

دور نظام التخصيص في قطاع التأمين الصحي، دراسة مقارنة بين نظام التأمين الصحي السعودي والإنجليزي.

خلف بن محمد البلوي

أستاذ القانون التجاري المشارك- كلية الشريعة والقانون، قسم القانون، جامعة تبوك

(تاريخ الاستلام: 2024-11-28؛ تاريخ القبول: 2024-11-15)

مستخلص البحث: يناقش هذا البحث فعالية دور نظام التخصيص في قطاع الرعاية الصحية في ضوء رؤية المملكة 2030، ومدى ملاءمة هذا الدور وفعاليتها في نظام التأمين الصحي السعودي، إضافةً إلى مقارنته بنظام التأمين الصحي الإنجليزي لبحث أوجه المقارنة والتحديات التي يمكن أن تواجه نظام التأمين الصحي، وكذلك القطاع الصحي بوجه عام في ظل تطبيق نموذج الخصخصة في قطاع الرعاية الصحية بالمملكة. تتبلور مشكلة الدراسة في البحث عن مدى فعالية نظام التخصيص باعتباره جديداً، وتطبيقه على النطاق الصحي وأنظمتها الطبية، كنظام التأمين الطبي ومدى ضمان تحقيقه لأهداف برنامج التحول الصحي؛ ولهذا يناقش البحث تجربة النظام الإنجليزي في نظام الخصخصة الطبية، وكيف يمكن لنظام خصخصة قطاع الصحي بالمملكة ضمان تحقيق الاستدامة الصحية، وتحقيق كفاءة الإنفاق، مع ضمان تقديم الرعاية الصحية المميزة. ولتحقيق أهداف هذه الدراسة، يعتمد البحث في منهجيته على المنهج الوصفي والتحليلي؛ وذلك بهدف تحليل الأنظمة المتعلقة بنظام التأمين الصحي، وكذلك الأنظمة المرتبطة به، كنظام التخصيص في حدود نطاق هذه الدراسة. وكذلك يعتمد البحث على منهج المقارنة مع النظام الصحي الإنجليزي؛ وذلك للوقوف على مجالات التخصيص في النظام الصحي، وكذلك نظام التأمين على النطاق الدولي.

وقد أوصى الباحث بمجموعة من التوصيات، أهمها تفعيل نظام التأمين الصحي التعاوني الشامل والمجاني للمواطنين، وفتح مجال المنافسة في القطاع الخاص، من خلال مشاركة شركات التأمين الصحية المحلية والدولية، حيث تشرف عليها هيئة مستقلة ممثلة بهيئة الجودة والرعاية تابعة لوزارة الصحة، تعمل بالتنسيق مع اللجنة الإشرافية على برنامج التخصيص بالمركز الوطني للتخصيص؛ من أجل تحقيق مستهدفات ورؤية المملكة في التحول وخصخصة القطاع الصحي.

الكلمات المفتاحية: نظام التخصيص، قانون التأمين الصحي، تحوّل القطاع الصحي.

The Role of the Privatization Law in the Health Insurance Sector: A Comparative Study Between the Saudi and English Health Insurance Law.

Khalaf Albalawi

Associate Professor of Commercial Law, Tabuk University, Law School. Saudi Arabia

(Received: 28-11-2024; Accepted: 15-11-2024)

Abstract: This research discusses the effectiveness role of the privatization in the healthcare sector in the Kingdom and the suitability and efficiency of this role within the Saudi health insurance law. Furthermore, it compares it to the English health insurance law to explore the effects of comparison and the challenges that the health insurance law, as well as the healthcare sector in general, may face under the implementation of the privatization model in the healthcare sector in the Kingdom. The study problem crystallizes around examining the effectiveness of the privatization law, given its novelty and its application in the health and medical sector, such as the health insurance law, and the extent to which it ensures the achievement of the goals of the health transformation program. Therefore, the research discusses the experience of the English law in medical privatization and how the privatization of the health sector in the Kingdom can ensure health sustainability and reduce spending efficiency while ensuring the provision of distinguished healthcare. To achieve the objectives of this study, the research employs a descriptive and analytical methodology aimed at analyzing the law related to the health insurance sector, as well as the law associated with it, such as the privatization model within the scope of this study. Additionally, the research relies on a comparative approach with the English health law to examine the areas of privatization in the health sector and the health insurance law on an international scale.

Keywords: Privatization law, Health insurance law, Health sector transformation.



DOI: 10.12816/0062098

(* Corresponding Author:

Dr. Khalaf Albalawi, Associate Professor of Commercial Law, Tabuk University, Law School. Saudi Arabia

E-mail: Km.albalawi@ut.edu.sa

(* للمراسلة:

د. خلف بن محمد البلوي، أستاذ القانون التجاري المشارك- كلية الشريعة والقانون، قسم القانون، جامعة تبوك

البريد الإلكتروني: Km.albalawi@ut.edu.sa

1 المقدمة:

جاء في دستور المملكة العربية السعودية أن الرعاية الصحية حق أساسي، وعليه تم إنشاء نظام الصحة العامة ووزارة الصحة (MOH) في عامي 1925 و1949 على التوالي؛ لتقديم خدمات صحية مجانية لمواطنيها. اتبعت المملكة سياسة الرفاهية الصحية، وقدمت الوصول الشامل للرعاية الصحية المجانية لعقود عديدة منذ تأسيسها، نتج عن ذلك العناية والعمل على تحسين صحة السكان مقارنةً بالدول الأخرى، بما في ذلك دول مجلس التعاون الخليجي (GCC)؛ كما قدمت القطاعات العامة خدمات صحية مجانية للسكان السعوديين، دون الحاجة إلى دعم مالي إضافي بسبب عائدات النفط (Abdul Ghafour, 2007).

وقد نجحت الحكومة في تنفيذ مشاريع تنموية متنوعة طيلة العقود الماضية؛ ومع ذلك، واجهت الحكومة مؤخرًا تحديات في الحفاظ على خدمات الصحة المجانية لسكانها؛ يعود ذلك التحدي إلى أسباب ارتفاع تكاليف الرعاية الصحية، وانخفاض الإيرادات النفطية في ظل الظروف الاقتصادية والصحية العالمية، وكذلك التغيرات في التركيبة السكانية، وتحسن متوسط العمر المتوقع، والتحول الأكبر نحو أنماط الحياة المستقرة في البلاد، وتغير أنماط الأمراض، والتوقعات العالية من المستهلكين، إضافة إلى ممارسات الإدارة غير الكافية في تقديم خدمات الرعاية الصحية. في هذا السياق، كانت الحكومة حريصة على تجديد هيكله القطاع الصحي، لتقديم أفضل الخدمات الصحية، وتلبية المطالب الاجتماعية؛ لتحسين الجودة، وتقليل النفقات، وذلك من خلال تطبيق نموذج الخصخصة الطبي، والذي يمكن أن يساعد في إعادة هيكلة نظام الرعاية الصحية، بما يساهم في تحسين فعاليته وجودته كنظام صحي فعال ومتكامل؛ كما أنه يقلل أيضًا من الأعباء المالية والإنفاق الحكومي، ويستهدف تطبيق قيم الشفافية والاستدامة المالية، وذلك من خلال ضمان الصحة العامة، والوقاية من الأمراض، والوصول إلى تطبيق نموذج الرعاية الصحية الحديث، والذي يتمثل في استغلال الحوكمة الرقمية والتأمين الصحي الشامل والمجاني للمواطنين، وفق التوزيع الجغرافي العادل لمناطق المملكة، والوصول إلى رضى المستفيدين، مع ضمان تطبيق المعايير الدولية؛ كما أنه يساهم في وفرة استثمار الرعاية الصحية السعودية، وضمن توفير أفضل خدمات الرعاية الصحية التي يمكن الحصول عليها، وعليه يتوقع أن تكون المبيعات في نظام الرعاية الصحية عالية، والتنافسية كبيرة، كما فعلت خصخصة العديد من الشركات على مر السنين في المملكة العربية السعودية، مثل شركة الاتصالات السعودية (STC)، وشركة الخطوط الجوية السعودية.

صفوة القول، أن خصخصة هذه الشركات أدت إلى تحسين نوع وجودة الخدمات؛ بسبب المنافسة التي نشأت

بين الشركات والمستثمرين، في ظل وجود هيئة مستقلة، تشرف على الخدمات المقدمة في وزارة الصحة السعودية (اليوسف، 2022).

1-1 أهمية الدراسة:

تستمد هذه الدراسة أهميتها مما يلي:

- تحليل المكونات الأساسية لنظام التخصيص من حيث مفهومه وأنواع نماذجه المطبقة، ومعرفة مدى فعاليته، وتأثيره على القطاع الصحي بالمملكة.
- إبراز التحديات القانونية، بما في ذلك قدرة نظام التخصيص على مواكبة ودعم قطاع الرعاية الصحية، بما يتماشى مع تحقيق رؤية المملكة الطموحة ٢٠٣٠.
- تكمن أهمية هذه الدراسة في إبراز المعرفة والتوصيات التي يمكن أن تخرج بها هذه الدراسة خصوصاً لندرة الدراسات السابقة، والمتعلقة بموضوع جدوى التخصيص، وتأثيره على القطاع الصحي؛ حيث تساهم نتائج وتوصيات هذه الدراسة في تعزيز المعرفة وإبراز الآثار الناتجة، والوقوف على طبيعتها الإيجابية وتعزيزها، وإذا كانت خلاف ذلك كيف يمكن تجنبها في المستقبل.

2-1 إشكالية الدراسة:

تتمثل المشكلة البحثية حول حداثه نظام التخصيص في المملكة، والتوجه إلى تطبيق هذا النموذج في القطاع الصحي، وعليه تتناول الدراسة تحليلاً لنظام التأمين الصحي، لمعرفة التحديات والعقبات في مواجهة تطبيق نظام التخصيص، مع الإشارة إلى وجود دراسة مقارنة بنظام الصحي الإنجليزي، والذي يُعد من أكثر الأنظمة الصحية تميزاً بالعالم، حيث إن له تجربة في نظام التخصيص الطبي.

ومن هنا، يمكننا تلخيص أهم الأسئلة التي يجب عليها البحث، وهي: أولاً، معرفة نشأة نظام التخصيص والرعاية الصحية في المملكة وعلى النطاق الدولي. ثانياً: معرفة مدى قابلية نظام التخصيص من حيث تطبيقه على نظام التأمين الصحي. ثالثاً: التحقق من مدى ضمان نظام التخصيص إلى تحقيق العدالة والجودة في الخدمات الصحية. رابعاً: ما دور رؤية المملكة 2030 في تحقيق أهداف نظام الخصخصة على القطاع الصحي وملاءمة قوانينها الطبية والصحية. وأخيراً: مقارنة النظام الصحي السعودي بالنظام الصحي الإنجليزي؛ لمعرفة أبرز التحديات والعقبات التي تواجه نظام التخصيص السعودي في نطاق الرعاية الصحية بالمملكة، والاستفادة من أبرز النتائج والتوصيات.

ومدى قابليته وفعالته لنموذج التخصيص؛ وأخيراً يقدم هذا البحث خاتمة تشتمل على أبرز النتائج التي توصل إليها الباحث مع التوصيات البحثية.

2 المبحث الأول: تحليل مفهوم التخصيص وأنواع نماذج في نطاق القطاع الصحي

لتوضيح مفهوم التخصيص ونماذج في نطاق القطاع الصحي في المملكة العربية السعودية، تعرض الدراسة أولاً إلى معرفة دعوة الخصخصة (المطلب الأول) والتطور التشريعي نحو الخصخصة (المطلب الثاني) وكذلك الرؤية السعودية للرعاية الصحية 2030 (المطلب الثالث) ومن ثم إبراز مفهوم التخصيص والنماذج الرئيسية للخصخصة في نطاق موضوع الدراسة (المطلب الرابع).

