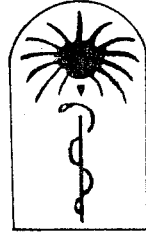


284

EXECUTIVE BOARD
OF
THE HEALTH MINISTER'S COUNCIL
FOR
G. C. C. STATES

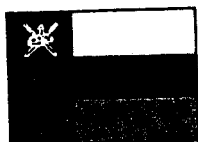


المكتب التنفيذي
لمجلس وزراء الصحة
لدول مجلس التعاون
لدول الخليج العربيّة

أوراق عمل
خطوة الشراء الجماعي للأدوية
الواقع والمستقبل

Proceedings of
Symposium on Group Purchasing
of Pharmaceutical Products
Present and Future

١٣ - ١٤ محرم ١٤١٤ هـ
٣ - ٤ يوليو ١٩٩٣ م
الرياض - المملكة العربية السعودية



ملخص الورقة

الشراء الموحد للأدوية :

نشأته ، تطوره ومستقبله بين دول مجلس التعاون الخليجي

د. صالح بن عبدالله باوزير د. خليل بن ابراهيم الخميس

قسم الصيدلة الإكلينيكية - كلية الصيدلة - جامعة الملك سعود

لعل من أهم ما يواجه المسئولين عن الرعاية الصحية في مختلف بلدان العالم هو توفير الأموال اللازمة لشراء الإحتياجات الضرورية من الأدوية والمستلزمات الطبية . والمتابع لنمو ميزانيات الأدوية لدول المجلس يلاحظ الزيادة الكبيرة في هذه الميزانيات والتي يرجع سببها إلى عدة عوامل ، منها النمو المضطرد في حقل الرعاية الصحية وما يصاحبه من توسع في توفير الخدمات الصحية للمواطنين إضافة إلى الزيادة في أسعار الأدوية وخاصة الجديدة منها . وفي عام ١٩٧٦ تم انشاء الأمانة العامة لمجلس وزراء الصحة لدول الخليج العربية وأنبثق عنها لجنة فنية لها العديد من الأهداف أهمها دراسة إمكانية توفير شراء بعض الأدوية للوزارات والمؤسسات الحكومية وأن تضع برنامج تفصيلي بشأن طرق الطلب والإستيراد . وفي عام ١٩٧٧ تم تشكيل لجنة دائمة تسمى لجنة استيراد الدواء من مندوبي الدول الأعضاء . وفي عام ١٩٧٨ تم طرح أول مناقصة للشراء الموحد للأدوية . وفي عام ١٩٨٠ تم تحديد المهام التفصيلية للجنة الدواء التي من أهمها الشراء الموحد للأدوية وفتح المظاريف والترسية للمناقصات . وفي عام ١٩٨١ تم زيادة عدد المجموعات الدوائية التي تشرح في مناقصات الشراء الموحد ، ومع حلول عام ١٩٨٧ تم إلزام جميع دول المجلس على المشاركة بحصة لا تقل عن ٦٠ ٪ من احتياجاتها من الأدوية لكل بند ، ومن خلال هذه الورقة سوف يتم مناقشة مميزات سياسة الشراء الموحد المتبعة والعوائق التي تعترض هذه السياسة إضافة إلى لقاء الضوء على مستقبل الشراء الموحد للأدوية من خلال المتغيرات الإقتصادية والتقنية والوبائية التي تجتاح العالم في الوقت الراهن .

مقدمة :

لعل من أهم ما يواجه المسؤولين عن الرعاية الصحية في مختلف بلدان العالم هو توفير الأموال اللازمة لشراء الاحتياجات الضرورية من الأدوية والمستلزمات الطبية . والمتبع لنمو الإعتمادات المالية التي ترصدها دول الخليج العربية لتغطية مصاريف الرعاية الصحية للمواطنين ليستشعر ضخامة هذه المبالغ المالية التي تصرف . ولا شك أن هذه الزيادة الحادة في ميزانيات الأدوية لدول الخليج يرجع سببها في الغالب الى ثلاثة عوامل رئيسية هم :

أولاً : النمو المضطرد في حقل الرعاية الصحية وما يصاحبه من توسع في توفير الخدمات الصحية للمواطنين .

ثانياً : الزيادة في أسعار الأدوية وخاصة الجديد منها .

ثالثاً : التغيرات في الأنماط المرضية

وحتى يمكن الحد من زيادة تكلفة الرعاية الصحية بدأت العديد من البلدان المتقدمة مثل الولايات المتحدة الأمريكية بالتفكير في إيجاد طرق مختلفة في خفض أسعار الأدوية المشتراه ، ففي عام ١٩٠٩م في مدينة نيويورك طرح نادي المستشفيات بالمدينة فكرة انشاء لجنة مشتركة للشراء الموحد للأدوية وتم انشاء هذه اللجنة عام ١٩١٠م وفي عام ١٩١٨م تم انشاء لجنة الشراء الموحد لمستشفيات كليفلاند . وخلال عام ١٩٦٢م و ١٩٧٤م كان في الولايات المتحدة أكثر من ٤٠ مجموعة شراء موحد للأدوية . في الوقت الحالي تشارك معظم الهيئات والمستشفيات الأمريكية في مجموعة او أكثر من مجموعات الشراء الموحد ، بل أن الأمر قد تطور ليشمل الصيدليات الأهلية أو الخاصة بحيث تشكل هذه الصيدليات مجموعات موحدة للشراء .

وبالنسبة لقطاع المستشفيات في الولايات المتحدة فقد اظهرت إحدى الدراسات عام ١٩٦٤م ان اتباع سياسة الشراء الموحد للأدوية قد خفض الزيادة في سعر الدواء من ٢٠ ٪ الى ٣ ٪ وأدى الى خفض التكلفة بنسبة ٤ ٪ ، وفي عام ١٩٨٥م اظهرت إحدى الدراسات نسبة توفير قدرها ٢٥ ٪ بالنسبة لمجموعات الشراء الموحد للأدوية للصيدليات الأهلية .

على الجانب الغربي من الوطن العربي نجد أن دول المغرب العربي ممثلة في موريتانيا والمغرب والجزائر وتونس وليبيا ، قد أقامت فيما بينها عام ١٩٨١م نظام موحد لشراء الأدوية . ويغطي هذا النظام في الوقت الحاضر عدد ١٤٤ دواء يتم طرحها في مناقصة موحدة تطرح في نفس اليوم في جميع الدول المشاركة . وتتقاسم هذه الدول فيما بينها عمل الاختبارات اللازمة للتأكد من الجودة ، إضافة إلى محاولة هذه الدول توحيد لوائح التسجيل ودليل موحد للأدوية الأساسية .

نشأة الشراء الموحد وتطوره في دول مجلس التعاون :

بدأت فكرة الشراء الموحد للأدوية في شهر فبراير عام ١٩٧٦ عندما طلب وزراء الصحة في دول المجلس من الأمانة تشكيل لجنة فنية من دول المؤتمر تكون مهمتها :

- أ - دراسة وضع نظام موحد لتسجيل ومراقبة الأدوية ووضع دليل للأدوية في دول المجلس .
- ب - دراسة امكانية توحيد شراء بعض الأدوية للوزارات والمؤسسات الحكومية ، وأن تضع الأمانة برنامجا تفصيلي بشأن طرق الطلب والاستيراد والمناقصات مع أخذ التنظيمات المحلية بعين الاعتبار .
- ج - دراسة امكانية استفادة الدول الأعضاء من مختبري مراقبة الأدوية بالمملكة العربية السعودية ودولة الكويت .

ونلاحظ ان هذه النقاط شكلت المرتكزات الأساسية تجاه توحيد السياسة الدوائية لدول المجلس . وفي المؤتمر الثاني لوزراء الصحة بمدينة ابوظبي عام ١٩٧٧م تم تشكيل لجنة تسمى لجنة استيراد الدواء من مندوبي الدول الأعضاء ويكونون من مسؤولي الاستيراد في الوزارات لوضع نظام موحد له مع دعوة اللجنة للاجتماع لوضع خطة الاستيراد لذلك العام (١٩٧٧) .

وفي عام ١٩٧٨ وافق وزراء الصحة على مقترحات الأمانة بخصوص تفاصيل الشراء الموحد للأدوية ، مع اختصار عدد الشركات التي يسمح لها بدخول المناقصة وفق ضوابط معينة ، كما تم تكليف الأمانة بتقديم دراسة حول تقليص عدد الأدوية المتداولة بالمنطقة نظرا لكثرة الأسماء التجارية للصنف الواحد .

