

المملكة العربية السعودية



وزارة الصحة
Ministry of Health

الخطة الاستراتيجية

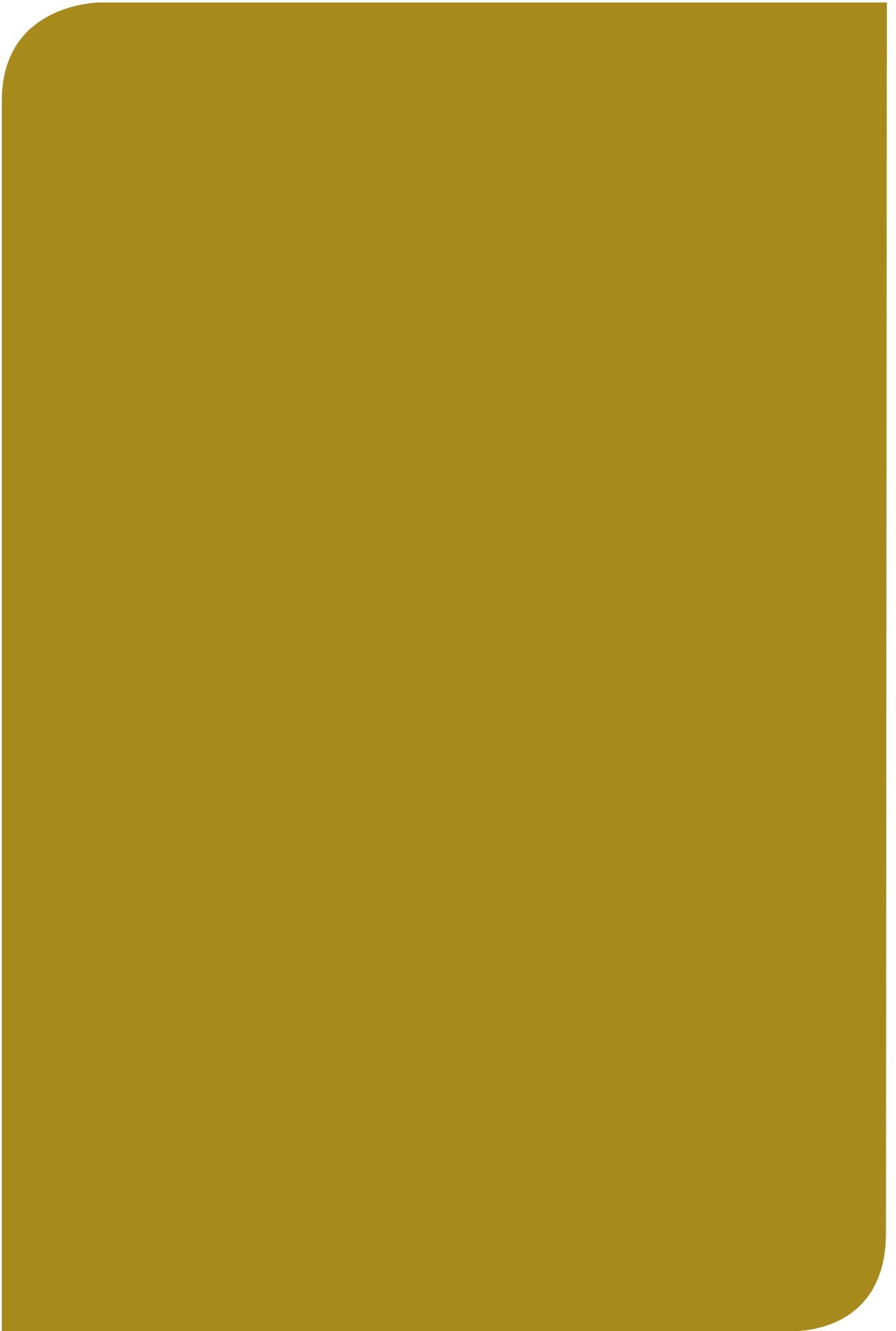
١٤٣١ - ١٤٤٠هـ



المريض أولاً

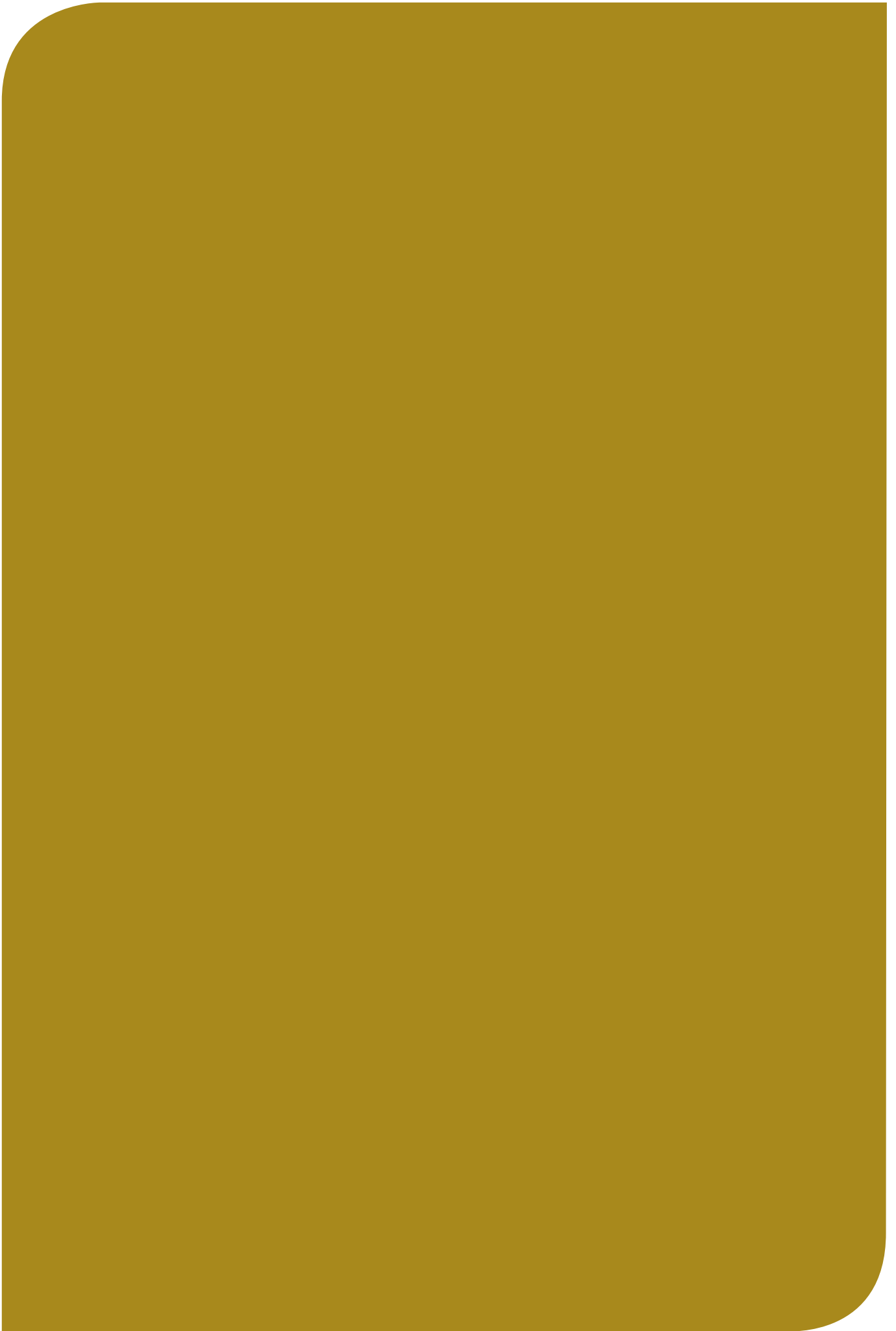
«لا شيء يغلى على صحة المواطن»

خادم الحرمين الشريفين



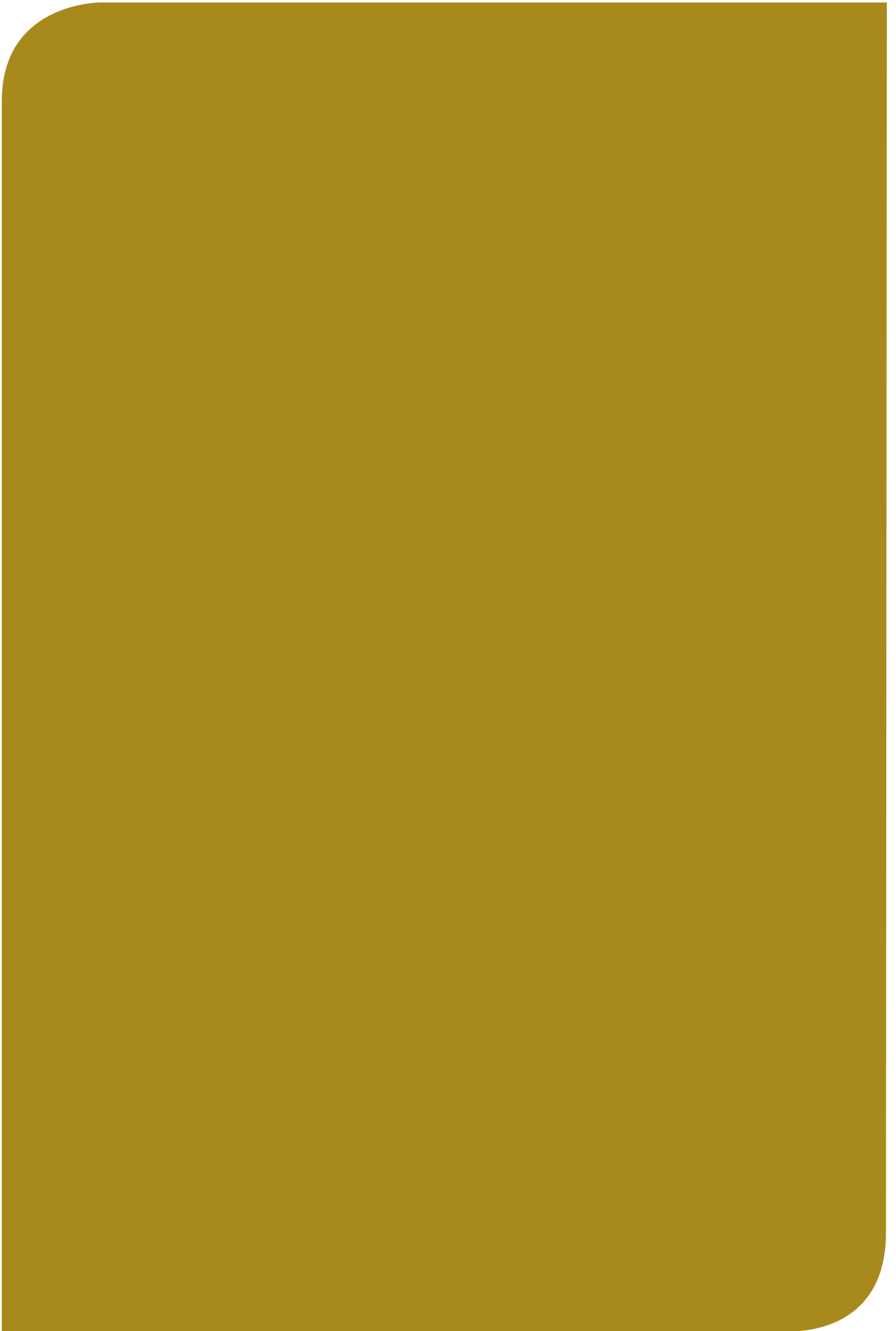
بِسْمِ اللّٰهِ الرَّحْمٰنِ الرَّحِیْمِ







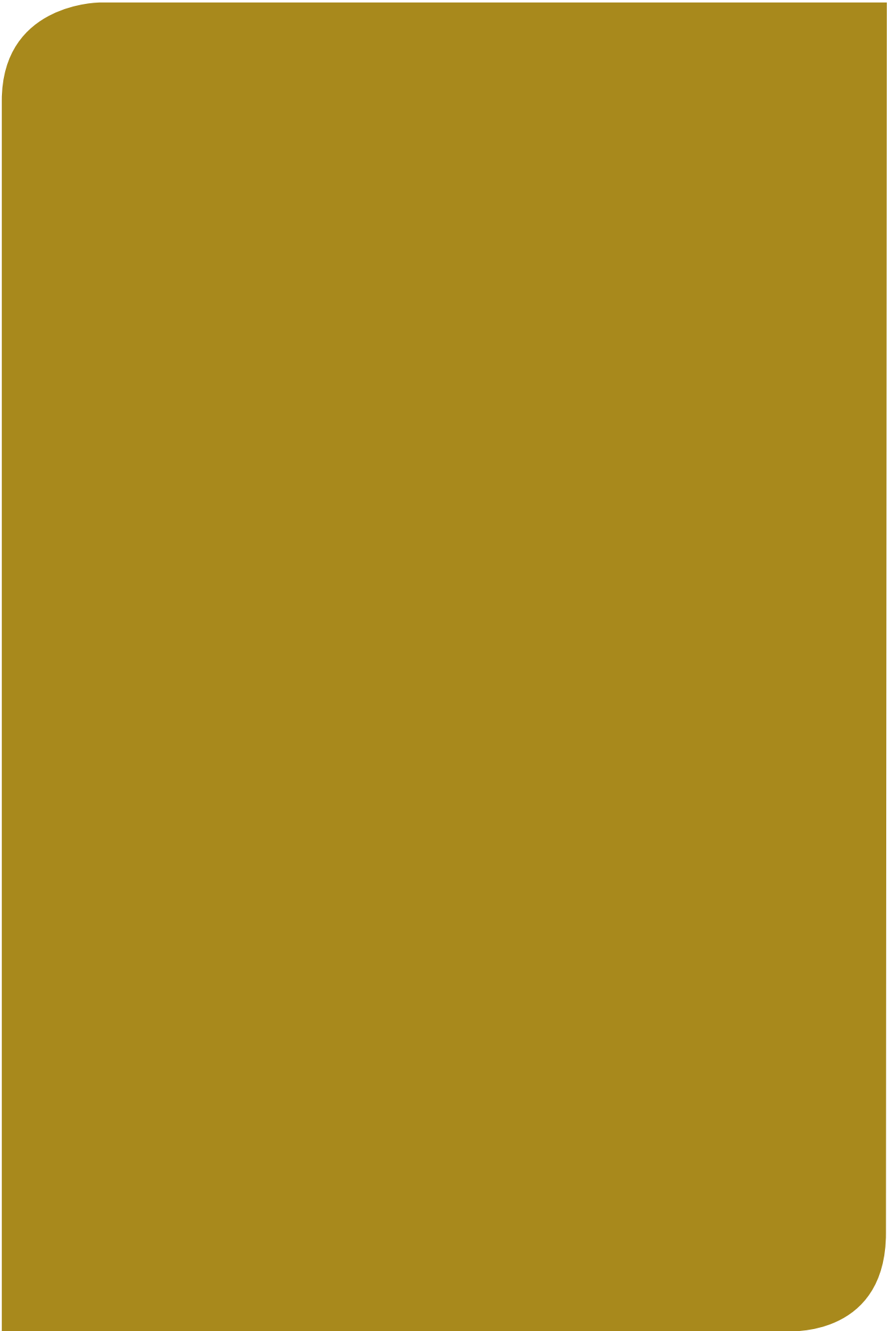
خادم الحرمين الشريفين
الملك عبدالله بن عبدالعزيز آل سعود





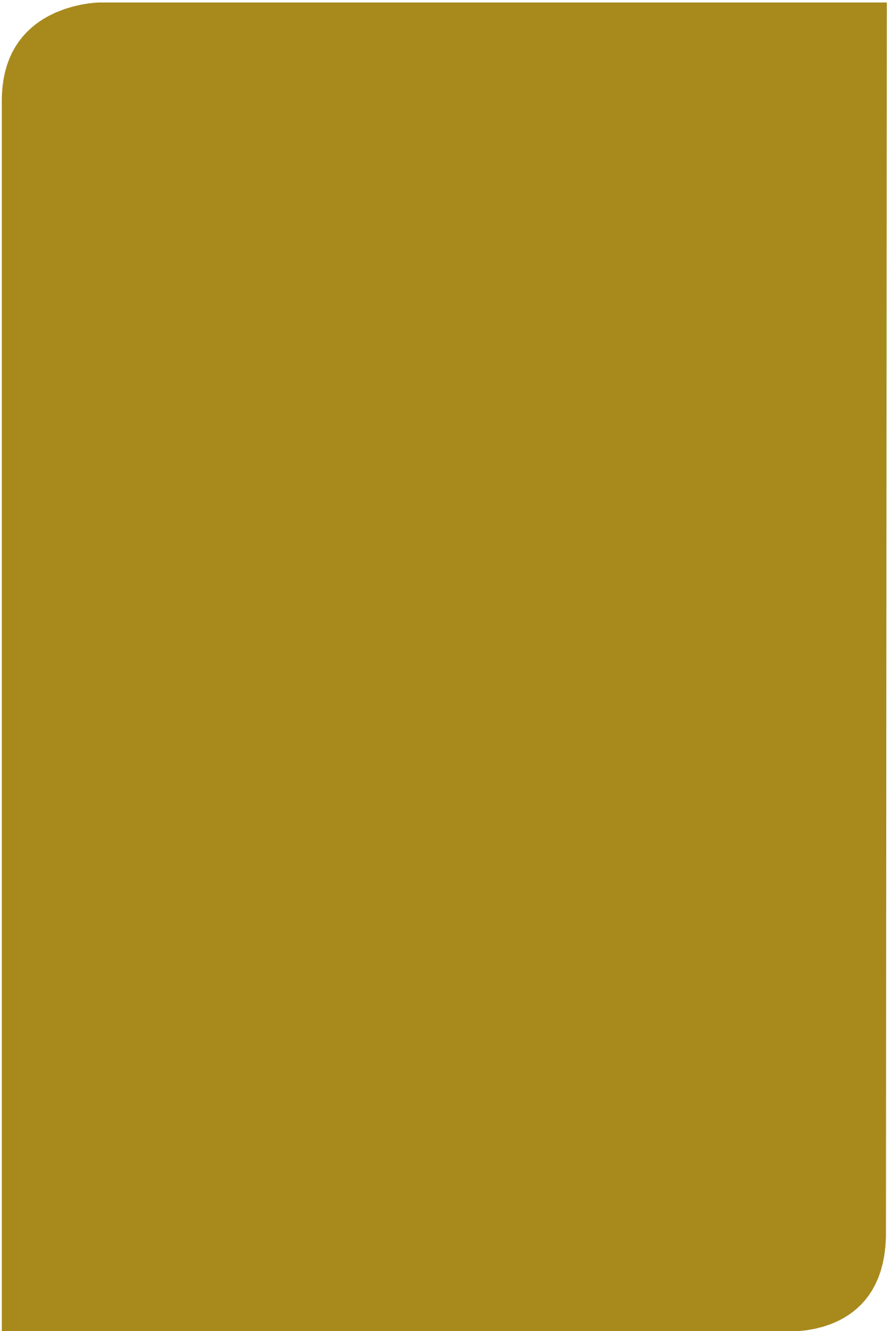
صاحب السمو الملكي الأمير
سلطان بن عبدالعزيز آل سعود

ولي العهد نائب رئيس مجلس الوزراء وزير الدفاع والطيران والمفتش العام





صاحب السمو الملكي الأمير
نايف بن عبدالعزيز آل سعود
النائب الثاني لرئيس مجلس الوزراء وزير الداخلية



٢		كلمة الوزير
٤	لماذا هذه الإستراتيجية؟	مقدمة:
٨	ملامح الوضع الصحي الراهن	الجزء الأول:
٣٦	تحليل مواطن القوة و مواطن الضعف والفرص والتحديات	الجزء الثاني:
٥٨	بناء الإستراتيجية	الجزء الثالث:
٥٩	- الرؤية	
٥٩	- الرسالة	
٥٩	- القيم	
٣٦	- محاور الإستراتيجية	
٦٦	- الأهداف الإستراتيجية، السياسات وآليات التنفيذ	
٨٨	جدول البرامج	الجزء الرابع:
١١٤	المشروع الوطني للرعاية الصحية المتكاملة والشاملة	الجزء الخامس:
٢٣٢	الملاحق	الجزء السادس:
٢٣٣	الملحق الأول: مراحل إعداد هذه الإستراتيجية	
٢٣٤	الملحق الثاني: سرد بالمصطلحات	
٢٣٩	الملحق الثالث: شبكة مستشفيات وزارة الصحة	
٢٤٩		المراجع



تكاد لا توجد دولة في العالم اليوم إلا ويحتدم النقاش فيها حول كيفية تطوير نظامها الصحي، ورفع مستوى جودة الخدمات الطبية التي تقدمها، والمملكة العربية السعودية ليست استثناءً مما يدور في باقي دول العالم، وهذا مايفرضه عليها الدور الريادي الذي تقوم به، والمكانة التي تبوأتها باعتبارها دولة لها وزنها الدولي الذي يجعلها تؤثر بقدر ما تتأثر بما يدور حولها على كل الأصعدة، ومن ذلك ما يدور في مجال الرعاية الصحية.

ومع أن وزارة الصحة وبتعاون وثيق مع كافة القطاعات الصحية الحكومية الأخرى في المملكة قد عملت بنشاط من أجل بناء المزيد من المرافق الصحية في طول البلاد وعرضها وتوظيف المزيد من القوى العاملة وبالتالي زيادة أعداد المستفيدين من خدماتها، إلا أنه لا يزال هناك الكثير مما يجب عمله، فالنظام الصحي في المملكة لا يزال يشككي من كثير من نواحي القصور التي تحتاج إلى مراجعةٍ دقيقةٍ وتطويرٍ شامل.

ولسنا بعيدين عن الحقيقة إذا قلنا بأن جُلّ النقاش المتواصل منذ زمن ليس بالقصير قد انتقل من مجرد حواراتٍ حول ضرورة توفير الميزانية المطلوبة إلى نقاشٍ أوسع يتضمن إضافة إلى ذلك أن تقوم الوزارة بواجبها الذي تشرفت به نحو قيادة وتطوير النظام الصحي الحكومي إجمالاً، بل وإعادة هيكلته لما فيه مصلحة الوطن والمواطن.

ومن هنا كان من الطبيعي أن تبادر الوزارة إلى وضع هذه الإستراتيجية الطموحة التي هي بين أيدينا الآن للسنوات العشر المقبلة، وهي استراتيجية خاصة بالوزارة ولكنها تأتي متمشيةً مع ما تضمنته الإستراتيجية الوطنية للرعاية الصحية للمملكة، وخطة التنمية التاسعة، وهي نتاج استقراء معممٍ لكثير من المعطيات، والدراسات، والأبحاث العلمية، وورش العمل التي قامت بها الوزارة خلال الاثني عشر شهراً الماضية.

لقد انطلقت الوزارة عند وضعها لهذه الإستراتيجية من مجموعة من القيم الأساسية التي لا تتغير بتغير الزمان أو المكان، والتي تعود بجذورها إلى تعاليم الشريعة الغراء القائمة على مبادئ العدل والمساواة والإحسان في أداء العمل واحترام حقوق الإنسان في صحته ومرضه وكونه هو الرقيب على ذاته.

كما استندت هذه الإستراتيجية على رؤية مستقبلية مخلصه بأن نصل بخدمات الرعاية الصحية في المملكة إلى مستويات الجودة التي نجدها اليوم في دول العالم المتقدم، وأن نقوم بإيصالها إلى كل المواطنين بطريقة عادلة، يستوي في ذلك سكان المدن والقرى والهجر، وأن تكون رعاية شمولية لا تعنى بالإنسان عند مرضه فحسب، بل تهتم بكافة الجوانب الأخرى من حيث الوقاية من الأمراض والاكتشاف المبكر لها، وزرع العادات الصحية السليمة لدى أفراد المجتمع كافة.

ولا بد كذلك من أن نشير هنا إلى أن هذه الإستراتيجية حرصت على إبراز العديد من الجوانب التي لم تنل الاهتمام الكافي فيما مضى، فقد ركزت على ضرورة تعزيز ودعم الصحة العامة، والوقاية من الأمراض، وأنماط الحياة الصحية السليمة لدى أفراد المجتمع، إذ لا يخفى على أحد اليوم أن السبب الأول والأهم من أسباب الصحة والمرض إنما يعود إلى سلوك الفرد، وأسلوب حياته، وظروف البيئة التي يعيش فيها، ثم يأتي بعد ذلك كله الرعاية الصحية التي يتلقاها.

ولا يسعني في الختام إلا أن اتقدم باسمي وباسم كافة منسوبي وزارة الصحة بخالص الشكر والامتنان إلى القيادة الرشيدة التي ما فتئت تقدم لنا كل العون والمساندة والدعم، وتنتظر في المقابل من الجميع بذل أقصى ما يستطيعون من جهد في سبيل خدمة المواطن والمقيم على ثرى مملكتنا الحبيبة، ونسأل الله تعالى أن يوفقنا جميعاً فنكون على قدر هذه المسؤولية الكبيرة، وآخر دعوانا أن الحمد لله رب العالمين، والسلام عليكم ورحمة الله وبركاته.

عبد الله بن عبد العزيز الربيعية

هذه الوثيقة تمثل الإستراتيجية الخاصة بوزارة الصحة في المملكة العربية السعودية للسنوات العشر القادمة (١٤٣١-١٤٤٠هـ) / ٢٠١٠-٢٠٢٠م).

تأتي هذه الإستراتيجية بشكلها الحالي متسقةً ومتناغمةً مع استراتيجية الرعاية الصحية في المملكة والتي تمت المصادقة عليها بقرار مجلس الوزراء الموقر رقم (٣٢٠) وتاريخ (١٧/٩/١٤٣٠هـ).

ومنذ بدء خطط التنمية في المملكة العربية السعودية قبل أربعين عاماً، كان تحسين خدمات الرعاية الصحية المقدمة لمواطني المملكة خياراً استراتيجياً تبنته القيادة الرشيدة حفظها الله، ويتجسد هذا الاهتمام بالتنمية الصحية في المادة الحادية والثلاثين من النظام الأساسي للحكم التي اكدت على عناية الدولة بالصحة العامة، وتوفير الرعاية الصحية لكل مواطن، وهو ما أكدته كذلك خطط التنمية الثمان السابقة التي انطلقت جميعها من مفهوم واحد وهو توفير مقومات الرعاية الصحية التي تلبي احتياجات السكان في كل أرجاء المملكة.

وتتولى تقديم خدمات الرعاية الصحية بالمملكة في مجالاتها الوقائية والعلاجية والتأهيلية شبكة من المرافق الصحية التابعة لوزارة الصحة، والتي شهدت قفزات كبيرة في السنوات الماضية، تمثلت في إنشاء المئات من مراكز الرعاية الصحية الأولية، والمستشفيات، والمختبرات، وبنوك دم، وتوظيف الآلاف من الكوادر البشرية الفنية والإدارية، ثم في المحصلة النهائية زيادة إعداد المستفيدين من خدماتها في طول البلاد وعرضها، وبرغم ذلك فإنه لا يزال هناك الكثير مما ينبغي عمله.

إن وزارة الصحة ومنذ إنشائها عام (١٣٧٠ هـ) وحتى اليوم، ظلت هي الجهة الأولى المسؤولة عن توفير خدمات الرعاية الصحية العلاجية والوقائية لسكان المملكة العربية السعودية، ولقد قامت الوزارة بالكثير مما نجد الآن أثره الإيجابي على الوضع الصحي العام في المملكة ومجبتها متقدمةً في العديد من المؤشرات الصحية على كثير من دول العالم، وهي وإن كانت قد تمكنت بفضل الله ثم بتوافر الدعم المتواصل من لدن الحكومة الرشيدة من بناء الآلاف من المرافق الصحية المختلفة عبر ستة عقود مضت، إلا أنها وهي تراجع نفسها اليوم تجد أن هناك نواحٍ كثيرة في منظومة الخدمات الصحية التي تقدمها يعترها القصور، فهناك على سبيل المثال لا الحصر نقصٌ في توفر الأسرة، وطول في مواعيد الانتظار، وتدني في مستويات الجودة، علاوة على ضعف البنية التحتية لكثير من المرافق الصحية التي لا تتوزع على الدوام بشكل يراعي ديموغرافية السكان، وهذا كله يأتي مع عدم وضوح في الرؤية والتخطيط الاستراتيجي القائم على دراسة الحاضر واستقراء المستقبل بطريقة علمية تعتمد لغة الأرقام والإحصائيات، والحقائق المبنية على المسوحات الصحية، والدراسات الميدانية، ثم يأتي فوق هذا وذاك شحٌ في الموارد البشرية المؤهلة ربما هو أكثر ما تحاول وزارة الصحة اليوم معالجته وتحسينه.

لهذا كله، كان من المحتم على الوزارة وضع هذه الاستراتيجية التي هي بين أيدينا اليوم والتي روعي في إعدادها أن تتضمن كل ما من شأنه تحقيق رؤية مستقبلية تتماشى مع ما يشهده قطاع الخدمات الصحية من تطور في العالم أجمع، وما يتماشى كذلك مع الأدوار التي تقوم بها الوزارة باعتبارها الجهة الأساسية المناط بها توفير الخدمات الصحية لسكان المملكة، إضافة إلى مسؤوليتها المتعلقة بالرقابة والإشراف على مرافق القطاع الخاص، وكذلك وضع التشريعات والأنظمة واللوائح المتعلقة بتوفير خدمات الرعاية الصحية لمواطني المملكة العربية السعودية والمقيمين فيها.

إن وزارة الصحة اليوم تشرف بأنها تتولى منفردةً تقديم حوالي ستين بالمائة (٦٠٪) من إجمالي الخدمات الصحية المقدمة لما يزيد عن سبعة وعشرين مليون مواطن ومقيم من خلال شبكة واسعة من المرافق الصحية التي تغطي كافة مناطق المملكة على مساحة تتجاوز المليون كيلومتراً مربعاً، تضم مائتين وأربعة وأربعين مستشفى بسعة سريرية إجمالية تتجاوز ثلاثة وثلاثين ألف سرير، إضافة إلى ألفين وسبعة وثلاثين مركزاً للرعاية الصحية الأولية.

كما تتحمل الوزارة مسؤولية منح التراخيص اللازمة، ومتابعة ومراقبة ما يربو على ألفي مستوصف وعيادة، ومائة وثلاثة وعشرين مستشفى، وثلاثة آلاف ومائتي صيدلية تابعة للقطاع الخاص، بالإضافة إلى التعاون والتنسيق مع الجهات الحكومية الأخرى ذات العلاقة مثل مجلس الخدمات الصحية، ومجلس الضمان الصحي، وهيئة الغذاء والدواء، وذلك لمراقبة المستجندات الطبية ووضع القوانين المنظمة لها.

إن هذه الخطة الإستراتيجية تأتي استجابةً لمجموعةٍ من التحديات الكبيرة التي يواجهها قطاع الرعاية الصحية في مختلف دول العالم ومن بينها المملكة، حيث تشهد الساحة لدينا نمواً كبيراً في مستوى وعي المتلقي للخدمة وثقافته الصحية وارتفاع سقف توقعاته المتمثل في تطلعه المتزايد إلى خدماتٍ صحيةٍ يستطيع الوصول إليها بسهولة ووفق معايير جودة عالية، هذا بالإضافة إلى ما يشهده قطاع الصحة في العالم كله من تحدياتٍ أخرى عديدة ، مثل ارتفاع تكاليف الخدمات الصحية الناتج عن التطور التكنولوجي الطبي المتسارع في مجال الأجهزة والمعدات والتقنيات الطبية المتقدمة والباهظة الثمن، والاكتشافات المتواصلة للعديد من الأدوية مرتفعة الكلفة، وكذلك ارتفاع تكاليف الكفاءات البشرية المؤهلة تأهيلاً عالياً وصعوبة استقطابها، وهذا كله في مواجهة مواردٍ محدودة، وتنامٍ كبيرٍ في الطلب على الخدمات الصحية، تدفعه عوامل كثيرة منها النمو السكاني المتزايد بمعدلات عالية، وتساعد نسبة المسنين الذين تتوقع الإحصاءات أن يفوق تعدادهم المليونى نسمة بحلول عام (١٤٤٠هـ) وما سيتبع ذلك من تزايد الطلب على خدمات الرعاية الصحية المتعلقة بعلاج أمراض الشيخوخة المختلفة مثل أمراض القلب والشرايين، والأمراض العصبية، والجلطات الدماغية والأمراض المزمنة الأخرى مثل الفشل الكلوي والسكري وغيرها من الأمراض التي تحتاج إلى رعايةٍ طبيةٍ متواصلة لفترات طويلة.

يضاف إلى ذلك عوامل أخرى عديدة تقف وراء ارتفاع الطلب على خدمات الرعاية الصحية من بينها ازدياد العبء المرضي الناتج عن الأمراض المزمنة أكثر من ذي قبل، وما تتطلبه هذه النوعية من الأمراض من خدماتٍ تشخيصيةٍ وعلاجيةٍ طويلة الأمد ومرتفعة التكلفة، إضافة إلى نمو الوعي الصحي لدى أفراد المجتمع، وازدياد الطلب على خدمات الفحص الدوري ورصد عوامل الخطورة والاكتشاف المبكر للأمراض وغير ذلك.

ولقد نتج عن كل تلك التحديات أن أصبح الشأن الصحي هاجساً يؤرق وزارات الصحة في كل دول العالم مما جعلها تخصص من أجله الميزانيات الكبيرة، والموارد المختلفة، هذا بالإضافة إلى ما تواجهه وزارة الصحة في المملكة تحديداً من تحديات أخرى، تتعلق بكبر مساحة المملكة وصعوبة جغرافيتها واحتوائها على أكثر من ألفي قرية ومدينة صغيرة تتناثر على مسافاتٍ متباعدة ومناطقٍ وعرة، الأمر الذي زاد من صعوبة تقديم الخدمات الصحية بالسرعة والكفاءة المطلوبة.

وعلاوة على ما ذكر، فإن الطب الحديث يسير حثيثاً نحو الممارسات الطبية المبنية على البراهين وعلى نتائج البحث العلمي، كما تغير مفهوم الصحة عموماً من مجرد الخلو من الأمراض والعلل إلى اكتمال سلامة المرء بدنياً وذهنياً ونفسياً، يصاحب ذلك اهتمام عالمي بمفاهيم تعزيز الصحة، والتثقيف الصحي، والوقاية قبل العلاج، والكشف المبكر عن الأمراض ودراسة أنماطها من حيث النسب وأسباب الحدوث والتوزيع الجغرافي والسكاني، وضرورة وجود سجل وطني يعنى بتسجيلها، وتحليل بياناتها ، وكلها أدوارٍ شابها بعض القصور سابقاً، مما يضاعف الحاجة إلى تضمينها في هذه الإستراتيجية.

وإضافة إلى ماسبق، فإن العالم اليوم وفي كل القطاعات الحيوية ومن ضمنها القطاع الصحي، يشهد عزوفاً عن الأساليب التقليدية في إدارة وتشغيل المنشآت الصحية وغير الصحية، وتوجهاً متزايداً نحو استخدام مؤشرات الأداء كأدوات موضوعية محايدة لقياس الأداء ومراقبته، والتأكد من أن المنشأة تسير في الطريق الصحيح وبالسرعة والكفاءة المطلوبة نحو تحقيق أهدافها المحددة سلفاً، وهذا هدف إستراتيجي تضمنته هذه الخطة ، وتسعى الوزارة إلى الوصول إليه كأسلوب للعمل في كل المرافق التابعة لها خلال السنوات المقبلة، لاسيما وقد جاءت توجيهات الحكومة الرشيدة بضرورة التحول إلى تطبيقات الحكومة الإلكترونية في كافة المجالات، ومكننة أساليب العمل، والاعتماد على مؤشرات قياس الأداء، وهذا سبب آخر دعا الوزارة إلى إعداد إستراتيجية تتماشى مع تلك التوجهات.

كما لا يخفى على أحد ما تشهده بلادنا الغالية من طفرة مباركة في أعداد الجامعات وكليات الطب الجديدة، حيث وصل عددها إلى أربعةٍ وعشرين جامعةً حكوميةً وست جامعات خاصة، وما يتبعها من كليات الطب وكليات التمريض، وبذلك فإن أعداد الخريجين الجدد من الأطباء والصيدالين والتمريض والفئات الطبية الأخرى هي في تزايد مستمر، وهو ما يشكل تحدياً آخر ليس فقط أمام وزارة الصحة بل وكافة القطاعات الصحية الحكومية الأخرى من أجل وضع إستراتيجية واضحة لتأمين فرص العمل، والتدريب، والتأهيل، والابتعاث لكل تلك الأعداد في المستقبل القريب.

كما أن مكانة المملكة التي شرفها الله تعالى بها كونها موطن الحرمين الشريفين اللذين يمثلان قبلة المسلمين ومهوى أفئدة الحجاج القادمين من كل مكان في المعمورة، يستدعي منها التركيز المععمق على تطوير أنظمة الطب الوقائي، والتعامل مع الحشود، ومكافحة الأوبئة، وكلها عناصر أساسية تضمنتها هذه الاستراتيجية، كما أن هناك تحديات أخرى كبيرة أمام الجهات المعنية في المملكة ومن ضمنها وزارة الصحة، مثل حالات الإعاقة بأنواعها الجسدية، والحسية، والنفسية، والتي تقدرها المصادر بنسبة خمسة الى سبعة في المائة من اجمالي السكان، وما يتعلق بها من خدمات الصحة النفسية واعادة التأهيل، وغير ذلك الكثير مما تطرقت إليه هذه الاستراتيجية.

لقد بادرت وزارة الصحة من خلال الخطة الاستراتيجية الحالية إلى الأخذ بالمنهج الحديثة في تقديم خدمات الرعاية الصحية والتي تستند إلى أن المريض هو مركز النظام الصحي وليس مجرد جزء فيه، وهذا معناه أن منظومة الخدمات الصحية تتمحور كلها حول تلبية احتياجاته الصحية في الوقت المناسب والمكان المناسب، ابتداءً بالرعاية الصحية الأولية وانتهاءً بالخدمات العلاجية المتخصصة، وبطريقة مهنية يضمن معها المريض كافة حقوقه مثل حقه في معرفة طبيعته حالته، وحقه في معرفة خيارات العلاج المختلفة، وحقه في اختيار الطبيب المعالج، وحقه كذلك في أن تتم معاملته دائماً بطريقة تضمن كرامته، وتلبي تطلعاته وتوقعاته بلطف واهتمام وعناية، وهذه كلها جوانب لم تلق حظها من الاهتمام الكافي فيما مضى، ولكنها وكما سيرد لاحقاً أحد الأهداف الرئيسية التي تضمنتها هذه الاستراتيجية وذلك باعتمادها منهج الرعاية الصحية المتكاملة والشاملة كأسلوب لتقديم الخدمة، وتطبيق ذلك عملياً من خلال المشروع الوطني للرعاية الصحية المتكاملة والشاملة، والذي تم عرضه على المقام السامي، وجاء التوجيه الكريم باعتباره مرجعاً تستند اليه وزارة الصحة في كل خططها المستقبلية، وذلك بعد ان تم عرضه ومناقشته وتأييده بحماس من الخبراء والمهتمين بالشأن الصحي من داخل الوزارة وخارجها، وكذلك أعضاء اللجنة الصحية في مجلس الشورى، وأعضاء المجلس الاستشاري العالمي التابع للوزارة، وخبراء دوليين من جامعة هارفارد ومجموعة كليفلاند الطبية في الولايات المتحدة الأمريكية.

تبحث هذه الاستراتيجية كذلك في جوانب أخرى هامة، مثل الخيارات المتعلقة بالتأمين الصحي، والبرامج الموجهة نحو دراسة دورالضمان الصحي التعاوني، والنظر في تفعيل دوره ليشمل شرائح جديدة من المجتمع، كما تتضمن الاستراتيجية ضرورة اعداد الدراسات المتعلقة بما سوف تكون عليه مستشفيات الوزارة في المستقبل فيما يتعلق بخيارات التخصص، والأساليب المثلى في الإدارة والتشغيل وفق مبادئ اقتصاديات الصحة، وحساب التكلفة، وتنوع مصادر التمويل، والاستخدام الأمثل للموارد.

لقد تم الاعتماد في إعداد هذه الإستراتيجية على الكثير من الوثائق والدراسات والأبحاث المتخصصة في المجال الصحي، إضافة إلى العديد من المقابلات الشخصية، وورش العمل التي مرت بها أثناء إعداد مكوناتها الأولى، علاوة على ما تم استخلاصه من ملاحظات واقتراحات وردت إلى الوزارة من جهاتٍ وهيئاتٍ عديدة، إضافة إلى الكثير من المقالات المتعلقة بالشأن الصحي.

تحتوي الأجزاء المقبلة على استعراض للملامح الوضع الصحي الراهن، يليه شرح لمواطن القوة والضعف لدى وزارة الصحة، وكذلك الفرص والتحديات التي تواجهها، ثم بناء الخطة الاستراتيجية عن طريق تحديد مضمون الرؤية والرسالة ومنظومة القيم والمبادئ الأساسية التي تحكم العمل في الوزارة، ومن ثم تحديد الأهداف الإستراتيجية الرئيسية التي ترمي هذه الاستراتيجية إلى تحقيقها من خلال الكثير من السياسات وآليات التنفيذ والبرامج والمبادرات، كما سيرد ايضاحه لاحقاً.

ملاحح الوضوع الصحي الراهن

النشأة والبناء التنظيمي

كانت البدايات الفعلية لتقديم خدمات الرعاية الصحية في المملكة عقب انشاء المديرية العامة للصحة والاسعاف في عام (١٣٤٤هـ)، ومن ثم تحويل مسماها لاحقاً الى وزارة الصحة في عام (١٣٧٠هـ) بموجب المرسوم الملكي رقم (٨٦٩٧/١١/٥) لكي تتولى مسؤولية تقديم الخدمات الصحية لسكان المملكة العربية السعودية ممثلة في خدمات الرعاية الوقائية، والعلاجية، والتأهيلية، والتعزيزية، والمحافظة على الصحة العامة بما يتماشى مع مبادئ الشريعة الإسلامية، وأخلاقيات المهنة ومن خلال رفع مستوى الوعي الصحي، والإرتقاء بمستوى ونوعية الخدمات والنظم الصحية وتحسين أدائها وجودتها، وتحقيق العدالة في توزيع الخدمات الصحية كماً ونوعاً في مختلف مناطق المملكة.

وقد اشارت المادة الخامسة من النظام الصحي إلى مسؤولية وزارة الصحة عن توفير الرعاية الصحية، وأن عليها على وجه الخصوص الالتزام بما يلي:

١. تقديم خدمات الرعاية الصحية الأولية.
٢. توفير خدمات الرعاية الصحية في المستشفيات والمراكز العلاجية الثانوية والتخصصية.
٣. إعداد الإحصاءات الصحية والحيوية، وإجراء الدراسات والأبحاث العلمية وتحليلها والاستفادة منها.
٤. وضع الإستراتيجية الصحية والخطط اللازمة لتوفير الرعاية الصحية.
٥. وضع البرامج لإعداد القوى العاملة في المجال الصحي وتطويرها بالتعاون مع الجهات ذات العلاقة.
٦. وضع التعليمات والاشتراطات الخاصة بمنع دخول وانتشار الأمراض المعدية، والأمراض الوبائية والمحرية، والإبلاغ عنها، والعمل على مكافحتها أو القضاء عليها، مع تطبيق الإجراءات الوقائية والعلاجية اللازمة.
٧. وضع الضوابط والاشتراطات اللازمة للترخيص للمؤسسات الصحية الخاصة والعاملين بها، ومراقبة نشاطاتها وجودة أدائها.
٨. وضع قواعد ومعايير الجودة النوعية للرعاية الصحية وضمان تطبيقها.
٩. التأكد من الممارسة الصحيحة للمهن الصحية ومدى التزام العاملين بقواعد المهنة وأخلاقياتها.
١٠. العمل على وضع القواعد المنظمة لإجراء الأبحاث والتجارب الطبية والدوائية.
١١. وضع الخطط والبرامج لنشر التوعية الصحية الشاملة على مستوى المجتمع.
١٢. التعاون والتنسيق مع الدول والمنظمات الإقليمية والعالمية في مجالات الصحة العامة والرعاية الصحية.

يرتكز البناء التنظيمي لوزارة الصحة اليوم على وكالة الوزارة للشؤون التنفيذية، ووكالة الوزارة للتخطيط والتطوير، وتندرج تحتها تخصصات الطب العلاجي، والطب الوقائي، وتطوير القوى العاملة، والتخطيط والبحوث، والمختبرات وبنوك الدم، وتقنية المعلومات، وضمان الجودة، والعديد من الإدارات الأخرى التي تختص بتنظيم تقديم الخدمات الصحية بمستوياتها المختلفة، والإشراف على المرافق الصحية للقطاع الخاص، وغير ذلك.

وفي المناطق المختلفة للمملكة يتم تمثيل الوزارة من خلال ثلاث عشرة مديرية عامة للشؤون الصحية تتوزع على المناطق الادارية الرئيسية في المملكة، ويتبعها سبع مديريات أخرى، وبذلك فإن خدمات الوزارة منتشرة في كافة أرجاء المملكة من خلال عشرين مديرية للشؤون الصحية.

تقدم وزارة الصحة خدمات الرعاية الأولية من خلال شبكة واسعة من مراكز الرعاية الصحية الأولية المنتشرة في كل انحاء البلاد، وتقدم كذلك الرعاية المتخصصة بجميع مستوياتها من خلال مستشفياتها العامة، والتخصصية، والمدن الطبية، وأهلية العلاج

مفتوحة لكل مواطني المملكة العربية السعودية والمقيمين العاملين في القطاع الحكومي، أما العاملون في المؤسسات والشركات الخاصة فيتم علاجهم في مستشفيات القطاع الخاص من خلال برنامج تأمين صحي يشرف عليه مجلس الضمان الصحي التعاوني.

ومنذ البدء بتنفيذ الخطة الخمسية الأولى للتنمية (١٣٩٠-١٣٩٥هـ) وحتى نهاية الخطة الخمسية الثامنة (١٤٢٥-١٤٣٠هـ) شهد القطاع الصحي على مستوى المملكة تطوراً كبيراً على جميع الأصعدة، وشهدت وزارة الصحة على وجه الخصوص نقلة كبيرة ارتفع معها عدد المرافق التابعة لها من ثلاثين مركزاً للرعاية الصحية الأولية وأحد عشر مستشفى في عام (١٣٦٥هـ) إلى ما يتجاوز (٢٠٣٧) مركزاً و(٢٤٤) مستشفى تضم أكثر من (٣٣,٠٠٠) سرير بحلول عام (١٤٣٠هـ). وقد صاحب هذا التوسع في البنية الأساسية تحسن كبير في خدمات الرعاية الصحية، ظهر ذلك جلياً في تحسن العديد من المؤشرات الصحية الهامة، مثل انخفاض معدلات الإصابة بالأمراض السارية، ومعدل وفيات الأطفال، وزيادة العمر المأمول عند الميلاد، والعديد من المؤشرات الأخرى التي سيتم الحديث عنها في الصفحات المقبلة.

المؤشرات الديموغرافية

ارتفع إجمالي السكان حسب التعدادات الرسمية الأربعة التي نفذتها المملكة من نحو (٧) ملايين نسمة في عام ١٣٩٤ هـ / ١٩٧٤ م إلى نحو (١٦,٩) مليون نسمة في عام ١٤١٣ هـ / ١٩٩٢ م، ثم إلى نحو (٢٢,٦٧) مليون نسمة في عام ١٤٢٥ هـ / ٢٠٠٤ م، وفي عام ١٤٣١ هـ / ٢٠١٠ م وبحسب بيانات مصلحة الإحصاءات العامة والمعلومات، وصل إجمالي السكان إلى نحو (٢٧,١٣٦,٩٧٧) مليون نسمة، وذلك على النحو التالي :

٢,٢٥	المساحة (مليون كم٢)	٢٧,١٣٦,٩٧٧	عدد السكان الاجمالي
١١,٥ %	نسبة السكان أقل من ٥ سنوات	١٨,٧٠٧,٥٧٦ (٦٩%)	عدد المواطنين السعوديين
٣١,٩٧ %	نسبة السكان أقل من ١٥ سنه	٩,٥٢٧,١٧٣ (٥٠,٩%)	الذكور السعوديين
٦٤,٩	نسبة السكان من ١٥-٦٤ سنه	٩,١٨٠,٤٠٣ (٤٩,١%)	الإناث السعوديات
٢,٨١ %	نسبة السكان من ٦٥ سنة فأكثر	٨,٤٢٩,٤٠١ (٣١%)	المقيمين
٢٣,٧ %	المعدل الخام للمواليد لكل ألف نسمة	٥,٩٣٢,٩٧٤ (٧٠%)	المقيمين الذكور
٣,٠٤	معدل الخصوبة الكلي	٢,٤٩٦,٤٢٧ (٣٠%)	المقيمين الاناث
٧٣,٥	متوسط العمر المأمول عند الولادة	٤,٦٤٣,١٥١	المساكن

المصدر : مصلحة الإحصاءات العامة ١٤٣١ هـ - ٢٠١٠ م

يتضح من الجدول السابق أن عدد السكان السعوديين خلال عام ١٤٣١ هـ قد بلغ (١٨,٧) مليون نسمة، بنسبة مئوية تصل إلى (٦٩%) من إجمالي السكان، فيما بلغ عدد الأخوة المقيمين (٨,٤) مليون نسمة، وبنسبة مئوية تصل إلى (٣١,١%) تقريباً. وباستعراض التعدادات الأربعة السابقة، يتضح أن تعداد المواطنين السعوديين قد ارتفع من (٦,٢) مليون إلى (١٢,٣) مليون ثم

إلى (١٦,٥) مليون خلال الأعوام (١٣٩٤-١٤١٣-١٤٢٥هـ) حتى وصل إلى مستواه الحالي (١٨,٧) مليون نسمة، أما بالنسبة للمقيمين من غير السعوديين، فقد ارتفع عددهم من (٠,٨) مليون إلى نحو (٤,٦) مليون، وإلى نحو (٦,١٤) مليون خلال نفس الفترة، حتى وصل إلى مستواه الحالي (٨,٤) مليون نسمة.

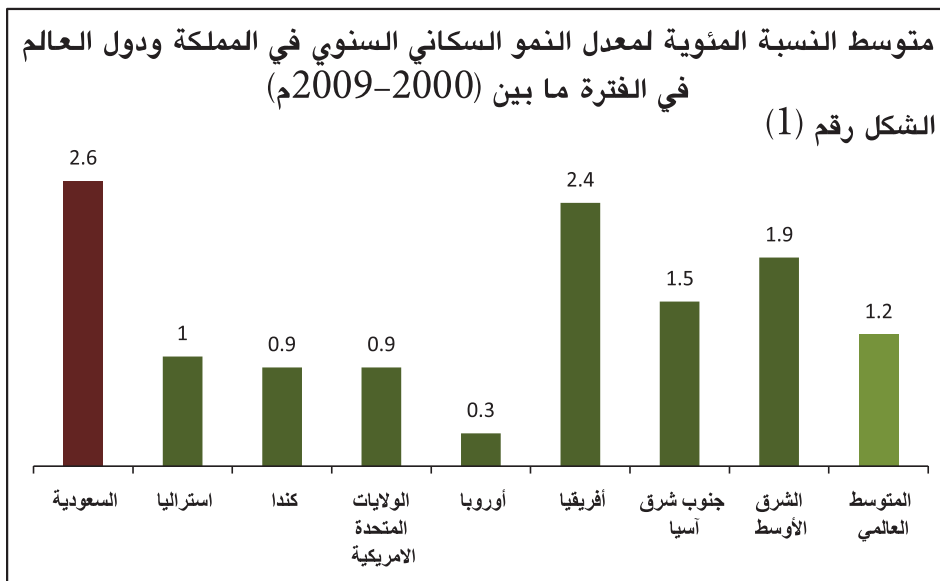
قُدِّر معدل النمو السكاني الاجمالي بنحو (٤,٩)٪ في المتوسط سنوياً خلال الفترة من ١٣٩٤-١٤١٣هـ / ١٩٧٤-١٩٩٢م، إلا أن هذا المعدل شهد انخفاضاً إلى نحو (٢,٥)٪ سنوياً في الفترة من ١٤١٣-١٤٢٥هـ / ١٩٩٢-٢٠٠٤م، ثم عاد ليرتفع إلى نحو (٣)٪ سنوياً خلال الفترة من ١٤٢٥-١٤٣١هـ / ٢٠٠٤-٢٠١٠م، وذلك بسبب تدفق العمالة الوافدة المرتبطة بالانتعاش الاقتصادي والتنموي الذي تعيشه المملكة، وبذلك فإنه إذا استمر معدل النمو السكاني السنوي على نفس المعدل الحالي فإن عدد السكان المتوقع في عام (١٤٤٠هـ) هو حوالي (٣٣,٥) مليون نسمة.

من جهة أخرى، نجد أن متوسط معدل النمو السنوي للمواطنين السعوديين قد انخفض من (٣,٩)٪ إلى (٢,٥)٪ ثم إلى (٢,٢)٪ في المتوسط سنوياً خلال الفترات الزمنية الثلاث الآتفة الذكر، ويعزى ذلك إلى انخفاض معدلات الإنجاب للنساء السعوديات خلال السنوات الأخيرة أو ما يعرف بمعدل الخصوبة الكلي، وذلك لأسباب عديدة لعل من أهمها زيادة إقبال على أساليب تنظيم الأسرة، وارتفاع معدلات العنوسة، ومعدلات الطلاق، وارتفاع سن الزواج، وارتفاع مستوى تعليم المرأة، وأسباب اقتصادية أخرى. وتشير الأرقام إلى أن معدل الخصوبة الكلي للمرأة السعودية في سن الإنجاب قد انخفض من (٧) مواليد في المتوسط للمرأة في عام (١٩٨٥م) إلى أقل من (٥) في عام (١٩٩٩م) ثم إلى (٣,٠٤) في عام (٢٠١٠م)، وينظر البعض إلى ذلك نظرة إيجابية، خاصة في ضوء ارتفاع معدل البطالة الذي يصل إلى أكثر من (١٠) في المائة للقوى العاملة الوطنية.

وبالنسبة لغير السعوديين، فقد انخفض متوسط معدل النمو السنوي من (٩,٨)٪ إلى (٢,٣)٪ ثم عاد ليرتفع إلى نحو (٥,٣)٪ سنوياً خلال المدة نفسها المذكورة سابقاً، وهذا الارتفاع الأخير هو ما يفسر صعود النسبة المئوية لهذه الفئة من السكان من (٢٧) في المائة عام (١٤٢٥هـ) إلى (٣١) في المائة لهذا العام.

ويمكن القول على وجه العموم بأن المملكة العربية السعودية تتميز بمعدلات نمو سريعة لأعداد السكان تتراوح ما بين (٢,٢) - (٣)٪ سنوياً، وبأخذ المتوسط الحسابي لهذين الرقمين فإن متوسط النمو الاجمالي للسكان هو (٢,٦)٪، ويأتي هذا مع تزايد الفئة العمرية لمن تجاوز سن الستين، وكل ذلك يعود إلى تأثير معدل الخصوبة المرتفع نسبياً عند مقارنته بدول العالم الأخرى، وكذلك تحسن المؤشرات الصحية عموماً والتي هي انعكاس لارتفاع مستوى الخدمات الصحية المقدمة.

يمثل الشكل التالي مقارنة لمعدل النمو السكاني في المملكة وبعض الدول الأخرى في السنوات العشر الأخيرة:

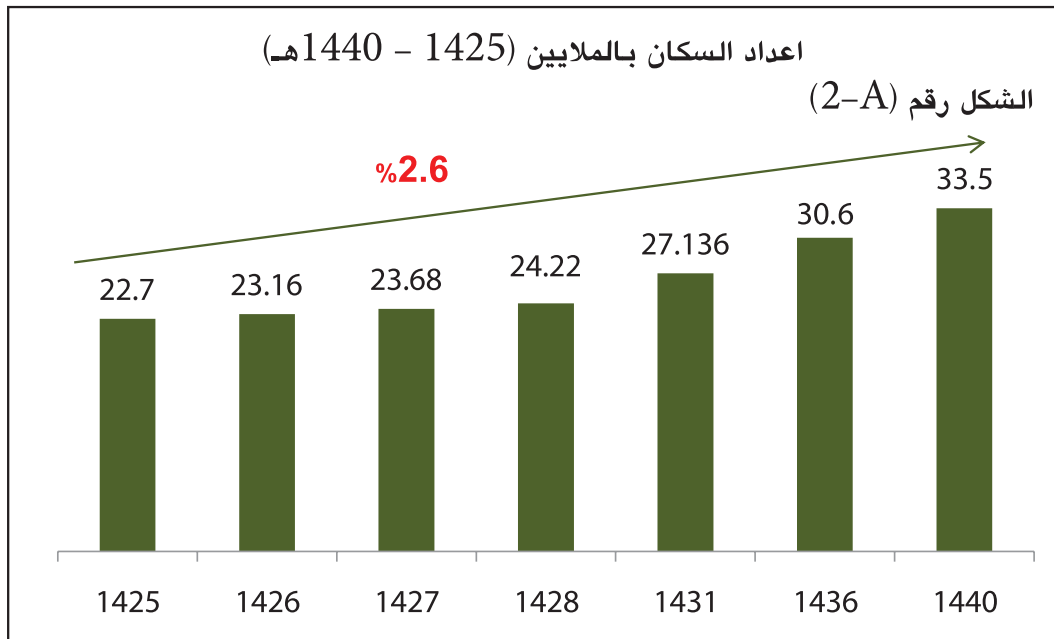


وبالنظر إلى جدول المؤشرات الديموغرافية مرةً أخرى نلاحظ ارتفاع نسبة الذكور السعوديين قليلاً عما كانت عليه في عام (١٤٢٥هـ) لتصل إلى (٥١%) مقابل (٤٩%) للاناث السعوديات، أي أن نسبة النوع أصبحت نحو (١٠٤) ذكور مقابل (١٠٠) أنثى، مقارنة بنحو (١٠١) ذكر مقابل (١٠٠) أنثى في عام (١٤٢٥هـ)، وعلى الرغم من هذه الزيادة في أعداد الذكور، إلا أن هذه النسب لا تزال في حدود النسب المقبولة ديموغرافياً، ويختلف الأمر بالنسبة للسكان من غير السعوديين إذ تبلغ نسبة الذكور إلى الاناث (٢٣٢) ذكر لكل (١٠٠) أنثى، نظراً لأن غالبيتهم من الذكور غير المتزوجين، أو من المتزوجين الذين تركوا عائلاتهم في مواطنهم الأصلية.

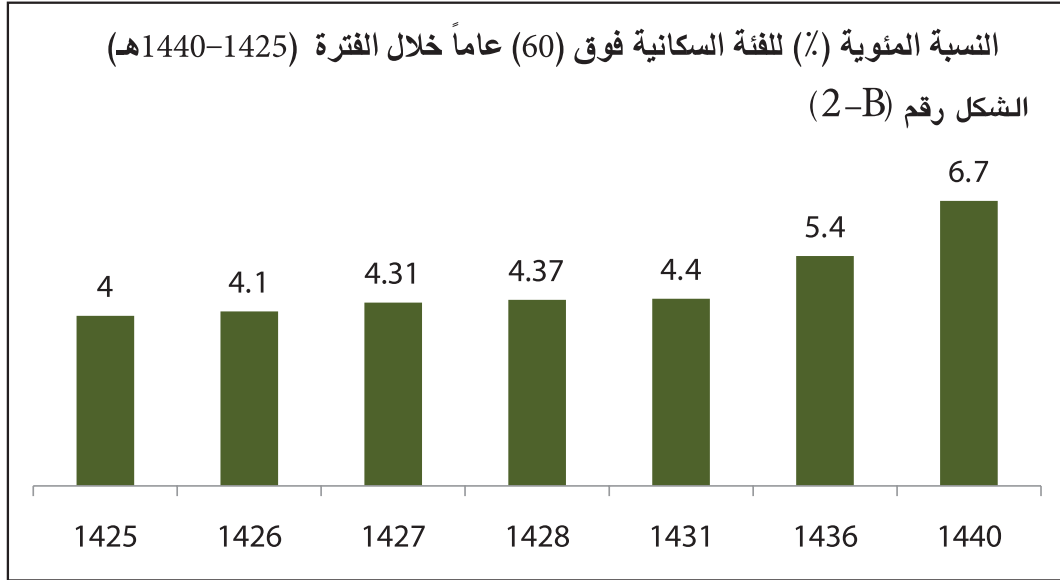
أما بالنسبة للتركيب العمري للسكان السعوديين، فقد انخفضت نسبة الفئة العمرية (أقل من ١٥ عاماً) من إجمالي السعوديين من نحو (٤٩,٢%) في عام ١٤١٣هـ / ١٩٩٢م إلى نحو (٤٠,٤%) في عام ١٤٢٥هـ / ٢٠٠٤م، ثم عادت لتتخفص أكثر إلى حوالي (٣٢%) في عام ١٤٣١هـ ، وفي المقابل ارتفعت نسبة السعوديين في فئة العمر (١٥ - ٦٤ عاماً) من (٤٧,٥%) إلى (٥٦%) ثم (٦٤,٩%) من إجمالي السعوديين خلال المدة نفسها.

كذلك وصلت نسبة السعوديين الذين تجاوزت أعمارهم الستين عاماً إلى (٤,٣٩%) من إجمالي السكان لعام (١٤٣١هـ)، أي ما مجموعه (١,١٩٠,٠٠٠) نسمة، صعوداً من (٤,١%) عام (١٤٢٥هـ) أي ما مجموعه (٩٧٠,٠٠٠) نسمة، ويتوقع أن تصل النسبة إلى (٦,٧) بالمائة من إجمالي السكان في عام (١٤٤٠هـ) بأعداد تصل إلى (٢,٢) مليون نسمة أي ضعف ما هي عليه اليوم، ومعلوم ما تمثله هذه الفئة من زيادة في عبء الأمراض المزمنة على النظام الصحي إجمالاً، حيث تتطلب هذه الأمراض بالتحديد رعايةً تشخيصيةً وعلاجيةً طويلة الأجل وأدويةً مرتفعة الثمن مما ينعكس في النهاية على زيادة الطلب على خدمات الرعاية الصحية ورفع فاتورة التكلفة العلاجية.

يمثل الشكل التالي تغير التركيبة السكانية المتوقع في المملكة في الفترة ما بين (١٤٢٥ - ١٤٤٠هـ):



كما يظهر الشكل التالي تزايد النسبة المئوية للفئة العمرية فوق الستين عاماً، وما يتوقع أن تصل إليه بعد عشر سنوات، إذا استمرت وتيرة النمو السكاني بمعدل (٢,٦%):



المؤشرات الصحية

تمثل المؤشرات الصحية وصفاً عددياً بسيطاً وواضحاً وقابلاً للقياس، يختص بجانب أو أكثر من الجوانب الصحية المتعلقة بالفرد أو بالمجتمع عموماً. وتستخدم هذه المؤشرات لأغراض عديدة، مثل تحديد الملامح الأساسية لصحة المجتمع أو ما يعرف بالصحة العامة، أو تحديد التغير الحاصل في الجوانب الصحية المختلفة المتعلقة بالفرد والمجتمع، وكذلك تحديد مدى نجاح البرامج الصحية العلاجية منها والوقائية، ومدى وصولها إلى الأهداف التي وضعت من أجلها، وهي بهذا تمثل علامات على طريق تحديد الأهداف الصحية للمجتمعات.

تستخدم المؤشرات الصحية كثيراً لعقد المقارنات بين الوضع الصحي الحالي والهدف المقرر عددياً لفترة مستقبلية، وكذلك المقارنة بين نفس المجموعة السكانية في فترات زمنية مختلفة، أو المقارنة بين الوضع الصحي لمجموعات سكانية مختلفة داخل البلد الواحد، أو المقارنة بين البلدان المختلفة، وتكون المؤشرات عادةً على شكل نسبٍ مئوية أو معدلات أو على شكل أرقامٍ مطلقة.

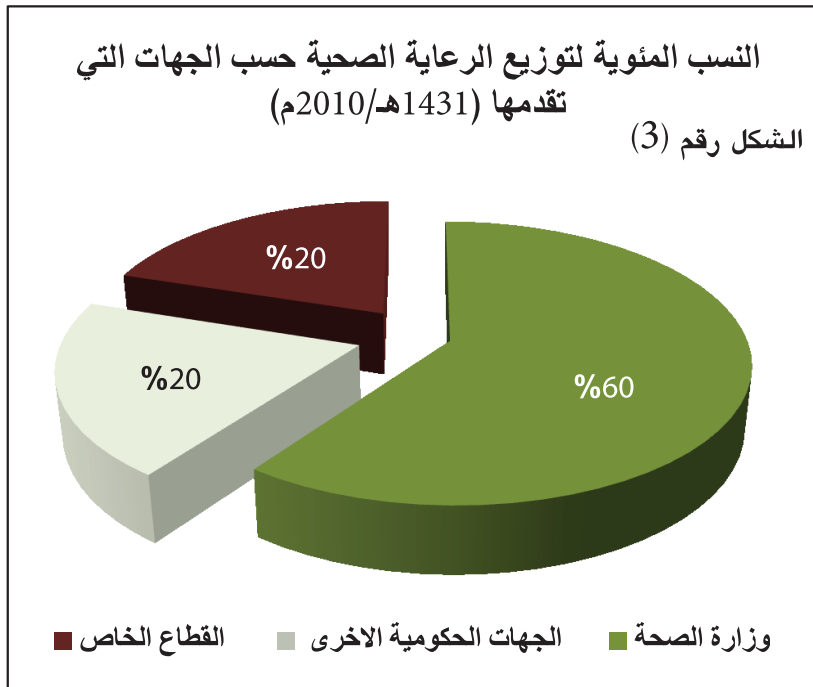
تقوم الدول بإرسال البيانات المتعلقة بالمؤشرات الصحية الخاصة بها إلى منظمة الصحة العالمية والتي تستخدمها لتحديد الوضع الصحي في دول العالم المختلفة، ومقارنته بين دولةٍ وأخرى، ثم تقوم بنشر المعلومات المستقاة من تحليل المؤشرات الصحية على شكل نشراتٍ دورية يستفيد منها كافة المهتمين بالشأن الصحي من أجل رسم السياسات والتخطيط الصحي.

ويندرج تحت المؤشرات الصحية العناصر التالية:

- مؤشرات توزيع الخدمات الصحية.
- مؤشرات الرعاية الصحية الأولية.
- مؤشرات الرعاية الصحية المتخصصة (المستشفيات).
- مؤشرات الأمراض المعدية.
- مؤشرات الوفيات.
- مؤشرات الموارد الصحية البشرية.
- المؤشرات الموارد الاقتصادية.

مؤشرات توزيع الخدمات الصحية

تتولى وزارة الصحة مسؤولية المحافظة على الصحة العامة وإدارة وتخطيط وتمويل الرعاية الصحية الأولية والتخصصية في مراكز الرعاية الأولية والمستشفيات التابعة لها، إلى جانب خدمات المختبرات وبنوك الدم، كما توفر وزارة الصحة الجزء الأكبر من إجمالي الخدمات الصحية المقدمة في المملكة بنسبة ستين بالمائة (٦٠٪)، وتوفر الجهات الصحية الحكومية الأخرى ما نسبته (٢٠٪) عشرين بالمائة بينما يوفر القطاع الخاص النسبة المتبقية (٢٠٪) - (الشكل ٣).



تتكون الجهات الصحية الحكومية الأخرى مما يلي:

- الخدمات الطبية للقوات المسلحة.
- الخدمات الطبية بوزارة الداخلية.
- الشؤون الصحية للحرس الوطني.
- المستشفيات الجامعية.
- مستشفى الملك فيصل التخصصي بالرياض وجدة.
- المستشفيات التابعة للهيئة الملكية للجبيل وينبع.
- المستشفيات التابعة لشركة ارامكو السعودية.
- المرافق الصحية التابعة لوزارة التربية والتعليم ووزارة الشؤون الاجتماعية.

ولتوضيح النسب المئوية الواردة في الشكل رقم (٣)، نشير هنا على سبيل المثال إلى احصاءات العام (٢٠٠٩م/١٤٣٠هـ) والتي اظهرت أن مجموع زيارات المراجعين لمراكز الرعاية الصحية الأولية التابعة للوزارة خلال ذلك العام بلغت نحو (٥٤,٦) مليون زيارة، كانت نسبة زيارة السعوديين منها (٩٢٪)، بينما بلغت زيارات المراجعين للعيادات الخارجية في مستشفيات الوزارة

(١١,٤) مليون زيارة، وبذلك يكون مجموع زيارات المراجعين للمراكز الصحية والعيادات الخارجية بالمستشفيات التابعة للوزارة لذلك العام نحو (٦٦) مليون زيارة تشكل ما نسبته (٣,٥٠٪) من المجموع الكلي لزيارات المراجعين للمراكز الصحية الأولية والمستشفيات والمستوصفات والعيادات الخاصة بجميع القطاعات الصحية بالمملكة والتي بلغت حوالي (١٣١) مليون زيارة، بينما بلغت النسبة للجهات الصحية الحكومية الأخرى (٤,١٩٪) والقطاع الخاص (٣,٣٠٪).

وعلى الصعيد ذاته فقد بلغ مجمل حالات التنويم في المستشفيات التابعة للوزارة في عام (١٤٣٠هـ) حوالي (١,٦٥) مليون حالة بلغت نسبة المرضى السعوديين المنومين منهم (٥,٨٧٪) من إجمالي المرضى المنومين، وشكلت حوالي (٥٥٪) من مجموع الحالات المنومة في المملكة لذلك العام والذي تجاوز ثلاثة ملايين حالة، بينما استقبلت مستشفيات الجهات الحكومية الأخرى (١٧٪) ومستشفيات القطاع الخاص (٢٨٪) من إجمالي الحالات المنومة في المملكة لذلك العام.

وتشير الإحصاءات كذلك إلى أن حوالي (٤٨٪) من مجموع العمليات الجراحية التي أجريت بجميع مستشفيات المملكة لعام (١٤٣٠هـ) وبالبالغة (٩٢٩) ألف عملية، قد تم إجراؤها في المستشفيات التابعة لوزارة الصحة، بينما كانت النسبة للمستشفيات الحكومية الأخرى (٧,١٩٪)، ومستشفيات القطاع الخاص (٣,٣٢٪)، أما بالنسبة للولادات فقد بلغ مجموع الولادات التي تمت بمستشفيات وزارة الصحة في نفس العام (٢٦١٨٠٨) ولادة، يقابلها ما مجموعه (٨٨١٣٢) ولادة تمت في مستشفيات الجهات الحكومية الأخرى.

وفيما يتعلق بالفحوص المخبرية والشعاعية لعام (١٤٣٠هـ) فقد بلغ مجمل الفحوص المخبرية التي قامت بها المراكز الصحية والمستشفيات التابعة للوزارة أكثر من (٣,١٣١) مليون فحص، يقابلها (٦,٧٢) مليون فحص مخبري أجريت في مستشفيات الجهات الحكومية الأخرى، وحوالي (٧,٢٨) مليون فحص مخبري بمستشفيات القطاع الخاص، أي أن الوزارة قامت بإجراء ما نسبته (٥٦,٥٪) من إجمالي الفحوصات المخبرية في كل مستشفيات المملكة.

وفيما يخص مرضى الفشل الكلوي على سبيل المثال نلاحظ أن عدد مرضى التنقية الدموية (الغسيل الكلوي) الذين تم علاجهم في مستشفيات وزارة الصحة قد بلغ (٧٢٠٧) حالة خلال عام (١٤٣٠هـ)، وهم يشكلون نحو (٦٦٪) من مجموع الحالات على مستوى المملكة، وقد قامت الوزارة في سبيل ذلك بتأمين (١١٧) مركزاً للكلية الصناعية في كل أنحاء البلاد تشكل (٧٦٪) من مجموع المراكز بالمملكة، وتحتوي على (٢٩٣٦) جهازاً للغسيل الكلوي، أي ما نسبته (٧٠٪) من مجموع الأجهزة الموجودة لدى جميع مستشفيات القطاعات الصحية المختلفة بالمملكة.

وباستعراض الموارد البشرية والمادية التابعة لوزارة الصحة نجد أن (٦٠٪) من إجمالي المستشفيات العاملة بالمملكة يتبع للوزارة (٢٤٤) مستشفى من أصل (٤٠٨)، كما تحتوي مستشفيات الوزارة على ما نسبته (٦٠٪) من مجموع الأسرة في مستشفيات المملكة (٣٣٢٧٧) سرير من أصل (٥٥٩٣٢)، ويعمل لدى الوزارة حوالي (٤٢٪) من إجمالي الأطباء العاملين بالمملكة، و(٥٧٪) من إجمالي فئات التمريض، و(٣,٥٤٪) من إجمالي الفئات الطبية المساعدة.

مؤشرات الرعاية الصحية الأولية :

١- مراكز الرعاية الصحية الأولية :

تشمل الرعاية الصحية الأولية النشاطات الوقائية والعلاجية والتطويرية والتأهيلية التي تقدمها مراكز الرعاية الصحية الأولية المنتشرة في جميع أنحاء المملكة، والتي ارتفع عددها في السنوات الخمس الأخيرة من (١٨٤٨) مركزاً في عام (١٤٢٥هـ) ليصل إلى (٢٠٣٧) مركزاً في عام (١٤٣٠هـ) كما هو موضح بالجدول التالي:

جدول (١) تطور أعداد المراكز الصحية الأولية وأعداد المراجعين (١٤٢٥-١٤٣٠هـ)

العام	عدد المراكز الصحية	عدد زيارات المراجعين بالمليون
١٤٢٥هـ	١٨٤٨	٥٥
١٤٢٦هـ	١٨٥٨	٥٣,٥
١٤٢٧هـ	١٩٠٥	٥٠,٧
١٤٢٨هـ	١٩٢٥	٤٧,٥
١٤٢٩هـ	١٩٨٦	٥٣,٦
١٤٣٠هـ	٢٠٣٧	٥٤,٦

لقد شهدت السنوات الماضية توسعاً كبيراً في افتتاح وإنشاء وتجهيز مراكز الرعاية الصحية الأولية، وتقدماً في كفاءة الخدمات تتولى القيام بها، وبلغ عدد الأطباء العاملين بها بنهاية عام ١٤٣٠هـ (٥٧٦٦) طبيباً، بالإضافة إلى (١٠٧٢) طبيب أسنان، وبذلك فإن نسبة الأطباء الذين يقدمون الرعاية الأولية في الوقت الحالي يقارب (٢٤,٥%) من إجمالي الأطباء العاملين في وزارة الصحة وحوالي (١٢,١١%) من إجمالي الأطباء العاملين في المملكة، كما بلغ عدد العاملين بالتمريض في المراكز الصحية (١٢٩٥٨) ممرضاً وممرضة، بنسبة مئوية تبلغ (٢٠%) من إجمالي فئات التمريض العاملين بالوزارة، وبلغ عدد العاملين من الفئات الطبية المساعدة بالمراكز الصحية (٥٤٤٥) بنسبة مئوية تبلغ (١٧%) من إجمالي الفئات الطبية المساعدة لدى الوزارة، وتواصل الإدارات المعنية حالياً التوسع في البرامج التدريبية الخاصة بطب الأسرة والمجتمع، وزيادة أعداد الأطباء السعوديين المتخصصين في هذا المجال، وكذلك استقدام أعداد كبيرة من أطباء الأسرة لتوفير (٢٠٠٠) طبيب للعمل في المراكز الصحية التابعة للوزارة ضمن مشروع كبير لتطوير الرعاية الصحية الأولية وتطبيق برنامج (طبيب أسرة لكل أسرة).

ومن جانب آخر تواصل الوزارة نشاطاتها لتحسين نوعية خدمات الرعاية الصحية الأولية المقدمة للمواطنين، ويتضمن ذلك تطوير الرعاية الصحية الأولية من خلال إحلال المراكز الصحية الجديدة محل المراكز القديمة والمستأجرة وتجديد معداتها الطبية وتجهيزاتها وكذلك حوسبتها، وفقاً لما يلي:

- المرحلة الأولى: وتتضمن إنشاء وتجهيز (١٥٠) مركزاً صحياً تم الانتهاء منها، ويجري الانتقال إليها الآن.
- المرحلة الثانية: وتتضمن إنشاء وتجهيز (٤٢٠) مركزاً صحياً يجري تنفيذها بنسبة إنجاز فاقت (٥٥%).
- المرحلة الثالثة: وتتضمن إنشاء وتجهيز (٤٤٠) مركزاً صحياً تم اعتمادها وترسيختها وتم البدء في استلام بعض المواقع مؤخراً، حيث بلغت نسبة الإنجاز (٣٢%).
- المرحلة الرابعة: وتتضمن إنشاء وتجهيز (٣٨٢) مركزاً صحياً تم طرح بعضها وجاري طرح البقية تبعاً.
- المرحلة الخامسة: وتتضمن إنشاء وتجهيز (٢٥٧) مركزاً صحياً يجري العمل الآن على طرحها في منافسة عامة.