1-2 المطلب الأول: الدعوة إلى الخصخصة في المملكة العربية السعودية

أصبحت هناك مطالبات من جهة الرعاية الصحية بالمملكة حول أهمية الخصخصة والشراكة بين القطاعين العام والخاص؛ وقد تجلّى هذا الاهتمام الحكومي بإنشاء المركز الوطني للتخصيص، والذي يعزز الشراكة بين القطاعين العام والخاص، حيث جاء القرار السامي رقم (355) وتاريخ 1438/6/7 هـ لتكون مسؤولية المركز إدارة عمليات الخصخصة لـ 16 قطاعاً، بما في ذلك القطاع الصحي، والإشراف على التنظيم الإداري والقانوني بما يحقق من رؤية المملكة 2030، وتوتيراً لهذا الجهد التشريعي صدر نظام التخصيص بالمملكة بموجب الأمر السامي (م/63) وتاريخ 1442/8/5 هـ، ومن خلال هذا التشريع القانوني يرى العديد من خبراء الخصخصة أن الخصخصة ضرورية لضمان تقديم خدمات مميزة، ولا سيما عندما تسعى الدولة إلى خفض التكاليف، مع ضمان المحافظة على الجودة والرعاية الطبية.

وفقاً لمنظمة الصحة العالمية فإن إحدى القضايا التي تواجه الرعاية الصحية السعودية هي أن نظام الرعاية الصحية العامة في المملكة العربية السعودية تموله وتديره وتتولى إدارته نفس الجهة، وهي وزارة الصحة (MOH)، وهو ما يعني أن جميع السلطات مركزة في وزارة الصحة؛ وهو ما يسبب بيروقراطية، ويزيد من ضغط العمل، ويؤدي إلى تأخير الحالات الطبية، وكذلك العديد من الإجراءات المرتبطة بها. ولذلك تجدر الإشارة هنا إلى ضرورة تحديد تطور نظام الرعاية الصحية السعودية، ومن شأنه تحديد مقامي الرعاية الصحية السعودية ومموليها الرئيسيين، وفهم آلية ترتيبات تمويل خدمات الرعاية الصحية، وتقديمها منذ ظهور نظام الرعاية الصحية السعودي (الحسين، 2022).

من جانب تاريخي، كان بداية نظام الرعاية الصحية بالمملكة في عام 1925 بمكة، حيث جاء الأمر السامي الكريم من جلالة الملك عبد العزيز -رحمه الله- عندما

1-3 منهج الدراسة:

يتناول البحث المنهج الوصفي التحليلي وكذلك المقارن، من خلال المنهج التحليلي يتمكن الباحث من دراسة وتحليل اللوائح النظامية المتعلقة بموضوع الدراسة كنظام التخصيص، وكذلك نظام التأمين الصحي، ومن خلال هذا المنهج يتمكن الباحث من معرفة مدى فعالية نظام التخصيص في تطبيقه على قطاع الرعاية الصحية وأنظمتها الصحية. وأيضاً من خلال المنهج المقارن يتميز البحث في مقارنة النظام الصحي السعودي بالنظام الإنجليزي، ومعرفة أبرز التحديات والعقبات على النطاق الدولي، والوقوف على الاستفادة من تجارب الأنظمة الصحية في إطار خصخصة القطاع الصحي.

1-4 أهداف البحث:

دراسة موضوع نظام الخصخصة ودوره في القطاع الصحي، وأبرزها نظام التأمين الصحي، فله أهمية كبيرة وجوهرية تتمثل في إبراز دور القطاع الخاص، ومساهمة في تعزيز الرعاية الصحية، كما هو مشار إليه في أهداف نظام التخصيص بالمملكة، والذي بدوره تركز عليه محاور رؤية المملكة 2030، وكذلك تعزيز دور الإنسان في مجتمع حيوي، وتنمية المجتمع، وتحقيق الاستفادة الصحية والمالية.

تشتمل أبرز أهداف الدراسة على التالي:

- معرفة مفهوم الخصخصة، وأنواع تطبيقاته ونماذجه الدولية في نطاق القطاع الصحي.
- تقييم فعالية نموذج الخصخصة في القطاع الصحي وتطبيقاته على النظام الصحي في المملكة.
- دور رؤية المملكة 2030 في قطاع الرعاية الصحية، وأثرها على النظام الصحي.
- معرفة نظام الخصخصة ومدى قابلية نظام الرعاية الصحية والتأمين؛ للمواءمة مع نظام التخصيص.
- ما أبرز الفوائد والمميزات التي يقدمها نموذج الخصخصة في نظام الرعاية الصحية بالمملكة في ضوء التجارب الدولية كالنظام الصحي الإنجليزي.
- هل يستطيع نظام الخصخصة الحفاظ وضمان العدالة والجودة في الرعاية الصحية.
- ما أثر التخصيص على نظام التأمين الطبي.

1-5 تقسيم الدراسة:

يشتمل البحث على مقدمة تشتمل على أهمية الموضوع، ومشكلة الدراسة، وكذلك الإشارة إلى منهج الدراسة وأهداف البحث؛ في حين أن هذه الدراسة تتكون من بحثين رئيسيين، يتعلق الأول بتحليل مفهوم التخصيص وأنواع نماذج في نطاق القطاع الصحي، والمبحث الثاني تحليل الإطار القانوني لنظام التأمين الصحي في المملكة العربية السعودية، وقانون الرعاية الصحية الإنجليزي،

واستناداً إلى التوسع الجغرافي وإلى التحديات الاقتصادية، لم تعد الجهات الطبية الرئيسية وهيئاتها المتنوعة تستطيع التعامل مع العدد المتزايد من السكان واحتياجاته الطبية، وتحقيق أهدافها الصحية الأساسية؛ ولذا، فإن مشاكل توفير الرعاية الصحية أصبح لا يمكن التغلب عليها أو معالجتها بسهولة، ومنها تقديم خدمات الرعاية الصحية للجميع في مختلف مناطق المملكة العربية السعودية، وفقاً لما يقتضيه النظام الأساسي للحكم (جدوى، 2022). ومن هنا، اتجهت الجهات التشريعية في المملكة إلى أهمية الفصل بين السلطات الصحية؛ وذلك من خلال نموذج الخصخصة الطبية، ومن شأنه أن يجعل وزارة الصحة أكثر فعالية وكفاءة في تقديم الرعاية الوقائية والعلاجية والتأهيلية للمواطنين السعوديين في المملكة. ومن خلال نموذج الخصخصة يكون هناك إشراف مباشر من وزارة الصحة على المستشفيات، وكذلك مراقبة التوزيع الوطني للرعاية الصحية؛ بينما تدير المستشفيات تقديم الخدمات.

ومن المؤكد أن الدعوة إلى الفصل بين السلطات في مجال الرعاية الصحية من خلال أشكال الخصخصة، مثل الخصخصة التي جاء إعلانها في رؤية المملكة 2030 للرعاية الصحية.

2-2 المطلب الثاني: التطور التشريعي نحو الخصخصة

من الملاحظ أن برنامج خدمات الرعاية الصحية المجانية للمواطنين والمقيمين في المملكة العربية السعودية يشكّل اهتماماً جوهرياً توليه المملكة عنايةً كبيرة؛ فعلى سبيل المثال في عام 1999م قامت المملكة بإصلاح سياستها السابقة، وفضلت تقديم الخدمات الصحية من قبل القطاع الخاص، لتحسين نظام خدمات الرعاية الصحية، ساهم هذا التوجّه في إنشاء النظام الصحي السعودي الجديد (NSHS)، والذي من خلاله تم السماح لشركات التأمين -سواء المحلية أو الأجنبية- بالتعامل مع المغتربين والسعوديين الذين يعملون في القطاع الخاص؛ حيث تعمل شركات التأمين الصحي كوسيط بين مقدمي خدمات الرعاية الصحية والمرضى أو أصحاب العمل (المشاي، 2016، الدخيل، 2016). وفي هذا السياق، يُنظر إلى التأمين الصحي أيضاً كحل لزيادة الوصول إلى الرعاية الصحية، وعليه تأسست التأمينات الصحية الخاصة في المملكة العربية السعودية، من خلال إقرار التأمين الصحي التعاوني (CHIL)؛ للتغلب على تراجع الوصول إلى الرعاية الصحية، وارتفاع تكاليف الخدمات الطبية؛ وكذلك تأسيس مجلس الضمان الصحي (CHI). سمحت هذه التشريعات لمقدمي الرعاية الصحية الخاصين بدخول سوق الرعاية الصحية؛ ومن هنا، أصبح لزاماً على كلٍّ من المغتربين والوافدين وجزءٍ من الموظفين السعوديين أن يكونوا مؤمّنين من قبل أصحاب العمل الخاصين بهم للتأمين الصحي.

تم إنشاء مصلحة الصحة العامة بموجب مرسوم ملكي ومقرها مكة المكرمة. وكان الغرض من هذه الإدارة هو زيادة التعاون مع المنظمات الدولية والاستعانة بالخبرات العالمية، بهدف الاهتمام بشؤون الصحة والبيئة والمجتمع، ومنهم الحجاج؛ وذلك من خلال إنشاء المستشفيات والمراكز الصحية بمناطق المملكة المتنوعة.

ومن الملاحظ في تلك الفترة أن الدخل القومي آنذاك لم يكن كافياً لتلبية احتياجات الجميع، ومن ثم، فإن معظم الناس كانوا يواصلون التماس المساعدة الطبية من خلال المعالجين التقليديين على نفقتهم الخاصة. ومع مرور الوقت، كانت هذه المؤسسة محدودة جداً بالنسبة إلى المملكة الأخذ في الاتساع والنمو السكاني، مع زيادة الحاجة إلى منظمة مهنية متخصصة لإدارة الشؤون الصحية على نطاق واسع. وأخيراً، أنشئت وزارة الصحة في عام 1950 بمرسوم ملكي، وهو ما شكّل أساس الرؤية المبكرة لتحويل خدمة الرعاية الصحية الوطنية الحديثة إلى حقيقة واقعة يقع عاتق مسؤوليتها على جهاز متخصص يتولّى الإشراف الكامل على الشؤون الصحية بالمملكة. استمر هذا الاهتمام الكبير بالرعاية الصحية وتحسينها في المملكة، وقد تجلّى ذلك في النظام الأساسي للحكم، حيث نصت المادة 31 على أن الدولة تُعنى بالصحة العامة، وتوفر الرعاية الصحية لكل مواطن (السويلم، 1990). انعكس ذلك على واقعنا اليوم، والذي تتولى فيه وزارة الصحة إدارة الرعاية الصحية العامة في المملكة العربية السعودية، وهي خدمة صحية مجانية لجميع سكان المملكة. وإلى جانب وزارة الصحة، تحتفظ بعض الجهات الحكومية بمستشفيات طبية خاصة لموظفيها وأسرها، مثل وزارة الدفاع والطيران، ووزارة الداخلية، والحرس الوطني السعودي. وتشكّل مستشفيات هذه الجهات تنظيمًا صحيًا منفصلاً عن نظام الرعاية الصحية السعودي الرئيس، والذي تموله وزارة الصحة. ويبرز هذا التقسيم من خلال تخصيص تمويل الرعاية الصحية من أوجه متنوّعة، استناداً إلى أحكام الفقرة السادسة من المادة الأولى من النظام الصحي السعودي، والتي فسّرت مصطلح الرعاية الصحية بضمّان وجود الرعاية الصحية، دون الإشارة إلى وسيلة تقديمها بصفة مباشرة من الدولة؛ يظهر دليل ذلك ما جاء في المادة الثالثة عشرة من النظام الصحي، حيث أكد على ضمّان الرعاية الصحية للأجانب من خلال النظام الصحي التعاوني، وليس من خلال ميزانية الدولة العامة؛ ومن هنا، نتطرق إلى أطر تمويل الرعاية الصحية بالمملكة، ومنها: إيرادات الضمان الصحي التعاوني، والوقف والهبات والوصايا، والميزانية العامة للدولة، ومنها نرى تنوع وسائل تمويل الرعاية الصحية التي يقرها النظام (الشارقي، 2013).

