WHO-EM/HEC/001/A

نسخة تمهيدية

المرشد الوجيز إلى إنشاء نظام الحسابات الصحية الوطنية

منظمة الصحة العالمية
المكتب الإقليمي لشرق المتوسط

المرشد الوجيز إلى إنشاء نظام الحسابات الصحية الوطنية

المحتويات

تمهيد	3
كلمة شكر	4
1. تقديم	5
2. التقدم في التنظيم: تجميع الموارد لتحضير الحسابات الصحية الوطنية و وضع هيكل النظام الصحي	8
3.تعريف وتصنيف المصاريف الصحية	12
4. تصنيف الوحدات في النظام الصحي	14
5. جداول الحسابات الصحية الوطنية	19
6. المعطيات والحسابات الصحية الوطنية	21
7. المرشد إلى استعمال المعطيات غير المسحية في الحسابات الصحية الوطنية	23
8. إنشاء واستعمال الدراسات المسحية في الحسابات الصحية الوطنية	27
9. تنظيم عمليات التقييم: إنشاء خريطة الطريق ووضع لائحة بوكلاء التمويل	30
10. وضع المقاربة الأولى للموارد المالية لوكلاء التمويل	34
11. تقييم جدول مصادر التمويل بحسب وكلاء التمويل	36
12. تقييم جدول وكلاء التمويل بحسب المقدمين للخدمات الصحية	38
13. إنشاء جداول بحسب وكلاء التمويل والوظائف وبحسب "المقدمين للخدمات" و "الوظائف"	41
14. توزيع الإنفاق الصحي على السكان	43
15. أفكار ختامية	46
المراجع	48

تمهيد

تعتبر الحسابات الصحية الوطنية أداة لدراسة فعالة و شمولية لتدفقات الموارد المالية داخل النظام الصحي. وهي وسيلة مصممة بشكل نوعي لكي تساعد على تصميم السياسة وتنفيذها، مع تنشيط الحوار السياسي الحكيم بين البلدان حول ذلك، ومراقبة وتقييم مداخلات الرعاية الصحية. و يقدم نظام الحسابات الدلائل الواضحة التي تساعد أصحاب القرار السياسي و المسؤولين و الإداريين و الفاعلين غير الحكوميين على اتخاذ أفضل القرارات بقصد تحسين إنجاز النظام الصحي و عمله.

تعطي هذه الحسابات كمية هائلة من البيانات و المعلومات اللازمة لتحليل كل مكونات تمويل النظام الصحي إن على صعيد تحصيل الموارد المالية و تجميعها أو على صعيد شراء الخدمات و السلع الطبية.

وإذا كان تنفيذها مستمراً و منتظماً فإنها ستتبع اتجاه الصرف المالي مما يشكل (بجانب كل الدراسات و المسوحات الأخرى) عنصراً اساسياً في مراقبة وتقييم النظام الصحي. ويمكن ايضاً أن تستخدم منهجيات الحسابات الصحية الوطنية لتقدير التوقعات المالية الضرورية لتلبية متطلبات هذا النظام. و أخيراً يمكن للحسابات الصحية الوطنية أن توفر إمكانية المقارنة بين الإنفاق على الصحة في بلد ما مع البلدان الأخرى.

لقد صُمِّمَ نظام الحسابات الصحية الوطنية للإجابة على أسئلة دقيقة حول النظام الصحي في البلد، ويقدم تصنيفات منظمة على شكل مجموعات، كما يهتم بعرض المصاريف المالية على الصحة. وتتبع هذه الحسابات كمية المصروف الذي تم إنفاقه وأين تم ذلك، وعلامَ أنفق، ولمن كان ذلك، وكيف تغير ذلك بمرور الزمن، و ما هي نتيجة المقارنة مع إنفاق بلدان أخرى واجهت الظروف ذاتها. إنَّ هذه الحسابات تعتبر جزءاً مهماً في مجال تقييم النظام الصحي وتحديد فرص التحسين والتنمية. وعلى المدى البعيد يمكن أن يُؤَسِّسَ البلدُ طريقة معينة للحسابات الصحية ويصدر الجداول الأساسية وفق سلسلة من الأزمنة بحيث تسمح بمزيد من التقييم الشمولي الكامل للعمليات التي وضعت من أجل تحقيق الأهداف الوطنية للنظام الصحي.

إن هذا المرشد الوجيز هو ملخص لكتاب "المرشد إلى إنشاء نظام الحسابات الصحية الوطنية، مع تطبيقات خاصة في البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط" الذي اعدته منظمة الصحة العالمية و البنك الدولي و الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية سنة 2003 (www.who.int/nha). و يصف هذا المرشد الخطوط العريضة لمنهجية الحسابات الصحية الوطنية، وكذلك المراحل الضرورية لإنشائها. وهو موجه أساساً إلى الأشخاص الذين يمتلكون إلمامًا بهذه الحسابات و يريدون فهم مبادئها الأساسية.

هذه الطبعة الوجيزة للمرشد إلى إنشاء الحسابات الصحية الوطنية تحوي نفس الفصول التي يتطرق إليها المرشد الأصلي (2003) بتفصيل. و ننصح القراء بالرجوع إلى الطبعة الأصلية إذا أرادوا تفاصيل أدق أو التوسع أكثر في هذا الميدان.

كلمة شكر

إن المرشد الوجيز هو ملخص لكتاب "المرشد إلى إنشاء نظام الحسابات الصحية الوطنية، مع تطبيقات خاصة في البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط" الذي أعدته منظمة الصحة العالمية و البنك الدولي و الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية سنة 2003 (www.who.int/nha).

لخّص النسخة العربية من كتاب "المرشد إلى إنشاء نظام الحسابات الصحية الوطنية"، بعد نقله إلى العربية في المكتب الإقليمي لشرق المتوسط الذي يستضيف البرنامج العربي لمنظمة الصحة العالمية، *زين الدين الإدريسي* م. *ادريس* الذي استفاد من ارشادات *بلقاسم صبري* و *حسين صالحي* و كذلك من تعليق *فاتنة الحلواني*، *يارا هلسة*، *زاهر أجَب* و *الفريق اليمني* للحسابات الصحية الوطنية وكل المشاركين في الورشات التى نظمتها منظمة الصحة العالمية-المكتب الإقليمى لشرق المتوسط.

1. تقديم

1.1. دور و أهمية الحسابات الصحية الوطنية

يمثل نظام الحسابات الصحية الوطنية مجموعة من الجداول تنظم الأشكال المختلفة للنفقات الصحية الوطنية، و ما يفرق الحسابات الصحية عن الأشكال الأخرى من التحاليل المتعلقة بالإنفاق هو واحد أو أكثر مما يلي:

- التصنيف الدقيق لأنماط جميع المصاريف وجميع الوكلاء الفاعلين في النظام الصحي.
- حسابات كاملة لجميع المصاريف الصحية بغض النظر عن المنشأ والغاية أو موضوع المصروف.
- الأسلوب الدقيق في الجمع والفهرسة وتقدير جميع تدفقات الأموال المتعلقة بالنفقات الصحية.
- متابعة التحليل باستمرار.

عندما يبنى نظام الحسابات الصحية الوطنية بناءً كاملاً فإنه يتمم أنظمة السجلات والتقارير الأخرى لتقديم صورة أكثر كمالاً حول إنجاز النظام الصحي. وبسبب التشابه بين معايير المفاهيم الموجودة في نظام الحسابات الصحية الوطنية ونظام الحسابات الوطنية المستخدم لتقدير الناتج المحلي الإجمالي في البلد (GDP) فمن الممكن استخدام الحسابات الصحية لإظهار العلاقة الصميمية بين المصاريف الصحية وإجمالي المنتوج الاقتصادي. وبسبب طريقة عرض التمويل يمكن أن تساعد الحسابات الصحية في فهم دور الحكومة و التأمين والأسر والمنظمات الخارجية (كالهلال الأحمر و الصليب الأحمر) في تحديد مشتريات الرعاية الصحية. وبسبب موثوقيتها (المعولية) في تصنيف مقدمي الخدمات الصحية والوظائف فإنّ نظام الحسابات الصحية الوطنية يظهر الروابط بين التمويل و تقديم الخدمات الطبية.

إنَّ خبرة البلدان التي أنشأت الحسابات الصحية واستخدمتها قد ذهبت إلى أنَّ هذه الحسابات تساعد كثيراً في الإجابة على أسئلة كثيرة كتلك المدونة أدناه :

- كيف يمكن تعبئة الموارد وتدبيرها في النظام الصحي؟
- من الذي يدفع؟ وكم تكلف المدفوعات لتغطية تكاليف الرعاية الصحية؟
- من الذي يقدم البضائع والخدمات الصحية؟ وما هي الموارد المستخدمة؟
- كيف يتم توزيع الموارد المالية على الأوجه المختلفة للخدمات والمداخلات والأنشطة التي يقوم بها النظام الصحي وينتجها؟
- مَن المستفيد من مصاريف الرعاية الصحية؟

مع أن نظام الحسابات الصحية الوطنية طريقة مفيدة في جمع وتنظيم المعلومات المالية حول النظام الصحي إلاَّ أنها لا تجيب على جميع أسئلة السياسة الصحية. و تركز الحسابات الصحية بالخصوص على الأبعاد المالية للنظام الصحي. كما أنَّ الحسابات الصحية بذاتها لا تميز بالضرورة بين المصاريف الفعالة الحقيقية والمصاريف غير الفعالة. وللإجابة على المزيد من الأسئلة السياسية يجب أن تترافق معلومات الحسابات الصحية الوطنية بمعلومات غير مالية مأخوذة من المصادر المختلفة، كالدراسات الوبائية والدراسات المسحية السكانية وما شابه ذلك.

إنَّ الخبرات الدولية في تطوير و استعمال الحسابات الصحية تفترض عدداً من الأبعاد أو المحاور المفيدة التي يجب أخذها بعين الاعتبار، و تساهم بعض هذه الأبعاد بشكل خاص في المساعدة على تقييم المصاريف الإجمالية. بينما تساهم الأخرى منها بشكل خاص في تقييم أو صياغة السياسات الصحية. وعندما تؤخذ

كمجموعات فإنَّ هذه الأبعاد تلبي معظم المتطلبات الممكنة التي تؤلف هذه الحسابات الصحية فيما يتعلق بإنجاز النظام الصحي، وهذه الأبعاد هي :

- مصادر التمويل: تمثل المؤسسات أو الوحدات التي تقدم الأموال المستخدمة في النظام من قبل وكلاء التمويل.
- وكلاء التمويل: المؤسسات أو الكيانات التي تدبر و توزع الأموال المقدمة من المصادر المالية على شكل قنوات تستعمل في تغطية المدفوعات والمشتريات والأنشطة ضمن مجال الحسابات الصحية.
- المقدمون للخدمات: هم كيانات تستلم الأموال كتعويض عن الخدمات التي يقدمونها داخل نطاق الحسابات الصحية.
- الوظائف: هي أنماط المنتجات (البضائع/السلع) و الخدمات المقدمة والأنشطة المنجزة ضمن نطاق الحسابات الصحية
- تكاليف الموارد: تمثل العوامل والمدخلات التي تستخدم من قبل المقدمين أو وكلاء التمويل لإنتاج البضائع والخدمات أو الأنشطة التي تتم ضمن النظام.
- الخصائص الديموغرافية للمستفيدين: المجموعات المستفيدة من الخدمات والبضائع الاستهلاكية ضمن حدود الحسابات الصحية، مع تصنيفهم حسب العمر والجنس والعرق والإقامة في الحضر أو الريف والإثنية، وهكذا ...
- الحالة الاجتماعية الاقتصادية للمستفيدين: المجموعات المستفيدة من الخدمات والبضائع الاستهلاكية ضمن حدود الحسابات الصحية، مع تصنيفهم حسب الدرجة التعليمية والثراء والمهنة.
- الحالة الصحية للمستفيدين: المجموعات المستفيدة من الخدمات والبضائع الاستهلاكية ضمن حدود نظام الحسابات الصحية، مع تصنيفهم حسب الحالة المرضية والحالة الوظيفية أو نمط المداخلات الطبية التي تم تلقيها.
- المناطق والأقاليم: تمثل المجموعات الوطنية الفرعية للوحدات المشمولة في تمويل أو استهلاك البضائع والخدمات التي يتم التعامل بها ضمن حدود نظام الحسابات الصحية الوطنية.

2.1. عمليات تنفيذ الحسابات الصحية الوطنية وتنظيم هذا المرشد

يحتاج البدء في مشروع إنشاء الحسابات الصحية إلى ثلاثة مراحل. وقد قُسّم هذا المرشد إلى ثلاثة أجزاء للتصدي لكل مرحلة من هذه المراحل.

المرحلة الأولى هي مرحلة التخطيط: وفيها تحدد الخطوط العريضة للمشروع، ويكوَّن فريق العمل من الموظفين والاستشاريين، و يزوَّد المشروع بالموارد، ويوضع تخطيط هيكلي لنظام تمويل الرعاية الصحية، كما تحدد بنية نظام الحسابات الصحية (الفصل الثاني حتى الخامس).

في المرحلة الثانية تُحَدَّد مصادر المعطيات، وتدخل البيانات والفهرسة، ثم تُختبردقة وفائدة الحسابات الصحية، و تحدد الثغرات في المعلومات (الفصل السادس حتى الثامن).

أما المرحلة الثالثة فتخص ملء الجداول، و ذلك بتقديرات المصاريف، ويصبح تحديد ثغرات المعلومات أكثر دقة، و تصبح المرحلة أكثر جاهزية لتحديد التقديرات للمصاريف الصحية الوطنية (من الفصل التاسع حتى الرابع عشر).

3.1. التفكير قبل الشروع في العمل

لقد تم إعداد نظام الحسابات الصحية الوطنية كطريقة لإحضار وتنظيم المعطيات الاقتصادية حول النظام الصحي الوطني وبالتالي تسهيل تقييم السياسة الصحية و وضع صيغتها.

لكن يجب التذكير بأنه من غير الممكن تقييم المصاريف الصحية بدقة وبدون أخطاء. و بغض النظر عن جودة نظامها المعلوماتي، فإن جميع البلدان ترافق البيانات الجيدة ببعض التقديرات التقريبية إن اقتضى الحال.

يجب على أفراد فريق الحسابات الصحية الوطنية أن يركزوا انتباههم على المواضيع الكبيرة، ولا يغرقوا في المواضيع الصغيرة الغير مهمة. وسيجد الفريق بأنَّ الحس الفطري العام والانفتاح وسيلتان مهمتان يجب المثابرة والمحافظة عليهما في العمل.

و في جميع مراحل سير عمليات بناء نظام الحسابات الصحية يجب أن نتذكر باستمرار ماذا يريد أصحاب القرار السياسي وما الذي يحتاجون إلى معرفته. وإنَّ الحذر والانتباه للمواضيع السياسية واستباق هذه المواضيع يسمح للمحاسبين الصحيين بإنشاء حسابات صحية تقدم أفضل دعم ممكن لأصحاب القرار السياسي. وإنَّ دعم نظام الحسابات الصحية الوطني على أعلى المستويات الحكومية أمر ضروري، وإذا ما قدمت الخدمة لهؤلاء الناس بشكل جيد فإنه من المحتمل أن يعيروا انتباههم للموجودات الأخرى من الحسابات الصحية الوطنية، وأنْ يقدموا دعمهم للمشروع.

أخيراً، من المهم أن نفهم بأنَّ الحسابات الصحية عملية تنموية في تطور وترقٍّ مستمر، فقد تكون الحلقات الأولى من الحسابات الصحية في البلد على شكل بدائي وتفتقر للتفاصيل، وعندما تصبح الحسابات الصحية أكثر نضجاً، وتصبح مصادر المعطيات التي تكمن فيها أكثر دقة وقوة، عندئذ يمكن إدخال المزيد من نماذج وأشكال الأنظمة الصحية عليها، ولذلك عند قراءة هذا المرشد يجب على المحاسبين الصحيين ألاَّ يقنطوا لأول وهلة من عدم إلمامهم الكامل بكل شيء من المحاولة الأولى، ويجب عليهم اختيار الأشكال الأكثر علاقة بأسئلة أو حاجيات أصحاب القرار السياسي وأن يركزوا طاقتهم ومواردهم على هذه الأشكال. و بمرور عقود من الخبرة في ممارسة مثل هذه الأعمال ستستفيد الحسابات الصحية في البلد لتتحسن وتتطور باستمرار.

2. التقدم في التنظيم: تجميع الموارد لتحضير الحسابات الصحية الوطنية و وضع هيكل النظام الصحي

إنَّ هدف المحاسبة الصحية هو تنظيم المعلومات حول النظام الصحي الوطني بطريقة تجعل التخطيط الصحي ورسم السياسة الصحية وتقييم إنجاز النظام الصحي سهلاً وميسراً. وللقيام بذلك يجب أن يرسم المحاسبون الصحيُّون صورة واضحة لتدفق الموارد إلى النظام الصحي و داخله، ثم زيادة دقة الصورة العامة للنظام الصحي وموارده لتكتمل بذلك التفاصيل اللازمة.

1.2. تأسيس مشروع الحسابات الصحية

1.1.2. تكلفة مشروع الحسابات الصحية

إنَّ تكلفة تنفيذ مشروع الحسابات الصحية الوطنية والمداومة عليه تختلف من بلد لآخر، وإنَّ كمية الموارد التي يحتاجها المشروع تعتمد على حالة النظام الصحي و المعلوماتي. فإذا كانت المعلومات المتاحة من المصادر المحلية الموجودة كافية لتقييم المشروع فإنَّ الكلفة ستكون أقل، وأما إذا كانت هناك حاجة لمشورات وخبرات خارجية فقد تكون الكلفة أعلى (إلاَّ أنه من الممكن تمويلها من طرف المانحين). و إذا استخدم البلد قواعد للعمل موجودة أصلاً فإنَّ تكلفة المداومة على المشروع في المؤسسات الحكومية ستكون متواضعة جداً وستصبح جزءاً روتينياً من التحليل الاقتصادي. في عدد من الدول التي فيها أرقام لتكاليف تأسيس الحسابات الصحية ترتفع تكلفة السنة الأولى بين 50.000 و 75.000 دولاراً أمريكياً (باستثناء تكلفة عمل الدراسة المسحية الجديدة).

2.1.2. المخطط الزمني لتهيئة الحسابات الصحية

لقد تبين بالخبرة أنَّ معظم البلدان تحتاج لإنشاء نظام الحسابات الصحية الوطني لأول مرة لفترة 12-18 شهرا، يعمل فيها فريق من المحللين يتراوح عددهم بين 3 و 6، يعملون بزمن جزئي (غير متفرغين). لكن في بعض الأحيان يمكن تحضير الحسابات ضمن إطار زمني أقصر (بضع شهور)، إلاَّ أنَّ التحليل الأكثر كمالاً وتفصيلاً ونوعية قد يتطلب زمناً أطول. خاصة إذا كان من اللازم الشروع بالدراسة المسحية للأسر أو لمقدمي الخدمات من أجل هذا الهدف بشكل خاص. وبشكل مشابه يحتاج الأمر إلى زمن أطول ومصاريف أكثر إذا كانت عمليات جَدوَلة الترميز لجميع الميزانيات المشمولة في العمل وكتابة التقارير الإدارية تحتاج إلى المراجعة والتنقيح.

