

تقييم جودة خدمات التأمين الصحي في السودان دراسة حالة التأمين الصحي - ولاية النيل الأبيض - 2019م

د. نضال حماد علي حماد*

د. أحمد سليمان أحمد عبدالله*

المستخلص

تناولت الدراسة موضوع تقييم جودة خدمات التأمين الصحي بولاية النيل الأبيض في 2019م باعتبار ما يثار من حديث عن تدني مستوى تلك الخدمات. هدفت الدراسة إلى تقييم مستوى جودة الخدمات بالتأمين الصحي، تتمثل المشكلة الرئيسية في نقص الخدمات وتدني مستوى جودتها. تتمثل الفرضية الرئيسية في أن توفر خدمة الطبيب العمومي والاختصاصي ودقة الفحوصات المعملية وتوفر الأدوية داخل التأمين الصحي تعمل على رفع مستوى جودة الخدمة المقدمة. باستخدام منهج التحليل الوصفي بأخذ عينة طبقية من (133) فرداً: طبقة بحجم (62) مستفيداً من خدمات التأمين، (36) عاملين بالمعامل، (25) عاملين بالصيدليات و(10) عاملين بالإدارة المالية. توصلت الدراسة لعدد من النتائج أهمها أن تقييم المستفيدين لمستوى جودة خدمات التأمين الصحي المقدمة جيد مع انخفاض دقة الفحوصات وطول فترات الانتظار لبعض الخدمات. أما العاملون في تقديم خدمات التأمين الصحي فمالوا إلى تأييد عدم ملائمة المكافأة المالية مقارنة بضغوط العمل، عدم مواكبة استقطاعات التأمين لاتجاه التكاليف والتضخم، ارتفاع عبء استرداد قيمة الدواء واستمرار تحويل بعض الفحوصات لمعامل خارجية. أوصت الدراسة بضرورة توفير وبناء القدرات الطبية والطبية المساعدة

* أستاذ الاقتصاد المساعد، جامعة الإمام المهدي

* أستاذ الاقتصاد المشارك جامعة الإمام المهدي

وتوفير التجهيزات الطبية المتطورة وصيانتها واقتراح وسائل تسريع انسياب الخدمة التأمينية في أقل فترة انتظار ممكنة وكذلك زيادة موارد التأمين. الكلمات المفتاحية: تقييم، جودة، خدمات، التأمين الصحي

Abstract

The study discussed the issue of evaluation of quality of health insurance services in White Nile State in 2019 considering raised debate about low quality level of that services. The study aimed at evaluating the level at Health Insurance Fund (NHIF) , the main problem were the lack of its supply as well as its low quality level. The main study hypothesis was that provision of public and specialist physician services, accuracy of laboratory diagnoses and provision of medicines within NHIF lead to raise the quality of provided service. Using the descriptive analytical method, a class sample of (133) individuals were taken; a class of (62) beneficiaries of insurance services, (36) laboratory workers, (25) pharmacists and (10) workers in financial Administration. The study attained some results the most important among that was, the most important of which is that the beneficiaries' assessment to the quality level of health insurance services that provided is good co-in-sided low accuracy of laboratory diagnoses and somewhat long periods of waiting for some services. The health insurance providers tended to support the inadequacy of the financial reward compared to the work pressures, the failure to keep pace with insurance deductions for the direction of costs and inflation, the high financial burden of recovering the value of the drug and the continued transfer of some diagnoses to external laboratories, despite the existence of equipped laboratory at the NHIF. The study recommended for the necessity of providing and building the medical and medical assistance capabilities, provision of sophisticated medical equipment, its maintenance, proposing facilities to accelerate provision of health insurance services at lowest waiting periods in order to avoid the waiting period, and so far increasing of health insurance resources .

Key words: Evaluation, Finesses', Services, Health insurance.

المحور الأول: الإطار المنهجي

مقدمة

تسعى الكثير من الدول في جعل الرعاية الصحية متاحة للجميع كحق طبي أساسي، وتتسم الرعاية الصحية بأنها من الخدمات الأعلى تكلفة في العالم، فالاعتماد بشكل أساسي على ميزانية وزارة الصحة في أي بلد يؤدي إلى حدوث خلل في التوازن بين الموارد والتكاليف لذا يجب ان يتم التمويل من مصادر أخرى مثل القطاع الخاص في تقديم العلاج للمواطنين مما يخلق عبئاً على المواطنين نتيجة لارتفاع التكاليف عليها في المؤسسات الحكومية. نتيجة لذلك جاء طرح خيار التأمين الصحي التعاوني كبديل متاح يمكن الاستعانة به في سداد فواتير الخدمات الصحية التي تزداد كل عام. يعتبر التأمين الصحي من أهم فروع التأمين الاجتماعي حيث يعني بخطر المرض الذي يصيب الإنسان بصورة عامة، والدولة عادة هي المسؤولة عن تقديم الخدمات العلاجية بصورة مجانية إلا أن ارتفاع تكلفة العلاج يجعل الدولة غير قادرة على توفيره بصورة شاملة عبر مستشفياتها ومراكزها العلاجية. يقوم التأمين الصحي على نظرية الأعداد الكبيرة في الاشتراك وفلسفة التكامل الاجتماعي في تحمل نفقاته واعتماده على التمويل الذاتي بواسطة اشتراكات المشتركين مقابل تقديم الخدمات الصحية لهم ولعائلاتهم.

مشكلة الدراسة

تتمثل المشكلة في تدني مستوى جودة الخدمات الطبية المقدمة من قبل التأمين الصحي للمؤمن لهم وذلك من خلال مؤشرات توفر خدمات الطبيب العمومي والاختصاصي، دقة الفحوصات المعملية، مدى توفر الأدوية داخل التأمين. ويمكن صياغتها في التساؤلات التالية: ما مدى دقة الفحوصات المعملية التي يتلقاها المريض داخل التأمين الصحي؟ ما مدى توفر الأدوية داخل التأمين الصحي؟ إلى أي مدى تتوفر الخدمات الطبية المتخصصة؟ ما مدى قدرة الاستقطاعات التأمينية على تغطية تكاليف التأمين الصحي؟

أهمية الدراسة

تكمّن أهمية موضوع الدراسة علمياً في أهمية خدمة التأمين الصحي باعتبارها إحدى الأطراف المسؤولة عن صحة الإنسان - محور التنمية، ومن هنا كان الاهتمام عملياً بالرعاية الصحية للمواطنين وتقديم أفضل الخدمات الصحية لهم والعمل على تطوير مؤسساتها بما فيها الصندوق القومي للتأمين الصحي.

أهداف الدراسة

تهدف الدراسة بصفة رئيسية إلى معرفة مستوى جودة خدمات التأمين الصحي. أما الأهداف الفرعية فتتمثل في تحديد الآتي: (1) مستوى توفر الخدمات الطبية العمومية والمتخصصة (2) مدى دقة الفحوصات المعملية التي يتلقاها المريض داخل التأمين الصحي (3) مدى توفر الأدوية داخل التأمين الصحي (4) مدى كفاية استقطاعات التأمين لتغطية تكاليف التأمين الصحي.

فرضيات الدراسة

فرضية الدراسة الرئيسية هي: يقوم الصندوق القومي للتأمين الصحي بتقديم مستوى عالي الجودة من الخدمات الصحية. أما فرضيات الدراسة الفرعية فهي: (1) توفر الخدمة الطبية العمومية والمتخصصة داخل التأمين الصحي يعمل على رفع مستوى جودة الخدمات الطبية المقدمة (2) وجود علاقة إحصائية معنوية بين دقة الفحوصات المعملية للمرضى وجودة الخدمات الطبية المقدمة بواسطة التأمين الصحي (3) توفر الأدوية داخل التأمين الصحي يقود إلى ارتفاع مستوى جودة الخدمات الطبية في التأمين الصحي (4) عدم كفاية استقطاعات مبالغ التأمين وضيق المظلة التأمينية يؤدي إلى فقدان المقدرة المالية للتأمين الصحي على تغطية تكاليف التأمين الصحي.