المعارف وتحقيق أهدافها بطريقة متوازنة وعلمية. وتمثل أهداف هذا البرنامج في تحسين خدمات الرعاية الصحية، وتعزيز زيادة الناتج المحلي الإجمالي، وكذلك توفير حياة مُرضية وصحية. ولتحقيق هذا الهدف، أدرجت الحكومة السعودية مبادرات لعددٍ من الجهات الحكومية، ومنها وزارة الصحة، والهيئة السعودية للأغذية والعقاقير، ووزارة التعليم، والهيئة العامة للاستثمار في المملكة العربية السعودية (AlHasher, Hayathem, 2019). تتراوح هذه المبادرات بين ضمان إمدادات كافية من الأدوية الأساسية وزيادة قدرة ونوعية التعليم في مجال الرعاية الصحية، وتوفير الفرص للمستثمرين الأجانب، وزيادة التأمين الطبي، وكذلك التأهيل الطبي العالي للكادر الصحي، وذلك من خلال التعاون العالمي مع المنظمات الصحية الدولية؛ ولذلك، فإن الخصخصة ليست المبادرة الوحيدة، بل هي جزءٌ من مجموعة تدابير (رؤية المملكة 2030، برنامج التخصيص). وبناءً على ذلك، عند تقييم أهداف الخصخصة الصحية ونتائجها الممكنة والعملية، سيكون من الصعب أن تتحمل الخصخصة وحدها عبء تحقيق جميع أهداف 2030 في مجال الصحة. وكما ذكر آنفاً، فإن خطة التحول الصحي هي خطة تشتمل على خطوتين تهدف في البداية إلى توفير الرعاية الصحية من خلال الشراكات العامة مع القطاع الخاص، مثل النماذج الصحية في المملكة المتحدة، حيث تكون المستشفيات ائتمانات عامة في إطار وزارة الصحة، التي يُدعى أنها تعد نظام الرعاية الصحية لمزيد من الخصخصة. والخطة الأولى هي برنامج التحول الوطني؛ وهو يهدف إلى زيادة الإنفاق الخاص على الرعاية الصحية إلى 35 في المئة من النسبة الحالية البالغة 25 في المئة بحلول عام 2030 (العساف، 2017). وعلاوةً على ذلك، تهدف الخطة إلى زيادة التأمين الصحي الإلزامي، الذي يهدف إلى تحسين فرص الحصول على الخدمات الصحية المميزة والسريعة وخفض فترات الانتظار في المواعيد الطبية مع الأخصائيين، وتوسيع نطاق نظام التأمين الطبي، وزيادة تعيينات حاملي وثائق التأمين إلى 70 في المئة بحلول عام 2030، وتقليل فترات الانتظار.

ومن جانبٍ آخر، تعد الخطوة الثانية هي الخصخصة الكاملة لنظام وطني للتأمين الصحي وتنفيذه. وفي هذا الشكل من أشكال الخصخصة، تكون المستشفيات شركات مملوكة ملكية خاصة؛ بينما تركز وزارة الصحة على أدوارها التشريعية والتنظيمية والإشرافية؛ وستقوم وزارة الصحة بخصخصة حوالي 300 مستشفى مملوكة للدولة و2260 مركزاً صحياً بحلول عام 2030. ومنذ الإعلان عن هذه المبادرة، كان هناك ترحيبٌ واسعٌ من الجهات الصحية المتنوعة والذين يؤكدون من خلالها أنها خطوة أساسية في ضوء التحول الوطني المخطط له للبعد الصحي (إدريس، 2017).

ومن الملاحظ أنه منذ ديسمبر 2022، تعمل 27 شركة تأمين و11 مليون مستفيد مسجلين لدى هذه الشركات لتلقي الرعاية الصحية من القطاع الخاص؛ وكل هذا ولم تقم الحكومة بعد بتنفيذ التأمين الصحي الشامل، والذي سيساعد في تعزيز الرعاية الصحية في القطاع الخاص في المملكة العربية السعودية. وتجدر الإشارة أيضاً إلى أن الحكومة تروج للرعاية الصحية في القطاع الخاص منذ التسعينيات، حيث واجه الاقتصاد السعودي عجزاً في الميزانية في الثمانينيات؛ بسبب انخفاض أسعار النفط، وحاول التعافي من ذلك العجز في التسعينيات (الحسين، 2004). في نفس الوقت، قدمت الحكومة قروضاً بدون فوائد لبناء المنشآت الخاصة التي أدت إلى خصخصة وتوسع قطاع الرعاية الصحية الخاص من 18 منشأة في عام 1971م إلى 91 منشأة في عام 2000م، و163 منشأة في عام 2023م، نوه هنا إلى أنه في السابق كانت المستشفيات الخاصة مملوكة ومدارة من قبل أفراد مختلفين ومنظمات، وخاصةً الأطباء أو المهنيين الصحيين الآخرين الذين كانوا يرغبون في توسيع ممارستهم في القطاع الخاص، من خلال أموال الشركات والاستثمارات الأجنبية، دخل القطاع الخاص الآن هذا المجال في العقود القليلة الماضية.

لتعزيز الخصخصة، تسعى الحكومة إلى إحداث تغييرات في الرعاية الصحية الأولية، والشراكة بين القطاعين العام والخاص، (PPP) وخصخصة إحدى المدن الطبية بحلول عام 2025، تنوي الحكومة خصخصة 2259 مركزاً صحياً أولياً و295 مستشفى وواحدة من المدن الطبية. كما تريد الاستمرار في التخطيط والإشراف ونقل عبء إدارتها إلى القطاع الخاص.

إنَّ الأهداف الرئيسية للخصخصة كانت تعزيز القطاع الخاص المستهدف في تحسين استثمار الكيانات المملوكة للدولة، وتحسين جودة الخدمات، وتسهيل التمويل الحكومي وتحويل دور الحكومة نحو التطوير التشريعي والتنظيمي (الخميس، ميراج، 2016).

3-2 المطلب الثالث: الرؤية السعودية للرعاية الصحية

2030

تشكّل هذه الخطة جزءاً من رؤية السعودية 2030، وهي خطة شاملة للحد من اعتماد المملكة العربية السعودية على النفط، وتنويع اقتصادها وتطوير الخدمات العامة، بما في ذلك الرعاية الصحية. ويتمثل أحد أهداف هذه الخطة في خفض التكاليف من خلال زيادة مشاركة القطاع الخاص في الاقتصاد. ولذلك فإن جزءاً من الخطة هو برنامج يهدف إلى خصخصة مختلف القطاعات في المملكة العربية السعودية. ومنها تأكيد الحكومة السعودية على أنها سوف تستخدم أفضل الممارسات الدولية، ونقل

4-2-4 المطالب الرابع: مفهوم الخصخصة

أولاً وقبل كل شيء، عرف نظام التخصيص السعودي في مادته الأولى الشراكة بين القطاعين العام والخاص، ينتج عنه الترتيب التعاقدى بالخدمات العامة والبنية التحتية، ينتج عن ذلك العلاقة بين الحكومة والطرف الخاص (نظام التخصيص، المادة 1). وتجدر الإشارة كذلك إلى أن نظام التخصيص السعودي في مادته الأولى فسر مصطلح التخصيص وعلاقته بالموظفين وتأثير قرارات التخصيص على كياناتهم القانونية؛ حيث أكد بأنه انتقال تبعية موظفي وعمال جهة حكومية من القطاع العام إلى القطاع الخاص، نتيجةً لصدور قرار التخصيص. تشير الخصخصة هنا إلى نقل ملكية كيان ما جزئياً أو كلياً من الحكومة إلى القطاع الخاص الربحي أو القطاع الخاص غير الربحي؛ ولذلك جاء تفسير مفهوم الخصخصة في الرعاية الصحية بأنها عملية يشارك فيها الفاعلون غير الحكوميين بشكلٍ متزايدٍ في قطاع الصحة، من خلال تقديم خدمات التمويل والإدارة؛ وفي هذا الاتجاه تنسحب الدولة جزئياً أو كلياً من دورها المباشر في توفير وإدارة القطاع الصحي (الخميس، 2015). ومن اتجاه آخر تشير بعض الدراسات أيضاً إلى أن تفسير مفهوم الخصخصة، يشتمل على الطرق العديدة التي يحل بها القطاع الخاص الربحي محل القطاع العام في توفير السلع والخدمات. وننوه أيضاً إلى أن الباحثين (ميرسيل ومورفي، 2017) فسّر مفهوم الخصخصة على نحو أنها عملية متعددة الأبعاد، يتجسد ذلك من خلال وجود نموذج أو أكثر من هذه الأشكال مجتمعة، فعلى سبيل المثال عندما يتم نقل الملكية إلى مصالح خاصة، أو عندما يأتي التمويل من مصادر خاصة، أو عندما يتم التحكم في الإدارة من قبل كيانات خاصة، أو عندما يتم إدارة الإنتاج والتوريد من قبل شركات خاصة. وما يلاحظ أيضاً في هذا السياق تعريف علماء الخصخصة ممثلة بشركة (Kemp، 2022) بأن الخصخصة نقل ملكية تقوم على أساس نقل إدارة ومراقبة الوظائف العامة. كذلك ناقشت شركة تمويل نُظِم الرعاية الصحية (Albreht، 2016) عرّفت الخصخصة على أساس مالي. ويرى الباحث بأن الخصخصة يمكن تعريفها بأنها النقل الكلي أو الجزئي لسلطة اتخاذ القرار، أو التسليم أو التمويل من كيان عام إلى كيان خاص؛ حيث يمكننا هذا التعريف المقترح من إدراج مختلف التفسيرات التي تشكل الخصخصة، وتتراوح هذه بين الخصخصة الكاملة والتعاقد الخارجي مع مجموعة من النماذج المختلفة للخصخصة فيما بينها، والتي تتألف من عمليات نقل الملكية، أو الإدارة، أو التمويل، أو التوريد من القطاع العام إلى القطاع الخاص. وفيما يلي النماذج الرئيسية للخصخصة:

1-4-2 الفرع الأول: الخصخصة كاملة

Complete Privatization

أولاً، نشير إلى أن الخصخصة الكاملة هي نقل كامل للملكية تُعفي فيه الدولة نفسها من الأصول العامة وتحد من تدخلها العام (Allotey, 2012). وفي هذا السياق ناقش كلٌّ من (جونز وبيروت، 2015) تفسير الخصخصة الكاملة بأن الحكومات التي تسعى إلى الإصلاح الاقتصادي تفضل الخصخصة الكاملة يسمح هذا للحكومات بالحصول على دعم سياسي إضافي لسياسات الخصخصة التي تتبعها؛ بسبب شفافية الخصخصة الكاملة بدلاً من بيع الأصول إلى شركة خاصة واحدة. وما يلاحظ هنا هو الدور الأكبر للهيئات والمؤسسات المملوكة للدولة الأكثر ربحية قابلة للتحويل إلى القطاع الخاص عن طريق الأسهم، وهو ما يجعلها أكثر جاذبية للمستثمرين المحتملين، ومثلها النوع من الخصخصة شركة النفط السعودية Aramco، وعلى الرغم من أن هذا الشكل من أشكال الخصخصة الذي تفضله الدول، والذي يسعى إلى خفض التكاليف الحكومية وضمان إيرادات مستدامة متع تماثل في الجودة المقدمة (Quek, David. 2014). وعلاوة على ذلك، لا توجد في هذا النموذج أي مشاركة حكومية في تمويل أو إدارة القطاع أو الكيان الخاص. ولذلك، فإن الخصخصة الكاملة هي أقل أشكال الخصخصة شيوعاً، ولا سيما في قطاع الرعاية الصحية، ما لم تقتصر بتنظيم حكومي عالٍ، ومشاركة القطاع التأمين الصحي، وفي الخصخصة الكاملة للرعاية الصحية، تصبح المستشفيات شركات مملوكة ملكية خاصة؛ بينما تركز وزارة الصحة على أدوارها التشريعية والتنظيمية. ويسبق هذه الخطوة إضفاء الطابع المؤسسي على المستشفيات السعودية، التي هي شكلٌ آخر من أشكال الخصخصة، وينصح علماء مثل (كولينز وموري، 2009) بأن التحول الكامل في الملكية ينبغي أن يكون ملائماً أخيراً، وليس نقطة انطلاق عند النظر في نماذج الخصخصة كسياسة عامة في تحول برنامج القطاع الصحي.

