

البرنامج الطبي لنظام المعلومات كأداة حديثة للمحاسبة الاستشفائية وتخصيص الموارد

د. عميروش بوشلاغم	د. شهرزاد الوافي
جامعة قسنطينة 2	جامعة قسنطينة 2
amirouche.bouchelaghem@univ-constantine2.dz	chahrazed.louafi@univ-constantine2.dz

الملخص

تهدف هذه الورقة البحثية إلى عرض وإبراز أهمية البرنامج الطبي لنظام المعلومات كأداة حديثة لقياس الناتج وتخصيص الموارد المالية في المحاسبة الاستشفائية. و توصلنا إلى أن تطبيقه في الميدان يستلزم توفر مجموعة من الشروط المسبقة و ضرورة انتهاج خطوات محددة من أجل تحديد تكاليف ناتج النشاطات الصحية. و أن تجربة تطبيقه في المجال ثرية وغنية بالمؤشرات التي يمكن للجزائر الاستناد عليها من خلال تكييفها الواقع قطاعها الصحي من أجل فاعلية وكفاءة أكبر في التطبيق.

Résumé

Ce présent travail a pour but de présenter et de démontrer l'importance du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) comme outil moderne de mesure de la production hospitalière et d'affectation de ressources, cependant sa mise en œuvre nécessite un ensemble de pré requis et des procédures indispensables à la détermination des couts du produit hospitalier. L'expérience de certains pays dans ce domaine est riche et révélatrice d'indices que l'Algérie pourra l'adopter à la réalité de son secteur sanitaire pour en bénéficier des résultats meilleur en termes d'efficacité, d'efficience et de pertinence.

المقدمة

نظراً للتحديات التي تنتظر المنظومات الصحية وضرورة تكييفها مع متطلبات العصرنة في التسيير، ظهرت أدوات حديثة في مراقبة التسيير تهدف إلى ترشيد القرارات الإدارية والتسييرية في شتى المجالات. ومن أبرز هذه الأدوات البرنامج الطبي لنظام المعلومات ، الذي ينتهج خطوات محددة لتحديد تكاليف ناتج النشاطات الإستشفائية. ويفرض

مسببًا التزوّد بحجم معين من المعلومات الاقتصادية والطبية، من خلال موازنة تكاليف إنتاج العلاج مع الأمراض المتكفل بالاستناد على يسمى المجموعات المتجانسة للمرضى و التي ستساعد المسير على تجميع الأمراض التي لها نفس الخصائص وتستهلك نفس الموارد، ممّا يتيح الفرصة لتخصيص كل مجموعة تكلفتها المقابلة ، ويصبح بالتالي البرنامج الطبي لنظام المعلومات أداة لتخصيص الموازنات وتسعير النشاطات.و عليه نصل إلى طرح التساؤل التالي:

ما مدى مساهمة البرنامج الطبي لنظام المعلومات الطبية في حساب التكاليف الاستشفائية ؟

ويتفرع من هذا التساؤل الرئيسي التساؤلين الفرعيين التاليين:

- ما هي مكونات البرنامج الطبي لنظام المعلومات الطبية ؟
- ما هي مجالات تطبيق البرنامج الطبي لنظام المعلومات واستخداماته ؟

تهدف الورقة البحثية إلى التعرف على البرنامج الطبي لنظام المعلومات الطبية كأسلوب جديد في التسيير أعد من طرف الدولة وتضافرت فيه جهود الأطباء والمرضى والمسيرين والمحاسبين والمختصين في الإعلام الآلي، وإبراز أهمية تطبيقه في الأنشطة الطبية وقياس تكاليفها بطريقة هادفة وصحيحة استجابة لمنطق التحكم في التكاليف والقضاء على إشكالية تكميم النشاط الاستشفائي.

وقد اعتمدنا في دراستنا على المنهج الوصفي التحليلي الذي يركز على وصف المفاهيم الواردة في الدراسة وصفا علميا دقيقا، من أجل تحديد ملامحها وصفاتها، حيث قمنا بجمع أكبر قدر من المعلومات حول موضوع الدراسة وتحليلها تحليلا دقيقا للخروج بنتائج علمية عن الظاهرة المدروسة. وقد تم تقسيم البحث إلى ثلاث محاور أساسية:

- المحور الأول: البرنامج الطبي لنظام المعلومات الطبية (التعريف و الأدوات)
- المحور الثاني: مجالات تطبيق البرنامج الطبي لنظام المعلومات واستخداماته
- المحور الثالث: المحاسبة الاستشفائية للتكاليف في ظل البرنامج الطبي لنظام المعلومات

المحور الأول: تعريف البرنامج الطبي لنظام المعلومات الطبية وأدواته

سنحاول من خلال هذا المحور التطرق إلى تاريخ ظهور البرنامج الطبي لنظام المعلومات الطبية، وأسباب ظهوره، من خلال تقديم تعريف شامل له والتعرض لمكوناته. فيما يلي:

1.1. تاريخ ظهور البرنامج الطبي لنظام المعلومات الطبية

إنّ البرنامج الطبي لنظام المعلومات الطبية¹(PMSI)، في الأصل فكرة أمريكية جاء بها P.Feldstein و W. Carr ليستأنفها فيما بعد سنة 1974 R.FETTER أستاذ الاقتصاد بجامعة Yale الأمريكية؛ بحثا عن تحقيق عدد أقل من المجموعات المتجانسة للمرضى(GHM)²، حيث استند عمله على تحليل إحصائي يأخذ بعين الاعتبار خصائص أمراض المريض و العلاج.

