



وزارة الصحة الاتحادية
FEDERAL MINISTRY OF HEALTH
الصندوق القومي للإمدادات الطبية
NATIONAL MEDICAL SUPPLIES FUND

رؤية صندوق الإمداد الطبي الولائي



وزارة الصحة الاتحادية
FEDERAL MINISTRY OF HEALTH

الصندوق القومي للإمدادات الطبية
NATIONAL MEDICAL SUPPLIES FUND

رؤية صندوق الإمداد الطبي الولايتي

المحتويات

٥	١	مقدمة
٦	٢	الصندوق القومي للإمدادات الطبية: خلفية تاريخية
٨	٣	سليبيات نظام الدفع بالشيكات المؤجلة الحالي
٩	٤	النموذج الجديد لصندوق الإمداد الطبي
١٠	١.٤	أهداف النموذج
١١	٥	العوامل المهددة لصندوق الإمدادات الطبي
١٣	٦	تنفيذ برنامج صندوق الإمداد الطبي
١٦	١.٦	التنفيذ التدريجي على المستوى المركزي والولائي
١٦	٢.٦	الصندوق القومي للإمدادات الطبية. رأس مال ابتدائي مقدر
١٦	٣.٦	التزامات وزارة الصحة الاتحادية والحكومات الولائية
١٧	٤.٦	اختيار الأدوية
١٨	٥.٦	التنبؤات والقياس الكمي
١٨	٦.٦	توزيع الأدوية
٢٠	٧.٦	تحصيل عائدات بيع الأدوية (Cash Collection)
٢١	٨.٦	الإشراف على صندوق الإمداد الطبي ومرافقه الصحية
٢٢	٩.٦	بنود متنوعة
٢٣	٧	الميزانيات والموارد
٢٣	١.٧	طريقة حساب رأس المال الأولي للمخزون الابتدائي
٢٤	٢.٧	تكاليف الرسملة
٢٤	٣.٧	تمويل المشروع
٢٥	٨	التقييم
٢٦	٩	الخلاصة
٢٧	١٠	المراجع:
٢٩		نموذج اتفاقية إنشاء صندوق الإمداد الطبي
٣٧		نموذج لقانون صندوق الإمداد الطبي بالولاية

الصندوق القومي للإمدادات الطبية

صندوق الإمداد الطبي الولائي: النموذج الجديد

مقدمة

خلال العقدين الماضيين كان موضوع توفير الأدوية الضرورية مصدراً اهتمام كبير للحكومات في معظم الدول النامية، ولوكالات الأمم المتحدة (مثل منظمة الصحة العالمية واليونيسيف)، وللمنظمات غير الحكومية المعنية بهذا الموضوع. وخلف الجهود المبذولة لتحسين عملية الحصول على الأدوية الضرورية يمكن إيمان عميق بأن توفير أدوية نوعية بشكل منتظم بالمرافق الصحية المحلية يؤدي إلى استخدام متزايد للخدمات العلاجية والوقائية المقدمة في مثل تلك المرافق. ولا شك أن الهدف الاقتصادي من وراء نظام الإمداد الدوائي هو ضمان توفير أدوية آمنة وفعالة وذات نوعية جيدة وبأقل التكاليف الممكنة لأولئك الذين يحتاجون إليها، مما يعني أن معايير فعالية التكلفة يجب أن تكون مقترنة بمعايير النوعية (Dumoulin, et al, 1998). ولا شك أن نظام البيع المباشر للأدوية يعد النظام الأكثر بساطة من حيث التعامل معه. إلا أن النموذج المقترح من قبل الهيئة العامة للإمدادات الطبية المركزية والخاص بإنشاء صندوق إمداد طبي بكل ولاية ليس بتلك البساطة. ذلك لأن نظام صندوق الإمداد الطبي يعني أن منظومة الإمدادات التي تبدأ من الشركات الصانعة مروراً بالهيئة، ومن الهيئة إلى صندوق الإمداد الطبي والمرافق الصحية التابعة له لتوزع أخيراً على مستعملها.

الصرف على الأدوية يمثل أحد الأسباب التي تؤدي إلى إفقار كثير من الأسر. في السودان وصل الصرف على الأدوية، حسب تقرير الحسابات الصحية الوطنية، ٣٩٪ من صرف الحكومة على الصحة. أيضاً ما زال المواطنون في المدن والأرياف البعيدة يعانون من صعوبة الحصول على الأدوية في الوقت المناسب. ولما كانت مسؤولية الحصول على الأدوية تقع على عاتق وزارة الصحة الاتحادية ووزارات الصحة بالولايات، فإن هذا النموذج يهدف أساساً إلى تأمين توفر الدواء ذي الجودة العالية والسعر المناسب في جميع المؤسسات الصحية الحكومية في الولايات. وهكذا، وحسب نموذج صندوق الإمداد الطبي الجديد فإن الهيئة ستوفر نظاماً للإمدادات الطبية ذاتي التمويل وقابلاً للبقاء لمدة أطول نسبياً، وفي هذه الورقة سنقدم الإجابة على السؤال التالي: «كيف سيتمكن صندوق الإمداد الطبي من تحقيق ذلك؟». تقترح هذه الورقة ضرورة تنفيذ عدد من الإجراءات لتطبيق ذلك النموذج. بالإضافة إلى ذلك فإن الورقة تجيب على السؤال التالي: «هذه الإجراءات مهمة لنجاح مشروع صندوق الإمداد الطبي؟»

١ الصندوق القومي للإمدادات الطبية: خلفية تاريخية

تعد المستودعات المركزية للإمدادات الطبية بمثابة المركز القومي لمشتريات وتخزين وتوزيع الإمدادات الطبية في السودان والتي تأسست في العام ١٩٣٥م كإدارة ضمن ما كان يعرف وقتئذٍ بالخدمات الطبية في السودان. وانتقلت بعد ذلك إلى المبنى الحالي في العام ١٩٥٤م كإدارة تابعة لوزارة الصحة باسم إدارة الإمدادات الطبية المركزية. وفي فبراير من العام ١٩٩١م أصبحت الإمدادات الطبية المركزية هيئة معنية بتوفير الإمداد الطبي لكافة المؤسسات الصحية في البلاد بموجب قانون إنشائها لسنة ١٩٩١م الأمر الذي سمح للمؤسسة الجديدة ممارسة الحد الأقصى الممكن من الإدارة الذاتية في إطار حكومة السودان. بالتالي أعيدت تسميتها لتصبح الهيئة العامة للإمدادات الطبية المركزية (تعرف بشكل واسع باسم الإمدادات الطبية المركزية).

توجد المرافق الخاصة بالإمدادات الطبية المركزية بالمنطقة الصناعية بمنطقة الخرطوم جنوب . شارع الحرية وكان قد تم تجديد مبانيها في العام ١٩٨٨ فيما عرف بالعون الهولندي. يتكون المرفق من مبنيين رئيسيين تبلغ مساحتهما الإجمالية ٤٥,١٤٥ متراً مربعاً، وتبلغ مساحة المنطقة المسقوفة حوالي ١٤,٠٠٠ متراً مربعاً، بينما تبلغ مساحة منطقة المستودعات حوالي ١٠,٧٥٠ متراً مربعاً، والسعة التخزينية ٢٩,٠٠٠ متراً مكعباً وتتضمن الإمدادات الطبية ما يلي: الأدوية، واللقاحات، والمستحضرات البيولوجية، والمستهلكات الطبية، بالإضافة إلى مجموعة واسعة من المعدات الطبية. ويتم توفير هذه الإمدادات مرافق القطاع العام والقطاع الخاص بالإضافة إلى عدد كبير من المؤسسات الأخرى. أما بالنسبة لخدمات التسليم فيكون العملاء مسؤولين من استلام المنتجات التي يقومون بشرائها من الإمدادات الطبية المركزية. إلا أن خدمات التوصيل إلى الزبائن عرضت مؤخراً لأولئك الذين لديهم الرغبة حيث تم تعهيد الخدمة لشركة «سودابوست» وهي شركة البريد السودانية الحكومية.

يتم تعيين رئيس وأعضاء مجلس إدارة الإمدادات الطبية المركزية من قبل مجلس الوزراء هذا المجلس مسؤول من تطوير سياسات الإمدادات الطبية المركزية والإشراف على تنفيذها، بما في ذلك المواضيع الفنية، والإدارية، والمالية تحكمه قانون الهيئات لسنة ٢٠٠٣ وأمر تأسيس الهيئة العامة للإمدادات الطبية المركزية لسنة ٢٠٠٧. المدير العام للإمدادات الطبية المركزية مسؤول عن جميع الأنشطة التنفيذية للهيئة. ومنذ أن

أصبحت الإمدادات المركزية هيئة تتمتع بوضعها الذاتي شبه المستقل فإن المؤسسة تعمل على تنفيذ نظام «استعادة التكلفة» تمشياً مع سياسة «استعادة التكلفة» التي طبقتها الدولة على كافة المرافق الصحية بقطاع الصحة العامة في السودان في العام ١٩٩٢ م.

الأدوية المجانية بحوادث المستشفيات:

في جهودها لاحتواء المصاعب التي يواجهها المرضى الذين لا يستطيعون تحمل قيمة الأدوية التي توصف لهم، أعلنت الحكومة في العام ١٩٩٦ م عن مشروع العلاج المجاني بوحداث الطوارئ بالمستشفيات. وكان الهدف من مشروع الدواء المجاني الطارئ هو زيادة معدلات المرضى الذين يحتاجون إلى العلاج الطارئ بأقسام الحوادث بالمستشفيات والذين قد تحول ظروفهم المادية دون الحصول على العلاج. يتيح هذا المشروع لكافة المرضى تلقي الخدمات العلاجية بالمجان بما في ذلك الدواء طوال فترة الأربع والعشرين ساعة الأولى من دخولهم المستشفى. وتتحصل الإمدادات الطبية المركزية على قيمة توزيع الأدوية بأقسام الطوارئ بالمستشفيات شهرياً من وزارة المالية الاقتصاد الوطني. بلغت الميزانية المخصصة لهذه الخدمة في السنة المالية (٢٠١٣ - ٢٠١٤) ٦٠ مليون جنيه سوداني (حوالي ٢٠ مليون دولار أمريكي) حيث مثلت نسبة ما يزيد على ٧٠٪ من مبيعات الإمدادات الطبية المركزية. من الناحية المالية فإن الإمدادات الطبية المركزية تتبع قانون الإجراءات المالية والمحاسبية لسنة ١٩٩٥ م واللائحة الصادرة بموجبه بالإضافة إلى قانون المراجعة الداخلية لسنة ٢٠١٠ وقانون الشراء والتعاقد ٢٠١٠، يجيز الصندوق القومي للإمدادات الطبية ميزانيته التشغيلية السنوية التي تغطي أنشطة عملياتها ومصروفاتها الرأسمالية بوزارة المالية. وقامت وزارة المالية كذلك ونيابة عن الحكومة بتفويض الإمدادات الطبية المركزية بإضافة هامش إلى تكلفة الصندوق القومي للإمدادات الطبية لتغطية كافة مصروفاته.

