



# الطريق إلى صحتي

## برنامج الضمان الصحي الوطني

مملكة البحرين

2018



صاحب السمو الملكي  
**الأمير خليفة بن سلمان آل خليفة**  
رئيس الوزراء الموقر



حضرة صاحب الجلالة  
**الملك حمد بن عيسى آل خليفة**  
ملك مملكة البحرين المفدى



صاحب السمو الملكي  
**الأمير سلمان بن حمد آل خليفة**  
ولي العهد نائب القائد الأعلى  
النائب الأول لرئيس مجلس الوزراء

---

# الطريق إلى صحتي

## برنامج الضمان الصحي الوطني

---

مملكة البحرين

## المقدمة

رسمت الخطة الوطنية للصحة لمملكة البحرين التي أقرها مجلس الوزراء الموقر خارطة الطريق للتغيير في القطاع الصحي للعشر السنوات القادمة (٢٠١٦ - ٢٠٢٥).

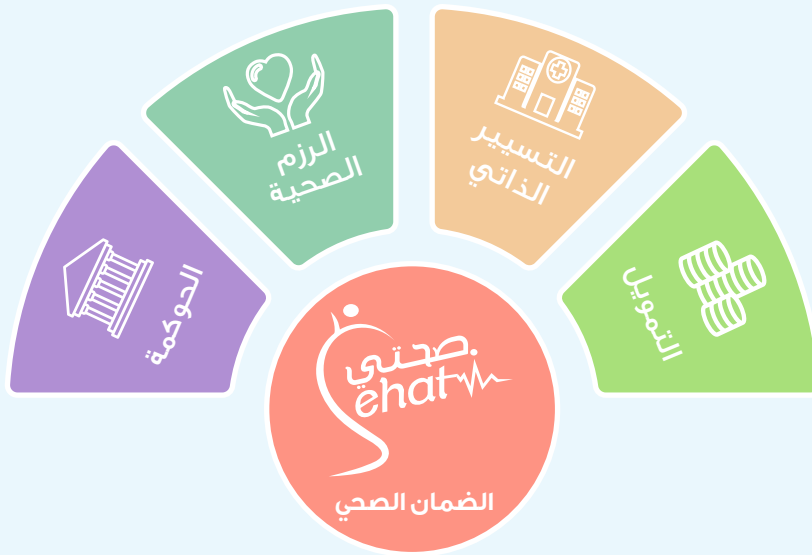
وتهدف الخطة إلى تحقيق الجودة في تقديم الخدمات الصحية وضمان تمويلها واستدامتها، وتوفير الموارد والبنية التحتية البشرية اللازمة وضمان حوكمتها، بما يحقق برنامج عمل الحكومة وما جاء في الرؤية الاقتصادية ٢٠٣٠. وعلى ذلك فمن أبرز أهداف الخطة، تطبيق نظام ضمان صحي شامل يهدف الى تحسين تقديم خدمات صحية متكاملة، ومستدامة، وذات جودة عالية، بالاستخدام الأمثل للموارد المتاحة، وجعله قادراً على تجاوز التحديات التي يواجهها القطاع الصحي في الوقت الحاضر، والمتمثلة في النمو السكاني المتسارع وما يترتب عليه من وضع ديمغرافي يتطلب زيادة في الصرف على الخدمات.

إنّ الغرض من هذه الوثيقة هو تقديم شرح موجز لبرنامج الضمان الصحي الوطني (صحتي) المزمع تطبيقه في مملكة البحرين، علماً بان نظام الضمان الصحي مطبق في أغلب دول العالم، بما فيها دول مجلس التعاون الخليجي كالمملكة العربية السعودية التي طبقتة بدورها على الأجانب والمواطنين العاملين في القطاع الخاص والعمل جار لتطبيقه على جميع المواطنين والمقيمين، وكذلك في دولة الإمارات العربية المتحدة (في إمارتي ابوظبي ودبي)، فيما تشهد دول الخليج الأخرى مراحل مختلفة من تطبيق نظام مماثل. كما تبين الوثيقة شرحاً موجزاً عن أهم مكونات المشروع، كنظم التمويل والتسيير الذاتي والرزم الصحية والحكومة ومراقبة النظام الصحي.

”

من أبرز أهداف الخطة الوطنية للصحة (٢٠١٦ - ٢٠٢٥) تطبيق نظام ضمان صحي شامل يهدف الى تطوير النظام الصحي القائم للاستمرار في توفير الخدمات الصحية المتكاملة والمستدامة ذات الجودة العالية

ويرتكز نظام الضمان الصحي على الاسس التالية:



تحقيق الرؤية الاقتصادية ٢٠٣٠:



## التمويل

### أسس نظام الضمان الصحي الوطني

#### ■ الوضع الحالي

يرتكز تمويل الخدمات الصحية في الوضع الراهن على نظام الميزانية المخصصة حسب النظم المالية المعمول بها في مملكة البحرين، إذ تخصص الدولة الميزانية للمستشفيات وللرعاية الصحية الأولية، من خلال الوزارة المسؤولة (وزارة الصحة المسؤولة عن المستشفيات العامة ووزارة الدفاع التي تشرف على مستشفى العسكري ومستشفى الملك حمد الجامعي)، وذلك على شكل مبالغ محددة موزعة على أبواب الميزانية. إنَّ النظام الصحي الحالي لا يتسم بالمرونة اللازمة، إذ لا يمكن إدارة المستشفيات من التصرف المباشر في الميزانية، أو المناقلة بين الأبواب، ولا توجد آليات دقيقة للمحاسبة، حيث أنَّ النظام المالي الحالي تنقصه الدوافع ووسائل المراقبة لتحسين الكفاءة، ولا يوفر البيئة التنافسية بين المستشفيات ومقدمي الخدمات الصحية الحكومية.

#### ■ الوضع المستقبلي للنظام الصحي مع تطبيق الضمان الصحي

سيخلق النظام الصحي المستقبلي، صندوق للضمان الصحي (شفاء)، والذي سيكون مؤسسة رسمية مستقلة، يشرف عليها مجلس إدارة معين من الحكومة. ومن أهم مهام الصندوق: جمع الاشتراكات من الحكومة للمواطنين ومن الشركات وأرباب العمل للمقيمين بناءً على الرزوم الصحية المتاحة، كما سيقوم الصندوق بإبرام العقود مع مزودي الخدمة لتمويل الخدمات الصحية وشرائها، وسيقدم دراسات تحليلية إحتوارية دورية.