وتمثلت الفكرة المطورة في تحديد البيانات المميزة للإقامة في محاولة لربطها إلى البديل الذي يمثل التكلفة الإجمالية للإقامة (المدة) من خلال طريقة التحليل المتسلسل. حيث قام بتصنيف الإقامة الإستشفائية على أساس معيارين في آن واحد هما:

✓ طبي: يتوقف على نوع الأمراض المتكفل بها؛

✓ اقتصادي: يتوقف على طبيعة وكمية الموارد المستهلكة.

أمام النمو المعترف للنفقات الإستشفائية، قام الكونغرس الأمريكي سنة 1982 بإعداد تسعير لتقييم الإقامة الإستشفائية على أساس تصنيف طبي-اقتصادي، أصبح يعرف باسم مجموعة التشخيص النسبية³(DRG)، حيث يقابل كل مجموعة تشخيص نسبية تسعير ثابت، محدد مسبقاً، وذلك مهما كانت فترة الإقامة، وأفضى إلى ظهور نظام الدفع المسبق(PPS)⁴.

ولقد أستغرق تعميم نظام الدفع المبني على أساس مجموعة التشخيص النسبية خمس سنوات، استخدم في البداية كأداة لتحليل النشاط، ولكن بداية من سنة 1983 أستعمل كوسيلة دفع جزائي للإقامة الإستشفائية المغطاة بواسطة البرنامج الفيدرالي Medicare.

لقد تبنته فرنسا فيما بعدو أُدخِلَ في منتصف الثمانينيات من طرفKervasdouéJeanمسؤول إدارة المستشفيات بوزارة الصحة آنذاك ، أين استخدم في بدايته كأداة وبائية لتظهر فعاليته كأداة لتخصيص الموازنة، ولقد عمم سنة 1997.

اعتمدت فرنسا على تصنيف مجموعة التشخيص النسبية (DRG) بإنشاء تصنيف المجموعات المتجانسة للمرضى الذي يتماشى مع خصوصية المنظومة الصحية الفرنسية وذلك في سنة 1982 بهدف قياس وتحديد نشاطات المؤسسات الصحية وضبط تخصيصات الموازنة.

2.1. أسباب تبنيالبرنامج الطبي لنظام المعلومات في فرنسا

¹Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information

²Groupe Homogène de Malade.²

³DiagnosisRelated Groups

⁴Prospective Payment System.

إنّ تطبيق البرنامج الطبي لنظام المعلومات في المستشفيات الفرنسية كان نتيجة لعدّة أسباب، معظمها عامة، بالنظر إلى التوسع الكبير في الإنفاق الصحي، ومنها ما هو هيكلي له علاقة بطريقة تمويل المؤسسات الصحية. ومنأهم هذه الأسباب نذكر:¹

1.2.1.1. الارتفاع في النفقات الصحية:

إنّ التوسع السريع في الطلب على الخدمات الصحية هيظاهرة عامة لوحظت في جميع الدول الصناعية و يرجع ذلك إلى عوامل عدة ابرزها:²

- النمو الديمغرافي و يتعلق الأمر بهيكل السكان حسب العمر و تطور الحالة الصحية؛
 - الدخل؛
 - ارتفاع الاسعار و التطور التقني المرتبطة بالسياسات و الهيئات الصحية؛
- هي عوامل ديمغرافية و غير ديمغرافية، هذابالاضافة إلى "الحق في الصحة" لدور الدولة الرعوي أدوا الى تطور الإستهلاكات الطبية و نجم عنه صعوبة التحكم في عرض العلاج.

لقد عرفت النفقات الصحية في فرنسا على مستوى منظمة التعاون والتنميةالاقتصادية، ارتفاعا متزايدا حيث انتقلت نسبة النفقاتمناالناتج الداخلي الخام من 8,5% سنة 1987 إلى 9.8 % سنة 1997 لتبلغ 11,2% سنة 2005 ، مما جعلتها تتقدم في المراتب الأولى من حيث الإنفاق إذ انتقلت من المرتبة الخامسة إلى المرتبة الثانية بعد الولايات الأمريكية المتحدة.³

2.2.1. وسيلة لتمويل المستشفيات العمومية

حتى صدور مرسوم 11 أغسطس 1983، المستشفيات العمومية كانت تمول على أساس قاعدة التسعير اليومي المحددة كل سنة والتيتضمن بعض النقائص نذكر منها:⁴

- تحضير الميزانية يتمبشكلميكانيكي، دونالأخذفيالحسبانالاحتياجاتالفعليةللمؤسسات.
- ميزانية المستشفياتتحددبمعطياتالسنة السابقةمضافاًإليهامعامزيادة؛
- طريقة التمويل لا تشجع على تحسين الإنتاجية لأنها مبنية على منطق الوسائل أكثر منه كانت الأهداف من تطبيقالبرنامج الطبي لنظام المعلومات ترمى إلى تذليل العيوب السابقة الذكر؛
- أضف إلى ذلك المنافسة غير المتكافئة بين القطاع الخاص والعام مع العلم أنّهذا الأخير، يتكفل بالأمراض الثقيلة والمزمنة لفئة الأشخاص المسنين.

