

Chapter One

Introduction

الفصل الاول

مقدمة

Chapter One

Introduction

Geographical Features

Sultanate of Oman is located in the south eastern corner of the Arabian Peninsula. Its coastal line extends 3,165 kilometers from the Strait of Hormuz in the North to the borders of the Republic of Yemen, overlooking three seas: the Arabian Gulf, Sea of Oman and the Arabian Sea. It borders Kingdom of Saudi Arabia and United Arab Emirates in the West, the Republic of Yemen in the South, the Strait of Hormuz in the North and the Arabian Sea in the East.

The total area of the Sultanate of Oman is approximately 309.5 thousands square kilometers. The Sultanate is composed of varying topographic areas consisting of plains, wadis (dry river beds) and mountains. The most important area is the plain overlooking the Oman sea and the Arabian Sea with an area of about 3% of the total area. The mountain ranges occupy almost 15% of the total land of Oman. The remaining area is mainly wadis and desert (about 82% of the total area). The climate differs from one area to another; it is hot and humid in the coastal areas in summer, hot and dry in the interior with exception of higher mountains and Dhofar Governorate, which enjoy a moderate climate throughout the year.

The Sultanate of Oman is administratively divided into 11 Governorates with 61 Wilayats. These Governorates are : Muscate Governorate, Dhofar Governorate, Musandam Governorate. Al Buraymi Governorate, Ad Dakhliyah Governorate, Al Batinah North Governorate, Al Batinah South Governorate, Ash Sharqiyah South Governorate, As Sharqiyah North Governorate, Adh Dhahirah Governorate and Al Wusta Governorate.

الفصل الأول

المقدمة

خصائص جغرافية

تقع سلطنة عمان في أقصى الجنوب الشرقي لشبه الجزيرة العربية وتمتد سواحلها مسافة ٣١٦٥ كيلومترا من مضيق هرمز في الشمال و حتى حدودها المتاخمة لجمهورية اليمن. وتطل على ثلاثة بحار هي الخليج العربي وبحر عمان وبحر العرب. يحدها من الغرب المملكة العربية السعودية ودولة الإمارات العربية المتحدة ومن الجنوب الجمهورية اليمنية ومن الشمال مضيق هرمز ومن الشرق بحر العرب.

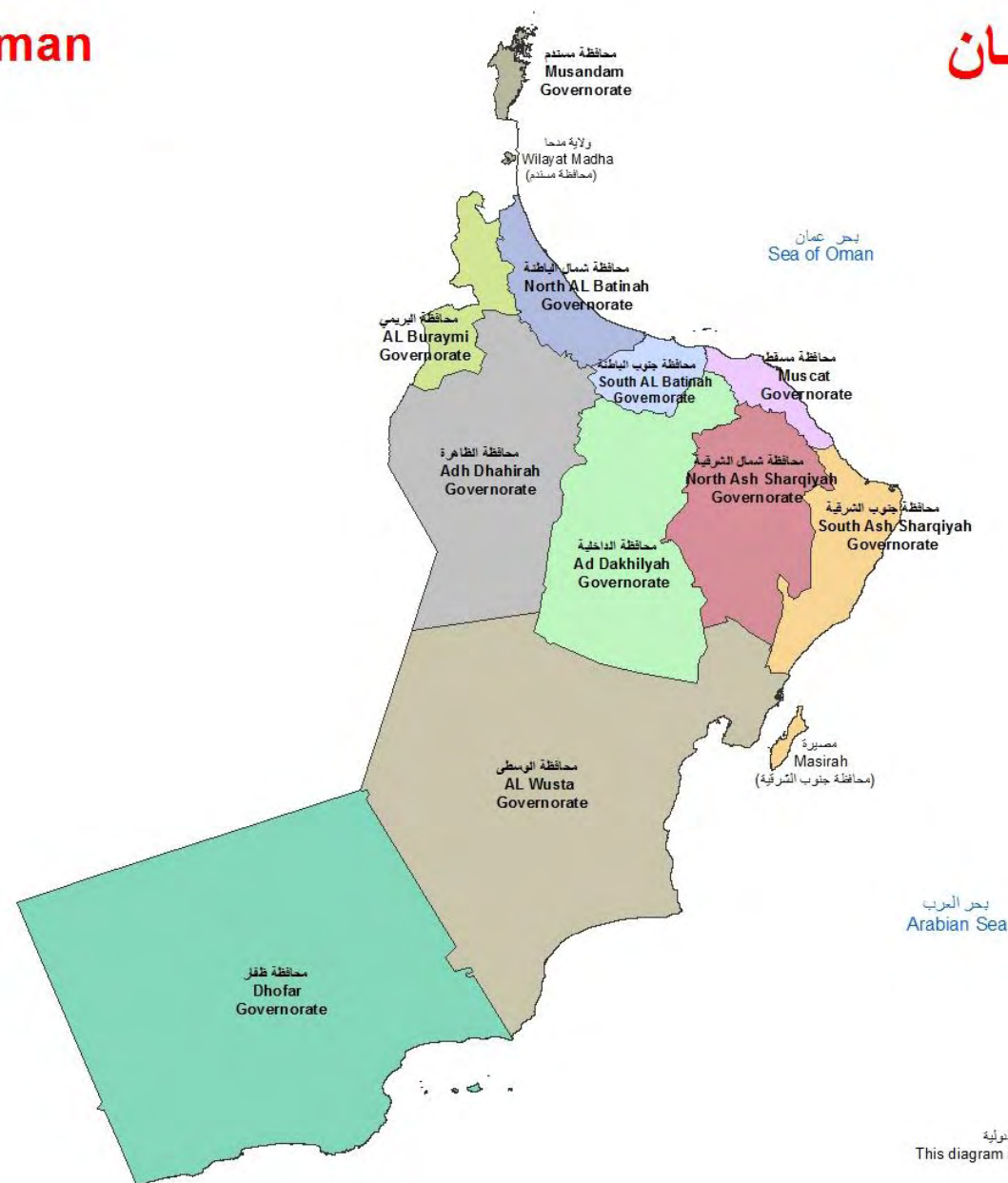
تبلغ مساحة سلطنة عمان حوالي ٣٠٩,٥ ألف كيلومتر مربع. وتتميز السلطنة باختلاف طبيعة أراضيها التي تتكون من الجبال والوديان والسهول. وتعتبر المحافظات السهلية من اهم المحافظات حيث تطل على بحر عمان وبحر العرب وهي تمثل نسبة ٣% من إجمالي مساحة سلطنة عمان بينما تشغل المحافظات الجبلية مساحة تقارب ١٥% من إجمالي الأراضي بسلطنة عمان، أما باقي الأراضي فهي تشكل الوديان والمحافظة الصحراوية وتمثل ٨٢% من إجمالي أراضي السلطنة. ويختلف المناخ بسلطنة عمان من محافظة لأخرى حيث يكون حارا ورطبا في المحافظات الساحلية صيفا وحارا جافا في المحافظات الداخلية ماعدا في الجبال المرتفعة ومحافظة ظفار التي تتمتع بجو معتدل طوال العام.

تنقسم سلطنة عمان إداريا إلى أحد عشرة محافظة تتبعها ٦١ ولاية ومحافظة السلطنة هي: محافظة مسقط ومحافظة ظفار ومحافظة مسندم ومحافظة البريمي ومحافظة الداخلية ومحافظة شمال الباطنة ومحافظة جنوب الباطنة ومحافظة جنوب الشرقية ومحافظة شمال الشرقية ومحافظة الظاهرة ومحافظة الوسطى.

Figure 1- 1: Diagrammatic Presentation of the Sultanate of Oman

Sultanate of Oman

سلطنة عمان



لا يؤخذ بهذا الرسم التخطيطي فيما يتعلق بالحدود الدولية
This diagram is not an authority on international boundaries

Demographic Features

The first General Census of Population, Housing and Establishments was carried out in the Sultanate of Oman in December 1993. The detailed results of the General Census have been published over two years time. According to the census, the population of Oman was about two million of which about 27% were non-Omanis. Before that first census, demographic information and population estimates and projections were based on survey results such as the 1985 "Demographic Survey" and the 1988 "Child Health Survey".

In 2003, the second General Census of Population, Housing and Establishments was carried out in the Sultanate of Oman. The census reference night was 7-8 December, 2003. Results showed that the total population was 2,340,815 of which 23.9% were non-Omani. The third General Census of Population, Housing and Establishments was conducted in 2010.

According to National Center for Statistics and Information (NCSI) estimation, the mid year population for 2017 Omani population shows a sex ratio of 102 males per 100 females. It is a young population, about 15.3% and 36.8% of the population are under-5 years and under-15 years, respectively and only 6% are 60 years and over. More than quarter (25.8%) of the total Omani population is females in the reproductive age group (15-49 years). They represent nearly 52.1% of all females and about 42.9% of them are expected to be married. The world health survey (WHS) 2008 has showed that the singulate mean age at first marriage (SMAM) is 29.1 years for males and 26.8 years for females. The rise of the singulate mean age (20.7 for female and 24.7 for male according to 1993 census) might be one of the factors responsible for the decline in fertility rate in Oman. The Total Fertility Rate (TFR) of Omani women was estimated from 1993 census data to be 6.9 and has declined to 3.56 according to 2003 census and became 4.0 during 2017.

The Crude Birth Rate (CBR) is estimated to be 33.5 per 1000 Omani population during 2017. The CBR showed a drop of 16.9% over the past twenty two years (1993 CBR= 40.3). This is also accompanied by a decline in the Crude Death Rate (CDR) from 7.3 in 1993 to 2.9 per 1000 Omani population in 2017. This represented a 60.3% decline in the past twenty three years.

خصائص ديموغرافية (السكان)

تم إجراء التعداد العام الأول للسكان والمساكن والمنشآت بسلطنة عمان في ديسمبر من عام ١٩٩٣م. وقد تم نشر تفاصيل بيانات التعداد العام على مدى سنتين. وبناء على النتائج التي توصل إليها التعداد فإن حجم السكان في سلطنة عمان قد وصل عام ١٩٩٣م إلى مليونين منهم حوالي ٢٧% من غير العمانيين (وافدين). وقبل نشر نتائج التعداد كان يتم الاعتماد على بعض المسوحات لوصف الخصائص الديموغرافية وللحصول على تقديرات وتوقعات لتوزيع المجتمع ومن هذه المسوحات "المسح الديموغرافي" عام ١٩٨٥م و "مسح صحة الطفل" عام ١٩٨٨م.

وفي عام ٢٠٠٣م تم إجراء التعداد الثاني للسكان والمساكن والمنشآت في سلطنة عمان وكانت لحظة الإِسناد الزمني هي ليلة يوم ٧-٨ ديسمبر عام ٢٠٠٣م حيث أظهرت النتائج ان عدد السكان قد بلغ ٢٣٤٠٨١٥ منهم ٢٣,٩% غير عماني. وقد تم إجراء تعداد عام للسكان والمساكن والمنشآت في عام ٢٠١٠م.

ووفقاً لنتائج تقديرات المركز الوطني للإحصاء والمعلومات لسكان منتصف عام ٢٠١٧ فإن نسبة النوع في المجتمع العماني تصل إلى ١٠٢ ذكر لكل ١٠٠ من الإناث والمجتمع العماني مجتمع فتي تصل فيه نسبة الأطفال دون الخامسة من العمر إلى ١٥,٣% والأطفال دون الخامسة عشر من العمر ٣٦,٨% أما الذين يبلغون من العمر ستون عاماً فأكثر فتصل نسبتهم ٦% فقط. ونلاحظ ان أكثر من ربع المجتمع العماني (٢٥,٨%) يتألف من إناث في عمر الإنجاب (١٥-٤٩ سنة) وهن يمثلن حوالي ٥٢,١% من مجموع الإناث ويتوقع أن تكون نسبة المتزوجات منهن ٤٢,٩%. أوضح المسح الصحي العالمي لعام ٢٠٠٨ أن متوسط السن عند الزواج الأول هو ٢٩,١ سنة للذكور و٢٦,٨ سنة للإناث. ولعل ارتفاع متوسط سن الزواج الأول (٢٠,٧ للإناث و ٢٤,٧ للذكور حسب تعداد ١٩٩٣) هو أحد الأسباب الهامة لانخفاض معدلات الخصوبة في سلطنة عمان، فنجد انه تم تقدير معدل الخصوبة الكلي للمرأة العمانية من بيانات تعداد ١٩٩٣م ووجد انه ٦,٩ مولود حي لكل امرأة في سن الإنجاب ١٥-٤٩ وقد انخفض ليبلغ ٣,٥٦ حسب تعداد ٢٠٠٣م وقد بلغ ٤,٠ حسب بيانات ٢٠١٧م.