إضافة إلى ذلك تقوم الوزارة بإعادة هيكلة وتصنيف مراكز الرعاية الصحية الأولية وفقاً للكثافة السكانية والموقع الجغرافي، وبذلك تم تقسيم المراكز الصحية إلى مراكز مرجعية (فئة م)، ومراكز أصغر تدرج في نوعية الخدمات التي تقدمها (فئة أ، ب، ج)، وتم تحديث مواصفات ومعايير التجهيزات الأساسية المطلوبة لها ومتطلباتها من القوى العاملة، كما قامت الوزارة بوضع تصميم

هندسي لجميع فئات المراكز الصحية حسب أحجامها ومواقعها داخل وخارج المدن، وعدد السكان الذين يخدمهم كل المركز، مع مراعاة أن يستوعب المركز جميع خدمات الرعاية الصحية الأولية الحالية والمستقبلية وبما يحقق الراحة للمراجعين ومقدمي الخدمة.

٢- خدمات الرعاية الصحية الأولية:

حققت النشاطات المتعددة لخدمات الرعاية الصحية الأولية العلاجية والوقائية والتعزيزية والتأهيلية تحسناً ملموساً، وانعكس ذلك على الحالة الصحية لسكان المملكة، ومن ضمن تلك النشاطات البرامج التالية التي ليست إلا أمثلة ضمن برامج أخرى كثيرة تشملها برامج الرعاية الصحية الأولية:

٢-١ برنامج رعاية الأمومة والطفولة:

لقد شهدت السنوات الماضية توسعاً عددياً في إنشاء وتجهيز مراكز الرعاية الصحية الأولية وأعداد المستفيدين منها، وشهدت كذلك تطوراً وبنسب متفاوتة في الخدمات التي تقدمها وفي مقدمتها ما يتعلق برعاية الأمومة والطفولة، والتي تمثل المرتكز الأساسي للرعاية الصحية الأولية.

تشتمل رعاية الأمومة على برامج خاصة بالعناية بصحة الأم خلال فترات ما قبل الحمل، وأثناء الحمل، وبعد الولادة، وتستهدف خفض معدل وفيات الأمومة، وتحسين مخرجات الحمل، وزيادة نسبة الأمهات الحوامل اللاتي يتم رعايتهن بإشراف طبي، وكذلك رفع نسبة الولادات التي تتم تحت الإشراف الطبي، ومن الأمثلة على تلك البرامج برنامج متابعة الحوامل للتطعيم ضد الكزاز، حيث بلغت نسبة تطعيم الحوامل ضد الكزاز (٩٦،٦٪) وبذلك تكون الوزارة قد حققت النسبة المستهدفة بنهاية خطة التنمية الثامنة في عام (١٤٣٠هـ) والمحددة بما لا يقل عن (٩٠٪)، وكذلك تطبيق النموذج المطور في رعاية الحوامل وتدريب المشرفين عليه في المناطق، وتوفير المطبوعات المعدلة الخاصة به وفقاً لمعايير منظمة الصحة العالمية، وتوزيعها على المناطق بهدف الوصول بنسبة الأمهات اللاتي يتم توفير الرعاية الصحية لهن بواسطة مهنين صحيين مهرة إلى ما لا يقل عن (٩٨٪) وقد بلغت نسبة المتحقق (٩٧٪) صعوداً من (٨٧٪) قبل عقد من الزمن، وكذلك رفع نسبة الولادات التي تتم تحت إشراف مهنين صحيين مهرة إلى ما وصلت إليه حالياً (٩٧٪)، وقد كان مردود تلك الخدمات إنخفاض معدل وفيات الأمهات إلى (١٤) حالة لكل مائة ألف ولادة حية، بعد أن كان المعدل (٣٢) حالة عام (١٤٠٤هـ).

وتشتمل رعاية الطفولة على البرامج الخاصة بالتطعيم ضد الأمراض المعدية، ومكافحة التهابات الجهاز التنفسي والاسهال وأمراض التغذية، وحققت مؤشرات رعاية الطفولة هنا تحسناً كبيراً، فعلى سبيل المثال انخفضت معدلات الإصابة بالأمراض المستهدفة بالتحصين (التطعيم) مثل الحصبة والسعال الديكي، هذا بالإضافة إلى تحقيق إنجاز كبير آخر تمثل في خلو المملكة تماماً من شلل الأطفال منذ نهاية عام (١٤٢٧هـ)، كما حدث انخفاض ملحوظ في معدلات وفيات الأطفال الرضع والأطفال دون الخامسة وهي من المعدلات الصحية العالمية الهامة التي تستخدم في تقييم الوضع الصحي للبلدان، حيث انخفض معدل وفيات الرضع من مستوياته السابقة عند (٥٢) حالة لكل ألف مولود حي عام (١٤٠٤هـ) إلى (١٧،٣) عام (١٤٣٠هـ)، وانخفض كذلك معدل وفيات الأطفال دون الخامسة من (٦٣) حالة لكل ألف مولود حي عام (١٤٠٤هـ) إلى (٢٠) حالة لكل ألف مولود حي عام (١٤٣٠هـ)، ووفقاً لإحصاءات منظمة الصحة العالمية، كانت المملكة العربية السعودية من بين الدول التي حققت معدلات عالية في خفض وفيات الأطفال دون الخامسة بين عامي (١٣٩٠هـ) و(١٤٣٠هـ).

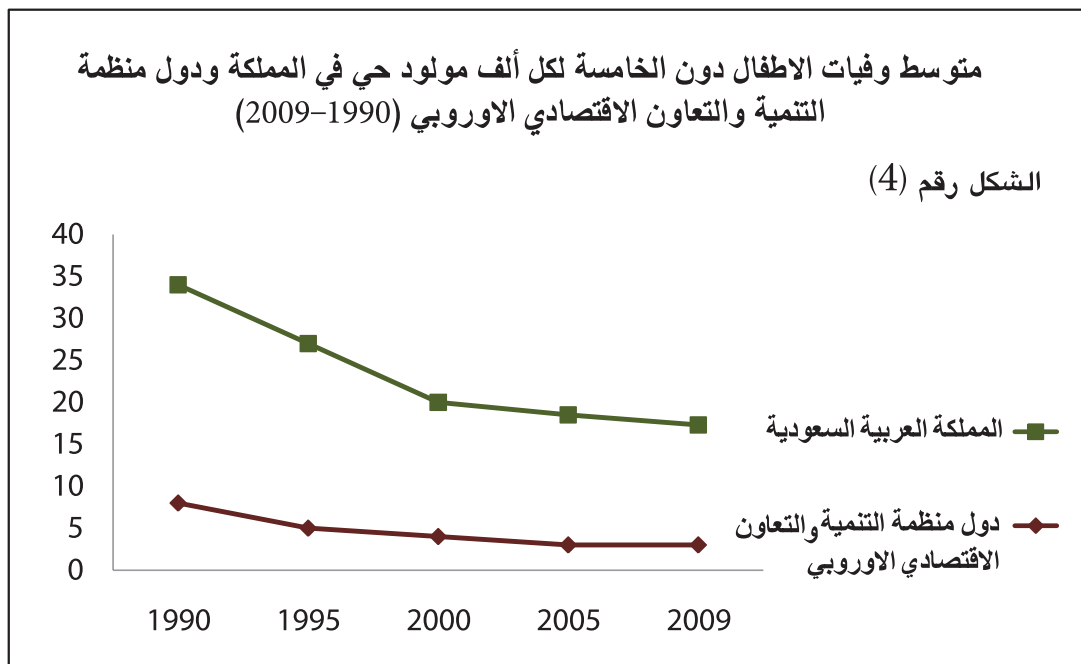
وقد انعكس التحسن في تلك المؤشرات الصحية وكذلك التحسن في المجالات الأخرى المرتبطة بالصحة (توفر مياه الشرب النظيفة، وتوفير الغذاء، والقدرة على الوصول إلى الرعاية الصحية..الخ) على معدل الوفيات الخام الذي شهد انخفاضاً ملحوظاً (من ١٨ إلى ٤ لكل ألف نسمة) بين الأعوام (١٣٩٠هـ - ١٤٣٠هـ) وكذلك ارتفاع معدل العمر المأمول عند الولادة من (٥٢ سنة إلى ٧٣,٥ سنة) بين الأعوام (١٣٩٠هـ - ١٤٣٠هـ).

ويوضح الجدول التالي مقارنةً لمتوسط العمر المأمول عند الولادة، ومعدل وفيات الأطفال الرضع ودون الخامسة وكذلك وفيات الأمومة في المملكة بين عامي (١٤٠٤هـ) و(١٤٣٠هـ):

جدول رقم (٢)

مؤشرات الوفيات (Mortality Indicators)			
المؤشر	١٤٠٤هـ	١٤١٥هـ	١٤٣٠هـ
متوسط العمر المأمول عند الولادة	٦٦	٦٩	٧٣,٥
المعدل الخام للوفيات (لكل ١٠٠٠ نسمة)	١٣	٩	٤
معدل وفيات الرضع (لكل ١٠٠٠ مولود حي)	٥٢	٢٧	١٧,٣
معدل وفيات الأطفال دون الخامسة (لكل ١٠٠٠ مولود حي)	٦٣	٣٤	٢٠
معدل وفيات الأمومة (لكل ١٠٠,٠٠٠ مولود حي)	٣٢	٢٣	١٤

وبرغم الانخفاض الواضح في معدلات وفيات الأطفال الرضع والأطفال دون الخامسة إلا أنه لا يزال هناك مجال للتحسن، إذ لم تصل المملكة بعد إلى المعدلات التي نراها في الدول الأوروبية كما يوضحه الشكل التالي الذي يمثل مقارنة للأعوام (١٤١١-١٤٣٠هـ / ١٩٩٠-٢٠٠٩م) بين المملكة ودول منظمة التنمية والتعاون الاقتصادي الأوروبي في هذا الخصوص :

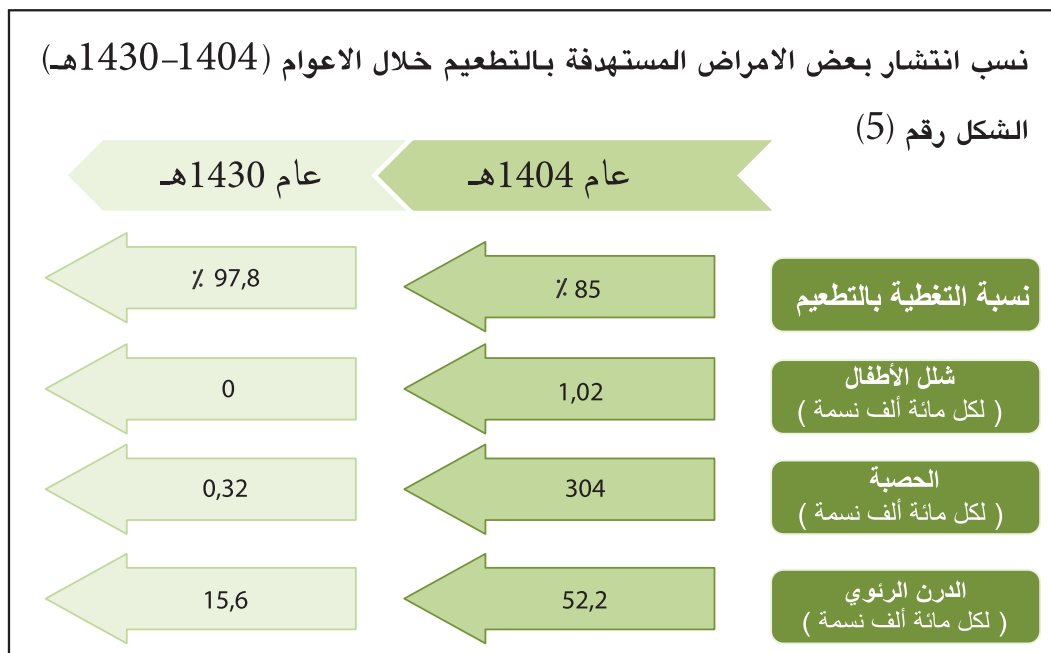


ويوضح الجدول التالي نسب التغطية بالتطعيمات للأمراض المستهدفة بالتحصين لعام (١٤٣٠هـ) والنسبة الإجمالية للتغطية بالتطعيم على مستوى المملكة والتي بلغت (٩٧,٨٪):

جدول رقم (٣)

التغطية بالتطعيمات Vaccination Coverage	
المؤشر	١٤٣٠هـ - (٢٠٠٩م)
النسبة الإجمالية للتغطية بالتطعيم	٩٧,٨٪
نسبة تحصين الأطفال باللقاح الخماسي البكتيري ضد الدفتيريا والسعال الديكي والكزاز الوليدي (التيتانوس) والمستدمية النزلية والالتهاب الكبدي (ب) (DPT/Hep.B/H.inf.B)	٩٨٪
نسبة تحصين الأطفال ضد شلل الأطفال (OPV)	٩٨,٩٪
نسبة تحصين الأطفال ضد الدرن (BCG)	٩٧,٥٪
نسبة تحصين الأطفال بلقاح الثلاثي الفيروسي ضد الحصبة والحصبة الألمانية والنكاف (MMR)	٩٧,٩٪

الجدير بالذكر أنه تم تصنيف المملكة من ضمن الدول العشر الأوائل على مستوى العالم في مجال التغطية بالتطعيم من حيث نسب تطعيم الأطفال وشموليته، حيث ارتفعت النسبة الإجمالية للتغطية بالتطعيم على مستوى المملكة من (٨٥٪) في المدن و (٢٧٪) في القرى لعام (١٤٠٤هـ) لتبلغ (٩٧,٨٪) في عام (١٤٣٠هـ) كما يظهر في الشكل التالي الذي يبين الأرقام المتعلقة ببعض الأمراض المستهدفة بالتحصين والتحسين الذي طرأ عليها في السنوات الخمس والعشرين الماضية:



٢-٢ البرنامج الوطني لتشخيص وعلاج الربو:

يركز هذا البرنامج على تلاميذ المدارس في الفئة العمرية (٦-١٠ سنوات) بعد أن أثبتت عدة دراسات محلية أن حوالي (١٣٪) من هذه الفئة يعانون من أمراض الربو وحساسية الشعب الهوائية، وتقوم الوزارة من خلال هذا البرنامج الذي يطبق في مراكز الرعاية الصحية الأولية بمتابعة ومعالجة هذه الحالات، بالإضافة إلى توفير الأدوية الأساسية لمرضى الربو، وتوعية المواطنين والمعلمين والأسر بطرق الوقاية منه والتعامل معه.

٣-٢ برنامج مكافحة الالتهابات التنفسية الحادة:

يلعب هذا البرنامج دوراً هاماً مع البرامج الأخرى التي تتضمنها خدمات الرعاية الصحية الأولية في خفض معدلات وفيات الأطفال دون الخامسة، حيث يشتمل على السياسات والإجراءات الخاصة بالمداخلات الوقائية والعلاجية لمكافحة التهابات الجهاز التنفسي الحادة، لما لها من خطورة على صحة الأطفال حديثي الولادة ومن هم دون الخامسة من العمر، وكونها هي السبب الأول في ترتيب أسباب تنويم الأطفال في المستشفيات.

٤-٢ برنامج رعاية مرضى الأمراض المزمنة:

تمثل الأمراض المزمنة حالياً النمط السائد في المجتمع السعودي، ساعد على ذلك عوامل عدة لعل أهمها انتشار أنماط من المعيشة تمثل عوامل خطورة للإصابة بتلك الأمراض مثل التدخين وقلة ممارسة الرياضة والإكثار من تناول الاغذية الدهنية والنشوية، في مقابل ارتفاع متوسط عمر الفرد.

وتمثل الأمراض المزمنة عبئاً ثقيلاً على النظام الصحي في المملكة لما تتطلبه من فترات عنايةٍ طويلةٍ باستخدام تقنياتٍ متقدمة في التشخيص والعلاج والمتابعة، تتضمن غالباً أدويةً غالية الثمن، وكوادر بشريةً عالية التأهيل ومرتبعة الكلفة، ويتوقع أن تمثل الأمراض المزمنة في المستقبل القريب أكثر من (٨٠٪) من العبء المرضي في المملكة.

تقوم الوزارة حالياً بتنفيذ العديد من البرامج التي تهدف إلى رصد ومكافحة بعض الأمراض المزمنة المنتشرة بين سكان المملكة، مثل برنامج الوقاية من السكري وبرنامج الوقاية من السرطان، وبرنامج الوقاية من أمراض القلب والأوعية الدموية وغيرها الكثير، وفيما يلي نماذج توضح مدى انتشار بعض تلك الامراض المزمنة في المملكة:

- داء السكري: تصل انتشاره الى (١٦,٧٪) .
- ارتفاع ضغط الدم: وتبلغ نسبة انتشاره حوالي (١١,١٪).
- الربو وحساسية الصدر: وتصل نسبة انتشاره الى (١٣٪).
- السرطان: هناك حوالي (١١,٠٠٠) مريض يصاب بالسرطان سنوياً.
- الفشل الكلوي: يوجد حوالي (١١,٠٠٠) مريض فشل كلوي يتلقون العلاج بالغسيل الكلوي في المملكة.

تشير التقارير الطبية العالمية إلى أن (٤٠٪) من وفيات الدول النامية و(٧٥٪) من وفيات الدول المتقدمة هي بسبب الأمراض المزمنة وعلى رأسها أمراض السكري وارتفاع ضغط الدم وأمراض القلب، حيث أصبحت هذه الأمراض من أهم العوامل المسببة للعاهاات والوفيات في العالم، إضافة إلى ما تؤدي إليه من ارتفاع في تكلفة الرعاية الصحية الناتجة عن العلاج والمتابعة لفترات طويلة، والمملكة تأتي في مرتبة متقدمة بين دول العالم في من حيث الإصابة بهذه الأمراض، وهو ما دفع وزارة الصحة الى اعتماد إنشاء (٢٠) مركزاً للسكري في المملكة، موزعة على المناطق الصحية المختلفة، بعضها يعمل الآن في خدمة مرضى السكري،

والبعض الآخر في طريقه للافتتاح قريباً بعد أن يتم توفير جميع التجهيزات الطبية وغير الطبية التي يحتاجها، وتزويدها بحاجتها من الأطباء والمرضى وأخصائيي البصريات من أجل الفحص المبكر لمضاعفات السكري على الشبكية، إضافة إلى اعتماد الدليل الوطني للبرنامج والذي يشتمل على المعايير والإجراءات العلاجية الموحدة ومؤشرات قياس الجودة الخاصة بتلك المراكز.

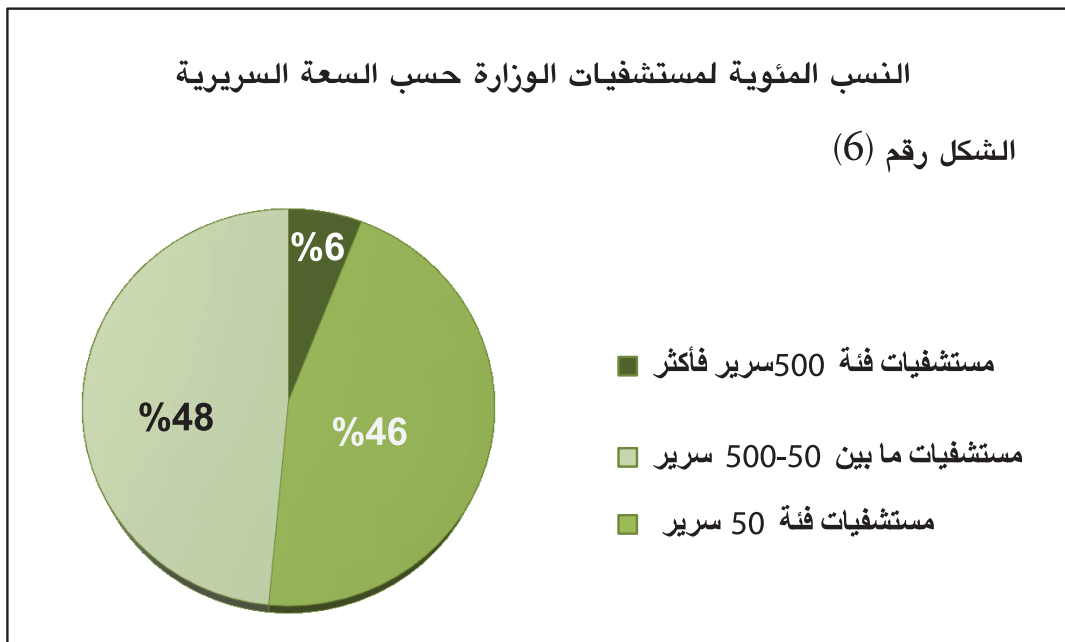
بالإضافة إلى ذلك فإن الوزارة تتبنى العديد من برامج التوعية بعوامل الخطورة المؤدية للإصابة بالأمراض المزمنة، وعلى رأسها برنامج تاج الصحة الوقائي، هذا بالإضافة إلى ما تقوم به من تحسين متواصل لخدمات الكشف المبكر عن عوامل الخطر المسببة للأمراض المزمنة وتحسين الخدمات العلاجية المقدمة للمصابين بها.

مؤشرات الرعاية الصحية المتخصصة (المستشفيات):

قامت وزارة الصحة بالتوسع في تقديم الرعاية العلاجية بجميع مستوياتها وفي جميع التخصصات كما وكيفاً، فقد تم افتتاح (٢٠) مستشفى خلال عام (١٤٣٠هـ) فقط، تتوزع بين الإحلال لمستشفيات قديمة (٧ مستشفيات)، وإنشاء مستشفيات جديدة (١٣ مستشفى)، بسعة اجمالية تصل إلى (١٨٣٦) سريراً، وبذلك ارتفع عدد المستشفيات من (٢٣١) مستشفى عام (١٤٢٩هـ) إلى (٢٤٤) مستشفى بنهاية عام (١٤٣٠هـ)، كما ارتفعت الطاقة الاستيعابية لمستشفيات الوزارة من (٣١٧٢٠) سريراً إلى (٣٣٢٧٧) سريراً خلال نفس المدة، وتهدف الوزارة خلال السنوات الخمس القادمة إلى الانتهاء من تنفيذ (١١٧) مستشفى تضم (٢٢٣٧٢) سريراً، منها (٥٦) مستشفى جديداً تضم ما يزيد عن (١٤٠٠٠) سرير، و(٦١) مستشفى إحلال تضم (٨١٣٩) سريراً موزعة على جميع مناطق المملكة.

تنقسم المستشفيات التابعة للوزارة حسب السعة السريرية إلى ثلاث فئات رئيسية (الشكل ٦):

- المستشفيات الكبيرة فئة (٥٠٠) سرير فأكثر.
- المستشفيات من فئة (٥٠ - ٥٠٠) سرير.
- المستشفيات الصغيرة فئة (٥٠) سريراً.



وكما يظهر في الشكل السابق وكذلك من خلال قراءة الجدول رقم (٤) يتضح بأن نسبةً عاليةً من مستشفيات الوزارة (٤٦٪) هي مستشفيات صغيرة من فئة خمسين سريراً، يبلغ تعدادها (١١٤) مستشفى من أصل (٢٤٤) مستشفى، وتتركز في المدن الصغيرة والمناطق البعيدة، وسوف يأتي النقاش لاحقاً على شرح التحديات التي واجهت الوزارة في سبيل تشغيل هذه الفئة من المستشفيات، أما المستشفيات الكبيرة فتمثل (١٤) مستشفى وبنسبة مئوية تصل إلى (٦٪) من إجمالي مستشفيات الوزارة:

جدول رقم (٤)

الفئة	العدد	السعة السريرية	النسبة من إجمالي مستشفيات الوزارة	النسبة من إجمالي الأسرة
٥٠٠ سرير فأكثر	١٤	٩٧١٦	٦٪	٢٩٪
٥٠ - ٥٠٠ سرير	١١٦	١٨٥٦١	٤٨٪	٥٦٪
٥٠ سرير	١١٤	٥٠٠٠	٤٦٪	١٥٪

وتحتوي فئة المستشفيات الكبيرة (جدول رقم ٥) على المدن الطبية الثلاث التابعة لوزارة الصحة وهي:

- مدينة الملك فهد الطبية بالرياض وتحتوي على (١١٠٠) سرير، وتُعد من أكبر المدن الطبية المستقلة في الشرق الأوسط وتضم المستشفى الرئيسي، ومستشفى النساء التخصصي، ومستشفى الأطفال، ومستشفى التأهيل، كما يوجد بالمدينة أربعة مراكز هي: مركز الأمير سلمان لطب وجراحة القلب، ومركز العلوم العصبية، ومركز الأمير سلطان لأمراض الدم والأورام، والمركز التخصصي للسكري والغدد الصماء.
- مدينة الملك عبدالله الطبية بمكة المكرمة، وقد صممت بسعة سريرية تصل إلى (١٥٠٠) سرير، منها (٥٠٠) سرير للمستشفى التخصصي، و(٥٠٠) سرير لمستشفى النساء والولادة والأطفال، والباقي خصص للمراكز التخصصية وسيتم اضافتها لاحقاً، ويحتوي المستشفى التخصصي على جميع التخصصات الطبية العامة والدقيقة، إضافة إلى (١٠) غرف عمليات رقمية تعد الأحدث من نوعها في مجال تصميم غرف العمليات.
- مستشفى الملك فهد التخصصي بالدمام، وتبلغ السعة السريرية له (٦٤٠) سريراً، ويقدم خدمات طبية تخصصية تختص بأمراض وجراحة الأورام بأنواعها، وأمراض الدم وجراحة المخ والأعصاب، إضافة إلى زراعة الأعضاء المختلفة مثل زراعة الكبد والكلية.

وبالإضافة إلى هذه المدن الطبية، فهناك مجمع الملك سعود الطبي في مدينة الرياض والذي تم تحويله مؤخراً إلى مدينة طبية تتألف من ثلاثة مستشفيات تضم (١٢٩٦) سريراً، وهي المستشفى العام، ومستشفى النساء والولادة، ومستشفى الأطفال، ويعد هذا المجمع من أكبر مرافق وزارة الصحة، حيث يبلغ عدد المراجعين في العام الواحد ما يقارب المليون ونصف المليون مراجع، كما يبلغ عدد مراجعي اسعافاته الثلاثة (العام، والنساء والولادة والأطفال) ما يقارب نصف المليون مريض، ويبلغ عدد العمليات الجراحية الكبرى التي تجرى فيه سنوياً (١٨) ألف عملية لجميع الحالات المرضية ماعدا القلب المفتوح، ويقدم المجمع الخدمات الإسعافية على مدار الساعة من خلال قسم الطوارئ الذي يُعد من أكبر الأقسام على مستوى المملكة، كما يحتوي المجمع على قسم للعناية

المركزة تم تدشين المرحلة الأولى من توسعته مؤخراً بسعة (١٠٢) سرير يتجاوز معدل اشغالها (٩٧٪)، وبعد اكتمال التوسعة في المستقبل القريب فإن السعة السريرية ستصل إلى (١٤١) سريراً، وهي بذلك تُعد الأكبر من نوعها على مستوى الشرق الأوسط، كما يحتوي المجمع على مركز الملك فهد للكلية الذي تبلغ سعته (١٠٤) سرير ويُعد من أكبر وحدات الكلية في المملكة.

الجدير بالذكر أنه تجرى في مستشفيات الوزارة المختلفة الأخرى العديد من العمليات الجراحية المتقدمة، ولا يتسع المقام هنا للتفصيل، ولعل من الأمثلة على ذلك عمليات إعادة الذراع المبتور، وعمليات اصلاح الاصابات الشديدة في العمود الفقري، وعمليات زراعة البنكرياس، واستئصال أورام قاع الجمجمة، وغيرها.

جدول رقم (٥)

المستشفيات التابعة لوزارة الصحة فئة (٥٠٠) سرير فأكثر		
م	المستشفيات	عدد الأسرة
١	مدينة الملك سعود الطبية بالرياض	١٢٩٦
٢	مدينة الملك فهد الطبية بالرياض	١١٠٠
٣	مدينة الملك عبدالله الطبية بمكة المكرمة	١٥٠٠
٤	مستشفى الملك فهد التخصصي بالدمام	٦٤٠
٥	مستشفى النور التخصصي بمكة المكرمة	٦١٢
٦	مستشفى الملك فهد التخصصي ببريدة	٥٧٣
٧	مستشفى الملك فهد بالهفوف	٥٠٢
٨	مستشفى الملك فهد بجدة	٥٠٠
٩	مستشفى الملك فهد بالمدينة المنورة	٥٠٠
١٠	مستشفى الولادة والأطفال بالمدينة المنورة	٥٠٠
١١	مستشفى الملك عبد العزيز التخصصي بالطائف	٥٠٠
١٢	مستشفى عسير المركزي	٥٠٠
١٣	مستشفى الملك فهد بجازان	٥٠٠
١٤	مستشفى الولادة والأطفال بالدمام	٥٠٠
المجموع	١٤ مستشفى	٩٧٢٣ سرير

مؤشرات الأمراض المعدية :

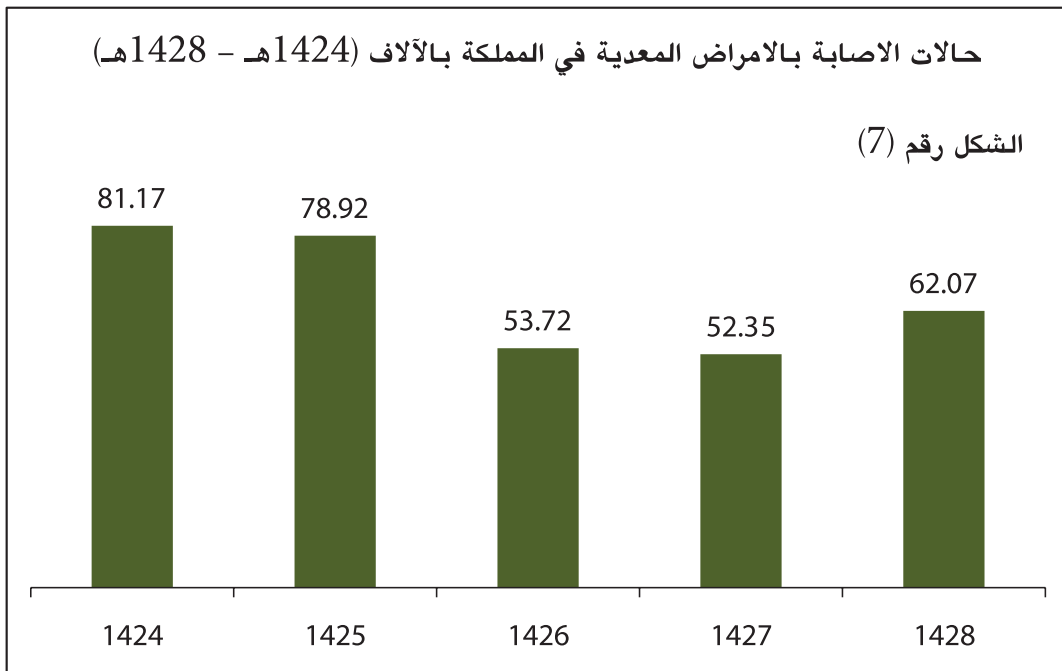
تستمر جهود وزارة الصحة عاماً بعد آخر في تطوير نظم المراقبة الوبائية للأمراض المعدية بالمملكة والارتقاء بالجهود المبذولة للسيطرة عليها ومكافحتها وصولاً إلى استئصالها والقضاء عليها.

ونتيجة لما تم بذله من جهود في السنوات الماضية فإن وبائية العديد من الأمراض المعدية قد انحسرت، حيث شهدت مناطق ومحافظات المملكة عام (١٤٣٠هـ - ٢٠٠٩م) انخفاضاً ملموساً في أحد عشر مرضاً من الأمراض المستهدفة بالتحصين نتيجة ارتفاع معدلات التغطية باللقاحات المختلفة، حيث انخفضت معدلات الإصابة بالدفتيريا إلى صفر لكل مائة ألف من السكان، والسعال الديكي إلى (٠,١٠)، والكزاز الوليدي إلى (٠,٠٢)، والحصبة إلى (٠,٣٢)، والحصبة الألمانية إلى (٠,٠٥)، والإلتهاب الكبدي (ب) إلى (١٩,٧٨)، وانخفض معدل الإصابة بمرض الدرن إلى (١٥,٦) لكل مائة ألف من السكان، نزولاً من (٤٣) حالة في عام (١٤١١هـ).

كما انحسرت معدلات الإصابة بمجموعة من الأمراض المعدية الأخرى وأهمها:

- الحمى الشوكية.
- الأمراض المتعلقة بصحة البيئة (الدوسنتاريا، التيفوئيد، السالمونيلا، والإلتهاب الكبدي أ).
- الأمراض الحيوانية المنشأ (الحمى المالطية، داء الكلب).
- الأمراض المتوطنة : وأبرزها مرض البلهارسيا التي بلغ معدل الإصابة بها (٠,٣) لكل مائة ألف من السكان وكذلك الملاريا التي تعتبر أحد أهم الأمراض المتوطنة بالمملكة وقد تم القضاء عليها في معظم المناطق وانحصر خطرها حالياً في المناطق الجنوبية الغربية وتم خفض معدل الإصابة بها لكل مائة ألف نسمة من (١٢) إلى (٠,٤٣) ما بين الأعوام (١٤٢١هـ - ١٤٣٠هـ).

وعبر الفترات الماضية شهدت المملكة تناقصاً تدريجياً في عدد الحالات المسجلة من الأمراض المعدية، وإن كانت هناك أحياناً بعض الانتشار الوبائية لبعض الأمراض المعدية، وهو ما يظهر في الشكل التالي:



وتقوم وكالة الوزارة المساعدة للطب الوقائي برصدٍ دقيقٍ لمعدلات الإصابة بكل الأمراض المعدية كما يظهر في الجدول التالي للفترة من (١٤١١هـ) إلى (١٤٣٠هـ)، وفيه نلحظ المنحى التنازلي لمعظم الأمراض المعدية في المملكة:

جدول رقم (٦)

معدل الإصابة لكل مائة ألف نسمة				المرض
١٤٣٠هـ	١٤٢٩هـ	١٤٢٦هـ	١٤١١هـ	
٠,٠	٠,٠٣	صفر	٠,٠٨	الدفتيريا
٠,٠	٠,١٢	٠,٢٨	٠,٨٩	السعال الديكي
٠,٠٢	٠,٠٣	٠,٠٨	٠,١١	الكزاز الوليدي (لكل ١٠٠٠ مولود حي)
٠,٣٢	٠,٦٤	١,٢٥	٣,١٢	الحصبة
صفر	صفر	٠,٠١	٠,٠٣	شلل الأطفال
١٥,٦	٨,١٥	١٤,٩	١٧,٢	الدرن
٠,٥٤	٠,١٣	١,٥٥	٨,٤	النكاف
١٩,٧٨	٢٠,٤٣	١٨,٢٠	١٦,٤	الالتهاب الكبدي

مؤشرات الوفيات :

شكلت الأمراض المعدية، والأمراض الخلقية، وأمراض سوء التغذية، وأمراض ما حول الولادة أهم أسباب الوفاة في المملكة فيما مضى، أما في الوقت الحاضر فتشير إحصاءات مستشفيات وزارة الصحة إلى أن الأمراض القلبية والوعائية كانت السبب فيما نسبته عشرون بالمائة من الحالات (٢٠٪) تليها حوادث السيارات والإصابات والتسمم بنسبة (١٩٪) بينما تؤدي الأورام السرطانية إلى حوالي خمسة بالمائة (٥٪) من نسب الوفيات، والحالات المرضية التي تنشأ في فترات حول الولادة مثل العدوى وغيرها بنسبة عشرة بالمائة (١٠٪)، ويتوزع الباقي بين أمراض الجهاز التنفسي والجلطات الدماغية وحالاتٍ أخرى عديدة.

وقد تسببت حوادث المرور منفردةً خلال عام (١٤٢٨هـ) مثلاً في مقتل حوالي (٥٠٠٠) فردٍ على الطريق، ويزيد العدد إلى ما يقارب (٧٦٠٠) إذا اضيفت حالات الوفاة بعد دخول المستشفى، أي أن هناك ما يقارب (٢٤) حالة وفاة بسبب الحوادث المرورية لكل مائة ألف من السكان، إضافة إلى ما تخلفه هذه الحوادث من حالات إعاقَةٍ جسدية متوسطة وشديدة وصلت إلى أكثر من ألف حالة في السنة ذاتها.

مؤشرات الموارد الصحية البشرية :

تشير بيانات القوى العاملة في ديوان الوزارة والمديريات والمرافق الصحية التابعة لها إلى أن المجموع الكلي للوظائف المشغولة على الباب الأول والتشغيل الذاتي يقدر بحوالي مائتين وأربعة عشر ألف وأربعة وخمسين وظيفة (٢١٤٠٥٤) تتوزع كالتالي:

جدول رقم (٧)

الوظائف	الباب الأول	التشغيل الذاتي
الموظفون الإداريون	٣١٧٥٧	٣٢٢٦
الكادر الصحي	١٣٩٤٥١	٢٣٥٣٠
المستخدمون	١١٨٧٧	٥٥٠
العمال	٣١٠٠	٥٥٥
المجموع	١٨٦١٩٣	٢٧٨٦١
المجموع الكلي	٢١٤٠٥٤	

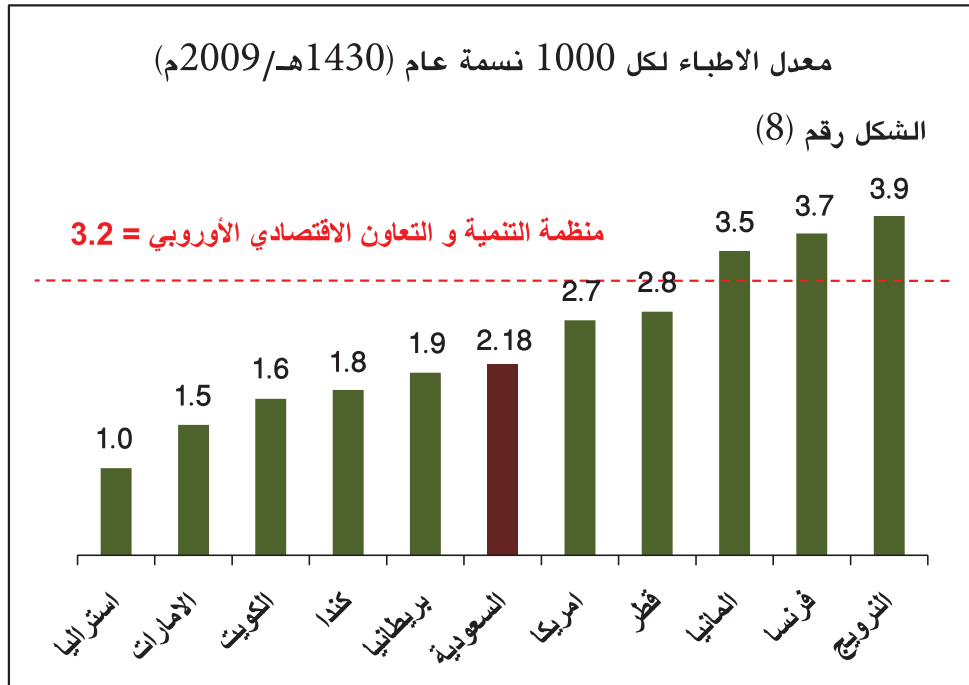
وإذا ما اضيفت القوى العاملة الإدارية والفنية التابعة للمدن الطبية ومستشفى الملك خالد التخصصي للعيون، يكون إجمالي القوى العاملة لدى الوزارة في كافة المرافق التابعة لها حوالي (٢٤٠,٠٠٠) موظف وموظفة، يمثل الكادر الصحي منهم ما نسبته (٧٢,٦٪)، وتصل أعداد الاطباء فيه تحديداً وحسب إحصاءات عام (١٤٣٠هـ) إلى (٢٥٨٣٢) طبيباً وطبيبةً، يعمل غالبيتهم (٨٥٪) على الباب الأول من الميزانية، بينهم حوالي (٢١٪) من الاطباء السعوديين، والباقي على برامج التشغيل الذاتي التي يبلغ عددها (٥٩) برنامجاً في أكثر من (٣٠) مستشفى ويعمل بها (٤١١٥) طبيباً من مختلف الفئات، بينهم (٦٤٠) طبيباً سعودياً بنسبة (١٥,٥٪).

ويظهر الجدول التالي مقارنةً بين أعداد الأطباء العاملين في مرافق وزارة الصحة والجهات الصحية الأخرى، ويتضح منه أن أطباء وزارة الصحة يشكلون ما نسبته (٤٩,٤%) من إجمالي الأطباء العاملين في المملكة:

جدول رقم (٨)

مؤشرات الموارد البشرية الصحية - الأطباء		
المعدل لكل ١٠٠٠ نسمة	العدد	المؤشر (١٤٣٠ هـ / ٢٠٠٩ م)
٢,١٨	٥٤٣٠٦	العدد الاجمالي للأطباء في المملكة
	٢٥٨٣٢	الأطباء في مرافق وزارة الصحة (يشمل أطباء الأسنان)
	٥٨٣١	الأطباء السعوديون في وزارة الصحة
	١٢٣٠٤	الأطباء في الجهات الحكومية الأخرى (شاملاً أطباء الأسنان)
	٢٠٩٧٤	الأطباء في القطاع الخاص (شاملاً أطباء الأسنان)

وكما يظهر من الجدول السابق، يبلغ معدل الأطباء الاجمالي لكل ألف نسمة من سكان المملكة (٢,١٨) حسب إحصاءات عام (١٤٣٠ هـ)، وهو أقل من المعدل المماثل في دول منظمة التنمية والتعاون الاقتصادي الأوروبي (انظر الشكل ٨).

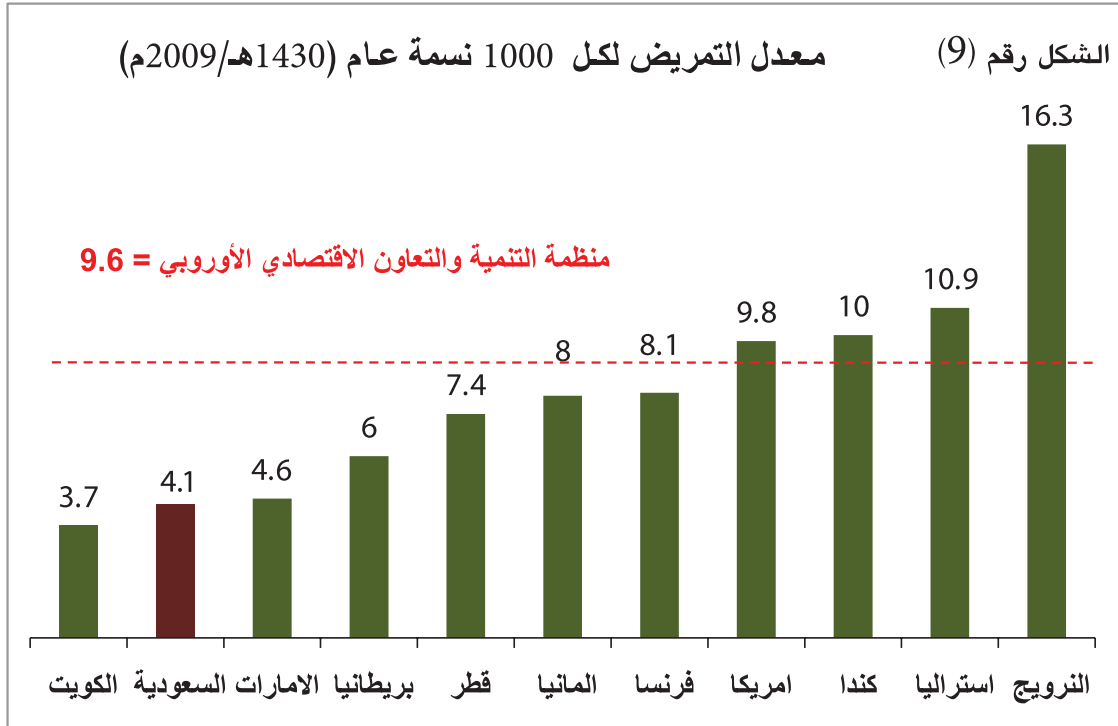


وبالنسبة لفئات التمريض، فقد بلغ العدد الاجمالي للتمريض في مرافق وزارة الصحة (٦٣٢٩٧) ممرضاً وممرضة أي ما نسبته (٥٧%) من اجمالي فئات التمريض في المملكة:

جدول رقم (٩)

مؤشرات الموارد البشرية الصحية- التمريض		
المؤشر (٢٠٠٩م/١٤٣٠هـ)	العدد	المعدل لكل ١٠٠٠ نسمة
العدد الاجمالي للتمريض في المملكة	١١٠٨٥٨	٤,١
فئات التمريض في مرافق وزارة الصحة	٦٣٢٩٧	
فئات التمريض الجهات الحكومية الأخرى	٢٤٢٥٣	
فئات التمريض في القطاع الخاص	٢٣٣٠٨	

وكما يظهر، فإن معدل التمريض لكل ألف نسمة في المملكة بلغ (٤,١) وهو أقل من المعدل الموجود في دول منظمة التنمية والتعاون الاقتصادي الأوروبي والذي يصل إلى (٩,٦٦) كما يوضحه الشكل التالي:

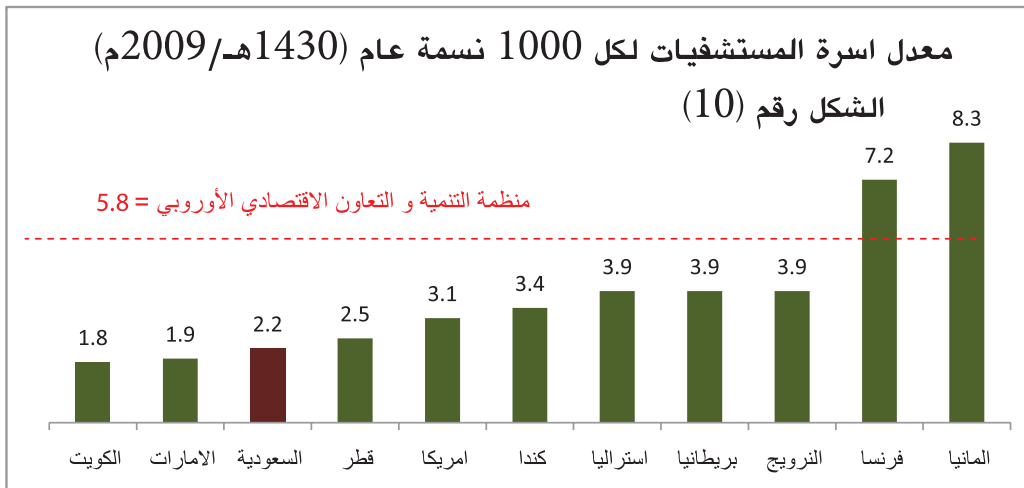


ويبلغ العدد الاجمالي للمستشفيات التابعة لوزارة الصحة لعام (١٤٣٠هـ) (٢٤٤) مستشفى أي ما نسبته (٦٠٪) من العدد الاجمالي للمستشفيات في المملكة (٤٠٦ مستشفى) وبسعة سريرية تصل إلى ثلاثة وثلاثين ألف سرير حسبما يظهر في الجدول التالي:

جدول رقم (١٠)

مؤشرات الموارد الصحية- المستشفيات		
المعدل لكل ١٠٠٠ نسمة	العدد	المؤشر ١٤٣٠ هـ / ٢٠٠٩ م
	٤٠٦	العدد الاجمالي للمستشفيات بالمملكة
	٢٤٤	مستشفيات وزارة الصحة
	٣٩	مستشفيات حكومية أخرى
	١٢٣	مستشفيات القطاع الخاص
٢,٢	٥٥٩٣٢	العدد الاجمالي لأسرة المستشفيات بالمملكة
	٣٣٢٧٧	أسرة مستشفيات وزارة الصحة
	١٠٨٢٢	أسرة المستشفيات الحكومية الأخرى
	١١٨٣٣	أسرة مستشفيات القطاع الخاص

وبذلك فإن معدل الأسرة لكل (١٠٠٠) نسمة قد بلغ في عام ١٤٣٠هـ (٢,٢)، أي أن هناك سريراً واحداً لكل (٤٥٥) نسمة، وهذا مساوٍ للمعدل الموجود في بلدان مجلس التعاون الخليجي لكنه أقل مما هو موجود في الدول المتقدمة (٥,٨):



يلخص الجدول التالي مؤشرات الموارد البشرية الصحية المتعلقة بالأطباء، والتمريض، والصيدالة، والفئات الطبية المساعدة، وكذلك المستشفيات التابعة لوزارة الصحة والقطاعات الأخرى:

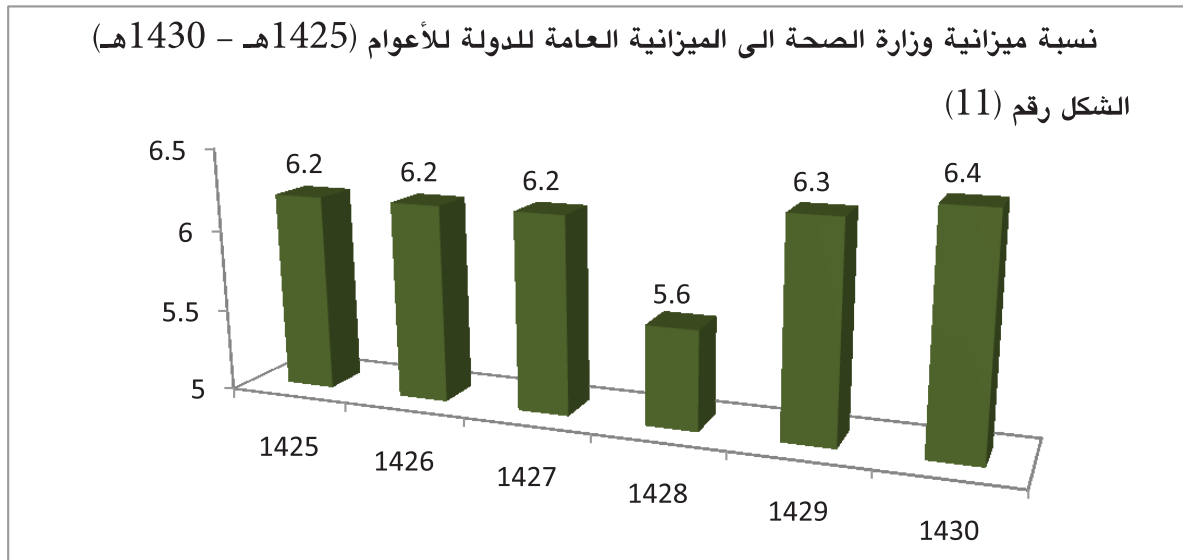
جدول رقم (١١)

مؤشرات الموارد الصحية	
العدد	المؤشر (١٤٣٠هـ / ٢٠٠٩م)
٤٠٦	العدد الاجمالي للمستشفيات بالمملكة
٢٤٤	مستشفيات وزارة الصحة
٣٩	مستشفيات حكومية أخرى
١٢٥	مستشفيات القطاع الخاص
٥٥٩٣٢	العدد الاجمالي لأسرة المستشفيات بالمملكة
٣٣٢٧٧	أسرة مستشفيات وزارة الصحة
١٠٨٢٢	أسرة المستشفيات الحكومية الأخرى
١١٨٣٣	أسرة مستشفيات القطاع الخاص
٥٤٣٠٦	العدد الاجمالي للأطباء في المملكة
٢٣٢٨١	الأطباء في مرافق وزارة الصحة
١١٣٢٦	الأطباء في الجهات الحكومية الأخرى
١٧١٤٨	الأطباء في القطاع الخاص
١١٠٨٥٨	العدد الاجمالي للتمريض في المملكة
٦٣٢٩٧	فئات التمريض في مرافق وزارة الصحة
٢٤٢٥٣	فئات التمريض الجهات الحكومية الأخرى
٢٣٣٠٨	فئات التمريض في القطاع الخاص
٧٣٥٥	العدد الاجمالي لأطباء الأسنان في المملكة
٢٥٥١	أطباء الاسنان في مرافق وزارة الصحة
٩٧٨	أطباء الاسنان في الجهات الحكومية الأخرى
٣٨٢٦	أطباء الاسنان في القطاع الخاص
٥٩٦١٨	العدد الاجمالي للفئات الطبية المساعدة في المملكة

٣٢٣٦٠	الفئات الطبية المساعدة في مرافق وزارة الصحة
١٨٦٥٠	الفئات الطبية المساعدة في الجهات الحكومية الأخرى
٨٦٠٨	الفئات الطبية المساعدة في القطاع الخاص
١٤٩٤٣	العدد الاجمالي للصيادلة في المملكة
١٦٥٤	الصيدالة في مرافق وزارة الصحة
١٥١١	الصيدالة في الجهات الحكومية الأخرى
١١٧٧٨	الصيدالة في القطاع الخاص

المؤشرات الاقتصادية

يتم تمويل الخدمات الصحية التي تقدمها الوزارة بشكل رئيسي عن طريق ما يخصص لها من الميزانية العامة للدولة، وهي نسبةً ظلت عبر السنوات الماضية تتراوح ما بين (٦-٦,٥%) كما يظهر من الشكل التالي:

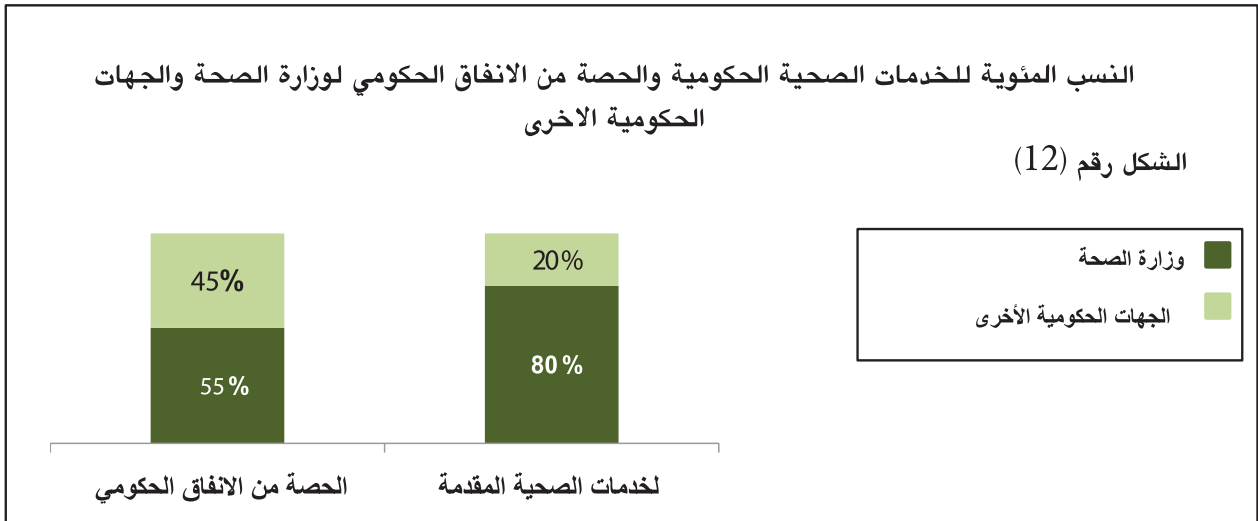


وعندما يضاف ما تناله وزارة الصحة من ميزانية إلى الميزانيات التي تمنحها الحكومة للجهات الصحية الحكومية الأخرى، فإن متوسط الإنفاق الحكومي الإجمالي على قطاع الصحة يمثل (٨,٧%) من إجمالي الإنفاق الحكومي العام وهي نسبة أقل مما هو موجود في الدول المتقدمة كما يبينه الجدول التالي الذي يقارن نسبة الإنفاق الحكومي على الصحة في المملكة وعدد من دول العالم لعام (١٤٢٩هـ / ٢٠٠٨م):

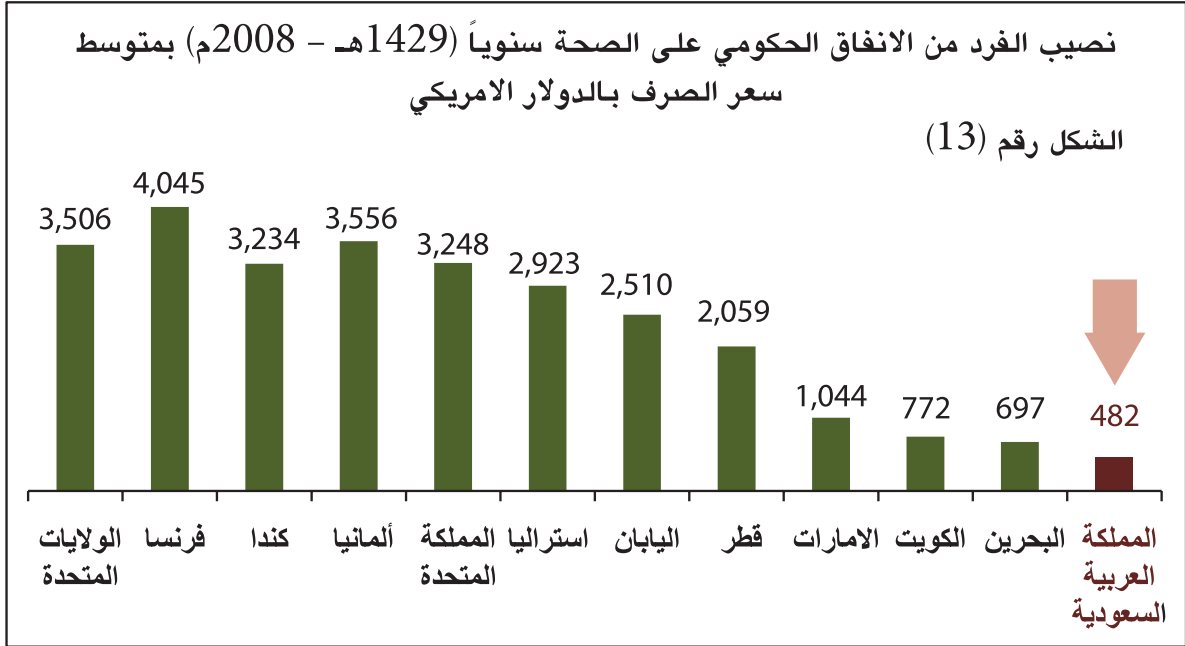
جدول رقم (١٢)

الدولة	الإنفاق الحكومي العام على الصحة إلى إجمالي الإنفاق على الصحة (%)	الإنفاق الحكومي العام على الصحة إلى إجمالي الإنفاق الحكومي (%)
المملكة المتحدة	٨٧,١	١٦,٢
الولايات المتحدة	٤٥,١	٢١,٨
استراليا	٦٧	١٧
كندا	٧٠,٣	١٧,٥
فرنسا	٧٩,٩	١٦,٦
ألمانيا	٧٦,٩	١٧,٦
اليابان	٨٢,٢	١٧,٨
المملكة العربية السعودية	٧٧,٦	٨,٧

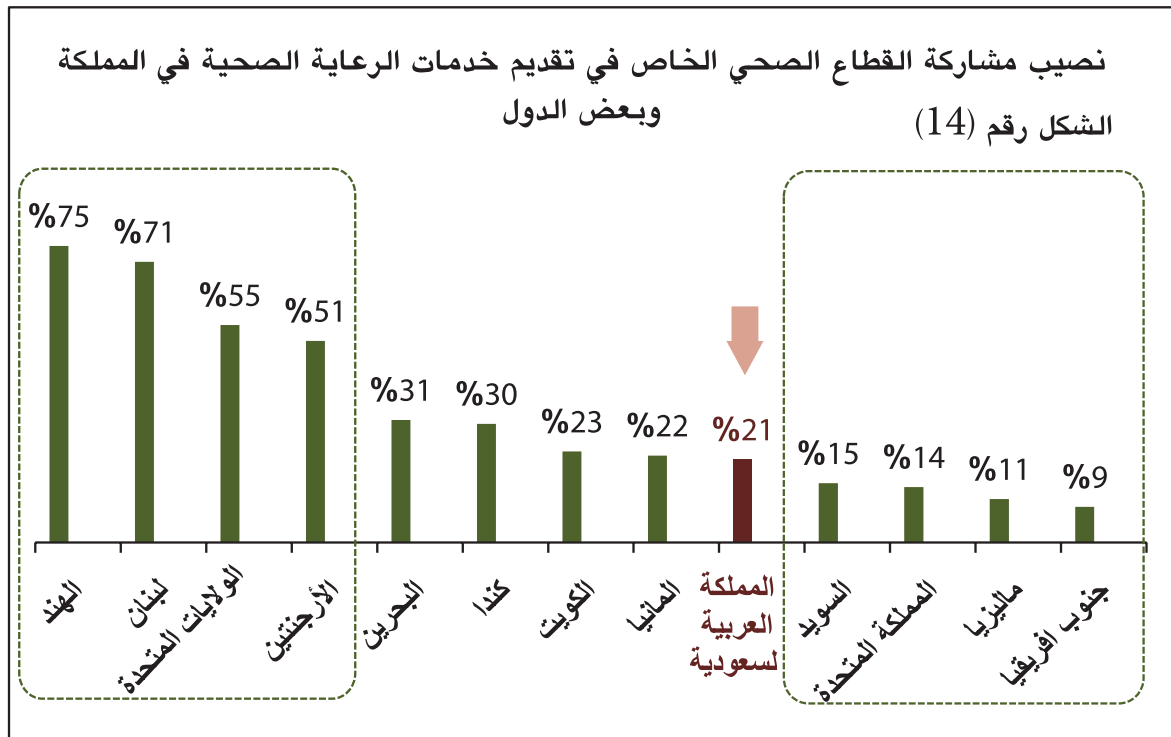
وبذلك يمكن القول بأن نظام تمويل الخدمات الصحية في المملكة هو من الأنظمة الصحية التي تعتمد بشكل اساسي على التمويل الحكومي، إذ يمثل الأخير (٧٧,٦%) من إجمالي الإنفاق الصحي في المملكة، ورغم أن وزارة الصحة تقدم (٦٠%) من إجمالي الخدمات الصحية في المملكة، وحوالي (٨٠%) من الخدمات الصحية الحكومية، إلا أنها تحصل على (٥٥%) من إجمالي الإنفاق الحكومي مقابل (٤٥%) تذهب للجهات الصحية الحكومية الأخرى (انظر الشكل ١٢).



وعلى مستوى نصيب الفرد من اجمالي الإنفاق الحكومي السنوي على الصحة، يتضح بأن المملكة تأتي في مرتبة متأخرة نسبياً، إذ تبلغ حصة الفرد فيها ما يعادل (٤٨٢) دولاراً أمريكياً فقط قياساً إلى باقي الدول المتقدمة التي يصل نصيب الفرد في بعضها الى سبعة اضعاف ما هو عليه في المملكة كما يظهر في الشكل التالي:



وتأتي المملكة العربية السعودية في مرتبة متوسطة بين دول العالم من حيث نسبة مشاركة القطاع الخاص في تقديم الخدمات الصحية (٢١٪)، وهي نسبة متوازنة كما يوضحه الشكل التالي.



خلاصة الوضع الصحي الراهن:

بعد أن تم استعراض ملامح الوضع الصحي الراهن يتضح أن هناك تحسناً كبيراً في العديد من المؤشرات الصحية عبر السنوات الماضية، ويظهر ذلك جلياً في انخفاض معدلات الإصابة بالأمراض المعدية، وانخفاض معدل وفيات الأطفال الرضع والأطفال دون الخامسة ومعدل وفيات الأمومة، يقابله زيادة في العمر المأمول عند الولادة وتحسن كبير بنسب التغطية بالتطعيمات وصل في مجمله إلى حوالي (٩٨٪) في عام (١٤٣٠هـ).

وما كان ذلك ليتحقق إلا بفضل الله ثم بفضل الدعم المتواصل الذي قدمته وتقدمه الحكومة الرشيدة لوزارة الصحة، ومعها كافة القطاعات الصحية الأخرى، وفي ظل الدور الذي تلعبه وزارة الصحة بصفتها المقدم الرئيسي لخدمات الرعاية الصحية في المملكة، فإنها تجد نفسها كذلك أمام العديد من التحديات التي تستلزم وضع الخطط الاستراتيجية الكفيلة بمواجهتها، ولعل من أهم تلك التحديات الزيادة السكانية المتواصلة بمتوسط معدل سنوي يصل إلى (٢,٦٪)، وهو من المعدلات العالية عالمياً، مع تزايد في نسبة المسنين، وانتشار لأنماط الأمراض المزمنة والمستعصية، والإصابات والإعاقات الناتجة عن حوادث السيارات، والأمراض النفسية والعصبية، وما يترتب على هذا كله من الحاجة إلى التوسع في بناء المرافق الصحية، ورفع مستوى أدائها فيما يخص نشاطات الطب الوقائي، وخدمات الرعاية الصحية الأولية، والخدمات العلاجية التخصصية، إضافة إلى ضرورة الالتفات إلى الجانب المتعلق بترشيد الإنفاق، والاستخدام الأمثل للموارد، وإيجاد مصادر أخرى للتمويل، إلى جانب الميزانية السنوية التي يتم تخصيصها للوزارة من الميزانية العامة للدولة.

كما أن المؤشرات الصحية الأخرى المتعلقة بالموارد البشرية الصحية تظهر أن المملكة لا تزال أقل من المعدلات العالمية التي يأتي في مقدمتها معدل منظمة التنمية والتعاون الاقتصادي الأوروبي فيما يخص معدل الأطباء إلى عدد السكان، ومعدل فئات التمريض، ومعدل أسرة المستشفيات، كما أن نسبة السعودة لا تزال منخفضة، وهو ما يعني الحاجة إلى تعويض النقص الحاصل في هذه المجالات بزيادة أعداد الخريجين من كليات الطب، والتمريض، والعلوم الطبية المساعدة، وكذلك زيادة أعداد الأسرة لا سيما في أقسام الطوارئ والعناية المركزة.

كما تنبغي الإشارة إلى أن النظام الصحي في المملكة لا يزال حتى الآن يعتمد على ما يخصص له من ميزانيات يتم استقطاعها من الميزانية العمومية للدولة، ولا تزال مشاركة القطاع الخاص في تقديم خدمات الرعاية الصحية محصورة في مناطق معينة من المملكة، وضمن حدود معينة من الخدمات المرتكزة على مبدأ الربح والخسارة، وهذا يزيد من العبء الذي يتحمله القطاع الحكومي وفي مقدمته وزارة الصحة، وفي نفس الوقت فإنه لا غنى عن زيادة مشاركة القطاع الخاص في تقديم المزيد من الخدمات الصحية كماً وكيفاً، وذلك لمواجهة معدلات النمو السكاني المرتفعة، وتزايد أعداد المسنين والعجزة وذوي الإحتياجات الخاصة، علاوة على انتشار الأمراض المزمنة بحيث أصبحت هي النمط السائد في المجتمع السعودي المعاصر.

نستعرض في الفصل التالي مواطن القوة ومواطن الضعف والفرص والتحديات التي تواجه الوزارة، بناءً على استقرارٍ دقيق لما تم عرضه في مناقشة الوضع الصحي الراهن، يلي ذلك ما يتعلق ببناء استراتيجية الوزارة خلال السنوات العشر القادمة إنطلاقاً من منظومة متكاملة من الرؤية والرسالة والقيم التي ستحكم العمل فيها.

تحليل مواطن القوة ومواطن الضعف والفرص والتحديات التي تواجه الوزارة

شبكة المرافق الصحية التابعة للوزارة

تمتلك وزارة الصحة، بصفتها الجهة الرئيسية المناط بها توفير الخدمات الصحية الحكومية، شبكةً ضخمة من المرافق الصحية يصل تعدادها إلى حوالي (٢٢٨١) منشأةً صحيةً تتوزع على كافة مناطق المملكة بما في ذلك المناطق البعيدة، منها حوالي (٢٤٤) مستشفى بسعة إجمالية (٣٣٢٧٧) سريراً و(٢٠٣٧) مركزاً للرعاية الصحية الأولية، وهذه الشبكة تمكن الوزارة حالياً من الوصول إلى معظم القرى والهجر المتناثرة في أرجاء المملكة رغم اتساع الرقعة الجغرافية وتباعدها، وتعطي الوزارة ميزة إضافية كونها تكاد تكون هي الجهة الوحيدة التي تقدم خدمات الرعاية الصحية في المدن والقرى البعيدة ذات الكثافة السكانية المنخفضة، ومع ذلك يبقى هنالك المزيد مما يجب عمله لزيادة التغطية وتحسين مستوى الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية لكل المواطنين في كافة أرجاء المملكة.

التوجه نحو اعتماد معايير الجودة

تتبنى الوزارة حالياً توجهاً استراتيجياً نحو تطبيق المعايير الحديثة لجودة الرعاية الصحية، وسلامة المرضى، وإدارة المخاطر، مع ضرورة تقييم العمل فيها من خلال تقديم مؤشرات الأداء الموضوعية والإحصاءات المتعلقة بها بصفة دورية وبشكل شفاف وواضح، مما يعني ضمان حصول المريض على الخدمات الصحية التي يحتاجها بطريقة احترافية ميسرة وآمنة وعادلة، وينبع كل ذلك في الأساس من متابعة المسؤولين بالوزارة، والرغبة الجادة الموجودة لدى العاملين لديها في جميع تخصصاتهم من أجل التطوير والتحديث، وإيمان الجميع بأنه قد حان الوقت لذلك.

المدن الطبية

يوجد لدى الوزارة حالياً أربع مدن طبية هي مدينة الملك فهد الطبية بالرياض، ومدينة الملك سعود الطبية في الرياض كذلك، ومستشفى الملك فهد التخصصي بالدمام، ومدينة الملك عبدالله الطبية في مكة المكرمة، وتنوي الوزارة زيادة عدد تلك المدن الطبية بحيث تكون هناك مدينة طبية في شمال المملكة وأخرى في جنوبها.

تتميز المدن الطبية باحتوائها على كوادر بشرية عالية التأهيل، ومعدات طبية ذات تقنية متقدمة، وتقدم خدمات طبية ذات مستوى متقدم قياساً بغيرها من المرافق الصحية الأخرى التابعة للوزارة (زراعة الأعضاء - الجراحات الدقيقة - الكشف عن وعلاج الأمراض الوراثية والاستقلابية-علاج الأمراض السرطانية) وفق مستويات عالية من الجودة، وهي بذلك تشكل وحدات مرجعية للحالات الطبية الصعبة التي تحال إليها من مستشفيات الوزارة الأخرى، ومصدراً يمد الوزارة بما تحتاجه من خبرات طبية متميزة لتقييم العمل في مستشفياتها الأخرى، وواحداً من أهم مواطن قوتها.

الرغبة في التغيير

هناك رغبة واضحة لدى الكثير من منسوبي الوزارة في التغيير الإيجابي، ويظهر ذلك جلياً في تحمس العاملين في الوزارة على اختلاف مستوياتهم إلى التغيير نحو الأفضل من خلال الجهود المبذولة حالياً من قبل المسؤولين كلاً حسب موقعه، ورغبتهم القوية والصادقة في المشاركة في جهود التغيير الإيجابي، بعد أن تعززت الثقة لديهم بإمكانية تحقيقه.

التحسن الملحوظ في المؤشرات الصحية

حيث ارتفعت نسبة من أكمل تطعيمه من الأطفال إلى أكثر من (٩٨٪)، وانخفضت معدلات الإصابة بالأمراض المستهدفة بالتطعيم كالحصبة والدرن الرئوي انخفاضاً كبيراً، ففي خلال الأعوام الثلاثين الماضية انخفضت معدلات الإصابة بالحصبة مثلاً من (٣٠٤) حالة لكل مائة ألف نسمة إلى حوالي (٠,٣٢) حالة، وانخفضت معدلات الإصابة بالدرن الرئوي من (٥٢) حالة لكل مائة ألف نسمة إلى (١٥,٦) حالة، إضافة إلى خلو المملكة من حالات شلل الأطفال، هذا إلى جانب انخفاض معدلات وفيات الأمهات والرضع والأطفال دون سن الخامسة، وارتفاع متوسط العمر المأمول عند الولادة، وغير ذلك العديد من المؤشرات التي شهدت تحسناً ملحوظاً، الأمر الذي تفخر به وزارة الصحة وتعتبره أحد مواطن قوتها.

القوة الشرائية للوزارة

تعتبر وزارة الصحة السعودية أكبر مشترٍ للمعدات والمستلزمات الطبية والأدوية في منطقة الخليج العربي والشرق الأوسط، وهي ميزة توّظفها الوزارة لصالحها من أجل التفاوض مع الموردين بغرض الحصول على أسعار تفاضلية تتناسب مع حجم الطلب والاستهلاك السنوي، إضافة إلى خدمات أخرى عديدة يتم تقديمها للمرضى.

المشاريع التي تنفذها الوزارة

تعكف الوزارة حالياً على إنشاء العديد من المرافق الصحية في كافة مناطق المملكة بغرض الوصول بخدماتها إلى أكبر شريحة ممكنة من المستفيدين، وتمثل هذه المرافق أحد أهم مواطن القوة لدى الوزارة إذا ما تم استغلالها بالشكل الصحيح الذي تسعى الوزارة إلى تحقيقه، حيث يبلغ ما تقوم الوزارة بإنشائه حالياً حوالي (١٦٢) منشأة صحية تتوزع كما يلي:

جدول رقم (١٣)

المشاريع	العدد
مستشفيات تخضع لتطوير بنيتها التحتية	٤٢
مستشفيات جديدة تحت التنفيذ	٨٦
مراكز لمرضى السكر	٢٠
مراكز طب اسنان	٧
مختبرات إقليمية وبنوك دم	٧

ستكون هذه المنشآت الصحية بعد الإنتهاء من إنشائها في خلال السنوات الخمس القادمة عاملاً مهماً في توفير الأسرة للمرضى في كل مدينة وقرية، وكذلك توفير جميع الخدمات الصحية بمختلف مستوياتها في جميع المناطق مما سيوفر لكل منطقة اكتفائها

الذاتي من منظومة الخدمات الصحية التي لا يحتاج معها المواطن إلى السفر من مدينة إلى أخرى أو من منطقة إلى أخرى طلباً للعلاج في مراكز متخصصة تتركز في المدن الكبيرة دون سواها.

الخبرات المتراكمة

تمتلك الوزارة خبرةً عريضةً في العديد من المجالات بحكم أنها كانت ولا تزال عبر السنين الجهة الأولى المنوط بها مسؤولية توفير خدمات الرعاية الصحية لسكان المملكة العربية السعودية، وتتركز تلك الخبرة التراكمية الطويلة في المجالات المتعلقة بالطب الوقائي ومكافحة الإوبئة وتوفير الخدمات الصحية لحشود الحجيج إضافة إلى خبرتها الناتجة عن تجربتها الطويلة في إيجابيات وسلبيات الأساليب المختلفة في إدارة المرافق الصحية التابعة لها (التشغيل الكامل-التشغيل اللاتبي-التشغيل الذاتي)، وخبراتها الطويلة في مجال عقد الشراكات المحلية والعالمية، واستقدام الكوادر الصحية من مختلف دول العالم والتفاوض مع الموردين، وغير ذلك الكثير مما يمكن الوزارة من اتخاذ الخيارات المناسبة لتشغيل مرافقها الصحية خلال السنوات العشر المقبلة.

برامج التشغيل الذاتي

يبلغ عدد برامج التشغيل الذاتي بوزارة الصحة (٥٩) برنامجاً تعمل بها الكوادر التالية:

- الأطباء من مختلف الفئات: (٥١١٤) طبيبياً.
- التمريض: (١١٦٦٢) ممرضاً وممرضة.
- الفنيين من حملة الدبلوم: (٤٤٩٧) فنياً.
- أخصائي غير طبيب (حملة البكالوريوس في تخصصات الأشعة والمختبر وغيرها): (١٦٤٢) أخصائياً.
- مساعد صحي: (٦١٥).

تتميز برامج التشغيل الذاتي بمرونة عالية في التوظيف والمزايا المالية مما يوفر مجالاً أوسع لاستقدام قوى عاملة مؤهلة والمحافظة عليها، وهناك توافق بين وزارة الصحة والوزارات الأخرى ذات العلاقة من أجل أن يتم التوسع في برامج التشغيل الذاتي مستقبلاً.

