

بسم الله الرحمن الرحيم

جامعة الشيخ عبد الله البدرى
كلية العلوم الصحية
قسم الصيدلة

بحث تكميلي لنيل دبلوم مساعدي الصيدلة التقني بعنوان:

تقييم دور الخدمات الصيدلانية للتأمين الصحي في تقديم الرعاية
الصيدلانية للمجتمع بمحلية عطبرة

اعضاء:

1. آدم علي سليمان آدم
2. أشجان معتصم محمد نور
3. بحر الدين علي عبدالله
4. روى عوض الكريم محمد
5. عبدالإله مطر محمد موسى
6. علي يحيى آدم محمد
7. منى حسن بابكر سرالختم

إشراف:

د. فاروق فيصل أحمد

زمالة إدارة الخدمات الصيدلانية

اغسطس 2015

بسم الله الرحمن الرحيم

الآية

قال تعالى :

﴿ وَقُلْ اَعْمَلُوا فَسَيَرَى اللّٰهُ عَمَلَكُمْ وَرَسُولُهُ
وَالْمُؤْمِنُونَ وَسَرَدُونَ اِلٰى عَالَمِ الْغَيْبِ وَالشَّهَادَةِ
فَيُنَبِّئُكُمْ بِمَا كُنتُمْ تَعْمَلُونَ ﴾

صدق الله العظيم

سورة التوبة الآية (١٠٥)

إهداء

إلى من ظلت في الحنايا خالدة أبدا الدهر

وعطرت صفحات الماضي بأنغام الحياة فلا المساحات
تضي مساحتها شكرها ولا الأقلام توفيقها النصاب

أمي.....

إلى رمز التضحية والإخلاص والوفاء

أبي.....

إلى رفقاء الدرب والقلم في ساحات العلم والمعرفة

الزملاء والزميلات.....

إلى كل من علمني حرفاً

أزف إليكم جميعاً أسمى آيات التقدير والاحترام

لما ظللتم تقدموه وأنتم تبجرون بسفينة التعليم

ودمتم سالمين زخراً لخدمة الوطن

الباحثين

الشكر والعرفان

قال تعالى : ﴿ وَإِذْ تَأَذَّنَ رَبُّكُمْ لَئِنْ شَكَرْتُمْ لَأَزِيدَنَّكُمْ ﴾

الشكر لله وحده الذي علم بالقلم ، علم الإنسان ما لم يعلم . إنه عزيز الثناء ، جليل العطاء فله الحمد والشكر والثناء الحسن لا نحصى ثناء عليه هو كما أثنى على نفسه . والصلاة والسلام على معلم البشرية وخاتم الأنبياء والمرسلين سيدنا وحبيبنا محمد بن عبد الله الذي علمنا البر والوفاء وأوصانا بالشكر الإحسان القائل (من لا يشكر الناس لا يشكر الله) .

أقدم بخالص الشكر والتقدير والعرفان الجميل بعد شكر الله عز وجل القائمين على أمر جامعة الشيخ عبد الله البدري كلية العلوم الصحية أساتذتي الأجلاء لهم التحية والتقدير .

كما أخص بالشكر الدكتور فاروق فيصل وأقول :

هنيئاً لمن من معينه يشرب فإنه البحر الأعذب ولا تعجب
فإليه أسوق الشكر شادياً وأزف العرفان حادياً فإنه المعين الذي لا
ينضب والشمس التي لا تغيب .
والشكر أجزله إلى أوائك النضر الذين لم يبخلوا علينا بعلمهم
ووقتهم ونصحهم وإرشادهم .

محتويات البحث

I.....	الآية
II.....	الإهداء
III.....	شكر وعرفان
IV.....	محتويات البحث
V.....	الجدول والأشكال
VI.....	ملخص البحث

الفصل الأول : المقدمة :

١.....	المقدمة
١.....	مفهوم التأمين الصحى
٦.....	التأمين الصحى فى السودان
١٠.....	الخدمات الصيدلانية بالتأمين الصحى
١٥.....	منطقة الدراسة
١٦.....	أهمية وأهداف البحث

الفصل الثانى : أدبيات البحث :

١٧.....	تجربة التأمين الصحى فى بعض الدول
---------	----------------------------------

الفصل الثالث : منهجية البحث :

٢٠.....	منهجية البحث
---------	--------------

الفصل الرابع : النتائج والتوصيات :

٢١.....	النتائج
٢٧.....	مناقشة النتائج
٢٨.....	التوصيات
٢٩.....	الخاتمة

الفصل الخامس : المراجع والملاحق

٣٠.....	المراجع
٣١.....	الملاحق

الجداول والأشكال

الجداول :

- جدول (١) : منافذ تقديم الخدمة الدوائية فى عينة الدراسة ٢١
- جدول (٢) : الكادر العامل بالصيديات ٢١
- جدول (٣) : الفئات العمرية للكادر الصيدلى ٢٢
- جدول (٤) : توزيع نوع الكادر الصيدلى العامل على الفئات العمرية ٢٢
- جدول (٥) : مدى تغطية قائمة أدوية التأمين الصحى لأنواع الأمراض المختلفة ٢٦

الأشكال :