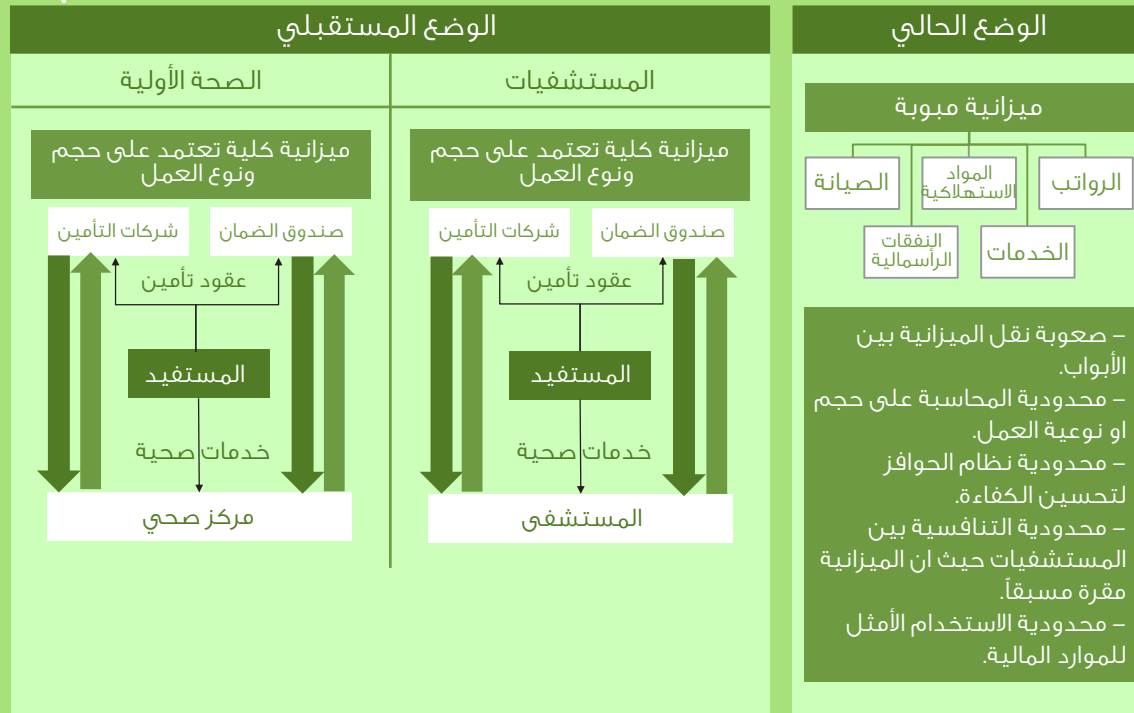
وسيشهد تمويل الخدمات الصحية منحى مغايراً عن الوضع الحالي، حيث سيكون دخل مقدمي الخدمات الصحية (المستشفى) من إيرادات معالجة متلقي الخدمة (المرضى)، وذلك بناءً على نظام تشخيص مجموعة الأمراض ذات الصلة (DRG)

وسيقوم مشتري الخدمة (صندوق الضمان أو شركات التأمين) بتسديد التكلفة للمستشفى بناءً على عقود مسبقة بين مقدمي الخدمة ومشتريها تشمل أسعار الخدمات وآليات الاستحقاقات.

وفي ظل النظام الصحي الجديد ستقدم المستشفيات العامة الخدمات الصحية على أسس تنافسية، إذ يحق للمواطن البحريني اختيار مراجعة أي مستشفى حكومي في الرزومة الصحية الاختيارية فيمكنهم الاختيار بين المستشفيات الحكومية والخاصة مما يجعل معاملة المريض وجودة الخدمات المقدمة هدفاً أساسياً لاجتذاب المرضى.

”

في ظل النظام الصحي الجديد ستقدم المستشفيات العامة الخدمات الصحية على أسس تنافسية، إذ يحق للمواطن البحريني اختيار مراجعة أي مستشفى حكومي في الرزومة الصحية الإلزامية للمواطنين



أما التمويل في الرعاية الصحية الأولية سيكون عن طريق نظام نصيب الفرد (**Capitation**) أي دفع مبلغ محدد لطبيب الأسرة عن كل فرد مسجل في قائمته، ويتم تسليم مستحقات الأطباء شهرياً بالإضافة لخدمات محدودة تغطي بنظام الدفع مقابل الخدمة، مثل العمل الإضافي بعد ساعات العمل وفي الاجازات الرسمية لتغطية الحالات الطارئة.

## تطبيق نظام التسيير الذاتي لادارة المؤسسات الصحية الحكومية

## التسيير الذاتي

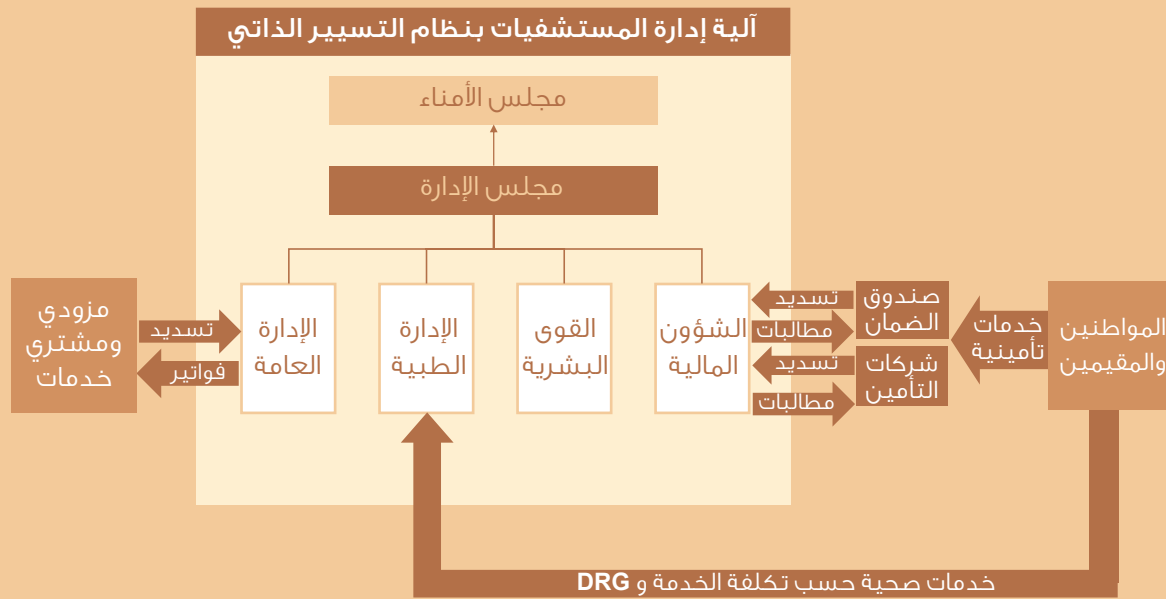
### التسيير الذاتي للمستشفيات:

إنّ تطبيق نظام الضمان الصحي الوطني، وما يخلقه من منافسة بين المستشفيات الحكومية والخاصة في نوعية الخدمات المقدمة لجذب المشتركين، يتطلب تغييراً جذرياً في إدارة المستشفيات الحكومية. حيث أنّ النظام الإداري الحالي للمستشفيات الحكومية والمراكز الصحية لا يوفر الصلاحيات ولا المرونة في التعامل مع الوضع التنافسي الجديد.

لذلك يتطلب تمكين إدارة المستشفيات الحكومية عبر منحها صلاحيات أكبر من خلال تطبيق نظام التسيير الذاتي، لتتمكن من المنافسة والقدرة على جذب عدد أكبر من المستفيدين، ويكون ذلك من خلال إنشاء مجلس أمناء للمستشفيات واعطائه صلاحيات واسعة للإشراف على المؤسسات الصحية الحكومية بما يسهم في توفير افضل الخدمات للمواطنين والمقيمين. ويقوم مجلس الأمناء بتوجيه مجلس الإدارة للمستشفيات مالياً وإدارياً، والتعامل مع متطلبات التنافس مع المؤسسات الصحية الأخرى، للحفاظ على جودة الخدمة. وسيقوم نظام التسيير الذاتي بمنح المؤسسات الصحية العامة سلطة الإدارة المباشرة، مما يعني تغيير نظم اقرار الميزانية ونظم القوى البشرية بما فيها التعامل مع ديوان الخدمة المدنية في إجراءات التوظيف.

