المجلس الوطني للتطوير الاقتصادي و الاجتماعي

National Economic & Social Development Board

ملخص تنفيذي

مشروع إصلاح وتطوير النظام الصحي

WWW.NESDB.LY

جميع الحقوق محفوظة

للمجلس الوطني للتطوير الاقتصادي والاجتماعي

ملخص تنفيذي:

مشروع إصلاح وتطوير النظام الصحي

➢ نبذة عامة:

إن مقاصد النظام الصحي في أي بلد لا تقتصر على توفير الخدمات الطبية وما يستدعيه من بناء المرافق أو اقتناء المعدات وشراء الأدوية والمستلزمات والمشغلات فقط، بل إن للنظام الصحي ثلاثة مقاصد رئيسية أخرى، وهي تشمل؛ الاستجابة لتوقعات المواطنين غير الطبية كالمعاملة الحسنة ومدة الانتظار وسهولة الوصول للخدمات والاحترام وغيرها؛ حماية الناس من المخاطر المالية والاجتماعية الناجمة عن المرض أو تكاليف العلاج؛ منع الانفاق الزائد أو الإهدار في الموارد المختلفة للنظام.

التغطية الصحية الشاملة تعني أن يحصل جميع الأفراد والمجتمعات على حزمة كاملة من الخدمات الصحية التي يحتاجون إليها دون التعرض لضائقة مالية جراء ذلك (ولا يعني ذلك بالضرورة مجانية هذه الخدمات)، وتشمل الحزمة الخدمات الصحية الضرورية والجيدة، ابتداء من تعزيز الصحة إلى الوقاية والعلاج والتأهيل والرعاية الملطفة. وتضمن التغطية الصحية الشاملة أن تكون هذه الخدمات جيدة بالقدر الكافي لتحسين صحة الأشخاص الذين يتلقونها.

أصدرت الجمعية العامة للأمم المتحدة في 12 كانون الأول/ ديسمبر 2012 قراراً يحث البلدان على تسريع وتيرة التقدم المُحرز صوب تحقيق التغطية الصحية الشاملة، وهي الفكرة القاضية بضرورة حصول الجميع بكل مكان على الرعاية الصحية الجيدة والمعقولة التكلفة بوصفها أولوية لا يُستغنى عنها لتحقيق التنمية الدولية. كما أعلنت الأمم المتحدة في 12 كانون الأول/ ديسمبر 2017 بموجب قرارها 138/72 عن تكريس يوم 12 كانون الأول/ ديسمبر من كل عام بوصفه يوماً دولياً للاحتفاء بالتغطية الصحية الشاملة، يهدف إلى إذكاء الوعي بضرورة إقامة نظم صحية متينة وقادرة على الصمود، والعمل على تحقيق التغطية الصحية الشاملة مع عدة شركاء من أصحاب المصلحة.

يتطلب تحقيق التغطية الصحية الشاملة تعزيز النظم الصحية وتوفير هياكل تمويل متينة، وفي بعض الدول تغييرات هيكلية جذرية في النظام الصحي، كما في حالة دولة ليبيا. ويعتمد تحسين التغطية بالخدمات الصحية وتحقيق النتائج الصحية الجيدة على توافر العاملين الصحيين، وإمكانية الاستفادة من خدماتهم وقدرتهم على تقديم رعاية متكاملة عالية الجودة تركز على الناس. رغم أن هناك ثمان خطوات رئيسية لتطبيق الرعاية الصحية الشاملة، إلا أن أهمها وجود سياسة عامة واضحة للتنفيذ، والالتزام بالعمل على تطبيق نظام التأمين، ووضع الرعاية الصحية الأولية في مقدمة أولويات الخدمات الصحية.