- شكل (١) : عدد منافذ تقديم الخدمة الدوائية التى بها تأمين صحى ٢٣
- شكل (٢) : نسبة منافذ تقديم الخدمة الدوائية للتأمين الصحى بمحلية عطبرة ٢٣
- شكل (٣) : نسبة توفر الدواء بمنافذ تقديم الخدمة الدوائية التى بها تأمين صحى ٢٤
- شكل (٤) : مستوى تأهيل الكادر الصيدلى العامل ٢٤
- شكل (٥) : الوصف الوظيفى للكادر الصيدلى العامل ٢٥

ملخص البحث

يعتبر التأمين الصحي احدي صور التأمين الاجتماعي لمجابهة خطر المرض وهو وسيلة لتعويض الفرد عن الخسارة المالية التي تحل به نتيجة لوقوع خطر معين بواسطة توزيع هذه الخسارة على مجموعة من الأفراد يكون جميعهم معرضين لهذا الخطر .

يعمل التأمين الصحي على تقديم جميع الخدمات الصحية بما في ذلك خدمات الرعاية الصيدلانية التي تلعب دورا مهما في أتمام العملية العلاجية وهي عملية تتضمن العلاقة المباشرة بين الصيدلاني والمريض ويتطلب من الصيدلاني جمع وتقييم المعلومات الخاصة بحالة المريض الصحية و بالأدوية التي يتناولها ثم تصميم الخطة العلاجية الخاصة به وتنفيذها ومراقبتها و المسؤولية التامة عن كل ما يتعلق بالدواء للحصول على نتائج محددة تحسن من حالة المريض ، وتحقق من أهداف الرعاية الصيدلانية.

الهدف العام للدراسة هو قياس مدى استفادة المواطنين بمحلية عطبرة من الخدمات الصيدلانية المقدمة بواسطة التأمين الصحي ، وتم ذلك عن طريق معرفة نسبة توفر منافذ تقديم الخدمة الدوائية ومدى توفر الدواء ومدى تأهيل الكوادر العاملة ومعرفة مدى رضى المستفيد من خدمات التأمين الصحي فى جانب الخدمة الصيدلانية المقدمة ومدى تغطية قائمة الأدوية بالتأمين الصحي للأمراض المختلفة .

تم استخدام الدراسة الوصفية عن طريق الإستبيان بالمراكز الصحية للتأمين الصحي بمحلية عطبرة، إستهدفت الدراسة التأمين الصحي بولاية نهر النيل، و أفراد المجتمع المؤمن لهم بمحلية عطبرة ، تم اختيار عينة عشوائية تضم ١٠ أفراد مؤمن لهم بمحلية عطبرة وعدد ١٠٠ وصفة طبية و عدد ١٠ كوادر بمنافذ تقديم الخدمة الدوائية بالتأمين الصحي وتم عمل تحليل وصفي كامل لهذه البيانات لمعرفة كل الأهداف المطلوبة بواسطة برنامج اكسل ٢٠٠٧ .

خلال الدراسة التي أجريت بمنافذ تقديم الخدمة الدوائية التابعة للتأمين الصحي بمحلية عطبرة تم التوصل للنتائج التالية:

أن التأمين الصحي شارك بقوة في تقديم الخدمة الدوائية بعدد (٢٢) منفذ من (٦٤) منفذ بالمحلية بنسبة ٣٤% . وبلغت نسبة توفر الدواء بمنافذ تقديم الخدمة الدوائية التابعة للتأمين الصحي ٨٧% .

ومن أهم النتائج التي تم التوصل إليها مستوى تأهيل الكوادر العاملة من حيث المستوى الأكاديمي ووجد أن ٨٠ % من الكوادر العاملة في المستوى الجامعي و ٢٠ % من الكوادر العاملة في المستوى الثانوي .

ومما تم التوصل إليه أيضاً الوصف الوظيفي لهذه الكوادر والذي تمثل فيه الصيدلة بنسبة ٣٠ % و مساعدي الصيدلة بنسبة ٥٠ % . والكوادر الطبية بنسبة ٢٠ % .

أظهرت الدراسة الدور الفعال للتأمين الصحي في تقديم الخدمات الصيدلانية للمجتمع وذلك بالإنعاش المتوازن لمنافذ تقديم الخدمة الدوائية في كل أنحاء المحلية ، وتوفيره لقائمة أدوية شاملة لعلاج معظم الأمراض لتحقيق أكبر قدر من الأهداف المتعلقة بالخدمة الدوائية و تحقيق رضى المستفيد ، كما أوضحت الدراسة مدى تأهيل الكوادر العاملة بمنافذ تقديم الخدمة الدوائية ، وقد أظهرت الدراسة أيضاً رضى المستفيد بالمحلية عن الخدمات الصيدلانية المقدمة بواسطة التأمين الصحى ووصفها بالجيدة جداً بالإضافة الى جوده الخدمة المقدمة وقله التكلفة الدوائية ، وبناء على الذى وجد فى هذه الدراسة لابد من الإهتمام بالإمداد الدوائى المستمر لكل منافذ تقديم الخدمة وترقية قائمة أدوية التأمين الصحى لتواكب الطفرة والتحديث فى مجال الدواء ، كذلك ضرورة تأهيل وتدريب الكوادر العاملة فى كل المجالات المتعلقة بالخدمة الصيدلانية.