منهج الدراسة

تستخدم الدراسة المنهج الإحصائي بصفة رئيسية والاستبانة والمقابلة كأدوات لجمع البيانات.

تنظيم الدراسة

تتكون الدراسة بعد المقدمة من ثلاثة محاور، الأول عبارة عن الإطار المنهجي، أما المحور الثاني النظري للخدمات الصحية والتأمين الصحي والمحور الثالث الدراسة الميدانية وتحليل البيانات، أخيرا النتائج والتوصيات.

المحور الثاني: الإطار النظري

الخدمات الصحية والتأمين الصحي

أولاً: الخدمات الصحية

تعتبر خدمات الرعاية الصحية من بين أبرز الخدمات التي أصبح الإنسان بحاجة ماسة إليها اليوم قياساً بما كان عليه من مراحل سابقة، ويرجع ذلك إلى ظهور وتطور الأمراض وتنوعها وتعددتها مما صعب العلاج. لهذا كان الاهتمام متزايد من قبل الدول النامية بخدمات الرعاية الصحية خاصة جانب النفقات المخصصة لها في الميزانية العامة للدولة كنسبة من الناتج المحلي، ونتيجة لعدم قدرة الدولة على تلبية الطلب المتزايد على الخدمات الصحية ظهر ما يسمى بالتأمين الصحي.

(1) مفهوم الخدمات الصحية

الخدمات الصحية تشمل الخدمات التشخيصية، العلاجية، التأهيلية، الاجتماعية والنفسية المتخصصة التي تقدمها الأقسام العلاجية والأقسام المساندة وما يرتبط بهذه الخدمات من الفحوصات المعملية العادية والمتخصصة وخدمات الإسعاف والطوارئ. بالإضافة إلى خدمات التمريض والخدمات الصيدلانية. وتعرف أيضاً بانها: العلاج المقدم للمريض سواء كان تشخيصياً أو إرشادياً أو

تدخلًا طبيًا ينتج عنه رضا من قبل المريض بما يؤول ان يكون بحالة صحية أفضل¹.

(2) خصائص الخدمات الصحية

خصائص الخدمات الصحية لا تبتعد كثيرًا عن الخدمات بصفة عامة فهي تتميز بالآتي²:

- 1- إنها غير ملموسة: أي عدم القدرة على لمس الخدمة أو تجربتها، وهذا ما يدفع إلى صعوبة تصورها ذهنيًا مما يؤدي إلى نتيجة غير دقيقة ولهذا يعد قرار شراء الخدمة أصعب من قرار شراء السلعة ولتلافي هذه الصعوبة يجب البحث عن مؤشرات تدل على جودة الخدمة المقدمة مثل مكان أدائها ومقدمها والأجهزة.
- 2- التلازم وعدم الانفصال: التلازم مفهوم يتكون من بعدين، البعد الأول هو التلازمية بين الإنتاج والاستهلاك حيث أن السلع المادية تنتج وتخزن ثم تُباع بينما هذه تستهلك في الوقت نفسه، البعد الثاني ان المستفيد لا يمكن فصله في أغلب الحالات أثناء تقديم الخدمة.
- 3- عدم التجانس في تقديم الخدمة: تتميز الخدمات بالتباين لاعتمادها على كفاءة مقدمها ومهارته ومكان وزمان تقديمها، كما أن مقدم الخدمة يقدم خدماته بطرق مختلفة اعتمادًا على ظروف معينة.
- 4- عدم القابلية للتخزين لأنها غير ملموسة.

¹ - تقرير منظمة الصحة العالمية (58)، التامين الصحي الاجتماعي، جمعية الصحة العالمية، 2005م.

² - ميساء فتحي عيد (2016)، تقييم جودة أداء المؤسسات الصحية الحكومية حسب معايير منظمة الصحة العالمية: دراسة حالة مستشفى الولادة بمجمع الشفاء الطبي، بحث تكميلي لنيل درجة الماجستير في إدارة الأعمال، الجامعة الإسلامية، غزة، .

5- عدم تملك الخدمة: الخدمة لا تمتلك ولا تنتقل ملكيتها من البائع للعميل عند الاتفاق عليها.

6- الاستمرارية: إجراءات الخدمة الصحية هي العناية بالشخص ككل وليس جزء من أعضاء جسمه فالمريض هو محور إدارة الخدمة وهذا يتحقق من خلال استمرارية العلاقة بين طالبي الخدمة ومقدمها.

(3) سوق الخدمات الصحية

يمكن النظر إلى سوق الخدمات الصحية من جانبي العرض والطلب على هذه الخدمات كالآتي:

أ. الطلب على الخدمات الصحية

الطلب على الصحة طلب مشتق أي أن الخدمات الصحية لا تطلب لذاتها بل تطلب من أجل تحسين المستوى الصحي إن كان متدهورا او المحافظة على صحة جيدة معاشة حاليا. يتم اكتشاف محددات الطلب على خدمات الرعاية الصحية في إطار نموذج مستهلك نمطي يتسم سلوكه بالرشد الاقتصادي تحت الافتراضات التالية:

- 1- للمستهلك دخل ثابت ومستوى معين من المعرفة والتعليم.
 - 2- تمكين المستهلك من التعبير عن تفضيلاته الاستهلاكية بدالة منفعة معرفة على حالته الصحية.
 - 3- الحالة الصحية تنتج بدالة الإنتاج ذات مدخلات وتقنيات إنتاج الصحة وصحة البيئة.
 - 4- سيادة التنافسية في استهلاك ومدخلات إنتاج الحالة الصحية للمستهلك ولا يستطيع التأثير عليها.
- من خلال الافتراضات السابقة يعرف منحني الطلب على الخدمات الصحية بأنه العلاقة بين الكميات المطلوبة وسعر الخدمة.

ب. عرض الخدمات الصحية

يشمل عرض الخدمات الصحية تقنيات إنتاج الخدمة الصحية ومدخلاتها (اطباء وكوادر طبية ومساعدوهم، عوامل إنتاج وسيطة ورأس المال). يقوم الأطباء بتوفير المعلومات والإرشادات للأفراد حول حالتهم الصحية وأثر طرق العلاج عليهم والقيام بتوفير خدمات العلاج. وتلعب الإمدادات الطبية كالأدوية والمعدات الطبية والرأسمالية دورا مهما في إنتاج الخدمة الصحية، إلا أن بعض المدخلات لا تتوفر لها بدائل مثل الأدوية. والمدخلات الرأسمالية رغم أهميتها تشكل نسبة متدنية من تكلفة إنتاج الخدمات الصحية في المستويات الأولية للرعاية الصحية. يختلف سوق الخدمات الصحية عن الأسواق النمطية في أن جانب الطلب عادة ما تسوده حالة من عدم المعرفة وغياب المعلومات حول الحالة الصحية للفرد وذلك لاتصاف هذه المعرفة بالخصوصية التي تتطلب تدريباً طويلاً وبتكلفة عالية وغياب المعلومات حول تركيبة الأسعار السائدة ومدى تعبيرها عن جودة الخدمة المقدمة. ومن جانب العرض يتم تقديم الخدمات الصحية في منافذ معينة تتسم بالاحتكار (أي إمكانية التحكم في السعر) سواء في المستشفيات أو العيادات الخاصة¹.

¹ - عيسى محمد الغزالي (2003)، اقتصاديات الصحة، سلسلة دورية تعني بقضايا التنمية في الاقطار العربية، العدد 22، ص ص 5-7.