تشهد الخدمات الصحية في ليبيا تراجعا كبيرا في توفير الخدمات سواء مكانيا؛ حيث تفتقر بعض المناطق الى جل الخدمات الأساسية، كما تفتقر كذلك إلى أنواع متخصصة من الخدمات كغسيل الكلى أو العناية الفائقة. أو نوعياً؛ إذ أن هناك قصور في نوعية الخدمات؛ حيث تفتقر الخدمات المتاحة للجودة وأسس سلامة المريض، كما أن معظم الخدمات التي تقدم غير شاملة، فمثلا لا يمكن الحصول على الأدوية الأساسية للأمراض المزمنة حتى لو تم استقبال وعلاج المرضى في المرافق الصحية العامة. ورغم توفر كثير من الخدمات في بعض الأحيان في القطاع الخاص، إلا أن معظم المواطنين يفتقرون الى الموارد المالية اللازمة لقاء هذه الخدمات، ويعتبر الإنفاق من الجيب لحظة تلقي الخدمات (Out of pocket) في ليبيا مرتفعاً بنسبة (40%) مقارنة مع الكثير

من الدول المناظرة. وتصنف البلاد تبعا لذلك من الدول التي يهدد مواطنوها بالفقر الشديد. وقد تكررت كثيرا في الآونة الأخيرة مطالبة المريض بالدفع قبل تقديم العلاج، رغم الحاجة له. بل أنه في كثير من الأحيان يتم إنهاء التدخل الذي يحتاجه المريض واستبداله بآخر بسبب عدم وجود التغطية المالية الكافية أثناء تلقي العلاج.
من الضروري العمل على عدة محاور لتعزيز إتاحة الخدمة، وهناك حزمة واسعة من الإجراءات الإصلاحية التي يمكن تطبيقها لتطوير النظام الصحي، والتي تمت بناء على عدد من المحاولات والدراسات التي أجريت خلال الأعوام الماضية (الجدول الملحق)، من ضمنها البرامج المختلفة التي يتبناها المركز الوطني لتطوير النظام الصحي، وصندوق التأمين الصحي، وكذلك مقترح عمل إصلاحي شامل بالشقين الصحي وشق الادارة العامة، والذي تم إعداده بالمشورة مع مركز الدراسات الاستراتيجية والإحصائيات التابع لمنظمة الدول الإسلامية ومقره أنقرة (SESRIC). يحتاج الإصلاح الحقيقي إلى سنوات من العمل الشامل الدقيق وإلى التزام سياسي بالخصوص. لكن في المراحل الأولى يجب حلحلة المختنقات العديدة، خصوصا إتاحة الخدمات وضمان سلاسة الإمداد الدوائي والعتاد وعدالة التوزيع.
برغم أثرها الاقتصادي سواء من ناحية الانفاق أو توليد الوظائف، فإن الصحة خدمة اجتماعية في الأساس وليست سلعة تجارية تخضع فقط لأليات السوق بصورة غير منضبطة. كما أن إجراءات بناء الثقة بين المواطن والحكومة، والمواطن وقطاع الصحة، وقطاع الصحة والحكومة، وقطاع الصحة والعاملين فيه كلها تعتبر مهاماً أساسية للتطوير الاقتصادي والمجتمعي. ولا يمكن أن تبنى هذه الثقة بدون إتاحة الخدمات للمواطن.
من الضروري البدء فورا في توفير الخدمات الطبية ذات الطابع الاستعجالي أو ذات التأثير الوخيم على صحة الفرد بكل السبل المتاحة، مع المحافظة على المال العام ومنع الإهدار، والذي له عدة أوجه وليس معنياً بالإمساك عن الإنفاق فقط، مع ضمان جودة الخدمات المقدمة والالتزام بالضوابط التي تضعها وزارة الصحة للإشراف والمراقبة. على الدولة، وضمان عدم تعرض المواطنين لفشل المؤسسات في تقديم الخدمة الناتج عن اضطرار المريض لدفع كافة النفقات عند تقديم الخدمة من جيبه، خصوصا في بعض الحالات الطارئة التي يجب أن تضمن في جدول المنافع. ويجب أن يفرد جدول المنافع قائمة خاصة بالخدمات ذات الأولوية كأمراض القلب والحوادث وجراحات الأعصاب والأوعية الدموية وحاضنات المواليد وغيرها
من المهم كذلك تعزيز الثقة، وبناء شراكة حقيقية مع القطاع الخاص، وتبديد مخاوفه، والاستفادة من ميزاته ودمجها مع ميزات القطاع العام الحكومي، وتلافي عيوب القطاعين لضمان تقديم أفضل الخدمات للمواطن الذي في قلب الخدمات الصحية. يمكن للاعتمادات المستندية والاتفاقات المسبقة لنوع وعدد التدخلات كجداول المنافع واستراتيجيات شراء الخدمة المناسبة وآليات الإحالة المنضبطة جميعها أن تدعم بناء الثقة وحماية القطاع الخاص من الضرر.