برنامج صناديق الدواء الدوار:

بحلول العام ٢٠٠٢ م قامت كل من الإمدادات الطبية المركزية بالإتفاق مع وزارة الصحة الولائية بتأسيس برنامج صندوق الدواء الدوار بالولايات وذلك ليغطي ٢٥ ولاية في السودان القديم كجزء من مسعى الدولة لتوفير الإمدادات الطبية بكافة ولايات السودان حيث إتخذ المشروع من الإمدادات الطبية المركزية مقرأً رئيساً له. ولبدء مشروعات البرنامج، قامت الإمدادات الطبية المركزية بتوفير مخزون ابتدائي من الأدوية الضرورية كما وفرت أيضاً الأموال لتدريب الطواقم بالمرافق لتغطية المهام اللوجيستية المتعلقة بالدواء بالولايات المختلفة. وهكذا أصبح صندوق الدواء الدوار أحد آليات الإمدادات الطبية المركزية

بالولايات لتوزيع إمداداتها. وقد شرف رئيس الجمهورية إفتتاح مراسم الاحتفال بالمشروع في العام ٢٠٠١م. وفي تلك المناسبة وجه فخامته بصياغة قانون إطاري اتحادي ينظم أعمال صندوق الدواء الدوار.

الصندوق العالمي: يعد «برنامج الأمم المتحدة للإنماء» شريكاً للصندوق العالمي لمكافحة أمراض نقص المناعة المكتسبة (ايدز)، والسل والملاريا. هذه الوكالة التابعة للمنظمة الدولية تقوم بدور المتلقي الرئيس للمنع الخاصة بمكافحة مرض نقص المناعة المكتسبة (ايدز)، والسل والملاريا في السودان. قامت وزارة الصحة الاتحادية بجهود كبيرة لتحقيق ذلك من خلال تأسيس وحدة منفصلة للمشتريات والإمدادات تحت إدارة الإدارة العامة للصيدلة. إلا أن قراراً وزارياً صدر مؤخراً ضمت بموجبه وحدة صندوق الدعم العالمي إلى الإمدادات الطبية.

٢ سلبيات نظام الدفع بالشيكات المؤجلة الحالي

كغيرها من شركات الدواء العديدة الأخرى، وهو أمر غير مألوف عادة فيما يختص بالمؤسسات العامة، تقبل الإمدادات الطبية المركزية الشيكات المؤجلة الصادرة من عملاء متميزين. ويتمثل الهدف الرئيس في قبول الشيكات المؤجلة في رغبة الإمدادات الطبية المركزية - خصوصاً صناديق الإمداد الطبي - توفير مصدر للتمويل لأولئك العملاء، ويمثل الشيك المؤجل أداة تلزم المستفيد من خدمات الصندوق تسديد المبلغ المطلوب بعد إنقضاء مدة معينة تحتسب اعتباراً من تاريخ إصدار الشيك. والحد الأقصى المقبول لفترة سداد الشيك المؤجل هي ٦٠ يوماً. وفي حال عدم سداد الشيك في تأريخ الدفع لعدم وجود رصيد كاف تخول الإمدادات الطبية المركزية تدخل الإدارة العامة للمبيعات لمصادرة الضمان طبقاً للإجراءات المقررة بموجب لائحة الإجراءات المالية والمحاسبية لسنة ٢٠١١. تنص هذه اللائحة مع وجوب سداد المبلغ إما نقداً، أو بموجب شيك معتمد وإلا يحال المستفيد إلى المحكمة الجنائية. كما يجب على صندوق الإمداد الطبي إخطار الإمدادات الطبية المركزية بشيكات مؤجلة السداد وفي حالة عدم وجود رصيد كاف في تاريخ الاستحقاق يكون الإجراء الوحيد هو مصادرة الضمان. وتشمل الأضرار الناتجة من الشيكات المؤجلة اضطراب الإمدادات الطبية المركزية لمتابعة رصيد حسابها بالبنك للتأكد من أن الشيكات المؤجلة قد تم تحصيلها. وفي بعض الأحوال تضطر الإمدادات الطبية المركزية إلى إتخاذ إجراءات قضائية جنائية ضد صندوق الإمداد الطبي بسبب إصدار شيكات بدون رصيد مسحوبة على حساباتها. إضافة إلى ذلك فإن الشيكات قد تتعرض للفقدان ويجب على الإمدادات الطبية المركزية التحسب لذلك. كما إن الإمدادات

الطبية المركزية قد لاتكون على علم بما يجري في الولايات فقد تكون بعض وحدات صندوق الإمداد الطبي غير قادرة على سداد القرض كما هو متفق عليه. إضافة إلى ذلك فإن الرقابة ومتابعة شروط سداد الشيكات المؤجلة تتطلب أنظمة محاسبية دقيقة ومحاسيين متدربين تدريباً عالياً.

٣ النموذج الجديد لصندوق الإمداد الطبي

إن الفكرة الجوهرية التي يقوم عليها النموذج الجديد هي أن «صندوق الإمداد الطبي» يستطيع الشراء ثم يدفع فيما بعد. ومن حيث المبدأ فإن هذا النموذج يقوم على فصل نظام الإمداد بالأدوية عن نظام التحصيل النقدي. ويتم تنفيذ عملية الفصل على مستويين: مستوى «الإمدادات الطبية المركزية» و«صندوق الإمداد الطبي» من ناحية، ومستوى «صندوق الإمداد الطبي» ومرافقه الصحية من ناحية أخرى (الشكل ١). وهكذا ومن خلال شروط دفع مرنة يستلم «صندوق الإمداد الطبي» الكميات المطلوبة من الدواء من «الإمدادات الطبية المركزية» التي يتبع لها على أساس الدفع الأجل مما يعني أن «الإمدادات الطبية المركزية» سوف تشارك في التوسع الرأسي والأفقي في التغطية بالأدوية، كلما كانت هناك زيادة في الطلب على الأدوية ذات النوعية الجيدة والسعر المناسب. فضلاً عن ذلك فإن الطريقة المقترحة للدفع سوف تسهل عملية انسياب الدواء وذلك بتجاوز الإجراءات المحاسبية والتدقيقية الطويلة. كما أنها تمكن «الإمدادات الطبية المركزية» من شحن طلبيات «صندوق الإمداد الطبي» العاجلة قبل استلام الدفع. وهكذا فإنه بموجب طريقة الدفع الجديدة هذه، فإن «الإمدادات الطبية المركزية» يجب أن تضع الضمانات الكافية واللازمة لاسترداد قيمة فواتيرها وأن الدفع سيكون في الوقت المحدد طبقاً للعقد المبرم بين كل ولاية و«الإمدادات الطبية المركزية».

وطبقاً لنموذج «صندوق الإمداد الطبي» فإن «الإمدادات الطبية المركزية» ستستخدم صيدليات المرافق الصحية كنقاط للبيع. وتبعاً لذلك فإن جميع المرافق الصحية (مثل المستشفيات، والمراكز الصحية) تقوم باستلام طلبيات الدواء المجدولة والتكميلية بصرف النظر عن مقدرتها في الدفع في وقت التسليم. وسيضمن هذا النموذج عدم وجود أي مرفق يعمل بدون دواء ومن ثم فإن المرضى سوف لن يتعرضوا للمخاطر. ليس ذلك فحسب، بل إن هذا النموذج سيمكن مستودعات صناديق الإمداد الطبي بالولايات من التأكد ما إذا كان المرفق الطبي قد سدد قيمة الطلبيات السابقة أم لا. ذلك لأن تحصيل النقد هو آلية منفصلة وليس لها صلة مباشرة بعمليات تسليم الدواء. وهكذا فإن هذا

الترتيب الفريد سوف يمكن صندوق الإمداد الطبي من تحقيق مستوى عال من توافر الدواء بجميع المرافق الصحية الحكومية في البلاد، سيما المناطق الريفية النائية.

١.٣ أهداف النموذج

تهدف الإمدادات الطبية المركزية إلى وضع نظام مبسط وعملي قادر على تأمين كافة الإمدادات الدوائية والمواد الطبية الأخرى، بما في ذلك تلك التي توزع بالمجان (مثل أدوية العلاج المجاني خلال الـ ٢٤ ساعة وأدوية الأطفال والأمهات الحوامل، أو من قبل صندوق الدعم العالمي أو التي تبرع بها منظمات أخرى) وذلك بشكل متسق وسلس. لتحقيق هذا الهدف الإستراتيجي، وقّعت الإمدادات الطبية المركزية عقداً مع ١٤ ولاية وافقت على توحيد نظام إمداداتها الطبية تحت مظلة مؤسسة واحدة تسمى «صندوق الإمداد الطبي» الذي يضمن كفاءة منظومة الإمداد الطبي بالسودان. ويتمثل الهدف الرئيس لـ «صندوق الإمداد الطبي» في تحسين خدمات الرعاية الصحية الأولية من خلال وضع منظومة إمدادات ذاتية التمويل للأدوية الضرورية ذات النوعية المقبولة وبتكلفة منخفضة لتعزيز الخدمات الصحية للمجتمع (مثل توفير الدواء للأمهات والأطفال غير المقتدرين على الحصول عليها أو أولئك الذين يتعين عليهم السفر لمسافات طويلة للحصول عليها أي الفقراء وسكان المناطق الريفية). وتوفر المنظومة تغطية كاملة لكافة المناطق مع استرداد كامل التكلفة في إطار برنامج التغطية الشاملة بخدمات الرعاية الصحية الأولية. وبشكل أكثر تحديداً فإن «صندوق الإمداد الطبي» هو مبادرة أطلقتها وزارة الصحة الاتحادية و« الإمدادات الطبية المركزية» التابعة لها لتحقيق الأهداف التالية:

١. إنشاء نظام إمداد دوائي كفاء ومقتدر مالياً، ويقدم أدوية ذات جودة عالية وبسعر ميسر وأقل من سعر السوق لتوفيرها لسكان الولايات.
٢. تحسين نوعية الخدمات بتوفير إمدادات منتظمة من الأدوية ذات جودة مؤكدة لكافة المرافق الصحية العامة.
٣. تطبيق مبدأ الاستخدام الأفضل لخدمات الرعاية الصحية الأساسية، وتعزيز الاستخدام الأمثل لهذه المرافق عن طريق تخفيض الضغط غير المبرر على المستشفيات المرجعية وذلك بتحسين إمدادات الدواء للمراكز الصحية.
٤. تقديم المشورة وتشجيع الالتزام بالعلاج وايضاً تخفيض معدلات العلاج الذاتي (Self-Medication).

٤ العوامل المهتدة لصندوق الإمدادات الطبي

أوضحت الدراسات أن معدل نجاح استرداد الأموال في البلدان التي تم فيها تنفيذ برنامج صندوق الدواء الدوار لم تتجاوز ٥٠٪ (Shaw and Ainsworth 1996). هناك عدد من العوامل التي تساعد في استمرارية ونجاح الدواء الدوار ما لم يتم تصميمها وإدارتها بشكل دقيق وكفاءة عالية. وأحد المخاطر الرئيسية التي تواجه صناديق الدواء الدوار هو أنها تتوقف عن الدوران بشكل سريع (Cross, et al 1986). وقد حدد مقدم هذه الدراسة عدداً من الأسباب التي أدت إلى مثل تلك النتيجة بالرجوع إلى بعض المراجع المتعلقة بصندوق الدواء الدوار في عدد من البلدان، ومنها على سبيل المثال: البيرو، وجواتيمالا، والهند، وبوليفيا، وهايتي، والسنغال، والنيجر، وأفغانستان، ومالي، واندونيسيا وتايلند نجدها جميعاً لم تستطع الاستمرارية لأكثر من عامين في أحسن الأحوال. من بين هذه الأسباب تدني رأس المال، تحديد الأسعار بمستوى يقل عن مستوى استعادة التكلفة، التأخير في السداد أو عدم تحصيل مبيعات الأدوية، التوسع السريع في البرنامج بدون ضخ رأس مال إضافي، الخسائر الناتجة عن السرقة وتلف الأدوية، الزيادات غير المتوقعة في أسعار الدواء في الأسواق العالمية بسبب التضخم أو التغيرات في أسعار العملة والقيود على العملات الأجنبية (الشكل ٢). إضافة إلى العوامل التي تهدد صندوق الدواء الدوار المذكورة أنفاً، فإن نموذج صندوق الإمداد الطبي الجديد سيتعرض للخطر في حال زيادة حجم المخزون الدوائي بكل من صندوق الإمداد الطبي ومرافقه الصحية مما ينتج عنه تجميد مبالغ كبيرة وإنقضاء صلاحية الدواء. فضلاً عن ذلك فإن صندوق الإمداد الطبي معرض لمخاطر السرقة وتحويل المبالغ المحصلة عن وجهتها الصحيحة ولأغراض بخلاف شراء أدوية جديدة لتعويض المخزون المستنفد. وأخيراً قد يشجع الصندوق التدخل السياسي مثل التبرع والاستثناءات من الدفع غير المصرح بها.

