مجلة جامعة الملك عبد العزيز : العلوم الطبية ، م١ ، ص ص ٣-٨ (١٤١١هـ / ١٩٩١م)

مستقبل الرعاية الصحية في المملكة العربية السعودية

زهير أحمد السباعي
أستاذ طب الأسرة والمجتمع ، كلية الطب والعلوم الطبية
جامعة الملك فيصل بالدمام

عندما اتصل بي المحرر يطلب مني أن أكتب افتتاحية العدد ، دار بيني وبينه حوار . . سألته ، «بأي لغة تريدون الافتتاحية ؟ » قال « كما تريد . . ولكننا نتوقع أن تكون باللغة الإنجليزية » .

ولم أقطع على نفسي عهدًا . وتركت لنفسي تقدير الموضوع ، وانتهيت إلى أن كتابة الافتتاحية باللغة العربية أفضل وأجدى وأوقع . ذلك أنني أستطيع أن أعبر عن نفسي بلغة الأم أفضل مما أعبر عنها بلغة أجنبية ، ولأن اللغة العربية قادرة على العطاء ، ولأن احتمال أن يقرأ المسؤولون كلمتي هذه باللغة العربية أكثر مما لو كانت بلغة أجنبية . أما إن لمس القارىء قصورًا في مقالي هذا فهو قصور فيَّ أنا وليس في اللغة العربية .

في بداية حديثي ، أحب أن أؤكد أن التطلعات والرؤى التي ستأتي في سياق الكلمة ، هى تطلعات ورؤى شخصية مبنية على قناعاتي وتجربتي وتفاعلي الشخصي ، وهى آراء لاتُلزم أحدًا أو جهةً بما جاء فيها .

في عام ١٣٦٨هـ (١٩٤٩م) ، ومع بداية تنظيم الرعاية الصحية في المملكة العربية السعودية ، كان لدينا ١١١ طبيبًا فقط وكان عدد الأسِرَّة لايتجاوز ١٠٠٠ سرير . ثم خطت المملكة خطواتٍ سريعةً ومطردةً في مجال الرعاية الصحية سابقت بها الزمن . . ولنتحدث بلغة الأرقام .

في خلال خمسة عشر عامًا (من ١٣٩٠هـ إلى ١٤٠٥هـ) تضاعف عدد المستشفيات والأسِرَّة والمراكز الصحية نحوًا من ثلاث مرات ، وزاد عدد الأطباء اثنتي عشْرة مرة (من ١١٧٢ إلى ١٤٣٣٥) ، وزاد عدد الممرضين والممرضات تسع مرات (من ٣٣٦١ إلى ٣٩٨٩٦) ، وزادت ميزانية وزارة الصحة من ١٨٣ مليون ريال إلى ٩٠٥٧ مليون ريال ، أي مايقرب من خمسين ضعفًا ، كما زادت نسبة ميزانية وزارة الصحة

- إلى الميزانية العامة للدولة مرتين (من ٢,٣٪ إلى ٤,٤٪) .

ومع بداية السبعينيات الهجرية ، قامت وزارة الصحة بأول أنشطتها الوقائية . فأنشأت بالتعاون مع شركة الزيت العربية الأمريكية (أرامكو) ومنظمة الصحة العالمية برنامجًا لمكافحة الملاريا . ثم انشأت ، بعد ذلك ، برامج أخرى لمكافحة البلهارسيا واللشمانيا والحشر (التراخوما) والسل وأمراض الإسهال . وفي الثمانينيات الميلادية ، برزت فكرة الرعاية الصحية الأولية على مستوى عالمي ، فتبنتها وزارة الصحة جزءًا من سياستها العامة .

هذا التطور السريع جعل الرعاية الصحية تصل إلى أطراف المملكة . وصاحب التطور في الكم تحسن في النـوع وبخاصة في المستشفيات ، إذ دخلت إليها التقنية الحديثة بكل أبعادها ، وأصبحت الجراحة المتقدمة في القلب والأوعية الدموية والكُلى والعيون وجراحة السرطان تجرى على أعلى مستوى .

