

استراتيجية التحول الصحي

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



خادم الحرمين الشريفين

الملك سلمان بن عبدالعزيز آل سعود



صاحب السمو الملكي

الأمير محمد بن سلمان بن عبدالعزيز آل سعود

ولي العهد نائب رئيس مجلس الوزراء وزير الدفاع

المحتويات



7 كلمة الوزير

9 المقدمة

15 الحاجة إلى التحول الصحي
ماهي الحاجة لإحداث التغيير؟

17 تحديد منهجيات التحول الصحي وأهدافه
مالذي يراد تغييره؟
استخدام النظريات وتطبيقها على الإستراتيجية الصحية

27 تحقيق التحول الصحي

34 المخاطر والإشكالات المتوقعة
ما الذي يُراد توخيه؟

37 من منظور اقتصادي
هل ترجح كفة الفائدة على التكلفة؟

39 الخطوات القادمة

40 الملاحق
أ. البرامج والمبادرات
ب. وصف وتحليل موجز لأطر قيمة هارفارد وأوكسفورد
ت. قائمة مراجع الوثائق الأساسية (مضافاً إليها الروابط التشعبية)
ث. الهوامش

كلمة الوزير



المقدمة



تحتل الصحة أولوية قصوى فهي هبة إلهية تولي كل دولة جهودا كبيرا لتعزيزها، وهو ما تتخذه المملكة بخطوات بالغة الجدية للوصول إلى إحداث تحول جوهري في النظام الصحي؛ إذ يحمل كل فرد على كاهله واجب الحفاظ على صحته العقلية والجسدية لتحقيق غاية العيش في مجتمع صحي نابض بالحياة. كما يستند كل نجاح مستقبلي في تحقيق التحول الصحي على ذكاء أفرادهم وتطورهم وقدرتهم على استلهام كل إنجاز محقق دون الوقوف عن المضي قدماً.

عملت الوزارة على هذه الاستراتيجية مراعية 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 المسؤولة عن الرقابة والإشراف على مرافق القطاع الصحي.

ولكون النظام الصحي من أكثر النظم الاجتماعية تعقيداً استلزم تقسيم التحول الصحي في المملكة إلى برامج ومبادرات تنفذ على مراحل من خلال سعي حثيث لتحقيق التوازن بين الطموح والواقعية. فتحقيق أهداف الاستراتيجية الصحية سيصبح عملية معقدة يتعذر إنجازها ما لم تتحقق المشاركة والتنسيق بين أعداد كبيرة من الأشخاص ذوي المهارات والمعرفة العالية بشكل فعال ومنظم.

وأخيراً فإن هذه الاستراتيجية تأتي استجابة لمجموعة من التحديات الكبيرة التي يواجهها قطاع الرعاية الصحية في مختلف دول العالم، ومن بينها المملكة، والتي نأمل من خلالها تحقيق أعلى مستويات التنسيق والفعالية للخروج بخدمات رعاية صحية تليق بتطلعات وطننا الغالي.

وزير الصحة

د. توفيق بن فوزان الربيعة



المقدمة



المقدمة

عمل مجلس الشؤون الاقتصادية والتنمية منذ اجتماعه الأول المنعقد يوم الأربعاء ٢٢/٤/٢٠١٤هـ على تحديد توجهات الدولة فيما يخص الأهداف التي أنشئ المجلس من أجلها، حيث أوصى بعدة توجهات، ومن ضمنها الفقرة الخامسة عشرة التي نصت على "خصخصة المؤسسات الصحية، والعمل ببرنامج شامل للتأمين على المواطنين". فقد صدر الأمر السامي رقم ١٧٧٢٦ بتاريخ ٢٩/٤/٢٠١٤هـ، القاضي بالموافقة على توصيات مجلس الشؤون الاقتصادية والتنمية بشأن تحديد تلك التوجهات، بما فيها الفقرة الخامسة عشرة المشار إليها أعلاه. بالإضافة إلى الأمر السامي رقم ١٦٨٧٥ بتاريخ ٢٤/٤/٢٠١٤هـ القاضي بتوجيه وزارة الصحة برفع تقرير تحدد فيه التوجهات والرؤى والأهداف الرئيسية الخاصة بها. تلا ذلك صدور الأمر السامي رقم ١٩١٨٦ بتاريخ ٦/٥/٢٠١٤هـ القاضي بتكليف وزارة الصحة بمتابعة تنفيذ ما جاء في الفقرة الخامسة عشرة المشار إليها في الأمر السامي رقم ١٧٧٢٦ بتاريخ ٢٩/٤/٢٠١٤هـ، وتوصية مجلس الشؤون الاقتصادية والتنمية في اجتماعه في ١٣/٥/٢٠١٤هـ حول الموافقة على التوجهات والرؤى والأهداف التي رفعتها الوزارة. فيما أكد الأمر السامي رقم ٢٩٠٥٥ بتاريخ ٨/٦/٢٠١٤هـ الموافقة على توصية مجلس الشؤون الاقتصادية والتنمية، المتضمنة الموافقة على التوجهات والرؤى والأهداف الرئيسية التي قدمتها وزارة الصحة مع مراعاة الملحوظات والمرئيات التي أبدتها المجلس، ومن ضمن هذه التوصيات:

- التوسع في تقديم خدمات التأمين الصحي لتوفير تأمين لجميع الموجدوين في المملكة بما في ذلك الحجاج والمعتمرين والزوار القادمين إلى المملكة.
- التوسع في تقديم خدمات الرعاية الصحية الأولية.
- تعزيز استخدام التقنية في الخدمات الصحية.
- السعي نحو تحويل المراكز الطبية المتخصصة مثل مستشفى الملك فيصل التخصصي ومركز الأبحاث إلى مؤسسات غير ربحية.
- العمل على خصخصة القطاع الصحي بما في ذلك النظر في تحويل المستشفيات الحكومية إلى شركة قابضة، وأن تحول ميزانية تشغيل المستشفيات إلى تلك الشركة بالشكل الذي يرى مناسبه سواء كان ذلك من خلال التأمين على المواطنين أو بالتعاقد معها لعلاجهم، ومن ثم تحويل هذه الشركة إلى شركة مساهمة عامة، بحال ثبتت جدواها الاقتصادية، والتنسيق في هذا الشأن مع صندوق الاستثمارات العامة.

المقدمة

كما أكد قرار مجلس الوزراء رقم (٣٦٢) وتاريخ ١٤٣٧/٠٩/٠١ هـ، على الموافقة على برنامج التحول الوطني المنبثق من رؤية المملكة العربية السعودية ٢٠٣٠، والأمر السامي رقم ٤٤٦٤٣ بتاريخ ١٤٣٧/٠٩/٠٥ هـ والقاضي بإنشاء مكاتب تحقيق الرؤية في الوزارات. فيما تناول الأمر السامي رقم (١٢٠٦٧) وتاريخ ١٤٣٨/٠٣/١١ هـ اعتماد القائمة النهائية لـ "مبادرات التحول الوطني"، ومن ضمنها برنامج التحول المؤسسي لمرافق الرعاية الصحية، وبرنامج الضمان الصحي وشراء الخدمات الصحية، والشراكة بين القطاع العام والخاص، ونموذج الرعاية الصحية الجديد، وحوكمة القطاع الصحي، والصحة الإلكترونية، وتحسين الوصول إلى المرافق الصحية الحكومية القائمة والتخطيط المتكامل للطاقة الاستيعابية اللازمة. أخيراً، تناول الأمر السامي رقم (٤٦٧٠٨) وتاريخ ١٤٣٨/١٠/١٢ هـ، تأسيس شركة حكومية قابضة ومجموعة شركات تابعة لها مملوكة لوزارة الصحة، وتأسيس برنامج الضمان الصحي وشراء الخدمات، وإعطاء الصحة العامة أولوية في كل الأنظمة والتشريعات لمكافحة الأمراض والوقاية منها "الصحة في كل السياسات" ووضع الآلية لتطبيق ذلك، والقاضي بالموافقة من حيث المبدأ على العرض المقدم من قبل مكتب تحقيق الرؤية، على أن تقوم اللجنة الإشرافية لتخصيص القطاع الصحي بمراجعة العرض في ضوء الملحوظات والمرئيات التي أبدت عليه، ورفع مشروعات الوثائق النظامية اللازمة لدراستها من هيئة الخبراء بمجلس الوزراء ومن ثم عرضها بصورتها النهائية على المجلس تمهيداً لإكمال ما يلزم في هذا الشأن.

وبناء عليه تم إنشاء مكتب تحقيق الرؤية ليرتبط تنظيمياً بوزير الصحة، وتشمل مهامه العمل على تحقيق كافة السياسات والتوجهات التي توافق عليها الجهات العليا، بما في ذلك تنفيذ البرامج التي يتم من خلالها تحقيق الأهداف الاستراتيجية للقطاع وفقاً لرؤية ٢٠٣٠ حيث جاء في وثيقة الرؤية ما يتضمن فرصاً غير مسبوقه لتطوير القطاع الصحي، من خلال نماذج عمل متطورة تضمن الاستدامة وتحقيق أعلى مستويات الكفاءة. فيما أشارت «الرؤية» إلى الاهتمام الواسع الذي شهدته القطاع الصحي، حيث ذكرت: «لقد بذلنا جهوداً كبيرة لتطوير المنظومة الصحية خلال العقود الماضية، إذ بلغت نسبة عدد الأسرة ٢,٢ سرير لكل ١٠٠٠ نسمة، ولدينا أحد أفضل الكفاءات العالمية في أدق التخصصات الطبية، إلى جانب ارتفاع متوسط العمر للفرد خلال العقود الثلاثة الماضية من ٦٦ إلى ٧٤ عاماً».

المقدمة

كما أكدت الرؤية أن المملكة تسعى إلى تحقيق الاستفادة المثلى من المستشفيات والمراكز الطبية في تحسين جودة الخدمات الصحية بشقيها الوقائي والعلاجي، إضافة إلى أن القطاع العام سيركز على توفير الطب الوقائي للمواطنين، ويشجعهم على الاستفادة من الرعاية الصحية الأولية كخطوة أولى في خطتهم العلاجية، كما سيسهم في محاربة الأمراض المعدية، ويرفع درجة التنسيق بين خدمات الرعاية الصحية والرعاية الاجتماعية، لتحقيق التكامل في تلبية متطلبات المستفيدين منها وحاجاتهم. يضاف إلى ذلك أن القطاع العام سيوجه تركيزه على دوره كمخطط ومنظم ومراقب للمنظومة الصحية. فيما تم استحداث مفهوم تمكين الأسرة للقيام بدورها في المشاركة بتقديم الرعاية الصحية لأفرادها.

ولرفع جودة الخدمات الصحية، يجري العمل على تقديمها من خلال شركات حكومية تمهيداً لتخصيصها، والعمل على توسيع قاعدة المستفيدين من نظام التأمين الصحي، وتسهيل الحصول على الخدمة بشكل أسرع. بالإضافة إلى تقليص أوقات الانتظار للوصول إلى الاختصاصيين والاستشاريين، وتدريب الأطباء لرفع قدراتهم على مواجهة وعلاج الأمراض المزمنة، التي تشكل تحدياً وخطراً على صحة مواطنينا، مثل أمراض القلب والسكر والسرطان.

كما تهدف «الرؤية» إلى التركيز بشكل أكبر على التخطيط والتنظيم والإشراف ومراقبة كل الخدمات الصحية، لذا ستقوم وزارة الصحة بالاعتماد على أسلوب نقل مهمة تقديم الخدمات الصحية تدريجياً إلى شبكة من الشركات الحكومية، لزيادة مستوى التنافسية في تقديم الخدمات الصحية المطلوبة بأفضل ما يمكن، وبالتالي تعزيز قاعدة رضا المستفيدين من نظام التأمين الصحي.

كما جاء في نص الرؤية: «سيستخدم أسلوب مبتكر لصحة ذات جودة عالية وفاعلية أكبر، والتي من شأنها الارتقاء بمستوى الخدمات الصحية وجودتها، غايتنا قطاع صحي فعال وذو أسلوب مبتكر، يُوجدُ تنافسية وشفافية أكبر بين مقدمي الخدمات، ويمكن من تحسين الكفاءة والفاعلية والجودة والإنتاجية على كل مستويات تقديم الخدمة، ويتيح خيارات أكثر تنوعاً للمواطنين». وتتألف رؤية المملكة ٢٠٣٠ من ثلاثة محاور رئيسة يتفرع منها عدد من الالتزامات والأهداف. تتجسد هذه الالتزامات والأهداف في عدد من برامج الرؤية التنفيذية والتي تشمل: برنامج التحول الوطني، وبرنامج التخصيص، وبرنامج ضيوف الرحمن، وبرنامج صندوق الاستثمارات العامة، وبرنامج أرامكو، وبرنامج جودة الحياة، وغيرها من البرامج.

المقدمة

ومن خلال وثيقة الرؤية، وُضعت أربعة أهداف استراتيجية لبرنامج التحول في القطاع الصحي، يقوم بالإشراف عليه وتنفيذه مكتب تحقيق الرؤية التابع لوزارة الصحة، وفق حوكمة خاصة ستتم الإشارة إليها لاحقاً في هذه الوثيقة، وهي كالتالي:

1. تسهيل الحصول على الخدمات الصحية.
2. تعزيز الوقاية ضد المخاطر الصحية.
3. تحسين جودة وكفاءة الخدمات الصحية.
4. تعزيز السلامة المرورية.

كما تم من خلال وثيقة الرؤية رسم أهداف استراتيجية مباشرة وغير مباشرة لبرنامج التخصيص حيث تشمل هذه الأهداف القطاع الصحي وغيره من القطاعات، ويقوم بالإشراف عليها وتنفيذها فيما يرتبط بالقطاع الصحي مكتب تحقيق الرؤية التابع لوزارة الصحة واللجنة الإشرافية لتخصيص القطاع الصحي، مع دعم وتنسيق المركز الوطني للتخصيص، وفق حوكمة خاصة ستتم الإشارة إليها لاحقاً في هذه الوثيقة، وهذه الأهداف تنقسم إلى قسمين:

القسم الأول: أهداف ذات علاقة مباشرة ببرنامج التخصيص، ويندرج تحتها هدفان رئيسان، هما:

1. إتاحة الأصول المملوكة للدولة أمام القطاع الخاص.
2. تخصيص خدمات حكومية محددة.

القسم الثاني: أهداف ذات علاقة غير مباشرة ببرنامج التخصيص، ويندرج تحتها أحد عشر هدفاً، وهي كالتالي:

1. تسهيل الحصول على الخدمات الصحية.
2. تحسين القيمة المحصلة من الخدمات الصحية (جودة النتائج والخبرات والتكلفة).
3. الارتقاء بجودة الخدمات المقدمة في المدن السعودية.
4. تطوير سوق مالية متقدمة.
5. جذب الاستثمار الأجنبي المباشر.
6. إنشاء وتحسين أداء المراكز (اللوجستية).
7. زيادة مساهمة المنشآت الصغيرة والمتوسطة في الاقتصاد.
8. تنويع الإيرادات الحكومية - وتعظيم الإيرادات من الأصول الحكومية المملوكة للدولة.
9. تصميم هيكل حكومي أكثر مرونة وفعالية.
10. تحسين أداء الجهات الحكومية.
11. الارتقاء بجودة الخدمات المقدمة.

المقدمة

وبقراءة هذه الأهداف ذات العلاقة غير المباشرة ببرنامج التخصيص يتبين لنا أن استراتيجية التحول في القطاع الصحي كذلك تتقاطع مع هذه الأهداف بشكل مباشر مثل تحسين الحصول على الخدمات الصحية، أو بشكل غير مباشر كتحسين أداء الجهات الحكومية.

ولكون النظام الصحي من أكثر النظم الاجتماعية تعقيداً استلزم تقسيم التحول الصحي في المملكة إلى برامج ومبادرات تنفذ على مراحل من خلال سعيٍ حثيث لتحقيق التوازن بين الطموح والواقعية. فتحقيق أهداف الاستراتيجية الصحية سيصبح عملية معقدة يتعذر إنجازها ما لم تتحقق المشاركة والتنسيق بين أعداد كبيرة من الأشخاص ذوي المهارات والمعرفة العالية بشكل فعال ومنظم. لذا تقدم الاستراتيجية الصحية لمحة عامة عن التحول الصحي، مشيرةً إلى الأهداف الأساسية بشكل واضح ومتماسك قدر الإمكان.

استراتيجية التحول الصحي

كُلفت وزارة الصحة بتقديم هذه الاستراتيجية كجزء من "رؤية ٢٠٣٠" للمملكة العربية السعودية [١]. تتناول هذه الوثيقة المستوى الثاني من الهدف الاستراتيجي لرفع معايير الخدمة الصحية في السعودية، والأهداف من المستوى الثالث لتيسير الحصول على خدماتها، وضمان قيمة أفضل وتعزيز الوقاية من المخاطر الصحية الرئيسية. تهدف الاستراتيجية أيضاً إلى تأمين دعم كبير لتحقيق المستوى الثاني من الهدف الاستراتيجي ألا وهو التعزيز والتمكين لتحقيق نمط حياة صحي أفضل. وعلى الرغم من أن هذه الخطة الاستراتيجية تقع تحت إدارة وزارة الصحة، إلا أن تطويرها قد تم بالتعاون وثيق مع برنامج التحول الوطني.

الحاجة إلى التحول الصحي

- ماهي الحاجة لإحداث التغيير؟



استيعاب التحديات [٢]

تحدد الاستراتيجية الصحية ثمان تحديات رئيسية في النظام الصحي تحتاج إلى المعالجة على مدار العقد القادم.