3.2.1. ضبط الموازنة العامة

إن البرنامج الطبي لنظام المعلومات يسمح بضبط الموازنة العامة للمؤسسات الاستشفائية عن طريق من خلال:⁵

- معرفة النشاط والتكاليف: الإعلان على المرجعية، المقارنة، تحليل التكاليف.
- إعادة توزيع الوسائل: بحسب النشاط وإعادة هيكلة المؤسسات.
- إلزامية تحسين الإنتاجية المثلى: من خلال تطبيق بعض الإجراءات مثل: التحفيز إعادة تخصيص الموارد. فعلى ضوء ذلك أصبحت موازنة المؤسسات العمومية تضبط وتحضر بناء على معيار النشاط من خلال إدخال مؤشر جديد يدعى المؤشر التجميعي للنشاط (ISA)⁵، وهو مؤشر مرجح بالنقاط يسمح بإعطاء فكرة حول تقدير تكاليف المجموعات المتجانسة للمرضى بعد تحميل مختلف الأعباء المباشرة وغير المباشرة.

3.1. تعريف البرنامج الطبي لنظام المعلومات

يعرّف G.Nisand البرنامج الطبي لنظام المعلومات على أنه:

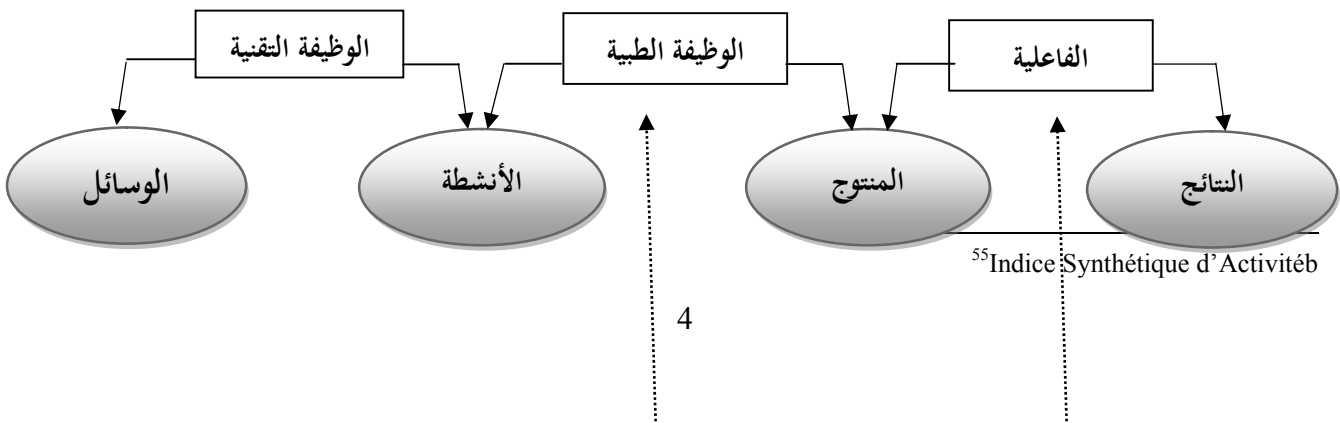
"نظام يسمح بقياس وتطبيق الناتج الإستشفائي من خلال موازنة تكاليف العلاج مع طبيعة وأنواع الأمراض المتكفل بها وذلك من خلال المجموعات المتجانسة للمرضى".⁶

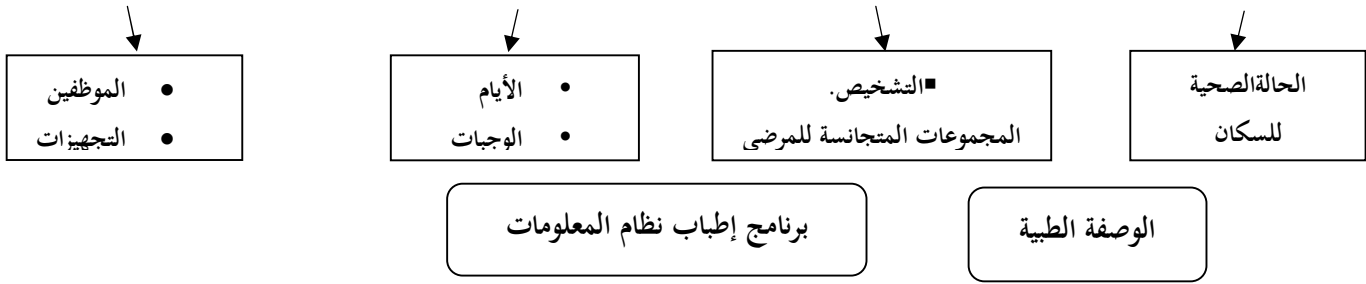
إضافة إلى ذلك فهو مجموعة من الأساليب المعلوماتية التي تساهم في معرفة وتسيير المستشفى كهيكل ينتج العلاج والخدمات، وعليه يكون من المنطقي إضفاء الجانب الطبي في النظام المكلف بوصف الإنتاج وإخراج المعلومة من أجل اتخاذ القرارات السليمة في الوقت المناسب.

والشكل الموالي يوضح تأثير البرنامج الطبي لنظام المعلومات في وصف وظيفة الإنتاج بالمستشفى:

شكل رقم (1)

نموذج الوظائف التقنية والطبية داخل المستشفى وفق البرنامج الطبي لنظام المعلومات





Source : Nisand G,op.cit, p2.