ج. تحديد السعر السوقي للخدمات الصحية

يتحدد سعر الخدمات الصحية كأى خدمة أخرى بالتقاء منحنيي العرض والطلب عليها فنقطة تقاطع رغبة العارضين للخدمة وطالبيها يسمى سعر التوازن للخدمات الصحية¹. التسعير في المستشفيات يختلف في المستشفى العام عنه في المستشفى الخاص. ففي المستشفى العام يحسب السعر على أساس تقديري للأعباء المحتمل تحملها من طرف المستشفى وأتعاب الأطباء تختلف من عمومي إلى اختصاصي ويحدد السعر من قبل وزارة الصحة. أما التسعيرة في المستشفى الخاص التي يربطها عقد مع هيئات التامين الاجتماعي تحدد بطريقة واحدة للتسعير ويتضمن سعر الخدمة الصحية حسب مبلغ الخدمات الجراحية وأتعاب الطبيب وغيرها².

د. مفهوم جودة الخدمات الصحية

توجد العديد من جهات النظر لمفهوم جودة الخدمات الصحية منها:

- 1- **الجودة من المنظور المهني الطبي:** هي تقديم أفضل الخدمات وفق أحدث التطورات العلمية والمهنية، ويتحكم في ذلك أخلاقيات ممارسة المهنة والخبرات والخدمة الصحية المقدمة.
- 2- **الجودة من المنظور الإداري:** تعني كيفية استخدام الموارد المتاحة والمتوفرة والقدرة على جذب المزيد لتغطية الاحتياجات اللازمة لتقديم خدمة مميزة.
- 3- **الجودة من المنظور السياسي (القيادة العليا للدولة):** تمثل مدى رضا المواطن عن أداء قيادته في دعم وتطوير الخدمة الصحية وكفاءة النظام الصحي

¹ - نصر الدين عيساوي (2005)، مراقبة التكاليف في مؤسسة استشفائية: دراسة حالة نستشفى حي البير بقسنطينة، رسالة ماجستير، جامعة الأخوة منتوري (قسنطينة) الجزائر، ص85.

² - نصر الدين عيساوي، المرجع السابق، ص93.

من ناحية توازن المصاريف مع ما يقدمه من خدمة ومدى قدرته على رسم الاستراتيجيات المستقبلية والاستقرار.

4- **الجودة من منظور المستفيد أو المريض:** تعني طريقة الحصول على الخدمة الصحية ونتائجها النهائي. وجهة نظر المستفيد مهمة والجودة تعتمد على توقعات المريض وتقييمه لها، وبالتالي تكون الخدمة ذات جودة عندما تلائم توقعات المريض وتلبية حاجاته. تعرف الجودة حسب الهيئة الأمريكية المشتركة لاعتماد مؤسسات الخدمات الصحية بأنها: عبارة عن درجة الالتزام بالمعايير الحالية والمتفق عليها للمساعدة في تحديد مستوى جيد من الممارسة ومعرفة النتائج المتوقعة من الخدمة أو الإجراء العلاجي أو التشخيصي¹.

ثانياً: التأمين الصحي

يعتبر التأمين الصحي من أهم فروع التأمين الاجتماعي ويعني بخطر المرض الذي يصيب الإنسان بصورة عامة والدولة هي المسؤولة عن تقديم الخدمات العلاجية بصورة مجانية إلا أن ارتفاع تكلفة العلاج يجعل الدولة غير قادرة على توفيره بصورة شاملة عبر مستشفياتها ومراكزها الصحية.

(1) مفهوم التأمين الصحي

التأمين في اللغة مشتق من الأمن وهو طمأنينة النفس وزوال الخوف وأقرب مصطلح هو أن التأمين نشاط تجاري غرضه أن يتم تأمين الأفراد والشركات من بعض ما يخافون من المكافه مقابل عوض مالي. وبالتالي فإن التأمين الصحي هو وسيلة لدفع بعض أو كل تكاليف الرعاية الصحية فهو يعفي المؤمن عليهم من دفع التكلفة العالية للعلاج في أحوال المرض. يعتبر التأمين الصحي فرع من

¹ - إلهام يحيوي ولبلى بوحديد (2014)، تقييم جودة الخدمات الصحية ومستوى رضا الزبائن عنها: دراسة ميدانية في المؤسسات الاستشفائية الخاصة بباتنة، مجلة البحث، العدد 4، جامعة الحاج لخضر، الجزائر، ص320.

فروع التأمين الاجتماعي يقدم الخدمة الطبية مقابل الاشتراكات للمؤمن عليهم، ويوفر الرعاية الطبية عند الحاجة إليها بصورة فورية ويمول من الأطراف المعنية ولا يهدف للربح. فجميع المؤمن عليهم يتوقعون خسارات مالية متساوية أو متشابهة تقريباً¹

(2) أهداف التأمين الصحي

- التأمين الصحي يهدف إلى تحقيق عدد من الغايات أهمها الآتي²:
- 1- تحقيق التغطية السكانية بالخدمات الطبية لكافة شرائح المجتمع بغض النظر عن مقدراتهم الاقتصادية وأحوالهم الصحية لتحقيق التكامل والعدل والمساواة.
 - 2- توفيرها يحقق أعلى مستوى ممكن من الصحة وتقوية روح التكافل.
 - 3- تقديم أفضل الخدمات الطبية للمؤمن عليهم وفقاً لمبدأ المشاركة في التكلفة.
 - 4- تخفيف عبء تكلفة العلاج ومشاطرة المخاطر الصحية بين أصحاب الاحتياجات الكبيرة.
 - 5- مرونة التشريع والتطبيق لتحقيق غايات التأمين الصحي.

(3) أنواع التأمين الصحي

لاشك أن لكل نوع من أنواع التأمين مزاياه الخاصة وعيوبه واشتراطات نجاحه، فتطبيق نظام التأمين الصحي خير من الغياب التام له لأن بديل التأمين هو الدفع المباشر والذي يسبب مواجهة محدودي الدخل بمشكلات التكلفة العالية للخدمات

¹ - خديجة حسين نصر (2007)، نظم التأمين الصحي في مناطق السلطة الوطنية الفلسطينية، الهيئة الفلسطينية المستقلة لحقوق المواطن، ص 12.

² - عدنان طه كرفوع (2016)، التأمين الصحي ودوره في تحقيق مبدأ التكافل الاجتماعي: دراسة حالة جامعة ديالي، مجلة الفتح، العدد 8، جامعة ديالي، ص 271.

الصحية. ولنظام التأمين الصحي أنواع وهي¹: (أ) **نظام التأمين الصحي الحكومي** هو التأمين الذي تنشئه وتديره الدولة ويطلق عليه نظام التأمين الصحي الإجباري، يتم تمويله عن طريق الرسوم أو الضرائب أو الأثنين معا وبموجبه يحق لكل فرد دافع ضريبة أن يتلقى خدمة الرعاية الصحية التي تقدمها الدولة مقابل الاقتطاع الإجباري لصالح الضرائب المخصصة لتمويل التأمين الصحي. (ب) **نظام التأمين الصحي الخاص**: يمكن تقسيم هذا النظام إلى نظامين فرعيين هما التأمين التجاري والتأمين غير التجاري وذلك حسب الجهة التي تقوم بتنفيذ وتمويل البرنامج وما إذا كانت شركات أو مؤسسات تجارية أو تعاونية وغير ربحية.

(4) فوائد التأمين الصحي للأطراف ذات العلاقة

يقدم التأمين الصحي فوائد عديدة لكافة الأطراف ابتداء بالمواطنين المؤمن عليهم مروراً بجهات العمل انتهاء بمقدمي الخدمات الصحية وهي²:

- 1- بالنسبة للمؤمن عليهم: مع تزايد تكلفة الخدمات الصحية أصبح عبئاً مهدداً لكل الأفراد هذا مع تراجع مستويات الدخل فبدون التأمين الصحي سيلجأ المواطنون إلى بيع الممتلكات أو الاستدانة، حيث يكفل التأمين الصحي الحد الأعلى الممكن من المستفيدين والمساواة في تلقي الخدمات الصحية.
- 2- جهات العمل: تستفيد من توفير التأمين الصحي لموظفيها من خلال المحافظة على صحتهم وبالتالي رفع إنتاجيتهم والحد من الخسائر الناجمة عن الانقطاع عن

¹ - فاطمة الزهراء بنت زيدان وقطاب فالحة (2012)، واقع تسويق خدمات التأمين الصحي بالجزائر، الملتقى الدولي السابع حول صناعة التأمين الواقع والافاق، جامعة حسبية بن بوعلي، الجزائر، ص9.