تم تقدير معدل المواليد الخام بحوالي ٣٣,٥ لكل ١٠٠٠ من المجتمع العماني في عام ٢٠١٧م وخلال السنوات الثالث والعشرون الماضية فقد انخفض هذا المعدل بنسبة ١٦,٩% (في عام ١٩٩٣ كان معدل المواليد الخام ٤٠,٣) وقد صاحب ذلك انخفاض في معدل الوفيات الخام من ٧,٣ عام ١٩٩٣م إلى ٢,٩ لكل ١٠٠٠ نسمة من المجتمع العماني عام ٢٠١٧م وهذا يعني انخفاض معدل الوفيات بنسبة ٦٠,٣% خلال السنوات الثالث والعشرون الماضية.

Table 1- 1: Population Characteristics (Omani Population)*

جدول ١ - ١ : خصائص السكان (المجتمع العماني)*

Characteristic	2017	2016	2015	2014	2010	2005	2000	1995	الخاصية
Population Omani	2,505,369	2,427,825	2,344,946	2,260,705	2,081,054	1,842,684	1,777,685	1,552,020	السكان عماني
Expatriates	2,054,594	1,986,226	1,814,156	1,732,188	1,156,358	666,153	623,571	539,400	وافد
Total	4,559,963	4,414,051	4,159,102	3,992,893	3,237,412	2,508,837	2,401,257	2,091,420	الكلية
Omani Population Characteristics: Sex Ratio (males per 100 females)	102	102	102	102	102	102.1	103	104	خصائص المجتمع العماني: نسبة النوع (ذكور لكل ١٠٠ من الإناث)
Under 5 Years (% of Omani Population)	15.3	14.9	14.9	14.5	12.7	11.9	14.0	16.3	أقل من ٥ سنوات (% من المجتمع العماني)
Under 15 Years (% of Omani Population)	36.8	36.1	35.7	35.1	34.3	38.9	43.2	49.9	أقل من ١٥ سنة (% من المجتمع العماني)
60 Years and Over (% of Omani Population)	6.0	5.9	6.1	5.9	3.8	3.5	4.8	4.7	٦٠ سنة فأكثر (% من المجتمع العماني)
Females aged 15 to 49 Years (% of Omani Population)	25.8	26.1	26.3	26.6	28.9	26.9	23.5	20.2	الإناث في سن ١٥ إلى ٤٩ سنة (% من المجتمع العماني)
Females aged 15 to 49 Years (% of Omani Females)	52.1	52.8	53.2	53.9	58.3	54.4	47.7	41.2	الإناث في سن ١٥ إلى ٤٩ سنة (% من مجتمع الإناث العماني)
Married Females (% of Omani Females aged 15-49 years) [#]	42.9	42.9	42.9	42.9	42.9	50.2	50.2	64.3	الإناث المتزوجات (% من الإناث ١٥ إلى ٤٩ سنة) [#]
Age Dependency Ratio (below 15 & over 65 years to population 15-65 years)	0.70	0.68	0.72	0.65	0.59	0.70	0.87	1.2	نسبة الإعالة - تبعاً للسن (أقل من ١٥ وأكبر من ٦٥ عاماً إلى المجتمع بين ١٥ و ٦٥ عاماً)
Crude Birth Rate (per 1000 population) [@]	33.5	33.7	34.1	33.9	29.2	24.75	32.58	34	معدل المواليد الخام (لكل ١٠٠٠ من السكان) [@]
Total Fertility Rate (births per woman 15-49 years) [@]	4.0	4.0	4.0	3.9	3.25	3.14	4.7	6	معدل الخصوبة الكلية (مولود لكل أنثى من ١٥ إلى ٤٩ سنة) [@]
Crude Death Rate (per 1000 population) [@]	2.9	3.0	2.9	2.9	2.9	2.53	3.65	6.1	معدل الوفيات الخام (لكل ١٠٠٠ من السكان) [@]
Life Expectancy at birth (in years) [@] Overall	76.9	76.9	76.4	76.6	73.3	74.28	73.38	67.4	توقع الحياة عند الولادة (سنة) [@] الكلية
Males	74.8	74.7	74.2	74.8	70.8	73.16	72.49	66.8	الذكور
Females	79.2	79.3	78.8	78.5	76.2	75.42	74.3	67.7	الإناث

* Source of mid-2017 population Estimation is the National Center for Statistics and Information

*مصدر تقديرات السكان لمنتصف عام 2017م هو المركز الوطني للإحصاء والمعلومات

@Source: Ministry of National Economy for the years before 2010

@المصدر: وزارة الاقتصاد الوطني للأعوام قبل عام ٢٠١٠م

Source: Oman World Health Survey 2008 for years from 2010 to 2013; National Health Survey 2000 for years before 2010

المصدر: المسح الصحي العالمي ٢٠٠٨م للأعوام من ٢٠١٠ إلى ٢٠١٣ - المسح الصحي الوطني لعام ٢٠٠٠م للأعوام قبل ٢٠١٠م

Figure 1-2: Age Specific Fertility Rates for the Period 1993 to 2017

رسم ١-٢: معدلات الخصوبة النوعية حسب السن في الفترة من ١٩٩٣ إلى ٢٠١٧

year/Age group	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49
1993	68.4	279.2	337.6	312.3	238.5	102.8	34.4
2003	10.9	94	198.6	191.3	136	61.9	19.8
2005	14.1	105.9	175.8	156.8	112.9	50.3	11.1
2010	10.5	93.2	169.3	169.7	121.2	52.1	13.3
2015	12.8	110.6	213.6	206.7	155.7	70.1	9.9
2016	13.5	114	217.2	205.8	156.3	68.2	10.1
2017	12.8	110.6	213.6	206.7	155.7	70.1	9.9

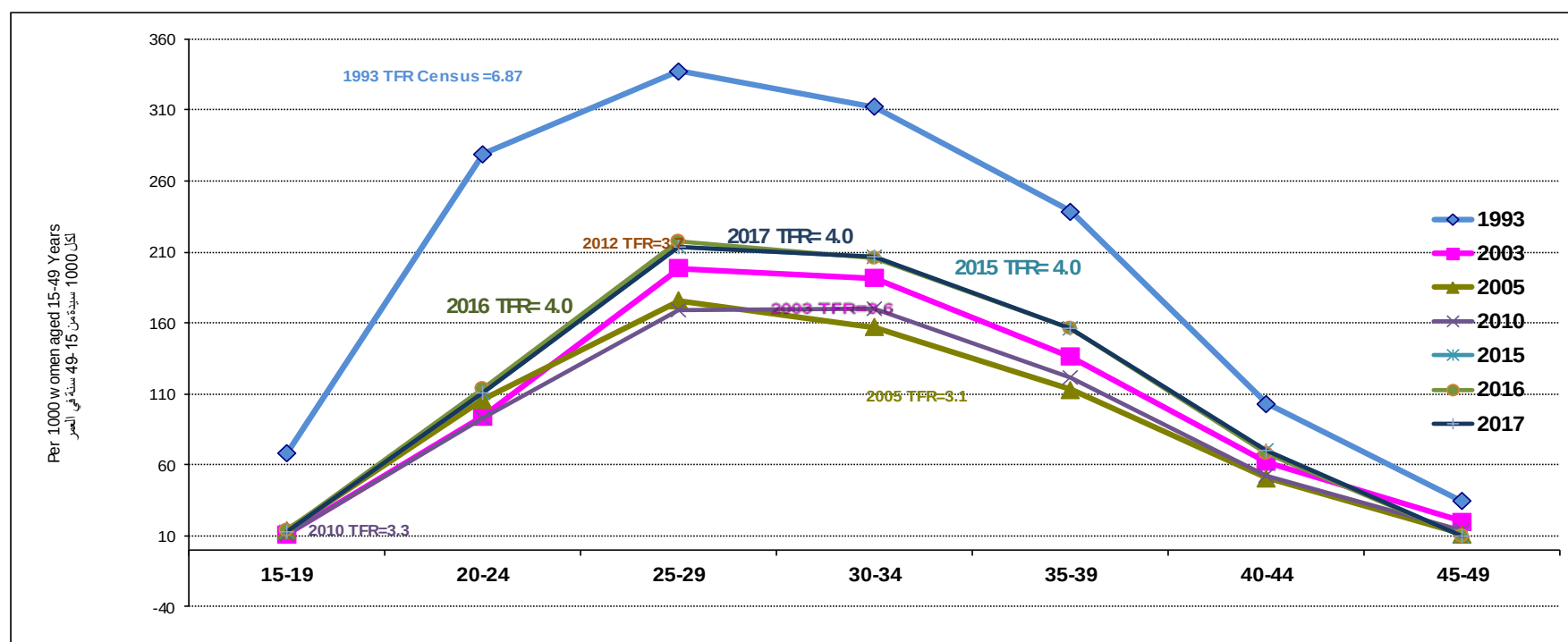


**Figure 1- 3: Population Pyramid For 2017
(Mid-Year Population)**

رسم ١ - ٣ : الهرم السكاني لعام ٢٠١٧ م
(تقديرات منتصف العام)

