



HEALTH FINANCE CAPACITY STRENGTHENING PROGRAM LAUNCHING TRAINING

**PALESTINIAN HEALTH SECTOR REFORM AND
DEVELOPMENT PROJECT (THE FLAGSHIP PROJECT)**

SHORT-TERM TECHNICAL ASSISTANCE REPORT

Prepared by:
ANNE MARTIN-STAPLE
PRESIDENT AND CHIEF ECONOMIST
HEALTH STRATEGIES INTERNATIONAL, LLC

AND

AND
MOHAMMAD KHALAF
PROGRAM COORDINATOR
FLAGSHIP PROJECT

Final Submitted on February 12, 2010

Contract No. 294-C-00-08-00225-00

CONTENTS

Acronyms	3
Abstract	4
Summary of Recommendations	5
Section I: Introduction	6
Section II: Activities Conducted	8
Section III: Findings, Recommendations, and Next Steps	9
Annex A: Scope of Work	11
Annex B: Consultant CV	13
Annex C: Bibliography of Documents Collected and Reviewed	18
Annex D: List and Copy of Materials Utilized During Assignment	20

ACRONYMS

FO- Field Office

FCSP – Financial Capacity Strengthening Program

FIS – Financial Information System

FMS – Financial Management System

GHI – Government Health Insurance

HSI – Health Strategies International, LLC

IDP - Institutional Development Plan

MOH – Ministry of Health

MOF – Ministry of Finance

NHA – National Health Account

NGO – Non-Governmental Organization

SHI – Social Health Insurance

STTA – Short Term Technical Assistant

TA—Technical Assistance

USAID – United States Agency for International Development

WB – World Bank

ABSTRACT

Health finance capacity-strengthening was a key area identified by the MoH during its 2008 health sector needs assessment and its Leadership Development Workshop, conducted by the Flagship Project in July. To respond to this need, the Flagship Project and MoH are working together to develop and implement a Finance Capacity Strengthening Program (FCSP). The culmination of the Finance Capacity-Strengthening Program (FCSP) will be sector-wide understanding of MoH finance reform strategies and stronger finance management and administrative skills.

The purpose of the consultancy was to:

1. Develop current and user-friendly training presentations and materials for the launching of the FCSP
2. Deliver the first FCSP training in two different locations in a group setting and
3. Identify new training needs and skill development opportunities for future trainings.

This consultancy and report contributes to Flagship Project's implementation plan as follows:

Component 1, Objective 1.1: Improve Good Governance and Management Practices in the Palestinian Health Sector

Task 1.1.1: Strengthen the capacity of the Ministry of Health to implement reforms needed for improved quality, sustainability, and equity in the Palestinian Health Sector.

Deliverable 1.1.1.3: Health Administration and Management Program for the Public Sector
Activity e2: Support the MoH develop and implement a Financial Management Capacity Strengthening Program

Deliverable 1.1.1.7: Expanded opportunities for fellowships, foreign study programs, and/or development of local certificate training programs in health management and administration.
Activity b: Develop local certificate training programs on leadership development for health care professionals, health finance, and health management.

This consultancy also contributed to the MOH IDP module number 3, Support the Implementation of the New Health Insurance program.

SUMMARY OF RECOMMENDATIONS

- The long-term FCSP requires final MOH approval including timelines and approved modules.
- To sustain finance manager and administrator trainee commitment, increased and visible MOH advocacy activities to support devolution of health sector financing should be rapidly implemented targeting the MOF. The Flagship Project is building advocacy and leadership skills that could be used to this end.
- Greater effort should be made to collaborate the FCSP training with the civil society and private sectors.
- The strong response from the FCSP launching training indicates that momentum for strengthening the finance management system should be continuous and sustained.

SECTION I: INTRODUCTION

The Flagship Project is a five-year initiative funded by the U.S. Agency of International Development (USAID), designed, and implemented in close collaboration with the Palestine Ministry of Health (MOH). The Project's main objective is to support the MOH, selected non-governmental organizations, and selected educational and professional institutions in strengthening their institutional capacities and performance to support a functional and democratic Palestinian health sector able to meet its priority public health needs. The Project works to achieve this goal through three components: (1) supporting health sector reform and management, (2) strengthening clinical and community-based health, and (3) supporting procurement of health and humanitarian assistance commodities.

This consultancy focused on the first component, through which the Flagship Project supports the implementation of health sector reforms needed for quality, sustainability, and equity in the health sector. By addressing key issues in health finance, the Ministry will strengthen its complex role as a regulator and main health service financier and provider.

Health finance capacity-strengthening was a key area identified by the MoH during its 2008 health sector needs assessment and its Leadership Development Workshop, conducted by the Flagship Project in July. To respond to the need, the Flagship Project met several times with the MoH to identify priority health finance skill areas and determine a course of action to strengthen the MoH's health finance capacity. Two ways identified by the MoH were to develop and incorporate a finance management training module for the Leadership Development Training Program, and to develop a health finance capacity-strengthening training program for senior, mid and junior level MoH from central, district and facility levels. The culmination of the Finance Capacity-Strengthening Program (FCSP) will be sector-wide understanding of MoH finance reform strategies and stronger finance management and administrative skills. To achieve this, the Project is collaborating with its finance technical partner, HSI to support the MOH to support the development and implementation of the FCSP. This includes providing tools, methods and technical support in partnership with key MOH finance champions.

The FCSP training framework, modules and agenda were developed in collaboration with the MOH during HSI's July 2009 visit. The purpose of this trip, 20 November to 19 December 2009, was to finalize the FCSP launching training agenda, develop training materials, and conduct trainings in coordination with Flagship and MOH to strengthen participants' knowledge and skills on: 1) the current Palestinian health system and finance reforms as well as best practices from other countries, and 2) finance management tools. The consultant, MoH, and Flagship Project staff developed and conducted the training, using adult learning principles including lecture, discussion, and study analysis.

SECTION II: ACTIVITIES CONDUCTED

This trip November 2- to December 19 2009 was the consultant's third trip to the Project. The purpose of this trip was to:

1. Design and develop current and user-friendly training presentations and materials, in English (translation provided by FO staff), on relevant topic areas such as PowerPoint presentations, handouts, and participatory case-studies and exercises that were compiled into a training manual.
2. Deliver the first FCSP training in two different locations in a group setting (i.e. 20-40 participants)
3. Identify new training needs and skill development opportunities for future trainings.

Specifically, the Consultant completed the following:

Financial Capacity Strengthening Program

- Developed the launching FCSP training materials including agenda, PowerPoint Presentations, lectures and case studies (See Annex D);
- Carried out two 2-day workshops for MOH staff in Nablus and Ramallah Districts on "Health Finance Management and Reform" in collaboration with the MOH and FO staff support;
- Developed a training manual that compiles the training materials from the FCSP launching (i.e. lecture, PowerPoint presentations and case studies/exercises) to support the roll-out and sustainability of the FCSP.

Developed revised Flagship Project HSI STTA projections and operations plan to meet technical assistance requirements for health finance

The Flagship Project staff are in the 2010 fiscal year work planning process and requested HSI input regarding STTA projections. STTA projections were provided that are in line with the draft FCSP and other work plan items.

SECTION III: FINDINGS, RECOMMENDATIONS, AND NEXT STEPS

A. Findings

The training participants represented MOH, NGO and facility leadership and administrators. The group(s) were highly receptive and impressive reflecting HSIs July 2009 finding that “the MOH has many strengths and opportunity to achieve its priority goal to strengthen its capacity to mobilize and manage resources to ensure an equitable, efficient health system providing high quality services.” And, that it “employs talented leaders committed to effective finance reform.”

The MOH and training attendees confirmed that the FCSP should follow the following three proposed FCSP modules. This workshop focused on Modules 1 and 2; the Flagship Project will work with MOH to identify the topics, timing and consideration for future trainings.

The pre and post-test reflected an increase in knowledge on the subject matter the participants were trained in.

B. Recommendations

1. The strong response from the FCAP launching training indicates that momentum for strengthening the finance management system should be continuous and sustained.
2. The long-term FCSP requires final MOH approval including timelines and approved modules.
3. To sustain finance manager and administrator trainee commitment, increased and visible MOH advocacy activities to support devolution of health sector financing should be rapidly implemented targeting the MOF. The Flagship Project is building advocacy and leadership skills that could be used to this end.
4. Greater effort should be made to collaborate the FCSP training with the civil society and private sectors.

C. Next Steps

The proposed topic area for the next training will include, but will not be limited to, the following:

Module 3: Strengthening Finance Administration Skills:

Supporting improved finance management systems will require updated, renewed administrative skills at all levels. This module will support basic skill development with the following participant outcomes:

- Strong finance and accounting basic knowledge and skills;
- Knowledge and tools for establishing accounting practices and skills in compliance with international public sector accounting standards

A central focus for the FCSP is to meet MOH objectives to proactively strengthen skills to keep pace with management system changes. MOH leaders confirmed that finance management and accounting skills were required at all levels from senior management to facility level accountants.

The following are target components:

- Establishing accounting systems and skills that meet international standards;
- Ensure that all district and facility level accountants have strong skills;
- Instill an appreciation and understanding of applying comprehensive charts of accounts based on services and program.

ANNEX A: SCOPE OF WORK

PALESTINIAN HEALTH SECTOR REFORM AND DEVELOPMENT PROJECT (Flagship Project)

SCOPE OF WORK

Position Title: Trainer in Health Financial Management

Job Classification: Short-Term (Expatriate Professional) Health Finance Consultant

Reporting To: Dr. Damianos Odeh, D/COP

Date of Assignment: November 21, 2009

Total Number of LOE: 28

Flagship Project Objective

The Flagship Project is a five-year initiative funded by the U.S. Agency of International Development (USAID), and designed in close collaboration with the Palestinian Ministry of Health (MOH). The Project's main objective is to support the MOH, select non-governmental organizations, and select educational and professional institutions in strengthening their institutional capacities and performance to support a functional, democratic Palestinian health sector able to meet its priority public health needs. The project works to achieve this goal through three components: (1) supporting health sector reform and management, (2) strengthening clinical and community-based health, and (3) supporting procurement of health and humanitarian assistance commodities.

The Flagship Project will support the MOH implement health sector reforms needed for quality, sustainability, and equity in the health sector. By addressing key issues in governance, health finance, human resources, health service delivery, pharmaceutical management, and health information systems, the Ministry will strengthen its dual role as a regulator and main health service provider. The Flagship Project will also focus on improving the health status of Palestinians in priority areas to the Ministry and public, including mother and child health, chronic diseases, injury prevention, safe hygiene and water use, and breast cancer screening for women.

Technical Background and Purpose/Need for ST Consultancy

The Flagship project is developing a Finance Capacity Strengthening Program (FCSP) which will start with a four-day "launching" workshop, in two different locations in the West Bank, to introduce the three pronged FCSP approach that will culminate in promoting preparation for finance reforms for all sectors (i.e. public, private and civil society) and levels (central, district, facility) with stronger health finance policy, management systems and administrative knowledge and skills as well as a sustainable MOH health sector finance training program. FCSP will continue with a series of workshops and trainings every two months in the two different locations in Northern and Central West Bank.

The purpose of this assignment is to develop training materials and conduct trainings in coordination with Flagship, the local consultant and MOH to strengthen participants' knowledge and skills on: 1) The current Palestinian health system and finance reforms as well as best practices

from other countries, 2) Finance management tools and 3) Practical finance and accounting skills. The STTA will attend the entire training in the two different locations and continue developing materials for the entirety of the program.

The HSI consultant will work with the Ministry of Health, Flagship Project team, and Palestinian consultant to apply adult learning principles to design and deliver the Financial Capacity Strengthening Program trainings. S/he will provide technical support by overseeing the development of the training materials and cofacilitating the trainings.