➢ أهداف المشروع:

- تحسين جودة الرعاية: رفع مستوى الخدمات الصحية لتحسين تجربة المرضى وضمان تلبية احتياجاتهم.
- تعزيـز الوصول: توسيع نطاق الخدمات الصحية وتحسين إمكانية الوصول إليها، خاصة في المناطق النائية.
- تطوير البنية التحتية: تحديث وتعزيز المرافق الصحية والتكنولوجيا الطبية لتلبية المتطلبات الحديثة.
- تحسين التنظيم والإدارة: تعزيز هيكلية النظام الصحي وتحسين إدارة الموارد والعمليات
- تعزيز التوجيه الوقائي: التشجيع على الوقاية والتثقيف الصحي لتقليل الأمراض وتكاليف الرعاية.

- تعزيز التدريب والتطوير: تطوير مهارات الكوادر الصحية وتدريبها للتأكد من تقديم خدمات ذات مستوى عالي.

➢ شركاء المشروع:

- المجلس الوطني لتطوير النظام الصحي.
- مركز المعلومات والتوثيق بوزارة الصحة.
- مركز اعتماد المؤسسات الصحية.
- صندوق التأمين الصحي العام.
- اتحاد المصحات الخاصة.
- خبراء مستقلون.

➢ مخرجات المشروع:

1. مبادرة التغطية الصحية الشاملة:

تتضمن المبادرة مقاصد النظام الصحي، ومحاور تعزيز الخدمات الصحية، والإجراءات الإصلاحية التي يمكن تطبيقها لتطوير النظام الصحي، إضافة إلى مقترح عمل إصلاحي شامل بالشقين الصحي وشق الإدارة العامة، والذي تم إعداده بالتشاور مع مركز الدراسات الاستراتيجية والإحصائيات التابع لمنظمة الدول الإسلامية ومقره أنقرة (SESRIC)، وصولاً إلى حلحلة المختنقات العديدة خصوصا إتاحة الخدمات وضمان سلاسة الإمداد الدوائي والعتاد وعدالة التوزيع.

2. اللائحة التنظيمية لإتاحة الخدمات الصحية:

تضمنت مخرجات المشروع أيضا الوصول إلى بناء لائحة تنظيمية مطورة للقوانين والتشريعات المعنية بقطاع الصحة، وبما يواكب التطلعات من القطاع في الوقت الراهن، حيث تم اقتراح 48 مادة، مقسمة على عدد 8 فصول تمثلت في التعريفات والحوكمة في إطار إتاحة الخدمات الصحية، والحصول على خدمات الرعاية الصحية الأولية، وتنظيم المنتجات والتقنيات الطبية، إضافة إلى تضمين فصل خاص بالتزامات المرافق الصحية وآليات تمويل الرعاية الصحية، وغيرها من المواد التي تسهم في تحسين تقديم الخدمات الصحية لمستحقيها.

3. مصفوفة إجرائية للتدخلات الحكومية المقترحة لإصلاح وتطوير النظام:

تضمنت المخرجات أيضا مصفوفة بالتدخلات الحكومية التي من شأنها إصلاح النظام على المدى القصير، من خلال تحديد التدخل والمبرر منه والجهة المسؤولة عن التنفيذ والإطار الزمني لها.

