فى نظام التخطيط الصحى الشامل فهى تعتبر أساس هذا النظام وعنصره الرئيسى المحرك ، خاصة عندما ينظر الى موضوع تطوير الخدمات الصحية من منظور الكفاءة والفاعلية ذلك لان قياس هذه الكفاءة والحكم على مستوى تلك الفاعلية يعتمدان على مدى تفاعل هذه الخدمات مع الحاجات غير المستجابة Unmet needs من الخدمات الصحية للمواطنين من جهة ومع مشكلات واتجاهات المجتمع ومسائل التنمية الاقتصادية عموما من جهة أخرى .

ولكى تصبح الخدمات الصحية قادرة على التكيف مع هذين المتغيرين الرئيسيين (الحاجات الصحية غير المستجابة وعملية التنمية الاقتصادية للمجتمع) ينبغى أن يطرأ تحول جذرى وشامل على طبيعتها وأهدافها ومحتواها وأساليب تقديمها وإدارتها .

ولذلك فقد نشطت اتجاهات التخطيط للخدمات الصحية الوقائية منها والعلاجية فى الكثير من دول العالم . فعقدت المؤتمرات الدولية والاقليمية والمحلية . وكان من أكبرها وربما أهمها هو المؤتمر الدولى الاخير لمنظمة

لكل ١٠٠٠٠ مواطن	طبيب	ممرضة	سرير
٢٥	٤٠	١٠٧	
٣٥	٤٨	١١٨	
١٧	٤٥	٨٥	
١٩	٨١	٩٠	
١٠٢	١١	٢٣٨	
٥٥	٦٢	٢٢	
١٣٧	٥٠	٣٤	
٢٧	٢٦	١٢٤	
٦٢	١١٨	١٥٤	

الدول المتقدمة :

المانيا الاتحادية
الاتحاد السوفيتي
الولايات المتحدة
انجلترا
كندا

الدول النامية :

جمهورية مصر العربية
العراق
الكويت
الهند
العربية السعودية

المصدر : World health statistics annual, 1980.

في مصر . حيث أشارت العديد من الدراسات الى أن الزيادة في الانفاق الصحي في مصر يمكن أن تعزى الى الخدمات العلاجية التي تقدمها المستشفيات ، رغم ان هذه الخدمات يمكن أن تعتبر استثمارا له عائد يتمثل في الاقلال من المرض وتخفيض البطالة الناجمة عن المرض الا انه من الواجب أن يكون لتكاليفها حد لا يتبني تجاوزه .

ومن هنا تبرز الحاجة الى استخدام نظام محاسبية التكاليف عن الخدمات الصحية التي تقدمها هذه المستشفيات لتزودنا بالبيانات التكاليفية اللازمة للقيام بعملية التخطيط واتخاذ القرارات في هذا المجال ، حتى أخذ البعض ينادي في الفترة الاخيرة بضرورة انشاء نظام وطني للمعلومات الصحية يكون اساسا لبرمجة وتخطيط الخدمات الصحية والشاملة .

المعلومات الصحية Health informations

هي بيانات قد تم تقييمها ومعالجتها بحيث أصبحت قادرة على أداء وظيفتها لصانعي القرارات في القطاع الصحي
Decision Makers in the health sector

ونظام التكاليف في المستشفى هو أساس تقديم تلك البيانات الصالحة لتوفير المعلومات المطلوبة ، وتطبيق نظام التكاليف للمعلومات

Cost system for informations

في مجال المحاسبة عن تكاليف النشاط في المستشفيات من أجل تحقيق فعالية التخطيط واتخاذ القرارات . وكأي نظام من أنظمة المعلومات المختلفة فإن نظام التكاليف للمعلومات الصحية يتكون من ثلاثة عناصر أساسية هي :-

وعلى الرغم من أن مصر من بين الدول النامية التي تعاني ضعفا سكانيا متزايدا على مواردها وامكانياتها للتنمية الاقتصادية والاجتماعية ممتثلة في ارتفاع معدلات المواليد وانخفاض عام في معدلات الوفيات سنة بعد أخرى ، فإن الدولة قد أولت اهتمامها المتزايد لهذا القطاع ، فقد قدرت الاستثمارات الموجهة للخدمات الصحية في الخطة الخمسية ٨٢/٨٣ - ٨٦ - ١٩٨٧ بنحو ٥٣٨ مليون جنيه بهدف الارتفاع بعدد الاسرة في المستشفيات الى أكثر من ٩٠ ألف سرير ووصول عدد الاطباء الى ١٢٦ ألف طبيب ، مع تدعيم قطاع الدواء ليظل الركيزة الأساسية لتوفير الدواء محليا بانتاج لا يقل عن ٨٠٪ من الاستهلاك المحلي للدواء والذي تقدر قيمته بحوالي ٣٠٠ مليون جنيه .

غير أن القضية التي تحتاج الى مناقشة هي مدى كفاية البيانات والأحصاءات الصحية المتاحة كما ونوعا واللازمة لتحقيق أغراض التخطيط للخدمات الصحية ، ولاشك أن المضمون العام للتخطيط - أيا كان نوعه - ينصب على الموارد النادرة لتعطي أكبر اشباع ممكن من السلع والخدمات . ومشكلة ندرة الموارد في قطاع الخدمات الصحية مع ارتفاع تكاليف تقديم هذه الخدمات حنة بعد أخرى ، هي من أهم محددات التخطيط ، وعليه فإن الحاجة تدعو بشكل متزايد الى توفير بيانات أفضل عن مدى فاعلية تخصيص هذه الموارد .

