

النظام الصحي في المملكة العربية السعودية «ندوة»



هيئة النشر
بمؤسسة عبدالرحمن 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

١٤٣٣ هـ - ٢٠١٢ م

ح مؤسسة عبدالرحمن السديري الخيرية، ١٤٣٣هـ

فهرسة مكتبة الملك فهد الوطنية أثناء النشر

هيئة النشر بمؤسسة عبدالرحمن السديري الخيرية
النظام الصحي في المملكة العربية السعودية. / هيئة النشر
بمؤسسة عبدالرحمن السديري الخيرية. - الرياض، ١٤٣٣هـ

٠٠ ص؛ ٠٠ سم

ردمك: ٩٧٨-٦٠٣-٩٠٢١٨-٩-٦

١- الخدمات الصحية - السعودية أ. العنوان

١٤٣٣/٢٢٢٣

ديوي ٣٦٢,٩٥٣١

رقم الإيداع: ١٤٣٣/٢٢٢٣

ردمك: ٩٧٨-٦٠٣-٩٠٢١٨-٩-٦

الطبعة الأولى ١٤٣٣هـ - ٢٠١٢م

حقوق الطبع محفوظة

مؤسسة عبدالرحمن السديري الخيرية:

أسسها الأمير عبدالرحمن بن أحمد السديري (أمير منطقة الجوف من ١٣٦٢/٩/٥هـ إلى ١٤١٠/٧/١هـ الموافق ١٩٤٣/٩/٤م إلى ١٩٩٠/١/٢٧م)، بهدف إدارة وتمويل المكتبة العامة التي أنشأها عام ١٣٨٣هـ، 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 بآثار الوطن العربي، ومنح جائزة الأمير عبدالرحمن السديري للتفوق العلمي لأحد أبناء منطقة الجوف المتفوقين للدراسة الجامعية خارج المملكة، وتقديم جائزة مالية لإحدى بنات الجوف المتفوقات سنوياً. كما أنشأت روضة ومدارس الرحمانية الأهلية للبنين والبنات، وأنشأت أيضاً جامع الرحمانية. وفي عام ١٤٢٤هـ (٢٠٠٣م) أنشأت المؤسسة فرعاً لها في محافظة الغاط (مركز الرحمانية الثقافي) له البرامج والفعاليات نفسها التي تقوم بها المؤسسة في مركزها الرئيس في الجوف، بوقف مستقل، من أسرة المؤسس، للصرف على هذا المركز - الفرع.

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

المحتويات

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

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

تقديم

منذ إطلاق منتدى الأمير عبدالرحمن بن أحمد السديري للدراسات السعودية عام ١٤٢٨هـ - ٢٠٠٧م، 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، ناقشت الموضوعات الآتية على التوالي: 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 والمختصين، 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 الربيعه، 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 بالمجال الصحي،

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

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

هيئة النشر

مؤسسة عبدالرحمن السديري الخيرية

النظام الصحي في المملكة العربية السعودية

أوراق العمل المقدمة في الجلسة الأولى

النظام الصحي
مراجعة عامة للأنظمة الصحية في العالم

أ.د. فالح بن زيد الفالح



أ. د. فالح بن زيد الفالح

تعريف النظام الصحي:

- هو الإطار الذي من خلاله يتم التعرف على احتياجات السكان للخدمات الصحية، والعمل على توفير هذه الخدمات، من خلال إيجاد الموارد اللازمة وإدارتها على أسس صحيحة، تؤدي في النهاية إلى المحافظة على صحة المواطن وتعزيزها.. وتقديم هذه الخدمة بطريقة شاملة ومتكاملة 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 أسس علمية صحيحة.

أنواع الأنظمة الصحية في العالم، حسب التمويل:

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

تقريباً 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 مركزية 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 ضرائبي 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 الى 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 الاختراعات، مثل: الاختراعات المتسارعة في أجهزة الرنين المغناطيسي، أو الأشعة الطبقية، 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 الى أن يصبح أحد أهم أوليات الأنظمة الصحية في الدول الصناعية هو كيف تحد من هذه الزيادة المضطردة في الإنفاق على الخدمات الصحية؟

١. دور آليات السوق في النظام الصحي؟
٢. ما هو النظام الأنسب في تمويل الخدمات الصحية؟
٣. كيف تتعامل الدول مع تمويل الخدمات الصحية؟
٤. لماذا يجب أن تمويل 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:

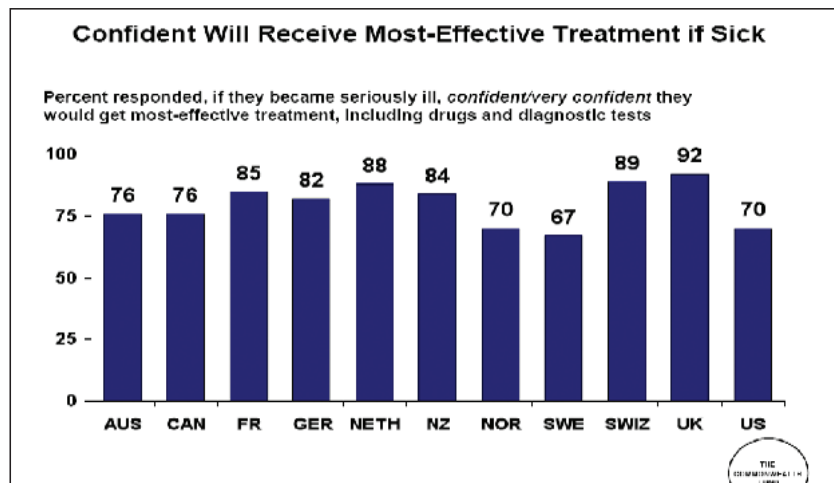
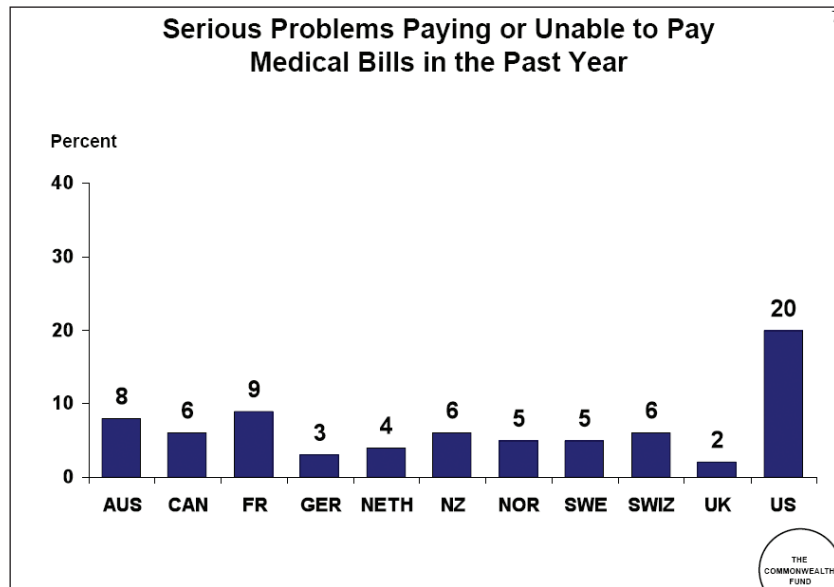
- تعريف العدالة أو المساواة في الخدمات الصحية:

- 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 الأفقية).
- 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 قلَّ 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



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.

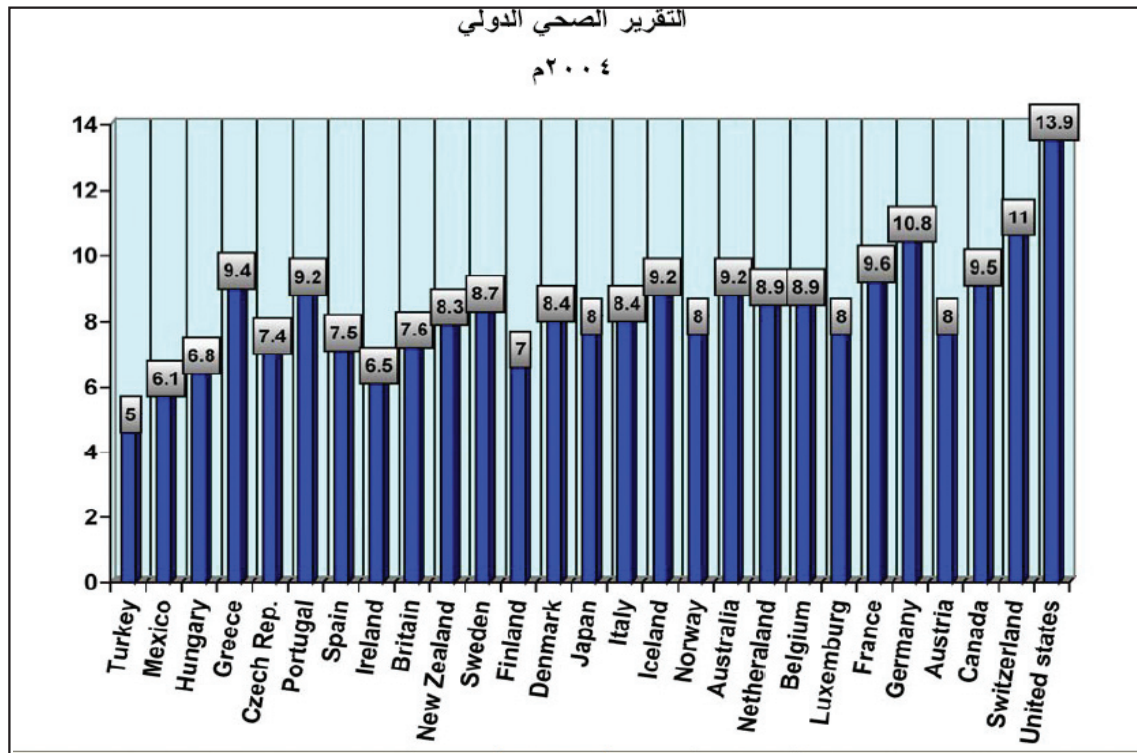
ثالثاً: تكليف بعض قطاعات المجتمع مثل أصحاب العمل أو الأفراد بأداء مهمات معينة.

رابعاً: تمويل الخدمات الصحية من المال العام.

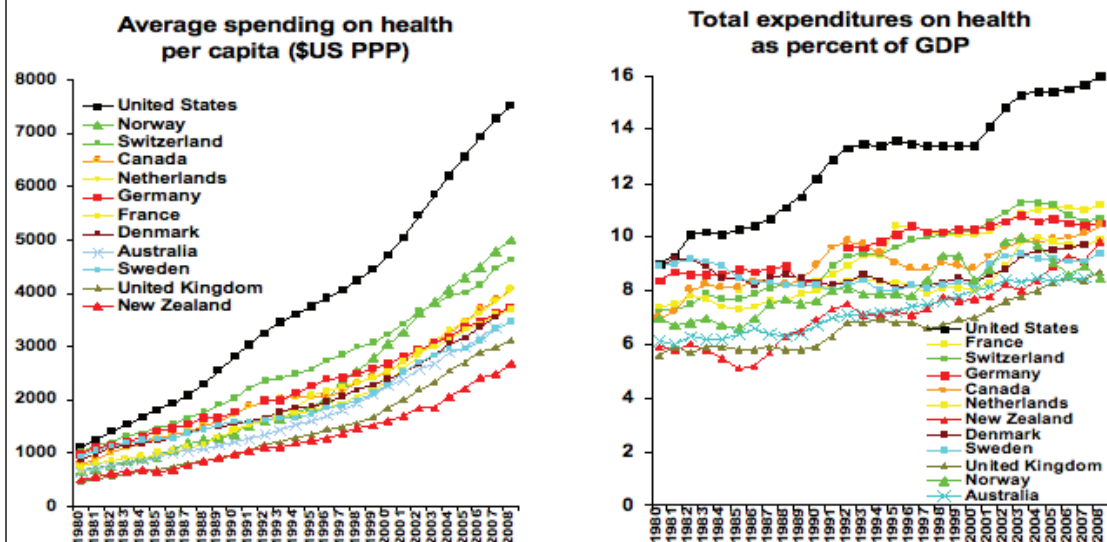
خامساً: تقديم الخدمات الصحية.

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



Source: OECD Health Data 2010 (June 2010).