من أجل إنجاز الوظائف التقنية ومختلف الأنشطة الواقعة على عاتق المستشفى، فإنّ هذا الأخير ملزم بتوفير الوسائل المادية والبشرية، وبما أنّ هذه الأنشطة تقاس بمؤشرات غير طبية مثل: عدد المعاینات، عدد الوجبات... إلخ، لا بد من استكمالها بمؤشرات طبية جديدة تعتمد على التشخيصات، الممارسات الطبية والفنية، المجموعات المتجانسة للمرضى. المرحلة الأخيرة من وظيفة الإنتاج، تتمثل في ضرورة تحقيق النتائج من حيث تحسين الحالة الصحية للسكان، تراجع الوفيات... إلخ. والذي لا يتأتى إلاّ من خلال الاستخدام الأمثل للموارد المتاحة وتحسين مفهوم الفاعلية والجودة.

4.1. أدوات البرنامج الطبي لنظام المعلومات

يعد تصنيف المجموعات المتجانسة للمرضى من وجهة نظر الموارد و الأهمية الطبية على حد سواء، الأداة المحورية للبرنامج الطبي لنظام المعلومات، يحاول من خلاله تحد مفهوم الناتج في المستشفى، و يسمح بتنظيم شامل وفريد للإقامة قصيرة المدة (الطب، الجراحة والولادة) ضمن مجموعة واحدة وموحدة من المجموعات المتجانسة للمرضى⁷. هذه المجموعات المتجانسة تمثل ملف الإقامة بالمستشفى استنادا إلى البيانات الإدارية و التشخيص و الإجراءات المتخذة، و تعكس بذلك سلة الرعاية الصحية المقابلة لنوع معين من المرضى يحددها الطبيب⁸. وتعرف المجموعات المتجانسة للمرضى على أنّها ناتج (إقامة) ذو طبيعة اقتصادية-طبية ومتجانس على مستويين:⁹

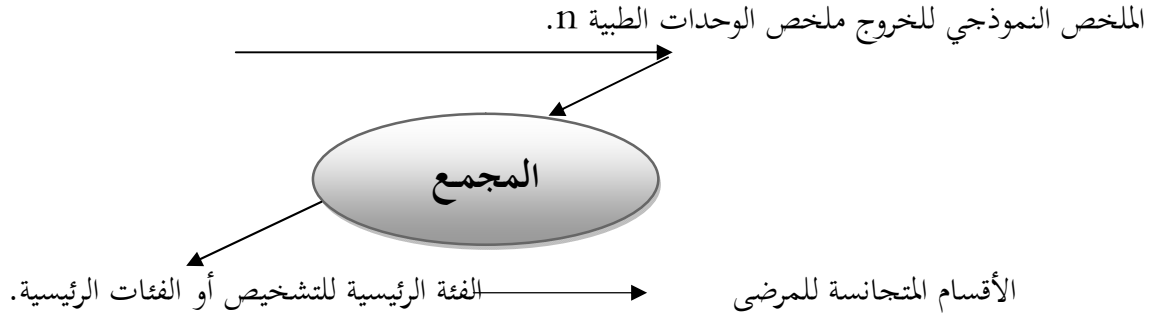
- الطبي من خلال الأمراض المرتبطة بجهاز معين؛
- الاقتصادي من خلال الموارد المستهلكة. مثل الأيام، الممارسات الطبية والفنية... إلخ.

عملت على تصنيف المرضى و تصنيفهم حسب تشابه إقامتهم في المستشفى وتقارب تكلفتهم. هذا التصنيف شامل وفريد لأن أي إقامة تدرج في مجموعة متجانسة للمرضى كإطار مرجعي وفقا لخوارزمية القرار التي تقوم على المعلومات الطبية والإدارية في أن واحد من خلال مجموعة من الاختبارات المتعاقبة التي يقوم بها برنامج التجميع على المعلومات الواردة.

إنّ المسار الذي يسمح بمتابعة وفهم تصنيف المجموعات المتجانسة للمرضى، موضح في الشكل أدناه:

شكل رقم (2)

مسار مبدأ التصنيف للمجموعات المتجانسة للمرضى



Source :Nisand G,op.cit, p 7.

تم معالجة الملخص النموذجي للخروج RSS⁶، في المؤسسات الصحية من قبل برنامج يسمى "المجمع". الذي يصنف كل إقامة في فئة رئيسية للتشخيص. CMD⁷، أو في فئات رئيسية CM⁸. بحسب الحالة لنحصل في النهاية على المجموعة المتجانسة للمرضى. وهو ما نوضحه فيما يلي:

- الفئات الرئيسية للتشخيص: تجمع الإقامة المرتبطة بجهاز وظيفي معين (القلب، الرئة، الكبد، ... الخ).
- الفئات الرئيسية: تجمع الإقامة المتعلقة بأقل من 24 ساعة.

و يضم التصنيف الحالي 24 فئة رئيسية للتشخيص و ثلاث فئات رئيسية، و (592) مجموعة متجانسة للمرضى¹⁰.

الإقامة في مصلحة واحدة: $RSS = n RUM$

الإقامة في عدة مصالح: $RSS = nx \sum RU$

المعالجة الكلية للملخص النموذجي للخروج بواسطة برنامج الإعلام الآلي (المجمع) يمكن توضيحه كما يلي:

الإقامة لأكثر من 24 ساعة: $CMD = \sum RSS$

الإقامة لأقل من 24 ساعة: $.CM = \sum RSS$

⁶Résumé Standardisé de Sortie
⁷Catégorie Majeure de Diagnostics
⁸Catégorie Majeure.