2-4-2 الفرع الثاني: التعاقد الخارجي

Outsourcing

ومن ناحيةٍ أخرى، نشير إلى شكل آخر من نموذج الخصخصة، وهو التعاقد الخارجي، وهو عبارة عن نموذج للخصخصة يحول بعض الأخطار المالية وتوفير الموارد والمسؤولية المالية إلى القطاع الخاص، بينما تحافظ الدولة على المساءلة والتنظيم (Kelley, 2006). ويُدعى في هذا النوع إلى الاستعانة بمصادر خارجية، لتحسين توفير وصول الخدمات الصحية وخفض التكاليف. نلفت الانتباه هنا إلى أن هذا النوع هو أكثر أشكال الخصخصة شيوعاً في مجال الرعاية الصحية؛ فعلى سبيل المثال، في المملكة المتحدة يتم التعاقد مع جهات خارجية على خدمات الرعاية الصحية والخدمات الإلكترونية والحلول

على الإيرادات المركزية يمكن أن يكون أكثر تكلفة من الحكم المركزي المباشر. ويرى الباحث بأنه لا ينبغي النظر في اللامركزية إذا كان الغرض من الخصخصة هو خفض التكاليف؛ فإن هذا الشكل من أشكال الخصخصة يمكن أن يزيد من أوجه عدم المساواة في الخدمات بين المناطق، ويؤثر على توافر الخدمات.

4-4-2 الفرع الرابع: التمويل المالي Private Finance Initiatives

وفي إطار الموازنة تشير إلى أن الخصخصة المالية تُعد نموذجًا من نماذج الخصخصة التي تشكل نقلًا للتمويل، وهو ما يعفي الحكومة من عبء مالي (Clarke, 2016). وهذا النموذج للخصخصة يُعتمد عادةً في القطاع الصحي، وفي الخصخصة المالية في مجال الرعاية الصحية تنتقل المسؤولية المالية تمامًا من الحكومة إلى الأفراد، أو شركات التأمين الصحي الخاصة، أو الصناديق؛ بينما لا تزال الحكومة توفر الرعاية الصحية وتديرها وتنظمها وتشرف عليها. وكما ذكر سابقًا، فإن الخصخصة المالية جزء من الخطوة الثانية من برنامج الخصخصة، حيث ستسمح بنقل عبء التمويل من وزارة الصحة، من خلال تنفيذ نظام غير قائم على الصحة، ويكون التمويل من القطاع الخاص، أو المبادرين والمستثمرين، من خلال العلاقات التعاقدية والتشاركية في توفير خدمات الرعاية الصحية، وتمويلها من القطاع الخاص (Albrecht, 2009).

5-4-2 الفرع الخامس: الشراكة مع القطاع العام PPP

واستنادًا إلى هذا النموذج تُعد الشراكات بين القطاعين العام والخاص أكثر أنواع الخصخصة شيوعًا بوجه عام، حيث يتعاون كلٌّ من القطاعين العام والخاص في الإدارة، أو التشييد، أو توفير التمويل، أو التمويل؛ لتحسين الكفاءة، وخفض التكاليف. وفي مجال الرعاية الصحية، يُحتج بشراكة القطاعين العام والخاص، مثل التحول إلى الشركات؛ من أجل تحسين إدارة الحكومة للمستشفيات، وتخفيف أعبائها المالية. وفي هذا الإطار تُعد المستشفيات شركات عامة في إطار وزارة الصحة الحكومية (Dayan, 2018). ويتضح مثال لهذا الشكل من أشكال الخصخصة في الولايات المتحدة (الولايات المتحدة الأمريكية)، حيث يفترض الأداء والخبرة الأفضل لإدارة القطاع الخاص. ومن الفوائد المزعومة لهذا الشكل من أشكال الخصخصة الانتقال إلى البيروقراطية، وبالتالي القدرة على اتخاذ القرارات بسرعة، وتحقيق استجابات في الوقت المناسب لطلبات المستهلكين أكثر مما تحقق في البيروقراطية الحكومية والاتحادية. وينفذ هذا الشكل من أشكال الخصخصة عندما يكون الهدف الأساسي هو زيادة كفاءة الخدمات، مع خفض التكاليف كمنتج ثانوي. وكثيرًا ما تكون هذه الخطوة الأولى التي تتخذها الحكومات لإعداد قطاع لمزيد من الخصخصة في الرعاية الصحية.

الرقمية، وكذلك خدمات المطاعم والتمويل في نظام الصحة الوطني. أتاح هذا الشكل من أشكال الخصخصة للحكومة تسوية المدفوعات وخفض التكاليف، وثمة مثال آخر في المملكة المتحدة، هو الخدمات غير الملاحية التي يتم التعاقد عليها مع مقدمي الخدمات من القطاع الخاص، وكان الغرض من التعاقد على الخدمات غير الملاحية في دائرة الصحة الوطنية هو الحد من دور الدولة في الاقتصاد، وهيئة مناخ يمكن فيه للقطاع الخاص أن يزدهر ويطبق قيم الشفافية والاستدامة المالية (Nicholas, 2011). وفي هذا الإطار تجدر الإشارة إلى أنه في عام 1977م دعا ابن خلدون إلى خصخصة الإنتاج والتصنيع، وقال ابن خلدون ما مضمونه: أن الاستعانة بمصادر خارجية في الإنتاج والتصنيع من شأنه أن يتيح للحكومة التركيز على مسائل أكثر أهمية، ويتضمن التاريخ الإسلامي أيضًا أمثلة على الاستعانة بمصادر خارجية في مجال الرعاية الصحية؛ فعلى سبيل المثال أثناء عهد النبي -صلى الله عليه وسلم- تبلور نموذج الاستعانة بمصادر خارجية في الرعاية الصحية؛ حيث نقلت السير أن الصحابيية رفيده الأسلمية في المدينة، اتخذت التمريض وتطبيب الجرحى في صدر الإسلام مهنة، وهي صاحبة أول مستشفى ميداني في الغزوات الإسلامية، وأطلق عليها خيمة رفيده (الغامدي، 2014). ويرى الباحث أن هذا النموذج من الخصخصة، ولتحقيق الفوائد المزعومة من خلاله من الضروري للحكومات أن تُجري تقييمًا داخليًا ورصداً للخدمات المقدمة من مصادر خارجية؛ لضمان نوعيتها وتكلفتها وتعزيز وتحسين جودة وكفاءة الخدمات.

3-4-2 الفرع الثالث: اللامركزية Decentralization

ومن المفيد القول بأن نموذج الخصخصة اللامركزية نموذج آخر من نماذج الخصخصة، وتعرّف بأنها نقل الإدارة إلى مستويات أدنى، وتستند اللامركزية إلى النظرية القائلة بأن المنظمات الأصغر حجمًا هي أكثر مرونة وخضوعًا للمساءلة من المنظمات الأكبر حجمًا إذا كانت منظمة وموجهة على نحو سليم (Doyle, Yvonne, 2014). وتقول نظرية (أواتس، 1997) بأنه سيكون دائمًا أكثر كفاءة بالنسبة للحكومة المحلية في تقديم الخدمات في نطاق ولاية كلٍّ منها من أي حكومة مركزية في تقديم تلك الخدمات عبر عدة سلطات محلية. ومنذ الحرب العالمية الثانية، أخذت بلدان مختلفة بإستراتيجيات اللامركزية، لا سيما في قطاع الرعاية الصحية. وتتمثل أعراض اللامركزية المطالب بها في خفض التكاليف والقضاء على البيروقراطية. ومع ذلك، تشير بعض المناقشات إلى أن تحويلات الحكومة المركزية كانت مصدرًا رئيسًا لإيرادات الحكومات المحلية، وهو ما يتعارض مع هدف خفض التكاليف ومفهوم المساءلة المحلية (Edgar D and others, 2015). ووفقًا لمنظمة الصحة العالمية، فإن تنفيذ اللامركزية مع استمرار الاعتماد

منهما أن يكونا غير قابلين للتمثيل وغير حصريين. وبعبارة أخرى، لا يمكن استبعاد أحد من استخدام هذه الخدمات، واستخدام هذه الخدمات لا يقلل من الخدمات ولا يأخذها من خدمات أخرى. ولذلك، يزعم معارضو الخصخصة أنه ينبغي للحكومات أن تبقي الرعاية الصحية علنية لضمان تحقيق المساواة الاجتماعية، وأن الجميع يحصلون على المنافع المجتمعية، مثل التطعيم الفعال ومكافحة الأمراض المعدية. وتشمل الفوائد المزعومة لخصخصة الرعاية الصحية تحسين الكفاءة، وإمكانية الوصول والنوعية، وهو ما يجعل نماذج الخصخصة جذابة بصفة خاصة للبلدان التي تواجه تكاليف رعاية صحية متزايدة بسرعة، وزيادة عدم الرضا عن كفاءة ونوعية الرعاية المقدمة في مرافق الصحة العامة، وتقلص الموارد العامة لدعم توفير خدمات الرعاية الصحية. وعند التعاقد مع جهات خارجية بشأن الخدمات، تهدف إدارات الرعاية الصحية المحلية إلى زيادة فرص الحصول على الخدمات، واكتساب الخبرة الفنية، وتحسين الكفاءة؛ في حين تهدف الشركات في قطاع الرعاية الصحية إلى توسيع نطاق خدمات الرعاية الصحية العامة وخبراتها، والحد من أوجه عدم الكفاءة (Lyon, others, 2014). ويعتقد المدافعون عن الخصخصة أن بيع السلع والخدمات العامة أو نقلها إدارياً إلى القطاع الخاص سيحفز المنافسة في السوق ويحسن كفاءة ونوعية تقديم الخدمات. وكما وصفته منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي، فإنه في القوانين التي يكون فيها تمويل الرعاية وتقديمها مسؤولية عامة فإن الخصخصة أيضاً تسوق العمل وتوليد الكفاءة من المنافسة، وقد أثبتت فعاليتها عمومًا. وعلى الرغم من الانتقادات الواسعة النطاق للخصخصة، فإن بعض العلماء، مثل (غلينستر، 2018)، يجادلون بأن التمييز الواضح بين التمويل والمخصصات ضروري لضمان كفاءة تقديم خدمات الرعاية الاجتماعية، مثل الرعاية الصحية. ولا يمكن تحقيق هذا التمييز بين التمويل والتمويل إلا من خلال شكل من أشكال الخصخصة، وهو أمر واضح في العديد من قوانين الرعاية الصحية اليوم والتي تتألف من أشكال مختلفة من الخصخصة، مثل الاستعانة بمصادر خارجية، والخصخصة الجماعية، والخصخصة المالية.

وبسبب نجاح أنواع مختلفة من الشراكات بين القطاعين العام والخاص، حدثت زيادة حادة في شعبية هذه الأنواع من الخصخصة في كل من البلدان المتقدمة والنامية، خلال السنوات الأخيرة؛ فعلى سبيل المثال، كانت أول خصخصة في المملكة المتحدة مع القطاع العام تجريد صناعة الصلب في أوائل الخمسينات. ولم تنشأ الخصخصة كسياسة اقتصادية أساسية في المملكة المتحدة إلا بعد خصخصة الاتصالات البريطانية في عام 1984م، وفي عام 1985م ركزت مارغريت تاتشر على قطاع الرعاية الصحية، وكان ذلك بمساعدة الخبير الاقتصادي الأمريكي آلان إنثوفن؛ حيث دافعت عن الحاجة إلى زيادة المنافسة في الرعاية الصحية وتشكيل سوق داخلية لهذا الغرض مماثلة لتلك القائمة في الولايات في ذلك الوقت؛ ووفقاً للعديد من العلماء، فإن الحوافز كانت ضعيفة والقيود كانت شديدة جداً، وهو ما أدى إلى ضعف روح وفعالية هذا النموذج من الشراكة مع القطاع العام في وزارة الصحة الوطنية (Falkenberg, 2010).

ونستنتج مما سبق، أن الخصخصة تستند في المقام الأول على ثلاث ركائز أساسية، وهي: تحرير النشاط الاقتصادي، وذلك بإعطاء القطاع الخاص المنافسة من احتكار الدولة، ثانيًا: التعاون بين القطاع الحكومي والخاص، ثالثًا: تحويل النشاط أو الوظائف من القطاع العام إلى القطاع الخاص، أو تحويل إنتاج السلع أو الخدمات من القطاع العام إلى القطاع الخاص، إما بصفة كلية أو جزئية؛ وقد يأخذ شكل إدارة الخصخصة من القطاع الخاص، وتحمل المستفيدين وشركات التأمين التكاليف المادية. ومع ذلك، يمكن اعتماد جميع ترتيبات الخصخصة في مختلف مجالات القطاع العام، مثل التعليم والرعاية الصحية. وتجدر الإشارة هنا إلى أن أبرز من يناقش جدوى وفعالية نظام الخصخصة الصحية مثل (كيمب وسال، 2021)، حيث إنهم يناقشون بأن لكل ترتيب من ترتيبات الخصخصة هدفًا محددًا يمكن أن يتمثل في تحسين الخدمات أو خفض التكاليف، تبعاً لنموذج الخصخصة المنفذة، وكذلك فرصة مساهمة الشريك الإستراتيجي المؤهل بالخبرات الفنية والإدارية. ومن اتجاه آخر يرى بعض خبراء القانون الطبي مثل (جونز، 2014) أن بعض الحكومات قد تلجأ إلى الخصخصة لالتماس دعم سياسي إضافي؛ وفي هذا الإطار، سيكون التركيز على نموذج الخصخصة في مجال الرعاية الصحية بهدف خفض التكاليف، كما ورد في رؤية المملكة 2030 للرعاية الصحية.