➢ أهم البيانات/الإحصاءات:

لا يـوجد

➢ الخاتمة:

التدخلات المطلوبة لتعزيز توفير الخدمات الطبية

الحوكمة

- إشراك الأطراف المختلفة في مشروع تطوير الخدمات (المجلس الوطني للتطوير الاقتصادي والاجتماعي، ومركز تطوير النظام الصحي، وصندوق التأمين الصحي، ووزارة الصحة، ومؤسسة الرعاية الأولية، والمجلس الصحي العام، ومجلس عمادة التدريب، ومركز التوثيق والمعلومات، ومركز اعتماد المؤسسات الصحية، والمجلس الوطني للتخطيط).
- تشكيل لجنة توجيهية لتسيير محفظة الإصلاح الشامل (Portfolio) التي تتكون من عدة برامج ومشروعات.
- تُمَثَّل في اللجنة عدد من الجهات الرئيسية المتعددة اللازمة للإصلاح (المركز الوطني لتطوير النظام الصحي، وصندوق التأمين الصحي، ومؤسسة الرعاية الأولية، والمجلس الصحي العام، ومجلس عمادة التدريب، ومركز التوثيق والمعلومات، ومركز اعتماد المؤسسات الصحية، والمجلس الوطني للتخطيط بالإضافة الى الجهة الأصلية وهي وزارة الصحة، كما تضمن الإدارات أو الأجهزة المعنية بتقديم العلاج في القطاعين العام والخاص).
- العمل بالأقاليم الصحية المتكاملة التي يتوسطها مستشفى جامعي بحثي (مرافق خدمات المستوى الثالث) وشبكة من المستشفيات العامة والقروية (خدمات المستوى الثاني) التي يجب أن يحتوي كل منها على الخدمات الخمسة الأساسية كحد أدنى (باطنة عامة وجراحة عامة ونساء وولادة وأطفال وإسعاف)، بواقع مستشفى لكل 100,000-300,000 نسمة. كما يجب أن يتوسط كل مستشفى عام شبكة وحدات ومراكز الرعاية الأولية (خدمات المستوى الأول) المحيطة للتأكد من جودة الخدمات فيها.
- تعديل التشريعات القائمة بخصوص الأدوية بما في ذلك قوائم التكلفة والأدوية الجنيسة، وتعزيز وتطوير دور الإمداد، مع إنشاء قسم للتسعير في إدارة الصيدلة بالوزارة يضع قائمتين؛ الأولى خارجية مرجعية والثانية قائمة محلية للأسعار كما هو معمول به في معظم الدول، بالإضافة إلى ضرورة تسجيل الأدوية وعدم الاقتصار على تسجيل الشركات المصنعة لهذه الأدوية.