كما أن الملخص النموذجي للخروج يشكل مفهوماً آخر للبرنامج، يتضمن معلومات طبية وأخرى إدارية وهي ثلاثة أنواع:

- **المعلومات الإدارية:**¹¹ وهي المعلومات التي نعتبرها رئيسية، وتحدد هوية المريض مثل: الجنس وتاريخ الميلاد العمر بالنسبة للطفل أقل من عام واحد، وتواريخ الدخول والخروج ونمط التحويل أو النقل.
- **معلومات تشخيصية مجتمعية:** يذكر فيها التشخيص الرئيسي مع إلزامية أن يكون وحيداً. وتجدر الإشارة إلى إمكانية تفرع معلومات التشخيص إلى مجالات أخرى من:¹²
 - توسيع نطاق الخدمات وامتدادها لأكبر عدد من المرضى؛
 - التعرف بسهولة على احتياجات الصحة المجتمعية؛
 - تبادل الوثائق المعلوماتية بين القيادات الإدارية و السياسة الصحية؛
 - التثقيف الصحي و التعليم و التدريب.
- **معلومات صحية طبية:** توصف فيها مدونة الممارسات الطبية المختلفة وتشفيرها، و تعمل على تحسين جودة الرعاية الطبية من:¹²

- تقديم الخدمات الصحية عن طريق فريق طبي بأفضل طريقة؛
- توفير المعلومة الصحية على نطاق واسع و سريع و فعال؛
- تحقيق الرعاية الصحية و الوقائية و العلاجية و استخدامها في الترصد الوبائي.

المحور الثاني: مجالات تطبيق البرنامج الطبي لنظام المعلومات واستخداماته.

يغطي البرنامج الطبي لنظام المعلومات عدّة مجالات، كما أن له استخدامات مختلفة، سنعالجها فيما يلي:

1.2. المجالات التي يغطيها البرنامج الطبي لنظام المعلومات

يغطي البرنامج الطبي لنظام المعلومات جميع أنشطة المستشفيات، فمنذ إنشائه في فرنسا يقوم بوصف:¹³

1.1.2. الإقامة القصيرة: وتغطي الإقامة الإستشفائية الكاملة، منذ لحظة وصول المريض إلى المستشفى إلى

غاية خروجه ولمدة لا تتجاوز 24 ساعة.

2.1.2. الإقامة المتوسطة المدّة: ونقصد بها متابعة الرعاية وإعادة التأهيل، حيث امتد البرنامج الطبي لنظام

المعلومات إلى هذا النوع من الإقامة عام 1992. وتمّ تعميمه على جميع المؤسسات الصحية العامة الفرنسية سنة

1998 والخاصة سنة 2003. يختلف هذا النوع من الإقامات عن سابقه، فهو يعتمد على تصنيف فئات رئيسية سريرية (CMC)⁹، التي تركز على المجموعات المتجانسة للأيام (GHJ)¹⁰.

3.1.2. الإقامة الطويلة: تغطي إقامة المريض في قسم العلاج النفسي، حيث مسّن البرنامج الطبي لنظام المعلومات الطبية هذا النوع من الإقامة ابتداءً من سنة 2006.

2.2. استخدامات البرنامج الطبي لنظام المعلومات الطبية

يمكن تصنيف الاستخدامات المختلفة للبرنامج الطبي لنظام المعلومات إلى مجموعتين هما:¹⁴

1.2.2. الاستخدامات الخارجية: تتمثل هذه الاستخدامات الخارجية في ضبط وتحضير الميزانية العامة السنوية للمؤسسات الصحية على أساس النشاط والتي تستند على مؤشر قياس كمي جديد، يدعى مؤشر ملخص النشاط (ISA)¹¹. حيث يعبر عن أنشطة هذه المؤسسات بترجيح مجموعة من النقاط والتي يتم جمعها من طرف مديرية الصحة التي تقوم بترجمتها إلى أرقام بدلالة مؤشر ملخص النشاط لنحصل في النهاية على الميزانية التقديرية السنوية.

2.2.2. الاستخدامات الداخلية: يمكن استخدام بيانات البرنامج الطبي لنظام المعلومات تقريبًا في ثلاث

مجالات:¹⁵

- ردّ المعلومات حول نشاط المؤسسة الصحية.
- المساعدة في تحديد إستراتيجية المؤسسة الصحية.
- التسيير الداخلي لمصالح المؤسسة الصحية.

1.2.2.2. ردّ المعلومات:

وذلك عن طريق رفع التقارير مرتين في السنة، أحدهما سداسي، والثاني في نهاية السنة، تحتوي في المقام الأول على عدد من الأقسام المتجانسة للمرضى، والأنشطة المحققة فعليًا بفضل البرنامج الطبي لنظام المعلومات ومقارنتها مع قاعدة البيانات الوطنية، حيث تعطي لنا رؤية موضوعية وواضحة حول النشاط الطبي. إضافة إلى ذلك فإنه يتم تحضير تقرير سنوي آخر يمثل تطور الوضع المعيشي، الخصائص الديمغرافية ونوع الأمراض التي تمّ تشخيصها، معالكشف عن تفاصيلها. مثل: نشاط الأورام، حديثي الولادة، والزرع. يتم الإعلان عن هذه التقارير إما على الورق أو على الموقع الإلكتروني للمستشفى والتي تسمح لجميع المصالح مقارنة النتائج فيما بينها من أجل معالجة المشاكل.

2.2.2.2. المساعدة في تحديد إستراتيجية المؤسسة الصحية:

⁹Catégories Majeures Cliniques.

¹⁰Groupes Homogènes de Journées

¹¹Indice Synthétique d'Activité.