١. استمرار النمو السكاني والعمر في المملكة. فمن المتوقع أن يرتفع عدد سكان المملكة من ٣٣.٥ مليون في منتصف عام ٢٠١٨ إلى ٣٩.٥ مليون في منتصف عام ٢٠٣٠. ومن المتوقع أن ينمو عدد المسنين (الذين تتراوح أعمارهم بين ٦٠ و ٧٩) من ١.٩٦ مليون في منتصف عام ٢٠١٨ إلى ٤.٦٣ مليون في منتصف عام ٢٠٣٠. بينما بلغ عدد المقيمين من الخارج عام ٢٠١٥ ٣٠٪ من سكان المملكة بما يعادل ١٠ ملايين نسمة، فيما يشكل البالغون الغالبية منهم إلى جانب بعض الفئات السنوية المختلفة من المرافقين لهم.

إلى جانب ذلك تشهد المملكة وفود العديد من الزوار الأجانب، لا سيما في أوقات المناسبات الدينية الكبرى. فقبل عام ٢٠١٦، كان ٥٣٧,٠٠٠ من إجمالي الحجاج من الحجاج المحليين. فيما وفد ١٣,٢٥,٠٠٠ من الخارج، وفي بعض السنوات، يقدر إجمالي عدد الحجاج الأجانب الذين يزورون مكة بما يصل إلى ثلاثة ملايين شخص. [٣] إلى جانب بلوغ نسبة قاطني المدن في المملكة العربية السعودية ٨٣.٣٪ في عام ٢٠١٦، والتي من المتوقع أن ترتفع إلى ٨٥.٩٪ في عام ٢٠٣٠.

٢. لا تزال معدلات الإصابة بالأمراض غير المعدية والأمراض المزمنة مرتفعة حسب المعايير الإقليمية والدولية، إلا أن المملكة نجحت في تحقيق تقدم ملحوظ في الصحة العامة على مدى العقود الأخيرة، لا سيما فيما يتعلق بوفيات الأطفال والأمهات والحد من الأمراض المعدية. بالنسبة للذكور والإناث، فقد ارتفع متوسط العمر المتوقع عند الولادة من ٦٤ سنة في ١٩٧٠ إلى ٧٥ سنة في عام ٢٠١٥، ويُطمح وفقاً للأهداف الموضوعية إلى ضمان زيادتها إلى ٨٠ سنة بحلول عام ٢٠٣٠، على رغم كل هذه النجاحات فلا تزال هناك إمكانية أكبر للحد من الوفيات والأمراض التي يمكن تجنبها في طبقة السكان العاملين والمسنين. وتشمل المجالات التي يجب أن تولى مزيداً من الاهتمام كلاً من: أمراض القلب والسكتة الدماغية والسكري وأمراض الجهاز التنفسي والصحة العقلية وحوادث المرور على الطرق والأمراض الوراثية، وكلها مجالات قابلة للتقليل، إلى جانب استمرار الحاجة إلى تعزيز الوقاية من الأمراض المزمنة والإصابات وبالتالي الحد من الأمراض والوفيات الممكن تجنبها. كما يظل تحدي السيطرة على عدم ظهور الأمراض المعدية مستمراً، لا سيما في مواسم الحج أو بعد الكوارث الطبيعية وغير الطبيعية. لذا ينبغي على الإدارات والجهات الحكومية في المملكة أن تضع الآثار الصحية المتوقعة محل أولوية في إتخاذها لقراراتها وسياساتها الكبرى حتى لا يصعب على وزارة الصحة خلق حوار ضروري بين الوزارات حول المشاكل الصحية الملحة.

٣. تظل الرعاية الأولية غير كافية وغير متسقة بسبب عدم فاعلية توزيع المستشفيات الثانوية والمتخصصة والموارد المرتبطة بها في جميع أنحاء المملكة. [٤] إلى جانب عدم وجود القدرة الكافية في خدمات الرعاية الممتدة مثل إعادة التأهيل والرعاية طويلة الأجل والرعاية المنزلية، وهو ما ينجم عن تفاقم هذه الإشكالات نظراً لانخفاض مستويات الإنتاجية.

الحاجة إلى التحول الصحي

٤. وجود فجوات كبيرة في جودة الخدمات المقدمة للمرضى، ويعزى الكثير منها إلى إنعدام بروتوكولات ومسارات متسقة للمعالجة وقياس غير كامل لعمليات ونتائج المرضى. كما أكد المجلس المركزي السعودي لاعتماد مؤسسات الرعاية الصحية (Saudi Central Board for Accreditation of Healthcare Institutions) على أن استقصاء متطلبات السلامة الأساسية لعام ٢٠١٥ قد أشار إلى وجود عجز ونقص في الإجراءات الرئيسية للسلامة في جميع فئات المستشفيات.

٥. وجود تباين في عملية تزويد وتقديم الخدمة والاستثمار فيها بين عدد المستفيدين المفترض خدمتهم في مقابل المرضى المعالجين فعلياً، مما قد يؤدي إلى تدني وضع القيمة فضلاً عن الجودة بسبب غياب الكفاءة والفعالية.

٦. يتركز توجه النظام الصحي في الوقت الحاضر على الموارد والموظفين بدلاً من المريض، إلى جانب تمحور النظام حول المؤسسة بدلاً من التركيز على الإنسان، وهنا تكمن الحاجة في جعل خدمات النظام الصحي متاحة ومتجاوبة بشكل أكبر لرعاية المرضى.

٧. وجود ثغرات كبيرة في إمكانيات وقدرات القوى العاملة. كما يفتقر النظام الصحي حالياً إلى نظم معلومات رقمية قوية ومتسقة ومتكاملة لقياس وإدارة الموارد ومستويات النشاط والجودة والكفاءة وبناء نظام رعاية صحية قابل للتعلم. (Learning Healthcare System)

٨. يحتاج النظام الصحي أيضاً إلى تعزيز كفاءة الإنفاق العام والمساهمة في تنويع الاقتصاد الوطني، مما يسهل مواجهة أي تحدي ناجم عن حدوث أي إنخفاض طويل الأجل في أسعار النفط الخام وما سيحدثه من تأثير على الإيرادات العامة.

وبالتالي ، يتعين العمل على:

- تحفيز المبادرة داخل وخارج النظام الصحي للحد من الإصابات، إلى جانب الوقاية الأولية والثانوية من الأمراض غير المعدية.
- إدخال مقاييس شاملة لاحتياجات السكان وأداء النظام الصحي لتحسين عملية تخصيص الموارد وتحقيق النتائج التي يحتاجها السكان.
- تعزيز حس المسؤولية لدى جميع الأطباء عند الاستفادة من الموارد، ومنع الهدر واستدامة الرعاية الصحية الشاملة على المدى الطويل.
- وضع حوافز للموظفين والنظام ليكون أكثر فعالية وكفاءة وتشجيع الابتكار محلياً.
- تسهيل مستويات الإيرادات والاستثمار المالي في مرافق وأنظمة الرعاية الصحية التي تتناسب مع الوضع الاقتصادي للمملكة وتوزع بشكل مناسب وفقاً لاحتياجات السكان والمرضى.
- تحقيق الشفافية في تقديم الرعاية من خلال الجمع المنظم والإبلاغ الداخلي عن البيانات الحساسة والتكاليف والنتائج، لإستيعاب وتحقيق قيمة أفضل.

الحاجة إلى التحول الصحي

- ضمان جودة وسلامة التحقيقات والعلاجات السريرية، من خلال إعادة تصميم النظام والاستخدام الدقيق للمعايير والبروتوكولات والمسارات السريرية، إلى جانب التطوير المهني المستمر لطاقم الموظفين في الخدمات السريرية وغير السريرية.
- ضمان وجود قوة عاملة ماهرة بمؤهلات علمية وإنتاجية عالية، تشمل الكفاءات السعودية على نطاق أوسع.
- تسخير التقنية والإنترنت والهاتف المحمول والقوة الحسابية وقابلية التشغيل البيئي لتحسين وصول الخدمات للمرضى والتثقيف والمشاركة في حماية وتعزيز صحتهم، وتحقيق مكاسب في الجودة والفعالية، وبناء نظام رعاية صحية قابل للتعلم. (Learning Healthcare System)
- تطوير نظم المعلومات، ونظم الحوكمة الموزعة، وأنظمة المحاسبة، والممارسات المهنية والتوظيفية والاتصالات التي من شأنها تمكين وزارة الصحة والنظام الصحي لتصبح أكثر استجابة للضغوط الحالية والمستقبلية.

تحديد منهجيات التحول الصحي وأهدافه

- ما الذي يُراد تغييره؟

- استخدام النظريات وتطبيقها على الإستراتيجية الصحية

تحديد منهجيات التحول الصحي

يهدف التحول الصحي إلى الارتقاء بمستوى الخدمات الصحية وجودتها، وغايتها قطاع صحي فعال ذو أسلوب مبتكر، يوجد تنافسية وشفافية أكبر بين مقدمي الخدمات، ويمكن من تحسين الكفاءة والفاعلية والجودة والإنتاجية على كل مستويات تقديم الخدمة، ويتيح خيارات أكثر تنوعاً للمواطنين.

الأهداف المقترحة للتحول الصحي:

١. تحسين الصحة: زيادة معدل حياة المواطنين السعوديين ورفاهها ونوعيتها، بما في ذلك تحقيق هدف رؤية ٢٠٣٠ المتمثل في زيادة متوسط العمر المتوقع للمواطنين إلى ٨٠ سنة بحلول عام ٢٠٣٠.
 ٢. تطوير الرعاية الصحية: من خلال تطوير الجودة والاتساق في الخدمات والأداء ومساءلة ومؤسسات الرعاية الصحية والموظفين داخل القطاع الصحي.
 ٣. تطوير القيمة: من خلال احتواء التكاليف وتحسين النتائج والتحكم في الإنفاق على الرعاية الصحية وتوجيه الاستثمار الجديد.
- تتوافق جميع أهداف التحول الثلاثة مع الأهداف الاستراتيجية للرؤية ٢٠٣٠ للصحة، إلى جانب كونها عناصر ممكنة لها، ألا وهي: تسهيل وصول الخدمة وتحقيق القيمة وتعزيز الصحة العامة.
- كما يتم تعريف هذه الأهداف من خلال الأطر الدولية لتعزيز النظم الصحية بما في ذلك:

- إطار النظم الصحية لمنظمة الصحة العالمية [٥] ؛
- إطار النظم الصحية لمجموعة البنك الدولي [٦] ؛
- معهد تحسين الرعاية الصحية ، إطار "Triple Aim" [٧] ؛
- الأكاديمية الوطنية للطب ، "التوجيهات الحيوية للصحة والرعاية الصحية [٨]
- الخطة الاستراتيجية الخمسية الخاصة بهيئة الرعاية الصحية الوطنية في إنجلترا [٩]

تقديم الرعاية الصحية على أساس القيمة

تتوافق أهداف التحول الصحي مع الأطر ذات الصلة وإن كانت في ذاتها متميزة- بالرعاية الصحية القائمة على ضمان القيمة، وفقاً للأطر المعدة من قبل كلية هارفارد للأعمال بالتعاون مع معهد كارولينسكا، إلى جانب ارتباطها ارتباطاً وثيقاً بعمل المنتدى الاقتصادي العالمي [١٠] الذي يركز على الآثار المترتبة على الصناعات الصحية ذات الارتباط. كما تتوافق مع العمل المتميز من قبل جامعة أكسفورد والذي تم تبنيه الآن في إنجلترا واسكتلندا ويلز وإيطاليا. [١١] فقد صيغت استراتيجية التحول الصحي بقصد استخدام ودمج جوانب أطر القيم الثلاثة. وتتطلب الضرورات المالية والاقتصادية والمؤسسية، إلى جانب المقاصد السياسية لحكومة المملكة العربية السعودية، والتي حددتها رؤية عام ٢٠٣٠ ، مستوى عال من الرقابة الشاملة على مصروفات الخدمات الصحية واستخدام الموارد الأخرى. هذه العوامل تستلزم أيضاً اهتماماً وثيقاً بصحة جميع السكان، وهذه الاعتبارات هي سمات مميزة لإطار أكسفورد.

يمكن الاطلاع على وصف وتحليل موجز لأطر القيمة الخاصة بهارفارد وأوكسفورد في الملحق ب.

تحديد منهجيات التحول الصحي

من النظرية إلى الاستراتيجية

نظم مكتب تحقيق الرؤية (Vision Realization Office) عمله ضمن سبعة برامج:

- نموذج الرعاية الجديد (Models of Care)
- برنامج تطوير مزود الخدمة (Provider Reforms)
- برنامج تطوير التمويل المالي (Financing Reforms)
- برنامج تطوير الحوكمة (Governance Development)
- برنامج مشاركة القطاع الخاص والثالث (Private and Third Sector Participation)
- برنامج تطوير القوى العاملة (Workforce Development)
- برنامج تطوير الصحة الإلكترونية. (eHealth Development)

ويمكن فهم البرامج الثلاثة الأولى على أنها عناصر ممكنة لكافة مستويات القيمة:

- يعدّ برنامج "نموذج الرعاية الجديد" نقطة محورية لتعزيز **القيمة الفردية** من خلال تطوير طرق العلاج والرعاية على المستوى الفردي.
- يحتلّ برنامج تطوير مزود الخدمة مركزاً محورياً لتطوير **قيمة الاستفادة** على المستويات المتوسطة، سواء كان ذلك على مستوى نظام الصحة السريرية أو المستشفى أو النظام الصحي المحلي. (المبدأ الجوهري في أي بلد ملتزم بالرعاية الصحية الشاملة هو أن مناط تحديد النطاق السكاني يشمل كل فرد في كل حكم إداري معين مثل تقسيم المناطق في المملكة)
- يحتلّ برنامج التمويل مكانة رئيسية في تعزيز **القيمة التخصّصية** من خلال التأكيد من أن تلك المستويات المتوسطة تحصل على مستويات "مثالية" من الموارد ، بناءً على احتياجات المرضى وقدرتهم على الاستفادة منها.

يمكن القول بأن التمويل المالي يلعب دوراً مباشراً في تأمين جميع الأنواع الثلاثة من القيمة - المذكورة سابقاً-. إلى جانب أن كثيراً من احتياجات المرضى تقاس وفقاً لمعايير أخرى، بما في ذلك مزايا المرضى ، والأهداف الاقتصادية الموضوعة لحماية صحة السكان العاملين ، أو قدرة المرضى واستعدادهم لتحمل التكلفة المالية. بينما تشير التجارب السابقة لاستراتيجيات التحولات الصحية [١٢] إلى عدم احتمالية أن تؤدي التغييرات التنظيمية والمالية إلى أي تحسينات ضخمة على مستوى مخرجات النظام الصحي إلا إذا ما اقترنت بتطوير يشمل جانب تقديم الرعاية الصحية، خاصة فيما يتعلق بالتحسينات المطبقة على الكفاءة والفاعلية والمساواة والاستجابة للصحة العامة والخدمات الصحية المقدمة. وعلى هذا فمن الضروري أن ترى أبعاد القيمة الثلاثة بوصفها أبعاداً مترابطة يعزز بعضها البعض. وإجمالاً لكل هذا فإن الإستيفاء الناجح لكل مسارات العمل السبعة سيكون ضرورياً لتحقيق النجاح الكلي لاستراتيجية التحول الصحي.

تحديد منهجيات التحول الصحي

تحديد استراتيجية التحول:

أنجزت وزارة الصحة خلال عام ٢٠١٧ تقدماً ملحوظاً في تطوير المحاور الرئيسية لاستراتيجيتها، ويوضح القسم التالي السياسات الرئيسية، المربوطة بالتحديات المحددة التي تهدف إلى معالجتها، مع تركيز خاص على البرامج الثلاثة الأولى، وتوضح الأجزاء اللاحقة من الورقة بمزيد من التفصيل كيفية تحقيق السياسات الرئيسية على أرض الواقع.

نموذج الرعاية الجديد (Model of Care)

تواجه النماذج الحالية للرعاية تحديات كبيرة عبر مجموعة من المسارات الرئيسية للمرضى داخل المملكة، بالإضافة إلى تنامي بعض الإشكالات داخل مرافق الرعاية الصحية بسبب ضعف الجودة الطبية وانخفاض معايير السلامة وطول فترات الانتظار وتفاوتها بين مرافق الرعاية الصحية، مما يؤدي إلى عدم رضا المستفيدين. كما توجد بعض التحديات الخاصة التي يواجهها عدد من المسارات العلاجية ذات الأولوية الكبرى بما في ذلك مسار الأمومة، والأمراض المزمنة، والرعاية العاجلة، والمرحلة الأخيرة من الحياة. وهناك أيضاً تحديات تشترك بها كل هذه المسارات، بما في ذلك:

- نقص الأدوية وضعف إدارة توزيعها على مختلف مرافق الرعاية الصحية.
- الحاجة إلى توفير أدلة إرشادية طبية موحدة (Clinical practice guidelines).
- ضعف إدارة المسارات السريرية والإحالات العلاجية.
- عدم وجود خدمات خارج المستشفى للرعاية التشخيصية أو الوقائية أو الاستباقية أو المتابعة.
- ضعف التنسيق داخل الرعاية الصحية، لا سيما بين مزودي الخدمات الصحية في وزارة الصحة والجهات غير الحكومية.
- ضعف التواصل بين مزودي الخدمات، وبين الأطباء والمرضى.