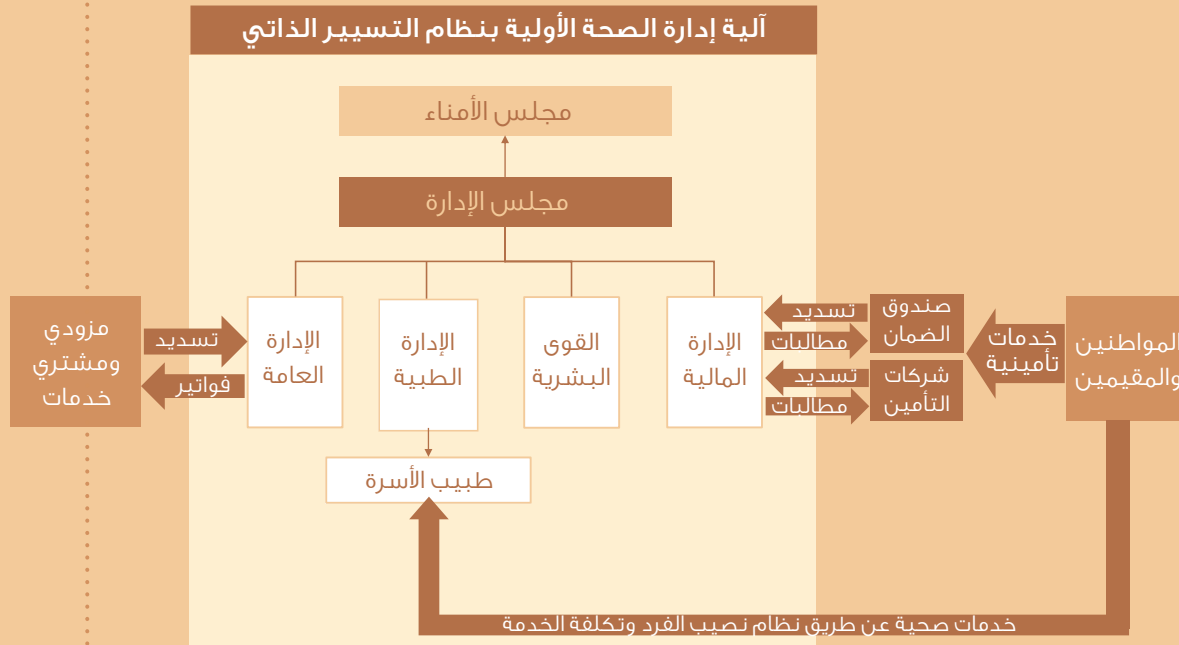
كما سيقوم هذا النظام بوضع إدارة المؤسسات الصحية الحكومية (مجلس الأمناء ومجلس الإدارة) في موقع المسؤولية والمساءلة عن سير عمل المؤسسة، وتحقيق مهامها وأهدافها من حيث حجم العمل وجودته، وسينعكس ذلك على إيرادات المؤسسة لتمكنها من كسب الميزانية الكلية المقررة لها. حال الوصول لحجم عمل مرضي وزيادة في الدخل فيحق للإدارة الاحتفاظ بالربح المحقق حسب القوانين واللوائح المستجدة. أما في حال عجز المجالس عن ذلك فسيتم مساءلتها من المجلس الأعلى للصحة والجهات الرقابية الأخرى.

### التسيير الذاتي: إدارة المستشفيات



## التسيير الذاتي: إدارة الصحة الأولية

## آلية إدارة الصحة الأولية بنظام التسيير الذاتي



## التسيير الذاتي للرعاية الصحية الأولية:

تعتبر الرعاية الصحية الأولية هي المدخل الرئيسي الى الخدمات الصحية، حيث سيقوم نظام التسيير الذاتي بمطابقة كل فرد وعائلته مع طبيب أسرة من اختياره، ويقوم الطبيب في المركز الصحي بتقديم الخدمات العلاجية والوقائية، مثل خدمات التطعيم، والتوعية، والكشف المبكر عن بعض الامراض كأعراض السرطان، والسكري، وغيرها.

وعند حاجة المريض الى الرعاية الثانوية يتم تحويله للمستشفى، وبعد مغادرته للمستشفى، يتم تحويله للمركز الصحي لمتابعة حالته مع طبيب الاسرة والمسؤولين عن الخدمات الاجتماعية حسب حاجته.

أما بالنسبة لإدارة المراكز الصحية العامة، فهي بدورها ستكون تحت إشراف مجلس أمناء ومجلس إدارة مسائل عن أداء هذه المؤسسات كما هو الحال في المستشفيات الحكومية.

”

يقوم نظام التسيير الذاتي بمطابقة كل فرد وعائلته مع طبيب أسرة من اختياره ..

و يقوم الطبيب في المركز الصحي بتقديم خدمات العلاج والوقاية من الامراض ...



## الرزم الصحية:

## الرزم الصحية للمواطنين

## أ- الرزمة الصحية الإلزامية للمواطنين:

الرزمة الإلزامية متاحة لجميع البحرينيين وشاملة لجميع الخدمات الصحية التي يتمتع بها المواطن اليوم وهي: خدمات الصحة الأولية، تشمل العلاج والوقاية والفحص المبكر للأمراض المزمنة، الرعاية الاجتماعية الصحية لكبار السن والمعاقين- خدمات الطوارئ عند الحاجة في المراكز الصحية أو أقسام الطوارئ في المستشفيات-العلاج في المستشفيات العامة والمتخصصة عند التحويل من طبيب الأسرة، علاج الأسنان والعلاج في الخارج لمن لا يتوفر له العلاج في البحرين.

ولا تشمل هذه الرزمة: الغرف الخاصة، عمليات التجميل بما فيها تجميل الأسنان، وتوضع ضوابط لعلاج العقم وأطفال الناييب، كما توضع ضوابط لعمليات علاج السمرة مثل ربط المعدة وغيرها.

## ب- الرزمة الصحية الاختيارية للمواطنين

للمواطن أو من في حكمه الحصول على أي من الرزم الصحية الاختيارية التي يوفرها الصندوق، مدعومة بجزء من قيمة الاشتراك التي تلتزم الحكومة بسداده لتغطية المنافع المقررة في الرزمة الصحية الإلزامية للمواطنين. ومن أهم الخدمات الإضافية تحت هذه الرزمة هي تمكين المستفيد من الحصول على خدمات صحية من القطاع الخاص مع دفع نسبة من فاتورة العلاج «مقدار المشاركة»، كما يحق للصندوق خلق خدمات إضافية أخرى تحت هذه الرزمة.

## ج- الرزمة الخاصة للمواطنين

للمواطن أو من في حكمه الحصول على رزمة صحية خاصة ولا يسقط حقه في الرزمة الصحية الإلزامية عند اشتراكه في هذه الرزمة. ويقوم مزود التغطية التأمينية في وثيقة التأمين بتحديد منافع الرزمة الصحية الخاصة، ومقدار المشاركة أو نسبة التحمل، والحد الأقصى لمبلغ التغطية التأمينية، وشبكة مقدمي الخدمات الصحية وغير ذلك من المسائل.