3.1.2. تأمين مكان مشروع الحسابات الصحية الوطنية

للسلطات الوطنية أساليب مختلفة لتأمين مكان لمشروع الحسابات الصحية الوطنية، وهناك أربعة عوامل تؤثر على اختيار المكان المناسب:

- تكون النتائج أكثر سهولة وإتاحة بالنسبة للمؤسسات والأشخاص الذين يقررون السياسة الصحية.
- عندما تكون التداخلات السياسية والمؤسساتية في حدها الأدنى، يمكن أن يستمر العمل دون أن تكون النتائج مضطربة نتيجة عدم الاستقرار السياسي وتغير المؤسسات.
- وجود تعاون وثيق دون صعوبات رئيسية بين ممثلي المؤسسات المختلفة المساهمة في مشروع الحسابات الصحية الوطنية.
- إمكانية الوصول إلى المعلومات اللازمة لإنشاء الحسابات.

يختلف أفضل موقع لاستقبال الحسابات الصحية الوطنية من بلد لآخر. فقد يكون الموقع في أحد المؤسسات الحكومية مثل وزارة الصحة أو المالية أو الإحصاء أو التخطيط. أو أن يكون الموقع في وكالة حكومية متخصصة مثل "التفتيش الصحي الوطني" أو "مؤسسة الأبحاث الاقتصادية الصحية الوطنية" أو "وكالة الإحصاء الصحي الوطني" أو "الهيئة المالية للرعاية الصحية الوطنية". وفي بعض البلدان يوضع مقر مشروع الحسابات الصحية الوطنية خارج الحكومة فى جامعة أو مؤسسة أبحاث غير حكومية، مع أنه من الصعب المداومة على الممارسة عدة سنوات خارج المؤسسات المرتبطة بالحكومة.

2.2. الموارد المطلوبة لمشروع الحسابات الصحية

كما في كل العمليات الإنتاجية، يعتمد نظام الحسابات الصحية الوطنية على مجموعة من العوامل الإنتاجية التي يمكن تقسيمها إلى ثلاث فئات: العمل (الكادر البشري)، رأس المال (الأدوات)، و المواد (المعطيات) الخام.

1.2.2. فريق العمل

في معظم البلدان يتم إنجاز مهمة التحضير للحسابات الصحية بواسطة فريق صغير من الخبراء يعملون لصالح (أو مع) أحد الوكالات الحكومية ذات العلاقة، وقد يتمثل ذلك في بعض الحالات (في بداية المشروع) بشخص وحيد يضع أرضية جديدة للعمل.

مع أنه لا يوجد اعتماد مهني للحسابات الصحية إلاّ أنّ هناك مهارات وقدرات ضرورية جداً لهذا العمل. لذا يجب أن يتم اختيار فريق الحسابات الصحية الوطنية أو المحللين أو المحاسبين الصحيين من بين المتمرسين المتعايشين مع الإحصاء الاقتصادي الوطني وممارسات الحسابات والمطلعين جيداً على النظام الصحي الوطني والسياسات الصحية، وأولئك الذين لديهم خبرة في استعمال المعطيات والمعلومات المتولدة عن الوحدات المختلفة في النظام الصحي. ولا تتطلب الحسابات الصحية بالضرورة تدريباً على الاقتصاديات، ولكن يكفي وجود خبير اقتصادي واحد على الأقل، فهو و إن كان مستشاراً فقط، فهو يساعد كثيراً في هذا المجال. وإنّ أهم الخصائص التي يجب أن تتوفر في المحاسب الصحي سهولة تعامله مع الأرقام ورغبته في التساؤل عنها دائماً والبحث عن البدائل الممكنة المتوفرة في مصادر المعطيات الموجودة.

يجب أن يضم فريق الحسابات الصحية أفراداً من مؤسسات متعددة ومختلفة (الصحة، التعليم، المالية، الإحصاء، التخطيط، التأمين الصحي، الضمان الاجتماعي...) كلما كان ذلك عملياً وممكناً، وتساعد هذه الميزة على الوصول إلى كثير من مصادر المعطيات المختلفة وهذا ما يسَهّل للوصول إلى تقييمات جيدة.

وتشير الخبرة إلى ضرورة وجود لجنة توجيه ومتابعة تشرف على فريق الحسابات الصحية، يمكنها المساعدة على استمرار مسيرة المشروع في مساره الصحيح. وهي لجنة ذات تمثيل بمستوى عالٍ من المنظمات المسؤولة والناشطة في النظام الصحي. وتضم هذه المنظمات وزارات الصحة والمالية والتخطيط ومكتب الإحصاء الوطني ومنظمات التأمينات الصحية الاجتماعية والمجموعات الأكاديمية ومنظمات مهنية و أخرى غير حكومية. ومن المفيد جداً أن يكون من بين الممثلين من يستطيع الطلب من منظماتهم بالإفصاح عن المعلومات المحتاجة والمصادقة على الأرقام المتاحة عندها. كما أنّ لجنة التوجيه والمتابعة يمكنها أن تخدم كقناة ذات سلطة بحيث يمكنها توصيل المعلومات و النتائج إلى أصحاب القرار السياسي، كما تسهل الجهود لمؤسسة الحسابات الصحية الوطنية.

2.2.2. الأدوات

يتكون نظام الحسابات الصحية الوطنية من مجموعة كبيرة من المعطيات، إلاّ أنّ الأدوات الحقيقية اللازمة لمتابعة الحسابات بسيطة جداً، فيمكن تجميع البيانات باستخدام حاسوب نموذجي، و باستعمال برنامج يعتمد على صفحات ممتدة للبيانات (مثلا Excel).

و الحسابات الصحية الوطنية بحد ذاتها لا تحتاج إلى توفر إمكانيات كبيرة، ما عدا في حال اللجوء إلى دراسات مسحية كبيرة. وفي مثل هذه الظروف قد تقوم بعملية المعالجة مؤسسات أخرى (كهيئة الإحصاء الوطنية) تتاح فيها مثل هذه الخدمة. وإذا لم تتوفر مثل هذه المؤسسات فيجب تجهيز الحاسوب بمواصفات وقدرات أكبر، و توفير برمجيات إحصائية جيدة لهذا الغرض.

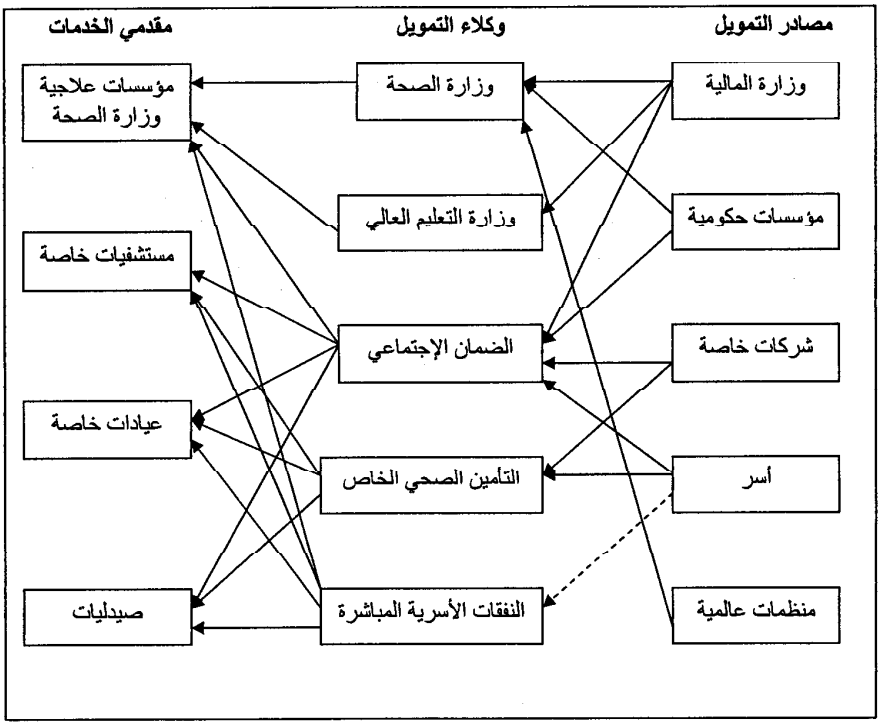
3.2.2. المعطيات

تتطلب الحسابات الصحية كثيراً من المعطيات، وسنتعرض لهذا الموضوع بمزيد من التفصيل اعتباراً من الفصل السادس حتى الفصل الثامن ولكن لابد من مناقشة مختصرة عنها في هذا الجزء. فلإتمام التقييمات الأساسية للمصاريف الإجمالية على الصحة فهناك حاجة إلى معطيات عن الإنفاق الحكومي و الغير حكومي الذي كثيراً ما نجده في مصادر جاهزة يمكن الوصول إليها، كالحسابات المالية والسجلات الحكومية وتقارير وكالات التأمين الصحي والدراسات المسحية الموجودة. وهناك الكثير مما يمكن عمله عند التعامل مع المعلومات المتاحة. وحتى المعلومات المحدودة والمنقوصة، فإنها تدلي بمعطيات مفيدة وتحث على طلب المزيد من المعرفة. كذلك من المحتمل أنَّ إنشاء الحسابات الصحية الوطنية سيتطلب جمع بعض المعطيات الجديدة. وتعتمد قيمة الجهاز الجيد لحسابات النظام الصحي على جودة ونوعية المعطيات التي يُعتمد عليها وكذلك على مهارة الفريق الذي يقوم بتحضيرها.

3.2. إنشاء هيكل أساسي للنظام الصحي الوطني

مع أنَّ الفصول اللاحقة في هذا المرشد تصف عملية التحديد الدقيقة والصارمة لأبعاد نظام الرعاية الصحية، فإن من المهم أن نبدأ بصورة إجمالية نوعاً ما بتحديد شكل هذا النظام الصحي. وكما يبدأ المستكشفون عملهم باستخدام الخرائط الموجودة لإنشاء المزيد من الوصف التفصيلي للأرض التي يريدون استكشافها، فإنَّ هذا المخطط الباكر لنظام الرعاية الصحية يمكن أن يستعمله المحاسبون الصحيون لتوجيه جهودهم نحو قياس وتصنيف تدفقات الموارد في هذا النظام الصحي. يقدم الجدول رقم 1 و الشكل رقم 1 (الموجودان على الصفحة التالية) مثالاً لهيكل مبدئي تقريبي لنظام الرعاية الصحية الوطني. على أية حال يجب أن ينظر إلى الصورة على أنها بدائية أكثر من كونها صورة نهائية، وإنَّ المخططات البيانية للمكتشفات الباكرة يعاد ضبطها بدقة وفق المكتشفات اللاحقة التي تغير التفاصيل الصغيرة والكبيرة. وبشكل مشابه يمكن لمشروع الحسابات الصحية أن يغير كثيراً من الملاحظات الحسية العامة والشائعة في النظام الصحي.

الشكل 1 : التدفقات المالية داخل نظام صحي مبسط



الجدول 1 : مرتسم (بروفيل) لوصف مكونات النظام الصحي

فوائد الأنظمة الصحية الفرعية	التغطية / فئات المستفيدين	مصادر التمويل الرئيسية	العلاقة بين مقدم الخدمة والدافع	النسبة المئوية للتغطية أو التأهيل السكاني	حجم العملية
تصف أنماطا من الخدمات والمنافع المتاحة	تصف معايير التغطية والتأهيل لها، برامج خاصة لفئات سكانية خاصة	تصف المصادر الرئيسية للتمويل	تصف العلاقة بين التمويل والخدمات المقدمة .	عدد المستفيدين من السكان والمؤهلين لذلك من قبل النظام	يستدل عليه بحجم الموارد البشرية وعدد الأسرّة والمرافق
الخدمات الحكومية / وزارة الصحة					
مؤسسات حكومية					
صندوق الضمان الاجتماعي الوطني					
التأمين الخاص					
مؤسسات غير حكومية					

3. تعريف وتصنيف المصاريف الصحية

إنَّ المهمة الأولى لتصميم بنية الحسابات الصحية الوطنية هي تحديد نوع الأنشطة التي يجب أن تشتمل عليها والأنشطة التي لا تشتمل عليها. وبحسب التقرير حول الصحة في العالم لعام 2000 يعرف النظام الصحي بـ "جميع الأنشطة التي تهدف اساسا إلى تعزيز الصحة أو استعادتها بالمعالجة أو المحافظة عليها" . وإنَّ الصحة هي الجزء التكاملي في حياة الإنسان التي يمكن أن يؤثر عليها أي شيء يتم فعله أو لا يتم فعله (المحددات)، ولذلك فإنّ تقسيم الأنشطة إلى ما هو صحي وغير صحي أمر صعب. ومن خلال التعاملات التجارية التي لا يمكن حصرها في مجال التجارة يجب أن نحدد المعاملات التي يجب حسابها وعدها عند قياس المصاريف الصحية الوطنية، و الأخرى التي يجب استبعادها من الحساب، و يجب أن يكون لدينا قواعد صارمة تساعدنا في اتخاذ مثل هذه القرارات، وذلك لكي نسمح بوجود قابلية للمقارنة بين البلدان عند إجراء تقييم المصاريف الصحية. وكذلك أن نسمح بقابلية المقارنة مع مرور الزمن ضمن البلد ذاته.

1.3. تعريف الحسابات الصحية الوطنية و حدودها

لتحقيق أهداف الحسابات الصحية الوطنية يمكن تعيين حدودها وفق المعايير التالية: تتضمن المصاريف الصحية الوطنية جميع المصاريف التي تنفق على الأنشطة التي يتمثل هدفها الرئيسي بتعزيز الصحة أو استعادتها أو تحسينها والمحافظة عليها سواء على مستوى الأمة أو الفرد خلال فترة محددة من الزمن. ويطبق هذا التعريف بغض النظر عن المؤسسة التي تقدم الخدمة أو تدفع للنشاط الصحي بما في ذلك البضائع والخدمات التي تم شراؤها من مقدمي الرعاية الصحية غير الرسميين ومن المحتمل غير القانونيين، وحتى غير المؤهلين طبياً. وبشكل مشابه يمكن إدخال المشتريات من المقدمين الشعبيين.

لا يوجد خط واضح يميز الأنشطة الواقعة داخل مجال الدائرة التي تضم الحسابات الصحية الوطنية وخارجها (انظر الجدول 2)، ويرجع هذا الإبهام إلى الفرضية القائلة بأنَّ جميع الأنشطة في الحقيقة تؤثر على الصحة بطريقة ما. فمثلاً شبكة المياه العمومية الأساسية تؤثر على الصحة. ولكن هدفها الأساسي هو توزيع الماء الذي يقع خارج الدائرة الصحية. وبالعكس فإنَّ معالجة المياه بقصد مكافحة الأمراض يمكن اعتباره ضمن الدائرة الصحية.

وهناك مثال آخر يشمل الأطعمة المختلفة وأنشطة التغذية التي تنفذ في كثير من البلدان. حيث تشمل هذه الأنشطة برامج تغذوية داعمة تستهدف الأطفال الذين يعانون من سوء التغذية و الذين يحضرون إلى بعض المرافق بقصد الاستفادة من هذا الغذاء، و برامج تتعلق بأمور التغذية والمدارس العامة التي تقدم وجبة غذاء، وبرامج الإعانة بوجبة غداء والمعونات العامة لشؤون التغذية الأساسية، وأمثال هذه البرامج كثيرة، وقد لا تُدعم مثل هذه البرامج من قبل وزارة الصحة لكن من قبل أقسام أخرى مثل "الخدمات الاجتماعية" و"الزراعة" و "التعليم". وإنَّ معيار تحديد الهدف المبدئي للبرنامج يمكن أن يساعد في التفريق بين تلك التي يجب ضمها للمصاريف الصحية وتلك التي يجب استبعادها عن مجال تلك النفقات. فمثلاً إذا كان الهدف المبدئي و الرئيسي لبرنامج ما هو تحسين الصحة كبرنامج استهداف الدعم الغذائي الذي يقدم التغذية كمعالجة للمساعدة على الشفاء من سوء التغذية الحاد فيجب على الأرجح تضمينه في المصاريف الصحية. و لكن عندما يكون الهدف المبدئي للبرنامج هو دعم الدخل العام كالمعونات الغذائية العمومية لأغراض الغذاء الأساسي فيجب على الأرجح عدم تضمينه في مقياس المصاريف الصحية الوطنية. وإنَّ اتخاذ مثل هذا النمط من التفريق أمر هام جداً لكي نفرق بين المصاريف التي يرغب كثير من البلدان في تضمينها كمصاريف صحية عن تلك التي لا تدخل في إطار المصاريف الصحية.

الجدول 2: أمثلة للأنشطة التي يمكن أن تدخل في المصاريف الصحية الوطنية أو تستبعد عنها

نمط النشاط	ترجح علاقتها الصحية	لا ترجح علاقتها الصحية
إمداد الماء وأنشطة الوقاية	الخدمات التي تركز على جودة المياه و على التركيب الوقائي للمياه بهدف مبدئي هو التخلص من الأمراض المنقولة بالماء	التركيب والصيانة والمداومة على تقديم كميات كبيرة من المياه للمدن بهدف مبدئي هو وصول الماء لسكان المدن
أنشطة دعم التغذية	المشاورات التغذوية وبرامج الدعم الغذائي التي تخفف من سوء تغذية الأطفال	برامج عامة لوجبة الغداء في المدارس، والمعونات العامة في أسعار الأغذية التي تهدف مبدئياً إلى دعم الدخل
الأبحاث	الأبحاث الطبية وأبحاث الخدمات الصحية لتحسين إنجاز البرامج الصحية	الأبحاث العلمية الأساسية في البيولوجيا والكيمياء

2.3. الحدود المكانية والزمانية للحسابات الصحية الوطنية

بالإضافة إلى الحدود المقررة لأنماط الأنشطة، فإنَّ لنظام الحسابات الصحية الوطنية حدوداً تتعلق بالمكان والزمان. إنَّ الحسابات الصحية ترصد المصاريف الصحية لبلد ما، ولكن هذا المعيار غير مقيد بالأنشطة التي تحدث ضمن الحدود الوطنية لهذا البلد. والأكثر من ذلك تُحَدَّد هذه المصاريف بما ينفقه المواطنون والمقيمون في هذا البلد. وهذا يعني بأنَّ هذه الحسابات تتضمن المصاريف المنفقة على الرعاية الصحية للمواطنين والمقيمين خارج البلد في الوقت الحالي. وكذلك حال مصاريف الوكالات الخارجية (كالوكالات ذات المساعدات الثنائية) فيما تقدمه وتنفقه على الرعاية الصحية في ذلك البلد. وتستثني الحسابات المصاريف المنفقة على الأجانب، و التي تمثل تقنياً الرعاية الصحية المُصَدَّرة، والتي تُشمل في الحسابات الصحية لبلدان هؤلاء الأجانب.

للحدود الزمنية في الحسابات الصحية عنصران مهمان، الأول: يجب اختيار الفترة الخاصة التي يتم ضمنها حدوث الأنشطة. وهي في معظم الأحوال سنة مالية أو سنة تقويمية. وقد يبدو هذا الاختيار قابلاً للتغيير من سنة مالية إلى سنة تقويمية و بالعكس (interchangeable)، ولكنه في الممارسة قد يسبب المشاكل. فمثلاً قد تسجل الوحدات الحكومية قيودها المالية وفق أسس السنة المالية، بينما تسجلها الوحدات الخاصة على أسس السنة التقويمية. وفي هذه الحالة يجب إعادة ضبط سجلات البيانات والأرقام في الحسابات الصحية بحيث تكون الفترة الزمنية موحدة باستعمال زمن واحد.