الشكل ١: نموذج منظومة نظام الإمداد الدوائي الذي أعدته الإمدادات الطبية المركزية: صندوق الإمداد الطبي بالولايات



٥ تنفيذ برنامج صندوق الإمداد الطبي

تم العمل بنظام صناديق الدواء الدوار بكل من البيرو، وجواتيمالا، والهند، وبوليفيا، وهايتي، والسنغال، والنيجر، وأفغانستان، ومالي، واندونيسيا، وتايلند، وبعض البلدان الأخرى. وكان تأسيس و/أو استمرار العديد من هذه البرامج محفوفاً بالصعاب (Peter, et al 1986). ومن الدروس المستفادة من هذه التجارب هي أن استمرار صناديق الإمداد الطبي يعتمد على إمدادات منتظمة من الأدوية منخفضة التكاليف ذات الجودة العالية بالمرافق الصحية. ويعتمد وجود الإمدادات المنتظمة على وجود أنظمة للمشتريات والتوزيع وتحصيل النقد يمكن الاعتماد عليها. وهكذا إذا لم يتم تأسيس مثل تلك الأنظمة بشكل جيد فإن صندوق الإمداد الطبي لامحالة سوف يتوقف عن العمل وبأسرع مما يتوقع. في هذا الجزء نقتح مجموعة من الإجراءات المستقاة بشكل رئيس من الدروس المستفادة من تجربة ولاية الخرطوم في إدارة الدواء الدوار بالولاية (Mohamed 2009) وتجارب الدول المذكورة سابقاً.

١.٥ التنفيذ التدريجي على المستوى المركزي والولائي

على الرغم من الإقرار بالحاجة الماسة للأدوية الضرورية فإن على «الإمدادات الطبية المركزية» وضع برامج لإدخال الولايات ضمن منظومة «صندوق الإمداد الطبي» الجديدة. ومرد ذلك إن الجهد الذي سيبدل في بداية تنفيذ نظام معقد مثل نظام «صندوق الإمداد الطبي» لا يمكن إنفاذه إلا على مراحل. وهكذا فإن نجاح التنفيذ يعتمد على تطوير، واختبار إجراءات الإمدادات الدوائية، واختيار وتدريب الطواقم، صيانة صيدليات المرافق الصحية، ووضع أنظمة الإدارة المالية، والرقابة. ولا شك أن النهج المرحل على مدى فترة زمنية معقولة سوف يؤدي إلى وضع نظام لتحصيل عائدات المبيعات مكتمل التصميم، ونظام لبناء القدرات الإدارية وطواقم مدربة تدريباً جيداً لإدارة صناديق الإمداد الطبي بالولايات. بالإضافة إلى ذلك فإن النهج المرحل يوفر ميزة تأسيس نظام للإمدادات الطبية وإدارة مالية يعتمد عليها بالإضافة إلى أنظمة للسجلات والقوائم ذات كفاءة ومصداقية. كما إن العمل المرحل سوف يتيح الوقت أيضاً للاستفادة من الخبرات المكتسبة خلال تنفيذ كل مرحلة ومن ثم تجنب الأخطاء في المراحل التالية. وعلى المستوى الولائي يتعين على الإمدادات الطبية المركزية الاتفاق مع وزارة الصحة للعمل على التوسع

الرأسي والأفقي في «صندوق الإمداد الطبي». خلال فترة تنفيذ «صندوق الإمداد الطبي»، ينبغي عدم إدخال المزيد من المرافق الصحية قبل التأكد من أن سعة منظومة الإمدادات الدوائية يمكنها أن توفر إمداد مستمرة من الأدوية الضرورية. وهكذا فإن إدخال المرافق الصحية في صندوق الإمداد الطبي على المستوى الولائي يجب أن يبدأ بالمراكز الصحية. نورد فيما يلي إيجابيات بالمراكز الصحية:

١. الطلب: ترغب المجمعات السكانية بشكل متزايد في ضمان إمداد مستمر للأدوية الضرورية.

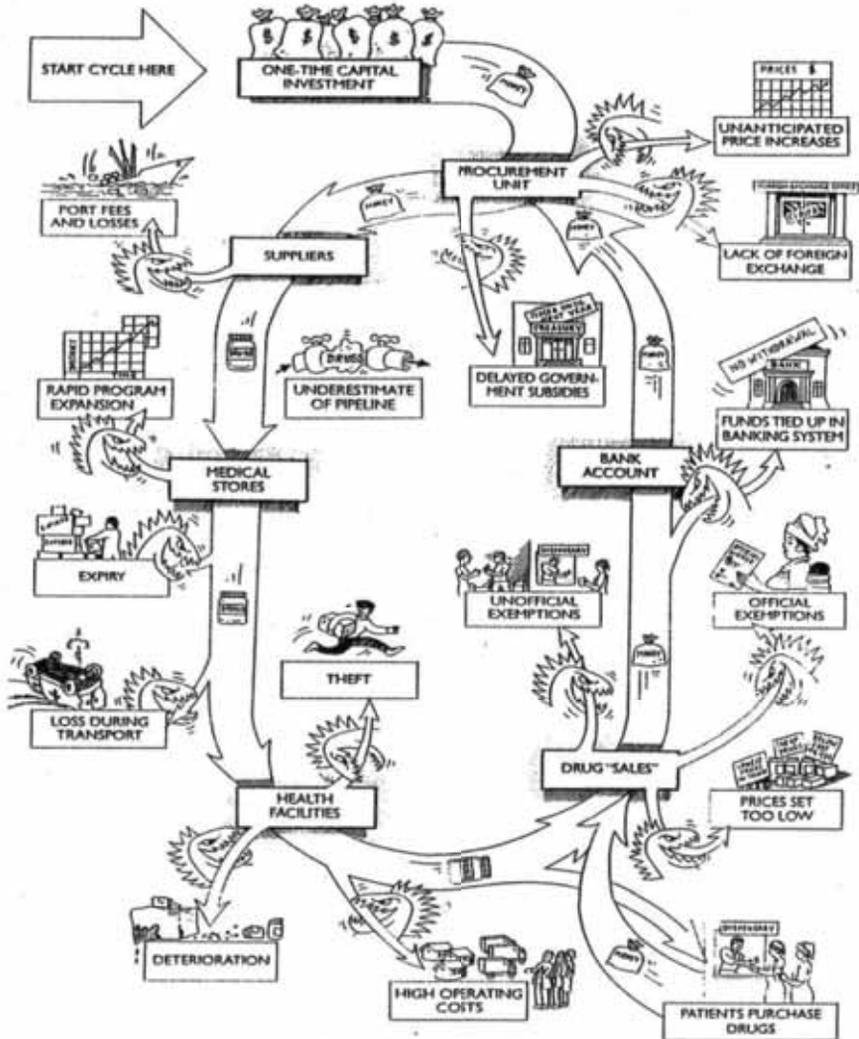
٢- دعم التوسع في المراكز الصحية العامة: توفر الأدوية بشكل مستمر على مستوى المراكز الصحية سيجذب المزيد من المرضى مما سيخفف الضغط على المستشفيات.

٣- عدم وجود البدائل للمرضى: عادة ما يكون لسكان الأرياف والمناطق المحيطة بالمدن خيارات أقل فيما يتعلق بتوفر الخدمات الرعاية الصحية.

٤. مشاركة المجتمع المحلي: إن ضعف الوفرة الدوائية بالمراكز الصحية يجعل أفراد المجتمع المحلي يدركون أهمية صندوق الإمداد الطبي حيث أن التجارب بينت زيادة ملموسة في توافر الأدوية في المراكز الصحية التي تتبع صندوق الدواء الدوار.

Figure 2: RDF Cycle of terrors

Source: Managing Drug Supply (1997) 2nd edition



٢.٥ الإمدادات الطبية المركزية. رأس مال ابتدائي مقدر

لا شك أن رأس المال الابتدائي الذي ستوفره الإمدادات الطبية المركزية سيمكن من تحقيق أهداف «صندوق الإمداد الطبي». لذلك يتعين على الإمدادات الطبية المركزية عمل حسابات دقيقة لرأس المال الابتدائي. وحسب التزاماتها الواردة بالاتفاقية المبرمة بينها وبين وزارة الصحة بالولاية، تقوم «الإمدادات الطبية المركزية» بتوفير رأس المال الأولي المتمثل في مخزون الدواء حيث يمثل ذلك مرحلة تأسيس «صندوق الإمداد الطبي» والاستمرار في تطوير خدماته بشكل سلس. ولن يكون دور الإمدادات الطبية المركزية في توفير رأس المال فقط بل سيضم أيضاً تدريب الموارد البشرية، وتطوير البنية التحتية، مثل تخصيص مستودعات الإمدادات الطبية المركزية في بعض الولايات لصالح صندوق الإمداد الطبي، وتأسيس نظام تشغيلي لإدارة الصندوق دون الاعتماد كلية على طواقم الإمدادات الطبية المركزية. لا شك أن هذا النظام التشغيلي سوف يحدد بشكل واضح دور ومسؤوليات طاقم «صندوق الإمداد الطبي». كما إن «الإمدادات الطبية المركزية» ستوفر ليس الخبرة المالية فحسب بل الخبرة الفنية والإدارية خلال المراحل المبكرة من تنفيذ «صندوق الإمداد الطبي».