ووفقاً لتوجهات المعارضين لفكرة خصخصة القطاع الصحي، يرى البعض أن القطاعات المفضلة لبرامج الخصخصة هي الاتصالات السلكية واللاسلكية، والكهرباء، والغاز، والمياه، والخطوط الجوية، والمطارات. وتشكل الرعاية الصحية العامة والتعليم العام تحديًا نظريًا مشتركًا للخصخصة، حيث يوصف كلاهما بالمنافع العامة، ويُطلب

3 المبحث الثاني: الإطار القانوني لتخصيص الرعاية الصحية في المملكة العربية السعودية والمملكة المتحدة

يناقش هذا المبحث التطور التشريعي نحو التخصيص في قطاع الرعاية الصحية وذلك من خلال مناقشة الأطر النظامية لها وفهم السياق التشريعي لإطار تخصيص الرعاية الصحية في النظام السعودي (المطلب الأول) ومن ثم إبراز الاتفاقيات الدولية والرعاية الصحية السعودية (المطلب الثاني) ثم استعراض الإطار القانوني لخصخصة قطاع الرعاية الصحية في القانون الإنجليزي (المطلب الثالث).

1-3 المطلب الأول: فهم السياق التشريعي لإطار تخصيص الرعاية الصحية في النظام السعودي

شهدت المملكة العربية السعودية وفرة عدة قوانين وطنية تتعلق بتوفير الرعاية الصحية، وهي النظام الأساسي للحكم، وقانون الصحة السعودي، وقانون التأمين الصحي التعاوني، وقانون تخصصات اللجنة السعودية للصحة، وقانون ممارسة مهنة الصحة السعودي. وكذلك اللائحة التنفيذية لنظام التخصيص السعودي والتي تناولت في المادة الثانية مبادئ التخصيص، ومنها العدالة والشفافية وهذه القوانين، مجتمعة تفرض قوانين ومتطلبات توفير الرعاية الصحية في المملكة العربية السعودية. ووفقاً للمادة 31 من النظام الأساسي للحكم، فإن الدولة ملزمة بالرعاية بالجوانب الصحية وتوفير الرعاية الصحية لكل مواطن. علاوةً على ذلك، تنص المادة 2 من قانون الصحة السعودي على أن جميع المقيمين في المملكة على درجة واحدة من المساواة في الرعاية الصحية. وبالتالي، يجب على الدولة أن تكفل توفير خدمات الرعاية الصحية لجميع المواطنين وإمكانية وصولهم إليها.

ومن ناحية أخرى، فإن النظام الأساسي للحكم لا يشير صراحة إلى مسؤولية الحكومة على تحمل تكاليف خدمات الرعاية الصحية المقدمة أو نوعيتها. وعليه لعدم صراحة تحمل التكاليف في نص القانون، يمكن استنتاج أن عبء تمويل الرعاية الصحية لا يقع على عاتق الدولة بشكل مباشر، وأن القانون السعودي يسمح بنقل تمويل الرعاية الصحية إلى هيئات غير حكومية. وهكذا، فإن القانون السعودي يسمح بتنفيذ الخصخصة المالية؛ فعلى سبيل المثال، يمكن دفع تكاليف الرعاية الصحية عن طريق الأقساط أو الرسوم مقابل الخدمة، وكلها تحويلات مالية، وتعتبر أشكالاً من الخصخصة. ومع ذلك، يمكن القول إن القدرة على تحمل التكاليف يمكن أن تُفهم على أنها جزء من توافر الرعاية الصحية وإمكانية الحصول عليها، فإن الرعاية الصحية تُعد ميسورة ومتاحة عندما تكون متاحة مالياً لجميع المواطنين، بصرف النظر عن قدرتهم المالية. ومع ذلك، إذا ما أريد اعتبار القدرة على

تحمل التكلفة جزءاً من توافر الرعاية الصحية وإمكانية الحصول عليها، فإن التزام الدولة يظل قابلاً للنقاش. أما توفير الرعاية الصحية المجانية، فإنني أناقش بأن التفسير القانوني المنصوص عليه في المادة 31 من النظام الأساسي للحكم والمادة 2 من النظام الصحي، فإن الرعاية الصحية يجب أن تكون ميسورة التكلفة والقدرة على تحمل تكاليف الرعاية الصحية أمر أساسي في المملكة العربية السعودية، نظراً لارتفاع النسبة المئوية المقدره بمعدل الدخل الفردي، وعليه يجب أن يؤخذ بعين الاعتبار تسعير الخدمات للفئات الأقل حظاً في اعتبار الرعاية الصحية، مقيدةً بالمادة 31 من النظام الأساسي للحكم. ويمكن القول أيضاً: إن المادة 31 من النظام الأساسي للحكم تسمح بتنفيذ أشكال تمويل الرعاية الصحية، مثل خصخصة التمويل (النظام الأساسي للحكم، الصادر بالمرسوم الملكي رقم (90/أ).

وبالمثل، ووفقاً للفقرة 6 من المادة 1 من النظام الصحي، فإن الدولة ملزمة بتوفير خدمات الرعاية الصحية لجميع المواطنين. غير أن النظام الصحي ينص بوضوح على أن هذا الالتزام لا يجب بالضرورة أن توفره الدولة أو تمويله. وهذا يدل على أن النظام الصحي السعودي يسمح بتقديم الخدمات وتمويلها من قبل مؤسسات غير الحكومة. وهذا ما تكرر تأكيده أيضاً في المادة 31، والتي تنص على أن الدولة ستوفر خدمات الرعاية الصحية للأجانب من خلال نظام الضمان الصحي التعاوني، وليس من خلال ميزانية الدولة. وعلاوةً على ذلك، فإن زوار المملكة العربية السعودية ملزمون وفقاً للمادة 14 بالحصول على تأمين طبي للسفر لتغطية نفقات الرعاية الصحية أثناء فترة إقامتهم. وهذا يوحي، بأن أشكال تمويل الرعاية الصحية وأحكام الرعاية الصحية المماثلة لتلك الموجودة بالفعل في المملكة العربية السعودية يمكن مواصلة اعتمادها وتوسيع نطاقها، وفقاً للقانون السعودي. وعلى سبيل المثال، فإن خصخصة تمويل الرعاية الصحية والاستعانة بمصادر خارجية للخدمات يمكن أن يكونا متفقين مع نظام الصحة السعودي. وبشكل أكثر تحديداً للتمويل، ينص نظام الصحة السعودي في المادة 10 منه على تمويل خدمات الرعاية الصحية من ميزانية الدولة، ودخل التأمين الصحي التعاوني للأجانب، وكذلك أوجه التمويل الشرعية، مثل الأوقاف، والهبات وغيرها من أشكال النظم الاقتصادية الإسلامية. وتحدد المادة بوضوح حرية الدولة في إيجاد وسيلة لتمويل نظام الرعاية الصحية ضمن الأساليب المقبولة في الشريعة. ومع ذلك، فإن المادة لا تنص على ما يلي: إدراج التأمين التكافلي بشكل صريح، على الرغم من أن نظام الضمان الصحي التعاوني يستند في مبادئه إلى نظام التأمين التكافلي، والذي يمكن القول بأنه مماثل لخصخصة التمويل الصحي. وبناءً على ذلك، وعلى الرغم من أن المادة لا تشير صراحةً إلى خصخصة الرعاية الصحية كوسيلة لتمويل الرعاية الصحية، فإن

3-2 المطلب الثاني: الاتفاقيات الدولية والرعاية الصحية السعودية

على النطاق الدولي، نسلط الضوء على التطور التشريعي للقطاع الصحي في المملكة العربية السعودية، التي هي عضو في الأمم المتحدة منذ عام 1945م، ووقعت وصادقت على عدة اتفاقيات دولية وإقليمية لحقوق الإنسان. وقّعت المملكة العربية السعودية وصادقت على الميثاق العربي لحقوق الإنسان، والإعلان العالمي لحقوق الإنسان، والعهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، واتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة، وإعلان القاهرة بشأن حقوق الإنسان في الإسلام، واتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، واتفاقية حقوق الطفل، وتتضمن جميع هذه الاتفاقيات مواد خاصة بالحق في الرعاية الصحية. وينص كلٌّ من المركز الآسيوي لحقوق الإنسان والإعلان العالمي لحقوق الإنسان واتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة على أنّ لكلّ فرد الحق في الحياة. ولذلك، فإن ضمان الحصول على الرعاية الصحية الأساسية إلزامي في الدول المصدقة. غير أن اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة تتجاوز الرعاية الصحية الأساسية وإمكانية الوصول، مع التأكيد على أن الدول ملزمة بضمان توفير الخدمات محلياً، وفي أقرب مكان ممكن للمجتمعات المحلية للمرضى، بما في ذلك المناطق الريفية (Al-Hanawi MK and Qattan, 2019).

وبالتالي، فإن إمكانية الوصول الجغرافي إلزامية في الدول المصدقة على هذه الاتفاقيات، وهو ما يماثل الالتزام المنصوص عليه في قوانين الصحة السعودي. وفي الوقت نفسه، فإن العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية واتفاقية حقوق الطفل يتجاوزان الرعاية الصحية الأساسية إلى أعلى مستوى يمكن بلوغه من خدمات الصحة البدنية والعقلية على السواء، وهي خدمات متاحة، ويمكن للجميع الوصول إليها اقتصادياً دون تمييز. وضمان جودة الرعاية الصحية إلزامي في الدول المصدقة. إضافةً إلى ذلك توسيع نطاق أنواع خدمات الرعاية الصحية، مع التأكيد على ضرورة توفير الخدمات المناسبة للمرأة فيما يتعلق بالحمل والعلاجات اللاحقة للولادة. كما أن اللجنة المعنية بالقضاء على التمييز ضد المرأة تلزم الدول المصدقة على الاتفاقية بتوفير خدمات الرعاية الصحية المجانية للمرأة عند الضرورة. ومن ثم، فإن ضمان قبول خدمات الرعاية الصحية والقدرة على تحمل تكاليفها أمر إلزامي بالنسبة للدول المصدقة. غير أن مبادرة حقوق الإنسان لحقوق الإنسان تنص على أن الرعاية الصحية الأساسية والمساواة في الحصول على الرعاية الصحية هما أمران إلزاميان فقط على الدول المصدقة عليهما في حدود مواردها المتاحة. ويعبارة أخرى، فإن الدولة ليست ملزمة بتوفير ما لا تستطيع

المادة تسمح بطرائق تمويل مماثلة لتلك المحددة في المادة التي يتعين النظر فيها، ومنها أساليب الخصخصة نظام التأمين الصحي التعاوني، وبالتالي فهي أكثر توافقاً مع متطلبات المادة 10 من نظام الصحة السعودي (النظام الصحي السعودي، الصادر بالمرسوم الملكي رقم (11/م).