² - فاطمة الزهراء بنت زيدان وقطاب فالحة (2012)، المرجع السابق، ص10-11.

العمل بسبب المرض. وتطبيق نظام التأمين الصحي يساعد جهات العمل على أن تؤدي التزامها نحو العاملين بشكل عادل ومنصف.

3- مقدمي الخدمات الصحية (مستشفيات، أطباء، صيدليات ومراكز صحية): يستفيد مقدمو الخدمات من خلال تطبيق التأمين الصحي بأنهم يكونوا مطمئنين لأن الجهات المؤمنة قادرة على دفع أية تكاليف مهما ارتفعت طالما إنها ضمن شروط التعاقد ويصبحوا قادرين على تقديم الخدمات الصحية لكل في مجال تخصصه مما يؤدي إلى رفع مستوى الخدمات الصحية المقدمة. وهناك بعض المكاسب الوطنية المحققة من تطبيق نظام التأمين الصحي تتمثل في الآتي: زيادة إنتاجية الموارد البشرية، زيادة 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 إلى مزيد من النمو الاقتصادي. وأخيراً فإن وجود أنظمة التأمين الصحي يشجع المستثمرين على مزيد من الاستثمارات الصحية الكبرى وبالتالي المزيد من النمو والتنمية.

التأمين الصحي في السودان

أولاً: تطور التأمين الصحي في السودان

كانت الخدمات الصحية تقدم مجاناً بتمويل من موارد الدولة والضرائب في أماكن تلقي الخدمة في الفترة التي تلت استقلال السودان في العام 1956م. ذلك الوقت في صدر قانون التأمين الصحي والخدمات الطبية والذي أصبح بموجبه يتم الاستقطاع من مرتبات العاملين ويورد مباشرة لوزارة المالية وبموجبه يمكن للعاملين الاستفادة من الخدمات الطبية والصحية في المستشفيات لكن الاستفادة منها كانت محدودة جداً، وأصبح الاستقطاع في ذلك الزمان بناداً إيرادياً لوزارة المالية مع عدم وجود التزام نحو الأهداف الأساسية لنظام التأمين الصحي ومفاهيمه. لاحقاً في العام 1974م صدر قانون الصحة المدرسية وصدر بموجب لائحة التأمين

الصحي المدرسي واقتصر دوره على توفير النظارات والأجهزة التعويضية حيث توقف في عام 1980م حيث أن الاشتراكات لم تورد من الأقاليم مع تطبيق الحكم المركزي. في العام 1993م تم إنشاء هيئة ومؤسسة أو إدارة عامة للتأمين الصحي لها الاستقلال المالي والإداري ويكون لها أفرع في الولايات واقترح أن يتم التطبيق تدريجياً بدءاً بالعاملين بالدولة ثم العاملين بأجر في القطاع غير الحكومي ويقوم ديوان الزكاة بدعم الفئات غير المقتدرة، وتم تطبيق التأمين الصحي بولاية سنار عام 1995م تحت إشراف وزير الصحة بولاية سنار ثم تلتها ولاية الخرطوم في يونيو من العام 1996م ومن ثم انتقلت التجربة لبقية الولايات.

في سعي التأمين الصحي ليشمل كل المواطنين جاءت فكرة الإلزامية شأنه شأن كل نظم التأمين الصحي الاجتماعي، وردت الإلزامية في العام 2000م على القطاع العام والخاص والمختلط وأرباب المعاشات من غير ورود نص يوضح آليات تنفيذ هذه الإلزامية كانت تغطية القطاع العام بنسبة 100% إلا أن التغطية ضعيفة في القطاع الخاص وأرباب المعاشات لأن الحكومة كانت تستقطع الاشتراكات بشكل مستديم هذا ما رفضه أصحاب القطاع الخاص وأصبح الاشتراك فيه اختيارياً. وفي قانون التأمين الصحي المعدل 2003م بمبادرة من لجنة تنمية المجتمع بالمجلس الوطني تم إعادة التأمين الصحي كصندوق بدلا عن هيئات كنظام قومي لا مركزي الشكل الولائي فيها عبارة عن إدارة تنفيذية تتبع مباشرة للصندوق القومي للتأمين الصحي يتبع لوزارة الرعاية والضمان الاجتماعي بدلا عن وزارة المالية¹.

ثانياً: أهداف الصندوق القومي للتأمين الصحي: يشمل الآتي²:

¹ - موقع الصندوق القومي للتأمين الصحي، السودان، 2016م، www.nhif.gov.sd.

² - قانون الصندوق القومي للتأمين الصحي، 2016م، وزارة العدل،

- 1- تحقيق الحماية الصحية الاجتماعية بالدفع المسبق وشمولية مظلة التأمين الصحي.
- 2- تقديم أفضل الخدمات الطبية للمؤمن عليهم وتطويرها وفقا لمبدأ المشاركة في التكلفة.
- 3- وضع السياسات العامة والأسس والضوابط الكفيلة ليكون التأمين الصحي النظام الرئيس لتمويل وشراء الخدمات الطبية.
- 4- وضع سياسات وخطط شراء الخدمات الطبية بالجودة المطلوبة بالتنسيق مع مقدمي الخدمة الطبية.
- 5- بناء القدرات الفنية والإدارية للعاملين في الصندوق.

ثالثا: التأمين الصحي بولاية النيل الأبيض

بدأ التأمين الصحي في ولاية النيل الأبيض في العام 1997م، كان هيئة يتبع لوزارة الصحة ثم تحول إلى وزارة الشؤون الاجتماعية، بدأ خدمته بالقطاع العام والخاص ثم المعاشيين وقطاع طلاب الجامعات، بدأ ادخال الأسر الفقيرة في العام 2008م ويتم الدعم عن طريق وزارة المالية الاتحادية والجزء الأكبر يدفع عنهم ديوان الزكاة. الخدمات المقدمة على مستوى الطبيب العمومي من خلال مراكز مباشرة وغير مباشرة، كل الخدمات مقدمة دون مقابل من الطبيب وعمل الفحوصات ويتم دفع ربع القيمة عن طريق الاشتراكات (4%) من مرتب الموظف و (6%) من المؤسسة في القطاع العام، أما القطاع الخاص يختلف حسب المؤسسة وهو مرتفع عنه في القطاع العام، التأمين الحر (الدخول الفردي) لا يتبع لأي جهة وقيمه 960 جنية للأسرة في السنة، الأسر الفقيرة تدفع عنهم وزارة المالية وديوان الزكاة، أما المعاشيين يدفع عنهم الصندوق القومي للمعاشات

أو صندوق التأمينات الاجتماعية. بلغ وفق آخر الإحصاءات عدد المراكز بالولاية (121) مركز، وعدد الصيدليات (114) صيدلية¹.

جدول (1): التغطية السكانية التامين الصحي بولاية النيل الأبيض خلال الفترة (2012-2017م)

العام	عدد السكان	عدد المشتركين	نسبة التغطية
2012	2072648	450477	%22
2013	2074591	494372	%24
2014	2082217	554697	%27
2015	2086345	623940	%30
2016	2094737	761373	%36
2017	2143995	1005022	%47

المصدر: إدارة التغطية، التامين الصحي، ولاية النيل الأبيض، 2018م

من الجدول (1) يلاحظ أن هنالك تطور تدريجي في نسب التغطية في السنوات الأخيرة.

