

النظام الصحي في المملكة العربية السعودية «نَدْوَة»



هيئة النشر
بمؤسسة عبد الرحمن السديري الخيرية

**النظام الصحي
في المملكة العربية السعودية
«ندوة»**

النظام الصحي في المملكة العربية السعودية «ندوة»

أوراق عمل قدمت ضمن فعاليات
منتدى الأمير عبدالرحمن بن أحمد السديري للدراسات السعودية
الدورة الرابعة
٢٥ - ٢٧/١٢/١٤٣١ هـ الموافق ١ - ٣/١٢/٢٠١٠ م

أشرف على التحرير
هيئة النشر
بمؤسسة عبدالرحمن السديري الخيرية

ح مؤسسة عبد الرحمن السديري الخيرية، ١٤٣٣ هـ

فهرسة مكتبة الملك فهد الوطنية أثداء النشر

هيئة النشر بمؤسسة عبد الرحمن السديري الخيرية

النظام الصحي في المملكة العربية السعودية. / هيئة النشر

بمؤسسة عبد الرحمن السديري الخيرية. - الرياض، ١٤٣٣ هـ

٠٠ ص: ٠٠ سم

ردمك: ٩٦-٩٠٢١٨-٩٠٣-٩٧٨

١- الخدمات الصحية - السعودية أ. العنوان

ديوي ٩٥٣١ /٢٢٢٣ ١٤٣٣ /٢٢٢٣

رقم الإيداع: ١٤٣٣ /٢٢٢٣

ردمك: ٩٦-٩٠٢١٨-٩٠٣-٩٧٨

الطبعة الأولى ١٤٣٣ هـ - ٢٠١٢ م

حقوق الطبع محفوظة

مؤسسة عبد الرحمن السديري الخيرية:

أسسها الأمير عبد الرحمن بن أحمد السديري (أمير منطقة الجوف من ٥/٩/١٤٦٢ هـ إلى ١/٧/١٤١٠ هـ) الموافق ٤/٩/١٩٤٣ م إلى ٢٧/١/١٩٩٠ م)، بهدف إدارة وتمويل المكتبة العامة التي أنشأها عام ١٣٨٣ هـ، المعروفة باسم دار الجوف للعلوم، وتضم قسمين منفصلين أحدهما للرجال وآخر للنساء. وقد تولت المؤسسة وما تزال تطوير خدمات الدار، وتزويدها بوسائل الدراسة والأبحاث العصرية. وتتضمن برامج المؤسسة نشر الدراسات والابداعات الأدبية، ودعم الأبحاث والرسائل العلمية، وإصدار مجلة أدوماتو، المتخصصة باثار الوطن العربي، ومنح جائزة الأمير عبد الرحمن السديري للتفوق العلمي لأحد أبناء منطقة الجوف المتفوقين للدراسة الجامعية خارج المملكة، وتقديم جائزة مالية لإحدى بنات الجوف المتفوقات سنويًا. كما أنشأت روضة ومدارس الرحمانية الأهلية للبنين والبنات، وأنشأت أيضًا جامع الرحمانية. وفي عام ١٤٢٤ هـ (٢٠٠٣ م) أنشأت المؤسسة فرعاً لها في محافظة الفاطمة (مركز الرحمانية الثقافي) له البرامج والفعاليات نفسها التي تقوم بها المؤسسة في مراكزها الرئيس في الجوف، بوقف مستقل، من أسرة المؤسس، للصرف على هذا المركز - الفرع.

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

المحتويات

الصفحة	الموضوع
٩	تقديم
١١	النظام الصحي في المملكة العربية الصحية
١٣	مراجعة عامة لأنظمة الصحية في العالم: أ. د فالح بن زيد الفالح
٢٥	نشأة النظام الصحي السعودي وتطوره والتحديات التي تواجهه: د. عثمان بن عبدالعزيز الريبيعة
٤٣	تجربة مجلس الضمان الصحي السعودي: د. عبدالله بن إبراهيم الشريف
٥٣	وضع النظام الصحي السعودي في الوقت الحاضر: إرهاصات التغيير: أ. د. فالح ابن زيد الفالح
٧٥	نظرة على التعليم والتدريب الصحي في المملكة العربية السعودية: أ. د. حسين ابن محمد الفريحي
٩١	حوار حول الإستراتيجية الصحية
٩٧	إستراتيجية الرعاية الصحية في المملكة العربية السعودية
٩٩	الأسس الإستراتيجي السابع: الرعاية الصحية الأولية
٩٩	الخدمات الإسعافية
	حماية المرضى وحفظ حقوقهم: أ. د. عدنان بن أحمد حسن البار
١٠٥	تمويل الخدمات الصحية، وإدارة المرافق الصحية وتشغيلها: د. خالد بن سعيد
١٠٩	ضمان جودة وكفاءة أداء الخدمات الصحية وتقويمها دوريًا: د. طلال بن عايد الأحمد

١١٧	الملاحق:.....
١١٩	افتتاح فعاليات منتدى الأمير عبدالرحمن بن أحمد السديري
١٢١	كلمة الافتتاح لسعادة رئيس مجلس الإدارة الأمير فيصل بن عبدالرحمن بن أحمد السديري.....
١٢٤	كلمة هيئة المنتدى - الدكتور عبدالرحمن بن صالح الشبيلي.....
١٢٧	كلمة معالي الدكتور منصور النزهة- تقديم لشخصيتي المنتدى
١٣٠	كلمة الدكتور عثمان الريبيعة
١٣٢	كلمة الدكتور فالح بن زيد الفالح
١٣٥	جولة في معرض إصدارات المؤسسة
١٤٥	زيارة الضيوف إلى مركز الأبحاث والمناطق الآثرية في المنطقة

تقديم

منذ إطلاق منتدى الأمير عبدالرحمن بن أحمد السديري للدراسات السعودية عام ٢٠٠٧هـ ١٤٢٨م، درجت هيئة المنتدى على اختيار موضوعات حيوية تواكب القضايا الراهنة التي تحظى باهتمام قطاع واسع من أبناء المجتمع المحلي، كما درجت كذلك على دعوة الخبراء وأصحاب الاختصاص في تلك الموضوعات والقضايا مدار البحث.

وخلال دورات المنتدى الأربع السابقة للمنتدى، نوقشت الموضوعات الآتية على التولي: الهيئات الخيرية السعودية ١٤٢٨هـ، الأزمة المالية العالمية وتداعياتها على الاقتصاد السعودي ١٤٢٩هـ، وندوة النظام القضائي ١٤٣٠هـ.

وفي الدورة الرابعة ١٤٣١هـ، اختارت هيئة المنتدى موضوع «النظام الصحي في المملكة العربية السعودية» لما له من أهمية بين جميع قطاعات المجتمع المحلي الرسمي والأهلي. وقد شارك في ندوة المنتدى نخبة من الخبراء والمتخصصين، قدموا أوراق عمل ناقشت جوانب نظام التأمين الصحي في المملكة، نشأته وتطوره، والتحديات التي تواجهه، مع عرض لتجربة مجلس الضمان الصحي

السعودي. واستعرضت الأوراق المقدمة نبذة عن الأنظمة الصحية المعمول بها في بعض الدول العربية والعالمية، كما تعرضت لتدريب القوى العاملة في المؤسسات الصحية في المملكة.

وجرى في هذه الدورة اختيار كل من أ.د. فالح بن زيد الفالح، والدكتور عثمان بن عبدالعزيز الريبيعة، كشخصية للمنتدى، لما لهما من جهد وعطاء كبيرين في مجال النظام الصحي في المملكة سواء في إعداد الأنظمة واللوائح الصحية التي صدرت عن وزارة الصحة، ولعضويتهما في عديد من المؤسسات العلمية والبحثية المتخصصة بال المجال الصحي،

ويأتي هذا الإصدار ليكون توثيقاً لأوراق العمل المقدمة في هذه الندوة، وليظل مرجعاً للمهتمين بالنظام الصحي السعودي، ومراحل تطوره.

وإن هيئة النشر بمؤسسة عبد الرحمن السديري الخيرية تشكر كل الزملاء الذين أسهموا في إعداد مادة هذا الكتاب وتغريغ محتوى المحاضرات وأوراق العمل حتى خرج بهذا الشكل الذي هو بين يدي القارئ.

هيئة النشر

مؤسسة عبد الرحمن السديري الخيرية

النظام الصحي في المملكة العربية السعودية

أوراق العمل المقدمة في الجلسة الأولى

النظام الصحي

مراجعة عامة لأنظمة الصحية في العالم

أ. د. فالح بن زيد الفالح

تعريف النظام الصحي:



أ. د. فالح بن زيد الفالح

- هو الإطار الذي من خلاله يتم التعرف على احتياجات السكان للخدمات الصحية، والعمل على توفير هذه الخدمات، من خلال إيجاد الموارد اللازمة وإدارتها على أساس صحيحة، تؤدي في النهاية إلى المحافظة على صحة المواطن وتعزيزها .. وتقديم هذه الخدمة بطريقة شاملة ومتكلمة للسكان وبتكلفة معقولة وبطريقة ميسرة.

عناصر النظام الصحي:

- التنظيم والتخطيط والتقييم للخدمات الصحية.
- تمويل الخدمات الصحية.
- إدارة الخدمات الصحية.
- أنواع الخدمات الصحية المقدمة.
- التعليم والتدريب للعاملين في الخدمات الصحية.

أهداف الأنظمة المتميزة:

- التغطية الشاملة الكاملة لكل المواطنين.
- التغطية العادلة لكل المواطنين.
- أن تكون هذه التغطية ذات تكلفة معقولة للدولة والمواطن.
- أن تتم هذه التغطية الصحية على أساس علمية صحيحة.

أنواع الأنظمة الصحية في العالم، حسب التمويل:

- الأول- التأمين الاجتماعي الإلزامي (الذي بدأ بسمارك قبل قرن من الزمن) وانتشر

تقربياً في العالم: أوروبا، جنوب أمريكا، اليابان، ماليزيا، وكافة الدول، مع التطوير المحلي.

- الثاني- ضرائب تؤخذ من المواطنين، ويمثله النظام البريطاني الذي بدأ بعد الحرب العالمية الثانية، ويوجد في كندا جزء مطور من هذا النظام.
- الثالث- التأمين الصحي الخاص، ويوجد في المقام الأول في الولايات المتحدة وسويسرا.
- الرابع- ميزانية مركبة من الدولة، كان الاتحاد السوفيتي (سابقاً) يؤدي هذا، وكذلك في دول الخليج العربي.
- الخامس- الدفع المباشر مقابل الحصول على الخدمة، يوجد في الدول التي ليس لديها نظام ضرائي ولا نظام تأميني.

أهم التحديات الواضحة والمؤثرة على مسيرة الأنظمة الصحية:

- ظهور أفكار جديدة مبتكرة في أسلوب أداء الخدمات الصحية، مثل التدخل الطبي الذي يهدف إلى تحسين الصحة وليس فقط لعلاج الأمراض.
- فكرة تحسين الصحة عن طريق الاهتمام بالمؤثرات على الصحة، مثل: البيئة، وأسلوب الحياة، وفكرة المنافسة في تقديم الخدمات الصحية في بعض الأنظمة، وأفكار التكامل، والتنسيق بين الخدمات الصحية.
- وعي الجمهور عبر توقعاته من الخدمات الصحية، حين يقارن ما يراه في جودة صناعة السيارات أو الخدمات البنكية أو ثورة الاتصالات بأساليب تقديم الخدمات الصحية. فقد أصبح الجمهور يهتم بجودة الخدمة، وكذلك سهولة الحصول عليها ومدى مناسبتها له.
- التطور السريع والهائل في التقنية الرقمية (ثورة السليكون شيبس)، فقد أوجد ثورة في المعلومات، وثورة في الالكترونيات، مثل: الاختراقات المتتسارعة في أجهزة الرنين المغناطيسي، أو الأشعة الطيفية، أو المناظير، وكذا الأدوية الجديدة، وكل ما يصاحب هذا

من كلفة عالية من الخدمات الصحية.

- نتيجة لكل العوامل السابقة فقد أصبح هناك تحدٍ كبير في تمويل الخدمات الصحية، إذ أصبح مؤثراً، وبخاصة منذ التسعينيات وأدى إلى أن يصبح أحد أهم أوليات الأنظمة الصحية في الدول الصناعية هو كيف تحد من هذه الزيادة المضطربة في الإنفاق على الخدمات الصحية؟

١. دور آليات السوق في النظام الصحي؟

٢. ما هو النظام الأنسب في تمويل الخدمات الصحية؟

٣. كيف تعامل الدول مع تمويل الخدمات الصحية؟

٤. لماذا يجب أن تمول الدولة الخدمات الصحية؟

أولاً: الخدمات العامة:

- من أجل توفير خدمات الصحة العامة، مثل: برامج الأبحاث الطبية، برامج القضاء على الأوبئة، برامج سلامة الأغذية.
- من أجل تقديم تلك الخدمات الصحية التي يتعدى أثرها الأفراد المتلقين لها مثل برامج التحصين العام

ثانياً: الخدمات الصحية التي تهم الفرد وحده:

- من أجل تمويل الخدمات الصحية للفقراء وهم أولئك الذين لا يستطيعون الدفع للخدمات مباشرة، أو عن طريق الاشتراك بالتأمين الصحي.
- لعدم نجاح شركات التأمين بتمويل خدمات صحية فعالة وعادلة لجميع المواطنين، وبخاصة عدالة توزيع الخدمات.

قضية المساواة وعدالة التوزيع في الخدمات الصحية:

- تعريف العدالة أو المساواة في الخدمات الصحية:

- هي أن يتمكن الأفراد الذين لديهم الاحتياج ذاته للخدمة الصحية من الحصول على المستوى نفسه من الخدمة الصحية، بصرف النظر عن دخلهم (وهذا ما يسمى بالمساواة الأخلاقية).
- إن كل مبادئ العدالة أو المساواة في الخدمات الصحية هدفها أن يحصل كل الناس حتى الفقراء الذين لا يستطيعون شراء بوليصة تأمين أو الدفع مباشرة من جيوبهم - على حاجتهم من الخدمات الصحية. وفي الغالب، إنه كلما قل دخل الإنسان، كان ينتمي إلى من يحتاجون أكثر للخدمة الصحية؛ على سبيل المثال تجتمع قلة الدخل وقلة الصحة لدى أغلبية كبار السن.

Access, Cost, and Insurance Problems in Past Year

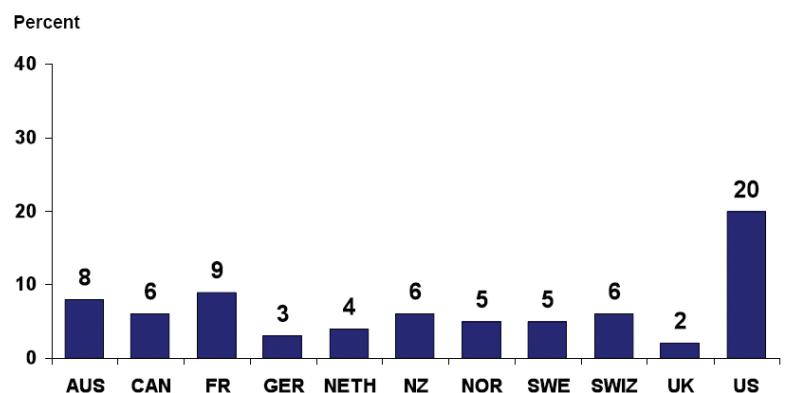
Percent	AUS	CAN	FR	GER	NETH	NZ	NOR	SWE	SWIZ	UK	US
Went without care because of cost*	22	15	13	25	6	14	11	10	10	5	33
\$1,000 or more out-of-pocket costs	21	12	4	8	9	7	16	2	25	1	35
Serious problem or unable to pay bill	8	6	9	3	4	6	5	5	6	2	20
Problems with health insurance**	14	15	23	23	20	6	9	4	13	5	31

* Did not fill/skipped prescription, did not visit doctor with medical problem, and/or did not get recommended care.

** Spent a lot of time on paperwork or disputes over medical bills and/or health insurance denied payment; or did not pay as much as expected in past year.

Source: 2010 Commonwealth Fund International Health Policy Survey in Eleven Countries.

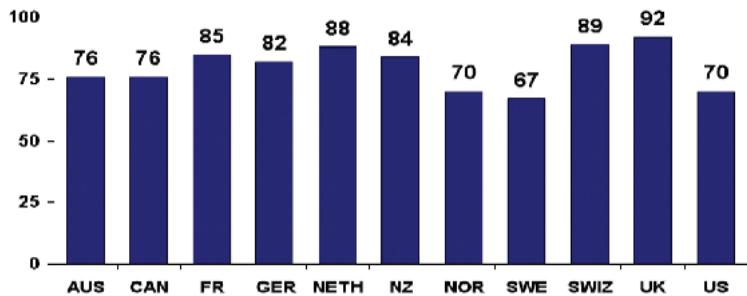
Serious Problems Paying or Unable to Pay Medical Bills in the Past Year



THE
COMMONWEALTH
FUND

Confident Will Receive Most-Effective Treatment if Sick

Percent responded, if they became seriously ill, *confident/very confident* they would get most-effective treatment, including drugs and diagnostic tests



THE
COMMONWEALTH
FUND

هناك خمسة أدوار على الدولة أن تقوم بها ولكن بنسب مختلفة، وهذه الأدوار هي:

أولاً: توفير وإعطاء المعلومات.

ثانياً: وضع التنظيمات والقواعد واللوائح الضرورية ومراقبتها.

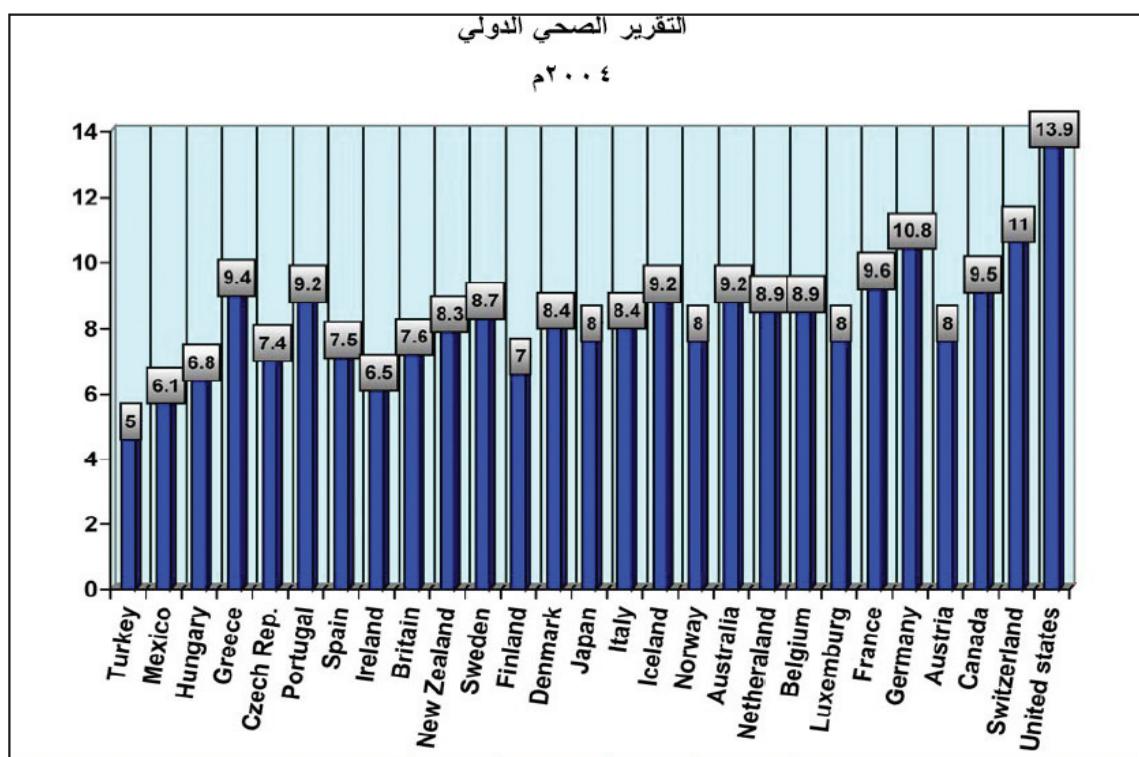
ثالثاً: تكليف بعض قطاعات المجتمع مثل أصحاب العمل أو الأفراد بآداء مهام معينة.

رابعاً: تمويل الخدمات الصحية من المال العام.

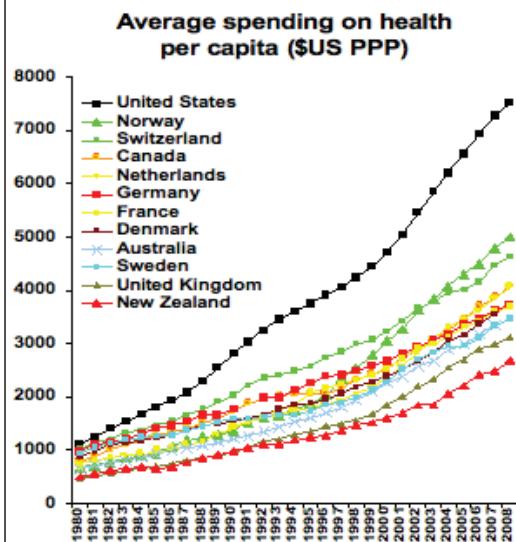
خامساً: تقديم الخدمات الصحية.

موقع النظام الصحي السعودي في العالم من حيث التمويل:

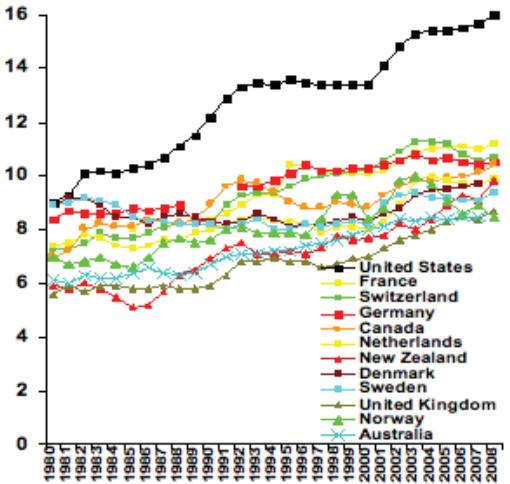
مقارنة ما يصرف على الخدمات الصحية من الناتج القومي



International Comparison of Spending on Health, 1980–2008



Total expenditures on health
as percent of GDP



Source: OECD Health Data 2010 (June 2010).



تقرير منظمة الصحة العالمية م٢٠٠٤

القطاع الخاص	القطاع الحكومي	الدولة
٥.١٤	٥.٨٥	النرويج
١.١٠	٩.٨٩	اللوكسمبورج
٨.١٤	٢.٨٥	السويد
١.١٧	٩.٨٢	آيسلندا
٢٤	٧٦	إيرلندا
٨.١٧	٢.٨٢	بريطانيا
٦.١٧	٤.٨٢	الدنمارك
٢.٢٣	٨.٧٦	نيوزيلندا
٧.٢٤	٣.٧٥	إيطاليا
٤.٢٤	٦.٧٥	فنلندا
١.٢٥	٩.٧٤	ألمانيا
٨.٢٨	٧.٧١	بلجيكا
٤٤	٥٦	اليونان
٩.٤٢	١.٥٧	سويسرا
٦.٥٥	٤.٤٤	أمريكا

موقع النظام الصحي السعودي في العالم من حيث المؤشرات الصحية

جدول رقم (٢) مقارنة المؤشرات الصحية لبعض دول العالم

النوع المؤشرات	عدد السكان (مليون) ٢٠٠٥	متوسط العمر (سنوات) ٢٠٠٥	الربيع لكل ١٠٠ مليون ٢٠٠٥ هي	معدل وفيات الالهات	معدل وفيات النساء	معدل وفيات الاطفال	نسبة النساء من السكان	نسبة النساء على الصحة	نسبة متصرف على اللقاح القيمي	أجمالي متصرف على اللقاح (دولار) في مجال الصحة عام ٢٠٠٤	عدد السكان من المليون	معدل التغذية لكل ١٠٠ من السكان
ال سعودية*	٢٣,٨٢١	٧٣,٣	١٨,٦	١٤	٣,٩	٧٦,٥	٤١٢	٢,٣	٦٩,٨	٩,٨	٢,٠	٣,٥
كندا	٣٢,٢٦٨	٨٠,٥	٥	٥	٥						٢,١٤	٩,٩٥
بريطانيا	٥٩,٦٦٨	٧٩	٥	١١	٨,١	٨٦,٣	٢٩٠٠	٣,٩	٣٠٣٨	٦٩,٨	٣,٦	١٢,١٢
استراليا	٢٠,١٥٥	٨١,٥	٥	٦	٩,٦	٦٧,٥	٣١٢٣	٤,٠	٣٢٦٤	٧٨,٤	٣,٣٧	٧,٢٤
فرنسا	٦٠,٤٩٦	٨٠,٥	٤	١٧	١٠,٥	٧٨,٤	٢٤٦٤	٧,٥	٣٠٣٨	٦٩,٨	٣,٦	٩,٩٥
اليابان	١٢٨,٠٨٥	٨٢,٥	٣	١٠	٧,٨	٨١,٣	٢٨٢٣	١٢,٩	٢,١٤	٩,٨	٢,٦	٩,٩٥
مالطا	٢٥,٣٤٧	٧١,٥	١٠	٤١	٣,٨	٥٨,٨	١٨٠	١,٨	٢,٣	٦٩,٦	٢,٣	١,٣٥
أمريكا	٢٩٨,٢١٣	٧٧,٥	٧	١٤	١٥,٤	٤٤,٧	٤٤,٧	٢,٣	٢,٥٦	٦٠,٩٦	٣,٣٧	٩,٣٧
لبنان	٣,٦٥٣	٧٠,٥	٢٢	١٥٠	١١,٦	٢٧,٤	٦٧٠	٣,٦	٣,٢٥	٦٧,٠	١,١٨	٣,٩١
الكويت	٢,٦٨٧	٧٨	١٠	١٢	٢,٨	٧٧,٦	٦٢٣	١,٩	١,٥٣	٦٢٣	١,٩	٣,٩١

الإحصائية الصحية في العالم - ٢٠٠٧ - منظمة الصحة العالمية
* المؤشرات الصحية لعام ٢٠٠٤ حسب احصاءات وزارة الصحة

مداخلات

■ الدكتور زياد بن عبد الرحمن السديري - المدير العام- رئيس المجلس الثقافي.

شكراً لمدير المنتدى وللدكتور فالح الفالح، على ما أفاضوا به. د. فالح، لي تعليق وسؤال، أما التعليق فهو أنك ذكرت في إشارتك إلى نسبة تمويل النظام الصحي في دولة مثل الولايات المتحدة الأمريكية حيث يسود التأمين الخاص، إلى ارتفاع هذه النسبة مقارنة بالدول الأخرى وعزيتها للتأمين الخاص. أنا أتساءل إذا كان هذا هو كل ما في الأمر، التأمين الخاص يرد عليه ملحوظات كثيرة، ربما أهمها أنه قد لا يحقق العدالة الاجتماعية أو الأمان الاجتماعي، وذلك لأن من لا يستطيع أن يدفع المقابل للتأمين الخاص لا يستطيع أن يستفيد من هذا التأمين، إنما أن نحمل التأمين الخاص المسئولية في ارتفاع تكاليف الخدمات الصحية، وهذا أمرٌ يحتاج إلى نظر. بعض الأديبيات التي أطلع عليها تتحدث عن جانب آخر تحمله المسئولية في ارتفاع تكلفة الخدمات الصحية في الولايات المتحدة الأمريكية، وهو النظام العدلي أو القضائي، حيث تسود فيه الأحكام التي تقضي بالتعويضات الكبيرة عن الذي يلحق الضرر بالمريض، ما يفضي إلى ارتفاع تكلفة التأمين، وبالتالي تكلفة الخدمات الصحية. ما رأيكم في هذا الجانب للموضوع؟

أما السؤال فهو الآتي: عندما تحدثت عن تقديم الخدمة الصحية، كأني بك أشرت إلى أن الخيار هو بين الدولة وبين القطاع الخاص، والقطاع الخاص عادة يرمز أو يفهم منه أنها المنشآت الربحية، ومن مشاهدتي في المجتمعات التي تغلب فيها مشاركة القطاع الخاص في تقديم الخدمات الصحية، فإن أكثر المنشآت التي تسهم بتقديم هذه الخدمات ليست منشآت ربحية، وإنما منشآت مهنية أو منشآت وقفية مثل الجامعات والمستشفيات غير ربحية (Non-profit)، والقطاع الخاص الريحي تكون مشاركته محصورة في جوانب من تقديم الخدمات التي يستفيد منها المهنيون، فحسبنا لو توسيعنا في هذا لأن تقديم الدولة للخدمات الصحية في المجتمعات النامية مثل مجتمعاتنا، حيث يرد على الخدمات الحكومية التي تخرج عن العمل الإداري التقليدي والرقيابي للدولة (ما يرد عليها)، ولا يتوقع أن يقاس بما يتم في الدول المتقدمة مثل بريطانيا، أو فرنسا، أو السويد.