الفصل الأول

المقدمة

مفهوم التأمين الصحي :

يعرف التأمين الصحي على انه نظام يعمل على معاونة الفرد أو الاسره لمجابهة تكلفة المخاطر المرضية بدفع هذه التكلفة جزئيا أو كليا نيابة عن متلقي الخدمة الطبية أو بتعويضه ماليا عن الخسارة المترتبة على دفعه لهذه التكلفة وذلك بموجب اتفاق مسبق يقوم فيه المؤمن له بدفع قسط مالي دوري مقابل حزمه محدده من المنافع يتلقاها عند الحاجة إليها. (١)

يمثل التأمين الصحي نمطا من أنماط التأمين الاجتماعي ولكنه نشاط قاصر فقط على مجابهة خطر المرض وهذا هو ما دعا كافة الدول النامية منها و المتقدمة لتأخذ بنظام التأمين الصحي الذي يقوم على قاعدة توزيع الخطر على أوسع نطاق تشمل جميع مواطني الدولة الواحدة.

يعتبر التأمين الصحي احد المداخلات الانسانيه التي تتبناها الدول في تأسيس قدر من الاهتمام الوطني والاجتماعي بصحة المواطن و يمثل نظام التأمين الصحي وجها من أوجه الضمان الاجتماعي ضد المخاطر والظروف الصحية لدى الفرد، ويشمل تكاليف فحصه وتشخيصه وعلاجه، ودعمه النفسي والجسدي. وهو أحد الطرق لإيصال الرعاية الصحية للأفراد والمجموعات، وتقوم فلسفة التأمين الصحي على مبدأ تجميع المخاطر، وتعني جمع مخاطر الإصابة بالمرض التي تصيب المجتمع أو مجموعة معينة، وتقاسمها بين الأفراد بشكل متساو، وذلك عبر جمع الأموال اللازمة لعلاج هذه المخاطر المجمعَة بشكل متساو، ثم توزيعها على الأفراد حسب حاجتهم للعلاج مما يؤدي إلى تخفيف الأعباء والتكاليف المترتبة عند معالجة الحالات المرضية التي يتعرض لها المؤمن لهم ويضمن وصول الرعاية الصحية لجميع محتاجيها مقابل مبلغ يسير من المال وثابت يدفعه جميع الأفراد المشتركين بالتأمين.

وهو بذلك نظام اجتماعي يقوم على التعاون والتكافل بين الأفراد لتحمل ما يعجز عن تحمله أحدهم بمفرده، وشركات التأمين تنظم الاستفادة من توزيع الخطر مقابل أجر معلوم . لتوفر ملاذ أفضل لتأمين رعاية صحية شاملة، هذا البرنامج يتم تقديمه غالباً من وكالات حكومية، شركات تجارية خاصة، أو كيانات غير ربحية.

بداية التأمين الصحي :
صدرت أول وثيقة تأمين صحي على مستوى العالم في ألمانيا عام ١٨٨٣م، أما فيما يتعلق بالعالم العربي فإن أول وثيقة كتبت باللغة العربية لتأمين العلاج الطبي ظهرت عام ١٩٥٧م في مصر بين الشركة المتحدة للتأمين وبنك الإسكندرية، كما صدرت وثيقة أخرى في نفس العام بين شركة مصر للتأمين وشركة اسوستاندر للخدمات البترولية.

أهداف التأمين الصحي:

- توفير الرعاية الصحية للأفراد والمجموعات.
- تأمين تكاليف الرعاية الصحية للأفراد والمجموعات.
- توزيع تكاليف الرعاية الصحية على الأفراد، بحيث يدفع الجميع حصة متساوية، وبذلك فإن الأشخاص الأصحاء الذين لا يعانون من المرض يغطون تكاليف علاج الأشخاص المرضى.
- حماية الفرد من نقص الرعاية الصحية التي تنتج عن فقر الشخص أو عدم قدرته على دفع تكاليف العلاج، مما يؤدي إلى عدم حصوله على الرعاية الصحية وتدهور صحته.
- إدارة موارد التأمين الصحية المالية بشكل يضمن استمراره للأجيال القادمة.
- تحسين مستوى الخدمات الطبية المقدمة من خلال توفير مصادر مالية ثابتة ومستمرة والحث على مزيد من التنوع والمنافسة في تقديم الخدمات الصحية.

عناصر التأمين الصحي :

١/ مؤسسة التأمين: و قد تكون حكومية مثل وزارة الصحة أو مؤسسات خاصة مثل شركات التأمين الصحي الربحية.

٢/ **المنتفع:** وقد يكون الفرد بشخصه عندما يشترك في التأمين، أو يكون معه عائلته. كما قد يكون العقد ضمن شركة أو مؤسسة كبرى، إذ يشترك الشخص مثلا ضمن مجموعة الموظفين الموجودين في الشركة التي يعمل فيها والذين لديهم تأمين صحي مع مؤسسة معينة.

٣/ **العقد:** ويوضح مقدار الاقتطاع المالي للتأمين وأسسه، والذي قد يكون ثابت شهريا ، كما قد يشمل اقتطاعا بنسبة معينة من تكاليف الإجراء الطبي عند حدوثه، مثل أن يدفع الفرد ١٠% من كشف الطبيب، أو ٥% من رسوم المستشفى.