THE
COMMONWEALTH
FUND

تقرير منظمة الصحة العالمية ٢٠٠٤م

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

موقع النظام الصحي السعودي في العالم من حيث المؤشرات الصحية

جدول رقم (٢) مقارنة المؤشرات الصحية لبعض دول العالم

الدول المؤشرات	عدد السكان (مليون) عام ٢٠٠٥م	متوسط العمر (سنوات) ٢٠٠٥م	معدل وفيات الرضع لكل ١٠٠٠ مولود حي ٢٠٠٥م	معدل وفيات الأمهات لكل ١٠٠,٠٠٠ مولود حي ٢٠٠٥م	نسبة ما يصرف على الصحة من التلج القومي عام ٢٠٠٤م	نسبة المنصرف حكومياً على الصحة	اجمالي ما يصرف على الفرد (نولار) في مجال الصحة عام ٢٠٠٤م	عدد الأسرة لكل ١٠٠٠ من السكان	معدل الإطباء لكل ١٠٠٠ من السكان	معدل للتريض لكل ١٠٠٠ من السكان
السعودية*	٢٣,٨٢١	٧٣,٣	١٨,٦	١٤	٣,٩	٧٦,٥	٤١٢	٢,٣	٢,٠	٣,٥
كندا	٣٢,٢٦٨	٨٠,٥	٥	٥	٩,٨	٦٩,٨	٣٠٢٨	٣,٦	٢,١٤	٩,٩٥
بريطانيا	٥٩,٦٦٨	٧٩	٥	١١	٨,١	٨٦,٣	٢٩٠٠	٣,٩	٢,٣٠	١٢,١٢
استراليا	٢٠,١٥٥	٨١,٥	٥	٦	٩,٦	٦٧,٥	٣١٢٣	٤,٠	٢,٤٧	٩,١٠
فرنسا	٦٠,٤٩٦	٨٠,٥	٤	١٧	١٠,٥	٧٨,٤	٣٤٦٤	٧,٥	٣,٣٧	٧,٢٤
اليابان	١٢٨,٠٨٥	٨٢,٥	٣	١٠	٧,٨	٨١,٣	٢٨٢٣	١٢,٩	١,٩٨	٧,٧٩
ماليزيا	٢٥,٣٤٧	٧١,٥	١٠	٤١	٣,٨	٥٨,٨	١٨٠	١,٨	٠,٧٠	١,٣٥
امريكا	٢٩٨,٢١٣	٧٧,٥	٧	١٤	١٥,٤	٤٤,٧	٦٠٩٦	٣,٣	٢,٥٦	٩,٣٧
لبنان	٣,٦٥٣	٧٠,٥	٢٧	١٥٠	١١,٦	٢٧,٤	٦٧٠	٣,٦	٣,٢٥	١,١٨
الكويت	٢,٦٨٧	٧٨	١٠	١٢	٢,٨	٧٧,٦	٦٣٣	١,٩	١,٥٣	٣,٩١

احصائية الصحة في العالم - ٢٠٠٧ - منظمة الصحة العالمية
* المؤشرات الصحية لعام ٢٠٠٦م حسب احصاءات وزارة الصحة

مداخلات

■ الدكتور زياد بن عبدالرحمن 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 الأمن الاجتماعي، وذلك لأن من لا يستطيع أن يدفع المقابل للتأمين الخاص لا يستطيع أن يستفيد من هذا التأمين، إنما أن نحمل التأمين الخاص المسؤولية في ارتفاع تكاليف الخدمات الصحية، فهذا أمرٌ يحتاج إلى نظر. بعض الأدبيات التي أطلع عليها تتحدث عن جانب آخر تحمله المسؤولية 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، كأنني 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 الربحي تكون مشاركته محصورة في جوانب من تقديم الخدمات التي يستفيد منها المهنيون، فحبذا لو توسعت في هذا لأن تقديم الدولة للخدمات الصحية في المجتمعات النامية مثل مجتمعاتنا، حيث يرد على الخدمات الحكومية التي تخرج عن العمل الإداري التقليدي والرقابي 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 داعٍ 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 المسؤولة 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 الربيعه

تطور النظام الصحي في المملكة التعريف بالنظام الصحي السعودي

أساس إنشاء النظام: <ul style="list-style-type: none">- دائرة الصحة والإسعاف من ١٢٨٠هـ.- أولوية الرعاية الصحية للحجاج.- توافر بعض المنشآت في مكة.	مراحل تطور النظام: <ul style="list-style-type: none">لماذا التقسيم إلى مراحل؟- خصائص لكل مرحلة- تأثير المكونات فيما بينها١- مرحلة النشوء: لماذا؟٢- مرحلة البناء: لماذا؟٣- مرحلة الارتقاء: لماذا؟	مكونات النظام <ul style="list-style-type: none">التنظيم والإدارةتقديم الرعاية الصحيةالقوى العاملةالتمويلالوضع 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 - الأحساء - 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 (١٣٤٩هـ).
- نظام المستشفيات - نظام تعاطي الصيدلة - تشكيل جمعية الإسعاف الخيري - نظام استخدام الموظفين الصحيين (١٣٦٥هـ).

تقديم الرعاية الصحية:

حتى عام ١٣٥٥هـ.

- ستة مستشفيات (منها أجياد ٢٥٠ سريراً) وفي كل من: جدة - الطائف - المدينة.
- ثمانية مستوصفات في المدن الرئيسية (منها الرياض عام ١٣٥١هـ).

حتى عام ١٣٦٩هـ.

- ١١ مستشفى (منها مستشفى من اللبن والطين ١٥٠ سريراً في الرياض ١٣٦٧هـ).
- 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 مظلات 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 الربيعه

- إنتاج لقاح الجدري وتوزيعه وتطعيم الأهالي.

- صحة البيئة مثل مكافحة الحشرات والقوارض.

القوى العاملة:

حتى عام ١٣٥٥هـ

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

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

حتى عام ١٣٦٩هـ

- ١٤٤ طبيب - ٨ صيدالة - ٤٩ مساعد صيدلي - ٧٠ ممرضة فنية وقابلة - ٢٣٠ ممرضاً بسيطاً - ٢٣ مساعد مختبر. معدل الأطباء: طبيب واحد لكل ٢٠٠٠٠ نسمة.
- ابتعثت ٣٧ سعودياً الى مصر لدراسة الطب.

التمويل:

هناك ثلاثة مصادر للتمويل:

- أ - ميزانية الدولة: في عام ١٣٥١هـ (٢,٨٠٠,٠٠٠) قرش للصحة تمثل ٢,٧٪ من ميزانية الدولة في عام ١٣٦٧هـ 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 - الدوسنتاريا - التراكوما - الجدري - أمراض الطفولة - الملاريا).
- معدل العمر المأمول نحو ٣٧ عاماً في ١٣٦٩هـ.

المرحلة الثانية: البناء ١٣٧٠هـ - ١٣٩٤هـ

التنظيم والإدارة

- إنشاء وزارة الصحة عام ١٣٧٠هـ
- حتى عام ١٣٨٥هـ تقسيم إداري الى 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 ١٣٨٥هـ إعادة تنظيم الوزارة بزيادة أقسام فنية وإدارية وزيادة الفروع الى عشر مديريات.
- مع الإشراف المباشر على مستشفيات لا تتبع المديريات (عنيزة - حائل - نجران - السداد بالطائف - مستشفى الشميسي بالرياض)، مع وضع وصف وظيفي لجميع الوحدات.

أهم الأنظمة

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

- نظام تسجيل وقيد المواليد والوفيات - نظام مكافحة الأمراض السارية والبلهارسيا والتراخوما.
- نظام العمل والعمال 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 - ١٣٨٢هـ 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 ١٣٨٦هـ وزارة الصحة ٥٦٨٦ سريراً.
- بقية القطاعات الحكومية = ٣٤٠ سريراً - والخاصة = ٧٥٠ سريراً.
- وزارة الصحة تنشئ وتفتح أكثر من أربعين مستشفى.

التغطية 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 ١٣٨٦هـ
- التطعيم ضد الشلل والدفتيريا والسعال الديكي.

- بدء برنامج مكافحة الملاريا: مع أرامكو ١٣٦٨هـ، ومنظمة الصحة العالمية ١٣٧١ هـ
- 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 ١٣٪ سعوديون، ٧٠٪ يعملون مع وزارة الصحة، ٥٪ بالقطاع الحكومي، ٢٥٪ بالقطاع الخاص.
- ١٣٨٦هـ: عدد الأطباء في المملكة ٦٧٨,٥٢٥ 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 الى ١٣٩٢هـ.
- فتح ستة معاهد صحية وثلاث مدارس تمريض تقبل بالشهادة الابتدائية.
- ١٣٨١هـ: فتح كلية الصيدلة بالرياض - ١٣٨٩هـ فتح كلية الطب بالرياض.
- حتى ١٣٨٩هـ: ابتعث 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 ٢,٨٪ من ميزانية الدولة.
- العلاج مجاني للجميع، بما فيهم عمالة القطاع الخاص في الشركات التي تضم أقل من ٥٠ عاملاً.
- أما في الواقع فهو أن جميع منسوبي القطاع الخاص يمكن أن يعالجوا مجاناً، نظراً لعدم وجود ضوابط لأحقية العلاج.
- وخلال عشر سنوات (١٣٨٤ - ١٣٩٤هـ) زاد عدد المستشفيات الخاصة من ١٧ الى ١٩ مستشفى، وارتفع عدد الأسرّة من ٧٥٠ الى ١٠٩٦، بنسبة ١٢٪ من مجموع أسرة المملكة.

الوضع الصحي

- النمط السائد هو انتشار الأمراض المعدية والطفيلية وأهمها:
- السل - الملاريا - البلهارسيا - الدوسنتاريا - التهاب الكبد الوبائي - التيفوئيد - شلل الأطفال - الحمى الشوكية - التراخوما.
 - تفشيات موسمية للكوليرا 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) مستشفيات 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.
- خلص 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	١ : ٢٧٠٠ نسمة
الأسرة للسكان عام ١٣٨٦	١ : ٨٣٠ نسمة
الأسرة للسكان عام ١٣٩٤	١ : ٦٥٠ نسمة

المعدلات:

الأطباء للسكان عام ١٣٨٦	١ : ٧٣٥٠ نسمة
-------------------------	---------------

المعدلات:

الأطباء للسكان عام ١٣٩٤	١ : ٢٦٥٠ نسمة
-------------------------	---------------

معدلات المستشفيات عام ١٣٨٦هـ بوزارة الصحة

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

المرحلة الثالثة - الارتقاء ١٣٩٥هـ - ١٤٢٠هـ

التنظيم والإدارة:

- ١٣٩٥هـ: تعيين عميد كلية الطب د. حسين الجزائري وزيراً للصحة، وكذلك كالتان للوزارة: صحية وإدارية.
- ١٣٩٦هـ: لائحة تسجيل الأدوية، ١٣٩٨هـ نظام مزاوله مهنة الصيدلة.
- ١٣٩٩هـ ربط شهادة الميلاد باستكمال التطعيمات.
- ١٤٠٣هـ تعيين د. غازي القصيبي وزيراً للصحة.
- إعادة تنظيم الوزارة، وكالتان: 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 الحجيلان وزيراً للصحة.
- ١٤٠٧هـ تعديل نظام المؤسسات الطبية الخاصة.
- ١٤٠٩هـ نظام مزاوله مهنة الطب البشري وطب الأسنان.
- ١٤١٢هـ لائحة الوظائف الصحية.

- نظام الهيئة السعودية للتخصصات الصحية عام ١٤١٣هـ.
- تعيين مدير جامعة الملك عبد العزيز د. أسامة شبكشي وزيراً للصحة عام ١٤١٦هـ.
- ١٤٠٠هـ: ابتداء أسلوب التشغيل بواسطة الشركات (حتى عام ١٤١٩هـ معظم مستشفيات المملكة جرى إدارتها بأسلوب التشغيل التعاقدية).
- ١٤٠٤-١٤١٠ تطبيق نظام الإحالة من المركز الصحي للمستشفى.
- ١٤١٩هـ: بدء التحول للتشغيل الذاتي.

تقديم الرعاية الصحية:

- ١٣ 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)، للأسنان (وزارة الصحة).
- التوسع نتيجة: زيادة الإيرادات، زيادة السكان والعمالة الوافدة، نشاط القطاع الخاص، تسابق لقطاعات الصحية.
- المستشفيات: وزارة الصحة من ٥٧ الى ١٨٨ مستشفى، الأسرة من ٩٠٧٠ سريراً الى ٢٨٠٠٠ سرير.
- القطاع الحكومي من ٥ الى ٤٠ مستشفى، الأسرة من ٦٦٠ الى ٩٢٠٠ سرير.

- القطاع الخاص من ١٩ الى ٩١ مستشفى، الأسرّة من ١٠٩٦ الى ٨٩٠٠ سرير.
- وحدات أخرى: وزارة الصحة من ١١٢٠ الى ١٧٦٠ مركزاً صحياً.
- القطاع الخاص من ١٨٤ الى ٧٠٨ مستوصفات، من ٥٤٤ الى ٧٩٣ عيادة، من ١٠٤٠ الى ٢٠٨ صيدليات.
- علاج غير السعوديين: ٢٨٪ نسبة المنومين في مستشفيات الدولة، السكان غير السعوديين من ١١٪ عام ١٣٩٤هـ الى ٢٧٪ عام ١٤١٩هـ.
- عام ١٤٠٠هـ تحويل جميع النقاط الصحية الى مراكز صحية، مع دمج المكاتب الصحية ومراكز الأمومة بها.
- تعميم تطبيق نظام الإحالة عام ١٤١٠هـ.
- انتشار التغطية بالتطعيم من ٣٨٪ عام ١٣٩٥هـ الى ٩٣٪ عام ١٤١٩هـ.
- برنامج مكافحة الأيدز ابتداء من عام ١٤٠٦هـ، من خلال منع استيراد الدم وفحص العمالة الوافدة والتوعية.