وأما العنصر الثاني في الحدود الزمنية فهو التفريق الواضح بين متى حدث النشاط ومتى تمت معاملة الدفع لتغطية تكاليف هذه العملية. وفي الممارسة العملية يتعين الاختيار بين الحسابات التراكمية والحسابات النقدية. ويجب أن تعتمد الحسابات الصحية على الطريقة التراكمية حيث تُنسَب المصاريف إلى الفترة الزمنية التي أنشئت فيها القيمة الاقتصادية، وليس على الطريقة النقدية التي تسجل فيها المصاريف عندما تتم فيها المدفوعات النقدية. فمثلاً إذا استمر مستشفى في العمل خلال الشهر الأخير من السنة المالية الفائتة ولكن دفع له أثناء الشهر الثاني من السنة المالية الجديدة فيجب أن تسجل هذه المدفوعات كمصاريف في السنة المالية القديمة. وسيواجه المحاسبون الصحيون ممارسات حسابية مختلفة في مصادر معطياتهم التي بعضها تراكمي والبعض الآخر نقدي، وعليهم تحويل كل شيء إلى أسس تراكمية قدر الإمكان.

4. تصنيف الوحدات في النظام الصحي

طريقة التصنيف يجب أن تكون حصرية تبادلياً (mutually exclusive) و شمولية (exhaustive). ونعني بالحصرية التبادلية أنَّ كل معاملة (أو أي مؤسسة قد تم تحليلها) لا يمكن وضعها في أكثر من فئة واحدة، ونعني بالشمولية أن أي معاملة من المعاملات يجب أن تدرج داخل فئة معينة. وبجمع الصفتين يكون المعنى بأنَّ أي معاملة يجب أن تكون محصورة في واحدة من فئات الحسابات تماماً دون غيرها. وإنَّ توفر وجود هاتين الصفتين أمر حرج وهام يحدد نجاح الحسابات الصحية.

تفرق الحسابات الصحية الوطنية بين أربعة مجموعات مهمة داخل النظام الصحي، لكل منها رمز مختلف:

- مصادر التمويل (رمز FS)
- وكلاء التمويل (رمز HF)
- المقدمين للخدمات الصحية (رمز HP)
- الوظائف (رمز HC)

1.4. مصادر التمويل

تتكون هذه المصادر من مؤسسات (وزارة المالية) أو مجموعات من المؤسسات (الشركات) تحشد و توفر الموارد المالية داخل النظام الصحي و التي توزعها أو تحولها إلى وكلاء التمويل الذين ينفقونها مقابل خدمات صحية. مؤسسات مثل وزارة الصحة و التأمين الصحي لا يمكن اعتبارها ضمن مصادر التمويل.

التصنيف FS:

الجدول 3: نظام تصنيف مقترح لمصادر التمويل (FS)

الرمز	الوصف
FS.1	**الموارد العمومية**
FS.1.1	اعتمادات حكومية
FS.1.1.1	عوائد الحكومة المركزية
FS.1.1.2	عوائد الحكومات المحلية
FS.1.2	اعتمادات عمومية أخرى
FS.1.2.1	عوائد ممتلكات الوحدات العمومية
FS.1.2.2	اعتمادات أخرى
FS.2	**الموارد الخاصة**
FS.2.1	موارد أصحاب العمل
FS.2.2	الموارد الأسرية
FS.2.3	المؤسسات التي لا تستهدف الربح لخدمة الأفراد
FS.2.4	موارد خاصة أخرى
FS.2.4.1	عوائد ممتلكات الوحدات الخاصة
FS.2.4.2	موارد أخرى
FS.3	**موارد باقي العالم**

2.4. وكلاء التمويل

تسمح جداول تصنيف وكلاء التمويل للمحاسبين بتصنيف المؤسسات والوحدات (كوزارة الصحة و التأمين الصحي) التي تقوم بتجميع الموارد الممنوحة من مصادر التمويل المختلفة لشراء الخدمات الصحية، وكذلك الوحدات التي تدفع مباشرة للرعاية الصحية من مواردها الخاصة (كالأسر والشركات). وسيلاحظ المحاسبون الصحيون الذين يستخدمون *دليل نظام الحسابات الصحية لمنظمة التعاون والتنمية الاقتصادية (ICHA)* أنَّ هذه المجموعة من الوكلاء الفاعلين تدعى "مصادر التمويل". وإنَّ عبارة "وكلاء التمويل" المستعملة في هذا المرشد تؤكد على دور هؤلاء الوكلاء الفاعلين كمُجَمِّعين وموزعين للأموال. وتستعمل عبارة مصادر التمويل (الموصوفة أعلاه) لتدل على الوحدات التي تُقدِّمُ المالَ لوكلاء التمويل لتجميعها وتوزيعها.

الجدول 4: التصنيف الدولي لمنظمة التعاون والتنمية الاقتصادية – جدولة تصنيفية لوكلاء التمويل (ICHA-HF)

الرمز التصنيف الدولي	الوصف
HF.1	**الحكومة العامة**
HF.1.1	الإدارات الحكومية (غير الضمان الاجتماعي)
HF.1.1.1	الحكومة المركزية
HF.1.1.2	الحكومة الولائية (مقاطعات/جهات)
HF.1.1.3	الحكومة المحلية
HF.1.2	الضمان الاجتماعي
HF.2	**القطاع الخاص**
HF.2.1	التأمين الاجتماعي الخاص
HF.2.2	التأمينات الخاصة الإختيارية (الطوعية)
HF.2.3	الإنفاق الأسري المباشر
HF.2.4	مؤسسات لا تستهدف الربح في خدمة الأسر (غير التأمين الاجتماعي)
HF.2.5	شركات واتحادات (غير التأمين الصحي)
HF.3	**باقي العالم**

في الحسابات الصحية (والأشكال الأخرى من الحسابات الاجتماعية) تقسم أنظمة التأمين إلى ثلاث مجموعات:

- الضمان الاجتماعي[1] (HF.1.2) الذي يعتبر تغطية إجبارية بقوة القانون أو التنظيم،
- التأمين الاجتماعي الخاص (HF.2.1) الذي يغطي مجموعة خاصة من السكان، وتغطي بشكل خاص الموظف (أو المتقاعد) في شركة راعية أو ضامنة أو في اتحاد أو رابطة تجارية ضامنة...
- التأمين الصحي الخاص (HF.2.2) الذي كثيراً ما يدعى بالتأمين الطبي الطوعي (الاختياري)، وهو متاح لكل فرد في المجتمع (مع أنه كثيراً ما يحدث إقصاء أفراد بسبب حالاتهم الصحية).

من أجل التصدي للاحتياجات الممكنة لإعادة ترتيب وكلاء التمويل ضمن الحسابات الصحية لبلد معين، دون الابتعاد عن مضمون نظام الحسابات الوطنية ونظام الحسابات الصحية، بقصد تصنيف تأمين الموظفين الحكوميين و أنشطة الشركات شبه الحكومية، فقد أدخل هذا المرشد مفهوم القطاع العمومي (HF.A)

[1] Social Security

والقطاع غير العمومى (HF.B) إلى نظام التصنيف الدولي للحسابات الصحية الخاص بوكلاء التمويل (ICHA-HF)؛ انظر الجدول 5. وكافتراض فقط ، إذا لم تكن لمعالجة نظامي الحسابات الصحية أو الوطنية لأنشطة الحكومة الموصوفة سابقاً أهمية في السياسة الصحية فلا داعي إلى تبني هذا التعديل.

الجدول 5: نظام تصنيف وكلاء التمويل المرتكز على التصنيف الدولي للحسابات الصحية الخاص بنظام تصنيف وكلاء التمويل لمنظمة التعاون والتنمية الاقتصادية

الرمز	الوصف
HF.A	**القطاع العمومي**
HF.1.1	الإدارات الحكومية (غير الضمان الاجتماعي)
HF.1.1.1	الحكومة المركزية
HF.1.1.2	حكومات الولايات (مقاطعات/جهات)
HF.1.1.3	الحكومة المحلية
HF.1.2	الضمان الاجتماعي
HF.2.1.1	برامج تأمين الموظفين الحكوميين
HF.2.5.1	الشركات شبة الحكومية
HF.B	**القطاع غير العمومي**
HF.2.1.2	برامج تأمين موظفي القطاع الخاص
HF.2.2	التأمينات الخاصة الإختيارية (الطوعية)
HF.2.3	الإنفاق الأسري المباشر
HF.2.4	مؤسسات لا تستهدف الربح في خدمة الأسر (غير التأمين الاجتماعي)
HF.2.5.2	شركات خاصة واتحادات (غير التأمين الصحي)
HF.3	**باقي العالم**

3.4. المقدمين للخدمات الصحية

يستعمل هذا المرشد الرمز HP لتصنيف مقدمي الخدمات الصحية التي تقع ضمن حدود الحسابات الصحية، طبقا للنظام التصنيفي العالمي *لمنظمة التعاون والتنمية الاقتصادية* أي (ICHA-HP). ويظهر هذا النظام التصنيفي في الجدول السادس.

إنّ الفئات الفرعية لمقدمين الخدمات الصحية ضمن التصنيف الدولي في الحسابات الصحية الخاصة بالمقدمين للخدمات الصحية وبحسب نمط الملكية قد يكون مفيداً جداً للأغراض السياسية المتعلقة بتمويل الرعاية الصحية. فمثلاً : قد يهتم أصحاب القرار السياسي بمعرفة فيما إذا كانت مستشفيات الجماعات أو الحكومات المحلية مكاناً مناسباً للرعاية الصحية بدل مستشفيات وزارة الصحة، أو أن يكون اهتمامهم بنمو عدد أطباء القطاع الخاص بالنسبة إلى أطباء القطاع العام. ويمكن للمحاسبين الصحيين تقديم معلومات لهذه المناقشة بإنشاء فئات فرعية للملكيات الخاصة تفرز مجموعات المقدمين للخدمات الصحية بحسب الاهتمامات. يمكن تقسيم فئة المستشفيات العامة (HP.1.1) إلى فئات فرعية كما في الجدول 4 .4 . وهناك نمط آخر يمكن أن يطبق على التقسيمات الفرعية لمقدمين الخدمات الصحية آخرين بحسب الحاجة و بحسب العلاقة بالسياسة الصحية.

الجدول 6: نظام تصنيف مقدمي الخدمات الصحية المرتكز على نظام التصنيف الدولي لتصنيف الحسابات الصحية الخاص بالمقدمين ICHA-HP لمنظمة التعاون والتنمية الاقتصادية

الرمز	الوصف
HP1	**المستشفيات**
HP.1.1	المستشفيات العامة (المتعددة الإختصاصات) – General Hospitals
HP.1.2	مستشفيات الصحة النفسية والإدمان
HP.1.3	مستشفيات تخصصية (غير النفسية والإدمان)
HP.1.4	مستشفيات أخرى (الطب الصيني والهندوسي...)
HP.2	**مرافق التمريض والإقامة**
HP.3	**مقدمي الرعاية الصحية المتنقلة (الخارجية)**
HP.3.1	مكاتب و عيادات الأطباء
HP.3.2	مكاتب و عيادات أطباء الأسنان
HP.3.3	مكاتب و عيادات الممارسين الصحيين الآخرين
HP.3.4	مراكز رعاية المرضى الخارجيين
HP.3.5	المختبرات الطبية و التشخيصية
HP.3.6	مقدمي خدمات الرعاية الصحية المنزلية
HP.3.9	مقدمون آخرون للرعاية الصحية المتنقلة
HP.4	**بائعي البضائع و الأجهزة الطبية بالتجزئة**
HP.5	**الإشراف على وإدارة البرامج الصحية العمومية**
HP.6	**الإدارة الصحية العامة و إدارة التأمين**
HP.7	**مقدمون آخرون للخدمات الصحية**
HP.8	**مؤسسات تقدم الخدمات المتعلقة بالصحة**
HP.8.1	مؤسسات البحوث
HP.8.2	مؤسسات التعليم والتدريب
HP.8.3	مؤسسات أخرى تقدم الخدمات المتعلقة بالصحة
HP.9	**باقي العالم**
HP.nsk	***مقدمون غير محددي النوع (بلا تصنيف)***

ملاحظة : ما كتب بالمائل هو امتداد أو توسع لنظام التصنيف الدولي(ICHA-HP) في دليل نظام الحسابات الصحية الخاص بتصنيف المقدمين للخدمات الصحية – الطبعة الأولى

الجدول 7 : مثال عن فئات فرعية مصنفة تحت فئة المستشفيات العامة أو المستشفيات المتعددة الإختصاصات

(HP.1.1)

الرمز	الوصف
HP.1.1	**المستشفيات العامة**– General Hospitals
HP.1.1.1	مستشفيات عامة حكومية
HP.1.1.1.1	مستشفيات عامة تابعة للحكومة المركزية
HP.1.1.1.2	مستشفيات عامة تابعة للحكومة الإقليمية أو المحلية
HP.1.1.2	مستشفيات عامة تابعة للتأمين الاجتماعي
HP.1.1.3	مستشفيات عامة تابعة لمؤسسات خاصة تستهدف الربح
HP.1.1.4	مستشفيات عامة تابعة لمؤسسات خاصة لا تستهدف الربح

4.4. الوظائف

بما أنّ حدود الحسابات الصحية تتحدد بحسب طبيعة النشاط الذي تم إنجازه، فمن المجدي الوصول إلى طريقة دقيقة وسليمة لتصنيف هذه الأنشطة. مثل هذا التصنيف نجده في نظام الحسابات الصحية *لمنظمة التعاون والتنمية الاقتصادية* (ICHA-HC)، وهو تصنيف وظيفي (انظر الجدول 8) للبضائع والخدمات التي ينتجها مقدمو الرعاية الصحية والمؤسسات والفاعلون المرتبطون بالأنشطة ذات العلاقة بالرعاية الصحية.

التصنيف HC:

الجدول 8 : التصنيف الدولي للحسابات الصحية الخاصة بوظائف الرعاية الصحية

رمز التصنيف الدولي في الحسابات الصحية	الوصف
HC.1	خدمات الرعاية العلاجية
HC.1.1	الرعاية العلاجية الداخلية (في المستشفى)
HC.1.2	الرعاية العلاجية النهارية
HC.1.3	الرعاية العلاجية الخارجية
HC.1.3.1	الخدمات الطبية والتشخيصية الأساسية
HC.1.3.2	الرعاية السنية الخارجية
HC.1.3.3	جميع الخدمات التخصصية الأخرى
HC.1.3.4	حالات أخرى للرعاية العلاجية الخارجية
HC.1.4	خدمات الرعاية العلاجية المنزلية
HC.2	خدمات الرعاية التأهيلية
HC.3	خدمات الرعاية التمريضية الطويلة المدى
HC.4	الخدمات المساندة للرعاية الصحية
HC.4.1	المختبرات السريرية
HC.4.2	التصوير التشخيصي
HC.4.3	نقل المرضى والإنقاذ الإسعافي
HC.4.9	جميع أنواع الخدمات المساندة الأخرى
HC.5	سلع طبية مصروفة للمرضى الخارجيين
HC.5.1	مستحضرات طبية ومواد طبية سريعة التلف
HC.5.1.1	أدوية موصوفة
HC.5.1.2	أدوية غير موصوفة
HC.5.1.3	مستهلكات طبية أخرى سريعة التلف
HC.5.2	مستلزمات و مواد طبية معمرة
HC.6	خدمات الصحة العامة و الخدمات الوقائية
HC.7	الإدارة الصحية و إدارة التأمين الصحي
HC.nsk	*مصاريف صحية غير محددة النوع*
HC.R.1-5	الوظائف المرتبطة بالصحة
HC.R.1	تكوين رأس المال للمؤسسات المقدمة للخدمات الصحية
HC.R.2	تعليم وتدريب الكوادر الصحية
HC.R.3	البحوث والتطوير في مجال الصحة
HC.R.4	المراقبة الصحية للأغذية و الماء
HC.R.5	الصحة البيئية
HC.R.nsk	*وظائف أخرى مرتبطة بالصحة غير محددة النوع*

ملاحظة : المدخلان المكتوبان بالخط المائل هي امتدادات أو توسعات للجدول في نظام الحسابات الصحية لمنظمة التعاون والتنمية الاقتصادية، الطبعة الأولى للدليل الإرشادي .

5. جداول الحسابات الصحية الوطنية

تتوافق الجداول الموصوفة في هذا الفصل مع الجداول التصنيفية الموصوفة في الفصل الرابع. كما تتوافق مع تلك المقترحة في دليل نظام الحسابات الصحية (ICHA) ومشتقة من خبرات البلدان التي رسخت نظام الحسابات الصحية سابقاً. وتشتمل أبعاد المصاريف الصحية التي ترسمها على:

- مصادر التمويل
- وكلاء التمويل
- المقدمون للخدمات الصحية
- الوظائف
- تكاليف الموارد أو التصنيف الاقتصادي أو حسب المداخل (economic classification or by Item) : تشمل العوامل أو المُدخلات المستخدمة (الموارد البشرية/الرواتب، سلع و خدمات، رأس مال) من قبل المقدمين للخدمات الصحية أو وكلاء التمويل لإنتاج البضائع والخدمات المستهلكة أو الأنشطة التي تتم في النظام.
- المستفيدون: هم الناس الذين يستفيدون من الخدمات الطبية و الأنشطة الصحية الأخرى. و يمكن تصنيفهم حسب العمر والجنس والحالة الاجتماعية الاقتصادية والحالة الصحية و الوسط أو الإقامة.
- كل جدول في الحسابات الصحية يعرض بعض وجوه الإنفاق الصحى التى تتقاطع جدولياً بين اثنين أو أكثر من الأبعاد المدونة في الأعلى. ويعتبرأحد هذين البعدين "منشأ التمويل" أي البعد الأصلي للتمويل، أما البعد الثاني فيمثل "استعمال التمويل" أو استهلاكه. وقد جرت العادة أن يكون بُعْد المنشأ ممثلاً بالأعمدة وأما بُعْد الاستعمال فبالصفوف. و بتقاطع هذه الأبعاد يمكن إنشاء الجداول التالية:
- المصاريف الصحية بحسب مصدر التمويل و وكلاء التمويل (FSxFA)
- المصاريف الصحية بحسب وكلاء التمويل و مقدمي الخدمة (FAxHP)
- المصاريف الصحية بحسب وكلاء التمويل و الوظيفة (FAxHC)
- المصاريف الصحية بحسب مقدمي الخدمة و الوظيفة (HPxHC)
- تكاليف الموارد المستخدمة لإنتاج البضائع الصحية والخدمات أو التصنيف الاقتصادي أو حسب المداخل (economic classification or by Item)
- المصاريف الصحية بحسب العمر والجنس.
- المصاريف الصحية بحسب الحالة الاجتماعية الاقتصادية للسكان.
- المصاريف الصحية بحسب الحالة الصحية للسكان.
- المصاريف الصحية بحسب الإقامة.