وفي عام ١٩٨٠ تم تحديد مهام لجنة الدواء لتشتمل التالي :

- أ - الشراء الموحد للأدوية وفتح المظاريف والترسية للمناقصات .
- ب - التنسيق وتبادل المعلومات في مجال الدواء بين الدول الأعضاء .
- ج - التنسيق مع الشركة العربية للصناعات الدوائية والمستلزمات الطبية " أكديما " في مجال تصنيع الأدوية في الدول الأعضاء .

- د - القيام بالدراسات اللازمة حول أصناف الأدوية المستخدمة والإعراض التي ترد حولها من منظمات صحية ودوائية عالمية وكذلك حول صرف الأدوية وتداولها .
- هـ - القيام بالدراسات اللازمة عن الشركات المنتجة للدواء وتقييمها على ضوء تجارب كل دولة .
- و - تثبيت الأصناف التي تستورد عن طريق الإستيراد الموحد وتوسيعها بصورة مستمرة سنويا .
- ز - التنسيق مع لجنة التوعية الصحية لوضع التوصيات واصدار النشرات حول ترشيد استعمال الدواء .

م - التنسيق مع لجنة المختبرات لوضع أسس مراقبة الدواء .

وفي عام ١٩٨١ تم تفويض لجنة الأدوية بزيادة عدد المجموعات الدوائية التي تطرح في المناقصات القادمة وكذلك التزام الدول التي تشترك في مناقصات الشراء الموحد بقبول الأسعار التي توافق عليها اللجنة عند البت والترسية مع عدم جواز تخفيض حصتها بأكثر من ٢٠ ٪ ، كما تم تفويض اللجنة لإعادة النظر في قائمة الشركات المعتمدة وتم على ضوء ذلك تقسيم الشركات الى ما يلي:

- مجموعة (أ) يسمح لها بدخول المناقصة لكافة أصنافها .

- مجموعة (ب) يسمح لها بدخول المناقصة لأصناف محددة .

وفي عام ١٩٨٢ وخلال الأعوام التالية تم اصدار العديد من القرارات التي تحفز مسيرة الشراء الواحد وفي عام ١٩٨٥ دعا الوزراء الدول الأعضاء الى تأمين ٦٠ ٪ على الأقل من متطلباتها من جميع البنود المطروحة عن طريق الشراء الموحد .

وفي خلال ١٩٨٧ تم الإتفاق على ضرورة مشاركة الدول الأعضاء بنسبة لا تقل عن ٦٠ ٪ من احتياجاتها من الأدوية . كما تقرر أنه بالنسبة للأدوية المنتجة محليا فيجب أن لا تقل مشاركة الدول عن ٢٠ ٪ من احتياجاتها من هذه الأصناف عن طريق الشراء الموحد وذلك ضمانا لعدم ارتفاع الأسعار بالنسبة لباقي الأعضاء .

وفي عام ١٩٩١ تم تشكيل لجنة استشارية من كلية الصيدلة بجامعة الملك سعود لدراسة تطوير الشراء الموحد وقد عقدت هذه اللجنة العديد من الاجتماعات مع مندوبي الدول المشاركة في الشراء الموحد قدمت العديد من التوصيات لتطوير الشراء الموحد ووضعت أسس علمية لتقسيم الأدوية الى مجموعتين أ و ب . وقد تم اعتماد هذا التقسيم عند إعداد المناقصة الرابعة عشرة للأدوية ونتيح عنه تعديل عدد بنود المجموعة أ إلى ٤٤ بندا بدلا من ٢٢٧ بندا .

وفي عام ١٩٩٢ قرر الوزراء الغاء العمل بنظام تقسيم الأدوية الى مجموعتين .

وبالنظر الى الجدول رقم ١ والشكل رقم ١ يتضح لنا التطور الذي حققه الشراء الموحد ، فقد بدء الشراء الموحد عام ١٩٧٨ بثلاث مجموعات دوائية ومشاركة ٩ شركات وتكلفة اجمالية قدرها ١٧٧.٠٩٠ و١٧٧.٠٩٠ دولار ، وفي عام ١٩٨٥ كان عدد المجموعات الدوائية ١٥ مجموعة ومشاركة ٤٩ شركة وتكلفة اجمالية قدرها ٦٠٤ و٧٩٨ و٣٦٠ دولار .

وفي عام ١٩٩٢ بلغ الشراء الموحد ذروته حيث تضمنت المناقصة الخامسة عشرة عدد ٢٤ مجموعة دوائية ومشاركة ٩٥ شركة وبمبلغ اجمالي بلغ ٩٦٨ و٠٨٤ و١٦٨ مليون دولار . وينظره اخرى الى مدى مشاركة كل دولة من دول المجلس نرى أن هناك ازدياد طردي في زيادة مشاركة هذه الدول في ميزانية الشراء الموحد (انظر شكل رقم ٢) .

ومن خلال هذا الاستعراض السريع لتطور الشراء الموحد دعونا نلقي نظرة عامة للمزايا المتحققة من ايجاد سياسة موحدة للشراء الموحد وسوف نترك تفصيل هذه المزايا الى المتحدثين من الدول المشاركة لايضاح ما حققه لهم الشراء الموحد .

١ - ان أهم ميزة يقدمها نظام الشراء الموحد هو خفض تكلفة شراء الأدوية Reductions in Cost of Pharmaceutical Products . ونظرا لهذه الفائدة المرجوة من نظام الشراء الموحد نجد أنه في بلد مثل الولايات المتحدة قام مكتب المحاسبة العامة The U.S. General Account Office بكتابة تقرير بحث فيه المستشفيات للمشاركة في احدى مجموعات الشراء الموحد .

٢ - توحيد المواصفات Standardization ويتحقق توحيد المواصفات بزيادة الاتفاق على توحيد الأصناف المشتراة الأمر الذي يؤدي الى زيادة الكميات المشتراة من أصناف معينة والغاء بعض الأصناف الأخرى الأمر الذي يؤدي الى توحيد الأدوية التي يتم تداولها بين دول المجلس وبسهولة الحصول على نفس النوعية في حالة الطوارئ .

٣ - خفض تكلفة التشغيل Labor Reduction من خلال عدم قيام كل هيئة أو بلد بإتمام عملية صفقات الشراء بصورة منفردة وبالتالي تقليل الأعباء الإدارية والتنظيمية على وزارات الصحة . اضافة الى الحد من عدد العينات التي يجب اجراء الرقابة عليها .

٤ - تسريع عملية الشراء Enhancement of Purchasing Operations حيث تتولى الهيئة المشكلة توفير العديد من الكفاءات لحث عملية الشراء والتغلب على بعض المعوقات

الروتينية في بعض الهيئات او البلدان المشاركة ، على سبيل المثال تقليص الأعباء الإدارية والتنظيمية على الدول المشاركة والحد من عدد العينات التي يجب اجراء الرقابة النوعية عليها.

٥ - تبادل المعلومات Information Sharing ان عملية تبادل المعلومات بين الهيئات والمستشفيات والبلدان لها قيمة كبرى . هذه المعلومات تشمل المعلومات الاكلينيكية ومعلومات الأدوية والبرامج التعليمية والتثقيفية وغيرها .

٦ - تداول نوعية موحدة من الأدوية بين دول المنطقة بحيث تسهل على المراجعين الحصول على نفس الدواء في أي دولة .

والى جانب هذه الميزات هناك بعض الجوانب التي قد تعيق المشاركة في عملية الشراء الموحد للأدوية نوجزها فيما يلي :

١ - نقص التحكم Reduce Control فقد ينظر بعض مديري الصيدليات او مسؤولي التمويل الطبي الى ان المشاركة في عملية الشراء الموحد تفقدهم التحكم في ارساء العقد على وكيل معين ، وقد تكون وجهة نظرهم ان عملية الترسية تحدث بناء على الناحية المادية فقط ولم تأخذ بالاعتبار النواحي الاكلينيكية .

٢ - ايجاد مبررات المشاركة في برنامج الشراء الموحد Justifying Savings فيحتاج العديد من المستشفيات او التمويل الطبي لإجراء الدراسات عن التكلفة ومقدار التوفير لاقتناع المسؤولين بجدوى المشاركة في سياسة الشراء الموحد .