جدول (2): عدد المستهدفين بالتامين الصحي في ولاية النيل الأبيض عام 2018م

الرقم	المستهدفين	العدد	النسبة (%)
1	القطاع العام	4800	4.3
2	القطاع الخاص	10000	8.7
3	شرائح الدعم الاجتماعي	64000	7.55
4	طلاب التعليم العالي	36000	31.3
5	المجموع	114800	100

المصدر: إدارة التغطية، التامين الصحي، ولاية النيل الأبيض

من الجدول (2) يلاحظ أن المستهدفين الأكثر عددا هم شرائح الدعم الاجتماعي بنسبة (7.55%) وهي الأسر الفقيرة ويتم دفع أقساط التامين لهذه الفئة بواسطة ديوان الزكاة، يليهم طلاب التعليم العالي بنسبة (31.4%)، ثم القطاع الخاص بنسبة (8.7%)، وأخير القطاع العام وهم أقل نسبة (2.4%).

¹ - مقابلة مع مدير إدارة التخطيط والبحوث، الصندوق القومي للتأمين الصحي، ولاية النيل الأبيض، الأربعاء، الساعة 12 ظ، 28/11/2019م.

جدول (3): عقود الاختصاصيين مع التأمين الصحي - ولاية النيل الأبيض

كوستي	ريك	القطينة	الدويم	تندلتي
42	23	21	9	1

المصدر: إدارة الخدمات الصحية، التأمين الصحي، ولاية النيل الأبيض، 2018م
 يلاحظ من الجدول أعلاه أن مدينة كوستي بها أكبر عدد من الاختصاصيين، تليها مدينة ريك ثم مدينة القطينة ومدينة الدويم، بينما مدينة تندلتي تفتقر إلى وجود الاختصاصيين حيث يوجد بها اختصاصي واحد فقط. أما في مدينة كوستي يوجد (4) مراكز نموذجية (النموذجي، أبو بكر ساتي، التجاني محمد خير وأحمد عبد القادر)، حيث يتوفر بهذه المراكز عدد مقدر من الأطباء، الصيادلة والعاملين بالمعامل.

المحور الثالث: الدراسة الميدانية

اعتمدت الدراسة على عينة طبقية مكونة من الأطراف المشاركة في عملية التأمين الصحي قوامها عدد (133) فردا موزعة كالاتي: المستفيدون من خدمة التأمين الصحي 62 فردا، عاملون بالصيديليات 25 فردا، أفراد بالإدارة المالية 10 فردا وعاملون بمعامل الفحوصات الطبية.

أولا: عينة المستفيدين من خدمات التأمين الصحي

(1) خصائص عينة المستفيدين: حوت عدد (62) مستفيدا 66% منهم إناثا و34% من الذكور وأعمارهم لم تقل عن 15 سنة. من ناحية نوعية العمل شملت عينة المستفيدين موظفين 47%، أعمال حرة 16%، أسر فقيرة 23% و7% من المعاشيين، 7% طلاب. الحالة الاجتماعية تنوعت في عينة المستفيدين شكل المتزوجين الغالبية العظمى 92% بينما النسبة المتبقية 8% تضمنت غير المتزوجين وحالات الطلاق. من جانب مستوى التعليم فإن نسبة المتعلمين من

المستفيدين بمستوياتهم المختلفة كانت 82% مقابل 18% غير متعلم. 18% من العينة بدون أطفال بينما 66% من المستفيدين لديهم عدد أطفال ما بين 1 إلى 6 طفلا وكذلك 16% لديهم أكثر من 6 طفلا. من ناحية قدرة أفراد العينة على اكتساب الدخل تشير إحصاءات عينة المستفيدين إلى أن 26% من المستفيدين بدون دخل (طلابا أو معاقين عن العمل)، 29% دخولهم أقل من 1000 جنيها شهريا، بينما 45% بدخول تتراوح بين 1000 و2000 جنيها.

(2) البيانات الأساسية لعينة المستفيدين من خدمات التأمين الصحي

جدول (4): البيانات الأساسية لعينة المستفيدين من خدمات التأمين الصحي

الفرضية الأولى: دقة الفحوصات المعملية للمرضى تقود إلى تحسين الخدمات الطبية المقدمة بواسطة التأمين الصحي					
(2) فترة انتظار نتائج الفحوصات في المعمل			(1) مستوى الفحوصات داخل التأمين الصحي		
الردود	التكرارات	التكرار المئوي	الردود	التكرارات	التراكمي المئوي
طويلة	38	61.3	ممتاز	3	4.8
متوسطة	24	38.7	جيد	49	79.0
			غير جيد	10	16.1
المجموع	62	100.0	المجموع	62	100.0

المصدر: إعداد الباحثين من بيانات الدراسة الميدانية 2019م

توضح العبارة (1) أن 79% من عينة المستفيدين يرون أن مستوى الفحوصات داخل التأمين الصحي جيد (79%)، بينما 16% منهم أشار بعدم جودة الفحوصات بينما 5% فقط أيدوا وجود جودة في الفحوصات. ويلاحظ بالنسبة للعبارة (2) أن 61% يرون أن فترات انتظار نتائج الفحوصات الطبية المعملية طويلة بينما 39% منهم يرون أن فترات الانتظار تلك متوسطة.

جدول (5): تقييم مستوى الفحوصات الطبية بالتأمين الصحي

(3) مدى توفر الفحوصات المطلوبة داخل التأمين الصحي	(4) ما هو تقييمك لمستوى خدمة كوادر معمل الفحوصات
---	--

الردود	التكرارات	التكرار المئوي	الردود	التكرارات	التراكمي المئوي
ممتاز	5	8.1	بعضها	26	41.9
جيد	46	74.2	أغلبها	10	16.1
غير جيد	11	17.7	جميعها	26	41.9
المجموع	62	100.0	المجموع	62	100.0

المصدر: إعداد الباحثين من بيانات الدراسة الميدانية 2019م

يلاحظ من العبارة (3) تساوى نسبيتي الذين يقرون بتوفر جميع الفحوصات داخل التأمين الصحي مع من يرون فقط بعضها 42%، أما 16% فيرون بتوفر أغلب الفحوصات داخل التأمين الصحي. كما يلاحظ من العبارة (4) أن أغلب المستفيدين (74%) يرون أن مستوى الخدمة المقدمة في معمل الفحوصات جيدة بينما الذين يرون أن خدمات العاملين في المعمل غير جيدة يمثلون (18%) في حين 8% فقط من المستفيدين يرون أن خدمات العاملين في المعمل ممتازة. يلاحظ في ردود العبارة (1) أن 79% من عينة المستفيدين أحيانا يصرفون جميع الأدوية المكتوبة في الروشنة من صيدلية التأمين، أما 12% منهم أشاروا إلى أن ذلك دائما أو غالبا في حين وضح 10% من العينة أن ذلك نادرا. العبارة (2) أشارت فيها 57% من العينة إلى أنهم أحيانا يصرفون جزء من العلاج من صيدلية التأمين ويحولون بالجزء الآخر إلى صيدليات أخرى.

جدول (6): تقييم مستوى خدمة توفير الأدوية داخل التأمين الصحي

الفرضية الثانية: توفر الأدوية داخل التأمين الصحي يقود إلى ارتفاع مستوى جودة الخدمات الطبية في التأمين الصحي					
(6) يصرف جزء من العلاج من صيدلية التأمين ويحول الجزء الآخر إلى صيدليات أخرى			(5) يتم صرف جميع الأدوية المكتوبة في الروشنة من صيدلية التأمين الصحي		
الردود	التكرارات	التكرار المنوي	الردود	التكرارات	التراكمي المنوي
دائما	21	33.9	دائما	3	4.8
أحيانا	35	56.5	أحيانا	49	79.0
غالبًا	4	6.5	غالبًا	4	6.5
			نادرا	6	9.7
المجموع	62	100.0	المجموع	62	100.0

المصدر: إعداد الباحثين من بيانات الدراسة الميدانية 2019م

جدول (7): تقييم مستوى خدمة الصيدليات و توفير ادوية الأمراض المزمنة

(8) مدى توفر ادوية الأمراض المزمنة داخل التأمين الصحي			(7) مستوى الخدمة المقدمة داخل الصيدلية وطريقة صرف الأدوية		
الردود	التكرارات	التكرار المنوي	الردود	التكرارات	التراكمي المنوي
متوفرة جميعها	7	11.3	ممتاز	12	19.4
متوفرة جزئيا	27	43.5	جيد	46	74.2
غير متوفرة	2	3.2	غير جيد	4	6.5
لا تهتمهم	26	41.9	المجموع	62	100.0
المجموع	62	100.0			

المصدر: إعداد الباحثين من بيانات الدراسة الميدانية 2019م

تشير العبارة (7) أن 74% من عينة المستفيدين أن الخدمة المقدمة داخل صيدليات التأمين جيدة، بينما يرى (19%) أن مستوى الخدمة ممتاز، في حين يرى الآخرون 7% ان الخدمة غير جيدة.