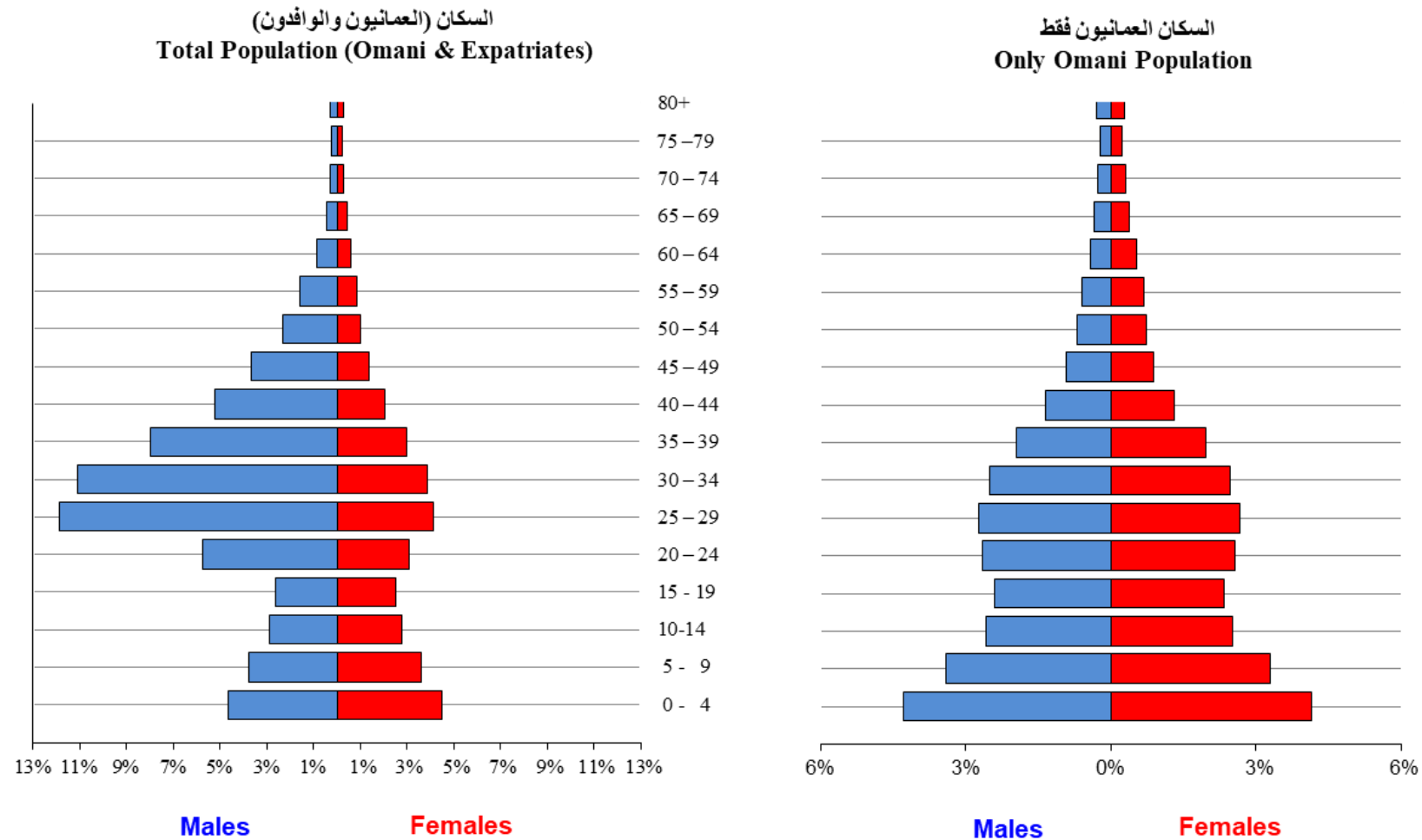


**Table 1- 2: Population Distribution according to Sex and Age
(Mid-year population for 2017)***

**جدول ١ - ٢: توزيع السكان حسب النوع والعمر
(تقديرات منتصف عام ٢٠١٧)***

Total Population المجتمع الكلى								Omani Population المجتمع العمانى								الفئة العمرية Age Group
نسبة النوع	Total المجموع			Females الاناث		Males الذكور		نسبة النوع	Total المجموع			Females الاناث		Males الذكور		
Sex Ratio	النسبة المتجمعة Cumulative	%	No. العدد	%	No. العدد	%	No. العدد	Sex Ratio	النسبة المتجمعة Cumulative	%	No. العدد	%	No. العدد	%	No. العدد	
104	9%	9%	415,791	13%	203,755	7%	212,036	104	15%	15%	384,308	15%	188,308	16%	196,000	0 - 4
104	16%	7%	335,194	10%	164,646	6%	170,548	103	28%	12%	305,530	12%	150,235	12%	155,295	5 - 9
104	22%	6%	256,730	8%	125,870	4%	130,860	103	37%	9%	231,981	9%	114,022	9%	117,959	10-14
104	27%	5%	234,879	7%	115,104	4%	119,775	103	45%	9%	216,747	9%	106,572	9%	110,175	15 - 19
185	36%	9%	402,377	9%	141,427	9%	260,950	104	55%	10%	238,799	9%	117,232	10%	121,567	20 – 24
289	52%	16%	727,009	12%	187,025	18%	539,984	103	65%	10%	245,655	10%	121,263	10%	124,392	25 – 29
285	67%	15%	682,507	11%	177,145	17%	505,362	102	74%	9%	226,791	9%	112,489	9%	114,302	30 – 34
266	78%	11%	499,408	9%	136,572	12%	362,836	100	81%	7%	178,689	7%	89,222	7%	89,467	35 – 39
252	85%	7%	331,047	6%	94,160	8%	236,887	102	86%	5%	121,673	5%	60,185	5%	61,488	40 – 44
272	90%	5%	228,738	4%	61,501	6%	167,237	104	89%	3%	81,703	3%	40,090	3%	41,613	45 – 49
230	94%	3%	152,741	3%	46,323	4%	106,418	97	92%	3%	65,328	3%	33,188	3%	32,140	50 – 54
193	96%	2%	111,329	2%	37,972	2%	73,357	90	94%	2%	58,341	2%	30,650	2%	27,691	55 – 59
149	97%	1%	66,416	2%	26,712	1%	39,704	82	96%	2%	42,967	2%	23,606	2%	19,361	60 – 64
106	98%	1%	39,565	1%	19,163	1%	20,402	89	97%	1%	33,560	1%	17,739	1%	15,821	65 – 69
96	99%	1%	27,629	1%	14,111	0%	13,518	93	98%	1%	25,863	1%	13,425	1%	12,438	70 – 74
100	99%	0%	21,611	1%	10,794	0%	10,817	101	99%	1%	20,955	1%	10,439	1%	10,516	75 –79
103	100%	1%	26,992	1%	13,279	0%	13,713	105	100%	1%	26,479	1%	12,940	1%	13,539	80+
189		100%	4,559,963	100%	1,575,559	100%	2,984,404	102		100%	2,505,369	100%	1,241,605	100%	1,263,764	Total المجموع

* Source of mid-2017 population Estimation is the National Center for Statistics and Information.

Sex Ratio = Number of males for every 100 females.

* مصدر تقديرات السكان لمنتصف عام ٢٠١٧ م هو المركز الوطني للإحصاء والمعلومات

نسبة النوع = عدد الذكور لكل ١٠٠ من الإناث.

Table 1- 3: Population Distribution according to Health Governorates and Sex (mid-year population for ٢٠١٧)*

جدول ٣-١ : توزيع السكان حسب المحافظة الصحية والنوع
(تقديرات منتصف عام ٢٠١٧)*

Governorate	الكثافة السكانية (لكل كيلومتر مربع) Population Density (/ Sq. Kilometer)	% الوافدين % Expatriates	% من مجموع السكان الوطنى % of National Total	مجموع السكان# Total Population#	أعداد الإناث# No. of Females#	أعداد الذكور# No. of Males#	المحافظة
Muscat	374	59%	32%	1,459,249	419,936	1,039,313	مسقط
Dhofar	5	44%	10%	457,622	137,614	320,008	ظفار
Musandam	25	34%	1%	44,571	15,917	28,654	مسندم
Al Buraymi	7	48%	3%	114,334	38,202	76,132	البريمي
Ad Dakhliyah	14	22%	10%	461,199	192,486	268,713	الداخلية
Al Batinah North	95	31%	17%	754,169	285,274	468,895	شمال الباطنة
Al Batinah South	91	24%	9%	417,847	169,670	248,177	جنوب الباطنة
Ash Sharqiyah South	16	29%	7%	312,822	118,128	194,694	جنوب الشرقية
Ash Sharqiyah North	17	32%	6%	279,223	99,822	179,401	شمال الشرقية
Adh Dhahirah@	8	24%	5%	213,771	85,327	128,444	الظاهرة
Al Wusta	1	42%	1%	45,156	13,183	31,973	الوسطى
National Total	15	40%	100%	4,559,963	1,575,559	2,984,404	الإجمالى الوطنى

* Source of mid-2017 population Estimation is the National Center for Statistics and Information.

* مصدر تقديرات السكان لمنتصف عام 2017 هو المركز الوطني للإحصاء والمعلومات

Total Population: Omani and Expatriates

أعداد السكان الكلية - عمانيين ووافدين

Table 1- 4: Population Distribution according to Health Governorate and Wilayats (mid-year population for 2017)*

Governorate	المجموع	وافد	عماني	المحافظة
Wilayat	Total	Expatriate	Omani	الولاية
Musandam Governorate محافظة مسندم				
Khasab	27,606	9,611	17,995	خصب
Daba Al Baia	9,856	4,559	5,297	دبا البية
Bukha	3,794	1,082	2,712	بخا
Madha	3,315	842	2,473	مدحاء
Total	44,571	16,094	28,477	الإجمالي
Al Buraymi Governorate محافظة البريمي				
Al Buraymi	106,786	58,335	48,451	البريمي
Mahadah	6,779	801	5,978	محضة
As Sunaynah	769	380	389	السنينة
Total	114,334	59,516	54,818	الإجمالي
Ad Dakhliyah Governorate محافظة الداخلية				
Nizwa	123,396	39,852	83,544	نزوى
Bahla	87,269	20,344	66,925	بهلاء
Manah	22,077	5,734	16,343	منح
Al Hamra	26,236	3,089	23,147	الحمراء
Adam	27,709	9,194	18,515	أدم
Izki	59,386	13,158	46,228	إزكي
Samail	80,471	18,955	61,516	سمائل
Bidbid	34,655	7,161	27,494	بدبد
Total	461,199	117,487	343,712	الإجمالي

جدول ١-٤ : توزيع السكان حسب المحافظة الصحية والولاية (تقديرات منتصف عام ٢٠١٧)*

Governorate	المجموع	وافد	عماني	المحافظة
Wilayat	Total	Expatriate	Omani	الولاية
Muscat Governorate محافظة مسقط				
Muscat	290,873	265,901	24,972	مسقط
Muttrah	237,731	175,505	62,226	مطرح
Al Amrat	75,943	16,545	59,398	العامرات
Bawshar	394,631	299,238	95,393	بوشر
As Seeb	404,279	165,248	239,031	السبب
Qurayyat	55,792	8,485	47,307	قريات
Total	1,459,249	930,922	528,327	الإجمالي
Dhofar Governorate محافظة ظفار				
Salalah	374,582	235,565	139,017	صلالة
Taqah	20,876	915	19,961	تاقة
Mirbat	16,307	1,558	14,749	مرباط
Rakhyut	5,049	107	4,942	رخيوت
Thumrayt	16,966	7,173	9,793	ثمريت
Dalkut	2,988	46	2,942	دلكوت
Al Mazyunah	9,261	259	9,002	المزبونه
Muqshin	857	30	827	مقشن
Shalim Wa Juzur Al Hallaniyat	4,792	901	3,891	شليم وجزر الحلايبات
Sadah	5,944	84	5,860	سادح
Total	457,622	246,638	210,984	الإجمالي

Governorate	المجموع	وافد	عماني	المحافظة
Wilayat	Total	Expatriate	Omani	الولاية
Ash Sharqiyah North Governorate محافظة شمال الشرقية				
Ibra	57,561	30,722	26,839	إبرا
Al Mudaybi	117,691	43,270	74,421	المضيبي
Bidiyah	40,812	19,333	21,479	بديّة
AlQabel	23,824	6,457	17,367	القابل
Wadi Bani Khalid	12,518	1,887	10,631	وادي بني خالد
Dama Wa At Taiyyin	26,817	4,441	22,376	دما و الطائيين
Total	279,223	106,110	173,113	الإجمالي

Adh Dhahirah Governorate محافظة الظاهرة				
Ibri	165,354	51,955	113,399	عبرى
Yanqul	26,044	6,301	19,743	ينقل
Dank	22,373	4,207	18,166	ضنك
Total	213,771	62,463	151,308	الإجمالي

Al Wusta Governorate محافظة الوسطى				
Hayma	10,481	8,027	2,454	هيماء
Mahawt	17,186	4,169	13,017	محوت
Ad Duqm	11,269	6,521	4,748	الدقم
Al Jazir	6,220	2,573	3,647	الجازر
Total	45,156	21,290	23,866	الإجمالي

National Total	المجموع	وافد	عماني	الإجمالي الوطني
	Total	Expatriate	Omani	
	4,559,963	2,054,594	2,505,369	

Governorate	المجموع	وافد	عماني	المحافظة
Wilayat	Total	Expatriate	Omani	الولاية
Al Batinah North Governorate محافظة شمال الباطنة				
Sohar	231,102	112,949	118,153	صحر
Shinas	74,874	18,891	55,983	شناص
Liwa	47,926	15,336	32,590	لوى
Saham	147,775	43,893	103,882	صحم
Al Khaburah	73,303	14,662	58,641	الخابورة
As Suwayq	179,189	58,106	121,083	السويق
Total	754,169	263,837	490,332	الإجمالي

Al Batinah South Governorate محافظة جنوب الباطنة				
Ar Rustaq	121,587	30,429	91,158	الrustaq
Al Awabi	16,703	2,675	14,028	العوابي
Nakhal	26,033	4,688	21,345	نخل
Wadi Al Maawil	17,301	2,821	14,480	وادي المعاول
Barka	146,596	57,250	89,346	بركاء
Al Musanaah	89,627	21,335	68,292	المصنعة
Total	417,847	119,198	298,649	الإجمالي

Ash Sharqiyah South Governorate محافظة جنوب الشرقية				
Sur	121,088	52,837	68,251	صور
Al Kamil Wa Al Wafi	33,341	9,431	23,910	الكامل والوافى
Jaalan Bani Bu Hasan	42,168	8,773	33,395	جعلان بنى بو حسن
Jaalan Bani Bu Ali	100,506	33,237	67,269	جعلان بنى بو على
Masirah	15,719	6,761	8,958	مصيصة
Total	312,822	111,039	201,783	الإجمالي

* Source of mid-201۷ population Estimation is the National Center for Statistics and Information.

* مصدر تقديرات السكان لمنتصف عام ٢٠١٧م هو المركز الوطني للإحصاء والمعلومات

Organization and Health Policy of the Ministry of Health

The Ministry of Health (MOH) is responsible for ensuring the availability of health care to the people of Oman. In course of implementing its health development plans, the Ministry's organization had to be adapted in tune with the strategies and objectives that were crystallized during 1990. These can be summarized broadly as:

1. Governoratealization of health services and decentralization of decision making in specified technical, administrative and financial affairs
2. Emphasizing the role and importance of planning
3. Development of Education and Training in health
4. Emphasizing the importance of health systems research
5. Emphasizing the importance of governorateal and international relations

In 2015, the MOH organization was adopted to accommodate the changes in function and to face the challenges in health status.

