دار المنظومة
DAR ALMANDUMAH
الرواد في قواعد المعلومات العربية

العنوان:	دور المحاسبة في قياس تكاليف التأمين الصحي في الأردن
المصدر:	رسالة التأمين
الناشر:	الاتحاد الأردني لشركات التأمين
المؤلف الرئيسي:	جعفر، عبدالإله نعمة
المجلد/العدد:	مج 7, ع 2
محكمة:	نعم
التاريخ الميلادي:	2004
الشهر:	نيسان
الصفحات:	19 - 23
رقم MD:	101977
نوع المحتوى:	بحوث ومقالات
قواعد المعلومات:	EcoLink
مواضيع:	التطوير الإداري، التأمين الصحي، شركات التأمين، محاسبة التأمين، المحاسبة الإدارية، اتخاذ القرارات، التقارير المالية، الخدمات الصحية، التضخم المالي، محاسبة التكاليف، تكاليف التأمين الصحي، الاردن
رابط:	http://search.mandumah.com/Record/101977

© 2021 دار المنظومة. جميع الحقوق محفوظة.
هذه المادة متاحة بناء على الإتفاق الموقع مع أصحاب حقوق النشر، علما أن جميع حقوق النشر محفوظة. يمكنك تحميل أو طباعة هذه المادة للاستخدام الشخصي فقط، ويمنع النسخ أو التحويل أو النشر عبر أي وسيلة (مثل مواقع الانترنت أو البريد الالكتروني) دون تصريح خطي من أصحاب حقوق النشر أو دار المنظومة.

دور المحاسبة في قياس تكاليف التأمين الصحي في الأردن

يتسم عالم اليوم بالتطورات العلمية والتقنية السريعة، مما يلقي على المحاسبين مسؤولية مسايرة هذه التطورات. فالمحاسبة بصفتها علماً اجتماعياً متميزاً، يجب أن تؤثر وتتأثر بنواحي الحياة الاقتصادية والاجتماعية والسياسية للمجتمع. فبجانب اعتبار المحاسبة وسيلة لتسجيل وتبويب البيانات المالية لتحديد المسؤوليات اصبحت الآن وسيلة لخدمة الإدارة باعتبارها اداة قياس وتوصيل المعلومات لها للقيام بوظائفها في التوجيه والرقابة واتخاذ القرارات وهو ما يعرف بالمحاسبة الإدارية.

د. عبد الإله نعمه جعفر
جامعة الزرقاء الأهلية

ويأتي في مقدمة نظم القياس المحاسبي للنفقات نظام محاسبة التكاليف الذي امتدت وظيفته إلى مجال قياس تكاليف الخدمات الصحيحة بكونها من افضل روافد نظم المعلومات الصحيحة لتمكين الإدارة من الرقابة على عناصر تكاليف الخدمات الصحية والعمل على ترشيدها دون المساس بنوعية الخدمة الصحية المؤداه للمواطنين ويعتبر التأمين الصحي من اكثر نظم الخدمات الصحية التصاقاً بحياة

المواطنين والذي تهدف الدولة إلى شمول مظلته لأوسع شريحة اجتماعية ممكنة لتصل إلى تأمين صحي شامل لكافة أفراد المجتمع تحقيقاً لهدف الصحة للجميع عملاً بدستور منظمة الصحة العالمية الذي يشير إلى أن التمتع باعلى مستوى من الصحة هو احد الحقوق الأساسية لكل انسان.

وتحقيقاً لهذا الاتجاه، فقد اوصت الندوة العربية للتأمين الصحي التي عقدت في عمان في شهر تشرين الأول (اكتوبر) ٢٠٠٣ تحت شعار "الرعاية الصحية حق للمستهلك العربي" بضرورة اجراء الدراسات الإدارية والفنية من اجل تجويد الخدمة الصحية وخفض النفقات واستخدام تكنولوجيا المعلومات لتحقيق هدف التأمين الصحي الشامل لجميع المواطنين على المدى البعيد من خلال توسيع مظلة انظمة التأمين الصحي في المدى القصير والمتوسط.