٣.٥ التزامات وزارة الصحة الاتحادية والحكومات الولائية

تبين الدراسات أن الالتزام الجاد من جانب الوزارة الاتحادية أمر ضروري لنجاح صندوق الدواء الدوار (Mohamed 2009). لذلك فإن مستوى الالتزام السياسي من جانب الدولة على كلا المستويين، والذي يعكس الإرادة السياسية القوية، أمر ذو أهمية كبرى لاستدامة ونجاح «صندوق الإمداد الطبي». وغني عن القول أن «صندوق الإمداد الطبي» يحتاج إلى قدر كبير من التحفيز والذي يمكن أن يتم عن طريق ترسيخ فكرته وأهدافه وعلى أعلى المستويات الحكومية. ومثالاً لذلك الالتزام بعدم السماح بتأسيس صيدليات موازية للصيدليات التي يشرف عليها الصندوق حيث أن هذا الإجراء سوف يعظم من فرص تسويق خدمات الصندوق مما ينتج عنه زيادة في مبيعاته. إضافة إلى ذلك يجب أن تكون عائدات الصندوق مستقلة عن الخزينة العامة ولا بد أن تدرك حكومات الولايات أن الصندوق لا يمكن أن يظل مستثنى من قانون الخزينة العامة. ولذلك لا بد من تقنين الوضع الاستثنائي للصندوق وإجازة قانون خاص به من المجلس التشريعي للولاية. بموجب هذا القانون سيكون للصندوق شخصية اعتبارية يحق لها رفع الدعاوى والدفع في القضايا التي ترفع ضده الأمر الذي يعطي الصندوق الاستقلالية القانونية فيما يتعلق ببعض

اللوائح التي تحكم عمل مؤسسات القطاع العام، وسيمنح القانون مشروع الصندوق موافقة السلطة التشريعية ليمارس أعماله بحساباته مؤسسية مستقلة تحت الإشراف المباشر لمجلس إدارته الذي يرأسه وزير الصحة بالولاية. كما سيسمح الوضع المستقل والمقنن للصندوق تمكن الصندوق من إدارة أمواله وتنظيم الإجراءات لإدارة الإمداد الطبي وتحصيل عائدات مبيعاته، وإدارة الحسابات، والإشراف، والتدقيق، والرقابة وتدريب العاملين. إلا أنه يلزم إتخاذ الإجراءات الوقائية لمنع استقلال الصندوق تماماً عن إطار وزارة الصحة بالولايات. وهكذا سيتيح هذا الوضع لـ "صندوق الإمداد الطبي" التركيز بدرجة أكبر على الترويج لخدمات الصحة العامة (Mohamed 2009) وليس السعي لتحقيق الأرباح، وبخلاف ذلك فإن إمدادات الأدوية للمناطق النائية والمراكز الصحية ذات الربحية المنخفضة سوف تهمل. من وجهة نظر الإمدادات الطبية المركزية، أنه يجب أن لا ينظر المديرون التنفيذيون للصندوق باعتباره شركة هدفها تحقيق الأرباح بل يجب النظر إليه باعتباره مؤسسة أنشئت خصيصاً لتعزيز دور منظومة الرعاية الصحية والإرتقاء بالخدمات الصحية بتوفير الأدوية النوعية وبأسعار ميسرة بالقرب من المواطنين. ولاشك أن ذلك يتحقق إلّا من خلال تطوير شراكة بين الصندوق وإدارات وزارة الصحة الأخرى تهدف إلى توفير خدمات صحية متكاملة، ومقبولة، وبأسعار مقدور عليها. ذلك لأن الصندوق مصمم أصلاً لتوفير الأدوية الضرورية، خصوصاً للمجموعات الضعيفة بالمناطق الريفية.

٤.٥ اختيار الأدوية

ستكون الأدوية متوافرة بشكل منتظم وذلك بالنسبة للمرافق التي تشارك في «صندوق الإمداد الطبي». ونظراً لأن رأس مال الصندوق محدودة، فإن وضع قائمة محددة لأدوية مختارة سوف يزيد من التغطية بزيادة الكميات المشتراة لكل بند مما سيؤدي إلى استخدام الحد الأقصى للميزانية المحددة المتاحة للصندوق. إلا أن السؤال الذي يطرح نفسه هو: هل يجب أن يقوم مشروع كمشروع صندوق الإمداد الطبي بتوفير قائمة من أدوية مختارة أم يجب عليه توفير الأدوية التي تلي احتياجات كافة فئات المرضى؟ إن القرار الخاص بقائمة الأدوية المحدودة متروك في نهاية الأمر لقرار مجلس إدارة الصندوق. ستقترح الإمدادات الطبية المركزية تكليف لجنة فنية تكون مسؤولة من اختيار الأدوية التي تُضمن بقائمة الأدوية الخاصة بالصندوق. إلا أن نقطة البداية والمرجععية يجب أن تكون «القائمة القومية للأدوية المهمة في السودان». ويتعين على اللجنة الفنية عند

اختيارها للأدوية أن توازن بين عوامل التكلفة وعوامل النجاعة والسلامة وسهولة الإدارة والاعتبارات المحلية الأخرى. نتيجة لذلك يجب أن تترك إمدادات الأدوية العالية التكلفة ذات الاستهلاك المنخفض للقطاع الخاص، حيث أن مثل هذه الأدوية يمكن أن تجمد رأس المال العامل مما ينتج عنه خسائر بسبب إنخفاض الاستخدام أو انتهاء الصلاحية.

٥.٥ التنبؤات والقياس الكمي

تحدد الكميات التي تسلم للمرفق الصحي من قبل الشخص المختص (الصيدلي أو مساعد الصيدلي في حالة المستشفيات الريفية والمراكز الصحية) بكل مرفق من المرافق الصحية بناءً على الاستهلاك الشهري. يتم الحصول على دفتر الطلبات (دفتر المخزون)، ومراجعتها من قبل رئيس فريق الإشراف. بعد ذلك يرسل دفتر المخزون إلى صندوق الإمداد الطبي المعني لاعتماده من قبل الصيدلي المختص. لضمان التوزيع العادل للأدوية لكافة المرافق الصحية، يجب على الصيدلي المسؤول بالمستودع تعديل الكميات المطلوبة حسب المخزون المتوافر لديه. عند تحديد احتياجاته من الأدوية، يجب على «صندوق الإمداد الطبي» استخدام بيانات الاستهلاك السابقة لتحديد كميات الأدوية التي ينبغي طلبها من الإمدادات الطبية المركزية. إضافة إلى ذلك فإن هذا النهج سيساعد على تجنب الأخطاء التي قد ترافق المعاملة والتغيرات غير المتوقعة في نمط الوصف الدوائي ويضمن توافر مهلة كافية بين كل عملية توزيع وأخرى.

٦.٥ توزيع الأدوية

يتحمل «صندوق الإمداد الطبي» مسؤولية ضمان عمليات توزيع ووصول الأدوية لكافة المراكز الصحية، بما في ذلك تلك الموجودة بالمناطق الريفية باستخدام شاحنات مجهزة بنظام تحكم في درجة الحرارة. تتم عمليات توزيع الأدوية إلى المرافق الصحية طبقاً لبرنامج دقيق يجب إعداده في المراحل الأولى للمشروع. ومع ذلك يمكن للمستشفيات الحصول على مخزونها باستخدام وسائل النقل الخاصة بها، إن وجدت. سيضمن مثل هذا الترتيب المرونة في عمليات التوزيع للمستشفيات.

إدارة المخزون تكون من خلال نظام مزدوج: يدوي (عن طريق كروت العهدة) وآخر آلي عن طريق نظام الكمبيوتر. يمكن تقسيم الشحنات المرسلة إلى «صناديق الإمداد الطبي» إلى ثلاثة أو أربعة أقسام كل عام. تشحن الكميات الكبيرة من الإمدادات الطبية المركزية براً إلى مستودعات «صندوق الإمداد الطبي» بكل ولاية. وتجنب النقص في المخزون بمستودعات «صندوق الإمداد الطبي» يجب أن يتوفر لـ «الإمدادات الطبية المركزية»

مخزون احتياطي لمدة ثلاثة أشهر على الأقل. يتطلب نظام طلبيات الشراء ثلاث أو أربع مرات في العام مساحة تخزينية أقل مما يقلل من مصروفات الصندوق الرأسمالية. وقد أثبت هذا النظام كفاءته مما أدى إلى تجنب حالات فوائض المخزون والنقص بشكل كبير في المخزون (Mohamed 2009). وفيما يخص مستودعات "صندوق الإمداد الطبي" ومراقبه الصحية، فيجب حساب الكميات المطلوبة من كل صنف بالحد الأدنى، مما يعني أن نظام الإنذار المبكر هذا سوف يخفض من النقص حتى في الحالات التي يتأخر فيها التوزيع من "الإمدادات الطبية المركزية" أو "صندوق الإمداد الطبي". بموجب هذا النموذج يستلم الصندوق ومراقبه الصحية إرساليات الأدوية من مستودع "الإمدادات الطبية المركزية" بالخرطوم بشكل منتظم. كما تقوم مستودعات "صندوق الإمدادات الطبية" بعواصم الولايات بتوزيع إرسالياتها على أساس فترات مجدولة ربع سنوية أو شهرية. يطبق نظام التوزيع ربع السنوي في حالة وجود المرافق الصحية في أمكنة بعيدة أو في حال المرافق ذات الاستهلاك المنخفض. تتضمن محاسن التسليم الشهري أيضاً المزايا التالية:

١. يمكن تعويض المخزون قبل استنفاده.
٢. مراجعة طلبيات الأدوية بكل من الإمدادات الطبية المركزية والمراكز الرئيسية لصندوق الإمداد الطبي من قبل صيادلة مؤهلين.
٣. التسليم المجدول من الإمدادات الطبية المركزية إلى «صندوق الإمداد الطبي» ومن «صندوق الإمداد الطبي» إلى المرافق الصحية يفرض التوريد الروتيني للأدوية ويساهم في زيادة الثقة في خدمات الإمدادات الطبية المركزية وصندوق الإمداد الطبي.
٤. يتطلب الأمر كميات أقل من المخزون والمال.
٥. توزيع أعباء العمل على فترات زمنية.
٦. يتم تجديد الإمدادات في فترات مجدولة مما يوفر التكاليف الإدارية وزمن النقل.
٧. خسائر قليلة بسبب إرسال المخزون إلى صندوق الإمداد الطبي الذي يقوم بدوره بتسليم الطلبيات مباشرة إلى المرافق الصحية.

بعض سلبيات استخدام طريقة التوزيع الشهري:

١. يجب على الشخص المسؤول مراقبة استهلاك المخزون.
٢. يجب إصدار طلبية المخزون الذي سيتم تسليمه.
٣. تسليم كميات صغيرة يعني زيادة في تكلفة التوزيع.

٧.٥ تحصيل عائدات بيع الأدوية (Cash Collection)

كانت الإمدادات الطبية المركزية تقوم ببيع الأدوية والإمدادات الطبية الأخرى لـ «صندوق الإمداد الطبي» على أساس الدفع المؤجل بالشيكات. تبعاً لذلك يكون لكل صندوق سقف تحدده إدارة المبيعات بالإمدادات الطبية المركزية. أما في النموذج الجديد فإن الإمدادات الطبية المركزية سوف تتولى مخاطر وضع نظام منفصل للإمدادات الطبية وتحصيل عائدات بيعها (أي أن نظامي الشيكات والسقف سوف لن يكون لهما وجود). نتيجة لذلك يجب وضع نظام سليم لتحصيل عائدات المبيعات على مستوى الإمدادات الطبية المركزية وصندوق الإمداد الطبي بالولاية. وللقيام بذلك يجب إنشاء وحدتين على مستوى الإمدادات الطبية المركزية وصندوق الإمداد الطبي لتكونا مسؤولتين من الإمدادات الطبية وتحصيل عائدات بيع الأدوية. بموجب هذا النظام تقوم وحدة الإمدادات الطبية بإصدار ثلاث نسخ من الفاتورة بعد توقيع كافة الشركاء عليها: واحدة تحتفظ بها الإدارة العامة للمبيعات، والثانية ترسل إلى وحدة التحصيل والثالثة يحتفظ بها صندوق الإمداد الطبي. أما الوحدة المالية فتتولى مهمة تحصيل وتسوية حساب النقد مقابل الأدوية المباعة لصندوق الإمداد الطبي. يجب أن تتم التسوية على أساس شهري. هذه الآلية سوف تعزز من التدفق النقدي بحساب الإمدادات الطبية المركزية وكذلك الحال في صندوق الإمداد الطبي بالولاية.