Specific Tasks

As part of the training, the STTA will work with the local STTA, Flagship and MOH to:

1. Design and develop current and user-friendly training presentations and materials, in English, on relevant topic areas such as PowerPoint presentations, handouts, and participatory case-studies and exercises which will be compiled in a training manual (see deliverable 2). Relevant topic areas introduced in the training include finance leadership and advocacy skills for advancing finance reform policies and current and best practice finance management and administrative/accounting infrastructures and tools.
2. Deliver the first FCSP training in two different locations in a group setting (i.e. 20-40 participants) and identify new training needs and skill development opportunities for future trainings.

Deliverables:

- The delivery of two four-day workshops for MOH staff in Nablus and Ramallah Districts on “Health Finance Management and Reform”.
- A manual that compiles the training materials from the FCSP launching (i.e. lecture, PowerPoint presentations and case studies/exercises) to support the roll-out and sustainability of the FCSP.
- A final STTA report, including findings, lessons-learned, recommendations, participant feedback, and follow-up steps. This report will cover the “launching” trainings, as well as other relevant meetings with the Ministry and the Flagship Project. It is required that the final report is completed in the field and submitted to USAID within 21 working days from the date of the departure of the consultant from the field.

Education, Qualifications and/or Equivalent Experience

- Graduate degree in **Health finance, Economics, Public Administration, Public Policy** or a related field.
- A minimum of **15+** years experience working with **Economic policy and/or reform**.
- Knowledge and experience in **Health** services in developing countries.
- Excellent oral and written communication skills.
- Ability to work with and communicate with a wide variety of people.
- Excellent writing and communication skills.

ANNEX B: CONSULTANT CV

Anne L. Martin-Staple PhD

Contact: 919 688-0616 (Office) or [REDACTED] (Cell)

Email: anne.staple@hsinternational.org or anne.staple@duke.edu

Address: [REDACTED]

• **EDUCATION AND TRAINING**

Ph. D. Health Economics, 1984, London School of Economics

MA, 1971 University of Chicago

BA, 1968, Florida State University

1980, Financial Management for Health Care Executives, Harvard University

Anne Martin-Staple, PhD is a health economist trained at the London School of Economics with over 25 year experience working in global health. She has provided technical analysis and support in health reform and strengthening health systems in over 20 countries in each region with a focus on health finance, policy and strategic planning. She has worked on numerous projects with USAID, World Bank, WHO as well as civil society and alliance organizations.. Dr. Martin-Staple has a strong track record of successfully collaborating with senior decision-makers within MoH, MoF and civil society at all levels. She has been a member of multiple international and national working groups. Dr. Martin-Staple currently holds a senior research scholar and teaching appointment at Duke University and continues to speak at international conferences and workshops. She has published and presented numerous papers on global health issues.

• **PROFESSIONAL EXPERIENCE**

•

• **2003-Present: HEALTH STRATEGIES INTERNATIONAL LLC (HSI)**

President and Chief Economist

Health Strategies International, LLC (HSI), is a small women-owned business that provides finance/economic, policy, human resource development and monitoring and evaluation technical support. Dr Martin-Staple leads HSIs technical assignments in finance reform, human resources and program management. She provides strategic and technical support to in-country project teams and serves on combined US AID/donor/host country working groups. She has carried out technical assignments in all HSI projects that include (past five years):

- With a four year USAID project, providing technical support to the Romanian MOH in implementing health sector reforms with a focus on finance and other policy priorities. Working with senior MOH officials, Dr. Martin-Staple supported developing the Romanian national health insurance secondary legislation and carried out a needs assessments and cost-effectiveness study to support the development of an essential health benefit packages. She participated in advocacy and technical training programs at district health levels to support decentralized prioritization of health services interventions. She also led the development of a policy evaluation toolkit and training programs at centralized MOH and decentralized levels throughout Romania.

- In two countries, Dr. Martin-Staple supported development of secondary legislation, policies and option finance structures for national health insurance schemes;
- Carried out national program costing for optional benefit health packages and health program development in over ten countries;
- Developed and implemented finance tools and provided training to planning and management staff at all levels to apply practical finance tools for use in decision-making;
- In collaboration with senior MOH officials, carried out national and program specific human resource assessments and economic analysis that culminated in developing planning and financial models to address multiple workforce issues;
- Provided technical lead on best practice Global Fund health systems strengthening proposals;
- Developed a toolkit for Global Fund health systems strengthening proposals that has recently been published by WHO;
- Carried out economic analysis of disease specific programs to determine and mobilize required resources;
- Provided finance management and budget planning technical support at MOH and lower levels including developing practical tools and carrying out finance training;
- Carried out national assessments of TB laboratories including costing analysis of human resource requirements;
- Developed program monitoring and information systems including a notable best practice project management information system (PMIS) and PMP that provided routine dissemination of program impact indicators;
- Developed monitoring and evaluation tools and training workshops for MOH staff as well as civil society organizations;

2003-present: DUKE UNIVERSITY

Terry Sanford Institute of Public Policy and Center for International Development. Research Scholar and Lecturer

Graduate and undergraduate level teaching responsibilities in global health policy, global health finance, and economics. Seminar topics include health sector reform, pharmaceutical pricing reform, national health insurance options, and comparative finance systems. Carry out executive courses targeted toward senior public sector leaders in developing countries and summer courses at Peking University, China. Faculty thesis advisor and committee member.

1997-2002 PRINCETON UNIVERSITY

Woodrow Wilson School of Public Policy and International Affairs

Lecturer

Graduate and undergraduate teaching and responsibilities including: “Health Care Policy in Developing Countries”. Task Force Faculty Director for undergraduate program.

1992- 2003 Self EMPLOYED INDEPENDENT CONTRACTOR

Consultant on numerous global health projects in strategic planning, health care finance/economics and health sector reform project planning. Illustrative examples of projects include:

GPA/WHO and UNAIDS: Developed prevention and care guidelines, costing projections, planning tools and providing technical support to countries implementing national HIV/AIDS programs.

World Bank:

- Mission leader for country national HIV/AIDS assessments including development of HIV/AIDS (LIL) projects and community based program strategies.
- Carried out training programs in strategic finance planning including one month at the University of Beijing.

Family Health International: Developing and implementing strategy plans for AIDS community care and hospice programs in two countries.

Abt.Associates, Inc. – Carrying out cost-effective analysis to support improved transport and other logistics infra-structures for delivery of health services.

USAID – Senior participant on teams developing national HIV/AIDS prevention programs in four countries.

Duke University - Carried out training session on health sector reform for senior Chinese officials.

1987-1991 FAMILY HEALTH INTERNATIONAL

Senior Economist

Finance Specialist for AIDSTECH Project responsible for economic and finance component of the AIDSTECH Project, a \$28 million USAID contract to develop HIV/AIDS prevention and care programs in the developing world. Included developing and carrying out strategic and finance projects such as cost analysis, cost-effectiveness analysis and economic analysis of the impact of HIV/AIDS and alternative prevention and care strategies.

1984-1987 DUKE UNIVERSITY MEDICAL SCHOOL,

Department of Health Administration,

Assistant Professor

Faculty member responsible for graduate level teaching in the areas of health economics and finance, health management, strategic planning, human resources and organizational development. Research responsibilities included health finance/economics and managed care.

1981-1984 ST. THOMAS'S MEDICAL SCHOOL,

Department of Community Medicine, London, England

Research Fellow

Research related to examining alternative strategies for improving health care services efficiency in the area of elective surgical procedures.

1976-1981 REDWOOD COAST PROFESSIONAL REVIEW STANDARDS ORGANIZATION

Executive Director

Executive responsibility for private health organization with management responsible for 40+ employees and budget of \$1.5 million reporting to board of directors. Developed and implemented government and private contracts to carry out programs to monitor the utilization and quality of health care services provided in twenty hospitals and other health care facilities.

1971-1976 DHEW, NATIONAL INSTITUTE OF MENTAL HEALTH

Program Specialist

Responsible for development of quality of care standards for mental health facilities. Senior manager for Nursing Home Improvement Program responsible for developing programs in eight US States.

EXAMPLES OF PUBLICATIONS/PRESENTATIONS AND PAPERS

- Martin-Staple, Anne, 2009, "**Guidebook and Tools for Winning Global Fund Health Systems Strengthening Request**," Published by WHO, 2009
- Martin-Staple, Anne, 2008, "**Civil Society: Mobilizing Community Health Workers for Malaria Control**," Presented at the International Unite for Sight Conference, Yale University, April, 2008.
- Martin-Staple, Anne, 2008, "**Human Sector Human Resources Crisis and Integrated Solutions Lessons From Malawi and Zambia**", Accepted for publication in "Human Resources for Health"
- Martin-Staple, Anne, 2008, "**Human Resources Shortfall and Solutions: Malaria Control in Zambia**", Presented at the Triangle Malaria Consortium Workshop", Duke University.
- Martin-Staple, Anne 2008, "**Solutions to Health Sector Human Resource Shortages in Sub-Saharan Africa**", Presented at Global Health Workshop, Duke University.
- Martin-Staple, Anne, 2008, "**Human Resource Shortfall and Solutions for Malaria Control Program Scale-up**", Presented at the Bill and Melinda Gates Malaria Forum, Seattle Washington, October, 2008.
- Martin-Staple, Anne, 2007, "**Winning Health Systems Strengthening Global Fund Proposals: Lessons from Malawi**", Presented at the Workshop on Health Systems Strengthening for the Asia- Pacific Action Alliance on Human Resources for Health, Bangkok, Thailand, May 2007.
- Martin-Staple, Anne, 2007, "Assessing Civil Society Capacity for Malaria Control in Zambia" and "**Assessing the Cost for Meeting Zambian Training Institution Targets**", Presented at the Fourth National Health Research Conference, Lusaka, Zambia, and January 2007.
- Martin-Staple, Anne, 2006, "**Winning Global Fund Proposals: Health Systems Strengthening**, Presented at the UN Event: Using the Global Fund to Support Health Systems Strengthening, May 2006.
- Martin, Anne, 2003 "**Social Insurance Feasibility in Ghana**", Presented to Presidential Cabinet, April, 2003.
- Martin, Anne, 2002, "**Assessment of Immunization Transport Systems**", TRANSAID, Abt. Associates and WHO publication.
- Martin, Anne, 2001, "**HIV/AIDS Pharmaceutical Issues in Developing Countries**", APHA presentation, Boston, Ma.
- Martin, Anne et.al., 1999, "**Cost-Impact of Home-Based Care for People Living With HIV/AIDS in Zambia**, World Health Organization publication.
- Martin, A.L., 1996, "**The Global Cost of HIV/AIDS Care**", *AIDS In the World II*, Chapter 36, Oxford University Press.
- Martin, A.L., 1995, "**Cost and Impact of Home-Based Care**", presented at the International Conference of Care of Persons With HIV/AIDS, Montreal, Canada.
- Martin, A.L., 1994, "**The Economic Costs of Caring for Persons with HIV/AIDS**", International Conference on AIDS, Yokohama, Japan.
- Martin, Anne and Tapia, R.,M.D., 1991, "**The Direct Costs of AIDS in Mexico**", *AIDS*.
- Waverlay, Charles, Martin Anne L. et. al., 1991, "**Cost Recovery of Blood Transfusion Services in Trinidad**", International Conference on AIDS, Florence, Italy.
- Martin, A , Wong, R., 1991, "**Estimating the Cost-Output Ratio of Peer Educator Projects for AIDS Prevention**", International Conference on AIDS, Florence, Italy.
- Dominguez, Cynthia, Martin, Anne L. et al., 1991, "**An Interactive Model for Optimizing Cost-Effectiveness of HIV Screening and Testing Programs in Developing Countries**", International Conference on AIDS, Florence, Italy.