واقع التأمين الصحي في الأردن:

تقوم فكرة التأمين الصحي اساساً على مبدأ التكافل والمشاركة الاجتماعية بين فئة معينة في المجتمع أو جميع المواطنين في الدولة. حيث توزع النتائج الضارة لحادثة معينة التي قد تصيب الفرد أو مجموعة من الأفراد على جميع افراد هذه الفئة أو ذلك المجتمع.

ويتم ذلك التكافل عن طريق الاشتراكات الدورية التي

يدفعها المشتركون في ذلك النظام. ومن حيث المبدأ يتم تحديد تلك الاشتراكات بناءً على دراسة يجريها جهاز مختص في نظام الخدمات الصحية التأمينية ففي بريطانيا مثلاً يتم تحديد الاشتراكات بناءً على نتيجة الفحص الطبي العام الذي يجري على كل مستفيد من مظلة التامين الصحي ودراسة ظروفه الصحية وطبيعة عمله والأمراض التي اصيب بها سابقاً، وكذلك البيئة السكنية التي يعيش فيها المستفيد ومن دخله الشهري وغيرها من العوامل.

ويقوم التامين الصحي في الأردن على معادلة ذات طرفين هما المواطن، ومؤسسات الرعاية الصحية الحكومية، ممثله في وزارة الصحة والخدمات الطبية الملكية والقوات المسلحة إضافة إلى القطاع الخاص وشركات التأمين وقد عمل الأردن ومنذ اكثر من اربعين عاماً على تحقيق هدف شمول الرعاية الصحية للمواطنين، حيث بدأ العمل بنظام التامين الصحي العسكري منذ عام ١٩٦٣ ليصل عدد المستفيدين منه حتى نهاية عام ٢٠٠٣ حوالي ١,٦٠٠,٠٠٠ مواطن من العسكريين وعائلاتهم. يضاف إلى ذلك نظام التامين الصحي التابع لوزارة الصحة الأردنية والذي يغطي حالياً حوالي ١,٥٠٠,٠٠٠ مواطن حتى نجد أن مظلة التامين الصحي لعموم المملكة تغطي اكثر من ٦٠% من السكان والبالغ عددهم خمسة ملايين نسمة.

أما الاشتراكات المقررة في وزارة الصحة الأردنية، فهي تقوم على استيفاء بدل اشتراك بنسبة ٣% من دخل المنتفع من التامين الصحي بحد أعلى ٣٠ ديناراً وهذه النسبة محددة على اساس مستوى دخل الفرد الأردني دون التقيد بالعوامل الأخرى لظروف المنتفع، حيث تشير الدراسات في هذا الجانب إلى أن الدخل الشهري ل ٧٠% من الأسر الأردنية هو بمعدل ٣٠٠ دينار شهري أي ضمن حد الفقر، مما يصعب تحمل المواطن اعباء التكلفة العلاجية العالية، كما تشير الأرقام إلى أن الشعب الأردني يستهلك ٨% من دخله القومي للحصول على العلاج ومن ضمنها ارتفاع تكلفة الحصول على الدواء الذي تقدر تكلفته عالمياً بنسبة ٢٢% من اجمالي الفاتورة وترتفع في الأردن لتصل إلى ٣٧% بسبب ارتفاع اسعار الأدوية الناتج عن ارتفاع تكلفة تصنيعه.