إن عمليات تحصيل النقد التي يقوم بها «صندوق الإمداد الطبي» مقابل مبيعات الأدوية بالمرافق الصحية تركز على الإجابة على السؤال التالي: ما هي كمية النقد التي كان من المفترض تحصيلها، وماهي المبالغ الفعلية التي تم تحصيلها؟ إن وجود معدل تحصيل عال لا بد أن يعتمد على نظام إدارة للأدوية يتميز بالسلاسة والدقة. وهكذا يتعين على المؤسسة الصحية (مستشفى أو مركز صحي) وضع نظام لسجلات المخزون. وللقيام بذلك، يجب على «صندوق الإمداد الطبي» وضع سياسة جديدة للتوظيف وتحصيل النقد، تقوم على مبدأ المحاسبة في حالة وجود أي عجز أو زيادة. إن مثل تلك السياسة ستلزم كافة العاملين بصيدليات المرافق الصحية بتوقيع عقد مع صندوق الإمداد الطبي. وفقاً لذلك العقد يقوم العاملون بالصيدليات مع فرق الإشراف التابعة للصندوق بجرد المخزون بصفة دورية بحيث يضمن دائماً أن النقد الذي يتم تحصيله من قبل فريق الإشراف يعادل الأدوية المباعة خلال الفترة المعينة. وهكذا فإن أي عجز في النقد يجب أن يدفعه الشخص المسؤول عن العهدة والذي سبق أن وقع على العقد وذلك خلال فترة أقصاها

أسبوع. وبالإضافة إلى ما تتضمنه من إجراءات المساءلة، فإن عملية الإشراف المنظم والاستخدام الصارم للإجراءات العقابية والقانونية سوف ينتج عنها كفاءة عالية لعملية تحصيل النقد والقضاء على العجزات بشكل كامل إن وجدت.

٨.٥ الإشراف على صندوق الإمداد الطبي ومرافقه الصحية

لضمان فاعلية واستدامة النموذج الجديد، من الضروري ليس وجود فهم واضح للنموذج فحسب بل أيضاً التعرف على الفجوات المحتملة في أنظمة الإمداد وتحصيل النقد. لذلك، يجب أن يتضمن «صندوق الإمداد الطبي» منذ البداية أنظمة إشراف ومراقبة وتقييم شاملة للإمدادات الدوائية كعناصر لا تتجزأ من البرنامج وذلك بالنسبة للأدوية المستعادة قيمتها والمجانبة على حد سواء. وهكذا يجب أن ينظر في هذا الأمر من جانب شركاء الصندوق بحسبانه أحد العناصر الرئيسية لأعمال الصندوق. ويجب أن يركز الإشراف على الأعمال الفعلية التي يؤديها الصندوق من مركزه الرئيس (بوساطة مشرفي الإمدادات الطبية المركزية). وعلى مستوى المرافق الصحية (بوساطة فرق الإشراف)، مثل ظروف التخزين وممارسات صرف الأدوية والبيئة الصيدلانية عموماً (مثل النظام، النظافة والمظهر العام).

يتطلب تدفق المعلومات من أسفل إلى أعلى (أي من المرفق الصحي إلى صندوق الإمداد الطبي، ومن الصندوق إلى الإمدادات الطبية المركزية)، يتطلب وضع نظام لآلية التغذية الراجعة (نظام توفير المعلومات) لتقييم تأثير الصندوق على المرضى، والأداء المالي، وتوافر الدواء، والجوانب الرئيسية لتحصيل النقد والنظام المحاسبي. كما يقوم أيضاً بتقييم النقد المحصل فعلياً وبيانات الاستهلاك الفعلي وعدد المستفيدين من الخدمات التي يوفرها الصندوق. كما يجب استخدام نظام معلومات الإدارة اللوجستية الذي يقوم بتطويره برنامج الأمم المتحدة الإنمائي (المتلقي الرئيس لمساهمات "صندوق الدعم العالمي" كنقطة بداية لآلية التغذية الراجعة. ولا شك أن النتائج والبيانات التي يتم جمعها بواسطة هذا النظام سوف تمثل البيانات العلمية لمتخذي القرارات، ولمدراء الصندوق للاستمرار في الارتقاء بالخدمة المقدمة بالمرفق الصحي وبالمحافظة على الإمدادات الدوائية على نحو ثابت وبناء نظام كفاء لتحصيل النقد.

٩.٥ بنود متنوعة

لضمان استمرار الإمدادات الدوائية وللتأكد من أن رأس المال الأولي لم يستنزف، يجب على الإمدادات الطبية المركزية وضع إجراءات صارمة لتنفيذ هذا النموذج. يمكن أن تشمل مثل تلك الإجراءات مايلي:

أولاً: خطاب ضمان من وزارة المالية بالولاية تمثل قيمته المبلغ الإجمالي للأدوية التي تم تسليمها للولاية. إذا لم يتسن إصدار مثل ذلك الخطاب تسلم وزارة المالية الولاية الإمدادات الطبية المركزية شيك على بياض قابل للدفع للإمدادات الطبية المركزية.

ثانياً: يجب على مدير (مديرة) الصندوق التوقيع على عقد أو إقرار يجعله مسؤولاً أمام الإمدادات الطبية المركزية ويوافق فيه بدفع العجز الناتج عن إهماله أو لسوء الإدارة وذلك خلال فترة لا تزيد عن شهر واحد من تاريخ كشف العجز. يطبق ماسبق أيضاً على الشخص المسؤول عن صيدلية «صندوق الإمداد الطبي» على مستوى المرافق الصحية.

ثالثاً: تتحمل الإمدادات الطبية المركزية سداد قسط التأمين لحماية كافة أصول الصندوق (الثابتة والمنقولة) حيث يغطي التأمين اختفاء الأدوية بسبب الاختلاس، أو السرقة، أو غيرها، أو بفعل الكوارث الطبيعية، أو الحريق.

رابعاً: يجب القيام بجرد فعلي بصورة دورية. يجب أن يتم ذلك شهرياً بمستودعات «صندوق الإمداد الطبي» وكل أسبوعين على مستوى المحلية والمرفق الصحي. يجب عدم صرف الحافز للموظفين لحين إكمال جرد المخزون على الطبيعة وسداد العجز، إن وجد من قبل الأشخاص المسؤولين بالمركز الرئيس للصندوق أو على مستوى المرافق الصحية. في حالة المرافق الصحية، لايجوز تحصيل النقد إلا بعد القيام بعملية تسوية للحسابات والتأكد من عدم وجود عجز.

خامساً: لمنع هدر الأدوية ولضمان وجود ظروف التخزين الجيد، يجب تجديد كافة المستودعات وتهويتها تهوية جيدة وتأمينها ضد الحريق والسرقة، مع تركيب غرفة للتبريد بالإضافة إلى ذلك، يجب إختيار طاقم موظفين ذي كفاءة من قبل الإمدادات الطبية المركزية ومجلس إدارة الصندوق مع توفير الإدارة الجيدة والموثوقة.

٦ الميزانيات والموارد

يوصي هذا التصور بتأسيس صناديق الإمداد الطبي في ١٤ ولاية على أساس مبدأ استعادة التكلفة. الموازنات المطلوبة لمثل هذا النوع من المشاريع يمكن أن تقسم إلى ما يلي: صندوق رأس المال لتأمين المخزون الابتدائي للنظام (استثمار رأس المال الأولي)، وتكاليف الإنشاء والتي تشمل تكاليف تصميم النظام وتنفيذه، وتجديد والمستودعات، وشراء الكمبيوترات، والسيارات والمعدات، ودعم المرافق الصحية الأخرى. تبلغ الميزانية الإجمالية للمشروع (بما في ذلك الخدمات اللوجستية، وتجديد وإنشاء مستودعات الأدوية) مبلغ ٣٢,٢٠٨,٧١١,٠٠ دولار أمريكي. يمثل المكون المحلي منها ٩,٧٧١,٢١١,٠٠ دولار أمريكي وتدفعه الإمدادات الطبية المركزية في شكل أدوية. تفاصيل وطريقة حساب تكاليف المشروع مبينة في الأجزاء التالية.

١.٦ طريقة حساب رأس المال الأولي للمخزون الابتدائي

إن بقاء واستمرارية برنامج صندوق الدواء الدوار يعتمد على إمدادات منتظمة من الأدوية ذات النوعية الجيدة المنخفضة التكلفة بالمرافق الصحية المختلفة. إلا أنه إذا لم تكن عملية الشراء والتوزيع موثوق بهما فإن صندوق الإمداد الطبي سوف يتوقف عن أداء وظيفته بسرعة.

لتحديد رأس المال الأولي المطلوب لهذا الاستثمار للوفاء بهذا المعيار، من المفيد النظر إلى نظام إمدادات صناديق الإمداد الطبي من حيث تشبيهه بـ "أنبوب" (MSH 2012). وهكذا ولضمان توافر إمدادات دوائية بالمرافق الصحية، فإن الأنبوب هذا يجب أن يملأ، وبمجرد ملئه يجب تعويض الاستهلاك عن طريق المشتريات على المستوى المركزي. إضافة إلى ذلك فإن الأنبوب هذا لا يشمل تدفق الدواء من مستودعات صندوق الإمدادات الطبية إلى المرافق الصحية فحسب بل أيضاً تدفق المال عائداً إلى الحساب المصرفي لصندوق الإمداد الطبي لاستخدامه من قبل لجنة المشتريات بالصندوق. لذلك فإنه بدون عودة الأموال للحساب المصرفي لصندوق الإمداد الطبي لاستخدامه من قبل لجنة المشتريات بالصندوق لا يمكن تنفيذ مشتريات جديدة ومن ثم تضطرب الإمدادات ويتوقف النظام في وقت قصير عن الدوران.

ثمة عاملان يؤثران على مبلغ رأس المال المطلوب لملء الأنبوب: قطر الأنبوب وطوله. فالقطر

يحدده حجم المبيعات في الشهر، وهو ما يتعلق بمعدلات استهلاك الأدوية. أما طول الأنبوب فهو يمثل كمية الوقت في الفترة الواقعة بين الالتزام الأول للصندوق بالأدوية إلى حين توافر المبالغ المحصلة من مبيعات هذه الأدوية مجدداً لشراء مخزون جديد. وهكذا فإن الطول تحدده الممارسات الشرائية والزمن المستغرق بين كل عملية تسليم وأخرى، وشبكة التوزيع، وسياسات التخزين، وترتيبات التدفق النقدي، والعوامل ذات الصلة. أما رأس المال الاستثماري المطلوب فهو لا يخرج عن كونه نتاج حاصل ضرب قطر الأنبوب المعبر عنه بحجم المبيعات في الشهر وطول الأنبوب المعبر عنه بالشهر.

لقد اقترحت منظمة الصحة العالمية (WHO 2004, p. 45) رقماً عالمياً بحد أدنى يتراوح ما بين ١٢ دولاراً أمريكياً و٢٣ دولاراً أمريكياً للفرد في السنة كهدف مناسب للصرف العام على الأدوية لتقديم حزمة خدمات الرعاية الصحية الأساسية. إلا أننا استخدمنا بيانات الصرف العام على الأدوية في السودان (أي ٣,١٥ دولاراً أمريكياً) لحساب ميزانية المخزون الابتدائي. وقد وجدنا أن ١٨,٦١١,٨٣٠ نسمة في الولايات المستهدفة، تستهلك سنوياً ما قيمته ٥٨,٦٢٧,٢٦٥,٠٠ دولاراً أمريكياً تقريباً. ستخصص الإمدادات الطبية المركزية مخزوناً يكفي شهرين لكل ولاية مما يعني أن إجمالي رأس المال المطلوب للمخزون الابتدائي سيكون حوالي ٩,٧٧١,٢١١,٠٠ دولاراً أمريكياً.

٢.٦ تكاليف الرسملة

بخلاف أموال رأس المال لنظام المخزون الابتدائي (رأس المال العامل) فإن تكلفة الرسملة أو تكاليف التطوير تتضمن تكاليف تصميم وتخطيط النظام، وإنشاء وتجديد مقر الصندوق والمستودعات، وشراء سيارات، ومعدات، وتحديث وتأمين صيدليات المرافق الصحية. يبلغ إجمالي رأس المال التقديري لهذه الأنشطة المختلفة حوالي مبلغ ٢٢,٤٣٧,٥٠٠,٠٠ دولاراً أمريكياً (الجدول ١/٦).