٣ - ثمن الإلتزام ببرامج الشراء الموحد Cost of Commitment ، ونعني به ان يتم الإلتزام بالمشاركة في البرنامج وبجميع بنوده مثل أن يتم الإلتزام بعملية الشراء حتى لو تغير الاسم التجاري للدواء .

٤ - الاختلافات بين المجموعة Diversity within the Group وهي تنتج في الغالب لاختلاف الأنظمة والعادات والنظم التجارية الى آخره .

وإلقاء الضوء على سياسة الشراء الموحد للأدوية قمنا بإجراء دراسة أولية على عينة عشوائية لمجموعة من الأدوية للمناقصة الثالثة عشرة للأدوية تهدف الى ما يلي :

أهداف الدراسة Objectives :

١ - تحديد مدى مشاركة دول المجلس في مناقصة الشراء الموحد للأدوية عن طريق المكتب التنفيذي للأمانة العامة لدول مجلس التعاون الخليجي .

- ٢ - تحديد مقدار التوفير الحالي لكل دولة عند مشاركتها في مناقصة الشراء الموحد .
- ٣ - تحديد التزام الدول الأعضاء بشراء الأدوية المصنعة ضمن المجموعة (أ) من شركات المجموعة (أ) عند شرائها لهذه الأدوية عن طريقها .

طريقة الدراسة : Materials & Methods

تم اختيار ٤٠ صنف دوائي بطريقة عشوائية من ضمن المجموعتين (أ) و (ب) وتم تصميم استمارة معلومات لجمع المعلومات المطلوبة عن كل دواء والتي تشمل الكمية المشتراه من قبل الدولة وسعر الوحدة والشركة الصانعة ، وتم ارسال هذه الاستمارة الى جميع دول المجلس . تم تفرغ ردود الدول في استمارة اخرى حيث تم حساب التكلفة ومقدار التوفير لكل بند ، كما تم حساب النسبة المئوية لكل بند تم تأمينه عن طريق المناقصة الخاصة واسم الشركة التي تم الشراء منها ومقارنتها بالشركة الصانعة في مناقصة الشراء الموحد . تم حساب النسبة المئوية لمقدار التوفير وذلك بقسم مقدار التوفير على مجموع المبلغ الكلي لعدد البنود التي تم شرائها عن طريق المناقصة الخاصة .

عند تحليل النتائج لم يرد أي معلومات عن أحد البنود من جميع الدول وتم بناء على ذلك استبعاده من التحليل وبذلك يكون مجموع البنود التي شملتها الدراسة ٣٩ بندا منها ٢٨ بندا تقع ضمن المجموعة (أ) و ١١ بندا ضمن المجموعة (ب) .

النتائج والمناقشة : Results and Discussion

أولا :

الجدول رقم (٢) يظهر مدى مشاركة كل دولة في مناقصة الشراء الموحد للأدوية للبنود التي تمت دراستها ، وإذا تم استثناء دولة الكويت نتيجة للغزو العراقي الغاشم ، نجد أنه من أصل ٣٩ بندا تمت دراستها ان ما بين ٧ - ١٠ بنود ، اي بنسبة (١٨ - ٢٦ %) تم شرائها بالكامل عن طريق المناقصة الخاصة لكل دولة ، وبالمقابل نجد أن عدد البنود التي تم شرائها بالكامل عن طريق المكتب التنفيذي كان بندا واحدا لكل من السعودية وعمان و ١٤ بندا للبحرين وعشرون بندا لدولة قطر . كما نود أن نشير الى أن هناك العديد من البنود لم يتم تقديم أي معلومات عنها من قبل دول المجلس وتتراوح هذه البنود ما بين ٤ - ١٨ بندا .

ومن خلال الجدول رقم (٣) تظهر الدراسة أنه حتى في البنود التي تم شرائها عن طريق المكتب التنفيذي لم تلتزم الدول المشاركة بشراء الحصة المتفق عليها وهي ٦٠ % من جملة احتياجها السنوي ، فنجد أن السعودية لم تشتتر تلك النسبة في ١٢ بندا شاركت فيها وسلطنة عمان لم تشتتر تلك النسبة في ١١ بندا شاركت فيها والبحرين في ١٠ بنود والامارات في ١٩ بندا ، بينما نجد أن دولة

قطر قد التزمت بذلك في جميع البنود . ومن خلال مراجعة مشاركة الدول في المناقصة الثالثة عشرة والرابعة عشرة والخامسة عشرة للأدوية تؤكد هذه النتائج ما توصلت اليه هذه الدراسة حيث يوضح الجدول رقم (٤) نسبة المشاركة لكل دولة من مجموع عدد البنود ، كما يوضح الجدول رقم (٥) والشكل رقم ٣ عدد الأصناف المطلوبة من الدول المشاركة .

ثانياً :

الجدول رقم (٦) يظهر مقدار ونسبة التوفير في البنود التي تم دراستها حيث بلغت نسبة التوفير لصالح المكتب التنفيذي للسعودية ١٩ % والكويت ١٤ و ٨ % والامارات ١٢ و ٥ % وعمان ٦ و ٨ % والبحرين ٢ و ٣ % . وبإستثناء قطر ، حيث كان نسبة التوفير لصالح الدولة ٢٤ % .

ان هذه النتائج تثبت بصورة قاطعة الى ان الشراء الموحد للأدوية يوفر النفقات للدول المشاركة . وبنظرة فاحصة للنتائج نجد أن مقدار التوفير الذي ظهر لصالح دولة قطر ناتج عن شراء دواء في المجموعة (أ) من شركة مصنعة ضمن المجموعة (ب) اضافة الى أن معظم البنود التي تمت دراستها قد اشترتها دولة قطر عن طريق المكتب التنفيذي الأمر الذي يعكس صورة غير صحيحة لنسبة التوفير التي ظهرت في الدراسة . وحيث أن دولة الكويت قد اشترت معظم البنود عن طريق المناقصة الخاصة بها لذا نجد أن نسبة التوفير لصالح المكتب التنفيذي والبالغة ١٤ و ٨ % ربما عكست أقل نسبة حقيقية للتوفير يمكن لأي دولة من دول المجلس أن تحصل عليها عند مشاركتها الايجابية في برنامج الشراء الموحد .

ومن خلال الدراسة التي قام بها المكتب التنفيذي للمنافسة الخامسة عشرة للأدوية حيث تم مقارنة الأسعار للأصناف التي تم شراؤها بين كل من الشراء الموحد والشراء المنفرد لكل دولة ويظهر الجدول رقم ٧ والشكل رقم ٤ الفرق في أسعار البنود التي تم شراؤها عن طريق المكتب التنفيذي والدول منفردة ويلاحظ بصورة عامة أن أسعار المكتب التنفيذي كانت أقل من أسعار الدول منفردة فيما نسبته ٥٥ - ٨٢ % من عدد البنود بينما كانت اسعار الدول منفردة أقل من أسعار المكتب فيما نسبته ١٧ - ٤٢ % من البنود . وبملاحظة مقدار فرق الأسعار بين المكتب التنفيذي والدول منفردة نلاحظ أن هناك فرق كبير في السعر في عدد كبير من البنود التي كانت أسعارها أرخص في المكتب التنفيذي . وفي المقابل نجد أن فرق السعر ليس كبير في تلك البنود التي كانت أسعارها أرخص لدى الدول منفردة ، هذا اذا أغلقتنا مستوى الشركات الصانعة لعدد كبير من البنود التي تم الشراء منها . وإذا نظرنا للتوفير المالي الذي يحققه الشراء الموحد للأدوية لكل دولة يظهر لنا الشكل رقم ٥ أن بلدا مثل

المملكة تحقق وفرا ماليا قدره ٢١ مليون دولار ودولة الامارات العربية المتحدة تحقق وفرا ماليا قدره ٩ مليون دولار وسطنة عمان ٢٣ مليون دولار وكلا من دولة البحرين والكويت ٦٠ مليون دولار .

ثالثا :

لتحديد مدى التزام الدول بتقسيم الأدوية الى مجموعتين (أ) ، (ب) تم دراسة عدد البنود التي تقع ضمن المجموعة (أ) وتم شرائها في المناقصات الخاصة بالدول من شركات تقع ضمن المجموعة (ب) الشكل رقم ٦ يظهر أن هناك ٦ بنود اشترت من قبل السعودية و ٨ بنود اشترت من قبل البحرين وبندين من قبل كل من قطر والامارات لم يتم الالتزام بالتقسيم المعمول به من قبل المكتب التنفيذي.