## الرزم الصحية

وهي مجموع الخدمات المقدمة للمواطنين والمقيمين ضمن نظام الضمان الصحي:

مقدم الخدمة	مزود الخدمة التأمينية	مشاركة الفرد	مصدر التمويل (الاشتراك)	رزم الخدمات الصحية المتوفرة	
المرافق الصحية الحكومية	صندوق الضمان الصحي	رسم (على بعض الفئات)	الحكومة	الرزمة الصحية الإلزامية للمواطنين	المواطنين
المرافق الصحية الحكومية والخاصة	صندوق الضمان الصحي	مقدار المشاركة	دعم جزئي من الحكومة و % مشاركة من المواطنين	الرزمة الصحية الاختيارية للمواطنين	
المرافق الصحية الحكومية والخاصة	شركات التأمين	يحدد حسب الرزمة	خاص	الرزمة الخاصة للمواطنين	
المرافق الصحية الحكومية والخاصة	شركات التأمين الخاصة أو صندوق الضمان الصحي	مقدار المشاركة	صاحب العمل أو الكفيل	الرزمة الصحية الإلزامية للمقيمين	المقيمين
المرافق الصحية الحكومية والخاصة	شركات التأمين الخاصة	مقدار المشاركة	صاحب العمل أو الكفيل	الرزمة الصحية الخاصة للمقيمين	
المرافق الصحية الحكومية	صندوق الضمان الصحي	مقدار المشاركة	الزائر	الرزمة الصحية الإلزامية للزوار	الزوار



## الرزم الصحية

### الرزم الصحية للمقيمين

#### أ- الرزمة الصحية الإلزامية للمقيمين

وتشمل العاملين الأجانب وسيتم تحديد عمر المستفيد من هذه الخدمة، وتشمل هذه الرزمة العلاج في الصحة الأولية وفي الطوارئ عند الحاجة وفي المستشفيات عند التحويل من أطباء الصحة الأولية. ولا تشمل الولادة للسيدات ولا عمليات التجميل، كما أن هناك سقف مالي سنوي للعلاج وعند تجديد التغطية التأمينية للسنوات المقبلة، يتم مراجعة سقف التغطية التأمينية لمن يتعدى السقف المحدد، ويقوم مزود التغطية التأمينية بتقدير قيمة التأمين حسب حالة المريض الصحية.

#### ب- الرزمة الصحية الخاصة للمقيمين

للمقيم الحق في الحصول على الرزمة الصحية الخاصة للمقيمين من مزودي التغطية التأمينية حسب شروط التعاقد بين الطرفين على الأقل منافع هذه الرزمة عن الرزمة الصحية الإلزامية للمقيمين.

#### ج- الرزمة الصحية للزوار

يكون الزائر للمملكة مسئولاً عن سداد اشتراك الضمان الصحي الإلزامي عن نفسه ومن يعوله من الزوار لتغطية المنافع المقررة في الرزم الصحية للزوار وذلك طيلة فترة إقامته في المملكة، وتقتصر المنافع الصحية على الحالات الطارئة والإصابات الناتجة عن الحوادث، ويتم تحديد الحد الأقصى لمبلغ التغطية التأمينية بالنسبة للرزمة، والأحوال التي يتعين على المستفيد سداد مقدار المشاركة لمقدم الخدمات الصحية وغير ذلك من المسائل.

تشمل الرزم الصحية للمواطنين الخدمات التي يتمتع بها المواطن اليوم وهي:

الرزمة الاختيارية للمواطنين	الرزمة الإلزامية للمواطنين
التمويل من الحكومة + نسبة من قيمة الاشتراك السنوي + % من قيمة العلاج	التمويل من الحكومة + رسوم مقرة
الصحة الأولية	الصحة الأولية
الأسنان	الأسنان
الطوارئ	الطوارئ
المستشفيات الحكومية والخاصة	المستشفيات الحكومية
العلاج في الخارج حسب ضوابط	العلاج في الخارج حسب ضوابط
تشمل خدمات أخرى حسب نوع الرزمة ولا تشمل عمليات التجميل	لا تشمل عمليات التجميل
ضوابط لعمليات العقم وتخفيف السمنة	ضوابط لعمليات العقم وتخفيف السمنة

”

الرزمة الإلزامية للمواطنين متاحة لجميع البحرينيين وشاملة لجميع الخدمات الصحية التي يتمتع بها المواطن اليوم

## حوكمة ومراقبة النظام الصحي

### المجلس الأعلى للصحة

المجلس الأعلى للصحة بالتنسيق مع وزارة الصحة يتبنى أهدافاً قيادية رئيسية تعمل من خلالها على وضع الخطط الاستراتيجية ودفعها نحو مسارها الصحيح لتحقيق السياسات المنبثقة من التوجهات الوطنية. يعمل المجلس الأعلى للصحة على بناء شراكات قوية مع عدد من القطاعات والمؤسسات الصحية الحكومية والخاصة والجهات ذات العلاقة لضمان العمل المنظم والمتكامل لتنسجم جميع هذه القطاعات معاً وتكمل بعضها البعض لضمان الكفاءة وعدم هدر الموارد.

### مركز حكمة

ينشأ المركز الوطني لإدارة المعلومات والمعرفة الصحية (حكمة) ويتبع المجلس الأعلى للصحة، ويهدف إلى مراقبة وضبط وتوجيه النظام الصحي الجديد بالتعاون مع الهيئة الوطنية لتنظيم المهن والخدمات الصحية من جهة، وصندوق الضمان الصحي وشركات التأمين الصحي من جهة أخرى. وتتكون (حكمة) من أربع إدارات وهي:

#### أ- إدارة نظم المعلومات الصحية الوطنية

المعلومات الصحية سوف تكون شاملة لكل ما يخص المعلومات العلاجية والمالية، ومصدرها النظم التالية:

#### أ- المخزون الإلكتروني الطبي الموحد (NEMR)

توجد في المستشفيات نظم معلومات داخلية خاصة لكل مستشفى، وتعمل هذه النظم بشكل منفصل عن بعضها البعض، لذلك تم تصميم نظام القاموس الصحي الوطني الموحد لتوحيد المسميات والمصطلحات الطبية، وهو الأساس لمخزون المعلومات الطبية، والذي سيجمع كافة المعلومات عن كل فرد في البحرين من مختلف المصادر الصحية ليضعها في ملف طبي موحد للفرد يمكن ان يطلع عليه الطبيب المعالج المرخص له في البحرين من موقع عمله في أي مؤسسة صحية مراجعة المريض.

وذلك يعني إمكانية مراقبة أداء الأطباء والتزامهم بالتقيد باستخدام الدلائل الإرشادية، ومعايير الجودة، وسبل معالجة الحالات الطبية، حسب إرشادات لجنة الجودة، كما يبين حجم العمل في كل مؤسسة صحية ومراقبة مخرجات العلاج، ويمنع تكرار طلب الفحوصات التي أجريت حديثاً أو تكرار صرف أدوية تم صرفها حديثاً. كما يشمل هذا المخزون المعلوماتي على معلومات مالية ومعلومات أخرى خاصة بالقطاع الصحي

### ب- نظام معلومات التأمين الصحي

وهو النظام الذي يتم من خلاله رفع المطالبات بتكلفة العلاج من مقدمي الخدمة (المستشفيات والعيادات والمراكز الصحية) الى مشتري الخدمة (صندوق الضمان وشركات التأمين)، ويتطلب إكمال نماذج معينة متفق عليها مسبقاً، تحدد نوع الخدمة، وتشخيص المرض، والفحوصات التي خضع لها المريض، ومدة إقامته في المستشفى، والعمليات التي أجريت له، وجميع المبالغ المطلوبة من مشتري الخدمة.