■ د. فالح الفالح: أولاً فيما يخص الولايات المتحدة، وهذه الدراسة الأخيرة من التي قامت بها Commonwealth Foundation بينت مقارنة بين كل الأنظمة، وفي الحقيقة الجميع في العالم يجمع على أن أهم سبب لزيادة التمويل في الولايات المتحدة هو قضية دور التأمين الخاص؛ فمثلاً في اليابان ٨٠٪ يقدم من قبل القطاع الخاص، لكن وجدوا أنه لكي تحافظ على حد منخفض يجب أن تحدد سقفاً للجميع. ولهذا السبب أصبح ٣٠٪ من العمليات التي وجدت في الولايات المتحدة الأمريكية لم يكن لها داع جراحياً، فالطبيب يريد أن يكسب. نعم أمريكا فيها (Non-profit) ٤٢ مليون من المواطنين ليس لديهم تغطية، وهي لها إشكالية كبيرة. الدولة هناك فرق أن يكون لها دور في التمويل والتقديم، فأفضل الدول هي التي فصلت بين التمويل والتقديم، وفي العموم يقال في كل الأدبيات أقل الكلف في الدول هي التي تقدم الخدمة الصحية، لكن مثلاً في بريطانيا الأطباء كونوا (Trust) معين، والدولة تشتري منهم الخدمة وتدفع لهم، فلا يعني لما نقول الدولة لا نطالبها (وهذا الذي أقر في النظام الصحي) أن تدفع لهم الخدمة، ما دامت الدولة هي تقريباً المسئولة عن الثروة في البلد، فأنا أعتقد أن هناك مهمة رئيسة بالفعل وهي تمويل الخدمات الصحية، وبخاصة لكثير من القطاعات والأماكن التي لا يستطيع المواطن أن يدفع الكلفة.

نشأة النظام الصحي السعودي وتطوره والتحديات التي تواجهه

الدكتور عثمان بن عبدالعزيز الريبيعة

تطور النظام الصحي في المملكة التعريف بالنظام الصحي السعودي

أساس إنشاء النظام:

- دائرة الصحة والإسعاف من ١٢٨٠هـ.
- أولوية الرعاية الصحية للحجاج.
- توافر بعض المنشآت في مكة.

مراحل تطور النظام:

- لماذا التقسيم إلى مراحل؟
- خصائص لكل مرحلة
- تأثير المكونات فيما بينها

١- مرحلة النشوء: لماذا؟

٢- مرحلة البناء: لماذا؟

٣- مرحلة الارتفاع: لماذا

مكونات النظام

التنظيم والإدارة
تقديم الرعاية الصحية
القوى العاملة
التمويل
الوضع الصحي

المرحلة الأولى - النشوء ١٣٤٤هـ - ١٣٦٩هـ

التنظيم والإدارة:

مديرية الصحة العامة والإسعاف

إدارة الصحة البحرية

إدارة الصحة العامة والإسعاف

هناك ٧ فروع: مكة - جدة - الطائف - المدينة المنورة - الرياض - الإحساء - عسير

أهم الأنظمة:

- نظام مصلحة الصحة العامة والإسعاف (التدابير الوقائية - تنظيم العمل بالمستشفيات).
- الرسوم العلاجية - اللجان القضائية - تشكيل مجلس الصحة العالي برئاسة نائب الملك.

• نظام تطعيم الجدري - نظام الممارسة الحرة - نظام استخدام المأمورين الصحيين (١٤٤٩هـ).

• نظام المستشفيات - نظام تعاطي الصيدلة - تشكيل جمعية الإسعاف الخيري - نظام استخدام الموظفين الصحيين (١٤٦٥هـ).

تقديم الرعاية الصحية:

حتى عام ١٤٥٥هـ.

• ستة مستشفيات (منها أجياد ٢٥٠ سريراً) وفي كل من: جدة - الطائف - المدينة.

• ثمانية مستوصفات في المدن الرئيسية (منها الرياض عام ١٤٥١هـ).

حتى عام ١٤٦٩هـ.

• ١١ مستشفى (منها مستشفى من اللبن والطين ١٥٠ سريراً في الرياض ١٤٦٧هـ).

• ٢٥ مستوصفاً - ٣٠ نقطة صحية.

• الطبابة السيارة: المجموع ١٠ أطباء تقوم بجولات صحية وتطعيم مرتبطة بفروع المديرية العامة.

• خدمات علاجية للحجاج: من خلال مستشفيات مكة، إضافة إلى مستشفى موسمي في منى.

• مراكز ثمانية على شكل مظللات بها طبيب ورجال صحة ولقاح الجدري وأقراص ضد الملاريا مع أدوية ووسائل نقل إسعافي (٦ لوريات، ٧ عربات تجرها بغال وموتوسيكلات للحالات العاجلة).

الخدمات الوقائية:

• المراقبة الصحية للسفن والمحاجر خاصة للحجاج.



د عثمان بن عبدالعزيز الريبيعة

- إنتاج لقاح الجدري وتوزيعه وتطعيم الأهالي.

- صحة البيئة مثل مكافحة الحشرات والقوارض.

القوى العاملة:
حتى عام ١٣٥٥ هـ

- ١٢ طبيباً أغلبهم من سوريا (منهم ستة في أجياد وأربعة في الرياض).

- ابتعاث تسعه أطباء للتخصص، وفتح ثلاث مدارس للتمريض والقبالة لم تستمر.
- تطبيق نظام استخدام المأمورين الصحيين حتى عام ١٣٦٥ هـ على الأطباء والصيادلة وهم الذين تطلب منهم شهادات مهنية نظام استخدام الموظفين الصحيين عام ١٣٦٥ هـ تضمن التصنيف المهني الى: أطباء - صيادلة ومساعدي صيادلة - مساعددي مختبر - ممرضين - فنيين (ويسمح للجميع باستثناء الفنيين والتمريض بفتح عيادات خاصة).

حتى عام ١٣٦٩ هـ

- ١٤٤ طبيب - ٨ صيادلة - ٤٩ مساعد صيدلي - ٧٠ ممرضة فنية وقابلة ٢٣٠ - ممربضاً بسيطاً - ٢٣ مساعد مختبر. معدل الأطباء: طبيب واحد لكل ٢٠٠٠٠ نسمة.
- ابتعاث ٣٧ سعودياً إلى مصر لدراسة الطب.

التمويل:

هناك ثلاثة مصادر للتمويل:

- أ - ميزانية الدولة: في عام ١٣٥١ هـ (٢,٨٠٠ ,٠٠٠) قرش للصحة تمثل ٢,٧٪ من ميزانية الدولة في عام ١٣٦٧ هـ ٥ ملايين ريال تمثل ٢,٣٪ من ميزانية الدولة.

- ب - إيرادات ذاتية من أجور العمليات والأدوية التي يتم تحصيلها من الموسرين.
- ج - ما يدفعه المرضى مباشرة للقطاع الخاص.

الوضع الصحي

- أكثر الأمراض انتشاراً (السل - الالتهاب الرئوي - التيفوئيد- الدوستاريا - التراخوما - الجدري - أمراض الطفولة - الملاريا).
- معدل العمر المأمول نحو ٣٧ عاماً في ١٣٦٩ هـ.

المراحلة الثانية: البناء ١٣٧٠ هـ - ١٣٩٤ هـ

التنظيم والإدارة

- إنشاء وزارة الصحة عام ١٣٧٠ هـ
- حتى عام ١٣٨٥ هـ تقسم إداري إلى سكرتير عام مشرف على الأقسام الفنية، ورئيس ديوان الوزارة المشرف على الأقسام الإدارية مع سبعة فروع في المناطق كالسابق.
- الوزارة تشرف على كل الخدمات الصحية، بما فيها صحة المدارس والسجون والبيئة.
- عام ١٣٨٥ هـ إعادة تنظيم الوزارة بزيادة أقسام فنية وإدارية وزيادة الفروع إلى عشر مديريات.
- مع الإشراف المباشر على مستشفيات لا تتبع المديريات (عنيزة - حائل - نجران - السداد بالطائف - مستشفى الشمسيي بالرياض)، مع وضع وصف وظيفي لجميع الوحدات.

أهم الأنظمة

- تعديل نظام التلقيح ضد الجدري (الإلزامي للطلاب والجنود ١٣٨٠ هـ).
- نظام المؤسسات العلاجية الخاصة ١٣٨٢ هـ.
- نظام جمعية الهلال الأحمر ١٣٨٥ هـ.
- نظام مصلحة الطب الشرعي ١٣٨٤ هـ.

- نظام تسجيل وقيد المواليد والوفيات - نظام مكافحة الأمراض السارية والبلهارسيا والتراخوما.

- نظام العمل والععمال ونظام التأمينات الاجتماعية ١٣٨٩هـ..

تقديم الرعاية الصحية

- بداية تعدد القطاعات الصحية: ١٣٧٠هـ إدارة طبابة الجيش - ١٣٧٣هـ مستشفى القوات المسلحة بالرياض.

- ١٣٧٤هـ أول وحدة صحية للبنين - ١٢٨٢هـ أول وحدة صحية للبنات.

- ١٣٨٤هـ إدارة صحة البلديات - ١٣٨٠هـ أول مستوصف للحرس الوطني - ١٣٩١هـ إدارة الخدمات الطبية بالحرس الوطني.

- ١٣٨٨هـ أول مستوصف لوزارة الداخلية - ١٣٨٩هـ إدارة الخدمات الطبية بالأمن العام - ١٣٩٤هـ أول مستشفى جامعي (مستشفى طلال) بالرياض.

- في عام ١٢٨٦هـ وزارة الصحة ٥٦٨٦ سريراً.

- بقية القطاعات الحكومية = ٣٤٠ سريراً - والخاصة = ٧٥٠ سريراً.

- وزارة الصحة تتشيّع وتفتح أكثر من أربعين مستشفى.

التفطية العلاجية ١٣٩٤هـ

- الوزارة: ٥٨ مستشفى (٩٠٧٠ سريراً) + ٦٤٥ مستوصف.

- الحكومية الأخرى: ٥ مستشفيات (٦٦٠ سريراً) + ٧٢ مستوصفاً ووحدات صحية.

- القطاع الخاص: ١٩ مستشفى (١٠٩٦ سريراً).

الخدمات الوقائية

- حملات التطعيم ضد الجدري وبدء التطعيم ضد السل ١٢٨٦هـ

- التطعيم ضد الشلل والدفتيريا والسعال الديكي.

- بدء برنامج مكافحة الملاريا: مع أرامكو ١٣٦٨هـ، ومنظمة الصحة العالمية ١٣٧١هـ
- فتح محجر جدة الحديث (١٣٧٣هـ) ورفع قيود اللوائح الدولية على الحجاج، إنشاء خمسة مكاتب صحية في المدن الكبرى لممارسة مختلف الأنشطة الوقائية.

القوى العاملة

- حتى عام ١٣٨٠هـ، كان الاعتماد على التعاقد من مصر وسوريا والحبشة.
- ١٣٨٤هـ: بلغ عدد أطباء المستشفيات ٤٩٤ طبيباً، منهم ١٢٪ سعوديون، ٧٠٪ يعملون مع وزارة الصحة، ٥٪ بالقطاع الحكومي، ٢٥٪ بالقطاع الخاص.
- ١٣٨٦هـ: عدد الأطباء في المملكة ٥٢٥,٦٧٨ بوزارة الصحة ٧٧٪.
- التمريض (١٢٧٠) ٧٠٪ ذكور.
- ١٣٩٢هـ: صدور قرار تفرغ الأطباء للعمل الحكومي.
- ١٣٩٤هـ: بلغ عدد الأطباء ٢٦٤١ (منهم ٧٢٪ بوزارة الصحة).
- التمريض ٥٨٥٧ (منهم ٧٢٪ بوزارة الصحة).
- الفنيون ٣٢١٥ (منهم ٧٩٪ بوزارة الصحة).

التعليم الصحي

- من عام ١٣٧٧هـ إلى ١٣٩٢هـ.
- فتح ستة معاهد صحية وثلاث مدارس تمريض تقبل بالشهادة الابتدائية.
- ١٣٨١هـ: فتح كلية الصيدلة بالرياض - ١٣٨٩هـ فتح كلية الطب بالرياض.
- حتى ١٣٨٩هـ: ابتعاث ٤٠٠ طالب لدراسة الطب (ألمانيا - مصر - باكستان).
- حتى ١٣٩٤هـ: مجموع خريجي المعاهد الصحية ومدارس التمريض ١٩٨٠م خريجاً.

التمويل

- الاعتماد الكلي على ميزانية الدولة بسبب إيرادات النفط ابتداء من ١٣٦٧هـ.
- عام ١٣٧٣هـ: ميزانية الوزارة ٣٧ مليون ريال.
- عام ١٣٩٤هـ: ٥٨٣ مليون ريال بنسبة ٢٠,٨٪ من ميزانية الدولة.
- العلاج مجاني للجميع، بما فيهم عمال القطاع الخاص في الشركات التي تضم أقل من ٥٠ عاملًا.
- أما في الواقع فهو أن جميع منسوبي القطاع الخاص يمكن أن يعالجوه مجاناً، نظراً لعدم وجود ضوابط لأحقية العلاج.
- وخلال عشر سنوات (١٣٨٤ - ١٣٩٤هـ) زاد عدد المستشفيات الخاصة من ١٧ إلى ١٩ مستشفى، وارتفع عدد الأسرّة من ٧٥٠ إلى ١٠٩٦، بنسبة ١٢٪ من مجموع أسرة المملكة.

الوضع الصحي

النمط السائد هو انتشار الأمراض المعدية والطفيلية وأهمها:

- السل - الملاريا - البليهارسيا - الدوسنطاريا - التهاب الكبد الوبائي - التيفوئيد - شلل الأطفال - الحمى الشوكية - التراخوما.
- تفشيات موسمية للكولييرا في مكة وجازان والمنطقة الشرقية حتى عام ١٣٩٤هـ - الجدري حتى عام ١٣٨١هـ.
- ديدان الإسكارس - الحمى الروماتزمية - فقر الدم - أمراض الدم الوراثية في المنطقة الشرقية (١٠ - ٢٥٪ من السكان).
- الأمراض الجنسية (خاصة السيلان) - بدرجة أقل السكري - السرطان - مضاعفات حوادث الطرق. العمر المأمول في عام ١٣٨٥هـ ٥٧ عاماً.

القضايا والتحديات والحلول

- بعد النمو السريع للقطاع الخاص من (٢) مستشفى عام ١٣٧٠هـ إلى ١٧ مستشفى عام ١٣٨٤هـ ثم تباطأ النمو خلال العشر سنوات التالية من ١٧ مستشفى إلى ١٩ مستشفى بسبب:
 - ١- ممارسة أطباء الحكومة للعمل بعيادات خاصة.
 - ٢- صدور نظام المؤسسات العلاجية الخاصة.
- منح القروض للقطاع الخاص ابتداء من عام ١٣٩٤هـ.
- صدور نظام تفرغ الأطباء عام ١٣٩٢هـ.
- خلو القطاع الخاص من المنافسة وزاد الضغط على المستشفيات الحكومية مع انتشار المستشفيات الحديثة.
- ندرة القوى الفنية السعودية وضعف الإقبال على المعاهد الصحية.
- ضعف تأهيل مخرجات المعاهد الصحية ومدارس التمريض (الابتدائية).
- استمرار الاعتماد على العمالة الأجنبية.
- غلبة التعاقد مع غير المتحدثين باللغة العربية.

قصور التغطية الصحية

المعدلات:

الأسرة للسكان عام ١٣٧٥هـ : ٢٧٠٠ نسمة

الأسرة للسكان عام ١٣٨٦ : ٨٣٠ نسمة

الأسرة للسكان عام ١٣٩٤ : ٦٥٠ نسمة

المعدلات:

الأطباء للسكان عام ١٣٨٦ : ٧٣٥٠ نسمة

الأطباء للسكان عام ١٣٩٤ : ٢٦٥٠ نسمة

معدلات المستشفيات عام ١٣٨٦هـ بوزارة الصحة

٥٦٨٦	الأسرة
١٦ : ١	طبيب / سرير
٨ : ١	ممرض / سرير
٧٠ : ١	فني مختبر / سرير
١٠٠ : ١	فني أشعة / سرير

المرحلة الثالثة - الارتقاء - ١٤٢٠هـ - ١٣٩٥هـ

التنظيم والإدارة:

- ١٣٩٥هـ: تعيين عميد كلية الطب د. حسين الجزائري وزيراً للصحة، وكذلك كالتان للوزارة: صحية وإدارية.
- ١٣٩٦هـ: لائحة تسجيل الأدوية، ١٣٩٨هـ نظام مزاولة مهنة الصيدلة.
- ١٣٩٩هـ ربط شهادة الميلاد باستكمال التطعيمات.
- ١٤٠٣هـ تعيين د. غازي القصبي وزيراً للصحة.
- إعادة تنظيم الوزارة، وكذلك تنفيذية وأخرى للتخطيط والتطوير.
- ٢٠ مديرية ومديرية عامة للشئون الصحية.
- ١٤٠٣هـ إصدار اللائحة التنفيذية لنظام المؤسسات العلاجية الخاصة مع مرونة في إجراءات الترخيص.
- ١٤٠٥هـ تعيين الأستاذ فيصل الحجيالان وزيراً للصحة.
- ١٤٠٧هـ تعديل نظام المؤسسات الطبية الخاصة.
- ١٤٠٩هـ نظام مزاولة مهنة الطب البشري وطب الأسنان.
- ١٤١٢هـ لائحة الوظائف الصحية.

- نظام الهيئة السعودية للتخصصات الصحية عام ١٤١٣هـ.
- تعيين مدير جامعة الملك عبد العزيز د. أسامة شبکشي وزيراً للصحة عام ١٤١٦هـ.
- ٤٠٠هـ: ابتداء أسلوب التشغيل بواسطة الشركات (حتى عام ١٤١٩هـ معظم مستشفيات المملكة جرى إدارتها بأسلوب التشغيل التعاقدى).
- ١٤٠٤-١٤١٠ تطبيق نظام الإحالة من المركز الصحي للمستشفى.
- ١٤١٩هـ: بدء التحول للتشغيل الذاتي.

تقديم الرعاية الصحية:

- ١٢ جهة تقدم الخدمات الصحية مع تداخل وازدواجية في أهلية الاستخدام.
- افتتاح مستشفى الملك فيصل التخصصي ١٣٩٥هـ.
- الانتهاء من إنشاء ٥ مستشفيات إقليمية لوزارة الصحة.
- (٤٠٠ - ٥٠٠ سرير) عام ١٤٠١هـ.
- الانتقال لمستشفى الملك خالد الجامعي بالرياض عام ١٤٠٢هـ.
- افتتاح مستشفى الملك خالد التخصصي للعيون عام ١٤٠٤هـ.
- ١٤١٥هـ الانتهاء من إنشاء مدينة الملك فهد الطبية.
- إنشاء مراكز تخصصية للقلب (القوات المسلحة)، للعيون (وزارة الصحة)، للأنسان (وزارة الصحة).
- التوسيع نتيجة: زيادة الإيرادات، زيادة السكان والعمالة الوافدة، نشاط القطاع الخاص، تسابق لقطاعات الصحية.
- المستشفيات: وزارة الصحة من ٥٧ إلى ١٨٨ مستشفى، الأسرّة من ٩٠٧٠ سريراً إلى ٢٨٠٠ سرير.
- القطاع الحكومي من ٤٠ إلى ٦٦٠ مستشفى، الأسرّة من ٩٢٠٠ إلى ٩٢٠٠ سرير.

- القطاع الخاص من ٩١ إلى ٩٦ مستشفى، الأسرة من ١٠٩٦ إلى ٨٩٠٠ سرير.
- وحدات أخرى: وزارة الصحة من ١١٢٠ إلى ١٧٦٠ مركزاً صحياً.
- القطاع الخاص من ١٨٤ إلى ٧٠٨ مستوصفات، من ٥٤٤ إلى ٧٩٣ عيادة، من ١٠٤٠ إلى ٢٠٨ صيدليات.
- علاج غير السعوديين: ٢٨٪ نسبة المترددين في مستشفيات الدولة، السكان غير السعوديين من ١١٪ عام ١٣٩٤ هـ إلى ٢٧٪ عام ١٤١٩ هـ.
- عام ١٤٠٠ هـ تحويل جميع النقاط الصحية إلى مراكز صحية، مع دمج المكاتب الصحية ومراكز الأمومة بها.
- تعميم تطبيق نظام الإحالة عام ١٤١٠ هـ.
- انتشار التغطية بالتطعيم من ٣٨٪ عام ١٣٩٥ هـ إلى ٩٣٪ عام ١٤١٩ هـ.
- برنامج مكافحة الأيدز ابتداء من عام ١٤٠٦ هـ، من خلال منع استيراد الدم وفحص العمالة الوافدة والتوعية.

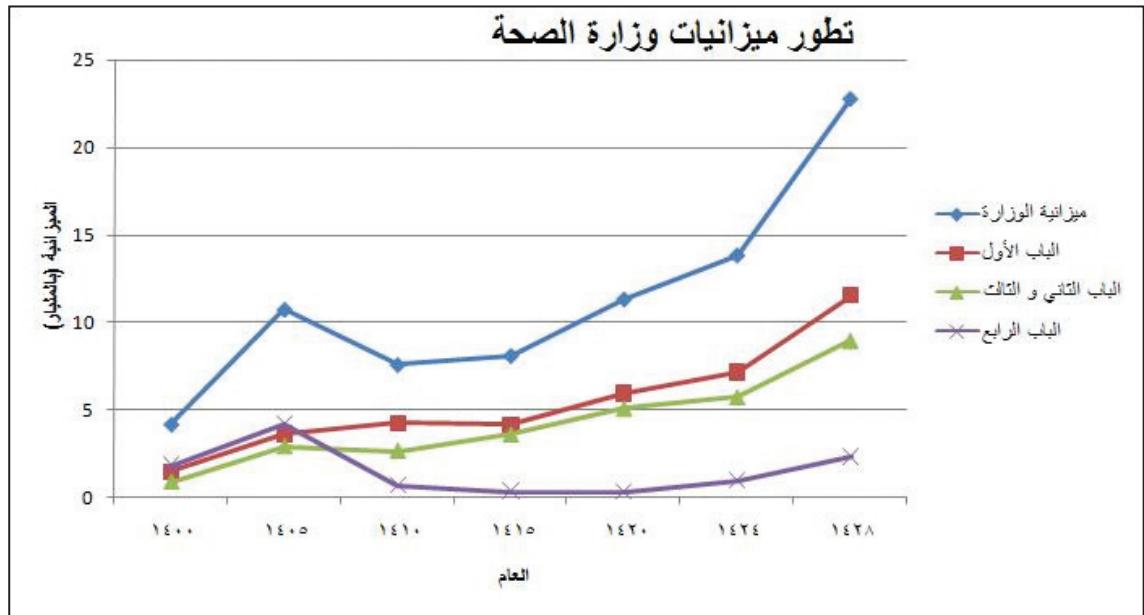
القوى العاملة:

- عام ١٣٩٥ - ١٣٩٦ هـ تخريج أول فوج من كلية طب الرياض، وافتتاح كلية طب في كل من جدة والدمام، ثم في أبها عام ١٤٠٠ هـ، ومكة ١٤١٦ هـ والمدينة المنورة ١٤١٩ هـ.
- فتح خمس كليات طبية تطبيقية في سنوات مختلفة في كل من الرياض، جدة، الدمام، مكة والمدينة.
- ١٣٩٩ هـ اعتماد وظائف دارس صحي لطلاب المعاهد الصحية.
- قصر القبول على الثانوية ابتداء من عام ١٤١٥ هـ، وتحويل المعاهد الصحية إلى كليات صحية متوسطة ومعاهد صحية مطورة.
- من ١٣٩٥ هـ إلى ١٤٠٥ هـ زيادة وظائف وزارة الصحة بمقدار ثلاثة أضعاف، وزيادة اعتمادات الباب الأول ست مرات.

- ارتفاع أعداد القوى العاملة من نحو ٤٠,٠٠٠ الى ١٠,٠٠٠ عاملًا.
- أما من ١٤٠٥ الى ١٤١٧هـ فلم تزد الوظائف المعتمدة إلا بمقدار ٦٪.
- في حين زادت القوى العاملة بالوزارة للأطباء من ٧٤٩٠ في عام ١٤٠٤هـ الى ١٤٧٨٦ في عام ١٤١٩هـ. وفي القطاع الحكومي من ٣٣٦٩ الى ٦٨٩١، وبالنسبة للتمريض والفنين زيادة مماثلة، ويرجع ذلك لتعيين الخريجين وعمالة عقود التشغيل أما القطاع الخاص فقد زاد عدد أطباء المستشفيات وحدهم من ٢٦٨ طبيباً في عام ١٣٩٥هـ إلى ١٢٠٠ طبيب في عام ١٤٠٥هـ.
- أما مجموع أطباء القطاع الخاص فقد زاد من ٣٠٢٤ طبيباً عام ١٤٠٤هـ الى ٩٨٢٢ طبيباً عام ١٤١٩هـ (بمقدار ثلاثة أضعاف) وبنفس النسبة للتمريض.
- ويلاحظ من حيث نسبة السعودية ضآلة مخرجات التعليم الصحي قياساً إلى متطلبات التوسيع في الخدمات (كما في وزارة الصحة):
 - في عام ١٣٩٦هـ كان عدد السعوديين من مجمل القوى العاملة الصحية يمثل ٢٤٪ (٢٧٧٧ فرداً).
 - وفي عام ١٤١٩هـ كان يمثل ٣٤٪ (٢٥١٢٦ فرداً) أي بزيادة ١٠٪ فقط خلال ٢٣ سنة.

التمويل:

- استمرار الاعتماد على ميزانية الدولة.
- ميزانية الوزارة زادت من ٢٢٠٠ مليون ريال عام ١٣٩٦هـ إلى ١٠٧٤٣ مليون ريالاً عام ١٤٠٥هـ.
- ثم توالى انخفاضها مع انخفاض إيرادات النفط حتى وصل إلى ٧٣٦٥ مليون ريال عام ١٤١٧هـ.
- تطلب الانخفاض إعادة التوزيع في شكل خفض لاعتمادات المشاريع وتقليل إحداث الوظائف. وتأجيل صرف مستحقات الشركات، وترامم الديون، وخفض بنود المستلزمات

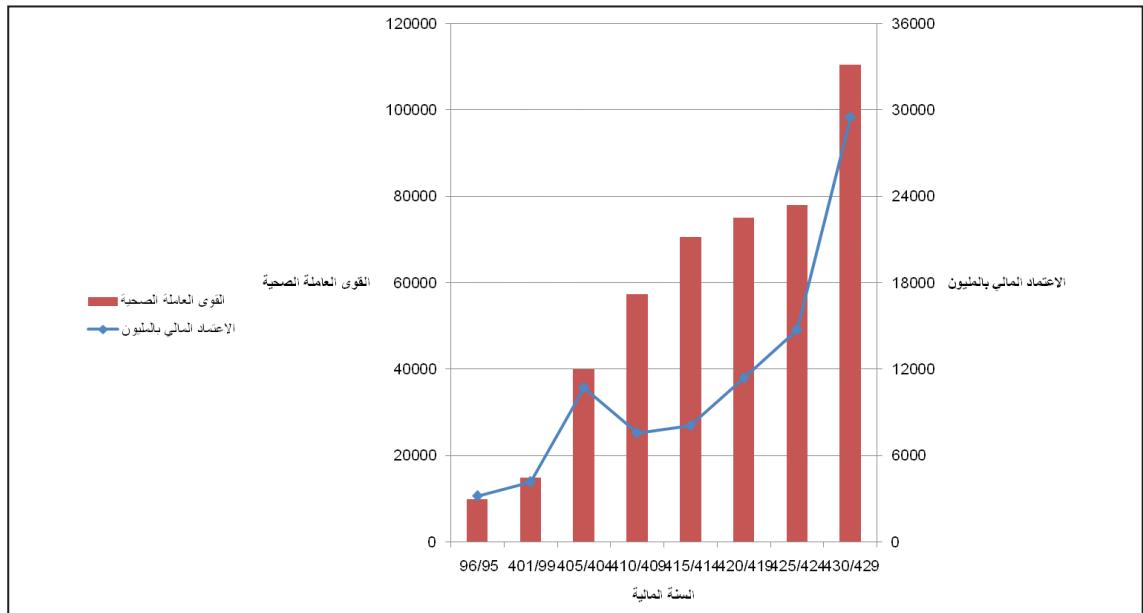


التشغيلية في الباب الثاني (كالأدوية والنفقات الشهرية وغيرها)، وينطبق ذلك على الجهات الحكومية الأخرى.