هذه النتائج تؤيد اعادة النظر في نظام تقسم الأدوية المعمول به في الوقت الحاضر ووضع نظام يقوم على أسس علمية سليمة وواضحة .

من خلال نتائج هذه الدراسة ومراجعتنا لسياسة الشراء الموحد للأدوية يمكن تحديد عدد من المعوقات التي تحد من الإستفادة القصوى للشراء الموحد للأدوية نوجز أهمها فيما يلي :

- ١ - عدم وجود دليل موحد للأدوية لدول مجلس التعاون الخليجي .
 - ٢ - عدم المشاركة الفعالة للدول الأعضاء في مناقصات الشراء الموحد للأدوية من حيث عدد البنود .
 - ٣ - عدم الإلتزام من بعض الدول المشاركة بشراء مالا يقل عن ٦٠ ٪ من احتياجها السنوي من الدواء عن طريق الشراء الموحد .
 - ٤ - عدم وضوح الأسس التي قام عليها تقسيم الأدوية الى مجموعة (أ) و (ب) .
 - ٥ - عدم وجود نظام موحد لتسجيل شركات الأدوية ومنتجاتها بين دول المجلس .
 - ٦ - عدم تقدم الشركات المصنعة بعروض لعدد من البنود المطروحة في المناقصة
- بالإضافة الى هذه العوائق نجد أن هناك العديد من التغيرات الإقتصادية والتقنية والوبائية والتي تضيف المزيد من التحدي للمشاركين في البرنامج .

أولا : المجال الإقتصادي :

فنجد في المجال الإقتصادي أن هناك العديد من المتغيرات التي تؤدي الى زيادة الضغط على مسؤولي التموين الطبي لتأمين المطلوب من الأدوية في ضوء الميزات المعتمدة . وفي هذا المجال نجد أن هناك ثلاثة عوامل أساسية هي كما يلي :

- ١ - معدل التضخم ، وفي بلد مثل الولايات المتحدة حسب تأثير التضخم على زيادة اسعار الدواء بما نسبته ٦٥٦ ٪ لعام ١٩٩٣ م .
- ٢ - معدل الزيادة السنوية في اسعار الدواء .
- بلغ متوسط زيادة الأسعار في الولايات المتحدة الأمريكية عام ١٩٩٠ م ١٠.٩٧ ٪ وانخفض هذا الرقم الى ٣.٢٨ ٪ عام ١٩٩١ م .
- ٣ - منافسة الأدوية الجنيصة Generic Competition أن توفر الأدوية الجنيصة يساعد بلا شك في انخفاض أسعار الأدوية الأصلية المصنعة من قبل المكتشف .

ثانياً : المجال التقني :

وفي المجال التقني يواجه مسئول التموين الطبي مطالب متزايدة من قبل الجهاز الطبي لتوفير أدوية قديمة محضرة بتقنيات عالية التكاليف أو أدوية جديدة محضرة بتقنيات عالية كما يلي :

- ١ - استخدام طرق جديدة لتوصيل الدواء New Drug Delivery Systems :
وفي هذا المجال نجد أن قيمة دواء مثل الثيوفيلين تتضاعف عن تحضيره على شكل كبسولات طويلة المفعول ، أو كمثال آخر تصور ما يمكن حدوثه لو نجح الباحثون في تصميم نظام دوائي يسمح بإعطاء الأنسولين عن طريق الفم أو الأنف بدل الحقن .
- ٢ - تحضير أدوية جديدة بتقنيات جديدة مثل التقنية الحيوية لأدوية يصعب تحضيرها بالطرق التقليدية ، فعلى سبيل المثال نجد أن دواء مثل Muromonab - CD 5 يستخدم في زراعة الأعضاء يكلف النظام العلاجي له مبلغ ٤٠٠٠ - ٦٠٠٠ دولار ، الى غير ذلك من الأمثلة .

ثالثاً : المجال الوبائي :

وفي مجال تغير الأنماط المرضية نجد أن دول المجلس تواجه العديد من المتغيرات في نمط الأمراض التي تستدعي أخذها في الاعتبار ، فنجد على سبيل المثال أن هناك زيادة في حدوث الأمراض المرتبطة بتغير أسلوب المعيشة الذي حدث في دول المجلس مثل زيادة أمراض القلب والشرابين ومرض السكر والفشل الكلوي الى جانب وباء مرض الأيدز الذي يجتاح العالم . أن هذه التغيرات المرضية تضيف المزيد من الضغوط على مخططي السياسات الدوائية للاستجابة الى هذه المتغيرات .

مستقبل الشراء الموحد Future of Group Purchasing

وفي ضوء هذه العوائق والمتغيرات والنجاح الذي تحقق لسياسة الشراء الموحد للأدوية في الأعوام الماضية فإن الأمر يتطلب العمل على إزالة العوائق التي تحد من تطور هذه السياسة والإستجابة للمتغيرات المختلفة لتطوير الشراء الموحد للأدوية بما يحقق أهداف الدول المشاركة .

وحتى تحقق سياسة الشراء الموحد أهدافها فإنه يجب أن يتم النظر في ترسيخ وتأكيد معنى الإلتزام للدول المشاركة Commitment بجميع النظم واللوائح ودعم فلسفة الشراء الموحد بكل ما تعنيه كلمة التزام ، اضافة الى تحقيق النقاط التالية:

١ - التخطيط الاستراتيجي Strategic Planning :

لضمان استمرار نجاح سياسة الشراء الموحد يجب على مخططين هذه السياسة رسم الخطط المستقبلية والعمل على تغيير التركيز على تكلفة الدواء الى الخدمات الأخرى التي تدعم السياسات الدوائية للدول المشاركة مثل برامج الأبحاث الدوائية ، والدراسات الحيوية وتشجيع البديل العلاجي .

٢ - إيجاد دليل الأدوية الموحد Establishment of a Common Formulary

إن وجود دليل موحد أمر مهم لتحديد مواصفات الأدوية والدراسات الدوائية . ويجب أن يشمل الدليل على لوائح تحدد مواصفات الأدوية الجنيسه ، البدائل العلاجية ، استخدام نتائج دراسات التوافر الحيوي وأضافة وحذف الأدوية من الدليل .

٣ - تبادل المعلومات Information Exchange

يجب على المشاركين في الشراء الموحد تبادل المعلومات بينهم وهذه العملية جزء من عملية الإلتزام . هذه المعلومات يمكن أن تشمل المعلومات الإكلينيكية والتقنية والإقتصادية .

٤ - زيادة حجم المشتريات Volume

إن زيادة حجم المشتريات عن طريق الشراء يعني قوة شرائية اكبر تحقق أفضل العروض للجميع .

٥ - التنسيق بين لجان الصيدلة والعلاجات على مستوى البلدان من أجل توحيد البرامج الدوائية بين الدول المشاركة وتعليم الأطباء و الصيادلة بشأن تكلفة الدواء والفوائد العلاجية لبعض البرامج الدوائية .

٦ - الإستفادة من نتائج دراسات التوافر الحيوي Use of Bioavailability Data

إن تقديم نتائج دراسات التوافر الحيوي الجديدة للإستفادة منها عند دراسة المناقصات أمر في غاية الأهمية لترسية العقود .

٧ - المشاركة في برامج الدراسات الدوائية التي تهدف الى ترشيد استخدام الدواء وتوفير النفقات .

٨ - العلاقة بين المكتب والوكيل Vendor Relationships

هذه العلاقة تعتمد على اختيار الوكيل الذي يقدم الى جاتب السعر المناسب الخدمة المميزة .
الخدمة المميزة تعني :

- ١ - الإلتزام الجيد بينود العقد .
- ٢ - تقديم الخبرة العملية لإدارة التموين الطبي في مراقبة المخزون .
- ٣ - المشاركة في برامج التعليم المتواصل .
- ٤ - دعم دراسات التوافر الحيوي .
- ٥ - المساهمة في دعم الأبحاث الدوائية .
- ٦ - دعم البرامج الثقافية والإعلامية .