ويقوم النظام بالتدقيق في المعلومات من حيث اكتمالها ومطابقتها لاستحقاق المؤمن عليه، حسب نظام التأمين، ليكتشف أي خطأ حسابي أو حالات التزوير المتكررة، ثم تمرر المعاملة لجهة الدفع (الصندوق، شركات التأمين الخاصة) ويتم تسديدها عن طريق النظام، مما يجعل النظام مصدراً دقيقاً للإنفاق الصحي الإجمالي في المملكة من القطاع العام والخاص والإنفاق المباشر من الأفراد، مما يخلق ويوفر معلومات شاملة للسيطرة على الانفاق في القطاع الصحي.

### ج- نظام إدارة الادوية

وهو نظام لتسجيل جميع الادوية في المملكة من وقت دخولها في المملكة وتوزيعها على الصيدليات والمستشفيات حتى صرفها للمريض حسب وصفة طبية مقرة.

## ٢- إدارة اقتصاديات الصحة:

وهي إدارة تختص ببحث وتحليل كل الأمور المتعلقة باقتصاديات الصحة التفصيلية والإجمالية بما فيها الإنفاق الوطني على الصحة وتساعد على توفير المعلومات الدقيقة والموثقة لاستخدامها في صنع القرار، وتوجيه وضبط الإنفاق في القطاع الصحي.

## ٣- إدارة الجودة:

وهي الإدارة المسؤولة عن العمل مع اللجنة الوطنية لجودة الخدمات الصحية لمراقبة الالتزام بمعايير العلاج، وهي الجهة التي تعمل على منح الحوافز في نظام الدفع مقابل جودة الأداء، وتصدر التقارير المطلوبة عن حجم ونوع العمل وجودته، كما تقوم باستفتاء الجمهور عن مدى رضاه بالخدمات الصحية دورياً.

## ٤- إدارة التخطيط الصحي:

وهي الإدارة المسؤولة عن وضع السياسات والاستراتيجيات للقطاع الصحي على المستوى الوطني، ودراسة المتطلبات المستقبلية من عدد الأسرة وعدد العاملين في القطاع الصحي، من أطباء، وممرضين، وفنيين، وغيرهم، ووضع خطط تدريبية لتحديد التخصصات المطلوبة في الجامعات والمعاهد المختلفة، لتوفير العدد المطلوب من القوى البشرية في المجال الصحي، واعداد خطط لزيادة عدد المستشفيات والمراكز الصحية بحسب الاحتياجات الديموغرافية في المملكة.

ويوفر النظام إمكانيات لضمان سلامة استعمال الادوية من حيث تنبيه الطبيب والصيدلي عن مقدار الجرعات والتفاعل بين الادوية المختلفة، والحساسية عند المريض إن وجدت. كما يمكن لهذا النظام صرف الوصفات الطبية للمرضى المراجعين للعيادات الخارجية من الصيدليات الخاصة خارج المستشفيات الحكومية ويقوم النظام بمراقبة شاملة لصرف الادوية بين جميع مقدمي الخدمة، وترفع الصيدليات الفواتير الكترونياً إلى مشتري الخدمة (صندوق الضمان وشركات التأمين الخاصة) لدفع المستحقات حسب العقود المبرمة بين الأطراف، مما يسهل عملية صرف الأدوية للمرضى من مواطنين ومقيمين عند تطبيق النظام.

## د - نظام التقارير الذكية للمخزون الإلكتروني الطبي الموحد (SUN):

وهو نظام يمكنه استخراج التقارير والمعلومات اللازمة من النظم السالفة الذكر لاستخدامها في صنع القرارات ورسم الخطط والسياسات الصحية المبنية على براهين وحقائق موثوقة . سوف يقدم مركز (حكمة) كل هذه الخدمات للمستشفيات، وشركات التأمين، وصندوق الضمان، والصيدليات، مقابل رسم بسيط على كل معاملة لتكون مصدراً لتمويل المركز.

## النظام المقترح



## إعادة تنظيم وزارة الصحة:

تغيير دور وزارة الصحة من مقدم الخدمة إلى تنظيم ورقابة الصحة العامة وتعزيز الصحة وخدمات الرعاية الاجتماعية وصحة البيئة. إن وزارة الصحة في ظل النظام الجديد لن تكون مسؤولة عن تقديم الخدمات الصحية الأولية والثانوية كما هو الوضع الراهن، وسيكون للوزارة دور مباشر في إدارة خدمات الصحة العامة وتعزيز الصحة بالإضافة إلى تقديم الرعاية الصحية والاجتماعية للمرضى والمعاقين، كما تقع صحة البيئة تحت مسؤوليات الوزارة لما لها من تأثير على صحة المجتمع.

## الهيئة الوطنية لتنظيم المهن والخدمات الصحية (نهر)

وهي الهيئة التي تم انشاؤها بالمرسوم رقم (٣٨) لعام ٢٠٠٩، وهي المسؤولة امام المجلس الأعلى للصحة، عن الترخيص للمستشفيات والمؤسسات الصحية، ولأطباء والممرضين والفنيين لمزاولة المهنة. وتقوم الهيئة بمراقبة المستشفيات والمراكز الصحية ومنحها شهادات الاعتماد، وسوف تعمل لاحقاً بالتنسيق مع مركز (حكمة) بتوسعة مجالات المراقبة على جودة الخدمات الصحية المقدمة في المملكة.

”

يهدف مركز حكمة إلى مراقبة وضبط وتوجيه النظام الصحي الجديد بالتعاون مع الهيئة الوطنية لتنظيم المهن والخدمات الصحية من جهة، وصندوق الضمان الصحي وشركات التأمين الصحي من جهة أخرى.

### 3- Quality Directorate

This directorate will work with the National Quality Control Committee, to monitor adherence to the set quality criteria. It is also the entity that will provide incentives for performance levels (pay for performance-P4P). It will issue periodic reports on the volume and quality of work, and will conduct surveys on patients' satisfaction with the provided services.

### 4- Health Planning Directorate

This directorate will be involved with setting policies and strategies for the health sector on a national level. This includes studying and analyzing future needs with regards to number of beds and manpower, including physicians, nurses, and technicians. It will also be responsible for drafting the training schemes, while working closely with universities and institutes to provide training for specialties needed.

### National Health Regulatory Authority (NHRA)

NHRA was established by royal decree 38 for the year 2009. It is responsible for the licensing of all health institutes and health workers in the Kingdom. The NHRA also oversees the periodic accreditation of all hospitals and health institutes in the Kingdom. Under the new structure, NHRA will be working closely with HIKMA in the monitoring of the quality of the provided health services.