- ١٤١٨ هـ بداية ارتفاع الميزانية حيث بلغت عام ١٤١٩ / ١٤٢٠ هـ نحو ١٣٠٠٠ مليون ريال، يضاف إليها نحو ٨٥٠٠ مليون للقطاع الصحي الحكومي بحيث يساوي المجموع ٤٪ من الناتج المحلي الإجمالي. وحيث متوسط الإنفاق في القطاع الصحي الخاص يعادل ٢٠ - ٢٤٪ من الإنفاق الحكومي ف تكون النسبة من الدخل القومي ٥٪ أي بمقدار ١٢٠٠ ريال للفرد في السنة.

الوضع الصحي:

- تحسن المستوى الصحي نتيجة لتحسين المستوى المعيشي وإصلاح البيئة وكذلك الإسكان الصحي، وانخفاض الأممية (زيادة الوعي). وتضاعف الاستفادة من الخدمات الصحية (مثلاً تضاعف عدد الولادات في المستشفيات من عام ١٣٩٥ هـ إلى ١٤٢٠ هـ سبع مرات). وانخفضت معدلات الإصابة بالبلهارسيا والتراخوما بدرجة كبيرة. ونتيجة للتطعيم انخفضت الإصابة بالإمراض المعدية في الأطفال، وانخفاض معدل وفيات الأطفال



الربيع من ٥٢ في الألف عام ١٤٠٥ هـ إلى ٢١ في الألف عام ١٤١٩ هـ.

- العمر المأمول زاد من ٦١ سنة عام ١٤٠٥ هـ إلى ٧١ سنة عام ١٤١٨ هـ.. وفي مقابل ذلك زادت إصابات حوادث الطرق وأمراض القلب وداء السكري والأورام.

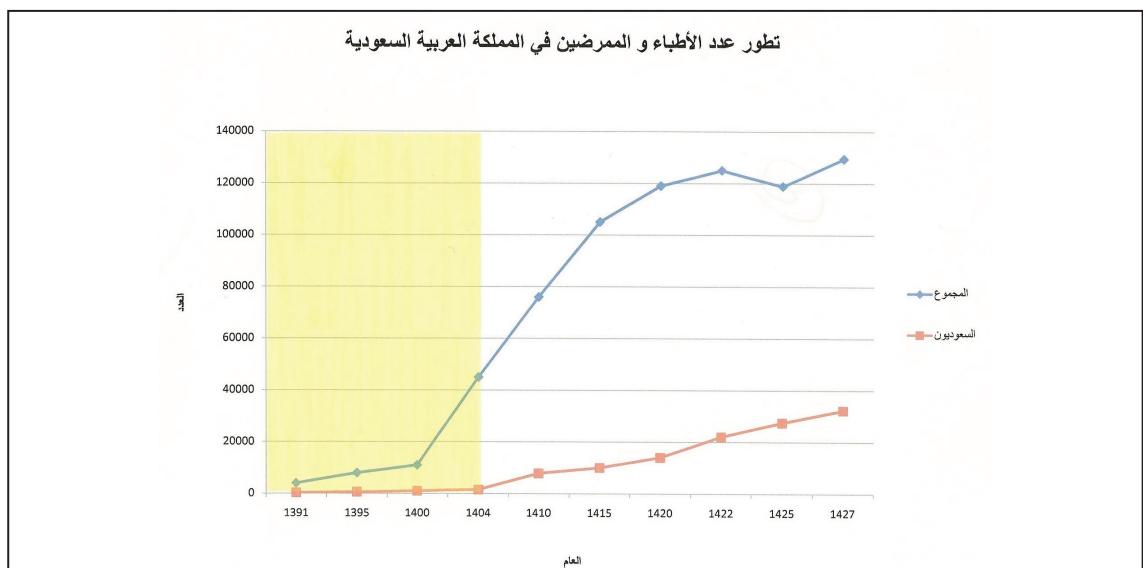
القضايا والتحديات

- ضعف الإنفاق الصحي بشكل عام (٥٪ من الناتج المحلي على الأكثر).
- الدور المركزي للجهات الحكومية الضابطة للموارد.
- المركبة في إدارة السياسة الصحية والإنفاق.
- الممول والمشتري = مقدم الخدمة.
- التركيز على الناحية العلاجية في توزيع القوى العاملة ٧٠٪ للمستشفيات.
- الإنفاق: رواتب المتخصصين / التجهيزات الكبيرة / الإنشاءات.
- التناقض بين القطاعات الحكومية في توزيع الموارد واستخدامها، وعدم التنسيق.
- الإهدار في الموارد بسبب الازدواجية ومجانية العلاج.
- الاستمرار في فتح المرافق الصحية وتشغيلها رغم خفض الاعتمادات وترامك الديون.

- تراجع أداء شركات التشغيل بسبب تدني العطاءات، وتأخر في صرف المستحقات.
 - التغيير المستمر في العمالة وضياع الخبرة المتراكمة.
 - تخلف مخرجات التعليم الصحي عن متطلبات الخدمة الطبية الحديثة كمًا ونوعًا.
 - ضعف أنشطة التدريب وإعادة التأهيل.
 - ضعف أداء الرعاية الصحية الأولية من حيث: ضعف مستوى وتأهيل العاملين، قصور نظام الإحالة.
 - أعباء الرعاية الصحية للوافدين رغم توسيع القطاع الخاص.
 - مراجعة أقسام الإسعاف.
 - ٢٨٪ نسبة إشغال الأسرّة من الوافدين
 - العمالة المنزلية ومنسوبي الشركات الصغيرة.

التفاوت بين المناطق في مستوى الخدمة ومعدلاتها:

 - من حيث الأسرّة: بين ٣٥ لكل ألف إلى ١٤ لكل ألف.
 - من حيث الأطباء: بين ٧٠٥٦ طبيب لكل مائة سرير إلى ١٨ طبيباً لكل مائة سرير.
 - توافر الاستشاريين: من ١٦ سريراً لكل استشاري إلى أكثر من مائة سرير لكل استشاري.



جريدة مجلس الضمان الصحي السعودي

الدكتور عبدالله بن إبراهيم الشريف
أمين عام الضمان الصحي السعودي



د. عبدالله بن إبراهيم الشريف

بداية أكرر الشكر لمؤسسة معالي الأمير عبد الرحمن السديري الخيرية، على إعطائي الفرصة للحديث في هذا المنتدى العلمي المهم. وفي الحقيقة أنا لم آتي هنا لأحاضر أمام أساتذتي ومعلمي، ولكن لأنشأرك في نقل بعض التجارب حول تطبيق التأمين الصحي خلال أربع سنوات.

كما تعلمون صدر النظام الصحي

التعاوني بتاريخ ١٤٢٠/٥/١هـ، وتم تطبيقه ابتداءً منذ أربع سنوات ونصف تقريباً على الفئات المستهدفة، ليستهدف العاملين في القطاع الخاص، الحق أيضاً النظام الصحي قراراً من مجلس الوزراء الموقر بإدراج السعوديين العاملين في القطاع الخاص وأفراد أسرهم بالتفطية التأمينية في هذا المجال بعد صدور القرار بإيجاد النظام الصحي، وتم عمل اللوائح التنفيذية والأنظمة ثم تحديد البوليسة والمنافع المحددة بالنظام الصحي.

بدأنا في بدايات التطبيق بالقطاع الخاص للعاملين فيه من غير السعوديين (فقط العاملين)، ابتدأنا بالشركات الكبيرة التي لديها ٥٠٠٠ عامل فأكثر، ثم تدرجنا تنازلياً إلى أن وصلنا إلى الشركات الصغيرة، واستغرق هذا تقريباً سنة ونصف. بعد التطبيق على الشركات ابتدأنا نطالب بتطبيق التأمين الصحي على المعالين في الشركات من غير السعوديين، تلا ذلك تطبيقه على السعوديين العاملين في القطاع الخاص وذويهم.

كانت هناك شراكة مهمة جداً (وهنا يأتي دور الشراكة التي ذكرناها) مع الجهات ذات العلاقة، وبخاصة مؤسسة النقد العربي السعودي كجهة رقابية، ومع وزارة الداخلية ممثلة في الإدارة العامة للجوازات، ومع شركات التأمين، ومع مقدمي الخدمة من القطاع الخاص، وكذلك مع مقدمي الخدمة الذين انضموا إليهم من القطاع الحكومي، وعلى سبيل المثال أربع وعشرون

مستشفى حكومياً تأتي ضمن المنظومة لتقديم الخدمة الصحية.

في بداية التطبيق كان عدد مقدمي الخدمة نحو مئتين تقريباً كشرط أساسى لإدراجه ضمن منظومة مقدمي الخدمة، التطبيق في بداياته كان تجربة جديرة بالتوثيق، وإن كانت هذه التجربة برمتها قصيرة في عرف الأنظمة الصحية، فمن أهم أسباب النجاح (بعد فضل الله سبحانه وتعالى) هو الاهتمام والرعاية مع الشركاء والعمل سوياً عند وضع أي تنظيم أو إجراء في سبيل تطبيقه، فجميع اللوائح تم إعادة مراجعتها مع بداية التطبيق لأنه وجدت بعض النقاط بها التي لا تتناسب مع سوق التأمين الصحي في المملكة.

انتهينا الآن من تطبيق التأمين الصحي على سبعة ملايين مؤمناً لهم، من ضمنهم مليون ومائتي ألف سعودي، ٥٨٠ ألفاً من الموظفين، و٦٢٠ ألفاً من المعالين، والبقية من غير السعوديين.

لدينا الآن ٢٦ شركة تأمين مسجلة (طبعاً جميع الشركات مسجلة ومرخصة ومجازة من قبل المقام السامي) لدى مؤسسة النقد العربي السعودي.

مقدمو الخدمة وصل عددهم الآن إلى ٢١٤٧، من ضمنهم ١٥٢ مستشفى، هناك أغلب مقدمي الخدمة من مجمعات العيادات الخاصة والمستوصفات، وأيضاً جراحات اليوم الواحد، والعيادات الخاصة، وهناك أيضاً جهة مهمة جداً لها علاقة بصناعة التأمين (كما يعلم الجميع) وهي شركات إدارات المطالبات، الآن مسجلة لدينا خمس شركات إدارات مطالبات، وهذه الشركات تتولى التسويق بين مقدمي الخدمة وبين دافعي قيمة الخدمة لشركات التأمين.

كما تعلمون بموجب نظام الضمان الصحي، فإن العامل أو الموظف لا يدفع أي شيء من أقساط التأمين، ولكنها تدفع بالكامل من قبل صاحب العمل.

نظام العمل الجديد الذي صدر مؤخراً، وكما جاء في المادة ١٤٤ يعزز نظام الضمان الصحي التعاوني، ويتم تقديم الخدمات الصحية بما يقرره معالي وزير العمل، وبما يتوافق مع مراعاة ما يحدده الضمان الصحي التعاوني.

أود أن يكون سياق الحديث عن ملاحظاتنا خلال الفترة الماضية؟ لأن ذلك هو المحك.

في بداية تطبيق التأمين الصحي كانت هناك معارضات من قبل أصحاب العمل، وكنا نتلقاً

بأن أصحاب العمل الذين لديهم الشركات الكبيرة والذي يفترض أن لديهم الوعي المالي لاحتواء المخاطر المالية حيال الصرف على الخدمات الصحية للعاملين لديهم، فوجئنا بأن بعضهم كانوا يعارضون، وفي الحقيقة فإن وزارة العمل ممثلة في مكاتب العمل بالمناطق، ساعدتنا كثيراً على تفعيل تطبيق التأمين الصحي.

كفاءة شركات التأمين في بداية التطبيق وقدرتها على تناول الأعداد من المؤمن لهم كبنية إدارية وانتشار في المملكة كانت ضعيفة، وكانت هناك مشاكل في موضوع احتواء بعض الأعداد التي تأتي، وفي آلية نقل المعلومات من قبل شركات التأمين -كان في ذاك الوقت لا يوجد إدراك- أنهم ومقدمي الخدمة هم جزء من المنظومة الصحية، وعليهم أن يعملوا يدأ بيد، كانوا يتصرفون بما يقال عنه الاقتصاد الانقالي (Transition Economy).

مع مرور الوقت، كانت هناك لقاءات واجتماعات تضم شركات التأمين المقدمة للخدمة أو أصحاب العمل، ولاحظنا في السنوات الأخيرة اختلافاً في لغة الحوار بين الشركاء، إذ أن هذا الجانب يعد مهماً جداً بالنسبة لهم، لا يمكن لشركة التأمين الانفصال عن مقدمي الخدمة ولا يمكن لمقدمي الخدمة الاستغناء عن شركات التأمين بوصفهم ممولين، وهناك بعض أصحاب المستشفيات يفضلون مرضى التأمين الصحي عن العلاج بالأجر، بعض المؤسسات العلاجية وصل دخلهم السنوي ٨٠٪ من خلال ما يأتิهم من شركات التأمين.

أسلوب الحكومة الذي اعتمد في مجلس الضمان الصحي، هو عدم التدخل في العلاقة الخاصة بين أصحاب المصالح، إلا إذا كان هناك ما يضر بالمؤمن له، فمسؤوليتنا هي الحفاظ على حقوقه.

كانت هناك بعض التجاوزات لأسباب - أحياناً مبررة وأخرى غير مبررة -، مثل بعض أصحاب العمل من الشركات المتوسطة أو الصغيرة لأنهم يتعاملون بأنشطة متغيرة أو غير ثابتة، ولكن بتعاون الشركاء مع بعضهم بعضاً، سواء وزارة العمل أو وزارة التجارة، توصلنا إلى أن نحدّ من تجاوزاتهم لإعطاء حق التأمين الصحي للعامل لديهم.

ظهر تداخل بين بعض الفئات التأمينية التي لها علاقة بالصحة مثل: التأمين ضد مخاطر العمل والتأمين على المركبة، وهناك تنسيق مع المؤسسة العامة للتأمينات الاجتماعية، وبعض

الجهات مثل مجلس الغرف السعودية وغيرها، فيما يخص بعض الأشياء التي لها علاقة بـ لجان التأمين الصحي (سواء لجان القطاع الصحي الخاص، أو لجان التأمين).

ومما يبشر بالخير أنه بعد ما تم إدراج السعوديين كمطلوب للتأمين الصحي، فإن ذلك حفز بعض الشركات على عدم التلاعيب في موضوع التأمين الصحي (ونحن نأخذ أي شكوى من الذين لم يؤمنن عليهم بكل جدية)، وذلك ساعد على أننا وصلنا في وقت قياسي إلى سبعة ملايين مؤمن عليه في حوالي أربعة أعوام ونصف العام.

من أهم عناصر القوى في هذا النظام أنه نظام يشمل جميع الفئات العاملة في القطاع الخاص، والجهة الوحيدة التي جاءها استثناء من تطبيق النظام (بموجب أمر سامي) هي شركة أرامكو السعودية، بعد حوارات بيننا وبينهم في هيئة الخبرة لحوالي سنتين ونصف، لكن بقية الشركات جميعها مطالبة باستيفاء هذه الشروط.

كما يذكر الجميع في المحاضرة التي سبقت مع بداية اللقاء، حداثة الموضوع جعلت الجميع يشعرون أنهم لا يزالون في منحني التعلم، سواءً شركات التأمين، أو مقدمي الخدمة، حتى الجهات الرقابية مثل: الضمان الصحي، ومؤسسة النقد. أعتقد أنه في مرحلة مثل هذه تبرز أهمية الشراكة والتكامل، وهذا في الحقيقة بفضل الله تعالى لم يجعلنا نقع خلال التطبيق في أي مشكلة كبيرة أدت إلى تلاشي هذه الفكرة من بداياتها، خاصة أنه كان لها بعض المعارضات بأساليب مختلفة.

هذا ما أردت أن أوجزه..... شكرًا لإصحابكم.

أوراق العمل المقدمة في الجلسة الثانية

أدارها الدكتور عدنان بن أحمد البار

أ. د. عدنان أحمد حسن البار

هناك توجه من الهيئة السعودية للتخصصات الصحية بتبني فكرة إنشاء جمعية علمية لتكون هنالك مؤسسات في المجتمع المدني والخيري تهتم بنصرة المرضى ومن لهم شكاوي أو قضايا في القطاع الطبي، وأخيراً تكون لدينا مؤسسات لديها قدرات قضائية وحقوقية قوية في هذا الاتجاه.

نحن نعتز بنظامنا القضائي، لكن هنالك حاجة كبيرة إلى إيجاد تطوير كبير جداً في الأنظمة والقوانين المراقبة والمقاضاة الطبية، وقد سمعت من كثير من القضاة أن من أصعب القضايا هو القضاء الطبي بحكم تعقيداته ومدخلاته.

في مجال الخدمات الإسعافية نحن نحتاج إلى أن نفرق ما بين أمرين: هنالك الخدمات الإسعافية التي حددها النظام الصحي كمسؤولية لجمعية الهلال الأحمر السعودي، وهذه ليست هي المقصودة في حديثنا على أهميتها لكنها ضمن مجالات الاهتمام بها. وأن نوجد آلية وإمكانية بحيث كل من يحتاج إلى خدمة إسعافية طارئة أن يحصل على هذه الخدمة دون عناء ودون الإطالة في الوقت، لكي لا تفقد الكثير من فرص النجاحات السريرية في المعالجة مثل هذه الحالات.

لذلك إيجاد نظام نقل طبي أو نظام إسعاف طبي فعال في أقسام ووحدات الطوارئ عندنا يحتاج في الحقيقة إلى آلية واضحة ومحددة وفعالة وتدعم بما يلزم لتحقيقها.

شكراً لإسهامكم..

**وضع النظام الصحي
في المملكة العربية السعودية إرهاصات التغيير**

أ. د. فالح بن زيد الفالح

خلاصة الوضع الراهن للخدمات الصحية في المملكة

تنمية الكوادر الصحية

أ- تقديم الخدمات الصحية:

١) الوضع الراهن:

الجهة المقدمة للخدمة	صفة الخدمة والمستفيدين	المراجعون	المنومون	أسرة
وزارة الصحة: ٢٢٥ مستشفى ١٩٢٥ مركزاً صحياً	خدمات علاجية ووقائية لجميع السكان (باستثناء منسوبي الشركات الخاصة) والحجاج والمعتمرين.	٧٥,٠٠٠,٠٠٠	١,٦٤٠,٠٠٠	٣١٤٢٠
الحرس الوطني: ٤ مستشفى ٢٧ مركزاً صحياً	لمنسوبي الحرس الوطني والمرضى المحولين من جهات أخرى.	٢,٩٢٧,٧٠٠	١٠٥,٥٦٦	١٥٩٧
القوات المسلحة ٢٥ مستشفى ١٣٢ مركزاً صحياً	لمنسوبي القوات المسلحة والمحولين من جهات أخرى.	٨,٠٠٦,٠٠٠	٢١٧,٣٣٩	٥١٤١
وزارة الداخلية: ١ مستشفى ٨٧ مركزاً صحياً	لمنسوبي وزارة الداخلية بجميع أجهزتها، رعاية السجناء.	٤,٣٠٦,٠٠٠	٢٢,٣٨٧	٣٤٦
المستشفيات الجامعية: ٤ مستشفيات	المراجعون للعيادات الأولية والطوارئ والحالات التعليمية والمحولون من جهات أخرى	١,٢٢٩,٠٠٠	٨٤,٨٠٥	١٨٧٦
مستشفى رعاية الشباب:	منسوبي النوادي الرياضية ورعاية الشباب	١٣٣,٠٠٠	--	٣٠
أرامكو*: ١ مستشفى ٥ مراكز صحية	منسوبي شركة أرامكو وعائلتهم لعام ١٤٢٦	١,١٠٦,٧٠٠	٢٠٣٤١	٤٠٠
الهيئة الملكية للجبيل وينبع: ٢ مستشفى	سكان المدينتين الصناعيتين والعاملون بالمصنع ومرافق الهيئة وعائلتهم	٦٥٠,٠٠٠	٢٣٩٦٢	٤٨٥

--	--	١,٧٨٥,٣٠٤	منسوبي وزارة التربية والتعليم ومدارسها وطلابها.	الصحة المدرسية وحدة ٢٢٨
--	--	٦٢١,٤٠٠	موظفو وطلاب الجامعة وموظفو مؤسسات التحلية، مصلحة المياه، والاستخبارات العامة... الخ.	عيادات مجتمعية في مؤسسات حكومية وجامعات
٩٨٣	٢٢٧٤٤	٦٥١,٥٧٥	مرضى محالون من مستشفيات أخرى أو من الهيئات الطبية أو بأوامر خاصة أو مراجعون للعيادات الشاملة مقابل الدفع.	مستشفى الملك فيصل التخصصي في الرياض وحدة ١ مستشفى
٣٠	--	١٢٣,٠٠٠	منسوبي النادي الرياضية ورعاية الشباب.	مستشفى رعاية الشباب
١١٢٧١	٦٥٣٥٧٤	٤٣,٥٠٠,٠٠٠ ٩,٠٠٠,٠٠٠ (تقديرى)	مراجعون من جميع الفئات مقابل الدفع المباشر أو التأمين لمنسوبي الشركات.	القطاع الخاص ١٢٣ مستشفى ١١٥٢ مستوصف ٤٥٧ عيادة مجتمعية ٢٢٨ عيادة خاصة ١٥٢ عيادة شركة
--	--	١٠٥٥٧٥	نقل الحالات الإسعافية لما قبل المستشفى	هيئة الهلال الأحمر **** ٢٧٢ مركز إسعاف

المصدر: تقرير إستراتيجية الرعاية الصحية بالمملكة- مجلس الخدمات الصحية ١٤٢٧هـ، والكتاب الإحصائي السنوي لوزارة الصحة ١٤٢٨هـ.

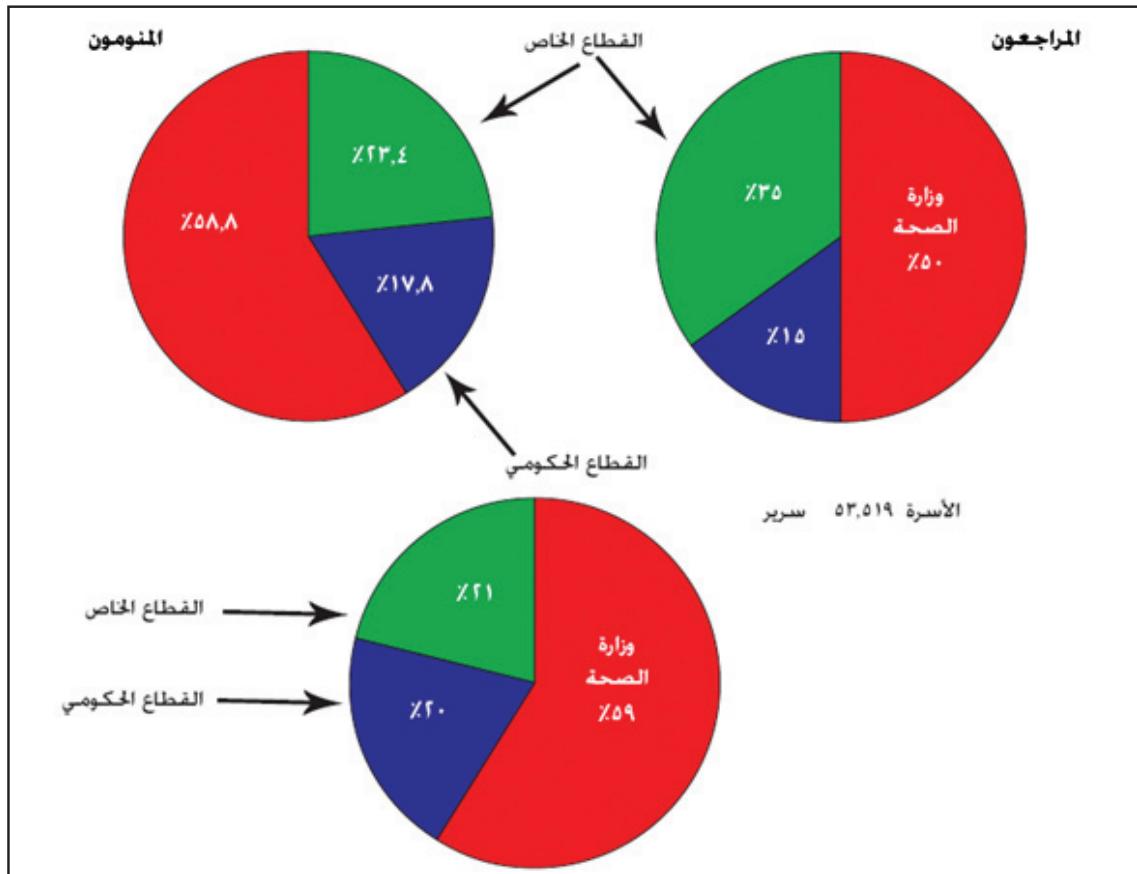
* لا يشمل أسرة المستشفيات التي تحت التنفيذ.

** شركة أرامكو متعاقدة مع مؤسسات صحية أخرى لعلاج منسوبيها.

*** العيادات المجمعة والمستوصفات تسمى الآن وفقاً لنظام المؤسسات الصحية الجديد (مجمع طبي).

**** ابتداءً من نهاية ١٤٢٩هـ تحول مسمى جمعية الهلال الأحمر إلى (هيئة الهلال الأحمر).

أما عن حجم المراجعين والمنومين وكذلك الأسرة التي يمثلها هذا القطاع الصحي في المملكة العربية السعودية، فتحظى وزارة الصحة بالنصيب الأكبر من ناحية المراجعين والمنومين (هذه الأرقام لا تعكس (جودة/عدم جودة) الخدمة، ليس لدينا مقاييس حولها).

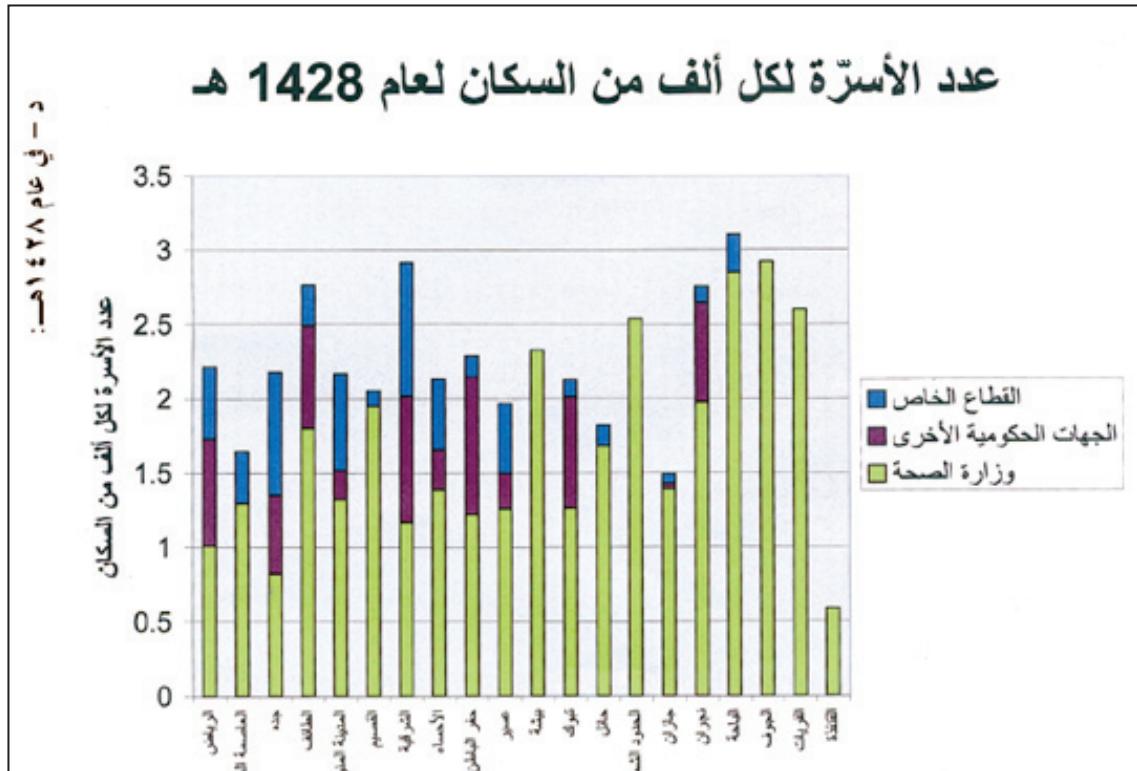


أريد أن أركز على أحد الإشكاليات للنظام الصحي أنه لم يضع في الاعتبار قضية النمو السكاني حتى يتاسب مع نمو الخدمات الصحية.