استراتيجية الصحة الإلكترونية

تعكف وزارة الصحة حالياً على البدء في تطبيق استراتيجية طموحة للصحة الإلكترونية تعتبر من التجارب الرائدة لوزارات الصحة على مستوى العالم، وتهدف عند الانتهاء منها بعد عدة سنوات إلى ربط جميع المرافق الصحية التابعة لها في شبكة معلوماتية موحدة الغرض منها هو سهولة انتقال المعلومات والبيانات الصحية الخاصة بالمريض إلكترونياً بين المرافق الصحية على اختلاف مواقعها من خلال توفير ملف إلكتروني موحد لكل مريض على شكل بطاقة إلكترونية صحية تحتوي على كافة البيانات والفحوصات والتاريخ الصحي الخاص به، وكذلك تسهيل التواصل الإلكتروني بين الممارسين الصحيين أينما كانوا وما يوفره ذلك من مساهمة فعالة في تحقيق التكامل المنشود بين المرافق الصحية التابعة للوزارة والممارسين الصحيين العاملين وما يعنيه ذلك من الرقي بمستوى الخدمات الصحية التي تقدمها الوزارة، والقضاء على المشكلات المتعلقة بإحالة المرضى بين مستويات الرعاية الصحية المختلفة وتمكينهم من حجز المواعيد، وطلب الأدوية، ومعرفة نتائج التحاليل إلكترونياً وعبر شبكة الإنترنت.

إضافة إلى ذلك فإن النجاح في تطبيق تلك الاستراتيجية سوف يفتح المجال أمام تنسيق وتخطيط وتوزيع الموارد بطريقة أفضل كثيراً عن ذي قبل، وتقليل معدلات الهدر، وازدواجية الخدمات، علاوةً على تزويد الإدارات المعنية في الوزارة بالمعلومات والبيانات الصحية على المستوى الوطني ومساعدتها في مجالات الترصد الوبائي ومراقبة انتشار الأمراض وتوزعها.

نجاح تطبيقات نظم المعلومات أثناء موسم الحج

ويتمثل هذا في مشروع مراقبة الأوبئة إلكترونياً والذي طبقته وزارة الصحة لأول مرة وبنجاح باهر خلال موسم حج عام (١٤٣٠هـ)، حيث قامت الفرق التابعة للوزارة بتطبيق نظام المسح الميداني باستخدام أجهزة المحمول (Smart Mobiles) وبرنامج الوبائيات الحقلية الإلكتروني (FAST) وذلك لنقل البيانات الخاصة بالأمراض والأوبئة وخاصة وباء الإنفلونزا المستجدة وتحليلها باستخدام نظم التحليل الإحصائية الإلكترونية.

العمل المؤسسي وقياس ومراقبة الأداء

اتسم العمل في الوزارة ومديريات الشؤون الصحية والمرافق الصحية التابعة لها بالافتقار إلى وجود الكثير من الادلة الموحدة التي تحوي أنظمة وسياسات وإجراءات العمل بطريقة واضحة ومكتوبة ومفهومة لدى الجميع، كما أن هناك ضعف في تطبيق ما هو موجود من الأدلة والعمل به كأسلوب لممارسة العمل اليومي إضافة إلى حاجة الكثير منه إلى التحديث والتطوير، هذا بالإضافة إلى عدم وضوح الرؤية والرسالة ومنظومة القيم والمبادئ التي قامت من أجلها الوزارة لتكون حاضرة في أذهان منسوبيها طوال الوقت يتمركز حولها أداؤهم وسلوكياتهم، يضاف إلى ذلك ضعف مفاهيم التنسيق والاتصال وتبادل المعلومات والعمل الجماعي القائم على تداول الرأي والبدء من حيث انتهى الآخرون والاستفادة من الخبرات السابقة المتراكمة والابتعاد عن أسلوب القرارات الفردية أو القرارات الارتجالية أو الاجتهادات الشخصية التي تعالج الموقف معالجةً آنيةً قصيرة الأجل بدلاً من الأسلوب المنهجي في معالجة المشكلات التي تطرأ، ويضاف إلى ذلك كله ضعف الأخذ بالأساليب الحديثة لقياس مؤشرات أداء وانتاجية الموظف وكذلك المرفق الصحي الذي يعمل به على حدٍ سواء، وضعف الدور الاشرافي والرقابي للوزارة على المديريات والمرافق التابعة لها وكذلك على مرافق القطاع الخاص وما أدى إليه ذلك كله من قصورٍ إداري وبطءٍ في الإجراءات، إلى غير ذلك من معوقاتٍ أثرت سلباً على مجمل مخرجات النظام الصحي.

غياب معايير موحدة للجودة

على الرغم من الزيادة العددية الكبيرة في المرافق الصحية التابعة للوزارة عبر الخطط الخمسية الثماني السابقة، إلا أن ذلك لم يصاحبه تركيز على وضع وتطبيق معايير موحدة للجودة وذلك لضمان الحصول على خدمات صحية جيدة وأمنة، الأمر الذي أدى إلى كثير من التدمير لدى المستفيدين من الخدمة لا سيما في المدن الصغيرة والمناطق البعيدة. يضاف إلى ذلك عدم التركيز على وضع وتطبيق معايير الممارسة السريرية القائمة على البراهين والأدلة ونتائج الأبحاث العلمية.

أدى ذلك كله إلى تفاوت واضح في مستوى الخدمات الصحية المقدمة في مستشفيات المدن الكبيرة ومثيلاتها في المستشفيات الواقعة في المدن الصغيرة واختلاف في الممارسات السريرية للأطباء العاملين في مرافق الوزارة باختلاف خبراتهم وخلفياتهم العلمية، مما أدى إلى تعدد أنماط العلاج لنفس الحالة المرضية، ثم ما حدث ويحدث في أحيان عديدة من أخطاء وتجاوزات طبية تؤثر على سلامة المرضى وتستهلك الكثير من جهود الوزارة في سبيل التحقيق في اسبابها وتحليل تداعياتها.

الكوادر البشرية الفنية والإدارية والنقص الكمي والتنوع

لا تمتلك وزارة الصحة حالياً العدد الكافي من الكوادر البشرية المؤهلة في جميع التخصصات الطبية والصيدلانية والفئات الفنية المساعدة، وبرغم ان الوزارة توظف النسبة الأكبر من إجمالي القوى العاملة الصحية في المملكة، فلم يتجاوز معدل الأطباء لعام (١٤٣٠هـ) مستوى (٢,١٨) طبيباً لكل ألف نسمة في حين وصل معدل التمريض إلى (٤,١)، في تراجع واضح عن المعايير الدولية (يبلغ معدل الأطباء لكل ألف نسمة في دول منظمة التنمية والتعاون الاقتصادي ٣,٢ ومعدل التمريض ٩,٦٦)، وتعاني الوزارة كذلك من تدني نسب السعودة لا سيما بين الأطباء السعوديين في كافة التخصصات (لا تتجاوز النسبة ٢٢٪) وخاصة تخصصات طب الاسرة والمجتمع، والعناية المركزة، وطب الأعصاب، والجراحات الدقيقة، والعقم، وغيرها من التخصصات النادرة الأخرى.

وتعود أسباب قلة الكوادر البشرية المؤهلة إلى قلة المعارض منها عالمياً مقابل ازدياد الطلب على المستوى المحلي والإقليمي والعالمي، ثم ما تعانيه الوزارة من كثرة الاستقالات، وتسرب الكفاءات إلى القطاعات الأخرى استجابة للمغريات المادية أو عدم ملائمة بيئة العمل، هذا بالإضافة إلى ما نجده في العديد من المرافق التابعة للوزارة والتي لا تعاني من نقص مطلق في أعداد الكوادر البشرية بقدر ما هو نقص نسبي سببه سوء التوزيع المؤدي إلى التكدس في بعض المواقع دون البعض الآخر وما يجره ذلك من بطالة مقنعة وهدر في الموارد.

وإضافةً إلى النقص العددي في الكوادر الفنية، فإن الوزارة تعاني كذلك من النقص النوعي المتمثل في تدني المؤهلات العلمية للعديد من الفئات، ويكفي للدلالة على ذلك الإشارة إلى أن ما نسبته خمسة في المائة فقط من إجمالي فئات التمريض تحمل مؤهل البكالوريوس والبقية هم من حملة الدبلوم.

وبالإضافة إلى نقص الكوادر الفنية فإن الوزارة تفتقد كذلك إلى الأعداد الكافية من الكوادر الإدارية المؤهلة في الإدارات المختلفة بالوزارة وكذلك في مديريات الشؤون الصحية، والمستشفيات التابعة لها، حيث أوضحت دراسة أجرتها الوزارة أن نسبة عالية من الموظفين الإداريين لديها يحملون مؤهلاً دون المستوى الجامعي.

إضافة إلى ذلك فإن هناك نقصاً واضحاً في ما يخص من ميزانية الوزارة لبرامج تأهيل وتطوير المهارات القيادية الإدارية، وهذا الجانب يعتبر واحداً من أبرز مواطن الضعف لدى وزارة الصحة عبر تاريخها، حيث تم التركيز في فترات سابقة على رفع أعداد الأطباء وطواقم التمريض دون النظر إلى توفير الطاقات الإدارية المؤهلة التي سيناظ بها مسؤولية إدارة واحدة من أكبر وزارات الصحة في العالم.

تدني إمكانات التعاقد والتوظيف

عانت الوزارة طوال الحُقب السابقة من ضعفٍ في قدراتها في مجالات التعاقد والتوظيف، أدى إلى وجود مشكلات في شغل وظائفها الصحية سواء من السعوديين أو من المتعاقدين، ويعود السبب في ذلك إلى أسباب عدة تتركز فيما يلي:

- عوامل متعلقة بضعف الرواتب والحوافز مقارنة بالجهات الحكومية الأخرى والقطاع الخاص ودول الجوار مع أن هذا الجانب قد تحسن بعد إقرار الكادر الصحي الجديد.
- عوامل متعلقة بتدني كفاءة الأساليب المتبعة في البحث عن الكفاءات المطلوبة في كافة دول العالم، واختيارها واستقطابها للعمل، ويشمل ذلك ما يتعلق بفعالية لجان التعاقد التي يتم إرسالها بصفة دورية أو ما يتعلق بطول مدة إنهاء إجراءات البحث والاختيار والتعاقد.
- عوامل متعلقة بإحجام العديد من الكفاءات المؤهلة عن التعاقد معها للعمل في المناطق البعيدة والنائية في المملكة والتي لا تتوفر بها البيئة الملائمة لها (المدارس الخاصة - السكن - الأسواق - وسائل الترفيهية).
- عوامل متعلقة بحاجة الوزارة المستمرة لأعدادٍ كبيرةٍ من القوى البشرية الفنية والإدارية، وذلك لمواجهة الطلب المتزايد على خدماتها في كافة مناطق المملكة.

كبر حجم الوزارة

تعتبر وزارة الصحة السعودية واحدة من أكبر وزارات الصحة في منطقة الشرق الأوسط والعالم من حيث القوى البشرية والمنشآت والمرافق التي تنتشر على مساحات واسعة، وهذا يجعل من الصعوبة بمكان أن تستجيب الوزارة دائماً لكل ما يطراً على الصعيد الصحي بالسرعة المطلوبة، كما يعمل في مرافق الوزارة ما يزيد عن مائتين وأربعين ألف موظف يمثلون خمسة وثلاثين جنسية

مختلفة، ذات خلفيات لغوية وثقافية وعلمية متباينة، وهذا بحد ذاته يشكل تحدياً كبيراً أمام الوزارة يتمثل في ضمانها التزام الجميع بمعايير موحدة للممارسات الطبية، وتقديم خدمات صحية بمستويات جيدة من حيث الجودة وسلامة المرضى.

محدودية الموارد المالية

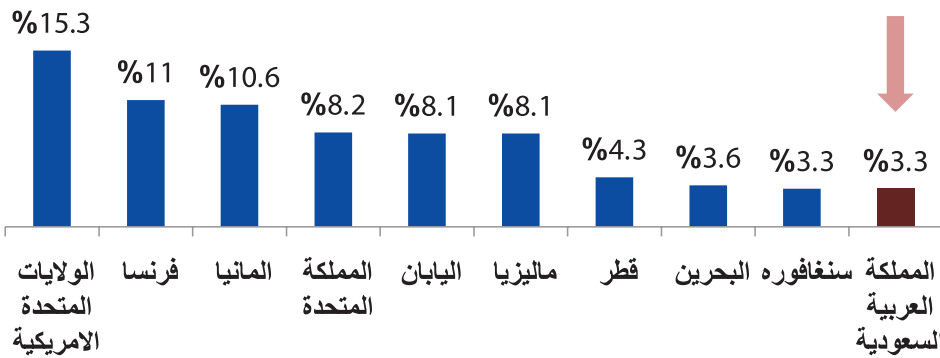
عانت الوزارة في فترات عديدة من عدم تناسب ميزانياتها مع الدور المناط بها والمتمثل بتقديم الجزء الأكبر من إجمالي الخدمات الصحية في المملكة العربية السعودية (٦٠٪)، في الوقت الذي لا يتجاوز نصيبها من الميزانية العامة للدولة (٦٪)، وما من شك بأن هذا قد أثر سلباً في قدرة الوزارة على تقديم خدماتها بالمستوى المطلوب الذي يرضى عنه الجمهور دائماً، وقدرتها على توفير مستويات عالية لعقود التشغيل والصيانة لمعظم مرافقها، في الوقت الذي تشهد فيه تكاليف الرعاية الصحية ارتفاعاً متواصلاً ويزداد فيه العبء المرضي بمعدلات متنامية.

وبالرغم من تحسن الميزانية في السنوات القليلة الماضية إلا أنها ما زالت دون المستوى المأمول، وهو ما يظهر من خلال مقارنة نسبة الإنفاق الحكومي على الصحة إلى الإنفاق الحكومي العام والتي تبلغ في المملكة (٨,٧٪)، بينما تتضاعف هذه النسبة في دول العالم المتقدمة.

ويوضح الشكل رقم (١٥) نسبة ما يُصرف على الصحة في المملكة العربية السعودية من إجمالي الناتج المحلي مقارنة ببعض دول العالم، إذ بينما لا تتعدى هذه النسبة (٣,٣٪) في المملكة، نجد أنها تتراوح ما بين (٨ - ١٥٪) في معظم دول العالم المتقدمة.

اجمالي الانفاق على الصحة كنسبة مئوية من إجمالي الناتج المحلي في المملكة وبعض دول العالم لعام 1430هـ - 2009م

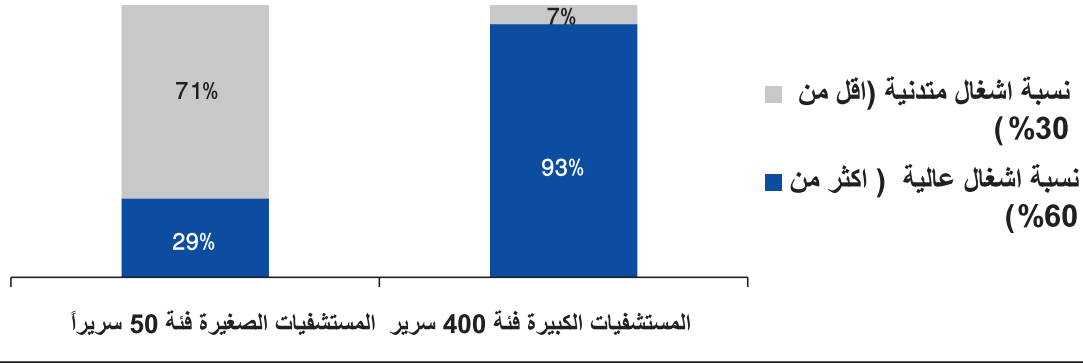
الشكل رقم (15)



ضعف الاستخدام الأمثل للموارد

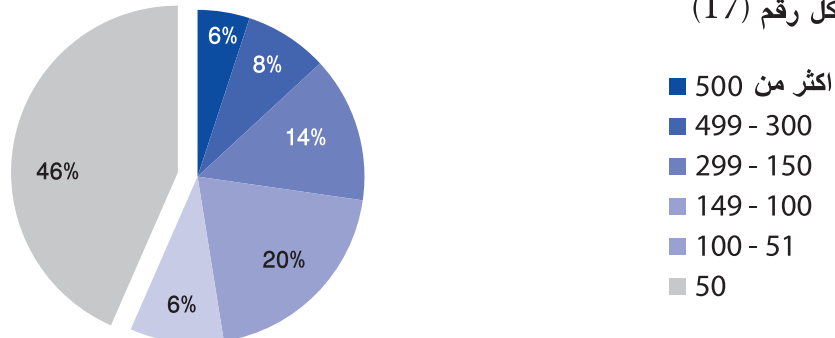
تتفاقم تحديات التمويل مع غياب التخطيط المسبق للاستخدام الأمثل للموارد المتاحة، وعدم وجود ثقافة اقتصاديات الصحة التي تهتم بحساب تكلفة السرير والدواء والعبء الاقتصادي للأمراض المزمنة على مجمل الفاتورة الصحية التي تدفعها الوزارة. ويتبلور مثال واضح لضعف الاستخدام الأمثل للموارد في الكثير من مستشفيات الوزارة ذات معدلات إشغال المتدنية، وهي في معظمها مستشفيات صغيرة من فئة الخمسين سريراً، تمثل ما مجموعه (١١٤) مستشفى أي أنها تشكل (٤٦٪) من مستشفيات الوزارة، وتصل نسبة إشغال الأسرة فيها طوال العام ما بين (٢٥٪ - ٣٠٪) فقط، مما يكلف الوزارة مبالغ طائلة لتشغيلها وصيانتها بدون مردودٍ يتناسب مع ما يصرف عليها وهذا يجعلها غير مجدية اقتصادياً وفقاً لكل المعايير. (أنظر الشكل رقم ١٦ الذي يوضح أن أكثر من ٩٣٪ من المستشفيات الكبيرة تتمتع بنسب إشغال عالية للأسرة، وعلى النقيض من ذلك فإن ٧١٪ من المستشفيات الصغيرة تعاني من نسب إشغال لا تتجاوز ٣٠٪ طوال السنة). مثال آخر على ضعف الاستخدام الأمثل للموارد البشرية هو عدم كفاءة توزيع تلك الموارد توزيعاً فعالاً، وضعف برامج التدريب والتطوير الوظيفي الذي يضمن رفع مستوى الاستفادة منها، إذ نجد أن هناك نسبة من القوى العاملة غير المؤهلة تنتشر في كافة مرافق الوزارة، إضافة إلى تكديس العديد منها في مواقع ليست بحاجة إليها، وما يشكّله ذلك من عبءٍ مالي وتشغيلي متزايد.

نسبة إشغال الاسرة قياساً الى السعة السريرية لمستشفيات وزارة الصحة
الشكل رقم (16)



النسب المئوية لمستشفيات الوزارة حسب السعات السريرية - 1430هـ

الشكل رقم (17)



ضعف نظام الحوافز والتطوير الوظيفي

يتفاقم نقص القوى العاملة المؤهلة في مجال الصحة مع تسرب الموظفين المؤهلين بسبب عدّة عوامل منها قلة الرواتب مقارنة مع الجهات الأخرى، وكذلك نقص الحافز الداخلي والخارجي (مكافآت - تكريم - ترقية مرتبطة بالأداء)، ويتوجه هؤلاء للعمل في منشآت القطاع الخاص في المملكة، أو تجذبهم فرص العمل في الدول المجاورة التي تؤمن مزايا وظيفية أفضل. يضاف إلى كل ذلك عدم وجود برامج كافية للتدريب على رأس العمل بشقيه الفني والإداري وعدم توفر مسار وظيفي واضح ينتهجه الموظف، وكذلك عدم تقديم حوافز لتشجيع العمل في المناطق البعيدة، وقد استحدثت الوزارة برنامجاً متكاملًا عبر هذه الخطة الاستراتيجية لمعالجة هذه النقطة عبر سلسلة من الإجراءات التي تهدف إلى دعم نظام الحوافز والتطوير الوظيفي.

قلة الاهتمام بالجانب البحثي والتعليمي

إن قلة الاهتمام بالجانب البحثي والتعليمي هو من مواطن الضعف المهمة لدى وزارة الصحة، والحاجة إليه تبرز من خلال مطالبة منظمة الصحة العالمية وغيرها من المنظمات المعنية بصحة الإنسان والبيئة وزارات الصحة في دول العالم ومن ضمنها المملكة بتوفير المؤشرات الصحية المتعلقة بالوضع الصحي العام ونسب الأمراض المزمنة وغيرها الكثير من المؤشرات التي يتم الحصول عليها من خلال الأبحاث والدراسات الميدانية، هذا علاوة على ما تمثله هذه الأبحاث والدراسات من أهمية بالغة لتوفير المعلومات المساندة للتخطيط الصحي ورسم السياسات المتعلقة بالصحة وطريقة توزيع الخدمات والموارد على النحو الأمثل.

يضاف إلى الجانب البحثي قصور في قدرات الوزارة على الوصول تماماً إلى ما تطمح إليه من التوسع في الجوانب التعليمية والأكاديمية المتعلقة بعمل الكوادر الطبية السعودية في المرافق التابعة لها، وتتطلع الوزارة إلى تعويض ذلك من خلال:

- التوسع في تهيئة المستشفيات التابعة لها لتكون مكاناً ملائماً لتدريب الأطباء السعوديين في كافة التخصصات الطبية وفق برامج التدريب الأكاديمي المعتمدة من قبل الهيئة السعودية للتخصصات الصحية. (يوجد حالياً ثلاث وثلاثون مستشفى معتمداً للتدريب من الهيئة السعودية تحتوي على معظم التخصصات الطبية بنسب تختلف باختلاف المناطق)
- التوسع في عقد الدورات التدريبية مع جهات أكاديمية أخرى كما هو الحال مثلاً في برنامج تدريب أطباء الأسرة والمجتمع.
- والدخول في شراكات أكثر مع الجامعات والمؤسسات الأكاديمية الفاعلة في مجال التعليم الطبي والأبحاث العلمية والتدريب، وكذلك مراكز البحث الطبي على المستوى الوطني والإقليمي والعالمي.

ضعف توفر البيانات الصحية الدقيقة

تعاني وزارة الصحة والنظام الصحي عموماً في المملكة من ضعف في جمع المعلومات والبيانات الصحية وحفظها وتحليلها وتوزيعها على الجهات المعنية، وعدم وجود الدراسات الصحية الكافية تحت إشراف مركز متخصص في الأبحاث والدراسات المتعلقة بالصحة العامة والوقاية من الأمراض، وكذلك عدم تفعيل سجل صحي وطني فعال يعنى بقياس نسب الأمراض وانتشارها وتوزيعها الجغرافي، إضافة إلى الحاجة إلى تفعيل التنسيق بين الوزارة والجهات الصحية الحكومية والخاصة الأخرى، مما يؤثر على عملية اتخاذ القرارات وتقديم الرعاية المناسبة والإدارة الملائمة للنظام الصحي.

ضعف نظام المعلومات الصحية

إن الغاية من أي نظام معلومات صحية هي توفير معلوماتٍ صحيّةٍ مناسبة وذات نوعيّةٍ جيدة لدعم العمل الصحي. وتفتقر وزارة الصحة إلى نظامٍ معلوماتي فعال يستخدم أحدث ما توصلت إليه تقنية المعلومات من أجل الإستفادة من التطبيقات المختلفة لهذا العلم في المجال الصحي وذلك على مستويين :

- المستوى الوطني، ويتمثل في جمع وتحليل وتخزين البيانات والإحصائيات الصحية المتعلقة بالوضع الصحي على مستوى المملكة بالتعاون مع الجهات الأخرى ذات العلاقة، مثل مصلحة الإحصاء وذلك لتمكين المعنيين بصناعة القرار في وزارة الصحة من تحديد المشكلات والاحتياجات الصحية ومن ثم صياغة البرامج والسياسات والخطط اللازمة للارتقاء بالصحة وتخصيص الموارد على النحو الأمثل.
- مستوى الوزارة ذاتها والمديريات والمرافق الصحية التابعة لها ويندرج تحت ذلك نظم المعلومات الإدارية وتطبيقات الملف الإلكتروني الموحد والخدمات الصحية عن بعد وغير ذلك.

إن وجود نظام معلوماتٍ صحي قوي من شأنه أن يدعم تشخيص الأمراض وعلاجها بالدقة المطلوبة وكذلك يمنع ازدواجية الخدمات (وبخاصة في وصف الأدوية والفحوص المخبرية والتصوير التشخيصي)، ويساعد في رفع مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة للمرضى، وأن يكون لدى الوزارة نظام إحالة فعال وسريع للحالات التي تستدعي ذلك، هذا بالإضافة إلى ما توفره نظم المعلومات الصحية من آليات فعالة لقياس ومراقبة الأداء والحصول على المؤشرات الإنتاجية للمرافق الصحية بسرعة وسهولة.

ضعف البنية التحتية

ضعف البنية التحتية يتمثل في مباني المستشفيات، ومراكز الرعاية الأولية، وإسكان الأطباء، والتمريض، حيث إن نسبة عالية من مراكز الرعاية الصحية الأولية مثلاً تعمل في مقار مستأجرة وغير مصممة أساساً لمثل هذا النشاط، ومن ثم لا توفر الامكانيات اللازمة لتقديم خدمات الرعاية الصحية الأولية على الوجه المطلوب، إضافة إلى أنه لا يتوفر في العديد من هذه المراكز عيادات للأسنان، وأجهزة الأشعة والمختبرات، حيث لا تتجاوز نسبة المراكز التي تحتوي على عيادات أسنان (٤٢٪)، والتي بها أجهزة أشعة (٢٣٪)، والتي بها مختبرات (٦٠٪) فقط، وهذه كلها خدمات مساندة أساسية لا غنى عنها. يضاف إلى ذلك فإن تجهيزات مراكز الرعاية الصحية الأولية وصلت إلى نهاية العمر الافتراضي لها، مما يستدعي الحاجة المستمرة إلى الإحلال والتجديد لمواكبة التطور التقني والعلمي في المجال الصحي. وينطبق الأمر كذلك على الكثير من مستشفيات الوزارة التي تعاني هي الأخرى من ضعف البنية التحتية، وتقادم الأجهزة والمعدات والأثاث المكتبي، وهذه أمور يمكن تفسيرها بضعف برامج الصيانة الدورية الناتجة أصلاً عن تدني مستوى عقود التشغيل والصيانة، وعدم الالتزام بمعايير موحدة في هذا المجال، والتوسع العشوائي في أسرة المستشفيات وأقسامها بدون أن يكون لذلك رصيد من ميزانية التشغيل والصيانة.

ضعف نظام الإحالة والنقل الإسعافي

تفتقد الوزارة إلى نظامٍ فعالٍ وموحد عند الحاجة إلى إحالة المرضى بين مستويات الرعاية الصحية المختلفة داخل المنطقة الواحدة (من مركز رعاية أولية إلى مستشفى عام ثم إلى مستشفى تخصصي) أو من منطقة إلى أخرى، ويتبع ذلك ضعف نظام النقل الإسعافي عموماً، لا من حيث التجهيزات ولا من حيث توفر الطواقم البشرية المؤهلة للتعامل مع الحالات الإسعافية الطارئة قبل الوصول إلى المستشفى.

التركيز على الجانب العلاجي دون الجانب الوقائي

أشارت المادة الحادية والثلاثون من النظام الأساسي للحكم إلى أن الدولة ممثلة في وزارة الصحة معنيةٌ بالصحة العامة والوقاية من الأمراض وما يتبع ذلك من برامج وتطبيقات، ولكن الملاحظ هو عدم تطبيق ذلك على أرض الواقع بالشكل المطلوب، إذ أن هناك نقصاً في برامج الوزارة الخاصة بالإكتشاف المبكر للأمراض، وتثقيف أفراد المجتمع بأنماط الحياة الصحية، والعناية الذاتية بالصحة، إلى آخر ذلك من نواحي الصحة العامة.

دعم القيادة الرشيدة

يكفل النظام الأساسي للحكم حق المواطن السعودي في الحصول على الرعاية الصحية التي يحتاجها في حالات المرض والعجز والشيخوخة، وقد قامت حكومة المملكة العربية السعودية بإنشاء وزارة الصحة ودعمها بكل ما يمكن من الموارد المادية والبشرية لتحقيق التزامات الدولة تجاه المواطن في هذا المجال.

وما من شك في أن الدعم اللامحدود الذي توليه القيادة الرشيدة لكل ما من شأنه ضمان حصول المواطن على الرعاية الصحية التي يحتاجها، وتنامي هذا الدعم سنةً بعد أخرى، يمثل فرصة كبيرة تتطلع وزارة الصحة إلى الاستفادة منها لتمكينها من أداء رسالتها التي قامت من أجلها.

مجلس الخدمات الصحية

تتمثل رؤية هذا المجلس بمفهومها الشامل في إيجاد إستراتيجية عامة للرعاية الصحية بالمملكة عن طريق وضع وإقرار سياسات التنسيق والتكامل بين جميع الجهات المختصة بتقديم خدمات الرعاية الصحية بما يحقق أهداف النظام الصحي بالمملكة.

يوفر هذا المجلس في ظل الدعم المعطى له آليةً فعالةً لصنع القرار والتنسيق بين كافة القطاعات الصحية، مما يدعم وزارة الصحة لتحقيق مهمتها، وضمان تضافر الجهود وتكاملها عوضاً عن تضاربها، وتطمح الوزارة إلى تعزيز دور هذا المجلس أكثر فأكثر في المستقبل القريب بحول الله.

برنامج اعتماد المستشفيات

يمثل هذا البرنامج فرصةً مهمةً أمام وزارة الصحة من أجل إقرار ومتابعة تطبيق معايير الجودة في كافة منشأتها وذلك بهدف تحسين الخدمات الطبية المقدمة وضمان سلامة المريض، ويأتي ذلك عن طريق التعاون مع هيئات الاعتماد الداخلية والخارجية بغرض التدقيق في منشأتها واعتمادها، وهو نهج استراتيجي وافق عليه مجلس الخدمات الصحية واعتمده كإجراء إجباري على جميع المنشآت الصحية بالمملكة، العامة منها والخاصة.

الكادر الصحي الجديد

يمثل هذا الكادر نقلةً في سلم رواتب الممارسين الصحيين السعوديين والمتعاقدين، ويقوم في فكرته الأساسية على مبادئ العدل والمساواة في المزايا المادية بين كافة القطاعات الصحية، كما يأخذ بعين الاعتبار الجوانب المتعلقة بالخبرة والندرة والتميز، وهو بذلك يزيد من القدرة التنافسية للوزارة من أجل استقطاب الكفاءات البشرية المؤهلة والمحافظة عليها، ويقلل من هجرة الكفاءات إلى قطاعات أخرى.

القطاع الخاص

تسعى الحكومة إلى تلبية الطلب المتزايد على خدمات الرعاية الطبية من خلال العديد من السياسات والآليات التي يأتي من ضمنها تشجيع وتسهيل مشاركة القطاع الخاص، وبذلك فإن أمام وزارة الصحة فرصةً كبيرةً للاستفادة من المستشفيات والمراكز

الصحية الخاصة من أجل ذلك الغرض، إضافة إلى الفرصة المتمثلة في قدرة الوزارة على أن تعهد لمستشفيات القطاع الخاص ببعض الخدمات الصحية التي قد تشكل عبئاً على الوزارة، مثل خدمات الأشعة والمختبر ومرضى الإقامة الطويلة.

تطبيقات نظم المعلومات الصحية والاتصالات

تشهد صناعة الطب حالياً ثورةً كبيرةً في مجال نظم المعلومات الصحية، والصحة الإلكترونية، والاتصال الطبي عن بُعد، وهي بذلك تمثل فرصة كبيرة للاستفادة من تطبيقاتها المختلفة في مجال الرعاية الصحية.

تطور التكنولوجيا الطبية

يشهد العالم اليوم ثورةً متناميةً في مجال صناعة الأجهزة والمعدات والمستلزمات الطبية ذات التقنية العالية، يضاف إلى ذلك الاكتشافات المتوالية في مجال الأدوية والعقاقير، وهي كلها تمثل أسلوباً جديداً في تشخيص الأمراض وعلاجها والوقاية منها، تجدر الاستفادة منه.

برنامج الحكومة الإلكترونية

هناك توجه لدى الدولة نحو تطبيق مفاهيم الحكومة الإلكترونية في كافة مرافقها، ومن ضمنها وزارة الصحة، حيث لا غنى عن ذلك من أجل الدخول إلى بوابة القرن الواحد والعشرين، وهي فرصة كبيرة لدعم الاتجاه الحالي في الوزارة نحو ميكنة العمل والتحول إلى بيئة لا ورقية.

التوجه الحكومي نحو العمل بمؤشرات الأداء

هناك اهتمام متزايد لدى الدولة بضرورة تطبيق مؤشرات الأداء والقياس والتقييم الموضوعي لمخرجات الخدمة التي تقدمها كافة مرافق الدولة، وهو توجه يتماشى مع رغبة الوزارة في انتهاج هذا الأسلوب وتعميمه على كافة مرافقها كذلك.

برنامج الابتعاث الخارجي

يقصد بالابتعاث الخارجي إتاحة الفرصة لمنسوبي وزارة الصحة ممن هم على رأس العمل للالتحاق ببرامج دراسية وتدريبية خارج المملكة، وقد شهدت أعداد المبتعثين ارتفاعاً بنسبة (٢٠٠٪) خلال السنوات الأربع الأخيرة، حيث ازداد العدد من (١٣٥) مبتعثاً عام (١٤٢٧هـ) إلى (٤٠٠) مبتعث عام (١٤٣٠هـ)، كما تستفيد الوزارة من برنامج خادم الحرمين الشريفين للابتعاث الخارجي الذي يقوم بابتعاث عشرات الآلاف من المواطنين الراغبين في إكمال تعليمهم في الخارج، ويمثل القطاع الصحي شريحة كبيرة من هؤلاء، ويهدف البرنامج من ضمن أهدافه المتعددة إلى ابتعاث ألف طبيب وفني في مجالات الطب، والعلوم الصحية التطبيقية (التمريض - الأشعة - المختبرات - التقنية الطبية - الصيدلة - والعلوم الصحية)، وبذلك فإن هذا البرنامج يوفر مورداً مستقبلياً كبيراً للكفاءات البشرية المؤهلة في المجال الصحي والتي يمكن أن تغطي احتياجات الوزارة في هذا الجانب إذا ما تمت الاستفادة منه بالطريقة المثلى.

التوجه نحو علاج اليوم الواحد

تعزز في السنوات الأخيرة مفهوم علاج اليوم الواحد في العديد من دول العالم المتقدمة، حيث يتم فيه تنويم المريض في المستشفى لإجراء عملية جراحية معينة أو إجراء غير جراحي معين (مثل منظار الجهاز الهضمي ومنظار القصبه الهوائية) على أن يخرج المريض من المستشفى ويعود إلى بيته في نفس اليوم بعد فترة انعاشٍ تطول أو تقصر حسب الحالة.

يشهد علاج وجراحة اليوم الواحد إقبالاً متزايداً نظراً لفوائده العائدة على المريض مثل العودة إلى البيت في نفس اليوم، وتقليل خطر التعرض إلى العدوى أو التهاب الجرح نتيجة البقاء لفتراتٍ أطول في المستشفى، وفوائده العائدة على المستشفى بزيادة معدل الكفاءة الاقتصادية عن طريق رفع معدل استخدام السرير الواحد مقابل تكلفة أقل وبالتالي تحقيق الاستخدام الأمثل للموارد، حيث تشير الدراسات إلى أن جراحة اليوم الواحد تخفض التكلفة الإجمالية للسرير الواحد بنسبة تتراوح بين (٢٥-٦٨٪)، وكذلك تقليل معدلات العدوى المكتسبة في المستشفيات، وتقليل فترات الانتظار ومواعيد الحجز، وقد وصلت نسبة جراحة اليوم الواحد في الولايات المتحدة الأمريكية مثلاً إلى حوالي (٨٠-٩٠٪) من مجمل العمليات الجراحية الروتينية غير الاسعافية، وفي بريطانيا ارتفعت النسبة من (١٥٪) عام (١٩٨٥ م) إلى (٧٥٪) عام (٢٠٠٧ م)، وبناءً على ذلك فقد قامت وزارة الصحة باستحداث برنامج جديد لإدارة الأسرة يكون مسؤولاً عن تطبيق كل الآليات المتاحة ومن ضمنها علاج اليوم الواحد من أجل الاستفادة المثلى من الأسرة في مستشفيات الوزارة المختلفة، وتخفيف الضغط عنها، وتقليل مواعيد انتظار المرضى، واستطاعت الوزارة من خلال هذا البرنامج وخلال عام (١٤٣٠هـ) فقط رفع نسبة عمليات جراحة اليوم الواحد إلى مجمل العمليات الجراحية في المستشفيات التابعة لها في جميع مناطق المملكة من (٣٪) إلى (٣٣٪)، وتهدف الوزارة إلى الوصول إلى نسبة (٥٠٪) بنهاية عام (١٤٣٢هـ) بإذن الله.

تصاعد الطلب على خدمات الرعاية الصحية

يمثل ارتفاع الطلب على خدمات الرعاية الصحية بشكل مضطرد، واحداً من أبرز التحديات التي تواجه وزارة الصحة، وهو ارتفاع تدفقه العديد من العوامل الديموغرافية والاجتماعية والاقتصادية ومن أبرزها:

- تزايد أعداد السكان حيث يتجاوز عدد سكان المملكة اليوم (٢٧) مليون نسمة ومن المتوقع أن يرتفع إلى ما يزيد عن (٣٣,٥) مليون نسمة بحلول عام (١٤٤٠ هـ) بمعدل تزايد سنوي يصل إلى (٢,٦٪).
- تزايد نسبة المسنين حيث من المتوقع أن يتجاوز العدد مليوني مسن بحلول عام (١٤٤٠ هـ) أي ضعف ما هو عليه اليوم، وهذا من شأنه أن يزيد الطلب على خدمات الرعاية الصحية المتعلقة بعلاج أمراض الشيخوخة المختلفة (أمراض القلب والشرايين والأمراض العصبية والجلطات الدماغية والأمراض المزمنة الأخرى مثل الفشل الكلوي والسكري وغيرها من الأمراض التي تحتاج إلى رعاية طبية متواصلة لفترات طويلة).
- تطور الوعي الصحي لدى أفراد المجتمع بأهمية العناية بالصحة وإجراء الفحوصات الدورية.
- التغير المستمر في نمط الأمراض المتمثل بزيادة معدلات الإصابة بالأمراض المزمنة التي تتطلب عناية أطول وكلفة أكثر كأمراض القلب، والسكري، وارتفاع ضغط الدم، والسرطان، والأمراض الناتجة عن التدخين وما ينتج عنها كلها من مضاعفات تتطلب تدخلات جراحية وتنويم في المستشفيات لفترات قد تطول، هذا بالإضافة إلى ارتفاع معدلات الإصابات الناتجة عن الحوادث المرورية كما سيرد لاحقاً.

تصاعد تكاليف خدمات الرعاية الصحية

يشهد القطاع الصحي في العالم أجمع تنامياً في تكاليف خدمات الرعاية الصحية مما يستلزم من الحكومات زيادة الإنفاق على هذا القطاع، حيث نجد أن معدل الإنفاق على الفرد في الولايات المتحدة الأمريكية في عام (٢٠٠٢م) قد تجاوز (٥٢٦٧) دولاراً تلتها ضمن القائمة سويسرا بمعدل إنفاقٍ فردي وصل إلى (٣٤٤٥) دولاراً، وقد كان ثلث تلك النفقات لتغطية تكاليف الأدوية وحدها. هذا وتعود أسباب ارتفاع فاتورة التكاليف إلى جملة من العوامل أهمها:

- التطور المتواصل في التقنيات والتكنولوجيا الطبية التشخيصية والعلاجية والتي نتج عنها تصنيع أجهزة ومعدات طبية حديثة تتميز بتقنياتها العالية وأسعارها المرتفعة.
- الارتفاع المتواصل في أسعار الأدوية بشكل عام وعلى الأخص الأدوية الحديثة والباهظة الثمن مثل أدوية معالجة السرطان والكبد والقلب والأدوية المختصة بالجهاز المناعي وخاصة تلك المرتبطة بزراعة الأعضاء، وكذلك أدوية الأمراض النفسية والعصبية.
- تصاعد تكاليف توظيف الكوادر الصحية عالية الكفاءة الناتج عن شح واضح في تلك الكفاءات ليس فقط على المستوى الوطني أو الإقليمي بل وحتى العالمي في ظل سوق مفتوحة تتنامى فيها المنافسة الشديدة على استقطاب تلك الكوادر ما بين الجهات الحكومية من جهة وبينها وبين الجهات الصحية الخاصة من جهة أخرى.
- تزايد الطلب على خدمات الرعاية الصحية من قبل جميع الفئات العمرية في ظل الزيادة المطردة في عدد السكان وغيرها من عوامل ارتفاع الطلب المشار إليها آنفاً.
- تراجع أداء المرافق الصحية القديمة المتهاكلة وما يتطلبه ذلك من مشروعاتٍ للتحديث والإحلال.

- ارتفاع تكاليف إنشاء وتشغيل وإدارة المستشفيات.
- عدم وجود طرق فعالة لتقليص الإنفاق الصحي كأن يتم توحيد معايير التكلفة مثلا وذلك لكون النشاط الصحي من المجالات التي يصعب فيها توحيد تكلفة الاستشارة الطبية ما بين طبيبٍ وآخر أو مستشفىٍّ وآخر أو ما بين حالةٍ مرضيةٍ وأخرى مشابهةٍ لها بحكم أن لكل حالةٍ طبيعتها الخاصة التي لا تتكرر.

تغير أنماط المرض

على الصعيد العالمي حدث تحول كبير خلال العقود الثلاثة الماضية في نموذج العبء العالمي للمرض في معظم البلدان المتقدمة، ويتجلى ذلك في تزايد أعداد الأشخاص الذين يعانون من الأمراض المزمنة، حيث اسهمت تلك الأمراض في عام (٢٠٠٢م) وحده على سبيل المثال في حدوث ما يقارب (٦٢٪) من مجموع الوفيات على مستوى العالم التي بلغت (٣٢) مليون وفاة، وشكلت آنذاك نسبة (٤٤٪) من العبء العالمي للمرض حسب إحصائيات منظمة الصحة العالمية.

والمملكة العربية السعودية لا تستثنى من هذا التحول في أنماط المرض الذي يعود أساسه إلى جملةٍ من التغيرات السريعة في أنماط الحياة فضلاً عن التغيرات السلوكية الواضحة، حيث تزامن التوسع الحضري السريع للمجتمع السعودي وما رافقه من تحولات اجتماعية واقتصادية، مع انتشار الأنماط الحياتية التي يسودها قلة النشاط البدني، وعدم ممارسة الرياضة، وتأصل عادات غذائية مجافية للصحة، وانتشار التدخين بين الذكور والاناث على حد سواء (٢٤٪ بين الذكور البالغين)، وما نتج عن ذلك كله من تزايد معدلات انتشار الوزن الزائد والسمنة (المملكة تحتل المرتبة الثالثة عالمياً من حيث معدلات السمنة بنسبة وصلت إلى ٣٥,٦٪ من إجمالي السكان).

وبذلك مالت الكفة لصالح منظومةٍ من الأمراض المزمنة يعاني منها المجتمع السعودي حالياً وتحتاج إلى رعايةٍ ومتابعةٍ صحيةٍ طويلةٍ وذات تكلفةٍ عالية، مثل أمراض السكري (المملكة تحتل المرتبة الثالثة عالمياً بنسبة تصل إلى ١٧٪)، وأمراض الشرايين والقلب، وارتفاع ضغط الدم، وأمراض الحساسية والمناعة، والأورام السرطانية بأنواعها، إلى جانب الأمراض النفسية والعصبية. و علاوة على ما سبق، فإن الوفيات وأشكال العجز المؤقتة والدائمة الناجمة عن حوادث الطرق في المملكة في تصاعدٍ مستمر جعلها ضمن التحديات الأساسية التي تسعى وزارة الصحة ومعها كافة القطاعات الأخرى المعنية إلى مواجهتها بعد أن أصبحت وباءً تجب مكافحته.

وإضافةً إلى ذلك فإن المملكة تعاني من ارتفاع معدلات السمنة لا سيما لدى فئات الشباب من الجنسين، حيث تحتل المملكة المرتبة الثالثة عالمياً بنسبة (٣٥,٦٪)، ومن المعروف طبيياً أن السمنة المفرطة عاملٌ مهمٌ في الإصابة بأمراضٍ عديدة تشكل عبئاً إضافياً على النظام الصحي عموماً، مثل أمراض السكري، وارتفاع ضغط الدم، وانسداد الشرايين، وأمراض التنفس، وأمراض المفاصل والعمود الفقري وغيرها الكثير.

تبلغ نسبة انتشار **استهلاك التبغ** بين الذكور البالغين السعوديين ٢٤٪، ويجري استهلاك أكثر من ٦٠ مليار سيجارة سنوياً في بلدان مجلس التعاون لدول الخليج العربي، غالبيتها في المملكة العربية السعودية مما جعلها تحتل المرتبة الثالثة والعشرين عالمياً في نسبة المدخنين إلى أعداد السكان .
أما **الحوادث المرورية** فقد تجاوزت ٤٨٦ ألف حادث توفي على إثرها ما يزيد على ٦٥٠٠ شخص، وأصيب حوالي ٣٦ ألف شخص بإصابات متنوعة أدى العديد منها إلى إعاقات دائمة .
(إحصاءات العام ١٤٢٩هـ).

ولئن كانت المملكة أسوأً بدول العالم المتقدم والنامي على حد سواء، تعاني من عبء تزايد معدلات الأمراض المزمنة، فإن هذا لا ينبغي فهمه على أن الأمراض المعدية لا تشكل هي الأخرى عبئاً على وزارة الصحة بصفتها المسؤول الأول عن مكافحتها، فبرغم النجاح الذي حققته الوزارة عبر السنوات الماضية في مكافحة الأمراض المعدية إجمالاً، والنزول بمعدلاتها إلى مستوياتٍ متدنية مقارنةً مع العديد من بلدان اقليم حوض البحر الأبيض المتوسط، فإن الأمراض المعدية المستجدة في العالم اجمع لاتزال تظهر من وقتٍ إلى آخر، ومن ثم تواجه وزارات الصحة في كل البلدان النامية عبئاً مرضياً مزدوجاً يشكل ضغطاً كبيراً على النظام الصحي عموماً وتحدياً مستمراً لا ينقطع.

يظهر الجدول التالي الترتيب المتقدم للمملكة قياساً إلى دول العالم الأخرى من حيث النسبة الإجمالية لانتشار داء السكري وكذلك البدانة وذلك لعام (١٤٢٩هـ):

معدلات السكري			معدلات البدانة		
30.7%		1 - نورو	78.5%		1 - نورو
19.5%		2 - الامارات العربية المتحدة	56.0%		2 - تونغا
16.7%		3 - المملكة العربية السعودية	35.6%		3 - المملكة العربية السعودية
15.2%		4 - البحرين	33.7%		4 - الامارات العربية المتحدة
14.4%		5 - الكويت	32.2%		5 - الولايات المتحدة
13.1%		6 - عمان	28.9%		6 - البحرين
12.9%		7 - تونغا	28.8%		7 - الكويت
11.1%		8 - موريشيوس	25.1%		8 - السيشيل
11.0%		9 - مصر	24.2%		9 - المملكة المتحدة

مساحة وجغرافية المملكة

المملكة دولةً مترامية الأطراف، تمتد على مساحةٍ شاسعةٍ تتجاوز المليون كيلومتراً مربعاً، ويوجد بها ما يزيد على ألفي قريةٍ وهجرة، تقطنها تجمعات سكانية صغيرة ومتناثرة على مسافاتٍ متباعدة، إضافةً إلى ما تختص به جغرافيتها من تباينٍ كبيرٍ في التضاريس (صحاري، وديان، جبال، سهول ساحلية) وظروفٍ مناخيةٍ تتميز عموماً بالحرارة العالية وقلة الأمطار، وكل ذلك يمثل بالطبع تحدياً كبيراً أمام الجهات التي تتولى إعداد وتنفيذ ومتابعة خطط التنمية ومن ضمنها البرامج والمشاريع الصحية، من أجل إيصال الخدمات الصحية لكل المواطنين أينما كان تواجدهم.

التقدم التكنولوجي المتسارع في المجال الطبي

يشهد القطاع الصحي في عالم اليوم ثورةً متناميةً في مجال صناعة الأجهزة والمعدات والمستلزمات الطبية ذات التقنية العالية، يضاف إلى ذلك الاكتشافات المتوالية في حقل الأدوية والعقاقير، والطرق الجديدة في مجال تشخيص الأمراض وعلاجها والوقاية منها، فنجد أن دول العالم اليوم تتسابق في مجالات التقنية الطبية التي يندرج تحتها على سبيل المثال لا الحصر:

- التصوير الشعاعي الرقمي الذي تحولت بفضل الصور الشعاعية إلى برامج يمكن قراءتها وتخزينها على الحاسب الآلي وإرسالها بين المختصين مهما تباعدت أماكن عملهم.
 - استخدام الإنسان الآلي (الروبوت) لإجراء العمليات الجراحية للمريض عن طريق جراحٍ يتحكم به داخل غرفة العمليات أو حتى وهو على بعد آلاف الكيلومترات.
 - الكبسولة المعوية الليزرية التي تقوم بالتقاط مئات الصور في الدقيقة الواحدة ذات الوضوح العالي من داخل جوف الإنسان لتشخيص أمراض الجهاز الهضمي بدقةٍ متناهية.
 - حقن الخلايا الجذعية بنوعها الجنيني والبالغ بغرض تجديد الأنسجة والأعضاء التالفة.
 - اكتشافات الجينوم البشري.
 - زراعة القلب الصناعي وكذلك الصمامات الصناعية كبديلٍ واعدٍ للقلب البشري.
 - تقنية النانو الطبية بغرض استهداف الخلايا السرطانية وتدميرها أو إيصال الأدوية الكيماوية إلى الخلايا المصابة بالسرطان بدون التأثير على الخلايا الطبيعية.
- والأمثلة على تلك المستجدات التي تتوالى في كل سنة، بل في كل شهر، لا حصر لها، وهي حالياً تمثل تحدياً كبيراً أمام وزارة الصحة من أجل دراستها وحصر تطبيقاتها وإمكانية الاستفادة منها وتنظيم الأبحاث المتعلقة بها.

ندرة الكفاءات المؤهلة وصعوبة استقطابها

إن مشكلة ندرة الكفاءات المؤهلة وصعوبة استقطابها هي مشكلةٌ عالميةٌ لا تختص بها المملكة العربية السعودية فقط، إذ أصبحت الكفاءات البشرية المؤهلة تأهيلاً عالياً عملاً صعبةً ضمن بيئةٍ تدور فيها المنافسة على أشدها من أجل جذب تلك الكفاءات وتقديم كافة المغريات لها للعمل لديها.

ارتفاع سقف توقعات المواطن

هناك نمو ملحوظ في الثقافة الصحية لدى الناس عموماً والمرضى منهم على وجه الخصوص، ويعود هذا إلى عدة عوامل منها ارتفاع مستويات التعليم، والاستخدام المتزايد لخدمات الشبكة العنكبوتية وما توفره من معلومات، والسفر إلى بلدان العالم الأخرى والاطلاع على ما تقدمه من خدمات صحية.

ومن جهة أخرى، فإن الوزارة تواجه باستمرار ضغوطاً تدفعها إلى تلبية مطالب العديد من المواطنين المتطلعين إلى إنشاء مستشفيات في مواقع محددة تمثل قرىً بعيدةً تعيش فيها أعداداً ضئيلةً من السكان ولا تستطيع معها الوزارة تشغيل المستشفى بكفاءة والاستفادة المثلى من خدماته بمستويات مقبولة من الجودة.

إضافةً إلى ذلك، فإن تطلعات المواطن اليوم ورغباته وتوقعاته، قد زادت وتطورت بشكل ملحوظ، ولم تعد كما كانت عليه الظروف سابقاً، فلم يعد المواطن يبحث فقط عن مرافق تقدم له العلاج عندما يحتاج إليه، بل زادت تطلعاته إلى الحصول على خدمات علاجية ذات مستويات عالية من الجودة، تتمثل في سهولة الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية عندما يحتاجها، وسهولة الحصول عليها، والكفاءة والسرعة في الإنجاز، وتوفير الأسرة، والتنويم السريع عند الحاجة دون انتظار، والحصول على خدمة طبية توفرها كفاءات بشرية عالية التأهيل بطريقة مهنية وأمنة تتسم بالجودة العالية ويرافقها خدمات مساندة جيدة، مثل خدمات التغذية والتكييف والنظافة وإمكانية الحصول على مواعيد مع الطبيب المعالج عبر شبكة الانترنت وإمكانية إرسال الأدوية له عبر البريد السريع ودون أن يتجشم عناء السفر لإعادة صرفها، وغير ذلك الكثير ضمن قائمة طويلة لتطلعات المواطنين في الشأن الصحي، وهي تطلعات محقة تنظر إليها الوزارة كأحد التحديات التي تواجهها اليوم، وتلتزم بالسعي نحو تحقيقها وتلبيتها.

الاعتماد على الميزانية الحكومية

يعتبر محور التمويل من أهم المحاور التي يركز عليها أي نظام صحي، بل أن النظام الصحي في أي بلد يعرف بأسلوب تمويله وإدارته، ويكاد يكون ما يخصص لوزارة الصحة من الميزانية العامة للدولة هو المصدر الوحيد للتمويل بالنسبة إليها، وهو مصدر قد يتذبذب صعوداً ونزولاً من عام إلى آخر، ولم تتوفر لدى الوزارة في السنوات السابقة أية خطط فعالة لتنويع مصادر تمويل خدمات الرعاية الصحية، وهو ما يشكل تحدياً كبيراً أمام الوزارة في السنوات القادمة.

الحج والعمرة

تستقبل المملكة سنوياً ما يفوق خمسة ملايين حاجٍ ومعتمرٍ يفدون إلى أراضيها في زمان ومكان محددين، وتعتبر وزارة الصحة هي الجهة الأساسية المنوط بها توفير الخدمات الصحية بشقيها الوقائي والعلاجي لهذا العدد الهائل من الحجاج والمعتمرين، وهو ما يشكل تحدياً سنوياً كبيراً تستنفر من أجله الوزارة ما يزيد على (١٩٠٠٠) عامل من مختلف الفئات الطبية والفنية والمساعدة والإدارية للقيام بأعمال المراقبة الصحية للمنافذ البرية والبحرية والجوية وكذلك الترصد الوبائي للأمراض المعدية في مناطق الحج وتوفير اللقاحات والأدوية والمستلزمات الطبية الإسعافية ومراقبة حالات التسمم الغذائي، والعناية بصحة البيئة، ومكافحة نواقل المرض، والتخلص الآمن من النفايات الطبية، وعلاج الحالات المرضية من خلال (١٣٦) مركزاً صحياً وما يفوق (٤,٠٠٠) سرير تتوزع على مستشفيات العاصمة المقدسة ومناطق المشاعر والمدينة المنورة.

عدم وجود بيئة ملائمة في المناطق البعيدة

تفتقد الكثير من القرى والمدن الصغيرة الواقعة في مناطق نائية في المملكة إلى البيئة الملائمة من حيث وجود المدارس الخاصة ووسائل الترفيه التي تستطيع الوزارة من خلالها إقناع الأطباء المتقاعدين والمرضين المؤهلين بالعمل فيها.

الارتباط بالوزارات الأخرى

ترتبط وزارة الصحة إرتباطاً وثيقاً في عملها اليومي بالعديد من الوزارات والجهات الحكومية الأخرى، وكثيراً من الإجراءات الإدارية والمالية لديها تحتاج إلى تأكيدها أو الموافقة عليها لدى تلك الجهات، وبذلك تكون قدرة وزارة الصحة محدودة في أحيان كثيرة فيما يتعلق بتسريع الإجراءات أو المبادرة بها، فعلى سبيل المثال تدرج الميزانيات ضمن إجراءات عديدة تربط وزارة الصحة بوزارة المالية، كما تعتمد وزارة الصحة على جهات أخرى في القطاع الحكومي، كوزارة الخدمة المدنية، وذلك لتوظيف الموارد البشرية التي تحتاجها.

مقاومة التغيير

إن التوجه الحالي لوزارة الصحة المتمثل في التخلي عن الأساليب القديمة في العمل، والتي تعتمد على التعامل الورقي والإجراءات الروتينية الطويلة، إلى انتهاج أساليب حديثة تقوم على الاستفادة من تقنية المعلومات بمفهومها الواسع كأداة لتقليص الإجراءات وتحويلها إلى تعاملات إلكترونية سريعة مع التحول التدريجي إلى بيئة لا ورقية، هذا بالإضافة إلى توجه الوزارة الحثيث نحو ترسيخ العمل بالمنهج المؤسسي الجماعي القائم على توزيع العمل على إدارات متخصصة ولجان وفرق عمل بحيث تكون مرجعية القرارات فيه للمجموعة وليس للفرد، ويكون أداء العمل فيه من خلال اطار متكامل من النظم والقوانين التنظيمية المحددة التي تراعي مراقبة الأداء والمسؤولية والشفافية.

كل ذلك بلا شك يشكل تغييراً واضحاً في طريقة العمل السابقة، وسوف يتولد عن ذلك التغيير - بطبيعة الحال - مقاومة متوقعة لدى شرائح معينة من الموظفين ومن متلقي الخدمة، وإدارة هذا التغيير بطريقة حكيمة هي في حد ذاتها تحدٍ آخر يواجه الوزارة في المراحل المقبلة.

تتمتع وزارة الصحة بالعديد من نقاط القوة و لكنها كذلك تعاني من نقاط ضعف عديدة، كما تتوفر لها مجموعة من الفرص التي يجدر بها الاستفادة منها، ويقابلها أيضا مجموعة أخرى من التحديات التي يتعين عليها مواجهتها وإيجاد الحلول الملائمة لها.

مواطن الضعف

١. الإفتقار إلى العمل المؤسسي وقياس ومراقبة الأداء.
٢. غياب معايير موحدة للجودة.
٣. النقص الكمي والنوعي في الكوادر البشرية الفنية والإدارية.
٤. تدني إمكانات التعاقد والتوظيف.
٥. كبر حجم الوزارة.
٦. قلة الموارد المالية.
٧. ضعف الاستخدام الأمثل للموارد.
٨. ضعف نظام الحوافز والتطوير الوظيفي.
٩. قلة الإهتمام بالجانب البحثي والتعليمي.
١٠. مقاومة التغيير.
١١. ضعف نظام المعلومات الصحية.
١٢. ضعف البنية التحتية.
١٣. ضعف نظام الإحالة والنقل الاسعافي.
١٤. التركيز على الجانب العلاجي مقابل الجانب الوقائي.

مواطن القوة

١. شبكة المرافق الصحية التابعة للوزارة.
٢. التوجه الجديد نحو اعتماد معايير الجودة.
٣. المدن الطبية.
٤. الرغبة في التغيير.
٥. التحسن الملحوظ في المؤشرات الصحية.
٦. القوة الشرائية للوزارة.
٧. المشاريع الكبيرة التي تنفذها الوزارة.
٨. الخبرات المتراكمة لدى الوزارة.
٩. برامج التشغيل الذاتي.
١٠. إستراتيجية الصحة الإلكترونية.
١١. نجاح تطبيقات نظم المعلومات اثناء موسم الحج.

التحديات

١. تصاعد الطلب على الخدمات الصحية.
٢. تصاعد تكاليف الخدمات الصحية.
٣. تغير أنماط المرض.
٤. مساحة وجغرافية المملكة.
٥. التقدم التكنولوجي المتسارع في المجال الطبي.
٦. ندرة الكفاءات المؤهلة وصعوبة استقطابه.
٧. ارتفاع سقف توقعات المواطن.
٨. الاعتماد على الميزانية الحكومية.
٩. الحج والعمرة.
١٠. عدم وجود بيئة ملائمة في المناطق النائية.
١١. الإرتباط بالوزارات الأخرى.

الفرص

١. دعم القيادة الرشيدة.
٢. مجلس الخدمات الصحية.
٣. برنامج اعتماد المستشفيات.
٤. الكادر الصحي الجديد.
٥. القطاع الخاص.
٦. تطبيقات نظم المعلومات الصحية والاتصالات.
٧. تطور التكنولوجيا الطبية.
٨. برنامج الحكومة الإلكترونية.
٩. التوجه الحكومي نحو العمل بمؤشرات الأداء.
١٠. برنامج خادم الحرمين الشريفين للابتعاث الخارجي.
١١. علاج اليوم الواحد.

بناء الاستراتيجية

الرؤية

إن وزارة الصحة ومن خلال كل ما تضمنته هذه الاستراتيجية من أهداف وسياسات ومشاريع تهدف إلى تحقيق رؤية مستقبلية هي:

توفير الرعاية الصحية المتكاملة والشاملة بأعلى المستويات العالمية.

الرسالة

إن وزارة الصحة ملتزمة بأداء الرسالة التي تشرفت بحملها منذ قيامها والتي تقوم على:

توفير الرعاية الصحية بجميع مستوياتها وتعزيز الصحة العامة، والوقاية من الأمراض، ووضع القوانين واللوائح المنظمة للقطاع الصحي العام والخاص ومراقبة أدائه، مع الاهتمام بالجانب البحثي والتدريب الأكاديمي ومجالات الاستثمار الصحي.

القيم

إن هذه الإستراتيجية قد قامت استرشاداً بمجموعة من القيم والمبادئ الأساسية التي تحكم العمل في كافة المرافق التابعة لوزارة الصحة والتي تتمثل فيما يلي:



- ١- المريض أولاً
- ٢- العدالة
- ٣- المهنية
- ٤- الجودة
- ٥- الأمانة والشفافية
- ٦- الفريق الواحد
- ٧- المبادرة والإنتاجية
- ٨- الشراكة مع المجتمع

الشكل رقم (١٨) القيم الأساسية التي تحكم العمل في وزارة الصحة

المريض أولاً:

إن حجر الزاوية لجميع القيم والمبادئ التي ارتضتها وزارة الصحة نبراساً لعملها في السنوات العشر القادمة من خلال ما تضمنته هذه الاستراتيجية من أهداف ومشاريع هو أن المريض يأتي في مقدمة الأولويات دائماً. وبناء على ذلك فإن النظام الصحي الذي نتوخاه هو ذلك النظام الذي يضع المريض في مركز اهتماماته، وهو بذلك:

- يتعرف على جميع الاحتياجات الصحية لأفراد المجتمع ويمكنهم من الوصول إليها والحصول عليها بسهولة وسرعة.
- يغادر فيه المريض عيادة الطبيب راضياً بعد أن تم الاستماع إليه وشرح الحالة له بالتفصيل، وقضاء الوقت الكافي معه.
- إذا كان على المريض أن يرى أكثر من طبيب في العيادة فإنه يستطيع رؤيتهم في نفس اليوم وربما في نفس العيادة مجتمعين.
- يوفر خدمات الرعاية الصحية بطريقة منظمة ومتسقة تتسم بالتكامل لا بالتعارض.
- يوفر خدمات الرعاية الصحية بطريقة شفافة ومسؤولة تحترم حقوقه وكرامته وحقه في معرفة كل التفاصيل المتعلقة بحالته.

العدالة:

من المعروف أن الظروف البيئية والاجتماعية والاقتصادية (الموقع الجغرافي، نوعية السكن، درجة التعليم، مستوى الدخل، التغذية) تؤثر في صحة الإنسان وقدرته على الوصول إلى الخدمات الصحية التي يحتاجها في الوقت المناسب. من هذا المنطلق فإن وزارة الصحة حريصة على أن تقلل إلى أقصى ما يمكن أي دور تلعبه تلك الظروف - منفردة أو مجتمعة - في العدالة والمساواة بين المستفيدين من خدماتها في كل مناطق المملكة، وبذلك فإن العدالة التي ننشدها هنا تعني:

- أن لا يكون هناك أي تفاوت في نوعية الخدمات الصحية المقدمة لأفراد المجتمع بناء على فوارق جغرافية أو اجتماعية أو اقتصادية أو أية اعتبارات أخرى.
- أن لا يكون هناك أي تفاوت في توزيع الخدمات الصحية المقدمة لأفراد المجتمع إلا ما تفرضه طبيعة التجمعات السكنية والحضرية في مناطق معينة دون أخرى.

المهنية:

المهنية عنصر أساسي من عناصر نجاح أي منشأة مهما صغرت أو كبرت، وتزداد الحاجة إليها عندما يتعلق الأمر بالمنشآت الصحية التي تتعامل مع الإنسان في صحته ومرضه. ترى وزارة الصحة أن المهنية بين منسوبيها تعني:

- العمل دائماً وفق مصلحة المريض وليس العكس.
- أداء الموظف لعمله بطريقة صحيحة دائماً ومحافظته على مستواه المهني من خلال التعلم والتدريب المستمر.
- محافظة الموظف على أخلاقيات وآداب المهنة تحت كل الظروف والتي يندرج تحتها استقبال المرضى وذويهم بالود

والترحاب والإجابة عن كافة استفساراتهم.

- احترام الموظف للنواحي النفسية والإنسانية والاجتماعية للمريض وأقاربه ويشمل ذلك مفاهيم عديده مثل ابداء العناية والتعاطف وتفهم الحاجات واحترام العادات والتقاليد.

الجودة:

رغم أنه ليس من السهل دائماً تعريف جودة الخدمات الصحية فضلاً عن قياسها، إلا أن وزارة الصحة تؤمن بأن الجودة هي أمر "لا تخطئه العين"، وتتجلى في مظاهر عديدة أهمها:

- أن يحصل المريض على الخدمات الصحية التي تناسب حالته في الوقت المناسب والمكان المناسب وبطريقة ميسرة.
- يتم توفير تلك الخدمات وفقاً لمعايير طبية موحدة مبنية على الأدلة والبراهين المتعارف عليها وبذلك لا توجد اختلافات كبيرة في الممارسة الطبية.
- أن تكون الأخطاء الطبية في أدنى مستوياتها دائماً خلال جميع مراحل العملية الصحية.
- ان يتبنى جميع منسوبي وزارة الصحة قولاً وفعلاً ثقافة التحسين المستمر للجودة وانه لا نهاية لها، وضرورة التقييم المتواصل وقياس ومراقبة الأداء.
- أن تتولد دائماً لدى كل الجهات التي تتعامل مع وزارة الصحة (مرضى، مراجعين، شركاء، موردين..) حالة من الرضا عما تقدمه الوزارة من خدمات.

الأمانة والشفافية:

الأمانة والشفافية مصطلحان مكملان لبعضهما إلى حد كبير يمثلان قيماً أصيلة لا غنى عنها في مجال العمل الطبي. إن الأمانة والشفافية كما تدعو إليها هذه الإستراتيجية قائمة على المبادئ التالية:

- تؤمن وزارة الصحة أن كل عمل يوكل إلى أي من منسوبيها هو أمانة لا يجوز التفريط فيها.
- وتؤمن وزارة الصحة أن كل الموارد المتاحة لها يجب أن تستغل لصالح الأفراد والمجتمع، ويجب أن تنفق بطريقة راشدة ليس فيها إسراف ولا تقتير.
- وتؤمن وزارة الصحة أن للمريض الحق في أن يعرف كل الجوانب المتعلقة بحالته الصحية بطريقة واضحة ومفهومة لكي يتمكن من اتخاذ القرار الصحيح دائماً.
- وتؤمن وزارة الصحة بمسئوليتها عن توفير المعلومات والبيانات الصحيحة فيما يخص الشأن الصحي للرأي العام وللمواطنين الراغبين في الاطلاع على أعمالها ومايتعلق بها من جوانب إيجابية أو سلبية على حد سواء، ودون إخفاء أو موارد.
- وتؤمن وزارة الصحة أن للمجتمع الحق في أن تكون كل القرارات المتصلة بالسياسة الصحية التي تنتهجها الوزارة معلومةً لديه من خلال وسائل الاعلان المختلفة وفي الوقت المناسب.

الفريق الواحد :

تقضي الأسس الحديثة في القيادة على أن أداء العمل سيكون أكثر فعالية إذا اتسم بروح الفريق الواحد الذي تتكامل فيه، بدلاً من أن تتعارض، مصلحة الجماعة ومصلحة الفرد، وبذلك يضع كل عضو في الفريق نصب عينيه الهدف الأسمى الذي يسعى إليه الفريق، ومن ثم يسعى جاهداً إلى تحقيقه.

إن العمل بروح الفريق الواحد في وزارة الصحة يتسم بما يلي:

- احترام ما يقوم به كل فرد في الفريق مهما كان ضئيلاً.
- التخلي عن الرغبة في تحقيق انتصارات ومكاسب شخصية وتقديم المصلحة العامة على المصلحة الفردية دائماً.
- التواصل الفعال الذي لا ينقطع بين أفراد الفريق الواحد.

المبادرة والإنتاجية:

تأخذ هذه المفاهيم بُعداً إضافياً مهماً كونها ترتبط بصحة المريض وربما حياته أحياناً. وتنظر وزارة الصحة إلى هذا المبدأ وفقاً للمعايير التالية:

- إن على منسوبي الوزارة كلاً في موقعه المبادرة دائماً -وقبل وقوع المشكلة- باتخاذ كل ما يلزم لمنع حدوث كل ما من شأنه تهديد صحة المريض أو المجتمع عموماً (تعزيز الصحة، إجراءات الطب الوقائي، التثقيف الصحي.. الخ).
- إن على منسوبي الوزارة كلاً في موقعه المبادرة دائماً إلى كل ما من شأنه الرقي بمستوى العمل وتحسين جودته وتقديم الاقتراحات التي تساعد على ذلك.
- الإنتاجية بمعنى أداء المهمة المطلوبة بالشكل الصحيح وفي الوقت المحدد هي معيار أساسي عند الحكم على أداء الأفراد والمنشآت .

الشراكة مع المجتمع

تسعى وزارة الصحة دوماً إلى عقد شراكات مفيدة مع المجتمع الذي تقوم بخدمته، ومع كل الجهات الأخرى التي تعين الوزارة لتقديم خدمات أفضل لكل المستفيدين منها، وبذلك فإن مفهوم الشراكة مع المجتمع يتضمن ما يلي:

- وزارة الصحة لا تعمل ولا ترغب بأن تعمل بانعزال عن المجتمع الذي تعيش فيه، وهي تسير في كل خطتها لصالح رفع مستوى الخدمة الصحية المقدمة لأفراد هذا المجتمع.
- تضع وزارة الصحة كجزء من أولوياتها عقد الشراكات المفيدة مع جميع مؤسسات المجتمع المدني وغيرها ذات العلاقة بالشأن الصحي.
- و تنظر الوزارة إلى الشراكة مع المجتمع على أنها اعتراف متبادل بحاجة الطرفين إلى بعضهما البعض، من أجل المشاركة المتكافئة في التخطيط والتنفيذ والمتابعة والمراقبة وبذلك تكون الصحة "مسؤولية الجميع" فعلاً.

محاوَر الاستراتيجيَّة

ترتكز الأنظمة الصحية إجمالاً ومعها الخطط الاستراتيجية المتعلقة بها على خمسة محاور رئيسية هي: **منهج تقديم الخدمة، والحوكمة، والموارد البشرية، ونظم المعلومات وأخيراً التمويل**، وهذه هي المحاور نفسها التي روعيت أثناء إعداد هذه الإستراتيجية.

المحور الأول: منهج تقديم الخدمة:

والمقصود بهذا المحور هو تحديد الأسلوب المتبع في تقديم خدمات الرعاية الصحية للمستفيدين منها، والمملكة العربية السعودية من ضمن الدول التي صادقت على اعلان (الما-آتا) عام ١٩٧٨م والذي أعتبر الرعاية الصحية الأولية الركن الأساسي في تقديم الخدمات الصحية في البلدان المشاركة، وأنها هي الوسيلة المناسبة لبلوغ الهدف الذي حددته منظمة الصحة العالمية آنذاك والمتمثل في توفير الصحة للجميع بحلول عام (٢٠٠٠) للميلاد، وبناء على ذلك فقد قامت وزارة الصحة بصفتها الجهة الأساسية المسؤولة عن تقديم خدمات الرعاية الصحية الأولية لسكان المملكة العربية السعودية ببناء المئات من مراكز الرعاية الصحية الأولية في طول البلاد وعرضها، وتمثل هذه المراكز المستوى الأول من مستويات الرعاية الصحية، أي المستوى الذي يتم فيه الاتصال الأول بين الأفراد والأسر والمجتمع بالنظام الصحي الوطني وتقدم فيه خدمات الرعاية الصحية الأولية بالقرب من المناطق التي يعيش فيها الناس، وتشكل العنصر الأول في عملية متصلة متكاملة وشاملة وتتضمن عناصر عديدة أهمها:

- تقديم خدمات أمومة وطفولة متكاملة.
- تحصين الأطفال ضد أمراض الطفولة المعدية.
- العمل على وقاية المجتمع من الأمراض المتوطنة والمعدية والسيطرة على انتشارها توطئةً للقضاء عليها، ويشمل ذلك التقصي الوبائي.
- التثقيف والتوعية الصحية بشأن المشكلات الصحية والاجتماعية السائدة في المجتمع، والعمل على طرح السبل اللازمة للسيطرة والقضاء عليها بمشاركة المجتمع.
- تشخيص وعلاج الأمراض والإصابات الشائعة بما في ذلك الجراحات البسيطة.
- توفير العقاقير الأساسية.
- تعزيز التغذية الجيدة والسليمة.

أما المستوى الثاني فيتمثل في المستشفيات العامة التي تقدم فيها خدمات التنويم للحالات المرضية التي تستدعي ذلك، وتحتوي على التخصصات الطبية الأساسية تبعاً للحالات التي يتم تحويلها من مراكز الرعاية الصحية الأولية. أما المستوى الثالث فتمثله المستشفيات التخصصية التي تستقبل الحالات المحولة من المستشفيات العامة، وتحتوي على كل التخصصات الطبية الأساسية الموجودة في المستشفيات العامة، إضافةً إلى التخصصات الفرعية الأخرى، ثم هناك المستوى الرابع المتمثل في المدن الطبية التي تقدم فيها خدمات طبية متقدمة مثل زراعة الأعضاء وزراعة نخاع العظم، وجراحات القلب والدماغ المتقدمة وغيرها.

المحور الثاني: الحوكمة

الحوكمة أو الإدارة الرشيدة مفهوم نشأ في الثمانينات من القرن الماضي وازدهر بالتسعينيات وكان متداولاً في القطاعات الاقتصادية والمصرفية والشركات الخاصة ثم انتشر منها إلى كل القطاعات الأخرى والتي منها قطاع الصحة، والبيئة، والتعليم، والرياضة والطاقة.

والحوكمة في مفهومها الواسع تعني النظام، أي وجود نظم تحكم العلاقة بين جميع الاطراف الأساسية المؤثرة في الأداء، كما تشمل على المقومات التي تضمن تقوية المنشأ على المدى البعيد وتحديد المسئول والمسؤولية.

وبذلك فإن الحوكمة تمثل برنامجاً مدروساً يتم من خلاله توجيه وإدارة ومراقبة الأداء في القطاع الصحي العام والخاص من خلال مجموعة من القوانين والنظم والقرارات التي تهدف إلى تحقيق الجودة والتميز في الأداء عن طريق اختيار الأساليب المناسبة والفعالة لتحقيق الخطط والأهداف بطريقة شفافة وواضحة وعادلة وقابلة للمساءلة بعيداً عن التستر والفساد واخفاء الحقائق، وفي المجال الصحي تحديداً، تمثل الحوكمة الإطار التشريعي والمؤسسي الذي يرتكز عليه نظام الرعاية الصحية ونظم تشغيل المرافق التابعة له لضمان تطبيق سياسات واجراءات العمل ضمن النسق المنهجي بالإضافة إلى المساعدة في تطبيق معايير الجودة.

المحور الثالث: الموارد البشرية

تعتبر إدارة الموارد البشرية من أهم وظائف الإدارة كونها تتركز حول العنصر البشري الذي يعتبر أثمن الموارد وأكثرها تأثيراً في الانتاجية على الاطلاق، ويعنى بشؤون الأفراد من حيث التخطيط للاحتياج من القوى البشرية ومن ثم استقطاب كفاءات مناسبة، ثم التعيين والتأهيل والتدريب وتطوير الكفاءات وتنمية المهارات ووصف الاعمال وتقديم الحوافز المالية والمعنوية وبذلك تصبح اهداف المنشأة وحاجات الأفراد العاملين بها مكملان لبعضهما البعض وليسا نقيضين منفصلين وهذا هو التوجه الحديث نحو معاملة الموظفين كموارد يجب أن تستغل بالطريقة العلمية الصحيحة.

المحور الرابع: نظم المعلومات

تمثل نظم المعلومات في المجال الصحي أنظمة متكاملة مصممة من أجل توليد وجمع وتنظيم وتحليل وتخزين واسترجاع وبث المعلومات والبيانات العلمية المتعلقة بالمريض (الملف الالكتروني الموحد) أو تلك المتعلقة بالوضع الصحي عموماً (مثال: نسب انتشار الأمراض) أو تلك المتعلقة بأداء المرافق الصحية (مثل مؤشرات الأداء الرئيسية)، وكل ذلك بهدف دعم اتخاذ القرار والتحكم والتحليل وإنشاء تصور صحيح عن الوضع الصحي للسكان وعن أداء النظام الصحي.