إضافةً إلى ذلك، نحلل أهمية وجود مبدأ الجودة في الرعاية الصحية، من المادة 31 من النظام الأساسي للحكم، على الرغم من أنها لم تذكر صراحة، وتنص المادة بوضوح على أن الغرض من الرعاية الصحية هو العناية بالمسائل الصحية التي لا يمكن تحقيقها إلا إذا كانت الخدمات المقدمة ذات جودة ونوعية مميزة. ولذلك يمكن استنتاج أن الدولة السعودية ملزمة بتوفير خدمات الرعاية الصحية لمواطنيها وفقاً للمادة 31 من النظام الأساسي للحكم. غير أن النظام الأساسي للحكم لا يحدد تفاصيل أو مقاييس المعيار والنوعية المطلوبة. ويتجلى الالتزام بالجودة في المادة 5 من نظام الصحة السعودي، والتي تنص على أن الحكومة ملزمة بوضع لوائح ومبادئ توجيهية لترخيص مؤسسات الرعاية الصحية الخاصة وموظفيها. كما تم التأكيد على الجودة في نظام الهيئة السعودية للتخصصات الصحية، ونظام مزاولة المهن الصحية، وكلاهما يحدد المعايير والمقاييس والمبادئ التوجيهية المطلوبة من المهنيين العاملين في مجال الرعاية الصحية في القطاعين الخاص والعام على حدٍ سواء. وتحسين نوعية الخدمات، تنص المادة 2 من نظام الصحة السعودي على أن الحكومة ملزمة بضمان توفير خدمات الرعاية الصحية الأساسية الكاملة لجميع المقيمين بطريقة منصفة وسهلة المنال، وعلى أن الدولة ملزمة برصد هذه الخدمات وبناءً على ذلك، تكفل المادة توفير الخدمات الأساسية وإمكانية الوصول إليها لجميع المقيمين دون تمييز، وتلزم الدولة بإدارة هذه الخدمات والإشراف عليها. وقد تم التأكيد على هذه المسؤولية أيضاً في المادة 5 من قانون الصحة السعودي، والتي تلزم الحكومة بالإشراف على الخدمات التي يقدمها القطاع الخاص. وبلا شك، إن الإشراف المباشر والحكومي على الخدمات يشكل بيئة مثالية لتنفيذ الخصخصة؛ وعليه، فإن المادتين 5 و2 من نظام الصحة السعودي تحددان معايير بيئة مثالية لتنفيذ الخصخصة ودور الإشراف الحكومي عليها. وباختصار، فإن أنظمة الرعاية الصحية السعودية توفر ثغرات ومرونة فيما يتعلق بتمويل الرعاية الصحية وتوفيرها، ومن ثم يمكن القول إنها تتيح تنفيذ أشكال وترتيبات مختلفة من التمويل والمخصصات، إما من جانب المؤسسات الحكومية، أو المؤسسات غير الحكومية، وتمويلها هو شكلٌ من أشكال الخصخصة.

والذي يهدف إلى تنظيم الاختصاصات الصحية والمتعلقة قطاع التأمين، والتي كانت من اختصاصات البنك المركزي ومجلس الضمان الصحي مسبقاً، حيث يهدف إنشاء هيئة التأمين إلى توحيد الإجراءات التنظيمية لقطاع التأمين والتراخيص المرتبطة به، وتماشياً مع ما سبق ذكره، أعلنت وزارة الصحة عن إنشاء تطبيق طبي صحي، وهو عبارة عن منصة صحية تسهم في توفير الوصول السريع إلى المعلومات والجهات الصحية من زيارات طبية وتوفير استشارات ودعم طبي متكامل، من تثقيف ووفرة المؤشرات الحيوية والمحتوى الصحي بعددٍ من اللغات للمستفيدين (وزارة الصحة، خطة تسليم برنامج تحويل القطاع الصحي).

3-3-3 المطلب الثالث: الإطار القانوني لخصخصة قطاع الرعاية الصحية في القانون الإنجليزي

في الواقع الإنجليزي تمتلك المملكة المتحدة نظاماً وقطاعاً صحياً يكون تمويله ودعمه من القطاع العام، ممثلاً بهيئة الخدمات الصحية الوطنية الإنجليزية (NHS)، ومن خلال هذه الهيئة الصحية العامة تتفرع عنها أنظمة صحية شاملة لجميع النطاق الجغرافي للمملكة المتحدة، مثل نظام الرعاية الصحية والاجتماعية في إيرلندا وهيئة الخدمات الصحية في إنجلترا وإسكتلندا منطقة ويلز، وما يلاحظ هنا أنه وفقاً لهذه الأنظمة الصحية المتنوعة يمتلك المواطنين الإنجليزي حق الرعاية الصحية المجانية، وفي نفس السياق يستطيع هؤلاء المستفيدون امتلاك التأمين الطبي الخاص بهم، حيث أتاح لهم النظام ذلك دون أي قيود أو تعارض في أحقيتهم بالعلاج الطبي، وفقاً للأنظمة الصحية المجانية في مختلف مناطق المملكة المتحدة. وتجدر الإشارة هنا إلى أن قانون الخدمات الصحية الوطنية نص على أن الرعاية الصحية تكون مجانيةً لمتلقي العلاج، وتشير المادة الأولى من هذا النظام أيضاً إلى أحقية الوزير بتشجيع إنشاء خدمات صحية فعالة وشاملة في إنجلترا وويلز تركز على العناية الصحية بالإنسان الإنجليزي صحة وعقلا والوقاية من الأوبئة وعلاجها، يتم تحقيق هذه المخرجات بتطبيق هذا النظام وتفعيله (Braveman, P., Murray, 2001).

صفوة القول، أنه باستقراء النظام الصحي الوطني الإنجليزي لا يوجد ما يشير إلى وجوب الحصول على الرعاية الصحية من القطاع الخاص، ولكن لهم الحق في الحصول على الرعاية الخاصة بهم. يفهم من ذلك أنه من مميزات النظام الصحي الإنجليزي وجود القطاع العام والخاص في سياق ودرجة واحدة من الوفرة، لوصول الخدمات الصحية لمستفيديها، بمعنى أن قطاع الرعاية الخاص كان دوماً ملازماً وداعماً لنظام الهيئة الوطنية الصحي الإنجليزي. وفي إطار الموازنة تشير أيضاً إلى أنه توجد لجنة إشرافية عليا (لجنة جودة الرعاية) تراقب وتشرف على الإطار التنظيمي لمقدمي الخدمات الصحية

تحمله. ومع ذلك، لا تثبط الدول المصدقة عن إيجاد وسائل لزيادة قدراتها المالية وتوسيع نطاقها. وبعبارة أخرى، لا تحد هذه المؤسسة أو تحدد الوسائل المتاحة لتمويل خدمات الرعاية الصحية، التي تشمل أشكالاً من الخصخصة (Aljadhey H and others, 2013).

والمملكة العربية السعودية واحدة من البلدان التي تعترف بالحق في الصحة بوصفه حقاً أساسياً، بموجب كل من القانون الدولي والتزامات الشريعة الإسلامية. ويُعرف الحق في الصحة بالحق الاقتصادي والاجتماعي والثقافي في مستوى عالمي يحق لجميع الأفراد التمتع به (Salam MA, 2021). ويعرّف دستور منظمة الصحة العالمية الحق في الصحة بأنه التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه. وخلاصة القول أن المملكة العربية السعودية بتبنيها على هذه الاتفاقيات وتوقيعها عليها، تتميز بضمانها الدائم وغير المشروط أن تكون الرعاية الصحية ميسورة المنال، ومقبولة، وميسورة التكلفة، وذات نوعية جيدة في حدود الموارد المتاحة للمملكة العربية السعودية. وينبغي الإشارة إلى أن المملكة في عام 1999م، اتجهت اتجاهًا رائدًا بتحفيز القطاع الخاص ومساهمته في تقديم الرعاية الصحية لكل مواطن ومقيم، وذلك من خلال تأسيس عددٍ من الهيئات التنظيمية والمالية؛ ولذلك جاء صدور النظام الصحي السعودي والصادر بالمرسوم الملكي رقم (م/11) وتاريخ 1423/3/23 هـ، والذي يهدف إلى توفير الرعاية الصحية لجميع مواطني المملكة، وتعزيز الوقاية، وجودة الخدمات الطبية، وسهولة الوصول إليها، وهو ما أشارت إلى مبادئه المادة 5 من النظام الصحي السعودي. إضافةً إلى ذلك، أصدرت المملكة نظام الضمان الصحي التعاوني بالمرسوم الملكي (م/10) وتاريخ 1420/5/1 ويهدف إلى تنظيم عمل شركات التأمين وإدارة خدماتها الصحية وبموجب هذا النظام يتوجب على أصحاب العمل توفير التأمين الطبي لموظفيهم، والذي من خلاله يتم تغطيته خدمات لرعاية الصحية الأساسية، الكشف الطبي، وزيارات العيادات الطبية، والحصول على العلاج والأدوية الطبية؛ ومن اتجاه آخر في تطوّر التشريع الطبي كان هناك دعمٌ مستمر من الدولة في دعم القطاع الخاص بتمويل بدون فوائد يهدف إلى زيادة عدد المراكز الطبية ونمو القطاع الطبي، نتج عنه ارتفاع المستشفيات الخاصة من 18 مستشفى عام 1971 إلى 159 مستشفى في عام 2021 (تقرير وزارة الصحة السعودي، عام 2023) ومن أوجه التميز التشريعي الطبي الإعلان عن تأسيس شركة الصحة القابضة بقرار من مجلس الوزراء رقم (469) وتاريخ 1443/8/19 هـ، يهدف إلى تنظيم مركز التأمين الصحي الوطني، ساهم هذا القرار في رفع وزيادة وفعالية النظام الصحي، وأخيرًا كانت هناك الخطوة الكبيرة في الرعاية الصحية بالمملكة، وهي إنشاء هيئة التأمين بقرار من مجلس الوزراء رقم (85) وتاريخ 1445/1/28 هـ،

ازدواجية بين عمل هذه المجالس؛ كما ننوّه أيضًا إلى أن المادة 20 تشير كذلك إلى الدور المتكامل لهيئة الخدمات الصحية في إنجلترا من حيث إعلانها وألوية الرعاية للمناطق بطريقة متناغمة وتشاورية ومتكاملة. ويستحسن في اعتقادنا الإشارة كذلك إلى قانون الرعاية الصحية والاجتماعية 2012 ينص على أن تكون هناك مناقصات تنافسية فيما يتعلق بتكلفة الرعاية السريرية؛ حيث يفسر هذا بلوانح الخدمة الصحية الوطنية فيما يخص المشتريات واختيار المرضى والمنافسة (Farrar, Shelley, 207).

إن ما نخلص إليه في هذا السياق الناظم، أن الإطار القانوني لخصخصة الرعاية والخدمات الصحية الإنجليزي يتشكل من تشريعات وتنظيمات تتمثل في الآتي:

أولاً: قانون الخدمات الصحية الوطنية والرعاية المجتمعية الإنجليزي لعام 1990م (NHS) حيث يُعد هذا القانون الجواهر التشريعي لعدد من القوانين المتعلقة بتنظيم هيئة خدمة الرعاية الصحي الإنجليزي، ويستند إلى مبدأ تسويقي، وهو النظام الذي يدعمه القطاع الحكومي منذ 1948م، تتبلور فلسفة القانون على تنظيم سوق وهيكله داخل هيئة الخدمات الصحية الإنجليزية، يتركز على تقسيمين أساسيين؛ هما: المشترون ومقدمو الخدمات والرعاية الصحية. ويستهدف هذا النظام خلق المنافسة المستدامة بما يحقق زيادة الكفاءة والجودة الصحية. ونلاحظ هنا أن هذا القانون أعطى حق المشاركة للقطاع الخاص في تقديم الرعاية الصحية من خلال اتجاهين؛ أولهما: منح الأحقية في الموارد المالية للأطباء، وشراء الخدمات من مقدمي الخدمات الصحية في القطاع الخاص؛ نتج عن ذلك زيادة التمويل من هيئة خدمات الصحية الإنجليزية التي ينظمها القطاع الخاص. الاتجاه الثاني: تتمثل في إنشاء صناديق الخدمات الصحية الوطنية، يمارسه القطاع الخاص من خلال الخدمات غير السريرية وما يعرف بنظام التعاقد الخارجي في تمويل الطعام والتموين والشركات التي تقدّم خدمات خاصة ومتنوعة للرعاية الصحية (Great Britain, National Health Service, 1990 and Community Care Act):

ثانياً: قانون الرعاية الصحية والاجتماعية 2012 (HSC)؛ يشكّل هذا القانون تميّزاً في التأثير، وذلك من خلال التعديلات والتنظيم في سياسات عمل هيئة الخدمات الصحية الوطنية الإنجليزية، رغم أن هذا القانون لم يُشر بصراحة إلى خصخصة القطاع لصحي، إلا أن هناك مواد محددة في القانون تشير إلى مبدأ المنافسة؛ حيث أشارت المادة 75 إلى اشتراطات المفوضين وأحقية المرضى في الاختيار من مزودي خدمة الرعاية الصحية، وتقديم المناقصات التنافسية في خدمة الرعاية الصحية والوطنية، وفي اتجاه آخر نلاحظ أن هذا القانون منح للجهات الخارجية والخاصية أحقية المنافسة والمشاركة

من القطاع الخاص؛ ويهدف هذا الإشراف إلى ضمان فعالية جودة الالتزام بالمعايير الصحية الوطنية والعالمية بما يحقق سلامة المرضى، ويرتكز الإطار التنظيمي والقانوني لهذه اللجنة على قانون الرعاية الصحية والاجتماعية 2008، ويفسر هذا القانون صلاحيات اللجنة الإشرافية من المادة 30-35 من الجزء الثاني من أحكام هذا القانون. ومما يلفت الانتباه، أن نظام الصحة الوطني يُعد من أميز الأنظمة الصحية في العالم؛ حيث أشار بحث أجراه صندوق الكومنولث قيّم من خلاله الرعاية الصحية وفقاً للمبادئ المتفق عليها صحياً في أحقية وصولها للمستفيدين، وهي الكفاءة والجودة، وأحقية وصول العلاج وإتاحته، والمساواة، والصحة العامة. حصلت المملكة المتحدة على المرتبة الثانية بعد هولندا، تليها أستراليا؛ إضافةً إلى أنها حصلت على المركز الأول بالكفاءة الطبية والتكاليف المرتبطة بالرعاية الصحية والتأمين (Anandaciva, Siva, 2023).