His Excellency the Minister of Health is assisted by three Undersecretaries respectively for Planning Affairs, Health Affairs, and Administrative & Financial Affairs. A number of Directorates-General and Directorates come under each of the Offices of the Undersecretaries. The organizational chart of Ministry of Health is shown in figure 1-4. The Health Council, which comes directly under HE the Minister, is responsible for providing broad directions for health development in the Sultanate. The Minister is also assisted by a number of advisors and consultants. The Directorate General of Internal Audit, Directorate General of Legal Affairs and Directorate General of Quality Assurance in addition to Royal Hospital and a number of departments come directly under the Minister of Health (Fig 1.4)

The Office of the Undersecretary for Health Affairs ensures effective and efficient delivery of comprehensive health care to the people of Oman. Four Directorates General that come under the Undersecretary of Health Affairs. Through these Directorates, the DGHA develops the implementation policies and procedures for effecting national health policies, plans and programs with the cooperation of the governmental health authorities, and monitors the entire health care process. It also supervises the recruitment of health care professionals. These are DG Primary Health Care, DG Specialized Medical Care, DG Disease Control and DG Nursing Affairs.

In keeping with the decentralization policy of Ministry of Health, the Directorates-General of Health Services and the Directorates of Health Services at Health Governorates are vested with the responsibility for the delivery of comprehensive

الهيكل التنظيمي والسياسة الصحية لوزارة الصحة

تعتبر وزارة الصحة الجهة الرئيسية المسؤولة عن توفير الرعاية الصحية للسكان في سلطنة عمان. وتجسيدا لسعيها الدؤوب نحو تطوير خططها الصحية، فقد قامت الوزارة بمواءمة الهيكل التنظيمي مع الاستراتيجيات والاهداف التي تبلورت عام ١٩٩٠م ويمكن تلخيصها في الآتي:

١. لامركزية الخدمات الصحية و لامركزية اتخاذ القرار في الشؤون الفنية والشؤون الإدارية والشؤون المالية
٢. التأكيد على دور وأهمية التخطيط
٣. تطوير التعليم والتدريب في المجال الصحي
٤. التأكيد على أهمية الدراسات والبحوث المرتبطة بالصحة
٥. التأكيد على أهمية العلاقات الخارجية على المستوى الإقليمي والدولي

خلال عام ٢٠١٥ تم إعادة هيكلة وزارة الصحة لتناسب مع التغيرات في أداء الوزارة ولمواجهة التحديات الحديثة في الوضع الصحي للمجتمع

يلعب الهرم التنظيمي لوزارة الصحة معالي الوزير الموقر الذي يعاونه ثلاثة وكلاء لشؤون التخطيط والشؤون الصحية والشؤون الإدارية والمالية، وينضوي تحت لواء كل من هذه الوكالات عدد من المديريات العامة والدوائر تتكامل لتحقيق الاهداف الرامية الى خلق المناخ الصحي الذي تهدف اليه وزارة الصحة. ويوضح الشكل رقم (١-٤) الهيكل التنظيمي لوزارة الصحة. ويتبع مكتب معالي وزير الصحة مباشرة المجلس الصحي وهو الجهة المسؤولة عن تحديد الاهداف وإقرار الخطط لرفع مستوى الخدمات الصحية. يعاون معالي الوزير عدد من الخبراء والمستشارين. المديرية العامة للتدقيق الداخلي والمديرية العامة للأعمال القانونية والمديرية العامة لمركز ضمان الجودة بالإضافة الى المستشفى السلطاني وعدد من الدوائر يتبع مباشرة وزير الصحة كما في الرسم ١-٤.

ويتابع مكتب وكيل الوزارة للشؤون الصحية توفير كافة أوجه الرعاية الصحية ذات الجودة والفاعلية لجميع سكان سلطنة عمان ويوجد ٤ مديريات عامة تابعة لوكيل الوزارة للشؤون الصحية وهم مسئولون عن الاستراتيجيات والاساليب التطبيقية لتنفيذ السياسات والخطط والبرامج الصحية الوطنية وذلك بالتعاون مع المديريات العامة للخدمات الصحية بالمحافظات وتتابع عملية توفير الخدمات الصحية بكافة انواعها كما انها تشرف على عملية توفير وتعيين الكوادر الفنية والطبية المساعدة. هذه المديريات العامة هي: المديرية العامة للرعاية الصحية الأولية، المديرية العامة للرعاية الطبية التخصصية، المديرية العامة لمراقبة الامراض والمديرية العامة لشؤون التمريض.

ولتأكيد سياسة اللامركزية في الخدمات الصحية والتي تتبناها وزارة الصحة فإن المديريات العامة للخدمات الصحية ودوائر الخدمات الصحية بالمحافظات الصحية تضطلع بمهام توفير

health care through a network of hospitals, health centers and mobile units. The Governorateal Directorate Generals directly function under the Office of the Undersecretary for Health Affairs.

The Directorate General of Pharmaceutical Affairs & Drug Control, under the Office of Undersecretary of Health Affairs, develops and implements national drug policy. It ensures the availability of drugs and other pharmaceuticals with adequate quality at various levels of health care.

Planning for health was emphasized when the strategies were revised and this led to the establishment of the Office of Undersecretary for Planning Affairs with a number of Directorates General and Directorates. These later function in coordination to formulate the health plans for developing the health services and care. The Directorate General of Planning and Studies incorporates: the Directorate of Health Information and Statistics, which develops and maintains a database of information necessary for planning; the Directorate of Research & Studies which is responsible for developing health systems research capabilities and conducting field studies, the Directorate of Planning which prepares the health plans and special programs and the Directorate of Monitoring & Evaluation which monitors the implementation of the plans. The Directorate General of Human Resources Developments plays an important role in developing national human resources for the health sector as an integral part of the national Omanization strategy. The Directorate General of Information Technology promotes the development of the health care system through extending support for the creation and maintenance of computer-aided management systems.

A number of Directorates-Generals function under the Office of the Undersecretary for Administrative and Financial Affairs. The DG for Financial Affairs, through three Directorates: Contracts & Purchases, Revenue & Expenditure and Budget & Accounts, accomplishes the financial & accounting duties and contracts as well as purchases according to the rules and disciplines. The DG Administrative Affairs, through its Personnel and Administrative Services Directorates, performs activities related to employment affairs within the agreed policies. There is also the DG Medical Supply which makes the plans and policies regarding stores including drug store and yearly produces estimates of costs of requirements through its two directorates: Stores and Spare Parts. The DG of Projects and Engineering Affairs has three Directorates: Projects; Equipments and Maintenance. It is responsible for civil, mechanical, electrical and biomedical engineering and maintenance of equipment, instruments and buildings in addition to looking after the development projects.

الرعاية الصحية الشاملة من خلال شبكة من المستشفيات والمراكز الصحية والوحدات المتنقلة. المديرية العامة للخدمات الصحية بالمحافظات الصحية تتبع مباشرة مكتب وكيل الوزارة للشئون الصحية.

كما تتبع المديرية العامة للصيدلة والرقابة الدوائية مكتب وكيل الوزارة للشئون الصحية وهي تقوم بوضع السياسة الدوائية الوطنية بهدف ضمان توفير وتأمين الادوية والمنتجات الصيدلانية الاخرى ذات الجودة والفاعلية على جميع مستويات الرعاية الصحية.

لقد تم التأكيد على اهمية التخطيط في مجال الصحة وانه يشكل احد الاستراتيجيات الهامة التي تبنتها وزارة الصحة وقد ادى ذلك إلى إنشاء وكالة الوزارة لشئون التخطيط والتي يتبعها عدد من المديرية العامة والدوائر التي تتكامل وتعمل في تنسيق لوضع الخطط الصحية اللازمة لتطوير الخدمات والرعاية الصحية. المديرية العامة للتخطيط والدراسات تعمل على تحقيق اهدافها من خلال دوائرها واقسامها التي تتمثل في دائرة المعلومات والاحصاء التي توفر القاعدة الاساسية من البيانات والمعلومات اللازمة لعملية التخطيط ودائرة الدراسات والبحوث التي تقوم بإجراء بحوث النظم الصحية وايضا البحوث الميدانية في المجالات الصحية التطبيقية لتساهم في توفير المعلومات الصحية وكذا دائرة التخطيط التي تقترح وتعد الخطط والبرامج الخاصة والمتماشية مع السياسة الصحية الوطنية بينما تقوم دائرة المتابعة والتقييم بمتابعة تنفيذ هذه الخطط. ويتبع وكالة التخطيط ايضا المديرية العامة لتنمية الموارد البشرية التي تسهم بدور فعال في خلق الكوادر المؤهلة للاضطلاع بالمهام المطلوبة للمؤسسات الصحية وذلك من خلال دوائر وتقسيمات إدارية متكاملة. كما أن هناك مديرية عامة لتقنية المعلومات تسهم بدورها الفعال ايضا في بناء الصرح الصحي وذلك من خلال المساهمات الفنية في مجال بناء قواعد البيانات الالكترونية الحديثة.

ويتبع مكتب وكيل الوزارة للشئون الادارية والمالية عدد من المديرية العامة التي يتبعها عدد من الدوائر. المديرية العامة للشئون المالية والتي تشمل ثلاث دوائر هي العقود والمشتريات، والايادات والمصروفات، والموازنة والحسابات تقوم بإنجاز الاعمال المالية والمحاسبية وكذلك التعاقدات والمشتريات حسب القوانين واللوائح المعمول بها. تقوم المديرية العامة للشئون الادارية من خلال دائرة شئون الموظفين ودائرة الخدمات الادارية بإنجاز جميع الاعمال التي تتعلق بشئون الخدمات الادارية للموظفين بالوزارة او بشئون توظيفهم والاعمال الادارية حسب القوانين واللوائح المنظمة لذلك. المديرية العامة للتأمين الطبي تقوم بوضع السياسات المخزنية شاملة تخزين الدواء وتعمل على تقدير التكاليف المتوقعة للاحتياجات سنويا وذلك من خلال دائرتي المخازن المتنوعة ومخازن قطع الغيار واما عن المديرية العامة لشئون المشاريع والشئون الهندسية وهي تشمل دائرة المشاريع ودائرة التجهيزات والمعدات الطبية ودائرة الصيانة فتقوم بالاشراف على جميع الاعمال الهندسية الانشائية والميكانيكية والكهربائية وكذا اعمال الهندسة الالكترونية وهي ايضا تشرف على صيانة المعدات والادوات والماكينات بجانب اشرافها على المشاريع.

Health Planning in the Sultanate of Oman

Since 1976, the Ministry of Health started its five-year health development plans, in order to achieve its mission and carry out its responsibilities for social and economic development. Health development plans had significant impact on health services and health status. Such development reflects the government commitment towards health services and health care since the blessed renaissance.

The first phase of the health planning in Sultanate of Oman extended from 1976 to 1990, in which three 5-year plans were implemented. These plans were concerned with building health services infrastructure as prior to the blessed renaissance there were only few health institutions that were not enough to face the prevailing unsatisfactory health status.

The second phase of planning started in 1991 and included 3 five-year health plans (the fourth, fifth and sixth), and was completed by 2005. This phase was characterized by several main directions formulated after comprehensive review of the health system in 1990. Among other directives "Decentralization of health services" was implemented through the establishment of directorates general of health services for 10 health governorates, at that time, with delegation of financial and administrative authorities. In 1993 local directorates at Wilayat level were established followed by hospital autonomy in the year of 2000.

The preparation of plans of the second phase followed "the managerial process for national health development". These plans included different programs each directed to one or more health priority or health problem. The general framework of the 4th, 5th and 6th plans was prepared at the central level. The 5th and 6th plans included 10 detailed governorateal plans while the 6th plan included, in addition, 19 Wilayat plans, in line with the decentralization policy of Ministry of Health.

The second phase plans of Ministry of Health emphasized qualitative development besides the quantitative and geographical expansion of health services. The decentralization policy in health services helped in empowerment of the administrative machinery and promoted the planning process at the local level. This has resulted in a tremendous increase in health services distributed over the Sultanate. Several hospitals were established in all governorates in order to provide specialty services mainly

التخطيط الصحي في سلطنة عمان:

تبنيت الوزارة منذ عام ١٩٧٦م، في سبيل تنفيذ مهامها ومسئولياتها وفي نطاق سياسة التخطيط التنموي التي اعتمدتها السلطنة منذ نهضتها المباركة كسبيل للتنمية الاقتصادية والاجتماعية الشاملة أسلوب وضع خطط التنمية الخمسية، وكانت لخطط التنمية الصحية الخمسية آثارها الواضحة في تطور الخدمات الصحية وتحسن الوضع الصحي للسكان. ويعكس هذا التطور التزام الحكومة منذ فجر النهضة المباركة بنشر الخدمات الصحية وتوفير الرعاية الصحية لكافة المواطنين.