وبذلك فإن أنظمة المعلومات بشكل عام تمثل مجموعة من الإجراءات والعمليات والوسائل التكنولوجية التي توحدت في شكل معين من التناغم لكي تشكل كلاً منتظماً يساعد الوزارات والمنشآت والمؤسسات الحكومية والخاصة في عملية اتخاذ القرار والتغلب على العديد من سلبيات العمل البشري وزيادة القدرة التنافسية لها.

المحور الخامس: التمويل

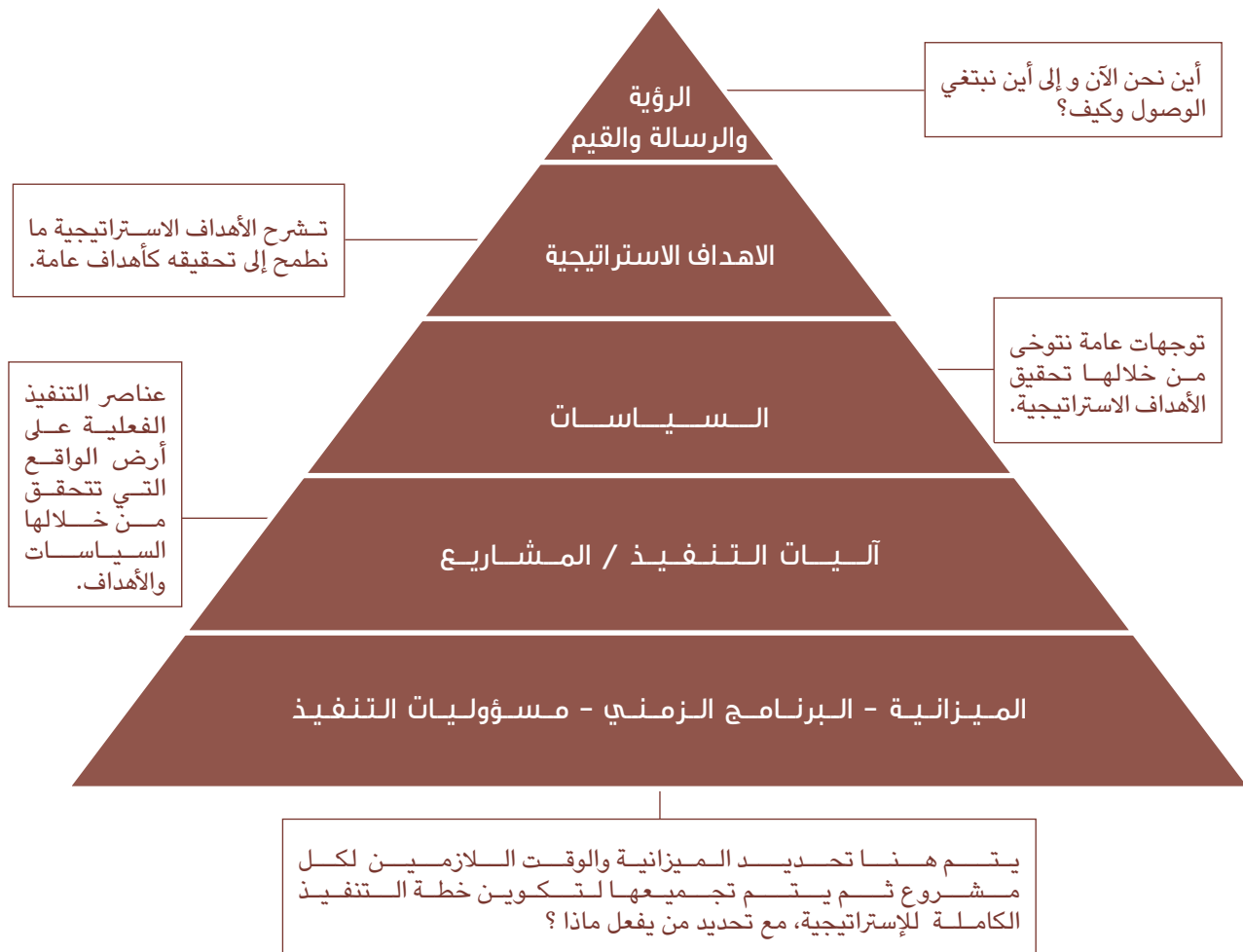
يتضمن هذا المحور البحث في كل المصادر الممكنة لتمويل خدمات الرعاية الصحية، إما عن طريق الدولة مباشرةً وتتكفل فيه الحكومة بتوفير الخدمات الصحية لمواطنيها وذلك بتخصيص جزء من ميزانيتها لقطاع الصحة، أو بالاعتماد على ما تفرضه على السكان من ضرائب، أو اعتماداً على ماتلقاه من مساعدات دولية، أو عن طريق القطاع الصحي الخاص الذي يتكفل عندها

بتوفير الجزء الأكبر من خدمات الرعاية الصحية وفقاً لمبدأ الربح والخسارة، ويدفع فيه الأفراد مقابل حصولهم على تلك الخدمات مقابل مادياً، أما عن طريق الدفع المباشر أو عن طريق الاعتماد على بوليصة التأمين الحكومي أو التأمين بواسطة شركات التأمين التجاري.

يتضمن هذا المحور كذلك الحلول الممكنة من أجل الاستخدام الأمثل للموارد وفق مبادئ اقتصاديات الصحة بالإضافة إلى دراسة العلاقة بين ممول الخدمة ومقدمها والمستفيد منها.

وفقاً للمحاور الإستراتيجية المذكورة سابقاً، واستناداً إلى رسالة الوزارة ورؤيتها والقيم الأساسية التي تحكم العمل فيها، وبناءً على كل ما سبق ذكره من تحليل للوضع الصحي الراهن من خلال دراسة مواطن القوة والضعف والفرص والتحديات التي تواجه الوزارة، فقد تم تحديد خمسة أهداف استراتيجية أساسية تمثل الأهداف العامة لوزارة الصحة في السنوات العشر المقبلة، وسوف تسعى الوزارة إلى تحقيق كل هدف بإذن الله من خلال مجموعة من السياسات، والتي تتحقق هي الأخرى عبر مجموعة كبيرة من آليات التنفيذ والمشاريع المتفرعة عنها، وكل ذلك وفق جداول زمنية محددة وتحت إشراف دقيق.

يوضح الشكل التالي البناء الهرمي الذي وضعت من خلاله الخطة الاستراتيجية لوزارة الصحة:



الشكل رقم (١٩) الهرم الاستراتيجي الذي يمثل بناء الإستراتيجية

الأهداف الاستراتيجية لوزارة الصحة:

- ١- إعتقاد منهج الرعاية الصحية المتكاملة والشاملة مع الاهتمام بالجانب البحثي والتعليمي.
- ٢- إرساء ثقافة العمل المؤسسي ورفع مستوى الجودة وقياس ومراقبة الأداء.
- ٣- استقطاب الكوادر المؤهلة وتنمية الموارد البشرية.
- ٤- تطوير الصحة الإلكترونية ونظم المعلومات.
- ٥- الإستخدام الأمثل للموارد وتطبيق إقتصاديات الرعاية الصحية ودراسة طرق تمويلها.



الشكل رقم (٢٠) الأهداف الإستراتيجية لوزارة الصحة

يندرج كل هدف استراتيجي من تلك الأهداف تحت واحدٍ من المحاور الاستراتيجية التي سبقت الإشارة إليها وذلك كما يلي:



الشكل رقم (٢١)

الهدف الاستراتيجي الأول:

اعتماد منهج الرعاية الصحية المتكاملة والشاملة مع الاهتمام بالجانب البحثي والتعليمي

تمهيد:

لهذا المنهج الذي تتبعه كثير من دول العالم المتقدمة اليوم كأسلوب لتقديم الخدمات الصحية فلسفته النظرية وكذلك تطبيقاته العملية. لقد تطور الأمر من ضرورة وجود نظام صحي (منظم ومتناسق) بداية التسعينيات إلى الحديث اليوم عن حتمية وجود نظام يوفر رعاية صحية متكاملة وشاملة (Integrated Comprehensive Health Care System)

ومن خلال هذه الاستراتيجية تبادر وزارة الصحة إلى السعي لتحقيق هذا النظام المتكامل والشامل الذي ستعمل فيه الوزارة مع مديريات الشؤون الصحية والمستشفيات والمراكز الصحية التابعة لها في كل مناطق المملكة كالجسد الواحد الذي يكمل فيه كل جزء الجزء الآخر بدون تضارب أو تعارض.

لقد كثرت التعريفات المتعلقة بمنهج الرعاية الصحية المتكاملة والشاملة والتطبيقات المختلفة له، ولعل التجربة الكندية في هذا المجال تعتبر الأبرز على مستوى العالم، ويتلخص مفهوم هذا المنهج في ضرورة جعل المريض هو محور الاهتمام الذي تدور حوله كافة مكونات العمل الصحي، وبالتالي التحول من النظام الصحي الراهن الذي يركز الخدمات الصحية في المستشفيات (Hospital-Centered) إلى نظام صحي يقوم على تلمس الاحتياجات الصحية للناس بالطريقة التي تلبي حاجتهم على شكل خدمات صحية أساسية تكون قريبة من مكان سكنهم (الرعاية الصحية الأولية والخدمات الصحية المتعلقة بالولادة وتلك المتعلقة بالرعاية العاجلة التي لا تحتاج إلى الذهاب للمستشفى) وخدمات أخرى أكثر تخصصاً يمكن توفيرها من خلال مستشفيات تقام ضمن مناطق تركز السكان (وهو ما يعني أن التجمعات السكانية البسيطة سيتوجب عليها قطع بعض المسافة للوصول إلى المستشفى عند الحاجة) بشرط أن يتم ربط جميع مكونات النظام الصحي ببعضها (العاملين والأجهزة والمعلومات = الملف الطبي) من خلال الاستفادة من تقنية المعلومات لإنشاء نظام معلوماتي واتصالي فعال وقوي يوفر شبكة صحية مترابطة (متكاملة) يتواصل فيها العاملون مع بعضهم ويتم فيها نقل المعلومات المتعلقة بالمريض بسهولة وسرعة وكفاءة، وذلك باستخدام الملف الطبي الإلكتروني الموحد، وهذا كله في ظل نظام إحالة فعال يتضمن بروتوكولات مدونة وموحدة تتضمن ما يجب فعله عند الحاجة إلى إحالة المريض ونقله من مستوى رعاية إلى مستوى آخر أكثر تخصصاً (مثلاً من مركز رعاية أولية إلى مستشفى أو من مستشفى عام إلى مستشفى تخصصي) وكذلك نظام نقلٍ اسعافي فعالٍ ومتطورٍ ومتوفر على مدار الساعة.

أما الشمولية فتعني بأن الخدمات الصحية المقدمة هي خدمات شاملة تغطي الجانب الوقائي (أي طرق الوقاية من الأمراض) والجانب العلاجي (الخدمات العلاجية البسيطة والمتخصصة)، والجانب التأهيلي (خدمات تأهيل مصابي الحوادث أو الجلطات الدماغية ذات التأثير المؤقت وخلافه)، وخدمات الرعاية الطويلة (للمرضى المسنين أو للمحتاجين إلى رعاية ترميزية طويلة الأمد)، وكذلك الجوانب المتعلقة بتعزيز الصحة لدى الأصحاء من خلال التوعية والتثقيف ورفع مستوى الوعي الصحي لدى أفراد المجتمع عموماً.

يهدف منهج الرعاية الصحية المتكاملة والشاملة إلى رفع مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة وتقليل فاتورة التكاليف عن طريق الاستخدام الأمثل للموارد وجعل الجهاز الصحي يعمل كوحدة واحدة وليس كوحداتٍ منفصلةٍ ضعيفة الترابط فيما بينها، وهو بذلك يحقق التكامل الإكلينيكي (السريري) المطلوب، عندما يصبح لكل مريض ملف موحد، وهو ملف الكتروني لا ورقي يستطيع من خلاله الأطباء وغيرهم من المخولين صلاحية الدخول أن يتعرفوا على محتوياته أينما كانوا ويستطيعون

كذلك التواصل فيما بينهم وتنسيق الخدمة المقدمة بحيث لا تحدث ازدواجية في الخدمات أو الفحوصات التي سبق وأن أجريت للمريض.

من أجل تحقيق التكامل المنشود يجب تحقيق ما يلي بدايةً:

- مراكز الرعاية الصحية الأولية هي حجر الزاوية في بناء النظام الصحي وهي التي يجب أن تكون نقطة الاتصال الأولى بينه وبين أفراد المجتمع.
- نظام الرعاية الصحية الأولية يجب أن يكون نظاماً قوياً وفعالاً بوجود أطباء مؤهلين في مجال طب الأسرة والمجتمع يعملون مع بعضهم البعض على شكل مجموعات متكاملة ويوفرون خدمات صحية طوال الأسبوع.
- تتكفل وزارة الصحة بتوفير رعاية صحية (أولية/ تخصصية) تغطي مناطق جغرافية مدروسة ومحددة مسبقاً، يراعى فيها توزيع السكان واحتياجاتهم من حيث أعداد الأطباء والتمريض والأسرة في المستشفيات وخلافه.
- تتكفل وزارة الصحة بتوفير نظام إحالة فعال بين المراكز الصحية والمستشفيات بحيث انه فيما عدا الحالات الاسعافية لا يستطيع المريض أن يذهب إلى المستشفى مباشرةً.
- عند احالة المريض من مركز صحي إلى مستشفى فإن من مسؤولية النظام الصحي رسم خطة الإحالة كاملةً وحتى عودة المريض مرة أخرى إلى المركز الصحي.
- تتكفل وزارة الصحة بإيجاد نظام قوي وفعال لتقنية المعلومات يتم من خلاله إنشاء الملف الالكتروني الموحد وسهولة نقل البيانات الطبية بين المناطق المختلفة.
- توجد معايير موحدة للممارسة الطبية.
- توجد آلية فعالة لمراقبة الأداء وقياس الإنتاجية على مستوى الوزارة والمرافق التابعة لها.
- تعمل الشبكة الصحية المتكاملة على توفير التكامل الرأسي والأفقي بين منشآت الرعاية الصحية بهدف توفير رعاية شاملة ومستدامة في منطقة جغرافية محددة.

ماهي الشبكة الصحية المتكاملة؟

- الشبكة الصحية المتكاملة عبارة عن منظومة متكامل فيها منشآت الرعاية الصحية بشكل يسمح بتوفير خدمات رعاية صحية شاملة لمنطقة جغرافية محددة.

- تهدف الشبكة الصحية المتكاملة إلى تحسين الجودة وتقليل النفقات

- تحقق التكامل عن طريق ربط جميع المنشآت بنظام فعال لتقنية المعلومات والاتصالات

ماهي المنشآت التي تتضمنها؟

- تتضمن الشبكة المستشفيات ومراكز الرعاية الصحية الأولية ومراكز التصوير التشخيصي والمختبرات ومراكز جراحة اليوم الواحد.

- يمكن أن تتضمن كذلك مراكز رعاية مرضى الإقامة الطويلة ومراكز غسيل الكلى

ماهي المناطق الجغرافية التي توفر لها الخدمات؟

- تركز الشبكات الصحية المتكاملة عادة على منطقة محددة واحدة تضم عددا من التجمعات السكانية الواقعة على مقربة من بعضها البعض والتي يسهل الوصول إليها.

كيف تحقق الشبكة الصحية المتكاملة توفير الرعاية المستدامة؟

- توفر هذه المنظومة جميع مراحل العناية الصحية لمن يحتاجها وبجميع مستوياتها وذلك من تشخيص المرض إلى الامتثال للشفاء، ومن المهدي إلى اللحد.

كيف سيشعر المستفيدون من الخدمة بوجود النظام الصحي المتكامل؟

- عندما يعرف كل فرد من أفراد الحي اسم طبيب الرعاية الأولية المسؤول عنه وعن أسرته.
- وعندما يملك المريض حق الحصول على خدمات الرعاية الصحية الأولية طوال أيام الأسبوع وعلى مدار الساعة .
- وعندما لا يضطر المريض إلى إعادة سرد تاريخه المرضي أو إعادة فحوصاته في كل مره يرى فيها طبيباً مختلفاً.
- وعندما لا يكون المريض هو الوسيط الناقل للمعلومات الخاصة بمرضه أو بما اجري له من فحوصات سابقة .
- وعندما لا يضطر المريض إلى الانتظار لإحالته من مستوى صحي إلى مستوى أعلى بسبب عدم وجود السرير الشاغر أو الطبيب المتخصص في مثل حالته .

السياسات

السياسة الأولى:

تنفيذ المشروع الوطني للرعاية الصحية المتكاملة والشاملة

آليات التنفيذ

إعادة هيكلة المستشفيات وإصلاح بنيتها التحتية
Restructuring of Hospitals & Infra-Structure Renovation Plan
تعزيز وتقوية الرعاية الصحية الأولية
Develop Primary Health Care Services
تطوير نظام فعال لإحالة المرضى بين المرافق الصحية
Develop Patient Referral System
تطوير نظام النقل الإسعافي
Develop Ambulance System
رفع كفاءة القوى البشرية فنياً وإدارياً
Manpower Training & Development
تطوير برنامج المعلوماتية الصحية والصحة الإلكترونية
Upgrade E – Health & Health Information System
تعزيز تأمين الأدوية الصحية والمستلزمات الطبية
Support Provision of Medication / Medical Supplies
تهيئة مرافق الوزارة لتطبيق معايير الجودة العالمية تمهيداً للحصول على شهادة الاعتماد
Establish MOH Facilities Accreditation Program

السياسة الثانية:

دعم الرعاية الوقائية وتعزيز الصحة

آليات التنفيذ

إعداد استراتيجية للصحة الوقائية
Prepare Preventive Health Strategy

إعداد استراتيجية للتثقيف الصحي وتعزيز الصحة

Prepare Health Education & Promotion Strategy

السياسة الثالثة:

تعزيز أبحاث الصحة والتدريب الأكاديمي

آليات التنفيذ

إعداد استراتيجية للأبحاث الصحية
Prepare Health Research Strategy
إنشاء المعهد الوطني السعودي للصحة
Establish Saudi National Institute of Health
دعم المختبر الوطني وإقامة الشراكات العالمية لتشغيله
Develop National Laboratory
إقامة الشراكات المتعلقة بالبحوث
Develop Health Research Partnership
دعم الموسوعة العربية للصحة
Support Arabic Encyclopedia of Health
إنشاء مركز المعلومات الصحية
Establish Health Data Center
دعم برامج التدريب الأكاديمي بالهيئة السعودية للتخصصات الصحية في مستشفيات الوزارة
Support Academic Training Programs in MOH Hospitals

السياسة الرابعة :

دعم الخدمات الصحية لفئات المجتمع الخاصة

آليات التنفيذ

برنامج دعم المعاقين وذوي الاحتياجات الخاصة
Disabeled and Special Needs Support Program
برنامج دعم الخدمات الصحية الموجهة لكبار السن والعجزة
Elderly long-Term Care Program
برنامج دعم الصحة النفسية والعقلية
Mental and Psychological Health Support Program

الهدف الاستراتيجي الثاني:

إرساء ثقافة العمل المؤسسي ورفع مستوى الجودة وقياس ومراقبة الأداء

تمهيد:

يتضمن هذا الهدف ثلاثة عناصر مهمة وهي العمل المؤسسي، والجودة، وقياس ومراقبة الأداء، وهي عناصر مترابطة يؤدي كلٌّ منها إلى الآخر.

فالعمل المؤسسي: يتميز بأنه يسير دائماً وفق أدلة عمل واضحة ومكتوبة ومدونة يلتزم الجميع بتطبيقها لأنها تمثل المرجعية الرسمية والاطار التنظيمي الذي تسير عليه المنشأة، صحية كانت أو غير صحية، بحيث لا يكون العمل معتمداً على فرد بذاته أو مجموعة من الأفراد بقدر ما يعتمد على إدارات متخصصة ولجان وفرق عمل تتوزع عليها المهام بطريقة مدروسة ومحددة ومنظمة، وتكون مرجعية القرارات دائماً للمجالس الادارية والتنفيذية المتخصصة أو للإدارات ضمن دائرة اختصاصها، أي أنها تنبثق من مبدأ جماعية القرار وروح الفريق الواحد، والذي هو عكس تفرد شخص بعينه بالقرار، وهذا المبدأ هو أهم مبادئ العمل المؤسسي الذي تسعى الوزارة من خلال هذه الاستراتيجية إلى تطبيقها، وهي تتركز إجمالاً فيما يلي :

- وضوح الرؤية و الرسالة والقيم التي تقوم عليها الوزارة .
- وجود القيادة المؤهلة المتحمسة لإحداث التغيير الإيجابي.
- لا يعتمد العمل على الفرد وإنما يعتمد على نظامٍ مدونٍ ومكتوبٍ ومعروفٍ للجميع وهذا أكبر ضمانٍ للاستمرارية .
- يجب الاستفادة من الجهود السابقة والخبرات التراكمية وبذلك يتم تجنب تكرار البدايات من الصفر.
- لا يتفرد شخص بعينه بالقرار و إنما يتم اتخاذ القرار بشكلٍ جماعي بعد أخذ مشورة المجموعة.
- هناك خطة استراتيجية تتضمن الأهداف التي يجب تحقيقها وخطة العمل وتوزيع الأدوار .
- القدرة على تقديم القيادات البديلة عند الحاجة أو الظروف الطارئة .
- يسير العمل دائماً في جو من الابتكار وتشجيع الإبداع.
- يلتزم جميع العاملين بمنظومةٍ من القيم والمبادئ التي يتمحور حولها أداؤهم وسلوكهم وعلاقاتهم الوظيفية والإنسانية.
- وتلتزم الإدارة باختيار أفضل الأساليب والنظريات الإدارية التي تحقق أفضل مستوى للخدمات بأقل نسبة من التكاليف.
- وتلتزم كذلك باتباع آلياتٍ فعالة للتعيين والتوظيف والتأهيل والتدريب لضمان وجود أفضل الموارد البشرية.

أما جودة الرعاية الصحية: فإن وزارة الصحة تعتزم من خلال هذه الاستراتيجية النظر من الآن فصاعداً إلى العملية الصحية برمتها من منظور تجربة المريض في المقام الأول ورأيه في ما قدم له من رعاية أثناء احتياجه لها، سواءً من حيث سهولة الوصول إليها أو الحصول عليها أو جودتها أو نتائجها النهائية، وتعتبر أن الجودة في اشمل معانيها تتضمن دائماً فعل الشيء الصحيح في الوقت الصحيح للشخص الصحيح للخروج بأفضل مايمكن من نتائج، وهذا معناه أن الوزارة تلتزم بتقديم خدمات الرعاية الصحية وفق مبادئ الجودة التي التزمت بها كافة وزارات الصحة في دول العالم المتقدمة والتي حددها معهد الطب في الولايات المتحدة الأمريكية (Institute of Medicine) بأنها تعني تقديم رعاية صحية تتميز بكونها:

- أمانة: لا ينتج عنها أي ضررٍ جسدي أو نفسي للمريض.
- فعالة: تؤدي إلى الهدف منها (شفاء المريض) بالطريقة الصحيحة
- تتمحور حول المريض: تحترم رغباته وتطلعاته وتوقعاته.
- في الوقت المناسب: بدون استعجالٍ أو تأخر.
- ذات كفاءة: لا ينتج عنها هدر في الوقت أو الجهد أو المال.
- عادلة: يتساوى أمامها الجميع ولا تتضمن اعتباراً لكافة الفروق الأخرى.
- وعلى المستوى الفردي فإن الرعاية الصحية المتميزة بالجودة تعني أن يتم دائماً:
- تحديد المريض المعرض لخطر الإصابة بمرضٍ ما وعمل ما يلزم لوقايته منه.
- ثم عمل التقييم الملئم لحالته عند إصابته بذلك المرض.
- والوصول إلى التشخيص الصحيح بدون هدرٍ لوقته أو للموارد.
- ثم اعطاء العلاج المناسب.
- وفي النهاية: توفير المتابعة الصحيحة بعد العلاج.

ومن أجل ضمان مستوياتٍ عالية من الجودة تسعى الوزارة من خلال هذا الهدف الاستراتيجي إلى إيجاد آلية فعالة لقياس ومراقبة الأداء (Performance Measurement & Monitoring): وهو يهدف أساساً إلى رفع مستوى الأداء، حيث تأكد الآن لدى كافة الأنظمة الصحية المتقدمة أن ما لا يمكن قياسه لا يمكن ادارته ولا التحكم به ولا تحسينه، وبذلك فان وزارة الصحة تسعى من خلال هذه الاستراتيجية إلى الإلتزام بقياس الأداء كأسلوبٍ للعمل وكهدفٍ استراتيجي تطمح إلى تحقيقه في كافة المرافق الصحية التابعة لها.

يهدف قياس الأداء إلى تحقيق ما يلي :

- تقييم العمل في المرافق الصحية التابعة للوزارة من ناحية كونه يسير في الإتجاه الصحيح نحو الوصول إلى الرؤية والرسالة والقيم والأهداف الاستراتيجية التي تضمنتها هذه الخطة.
- يوفر قياس الأداء وسيلةً موضوعيةً محايدة لمراقبة الأداء والتأكد من أن الجميع يقوم بما يتوجب عليه القيام به.
- يوفر قياس الأداء كذلك المرجعية العلمية التي يمكن الإستناد عليها لمقارنة أداء المرافق الصحية المختلفة مع بعضها البعض أو مع جهاتٍ أخرى ذات أداءٍ متميز (Benchmarking).
- قياس الأداء يوفر لصانع القرار القدرة على المحاسبة (Accountability) وتحديد المسؤوليات.
- ويوفر فرصةً لتحديد الميزانيات المطلوبة لكل مشروع ومدى كفايتها.
- ويوفر فرصةً للتحسين والتطوير من خلال معرفة ماذا كانت أفضل السبل لإنجاز العمل، وما الذي ينبغي تجنبه في المرات القادمة.

السياسات:

السياسة الأولى:

توحيد آليات التخطيط الاستراتيجي وقياس ومراقبة الأداء

آليات التنفيذ

توحيد إطار عمل التخطيط الاستراتيجي لمديريات الشؤون الصحية
Unified MOH Strategic Planning Framework
تطوير الهيكل التنظيمي للوزارة والمرافق الصحية التابعة لها
Develop MOH Organisational Chart
تطوير قدرات المراجعة الداخلية والمتابعة
Develop MOH Internal Audit Capabilities
إعداد دليل معايير ومؤشرات جودة الخدمات الصحية
Prepare Healthcare Quality Standards and Indicators
نشر وتفعيل ثقافة قياس ومراقبة الأداء
Establish Culture Of Performance Measurement
برنامج تطوير الخدمات الصحية في الحج
Develop Health Services During Hajj Program

السياسة الثانية:

وضع النظام الاداري والبرامج المساندة للعمل المؤسسي

آليات التنفيذ

إنشاء المجالس التنفيذية واللجان المنبثقة عنها في الوزارة والمناطق
Establish Executive Boards & Committees in MOH & Regions
مشروع إنشاء المجالس الاستشارية للوزارة
Establish Advisory Boards of The Ministry
إنشاء برنامج إدارة الأسرة
Establish Bed Management Program
إنشاء إدارة حقوق الموظفين
Establish Employees Rights & Benefits Department

إنشاء برنامج علاقات المرضى	Establish Patients Relations Program
إنشاء برنامج الرعاية الصحية المنزلية	Establish Home Healthcare Program
تطوير العمل الإداري المتعلق بنظام التشغيل الذاتي	Develop Self-Operating System
تطوير السياسات والإجراءات الإدارية والمالية في الوزارة	Develop Administrative / Financial Policies & Procedures in MOH
إعداد دليل لوائح العمل الطبي	Prepare Medical Staff Bylaws
إعداد دليل سياسات وإجراءات العمل الإدارية	Prepare Administrative Policy & Procedures (APPs) Manual
إعداد الدليل الوطني للخدمات الصحية	Prepare National Directory of Health Services
إعداد خطة الوزارة للخدمات الطبية الطارئة	Prepare Contingency Plan Framework

السياسة الثالثة:

تطوير نظام شامل لرفع مستوى الجودة

آليات التنفيذ

إعداد خطة شاملة لتحسين الأداء	Prepare Comprehensive Plan for Performance Improvement
دعم برنامج الطب المبني على البراهين	Support Evidence-Based Medicine Program
وضع المعايير المتعلقة بتصميم المرافق الصحية التابعة للوزارة	Prepare Design Specifications of MOH Facilities
وضع دليل معايير سلامة مكان العمل	Prepare Workplace Safety Standards Manual
إعادة هيكلة الإدارة العامة للجودة في الوزارة	Restructure Department of Quality
رفع مستوى العاملين في مجالات الجودة	Capacity Building in Quality in Health Care

تحسين أداء التمريض
Improve Nursing Performance
إنشاء برنامج الشراكة مع الجامعات والمراكز البحثية في مجال الجودة
Partnership Program in Healthcare Quality Research
إنشاء برنامج سلامة المرضى
Establish Patient Safety Program
تكوين لجان الممارسات الطبية
Formation of Medical Practice Review Committees
إعداد برنامج تحسين الملفات الطبية
Prepare Medical Records Improvement Program
إنشاء برنامج تقييم الأقسام
Establish Departmental Review Program
برنامج رفع أداء غرف العمليات
OR Performance Improvement Program

السياسة الرابعة:

وضع استراتيجية للاتصالات الداخلية والخارجية

آليات التنفيذ

تطوير خطة التواصل الداخلي في الوزارة
Develop Internal Communication Plan for MOH
تعزيز الحضور الإعلامي للوزارة
Support MOH Presence in Media Channels
إعداد الكتاب السنوي لإنجازات الوزارة
Prepare Annual Book of MOH Accomplishments

السياسة الخامسة:

عقد شراكات العمل والتعاون مع الجهات المعنية بالصحة داخلياً وخارجياً

آليات التنفيذ

تنفيذ الشراكات مع الجهات الصحية المحلية
Partnership with local Leading Health Institutes
تنفيذ الشراكات مع الجهات الصحية الدولية
Partnership with Leading International Health Institutes

الهدف الاستراتيجي الثالث

استقطاب الكوادر المؤهلة وتنمية الموارد البشرية

تمهيد:

العنصر البشري هو الأساس لنجاح الوزارة في تحقيق أهدافها الاستراتيجية، ولذلك فقد تم وضع استقطاب الكوادر البشرية المؤهلة تأهيلاً عالياً وتنمية ما هو موجود منها بالتدريب المستمر كهدفٍ استراتيجي منفصل.

لم تتغير نسبة الأطباء السعوديين العاملين في مرافق الوزارة عما كانت عليه منذ سنوات، إذ ظلت النسبة تتراوح بين (١٩-٢٣%)، أما نسبة السعوديين العاملين في مرافق الوزارة من إجمالي القوى العاملة فتصل إلى (٥١%). تسعى الوزارة جاهدة من خلال هذه الاستراتيجية إلى رفع نسبة السعودة في كافة المرافق التابعة لها، وفي نفس الوقت تحرص على أن لا يؤدي هذا إلى تأثير سلبي على مستوى جودة الخدمات المقدمة للمرضى، وتؤكد مبادرتها إلى الإستعانة بالخبرات الخارجية كلما دعت الحاجة إلى ذلك.

قامت الوزارة في الشهور الماضية بتطوير آليات التعاقد مع الكوادر الصحية من الخارج بغية تسريع وتفعيل قدرات الوزارة في مجال التعاقد والتوظيف، وبذلك أصبح من الممكن الآن إنهاء كافة المستندات والوثائق وتأشيرة الدخول إلى أراضي المملكة اثناء تواجد لجان التعاقد في الدول المعنية، وإضافةً إلى ذلك تنوي الوزارة المضي قدماً في زيادة المخصصات المتعلقة بالإيفاد الداخلي والابتعاث الخارجي والتدريب على رأس العمل بشقيه الإداري والفني.

تطمح الوزارة من خلال فتح باب الابتعاث الخارجي إلى معظم دول العالم التي تتعامل معها المملكة في مجال التعليم فوق الثانوي إلى إحداث نقلة نوعية في مستوى الأطباء والممرضين والممرضات والفئات الفنية المساعدة العاملة في مرافقها، وتعتزم كذلك من خلال ما سيرد من سياسات ومشاريع استحداث وظائف جديدة تتعلق بسلامة المرضى ومكافحة العدوى وإدارة المخاطر والجودة وإدارة الخدمات الصحية والاختصاصيين في السجلات والترميز الطبي.

السياسات

السياسة الأولى:

تطوير قدرات الوزارة لاستقطاب الكفاءات المؤهلة

آليات التنفيذ

إعداد الخطة الاستراتيجية لإدارة التعاقد
Prepare Strategic Plan of Department of Contraction
إعداد برنامج جذب الكفاءات المؤهلة والمحافظة عليها
Qualified Personnel Attraction & Retaining Program
إعداد برنامج قياس وتحسين رضا الموظف
Staff Satisfaction Measurement & Improvement Program

السياسة الثانية:

تطوير وتدريب الموارد البشرية

آليات التنفيذ

تطوير مركز التدريب بالوزارة
Develop MOH Training Center
إعداد خطة لتطوير وتدريب الموظفين
Human Resources Developing & Training Plan
إعداد خطة للتوزيع الفعال للموظفين في الوزارة والمديريات
Redeployment Plan for Maldistributed Manpower in MOH & Directorates
تطوير برنامج إعداد القياديين
Develop Leadership Capacity Building Program
إعداد برنامج التجسير
Prepare Bridging Program

السياسة الثالثة:
تخطيط القوى العاملة

آليات التنفيذ

إجراء دراسة للوضع الراهن للقوى العاملة
Prepare Workforce Current Situational Analysis
إعداد خطة خمسية لدعم الاحتياج من القوى العاملة
Prepare 5 Year Workforce Plan
إنشاء إدارة الإشراف على برامج الدراسات العليا والزمالات الطبية
Establish Department of Post-Graduate Studies and Fellowships
دعم برنامج الابتعاث الخارجي
Support External Scholarship Program
دعم برنامج الإيفاد الداخلي
Support Internal Scholarship Program

الهدف الاستراتيجي الرابع

تطوير الصحة الإلكترونية ونظم المعلومات

تمهيد:

الصحة الإلكترونية مصطلح حديث نسبياً في المجال الصحي، يراه البعض مرادفاً لنظم المعلومات الصحية بينما يصنفه البعض الآخر في نطاقٍ أضيق على اعتبار انه يمثل فقط تقديم الرعاية الصحية باستخدام تطبيقات الإنترنت.

تنظر وزارة الصحة إلى الصحة الإلكترونية على أنها مفهوم متكامل يتضمن كيفية الاستفادة من تقنية المعلومات والاتصالات الرقمية والإنترنت في الأغراض الصحية عامةً، سواءً على مستوى الرعاية السريرية المقدمة للمرضى أو على المستوى الإداري الذي يتم فيه تطويع تقنية المعلومات لتخزين وإدارة واسترجاع المعلومات، وبذلك يتم تحقيق أهدافٍ عدة، منها رفع مستوى جودة خدمات الرعاية الصحية المقدمة، واختصار الوقت والتكلفة اللازمين لتقديمها بحيث تتوفر المعلومة الصحيحة في الوقت المناسب وللشخص المناسب لإيجاد الحلول المناسبة واتخاذ القرارات الصائبة.

تتضمن الصحة الإلكترونية تطبيقاتٍ كثيرة يصعب حصرها ولكنها تتركز بشكلٍ أساسي فيما يلي :

- الملف الطبي الإلكتروني (Electronic Medical Record): الذي يوفر سهولة وسرعة نقل البيانات الخاصة بالمريض بين الأطباء المعالجين اينما كان تواجدهم.

- الطب الاتصالي (TeleMedicine): الذي يمكّن الطبيب المتواجد في مراكز طبية متخصصة داخل المدن الكبيرة من معاينة ومعالجة مرضى في مناطق بعيدة باستخدام تقنيات الاتصال بالأقمار الصناعية وحزم الالياف البصرية، وكذلك إجراء اتصالات مباشرة مع الخبراء في مؤسسات صحية متقدمة في دول العالم الأخرى على سبيل الاستشارة والتشخيص والمعالجة، كما يمكن من خلاله نقل التاريخ المرضي ونتائج المختبر وصور الأشعة من ملف المريض بطريقة سريعة والحصول على آراء المتخصصين من مختلف أنحاء العالم خلال دقائق.

- نظم المعلومات الصحية الإدارية: وتتضمن النواحي الإدارية المتعلقة بالصحة مثل إدارة بيانات المرضى ونظام المواعيد والفواتير وغير ذلك.

- نظم إدارة المعرفة الصحية (Health Knowledge Management): ويتضمن توفير مصادر المعلومات الصحية إلكترونياً مثل (Medscape) و (MDlinx) وغيرها.

- نظم المعلومات المتعلقة بالمراقبة الإلكترونية للأوبئة والأمراض باستخدام الأجهزة المحمولة.

السياسات

السياسة الأولى:

تطوير بنية تحتية قوية وفعالة لتشغيل نظم المعلومات المختلفة

آليات التنفيذ

تطوير إستراتيجية وطنية شاملة للصحة الإلكترونية وتقنية المعلومات
Prepare National E-Heath Strategy
تقوية الشبكة التحتية لدعم تشغيل نظم المعلومات
Develop IT Infra-Structure Technical Capacity
تطوير سياسات الوصول للمعلومات والمحافظة على أمنها
Develop Data Access & Confidentiality Policies & Procedures
تطوير مركز المعلومات الرئيسي والمركز الاحتياطي ومركز الوقاية من الكوارث
Develop Main Data Center, Back-Up & Disaster Recovery Centers

السياسة الثانية:

تطوير وتوحيد نظم المعلومات الصحية (الصحة الإلكترونية)

آليات التنفيذ

إرساء المعايير الفنية لتوحيد المعلومات الطبية
Establish Technical Standards for Clinical Coding
تطبيق نظم المعلومات الطبية في المرافق الصحية التابعة للوزارة
Implementation of Medical Information Systems in MOH Facilities
تطوير لوحة مؤشرات أداء المستشفيات
Develop Dash-Boards in MOH Hospital
تطوير السجلات الوطنية للأمراض الرئيسية
Prepare National Registry for Key Diseases
تطوير نظم صور الأشعة الطبية
Develop Picture Archiving and Communication Systems (PACS)

تطوير نظم الخدمات الطبية المساندة (التموين الطبي ونظم المشتريات)
Develop Logistic Health Services Systems
تطوير نظام بلاغات الأمراض الوبائية ومراقبتها
Develop Epidemic Diseases Reporting & Surveillance
تطوير نظم إدارة ومتابعة الخدمات الصحية في الحج والعمرة
Develop Health Services Management During Hajj
تطوير مركز الطب الاتصالي
Develop Tele-Medicine Center
تطوير نظم الإحالات ومتابعة النقل الإسعافي
Develop Referral & Emergency Transfer System
إنشاء البوابة الإلكترونية لتطوير التبادل المعلوماتي المشترك للملف الصحي الموحد والخدمات الصحية والتثقيفية
Establish MOH Portal for Electronic Health Record & Educational Health Serviese
إعداد منصة المعلومات التنفيذية الخاصة بالوضع الصحي العام
Establish Business – Intelligence Platform For Overall Health Status
إعداد برنامج توقف الخدمة
Establish Stop of Service Program

السياسة الثالثة:

تطوير وتوحيد نظم المعلومات الإدارية (الإدارة الإلكترونية).

آليات التنفيذ

المساهمة في مشروع تطوير الإجراءات الإدارية والمالية في الوزارة
Establish I.T. Component of Administrative/Financial Procedures Improvement Project
انشاء نظم المعلومات المتعلقة بمعايير تصنيف الوظائف الطبية والإدارية
Develop Standards of Job Description
تطوير نظام تشغيل ذاتي للمساندة الفنية بتقنية المعلومات
Establish Technical Support Program in I.T. Department
تطبيق نظم الاتصالات الإدارية الموحدة الحديثة مع أرشفتها
Implementation/ Archiving of Unified Communication Systems
تطوير البريد الإلكتروني
E-Mail System Upgrade

برنامج ربط السنترال الإلكتروني الصوتي والفاكس عبر الشبكة الموسعة
Voice over IP & Fax over Wan Program
تحويل الأنظمة الإدارية للعمل عبر بيئة الوب
Transform Administrative Systems to Web Applications
مشروع عقد الاجتماعات مع المرافق المختلفة والأفراد عبر الوب
Establish Virtual Meetings & Tele-Conferencing System
إنشاء البوابة الإلكترونية لتطوير تبادل المعلومات والخدمات بين الوزارة والمرافق الحكومية
Establish MOH Official G-to-G Portal System
إعداد منصة المعلومات التنفيذية الخاصة بمتابعة الأداء والموارد
Establish Business – Intelligence Platform for Resources & Performance

السياسة الرابعة:

إستقطاب وتطوير الموارد البشرية في مجال تقنية المعلومات

آليات التنفيذ

توحيد المؤهلات التقنية لخريجي الجامعات والمعاهد العاملين في الوزارة
Standardization of Qualifications of IT Graduates working in MOH
عقد الدورات التدريبية المكثفة لمحو الأمية المعلوماتية
IC3 & ICDL Training Courses for MOH Employees
تصميم البوابة الإلكترونية الداخلية لمنسوبي وزارة الصحة لتطوير التبادل المعلوماتي بينهم وإنجاز إجراءات الدعم الفني والتدريب عن بعد
Develop MOH Portal For Internal Communications

الهدف الاستراتيجي الخامس

الإستخدام الأمثل للموارد وتطبيق إقتصاديات الرعاية الصحية ودراسة طرق تمويلها

تمهيد:

مع التصاعد المستمر في تكاليف خدمات الرعاية الصحية ليس فقط في المملكة وإنما في كل دول العالم تقريباً، يصبح من الصعب احتواء النفقات الصحية في ظل الزيادة السكانية المتسارعة، ووجود التحديات الأخرى المتمثلة في المعدل المرتفع للحوادث المرورية وما تخلفه من إصابات وإعاقات تحتاج إلى عناية طبية طويلة ومتخصصة، وكذلك تزايد نسب المسنين والأمراض المزمنة.

وبذلك تصبح الحاجة ملحة أكثر من ذي قبل إلى ترشيد الإنفاق واستخدام المتاح من الموارد بطريقة ليس فيها تجاوز أو هدر، والبحث في البدائل الأخرى لرفع المخصصات المالية للوزارة ومرافقها.

عانت الوزارة عبر تاريخها الطويل من عدم تناسب ميزانياتها مع الدور المناط بها كأكبر مقدم للخدمات الصحية في المملكة لكافة المواطنين (ويشمل ذلك من يعمل منهم في القطاعات الأخرى التي تؤمن لمنسوبيها مستشفيات ومراكز علاجية خاصة بهم) وكذلك للمقيمين العاملين في القطاعات الحكومية المختلفة.

ومع أن هناك زيادات بنسب متفاوتة في اعتمادات ميزانية الوزارة خلال السنوات الخمس الماضية مثلاً، إلا أن هذه الزيادات لم تفِ بمتطلبات تشغيل وصيانة المرافق الصحية القائمة بشكل يجعل من الممكن رفع كفاءة الأداء نظراً للتوسع الكبير في المرافق الصحية التي يتم افتتاحها عاماً بعد آخر.

تعتمد الوزارة من خلال هذه الاستراتيجية التوسع في اجراء الدراسات التي تبحث في امكانية اللجوء إلى بدائل أخرى لتمويل خدمات الرعاية الصحية التي تقدمها، مثل تنمية الموارد المالية الذاتية للوزارة، والبدء في برنامج يختص بالأوقاف الصحية، والتبرعات، وكذلك الدخول في شراكات تتضمن الصناعات الحيوية وصناعة المعدات الطبية، إلى جانب التوسع في دراسة خيارات التأمين الصحي وتطبيقاته ومدى الحاجة اليه.

السياسات

السياسة الأولى:

الإستخدام الأمثل للموارد وتعزيز فعالية التشغيل

آليات التنفيذ

خفض التكاليف وترشيد الإنفاق
Develop a Cost Reduction and Rationalizing Cost Base Plan
وضع خطة لإرساء ثقافة اقتصاديات الصحة
Health Economics Culture Lay- Foundation Plan
وضع خطة لتنمية الموارد المالية الذاتية للوزارة
MOH Self-Funding Resources Development Plan

السياسة الثانية:

إعداد دراسات تمويل الخدمات الصحية ونماذج تقديمها

آليات التنفيذ

تطوير الخبرات البشرية التابعة لإدارات الميزانية والتخطيط واقتصاديات الصحة
Develop Capacities in Departments of Planning / Budgeting / Health Economics
مراجعة آليات تمويل وزارة الصحة
Review MOH Financing Model
مراجعة تطبيق سياسة التأمين الصحي
Prepare Health Insurance Review Studies
دراسة تطبيق خصخصة منشآت الوزارة
Study of MOH Facilities Privatization
تطوير استراتيجية الخدمات الصحية المساندة
Prepare Out-Sourcing Strategy
دعم الشراكات الإستراتيجية في مجال الصناعات الطبية والحيوية
Develop Partnership in Medical & Biomedical Industries

جدول البرامج

الهدف الاستراتيجي الأول:

إعتماد منهج الرعاية الصحية المتكاملة والشاملة مع الاهتمام بالجانب البحثي والتعليمي

السياسة الأولى:
تنفيذ المشروع الوطني للرعاية الصحية المتكاملة والشاملة

آليات التنفيذ و المشاريع

إعادة هيكلة المستشفيات واصلاح بنيتها التحتية
Restructuring of Hospitals & Infra-Structure Renovation Plan

١- إعادة هيكلة المستشفيات
Hospitals Re-structuring

٢- إعداد وتنفيذ خطة إصلاح البنية التحتية للمستشفيات

• مشروع إصلاح البنية التحتية للمستشفيات
Hospitals Renovation Project

• تطوير نظام النداء الآلي
Up-grade Paging System

• تطوير نظام التواصل اللاسلكي مع سيارات الإسعاف
Develop Wireless Communication with Ambulance Vehicles

• تطوير نظام الإملاء الآلي والنسخ الطبي
Up-grade Dictation / Transcription System

• تطوير بطاقة معلومات المريض
Develop Adressograph

• تطوير بطاقة بيانات الدواء
Develop Pharmacy labelling

٣- تطوير المدن الطبية
Develop Medical Cities

٢	تعزيز وتقوية الرعاية الصحية الأولية Develop Primary Health Care Services
	١/٢- دراسة تقييم إعداد المراكز الصحية وتوزيعها الجغرافي Study of the Number & Distribution of PHCs
	٢/٢- إعادة هيكلة المراكز الصحية Re-structuring of PHCs
	٣/٢- تطوير وتجهيز المراكز الصحية القائمة Develop existing PHCs
	٤/٢- إنشاء ٧٥٠ مركزاً صحياً جديداً Establish 750 New PHCs
٣	تطوير نظام فعال لإحالة المرضى بين المرافق الصحية Develop Patient Referral System
	١/٣- إنشاء مركز تلقي طلبات الإحالة بالوزارة Establish Central Command Room for Emergency Referrals
	٢/٣- تطوير نظام إحالة المرضى Develop Patient Referral System
٤	تطوير نظام النقل الإسعافي Develop Ambulance Transport System
	١/٤- استحداث برنامج تشغيل ذاتي للنقل الإسعافي Establish Self-Operating System for Ambulance Services
	٢/٤- إعداد خطة النقل الإسعافي للمرضى بين المرافق الصحية التابعة للوزارة Prepare Ambulance Evacuation Plan
	٣/٤- ربط سيارات النقل الإسعافي المتطورة بوحدات العناية المركزة بالمستشفيات المرجعية Ambulance Vehicles-ICU Linking Project
	٤/٤- مشروع توفير الاحتياج من سيارات الإسعاف Provision of Ambulance Vehicles
	٥/٤- مشروع توفير القوى العاملة المؤهلة (المسعفين) Provision of ParaMedics
٥	رفع كفاءة القوى البشرية فنياً وإدارياً Develop Manpower Capacity
	١/٥- الدورات التدريبية لرفع كفاءة الكوادر البشرية الإدارية Training Courses for Administrative Staff

٢/٥- الدورات التدريبية لرفع كفاءة الكوادر البشرية الفنية
Training Courses for Health Personnel

٣/٥- دعم وتقوية برامج الإيفاد والابتعاث
Support of Scholarship Programs

٦ تطوير برنامج المعلوماتية الصحية والصحة الإلكترونية
Develop Health Informaton System

١/٦- ربط المرافق الصحية التابعة للوزارة عن طريق شبكة معلوماتية موحدة
I.T. Network Linking of MoH Facilities

٧ تعزيز تأمين الأدوية والمستلزمات الطبية
Support Provision Medications and Medical Supplies

١/٧- دراسة احتياج المرافق الصحية التابعة للوزارة من بند الأدوية والمستلزمات الطبية
Need Assessment Study for Medications/Medical Supplies

٢/٧- دعم ميزانية الأدوية والمستلزمات الطبية
Expand Budget Capacity of Medications/Medical Supplies

٨ تهيئة مرافق الوزارة لتطبيق معايير الجودة العالمية تمهيداً للحصول على شهادة الاعتماد
Develop Qualits Sysms for Accreditation

١/٨- وضع خطة الاعتماد الداخلي للمرافق الصحية التابعة للوزارة
Prepare Internal Accreditation Plan of MoH Facilities

١/٨- وضع خطة الاعتماد الخارجي للمرافق الصحية التابعة للوزارة
Prepare External Accreditation Plan of MoH Facilities

السياسة الثانية: دعم الرعاية الوقائية وتعزيز الصحة

آليات التنفيذ و المشاريع

١ إعداد استراتيجية للصحة الوقائية
Prepare Preventive Health Strategy

١/١- إعداد الخطة الاستراتيجية للصحة الوقائية
Prepare Preventive Health Strategic Plan

٢/١- إنشاء مركز مكافحة الأمراض والسيطرة عليها
Establish Saudi Center for Disease Control and
Prevention (Saudi CDC)

٣/١- إعداد المسح الصحي الوطني
National Health Survey

٤/١- دعم برامج الصحة الوقائية
Support Preventive Healthcare Programs

برنامج مكافحة التدخين
Tobacco Consumption Control Program

برنامج الوبائيات الحقلية
Field Epidemics Program

برنامج السلامة الغذائية والكيميائية
Food Safety Program

برنامج المدن الصحية
Healthy Cities Program

برنامج الحماية من الإشعاع
Radiation Protection Program

برنامج النفايات الطبية
Medical Wastes Program

برنامج الصحة المهنية
Occupational Health Program

برنامج صحة البيئة
Environment Health Program

برنامج الزواج الصحي
Healthy Marriage Program

برنامج الوقاية من السكري
Diabetes Prevention Program

برنامج الوقاية من أمراض القلب والأوعية الدموية
Cardio-Vascular Diseases Prevention Program

برنامج الوقاية من الحوادث والإصابات
Trauma Control Program

برنامج مكافحة الإلتهاب الكبدي
Hepatitis Control Program

برنامج مكافحة الحمى الشوكية Meningitis Control Program
برنامج مكافحة الإيدز و الأمراض المنقولة جنسياً Aids & STDs Prevention Program
برنامج مكافحة الأمراض المشتركة بين الحيوان والإنسان Human – Animal Common Diseases Prevention Program
برنامج مكافحة الدرن Tuberculosis Control Program
برنامج استئصال شلل الأطفال Polio Eradication Program
برنامج استئصال الملاريا Malaria Eradication Program
برنامج استئصال البلهارسيا Bilharzia Eradication Program
برنامج مكافحة الليشمانيا Leishmania Elimination Program
برنامج التحصين الموسع Extended Vaccination Program
برنامج التغطية بالتحصين National Vaccination Program
برنامج إزالة الحصبة Measles Eradication Program
برنامج إزالة الحصبة الألمانية Rubella Eradication Program
برنامج إزالة الكزاز الوليدي Tetanus Eradication Program
برنامج رصد عوامل الخطورة للأمراض غير المعدية Risk Factors Detection Program for Non-Communicable Diseases
برنامج المراقبة الوبائية للأمراض المستهدفة بالتطعيم Vaccination Effectiveness Program

برنامج المراقبة الوبائية للمنافذ
Borders Epidemics Surveillance Program

برنامج العمالة الوافدة
Screening Program for Expat Labor

إعداد إستراتيجية التثقيف الصحي وتعزيز الصحة ٢
Prepare Health Education & Promotion Strategy

١-٢/ إعداد الخطة الإستراتيجية للتثقيف الصحي وتعزيز الصحة
Prepare Health Education & Promotion Strategy

٢-٢/ تطوير برنامج الغذاء والنشاط البدني
Develop Food & Physical Activity Program

٣-٢/ تطوير برنامج الكشف المبكر عن الأمراض
Develop National Early Disease Discovery Program

٤-٢/ تطوير برنامج الفحص المبكر للأطفال حديثي الولادة
Develop Newborn diseases Early Screening Program

٥-٢/ تطوير برنامج مكافحة السرطان
Develop Early Detection & Prevention of Cancer Program

٦-٢/ انشاء برنامج الكشف المبكر عن سرطان الثدي
Establish Breast Cancer Screening Program

السياسة الثالثة : تعزيز أبحاث الصحة والتدريب الأكاديمي

آليات التنفيذ و المشاريع

١ إعداد استراتيجية شاملة لأبحاث الصحة
Prepare Comprehensive Health Research Strategy

٢ إنشاء المعهد الوطني السعودي للصحة
Establish Saudi National Institute of Health

٣ دعم المختبر الوطني وإقامة الشراكات العالمية لتشغيله
Develop National Laboratory

٤ إقامة الشراكات المتعلقة بالبحوث
Develop Health Research Partnership

١/٤- تطوير الشراكة البحثية مع مدينة الملك عبد العزيز للعلوم والتقنية
Develop Research Partnership With KACST

٥ دعم الموسوعة العربية للصحة
Support Arabic Encyclopedia of Health

٦ إنشاء مركز المعلومات الصحية
Establish Health Data Center

٧ دعم برامج التدريب الأكاديمي بالهيئة السعودية للتخصصات الصحية في مستشفيات الوزارة
Support Academic Training Programs in MOH-Hospitals

السياسة الرابعة: دعم الخدمات الصحية لفئات المجتمع الخاصة

آليات التنفيذ و المشاريع

١ برنامج دعم المعاقين ونوي الإحتياجات الخاصة
Disabeled and Special Needs Support Program

٢ برنامج دعم الخدمات الصحية الموجهة لكبار السن والعجزة
Elderly long-Term Care Program

٣ برنامج دعم الصحة النفسية والعقلية
Mental & Psychological Health Support Program

الهدف الاستراتيجي الثاني:

إرساء ثقافة العمل المؤسسي ورفع مستوى الجودة
وقياس ومراقبة الأداء

السياسة الأولى :
توحيد آليات التخطيط الاستراتيجي وقياس ومراقبة الأداء

آليات التنفيذ والمشاريع

١ توحيد إطار عمل التخطيط الاستراتيجي لمديريات الشؤون الصحية
Establish Unified MoH Strategic Planning Framework

٢ تطوير الهيكل التنظيمي للوزارة والمرافق الصحية التابعة لها
Develop MOH-Organisational Chart

٣ تطوير قدرات المراجعة الداخلية والمتابعة
Develop MoH Internal Audit Capabilities

٤ إعداد دليل معايير ومؤشرات جودة الخدمات الصحية
Prepare Healthcare Quality Standards and Indicators

٥ نشر وتفعيل ثقافة قياس ومراقبة الأداء
Establish Culture Of Performance Measurement and Monitoring

١/٥- إنشاء برنامج رصد وتبليغ الاخطاء الجسيمة
Establish Sentinel Events Reporting Program

٢/٥- إنشاء لوحة مؤشرات الأداء
Establish Hospital Dash-Board

٣/٥- إنشاء برنامج المتابعة السريرية
Establish Clinical Audit Program

٦ برنامج تطوير الخدمات الصحية في الحج
Health Services During Hajj Program

السياسة الثانية : وضع النظام الإداري والبرامج المساندة للعمل المؤسسي

آليات التنفيذ و المشاريع

١ إنشاء المجالس التنفيذية واللجان المنبثقة عنها في الوزارة والمناطق
Establish Executive Boards in MoH & Regions

٢ إنشاء المجالس الاستشارية للوزارة
Establish Advisory Boards of The Ministry

١/٢- المجلس الاستشاري العالمي
International Advisory Board

٢/٢- المجلس الاستشاري المحلي
Local Advisory Board

٣/٢- المجلس الاستشاري للتوعية و الاعلام
Media Advisory Board

٣ إنشاء برنامج إدارة الأسرة
Establish Bed Management Program

١/٣- برنامج علاج اليوم الواحد
Day Surgery Program

٢/٣- برنامج تشغيل الأسرة غير المستخدمة
Bed Utilization Maximizing Program

٤ إنشاء برنامج إدارة حقوق الموظفين
Establish Employees Rights & Benefits Program

٥ إنشاء برنامج إدارة علاقات المرضى
Establish Patients Relations Program

١/٥- برنامج قياس رضا المستفيد من الخدمة
Service User Satisfaction Survey Program

٢/٥- برنامج تطوير مهارات التواصل مع المستفيد من الخدمة
Communication Skills With Service Users Program

٦ تطوير العمل الإداري المتعلق بنظام التشغيل الذاتي
Develop Self-Operating System

١/٦- تفعيل وتطوير لجان التوظيف على نظام التشغيل الذاتي
Activation of Employment Committees on Self-Operating System

٢/٦- تطوير لجان التعيين والترقية على برامج التشغيل الذاتي في الوزارة والمديريات
Develop Appointment & Promotion Committees on Self-Operating System

٣/٦- إنشاء لجان تعيين مدراء المستشفيات
Establish Hospital Directors Appointment Committees

٤/٦- إنشاء لجان تعيين رؤساء الاقسام
Establish Departments Heads Appointment Committees

٧ تطوير السياسات والإجراءات الإدارية و المالية في الوزارة
Develop Administrative/Financial Policies&Procedures in MOH

١/٧- تطوير الإجراءات الإدارية والمالية في الوزارة والمديريات بالتعاون مع جامعة الملك سعود
Develop Administrative & Financial Policies & Procedures (with KSU)

٨ إعداد لوائح العمل الطبي في مرافق الوزارة
Prepare Medical Staff Bylaws

٩ إعداد دليل سياسات وإجراءات العمل الإدارية
Prepare Administrative Policies & Procedures (APPs)

١٠ إعداد الدليل الوطني للخدمات الصحية
Prepare National Directory of Health Services

١١ إعداد خطة الوزارة للخدمات الطبية الطارئة
Prepare Contingency Plans Framework

١٢ إنشاء برنامج الرعاية الصحية المنزلية
Establish Home Health Care Program

**السياسة الثالثة:
تطوير نظام شامل لرفع مستوى الجودة**

آليات التنفيذ والمشاريع

١ إعداد الخطة الشاملة لتحسين الأداء
Prepare Comprehensive Plan for Performance Improvement

٢ دعم برنامج الطب المبني على البراهين
Support Evidence-Based Medicine Program

١/٢	وضع معايير الممارسة السريرية Prepare Clinical Practice Guidelines Manual
٣	وضع المعايير المتعلقة بتصميم المرافق الصحية التابعة للوزارة Prepare MOH Facilities Design Standards
٤	وضع معايير سلامة مكان العمل Prepare Workplace Safety Standards
٥	اعادة هيكلة الإدارة العامة للجودة في الوزارة Restructuring of Department of Quality
٦	رفع مستوى العاملين في مجالات الجودة Capacity Building in Quality in Health Care
١/٦	الدورات التدريبية في مجال الجودة Training Courses in Quality Tools & Applications
٢/٦	الدورات التدريبية في مجال مكافحة العدوى Training Courses In Infection Control
٣/٦	برنامج الدراسات العليا في علوم الجودة ومكافحة العدوى Post-Gradudts Studies in Quality/Infection Control
٤/٦	يوم الجودة Quality Day
٧	تحسين أداء التمريض Improve Nursing Performance
١/٧	تطوير دليل السياسات والإجراءات التمريضية Develop Nursing Policies & Procedures
٢/٧	برنامج مديرات التمريض من الخارج Western Nursing Directors Program
٣/٧	برنامج التدريب على مهارات التمريض Western Nursing Clinical Instructors Program
٨	برنامج الشراكة مع الجامعات والمراكز البحثية في مجال الجودة Partnership Program with Universities & Research Centers in Healthcare Quality
٩	إنشاء برنامج سلامة المرضى Establish Patients Safety Program
١/٩	برنامج رصد وتحليل الأخطاء الطبية Reporting & Analysis of Adverse Events Program
٢/٩	برنامج توثيق الشهادات ومنح الصلاحيات السريرية Credentialing & Clinical Privileging Program
٣/٩	برنامج سلامة الأدوية والعقاقير Medication Management Program

٤/٩- برنامج إدارة المخاطر
Risk Management Program

٥/٩- برنامج مراجعة بنوك الدم واعتمادها
Blood Banks Review & CAP- Accreditation

٦/٩- برنامج مراجعة عيادات الأسنان
Dental Clinics Review

٧/٩- برنامج التخدير المتوسط
Conscious Sedation Program

٨/٩- برنامج التحكم بعلاج الألم
Pain Management Program

٩/٩- برنامج مراجعة وحدات الغسيل الكلوي
Dialysis Units Review Program

١٠/٩- برنامج الإصابات والحوادث
Trauma Management Program

١١/٩- برنامج تحسين الإنعاش القلبي الرئوي
CPR-Review Program

١٠ تكوين لجان الممارسات الطبية
Establish Medical Practice Review Committees

١١ برنامج تحسين الملف الطبي
Establish Medical Records Improvement Program

١١/١- برنامج تحسين التوثيق في الملفات الطبية
Documentation Improvement Program

٢/١١- برنامج توحيد وتطوير النماذج الطبية
Medical Forms Standardization Program

١٢ إنشاء برنامج تقييم الأقسام
Establish Departmental Review Program

١٣ برنامج رفع أداء غرف العمليات
OR Performance Improvement Program

**السياسة الرابعة :
وضع إستراتيجية للاتصالات الداخلية والخارجية**

آليات التنفيذ والمشاريع

١ تطوير قنوات التواصل الداخلي في الوزارة
Develop Internal Communication in MOH

١/١- إعداد إستراتيجية التواصل الداخلي في الوزارة والمرافق التابعة لها
Prepare Internal Communications Strategy

٢ تأسيس قنوات التواصل الداخلي في الوزارة والمرافق التابعة لها
Establish Internal Communication Channels

١/٢- النشرة الإخبارية الداخلية
Newsletter

٢/٢- المنتدى الإلكتروني للموظفين
Web Forum

٣/٢- برنامج الاجتماعات المجدولة
Recurrent Meetings Schedule for Top Leadership & Departments

٣ تعزيز الحضور الاعلامي للوزارة
Support MoH Presence in Media Channels

١/٣- التعاون مع القنوات الاعلامية المرئية والمسموعة والمقروءة
Collaboration with TV / Radio Channels

٢/٣- إنشاء المجلة الطبية للوزارة
Ministry of Health Magazine

٣/٣- المشاركة في اقامة المعارض الطبية
Medical Exhibitions

٤/٣- الكتاب السنوي لإنجازات الوزارة
MOH Annual Book of Accomplishments

السياسة الخامسة :
عقد شراكات العمل والتعاون مع الجهات المعنية بالصحة داخلياً وخارجياً

آليات التنفيذ والمشاريع

١ شراكات مع جهات صحية وأكاديمية محلية
Collaboration/Partnership with local Leading Health & Academic Institutes

١/١- برنامج التعاون مع معهد الملك عبدالله للبحوث والدراسات الاستراتيجية التابع لجامعة الملك سعود
Collaboration with King Abdullah Research Institute

٢/١- برنامج التعاون مع جامعة الدمام Collaboration with Dammam University
٣/١- برنامج التعاون مع الجمعيات العلمية السعودية Collaboration with Saudi Scientific Societies
٤/١- برنامج التعاون مع معهد الأمير سلمان لأبحاث الإعاقة Collaboration with Prince Salman Institute for Disability Research
٢ شراكات مع جهات حكومية أخرى Collaboration/Partnership with other Governmental Sectors
١/٢- برنامج التعاون مع هيئة المدن الصناعية ومناطق التقنية Collaboration with Saudi Industrial Property Authority
٢/٢- برنامج التعاون مع الهيئة العامة للإستثمار Collaboration with SAGIA
٣ شراكات مع جهات صحية وأكاديمية دولية Collaboration/Partnership with International Leading Health & Academic Institutes
١/٣- برنامج التعاون مع الجامعات الكندية Collaboration with Canadian Universities
٢/٣- برنامج التعاون مع الجامعات الأسترالية Collaboration with Australian Universities
٣/٣- برنامج التعاون مع جامعة هارفارد Collaboration with Harvard University
٤/٣- برنامج التعاون مع جامعة جون هوبكنز في مجال طب وجراحة العيون Collaboration Agreement With Jones Hopkins University
٥/٣- برنامج التعاون مع جامعة ايموري Collaboration Agreement With Emory University
٦/٣- برنامج التعاون مع الكلية الملكية لأطباء كندا Collaboration with RCPSC
٧/٣- برنامج التعاون مع الكلية الملكية للجراحين في أيرلندا Collaboration with RCSI
٨/٣- برنامج التعاون مع منظمة الصحة العالمية Collaboration with WHO
٩/٣- برنامج التعاون مع شركة جنرال إلكتريك الطبية Collaboration with General Electric Medical

١٠/٣ - برنامج التعاون مع مستشفى كليفلاند في أمريكا
Collaboration with Cleveland Clinic Foundation

١١/٣ - برنامج التعاون مع مركز ديترويت الطبي
Collaboration with Detroit Medical Center

١٢/٣ - برنامج التعاون مع مركز مكافحة الأمراض والسيطرة عليها بالولايات المتحدة
Collaboration with Centers for Disease Control & Prevention CDC

١٣/٣ - برنامج التعاون مع جامعة واشنطن
Collaboration with Washington University

١٤/٣ - برنامج التعاون مع جامعة هايدلبرج
Collaboration with Heidelberg University

الهدف الاستراتيجي الثالث

استقطاب الكوادر المؤهلة وتنمية الموارد البشرية

السياسة الأولى: تطوير قدرات الوزارة لاستقطاب الكفاءات المؤهلة

آليات التنفيذ والمشاريع

١ وضع الخطة الإستراتيجية لإدارة التعاقد
Prepare Strategic Plan of Department of Contracting

١/١- اعادة هيكلة إدارة التعاقد
Re-Structure Department of Contracting

١/٢- تطوير آلية التعاقد
Develop Contracting & Employment Mechanisms

١/٣- توسيع التعاقد مع دول جديدة (ألبانيا، ونيجيريا، وباكستان، وايرلندا)
Expand Contracting with New Countries
(Albania, Nigeria, Pakistan, Ireland)

١/٤- وضع معايير اعتماد مكاتب التعاقد
Develop Standards for Certification of Contracting Offices

١/٥- تطوير برنامج التأهيل قبل التعاقد
Develop Pre-Contracting Capacity Building Program

١/٦- تطوير برنامج الطيب الزائر
Develop Visiting Consultant Program

١/٧- تطوير برنامج التعاقد المؤقت
Develop Locum Program

١/٨- تطوير برنامج تفعيل لجان التعاقد
Contracting Committees Activation Program

٢ انشاء برنامج جذب الكفاءات المؤهلة والمحافظة عليها
Establish Qualified Personnel Attraction & Retaining Program

٣ إعداد خطة للاستخدام الأمثل للتشغيل الذاتي
Prepare Plan for optimal Use of Self-Operating System

٤ تطوير برنامج قياس وتحسين رضا الموظفين
Develop Staff Satisfaction Measurement & Improvement Program

١/٤- برنامج موظف الشهر
Employee of the Month Program

٢/٤- برنامج تكريم المبدعين
Achievement Recognition Program

٣/٤- برنامج الحوافز والمكافآت
Incentives Program

٤/٤- برنامج أفضل ثلاثة بحوث
The best Three Research Program

٥/٤- برنامج قياس رضا الموظف
Staff Satisfaction Program

٦/٤- تطوير النادي الاجتماعي
Develop Social Club

السياسة الثانية : تطوير وتدريب الموارد البشرية

آليات التنفيذ والمشاريع

١ تطوير مركز التدريب بالوزارة
Develop MoH Training Center

١/١- وضع الخطة الاستراتيجية لمركز التدريب بالوزارة
Prepare MOH-Training Center Strategic Plan

٢/١- إنشاء مركز تدريبي متكامل في كل منطقة
Establish Training Center in all Regions

٢ إعداد خطة تطوير و تدريب الموظفين
Prepare Human Resources Developmen Plan

٢/١- الدورات التدريبية الإدارية لعدد ١٦٠٠٠ موظف بالتعاون مع معهد الإدارة العامة
Training Courses For 16000 MOH-Employees With IPA

٢/٢- اتفاقية التعاون مع جامعة الملك سعود في مجال التدريب والدراسات
Cooperation Agreement With KSU

٢/٣- دورات إعداد مدراء المستشفيات
Training Courses For Hospital Directors

٢/٤- دورات إعداد المدراء الطبيين
Training Courses For Medical Directors

٢/٥- دورات إعداد مدراء الجودة
Training Courses for Quality Directors

٦/٢- دورات إعداد مدراء العمليات Training Courses for OR Directors
٧/٢- دورات إعداد مديرات التمريض Training Courses for Nursing Directors
٨/٢- الدورات التدريبية في مجال التعقيم المركزي Training Courses in CSSD
٩/٢- برنامج الترميز الطبي Training Courses for Clinical Coding
١٠/٢- الدورات التدريبية في مجال السجلات الطبية Training Courses in Medecal Records
١١/٢- الدورات التدريبية في مجال سلامة المريض Training Courses in Patient Safety
١٢/٢- الدورات التدريبية لفنيي الأشعة Training Courses for Radiology Technicians
١٣/٢- الدورات التدريبية السريرية الأساسية للأطباء Basic Clinical Training Courses for physicians , BLS/ACLS/ATLS
١٤/٢- دورات أساسيات طب الأسرة والمجتمع Training Courses in Fundamentals OF Family Medicin (Fame)
١٥/٢- دبلوم طب الأسرة والمجتمع Diploma in Family Medicine
٣ إعداد خطة للتوزيع الفعال للموظفين في الوزارة و المديریات Redeployment Plan for Maldistributed Manpower
٤ تطوير برنامج تدريب واعداد القياديين Leadership Capacity Building Program
١/٤- الدورات التدريبية في مجال إعداد القياديين Leadership Courses
٢/٤- برنامج ماجستير الإدارة الصحية MSc in Health management
٥ برنامج التجسير Bridging Program

السياسة الثالثة : تخطيط القوى العاملة

آليات التنفيذ والمشاريع

١	دراسة الوضع الراهن للقوى العاملة Workforce Current Situational Analysis
١/١-	دراسة أوضاع القوى العاملة في مستشفيات الوزارة والمرافق التابعة لها Study of workforce Status in MOH & Facilities
١/٢-	وضع معايير القوى العاملة الإدارية والفنية للوزارة والمرافق الصحية التابعة لها Establish Manpower Standards Manual
١/٣-	دراسة التخصصات الحيوية في جميع المناطق Medical Specialities Needs Planning Study
٢	إعداد خطة خمسية لدعم الاحتياج من القوى العاملة Prepare MoH 5 Year Workforce Plan
٣	إنشاء إدارة الاشراف على برامج الدراسات العليا والزمالات الطبية Establish Post-Graduate Studies and Fellowships Supervising Department
٤	دعم برنامج الابتعاث الخارجي Support External Scholarship Program
٥	دعم برنامج الإيفاد الداخلي Support Internal Scholarship Program

الهدف الاستراتيجي الرابع تطوير الصحة الإلكترونية ونظم المعلومات

السياسة الأولى : تطوير بنية تحتية قوية وفعالة لتشغيل نظم المعلومات المختلفة

آليات التنفيذ والمشاريع

- ١ تطوير إستراتيجية وطنية شاملة للصحة الإلكترونية وتقنية المعلومات
Prepare National E-Health Strategy
- ٢ تقوية الشبكة التحتية لدعم تشغيل نظم المعلومات
Develop IT Infra-Structure Technical Capacity
- ٣ تطوير سياسات الوصول للمعلومات والمحافظة على أمنها
Develop Data Access & Confidentiality Policies & Procedures
- ٤ تطوير مركز المعلومات الرئيسي والمركز الاحتياطي ومركز الوقاية من الكوارث
Develop Main Data Center, Back-Up & Disaster Recovery Centers

السياسة الثانية : تطوير وتوحيد نظم المعلومات الطبية الصحة الإلكترونية .