٤ / طبيعية التغطية: وتشمل الأمراض من حيث العلاج والإجراءات المغطاة. فمثلا بعض شركات التأمين ترفض تغطية عمليات تصحيح البصر وتعدّه إجراءً تجميليّاً، وينطبق هذا أيضا على علاجات تقويم الأسنان.

٥ / مقدم الرعاية الصحية: والذي قد يكون المؤسسات الحكومية التابعة للحكومة كمراكز ومستشفيات وزارة الصحة. وقد تكون مؤسسات صحية خاصة كالمستشفيات الخاصة.

مصادر تمويل التأمين الصحي :

الفرد نفسه: ويكون المبلغ الذي يخصم منه على أسس شهرية .

الحكومة : إذ تغطي هي تكاليف التأمين، وعادة يكون من أموال الضرائب.

المؤسسات الخاصة: إذ قد تدفع هي جزءا من تكاليف تأمين موظفيها الصحي، فيما يدفعون هم المتبقي.

المنظمات الدولية: فمثلا تدفع الأمم المتحدة تكاليف علاج اللاجئين الفلسطينيين في الأونروا.

الهبات والمنح : التي قد تكون من الأفراد أو المؤسسات، وقد تكون مادية أو عينية كالمستلزمات الطبية والمباني.

أنواع التأمين الصحي:

أنظمة التأمين الصحي الشمولية:

وهي الأنظمة التي تعتمد على دفع تكاليف نفقات المعالجة من خلال الضرائب العامة التي تجمعها الدول من المواطنين، ولا تعتمد المساهمة في هذه الأنظمة على مدى استغلال الخدمات الصحية إنما على الآليات المتبعة لجمع الضرائب، وقد تحقق هذه الأنظمة بعض العدالة إذا كانت الضرائب تجمع بشكل تصاعدي، بحيث تكون الضرائب معتمده على مستوى الدخل وعلى الأصول والعقارات والأراضي، بحيث يمكن الفقير من الاستفادة من الضرائب العالية التي يدفعها الغني، بينما في المقابل عند الاعتماد على ضرائب أخرى مثل ضريبة مبيعات السلع الأساسية وضرائب الخدمات فإنها تضر الفقراء ولا تؤثر على الأغنياء.

وإذا كانت أبرز ميزه في هذه الأنظمة شمول جميع المواطنين في محفظة خطر واحدة نتيجة لإلزامية دفع الضرائب .

التأمين الصحي الاجتماعي:

ظهر هذا النوع من التأمين الصحي في أوروبا أواخر القرن التاسع عشر ، كما ظهر أيضاً في بعض الدول النامية، لكنه غالباً ما يغطي الموظفين الحكوميين وأولئك الذين يتبعون لأعمال نظامية، كونه يعتمد عادةً على العضوية الإجبارية لمجاميع محدودة من خلال المساهمة بجزء من الراتب للحصول على منافع محدودة، وغالباً ما يكون هذا النوع جزءاً من نظام اجتماعي أشمل مثل نظام التأمينات الاجتماعية والتقاعد وغيرها.

التأمين الصحي المجتمعي (الاختياري):

يختلف هذا النوع من التأمين عن التأمين الصحي الاجتماعي فأن التأمين المجتمعي اختياري وبالتالي فاستعماله يكون على مستوى محدود، ويستهدف العمال والمزارعين وأصحاب الأعمال الحرة لذا يمكن استخدامه لمن لم تشملهم أنواع التأمين الأخرى، ومن الصعب وضع هذا النوع من التأمين في نمط محدد لوجود تفاوت واختلاف من حيث نشأته وتطبيقه من بلد لآخر، بل ويختلف في نفس البلد من منطقة لأخرى كما في فينتام وتايلاند، ومن أهم تبايناته الاختلاف في المنافع التي تقدمها هذه البرامج التأمينية ففي الوقت الذي نجد برامج تهتم بالحالات الأكثر كلفة، قليلة الحدوث، (مثل الإدخال إلى المستشفيات)، بهدف حماية المرضى من الكلف العالية، نجد برامج أخرى تهتم بالحالات كثيرة الحدوث قليلة الكلفة (مثل زيارة المراكز الصحية)، بهدف رفع مستوى الخدمات الصحية المقدمة، وهذه عادة تستعمل على مستوى القرى.

فوائد التأمين الصحي للأطراف ذات العلاقة :

أولاً : المؤمن عليه (سواء كان موظفاً أو عاملاً أو طالباً أو غير ذلك):

- مع زيادة كلفة الخدمات الصحية أصبح المرض الذي يهدد كل واحد منا لا يشكل همّاً لما يحمله من معاناة جسدية بقدر ما يرافقه من أعباء مالية ينوء بحملها الأغلبية العظمى من المواطنين لأن مستوى الدخول تراجع بينما الكلف تزايدت.
- التأمين الصحي يكفل أعلى حد ممكن من العدل والمساواة في تلقي الخدمات الصحية.
- يكفل التأمين الصحي الإطمئنان الاجتماعي لدى العمال والموظفين.

ثانياً : لجهات العمل (سواء كانت جهات حكومية أو خاصة أو مختلطة):

- تحقيق الرضا الوظيفي لدى الموظفين والعمال.
- تطبيق التأمين الصحي يساعد جهات العمل أن تؤدي التزامها نحو العاملين بشكل عادل.