الخلاصة Conclusion :

إن الأخذ بهذه النقاط كفيل بأن يسهم في إضفاء المزيد من النجاح لبرنامج الشراء الموحد وبسرعة تحقيق ذلك فإتينا نقترح ما يلي :

- ١ - إنشاء لجنة فنية دائمة من دول المجلس تتولى التنسيق بين هذه الدول فيما يخص سياسة الشراء الموحد .
- ٢ - إنشاء شبكة معلومات دوائية متطورة بين دول المجلس يكون المكتب التنفيذي مركزها ، تساعد على سرعة تبادل وإمداد المعلومات للدول المشاركة .
- ٣ - تطوير العملية الإدارية للشراء الموحد والخروج به من روتين النظم الإدارية للدول المشاركة بدء من طرح المناقصات وترسية العقود ، واستلام الأدوية ، وصرف المستحقات الى آخره .

وفي الختام نود أن نشير إلى أن النجاح الذي تحقق لسياسة الشراء الموحد للأدوية لدول مجلس التعاون الخليجي لتمثل النواة الأولى لمشروع قابل للتطور وتحقيق المزيد من النجاح اذا ما توحدت الأهداف وأزيلت العقبات التي تحد من سرعة نموه وتطوره ولا شك أن دعم المشاركين في الشراء الموحد والمتعاملين معه والمستفيدين منه للجهاز التنفيذي للمشروع كفيل بأن يسهم في إضفاء المزيد من النجاح لهذه السياسة .

جدول رقم - ١ - تطور ميزانيات الشراء الموحد للأدوية

امناقصة	السنة	عدد البنود	عدد الشركات الموردة	عدد المجموعات الدوائية	اجمالي التكلفة بالدولار
الأولى	١٩٧٨	٣٢	٩	٣	١٠٩٠٠٠٠٠
الثانية	١٩٧٩	٣٩	١٣	٣	١١٥٠٠٠٠
الثالثة	١٩٨٠	٤٥	١٦	٥	١١٣٠٠٠٠
الرابعة	١٩٨١	٥٥	٢٣	٧	١٤٥٩٠٠٠
الخامسة	١٩٨٢	٦٥	٢٣	١٠	١٦٠٠٠٠
السادسة	١٩٨٣	٩٨	٣٧	١٣	١٠٤٠٠٠
السابعة	١٩٨٤	١١٨	٤٤	١٤	١٠٤٠٠٠
الثامنة	١٩٨٥	١٥٦	٤٩	١٥	١٠٤٠٠٠
التاسعة	١٩٨٦	٢٠٦	٦١	١٩	١٠٤٠٠٠
العاشرة	١٩٨٧	٣٥٩	٧١	٢٣	١٠٤٠٠٠
الحادية عشرة	١٩٨٨	٣٥٨	٨٢	٢٤	١٠٤٠٠٠
الثانية عشرة	١٩٨٩	٤٢٣	٨٩	٢٤	١٠٤٠٠٠
الثالثة عشرة	١٩٩٠	٤٥٩	٨٠	٢٤	١٠٤٠٠٠
الرابعة عشرة	١٩٩١	٤٧١	٧٨	٢٤	١٠٤٠٠٠
الخامسة عشرة	١٩٩٢	٦١٤	٩٥	٢٤	١٠٤٠٠٠

FIGURE 1. GROWTH IN GROUP PURCHASING TENDER

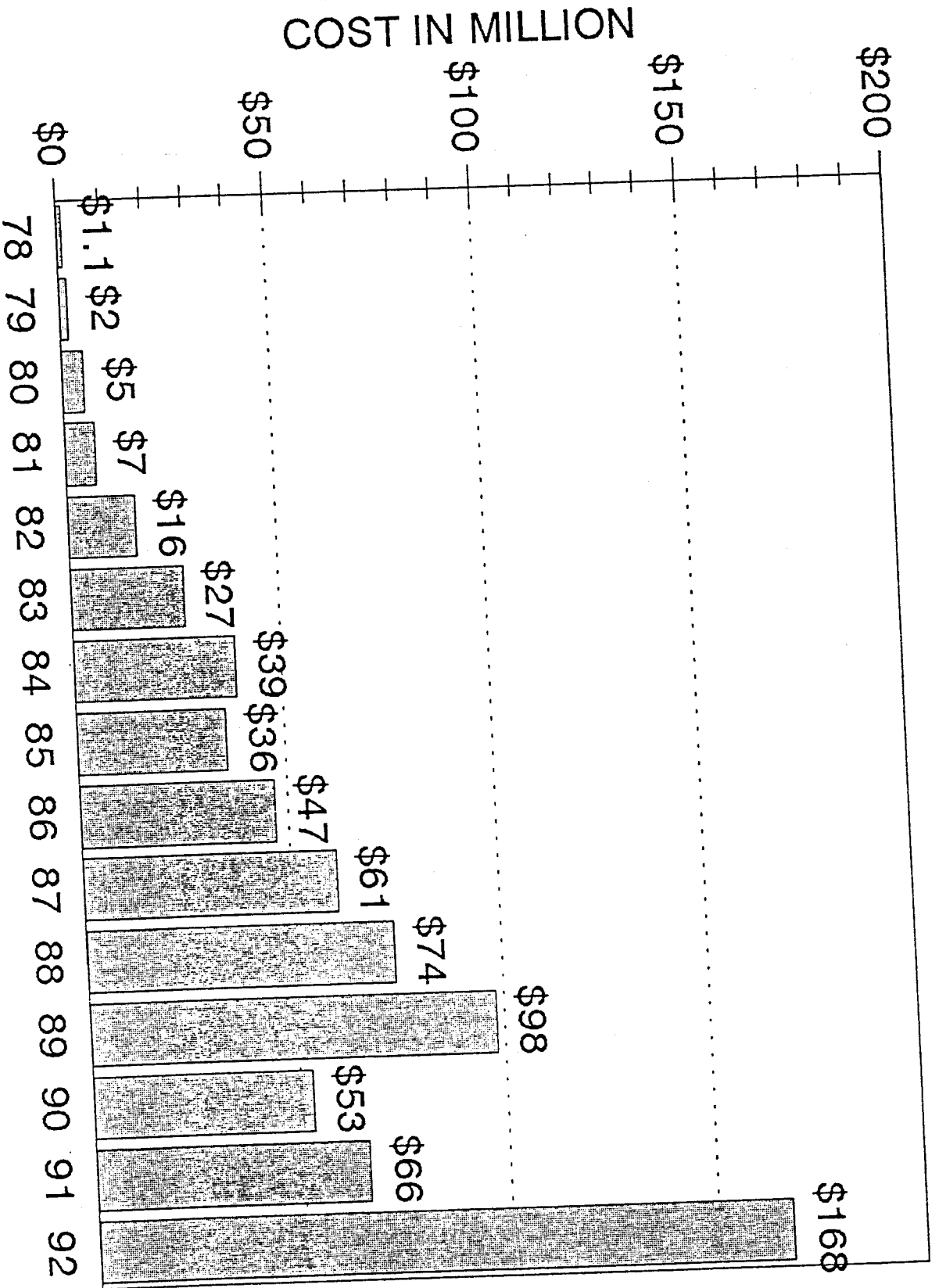
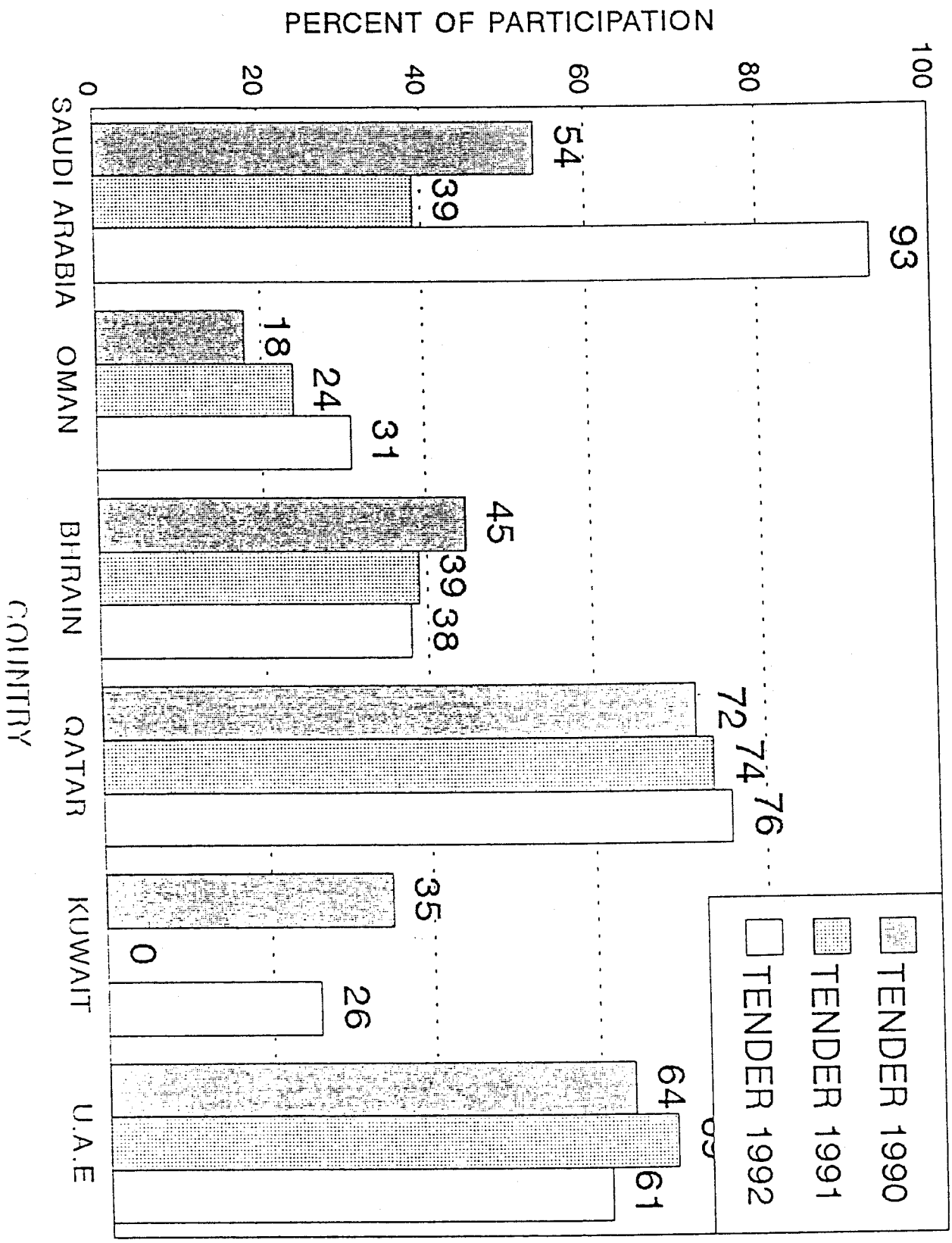