ولقد شملت المرحلة الأولى من مراحل التخطيط الصحي في سلطنة عمان الفترة من عام ١٩٧٦م وحتى نهاية عام ١٩٩٠م، والتي أنجزت فيها وزارة الصحة ثلاث خطط خمسية تميزت بكونها خططاً استثمارية بحتة استهدفت بناء هياكل البنية الصحية، حيث لم يكن متوافراً في السلطنة في بدايات عصر النهضة سوى عدد محدود من المؤسسات الصحية الصغيرة لم تكن كافية للتصدي للوضع الصحي المتردي في ذلك الوقت.

ولقد بدأت المرحلة الثانية في عام ١٩٩١م وشملت أيضاً ثلاث خطط خمسية صحية هي الرابعة والخامسة والسادسة والتي انتهت بنهاية عام ٢٠٠٥م. ولقد تميزت هذه المرحلة بعدة توجهات رئيسية شكلت عمل وزارة الصحة خلال تلك الفترة، والتي جاءت بعد مراجعة شاملة للنظام الصحي في عام ١٩٩٠م. وكان من ضمن هذه التوجهات "لامركزية تقديم الخدمات الصحية" والتي تمت من خلال إنشاء عشر محافظات صحية على مستوى مديريات عامة في عام ١٩٩٠م مع منحها التفويضات المالية واللامركزية في إدارة الخدمات الصحية وفق مرجعيات وضوابط محددة. وتلا ذلك في عام ١٩٩٣م، إنشاء إدارات محلية على مستوى الولايات، وفي عام ٢٠٠٠م على مستوى المستشفيات المرجعية "الإدارة الذاتية للمستشفيات".

ولقد اعتمد التخطيط في خطط المرحلة الثانية على منهجية العملية الإدارية للتنمية الصحية، حيث اشتملت كل خطة خمسية على عدد من البرامج الصحية التي وجه كل واحد منها لحل مشكلة واحدة أو عدة مشاكل مشتركة ذات أولوية في السلطنة. ولقد أعد الإطار العام للخطط الصحية الرابعة والخامسة والسادسة على المستوى المركزي، وكذلك، أعدت ١٠ خطط تفصيلية على مستوى المحافظات ضمن الخطين الخمسين الخامسة والسادسة، و ١٩ خطة على مستوى الولايات ضمن الخطة الخمسية الصحية السادسة، وهو الأمر الذي حدث لأول مرة في السلطنة تأكيداً على مبدأ "اللامركزية" في التخطيط الصحي.

وقد اهتمت خطط المرحلة الثانية من التخطيط لوزارة الصحة بالتطور النوعي بجانب التوسع الكمي والجغرافي للخدمات الصحية. ولقد ساعدت سياسة لامركزية الخدمات الصحية على تمكين القدرات الإدارية وتعزيز عمليات التخطيط على المستوى المحلي، والتي ظهرت آثارها المباشرة على شكل وحجم التوسع في الخدمات الصحية الذي تحقق في المحافظات الصحية بالسلطنة خلال سنوات تلك المرحلة (١٩٩١-٢٠٠٥م). فقد شهدت المرحلة الثانية من التخطيط إنشاء وتطوير عدد من المستشفيات في المحافظات الصحية خارج محافظة مسقط بهدف توفير مستشفى مرجعي يوفر خدمات

secondary care and limited tertiary care. Human resources development was emphasized through the establishment of training health institutes to qualify staff in the field of nursing, medical laboratories, radiography, assistant dentists, assistant pharmacists and health inspectors and other paramedical fields

The third phase of health plans includes the 7th and 8th Five-Year Health Development Plans. These plans were based on health visions. Goals, general objectives and strategies were developed at the national level. Plans had also laid down expected results using evidence-based-management philosophy. These had constituted what was called "National Strategic Plan". Detailed plans, "Governorateal Operational Plans", were developed based on the strategic plan to be implemented by the concerned directorates at the governorateal or central levels. These plans include the targets, the operational activities, the needed resources and also the indicators for monitoring and evaluation and the timetable for implementation. Supportive plans at Wilayat level were also designed by the "Wilayat health committees" to support the governmental operational plans. These "Local Supportive Plans" are in the form of short-term health projects planned for one year, and depend on community participation and cooperation between the related sectors.

A Fourth stage of planning started in 2011 by the beginning of the development of "Health Vision 2050". This stage witnessed the development of a vision on how health system need to be in the following 40 years and was accompanied by the designing and publishing of the Health Atlas 2050 and a number of strategic studies. A number of strategic actions in the "Health Vision 2050" were translated in the development of the Ninth Five-Years Health Development Plan that started in 2015

National Health Policy of the Sultanate of Oman

In the light of the health situation analysis in the Sultanate, the achievements of the previous health plans and the existing problems and difficulties, the national health policy for the years 2011-2015 was formulated as under:

A. The work and activities of Ministry of Health and other health-related agencies are directed for achieving the following goals:

1. Make available primary and specialized health care to all people
Reduce of mortality and morbidity rates of different diseases with to attain health indicators similar to that of the developed countries

تخصصية من المستوى الثاني وبعض تخصصات الرعاية الطبية من المستوى التخصصي الثالث بكل محافظة صحية. كما شهدت تلك المرحلة أيضا اهتماما متزايدا بتنمية الموارد البشرية وتأهيل الكوادر الوطنية، تمثل في إنشاء عدد من المعاهد الصحية لتأهيل وتدريب فئات طبية مساعدة في مجالات التمريض العام والمختبرات الطبية والأشعة التصويرية ومساعدى جراحة الفم والأسنان ومساعدى الصيدلة والمراقبين الصحيين وغيرها من المجالات الطبية المساعدة.

اشتملت المرحلة الثالثة من الخطط الصحية على خطتان صحيتان وهي خطة التنمية الصحية السابعة وخطة التنمية الصحية الثامنة. وقد روعي عند تصميم منهجية هاتين الخطتين أن تكون هناك "الخطة الاستراتيجية الوطنية" وتشتمل كل منهما على رؤية صحية ومن ثم تم وضع الأهداف العامة والاستراتيجيات على المستوى الوطني وكذلك اشتملت الخطتان على النتائج المتوقعة وذلك باستخدام منهجية الإدارة المبنية على الأدلة. كما تم وضع عدد من الخطط المفصلة على مستوى المحافظات الصحية "خطط تنفيذية" التي أخذت في الاعتبار إستراتيجيات وأهداف "الخطة الاستراتيجية الوطنية" وكانت تعني بوضع تلك الإستراتيجيات والأهداف الوطنية موضع التنفيذ وقد تم وضع الخطط التفصيلية بمعرفة المديريات العامة بالمحافظات الصحية بالتعاون مع الدوائر المركزية واشتملت على التوجهات والأنشطة التنفيذية والاحتياجات من الموارد وكذلك مؤشرات متابعة وتقييم تنفيذ الأنشطة وتحقيق الأهداف مع جداول زمنية لتنفيذ الأنشطة. كما تم تصميم عدد من الخطط الداعمة على مستوى بعض الولايات وذلك من قبل اللجان الصحية بتلك الولايات من شأنها دعم الخطط التنفيذية وجاءت هذه الخطط الداعمة في شكل مشروعات صحية قصيرة الأجل لمدة عام واحد وتعتمد على مشاركة المجتمع وتعاون الجهات الأخرى المعنية بالصحة.

المرحلة الرابعة من التخطيط الصحي بدأت في عام ٢٠١١ تزامنا مع بداية العمل في النظرة المستقبلية للنظام الصحي "الصحة ٢٠٥٠". شهدت هذه المرحلة وضع رؤية لما نتمنى أن يكون عليه النظام الصحي خلال السنوات الأربعين التالية لعام ٢٠١١م، وقد صاحب ذلك تصميم والانتهاء من وضع الأطلس الصحي ٢٠٥٠ وعدد من الدراسات الاستراتيجية. وقد تم ترجمة عدد من الإجراءات الاستراتيجية التي وردت في "الصحة ٢٠٥٠" الى خطط في الخطة الخمسية التاسعة للتنمية الصحية والتي بدأ العمل في وضعها خلال ٢٠١٥م.

السياسة الصحية العامة لوزارة الصحة

في ضوء تحليل الموقف الصحي في السلطنة، وإنجازات الخطط الصحية السابقة، وتحليل ما ظهر من المشكلات والصعوبات، تمت صياغة السياسة العامة لوزارة الصحة في السنوات القادمة (٢٠١١ - ٢٠١٥م)، وفقاً لما يلي:

أ. توجه أعمال وفعاليات وزارة الصحة وغيرها من الجهات ذات العلاقة بالصحة بحيث تستهدف تحقيق الغايات التالية:

- ١- توفير أفضل مستوى من الرعاية الصحية الأولية والتخصصية لكل السكان في السلطنة
- ٢- تخفيض معدلات الوفاة وكذا معدلات الإصابة بالأمراض المختلفة، والوصول بالمؤشرات الصحية الأساسية في السلطنة إلى ما يقارب مثيلاتها في الدول المتقدمة

2. Taking preventive measures infectious and parasitic diseases aiming at eradication especially among children and school pupils
3. Applying the latest methods for the prevention, early case finding and prompt treatment of chronic diseases to control complication.
4. Provide health care for the elderly and handicapped
5. Provide preventive measures and treatment to all types of injury
6. Develop and train Omani workforce in all health professional categories to improve Omanization levels
7. Develop information technology and facilitate access to information

B. Pursuing the following directives:

1. Primary care is the first and basic entry for all levels of health care
2. Ensure quality of health services
3. Equity in distribution, accessibility and acceptability of all services
4. Gradually promote community involvement in all health activities
5. Ensure good and complete coordination among all health care providers
6. Reduce wastage in material and human resources for health
7. Gradual delegation of authority and responsibility to the Wilayat level
8. Promote effective participation of private sector in health

C. Attention, formulation and implementing plan for the following priorities

1. Promotion of primary health care services and ensuring its quality
2. Prevention and control of non-communicable diseases, accidents and causes of morbidities, mortalities, and disabilities
3. Development maternal health and reduce childhood morbidity and mortality
4. Promote the decentralization policy and hospital autonomy
5. Promote the health awareness of the community and establish a culture of healthy lifestyle

- ٣- اتخاذ الإجراءات اللازمة للوقاية من الأمراض السارية والطفيلية بما يؤدي إلى استئصالها خاصة بين الأطفال وطلاب المدارس
- ٤- اتباع الأساليب الحديثة في مجال الوقاية والاكتشاف المبكر والعلاج الفوري والأمثل للأمراض المزمنة بغية الحد منها ومن مضاعفاتها
- ٥- توفير الرعاية الصحية اللازمة للمسنين والمعوقين
- ٦- توفير أساليب الوقاية والعلاج بمستوياتها المختلفة للمعرضين للحوادث بكل أنواعها
- ٧- تطوير وتنمية وتدريب القوى العاملة العمانية في كل مجالات الخدمات الصحية تحقيقاً لهدف تحسين مؤشرات التعميم في المجال الصحي
- ٨- تطوير تقنية المعلومات وتسهيل سرعة الوصول إلي بيانات النظام الإلكتروني

(ب) : الالتزام بالتوجهات الرئيسية التالية:

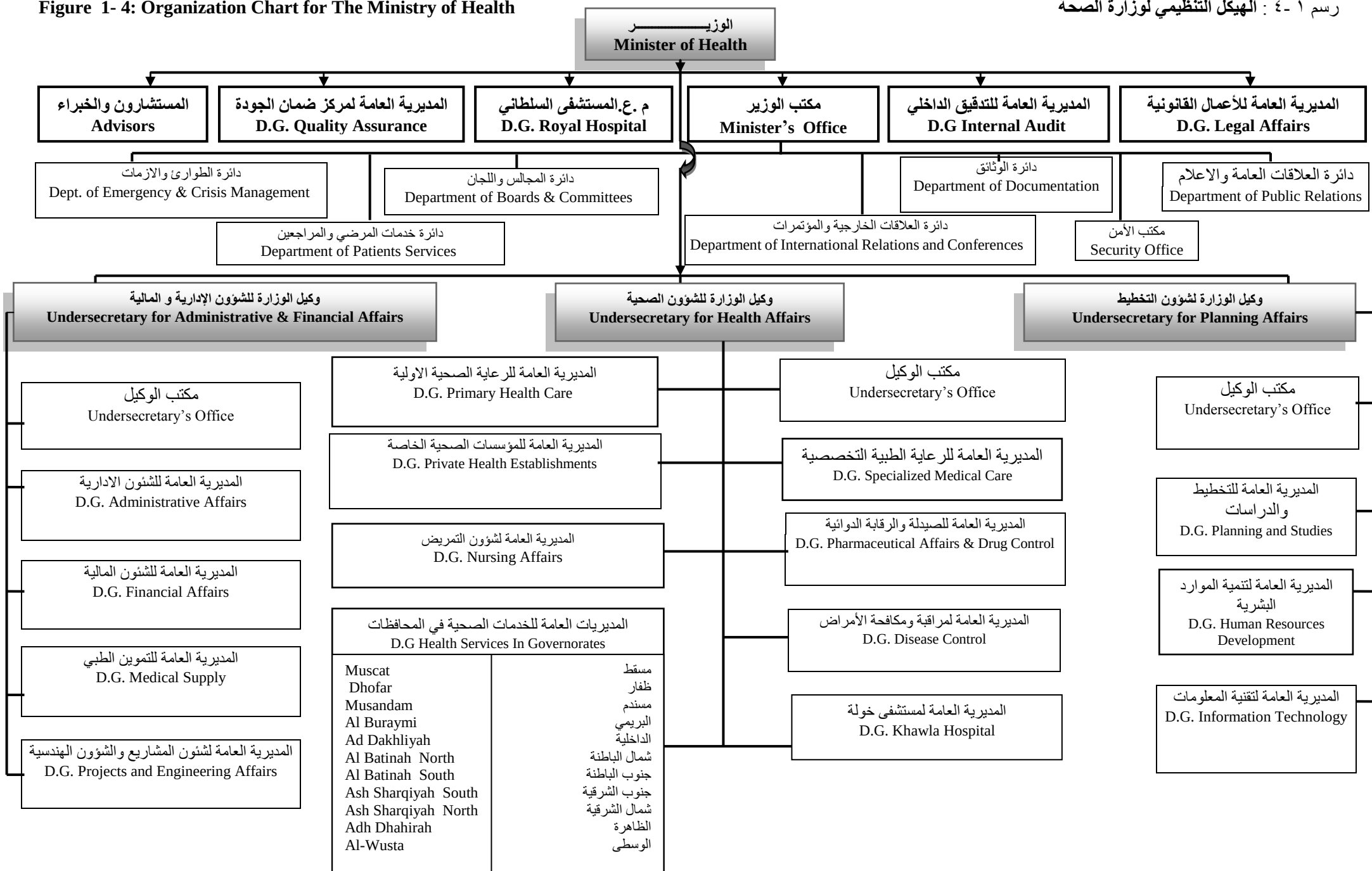
- ١- اعتبار الرعاية الصحية الأولية المدخل الأول والأساسي للرعاية الصحية بكل مستوياتها
- ٢- ضمان جودة الخدمات الصحية المقدمة لجميع السكان
- ٣- تأكيد التوزيع المناسب وسهولة المنال والتقبل للخدمات الصحية بكل مستوياتها
- ٤- تعزيز مشاركة المجتمع في كل فعاليات الرعاية الصحية بصورة متدرجة
- ٥- تأكيد التنسيق والتعاون الجيد والكامل بين الجهات المختلفة التي تقدم خدمات صحية أو خدمات لها علاقة بالصحة.
- ٦- العمل على الحد من هدر الإمكانيات المادية والبشرية داخل النظام الصحي
- ٧- التوسع تدريجياً في تفويض السلطة والمسئولية إلى مستوى الولايات والمؤسسات الصحية.
- ٨- تشجيع القطاع الخاص على المساهمة الفعالة في الجوانب المناسبة من العمل الصحي

(ج) : توجيه الاهتمام اللازم للأولويات التالية، ووضع وتنفيذ الخطط المناسبة للتعامل معها:

- ١- تعزيز خدمات الرعاية الصحية الأولية وضمان جودتها
- ٢- الوقاية والحد من الأمراض غير المعدية والحوادث، شاملاً ذلك الأسباب الرئيسة للوفاة والمرضاة والإعاقة
- ٣- النهوض بصحة المرأة في جميع مراحل حياتها، وخفض مرآضة ووفيات الأطفال
- ٤- دعم نظام اللامركزية والإدارة الذاتية للمستشفيات المرجعية
- ٥- الارتقاء بالوعي الصحي للمجتمع، وترسيخ ثقافة أنماط حياتية سليمة

Figure 1- 4: Organization Chart for The Ministry of Health

رسم ١ - ٤ : الهيكل التنظيمي لوزارة الصحة



Health Vision 2050

Executive Summary

The health system in the Sultanate of Oman is characterized by its universal coverage for both citizens and expatriates. The Total Health Expenditure (THE) accounts for 2.7% of the Gross Domestic Products (GDP) in market prices. Health care is provided in facilities mainly owned and run by the Government. The Government covers about 81.1% of the (THE), provides 83.1% of hospitals, 92.5% of hospital beds, 62.2% of outpatient services and 94.5% of inpatient services. Out of pocket spending accounts for 11.6% of the (THE).

The Sultanate of Oman had made remarkable achievements in health developments represented in the percentage and speedy reduction in mortality especially childhood mortality, and the control of communicable diseases. Health developments were achieved with efficiency; as reported by the World Health Organization in the "World Health Report 2000", and were praised by a number of other international organizations. However, over the past few years the Sultanate is witnessing both a demographic as well as an epidemiological transition. The population of Oman is getting older and the disease profile is showing predominance of non-communicable diseases and injuries. Such transition together with the worldwide advances in technology had necessitated revising the health system.

"Health Vision 2050" is an attempt to visualize how we would like our health system to be in future and until the year 2050. Predicting the future of health care delivery can be fraught with uncertainty and risk especially with the number of determinants that affect health care e.g. demographic, political, economic, social, technological, environmental and legal determinants.

It was, thus, necessary to analyze extensively the status of the Omani health system, the morbidity and mortality in the population, the challenges facing the health system and the expected future developments and changes in the population including macro-social and macro-economic changes. Fourteen working groups from national experts were formed; each developed a detailed strategic study or working paper in one of the domains of the health system in Oman discussing

النظرة المستقبلية للنظام الصحي (الصحة ٢٠٥٠)

الملخص التنفيذي

يتميز النظام الصحي في سلطنة عُمان بتغطيته الشاملة لكل من المواطنين والوافدين على السواء، ويبلغ إجمالي الإنفاق الصحي ما يعادل ٢,٧% من الناتج المحلي بالأسعار الجارية. ويتم توفير الرعاية الصحية، في المقام الأول، في المرافق التي تملكها وتديرها الحكومة حيث تتحمل الحكومة ما يقرب من ٨١,١% من مجموع النفقات الصحية، وهي تدير ما يقرب من ٨٣,١% من المستشفيات، و ٩٢,٥% من أسرة المستشفيات و ٦٢,٢% من خدمات العيادات الخارجية و ٩٤,٥% من خدمات رعاية المرضى المنومين. هذا وقد بلغ الإنفاق الشخصي على الصحة ١١,٦% من إجمالي الإنفاق الصحي.

أحرزت سلطنة عُمان انجازات جليلة في مجال التنمية الصحية خلال العقود الأربعة السابقة، ظهرت في قيمة وسرعة خفض معدلات الوفيات خاصة وفيات الأطفال وكذلك في التحكم في الأمراض المعدية. وقد تحققت هذه الإنجازات بكفاءة مقارنة بمستوى المصروفات الصحية أشادت بها المنظمات الدولية في العديد من المناسبات مثل منظمة الصحة العالمية في تقريرها "تقرير صحة العالم لعام ٢٠٠٠م" كما أشادت بها غيرها من المنظمات الدولية الأخرى. ومع ذلك، فإن السلطنة تشهد على مدى السنوات القليلة الماضية تحولاً ديموغرافياً جنبا إلى جنب التحول الوبائي، فأعمار السكان آخذة بالازدياد، وأنماط الأمراض تُظهر غلبة الأمراض غير المعدية والإصابات وهي حالات من الصعب التحكم فيها ومكلفة في علاجها؛ وبسبب هذه التحولات، مع ما رافقها من جوانب التطور في التكنولوجيا في جميع أنحاء العالم، أصبحت هناك حاجة ماسة لإعادة دراسة مكونات النظام الصحي.

تعتبر "النظرة المستقبلية ٢٠٥٠" استقراء ورؤى في كيف نود أن يكون وضع النظام في سلطنة عُمان في المستقبل حتى ٢٠٥٠ وهي فترة طويلة دون شك، وقد يكون من الصعب التنبؤ بالكيفية التي ستحدث بها التطورات في مجال التكنولوجيا وفي المجالات الأخرى ضمن المجال الصحي والذي يتطور بوتيرة متسارعة خاصة أن النظام الصحي يتأثر بعدد من العوامل والمحددات مثل العوامل الديموغرافية والسياسية والاقتصادية والاجتماعية والتكنولوجية والبيئية والقانونية.

لذلك فقد كان لا بد أن تكون هذه الرؤى واقعية يمكن تحقيقها وألا تكون من قبيل الأحلام، ولذا كان من الضروري إجراء تحليل مستفيض للوضع الراهن للنظام الصحي في سلطنة عُمان من حيث معدلات الوفيات والمراضة بين السكان، والتحديات التي تواجه النظام الصحي، والتطورات المستقبلية المتوقعة، والتغيرات السكانية، بما فيها التغيرات الاجتماعية والاقتصادية. وفي هذا الخصوص تم تشكيل ١٤ فريق عمل تضم خبراء وطنيين، ليعد كل فريق منهم ورقة عمل منهجية في مجال من مجالات النظام الصحي في سلطنة عُمان ومناقشة التحديات والآفاق المستقبلية لها. وقد

challenges and future prospective. Teams of national experts visited ministries and organizations related to health including the Parliament and State Council. Such ministries and organizations prepared working papers describing their own views on the current and probable future determinants of health outcomes, presented, and discussed them with representatives from the health sector in a national preparatory workshop on April 1-3, 2012. This was followed by inviting international experts in different fields of the health system and international organizations to an international conference "Oman Health Vision 2050" sponsored by Ministry of Health in May 1-3, 2012. The audiences of the conference were the key workers in the Omani health system. The international experts gave their views and prospects in different areas related to health systems and health system reforms. Twelve concurrent discussion groups took place in the afternoons of the three days of the conference to discuss the national working papers. "Health Vision 2050" carefully considered the results of such discussions during the development of the health system visions. Characteristics of other health systems in the world, especially, developed-health systems, were also reviewed and considered in developing the health system visions. Finally, the public was also consulted. Meeting with college students, media seminars, advocacy for health system reform and feedbacks from the public provided important inputs to health visions development. The process of establishing a steering committee, the formation of the working groups, analyzing the health system, the preparatory and international workshops and until the finalization of the "Health Vision 2050" consumed more than two and half years.