٣.٦ تمويل المشروع

سيتعاون وزراء الصحة بالولايات مع وزارة الصحة الاتحادية في السعي للحصول على الأموال اللازمة من ممولين دوليين وإقليميين ومحليين و/أو متبرعين لتغطية رأس المال الابتدائي وبعض البنود المعينة.

الجدول ١/٦: موازنة مصاريف التأسيس بخلاف الأدوية:

الصف	الكمية	تكلفة الوحدة دولار أمريكي	المبلغ الإجمالي
عربات اشراف بقمريتين	45	20,000	900,000
شاحنة ٥ طن	20	15,000	300,000
أجهزة كمبيوتر وملحقاته	50	3,000	150,000
إنشاء أو صيانة مستودع	11	150,000	1,650,000
تجديد غرف الصيدليات بالمرافق الصحية	5,000	3,000	15,000,000
ثلاجات	5,000	500	2,500,000
مكيفات	5,000	300	1,500,000
تدريب الموظفين	3,125	100	312,500
ماكينات تصوير	15	6,000	90,000
مطبوعات وتكاليف تحضير	-	-	20,000
تكاليف أخرى غير منظورة	-	-	15,000
الإجمالي (دولار أمريكي)			22,437,500.00

٧ التقييم

كيف تُقيم وزارة الصحة الاتحادية تأثير هذا المشروع وكيف تقيس مدى تحقيقه لأهدافه الميينة؟ يجب أن تصمم مستندات ووثائق المشروع وتحفظ لتكون مصدر لإجراء التقييم المستمر داخلياً وخارجياً، بما في ذلك تقييم تأثير منهجية الإشراف التي يجب أن تؤسس على مبدأ «التقييم المستمر» أي: الدرجات المحققة للأنشطة المستهدفة. ويجب إجراء تقييم مستقل وبعد فترة محدودة لقياس أثر المشروع على صحة السكان عن طريق تعزيز الحصول على الأدوية، خصوصاً للمجموعات المستهدفة (أي الأطفال، والأمهات والفقراء). بالإضافة إلى ذلك فإن المقومات الأخرى للبرنامج يمكن أن تكون موضوعاً لبحث يشمل اقتصاديات البرنامج ومدى الاستفادة من هذه الخدمات والاستخدام الرشيد للأدوية، وتيسر الحصول عليها، وإمكانية الوصول إليها، وجودة الخدمة المقدمة، ومنهجية الإشراف.

٨ الخلاصة

سيبين «صندوق الإمداد الطبي» نطاق التعاون بين الإمدادات الطبية المركزية والولايات التي ستطبق بها الخدمة، والمبررات، والمنافع والمزايا التي ستوفرها الإمدادات الطبية المركزية في إطار الهيكل المؤسسي للجهات المنتفحة بالبرنامج، ومن ثم يمكن القول بأن «صندوق الإمداد الطبي» سيدعم إعادة هيكلة الخدمات الصحية للوفاء بأهدافه المتمثلة في توفير إمدادات الأدوية الضرورية بشكل ثابت يمكن الاعتماد عليه لتصل إلى جزء كبير من السكان بدلاً من الاعتماد على المعالجة الذاتية (Self-Medication) والاعتماد على أدوية مشكوك في سلامتها ومنافعها الطبية والتي يحصلون عليها من أشخاص لا يوثق بهم أو من الصيدليات التي قد تكون أسعارها أعلى وذلك لأن هدفها تحقيق الأرباح بجانب الخدمة الطبية. بالإضافة إلى ذلك فإن صندوق الإمداد الطبي سيروج للاستخدام الرشيد للأدوية عالية الجودة والتشجيع على زيادة معدلات المترددين على المرافق الصحية الحكومية. ولا شك أن النموذج الجديد لصندوق الإمداد الطبي سوف يؤدي إلى استخدام أفضل للرعاية الصحية الأساسية. إلا أنه من الضروري أخذ الحيطة والحذر والعمل على منع النتائج السالبة جراء وضع العقبات أمام الشرائح الفقيرة ومنعها من المشاركة في البرنامج، واتباع سياسات الاستثناءات غير السليمة، والسلوك غير الرشيد، والتدخلات السياسية، وعدم الكفاءة في تحصيل العوائد. وعلى الرغم من الإجراءات التي وردت بهذا التصور، يبقى صندوق الإمداد الطبي معرضاً للمخاطر بسبب اختفاء الأدوية إما بسبب الاختلاس، أو السرقة، أو التدخل السياسي، أو البيئة الإقتصادية الضاغطة. ويجب أن نذكر هنا إن استخدام الأموال على نحو يخالف الإجراءات المتبعة وتطبيق عقود العمل المخالفة في مؤسسة تتبع للقطاع العام قد يؤدي إلى محاسبة مدير الصندوق والأشخاص المسؤولين عن الصيدليات بالمرفق الصحي والمساءلة أمام كل من الإمدادات الطبية المركزية وصندوق الإمداد الطبي. لذلك فإن التقيد بالإطار التشغيلي المقترح سوف يحقق النجاح ويضمن التطور المستقبلي لكافة مرافق صندوق الخدمات الطبية.

٩ المراجع:

Dumoulin, J., Kaddar, M., and Velasquez, G., 1998. Guide to Drug Financing Mechanisms. World Health Organisation, Geneva.

Mohamed, G.K., 2009. How to establish a successful Revolving Drug Fund: lessons to be learned from experience of Khartoum State. Bulletin of the World Health Organization; 87: 139-142.

MSH 2012, Managing Drug Supply: managing Access to Medicines and Health Technologies, 3rd ed. Kumarian Press

Quick, J.D., et al., 1997. Managing Drug Supply: The Selection, Procurement, Distribution and Use of Pharmaceuticals. 2nd ed. West Hartford, CT: Kumarian Press.

Shaw, R.P., and Ainsworth, M., 1996. Financing Health Services through User fees and Insurance. Discussion Paper No. 294. World Bank, Washington, D.C.

Peter, N., et al. 1986. Revolving Drug Funds: Conducting Business in the Public Sector. Social Science & Medicines; 22 (3), 335-343.

WHO 2004. The World Medicines Situation. World Health Organization, Geneva. WHO/EDM/PAR/2004.5.

نموذج اتفاقية إنشاء صندوق الإمداد الطبي

نموذج اتفاقية إنشاء صندوق الإمداد الطبي بين الهيئة العامة للإمدادات الطبية وولاية

تقديم

الصرف على الأدوية يمثل أحد الأسباب التي تؤدي إلى إفقار كثير من الأسر. في السودان وصل الصرف على الأدوية، حسب تقرير الحسابات الصحية الوطنية، ٣٩٪ من صرف الحكومة على الصحة. أيضاً ما زال المواطنون في المدن والأرياف البعيدة يعانون من صعوبة الحصول على الأدوية في الوقت المناسب. ولما كانت مسؤولية الحصول على الأدوية تقع على عاتق وزارة الصحة الاتحادية ووزارات الصحة بالولايات، فإن هذه الاتفاقية تهدف أساساً إلى تأمين توفر الدواء ذي الجودة العالية والسعر المناسب في جميع المؤسسات الصحية الحكومية في الولايات.

في مجال الإمداد الدوائي والطبي

إشارة للمادة ٥ (أ) (هـ) من أم تأسيس الهيئة العامة للإمدادات الطبية المركزية وضمن جهودها في تحقيق أهدافها بتوفير الدواء بالبلاد وتنفيذاً لإستراتيجيتها في إنشاء ودعم وتقوية نظم الإمداد الدوائي والمستلزمات الطبية بالولايات تمشياً مع نظام الحكم الاتحادي فقد تم الاتفاق بين الهيئة العامة للإمدادات الطبية (الهيئة) ويشار إليها لاحقاً بالطرف الأول أو الهيئة وولاية ويشار إليها بالطرف الثاني أو الولاية على الآتي:

(١) المبادئ العامة للاتفاق

١-١ إنشاء نظام للإمداد الطبي بالولاية يحقق الأهداف التالية:

- أ. استدامة توفير الأدوية والمستلزمات الطبية لجميع المؤسسات الصحية بالولاية مع ضمان جودتها وسلامتها وسهولة حصول المواطن عليها.
- ب. تخزين وتوزيع أدوية العلاج المجاني وأدوية صندوق الدعم العالمي وغيرها من الأدوية الممنوحة التي تحددها وزارة الصحة الاتحادية وفق الأسس المتفق عليها أو التي تقرها الولاية.

- ج. توفير المستلزمات الطبية اللازمة لتطوير وترقية الخدمات الصحية بالولاية.
- د. جذب واستبقاء الصيادلة والموارد الصيدلانية بالقطاع الحكومي.
- هـ. تطوير العمل الصيدلاني والرقابة الدوائية بالولاية.
- ٢-١ يكون صندوق الإمداد الدوائي بالولاية تحت إشراف وزير الصحة بالولاية وممثل الهيئة ويتبع كل العاملين في الصيدليات ومخازن الأدوية الحكومية برئاسة الولاية والمحليات فنياً للصندوق.
- ٣-١ يعين المدير العام للهيئة بالتشاور مع وزير الصحة بالولاية مديراً عاماً للصندوق ويحدد الهيكل الإداري العلاقة الفنية بين الصندوق والمرافق الصحية الحكومية الأخرى داخل الولاية.
- ٤-١ تكون الهيئة أو وزارة الصحة الاتحادية هي مصدر الأدوية والمستلزمات الطبية حسب مقتضى الحال.
- ٥-١ تكون القائمة القومية للأدوية الأساسية هي المرجعية لكل أصناف الأدوية في قائمة الصندوق.
- ٦-١ تراعي الهيئة الحصول على الأدوية بأقل الأسعار الممكنة من المنشأ مع ضمان مستوى الجودة ويشترط في نظام الإمداد الدوائي بالولاية أن تكون أسعار البيع للجمهور لجميع الأصناف هي الأسعار الأقل بالمقارنة مع المصادر أخرى المتاحة وتكون موحدة في جميع المؤسسات الحكومية.
- ٧-١ توريد كل عائدات بيع الأدوية في حساب منفصل خاص بالصندوق ولا تصرف منه أي مبالغ إلا عبر شيك يوقع عليه ممثل الهيئة وتخضع حسابات الصندوق للمراجعة القانونية ويحق لأي من الطرفين طلب المراجعة في أي وقت مناسب.
- ٨-١ يستخدم عائد بيع الأدوية في تحقيق التغطية المستهدفة من الأدوية الأساسية بالولاية إضافة إلى تسيير وإدارة الصندوق على أن لا تتعدى منصرفات الإدارة والتسيير نسبة ١٥٪ من جملة المبيعات.
- ٩-١ تحدد أسعار بيع الأدوية للجمهور مركزياً ويوضع نظام لمراجعة الأسعار دورياً ويتم تحديد الأسعار على أساس هامش ربحي يراعي استمرار نظام الإمداد ومنصرفات التسيير والإدارة.
- ١٠-١ لا يحق لأي من أطراف الاتفاق التصرف في أموال أو عربات أو أجهزة ومعدات أو أي

ممتلكات خاصة بالصندوق إلا بعد الاتفاق المسبق بين الطرفين علي أن يتم ذلك كتابةً.

١١-١ يجب على الصندوق اتخاذ كافة الإجراءات التي تمكّنه من الحفاظ على أمواله وتنميتها.