نمو الأسرة من عام ١٤٢٨ هـ إلى ١٤٢٩ هـ

السنّة	وزارة الصحة	القطاع الحكومي	القطاع الخاص	المعدل لألف من السكان
١٤٢٩ هـ	٢٧٧٩٤	٨٨٣٠	٨٦٧٦	٢,٣
١٤٢٨ هـ	٢١٤٢٠	١٠٨٢٨	١١٢٢٧	٢,٢
نسبة الزيادة	٪١٣	٪٢٣	٪٢٩	(١,-)

عدد الأسرة لكل ألف من السكان لعام 1428 هـ



النطاق	الأسرة	النسبة	المراجون	النسبة	المتوسط	النسبة	النسبة	الأطباء	نسبة الأطباء المعدودين	أطباء لكل ١٠٠ سرير	أطباء لكل ١٠٠ مصانع الأطباء	نسبة الأطباء
وزارة الصحة	٣٦٤٢٠	%٥٩	٥٨,٩ مليون	%٤٨,٩	٣٢٤٢٠	%٤٨,٢	%٤٨,٢	٢٢٦٤٣	%٥٨,٨	٥١	%٥٤	%٢٠
الجهات الحكومية	١٠٨٢٨	%٢٠	٢٠,٣ مليون	%٦١٦,٦	٤٩٨١٤٤	%٦١٧,٨	%٤١	١٠٨٠٨	%٦١٧,٨	٧٢	%٦٧٦	%٤٨,٢
القطاع الخاص	١١٢٧١	%٢١	٤٣,٥ مليون	%٦٣٥,٥	٦٥٣٥٧٤	%٦٢٣,٤	%٢١	٩٠٢١	%٦٢٣,٠	٥٢	%٦٨٣	%٤١
دون اطباء العيادات والاسنان	٥٣٥١٩	%١٠٠	٩٦,٢ مليون	%٩٦,٢	٢,٧٩٢,١٠٦	%٩١٠٠	%١٠٠	٣٠٢٨١	%٩١٠٠	٤٢	%٩١	%٢١,٦
المجموع												

** هذه الزيادة الملحوظة في عدد مراجععي القطاع الخاص هي كما وردت في الكتاب الإحصائي لوزارة الصحة لعام ١٤٢٨هـ ولم يذكر تفسير لها وقد تكون لضياعات أعداد مراجععي العيادات التي لم تكن تضاف في السابق ولا يشمل عدد مراجععي وزارة الصحة عند الذين يراجعون الإسعاف.

إرهاصات التحول (أو التوجه نحو التغيير)

الضمان الصحي التعاوني:



أ. د. فالح بن زيد الفالح

دخلت المرحلة الحاضرة من تطور النظام الصحي بعلامة فارقة؛ فقد صدر في العام ١٤٢٠هـ نظام الضمان الصحي التعاوني، بعد دراسات طويلة قامت بها وزارة الصحة، ومناقشات مبنية في هيئة الخبراء انتهت بإحالة مشروع النظام إلى مجلس الشورى في دورته الأولى ١٤١٨هـ، ثم أقره المجلس ١٤١٤هـ.

بعد دراسات مستفيضة أيضاً في بداية دورته الثانية، ورفعه إلى مجلس الوزراء حيث صدر به المرسوم الملكي رقم ١٠/٢ تاريخ ١٤٢٠/٥/١، وكانت أولى تطبيقات هذا النظام تشكيل مجلس الضمان الصحي التعاوني من ممثلين للوزارات الحكومية ذات العلاقة وممثلين لشركات التأمين والقطاع الخاص. وانحصرت مهمة المجلس في بداية عمله في وضع اللائحة التنفيذية للنظام ومع أن تطبيقه الفعلي لم يبدأ إلا في عام ١٤٢٧هـ، كما نبين فيما بعد - إلا أن صدور النظام كان إيذاناً بدخول مرحلة جديدة من مراحل تطور النظام الصحي تختلف مما سبقها وتؤكد التوجه نحو التغيير والتحول، مستفيدة من تجارب وعثرات المراحل السابقة.

مجلس الخدمات الصحية

تضمن النظام الصحي في مادتيه السادسة عشرة والسابعة عشرة النص على إنشاء مجلس للخدمات الصحية وتحديد اختصاصاته. وتمثل في هذا المجلس الذي يرأسه وزير الصحة وزارة الصحة والتعليم العالي (الكليات الصحية)، والقطاعات العسكرية، والقطاع الصحي الخاص، وجمعية الهلال الأحمر، والهيئة السعودية للتخصصات الصحية، ومجلس الضمان الصحي،

والهيئة العامة للغذاء والدواء. وبهذا المجلس تتوافر آلية منظمة للتسيير والتكميل بين الجهات الصحية لم تكن موجودة على هذا النحو. إلا أن المجلس لا يملك صلاحيات تشريعية أو تنفيذية، ولا تكون قراراته ملزمة إلا إذا اعتمدتها مجلس الوزراء. لكن ذلك لا يقلل من جدوى المجلس؛ فعلى سبيل المثال، اتفق أعضاء المجلس في عام ١٤٢٦هـ على إنشاء مجلس مركزي لاعتماد المنشآت الصحية، كما تبني المجلس فكرة إنشاء شركة وطنية للشراء الموحد في ١٤٢٧هـ، كما أنشئت بقرار من المجلس في أوائل عام ١٤٢٨هـ لجنة وطنية لوضع إجراءات ومعايير وضوابط عمل بنوك الخلايا الجذعية المأخوذة من الحبل السري وفي العام نفسه أيضاً أقر المجلس معايير قياسية لنمو الأطفال والراهقين السعوديين.

النظام الصحي

هذا هو مسمى القانون الذي صدر في ١٤٢٣/٣/٢٣هـ بمرسوم ملكي، بعد أن خضع للدراسة والمناقشة سنوات طويلة، بدأت في وزارة الصحة منذ عام ١٤٠٥هـ، عندما قدم وكيل وزارة الصحة والخطيط والتطوير في ذلك الوقت الدكتور جميل الجشي، مشروع إستراتيجية صحية ركزت على مبدأ الإدارة الذاتية والتحصيص في إدارة وتشغيل المرافق الصحية، وتحديد أدوار الجهات الفاعلة في تقديم الخدمات الصحية (وزارة الصحة- القطاعات الصحية الحكومية الأخرى- القطاع الخاص). وربما لم يكن الظرف مناسباً آنذاك لفهم هذا التحول الجذري. لذلك اتجه الفكر إلى حل وسطي يتمثل في إعداد مشروع نظام صحي يأخذ في الاعتبار المعطيات المتحدة في الإدارة الصحية والتوجهات الحديثة في التمويل والتشغيل، وأرسلت وزارة الصحة مشروعها إلى هيئة الخبراء في عام ١٤١٢هـ ولكن اللجنة العامة بمجلس الوزراء رأت إعطاء الأولوية في البحث لمشروع الضمان الصحي التعاوني الذي سبقت الإشارة إليه. ولما كان مجلس الشورى الذي تم تشكيله في عام ١٤١٤هـ في دورته الأولى يضم نخبة من الأطباء والمتخصصين السعوديين الذين عملوا في المجال الصحي فترة ليست بالقصيرة ويدركون (الهم الصحي) فقد اقترحا على المجلس مشروع نظام يحدد الهيكل العام للنظام الصحي في المملكة من حيث الإدارة والتشغيل والتمويل؛ وهكذا فإنه عند إحالة مشروع النظام الصحي الذي أعدته وزارة الصحة إلى مجلس الشورى كانت اللجنة الصحية بالمجلس قد شرعت في إعداد مشروع مماثل. لذلك تم دمجها في مشروع واحد أقره المجلس في دورته الثالثة ثم أقره مجلس الوزراء وصدر بمرسوم ملكي عام ١٤٢٣هـ.

المجلس المركزي لاعتماد المنشآت الصحية:

تُبرم بعض المستشفيات الكبرى (المرجعية) اتفاقيات مع مؤسسات اعتماد خارجية (غالباً أمريكية وكندية) لاعتماد هذه المستشفيات دولياً أو لإدخال برنامج لتطوير الجودة. إلا أن الجهات الصحية في مجلس الخدمات الصحية اتفقت على تطبيق نظام موحد لاعتماد الجودة. وأنشأت لذلك المجلس المركزي لاعتماد المنشآت الصحية، الذي قام بوضع معايير وطنية للمستشفيات وأنشأ فروعاً له في المناطق. كما عهد إليه الإشراف على تصنيف وتقويم جودة المؤسسات الصحية الخاصة التي تقدم خدمات صحية للمشترين في برنامج التأمين الصحي.

الشركة الوطنية للشراء الموحد

تحققت فكرة التنسيق في شراء المواد الطبية قبل (٣٠) سنة، من خلال مجلس وزراء الصحة لدول مجلس التعاون الخليجي. إلا أن عمليات الشراء المنفردة واختلاف المعايير واختلاف الأسعار والبيروقراطية في الإجراءات أرهقت - فيما يبدو - الجهات الصحية في المملكة فتعالت الأصوات المطالبة بتوحيد عمليات الشراء وما يرتبط بها من إجراءات. وتبورت في البداية في اقتراح هيئة حكومية مركبة، ولكن اللجنة الوزارية للتنظيم الإداري أوصت بعد دراسة عميقة بأن تأخذ الهيئة الحكومية شكل شركة وطنية مساهمة. وتبني مجلس الخدمات الصحية هذه التوصية التي وافق عليها المقام السامي، وصدر بإنشائها مرسوم ملكي في منتصف عام ١٤٢٨هـ. وتتركز مهام الشركة على القيام بدور الوسيط والمعهد لصالح الجهات الصحية في تأمين الأدوية والمستلزمات والأجهزة الطبية وتوریدها وتخزينها وتوزيعها، من دون أن تكون منافسة للشركات الموردة.

تحديث الأنظمة الصحية

من خلال النمو والتوجه المطرد في الخدمات الصحية اتضحت بعض نواحي القصور في الأنظمة القائمة، فكان التحديث مطلباً تبناه منذ تعيينه وزيرًا للصحة الدكتور أسامة شبشكش. لكنها أقرت من مجلس الشورى وصدرت بها مرسوم ملكي، بعضها بعد تولّي الدكتور حمد المانع وزارة الصحة في ربيع الأول عام ١٤٢٤هـ وهي على النحو الآتي:

١- نظام المؤسسات الصحية الخاصة:

- صدر في ذي القعدة عام ١٤٢٢هـ وأهم ما يميزه عن سابقه ما يلي:
- لا يشترط أن يكون مالك المستشفى (أي المستثمر) سعودياً.
 - يشترط لملكية المجمع الطبي أن يكون طبيباً أو مشتركاً مع طبيب.
 - لا يشترط للمستثمر في المناطق النائية أن يكون سعودياً.
 - يجيز لوزير الصحة الإيقاف المؤقت للمؤسسة الصحية الخاصة إذا ارتكبت مخالفات تُعرض المرضى للخطر.
 - تصنيف المؤسسات الصحية ووضع أسعار استرشادية لخدماتها (متوسط سعرى).
 - تنظر الهيئة الصحية الشرعية في مسؤولية المؤسسة الخاصة عن الأخطاء الطبية المهنية، التي ترفع بها مطالبة حق خاص أو عام.

وقد واجه اشتراط مشاركة الطبيب في امتلاك المجمع الطبي معارضه قوية من ملاك المجمعات الطبية تسببت في تجديد فترة الوضع القائم لمدة خمس سنوات أخرى. ونجحت ضغوط مجلس الغرف التجارية والصناعية في طلب إعادة النظر في المادة التي تنص على ذلك من قبل مجلس الشورى. وتواجه المادة الخاصة بوضع الأسعار الاسترشادية معارضه القطاع الخاص.

تنمية الكوادر الصحية

أولاً: التنظيمات المتعلقة بحوافز الكوادر الصحية:

أشرنا سابقاً إلى لائحة الوظائف الصحية وما كانت تتضمنه من مزايا جديدة للكوادر الصحية - وبشكل خاص من حيث التدرج الأفقي المستمر من المستوى الأول إلى المستوى السابع على مدى ٢٨ سنة. وتميز الأطباء بتقسيمهم على ثلاث فئات صاعدة، من طبيب مقيم إلى أخصائي إلى استشاري -، بينما نظمت كوادر الصيادلة والأخصائيين الصحيين (الجامعيين) والفنين في فئة واحدة لكل منها والمساعدين الصحيين في فئتين: أ، ب.

إلا أن التوسيع المضطرب في برامج التشغيل بواسطة عقود الشركات ثم في برامج التشغيل الذاتي وكذلك التمييز في الرواتب بين متعاقدين من دول غربية وأخرى شرقية أوجد تفاوتاً واسعاً الشقة في الرواتب والحوافز، جعل المنتسبين للائحة الوظائف الصحية ولائحة أعضاء هيئة التدريس يتذمرون من الفوارق المجنحة بين عاملين يحملون المؤهلات نفسها والخبرة ذاتها، وفي بعض الأحيان يعملون في المستشفى نفسه !!.

وقد تولدت من هذا الوضع ضغوطاً كان من نتيجتها أن أصدرت التنظيمات التالية:

أ- اللائحة المنظمة لتعاون أعضاء هيئة التدريس مع القطاع الخاص:

صدرت هذه اللائحة عام ١٤١٢هـ وهي عامة لجميع أعضاء هيئة التدريس، وتسمح لهم بالعمل في القطاع الخاص بمعدل ساعتين (أو جلستين) في الأسبوع (خلال الدوام الرسمي) ومن دون تحديد فيما عدا ذلك. الهدف من هذه اللائحة هو الحدّ من تسرب أعضاء هيئة التدريس للقطاع الخاص بسبب الحوافز المالية ومن بينهم الممارسون الصحيون. وقد لبّى هذا الترتيب حاجة القطاع الصحي الخاص إلى الاستشاريين ذوي التخصصات الدقيقة خاصة، وسد فراغاً لدى كثير من المؤسسات الصحية الخاصة وأنشئت في هذه المؤسسات عيادات تقوم على جهد غير المترغبين وحسبما هو شائع في القطاع الخاص، فإن هؤلاء يحددون أجورهم ويتفقون مع المؤسسة التي يتعاونون معها على حصة كل منها. إلا أنه ترتب على هذا النظام عواقب ذات بال بصفة خاصة هي:

١. خلل في النشاط التعليمي والبحثي في المؤسسات الجامعية.

٢. شعور قوي بالغبن لدى أقران هؤلاء العاملين في مؤسسات صحية غير جامعية، ما دفع بعضهم إلى التسلل في أوقات الدوام أو خارجه للعمل بعض الوقت في مؤسسات صحية خاصة، بشكل غير نظامي.

ب- تنظيم عمل الاستشاريين في عيادات داخل مؤسساتهم:

أنمرت الضغوط التي أشرنا إليها من قبل، بسبب التفاوت في الحوافز ثم الفرص المتاحة للجامعيين. دون غيرهم، في العمل الجزئي بالقطاع الخاص بإصدار مجلس الوزراء في عام

١٤٢٢هـ لتنظيم يسمح للأطباء الاستشاريين السعوديين بفتح عيادات خاصة في المؤسسات الصحية الحكومية التي يعملون بها، وأوكل التنظيم إلى لجنة مشتركة من جهة العمل وديوان المراقبة العامة ووزارة المالية مراقبة تطبيق هذا التنظيم وتوزيع إيراداته التي تضمنت حصصاً للطبيب والمستشفى وخزانة الدولة. وأصبحت تسمى هذه العيادات (مراكز أعمال)، تجلب موارد إضافية للمستشفى.

وقد واجهت هذا التنظيم صعوبات عملية منها:

- المزايا تحصر في تخصصات محدودة.
- حجز نسبة من الأسرة لمرضى مراكز الأعمال يتعارض مع أولويات المستشفى.
- الشعور بالتمييز في المواعيد ومقابلة الاستشاريين وإن كان خارج الدوام.
- تقويض عملية الحدّ من مراجعة منسوبي القطاع الخاص من غير المواطنين.
- شعور القطاع الخاص بالمنافسة غير العادلة.

ج- محاولات تقليل الفوارق وتحسين الحوافز:

خصص لبرنامج التشغيل الذاتي في المستشفيات الكبرى-سواء منها التي ورثت عقود تشغيل بواسطة الشركات أو الجديدة- اعتمادات مالية سمحـت باستقطاب الكفاءات الطبية مقابل ما تمنـحـه من مزايا وحوافـز مشـجـعةـ. وكذلك تدفع مؤسسـات القطاعـ الخاصـ حـوافـزـ مـالـيـةـ مجـزـيةـ للذـينـ تـعـاـقـدـ معـهـمـ منـ استـشـاريـيـ القطاعـ الحكومـيـ،ـ سـوـاءـ بـطـرـيـقـةـ نـظـامـيـةـ أـمـ غـيرـ نـظـامـيـةـ.

ومن ناحية أخرى، فإن مراكز الأعمال لا يستفاد منها في تحسين المزايا المالية إلا لعدد محدود من الاستشاريين.

يضاف إلى ذلك، أن فئات الصيادلة والأخصائيين الصحيين صنفوا في لائحة الوظائف الصحية - كما أسلفنا - كلاً على حدة، في فئة واحدة لم تقسم (كما للأطباء) إلى فئات تراعي التدرج الرأسي إلى فئة أعلى بعد الحصول على الدكتوراه.

ولم تفلح عدة لجان حكومية في حسم مشكلة التفاوت لأن الحلول المطروحة كانت تصطدم بتحفظات الجهات الأخرى، التي ترى مراعاة شرائح الموظفين الآخرين في جهاز الدولة أو

الالتزامات المالية التي تترتب عليها. ولم تكن الجهات مرتاحة لوجود سلالم رواتب أخرى غير المقننة بموجب نظام الخدمة المدنية. على أي حال، فإن إنشاء مجلس الخدمات الصحية الذي يضم جهات صحية مختلفة تطبق برامج التشغيل الذاتي، ولائحة الوظائف الصحية، ولائحة أعضاء هيئة التدريس، وعقود القطاع الخاص، - يشكل بيئة مناسبة لمعالجة القضية، بعد أن استفحلت، وصار تسرب الكفاءات الطبية السعودية للقطاع الخاص أو لبرامج التشغيل الكبرى أو لدول خارج المملكة مدار الحديث في مختلف المستويات، بما في ذلك مستوى القيادات العليا. وعلى الرغم من أنه لم تتوافر إحصاءات موثقة عن حجم المشكلة إلا أن تعليمات مشددة ومتكررة من السلطات العليا في الخدمات الطبية العسكرية وحملات تفتيش متعددة قامت بها أجهزة وزارة الصحة أوضحت أن هذا التسرب يأتي على حساب الالتزامات الأساسية تجاه العمل. وفي المؤسسات الطبية التعليمية، أصبح من الأمور المعادة أن يوكل بعض الأساتذة عياداتهم أو محاضراتهم إلى من يقوم مقامهم من الزملاء.

ولذلك، تبنى مجلس الوزراء ما اقترحه مجلس الخدمات الصحية من توحيد الرواتب ومراعاة عوامل العرض والطلب والتميز والندرة في منح الحوافز للكوادر الطبية والنظر في السماح لهذه الكوادر بالعمل بعض الوقت في القطاع الخاص تحت ضوابط تمنع من تأثير العمل الأساسي.

وشكّل مجلس الوزراء لجنة من ثلاثة جهات، هي: مجلس الخدمات الصحية، ووزارة الخدمة المدنية، ووزارة المالية، وذلك في النصف الأول من عام ١٤٢٧هـ، وقدمت هذه اللجنة اقتراحات تقرب بين الحوافز التي تدفعها جهات مختلفة وتضييف بعض المزايا إلى الكوادر التي تعمل تحت نظام الخدمة المدنية. وبعد مراجعة مطولة لاقتراحات اللجنة في المجلس الاقتصادي الأعلى وهيئة الخبراء صدر في ١٤٣٠/٦/١ قرار مجلس الوزراء بالموافقة على اقتراحات اللجنة بعد إجراء بعض التعديلات الطفيفة، وأصبح لجميع العاملين الصحيين في القطاع الحكومي كادر صحي يوحد سلم الرواتب ويشمل بدلات للندرة وللتمييز ويتيح للصيادلة والأخصائيين (غير الأطباء) التوزيع لثلاث فئات على شاكلة الأطباء.

١- أهمية النظام وأبرز مكوناته

أكّد النظام في تعريفه للرعاية الصحية أن توفيرها لا يعني بالضرورة تقديمها من الدولة

مباشرة، وهذا المبدأ مهم لأنه يفسر ما كانت تعنيه المادة (٣١) من النظام الأساسي للحكم. كما أنه يمهد لفهم الفصل بين تقديم الخدمة وتمويلها أو شرائها ومراقبة أدائها.

• حدد هدفاً عاماً يتمثل في تحقيق التغطية الشاملة الكاملة بالرعاية الصحية بطريقة عادلة ويسيرة.

• حدد التزامات الدولة عموماً في شأن الصحة العامة للمجتمع.

• حدد الفئات الاجتماعية المعرضة أكثر من غيرها للمخاطر الصحية، وواجب الدولة في توفير الرعاية الصحية بالطريقة المناسبة.

• حدد اختصاصات وزارة الصحة، لا سيما من حيث ضمان توفر التغطية بالخدمات الصحية وحماية المجتمع من الأمراض الوبائية نصت المادة (٣١) على: (تعني الدولة بالصحة العامة وتتوفر الرعاية الصحية لكل مواطن).

• أوضح صلاحيات ومسؤوليات مديريات الشؤون الصحية في المناطق بما يكفل المرونة والفعالية.

• عرّف المستوى الأول في نظام الرعاية الصحية وواجباته، بحيث يشمل المركز الصحي وما في حكمه في القطاع العام والخاص.

• نص على مبدأ التنوع في مصادر تمويل الخدمات الصحية بذكر طرق التمويل، التي تمثل في ميزانية الدولة، وإيرادات الضمان الصحي التعاوني، وموارد أخرى، مثل: الأوقاف، والتبرعات وغيرها، وذلك في مادته العاشرة.

• وتتضح أهمية هذه المادة في إقرار مبدأ المشاركة في توزيع أعباء الإنفاق الصحي حتى على الخدمات الصحية الحكومية من مصادر مختلفة غير ميزانية الدولة.

• أفسح المجال للتخصيص في إدارة وتملك المرافق الصحية الحكومية بما تضمنته المادة الحادية عشر من جواز تحويل ملكية بعض مستشفيات الوزارة إلى القطاع الخاص. وقد أوضحت اللائحة التنفيذية للنظام أن ذلك يشمل نقل الملكية بالبيع أو التأجير أو إنشاء شركات مساهمة أو مؤسسات عامة.

أهم ملامح نظام الضمان الصحي التعاوني

- أقر النظام عام ١٤٢٠هـ، وكان العامل الأكثر تأثيراً في التعجيل بإخراج نظام الضمان الصحي هو عامل التمويل. فقد دلت التجارب المريدة التي مررت بها الخدمات الصحية خلال سنوات الانخفاض في ميزانية الدولة، أن الاعتماد على مصدر وحيد لتمويل الخدمات الصحية (في هذه الحالة ميزانية الدولة) يعرضها للأزمات.
- وأن فئات من المستفيدين لا بد أن تشارك في تحمل نفقات الرعاية الصحية. لذلك صدر النظام هادفاً في البداية لتوفير الرعاية الصحية للمقيمين غير السعوديين وأسرهم وملزماً أصحاب العمل (الكفلاء) بالاشتراك لصالح منسوبיהם في برنامج للضمان الصحي. ثم أصدر مجلس الوزراء في عام ١٤٢٣هـ قراراً بشمول الضمان الصحي للعاملين السعوديين في القطاع الخاص وأسرهم.
- وقد وضع هذا النظام اختصاص الترخيص لشركات التأمين في مؤسسة النقد العربي السعودي، لكون شركات التأمين شركات مالية، ولكنه بالنسبة للتأمين الصحي نص في مادته الثانية على الأخذ في الاعتبار نظام الضمان الصحي التعاوني؛ وبناء على ذلك، يبقى لمجلس الضمان الصحي اختصاص تأهيل شركات التأمين الصحي، واعتماد المراقب الصحية التي تقدم خدمات الضمان والإشراف على آليات التطبيق، وبخاصة ما يتعلق بالعلاقة بين أطراف عملية التأمين.
- وحتى نهاية عام ١٤٢٩هـ، أمكن تسجيل ما يزيد عن ٥ ملايين من منسوبي الشركات. ويتم التسجيل في قاعدة بيانات مركزية بمجلس الضمان الصحي، وهي متصلة من خلال الربط الشبكي بإدارة الجوازات بوزارة الداخلية - عبر مركز المعلومات الوطني.

المجلس المركزي لاعتماد المنشآت الصحية

تبرم بعض المستشفيات الكبرى (المرجعية) اتفاقيات مع مؤسسات اعتماد خارجية (غالباً أمريكية وكندية) لاعتماد هذه المستشفيات دوريًا، أو لإدخال برنامج لتطوير الجودة. إلا أن الجهات الصحية في مجلس الخدمات الصحية اتفقت على تطبيق نظام موحد لاعتماد الجودة. وأنشأت لذلك المجلس المركزي لاعتماد المنشآت الصحية، الذي قام بوضع معايير وطنية للمستشفيات

وأنشأ فروعاً له في المناطق. كما عُهد إليه الإشراف على تصنيف وتقدير جودة المؤسسات الصحية الخاصة، التي تقدم خدمات صحية للمشتركون في برنامج التأمين الصحي.

الشركة الوطنية للشراء الموحد

تتركز مهام الشركة على القيام بدور الوسيط والمعهد لصالح الجهات الصحية، وذلك لتأمين الأدوية والمستلزمات والأجهزة الطبية وتوريدها وتخزينها وتوزيعها، من دون أن تكون منافسة للشركات الموردة.

تحديث الأنظمة الصحية

- نظام المؤسسات الصحية الخاصة.
- نظام مزاولة المهن الصحية.
- نظام المنشآت والمستحضرات الصيدلانية.
- نظام الهيئة العامة للفضاء والدواء.
- نظام الإخصاب والأجنحة وعلاج العقم.

تنمية الكوادر الصحية القوى العاملة الصحية لعام ١٤٢٨هـ أولاً: من حيث العدد ونسبة السعودية

القطاعات	الأطباء	نسبة السعوديين	التمريض	نسبة السعوديين	الفنيون الصحيون	نسبة السعوديين
وزارة الصحة	٢٢٦٤٣	%٧٥,٦	٥١١٨٨	%٤٤,١	٢٧٩٥٨	٢٠٠٠
الجهات الحكومية	١٠٨٠٨	%٥٠,٩	٢١٤٦٢	%١٧,٢	١٦١٦٢	٢٠٠٠
القطاع الخاص	١٤٤٥٨	%١٣,١	٢١٠٨٥	%٣,٦	٧١٦٨	٢٠٠٠

* يقدر عدد الأطباء في العيادات الخاصة والمجمعات وعيادات الشركات بـ ١٩٠٠ طبيب.