Roach, Timothy M.D., Martin, Anne L. et .al, 1991, “**Hospice Planning for PWAs in Barbados**”,

International Conference on AIDS, Florence, Italy.

Dominguez, Cynthia, Martin, Anne L. et al., 1991, “**Estimating the Future Needs and Costs for HIV Blood Screening Services in Filipino Blood Banks**”, International Conference on AIDS, Florence, Italy.

Martin Anne L. et al., 1991, “**An Interactive Model for Optimizing Cost-Effectiveness of HIV Screening and Testing Programs in Developing Countries**”, International Conference on AIDS, Florence, Italy.

Martin, Anne L., Demoya Antonio, 1991, “**Planning for Cost-effective Blood Transfusion Services in the Dominican Republic**”, International Conference on AIDS.

ANNEX C: BIBLIOGRAPHY OF DOCUMENTS COLLECTED AND REVIEWED

1. TRG-Spink Linda, "Launching the Leadership Development Program for the Ministry of Health: Short-term Technical Assistance Report" July 2009.
2. Fleischman, Karen, "Willingness to Pay Surveys for Setting Prices", 2004.
3. Ministry of Health, "Institutional Development Plan", March 2009.
4. World Bank "West Bank and Gaza: Health Policy Report: Reforming Prudently Under Pressure", 2009
5. USAID Flagship Project, "Palestinian Health Sector Reform: Health System Assessment Report", December 2008.
6. Hamdem, Motasem, "A Transition Context for Health Policy Development: The Palestinian Case", 2001.
7. Numerous costing models and materials, Available upon request.
8. WHO, "Country Cooperative Strategy for WHO and the Occupied Palestinian Territories: 2006-2008", 2005
9. DFID, Dr. Yehia Abed, "A Summary Report 2007: Health Sector Review", 2007.

SHI Case Study – Bibliography

1. Mapunda M, "Social Health Insurance: Issues of Management Body and Legislation Needs: The Experience of Tanzania." Senior Policy Seminar on Social Health Insurance; 2000.
2. World Bank, Sustainable Health Care Financing in Southern Africa; 1998.
3. Atim C, A Survey of Health Financing Schemes in Ghana, Abt Associates; 2001.
4. Miranda A, Salas G, "Costa Rica Reforms 'Model' Health Care System," Bulletin of the World Health Organization: Geneva; Sept/Oct. 2004.
5. World Bank, "Costa Rica: Health Sector Reform Project – Social Security System", PHNFLASH Issue 15. April 18, 2008.
6. Dow WH and Rosero-Bixby L, "Adult mortality effects of health insurance in a low-income population". University of North Carolina at Chapel Hill and University of Costa Rica; 1999.
7. Rannan-Eliya RP, Analysis of Private Health Insurance in Sri Lanka: Findings and Policy Implications, Institute of Policy Studies of Sri Lanka, Health Policy Programmes; 2004.
8. Bertranou, FM "Are Market-oriented health insurance reforms possible in Latin America: The cases of Argentina, Chile and Colombia", Health Policy 47: 19-36; 1999.

9. Normand C and Weber A, Social Health Insurance: A Guidebook for Planning, WHO/ILO; 1994.
10. Kraushaar D, “Financial Sustainability of Health Programs (Private): The Role of the National Hospital Insurance Fund: Government of Kenya”, Presented to the APHA; 1993.
11. Atim C, An External Evaluation of the Nkoranza Community Financing Health Insurance Scheme, Ghana; 2000.
12. Berman P, “Developing National Health Accounts in Kenya”; 1999.
13. Atim C, The Contribution of Mutual Health Organizations to Financing, Delivery, and Access to Health Care in West and Central Africa: Summaries of Synthesis and Case Studies from Six Countries, Abt Associates; 1998.
14. Musau S. “Community-Based Health Insurance: Experiences and Lessons Learned from East and Southern Africa”; 1999.
15. The Center for Health Policy, Chapter 2: The Demand for Private Health Care, in Private Health Care in South Africa; 1998.
16. International Labour Organization, “Health Care: The Key to Decent Work?” , Geneva; 2000.

ANNEX D: LIST AND COPY OF MATERIALS UTILIZED DURING ASSIGNMENT

FCSP packet:

Agenda
Case Study 1: Social Health Insurance
Case Study 2: Accounting and Budgeting
Glossary

Lecture notes (power point slides):

Health Systems
Health sector reform
Financial management tools

Additional materials:

FCSP assesment (pre and post tests)
Case study 1 group discussion questions



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE



برنامج تعزيز القدرات المالية في القطاع الصحي

تطوير المعرفة والمهارات المالية لدعم عملية إصلاح القطاع الصحي الفلسطيني

بدعم من مشروع تطوير وإصلاح القطاع الصحي الفلسطيني
الممول من الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية
رام الله 13-14 كانون الأول، 2009
نابلس 15-16 كانون الأول، 2009
الضفة الغربية - فلسطين

مشروع إصلاح وتطوير القطاع الصحي الفلسطيني هو مبادرة لخمس سنوات ممولة من الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية تسعى إلى دعم قطاع صحي فلسطيني فعال وديمقراطي في تحقيق الاحتياجات الأولية للصحة العامة. ويهدف المشروع إلى تطوير القدرات المؤسسية والأداء في وزارة الصحة ومنظمات فلسطينية غير حكومية توفر الرعاية الصحية ومؤسسات تعليمية ومهنية مختارة. سيعمل المشروع على تحقيق هذا الهدف من خلال 3 مكونات أساسية: (1) دعم عملية إصلاح وإدارة القطاع الصحي، (2) تطوير الصحة السريرية والمجتمعية، (3) دعم مشتريات معدات ومستلزمات المساعدات الصحية والإنسانية.

في عام 2008، قام مشروع إصلاح وتطوير القطاع الصحي الفلسطيني بدعم وزارة الصحة في تنفيذ تقييم لاحتياجات قطاع الصحة، عمل على تأسيس قوام خطة التطوير المؤسسي في وزارة الصحة التي تشمل على 18 وحدة أولية لتحقيق التغيير. يتطرق برنامج تطوير القدرات المالية إلى الكفاءات الهامة اللازمة لممارسة الإدارة المالية الفعالة في القطاع الصحي بالإضافة إلى الوحدات الأولية المحددة في خطة التطوير المؤسسي. والوحدات التي تشمل على نحو بين الإدارة المالية والتطوير الإداري والإصلاح هي: الوحدة 2 (تطوير نظام للمعلومات الصحية)، الوحدة 3 (دعم تنفيذ برنامج التأمين الصحي الجديد)، الوحدة 7 (تحسين إدارة الأداء)، الوحدة 9 (تحسين تنسيق الشركاء)، الوحدة 15 (برنامج التدريب والزمالة في إدارة وتنظيم الصحة للقطاع العام)، والوحدة 18 (إدخال وتنفيذ توجه ونظام شامل للمتابعة والتقييم).

مدخل إلى برنامج تعزيز القدرات المالية

إن برنامج تعزيز القدرات المالية متناغم مع أهداف خطة التطوير المؤسسي، وهو عبارة عن برنامج طويل الأمد يهدف إلى تعزيز رؤية وتأثير مشترك على الإصلاح الصحي، وبناء نظام كفؤ وفعال للإدارة المالية والتنفيذية على كافة المستويات (المركزي، المناطق الإقليمية، المرافق، والمجتمع) وعبر كافة القطاعات (وزارة الصحة، وكالة الغوث، المنظمات الفلسطينية غير الحكومية، والخاصة) في نظام الصحة الفلسطيني. ومن خلال تطوير المعرفة المالية والمهارات عبر قطاع التمويل الصحي، سيتمكن المهنيين من تنفيذ ما يلي على نحو أفضل:

- تحقيق تخطيط وموازنة مالية موثوقة ومبنية على الأدلة (التجارب والبراهين)،
- حشد وتخصيص وإدارة الموارد بفعالية أكبر،
- متابعة الموارد بتطبيق أنظمة فعالة للمعلومات المالية،
- متابعة وتحسين فعالية وإنتاجية نظام الصحة الفلسطيني.

إن هذه الكفاءات الهامة ستسهم في التنفيذ الفعال للإصلاح المالي من أجل بناء نظام للصحة يوفر رعاية نوعية لكل فلسطيني بشكل كفؤ، فعال، شفاف، مسئول، عادل ومستدام.

سيتم تنفيذ برنامج تعزيز القدرات المالية على مر عام على الأقل لتعزيز المعرفة والمهارات المكتسبة تطويرها. كما سيعمل البرنامج على تزويد دعم إضافي من خلال النشاطات العملية ودراسات الحالة والتدريب في الموقع (في الميدان). إن وزارة الصحة ملتزمة لتحقيق برنامج مستمر لتطوير القدرات المالية. من أهم

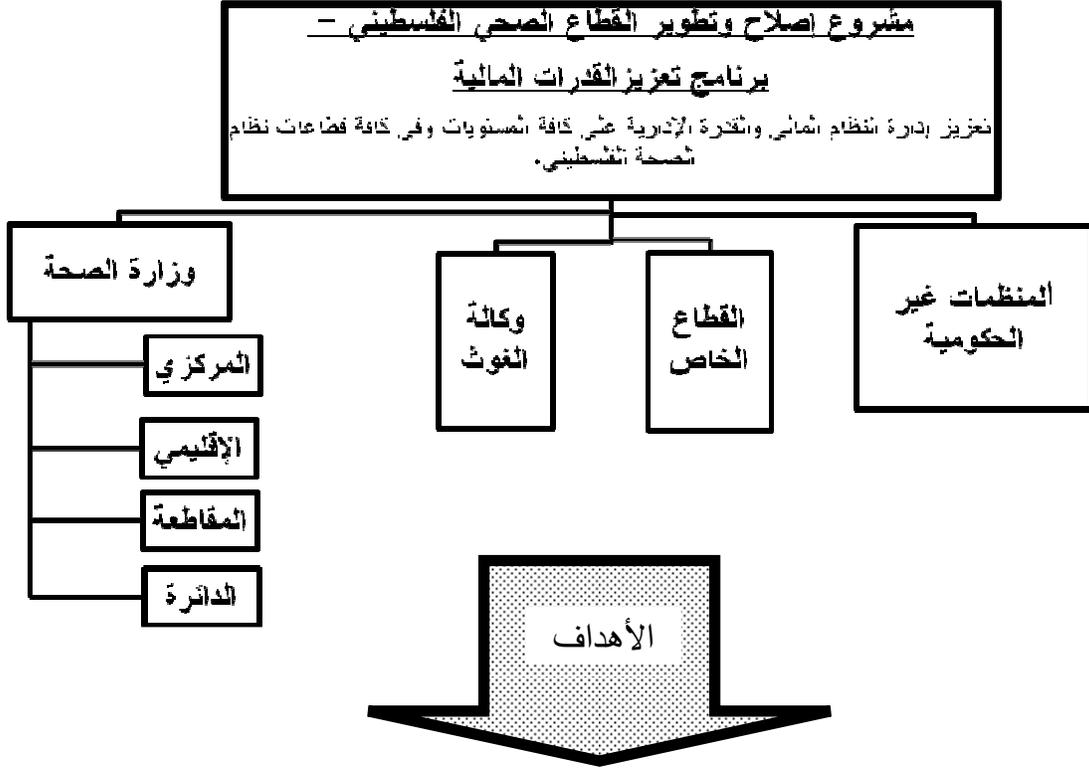
سمات هذا البرنامج هي تدريب المدربين في وزارة الصحة على مأسسة برنامج لتعزيز القدرات المالية وضمان دقة رسوخ واستدامة مهارات محسنة في المالية.