لمواجهة هذه التحديات، طورت وزارة الصحة برنامجاً لتصميم وتجربة وتنفيذ برنامج نموذج رعاية يتحور حول المريض. فقد صُمم البرنامج للإجابة على ستة أسئلة محورية:

١. كيف يساعدني النظام في الحفاظ على صحتي؟
٢. أي دعم يستطيع النظام توفيره لي عندما أتعرض لمشكلة صحية ملحة؟
٣. كيف سيؤثر النظام على تحسين نتائج كل إجراء صحي مخطط له أقوم به؟
٤. كيف سيساعدني النظام على ولادة طفل سليم؟
٥. أي دعم سيوفره النظام لي مع حالاتي الصحية المزمنة؟
٦. ما هي الرعاية المناسبة التي سيقدمها النظام لي في الأطوار النهائية من حياتي؟

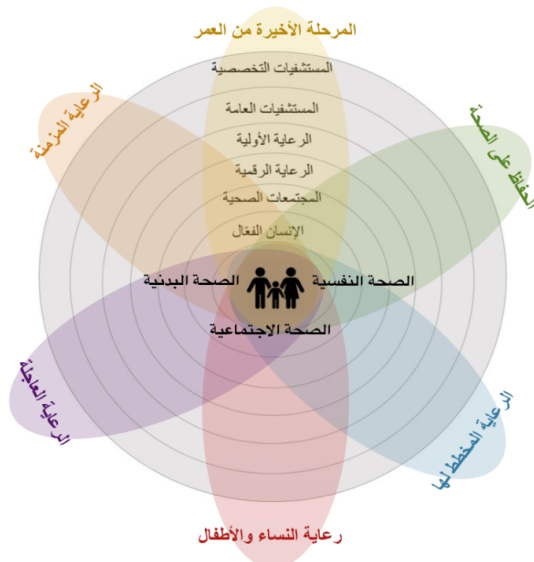
تحديد منهجيات التحول الصحي

صُمم "نموذج الرعاية الجديد" لدعم الأشخاص في احتياجاتهم الصحية: السلامة البدنية والنفسية والاجتماعية، متوافقاً مع مبادئ دستور منظمة الصحة العالمية، "الصحة هي السلامة البدنية والنفسية والاجتماعية كاملة ولا تعني مجرد غياب المرض أو العجز". وهو ما سيجعل الرعاية الافتراضية مصدراً قوياً للاستشارة الصحية، وستكون في معظم الحالات بمثابة نقطة اتصال الناس الأولى مع مزودي الرعاية الطبية، مما سيحسن من فرصة وصول الأشخاص إلى المشورة الطبية ويوجههم لتصفح منصات نظام الرعاية الصحية والبحث عن الرعاية المناسبة.

صُمم برنامج نموذج الرعاية اعتماداً على المبادئ التالية:

- تمكين الناس وعائلاتهم من التحكم في صحتهم.
 - توفير الجانب المعرفي للناس كجزء من عملية العلاج، وإطلاعهم بشكل جيد ليكونوا على تحكم أكثر بصحتهم.
 - بناء النظام الصحي بشكل تكاملي إنطلاقاً من منظور المتسفيد.
 - الحفاظ على الصحة العامة والتركيز على جميع فئات السكان من خلال إتباع نهج وقائي في توفير الخدمات الصحية بدلاً من الإقتصار على النهج العلاجي فقط.
 - توفير العلاج بطريقة تناسب الاحتياج الفعلي للمريض حتى يتمحور كامل التركيز على النتائج المستهدفة من قبله، دون إفراط في الجانب العلاجي أو قصور فيه.
- لهذا طُور النظام أخذاً بعين الإعتبار احتياجات ومتطلبات المريض في جوهر تصميم المنظومة ككل.

سيقدم نموذج الرعاية الجديد ٤٢ مبادرة على مدى ستة أنظمة للرعاية الصحية، تتمثل أنظمة الرعاية ذات الأولوية في: الحفاظ على الصحة والولادة الآمنة والرعاية المخططة والرعاية العاجلة والحالات المزمنة والرعاية التلطيفية.



تحديد منهجيات التحول الصحي

ستشمل هذه المبادرات اثنان وأربعون مساراً محدداً للمرضى بالإضافة إلى مؤشرات الأداء الرئيسية (KPI) متضمنة: قياس معايير السلامة والجودة، وقياس نتائج المرضى السريرية المدونة، وقياس الأداء المالي. على أن تُدمج مؤشرات الأداء الرئيسية لنموذج الرعاية (Model of Care KPI) مع مؤشرات الأداء الرئيسية لمجموعة المنافع الصحية الأساسية (Essential Benefits Package KPI)، مما يضمن سهولة مراقبتها واستمرارية نتائجها. (قائمة كاملة بالمبادرات الـ ٤٢، والعمل المنجز فيها حتى الآن، إضافة إلى الخطوات التالية في الملحق أ).

إصلاح مزودي الخدمات^{١٤}

تتضمن السياسات الرئيسية:

- تطوير نموذج تقديم الخدمات الصحية في المنشآت التابعة لوزارة الصحة من خلال "التجمعات الصحية" التي تم إطلاقها في المرحلة التأسيسية حتى تصل إلى ما يقرب من عشرين مؤسسة للرعاية المتكاملة (Accountable Care Organizations) في نطاقات جغرافية مُحددة متكاملة تكاملاً عامودياً.
- تحسين الاستفادة من خدمات الرعاية الصحية في القطاع الخاص.
- تطوير خدمات القطاع الثالث لسد الفجوات الناشئة عن عدم كفاية وفاعلية القطاع الحكومي أو الخاص.

ستُنشأ مؤسسات الرعاية المتكاملة بصفاتها كيانات تحول مؤسسي عامة لها "صلاحيات اتخاذ قرار" كبيرة ومحددة بوضوح. ستسند المسؤولية والمسائلة عن نجاح الإدارة والحوكمة السريرية إلى مؤسسات الرعاية المتكاملة في المجالس التي ستُنشأ في كل منظمة منها، وسيتولى وزير الصحة تعيين رئيس مجلس إدارة كل مجلس منها.

اتبعت هيئة الخدمات الصحية الوطنية في إنجلترا سياسة التحول المؤسسي لمراكز خدمات الرعاية الصحية العامة منذ عام ٢٠٠٤ على الأقل، مستندة في ذلك على مرجع مهم يتعلق بتحويل المستشفيات العامة إلى شركات نشره البنك الدولي في عام ٢٠٠٣. تعتمد وثيقة الاستراتيجية الصحية هذه بشكل كبير على التجربة الانجليزية بما في ذلك توجيهها في قيادة الكيانات المحولة إلى شركات.^{١٦}

تحديد منهجيات التحول الصحي

وستصبح مجالس مؤسسات الرعاية المتكاملة نقطة محورية في إنجاح تحقيق قيمة الاستفادة الأمثل في هذه الجهات، لتتحمل كل جهة من هذه الجهات مسؤولية تخصيص الموارد للفتات المستفيدة منها؛ و فيما لم يتم بعد تحديد كافة صلاحيات اتخاذ القرار لمؤسسات الرعاية المتكاملة في المملكة، إلا أن اتساع حدود "صلاحيات اتخاذ القرار" يساعد مجلس إدارة مؤسسات الرعاية المتكاملة على الاستفادة التامة منها لتحقيق القيمة داخل حدودها الجغرافية.

وتتضمن صلاحيات اتخاذ القرار لمجالس مؤسسات الرعاية المتكاملة المعتمدة

ما يلي:

- الرواتب وسلم الرواتب (الإكلينيكية وغير الإكلينيكية).
- صلاحيات توظيف الموظفين، بما في ذلك رصد وتقييم الأداء الإكلينيكي والإشرافي. إلى جانب بعض المسائل التي يجب وضعها في عين الاعتبار مثل:
- صلاحيات الحصول على الأصول المادية والتخلص منها والاستثمار فيها.
- صلاحيات توليد الدخل (بما يرتبط بالأنشطة الأساسية).
- صلاحيات إقامة الدورات والمؤسسات التعليمية (مثلا كليات التمريض).
- الصلاحيات والمسؤوليات المالية (مثل التعامل مع الفوائض والقدرة على الاستدانة)

ستتركز مجالس إدارة مؤسسات الرعاية المتكاملة الفعالة - ممن تمتلك صلاحيات اتخاذ قرار فاعلة- في صلب عملية معالجة التحديات المحددة ضمن نطاقاتها الجغرافية، تشمل التحديات هذه:

- نقص القدرات والكفاءات وسوء توزيعها فيما يتعلق بتقديم خدمات الصحة العامة والرعاية الصحية الأولية والثانوية والتخصصية وخدمات الرعاية الممتدة.
- التعامل مع أوجه القصور الرئيسة في مدى ملاءمة وجوده وسلامة وفاعلية وكفاءة الخدمات المقدمة، بما في ذلك إنتاجية القوى العاملة.
- وجود أكثر من فجوة بين قدرات القوى العاملة وكفاءتها، خاصة عند الموظفين السعوديين منهم.
- حدوث تباين سواء إذا ما تمت مقارنتها بمؤسسات الرعاية المتكاملة الأخرى القائمة على عدد السكان أو داخل منظمة الرعاية المتكاملة نفسها.

إلى جانب لعب مجالس مؤسسات الرعاية المتكاملة دوراً حيوياً في عملية الاعتماد المحلي الضخم على نظم المعلومات الرقمية لإدارة الموارد وقياس مستويات النشاط والجودة والكفاءة وبناء نظام صحي تعليمي.

أخيراً، ستتكفل مجالس مؤسسات الرعاية المتكاملة بمسؤولية حساسة تضمن تركيز توجه وعمل هذه الجهات وخدماتها حول المريض والمستفيد، وهذا ما سيتحقق من خلال ممارسة عملها واتخاذ قراراتها بوصفها قدوة حسنة للفرق التنفيذية.

إصلاح التمويل المالي ١٨-١٧

السياسات الأساسية المراد تحقيقها تدريجياً تشمل ما يلي:

- التأكيد الدائم على التغطية الصحية الشاملة (Universal Health Coverage) والتي تضمن حصول جميع المواطنين والمقيمين وزوار المملكة على خدمات الرعاية الصحية في الوقت المناسب من خلال التأمين، دون تعريضهم لعبء مالي.
- إنشاء برنامج الضمان الصحي وشراء الخدمات الصحية ليكون نظاماً موحداً للتأمين يضمن تقديم الخدمات الصحية للمواطنين مجاناً من خلال شركات مستشفيات وزارة الصحة المستقلة والمستشفيات الأخرى في المستقبل.
- تحديد مجموعة المنافع الصحية الأساسية التي تشمل حزمة أساسية من العلاج والرعاية (بمعايير جودة محددة)، التي يحق لجميع المستفيدين من برنامج الضمان الصحي وشراء الخدمات الحصول عليها.
- إنشاء نظام "التأمين الصحي التكميلي" وهو ما سيتيح لمعظم المواطنين والمقيمين ضم مزايا إضافية إلى مجموعة المنافع الصحية الأساسية مثل تعزيز نطاق الخدمات المقدمة لهم.
- منح دور أوسع لشركات التأمين الصحي الخاص خلال تطور عملية التحول، وذلك عن طريق إنشاء سوق يضم شركات التأمين المرخصة والمنظمة التي ستقدم منتجات التأمين الصحي التكميلي.
- الاعتماد على آليات الضمان وشراء الخدمات التي تدعم تطبيق نظام نموذج الرعاية الصحي الجديد من أجل تقديم نظام صحي ذو جودة وكفاءة عالية.
- دراسة وتحليل الإنفاق الصحي من أجل ترشيح عملية توزيع الموارد بطريقة فعالة وعادلة.

سيطور تحديد مجموعة المنافع الصحية الأساسية من كفاءة توزيع الموارد ويضمن حصول جميع السكان على مستوى محدد من العلاج والرعاية في الوقت المناسب إلى جانب سهولة وصولهم للخدمات الصحية، بما في ذلك إجراءات الوقاية الأولية والثانوية. كما سيؤدي إنشاء "التأمين الصحي التكميلي" إلى توسيع الخيارات المتاحة للمواطنين، بطريقة تضمن قيمة إضافية شخصية للمواطنين.

تحديد منهجيات التحول الصحي

تطوير الحوكمة

الأهداف الرئيسية في مسارات الحوكمة هي:

١. تحديد وتصميم ودعم تأسيس الوظائف والمؤسسات التنظيمية والتطويرية اللازمة لضمان واستدامة نظام الرعاية الصحية المبني على القيمة.

٢. ضم أساليب حديثة للقيادة، والحوكمة القوية والمُحكّمة في برامج القطاع الصحي. فترامي أطراف المملكة وكثرة التحديات التي تواجهها إلى جانب التعقيدات الديناميكية المترابطة، تصعب إمكانية معالجتها بنجاح دون الإعتماد على نظام حوكمة إداري مركزي فاعل ومؤهل. يمكن الاطلاع على وصف تفصيلي لمنهجية التطوير لمسار هذا العمل في الملحق (أ).

بناء الإمكانيات والقدرات

ترتبط المسارات الثلاثة الأخرى بجوانب بناء الإمكانيات والقدرات:

١. مشاركة القطاع الخاص:

تتمثل أهداف السياسة الخاصة ببرنامج مشاركة القطاع الخاص في جانب توفير الإمدادات والخدمات في:

- تقليل الضغوط على صناديق الاستثمار العامة.
- توفير معايير أداء لمراكز الرعاية الصحية التي تم تحويلها إلى شركات.
- تسهيل فرص الشراكة لمراكز الرعاية الصحية التي تم تحويلها إلى شركات لتمكين من الاستقلال وإعادة الاستثمار حتى تُعزز جودة وكفاءة الخدمة.

٢. مشاركة القطاع الثالث:

يتمثل هدف سياسة مشاركة القطاع الثالث في:

- ردم الفجوة الحاصلة في الخدمات العلاجية والرعاية والدعم اللوجستي، وهو ما يحتل مكانة مهمة لدى المرضى وعائلاتهم، في ظل ازدياد الطلب على القطاعين العام والخاص على سبيل المثال خدمات المسنين (Nursing Care).

تحديد منهجيات التحول الصحي

٣. الصحة الالكترونية:

يتمثل هدف سياسة برنامج **الصحة الالكترونية** في:

- دعم متطلبات المعلومات والتواصل لمسارات العمل الأخرى، خاصة فيما يتعلق بتمكين منهجية نظام الرعاية الصحية القائم على القيمة ونظام الرعاية الصحية التعليمية.

تشمل بنية معلومات الرعاية الصحية المبنية على القيمة حداً أدنى من العوامل التالية:^{١٩}

. **مقاييس النتائج الموحدة والقياس الدقيق لتكاليف الموارد** حسب الفئة السكانية (حيث يُقسم السكان حسب الحاجة والنطاق الجغرافي).

- **تصنيف عالمي للبيانات** يشمل الأمراض والمجموعات السكانية (على سبيل المثال، منهجية متسقة ومعياري لقياس الألم أو جودة حياة المريض).

- **القدرة على التوافق التشغيلي بين الأنظمة المختلفة (Inter-operability)** التي تسمح لقواعد البيانات بالتواصل الفعال فيما بينها.

- **إدخال بيانات النتائج العلاجية في النظم التي يستخدمها الأطباء في عملهم اليومي** (مثل: السجلات الطبية الإلكترونية مع واجهة سهلة الاستخدام تقلل الجهد المبذول في إدخال البيانات).

- آليات لربط بيانات المريض الشخصية عبر قواعد بيانات متعددة (على سبيل المثال، **معرف شخصي**).

- **عمليات حوكمة رصينة** بقواعد شاملة للوصول إلى البيانات والاتفاقيات المتعلقة بمشاركة البيانات والمبادئ التوجيهية لإدارة الخصوصية.

القوى العاملة

يتمحور هدف خطة برنامج تطوير القوى العاملة في دعم تحويل القوى العاملة اللازمة لتفعيل نظام الرعاية الصحية القائم على القيمة، وسيطلب ذلك **زيادة كبيرة في قدرات القوى العاملة، إلى جانب بعض الزيادة في إمكانياتها وإعادة توزيعها وتنويعها.**

تحقيق التحول الصحي



ستنفذ الإصلاحات على ثلاث مراحل عامة:

المرحلة الأولى:

بدأت المرحلة الأولى في بداية عام ٢٠١٨ وستنتهي في نهاية عام ٢٠٢٠. وتتعلق هذه المرحلة في المقام الأول ببناء الامكانيات وبناء المؤسسات الأولية.

من منظور تمويلي، تهدف المرحلة الأولى إلى إنشاء برنامج حكومي يعنى بشراء الخدمة (Purchasing Program)، يديره قسم جديد داخل وزارة الصحة. وسيقوم البرنامج في البداية بتغطية الأشخاص المشمولين حالياً بالخدمات المقدمة من الوزارة، والذين سينالون الاستحقاقات المحددة في تأمين مجموعة المنافع الصحية الأساسية. **أما من منظور إيصال الخدمات**، تهدف المرحلة الأولى إلى إنشاء شركة قابضة عامة مع شركات إقليمية تابعة لها. وستكون الشركة القابضة مسؤولة عن إنشاء ما يقارب من عشرين تجمعاً صحياً متكاملًا ومحددًا ضمن نطاق جغرافي معين خلال المرحلة الأولى.

الخطة الحالية هي أن تُنشأ التجمعات الصحية وفقاً "لدفعات":

تضم **الدفعة الأولى** خمس تجمعات صحية تُنشأ عام ٢٠١٨، وتطلق أول مجموعة منها في المنطقة الشرقية، أما الثانية والثالثة في الرياض، والرابعة في مكة المكرمة، فيما سيكون موقع التجمع الخامس في القصيم. وستبدأ الشركات الإقليمية الثلاث بإطلاق الدفوعات اللاحقة من التجمعات الصحية بوتيرة تُحددها هي.

ستعتمد إصلاحات المرحلة الأولى، من منظور التمويل ووصول الخدمات، إلى حد كبير على العمل الجاري الذي يديره مكتب تحقيق الرؤية في وزارة الصحة في برنامج نموذج الرعاية الجديد. ويشمل ذلك ٤٢ مبادرة اقترحتها وزارة الصحة في جولة المراجعات الأخيرة (من يوليو إلى أكتوبر

٢٠١٧) لخطة التحول الوطنية الثانية) National Transformation Plan (٢٠١٧).

المرحلة الثانية:

تعزيز الاستقلالية والقيمة (الكفاءة والجودة)

ستبدأ المرحلة الثانية في بداية عام ٢٠٢١ وستنتهي في نهاية عام ٢٠٢٥. وتتمحور المرحلة الثانية في المقام الأول بـ "التحول المؤسسي" الآمن والفعال للمنشآت العامة الرئيسية. تشمل هذه الجهات مؤسسات الرعاية المتكاملة، التي طُورت من خلال "التجمعات الصحية"، وبرنامج الضمان الصحي وشراء الخدمات، بالإضافة إلى جهات رقابية وتطويرية.