يتعين على جميع المستشفيات أن تقدم خلال كل خمس سنوات مشروع المؤسسة الذي هو عبارة عن وثيقة تقدم إلى الهيئات التي تسيطر السنة والتوقعات. وفي هذا السياق فإن تحليل معطيات البرنامج الطبي لنظام المعلومات يسمح بمعرفة مدى توزيع معدلات استئصال الرحم، الزائدة الدودية، إلخ... من العمليات الجراحية على المستوى الكلي على سبيل المثال، وما ينجر عنه من اتخاذ مختلف الإجراءات التصحيحية. إذ أن التغذية المرتدة للمهنيين ستشكل بالفعل إجراء "معياري" يتسم بالكفاءة الكبيرة. و بذلك بتحديد بعض المحاور الإستراتيجية للتطوير و لتقييم حاجة الأفراد لهذا النوع من الأنشطة والعلاج.

3.2.2.2. التسيير الداخلي لمصالح المؤسسة:

إن الصعوبات الكبيرة التي تواجهها أغلبية المؤسسات الصحية تتمثل أساساً في ظاهرة تزايد استهلاك الأدوية من جهة، وزيادة الطلب في استهلاك الفحوصات التكميلية والأشعة من جهة أخرى. وإتارتباط المعلومات المحاسبية بالتكاليف يجعل المعلومات المحصل عليها من البرنامج الطبي لنظام المعلومات كفيلاً بالكشف السريع علماً انحرافات الوشبكة الحدوث ومحاولة تفسيرها.

أن ما سبق ذكره يؤكد كون النظام:¹⁶

- ✓ أداة للرقابة الطبية للنفقات على الصحة.
- ✓ تعمل على الحد من العلاج غير المجدي
- ✓ توفر تحليلاً دقيقاً لتقلب معدلات الإجراءات الطبية التي يتم تنفيذها على كل سكان القطاعات المحددة برموز الإقامة الجغرافية.
- ✓ تشكل التغذية الرجعية للمعلومات التي يزودها النظام المعلوماتي الطبي إطاراً معيارياً يتسم بالكفاءة الكبيرة و عليه يساهم في تقليل تكلفة العلاج ذو الجودة، بالإضافة إلى أنه يعمل على تحسين إدارة الرعاية الصحية في بيانات كل إقامة، مما يمكن من تحديد حالات الاستشفاء لإقامة أخرى مماثلة لنفس المريض.

ولذلك يعد البرنامج وسيلة للمحاسبة داخل المستشفيات¹⁷

المحور الثالث: محاسبة التكاليف الاستشفائية في البرنامج الطبي لنظام المعلومات

سنوضح فيما يلي إطار العام لطريقة حساب التكاليف وفق البرنامج الطبي لنظام المعلومات :

1.3. الإطار العام لمحاسبة التكاليف الاستشفائية

بعد تقسيم المستشفى إلى أقسام تحليل، يتم تحديد التكاليف الخاصة بكل قسم في مرحلة أولى وصولاً في الأخير إلى تحديد تكلفة المجموعات المتجانسة للمرضى والمجموعات الشكلية مروراً بتحديد تكلفة فترة مكوث المريض بالمستشفى.

من أجل تحقيق هذه الأهداف تم وضع المعالم الرئيسية للطريقة من خلال الشكل الموالي:

شكل رقم(3): استغلال المحاسبة التحليلية المبنية على الأقسام المتجانسة



Source :GrolierJACQUES,Benchmarking PMSI: Analyse Diagnostique des CoûtsENSP,France,2002, p 77.

من خلال الشكل أعلاه يمكننا القول أن طريقة حساب التكاليف تنطلق من الحسابات المرصدة للمحاسبة العامة، والمحصل عليها من مخرجات هذه الأخيرة من حسابات الميزانية العامة و كذلك الميزانيات المرفقة لها، و عليه يمكن القول أن هذا البرنامج الذي يجمع المعطيات الاقتصادية و الطبية يتميز بشمولية حساب التكاليف دون التفرقة بين ما هو عام وما هو خاص.

كما سبق الإشارة إليه أنّ المجموعات المتجانسة للمرضى تمثل فترة المكوث في المستشفى على المدى القصير، تضاف إليها منتجات استشفائية أخرى التي تمثل باقي أنشطة المستشفى وتعرف باسم المجموعات الشكلية، و عليه نصل إلى أن تكلفة كل مخرج استشفائي تتكون من ثلاثة أنواع من التكاليف:¹⁸

- تكاليف هيكلية: و يتعلق الأمر بالمصاريف المالية، حيازة البيانات، الضرائب والرسوم؛
- تكاليف لوجستية: و تتعلق بالامداد كالأطعام، النقل، أعباء التسيير العامة الأخرى والمعدات؛
- تكاليف طبية: تتمثل في المصاريف التي يتحملها المريض مباشرة مثل: أكياس الدّم، الأعضاء الاصطناعية، أدوية وأدوات خارجية.

و عليه فان مصاريف الأقسام العلاجية التي مرّ بها المريض مثل أعباء الطاقم الطبي من الأطباء المعالجين و المرضى المرافقين للأطباء و المرضى ناهيك إلى التقنيين و العمّال آخريين كالإداريين و الأعوان، و اهتلاك الأصول المملوكة للمستشفى و صيانة الأجهزة الطبية واللوازم المستهلكة الموزعة على فترة مكوث المريض في المستشفى المستفاد منها.

بينما مصاريف الآداءات المقدمة من طرف الأقسام الطبية التقنية الموزعة على المريض على أساس الآداءات المستفاد منها في هذه الأقسام (أشعة، تحاليل، غرفة العمليات... الخ) والتي توزع على المكوث على أساس مؤشراً للتكاليف المطلقة.