ولم يتخلف التعليم الطبي عن الخدمات الصحية ، فتطور هو أيضًا ، واتسع مداه ، وتسارعت البحوث الـطبية حتى لنجـد أن مجموع مانشر منها في السنوات العشر الأخيرة يزيد على جميع مانشر من قبل . وأسهمت المجلة الطبية السعودية وغيرها من المجلات الطبية في تشجيع حركة البحث والنشر[١] .

في اعتقادي أن التطور الذي شهدته بلادنا في العقود الأخيرة في مجال الرعاية الصحية سوف يستمر ويطرد ، لأن اتجاه الدولة في العناية بالصحة اتجاه حكيم تدعمه الخطط الخمسية والاستقرار المالي والسياسي الذي نتمتع به . كما أن الرعاية الصحية ستظل موجهة للجميع ، الكبار والصغار ، سكان المدينة والقرية والبادية .

بالنسبة للمستشفيات ، أتوقع أن يكون هناك اتجاه تدريجي ومتزايد لإعطاء مسؤولية إدارة المستشفيات وتشغيلهـا إلى القطاع الخاص ، فهو أقدر على تسيير الأمور الإدارية والمالية بما لديه من حرية في وضع القرارات . وسوف يكون دور وزارة الصحة هو وضع المعايير والمتابعة والمراقبة وربما الدعم المادي ، مما يجعل وزارة الصحة متفرغة للقضايا الأساسية مثل التخطيط الصحي وتدريب القوى البشرية والصحة الوقائية . وفي نفس الوقت ، سوف تتوافر مبالغ طائلة من المال تُصرف حاليًّا على تشغيل مستشفيات وزارة الصحة (بلغت ميزانية وزارة الصحة لعام ١٤٠٩ - ١٤١٠هـ حوالي ٧,٦ بلايين ريال صرف منها حوالي ٦٦٪ على المستشفيات) . يُمكن لهذه المبـالـغ أن تُوجـه وجهتـين ، إحداهما التنمية الصحية بوجوهها المتعددة ، والثانية دعم المستشفيات الخاصة في علاجها لذوى الدخل المحدود والمرضى بأمراض مستعصية أو طويلة الأمد .

كما أتـوقع أن تصبح إدارة المستشفيات بأيدٍ وطنية بعد أن اكتسبنا خلال السنوات الأخيرة كثيرًا من التجارب في هذا الميدان .

ولسوف تتطور الرعاية الصحية الأولية بشكل مطرد بعد أن ثبتت أقدامها في السنوات الأخيرة حسب

سياسة الدولة التي نصت في خطة التنمية الرابعة (١٤٠٥-١٤١٠هـ) على الآتي «سيتم خلال خطة التنمية الرابعة التركيز على مراكز الرعاية الصحية الأولية باعتبارها الأساس في تقديم الخدمات الصحية . وسيتم توسعة مسؤولية هذه المراكز في مجالات الصحة العامة والتثقيف الصحي والبرامج الوقائية . . ومن خلال برامج الصحة العامة سيتم خفض معدل انتشار الأمراض والوفيات بين الأطفال الرضع والأمهات الحوامل»[٢] .

من أوجه التطوير في الرعاية الصحية الأولية التي أتوقعها في المستقبل القريب هو أنها سوف تتعدى كونها مراكـز صحية إلى كونها مفهومًا متكاملاً يجمع المركز الصحي والمستشفى والمجتمع . سوف يصبح دور المستشفى مكملاً لدور المركز الصحي في الرعاية الصحية الأولية ، وسوف يتولى المجتمع مسؤوليةً كبيرةً في توفير الخدمات الصحية لأفراده ، وهى الصورة الناجحة التي نراها في بلدان متقدمة مثل فنلندا وبقية دول اسكندنافيا .