١٢-١ تخصيص نسبة من صافي الدخل إن وجد لتحديث سلسلة الإمداد الدوائي بالولاية وتقوية خدمات الرعاية الصحية الأساسية وفق لائحة تصدرها الهيئة بالتنسيق مع وزارة الصحة بالولاية.

(٢) التزامات الأطراف الأساسية والداعمة للاتفاق

١-٢ التزامات الطرف الثاني:

- أ. توفير المكاتب والمخازن اللازمة لإدارة الصندوق وتخصيص أراضي للتوسع المستقبلي متى ما كان ذلك ضرورياً.
- ب. صيانة وتأهيل جميع صيدليات المرافق الصحية الحكومية بالولاية والتي يتم عبرها توزيع الأدوية وذلك بمساهمة الصندوق.
- ج. حماية ممتلكات وأموال الصندوق وضمان استخدامها لأغراض توفير الأدوية والمستلزمات الطبية.
- د. العمل على توفير الضمانات والإجراءات اللازمة لاسترداد أموال الصندوق من الوحدات الصحية بالولاية.
- هـ. تقديم العون اللازم لإدارة الصندوق وتهيئة المناخ المناسب لإنجاحه.
- و. إدخال جميع المؤسسات الصحية الحكومية في الصندوق.
- ز. أي التزامات أخرى تنشأ ويتم الاتفاق عليها بين إدارة الصندوق والهيئة وتوافق عليها الولاية.

٢-٢ التزامات الطرف الأول:

- أ. اعتماد رأس مال ابتدائي لتوفير الأدوية والمستلزمات الطبية المطلوبة وفق القائمة المتفق عليها وتحمل كل تكاليف الشحن والتحويل من مخازنها المركزية بالخرطوم حتى رئاسة الصندوق بالولاية حسب الترتيبات الإدارية والمالية التي يتفق عليها.
- ب. تعيين المدير المالي والمراجع الداخلي بالصندوق.

- ج. المساهمة في توفير آليات الحركة اللازمة لتسيير الصندوق.
- د. تدريب العاملين على نظم العمل الإدارية والفنية والتدريب المتقدم والتنشيطي.
- هـ. التأكد من وصول الأدوية والمستلزمات الطبية إلى جميع المؤسسات الصحية الحكومية بالولاية.
- و. تكون الهيئة مسؤولة أمام وزارة الصحة الاتحادية والولائية عن توفير الأدوية والمستلزمات الطبية في جميع المؤسسات الصحية الحكومية بالولاية.
- ز. المساهمة في تطوير الخدمات الصيدلانية بالولاية ودعمها بالتركيز على الصيدلية السريرية والرعاية الصيدلانية للمرضى.
- ح. دعم الرقابة الدوائية بالولاية.
- ط. نشر ثقافة الاستخدام الرشيد للأدوية وتعزيز التزام المرضى باستعمال الأدوية الموصوفة لهم.
- ي. تطوير وحوسبة نظام الإمداد الطبي بما في ذلك الإمداد الإلكتروني.

٢-٣ التزامات وزارة الصحة الاتحادية:

- من واقع سياسة الوزارة المعلنة في تقوية الولايات وباعتبار الصندوق يمثل أهم أهداف الوزارة تلتزم وزارة الصحة الاتحادية بالآتي:
- أ. الترويج للصندوق بالاتصالات السياسية مع حكومات الولايات المشاركة لضمان دعم الولاية للصندوق والتزامها السياسي لإنجاحه.
 - ب. العمل على توفير الموارد البشرية الطبية والصيدلانية اللازمة لتسيير الصندوق بمستوياته وبشمل ذلك جميع المؤسسات الحكومية بالولاية.
 - ج. المساهمة في التدريب.
 - د. المساهمة في تأسيس الصندوق بالولاية بدعم المشروع وتقوية بنياته ونظمه في جميع المستويات بما في ذلك المؤسسات الصحية على مستوى رئاسة الولاية والمحليات المختلفة.
 - هـ. السعي مع الهيئة والولاية لإيجاد وزيادة مصادر تمويل الصندوق.
 - و. تحديد قوائم العلاج المجاني والأدوية الممنوحة من المنظمات المحلية والعالمية.
 - ز. أي مساعدات أخرى لازمة وممكنة لضمان استمرارية الصندوق ونجاحه وتحسين البنية التحتية لنظام الإمداد الدوائي بالولاية.

(٣) أحكام عامة:

- أ. يُشكّل مجلس إدارة للصندوق بالتنسيق بين الهيئة والولاية.
- ب. تنفيذ الاتفاق وتطويره ويضع الجهات العامة اللازمة لإدارة الصندوق وفق الاتفاقية.
- ج. لا يجوز تعديل أو إضافة أو حذف أي بند من بنود هذه الاتفاقية إلا بموافقة الطرفين.
- د. لا يجوز استخدام أموال الصندوق في أي استثمارات إلا بموافقة مجلس الإدارة.
- هـ. تسري هذه الاتفاقية لمدة عامين من تاريخ التوقيع عليها بواسطة الطرفين ويتم تجديدها تلقائياً إذا لم يطلب أحد الطرفين ذلك.
- و. يجوز لأي من أطراف الاتفاقية بعد إخطار وزارة الصحة الاتحادية وإبلاغ الطرف الآخر كتابةً برغبته في إنهاء الاتفاقية قبل ثلاثة أشهر من التاريخ المحدد ويتوجب في هذه الحالة اجتماع طارئ لمجلس الإدارة خلال إسبوعين من تسلم الطرف الآخر لطلب إلغاء الاتفاقية للنظر في هذا الأمر.
- ز. يحدد مجلس الإدارة المشترك في أول جلسة له الإجراءات اللازمة عند إنهاء الاتفاقية بناءً على طلب أحد الأطراف (مثل تسوية الحسابات والأصول وجرد المخازن... الخ).
- ح. عند حدوث أي خلاف بين الطرفين حول أي بند من بنود هذه الاتفاقية أو أي خلاف آخر يحل الخلاف ودياً وبالتراضي وإذا تعذر ذلك يحال الأمر لوزارة الصحة الاتحادية لحل الخلاف فإذا تعذرت يتم اللجوء للتحكيم وفقاً لأسس التحكيم المتفق عليها من النائب العام. وإذا تعذر ذلك يتم اللجوء إلى القضاء لحل النزاع وفق القوانين السارية في البلاد.

الطرف الأول

الطرف الثاني

..... د.جمال خلف الله محمد علي
..... المدير العام للهيئة العامة للإمدادات الطبية وزير الصحة بولاية

الشهود:

...../١ والي ولاية.....

...../٢ الأستاذ بحر إدريس ابوقردة، وزير الصحة الاتحادي.....

تم بحمد الله توقيع الأطراف والشهود أعلاه في اليوم من شهر سنة
١٤٣٤هـ الموافق سنة ٢٠١٣.

نموذج لقانون صندوق الإمداد الطبي بالولاية

بسم الله الرحمن الرحيم
قانون صندوق الإمداد الطبي بولاية
لسنة ٢٠١٣

عملاً بأحكام دستور ولاية لسنة، أصدر المجلس التشريعي لولاية ووقع الوالي القانون الآتي نصه:

الفصل الأول
أحكام تمهيدية

١. يسمى هذا القانون (قانون صندوق الإمداد الطبي لولاية). ويعمل به من تاريخ التوقيع عليه.

تفسير

٢. في هذا القانون وما لم يقتض السياق معنى آخر:

الولاية	يقصد بها ولاية
الوالي	يقصد به والي الولاية
الوزارة	يقصد بها وزارة الصحة بالولاية
الوزير	يقصد به وزير الصحة بالولاية
الصندوق	يقصد به صندوق الإمداد الطبي بالولاية – المنشأ بموجب المادة (٤) من هذا القانون
الإمداد الطبي	يقصد به تمويل تقوم الهيئة بتوفيره لشراء الإمدادات الطبية ومن ثم تعمل على دوران هذا التمويل بحيث تكفي عائداته لشراء الإمدادات الطبية مرة أخرى زائداً تكلفة التشغيل والمنصرفات الأخرى.
المجلس	يقصد به مجلس إدارة الصندوق المنشأ بموجب المادة (٧) من هذا القانون
الهيئة	يقصد بها الهيئة العامة للإمدادات الطبية المركزية

المدير العام يقصد به مدير عام الهيئة
المدير يقصد به المدير التنفيذي لصندوق الإمداد الطبي بالولاية
المرفق الصحي يقصد به أي مستشفى أو مركز صحي أو صيدلية شعبية أو شفاخنة أو أي
مؤسسة صحية أخرى بالولاية.

حكم الاتفاقية

٣. تكون الاتفاقية الموقعة في العام ٢٠١٣ بين الهيئة ممثلة في المدير العام والولاية ممثلة في الوزير جزء لا يتجزأ من هذا القانون.

الفصل الثاني

إنشاء الصندوق ومقره والإشراف عليه

٤. ١. تنشئ الهيئة بالاتفاق مع الوزارة صندوقاً يسمى صندوق الإمداد الطبي بالولاية ويكون له شخصية اعتبارية وصفة تعاقبية خاتم عام وله حق التقاضي لتولي كافة مهام وأغراض الصندوق وفقاً لإحكام هذا القانون.
٢. يكون مقر الصندوق بعاصمة الولاية.
٣. يعمل الصندوق تحت إشراف الوزير والهيئة.

أغراض الصندوق

٥. وفقاً لرؤية الهيئة فان الصندوق يسعى إلى تحقيق الأغراض التالية:
 ١. إنشاء نظام إمداد دوائي كفاء ومقتدر مالياً، ويقدم أدوية ذات جودة عالية وبسعر ميسر وأقل من سعر السوق لتوفيره إلى سكان الولايات.
 ٢. توحيد الأسعار في جميع المؤسسات الصحية بالولاية وفقاً لما تحدده الهيئة.
 ٣. تحسين نوعية الخدمات بتوفير إمدادات منتظمة من الأدوية ذات المأمونية والنجاعة والجودة لكافة المرافق الصحية العامة.
 ٤. تطبيق مبدأ الاستخدام الأفضل لخدمات الرعاية الصحية الأساسية وتعزيز الاستخدام لهذه المرافق عن طريق تخفيض الضغط غير المبرر علي المستشفيات المرجعية وذلك بتحسين إمدادات الدواء للمراكز الصحية.

٥. تقديم المشورة وتشجيع الالتزام بالعلاج وايضاً تخفيض معدلات العلاج الذاتي (Self-Medication)

أهداف الصندوق

٦. يقوم الصندوق بتوفير الأدوية الأساسية ذات النوعية الجيدة والفاعلية وعلى درجة عالية من السلامة وبأسعار مقدور عليها للمواطنين والمستهلكات الطبية الأخرى ومواد المعامل والأسنان بالمرافق الصحية بالولاية.

١. العمل على إعداد إحصاءات دقيقة لتحديد نوع وكمية الامداد الطبي وفقا لاحتياجات الوحدات الصحية بالولاية.

٢. استلام وتخزين وتوزيع حصة الولاية من أدوية العلاج المجاني وأدوية صندوق الدعم العاليي والأدوية بالقيمة.

٣. توفير الأدوية الأساسية لسكان الولاية خاصة في المناطق الريفية وبأسعار أقل من المصادر الأخرى المتاحة.

٤. تأسيس نظام للإمداد الدوائي والطبي يعتمد على نفسه في التمويل وبأقل تكلفة.

٥. الاستفادة من الخدمات الصحية بزيادة استخدامها خاصة على مستوى المراكز الصحية.

٦. المساعدة في نشر خدمات الرعاية الصحية الأولية بتوفير الأدوية الأساسية.