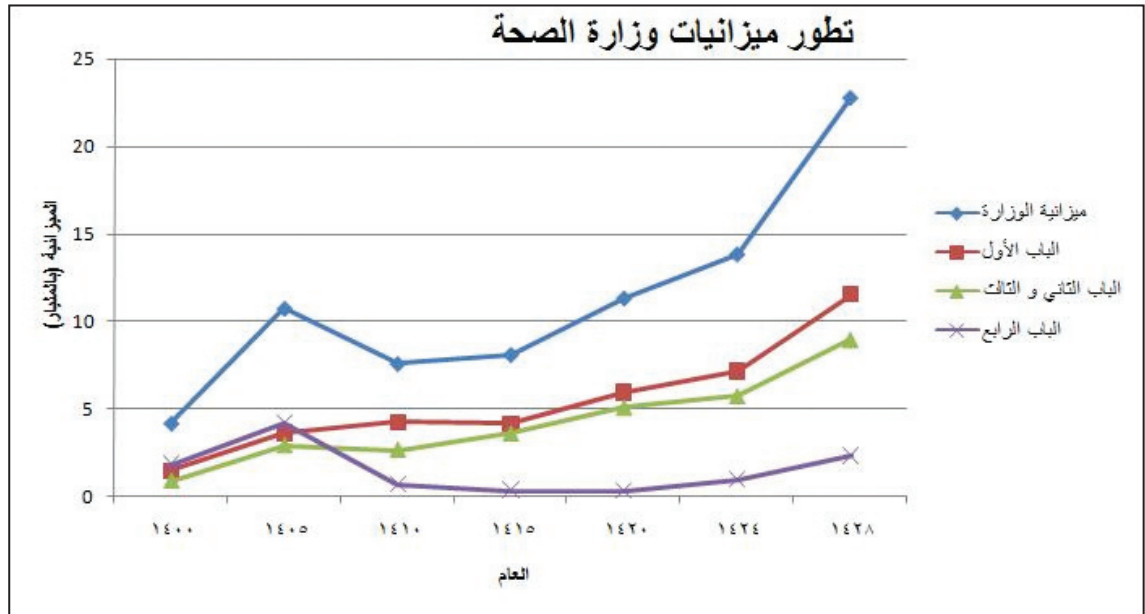
القوى العاملة:

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

- إرتفاع أعداد القوى العاملة من نحو ١٠,٠٠٠ الى ٤٠,٠٠٠ عاملاً.
- 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 للمريض والفنيين 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 ٣٠٣٤ طبيباً عام ١٤٠٤هـ الى ٩٨٢٢ طبيباً عام ١٤١٩هـ (بمقدار ثلاثة أضعاف) وبنفس النسبة للمريض.
- ويلاحظ من حيث نسبة السعودة ضآلة مخرجات التعليم الصحي قياساً الى متطلبات التوسع 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 ٢٤٪ (٢٥١٢٦ فرداً) أي بزيادة ١٠٪ فقط خلال ٢٣ سنة.

التمويل:

- استمرار الاعتماد على ميزانية الدولة.
- ميزانية الوزارة زادت من ٣٢٠٠ مليون ريال عام ١٣٩٦هـ الى ١٠٧٤٣ مليون ريالاً عام ١٤٠٥هـ.
- ثم توالى انخفاضها مع انخفاض إيرادات النفط حتى وصل الى ٧٣٦٥ مليون ريال عام ١٤١٧هـ..
- تطلب الانخفاض إعادة التوزيع في شكل خفض لاعتمادات المشاريع وتقليص إحداث الوظائف. وتأجيل صرف مستحقات الشركات، وتراكم الديون، وخفض بنود المستلزمات

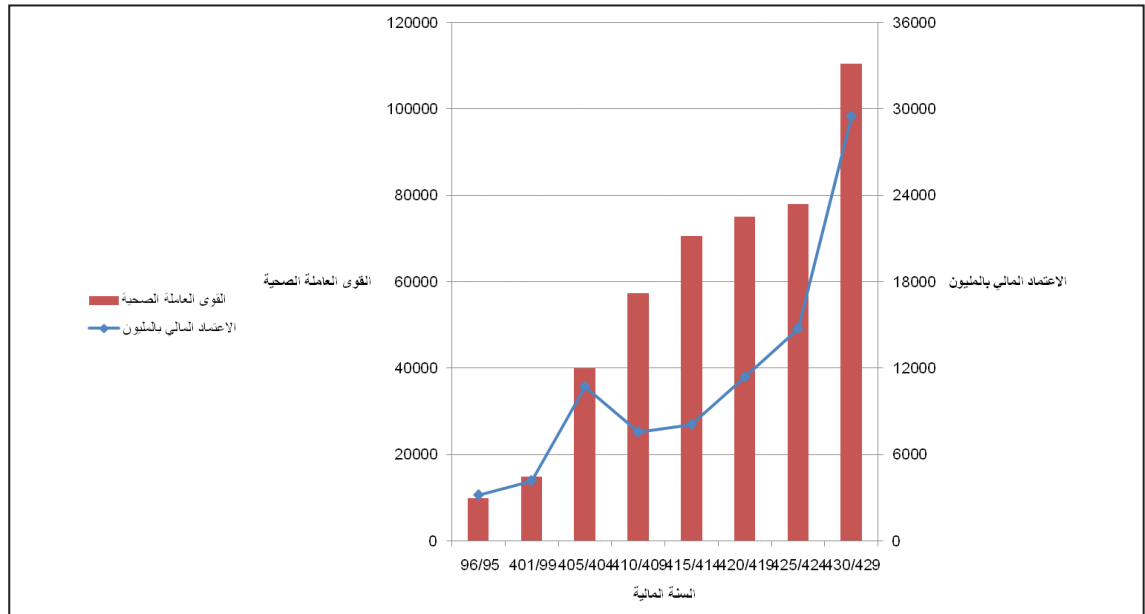


التشغيلية في الباب الثاني (كالأدوية والنفقات الشهرية وغيرها)، وينطبق ذلك على الجهات الحكومية الأخرى.

- ١٤١٨هـ بداية ارتفاع الميزانية حيث بلغت عام ١٤١٩/١٤٢٠هـ 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 فتكون النسبة من الدخل القومي ٥٪ أي بمقدار ١٢٠٠ ريال للفرد في السنة.

الوضع الصحي:

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



الرضع من ٥٢ في الألف عام ١٤٠٥هـ الى ٢١ في الألف عام ١٤١٩هـ.

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

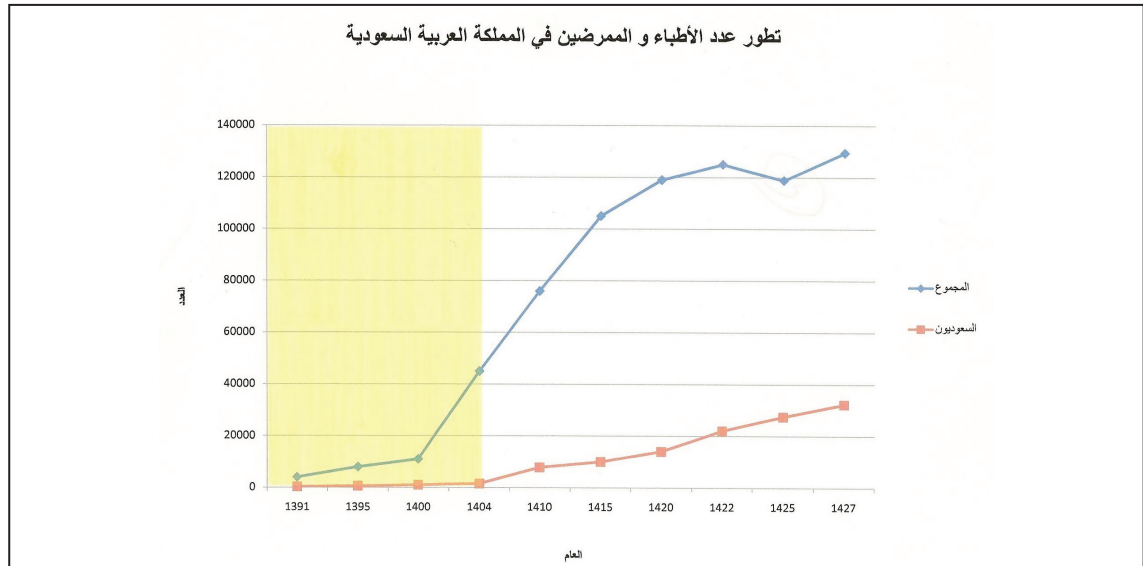
القضايا والتحديات

- ضعف الإنفاق الصحي بشكل عام (٥٪ من الناتج المحلي على الأكثر).
- الدور المركزي للجهات الحكومية الضابطة للموارد.
- المركزية 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.
- التنافس بين القطاعات الحكومية في توزيع الموارد واستخدامها، وعدم التنسيق.
- الإهدار في الموارد بسبب الازدواجية ومجانبة العلاج.
- الاستمرار في فتح المرافق الصحية وتشغيلها رغم خفض الاعتمادات وتراكم الديون.

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

التفاوت بين المناطق في مستوى الخدمة ومعدلاتها:

- من حيث الأسرة: بين ٥.٣ لكل ألف إلى ٤.١ لكل ألف.
- من حيث الأطباء: بين ٧.٥٦ طبيب لكل مائة سرير إلى ١٨ طبيباً لكل مائة سرير.
- توافر الاستشاريين: من ١٦ سريراً لكل استشاري إلى أكثر من مائة سرير لكل استشاري.



تجربة 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 عبدالرحمن السديري الخيرية، على إعطائي الفرصة للحديث في هذا المنتدى العلمي المهم. وفي الحقيقة أنا لم آتي هنا لأحاضر أمام أساتذتي ومعلمي، ولكن لأشارك 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، ألحق أيضاً النظام الصحي قراراً من مجلس الوزراء الموقر بإدراج السعوديين العاملين في القطاع الخاص وأفراد أسرهم بالتغطية التأمينية في هذا المجال بعد صدور القرار بإيجاد النظام الصحي، وتم عمل اللوائح التنفيذية والأنظمة ثم تحديد البوليصة 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 من العاملين 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 أساسي لإدراجه ضمن منظومة مقدمي الخدمة، التطبيق في بداياته كان تجربة جديدة 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، و ٦٢٠ 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 مُسجلة لدينا خمس شركات إدارات مطالبات، وهذه الشركات تتولى التنسيق 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 ملاحظتنا خلال الفترة الماضية؟ لأن ذلك هو المحك.

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

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 ذلك الوقت لا يوجد إدراك- أنهم ومقدمي الخدمة هم جزء من المنظومة الصحية، وعليهم أن يعملوا يداً بيد، كانوا يتصرفون بما يقال عنه الاقتصاد الانتقالي (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 يأتيهم من شركات التأمين.

أسلوب الحوكمة 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 نحد 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 بلجان التأمين الصحي (سواء لجان القطاع الصحي الخاص، أو لجان التأمين).

ومما يبشر بالخير أنه بعد ما تم إدراج السعوديين كمطلب للتأمين الصحي، فإن ذلك حفز بعض الشركات على عدم التلاعب في موضوع التأمين الصحي (ونحن نأخذ أي شكوى من الذين لم يؤمن 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، حادثة الموضوع جعلت الجميع يشعرون أنهم لا يزالون في منحنى التعلم، سواء 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 شكراً لإصغائكم.

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 المرافعة والمقاضاة الطبية، وقد سمعت من كثير من القضاة أن من أصعب القضاء هو القضاء الطبي بحكم تعقيداته ومداخلاته.

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 لمثل 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 لإصغائكم..