المرافق التعليمية	ما قبل عام ١٤٢٠هـ	جديدة بعد عام ١٤٢٠هـ	المجموع	ملاحظات
كليات طب	٦	١٥	٢١	منها كلية أهلية
كليات أسنان	٣	٧	١٠	منها كلية أهلية واحدة
كليات صيدلة	١	١٠	١١	منها كلية أهلية واحدة
علوم طبية تطبيقية	٣	١٥	١٨	
كلية تمريض	-	٦	٦	
كليات صحية متوسطة	١٥	١٧	٢٢	من بينها الكلية الصحية العسكرية ومعظم المعاهد الصحية حولت إلى كليات صحية متوسطة.
معاهد صحية حكومية	٢٥	(٢١-)	٤	
معاهد صحية أهلية	-	١٠٧	١٠٧	

الهيئة السعودية للتخصصات الصحية (١٤٣١)

عدد البرامج	عدد المتدربين	عدد الخريجين
٥٢	٣٦٥٨	٢٦٢٨

أعداد المعاهد والطلاب/الطالبات

عدد معاهد البنين	عدد معاهد البنات	عدد الطلاب	عدد الطالبات	المجموع	عدد الخريجين
٨٠	٤٨	٢٢٠٢٠	٦٨٤٤	٢٨٨٦٤	٢٠٤٨٨

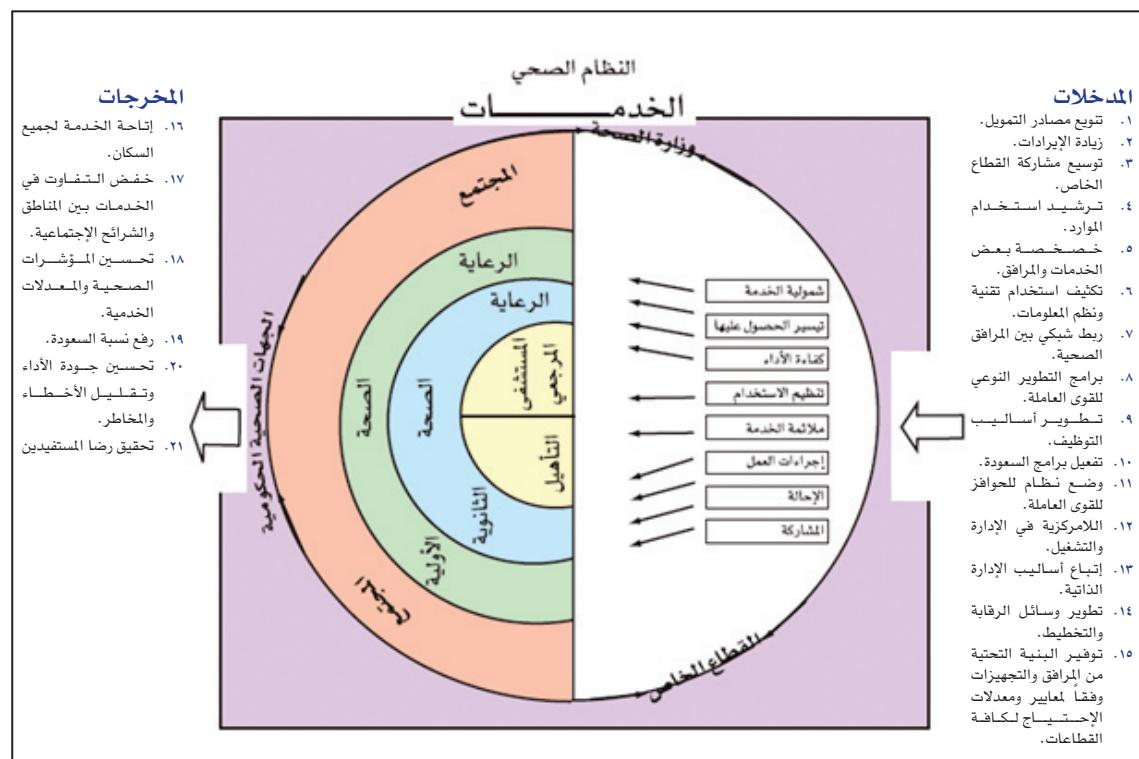
١- إستراتيجية الرعاية الصحية بالمملكة

أبرز ملامح الإستراتيجية الجديدة:

- إيجاد روافد تمويل جديدة لمساندة التمويل عن طريق ميزانية الدولة، وذلك من خلال تطبيق التأمين الصحي على كافة شرائح المجتمع، وتحصيل إيرادات مباشرة من بعض الخدمات، وتشجيع المساهمة الأهلية عن طريق التبرعات والأوقاف، وأخيراً العمل على ترشيد الإنفاق واحتواء التكاليف.
- تطوير نظام المعلومات الصحية والتوسع في استخدامها في جميع القطاعات والمرافق الصحية، والربط الشبكي بينها، والعمل على توحيد الملف الصحي للمريض، وإجراء الدراسات والبحوث لخدمة تحسين الوضع الصحي، ورفع مستوى الأداء.
- تتميم القوى العاملة وتطويرها، وسعودة الوظائف الصحية، مع تحسين أساليب توفير وتطوير القوى العاملة، وتوحيد الوصف الوظيفي.
- رفع كفاءة الأداء ونظم الإدارة والتشغيل، عن طريق انتهاج أسلوب اللامركزية في التنفيذ والإدارة الذاتية وإدارة الجودة، وإشراك القطاع الخاص في إدارة وتشغيل وتملك بعض المستشفيات، وتحقيق مبدأ الفصل بين طالب (مشتري) الخدمة و يقدمها.
- تركيز وزارة الصحة على دورها الإشرافي والرقابي، وتوفير خدمات الرعاية الصحية الأولية والخدمات الوقائية، وضمان توفير المعدلات الكافية من الخدمات الصحية لجميع الفئات السكانية، مع قيام كل جهة صحية بدورها المحدد وفق أهداف الجهاز الذي تتمي إليه، والاستفادة المشتركة من الخبرات والإمكانات.
- تفعيل دور القطاع الخاص واعتباره موازياً ومتكملاً مع دور الدولة في تمويل وتشغيل وتقديم الخدمة الصحية، وفي تطوير وتأهيل القوى العاملة، والاستفادة المشتركة من بعض الإمكانات.
- تعزيز الصحة بمفهومها الشامل، من خلال ضمان توفير وتطوير أنشطة الرعاية الصحية

الأولية، وتأكيد دورها المحوري في النظام الصحي، مع تحسين بنيتها التحتية، وأنظمة إدارتها، وتعزيز مجال خدماتها لتشمل جميع الشرائح الاجتماعية

- رفع كفاءة الخدمات الإسعافية إلى أقصى حد ممكن في كل الظروف وفي جميع المناطق، وتنظيم وتنسيق التعاون والتكامل في التعامل مع حالات الطوارئ، والعمل على دعم جمعية الهلال الأحمر بما يكفل قيامها بدورها الريادي.
- توفير وتطوير الرعاية العلاجية والتأهيلية بمستوياتها المختلفة والخدمات الصحية المرجعية في كافة المناطق.
- العمل على التوزيع المتوزن للخدمات الصحية جغرافياً وسكانياً، بما يضمن العدالة وتسهيل الحصول عليها. يوضح الشكل المرفق توافقاً مع هذه الإستراتيجية، مدخلات النظام الصحي ومخرجاته المستهدفة.



أهم مكونات النظام الصحي السعودي

- حدد اختصاصات وزارة الصحة، لا سيما من حيث ضمان توافر تغطية الخدمات الصحية، وحماية المجتمع من الأمراض الوبائية.
- أوضح صلاحيات ومسؤوليات مديريات الشؤون الصحية في المناطق، بما يكفل المرونة والفعالية.
- عرّف المستوى الأول في نظام الرعاية الصحية وواجباته، بحيث يشمل المركز الصحي وما في حكمه في القطاع العام والخاص.
- أكد النظام في تعريفه للرعاية الصحية أن توفيرها لا يعني بالضرورة تقديمها من الدولة مباشرة. وهذا المبدأ مهم لأنّه يفسّر ما كانت تعنيه المادة (٣١) من النظام الأساسي للحكم.
- يمهد لفهم الفصل بين تقديم الخدمة وتمويلها أو شرائها، ومراقبة أدائها.
- حدد هدفاً عاماً يتمثل في تحقيق التغطية الشاملة الكاملة بالرعاية الصحية، بطريقة عادلة ومبكرة.
- حدد التزامات الدولة، عموماً، في شأن الصحة العامة للمجتمع.
- حدد الفئات الاجتماعية المعرضة أكثر من غيرها للمخاطر الصحية، وواجب الدولة في توفير الرعاية الصحية بالطريقة المناسبة وهي فئات.
- نصت المادة (٣١) على: (تعني الدولة بالصحة العامة وتتوفر الرعاية الصحية لكل مواطن).
- نص على مبدأ التنوّع في مصادر تمويل الخدمات الصحية بذكر طرق التمويل، التي تتمثل في ميزانية الدولة، وإيرادات الضمان الصحي التعاوني، وموارد أخرى مثل الأوقاف والتبرعات وغيرها، وذلك في مادته العاشرة.
- وتتضح أهمية هذه المادة في إقرار مبدأ المشاركة في توزيع أعباء الإنفاق الصحي، حتى

على الخدمات الصحية الحكومية من مصادر مختلفة غير ميزانية الدولة.

- أفسح المجال للتخصيص في إدارة وتملك المرافق الصحية الحكومية، بما تضمنته المادة الحادية عشرة من جواز تحويل ملكية بعض مستشفيات الوزارة إلى القطاع الخاص. وقد أوضحت اللائحة التنفيذية للنظام أن ذلك يشمل نقل الملكية بالبيع أو التأجير أو إنشاء شركات مساهمة أو مؤسسات عامة

منظومة النظام الصحي السعودي

النظام الصحي السعودي

- نظام مزاولة المهن الصحية.
- نظام المؤسسات الخاصة الصحية.
- نظام الاتجار بالأدوية.
- نظام الضمان الصحي التعاوني.
- نظام الهلال الأحمر.
- اللوائح التنفيذية لكل هذه الأنظمة.
- القرارات والتعليمات الصادرة من وزارة الصحة.

خاتمة

إن المهم في عملية تطوير النظام الصحي هو الإيمان بأن هذا التطوير عملية متواصلة، تخضع باستمرار للتعديل والتصحيح، ولكن على أساس علمية مدرسة؛ الأمر الذي يستدعي إيجاد مركز أو معهد متخصص في إدارة الخدمات الصحية واقتصادياتها، يقدم المشورة العلمية المستقلة لصانعي القرار في الخدمات الصحية، مستلهما خبرة الستين سنة الأخيرة، ومستفيدا من التجارب العالمية في إدارة وتقديم وتمويل الأنظمة الصحية ، وبحيث يشكل هذا المركز المرجعية الفكرية لهذا النظام، مهما تغير المسؤولون في الخدمات الصحية. ما يسمح بنشوء تراكم معرفي محلي لأسلوب التمويل والإدارة وأسلوب تقديم الخدمات الصحية.

نظرة على التعليم والتدريب الصحي في المملكة العربية السعودية

أ. د. حسين بن محمد الفريحي

أستاذ واستشاري الأمراض الباطنة والجهاز الهضمي

مدير جامعة الإمام

معلومات تاريخية

- ١٣٤٥هـ (١٩٢٥م)، تأسيس المجلس الأعلى للصحة.
- تكليف الأطباء بتدريس طلبة المدارس الثانوية، الثقافة الصحية.
- ١٢٤٥هـ، تأسيس مدرسة للتمريض في مكة المكرمة بطاقة ٢٠ طالباً.
- ١٣٤٦هـ، تأسيس مدرسة جديدة للتمريض والطوارئ.
- ١٣٥٣هـ (١٩٣٣م)، تأسيس مدرستين للمولدات في مكة وجدة.
- ١٣٧٨هـ (١٩٥٨م)، توقيع اتفاقية تعاون للتدريب مع منظمة الصحة العالمية.
- ١٣٨٥هـ (١٩٦٥م)، إنشاء إدارة التعليم والتدريب بوزارة الصحة.
- ١٣٩١هـ (١٩٧١م)، تأسيس المعاهد الصحية الثانوية، بلغت ٤٧ معهداً بحلول ١٤١٥هـ.
- ١٤١٣هـ، تأسيس الهيئة السعودية للتخصصات الطبية.
- ١٤١٣هـ، تطوير للمعاهد الصحية، بموافقة مجلس القوى العاملة لإنشاء الكليات الصحية؛ (٣) في الدمام وجدة والرياض.
- ١٤١٥هـ، ترقية المعاهد الثانوية إلى معاهد مطورة تمنح دبلوماً صحياً مدمجاً مدته سنتان بعد الثانوية العامة.
- ١٤١٩هـ، المعاهد الصحية الأهلية.
- ١٤٢٥هـ، الكليات الصحية الأهلية.
- ١٤٢٨هـ، ضم جميع الكليات الصحية وعددها (٣٧) كلية إلى وزارة التعليم العالي.



أ. د. حسين محمد الفريحي

التعليم الصحي الجامعي

- ١٤٢٠ هـ (٢٠٠٠ م)، التوسع في التعليم الصحي.
- ١٤٢٥ هـ (٢٠٠٥ م)، بداية التعليم الأهلي الصحي الجامعي.
- ١٤٣٧ هـ (١٩٧٧ م)، تخرج الدفعة الأولى من كلية الطب بجامعة الملك سعود.
- ١٤٣٩ هـ (١٩٨٠ م)، عودة المبعوثين من ألمانيا منهم: (د. عثمان، د. فالح، د. الفريحي).
- بداية الثمانينيات توقيع اتفاقية تفاهم للتدريب بين المملكة العربية السعودية مع كندا بدفعة قوية من معالي الشيخ حسن آل الشيخ، ود. حسن كامل، وعصام شيخ - الملحق الثقافي - في كندا، وقد وصل عدد من يحمل الشهادة الكندية العليا إلى أكثر من ٢٠٠٠ سعودي.
- ١٤٤٠ هـ (١٩٨٠ م)، توقيع اتفاقية تفاهم بين الصحة والكليات البريطانية لتطبيق دبلوم الأطفال والنساء والتوليد.
- ١٤٤٠ هـ (١٩٨١ م)، انطلاق الزمالة العربية.
- ١٤٤١ هـ (١٩٩٣ م)، زمالات جامعة الملك سعود وجامعة الملك فيصل (الدمام).
- ١٤٤٣ هـ (١٩٩٣ م)، جمع كافة الزمالات السعودية تحت مظلة واحدة الزمالة السعودية وبدأت بخمسة برامج في البداية.
- برامج ماجستير ودكتوراه في العلوم الأساسية، بجامعة الملك سعود، وجامعة الملك فيصل.
- ١٤٣٨١ هـ (١٩٦١ م)، كلية الصيدلة بجامعة الملك سعود.
- ١٤٣٨٧ هـ (١٩٦٧ م)، كلية الطب بجامعة الملك سعود - الافتتاح ١٤٣٨٩ هـ.
- ١٤٣٩٥ هـ (١٩٧٥ م)، كليات الطب: جامعة الملك عبدالعزيز، وجامعة الملك فيصل، وطب الأسنان بجامعة الملك سعود.

التعليم الصحي العالي

- ١٤٣٩٧ هـ (١٩٧٧ م)، تخرج الدفعة الأولى من كلية الطب بجامعة الملك سعود.
- ١٤٤٠ هـ (١٩٨٠ م)، توقيع اتفاقية تفاهم بين المملكة العربية السعودية مع كندا بدفعة قوية من معالي الشيخ حسن آل الشيخ، ود. حسن كامل، وعصام شيخ - الملحق الثقافي - في كندا، وقد وصل عدد من يحمل الشهادة الكندية العليا إلى أكثر من ٢٠٠٠ سعودي.
- ١٤٤٠ هـ (١٩٨٠ م)، توقيع اتفاقية تفاهم بين الصحة والكليات البريطانية لتطبيق دبلوم الأطفال والنساء والتوليد.
- ١٤٤٠ هـ (١٩٨١ م)، انطلاق الزمالة العربية.
- ١٤٤١ هـ (١٩٩٣ م)، زمالات جامعة الملك سعود وجامعة الملك فيصل (الدمام).
- ١٤٤٣ هـ (١٩٩٣ م)، جمع كافة الزمالات السعودية تحت مظلة واحدة الزمالة السعودية وبدأت بخمسة برامج في البداية.
- برامج ماجستير ودكتوراه في العلوم الأساسية، بجامعة الملك سعود، وجامعة الملك فيصل.

أعداد العاملين الصحيين ممن يحملون درجة البكالوريوس كحد أدنى

النسبة المئوية لل سعوديين	المجموع		المجموع		قطاع خاص		قطاع حكومي		الفئة
	الكلي	غير سعودي	سعودي	غير سعودي	سعودي	غير سعودي	سعودي	غير سعودي	
21.4	41085	32301	8784	12694	914	19607	7870		أطباء
15.9	7809	6571	1238	5172	303	1399	935		أطباء أسنان
14.4	13626	11660	1966	10716	634	944	1332		صيادلة
٤٠	٩٣٧٣٥			٢١٠٨٥		٧٢٦٢٠			. التمريض
٦٠	٥١٣١٥			٧١٦٨		٤٤١٤٧			أخصائى علوم طبية

القوى العاملة الصحية في عام ١٤٢٨هـ من حيث العدد ونسبة السعودة

نسبة السعوديين	الفنيون الصحيين	نسبة السعوديين	التمريض	نسبة السعوديين	الأطباء	القطاعات
75.60%	27958	44.10%	51188	20%	22643	وزارة الصحة
50.90%	16162	17.20%	21462	48.20%	10808	الجهات الحكومية
13.10%	7168	3.60%	21085	4.10%	14458	القطاع الخاص

التوسيع الكبير بإنشاء الكليات الصحية منذ عام ١٤٢٠ هـ

المرافق التعليمية	ما قبل عام ١٤٢٠ هـ	جديدة بعد عام ١٤٢٠	المجموع	ملاحظات
كليات الطب	6	23	29	منها ٥ كليات أهلية
كليات أسنان	3	19	22	منها كلية أهلية
كليات صيدلة	1	10	11	منها كلية أهلية
علوم طبية تطبيقية	3	17	20	
كلية تمريض	-	7	7	.

كليات الطب في المملكة العربية السعودية وتاريخ إنشائها

الجامعة	الكلية	تاريخ الإنشاء
جامعة الملك سعود	الطب	١٣٨٩ هـ
جامعة الملك عبد العزيز	الطب	١٣٩٥ هـ
جامعة الدمام	الطب	١٣٩٥ هـ
جامعة أم القرى	الطب	١٤١٦ هـ
جامعة الملك خالد	الطب	١٤٠٠ هـ
جامعة طيبة	الطب	١٤١٩ هـ
جامعة القصيم	الطب	١٤٢١ هـ
جامعة الملك فصل بالأحساء	الطب	١٤٢١ هـ
جامعة جازان	الطب	١٤٢٢ هـ
جامعة الطائف	الطب	١٤٢٤ هـ
جامعة الملك سعود بن عبدالعزيز للعلوم الصحية	الطب	١٤٢٤ هـ
كلية الطب بوزارة الصحة بدبيبة الملك فهد الطبية	الطب	١٤٢٥ هـ
كلية ابن سينا الأهلية للعلوم الطبية بجدة	الطب	١٤٢٥ هـ
كلية الطب بجامعة حائل	الطب	١٤٢٧ هـ
كلية الطب جامعة تبوك	الطب	١٤٢٧ هـ
كلية الطب جامعة الجوف	الطب	١٤٢٧ هـ
كلية الطب بجامعة الخرج	الطب	١٤٢٨ هـ
كلية الطب بجامعة الأمم	الطب	١٤٢٨ هـ
كلية الطب بجامعة نجران	الطب	١٤٢٨ هـ
كلية الطب بجامعة عرعر	الطب	١٤٢٨ هـ
كلية الطب بجامعة شقراء	الطب	١٤٢٨ هـ
كلية الطب في جامعة الفيصل الخاصة	الطب	١٤٢٨ هـ
كلية الطب في جامعة الأميرة نورة	الطب	١٤٣١ هـ
جامعة الباحثة	الطب	---
جامعة الحمد الشبلية	الطب	١٤٢٨ هـ
كلية الينجري الأهلية للعلوم الطبية والتربية	الطب	---
كلية المعرفة للعلوم والتربية الأهلية	الطب	---
الكليات العالمية الأهلية	الطب	---
كلية سليمان الراجحي الأهلية	الطب	١٤٣٠ هـ

عدد الطلاب والخريجين في كليات الطب

العام	1429-30	1426-27	1425-26	1424-25	1423-24	1422-23	1421-22
مستجد	---	2031	1845	1712	1775	1629	1483
مقيد	١٠٤٩١	8435	7667	7038	7238	6317	5535
الخريجون	١٢٥٦	816	644	564	741	459	573

كلية طب الأسنان بالملكية

الجامعة	الكلية	تاريخ الإنشاء
جامعة الملك سعود	طب الأسنان	١٣٩٥هـ
جامعة الملك عبد العزيز	طب الأسنان	١٤٠٨هـ
جامعة الدمام	طب الأسنان	١٤١٥هـ
جامعة الملك خالد	طب الأسنان	١٤٢٢هـ
جامعة الملك فيصل	طب الأسنان	١٤٢٢هـ
جامعة القصيم	طب الأسنان	١٤٢٦هـ
جامعة طيبة	طب الأسنان	١٤٢٦هـ
جامعة الجوف	طب الأسنان	١٤٢٧هـ
جامعة نجران	طب الأسنان	١٤٢٨هـ
جامعة الخرج	طب الأسنان	١٤٣٠هـ
جامعة الملك سعود بن عبدالعزيز للعلوم الصحية	طب الأسنان	١٤٣١هـ
كلية طب الأسنان والصيدلة الأهلية بارياض	طب الأسنان	١٤٤٤هـ
جامعة أم القرى	طب الأسنان	١٤٤٨هـ
جامعة الطائف	طب الأسنان	---
جامعة حائل	طب الأسنان	---
جامعة جازان	طب الأسنان	---
جامعة الباحة	طب الأسنان	---
جامعة تبوك	طب الأسنان	---
جامعة الأميرة نوره بنت عبدالرحمن	طب الأسنان	---
كلية ابن سينا الأهلية	طب الأسنان	---
كلية القصيم الأهلية	طب الأسنان	---
كلية بريدة الأهلية	طب الأسنان	---
كلية جدة لطب الأسنان الأهلية	طب الأسنان	---

عدد الطلاب والخريجين في كليات طب الأسنان

العام	21/1422	22/1423	23/1424	24/1425	25/1426	26/1427	29/1430
مستجد	284	278	320	370	393	398	---
مقيد	965	1124	1226	1370	1554	1627	١٧٦٨
الخريجون	96	141	144	196	166	203	١٩٣

الخريجون من الكليات الصحية بوزارة التعليم العالي عام ١٤٢٩هـ

الكلية	الذكور	الإناث	المجموع الكلي
طب	839	417	1256
طب الأسنان	92	101	193
الصيدلة	212	146	358
العلوم الطبية التطبيقية	456	538	994
التمريض	17	237	254

المقيدون في الكليات الصحية بوزارة التعليم العالي هـ١٤٢٩

الكلية	الذكور	الإناث	المجموع الكلى
الطب	6638	3853	10491
طب الأسنان	1235	533	1768
الصيدلة	1790	1242	3032
العلوم الطبية التطبيقية	2967	2841	5808
التمريض	409	1409	1818

بيان بتطور أعداد المعاهد الصحية من عام هـ١٤٢٦ إلى عام هـ١٤٢٩

المعاهد	هـ١٤٢٦	هـ١٤٢٧	هـ١٤٢٨	هـ١٤٢٩
معاهد بنين	60	69	74	77
معاهد بنات	2	25	33	42
المجموع	62	94	107	119

بيان بأعداد الطلبة والطالبات في المعاهد الصحية من عام ١٤٢٦هـ - ١٤٢٩هـ

١٤٢٩			١٤٢٨			١٤٢٧			١٤٢٦			الشخص
عدد	الطلاب	الطالبات	عدد	الطلاب	الطالبات	عدد	الطلاب	الطالبات	عدد	الطلاب	الطالبات	
3591	4839	399	3472	197	2338	8	1278					التمريض
1421	5203	238	1848	12	1143	12	165					الصيدلة
260	1592	19	1380	0	782	0	512					الأشعة
587	2356	69	148	24	43	9	57					المختبرات
587	2356	69	148	24	696	5	427					السجلات الطبية
292	271	57	227	58	60	55	115					مساعد طبيب أسنان
0	167	0	58	0	85	0	3					فني أجهزة طبية
0	245	0	136	30	52	0	115					فني أسنان
53	6	13	10	0	10	0	0					سكناريو طبية
0	35	0	36	0	0	0	20					مراقبة صحية
0	437	0	114	0	127	0	34					فني تدبير
0	108	0	64	0	0	0	51					علاج تنفس
28	221	19	35	5	0	0	16					عمليات جراحية
0	301	0	161	0	119	0	47					فني بصريات
0	333	0	0	0	0	0	0					التأمين الصحي
86	186	47	106	5	94	0	34					العلاج الطبيعي
0	2796	0	65	0	79	0	37					فني طب طوارئ
292	695	134	691	53	255	0	305					ادارة صحة
13	0	0	0	0	0	0	0					صحة فم وأسنان
0	0	0	0	0	0	0	0					ديناموم الصحة والسلامة
0	0	0	0	0	0	0	0					إدارة نظم المعلومات الصحية
6791	21618	1051	9723	408	5883	89	3334					المجموع الكلي
28409		10774		6291		3423						

الأعداد المتوقعة للسكان في المملكة من ١٤٢٥هـ حتى عام ١٤٥٢هـ

السن	العدد التقديرى
١٤٢٥هـ	22673538
٣٠	25331796
٣٥	28301709
٤٠	31619811
٤٥	35326941
٥٠	39468690
٥٢	41258305

عدد الأطباء المطلوب إضافتهم لتحقيق الأهداف المنشودة

العام	المعدل	العدد المطلوب لتحقيق المعدل لتحقيق المطلوب إضافته من الوفاة والتقاعد	العدد المطلوب بدلًا من الوفاة والتقاعد	العدد المطلوب لتحقيق السعودية لتحقيق إضافته	العدد الكلى المطلوب إضافاته
1427	577	41085	-	-	-
30	567.7	44622	1216	446	750
35	552.2	51253	1404	512	750
40	536.7	58915	1623	589	1000
45	521.2	67780	1878	678	1000
50	505.7	78048	2177	780	1500
52	500	82517	2243	825	1500

معدل الأطباء للسكان من حيث المستوى المعيشي

الطبقة	الحد للمقاييس	متوسط	عالي
الأطباء	٥٠٠ : ١	٦٨٥ : ١	٣٣٤ : ١
أطباء الأسنان	٢٠٠٠ : ١	٣٧٠٠ : ١	١٤٣٠ : ١
الصيادلة	٢١٠٠ : ١	٢٤١٠ : ١	١٣٥٠ : ١
المرضيات	٣٠٠ : ١	٣٣٣ : ١	١٠٠ : ١
العلوم الطبية	٣٠٠ : ١	---	---

توقعات السعودية خلال ٢٥ سنة مقبلة مِراعيًّا النمو السكاني وعدد الكليات الصحية

الفنان	المعدل المتوقع المتخد أساساً	نسبة السعودية المفترضة	عدد الكليات القائمة حتى عام ١٤٣٨ هـ	عدد الكليات التي أنشئت فعلاً حتى عام ١٤٣١ هـ
الأطباء	١٥٠٠٪ من السكان	٧٥٪	١٥	٢٩
أطباء الأسنان	٢٠٠٠٪ من السكان	٧٥٪	٧	٢٣
الصيادلة	٢١٠٠٪ من السكان	٧٥٪	٥	١٢
التمريض	٢٧٥٪ من السكان	٧٥٪	٧ كليات جامعية + ٢٥ كلية جامعية	+ ٢٥
الفنات الصحية المساعدة	٤٥٪ من السكان	٩٥٪	٢٨ كلية متوسطة + ٣٢ كلية متوسطة	+ ٣٢
			٧٧ معهد صحي	١١١ معهد صحي

المبادئ المعتمدة للتدريب الطبي بالمملكة:

- مستشفيات مستوفية لشروط التدريب (٦٧).
- تحقيق شروط القبول واحتياز الامتحان.
- مناهج محددة وأهداف واضحة.
- دورات تدريبية في مراكز متعددة.
- مدة التدريب ٤ - ٦ سنة للتخصصات العامة.
- ٢ - ٣ سنة للتخصصات الدقيقة.
- عدد البرامج أكثر من ٥٥ برنامجاً.
- تقييم سنوي، مرحلتي ونهائي بمشاركة خارجية.

عدد الأطباء المسجلين بالهيئة/السنة*

السنة	عدد المتدربين	الزيادة السنوية	عدد البرامج	عدد الخريجين**
٠٤/٢٠٠٣	١٧٥٨	---	٣٥	٢٤٤
٠٥/٢٠٠٤	١٩٣٧	١٧٩	٣٧	٢١٤
٠٦/٢٠٠٥	٢١٨٣	٢٤٦	٤٣	٢٤٠
٠٧/٢٠٠٦	٢٤٣٢	٢٤٩	٤٤	٢٨٣
٠٨/٢٠٠٧	٢٨٢١	٢٨٩	٥٠	٣٥٢
٠٩/٢٠٠٨	٣١٢٦	٣٠٥	٥٦	٤٠٧
١٠/٢٠٠٩	٣٧٦٣	٦٣٧	٥٩	٤٢٣

* عدد الأطباء المسجلين بالهيئة لعام ٢٠١١/٢٠١٠ = ٤٢٠٠ طبيباً.

** إجمالي عدد الخريجين حتى عام ٢٠٠٩ / ٣٠٥٧ = ٢٠١٠ خريجاً.

عدد الأطباء المسجلين بالهيئة/السنة*

السنة	عدد المتدربين	الزيادة السنوية	عدد البرامج	عدد الخريجين**
٠٤/٢٠٠٣	١٧٥٨	---	٣٥	٢٤٤
٠٥/٢٠٠٤	١٩٣٧	١٧٩	٣٧	٢١٤
٠٦/٢٠٠٥	٢١٨٣	٢٤٦	٤٣	٢٤٠
٠٧/٢٠٠٦	٢٤٣٢	٢٤٩	٤٤	٢٨٣
٠٨/٢٠٠٧	٢٨٢١	٢٨٩	٥٠	٣٥٢
٠٩/٢٠٠٨	٣١٢٦	٣٠٥	٥٦	٤٠٧
١٠/٢٠٠٩	٣٧٦٣	٦٣٧	٥٩	٤٢٣

* عدد الأطباء المسجلين بالهيئة لعام ٢٠١١/٢٠١٠ = ٤٢٠٠ طبيباً.