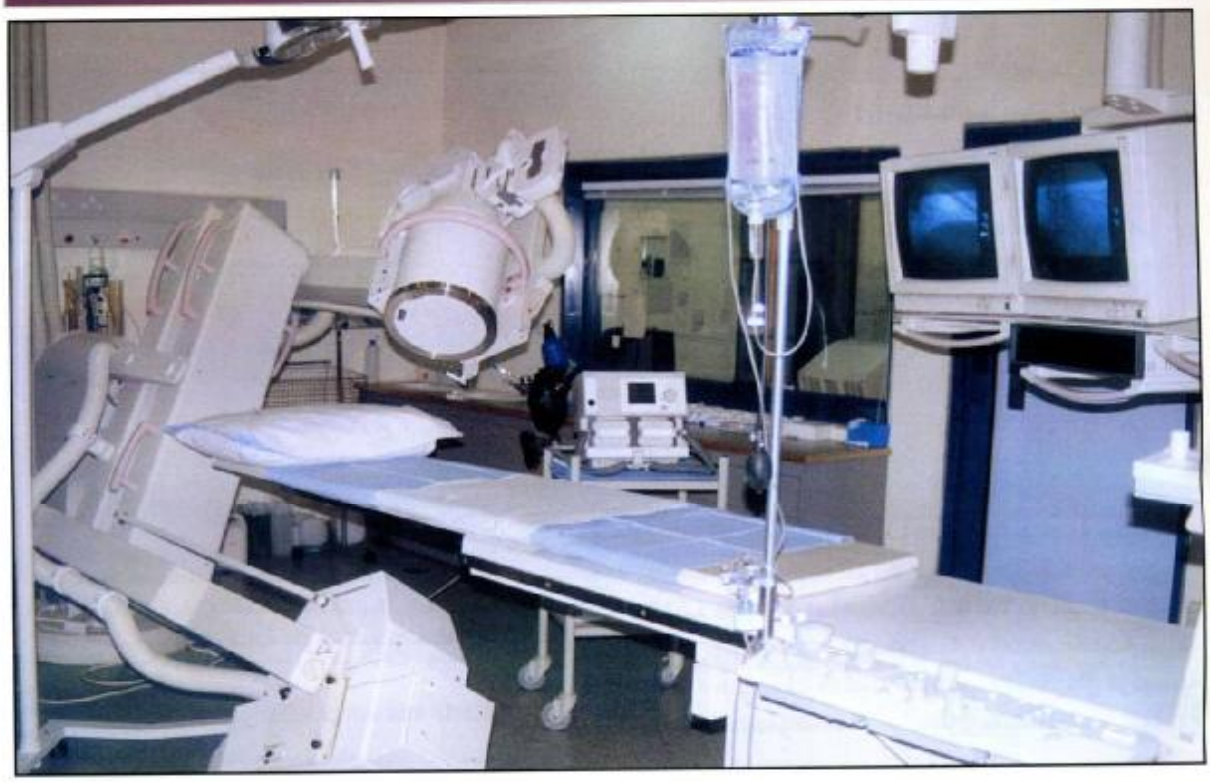
وهذه الحقائق هي التي تطرح السؤال العام حول اهمية الموازنة بين دخل المواطنين وآثار التضخم الاقتصادي عليه وبين حاجتهم إلى رعاية صحية متكاملة ترتفع تكاليفها يوماً بعد يوم بسبب ارتفاع تكلفة النفقات الصحية والدوائية فلو نظرنا إلى شحة موارد التأمين الصحي والمتمثلة بتدني نسب الاشتراكات التي تؤخذ من المؤمن عليهم، قياساً إلى ارتفاع تكاليف تقديم الخدمات الصحية، لأدركنا حجم التفاوت بين هذه الموارد وبين التكلفة ولا شك في أن هذا الفرق يموّل من الخزانة العامة للدولة، ممثلة في حصة وزارة الصحة من الموازنة العامة التي ترتفع نسبتها سنة بعد أخرى كما يوضحه لنا الجدول التالي للسنوات ١٩٩٧-٢٠٠١.

إن التفاوت السالب بين ايرادات وزارة الصحة والمتمثلة

نسبة موازنة وزارة الصحة الأردنية قياساً بالموازنة العامة للدولة للسنوات ١٩٩٧ - ٢٠٠١ (بالألف دينار)