2.3. مؤشرات نظام معلومات محاسبة التكاليف الاستشفائية لنظام المعلومات:

بالاعتماد على الدراسة الدقيقة للتكاليف، تورد محاسبة التكاليف الاستشفائية مؤشرات هامة متعلقة بالنفقات الطبية طيلة مدة العلاج أو مدة المكوث في المستشفى و نجد منها:

1.2.3. مؤشر التكلفة الوحودية للنشاط الاستشفائي CUAH: ¹⁹ الذي يستند في حسابه إلى

متغيرين هما :

✓ عدد المجموعات المتجانسة

✓ العبء الاقتصادي لكل مجموعة متجانسة،

يبني نموذج التكلفة الوحودي للمؤسسات الاستشفائية بالاعتماد على المحاسبة التحليلية المفصلة. وقد أجريت دراسة في فرنسا على أربعين مؤسسة استشفائية عمومية تطوعية من طرف الدراسة الوطنية للتكلفة، وقد سمحت بتقييم التكلفة المتوسطة لمجموعة مرضى متجانسة؛ بغرض إعداد سلم وطني للتكلفة النسبية من جهة كما تنسب إلى كل مجموعة مرضى متجانسة عدد من مؤشرات النشاط.

و من امثلة عينة الدراسة المأخوذة مجموعة الولادة العادية بدون تعقيدات. حيث تسمح قيمة التكلفة الوحودية الشاملة للنشاط الاستشفائي لكل مؤسسة عمومية استشفائية بحساب الميزانية المنتظرة، بينما المعطيات المحاسبية فتسمح بمعرفة الميزانية (AGH N) المتحصل عليها من المحاسبة التحليلية وتحليل تسيير النشاط الاستشفائي المسمى بالميزانية المنفقة .

2.2.3. مؤشر النشاط الشمولي ISA: يعمل المؤشر على ضبط ميزانية المستشفى بدلالة كل من:

- مجموعة المتجانسة للمرضى؛

- نوع و حجم المؤسسة الاستشفائية؛

- التكلفة الكلية للإقامة في المستشفى.

وتحسب قيمة مؤشر النشاط الشمولي مثل الفرق بين الميزانية المنفقة و ميزانية النظرية لمؤسسة استشفائية عمومية ، والتكلفة الكلية تقسم كذلك على مجموعة نقاط مؤشر النشاط الشمولي لكل مؤسسة استشفائية ، و تساوي

هذه القيمة التكلفة المتوسطة الضرورية لهذه المؤسسة الاستشفائية من أجل إعداد وحدة علاج متجانسة، ويزودنا هذا المؤشر بالمعلومة التي تسمح لنا بالمقارنة بين المؤسسات الاستشفائية العمومية وهذا بجمع الميزانيات المنفقة والمنتظرة للمؤسسات الاستشفائية حسب مختلف خصائصها.

3.2.3. مؤشر التكلفة النسبي ICR: يهدف هذا المؤشر النسبي للتكلفة إلى إصلاح المنظمات الاجتماعية الأكثر تعقيدا مثل النظام الصحي العمومي، وقد بدأ استعمال هذا المؤشر في كل وحدة تنفيذ بسيطة تسمح بالحصول على قياسات للتكلفة لشرائح المرضى بالاعتماد على المحاسبة التحليلية، وهي تكاليف متوقعة ثم تدخل في ألياً معينة. ومن خلال هذا المؤشر تستطيع المؤسسة الاستشفائية العمومية ضبط ميزانيتها نظرياً بالاعتماد على قياساً أنشطتها ثم يتم مقارنتها مع الميزانية الفعلية (المنفقة).

وفي نفس السياق يقيس مؤشر التكلفة النسبية استهلاك مختلف العمليات التقنية الطبية (الموارد البشرية و المادية)، كما يمكن اعتباره عنصر من عناصر المحاسبة التحليلية الاستشفائية. كما أنه مركب من ثلاث مؤشرات جزئية هي: مؤشر النشاط الطبي (IAM)، مؤشر النشاط العلاجي (IAS)، مؤشر استهلاك الموارد المادية (ICRM).²⁰

الخاتمة

يعد إرساء نظام المعلومات الطبية على المستوى الوطني ذي أهمية بالغة للمزايا التي يكتنفها و التي أثبتتها تجارب الدول كأمريكا ليطلق بعدها في فرنسا على مراحل، و تم تعميمه على مستوى التراب الفرنسي فهو ذي فعالية لما له من مغزى حيوي و استراتيجي فلا يقتصر على تداول المعلومة في مؤسسة فحسب و إنما يتم تداولها على المستوى الكلي بين المؤسسات و الهيئات الصحية المختلفة العمومية و الخاصة و على مختلف المستويات التي تندرج ضمن خدماتها الصحية الإقامة العلاجية.

و نظرا لكون علاج المرضى المقيمين في الواقع ذوي الأعراض المماثلة يختلف باختلاف سلوكيات الأطباء المعالجين من تشخيص و تدخل، فإن تميز معلومات المنتج الاستشفائي كمخرجات النظام بشقيه: الأنشطة الخدمية من جهة و المرضى من جهة أخرى من خلال الإضفاء عليها الطابع الطبي على المعلومة الإدارية ذات الطابع الاقتصادي الكلاسيكي؛ الأمر الذي يسمح بمقارنة الهيئات الصحية و معالجة فئات المرضى المتقاربة.