**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:

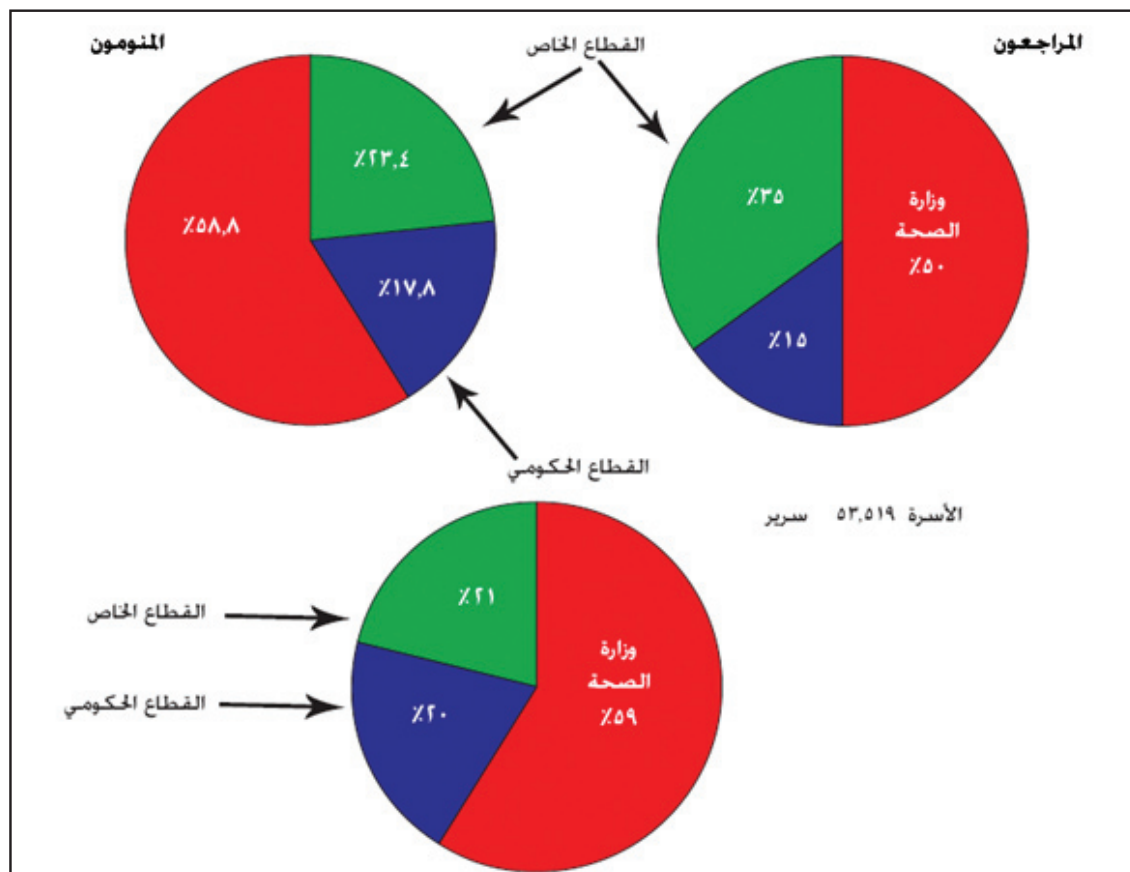
الجهة المقدمة للخدمة	صفة الخدمة والمستفيدين	المراجعون	المنومون	أسرة
وزارة الصحة: ٢٢٥ مستشفى ١٩٢٥ مركزاً صحياً	خدمات علاجية ووقائية لجميع السكان (باستثناء منسوبي الشركات الخاصة) والحجاج والمعتمرين.	٧٥,٠٠٠,٠٠٠	١,٦٤٠,٠٠٠	٣١٤٢٠
الحرس الوطني: ٤ مستشفى ٢٧ مركزاً صحياً	لمنسوبي الحرس الوطني والمرضى المحولين 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	٢٣,٣٨٧	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 وعوائلهم	١,١٠٦,٧٠٠ لعام ١٤٢٦هـ	٢٠٣٤١	٤٠٠
الهيئة الملكية للجبيل وينبع: ٢ مستشفى	سكان المدينتين الصناعيتين والعاملون بالمصنع ومرافق الهيئة وعوائلهم	٦٥٠,٠٠٠	٢٣٩٦٢	٤٨٥

٢٢٨ وحدة	الصحة المدرسية	منسوبو وزارة التربية والتعليم ومدارسها وطلابها.	١,٧٨٥,٣٠٤	--	--
عيادات مجمعة في مؤسسات حكومية وجامعات	موظفو وطلاب الجامعة وموظفو مؤسسات التحلية، مصلحة المياه، والاستخبارات العامة... الخ.	٦٢١,٤٠٠	--	--	--
مستشفى الملك فيصل التخصصي في الرياض وحدة ١ مستشفى	مرضى محالون من مستشفيات أخرى أو من الهيئات الطبية أو بأوامر خاصة أو مراجعون للعيادات الشاملة مقابل الدفع.	٦٥١,٥٧٥	٢٢٧٤٤	٩٨٣	
مستشفى رعاية الشباب	منسوبو النوادي الرياضية ورعاية الشباب.	١٣٣,٠٠٠	--	٣٠	
القطاع الخاص ١٢٣ مستشفى ١١٥٢ مستوصف ٤٥٧ عيادة مجمعة*** ٢٢٨ عيادة خاصة ١٥٢ عيادة شركة	مراجعون من جميع الفئات مقابل الدفع المباشر أو التأمين لمنسوبي الشركات.	٤٣,٥٠٠,٠٠٠ ٩,٠٠٠,٠٠٠ (تقديري)	٦٥٣٥٧٤	١١٢٧١	
هيئة الهلال الأحمر*** ٢٧٢ مركز إسعاف	نقل الحالات الإسعافية لما قبل المستشفى	١٥٥٥٧٥	--	--	

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 متعاقد 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.



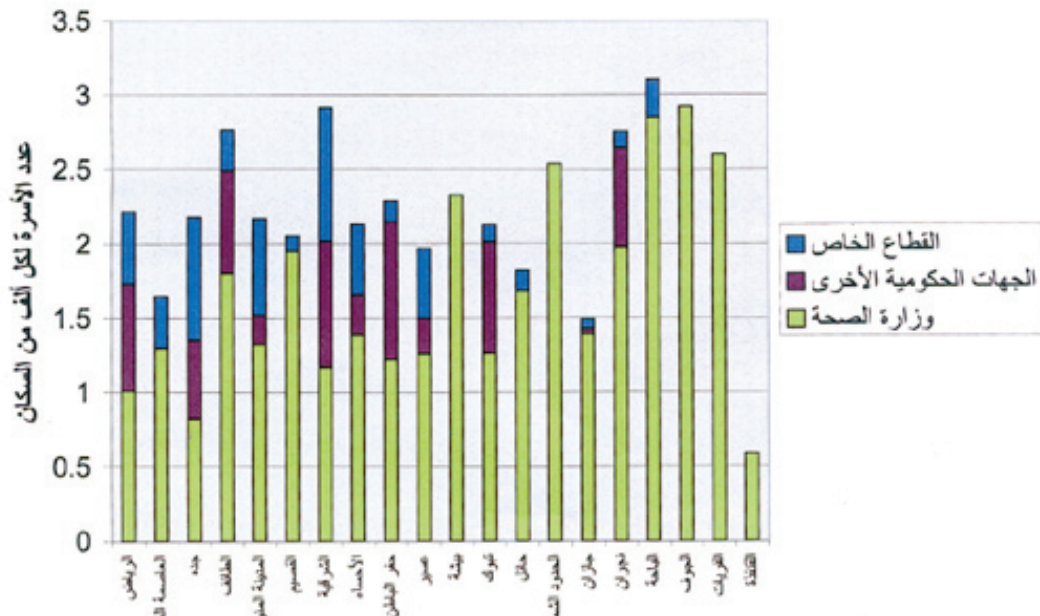
أريد أن أركز على أحد الإشكاليات للنظام الصحي أنه لم يضع في الاعتبار قضية النمو السكاني حتى يتناسب مع نمو الخدمات الصحية.

نمو الأسرة من عام ١٤١٩هـ إلى ١٤٢٨هـ

السنة	وزارة الصحة	القطاع الحكومي	القطاع الخاص	المعدل لألف من السكان
١٤١٩هـ	٢٧٧٩٤	٨٨٣٠	٨٦٧٦	٢,٣
١٤٢٨هـ	٣١٤٢٠	١٠٨٢٨	١١٢٢٧	٢,٢
نسبة الزيادة	%١٣	%٢٣	%٢٩	(٠,١-)

عدد الأسرة لكل ألف من السكان لعام 1428 هـ

د - في عام ١٤٢٨ هـ:



القطاع	الأسرة	النسبة	المراجعون	النسبة	المنومون	النسبة	الأطباء	النسبة	أطباء لكل ١٠٠ سرير	أخصائيون لمجموع الأطباء	نسبة الأطباء السعوديون
وزارة الصحة	٣١٤٢٠	%٥٩	٥٨,٩ مليون	%٤٨	١٦٤٠٣٨٨	%٥٨,٨	٢٢٦٤٣	%٤٧	٥١	%٥٤	%٢٠
الجهات الحكومية	١٠٨٢٨	%٢٠	٢٠,٣ مليون	%١٦,٦	٤٩٨١٤٤	%١٧,٨	١٠٨٠٨	%٢٣	٧٢	%٧٦	%٤٨,٢
القطاع الخاص	١١٢٧١	%٢١	٤٣,٥ مليون ^(٣)	%٣٥,٥	٦٥٣٥٧٤	%٢٣,٤	٩٠٢١	%٣٠	٥٢	%٨٣	%٤,١
بدون أطباء العيادات والأسنان											
المجموع	٥٣٥١٩	%١٠٠	٩٦,٢ مليون	%١٠٠	٢,٧٩٢,١٠٦	%١٠٠	٣٠٢٨١	%١٠٠	٤٢	%٦١	%٢١,٦

** هذه الزيادة التلافية للنظر في عدد مراجعي القطاع الخاص هي كما وردت في الكتاب الإحصائي لوزارة الصحة ١٤٢٨ هـ ولم يذكر تفسير لها وقد تكون لضبطت أعداد مراجعي العيادات التي لم تكن تضاف في السابق ولا يشمل عدد مراجعي 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 مضمنة في هيئة الخبراء انتهت بإحالة مشروع النظام إلى مجلس الشورى في دورته الأولى ١٤١٤هـ - ١٤١٨هـ، ثم أقره المجلس

بعد دراسات مستفيضة أيضاً في بداية دورته الثانية، ورفعته إلى مجلس الوزراء حيث صدر به المرسوم الملكي رقم ١٠/٢ تاريخ ١٠/٥/١٤٢٠هـ، 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 عما 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 (الكلية 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 للتنسيق والتكامل بين الجهات الصحية لم تكن موجودة على هذا النحو. إلا أن المجلس لا يملك صلاحيات تشريعية أو تنفيذية، ولا تكون قراراته ملزمة إلا إذا اعتمدها 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 تبنى 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 والمراهقين السعوديين.

النظام الصحي

هذا هو مسمى القانون الذي صدر في ٢٣/٣/١٤٢٣هـ بمرسوم ملكي، بعد أن خضع للدراسة والمناقشة سنوات طويلة، بدأت في وزارة الصحة منذ عام ١٤٠٥هـ، عندما قدم وكيل وزارة الصحة والتخطيط والتطوير في ذلك الوقت الدكتور جميل الجشي، مشروع إستراتيجية صحية ركزت على مبدأ الإدارة الذاتية والتخصيص 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 المتحداة 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 (الهمم الصحي) فقد اقترحوا 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 دورياً 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 وتقييم جودة المؤسسات الصحية الخاصة التي تقدم خدمات صحية للمشاركين 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 المواصفات واختلاف الأسعار والبيروقراطية في الإجراءات أرهقت - فيما يبدو - الجهات الصحية في المملكة فتعالت الأصوات المطالبة بتوحيد عمليات الشراء وما يرتبط بها من إجراءات. وتبلورت في البداية في اقتراح هيئة حكومية مركزية، ولكن اللجنة الوزارية للتنظيم الإداري أوصت بعد دراسة عميقة بأن تأخذ الهيئة الحكومية شكل شركة وطنية مساهمة. وتبنّى 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 والمتعهد لصالح الجهات الصحية في تأمين الأدوية والمستلزمات والأجهزة الطبية وتوريدها وتخزينها وتوزيعها، من دون أن تكون منافسة للشركات الموردة.

تحديث الأنظمة الصحية

من خلال النمو والتوسع المطرد في الخدمات الصحية اتضحت بعض نواحي القصور في الأنظمة القائمة، فكان التحديث مطلباً تبنّاه منذ تعيينه وزيراً للصحة الدكتور أسامة شبكشي. لكنها أقرت من مجلس الشورى وصدرت بها مراسيم ملكية، 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 ١٤٢٣ هـ وأهم ما يميزه عن سابقه ما يلي:
 - لا يشترط أن يكون مالك المستشفى (أي المستثمر) سعودياً.
 - يشترط للملكية 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 سعري).
 - 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 معارضة 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 معارضة 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) والفنيين في فئة واحدة لكل منها والمساعدين الصحيين في فئتين: أ، ب.

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

وقد تولدت من هذا الوضع ضغوط 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 جلسيتين) في الأسبوع (خلال الدوام الرسمي) ومن دون تحديد فيما عدا ذلك. الهدف من هذه اللائحة هو الحد من تسرب أعضاء هيئة التدريس للقطاع الخاص بسبب الحوافز المالية ومن بينهم الممارسون الصحيون. وقد لبى 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 المتفرغين وحسبما هو شائع في القطاع الخاص، فإن هؤلاء يحددون أجورهم ويتفقون مع المؤسسة التي يتعاونون معها على حصة كل منهما. 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:

أثمرت 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 لتتظيم 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 تنحصر 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 تقليص الفوارق وتحسين الحوافز:

خصص لبرنامج التشغيل الذاتي في المستشفيات الكبرى-سواء منها التي ورثت عقود تشغيل بواسطة الشركات أو الجديدة- اعتمادات مالية سمحت باستقطاب الكفاءات الطبية مقابل ما تمنحه من مزايا وحوافز مشجعة. وكذلك تدفع مؤسسات القطاع الخاص حوافز مالية مجزية للذين تتعاقد معهم من استشاريي القطاع الحكومي، سواء بطريقة نظامية أم غير نظامية.