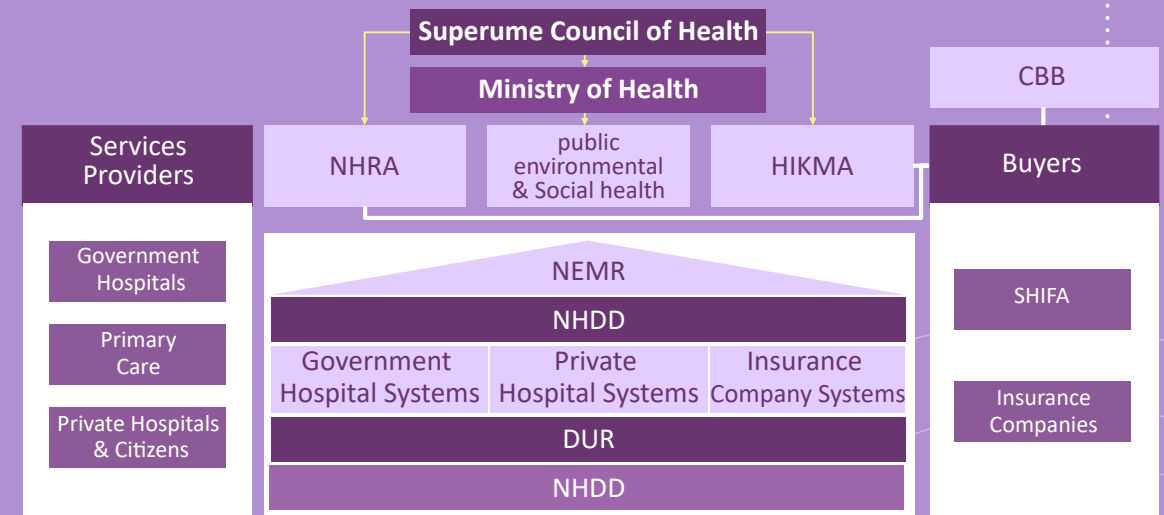


*HIKMA aims to monitor and direct the healthcare industry in collaboration with the National Health Regulatory Authority (NHRA) and the Social Health Insurance Fund Authority (SHIFA), along with the private health insurance companies.*

### Ministry of Health Reform

Under the new system, the Ministry of Health will not be responsible for the provision of health services, as is the case now. It will be assuming a health governance and monitoring role, on top of its public health, health promotion, and environmental health responsibilities. It will also be responsible for the provision of social welfare to the elderly and people with special needs.

### Proposed System



— Direct Relationship  
- - Indirect Relationship

## Governance and Monitoring of Health System:

### Supreme Council of Health:

The Supreme Council of Health in co-ordination with the leadership objectives to develop health policies and strategic plans to guide the health sector entities towards the right track to achieve policies the national directives. The Supreme Council of Health is working to build strong partnership between governmental and private health sectors to ensure systematic and integrated work to align all health sectors to ensure effective use of the resources in the health system.

### HIKMA:

A Health Information and Knowledge Management Agency (HIKMA) will be established under the new system. HIKMA, under the Supreme Council of Health, will aim to monitor and direct the healthcare industry in collaboration with the National Health Regulatory Authority (NHRA) and the Social Health Insurance Fund Authority (SHIFA), along with the private health insurance companies.

HIKMA will be comprised of four directorates:

#### 1- Health Information Directorate:

Health information will be readily available to all health-related institutes and will be based on the following new systems:

##### a. National Electronic Medical Record (NEMR):

Currently, public and private health facilities work with independent health information systems. In an attempt to unify these systems, a National Health Data Dictionary (NHDD) has been designed as a basis for NEMR. NEMR will gather all information in a single data warehouse, that is accessible by healthcare workers in all institutes. This also provides a basis for monitoring the outcomes of treatment as per the directives of the Quality Control Committee. It will also act as a tool to limit the overuse of services, such as repeating unnecessary diagnostic tests or the over prescription of medication.

##### b. Health Insurance Information System (HIIS):

This system will oversee the claims raised from service providers (hospitals and clinics) to service buyers (SHIFA or insurance companies). It involves filling up sample forms that specify the type of service, diagnosis, requested tests, procedures if any, and length of stay. The system provides an audit for the compatibility of the provided information as per the insurance regulations, and would flag any discrepancies. Thus, providing a resourceful tool to control health expenditure.

##### c. Drug Utilization Review (DUR):

This system will review all drugs and pharmaceuticals that enter the Kingdom from port of entry, to distribution amongst pharmacies, and dispensing to patients as per approved prescriptions. The system will provide a tool to ensure the safe use of pharmaceuticals in appropriate doses and drug-drug interactions, as well as flagging allergies if present. It will also allow for the dispensing of drugs from any participating pharmacy, with claims raised to service buyers as per the agreed contracts.

##### d. Smart Utilization of NEMR (SUN):

This system will generate periodic reports from the information systems for use by decision-makers and policy setters, based on evidence and studies.

HIKMA will be self-financed by these services provided to the main stakeholders (health institutes, insurance companies, pharmacies, SHIFA).

#### 2- Health Economics Directorate

This directorate is tasked with the study and analysis of the details of health economics in the Kingdom, including the National Health Accounts (NHA). The provided information will help decision-makers in setting policies, and reviewing the National Social Health Insurance System.



**Benefit Packages for:****Residents/Expatriates:****a. Mandatory Health Package for expats:**

This includes expat workers of a specified age group, and includes primary healthcare and emergency services, as well as secondary healthcare services upon referral by a family physician. It does NOT include labor room services or cosmetic procedures, and there is a cap for spending. If the beneficiary exceeds that cap, the premium rate for the forthcoming year is re-evaluated. This package is paid for by the employer.

**b. Private Health Insurance Package for Expats:**

Expats have the right to sign up with private insurance companies, provided that the benefit package is inclusive of all the services provided in the mandatory package.

**c. Insurance for Visitors:**

Visitors will be responsible for purchasing mandatory health insurance packages for the length of their stay in the Kingdom. These packages will cover accidents and emergencies with a set cap.

 The health packages for the nationals includes all the currently provided services:

Mandatory Package for Citizens	Optional Package for Citizens
Government Funded + Fees	Government Funding & Premium % Co Payment
Primary Care	Primary Care
Dental	Dental
Emergency	Emergency
Government Hospitals	Government & Private Hospitals
Overseas Treatment (Rules & Regulation Apply)	Overseas Treatment (Rules & Regulation Apply)
Does Not Include Plastic Surgery	Includes Other Services (Not Plastic Surgery)
Regulated IVF & Bariatric Surgery	Regulated IVF & Bariatric Surgery



*Mandatory Health Insurance Package: is available to all nationals and paid for by the government. It includes all the currently provided services*

These are a number of proposed benefit packages offered to citizens and residents as per the suggested Social Health Insurance Scheme

## Packages

	Available Packages	Funded by	Cost Sharing	Insured by	Health Facilities
Bahrainis	Bahraini mandatory package	Government	Fees (specific groups)	SHIFA	Government Facilities
	Bahraini Optional Package	Subsidized by Government	+ Co-payment for private facilities	SHIFA	Government and Private Facilities
	Bahraini Private Package	Individual or Employer	+ Co-payment	Private Insurance Companies	Government and Private Facilities
Residents	Residents Mandatory Package	Employer	+ Co-payment	Private Insurance Companies & SHIFA	Government and Private Facilities
	Residents Optional Package	Employer	+ Co-payment	Private Insurance Companies	Government and Private Facilities
Visitors	Mandatory Visitor Package	Visitor	Premium	SHIFA	Government Facilities

### Benefit Packages for:

#### Nationals/ Citizens:

##### a. Mandatory Nationals' Health Insurance Package:

This package is available to all nationals and paid for by the government. It includes all the currently available services today, including: primary health care (preventative and therapeutic), social welfare for the elderly and those with special needs, emergency services, treatment in all public hospitals as per the family physician's referral, dental services, and overseas treatment options. It does NOT include: private rooms, cosmetic procedures (including dental), and there are some regulations with regards to IVF and bariatric surgeries.