لذا اتخذ البرنامج كقاعدة معلوماتية في كل من الولايات المتحدة الأمريكية لتتبعها فرنسا لحساب تكاليف فترة العلاج الأكثر من 24 ساعة كمرحلة أولى، و تحدد فيما بعد مرحلة موالية للأنشطة الطبية الأخرى من أجل تعميمها على مستوى المجموعات المتجانسة للمرضى الأخرى.

كما يجب الإشارة إلى أن التغذية الرجعية للمعلومات التي يزودها النظام المعلوماتي الطبي تشكل إطارا معياريا يتسم بالكفاءة الكبيرة. إذ يساهم في تقليل العلاج ذو الجودة بالإضافة إلى تحسين إدارة الرعاية الصحية في بيئات كل إقامة، و عليه يمكن تحديد حالات الاستشفاء لإقامة أخرى مماثلة في الثلاثين يوما السابقة، لنفس المريض. ويهدف نظام التتابع، الذي تم افتتاحه حاليا عن طريق الاستشفاء الخاص إلى ربط المستشفيات بالمرضى المتعاقبين.

و من أجل إنجاح البرنامج و الحصول على المزايا الناجمة عن تطبيقه وجب:

- تطوير أدوات الحاسوب اللازمة للتحليل؛

- تنفيذ هذه التحليلات وتحديد الإجراءات اللازمة؛

- تحسين موثوقية المعلومات الطبية من خلال توسيع نطاق مراقبة جودة الأطباء والمستشارين الطبيين والمفتشين الطبيين. و عليه يسمح بمراقبة جودة المعلومات الطبية الداخلية والخارجية. هذه السيطرة على نوعية المعلومات الطبية يمكن القيام به فيما يتعلق بالأمراض الطبية: كل تسمية كل و كل تشخيص مرضي يتوافق عموما مع أعراض مرضية محددة. و تعريفاتها تفرض في جميع أنحاء الوطن وعلى كل مهني.

و بالرجوع إلى أنّ نظام التكاليف المعمول به على مستوى المستشفيات العمومية في الجزائر فإن الواقع أثبت من هلال الدراسات أنه لا يحتمل العديد من أنواع المصاريف مباشرة إلى المنتجات من مختلف الخدمات المقدمة للمرضى كإقامة والمعاینات الخ... و مصاريف الهياكل الطبية و الإدارية و اللوجستية، مما يصعب وضع محاسبة تحليلية استشفائية متناسقة، فبالإضافة إلى غياب نظام معلومات استشفائي ومحدودية الموارد البشرية؛ و على ضوء ماسبق ذكره ، لا يمكن تطبيق هذا النموذج لقياس النشاط الطبي الإستشفائي بغرض التحكم في النفقات الصحية.

الهوامش

¹G.NISAND, **PMSI et Systèmes d'Informations Hospitaliers**, pp 1-3.

²OCDE, **quels avenir pour les dépenses de santé?**, note de politique économique N° 19, juin 2013, p4.

³OMS, **world health statistics**, divers numéro

⁴R.HOLCMAN, **Management Hospitalier**, Edition Dunod, Paris, 2015, p 45.

⁵F.CARAYON et C. BAUD, **Guide méthodologique de la comptabilité analytique hospitalière**, bulletin officiel N° 109 bis fascicule B spéciale, direction générale de l'offre de soin, Paris, 2011, pp 102-103.

⁶Nisand G, **op.cit**, pp1-2.

⁷Ministère des Affaires sociales et de la Santé, **Manuel des Groupes Homogènes de Malades**, Fascicule spécial n° 2016/5 bis, , 2016. dans: http://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/2895/volume_1.pdf (5/2/2018)

⁸H.ELGHAZEL, **initiation au PMSI : court séjour**, rapport Prisma, 2005, P6.

⁹<https://www.bnds.fr/dictionnaire/ghm.html>.

¹⁰J.P. DOMIN, **les programmes de médicalisation des systèmes d'informations(PMSI) : de l'indicateur de comptabilité au mode de tarification (82-2012)**, revue histoire, médecine et santé, automne2013, p81

¹¹**Guide Méthodologique de Production du Recueil d'informations Médicalisé en Psychiatrie**, fascicule spécial n° 2017/4 bis. 2017. Voir le site: <http://www.atih.sante.fr/guide-methodologique-psychiatrie-2017>(5/2/2018).

¹²محمد عبد المنعم شعيب، ادارة المستشفيات: منظور تطبيقي، دار النشر للجامعات، مصر ،ص 81

¹³Nisand G, **op.cit**, p 5-6.

¹⁴Nisand G, **op.cit**, p 9-11.

¹⁵Nisand G; **op.cit**, p 9-11.

¹⁶ **Le PMSI est un instrument de maîtrise médicalisée des dépenses de santé.** Voir le site:
[http://www.anasys.org/spip.php?article24\(20/2/2018\)](http://www.anasys.org/spip.php?article24(20/2/2018)).

¹⁷ من أجل تفصيل أكثر انظر

L. GRAMMATICO-GUILLON, **intérêt et limites du programme de médicalisation et du système d'information dans la surveillance des infections de prothèses orthopédiques**, thèse de doctorat, université pierre marie curie, paris, 2014, p43.

¹⁸ F. CARAYON et C. BAUD, **op.cit**, p 109.

¹⁹ D. BALSAN, **le cout unitaire de l'activité hospitalière publique en 1997: le poids des déterminants régionaux**, Revue française d'économie, Vol. 17, N° 2, France, 2002, pp 103-104.

²⁰ H. ELGHAZEL, **op.cit**, P10.