الخدمات الطبية

- المستشفيات الجامعية في كل منطقة صحية هي المعنية بتوطين العلاج ونقل الخبرات من خارج الدولة أو من منطقة أخرى داخل الدولة ومن ثم نشرها أفقيا داخل المنطقة بحسب الاحتياج.
- المستشفيات الجامعية مسؤولة عن إحالة المريض إلى الخارج ومتابعة حالته مع الأطباء المعالجين في الخارج ومتابعة المرضى بعد عودتهم، وكذلك تقييم مستوى وجودة ونواحي السلامة المختلفة في الخدمات المقدمة لمرضاها في المستشفيات بالخارج.
- تقوم الجهة المسؤولة عن الخدمات الصحية في الإقليم، عن طريق المستشفى الجامعي فيه، بتوفير الخدمات الصحية غير المتاحة في المنطقة/الإقليم التي تتوفر في أي من المناطق أو الأقاليم الأخرى سواء بالتعاقد مع الموارد البشرية اللازمة أو نقل المهارات.
- تحديد قوائم حزم الخدمات الصحية في المستويات المختلفة وإعادة تصنيف المرافق الصحية بحسب الحاجة والتخطيط العلمي السليم.
- التنسيق مع الخبرات الوطنية في الخارج لتقديم الخدمات محليا في المستشفيات الجامعية وتدريب العناصر المحلية.
- متابعة وضمان وضعية الجمعيات والروابط العلمية المختلفة في التخصصات الطبية، وإلزام كل جمعية علمية متخصصة والأقسام المعنية في المستشفيات الجامعية والعامة والقروية بوضع خطة خمسية على الأقل لتطوير الخدمات والتدخلات العلاجية في نطاق التخصص تضم خارطة طريق لنقل المعرفة وإدخال الخدمات المطلوبة سواء في البلاد أو المنطقة أو في المقاطعات والبلديات المختلفة بحسب الحاجة إليها.
- تحديد قائمة مبوبة لجدول المنافع بما في ذلك الأمراض والتدخلات التي يمكن أن تتبنى الدولة إسنادها للمشاركة مع القطاع الخاص؛ نظرا لخطورتها، أو خطورة التأخر في علاجها، أو ارتفاع تكاليف علاجها بشكل مرهق للمواطن.
- تتم إحالة المرضى إلى الخارج تحت إشراف ومتابعة الطبيب المعالج في المراكز التخصصية من المستوى الثالث بالتنسيق مع الملحقيات الصحية التي يجب أن تخصص ملفات للمستشفيات والأقسام والتخصصات والخدمات التي يتلقاها المرضى الليبيون في الخارج. ويتبع ذلك أن تتمكن المستشفيات الجامعية من التوصية أو اختيار المرافق الصحية الأفضل في الخارج والتواصل معها بشأن نقل المعرفة وإتاحة الخدمات في الداخل.

- تحفيز القطاع العام على توسيع وتطوير مستوى الخدمات المقدمة بربط ميزانية المستشفى بمؤشرات النشاط (عدد المترددين وعدد العمليات ومعدل انشغال الأسرّة) وإدخال نظام الدفع للعاملين مقابل الأداء (P4P) في التخصصات المطلوبة. وسيحدد النشاط والخدمات المقدمة من المرفق الصحي ميزانية المستشفى في السنوات التي تليها.

الرعاية الأولية

- تسجيل الليبيين في مراكز الرعاية الأولية وربط ذلك بإقامتهم وبأرقامهم الصحية ضمن نظام وطني للمعلومات الصحية.
- لطبيب الرعاية الأولية دور أساسي في نظام الإحالة خصوصا للحالات غير العاجلة بحيث تفتح هذه الإحالة للأسر المسجلة إمكانية الاستفادة من علاج الحالات سواء في المستشفيات التخصصية والجامعية أو الخاصة.

القطاع الخاص

- توسيع الشراكة مع القطاع الخاص سواء بشراء الخدمة بصفة مستقلة كعمليات القلب أو جراحات الأوعية الدموية والأعصاب وحضانات المواليد، أو تقديم الخدمة داخل المرافق الحكومية العامة خصوصا في المناطق النائية (إنشاء وتشغيل ونقل أو تشغيل) أو إدخال تقنيات حديثة في المرافق الحكومية في المناطق الحضرية. ويمكن أن ينطبق ذلك على كل الخدمات ذات الأولوية كالغسيل الكلوي وعناية المواليد والجراحات المتعددة.
- ضمان انسياب التدفق المالي المستحق للقطاع الخاص كأولوية لمنع توقف الخدمات مع التوسع في الخدمات المشمولة تدريجيا.
- إشراك القطاع الخاص في تقديم خدمات الرعاية الصحية الأولية.

التمويل

- تخصيص ميزانية مستقلة للجنة التوجيهية، ويتم التعاقد معها على إنجازات متفق عليها تستحق التسليم خلال فترات محددة في إطار المراحل الزمنية المتعددة المرسومة للمحفظة (قصيرة الأمد، متوسطة الأمد، طويلة الأمد).
- تخصص للمستشفيات الجامعية ميزانيات تختلف عن المستشفيات الأخرى لتتمكن من متابعة الحالات الخاصة والمركبة ولتتمكن من اتخاذ ما يلزم لنقل المعرفة وتوطين العلاج.