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 التدرّج 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 للتشغيل الذاتي، وللائحة الوظائف الصحية، وللائحة 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 المعتادة 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 ثلاث 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 وتضيف بعض المزايا إلى الكوادر التي تعمل تحت نظام الخدمة المدنية. وبعد مراجعة مطولة لاقتراحات اللجنة في المجلس الاقتصادي الأعلى وهيئة الخبراء صدر في ١/٦/١٤٣٠هـ قرار مجلس الوزراء بالموافقة على اقتراحات اللجنة بعد إجراء بعض التعديلات الطفيفة، وأصبح لجميع العاملين الصحيين في القطاع الحكومي كادر صحي يوحد سلّم الرواتب ويشمل بدلات للندرة وللتميز ويتيح للصيادلة والأخصائيين (غير الأطباء) التوزيع لثلاث فئات على شاكلة الأطباء.

١- أهمية النظام وأبرز مكوناته

أكد 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 يمهّد لمفهوم الفصل بين تقديم الخدمة وتمويلها أو شرائها ومراقبة أدائها.

- حدد هدفاً عاماً يتمثل في تحقيق التغطية الشاملة الكاملة بالرعاية الصحية بطريقة عادلة وميسرة.
- 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 وتوفر 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 تتمثل في ميزانية الدولة، وإيرادات الضمان الصحي التعاوني، وموارد أخرى، مثل: الأوقاف، والتبرعات وغيرها، وذلك في مادته العاشرة.
- وتوضح 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

- أُقر النظام عام ١٤٢٠هـ، وكان العامل الأكثر تأثيراً في التعجيل بإخراج نظام الضمان الصحي هو عامل التمويل. فقد دلت التجارب المبررة التي مرّت 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 لتنظيم توفير الرعاية الصحية للمقيمين غير السعوديين وأسرهم وملزماً أصحاب العمل (الكفلاء) بالاشتراك لصالح منسوبيهم 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 المرافق 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 دورياً، 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 وتقويم جودة المؤسسات الصحية الخاصة، التي تقدم خدمات صحية للمشاركين في برنامج التأمين الصحي.

الشركة الوطنية للشراء الموحد

تتركز مهام الشركة على القيام بدور الوسيط والمتعهد 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 مزاوله المهن الصحية.
- نظام المنشآت والمستحضرات الصيدلانية.
- نظام الهيئة العامة للغذاء والدواء.
- نظام الإخصاب والأجنة وعلاج العقم.

تنمية الكوادر الصحية

القوى العاملة الصحية لعام ١٤٢٨هـ

أولاً: من حيث العدد ونسبة السعودة

القطاعات	الأطباء	نسبة السعوديين	التمريض	نسبة السعوديين	الفتيون الصحيون	نسبة السعوديين
وزارة الصحة	٢٢٦٤٣	٪٢٠	٥١١٨٨	٪٤٤,١	٢٧٩٥٨	٪٧٥,٦
الجهات الحكومية	١٠٨٠٨	٪٤٨,٢	٢١٤٦٢	٪١٧,٢	١٦١٦٢	٪٥٠,٩
القطاع الخاص	١٤٤٥٨	٪٤,١	٢١٠٨٥	٪٣,٦	٧١٦٨	٪١٣,١

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

المرافق التعليمية	ما قبل عام ١٤٢٠هـ	جديدة بعد عام ١٤٢٠هـ	المجموع	ملاحظات
كليات طب	٦	١٥	٢١	منها كليتان أهليتان
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	٣٢	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 بالملكة

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 الأنفاق 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.
- تنمية القوى العاملة وتطويرها، وسعودة الوظائف الصحية، مع تحسين أساليب توفير وتطوير القوى العاملة، وتوحيد الوصف الوظيفي.
- رفع كفاءة الأداء ونظم الإدارة والتشغيل، عن طريق انتهاز أسلوب اللامركزية في التنفيذ والإدارة الذاتية وإدارة الجودة، وإشراك القطاع الخاص في إدارة وتشغيل وتملك بعض المستشفيات، وتحقيق مبدأ الفصل بين طالب (مشتري) الخدمة ومقدمها.
- 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 تنتمي إليه، والاستفادة المشتركة من الخبرات والإمكانات.
- تفعيل دور القطاع الخاص واعتباره موازياً ومتكاملاً مع دور الدولة في تمويل وتشغيل وتقديم الخدمة الصحية، وفي تطوير وتأهيل القوى العاملة، والاستفادة المشتركة من بعض الإمكانيات.
- تعزيز الصحة بمفهومها الشامل، من خلال ضمان توفير وتطوير أنشطة الرعاية الصحية

- العمل على التوزيع المتوازن للخدمات الصحية جغرافياً وسكانياً، بما يضمن العدالة وتيسير 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 لأنه يفسر ما كانت تعنيه المادة (٣١) من النظام الأساسي للحكم.
- يمهّد لمفهوم الفصل بين تقديم الخدمة وتمويلها أو شرائها، ومراقبة أدائها.
- حدد هدفاً عاماً يتمثل في تحقيق التغطية الشاملة الكاملة بالرعاية الصحية، بطريقة عادلة وميسرة.
- حدّد التزامات الدولة، عموماً، في شأن الصحة العامة للمجتمع.
- حدّد الفئات الاجتماعية المعرضة أكثر من غيرها للمخاطر الصحية، وواجب الدولة في توفير الرعاية الصحية بالطريقة المناسبة وهي فئات.
- ٣٩(*) نصت المادة (٣١) على: (تعني الدولة بالصحة العامة وتوفر الرعاية الصحية لكل مواطن).
- نص على مبدأ التنوع 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.
- وتوضح أهمية هذه المادة في إقرار مبدأ المشاركة في توزيع أعباء الأنفاق 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 أسس علمية مدروسة؛ الأمر الذي يستدعي إيجاد مركز أو معهد متخصص في إدارة الخدمات الصحية واقتصادياتها، يقدم المشورة العلمية المستقلة لصانعي القرار في الخدمات الصحية، مستلهما خبرة السنتين 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 وإستشاري الأمراض الباطنة والجهاز الهضمي

مدير جامعة اليمامة

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 للمولدرات 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 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

- ١٣٨١هـ (١٩٦١م)، كلية الصيدلة بجامعة الملك سعود.
- ١٣٨٧هـ (١٩٦٧م)، كلية الطب بجامعة الملك سعود - الافتتاح ١٣٨٩هـ.
- ١٣٩٥هـ (١٩٧٥م)، كليات الطب: جامعة الملك عبدالعزيز، وجامعة الملك فيصل، وطب الأسنان بجامعة الملك سعود.
- ١٤٢٠هـ (٢٠٠٠م)، التوسع في التعليم الصحي.
- ١٤٢٥هـ (٢٠٠٥م)، بداية التعليم الأهلي الصحي الجامعي.

التعليم الصحي العالي

- ١٣٩٧هـ (١٩٧٧م)، تخريج الدفعة الأولى من كلية الطب بجامعة الملك سعود.
- ١٩٧٠ - ١٩٨٠، عودة المبتعثين 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.
- ١٤٠٠هـ (١٩٨٠م)، توقيع اتفاقية تفاهم بين الصحة والكليات البريطانية لتطبيق دبلوم الأطفال والنساء والتوليد.
- ١٩٨٠ - ١٩٨١م، انطلاقة الزمالة العربية.
- ١٩٨١م، زمالات جامعة الملك سعود وجامعة الملك فيصل (الدمام).
- ١٤١٣هـ (١٩٩٣م)، 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 للسعوديين	المجموع		قطاع خاص		قطاع حكومي		الفئة
	المجموع	غير سعودي	سعودي	غير سعودي	سعودي	غير سعودي	
21.4	41085	32301	8784	12694	914	19607	أطباء
15.9	7809	6571	1238	5172	303	1399	أطباء أسنان
14.4	13626	11660	1966	10716	634	944	صيانة
٤٠	٩٣٧٣٥		٢١٠٨٥		٧٢٦٢٠		التمريض
٦٠	٥١٣١٥		٧١٦٨		٤٤١٤٧		أخصائي علوم طبية

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

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

التوسع الكبير بإنشاء الكليات الصحية منذ عام ١٤٢٠هـ

المرافق التعليمية	ما قبل عام ١٤٢٠هـ	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	١٣٨٩هـ
جامعة الملك عبد العزيز	الطب	١٣٩٥هـ
جامعة الدمام	الطب	١٣٩٥هـ
جامعة أم القرى	الطب	١٤١٦هـ
جامعة الملك خالد	الطب	١٤٠٠هـ
جامعة طيبة	الطب	١٤١٩هـ
جامعة القصيم	الطب	١٤٢١هـ
جامعة الملك فيصل بالأحساء	الطب	١٤٢١هـ
جامعة جازان	الطب	١٤٢٢هـ
جامعة الطائف	الطب	١٤٢٤هـ
جامعة الملك سعود بن عبدالعزيز للعلوم الصحية	الطب	١٤٢٤هـ
كلية الطب بوزارة الصحة بمدينة الملك فهد الطبية	الطب	١٤٢٥هـ
كلية ابن سينا الأهلية للعلوم الطبية بجدة	الطب	١٤٢٥هـ
كلية الطب بجامعة حائل	الطب	١٤٢٧هـ
كلية الطب بجامعة تبوك	الطب	١٤٢٧هـ
كلية الطب بجامعة الجوف	الطب	١٤٢٧هـ
كلية الطب بجامعة الخرج	الطب	١٤٢٨هـ
كلية الطب بجامعة الأمام	الطب	١٤٢٨هـ
كلية الطب بجامعة نجران	الطب	١٤٢٨هـ
كلية الطب بجامعة عرعر	الطب	١٤٢٨هـ
كلية الطب بجامعة شقراء	الطب	١٤٢٨هـ
كلية الطب في جامعة الفيصل الخاصة	الطب	١٤٢٨هـ
كلية الطب في جامعة الأميرة نورة	الطب	١٤٣١هـ
جامعة الباحة	الطب	---
جامعة الحدود الشمالية	الطب	١٤٢٨هـ
كلية البترجي الأهلية للعلوم الطبية والتقنية	الطب	---
كلية السعفة للعلوم والتقنية الأهلية	الطب	---
الكليات العالمية الأهلية	الطب	---
كليات سليمان الراجحي الأهلية	الطب	١٤٣٠هـ

عدد الطلاب والخريجين في كليات الطب

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

كليات طب الأسنان بالمملكة

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 بالرياض	طب الأسنان	١٤٢٤هـ
جامعة أم القرى	طب الأسنان	١٤٢٨هـ
جامعة الطائف	طب الأسنان	---
جامعة حائل	طب الأسنان	---
جامعة جازان	طب الأسنان	---
جامعة الباحة	طب الأسنان	---
جامعة تبوك	طب الأسنان	---
جامعة الأميرة نورة بنت عبد الرحمن	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
الطب	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 ١٤٢٩هـ

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

بيان بتطور أعداد المعاهد الصحية من عام ١٤٢٦هـ إلى عام ١٤٢٩هـ

المعاهد	١٤٢٦هـ	١٤٢٧هـ	١٤٢٨هـ	١٤٢٩هـ
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

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

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

السنة	العدد التقديري
١٤٢٥هـ	22673538
30	25331796
35	28301709
40	31619811
45	35326941
50	39468690
52	41258305

عدد الأطباء المطلوب إضافتهم لتحقيق الأهداف المنشودة

العام	المعدل	عدد الأطباء المطلوب لتحقيق المعدل	العدد المطلوب إضافته لتحقيق المعدل	العدد المطلوب بدلا من الوفاة والتقاعد	العدد المطلوب إحلاله لتحقيق السعوية	العدد الكلي المطلوب إضافته
1427	577	41085	-	-	-	-
30	567.7	44622	1216	446	750	2412
35	552.2	51253	1404	512	750	2666
40	536.7	58915	1623	589	1000	3212
45	521.2	67780	1878	678	1000	3556
50	505.7	78048	2177	780	1500	4457
52	500	82517	2243	825	1500	4568

معدل الأطباء للسكان من حيث المستوى المعيشي

الأطباء	عالي	متوسط	الحد للسعودية
الأطباء	٣٣٤ : ١	٦٨٥ : ١	٥٠٠ : ١
أطباء الأسنان	١٤٣٠ : ١	٣٧٠٠ : ١	٢٠٠٠ : ١
الصيدالة	١٣٥٠ : ١	٢٤١٠ : ١	٢١٠٠ : ١
المرضات	١٠٠ : ١	٣٣٣ : ١	٣٠٠ : ١
العلوم الطبية	---	---	٣٠٠ : ١

توقعات السعودة خلال ٢٥ سنة مقبلة مراعياً النمو السكاني وعدد الكليات الصحية

الفئات	المعدل المتوقع المتخذ أساساً	نسبة السعودة المفترضة	عدد الكليات القائمة حتى عام ١٤٣٨ هـ	عدد الكليات التي أنشئت فعلاً حتى عام ١٤٣١ هـ
الأطباء	١:٥٠٠ من السكان	75%	15	29
أطباء الأسنان	١:٢٠٠٠ من السكان	75%	7	23
الصيدلة	١:٢١٠٠ من السكان	75%	5	12
التصريض	١:٢٧٥ من السكان	75%	٧ كليات جامعية +	٢٥ كلية جامعية +
الفئات الصحية المساعدة	١:٤٥٠ من السكان	95%	٢٨ كلية متوسطة +	٣٢ كلية متوسطة +
			٧٧ معهد صحي	١١١ معهد صحي

المبادئ المعتمدة للتدريب الطبي بالمملكة:

- مستشفيات مستوفية لشروط التدريب (٦٧).
- تحقيق شروط القبول واجتياز 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، مرحلي 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	٣٨٩	٥٠	٣٥٢
٠٩/٢٠٠٨	٣١٢٦	٣٠٥	٥٦	٤٠٧
١٠/٢٠٠٩	٣٧٦٣	٦٣٧	٥٩	٤٢٣

* عدد الأطباء المسجلين بالهيئة للعام ٢٠١١/٢٠١٠ = ٤٢٠٠ طبيباً.
 ** إجمالي عدد الخريجين حتى عام ٢٠٠٩ / ٢٠١٠ = ٣٠٥٧ 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	٣٨٩	٥٠	٣٥٢
٠٩/٢٠٠٨	٣١٢٦	٣٠٥	٥٦	٤٠٧
١٠/٢٠٠٩	٣٧٦٣	٦٣٧	٥٩	٤٢٣

* عدد الأطباء المسجلين بالهيئة للعام ٢٠١١/٢٠١٠ = ٤٢٠٠ طبيباً.
 ** إجمالي عدد الخريجين حتى عام ٢٠٠٩ / ٢٠١٠ = ٣٠٥٧ خريجاً.