بينما العبارة (4) توضح أن 55% من أفراد أقرروا أن أدوية الأمراض المزمنة متوفرة جميعها أو جزئيا بينما 42% أوضحوا بأنهم ليسوا اصحاب أمراض مزمنة.

جدول (8): تقييم مستوى توفر الخدمة الطبية والطبية المتخصصة

الفرضية الثالثة: توفر التخصصات الطبية داخل التأمين الصحي يعمل على رفع مستوى جودة الخدمات الطبية المقدمة					
(2) مستوى الخدمة التي يقدمها الطبيب داخل التأمين الصحي جيد			(1) يقوم الصيدلي عند صرفك للدواء بكتابة طريقة الاستخدام على صندوق الدواء		
الردود	التكرارات	التكرار المئوي	الردود	التكرارات	التراكمي المئوي
ممتاز	15	24. 2	دائما	54	87. 1
جيد	47	75. 8	أحيانا	7-	11. 3
			نادرا	1	1. 6
المجموع	62	100. 0	المجموع	62	100. 0

المصدر: إعداد الباحثين من بيانات الدراسة الميدانية 2019م

العبارة (1) تشير إن 87% من عينة المستفيدين يقرون بأن الصيدلي دائما ما يقوم بكتابة طريقة الاستخدام عند صرفهم للدواء، بينما 11% منها يرون انه يقوم بذلك أحيانا. أما العبارة (2) 76% من العينة أن ترى الخدمة التي يقدمها الطبيب داخل التأمين الصحي جيدة بينما نسبة 24% المتبقية تقييمهم ممتاز.

جدول (9): تقييم مدى إمكانية التحويل للاختصاصي وفترة الانتظار

(4) فترة لا انتظار للدخول لمقابلة الطبيب			(3) مدى سهولة تحويل الحالة المرضية من الطبيب العمومي إلى الاختصاصي		
الردود	التكرارات	التكرار المئوي	الردود	التكرارات	التراكمي المئوي
طويلة	28	45. 2	سهلة	23	37. 1
متوسطة	29	46. 8	صعبة	19	30. 6
قصيرة	5	8. 1	إلى حد ما	17	27. 4
			لم يحول من قبل	3	4. 8
المجموع	62	100. 0	المجموع	62	100. 0

المصدر: إعداد الباحثين من بيانات الدراسة الميدانية 2019م

العبارة (3) توضح ان 37% من ألمستفيدين يرون سهولة التحويل للاختصاصي، 31% مسألة صعبة و27% أن الأمر إلى حد ما ليس سهلا ولا صعبا. أما

العبارة (4) تشير إلى أن 45% من المستفيدين يرون أن فترة الانتظار للدخول لمقابلة الطبيب طويلة، 47% أنها متوسطة بينما 8% فقط منهم يرونها قصيرة.

جدول (10): تقييم مدى توفر خدمة الاختصاصيين

(6) مدى توفر اختصاصيين لجميع الحالات المرضية داخل التأمين الصحي			(5) حالات اللجوء إلى طبيب خارج التأمين الصحي		
الردود	التكرارات	التكرار المئوي	الردود	التكرارات	التراكمي المئوي
متوفرون	21	33.9	عادة	2	3.2
متوفرة جزئيا	38	61.3	دائما	12	19.4
غير متوفرون	3	4.8	أحيانا	47	75.8
المجموع	62	100.0	أبدا	1	1.6
متوفرون	21	33.9	المجموع	62	100.0

المصدر: إعداد الباحثين من بيانات الدراسة الميدانية 2019م

تشير العبارة (5) إلى أن 76% من عينة المستفيدين يلجؤون أحيانا إلى طبيب خارج التأمين الصحي، بينما 19% يلجؤون دائما إلى ذلك. أما العبارة (6) يرى 61% من أفراد العينة أن الاختصاصيين لجميع الحالات المرضية متوفرين جزئيا داخل التأمين الصحي بينما 34% يرون أنهم متوفرين.

ثانيا: عينة العاملين في صيدليات التأمين الصحي

(1) خصائص عينة العاملين في صيدليات التأمين الصحي: شملت العينة الثانية عدد (25) فردا عاملا 60% إناثا و40% من الذكور بمدى عمري يتراوح بين 20 إلى 50 سنة. من ناحية. 20% صيادلة، 72% منهم مساعدي صيادلة، 8% محاسبين. حيث يحذى 65% من العينة مستوى التعليم الجامعي، 4% فوق الجامعي، 36% حملة دبلوم وسط و4% حملة شهادة سودانية. الخبرات العملية لـ 60% من العينة قليلة أقل من 5 سنوات بينما 40% تتراوح خبراتهم بين 2- 10 سنوات.

(2) البيانات الأساسية لعينة العاملين في صيدليات التأمين الصحي

جدول (11): تقييم مدى توفر الأدوية داخل التأمين الصحي

(2) وجود عدد كبير من الأدوية خارج التأمين الصحي			(1) هنالك أدوية داخل التأمين الصحي وغير متوفرة بالصيدلية		
الردود	التكرارات	التكرار المئوي	الردود	التكرارات	التراكمي المئوي
أوافق بشدة	2	8.0	أوافق بشدة	3	12.0
أوافق	3	12.0	أوافق	18	72.0
محايد	4	16.0	محايد	2	8.0
لا أوافق	13	52.0	لا أوافق	2	8.0
لا أوافق بشدة	3	12.0			
المجموع	25	100.0	المجموع	25	100.0

المصدر: إعداد الباحثين من بيانات الدراسة الميدانية 2019م

بخصوص العبارة (1) يلاحظ أن 84% من عينة العاملين في صيدليات التأمين ما بين موافقين وبعضهم بشدة على أن هنالك أدوية داخل التأمين الصحي وغير متوفرة بالصيدلية. أما العبارة (2) فتشير إلى 64% من العينة لا توافق على وجود عدد كبير من الأدوية خارج التأمين الصحي مقابل 20% من الموافقين.

جدول (11): تقييم مكافأة العاملين بالتأمين الصحي

(4) المكافأة المالية للعاملين بالتأمين الصحي مجزية مقارنة مع ضغط العمل			(3) عدم مقدرة التأمين الصحي على توفير جميع الأدوية التي يحتاجها المرضى داخليا		
الردود	التكرارات	التكرار المئوي	الردود	التكرارات	التراكمي المئوي
أوافق بشدة	1	4.0	أوافق بشدة	2	8.0
أوافق	2	8.0	أوافق	6	24.0
محايد	2	8.0	محايد	6	24.0
لا أوافق	10	40.0	لا أوافق	7	28.0
لا أوافق بشدة	10	40.0	لا أوافق بشدة	4	16.0
المجموع	25	100.0	المجموع	25	100.0

المصدر: إعداد الباحثين من بيانات الدراسة الميدانية 2019م

ردود العبارة (3) توضح أن 44% من عينة العاملين في صيدليات التأمين يوافقون على قدرة التأمين الصحي على توفير جميع الأدوية التي يحتاجها المرضى داخليا بينما 32% من العينة ترى بعدم قدرة التأمين الصحي على ذلك فحين اكتفى 24% منهم بالحيادية. تشير ردود العبارة (4) إلى أن 80% من العاملين بالصيدليات يرون أن المكافأة المالية للعاملين بالتأمين الصحي غير مجزية مقارنة مع ضغط العمل مقابل 12% من العينة لهم رأي معاكس.