ثالثاً: لمقدمي الخدمات الصحية (سواء كانت مستشفيات أو أطباء أو صيدليات أو مراكز تشخيصية):

- يستفيد مقدمو الخدمات من تطبيق التأمين الصحي بزيادة عدد المرضى.
- كما يستفيد مقدمو الخدمات الصحية من تطبيق نظام التأمين الصحي في أنهم يصبحوا قادرين على تقديم الخدمات الصحية كل في إختصاصه.

رابعاً: المكاسب الوطنية المتحققة من خلال التأمين الصحي:

- زيادة إنتاجية الموارد البشرية ، وزيادة معدل النمو الاقتصادي.
- تنامي وتطور القطاع الصحي (العام والخاص) لتنافسهم في استقطاب المؤمنين صحياً.
- الحد من استنزاف النقد الأجنبي الناتج عن نفقات العلاج في الخارج، مما يؤدي إلي مزيد من النمو الاقتصادي.
- وجود أنظمة التأمين الصحي يشجع المستثمرين إلي مزيد من الاستثمارات الصحية الكبرى وبالتالي المزيد من النمو والتنمية للوطن.

المشاكل التي تواجه التأمين الصحي :

- عدم شمول التأمين الصحي لكل شرائح المجتمع، ويؤدي ذلك إلى تعريض هذه الفئة المحرومة من التأمين الصحي لمخاطر المرض بسبب قيامها بتحمل تكاليف علاجها.
- زيادة الحمل على صناديق التأمين الصحي الحكومية أو الخاصة بسبب ارتفاع تكاليف المعالجة وعدم وجود تمويل كاف.
- زيادة الضغوط المالية على الأفراد نتيجة لزيادة الاستقطاعات المالية من دخولهم للتأمين الصحي.
- نقص الشفافية قد يؤدي إلى سوء توزيع وإدارة موارد التأمين الصحي.
- التلاعب من قبل الأفراد المؤمنين، مثل تزوير الفواتير والعلاجات أو علاج شخص غير مؤمن على بطاقة التأمين الصحي.
- الحروب والمجاعات والحوادث الطبيعية تؤدي إلى تدفق اللاجئين على المناطق المجاورة مما يزيد الضغط على الموارد الصحية في المناطق المتأثرة.
- ارتفاع نسبة الشيخوخة والأمراض المزمنة في المجتمع.

التأمين الصحي في السودان:

بدأ تطبيق مفهوم وفلسفة التأمين الصحي في السودان من الناحية الرسمية بصدور المرسوم المؤقت لسنة ١٩٩٤م الخاص بإدارة نظام التأمين الصحي بالسودان وتم تعديل المرسوم المؤقت بموجب قانون الهيئة العامة للتأمين الصحي لسنة ٢٠٠٠م. وبدأت عدد من المبادرات على مستوى الولايات لإقرار تطبيق فلسفة ومفهوم التأمين الصحي وقد هدفت هذه المبادرة لسد النقص في الخدمات الصحية للمواطنين بالولايات خاصة عواصم الولايات والمدن الكبيرة وأول هذه الولايات كانت ولاية سنار . وفي ظل التطورات المتلاحقة في خدمات الرعاية الصحية وما صاحبها من ارتفاع في تكلفة توفرها لشرائح المجتمع المختلفة . أصدرت حكومة السودان قانون التأمين الصحي عام ٢٠٠١م كأحد المعالجات الاقتصادية لحل مشكلة العلاج بعد فشل تجربة العلاج الاقتصادي وعلى الرغم من أن التأمين الصحي قد تصدى بشكل مباشر في بدايته على القطاعات المنظمة ولكنه سعى سعياً حثيثاً على ذات المنوال لشمول عدد من الشرائح الاجتماعية الأخرى والتي غالباً ما تتجنبها نظم التأمين الصحي العالمية ، مثل الأسر الفقيرة أو أسر الشهداء و المعاشين والمزارعين و الرعاية والطلاب وذلك بغرض توفير قدر كبير من العدالة الاجتماعية بين شرائح المجتمع . (١)

الخصائص المميزة للتأمين الصحي في السودان:

يتميز التأمين الصحي في السودان بما يلي : (١)

أ/ التشريع:

- تبعية التأمين الصحي لوزارة الرعاية الاجتماعية يؤكد دوره في رعاية وتنمية المجتمع وخطوه لدمجه مع صندوقي التأمينات الاجتماعية والمعاشات لتكوين الصندوق القومي للضمان الاجتماعي.
- تعزيز روح التكافل و التراحم وتقوية النسيج المجتمعي وتنظيم المجتمع
- اعتبار الاسره وحدة للتغطية وليس الفرد.
- استهداف الشرائح الضعيفة في المجتمع مع فتح الباب لكافة شرائح المجتمع دون تمييز.
- إدخال الشرائح التي تعتبرها أنظمة التأمين في الدول الاخرى شرائح خطره على المشروع يجب تجنبها مثل (المعاشين - الأسر الفقيرة - الطلاب - الرعاية - المزارعين).