من خلال خبرات البلدان التى أنشئت فيها الحسابات الصحية يمكن إعتبار "وكلاء التمويل" و "المقدمين للخدمات الصحية" و "الوظائف" كأبعاد أساسية و مهمة. وتعتبر جداول الحسابات الصحية (الأربعة الأولى) التي تحتوي على تقاطع جدولي لهذه الأبعاد أدوات أولية هامة في إنشاء المجموع الإجمالي العام والمجموع الجزئي (الخاص بكل صف).

إن كل جداول الحسابات الصحية الوطنية مرتبطة بعضها ببعض كما يظهرها المثال للجدولين أسفله (9 و 10).

جدولان مرتبطان (9 و 10): مصادر التمويل مقابل وكلاء التمويل

وكلاء التمويل مقابل مقدمي الخدمات الصحية

مصادر التمويل				وكلاء التمويل	
FS 1.1.1	FS 2.1	FS 2.2	FS 3		
عوائد الحكومة المركزية	موارد أصحاب العمل	موارد الأسر	باقي العالم	المجموع	
أ			ب	أ + ب	HF 1.1.1.1 وزارة الصحة
	ج	د		ج + د	HF 1.2 الضمان الإجتماعي
		هـ		هـ	HF 2.3 الإنفاق الأسري
	و			و	HF 2.5 شركات
أ	ج + و	د + هـ	ب	م	المجموع

وكلاء التمويل				مقدمي الخدمات الصحية	
HF 1.1.1.1	HF 1.2	HF 2.3	HF 2.5		
وزارة الصحة	الضمان الإجتماعي	الإنفاق الأسري	شركات	المجموع	
					HP 1.1.1.1 مستشفيات عامة تابعة لوزارة الصحة
					HP 3.1 عيادات الأطباء
					HP 3.4 مراكز رعاية المرضى الخارجيين
					HP 4.1 صيدليات
أ + ب	ج + د	هـ	و	م	المجموع

6. المعطيات والحسابات الصحية الوطنية

إن المهمة التي تتلو تأسيس وتوطيد بنية الحسابات الصحية الوطنية في البلد هي إنشاء قاعدة معطيات/بيانات لتقييم أجزاء هذه البنية. لذا يجب صرف الوقت الكافي للبحث عن مصادر المعطيات وتقييمها ومقارنتها لإيجاد تلك التي ترصد على أفضل نحو ممكن المعاملات و تدفق الموارد المالية في النظام الصحي.

في كثير من البلدان، يمكن أن نجد جزءاً كبيراً من المعطيات التي نحتاجها في الحسابات الصحية بسهولة. فمثلاً التقارير والمشاريع الإحصائية الوطنية يمكن أن تكون مصدراً ممتازاً للمعطيات و يمكن أن تستعمل أيضاً لتحديد مصادر لمعطيات أخرى. ويجب الاهتمام بجميع الوثائق على اختلاف أنواعها سواء كانت حكومية أو أكاديمية أو تقارير الوكالات الخارجية أو مصادر أخرى. إلاّ أنّ جودة المعطيات المجمّعة التي يراد استعمالها في الحسابات الصحية يجب أن تبقى تحت التقييم، مع ضرورة استمرار البحث لكشف ما تبقى من المعطيات اللازمة لإتمام الحسابات. وهكذا فإنّ لتجميع المعطيات للحسابات الصحية الوطنية أربعة أهداف:

- استعمال جميع المعطيات الموجودة والمناسبة.
- ضبط المعطيات الموجودة لتقريبها نحو التلاؤم والانسجام.
- تحسين وإغناء الدراسات المسحية والتقارير الإدارية.
- التخطيط أو الترتيب لجمع المعطيات أو إنشاء المعطيات المفقودة.

قبل البدء في تعبئة الجداول التي تؤلف نظام الحسابات الصحية الوطنية ، أي قبل البدء بتحديد قيمة المداخل التي ستتألف منها، من المهم التخطيط لنشاط جمع المعطيات التي سيتم إستعمالها. وكما في المراحل الأخرى من إنشاء الحسابات الصحية الوطنية فإنّ الدقائق الأولى التي تصرف في مرحلة التخطيط ستجنبنا هدر ساعات من الزمن في المستقبل عند تنفيذ العمليات.

إنّ الشرط الأساسي الهام جداً من أجل خطة معطيات جيدة هو تحضير مرتسم (بروفيل) للنظام الصحي الموصوف في الفصل الثاني، لكي لا تكون عملية جمع المعطيات عشوائية مبعثرة ولا عمياء تحصد أي رقم يقع تحت يدها، فكلا العملين يبددان الطاقة والجهد. أما معرفة العناصر الفاعلة في الجهاز الصحي فتساعد على التركيز على مصادر المعلومات الأكثر أهمية و إفادة دون أن يتم بالضرورة وضع الحدود النهائية لمجال الاستكشاف.

إنّ وجود اللجنة التوجيهية خلال هذا الطور من عملية إنشاء نظام الحسابات الصحية الوطنية مفيد جداً سواءاً كانت المعطيات التي نحتاجها موجودة مسبقاً أو يجب جمعها. وتساعد لجنة التوجيه والمتابعة ذات الاتصالات الجيدة في تحديد مصادر المعطيات الممكنة والمفيدة، حيث يمكن لأعضائها فتح أبواب الوزارات والوكالات وتأمين التعاون مع جميع المؤسسات و الفاعلين داخل النظام الصحي.

يجب أن تركز خطة جمع المعطيات على أسئلة متعددة. و يجب أن تدل هذه الخطة على أي من مصادر المعطيات يجب الوصول إليه و من المسؤول عن هذا الملف و ذلك لكل بعد من أبعاد الحسابات الصحية. ويجب أن تشير الخطة أيضاً إلى أنماط المعلومات التي نحن في حاجة إليها، بما في ذلك الزمن اللازم لجمعها والتفاصيل المرغوبة فيها. ويجب أن تتضمن الخطة إطاراً زمنياً مؤقتاً ينبغي أن تكتسب المعلومات ضمنه، مع أن هذا الزمن يتغير كثيراً في غالب الأحيان خلال عملية جمع المعطيات.

جدول 11: مثال عن خطة العمل لجمع المعطيات الثانوية (Secondary sources)

مصدر المعطيات/البيانات	المسؤول من فريق الحسابات الصحية الوطنية	الشخص المسؤول في اللجنة التوجيهية للحصول على المعلومات
وثائق و تقارير حكومية		
تقارير مؤسسات التأمين		
تقارير مقدمي الخدمات الصحية		
تقارير المانحين		
تقارير عن صناعة و توزيع الأدوية و المستلزمات الطبية		

جدول 12: مثال عن خطة العمل لجمع المعطيات الأولية

مصدر المعطيات/البيانات	المسؤول من فريق الحسابات الصحية على التنسيق	الشخص من اللجنة التوجيهية الذي يجب استشارته	التاريخ الأقصى لاستشارة المسؤول من اللجنة التوجيهية	التاريخ الأقصى للاختبار الأولي و البدء في جمع المعلومات
مسح لأنظمة التأمين الصحي				
مسح أسري				
مسح للمانحين				
مسح لأصحاب العمل				

7. المرشد إلى استعمال المعطيات غير المسحية في الحسابات الصحية الوطنية

يتطرق هذا الفصل لمصادر المعطيات و البيانات الغير مسحية. ولقد تم تنظيمه بحسب الأنماط الرئيسية للمؤسسات أو الوحدات المهمة داخل النظام الصحي و التي يزورها بكثرة أفراد فريق الحسابات الصحية لجمع المعطيات المطلوبة منها.

1.7 معطيات الوحدات الحكومية

في معظم البلدان تشكل المصادر الحكومية أكبر مصدر متاح للمعلومات، لكنها قد تتضمن بعض المشاكل فيما يتعلق بالحسابات الصحية. فالكتلة الإجمالية للمعطيات الحكومية قد تخفي اختلافات في التعاريف واختلافات عملية بين ممارسة الحسابات الحكومية وممارسة الحسابات الصحية الوطنية.

و كقاعدة، يمكن استخراج المصاريف الصحية الحكومية من سجلات الميزانية الحكومية. ففي كثير من الحالات تكون معطيات الميزانية والعوائد متاحة لدى وزارة المالية والمفوضيات المالية وهيئات المحاسبة الأخرى، وذلك بتفاصيل أكثر مما هو مكتوب في الوثائق العمومية الحكومية. ولهذا السبب يجب أن تكون من الأولويات الباكرة إنشاء علاقات عمل جيدة مع مثل هذه المؤسسات.

من بين المهام الباكرة في التحضير لإنشاء نظام الحسابات الصحية، وهي مهام لا نهاية لها، هي وضع لائحة للتقارير المختلفة التي تتضمن المصاريف الصحية والتمويل وتقييمها. و تظهر سنوياً العشرات (وربما أكثر من ذلك) من مثل هذه التقارير و التي يتطلب تحليل كل واحد منها.

قد يصنفُ نظامُ التخطيط للميزانية الحكومية الإنفاقَ باستعمال تصنيف وظيفي لا ينسجم مع تعاريف نظام الحسابات الصحية، أو لا يمتلك تفاصيل كافية للقيام بذلك. و إذا كان الأمر كذلك، فيجب غربلة الحسابات لتحديد أي اعتمادات تنفق على الصحة، وأيها ليس كذلك. ويتطلب ذلك بدوره توثيقاً شاملاً لهذه القرارات، ليس فقط لفائدة المحللين الذين سيشتغلون على الحسابات الصحية الوطنية في السنوات التالية، بل ليتم التفسير أيضاً لمحللي الميزانية لماذا تختلف تقييمات المصاريف الصحية الوطنية عن "الأرقام الرسمية" داخل ميزانية الدولة.

إنَّ الأمر الهام فيما يتعلق بسجلات الميزانية الحكومية هو التفريق بين الإنفاق الذي يقدَّر مسبقاً (الاعتمادات) والمصاريف التي تم تنفيذها والنفقات التي تم تدقيقها. و الإنفاق الذي تم تنفيذه (الذي وقع فعلا) مفضلٌ على تقديرات الميزانية (الاعتمادات)[2]. أما الحسابات المدققة للمصاريف الحكومية الحقيقية فهي الأكثر موثوقية، وتفضل نظرياً على الإنفاق الذي تم تنفيذه و لكن غير مدقق بعد. وعندما لا تنشر المعطيات بشكل مألوف و روتيني، كنموذج التقارير البرلمانية، فيمكن الحصول عليها من وكالات تدقيق الحسابات.

عند جمع المعطيات حول الإنفاق الصحي الحكومي من سجلات خطة الميزانية، ينبغي على المحاسبين الصحيين أن يتنبهوا إلى حقيقة أن مصاريف وزارة الصحة ليست كلها بالضرورة إنفاقا على الصحة. وكثيراً ما تحرر وزارة المالية معطيات المصاريف باستخدام التصنيف المؤسساتي أكثر من استخدامها للتصنيف الوظيفي الحقيقي. فمثلا ممكن لوزارة المالية أن تصنف في سجلاتها و كتبها كل نفقات وزارة الصحة داخل الوظائف الصحية مع أنَّ بعض تلك المصاريف لا تهم الصحة، بل تخص برامج اجتماعية للأطفال واليافعين والأسر وهكذا... والعكس صحيح أيضا حيث أنَّ التصنيفات المؤسساتية قد تدفع بالمحاسبين الصحيين لتجاهل

[2] في حاله عدم وجود بيانات حول الإنفاق الذي تم تنفيذه، يمكن استعمال تقديرات الميزانيه مع تطبيق متوسط نسبة تنفيذ الميزانية خلال السنوات الأخيرة.

بعض البرامج الصحية المهمة، لكنها ليست معروفة بعد من طرف الفريق والتي يتم تنفيذها من خلال ميزانيات وزارات التعليم والداخلية والزراعة و العدل... أو من خلال اعتمادات مجالس أو لجن وطنية خاصة. ولهذا السبب فإنَّ مشروع إنشاء الحسابات الصحية الوطنية يجب أن يصل إلى الناس الذين يمتلكون معرفة تامة بالسياسة الصحية للبلد، وهم الذين يحددون البرامج التي يجب (أو لا يجب) تضمينها في الحسابات.

قد يواجه المحاسبون الصحيون في بعض الحالات مقاومة من قبل الـ" وزارات المحمية" التي تعتبر أرقام مصاريفها "حساسة" أو سرية (وزارة الدفاع). لكن من الضروري أن يكون هذا الإنفاق مشمولا في الحسابات الصحية الوطنية لأنها تمثل جزءاً هاما من الرعاية الصحية الوطنية. عديد من البلدان أنجزت ذلك بتجنب إعطاء التفاصيل.

2.7 الضمان الاجتماعي (Social Security)

كما هو الحال بالنسبة للميزانية الحكومية فإنَّ معطيات العمليات المالية المنفذة من طرف أنظمة الضمان الاجتماعي ممكن الحصول عليها بدون صعوبة كبيرة. و بما أنَّ الضمان الاجتماعي نظام إجباري (مبدئيا) فذلك يستلزم تحضير و توزيع تقارير مالية لإخبار الوكالات الحكومية و العموم كذلك.

و في تجميع المعطيات حول مصادر العوائد يجب الحرص على تمييز المعونات المالية الضريبية والأقساط المدفوعة من قبل صاحب العمل وأقساط الموظفين أو الأسر و عائدات الممتلكات. كل نمط من هذه التدفقات من الموارد يعالج بشكل مختلف في الحسابات الصحية.

من الممكن أن تشمل سلة المنافع للضمان الاجتماعي بعض الخدمات الخارجة عن حدود الرعاية الصحية المُعَرَّفة في الفصل الثالث (التقاعد، التعويضات العائلية...). مما يتطلب حذف القيمة النقدية لهذه المنافع الواقعة خارج الحدود. و كثيراً ما يترافق التأمين الصحي (داخل الضمان الاجتماعي) بمنافع تتعلق بتعويض الخسارة الناجمة عن انخفاض الدخل والراتب خلال فترة المرض والتي يجب ألاَّ تحتسب كمصاريف صحية وطنية.

و في بعض الأحيان يشرف نظام الضمان الاجتماعي مباشرة على بعض المؤسسات العلاجية المفتوحة أمام كل الفئات السكانية. في هذه الحالة يجب التفريق بين الضمان الاجتماعي كوكيل تمويل و المؤسسات العلاجية التابعة للضمان الاجتماعي كمقدم خدمة.

من المحتمل أن تقدم إدارة الضمان الاجتماعي معطيات حول الدفع التعاوني للمريض المرتبط بالخدمات المغطاة. في هذه الحالة يجب تقييم جودتها لاستعمالها كمصدر إضافي للمعلومات التي يتم بها التحقق من المعطيات حول المستهلك (الأسر) الواردة من مصادر أخرى.

3.7 أنظمة التأمين الصحي الخاص : التأمين الصحي الاجتماعي والتأمين الصحي الطوعي

على عكس الضمان الاجتماعي، فإن أنظمة التأمين الصحي الخاص غير إجبارية و المعلومات حولها صعبة المنال. وكثيراً ما يكون التأمين الصحي الخاص متاحاً لكن برفقة منافع و عقود تأمين أخرى. وتتضمن الأمثلة : التأمين الصحي كعقد مرافق لنظام التأمين على الحياة، والتأمين الصحي كمنفعة إضافية لاقتناء بطاقة الائتمان المصرفي. حيث يقدم التأمين الصحي من قبل شركات التأمين المتعددة الخدمات أو شركات التأمين على الحياة و التي تتعامل في أغلب الأحيان مع هذا التأمين كأنه جزء من رزمة منافع "تأمين الأشخاص" أو "تأمينات متفرقة"... من جهة أخرى، تقع بعض المنافع "المرتبطة بالصحة" خارج الحدود الصحية المقررة في الفصل الثالث. فمثلاً : ذكر سابقاً بأنَّ المدفوعات التي تتم لتعويض العمال المصابين عن خسارتهم في الدخل ليست مشمولة في الحسابات الصحية.

إنَّ جودة ومستوى تفاصيل معطيات شركة التأمين الخاصة تتعلق بمدى نضج السوق. و بعض معطيات صناعة التأمين قد تكون متاحة من مصادر روتينية، فمثلاً : قد تجمع الوكالات و الادارات الحكومة إحصائيات رسمية في هذا المجال. و في البلدان التي لها سوق مهم نسبياً للتأمين الخاص يمكن أن تكون المعطيات متاحة عند غرفة أو رابطة شركات التأمين الخاصة بمستوى عالٍ من التفاصيل في بعض الأحيان.

كما هو شأن الضمان الاجتماعي، يجب التفريق بين مختلف مصادر موارد التأمين الخاص (أقساط صاحب العمل وأقساط الموظفين أو الأسر و عوائد الممتلكات...) لأن لكل فئة تحليل خاص داخل الحسابات الصحية الوطنية.

توجد مقاربتان مختلفتان لتقييم الإنفاق في الحسابات الصحية الوطنية المتعلقة بالتأمين الصحي الخاص. تهتم المقاربة الأولى بتقييم القيمة المالية لمجموع المنافع بحسب مقدم الخدمة ونمط الخدمة التي تم تقديمها. فيما تهتم المقاربة الثانية بتقييم القيمة المالية للأقساط المكتسبة (المدفوعة من طرف المؤَمَّنين لشركة التأمين). ويبين الفرق بين القيمتين التكاليف الإدارية والإضافات إلى الاحتياطي (reserves) و الربح. إن كل هذه الفئات أو المكوّنات مهمة و يجب أخذها بعين الاعتبار لإتمام جداول الحسابات الصحية الوطنية.

4.7 معطيات الشركات و أصحاب العمل

يصنف أصحاب العمل ضمن ثلاث فئات مختلفة حيث يعتبرون:

- مصادر تمويل عندما يدفعون مثلا أقساط التأمين.
- مصادر و وكلاء تمويل و مقدمي خدمات صحية عندما يمولون و يقدمون الرعاية الطبية داخل المؤسسة أو الشركة.
- مصادر و وكلاء تمويل عندما يشترون خدمات صحية خارج الشركة.

يجب على المحاسبين الصحيين أن يحتاطون من التعداد المضاعف لمصاريف التأمين: فإذا اشتركت الشركات في نظام أو مخططات تأمين لتقديم المنافع الطبية لموظفيها، فإنَّ من الضروري التفريق بين المدفوعات المباشرة لمقدمي الخدمات والمدفوعات التي تقدم لشركات التأمين.

مضاعفة حساب المصاريف الأسرية : فبشكل مشابه إذا عَوَّض أصحاب العمل عمالهم أو موظفيهم عن بعض التكاليف الطبية التي تحملوها و المدفوعة من قبل أسرهم لمقدمي الخدمة مباشرة، عندئذ يجب أن تشمل هذه المدفوعات مرة واحدة فقط، فذلك يساعد على تجنب حساب هذه الأموال مرتين، مرة تحت فئة "أصحاب العمل" كمصدر تمويل و كوكلاء تمويل (وهو الحل المناسب) ومرة تحت فئة "الإنفاق الأسري المباشر" كوكيل تمويل (غير مناسب).

5.7 معطيات الأسر

بالاعتماد على الملاحظات المجموعة خلال السنين الأخيرة (تقارير حول الصحة في العالم من 2000 إلى 2006) يلا حظ على أن الإنفاق الأسري المباشر يأتي غالبا في المرتبة الثانية ضمن مصادر التمويل. و في كثير من البلدان ذات الدخل المنخفض و المتوسط يمثل هذا الإنفاق أهم مصدر تمويل للصحة (ثلث إلى ثلثي النفقات الصحية الإجمالية).