- إقرار نظام الطرف الثالث (التأمين الصحي) في الخدمات الصحية وتسريع وتيرة العمل به، باعتباره حجر الأساس في لامركزية الخدمات التي تشمل ضمن حزمتها مبدأ فصل التمويل عن تقديم الخدمة، والذي يسمح بتحسين جودة الخدمات وزيادة الفاعلية (تحقيق النتائج) والفعالية (ترشيد التكاليف)، سواء كانت بداية التطبيق في مناطق صحية محددة معينة كمشروعات استطلاعية متكاملة، أو على مستوى الدولة في تقديم جزء من حزمة الخدمات لفئات عمرية أو شرائح مجتمعية معينة ، أو على مستوى الدولة في تقديم الخدمات ذات الأولوية (الغسيل الكلوي، وعناية المواليد والأورام وجراحات القلب والتشوهات الخلقية للقلب والعقم) وتفويضه بشراء الخدمة من القطاع الخاص مع وضع الضوابط اللازمة التي تضمن فعالية وكفاءة الإنفاق (الحد الأدنى للإنفاق)، أو نوع أو أكثر من هذه الخدمات مرحليا.
- التحول التدريجي للمستشفيات إلى نظام الميزانية الموحدة.
- التقدير المبدئي للميزانيات في العام الأول حسب متوسط الانفاق خلال 3-5 سنوات الماضية كقاعدة للاستناد عليها في تخصيص الميزانية، ويتم البناء عليها لاحقا في السنوات التالية بالزيادة أو النقصان بحسب معدلات أداء المستشفى في سنة إعداد الميزانية لحين التحول الكامل للعمل بنظام التأمين الصحي بصورة وافية.
- كما يحدد الفريق الفني المناط به تحديد قائمة جداول المنافع كراسة الأسعار المعتمدة وكذلك يعتمد آليات تحدد حالات الإحالة الذاتية للمريض، والحالات التي تستدعي الإحالة من طبيب الرعاية الأولية، أو الإحالة من المستشفى الحكومي في البلدية أو المقاطعة، أو الإحالة من المستشفى الجامعي للمنطقة الصحية. من المتوقع أن يستحوذ عدد قليل من التشخيصات على معظم حالات الدخول للمستشفيات. ففي الولايات المتحدة مثلاً، تستحوذ الولادات الطبيعية، وفشل القلب، والذهان العصبي، والعمليات القيصرية، والمواليد بمشاكل صحية وخيمة، والذبحة الصدرية، وبعض الأمراض الوعائية القلبية، الالتهابات الرئوية، واستبدال الحوض/الركبة على أكثر من ثلث حالات الايواء.
- تطوير محاسبة التكاليف والنفقات في كل المرافق الصحية بشكل تجريبي وتدريجي.
- إقرار جدول موحد لتكاليف الخدمات الطبية يعتمد كلا من؛ مجموعة التشخيص DRG (تكلفة موحدة لكل مرض بغض النظر عن مدة الإقامة أو التغيرات الحادثة أثناء تطور المرض؛ لمنع الإهدار وتحفيز المؤسسات على خفض التكاليف ومنع المضاعفات التي تطيل أمد الإقامة بالمؤسسات الصحية كالعدوى المرتبطة بالمرافق الصحية)؛ ونظام النقط (Points system) الذي يحدد مسبقا وبشكل ثابت عددا

معينا من النقاط لكل تدخل علاجي تحدد قيمة التدخل العلاجي. التغير هو القيمة التي تعطى لكل نقطة فيه. ويكون ذلك بمرونة تامة حسب الواقع الفعلي لقيمة الدينار أو الظروف الاقتصادية-الاجتماعية المختلفة.