##### b. Optional Nationals' Health Insurance Package:

This package includes all services in the mandatory package both in public and private hospitals. Beneficiaries will have to pay a percentage of the yearly premium along with copayments on services in private institutes

##### c. Private Nationals' Health Insurance Package:

Nationals may opt to sign up for a private insurance package from private insurance companies. He/she will still be eligible for the mandatory nationals' package as a citizen. The insurance company specifies the benefits, co-payments, premiums, caps and service providers, ect.

### ■ Autonomy for Primary Healthcare Centers:

Primary healthcare is considered the main gateway to all health services in the Kingdom. Under the new system, each individual will be paired with a family physician of his/her choosing. The family physician will provide therapeutic and preventative services: such as vaccinations, and early detection of diseases, such as cancer, diabetes, and others.

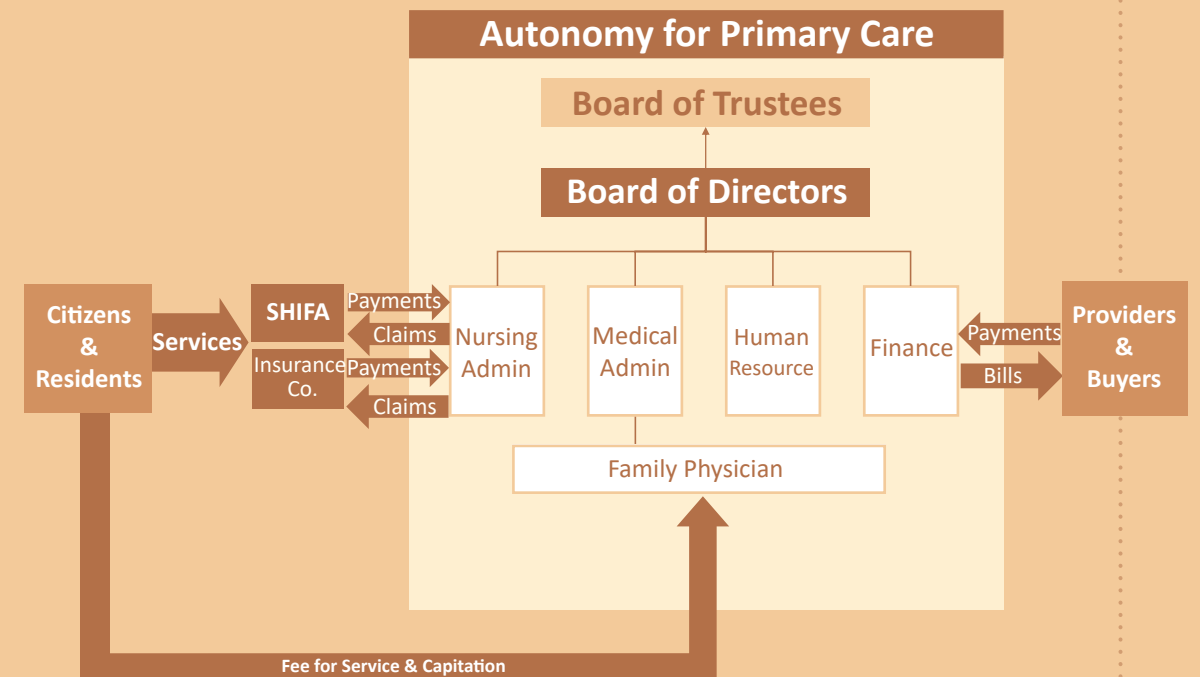
In the event of a required referral to a specialist, then the patient is referred to a secondary healthcare hospital, and after discharge continues to follow up with his/her family physician at the primary healthcare center.

The administration of these primary healthcare centers will be under the designated board of trustees and corresponding board of directors, as is the case with hospitals.

”

*Under the new system, each individual will be paired with a family physician of his/her choosing. The family physician will provide therapeutic and preventative services.*

### ■ Autonomy for Primary Healthcare Care:



## Implementation of autonomy in all public health sectors

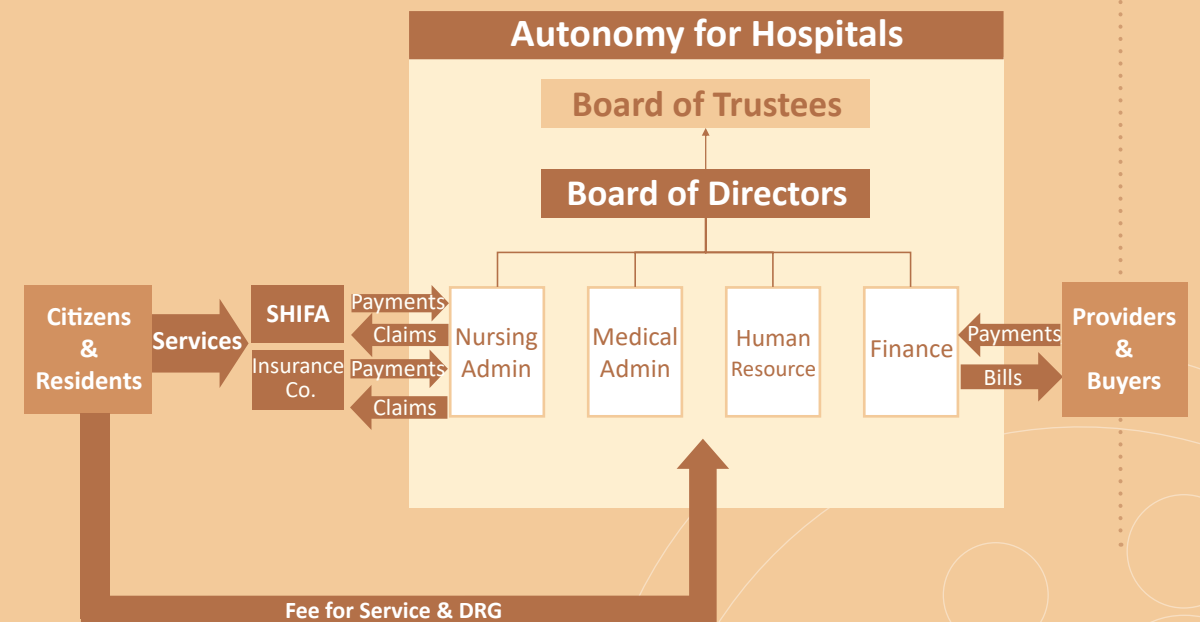
**Autonomy****Autonomy for Hospitals**

The current administrative system in public hospitals is not designed to cope with the planned reforms due to be brought about by the Social Health Insurance Scheme. Hospital Management systems should be changed to adapt with the Future National Social Health Insurance system. and public hospitals will be forced to compete with private hospitals in the quality of the services provided to attract patients. The proposed changes highlight the need to give these institutions greater autonomy through the appointment of a board of trustees and granting it privileges to oversee the functions of public health facilities; be it hospitals or primary healthcare centers. This board of trustees will, in turn, direct the designated board of directors through its financial and administrative duties, to ensure the provision of high quality services.