البيان السنة	١٩٩٧	١٩٩٨	١٩٩٩	٢٠٠٠	٢٠٠١
الموازنة العامة للدولة	١,٩١٦,٠٠٠	١,٩٨٧,٠٠٠	٢,١٦٠,٠٠٠	٢,٢١٠,٠٠٠	٢,٣٠٠,٠٠٠
موازنة وزارة الصحة	١,٠٦٨,١٠٩	١,١٦١,٦٧٠	١,٢٠٧,٧٤٠	١,٣١٠,٠٠٠	١٣٧,٢٧٠
نسبة الزيادة قياساً بنسبة الاساس ١٩٩٧	-	٪٨	٪١٣	٪٢٢,٦	٪٢٨,٥
نسبة موازنة وزارة الصحة من الموازنة العامة للدولة	٪٥,٦	٪٥,٨	٪٥,٦	٪٥,٩	٪٦

المصدر: وزارة الصحة الأردنية، التقرير الاحصائي السنوي لعام ٢٠٠١ اعداد مركز المعلومات في الوزارة



في تدني نسب الاشتراكات وبين النفقات التي ترتفع سنة بعد أخرى والتي يظهرها الجدول السابق هو احد محددات التخطيط الصحي الذي يهدف إلى تقديم افضل رعاية صحية تامينية للمواطنين، فالاشتراكات لا تقوم على دراسة ظروف المنتفع المشار إليها سابقاً، كما أنها لا تقوم على اساس حساب تكلفة وحدة المنتج الصحي في مستشفيات الوزارة أو وحداتها الصحية المقدمة، لوضع اساس سليم لتحديد اسعار الخدمات الصحية المقدمة للمؤمن عليهم. بل إن نظام التكاليف المتبع حالياً في بعض مستشفيات الوزارة قد وجد اساساً ليخدم نظام تكلفة المنتفع الواحد من التامين الصحي، وليس حساب تكلفة المنتج من الخدمات الصحية المقدمة للمواطنين من خلال مظلة التامين الصحي.

ولا شك في أن القياس السليم لتكلفة استغلال الموارد لا يأتي الا من خلال نظام كفؤ لمحاسبة التكاليف يتم تطبيقه في عموم مستشفيات الوزارة بما يوفره من بيانات ومعلومات دقيقة عن كافة مراكز النشاط الصحي، وتكلفة وحدة الخدمة الصحية المقدمة لكل منتفع من التامين الصحي، ومن خلال هذه البيانات يتم دراسة سبل استغلال الموارد وترشيد النفقات. من خلال ما يلي:

- ترشيد استخدام اجهزة الخدمة الطبية بمراكزها المختلفة.
- ترشيد النفقات الرأسمالية ووضع برنامج دوري سليم لصيانتها.
- ترشيد استخدام المستلزمات الطبية من المواد على اختلاف انواعها.
- ترشيد الأجور والرواتب بما يؤدي إلى ربط الأجور بالإنتاجية في المستشفى لتحقيق الاستغلال الأمثل للعمالة.

وفي اطار ربط وجود نظام كفؤ للتكاليف في مستشفيات وزارة الصحة لقياس كفاءة أداء الخدمات الصحية التأمينية وترشيد نفقاتها لا بد من بيان الأهداف العامة التي يمكن أن يحققها نظام التكاليف لنظام التأمين الصحي.

أهداف قياس تكاليف التأمين الصحي:

على ضوء ما تقدم، يثار التساؤل عن مدى جدوى وجود نظام لمحاسبة التكاليف يرشد هيئة التامين الصحي واجهزة التخطيط الأخرى بما يمدها من بيانات دقيقة لتكاليف النشاط الصحي في عموم مستشفيات وزارة الصحة، تكون اساساً لتسعير الخدمات الصحية لإيجاد نوع من التوازن المعقول بين الموارد وتكلفة أداء هذه الخدمات حيث يمكن أن يحقق نظام التكاليف المقترح الأهداف التالية:

اولاً: في مجال التخطيط للخدمات الصحية التامينية.

ثانياً: في مجال الرقابة على تكاليف الخدمات الصحية التأمينية.
ثالثاً: في مجال تسعير الخدمات الصحية التأمينية.

أولاً: في مجال التخطيط للخدمات الصحية التأمينية

أن البيانات المستخدمة في التخطيط لأي نشاط للمستقبل، لا بد وان تمتد جذورها إلى محاسبة التكاليف فالاسترشاد بتكاليف النشاط الماضي هو اساس التخطيط للأهداف في المستقبل.