و باستثناء كميات قليلة من المبالغ التي يتم تسجيلها من قبل المنشآت العلاجية الحكومية كدفع أسري عند الخدمة، فإن أغلب الإنفاق الأسري لا يسجل روتينياً في إحصائيات مقدمي الخدمات الصحية المتوافرة أو مصادر المعطيات الإدارية الأخرى. فعدد الأسر في بلد ما وحركيتها والمجال الواسع لخصائصها الاجتماعية الاقتصادية والديموغرافية ونماذج إنفاقها و كذلك ضعف الميزانيات لجمع المعطيات تجعل من

الإنفاق الصحي الأسري المكوّن الأضعف في البيانات الرسمية. لكن من الممكن استخدام سجلات المؤمّنين لتقييم مبالغ الدفع التعاوني الأسري و مبالغ التعويض (الاسترداد) المدفوعة من قبل المؤمّنين للأسر.

6.7 معطيات المقدمين للخدمات الصحية

تشبه تحديات تجميع معطيات المقدمين للخدمات الصحية تلك التحديات التي نجدها عند جمع معطيات وكلاء التمويل. فمن جهة يمكن أن تكون المشاكل كبيرة جداً نظراً لعدد المقدمين للخدمات الصحية. من جهة أخرى يمكن أن تكون تقييمات السلطات الوطنية الأخرى لأنشطة المقدمين للخدمات الصحية أكثر جاهزية وإتاحة من تقييماتها لأنشطة وكلاء التمويل. من أهم هذه السلطات الوطنية الأخرى الفريق المهتم بنظام الحسابات الوطنية (SNA) و الذي يقيم الناتج المحلي الإجمالي و الكميات المجمّعة الأخرى في المحاسبة القومية. يهتم هذا الفريق بأنماط المعايير ذاتها التي يستخدمها المحاسبون الصحيون. لذا يمكن إستخدام هذه التقييمات في تحضير نظام الحسابات الصحية الوطنية NHA.

لكن عمل المحاسبين الصحيين لا ينتهي هنا، لأنَّ التعاريف والحدود المستخدمة في الحسابات الصحية تختلف عن تلك المستخدمة في الحسابات الوطنية. لذا يجب تقييم أسس التقديرات التي وضعها فريق الحسابات الوطنية، كما يجب كذلك إحكام و تسوية هذه التقييمات.

و في القطاع العام، من المهم الإعتماد على دراسات الكلفة، و ذلك لتصنيف أفضل للإنفاق (مثلا داخل المستشفيات يمكن التفرقة بين الإنفاق على العلاجات الداخلية و الإنفاق على العلاجات الخارجية). أما في القطاع الخاص، فليس من الضروري اللجوء إلى المسح بالنسبة إلى كل مقدمي الخدمات الصحية. إذا كانت المعلومات متوفرة حول إنفاق التأمين الصحي و الإنفاق الأسري، فيمكن لفريق الحسابات الصحية الاعتماد عليها للتقييم الغير مباشر لإنفاق مقدمي الخدمات. لكن إذا كانت فئة معينة من هؤلاء المقدمين تهم صانعي القرار (مثلا ممارسي الطب الشعبي) فمن المجدي إنشاء دراسة مسحية.

7.7. معطيات المنظمات غير الحكومية المحلية والدولية والمنظمات الخارجية الأخرى

تنشط المنظمات غير الحكومية التي لا تستهدف الربح في معظم الأنظمة الصحية، وهي تشغل مرافق الرعاية الصحية في معظم الحالات، وقد ترتبط بالفعاليات الصحية العمومية أو تقوم بتمويل الأبحاث الصحية، وما يميز المنظمة غير الحكومية التي لا تستهدف الربح (تدعى أيضا في لغة حسابات الدخل الوطني مؤسسات خدمة الأسر التي لا تستهدف الربح) عن الشركة الخاصة هو أنَّ معظم عوائدها يأتي من مصادر خاصة أو خارجية، ويُستَهلك بصفة عامة في فعاليات خارج السوق. وما يميزها عن المنظمة الحكومية عدم وجود السيطرة الحكومية على عملها. ويمكن أن تكون المنظمات غير الحكومية محلية، أو أن يكون لها تمثيل محلي عن منظمات غير حكومية دولية كبرى.

في معظم الحالات يكون من الصعب الحصول على معطيات حول المنظمات غير الحكومية لأنها تميل إلى العمل المستقل عن الآخرين، و لأنَّ تدوين سجلاتها وحفظها ضعيف بالمقارنة مع غيرها (باستثناء المنظمات الكبرى).

و فيما يخص التمويل الخارجي، فقد يواجه فريق الحسابات الصحية الوطنية تحديات كبيرة. ففي كثير من الحالات تنفق المنظمات الخارجية أموالا على الصحة دون إخبار السلطات الوطنية. و في أحيان أخرى لا يدخل هذا الإنفاق ضمن المشاريع الرسمية أو الاتفاقيات مع البلد. و رغم ذلك، يمكن الحصول على تقييمات أولية في قاعدة البيانات التي تتم المحافظة عليها وصيانتها من قبل برنامج الأمم المتحدة للتنمية (UNDP) و التي تشمل وصفاً للمشروع وأهدافه والمستفيدين والمؤسسات المنفذة و الإنفاق وأنماط التصنيف وحالة المشروع الحالية والمشاريع المتعلقة به.

8. إنشاء واستعمال الدراسات المسحية في الحسابات الصحية الوطنية

يعتبر إنشاء واستعمال المعطيات من خلال الدراسات المسحية من بين الأنشطة الأساسية في الحسابات الصحية. فبرغم أهمية السجلات الإدارية والتقارير الدورية الأخرى التي توفر معلومات كبيرة لتكوين الحسابات الصحية، فإنها تقدم معلومات قليلة عن التبادلات التجارية للأسر والمنظمات التي لا تستهدف الربح والتأمين الصحي الخاص و وكلاء التمويل الخارجيين. ومن أجل هذا النمط من المعلومات كثيراً ما تتوجه الحسابات الصحية نحو جمع المعطيات الأولية وهي معطيات الدراسات المسحية.

إنَّ المعطيات المسحية مصدر هام لاستخراج المعلومات عن إنفاق المؤسسات و الوكلاء الفاعلين في النظام الصحي، لكن يجب استعمالها بحذر شديدٍ لأنَّ سوء تفسير المعطيات المسحية من بين أهم أسباب الخطأ في الحسابات الصحية. لذلك يتطلب تقييم الإنفاق باستخدام معطيات الدراسات المسحية فهمَ مكامن الخطر في استعمال هذه المعطيات، والتآلف مع الطرق المستخدمة للتغلب على نقاط الضعف الملازمة لها. و تقدر قيمة الدراسات المسحية بحسب قدرتها على تسليط الضوء على حقيقة النظام الصحي في البلد.

إنَّ مصدوقية المعطيات ومدى صلاحيتها تعتمد على طريقة إنشائها: فالمعطيات أكثر شمولية تتطلب موارد كبيرة و تأخذ زمناً أطول لإتمامها، في حين يمتلك مشروع الحسابات الصحية القليل من الأموال ويطلب منه استخراج النتائج بسرعة. و بالمقابل فإن الدراسات المسحية غير العشوائية وبالمقياس الصغير تتطلب موارد و مدة أقل و لكنها تعطي نتائج لا يمكن تعميمها على السكان بالإجمال. في حين يُطلب من المحاسبين إنتاج معلومات تعم إجمالي السكان وتدعم القرارات السياسية. لهذا فإنَّ فن إجراء الدراسات المسحية يتطلب التوفيق بين التكلفة والزمن والجودة.

1.8 معطيات تعداد السكان و الإحصائيات الرسمية الشمولية

إذا كانت هناك منظومة لجمع المعطيات تترتب وفق طيف يبدأ من الأكثر كمالاً وتماماً إلى الأقل كمالاً، فإنَّ معطيات تعداد السكان ستكون في الأقصى الأكثر كمالاً وتماماً. ففي هذا النموذج من الإحصائيات تتم دراسة كل وحدة من الوحدات المكونة للسكان ("المجموعة" أو "الجمهرة الشاملة" بمصطلح الإحصائيين) لجمع المعلومات عنها. نظرياً يجب معرفة كل شيء ولا يجوز استخدام الحدس أو التخمين في هذا المجال. وإنَّ التعداد السكاني و التعداد الاقتصادي هي أمثلة معروفة جيداً في هذا النمط من جمع المعطيات.

لكن تعداد السكان مكلف و معقد في التنظيم والتنفيذ (باستثناء الحالة التي يكون فيها عدد "المجموعات" أو "الجمهرات السكانية" صغير جداً). ويوافق معظم الإحصائيين بأن مردودية تعداد السكان ضعيفة لجمع الكثير من المعلومات (مثلا الإنفاق). فقد تقدم الدراسة المسحية لعينة عشوائية نتائج أكثر دقة و بتكلفة أقل. ومع ذلك توجد بعض الحالات يجب أن يتم فيها تعداد السكان لضبط حجم الجمهرة السكانية العامة ليس إلاَّ.

كثيراً ما تصل نتائج الإحصاءات الرسمية متأخرة جداً عن الاستعمال المباشر للحسابات الصحية، فقد تمر سنوات قبل إتمام النتائج الإحصائية وجدولتها، ويرجع ذلك إلى التعقيدات المحيطة بتصميمها وتنفيذها. وباعتبار أنَّ أصحاب القرار السياسي يريدون معرفة ما يمكن حدوثه في السنة القادمة أكثر مما حدث في السنوات الخمس الماضية، فيجب اتخاذ الخطوات اللازمة للمتابعة الدقيقة و تحديث نتائج تعداد السكان و ذلك بدراسة عوامل النمو و مُحَدِّداته.

2.8 الدراسة المسحية للعَيِّنة العشوائية

إنَّ الدراسة المسحية لعينة عشوائية من الجمهرة العامة معروفة جيداً، وفي الحقيقة اقترنت عبارة الدراسة المسحية بالعينة العشوائية. و في هذا النمط من الدراسات المسحية يؤخذ عدد معين من الذين سيستجوبون ويتم انتقاؤهم من مجمل الجمهرة السكانية، وعليهم تتم الدراسة، ثم تعمَّم على باقي السكان.

يجب تقييم جوانب متعددة من أي دراسة مسحية قبل استعمال نتائجها في الحسابات الصحية، و يجب أن تقيم كل من هذه الجوانب الموثوقية والمصدوقية وقابلية التعميم، و تطرح الأسئلة التالية: ما هامش الخطأ؟ وكيف ستقيس الدراسة المسحية المفاهيم التي يجب الاهتمام بها؟ كيف ستصف النتائج السكانية بالإجمال؟

هذه الجوانب هي:

- الهدف الرئيسي للدراسة المسحية.
- تصميم العينات وأخطاء الاعتيان.
- أخطاء غير اعتيانية (لا تتعلق بالاعتيان).
- إطار العينة.
- تفاصيل الأسئلة وخصوصيتها.
- نموذج إدارة الاستبيان.
- جدوى و عملية التوافق في البيانات.
- الوصول إلى أدوات الدراسة المسحية ومجموعات المعطيات.
- انتظام الدراسة المسحية.

3.8 المنطقية في البحوث المسحية

عند تقييم الدراسة المسحية كمصدر للمعطيات في الحسابات الصحية من المهم الأخذ بعين الاعتبار السبب الرئيسي للدراسة المسحية. وتقع الدراسات المسحية في فئتين واسعتين، تشمل الأولى الدراسات المسحية التي تجرى لأغراض عامة أو متعددة. وتجمع هذه الدراسات طيفاً واسعاً من المعطيات، متضمنة تلك التي تحمل مباشرة بُنيَة الحسابات الصحية. وإنَّ السلطات الإحصائية المركزية كثيراً ما تقوم بمثل هذه الدراسات لتوطيد وترسيخ خصائص التشغيل والبطالة ومعدلهما، ونماذج استهلاك الأسر، والإنتاج الاقتصادي وهكذا... وتعتبر مثل هذه الدراسات المسحية معيارية (مع أنها ليست عالمية شمولية) لتوطيد مؤشرات الأسعار وتقييم الدخل الوطني وحسابات الإنتاج.

و تتكون الفئة الثانية من مسوح لجمع المعلومات حول موضوعات معينة. و قد تكون مادة البحث عن الحالة الصحية، و الإنتاج و استخدام الخدمات الصحية، و الإنفاق الصحي، و ما شابه. و هذه الأنواع من المسوح يقوم بها عادة معاهد أكاديمية و منظمات غير حكومية و محللين مهتمين بتقييم أو إصلاح النظام الصحي.

و لكل فئة محاسنها النسبية. فالدراسات المسحية العامة للإنفاق الأسري لها مميزتان رئيسيتان؛ فكثيراً ما تجرى على أسس نظامية من قبل السلطات الوطنية وبغرض تجميع الإحصائيات الاقتصادية العامة، وتسجيل المصاريف أكثر من تلك المشمولة في المصاريف الصحية الوطنية، وقد يساعد ذلك في تضبيط الدراسة المسحية ضد الأخطاء الغير اعتيانية.

إنَّ الميزة النسبية للدراسات المسحية التي تستهدف القطاع الصحي أو الإنفاق الصحي هو تركيزها تحديدا على النظام الصحي. في حالة الدراسات المسحية الأسرية يساعد هذا التركيز على إنقاص التحيز الاستذكاري (الناجم عن اضطرابات الذاكرة عند المستجيبين)، كما يمكنها أن تزيد من مستوى التفاصيل المستحصلة. وإنَّ الدراسات المسحية الأوسع لا تجمع المزيد من التفاصيل عن الإنفاق أو الرعاية الطبية أو شبه الطبية، حيث أنَّ الاستهلاك يترافق مع الخدمات الشخصية الأخرى كالاستجمام. و في أحيان أخرى يوضع الإنفاق الصحي في فئة أكبر مع نفقات أخرى كالمنتجات التجميلية. وبالتركيز على الرعاية الصحية يمكن للدراسات المسحية الاستهدافية تخفيف التحيز الاستذكاري و جمع المزيد من التفاصيل، و لكنها سريعة

التأثر بالتصريحات المبالغ فيها، حيث يميل المستجيبون على الأسئلة إلى "التلسكوبية" أو النظرة البعيدة المرمى أي يميلون إلى ذكر حوادث وقعت خارج الفترة المرجعية التي تقوم عليها الدراسة.

4.8 انتظام الدراسة المسحية

يفضل تكرار الدراسة المسحية بانتظام للتمكن من مقارنة نتائج إحدى السنوات بنتائج السنوات الأخرى، بقصد التثبت من الموثوقية. ولكن لسوء الحظ تطبق الدراسات المسحية المنتظمة لأسباب أخرى غير إنشاء الحسابات الصحية، وقد لا تقدم تفاصيل كافية لهذا الغرض. وهذا ما يفسر لماذا يتم التفويض بالدراسات المسحية الخاصة حول الإنفاق الصحي. إلا أنه ليس الأسلوب الأكثر مردودية. أما تعديل استمارة أو استبيان الدراسات الرسمية الموجودة فكثيراً ما يتم الوصول إليه عن طريق التفاوض، و هنا تكمن أهمية لجنة التوجيه و المتابعة. و بذلك يمكن جمع معطيات أكثر تفصيلاً، و على أسس ثابتة، لاستخدامها في الحسابات الصحية.

5.8 التقييم السريع والطرق الأخرى لإجراء الدراسات المسحية بالمعيار الصغير والكلفة المنخفضة

تأخذ مثل هذه الدراسات المسحية غير العشوائية أشكالاً مختلفة وتشمل :

- مقابلات مع أهم المخبرين أو المستجيبين.
- مقابلات مع أسر تم انتقاءها بحسب المقاطعة أو الدخل ...
- مناقشات مركّزة داخل مجموعات من الأشخاص.
- مقابلات مجتمعية مركزة (community).
- ملاحظات بنيوية مباشرة.
- مقابلات خارجية (مثل الزبائن بعد زيارة العيادة أو المستشفى ...).
- مراجعة السجلات و استخلاص المعطيات.
- تحليل المعلومات التلوية أو المعلومات التي تصف المعلومات (meta information).

إن التقييم السريع طريقة قليلة الكلفة وسريعة النتائج يمكن استعمالها بأحد الأساليب المذكورة سابقاً أو بمزيج من هذه الأساليب، وهي تسمح بفهم كافٍ لحالة ما لاتخاذ قرارات تتعلق بتصميم البحوث الإضافية، أو تقييم المشاريع أثناء التنفيذ. وتقدم طريقة التقييم السريع ترتيباً للضخامة أو الحجم، ويمكن إدخال نتائجها بشكل تكاملي في الأسلوب الشامل لتقييم الإنفاق الصحي. ويمكن استعمالها لدراسة إمكانية إنجاز دراسات مسحية مُمَثّلة على الصعيد الوطني، أو لإتمام البيانات المستحصلة من إجراءات أخرى. كما يمكنها أن تساعد في توطيد القيم المرجعية، وفي مثل هذه الحالة يمكن استخدامها لتسهيل ضبط المعطيات الموجودة، من أجل إجراء التقاطع الثلاثي، أو تصديق موثوقية المعلومات المتاحة.

9. تنظيم عمليات التقييم: إنشاء خريطة الطريق ووضع لائحة بوكلاء التمويل

إنَّ خبرات الدول التي نفَّذت الحسابات الصحية قد اقترحت عدة طرق للإنتاج الكامل لهذه الحسابات. ولكن هناك بعض الطرق (التي أثبتت نجاحها في كثير من البلدان و التي يشرحها هذا الفصل) أكثر فعالية من الطرق الأخرى.

تسلسل خطوات التقييم

مع أنَّ التسلسل المنطقي للحسابات الصحية (من مصادر التمويل إلى وكلاء التمويل ثم إلى مقدمي الخدمات أو الوظائف) يتبع تدفق أو جريان المال عبر النظام الصحي من المصدر إلى الاستعمال النهائي، إلا أنه ليس بالضرورة أفضل طريق للقيام بخطوات التقييم. في الحقيقة قد يكون من الأسهل أن نبدأ من وسط التدفق، أي من وكلاء التمويل، ومنهم يمكن الصعود لأعلى التدفق أي إلى مصادر التمويل، أو النزول لأسفل التدفق أي للمقدمين والوظائف.

إنَّ هذه التوصية تُوَجَّه لاعتبارين أساسيين : الأول أنَّ وكلاء التمويل يمثلون ما يشبه عنق الزجاجة في جريان مصاريف الرعاية الصحية. وبالمقارنة مع عدد المقدمين وعدد المستفيدين من المصاريف يوجد نسبياً عدد قليل من وكلاء التمويل، مما يجعل عملية رصدهم أو تمثيلهم سهلة نسبياً. وفي الوقت ذاته كثيراً ما يجعل تدفق المال عبر وكلاء التمويل أكثر سهولة في فصل المال المخصص لاعتمادات الرعاية الصحية عن المال الذي يستهدف به اعتمادات لأشياء أخرى. وإنه من الأسهل تتبع اعتمادات الوكلاء رجوعاً إلى المصادر مما لو حاولنا تحديد أي تدفق للأموال الخارجة من المصدر، ومتابعة وصوله إلى نظام الرعاية الصحية. وأما الاعتبار الثاني فهو أنَّ المعطيات المتعلقة بهؤلاء الوكلاء كثيراً ما تكون أكثر المعطيات المتاحة سلامة، ولذلك يعتبر هذا البعد من أقوى أبعاد الحسابات الصحية.