آليات التنفيذ والمشاريع

- ١ إرساء المعايير الفنية لتوحيد المعلومات الطبية
Establish Technical Standards for Clinical Coding
١/١- مشروع التصنيف الدولي للأمراض - النسخة العاشرة (ICD- 10)
- ٢ تطوير الملف الإلكتروني الموحد
Develop Electronic Medical Record
٢/١- تطبيق نظم المعلومات الطبية في المرافق الصحية التابعة للوزارة
Implementation of Medical Information Systems in MOH Facilities
- ٣ تطوير لوحة مؤشرات أداء المستشفيات
Develop Dash-Boards in MOH Hospitals

٤	تطوير السجلات الوطنية للأمراض الرئيسية Prepare National Registry for Key Diseases
٥	تطوير نظم صور الأشعة الطبية Develop Picture Archiving and Communication Systems (PACS)
٦	تطوير نظم الخدمات الطبية المساندة (التموين الطبي ونظم المشتريات) Develop Logistic Health Services Systems
٧	تطوير نظام بلاغات الأمراض الوبائية ومراقبتها Develop Epidemic Diseases Reporting & Surveillance
٨	تطوير نظم إدارة ومتابعة الخدمات الصحية في الحج والعمرة Develop Health Services Management During Hajj
٩	تطوير مركز الطب الاتصالي Develop Tele-Medicine Center
١٠	تطوير نظم الإحالات ومتابعة النقل الإسعافي Develop Referral & Emergency Transfer System
١١	إنشاء البوابة الإلكترونية لتطوير التبادل المعلوماتي المشترك للملف الصحي الموحد والخدمات الصحية والتثقيفية Establish MoH Portal for Electronic Health Record
١٢	إنشاء البوابة الإلكترونية لتطوير التبادل المعلوماتي المشترك للملف الصحي الموحد والخدمات الصحية والتثقيفية Establish MOH Portal for Electronic Health Record & Educational Health Services
١٣	إعداد برنامج توقف الخدمة Establish Stop of Service Program

السياسة الثالثة : تطوير وتوحيد نظم المعلومات الإدارية / الإدارة الإلكترونية

آليات التنفيذ والمشاريع

١	المساهمة في مشروع تطوير الإجراءات الإدارية والمالية في الوزارة Establish I.T. Component of Administrative/Financial Procedures Improvement Project
٢	إنشاء نظم المعلومات المتعلقة بمعايير تصنيف الوظائف الطبية والإدارية Develop Standards of Job Description
٣	تطوير نظام تشغيل ذاتي للمساندة الفنية بتقنية المعلومات Establish Technical Support Program in I.T. Department
٤	تطبيق نظم الاتصالات الإدارية الموحدة الحديثة مع أرشفتها Implementation/Archiving of Unified Communication Systems

٥	تطوير البريد الإلكتروني E-Mail System Upgrade
٦	برنامج ربط السنترال الإلكتروني الصوتي والفاكس عبر الشبكة الموسعة Voice over IP & Fax over Wan Program
٧	تحويل الأنظمة الإدارية للعمل عبر بيئة الويب Transform Administrative Systems to Web Applications
٨	مشروع عقد الاجتماعات مع المرافق المختلفة والأفراد عبر الويب Establish Virtual Meetings & Tele-Conferencing System
٩	إنشاء البوابة الإلكترونية لتطوير تبادل المعلومات والخدمات بين الوزارة والمرافق الحكومية Establish MOH Official G-to-G Portal System
١٠	إعداد منصة المعلومات التنفيذية الخاصة بمتابعة الأداء والموارد Establish Business – Intelligence Platform for Rosources & Performance
السياسة الرابعة: استقطاب وتطوير الموارد البشرية في مجال تقنية المعلومات	
آليات التنفيذ والمشاريع	
١	توحيد المؤهلات التقنية لخريجي الجامعات والمعاهد العاملين في الوزارة Standardization of Qualifications of IT Graduates working in MOH
٢	عقد الدورات التدريبية المكثفة لمحو الأمية المعلوماتية IC3 & ICDL Training Courses for MOH Employees
٣	تصميم البوابة الإلكترونية الداخلية لمنسوبي وزارة الصحة لتطوير التبادل المعلوماتي بينهم وإنجاز إجراءات الدعم الفني والتدريب عن بعد Develop MOH Portal For Internal Communications

الهدف الاستراتيجي الخامس الإستخدام الأمثل للموارد وتطبيق إقتصاديات الرعاية الصحية وطرق تمويلها

السياسة الأولى : الاستخدام الأمثل للموارد وتعزيز فعالية التشغيل

آليات التنفيذ و المشاريع

١ خفض التكاليف وترشيد الإنفاق
Cost Reduction & Rationalizing

١/١- إعداد خطة لخفض التكاليف وترشيد الإنفاق
Prepare Cost Reduction & Rationalizing Cost Base Plan

١/٢- إنشاء وحدة التكاليف في المستشفيات التابعة للوزارة
Establish Cost Units in MoH Hospitals

٢ وضع خطة لإرساء ثقافة اقتصاديات الصحة
Prepare Health Economics Culture Lay- Foundation Plan

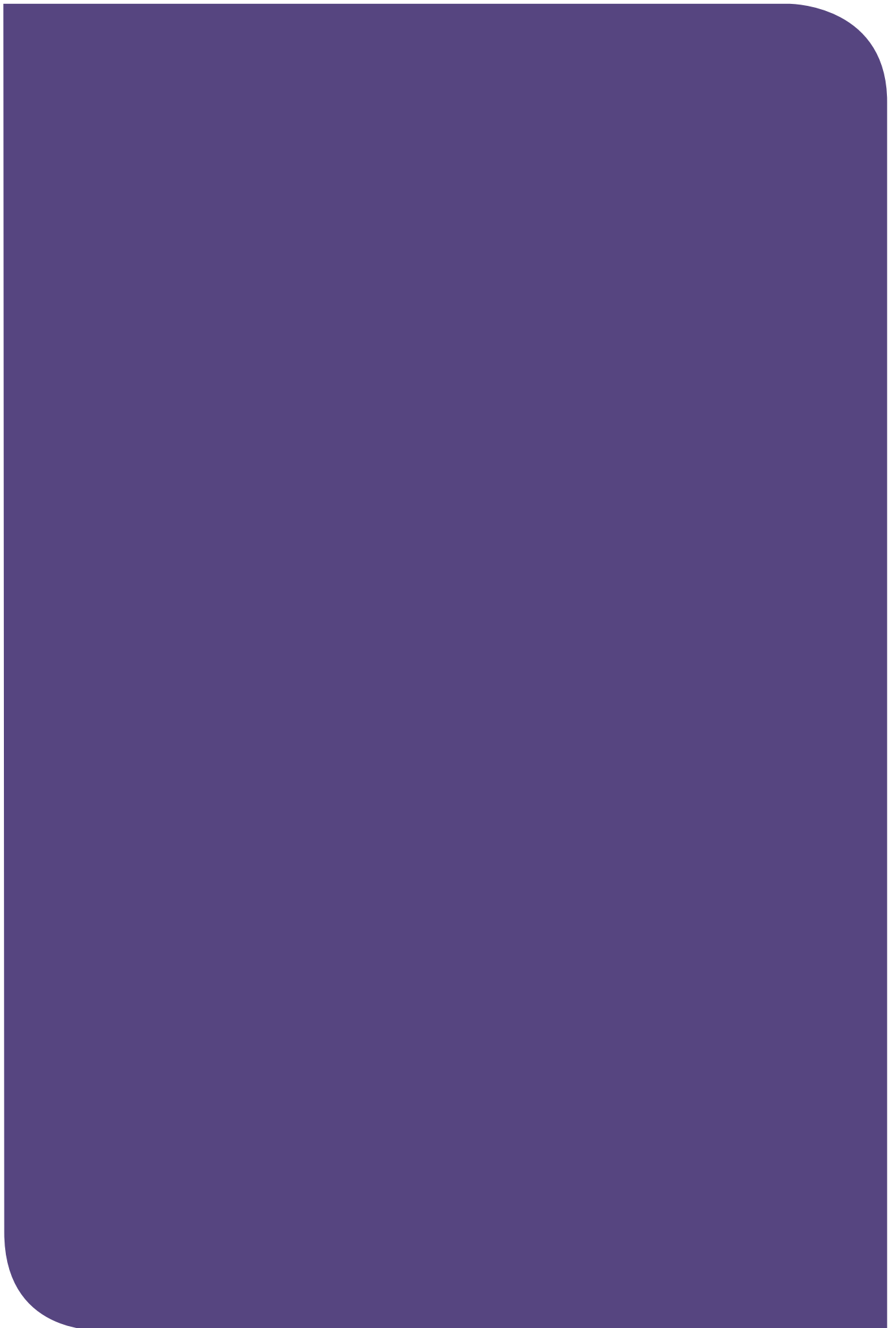
٣ وضع خطة لتنمية الموارد المالية الذاتية للوزارة
Prepare MoH Self-Funding Resources Development Plan

السياسة الثانية : اعداد دراسات تمويل الخدمة الصحية ونماذج تقديمها

آليات التنفيذ و المشاريع

١ تطوير الخبرات البشرية التابعة لإدارات الميزانية والتخطيط واقتصاديات الصحة
Develop Capacities in Departments of
Planning /Budgeting / Health Economics

٢	مراجعة نموذج تمويل وزارة الصحة Review MoH Financing Model
٣	دراسة تطبيقات التأمين الصحي Health Insurance Review
	١/٣- إقامة الندوات المتعلقة بالتأمين الصحي Health Insurance Conferences
	٢/٣- إعداد المراجع البحثية المتعلقة بالتأمين الصحي Prepare MOH-Health Insurance References
٤	دراسة خصخصة منشآت الوزارة Prepare MoH Facilities-Privatization Study
٥	تطوير إستراتيجية للخدمات المساندة Prepare Out-Sourcing Strategy
٦	دعم الشراكات الاستراتيجية في مجال الصناعات الطبية والحيوية Develop Partnership in Medical & Biomedical Industry



المشروع الوطني للرعاية الصحية المتكاملة والشاملة

تمهيد:

تستند الخطة الاستراتيجية لوزارة الصحة على عدة محاور تمثل الركائز الأساسية التي تقوم عليها، والتي من أهمها كيفية تقديم الخدمات الصحية للمستفيدين منها ليتحقق للوزارة هدفها وهو الوصول بخدماتها إلى كل مدينة وقرية وهجرة في أرجاء المملكة المترامية، وهو ما يعرف عالمياً بالقدرة على الوصول إلى الخدمة (Access To Care)، ثم تأتي بعد ذلك ماهية الخدمات الصحية بمستوياتها الأربعة التي تتطلع الوزارة إلى تقديمها في كل منطقة من مناطق المملكة، دون اغفال الجوانب الأخرى التي بدأت الأنظمة الصحية العالمية في التنبه لها، والمتمثلة في أهمية الرعاية الصحية الوقائية للسكان، وأهمية الاكتشاف المبكر للأمراض، وتعزيز الصحة وما يندرج تحتها من مفاهيم التوعية الصحية بشتى أساليبها.

فإذا ما سلّمنا من البداية بأن أي تخطيط استراتيجي في مجال الخدمات الصحية المقدمة للسكان لا بد وأن يأخذ في الاعتبار ركنين أساسيين هما كيفية تقديم الخدمات الصحية بجميع مستوياتها، وكيفية الاهتمام بالجانب الوقائي والتوعوي، نجد أن الوزارة قامت في سبيل هذا الغرض ومنذ بداية عام (١٤٣٠هـ) بدراسة تجارب الأنظمة الصحية في العديد من دول العالم، كما تمت مناقشة المتخصصين من داخل المملكة وخارجها، واتفقت جميع الآراء على ضرورة تبني منهج الرعاية الصحية المتكاملة والشاملة، وهو المنهج الذي نجده الآن مطروحاً في كل أدبيات الرعاية الصحية حول العالم، والذي يمكن شرحه باختصار على أنه منهج يقوم على تقديم خدمات الرعاية الصحية بمستوياتها الأربعة بشكل تكاملي تكون فيه تلك الخدمات مترابطة ومتصلة عبر شبكة واحدة من الخدمات الصحية التي تهدف إلى خدمة المريض أينما وجد، عن طريق تقديم أسرع وانجح الأساليب العلاجية بتكلفة معقولة ودون إهدار للموارد المالية، على أن تكون تلك الخدمات شمولية لا تهتم فقط بالجوانب العلاجية بل تهتم كذلك بالجوانب الوقائية والتوعوية.

ولقد ثبت من تجارب دول العالم المختلفة التي تم تقديمها إلى منظمة الصحة العالمية بأن ذلك المنهج في تقديم الخدمات الصحية يؤدي إلى الاستثمار الكامل للموارد الصحية، ويؤدي كذلك إلى خفض التكاليف وتقليص النفقات ومعدلات الهدر على المدى البعيد، بحيث تكون خدمات الرعاية الصحية قد حققت هدفها تجاه إيجاد مجتمع يتمتع أفرادُه بصحة العقل والبدن وبقسط وافر من الثقافة الصحية التي تنعكس سلوكاً صحياً سليماً يستطيع الأفراد معه تجنب الأمراض والقيام بما يلزم من فحوصات دورية لاكتشافها مبكراً، وهو الأمر الذي سينعكس إيجاباً على تكلفة الرعاية الصحية، والوزارة تدرك أن هذا الجانب الوقائي والتوعوي لم يأخذ حقه من الإهتمام وأن الأوان قد حان لكي يعطى ما يستحقه من عناية.

نظرت الوزارة بعد ذلك إلى جملة من التحديات ذات العلاقة المباشرة والتأثير الواضح في كيفية تقديم الخدمات الصحية لأي مجتمع من المجتمعات، والتي تتمثل فيما يلي:

- ١- تغير أنماط الأمراض، حيث بدأت الأمراض المعدية في التراجع عموماً مقابل تزايد الأمراض المزمنة وما تمثله من زيادة في العبء الصحي وارتفاع متواصل في فاتورة التكاليف مستقبلاً.
- ٢- تزايد أعداد السكان.
- ٣- ارتفاع تكاليف العلاج في المملكة وفي دول العالم عموماً.
- ٤- تسارع الاكتشافات الطبية وما يقتضيه ذلك من ضرورة للحاق بها.
- ٥- اتساع رقعة المملكة الجغرافية وتباعد القرى والهجر فيها.

كل تلك التحديات جعلت ومازالت من تقديم خدمات الرعاية الصحية أمراً يحتاج إلى تخطيط سليم للتمكن من تقديم خدمات طبية جيدة لكل المواطنين في كل مكان بتكلفة معقولة ودون استنزاف للموارد.

قامت الوزارة بدراسة واقع مستشفياتها البالغ عددها وقت الدراسة (٢٣٦) مستشفى، وخلصت إلى أن ما مجموعه (١١٤) مستشفى هي من المستشفيات الصغيرة التي لا تتجاوز سعتها السريرية خمسين سريراً، وأن معدل إشغال الأسرة في تلك المستشفيات لا يتعدى ثلاثين بالمائة في أحسن الأحوال، ويعود ذلك إلى عزوف المواطنين عن العلاج فيها لجملة من الأسباب لعل أهمها عدم توفر الاستشاريين والأخصائيين المؤهلين فيها، وضعف امكانياتها الفنية عموماً، كما وجدت الوزارة أن استقطاب الكفاءات الجيدة لهذه المستشفيات الصغيرة هو من الصعوبة بمكان، إذ لا يرغب الأطباء المهرة العمل في تلك المستشفيات الصغيرة التي يتركز أكثرها في المناطق البعيدة والمدن الصغيرة التي لا تتوفر بها عوامل الجذب الأخرى، وبذلك أصبح واضحاً للجميع أن بناء هذه المستشفيات الصغيرة بهذا العدد الكبير في كل مناطق المملكة لم يؤت الثمرة المرجوة منه، إضافة إلى ما فيه من هدر كبير للموارد.

ومن هنا فإن وزارة الصحة وهي تضع هذه الخطة الاستراتيجية من أجل إيجاد الطريقة السليمة لتقديم الخدمات الصحية قد نظرت إلى تجارب الدول المحيطة بها والدول الأخرى المتقدمة، ووجدت أن الدول جميعها قد توقفت عن بناء المستشفيات الصغيرة بسبب عدم جدواها الاقتصادية، ومع توسع التخصصات الطبية وتشعبها أصبح بناء تلك المستشفيات الصغيرة أمراً من الماضي لا يمكن الاستمرار فيه، وكذلك أن المستشفيات العصرية لا تقل سعتها السريرية عن مائة وخمسين سريراً، وهذا هو أحد أهم القرارات التي اتخذتها الوزارة أثناء بناء المستشفيات الجديدة التابعة لها وذلك ابتداء من عام (١٤٣١هـ).

وكان السؤال المطروح بعد ذلك هو: ما هو البديل لتلك المستشفيات الصغيرة وكيف يمكن تقديم الخدمة السريعة للمواطن في كل قرى وهجر المملكة؟ وهو سؤال وجيه، والإجابة عليه هي في ضرورة إيجاد نظام متطور للنقل الإسعافي أسوأ بما هو معمول به في كل دول العالم المتقدمة، وبذلك يوفر النظام الصحي وسائل النقل السريعة والأمنة التي ينتقل من خلالها المريض إلى مستويات الرعاية الصحية المطلوبة داخل المنطقة وخارجها كلما دعت الحاجة إلى ذلك.

وبناء عليه فقد كان واضحاً من البداية أن نجاح منهج الرعاية الصحية المتكاملة والشاملة يستلزم أن يتم تنفيذه عبر مشروع متكامل، ينظر في واقع المستشفيات القائمة وكيفية الاستفادة منها وتطويرها، ثم يجد الوسائل الفاعلة مثل تأمين سيارات الإسعاف المجهزة، وفنيي الإسعاف الأكفاء الذين سيقومون بنقل المريض إلى المستشفى المقصود بطريقة سليمة وأمنة، في ظل نظام صحي تكون فيه جميع مراكز الرعاية الصحية الأولية والمستشفيات مربوطة ببعضها من خلال شبكة ونظام حاسوبي واحد، يكون الملف الطبي للمريض فيه موحداً أينما ارتحل في المملكة، وتتوفر فيه المعلومات الصحية الخاصة بالمريض لتكون في متناول الأطباء المعالجين في أي مستشفى في المملكة، بحيث يستطيع الأطباء وفي وقت متزامن الاطلاع على صورة الأشعة والتحاليل التي تم عملها للمريض في أي مركز أو مستشفى، وبذلك يكون الأطباء متصلين ببعضهم البعض، ويسهل على العاملين في المستشفى تحويل المريض والمعلومات الخاصة به في يسر وسهولة.

كل تلك الإجراءات إنما تهدف إلى زرع الثقة لدى المواطن بأن الخدمات الطبية التي تقدم له ستكون سريعة وأمنة في نفس الوقت، وسيتم تأمينها عن طريق أقرب مستشفى تتوفر فيه إمكانيات العلاج، وحين يتم تحويل المريض من مستشفى لآخر فإن معلوماته الصحية ستكون كاملة ومعروفة وواضحة لدى المستشفى الذي سيستقبله.

هذا هو باختصار ما يعنيه مفهوم الرعاية الصحية المتكاملة والشاملة، والذي سينفذ عبر المشروع الوطني للرعاية الصحية المتكاملة والشاملة، والذي نبحت مكوناته في الصفحات القادمة، وهو مشروع تم اعداده بعد تحليل الوضع القائم في كل مستشفيات الوزارة في أنحاء المملكة ومعرفة قدراتها الحالية والمعياري المتوفر لها حالياً، وبعد أن تمت دراسة احتياجات كل منطقة على حدة بالنظر إلى أعداد السكان وتجمعاتهم ومدى توفر الخدمات الصحية في المنطقة، وتم وضع المعايير المطلوبة لتشغيل المستشفيات بصورة جيدة من حيث القوى العاملة والأدوية واللوازم الطبية والصيانة الطبية وغير الطبية وغير ذلك، وبعد كل هذا قامت الوزارة بحساب الأسرة التي يلزم توفرها خلال السنوات الخمس القادمة لتكون جاهزة للتشغيل بطريقة صحيحة وجديدة.

إن وزارة الصحة وعبر هذا المشروع الطموح تدرك أن الدولة حرسها الله تقوم حالياً بصرف البلايين من الريالات من أجل بناء المستشفيات والمراكز الصحية، ونأمل بعد كل ذلك أن يتمكن العاملون في هذه المرافق الجديدة من تقديم خدمة طبية راقية وجيدة

للمواطنين أينما كانوا، ولذلك كان لزاماً علينا عندما شرعنا في إعداد هذا المشروع إعادة دراسة المعايير اللازمة للتشغيل بصورة كاملة لكي تتمكن الوزارة من تقديم رعاية جيدة ومتميزة في هذه المستشفيات الجديدة والتي سيرها المواطن قريباً ويتطلع إلى أن يكون فيها ما يلبي احتياجاته ويرقى إلى مستوى طموحاته.

أولاً: مستويات تقديم الخدمة الصحية بالمملكة

يرتكز النظام الهيكلي الحالي للرعاية الصحية بالمملكة على ثلاث مستويات رئيسية، هي:

المستوى الأول : الرعاية الصحية الأولية

تعتبر الرعاية الصحية الأولية هي بوابة الدخول الرئيسية للخدمات الصحية وتلعب دوراً هاماً في تحقيق التغطية الشاملة للمملكة في المجالات الوقائية والتوعوية والعلاجية وجاوز عدد مراكز الرعاية الصحية الأولية ٢٠٠٠ مركزاً صحياً موزعة جغرافياً على جميع مناطق المملكة، وتقوم هذه المراكز بإحالة المرضى المحتاجين لمستوى الرعاية الصحية الثاني (المستشفيات العامة).

المستوى الثاني : المستشفيات العامة

تشكل المستشفيات العامة المستوى الثاني من الرعاية الصحية وتعمل على تقديم الخدمات العلاجية والتشخيصية من خلال خدمات الطوارئ / العيادات الخارجية / التنويم / النقل الإسعافي بين المنشآت الصحية من خلال استقبال المرضى المحالين من مراكز الرعاية الصحية الأولية أو حالات الطوارئ مباشرة.

المستوى الثالث : المستشفيات التخصصية والمدن الطبية

وتقدم خدمات الرعاية الصحية من المستوى الثالث والرابع حيث تقدم الخدمات التخصصية التشخيصية والعلاجية والجراحية والتأهيلية ومراكز أبحاث وتعتمد هذه المستشفيات على الإحالة من المستشفيات العامة واستقبال الطوارئ وهي متواجدة في بعض مناطق المملكة.

ثانياً: الوضع الحالي للمرافق الصحية

الوضع الحالي للمراكز الصحية الأولية:

أظهرت دراسة الوضع الحالي للمراكز الصحية الأولية القائمة حالياً ما يلي:

- عدم مناسبة التوزيع الجغرافي لبعض المراكز حيث أنها وزعت جغرافياً بشكل صاحبه تكديس وتقارب في بعض المواقع ونقص في مواقع أخرى مما أثر سلباً على توظيف الموارد البشرية والمالية المحدودة بالأسلوب الأمثل.
- عدم التوازن بين معدل الخدمة وعدد السكان حيث انخفض معدل خدمة المركز الصحي نسبة إلى السكان نتيجة إلى أن العدد الذي تم افتتاحه من المراكز الصحية لا يتناسب مع الزيادة السكانية حيث أظهرت دراسة سابقة للوزارة في عام ١٤٢٧هـ أن المركز الصحي كان يخدم في المتوسط ٩٠,٩٢٩ نسمة عام ١٤١٣هـ أصبح يخدم في المتوسط ٢٦٩, ١٢٠ نسمة في عام ١٤٢٥هـ.
- حاجة المراكز إلى دعمها بالقوى العاملة وبرامج التطوير (تدريب / ابتعاث / نظام جودة ومراقبة أداء / تقييم دوري) .

الوضع الحالي للمستشفيات:

أظهرت دراسة الوضع الحالي للمستشفيات القائمة حالياً ما يلي:

- وجود الكثير من الهدر في الموارد المالية التي يتم صرفها على تشغيل المستشفيات الصغيرة (٥٠ سرير) والتي تمثل ٤٣٪ من مستشفيات الوزارة وما مجموعه ١٦٪ من عدد الأسرة حيث أن نسبة إشغال هذه المستشفيات منخفضة جدا ولعل احد أهم الأسباب التي أدت إلى ذلك هو عزوف المواطنين عن استخدام هذه المستشفيات لتواضع مستوى الخدمات الطبية المقدمة فيها وعدم تواجد الاستشاريين .
- وقد أدى ذلك إلى ضغط كبير على أسرة المستشفيات الكبيرة العامة في المدن الكبرى نتج عنه عدم توفر السرير لكثير من الحالات المستعجلة ووجود قوائم الانتظار الطويلة للعمليات الروتينية .
- ونظرا لعزوف الاستشاريين المختصين عن العمل في المستشفيات الصغيرة وهي ظاهرة عالمية لا تختص بها المملكة وحدها ، خلصت الوزارة إلى عدم جدوى الاستمرار في تشغيل المستشفيات الصغيرة والتي لا تلبى تطلعات المواطن .

- كما أن تقدم التقنيات الطبية وما تبع ذلك من ضرورة توفر أجهزة تشخيصية وعلاجية غاية في التعقيد لا يمكن تشغيلها إلا في المستشفيات الكبيرة كان سبباً آخر دعا الوزارة إلى إعادة النظر في المستشفيات الصغيرة .
 - أدى هذا كله إلى تفاوت كبير في مستوى وجودة الخدمة الطبية المقدمة حيث نجد خدمة متقدمة وذات جودة عالية في المستشفيات الرئيسية يقابلها تواضع في مستوى الخدمة والجودة في المستشفيات الصغيرة .
 - كذلك أدى الضغط الشديد على المستشفيات الكبيرة إلى كثير من السلبيات وعدم القدرة على الوصول إلى تطلعات المواطنين كاملة .
 - ومن ذلك كله خلصت الوزارة إلى أن مواردها المالية تقسم على أعداد كبيرة من المستشفيات مما أدى إلى عدم القدرة على تركيز الموارد في المستشفيات الكبيرة وجلب الكفاءات المتخصصة للعمل بها .
 - ضعف نظام الإحالة بين مستويات الرعاية الصحية الثلاثة أدى إلى عدم حصول المريض على خدمة طبية متكاملة سريعة وصحيحة، كما أدى إلى عدم تحقيق التكامل بين مستويات الخدمة المختلفة بسبب عدم وجود ربط بين الخدمات الوقائية والتعزيزية والعلاجية المتخصصة المخططة طبقاً لاحتياجات المريض، الأمر الذي يؤكد الحاجة إلى وجود نظام إحالة قوي ومنظم.
 - في الوقت الذي أصبح فيه للمعلومات الصحية دور هام في جميع الإجراءات الصحية بدءاً من الوقاية ومروراً بالتشخيص وحتى العلاج، لا تزال أغلبية المستشفيات والمراكز الصحية تعمل بالنظام اليدوي في أعمالها الإدارية والمالية والصحية .. حيث لم يتم حتى الآن استكمال البنية الأساسية لنظام المعلومات، كما أن الدراسات والأبحاث حول وبائيات الأمراض والمشكلات الصحية وقضايا النظام الصحي تحتاج إلى معلومات حديثة وموثقة، كما أن تقصي الأمراض وعوامل الأخطار ووضع برامج المكافحة على ضوء ذلك يعتمد بالدرجة الأولى على دراسات مسحية ومعلومات واسعة النطاق .. وبدون توفير برامج نظم معلومات متكاملة سيكون من الصعب الوصول إلى نتائج دقيقة يمكن الاعتماد عليها في مكافحة هذه الأمراض. كما أن عدم وجود نظام متكامل للمعلوماتية الصحية (I.T) أثر سلباً على كفاءة أداء الخدمة بالأسلوب الأمثل ووجود مثل هذا النظام المتكامل يعتبر أهمية قصوى للآتي:-
- يمثل حجر أساس لتفعيل نظام الإحالة.
 - يخفف من المعاناة الحالية للمرضى من خلال تقليل قوائم وفترات الانتظار والتي تمثل أهم وأبرز معاناتهم.
 - يربط بين شبكة مستشفيات الوزارة التي تتسم بضعف ترابطها.
 - يتيح فرصة التواصل (غير المتاحة حالياً) بين أطباء الوزارة العاملين في كافة مرافقها .. فالطبيب في كل دول العالم يمكنه التواصل بسهولة وسرعة ويسر مع زملائه في المستشفيات والمرافق الأخرى ومع الأطباء الأكثر منه خبرة ، في حين يفقد الطبيب في الوضع الحالي لدينا لكل ذلك ، مما يؤدي إلى عدم القدرة على توفير خدمة طبية متقدمة وذات جودة عالية .

- صعوبة الوصول إلى بعض مستشفيات المستوى الثالث بسبب تباعد المسافات بين مدن المملكة.
- طول قوائم وفترات الانتظار للحصول على الخدمة من مستشفيات المستوى الثالث بسبب تركزها في بعض المدن الرئيسية ومحدودية سعتها السريرية وتفاوت قدرتها الطبية والتشخيصية.
- ضعف البنية التحتية واللوجستية لنظام النقل الإسعافي بين المنشآت الصحية.
- وجود العديد من التحديات فيما يخص القوى العاملة على النحو التالي:
 - النقص الكمي والنوعي في القوى العاملة من الكوادر المتخصصة التي يحتاجها قطاع خدمات الرعاية الصحية، خاصة بين السعوديين.
 - الحاجة إلى الكفاءات القيادية (إدارية - طبية - فنية) القادرة على التعامل مع التنوع في الخلفيات المهنية والثقافية للقوى العاملة.
 - ارتفاع المنافسة بين مقدمي خدمات الرعاية الصحية لاجتذاب الكوادر والكفاءات الطبية المتخصصة، يصاحب ذلك قلة في العرض، وزيادة في الطلب على مثل تلك القوى العاملة.
 - تعاني الوزارة من عجز دائم وشديد في إتمادات بند التدريب والابتعاث.
 - تأخر ترتيب المملكة في المقارنات الدولية حول تدريب القوى العاملة الصحية بوزارة الصحة. ففي الوقت الذي بلغت فيه نسبة المخصص للتدريب إلى إجمالي ميزانية وزارة الصحة في بريطانيا أكثر من ٥% وفي ماليزيا نفس النسبة تقريباً فيما لا تتعدى هذه النسبة في المملكة ٤,٠%.
 - ضعف الكفاءة الإدارية وعدم توفر الموارد البشرية المدربة على تشغيل وإدارة المرافق المدمجة والتوظيف الأمثل للموارد المتاحة رأسياً وأفقياً بين مختلف مستويات الخدمة المقدمة.
- عجز بند الأدوية والمستلزمات الطبية عن تغطية الاحتياجات فضلاً عن أن بعض المناطق لا يوجد بها مستودعات للأدوية والأمصال حيث يتم التخزين في مواقع غير صالحة مما يترتب عليه تعرضها للتلف.

ثالثاً: خلاصة مراجعة النظم الصحية في بعض الدول

نظراً لأهمية الاسترشاد بتجارب الدول الأكثر تقدماً والأكثر تشابهاً للظروف السكانية والمناخية والسمات الجغرافية من حيث اتساع المساحة الجغرافية وتباعد المسافات والتنوع السكاني والعمراني، فقد تم الاطلاع على عدد من التجارب الإقليمية والعالمية في مجال الرعاية الصحية المتكاملة والشاملة شملت:

١. ثلاث دول من الأمريكتين الشمالية والجنوبية هي: الولايات المتحدة الأمريكية، وكندا، والمكسيك.
٢. ثلاث دول أوروبية هي: أسبانيا، وأيرلندا، وبريطانيا.
٣. استراليا.
٤. دولتين من دول شرق آسيا هما: ماليزيا، وسنغافورة.
٥. أربع دول عربية هي: الإمارات العربية المتحدة، والأردن، والمغرب، وتونس.
٦. دولة إفريقية واحدة هي: جنوب أفريقيا.

مع ملاحظة أنه تم التركيز على الاستفادة من التجربة الكندية والأمريكية والبريطانية والأيرلندية والماليزية بقدر أكبر.

استخلصت الوزارة من هذه التجارب النقاط التالية:

- تفاوت مستوى نجاح التطبيق بين دولة وأخرى بسبب الاختلاف في الإمكانيات والخصائص والنظم السياسية وتفاوت القوانين والأنظمة المنطقية داخل البلد الواحد والقدرة على التعامل مع المعوقات والتحديات المصاحبة لتطبيق هذا المنهج، حيث حققت الدولة الأكثر تقدماً نجاحاً أكبر، خاصة فيما يخص التكامل بين المرافق المملوكة للقطاع الخاص في أوروبا والولايات المتحدة الأمريكية وكندا.
- وجود قاسم مشترك بين جميع التجارب الدولية في تطبيق هذا المنهج وهو تحقيق منهج التكامل والشمولية في خدمات الرعاية الصحية بين مقدمي الخدمة، بهدف تحقيق أكبر قدر ممكن من الكفاءة في استخدام الموارد والتقنيات التشخيصية والعلاجية وتحقيق أكبر قدر ممكن من الفاعلية في خدمة المستفيدين من الخدمات الصحية وكسب رضاهم.
- لا يوجد طريقة أو أسلوب تنفيذي واحد لتطبيق منهج الرعاية الصحية المتكاملة والشاملة، حيث تنفرد كل دولة

بطريقة تتناسب مع ظروفها التنموية والاقتصادية وخصائصها الديموغرافية والجغرافية، وإمكانياتها في تقنيات المعلومات والاتصالات.

• يلعب نظام المعلومات الصحية (Health Information System) دوراً أساسياً في نجاح تطبيق منهج الرعاية الصحية المتكاملة والشاملة، فكلما كان نظام المعلومات والتقنيات متاح بشكل أكبر كانت البدائل في التنفيذ متاحة بشكل أفضل، والعكس صحيح.

• كان من أبرز معوقات الاستفادة من منهج الرعاية الصحية المتكاملة والشاملة ضعف الكفاءة الإدارية وعدم توافر الموارد البشرية المدربة على تشغيل وإدارة البرامج المدمجة والتوظيف الأمثل لموارد المتاحة رأسياً وأفقياً بين مختلف مستويات الخدمات المقدمة.

• من ناحية، يتطلب تطبيق منهج الرعاية الصحية المتكاملة والشاملة مركزية في التخطيط والمتابعة والإشراف والرقابة على جودة الأداء والاتصال الفعال وسرعة الاستجابة، ومن ناحية أخرى، يتطلب هذا المنهج اللامركزية في التنفيذ مما يعني التركيز على التمكين الإداري والتقني والمالي لكل مستوى من مستويات الرعاية الصحية المتكاملة والشاملة، خاصة تحت ظروف ضعف تقنيات الاتصال وتباعد المسافات واتساع الرقعة الجغرافية.

• أهمية التعامل بفاعلية مع المشكلات الناتجة عن بيئة العمل المدمجة مثل مقاومة التغيير وصعوبة العمل ضمن الفريق الجديد وصعوبة التنسيق ومعوقات الاتصال الشخصي (Interpersonal) والاتصال بين مستويات خدمات الرعاية الصحية في تركيبها الجديدة (Interorganizational Communication).

• أهمية تطبيق أسلوب المشاركة الإدارية (Participative Management) لتعزيز الشعور بالمسؤولية الفردية (Personal Accountability) والملكية الجماعية (Collective Ownership) في إدارة المرافق المدمجة.

وبعد استعراض خلاصة التجارب الإقليمية والدولية، والتي تضمنت التوجهات الحديثة لرفع كفاءة وفاعلية خدمات الرعاية الصحية، فإن الوزارة قد استخلصت من التجارب أن التوجه العالمي لدى كثير من الدول يتمثل في العمل بمنهج الرعاية الصحية المتكاملة والشاملة (Fully Integrated Comprehensive Healthcare) .

وسوف يتم في الجزء التالي استعراض وشرح المنهج المقترح لإعادة هيكلة مرافق تقديم خدمات الرعاية الصحية بهدف العمل على تحقيق مبدأ التكامل والشمولية في تقديم تلك الخدمات.

رابعاً: مشروع الرعاية الصحية المتكاملة والشاملة :

المفهوم

تقوم فكرة المشروع أساساً على التحول من النظام الصحي الحالي المبني على تركيز الخدمات الصحية بالمستشفيات (Hospital Centered Health System) إلى نظام يقوم أساساً على الاحتياجات الصحية (Health Needs of Rostered Population) الذي يتيح لمتلقي الخدمة الحصول على سلسلة مترابطة من الخدمات الصحية الوقائية والتعزيزية والتشخيصية والعلاجية عندما يحتاج إليها وبمستوى عالي من الجودة وبحرفيه مطلقة، وأيضاً هذا النظام يتيح الاستغلال الأمثل للموارد المتاحة من خلال منظومة مترابطة ومتكاملة ومنظمة لمختلف مستويات الرعاية الصحية بداية من الرعاية الصحية الأولية ووصولاً إلى الرعاية الصحية المتخصصة وذلك لتحقيق الأهداف المرجوة.

كما أنه في ظل المتغيرات الكثيرة التي يشهدها العالم في الوقت الراهن في الجوانب الاقتصادية والديموغرافية والمرضية وكذلك تغير نمط الحياة مما ساهم في ارتفاع معدلات بعض الأمراض والإصابات بشكل لم يكن معهوداً من قبل .. إضافة إلى التطورات الطبية والتكنولوجية المتسارعة والمتلاحقة في المجال الصحي وفي أنظمة الاتصال والمعلومات، برزت الحاجة إلى أهمية تقديم خدمة متكاملة للمريض .. وتأكدت ضرورة تضافر كافة عناصر منظومة الخدمة الصحية لمجابهة تلك الصعوبات من أجل تكامل الخدمات الصحية التي يمكن أن تقدم للمواطن وتساهم في تحقيق أهداف النظام الصحي .. وأن تكامل تلك الخدمات (Integration) يعني ضرورة وجود شبكة طبية مترابطة توفر التواصل بين أعضاء الفريق الطبي بسهولة ويسر، وتقلل من العبء المهني والنفسي الواقع على الأطباء العاملين بالمناطق الطرفية من خلال عملهم مع بقية زملائهم بجميع مناطق المملكة كفريق عمل واحد متجانس وشعورهم بوجود دعم فني وتواصل مهني معهم وذلك من خلال نظام معلوماتية صحية جيد ومتكامل .. كما يعني التكامل أيضاً نظام إحالة قوي ومنظم .. ونظام نقل إسعاف جيد يحقق أعلى درجات الخدمة للمريض .. وأقسام طوارئ مجهزة ومهيأة للتعامل مع كافة الظروف والحالات بكفاءة عالية.

أهداف المشروع

١. تحقيق سهولة الوصول للخدمة لجميع مستويات الرعاية الصحية.
٢. توفير الخدمة الصحية للجميع والعدالة في التوزيع.
٣. تعزيز الخدمات وتقويتها من خلال خلق تكامل رأسي وأفقي بين مستويات الخدمة المختلفة.
٤. رفع مستوى جودة الخدمة المقدمة.

٥. رفع كفاءة الأداء لخدمات الرعاية الصحية وذلك عن طريق التوظيف الأمثل للموارد المتاحة.
٦. تحقيق شمولية الخدمة المقدمة للمستفيد بجميع مستوياتها

مزايا المشروع

١. تحقيق مفهوم عمل موحد وواضح لجميع المرافق الصحية.
٢. التركيز على تكامل وشمولية الخدمة للفرد والمجتمع.
٣. تكامل الخدمات بالمناطق الصحية كل على حده حتى المستوى الثالث (مراكز الرعاية الصحية الأولية، والمستشفيات الطرفية (أ، ب)، والمستشفيات العامة والمركزية التابعة لكل منطقة)، لما يحققه ذلك من توفير لوقت وجهد المريض، كما يخفف العبء في نفس الوقت على المستشفيات المرجعية بما يساعد في تحقيق أهداف المشروع، أما بالنسبة لخدمات ما بعد المستوى الثالث (المستوى الرابع) التي ستقدم من خلال المستشفيات المرجعية (المدن الطبية) فسيتم ذلك من خلال المدن الطبية الخمس المذكورة بالمشروع.
٤. التكامل الرأسي والأفقي : يحقق هذا المنهج التنظيم بين المنشآت الصحية التي تقدم خدمات صحية متكاملة رأسياً وأفقياً بما يمكنها من العمل مع بعضها البعض في كل منطقة من ناحية، وعلى المستوى الوطني من ناحية أخرى، بما يشكل تكامل مستويات تقديم الخدمات الصحية وشمولية هذه الخدمات ابتداءً من الرعاية الصحية الأولية وحتى الخدمات الصحية المتخصصة.

فوائد المشروع

١. سيتمكن المريض من الحصول على الخدمة ببسر وسهولة وفي وقت قياسي.
٢. ستقدم له خدمة طبية شاملة (تعزيزية - وقائية - علاجية - تأهيلية).
٣. سيتمكن الأطباء من التواصل مع بعضهم في كافة المستويات وسيكون بقدره كلاً منهم الإطلاع على الملف الصحي للمريض وبالتالي القدرة على التشخيص بشكل أفضل.
٤. ستتوفر للمريض جميع الإجراءات الطبية المتخصصة قريباً من منطقتهم مثل: (علاج وجراحة الأورام - جراحة وعلاج الأمراض القلبية الوعائية - الجراحات الدقيقة - أمراض العيون - الأمراض العصبية) .
٥. في حال حاجته إلى الإحالة إلى مستوى أعلى سيكون بالإمكان نقله بأمان وسرعة بسيارات إسعافية مجهزة.

مكونات المشروع

- ١- تعزيز وتقوية الرعاية الصحية الأولية وتطوير خدماتها.
- ٢- تطوير وإعادة هيكلة المستشفيات بمستوياتها المختلفة.
- ٣- تطوير نظام الإحالة بين المرافق الصحية.
- ٤- تقوية نظام النقل الإسعافي بين المرافق الصحية.
- ٥- تطوير برنامج للمعلومات الصحية والصحة الالكترونية.
- ٦- تنمية القوى البشرية لتواكب التغير المقترح من خلال التدريب والابتعاث واستقطاب الاستشاريين المتخصصين في التخصصات الدقيقة.
- ٧- تعزيز تأمين الأدوية والمستلزمات الطبية.
- ٨- تهيئة مرافق وزارة الصحة لتطبيق أنظمة الجودة وشروط الاعتماد.



مكونات المشروع

أولاً- تعزيز وتقوية الرعاية الصحية الأولية

كما اتضح مما سبق فإن مفهوم منهج الرعاية الصحية المتكاملة والشاملة يقوم على أساس تحويل الاهتمام من التركيز على النظام الصحي المعتمد على " المستشفى " إلى التركيز على احتياجات المستفيد من الخدمة وجودة هذه الخدمة.

ويتم تحقيق ذلك من خلال إيجاد نسق تنظيمي بين مستويات الرعاية الصحية المختلفة والتي تبدأ بالرعاية الصحية الأولية وتنتهي بالرعاية الصحية المرجعية.

يتمثل أحد المكونات الأساسية للمشروع المقترح في تطوير خدمات الرعاية الصحية الأولية بجميع عناصرها باعتبارها القاعدة الأساسية للهرم الصحي، والمسئولة عن تلبية الاحتياجات الصحية الأساسية للمواطنين، باعتبارها حارس بوابة الرعاية الصحية مع العمل على رفع كفاءتها بما يحقق رضا المستفيدين منها وقناعتهم بخدماتها. والتأكد من ذلك من خلال الاهتمام ببعض العناصر الأساسية التي تضمن نجاح هذا المكون مثل :

- إدخال نظام الاعتماد للمراكز الصحية يقوم على تطبيق معايير الجودة.
- إدخال نظام قياس رضا مقدمي ومتلقي الخدمة.
- تطبيق نظام مراقبة الممارسة الإكلينيكية والمتابعة الدورية لقياس كفاءة الممارسين الصحيين.

ويعمل المنهج المقترح للرعاية الصحية المتكاملة والشاملة على تعزيز وتقوية الرعاية الصحية الأولية بحيث تكون قادرة على تقديم الخدمات التالية من خلال المراكز الصحية:

- خدمات الرعاية الصحية الأولية الأساسية بعناصرها الثمانية.
- خدمات المختبر والأشعة والأسنان.
- الخدمات المتقدمة (كالجراحات الصغرى، الرعاية المشتركة والخدمات النفسية والاجتماعية).
- الخدمات الإشرافية ومراقبة الجودة.
- الخدمات الوقائية والتعزيزية.
- الرعاية المنزلية.
- الخدمات الإسعافية.

وعلى أساس هذه الرؤية لتطوير وتعزيز المراكز الصحية فقد تم الآتي:

أولاً: بحث ودراسة تقييم جميع المراكز الصحية الأولية القائمة حالياً وعددها ٢٠٨٦ مركزاً صحياً والتي وزعت جغرافياً على جميع مناطق المملكة بشكل صاحبه تكدرس وتقارب في بعض المواقع ونقص مواقع أخرى مما أثر سلباً على توظيف التوزيع العادل للخدمة الطبية.

ثانياً: إعادة هيكلة تلك المراكز عن طريق تصنيفها وتقسيمها إلى مراكز مرجعية وهي الفئة الأكبر ويمكن أن تحال إليها الحالات من المراكز الأخرى (قسمت بدورها إلى عدة فئات)، ومراكز كبيرة، ومراكز صغيرة.. وهكذا، وذلك بناءً على معايير علمية دقيقة شملت:

- مواقع المراكز داخل المدن أو خارجها أو في مناطق بعيدة.
- عدد المراجعين الذين يخدمهم كل مركز.
- الخدمات التي يقدمها المركز الصحي.

كما يتضمن المشروع تطوير وتجهيز حوالي نصف المراكز الصحية القائمة حالياً وتوفير ما تحتاجه من أراضٍ جديدة.

وكما أظهرت دراسة الوضع الحالي انخفاض معدل خدمة المركز الصحي نسبة إلى السكان نتيجة إلى أن العدد الذي تم افتتاحه من المراكز الصحية لا يتناسب مع الزيادة السكانية حيث أظهرت دراسة سابقة للوزارة في عام ١٤٢٧هـ أن المركز الصحي كان يخدم في المتوسط ٩٠,٩٢٩ نسمة عام ١٤١٣هـ أصبح يخدم في المتوسط ٢٦٩, ١٢٠ نسمة في عام ١٤٢٥هـ ولذلك وتلبية للاحتياجات الحالية والمستقبلية لخدمات الرعاية الأولية فإنه من المقترح إنشاء ٧٥٠ مركزاً صحياً جديداً خلال السنوات الخمس القادمة، مصنفة وموزعة على المناطق المختلفة بما يحقق عدالة توزيع الخدمة الصحية.. ويقع أغلبيتها داخل المدن، وتم توزيعها على النحو التالي، وكما هو موضح في الجدول (٤-١):-

٥٢٩ مركزاً صحياً كبيراً داخل المدن

١٤٩ مركزاً صحياً خارج المدن

٧٢ مركزاً صغيراً

وقد استندت عملية التصنيف والتوزيع للمراكز الصحية إلى الأسس والمعايير التالية :

أ- عدالة توزيع المراكز بين مناطق ومحافظات ومدن وقرى المملكة.

ب- سهولة الوصول للخدمة الصحية.

ج- توفير الخدمات الصحية الأساسية للسكان بتكلفة معقولة.

د- توفير خدمات متقدمة بتوزيع يتناسب مع التوزيع السكاني داخل كل منطقة.

هـ- الكفاءة الاقتصادية في التشغيل.

وبناءً على ذلك فسوف يكون العدد المقترح للمراكز الصحية الأولية في نهاية فترة المشروع عام ١٤٣٥هـ هو ٢٧٣٦ مركزاً صحياً موزعة على جميع مناطق ومدن وقرى المملكة ومصنفة على النحو التالي:

- عدد ٣٢٢ مركزاً صحياً مرجعياً وهي الفئة الأكبر ويمكن أن تحال إليها الحالات من المراكز الأخرى، ومقسمة بدورها كما يلي:

- عدد ١٥ مركزاً مرجعياً داخل المدن ويخدم المركز الواحد حتى ٤٤,٠٠٠ نسمة.
- عدد ١٦٥ مركزاً مرجعياً داخل المدن ويخدم المركز الواحد حتى ٣٢,٠٠٠ نسمة.
- عدد ١٤٢ مركزاً مرجعياً خارج المدن ويخدم المركز الواحد حتى ١٦,٠٠٠ نسمة.
- عدد ٧٢٨ مركزاً صحياً كبيراً داخل المدن ويخدم المركز الواحد ٣٢,٠٠٠ نسمة.
- عدد ١٠٦٤ مركزاً صحياً خارج المدن التي تبعد أقل من ٣٥ كم عن المركز المرجعي، ويخدم المركز الواحد من ٣,٠٠٠ - ١٥,٠٠٠ نسمة.
- عدد ٢٨٦ مركزاً صحياً للمناطق البعيدة التي تبعد أكثر من ٣٥ كم عن المركز المرجعي، ويخدم المركز الواحد من ٢,٠٠٠ - ٣,٠٠٠ نسمة.
- عدد ٢٧٦ مركزاً صحياً صغيراً يخدم المركز الواحد أقل من ٢,٠٠٠ نسمة.

هذا بالإضافة إلى ١٠٠ مستشفى صغير (فئة ٥٠ سرير) سيتم تحويلها وإعادة هيكلتها لتقدم خدمات المراكز الصحية المرجعية بعد إلغاء الخدمات السريرية منها.

فئات تصنيف المراكز الصحية

١. المراكز المرجعية : الفئة الأكبر وتحال لها الحالات من المراكز الأخرى
 - ١م مرجعي دراسات عليا يخدم حتى ٣٢٠٠٠ نسمة
 - ٢م مرجعي قطاع داخل المدن يخدم حتى ٣٢٠٠٠ نسمة
 - ٣م مرجعي داخل المدن يخدم حتى ٤٤٠٠٠ نسمة
 - ٤م مرجعي مع سكن داخل المدن يخدم حتى ٣٢٠٠٠ نسمة
 - ٥م مرجعي قطاع خارج المدن يخدم حتى ١٦٠٠٠ نسمة
 - ٦م مرجعي مع سكن خارج المدن يخدم حتى ١٦٠٠٠ نسمة
 - ٧م مرجعي صغير المساحة داخل المدن يخدم إلى ٣٢٠٠٠ نسمة
٢. المراكز فئة (ج) : مراكز كبيرة داخل المدن تخدم إلى ٣٢٠٠٠ نسمة.
٣. المراكز الفئة (ب) : مراكز خارج المدن ولكن تبعد أقل من ٣٥ كم عن المراكز المرجعي

- ب١ مركز يخدم ١٥٠٠٠ - ٢٥٠٠٠ نسمة
- ب٢ مركز يخدم ١٢٠٠٠ - ١٥٠٠٠ نسمة
- ب٣ مركز يخدم ٣٠٠٠ - ١٢٠٠٠ نسمة
- ٤. المراكز الفئة (أ) : مراكز للمناطق البعيدة أكثر من ٢٥ كم وتخدم ٢٠٠٠ - ٩٠٠٠ نسمة.
- ٥. المراكز الفئة (و) : مراكز صغيرة تخدم أقل من ٢٠٠٠ نسمة.

فئات التصنيف النوعي	م	ج	ب١	ب٢	ب٣	أ	و	الإجمالي
المراكز القائمة ١٩٨٦	٢٧٢	٢١٣	١٣١	٦٧	٧١٦	٢٨٦	٣٠١	١٩٨٦
المراكز الجديدة ٧٥٠	٠	٥٢٩	٠	١٤٩	٠	٠	٧٢	٧٥٠
الإجمالي	٢٧٢	٧٤٢	١٣١	٢١٦	٧١٦	٢٨٦	٣٧٣	٢٧٣٦

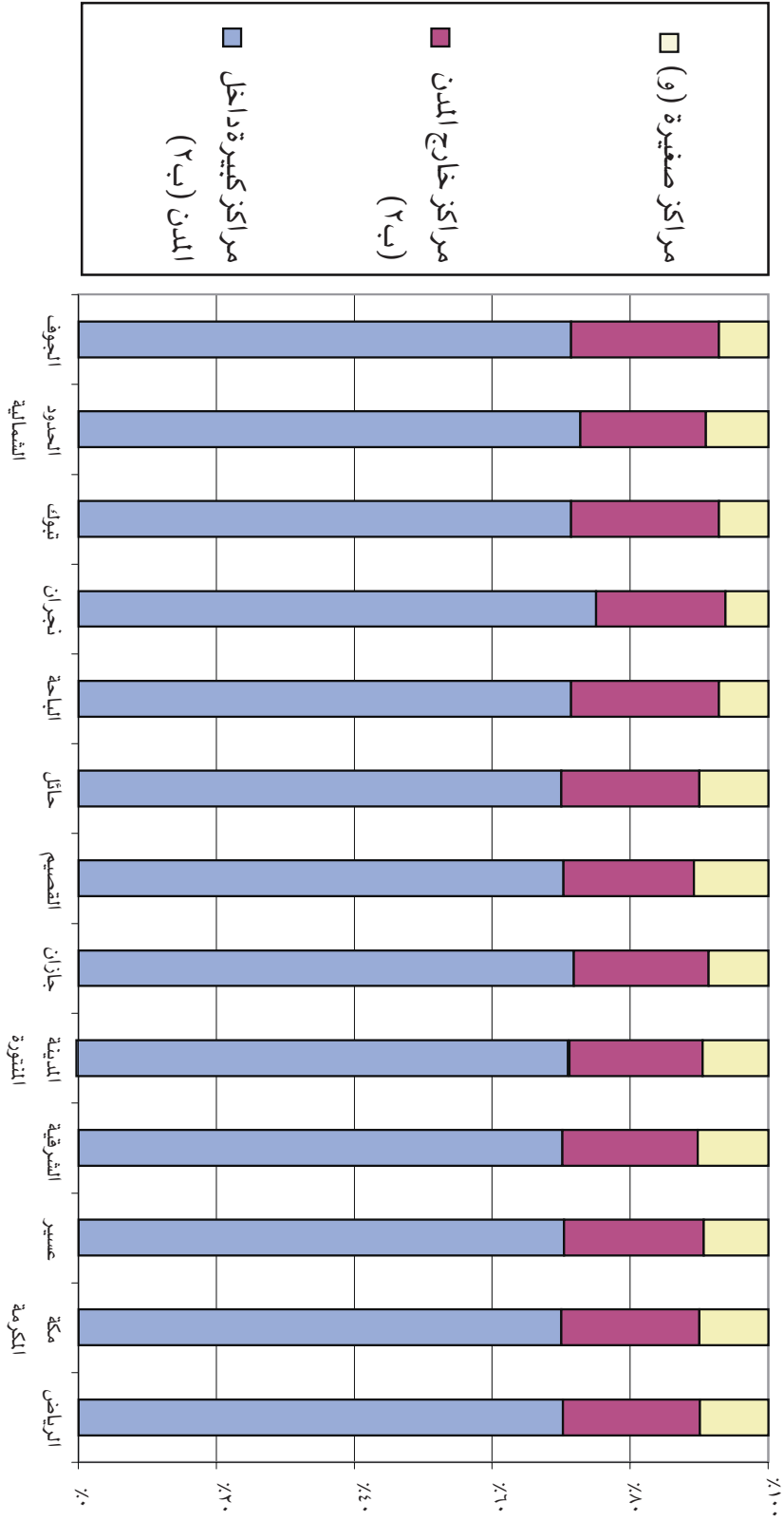
جدول توزيع مراكز الرعاية الصحية الأولية القائمة حالياً والجديدة المزمع إنشاؤها حسب فئات التصنيف

البيان	١م	٢م	٢م	٢م	٤م	٥م	٦م	٧م	ج	أ	ب١	ب٢	ب٢	و	الإجمالي
الرياض	١٢	١٠	١	١	٤	١٠	٤	٠	٦٤	٥٠	١٨	٩	١٢٧	٧٥	٣٨٠
مكة	١٨	١٤	٥	٣	٤	٤	٢	٠	٧٣	٣٧	١٢	٥	٩٥	٣٨	٣٠٦
عسير	٥	٧	١	٤	١١	١١	١٧	٠	٩	٣١	٦	٣	١٢٩	٦٥	٢٩٣
الشرقية	١١	١٢	٣	٠	٢	٢	٤	٠	٢٩	٢٣	٣١	١٥	٥١	٢٣	٢١٤
المدينة	٥	٩	١	١	٢	١	٢	٢	١٢	٤٣	١٤	١	٢٨	١٩	١٣٨
جازان	٥	٢	٠	٠	٧	٥	٧	٠	٣	٨	٧	٧	٨٣	٦	١٣٤
القصيم	٥	٣	٣	٠	٦	٥	٦	٠	٣	٢٥	١٤	١١	٥٥	١٣	١٤٣
حائل	٢	٢	٠	٠	١	١	٠	٠	٤	٢٢	٣	٢	٢٣	١٧	٨٦
الباحة	٣	٠	٠	٠	٢	٥	٢	٠	٠	٥	٣	٠	٤٨	٢٣	٨٩
نجران	٢	١	١	٠	٢	٢	٢	٠	٠	٦	٦	٥	٢٣	٨	٥٦
تبوك	٢	٥	٠	٠	١	١	١	٠	٥	٢٤	٦	٣	١٥	٢	٦٥
الحدود الشمالية	٣	١	٠	٠	٢	٢	١	٠	١	٥	٥	١	١٥	٧	٤٠
الجوف	٢	١	٠	٠	١	٥	١	٠	٠	٢	٦	٥	١٤	٥	٤٢
الإجمالي	٧٦	٦٨	١٥	٨	٥٤	٤٩	٤٩	٢	٢١٣	٢٨٦	١٣١	٧٦	٧١٦	٣٠١	١٩٨٦

جدول يوضح توزيع مراكز الرعاية الصحية الأولية القائمة الـ (١٩٨٦) على المناطق

المنطقة	مراكز كبيرة داخل المدن (ج)	مراكز خارج المدن (ب٢)	مراكز صغيرة (و)	المجموع
الرياض	١٢٠	٣٤	١٧	١٧١
مكة المكرمة	١١٢	٣٢	١٦	١٦٠
عسير	٤٥	١٣	٦	٦٤
الشرقية	٨٢	٢٣	١٢	١١٧
المدينة المنورة	٣٧	١٠	٥	٥٢
جازان	٣٣	٩	٤	٤٦
القصيم	٢٦	٧	٤	٣٧
حائل	١٤	٤	٢	٢٠
الباحة	١٠	٣	١	١٤
نجران	١٢	٣	١	١٦
تبوك	٢٠	٦	٢	٢٨
الحدود الشمالية	٨	٢	١	١١
الجوف	١٠	٣	١	١٤
الإجمالي	٥٢٩	١٤٩	٧٢	٧٥٠

جدول يوضح التصنيف والتوزيع المقترح للمراكز الصحية الـ (٧٥٠) المزمع إنشاؤها



شكل يوضح التصنيف والتوزيع المقترح للمراكز الصحية المزمع إنشاؤها

ثانياً: إنشاء وتطوير وإعادة هيكلة المستشفيات بمستوياتها المختلفة

أظهر تحليل الوضع الراهن لمستشفيات وزارة الصحة التالي:

- وجود الكثير من الهدر في الموارد المالية التي يتم صرفها على تشغيل المستشفيات الصغيرة (٥٠ سرير) والتي تمثل ٤٣٪ من مستشفيات الوزارة وما مجموعه ١٦٪ من عدد الأسرة حيث أن نسبة إشغال هذه المستشفيات منخفضة جداً ولعل أحد أهم الأسباب التي أدت إلى ذلك هو عزوف المواطنين عن استخدام هذه المستشفيات لتواضع مستوى الخدمات الطبية المقدمة فيها وعدم تواجد الاستشاريين .
- وقد أدى ذلك إلى ضغط كبير على أسرة المستشفيات الكبيرة العامة في المدن الكبرى نتج عنه عدم توفر السرير لكثير من الحالات المستعجلة ووجود قوائم الانتظار الطويلة للعمليات الروتينية .
- ونظراً لعزوف الاستشاريين المختصين عن العمل في المستشفيات الصغيرة وهي ظاهرة عالمية لا تختص بها المملكة وحدها ، خلصت الوزارة إلى عدم جدوى الاستمرار في تشغيل المستشفيات الصغيرة والتي لا تلبى تطلعات المواطن .
- كما أن تقدم التقنيات الطبية وما تبع ذلك من ضرورة توفر أجهزة تشخيصية وعلاجية غاية في التعقيد لا يمكن تشغيلها إلا في المستشفيات الكبيرة كان سبباً آخر دعا الوزارة إلى إعادة النظر في المستشفيات الصغيرة .
- أدى هذا كله إلى تفاوت كبير في مستوى وجودة الخدمة الطبية المقدمة حيث نجد خدمة متقدمة وذات جودة عالية في المستشفيات الرئيسية يقابلها تواضع في مستوى الخدمة والجودة في المستشفيات الصغيرة .
- كذلك أدى الضغط الشديد على المستشفيات الكبيرة إلى كثير من السلبيات وعدم القدرة على الوصول إلى تطلعات المواطنين كاملة .
- ومن ذلك كله خلصت الوزارة إلى أن مواردها المالية تقسم على أعداد كبيرة من المستشفيات مما أدى إلى عدم القدرة على تركيز الموارد في المستشفيات الكبيرة وجلب الكفاءات المتخصصة للعمل بها .

إعادة الهيكلة:

١. الاستفادة المثلى من المستشفيات الصغيرة القائمة (سعة ٥٠ سرير) وعدم التوسع في إنشائها مستقبلاً، نظراً لتجربة الوزارة مع هذا النوع من المستشفيات حيث اتضح أنه من الصعب تحقيق الجودة فيها مما يعني تقديم خدمات بسيطة وغير آمنة مقابل تكاليف عالية، مما جعل المجلس المركزي لاعتماد المنشآت الصحية يجد أن هذه المستشفيات الصغيرة لا تستطيع الالتزام بالمعايير المطلوبة لعدم وجود قوى عاملة

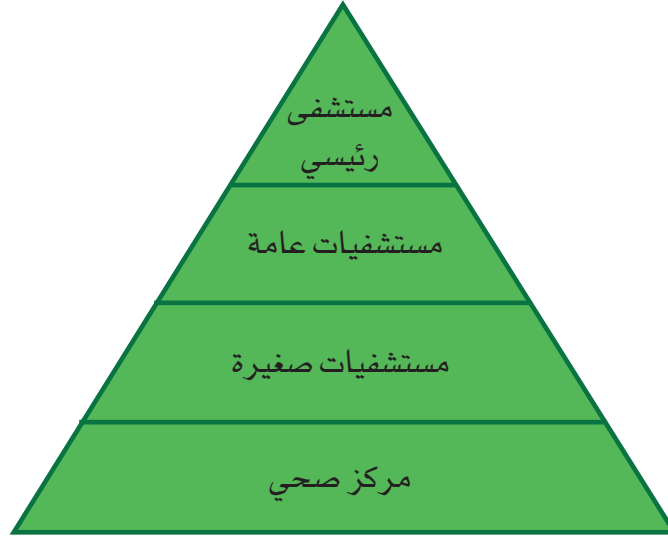
- مؤهلة، نظراً لعزوف الاستشاريين والقوى العاملة عالية التأهيل عن العمل فيها، هذا فضلاً عن خبرة الوزارة وما تعلمته من أن المواطن لا يرغب إلا المستشفيات الكبيرة ولا يثق إلا في الاستشاريين.
٢. يكون التعامل مع المستشفيات الصغيرة القائمة (والتي أوصت بيوت الخبرة العالمية بعدم جدوى بناء المستشفيات أقل من ١٥٠ سرير) عن طريق تدعيم بعضها وتحويله ليقدم خدمات المستشفى العام، وإلغاء الخدمة السريرية في البعض الآخر منها وتحويله ليقدم خدمات المراكز الصحية الأولية المرجعية.
 ٣. تقوية المستشفى المركزي في المنطقة ليوفر معظم التخصصات، ودعمه بالاستشاريين المتخصصين في جميع التخصصات الدقيقة، ليقدم خدمات طبية حتى المستوى الثالث.
 ٤. تدعيم المستشفيات القائمة عن طريق إحلال مجموعة من المستشفيات الحالية وإنشاء مجموعة من المستشفيات الجديدة، لدعم منظومة تكامل الخدمات الصحية وطبقاً لمعايير الجودة.
 ٥. زيادة عدد المدن الطبية بتطوير مستشفى عسير التخصصي ومستشفى الملك عبد العزيز بالجوف ليكونا أساساً لمدينتين طبيتين جديدتين بكل من القطاع الجنوبي والقطاع الشمالي بالمملكة على الترتيب، ليصبح عددها خمس مدن طبية، تعمل كمستشفيات مرجعية من المستوى الرابع لخدمة جميع مناطق المملكة نظراً لخصائص الرعاية الطبية المرجعية التي تعتبر خدمة متطورة ودقيقة وتمتاز بتوفر تخصصات دقيقة مدعومة بتجهيزات عالية لضمان كفاءة تشخيصية وعلاجية للأمراض المستعصية والنادرة مع إمكانيات تعليمية وبحثية.

هذا فضلاً عن تدعيم المدن الطبية القائمة - استناداً على المعايير العلمية في الإنشاءات - على النحو التالي :

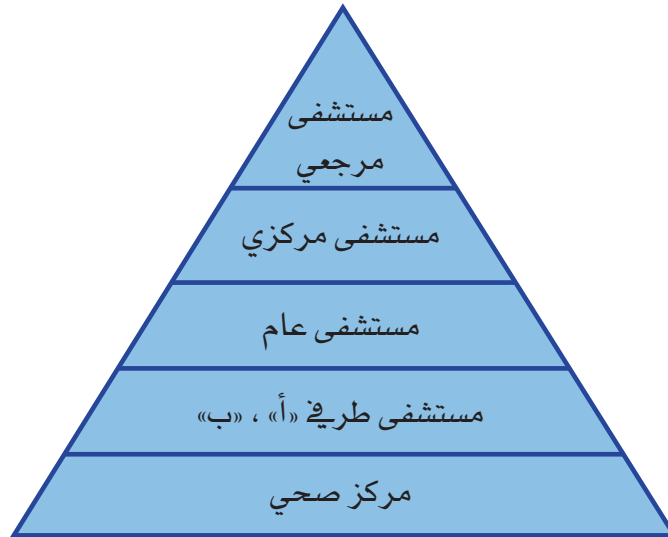
- إنشاء مركز أورام سعة (٢٥٠) سريراً بمدينة الملك فهد الطبية بالرياض.
- إنشاء سكن متكامل بمدينة الملك عبد الله الطبية بمكة المكرمة وتجهيزه.
- إنشاء مركز أورام سعة (٢٠٠) سرير بمستشفى الملك فهد التخصصي بالدمام.
- زيادة عدد الأسرة لتحقيق المعدلات المطلوبة.

وتتمثل إعادة هيكلة المستشفيات في جعلها جزء من منظومة متكاملة من المرافق الصحية يتم تنظيمها رأسياً وأفقياً بما يمكن مختلف مستويات الرعاية الصحية من التكامل والتناغم مع بعضها البعض في كل منطقة من ناحية وعلى المستوى الوطني من ناحية أخرى خاصة على مستوى خدمات المستشفيات المرجعية (المدن الطبية) بما يحقق تكامل وشمولية الخدمة للفرد والمجتمع ويعمل على تحقيق التوظيف الأمثل للموارد المتاحة

وقد تم استبدال خريطة المستشفيات الراهنة القائمة كما يلي:



الوضع الراهن



الوضع المقترح

الشكل المقترح لاستبدال خريطة المستشفيات الراهنة

وهذا على أن يتم ما يلي:

- تدعيم المستشفيات المركزية لتقديم خدمات الرعاية الصحية المتخصصة حتى المستوى الثاني وبعض خدمات المستوى الثالث للمنطقة بالكامل.
- تصفية المستشفيات الصغيرة (٥٠ سرير) بتحويلها إلى مستشفى طرفي "أ" يقدم خدمات المستشفى العام ومستشفى طرفي "ب" يقدم خدمات المركز الصحي.

وبناءً على ذلك تم تحديد هذه المستشفيات في المشروع المقترح موزعة على جميع مناطق المملكة كالتالي:

- عدد ٦٢ مستشفى مركزي.
- عدد ١٢٠ مستشفى عام
- عدد ١٤ مستشفى طرفي (أ)
- عدد ١٠٤ مستشفى طرفي (ب)

كما أصبح عدد المستشفيات المرجعية (المستوى الرابع) خمسة مستشفيات (مدن طبية) تم توزيعها جغرافياً كما هو موضح في الجدول التالي:

النطاق	المنطقة	المدينة الطبية / المستشفى المرجعي
النطاق الأوسط	الرياض - القصيم	مدينة الملك فهد الطبية
النطاق الغربي	مكة المكرمة - المدينة المنورة	مدينة الملك عبد الله الطبية بمكة المكرمة
النطاق الشرقي	المنطقة الشرقية	مستشفى الملك فهد التخصصي بالدمام
النطاق الشمالي	الحدود الشمالية تبوك - حائل - الجوف	تطوير مستشفى الملك عبدالعزيز التخصصي بالجوف
النطاق الجنوبي	عسير - جازان نجران - الباحة	تطوير مستشفى عسير التخصصي

جدول يمثل التوزيع الجغرافي للمستشفيات المرجعية

ويحقق التصور الجديد المقترح استقلالية لكل منطقة في تقديم كافة الخدمات الصحية حتى المستوى الثاني وبعضاً من خدمات المستوى الثالث، وتتوافر كافة الخدمات الصحية للمستويات الأعلى (الثالث والرابع) من خلال المستشفيات المرجعية الموزعة على خمس قطاعات لخدمة المملكة بالكامل.

معايير إعادة هيكلة المستشفيات :

ستتم إعادة هيكلة المستشفيات طبقاً للمعايير التالية:

١. مستشفيات الـ ٥٠ سرير والتي صنفت إلى فئتين:

- مستشفيات طرفية (أ) : وتشمل مستشفيات الـ ٥٠ سرير وتقدم خدماتها لتجمعات سكانية لا يقل تعدادها عن ٢٥,٠٠٠ نسمة، على ألا تقل المسافة لأقرب مستشفى عن ١٥٠ كم مع مراعاة صعوبة الطريق، وتقدم خدمات سريرية في عدد من التخصصات.
- مستشفيات طرفية (ب) : وتشمل كل مستشفيات الـ ٥٠ سرير القائمة والتي لا تطبق عليها شروط المستشفى الطرفي (أ) وتتضمن عيادات لأخصائيين في الفروع الرئيسية الأربعة (الباطنة – الجراحة – الأطفال – النساء والولادة)، حيث لا تقدم خدمات تنويم وإنما تقدم خدمات المراكز الأولية المرجعية.

٢. المستشفيات العامة : وتقدم خدماتها السريرية في عدد من التخصصات وتقدم خدمات مثل المستشفيات الطرفية (أ).

٣. المستشفيات المركزية : وتقدم بالإضافة إلى الخدمات التي تقدمها المستشفيات العامة، بعضاً من خدمات المستوى الثالث.

٤. المستشفيات المرجعية : وتقدم خدمات تخصصية متقدمة من خلال مراكز طبية متخصصة وتمتاز بتوفر التخصصات الدقيقة في فروع الطب المختلفة مع الاعتماد على كادر طبي وتمريضي وتقني فائق التخصص لضمان كفاءة تشخيصية وعلاجية للأمراض المستعصية والنادرة مع إمكانيات تعليمية وبحثية، وتتوزع هذه المستشفيات المرجعية على خمس نطاقات على مستوى المملكة ككل.

وتقدم المستشفيات خدماتها على النحو التالي:

أولاً: المستشفيات الطرفية (ب) والتي تقوم بالخدمات الصحية التالية:

- الولادة الطارئة
- عيادات لأخصائيين في الفروع الطبية الرئيسية الأربعة (باطنة، أطفال، نساء وولادة، جراحة عامة)
- خدمات الإسعاف على مدار الساعة

- مركز كلى
- رعاية منزلية وتأهيلية
- بالإضافة لمهام وخدمات المركز المرجعي الإشرافي للرعاية الصحية الأولية

ثانياً : المستشفيات الطرفية (أ) والعامه، حيث تقدم هذه المستشفيات خدماتها السريرية في التخصصات العامه التاليه:-

- الباطنة (عام)
- الجراحة (عام)
- الأطفال
- النساء والولادة
- الأنف والأذن والحنجرة
- العيون
- الجلدية
- العظام
- المسالك البولية
- الأسنان (تخصصية)
- العناية المركزة للكبار والأطفال والأطفال حديثي الولادة
- الخدمات المساندة مثل : المختبر، الأشعة، العلاج الطبيعي

ثالثاً : المستشفيات المركزية ، حيث تقدم هذه المستشفيات -بالإضافة إلى الخدمات التي تقدمها المستشفيات العامه- بعضاً من خدمات المستوى الثالث، وتشمل:

١. الجراحات التخصصية مثل:	
جراحة المسالك البولية	جراحة الأطفال
جراحة المخ والأعصاب	جراحة الوجه والكفين
جراحة الأوعية الدموية	جراحة التجميل
٢. تخصصات طب الباطنة مثل:	
أمراض الكلى (للكبار)	الأمراض الصدرية
أمراض الجهاز الهضمي	أمراض الأعصاب (للكبار)
الغدد الصماء	الأمراض المعدية
الروماتيزم	الحساسية والمناعة

أمراض القلب (بالإضافة إلى القسطرة القلبية)	
٣. تخصصات طب الأطفال مثل :	
أمراض القلب	أمراض الأعصاب
أمراض الغدد الصماء	أمراض الحساسية والمناعة
أمراض الجهاز الهضمي	أمراض الدم
الأمراض المعدية	أمراض الروماتيزم
أمراض الكلى	
٤. النساء والولادة	
٥. الحروق	
٦. العلاج الطبيعي	

رابعاً : المستشفيات المرجعية (المدن الطبية) ، حيث تقدم هذه المستشفيات خدمات تخصصية متقدمة تشمل:

١. مراكز وأقسام يجب توفرها في جميع المدن الطبية ذات المستوى الرابع:

- مركز أمراض وجراحة القلب.
- مركز العلوم العصبية.
- مركز الأورام وأمراض الدم.
- مركز زراعة الأعضاء.
- مركز الأمراض الاستقلابية والوراثية.
- الأقسام التخصصية الدقيقة في التخصصات الجراحية.
- الأقسام التخصصية الدقيقة في التخصصات الباطنية.
- الأقسام التخصصية الدقيقة في تخصصات طب الأطفال.
- الأقسام التخصصية الدقيقة في تخصصات أمراض النساء والولادة.
- الأقسام التخصصية المساندة مثل : المختبر، الأشعة، الصيدلية، التأهيل.

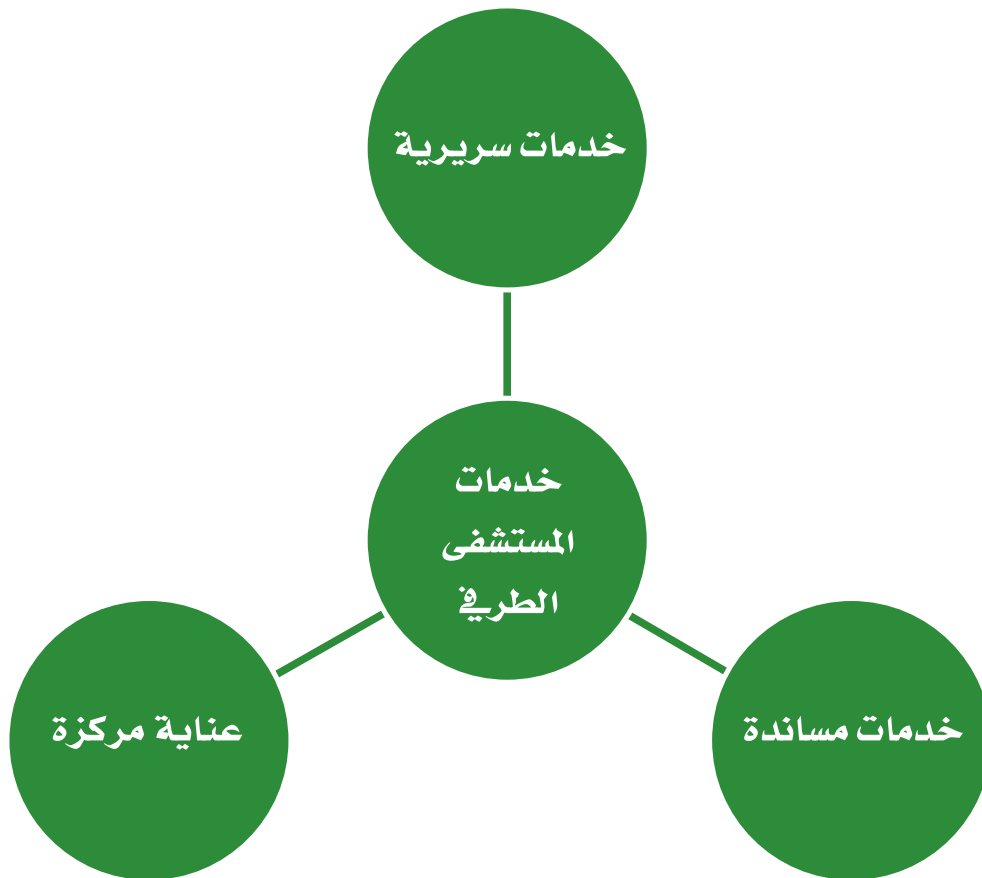
٢. مراكز متخصصة تؤسس في بعض تلك المدن والمستشفيات :

إن تكلفة بعض الخدمات الصحية فائقة التخصص تعتبر تكلفة عالية، وقد يكون عدد المرضى المستفيدين منها

قليل، وفي هذه الحالة من المجدي اقتصادياً أن يتم حصر هذه الخدمات الطبية في مراكز محددة ويتم التحويل لها من سائر أرجاء المملكة.

فبالنسبة لتخصص زراعة الأعضاء على سبيل المثال، فيمكن إنشاء قسم واحد لزراعة الكلى في أحد المراكز الأساسية .. وكذلك قسم واحد لزراعة الكبد في أحد المستشفيات المرجعية (المدن الطبية) على أن يتم تحويل المرضى من جميع أنحاء المملكة لهذا المركز ولذلك المستشفى .

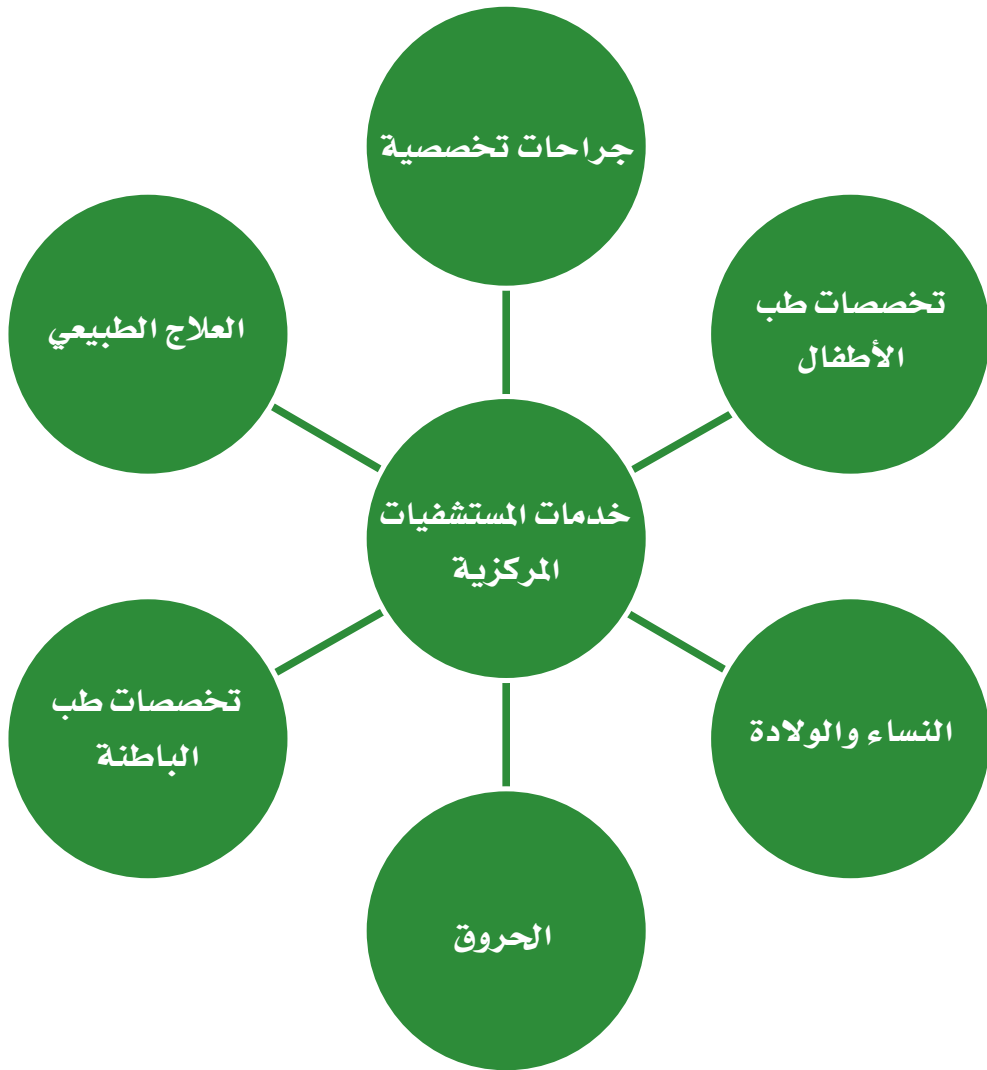
وتوضح الأشكال التالية - بصورة مختصرة - الخدمات التي تقدمها تلك المستشفيات بفئاتها المختلفة.