جدول (12): تقييم مدى توافق أعداد العاملين بالصيدلية مع أعداد طالبي الدواء

(5) يتوافق عدد العاملين بالصيدلية مع عدد المرضى الذين يطلبوا الدواء		
الردود	التكرارات	التراكمي النسبي
أوافق بشدة	5	20.0
أوافق	7	28.0
محايد	4	16.0
لا أوافق	7	28.0
لا أوافق بشدة	2	8.0
المجموع	25	100.0

المصدر: إعداد الباحثين من بيانات الدراسة الميدانية 2019م

بالرجوع للعبارة (5) فإن 48% من العاملين بالصيدليات يوافقون علوجود توافق لعدد العاملين بالصيدلية مع عدد المرضى طالبي الدواء، مقابل 36% لم يقرروا بوجود ذلك التوافق في حين اكتفى 16% منهم بالحياد.

ثالثاً: عينة العاملين في الإدارة المالية بالتأمين الصحي

(1) خصائص عينة العاملين في الإدارة المالية بالتأمين الصحي

شملت العينة عدد 10 فردا من الإدارة المالية 6 منهم من الذكور، أعمار العينة الغالبة 80% تتراوح بين 20 إلى 50 سنة، حيث أن أغلب العينة من حملة الشهادات الجامعية (50%) والمؤهلات فوق الجامعية (40%) ونسبة 70% منهم

محاسبين والنسبة المتبقية يمثلون الوظائف الأخرى المرتبطة بالعمل. بخبرات متوسطة (30%) وطويلة (50%).

(2) البيانات الأساسية لعينة العاملين في الإدارة المالية بالتأمين الصحي

جدول (13): تقييم مدى تغطية استقطاعات التأمين الصحي وقيمة استرداد الدواء

(2) قيمة استرداد الأدوية تمثل أعباء مالية كبيرة على الإدارة			(1) تغطي استقطاعات التأمين الصحي القائمة احتياجات الخدمات الطبية المقدمة للمستفيدين		
الردود	التكرارات	التكرار المئوي	الردود	التكرارات	التكرار المئوي
أوافق بشدة	5	50.0	أوافق	2	20.0
أوافق	3	30.0	محايد	2	20.0
أوافق	2	20.0	لا أوافق	3	30.0
لا أوافق	2	20.0	لا أوافق بشدة	3	30.0
المجموع	10	100.0	المجموع	10	100.0

المصدر: إعداد الباحثين من بيانات الدراسة الميدانية 2019م

ردود العبارة (1) توضح أن 60% من عينة العاملين في الإدارة المالية يرون أن استقطاعات التأمين الصحي لا تغطي احتياجات الخدمات الطبية المقدمة، بينما 20% عكس ذلك. بينما تؤيد 80% من الردود على العبارة (2) بأن قيمة استرداد الأدوية تمثل أعباء مالية كبيرة على الإدارة.

جدول (14): تقييم مكافأة العاملين ومواكبة الاستقطاعات التأمينية للتضخم

(4) هنالك مواكبة للاستقطاعات التأمينية مع اتجاهات التضخم والتكاليف			(3) المكافأة المالية للعاملين بالتأمين الصحي مجزية بالنسبة لهم		
الردود	التكرارات	التراكمي المنوي	الردود	التكرارات	التراكمي المنوي
			أوافق	3	30.0
محايد	2	20.0	محايد	3	30.0
لا أوافق	2	20.0	لا أوافق	4	40.0
لا أوافق بشدة	6	60.0			
المجموع	10	100.0	المجموع	10	100.0

المصدر: إعداد الباحثين من بيانات الدراسة الميدانية 2019م

نشير ردود العبارة (3) إلى أن 40% من عينة العاملين بالإدارة المالية يرون ان المكافآت المالية غير مجزية بالنسبة لهم، بينما 30% يرونها عكس ذلك، وأثر أقل من ثلث العينة الحياد. فيما يختص بالعبارة (4) فهناك شبه إجماع على عدم مواكبة استقطاعات التأمين مع اتجاهات التضخم والتكاليف.

جدول (15): تقييم مدى توافق أعداد المرضى مع ارتفاع تكاليف تغطية الخدمة التأمينية

(5) هنالك توافق بين عدد حالات المرضى الواردة وارتفاع تكاليف تغطية الخدمة التأمينية		
الردود	التكرارات	التراكمي المنوي
أوافق بشدة	2	20.0
أوافق	1	10.0
محايد	1	10.0
لا أوافق	4	40.0
لا أوافق بشدة	2	20.0
المجموع	10	100.0

المصدر: إعداد الباحثين من بيانات الدراسة الميدانية 2019م

يلاحظ من العبارة (5) أن 60% لا يوافقون على وجود توافق لعدد الحالات المرضية الواردة مع ارتفاع تكاليف تغطية الخدمات التأمينية مقابل 30% يوافقون على ذلك، (10% محايدون).

رابعاً: عينة العاملين في معام الفحوصات الطبية بالتأمين الصحي

(1) خصائص عينة العاملين في معام الفحوصات الطبية بالتأمين الصحي

اشتملت العينة على 36 فرداً غالبية عظمى هم من الإناث 94%، تتراوح أعمار 86% منها بين 20 إلى أقل من 50 سنة. يشغل أفراد العينة وظائف مختلفة في المعمل أغلبهم 75% هم فنيي معمل بينما الـ 25% هم من محضري المواد في المعمل ومحاسبين. يتمتع غالبية العينة 67% بمؤهلات جامعية أو فوق الجامعية بينما الـ 33% المتبقي من العينة هم من حملة الدبلومات الوسيطة والشهادة السودانية. فيما يتعلق بالخبرة العملية فـ 53% من العينة خبراتهم قليلة بينما 47% منها ذوو خبرة متوسطة أو طويلة.

(2) البيانات الأساسية لعينة العاملين في معام الفحوصات الطبية بالتأمين

الصحي

ردود العبارة (1) أدناه توضح أن 94% من عينة العاملين في المعمل يوافقون بتوفر أجهزة ذات كفاءة عالية معام الفحوصات الطبية بالتأمين الصحي مقابل فقط 6% يرون عكس ذلك. فيما يتعلق بردود العبارة (2) أدناه القائلة بأن كثرة أعداد العينات الواردة يوميا يتسبب في عدم دقة النتائج تدعم 53% من العينة تلك العبارة مقابل 41% يرون غير ذلك وفضل 7% منها الحياد.