- ربط ميزانية المستشفى بمؤشرات النشاط (عدد المترددين، عدد العمليات، معدل انشغال الأسرّة) وإدخال نظام الدفع للعاملين مقابل الأداء (P4P) في التخصصات المطلوبة بهدف تحفيز القطاع العام على توسيع وتطوير مستوى الخدمات المقدمة.
- احتساب تكلفة الخدمات ذات الأولوية كعناية المواليد وغسيل الكلى، ورصد المبلغ المالي اللازم في اعتماد مستندي محلي يوضع تحت تصرف وزارة الصحة وصندوق التأمين الصحي بناء على حجم ونسبة العمل المحدد لكل من هذه الخدمات من القطاع الخاص ومن القطاع العام، على أن تتم مراجعة هذه النسب في كل منطقة صحية ولكل مرفق تقديم خدمة سنويا.
- اشراك القطاع الخاص في تقديم خدمات الرعاية الصحية الأولية عن طريق التأمين الصحي بمبلغ مستقطع محدد لكل مواطن (500 دينار لكل مواطن على سبيل المثال).
- وضع ضوابط لضمان انسياب التدفق المالي المستحق للقطاع الخاص كأولوية لمنع توقف الخدمات مع التوسع في الخدمات المشمولة تدريجيا.

التسيير والعمليات

- التزامن المنسق والتدريجي لإصلاح الإدارة العامة في دولة ليبيا مع برنامج الإصلاح الصحي.
- يكون للجنة التسييرية صلاحية تعيين المدراء التنفيذيين للبرامج والمشروعات ضمن المحفظة المكلفة بها اللجنة.
- تسمية مجالس إدارة إشرافية (مجالس أمناء) لكل منطقة صحية/بلدية تضم الجهات ذات العلاقة بالخدمات الصحية (المنطقة/المقاطعة/البلدية، وزارة الصحة، جمعيات المرضى والمعاقين، شخصيات عامة أو المجتمع المحلي، طبيب وممرض خبير أو أكثر من القطاع في المنطقة المعنية، الأجهزة الرقابية) تكون مهمتها الحرص على تطبيق الخطة الاستراتيجية للصحة في المنطقة الصحية أو الدائرة المعنية والتأكد من تنفيذها بشكل مرضٍ مهنيا وإداريا وماليا.
- تطبيق التشريعات النافذة بخصوص العمل بمبدأ الكفاءة في تعيين إدارات المستشفيات والأقسام العلمية عن طريق الإعلانات المفتوحة المنصوص عليها في قانون العمل والتغيير الزمني الدوري في هذه الوظائف،

ومنح صلاحية الإشراف على قرار تعيين ومكافأة المدير ورئيس القسم المرشح لمجلس إدارة (أمناء) المنطقة الصحية، وإقرار عقود خاصة لمدراء المستشفيات ورؤساء الأقسام تتناسب مع حجم العمل المطلوب، بناء على عدد الأسرّة ومنطقة تغطية المستشفى ونوع العمل وعدد المترددين.

- تعيين مدراء تنفيذيين للبلديات والمقاطعات والمناطق الصحية (وكلاء مساعدين/ مهنيين من ذوي الاختصاص) بحسب الحال.
- تطبيق الحلول العلمية المعروفة لفائض الملاك في المرافق العامة ضمن مسيرة التحول للعمل على الأسس الاقتصادية مع الحفاظ على السلم الاجتماعي وحسن إعادة التأهيل للعمل والمساهمة في إعادة التشكيل والإصلاح الاقتصادي.
- منح استقلالية متدرجة للمستشفيات
- إعطاء صلاحيات مناسبة لمدراء المستشفيات وربطهم بتعاقدات تشمل معدلات أداء كمية مطلوبة بما في ذلك معدلات التدخلات العلاجية ذات الأولوية وتوطينها في الداخل سواء على المستوى الوطني أو المنطقة المعنية.
- تشكيل فريق فني لتحديد قائمة مبوبة لجدول المنافع
- تخصيص عدد من الأرقام المجانية وغرفة عمليات تختص باستقبال الطلبات والتقارير الطبية لإحالة المرضى لمرافق تقديم الخدمة سواء العامة أو الخاصة وبتنسيق كامل مع هذه المرافق والجهات الأخرى المعنية، ضمن الشروط والمواصفات المتفق عليها. كما يمكن دعم عمل الغرفة باستعمال تطبيقات رقمية يمكن للمواطن من خلالها إدخال رقمه الصحي والتخصص وحتى إرسال نسخة من تقريره الطبي والإحالة ليتسنى للغرفة إتاحة الخدمة المطلوبة بأقصى سرعة ممكنة حسب استعجالية الخدمة ومدى توفرها.
- تذليل الصعوبات الإدارية والإجراءات أمام التوظيف الذكي للأطقم الطبية الأجنبية في التخصصات التي تستدعي ذلك.
- تحديد الاحتياجات التدريبية في التخصصات المختلفة ضمن سياسة وطنية صحيحة للموارد البشرية وبناء على أسس علمية وعلى خطط استراتيجية واضحة على مستوى الدولة والمنطقة والمرفق والتخصصات المختلفة بصفة عامة.