شكل يوضح الخدمات التي يقدمها المستشفى الطرقي (أ)



شكل يوضح الخدمات التي يقدمها المستشفى الطريفي (ب)



شكل يوضح الخدمات التي تقدمها المستشفيات المركزية



شكل يوضح الخدمات التي تقدمها المستشفيات المرجعية (المدن الطبية)

ثالثاً- تطوير نظام الإحالة بين المرافق الصحية :

يحتاج تطبيق منهج الرعاية المتكاملة إلى تطوير نظام إحالة فعال تقوم فيه وحدات الرعاية الأولية بدور خط الاتصال الأول مع المريض. وترجع ضرورة تطبيق هذا النظام إلى تشعب التخصصات الطبية والتطورات التقنية (التكنولوجية) السريعة والمتلاحقة في مجال الخدمات الطبية إضافة إلى اختلاف مستويات الخدمة.

أهداف نظام الإحالة :

1. توفير الفرصة لحصول المريض المحتاج للإحالة (خاصة في الحالات الحرجة) على خدمة طبية متكاملة سريعة وصحيحة تساهم في الحد من خطورة الحالة ومضاعفاتها، كما تخفف من معاناة المريض بدنياً ونفسياً واقتصادياً.
2. رفع كفاءة الخدمات بالاستخدام الأفضل للموارد المتاحة، دون الإسراف في استخدامها في غير الأغراض المخصصة لها، وبالتالي تعظيم مردودها الاقتصادي.
3. تحقيق التكامل بين مستويات الخدمة المختلفة من خلال الربط بين الخدمات الوقائية والتعزيزية والعلاجية المتخصصة المخططة طبقاً لاحتياجات المريض .
4. توكيد الثقة بين مراكز الرعاية الأولية والمواطنين، وبالتالي رفع معدلات استخدام الخدمات المتاحة.

ويعتمد نظام الرعاية الصحية المتكاملة على تقديم خدمات صحية وقائية وعلاجية تربط بينها خطوط تنظيمية لتقديم هذه الخدمات وليست مستويات للفصل بينها وهذه الخطوط هي:
الخط الأول: ويمثله مراكز الرعاية الصحية الأولية ويشترط فيها أن تكون منتشرة و قريبة من التجمعات السكنية وتقدم خدمات الرعاية الصحية الأولية للمواطنين داخل نطاقها الجغرافي.
الخط الثاني: ويمثله المستشفيات العامة والمستشفيات الطرفية (أ ، ب).

وتقوم مستشفيات الفئة (أ) والمستشفيات العامة بتقديم خدماتها السريرية في التخصصات العامة التالية:

- | | |
|-------------------|--------------------------------|
| - الجراحة العامة | - الباطنة العامة |
| - النساء والولادة | - الأطفال ورعاية حديثي الولادة |
| - العظام | - الأنف والأذن والحنجرة |
| - الجلدية | - العيون |
| - الأسنان | - جراحة المسالك البولية |

- الخدمات المساندة للمختبر والأشعة والعلاج الطبيعي

فيما تقوم مستشفيات الفئة (ب) بمهام وخدمات المركز المرجعي الإشرافي للرعاية الصحية الأولية بالإضافة إلى تقديم الخدمات الصحية التالية:

- الولادة الطارئة
- رعاية منزلية وتأهيلية
- عيادات لأخصائيين في الفروع الطبية الرئيسية الأربعة (باطنه، أطفال، نساء وولادة ، جراحة عامة).
- خدمات الإسعاف على مدار الساعة - مركز كلى

الخط الثالث: ويشمل المستشفيات المركزية (المستهدف عدد ٦٢ مستشفى مركزي) وتقوم هذه المستشفيات بتقديم الخدمات التي تقدمها المستشفيات العامة بالإضافة إلى بعض خدمات المستوى الثالث.

الخط الرابع: ويمثله المستشفيات المرجعية (المدن الطبية) ويبلغ معدل الأسرة المستهدفة للمستشفيات المرجعية ٦, ٠ سرير لكل مواطن والمستهدف الوصول بها إلى عدد ٥ مستشفيات مرجعية، وتقدم هذه المستشفيات الخدمات التخصصية المتقدمة.

فوائد تطبيق نظام الإحالة :

١. لتلقي الخدمة:

- الاكتشاف المبكر للحالات
- تقديم خدمات تخصصية
- تقليل فترة انتظار المريض بالمستشفى نظرا لخفض معدل التردد على العيادات الخارجية بالمستشفى.
- إعطاء الوقت الكافي للطبيب للقيام بفحص المريض بالشكل المناسب.
- تقليل قائمة الانتظار للتنويم والعمليات الجراحية
- الحصول على الخدمة المناسبة من المستوى الملائم للحالة
- الانتفاع بالخدمات الشاملة والمستمرة التي تقدمها وحدات الرعاية الصحية الأولية

٢. لمقدمي الخدمة:

- الاستخدام الأمثل للموارد المتاحة
- التعرف على الاحتياجات التدريبية للأطباء
- تنظيم برامج للتعليم الطبي المستمر للعاملين في القطاع الصحي.

- تمكين الأخصائي من فحص وعلاج الحالات التي تحتاج إلى رعاية متخصصة.
- التعرف على معدلات انتشار الأمراض في المناطق الجغرافية المختلفة بالمملكة
- تنظيم الرعاية المستمرة للأمراض المزمنة بعد حصرها بمعرفة طبيب الرعاية الأولية وبالتعاون مع أخصائي المستشفى.
- ترشيد استخدام الأدوية.

٢. مرافق الخدمات الصحية:

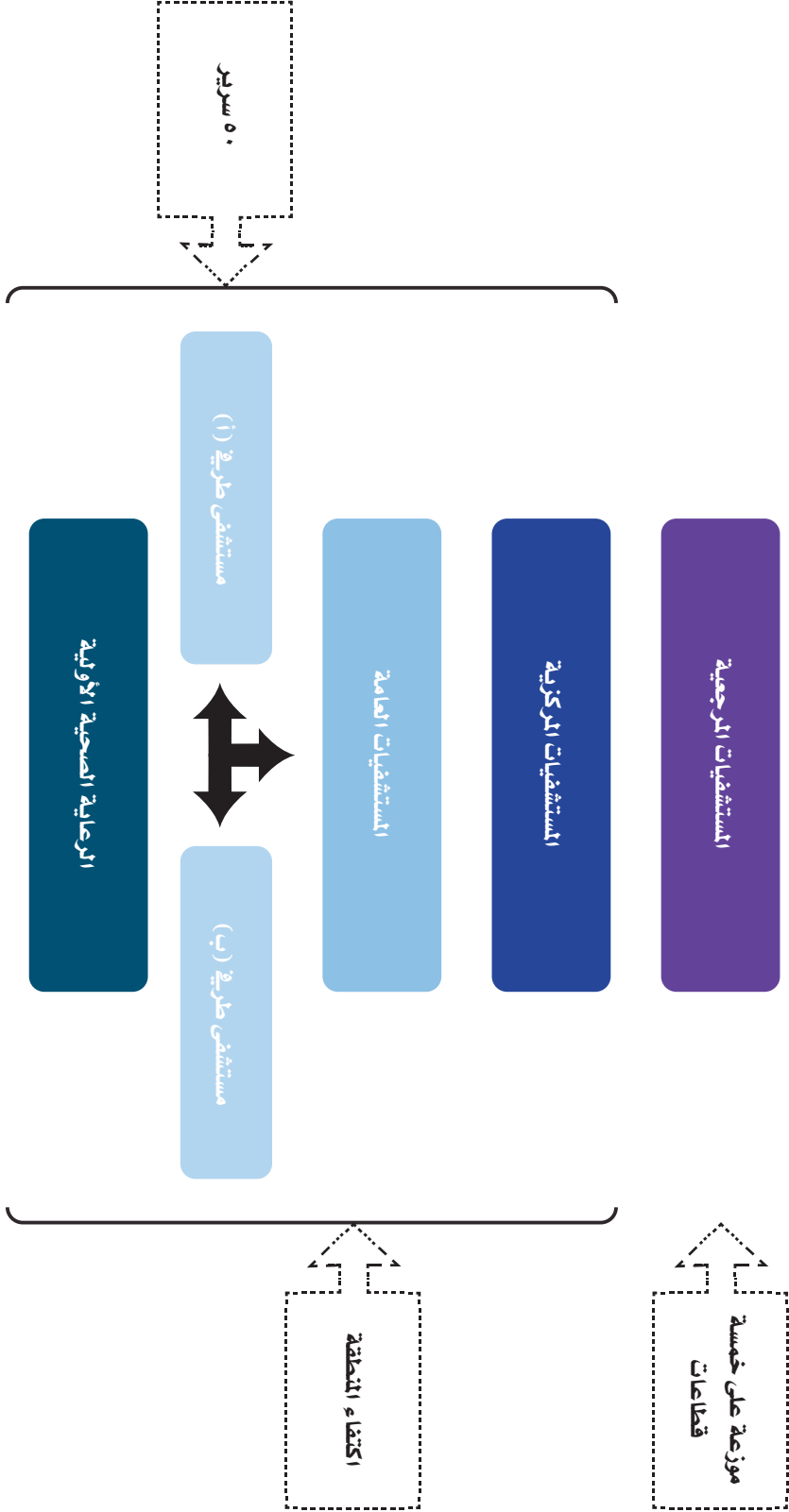
- تفعيل دور وحدات الرعاية الصحية الأساسية.
- تخفيف العبء على المستشفيات.
- تمكين المستشفى من أداء دورها الأساسي في إجراء البحوث الصحية والتعامل مع الحالات المتخصصة وتدريب الأطباء وإجراء التحاليل الطبية والأشعة والجراحات...إلخ.

أسباب الإحالة:

- طلب تشخيص
- تأكيد تشخيص
- العلاج الطبي المتخصص
- التدخل الجراحي
- إجراء فحوص معملية أو إجراء بحوث متقدمة

ويوضح الشكل التالي عملية التدرج في تحويل الحالات من مراكز الرعاية الصحية الأولية إلى المستشفى الطريفي ومن المستشفى الطريفي إلى المستشفى العام .. وهكذا حتى المستشفى المرجعي (المدينة الطبية).

الهيكل المقترح للرعاية الصحية الشاملة والتكاملة



رابعاً - تقوية نظام النقل الإسعافي بين المرافق الصحية :

يعتبر النقل الإسعافي أحد الركائز التي سيقوم عليها مشروع الرعاية الصحية المتكاملة والشاملة حيث سيكون له الدور الأساسي في نقل الحالات من مرفق صحي لمرفق آخر وبالتالي سيكون له دور كبير في تكامل الخدمات التي يمكن أن تقدم للمواطن ويساهم في تحقيق أحد أهم الأهداف للنظام المقترح وهو إتاحة الخدمات الصحية المناسبة للمريض في الوقت المناسب. ومن هذا المنطلق فقد تم استحداث برنامج تشغيل ذاتي لهذا المرفق الصحي الهام.

أهداف خطة النقل الإسعافي

- تأمين وسائل نقل مجهزة بالتجهيزات المناسبة لكل مرفق صحي حسب مستوى الخدمات المقدمة بالمرفق.
- سرعة الاستجابة للحالات الطارئة وإحالتها للمرفق الصحي المناسب لحالتها الصحية.
- تيسير عملية نقل المرضى المحالين من مرفق صحي لمرفق آخر بسهولة وبكفاءة مهنية عالية.
- المساهمة في تقديم وتوفير الخدمات المتخصصة في الوقت المناسب.
- تقديم خدمات نقل إسعافي ذات جودة عالية، وتوفير الدعم الفني للمسعفين من خلال ربط سيارات العناية المركزة بوحدات العناية المركزة بالمستشفيات المرجعية.

الاحتياجات من سيارات الإسعاف والقوى العاملة المطلوبة (المسعفين)

تختلف سيارة الإسعاف المخصصة لكل مرفق حسب تصنيف ذلك المرفق سواء كان من ناحية التجهيزات أو طبيعة الخدمات التي تقدم أو مستوى المسعفين العاملين بالسيارة وذلك على النحو التالي:

سيارة إسعاف للعناية المركزة	سيارة إسعاف عالية التجهيز	سيارة إسعاف متوسطة التجهيز	فئة المستشفى
-	-	١	مستشفى طريف (ب)
-	١	١	مستشفى طريف (أ)
-	١	٢	مستشفى عام
-	١	٣	مستشفى مركزي
١	٢	٣	مستشفى مرجعي

جدول معايير سيارات الإسعاف وفق تصنيف المرفق الصحي

عناية مركزة	عالية التجهيز	متوسطة التجهيز	فئة سيارة الإسعاف
٤	٤	٤	عدد المسعفين

جدول يوضح عدد المسعفين لسيارة الإسعاف الواحدة حسب فئتها

عدد المسعفين	فئة سيارة الإسعاف			
	الإجمالي	عناية مركزة	عالي	متوسط
٢٩٠٠	٧٠١	٣٤	٢٢١	٤٤٦

جدول يوضح احتياجات المستشفيات من سيارات الإسعاف والقوى العاملة المطلوبة في جميع المناطق موزعة على المناطق المختلفة حسب أعداد المستشفيات وحجمها بكل منطقة.

عدد المسعفين	فئة سيارات الإسعاف وعددها
	متوسط
٤٣٣٢	١٠٨٣

جدول يوضح احتياجات المراكز الصحية من سيارات الإسعاف والقوى العاملة المطلوبة في جميع المناطق موزعة على المناطق المختلفة حسب أعداد المراكز وحجمها

الإجمالي العام	
عدد المسعفين	عدد سيارات الإسعاف
٧٢٣٢	١٧٨٤

جدول يوضح الإجمالي العام لاحتياجات سيارات الإسعاف والقوى العاملة المطلوبة في جميع المناطق

مستوى تأهيل المسعفين ونوع الدورات التدريبية المطلوبة لهم	عدد المسعفين المطلوبين	فئة سيارة الإسعاف
دبلوم كلية صحية BLS ACLS AIME EVOC EVDT	٤	سيارة إسعاف متوسطة التجهيز
دبلوم كلية صحية BLS ACLS EVOC EVDT ATLS	٤	سيارة إسعاف عالية التجهيز
بكالوريوس طوارئ BLS ACLS EVOC EVDT ATLS FCC	٤	سيارة إسعاف عناية مركزة

جدول يوضح مستوى التأهيل والتدريب المطلوب للمسعفين وفقاً لفئة سيارة الإسعاف

BLS: Basic Life Support.

ACLS: Advanced Cardiac Life Support.

ATLS: Advanced Trauma life Support.

FCC: Fundamentals of Critical Care.

AIME: Airway Intervention & Management in Emergency.

EVOC: Emergency Vehicle Operation Course.

EVDT: Emergency Vehicle Driver Training.

المحاور التي يركز عليها برنامج النقل الإسعافي:

- قاعدة البيانات.
- تهيئة البنية التحتية، من خلال:
 ١. أجهزة حاسب آلي
 ٢. برامج التشغيل
 ٣. أجهزة اتصالات
 ٤. نظام GPS
- تأمين السيارات المطلوبة.
- إعداد وتأهيل القوى العاملة.

خامساً- تطوير برنامج للمعلومات الصحية والصحة الإلكترونية :

في الوقت الذي أصبح فيه للمعلومات الصحية دور هام في جميع الإجراءات الصحية بدءاً من الوقاية ومروراً بالتشخيص وحتى العلاج، لا تزال أغلبية المستشفيات والمراكز الصحية تعمل بالنظام اليدوي في أعمالها الإدارية والمالية والصحية .. حيث لم يتم حتى الآن استكمال البنية الأساسية لنظام المعلومات، كما أن الدراسات والأبحاث حول وبائيات الأمراض والمشكلات الصحية وقضايا النظام الصحي تحتاج إلى معلومات حديثة وموثقة، كما أن تقصي الأمراض وعوامل الأخطار ووضع برامج مكافحة على ضوء ذلك يعتمد بالدرجة الأولى على دراسات مسحية ومعلومات واسعة النطاق .. وبدون توفير برامج نظم معلومات متكاملة سيكون من الصعب الوصول إلى نتائج دقيقة يمكن الاعتماد عليها في مكافحة هذه الأمراض.

ويتضمن تطوير برنامج المعلومات الصحية والصحة الإلكترونية المشروعات التالية :

- مشروع تجهيز البنية التحتية لميكنة المستشفيات (شبكات محلية - أجهزة حاسب - قوى عاملة متخصصة).
- مشروع تجهيز البنية التحتية لميكنة مراكز الرعاية الصحية الأولية (شبكات محلية - أجهزة حاسب - قوى عاملة متخصصة - نظام معلومات طبي) وتشغيلها وصيانتها.
- مشروع إنشاء وتجهيز المركز الوطني للمعلومات الصحية ويشمل إنشاء مبنى المركز الوطني للصحة الإلكترونية في مدينة الرياض ومركزين مساندة في كل من مدينة جدة ومدينة الدمام وتجهيز البنية التحتية بهذه المباني، ليكون مركزاً للصحة الإلكترونية لجميع مرافق وزارة الصحة بالمملكة.
- مشروع نظام المعلومات الصحية لمستشفيات وزارة الصحة حيث أن معظم المستشفيات التابعة لوزارة الصحة ما زالت تعتمد على التعاملات الورقية، والمستشفيات التي تم ميكنتها قاصرة جداً عن المشاركة بالمعلومات مما جعل الاتصال والتواصل في بيئة المعلومات الصحية محدود للغاية بما أدى إلى مضاعفة الجهود وتكرار الإجراءات. فقد تأثر تخطيط الخدمات الصحية سلبياً لنقص التكامل بين الأنظمة الصحية المطبقة حالياً في بعض المستشفيات ويهدف هذا المشروع إلى إدخال أنظمة إدارة المستشفيات الموحد لمستشفيات وزارة الصحة والمراكز الصحية التابعة لها، حيث سوف يتم نشر هذه الأنظمة في المنشآت الصحية بوزارة الصحة على مراحل خلال فترة المشروع. ويتوقع أن يحقق هذا المشروع عدداً من الفوائد من بينها تحسين الخدمات الطبية، وزيادة مستويات الأداء والإنتاجية، والحد من المشكلات الناتجة عن نقص الأدوية، وتقليل العبء على ميزانية الدولة من خلال تخفيض تكاليف العلاج وتسهيل نقل المعلومات الصحية وتوثيقها بين الجهات الطبية المختلفة.
- إنشاء شبكة اتصالات الصحة الإلكترونية لمرافق وزارة الصحة حيث أنه في الوقت الذي يراجع فيه ملايين المرضى المستشفيات والمراكز الصحية في المملكة سنوياً، إلا أنه لا يوجد ربط شبكي بين هذه المرافق لتبادل

المعلومات الصحية للملف الطبي الموحد الذي يمكن تناقله بين الجهات الصحية المختلفة. ويهدف هذا المشروع إلى تجهيز مركز مراقبة وتحكم لشبكة اتصالات المعلومات، وربط المراكز الصحية والمستشفيات ومديريات الشؤون الصحية وتوابعها وديوان الوزارة بمركز المعلومات الوطني للمعلومات الصحية ويشمل ذلك التجهيز والتأسيس والتشغيل والصيانة.

الفوائد المرجوة:

- زيادة كفاءة وفعالية الجهات الصحية بالوزارة.
- توفير رعاية صحية أفضل لكل المواطنين بشكل مستمر ومتكامل وبتسويق جيد.
- زيادة العائد من الاستثمار في الأصول والموارد الصحية.
- خفض تكرار السجلات.
- تطبيق منهجية اللامركزية.
- التركيز على المريض بدلاً من المرفق الصحي.
- البناء على المواصفات المعيارية.
- دعم إدارة الجودة والتخطيط.

أهداف الخطة الإستراتيجية لبرنامج المعلومات الصحية والصحة الالكترونية:

- تأسيس قاعدة بيانات عن المرضى والمراجعين.
- إنشاء ملف طبي موحد لكل المستفيدين من الخدمات الصحية بالمملكة.
- إعداد البطاقة الصحية الالكترونية لكل المستفيدين من الخدمات الصحية باستخدام رقم السجل المدني.
- تأسيس قاعدة بيانات شاملة عن المرافق الصحية بالوزارة والقطاعات الصحية الحكومية الأخرى والقطاع الخاص.
- ربط جميع المرافق الصحية التابعة للوزارة ببعضها البعض عن طريق البوابة الالكترونية للوزارة.
- تأسيس نظام إتاحة المعلومات عبر البوابة الالكترونية للوزارة لمعرفة الشواغر من الأسرة بكل مستشفى لتفعيل نظام إحالة الكترونية.
- تأسيس نظام تقديم الاستشارات الطبية المتخصصة عن بعد عبر البوابة الالكترونية والاستفادة من الخدمات التخصصية بالمستشفيات المرجعية.
- توفير الدعم للأطباء والمتخصصين في جميع مستويات الخدمات الطبية بأنواعها.
- توفير قاعدة من السجلات الطبية المتكاملة يستفاد منها في دعم أغراض البحث العلمي.

- توفير وتقديم خدمات الطب الاتصالي بين مرافق الوزارة نفسها وبين المرافق الصحية الأخرى حكومية أو خاصة.

المحاور الرئيسية لبرنامج المعلومات الصحية والصحة الإلكترونية :

تسعى الوزارة لإيجاد وتفعيل شبكة المعلوماتية الصحية والصحة الإلكترونية، وذلك يتطلب العمل في عدة محاور واتجاهات ويتطلب تأسيس بنية تحتية تتيح ذلك والتنسيق مع الجهات ذات العلاقة بتقديم وتنظيم الخدمات الطبية.

ويتطلب ذلك الكثير من الجهد والوقت وتوفير الدعم المالي اللازم لذلك، ولذا فإن الوزارة قد بادرت بتقسيم العمل إلى مرحلتين أساسيتين تشمل:

- محاور أنية عاجلة - تأسيس بنية تحتية وتنفيذ إصلاحات عاجلة:
 - تعديل وتحديث القوانين والتنظيمات لتتماشى مع استخدامات تقنية المعلومات ضمن الصحة الإلكترونية.
 - بناء هيكل معلوماتي عام.
 - إنشاء بنية تحتية تقنية عامة تشمل جميع المرافق الصحية بكل مستوياتها .
 - تسهيل استخدام أنظمة تقنية المعلومات بالدعم الفني والتشغيل المستمر للنظام.
 - تسهيل الوصول إلى المعلومات الإدارية والمالية والصحية من خلال الحدود التنظيمية للقطاع الصحي.
 - استحداث بطاقة المعلومات الصحية الشخصية الإلكترونية لكل المستفيدين من الخدمات الصحية.
 - تسهيل وصول المواطنين إلى المعلومات والخدمات.
- محاور مستقبلية طويلة المدى:
 - تأسيس وتفعيل شبكة الكترونية صحية تربط جميع مرافق القطاعات الصحية الحكومية والخاصة وجميع من له علاقة بالخدمات الصحية.
 - تلبية احتياجات المتخصصين والأفراد والمجتمع من خلال البوابة الصحية الإلكترونية.
 - بوابة الإنترنت التي يمكن استخدامها من قبل:
 - المختصون - المرضى وذويهم
 - المواطنين - السجلات الطبية
 - مقدمو الخدمة - شركات التأمين الصحي
 - تقديم خدمات صحية وقائية وتخصصية من خلال البوابة الصحية.
 - تقديم الاستشارات الطبية المتخصصة عبر البوابة الإلكترونية والاستفادة من الخدمات التخصصية بالمستشفيات المرجعية.
 - تقديم خدمات الاتصال الطبي بين مرافق الوزارة نفسها و المرافق الصحية الأخرى حكومية أو خاصة.
 - الطرق البديلة للوصول إلى المعلومات.

سادساً: تنمية القوى البشرية:

أظهر تحليل الوضع الراهن للرعاية الصحية بالمملكة العديد من السلبيات والتحديات التي تواجه القوى العاملة على النحو التالي :

- النقص الكمي والنوعي في القوى العاملة من الكوادر المتخصصة التي يحتاجها قطاع خدمات الرعاية الصحية، خاصة بين السعوديين.
- الحاجة إلى الكفاءات القيادية (إدارية - طبية - فنية) القادرة على التعامل مع التنوع في الخلفيات المهنية والثقافية للقوى العاملة.
- ارتفاع المنافسة بين مقدمي خدمات الرعاية الصحية لاجتذاب الكوادر والكفاءات الطبية المتخصصة، يصاحب ذلك قلة في العرض، وزيادة في الطلب على مثل تلك القوى العاملة.
- تعاني الوزارة من عجز دائم وشديد في إعمادات بند التدريب والابتعاث.
- تأخر ترتيب المملكة في المقارنات الدولية حول تدريب القوى العاملة الصحية بوزارة الصحة. ففي الوقت الذي بلغت فيه نسبة المخصص للتدريب إلى إجمالي ميزانية وزارة الصحة في بريطانيا أكثر من ٥% وفي ماليزيا نفس النسبة تقريباً لم تتعدى هذه النسبة في المملكة ٤,٠%.

كما أنه من أبرز التحديات التي تواجه الاستفادة من المشروع المقترح القائم على منهج الرعاية الصحية المتكاملة والشاملة، ضعف الكفاءة الإدارية وعدم توافر الموارد البشرية المدربة على تشغيل وإدارة المرافق المدمجة والتوظيف الأمثل للموارد المتاحة رأسياً وأفقياً بين مختلف مستويات الخدمة المقدمة.

ولذلك تبنى منهج المشروع المقترح الأساسيات التالية :

٦-١ دعم وتقوية برامج التدريب والابتعاث من أجل رفع كفاءة القوى العاملة في النواحي الطبية والفنية والإدارية على النحو التالي :

١- تنظيم دورات تدريبية للقيادات الصحية مع التركيز على المجالات التالية:

- أسس الإدارة الإستراتيجية والتخطيط الاستراتيجي.
- مهارات التواصل والاتصال والتعامل مع المرضى.
- مهارات القيادة واتخاذ القرار.
- إدارة المعلوماتية الصحية.
- إدارة الجودة الشاملة في الخدمات الصحية.

- اعتماد المنشآت الصحية.
 - إدارة الأزمات والطوارئ.
 - إدارة ضغوط العمل وحل المشكلات.
 - اقتصاديات الصحة وحساب التكاليف.
- ٢- تنظيم دورات تدريبية وورش عمل لجميع الفئات الطبية والإدارية لتهيئتهم لتطبيق النظام الجديد المقترح.
- ٣- الاهتمام بالابتعاث الداخلي والخارجي للفئات الطبية بحيث تكون قادرة على تحقيق التطور المنشود.

٦-٢ العمل على زيادة القوى العاملة وخاصة الوطنية منها واستقطاب الكفاءات والخبرات والمحافظة عليها من خلال :

- ١- استقطاب الاستشاريين المتخصصين في التخصصات الدقيقة.
- ٢- استقطاب القوى العاملة المدربة الأخرى من جميع فئات العاملين الصحيين المؤهلين.
- ٣- تحسين بيئة العمل.
- ٤- الحفاظ على حقوق العاملين من خلال ايجاد إدارة خاصة بذلك.

سابعاً- تعزيز تأمين الأدوية والمستلزمات الطبية :

اتضح من تحليل الوضع الراهن للرعاية الصحية بالمملكة عجز بند الأدوية والمستلزمات الطبية عن تغطية الاحتياجات فضلاً عن أن بعض المناطق لا يوجد بها مستودعات للأدوية والأمصال حيث يتم التخزين في مواقع غير صالحة مما ترتب عليه تعرضها للتلف.

وقد أوضحت دراسة سابقة للوزارة أجريت في عام ١٤٢٧هـ بأن نصيب المراجع الواحد لمرافق وزارة الصحة من اعتماد بند الأدوية والمستلزمات الطبية والمخبرية يبلغ ٤, ٢٢ ريال وإذا أضفنا ما يخصص لبرامج التشغيل الذاتي من الأدوية والمستلزمات الطبية فقد يرتفع نصيب الفرد إلى حوالي ٣٠ ريال للمراجع الواحد. كما يتضح تدني نصيب الفرد الواحد من السكان من ميزانية الدواء سنوياً لجميع القطاعات الصحية (حكومية وخاصة) في المملكة بالمقارنة مع بعض الدول المتقدمة كما يتضح من الجدول التالي:

م	الدولة	نصيب الفرد الواحد من ميزانية الدواء سنوياً
١	المملكة العربية السعودية	١٩٥ ريال
٢	استراليا	ما يعادل ١٠٠٠ ريال
٣	الولايات المتحدة	ما يعادل ٢٩٣١ ريال
٤	كندا	ما يعادل ٣٠٣٠ ريال

جدول يوضح نصيب الفرد الواحد من ميزانية الدواء سنوياً في بعض الدول مقارنة بالمملكة العربية السعودية

هذا في الوقت الذي تتصاعد فيه تكاليف الخدمات الصحية نتيجة للتطور المتسارع في المجال الطبي والتكنولوجي مما أضاف أعباء اقتصادية كبيرة جداً، نتيجة للارتفاع الكبير في تكلفة الأجهزة الحديثة والأدوية فضلاً عن التجهيزات الطبية الأخرى.

وعلى ذلك فقد تضمن المشروع المقترح تعزيز وتدعيم التموين الطبي والأدوية لكي يتمكن من تغطية الاحتياجات على النحو الذي سيتم التعرض له لاحقاً في الجزء الخاص بحساب التكاليف المالية المطلوبة للمشروع.

ثامناً: تهيئة مرافق وزارة الصحة للحصول على شهادة الاعتماد:

لاشك أن جودة الخدمات الصحية هي أحد الأهداف التي يسعى إليها الجميع وستكون ثمرة للجهود المبذولة في شتى الاتجاهات لإحداث التطوير المنشود، ومن أجل توثيق هذه الجهود ستسعى الوزارة للحصول على الاعتماد اللازم للمرافق الصحية التابعة لها من هيئات الاعتماد الداخلية والخارجية.

لذلك تبنى منهج المشروع المقترح برنامجاً متكاملًا لإعتماد مرافق الوزارة شمل الآليات التالية:

١. تهيئة البنية التحتية للمرافق لتلبية معايير الاعتماد العالمية المتعارف عليها.
٢. تدريب وتهيئة العاملين والمسؤولين على أساليب الجودة وسلامة المرضى
٣. نشر ثقافة الجودة وجعلها جزء من نسيج المنظومة الصحية للوزارة .
٤. تدريب وتهيئة العاملين لتطبيق معايير الجودة العالمية المتعارف عليها.
٥. تطبيق البروتوكولات الطبية والممارسة الطبية المبنيّة على البراهين.
٦. الأخذ بمنهج مراقبة الأداء والممارسة الطبية عبر برنامج المتابعة الإكلينيكية الشامل.
٧. التقويم الدوري لمستوى كفاية وكفاءة الممارسين على تفعيل ومراقبة نظام الامتيازات الإكلينيكية.
٨. وضع السياسات والإجراءات اللازمة لحفض حقوق المرضى والتي تتضمن إنشاء برنامج خاص بعلاقات المرضى لتلمس احتياجاتهم ووضع الحلول لمشاكلهم في جميع مرافق الوزارة.
٩. نشر ثقافة العمل المؤسسي وإعادة هيكلة الوزارة ومرافقها بما يخدم ذلك مع التركيز على تفعيل دور إدارات المراقبة الإدارية والمالية إضافة إلى وضع الأنظمة اللازمة لجميع المرافق الصحية وتوحيدها ، والاهتمام بالقطاع الخاص ومراقبة أدائه.
١٠. نشر ثقافة الإستخدام الأمثل للموارد وإنشاء برامج خاصة لذلك مثل إدارة الأسرة وأقسام جراحة اليوم الواحد وإدارة الإستثمار الصحي.
١١. اعتماد الأسلوب العلمي في تقييم الأداء واتخاذ القرارات عبر إجراء البحوث الطبية الميدانية وغير الميدانية.
١٢. وضع برنامج لقياس مدى رضا المستفيدين من الخدمة وتطبيقه على جميع مرافق الوزارة بصورة دورية.

المرحلة الأولى

- تهيئة العاملين
- تهيئة البنية التحتية
- المسح الميداني للمستشفيات المرجعية
- اعتماد المستشفيات

المرحلة الثانية

- تهيئة المستشفيات المركزية
- المسح الميداني للمستشفيات المركزية
- اعتماد المستشفيات المركزية

المرحلة الثالثة

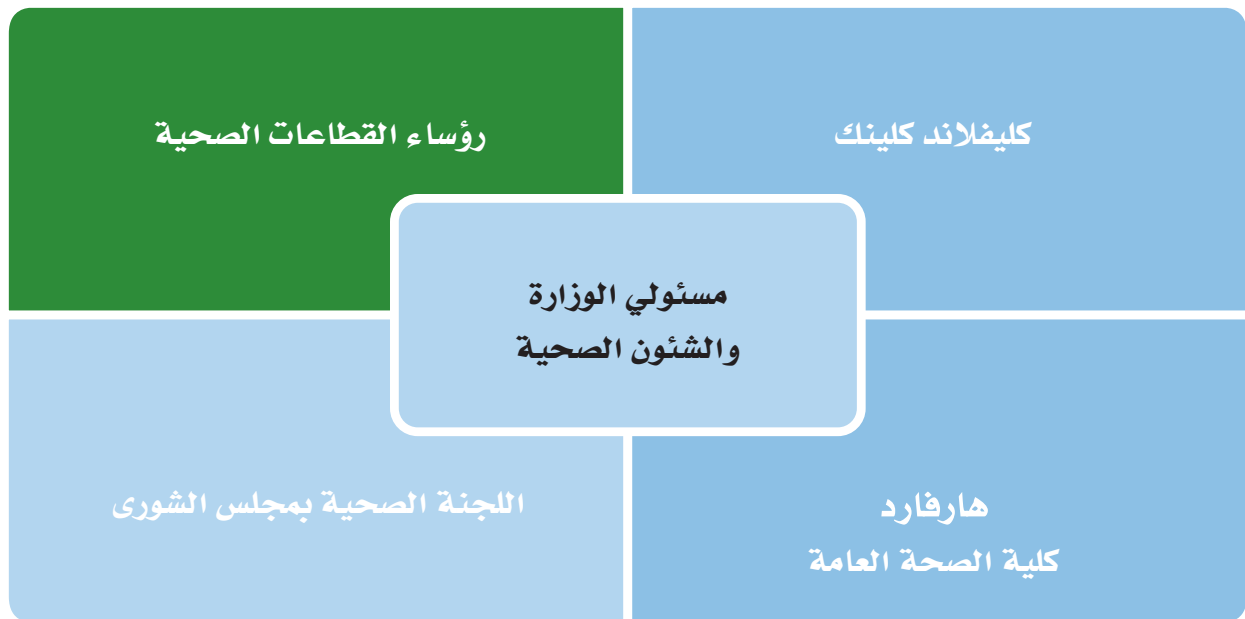
- تهيئة المستشفيات المرجعية « أ + ب »
- المسح الميداني للمستشفيات الطرفية
- اعتماد المستشفيات الطرفية

خطة تهيئة المرافق الصحية للاعتماد من المجلس المركزي لاعتماد المنشآت الصحية

وبعد أن اتضحت المعالم الأساسية لمنهج الرعاية الصحية المتكاملة والشاملة، رأت الوزارة أن تستطلع آراء عدداً من الجهات العلمية الطبية العالمية المتخصصة في المنهج المقترح، حيث تم دعوة فريق من خبراء مستشفى كليفلاند كلينك ثم فريق من خبراء كلية الصحة العامة بجامعة هارفارد وفريق النظم الصحية، واللجنة الصحية بمجلس الشورى، ورؤساء القطاعات الصحية، ومديري عموم ومديري الشؤون الصحية بالمناطق والمحافظات، وتم عرض المنهج المقترح عليهم ودراسته معهم للاستفادة من خبرتهم في هذا المجال، وجاءت آراؤهم مؤيدة وداعمة لهذا التوجه.

خامساً: ملخص آراء الجهات التي تم عرض المشروع عليها

قامت وزارة الصحة بعرض المشروع على مجموعة من الخبراء من كبرى الجهات المتخصصة تضمنت خبراء من مستشفى كليفلاند كلينك وخبراء كلية الصحة العامة لجامعة هارفارد وفريق النظم الصحية، واللجنة الصحية بمجلس الشورى، ورؤساء القطاعات الصحية، ومديري عموم ومديري الشؤون الصحية بالمناطق والمحافظات، وذلك للاستفادة من خبرتهم في هذا المجال.



شكل يوضح الجهات التي تم عرض المشروع عليها

١- كليفلاند كلينك:

أنه نظراً لطبيعة الوضع الراهن في المملكة من النواحي الديموغرافية، والمراسة، ووضع الموارد البشرية، والتحديات التي تواجهها المملكة في هذا الشأن، فإن مكونات منهج الرعاية الصحية المتكاملة والشاملة تمثل برنامج متناسق لتقديم رعاية صحية متميزة، وأن هذا المنهج تمت ممارسته في كليفلاند كلينك والعمل به طوال السنوات التسعين الماضية حيث يكون التركيز على المستفيد من الرعاية الصحية. ويعتبر هذا المنهج النموذج المثالي في تقديم الخدمات الصحية، وقد مارست كليفلاند كلينك هذا المنهج لتقديم رعاية صحية لعدد ٥ ملايين نسمة من سكان كليفلاند بولاية أوهايو، وذلك من خلال منظمة يقودها مجموعة من الأطباء والعاملين استطاعوا تحقيق أفضل النتائج على مستوى الولايات المتحدة الأمريكية (وتحتل كليفلاند كلينك حالياً المرتبة رقم ٤ بين أفضل وأعلى المستشفيات في جميع التخصصات الفرعية).

وتعتبر كفاءة القيادة والقوى العاملة العنصر الأساسي لنجاح هذا المنهج، حيث أنه بالإضافة إلى بناء البنية التحتية (المستشفيات والأسرة)، فإن القدرة الحقيقية لنظام الرعاية الصحية تتمثل في مدى توفر الموارد البشرية الصحية، ولذلك فإن تدريب الأطباء وطاقم التمريض والمديرين الصحيين يعتبر من العوامل الأساسية لنجاح هذا النموذج، لهذا يوصي فريق كليفلاند كلينك بأن على وزارة الصحة أن تركز اهتمامها على التدريب وإعداد القادة في الرعاية الصحية لكي تكون قادرة على تنفيذ هذا المنهج.

وقد أشار التقرير إلى بعض المبادئ الأساسية التي طبقتها كليفلاند لتحقيق هذا الهدف على النحو التالي:

- الالتزام بتوفير كافة احتياجات المرضى.
- تنظيم الخدمات لتلبية حاجة المريض في إطار تقديم رعاية جيدة، حيث أن هناك خدمات يلزم أن تكون "بالقرب من منازلهم" مثل: (الرعاية الأولية، والتوليد، والرعاية العاجلة) في حين أن البعض الآخر من الخدمات يمكن توفيرها في أماكن مركزية ذات كثافة سكانية عالية، ومن الضروري لجميع الخدمات أن تكون مربوطة ببعضها من خلال نظام معلوماتي جيد، وقدرة عالية للنقل الإسعافي.
- من المهم تحديد نطاق وحجم العمل في المستشفيات، حيث تم تحديد الحد الأدنى للسعة السريرية المثلى للمستشفيات بـ (١٥٠ سريراً)، وعلى هذا الأساس تم إعادة هيكلة جميع المستشفيات الإقليمية التابعة لكليفلاند كلينك. وعلى سبيل المثال تم تحويل واحدة من أصغر المستشفيات العامة إلى عيادات خارجية ومركز للأمراض المزمنة حتى تقدم خدمة أكثر فاعلية.

٢- كلية الصحة العامة بجامعة هارفارد:

حققت وزارة الصحة السعودية، ونظام الرعاية الصحية بها تحسناً ملحوظاً في صحة السكان وفي ظل الميزانية المتواضعة نسبياً المخصصة للرعاية الصحية حسب المعايير العالمية، كما تم تحقيق ارتفاع في معدل التحصين ضد الأمراض (التطعيمات) وانخفاض كبير في معدل الإصابة بالأمراض المعدية، وارتفاع متوسط العمر المتوقع عند الولادة، علاوة على ذلك، فإن المستشفيات التخصصية في المملكة تنافس المراكز الطبية الرائدة في جميع أنحاء العالم .

ومع ذلك فإن هناك مخاوف بشأن قدرة شبكة وزارة الصحة للرعاية الصحية على تلبية احتياجات المجتمع السعودي بسبب التحديات الكبيرة التي تواجهها المملكة في الوقت الحاضر والتي تشمل:

- النمو السكاني المتزايد.
- الشيخوخة السكانية.
- التفاوتات الإقليمية في الخدمات الصحية ، ونوعية الرعاية.
- عدم الرضا الكبير من المواطنين عن الخدمة الصحية والحصول عليها خاصة بالنسبة للرعاية الصحية الأولية في المناطق الطرفية، وازدحام المرافق الأساسية في المراكز الحضرية.
- تواجه وزارة الصحة تحديات مستمرة في توظيف واستبقاء المهنيين العاملين في مجال الرعاية الصحية خارج المراكز الحضرية.
- عدم فاعلية القيادة والإدارة والقدرة على التخطيط في مستويات عدة في وزارة الصحة .

وللتصدي لهذه التحديات ، فإن وزارة الصحة قامت بالعديد من المبادرات، كما تدرس القيام بمبادرات أخرى من أهمها هذه المبادرة عن الإصلاح الشامل للرعاية الصحية الأولية، ويشمل هذا الإصلاح الجديد بناء منشآت جديدة لمراكز الرعاية الصحية التي تملكها وزارة الصحة، وإعادة تنظيم نطاق الخدمات لأكثر من ٢٠٠٠ مركز للرعاية الصحية الأولية بما يراعي الاختلافات في التجمعات السكانية والطبيعة الجغرافية والاحتياجات المحلية لكل منطقة على حده، والمشروع المقترح سيتجاوز الإصلاح في الرعاية الصحية الأولية ليشمل مؤسسات ومنشآت جميع مستويات الرعاية الصحية التابعة لوزارة الصحة (أولية ، مستشفيات ومراكز متقدمة) . وتشمل الأهداف الرئيسية للمشروع إعادة تصميم وتوزيع مراكز الرعاية الأولية والمستشفيات والمراكز المتقدمة على نحو أفضل لتلبية احتياجات السكان، والتركيز على تحسين الاتصال بين مقدمي الرعاية في المستويات الثلاثة، ولا مركزية إدارة الرعاية الصحية، وإيجاد ملف إلكتروني موحد للمريض، بالإضافة إلى تطوير بعض المنشآت لتقدم خدمات صحية أكثر تقدماً وتطوراً. ويوضح التقرير أن خبراء هارفارد يؤيدون هذا المنهج المتمثل في التحرك نحو تحقيق التكامل في الرعاية الصحية

على كافة المستويات، على أن يراعي الظروف المحلية لكل منطقة، ولكي ينجح هذا المنهج، على وزارة الصحة أن تعزز القدرة الإدارية للمناطق، حيث هناك الكثير من المسؤوليات يمكن أن تفوض إلى المناطق. كما أشار التقرير إلى أنه من المهم زيادة رواتب الأطباء وغيرهم من المهنيين العاملين في وزارة الصحة، ورغم أن هذا يمثل ضغطاً متصاعداً على التكاليف، إلا أنه إذا كان الهدف هو تحسين الكفاءة فإن خبرة جامعة هارفارد تشير إلى أنه من أجل تحقيق تحسينات دائمة في نوعية الرعاية الصحية فإن على المملكة العربية السعودية زيادة الإنفاق على الصحة، وهذا يعني أن زيادة الدعم المالي ضروري إذا كانت الوزارة عازمة على تحقيق أهدافها، خاصة وأن ميزانية وزارة الصحة لم يتم زيادتها نسبة إلى الناتج المحلي الإجمالي في السنوات الأخيرة .

وأخيراً أوضح التقرير أنه استناداً إلى تجربة جامعة هارفارد فإن هناك مجموعة من النقاط يجب أن تحظى بالاهتمام الكافي لدعم نجاح البرنامج، وهي كما يلي :

- تحتاج وزارة الصحة إلى القيام بجهود كبيرة لتحسين قدرتها على التخطيط ورفع الكفاءة القيادية والإدارية بها.
- وضع إستراتيجية للتحرك في اتجاه لامركزية إدارة الرعاية الصحية الأولية والتحول إلى اللامركزية في الإدارة.
- هناك حاجة أساسية للتحويل إلى نظام إدارة تقييم الأداء . وهذا يتطلب تحديد المسؤوليات، والمساءلة، والتحفيز، وتحديد أهداف واضحة ومحددة للأداء يمكن قياسها.
- هناك حاجة إلى استثمارات كبيرة في التطوير والتدريب للمديرين والإداريين والمهنيين العاملين في قطاع الرعاية الصحية.
- سوف يتطلب تحقيق ذلك من وزارة الصحة موارد إضافية كبيرة على المدى القصير، حيث أن التطوير والتحسينات المستدامة في نوعية الرعاية الصحية ومدى الرضا عنها سيتطلب زيادة في الإنفاق.

٣- اللجنة الصحية بمجلس الشورى:

أن الهدف العام للمشروع المتمثل في الترشيد، والتحديث، والدمج بين الرعاية الصحية الأولية والمستشفيات والمراكز الصحية المتقدمة التابعة لوزارة الصحة يعتبر أمراً جيداً، كما أن تحسين التكامل الرأسي للرعاية الصحية أيضاً غاية محمودة ، حيث ينبغي أن تتم الرعاية الصحية عن طريق التنسيق عبر المستويات المختلفة للخدمة، ويلعب الملف الإلكتروني للمريض دوراً هاماً في تحسين الاتصال بين مستويات الرعاية الصحية المختلفة، إضافة إلى الحد من الأخطاء الطبية، والحد من ظاهرة تلقي المريض لنفس الخدمة من أكثر من جهة.

٤- مدراء الشؤون الصحية في المناطق والمحافظات:

أن المشروع المقترح من خلال مكوناته الثمانية يحقق سهولة الوصول للخدمة لجميع مستويات الرعاية الصحية، ويوفر الخدمة الصحية للجميع، ويحقق العدالة في توزيعها، ويساعد على رفع مستوى جودتها، وذلك من خلال تركيز المشروع على ضرورة تكامل وشمولية الخدمة الصحية المقدمة وما يستلزمه هذا التكامل من التعامل الجيد مع كافة عناصر المنظومة الصحية البشرية والمادية، وهو الأمر الذي أخذته المشروع بعين الاعتبار.

سادساً : الخطة التنفيذية للمشروع

١- متطلبات عامة لتنفيذ المشروع :

يتطلب ضمان نجاح خطة التنفيذ ضرورة البدء في اتخاذ مجموعة من الإجراءات التنظيمية يجب البدء بها فور اعتماد البرنامج المقترح، ومجموعة أخرى من الإجراءات يتم تنفيذها بطريقة موازية لتطبيق البرنامج المقترح وذلك على النحو التالي:

■ اعتماد هيكل تنظيمي لإدارة المشروع يتولى مسؤولية تنفيذه يصدر به قرار من معالي وزير الصحة يتضمن مسؤوليات وصلاحيات أعضائه. كما هو موضح بالشكل رقم (٦-٢)، حيث يتشكل الهيكل التنظيمي على النحو التالي:

أ- المستوى المركزي :

- اللجنة التوجيهية العليا للمشروع ويرأسها معالي الوزير أو من ينوب عنه وتتولى اللجنة مهام اعتماد الخطط الإستراتيجية ومناقشة تقارير المتابعة للمشروع بالإضافة إلى تقديم الدعم اللازم ويمكن في هذا الصدد حشد جهود مقدمي الخدمة الصحية على مستوى المملكة لتحقيق أهداف المشروع وتضم اللجنة ممثلين على مستوى عالٍ من مقدمي الخدمة بالمملكة (القطاع الخاص/الجامعات/الحرس الوطني.....).

- لجنة التخطيط والمتابعة وتضم قيادات وزارة الصحة بالإدارات ذات العلاقة بالإضافة إلى بعض مدراء الشؤون الصحية بالمناطق ويرأسها أحد وكلاء الوزارة وتكون مهامها التخطيط ومتابعة تنفيذ أنشطة المشروع وإصدار القرارات التي تحقق أهدافه.

- المكتب الاستشاري ويتولى تقديم الدراسة والمشورة والدعم الفني لكل ما يتعلق بتنفيذ المشروع.

- الإدارة التنفيذية وهي الجهة المسؤولة بشكل مباشر عن وضع الخطط التنفيذية ومتابعة تنفيذها وتشكل من مدير تنفيذي يتبعه وحدات تنظيمية تمثل:

الرعاية الصحية الأولية / المستشفيات / المتابعة والتقييم / تنظيم الإحالة / تكنولوجيا المعلومات / تنمية القوى البشرية / الإعلام والاتصال / الجودة بالإضافة إلى الوحدة الإدارية والمالية.

ب- يتم تشكيل هيكل موازي يتولى مسؤولية التنفيذ على المستوى المحلي ويتكون من :

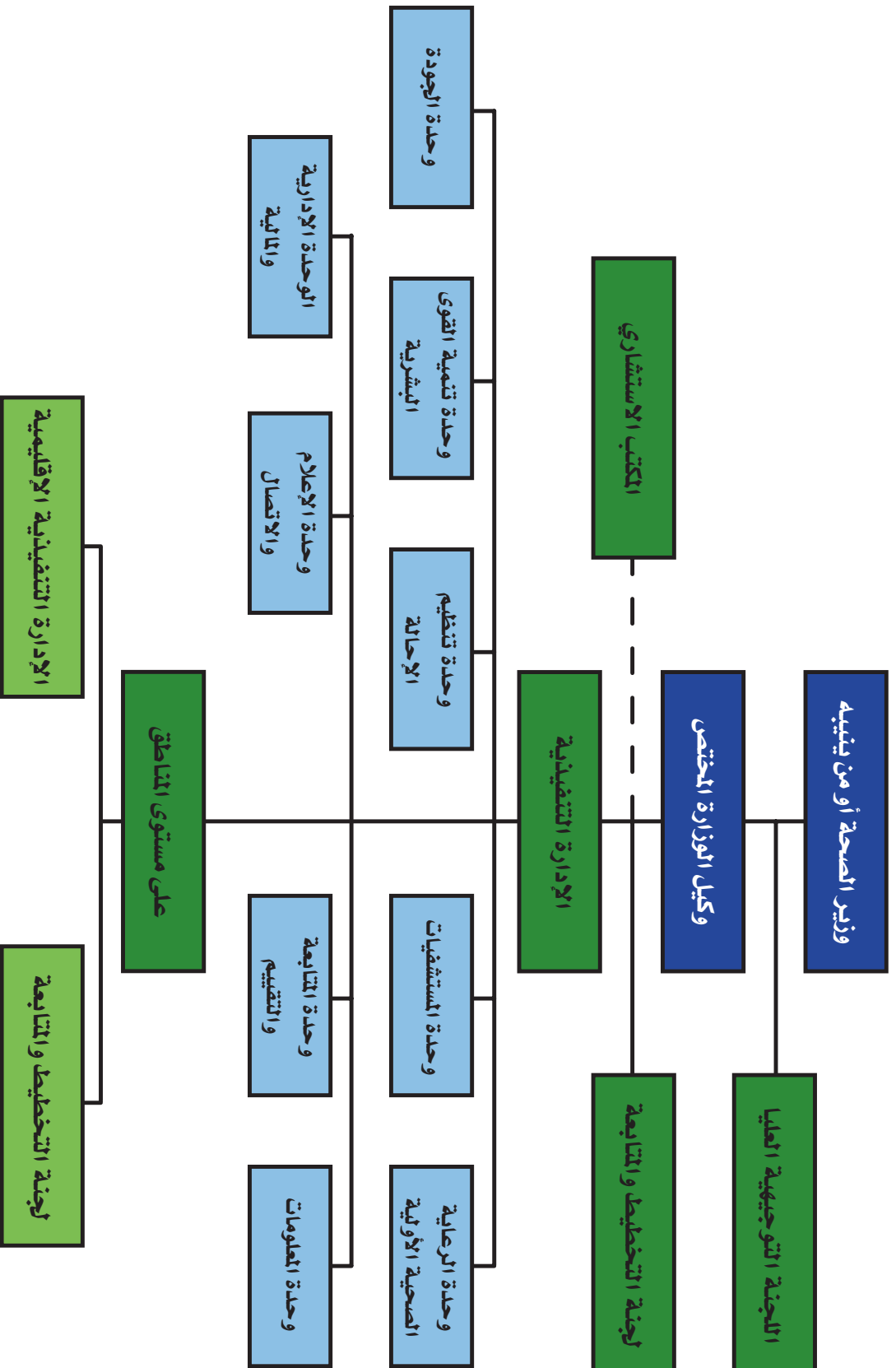
● لجنة التخطيط والمتابعة على مستوى المنطقة

وتتكون من قيادات العمل الصحي داخل المنطقة برئاسة مدير الشؤون الصحية وتتولى مسؤولية متابعة تنفيذ الخطط التنفيذية وتذليل العقبات التي تواجه التنفيذ على مستوى المنطقة.

● الإدارة التنفيذية الإقليمية

وتتولى مسؤولية التنفيذ المباشر لأنشطة المشروع بالتعاون والتنسيق مع القيادات المحلية داخل المنطقة.

- توفير الدعم المالي (الميزانية المعتمدة للمشروع) واللوجستي لتنفيذ أنشطة المشروع طبقاً للخطة الإستراتيجية.
- تنفيذ حملة تسويق اجتماعي (Social marketing) لأهداف المشروع من خلال أجهزة الإعلام المختلفة لكسب الدعم الجماهيري وإدارة عملية التغيير.
- عقد سلسلة من اللقاءات التعريفية للعاملين في وزارة الصحة والمرافق الصحية لتعريفهم بأهداف البرنامج ودورهم فيه لتهيئة المناخ للتغيير.
- تطبيق معايير الاعتماد الوطنية على مرافق الخدمة الصحية لتوحيد بروتوكولات العمل داخل هذه المرافق وضمان جودة الخدمات المقدمة وصولاً بها إلى المعايير العالمية.
- تشكيل مجموعات عمل فنية من الخبراء والمتخصصين من داخل الوزارة وخارجها لإعداد أدلة العمل الموحدة وأدلة إجراءات وسياسات تنفيذ المشروع (مجموعة للرعاية الأولية / مجموعة المستشفيات / مجموعة للتموين الطبي والأدوية / مجموعة المتابعة والتقييم / مجموعة نظام الإحالة / تكنولوجيا المعلومات).
- إعداد وتنفيذ برنامج تدريبي مكثف لأعضاء فريق الإدارة التنفيذية للمشروع على أساليب الإدارة الحديثة وإدارة التغيير.



شكل يوضح الهيكل التنظيمي لتنفيذ مشروع الرعاية الصحية المتكاملة والشاملة

٢- الخطة التنفيذية اللازمة لتنفيذ مكونات المشروع:

١-٢ تعزيز وتقوية الرعاية الصحية الأولية وتطوير خدماتها

كما سبقت الإشارة إليه فإن تطوير خدمات الرعاية الصحية الأولية والارتقاء بخدماتها سوف يؤدي بالتبعية إلى تطوير النظام الصحي ككل فهي حارس بوابة الرعاية الصحية. وتتخلص الأعمال المطلوبة لتنفيذ هذا المكون فيما يلي:

١. استكمال تطوير قاعدة البيانات لتكون دقيقة ومتكاملة عن مراكز الرعاية الصحية الأولية القائمة حالياً بحيث تتضمن:

- أعداد المراكز الصحية الأولية وتوزيعها على المناطق والمدن والقرى والهجر.
- عدد السكان التي يخدمها كل مركز.
- حالة المباني (مستأجر - حكومي - نموذجي) وصلاحيه المباني والتجهيزات.
- بيانات القوى العاملة ومستوى تأهيلها وخبراتها.
- نطاق الخدمات المقدمة بالمركز.
- تصنيف (أو إعادة تصنيف) مستوى ونطاق الخدمات بالمركز.
- معوقات العمل وأبرز المشاكل بالمركز.

٢. تنفيذ برنامج التصنيف لمراكز الرعاية الصحية الأولية.

٣. وضع أسس وقواعد تطوير نطاق (نوعية) الخدمات المقدمة بالمراكز (وقائي - علاجي - تنقيفي).

٤. اقتراح أدلة التشغيل والإجراءات اللازمة لتشغيل المراكز على ضوء النموذج المقترح.

٥. إعداد (أو إعادة صياغة) الأوصاف الوظيفية والمهام الوظيفية لكل الفئات بالمراكز الصحية والجهات ذات العلاقة.

٦. وضع ضوابط وأسس اعتماد وتنفيذ نظام (نموذج) طب الأسرة كأساس لتقديم الخدمات بالمراكز.

٧. وضع الضوابط اللازمة لتحقيق مفهوم طبيب الأسرة .. وتحديد مستوى تأهيله وخبراته.. ودوره في عملية الإحالة إلى المستويات الأعلى للخدمة.

٨. إعداد وتنفيذ نظام فعال للإحالة من وحدات الرعاية الأولية إلى المستوى التالي وفق بروتوكولات محددة.

٩. إعداد خطة تنفيذية لنشر ثقافة الرعاية الصحية الأولية وطب الأسرة بين جميع المواطنين والمقيمين وتوعيتهم بأهمية دورها ومهامها وكيفية الاستفادة المثلى منها.

١٠. وضع الضوابط اللازمة للحد من إساءة استخدام مراكز الرعاية الصحية الأولية من خلال:-

- إعداد برامج توعية للمواطنين.

- وضع الضوابط اللازمة لتقنين عملية تجهيز الطبي وغير الطبي لمراكز الرعاية الصحية الأولية بما يتناسب مع المستوى الفعلي للخدمة التي تقدمها هذه المراكز.
- وضع الضوابط اللازمة لتقنين عملية صرف الدواء من قبل أطباء المركز.
- استخدام بطاقة المعلومات الشخصية الالكترونية لتوحيد نظام المعلومات للمريض (البطاقة الذكية).
- ١١. وضع المقترحات والمعايير والضوابط اللازمة لإنشاء وتوزيع مراكز الرعاية الصحية الأولية الجديدة (٧٥٠ مركز) بين مناطق المملكة ومحافظاتها ومدنها وقراها بما يضمن عدالة توزيع تلك المراكز وبالتالي تحقيق مبدأ تكافؤ حصول المواطنين على الخدمة.
- ١٢. البدء في إنشاء المراكز الصحية الجديدة (٧٥٠ مركز) فور اعتماد الميزانيات الخاصة بها.
- ١٣. وضع واعتماد نظام التدريب والتعليم المستمر بما يضمن حداثة الخدمات المقدمة بالمراكز.
- ١٤. وضع واعتماد نظام جودة الخدمات المقدمة ومراقبة الأداء.
- ١٥. وضع معايير وضوابط التوظيف والتعاقد لجميع الفئات العاملة بالمراكز.
- ١٦. اقتراح نظام التقييم الذاتي الدوري للمنشأة والتقييم الدوري من قبل جهات مرجعية لضمان استمرار جودة الخدمات المقدمة بهذه المراكز.
- ١٧. وضع الضوابط والآلية اللازمة لضمان التطوير المستمر للخدمات المقدمة.

٢-٢ خطة تنفيذ تطوير وإعادة هيكلة المستشفيات

- أظهر تحليل الوضع الراهن لمستشفيات وزارة الصحة أن إعادة هيكلة وتدعيم تلك المستشفيات أصبح من الأمور الأساسية لتحقيق التوظيف الأمثل للموارد المتاحة وتنظيم العلاقة بين مستويات الخدمة المختلفة. وتتلخص الأعمال المطلوبة لتنفيذ هذا العنصر فيما يلي:
١. توفير قاعدة بيانات حديثة عن المستشفيات القائمة حالياً لتتضمن:
 - أعداد المستشفيات والسعة السريرية لكل مستشفى وخريطة توزيعها على مستوى المملكة.
 - حالة المباني (مستأجر/حكومي/نموذجي) وصلاحيات المبنى.
 - عدد السكان الذي يخدمه كل مستشفى.
 - بيانات القوى العاملة ومستوى تأهيلها وخبراتها.
 - التجهيزات المتاحة بكل مستشفى.
 - نطاق الخدمات المقدمة بكل مستشفى.
 - معوقات العمل وأبرز المشاكل بالمستشفى.

٢. تنفيذ برنامج إعادة الهيكلة المقترح من خلال:
- بالنسبة للمستشفيات الصغيرة سعة (٥٠ سرير) التي رأت الوزارة عدم التوسع في إنشائها مستقبلاً للأسباب السالف ذكرها .. فيتم التعامل معها على النحو التالي:
 - تحديد المجموعة التي سيتم تدعيمها وتحويلها لتقدم خدمات المستشفى العام (الطرفية أ).
 - تحديد المجموعة التي سيتم إلغاء خدمات التنويم منها وتحويلها لتقدم خدمات المراكز الصحية الأولية المرجعية (الطرفية ب).
 - توفير أو استكمال كافة المتطلبات اللازمة لتشغيل المستشفيات العامة القائمة حالياً على الوجه الأمثل من خلال المعلومات المتاحة عنها في قاعدة البيانات .. ثم حصر عددها النهائي بعد إضافة ما تم تحويله إلى مستشفيات عامة من المستشفيات سعة الـ (٥٠) سرير.
 - تطبيق نفس المفهوم السابق الإشارة إليه على المستشفيات المركزية والمستشفيات المرجعية القائمة (المدن الطبية).
 - وضع خطة إنشاء المستشفيات المرجعية (المدينتين الطبيتين) المزمع إضافتهما إلى المستشفيات المرجعية الثلاثة القائمة فور اعتماد الميزانيات الخاصة بها.
٣. إعداد أدلة التشغيل وإجراءات العمل اللازمة لتشغيل كل نوع من المستشفيات المذكورة.
٤. إعداد أو إعادة صياغة الأوصاف الوظيفية والمهام الوظيفية لكافة الفئات العاملة بتلك المستشفيات.
٥. وضع واعتماد نظام للتدريب والتعليم المستمر بما يضمن حداثة الخدمات المقدمة بتلك المستشفيات وبما يتماشى مع منظومة تنمية القوى البشرية بالوزارة.
٦. اقتراح واعتماد نظام ضمان جودة الخدمات المقدمة بتلك المستشفيات ومراقبة الأداء بها.
٧. وضع معايير وضوابط التوظيف والتعاقد لجميع الفئات العاملة بتلك المستشفيات.

٢-٣ الخطة التنفيذية لتطبيق نظام الإحالة

- تشمل الخطة التنفيذية لبرنامج الإحالة الوقوف على الوضع الحالي بكل منطقة ثم مجموعة الإجراءات اللازمة للإعداد للتنفيذ ثم التطبيق، ومن ثم عوامل نجاح تطبيق النظام وذلك على النحو التالي:
١. تحليل الموقف الحالي في كل منطقة ويتطلب ذلك:
 - تحديد تعداد السكان المستهدف بالخدمة الصحية بالنطاق الجغرافي لمراكز الرعاية الأولية .
 - حصر الخدمات الصحية الموجودة كماً ونوعاً (مستشفى طرفي فئة أ/ب/عام/مركزي/مرجعي/مركز رعاية صحية أولية).
 - إعداد قاعدة بيانات عن القوى البشرية في كل من مراكز الرعاية الصحية الأولية والمستشفيات.
 ٢. الإعداد للتنفيذ

- التوعية والإعلام للفتات التالية :
 - الفريق الصحي بمراكز الرعاية الصحية الأولية والمستشفيات من خلال لقاءات لتعريفهم بنظام الإحالة وكيفية تطبيقه ومسئوليتهم نحو إعلام المواطنين المستفيدين من الخدمات الصحية .
 - الجمهور، وذلك من خلال القنوات الإعلامية المختلفة (التلفزيون والإذاعة المحلية . دور العبادة . الأندية . اللافتات النشرات ... الخ).
- إعداد منافذ تقديم الخدمة العلاجية، وذلك على مستوى طبيب الأسرة (الممارس العام) في داخل المنطقة بمراكز الرعاية الأولية والمستشفيات الطرفية والعامية والمركزية طبقاً لمعايير الخدمات الصحية بالمشروع لتحقيق التغطية الشاملة للسكان.
- توفير الاحتياجات من القوى العاملة بناءً على معايير مشروع الإصلاح وتدريب فرق العمل الطبية وغير الطبية بالمرافق الصحية المختلفة:
- الأطباء : التدريب النظري والعملي بالمستشفيات وفي مراكز التدريب على أدلة العمل الإكلينيكية وعلى زيادة مهاراتهم في مجال استقبال الحالات الطارئة واكتشاف حالات الخطورة وفقاً لبروتوكولات الخدمات الصحية الموحدة وكيفية التعامل معها وتحويلها في الوقت المناسب .
- ويشمل التدريب باقي أفراد أعضاء الفريق الصحي (ممرضات - عاملين كل فيما يخصه).
- تعزيز مراكز الرعاية الصحية الأولية وأقسام الطوارئ بالمستشفيات، ويتم ذلك بإمداد هذه الوحدات بالقوى البشرية والتجهيزات ومستلزمات التشغيل، والأدوية وفقاً لاحتياجات العمل.
- إغلاق العيادات الخارجية داخل المستشفيات وتحويلها إلى عيادات للأخصائيين لتستقبل فقط الحالات المحولة من طبيب الأسرة (الممارس العام) .
- تطوير أقسام الطوارئ في المستشفيات وتطبيق بروتوكولات موحدة للعمل بها.
- إعداد المطبوعات الخاصة بتطبيق النظام وهي: تذاكر واستمارات وسجلات الإحالة والبروتوكولات الطبية.
- بدء التطبيق في منطقة استرشادية ثم يتم تعميم التجربة بعد نجاحها.
- المتابعة والتقييم من خلال وضع مؤشرات لنظام الإحالة ولجان للمراجعة الإكلينيكية (Clinical Auditing) .

٣. عوامل نجاح تطبيق نظام الإحالة:

- وضوح نظام الإحالة لدى مستوياته المختلفة:
- مستوى الرعاية الصحية الأولية
- المستوى الثاني (المستشفيات الطرفية أ/ب)

- المستوى الثالث (المستشفى المركزي)
- المستوى الرابع (المستشفيات المرجعية).
- تكامل الخدمات على مستوى المنطقة.
- تهيئة العاملين والمستفيدين من الخدمة لتفهم أهداف نظام الإحالة للمنتفعين بالخدمة الصحية وكذلك لمقدميها.
- المتابعة المستمرة والتقييم لنظام الإحالة وإدخال التحسينات عليه حتى يستقر النظام .
- التعاون بين مراكز الرعاية الصحية الأولية والمستشفى لإيجاد التكامل والثقة بين مستويات الخدمة وتوفير الكوادر الإدارية القادرة على إدارة النظام.
- وجود نظام معلومات متكامل يسمح بتبادل المعلومات بين مستويات الخدمة المختلفة.
- اعتماد مراكز الرعاية الصحية الأولية والمستشفيات طبقا لمعايير الاعتماد الوطنية.

٢-٤ الخطة التنفيذية لبرنامج التشغيل الذاتي للنقل الإسعافي

- تشتمل الخطة التنفيذية للبرنامج على جميع العناصر والمحاور اللازمة لتنفيذ البرنامج موزعة على مراحل ومرتبطة وفق التسلسل المنطقي والزمني للتنفيذ بحيث يكون هناك ترابط وتسلسل في التنفيذ.
- أما العناصر اللازمة لتنفيذ برنامج التشغيل الذاتي للنقل الإسعافي، فهي:
١. إعداد قاعدة بيانات عن الخدمات المتاحة بكل منطقة وبكل مرفق صحي (ضمن خطة الوزارة في هذا الموضوع).
 ٢. وضع وتنفيذ خطة تأمين سيارات الإسعاف المطلوبة للمرافق الصحية لعدد من المناطق أو كل المناطق وفق إستراتيجية الوزارة .
 ٣. إعداد وتأهيل القوى العاملة من المسعفين والإداريين.
 ٤. تأمين وتهيئة البنية التحتية (أجهزة حاسب آلي - أنظمة وبرامج تشغيل - شبكة اتصالات وأجهزة الاتصالات السلكية واللاسلكية وأجهزة تحديد المواقع GPS).
 ٥. ربط سيارات الإسعاف بوحدات العناية المركزة بالمستشفيات المرجعية لتوفير الدعم الفني اللازم للمسعفين.
 ٦. وضع مؤشرات أداء للبرنامج.
 ٧. التقييم المستمر والمتابعة لضمان جودة الأداء والتحسين المستمر.

٢-٥ الخطة التنفيذية للمعلوماتية الصحية والصحة الإلكترونية

تتضمن الخطة التنفيذية لبرنامج الصحة الإلكترونية عدة عناصر يتم تنفيذها على ثلاث مراحل مرتبة

وفق التسلسل الزمني والمنطقي ومتطلبات تنفيذ كل عنصر كما يلي :

المرحلة الأولى، وتشمل ما يلي :

- أ- تعديل وتحديث القوانين والتنظيمات لتتماشى مع استخدامات تقنية المعلومات ضمن الصحة الإلكترونية.
- ب- إنشاء وتطوير بنية تحتية تقنية عامة وتأسيس قاعدة البيانات الصحية وبناء هيكل معلوماتي صحي عام.
- ج- تسهيل تبادل المعلومات واستخدام قاعدة البيانات الصحية.
- د- استحداث بطاقة المعلومات الصحية الشخصية الإلكترونية لكل المستفيدين من الخدمات الصحية (البطاقة الذكية).

المرحلة الثانية، وتشمل ما يلي :

- أ- استكمال تأسيس وتفعيل شبكة الكترونية صحية تربط جميع القطاعات الصحية الحكومية والخاصة وجميع من له علاقة بالخدمات الصحية.
- ب- استكمال البوابة الإلكترونية للوزارة.

المرحلة الثالثة، وتشمل ما يلي :

- أ- تقديم خدمات صحية وقائية من خلال البوابة الإلكترونية.
- ب- تقديم الاستشارات الطبية المتخصصة عبر البوابة الإلكترونية والاستفادة من الخدمات التخصصية بالمستشفيات المرجعية.
- ج- تقديم خدمات الطب الاتصالي بين مرافق الوزارة نفسها وبين مرافق الوزارة والمرافق الصحية الأخرى حكومية أو خاصة.
- د- الطرق البديلة للوصول إلى المعلومات.

٦-٢ الخطة التنفيذية لتنمية القوى البشرية

تشتمل الخطة التنفيذية لتنمية القوى العاملة على العناصر والمحاور اللازمة لتنفيذ البرنامج موزعة على مراحل ومرتبة وفق التسلسل المنطقي والزمني للتنفيذ بحيث يكون هناك ترابط وتسلسل منطقي في التنفيذ.

أما العناصر اللازمة لتنفيذ تنمية القوى البشرية، فهي:-

- أ- دراسة الاحتياجات التدريبية للفئات المختلفة من القوى العاملة بدءاً من القيادات ووصولاً إلى كل الفئات

- التنفيذية بالمرافق الصحية فنية كانت أم إدارية.
- ب- إعداد وتنفيذ دورات تدريبية وورش عمل لتهيئة العاملين للنظام الجديد.
- ج- إعداد وتنفيذ دورات تدريبية وورش عمل لتنمية مهارات وقدرات قيادات الوزارة والقيادات بالمناطق.
- د- إعداد وتنفيذ دورات وورش عمل في المجال الطبي والصحي والمجالات الإدارية لمنسوبي الوزارة والمناطق والمرافق الصحية.
- هـ- ابتعاث وإيفاد الفئات الطبية والصحية المتخصصة في التخصصات الطبية والصحية لتلبية متطلبات التطوير.

٧-٢ الخطة التنفيذية للتموين الطبي

- تشمل الخطة التنفيذية لتأمين الاحتياجات من التموين الطبي على مجموعة من الخطوات، ابتداءً من مراجعة الاحتياجات ووضع المعايير وتحديد الأولويات حتى وضع الخطة، وذلك على النحو التالي:
١. مراجعة احتياجات مديريات الشؤون الصحية في ضوء الدعم الجديد للبند.
 ٢. وضع معايير مرنة للاحتياجات التشغيلية للمرافق الصحية المختلفة بناءً على معدلات التشغيل والمعدلات العالمية وتناسب مع نطاق الخدمات بكل مرفق (Utilization Management Standards).
 ٣. تحديد أولويات تأمين الاحتياجات في ضوء الدعم الجديد للبند.
 ٤. وضع خطة عاجلة لتأمين الدعم المطلوب للبند المختلفة في ضوء الدعم الجديد للبند خلال العام المالي الحالي.
 ٥. وضع خطة شاملة لتأمين الاحتياجات للسنوات القادمة في ضوء دعم البند.

٨-٢ خطة تهيئة مرافق وزارة الصحة للحصول على الاعتماد من المجلس المركزي لاعتماد

المنشآت الصحية

لكي تتمكن الوزارة من تهيئة المرافق الصحية التابعة لها للحصول على الاعتماد اللازم فإن ذلك يتطلب تقسيم العمل إلى عدة مراحل متسلسلة ومتراصة زمنياً على النحو التالي:

المرحلة الأولى:

- أ- تهيئة العاملين من قيادات ومنسوبي المرافق الصحية لمفاهيم الجودة والاعتماد.
- ب- تهيئة البنية التحتية للمستشفيات المرجعية للجودة والاعتماد.
- ج- إجراء مسح ميداني للمستشفيات المرجعية بناءً على معايير الاعتماد.
- د- الحصول على الاعتماد للمستشفيات المرجعية.

المرحلة الثانية :

- أ- تهيئة البنية التحتية للمستشفيات المركزية للجودة والاعتماد.
- ب- إجراء مسح ميداني للمستشفيات المركزية بناءً على معايير الاعتماد.
- ج- الحصول على الاعتماد للمستشفيات المركزية.

المرحلة الثالثة :

- أ- تهيئة البنية التحتية للمستشفيات الطرفية (أ، ب) ومراكز الرعاية الأولية للجودة والاعتماد.
- ب- إجراء مسح ميداني للمستشفيات الطرفية (أ ، ب) بناءً على معايير الاعتماد.
- ج- الحصول على الاعتماد للمستشفيات الطرفية (أ ، ب).
- د- تهيئة البنية التحتية للمراكز الصحية الأولية.
- هـ- إجراء مسح ميداني للمراكز الصحية الأولية.
- و- الحصول على الاعتماد للمراكز الصحية الأولية.

٢-٩ الجدول الزمني لتنفيذ المشروع عن فترة خمس سنوات :

الفترة الزمنية (سنة – ربع سنوي)																			
(٥)	(٤)	(٣)	(٢)	(١)															
٢٠١٩	١٨	١٧	١٦	١٥	١٤	١٣	١٢	١١	١٠	٩	٨	٧	٦	٥	٤	٣	٢	١	
																			المكون
																			المتطلبات العامة
																			تعزيز وتقوية مراكز الرعاية الصحية الأولية وتطوير خدماتها
																			تطوير وإعادة هيكلة المستشفيات
																			تطوير نظام الإحالة بين المرافق الصحية
																			تقوية نظام النقل الإسعافي بين المرافق الصحية
																			المعلوماتية الصحية والصحة الإلكترونية
																			تممية القوى البشرية (التدريب والابتعاث)
																			تعزيز تلبية الاحتياجات من التموين الطبي
																			تهيئة اعتماد الجودة

التمويل الطبي

التمويل الطبي	السنة الخامسة												السنة الرابعة												السنة الثالثة												السنة الثانية												السنة الأولى												التمويل الطبي	التمويل الطبي																																		
	١٣	١١	١٠	٩	٨	٧	٦	٥	٤	٣	٢	١	١٣	١١	١٠	٩	٨	٧	٦	٥	٤	٣	٢	١	١٣	١١	١٠	٩	٨	٧	٦	٥	٤	٣	٢	١	١٣	١١	١٠	٩	٨	٧	٦	٥	٤	٣	٢	١	١٣	١١	١٠	٩	٨	٧	٦	٥	٤	٣	٢	١																																				
١																																																																																					١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١
٢																																																																										٢	٢	٢	٢	٢	٢	٢	٢	٢	٢	٢	٢											
٣																																																																											٣	٣	٣	٣	٣	٣	٣	٣	٣	٣	٣	٣										
٤																																																																											٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤	٤										

سابعاً : الاحتياجات المالية المطلوبة لتنفيذ المشروع

وكل العوامل السابقة التي تواجه النظام الصحي ككل ووزارة الصحة بصفة خاصة بصفتها المسئولة الرئيسية عن الرعاية الصحية بالمملكة قد أثرت وستؤثر بشكل كبير على جودة وكفاءة الخدمات الصحية.