جدول (16): تقييم مدى توفر وكفاءة أجهزة الفحوصات الطبية والمحاليل والمواد بالمعمل

(2) كثرة أعداد العينات الواردة يوميا يتسبب في عدم دقة النتائج			(1) يتوفر لدى معمل الفحوصات الطبية بالتأمين الصحي أجهزة ذات كفاءة عالية		
الردود	التكرارات	التكرار المئوي	الردود	التكرارات	التكرار المئوي
أوافق بشدة	3	8.3	أوافق بشدة	12	33.3
أوافق	16	44.4	أوافق	22	61.1
محايد	2	5.6			
لا أوافق	14	38.9	لا أوافق	2	5.6
لا أوافق بشدة	1	2.8			
المجموع	36	100.0	المجموع	36	100.0
(4) هنالك بعض الفحوصات لا توجد داخل التأمين ويتم تحويلها لمعامل خارجية			(3) تتوفر المحاليل والمواد المستخدمة في الفحوصات بشكل دائم		
الردود	التكرارات	التكرار المئوي	الردود	التكرارات	التكرار المئوي
أوافق بشدة	7	19.4	أوافق بشدة	5	13.9
أوافق	24	66.7	أوافق	26	72.2
محايد	1	2.8	محايد	3	8.3
لا أوافق	4	11.1	لا أوافق	1	2.8
			لا أوافق بشدة	1	2.8
المجموع	36	100.0	المجموع	36	100.0

المصدر: إعداد الباحثين من بيانات الدراسة الميدانية 2019م

تشير ردود العبارة (3) بأن 86% يقرون بتوفر المحاليل والمواد المستخدمة في الفحوصات بشكل دائم بينما 6% فقط يرون عكس ذلك وآثر 8% الحياد. أما ردود العبارة

(4) فيلاحظ أن 86% في موافقين بعدم وجود بعض الفحوصات لعدم توفرها داخل التأمين ويتم تحويلها لمعامل خارجية مقابل 11% من العينة غير موافقين. جدول (17): تقييم مدى توافق أعداد الكوادر والأجهزة مع حجم العينات الواردة ومكافأة العاملين

(6) المكافأة المالية للعاملين بالتأمين الصحي مجزية بالنسبة لهم			(5) هنالك توافق بين أعداد كل من الكوادر والأجهزة مع حجم العينات الواردة يوميا		
الردود	التكرارات	التكرار المئوي	الردود	التكرارات	التكرار المئوي
			أوافق بشدة	1	2. 8
أوافق	3	8. 3	أوافق	24	66. 7
محايد	2	5. 6	محايد	4	11. 1
لا أوافق	15	41. 7	لا أوافق	6	16. 7
لا أوافق بشدة	16	44. 4	لا أوافق بشدة	1	2. 8
المجموع	36	100. 0	المجموع	36	100. 0

المصدر: إعداد الباحثين من بيانات الدراسة الميدانية 2019م

ردود العبارة (5) تشير إلى أن 70% من عينة العاملين بالعمل يوافقون بوجود توافق بين أعداد كل من الكوادر والأجهزة مع حجما لعينات الواردة يوميا بينما 19% منهم لا يروا بصحة هذا القول في حين أثر 11% الحياد. رفض 86% من أفراد عينة العاملين بالمعامل العبارة (6) القائلة بأن المكافأة المالية للعاملين بمعامل التأمين الصحي مجزية بالنسبة لهم وذلك مقارنة مع ضغط الشغل وتكاليف المعيشة المتزايدة يوميا.

النتائج

- 1- أفاد المستفيدون بأن مستوى جودة الخدمة في التأمين الصحي بصفة عامة ا جيدة، أما الفحوصات والأدوية والاختصاصيين داخل التأمين الصحي متوفرة فوق المتوسط.
- 2- يرى المستفيدون بأن فترة انتظار الفحوصات، مقابلة الطبيب طويلة إلى حد كبير.
- 3- المكافأة المالية غير مجزية بشكل كبير جدا مقارنة بضغط العمل.
- 4- الاستقطاعات المالية لا تغطي احتياجات توفير خدمة التأمين الصحي.
- 5- هنالك شبة إجماع على عدم مواكبة استقطاعات التأمين الصحي لاتجاه ارتفاع التكاليف والتضخم.
- 6- قيمة استرداد الدواء يمثل عبء على الإدارة المالية.
- 7- رغم توفر عدد من الأجهزة ذات الكفاءة العالية مع وجود عدد مقدر من العاملين بالمعمل إلا أن هنالك حالات من عدم الدقة في نتائج الفحوصات ويرجع ذلك إلى كثرة أعداد العينات الواردة يوميا.
- 8- بالرغم من ديمومة توفر المحاليل والمواد في المعمل إلا أن هناك بعض الفحوصات تحول لمعامل خارجية وذلك لعدم توفر تلك الفحوصات داخل التأمين الصحي.

التوصيات

- 1- ضرورة التوفير النوعي للأطباء العموميين لتفادي مشكلة الانتظار لفترات طويلة.
- 2- تدليل وتسريع عمليات التحويل للاختصاصيين متى ما أثبتت الفحوصات ضرورة ذلك.

3- ضرورة توفير جميع الفحوصات داخل معامل التأمين الصحي والاهتمام برفع مستوى التنمية النوعية للعاملين بالمعامل (التدريب المستمر، نقل الخبرات التدريجي).

4- الاهتمام بتوفير جميع الأدوية داخل التأمين الصحي وذلك لتقليل نسبة التحويل إلى الصيدليات الأخرى سواء المتعاقدة أو غير المتعاقدة وكذلك لتخفيف أعباء استرداد قيمة الدواء.

5- لتفادي مشكلة عدم مواكبة استقطاعات التأمين الصحي لارتفاع التكاليف والتضخم على إدارة التأمين رفع نسب الاستقطاعات بالنسبة للمستفيدين بشرط أن تواكب هذه التعديلات رفع مستوى جودة الخدمة التأمينية من توفير الأطباء والأدوية.

6- رفع مستوى المكافآت المالية للعاملين بصفة عامة وعاملي الصيدليات والمعامل وذلك نسبة لمباشرتهم تقديم الخدمات وتحملهم ضغوطات العمل.

قائمة المراجع والمصادر

- 1- الصندوق القومي للتأمين الصحي، ولاية النيل الأبيض، 2019م
- 2- الفاتح محمد مالك (1997)، ملامح المستقبل، المؤتمر الأول للهيئة العامة للتأمين الصحي، وزارة الصحة، 30-31 يوليو، الخرطوم.
- 3- إلهام يحيوي وليلى بوحديد (2014)، تقييم جودة الخدمات الصحية ومستوى رضا الزبائن عنها:دراسة ميدانية في المؤسسات الاستشفائية الخاصة بباتنة، مجلة الباحث، العدد، جامعة الحاج لخضر، الجزائر.
- 4- جمعية الصحة العالمية، تقرير منظمة الصحة العالمية، 58، التأمين الصحي الاجتماعي، 2005م.
- 5- خديجة حسين نصر (2007)، نظم التأمين الصحي في مناطق السلطة الوطنية الفلسطينية، الهيئة الفلسطينية المستقلة لحقوق المواطن.
- 6- عدنان طه كرفوع (2016)، التأمين الصحي ودوره في تحقيق مبدأ التكافل الاجتماعي: دراسة حالة جامعة ديالي، مجلة الفتح، العدد 8، جامعة ديالي.

- 7- عيسى محمد الغزالي (2003)، اقتصاديات الصحة، سلسلة دورية تعني بقضايا التنمية في الاقطار العربية، العدد 22، مصر.
- 8- فاطمة الزهراء بنت زيدانوقطاب فالحة (2012)، واقع تسويق خدمات التأمين الصحي بالجزائر، الملتقى الدولي السابع حول صناعة التأمين الواقع والافاق، جامعة حسيبة بن بوعلي، الجزائر.
- 9- مقابلة مع مدير إدارة التخطيط والبحوث، الصندوق القومي للتأمين الصحي، ولاية النيل الأبيض، الأربعاء، الساعة 12 ظ، 2019/11/28م.
- 10- ميساء فتحي عيد (2016)، تقييم جودة أداء المؤسسات الصحية الحكومية حسب معايير منظمة الصحة العالمية: دراسة حالة مستشفى الولادة بمجمع الشفاء الطبي، بحث تكميلي لنيل درجة الماجستير في إدارة الأعمال، الجامعة الاسلامية، غزة.
- 11- نصر الدين عيساوي (2005)، مراقبة التكاليف في مؤسسة استشفائية: دراسة حالة مستشفى حي البير بقسنطينة، رسالة ماجستير، جامعة الأخوة منتوري، قسنطينة، الجزائر.
- 12- موقع الصندوق القومي للتأمين الصحي، 2016م، [www. nhif. gov. sd](http://www.nhif.gov.sd).
- 13- قانون الصندوق القومي للتأمين الصحي لسنة 2016م، وزارة العدل، السودان.