وتعتبر التكاليف الباهظة للتكنولوجيا المتقدمة وارتفاع أجور العاملين في هذا القطاع بالإضافة الى العدد المتزايد من السكان الذين يطلبون الرعاية الصحية من الاسباب الرئيسية لارتفاع تكاليف الخدمات الصحية

مدخلات النظام :

تشكل مدخلات نظام التكاليف للمعلومات من العناصر الخام من البيانات التي يخرج منها النظام نتائجها وتتجمع هذه البيانات عن طريق المستندات المتداولة داخل مراكز النشاط في المستشفى بهدف تجميع البيانات اللازمة عن تكاليف تلك المراكز من جهة ، وتكلفة أداء كل خدمة يقدمها المستشفى جهة أخرى ، حيث يتم تسجيل هذه البيانات وتصنيفها وتحليلها وفقا لقواعد الالتيات الحاسبى .

التشغيل :

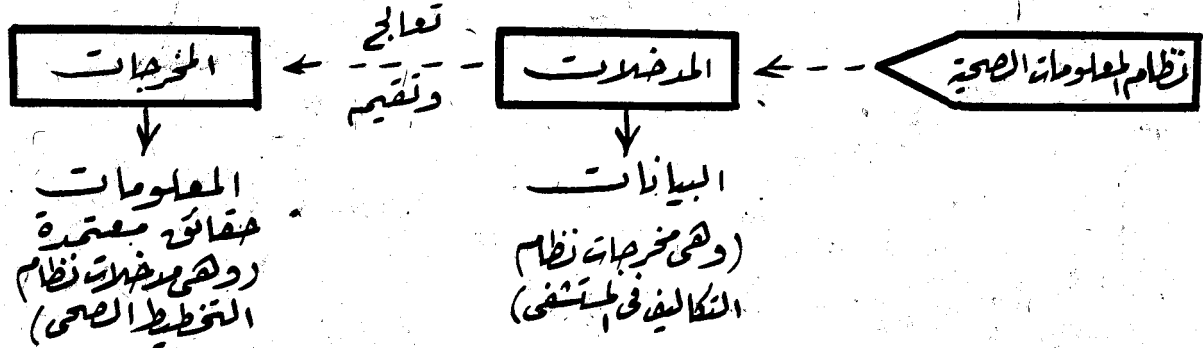
وتتمثل فى تحويل البيانات التى أشتملت عليها المجموعة الاستثنائية للمدخلات الى بيانات مخططة لتوفير معلومات مستهدفة عند مستعملى هذه البيانات ويشمل

التشفيل فى هذه المرحلة : التسجيل والتبويب والتحليل، ثم عرض النتائج وتخزينها ، ويفضل أن تتم هذه المرحلة باستخدام الحاسب الالىكترونى والذى بدأ استخدامه فى المستشفيات منذ أوائل السبعينات فى الدول المتقدمة ، حيث يتم بواسطة تصميم عمليات هذه المرحلة فى صورة برامج وفقا للغة التخاطب مع الحاسب الالىكترونى .

مخرجات النظام :

وتتمثل المرحلة الاخيرة والمنتج النهائى لنظام المعلومات، وتعتبر التقارير الدورية المنظمة عن تكاليف مراكز النشاط وتكلفة الناتج الخدمى النهائى بالمستشفى والتي تتمثل فى تكلفة علاج المريض على مستوى المراكز الطبية بالاقسام الداخلىة والعيادة الخارجىة هى المنتج النهائى لنظام التكاليف للمعلومات فى المستشفى .

كما يوضحه الشكل التالى :



التخطيط الذى تسمى اليه الدولة فى الوقت الحاضر ، وهو توفير الصحة للجميع بحلول عام ٢٠٠٠ ميلادية .

المصادر :

١ - ريتشارد ب.ج « بعض المسائل التوزيعية فى تخطيط الحاجات الصحية الاساسية ، مكتب العمل الدولى بجنيف ، ١٩٧٩ .

٢ - د. فريد راغب النجار « ادارة الاعمال فى الانظمة الصحية والطبية ، دار النهضة العربية بالقاهرة ، ١٩٧٨ .

٣ - فاروق أحمد حسين « نموذج محاسبى لرقابة التكلفة الخدمية فى قطاع المستشفيات الحكومية ، رسالة دكتوراه ، غير منشورة ، جامعة عين شمس ، ١٩٨٢ .

4 - W. H. O., «Planning and programing for nursing services » Geneva, 1981.

5 - W. H. O., « Sixth report on the World health situation » Geneva, 1980.

ومن هنا نرى مدى الكفاءة التى يمكن أن يحققها نظام التكاليف للمعلومات فى توفير البيانات الدقيقة للجهات التخطيطية أو الرقابية بقطاع الخدمات الصحية من حيث:

١ - وضع الخطة الصحية فى مصر حتى عام ٢٠٠٠ ، مع التأكيد على نظام التأمين الصحى الشامل تاكيدا لتكامل وشمول الرعاية الصحية للمواطنين كافة .

٢ - اعداد الموازنات التخطيطية السليمة والمستندة على البيانات والمعلومات الدقيقة التى يوفرها النظام المذكور .

٣ - ربط التكلفة بالفاعلية / Effectiveness / cost

فى تقديم الخدمة الصحية لترشيد الانفاق العام على مستوى الدولة مع الحرص على الإرتقاء بمستوى الرعاية الصحية نحو الأفضل وعليه فان الحاجة تدعو بشكل متزايد الى وجود نظام متكامل للمعلومات الصحية لتحقيق فاعلية تخصيص الموارد للقطاع الصحى ، وامكانية مراقبة استخدامها بكفاءة لبلوغ اهداف