ب/ التمويل والاشتراك :

- دخول مؤسسات تهتم بالرعاية الاجتماعية في التمويل لاشتراك مجموعه من الأسر مثل ديوان الزكاة.
- مشاركة بعض المحسنين في تمويل اشتراك مجموعات من الأسر.
- إمكانية التمويل العيني والمنتجات الزراعية والحيوانية وغيرها.
- توحيد نسبة الاشتراك لكل الفئات بنسبة ٤% من إجمالي المرتب للعاملين برواتب منتظمة وقيمة ثابتة لذوي الدخل غير المنتظم.

ج/ الخدمة الطبية:

- يقدم التأمين الصحي حزمة خدمات طبية لجميع المشتركين دون تمييز بين القطاعات المختلفة
- الاهتمام بنظام الإحالة بين مستويات الخدمة الثلاثية والإحالة بين الولايات .
- رعاية الامومه والطفولة .
- إقامة المخيمات الطبية.

- الخدمة الطبية المباشرة وهي إضافة حقيقية لتطور الخدمات الطبية خاصة في المناطق النائية.
- المساهمة في تأصيل وتطوير الخدمة الطبية غير المباشرة.
- المساهمة في توفير الكوادر الطبية المؤهلة والمعدات الطبية .
- مشاركة المجتمع في التخطيط والإشراف على النظام وإشراك فعاليات المجتمع في إدخال الشرائح المختلفة .
- تحقيق قدر كبير من المساواة في توفير الخدمات الطبية .
- دخول خدمة العيادات المتجولة كتلبية تلقائية لإحتياجات الرحل والرعاة ودخول خدمات العيادات المشتركة (بشرية-بيطرية) للعناية بالحيوان .
- إدخال جميع الخدمات العلاجية في قسم الأسنان . علماً بأن غالبية الدول تستثني هذه الخدمات لإرتفاع تكلفتها.

الخدمات الصحية المقدمة بواسطة التأمين الصحي:

أسلوب تقديم الخدمات الصحية:

يتم تقديم الخدمات الصحية بعدد من الأساليب أهمها:

١. الأسلوب المباشر (الإمتلاك) :
حيث يمتلك الصندوق هذه المؤسسات الصحية ويوظف كوادرها ويتحمل نفقاتها.
 ٢. الأسلوب غير المباشر (التعاقد) :
وبه يتم تحديد الخدمات الصحية ومعاييرها وتكلفتها وضوابط إستحقاقاتها ونظم تقديمها، ويتعاقد التأمين الصحي مع جهات تقديم الخدمات الصحية في القطاع العام والخاص والطوعي .
 ٣. الأسلوب المزدوج :
- يجمع بين الأسلوب المباشر وغير المباشر لتوفير الخدمات الطبية .

الخدمات الصيدلانية بالتأمين الصحي :

قامت إدارة الصندوق القومي للتأمين الصحي في عام ٢٠٠٣م بتكوين لجنة دائمة للدواء ممثلة في عدد من الاختصاصيين في مجال الدواء مع تمثيل من الإدارة المركزية وذلك لإيجاد الحلول للمشاكل التي تعترض الخدمات الصيدلانية وقامت هذه اللجنة بتعديل قائمة أدوية التأمين الصحي. وبعد ذلك أوصت اللجنة بتغيير نظام الشراء المباشر من الشركات الى نظام العطاءات لتخفيض من أسعار الأدوية. وبالفعل قامت الإدارة بتوحيد قائمة الطلبات المرسلة من الولايات وذلك لتسهيل عملية جمع الأصناف وطرحها إلى الشركات في شكل عطاءات وبالفعل أدى هذا النظام إلى إنخفاض كبير جداً في الأسعار من قبل الشركات مما أدى بدوره إلى خفض التكلفة الكلية للدواء وأصبحت هذه اللجنة الآن تسمى بإدارة الخدمات الصيدلانية وذلك لتحيط بكل جوانب تقديم الرعاية الصيدلانية للمؤمن لهم ، ويندرج تحت هذه الإدارة ثلاثة أقسام تغطي الشئون الخاصة بالصيدلة وتشمل الخدمات الصيدلانية والإمداد الدوائي والإستخدام الرشيد.(٣)

مهام الخدمات الصيدلانية بالتأمين الصحي :

- إعداد الخطة والميزانية.
- تحديد الحاجة وتوفير الدواء.
- الإشراف وضبط تقديم الخدمة الصيدلانية.
- تطوير الخدمة الصيدلانية.
- تقليل تكلفة الخدمة الصيدلانية.
- الإعلام والتثقيف الدوائي.

أهداف السياسة الدوائية للتأمين الصحي :

١. توفير حاجة المؤمن لهم من الأدوية مأمونة السلامة والفاعلية بأقل تكلفة.
٢. توحيد نظام تقديم الخدمة الدوائية لكل المؤمن لهم بالولايات المختلفة تحقيقاً لمبدأ العدالة في التأمين الصحي.
٣. ترشيد الاستخدام الدوائي.
٤. المساهمة في تنفيذ السياسة الدوائية القومية.

ومن أهم مكونات السياسة الدوائية للتأمين الصحي والتي تحقق أهدافها هي (٣):

١/ الإمداد الدوائي:

يوفر التأمين الصحي الدواء لمستفيديه عبر:

- الصيدليات التي يمتلكها التأمين الصحي (خدمة مباشرة) ويتم إمدادها من المخزون الدوائي للولاية والذي توفره رئاسة الصندوق لها كل ثلاثة أشهر ضماناً للانسحاب واستمرارية التوفير، وتتم التسوية المالية شهرياً بين الولاية والرئاسة .
- الصيدليات التي يتعاقد معها التأمين الصحي (خدمة غير مباشرة) بشروط تضمن تقديم خدمة مرضية للمستفيدين علي أن يدفع التأمين لهذه الصيدليات قيمة الـ ٧٥% إكمالاً لما دفعه المريض نقداً (٢٥%).