تحقيق التحول الصحي

ستتضمن المرحلة الثانية أيضًا إعادة تصميم وزارة الصحة؛ وإدراج الصحة في جميع السياسات؛ وتنفيذ إصلاحات ممكنة على نطاق المنظومة فيما يتعلق بالقوى العاملة والحوكمة الرقمية وحوكمة نظم المعلومات.

فمن منظور التمويل، تبحث المرحلة الثانية إمكانية توسيع نطاق برنامج الضمان الصحي و شراء الخدمات الصحية ليشمل الأشخاص المشمولين حالياً بخدمات القطاعات الحكومية الأخرى (Other Government Services). وسيُمنح معظم الأشخاص المشمولين ببرنامج الضمان الصحي و شراء الخدمات الصحية خلال المرحلة الثانية الفرصة لشراء التأمين الصحي التكميلي.

أما من منظور إيصال الخدمات، ستُطور التجمعات الصحية إلى حوالي ٢٠ منظمة رعاية متكاملة تم تحويلها إلى شركات في مختلف أنحاء المملكة. وستوفر الموارد الأساسية لهذه الجهات من خدمات ومرافق وزارة الصحة القائمة، ويكون بإمكانها كذلك التعاقد الفرعي مع القطاع الخاص لتقديم خدمات للمرضى المشمولين في برنامج الضمان الصحي وشراء الخدمات الصحية (والتأمين الصحي التكميلي -). إلى جانب أنه من المتوقع أن تُدمج خلال المرحلة الثانية مرافق وطاقم الرعاية الصحية المُدارة حالياً بواسطة الحكومة مباشرةً مع مؤسسات الرعاية المتكاملة الناشئة بشكل كامل أو جزئي.

المرحلة الثالثة:

تعزيز القيمة والخيارات الممكنة

ستبدأ المرحلة الثالثة في بداية عام ٢٠٢٦ وستنتهي في نهاية عام ٢٠٣٠.

فمن منظور التمويل، تستشرف المرحلة الثالثة الى تطور برنامج الضمان الصحي وشراء الخدمات الصحية ليكون مقدم تأمين صحي حكومي شامل، والدفع بسوق التأمين الصحي الخاص لمؤامة اساسيات تقديم خدمات صحية قيمة (value based healthcare).

إدارة التغيير

التغيير المقترح في هذه الاستراتيجية هو تغيير تحولي، وهو يتضمن إدارة دفة الاتجاه العام لوزارة الصحة والقطاع الصحي بأكمله، ليستلزم إحداث تغيير في أهداف المنظومة وأنواع العمل والأدوار وطرق التنفيذ والتعلم والثقافة والعمليات التنظيمية. إلى جانب أن هذا التغيير متعدد الأبعاد والمستويات والمراحل، لذلك فإن التحول كما جرى تصوره ناشئ وفي الوقت ذاته مخطط له.

سينشأ التحول أيضاً في سياق "نظام مفتوح"، أي نظام لا يمكن السيطرة عليه بالكامل ذاتياً بل يتعين عليه أن يتفاعل مع مجموعة من العوامل الخارجية غير المضمونة والتي لا يمكن التنبؤ بها في بعض الأحيان خارج نطاق سيطرتها. لذلك، لن تكفي نظرية واحدة أو إطار واحد في إدارة التغيير لتغطية جل جوانب التحول. مع ذلك، فإن الحوكمة الجوهرية للتحول تستلزم منهجية متناسقة لإدارة التغيير بشكل يتسق مع تحقيق التحول الذي يتسم بالتعقيد والحدثة والانفتاح.^{٢٠}

لذا يُقترح أن يدمج نهجان في إدارة التغيير عند كل مستوى:

النهج الأول هو **نموذج إدوارد ديمينج لتطوير الجودة (Edward Deming's model for quality improvement)** تزامنا مع دورة التطور المتواصل التي تندرج فيها. في هذا النهج، يُدعم رسم مخططات العمليات وتحليل سير العمل وفق تحليل نوعي وكمي.

والنهج الثاني تكميلي، وهو **منهج البحث الإجرائي والتعلم** وهو ما يتمحور حول التعلم من خلال العمل، وتطور العمليات "التسهيل" (الإنتاج المشترك) والتعلم المتبادل. يناسب هذا النهج خاصة مجال الرعاية الصحية الذي يتميز بدقته المهنية والتخصصية، إلا أنه يستلزم له أيضاً أن يمتد فيشمل المواطنين والمرضى. إلا أننا نجد أنفسنا أمام بعدين لإدارة التغيير المذكورة أعلاه: إدارة **التغيير الداخلي وإدارة التغيير الخارجي**. ففي البعد الأول يتمتع قادة الأنظمة بدرجة تحكم أكثر، ولكنها تفتقر للسيطرة التامة، في حين أنها أقل درجة في البعد الثاني. ستؤثر مستويات التحكم هذه على أسلوب عملية إدارة التغيير التي تعتمد مسارات العمل المختلفة. وهذه النقطة موضحة أدناه من خلال تحديد مناهج إدارة التغيير المقترحة والمعتمدة في مسارات العمل الخاصة ببرنامج التحول المؤسسي والصحة الإلكترونية.

من المهم أن تلتزم وزارة الصحة بإطار من المراجعة المنتظمة لمنهجيات إدارة التغيير التي تتبناها بنفسها وكل مجلس إدارة مرتبط بها. والهدف من ذلك أن يُضمن تعديل المنهجيات لتبقى مناسبة وفعالة ونزيهة مع تقدم العمل على التحول.

تحقيق التحول الصحي

مكتب تحقيق التحول المؤسسي، نهج إدارة التغيير

الاستدامة	التفعيل	التحضير
3. فاعلية القيادة العليا 4. الإجراءات القيادية الرمزية	2. اتساق القيادة العليا	1. فهم الجاهزية للتغيير (بما في ذلك الصلابة)
8. خطة التواصل والمشاركة	5. قصة التغيير 6. إدارة أصحاب المصالح 7. تشخيص طرق التواصل	فهم والإقناع
9. شبكة وكلاء التغيير	10. رحلات القيادة المتكاملة وبناء القدرات	المهارات والقدرات
12. إدارة القياس والأداء 13. إدارة الحوافز والنتائج 14. التغيير	11. مؤشرات الأداء الرئيسية (KPIs) وصلاحيات اتخاذ القرار	الأنظمة والإجراءات

الصحة الإلكترونية، منهجية إدارة التغيير

إطار أدكار لإدارة التغيير (Prosci's ADKAR Framework)

• ما الذي يجعل التغيير ضرورة؟ • ما هي مسببات التغيير • هل يعي الأفراد هذه الأسباب	الوعي
• ماهي العوامل أو التبعات (الإيجابية والسلبية) المحفزة على التغيير؟ • ما حجم العوامل التي تدفع على التغيير مقارنة بالبقاء بدون تغيير؟	الرغبة
• ماهي المهارات والمعارف المطلوبة لدعم التغيير؟	المعرفة
• هل يمتلك الأشخاص هذه المهارات والمعارف المطلوبة لدعم التغيير؟ • إن كانت الإجابة لا، كيف يمكن اكتساب ونشر هذه المهارات والمعارف؟	القدرة
• كيف سيُحافظ على استمرارية التغيير (التبعات والواجب والحوكمة وغيرها)؟	التعزيز

يمكن الإطلاع على وصف تفصيلي لخطط كل مسار في الملحق (أ).

المخاطر والإشكالات المتوقعة

- مالذي يُراد تُوخيه؟



تحديد المخاطر:

توضع كل استراتيجية على محك الاختبار عندما يتم:

1. تعريف التحديات ومن ثم معالجتها بشكل تام.
2. تحديد الأهداف والتحقق من قابليتها للإنجاز.
3. التحقق من أن كل سياسة تمكينية وكل مبادرة ذات صلة: محددة، وقابلة للقياس، وقابلة للتحقيق، وواقعية وفي الوقت المناسب.
4. ربط الاستراتيجية في شكلها المجمل مع عناصرها الفرعية حتى تتماشى جيداً فيما بينها.

يمكن تقسيم المخاطر المتعلقة باستراتيجية التحول هذه إلى ثلاث فئات رئيسية:

- **مخاطر التصميم** - حين يتضمن الخطر بعض جوانب تصميم الاستراتيجية.
 - **مخاطر التنفيذ** - حين يكون التصميم جيداً على عكس التنفيذ.
 - **المخاطر التشغيلية** - عندما يكون التصميم جيداً والتنفيذ سليماً ولكن الأداء التشغيلي للنظام الجديد يعوقه مخاطر تشغيلية متوقعة أو غير متوقعة.
- يمكن تقليل مخاطر التصميم داخل كل برنامج عمل حال الاستعانة بخبراء استشاريين دوليين من ذوي خبرة. فيما لا تزال عمليات **مراجعة "البوابة"** قائمة بالفعل، كما ينصب التركيز على الترابط والمواءمة العامة للاستراتيجية ككل بشكل متزايد. تعمل قيادة وشركاء الاستشاريين الإداريين معاً بشكل وثيق على صياغة المواءمة من خلال اجتماعات "هيئة التصميم" الداخلية على وتيرة متكررة ومنتظمة، والتي تقوم أيضاً بصفة دورية بمتابعة التماسك العام المتواصل للتحول الصحي تزامناً مع تطور الخطط التفصيلية.

ومن بين الاستراتيجيات الأخرى ذات الأهمية الكبرى في مجال تقليل المخاطر هي الاستخدام المنهجي للمنظمات الدولية لمراجعة الاستراتيجية الكلية والاستراتيجيات الفردية لمسارات العمل. وتشمل الجهات الرئيسية المشاركة في هذا العمل مجموعة البنك الدولي وجامعة هارفارد (كلية الصحة العامة) وكلية لندن للاقتصاد. فيما يجري العمل على تحديد مخاطر التنفيذ ومعالجتها وجمع سجلات المخاطر على مستويات البرامج ومكتب تحقيق الرؤية.

المخاطر والإشكالات المتوقعة

المخاطر الرئيسية المتوقعة - بدءاً من الربع الثاني من عام ٢٠١٨

مخاطر فورية:

- الفجوات الحالية والمستقبلية في إمكانيات وقدرات القوى العاملة، **وسيلة التخفيف المقترحة** هو طلب طرح منافسات خاصة بتعزيز قدرات تخطيط القوى العاملة.
- تقييم ما إذا كانت جميع متطلبات الصحة الإلكترونية المبنية على القيمة قد ضُمنت في خطة الصحة الإلكترونية؛ وملء أي ثغرات، **وسيلة التخفيف المقترحة** هي البدء في التقييم.
- معدلات الاستثمار المنخفضة والمتأخرة (التحديات أمام تأمين استثمار مناسب وفي الوقت المناسب في الاستراتيجية، فعلى سبيل المثال لا تزال بعض جوانب نماذج الرعاية الجديدة ضعيفة، لا سيما خدمات الصحة النفسية)، **وسيلة التخفيف المقترحة** هي وجود حوار مع وزارة المالية ووزارة الاقتصاد والتخطيط من خلال القنوات الخاصة ببرنامج التحول الوطني.

المخاطر المستقبلية

- عدم التأكد من توقيت وطبيعة إدخال الخدمات الحكومية الأخرى في استراتيجية التحول، **والحل المقترح** هو أن يتم التقدم في الحوار عن طريق المجلس الصحي السعودي.
- إذا كان نطاق اتخاذ القرار الممنوح للمنشآت التي تم تحويلها إلى شركات (مثل مؤسسات الرعاية المتكاملة والهيئات التنظيمية) ضيقة جداً ومحدودة، سيكون التحول المؤسسي مكلف دون فعالية، **والحل المقترح** هو أن توضع المخاطر المدركة وحقوق اتخاذ القرار الفاعلة قيد التقييم.

من منظور اقتصادي

- هل ترجح كفة الفائدة على التكلفة؟



من المنظور الاقتصادي

أعد النموذج الاقتصادي للتحويل لأول مرة في مارس ٢٠١٧، وتمت مراجعته في مايو ٢٠١٧. واستندت كلا النسختين إلى الاحتياجات والاستثمارات المتفق عليها في خطة التحويل الوطني الأولى (NTP1). فيما تم العمل على نموذج ثالث أكثر تفصيلاً في مارس ٢٠١٨، بناءً على الاستثمارات المقترحة في خطة التحويل الوطني الثانية (NTP2 - من يوليو إلى أكتوبر ٢٠١٧). أدت نمذجة شهر مايو ٢٠١٧ إلى نسبة عائد على التكلفة تبلغ ٤.٦ بالنسبة لوزارة الصحة و١٠.٩ لاقتصاد المملكة عموماً، بالنظر إلى أن تكاليف الاستثمار في التحويل ستبلغ ٦٥ مليار ريال سعودي (٥٥ مليار ريال بعد حسم صافي القيمة الحالية). وفي نموذج مايو ٢٠١٧ ذاته، قُدِّرَت زيادة فائدة توسيع نطاق الإصلاح للتحويل ليكون على مستوى المنظومة الصحية (من المرحلة الثانية) إلى التكلفة من ٤.٦ إلى ٥.٢ لوزارة الصحة (ومن ١٠.٩ إلى ١١.٣ لوزارة الصحة واقتصاد المملكة العربية السعودية). ومن المتوقع أن تزيد التكاليف الاستثمارية للتحويل على نطاق المنظومة إلى ١٢٩ مليار ريال سعودي (١١١ مليار ريال سعودي بعد حسم صافي القيمة الحالية). كما يشير الإنتاج الأولي المؤقت لنمذجة مايو ٢٠١٨ إلى وجود فائدة متواضعة، ولكنها تظل إيجابية لوزارة الصحة حيث تبلغ ١.٨.

من المهم أن نلاحظ أن مستوى الاستثمار الإجمالي في نموذج مايو ٢٠١٨ أعلى ستة أضعاف منه في النسخة التجريبية بواقع ٣٥٦ مليار ريال سعودي حتى ٢٠٣٠ (مقارنة بـ ٦٥ مليار ريال سعودي). ويعكس هذا بدوره التنوع الأوسع للثغرات الخدمية التي تعالجها الاستثمارات في نمذجة مايو ٢٠١٨، وحجم تحسين الجودة المتوقع تقديمه. إلى جانب الأخذ بعين الاعتبار أن نمذجة مارس ٢٠١٨ ستنتوقع شهود انخفاض في ميزانية التشغيل السنوية المتوقعة لوزارة الصحة في عام ٢٠٣٠ من ١٧٨ بليون ريال (في حال عدم القيام بالتنفيذ) إلى ١٢٦ بليون ريال سعودي.

الخطوات القادمة



تشمل الخطوات الرئيسية في عام ٢٠١٨ ما يلي:

1. قيادة مكتب تحقيق الرؤية:
 - التوعية الاستباقية للمجتمع وللمهنيين ببرنامج التحول الصحي.
2. إصلاحات نموذج الرعاية الجديد:
 - الشروع في أغلب مبادرات نموذج الرعاية الصحي البالغ عددها ٤٢ مبادرة بحلول نهاية عام ٢٠١٨.
 - تحديد والإتفاق على مسار التوريد لمقاييس نتائج المرضى المدونة (Patient Reported Outcome Measures) بحلول نهاية عام ٢٠١٨.
3. إصلاح مزودي الخدمات:
 - تأسيس الشركة القابضة والشركات المرتبطة بها في منتصف عام ٢٠١٨.
 - انطلاق التجمعات الصحية في المنطقة الشرقية والمنطقة الوسطى بحلول نهاية عام ٢٠١٨.
4. الإصلاح التمويلي:
 - إنشاء "الجهة الشرائية"، داخل وزارة الصحة مبدئياً وذلك بحلول منتصف عام ٢٠١٨.
 - تسجيل "الأعضاء" لبدء برنامج الشراء في ١ يناير ٢٠١٩.
5. تطوير الحوكمة:
 - أنجز العمل على مسارات عمل الحوكمة (ارجع للملحق أ).
 - انتهى برنامج القيادة التجريبية وبدأ برنامج القيادة التنفيذية الموضوعي بحلول نهاية عام ٢٠١٨.
6. مشاركة القطاع الخاص:
 - إنهاء "إطار عمل مشاريع مشاركة القطاع الخاص" المتمحور حول أولويات برنامج مشاركة القطاع الخاص (PSP) الجديد والاتفاق عليها بحلول منتصف عام ٢٠١٨.
7. تطوير القوى العاملة:
 - إجراء التقييم الكمي الأولي لشروط امكانيات القوى العاملة وقدراتها حتى عام ٢٠٣٠ والاتفاق على المتطلبات بحلول نهاية عام ٢٠١٨.
8. تطوير الصحة الإلكترونية:
 - بداية مشاريع عام ٢٠١٨ المحددة (المحددة في الصفحتين .. و ..) بحلول نهاية عام ٢٠١٨.

الملاحق

ا. الخطط وفقاً للبرامج

ب. وصف وتحليل موجز لأطر قيمة هارفارد
وأوكسفورد

ت. قائمة مراجع الوثائق الأساسية. (مضافاً
إليها الروابط التشعبية)

ث. الهوامش

الملحق أ: توزيع الخطة حسب البرامج

برنامج نموذج الرعاية الصحية الجديد سيحقق برنامج نموذج الرعاية الجديد ٤٢ مبادرة منسقة في أنظمة الرعاية الستة. وهذه المبادرات هي:

المحافظة على الصحة

سيساعد هذا النظام على إستدامة الصحة بين أفراد المجتمع وذلك من خلال تزويدهم بالمعرفة اللازمة وتمكينهم من خدمات المجتمعات الصحية. وهذا ما سيتحقق من خلال:

١. برامج التدريب الصحي (Health coach programs)
٢. برامج الصحة المجتمعية (Community-based wellness programs)
٣. برامج الصحة في مكان العمل (Workplace wellness program)
٤. برامج الصحة المدرسية (School wellness programs)
٥. التشجيع على الغذاء الصحي (Healthy food promotion)
٦. برامج التثقيف الصحي بالترفيه (Health edutainment programs)
٧. تعزيز المركز السعودي لمكافحة الأمراض (Saudi Centre for Disease Control).