إطار عمل برنامج تعزيز القدرات المالية: مكون من 3 وحدات

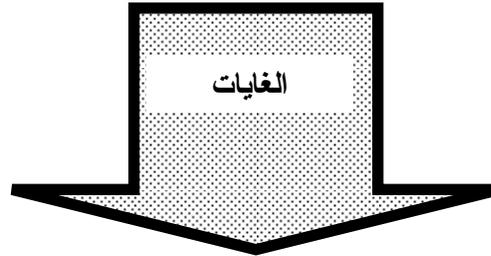


سيحتوي برنامج تطوير القدرات المالية على 3 وحدات لبناء المعرفة المالية والمهارات من منظور الأنظمة الصحية إلى تطوير المهارات الأساسية. الوحدة 1 ستبحث في الأنظمة الصحية وإصلاح القطاع الصحي في العالم وفلسطين. خلال الوحدة 2، سيقوم المشاركون بتعلم كيفية عمل أنظمة الإدارة المالية واستكشاف الأدوات العملية والإبداعية والممارسات المثلى. خلال الوحدة 3، سيتعلم الإداريين الماليين مهارات محاسبية متقدمة. وطوال فترة البرنامج، سيتم تكريس اهتمام خاص لبناء ثقافة إدارة المعرفة والكفاءات التي تمكن العاملين الماليين من كسب البيانات المالية واستخدامها في عمليات صنع القرارات الواعية. خلال اليومين، فترة إطلاق برنامج تعزيز القدرات المالية، سيتم توفير لمحة عامة حول البرنامج وبدء الحوار مع المشاركين نحو بناء بنى تحتية وكفاءات مالية أقوى هامة لعمل نظام الصحة الفلسطيني.

لمحة عامة عن برنامج تعزيز القدرات المالية



- للتأكيد أن كافة الشركاء في النظام الصحي (الصحة العامة، القطاع الخاص، وكالة الغوث، المنظمات الفلسطينية غير الحكومية) لديهم رؤية مشتركة وملتزمين بعملية الإصلاح المالي التي بدأتها وزارة الصحة.
- التأكيد أن كافة المدراء لديهم المعرفة والأدوات والمهارات المالية الممتازة لتحسين النظام المالي الصحي والتجهيز لتنفيذ عملية الإصلاح المالي في قطاع الصحة.



- توعية وتحضير الشركاء والمهنيين الماليين على كافة المستويات حول رؤية الإصلاح المالي في وزارة الصحة واستراتيجياتها.
- توفير الممارسات المثلى للأنظمة المالية الفعالة والإصلاح من الدول الأخرى.
- بناء برنامج تدريب مالي راسخ ومستمر في وزارة الصحة.
- توفير تدريب تشاركي ومدعم على مر الزمن لتأكيد تعلم وممارسة المعرفة والمهارات.

إطلاق برنامج تعزيز القدرات المالية في القطاع الصحي، 13-16 كانون الأول 2009.
جدول الأعمال
اليوم الأول

الأهداف:

- بحلول نهاية اليوم الأول، سيتمكن المشاركون من:
1. فهم البنية التحتية المالية المعقدة للأنظمة الصحية بما في ذلك القطاع الصحي الفلسطيني.
 2. فهم معنى الإصلاح و آثاره على التغيير في الشؤون المالية في القطاع الصحي.
 3. تحديد تحديات الإصلاح المالية الأولية الواجب معالجتها على كافة مستويات القطاع الصحي.
 4. فهم الفرص والتحديات في تصميم وتنفيذ مخططات التأمين الصحي الاجتماعي.
- المصطلحات الأساسية والعبارات والمفاهيم: اللامركزية، التأمين الصحي الاجتماعي، الإصلاح المالي، أصحاب المصالح/ الشركاء/الفاعلين.

الترحيب والملاحظات الافتتاحية

9:00 صباحا

إطار عمل لبرنامج تعزيز القدرات المالية
السيد سامر جبر والدكتورة آن ستيل

9:15 صباحا

يُمر النظام الصحي الفلسطيني في فترة نمو وتغيير واللامركزية والإصلاح في طليعة جدول الأعمال. برنامج تعزيز القدرات المالية عبارة عن شراكة بين مشروع إصلاح وتطوير القطاع الصحي الفلسطيني التابع للوكالة الأمريكية للتنمية الدولية ووزارة الصحة لتوفير برنامج على مدى سنة على الأقل لتدريب وتهيئة المدراء الماليين للتعامل مع التغييرات والتحولات الناتجة عن الإصلاح الصحي. وسيركز البرنامج على توفير حجر الأساس والمهارات للتأثير على نظام إدارة مالية متطور. ستقدم جلسة أولى إطار عمل لبرنامج تعزيز القدرات المالية وتحديد الكفاءات المالية المحدد التي سيتم تحسينها.

الوحدة 1: أنظمة التمويل الصحي

الأنظمة الصحية: من منظور عالمي وفلسطيني
السيد سامر جبر والدكتورة آن ستيل

9:30 صباحا

ستعمل هذه الجلسة على تقديم أمثلة على أنظمة صحية لفحص وتحليل القطاعات الصحية المعقدة بالتركيز على التمويل الصحي.

- ما هو النظام الصحي؟ وما هي أهدافه ووظائفه؟
- كيف يتم تمويل الأنظمة الصحية؟
- من هم أصحاب المصالح والشركاء الأساسيين في الأنظمة الصحية؟
- ما التغييرات التي تواجهها الأنظمة الصحية في القرن الحادي والعشرين؟
- خلال تطبيق نموذج الأنظمة الصحية نقوم بفحص بنية النظام الصحي الفلسطيني بالتركيز على التمويل الصحي.
- ما هي البنية التنظيمية والعناصر المعقدة لنظام الصحة الفلسطيني؟
- من هم أصحاب المصالح والشركاء الأساسيين؟
- كيف يتم تمويل النظام وكيف تتدفق الموارد؟
- كيف يتم تنظيم إدارة التمويل في كل مستوى؟
- ما هي نقاط القوة الأساسية والتحديات في نظام التمويل الصحي الحالي؟

الإصلاح الصحي: منظور عالمي وفلسطيني

السيد سامر جبر والدكتورة آن ستيل

10:15 صباحا

ستعمل الجلسة على تقديم منظور عالمي على الإصلاحات الصحية وتزويد أمثلة على الممارسات السليمة، بما في ذلك:

- نموذج لإصلاح صحي عالمي: الأهداف والمكونات الأساسية للإصلاح الصحي العالمي.
- أدوار ومسؤوليات جديدة لأداء فعال على كافة المستويات ولكافة القطاعات.
- سيتم تقديم الإصلاح الصحي في فلسطين من خلال البحث فيما يلي:
- رؤية واستراتيجيات الإصلاح الصحي في وزارة الصحة.
- استراتيجيات الإصلاح المالي ودور كل فاعل في النظام الصحي.
- التحديات الأساسية في تنفيذ الإصلاح المالي.
- دروس من دول أخرى تنفذ الإصلاح المالي.

استراحة	11:00 صباحا
مقدمة لدراسة حالة: التأمين الصحي الاجتماعي الدكتورة أن ستييل	11:30 صباحا
سيتم تقديم دراسة حالة حول التأمين الصحي الاجتماعي. على المشاركين إتمام نشاط دراسة الحالة والاستعداد للمشاركة في حوار إضافي في مجموعات خلال الجلسة القادمة.	
دراسة حالة: التأمين الصحي الاجتماعي الدكتورة أن ستييل	12:00 بعد الظهر
سيتم تقسيم المشاركين إلى مجموعات محددة مسبقا لمناقشة دراسة الحالة التي تستعرض الممارسات المثلى وتعقيدات وتحديات خطط التأمين الصحي الاجتماعي. بمساعدة الميسرين، سيقوم المشاركون بتطوير حلول لأسئلة المهمة والنشاطات.	
	1:30 بعد الظهر
تعود المجموعات إلى وضعها الطبيعي لمشاركة استنتاجات دراسة الحالة والتوصل إلى توافق في الآراء بشأن التحديات ذات الأولوية في التأمين الصحي الاجتماعي للمدراء الماليين والمسؤولين على كافة المستويات.	
	2:00 بعد الظهر
مقدمة لدراسة حالة: إدارة التمويل / الموازنة الدكتورة أن ستييل	2:15 بعد الظهر
سيتم تعيين دراسة حالة حول إدارة التمويل / الموازنة كواجب بيتي. على المشاركين إتمام نشاط دراسة الحالة والاستعداد للمشاركة في نقاش في مجموعات مقسمة في بداية اليوم الثاني.	
الغداء	

الأهداف:

بحلول نهاية اليوم، سيتمكن المشاركون من:

1. فهم مكونات ووظائف نظم الإدارة المالية.
2. فهم الأدوات الإبداعية اللازمة في الإصلاح المالي: مثل وضع موازنة لبرنامج ما.
3. مشاركة رؤية نحو تطوير أنظمة إدارة مالية كاتجاه هام نحو الإصلاح المالي.
4. فهم دور كل مدير مالي في تحسين نظام الإدارة المالية.
5. استخدام مصطلحات ومفاهيم مالية مشتركة تم تقديمها خلال الجلسة.
6. تحديد الأدوات اللازمة لتعزيز قدرات الإدارة المالية.

المصطلحات الأساسية والعبارات والمفاهيم: أنظمة المعلومات المالية، إدارة المعرفة، موازنة مبنية على الأدلة، الشفافية، المساءلة، الحسابات الصحية الوطنية، الكفاءة التوظيفية والفنية.

الوحدة 2: تطوير أنظمة الإدارة المالية

9:00 صباحا

أنظمة الإدارة المالية: تحسين أنظمة الإدارة المالية – نماذج وبنية تحتية
السيد سامر جبر والدكتورة أن ستييل

يتطلب إصلاح التمويل الصحي إجراء تحسينات في أنظمة الإدارة المالية بما في ذلك البنية التحتية الفعالة لتخطيط وموازنة وتخصيص وإدارة ومتابعة الموارد لتحقيق أهداف النظام الصحي. ستقدم هذه الجلسة نموذج إدارة مالية يحدد البنية التحتية اللازمة لتحقيق أنظمة إدارة مالية فعالة. خلال هذه الجلسة سيتم:

- تقديم نموذج لإدارة مالية تصف العناصر والوظائف والأدوار المعقدة على كافة المستويات وبين كافة القطاعات.
- البحث في وظائف إدارة التمويل والبنية التحتية اللازمة لدعم نظام الإدارة المالية بما في ذلك:

- التخطيط والموازنة

- تخصيص وإدارة الموارد المالية

- مراقبة الموارد بما فيها تعقب وتحسين الفعالية والإنتاجية
- البنية التحتية لدعم أنظمة الإدارة المالية:
 - أنظمة موازنة فعالة تشمل على تخطيط مبني على الأدلة التنافسية والتنافسية.
 - أنظمة محاسبية إبداعية تشمل سياسات مدعمة وممارسات موحدة.
 - أنظمة معلومات مالية معتمدة توفر بيانات مالية مستمرة ومحدثة لكافة المستويات.
 - نظام موارد بشرية يؤكد تواجد عدد كافي من المهنيين الماليين المتحلين بالكفاءة والتحفيز على كافة المستويات.