FIGURE 2. PERCENT OF PARTICIPATION IN GROUP PURCHASING PER COUNTRY

YEAR OF TENDER

FIGURE 2 . PERCENT OF PARTICIPATION IN GROUP PURCHASING PER COUNTRY



جدول رقم ٢ - مشاركة الدول في ميزانية الشراء الموحد الثالثة عشرة

الدولة	عدد البنود التي تم شرائها بالكامل عن طريق الدولة	عدد البنود التي تم شرائها بالكامل عن طريق المكتب التنفيذي	عدد البنود التي تم شراؤها نسبة منها عن طريق المكتب التنفيذي	عدد البنود التي لم تتوفر عنها معلومات
١- السعودية	١٠	١	٢٤	٤
٢- عمان	٩	١	١١	١٨
٣- البحرين	٧	١٤	١٣	٥
٤- الكويت	٢٧	-	-	١٢
٥- قطر	١	٢٠	١١	٧
٦- الإمارات	٨	-	٢٨	٣

جدول رقم ٣ - مقدار النسبة المئوية المؤمنة من البنود التي تم شرائها عن طريق المكتب التنفيذي

الدولة	٠%	١-١٩%	٢٠-٣٩%	٤٠-٥٩%	٨٠-٩٩%	١٠٠%
١- السعودية	١٠	٢	٢	٨	١٢	١
٢- عمان	٩	٢	٠٩	-	-	١
٣- البحرين	٧	٥	-	٥	٣	١٤
٤- قطر	١	-	-	-	١١	٢٠
٥- الكويت	-	-	-	-	-	-
٦- الإمارات	٨	-	٧	١٢	٩	-

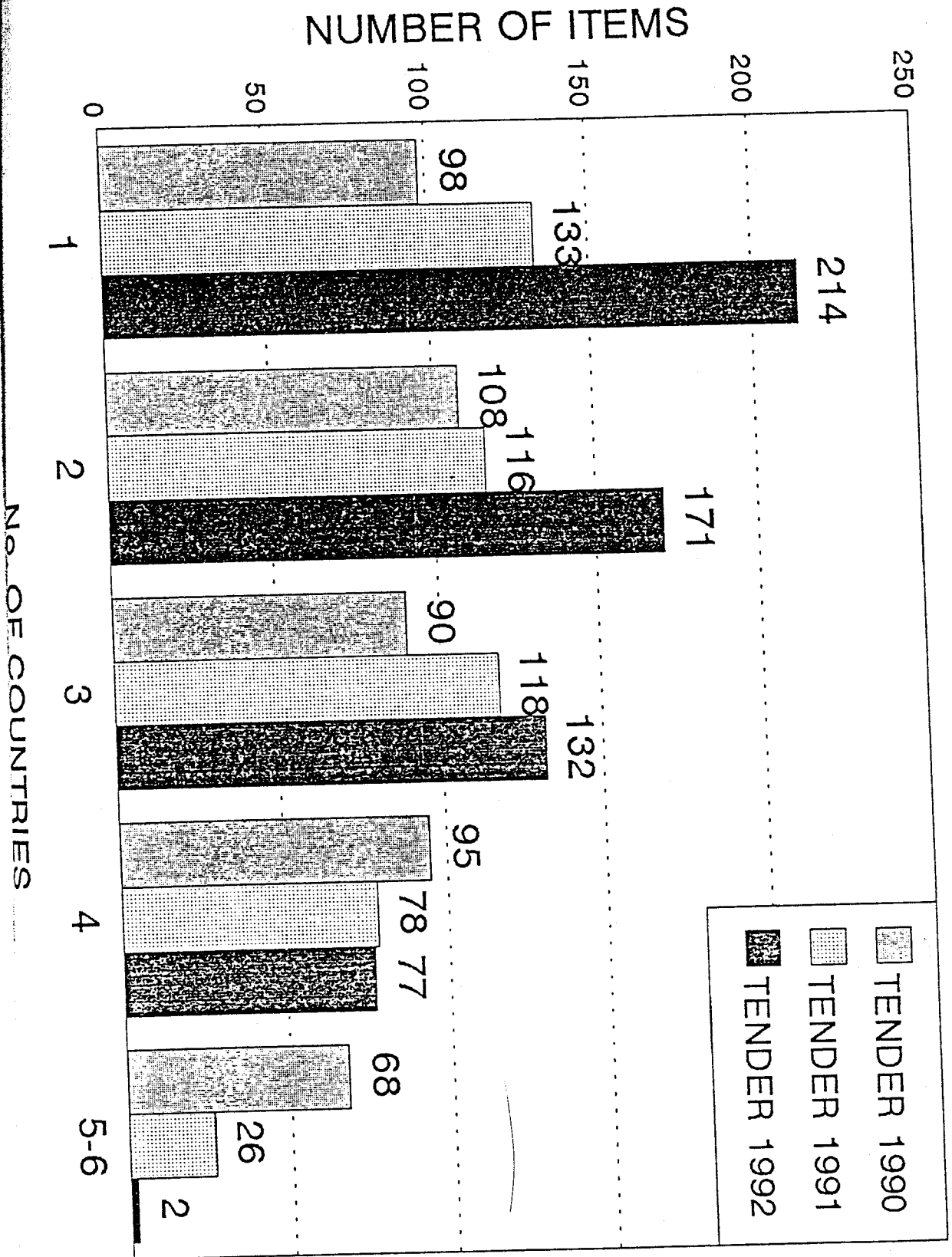
جدول رقم - ٤ - نسبة المشاركة لكل دولة من مجموع عدد البنود