الرعاية المخطط لها

سيساعد النظام المرضى في الحصول على نتائج كبيرة متسقة مع العمليات المقررة وذلك بتقديم الرعاية الضرورية والفعالة بجودة عالية من خلال:

٨. عيادات الخدمة الشاملة (One-stop clinics)
٩. تطوير المسارات (Pathway optimization)
١٠. مبادرات تقليل مدة الإقامة في المستشفيات (Length of stay reduction initiatives)
١١. خدمات الرعاية الانتقالية (Transitional Care) والرعاية اللاحقة (Post-discharge Care).

الملاحق

الولادة الآمنة

يساعد النظام المرأة على توفير سبل الولادة الآمنة وإنجاب مواليد بصحة جيدة من خلال توفير الدعم المستمر منذ مرحلة ما قبل الزواج وما قبل الحمل إلى مرحلة ما بعد الولادة والسنوات الأولى من نمو الطفل. سيتمنح هذا الدعم من خلال:

١٢. فحص ما قبل الزواج (Premarital screening)
١٣. خدمات الرعاية قبل الحمل (Preconception care services)
١٤. خدمات رعاية الأمومة (Maternity care services)
١٥. سجل المواليد الوطني (National birth registry)
١٦. خدمات الرعاية بعد الولادة (Postnatal care services.)
١٧. عيادات الطفل السليم (Well baby clinics)
١٨. خدمات رعاية الأطفال حديثي الولادة (Neonatal care services)

الرعاية العاجلة

سيساعد هذا النظام الأفراد على الحصول على الرعاية العاجلة وذلك بتوفير العلاج اللازم في المكان المناسب وفي الوقت المناسب ومساعدة المرضى ليعودوا إلى منازلهم أصحاء ويخدموا مجتمعهم. سيتحقق ذلك من خلال:

١٩. مركز إدارة الموارد (A resource control center)
٢٠. عيادات العناية العاجلة (Urgent care clinics)
٢١. مراكز الرعاية الحرجة بحسب التعداد السكاني (Population-based critical care centers)

الحالات المزمنة

سيتمكن النظام الأفراد من إدارة حالاتهم المرضية المزمنة وذلك بتوفير الرعاية المتكاملة والسلاسة في تنقل المرضى بين مراحل الرعاية وتعزيز الرعاية في سياقها المناسب. سيتحقق ذلك من خلال:

٢٢. فحص الأمراض المزمنة (Chronic disease screenin)
٢٣. تنسيق الحالات (Case co-ordination)
٢٤. خدمات الرعاية المستمرة (Continuing care services)

الرعاية التلطيفية

سيساعد هذا النظام المرضى وعائلاتهم خلال المرحلة الأخيرة من حياتهم وذلك بتوفير الرعاية التلطيفية لهم وتمكينهم من قضاء أيامهم الأخيرة في المكان الذي يختارونه. سيتحقق ذلك من خلال:

٢٥. دعم المرضى والأسر (Patient and family support)

٢٦. خدمات رعاية المسنين (Hospice care services)

٢٧. تطوير فريق متعدد التخصصات (Multidisciplinary team development)

المبادرات الشاملة لكافة الجهات (Cross Cutting interventions)

٢٨. الصحة في جميع السياسات (Health in all policies)

٢٩. أدوات الرعاية الذاتية الافتراضية (Virtual self-care tools)

٣٠. التعليم الافتراضي وأدوات الملاحقة (Virtual education and navigation tools)

٣١. خدمات الخط الساخن للصحة (Health hotline services)

٣٢. حملات الحياة الصحية (Healthy living campaigns)

٣٣. برامج التعليم المدرسي (School education programs)

٣٤. خدمات الرعاية الأولية المطورة (Enhanced primary care services)

٣٥. خدمات الرعاية المنزلية المطورة (Enhanced home care services)

٣٦. تطوير الموارد (Resource optimization)

٣٧. السجلات الصحية الفردية المتكاملة (Integrated personal health records)

٣٨. شبكات الإحالة الوطنية (National referral networks)

٣٩. التوجيهات الوطنية (National guidelines)

٤٠. مراقبة المخرجات (Outcomes monitoring)

٤١. الجمع المنتظم للبيانات (Systematic data collection)

٤٢. برامج البحوث الصحية (Health research programs)

فيما يجري تنسيق برنامج نموذج الرعاية الجديد بشكل موحد على مستوى الوطن ككل، من المتوقع أن تتكيف المبادرات مع المناطق، المدن أو المحافظات أو القرى، حسب سياقها المحلي (Local Context). إلى جانب تكييف هذه المبادرات لتناسب مع مواسم الحج والعمرة وتلبية متطلبات التجمعات البشرية الضخمة والتي تشكل تحدياً لنظام الرعاية الصحية.

سيكون الفريق الوطني أيضاً في حاجة إلى النظر في كيفية التعامل مع الصحة العقلية، والتي تعتبر خدماتها أقل تطوراً من غيرها.

الملاحق

تصميم نموذج الرعاية الصحية الجديد (تم الانتهاء من المرحلة الأولى في الفترة ما بين أكتوبر ٢٠١٦ وأبريل ٢٠١٧). قاد فريق برنامج نموذج الرعاية الصحية الحديث في مكتب تحقيق الرؤية (VRO) جهداً وطنياً يضم أكثر من ٤٥٠ من الممارسين الصحيين والمرضى، بالإضافة مشاركة ألفين آخرين في جلسات نقاش افتراضي. وقد عملوا جميعاً معاً لتشكيل نموذج الرعاية الصحية الجديد.

تطوير المسار الإقليمي (Regional Pathway Development) - المرحلة الثانية التي جرت من أبريل حتى أغسطس ٢٠١٧، وركزت على العمل مع خمسة جهات استكشافية من أجل تطوير النظام الوطني لتصميم نظام الرعاية إلى المسارات الإقليمية التالية:

- مدينة الملك سعود الطبية (KSMC)، الرياض: مسار الأمومة والطفولة (والعمليات المقررة)
- مدينة الملك فهد الطبية (KFMC)، الرياض: مسار المرحلة الأخيرة من العمر (العمليات المقررة)
- مستشفى الملك خالد التخصصي للعيون (KKESH)، الرياض: مسار العمليات المقررة (بالتعاون مع KSMC و KFMC في الرياض)
- مدينة الملك عبد الله الطبية (KAMC)، مكة المكرمة: مسار الرعاية العاجلة
- مستشفى الملك فهد التخصصي بالدمام (KFSH-D)، الدمام: مسار الحالات المزمنة (ابتداءً من ارتفاع ضغط الدم وأمراض الخلايا المنجلية).

يعمل فريق التنفيذ الوطني مع الخبراء من أجل تنفيذ نظام عابر للمبادرات (Cross-Cutting Interventions) ونظام المحافظة على الصحة (Keep Well).

الخطوات القادمة

من المتوقع أن تنفذ المرحلة الثالثة على دفعات في المراكز الإقليمية تزامناً مع تطور الشركات.

التحول المؤسسي وتأسيس مؤسسات الرعاية المتكاملة (Accountable Care Organizations)

من المقرر أن تؤسس التجمعات الصحية مجالس استشارية (Advisory Boards) في أقرب وقت ممكن، والتي ستُعتمد (حالما اعتمدها من الجهات القانونية) كمجالس التجمعات الصحية (Cluster Boards). تقوم هذه المجالس بتوجيه ودعم التجمعات الصحية للوصول للكفاءات والقدرات المطلوبة لتطويرها لمؤسسات الرعاية المتكاملة ضمن برنامج التحول المؤسسي (corporatized Accountable Care Organizations). بينما تتولى التجمعات الصحية مسؤولية مؤسسات الرعاية المتكاملة (ACOs) حال قدرتها على ذلك.

دور المدن الطبية

يوجد حاليا العديد من المدن الطبية والمستشفيات التخصصية في المملكة العربية السعودية، ويعمل كثير منها للتطبيق الأولي لمبادرات برنامج نموذج الرعاية الصحية الحديث (انظر أدناه). يُقترح دمج مدينة الملك فهد الطبية ومدينة الملك سعود الطبية ضمن التجمعين ١ و ٢ في شركة المنطقة الوسطى (the Central (Region) Corporate)، وتُدمج مدينة الملك عبدالله الطبية ضمن التجمع ١ في شركة المنطقة الغربية (the Western (Region) Corporate)، ويُدمج مستشفى الملك فهد التخصصي في الدمام ضمن التجمع الصحي ١ في شركة المنطقة الشرقية (the Eastern (Region) Corporate). فيما تقوم المكاتب التنفيذية للشركات بالتعاون مع المدن الطبية المعنية بإعداد خطط تختص بالمدن الطبية والمستشفيات التخصصية الأخرى (مثل مستشفى الملك خالد التخصصي للعيون).

خدمات الإسعاف

يوفر برنامج الإصابات التجريبي (trauma pilot program) في نموذج الرعاية الصحية الجديد فرصة الالتفات إلى أولويات التطوير الأوسع لخدمات الإسعاف لما تحته المعالجة والرعاية الصحية قبل الوصول للمستشفى من دور حيوي في خدمات الإصابات. ولهذا يعتزم مكتب تحقيق الرؤية العمل يدا بيد مع هيئة الهلال الأحمر وأصحاب المصلحة الآخرين في هذا المجال وما يتعلق به خلال عامي ٢٠١٨ و ٢٠١٩.

الإصلاح التمويلي

تغطية برنامج شراء الخدمات الصحية

سيقوم برنامج الضمان الصحي و شراء الخدمات الصحية (Program for Health Assurance and Purchasing) في البداية بتغطية الأشخاص المشمولين في خدمات وزارة الصحة، وهذا يشمل:

- جميع المواطنين السعوديين المستحقين للرعاية الصحية إذا لم يكونوا مشمولين بأنظمة أو برامج أو خدمات خاصة أخرى للرعاية الصحية توفرها لهم جهات أخرى غير الوزارة.
- جميع المواطنين العاملين بالقطاع الخاص أو الحكومي إذا كانت الرعاية الصحية المطلوبة غير مشمولة بالتغطية التأمينية في وثيقة الضمان الصحي التعاوني الصادرة لهم وفق نظام الضمان الصحي التعاوني ولائحته التنفيذية.
- غير السعوديين العاملين في القطاعات الحكومية؛ إذا لم يكونوا مشمولين بأنظمة أو برامج أو خدمات خاصة أخرى للرعاية الصحية.
- أي فئة تصدر أداة نظامية بشمولها ضمن المستفيدين.

ستُحدد مجموعة المنافع الصحية الأساسية (Essential Benefits Package) مايلي:

- **نوع الخدمات** - نطاق الخدمات السريرية المقدمة
- **معايير الاستخدام** - عمليات تعنى بالتحكم في مستويات الاستخدام (مثل سياسات الإحالة الطبية)
- **مستويات الرفاهية** - مستوى الرفاهية في الخدمات المقدمة (على سبيل المثال عند توفير غرف مستشفى مشتركة أو مفردة)
- **شبكة مزودي الخدمة** - مزودو الخدمات السريرية.

سيشمل مجموعة المنافع الصحية الأساسية جميع الخدمات المشمولة في تأمين مجلس الضمان الصحي التعاوني بالإضافة إلى خدمات تعتمد على الممارسات الحالية لوزارة الصحة ووفقاً للمعايير الدولية.

الملاحق

تأسيس برنامج شراء الخدمات الصحية (Purchasing Program) طور فريق التمويل في مكتب تحقيق الرؤية خطط تطوير استراتيجية مفصلة لبرنامج الضمان وشراء الخدمات الصحية من منتصف عام ٢٠١٧ حتى نهاية عام ٢٠٢٠. كما أن لديه رؤية و خطط محددة تغطي الفترة من بداية عام ٢٠٢١ حتى نهاية المرحلة الثانية في نهاية عام ٢٠٢٥.

سداد المستحقات المالية لمزودي الخدمة خلال المرحلة الأولى

من المقترح أن يقدم برنامج شراء الخدمات الصحية من يناير ٢٠١٩ المشورة لوزارة المالية حول كيفية توزيع المخصصات المالية وفقاً للمبادئ التالية. وسيبدأ احتساب المخصصات المالية بناءً على حجم السكان المستهدف خدمتهم (Capitation) مع بداية التجمعات الصحية في بداية عام ٢٠١٩، وبحسب الحد الأدنى لجودة البيانات. سيكون سداد المدفوعات المالية لمزودي الخدمات الآخرين بميزانيات مستقطعة تشتمل على حوافز وغرامات مرتبطة بجودة الأداء. التجمعات الصحية التي يُدفع لها حسب عدد المستهدفين سيتوفر لها خيارات متعددة لأنظمة الدفع:

السداد الكامل (Full Capitation) - يعكس التكلفة الإجمالية لمجموعة المنافع الصحية الأساسية (EBP) (بما في ذلك التكاليف الإدارية ولكن باستثناء تكاليف رأس المال) للأشخاص المشمولين بتغطية وزارة الصحة (وتشمل بعد التعديل المستفيدين من خدمات القطاعات الحكومية الأخرى أو مجلس الضمان الصحي التعاوني

السداد الجزئي (Fractional Capitation) - يعكس استخدام مرافق وزارة الصحة من قبل المستفيدين من خدمات القطاعات الحكومية الأخرى للحصول على خدمات المنافع الصحية الأساسية.

الملاحق

وستكون الآلية الرئيسية للدفع هي الدفع باحتساب المدفوعات المتوقعة لكل مستفيد (Capitated payments)، لتكون مُعدّلة حسب المخاطر. أول مؤشر لتعديل المخاطر سيكون عمر وجنس المستفيد، وسيتم تقييم المؤشرات الأخرى لتعديل المخاطر خلال المرحلة الأولى، ومنها مؤشر جودة الخدمة المقدمة ومؤشر الحرمان من تلقي الخدمة، وقد يلزم هذا أيضاً دراسة التفاوت الموسمي في الإنفاق. وتجدر الإشارة إلى أنه ليس من المخطط أن تشتمل المدفوعات على مخصصات للأصول الرأسمالية والاستثمارات خلال المرحلة الأولى.

مؤشر الأداء الرئيسي للمدفوعات (KPI) - تقديم مدفوعات بأثر رجعي للأداء المميز وفق مؤشرات الأداء الرئيسية.

آليات تقاسم المخاطر - يتم تحديدها لتعكس المخاطر الخارجية التي تؤثر على مستويات النشاط والمخرجات (مثل أوبئة الأمراض المعدية أو الكوارث الكبرى)

فيما ستدعم الميزانية على شكل دعم يخص التعديل الهيكلي (Structural Adjustment Support) ليعكس نقاط الضعف في نظام وزارة الصحة الحالي. سيتقلص هذا الدعم تدريجياً ليتوقف بحلول نهاية عام ٢٠٣٠، وجزء كبير من هذا الدعم المتناقص سيُعطى مزودي الخدمات في وزارة الصحة من خلال ما يُسمى بـمِنح الإصلاح الهيكلي (Structural Adjustment Grants - SAGs). وقد يتلقى مزودو الخدمات في وزارة الصحة أيضاً دعماً تمويلياً لقاء الخدمات التي ترغب وزارة الصحة بتقديمها (Funded mandate)، دون أن يشملها تأمين مجموعة المنافع الصحية الأساسية (EBP). ومن الممكن أن يُعطى هذا التمويل مباشرةً لمزودي خدمات الرعاية أو عبر برنامج الضمان الصحي و شراء الخدمات الصحية. وتشمل **المدفوعات الأخرى** آليات الدفع لمستشفيات تخصصية عامة غير مدرجة في التجمعات الصحية. كما سيقوم برنامج الضمان الصحي وشراء الخدمات بصرف مدفوعات لمرافق تقديم الخدمات الخاصة المحلية والدولية مقابل تكاليف استقبال الحالات الطارئة التي لا تستوعبها المرافق الصحية العامة وخدمات مختارة وذلك من الأموال التي تخصصها وزارة المالية لهذه الأغراض.

الملاحق

سداد التكاليف لمزودي الخدمات الصحية خلال المرحلتين ٢ و ٣

ابتداءً من عام ٢٠٢١ سيُنشئ برنامج الضمان الصحي و شراء الخدمات الصحية مكاتب إقليمية على مقربة من الشركات الإقليمية لمزودي الخدمة (provider regional corporates) حسب الحاجة. و خلال المرحلة الثانية سيصبح برنامج الشراء كيان مؤسسي عام بمجلس إدارة خاص وبمسؤوليات وسلطات محددة واضحة.

ستشهد المرحلة الثالثة تمديد نظام التأمين الصحي الوطني (NHI) ليشمل جميع المواطنين والمقيمين والزوار في المملكة، وسيُتاح لمعظم المواطنين والمقيمين والزوار شراء التأمين الصحي التكميلي (SHI). وهذه السياسات التأمينية ستتوفر من خلال إنشاء سوق موسّع ومنظّم للتأمين الصحي في السعودية. ومن المتوقع أن يُشمل برنامج شراء الخدمات الصحية من قبل صانعي هذه السياسات، وبعض شركات التأمين الصحي الخاصة القائمة في المملكة، والشركات الجديدة الربحية وغير الربحية.

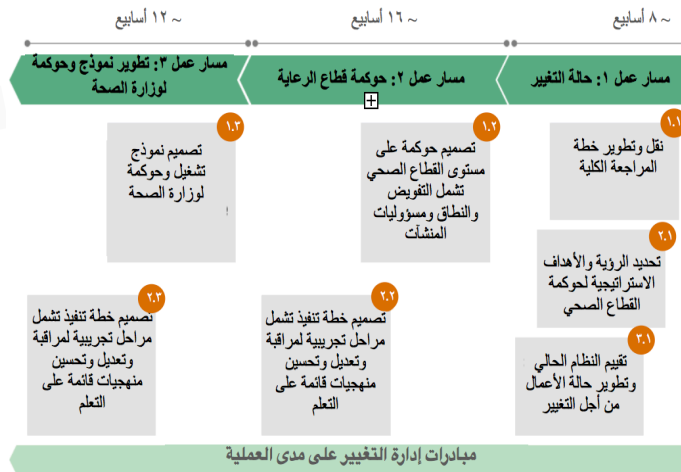
يعتمد التقدم في إصلاحات التمويل المقترحة في المرحلتين ٢ و ٣ بشكل كبير على التطوير الملائم والناجح في عملية إصلاح مزودي الخدمات.