٢/ ترشيد الاستخدام الدوائي وذلك من خلال:

- إعداد قائمة أدوية التأمين الصحي.
- وضع ضوابط لوصف وصرف الأدوية.
- إنشاء مراكز الإعلام الدوائي خاصة بالولايات الكبيرة.

٣/ الخدمات الصيدلانية وذلك عبر:

توفير الكوادر الصيدلانية والمساعدة في تقديم الخدمة الدوائية المباشرة بالولايات والمساعدة في توفير معينات العمل لهم.

٤/ التدريب والتأهيل للكوادر العاملة.

قائمة أدوية التأمين الصحي :

هي مجموعة الأدوية التي تشملها مظلة التأمين الصحي ويحق للمريض شراؤها برربع قيمة تكلفتها الكلية علي أن يتحمل التأمين الصحي عنه بقية التكلفة. (٢)

تم تحديث قائمة الادوية فى أغسطس ٢٠٠٧م ليصل إلى (٥٧١) صنف بدلاً من (٢٩٩) صنف وتبع هذا التحديث تغطية لجميع أصناف الأدوية المعالجة للأمراض المختلفة كما حوت هذه القائمة على الهرمونات وبعض الفيتامينات ، ويتم تحديث القائمة كل عامين وذلك عن طريق لجنة على مستوى الرئاسة تقوم بدراسة القائمة من أجل مراجعتها بناء على التقارير الواردة من الولايات بواسطة لجان الدواء ، وآخر تحديث جرى على القائمة كان فى ديسمبر ٢٠١٤م وبلغت عدد الأصناف التى تحويها (٥٨٨) صنف. (٢)

توجد بقائمة أدوية التأمين الصحي أربعة مستويات وذلك حسب مستويات تقديم الرعاية الطبية إذ نجد مستوى الطبيب العمومي (مراكز صحية ، مستشفيات ريفية) ومستوى الاختصاصي (عيادات محولة ، وحدات متخصصة).

مبررات وجود قائمة الادوية للتأمين الصحي :

- صعوبة توفير كل الأدوية وبالتالي وجود القائمة يعني ضمان انسياب وتوفير الأدوية المحددة بها والتي تم اختيارها وفق الأسس العلمية لتلبي احتياجات المرضى.
- تحديد و توفير الميزانية.
- الالتزام بمستويات الرعاية و تقديم الخدمة الطبية .
- حصر و معرفة الاستهلاك الدوائي.
- ترشيد الاستخدام الدوائي لتقليل الآثار السالبة له ، وترشيد الموارد المتاحة.
- تقليل التكلفة مما يسهم في تطوير الخدمة الطبية و توسيع التغطية التأمينية والدوائية.

عمليات تنظيمية في التأمين الصحي :

الأمراض المزمنة: هي الأمراض التي تتصف بأنها دائمة او متكررة ويحتاج فيه المريض لأدوية بصورة منتظمة ودائمة وتشمل هذه الأمراض في التأمين الصحي الأمراض الآتية (٢):
الضغط السكري، الروماتيزم، الربو، القرحة، أمراض القلب، والأمراض النفسية والعصبية.
عمل التأمين الصحي على تقديم العناية الخاصة لمرضى الأمراض المزمنة وذلك بتوفير دفتر أو كراسة علاجية لكل مريض وذلك بغرض المتابعة الشهرية وتيسير الحصول على الخدمة الدوائية.

الاسترداد: هو عبارة عن عملية إرجاع مبلغ ال ٧٥% من جملة المبلغ النقدي الذي دفعه المؤمن له مقابل خدمة طبية (دوائية) لم يوفرها له التأمين الصحي رغم إتباعه الإجراءات والخطوات اللازمة في تقديم الخدمة الطبية (الدوائية). (٢)

التأمين الصحي في ولاية نهر النيل:

نشأ التأمين الصحي بولاية نهر النيل في نوفمبر من العام ١٩٩٧ وبدأ العمل فعلياً في تقديم الخدمة في عام ١٩٩٨م بمراكز الولاية ، يبلغ عدد سكان الولاية حوالي ١٣٤٦١٤٨ نسمة ويغطي التأمين التأمين الصحي حوالي ٦٣٧٠٠١ نسمة أي بنسبة ٤٧% من عدد السكان. (٤)

يقدم التأمين الصحي بالولاية خدمته عبر ثمانية مستشفيات رئيسية وسبع وعشرون مستشفى ريفي وثمانية وسبعون مركز صحي ثلاثة وعشرون منها مراكز مباشرة وخمس وخمسون منها غير مباشرة وله ست صيدليات مركزية.