إنَّ مسار التقييم في الشكل 2 (انظر الصفحة التالية) يشير إلى حركة باتجاه واحد فقط و لكن في الممارسة تشمل الحسابات الصحية تكرارات نافعة جداً. فمثلاً عملية إتمام جداول وكلاء التمويل و مقدمي الخدمات قد تؤدي إلى إعادة التفكير بتقييمات وكلاء التمويل. و من أهم الأشياء نتذكرها عند إتمام الحسابات أنَّ كل قطعة من المعلومات تقدم فرصة جديدة للنظر في كل شيء قد أجري سابقاً.

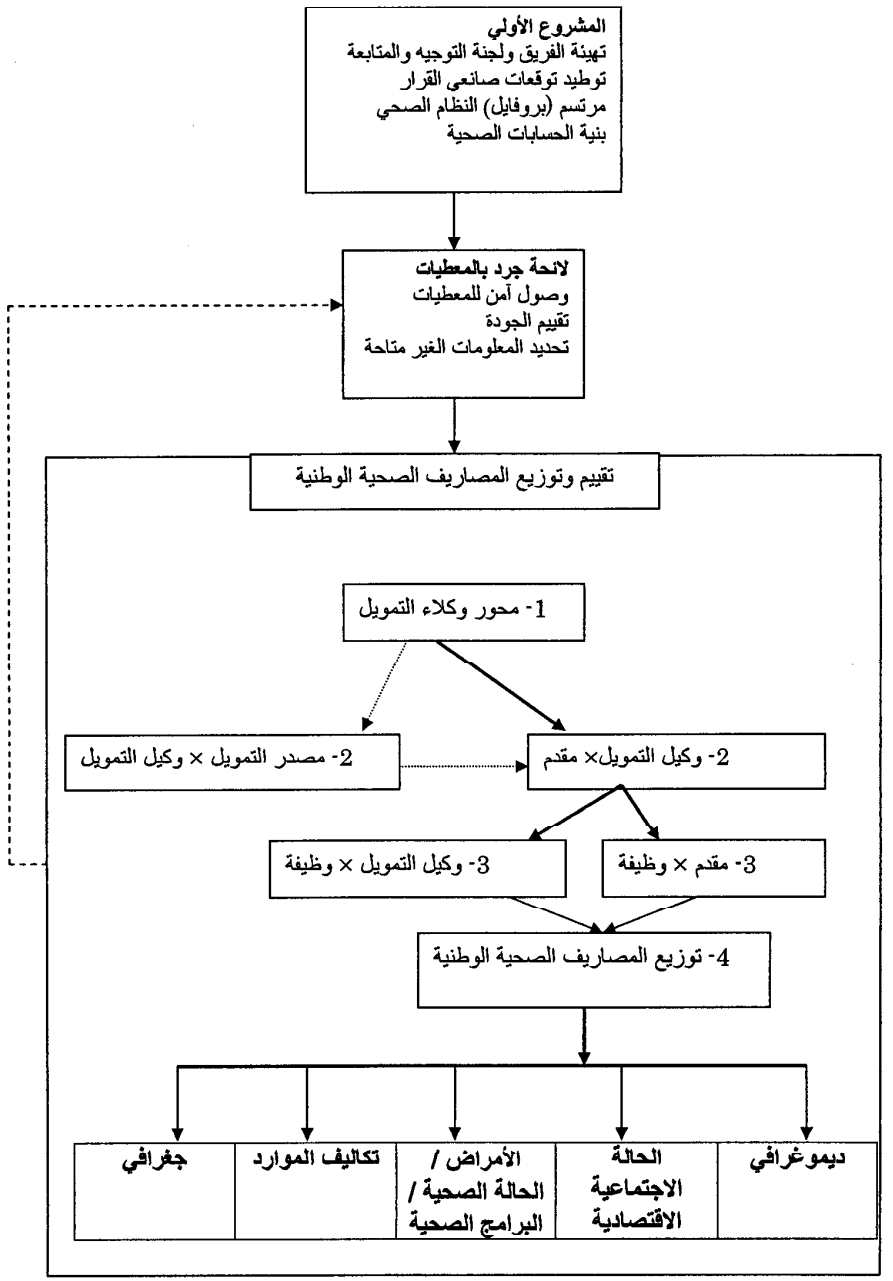
إنَّ هذا المسار واحد من الطرق التي نجحت في كثير من الدول، لكنه ليس بالضرورة هو الأفضل. وإنَّ للمرشد خريطة رسمها الآخرون الذين بدأوا رحلتهم سابقاً. إلاَّ أنَّ على كل بلد أنْ يتبع طريقه الخاص به: فمع أن على فريق الحسابات الصحية الوطنية اتباع الممارسات المعيارية الأساسية، إلاَّ أنَّ أسلوبه يجب أن يتناسب مع خاصية النظام الصحي للبلد.

تنظيم جهود الحسابات الصحية

تأمين فريق العمل

كما نوقش في الفصل الثاني، يتم إنشاء الحسابات الصحية بسهولة وفعَّالية عندما يكون هناك تنويع في الكفاءات والتجارب المهنية لأفراد فريق الحسابات الصحية الوطنية. وكلما كان ذلك ممكناً يجب على المحلل الذي يساعد في تنفيذ مهمة الحسابات الصحية أن يتناقش مع إدارته لإنشاء الفريق. ويمكن أن يعمل أعضاء الفريق في المشروع على أساس زمن جزئي، أو ربما يتم التعاقد معهم على أساس مستشارين. وبالطبع فإنَّ الميزانية المتاحة للمشروع ستكون عنصراً أساسياً في مناقشة تأسيس الفريق. وقد يكون من الممكن كذلك أن يبدأ إنجاز الأطوار الأولى بوجود شخص واحد.

الشكل 2 : خريطة طريق لتقييم الحسابات الصحية الوطنية



بناء لجنة التوجيه والمتابعة

إنَّ وجود لجنة توجيه ومتابعة جيدة أمر هام جداً، وإنَّ أدوارها متنوعة جداً. فهي التي تدافع عن الميزانية وتستشار حول بناء النظام الصحي، و حول مواضيع السياسة الصحية التي يجب التصدي لها مستخدمة الحسابات، وتفتح أبوابا للوصول للمعطيات، وتوصل نتائج الحسابات الصحية الوطنية وتدافع عنها...

ولذلك من المهم اختيار أعضاء اللجنة بحكمة لكي تمثل جميع المسؤولين في النظام الصحي المالي من مقدمين الخدمات وممولين ومصادر تمويل... كما يجب تمثيل كل الكيانات الإحصائية الأساسية، وكذلك جميع الذين يقومون بجمع المعطيات والذين يقومون بترتيبها في جداول والذين يفسرون نتائجها. ويجب أن يكون الأعضاء ملمين نسبياً بالجانب "الرقمي" من السندات و التقارير الصحية.

وضع خطة العمل

من المهم في مرحلة مبكرة تأسيس لائحة موحدة لكل ما هو منتظر من الحسابات الصحية الوطنية. ويجب أن يرتب فريق الحسابات الصحية الوطنية الأمور مع الإدارة، ويدرك بشكل واضح ما المتوقع. كما يجب مشاركة لجنة التوجيه في هذه التوقعات والمصادقة عليها.

إنَّ إنشاء الجدول يمثل جزءاً من عملية توطيد التوقعات المعقولة في المشروع. لذلك يجب وضع أزمنة تقريبية لكل طور. وبالطبع فقد لا يتم تنفيذ الجدول الزمني بدقة يومية، إلاَّ أنَّ هذا الجدول يساعد الفريق وإدارته لمشاهدة تنفيذ المشروع وفق المتوقع له ولو تقريبياً، وتقديم المنتوجات المنتظرة وفق الزمن المتوقع وتضبيط توقعات المستعملين للنتائج، إذا كان ذلك ضرورياً.

تخطيط نظام الرعاية الصحية

مرة أخرى، وكما تمت المناقشة في الفصل الثاني، يجب أن يكون هناك هيكلية أو مرتسم لنظام الرعاية الصحية (بروفايل) مسبق قبل البدء بتكوين جداول الحسابات الصحية وهو أمر في غاية الأهمية. وفي بعض الحالات تكون هذه الهيكلية موجودة مسبقاً (ولو جزئياً) وتحتاج في بعض الحالات الأخرى إلى تحديثها أو توسيعها.

ومما يساعد فريق الحسابات الصحية الوطنية أيضاً هو إنشاء التفاصيل حول بنية المنافع لكل مخطط تأمين صحي رئيسي.

إنشاء خطة معطيات

بالنظر إلى الهيكلية التي تم وضعها للنظام الصحي، يجب أن يعمل فريق الحسابات الصحية مع مديريهم ولجنة التوجيه والمتابعة لإنشاء خطة لاكتساب المعطيات. في بعض البلدان التي يوجد بها تحليل سابق لنظام تمويل الرعاية الصحية يمكن أن تشير التقارير المختلفة إلى مصادر المعطيات.

قد يكون من المساعد في بداية العملية بشكل خاص الاتصال بالمنظمات الدولية. و بالتأكيد، يمكن أن تكون المعطيات الوطنية أكثر اكتمالاً وحداثة، ولكن في كثير من البلدان يمكن تكميل هذه المعلومات من خلال مصادر المعلومات الدولية التي يمكن أن توصل إلى المعطيات والشروح لمحتويات تلك المعطيات ومؤشرات عمن يتداول المعطيات في كل بلد. إنَّ استخدام صندوق النقد الدولي والبنك الدولي وملفات معطيات بنك التنمية الإقليمي والتحليلات السياسية وكذلك المصادر الوطنية الهائلة وما أنشأته منظمة الصحة العالمية من قاعدة معلومات (وذلك متاح على الإنترنت بعنوان : http://www.who.int/nha) يمكن أن تكون نقطة انطلاق فريق الحسابات الصحية عند بدء عمله.

وضع هيكل لوكلاء التمويل المحتملين

عند إنجاز اللائحة يجب أن تكون مشابهة للجدول 13، وتبدي هذه اللائحة الافتراضية جميع وكلاء التمويل المحتملين وبجانب كل منهم رمزه. وبهدف التقييم وضعت كل وزارة رمزها الخاص وذلك للمساعدة على متابعة مسار التمويل فيما بعد وللمساعدة في تقدير الحسابات للسنوات التالية. وعندما يأتي زمن طباعة هذه الحسابات من المناسب تجميع أو توحيد هذه الرموز. إنَّ سبب المحافظة على مستوى أكبر من التفاصيل من أجل التقييم أكثر منه من أجل الطباعة يمكن من تسهيل إنشاء و تكرار أو مأسسة الحسابات الصحية الوطنية.

الجدول 13 : لائحة بوكلاء التمويل المحتملين ورموزهم بحسب التصنيف الدولي للحسابات الصحية

الرمز (الكود)	الوصف
HF.1	إجمالي الحكومة العامة
HF.1.1	الإدارات الحكومية
HF.1.1.1	الحكومة المركزية
HF.1.1.1.1	وزارة الصحة
HF.1.1.1.2	وزارة التعليم
HF.1.1.1.3	وزارة الدفاع
HF.1.1.1.4	وزارات أخرى
HF.1.1.2	حكومات الولايات
HF.1.1.2.1	قسم صحة الولاية
HF.1.1.2.2	أقسام أخرى
HF.1.1.3	الحكومة المحلية / البلدية
HF.1.2	الضمان الاجتماعي
HF.2	الإجمالي الخاص
HF.2.1	التأمين الاجتماعي الخاص
HF.2.1.1	التأمين الصحي لموظفي الحكومة
HF.2.1.2	تأمين مجموعات خاصة أخرى
HF.2.2	شركات التأمين الخاصة (غير التأمين الاجتماعي)
HF.2.3	إنفاق أسري (الدفع المباشر)
HF.2.4	مؤسسات لا تستهدف الربح (غير التأمين الاجتماعي)
HF.2.5	شركات خاصة وأصحاب عمل خاصين
HF.2.5.1	الشركات شبه الحكومية
HF.2.5.2	شركات خاصة وتعاونيات أخرى
HF.3	باقي العالم

10. وضع المقاربة الأولى للموارد المالية لوكلاء التمويل

مع إنشاء لائحة وكلاء التمويل يحين الوقت لوضع بعض الأرقام حول الموارد المالية لكل وكيل محتمل. لكن يجب التذكير أنه إلى غاية هذه المرحلة لا زلنا نعتبر هؤلاء الوكلاء محتملين، لأنَّ احتمال حدوث تغييرات في اللائحة النهائية يبقى وارداً، حيث يمكن إضافة وكلاء آخرين كما يمكن الاستغناء عن البعض الآخر.

1.10. تقييم إنفاق وكلاء التمويل

خلال عملية تقييم إنفاق كل وكيل يجب أن تقسم تلك النفقات إلى ثلاثة أقسام : يتمثل الجزء الأول بأموال تنفق على الرعاية الصحية مباشرة. و قد تكون تلك الأموال مستخدمة لتشغيل مرفق يملكه مصدر الاعتماد المالي كالمستشفيات أو العيادات المتعددة التابعة لوزارة الصحة، وقد تكون مالاً يعطى لمقدم خدمات الرعاية الصحية، كمدفوعات شركة التأمين الطبي الطوعي إلى الطبيب لقاء رعايته للمريض المُؤَمَّن عليه. أو تكون بشكل إنفاق على الصحة العامة أو البحوث الصحية أو بناء المرافق الطبية أو إدارة البرامج الصحية.

الجزء الثاني من الإنفاق الصحي من قبل كل وكيل تمويل محتمل هو المال الذي يعطى لأشخاص أو مؤسسات أو منظمات أخرى لتنفقه على الرعاية الصحية، كما وصف في الفقرة السابقة. فمثلاً قد تنقل وزارة الصحة (وكيل تمويل) الاعتمادات المالية إلى الحكومة الإقليمية (وكيل تمويل أيضا) لتمويل البرامج الصحية. أو قد يدفع أصحاب عمل في القطاع الخاص (إمكانية أن يكونوا وكلاء تمويل) أقساطاً تأمينية لشركات التأمين الاجتماعية الخاصة (وكيل تمويل)، لشراء متطلبات الرعاية الصحية للموظفين، وفي كلتا الحالتين ينفق المال على الرعاية الصحية، إلاَّ أنَّ وزارة الصحة و صاحب العمل الخاص لا يتفاعلون مع مقدمي الرعاية في هذا المثال. إذا كان من المهم المحافظة على تتبع هذه الاعتمادات (من وكيل تمويل إلى وكيل تمويل آخر) للاستعمالات اللاحقة فلا يجب أن تكون مشمولة كجزء من إجمالي وكلاء التمويل في الجدول قيد التطوير لكي لا تحسب قيمة الإنفاق مرتين (مرة لكل وكيل تمويل).

الجزء الثالث من إنفاق وكلاء التمويل المحتملين يتمثل بالأموال التي لا تستعمل للرعاية الصحية. و لا يعتبر جميع الإنفاق الموسوم بـ"الصحة" مناسباً لضمه في الحسابات الصحية الوطنية. فمثلا إن إنفاق وزارة الصحة على بيوت المتقاعدين المتقدمين في السن يمكن أن يقع خارج حدود الرعاية الصحية، مع أنَّ الوزارة قد تمتلك هذه المرافق. لذا يجب أن يبقى هذا الجزء الثالث من النفقات جانباً ولا يدخل في الحسابات الصحية الوطنية.

2.10. استعمال الحسابات التائية (T-account) في الحسابات الصحية

تعتبر "الحسابات التائية" أداة بسيطة تفيد جداً في المحاسبة الصحية، لأنها تقدم بنية لا تشجع فقط على دقة التفكير عند اتخاذ القرارات، بل وتساعد على إحداث تساوي مجاميع الصفوف والأعمدة في كل الجداول.

إنَّ للحسابات التائية (T-account) أداة كثيراً ما يستعملها محاسبو الدخل الوطني. وهي تسمى بهذا الاسم لأن عرض الجدول يظهر بشكل الحرف "T" كإطار لها (انظر الجدول 14)، وتدرج المصاريف و الإنفاق في الجانب الأيسر من الحساب التائي بينما تدرج العائدات و الموارد و الاعتمادات في الجانب الأيمن من الحساب. والقانون الثابت لهذه الحسابات هو أنَّ مجموع المداخل في الجهة اليسرى يجب أن يكون مساوياً دائماً لمجموع المداخل في الجهة اليمنى. وإنَّ أي جزء صغير من العائدات يجب أن يكون هناك ما يقابله أو

يبرره من الإنفاق في الجهة الأخرى. ولأغراض الحسابات الصحية يكون العكس صحيحاً، فإنَّ كل مبالغ صغيرة من الإنفاق على الصحة من قبل وكيل التمويل يجب أن تتوازن مع عائدات من بعض مصادر تمويله.

ليس بالضرورة العمل من خلال كامل الدخل والنفقات لدى وكلاء التمويل لإتمام الحسابات التائية في الحسابات الصحية الوطنية. وإنما المطلوب هو تحديد المال و الإنفاق المخصص للصحة، ثم تحديد مصدر ذلك المال. مثلاً لو أنفقت وزارة التعليم جزءاً من ميزانيتها على الصحة، فسيظهر ذلك الجزء فقط في الجانب الأيسر من الحسابات التائية. و إذا كانت جميع نفقات وزارة التعليم قد موّلت من عائدات الحكومة، عندئذ سيكون المدخل الوحيد للجانب الأيمن الحساب كافياً لتغطية الجانب الأيسر. ومن جهة أخرى إذا كان لدى وزارة التعليم مصدر خاص للدخل من أجل الفعاليات الصحية، مثلاً منحة من مصدر خارجي أو منظمة غير حكومية فستظهر تلك المبالغ في الجانب الأيمن من الحسابات التائية مسايرة لكمية موازنة من العائدات العامة إذا كانت هناك حاجة لذلك (انظر الجدول 14).

جدول 14: الحساب التائي لوزارة التعليم (كمِثال)

العائدات (مصادر التمويل)			الإنفاق		
الرمز	الفئة	القيمة	الرمز	الفئة	القيمة
HF.1.1.1	الحكومة المركزية	1950	HC.6.1	الخدمات الصحية المدرسية	2400
HF.3	منظمة اليونيسيف	450			
المجموع		2400	المجموع		2400

11. تقييم جدول مصادر التمويل بحسب وكلاء التمويل

يمكن القول بأنّ الأسر تتحمل تكاليف الرعاية الصحية كاملة (ضرائب، أقساط، دفع مباشر...). لكن هذه المقاربة ليست لها قيمة مضافة تحليلية تعود بالنفع على صانعي القرار و الباحثين و المنظمات العالمية الفاعلة في النظام الصحي. لهذا السبب فإنّ تصنيف مصادر الحسابات الصحية الوطنية يظهر كل الفئات التالية: العائدات الحكومية من خلال الضرائب؛ مدفوعات أصحاب العمل شبه الحكوميين و في القطاع الخاص على شكل أقساط أو مدفوعات مباشرة للرعاية الصحية؛ و مدفوعات الأسر للأقساط والمشتريات المباشرة للرعاية الصحية؛ و هبات وقروض؛ و موارد المنظمات غير الحكومية؛ و موارد منظمات باقي العالم...