These institutions will be granted more autonomy in the direct day-to-day running of its activities with regards to budgeting and human resource capital.

This proposed system will then hold the administration (both board of trustees and board of directors) accountable to the quality of services and general workflow to ensure that the set objectives are met.

In this scenario, if the institution achieves a surplus in its budget, then it is granted the freedom to re-invest that surplus according to the set rules and regulations. Similarly, if there is a deficit, or if the institute fails to achieve its set objectives, then those in-charge will be held accountable by the Supreme Council of Health and/or the designated monitoring bodies.

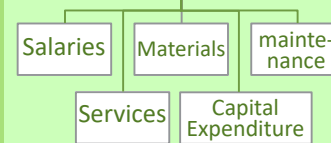
**Autonomy for Hospitals**

Primary Health Care financing, on the other hand, will be based on a Capitation system, whereby the family physician will be paid according to the number of individuals registered with him/her.

These amounts are made out to the facilities to cover the physicians' fees along with certain pay for service provisions, such as overtime and on-call services.

**Current Situation**

**Annual Budget**

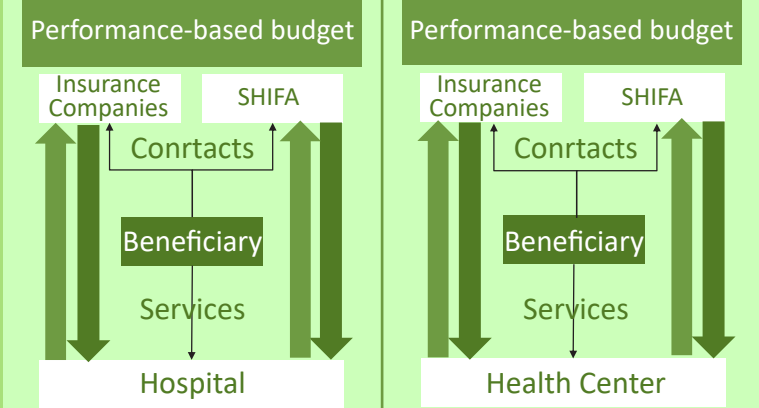


- Difficulty in relocating funds.
- No pay for performance.
- Limited incentives to improve quality.
- Limited competition due to pre-set budgets.
- Limited optimal use of resources.

**Future Situation**

**Hospitals**

**Primary Care**



## Pillars of Social Health Insurance

## Financing

### ■ The Current System

The current health financing system is based on a set central budget. This budget is allocated to public hospitals and primary health care facilities through the designated ministries (Ministry of Health for public hospitals and Ministry of Defense for Royal Medical Services Providers).

This system is characterized by its inflexibility and limits to institutional freedom in directly dealing with the allocation of funds. The system also lacks lineaments of accountability or reward. As a result, these public health providers are rendered incapable of competing with other providers in the market.



*The new system will also create a competitive environment between health providers, where the client (patient) will be given the freedom to choose between public hospitals (for mandatory health package for nationals recipients)*

### ■ The Future System

The new system will witness the birth of the Social Health Insurance Fund Authority (SHIFA). This independent authority will be presided over by a board of directors, appointed by the Government. The main functions of SHIFA will include: collecting premiums from beneficiaries as per the designated package, forging contracts with health providers to finance and purchase health services, and providing periodic actuarial studies.

The proposed system will completely change the financing methodology for health services in the Kingdom of Bahrain. The main source of service provider income would be received payments for services provided to the recipient (patient). This payment system will be based on the globally renowned Diagnostic-Related Grouping (DRG) method for hospitals and Capitation for primary care.

In the new structure, service buyers (SHIFA or private insurance companies) will pay hospitals or health centers based on agreed contracts for the services they provide to the beneficiaries. The new system will also create a competitive environment between health providers, where the client (patient) will be given the freedom to choose between public hospitals (for mandatory health package for nationals recipients) or between public and private hospitals (for the optional health package for nationals recipients).



## Introduction

The National Health Plan (2016-2025), which was endorsed by Cabinet, came to pave the way forward for the health industry in the Kingdom of Bahrain for the coming 10 years. The Plan provides the building blocks for the provision of high quality health services, healthcare sustainability, and securing the necessary manpower and infrastructure, to achieve the set goals of the Economic Vision 2030.

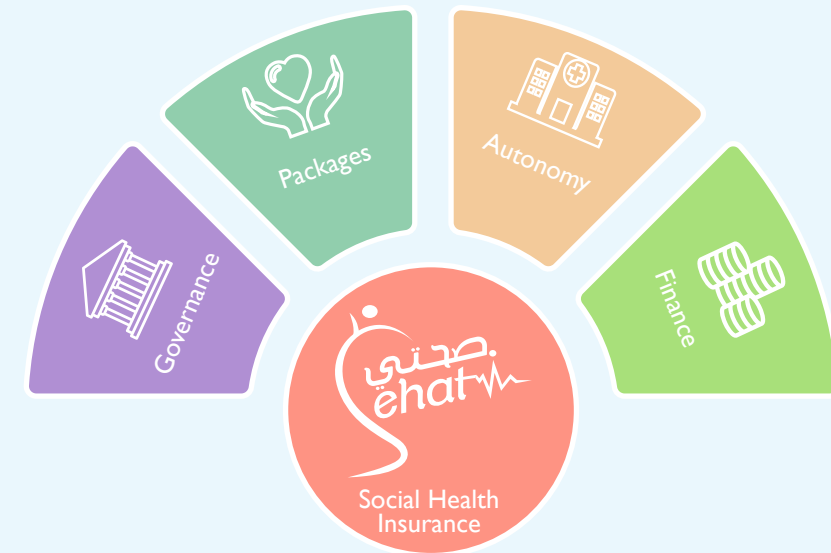
One of the main objectives of the National Health Plan (2016-2025), is the adoption of the Social Health Insurance Program (SEHATI), to develop the quality of the current health system and ensure sustainability. This system is meant to revolutionize the local health sector through better utilizing the available resources, while overcoming pressing challenges, which are mainly due to the rapid increase in population and shifting demographics. This Phenomenon is increasing the burden and demand on health services.

The purpose of this document is to provide a brief explanation of the proposed Social Health Insurance System- its main pillars: including the financing scheme, autonomy of public health providers, insurance packages, and the monitoring and governance of the health system.

It is worth mentioning that different models are already in place in many world countries, including some of the GCC states. The Kingdom of Saudi Arabia has made strides in applying a similar system on expatriates and nationals working in the private sector, Similarly, the United Arab Emirates (particularly Abu Dhabi and Dubai) have already implemented a similar system.

“ One of the main objectives of the National Health Plan (2025-2016), is the adoption of the Social Health Insurance Program (SEHATI), to develop the quality of the current health system and ensure sustainability.

## The System is based on main pillars



## Achieving Economic Vision 2030





His Royal Highness Prince  
**Khalifa bin Salman Al Khalifa**  
The Prime Minister of Bahrain



His Majesty King  
**Hamad bin Isa Al Khalifa**  
King of Bahrain



His Royal Highness Prince  
**Salman bin Hamad Al Khalifa**  
Crown Prince of Bahrain  
First Deputy Prime Minister

# Road to SEHATI

National Social Health Insurance Program

---

Kingdom of Bahrain



# Road to SEHATI

National Social Health Insurance Program

Kingdom of Bahrain

2018