الدولة	المنافسة الثالثة عشرة ١٩٩٠		المنافسة الرابعة عشرة ١٩٩١		المنافسة الخامسة عشرة عشرة ١٩٩٢	
	عدد البنود	نسبة المشاركة	عدد البنود	نسبة المشاركة	عدد البنود	نسبة المشاركة
قطر	٣٣٠	% ٧٢	٣٥٣	% ٧٤	٤٦٣	% ٧٦
الإمارات	٢٩٢	% ٦٤	٣٢٧	% ٦٩	٣٧٥	% ٦٥١
البحرين	٢٠٧	% ٤٥	١٨٨	% ٣٩	٢٣٣	% ٣٨
السعودية	٢٤٩	% ٥٤	١٨٨	% ٣٩	٥٦٨	% ٩٣
عمان	٨٣	% ١٨	٦٦	% ٢٤	١٨٨	% ٣١
الكويت	١٦٠	% ٣٥	-	-	١٥٩	% ٢٦

جدول رقم - ٥ - عدد الأصناف المطلوبة من الدول المشاركة

	المنافسة الثالثة عشرة عشرة		المنافسة الرابعة عشرة عشرة		المنافسة الخامسة عشرة عشرة	
	١٩٩٠	١٩٩١	١٩٩١	١٩٩٢	١٩٩٢	١٩٩٢
١ - عدد الأصناف المطلوبة من قبل دولة واحدة	٩٨	١٣٣	١٣٣	٢١٤	٢١٤	٢١٤
٢ - - - - دولتين	١٠٨	١١٦	١١٦	١٧١	١٧١	١٧١
٣ - - - - ٣ دول	٩٠	١١٨	١١٨	١٣٢	١٣٢	١٣٢
٤ - - - - ٤ دول	٩٥	٧٨	٧٨	٧٧	٧٧	٧٧
٥ - - - - ٥ دول	٥٣	٢٦	٢٦	٢	٢	٢
٦ - - - - ٦ دول	١٥	-	-	-	-	-
المجموع	٤٥٩	٤٧١	٤٧١	٦١٤	٦١٤	٦١٤

FIGURE 3 .NUMBER OF ITEMS PURCHASED



جدول رقم - ٦ - مقدار التوفير للدول المشاركة في الشراء الموحد لمناقصة الشراء
الموحد للأدوية الثالثة عشرة

الدولة	مقدار التوفير والنسبة المئوية لصالح المكتب التنفيذي	لصالح الدولة
١- السعودية	١٧١٦٢٥٢٥ (١٩ %)	-
٣- سلطنة عمان	٥٧٦٣٢٩٠.٨ (٦.٨ %)	-
٣- البحرين	١٦٢٩٩٦١ (٢٣.١ %)	-
٤- قطر	-	١٧٣٤٩٢ (٢.٤ %)
٥- الكويت	٢٠٤٩٩٠.٣ (١.٤٨ %)	-
٦- الإمارات	٩٨٠٢٧١٣ (١٢.٥ %)	-

No. OF COUNTRIES

1

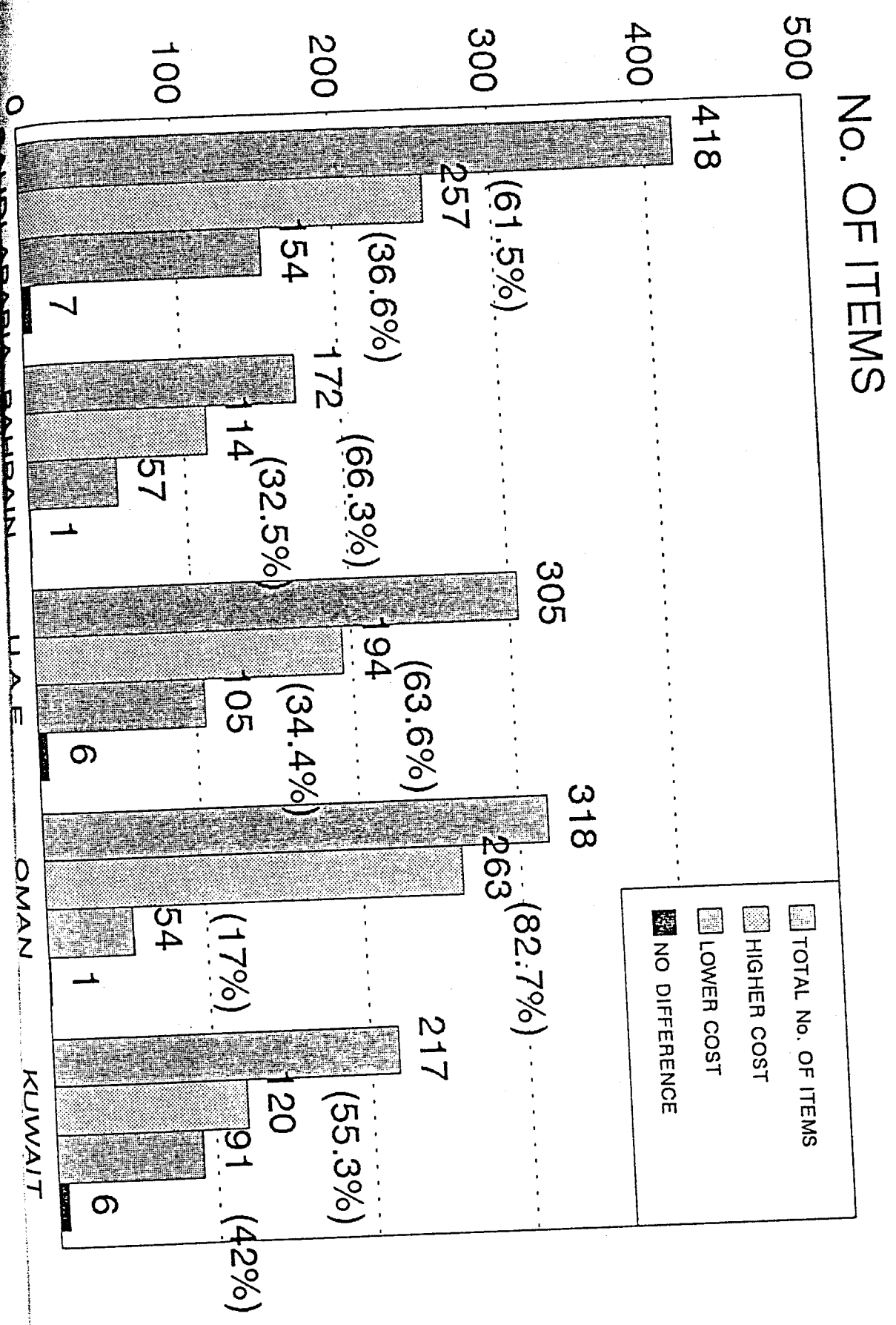
2

3

4

5-6

FIGURE 4. COST DIFFERENCES BETWEEN ITEMS PURCHASED BY STATE AND SGH



دراسة مقارنة بين الشراء المفرد والشراء الا حد للأدوية

التي شملتها المناقصة رقم (١٥) لعام ١٩٩٢م

النسبة المئوية	بنود أسعارها متساوية	النسبة المئوية	بنود أقل سعرا من الشراء الموحد	النسبة المئوية	بنود أعلى سعرا من الشراء الموحد	مجموع البنود التي شملتها الدراسة	الدولة
% ١,٦٧	٧	% ٣٦,٦٠	١٥٤	% ٦١,٤٨	٢٥٧	٤١٨	المملكة العربية السعودية
% ٥,٥٨	١	% ٣٢,٥٥	٥٧	% ٦٦,٢٧	١١٤	١٧٢	دولة البحرين
% ٢,٧٦	٦	% ٤١,٩٣	٩١	% ٥٥,٢٩	١٢٠	٢١٧	دولة الكويت
% ١,٩٦	٦	% ٣٤,٤٢	١٠٥	% ٦٢,٦٠	١٩٤	٢٠٥	الإمارات العربية المتحدة
% ٢,٢١	١	% ١٦,٩٨	٥٤	% ٨٢,٧٠	٢٦٣	٢١٨	سلطنة عمان
%		%		%			دولة قطر