الهيئة السعودية للتخصصات الطبية (٢٠٠٩ - ٢٠١٠) 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:

- التوسع السريع والكبير في الكليات الصحية ومخرجاتها.
- الحاجة الى قاعدة تدريبية كبيرة خاصة للأطباء.
- ندرة الفرص التدريبية في الخارج.
- إيجاد حوافز للمدرّبين.
- 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 الربيعية، فيما يتعلق بالنظام الصحي منذ اعتماده من مجلس الوزراء في عام ١٤٢٤هـ، ماذا تم من خطوات تنفيذية وآلية للتنفيذ حتى الآن؟

■ د. عثمان عبدالعزيز الربيعية: المبدأ الأول: النظام الصحي صدر عام ١٤٢٣هـ وكانت بدايته عام ١٤١٢هـ، إذ كان يركز على مشروع إستراتيجية (عام ١٤٠٥/١٤٠٦هـ)، 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 الخصخصة 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 (أولاً كما ذكر د. فالح) الخروج من فكرة أن الدولة تقدم وتوفر وتمول وحدها ومن دون مقابل الخدمات الصحية؛ فالنظام فسرهما 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 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 وشرحت 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 ولإدارتها 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 (يسمى بلسم)، كان قد قدم خلال فترة تولي الدكتور حمد المانع وزارة الصحة، وهو في الواقع لم ينفذ وأعيد النظر فيه، وكان التوجه بأن نبدأ قبل التخصيص في تطوير العلاقة بين المنظومة الصحية، بحيث يوجد في كل منطقة نظام صحي متكامل يربط ما بين المستشفى المرجعي والمستشفى العام والمستشفى الريفي والمركز الصحي في إطار نظام متكامل مدعوم بنظام إحالة - نظام نقل - نظام معلومات جيد، ثم بعد ذلك ينظر في موضوع التخصيص.

موضوع التخصيص لم يكن ضمن أفكار وزارة الصحة، واللجنة الوزارية للتنظيم الإداري بحثت موضوع تطوير القطاع الصحي على مدى سنوات، وتوصلت إلى أن وضعت بديلين للخدمات الصحية، الأول: أن تتحسن الإدارة الحكومية ويكون تركيزها على الرقابة الصحية الأولية، وليس

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 يترتب عليه مشروع بلسم.

● الدكتور زياد بن عبدالرحمن 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 للضيفتين وللمشاركات من نساء المنطقة لحضورهن هذا المنتدى.

د. فالح: كآني بك تقول أنك راضٍ عن النظام الصحي المرسوم إطاره في الإستراتيجية الموضوعية، ولكنك غير راضٍ عن تنفيذ الإستراتيجية أو النظام وآلية تطويره، فإن كان فهمي خاطيء أرجو التصحيح، وإن كان غير ذلك فأمل منك أن تبين لنا ما هو اقتراحك؟

■ د. فالح الفالح: سؤالك 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 راضٍ عن النظام الصحي، كل ما ذكرت أن النظام الصحي كمثال على هذه الأنظمة جاء في رؤى واضحة جداً حول قضية معينة (هل هي صح أم لا؟) لكن لا أجد أن عندنا آلية سواء على النظام الصحي أم على نظام العمل والعمال أم على نظام التأمينات، أنه ليس هناك جهة تتابع 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 هذا ولي 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 مسئولة 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 وتسلموا

الحكم يغيرون هذه الرؤى. أنا أقصد إذا أقرت الدولة رؤية وأعتبر أن النظام الصحي الذي أقر فيه رؤى كما ذكر الدكتور عثمان الربيع، 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 وأتمنى 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 الموكل 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، أعترض (Medical Advisor) وعندما أصرت على التطبيق قدم استقالته؛ ما جعلها تتراجع عن التوجه. هذه ليست صورة وحيدة، نحتاج فعلاً إلى آلية لأنه الملاحظ دائماً أنه إذا كان الوزير من القطاع الطبي، هناك مؤثرات 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 الأول:

أ.د/ عدنان بن أحمد حسن البار

أستاذ بكلية الطب في جامعة الملك عبدالعزيز

عمل سابقاً معاراً بوزارة الصحة

بسم الله الرحمن الرحيم

والصلاة والسلام على رسول الله

بداية عندما تحب أحداً وتقتنع به وبأهمية دوره المحوري، ثم أنت لا توليه أي مؤشر على أنه المحبوب، يصبح من الصعب عليه أن يقتنع 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 أوسعها 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 المستفيدون 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 ومدرّبة، 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 ونشر 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 تتعدى ٣٠ مشكلة صحية

(وهذا مبني على دراسات) من أصل عدد من المشكلات الصحية، الأطباء يعرفون أن عندنا الأمراض والمتلازمات فاق عددها الـ 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 بنبدأ 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 لطرحي.. 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 لإستراتيجياتها الصحية، فماذا وجدت؟ وجدت أن قائمة أفضل ١٠ دول حققت نجاحات في القطاع الصحي دول لم يكن في الحساب 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 المرافق 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 نطبق 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 حدٍ سواء.

السياسة الأولى: آليات تطبيق الإستراتيجية:

تطبيق نظام الضمان الصحي التعاوني الذي بدأ في عام ١٤٢٠هـ، وصدرت اللائحة التنفيذية لذلك النظام عام ١٤٢٣هـ، وبدأ 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 التنويم في المستشفيات أكثر من اللزوم، وهذه سوف تكون مراقبة على مقدمي الخدمة وتطبيقها سوف يسهم في تقوية الجودة، الجودة النوعية في المنشآت الصحية، كنت متشائماً؛ لأن البنية التحتية في ذلك الوقت ليست مهياًة حسب ما بينه الدكتور عدنان، عن النظام المالي في وزارة المالية، وتهيئة المرافق الصحية وعدم وجودها في المناطق النائية.

السياسة الثانية: زيادة الموارد المالية للمرافق 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 للمرافق الحكومية كالمستشفيات والمراكز الصحية؛ وهذا بحد ذاته، ينسجم مع الخطة التنموية في المملكة، منذ بداية الخطة التنموية الخامسة التي تهدف إلى تشجيع أو تفعيل دور القطاع الخاص، وأن ندير أعمالنا ليس بعقلية القطاع العام ولكن بعقلية (البرنس)، 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 المرافق الصحية حتى نسعى إلى تفعيل تطبيق السياسة الثالثة من ناحية التمويل ومصادر التمويل.

السياسة الرابعة: ترشيد الإنفاق الحكومي والاستخدام الأمثل

في بداية التنفيذ ما كانت البنية التحتية جاهزة، المراكز الصحية الأولية كانت عبارة عن فلل صغيرة غير مهيأة لتكون مراكز صحية أولية، وأقول (بكل صراحة كمتخصص) إذا كنا نريد أن نرشد الإنفاق الحكومي يجب تفعيل فكرة مراكز الرعاية الصحية الأولية، لأن هناك ضغطاً على الأسرة وعلى الخدمات والمستشفيات، وهي ناتجة من ضعف Primary care center، لنبدأ (الحمد لله الآن موارد الدولة والميزانية مستوَاهما جيد) نستفيد في الوقت الحاضر لأن تفعيل دور مركز الرعاية الأولية أحد الوسائل لترشيد الإنفاق الحكومي، منها نظام الإحالة (Referral System)؛ فعندما نفعل مركز الرعاية الأولية سوف يكون عندنا نظام الإحالة (أوتوماتيكيا) 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 لثقل معلوماتهم. وصيانة دورية للأجهزة الطبية، لأن الصيانة الوقائية تدفع فيها المبالغ البسيطة (In the near term) وتقلل من التكاليف الباهظة في إساءة

(Up Using Or Miss Using) لهذه الأجهزة.

نحن لم نستفد من (ال IT) وجود التقنية، فبعض المواطنين لديه خمس ملفات (حالة اجتماعية معينة) في مستشفيات مختلفة، والبعض الآخر لا يوجد لديه ملف واحد، إذا استخدمت ال Smart Card يمكن للطبيب معرفة أن المريض عنده ملف في مكان آخر، وبدلاً من إجراء الفحوصات المخبرية يتمكن من تقليلها، ما يساعد على ترشيد الإنفاق الحكومي في القطاع الصحي.

أخيراً.. إذا أردنا الوصول للسياسة الخامسة في عملية التمويل لنحقق 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 دورياً

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 البحوث 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، وأشكرهم 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 تواجه 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 اللازمة 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 تنمية 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 مرتسم 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 ومتكامل للمعلومات يربط بين أجهزة القطاع الصحي المختلفة

وحداتها 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 تساعد الإدارات الطبية المختلفة كالمختبر 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 المرافق الصحية

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

إجراء تقويم دوري لمستوى كفاءة المنشآت والعاملين فيها

- قيام مجلس الخدمات الصحية بتنفيذ 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 وبرامجها.

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.
- أغلب 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 اللازمة، 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

العالمية المعنية بجودة الرعاية الصحية.

- تفاوت نضج تطبيق الجودة بين مختلف المرافق 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..

الملاحق

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 عبدالرحمن بن أحمد السديري للدراسات السعودية» مساء يوم الأربعاء ٢٥/١٢/١٤٣١هـ الموافق ١/١٢/٢٠١٠م، بحضور صاحب السعادة فيصل بن عبدالرحمن بن أحمد السديري - رئيس مجلس إدارة مؤسسة عبدالرحمن 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 عبدالرحمن السديري:

بسم الله الرحمن الرحيم



صاحب السعادة الأمير فيصل بن عبدالرحمن بن أحمد
السديري يفتتح فعاليات المنتدى

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

منسوبو مؤسسة عبدالرحمن السديري
الخيرية ومجلس إدارتها يرحبون بكم
في المقر الرئيس للمؤسسة في سكاكا-
الجوف، لنشهد انطلاقاً فعاليات منتدى
الأمير عبدالرحمن بن أحمد السديري
للدراستات السعودية في دورته الرابعة لهذا

العام ١٤٣١هـ/٢٠١٠م، التي تلي ثلاث دورات للمنتدى في الأعوام السابقة، أقيمت بالتناوب بين الجوف والفاط، 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. فبالرابط بين الطلب المتزايد على الخدمات الطبية في الداخل وفي المحيط الإقليمي، والحاجة لإيجاد مجالات التوظيف التي تتناسب مع طموحات ورغبات القوى البشرية العاملة في المملكة؛ فإن هذا مدعاة إلى أن يكون هناك توجه إستراتيجي لاستهداف الخدمات الطبية لأن تكون، إضافة إلى رسالتها الإنسانية، إحدى أو من أهم الصناعات الاقتصادية التصديرية؛ والوصول إلى ذلك يأتي عبر مساعي تأهيل القوى البشرية الوطنية، ورصد الإمكانيات المالية لتوفير البنى التحتية اللازمة وتوفير الحوافز المناسبة لمستثمري القطاع الخاص من الداخل والخارج، وتسهيل العمليات الإجرائية للقادمين لتلقي الفحوصات والعلاج.



سعادة وكيل الإمارة الأستاذ أحمد بن عبدالله آل الشيخ

أردت في هذه العجالة شحذ هممكم وفكركم في هذا الشأن، لعله يكون موضوعاً رائداً يتم تناوله في الحاضر والمستقبل، تتحقق بمشيئة الله منه الآمال.