1.11. تقييم جميع مصادر التمويل لوكلاء التمويل

يجب إنشاء لائحة لكل وكيل تمويل توضّح من أين تأتيهم الموارد المالية التي ينفقونها. و في بعض الأحيان، يبدو ذلك سهلاً، و من ذلك مثلاً : البرامج التي يتم تمويلها بشكل واسع من عائدات الضرائب العامة و التي لها مصدر واحد. وقد يكون ذلك بديهيا في أحيان أخرى، مثل إنفاق الأسر على الصحة (HF.2.3) الذي يأتي بالتعريف من دخل الأسرة، ويأتي إنفاق الشركات من المؤسسات ذاتها. في حالات أخرى يكون لوكلاء التمويل أكثر من مصدر للتمويل. فمثلاً قد تتلقى أنظمة التأمين الخاصة (HF.2.1) عائدات الأقساط من أصحاب العمل ومن الأسر. وقد تتلقى أنظمة التأمين الاجتماعي (HF.1.2) الأقساط التي تدفعها الشركات والأقساط التي تدفعها الأسر والعائدات العامة من الخزينة و عائدات الممتلكات.

حالما يتم استخدام الحسابات التائية لتقييم إنفاق وكلاء التمويل فإنّ جزءاً كبيراً من تصنيف مصادر التمويل سيكون جاهزاً. و يمكن اعتبار ذلك فرصة لمراجعة كل مدخل من الحسابات التائية، حيث يمكن أن تنسب بعض الأموال لوكيل تمويل معين لكن في الحقيقة هي منقولة لكيانات أخرى. ومن المهم جداً أن تصحح مثل هذه التصنيفات، لأن الخطر هو احتسابها مرتين، و ذلك ما يسبب بالطبع في تعطل دقة الحسابات وتكامليتها.

كثيراً ما يكون هناك مراحل متعددة تنتقل خلالها الاعتمادات التمويلية اعتباراً من المصدر حتى تصل إلى وكيل التمويل النهائي. و هنا تكون مهمة المحاسب الصحي هي التتبع الرجوعي للاعتمادات حتى يصل إلى مصدرها الأصلي كالعائدات الحكومية العامة، و أصحاب العمل أو الشركات، و الموظفين أو الأسر، و المنظمات غير الحكومية، و الاعتمادات من خارج البلد (أي المنظمات الخارجية).

2.11. تقييم إجمالي مصادر التمويل وتحري عقلانيته

حالما يتم تحليل اعتمادات وكلاء التمويل ومعرفة مصادرها الأصلية يجب وضع جدول يحتوي على هذه الأرقام (انظر الجدول 15). و من المحتمل أن يكون هناك مزيد من التفاصيل في هذا الجدول أكثر من الجداول التي ستطبع، و ذلك لجعل الفحص التوافقي و إنشاء الطابع المؤسسي على الحسابات أكثر سهولة. و من بعد ذلك يتم جمع خلايا الجدول لإيجاد المجموع التجريبي لإجمالي الإنفاق في كل عمود.

الجدول 15 : جدول مصادر التمويل بحسب وكلاء التمويل (مخطط عمل)

وكلاء التمويل	مصادر التمويل			
	مصدر تمويل 1	مصدر تمويل 2	إلخ..	الإجمالي
وكيل تمويل 1	ا			
وكيل تمويل 2	ب			
إلخ ..	ج			
المجموع التجريبي	ا + ب + ج			
الإجمالي المقدر	رقم من مصدر مستقل			

يسهل هذا الجدول إجراء بعض الاختبارات المنطقية على الأرقام، فالصف الأخير (الإجمالي المقدر) يحتوي على أرقام لكل مصدر تمويل من جهة مستقلة للمعلومات. فمثلاً المنظمات الدولية تنتج تقاريرها الخاصة سنوياً حول ما يمنحون أو ينفقون. و لكن مع الأسف لا تنتج كل المؤسسات مثل هذه المصادر المستقلة للمعلومات. لذلك تبقى كثيرا من خلايا هذا الجدول فارغة. في حالة ما إذا كان هناك رقم مستقل فيجب مقارنته بالمجموع التجريبي. فإذا كان الرقمان غير قريبين من بعضهما فذلك مؤشر على أنّ مصادر المعطيات المستعملة و المعاملة مع المعطيات التي تم تقديمها تحتاج للمراجعة وإعادة الفحص حتى لو كان الرقمان قريبان شيئا ما، لأن هناك خطوات أخرى يجب سلوكها.

إذا لاحظ فريق الحسابات الصحية الوطنية فرقاً بين تقييمين مستقلين فيجب عليه تقييم قيمة هذا الفرق، و مدى تأثيره على إجمالي الإنفاق. و لنأخذ مثلاً على ذلك : فإن وجود تباين مقداره 15 % في خلية تحتوي على نصف إجمالي الإنفاق أكثر خطورة من تباين 100 % في خلية تحتوي على 3 % من هذا الإجمالي. وبالتجربة هناك سبب يدعو للاهتمام إذا كان التباين بين قيمتين مقدرتين مستقلتين يصل إلى 2 % أو أكثر من الرقم الإجمالي للإنفاق الصحي الوطني.

من أجل هذا التحليل، ولدراسة فعالة للإنفاق الصحي، يجب المحافظة قدر الإمكان على فصل وكلاء التمويل. بالطبع مستوى التفاصيل ستحدده وفرة و جودة المعطيات الخام.

12. تقييم جدول وكلاء التمويل بحسب المقدمين للخدمات الصحية

إنّ إنشاء جدول وكلاء التمويل بحسب المقدمين للخدمات سيساعد في المراجعة والتحقق من تقييم النفقات أو المصاريف أثناء بناء جدول وكلاء التمويل المرتب بحسب مصادر التمويل.

وما يجعل من عمليات هذه الخطوة صعبة هو ذاته الذي يجعل إنشاء جدول وكلاء التمويل بحسب مصادر التمويل صعباً، وهو التراكب بين الكيانات التي تنتج وتمول الرعاية الصحية. مثلاً: وزارة الصحة قد تملك وتشغل المستشفيات وتتلقى عائدات من الأسر والتأمين الصحي. وفي الوقت ذاته يمكن أن تدفع لمنشآت و مؤسسات علاجية غير تابعة لها مقابل خدمات صحية. فهذان الدوران المضاعفان يمكن أن يسببا خلطاً كبيراً، لذلك يجب اتخاذ الحيطة والحذر الشديد عند إنشاء مثل هذا الجدول للتأكد من أنّ مجموع الصفوف والأعمدة تعكس الإنفاق المرتبط بدور الكيانات المدرجة في إنتاج وتمويل الرعاية الصحية.

1.12. تجزئة إنفاق وكلاء التمويل بحسب أنماط المقدمين للخدمات الصحية

إن أول خطوة في هذه العملية هي تجزئة إنفاق وكلاء التمويل بحسب نمط مقدم الخدمة. وإنّ لائحة المقدمين للخدمات الصحية هي التي أنشئت بحسب الفصل الرابع، ولذلك قبل البدء بهذه العملية من المفيد مراجعة تلك اللائحة، و كذلك التمييز بين الأنماط المختلفة للمقدمين. وكما أشار إليه الفصل الرابع فقد يرغب المحللون في جعل التصنيف الواسع للمقدمين للخدمات الصحية متناسباً مع الاهتمامات والخصوصيات الوطنية.

يجب أن تكون بنية الجدول المرتب بحسب وكلاء التمويل والمقدمين للخدمات الصحية مشابهة للجدول 16، ويحتوي هذا الشكل على عمود لكل وكيل تمويل محدد، بالإضافة إلى أعمدة تبين الإجمالي المقدر والمجموع التجريبي. ويستعمل هذا الجدول بطريقة مشابهة لما تم تطبيقه في الجدول المرتب بحسب وكلاء التمويل ومصادر التمويل (انظر الفصل 11). وينسب كل صف لواحد من أنماط المقدمين للخدمات الصحية من اللائحة التي تم إنشاؤها في الفصل الرابع. و إذا كان نافعاً و مجدياً الاهتمام بمقدم خدمة مميزا و كبيراً بما فيه الكفاية فمن الممكن إعطاؤه رمزاً فريداً خاصاً به. فمثلاً فيمكن إعطاء رمزاً خاصاً لمستشفى كبير يقدم الرعاية الثالثية وتملكه وزارة الصحة مثل : HP.1.1.1.1.9.

الجدول 16 : جدول وكلاء التمويل بحسب المقدمين

المقدمون	وكلاء التمويل			مجموع تجريبي	إجمالي مقدر
	وكيل1	وكيل 2	إلخ ..		
مقدم للخدمة 1					
مقدم للخدمة 2					
إلخ..					
الإجمالي					

قد يكون تفكيك أو تجزئة نفقات وكيل التمويل عملاً بسيطا أحياناً، فمثلاً قد تقدم وزارة الصحة المال المباشر للمستشفيات والعيادات المتعددة والمقدمين المعروفين الآخرين للخدمات حيث يكون مستلم التمويل كيان

واضح السمات والحدود يمكن تمييزه في تصنيف المقدمين للخدمات والعمل عندئذ يكون سهلاً نسبياً في هذه الحالة. ولكن تبقى تجزئة النفقات بحاجة للعناية والحذر لأنَّ من الممكن أن تذهب بعض الأموال إلى مقدمين لا يستعملونها في الحقيقة في مجال الرعاية الصحية، وهي حقيقة يمكن تحديدها إما من قبل وكيل التمويل أو المقدم نفسه.

إذا كانت تجزئة الميزانية غير متاحة لوكيل التمويل فيجب استعمال المعلومات المسحية. وتأتي هذه المعلومات من مراجعة لعينة من السجلات الموجودة في مكتب وكيل التمويل. وفي حالات أخرى قد تكون عينة من المعطيات متاحة لدى صنف من المقدمين التي تمكّن من تقييم تجزئة مدخولهم بحسب وكلاء التمويل. وفي حالة إنفاق الأسرة (نوقش في الفصل الثامن) قد تظهر معطيات الدراسة المسحية النفقات بحسب المَقدّم للخدمة أو المُنشأة المقدمة للخدمة. وإذا تم إظهار المعطيات بحسب الخدمة التي تم تلقيها فقط فمن الممكن نقل هذا البعد من الإنفاق إلى بُعد المقدم للخدمة.

و مع مرور الوقت و التقدم في مسار إنشاء الحسابات الصحية ستكتشف أنماط إضافية أو فرعية لكيانات غير مغطاة، و التي تتلقى التمويل من وكلاء التمويل. و لكل واحدة من هذه الكيانات هناك حاجة لاتخاذ قرار لتحديد فيما إذا كانت هذه الوحدات تقدم الرعاية الصحية وفقاً للحدود الموصوفة في الفصل الثالث أم لا. إذا كان هذا الكيان لا يقدم الرعاية الصحية فيجب إنقاص قيمة تدفق الاموال التي استفاد منها من وكيل التمويل المعني بالامر، كما يجب إعادة موازنة الجدول الأول أي وكلاء التمويل - مصادر التمويل. أما القرار الثاني فيتعلق بتحديد فيما إذا كان هذا النمط من المقدمين يمثل فئة مستقلة أو أن يشمل في فئة موجودة مسبقا.

إذا لم يتوافر أي شيء يساعد في تفصيل نفقات وكلاء التمويل إطلاقاً فلا حيلة في ذلك. عندئذ يمكن تصنيف الإنفاق تحت "غير محدد بنوع معين" (HP.nsk) في لائحة مقدمي الرعاية الصحية. لكن يجب أن يكون ذلك الملجأ الأخير، حيث أن المبالغة في اللجوء إلى هذا النوع من التصنيف ينقص من فعالية و فائدة الحسابات الصحية.

2.12. تقييم عائدات المقدِّم

بما أنَّ نظام الحسابات الوطنية هو عملية تجميع للتعاملات التجارية المرتبطة بفعاليات الرعاية الصحية في بلد ما، فمن المهم توطيد عُرفٍ مناسبٍ لإعطاء قيمة نقدية لتلك الفعاليات. فذلك يسمح ليس فقط بالمقارنات الصالحة بين الفعاليات المختلفة عبر الحسابات وعبر السنوات لكنه يسمح أيضاً بمقارنات النفقات الصحية الوطنية مع الكميات الاقتصادية المجمَّعة الأخرى كالناتج المحلي الإجمالي.

و من أجل مزيد من التفاصيل حول عائدات مقدمي الخدمات الصحية، انظر الفقرات 12 .13 حتى 12. 24 من المرشد لإنشاء نظام الحسابات الصحية الوطنية لمنظمة الصحة العالمية (2003).

3.12. إصلاح الاختلافات بين التقييمات المرتكزة على وكلاء التمويل والمقدمين للخدمات

الخطوة التالية هي المقارنة بين التقييم المستقل لإنفاق المقدم مع المجموع التجريبي الحاصل من جمع نفقات وكلاء التمويل. و بالطبع فإن مطابقتهما تبقى بعيدة الاحتمال جداً، ولكن السؤال المهم هو: هل تكون القيمتان "قريبتين" من بعضهما ؟ كما ناقشنا في الفصل 11 فإنَّ عبارة " قريب" نسبيا غير موضوعية، وربما من الأفضل تعريفها بحسب تأثيرها على التقييم الإجمالي للنفقات الصحية. إذا كان الفرق بين التقديرين يساوي أو يفوق 2% من إجمالي النفقات الصحية فيجب بذل الجهد لتقريب الرقمين من بعضهما.

هل يمكن شرح الفرق بين الاثنين مثلاً بغياب معطيات تتعلق بواحد أو أكثر من وكلاء التمويل، أو بإمكان وجود خطأ منهجي، أو انحياز في الدراسات المسحية؟ إذا كان الأمر كذلك فيمكن إجراء تضبيط للرقم الأضعف لجلب التقييمات إلى أقرب ما يكون للصواب.

تتطلب الفروق الكبيرة غير المفسرة إعادة فحص التقييمات. حيث يجب مراجعة التعاريف بالنسبة لرقم المقدم للخدمة وبالنسبة لرقم وكيل التمويل، فهل ينسجمان مع الحدود الموصوفة للرعاية الصحية في الفصل الثالث ؟ وهل يَقيسان الشيء ذاته؟ هل يُقاسان في الفترة الزمنية ذاتها ؟ و هل أحدهما رقم نقدي والآخر تراكمي؟...

تحديد الثغرات والخلايا الفائتة

بعد ذلك، يجب فحص مداخل الخلايا التي يعتقد بأن فيها ضعفاً، يعني الخلايا التي يوجد بها هامش كبير من الخطأ (سواء كان صريحاً أم كامناً)، ويشمل ذلك الخلايا التي يكون فيها تقدير إجمالي إنفاق وكيل التمويل ضعيفاً بذاته أو غير معروف أو لم يتم تجزئته بحسب نمط المقدم.

السؤال المهم هنا هو:هل يوجد مزيد من المعلومات الممكن استخدامها لتقييم الخلية؟ يمكن مثلاً أن تأتي هذه المعلومات النادرة من الحوار مع الخبراء حول نمط المقدم أو من العمل الأكاديمي... وإذا تم تصنيف إنفاق باكراً في فئة مقدم غير معروف (HP.nsk)، فيمكن استرجاع بعضها لوضعها في الأماكن الفارغة الملائمة أو إلحاقها بتقييمات موجودة إذا كانت هذه العملية مقنعة (و هو افتراض يجب فحصه من خلال المشاورة مع وكلاء التمويل).

إصلاح التقييمات

يؤدي المسار التي تم وصفه من قبل، في الأعلى، إلى مراجعة تكرارية لأرقام وكلاء التمويل والمقدمين. وعند نهاية هذه التكرارات سيتم تقييم القيمة التقديرية لمجموع النفقات الصحية الوطنية، وكنتيجة للعملية يمكن أن تحدث بعض التعديلات على التقييمات الأصلية لنفقات وكلاء التمويل.

13. إنشاء جداول بحسب وكلاء التمويل والوظائف وبحسب "المقدمين للخدمات" و "الوظائف"

يتطلب إنشاء الجداول التوزيعية جمع معطيات الإنفاق حول "الدافعين" و "المقدمين للخدمات" و "الوظائف" والخصائص الخاصة بالذين يستعملون أو يستفيدون من الخدمات الصحية. و هناك جدولان إحصائيان للحسابات الصحية يعتبران من المصادر الهامة للمعلومات: هما وكلاء التمويل بحسب الوظائف و المقدمين للخدمات بحسب الوظائف. وأما أي الجدولين ذو أهمية أكبر من الناحية السياسية فتلك مسألة ترجع إلى القرار المحلي. ففي البلدان التي تصر سياستها الصحية على الخدمات المختلفة التي يتم تقديمها، يفيد الجدول بحسب المقدمين مع الوظائف أكثر. بينما يتم التأكيد في حالات أخرى على من يدفع للخدمات، وهنا يكون الجدول المفيد هو المرتب بحسب وكلاء التمويل مع الوظائف. و في الواقع من المحتمل ألاّ يكفي جدول واحد، و في هذه الحالة لا بد من الاستعانة بالآخر عند التحليل الوظيفي.

1.13. تفصيل مدفوعات وكلاء التمويل وفق أصناف وظيفية

إنَّ إعداد جدول بحسب وكلاء التمويل والوظائف يكون أسهل بحسب الدرجة التي يجمع و يحفظ بها وكلاء التمويل المعلومات حول الخدمات المقدمة مقابل المبالغ التي دفعوها أو وزعوها. و على أية حال، حتى لو تم ذلك فمن المهم مراجعة المعلومات في كل فئة لكل وكيل تمويل للتأكد من أن التصنيفات قد تمت بدقة. وبغض النظر عن التشابه في الاسم فإنَّ التعريف الدقيق والتغطية (ديموغرافياً وجغرافياً) و وحدات النقد المستعملة و مبدأ القيود المحاسبية التراكمية للسجلات والمسائل المالية الأخرى التي ذكرت سابقاً يجب تحريها كلها لدراسة التطابق مع معايير الحسابات الصحية الوطنية.

عموما تعتبر الأسر و الضمان الاجتماعي و الحكومة المركزية (خصوصا وزارة الصحة) من أهم وكلاء التمويل، حيث يمثلون نسبة كبيرة جدا من الإنفاق الصحي. و في نفس الوقت يوجد الكثير من المعلومات و البيانات حولهم و التي يمكن استعمالها في التحليل الوظيفي للنفقات.

2.13. تقييم الجدول المرتَّب بحسب المقدمين للخدمات و الوظائف

من أجل الأجزاء الخاصة بالإنفاق الصحي التي لا يوجد لها توزيع وظيفي فإنَّ الحل الأنسب هو تحليلها بحسب المقدمين للخدمات. و نظرياً، فإن جميع النفقات التي يمكن تصنيفها في فئة معينة من المقدمين للخدمات يمكن تصنيفها كذلك في فئة معينة من الوظائف بحسب التصنيف الدولي للحسابات الصحية (ICHA-HC) فإذا لم يكن ذلك ممكناً فإنَّ هذه النفقات يجب ألاّ تشمل أصلا في الإنفاق الصحي الإجمالي.