"Health Vision 2050" considered a number of thoughts that were raised during the process of reviewing the existing health system, reviewing national and international experts' views and studying the public concerns. The following statements summarizes these thoughts:

- The health care system has to enhance the health of the Omani Society to the highest possible state
- We need to make arrangements in financing and legislations within the health system
- Health system development should consider the escalating costs of health care
- Health Promotion is of extreme importance
- Policies should consider incentivizing quality care and outcome-based budgeting
- There is a need to increase specialized services
- Emphasis for disease prevention
- Health care should be patient centered
- Equity in health care provision, accessibility to services as well as

زارت فرق من الخبراء الوطنيين من النظام الصحي الوزارات والمنظمات ذات الصلة بالصحة، ومنها مجلس الشورى ومجلس الدولة، وقد عرضت تلك الوزارات ذات الصلة بالصحة والمنظمات أوراق عمل تصف ما لديهم من الرؤى حول المحددات للصحية في الوقت الحالي وكذلك المحددات المستقبلية المتوقعة والتي قد تؤثر على مخرجات النظام الصحي، هذا وقد تم مناقشتها مع ممثلين للقطاع الصحي في ورشة عمل وطنية تحضيرية عقدت في الفترة 1-3 أبريل من عام 2012م. وقد أعقب ذلك اختيار خبراء دوليين في مختلف مجالات النظم الصحية وجهت إليهم الدعوات وكذلك وجهت الدعوات إلى المنظمات الدولية المرتبطة بالصحة للمشاركة في مؤتمر دولي حول "المنظرة المستقبلية للنظام الصحي في سلطنة عُمان (الصحة ٢٠٥٠)" والذي عُقد برعاية وإشراف وزارة الصحة في الفترة ١-٣ مايو ٢٠١٢م، وقد حضر هذا المؤتمر جميع العاملون الرئيسيون في النظام الصحي في سلطنة عُمان. وقد أدلى الخبراء الدوليون بوجهات نظرهم وآرائهم في مختلف المجالات ذات الصلة بإصلاح وتطوير النظام الصحي. كما عرضت التجارب والخبرات المكتسبة من إصلاح وتطوير النظم الصحية في البلدان الأخرى. وقد صاحب ذلك انعقاد ١٢ مجموعة عمل برئاسة خبراء وطنيين ودوليين لمناقشات مستفيضة لأوراق العمل في الفترات المسائية من الأيام الثلاثة للمؤتمر. وحظيت نتائج المناقشات من هذه المجموعات باهتمام شديد خلال صياغة الرؤى حول النظام الصحي. كما تم استعراض خصائص النظم الصحية الأخرى في العالم، ولاسيما النظم الصحية المتطورة، وقد حازت تلك العروض بالاهتمام الكبير وبالتحليل الدقيق خلال مراحل استنباط الرؤى. وأخيراً تمت مشاوره عامة الناس وذلك من خلال عقد اجتماعات مع طلاب الجامعات ونظمت عدد من المنتديات الإعلامية وحملات الدعوة إلى إصلاح وتطوير النظام الصحي، وتم الأخذ بالتعليقات والملاحظات والآراء التي تقدم بها عامة الناس في صياغة الرؤى. واستغرقت الفترة من وقت تشكيل اللجنة التوجيهية الوطنية وتكوين فرق العمل وتحليل النظام الصحي وحلقة العمل التحضيرية والمؤتمر الدولي وحتى إعداد الوثيقة الرئيسية "الصحة ٢٠٥٠" ما يزيد عن عامين ونصف العام.

وقد أثير خلال عملية مراجعة النظام الصحي الحالي عدد من الأفكار ووجهات النظر التي تقدم بها الخبراء الوطنيون والدوليون، إضافة إلى اهتمامات وملاحظات عامة الناس، وتم أخذ تلك الأفكار بعين الاعتبار عند صياغة الرؤى في "الصحة ٢٠٥٠"، ويمكن تلخيص تلك الأفكار بما يلي:

- يتمثل الغرض المتوخى من التطورات المستقبلية في النظام الصحي في تعزيز صحة المجتمع العُماني للوصول به إلى أفضل حال ممكنة
- يتحتم علينا اتخاذ التدابير التمويلية والتشريعية لمواجهة التغيرات في النظام الصحي
- يتعين على النظام الصحي احتواء التصاعد الهائل في التكاليف التي تترتب على تقديم الرعاية الصحية
- إن لتعزيز الصحة أهمية بالغة للحصول على أفضل مستقبل صحي.
- يتعين على السياسات المستقبلية أن تأخذ في الحسبان توفير الحوافز لتقديم رعاية عالية الجودة مع إعداد ميزات تستند على ما يتحقق من النتائج
- هناك حاجة لتقديم مزيد من الخدمات الصحية التخصصية
- يتعين التأكيد على استراتيجيات الوقاية من الأمراض
- يتعين أن تأخذ الرعاية الصحية بالأسلوب "المتمحور حول المريض"

- information sharing
- Transparency in health system
- Health outcomes are dependent on performance of human resources for health
- Collaboration among health care providers is essential
- Changes in concepts of health management is essential
- Human resources for health should be able to keep-up with emerging technologies
- International collaboration and standardization of procedures and considering internal legislations
- Decentralization of health services versus centralization is an important issue to review
- Developments should be considered over phases

The Health Vision 2050 uses the “WHO Framework for Action on Health System” to describe six building blocks of the health system: leadership or governance, financing, human resources for health, service delivery, information, and medical products, vaccines and technology.

Demographic Characteristics and Projections

The Omani population is a young population with about 50% of the people below the age of 21 years and only 6.1% aged 60 years and above, in 2012. The average family size is about 7.8 individuals. The woman in her reproductive life gives birth to an average of 3.3 live births. In 2012, the crude death rate (CDR) and crude birth rate (CBR) are 3.2 and 32.1 per 1000 individuals, respectively. Given the fertility and mortality pattern seen in 2012, the Omani population will double in 25 to 30 years.

Figure 1-5 shows the age and sex structure, in 2012, of the Omani population (on the left) and the total population (on the right). Currently, the total population includes about 1.5 million expatriates representing about 42.2 %. About 83% of the expatriate population are males; most of them are in the working age group (20 to 59 years) resulting in the skewness seen in the total population.

- لا تقتصر العدالة على مجرد تقديم الرعاية الصحية وإتاحة الوصول إليها، ولكنها تتجاوز ذلك إلى تبادل المعلومات واتاحتها للجميع
- ينبغي إدراج شفافية النظام الصحي في أي سياسة صحية مستقبلية
- تعتمد النتائج الصحية بشكل أساسي على أداء العاملين الصحيين في النظام الصحي
- يعتبر التعاون بين جميع مقدمي الخدمات الصحية أمراً ضرورياً
- ينبغي أن يركز النظام الصحي على تطوير الإدارة الصحية
- لا بد أن يكون للعاملين الصحيين القدرة على مواكبة التكنولوجيا الحديثة ومواكبة ما يستجد فيها من تحديثات
- يتعين على النظام الصحي التعامل مع عولمة التشريعات أو اللوائح الصحية الدولية
- يتعين على النظام الصحي تقييم تجربة لامركزية الخدمات الصحية مقارنة بمركزية الخدمات الصحية
- من المهم أن ندرك أن التغيير يستغرق وقتاً طويلاً، ولا بد أن يمر بمراحل.

وتستند "النظرة المستقبلية ٢٠٥٠" على "إطار العمل لمنظمة الصحة العالمية الإطارية بشأن النظام الصحي" لوصف الدعامات الستة الأساسية في النظام الصحي؛ وهي: القيادة أو الحوكمة، والتمويل، والموارد البشرية من أجل الصحة، وتقديم الخدمات الصحية، والمعلومات، والمنتجات الطبية واللقاحات والتكنولوجيا الطبية.

الخصائص الديموغرافية والإسقاطات السكانية

لا يزال المجتمع العماني مجتمعاً فتياً، حيث أن حوالي ٥٠% من السكان تقل أعمارهم عن ٢١ عاماً ويبلغ نسبة الذين يبلغون من العمر ستين عاماً فأكثر فقط ٦,١%، وذلك في عام ٢٠١٢. ويبلغ متوسط حجم الأسرة العمانية ٧,٨ فرداً، وتلد المرأة العمانية خلال عمرها الإنجابي في المتوسط حوالي ٣,٣ مولود حي وقد بلغ معدل الوفيات الخام ٣,٢ وفاة لكل ١٠٠٠ من السكان كما معدل المواليد الخام ٣٢,١ مولود حي لكل ١٠٠٠ من السكان ويتوقع حسب معدلات الخصوبة والوفاة الحالية، في عام ٢٠١٢م، أن يتضاعف أعداد السكان العمانيين خلال ٢٥ إلى ٣٠ سنة.

يوضح الرسم رقم ٥-١ التركيب السكاني لعام ٢٠١٢م وفق العمر والجنس للمجتمع العماني (يسار) ولإجمالي السكان من العُمانيين والوافدين (يمين) ويبلغ عدد الوافدين حوالي ١,٥ مليون وافد وهو ما يمثل حوالي ٤٢,٢% من إجمالي السكان وأن ما يقرب من ٨٣% من السكان الوافدين هم من الذكور، أغلبهم في سن العمل (٢٠-٥٩ سنة) وقد أدى ذلك إلى الانحراف الشديد الملاحظ في التركيب السكاني.

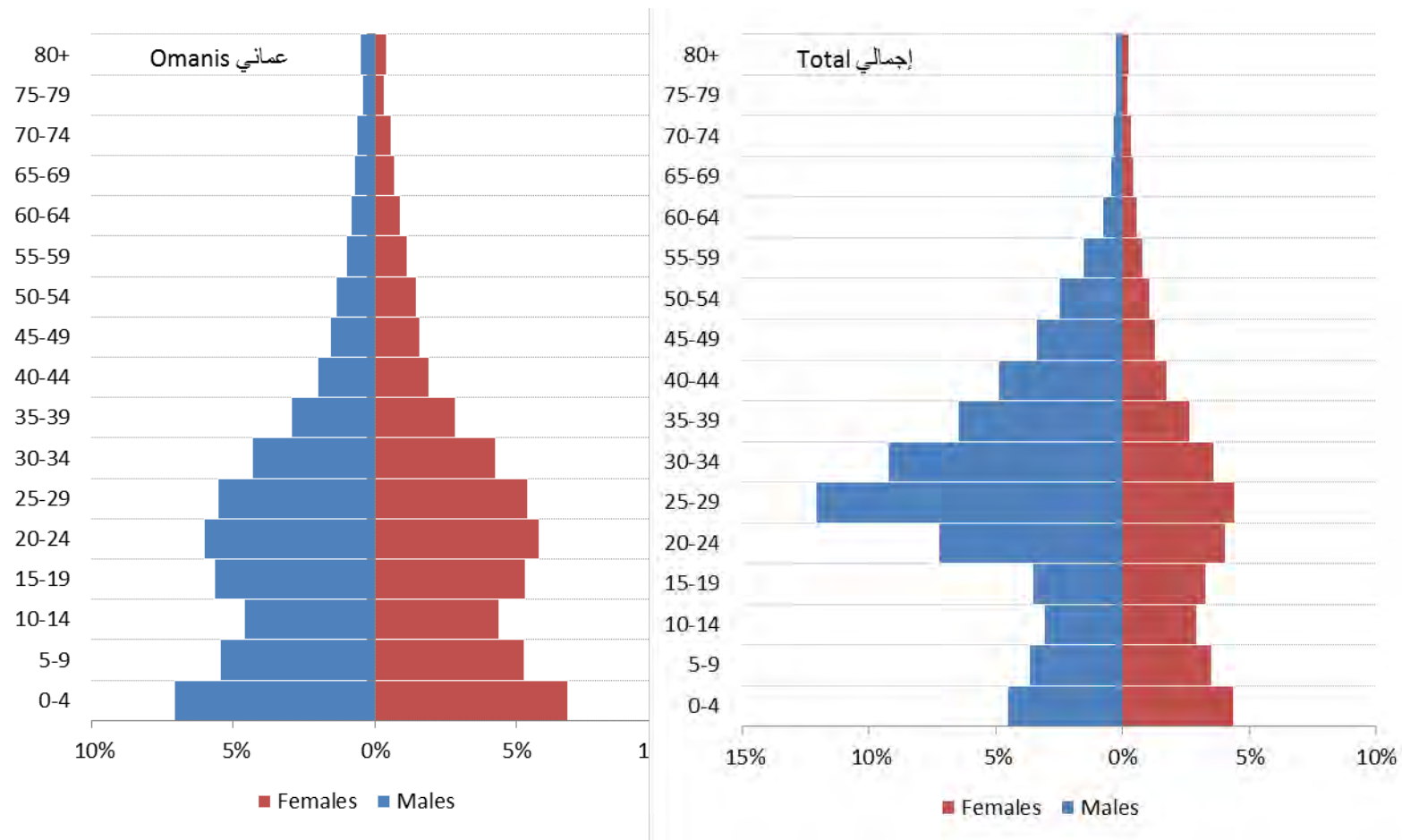


Figure 1-5: Population pyramid showing age and sex structure for the Omani population (left) and total population (right) 2012

رسم ١-٥: الهرم السكاني يوضح التوزيع العمري والنوعي للسكان العمانيين (يسار) ولإجمالي السكان (يمين)، ٢٠١٢م

Future population projections utilized the assumption of stationary fertility at a total fertility rate of 3.3 per women 15-49 years of age. Population projections showed that the Omani population would increase to more than 4.7 million in the year 2050 (Figure 1-6). Figure 1-7 shows the difference in the expected age and sex structure of the Omani population in 2050 on the right compared with 2012 on the left.