FIGURE 5. TOTAL COST DIFFERENCES BETWEEN STATE AND SGH

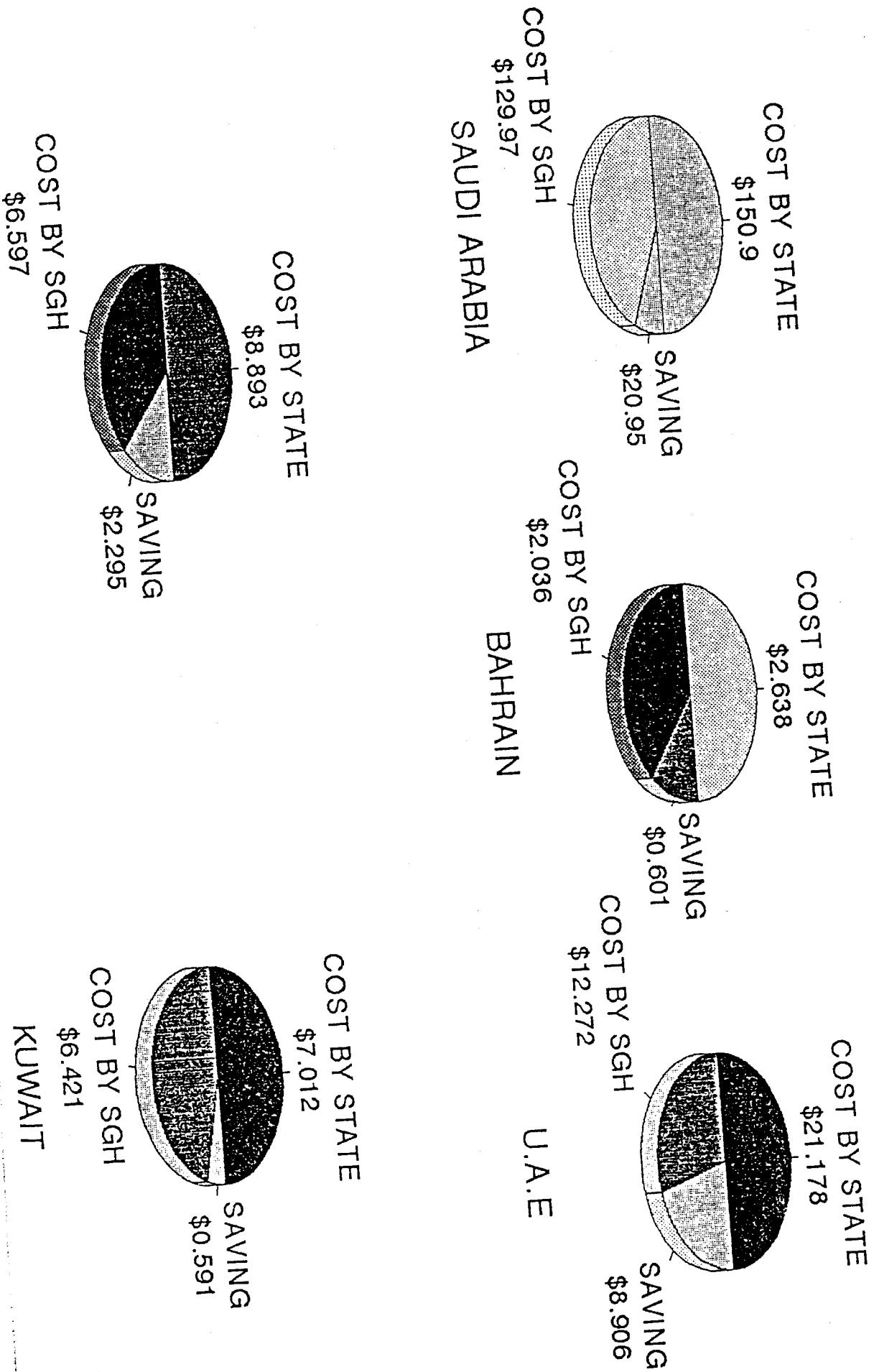
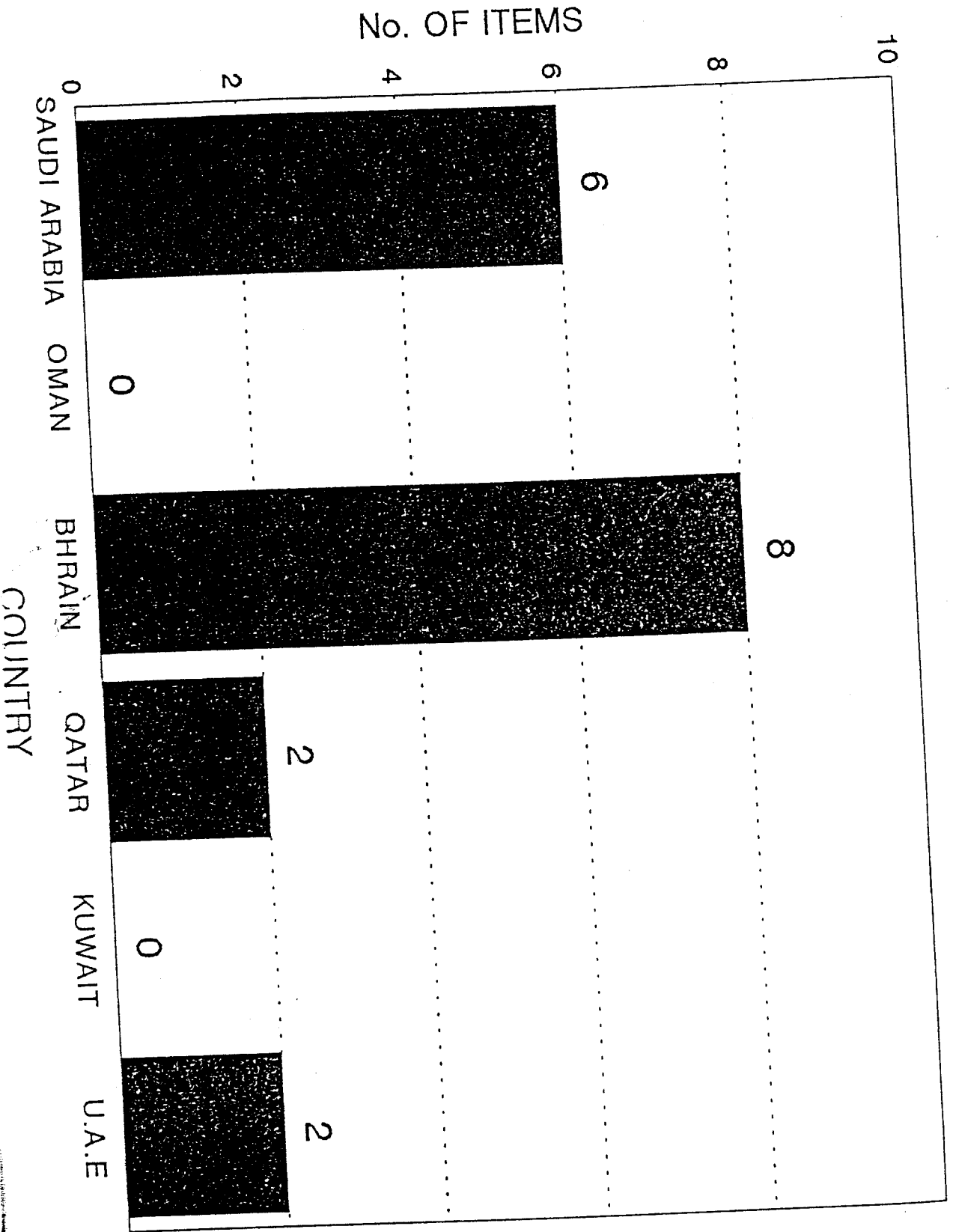


FIGURE 6. NUMBER OF ITEMS IN GROUP A PURCHASED FROM COMPANIES IN GROUP B.

FIGURE 8 .NUMBER OF ITEMS IN GROUP A PURCHASED FROM COMPANIES IN GROUP B.



المراجع

- 1 - Wetrich JG. Group purchasing : an overview, Am J Hosp Pharm. 1987;44: 1581-92
- 2 - Bulk procurement in The Gulf states and The Maghreb. Essential Drugs Monitor. 1993; 14: 9.
- ٣ - نشأة وتطور الشراء الموحد . الأمانة العامة لمجلس وزراء الصحة لدول الخليج العربية
١٩٨٨ م .
- 4 - Santell JP. Projecting future drug expenditures - 1993 . Am J Hosp Pharm. 1993; 50 : 71 - 77.