سوف نهيىء الفريق الصحي لأن يخرج بالرعاية الصحية من بين جدران المركز الصحي أو المستشفى إلى المجتمع ، بحيث يتناول المشاكل الصحية من جذورها بالعلاج والوقاية . وسوف نهيىء أفراد المجتمع لأن يشاركوا في الرعاية الصحية بالتخطيط والتنفيذ والمتابعة والتقويم . وسوف يكون لكل مركز من مراكز الرعاية الصحية رسالة يؤديها وأهدافٌ محدودةٌ يسعى لتحقيقها . سوف يقوم كل مركز من مراكز الرعاية الصحية بأجراء دراسات ميدانية لتحديد المعايير الصحية للمجتمع الذي يخدمه ، وسوف تستخدم هذه المعايير في التخطيط الصحي والمتابعة والتقويم . وسوف تنبثق البرامج الصحية أساسًا من حاجة المجتمع وفي داخل الإطار العريض لسياسة الدولة الصحية .

ولأن تدريب القـوى العاملة البشرية وتطويرها هو الركيزة الأساسية للوصول إلى مستوى أفضل من الرعاية الصحية ، فسوف نطوِّر الرعاية الصحية في بلادنا من خلال تطوير مناهجنا الدراسية في كليات الطب ، بحيث نُعد الطبيب الذي يستطيع أن يتناول مشاكل الجسم والنفس معًا ، ويهتم بالصحة اهتمامه بالمـرض ، ويُعنى بالفرد في داخل إطار الأسرة والمجتمع ، وسوف نبلغ هذا المستوى من خلال اهتمام الفريق الصحي المتكامل الذي يجمع الطبيب والممرض والممرضة والزائرة الصحية والإخصائي الاجتماعي والمثقف الصحي وإخصائي صحة البيئة . ومن بعد هذا كله ، سوف نصل إلى هذا المستوى من خلال توعية الناس بدورهم في تحمل مسؤولية الرعاية الصحية .

وما دمنا في صدد الحديث عن التعليم الطبي وتطويره . يتطرق بنا الموضوع إلى عدد الأطباء المطلوبين في المستقبل . سوف يكون لدينا في عام ١٤٢٠هـ نحوا من ١٧٣٠ طبيبًا سعوديًا ، أكثرهم تخرج من كليات الطب الأربع في بلادنا . وليس هناك معيار دولي متفق عليه على النسبة المطلوبة من الأطباء لعدد السكان فهى نسبة تختلف باختلاف الظروف والإمكانات ، ولكننا إذا افترضنا معدلاً معقولاً لا هو بالكثير ولا هو بالقليل ، معدل طبيب لكل ١٠٠٠ نسمة ، فإن هذا العدد من الأطباء السعوديين سوف يغطي نصف

حاجتنا من الأطباء ، وبالتالي سنظل في حاجة إلى الاستعانة بالإخوة الكرام من الأطباء المتعاقدين . والسؤال الذي يفرض نفسه ، تُرى هل ننشىء مزيدًا من كليات الطب ، أو نوجه اهتمامنا إلى تطوير بقية أعضاء الفريق الصحي من ممرضين وممرضات ومساعدين صحيين ؟ لو ترك لي الخيار لاخترت أن نضع إمكاناتنا وجهدنا في تطوير كليات الطب الحالية من حيث المباني والمناهج وأعضاء هيئة التدريس ، وفي نفس الوقت نتوسع كمًّا وكيفًا في تدريب بقية أفراد الفريق الصحي .