** إجمالي عدد الخريجين حتى عام ٢٠٠٩ / ٣٠٥٧ = ٢٠١٠ خريجاً.

الهيئة السعودية للتخصصات الطبية (٢٠١٠ - ٢٠٠٩) م
عدد المتدربين بالنسبة للتخصصات

No.	Specialty	Durations in Years	No.of Trainee	No.Graduates
1	Int.Medicine	4	597	419
2	Adult Cardiology	3+	35	25
3	Adult Gastroenterology	3+	18	23
4	Neurology	4	66	41
5	Adult Nephrology	2+	8	18
6	Adult Infectious Diseases	2+	3	0
7	Adult Pulmonary Diseases	2+	4	4
8	Adult Endocrinology and Metabolism	2+	13	3
9	Rheumatology	2+	10	0
10	Hematology	2+	9	0
11	Pediatric Medicine	4	420	488
12	Neonatal Intensive Care	2+	15	13
13	Pediatrics Nephrology	2+	2	3
14	Pediatrics Intensive Care	2+	6	13
15	Pediatrics Endocrinology	2+	4	15
16	Pediatrics Infectious Diseases	2+	1	6
17	Pediatrics Gastroenterology	2+	5	0
18	Pediatrics Cardiology	2+	8	0
19	Pediatrics Neurology	5	17	0
20	General Surgery	5	304	195
21	Urology	5	82	60
22	Neurosurgery	6	34	10
23	Plastic & Reconstructive Surgery	6	31	7
24	Orthopedic Surgery	5	144	79
25	Rhino-Otolaryngology	5	120	62
26	Pediatric Rhino-Otolaryngology	2+	2	0
27	Pediatric Urology	2+	1	0
28	Pediatric Surgery	3+	8	5

No.	Specialty	Durations in Years	No.of Trainee	No.Graduates
29	Colorectal Surgery	2+	2	0
30	Emergency Medicine	4	102	34
31	Pediatric Emergency Medicine	2+	10	11
32	OB/Gyn	5	287	265
33	Family Medicine	4	375	267
34	Community Medicine	4	11	0
35	Dermatology	4	72	68
36	Ophthalmology	4	108	141
37	Psychiatry	4	84	71
38	Radiology	4	173	58
39	Anesthesia and Intensive Care	5	121	26
40	Cardiology Anesthesia	2+	8	0
41	Adult Intensive Care	2+	9	4
42	Pediatric Anesthesia	2+	3	0
43	Endodontics	5	43	0
44	Restorative Dentistry	4	28	0
45	Dental Implant	2	3	0
46	Orthodontics	5	29	10
47	Maxillo -Facial Surgery	5	22	10
48	Pedo-Dentistry	4	22	2
49	Prosthodontics	4	77	124
50	Periodontics	4	12	0
51	Forensic Medicine	4	31	0
52	Clinical General Pharmacy	2	20	38
53	Pediatric Hematology	2+	0	0
54	Pediatric Pulmonary	2+	0	0
55	Pathology	5	32	0
56	Diploma Family Medicine	14 /12	11	

التحديات التي تواجه التدريب الصحي:

- التوسيع السريع والكبير في الكليات الصحية ومخرجاتها.
- الحاجة إلى قاعدة تدريبية كبيرة خاصة للأطباء.
- ندرة الفرص التدريبية في الخارج.
- إيجاد حواجز للمدربين.
- تعزيز قدرات المستشفيات القائمة وزيادتها.

حوار مع الجمهور حول الإستراتيجية الصحية

أدار الجلسة أ. د. حسين بن محمد الفريحي



جانب من مداخلات الحضور

- د. منصور النزهة: السؤال موجه لكل من د. فالح الفالح، ود. عثمان الريبيعة، فيما يتعلق بالنظام الصحي منذ اعتماده من مجلس الوزراء في عام ١٤٢٤هـ، ماذا تم من خطوات تنفيذية وآلية للتنفيذ حتى الآن؟

■ د. عثمان عبدالعزيز الريبيعة: المبدأ الأول: النظام الصحي صدر عام ١٤٢٣هـ وكانت بدايته عام ١٤١٢هـ، إذ كان يرتكز على مشروع إستراتيجية (عام ١٤٠٦/١٤٠٥هـ)، ثم تطور إلى مشروع نظام، ونوقش هذا النظام في هيئة شعبة الخبرة، وكان يحمل بعض التغييرات التي بنيت على تجارب سابقة من ضمنها إدخال مبدأ التأمين الصحي، ونوع من الشخصية من ضمنها تنظيم العلاقات بين الجهات الصحية، إلا أنه أحيل من هيئة شعبة الخبرة إلى مجلس الشورى-في دورته الأولى- وكان من حسن الحظ وجود أعضاء أطباء لهم خبرة طويلة مثل د. منصور النزهة والدكتور فالح الفالح. أصبح هناك تطوير للمشروع الذي قدم لمجلس الشورى، وأضيفت إليه أشياء أساسية.

الخلاصة.. النظام الصحي يتضمن مبادئ عامة جديدة (أولاًً كما ذكر د. فالح) الخروج من فكرة أن الدولة تقدم وتتوفر وتمول وحدتها ومن دون مقابل الخدمات الصحية؛ فالنظام فسرها على أساس توفير الرعاية الصحية لكل مواطن كما وردت في المادة (٢٧)، المقصود أن تضمن وجودها وتعمل على أن تكون متوافرة وليس بالضرورة أن تكون هي التي تقدمها، لأن الواقع يؤكد أن حوالي من ٢٠-٢٥٪ من الخدمات الصحية بالمملكة تقدم عن طريق القطاع الخاص.

المبدأ الثاني: الضمان الصحي، وهذا طبق بالفعل، وأعتقد أن ما أوضحه الدكتور عبدالله

الشريف في جلسة الصباح، يوضح ذلك، والأمل إن شاء الله أن يكون هناك تطور إلى شمول السعوديين في الضمان الصحي بطريقة أو بأخرى، ليس بالضرورة بالشكل القائم حالياً، نظام شركات التأمين شبه التجارية، وإنما ربما يكون هناك شكل آخر من التأمين يطابق على المواطنين.

أما النقطة المهمة (في السؤال) موضوع التخصيص، النظام الصحي بالفعل أشار إلى هذا المبدأ، وأشار إلى إمكانية تقوم وزارة الصحة بتحويل بعض مستشفياتها إلى القطاع الخاص، ثم جاءت اللائحة التنفيذية للنظام الصحي وشرحـت ذلك بأن قالت: أن النقل للقطاع الخاص لا يعني نقل الملكية تماماً، وإنما قد يعني التأجير أو البيع أو إيكال الإدارة والتشغيل إلى القطاع الخاص أو إدارة المؤسسات الصحية التي تتبع الدولة، ولكنها تدار بطريقة اقتصادية، بطريقة القطاع الخاص خارج نطاق البيروقراطية الحكومية، وهذا لم يتم حتى الآن، ولكن بشكل بسيط جداً من خلال برامج التشغيل الذاتي. بعض مستشفيات برامج التشغيل الذاتي مثل: مستشفيات الحرس الوطني، والمستشفى التخصصي، تدار ذاتياً ولها ميزانية مستقلة وإدارتها نوع من الاستقلالية، ولا ترجع في أغلب الأمور - وبخاصة من النواحي التشغيلية - إلى الجهة المركزية، وهذا يعد نوعاً من التخصص، وإن كان لا يزال جزء كبير من المستشفيات - ملكية وتعيين القوى العاملة - وما إلى ذلك لا يزال تحت يد الدولة.

أما عن التخصيص بمعنى تحويل المستشفيات جميعها إلى مؤسسة أو هيئة تدار بإدارة خاصة، فهذا مشروع (يسـمى بلـسم)، كان قد قدم خلال فترة تولـي الدكتور حـمد المـانع وزـارة الصحـة، وهو في الواقع لم يـنفذ وأعيد النظر فيه، وكان التوجـه بأن نـبدأ قبل التـخصـيص في تـطوير العلاقة بين المنظـومة الصحـية، بحيث يوجد في كل منـطقة نظام صـحي مـتكـامل يـربط ما بين المستـشفـى المرـجـعي والـمـسـتـشـفـى العام والـمـسـتـشـفـى الـرـيفـي والـمـرـكـزـي الصحـي في إطار نـظام مـتكـامل مـدعـوم بنـظام إـحالـة - نـظام مـعلومـات جـيد، ثم بعد ذلك يـنظر في مـوضـوع التـخصـيص.

موضوع التـخصـيص لم يكن ضمن أفـكار وزـارة الصحـة، ولـلـجـنة الوزـارـية لـلتـنظـيم الإـدارـي بـحـثـت مـوضـوع تـطـوـير القـطـاع الصحـي عـلـى مـدى سـنـوات، وـتوـصـلت إـلـى أـن وـضـعـت بـدـيلـين لـلـخدـمات الصحـية، الأـولـ: أـن تـتحـسن الإـدارـة الحكومـية ويـكون تـركـيزـها عـلـى الرـقـابة الصحـيـة الأولـيـة، وـليـس

هناك مانعاً من تخصيص مستشفى أو اثنين. البديل الثاني: هو الاتجاه إلى تخصيص (عن طريق إدارة القطاع الحكومي) إدارة للقطاع الحكومي شبيهة بإدارة القطاع الخاص، لكن هذا المشروع لم ينفذ أيضاً، انتظاراً لما يترب عليه مشروع باسم.

- الدكتور زياد بن عبد الرحمن السديري: أولاً اسمحوا لي أن أشير إلى أن المشاركات في القسم النسائي عددهن ٣٠ مشاركة منهن د. حنان، ود. عائشة، قدمتا من خارج المنطقة لحضور هذا المنتدى، فشكراً للضيوفتين وللمشاركات من نساء المنطقة لحضورهن هذا المنتدى.

د. فالح: كأني بك تقول أنك راض عن النظام الصحي المرسوم إطاره في الإستراتيجية الموضوعة، ولكنك غير راض عن تنفيذ الإستراتيجية أو النظم وآلية تطويره، فإن كان فهمي خطيء أرجو التصحيح، وإن كان غير ذلك فأعلم منك أن تبين لنا ما هو اقتراحك؟

■ د. فالح الفالح: سؤالي لك د. زياد كرجل قانون، ألا ترى معي أنه من الملاحظ في قوانيننا التي تصدر من مجلس الشورى ثم مجلس الوزراء أنه لا يوجد أحد يراقب تنفيذها، ولا حتى هل هي صحيحة أم لا؟

- أنا ما قصدت أني راض عن النظام الصحي، كل ما ذكرت أن النظام الصحي كمثل على هذه الأنظمة جاء في رؤى واضحة جداً حول قضية معينة (هل هي صحيحة أم لا؟) لكن لا أجد أن عندنا آلية سواء على النظام الصحي أم على نظام العمل والعمال أم على نظام التأميمات، أنه ليس هناك جهة تتبع لاحقاً وتجد أنه هل طبق أو لا، هذه هي القضية التي طرحتها.

■ د. زياد السديري: أولاً القانونيون لا يقدموا آرائهم بدون مقابل، ولكن أنا سوف يسرني الحديث عن هذاولي رأي فيه ولكن ربما في مناسبة غير هذه المناسبة، لأنها ستأخذ الوقت عن بقية المشاركين، أنا رغبت أن أسمع رأيك أنت ليس من الجانب القانوني الفني ولكن من جانب ما هو المطلوب.. ما هو الطرح الذي تقدمه للرقى بالنظام الصحي.

- د. فالح الفالح: أنا في رأيي إذا كانت الدولة وهي أعلى جهة سياسية قد أقرت رؤية معينة، فهي مسؤولة عن هذه الرؤية. بمعنى أنه لا يكفي أن يأتي مسؤول ما ثم إما يتجاهل هذه الرؤى أو لا ينفذها أو يتجاهل بعضها، يجب أن يكون هناك آلية عند الدولة للمتابعة. أنا أعرف في الدول الأخرى كيف تتم المتابعة، مثلاً مجلس النواب أو غيره دائماً هذه الرؤى الناخب هو الذي يقرر (وتعرفون ما حصل مع أوباما) ربما إذا حضرا الجمهوريون وسلموا

الحكم يغيرون هذه الرؤى. أنا أقصد إذا أقرت الدولة رؤية وأعتبر أن النظم الصحي الذي أقر فيه رؤى كما ذكر الدكتور عثمان الريبيعة، بعضها مهمة جداً (مبادئ عامة) مثل إدخال التأمين، وهل طبق بالطريقة الصحيحة أم لا؟ هذا لا يكفي أن نجعل مجلس الضمان الصحي أو وزارة الصحة هي التي تقول لنا ذلك. مجلس الشورى في الوقت الحالي ليس لديه آلية ليقوم بهذا العمل، وأنا أعتقد أن هناك فراغاً وأنمني إيجاد جهة معينة تراقب ما يصدر من أنظمة.

■ د. عدنان البار: أوضح مثال موجود الآن في بريطانيا وعدد من الدول الأوروبية وفي أمريكا (Medical Advisor) وهو الموكيل إليه مراقبة أداء القطاع الصحي، وأوضح تجربة معروفة أيام رئيسة وزراء بريطانيا مارجريت تاتشر لما أرادت أن تدخل تغييرات جذرية على النظام الصحي مخالفة للرؤية المطروحة من القطاع، أعرض (Medical Advisor) وعندما أصرت على التطبيق قدم استقالته؛ ما جعلها تتراجع عن التوجه. هذه ليست صورة وحيدة، تحتاج فعلاً إلى آلية لأنها الملاحظ دائماً أنه إذا كان الوزير من القطاع الطبي، هناك مؤشرات كثيرة قد تصرف عن المسار، والمتأمل في تجارب التطبيق للرؤى الإستراتيجية التي صدرت يجد أن كل وزير يأتي ويأخذ جزئيات ويحاول أن يعمل فيها شيئاً؛ لكن التطبيق الشامل للرؤية لم يوجد بعد على أرض الواقع.

إستراتيجية الرعاية الصحية في المملكة العربية السعودية

أدار الجلسة الدكتور حسين بن محمد الفريحي

**الأساس الإستراتيجي السابع:
الرعاية الصحية الأولية**

**الأساس الإستراتيجي الثامن:
الخدمات الإسعافية**

**الأساس الإستراتيجي الثاني عشر:
حماية المرضى وحفظ حقوقهم**

المحاور الأولى:
أ. د/ عدنان بن أحمد حسن البار

أستاذ بكلية الطب في جامعة الملك عبدالعزيز
عمل سابقاً معاً بوزارة الصحة

بسم الله الرحمن الرحيم

والصلوة والسلام على رسول الله

بداية عندما تحب أحداً وتقتصر به وبأهمية دوره المحوري، ثم أنت لا توليه أي مؤشر على أنه المحبوب، يصبح من الصعب عليه أن يقتصر أنه هو فعلاً محبوب، ما علاقة هذا بالموضوع؟

الرعاية الصحية الأولية هي المحور الذي كان ثابتاً في كل إستراتيجية وفي كل لجنة ناقشت الوضع الصحي على مدى العشرين عاماً الماضية، كان يبرز دائماً بوضوح أن الحل في مجموعة عناصر، وكان أوسها الاهتمام بالرعاية الصحية الأولية، وهذا بدأ تاريخياً من إقرار الدولة الاتفاقية الصحية التي صدرت عام ١٩٧٨م، وأقرت في المملكة العربية السعودية عام ١٩٨١م، وعلى أساس أنه يتبنى نهج الرعاية الصحية الأولية، كان فيه مواكبة ما بين القطاع الخدمي والقطاع التعليمي في بداية الاعتماد في عام ١٩٧٨م أنشأ لدينا في المملكة أول قسم لطب الأسرة، في عام ١٩٨٢م، ومواكبة لاعتماد المملكة لهذه السياسة، بدأت أول برامج دراسات عليا في تخصص طب الأسرة في المملكة.

الآن بعد مسيرة السنين الطويلة، يسأل الإنسان سؤالاً، ولا أريد جواباً. إلى أي مدى يعي الناس المستفيدين من الخدمة أن هنالك شيئاً أسمه الرعاية الصحية الأولية؟ إلى أي مدى يؤمن هؤلاء بأن مفهوماً مثل مفهوم طب الأسرة هو اليوم معتمد عالمياً كالأساس رقم واحد لتحسين الخدمات الصحية، الجواب الذي أنا أعرفه من عدد من المسوحات والاستقراءات، يقول: إن الناس في حالة غياب عن الوعي بأهمية الفكرة والدولة، ويقول: إن واقع الحال في وضع الرعاية الصحية الأولية على سبيل المثال، يدل على عكس هذا تماماً: فلا البنى التحتية جيدة، ولا هي كافية، ولا القوى العاملة موجودة ومدربة، ولا المفهوم مطبق على أرض الواقع، ولكن عندما نعود بالأسباب نجد أيضاً بالاستقراء التاريخي على الأقل لأربع وزراء كرام، كانوا يعلنون قناعتهم بهذا المفهوم ودعمهم وعطائهم له، فهل تعدينا مساحة الـ ١٠٪ من الميزانيات دعماً لهذا القطاع، واقع الحال يقول إننا ما بين ٨ و ١٠٪ من ميزانيتنا فقط يذهب لهذا القطاع ودعمه ولنشر هذه الأفكار، وبناءً على هذا يظهر لماذا أخفقنا في جوانب تعزيز الصحة، وفي جوانب الوقاية، وفي جوانب المعالجة السريعة والفاعلة للمشكلات الصحية السائدة، التي لا تتعدي ٣٠ مشكلة صحية

(وهذا مبني على دراسات) من أصل عدد من المشكلات الصحية، الأطباء يعرفون أن عندنا الأمراض والمتأزمات فاق عددها ١٠٠,٠٠٠، ولذلك نحن الآن في التصنيف العالمي للأمراض دخل في خانة الـ ١٠٠,٠٠٠ تشكل أكثر من ٨٠٪ من احتياجات المراجعين للقطاع الصحي.

ماذا قدمنا لهذه الـ ٣٠ مشكلة؟ الواقع أن هذا سؤال مهم لا نجد عليه إجابة، بل أقول إن مشكلة واحدة مثل مشكلة داء السكري، الذي كلنا نعلم أنه إذا طلب منك أن تجيب كطبيب على نسبة انتشار المرض الحالية تقول إنه إلى حد علمي كانت ٢٠٪، لأنه ربما اليوم يكون ظهرت دراسة أخرى تقول أصبح ٢٥٪. ما الذي أريد أن أقوله.. أريد أن أقول إنه ما لم ندرك أن الرعاية الصحية الأولية هي ليست بندًا من الخدمة بل هي مستوى الخدمة الأول الذي نقدم من خلاله ٨٠٪ من احتياجات المواطنين الصحية، ونبذل ما يدعم ذلك.

نحن لا نريد الكثير في قطاع الرعاية الصحية الأولية إذا كان ما يصرف الآن ١٠٪، فأنا أجزم وأيضاً الدراسات تؤكد أن ١٠٪ أخرى لو خصصت لهذا القطاع ستحدث نقلات كبيرة للوضع الصحي. وأدلل على هذا في ختامي لطrorhi.. بتقرير منظمة الصحة العالمية الذي صدر عام ٢٠٠٩م بعنوان الرعاية الصحية الأولية، الآن أكثر من أي وقت مضى، وخلاصتها وقد درست أوضاع النجاحات الصحية في دول العالم بناءً على التدخلات التي أحدثتها الدول وفقاً لاستراتيجياتها الصحية، فماذا وجدت؟ وجدت أن قائمة أفضل ١٠ دول حققت نجاحات في القطاع الصحي دول لم يكن في الحسبان أن تكون من ضمن القائمة، مثل: كوبا، كوريا، تايلاند، المكسيك، عُمان، تقف على قدم المساواة مع: كندا، استراليا، ألمانيا وغيرها من الدول التي حققت نجاحاً كبيراً، السؤال لماذا؟ لأنها أصبحت وفقاً للقناعات العلمية العالمية بالتركيز على هذا القطاع وتمويله بسخاء، والانطلاق به، وهذا أثبت أنه يحقق نجاحات بأقل تكلفة.

الأساس الإستراتيجي الأول

السياسة الأولى

أ. تمويل الخدمات الصحية

السياسة الثالثة

ب. إدارة المرافق الصحية وتشغيلها

المحاور الثاني

الدكتور خالد بن سعيد

- أستاذ الإدارة الصحية بجامعة الملك سعود- رئيس
الجمعية السعودية للإدارة الصحية.

تمويل المراقب الصحية وتشغيلها

الدكتور خالد بن سعيد

أتحدث بشكل سريع عن مصادر التمويل، لأن من أحد السياسات العامة الإستراتيجية للخدمات الصحية هي: إيجاد مصادر للتمويل لقطاع الخدمات الصحية، ومن أجل أن يطبق هذه الإستراتيجية لا بد من وجود آليات وسياسات تدعم تطبيق فكرة التمويل، لأن الاتجاه العام عالمياً ليست دولة وحدها هي التي تقوم بتقديم الخدمات مجاناً، وإنما لا بد أن يكون هناك مشاركة من القطاع الخاص والأفراد على حد سواء.

السياسة الأولى: آليات تطبيق الإستراتيجية:

تطبيق نظام الضمان الصحي التعاوني الذي بدأ في عام ١٤٢٠هـ، وصدرت اللائحة التنفيذية لذلك النظام عام ١٤٢٣هـ، وبعد تدريجياً في التطبيق، هو الآن ما زال في عملية التقويم المستمر لكي نصل إلى السلبيات والإيجابيات (Pros and cons) في التطبيق حتى نصل إلى درجة الكمال في تطبيقه على أفراد المجتمع (سعودي / غير سعودي).

الضمان الصحي التعاوني أنا متفائلاً أن يكون أداة من أدوات الجودة ومراجعتها على مقدمي الخدمة (Service Providers) لأن شركات التأمين لا ترضى بالفحوصات المخبرية غير الضرورية ولا بعملية التبوييم في المستشفيات أكثر من اللزوم، وهذه سوف تكون مراقبة على مقدمي الخدمة وتطبيقاتها سوف يسهم في تقوية الجودة، الجودة النوعية في المنشآت الصحية، كنت متشرئاماً لأن البنية التحتية في ذلك الوقت ليست مهيأة حسب ما بينه الدكتور عدنان، عن النظام المالي في وزارة المالية، وتهيئة المراقب الصحية وعدم وجودها في المناطق النائية.

السياسة الثانية: زيادة الموارد المالية للمراقب الحكومية

عن طريق مشاركة القطاع الخاص، وإعطاء الفرصة للجهات الحكومية في أن تؤجر - إذا

كان لديها أجهزة طبية متطورة - على القطاع الخاص لكي يكون هناك مصادر تمويل للمراافق الحكومية كالمستشفيات والمراكمز الصحية؛ وهذا بحد ذاته، ينسجم مع الخطة التنموية في المملكة، منذ بداية الخطة التنموية الخامسة التي تهدف إلى تشجيع أو تعديل دور القطاع الخاص، وأن ندير أعمالنا ليس بعقلية القطاع العام ولكن بعقلية (البزنس)، على أن لا تؤثر تلك الأسعار في سوق الخدمات الصحية.

السياسة الثالثة: تشجيع فكرة الهبات والأوقاف في القطاع الخاص

أتمنى (بحكم أنني من جامعة الملك سعود) من وزارة الصحة وغيرها أن يفيدوا من خبرة جامعة الملك سعود في استخدام الأوقاف، فعندنا أكثر من ١٠ أبراج، أحدها فندق ٥ نجوم، وجامعة الملك سعود هي الوحيدة في العالم التي يوجد لديها فندق ٥ نجوم، وهذه ليست من الموارد الذاتية ولكن من الأوقاف وتشجيع الهبات والتبرعات، ويمكن أن يستفاد منها في المراافق الصحية حتى نسعى إلى تعديل تطبيق السياسة الثالثة من ناحية التمويل ومصادر التمويل.

السياسة الرابعة: ترشيد الإنفاق الحكومي والاستخدام الأمثل

في بداية التنفيذ ما كانت البنية التحية جاهزة، المراكز الصحية الأولية كانت عبارة عن فلل صغيرة غير مهيأة لتكون مراكز صحية أولية، وأقول (بكل صراحة كمتخصص) إذاً كنا نريد أن نرشد الإنفاق الحكومي يجب تعديل فكرة مراكز الرعاية الصحية الأولية، لأن هناك ضغوطاً على الأسرة وعلى الخدمات والمستشفيات، وهي ناتجة من ضعف Primary care center (الحمد لله الآن موارد الدولة والميزانية مستواهما جيد) نستفيد في الوقت الحاضر لأن تعديل دور مركز الرعاية الأولية أحد الوسائل لترشيد الإنفاق الحكومي، منها نظام الإحالات Referral System؛ فعندما نفعّل مركز الرعاية الأولية سوف يكون عندنا نظام الإحالات (آوتوماتيكياً) بمعنى أن نحيل الحالات التي تحتاج إلى استخدام خدمات المستشفيات بمستوياتها المختلفة، ولا بد من التركيز على الوسائل الوقائية الدورية وتفعيلها لنرشد الإنفاق ونزيد الاستخدام الأمثل للموارد؛ ومن ناحية الموارد البشرية يجب أن نعطيها الفرصة من فترة إلى أخرى، وهذا بحد ذاته يعد صيانة دورية للبشر والعاملين لنقل معلوماتهم. وصيانة دورية للأجهزة الطبية، لأن الصيانة الوقائية تدفع فيها المبالغ البسيطة (In the near term) وتقلل من التكاليف الباهظة في إساءة

لهذه الأجهزة. (Up Using Or Miss Using)

نحو نتائج (الـ IT) في مستشفيات مختلفة، والبعض الآخر لا يوجد لديه ملف واحد، إذا استخدمت الـ Smart Card يمكن للطبيب معرفة أن المريض عنده ملف في مكان آخر، وبدلاً من إجراء الفحوصات الخبرية يتمكن من تقليلها، ما يساعد على ترشيد الإنفاق الحكومي في القطاع الصحي.

أخيراً.. إذا أردنا الوصول للسياسة الخامسة في عملية التمويل لتحقيق إستراتيجية الميزانية العامة للدولة والمخصص للقطاع الخاص، يجب على الدولة عدم المساس بمخصصات القطاع الصحي، وهذه المخصصات تصرف لبناء مراكز صحية أولية، ومساعدة شركات التأمين.

وشكراً ..

الأساس الإستراتيجي الثاني

نظم المعلومات وتقنية المعلومات في القطاعات الصحية

الأساس الإستراتيجي الحادي عشر

ضمان جودة وكفاءة أداء الخدمات الصحية وتقويمها دوريًا

المحاور الثالث:

د. طلال بن عايد الأحمد^(١)

أستاذ مشارك في معهد الإدارة العامة بالرياض

(١) أستاذ مشارك في معهد الإدارة العامة بالرياض، عمل في قطاعات مختلفة في المعهد مثل: مدير البرامج الخاصة، مدير إدارة البحوث، مدير عام إدارة البحث ودعم الجودة، له العديد من الدراسات، وله جهود في التأليف والترجمة، وشارك في العديد من اللجان داخل وخارج معهد الإدارة العامة.

الدكتور طلال بن عايد الأحمدى:

بداية أشكر مؤسسة عبدالرحمن السديري الخيرية والقائمين عليها، على تنظيم هذه الندوة، وأشكراهم على حسن الضيافة وحفاوة الاستقبال، داعياً الله أن يوفقهم إلى ما يصبون إليه.

محتوى الورقة:

- عرض مختصر للأساسين الثاني والحادي عشر.
- أهمية كل منهما في التصدي لبعض أوجه القصور في القطاع الصحي.
- رؤية حيال إمكانية التطبيق وسبل تفعيلها.

إستراتيجية نظم المعلومات:

التدريب وبناء الكوادر المتخصصة في مجال المعلوماتية.

- متابعة تطور حقل تقنية المعلومات في المملكة.
- معرفة الاتجاهات الحديثة.
- تزويد المتدرب بالمهارات الأساسية في التشخيص وحل المشكلات والمعوقات التي تواجهه.
- بناء وتطبيق تقنية المعلومات في القطاعات الصحية وتطويرها.

إنشاء مراكز معلومات لكل قطاع صحي

إيجاد مزود رئيس للتطبيقات والبرمجيات بغرض:

- توحيد أنظمة المعلومات الطبية والإدارية.
- تجنب شراء العديد من الأنظمة من شركات مختلفة للمنشآت الصحية التي تتبع قطاع واحد.

إنشاء مركز وطني للمعلومات الصحية.

يهدف إلى التنسيق بين الجهات الصحية المختلفة بغرض الترابط المعلوماتي بينها ليقوم بالأنشطة التالية:

- وضع مواصفات السجل الطبي الإلكتروني.
- الترميز الدولي للأمراض ICD.
- وضع مواصفات نظام الترابط بين السجلات الطبية الإلكترونية.
- المواصفات الالزامية لتخزين المعلومات الطبية.
- إنشاء شبكة الطب الاتصالي.
- وضع مواصفات نظام الفوترة.
- إنشاء وحدة الحسابات الصحية معتمدة على التكاليف.
- وضع مواصفات الحكومية الإلكترونية في المرافق الصحية.
- تبادل الخبرة والمعرفة والتنسيق في مجال تسمية المعلومات.

إنشاء سجلات وطنية للأمراض والإعاقات.

- إنشاء سجلات وطنية للأمراض الشائعة والمزمنة والأمراض الوبائية.
- إنشاء سجلات وطنية للحوادث والإعاقة وربطها بالإنترنت.

إنشاء مركز وطني للبحوث الصحية.

- إيجاد كوادر من الباحثين في مجال الصحة العامة والصحة السكانية والدراسات الوبائية.
- الإسهام في إجراء البحوث والمسوح الميدانية الصحية.
- تحديد المشكلات الصحية ووضع مرسم صحي (Health profile) للمناطق في المملكة على ضوء نتائج البحوث وبيانات السجلات الطبية.
- الإسهام في إجراء البحوث التي تهدف إلى تحسين الخدمات الصحية من النواحي الإدارية والتنظيمية وغيرها.