موضوع هذا المنتدى لهذا العام هو النظام الصحي في المملكة العربية



جانب من الحضور

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

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

كما تشمل فعاليات المنتدى وللمرة الثانية تكريم شخصية متميزة لها إسهام

واضح في القطاع تتناول موضوعه ندوة المنتدى -وشخصية المنتدى لهذا العام مناصفة بين الدكتور عثمان بن عبدالعزيز الربيعية، 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 والمدعوين 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 وفعاليتها، كما ندين بالشكر الجزيل لهيئة المنتدى، ممثلة في كل من الإخوة: معالي الدكتور يوسف بن أحمد العثيمين، معالي 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 الأنصاري، الدكتور خليل بن إبراهيم المعقل 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 الربيعه

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 والمؤسسية ووضوح الأهداف.

لقد ترسخت فيّ قناعاتي، عندما اقترنت بعضوية الهيئة العلمية للمنتدى، وقبل ذلك بالإسهام في النشاط الثقافي للمؤسسة، أنهما نموذجان للعمل الخيري الأصيل، والإدارة الواعية، والنهج المدروس.

ولا أدري الليلة، هل أتحدث عن مقاصد المنتدى وغاياته، أم عن فرسانه والمكرمين فيه، أم عن الدار التي يُعقد تحت ظلّها؟! ذلك أن بيني وبينكم ومعهم جميعاً عناقيد من الود، وعقود من الزمالة، وقلائد من المثل المشتركة التي تجعلني مطمئناً بثقة أن ندوتكم هذه، ستتسم بالموضوعية 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، فكرياً ومجتمعياً، وفي انتقاء محاضريه، وفي اصطفاء المشاركين والمنتدين فيه، وأن يجتهد في الحصول على ترشيح الجهات العلمية والأكاديمية المعتمدة لكتاب متميز منشور في موضوع الندوة، يجري تكريم مؤلفه وإعادة نشره، فائزاً 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 شائقة، يلتقي فيها المنتدون بوجوه أهلهم في الجوف، ويتعرفون على خصائص المنطقة، وعلى معالمها التاريخية وشواهدا التتموية المتسارعة.

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

فماذا عسى أن تكون البلاد بحاجة إليه اليوم أهم من الأمن والتعليم والصحة؟ وماذا يُرجى أن يناقش موضوع النظام الصحي أفضل من هذه النخبة؟ وماذا عسانا نتطلع إلى فرصة أفضل من هذه المناسبة، دون انتقاص للآخرين، نتلقّى فيها الدفء، في حضن الجوف، وفي ربوع وادي النفاخ؟!



أيها الإخوة والأخوات..

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

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

ثم اسمحوا لي أن أحكر 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 تأهيلاً وخلقاً 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

والصلاة 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 بالأصالة عن نفسي ونيابة عن زملائي المدعوين على اختيار موضوع المنتدى في دورته الرابعة «النظام الصحي في المملكة العربية السعودية»، وقد طُلب مني أن أقدم زميلين يعدان فارسين من فرسان الخدمة العامة في هذا الوطن الغالي، ألا وهما الدكتور عثمان بن عبدالعزيز الربيعية، والدكتور فالح بن زيد الفالح، وكل منهما قد خدم هذا الوطن من خلال مؤسستين مهمتين الأولى: الدكتور عثمان الربيعية، 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 انتمائه لجامعة الملك سعود ثم عمله في مجلس الشورى، قام بخدمة هذا الوطن خير قيام.

أبدأ بالسيرة الذاتية المختصرة للدكتور/ عثمان بن عبدالعزيز الربيعية

- من مواليد الجمعة عام ١٣٦١هـ.
- درس الطب في جامعة هادلبرج بألمانيا، وتخرج منها عام ١٣٩١هـ.
- عمل طبيباً بمستشفى الرياض المركزي-مستشفى الملك سعود حالياً- ثم مديراً للشؤون الصحية بالقصيم، ثم بعد ذلك عمل مديراً للرخص الطبية والصيدلية بوزارة الصحة، ثم وكيلاً مساعداً للتخطيط والبحوث بوزارة الصحة، ثم وكيلاً 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 مزاوله المهنة الصحية، ونظام الضمان الصحي التعاوني، والنظام الصحي بالمملكة،

ونظام الإخصاب وعلاج العقم.

- شارك في عضوية مجالس الإدارة ومجالس الأمناء 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 أستاذاً للأمراض الباطنية في جامعة الملك سعود، ثم وكيلاً للجامعة من ١٤٠٩-١٤١٢هـ.
- عمل عميداً لكلية الطب ومشرفاً على المستشفى الجامعية من عام ١٤٠٥-١٤٠٩هـ.
- تقاعد من كلية الطب جامعة الملك سعود عام ١٤٢٣هـ، وكان يعمل في هذه الفترة أستاذاً 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 ١٤٠٩-١٤٢٣هـ، والباحث الرئيسي لمدى انتشار فيروسات الكبد عند الأطفال من سن ١ - ١٠ سنوات، قبل إدخال التحصين وذلك عام ١٤٠٩هـ.
- الباحث الرئيسي لتقييم برنامج التحصين ضد فيروس الكبد B بعد مرور ثماني سنوات من عام ١٤١٧هـ، وكذا مدى انتشار فيروسات الكبد.
- الباحث الرئيسي في أبحاث لتقييم علاج فيروس (ج) بعقار أنتروفيرون، وله كذلك بحوث

أخرى.

- 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 الربيعه، أسأل الله أن يجزيهما خيراً عن كل ما قدماه للوطن الغالي.

كلمة الدكتور عثمان بن عبدالعزيز الربيعه:

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، وتشرفي وامتناني لمؤسسة الأمير عبدالرحمن السديري الخيرية على إتاحة هذه المناسبة التي نقف فيها وقفه 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، وكمدبر للشؤون الصحية، وكمدبر للقطاع الصحي الخاص في وزارة الصحة، ثم كمسئول عن التخطيط والبحوث، كل هذا أتاح لي فرصة الاطلاع على تفاصيل ما يقدم من الخدمات الصحية وأتاح لي فرصة الاحتكاك لعدد 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 فعّالة 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 جهدنا المشترك 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 أنقدم 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 الربيعية من خلال كتاب النظام الصحي السعودي كشخصيتي المنتدى، وهو اختيار أعز به وأقدره، كما أنني 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 أعز 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 تتوالى على اللجنة الصحية والاجتماعية في المجلس قضايا الخدمات الصحية المهمة، مثل: تقارير وزارة الصحة، ومراجعة الأنظمة الصحية التي تكوّن 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 اقتناعي 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 يقتنع ١٠ من الأعضاء بموضوع معين يمكنهم أن يرفعوا لولي الأمر للإذن أن يناقش هذا الموضوع، ولكن من حسن الطالع أنه منذ عام ١٤٠٥هـ ووزراء 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 كلا المشروعين، ونوقش هذا المشروع في مجلس الشورى على مدى دورتين، حتى خرج في عام ١٤٢٤هـ، وخلال دراسة الموضوع في مجلس الشورى كان الدكتور عثمان الربيعية هو الشخص المكلف من قبل وزارة الصحة (وشهادتي فيه مجروحة) فنحن بدأنا على مقاعد الدراسة من عام ١٣٧٨هـ في مدارس الإمامة في الرياض، ومنذ ذلك الوقت

ونحن لم نفترق بدأناها في اليمامة ثم في جامعة هادلبرج بألمانيا، ثم عدنا للوطن وظلت علاقتنا الشخصية والفكرية مستمرة، وكان منها الاهتمام المشترك بالجانب الفكري للأنظمة الصحية، والدكتور عثمان الربيعة يُعد كمبيوتر (حديث) لوزارة الصحة، ولهذا السبب فإن جميع المعلومات التي تخص وزارة الصحة لديه، إذ أنه تعاقب على الوزارة وهو مسؤول حوالي 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.

شكراً لمؤسسة عبدالرحمن السديري الخيرية، والسلام عليكم ورحمة الله وبركاته.

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 تسليط 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 الربيعه: في الواقع أن وزارة الصحة وغيرها من المؤسسات الصحية في المملكة مرت بتجارب متعددة وتولى قيادتها قياديون كثيرون، وكان لكل قيادي نظريته الخاصة، ولا شك أن الظاهرة العامة التي واكبت النظام الصحي في المملكة منذ إنشائه إلى الآن أنه كانت في كل قيادة جديدة تنشأ أفكار جديدة ووسائل عمل جديدة؛ ولهذا، فقدت الاستمرارية وتراكم الخبرات والتعلم من تجارب الآخرين.

أما ما هي الرؤية وإلى ماذا وصلنا؟ في الواقع حاولنا من خلال الكتاب الذي أخرجناه أنا وزميلي الدكتور فالح الفالح (النظام الصحي السعودي- نشأته- تطوره- التحديات التي تواجهه) أن نوضح الصعوبات والتحديات التي تواجه هذا النظام، بهدف الوصول إلى رؤية إدارية عملية في إدارة الخدمات الصحية، والوصول كذلك إلى رؤية عملية مرنة للتمويل بما يعكس الطبيعة الاقتصادية والاجتماعية والثقافية والجغرافية والديموغرافية وإيجاد توازن بين الأطراف المهمة (السياسية، والإدارية، والمهنية الفنية، ودور المجتمع) في أي عملية تطوير. ولا شك أن أي تطور مستقبلي لهذا النظام، هو نتاج مفاصلة وتفاعل بين هذه الأطراف، كما أن أي عملية تغيير أو تطوير لأي نظام صحي يجب أن تجري بشكل تدريجي، وعلى الرغم من هذه التحديات، فإننا نعتقد أن التغلب عليها ممكن، إذا توافرت الإرادة السياسية والإدارية.

جولة الضيوف في معرض إصدارات المؤسسة

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

مجلس إدارة المؤسسة وأعضاء هيئة المنتدى

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

المشاركون

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

المدعوون

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











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





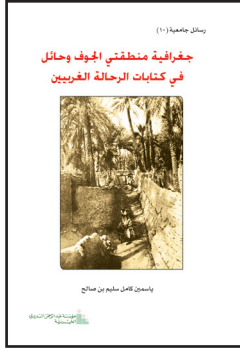








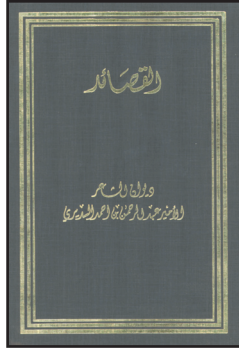
من إصدارات مؤسسة عبدالرحمن السديري الخيرية



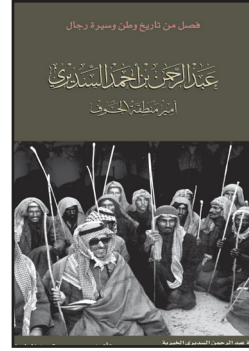
الكتاب: جغرافية منطقتي الجوف وحائل في كتابات الرحالة الغربيين
المؤلف: ياسمين.
السعر: ٢٥ ريالاً.



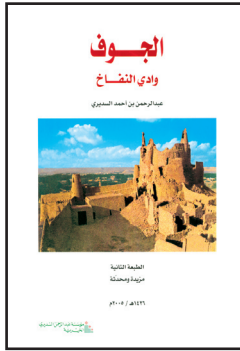
الكتاب: الأزمة المالية العالمية وتداعياتها على الاقتصاد السعودي.
تحرير: هيئة النشر.
السعر: ٢٠ ريالاً.



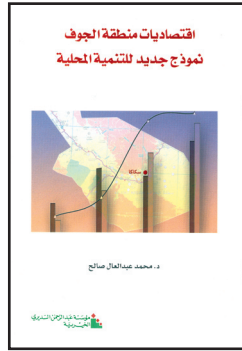
الكتاب: القصائد - ديوان الشاعر الأمير عبدالرحمن بن أحمد السديري
المطبوع ٣٠ ريالاً
والتسجيلات ٢٠ ريالاً.



الكتاب: فصل من تاريخ وطن وسيرة رجال: عبدالرحمن بن أحمد السديري
مجموعة من الباحثين
المحرر: د. عبدالرحمن الشبيلي
السعر: ٤٥ ريالاً.



الكتاب: الجوف وادي النفاخ
المؤلف: الأمير عبدالرحمن بن أحمد السديري
السعر: ٥٠ ريالاً.



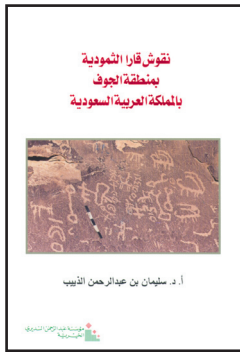
الكتاب: اقتصاديات منطقة الجوف نموذج جديد للتنمية المحلية
المؤلف: د. محمد عبدالعال صالح
السعر: ٢٥ ريالاً.



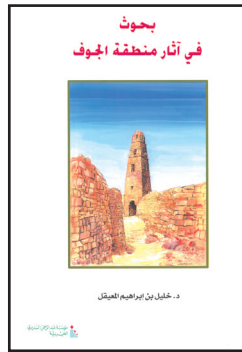
أدوماتو: مجلة متخصصة في الدراسات والبحوث الأثرية.
السعر: ٣٥ ريالاً.