هناك كلية يجب أن نفكر جديًّا في إنشائها وهى كلية للدراسات العليا في طب الأسرة والمجتمع ، يتخرج منها الأطباء وغير الأطباء يحملون درجات الماجستير والزمالة في هذا التخصص . وفي أمريكا وأوروبا وأستراليا نجد نحوًا من ٣٠٪ من الأطباء متخصصين في طب الأسرة . ولكى نصل إلى نسبة قريبة من هذه – وحاجتنا إلى هذا التخصص لاتقل عن حاجة الغرب إن لم تزد – نحتاج في العشرين سنة القادمة إلى بضعة آلاف من هؤلاء الأطباء ، في حين أننا نخرج منهم حاليًّا عشرين طبيبًا كل عام .

هناك تطور آخر أتوقعه في الرعاية الصحية في بلادنا ، وهو مشاركة الناس في تحمل تكاليفها . فالرعاية الصحية حق للناس مثلها مثل الغذاء واللباس والمأوى . كلها متطلبات يدفع الناس مقابلاً لها مع دعم مناسب من قبل الدولة . أما الفقير والعاجز والمعدم فالدولة تتكفل بهم . وعندما يدفع الناس تكاليف أو بعض تكاليف الرعاية الصحية (وبأسلوب يضمن أن لا تصبح هذه التكاليف عقبةً تحول دون أن يأخذ كل فرد حقه من الرعاية الصحية الجيدة) ، فإن ذلك يخدم ثلاثة أغراض ، أولها الحد من الاستهلاك المبالغ فيه للعلاج المجاني ، ثانيا أن يُصبح للعلاج قدرٌ من الأهمية في اعتبار الناس فلا يهمل أو يستهان به . ثالثا أن يُستغل الفائض من ميزانية الصحة في القيام بمشاريع صحية إنمائية وتطويرية ، بما في ذلك التدريب الطبي المستمر ، وزيادة عدد العاملين في الحقل الصحي ، ودعم البحوث والدراسات الطبية .

وقد نجد حلاًّ مناسبًا لموضوع التأمين الصحي لا يتعارض مع معتقداتنا الدينية . ولو أننا نظرنا ، على سبيل المثال لا الحصر ، إلى ولاية كاليفورنيا في الولايات المتحدة الأمريكية ، لوجدنا أن الأسر المحدودة الدخل لا يعجزها الحصول على أفضل رعاية صحية عن طريق التأمين الصحي (HMO) .

منحى آخر أرجو أن ننحوه في التخطيط الصحي في بلادنا وهو أن تكون المعايير التي نبني عليها برامجنا الصحية مبنيةً على الأهداف وليس على الوسائل . نحن الآن نخطط لأن تكون لدينا نسبة كذا من الأسِرَّة للسكان ، ومعدل كذا طبيب للسكان ، وأن يُصرف كذا ريال على الفرد . كل هذه وسائل ، أما الأهداف فهى أن تنخفض معدلات الوفيات بين الأطفال الرضع بنسبة كذا ، وتنخفض معدلات الإصابة بالبلهارسيا واللِّشمانيا والبوال السكري وضغط الدم المرتفع وتسوس الأسنان بنسب محددة . الوصول إلى هذا المستوى من التخطيط الصحي يتطلب مزيدًا من العناية بالدراسات الميدانية ، وبتدريب العاملين في الحقل الصحي ، وبتطوير النظم الصحية .

وبمناسبة الحديث عن معدل وفيات الأطفال الرضع ، لو أننا استقرأنا المراجع المتوافرة حاليًّا لوجدنا أن هذا المعدل يتراوح في بلادنا بين ٦٥ في الألف و١٥٣ في الألف . وهى كلها معدلات لا تستند إلى دراسات علمية موثقة . كما أنها تجعلنا في وضع دولي لا نحسد عليه . فنصيب الفرد من إجمالي الناتج القومي في السنة في بلادنا نحو ١٢٢٣٠ دولارًا أمريكيًّا حين لا يتجاوز نصيب الفرد ٣٣٠ دولارًا أمريكيًّا في سيريلانكا ، ومع هذا نجد في الكتاب الإحصائي السنوي لليونيسيف[٣] أن معدل الوفيات في الأطفال الرضع في بلادنا ٦٥ في الألف ، مقارنًا بمعدل ٣٩ في الألف في سيريلانكا ، وهو تناقض واضح يعني أننا لا نستغل إمكاناتنا استغلالاً جيدًا ، أو أن هناك خطأً في جمع المعلومات ، أو الأمرين معًا . وأيًّا كان الأمر ، فالموضوع في حاجة إلى وقفة وتساؤل وعمل .