استراحة

11:00 صباحا

دراسة حالة: الإدارة المالية / الموازنة
السيد سامر جبر وميسرون

11:30 صباحا

سيتم تقسيم المشاركين إلى مجموعات للبحث في دراسة الحالة المعنية حول الإدارة المالية ومفاهيم الموازنة. وبمساعدة الميسرين، ستقوم المجموعات بمناقشة الأسئلة المعنية ومدى فعالية أنظمة الإدارة المالية في دعم أهداف الإصلاح المالي في القطاع الصحي.

تعود المجموعات إلى وضعها الطبيعي لمشاركة استنتاجات دراسة الحالة.

1:30 بعد الظهر

الغداء

2:00 بعد الظهر

دراسة الحالة |

تعزيز المهارات لتأسيس برنامج التأمين الصحي الإجتماعي

بقلم: الدكتورة أن مارتن-ستابل

Health Strategies International (HSI)

مقدمة

تبحث دراسة الحالة هذه في القضايا المعقدة كما التحديات و الخيارات المتطلبة في تنفيذ برنامج وطني للتأمين الصحي الإجتماعي. تبحث وزارة الصحة في دويلة "أنتستين" المصنفة ضمن الدول ذات معدل دخل أقل من الوسط في وضع مخطط هيكلي لبرنامج التأمين الصحي لمواطنيها يوفر رعاية صحية شاملة تحتوي على سلة من خدمات الرعاية الصحية للمواطنين ممولة بأقساط و دفعات مشتركة. وكان الطلب المتزايد على نظام تمويل الخدمات الصحية العامة، بالإضافة إلى تدني مستوى المخاطر المحدقة بمواطنيها، عاملان دفعا أنتستين نحو وضع خطة وطنية لنظام التأمين الصحي الإجتماعي. كما هو الحال في معظم الدول متوسطة أو متدنية الدخل، تستخدم أنتستين نظام الضرائب لتمويل الخدمات الصحية العامة و لكن هذا النظام لم يعد يوفر الموارد الكافية لتلبية إحتياجات سكانها. و بالتالي كان معظم السكان ينفقون من أموالهم الخاصة على الصحة بمعدل أربعين بالمئة من مجموع الإنفاق الكلي على الصحة. لهذا، فإن الخطة الحالية لنظام التأمين الصحي الحكومي وسعت من نطاق التغطية بشكل أسرع من تحصيل المستحقات مما سبب عجز مالي و شح في تغطية الموارد و التكاليف. حثت الدول المانحة و كذلك البنك الدولي دولة أنتستين على دراسة جدوى كيفية تكيف نظام تأمين إجتماعي متمكن من تلبية إحتياجاتها الصحية:

- تحسين الوصول للخدمات عالية الجودة و متساوية لجميع أفراد المجتمع
 - التخفيف من العبء المادي عن كاهل الأفراد المرضى و الذين هم بحاجة الى رعاية صحية
 - زيادة تمويل قطاع الصحة العام عن طريق القطاع الخاص و السيطرة على الإنفاق العام على الصحة
 - التخفيف من الإعتماد على قطاعات صحية خارجية
- تدرك وزارة الصحة في أنتستين بأن خططا جَمَى لتوفير التأمين الصحي قد أدركت النور في دول عدّة ذات الدخل المتوسط في العقدين الأخيرين من الزمن، و من ضمنها أنظمة التأمين الصحي الشامل في كل من اليابان و تشيلي و كوستا ريكا و المكسيك و كوريا الجنوبية.
- تعمل وزارة الصحة على دراسة الفروق في هذه النماذج و أنجح جوانبها المختلفة و كيفية تكيف العناصر الأكثر ملائمة لـ "أنتستين". و مع هذا لدى الوزير مخاوف بشأن تنفيذ التأمين الصحي الإجتماعي بما في ذلك:
- تكاليف التشغيل و الدعم المادي للمخطط.
 - الضعف الإداري و ضعف البنية التحتية الإدارية في تشريع و تنفيذ القرارات.
 - مخاوف من عدم مقدرة البرنامج على توليد إيرادات كافية لدعم البرنامج.

- مخاوف من إنهيار سوق التأمين مثل حالة الأقساط العالية مما يمنع من دمج الفقراء في برنامج الرعاية الصحية.

أوجب الوزير على فرقة العمل المكلفة ببرنامج التأمين الصحي المجتمعي الصحي بأن يأخذوا بالحسبان كل الأمور السابق ذكرها و الإجابة على الأسئلة تطرحها الفقرات التالية.

الخلفية

الإقتصاد الـ "أنتستيني"

تعد أنتستين دولة ذات دخل متوسط متدني، و يمر إقتصادها في حالة من التراجع كبيرة تنذر بالخطر بسبب الاضطرابات السياسية و ركود الإقتصاد العالمي. هوى المحلي الإجمالي بمقدار تسعة بالمئة في العام 2006، و نسبة البطالة في البلد عن 25% مما دفع الكثيرين للعمل عائلاتهم من دون أجره او الى العمل في الزراعة الموسمية. وصل الفقر المدقع أبعادا مخيفة في حين تددت مستحقات الرعاية الإجتماعية لأكثر من 180 مليون

نظام الدفع مقابل الخدمات: تسدد المستحقات لمقدمي الخدمات إثر تقديم الخدمات.
التكلفة الثابتة (أجرة الفرد): تسدد مستحقات مقدمي الخدمات بناءً على عدد الحالات المشخصة او المعالجة بصرف النظر عن الخدمات المقدمة.
نظام الدفع إستنادا على الأداء: تسدد مستحقات مقدمي الخدمات لقاء أدائهم المعرف بمؤشرات محددة.
نظام الدفع لقاء كل حالة: تسدد المستحقات لمقدمي الخدمات بقيمة محددة مسبقا بناء على تشخيص المريض.

التي

النتائج
زادت
لدى

دولارا أميريكيا و معدل الفرد من الإستهلاك بحوالي 12%.

هيكليات التأمين الصحي الاجتماعي

تدرس وزارة الصحة في أنتستين هيكليات مختلفة لمشروع التأمين الاجتماعي. وتعد نماذج التأمين الصحي بشكل عام على قدر كبير من المرونة و لكن لكل من هيكلياته آثار هامة بالنسبة للكفاءة في تقديم الخدمات و المنافع و أنماط توزيعها و دفع مستحقاتها. وتود الوزارة أن تنظر فرقة عمل المخطط في الأنواع التالية من الخيارات و تقيم أيها أكثر نفعاً لمصالح مخطط "أنتستين" للتأمين الصحي.

سؤال: ما هو نظام دفع مستحقات مقدمي الخدمات الأكثر فاعلية؟

نظام دفع مستحقات مقدمي الخدمات: هنالك العديد من الخيارات التي يمكن لبرنامج التأمين الصحي الاجتماعي إعتادها لتسديد مستحقات مقدمي الخدمات الصحية (راجع الخانة الى اليمين). من الضروري أن تتضمن خطة الدفع: حوافز لتحسين الكفاءات و ضبط التكاليف، و تسديد المستحقات بعدل و على الوقت، و وضع آلية للسيطرة على الإحتيال و تخطي حدود المعاملة. حتى مع تصاعد التكاليف، ما تزال بعض الدول متوسطة الدخل مثل اليابان و كوريا الجنوبية مستمرة في دفع مستحقات مقدمي الخدمات عن طريق خطة "الخدمة مقابل الرسوم" لقاء خدماتهم مع القليل من الفائدة العائدة على تلك الدول. أما خطة الدفع على أساس أجرة الفرد (عقد التكلفة الثابتة) فهو أقل شيوعاً حول العالم مع انه توفر حوافز لتحسين الكفاءة.

سؤال: هل ترى انه من المناسب الشروع في لامركزية برنامج التأمين الصحي الاجتماعي؟ و لماذا؟

اللامركزية: يطبق نظام اللامركزية في العديد من أنظمة التأمين الصحي الاجتماعية الأوروبية و في العديد من الدول التي تطمح الى إصلاح أنظمتها، و من خلاله تفوض هذه الدول سلطة صنع القرار و مسؤولياته الى أدنى مستوى ممكن. وتتطلب نظم التأمين الصحي الاجتماعي اللامركزية مقدرة عالية على إدارة و تنظيم برامج التأمين المعقدة.

التكلفة المالية لتنفيذ برنامج التأمين الصحي الاجتماعي:

سؤال: هل من اليسير تحمل تكاليف مخططات برنامج التأمين الصحي الاجتماعي؟

ترغب وزارة الصحة من طاقم العمل المكلف بتطوير نظام تأمين صحي اجتماعي الأخذ بعين الاعتبار الإستثمار المطلوب لتصميم نظام تأمين صحي اجتماعي لامركزي. مدرج ادناه فئات تكاليف توضيحية غالبا ما لا تعطى حقها الكامل او تهمل خلال عملية تخطيط برامج التأمين، و يرغب الوزير بالأ توضع موضع الإهمال:

تكاليف بدء التشغيل: نماذج التأمين الصحي الاجتماعي تؤكد بأن نجاحها يتطلب وجود حكومة مركزية ومانحين يوفرون دعم كافي في موارد بدء التشغيل لثلاث سنين على الأقل. الحكومة بحاجة الى استثمار مواردها حتى تتمكن من تطوير تشريعات وسياسات للتأمين الصحي ونظم معلومات متطورة واليات للمراقبة. تحتاج وزارة الصحة كذلك الى تصميم لوجستي وبنى تحتية للممارسات الاكتوارية الموثوقة وكذلك إدارة المستويات الدنيا والإشراف عليها. ويتوجب الإستثمار بموارد بدء التشغيل على نطاق المحافظات و كذلك المرافق لبناء قدرات في الإدارة وتقديم الخدمات. لن تكون لهذه المستويات الإمكانيات او البنى التحتية الضرورية لتحصيل التبرعات من القطاع الرسمي و غير الرسمي و حماية البرنامج ضد الفساد و الغش.

تثبت الدلائل من حول العالم بأن العرض والإدارة الناجحين لبرنامج التأمين الصحي الاجتماعي يعتمد على كفاءة إدارته و الإشراف عليه. كما يستمد قوته من ثقة عامة الشعب بأهداف هذه المؤسسة. لذا يتطلب وجود طواقم عمل مدربة تعمل في الطبقة الإدارية المتوسطة لخلق بيانات تسجيل المشتركين. ووضع رزم حوافز لهم، إدارة المعونات. كما يتطلب منهم تشكيل سلات الخدمات وفحص مستوى الخدمات المقدمة. عندما يقدم برنامج تأمين صحي اجتماعي لأول مرة يتوجب تدريب الموارد البشرية في مرحلة مبكرة. (16)

التكاليف الإدارية المتكررة: إن التكلفة المرتفعة لمخططات التأمين الصحي الاجتماعي في كل مستوياته يشكل تهديدا ماليا لم يؤخذ في الحسبان عند التخطيط لبدء البرنامج. تستغل هذه التكاليف ما قيمته سبعون بالمئة من الإيرادات المحصلة، لا سيما على المستويات الإدارية الدنيا مما يتطلب غالبا معونة الإدارات المركزية.

بند تمويل إعادة التأمين و الإعانات: يتوجب على الحكومات والمانحين توفير اعانات دائمة للحفاظ على برنامج تأمين صحي مستدام. ففي الدول ذات الدخل المتوسط المتدني لن تكفي إيرادات ضرائب العمال لتوفير موارد تغطي تكاليف رعاية الفقراء العاطلين عن العمل أو من هم من يعملون في القطاعات الغير رسمية. ففي برامج التأمين اللامركزية، سيكون التمويل الانشائي لإعادة التأمين مطلوبا، فضلا عن تخصيص أموال التأمين باعتباره شبكة أمان لضمان تغطية سلة الحوافز.