تطوير حوكمة النظام الصحي

تعريف حوكمة الصحة

تُعرف حوكمة الصحة على أنها: منظومة السياسات واللوائح والهيكل التي تهدف إلى غرس السلوكيات المناسبة، ومراقبة الأداء، وتحسين تحقيق القيمة الصحية للسكان.

نهج إدارة مسار العمل



الملاحق

إطار حوكمة النظام الصحي

يعتمد تقييم حوكمة النظام الصحي على إطار النظام الصحي، ويتضمن هذا الإطار أعمدة أفقية وعمودية. تمثل الأعمدة الأفقية وظائف الحوكمة الأربعة الأساسية التي تنطبق على كل عمود من الأعمدة العمودية. فيما تمثل الأعمدة العمودية نفسها الركائز الأساسية الموجودة في نظام صحي قوي وتتكون من أدوار متعددة.



الأعمدة الأفقية في هذا الإطار هي:

- تحديد الاتجاه - يحدد الأهداف الاستراتيجية والأولويات الرئيسية لإدارة نظام الرعاية الصحية.
- السياسة واللوائح والمعايير - يضع إطاراً وأدوات تنظيمية ويحافظ عليها ويطورها.
- المراقبة - يراقب الالتزام وكفاءة النظام وفاعليته.
- التمكين - يوفر الحوافز والدعم في بناء القدرات للتحسين المستمر.

الملاحق

تقييم الوضع الحالي

لتقييم الآثار المترتبة على الحوكمة الصحية المستقبلية في المملكة العربية السعودية، تم اتخاذ إجراء من ثلاث خطوات:

1. أداء القطاع الصحي السعودي: والذي قيّم أداء النظام الصحي الحالي.
2. تقييم هيكل حوكمة القطاع الصحي السعودي: حددت هذه الخطوة إشكاليات الحوكمة على مستوى القطاع. تلخيص المستفاد من تلك الخطوة موضح في الجدول أدناه.



3. تقييم هيكل حوكمة القطاع الصحي السعودي: حددت هذه الخطوة إشكاليات الحوكمة على مستوى القطاع. تلخيص المستفاد من تلك الخطوة موضح في الجدول أدناه.

الصحة العامة	التموين	التمويل والمدفوعات	الغذاء والدواء والأدوات الطبية	الممارسون الصحيون	البحث والتطوير	البيانات والرقمنة
المراقبة والأوبئة	الوصول للخدمات	الموازنة	السلامة والكفاءة	تخطيط القوى العاملة	تأسيس برنامج بحثي وطني	استراتيجية الرقمنة
حلول الصحة العامة	الترخيص	ترخيص ومراقبة التأمينات	الاعتماد والترخيص والتسويق	ترخيص الممارسين الصحيين	التمويل والمنح	معايير التكامل والتوافق التشغيلي
الاستعداد والاستجابة لحالات الطوارئ	تطوير الجودة	إدارة الأداء	توافر الإمدادات والسلامة	تدريب وتدريب الممارسين الصحيين	البحث والأنظمة والسلامة	معايير البيانات الصحية
التعاون الدولي (مكتنظمة الصحة العالمية)	حماية حقوق المرضى	نماذج التعويضات	الإبلاغ عن الأحداث المعاكسة	إرشادات للممارسين العامة	حماية المعلومات	تطوير الحلول والخدمات
التعاون بين الوكالات (وزارة التعليم ووزارة العمل)	الإحالة الدولية	إرشادات للممارسين العامة	إرشادات للممارسين العامة			
السلامة المهنية						

ملخص هذا موضح أدناه.

الملاحق

ساعد هذا التقييم على تحديد ركائز إطار الحوكمة المستقبلية. حُدثت المتطلبات التالية لكل ركن عمودي:

الصحة العامة

- الحاجة إلى وجود مالك وطني للصحة العامة.
- إستيفاء التوازن بين تمركز (centralization) وتوطين (localization) برامج الصحة العامة لتحسين تحقيقها.

التمويل

- فصل الأدوار التنظيمية والأدوار التوزيعية في وزارة الصحة.
- النظر في وجود منظم وطني لجميع تمويل الرعاية الصحية وتنسيق المسؤوليات.
- تأسيس آليات تحسين الجودة (جمع البيانات وتحليلها والإجراءات).
- ضمان المعاملة الموضوعية والمتساوية لجميع مزودي الرعاية الصحية.

تمويل النظام ومدفوعاته

- الحاجة إلى وجود راعي واحد أو أمين واحد لميزانية الرعاية الصحية الوطنية.
- تحديد من يتولى تنظيم برنامج شراء الخدمات الصحية.
- اعتماد تحليل المخرجات المالية والإكلينيكية استعداداً لنظام مبني على القيمة (value based system).
- تمكين وتوسيع نطاق الجهات المنظمة للتأمينات.

الغذاء والأدوية والأجهزة الطبية

- الحاجة إلى تعزيز دور الرقابة للهيئة السعودية للغذاء والدواء لضمان الالتزام بأنظمتها.
- القيام بدور ترشيدي لتكلفة الدواء لتمكين مزودي الخدمة من إدارة ميزانيات الرعاية الصحية.

رأس المال البشري

- تشكيل تخطيط القوى العاملة على مستوى القطاع الصحي.
- تبسيط عملية التطوير الطبي المهني من مرحلة التعليم والتدريب وحتى الانضمام إلى القوى العاملة.
- فصل معايير تدريب إعداد العاملين عن ترخيص القوى العاملة الصحية.

الملاحق

البحث والتطوير

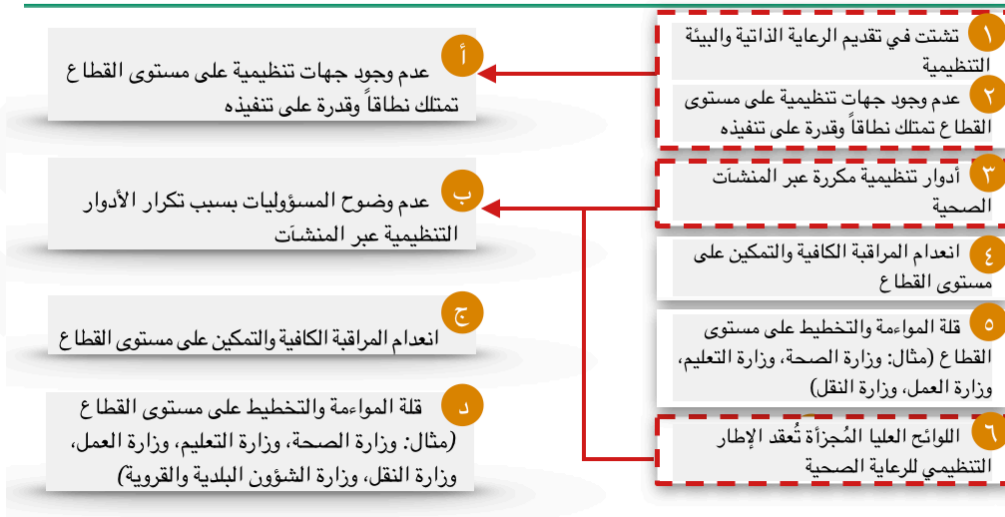
- الحاجة إلى التركيز على وضع قواعد البحث الوطني وتسهيله.

البيانات والرقمنة

- تمكين المركز الوطني للمعلومات الصحية ليتولى قيادة برامج رقمنة الرعاية الصحية في جميع أنحاء المملكة.
- صياغة معايير التشغيل البيني للبيانات الصحية (health data interoperability standards).
- توضيح المتطلبات التجارية والسريية الناتجة عن التحول في الأنظمة الرقمية.

كشف هذا التقييم عن عوامل مشتركة ويمكن تجميع الإشكاليات الأصلية في أربع نقاط مترابطة كما هو موضح أدناه:

الإشكاليات المتعلقة بالحوكمة في الرعاية الصحية



ويجري حالياً تصميم الهيكل التنظيمي الجديد (Work-steam ٢.١)، ويجب إتمام هذه المهمة بحلول منتصف عام ٢٠١٨.

الملاحق

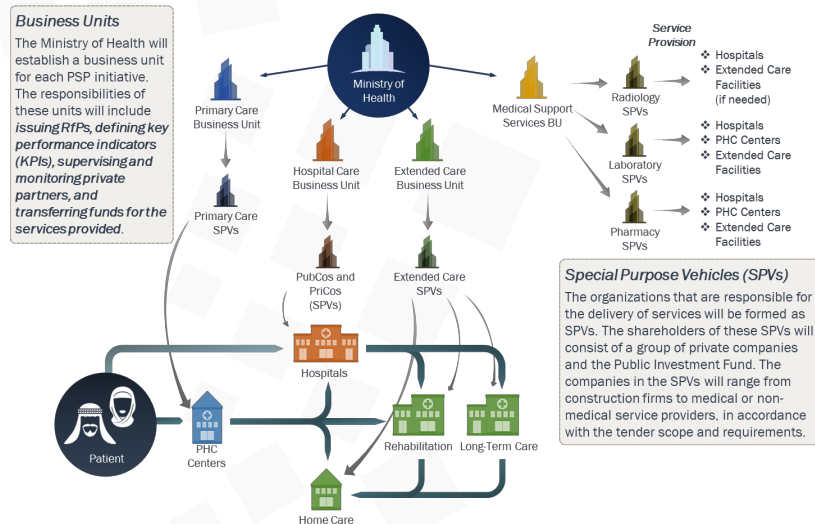
٤. مشاركة القطاع الخاص

في يناير ٢٠١٨، وُضع سياق عمل استراتيجي مفصل لمشاركة القطاع الخاص في المملكة يحوي معلومات مفصلة حول تسعة مجالات رئيسية:

١. العناية الأولية
٢. الطب الإشعاعي
٣. خدمات المختبر
٤. تكليف خدمات المستشفيات والمدن الطبية (استكمال بناء وتجهيز وتشغيل مرافق غير مكتملة البناء، وتجهيز وتشغيل مرافق مكتملة البناء؛ وتشغيل مرافق مكتملة البناء ومجهزة)
٥. الرعاية الممتدة
٦. إعادة التأهيل
٧. الرعاية على المدى الطويل
٨. الرعاية المنزلية
٩. الصيدلية

يتضمن السياق الاستراتيجي صياغة واضحة للرؤية والرسالة والقيم بالإضافة إلى خمسة أهداف و ١٤ هدف استراتيجي مع أهداف خمسية كمية. ويشمل أيضاً تحليل مواءمة المسار، وتحديد عوامل التمكين الرئيسية، وعوامل النجاح المهمة والمخاطر التي تعترضه. ويقترح نموذجاً تشغيلياً واضحاً يشتمل على ست وحدات أعمال وست دراسات تجريبية وجدول زمني واضح للتنفيذ على مدار خمس سنوات.

نموذج الأعمال (The business model)



الملاحق

أطلقت وزارة الصحة برنامج المشاركة المجتمعية (Community Participation Program) في بداية عام ٢٠١٧، وهو ما يتماشى مع الاتجاهات الحديثة في العلاقة بين الحكومة والمجتمع الداعمة لتطلعات رؤية ٢٠٣٠ و خطة التحول الوطني.

تستند المشاركة المجتمعية على المفهوم القائل بأن إمكانية التحقيق الأمثل للتنمية الصحية نابغ من الموازنة بين جهود الحكومة وكل الأطراف المعني، ومع استمرار نمو وتغير طلب المجتمع على الصحة، يصبح لهذا التعاون دور جوهري. يحتوي المجتمع على موارد هائلة وإمكانات كبيرة يمكن استخدامها لتعود بالنفع عليه ولحل الإشكالات والتحديات الصحية التي تواجهه، ولكنه لا يستطيع تأمين مساهمته المثلى حال غياب البيئة المحفزة والفرص المناسبة لإستنفاد موارده وإمكانياته. وتسعى وزارة الصحة من خلال برنامج المشاركة المجتمعية إلى شراكات صحية جديدة ومؤثرة مع مختلف مكونات المجتمع، بما في ذلك الأفراد والمجتمعات المدنية والمنظمات والشركات والجهات الحكومية.

فيما يلي توضيح للرؤية والرسالة والقيم والأهداف والمسارات والمبادرات لبرنامج المشاركة المجتمعية:

- **الرؤية** - مجتمع يعي التحديات الصحية التي تواجهه ويشارك بفاعلية في التصدي لها.
- **الرسالة** - يعد برنامج المشاركة المجتمعية منصة تحفيزية وموجهة تساهم في تطوير الصحة من خلال شراكات فعالة ومستدامة. وهي مبنية على المبادرة والاستجابة السريعة والمنهجية المبتكرة بين وزارة الصحة وجميع عناصر المجتمع.

• القيم:

١. عمل رسالي.
٢. بيئة ودية.
٣. أداء مرن.
٤. قوى عاملة مُبادرة.
٥. مبادرات فعالة.

• الأهداف:

١. توجيه موارد المجتمع نحو مجالات ذات أولوية.
٢. تسهيل مشاركة المجتمع في التنمية الصحية.
٣. توسيع تأثير المشاركة المجتمعية على التنمية الصحية.
٤. جعل المشاركة المجتمعية في مجال التنمية الصحية عملاً مؤسسياً.

• المسارات:

١. تنظيم وترويج الأنشطة الصحية الخيرية.
٢. تطوير نظام تطوعي للممارسين الصحيين.
٣. بناء قدرات المنشآت الصحية غير الربحية وتعزيز توسعها.
٤. تعزيز المبادرات الصحية لأفراد المجتمع.

• المبادرات

١. تنظيم وتشجيع التبرعات والهبات في القطاع الصحي.
٢. إنشاء صندوق صحي خيري.
٣. مركز خدمة الشراكات المجتمعية.

٥. تطوير القوى العاملة

يتصف الوضع الحالي للقوى العاملة الوطنية في الصحة بما يلي:

- انخفاض نسب الممارسين الاكلينكيين (خاصة الممرضات) مقارنة بمستويات السكان ومزودي الخدمات الصحية؛
- سوء توزيع الممارسين الاكلينكيين والشح الدائم في عدد الموظفين في بعض المناطق
- تدني إنتاجية الممارسين الاكلينكيين
- محدودية عدد الكوادر الطبية السعودية المنتظرة في مؤسسات التعليم
- انخفاض معدلات التحويل من إنهاء التعليم الطبي في المملكة العربية السعودية إلى العمل في وزارة الصحة، وبالأخص طاقم التمريض
- انخفاض معدلات استمرارية طاقم التمريض، خاصة النساء منهم
- نقص أماكن التدريب الطبي المدعوم للخريجين
- شح في التطوير المهني السريري المنتظم
- عدم وجود مراجعة رسمية منتظمة لأداء وسلامة الممارسين السريريين
- عدم وجود تجديد دوري لتراخيص الممارسين الطبيين والسريريين
- محدودية عدد الهيئات المهنية الطبية والصحية (كالجمعية السعودية للسكري والغدد الصماء)
- الاعتماد الكبير على الممارسين الاكلينكيين الأجانب في المهام الطبية والتمريضية على حد سواء
- لا توجد إحصائيات لتغيير أماكن العمل بالنسبة للممارسين الاكلينكيين الأجانب (سواء كانوا يغيرون جهات عملهم أو يغادرون المملكة العربية السعودية)
- لا يوجد إحصاء للقدرات الطبية والتمريضية على حسب مستويات التخصص

الملاحق

- لا يوجد إحصائيات للإمكانات السريرية والدعم السريري في المهن التالية:
 - طبيب الأسنان
 - طبيب النفسيين
 - ممارس العلاج الطبيعي
 - ممارس العلاج الوظيفي
 - فني المختبر
- وجود ثغرات كبيرة في الموارد والخبرات في مهن الرعاية الصحية غير الإكلينيكية بما في ذلك:
 - رؤساء ومديرين غير تنفيذيين للمنشآت التي تم تحويلها إلى مؤسسات حديثة
 - الإدارة العامة
 - المالية
 - اقتصاديات الصحة
 - إدارة المعلومات التقنية
 - الموارد البشرية
 - التخطيط
 - العقارات
 - الخدمات اللوجستية
 - مجال الاتصالات
 - المجال القانوني
- تدني النظرة العامة لمهنة التمريض في تصور السعوديين
- ضعف ونقص البيانات والإحصائيات حول القوى العاملة الصحية في المملكة العربية السعودية، كحصر الأعداد المُدرّبة أو الأعداد الشاغرة للعمل، وأعداد الموظفين
- بنية تحتية غير كافية لتكنولوجيا المعلومات لدعم إدارة بيانات القوى العاملة.