ويعتبر توفير الاحتياجات المالية المطلب الحتمي والأساسي لمواجهة كل تلك التحديات والمعوقات من أجل رفع مستوى الخدمات الصحية إلى ما ينبغي أن تكون عليه من جودة وكفاءة وفاعلية.

ويتضمن هذا الجزء الاحتياجات المالية المطلوبة للمشروع المقترح على النحو التالي:-

٧-١ الاحتياجات المالية الإضافية المطلوبة للمشروع موزعة على خمس سنوات حسب احتياجات المرافق الصحية:

البيان	السنة الأولى	السنة الثانية	السنة الثالثة	السنة الرابعة	السنة الخامسة
مراكز الرعاية الصحية الأولية	١,٨٦٩,٤٨٢,٣٥٢	١,٣٥٨,٦٧١,٨٥٣	١,٣٦١,٧٦٠,٧٥٣	١,١٦٩,٦٥٤,٥٣٣	١,١٦٩,٦٥٤,٥٣٣
المستشفيات بمستوياتها المختلفة	٩,٣٣٩,٢٤١,٦٣٥	٦,٤٧٩,٠٧٧,٢١٥	٦,٠١١,٠٧٧,٢١٥	٣,١٦٠,٥٥٢,٤١٥	٣,٩٠٦,٨٩٩,٢٦١
المدن الطبية	٠	٧,٧٨١,٧٥٥,٣٣٤	٤٨٥,٩١٠,٠٠٠	٧٠٠,٠٠٠,٠٠٠	٤,٧٧١,٨٩٩,٢٠٠
النقل الإسعافي	٣٠٠,٠٠٠,٠٠٠	٤٠٠,٠٠٠,٠٠٠	٣٠٥,٧٣٢,٥٦٨	٠	٠

١.٣٧٣.٧٦٣.٣٨٨	١.٤٠٧.٤٧٢.١٥٧	١.٢٥٤.٢٢٠.٩٢٥	١.١٠٠.٩٦٩.٦٩٤	١.٠١٠.٠٣٨.٨٠٣	الصحة الالكترونية
١٢٥.٠٠٠.٠٠٠	١٢٥.٠٠٠.٠٠٠	١٢٥.٠٠٠.٠٠٠	١٢٥.٠٠٠.٠٠٠	٤٣٣.٢٦٩.٠٠٠	تنمية القوى البشرية
١٨٣.٠٠٣.٧٩٥	١.٣١٥.٣٣٧.٥٦٠	١٥٠.٠٣٢.٩٥٩	١.٢٣٣.٦٣١.٥٠٠	٢.٦٣٤.٥٠٠.٠٠٠	التموين الطبي
١١.٥٣٠.٢٢٠.١٧٧	٧.٨٧٨.٠١٦.٦٦٥	٩.٦٩٣.٧٣٥.٤٢٠	١٨.٤٧٩.١٠٥.٥٩٦	١٥.٥٨٦.٥٣١.٧٩٠	الإجمالي

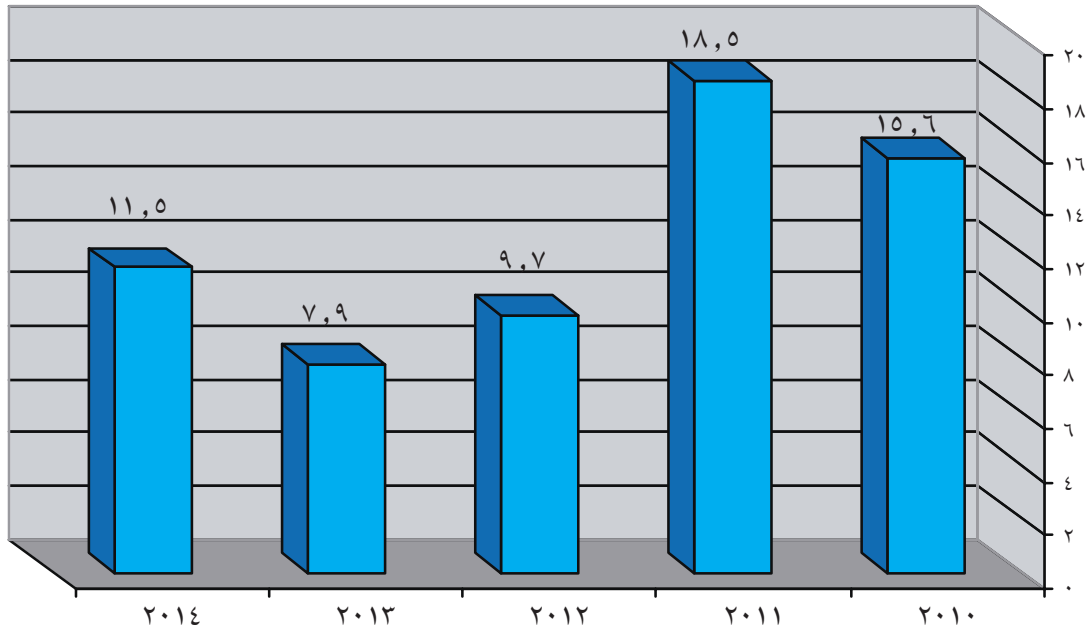
٢-١-٧ الاحتياجات المالية الإضافية المطلوبة للمشروع عن السنة الأولى حسب احتياجات المرافق الصحية :

الإجمالي	التأمين الطبي	تغطية القوى البشرية	الصحة الإلكترونية	النقل الإسعاف	المدن الطبية	المستشفيات بمستوياتها المختلفة	مراكز الرعاية الصحية الأولية	البيان
١٥,٥٨٦,٥٣١,٧٩٠	٢,٦٣٤,٥٠٠,٠٠٠	٤٣٣,٣٦٩,٠٠٠	١,٠١٠,٠٣٨,٨٠٣	٣,٠٠٠,٠٠٠,٠٠٠	٠	٩,٣٣٩,٣٤١,٦٣٥	١,٨٦٩,٤٨٢,٣٥٢	السنة الأولى

٣-١-٧ الاحتياجات المالية الإضافية المطلوبة للمشروع موزعة على خمس سنوات حسب أبواب الميزانية :

السنة الخامسة	السنة الرابعة	السنة الثالثة	السنة الثانية	السنة الأولى	البيان	الباب
١,٤١٦,٧٨٨,٠٤٣	١,٤١٦,٧٨٨,٠٤٣	٣,٥٠٢,٥٠٧,٩٦٣	٣,٥٠٢,٥٠٧,٩٦٣	١,٧٧٢,٨٦١,٩٣٣	الرواتب والأجور والملاوات لجميع البرامج	الأول
٤١٣,٧١٩,٧٩٥	١,٥٤٦,٠٥٢,٥٦٠	٣٨٠,٧٤٨,٩٥٩	١,٤٦٤,٣٤٧,٥٠٠	٢,٣٥٢,٧٠٩,٠٠٠	النفقات التشغيلية	الثاني
٧,٣٨٩,٣٥٦,٩٥١	١,٥١١,١١٠,٩٠٥	٢,٣٩٩,٦٦٥,٥٧٣	٤,٠٥٧,٤٨٨,٤٣٩	٥,٠٣٥,٥٣٠,٠٥٥	برامج عقود التشغيل والصيانة والنظافة	الثالث
٢,٧٦٠,٣٥٥,٣٨٨	٣,٨٥٤,٠٦٤,١٥٧	٣,٩٦٠,٨١٢,٩٢٥	٩,٦٧٩,٧٦١,٦٩٤	٥,٤٢٤,٤٣٠,٨٠٣	المشاريع	الرابع
١١,٥٣٠,٢٣٠,١٧٧	٧,٨٧٨,٠١٦,٦٦٥	٩,٦٩٢,٧٣٥,٤٦٠	١٨,٤٧٩,١٠٥,٥٩٦	١٥,٥٨٦,٥٣١,٧٩٠	لجميع الأبواب	الإجمالي

ويوضح الشكل التالي توزيع الاحتياجات المالية الإضافية المطلوبة في الميزانية على خمس سنوات :

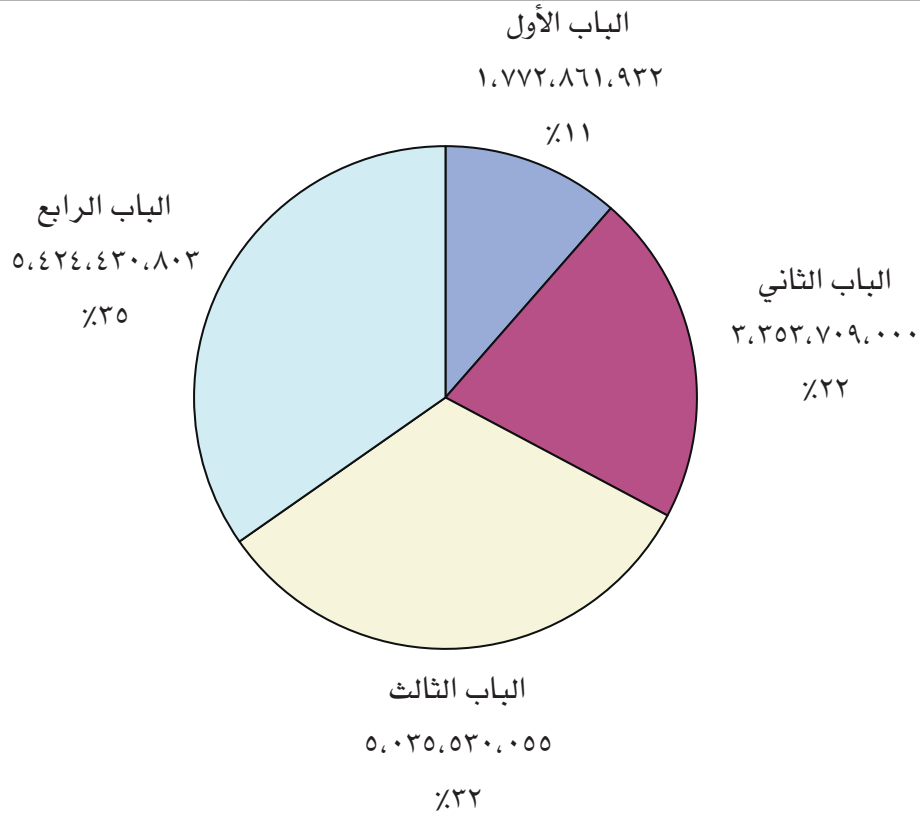


شكل يوضح الاحتياجات المالية الإضافية المطلوبة سنوياً في الميزانية بمليارات الريالات موزعة على خمس سنوات

٤-١-٧ الاحتياجات المالية الإضافية المطلوبة للمشروع عن السنة الأولى حسب أبواب الميزانية :

السنة الأولى	البيان	الباب
١,٧٧٢,٨٦١,٩٣٢	الرواتب والبدلات والأجور	الأول
٣,٣٥٣,٧٠٩,٠٠٠	النفقات التشغيلية	الثاني
٥,٠٣٥,٥٣٠,٠٥٥	برامج وعقود التشغيل والصيانة والتنظفة	الثالث

٥,٤٢٤,٤٣٠,٨٠٣	المشاريع	الرابع
١٥,٥٨٦,٥٣١,٧٩٠	لجميع الأبواب	الإجمالي



شكل يوضح الاحتياجات المالية الإضافية المطلوبة للمشروع للسنة الأولى حسب أبواب الميزانية

• الاحتياجات المالية الإضافية المطلوبة للباب الأول

الإجمالي	السنة الخامسة	السنة الرابعة	السنة الثالثة	السنة الثانية	السنة الأولى	الرواتب والبدلات والأجور
٢,٨٧٤,٢٣٧,٠٢٤	٥٧٩,٤٨٢,٧٣٣	٥٧٩,٤٨٢,٧٣٣	٧٧٤,٦٧٧,٨٥٣	٧٧٤,٦٧٧,٨٥٣	١٦٥,٩١٥,٨٥٣	مراكز الرعاية الصحية الأولية
٨,٧٣٧,٣١٦,٩٢٠	٨٣٧,٣٠٥,٣١٠	٨٣٧,٣٠٥,٣١٠	٢,٧٢٧,٨٣٠,١١٠	٢,٧٢٧,٨٣٠,١١٠	١,٦٠٦,٩٤٦,٠٨٠	المستشفيات المركزية والعامه والطرفية
•	•	•	•	•	•	المدن الطبية (المستشفيات المرجعية)
•	•	•	•	•	•	النقل الاسعاجي
•	•	•	•	•	•	الصحة الالكترونية
•	•	•	•	•	•	تعمية القوى البشرية
•	•	•	•	•	•	التموين الطبي
١١,٦١١,٤٥٣,٩٤٤	١,٤١٦,٧٨٨,٠٤٣	١,٤١٦,٧٨٨,٠٤٣	٣,٥٠٢,٥٠٧,٩٦٣	٣,٥٠٢,٥٠٧,٩٦٣	١,٧٧٢,٨٦١,٩٢٢	الإجمالي

• الاحتياجات المالية الإضافية المطلوبة للباب الثاني

الإجمالي	السنة الخامسة	السنة الرابعة	السنة الثالثة	السنة الثانية	السنة الأولى	التميمات التشغيلية
١٩٠,٨٧٤,٠٠٠	١٢,٦٤١,٠٠٠	١٢,٦٤١,٠٠٠	١٢,٦٤١,٠٠٠	١٢,٦٤١,٠٠٠	١٤٠,٣٦٠,٠٠٠	مراكز الرعاية الصحية الأولية
٥١٧,٩٨٠,٠٠٠	٩٣,٠٧٥,٠٠٠	٩٣,٠٧٥,٠٠٠	٩٣,٠٧٥,٠٠٠	٩٣,٠٧٥,٠٠٠	١٤٥,٦٨٠,٠٠٠	المستشفيات المركزية والعامه والطرفية
•	•	•	•	•	•	المدن الطبية (المستشفيات المرجعية)
•	•	•	•	•	•	النقل الإسعاجي
•	•	•	•	•	•	الصحة الالكترونية
٩٣٣,٣٦٩,٠٠٠	١٢٥,٠٠٠,٠٠٠	١٢٥,٠٠٠,٠٠٠	١٢٥,٠٠٠,٠٠٠	١٢٥,٠٠٠,٠٠٠	٤٣٣,٣٦٩,٠٠٠	تعمية القوى البشرية
٥,٥١٦,٥٠٥,٨١٤	١٨٣,٠٠٣,٧٩٥	١,٣٦٥,٣٣٧,٥٦٠	١٥٠,٠٣٢,٩٥٩	١,٢٣٣,٦٣٦,٥٠٠	٢,٦٣٤,٥٠٠,٠٠٠	التموين الطبي
٧,١٥٨,٥٧٨,٨١٤	٤١٣,٧١٩,٧٩٥	١,٥٤٦,٠٥٣,٥٦٠	٣٨٠,٧٤٨,٩٥٩	١,٤٤٤,٣٤٧,٥٠٠	٢,٣٥٣,٧٠٩,٠٠٠	الإجمالي

• الاحتياجات المالية الإضافية المطلوبة للباب الثالث

الإجمالي	السنة الخامسة	السنة الرابعة	السنة الثالثة	السنة الثانية	السنة الأولى	مواقع عقود التشغيل والصيانة والنقافة
١,٥٨٨,٣٠٣,٠٠٠	١٢٢,٣٣٨,٨٠٠	١٣٢,٣٣٨,٨٠٠	١١٩,٢٤٩,٩٠٠	١١٦,١٦١,٠٠٠	١,١٠٨,١١٤,٥٠٠	مراكز الرعاية الصحية الأولية
١٠,٧٤٨,٨٥٠,٨٣١	٢,٤٩٥,١١٨,٩٥١	١,٣٨٨,٧٧٢,١٠٥	١,٣٨٨,٧٧٢,١٠٥	١,٨٤٨,٧٧٢,١٠٥	٢,٦٢٧,٤١٥,٥٥٥	المستشفيات المركزية والعامه والطرفية
٦,٩٥٠,٣٦٤,٥٣٤	٤,٧٧١,٨٩٩,٣٠٠	•	٤٨٥,٩١٠,٠٠٠	١,٦٩٢,٥٥٥,٣٣٤	•	المدن الطبية (المستشفيات المرجعية)
١,٠٠٥,٧٣٣,٥٦٨	•	•	٢٥٥,٧٣٣,٥٦٨	٤٠٠,٠٠٠,٠٠٠	٣٠٠,٠٠٠,٠٠٠	النقل الاسعافي
•	•	•	•	•	•	الصحة الالكترونية
•	•	•	•	•	•	تمية القوى البشرية
•	•	•	•	•	•	التأمين الطبي
٢٠,٢٩٢,١٥١,٩٢٣	٧,٢٨٩,٣٥٦,٩٥١	١,٥١١,١١٠,٩٠٥	٢,٢٩٩,٦٦٥,٥٧٣	٤,٠٥٧,٤٨١,٤٣٩	٥,٠٣٥,٥٣٠,٠٥٥	الإجمالي

• الاحتياجات المالية الإضافية المطلوبة للباب الرابع

الإجمالي	السنة الخامسة	السنة الرابعة	السنة الثالثة	السنة الثانية	السنة الأولى	المشاريع
٢,٨٥٠,٩٦٠,٠٠٠	٩٥٥,١٩٢,٠٠٠	٩٠٥,١٩٢,٠٠٠	٩٥٥,١٩٢,٠٠٠	٦٨٠,١٩٢,٠٠٠	٤٥٥,١٩٢,٠٠٠	مراكز الرعاية الصحية الأولية
٨,٨٩٢,٨٠٠,٠٠٠	٤٨١,٤٠٠,٠٠٠	٨٤١,٤٠٠,٠٠٠	١,٨٠١,٤٠٠,٠٠٠	١,٨٠٠,٩٤٠,٠٠٠	٢,٩٥٩,٢٠٠,٠٠٠	المستشفيات المركزية و العامة والطرفية
٦,٧٨٩,٣٠٠,٠٠٠	•	٧٠٠,٠٠٠,٠٠٠	•	٦,٠٨٩,٣٠٠,٠٠٠	•	المدن الطبية (المستشفيات المرجعية)
•	•	•	•	•	•	النقل الاسعافي
٦,١٤٦,٤٦٤,٩٦٧	١,٣٧٣,٧٦٣,٣٨٨	١,٤٠٧,٤٧٢,١٥٧	١,٣٥٤,٣٢٠,٩٧٥	١,١٠٠,٠٩٦٩,٦٩٤	١,٠١٠,٠٣٨,٨٠٣	الصحة الالكترونية
•	•	•	•	•	•	تمية القوى البشرية
•	•	•	•	•	•	التأمين الطبي
٢٥,٦٧٩,٤٢٤,٩٦٧	٢,٧٦٠,٢٥٥,٣٨٨	٢,٨٥٤,٠٦٤,١٥٧	٢,٩٦٠,٨١٢,٩٧٥	٩,٦٧٩,٧٦١,٦٩٤	٥,٤٢٤,٤٣٠,٨٠٣	الإجمالي

٢-٧ الاحتياجات المالية الإضافية المطلوبة لتعزيز وتقوية الرعاية الصحية الأولية وتطوير خدماتها

١-٢-٧ المعايير القياسية المستخدمة في حساب الاحتياجات المالية الإضافية للعناصر المختلفة حسب تصنيف مراكز الرعاية الصحية الأولية.

١-٢-٧-١ القوي العاملة

- فئات المعيار

فئة القوي العاملة	المعدل المطلوب (موظف لكل مركز)
الأطباء	٤,٣٢
التمريض	٥,٧٦
المساعدين الصحيين	٩,٦

- الاحتياجات المالية الإضافية المطلوبة للقوي العاملة موزعة على خمس سنوات

الياب	البيان	السنة الأولى	السنة الثانية	السنة الثالثة	السنة الرابعة	السنة الخامسة	احتياجات الخمس سنوات
الأول	القوي العاملة بالمراكز القائمة (١٩٨٦ مركزاً)	١٦٥.٩١٥.٨٥٢	٢٠٢.٥١٤.٩٣٧	٢٠٢.٥١٤.٩٣٧	٧.٣١٩.٨١٧	٧.٣١٩.٨١٧	٥٨٥.٥٨٥.٣٦٠
	القوي العاملة بالمراكز الجديدة (٧٥٠ مركزاً)	.	٥٧٢.١٦٢.٩١٦	٥٧٢.١٦٢.٩١٦	٥٧٢.١٦٢.٩١٦	٥٧٢.١٦٢.٩١٦	٢.٢٨٨.٦٥١.٦٦٤
	الإجمالي	١٦٥.٩١٥.٨٥٢	٧٧٤.٦٧٧.٨٥٣	٧٧٤.٦٧٧.٨٥٣	٥٧٩.٤٨٢.٧٣٣	٥٧٩.٤٨٢.٧٣٣	٢.٨٧٤.٢٣٧.٠٢٤

تم احتساب الاحتياجات المالية الإضافية المطلوبة للقوي العاملة بالمراكز الجديدة (١٥٠ مركزاً) بدءاً من السنة الثانية بعد استكمال الإنشاء والتجهيز وفقاً لخطة الإنشاء.

٢-١-٢-٧ الصيانة الطبية

• المعايير (التكلفة للمركز الواحد حسب فئة المركز)

- م ١ إلى م ٧ ١٨٥٠٠٠ ريال / سنوياً
- ج ١٨٥٠٠٠ ريال / سنوياً
- أ / ب ١٣٢٠٠٠ ريال / سنوياً
- و ٩٠٠٠٠ ريال / سنوياً

• الاحتياجات المالية الإضافية المطلوبة للصيانة الطبية موزعة على خمس سنوات

الباب	البيان	السنة الأولى	السنة الثانية	السنة الثالثة	السنة الرابعة	السنة الخامسة	احتياجات الخمس سنوات
الثالث	تكاليف الصيانة الطبية بالمراكز الجديدة (١٩٨٦ مركزاً)	٢٧٥,٢١٥,٠٠٠	.	.	.	.	٢٧٥,٢١٥,٠٠٠
	تكاليف الصيانة الطبية بالمراكز الجديدة (٧٥٠ مركزاً)	.	٢٤,٨٠٢,٦٠٠	٢٤,٨٠٢,٦٠٠	٢٤,٨٠٢,٦٠٠	٢٤,٨٠٢,٦٠٠	٩٩,٢١٠,٤٠٠
	الإجمالي	٢٧٥,٢١٥,٠٠٠	٢٤,٨٠٢,٦٠٠	٢٤,٨٠٢,٦٠٠	٢٤,٨٠٢,٦٠٠	٢٤,٨٠٢,٦٠٠	٣٧٤,٤٢٥,٤٠٠

تم احتساب الاحتياجات المالية الإضافية المطلوبة للصيانة الطبية بالمراكز الجديدة (١٥٠ مركزاً) بدءاً من السنة الثانية بعد استكمال الإنشاء والتجهيز وفقاً لخطة الإنشاء.

٢-١-٢-٧ الصيانة غير الطبية والنظافة

- م ١/٢/٣/٤/٧ ٨٢٠٠٠٠ ريال سنوياً
- م ٥/٦ ٧١٥٠٠٠ ريال سنوياً
- ج ٥٢٥٠٠٠ ريال سنوياً
- ب ١ ٤٠٣٠٠٠ ريال سنوياً
- ب ٢ ٣٨٠٠٠٠ ريال سنوياً
- ب ٣ ٣٥٠٠٠٠ ريال سنوياً
- أ ٢٩٥٠٠٠ ريال سنوياً
- و ١٢٥٠٠٠ ريال سنوياً

• الاحتياجات المالية الإضافية المطلوبة للصيانة غير الطبية والنظافة موزعة على خمس سنوات

الباب	البيان	السنة الأولى	السنة الثانية	السنة الثالثة	السنة الرابعة	السنة الخامسة	احتياجات الخمس سنوات
الثالث	الصيانة غير الطبية والنظافة بالمراكز القائمة (١٩٨٦ مركزاً)	٧٧٤,٨٩٨,٠٠٠	.	.	.	.	٧٧٤,٨٩٨,٠٠٠
	الصيانة غير الطبية والنظافة بالمراكز الجديدة (٧٥٠ مركزاً)	.	٦٨,٦٦٩,٠٠٠	٦٨,٦٦٩,٠٠٠	٦٨,٦٦٩,٠٠٠	٦٨,٦٦٩,٠٠٠	٢٧٤,٦٧٦,٠٠٠
	الإجمالي	٧٧٤,٨٩٨,٠٠٠	٦٨,٦٦٩,٠٠٠	٦٨,٦٦٩,٠٠٠	٦٨,٦٦٩,٠٠٠	٦٨,٦٦٩,٠٠٠	١,٠٤٩,٥٧٤,٠٠٠

تم احتساب الاحتياجات المالية الإضافية المطلوبة للصيانة غير الطبية والنظافة بالمراكز الجديدة (١٥٠ مركزاً) بدءاً من السنة الثانية بعد استكمال الإنشاء والتجهيز وفقاً لخطة الإنشاء.

٧-٢-١-٤ التكاليف التشغيلية

١٢٠٠٠٠ ريال سنوياً	م ١/٢/٣/٤/٥/٦/٧
٩٥٠٠٠ ريال سنوياً	ج -
٧٠٠٠٠ ريال سنوياً	ب ١/٢/٣
٤٥٠٠٠ ريال سنوياً	أ -
٣٥٠٠٠ ريال سنوياً	و -

• الاحتياجات المالية الإضافية المطلوبة للتكاليف التشغيلية موزعة على خمس سنوات

الباب	البيان	السنة الأولى	السنة الثانية	السنة الثالثة	السنة الرابعة	السنة الخامسة	احتياجات الخمس سنوات
الثالث	التكاليف التشغيلية بالمراكز القائمة (١٩٨٦ مركزاً)	١٤٠٠,٢٦٠,٠٠٠	٠	٠	٠	٠	١٤٠٠,٢٦٠,٠٠٠
	التكاليف التشغيلية بالمراكز الجديدة (٧٥٠ مركزاً)	٠	١٢,٦٤١,٠٠٠	١٢,٦٤١,٠٠٠	١٢,٦٤١,٠٠٠	١٢,٦٤١,٠٠٠	٥٠,٥٦٤,٠٠٠
	الإجمالي	١٤٠٠,٢٦٠,٠٠٠	١٢,٦٤١,٠٠٠	١٢,٦٤١,٠٠٠	١٢,٦٤١,٠٠٠	١٢,٦٤١,٠٠٠	١٩٠,٨٢٤,٠٠٠

تم احتساب الاحتياجات المالية الإضافية المطلوبة للتكاليف التشغيلية بالمراكز الجديدة (١٥٠ مركزاً) بدءاً من السنة الثانية بعد استكمال الإنشاء والتجهيز وفقاً لخطة الإنشاء.

٥-١-٢-٧ برامج الرعاية الصحية الوقائية والعلاجية والتعزيزية

• المعيار

متوسط ١٥٠٠ ريال للموظف الذي يقوم بأداء خدمة الرعاية الصحية الوقائية والعلاجية والتعزيزية بالمراكز الصحية الأولية

الاحتياجات المالية السنوية	العدد	البيان
١٠,٧٨٦,٥٠٠	٣٥,٩٥٥	عدد الموجودين حسب الملاكات في شؤون الموظفين حالياً
٢٠,٠٥٣,٢٠٠	٦٦,٨٤٤	عدد المطلوبين علي أساس المعايير الموضوعه للقوي العاملة للمراكز القائمة بعد الدمج (١٩٨٦ مركزاً)
٨,٨١٤,٠٠٠	٢٩,٣٨٠	عدد المطلوبين علي أساس المعايير الموضوعه للقوي العاملة للمراكز الجديدة (٧٥٠ مركزاً)

- الاحتياجات المالية الإضافية المطلوبة لبرامج الرعاية الصحية الوقائية والعلاجية والتعزيزية موزعة علي خمس سنوات

الباب	البيان	السنة الأولى	السنة الثانية	السنة الثالثة	السنة الرابعة	السنة الخامسة	احتياجات الخمس سنوات
الثالث	برامج الرعاية الصحية للمراكز القائمة (١٩٨٦ مركزاً)	١٠,٧٨٦,٥٠٠	١٣,٨٧٥,٤٠٠	١٦,٩٦٤,٣٠٠	٢٠,٠٥٣,٢٠٠	٢٠,٠٥٣,٢٠٠	٨١,٧٣٢,٦٠٠
	برامج الرعاية الصحية للمراكز الجديدة (٧٥٠ مركزاً)	.	٨,٨١٤,٠٠٠	٨,٨١٤,٠٠٠	٨,٨١٤,٠٠٠	٨,٨١٤,٠٠٠	٣٥,٢٥٦,٠٠٠
	الإجمالي	١٠,٧٨٦,٥٠٠	٢٢,٦٨٩,٤٠٠	٢٥,٧٧٨,٣٠٠	٢٨,٨٦٧,٢٠٠	٢٨,٨٦٧,٢٠٠	١١٦,٩٨٨,٦٠٠

- تم احتساب الاحتياجات المالية الإضافية المطلوبة لبرامج الرعاية الصحية الوقائية والعلاجية والتعزيزية للمطلوبين علي أساس المعايير الموضوعية للقوي العاملة للمراكز القائمة (١٩٨٦ مركزاً) بدءاً من السنة الثانية.
- تم احتساب الاحتياجات المالية الإضافية المطلوبة للرعاية الصحية الوقائية والعلاجية والتعزيزية بالمراكز الجديدة (١٥٠ مركزاً) بدءاً من السنة الثانية بعد استكمال الإنشاء والتجهيز.
- الزيادة السنوية لبرامج الرعاية الصحية سيتم التكيف معها بارتفاع تدريجي من قبل الإدارة.

٦-١-٢-٧ برنامج المسح الصحي السكاني الاجتماعي

- م ١/٢/٣/٤/٥/٦/٧ ٤٠٠٠٠ ريال سنوياً
- ج ٤٠٠٠٠ ريال سنوياً
- ب ١ ٣٠٠٠٠ ريال سنوياً
- ب ٢ ٢٠٠٠٠ ريال سنوياً
- ب ٣/أ/و ١٥٠٠٠ ريال سنوياً

- الاحتياجات المالية الإضافية المطلوبة لبرامج المسح الصحي السكاني الموزعة على خمس سنوات

الباب	البيان	السنة الأولى	السنة الثانية	السنة الثالثة	السنة الرابعة	السنة الخامسة	احتياجات الخمس سنوات
الثالث	المسح الصحي السكاني الاجتماعي للمراكز القائمة (١٩٨٦ مركزاً)	٤٧,٢١٥,٠٠٠	.	.	.	.	٤٧,٢١٥,٠٠٠
	المسح الصحي السكاني الاجتماعي للمراكز الجديدة (٧٥٠ مركزاً)	.	.	.	.	.	.
	الإجمالي	٤٧,٢١٥,٠٠٠	.	.	.	.	٤٧,٢١٥,٠٠٠

تم احتساب الاحتياجات المالية الإضافية المطلوبة لبرامج المسح الصحي السكاني الاجتماعي في السنة الأولى. لأن بدء التشغيل للمراكز الجديدة سيبدأ من السنة الرابعة والبرنامج مرة واحدة كل خمس سنوات.

٧-٢-١-٧ الأراضي

- المعايير

- إجمالي الاحتياج من الأراضي ١١٤٩ قطعة أرض متوسط المساحات المطلوبة ٢٠٠٠ متر للقطعة و متوسط السعر للمتر ٩٠٠ ريال بتكلفة إجمالية ٢,٠٦٨,٢٠٠,٠٠٠ ريال.
- تم تغطية الاحتياجات المالية الكلية المطلوبة لأراضي المراكز القائمة (٣٩٩ مركزاً) وهو مبلغ ٧١٨,٢٠٠,٠٠٠ ريال من المعتمد حالياً وقدره ١,٠٠٠,٠٠٠,٠٠٠ ريال وهذا حقق فائضاً من الاعتماد قدره ٢٨١,٨٠٠,٠٠٠ ريال استخدم في تغطية جزء من تكلفة أراضي المراكز الجديدة الموزعة على خمس سنوات.

- الاحتياجات المالية الإضافية المطلوبة للأراضي موزعة على خمس سنوات

الباب	البيان	السنة الأولى	السنة الثانية	السنة الثالثة	السنة الرابعة	السنة الخامسة	احتياجات الخمس سنوات
الرابع	الأراضي	٢١٣,٦٤٠,٠٠٠	٢١٣,٦٤٠,٠٠٠	٢١٣,٦٤٠,٠٠٠	٢١٣,٦٤٠,٠٠٠	٢١٣,٦٤٠,٠٠٠	١,٠٦٨,٢٠٠,٠٠٠

تم احتساب الاحتياجات المالية الإضافية السنوية المطلوبة للأراضي بنسبة ٢٠٪ من الاحتياجات المالية عن الخمس سنوات.

٧-٢-١-٨ الإنشاء والتجهيز

• المعايير

- أ- تم تغطية تكلفة الإنشاء والتجهيز من فائض الميزانية لجميع المراكز الصحية القائمة وعددها ١٩٨٦ مركزاً.
ب- معيار تكلفة الإنشاء والتجهيز لعدد ٧٥٠ مركز جديد : المركز الصحي الواحد ٤٥٠٠٠٠٠٠ ريال.

• الاحتياجات المالية الإضافية المطلوبة للإنشاء والتجهيز موزعة على خمس سنوات

البيان	السنة الأولى	السنة الثانية	السنة الثالثة	السنة الرابعة	السنة الخامسة	احتياجات الخمس سنوات	الباب
الإنشاء والتجهيز للمراكز القائمة (١٩٨٦ مركزاً)	.	.	.	.	.	.	الرابع
الإنشاء والتجهيز للمراكز الجديدة (٧٥٠ مركزاً)	٢٢٥,٠٠٠,٠٠٠	٤٥٠,٠٠٠,٠٠٠	٦٧٥,٠٠٠,٠٠٠	٦٧٥,٠٠٠,٠٠٠	٦٧٥,٠٠٠,٠٠٠	٢,٧٠٠,٠٠٠,٠٠٠	
الإجمالي	٢٢٥,٠٠٠,٠٠٠	٤٥٠,٠٠٠,٠٠٠	٦٧٥,٠٠٠,٠٠٠	٦٧٥,٠٠٠,٠٠٠	٦٧٥,٠٠٠,٠٠٠	٢,٧٠٠,٠٠٠,٠٠٠	

تم احتساب الاحتياجات المالية الإضافية السنوية المطلوبة لتكلفة الإنشاء والتجهيز بالمراكز الجديدة (٧٥٠ مركزاً) علي أساس اعتماد إنشاء (١٥٠ مركزاً) جديداً سنوياً بدءاً من العام الأول علي أن يعتمد تشغيل هذه المراكز من العام الرابع، وهكذا ما يتم إنشاؤه في عام يتم تشغيله بعد مرور ثلاث أعوام من بدء الإنشاء.

٧-٢-١-٩ سيارات الخدمة والنقل

• المعايير

- م - ٥ ميكروباص / سيارة / ٣ سيارات خدمة
م - ٢ سيارة / ٣ سيارات خدمة
م - ١/٣/٤/٦/٧ سيارة / سيارات خدمة
أ - سيارات خدمة
و (بعيد) سيارات خدمة
ج/ب/١/ب/٢/٣ يتم خدمتهم من السيارات في المرجعية

- تكاليف سيارات النقل والخدمة
ميكروباص : ١٥٠٠٠ ريال
سيارة : ٧٠٠٠٠ ريال
سيارة خدمة : ٦٠٠٠٠ ريال

- الاحتياجات المالية الإضافية المطلوبة لسيارات النقل والخدمة موزعة علي خمس سنوات

الباب	البيان	السنة الأولى	السنة الثانية	السنة الثالثة	السنة الرابعة	السنة الخامسة	احتياجات الخمس سنوات
الرابع	سيارات الخدمة والنقل للمراكز القائمة (١٩٨٦ مركزاً)	١٥,٦٨٨,٠٠٠	١٥,٦٨٨,٠٠٠	١٥,٦٨٨,٠٠٠	١٥,٦٨٨,٠٠٠	١٥,٦٨٨,٠٠٠	٧٨,٤٤٠,٠٠٠
	سيارات الخدمة والنقل للمراكز الجديدة (٧٥٠ مركزاً)	٨٦٤,٠٠٠	٨٦٤,٠٠٠	٨٦٤,٠٠٠	٨٦٤,٠٠٠	٨٦٤,٠٠٠	٤,٣٢٠,٠٠٠
	الإجمالي	١٦,٥٥٢,٠٠٠	١٦,٥٥٢,٠٠٠	١٦,٥٥٢,٠٠٠	١٦,٥٥٢,٠٠٠	١٦,٥٥٢,٠٠٠	٨٢,٧٦٠,٠٠٠

تم احتساب الاحتياجات المالية الإضافية السنوية المطلوبة لسيارات النقل والخدمة علي أساس ٢٠٪ من الاحتياجات الكلية لخطة الإنشاء.

٧-٢-٢ الاحتياجات المالية الإضافية المطلوبة لتعزيز وتقوية الرعاية الصحية الأولية موزعة
علي خمس سنوات :

احتياجات الخمس سنوات	السنة الخامسة	السنة الرابعة	السنة الثالثة	السنة الثانية	السنة الأولى	البيان	الباب
٥٨٥,٥٨٥,٣٦٠	٧,٣١٩,٨١٧	٧,٣١٩,٨١٧	٢٠٢,٥١٤,٩٣٧	٢٠٢,٥١٤,٩٣٧	١٦٥,٩١٥,٨٥٢	القوي العاملة بالمراكز القائمة (١٩٨٦ مركزاً)	الأول
٢,٢٨٨,٦٥١,٦٦٤	٥٧٢,١٦٢,٩١٦	٥٧٢,١٦٢,٩١٦	٥٧٢,١٦٢,٩١٦	٥٧٢,١٦٢,٩١٦	.	القوي العاملة بالمراكز الجديدة (٧٥٠ مركزاً)	الأول
٢,٨٧٤,٣٣٧,٠٢٤	٥٧٩,٤٨٢,٧٣٣	٥٧٩,٤٨٢,٧٣٣	٧٧٤,٦٧٧,٨٥٣	٧٧٤,٦٧٧,٨٥٣	١٦٥,٩١٥,٨٥٢	إجمالي الباب الأول	
١٤٠,٣٦٠,٠٠٠	.	.	.	.	١٤٠,٣٦٠,٠٠٠	التكاليف التشغيلية بالمراكز القائمة (١٩٨٦ مركزاً)	الثاني
٥٠,٥٦٤,٠٠٠	١٢,٦٤١,٠٠٠	١٢,٦٤١,٠٠٠	١٢,٦٤١,٠٠٠	١٢,٦٤١,٠٠٠	.	التكاليف التشغيلية بالمراكز الجديدة (٧٥٠ مركزاً)	الثاني
١٩٠,٨٢٤,٠٠٠	١٢,٦٤١,٠٠٠	١٢,٦٤١,٠٠٠	١٢,٦٤١,٠٠٠	١٢,٦٤١,٠٠٠	١٤٠,٣٦٠,٠٠٠	إجمالي الباب الثاني	
٣٧٥,٣١٥,٠٠٠	.	.	.	.	٣٧٥,٣١٥,٠٠٠	تكاليف الصيانة الطبية بالمراكز القائمة (١٩٨٦ مركزاً)	الثالث
٩٩,٣١٠,٤٠٠	٢٤,٨٠٢,٦٠٠	٢٤,٨٠٢,٦٠٠	٢٤,٨٠٢,٦٠٠	٢٤,٨٠٢,٦٠٠	.	تكاليف الصيانة الطبية بالمراكز القائمة (٧٥٠ مركزاً)	الثالث
٣٧٤,٤٢٥,٤٠٠	٢٤,٨٠٢,٦٠٠	٢٤,٨٠٢,٦٠٠	٢٤,٨٠٢,٦٠٠	٢٤,٨٠٢,٦٠٠	٣٧٥,٣١٥,٠٠٠	الإجمالي	
٧٧٤,٨٩٨,٠٠٠	.	.	.	.	٧٧٤,٨٩٨,٠٠٠	الصيانة الغير طبية والنظافة بالمراكز القائمة (١٩٨٦ مركزاً)	الثالث
٣٧٤,٦٧٦,٠٠٠	٦٨,٦٦٩,٠٠٠	٦٨,٦٦٩,٠٠٠	٦٨,٦٦٩,٠٠٠	٦٨,٦٦٩,٠٠٠	.	الصيانة الغير طبية والنظافة بالمراكز الجديدة (٧٥٠ مركزاً)	الثالث
١,٠٤٩,٥٧٤,٠٠٠	٦٨,٦٦٩,٠٠٠	٦٨,٦٦٩,٠٠٠	٦٨,٦٦٩,٠٠٠	٦٨,٦٦٩,٠٠٠	٧٧٤,٨٩٨,٠٠٠	الإجمالي	

الباب	البيان	السنة الأولى	السنة الثانية	السنة الثالثة	السنة الرابعة	السنة الخامسة	احتياجات الخمس سنوات
الثالث	برامج الرعاية الصحية للمراكز القائمة (١٩٨٦ مركزاً)	١٠,٧٨٦,٥٠٠	١٣,٨٧٥,٤٠٠	١٦,٩٦٤,٣٠٠	٢٠,٠٥٣,٢٠٠	٢٠,٠٥٣,٢٠٠	٨١,٧٣٢,٦٠٠
	برامج الرعاية الصحية للمراكز الجديدة (٧٥٠ مركزاً)	٠	٨,٨١٤,٠٠٠	٨,٨١٤,٠٠٠	٨,٨١٤,٠٠٠	٨,٨١٤,٠٠٠	٢٥,٢٥٦,٠٠٠
الثالث	الإجمالي	١٠,٧٨٦,٥٠٠	٢٢,٦٨٩,٤٠٠	٢٥,٧٧٨,٣٠٠	٢٨,٨٦٧,٢٠٠	٢٨,٨٦٧,٢٠٠	١١٦,٩٨٨,٦٠٠
	المسح الصحي السكاني الاجتماعي للمراكز القائمة (١٩٨٦ مركزاً)	٤٧,٢١٥,٠٠٠	٠	٠	٠	٠	٤٧,٢١٥,٠٠٠
الثالث	المسح الصحي السكاني الاجتماعي للمراكز الجديدة (٧٥٠ مركزاً)	٠	٠	٠	٠	٠	٠
	الإجمالي	٤٧,٢١٥,٠٠٠	٠	٠	٠	٠	٤٧,٢١٥,٠٠٠
الرابع	أجمالي الباب الثالث	١,١٠٨,١١٤,٥٠٠	١١٦,١٦١,٠٠٠	١١٩,٢٤٩,٩٠٠	١٢٢,٣٣٨,٨٠٠	١٢٢,٣٣٨,٨٠٠	١,٥٨٨,٢٠٣,٠٠٠
	الأراضي بالمراكز القائمة	٠	٠	٠	٠	٠	٠
الرابع	الأراضي بالمراكز الجديدة	٢١٣,٦٤٠,٠٠٠	٢١٣,٦٤٠,٠٠٠	٢١٣,٦٤٠,٠٠٠	٢١٣,٦٤٠,٠٠٠	٢١٣,٦٤٠,٠٠٠	١,٠٦٨,٣٠٠,٠٠٠
	الإجمالي	٢١٣,٦٤٠,٠٠٠	٢١٣,٦٤٠,٠٠٠	٢١٣,٦٤٠,٠٠٠	٢١٣,٦٤٠,٠٠٠	٢١٣,٦٤٠,٠٠٠	١,٠٦٨,٣٠٠,٠٠٠
الرابع	الإنتشاء والتجهيز للمراكز القائمة ١٩٨٦ مركز	٠	٠	٠	٠	٠	٠
	الإنتشاء والتجهيز للمراكز الجديدة ٧٥٠ مركز	٢٢٥,٠٠٠,٠٠٠	٤٥٠,٠٠٠,٠٠٠	٢٧٥,٠٠٠,٠٠٠	٢٧٥,٠٠٠,٠٠٠	٢٧٥,٠٠٠,٠٠٠	٢,٠٧٠,٠٠٠,٠٠٠
الرابع	الإجمالي	٢٢٥,٠٠٠,٠٠٠	٤٥٠,٠٠٠,٠٠٠	٢٧٥,٠٠٠,٠٠٠	٢٧٥,٠٠٠,٠٠٠	٢٧٥,٠٠٠,٠٠٠	٢,٠٧٠,٠٠٠,٠٠٠

احتياجات الخصم سنوات	السنة الخامسة	السنة الرابعة	السنة الثالثة	السنة الثانية	السنة الأولى	البيان	الباب
٧٨,٤٤٠,٠٠٠	١٥,٦٨٨,٠٠٠	١٥,٦٨٨,٠٠٠	١٥,٦٨٨,٠٠٠	١٥,٦٨٨,٠٠٠	١٥,٦٨٨,٠٠٠	سيارات الخدمة و النقل للمراكز القائمة ١٩٨٦ مركز	الرابع
٤,٣٣٠,٠٠٠	٨٦٤,٠٠٠	٨٦٤,٠٠٠	٨٦٤,٠٠٠	٨٦٤,٠٠٠	٨٦٤,٠٠٠	سيارات الخدمة و النقل للمراكز الجديدة ٧٥٠ مركز	
٨٢,٧٦٠,٠٠٠	١٦,٥٥٢,٠٠٠	١٦,٥٥٢,٠٠٠	١٦,٥٥٢,٠٠٠	١٦,٥٥٢,٠٠٠	١٦,٥٥٢,٠٠٠	الإجمالي	
٣,٨٥٠,٩٦٠,٠٠٠	٩٠٥,١٩٢,٠٠٠	٩٠٥,١٩٢,٠٠٠	٩٠٥,١٩٢,٠٠٠	٩٠٥,١٩٢,٠٠٠	٤٥٥,١٩٢,٠٠٠	أجمالي الباب الرابع	
٨,٥٠٤,٣٢٤,٠٢٤	١,٦١٩,٦٥٤,٥٣٣	١,٦١٩,٦٥٤,٥٣٣	١,٨١١,٧٦٠,٧٥٣	١,٥٨٣,٦٧١,٨٥٣	١,٨٦٩,٤٨٢,٣٥٢	الإجمالي لجميع الأبواب	

٣-٢-٧ الاحتياجات المالية الإضافية المطلوبة للرعاية الصحية السنة الأولى:

السنة الأولى	البيان	الباب
١٦٥.٩١٥.٨٥٢	القوي العاملة بالمراكز القائمة (١٩٨٦ مركزاً)	الأول
٠	القوي العاملة بالمراكز الجديدة (٧٥٠ مركزاً)	
١٦٥.٩١٥.٨٥٢	إجمالي الباب الأول	
١٤٠.٢٦٠.٠٠٠	التكاليف التشغيلية بالمراكز القائمة (١٩٨٦ مركزاً)	الثاني
٠	التكاليف التشغيلية بالمراكز الجديدة (٧٥٠ مركزاً)	
١٤٠.٢٦٠.٠٠٠	إجمالي الباب الثاني	
٢٧٥.٢١٥.٠٠٠	تكاليف الصيانة الطبية بالمراكز القائمة (١٩٨٦ مركزاً)	الثالث
٠	تكاليف الصيانة الطبية بالمراكز القائمة (٧٥٠ مركزاً)	
٢٧٥.٢١٥.٠٠٠	الإجمالي	
٧٧٤.٨٩٨.٠٠٠	الصيانة الغير طبية والنظافة بالمراكز القائمة (١٩٨٦ مركزاً)	الثالث
٠	الصيانة الغير طبية والنظافة بالمراكز الجديدة (٧٥٠ مركزاً)	
٧٧٤.٨٩٨.٠٠٠	الإجمالي	
١٠.٧٨٦.٥٠٠	برامج الرعاية الصحية للمراكز القائمة (١٩٨٦ مركزاً)	الثالث
٠	برامج الرعاية الصحية للمراكز الجديدة (٧٥٠ مركزاً)	
١٠.٧٨٦.٥٠٠	الإجمالي	
٤٧.٢١٥.٠٠٠	المسح الصحي السكاني الاجتماعي للمراكز القائمة (١٩٨٦ مركزاً)	الثالث
٠	المسح الصحي السكاني الاجتماعي للمراكز الجديدة (٧٥٠ مركزاً)	
٤٧.٢١٥.٠٠٠	الإجمالي	
١.١٠٨.١١٤.٥٠٠	إجمالي الباب الثالث	
٠	الأراضي بالمراكز القائمة	الرابع
٢١٣.٦٤٠.٠٠٠	الأراضي بالمراكز الجديدة	
٢١٣.٦٤٠.٠٠٠	الإجمالي	
٠	الإنشاء والتجهيز للمراكز القائمة ١٩٨٦ مركز	الرابع
٢٢٥.٠٠٠.٠٠٠	الإنشاء والتجهيز للمراكز الجديدة ٧٥٠ مركز	
٢٢٥.٠٠٠.٠٠٠	الإجمالي	
١٥.٦٨٨.٠٠٠	سيارات الخدمة والنقل للمراكز القائمة ١٩٨٦ مركز	الرابع
٨٦٤.٠٠٠	سيارات الخدمة والنقل للمراكز الجديدة ٧٥٠ مركز	
١٦.٥٥٢.٠٠٠	الإجمالي	
٤٥٥.١٩٢.٠٠٠	إجمالي الباب الرابع	

الباب	البيان	السنة الأولى
	الإجمالي لجميع الأبواب	١,٨٦٩,٤٨٢,٣٥٢

٣-٧ الاحتياجات المالية الإضافية المطلوبة لتطوير وإعادة هيكلة المستشفيات

١-٣-٧ المعايير القياسية المستخدمة في التطبيق في المستشفيات العامة والمركزية والطرفية:

١-٣-٧-١ القوي العاملة

- المعايير القياسية المقترحة للقوي العاملة بمستشفيات وزارة الصحة ١٤٣٠/١٤٣١هـ.
 - المعدل العام للأطباء : ٧,٠ لكل سرير.
 - المعدل العام للمريض : ٤,١ لكل سرير.
 - المعدل العام للفئات الطبية المساعدة : من (٦١,١ - ١٢,٣) لكل سرير حسب الفئة.

- الاحتياجات المالية الإضافية المطلوبة للقوي العاملة بالمستشفيات العامة والمركزية والطرفية موزعة علي خمس سنوات

الباب	البيان	السنة الأولى	السنة الثانية	السنة الثالثة	السنة الرابعة	السنة الخامسة	الاجمالي
الأول	الرواتب والبدلات والأجور	١,٦٠٦,٩٤٦,٠٨٠	٢,٧٢٧,٨٣٠,١١٠	٢,٧٢٧,٨٣٠,١١٠	٨٣٧,٣٠٥,٣١٠	٨٣٧,٣٠٥,٣١٠	٨,٧٣٧,٢١٦,٩٢٠
إجمالي الباب الأول		١,٦٠٦,٩٤٦,٠٨٠	٢,٧٢٧,٨٣٠,١١٠	٢,٧٢٧,٨٣٠,١١٠	٨٣٧,٣٠٥,٣١٠	٨٣٧,٣٠٥,٣١٠	٨,٧٣٧,٢١٦,٩٢٠

تم احتساب وتوزيع الاحتياجات المالية الإضافية المطلوبة للقوي العاملة بالمستشفيات العامة والمركزية والطرفية القائمة علي السنوات وفقاً لاحتياجات المستشفيات من القوي العاملة بالمعيار وخطة إنشاء المستشفيات وإعادة الهيكلة.

٢-١-٣-٧ التغذية

- المعيار:

يتم تحديد الاحتياج وفقاً للمعادلة التالية
عدد الأسرة X ٣١٥ X يوم X ٥١ ريال لوجيات اليوم الواحد

- الاحتياجات المالية الإضافية المطلوبة للتغطية موزعة على خمس سنوات

السنة الخامسة	السنة الرابعة	السنة الثالثة	السنة الثانية	السنة الأولى	المنصات التشغيلية	الباب
٩٣,٠٧٥,٠٠٠	٩٣,٠٧٥,٠٠٠	٩٣,٠٧٥,٠٠٠	٩٣,٠٧٥,٠٠٠	١٤٥,٦٨٠,٠٠٠	الإعاشة	الثاني
٩٣,٠٧٥,٠٠٠	٩٣,٠٧٥,٠٠٠	٩٣,٠٧٥,٠٠٠	٩٣,٠٧٥,٠٠٠	١٤٥,٦٨٠,٠٠٠		إجمالي الباب الثاني

تم احتساب الاحتياجات المالية الإضافية السنوية المطلوبة للتغطية وفقاً للزيادة في عدد الأسرة المتوقع تشغيلها وفقاً للاحتياجات المستقبلية كما جاء بالمعيار وخطة الإنشاء.

٢-٣-٧ التشغيل الذاتي

- المعايير

تكلفة السرير الواحد	نوع التشغيل	نوع المستشفى
٥٠٠,٠٠٠	ذاتي	عام
٧٥٠,٠٠٠	ذاتي	مركزي
٢٥٠,٠٠٠	أول / ذاتي	عام
٣٧٥,٠٠٠	أول / ذاتي	مركزي

• الاحتياجات المالية الإضافية المطلوبة للتشغيل الذاتي موزعة على خمس سنوات

الباب	البيان	السنة الأولى	السنة الثانية	السنة الثالثة	السنة الرابعة	السنة الخامسة	الإجمالي
الثالث	التشغيل الطبي الذاتي	٢,٧٦٩,٥٥١,٠٠٠	١,٦٧٩,٨٧٦,٧٥٠	١,٢١٩,٨٧٦,٧٥٠	١,٢١٩,٨٧٦,٧٥٠	٢,٣٦٨,٦٢٦,٧٥٠	٩,٢٥٧,٨٠٨,٠٠٠

تم احتساب الاحتياجات المالية الإضافية المطلوبة للتشغيل الذاتي موزعة على خمس سنوات وفقاً لاحتياجات المستشفيات كما جاء بالمعيار.

٧-٣-٤ الصيانة والنظافة

• المعايير

يتم حسابها اعتماداً على المساحات الداخلية والخارجية لفئات المستشفيات حسب عدد الأسرة (١٠٠-١٥٠-١٥٠ الخ) والتي على أساسها يتم تحديد التالي :

- أ- عدد الوظائف الهندسية والفنية لكل فئة سريرية حسب الأنظمة والأجهزة الموجودة في كل مستشفى من واقع المخططات الالكتروميكانيكية.
- ب- قيم بند قطع الغيار حسب الأنظمة الموجودة في كل فئة سريرية.
- ج- تم تسعير كامل البند بناءً على الأسعار السائدة في السوق من واقع فتح المظاريف لعدة منافسات.

• الاحتياجات المالية الإضافية للصيانة والنظافة موزعة على خمس سنوات

الباب	البيان	السنة الأولى	السنة الثانية	السنة الثالثة	السنة الرابعة	السنة الخامسة	الإجمالي
الثالث	الصيانة والنظافة	٤٩٧,٨٦٤,٥٥٥	١٦٨,٨٩٥,٣٥٥	١٦٨,٨٩٥,٣٥٥	١٦٨,٨٩٥,٣٥٥	١٣٦,٤٩٢,٣٠١	١,١٣١,٠٤٢,٨٢١

تم احتساب الاحتياجات المالية الإضافية المطلوبة للصيانة والنظافة موزعة على خمس سنوات وفقاً لاحتياجات المستشفيات كما جاء بالمعيار.

٧-٣-١-٥ إحلال الأجهزة الطبية وغير الطبية والطب الوقائي

تم احتساب الاحتياجات المالية الإضافية المطلوبة لإحلال الأجهزة الطبية وغير الطبية والطب الوقائي كبنود مركزية علي مستوى الوزارة ووزعت علي السنوات المالية بالتساوي. حيث حملت كل سنة بمبلغ ٣٠٠,٠٠٠,٠٠٠ ريال لإحلال الأجهزة الطبية وغير الطبية و٦٠,٠٠٠,٠٠٠ ريال للطب الوقائي.

٧-٣-١-٦ الإنشاء والتجهيز

• معايير تكاليف الإنشاء

تم احتساب إجمالي تكلفة الإنشاء للمستشفى من منظور تكلفة إنشاء السرير. مستشفيات عامة :

من ٧٠٠ ألف ريال إلى مليون ونصف المليون ريال لكل سرير حسب السعة السريرية لكل مستشفى . مستشفيات الصحة النفسية والنقاهة والتأهيل :

تتراوح تكلفة إنشاء السرير من ٦٦٠ ألف ريال إلى مليون حسب السعة السريرية لكل مستشفى. الأبراج الطبية :

من ٤٧٥ ألف ريال إلى ٨٠٠ ألف ريال حسب السعة السريرية لكل برج.

• معايير تكاليف التجهيزات

يتم احتساب إجمالي تكلفة تجهيز وتأثيث المستشفى والسكن من منظور تكلفة وتأثيث وتجهيز السرير وعدد الوحدات السكنية :

مستشفيات عامة :

تتراوح تكلفة تأثيث وتجهيز المستشفى والسكن من ٤٧٥ ألف ريال إلى مليون ريال لكل سرير.

مستشفيات الصحة النفسية والنقاهة والتأهيل :

تتراوح تكلفة تأثيث وتجهيز المستشفى والسكن من ٣٢٠ ألف ريال إلى ٦٠٠ ألف ريال لكل سرير.

الأبراج الطبية :

تتراوح تكلفة تأثيث وتجهيز البرج الطبي مع السكن من ٢٩٦ ألف ريال إلى ٦٥٠ ألف ريال لكل سرير.

• معايير السكن

تعتمد حاجة الإسكان بالمستشفيات على القوى العاملة وموقع المستشفى داخل أو خارج المدن الرئيسية، وتم حساب الإسكان حسب الفئات التالية :

أ- سكن العازبات والعزاب :

فئة التمريض ١٠٠٪ من العدد الكلي للتمريض .

فئة الفنيين والصيادلة ٨٠٪ من العدد الكلي للفنيين والصيادلة.

ب- سكن العوائل :

المتق ١٠٠٪ من الأطباء.

القل ١٠٠٪ من الأطباء.

- الاحتياجات المالية الإضافية المطلوبة للإحلال بالمستشفيات موزعة على خمس سنوات

الباب	البيان	السنة الأولى	السنة الثانية	السنة الثالثة	السنة الرابعة	السنة الخامسة	الإجمالي
الرابع	البنية التحتية	٤٨١,٤٠٠,٠٠٠	٤٨١,٤٠٠,٠٠٠	٤٨١,٤٠٠,٠٠٠	٤٨١,٤٠٠,٠٠٠	٤٨١,٤٠٠,٠٠٠	٢,٤٠٧,٠٠٠,٠٠٠

تم احتساب الاحتياجات المالية الإضافية المطلوبة للإحلال بالمستشفيات موزعة على خمس سنوات بنسبة ٢٠٪ من إجمالي الاحتياجات الكلية للخمس سنوات.

- الاحتياجات المالية الإضافية المطلوبة للإ إنشاء والتجهيز بالمستشفيات وفقاً لخطة إنشاء المستشفيات الجديدة ومراكز طب الأسنان والمختبرات وبنوك الدم ومراكز السموم

الباب	البيان	السنة الأولى	السنة الثانية	السنة الثالثة	السنة الرابعة	السنة الخامسة	الإجمالي
الرابع	الإشاء والتجهيز	٢,٤٧٧,٨٠٠,٠٠٠	١,٢٢٨,٠٠٠,٠٠٠	١,٢٢٢,٠٠٠,٠٠٠	٣١٠,٠٠٠,٠٠٠	٠	٦,٤٨٥,٨٠٠,٠٠٠

تم احتساب الاحتياجات المالية الإضافية المطلوبة للإ إنشاء والتجهيزات وفقاً لخطة إنشاء المستشفيات الجديدة ومراكز طب الأسنان والمختبرات وبنوك الدم ومراكز السموم خلال سنوات الخطة التاسعة ١٤٢١/١٤٢٦ هـ. وقد أُضيف لتقديرات الوزارة احتياجات مستشفى الجامعة وينبع وغيرها لتحقيق المتطابق بين تقديرات الوزارة وتقديرات خطة الإشاء للمستشفيات الجديدة.

٧-٣-٢ الأحياء المائية الإضافية للمستشفيات المركزية والعامة والطرفية موزعة على خمس سنوات

البيان	السنة الأولى	السنة الثانية	السنة الثالثة	السنة الرابعة	السنة الخامسة	الإجمالي
الأول	١,٦٠٦,٩٤٦,٠٨٠	٢,٧٧٧,٨٣٠,١١٠	٢,٧٧٧,٨٣٠,١١٠	٨٣٧,٣٠٥,٣١٠	٨٣٧,٣٠٥,٣١٠	٨,٧٧٧,٢١٦,٩٢٠
أجمالي الباب الأول	١,٦٠٦,٩٤٦,٠٨٠	٢,٧٧٧,٨٣٠,١١٠	٢,٧٧٧,٨٣٠,١١٠	٨٣٧,٣٠٥,٣١٠	٨٣٧,٣٠٥,٣١٠	٨,٧٧٧,٢١٦,٩٢٠
الثاني	١٤٥,٦٨٠,٠٠٠	٩٣,٠٧٥,٠٠٠	٩٣,٠٧٥,٠٠٠	٩٣,٠٧٥,٠٠٠	٩٣,٠٧٥,٠٠٠	٥١٧,٩٨٠,٠٠٠
التمنعات التشغيلية						
الإعاقه	١٤٥,٦٨٠,٠٠٠	٩٣,٠٧٥,٠٠٠	٩٣,٠٧٥,٠٠٠	٩٣,٠٧٥,٠٠٠	٩٣,٠٧٥,٠٠٠	٥١٧,٩٨٠,٠٠٠
أجمالي الباب الثاني	١٤٥,٦٨٠,٠٠٠	٩٣,٠٧٥,٠٠٠	٩٣,٠٧٥,٠٠٠	٩٣,٠٧٥,٠٠٠	٩٣,٠٧٥,٠٠٠	٥١٧,٩٨٠,٠٠٠
برامج عقود التشغيل والصيانة والنظافة						
الثالث	٢,٧٦٩,٥٥١,٠٠٠	١,٦٧٨,٨٧٦,٧٥٠	١,٢١٩,٨٧٦,٧٥٠	١,٢١٩,٨٧٦,٧٥٠	٢,٣٦٨,٦٣٦,٧٥٠	٩,٢٥٧,٨٠٨,٠٠٠
التشغيل الطبي الذاتي						
الصيانة والنظافة	٤٩٧,٨٦٤,٥٥٥	١,٦٧٨,٨٩٥,٣٥٥	١,٦٧٨,٨٩٥,٣٥٥	١,٦٧٨,٨٩٥,٣٥٥	١,٢٦١,٤٩٢,٣٠١	١,١٣١,٠٤٢,٨٣١
أحلال الأجهزة الطبية وغير الطبية	٣٠٠,٠٠٠,٠٠٠	٠	٠	٠	٠	٣٠٠,٠٠٠,٠٠٠
الطب الوقائي	٦٠,٠٠٠,٠٠٠	٠	٠	٠	٠	٦٠,٠٠٠,٠٠٠
أجمالي الباب الثالث	٣,٦٦٧,٤١٥,٥٥٥	١,٨٤٨,٧٧٢,١٠٥	١,٣٨٨,٧٧٢,١٠٥	١,٣٨٨,٧٧٢,١٠٥	٢,٤٩٥,١١٨,٩٥١	١٠,٧٤٨,٨٥٠,٨٢١
المشاريع						
الإحلال	٤٨١,٤٠٠,٠٠٠	٤٨١,٤٠٠,٠٠٠	٤٨١,٤٠٠,٠٠٠	٤٨١,٤٠٠,٠٠٠	٤٨١,٤٠٠,٠٠٠	٢,٤٠٧,٠٠٠,٠٠٠
الإششاء والتجهيز	٣,٤٧٧,٨٠٠,٠٠٠	١,٣٣٨,٠٠٠,٠٠٠	١,٣٣٨,٠٠٠,٠٠٠	١,٣٣٨,٠٠٠,٠٠٠	٠	٦,٤٨٥,٨٠٠,٠٠٠
أجمالي الباب الرابع	٣,٩٥٩,٢٠٠,٠٠٠	١,٨٠٩,٤٠٠,٠٠٠	١,٨٠٩,٤٠٠,٠٠٠	١,٨٠٩,٤٠٠,٠٠٠	٤٨١,٤٠٠,٠٠٠	٨,٨٩٢,٨٠٠,٠٠٠
الإجمالي	٩,٢٣٩,٢٤١,٦٣٥	٦,٤٧٩,٠٧٧,٢١٥	٦,٠١١,٠٧٧,٢١٥	٣,١٦٠,٥٥٣,٤١٥	٣,٩٠٦,٨٩٩,٣٦١	٣٨,٨٩٦,٨٤٧,٧٤١

٤-٧ الاحتياجات المالية الإضافية المطلوبة لتطوير وإعادة هيكلة المستشفيات بمستوياتها المختلفة

٣-٣-٧ الاحتياجات المالية الإضافية المطلوبة للمستشفيات المركزية والعامه والطرفية عن السنة الأولى :

السنة الأولى	البيان	الباب
١.٦٠٦.٩٤٦.٠٨٠	الرواتب و البدلات والأجور	الأول
١.٦٠٦.٩٤٦.٠٨٠	إجمالي الباب الأول	
	النفقات التشغيلية	الثاني
١٤٥.٦٨٠.٠٠٠	التغذية	
١٤٥.٦٨٠.٠٠٠	إجمالي الباب الثاني	
	برامج وعقود التشغيل والصيانة والنظافة	الثالث
٢.٧٦٩.٥٥١.٠٠٠	التشغيل الطبي الذاتي	
٤٩٧.٨٦٤.٥٥٥	الصيانة والنظافة	
٣٠٠.٠٠٠.٠٠٠	إحلال الأجهزة الطبية وغير الطبية	
٦٠.٠٠٠.٠٠٠	الطب الوقائي	
٣.٦٢٧.٤١٥.٥٥٥	إجمالي الباب الثالث	
	المشاريع	الرابع
٤٨١.٤٠٠.٠٠٠	الإحلال	
٣.٤٧٧.٨٠٠.٠٠٠	الإنشاء والتجهيز	
٣.٩٥٩.٢٠٠.٠٠٠	إجمالي الباب الرابع	
٩.٣٣٩.٢٤١.٦٣٥	لجميع الأبواب	الإجمالي

٧-٣-٤ المعايير القياسية المستخدمة في التطبيق في المدن الطبية (المستشفيات المرجعية)

• تم تحديد الاحتياجات المالية الكلية المطلوبة لعناصر الباب الثالث بكل نطاق جغرافي وفقاً للمعادلات التالية:

١. تكلفة السنة الأولى = تكلفة الوضع الحالي = عدد الأسرة × تكلفة السرير. بافتراض أن تلك السنة تحمل

بالاحتياجات المالية للتوسعة السريرية وبالتالي لا توجد احتياجات تشغيلية.

٢. تكلفة السنة الثانية = تكلفة الوضع الحالي مع كامل التشغيل لجميع الأسرة = عدد الأسرة × تكلفة

السرير.

٣. تكلفة السنة الثالثة والسنة الرابعة = تكلفة الوضع الحالي بكامل التشغيل مع الإضافة = عدد الأسرة ×

تكلفة السرير.

٤. تكلفة السنة الخامسة = تكلفة الوضع المقترح وفقاً للمعايير المستهدفة بعد إنشاء وتجهيز الوحدات

الجديدة = عدد الأسرة × تكلفة السرير.

٥. الاحتياجات المالية الإضافية السنوية المطلوبة = تكلفة الوضع المتوقع وفقاً للمعايير المستهدفة يطرح منها

تكلفة الوضع الحالي.

٦. الاحتياجات المالية التشغيلية الإضافية المطلوبة للمدينتين الطبيتين بالنطاق الشمالي والنطاق الجنوبي سيتم

احتسابها اعتباراً من عام ٢٠١٦م (١٤٢٧هـ) لبدء اعتماد الإنشاء والتجهيز في عام ٢٠١٣م (١٤٣٤هـ).

٧. تم تغطية الاحتياجات المالية الإضافية المطلوبة لعناصر الباب الثالث بكل نطاق جغرافي وفقاً للمعايير

التالية :

أ - السنة الأولى تضمنت الاعتمادات المالية المتاحة حالياً لتشغيل كافة المنشآت الموجودة بالمدن الطبية

الثلاث وبالتالي لا توجد احتياجات مالية إضافية في السنة الأولى.

ب- السنة الثانية تضمنت الاعتمادات المالية المطلوبة لتشغيل كافة المنشآت الموجودة حالياً بالمدن الطبية

الثلاثة بكامل طاقتها. والفرق بين اعتمادات السنة الأولى واعتمادات السنة الثانية هو الاحتياجات

الإضافية المطلوبة للسنة الثانية للوصول إلى كامل التشغيل الحالي.

ج- السنة الثالثة تضمنت الاعتمادات المالية المطلوبة لاستكمال تشغيل المنشآت المطلوب إضافتها للمدن

الطبية الثلاث. والفرق بين اعتمادات السنة الثالثة واعتمادات السنة الثانية هو الاحتياجات الإضافية

المطلوبة للسنة الثالثة للوصول إلى كامل التشغيل الحالي بعد الإضافة. واعتمادات السنة الرابعة

هي نفس اعتمادات السنة الثالثة لأن ما يتم اعتماد إنشاؤه السنة الثانية يفترض بدء تشغيله السنة

الخامسة.

د- السنة الخامسة تضمنت الاعتمادات المالية المطلوبة للوصول إلى الحد الأقصى للطاقة التشغيلية

بعد اكتمال كافة الإنشاءات والتجهيزات بالمدن الطبية الثلاث التي اعتمد إنشاؤها وتجهيزها السنة

الثانية بخطة إنشاء المستشفيات ... والفرق بين اعتمادات السنة الخامسة واعتمادات السنة الرابعة

هو الاحتياجات الإضافية المطلوبة للسنة الخامسة للوصول إلى كامل التشغيل المقترح كما يلي ذكره.

٧-٣-٤-١ التشغيل الطبي

٧-٣-٤-١-١ تحديد الأسرة المطلوبة:

تم الاعتماد عند تحديد الأسرة المطلوبة على الخطة الإستراتيجية لوزارة الصحة والتي تهدف إلى ثلاثة أسرة لكل ١٠٠٠ مواطن وبالنظر إلى أن الأمراض المستعصية المعقدة تشكل ٢٠٪ من الأمراض، لذا تم تخصيص ٦,٠ سريراً زيادة لكل ١٠٠٠ من المواطنين.

النطاق الجغرافي	نسبة تقديم الخدمة من قبل وزارة الصحة	عدد الأسرة لكل ١٠٠٠	عدد الأسرة المطلوبة
الأول	٦٠٪	٠,٣٦	١٨١٤
الثاني	٦٠٪	٠,٣٦	١٨٤٢
الثالث	٧٥٪	٠,٤٥	١٢٥٥
الرابع	٨٥٪	٠,٥١	٩٠٣
الخامس	٨٥٪	٠,٥١	١٧٣٢

- × النطاق الجغرافي الأول: الرياض والقصيم.
- × النطاق الجغرافي الثاني: مكة المكرمة والمدينة المنورة.
- × النطاق الجغرافي الثالث: المنطقة الشرقية.
- × النطاق الجغرافي الرابع: تبوك / حائل / عرعر / الجوف.
- × النطاق الجغرافي الخامس: عسير / جازان / نجران / الباحة.

٧-٣-٤-٢-١ تكلفة التشغيل

إن تكلفة تشغيل السرير في هذا المستوى هي ٨,١ مليون ريال سنوياً وسيتم استكمال عدد الأسرة المطلوبة

في كل نطاق بعد حساب الموجود في كل من:

- مدينة الملك فهد الطبية بالرياض.
- مستشفى الملك فهد التخصصي بالدمام.
- مدينة الملك عبد الله الطبية بالعاصمة المقدسة.

٧-٣-٤-٣-١ عدد الوظائف للتشغيل الكامل

بمعدل (٨,٥) موظف للسرير الواحد.

٧-٣-٤-١-٤ التكلفة التشغيلية:

تكلفة التشغيل الطبي المقترحة من المستوى الرابع = ١,٨٠٠,٠٠٠ لكل سرير.

- الاعتمادات المالية المطلوبة للتشغيل الطبي حسب النطاق الجغرافي موزعة على السنوات الخمس :

تكاليف الباب الثالث	التشغيل الطبي	السنة الأولى	السنة الثانية	السنة الثالثة	السنة الرابعة	السنة الخامسة	الاحتياجات المالية
النطاق الجغرافي	السنة الأولى	السنة الثانية	السنة الثالثة	السنة الرابعة	السنة الخامسة	الاحتياجات المالية	
الأول	١,٣٧٠,٠٠٠,٠٠٠	١,٩٧١,٠٠٠,٠٠٠	٢,٠٣٩,٤٠٠,٠٠٠	٢,٠٣٩,٤٠٠,٠٠٠	٢,٠٣٩,٤٠٠,٠٠٠	٢,٢٦٥,٢٠٠,٠٠٠	١,٨٩٥,٢٠٠,٠٠٠
الثاني	٤٢٠,٠٠٠,٠٠٠	٩٠٠,٠٠٠,٠٠٠	٩٠٠,٠٠٠,٠٠٠	٩٠٠,٠٠٠,٠٠٠	٩٠٠,٠٠٠,٠٠٠	٩٠٠,٠٠٠,٠٠٠	٢,٨٩٥,٦٠٠,٠٠٠
الثالث	٧٠٠,٠٠٠,٠٠٠	١,١٣٤,٠٠٠,٠٠٠	١,٤٩٤,٠٠٠,٠٠٠	١,٤٩٤,٠٠٠,٠٠٠	١,٤٩٤,٠٠٠,٠٠٠	٢,٢٥٩,٠٠٠,٠٠٠	١,٥٥٩,٠٠٠,٠٠٠
الرابع	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠
الخامس	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠
الإجمالي	٢,٤٩٠,٠٠٠,٠٠٠	٤,٠٠٥,٠٠٠,٠٠٠	٤,٤٣٣,٤٠٠,٠٠٠	٤,٤٣٣,٤٠٠,٠٠٠	٤,٤٣٣,٤٠٠,٠٠٠	٨,٨٣٩,٨٠٠,٠٠٠	٦,٣٤٩,٨٠٠,٠٠٠

تم احتساب الاحتياجات المالية الإضافية المطلوبة علي أساس الفرق بين الاعتمادات المالية للسنة الأولى وهي وضع التشغيل الحالي والسنة الخامسة وهي وضع التشغيل الكامل المقترح.

- الاحتياجات المالية الإضافية المطلوبة موزعة علي خمس سنوات :

البيان	السنة الأولى	السنة الثانية	السنة الثالثة	السنة الرابعة	السنة الخامسة	الاحتياجات المطلوبة
الإجمالي	٠	١,٥١٥,٠٠٠,٠٠٠	٤٢٨,٤٠٠,٠٠٠	٠	٤,٤٠٦,٤٠٠,٠٠٠	٦,٣٤٩,٨٠٠,٠٠٠

تم توزيع الاحتياجات المالية الإضافية علي أساس الفرق بين اعتماد كل سنة واعتماد السنة السابقة لها.

٧-٣-٤-٢ تكلفة الصيانة والنظافة :

المعايير

يتم احتساب تكلفة الصيانة والنظافة من منظور التكلفة في الإنشاء والتقدم الزمني للمنشأة:
العشر سنوات الأولى: ٥% من تكلفة الإنشاء سنوياً.

العشر سنوات الثانية: ٧٪ من تكلفة الإنشاء سنوياً.
بعد عشرين سنة: ٩٪ من تكلفة الإنشاء سنوياً.

• الاعتمادات المالية المطلوبة للصيانة والنظافة حسب النطاق الجغرافي موزعة علي خمس سنوات

النطاق الجغرافي	السنة الأولى	السنة الثانية	السنة الثالثة	السنة الرابعة	السنة الخامسة	الاحتياجات المالية
الأول	٩٩,٤٦٧,٠٠٠	١٤٤,٩٠٠,٠٠٠	١٤٨,٥٠٠,٠٠٠	١٤٨,٥٠٠,٠٠٠	١٤٨,٥٠٠,٠٠٠	٩٦,٠٨٢,٢٠٠
الثاني	١٠,٠٠٠,٠٠٠	٣٨,٥٠٠,٠٠٠	٣٨,٥٠٠,٠٠٠	٣٨,٥٠٠,٠٠٠	٣٨,٥٠٠,٠٠٠	١٣١,٨٣٤,٠٠٠
الثالث	٢٣,٣٠٠,٠٠٠	٥٩,٧٨٧,٠٠٠	٨٩,٤٧٤,٠٠٠	٨٩,٤٧٤,٠٠٠	٨٩,٤٧٤,٠٠٠	١١١,٩٨٩,٠٠٠
الرابع	٠	٠	٠	٠	٠	٠
الخامس	٠	٠	٠	٠	٠	٠
الإجمالي	١٣٢,٧٦٧,٠٠٠	٢٤٢,١٨٧,٠٠٠	٢٧٦,٤٧٤,٠٠٠	٢٧٦,٤٧٤,٠٠٠	٢٧٦,٤٧٤,٠٠٠	٣٣٩,٩٠٥,٢٠٠

تم احتساب الاحتياجات المالية الإضافية المطلوبة علي أساس الفرق بين الاعتمادات المالية للسنة الأولى وهي وضع التشغيل الحالي والسنة الخامسة وهي وضع التشغيل الكامل المقترح.