٧. تنمية القدرات الفنية والإدارية للعاملين به على كافة المستويات.

٨. ترشيد استخدام الدواء.

٩. الاستفادة من علاقات الصندوق في توفير احتياجات الوزارة الأخرى من المعدات الطبية وأجهزة الرعاية الأولية والمبيدات والأمصال واللقاحات ومواد المعامل والأسنان والمستهلكات الطبية الأخرى.

١٠. تشجيع البحوث والدراسات في مجال الإمداد الطبي (اختباراً وشراءً وتوزيعاً واستعمالاً وتمويلًا) والخدمات الصيدلانية الأخرى.

١١. الإشراف على صيدليات الصندوق بالمرافق الصحية لضمان جودة العمل في الحفاظ على موارد الصندوق.

الفصل الثالث

إدارة الصندوق

إنشاء وتشكيل المجلس

٧. ١. ينشأ مجلس يتولى إدارة شؤون الصندوق ويباشر نيابة عنه جميع السلطات المنصوص عليها في هذا القانون. يشكل المجلس على النحو الآتي:
- أ. الوزير
 - ب. مدير عام الوزارة
 - ج. مدير عام وزارة المالية بالولاية
 - د. مدير إدارة الصيدلة بالوزارة
 - هـ. مدير الرعاية الصحية بالوزارة
 - و. المدير
 - ز. أي عضوين آخرين يعينهما الوزير
٢. يكون عمر المجلس ثلاث سنوات.

اختصاصات وسلطات المجلس

٨. يقوم المجلس بتنفيذ الاتفاق وتطويره ويضع الجهات اللازمة لإدارة الصندوق وفقاً للاتفاقية على أن تكون له الاختصاصات والسلطات الآتية:
١. التخطيط والإشراف العام لسير أعمال الصندوق.
 ٢. الإشراف على تنفيذ إجراءات ضمان استمرار الإمدادات الدوائية التي تضعها الهيئة.
 ٣. إجازة ميزانية الصندوق واعتمادها من حكومة الولاية.
 ٤. إجازة الهيكل الإداري المقدم من المدير.
 ٥. وضع شروط خدمة العاملين بالصندوق.
 ٦. تعيين شاغلي الوظائف القيادية بالصندوق.
 ٧. إصدار اللوائح المنظمة لأعماله.
 ٨. إجازة الخطة السنوية المقدمة المدير.
 ٩. مناقشة وتقويم أداء الصندوق وإصدار التوجيهات اللازمة في هذا الصدد.
 ١٠. مناقشة وإجازة التقارير الدورية.

اجتماعات المجلس

٩. ١. يجتمع المجلس مرة واحدة كل ثلاثة أشهر أو بناءً على دعوة من رئيسه ويجوز له أن يعقد اجتماعاً طارئاً إذا طلب ذلك ثلث الأعضاء أو بدعوة من رئيسه.
٢. يتأسس الرئيس اجتماعات المجلس وفي حالة غيابه تكون الرئاسة للعضو الذي يختاره المجلس.
٣. يكون النصاب القانوني لاجتماعات المجلس بحضور نصف الأعضاء.
٤. تجاز القرارات بأغلبية أصوات الأعضاء الحاضرين.
٥. يصدر المجلس اللوائح الداخلية اللازمة لتنظيم إجراءات اجتماعاته.

مكافأة أعضاء مجلس الإدارة

١٠. تدفع لأعضاء المجلس من أموال الصندوق المكافأة التي يقرها المجلس بموافقة الوزير على الانتجاوز النظم المالية المقررة من وزارة المالية بالولاية.

تعيين المدير العام ومخصصاته

١١. يكون للصندوق مديراً يعينه المدير العام بالتشاور مع الوزير ويحدد المجلس مخصصاته ويكون بحكم منصبه مقررًا للمجلس.

اختصاصات وسلطات المدير العام

١٢. ١. يكون المدير المسؤول التنفيذي الأول عن حسن إدارة الصندوق وفقاً لرؤية وسياسات الهيئة وتوصياتها.
٢. مع عدم الإخلال بعمومية أحكام البند (١) تكون للمدير السلطات الآتية:
 - أ. التصديق بالصرف على المبالغ المخصصة والمعتمدة في الموازنة.
 - ب. الإنابة عن المجلس في التوقيع على العقود والاتفاقيات.
 - ج. إعداد مشروعات الميزانية والتقارير اللازمة ورفعها للمجلس.
 - د. إعداد مشروعات اللوائح المنظمة للعمل وعرضها على المجلس لإجازتها.
 - هـ. إعداد مشروعات الهيكل التنظيمي والوظيفي ومشروعات خدمة العاملين بالصندوق ورفعها للمجلس.

- و. تعيين العاملين مع مراعاة المادة (٥/٧) وإجازة ترقيةهم ومحاسبتهم وفق اللوائح. رفع التوصية والوظائف القيادية.
- ز. رفع بيان بالحساب الختامي خلال فترة أقصاها ثلاثة أشهر من نهاية السنة المالية.
- ح. صرف جميع الأموال المخصصة لمصروفات التشغيل في حدود الميزانية المصدق بها وفقاً لأحكام هذا القانون والقوانين المالية المنظمة لذلك.
- ط. اتخاذ أي إجراءات يعتبرها ضرورية ومناسبة فيما يتعلق بأداء أعمال الصندوق.
- ي. إعداد وتنظيم عطاءات مشتريات الخدمات وإجراء المفاوضات بشأن العقود التي يقتضيها عمل الصندوق.
- ك. أي اختصاصات أخرى يوكلها إليه المجلس.

الفصل الرابع الأحكام المالية رأس مال الصندوق

١٢. يتكون رأس مال الصندوق من الآتي:
١. رأس المال الأولي المتمثل في مخزون الدواء الذي توفره الهيئة.
 ٢. ما تخصصه له الولاية من اعتمادات.
 ٣. ما يؤول إليه من أموال وحقوق وفقاً لأحكام المادة ١٨.

موارد الصندوق المالية

١٣. تتكون موارد الصندوق من الآتي:
١. إسهام الحكومة الاتحادية.
 ٢. إسهام الحكومة الولائية.
 ٣. الهبات والتبرعات والقروض.
 ٤. المتحصل من بيع الأدوية والمستهلكات الطبية الأخرى.
 ٥. أي موارد مالية أخرى يوافق عليها المجلس.

ميزانية الصندوق

١٤. تكون للصندوق ميزانية مستقلة تعد وفقاً للأسس الحسابية السليمة وترفع للمجلس بواسطة المدير في نهاية كل سنة مالية بوقت كاف مبيناً فيها تقديرات قيمة وارداته من الهيئة وقيمة مبيعاته للمرافق الصحية المختلفة والمصروفات الإدارية والتشغيلية وذلك لاعتمادها.

استخدام موارد الصندوق

١٥. تستخدم موارد الصندوق لتحقيق أهدافه المنصوص عليها في هذا القانون بالإضافة إلى:
١. دفع مرتبات وحوافز العاملين بالصندوق وإدارة الصيدلة بالولاية.
 ٢. مقابلة جميع مصروفات تشغيل الصندوق بما في ذلك تخصيص الاعتماد المناسب للاستهلاك والاستبدال كما هو مجاز بالميزانية.
 ٣. أي أوجه للصرف وفق أحكام هذا القانون.

الحسابات والمراجعة

- ١.١٦. يحتفظ الصندوق بحسابات وسجلات منتظمة تدون حركة المال.
٢. تقفل الحسابات الختامية للصندوق سنوياً.
٣. تتم مراجعة الصندوق بواسطة المراجع العام بالولاية أو من يفوضه وذلك عند نهاية كل سنة مالية.

إعفاء أموال الصندوق

١٧. على الرغم من وجود أي نص آخر بأي قانون ولائي تعفى جميع أموال الصندوق الثابتة والمنقولة من الضرائب وكافة أنواع الرسوم الولائية.

الفصل الخامس

أحكام عامة

أيلولة الممتلكات

١٨. تؤول للصندوق جميع ممتلكات مشروع الدواء الدوار من أصول واليات وعربات وغيرها وجميع الحقوق والديون والالتزامات الخاصة بمشروع الدواء الدوار.

ضمانات التنفيذ

١٩. لضمان استمرار الإمداد الدوائي وللتأكد من أن راس المال الأولي لم يستنزف يجب على الولاية والهيئة وضع إجراءات صارمة للتنفيذ تشمل الآتي:

١. خطاب ضمان من وزارة المالية تمثل قيمته المبلغ الاجمالي للأدوية التي تم تسليمها للولاية أو شيك قابل للدفع لصالح الهيئة.
٢. يجب على مدير الصندوق التوقيع علي عقد أو إقرار يجعله مسؤولاً أمام الهيئة ويوافق فيه بدفع العجز الناتج عن إهماله أو لسوء الإدارة وذلك خلال فترة لا تزيد عن شهر واحد من تاريخ كشف العجز. يطبق ماسبق أيضاً على الشخص المسؤول عن صيدلية الإمداد الطبي على مستوي المرافق الصحية.
٣. تتحمل الهيئة سداد قسط التأمين لحماية كافة أصول الصندوق (الثابتة والمنقولة) حيث يغطي التأمين الأختفاء بسبب الاختلاس أو السرقة أو غيرها، أو بفعل الكوارث الطبيعية أو الحريق.
٤. القيام بمجرد فعلي بصورة دورية على أن يتم ذلك شهرياً بمستودعات الصندوق وكل اسبوعين على مستوي المحلية والمرفق الصحي، وسداد العجز إن وجد من قبل الاشخاص المسؤولين بالمركز الرئيس للصندوق أو على مستوى المرافق الصحية.
٥. منع هدر الأدوية ولضمان ظروف التخزين الجيد، يجب تجديد كافة المستودعات وتهويتها تهوية جيدة وتأمينها ضد الحريق والسرقة.
٦. يجب اختيار طاقم موظفين ذي كفاءة من قبل الهيئة ومجلس الإدارة مع توفير الإدارة الجيدة والموثوقة.
٧. الإشراف الفعال على صندوق الإمداد الطبي ومرافقه الصحية على أن يركز على الأعمال الفعلية التي يؤديها الصندوق من مركزه الرئيس (بواسطة مشرفي

الهيئة) وعلى مستوى المرافق الصحية (بواسطة فرق الإشراف) التركيز على ظروف التخزين وممارسات صرف الأدوية والبيئة الصيدلانية عموماً. ٨. وضع الأنظمة التي تمكن من تدفق المعلومات للتعرف على الفجوات المحتملة في أنظمة الإمداد وتحصيل النقد من جهة ولتقييم تأثير الصندوق على المرضى، والأداء المالي، وتوافر الدواء وبيانات الاستهلاك الفعلي وعدد المستفيدين من الخدمات التي يوفرها الصندوق من جهة أخرى.

سلطة إصدار اللوائح والأوامر

٢٠. لمجلس الإدارة إصدار اللوائح والأوامر اللازمة لتنفيذ أحكام هذا القانون صدرت تحت توقيعي في اليوم من شهر شعبان سنة ١٤٣٤ هـ الموافق اليوم من شهر سنة ٢٠١٣ م.

والي ولاية

صندوق بريد ٢٩٧، الخرطوم جنوب، شارع الحرية، الخرطوم، السودان
تلفون: ٠٧٤١٩٠ / ٤٦١٧٦٥ ٤٦١٨٣ +٢٤٩ - فاكس: ٤٦٠٧٢٣ / ٤٩١٠٠٨ ٤٦١٨٣ +٢٤٩
بريد الكتروني: info@nmsf.gov.sd - موقع الكتروني: www.nmsf.gov.sd