الأدوية

- إلزام الجهات المعنية بالعمل بالمنظومة الرقمية لإدارة الإمداد بالدواء والمشغلات والمستلزمات. واتخاذ كافة السبل لاستمرارية العمل بها وتذليل العقبات التي يمكن أن تنشأ.
- ضمان توفر حزمة الأدوية الأساسية للرعاية الأولية التي تتناسب مع حزمة الخدمات المنصوص عليها في مجال عمل الرعاية الأولية وتتضمن 11 دواء للأمراض المزمنة حسب قائمة منظمة الصحة العالمية.
- اعتماد آلية إمكان استرجاع الصيدليات الخاصة لقيمة الأدوية من صندوق التأمين الصحي على أن يكون ذلك ضمن قائمة الأسعار المحلية المعتمدة أو القائمة الثانية التي يتبناها صندوق التأمين الصحي أو يمكن استرجاع ثمنها.

المعلوماتية والتواصل

- الانتهاء من إدخال نظام الرقم الصحي الوطني للعمل به ضمن نظام الإحالة والاستفادة من شراء الخدمات من القطاع الخاص والدفع المشترك عند الضرورة.
- تعزيز نظام المعلومات الصحية على مستوى الأقاليم الصحية الستة بحيث يقوم الإقليم بالتأكد من نظام السجلات المختلفة بما في ذلك سجلات المرضى وسجل الأمراض كالأورام والسكري وارتفاع ضغط الدم والغسيل الكلوي وربطها بالمشغلات والأدوية المطلوبة على مستوى الإقليم.
- التواصل الإعلامي المناسب والتسويق للنجاحات التي يتم تحقيقها في سبيل بناء وتعزيز الثقة في القطاع.

الرقابة والجودة

- ضمان مستوى جودة الخدمات في المرافق والمؤسسات الصحية سواء العامة أو الخاصة بقصر التعامل مبدئيا على مؤسسات تنخرط في برامج الاعتماد والذي سيكون بشكل تدريجي وفق معايير وشروط معلنة للقطاع الخاص والعام.
- تكليف لجنة بالمشاركة مع الأجهزة الرقابية المعنية المختلفة لدراسة المخاطر التي يمكن أن تنشأ خلال تطبيق هذا البرنامج، ووضع خطط استباقية لمعالجتها لضمان حوكمة رشيدة للبرنامج والمشروعات التي يتضمنها، وسن تشريعات وآليات ملزمة لحسن التطبيق، ولمنع إساءة استعمال أي من الإجراءات المقترحة، وإقرار عقوبات رادعة.
- تشكيل فريق عمل لدراسة عوامل الضعف الإداري ومكامن الفساد في المنظومة الإدارية الصحية وتقديم تقرير بذلك وتضمين الحلول الإدارية وما تقتضيه من تشريعات مناسبة.

- وضع آلية واضحة لرصد ومتابعة وتقييم المحفظة من قبل اللجنة ومن الجهات الأخرى ذات العلاقة.
- حماية الإدارات المكلفة من الرقابة التعسفية والشكاوى الكيدية التي تنشأ بسبب طبيعة التغيير المنشود في تطوير الخدمات والإصلاح في القطاع.