سؤال: ما هي المخاطر و المعوقات في سبيل تطبيق برنامج تأمين صحي اجتماعي بمستويات لامركزية؟ ما هي أهم ثلاث مجالات لبناء القدرات في تلك المستويات للتحضير لبرنامج تأمين صحي اجتماعي؟

بناء القدرات على جميع المستويات:

تطلب وزارة الصحة من القائمين على عملية التخطيط لبرنامج التأمين الصحي الاجتماعي دراسة متطلبات وضع أسس بناء الإدارات اللامركزية لضمان وجود بنى تحتية قائمة قبل البدء بتنفيذ خطة البرنامج. في ما يلي نطرح بعض الجوانب المهملة عادة عند التخطيط لبرامج التأمين الصحي الاجتماعي.

إحتواء التكاليف وضمان الجودة: تشير الدلائل بشكل قاطع الى الحاجة الى وجود إدارة لتحديد المخاطر والتحكم في الاستعمال لتجنب إرتفاع التكاليف بشكل كبير بحيث لا تستطيع إيرادات المشروع تعويضها. مثلا، بعد السنوات الاولى من النجاح الباهر التي حققته كينيا في مجال التأمين الصحي الاجتماعي، وجدت على شفا إعمار فعلي في غضون أقل من عام لعدم تمكنها من ضبط تكاليفها. (10) و بالمثل، تعلمت دول أخرى هذا الدرس بأصعب أساليبه مما دفعهم الى زيادة أقساط التأمين لمواجهة الطلب المتصاعد، أو لتقديم خدمة الرعاية المُدارة، أو لتحضير رزم حوافز بحيث لا تشكل عبئا ماديا على خزانات الضريبة أو الفرد، و منها الخصومات و الدفعات المشتركة. (11)

سيستدعي هذا الأمر من وزارة الصحة القيام بتصوير الكلفة الإجمالية لرزم حوافر برنامج التأمين. العديد من الدول قامت بعمل برنامج حسابات صحة وطنية (NHA) للقيام بمهمة التحاليل التقنية، و هو ما قد يكون الخيار الأنسب بالنسبة لـ "أنتستين". (12)

يعتبر التزام الحكومة بالاستثمار في تحسين الجودة من أهم مزايا برامج التأمين الصحي الناجحة. فمثلا، العناية التي لا ترقى الى المستوى المرجو من وجهة نظر المتعاطي، مثل عدم توفر دواء معين او الإنتظار الطويل في طوابير المرضى خصوصا في مراكز العناية الحكومية، تعتبر أحد أهم مسببات فشل او تقلص الإشتراك في برامج التأمين. (14)

البنية الأساسية لجمع الإيرادات: من المهم ان يبني القائمون على تصميم مخطط التأمين الصحي نظام تحصيل إيرادات قوي. في الدول متوسطة و قليلة الدخل، يتحول تحصيل الإيرادات الى مشكلة حقيقية خصوصا بوجود الفقر و البطالة و التشغيل الذاتي في قطاعات غير رسمية و كذلك تغيب أو ضعف البنى التحتية لتحصيل الضرائب.

الحماية ضد إخفاقات السوق و تعزيز المساواة: تقوم فكرة التأمين الصحي الاجتماعي على أساس كون الصحة مدخرا قوميا و على اساس العدل: يدفع الناس ما أمكنهم و عليه يحصلون على حاجتهم من الرعاية. مع هذا، تشير العديد من الدلائل بأن الكثير من مخططات التأمين الصحي الاجتماعي عانت من إخفاقات واضحة في السوق، و تبقى قضية منح الفقراء الخدمات اللازمة عثرة في طريق إيجاد النظام الأكثر ملائم للدول. إن أنجح خطط برامج التأمين الصحي الاجتماعي تمكنت من منع معظم إخفاقات سوق التأمين.

تحسين الكفاءات: تعتبر تحسين الكفاءات في النظام الصحي هدفا اوليا بالنسبة لانظمة التأمين الاجتماعية. اما تخصيص الكفاءات فيحدث عندما تنفق الموارد على الخدمات الأساسية ذات الاولوية بدلا من المبنية على التقدير. أما الكفاءة التشغيلية فتتحقق عندما تشمل خطة التأمين حوافر للأطباء (مقدمي الخدمات) و المرضى بهدف التوعية بالتكاليف و الإنتاجية.

أسس تقدير قيمة الأقساط المثلى: تعلمنا العبرة الرئيسية الا و هي بأن الطلب على الخدمات الصحية يقل عند الطبقة الفقيرة بزيادة أقساط التأمين فوق مستوى معين. لتجنب تكرار هذه المشاكل، قررت عدة دول مثل زائير و غينيا بيساو تبني خطط الدفع المسبق بأقساط يسيرة تدعم نظام الصحة العامة. يعتبر التقليل من قيمة أقساط التأمين تحديا رئيسيا في معظم مخططات التأمين الصحي. لذا، فإن تحديد القيمة المثلى للأقساط يتطلب بيانات اکتوارية موثوقة كما يتطلب بيانات تكلفة شاملة من جميع مستويات النظام الصحي و كذلك بيانات توزيع الدخل لتحديد من لا يمكنه الدفع، و إنتشر إستخدام بيانات صحية قومية في السنوات الاخيرة كأداة لرسم خطة تمويل دفعات أقساط التأمين.

دراسة الحالة 2 الإدارة المالية والموازنة

تم تطويرها من قبل: **Health Strategies International** مبيئة على: قضية "St. Xavier Healing Touch Hospital" من كلية كينيدي للدراسات الحكومية في جامعة هارفارد.

المقدمة

يقع مستشفى القدس في أنستين وهو مستشفى أساسي يلبي احتياجات الرعاية الصحية للشعب الأنستيني. لعدة سنوات كان المستشفى نموذج للامتياز - من حيث الطب والإدارة المالية. لكن مؤخرًا، يواجه المستشفى صعوبات مالية وينيوي مديره إلى أخذ إجراءات إصلاحية لكي يتمكن المستشفى من الحفاظ على المواصفات عالية الجودة للرعاية الصحية.

رسالة المستشفى معبر عنها في العرض 1.

لدى المستشفى تخصصات طبية ويحتوي على الأقسام التالية:

- الجراحة
- طب الأطفال
- الولادة وأمراض النساء
- علم الأمراض
- الأشعة
- الطب الباطني
- الرعاية الطبية الطارئة
- تقويم العظام
- خدمات العيادات الخارجية

يقوم الدكتور حكيم مزهر، مدير مستشفى القدس، بإجراء جولة أخيرة للمقابلات لتوظيف نائب مدير للسياسة والإدارة. وهذه الوظيفة مرغوب فيها بشكل كبير لأن راتبها وحوافزها مغرية وتوفر فرص ممتازة للتقدم في مجال العمل. تمكن مرشحين من الوصول إلى النهاية: أحدهم محمد الشيخ وهو خريج من جامعة إدارة مرموقة وعمل في قسم المالية والإدارة في مستشفى أصغر لمدة 6 سنوات، وهو يعتقد أنه جاهز للانتقال إلى المرحلة الثانية في مجال عمله.

وظيفة دراسة الحالة:

أنت محمد الشيخ. تم تزويدك بميزانية ومعلومات مالية حول مستشفى القدس (بسرية كاملة) وطلب منك تحضير بعض التوصيات لمقابلتك مع الدكتور حكيم. ستحتاج إلى الإجابة على الأسئلة التالية لكي تتمكن من تحليل المعلومات على نحو لائق.

السؤال 1: تحليل الانحراف

تقوم المستشفى بتجهيز موازنة موحدة. ميزانيات السنتين الماضيتين موضحة في العرض 2. وتقوم إدارة المستشفى بجمع بيانات التشغيل الموضحة في العرض 3.

كان للتدهور المالي العالمي تأثير ضار على المستشفى. وأنت تعرف أنه خلال مقابلاتك سيطلب منك تحديد المجالات الأساسية التي فيها تعاني المستشفى من عسر مالي.

أ. قم بتنفيذ انحراف الإيرادات والنفقات لميزانية المستشفى للسنتين على النحو التالي، وحدد إن كان كل منها إيجابياً أم سلبياً.

1. انحراف الإيرادات لعام 2007.

2. انحراف الإيرادات لعام 2008.

3. انحراف النفقات لعام 2007.

4. انحراف النفقات لعام 2008.

5. ماذا الذي نستنتج من خلال هذا التحليل فيما يتعلق بمستشفى القدس خلال السنتين الماضيتين؟

ب. احسب الانحراف في كمية النفقات والانحراف في سعر النفقات لما يلي: (أ) رواتب الأطباء (ب) التجهيزات لعام 2008، واذكر إن كان هذه الانحراف إيجابياً أم سلبياً. (اقتراح: عليك إيجاد معدل الراتب لكل طبيب لكي تتمكن من تنفيذ هذين الانحرافين).

1. انحراف كمية النفقات لرواتب الأطباء لعام 2008.

2. انحراف سعر النفقات لرواتب الأطباء لعام 2008.

3. ماذا يتبين لنا فيما يتعلق بعدد الأطباء ورواتبهم؟

4. انحراف كمية النفقات للتجهيزات لعام 2008.

5. انحراف سعر النفقات للتجهيزات لعام 2008.

6. ماذا الذي نستنتج فيما يتعلق بكمية وسعر التجهيزات؟

ت. احسب كمية الإيرادات وانحراف سعر الإيرادات ل (أ) رسوم المرضى، (ب) تعويضات التأمين لعام 2008. واذكر إن كان هذا الانحراف سلبياً أم إيجابياً.

(اقتراح: عليك إيجاد معدل الرسوم للمريض الواحد لكي تتمكن من تنفيذ هذين الانحرافين).

1. انحراف كمية الإيرادات لرسوم المرضى في عام 2008.

2. انحراف سعر الإيرادات لرسوم المرضى في عام 2008.

3. ما الذي نستنتج فيما يتعلق بعوائد المرضى؟

4. انحراف كمية الإيرادات لتعويضات التأمين في عام 2008.

الانحراف هو الفرق بين الإيرادات المتوقعة والإيرادات الفعلية أو الإنفاقات.

* انحراف الإيرادات هو الفرق بين الإيرادات المتوقعة والإيرادات الفعلية.

* انحراف الإنفاق هو الفرق بين الإنفاقات المتوقعة والإنفاقات الفعلية.

* انحراف كمية الإنفاق هو جزء من إجمالي الإنفاق الناتج عن الكمية التي تكون إما أكثر أو أقل من الكمية المتوقعة. ويمكن حسابها على النحو التالي:

الكمية الفعلية ناقص الكمية المتوقعة ضرب تكلفة الوحدة الواحدة المتوقعة.

* انحراف سعر الإنفاق هو كمية

إجمالي انحراف الإنفاق الناتج لأن السعر المحدد في الموازنة أعلى أو أدنى من السعر الفعلي. ويمكن حسابه على النحو التالي:

التكلفة الفعلية للوحدة الواحدة ناقص تكلفة الوحدة الواحدة المتوقعة ضرب الحجم الفعلي.

* انحراف كمية الإيرادات هو كمية إجمالي انحراف الإيرادات الناتجة لأن الكمية الفعلية هي إما أكثر أو أقل من الكمية المتوقعة. ويمكن حسابها على النحو التالي:

الكمية الفعلية ناقص الكمية المتوقعة ضرب إيرادات الوحدة الواحدة المتوقعة.

* انحراف سعر الإيرادات هو مقدار انحراف إجمالي الإيرادات الناتجة لأن السعر الفعلي إما أكثر أو أقل من السعر المحدد في الموازنة. ويمكن حسابه على النحو التالي:

السعر الفعلي ناقص السعر المحدد في الموازنة ضرب الحجم الفعلي.