التأمين الصحي بمحلية عطبرة:

تعتبر محلية عطبرة من كبرى محليات ولاية نهر النيل من حيث المساحة والسكان حيث يبلغ عدد السكان حوالي ١٦١,٥٣٨ نسمة ، بدأ تطبيق فلسفة التأمين الصحي بمحلية عطبرة عام ١٩٩٨ مع بداية التأمين الصحي بولاية نهر النيل ليشمل جميع القطاعات بالمحلية حيث بلغ عدد المشتركين في التأمين الصحي بالمحلية ١٣٥,٤٠٩ نسمة بنسبة تغطية ٨٤ % ، ومن ناحية الخدمة الصحية بلغت عدد مرافق تقديم الخدمة العلاجية حتى الان واحد وعشرون مرفق على النحو التالي (٥) :

- خمسة عشر مركز صحي سبعة منها تقدم خدمة مباشرة وثمانية تقدم خدمه غير مباشرة.
- ثلاثة مستشفيات (مستشفى تعليمي - ريفي - جامعي)
- ثلاثة مراكز متخصصة

الخدمة الصيدلانية للتأمين الصحي بالمحلية :

اما بالنسبة للخدمات الصيدلانية المقدمة بواسطة التأمين الصحي بمحلية عطبرة يتم تقديمها عبر ٢٢ منفذ وهي كالاتى :

- خمسة عشر صيدلية مركز صحي.
- ثلاثة صيدليات مركزية (مرجعية).
- صيدليتان بالمراكز المتخصصة.
- صيدليتان بالمستشفيات.

منطقة الدراسة :

أجريت هذه الدراسة بولاية نهر النيل بمحلية عطبرة وتعددت تسمياتها من منطقة عطبرة الى مجلس بلدية عطبرة وأخيرا محلية عطبرة .

تنقسم محلية عطبرة إلى أربعة وحدات اداريه هي :

(عطبرة وسط - عطبرة شمال - عطبرة جنوب - ووحدة سولا الاداريه) حاضرة المحليه هي مدينة عطبرة التي يبلغ عدد سكانها ٢٥٨٥٠ نسمة وتقع على بعد ١٣ كلم من مدينة الدامر جنوبا و ٣٦ كلم من مدينة بربر شمالا على الضفة الشرقيه لنهر النيل وشمال نهر عطبرة.

الصحة :

يوجد في مدينة عطبرة عدد (١٥) مركز صحي و (٤١) صيدليه مجتمع و (٥) مستشفيات بالإضافة لعدد (٣) مستوصف خاص.

أهمية وأهداف البحث

مشكلة البحث :

تمثل زيادة التكلفة الدوائية من أهم الأسباب الحائلة دون حصول كثير من المرضى على العلاج وبالتالي عدم تحقيق أهداف الرعاية الصيدلانية.

الهدف العام:

قياس مدى استفادة المواطنين في محليه عطبره من الخدمات الصيدلانية المقدمة بواسطة التأمين الصحي.

الأهداف الخاصة :

- نسبة توفر منافذ تقديم الخدمة الدوائية للتأمين الصحي بمحلية عطبرة.
- نسبة توفر الدواء بمنافذ تقديم الخدمة الدوائية في التأمين الصحي .
- مدى تأهيل الكوادر العاملة بمنافذ تقديم الخدمة الدوائية .
- مدى تغطية قائمة أدوية التأمين الصحي لأنواع الأمراض المختلفة.
- قياس رضى المستفيد من التأمين الصحي بالخدمة الدوائية.

الفصل الثاني

أدبيات البحث

تجربة التأمين الصحي في بعض الدول :

تعتبر ألمانيا أول دولة شرعت قانون التأمين الصحي عالميا في عام ١٨٨٣ حيث تم إلزام كل أرباب العمل والشركات والموظفين على دفع الأقساط التأمينية لما يسمى بصندوق المرض حاليا حيث بلغت عدد المشتركين في صندوق المرض ٩٠% من السكان وبلغت عدد الشركات الممولة لها ٧٠٠ شركة ويتطلب من صندوق المرض عدم استثناء اي مواطن ألماني من الخدمات الصحية المقدمة من قبل المستشفيات. وفي عام ١٩٢٢ أصدرت اليابان قوانين تلزم العاملين بالاشتراك في التأمين الاجتماعي للموظفين ، وأنشئت خلال هذا العام منظمات تأمين خدمة تطوعية لتأمين العاملين في القطاع العام ، وفي عام ١٩٦١ شملت التغطية التأمينية الصحية جميع المواطنين مع تمرير قانون التأمين الصحي الوطني.

ويخضع المواطن الياباني للتأمين الإلزامي عبر دفع القسط التأميني والاشتراك في أحد خطط التأمين الصحي التالية:

- التأمين المدار بواسطة المجتمع : ويقدم خدماته للعاملين في الشركات الكبيرة (٧٠٠ موظف أو أكثر) وأسرهم.

- التأمين المدار بواسطة الحكومة : ويقدم خدماته للعاملين في الشركات الصغيرة (أقل من ٧٠٠ موظف).

- التأمين الصحي على المواطنين : ويشمل المتقاعدين وأصحاب الأعمال الحرة. ويمول بواسطة الأقساط التأمينية للمستفيدين بالإضافة إلى الدعم الحكومي عبر الحكومة المركزية والحكومات المحلية وكذلك مساهمات أصحاب ورعاة التأمين المدار بواسطة المجتمع والتأمين المدار بواسطة الحكومة والتي تشكل ٤٠٪ من إيرادات التأمين الصحي على المواطنين. ويغطي هذا