أهم المشكلات التي تتصدى لها إستراتيجية المعلومات الصحية:

- عدم توفر نظام متوافق ومتكمال للمعلومات يربط بين أجهزة القطاع الصحي المختلفة

ووحداتها المنتشرة، وما ترتب على ذلك من عدم تدفق المعلومات بين مختلف الهياكل الإدارية والفنية بتلك الأجهزة ووحداتها المختلفة.

- اعتماد جميع مزودي الخدمات الصحية على الملف الطبي الورقي.
- نقص الأنظمة الإدارية التي تكفل إيجاد نظام ملف صحي موحد، بصرف النظر عن الجهة المزودة للخدمة الطبية.
- عدم توافر قواعد معلومات شاملة ودقيقة عن الحالة الصحية للسكان.

أهم التحديات التي تعترض تطبيق إستراتيجية نظم المعلومات الصحية:

- عدم وجود نظام موحد للملف الطبي في مختلف المرافق الصحية.
- غياب النظام الإداري التقني الذي يمكن استخدامه لإنشاء الملف الصحي الإلكتروني.
- اختلاف أنظمة الترميز الطبي وعدم تطبيقها في العديد من الجهات والمراكز الصحية.
- اختلاف أنظمة المعلومات الصحية المطبقة في عدد من الجهات، ما يؤدي إلى عدم وجود تكامل معلوماتي بينها.
- النقص الحاد في الكفاءات القادرة على التعامل مع الملف الصحي الإلكتروني بشكل محترف وفعال.
- سوء استغلال الميزانيات المخصصة لمشاريع الصحة الإلكترونية.
- تفتقر الكثير من مستشفيات المملكة إلى البنية التحتية لتقنية المعلومات، فلا يوجد فيها شبكة حاسب آلي محلية في المستشفيات.
- لا يوجد أنظمة صحية تساعده الإدارات الطبية المختلفة كالمخابر والصيدلية والأشعة والإسعاف وغيرها لأداء أعمالهم بشكل منظم وآلي.
- تفتقر العديد من القطاعات الصحية في المملكة للتخطيط الإستراتيجي للمعلوماتية في إطار متكامل مع بقية عناصر منظومة الرعاية الصحية.

ضمان جودة وكفاءة أداء الخدمات الصحية وتقويمها دورياً

تبني مفهوم تحسين الأداء وتجويد الخدمات كأسلوب عمل في كافة المراافق الصحية

- وضع معايير لتحسين الجودة ومؤشرات لقياس الأداء.
- اعتماد مراافق وزارة الصحة والقطاعات الصحية الأخرى.
- إيجاد مركز وطني لأنماط التطبيق يتولى إعداد البروتوكولات الطبية والممارسة الطبية المبنية على البراهين.
- تشكيل اللجان المتخصصة لمتابعة الالتزام بتطبيق ضوابط الجودة.
- تقوية البنية الأساسية الالزامية لتطبيق إدارة الجودة الشاملة.
- تنمية ثقافة الجودة في النظام الصحي ومراقبته.
- وضع قواعد تعين وترقيات الكوادر الصحية في سلم الوظائف الصحية.

إجراء تقويم دوري لمستوى كفاءة المنشآت والعاملين فيها

- قيام مجلس الخدمات الصحية بتفعيل دور الهيئة الوطنية لاعتماد المنشآت الصحية لتطبيق نظام موحد للجودة والاعتراف والتقييم للمنشآت الصحية.
- إجراء تقويم دوري لمستوى كفاءة المنشآت الصحية وفق مقياس وطني للاعتماد.
- تقويم مستوى كفاءة الممارسين في المراكز ومؤسسات الرعاية الصحية من القوى الوطنية بصفة دورية.
- تقويم مستوى كفاءة الممارسين من القوى الوافدة قبل تواجدهم في المملكة.
- المراجعة الدورية لمتطلبات التسجيل المهني من قبل الهيئة السعودية للتخصصات الصحية.
- المراجعة الدورية لمتطلبات التسجيل المهني.
- الإفادة من الجمعيات العلمية لوضع ضوابط الأدلة العلاجية وأسس الاعتماد وبرامجهما.

أهم المشكلات التي تتصدى لها إستراتيجية الجودة وتقويم الأداء:

- اختلافات الممارسة الطبية وتقليل الأخطاء الطبية.
- طول مدة الانتظار بين المواعيد في العيادات، ومواعيد العمليات.
- تدني رضى المستفيدين من الخدمات الصحية.
- تفاوت مستوى توفير الخدمات الصحية لجميع فئات المجتمع بشكل متوازن، كالأطفال والنساء وكبار السن وأصحاب الإعاقات وذوي الأمراض المزمنة والشباب وغيرهم.
- تفاوت الالتزام بالمعايير والأخلاقيات الطبية والإدارية.
- عدم وجود معايير ونظم واضحة تحكم النظام الصحي.
- عدم توافر الخدمة الصحية الفعالة في الوقت والمكان المناسبين للمريض.
- عدم توافر إحصاءات حول الأخطاء الطبية.
- عدم وجود مركز موحد للبلاغات عن الأخطاء الطبية أو منظمة معنية بهذا الشأن.
- اغلب الحالات المعلن عنها في المملكة إما حالات مقدمه للقضاء من قبل المتضرر أو أحد ذويه للنظر فيها بأحد اللجان الطبية الشرعية التي تم تعيينها للبت بهذه القضايا في عدد من أرجاء المملكة، أو قصص نشرت في مصادر الإعلام المحلية.

أهم التحديات التي تعترض تطبيق إستراتيجية الجودة وتقويم الأداء

- توفير نظم التبليغ الإلكتروني الذاتي عن الأخطاء لتيسير رصد الأخطاء في ظل مناخ من الثقة اللازم، لدعم برامج الجودة والسلامة بالمستشفيات.
- قصور آليات قياس مؤشرات الجودة والسلامة ومتابعتها وتوفير التغذية المرتدة للوحدات التنظيمية المختلفة والعاملين حيال هذه المؤشرات.
- قصور آليات التعلم التنظيمي وإدارة المعرفة لنشر الدروس المستفادة من الأخطاء.
- عدم التركيز على سلامة المرضى كمفهوم، أصبح هو محور اهتمام جميع المنظمات

العالية المعنية بجودة الرعاية الصحية.

- تفاوت نسج تطبيق الجودة بين مختلف المراافق الصحية.
- نقص البرامج الأكاديمية المتخصصة في مجال جودة الرعاية الصحية.
- قصور أنظمة المعلومات بما لا يدعم جهود الجودة.
- معدل الدوران الوظيفي وتسرب الكوادر البشرية، بما لا يضمن استمرارية برامج التحسين.

وشكراً لكم ..

اللاحق

افتتاح فعاليات المنتدى

جولة الضيوف في معرض إصدارات المؤسسة

**لقطات من زيارة السادة الضيوف لمركز الأبحاث
والمناطق الأثرية في الجوف**

افتتاح فعاليات المنتدى

حفل الافتتاح

تحت رعاية صاحب السمو الملكي الأمير فهد بن بدر بن عبدالعزيز-أمير منطقة الجوف- افتتح سعادة الأستاذ أحمد بن عبدالله آل الشيخ - وكيل الإمارة «فعاليات منتدى الأمير عبد الرحمن بن أحمد السديري للدراسات السعودية» مساء يوم الأربعاء ٢٥/١٢/١٤٢١هـ الموافق ١٢/١/٢٠١٠م، بحضور صاحب السعادة فيصل بن عبد الرحمن بن أحمد السديري - رئيس مجلس إدارة مؤسسة عبد الرحمن السديري الخيرية، في قاعة العرض بدار الجوف للعلوم، وكانت ندوة المنتدى عن: «النظام الصحي في المملكة العربية السعودية» بمشاركة نخبة من المتخصصين من أساتذة الجامعات والهيئات الأكاديمية والطبية في المملكة العربية السعودية.

كلمة رئيس مجلس الإدارة فيصل بن عبد الرحمن السديري:

بسم الله الرحمن الرحيم



صاحب السعادة الأستاذ فيصل بن عبد الرحمن بن أحمد السديري يفتح فعاليات المنتدى

الصلوة والسلام على سيد المرسلين
نبينا محمد وعلى آله وصحبه أجمعين أما
بعد،

منسوبي مؤسسة عبد الرحمن السديري
الخيرية ومجلس إدارتها يرحبون بكم
في المقر الرئيس للمؤسسة في سكانا-
الجوف، لنشهد انطلاق فعاليات منتدى
الأمير عبد الرحمن بن أحمد السديري
للدراسات السعودية في دورته الرابعة لهذا

العام ١٤٣١هـ / ٢٠١٠م، التي تلي ثلاثة دورات للمنتدى في الأعوام السابقة، أقيمت بالتناوب بين الجوف والغاطس، تناولت كل منها موضوعاً له أهمية بارزة ومؤثرة في المجتمع السعودي.

وقد كانت المواضيع في المنتديات السابقة على التوالي كما يأتي:

١. الهيئات الخيرية السعودية بعد أحداث الحادي عشر من سبتمبر - الآثار وسبل تجاوزها.

٢. الأزمة المالية العالمية - وتداعياتها على النظام المالي السعودي.

٣. النظام القضائي في المملكة العربية السعودية.

لقد تحققت - بفضل الله - في المملكة العربية السعودية إنجازات طبية أكسبتها سمعة عالمية في مجالات عدة كجراحة القلب، وفصل التوائم، وزراعة الأعضاء، وطب العيون، وغيرها؛ الأمر الذي يستدعي النظر في كيفية تطوير هذه الإنجازات والاستفادة منها. فبالرّيـط بين الطلب المتزايد على الخدمات الطبية في الداخل وفي المحيط الإقليمي، وال الحاجة لإيجاد مجالات التوظيف التي تتناسب مع طموحات ورغبات القوى البشرية العاملة في المملكة؛ فإن هذا مدعـاة إلى أن يكون هناك توجـه إـستراتيجي لـاستهداف الخدمات الطـبية لأن تكون، إضافة إلى رسالتـها الإنسـانية، إحدـى أو من أـهم الصـناعـات الـاقـتصـادـية التـصـدـيرـية؛ والـوصـول إـلى ذلك يـأتـي عـبر مـسـاعـي تـأـهـيل القـوى البـشـرـية الوـطـنـية، وـرـصـد الإـمـكـانـات المـالـيـة لـتـوـفـير البنـى التـحتـية الـلاـزـمة وـتـوـفـير الحـواـفـز المـنـاسـبة لـمـسـتـثـمـري القـطـاع الـخـاص من الدـاخـل والـخـارـج، وـتـسـهـيل العمـلـيـات الإـجـرـائـية لـلـقـادـمـين لـلتـلـقـي الفـحـوصـات والـعـلاـج.



سعادة وكيل الإمارة الأستاذ أحمد بن عبدالله آل الشيخ

أردت في هذه العـجالـة شـحـذ هـمـمـكـم وـفـكـرـكـم في هذا الشـأنـ، لـعلـه يـكون مـوـضـوعـاً رـائـداً يـتم تـنـاؤـله فيـ الـحـاضـرـ وـالـمـسـتـقـبـلـ، تـتـحـقـقـ بـمـشـيـةـ اللهـ مـنـهـ الـآـمـالـ.

مـوـضـوعـ هذاـ المنـدـى لـهـذاـ العـامـ هوـ النـظـامـ الصـحـيـ فيـ الـمـلـكـةـ الـعـرـبـيـةـ



جانب من الحضور

السعوية. وسوف يتناول هذا الموضوع نخبة من المختصين وأهل الخبرة وذلك عبر أربع جلسات يوم غدٍ الخميس.

وقد دعى مجموعة خيرة من أبناء الوطن الذين يهمهم المشاركة في نشاطات المؤسسة والتفاعل مع ما يطرح في ندوتها من موضوعات.

كما تشمل فعاليات المنتدى وللمرة الثانية تكرييم شخصية متميزة لها إسهام

واضح في القطاع تتناول موضوعه ندوة المنتدى -شخصية المنتدى لهذا العام مناصفة بين الدكتور عثمان بن عبدالعزيز الريبيعة، والأستاذ الدكتور فالح بن زيد الفالح، وهما من المختصين والمهتمين والفاعلين في القطاع الصحي، وسيتطرق إلى أعمالهما غيري بتفصيل أكبر.

وفي ختام كلمتي، أود أن أكرر الشكر باسم إخواني أعضاء مجلس إدارة المؤسسة، والزملاء في هيئة المنتدى، والعاملين في المؤسسة، لكل المشاركين والمدعويين أهلنا من القادمين من خارج المنطقة وكذلك الحضور من أبناء الجوف.

ولا يفوتنا في هذا المقام أن نشكر صاحب السمو الملكي الأمير فهد بن بدر بن عبدالعزيز أمير منطقة الجوف، وسعادة وكيل الإمارة الأستاذ أحمد بن عبدالله آل الشيخ، وجميع منسوبي الإمارة، والإدارات الحكومية في المنطقة على الدعم المتواصل للمؤسسة وفعالياتها، كما ندين بالشكر الجزييل لهيئة المنتدى، ممثلة في كل من الإخوة: معايي الدكتور يوسف بن أحمد العثيمين، معايي الدكتور عبدالواحد بن خالد الحميد، الدكتور عبدالرحمن بن صالح الشبيلي، الأستاذ فايز ابن موسى الحربي، الأستاذ علي بن محمود الراشد، الأستاذ عبدالله بن ناصر السديري، الدكتور سلمان بن عبدالرحمن السديري، الدكتور زياد بن عبدالرحمن السديري، الدكتور عبدالرحمن الطيب الانصاري، الدكتور خليل بن إبراهيم المعيق ل لهم مني ومن المؤسسة جزيل الشكر والامتنان.

والسلام عليكم ورحمة الله وبركاته.



صاحب السعادة الأمير فيصل بن عبدالرحمن بن أحمد السديري -رئيس مجلس الإدارة
يكرم شخصيتي المنتدى أ. د فالح بن زيد الفالح، والدكتور عثمان بن عبدالعزيز الريبيعة

كلمة هيئة المنتدى ألقاها الدكتور عبدالرحمن بن صالح الشبيلي:

لم تكن العاطفة وحدها التي تسير بي نحو هذا الوادي، لكنه الشعور بأن أعمال مؤسسة عبدالرحمن السديري الخيرية، منذ أن تأسست قبل ثلاثة عقود، وأن منهج هذا المنتدى ومنذ أن أحدث قبل أربعة أعوام، تداران بمنتهى الاحتراف والمؤسسة ووضوح الأهداف.

لقد ترسخت في قناعاتي، عندما اقتربت بعضوية الهيئة العلمية للمنتدى، وقبل ذلك بالإسهام في النشاط الثقافي للمؤسسة، أنهما نموذجان للعمل الخيري الأصيل، والإدارة الوعائية، والمنهج المدروس.

ولا أدرى الليلة، هل أتحدث عن مقاصد المنتدى وغاياته، أم عن فرسانه والمكرّمين فيه، أم عن الدار التي يُعقد تحت ظلّها؟! ذلك أنّ بيني وبينكم ومعهم جميعاً عناقيد من الود، وعقود من الزمالّة، وقلائد من المثل المشتركة التي تجعلني مطمئناً بشقة أن ندوتكم هذه، ستتسنم بال الموضوعية والصراحة والشفافية التي عوّدنا عليها المنتدى، بأصله في الجوف وفرعه في الغاط.

لقد دأب هذا المنتدى الذي يحمل اسم مؤسس هذه الدار، ويهتم بالدراسات السعودية، على أن يدقق في اختيار موضوعه، فكريًا ومجتمعياً، وفي انتقاء محاضريه، وفي اصطفاء المشاركين وال منتدين فيه، وأن يجتهد في الحصول على ترشيح الجهات العلمية والأكاديمية المعتمدة لكتاب متميز منشور في موضوع الندوة، يجري تكريمه مؤلفه وإعادة نشره، فائزًا بجائزة المنتدى في كل عام.

وإضافة إلى مراقبة المعايير العلمية، يحرص القائمون على المؤسسة على المزج لضيوفه بين رفاه السفر والإقامة، ومتعة السياحة والمعرفة، وأن يجعلوا من أيام المنتدى رحلة اجتماعية شائقية، يلتقي فيها المنتدون بوجوه أهلهم في الجوف، ويتعرفون على خصائص المنطقة، وعلى معالمها التاريخية وشواهدها التنموية المتسارعة.

وعُودنا المنتدى ألا يختار الموضوع الأسهل، ولا الأقل حرجاً، لكنه يبحث عن موضوع الساعة، الأكثر فائدة للوطن كافة، وللمنطقة وخاصة.

فماذا عسى أن تكون البلاد بحاجة إليه اليوم أهم من الأمن والتعليم والصحة؟ وماذا يرجى أن يناقش موضوع النظام الصحي أفضل من هذه النخبة؟ وماذا عسانا نتطلع إلى فرصة أفضل من هذه المناسبة، دون انتقاص لآخرين، نتلقى فيها الدفء، في حضن الجوف، وفي ربع وادي النفاح؟



أيها الإخوة والأخوات..

من أعز الوجوه، التي كنت أصادفها طيلة الأعوام والمناسبات في هذه القاعة، فاضل من أهل هذه المنطقة شهد له الوطن قبل أن نشهد له بما نعلم من السمت والهدوء ومكارم الأخلاق،

نفتقده الليلة، محفوفاً ذكره بالتجلة والاحترام، أعزكم ونفسي فيه، وهو الصديق الصّدوق الدكتور عارف بن مفضي المسعر، الذي أوفى التربية والتعليم والثقافة، وقدم لهذه المؤسسة ما قدّرته له من علمه وجهوده، وجليل أعماله وصدق نوياه.

ثم اسمحوا لي أن أحتكر تقديم زميل عزيز، عرفته في مدى ربع قرن، متميزاً في تخصصه، دمثاً في خصاله، جميلاً في طباعه وتعامله، تولى عمادة كلية الطب في جامعة الملك سعود والإشراف على مستشفى الملك خالد الجامعي، زاملته في وزارة التعليم العالي وفي مجلس الشورى، فكان نعم من عرفت تأهيلياً وخلفاً وهدوءاً ووطنية، وهو من إذا ذكرت جراحة القلب وخدمة تخصصاته وجمعية أطبائه، يكون هو في رأس قائمة الأطباء المتخصصين فيها. إنه معالي الأخ الدكتور منصور النزهة مدير جامعة طيبة، ليقدم لنا شخصيتي المنتدى.

كلمة معالي الدكتور منصور النزهة:

بسم الله الرحمن الرحيم

والصلوة والسلام على أشرف الأنبياء والمرسلين سيدنا محمد وعلى آله وصحبه أجمعين،
وبعد،

في البداية أود، أن أشكر مؤسسة عبدالرحمن السديري الخيرية والقائمين عليها، على فكرة إنشاء منتدى الأمير عبدالرحمن السديري للدراسات السعودية، كما أشكرهم بالأصلية عن نفسي ونيابة عن زملائي المدعويين على اختيار موضوع المنتدى في دورته الرابعة «النظام الصحي في المملكة العربية السعودية»، وقد طلب مني أن أقدم زميلاً يدعى فارس بن فرسان الخدمة العامة في هذا الوطن الغالي، ألا وهما الدكتور عثمان بن عبدالعزيز الريبيعة، والدكتور فالح بن زيد الفالح، وكل منهما قد خدم هذا الوطن من خلال مؤسستين مهمتين الأولى: الدكتور عثمان الريبيعة، خدم من خلال وزارة الصحة طوال عمره وقد أدى هذا القطاع كل ما في وسعه من خدمات جليلة، وكذلك الأستاذ الدكتور فالح الفالح من خلال انتسابه لجامعة الملك سعود ثم عمله في مجلس الشورى، قام بخدمة هذا الوطن خير قيام.

أبدأ بالسيرة الذاتية المختصرة للدكتور/ عثمان بن عبدالعزيز الريبيعة

- من مواليد المجمعة عام ١٣٦١هـ.
- درس الطب في جامعة هادلبرج بألمانيا، وتخرج منها عام ١٣٩١هـ.
- عمل طبيباً بمستشفى الرياض المركزي-مستشفى الملك سعود حالياً - ثم مديرًا للشؤون الصحية بالقصيم، ثم بعد ذلك عمل مديرًا للرخص الطبية والصيدلية بوزارة الصحة، ثم وكيلًا مساعداً للتخطيط والبحوث بوزارة الصحة، ثم وكيلًا للتخطيط والتطوير بالوزارة حتى إحالته إلى التقاعد عام ١٤٢٥هـ، ومنذ عام ١٤٢٥هـ عمل مستشاراً لوزراء الصحة والتعليم ومنسقاً لأعمال مجلس الخدمات الصحية.
- شارك خلال عمله في الوزارة في إعداد عدد من الأنظمة واللوائح الصحية من أهمها: نظام مزاولة المهنة الصحية، ونظام الضمان الصحي التعاوني، والنظام الصحي بالمملكة،

ونظام الإخصاب وعلاج العقم.

- شارك في عضوية مجالس الإدارة ومجالس الأمانة لعدد من الهيئات الحكومية.

أما عن الدكتور فالح بن زيد الفالح:

- من مواليد القصيم.
- حصل على بكالوريوس الطب والجراحة من جامعة هادلبرج بألمانيا، رجع بعدها إلى المملكة لفترة قصيرة ثم عاد إلى ألمانيا للتخصص في الأمراض الباطنية (الجهاز الهضمي والتنظير).
- يعد من الخبراء ليس على مستوى المملكة وحسب، وإنما على مستوى الدول العربية في أمراض الجهاز الهضمي وأمراض الكبد.
- عمل أستاذًا للأمراض الباطنية في جامعة الملك سعود، ثم وكيلًا للجامعة من ١٤٠٩-١٤١٢هـ.
- عمل عميدًا لكلية الطب ومشرفاً على المستشفى الجامعي من عام ١٤٠٥-١٤٠٩هـ.
- تقاعد من كلية الطب جامعة الملك سعود عام ١٤٢٣هـ، وكان يعمل في هذه الفترة أستاذًا للأمراض الباطنية واستشارياً لأمراض الكبد والجهاز الهضمي، وهو الآن يعمل بعد إحالته إلى التقاعد في مركز الطب المتقدم للتخصصات الدقيقة.
- له ما يزيد عن ٦٠ بحثاً في تخصصه، ومن أهم الأبحاث التي قام بها: كان منسقاً لمشروع التحصين البحثي لفيروس الكبد B من عام ١٤٢٣-١٤٠٩هـ، والباحث الرئيسي لمدى انتشار فيروсовات الكبد عند الأطفال من سن ١ - ١٠ سنوات، قبل إدخال التحصين وذلك عام ١٤٠٩هـ.
- الباحث الرئيسي لتقديم برنامج التحصين ضد فيروس الكبد B بعد مرور ثمانية سنوات من عام ١٤١٧هـ، وكذلك مدى انتشار فيروسوںات الكبد.
- الباحث الرئيسي في أبحاث لتقديم علاج فيروس (ج) بعقار أنتروفيفرون، وله كذلك بحوث

آخرى.

- كما أن له نشاطات أخرى، إذ ينتمي إلى عدة مؤسسات علمية وبحثية، منها: عضويته في جائزة الملك فيصل العالمية منذ ٢٥ عاماً، عضو ورئيس سابق لجمعية الجهاز الهضمي السعودية، عضو في مجلس الشورى لثلاث فترات متتالية، وقد شارك من خلال عضويته في اللجنة الصحية بمجلس الشورى في العديد من الأنظمة منها: نظام الضمان الصحي التعاوني، ونظام مؤسسة الغذاء والدواء.

هذا إيجاز عن كل من الدكتور فالح الفالح، والدكتور عثمان الريبيعة، أسأل الله أن يجزيهما خيراً عن كل ما قدماه للوطن الغالي.

كلمة الدكتور عثمان بن عبدالعزيز الريبيعة:

سعادة وكيل إمارة منطقة الجوف الأستاذ أحمد بن عبدالله آل الشيخ

سعادة رئيس مجلس إدارة مؤسسة عبدالرحمن السديري الخيرية الأمير فيصل بن عبدالرحمن بن أحمد السديري

أصحاب الفضيلة والسعادة، أيها الحضور الكريم.

أود أن أعبر عن شكري الخالص، وتشوفي وامتناني لمؤسسة الأمير عبدالرحمن السديري الخيرية على إتاحة هذه المناسبة التي نقف فيها وقفة وفاء وإخلاص؛ الوفاء والإخلاص للوطن والوفاء والإخلاص لأحد الذين قادوا العمل الوطني في المملكة وهو الأمير عبدالرحمن بن أحمد السديري - طيب الله ثراه - والوفاء والإخلاص تجاه مدينة الجوف، وكذلك لمدينة الغاط.

إن ما قامت به هذه المؤسسة من إبراز الفضل والتفضل بتكريمنا أنا والدكتور فالح الفالح، في مناسبتين الأولى: ما يتعلق بما قدمناه من خدمة من خلال حياتنا المهنية، والثانية فيما يتعلق بما قمنا به من عمل أدى إلى إخراج كتاب: «النظام الصحي السعودي»، والحقيقة أنه خلال عملي في وزارة الصحة لمدة تقارب ٤٠ عاماً، عرجت فيها على جميع مواضع الخدمات الصحية كطبيب عام، وكمدير للشؤون الصحية، وكمدير للقطاع الصحي الخاص في وزارة الصحة، ثم كمسئول عن التخطيط والبحوث، كل هذا أتاح لي فرصة الاطلاع على تفاصيل ما يقدم من خدمات الصحية وأتاح لي فرصة الاحتكاك بعديد من التجارب، وأتاح لي فرصة المشاركة في إعداد عدد من الأنظمة، كل هذا قادني إلى التفكير في إخراج كتاب عن تجربة المملكة العربية السعودية في الخدمات الصحية من خلال النظر إلى النظام الصحي السعودي كنظام، وليس كمنظومة خدمات صحية؛ والحقيقة أنني حظيت بمشاركة فعالة من زميلي الدكتور فالح الفالح الذي كان له السبق في إلقاء الضوء على كثير من الأنظمة الصحية، ودرس بعمق الأنظمة الصحية في العالم إلى جانب النظام الصحي السعودي، وخبر من خلال الأبحاث التي قام بها، ومن خلال المشاركات في اللجان المتعددة مجريات الخدمات الصحية في المملكة، فخرج جهودنا المشتركة في شكل هذا الكتاب.

مرة أخرى أكرر شكري لمؤسسة الأمير عبدالرحمن السديري الخيرية، وأرى بأن ما قمت

به من عمل خلال فترة عملي في وزارة الصحة ما هو إلا جهد المقل كأحد المواطنين، وما قمنا به من إخراج لهذا الكتاب الذي نعتز به ما هو أيضاً إلى محاولة لخدمة الوطن والمواطن، من خلال ما خلصنا إليه من تجارب وأحكام تجاه خدماتنا الصحية، أشكركم على الحضور، وأشكر المؤسسة على ما شرفتنا به.

والسلام عليكم ورحمة الله وبركاته..

كلمة الدكتور فالح الفالح:

بداية أتقدم بالشكر لسعادة وكيل إمارة منطقة الجوف الأستاذ أحمد بن عبدالله آل الشيخ، والقائمين على منتدى الأمير عبدالرحمن بن أحمد السديري للدراسات السعودية، وأود أن أعبر عن جزيل شكري لاختياري مع صديقي الدكتور عثمان الريبيعة من خلال كتاب النظام الصحي السعودي كشخصيتي المنتدى، وهو اختيار أعتز به وأقدر، كما أتني أشكر مؤسسة عبدالرحمن السديري الخيرية على تنظيم هذه الندوة المهمة حول النظام الصحي السعودي، والتي تأتي كصدى لهذا الكتاب، ولكن الأهم من هذا هو استشعار هذه المؤسسة لأهمية هذا الموضوع.