5. انحراف سعر الإيرادات لرسوم المرضى في عام 2008.
6. ما الذي نستنتجه فيما يتعلق بتعويضات التأمين في مستشفى القدس؟

ث. بناء على استنتاجاتك السابقة، ما هو تقييمك الأولي فيما يتعلق بخسارة مستشفى القدس للمال؟

العرض 1

مستشفى القدس
بيان الرسالة

- توفير أفضل رعاية طبية في البلاد بالتركيز على رعاية المريض ومتابعته بعد فترة الرعاية.
- تطوير ودعم الشراكات المجتمعية لتوعية المجتمع بالمخاطر الصحية والوقاية من الأمراض.
- توفير دعم ناشط للأبحاث والدراسات لإيجاد علاج للأمراض الأولوية.
- المشاركة في المبادرة الوطنية لبرامج تعليم وتدريب الأطباء المقيمين.
- تشغيل خدمات رعاية طبية للمسنين على مدار 24 ساعة.
- توظيف، تدريب والإشراف على مجموعات المتطوعين في مبادرات الرعاية الصحية.
- تشغيل وإدارة مستشفى يحتوي على 350 سرير والخدمات الممتازة في التشخيص والرعاية بالمرضى.

العرض 2

بيان ميزانية مستشفى القدس

2008 (فعلي)	2008 (موازنة)	2007 (فعلي)	2007 (موازنة)	بيان الميزانية (مليون دولار)
الإيرادات				
3.5	3.3	2.8	2.6	رسوم المرضى
1.3	1.4	1.0	1.1	تأمين الدخل المتدني
10.0	13.0	9.8	11.0	تعويضات التأمين
2.0	3.2	3.2	3.2	المنح
16.8	20.9	16.8	17.9	إجمالي الإيرادات
النفقات				
3.2	3.0	2.5	2.2	أجور التمريض والإدارة
4.0	4.0	4.5	4.0	رواتب الأطباء
1.0	1.0	1.0	1.0	الإيجار
2.6	2.5	2.5	2.4	الإيجارات
4.0	3.0	3.0	2.5	رسوم المستشارين
1.5	1.1	2.0	1.0	التجهيزات
0.5	0.5	0.5	0.5	الخدمات
0.5	0.5	1.0	0.5	المتفرقات
17.6	15.6	17.0	14.1	إجمالي النفقات
(0.8)	5.3	(0.2)	3.8	ربح/خسارة التشغيل

المصدر: بيانات خيالية لغرض التوضيح فقط.

العرض 3

بيانات التشغيل مستشفى القدس

بيانات التشغيل				
2008 (فعلي)	2008 (موازنة)	2007 (فعلي)	2007 (موازنة)	
15500	12500	16000	11000	عدد المرضى المعالجين
52	50	52	49	عدد الأطباء
362	360	361	360	أيام التشغيل
645	1040	613	1000	تعويضات التأمين للمريض الواحد
400000	0	1000000	0	الأموال القانونية
45	30	40	25	معدل تكلفة التجهيزات للوحة الواحدة
33333	36666	50000	40000	وحدات التجهيزات المستهلكة
76923	80000	86538	81633	الراتب للطبيب الواحد
226	264	175	236	رسوم المريض الواحد

المصدر: بيانات خيالية لغرض التوضيح فقط.

العرض 4

قسم الأشعة في مستشفى القدس

التكاليف السنوية العامة

400000\$	إيجار المبنى
100000\$	التنظيفات والصيانة
200000\$	تأجير المعدات
100000\$	المعدات الطبية
800000\$	المجموع

بيانات تكاليف إضافية

التكلفة بالساعة	ساعات الموظفين للعملية الواحدة	العدد سنويا	العملية
20\$	0.5	5000	الأشعة السينية X-Ray
20\$	1.0	800	أشعة الرنين المغناطيسي MRI
20\$	2.0	300	الأشعة المقطعية CT Scan

جدول الرسوم الحالية

الرسوم	العملية
150\$	الأشعة السينية X-Ray
195\$	أشعة الرنين المغناطيسي MRI
400\$	الأشعة المقطعية CT Scan

العرض 5

مستشفى القدس

الميزانية العمومية ابتداء من كانون الأول 2008

المطلوبات		الأصول	
5000000	ديون قصير الأمد	225000	النقدية في البنك
1000000	ديون طويل الأمد	2260000	الذمم الدائمة
1200000	الذمم المدينة	3100000	المخزون (البضاعة)
<u>2385000</u>	الأرباح المحتجزة	<u>4000000</u>	الأصول الثابتة
9585000	مجموع المطلوبات	9585000	مجموع الأصول

ملاحظات الحسابات:

1. يقوم صندوق التقاعد في مستشفى القدس بإدارة التقاعد لعدد 10000 موظف (حالي وسابق). يتم استثمار أصول صندوق التقاعد في سندات مالية بمقدار قيمة 30 مليون دولار أمريكي. وفقا لسن التقاعد (60 عام) وعوائد مستقبلية بنسبة 10% سنويا، يقدر خبراء التأمين الالتزامات المالية للمستشفى بقيمة 37 مليون دولار أمريكي.
2. يكافح المستشفى حاليا دعوى قضائية تتعلق بسوء ممارسة طبية ناتجة عن إهمال طبي في قضيتين جراحيتين معقدتين. احتمالية ربح المستشفى للقضية هي 60% وستقوم المستشفى بالاستئناف في حال إصدار حكم ضدها. يوجي ماضي القضايا المشابهة لهذه القضية التزامات مالية بقيمة 2.5 مليون دولار أمريكي على الأرجح أن تظهر في عام 2010.
3. تضم التجهيزات المخزونة تجهيزات طبية وجراحية صالحة لمدة 6 شهور. ثلث المخزون اجتازت صلاحيته مدة 6 شهور، وثلث آخر صلاحيته بمعدل 1.2 سنة.
4. يضمن المستشفى قروض سكنية للموظفين الذين خدموا أكثر من 5 سنوات. وابتداء من 31 آذار، قيمة 20 مليون دولار من هذه القروض باتت غير مدفوعة. وكان معدل الإهمال هذا عبر السنوات 4%.

المصطلحات

المساءلة: النتائج الإيجابية والسلبية المتعلقة بتنفيذ مسؤوليات الفرد.

أساس الاستحقاق المحاسبي: مناهج محاسبية يتعقب تدفق الموارد والإيرادات الناتجة بمساعدة هذه الموارد. وهو يتعقب الإيرادات في حين كسبها والموارد في حين استخدامها بصرف النظر عن تدفق النقد إلى داخل وخارج المؤسسة.

التكلفة المبنية على النشاط: نظام لتقدير تكلفة خدمة أو منتج ما مستند إلى تقدير تكاليف النشاطات المطلوبة لإنتاج هذه الخدمة أو المنتج.

الأصول: الموارد الاقتصادية التي تملكها المؤسسة، تسجل بتكلفتها الأصلية.

التكلفة الثابتة الممكن تجنبها: تكلفة ثابتة ممكن تفاديها في حال اختيار بديل معين.

المعادلة المحاسبية الأساسية: الأصول = المطلوبات + صافي الأصول

دعم الموازنة: مساعدات الممول المخصصة لاستخدام معين:

عامة: لتلبية التزامات حكومية عامة

قطاعية: لدعم نشاطات قطاع معين لا غير (الصحة، التعليم، الخ)

خاصة بمرض أو برنامج ما: لدعم أهداف محدودة أكثر

أنظمة البرامج الالكترونية للرعاية الصحية: لدعم برامج البنية التحتية المصممة لتطوير النظام الصحي.

انحراف الموازنة: الفرق بين ما تم تخطيطه (المرصود) وما تم تحقيقه (الفعلي).

النمو الرأسمالي: عندما تكون قيمة استثمار ما أكثر عند بيعه مما كانت قيمته عند شرائه.

عقود التكلفة الثابتة (أجرة الفرد): نظام تعاقد مع مقدم الخدمة على تكلفة ثابتة لعدد محدد من المؤمن عليهم خلال فترة معينة من الزمن مقابل مجموعة محددة من الخدمات. وعادة يدفع لمقدمي الخدمة على أساس الفرد الواحد للشهر الواحد.

الأساس النقدي للمحاسبة: نظام محاسبة يسجل الإيرادات والنفقات فور استلامها دون اعتبار الفترة التي تم فيها توفير الخدمة أو استهلك فيها الموارد.

التكاليف المشتركة: وهي التكاليف التي تقيد عدد من الخدمات ويتشارك فيها كافة المعنيين (مثل: الإيجار، الخدمات، الفواتير).

الالتزام أو التقيد: الالتزام بالقوانين الحكومية.

التسوية: تحويل قيمة حالية إلى قيمة مستقبلية وأخذ عنصر القيمة الزمنية للنقود بعين الاعتبار. وهي عكس الخصم.

تكلفة رأس المال: نسبة الإيرادات المتطلبة لتنفيذ مشروع ما. تكلفة رأس المال تحتسب على القيمة الزمنية للنقود والمخاطرة. أيضا تسمى المعدل الحدي أو معدل الخصم.

مراكز التكلفة: الوحدات داخل مؤسسة ما المسؤولة عن توفير الخدمات ومراقبة كلفتها.

احتواء التكلفة: عدم إنفاق أكثر مما هو مرصود في موازنة النفقات.

محركات أو موجبات الكلفة: العناصر التي تحدث تغيير في تكلفة نشاط ما.

وحدة التكلفة: أي شيء تقدر تكلفته مثل عدد من السكان، فحص، زيارة، مريض أو يوم المريض.

الأصول المتداولة: الأصول التي سيتم استخدامها (استهلاكها) خلال سنة واحدة (أو في مرة واحدة).

الالتزامات الجارية: الالتزامات المالية التي سيتم سدادها خلال سنة واحدة (أو في مرة واحدة).

اللامركزية: توزيع المسؤوليات (الوظائف) في مؤسسة توفر الرعاية الصحية، أو توزيع المسؤوليات من سلطة مركزية (على مستوى الوزارة) إلى السلطات الأصغر منها في النظام الصحي.

المرکزية/انتقال الملكية/التفويض: منح السلطات والمسؤوليات من سلطة حكومة وطنية مركزية إلى مستويات وطنية أخرى على مستوى الإقليم، المقاطعة أو الدولة مثلاً.

الاستهلاك: قياس كمية استهلاك أو استخدام أصول ملموسة (كمنشأة أو معدات).

مجموعة تشخيص الداء: نظام لتصنيف المرضى وفقاً لتشخيصهم. من ثم يتم استخدام هذه التصنيفات لاحتساب تكلفة الرعاية الطبية وفقاً لمجموعة تشخيص الداء التي تم تصنيف المريض فيها.

التكاليف المباشرة: التكاليف (تكاليف التمريض مثلاً) التي يمكن للمؤسسة تتبعها مباشرة إلى وحدات تكلفة معينة (كالمرضى مثلاً).

الخصم: تحويل التدفقات النقدية المستقبلية إلى قيمتهم الجارية وأخذ عنصر القيمة الزمنية للنقود بعين الاعتبار (عكس التسوية).

انحراف كلفة المصروفات: كمية انحراف المصروفات المتغيرة الحاصلة نتيجة لاختلاف التكلفة الفعلية للزيارة عن التكلفة المرصودة في الموازنة. يمكن احتسابها بالمعادلة التالية:

(الكلفة الفعلية للوحدة - الكلفة المرصودة للوحدة) x الكمية الفعلية.

انحراف كلفة الكمية: حصة إجمالي الانحراف في المصروفات المتغيرة الحاصلة بسبب ارتفاع أو انخفاض الكمية الفعلية عن الكمية المرصودة. يمكن احتسابها بالمعادلة التالية:

(الكمية الفعلية - الكمية المرصودة) x الكلفة المرصودة للوحدة الواحدة.