فعلى مستوى التخطيط الصحي في الأردن، يوجد مستويين رئيسين للتخطيط الصحي، المستوى الأول، ممثلاً في وزارة التخطيط. وهو يشمل التخطيط على مستوى الدولة ككل والمستوى الثاني هو وزارة الصحة ولا شك في أن اعداد الخطة الصحية العامة لفترة زمنية قادمة يتطلب تبادل بيانات ومعلومات تبدأ نزولاً من المستوى الأعلى للتخطيط أو صعوداً من ادنى مستوى، والذي هو المستشفى أو العيادة الصحية الشاملة.

ثم مديرية التخطيط الصحي ثم وزارة الصحة... الخ. فعندما تقوم وزارة التخطيط بتحديد معدل الاستثمار الصحي اللازم لسنة قادمة، فإن المستوى الثاني، والذي هو وزارة الصحة تكون قد حددت خطة الاستثمارات واحتياجاتها من كافة انواع العمالة والأجهزة والمنشآت وغيرها من المدخلات بما يتفق وامكانياتها وحصتها من الموازنة العامة للدولة من ناحية، والأهداف العامة لخطة الدولة بمؤشراتها المختلفة من ناحية أخرى. وهذا التحديد لا يمكن أن يتم ما لم يكن مدعماً بثلاثة عناصر رئيسية هي:

- جمع البيانات والمعلومات وهو ما يوفره نظام التكاليف.
- التنبؤ بالمتغيرات على ضوء العديد من المؤشرات.
- التنسيق واتخاذ القرارات.

ومن هنا تبرز اهمية وجود نظام موحد للتكاليف لعموم مستشفيات وزارة الصحة ومراكزها الصحية الشاملة ليأخذ مكانه الرئيسي من عملية التخطيط للخدمات الصحية التأمينية، وبما يوفره من بيانات ومعلومات ذات اسس ومضامين موحدة تجعل من مهمة ممارسة عملية التخطيط، مسألة ممكنة، بالإضافة إلى اهميتها عند اجراء الدراسات اللازمة لتقدير التكاليف الخاصة بإنشاء مشاريع صحية جديدة، قد وردت في خطة التنمية، حيث أن هذه المشاريع تظل اقتراحاً استثمارياً ما لم تجر عليها الدراسات الفنية والاقتصادية والاجتماعية. وتعد البيانات الدقيقة والملائمة التي يوفرها نظام التكاليف، احد الأركان الرئيسية لهذه الدراسات، واتخاذ القرارات اللازمة بشأنها.

ثانياً: في مجال الرقابة على تكاليف الخدمات الصحية التأمينية

في ضوء التنفيذ الفعلي لأي قرار لا بد وان يوازيه اجراءاً رقابياً يكفل سلامة خطوات التنفيذ من حيث استخدام الموارد المتاحة، باقصى كفاءة ممكنة، وفقاً للاهداف والخطط المقررة.

ويمكن أن يؤدي نظام التكاليف لعموم مستشفيات وزارة الصحة إلى تحقيق الأهداف التالية:

١- حاجة الوزارة إلى مجموعة البيانات والمعلومات الناتجة عن تنفيذ الخطة الصحية المقررة لبرامج التأمين الصحي.

٢- بيانات عن الانحرافات عن التنفيذ الفعلي، نتيجة للمقارنة بين الفعليات والتقديرات الواردة في الخطة السنوية لوزارة الصحة.. مما يضع امام الوزارة صورة واضحة عن أداء كل مستشفى على حدة، وذلك عن طريق المقارنة بين تكاليف مراكز النشاط في هذه المستشفيات وتقييم أداء كل منها.

وعلى الرغم من أن هذه البيانات يمكن الحصول عليها من المستشفيات دون أن يكون هناك نظام موحد للتكاليف يجمع فيما بينهما، الا أن الحصول على بيانات ذات مضامين متجانسة، ووفقاً لنماذج وقوائم موحدة، فإن هذا يؤدي إلى

زيادة عوامل الثقة والموضوعية في تلك البيانات والمعلومات.