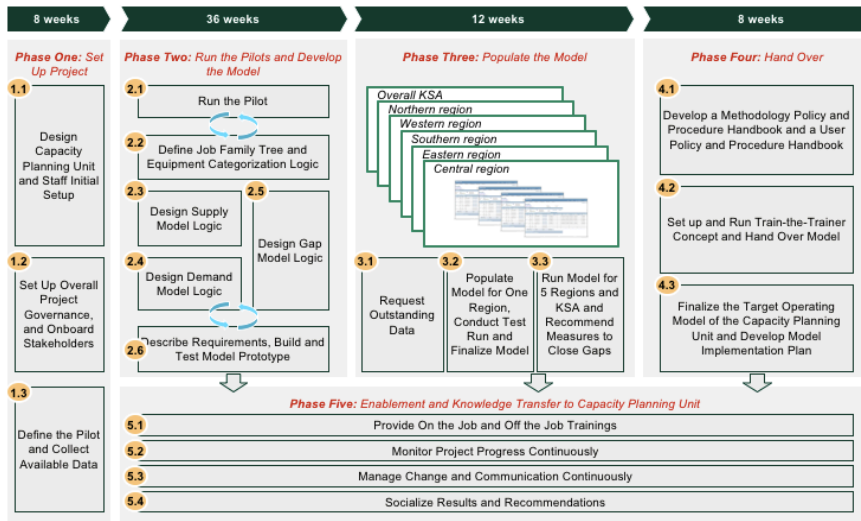
فهم إمكانات القوى العاملة والطلب عليها

يعمل مكتب تحقيق الرؤية حاليًا على دراسة وحصر خصائص القوى العاملة الحالية في المملكة. وهذا يشمل، على سبيل المثال لا الحصر، فهم المكان والتخصصات الرئيسية والفرعية لجميع فئات العاملين في كل منطقة وكل مرفق. سيوفر هذا الجهد تقديرات سنوية للطلب على القوى العاملة في مجال الرعاية الصحية وسيأخذ بالحسبان الفجوة السنوية بين العرض والطلب حتى عام ٢٠٣٠. وستأخذ التقديرات بعين الاعتبار عوامل العرض والطلب، لتشمل التغييرات التكنولوجية والتغييرات في نموذج الرعاية والتغييرات على القطاع الصحي نتيجة التحول المؤسسي (corporatization).

الملاحق

بناء إمكانات القوى العاملة

يتمثل الهدف من استراتيجية القوى العاملة في هذا الإطار ببناء إمكانات اليد العاملة الوطنية في جميع التخصصات الرئيسية والفرعية لتضمن التوزيع العادل في كل مناطق المملكة وفقاً للاحتياج. وهذا يتضمن سعياً حثيثاً لتشجيع النخب الطبية السعودية (في المملكة العربية السعودية أو في الخارج) على العودة للانضمام لطاقتهم العمل الصحي في المملكة. وقد يشمل ذلك التعليم أو إعادة التعليم والتدريب أو إعادة التدريب. هناك أيضاً برنامج عمل جاري لتحسين استقطاب مهن التمريض والرعاية الصحية الأخرى. قد يكون هناك أيضاً فرص لتوظيف كوادر غير طبية مؤهلة من القطاعات الأخرى. ومن المقرر أن يتم هذه العمل بحلول منتصف عام ٢٠١٨. ويرد أدناه مزيد من التفاصيل حول هذا المشروع.



الهيئة السعودية للتخصصات الطبية	تخطيط الطاقات	القوى العاملة	النطاق
✓	✓	المرافق	الخدمات
✗	✓	الخدمات	
✗	✓	الأدوات	
✓	✓	الخصائص السكانية	دقة المقاييس
✗	✓	عبء الأمراض	
✗	✓	نموذج الرعاية	
✗	✓	مخرجات التعليم	المرونة
✗	✓	تحديثات البيانات	
✗	✓	تحديثات التجزئة	
✗	✓	استخراج النسب	دقة التفاصيل
✗	✓	تحديثات المقاييس	
✗	✓	تحديثات التمارض	
✗	✓	على مستوى المرافق	
✗	✓	على مستوى المجال الطبي	
✗	✓	على مستوى منطقة الخدمة	

تنمية قدرات القوى العاملة

بالإضافة إلى تطوير إمكانيات القوى العاملة، تعدّ تنمية القدرات هدفاً قابلاً للتحقيق من خلال برنامج وطني يغطي جميع التخصصات الرئيسية والفرعية ويستهدف الاحتياجات المعيّنة من قبل الإدارة العامة لتخطيط القوى العاملة. وسيشمل هذا اعتماد ٥٠ مستشفى كمستشفيات تعليمية للتدريب، وإنشاء خمس أكاديميات لطب الأسرة في جميع أنحاء المملكة. كان التركيز في عام ٢٠١٧ على التطوير الفوري لبرامج التدريب في مجالات التخصصات الرئيسية والفرعية حسب الأولوية. سيكون بناءً على ذلك ثلاث مراحل لبرنامج تدريبي وطني بحيث تستمر كل مرحلة لمدة سنة ابتداءً من ٢٠١٨ إلى ٢٠٢٠.

١. تطوير الصحة الإلكترونية

تعدّ الصحة الرقمية والرعاية الصحية الرقمية، أو الصحة الإلكترونية (eHealth)، الاستخدام الفعال والأمن لتكنولوجيا المعلومات والاتصالات في تحقيق الأهداف الصحية التي تشمل خدمات الرعاية الصحية، ومراقبة الصحة، وأدبيات الصحة، والتعليم الصحي، والمعرفة والبحث.

الاعتماد الفعال للصحة الإلكترونية سيحقق مايلي:

- تسهيل إدخال أساليب جديدة ومختلفة اختلافاً جديراً للرعاية الصحية
- سهولة إدخال أدوار جديدة غير تقليدية إلى النطاق الصحي
- توفير أدوات التنبؤ بالأمراض
- تمكين المستفيدين من إدارة رعايتهم الصحية شخصياً
- المساعدة في تنبيه أنظمة الصحة السكانية بتفشي الأمراض المعدية.

تمثل الصحة الإلكترونية أداة تمكينية مهمة لبرنامج إصلاح القطاع (System Reform Program) الذي تتناوله هذه الاستراتيجية. ومن الضروري مراعاة ما يلي:

- تمكين الالتزام بممارسات الجودة والسلامة في الأنظمة الصحية وتطبيقها
- توفير الأدوات الرقمية الشخصية للأفراد من أجل تعزيز الإدارة الصحية الذاتية ومحو الأمية الصحية والمساعدة في التنقل السلس بين خدمات النظام الصحي والتعاطي معها

الملاحق

- توحيد منظومة الصحة على جميع مستويات نموذج الرعاية الصحية الحديث (New Models of Care) لدعم سلاسة انتقال المعلومات الصحية للأفراد
- مراقبة الكفاءات التشغيلية ومخرجات الخدمات المقدمة
- مراقبة وتحسين استخدام موارد الرعاية الصحية مثل القوى العاملة والأصول والخدمات
- توفير الوصول إلى بيانات عالية الجودة لدعم البحوث الطبية وصناعة السياسات
- إنشاء أكاديمية افتراضية لبناء المعرفة والمهارات اللازمة لتحقيق مبادرات نموذج الرعاية الجديد
- تحقيق قفزات كبيرة في استقطاب الكفاءات في الوظائف الأساسية المشتركة لمنظمات تقديم الخدمة، بما في ذلك: المالية، والموارد البشرية، وتكنولوجيا المعلومات، والمشتريات، والخدمات السريرية، وخدمات الدعم السريري، ومراقبة الجودة
- اعتماد احتساب التكاليف استناداً على الأنشطة (Activity-based costing)، ومحاسبة المرضى (patient accounting)، ودورة الإيرادات وإدارة المطالبات
- تنفيذ ممارسات الترميز السريري (clinical coding practices)
- تنفيذ برنامج لجودة البيانات
- تمكين خاصية الإبلاغ عن أداء النظام الصحي

من المتوقع أن يحقق الاستثمار في الصحة الإلكترونية في المملكة فوائد عدة، منها:

- **تعزيز الخبرة الشخصية والراحة والمسؤولية** - سيُتاح للأفراد أشكال جديدة من التفاعل مع النظام الصحي وسيستخدمون من الخدمات الصحية بشكل مختلف وذلك من خلال تعزيز نظام الرعاية الصحية بنظام صحي افتراضي يعمل على تحسين الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية متى وأينما احتاج إليها الناس. ستساعد الصحة الإلكترونية الأفراد على التحكم بنمط حياتهم وصحتهم وتحمل مسؤولية ذلك شخصياً.
- **خدمات أكثر أماناً وفاعلية** - تعد الرعاية الصحية صناعة مكثفة للمعلومات والمعرفة. وتُتخذ القرارات المهمة المرتبطة بالرعاية الصحية استناداً على المعلومات التشخيصية والسريرية المتوفرة. لذلك فالتحصل على المعلومات الدقيقة في الوقت المناسب يجعل من تحسين التقييم ممكناً، وهو مما يسهل مهمة تجنب الأخطاء الطبية المكلفة والأحداث الوخيمة الناجمة عن المعلومات الناقصة أو الخاطئة.

الملاحق

- **زيادة الإنتاجية لممارسي الرعاية الصحية** - يعتبر وجود الممارسين الطبيين المهرة من الموارد النادرة باهظة الثمن في المملكة. يمكن للصحة الإلكترونية أن توفر للقوى العاملة الطبية الأدوات والطاقات لتحسين الإنتاجية من خلال أتمتة غالبية المهام الإدارية. كما أنها تزود عملية صنع القرار بالمعلومات الرقمية والمصادر المعرفية التي لا وجود لها في المملكة حالياً.
- **نظام فعال ومتكامل** - يعدّ رفع كفاءة استخدام موارد الرعاية الصحية مفتاحاً لتحقيق الاستدامة في النظام الصحي. ستُمكن الصحة الإلكترونية من تحقيق تكامل أفضل بين مختلف أنظمة الرعاية الصحية. من شأن تعريف البيانات المشترك أن يعزز هذا التكامل ويضمن توفير معلومات متسقة للرعاية العلاجية. إن جعل البيانات متاحة بشكل أسهل سيققل من تكرارها وعدم جودة جمعها.
- **خلق صناعة جديدة للمعرفة** - يشكل تطبيق التقنيات الرقمية تحدياً يتطلب وجود قوة عاملة ماهرة تستطيع التعاطي معه. فقد أظهرت التجارب العالمية أن برامج الصحة الإلكترونية توفر عشرات الآلاف من فرص العمل، وتعطي رواد الأعمال فرصة إنشاء الكثير من الشركات الناشئة في مجال المعلوماتية الصحية. إن الاستثمار في الصحة الإلكترونية لا يعود بالمنفعة على القطاع الصحي فحسب، بل يتعداه إلى اقتصاد المملكة ككل.

من الأهداف الرئيسية لبرنامج التحول الوطني لعام ٢٠٢٠ (The National Transformation Program ٢٠٢٠) أن يكون لدى ٧٠٪ من سكان المملكة سجل صحي موحد (Unified Health Record) بحلول عام ٢٠٢٠: "سيكون لدى ٧٠٪ من السكان سجل واحد على الأقل في أي من الأنظمة الوطنية الأربعة للصحة الإلكترونية ٢٠٢٠ (National eHealth Systems ٢٠٢٠)". في الرسومات أدناه، وُضعت علامة على الأنشطة التي تساهم في تحقيق هذا الهدف.

الملاحق

تطبيق الصحة الإلكترونية

نطاق استراتيجية الصحة الإلكترونية ودور التبادل الصحي السعودي:

تتضمن استراتيجية الصحة الإلكترونية السعودية عناصر مهمة على مستوى قطاع الصحة، وسوف تربط وزارة الصحة وخدمات القطاعات الحكومية الأخرى والقطاع الصحي الخاص. ستكون منصة الصحة الإلكترونية السعودية لتبادل المعلومات (The Saudi Health Exchange) آلية مهمة لإدخال الطاقات الرقمية في جميع قطاعات النظام الصحي.

فئات المبادرات وحقائب المهام والبرامج

تشمل استراتيجية التنفيذ حالياً ثلاث فئات للمبادرات وأربعة حقائب و 02 برنامجاً.

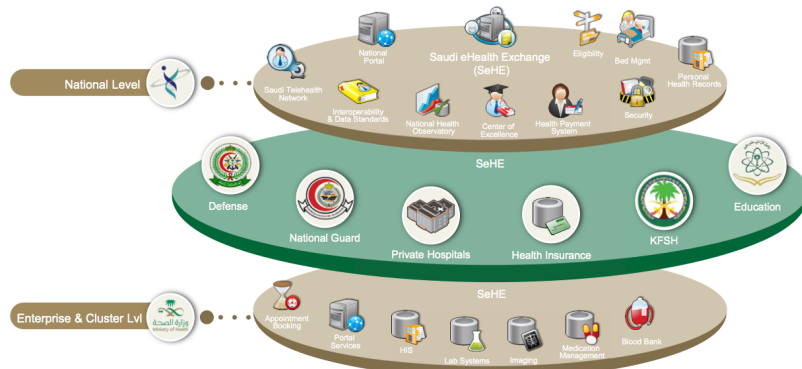
فئات المبادرات

فئات الحل الثلاثة تنقسم إلى:

- **المبادرات الوطنية** - التي سيقدمها مُزوّد واحد لكل قطاعات الصحة، بما فيها المبادرات الوطنية المقدمة من منصة منصة الصحة الإلكترونية السعودية لتبادل المعلومات (SeHE).
- **حلول التجمعات الصحية** - تلك التي قد تختلف من تجمع لآخر (رغم وجود معايير البيانات المشتركة) وتهدف إلى تسهيل إنشاء التجمعات الصحية ومن بعدها تمكين مؤسسات الرعاية المتكاملة (ACO).
- **مبادرات المشاريع** - تلك المبادرات التي يمكن أن يقدمها موردون متعددون (رغم وجود معايير البيانات المشتركة الأساسية) لجميع قطاعات الصحة.

فيما يلي توضيح للعلاقة المتبادلة بين فئات التدخل ومنصة الصحة الإلكترونية السعودية لتبادل المعلومات (The Saudi Health Exchange):

eHealth Future State

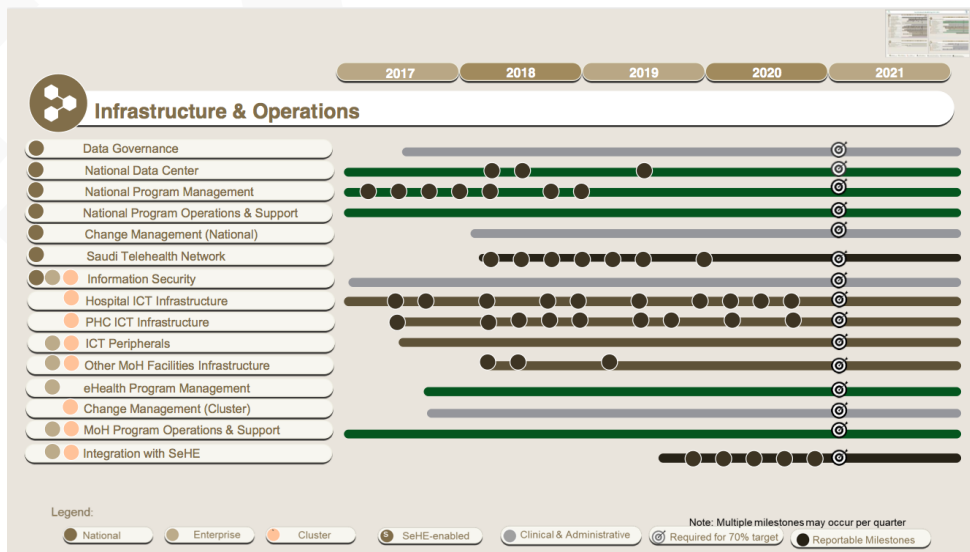
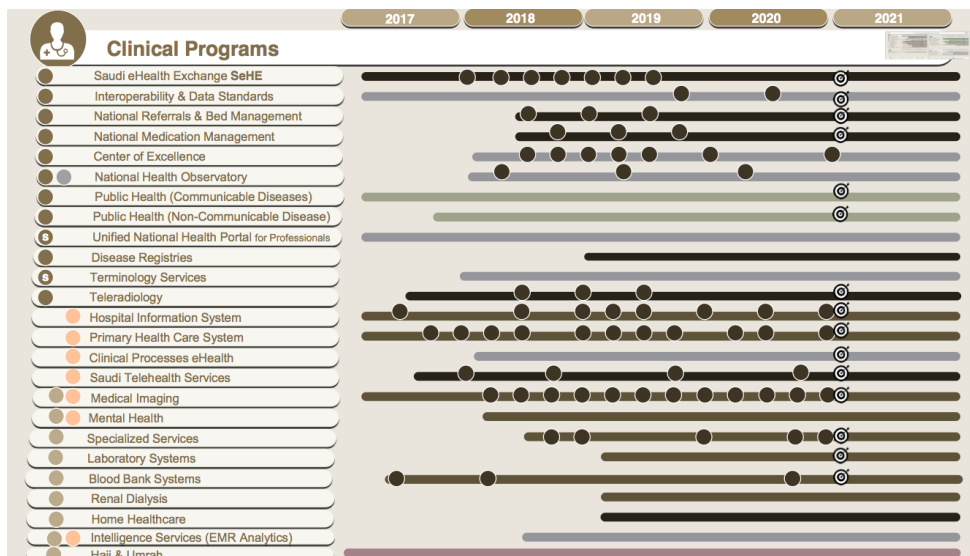


الملاحق

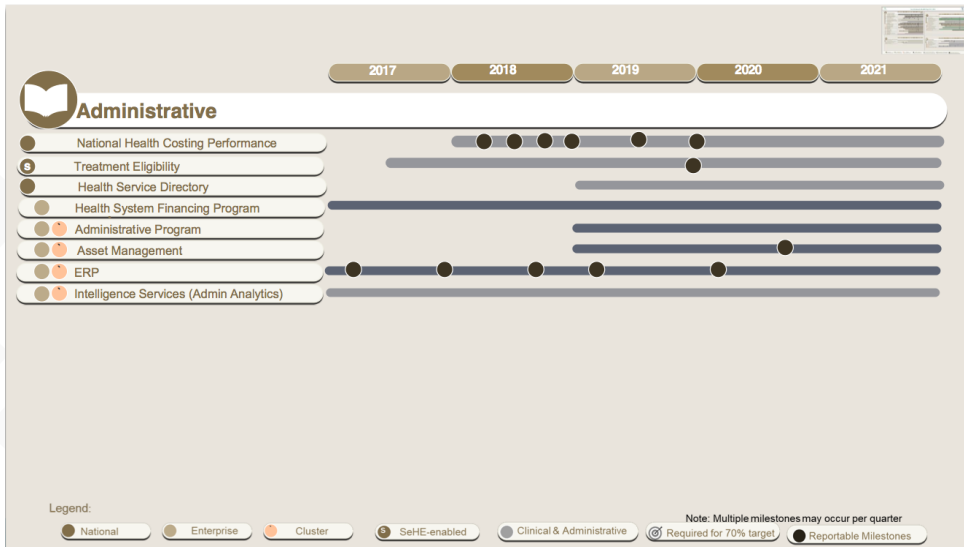
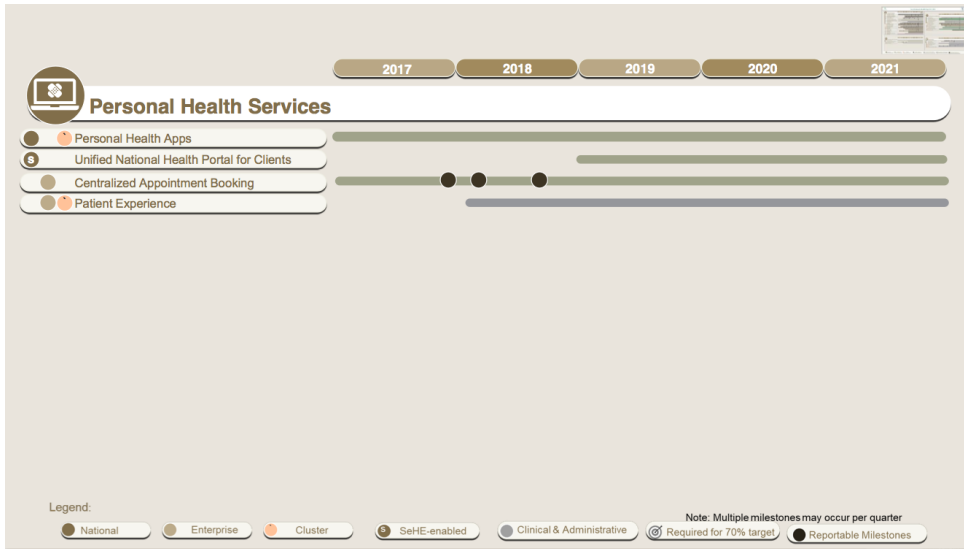
حقائب المهام

الحقائب تصنف البرامج المستقلة وفقاً لوظائفها الرئيسية: البرامج السريرية، البنية التحتية والعمليات، الخدمات الصحية الشخصية، والخدمات الإدارية.