ونلاحظ من خلال نظام الصحة الإنجليزي دور الحكومة في تمويل قطاع الصحة الوطني، بما يضمن وصول حق الرعاية الصحية مجاناً إلى مواطنيها، بدون أي قيود ناتجة عن الخلفية الاجتماعية أو الوضع المالي؛ وفي المقابل يكون تمويل القطاع الخاص من خلال شركات التأمين الخاصة أو مباشرة من خلال المستفيدين ممن يفضلون دفع تكاليف الرعاية الصحية بأنفسهم. وعلى نطاق آخر، نشير إلى تطوّر قانون الرعاية الصحية الإنجليزي، وذلك من خلال قانون الصحة والرعاية 2022، حيث يمثّل هذا القانون ليس تغييراً فحسب في هيكله قانون الرعاية الصحي الإنجليزي، ولكن في بلورة المبادئ الأساسية للرعاية الصحية، حيث كان التغيير يستهدف الانتقال من النظر إلى الخدمات الصحية على أنها سلعة، لينتقل إلى فهم الرعاية الصحية كنموذج شامل، بدءاً من الإدراك الكامل للرعاية الصحية من الوفاية إلى الرعاية؛ فعلى سبيل المثال تختلف الأولويات الصحية بحسب المناطق الجغرافية، وما إذا كانت مدينة صناعية أو ساحلية أو عاصمة، بحيث يقدم النظام الجديد برامج صحية ونماذج مخصصة تخدم أي احتياجات إقليمية متنوعة (Anderson, Michael, Emma Pitchforth, 2022). ورغم ولادة هذا القانون الصحي عام 2022 إلا أن هناك معارضين يطالبون ببقاء نظام الصحي ليكون حكومياً. وتجدر بنا الإشارة هنا إلى أن قانون الرعاية الصحي الإنجليزي 2022 يحدد الهيكل التنظيمي والمسؤوليات لمجالس الرعاية الصحية المتكاملة في المواد 18 إلى 20، فعلى سبيل المثال تنص المادة 18 على أن دور الهيئات الصحية الدولية يقع على عاتقها تنسيق خدمات الرعاية الصحية في إنجلترا، وتنص المادة 20 على أحقية هيئة الخدمات الصحية في إنجلترا على تأسيس مجالس رعاية صحية شاملة ومتكاملة، ويكون لكل مجلس اختصاصاته الإقليمية وصلاحياته دون أي

أولاً: النتائج: خلصت الدراسة إلى عدة نتائج، أبرزها:

أولاً: تفسر هذه الدراسة الخصخصة أنها تركز على عددٍ من المبادئ الجوهرية؛ وهي: التمويل، والتوفير، والإدارة، والعمليات، والاستثمار.

ثانياً: خلصت الدراسة إلى أن أبرز ما يميّز القانون الإنجليزي الصحي، هو التناغم بين القطاعين، العام والخاص، وبلورة المشاركة بينهما في تقديم خدمات الرعاية الصحية، ودور القطاع الخاص في الممارسة والمشاركة بنظام التأمين الصحي الخاص؛ مع بقاء قانون رعاية الصحية الوطني والمجاني وبهذا النمط من النظام الصحي يوفر حق الرعاية الصحية الشاملة والعدالة لمختلف طبقات المجتمع، مع إعطاء الخيار للمستفيدين بالاختيار لنظام التأمين الصحي الخاص من حيث الشمولية، مما يضمن أحقية الاختيار للمواطنين والمراجعين توفر حق الرعاية الصحية للجميع بالتساوي.

ثالثاً: ناقشت هذه الدراسة دور نموذج التأمين الوطني الصحي، والذي من خلاله يكون دور الحكومة هو شراء الخدمات الصحية وتوفيرها من المستشفيات الخاصة وفق التوجه العالمي، في المقابل يكون استقطاع قيمة العلاج من شركات التأمين، وفي هذا النموذج يمتلك المواطنون تأميناً صحياً شاملاً يختلف فيه مقدار التغطية التأمينية، وفق تقديرات متنوعة تضمن رضا المستفيد وتحسن المؤشرات الصحية.

رابعاً: خلصت الدراسة إلى أن هدف المملكة من خصخصة القطاع الصحي هو إعادة هيكلة النظام الصحي، واتسامه بالفعالية والتكامل؛ ليكون قادراً على تحصيل مخرجات من الشفافية والاستدامة المالية، وتحسين الوصول إلى خدمات التأمين الصحي المجاني والشامل، وفق أطر تتماشى مع المعايير الوطنية والعالمية الصحية.

خامساً: توصلت هذه الدراسة إلى أهمية الشراكة بين القطاعين العام والخاص، وتنفيذ الإستراتيجيات المشتركة بما يحقق الأهداف الوطنية الصحية، وذلك من خلال تقديم مركز التأمين الصحي الوطني ليكون الركيزة التشريعية والمسؤولة عن تغطية التأمين الصحي الشامل للمواطنين، من خلال شراء وثائق التأمين الطبية من مقدميها، يحقق هذا المركز الاستدامة المالية وتعزيز الجودة الصحية للمواطنين.

سادساً: يغطي مركز التأمين الصحي الوطني المواطنين للاستفادة من كافة الخدمات الصحية، حيث سيكون المركز هو الجهة المسؤولة عن توفير التغطية التأمينية المجانية للمواطنين من خلال شراء الخدمات الصحية من مقدميها، إذ يُعد مركز التأمين الصحي الوطني جهة وطنية تُعنى بدفع تكاليف الرعاية الصحية، ومهمتها

في تقديم الرعاية الوطنية والصحية، وكذلك أصبح في يد الأطباء سلطة أقرب في تقديم الرعاية واحتياجاتها، تمثل هذا التوجه في إنشاء مجموعات التكليف السريري (CCGs)، وهي جهات بريطانية تابعة لهيئة الخدمات الصحية الوطنية، يقل فيه دور وسلطة الدولة. نلاحظ هنا إلى تفعيل دور طرح خدمات المناقصة والمنافسة للقطاع الخاص؛ فكانت هذه الخطوة الإجرائية تطبيقاً لنموذج التخصيص في قطاع الصحة الوطني الإنجليزي (Health and Social care Act, 2012).

الثالث: التمويل الخاص Private Finance Initiatives وطبقاً لهذا النظام يتبلور دور القطاع الخاص في دعم وتمويل البنية التحتية للقطاع الحكومي، ومثال ذلك دور القطاع الخاص في بناء وإنشاء مستشفيات، أو التعهد بصيانة خدماتها؛ ويعرف هذا النوع باسم منشأة الأغراض الخاصة، ويكون دور القطاع العام هو المتابعة، وتحديد المواصفات المطلوبة في التنفيذ. كما أنّ آلية العلاقة التعاقدية بين القطاع العام والخاص هي التأجير، ويتعهد القطاع العام بالسداد خلال مدة زمنية طويلة تتراوح بين 25-30 عاماً، ويلاحظ في هذا النوع أنه الأكثر تطبيقاً في القطاعات الحكومية التعليمية والصحية والنقل، ومما يميز هذا التوجه: الشراكة بين القطاع العام والخاص في التمويل وتشغيل المرافق؛ وهذا تحوّل نموذجي وغير تقليدي من القطاع العام يخدم الرعاية الصحية في المملكة المتحدة (House of Commons Treasury Committee, Private Finance Initiative, Seventeenth Report of Session 2010).

4 الخاتمة:

في ختام هذه الدراسة توصلنا إلى نتيجة رئيسية مفادها أن المملكة تسير بمنهجية متوازنة نحو تخصيص القطاع الصحي، إلا أن هذا التوجه محفوف بالتحدّي ومواجهة العقبات التنظيمية والقانونية، ما قد يؤثر سلباً على قطاع التخصيص الصحي؛ نظراً لحدائث الموضوع، إلا أننا نلاحظ أن هناك حراكاً تشريعياً يتسم بتنظيم سياسات واللوائح، وتفعيل أعمال اللجان داخل وزارة الصحة؛ وهكذا هو الحال حينما قامت المملكة بتشكيل لجنة إشرافية عليا، للوقوف على التحول، وتخصيص القطاع الصحي، والاستفادة من تجارب الدول العالمية، ومنها على سبيل المثال المملكة المتحدة؛ للوقوف على أبرز التحديات والمشكلات، ومحاولة حلّها، وكذلك معرفة أوجه التميز في مجال تخصيص قطاعها الصحي، واستنساخ أنظمتها بما يضمن الاستدامة وتعزيز درجات الجودة في القطاع الصحي، وذلك من خلال دمج القطاعين الصحي والعام في أنظمة الرعاية الخاصة لديها، وهو ما يضمن وجود نظامٍ فعّالٍ وشاملٍ لتقديم الرعاية الصحية بالمملكة. وقد توصلنا إلى النتائج والتوصيات الآتية:

خاصة؛ وهذا يهدف إلى توسيع نطاق خيارات المستهلكين، وعلى المدى الطويل تقليل التكاليف. وإضافةً إلى ذلك يضمن وصول التغطية التأمينية الأساسية للجميع.

خامساً: يوصي الباحث بأهمية تفعيل دور التجمعات الصحية وذلك من خلال وجود شركات صحية لديها الأهلية على تنفيذ البرامج التحويلية للخصخصة والمتعلقة بخدمات الرعاية الصحية المتكاملة بمستوياتها المختلفة وذلك بإشراف مباشر من وزارة الصحة كجهة منظمة ومشرفة على المؤسسات الصحية العامة والخاصة بالمملكة.

5 المصادر والمراجع:

أولاً: الأنظمة والقرارات واللوائح

رؤية 2030 برنامج تحول القطاع الصحي

رؤية المملكة 2030 برنامج التخصيص

قرار مجلس الوزراء الملكي رقم (469) وتاريخ 19/1443/08 هـ بتأسيس شركة الصحة القابضة

قرار مجلس الوزراء الملكي رقم (85) وتاريخ 28/1445/01 هـ إنشاء هيئة التأمين

موقع رؤية المملكة 2030 "برنامج تحقيق الرؤية" متاح على الرابط الآتي: <https://www.vision2030.gov.sa/v2030/vrps>

النظام الأساسي للحكم الصادر بالأمر الملكي رقم (أ/90) وتاريخ 27/1412/08 هـ

نظام التخصيص السعودي الصادر بالمرسوم الملكي رقم (م/63) وتاريخ 5/1442/08 هـ

النظام الصحي السعودي الصادر بالمرسوم الملكي رقم (م/11) وتاريخ 23/1423/03 هـ

نظام الضمان الصحي التعاوني الصادر بالمرسوم الملكي رقم (م/10) وتاريخ 1/1420/05 هـ

الهيئة العامة للإحصاء، تعداد السعودية، متاح على الرابط الآتي <https://portal.saudicensus.sa/portal/type=DASHBOARD?15/public/1>

وزارة الصحة "برنامج تحول القطاع الصحي" خطة التنفيذ 2020-2021

وزارة الصحة، منصتي، متاح على الرابط الآتي: <https://www.moh.gov.sa/eServices/Sehhaty/Pages/default.aspx>

تعزيز قيمة وجودة الرعاية الصحية. يهدف إنشاء وتشغيل المركز لخلق آلية تمويل مستدامة تعتمد على تمويل المخرجات للتمكن من تصميم آلية شراء الخدمات الصحية من مشغلي التجمعات الصحية وفق التوجه العالمي والذي يتضمن رضا المستفيد. وتضمن هذه الآلية استدامة مجانية تقديم الخدمات الصحية للمواطنين.