من الأشياء التي نحمدها للقائمين على الرعاية الصحية في بلادنا أنهم أعطوا في السنوات الأخيرة مزيدًا من الصلاحيات لمناطق الشؤون الصحية . ولكننا والحق يقال نطمع في المزيد من هذه الصلاحيات بحيث تستطيع مديرية الشؤون الصحية أن تتصرف في أمورها بدون الرجوع إلى الوزارة إلا في حدود ضيقة ، وأن تُخطط لنفسها وأن تنفذ وتُقَوِّم برامجها في حدود الإطار العام الذي تحدده الوزارة . ولو رجعنا إلى وزارة الصحة في دولة مثل بريطانيا لوجدنا أن عدد العاملين في الوزارة هم بضعة محدودة من المتخصصين مهمتهم التخطيط والمتابعة والتقويم .

ولقد مرت بعض الدول بتجربةٍ مؤداها أن تجعل إدارة الشؤون الصحية والتعليم الطبي في منطقةٍ ما مسؤولية واحدة يضطلع بها شخص واحد وبذلك ضمنوا أن يلتحم التعليم الطبي بالحاجة الحقيقية للمجتمع . فما الذي يمنعنا من أن نخوض مثل هذه التجربة في واحدة من مناطق الشؤون الصحية .

أعود فأقول إن هذه بعض تصوراتي للمستقبل ، وقد تحمل لنا الأيام ما لم نتوقعه . وإني على ثقة من أن المسؤولين عن الرعاية الصحية وعن التعليم الطبي في بلادنا لا يألون جهدًا في دفع عجلة التطوير ، وبدعمٍ وتشجيعٍ من ولاة الأمور في مملكتنا ، بلد الخير والعطاء . وفق الله الجميع إلى ما يحبه ويرضاه من العمل الجاد المخلص الأمين .

المراجـــع

١ - السباعي ، زهير ، الصحة حاضرها ومستقبلها في المملكة العربية السعودية ، الرياض - مدينة الملك عبد العزيز للعلوم والتقنية ، (١٩٨٨) ص ١٢٥-١٣٢ .

٢ - الخطة الخمسية الرابعة (١٩٨٥-١٩٠٠) ، وزارة التخطيط - المملكة العربية السعودية - ١٩٨٥م (ص ٣٢٣-٣٣٨) .

٣ - يونيسف ، وضع الأطفال في العالم (١٩٨٦) ، - منظمة الأمم المتحدة للأطفال ، ص ١٤٧-١٤٩ .

Future of Health Services in Saudi Arabia

ZOHAIR A. SEBAI
Professor of Community Medicine,
Faculty of Medicine and Allied Sciences,
King Faisal University, Dammam.

ABSTRACT. The paper discusses the future of the health services in Saudi Arabia in the light of past experience. It refers to the steady development of health services and medical education in the country.

The author foresees that hospital services will be delegated gradually to the private sector. The Ministry of Health will concentrate on the issues of planning, training, standardization and preventive services.

Primary health care will continue its progress according to the fourth developmental plan. It will be a more comprehensive and extended service. The health team will take the health services out to the community, and the community will be more active in the planning, implementation, and evaluation of the health services.

The colleges of medicine and the health institutes will further develop their curricula in order to prepare health workers who are skilled in comprehensive health care. Health planning will depend, in the future, on more scientific criteria like morbidity and mortality rates. The author anticipates further decentralization and regionalization of the health services system.