كما أعتز بوجود كوكبة من الزملاء والأصدقاء المهتمين بالخدمات الصحية في المملكة يشاركون في هذه الدورة من المنتدى. أما كيف جاءت فكرة تأليف هذا الكتاب، فهي تعود إلى عام ١٤١٤هـ، حينما تم اختياري مع ٦٠ شخصاً لعضوية مجلس الشورى، فقد بدأت تتولى على اللجنة الصحية والاجتماعية في المجلس قضايا الخدمات الصحية المهمة، مثل: تقارير وزارة الصحة، ومراجعة الأنظمة الصحية التي تكون منظومة النظام الصحي السعودي ومنها نظام مزاولة المهنة، ونظام المؤسسات الصحية الخاصة، وكان هذا يتطلب منا أن نعود للأدبيات العالمية ونقارن وضعنا مع العالم، لكن المهم هو اقتباعي مع مجموعة من الزملاء في الدورة الأولى لمجلس الشورى، وعدد منهم من الحاضرين اليوم مثل الصديق الدكتور منصور النزهة، والدكتور زياد بن عبدالرحمن السديري، والأستاذ محمد الشريف، والدكتور عبدالعزيز النعيم، والدكتور عبدالرحمن صالح الشبيلي، في تلك الدورة كان نظام المجلس من ضمن القضايا التي حينما يقتضي ١٠ من الأعضاء بموضوع معين يمكنهم أن يرفعوا لولي الأمر للإذن أن يناقش هذا الموضوع، ولكن من حسن الطالع أنه منذ عام ١٤٠٥هـ وزراء الصحة المتعاقبين كانوا أيضاً مهتمين بإيجاد نظام صحي يحاول أن يحدد ملامح النظام الصحي السعودي، من حسن الطالع أن هذه الفكرة التي خرجت من أعضاء مجلس الشورى أيضاً رفع في الوقت نفسه مشروع من وزارة الصحة للنظام الصحي، ولهذا السبب رؤي أن يضم كلاً المشرعين، ونوقشت هذا المشروع في مجلس الشورى على مدى دورتين، حتى خرج في عام ١٤٢٤هـ، وخلال دراسة الموضوع في مجلس الشورى كان الدكتور عثمان الريبيعة هو الشخص المكلف من قبل وزارة الصحة (وشهادتي فيه مجروحة) فنحن بدأنا على مقاعد الدراسة من عام ١٣٧٨هـ في مدارس اليمامة في الرياض، ومنذ ذلك الوقت

ونحن لم نفترق بدائناها في اليمامه ثم في جامعة هادلبرج بألمانيا، ثم عدنا للوطن وظلت علاقتنا الشخصية والفكريّة مستمرة، وكان منها الاهتمام المشترك بالجانب الفكري للأنظمة الصحية، والدكتور عثمان الريبيعة يُعد كمبيوتر (حديث) لوزارة الصحة، ولهذا السبب فإن جميع المعلومات التي تخص وزارة الصحة لديه، إذ أنه تعاقب على الوزارة وهو مسؤول حوالي من ٥ إلى ٦ وزراء، وحينما يستطيع شخص أن يعيش فترة ٦ وزراء فهذا يدل على قدرات كبيرة، وهذه شهادة له، الدكتور عثمان كان مسكوناً دائماً بالقضايا الفكرية للنظام الصحي، إضافة إلى ذلك فأنا بداية طبيب ولا زلت أجد نفسي في الطب وفي أمراض الكبد والجهاز الهضمي، لكن هذا لا يعني أن يترك الإنسان الاهتمام أيضاً بالقضايا الفكرية حول النظام الصحي.

حوار مفتوح مع شخصيتي المنتدى

■ د. جميل الحميد- عميد شؤون المكتبات جامعة الجوف:

أشكر مؤسسة عبدالرحمن السديري الخيرية والقائمين على تنظيم مثل هذه المنتديات القيمة التي تسهم في تسلیط الضوء على قضية مهمة من قضايا المجتمع.

في رأي ضيوف المنتدى: أين وصلنا في مستوانا من ناحية التثقيف الاجتماعي على مستوى المؤسسات والأفراد، وما هي الرؤية المستقبلية عندكم في هذا الخصوص؟

● د. عثمان الريبيعة: في الواقع أن وزارة الصحة وغيرها من المؤسسات الصحية في المملكة مرت بتجارب متعددة وتولى قيادتها قياديون كثيرون، وكان لكل قيادي نظرته الخاصة، ولا شك أن الظاهرة العامة التي واكبـت النـظام الصـحي فـي المـملـكة مـنـذ إـنشـائـه إـلـى إـلـآن أنهـ كانـتـ في كلـ قـيـادـة جـديـدة تـشـأـ أـفـكـارـ جـديـدة وـوسـائـلـ عملـ جـديـدة؛ ولـهـذا، فقدـتـ الـاستـمـارـاـرـةـ وـتـراـكـمـ الـخـبـرـاتـ وـالـتـعـلـمـ منـ تـجـارـبـ الآـخـرـينـ.

أما ما هي الرؤية وإلى ماذا وصلنا؟ في الواقع حاولنا من خلال الكتاب الذي أخرجه أنا وزميلي الدكتور فالح الفالح (النـظام الصـحي السـعـودـيـ نـشـائـهـ تـطـورـهـ التـحدـيـاتـ التيـ تـواـجـهـهـ) أن نوضح الصعوبـاتـ والـتـحدـيـاتـ التيـ تـواـجـهـهـ هـذـاـ النـظـامـ، بهـدـفـ الوـصـولـ إـلـىـ روـيـةـ إـدارـيـةـ عـلـمـيـةـ فـيـ إـدـارـةـ الـخـدـمـاتـ الصـحـيـةـ، وـالـوـصـولـ كـذـلـكـ إـلـىـ روـيـةـ عـلـمـيـةـ مـرـنةـ لـلـتـموـيلـ بـمـاـ يـعـكـسـ الطـبـيـعـةـ الـاـقـتـصـادـيـةـ وـالـاجـتمـاعـيـةـ وـالـثـقـافـيـةـ وـالـجـفـرـافـيـةـ وـالـدـيمـوـغـرـافـيـةـ وـإـيجـادـ تـواـزـنـ بـيـنـ الأـطـرافـ الـمـهـمـةـ (الـسـيـاسـيـةـ، وـالـإـدـارـيـةـ، وـالـمـهـنـيـةـ الـفـنـيـةـ، وـدـورـ الـجـمـعـ)ـ فـيـ أيـ عـلـمـيـةـ تـطـوـيرـ.ـ ولاـ شـكـ أنـ أيـ تـطـورـ مـسـتـقـبـلـ لـهـذـاـ النـظـامـ، هوـ نـتـاجـ مـفـاـصـلـةـ وـتـفـاعـلـ بـيـنـ هـذـهـ الأـطـرافـ،ـ كـمـاـ أنـ أيـ عـلـمـيـةـ تـغـيـرـ أوـ تـطـوـيرـ لـأـيـ نـظـامـ صـحـيـ يـحـبـ أنـ تـجـريـ بـشـكـ تـدـريـجيـ،ـ وـعـلـىـ الرـغـمـ مـنـ هـذـهـ التـحدـيـاتـ،ـ فـإـنـاـ نـعـتـقـدـ أـنـ التـغلـبـ عـلـيـهاـ مـمـكـنـ،ـ إـذـاـ توـافـرـتـ الإـرـادـةـ السـيـاسـيـةـ وـالـإـدـارـيـةـ.

جولة الضيوف في معرض إصدارات المؤسسة

ضيوف منتدى الأمير عبدالرحمن بن أحمد السديري للدراسات السعودية (الدورة الرابعة)

مجلس إدارة المؤسسة وأعضاء هيئة المنتدى

سعادة الدكتور/ زياد بن عبدالرحمن السديري	٢	سعادة الأمير/ فيصل بن عبدالرحمن بن أحمد السديري	١
سعادة الدكتور/ سلمان بن عبدالرحمن السديري	٤	سعادة الأمير/ عبدالعزيز بن عبدالرحمن السديري	٣
الأستاذ/ فايز بن موسى البدراوي الحربي	٦	سعادة الدكتور/ عبدالرحمن بن صالح الشبيلي	٥
		سعادة الأستاذ/ علي بن محمود الراشد	٧

المشاركون

الأستاذ الدكتور/ فالح بن زيد الفالج	١	الدكتور/ عثمان بن عبدالعزيز الريبيعة	٢
الأستاذ الدكتور/ خالد بن سعيد بن سعيد	٣	الأستاذ الدكتور/ عدنان بن أحمد حسن البار	٤
الأستاذ الدكتور/ حسن بن محمد الفريحي	٥	معالى الدكتور/ منصور بن محمد النزهة	٦
الدكتور/ طلال بن عايد الأحمدي	٧	الدكتور/ عبدالله بن إبراهيم الشريف	٨
الدكتور/ عبدالله بن صالح المعلم	٩		

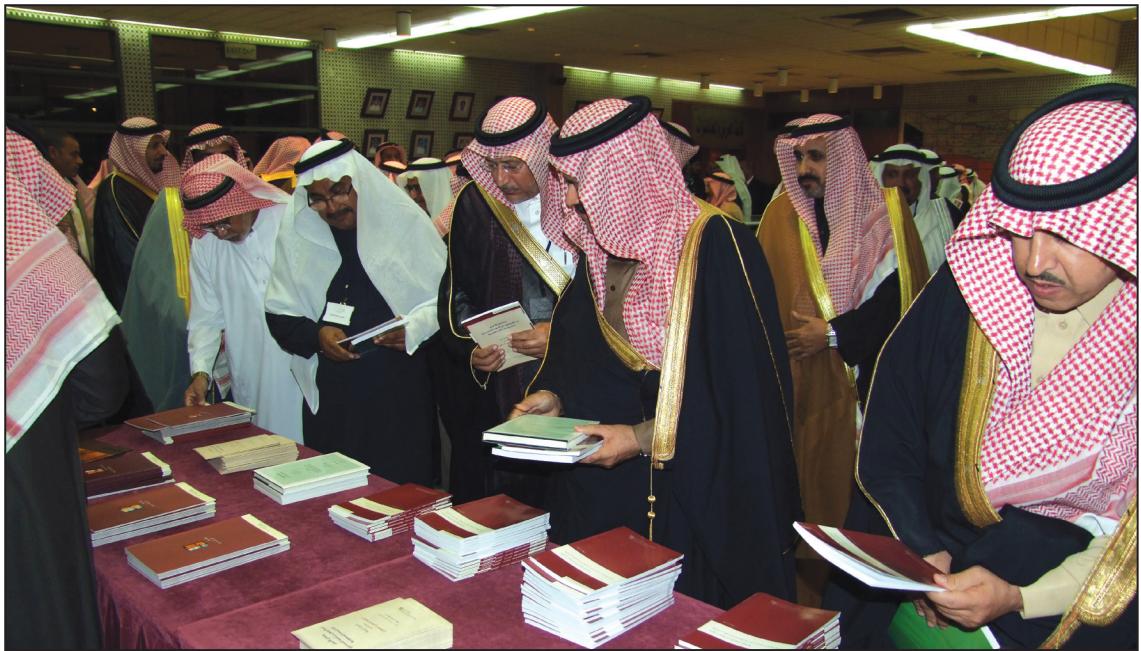
المدعوون

الدكتور/ فيصل بن علي الشيباني	١	الأستاذ الدكتور/ عبدالله بن حسن الدغيثر	٢
الدكتور/ عبدالعزيز بن فهد القباع	٣	الدكتور/ عبدالله بن عبد المحسن الضلعان	٤
الدكتور عبدالله بن محمد العيسى	٥	الدكتور/ نواف بن عبدالعزيز الحارثي	٦
الدكتور/ سليمان بن عبد العزيز السحيمي	٧	الدكتور/ زهير بن أحمد السباعي	٨
الدكتور/ حسام بن فالح الفالج	٩	الدكتور/ يزيد بن عبدالرحمن العوهلي	١٠
الدكتور/ محسن بن علي فارس الحازمي	١١	الدكتور/ أحمد بن فالح الفالج	١٢
الدكتور/ محمد بن زامل الشريف	١٣	الأستاذ/ عبدالله زامل الدريس	١٤
الأستاذ/ عبدالعزيز بن محمد الناصر	١٥	الدكتور/ عبدالله بن زين العتيبي	١٦
الأستاذ/ سلطان بن سعود السبعاني	١٧	الدكتور/ علي بن صالح الدهيمان	١٨
الأستاذ/ عبدالله الناصر العوهلي	١٩	الدكتور/ عمر الشنقطي	٢٠
الأستاذ/ حسن مطلق القرشي	٢١		
الدكتورة/ عائشة بنت عباس نتو	٢٢	الدكتورة/ حنان بنت عبدالرحيم الأحمدي	٢٣











**لقطات من جولة السادة الضيوف
لمركز الأبحاث والمناطق الأثرية في المنطقة
الأربعاء ١٤٣١/١٢/٢٥ هـ**













من إصدارات مؤسسة عبد الرحمن السديري الخيرية

رسائل جامعية (١٢)
جغرافية منطقتي الجوف وحائل
في كتابات الرحالة الغربيين
ياسمين بن صالح

الأزمة المالية العالمية
وتداعياتها على الاقتصاد السعودي
هيئة التحرير بالمؤسسة

القصادر
د. عبد الرحمن بن أحمد السديري

عبد الرحمن بن أحمد السديري
د. عبد الرحمن بن أحمد السديري

الكتاب: جغرافية منطقتي الجوف وحائل في كتابات الرحالة الغربيين

المؤلف: ياسمين.

السعر: ٢٥ ريالات.

الكتاب: الأزمة المالية العالمية وتداعياتها على الاقتصاد السعودي

المؤلف: هيئة التحرير بالمؤسسة.

السعر: ٢٠ ريالاً.

الكتاب: القصادر - ديوان الشاعر الأمير عبد الرحمن بن أحمد السديري

السعر: المطبوع ٢٠ ريالاً
والتسجيليات ٢٠ ريالاً.

الكتاب: فصل من تاريخ وطن وسيرة رجال: عبد الرحمن بن أحمد السديري

المؤلف: مجموعة من الباحثين

المحرر: د. عبد الرحمن الشيباني

السعر: ٤٥ ريالاً.

الجوف
وادي النخاع
الأمير عبد الرحمن بن أحمد السديري

اقتصاديات منطقة الجوف
نموذج جديد للتنمية المحلية
د. محمد عبد العال صالح

آدوات معرفة الجوف
د. محمد عبد العال صالح

المدينة في الوطن العربي
هيئة التحرير

الكتاب: الجوف وادي النخاع

المؤلف: الأمير عبد الرحمن بن أحمد السديري

السعر: ٥٠ ريالاً.

الكتاب: اقتصادات منطقة الجوف نموذج جديد للتنمية المحلية

المؤلف: د. محمد عبد العال صالح

السعر: ٢٥ ريالاً.

آدوات معرفة الجوف: مجلة متخصصة في الدراسات والبحوث الآتارية

المؤلف: د. محمد عبد العال صالح

السعر: ٣٥ ريالاً.

الكتاب: المدينة في الوطن العربي

تحرير: هيئة التحرير

السعر: ٩٠ ريالاً.

نقوش قارا التمودية
بمنطقة الجوف
بالمملكة العربية السعودية
أ. سليمان بن عبد الرحمن الذيب

بحوث
في آثار منطقة الجوف
د. خليل بن إبراهيم المعيقل

The Desert
Frontier of Arabia
Through the Ages
AL-JAWF
Amit 'Abd al-Rahman bin Ahmad al-Sudairi

الأشعاع الذري
دراسة غاز الرادون بمساكن منطقة الجوف
د. محمد بن إبراهيم الجار الله

الكتاب: نقوش قارا التمودية بمنطقة الجوف

المؤلف: د. سليمان بن عبد الرحمن الذيب

السعر: ٢٠ ريالاً.

الكتاب: بحوث في آثار منطقة الجوف

المؤلف: د. خليل بن إبراهيم المعيقل

السعر: ٢٠ ريالاً.

Book: **The Desert Frontier of Arabia Through the Ages**

Author: Amir Abd Al-Rahman bin Ahmad Al-Sudairi
(paperback) SR 80 (\$ 22),
(hard copy) SR 150 (\$ 40)

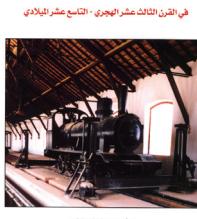
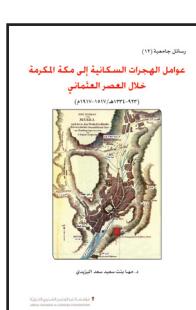
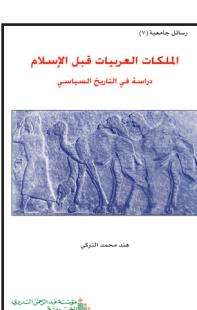
الكتاب: الإشعاع الذري دراسة غاز الرادون بمساكن منطقة الجوف

المؤلف: أ. د. محمد بن إبراهيم الجار الله

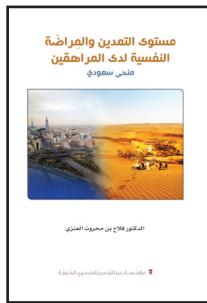
السعر: ١٠ ريالات.



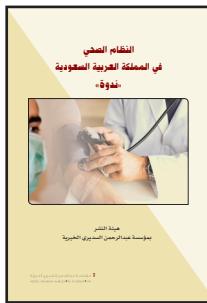
من إصدارات مؤسسة عبد الرحمن السديري الخيرية

<p>التنظيمات العسكرية النبطية</p>  <p>صالح بن إبراهيم بن صالح الداهيم</p> <p>كتاب: التنظيمات العسكرية النبطية المؤلف: صالح بن إبراهيم الدغيم السعر: ١٥ ريالاً.</p>	<p>نقوش صفوية من شمالي المملكة العربية السعودية</p>  <p>أ.د. سليمان بن عبد الرحمن الزبيدي</p> <p>كتاب: نقوش صفوية من شمالي المملكة العربية السعودية المؤلف: أ. د. سليمان بن خالد السعر: ٢٠ ريالاً.</p>	<p>التنوع الأحيائي الحيواني في منطقة الجوف من المملكة العربية السعودية</p>  <p>أحمد بن خالد الصعدون</p> <p>كتاب: التنوع الأحيائي الحيواني في منطقة الجوف من المملكة العربية السعودية المؤلف: أ. د. محمد بن خالد الصعدون السعر: ٦٠ ريالاً.</p>	<p>أنواع العقارب والثعابين السامة في منطقة الجوف</p>  <p>أ.د. محمد بن خالد الصعدون</p> <p>كتاب: أنواع العقارب والثعابين السامة في منطقة الجوف المؤلف: أ. د. محمد بن خالد الصعدون. السعر: ٣٥ ريالاً.</p>
<p>ظهور الخطوط الحديدية وأثارها في المشرق العربي</p>  <p>نواف بنت رزق الروwashan</p> <p>كتاب: ظهور الخطوط الحديدية وأثارها في المشرق العربي في القرن الثالث عشر الهجري - التاسع عشر الميلادي المؤلف: نوف بنت رزق الروضان السعر: ٢٥ ريالاً.</p>	<p>دومة الجندي من مصر ما قبل الإسلام إلى نهاية العصر الاموي</p>  <p>عبدالجباري</p> <p>كتاب: دومة الجندي من مصر ما قبل الإسلام إلى نهاية العصر الاموي المؤلف: عبد العابد الجباري السعر: ٢٠ ريالاً.</p>	<p>تقدير أداء مديرى مراكز التدريب المهني في المملكة العربية السعودية</p>  <p>مoustafa Al-Shanfari</p> <p>كتاب: تقييم أداء مديرى مراكز التدريب المهني في المملكة العربية السعودية المؤلف: دخل بن تركي الشمدين السعر: ٢٠ ريالاً.</p>	<p>حي الدرع بدومة الجندي</p>  <p>د. حصة بنت تركي الشمرى</p> <p>كتاب: حي الدرع بدومة الجندي - دراسة معمارية أثرية (طبعة ثانية) المؤلف: د. حصة عبيد صويان الشمرى السعر: ٢٥ ريالاً.</p>
<p>عوامل الهجرات السكانية إلى مكة المكرمة خلال العصر العثماني (١٤٠٠-١٩٢٣)</p>  <p>د. مها بنت سعيد زيدى</p> <p>كتاب: عوامل الهجرات السكانية إلى مكة المكرمة خلال العصر العثماني (١٤٠٠-١٩٢٣) المؤلف: د. مها بنت سعيد زيدى السعر: ٢٥ ريالاً.</p>	<p>لتحريم نظارات النساء المكسيكية لارتفاعها في منطقة الجوف بالمملكة العربية السعودية</p>  <p>د. حصة بنت تركي الشمرى</p> <p>كتاب: تحريم نظارات النساء المكسيكية لارتفاعها في منطقة الجوف بالمملكة العربية السعودية المؤلف: د. حصة بنت عبد الله آل المؤلفة: هند محمد التركى الشيخ الشمرى السعر: ٢٠ ريالاً.</p>	<p>الملوك العرب في قبيل الإسلام</p>  <p>هند محمد التركى</p> <p>كتاب: الملوك العرب قبل الإسلام دراسة في التاريخ السياسي المؤلف: هند محمد التركى السعر: ٢٠ ريالاً.</p>	<p>المراجع وتنمية الثروة الحيوانية في منطقة الجوف</p>  <p>د. حصة بنت تركي الشمرى</p> <p>كتاب: المراجع وتنمية الثروة الحيوانية في منطقة الجوف المؤلف: د. حصة بنت عبد الله آل المؤلفة: هند محمد التركى الشيخ الشمرى السعر: ٢٠ ريالاً.</p>
<p>تخطيط المدينة المنورة في العهد النبيوي والخلافة الراشدة</p>  <p>د. حصة بنت تركي الشمرى</p> <p>كتاب: تخطيط المدينة المنورة في العهد النبيوي والخلافة الراشدة دراسة معمارية في دورها التاريخي المؤلف: د. حصة بنت عبد الله آل المؤلفة: هند محمد التركى الشيخ الشمرى السعر: ٢٥ ريالاً.</p>			

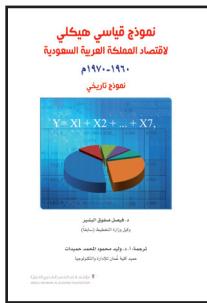
من إصدارات مؤسسة عبد الرحمن السديري الخيرية



الكتاب: مستوى التدرين والمرأة
النفسية لدى المرأة
منى سعودي
المؤلف: د. فلاح بن معروف العتيqi
العنوان: الفيصل
السعر: ١٥ ريال.



الكتاب: النظام الصحي في
المملكة
المؤلف: هيئة النشر
العنوان: مؤسسة عبد الرحمن السديري الخيرية
السعر: ٢٠ ريال.



الكتاب: نموذج قياسي هيكل
لاقتصاد المملكه
المؤلف: د. بشير محمد
العنوان: مؤسسة عبد الرحمن السديري الخيرية
السعر: ٢٥ ريال.



الكتاب: طيور بحيرة دومة الجندل
المؤلف: د. بشير محمد حرب و د. شذى بن عيسى العتيqi
العنوان: الفيصل
السعر: ٢٥ ريال.



الكتاب: الهاتف الجوال كوسيلة
إتصالية إعلامية
المؤلف: شذى بنت عبدالواحد
العنوان: الحميد
السعر: ٢٠ ريال.



الكتاب: الموسام الثقافية -
الملحق
المؤلف: الويس موسى
العنوان: المؤسسة العامة للمطبوعات



الكتاب: الموسام الثقافية -
الملحق
المؤلف: الويس موسى
العنوان: المؤسسة العامة للمطبوعات



الكتاب: الموسام الثقافية -
الملحق
المؤلف: الويس موسى
العنوان: المؤسسة العامة للمطبوعات



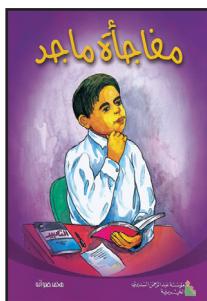
الكتاب: الموسام الثقافية -
الملحق
المؤلف: الويس موسى
العنوان: المؤسسة العامة للمطبوعات



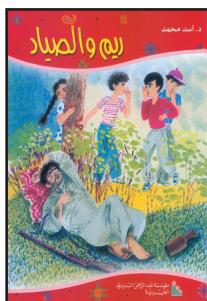
الكتاب: الموسام الثقافية - ج ١
المؤلف: هيئة النشر
العنوان: المؤسسة العامة للمطبوعات



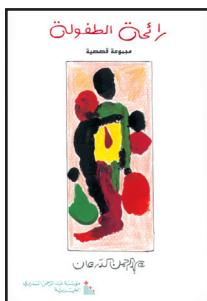
الجويبة: مجلة ثقافية فصلية
(صدر منها ٣٥ عدداً)
المتوفر من (٣٥-١٤).
السعر: ٨ ريالات للعدد
الواحد.



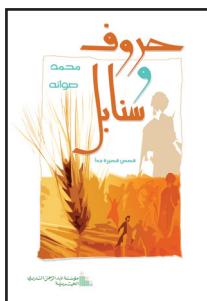
القصة: مفاجأة ماحد
(قصة للأطفال)
المؤلف: أ. محمد صوانه
السعر: ٨ ريالات.



القصة: رب ومسار
(قصة للأطفال)
المؤلف: د. أسد محمد
العنوان: عبد الرحمن الدردان
السعر: ٨ ريالات.



الكتاب: رائحة الطفولة
(مجموعة قصصية)
المؤلف: عبد الرحمن الدردان
العنوان: عبد الرحمن الدردان
السعر: ١٥ ريالاً.



الكتاب: حروف وسنابل
(قصص قصيرة جداً)
المؤلفة: محمد صوانه
العنوان: محمد صوانه
السعر: ١٠ ريالاً.

من إصدارات مركز الرحمانية الثقافي بالغاط



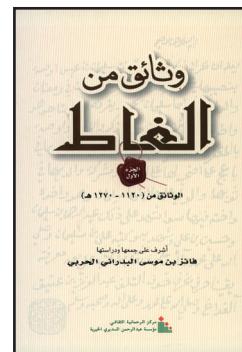
الكتاب: الحصاد - الكتاب الثالث
تحرير: هيئة النشر
السعر: ١٠ ريالات.



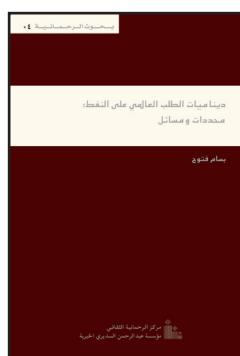
الكتاب: الحصاد - الكتاب الثاني
تحرير: هيئة النشر
السعر: ١٠ ريالات.



الكتاب: الحصاد - الكتاب الأول
تحرير: هيئة النشر
السعر: ١٠ ريالات.



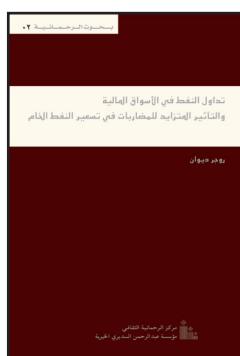
الكتاب: وثائق من الغاط (١)
مجلدات
تحرير: فائز بن موسى الحربي
السعر: ٤٠٠ ريال.



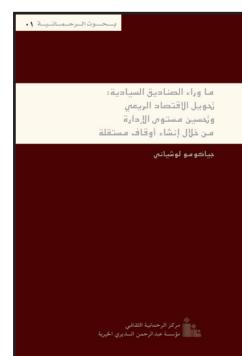
سلسلة: (بحوث الرحمانية ٤)
الكتاب: ديناميات الطلب العالمي على
النفط: محددات ومسائل
المؤلف: بسام فتوح.
السعر: ٢٥ ريالا.



سلسلة: (بحوث الرحمانية ٢)
الكتاب: تداول النفط في الأسواق
والسوق العالمية للنفط
المؤلف: جياكومو لوشيانو.
السعر: ٢٥ ريالا.



سلسلة: (بحوث الرحمانية ٣)
الكتاب: تداول النفط في الأسواق
المالية
المؤلف: روجر دبيان.
السعر: ٢٥ ريالا.



سلسلة: (بحوث الرحمانية ١)
الكتاب: ما وراء الصناديق السيادية
المؤلف: جياكومو لوشيانو.
السعر: ٢٥ ريالا.



الكتاب: الهيئة الخيرية السعودية
بعد أحداث ١١ سبتمبر: الآثار وسبل تجاوزها.
المؤلف: أوراق عمل قدمت ضمن
فعالية منتدى الأمير عبد الرحمن بن عبد الله
السديري
السعر: ١٥ ريالا.



الكتاب: نحو تجربة سياحية
المؤلف: د. سلمان بن عبد الرحمن
السديري وجون باكموس
السعر: ٢٥ ريالا.



سلسلة: (بحوث الرحمانية ٥)
الكتاب: الإسلام والمحدثة والجدال
الدائر في تركيا حول
الحجاب.
المؤلف: أصلبي بالي.
السعر: ٢٥ ريالا.

في هذا الكتاب:

- الأنظمة الصحية في العالم: أ. د فالح بن زيد الفالح.
- نشأة النظام الصحي السعودي وتطوره والتحديات التي تواجهه: د. عثمان بن عبدالعزيز الريبيعة.
- تجربة مجلس الضمان الصحي السعودي: د. عبدالله بن إبراهيم الشريف.
- وضع النظام الصحي السعودي في الوقت الحاضر إرهاصات التغيير: أ. د. فالح بن زيد الفالح.
- نظرة على التعليم والتدريب الصحي في المملكة العربية السعودية: أ. د. حسين بن محمد الفريحي.
- حماية المرضى وحفظ حقوقهم: أ. د. عدنان بن أحمد حسن البار.
- تمويل الخدمات الصحية، وإدارة وتشغيل المرافق الصحية: د. خالد بن سعيد.
- ضمان جودة وكفاءة أداء الخدمات الصحية وتقويمها دورياً: د. طلال بن عايد الأحمد.
- فعاليات حفل تكريم شخصية منتدى الأمير عبد الرحمن ابن أحمد السديري للدراسات السعودية - الدورة الخامسة: د. عثمان الريبيعة، أ. د. فالح بن زيد الفالح