ثانياً: التوصيات:

أولاً: وجود إطار تنظيمي فعال، حيث اتضح من خلال الدراسة والمقارنة مع النظام الإنجليزي أنه يوجد هيئة مستقلة ممثلة من هيئة الجودة والرعاية تمكّن من الحصول على خدمات الرعاية الصحية والشفافية في وصولها للمستفيدين. وفي المقابل نلاحظ أن المملكة تميزت بإنشاء المركز الوطني للتخصيص، وتنبثق عنه اللجنة الإشرافية على التخصيص؛ ولذلك سيكون لزاماً عليهم العمل مع وزارة الصحة، لمراقبة عقود التخصيص، وتطبيقها في القطاع الصحي الخاص بما يضمن تحقيق مستهدفات ورؤية المملكة في تخصيص القطاع الصحي. ومن حيث التحدي في موازنة تكلفة الرعاية الصحية وجودتها، توصي الدراسة باستنساخ بعض التنظيمات لبرنامج التخصيص الإنجليزي، من حيث قدرته ووفراته في الجمع بين تكلفة الرعاية الصحية وجودتها ووجود تشريعات تضمن استمرارية كفاءة الخدمات الصحية ومراقبة المنشآت الصحية الخاصة، للوصول إلى درجة الامتثال.

ثانياً: ضمان العدالة في الخدمات الصحية، من خلال هذه الدراسة تبين أن نظام التخصيص ينشئ خلق نظام صحي عادل وشفاف، ويتكوّن من مستوى واحد ولطبقة واحدة من المستفيدين، على أن تكون إتاحة ووفرة الرعاية والخدمات الصحية مقدمة بالتساوي لجميع المستفيدين ومناطق المملكة، ويمكن الوصول إلى هذا النموذج من خلال نموذج التأمين الصحي، أو بوجود الدعم الحكومي لذوي الدخل المحدود.

ثالثاً: توحيد الأنظمة والتشريعات المتعلقة بالقطاع الصحي، حيث نلاحظ أنه من مستهدفات برنامج تخصيص القطاع الصحي عدم الازدواجية والاختلاف في الاستحقاقات والمكافآت والتوظيف للعاملين في القطاع الطبي، وكذلك الحرص على وجود آلية شفافة في تكلفة الخدمات الطبية، بما يتوافق مع طبيعة وجودة مقدمي الخدمة، وكذلك التوازن العادل للعاملين من الأطباء وغيرهم في المستشفيات، لضمان التوزيع العادل؛ حيث إن هذه الأنظمة واللوائح الموحدة متاحة للقطاع الخاص.

رابعاً: يوصي الباحث بأهمية تفعيل نظام التأمين الصحي التعاوني وشمولية وصوله للمستفيدين، ويكون ذلك بإدخال المنافسة بين شركات التأمين؛ مما يعني أن شركات التأمين التي كانت كيانات عامة ستصبح تدريجياً

- Almasabi, M. 'An overview of health system in Saudi Arabia.'. (in Arabic), (2013) 7 Res J Med Sci 704-
- AlSheikhi, 'The Success of Health Insurance for Saudi Citizens: Hospital Privatisation in Saudi Arabia'. (in Arabic), (2016) 8 European Journal of Business Management 183
- Anandaciva, Siva, 'Culturally competent healthcare systems: a systematic review' (2003) 24 American journal of preventive medicine 68
- Baker E., Potter M., & Jones D., 'The public health infrastructure and our nation's health' (2005) 26 Annu Rev Public Health 303-318
- Baker, A. 'Rich Nation, Poor People: Saudi Arabia by Lynsey Addario' Time 23 May 2013
- Berer, 'Privatisation in health system in developing countries: what's in a name?' (2011) 19 Reproductive Health Matters 4
- Braveman, P. Mixing methods: the entry of qualitative and quantitative approaches into the research process. International Journal of Social Research Methodology 2005;8(3):173-84.
- Champion, D. 'The Kingdom of Saudi Arabia: elements of instability within stability'. (1999) 3 Middle East Review of International Affairs 49 - 73.
- Falkenberg, 'How privatisation and corporatization affect healthcare employee's work climate, work attitudes and ill-health' (Thesis, Stockholm University 2010)
- Ghassemzadeh, 'Privatization of health Organisations in Iran: How to avoid too much of a good thing'. (in Arabic), (2010) 1 Intl J Occup Environ Med 60
- Halverson P, Kaluzny A, Mays G, & Richards T. 'Privatizing health services: alternative models and emerging issues for public health and quality management' (1997) 5 Qual Manage Health Care 1-18.
- Harik, I, Sullivan, D. and Patton, M. Privatization and liberalization in the Middle East (Indiana University Press 1992)
- Homaidahi, K 'Health Insurance as part of health economics'. (in Arabic), (2002) 478 Riyadh Commerce 4852-
- Ibrahim. 'Privatization in Saudi Arabia: is slow beautiful?'. (in Arabic), Thunderbird International Business Review 51.5 (2009): 427440-
- Implementing Regulations of the Cooperative Health Insurance Law in the Kingdom of Saudi Arabia (Amended) Cooperative Council for Health Insurance, Session 73 Ministerial Decision DH/12009) 6131/30/)
- ثانيا: المصادر العربية والأجنبية:
- Abdul Ghafour, P.K. (2005) 'Saudi Arabia: Health Insurance Mandatory from Jan'. (in Arabic), Arab News, Oct 25
- Abdul Ghafour, P.K. (2007d) "Saudi Insurance Market to Reach S.R 30bn: Analysts". (in Arabic), Arab News, Wednesday, 14, February
- Abiuro, et al. 'Universal health coverage from multiple perspectives: a synthesis of conceptual literature and global debates.' (2015) 15 BMC international health and human rights 17
- Ahmad, AlKhaskhasah Mafaheem wa Tajarub, 'Privatization Concepts and Experiences'. (in Arabic), (Markaz AlMajed 1998)
- Akinci, 'Privatization in Healthcare: Theoretical Considerations and Real Outcomes' (2002) 3 Journal of Economic Education Research 62
- Akinci, 'The Role of Privatization in Healthcare Services' (2000) 3 Academy for Economics and Economic Education 14
- Akoum,
- Aksan et al, 'The change in capacity and service delivery at public and private hospitals in Turkey: A closer look at regional differences' (2010) 10 BMC Health Services Research 300
- Al Tamawi, 'Umar Bin Al Khitab wa Usul Al Siyasa'. (in Arabic), Omar ibn al-Khattab and the origins of politics (Alldarah AlHadithah 1969)
- Al-Otaibi, Adel 'Assessment of the Health Insurance in the Kingdom of Saudi Arabia'. (in Arabic), (Master thesis, Maastricht University 2005)
- AlHasher, Hayathem, 'The compliance of healthcare privatisation with sharia and Saudi law: the 2030 Saudi vision for health'. (PhD thesis, Kent University 2019)
- Al-Rajhi Company for Cooperative Insurance. (in Arabic), Decision no. 3 on 262009/07/, the Shariah Board
- Al-Salloum, T., 'Policy choices in developing countries: the case of privatization in Saudi Arabia'. (in Arabic), (PhD Thesis George Mason University 1999)
- AlKhaldi, et al., 'Health education resources availability for diabetes and hypertension at primary care settings. (in Arabic), Aseer region, Saudi Arabia' (2005) 12 Journal of family & community medicine 75
- AlKhamis, Privatization of health services: a necessity or a luxury. (in Arabic)
- Almalki et al. 'The healthcare system in Saudi Arabia: An overview'. (in Arabic), (2011) 7 East Mediterr Health J 784793-

- Peedell, 'NHS Reforms: Further Privatisation is inevitable' (2011) 342 *BMJ* 1112
- Penchansky, et al. 'The Concept of Access: Definition and Relationship to Consumer Satisfaction' (1981) 19 *Medical Care* 127
- Ram, P. 'Management of Healthcare in the Gulf Cooperation Council (GCC) countries with special reference to Saudi Arabia'. (2014) 4 *International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences* 24.
- Rules of Implementation of Cooperative Health Insurance System & Cooperative Health Policy, Ministry of Health Resolution 46023//DH (2002)
- Safi, O. 'The Challenges For Saudi Arabia Health Care System.' (2016) 6 *Indian Journal of Applied Research*
- Umeh, J. 'Healthcare financing in the Kingdom of Saudi Arabia: a review of the options' (1995) 31 *World Hospitals and Health Services* 3
- Vickers, et al., 'Privatization: an Economic Analysis' (MIT Press 1988)
- WHO 'Health Systems Financing: The Path to Universal Health Coverage' (2010)
- Yabroff, et al., 'Access to preventive health care for cancer survivors' (2013) 45 *American journal of preventive medicine* 304
- Younis, 'Privatization: a review of policy and implementation in selected Arab countries'. (1996) 9 *International Journal of Public Sector Management* 18
- Yusuf, *Economic Justice in Islam* (Lahore 1977)
- Zweifel, 'Does privatization contribute to the performance of a health care system?' (2014) 34 *Economic Affairs* 171
- Ismail, 'What Derives Public Health Expenditures in Saudi Arabia. MacroEconometric Analysis.'. (in Arabic), (2016) 6 *International Journal of Science and Research*
- Jack, W., *The evolution of health insurance institutions: theory and four examples from Latin America*, (World Bank Group 2000)
- Jannadi, B., et al. "Current structure and future challenges for the healthcare system in Saudi Arabia." (2008) 3 *Asia Pacific Journal of Health Management* 43
- Janssen, R. & Van der Made, J. 'Privatisation in health care: Concepts, motives and policies' (1990) 14 *Health Policy* 191-202.
- Jone, C., Levis, A. 'Challenge to Saudi Arabian Hospitals?' (1984) 5 *Saudi Medical Journal* 1
- Kahn, et al., *Privatisation and the welfare state* (Princeton University Press 2014)
- Kamel, S. "The Privatisation in Saudi Arabia." *The Economic World* (1995): 22- 26.
- Kemp, *Privatisation: The Provision of Public services by the Private Sector* (McFarland & Co 2007)
- Keane C, Marx J, Ricci E. *Privatization and the scope of public health: a national survey of local health department directors.* (2001) 91 *Am J Public Health* 611– 617
- Keane, *The effects of managerial beliefs on service: Privatization and discontinuation in local health departments* (2005) 30 *Health Care Manage Rev* 52– 61
- Kelley, et al. "Health care quality indicators project." *OECD Health Working Papers*, No. 23 (OECD Publishing 2006)
- Lahn, et al., *Burning Oil to Keep Cool. The Hidden Energy Crisis in Saudi Arabia.* (Chatham House 2011)
- Lewis, et al, 'Are public-private partnerships a healthy option?' (2014) 113 *Social Science & Medicine* 110
- Lizzie, 'DEAL: first IPO on Saudi's parallel market' (2017) *International Financial Law Review*
- Loevinsohn, *Checklist for contracting of health services* (World Bank 2000)
- Londono, B., Jaramillo, I., Uribe, J., *Decentralization and Reforms in Health Services, The Colombian Case.* (The World Bank 1999)
- Maarse 'The Privatization of Health Care in Europe: An Eight-Country Analysis' (2006) 5 *Journal of Health Politics, Policy and Law* 981
- Mahler, Half dan, 'The Meaning of 'Health for all by the Year 2000'. (1981) 2 *World Health Forum* 522-