التمويل المختلط: كيفية اختيار المؤسسة لتمويل احتياجاتها الرأسمالية.

التكاليف الثابتة: التكاليف التي لا تتأثر بما سيطرأ على حجم النشاط أو الإنتاج ولكنها تتغير بشكل عكسي على أساس الوحدة الواحدة مع تغير النشاط.

القيمة المستقبلية: ما ستساوي الكمية المستثمر فيها اليوم (أو سلسلة الدفعات المنفذة على مر فترة من الزمن) في وقت محدد في المستقبل باستخدام طريقة الفائدة المركبة المحسوبة على أصل القيمة الزمنية للمال.

التحليل الأفقي: طريقة لتحليل البيانات المالية تركز على النسب المئوية المتغيرة في حساب معين على مر السنين. يمكن احتسابها من خلال المعادلة التالية (السنة القادمة - السنة الماضية) / السنة الماضية.

الأسلوب المتزايد/المتناقص: طريقة للرصد تبدأ بموازنة موجودة للتخطيط لموازنات مستقبلية.

التكاليف غير المباشرة: التكاليف التي يصعب على المؤسسة تتبعها مباشرة لبند تكلفة محددة. تشمل التكاليف غير المباشرة العامة تكاليف كاتب الفواتير، الإيجار، تكاليف الكمبيوتر، وتكاليف أخرى نسميها التكاليف الرأسية.

المطلوبات: الالتزامات المالية (ديون) لمؤسسة ما.

الموازنة القائمة على البنود: وهي الموازنة الأقل تفاصيل، لا توضح سوى الإيرادات والنفقات بأصنافها، مثل الجهد أو المعدات.

موازنة لعدة سنوات: موازنة تترصد عدة سنوات في المستقبل بدل من سنة واحدة.

الحسابات الصحية الوطنية: وثائق شاملة للحسابات تستخدم لوصف تدفق النفقات (العامة والخاصة) في القطاع الصحي، وتبين مصادرها، استخداماتها، وقنوات كافة الموارد المالية التي يستخدمها القطاع الصحي. هذه الحسابات عبارة عن متطلب أساسي للإدارة المثلى لتوظيف وتنظيم موارد القطاع الصحي.

صافي الأصول: في المنظمة غير الربحية، هي الفرق بين الأصول والالتزامات المالية (الأصول - الالتزامات المالية).

صافي الدخل: الإيرادات من غير منها كافة النفقات.

صافي القيمة الحالية: القيمة الحالية للتدفقات النقدية المستقبلية المرتبطة بصافي الاستثمار ناقص تكلفة الاستثمار الأولي. وهي الفرق بين القيمة الأولية المدفوعة لاستثمار ما والتدفقات النقدية الواردة التي يولدها الاستثمار بعد تعديل تكلفة رأس المال.

الأصول غير المتداولة: موارد المنشأة التي سيتم استخدامها أو استهلاكها خلال فترات تتعدى السنة الواحدة.

المطلوبات غير المتداولة: الالتزامات المالية المستحقة بعد أكثر من سنة.

ربح التشغيل: الدخل الناتج عن عمل المنشأة الأساسي.

التخطيط: عملية تحديد الأهداف، الغايات، المهام، النشاطات والموارد اللازمة لتنفيذ الخطة الإستراتيجية للمنشأة خلال الفترة القادمة، عادة ما تكون سنة واحدة.

القيمة الحالية: القيمة الحالية لدفعة نقدية (سلسلة من الدفعات) التي سيتم استلامها في المستقبل، تأخذ تكلفة رأس المال بعين الاعتبار.

مراكز الربح: وحدات في المنشأة مسؤولة عن ضبط التكاليف وكسب الإيرادات.

موازنة البرنامج: جزء من الموازنة القائمة على البنود التي تبين الإيرادات والنفقات وفقا للبرامج أو الخدمات.

انحراف معدل الإيرادات: كمية إجمالي انحراف الإيرادات الحاصل لأن معدل القيمة الفعلية المتقاضى يختلف عن المعدل المرصود.

انحراف كمية الإيرادات: كمية إجمالي انحراف الإيرادات الحاصل لأن الكمية الفعلية تختلف عن الكمية المرصودة.

النظام التنازلي: إعداد الموازنة وصنع القرار المنفذة من قبل بعض الأشخاص في أعلى مراكز الهيكلية التنظيمية.

النظام التصاعدي/التنازلي: نظام إعداد موازنة وصنع قرار حيث أدوار ومسؤوليات إعداد الموازنة وصنع القرار تنتشر في المنشأة، وتتبع عادة على مستوى الدوائر. وهو عكس النظام التنازلي.

التحليل العمودي (الرأسي): طريقة لتحليل البيانات المالية تجيب على السؤال العام التالي: ما هي نسبة أحد البنود في بند آخر؟ ويمكن من مقارنة البيانات المالية التابعة لمنشآت مختلفة.

الموازنة الصفرية: طريقة لإعداد موازنة تستجوب باستمرار الحاجة لبرامج جارية ومستوى تمويلها والحاجة لبرامج جديدة.

تقييم قبلي - برنامج تعزيز القدرات المالية

1. اذكر ثلاثة اهداف للنظام الصحي الفلسطيني

أ.

ب.

ج.

2. اذكر هدف من أهداف الاصلاح المالي في القطاع الصحي.

3. انحراف معدل الإيرادات هو كمية إجمالي انحراف الإيرادات الحاصل لأن معدل القيمة الفعلية المتقاضى يختلف عن المعدل المرصود.

خطأ

صح

4. يمكن لبرنامج تأمين صحي اجتماعي وطني شامل ان يدعم النمو الاقتصادي ويحسن فرص الحصول على الخدمات الصحية؟

أوافق بشدة

5

4

3

2

1

لا أوافق بشدة

5. سم ثلاث طرق لتمول بها الخدمات الصحية في فلسطين

أ.

ب.

ج.

6. ما مدى اهمية تمكين الامركزية لإصلاح نظام الرعاية الصحية؟

في غاية الاهمية

5

4

3

2

1

غير مهم على الاطلاق

7. اللامركزية/الانتقال/التفويض هو منح للمسؤوليات ، بدون سلطة مالية ، إلى المستوى الاقليمي او مستوى المقاطعات.

خطأ

صح

8. رتب فئات المصروفات الرئيسية الثلاث لوزارة الصحة بناء على حجم/نسبة الانفاق

أ. التحويلات الطبية > الموظفين > الأدوية واللوازم الطبية

ب. التحويلات الطبية > الأدوية واللوازم الطبية > الموظفين

ج. الموظفين > التحويلات الطبية > الأدوية واللوازم الطبية

د. التحويلات الطبية > الموظفين = الأدوية واللوازم الطبية

9. من اللبانات الأساسية لتمويل تحسين في النظام الصحي الفلسطيني هو دمج نظام المعلومات المالية في نظام المعلومات الصحية

أوافق بشدة

5

4

3

2

1

لا أوافق بشدة

10. ODA تعني:

أ) اللامركزية التنظيمية المعونة

ب) المساعدة الإنمائية الرسمية

ج) استهلاك الأصول الرسمية

د) تصميم وتحليل التنفيذية

a) Organizational Decentralization Aid

b) Official Development Assistance

c) Official Depreciation of Assets

d) Operational Design and Analysis

11. رتب من حيث الأهمية ثلاثة مجالات ذات أولوية عند بناء أو تعزيز القدرات في القسم / المقاطعة / المرفق الذي تعمل به من أجل الاستعداد للإصلاح المالي في القطاع الصحي الفلسطيني

.1

.2

.3

تقييم بعدي - برنامج تعزيز القدرات المالية

1. اذكر ثلاثة اهداف للنظام الصحي الفلسطيني

أ.

ب.

ج.

2. اذكر هدف من أهداف الاصلاح المالي في القطاع الصحي.

3. انحراف معدل الإيرادات هو كمية إجمالي انحراف الإيرادات الحاصل لأن معدل القيمة الفعلية المتقاضى يختلف عن المعدل المرصود.

خطأ

صح

4. يمكن لبرنامج تأمين صحي اجتماعي وطني شامل ان يدعم النمو الاقتصادي ويحسن فرص الحصول على الخدمات الصحية؟

أوافق بشدة

5

4

3

2

1

لا أوافق بشدة

5. سم ثلاث طرق لتمول بها الخدمات الصحية في فلسطين

أ.

ب.

ج.

6. ما مدى اهمية تمكين الامركزية لإصلاح نظام الرعاية الصحية؟

في غاية الاهمية

5

4

3

2

1

غير مهم على الاطلاق

7. اللامركزية/الانتقال/التفويض هو منح للمسؤوليات ، بدون سلطة مالية ، إلى المستوى الاقليمي او مستوى المقاطعات.

خطأ

صح

8. رتب فئات المصروفات الرئيسية الثلاث لوزارة الصحة بناء على حجم/نسبة الانفاق

أ. التحويلات الطبية > الموظفين > الأدوية واللوازم الطبية

ب. التحويلات الطبية > الأدوية واللوازم الطبية > الموظفين

ج. الموظفين > التحويلات الطبية > الأدوية واللوازم الطبية

د. التحويلات الطبية > الموظفين = الأدوية واللوازم الطبية

9. من اللبانات الأساسية لتمويل تحسين في النظام الصحي الفلسطيني هو دمج نظام المعلومات المالية في نظام المعلومات الصحية

أوافق بشدة

5

4

3

2

1

لا أوافق بشدة

10. ODA تعني:

أ) اللامركزية التنظيمية المعونة

ب) المساعدة الإنمائية الرسمية

ج) استهلاك الأصول الرسمية

د) تصميم وتحليل التنفيذية

e) Organizational Decentralization Aid

f) Official Development Assistance

g) Official Depreciation of Assets

h) Operational Design and Analysis

11. رتب من حيث الأهمية ثلاثة مجالات ذات أولوية عند بناء أو تعزيز القدرات في القسم / المقاطعة / المرفق الذي تعمل به من أجل الاستعداد للإصلاح المالي في القطاع الصحي الفلسطيني

.1

.2

.3

برنامج تعزيز القدرات المالية
دراسة حالة التأمين الصحي الاجتماعي
الرجاء الاجابة عن الاسئلة التالية:

1. يرجى ترتيب القضايا التالية بناء على اولويتها عند وزارة الصحة و اشرح كل منها:
ا. تكاليف بدء تشغيل والدعم المادي للمخطط

ب. سوء الإدارة وضعف الهياكل الإدارية الأساسية على المستويين السياسي والتنفيذي

ج. مخاوف عدم توليد إيرادات كافية للحفاظ على نظام التأمين

د. مخاطر انهيار السوق- مثل انهياره بسبب أفساط مرتفعة جدا تحول دون وصول الفقراء للرعاية الصحية
2. الرجاء تعريف نظام دفع المستحقات امقدمي الخدمة التي من شأنها أن تكون أكثر فعالية لنظام التأمين الصحي
في "انتستين".

3. هل ينبغي أن يكون التأمين الصحي الاجتماعي "الانتستيني" لا مركزي؟ لماذا؟

4. التأمين الصحي الاجتماعي أن يكون في المتناول لجميع مواطني "انتستين"؟ لماذا أو لماذا لا؟

5. ما مخاطر وعوائق تنفيذ التأمين الصحي الاجتماعي على المستويات اللامركزية؟ ما هي اهم 3 مجالات لبناء وتعزيز القدرات على هذه المستويات للتحضير للتأمين الصحي الاجتماعي؟