• الاحتياجات المالية الإضافية المطلوبة موزعة علي خمس سنوات

السنة الأولى	السنة الثانية	السنة الثالثة	السنة الرابعة	السنة الخامسة	الاحتياجات المطلوبة
٠	١١٠,٤٢٠,٠٠٠	٣٣,٢٨٧,٠٠٠	٠	١٩٦,١٩٨,٢٠٠	٣٣٩,٩٠٥,٢٠٠

تم توزيع الاحتياجات المالية الإضافية علي أساس الفرق بين اعتماد كل سنة واعتماد السنة السابقة لها.

٣-٤-٣-٧ الصيانة الطبية :

• المعايير

- أ- تم تحديد أعداد القوى العاملة بناءً على الأجهزة الموجودة خارج نطاق عقود الباطن والتي يقوم المقاول الرئيسي بصيانتها عن طريق عمالته.
- ب- تم تحديد الأجهزة المتقدمة تكنولوجياً مثل (CT-MRI) والأجهزة التي تحتاج إلى معايرة خاصة مثل أجهزة المستشفى والمختبرات وحسب ما يتم توريده فعلاً من الإدارة العامة للتجهيزات لمنافسات التأثيث والتجهيز.

ج- تم تحديد بند قطع الغيار طبقاً لأعداد الأجهزة ونوعيتها وحسب الخبرات السابقة في العقود المماثلة.

- معدل الصيانة الطبية
٥ ٪ من تكلفة التجهيزات

- الاعتمادات المالية المطلوبة للصيانة الطبية حسب النطاق الجغرافي موزعة علي خمس سنوات

تكاليف الباب الثالث	تكاليف عقد الصيانة الطبية	السنة الثانية	السنة الثالثة	السنة الرابعة	السنة الخامسة	الاحتياجات المالية السنوية
النطاق الجغرافي	السنة الأولى	السنة الثانية	السنة الثالثة	السنة الرابعة	السنة الخامسة	الاحتياجات المالية السنوية
الأول	٣٤.٢٠٠.٠٠٠	٣٤.٥٠٠.٠٠٠	٣٧.٠٠٠.٠٠٠	٣٧.٠٠٠.٠٠٠	٥٩.٨٦٢.٠٠٠	٢٥.٦٦٢.٠٠٠
الثاني	٣.٠٠٠.٠٠٠	١٦.٥٠٠.٠٠٠	١٦.٥٠٠.٠٠٠	١٦.٥٠٠.٠٠٠	٦٠.٧٨٦.٠٠٠	٤٤.٢٨٦.٠٠٠
الثالث	١١.٠٠٠.٠٠٠	١٤.٢٣٥.٠٠٠	٢٧.٣٩٠.٠٠٠	٢٧.٣٩٠.٠٠٠	٤١.٤١٥.٠٠٠	٣٠.٤١٥.٠٠٠
الرابع	٠	٠	٠	٠	٠	٠
الخامس	٠	٠	٠	٠	٠	٠
الإجمالي	٤٨.٢٠٠.٠٠٠	٦٥.٢٣٥.٠٠٠	٨٠.٨٩٠.٠٠٠	٨٠.٨٩٠.٠٠٠	١٦٢.٠٦٣.٠٠٠	١١٣.٨٦٣.٠٠٠

تم احتساب الاحتياجات المالية الإضافية المطلوبة علي أساس الفرق بين الاعتمادات المالية للسنة الأولى وهي وضع التشغيل الحالي و السنة الخامسة وهي وضع التشغيل الكامل المقترح.

- الاحتياجات المالية المطلوبة موزعة علي خمس سنوات

السنة الأولى	السنة الثانية	السنة الثالثة	السنة الرابعة	السنة الخامسة	الاحتياجات المطلوبة
٠	١٧.٠٣٥.٠٠٠	١٥.٦٥٥.٠٠٠	٠	٨١.١٧٣.٠٠٠	١١٣.٨٦٣.٠٠٠

تم توزيع الاحتياجات المالية الإضافية المطلوبة علي أساس الفرق بين اعتماد كل سنة واعتماد السنة السابقة لها.

٧-٣-٤-٤ الحاسب الآلي :

• المعيار:

نسبة ٢٪ من التكلفة التشغيلية للمنشأة

• الاعتمادات المالية المطلوبة للحاسب الآلي حسب النطاق الجغرافي موزعة علي خمس سنوات

النطاق الجغرافي	السنة الأولى	السنة الثانية	السنة الثالثة	السنة الرابعة	السنة الخامسة	الاحتياجات المالية
الأول	٢٠.٦٦٦.٦٦٦	٣٩.٤٢٠.٠٠٠	٤٠.٧٨٨.٠٠٠	٤٠.٧٨٨.٠٠٠	٦٥.٣٠٤.٠٠٠	٤٤.٦٣٧.٣٣٤
الثاني	٠	١٨.٠٠٠.٠٠٠	١٨.٠٠٠.٠٠٠	١٨.٠٠٠.٠٠٠	٦٦.٣١٢.٠٠٠	٦٦.٣١٢.٠٠٠
الثالث	٩.٣٣٣.٠٠٠	٢٢.٦٨٠.٠٠٠	٢٩.٨٨٠.٠٠٠	٢٩.٨٨٠.٠٠٠	٤٥.١٨٠.٠٠٠	٣٥.٨٤٧.٠٠٠
الرابع	٠	٠	٠	٠	٠	٠
الخامس	٠	٠	٠	٠	٠	٠
الإجمالي	٢٩.٩٩٩.٦٦٦	٨٠.١٠٠.٠٠٠	٨٨.٦٦٨.٠٠٠	٨٨.٦٦٨.٠٠٠	١٧٦.٧٩٦.٠٠٠	١٤٦.٧٩٦.٣٣٤

تم احتساب الاحتياجات المالية الإضافية المطلوبة علي أساس الفرق بين الاعتمادات المالية للسنة الأولى وهي وضع التشغيل الحالي و السنة الخامسة وهي وضع التشغيل الكامل المقترح.

• الاحتياجات المالية الإضافية المطلوبة للحاسب الآلي موزعة علي خمس سنوات

الباب	البيان	السنة الأولى	السنة الثانية	السنة الثالثة	السنة الرابعة	السنة الخامسة	إجمالي خمس سنوات
	الحاسب الآلي	٠	٥٠.١٠٠.٣٣٤	٨.٥٦٨.٠٠٠	٠	٨٨.١٢٨.٠٠٠	١٤٦.٧٩٦.٣٣٤

٧-٣-٤-٥ المراكز المتخصصة والتوسعة السريرية

• المعايير

- الإسكان

حاجة الإسكان في تلك المدن والمستشفيات يعتمد على القوى العاملة.

أ. سكن العازبات والعزاب:

- فئة التمريض ١٠٠٪ من العدد الكلي للتمريض.
- فئة الفنيين والصيادلة ٤٠٪ من العدد الكلي للفنيين والصيادلة.

ب. سكن العوائل (الشفق) :

- ٦٠٪ من الأطباء.

- ٢٠٪ من الفنيين .

• الاحتياجات المالية المطلوبة للمراكز المتخصصة والتوسعة السريرية حسب النطاق الجغرافي

مراكز أورام	توسعة سريرية بناء وتجهيز	الإجمالي
١٦٥,٠٠٠,٠٠٠	١,٠٣١,٨٠٠,٠٠٠	١,١٩٦,٨٠٠,٠٠٠
٥٦٥,٠٠٠,٠٠٠	٢,٩٥٢,٤٠٠,٠٠٠	٣,٥١٧,٤٠٠,٠٠٠
٤٤٠,٠٠٠,٠٠٠	٩٣٥,٠٠٠,٠٠٠	١,٣٧٥,٠٠٠,٠٠٠
٠	١,٩٨٦,٦٠٠,٠٠٠	١,٩٨٦,٦٠٠,٠٠٠
٠	٣,٨١٠,٤٠٠,٠٠٠	٣,٨١٠,٤٠٠,٠٠٠
١,١٧٠,٠٠٠,٠٠٠	١٠,٧١٦,٢٠٠,٠٠٠	١١,٨٨٦,٢٠٠,٠٠٠

- الاحتياجات المالية الإضافية المطلوبة للمراكز المتخصصة والتوسعة السريرية موزعة علي خمس سنوات

الباب	البيان	السنة الأولى	السنة الثانية	السنة الثالثة	السنة الرابعة	السنة الخامسة	الاحتياجات المالية
الرابع	المشاريع						
	المراكز المتخصصة	٠	١,١٧٠,٠٠٠,٠٠٠	٠	٠	٠	١,١٧٠,٠٠٠,٠٠٠
	التوسعة السريرية	٠	٤,٩١٩,٢٠٠,٠٠٠	٠	٧٠٠,٠٠٠,٠٠٠	٠	٥,٦١٩,٢٠٠,٠٠٠
	الإجمالي	٠	٦,٠٨٩,٢٠٠,٠٠٠	٠	٧٠٠,٠٠٠,٠٠٠	٠	٦,٧٨٩,٢٠٠,٠٠٠

تم احتساب الاحتياجات المالية الإضافية المطلوبة للمراكز المتخصصة والتوسعة السريرية للمدن الطيبة الثلاث بالسنة الثانية. واحتساب الاحتياجات المالية الإضافية المطلوبة للتوسعة السريرية لمدينتي النطاق الشمالي والجنوبي بالسنة الرابعة وفقاً لخطة الإنشاء.

٧-٣-٥ الاحتياجات المالية الإضافية المطلوبة للمدن الطبية (المستشفيات المرجعية)

موزعة علي خمس سنوات :

الياب	البيان	السنة الأولى	السنة الثانية	السنة الثالثة	السنة الرابعة	السنة الخامسة	إجمالي خمس سنوات
الثالث	برامج وعقود التشغيل والصيانة	٠	١,٥١٥,٠٠٠,٠٠٠	٤٢٨,٤٠٠,٠٠٠	٠	٤,٤٠٦,٤٠٠,٠٠٠	٦,٣٤٩,٨٠٠,٠٠٠
	التشغيل الطبي	٠	١١٠,٤٢٠,٠٠٠	٣٢,٢٨٧,٠٠٠	٠	١٩٦,١٩٨,٢٠٠	٣٣٩,٩٠٥,٢٠٠
	عقد الصيانة والنظافة	٠	١٧,٠٣٥,٠٠٠	١٥,٦٥٥,٠٠٠	٠	٨١,١٧٢,٠٠٠	١١٣,٨٦٣,٠٠٠
	الصيانة الطبية	٠	٥٠,١٠٠,٣٣٤	٨,٥٦٨,٠٠٠	٠	٨٨,١٢٨,٠٠٠	١٤٦,٧٩٦,٣٣٤
	الحاسب الآلي	٠	١,٦٩٢,٥٥٥,٣٣٤	٤٨٥,٩١٠,٠٠٠	٠	٤,٧٧١,٨٩٩,٢٠٠	٦,٩٥٠,٣٦٤,٥٣٤
الرابع	المشاريع	٠	٠	٠	٠	٠	٠
	المراكز المتخصصة	٠	١,١٧٠,٠٠٠,٠٠٠	٠	٠	٠	١,١٧٠,٠٠٠,٠٠٠
	التوسعة السريرية	٠	٤,٩١٩,٢٠٠,٠٠٠	٠	٧٠٠,٠٠٠,٠٠٠	٠	٥,٦١٩,٢٠٠,٠٠٠
	الإجمالي	٠	٦,٠٨٩,٢٠٠,٠٠٠	٠	٧٠٠,٠٠٠,٠٠٠	٠	٦,٧٨٩,٢٠٠,٠٠٠
إجمالي الباب الثالث والرابع	٠	٧,٧٨١,٧٥٥,٣٣٤	٤٨٥,٩١٠,٠٠٠	٠	٧٠٠,٠٠٠,٠٠٠	٤,٧٧١,٨٩٩,٢٠٠	١٣,٧٣٩,٥٦٤,٥٣٤

٦-٣-٧ الاحتياجات المالية الإضافية المطلوبة للمستشفيات بمستوياتها المختلفة مركزية
وعامة وطفوية ومدن طبية (مستشفيات مرجعية) موزعة على خمس سنوات :

الإجمالي	السنة الخامسة	السنة الرابعة	السنة الثالثة	السنة الثانية	السنة الأولى	البيان	الياب
٨.٧٣٧.٢١٦.٩٢٠	٨٣٧.٢٠٥.٣١٠	٨٣٧.٢٠٥.٣١٠	٢.٧٣٧.٨٣٠.١١٠	٢.٧٣٧.٨٣٠.١١٠	١.٦٠٦.٩٤٦.٠٨٠	الرواتب والبدايات والأجور بالمستشفيات العامة والمركزية والطفوية الرواتب والبدايات والأجور بالمدن الطبية	الأول
٨.٧٣٧.٢١٦.٩٢٠	٨٣٧.٢٠٥.٣١٠	٨٣٧.٢٠٥.٣١٠	٢.٧٣٧.٨٣٠.١١٠	٢.٧٣٧.٨٣٠.١١٠	١.٦٠٦.٩٤٦.٠٨٠	إجمالي الباب الأول	
٥١٧.٩٨٠.٠٠٠	٩٢.٠٧٥.٠٠٠	٩٢.٠٧٥.٠٠٠	٩٢.٠٧٥.٠٠٠	٩٢.٠٧٥.٠٠٠	١٤٥.٦٨٠.٠٠٠	التفقات التشغيلية الإعاشة	الثاني
٥١٧.٩٨٠.٠٠٠	٩٢.٠٧٥.٠٠٠	٩٢.٠٧٥.٠٠٠	٩٢.٠٧٥.٠٠٠	٩٢.٠٧٥.٠٠٠	١٤٥.٦٨٠.٠٠٠	إجمالي الباب الثاني	
١٥.٦٠٧.٦٠٨.٠٠٠	٦.٧٧٥.٠٢٦.٧٥٠	١.٢١٩.٨٧٦.٧٥٠	١.٦٤٨.٣٧٦.٧٥٠	٣.١٩٤.٨٧٦.٧٥٠	٢.٧٦٩.٥٥١.٠٠٠	برامج و عقود التشغيل والصيانة والنظافة	الثالث
١.٤٧٠.٩٤٨.٠٢١	٣٢٢.٦٩٠.٤٠١	١٦٨.٨٩٥.٣٥٥	٢٠٢.١٨٢.٣٥٥	٣٧٩.٣١٥.٣٥٥	٤٩٧.٨٦٤.٥٥٥	التشغيل الطبي الذاتي الصيانة و النظافة	
٣٠٠.٠٠٠.٠٠٠	٠	٠	٠	٠	٣٠٠.٠٠٠.٠٠٠	إحلال الأجهزة الطبية وغير الطبية	
١١٢.٨٦٢.٠٠٠	٨١.١٧٢.٠٠٠	١٥.٦٥٥.٠٠٠	١٥.٦٥٥.٠٠٠	١٧.٠٢٥.٠٠٠	٠	الصيانة الطبية	
٦٠.٠٠٠.٠٠٠	٠	٠	٠	٠	٦٠.٠٠٠.٠٠٠	الطب الوقائي	
١٤٦.٧٩٦.٣٣٤	٨٨.١٢٨.٠٠٠	٠	٨.٥٦٨.٠٠٠	٥٠.١٠٠.٣٢٤	٠	الحاسب الآلي	
١٧.٦٩٩.٢١٥.٣٥٥	٧.٣٦٧.٠١٨.١٥١	١.٣٨٨.٧٧٢.١٠٥	١.٨٧٤.٦٨٢.١٠٥	٣.٥٤١.٣٢٧.٤٣٩	٢.٦٢٧.٤١٥.٥٥٥	إجمالي الباب الثالث	
٢.٤٠٧.٠٠٠.٠٠٠	٤٨١.٤٠٠.٠٠٠	٤٨١.٤٠٠.٠٠٠	٤٨١.٤٠٠.٠٠٠	٤٨١.٤٠٠.٠٠٠	٤٨١.٤٠٠.٠٠٠	المشاريع	الرابع
٦.٤٨٥.٨٠٠.٠٠٠	٠	٣٦٠.٠٠٠.٠٠٠	١.٣٢٠.٠٠٠.٠٠٠	١.٣٢٨.٠٠٠.٠٠٠	٣.٤٧٧.٨٠٠.٠٠٠	البنية التحتية الإنبشاء والتجهيز المراكز المتخصصة	
١.١٧٠.٠٠٠.٠٠٠	٠	٠	٠	١.١٧٠.٠٠٠.٠٠٠	٠	التوسعة السريرية	
١٠.٧١٦.٢٠٠.٠٠٠	٠	٧٠٠.٠٠٠.٠٠٠	٠	٤.٩١٩.٢٠٠.٠٠٠	٠	إجمالي الباب الرابع	
١٥.٦٨٢.٠٠٠.٠٠٠	٤٨١.٤٠٠.٠٠٠	١.٥٤١.٤٠٠.٠٠٠	١.٨٠١.٤٠٠.٠٠٠	٧.٨٩٨.٦٠٠.٠٠٠	٣.٩٥٩.٢٠٠.٠٠٠	الإجمالي	
٤٢.٦٣٦.٤١٢.٣٧٥	٨.٦٧٨.٧٩٨.٤٦١	٣.٨٦٠.٥٥٢.٤١٥	٦.٤٩٦.٩٨٧.٢١٥	١٤.٢٦٠.٨٣٢.٥٤٩	٩.٣٣٩.٢٤١.٦٣٥		

٧-٣-٧ الاحتياجات المالية الإضافية المطلوبة للمستشفيات بمختلف مستوياتها عن السنة الأولى :

السنة الأولى	البيان	الباب
١.٦٠٦.٩٤٦.٠٨٠	الرواتب والبدلات والأجور بالمستشفيات العامة والمركزية والطرفية	الأول
٠	الرواتب والبدلات والأجور بالمدن الطبية والمستشفيات المرجعية	
١.٦٠٦.٩٤٦.٠٨٠	إجمالي الباب الأول	
	النفقات التشغيلية	الثاني
١٤٥.٦٨٠.٠٠٠	الإعاشة	
١٤٥.٦٨٠.٠٠٠	إجمالي الباب الثاني	
	برامج و عقود التشغيل والصيانة والنظافة	الثالث
٢.٧٦٩.٥٥١.٠٠٠	التشغيل الطبي الذاتي	
٤٩٧.٨٦٤.٥٥٥	الصيانة و النظافة	
٣٠٠.٠٠٠.٠٠٠	إحلال الأجهزة الطبية وغير الطبية	
٠	الصيانة الطبية	
٦٠.٠٠٠.٠٠٠	الطب الوقائي	
٠	الحاسب الآلي	
٣.٦٢٧.٤١٥.٥٥٥	إجمالي الباب الثالث	
	المشاريع	الرابع
٤٨١.٤٠٠.٠٠٠	البنية التحتية	
٣.٤٧٧.٨٠٠.٠٠٠	الإنشاء والتجهيز	
٠	المراكز المتخصصة	
٠	التوسعة السريرية	
٣.٩٥٩.٢٠٠.٠٠٠	إجمالي الباب الرابع	
٩.٣٣٩.٢٤١.٦٣٥	الإجمالي	

٧-٤ الإحتياجات المالية الإضافية المطلوبة لتقوية نظام النقل الإسعافي بين المرافق الصحية

٧-٤-١ المعايير القياسية المستخدمة في التطبيق :

سيارات الإسعاف فئة المستشفيات

فئة المستشفى	متوسطة التجهيز	عالية التجهيز	عناية مركزة
حتى ١٠٠ سرير	١	١	٠
١٥٠ - ٣٠٠ سرير	٢	١	٠
٤٠٠ سرير فأكثر	٢	٢	١

سيارات الإسعاف فئة المراكز

فئة المراكز	متوسطة التجهيز	عالية التجهيز	عناية مركزة
مرجعي م٢، م٥	٢	٠	٠
مرجعي م١، م٣، م٤، م٦، م٧	١	٠	٠
الطرق السريعة	٠	١	٠
فئة (أ)	١	٠	٠
فئة (و) بعيد عن المرجعي	١	٠	٠

المسعفين

فئة سيارة الإسعاف	متوسطة التجهيز	عالية التجهيز	عناية مركزة
عدد المسعفين	٤	٤	٤

سيارات الإسعاف: تكلفة السيارة

التكلفة للوحدة	البيان
٢٥٠٠٠٠ ريال	إسعاف متوسط التجهيز مستشفى
٤٠٠٠٠٠ ريال	إسعاف عالية التجهيز مستشفى
٥٠٠٠٠٠ ريال	إسعاف عناية مركزة مستشفى
٢٥٠٠٠٠ ريال	إسعاف متوسط التجهيز مراكز

٧-٤-٢ الاحتياجات المالية الإضافية المطلوبة لتقوية نظام النقل الإسعافي باستحداث برنامج تشغيل ذاتي على الباب الثالث موزعة على خمس سنوات :

الباب	البيان	السنة الأولى	السنة الثانية	السنة الثالثة	السنة الرابعة	السنة الخامسة	الإجمالي
	عقود التشغيل والصيانة والنظافة						
	الرواتب والبدلات المصاحبة	١٩٨,٣٩٤,٥٦٠	٣٦٤,٥٣٦,٠٨٠	١٩٨,٣٩٤,٥٦٠	٠	٠	٦٦١,٣١٥,٢٠٠
	المكافآت السنوية	١٨٠,٠٠٠	٢٤٠,٠٠٠	١٨٠,٠٠٠	٠	٠	٦٠٠,٠٠٠
	المصاريف السنوية للسفر	١٣٥,٠٠٠	١٨٠,٠٠٠	١٣٥,٠٠٠	٠	٠	٤٥٠,٠٠٠
	تذاكر الإركاب	١٦٥,٠٠٠	٢٢٠,٠٠٠	١٦٥,٠٠٠	٠	٠	٥٥٠,٠٠٠
	التأمينات الاجتماعية	١٦,١٣٥,٤٤٠	٢١,٥١٣,٩٢٠	٢١,٨٦٩,٠٠٨	٠	٠	٥٩,٥١٨,٣٦٨
	وسائل نقل والمحروقات	٢,٧٠٠,٠٠٠	٣,٦٠٠,٠٠٠	٢,٧٠٠,٠٠٠	٠	٠	٩,٠٠٠,٠٠٠
	التدريب	١,٧٤٠,٠٠٠	٢,٣٢٠,٠٠٠	١,٧٤٠,٠٠٠	٠	٠	٥,٨٠٠,٠٠٠
	المكتبة	١,٣٥٠,٠٠٠	١,٨٠٠,٠٠٠	١,٣٥٠,٠٠٠	٠	٠	٤,٥٠٠,٠٠٠
الثالث	إيجار وتأثيث	٤,٣٥٠,٠٠٠	٥,٨٠٠,٠٠٠	٤,٣٥٠,٠٠٠	٠	٠	١٤,٥٠٠,٠٠٠
	إعداد الأدلة والتعاريف والدوريات العلمية	١,٠٢٠,٠٠٠	١,٣٦٠,٠٠٠	١,٠٢٠,٠٠٠	٠	٠	٣,٤٠٠,٠٠٠
	الحاسب والأنظمة سنوي	٣,٦٠٠,٠٠٠	٤,٨٠٠,٠٠٠	٣,٦٠٠,٠٠٠	٠	٠	١٢,٠٠٠,٠٠٠
	سيارات الإسعاف كلها مراكز ومستشفيات	٦٠,٠٠٠,٠٠٠	٨٠,٠٠٠,٠٠٠	٦٠,٠٠٠,٠٠٠	٠	٠	٢٠٠,٠٠٠,٠٠٠
	سيارات صيانة وأوناش	٥,٤٠٠,٠٠٠	٧,٢٠٠,٠٠٠	٥,٤٠٠,٠٠٠	٠	٠	١٨,٠٠٠,٠٠٠
	أجهزة ولوازم طبية ومستهلكات	١,٦٥٠,٠٠٠	٢,٢٠٠,٠٠٠	١,٦٥٠,٠٠٠	٠	٠	٥,٥٠٠,٠٠٠
	برامج توعوية	٢,١٨٠,٠٠٠	٤,٢٤٠,٠٠٠	٣,١٨٠,٠٠٠	٠	٠	١٠,٦٠٠,٠٠٠
	الإجمالي للباب الثالث	٣٠٠,٠٠٠,٠٠٠	٤٠٠,٠٠٠,٠٠٠	٣٥٠,٧٣٣,٥٦٨	٠	٠	١,٠٥٠,٧٣٣,٥٦٨

٧-٤-٣ الاحتياجات المالية الإضافية المطلوبة لتقوية نظام النقل الإسعافي باستحداث برنامج تشغيل ذاتي على الباب الثالث عن السنة الأولى :

السنة الأولى	البيان	الباب
	عقود التشغيل والصيانة والنظافة	الثالث
١٩٨,٣٩٤,٥٦٠	الرواتب والبدلات المصاحبة	
١٨٠,٠٠٠	المكافآت السنوية	
١٣٥,٠٠٠	المصاريف السنوية للسفر	
١٦٥,٠٠٠	تذاكر الإركاب	
١٦,١٣٥,٤٤٠	التأمينات الاجتماعية	
٢,٧٠٠,٠٠٠	وسائل نقل والمحروقات	
١,٧٤٠,٠٠٠	التدريب	
١,٣٥٠,٠٠٠	المكتبة	
٤,٣٥٠,٠٠٠	إيجار وتأثيث	
١,٠٢٠,٠٠٠	إعداد الأدلة والتقارير والدوريات العلمية	
٣,٦٠٠,٠٠٠	الحاسب والأنظمة سنوي	
٦٠,٠٠٠,٠٠٠	سيارات الإسعاف كلها مراكز ومستشفيات	
٥,٤٠٠,٠٠٠	سيارات صيانة وأوناش	
١,٦٥٠,٠٠٠	أجهزة ولوازم طبية ومستهلكات	
٣,١٨٠,٠٠٠	برامج توعوية	
٣٠٠,٠٠٠,٠٠٠	الإجمالي للباب الثالث	

٥-٧ الاعتمادات المالية المطلوبة لتطوير برنامج للمعلومات الصحية والصحة الإلكترونية

١-٥-٧ الاعتمادات المالية المطلوبة لتطوير برنامج للمعلومات الصحية والصحة الإلكترونية موزعة على خمس سنوات:

الباب	البيان	السنة الأولى	السنة الثانية	السنة الثالثة	السنة الرابعة	السنة الخامسة	الإجمالي
الرابع	المشاريع	٧٠٣.٥٣٦.٣٤٠	٦٤١.٢١٦.٠٠٠	٦٤١.٢١٦.٠٠٠	٦٤١.٢١٦.٠٠٠	٤٥٤.٢٥٦.٠٠٠	٣.٠٨١.٤٤٠.٣٤٠
	صيانة وربط	٣٠٦.٥٠٢.٤٦٣	٤٥٩.٧٥٣.٦٩٤	٦١٣.٠٠٤.٩٢٥	٧٦٦.٢٥٦.١٥٧	٩١٩.٥٠٧.٣٨٨	٣.٠٦٥.٠٢٤.٦٢٧
	الإجمالي	١.٠١٠.٠٣٨.٨٠٣	١.١٠٠.٩٦٩.٦٩٤	١.٢٥٤.٢٢٠.٩٢٥	١.٤٠٧.٤٧٢.١٥٧	١.٣٧٣.٧٦٣.٣٨٨	٦.١٤٦.٤٦٤.٩٦٧

أسباب اختلاف الاحتياجات المالية الإضافية الموزعة على السنوات الخمس :

- تجهيز البنية التحتية يعتمد على العدد المعتمد كل سنة حسب جاهزية الموقع وحسب الأولويات سواء مستشفى أو مركز صحي.
- مشروع نظام المعلومات يعتمد على عدد المستشفيات التي سوف يتم تركيبه بها كل سنة حسب جاهزية الموقع من البنية التحتية وكذلك على ازدياد عدد المستخدمين للنظام كل سنة.
- مشروع شبكة الاتصالات تعتمد تكلفته على عدد المنشآت الصحية التي يتم ربطها كل سنة بالإضافة إلى السنة السابقة حيث أنها تكلفة تراكمية إلى أن يتم ربط جميع المنشآت.

٢-٥-٧ الاعتمادات المالية المطلوبة لتطوير برنامج للمعلومات الصحية والصحة الإلكترونية عن السنة الأولى :

الباب	البيان	الاحتياجات المالية عن السنة الأولى
الرابع	المشاريع	٧٠٣.٥٣٦.٣٤٠
	صيانة وربط	٣٠٦.٥٠٢.٤٦٣
	الإجمالي	١.٠١٠.٠٣٨.٨٠٣

٦-٧ الاحتياجات المالية الإضافية المطلوبة لتنمية القوى البشرية (التدريب والابتعاث)

١-٦-٧ المعيار:

تم تحديد الاحتياج وفقاً للمعادلة التالية كبند مركزي علي مستوى الوزارة
العدد الإجمالي للموظفين X ٣٠٠٠ ريال

٢-٦-٧ الاحتياجات المالية الإضافية المطلوبة لتنمية القوى البشرية كزيادة عن المعتمد موزعة علي خمس سنوات :

الباب	البيان	السنة الأولى	السنة الثانية	السنة الثالثة	السنة الرابعة	السنة الخامسة
الثاني	النفقات التشغيلية	٤٣٣,٢٦٩,٠٠٠	١٢٥,٠٠٠,٠٠٠	١٢٥,٠٠٠,٠٠٠	١٢٥,٠٠٠,٠٠٠	١٢٥,٠٠٠,٠٠٠
	التدريب والابتعاث					

تم احتساب الزيادة السنوية علي أساس أن كل سنة تزيد عما قبلها بمبلغ ١٢٥,٠٠٠,٠٠٠ ريال بسبب التغيرات في القوى العاملة في المستشفيات القائمة وفقاً لمتطلبات المعيار ودخول مستشفيات جديدة.

٣-٦-٧ الاحتياجات المالية الإضافية المطلوبة لتنمية القوى البشرية عن السنة الأولى:

الباب	البيان	الاحتياجات المالية عن السنة الأولى
الثاني	النفقات التشغيلية	
	التدريب والابتعاث	٤٣٣,٢٦٩,٠٠٠

٧-٧ الاحتياجات المالية الإضافية المطلوبة لتعزيز تأمين الأدوية والمستلزمات الطبية

١-٧-٧ المعيار:

تم تحديد الاحتياج وفقاً للمعادلة التالية
عدد السكان السعوديين $\times 60\% \times 500$ ريال .

٢-٧-٧ الاحتياجات المالية الإضافية المطلوبة كزيادة لتعزيز الاحتياجات من الأدوية والمستلزمات الطبية موزعة على خمس سنوات :

الياب	البيان	السنة الأولى	السنة الثانية	السنة الثالثة	السنة الرابعة	السنة الخامسة
الثاني	النفقات التشغيلية					
	الأدوية والمستلزمات الطبية	٢.٦٣٤.٥٠٠.٠٠٠	١.٢٣٣.٦٣١.٥٠٠	١٥٠.٠٣٢.٩٥٩	١.٣١٥.٣٣٧.٥٦٠	١٨٣.٠٠٣.٧٩٥

تم احتساب الزيادة السنوية علي أساس أن كل سنة تزيد عما قبلها بنسبة ٢٥, ٢٪ طبقاً لمعدل الزيادة السنوية في عدد السكان السعوديين بالمملكة وأن قيمة احتياجات الفرد عن السنة الثانية والثالثة ٦٠٠ ريال وعن السنة الرابعة والخامسة ٧٠٠ ريال.

٣-٧-٧ الاحتياجات المالية الإضافية المطلوبة لتعزيز الاحتياجات من الأدوية والمستلزمات الطبية عن السنة الأولى :

الياب	البيان
الثاني	النفقات التشغيلية
	الأدوية والمستلزمات الطبية
	٢.٦٣٤.٥٠٠.٠٠٠

الملاحق

الملحق الأول: نبذة عن مراحل إعداد هذه الخطة الاستراتيجية

مرت هذه الاستراتيجية بمراحل متعددة حتى تم الاتفاق على شكلها الحالي.

بدأت المرحلة الأولى بإدراك الحاجة الماسة إلى وجود خطة استراتيجية مكتوبة ومدونة يتم من خلالها تحليل الوضع الصحي في المملكة، وكذلك مواطن القوة والضعف والفرص والتحديات التي تواجه وزارة الصحة، وذلك بغرض الوصول إلى أهداف معينة تسير الوزارة نحو تحقيقها على مدى السنوات العشر القادمة.

ومما ضاعف الحاجة إلى وجود مثل هذه الاستراتيجية قيام الوزارة مؤخراً بانتهاج العديد من المبادرات الهامة التي تضمنها كتاب إنجازات الوزارة للعام ١٤٣٠-١٤٣١هـ، والتي كانت تهدف في مجملها إلى تأصيل العمل المؤسسي كثقافة جماعية، وأسلوب عمل يومي في داخل الوزارة وكذلك في مديريات الشؤون الصحية وجميع المرافق التابعة لها.

وبالطبع، كان من أولى خطوات العمل المؤسسي أن تكون الرسالة التي أنشئت من أجلها وزارة الصحة والرؤية المستقبلية التي تصبو إلى تحقيقها واضحة ومكتوبة من خلال أهداف وسياسات عامة، وخطة عمل زمنية تتضمن كل المشاريع التي يجب القيام بها للوصول إلى تلك الأهداف، وهو ما يعني ضرورة أن تكون هناك خطة استراتيجية مكتوبة، كهذه الوثيقة التي بين أيدينا اليوم.

وجاءت المرحلة الثانية من مراحل إعداد هذه الإستراتيجية من خلال تشكيل فريق عمل يضم مجموعة من منسوبي الوزارة المتحمسين لأداء مثل تلك المهمة، يسانداهم فريق من إحدى الشركات العالمية الرائدة في مجال الاستشارات الإستراتيجية.

قام فريق العمل باجراء مقابلات مطولة مع كل المسؤولين المعنيين، وترافق هذا مع القيام بتجميع كل البيانات والمعلومات ونتائج الدراسات والتقارير والمقالات التي تمس الوضع السابق والراهن للوزارة والشأن الصحي في المملكة اجمالاً، وكانت النتيجة عشرات الوثائق والمراجع التي لم تكن كلها متفقة في المحتوى وخاصة فيما يتعلق بالأرقام والنسب الإحصائية.

وكانت المرحلة الثالثة هي الاستفادة من كل ما تم تجميعه من بيانات ومعلومات وأرقام احصائية بغية الاتفاق أولاً على تحديد رؤية الوزارة لما تطمح أن تكون عليه الخدمات الصحية التي تقدمها في المستقبل، والتأكيد قبل ذلك على ماهية الرسالة التي أنشئت وزارة الصحة قبل ستين عاماً لغرض تحقيقها.

وعلى مدار أسابيع متواصلة، كانت آراء المشاركين ونظرتهم لما يجب ان تكون عليه الرؤية المستقبلية تتغير باستمرار، لكن الجميع اتفق على قاسم مشترك لم يتغير بمرور الوقت، ذلك هو حتمية اعتماد ما انتهت اليه معظم الأنظمة الصحية المتطورة في العالم اليوم، من أن تقديم خدمات الرعاية الصحية سيكون دوماً حسب منهج الرعاية الصحية المتكاملة والشاملة.

وبعد لقاء مطول دعا اليه معالي وزير الصحة، اتحدت آراء الحضور في ان تكون صياغة رؤية الوزارة لمستقبل الخدمات التي تقدمها هي باختصار: "توفير الرعاية الصحية المتكاملة والشاملة بأعلى المستويات العالمية"، أما رسالة الوزارة فجاءت متوافقة مع ما تضمنته المادة الخامسة من النظام الصحي من أن على الوزارة بشكلٍ أساسي تقديم خدمات الرعاية الصحية الوقائية والعلاجية بكافة مستوياتها لسكان المملكة العربية السعودية، إضافةً إلى العديد من المهام الأخرى التي روعيت أثناء إعادة صياغة رسالة الوزارة والتي كان من ضمنها وللمرة الأولى: " الإهتمام بالجانب البحثي والتدريب الأكاديمي ومجالات الإستثمار الصحي ". ومنذ أن تم الاتفاق على ذلك، كانت المرحلة التالية هي: وضع خمسة أهداف إستراتيجية رئيسية تصب كلها في مصلحة تحقيق الرؤية والرسالة وكذلك مواجهة التحديات التي تقابلها الوزارة كل يوم وهي تصبو إلى تطوير خدماتها والرقى بها.

وبعد أن تم الاتفاق على تلك الأهداف الخمسة، جاءت مرحلة البدء في كتابة فصول هذه الوثيقة والتي استمرت هي الأخرى أسابيع طويلة ومضنية من العمل المتواصل.

لقد روعي أثناء إعداد هذه الخطة الإستراتيجية أن لا تتضمن الخطط التنفيذية والزمنية التي ستسير عليها الوزارة لتحقيق البرامج المختلفة التي تضمنتها، والتي تربو على مائتين وخمسين برنامجاً ومشروعاً، ويمكن الرجوع إلى تلك التفاصيل في وثيقة أخرى مستقلة، لكن الوزارة تود أن تشكر كل من ساهم برأيه أو بعمله في إعداد هذه الوثيقة الهامة، وتطمح إلى أن يحالف التوفيق مكتب إدارة المشاريع الذي تقرر إنشاؤه خصيصاً لمتابعة تنفيذ كل ما احتوته من مبادرات طموحة.

الملحق الثاني: سرد بالمصطلحات

ملاحظة: لقد تم إعداد قاموس المصطلحات هذا في سياق ما ورد في هذه الوثيقة من مفاهيم مرتبطة باستراتيجية الوزارة وقد تعني بعض المصطلحات الواردة هنا معنى مختلفاً باختلاف السياق.

تنطوي على تجنب أو التقليل من عوامل الخطر المرتبطة بأمراض معينة أو إعتلال الصحة وتهدف إلى استهداف ومنع المرض قبل بدايته.

الوقاية الأولية:

عناية تهدف إلى الكشف المبكر عن الأمراض والعلاج المبكر لها للحيلولة دون تطور المرض وتفاقم الأعراض. ويشمل ذلك معالجة العدوى والإلتهابات بشكل مبكر لمنع تفاقم الحالة الصحية للمريض ويضم أيضاً الكشف المبكر عن السرطانات والفحوص المخبرية الدورية.

الوقاية الثانوية:

تقديم مجموعة من خدمات الرعاية الصحية الشاملة للأفراد والأسر والمجتمع بما في ذلك صحة الحوامل والطفل والتطعيمات والتحصين ضد الأمراض السارية المعدية، ومتابعة الأمراض المزمنة، وصرف الأدوية الأساسية، وخدمات طب الأسنان وخدمات العيون الأساسية، وتثقيف الأفراد والمجتمع صحياً وتعليم طرق الوقاية، وغير ذلك من خدمات تقدم اول اتصال بين الجمهور والنظام الصحي.

خدمات الرعاية الأولية:

هو عملية تنظيمية توافق خلالها المنشآت العامة والخاصة - ويلتزم بذلك الشركاء الرئيسيون بما فيهم المستفيدون من الخدمة - على الأولويات التي تعتبر ضرورية لتحقيق هدف المنشأة والاستخدام الأمثل للموارد على المدى المتوسط والبعيد، وفي نفس الوقت تستجيب للبيئة المحيطة بها.

التخطيط الاستراتيجي:

<p>هو مجموعة من الأفراد، لها هدف مشترك تتناسب أعمال ومهارات كل فرد من أفرادها مع عمل ومهارات الآخرين. وتحقق أهدافها بأكثر طريقة فعالة ثم تكون مستعدة لقبول مهمات أكثر تحدياً، إذا كان هذا مطلوباً.</p>	<p>الفريق:</p>
<p>العناية بالجوانب المرضية والصحية سواء تلك المسببة لحالات العجز أو التي يمكن ان تنشأ عن العجز.</p>	<p>الرعاية التأهيلية:</p>
<p>تحسين مستوى صحة الشعوب من خلال توفير المعلومات للأفراد والعائلات والمجتمعات بخصوص كل ما من شأنه المحافظة على الصحة ومنع حدوث المرض.</p>	<p>الرعاية التعزيزية (تعزيز الصحة):</p>
<p>احتمال الوفاة خلال أول ٢٨ يوماً يتيمها المولود من حياته، ويعبر عنه بعدد الوفيات في كل ألف ولادة حية.</p>	<p>معدل وفيات المواليد الجدد:</p>
<p>احتمال الوفاة في الفترة ما بين الولادة وتمام سنة واحدة من العمر، ويعبر عنه بعدد الوفيات في كل ألف ولادة حية.</p>	<p>معدل وفيات الرضع:</p>
<p>احتمال الوفاة في الفترة ما بين ولادة الطفل وبلوغه سن الخامسة تماماً ويعبر عنه بعدد الوفيات في كل ألف ولادة حية.</p>	<p>معدل وفيات الأطفال دون الخامسة:</p>
<p>عدد السنوات التي سوف يحيها رضيع عند ولادته إذا ظلت أنماط معدلات الوفيات بالنسبة إلى الفئات العمرية عند الولادة على حالها طوال حياة الطفل.</p>	<p>العمر المتوقع عند الولادة:</p>
<p>معدل وفاة الامهات أثناء مراحل الحمل والولادة، وفترة النفاس. وحسب تعريف منظمة الصحة العالمية فان وفيات الامهات تمثل اية وفاة تحدث للأم اثناء الحمل أو في خلال الأسابيع الستة الأولى عقب انتهاء الحمل.</p>	<p>معدل وفيات الأمهات:</p>
<p>هي الأمراض التي تدوم غالباً مدى الحياة أو لسنوات طويلة ولها علاج مستمر باستمرار الحالة .</p>	<p>الأمراض المزمنة:</p>
<p>تلك الأمراض التي تنتقل سواء من المريض أو من السليم الحامل للجراثيم انساناً كان أو حيواناً إلى الأصحاء مباشرة أو بالواسطة، وتتخذ أحياناً الشكل الوبائي.</p>	<p>الأمراض المعدية:</p>
<p>مقياس لحجم الإنتاج الاقتصادي من السلع والخدمات من موارد مملوكة من قبل سكان منطقة معينة في فترة زمنية ما (حتى وإن كان هذا الإنتاج الاقتصادي يتم خارج هذه المنطقة، مثلًا استثمارات خارجية)، وهو أحد المقاييس التي تستخدم لقياس الدخل القومي والمصرفيات العامة للدول.</p>	<p>إجمالي الناتج القومي:</p>

اجمالي الناتج القومي مقسوماً على عدد السكان في منتصف السنة.	حصّة الفرد من اجمالي الناتج القومي:
نسبة عدد الأطفال المولودين في سنة معينة إلى عدد النساء في سن الانجاب (١٥ - ٤٩) في منتصف نفس السنة.	معدل الخصوبة الكلي:
عدد المواليد في سنة معينة لكل ألف من السكان في منتصف السنة.	المعدل الخام للمواليد:
العملية التي من خلالها تتبنى القيادة أو الإدارة العليا مجموعة معينة من القيم، المعارف والتقنيات، مقابل التخلي عن قيم ومعارف وتقنيات أخرى.	إدارة التغيير:
مصطلح يعبر عن مقدار ما تستطيع شراؤه من منتجات وخدمات عن طريق عملة معينة، مقارنة بما تستطيع شراؤه من نفس العملة في وقت آخر، وهو أساسي جدا لتقييم العملة ومن الأمور الأساسية لقياس التضخم.	القوة الشرائية:
عدد أسرة المستشفيات التي يشغلها المرضى معبراً عنها كنسبة مئوية من مجموع عدد الأسرة المتاحة في جناح أو مستشفى أو في المنطقة إجمالاً، وهو يستخدم لتقييم الطلب على أسرة المستشفيات، وبالتالي لقياس التوازن المناسب بين الطلب على الرعاية الصحية وعدد الأسرة المتاحة.	معدل اشغال السرير:
حالة تتكون من تزايد الدهون في الجسم وتراكمها إلى حد قد يؤثر سلبياً على الصحة، وتقاس عادة بحساب معدل الطول إلى الوزن أو بحساب مؤشر كتلة الجسم (الوزن مقسوماً على مربع الطول بالأمتار - الحد الفاصل أكثر من أو يساوي ٢٥).	السمنة:
خلايا غير متخصصة وغير مكتملة الانقسام لا تشابه اي خلية متخصصة، ولكنها قادرة على تكوين خلية بالغة بعد ان تنقسم عدة انقسامات في ظروف مناسبة، واهميتها تأتي من كونها تستطيع تكوين اي نوع من أنواع الخلايا المتخصصة بعد ان تنمو وتتطور إلى الخلية المطلوبة.	الخلايا الجذعية:
عملية تعقب مستمرة لجمع وتحليل وتفسير البيانات عن الأمراض، ونشر نتائج التحليلات إلى الجهات المعنية والمنظمات ذات الصلة.	الترصد الوبائي:
اتخاذ الخطوة الأولى دائماً لقيام فرد أو جماعة بعمل ما الهدف منه التغيير والإصلاح.	المبادرة:
معدل ما يمكن الحصول عليه من الإنتاج على معدل ما يُصرف للحصول على هذا الإنتاج وهي قيمة المخرجات (البضائع والخدمات) المنتجة مقسمة على قيم مدخلات الموارد المستخدمة (أجور، تكلفة المعدات وما شابه ذلك).	الانتاجية:

<p>الشراكة هي بناء المجتمع حول العلاقات المشتركة من أجل تيسير التغيير الإيجابي، وتعني إشراك جميع مكونات المجتمع في صنع القرار بنية الوصول إلى المصلحة العامة وإلى الهدف المشترك دون استثناء أي طرف من الأطراف على حساب الآخر.</p>	<p>الشراكة مع المجتمع:</p>
<p>استعمال وسائل الاتصالات المختلفة، مقروناً بالخبرة الطبية، لتقديم الخدمات التشخيصية والعلاجية والتعليمية للأفراد الذين يقيمون في مناطق بعيدة عن المراكز الطبية المتخصصة.</p>	<p>الطب الاتصالي:</p>
<p>بيئة الكترونية متشابكة عن طريق الرسائل الإلكترونية التي يتم تراسلها أو عن طريق صفحات تم تصميمها لتبادل المواضيع بين كم هائل من الأفراد المستخدمين للشبكة الإلكترونية المتصلة بالانترنت.</p>	<p>بيئة الويب (Web environment):</p>
<p>التقييم الخارجي الذي تقوم به هيئات معينة بغرض مراجعة مدى التزام المنشآت الصحية بمعايير محددة سلفاً لجودة الخدمة الصحية التي تقدمها ومدى تحقيقها لسلامة المرضى.</p>	<p>الاعتماد:</p>
<p>الهيئة المركزية المسؤولة في المملكة العربية السعودية عن اعتماد المرافق الصحية العامة والخاصة.</p>	<p>المجلس المركزي لاعتماد المنشآت الصحية (CBAHI)</p>
<p>مجموعة من المهارات وأنماط السلوك التي يحتاج المرء إلى امتلاكها وإظهارها من أجل أداء مهام ووظائف معينة بطريقة صحيحة.</p>	<p>الكفاءات الشخصية:</p>
<p>مجموعة من الخدمات التي يقدمها النظام الصحي للأفراد على نحو متواصل والتي قد تتراوح بين مستويات أقل تعقيداً مثل الرعاية المنزلية أو في المستشفيات الطرفية الصغيرة إلى مزيد من الرعاية المركزة داخل مستشفيات متخصصة وضمن مجموعة متكاملة من الإعدادات تتضمن اتباع نهج متكامل ومتصل يسهل مساراً سلساً للرعاية منذ بدايتها وحتى نهايتها.</p>	<p>نسق متواصل من الخدمات Continuum of Care</p>
<p>المعلومات المتعلقة بمدى وأسباب انتشار أمراض معينة بين السكان في منطقة محددة وزمن محدد.</p>	<p>البيانات الوبائية:</p>
<p>الممارسات الطبية التي تنطوي على استخدام أفضل الأدلة المتاحة والمناسبة الناشئة عن البحوث وغيرها من المصادر العلمية الموثوقة، ولا تعتمد الخبرات الشخصية للأطباء إلا في نطاق ضيق عندما لا تتوافر نتائج أبحاث معتمدة.</p>	<p>الطب المبني على البراهين:</p>
<p>خدمات العناية بالصحة التي يقدمها القطاع العام والخاص والوكالات التطوعية التي تهدف بشكل مباشر إلى تحسين صحة ورفاه السكان.</p>	<p>الخدمات الصحية:</p>

<p>الرحلة الوظيفية للموظف التي يتنقل خلالها من موقع إلى آخر وتمكنه من إثبات إمكاناته الكاملة وتحقيق المنفعة للمنشأة التي يعمل بها.</p>	<p>المسار الوظيفي:</p>
<p>تعزيز مفاهيم التعلم وتطوير الذات على مدى حياة الفرد بأكملها.</p>	<p>التعلم مدى الحياة:</p>
<p>نظام كامل للشؤون الادارية والمالية والالتزام بالحضور والانصراف والزي والسلوكيات المهنية وغيرها، تضعها الإدارة من أجل ضمان فعالية وكفاءة العمليات، والرقابة المالية الداخلية والامتثال للقوانين واللوائح والأنظمة.</p>	<p>الرقابة الداخلية:</p>
<p>إلى اين يريد الفرد (أو المنشأة أو النظام الصحي برمته) الوصول في فترة زمنية معينة. في تحديدها اجابة عن السؤال: إلى أين نريد الوصول؟ أو ما هو الحلم الذي نسعى لتحقيقه؟</p>	<p>الرؤية:</p>
<p>الغرض الذي من أجله يعمل الفرد أو المنشأة وفي تحديده اجابة على السؤال لماذا نحن هنا؟.</p>	<p>الرسالة:</p>
<p>المبادئ المعنوية التي هي دليل سلوكيات الأفراد والمنشآت وفي تحديدها اجابة عن السؤال كيف نريد ان نعمل؟</p>	<p>القيم:</p>
<p>خطة مكتوبة تحدد اجراءات طبية يجب اتخاذها في حالات طبية محددة.</p>	<p>الادلة العلاجية:</p>
<p>تعزيز الثقافة والعمليات والإجراءات ومهارات الأفراد الموجهة نحو التعامل مع وإدارة الفرص والمخاطر المحتملة داخل المنشآت الصحية.</p>	<p>إدارة المخاطر:</p>

الملحق الثالث: شبكة مستشفيات وزارة الصحة (١٤٣٢هـ)

م	اسم المستشفى	السعة السريرية	الأسرة المؤقتة	المجموع
مدينة الملك سعود الطبية (المجموع ١٤٣٥ سرير)				
١	المستشفى العام بمدينة الملك سعود الطبية	٨١٠	١٧٠	٩٨٠
٢	مستشفى الولادة بمدينة الملك سعود الطبية	١٥٠	٢٥	١٧٥
٣	مستشفى الأطفال بمدينة الملك سعود الطبية	٢٦٠	٢٠	٢٨٠
مجموع الأسرة		١٢٢٠	٢١٥	١٤٣٥
منطقة الرياض				
١	مدينة الملك فهد الطبية	١٥٠٠	-	١٥٠٠
٢	مستشفى الملك خالد التخصصي للعيون	٢٤٠	-	٢٤٠
٣	مستشفى الأمير سلمان بن عبد العزيز	٢١٠	٩٠	٣٠٠
٤	مستشفى اليمامة	٣١٠	٥٠	٣٦٠
٥	مستشفى الإيمان العام	٢١٠	٧٥	٢٨٥
٦	مجمع الأمل للصحة النفسية	٦٠٠	٢٠	٦٢٠
٧	مستشفى الملك سعود للمراض الصدرية	١٣٠	٢٠	١٥٠
٨	مستشفى النقاها	٢٦٥	٥	٢٧٠
٩	مستشفى الملك خالد بالخرج	٣٠٠	١٠٠	٤٠٠
١٠	مستشفى الملك خالد بالمجمعة	٢٢٥	٥٠	٢٧٥
١١	مستشفى الدوادمي العام	٢٠٠	٥٠	٢٥٠
١٢	مستشفى وادي الدوaser	١٥٠	٥٠	٢٠٠
١٣	مستشفى شقراء العام	١٥٠	٥٠	٢٠٠
١٤	مستشفى الزلفي العام	١٧٠	٦٠	٢٣٠
١٥	مستشفى عفيف العام	١٣٠	٤٥	١٧٥
١٦	مستشفى القويعية العام	٢٠٠	٥٠	٢٥٠
١٧	مستشفى الأفلاج العام	١٢٠	٤٠	١٦٠
١٨	مستشفى السليل العام	١٠٠	٢٠	١٢٠
١٩	مستشفى حوطة بني تميم العام	١٠٠	٤٠	١٤٠
٢٠	مستشفى حوطة سدير العام	٨٥	٢٥	١١٠
٢١	مستشفى حريملاء العام	١٠٠	٢٠	١٢٠

م	اسم المستشفى	السعة السريرية	الأسرة المؤقتة	المجموع
٢٢	مستشفى رويضة العرض العام	٤٠	١٠	٥٠
٢٣	مستشفى الملاحمية العام	٤٠	١٠	٥٠
٢٤	مستشفى ثادق العام	٣٥	١٥	٥٠
٢٥	مستشفى تمير العام	٤٠	١٠	٥٠
٢٦	مستشفى رماح العام	٤٥	١٥	٦٠
٢٧	مستشفى ساجر العام	٥٠	٢٠	٧٠
٢٨	مستشفى نفي العام	٥٥	١٥	٧٠
٢٩	مستشفى الأرتاوية العام	٤٠	٢٠	٦٠
٣٠	مستشفى الغاط العام	٤٠	٢٠	٦٠
٣١	مستشفى وثيلان العام	٥٠	٢٠	٧٠
٣٢	مستشفى الأمير سلمان بن محمد بالدلم	٤٠	٣٠	٧٠
٣٣	مستشفى الحريق العام	٤٠	١٠	٥٠
٣٤	مستشفى الرين العام	٥٥	١٥	٧٠
٣٥	مستشفى الرفايح بالجمش	٤٠	١٠	٥٠
٣٦	مستشفى الخاصرة	٤٠	١٠	٥٠
٣٧	مستشفى البجادية	٤٠	١٠	٥٠
٣٨	مستشفى ضرما	٤٠	١٠	٥٠
مجموع الأسرة				
		٤٤٨٥	١١١٠	٥٥٩٥
مدينة الملك سعود الطبية				
		١٢٢٠	٢١٥	١٤٣٥
مجموع الأسرة (شاملة لمدينة الملك سعود الطبية)				
		٥٧٠٥	١٣٢٥	٧٠٣٠
العاصمة المقدسة				
١	مدينة الملك عبدالله الطبية	١٥٠٠	-	١٥٠٠
٢	مستشفى النور التخصصي	٥٠٠	١٢٥	٦٢٥
٣	مستشفى الملك فيصل	٢٠٠	٦٠	٢٦٠
٤	مستشفى الملك عبد العزيز	٣٠٠	١٠٠	٤٠٠
٥	مستشفى حراء العام	٢٧٠	٥٠	٣٢٠
٦	مستشفى الولادة والأطفال	٢١٠	٣٠	٢٤٠
٧	مستشفى خليص	٦٥	١٠	٧٥
٨	مستشفى الكامل	٤٠	١٠	٥٠
٩	مستشفى ابن سينا	١٥٠	٥	١٥٥

م	اسم المستشفى	السعة السريرية	الأسرة المؤقتة	المجموع
١٠	مستشفى أجياد	٢٥	٢٠	٤٥
مجموع الأسرة				
٢١٧٠				
٤١٠				
١٧٦٠				
محافظة جدة				
١	مستشفى الملك فهد	٦١٠	١٦٠	٧٧٠
٢	مستشفى الولادة والأطفال بالمساعدية	٣٠٠	٦٠	٣٦٠
٣	مستشفى الولادة والأطفال بالعزيرية	١٠٠	٤٠	١٤٠
٤	مستشفى الملك عبد العزيز ومركز الأورام	٤٧٠	٧٠	٥٤٠
٥	مستشفى الملك سعود	٨٥	٥	٩٠
٦	مستشفى العيون	٨٥	١٠	٩٥
٧	مستشفى الثغر	١٠٠	٣٠	١٣٠
٨	مستشفى الصحة النفسية	١٢٥	٥	١٣٠
٩	مجمع الأمل للصحة النفسية	٢١٠	١٠	٢٢٠
١٠	مستشفى أضم العام	١٠٠	١٥	١١٥
١١	مستشفى رابغ العام	١٢٠	٣٠	١٥٠
١٢	مستشفى الليث العام	٥٠	٣٠	٨٠
مجموع الأسرة				
٢٨٢٠				
٤٦٥				
٢٣٥٥				
محافظة الطائف				
١	مستشفى الملك عبد العزيز التخصصي	٥٠٠	١٤٠	٦٤٠
٢	مستشفى الملك فيصل	١٦٠	٤٠	٢٠٠
٣	مستشفى الأطفال	١٢٠	٤٠	١٦٠
٤	مستشفى الأمراض الصدرية	١٨٠	١٠	١٩٠
٥	مستشفى الصحة النفسية	٦٨٠	٢٠	٧٠٠
٦	مستشفى تربه	٥٠	٢٠	٧٠
٧	مستشفى رنيه	٥٠	٢٠	٧٠
٨	مستشفى ميسان بلحارث	٤٥	٢٠	٦٥
٩	مستشفى السحن بني سعد	٤٠	١٠	٥٠
١٠	مستشفى الخرمة	٥٠	٢٠	٧٠
١١	مستشفى القرية بني مالك	٤٠	١٠	٥٠
١٢	مستشفى المويه	٥٠	١٠	٦٠
مجموع الأسرة				
٢٣٢٥				
٣٦٠				
١٩٦٥				

م	اسم المستشفى	السعة السريرية	الأسرة المؤقتة	المجموع
محافظة القنفذة				
١	مستشفى القنفذة العام	١٦٠	٨٠	٢٤٠
	مجموع الأسرة	١٦٠	٨٠	٢٤٠
المنطقة الشرقية				
١	مجمع الدمام الطبي			
	مستشفى الدمام العام	٤٣٠	١٢٠	٥٥٠
	مركز سعود البابطين للقلب	٨٠	١٠	٩٠
	مجموع الأسرة بمجمع الدمام الطبي	٥١٠	١٣٠	٦٤٠
٢	مستشفى الملك فهد التخصصي	٦٥٠	-	٦٥٠
٣	مستشفى الولادة والأطفال	٤٠٠	١٢٠	٥٢٠
٤	مستشفى القطيف المركزي	٣٣٥	١٠٥	٤٤٠
٥	مستشفى العيون التخصصي بالظهران	٧٥	٢٠	٩٥
٦	مجمع الأمل للصحة النفسية	٣٠٠	١٥	٣١٥
٧	مستشفى الجبيل العام	٢١٠	٩٠	٣٠٠
٨	مستشفى صفوى العام	٤٠	١٠	٥٠
٩	مستشفى بقيق العام	٤٠	١٠	٥٠
١٠	مستشفى القرية العليا	٤٠	١٠	٥٠
١١	مستشفى النعيرية العام	٦٠	٢٠	٨٠
١٢	مستشفى الأمير سلطان بعريعره	٥٠	٣٠	٨٠
١٣	مستشفى الخفجي العام	١٠٠	٣٠	١٣٠
١٤	مستشفى عنك العام	٤٠	١٠	٥٠
١٨	مستشفى الأمير سلطان بمليجة	٤٠	١٠	٥٠
١٩	مستشفى الرفيعة العام	٤٠	١٠	٥٠
٢٠	مستشفى رأس تنورة	٥٠	١٠	٦٠
٢١	مستشفى الظهران العام (نقاها)	٦٠	٠	٦٠
	مجموع الأسرة	٢٣٩٠	٦٣٠	٣٠٢٠
محافظة الأحساء				
١	مستشفى الملك فهد	٥١٠	١٤٠	٦٥٠
٢	مستشفى الأمير سعود بن جلوي	١٠٥	٢٥	١٣٠

م	اسم المستشفى	السعة السريرية	الأسرة المؤقتة	المجموع
٣	مستشفى الولادة والأطفال	٤٥٠	٨٠	٥٣٠
٤	مستشفى الصحة النفسية	١٠٠	٥	١٠٥
٥	مستشفى الجبر للعيون والأنف والأذن والحنجرة	١٠٠	١٠	١١٠
٦	مستشفى مدينة العيون	٤٠	١٠	٥٠
٧	مستشفى الجفر	٣٥	١٥	٥٠
٨	مستشفى العفالق للرعاية الأساسية	٨٠	٠	٨٠
٩	مستشفى سلوى	٥٠	١٠	٦٠
مجموع الأسرة		١٤٧٠	٢٩٥	١٧٦٥
محافظة حفر الباطن				
١	مستشفى الملك خالد العام	٣٠٠	١٠٠	٤٠٠
٢	مستشفى القيصومة	٤٠	٢٠	٦٠
٣	مستشفى السعيرة	٥٠	٢٠	٧٠
٤	مستشفى الصحة النفسية	٥٠	٥	٥٥
٥	مستشفى النقاها	٥٠	٠	٥٠
مجموع الأسرة		٤٩٠	١٤٥	٦٣٥
منطقة المدينة المنورة				
١	مستشفى الملك فهد	٤٥٠	١٠٠	٥٥٠
٢	مستشفى النساء والولادة والأطفال	٥٨٠	١٠٠	٦٨٠
٣	مستشفى أحد العام	٢٥٠	٥٠	٣٠٠
٤	مستشفى الأنصار العام	١٠٠	٣٠	١٣٠
٥	مستشفى التأهيل الطبي	١٦٠	٤٠	٢٠٠
٦	مستشفى الميقات العام	٧٥	٢٥	١٠٠
٧	مستشفى الصحة النفسية	١٠٠	٠	١٠٠
٨	مستشفى مدينة الحجاج (صدرية)	٥٠	٠	٥٠
٩	مستشفى ينبع العام	٣٠٠	٥٠	٣٥٠
١٠	مستشفى بدر العام	٥٠	٤٠	٩٠
١١	مستشفى المهدي العام	٦٠	٣٠	٩٠
١٢	مستشفى الأمير عبد المحسن بالعلا	١٤٠	٣٠	١٧٠
١٣	مستشفى الحناكية العام	٦٠	٣٠	٩٠
١٤	مستشفى وادي الفرع العام	٤٠	١٠	٥٠



م	اسم المستشفى	السعة السريرية	الأسرة المؤقتة	المجموع
١٥	مستشفى خيبر العام	٤٠	٢٠	٦٠
١٦	مستشفى العيص العام	٦٠	٢٠	٨٠
١٧	مستشفى الحمزة العام	٥٠	١٠	٦٠
١٨	مستشفى أبوراكة العام	٦٠	١٠	٧٠
١٩	مستشفى الحسو العام	٥٠	١٠	٦٠
٢٠	مستشفى ينبع النخل العام	٦٠	١٠	٧٠
مجموع الأسرة		٢٧٣٥	٦١٥	٣٣٥٠
منطقة عسير				
١	مستشفى عسير المركزي	٥٠٠	١٢٥	٦٢٥
٢	مستشفى الصحة النفسية	١٠٠	١٠	١١٠
٣	مستشفى أبيها العام	١٢٠	٥٠	١٧٠
٤	مستشفى الخميس للولادة والأطفال	١٠٠	٣٥	١٣٥
٥	مستشفى خميس مشيط	١٥٠	٥٠	٢٠٠
٦	مستشفى أحد رفيدة	٥٠	٣٠	٨٠
٧	مستشفى سراة عبيدة	١١٠	٥٠	١٦٠
٨	مستشفى ظهران الجنوب	١٠٠	٦٠	١٦٠
٩	مستشفى بللسمر	١٠٠	٤٠	١٤٠
١٠	مستشفى النماص	١٠٠	٤٠	١٤٠
١١	مستشفى محايل العام	١٧٠	٩٠	٢٦٠
١٢	مستشفى المجاردة	١٠٠	٥٠	١٥٠
١٣	مستشفى رجال ألمع	١٠٠	٤٠	١٤٠
١٤	مستشفى القحمة	٥٠	١٠	٦٠
١٥	مستشفى البرك	٥٠	٢٥	٧٥
١٦	مستشفى الفرشة	٥٠	٢٠	٧٠
مجموع الأسرة		١٩٥٠	٧٢٥	٢٦٧٥
محافظة بيشه				
١	مستشفى الملك عبد الله	٣٦٠	١٠٠	٤٦٠
٢	مستشفى البشائر العام	٤٠	١٠	٥٠
٣	مستشفى تبالة العام	٥٠	١٠	٦٠
٤	مستشفى وادي ترج	٤٠	١٠	٥٠

م	اسم المستشفى	السعة السريرية	الأسرة المؤقتة	المجموع
٥	مستشفى سبت العلايا	٥٠	٢٠	٧٠
٦	مستشفى النقاها والصحة النفسية	١٠٠	٠	١٠٠
٧	مستشفى تثليث	١١٠	٤٠	١٥٠
مجموع الأسرة				
٩٤٠				
١٩٠				
٧٥٠				
منطقة القصيم				
١	مستشفى الملك فهد التخصصي بريدة	٣٨٠	١٢٠	٥٠٠
٢	مستشفى بريدة المركزي	٢١٥	٨٥	٣٠٠
٣	مستشفى الولادة والأطفال	٢٥٠	٥٠	٣٠٠
٤	مستشفى الصحة النفسية	١٥٠	٥	١٥٥
٥	مستشفى الملك سعود بعنيزة	٣١٠	٩٠	٤٠٠
٦	مستشفى الرس العام	٢٦٠	٦٠	٣٢٠
٧	مستشفى البكيرية العام	١٣٠	٤٠	١٧٠
٨	مستشفى المذنب العام	١٣٠	٥٠	١٨٠
٩	مستشفى عيون الجواء	٤٠	١٠	٥٠
١٠	مستشفى رياض الخبراء	٤٠	١٠	٥٠
١١	مستشفى البدائع	١٢٠	٢٠	١٤٠
١٢	مستشفى الشفاء بعنيزة (نقاها)	٥٠	٠	٥٠
١٣	مستشفى عقلة الصقور	٤٠	١٠	٥٠
١٤	مستشفى ضريه	٤٠	١٠	٥٠
١٥	مستشفى الاسياح	٤٠	١٠	٥٠
١٦	مستشفى قصيبياء	٤٠	١٠	٥٠
١٧	مستشفى قبه	٤٠	١٠	٥٠
مجموع الأسرة				
٢٨٦٥				
٥٩٠				
٢٢٧٥				
منطقة جازان				
١	مستشفى الملك فهد المركزي	٤٦٠	١٤٠	٦٠٠
٢	مستشفى جازان العام	١١٥	٣٥	١٥٠
٣	مستشفى بيش العام	١٠٠	٣٠	١٣٠
٤	مستشفى ابو عريش العام	١٤٠	٤٠	١٨٠
٥	مستشفى صامطة العام	١٥٠	٥٠	٢٠٠
٦	مستشفى الموسم العام	٤٠	١٠	٥٠

م	اسم المستشفى	السعة السريرية	الأسرة المؤقتة	المجموع
٧	مستشفى الأمراض الصدرية	٤٥	٥	٥٠
٨	مستشفى ضمّد العام	٤٠	١٠	٥٠
٩	مستشفى صبياء العام	١٥٠	٥٠	٢٠٠
١٠	مستشفى بني مالك العام	٤٠	١٠	٥٠
١١	مستشفى الصحة النفسية	٧٠	٠	٧٠
١٢	مستشفى فرسان العام	٧٠	٢٠	٩٠
١٣	مستشفى الدرب العام	٤٠	١٠	٥٠
١٤	مستشفى الطوال العام	٤٠	١٠	٥٠
١٥	مستشفى أحد المسارحة العام	٣٥	١٥	٥٠
١٦	مستشفى فيفا العام	٧٠	٣٠	١٠٠
١٧	مستشفى العارضة العام	٦٠	٤٠	١٠٠
مجموع الأسرة		١٦٦٥	٥٠٥	٢١٧٠
منطقة الباحة				
١	مستشفى الملك فهد	٣٤٥	٧٥	٤٢٠
٢	مستشفى بلجرشي العام	١٥٠	٥٠	٢٠٠
٣	مستشفى الولادة والأطفال	١٠٠	٢٠	١٢٠
٤	مستشفى الصحة النفسية	٩٥	٥	١٠٠
٥	مستشفى المنذق	٥٠	٢٥	٧٥
٦	مستشفى النقاها	١٠٠	٢٠	١٢٠
٧	مستشفى قلوة العام	٦٠	٣٠	٩٠
٨	مستشفى العقيق العام	٦٠	١٥	٧٥
٩	مستشفى المخواه العام	٧٠	٣٠	١٠٠
١٠	مستشفى الحجره	٤٠	١٠	٥٠
مجموع الأسرة		١٠٧٠	٢٨٠	١٣٥٠
منطقة نجران				
١	مستشفى الملك خالد	٣٠٠	١٠٠	٤٠٠
٢	مستشفى نجران العام	١٦٠	٤٠	٢٠٠
٣	مستشفى الولادة والأطفال	٢٠٠	٥٠	٢٥٠
٤	مستشفى الصحة النفسية	٥٠	٠	٥٠

م	اسم المستشفى	السعة السريرية	الأسرة المؤقتة	المجموع
٥	مستشفى الصدر والحميات	٤٠	١٠	٥٠
٦	مستشفى حبونا العام	٧٠	٢٠	٩٠
٧	مستشفى شرورة العام	١٠٠	٤٥	١٤٥
٨	مستشفى النقاها	٥٠	٠	٥٠
٩	مستشفى الخرخير العام	٤٠	١٠	٥٠
١٠	مستشفى يدمه	٤٠	١٠	٥٠
مجموع الأسرة		١٠٥٠	٢٨٥	١٣٣٥
منطقة تبوك				
١	مستشفى الملك خالد	٢٨٠	٨٠	٣٦٠
٢	مستشفى الملك فهد	١٠٠	٢٠	١٢٠
٣	مستشفى الصحة النفسية	٤٥	٥	٥٠
٤	مستشفى الولادة والأطفال	١٠٠	٢٠	١٢٠
٥	مستشفى حقل العام	١٠٠	٣٠	١٣٠
٦	مستشفى البدع العام	٤٠	١٠	٥٠
٧	مستشفى ضباء العام	٦٠	٢٠	٨٠
٨	مستشفى أملج العام	٨٥	١٥	١٠٠
٩	مستشفى الوجه العام	٢٠٠	٥٠	٢٥٠
١٠	مستشفى تيماء العام	٦٠	٢٥	٨٥
١١	مستشفى أشواق	٤٠	١٠	٥٠
مجموع الأسرة		١١١٠	٢٨٥	١٣٩٥
حائل				
١	مستشفى الملك خالد	٣٠٠	١٠٠	٤٠٠
٢	مستشفى حائل العام	٢٦٠	٤٠	٣٠٠
٣	مستشفى النساء والولادة	١٤٠	٢٠	١٦٠
٤	مستشفى الصحة النفسية	٨٥	٥	٩٠
٥	مستشفى بقعاء	٥٠	٢٠	٧٠
٦	مستشفى سميراء	٤٠	١٠	٥٠
٧	مستشفى السليمي	٤٠	١٠	٥٠
٨	مستشفى الشمالي	٤٠	٢٠	٦٠

م	اسم المستشفى	السعة السريرية	الأسرة المؤقتة	المجموع
٩	مستشفى موقق	٤٠	١٠	٥٠
١٠	مستشفى الغزالة	٤٠	١٠	٥٠
١١	مستشفى الشنان	٥٠	١٠	٦٠
مجموع الأسرة		١٠٨٥	٢٥٥	١٣٤٠
منطقة الجوف				
١	مستشفى الأمير عبد الرحمن السديري	١٧٠	١٠٠	٢٧٠
٢	مستشفى النساء والولادة والأطفال	١٥٠	٣٠	١٨٠
٣	مستشفى الصحة النفسية	٧٥	٠	٧٥
٤	مستشفى دومة الجندل	١٣٠	٤٠	١٧٠
٥	مستشفى طبرجل العام	٢٠٠	٥٥	٢٥٥
٦	مستشفى صوير العام	٥٠	١٠	٦٠
مجموع الأسرة		٧٧٥	٢٣٥	١٠١٠
محافظة القريات				
١	مستشفى القريات العام	٢٥٠	٧٠	٣٢٠
٢	مستشفى الصحة النفسية	١٥٠	٥	١٥٥
٣	مستشفى العيساوية	٤٠	١٠	٥٠
مجموع الأسرة		٤٤٠	٨٥	٥٢٥
منطقة الحدود الشمالية				
١	مستشفى عرعر المركزي	٣٠٠	١٠٠	٤٠٠
٢	مستشفى الأمير عبد العزيز بن مساعد	١١٠	٥٠	١٦٠
٣	مستشفى رفحاء المركزي	١٠٠	٤٠	١٤٠
٤	مستشفى طريف العام	٢٠٠	٥٠	٢٥٠
٥	مستشفى العويقلة	٤٠	١٠	٥٠
٦	مستشفى شعبة نصاب	٤٠	١٠	٥٠
٧	مستشفى الصحة النفسية	١٠٠	٥	١٠٥
مجموع الأسرة		٨٩٠	٢٦٥	١١٥٥
المجموع الكلي للأسرة		٣٤٩٨٠	٨٠٢٥	٤٣٠٠٥
عدد المستشفيات		٢٤٤		

المراجع

- الكتاب الاحصائي السنوي لوزارة الصحة ، ١٤٣١ هـ / ٢٠١٠ م.
- استراتيجية الرعاية الصحية في المملكة العربية السعودية، ١٤٣٠هـ/ ٢٠٠٩ م.
- المشروع الوطني للرعاية الصحية المتكاملة والشاملة، ١٤٣٠ هـ / ٢٠٠٩ م .
- منظمة الصحة العالمية – تقرير المعلومات الصحية عن المملكة العربية السعودية، ١٤٢٩ هـ / ٢٠٠٨ م.
- البنك الدولي، رؤية ٢٠٢٠ تقرير القطاع الصحي في المملكة العربية السعودية، ٢٠٠٢ م.
- البنك الدولي، دراسة التمويل الصحي والتأمين، تحديات وخيارات وتوصيات، ٢٠٠٥ م.
- الصحة في قرن، اسبار للدراسات والبحوث والإعلام، ١٤١٩ هـ/ ١٩٩٩ م.
- مركز الرعاية الصحية المبنية على البراهين بوزارة الصحة، الخطة الاستراتيجية وسياسات العمل، ١٤٣٠ هـ / ٢٠٠٩ م.
- اللائحة التنفيذية لنظام المؤسسات الصحية الخاصة، وزارة الصحة، ١٤٢٣ هـ/ ٢٠٠٢ م.
- الخطة التشغيلية لوزارة الصحة- خطة التنمية التاسعة، ١٤٣١-١٤٣٥ هـ/ ٢٠١٠-٢٠١٤ م.
- الخطة الشاملة لتحسين الأداء، ١٤٣١ هـ / ٢٠١٠ م.
- كتاب إنجازات وزارة الصحة، ١٤٣٠ هـ / ٢٠٠٩ م.
- الملتقى التشاوري لقيادات وزارة الصحة، التأمل والسعي نحو تحسين الأداء، الليث، المملكة العربية السعودية، ١٤٣١ هـ / ٢٠١٠ م.
- ورشة عمل تطوير الإجراءات الإدارية والمالية في وزارة الصحة، ١٤٣١ هـ/ ٢٠١٠ م.
- تقرير " حلول خاصة للرعاية الصحية في دول الخليج"، فيكتور هيدقر وآخرون، نشرة ميكنزي ربع السنوية، ١٤٣١ هـ / ٢٠١٠ م.
- تقرير "وضع الأطفال في العالم لعام ٢٠٠٩"، منظمة اليونيسكو، تقارير عام ١٤٣١ هـ / ٢٠٠٩ م.
- <http://www.unicef.org/arabic/infobycountry/saudiarabia>



وزارة الصحة - وكالة الوزارة للتخطيط والتطوير
الرياض - المملكة العربية السعودية
هاتف: ٠١٢١٢٥٥٥٥ - تحويلة: ٢٦٣٧ - فاكس: ٠١٢١٢٤٠٤٣

بريد الكتروني: Planning@moh.gov.sa

www.moh.gov.sa