لذلك يجب إنشاء جميع أجزاء الجدول المرتب بحسب المقدمين للخدمات والوظائف كخطوة مهمة في تقييم الجدول المرتب بحسب وكلاء التمويل والوظائف. وتشبه هذه العملية بشكل كبير في طبيعتها إنشاء الجدول بحسب وكلاء التمويل والمقدمين. وإنَّ إنشاء جدول المقدمين للخدمات بحسب الوظائف يسمح بالرجوع إلى الوراء لفحص صلاحية كل المعطيات حول الوظائف المتوفرة و المستعملة من طرف وكلاء التمويل.

المقدمون للخدمات ذوو الوظيفة الواحدة

يعرض بعض المقدمين خدماتهم ضمن تصنيف وظيفي واحد فقط مثلاً : عموما الصيدليات تقدم للبيع البضائع المصنفة فقط في فئة HC.5.1 (مستحضرات طبية ومواد طبية سريعة التلف)؛ أما المختبرات الطبية فتعرض فقط الخدمات المصنفة في فئة HC.4.1 (المختبرات السريرية). في الحالات المشابهة فإنَّ جميع نفقات مقدم الخدمة يمكن وسمها بثقة نسبية بوظيفة واحدة فقط.

المقدمون للخدمات ذوو الوظائف المتعددة

يعرض المقدمون للخدمات في العادة أكثر من نوع واحد من الخدمات. فالمستشفيات مثلاً تقدم خدمات الرعاية الصحية للمرضى الداخليين (In-patient) و الرعاية الصحية للمرضى الخارجيين (Out-patient). في هذه الحالة يمكن لمرافق أنظمة الرقابة المالية إنتاج معطيات تسمح بتقييم التحليل و ذلك لتوزيع الإنفاق بحسب نوع الخدمة أو الوظيفة. و في هذا الشأن يمكن الاعتماد كذلك على معطيات من الدراسات المسحية للتكاليف. لكن مع الأسف هذه الدراسات معقدة ومكلفة؛ وفي البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط تعتبر جد نادرة.

إنَّ واحداً من أكثر المهمات صعوبة في توزيع إنفاق المقدمين للخدمات بين الوظائف هو معالجة النفقات العامة والإدارية التي لا يجب أن تصنف في فئة HC.7 (الإدارة الصحية و إدارة التأمين الصحي)، بل تضمينها ضمن تكاليف الخدمات المقدمة. فإذا كان نظام حساب التكاليف غير موجود أو لا يفعل ذلك، فيجب توزيع النفقات العامة والإدارية على الوظائف المختلفة التي يتم تقديمها. وهناك طرق متعددة لفعل ذلك؛ بعضها أكثر منطقية وإقناعاً من البعض الآخر. مثلاً : الطريقة الأكثر بساطة (وهي غالباً الطريقة الأفضل) تقوم بتوزيع النفقات العامة والإدارية على الوظائف بالنسبة ذاتها التي يوزع بها باقي الإنفاق. كما يمكن أيضا الاعتماد على بعض المؤشرات الرئيسية الموجودة (كالزيارات أو عدد أيام الرعاية...) للقيام بهذا التوزيع مع الأخذ بعين الإعتبار الاكراهات الزمنية و المادية وكذلك القناعة النظرية.

عندما يتم توزيع النفقات العامة والإدارية بحسب فئات التصنيف الدولي للحسابات الصحية الخاصة بالرعاية الصحية يجب حذف تكاليف البحوث و التدريب و الرأس مال و وضعها ضمن فئة HC.R. (الوظائف المرتبطة بالصحة) و ذلك لاحترام التصنيف الدولي للحسابات الصحية.

3.13. تصحيح وضبط النتائج

حالما يتم توزيع نفقات وكلاء التمويل بحسب الوظائف إلى أقصى درجة ممكنة، وانتهاء وضع جدول المقدمين للخدمات بحسب الوظائف، يجب إعادة ضبط وتصحيح النتائج لكي يكون الجدولان منسجمين. ويساعد ذلك في أمرين أولهما : توزيع مصاريف وكلاء التمويل لمن ليس له وظيفة واضحة محددة في المعطيات؛ وثانيهما المساعدة في دقة تقييم تحليل وتفصيل المقدمين للخدمات بحسب الوظائف ووكلاء التمويل بحسب الوظائف أيضاً.

4.13. تصنيف الأنشطة كوظائف

تستخدم الفعاليات المصنفة كخدمات مساندة للرعاية الصحية (HC.4) لتسجيل خدمات المقدمين للخدمات غير التابعة لوحدات الرعاية العلاجية الخارجية (Ambulatory health care) أو للمرضى الداخليين (In-patient health care). وفي أحد الاعتبارات تبدو هذه الفئة مخالفة لنظام التصنيف الوظيفي: فالمصاريف المرتبطة بالخدمة يجب أن تكون مشمولة مع النمط الأولي للخدمة المرتبطة بها. لكن قد يكون من المناسب فصلها كفئة مستقلة معزولة عندما تكون رسوم هذه الخدمات معزولة عن رسوم خدمات الرعاية

العلاجية الخارجية (Ambulatory health care) أو للمرضى الداخليين (In-patient health care) التي ألحقت بها.

و كما في الخدمات المساندة للرعاية الطبية فإنَّ التصنيف الوظيفي HC.5 (سلع طبية مصروفة للمرضى الخارجيين) يستعمل لتسجيل النفقات عندما تكون الفعالية واضحة ومفصولة عن الخدمات الأخرى. وهذه المعالجة تبقى نظريا صالحة كلما كان للمستهلكين الخيار في عدم الحصول على الأدوية الموصوفة أو البضائع الأخرى بشكل مستقل عن زيارة الطبيب. لكن عندما تستعمل الصناعات الصيدلانية والسلع الطبية الأخرى في المستشفيات كجزء من معالجة المرضى الداخليين، فمن المناسب تصنيفها مثلاً في HC.1.1 (أو HC.2.1 أو HC.3.1). وبشكل مشابه فإنَّ الأدوية التي تستخدم خلال زيارة الطبيب (أو زيارة مقدم) يجب ضمها وشملها في تلك الزيارة.

14. توزيع الإنفاق الصحي على السكان

رغم أن على الفريق الذي يشرع بالحسابات أن ينتج معطيات أساسية قبل أي شيء آخر (فصول 11-13) فإن عليه ألاّ يستريح كثيرا بعد انتهائه منها للانتقال إلى مهمات أصعب. فأصحاب القرار السياسي يطلبون بسرعة المزيد من التحاليل و معلومات مفصلة أكثر و دراسات جديدة من المحاسبين الصحيين حول إنجاز نظام الرعاية الصحية. لذا يجب على المحاسبين الصحيين أن يستعدوا لمواجهة مثل هذه الطلبات.

إنَّ إنتاج مثل هذه الجداول التوزيعية لا يتطلب بالضرورة نفس الموارد التي يتطلبها إنتاج جداول وكلاء التمويل بحسب المقدمين للخدمات والمقدمين للخدمات بحسب الوظائف. و بوجود سابق لدراسات مسحية سكانية فإنَّ الجداول التوزيعية قد تمتص جهداً من العمل أقل بكثير من الجداول الأخرى. والأكثر من ذلك أنها قد لا تحتاج إلى إعادة الحسابات السنوية بتفاصيل كبيرة. فزيادة على وجود مجال للاستقراء و الاستنتاج (استكمال) و التقدير للقيم المفقودة، تظهر التجربة أن التوزيع الذي تشتمل عليه هذه الجداول يميل إلى الثبات بحيث من النادر أن يحدث فيه تغيير هيكلي و مفاجئ إلا في حالة إصلاحات كبيرة أو حدوث ظروف استثنائية.

1.14. الحسابات الوطنية الفرعية والتوزيع الجغرافي السياسي

يبدو الاهتمام باستخدام الحسابات الصحية لمراقبة التمويل واستعمال الإنفاق على المستوى الوطني الفرعي (إقليمي / ولائي...) واضحاً بشكل أكبر في البلدان ذات الأنظمة الحكومية الاتحادية، أو حين تكون مسؤولية السياسة الصحية مشاركة بين السلطات الوطنية والإقليمية. وتشتمل الحسابات الوطنية الفرعية على جداول المصاريف الصحية التي تبين تدفق الإنفاق من وكلاء التمويل إلى المقدمين للخدمات أو الوظائف ضمن منطقة وطنية فرعية معينة. و لهذه الحسابات الفرعية علاقة (وليس تشابه تام) بتحليل الاستفادة بحسب المناطق الجغرافية التي تؤكد على توزيع النفقات التي تم تقييمها سابقا.

إنَّ الإجراءات و المقاربات الراسخة المتينة لتوسيع الحسابات الوطنية على المستوى الوطني الفرعي موجودة، والكثير من مثل هذه الأعمال قد طبق في الحسابات الصحية. لذا يجب أن يبني المحاسبون الصحيون علاقات زمالة مع نظرائهم ممن يُحَضِّرون للحسابات الوطنية الفرعية من أجل حساب الناتج المحلي الإجمالي للاستفادة من خبراتهم في هذا الميدان والتعلم من طرقهم.

تميل الحسابات الإقليمية لأن تكون باتجاه تنازلي من الأعلى للأسفل أكثر منها تصاعدية من الأسفل إلى الأعلى. وهذا يعني أنها تعتمد أكثر على تقييمات تتم على المستوى الوطني، ثم توزع من بعد على الأقاليم؛ و تعتمد نادرا على تقييمات مستقلة لكل وحدة إقليمية ثم تُجَمَّع على شكل إجمالي وطني. لكل من الأسلوبين نقاط قوة وضعف. فمثلاً تتطلب طريقة الاتجاه التنازلي عموماً وقتاً أقل و تحاليل أبسط لكنها قد تنتج تقييمات ذات مُعَوَّلية مشكوك بها بالنسبة للمقارنات بين الأقاليم. وأما الأسلوب التصاعدي فيمكنه أن يقدم تقييمات إقليمية أكثر دقة لكنه يواجه صعوبات تنظيمية كبيرة تتطلب التأكد من أنَّ كل تقييم إقليمي مبني على معايير تصنيفية وتعاريف دولية موحدة تقبل المقارنة مع التقييمات الأخرى على المستوى الوطني.

2.14. توزيع النفقات الصحية على المجموعات السكانية

يعتبر توزيع موارد الرعاية الصحية بين الأشخاص، بحسب خصائص العمر والجنس والحالة الاجتماعية الاقتصادية أو مكان الإقامة، من بين الاهتمامات الكبرى للسياسات في النظام الصحي.

ليس بالضرورة أن يتناول التحليل التوزيعي حساب جميع النفقات الصحية الوطنية. فمثلاً ليس من الشائع استعمال الحسابات الصحية لمراجعة المساواة في توزيع الإنفاق المتعلق بالبناء أو بالبحوث أو بالإدارة. ولذلك فإنَّ عرض توزيع الموارد الصحية على السكان يقف فقط عند نفقات الرعاية الصحية الشخصية؛ و في بعض الأحيان يتسع هذا الاهتمام ليشمل أيضا الإنفاق على الخدمات الصحية العامة و الخدمات الوقائية.

3.14. تصنيف الإنفاق بحسب الحالة الصحية أو التدخل الطبي (Intervention)

بالإضافة للاهتمام بالإنفاق على الوظائف الصحية المختلفة يريد أصحاب القرار السياسي معلومات تكميلية تهم توزيع الإنفاق على المشاكل الصحية المختلفة والفئات المرضية و فئات التدخلات الطبية. و بشكل عام تهتم هذه التحاليل بمصاريف الخدمات الصحية الشخصية أكثر من مجموع النفقات الصحية الوطنية. ورغم هذا الاهتمام الكبير، فلا توجد بعد معايير دولية متفق عليها لتسجيل مثل هذه الفعاليات من الخدمات الصحية ونتائجها. كما أن الخبرات في هذا المجال قليلة جدا.

4.14. أفكار استنتاجية حول توزيع النفقات الصحية

توجد عدة مقاربات لإنشاء توزيع الإنفاق الصحي. و المقاربة الأنسب متوقفة على البعد المستعمل و الزمن و الموارد و طبيعة المعطيات المتاحة. وإنَّ بعض الأبعاد حساسة للتوزيع أكثر من أبعاد أخرى، فبعضها يتطلب المزيد من المعطيات التفصيلية أكثر مما تتطلبه أبعاد أخرى ويمكن أن تتطلب إنشاء مشروع بحثي طموح.

15. أفكار ختامية

1.15. ماذا يعني أن تكون محاسباً صحياً ؟

تتضمن عملية الحسابات الصحية بحث و تحديات متواصلة لتحقيق الشمولية و التناسق، و معرفة الجواب على بعض الأسئلة المطروحة في مجال السياسة الصحية، و كذلك لتسهيل المقارنات بين البلدان.

يجب أن يلتزم المحاسب الصحي بالمحايدة بالنسبة للمؤسسات والحلقات التي تدخل في عمليات التحليل الوصفي التي يقوم بإنشائها. كما يجب أن يكون عادلاً في تقييمه للمعطيات والمعلومات و أن يكون شريفاً في تقديمه للنتائج لأصحاب القرار السياسي وصناع القرار إجمالاً.

يعتبر المحاسب الصحي، بطريقة ما، مركزاً للخبرة يستطيع من خلاله أصحاب القرار السياسي والفاعلون ممَّن قلت تجاربهم في الحقل الإحصائي و الإقتصادي أن يحققوا الحد الأمثل للفوائد التي تبدو أحياناً متعارضة أو التي تشتكي أحيانا من المعلومات الغير منظمة. ويمكن الوصول إلى هذا الهدف باحترام الأحكام و الواجبات التي تفرضها علوم الإحصائيات و بالقدرة على استعمال حجم كبير من المعلومات و تقديمها من خلال نماذج مختصرة نسبياً، وكذلك بإنشاء مصادر معلومات جديدة حول مسار الحسابات.

من الضروري أن يكون للمحاسب الصحي قدرات للتواصل، و كذا هاجس التواصل المتواصل. و يجب أن تكون الحسابات الصحية واضحة للبرلمانيين وللمكلفين بالوظائف التنفيذية في الحكومة وللمحللين السياسيين و لعامة الناس، لأنَّ الحسابات ليست مجرد سلسلة من الجداول أو تعاقب جداول في سلسلة زمنية معينة، لكنها تقرير يحدد بعض الرسائل الأساسية، ويشير أحياناً إلى النقط التي تستحق الأولوية في الانتباه والعناية. وإنَّ أخلاقيات المحاسبة تدعو المحاسبين الصحيين لإبراز و تقديم النتائج بشكل واضح لجميع الفاعلين دون أي غموض.

يحاول المحاسب الصحي وصف التدفقات المالية للنظام الصحي بطريقة شمولية و متناسقة. ويتطلب هذا الوصف المتواصل (و هاجس تحسينه مستمر) قدراً معيناً من الامتثال والتبسيط.

وهناك بعض الصعوبات تنتظر المحاسب الصحي، حيث يتطلب إنشاء جدول الحسابات الصحية وجود افتراضات حول طبيعة نظام الرعاية الصحية، كما يتطلب الأمر الصدق الفكري في تحديد المجموعة المناسبة من الفرضيات التي تطبق على النظام الصحي الموصوف. و لكي تظهر الحسابات حقيقة نظام تمويل الرعاية الصحية، فيجب أن تكون شمولية وتعالج بطريقة متساوية جميع النشطاء الفاعلين في هذا النظام.

ويجب أن يعمل المحاسبون جاهدين في الاستمرار بتطوير عملهم وتحسينه. ففي المراحل الأولى من تكوين نظام الحسابات الصحية، تقلص الصعوبات و القيود للوصول إلى المعلومات من طموحات المحاسبين. ثم سنة بعد سنة يحسن المحاسبون من جودة النشاط و ذلك بالتحقق من الصلة الوثيقة بين الجداول التي تم إنشاؤها و من فعالية التوزيع الذي تم الوصول إليه و من صحة المعطيات في كل خلية. كما يجب تعقب المعطيات و المعلومات المفقودة بإصرار، و التساؤل دائماً عن طبيعة المعطيات.

والمحاسبون الصحيون مدعوون كذلك للأخذ بعين الاعتبار خمس قواعد أخرى و هي: الالتزام الدائم بالشفافية، و القدرة على تطبيق الحكم بطريقة مهنية و غير منحازة، و التفاعلات المكررة والمتبادلة والمفتوحة مع جميع الفاعلين الآخرين، و الالتزام بالتحسين المستمر و الصبر والمثابرة للتغلب على جميع المصاعب.

2.15. مأسسة الحسابات الصحية الوطنية

إن إضفاء الطابع المؤسسي على الحسابات الصحية الوطنية غير محصور بنشاط محدد زمنيا، بل هو عمل مستمر و شاق في بعض الأحيان. و يتطلب أربعة عوامل أساسية:

- إدارة تشعر بالحاجة إلى البرهان لاتخاذ القرار، خصوصا على المستوى المالي.
- امتلاك الرغبة و القدرات لإنشاء الحسابات الصحية الوطنية بفريق ذي قدرات كافية في مجال التفسير و الإقناع و تلبية طلبات (و الأجوبة على أسئلة) صانعي القرار.
- تعبئة الموارد من أجل نجاح مشروع الحسابات الصحية الوطنية و ذلك ب:
  - تكوين فريق متخصص؛
  - إدماج نشاط الحسابات الصحية الوطنية في هيكلة الإدارة المكلفة (وزارة الصحة أو مؤسسة أخرى) و في ميزانيتها؛
  - إدماج المعلومات المتعلقة بالحسابات الصحية الوطنية في النظام المعلوماتي الوطني؛
  - نشر النتائج؛
  - الإرادة المستمرة لتحسين النشاط.
- من المهم جدا أن يتسم أفراد فريق الحسابات الصحية الوطنية بسمعة طيبة إن على الصعيد الفني أو الصعيد الأخلاقي، و أن يعترف كل الفاعلين بجودة هذه الحسابات. وهذا بحد ذاته أفضل دفاع عن مأسسة الحسابات.

3.15. التحدي

إنَّ الحسابات الصحية أداة قوية جداً لتحليل النظام الصحي، يمكن أن تستعمل لوصف و تحليل و دراسة توقعات التدفقات المالية في دورها كأداة لتعزيز أهداف النظام الصحي. وبالعمل الجيد يمكن أن تساهم الحسابات الصحية الوطنية، بجانب الدراسات الأخرى الغير مالية، في إنشاء سياسة صحية عقلانية. وإنَّ التحدي الذي يواجهه فريق الحسابات الصحية في تحقيق طلبات الزبائن (صانعي القرار) يشبه التحدي الذي يواجهه النظام الصحي وهو : إنتاج أفضل جودة ممكنة بموارد محدودة.

المراجع

- منظمة التعاون والتنمية الاقتصادية –OECD- (2000)، "نظام الحسابات الصحية، version 1.0"، باريس.
- منظمة الصحة العالمية (2000)، "التقرير الخاص بالصحة في العالم لسنة 2000"، جنيف.
- منظمة الصحة العالمية و البنك الدولي و الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية (2003)، "المرشد إلى إنشاء نظام الحسابات الصحية الوطنية، مع تطبيقات خاصة للبلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط"، جنيف.
- مواقع على الإنترنت:
  - www.who.int/nha
  - www.oecd.org
  - www.phrplus.org/nha
  - www.undp.org