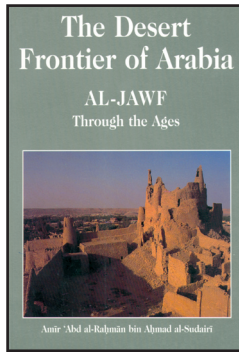
الكتاب: المدينة في الوطن العربي
تحرير: هيئة النشر
السعر: ٩٠ ريالاً.



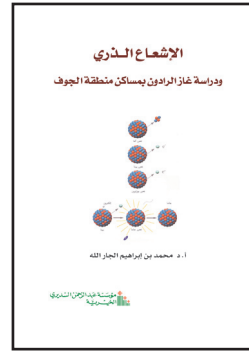
الكتاب: نقوش قارا التمودية بمنطقة الجوف
المؤلف: أ. د. سليمان الذيب
السعر: ٢٠ ريالاً.



الكتاب: بحوث في آثار منطقة الجوف
المؤلف: د. خليل بن إبراهيم المعقل
السعر: ٢٠ ريالاً.



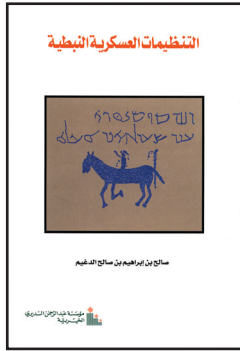
Book: The Desert Frontier of Arabia AL-JAWF Through the Ages
Author: Amir Abd Al-Rahman bin Ahmad Al-Sudairi
Price: (paperback) SR 80 (\$ 22), (hard copy) SR 150 (\$ 40)



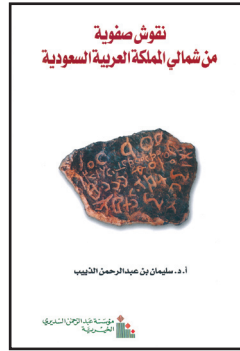
الكتاب: الإشعاع الذري ودراسة غاز الرادون بمساكن منطقة الجوف
المؤلف: أ. د. محمد بن إبراهيم الجارالله.
السعر: ١٠ ريالاً.



من إصدارات مؤسسة عبدالرحمن السديري الخيرية



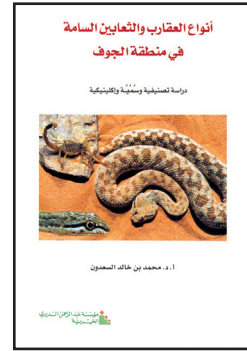
الكتاب: التنظيمات العسكرية النبطية
المؤلف: صالح بن إبراهيم بن صالح الدغيم
السعر: ١٥ ريالاً.



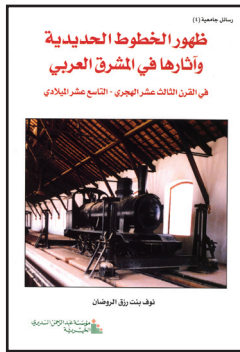
الكتاب: نقوش صفوية من شمالي المملكة العربية السعودية
المؤلف: أ. د. سليمان بن عبد الرحمن الزهير
السعر: ٢٠ ريالاً.



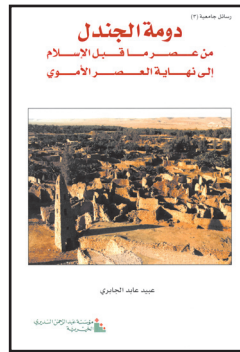
الكتاب: التنوع الأحيائي الحيواني في منطقة الجوف.
المؤلف: أ. د. محمد بن خالد السعدون.
السعر: ٦٠ ريالاً.



الكتاب: أنواع العقارب والثعابين السامة في منطقة الجوف
المؤلف: أ. د. محمد بن خالد السعدون.
السعر: ٣٥ ريالاً.



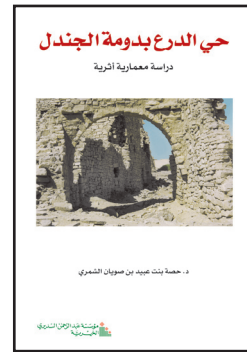
الكتاب: ظهور الخطوط الحديدية وأثارها في المشرق العربي
المؤلف: توف بنت رزق الروضان
السعر: ٢٥ ريالاً.



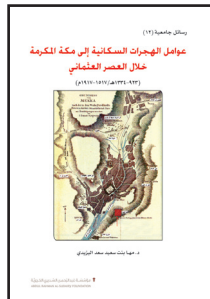
الكتاب: دومة الجندل من عصر ما قبل الإسلام إلى نهاية العصر الأموي
المؤلف: عبيد عايد الجابري
السعر: ٢٠ ريالاً.



الكتاب: تقويم أداء مديري مراكز التدريب المهني في المملكة العربية السعودية
المؤلفة: دخيل بن تركي الشمدين
السعر: ٢٠ ريالاً.



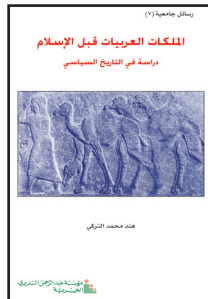
الكتاب: حي الدرع بدومة الجندل - دراسة معمارية أثرية (طبعة ثانية)
المؤلفة: د. حصة عبيد صويان الشمري
السعر: ٢٥ ريالاً.



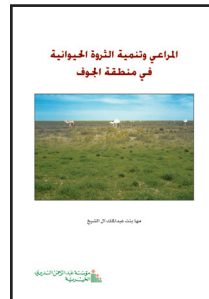
الكتاب: عوامل الهجرات السكانية إلى مكة المكرمة خلال العصر العثماني (١٥١٧-١٩١٧م)
المؤلف: د. مهسا بنت سعيد الزبيدي
السعر: ٢٥ ريالاً.



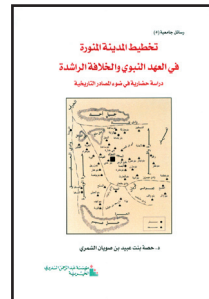
الكتاب: تقييم نظام الخدمات الصحية المقدمة للأطفال في منطقة الجوف بالمملكة العربية السعودية
المؤلفة: فهد عبدالله الفياض
السعر: ٢٠ ريالاً.



الكتاب: الملكات العربيات قبل الإسلام (دراسة في التاريخ السياسي)
المؤلفة: هند محمد التركي
السعر: ٢٠ ريالاً.

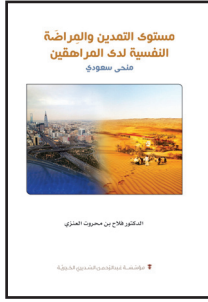


الكتاب: المراعي وتنمية الثروة الحيوانية في منطقة الجوف
المؤلفة: مها بنت عبد الملك آل الشيخ
السعر: ٢٠ ريالاً.

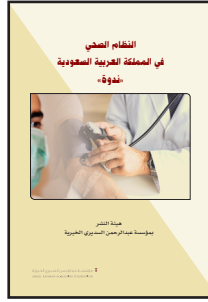


الكتاب: تخطيط المدينة المنورة في العهد النبوي والخلافة الراشدة
المؤلفة: د. حصة بنت عبيد صويان الشمري
السعر: ٢٥ ريالاً.

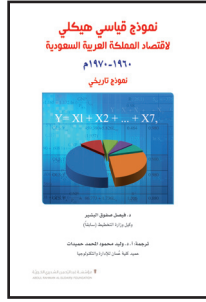
من إصدارات مؤسسة عبدالرحمن السديري الخيرية



الكتاب: مستوى التمدين والمرافضة النفسية لدى المراهقين (منحى سعودي)
المؤلف: د. صلاح بن محروث الغزلي
السعر: ١٥ ريالاً.



الكتاب: النظام الصحي في المملكة
المؤلف: هيئة النشر
السعر: ٢٠ ريالاً.



الكتاب: نموذج قياسي هيكلى لاقتصاد المملكة العربية السعودية
المؤلف: د. فيصل صفوق البشير
السعر: ٣٠ ريالاً.



الكتاب: طيور بحيرة دومة الجندل
المؤلف: أ. د. بشير محمود جرار ود. مشرف بن عوض الرويلي
السعر: ٢٥ ريالاً.



الكتاب: الهاتف الجوال كوسيلة إعلامية
تحرير: شذى بنت عبدالواحد الحميد
السعر: ٢٠ ريالاً.



الكتاب: الصحراء العربية - الملاحق
المؤلف: ألويس موسيل



الكتاب: المواسم الثقافية - ج ٤
تحرير: هيئة النشر
السعر: ١٠ ريالاً.



الكتاب: المواسم الثقافية - ج ٣
تحرير: هيئة النشر
السعر: ١٠ ريالاً.



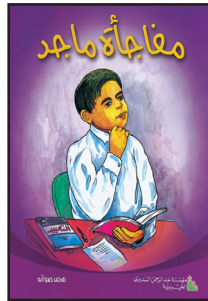
الكتاب: المواسم الثقافية - ج ٢
تحرير: هيئة النشر
السعر: ١٠ ريالاً.



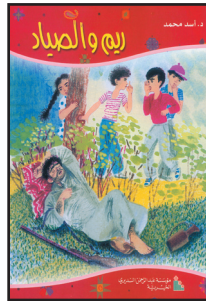
الكتاب: المواسم الثقافية - ج ١
تحرير: هيئة النشر
السعر: ١٠ ريالاً.



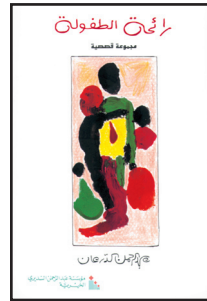
الجوبة: مجلة ثقافية فصلية (صدر منها ٣٥ عدداً)
المتوفر من (١٤-٣٥).
السعر: ٨ ريالاً للعدد الواحد.



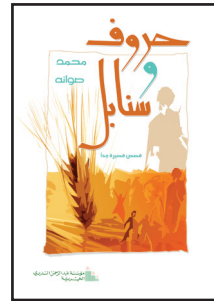
القصة: مفاجأة ماجد (قصة للأطفال)
المؤلف: أ. محمد صوانه
السعر: ٨ ريالاً.



القصة: ريم والصيد (قصة للأطفال)
المؤلف: د. أسد محمد
السعر: ٨ ريالاً.



الكتاب: رائحة الطفولة (مجموعة قصصية)
القاص: عبدالرحمن الدرغان
السعر: ١٥ ريالاً.



الكتاب: حروف وسنابل - قصص قصيرة جداً
المؤلفة: محمد صوانه
السعر: ١٠ ريالاً.



من إصدارات مركز الرحمانية الثقافي بالغاظ



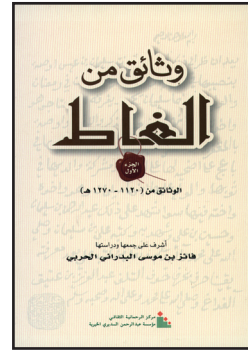
الكتاب: الحصاد - الكتاب الثالث
تحرير: هيئة النشر
السعر: ١٠ ريال.



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



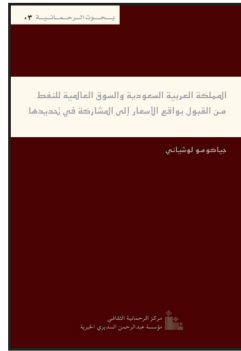
الكتاب: الحصاد - الكتاب الأول
تحرير: هيئة النشر
السعر: ١٠ ريال.



الكتاب: وثائق من الغاظ (٦)
مجلدات
تحرير: فائز بن موسى الحربي
السعر: ٤٠٠ ريال.



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



سلسلة: (بحوث الرحمانية ٣)
الكتاب: المملكة العربية السعودية والسوق العالمية للنفط
المؤلف: جياكومو لوشيانى.
السعر: ٢٥ ريال.



سلسلة: (بحوث الرحمانية ٢)
الكتاب: تداول النفط في الأسواق المالية
المؤلف: روجر ديوان.
السعر: ٢٥ ريال.



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



الكتاب: الهيئة الخيرية السعودية
بعد أحداث ١١ سبتمبر: الآثار وسبل تجاوزها.
المؤلف: أوراق عمل قدمت ضمن فعالية منتدى الأمير عبدالرحمن بن أحمد السديري
السعر: ١٥ ريال.



الكتاب: نحو تنمية سياحية
المؤلف: د. سلمان بن عبدالرحمن السديري وجون باكوموس
السعر: ٢٥ ريال.



سلسلة: (بحوث الرحمانية ٥)
الكتاب: الإسلام والحدائق والجدارل الدائر في تركيها حول الحجاب.
المؤلف: أصلي بائي.
السعر: ٢٥ ريال.

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 الربيعة.
- 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 عبدالرحمن ابن أحمد السديري للدراسات السعودية - الدورة الخامسة: د. عثمان الربيعة، أ. د. فالح بن زيد الفالح