يظهر توزيع البرامج على حقائب المهام في الرسومات أدناه. تعرض الجداول أيضاً الفئة والخط الزمني والأبعاد الرئيسية لكل برنامج.



الملاحق



الملاحق

الملحق ب: وصف وتحليل موجز لإطار هارفارد وإطار أكسفورد المبني على القيمة (value frameworks)

مقدمة للإطارات

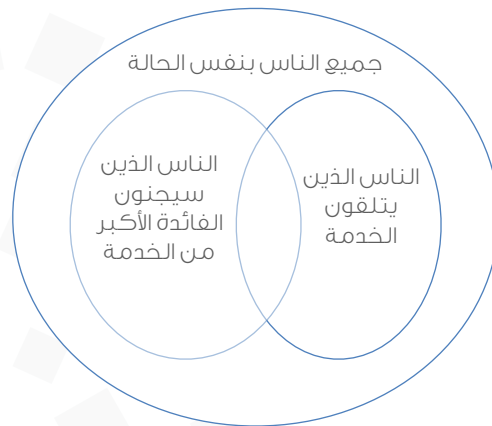
يمكن تعريف القيمة في الرعاية الصحية بشكل مبسط على أنها "النتائج مقسوماً على التكلفة".

إن المبادئ الأساسية للرعاية الصحية القائمة على القيمة (value based healthcare) في مجال الرعاية الصحية لا بد أن تتماشى في المقام الأول مع أصحاب المصلحة للوصول إلى الهدف المشترك لتحسين المخرجات الصحية المقدمة بتكلفة معينة. ليُمنح بعد ذلك أصحاب المصلحة الاستقلالية والأدوات والمسؤولية لمتابعة أنسب الطرق لتحقيق الكفاءة في الخدمة لكل من يحتاجها من السكان.

في بعض الحالات، يصل الأفراد المصابين بحالات خاصة إلى الخدمة المناسبة، كحالات كسور الأطراف أو الأورام، ولكن في معظم المشاكل الصحية لا تكون الحاجة واضحة دوماً. فمن يعاني من حالات مثل الاكتئاب أو آلام الورك أو الربو لا يصل إلا إلى الخدمة التخصصية حال تواجدهم في مرافق الرعاية الأولية بعد إقرار طبيب الرعاية الأولية حاجتهم إلى رعاية تخصصية. وفي كل بلد يصل تتأثر هذه العملية بعدد من العوامل العوامل، وهو ما يعني:

- لا يعني بالضرورة أن من يصلون إلى الخدمة التخصصية هم أكثر المستفيدين من الخدمات
- معظم من لا يصلون الخدمة التخصصية سيستفيدون أكثر ممن يصل لها.

سيجد السكان ككل قيمة أكبر في الخدمات إذا أُوقفت حالات التباين هذه.



الملاحق

تقوم منهجية الرعاية القائمة على القيمة على أربعة عناصر أساسية:

- قياس منهجي لتوزيع الموارد لفئات خاصة من المستفيدين كالأشخاص الذين يعانون من الأورام أو من مشاكل صحية نفسية
- قياس المخرجات الصحية التي تهم المرضى والتكاليف اللازمة لتحقيق تلك النواتج على مدار الدورة الكاملة للرعاية
- التتبع المستمر لتلك المخرجات والتكاليف لنطاقات سكانية محددة
- تطوير مبادرات مخصصة لتحسين القيمة لكل فئة سكانية.

يوجد خمسة عوامل تمكين مهمة لتسريع اعتماد الرعاية الصحية القائمة على القيمة:

- المعلوماتية الصحية لتسهيل جمع وتحليل ومشاركة بيانات المخرجات والتكاليف
- التقييم المعياري، الأبحاث والأدوات، للاستفادة من تلك البيانات في تحسين الممارسة السريرية والابتكار
- المدفوعات المستندة إلى القيمة (**value-based payments**)، لخلق حوافز لأصحاب المصلحة للتركيز على القيمة وتجنب الدفع بناءً على النشاط مما يؤدي إلى خفض قيمة المخرجات
- الابتكار في تنظيم تقديم الرعاية من أجل تحسين التنسيق بين قطاعات النظام الصحي بمواصفات موحدة مرتبطة بالدولة بأكملها، مع تفويض التنفيذ للشبكات المحلية
- ثقافة جديدة تعزز التعاون والإشراف.

إطار هارفارد - تحقيق الرعاية الصحية القائمة على القيمة

يركز إطار عمل هارفارد (**The Harvard framework**) بشكل أساسي على تحسين القيمة على مستوى المرضى الأفراد الذين يحضرون لمرافق الرعاية لتلقي العلاج، ويحتوي على تخفيض منتظم للتباين غير المبرر في تعيين المعالجة وفي المخرجات والتكاليف. كما يهتم إطار هارفارد بتحسين الأنظمة الدقيقة السريرية ضمن أطر العمل المؤسسية المختلفة، وتحسين المعالجة لنطاق سكاني معين أو لحالات مرضية متشابهة. ويعكس إطار هارفارد السياق التاريخي المتأثر بأحوال السوق لتمويل وتنفيذ نظام الرعاية الصحية في الولايات المتحدة الأمريكية؛ حيث لا يوجد توزيع عالي الكفاءة للخدمات (معظمه يتم عبر تأمينات صحية خاصة تطوعية) وهذا أظهر أن القدرة على الدفع أكثر من القدرة على الاستفادة. بينما لا يتناول إطار هارفارد التحسين المبني على البراهين لموارد محددة أو محدودة في النظام، والمفاضلات ذات الصلة بين الخدمات المختلفة والمرضى المختلفين. كما لا يتناول الإطار التحسين المبني على البراهين في توزيع الخدمات الوقائية والعلاجية والتلطيفية لفئة سكانية معينة.

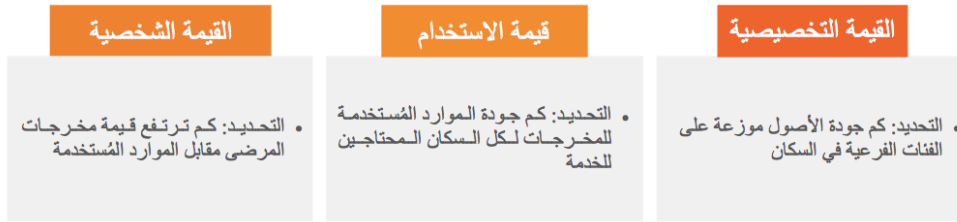
الملاحق

إطار عمل أكسفورد - رعاية صحية بقيمة أعلى

يعكس إطار أكسفورد السياق التاريخي للمملكة المتحدة وأوروبا حيث تتمتع الحكومات بسيطرة أكبر على توزيع خدمات الرعاية الصحية إما من خلال الإنفاق العام أو التفويض الحكومي.

البعد الإضافي في إطار "الرعاية الصحية بقيمة أعلى" (higher value healthcare framework) الذي طُوّر في جامعة أكسفورد هو أنه في الأنظمة التي تلتزم بشكل كلي ومباشر بالرعاية الصحية لسكانها، مثل المملكة العربية السعودية، يحتاج التركيز على القيمة الشخصية لأن يُكْمَل بما يلي:

- التركيز على الكفاءة التخصيفية على المستوى المتوسط
- تحديد مستمر للأشخاص الذين لا يتلقون الرعاية ولكنهم قد يستمدون قيمة أكبر من تلك التي يجدها من يتلقى الرعاية. تلتزم المملكة بتقليل فرص عدم المساواة وبزيادة الكفاءة من خلال سياسة التغطية الصحية الكاملة للسكان.



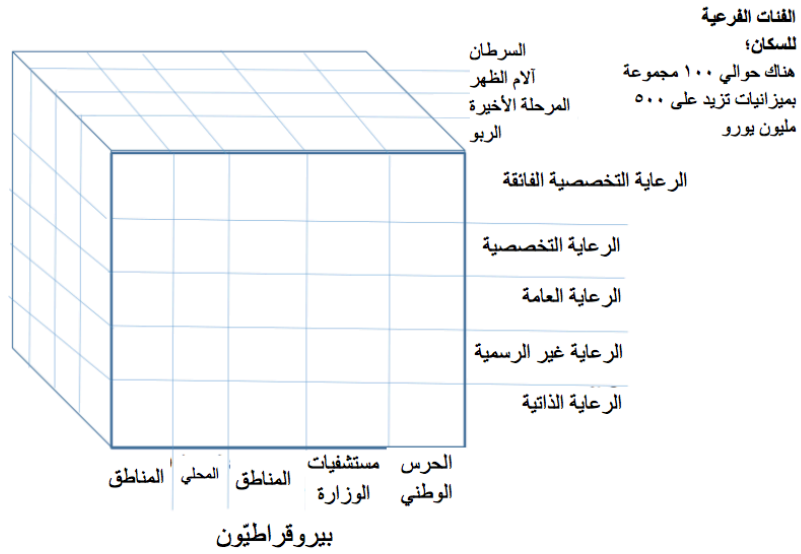
ولهذا الغرض، يعين الإطار أبعاد ثلاثة للقيمة:

يعتبر إطار "الرعاية الصحية بقيمة أعلى" مهماً بالذات في المملكة لأنه لا يساعد على التمييز بين الأنواع المختلفة للقيمة فحسب، بل يميز بين ثلاثة مستويات نظامية مختلفة يمكن بها ضمان القيمة:

- على المستوى الوطني
- على مستوى فئات سكانية محددة وفقاً للنطاق الجغرافي وللحاجة
- على المستوى الفردي

الملاحق

كما يرتبط هدف تحسين قيمة التخصص والاستخدام على المستويين الوطني والسكاني بمفهوم **إدارة الصحة السكانية (PHM - population health management)**. وقد تم تعريف ذلك على أنه "المجال الفني للمشروع الذي يستخدم مجموعة متنوعة من المبادرات الفردية والتنظيمية والثقافية للمساعدة في تحسين أنماط التمريض وسلوكيات استخدام الرعاية الصحية لمجموعات محددة من السكان". تتميز إدارة الصحة السكانية عن إدارة الأمراض بإدراجها المزيد من الأمراض والحالات المزمنة، وباستخدامها "نقطة اتصال وتنسيق واحدة"، و"بالنمذجة التنبؤية عبر حالات سريرية متعددة". إن هذا المفهوم يُدخل بعداً ثالثاً على الرعاية الصحية يعرف بالرعاية الصحية السكانية (**population healthcare**) والتي لا تركز على المؤسسات أو التخصصات أو التقنيات، بل تركزها ينصب على الأشخاص الذين يعانون من أعراض مرضية شائعة مثل آلام الظهر، أو الأشخاص الذين يعانون من حالات مرضية متماثلة مثل سرطان الثدي، أو الأشخاص الذين يتشاركون الحالات الأخرى مثل الأشخاص في السنة الأخيرة من الحياة.



الأشخاص في السنة الأخيرة من الحياة.

الملحقات: مراجع الوثائق الأساسية

- ❖ Atun, R., Kruk M. et al, Saudi Arabia Health System Strategy Project, May 2017, Harvard University, School of Public Health
- ❖ Dzau, Victor J., Mark B. McClellan, et al (2017) Vital Directions for Health and Health Care: Priorities from a National Academy of Medicine Initiative. . JAMA. Published online Mar 21 2017. doi: 10.1001/jama.2017.1964
- ❖ KSA, MoH, eHealth Strategy, Version: Final for approval, 13 July 2017
- ❖ KSA, MoH, eHealth Roadmap (draft updated), .ppt, December 2017
- ❖ KSA MoH, VRO, Business Case for the Health System Reform Component of the Kingdom of Saudi Arabia's Vision 2030 Program, Version 2.0, 31 May 2017
- ❖ KSA, MoH, VRO, Corporatization Update Meeting, 18 October 2017
- ❖ KSA, MoH, VRO, Model of Care, .ppt presentation, October 2017
- ❖ KSA, MoH, VRO, Private Sector Participation (PSP) in Healthcare, Commercial Prospectus, undated (2017)
- ❖ Ministry of Health, Healthcare system financing strategy for the Kingdom of Saudi Arabia, (Draft at October 2017)
- ❖ Ministry of Health, Healthcare workforce strategy (2017-2030), .ppt, May 2017
- ❖ Saltmann R., J Figuaras, C Sakellarides (1998), Critical Challenges for Healthcare Reform, Open University Press, UK
- ❖ Walshe K. and J. Smith (2006), Healthcare Management, Open University Press UK.

- [1] https://en.wikipedia.org/wiki/Hajj#Number_of_pilgrims_per_year
- [2] KSA MoH VRO, Business Case for the Health System Reform Component of the Kingdom of Saudi Arabia's Vision 2030 Program, Version 2.0, 31 May 2017
- [3] http://www.wpro.who.int/health_services/health_systems_framework/en/
- [4] <http://siteresources.worldbank.org/HEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/Resources/281627-1095698140167/HealthSystemsAnalysisForBetterHealthSysStrengthening.pdf>
- [5] <http://www.ihl.org/Engage/Initiatives/TripleAim/Pages/default.aspx>
- [6] <https://nam.edu/initiatives/vital-directions-for-health-and-health-care/>
- [7] <https://www.england.nhs.uk/five-year-forward-view/>
- [8] http://www3.weforum.org/docs/WEF_Insight_Report_Value_Healthcare_Laying_Foundation.pdf
- [9] <https://www.phc.ox.ac.uk/research/value-based-healthcare>
- [10] Saltmann R., et al (1998)
- [11] KSA, MoH, VRO, Model of Care, .ppt presentation, October 2017
- [12] KSA, MoH, VRO, Corporatization Update Meeting, 18 October 2017
- [13] <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/15145>
- [14] <https://www.leadershipacademy.nhs.uk/wp-content/uploads/2013/06/NHSLeadership-HealthyNHSBoard-2013.pdf>
- [15] Ministry of Health, Healthcare system financing strategy for the Kingdom of Saudi Arabia, (Draft at October 2017)
- [16] KSA, MoH, VRO, [Financing] Strategy Alignment, May 2017
- [17] http://www3.weforum.org/docs/WEF_Insight_Report_Value_Healthcare_Laying_Foundation.pdf
- [18] Shacklady Smith A., Chapter 22: Appreciating the challenge of change in Walshe and Smith (2006)
- [19] KSA MoH VRO, Business Case for the Health System Reform Component of the Kingdom of Saudi Arabia's Vision 2030 Program, Version 2.0, 31 May 2017
- [20] KSA, MoH, VRO, correspondence with Governance work theme, 26 March 2018
في يناير ٢٠١٨، وضع سياق عمل استراتيجي مفصل لمشاركة القطاع الخاص في المملكة
- [21] Ministry of Health, Healthcare workforce strategy (2017-2030), .ppt, May 2017
- [22] <http://sdea.org.sa/>
- [23] KSA, MoH, VRO, eHealth Strategy, v38, .ppt, 7 May 2017 and KSA, MoH, eHealth Strategy, Final for approval 13 July 2017
- [24] http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58/WHA58_28-en.pdf
- [25] http://www3.weforum.org/docs/WEF_Insight_Report_Value_Healthcare_Laying_Foundation.pdf
- [26] <https://www.isc.hbs.edu/health-care/vbhcd/Pages/default.aspx>
- [27] <https://www.phc.ox.ac.uk/research/value-based-healthcare>
- [28] [https://en.wikipedia.org/wiki/Population_health#Population_health_management_\(PHM\)](https://en.wikipedia.org/wiki/Population_health#Population_health_management_(PHM))