ثالثاً: في مجال تسعير الخدمات الصحية التأمينية

تحتل سياسة تسعير الخدمات الصحية مكانة خاصة ضمن سياسة التخطيط الصحي للمجتمع، وهي من اكثر سياسات التسعير حساسية في الدولة لارتباطها بمستوى حياة المواطنين بشكل مباشر لذلك، فإن قرارات تسعير الخدمات الصحية غالباً ما تتم بواسطة سلطة عليا في الدولة، أو تحت إشراف منها على الأقل لتأتي منسجمة مع سياساتها الاقتصادية والاجتماعية. وفي كل الأحوال، فإن عامل التكلفة لا بد له من أن يؤثر تأثيراً مباشراً في تحديد اسعار هذه الخدمات، لضمان استرداد هذه التكلفة أو جزءاً منها على الأقل.

ولما كانت تكلفة الخدمات الصحية كغيرها من الأنشطة تتكون من جزئين رئيسيين هما:

ا – الجزء الثابت، والمرتبط بقيام المستشفى باداء نشاطه الصحي على مدار السنة، كالرواتب، واستهلاكات الأجهزة والمباني، وغيرها.

ا ا – الجزء المتغير، والمرتبط بحجم النشاط اليومي للمستشفى والمتأثر بمتغيرات معينة في الأجل القصير.

لذلك، فإن تسعير الخدمات الصحية التأمينية، في مستشفيات وزارة الصحة أو غيرها، لا بد وان يتأثر بواحد أو اكثر من اساليب الحساب التالية.

١– التكلفة الكلية للخدمات الصحية، مع اضافة نسبة معينة من العائد تتناسب مع الدرجة التي نزل فيها المريض بالمستشفى لغرض تغطية الخسائر التي تحققها الدرجات المخفضة أو المجانية، ويعتبر هذا الأسلوب من اكثر قرارات تسعير الخدمات الصحية في الأجل الطويل مناسبة.

٢– التكلفة المتغيرة للخدمات الصحية، والذي يستند على أن يكون سعر الخدمة الصحية عند المستوى الذي يغطي تكلفتها المتغيرة على الأقل خاصة بالنسبة للدرجات المخفضة في المستشفيات على أن يتحقق من مجموع الخدمات الصحية في المستشفى ايراد حدي يكفي لتغطية التكلفة الثابتة، وتحقيق ايراد مناسب يخصص لاحتياطي تحسين الخدمات الصحية للمستشفيات، بشكل عام. وفي الأردن، فإن تسعير الخدمات الصحية، سواءً كانت في المستشفيات الحكومية التابعة لوزارة الصحة، والتي تقدم خدماتها الصحية للمواطنين مجاناً، أو باسترداد جزءً يسيراً آمن (التكلفة) أو في المستشفيات التي تقدم خدمات الصحية بالأجر كالمستشفيات التعليمية، فانها هي الأخرى تحاول استرداد (تكلفة) تلك الخدمات أو جزءاً منها. ومع تحقيق هامش لتكوين ربح بسيط، لتكوين احتياطي تحسين الخدمة، أو لتغطية تكلفة الخدمات الصحية المجانية التي تقدمها هذه المستشفيات. لا سيما إذا علمنا بأن الدولة الأردنية تقدم خدماتها الصحية بالمجان، لبعض الأمراض ذات التكلفة العلاجية العالية، كالسرطان والكلى والإيدز. سواء كان المريض مؤمن عليه أو غير مؤمن وذلك عندما يتم العلاج في مستشفيات الدولة.

ويتضح مما سبق، أن دراسة تكلفة نظام التأمين الصحي، سواءاً اكانت تكاليف النشاط الجاري أو النشاط الاستثماري، يعد من الجوانب الاساسية للتخطيط لهذا النظام في المستقبل، وان دراسة تكلفة النظام بشكل علمي دقيق سيؤدي بالتالي إلى وضع اسس صحيحة لتمويله وتطويره نحو الأفضل بما يخدم جهات التأمين الصحي، وكذلك المستفيدين منه.