وقد تم الحصول على الإسقاطات المستقبلية للنمو السكاني باستخدام فرضية ثبات مستويات الخصوبة على مدار السنين عند المعدل الحالي وهو ٣,٣ مولود حي لكل امرأة في الفئة العمرية ١٥-٤٩ سنة. وأوضحت الإسقاطات أنه يتوقع أن يزيد عدد السكان العمانيين ليصل في عام ٢٠٥٠ إلى ٤,٧ مليون نسمة، مقارنة بما كان عليه عام ٢٠١٢، وهو ٢,١ مليون نسمة (كما هو موضح في الرسم ١-٦). ويوضح الرسم ١-٧ التركيب السكاني وفق العمر والجنس للمجتمع العماني في عام ٢٠٥٠ (يمين) مقارنة مع التركيب السكاني في عام ٢٠١٢ (يسار).

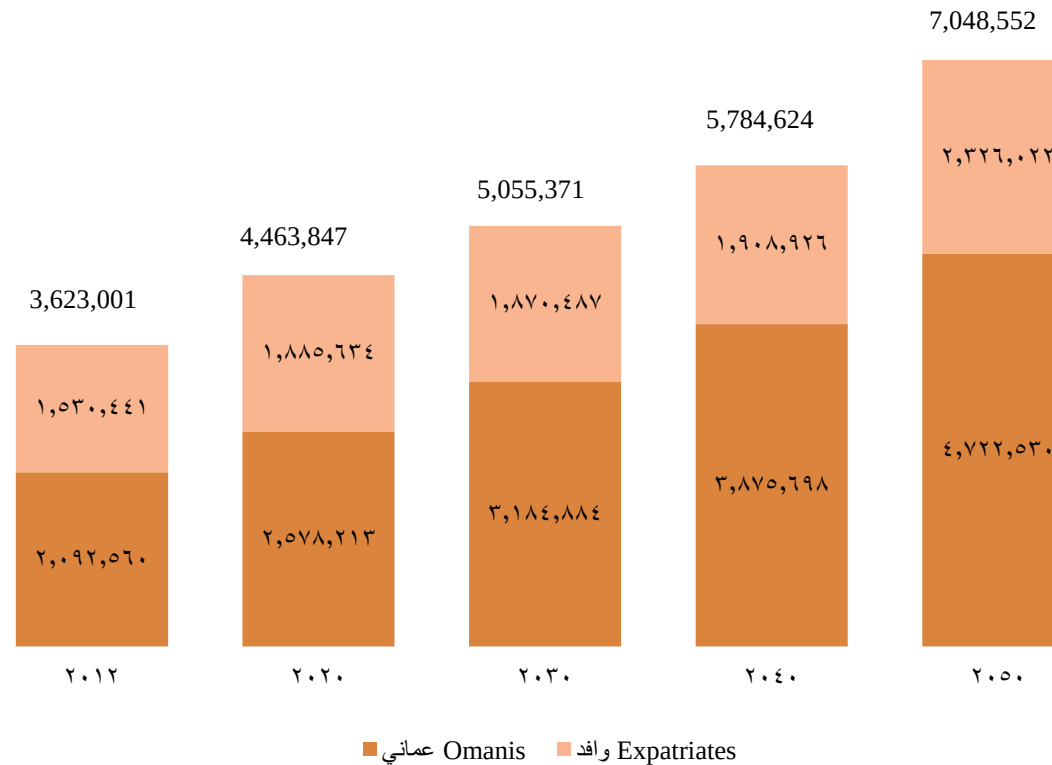


Figure 1-6: Projected population size until 2050

الرسم ١-٦: الرسم يوضح الإسقاطات لأعداد السكان حتى ٢٠٥٠م

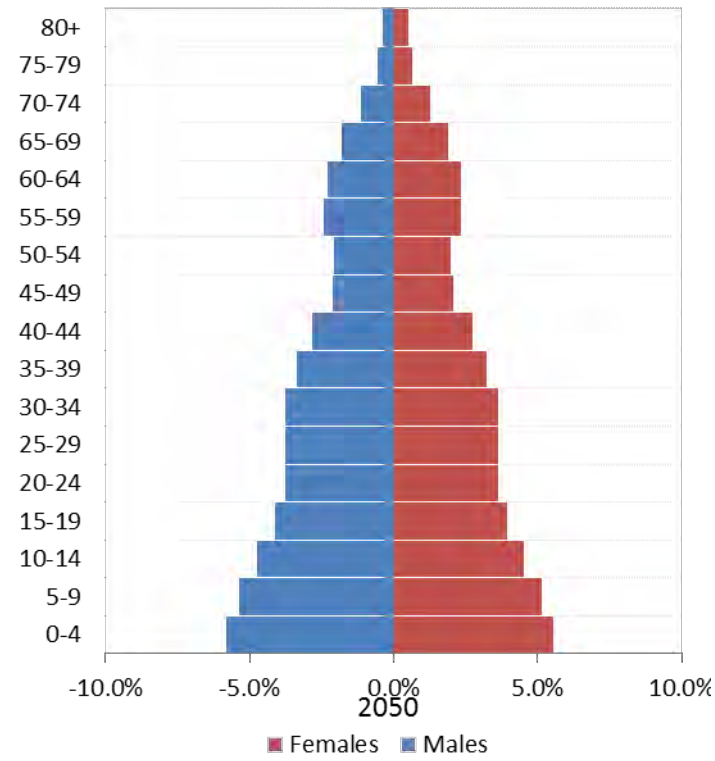
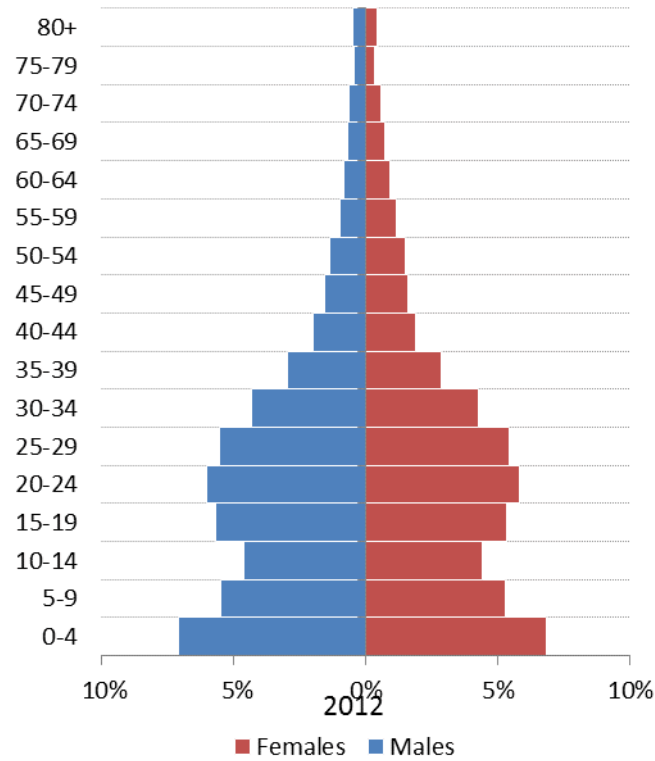
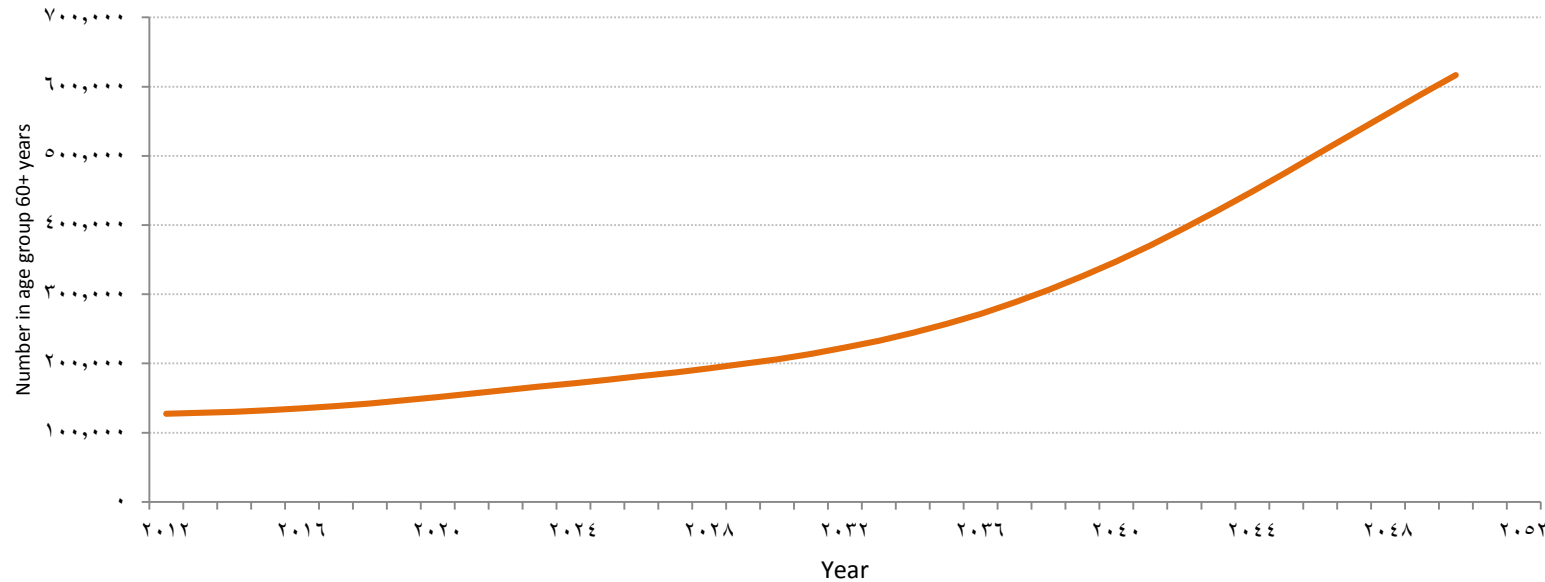


Figure 1-7: Projected population pyramid for the Omani population in 2050 compared with 2012

الرسم ٧-١: الرسم يوضح الهرم السكاني المتوقع في عام ٢٠٥٠ (يمين) مقارنة مع الهرم السكاني في عام ٢٠١٢ (يسار)

The projected age structure shows that the Omani population is aging. Omanis aged 60 and older will increase to about 13.1% of the Omani population in 2050 compared with 6.1% in 2012. Their number will be about 617 thousands in 2050 increasing from 127 in 2012 (Figure 1-8); in other words, it will increase about five folds.

يتضح من التركيب السكاني المتوقع في عام ٢٠٥٠م وفق العمر والجنس للمجتمع العماني تزايد عمر السكان حيث أن من المتوقع أن يشكل كبار السن في عمر ٦٠ سنة وما فوق ما يقرب من ١٣,١٪ في العام ٢٠٥٠م مقابل ٦,١٪ من السكان العمانيين عام ٢٠١٢م، وأن أعدادهم سوف ترتفع من ١٢٧ ألف إلى ٦١٧ ألف نسمة (كما هو موضح في الرسم ٨-١، أي أن أعداد كبار السن في عمر ٦٠ سنة وما فوق سوف يتضاعف خمس مرات خلال تلك الفترة.



الرسم ٨-١: الرسم يوضح النمو المتوقع للسكان المسنين الذين يبلغون من العمر ٦٠ عاماً فأكثر على مدى السنوات حتى ٢٠٥٠

Figure 1-8: Estimated size of elderly population (60+ years) till 2050

The health of the population is determined not only by health sector activities, but also by controlling other factors by actions that may be beyond the mandate of the health sector. It is thus necessary for health sector to engage with other sectors of the Government and society to address such factors; as economic status, education levels, environmental problems, water shortages, housing conditions, individual behaviors and cultures.

To visualize the health system in the future it was necessary to analyze the different determinants that affect the health system functions. "Health Vision 2050" analyzed the political, economic, social, technological and legal determinants of the health system, in other words it performed a PESTEL analysis.

الحالة الصحية للسكان لا تتأثر فقط بالأنشطة التي يقوم بها القطاع الصحي، بل أيضاً تتأثر بعدد من العوامل يكون التحكم فيها من خلال تنفيذ إجراءات قد تكون خارج نطاق ما يتمتع به القطاع الصحي من تفويضات وصلاحيات، مما يملئ على القطاع الصحي ضرورة التعاون والتكامل مع القطاعات الحكومية والمجتمعية الأخرى للتصدي لهذه العوامل التي هي محددات هامة لصحة السكان، مثل الوضع الاقتصادي، ومستويات التعليم، والمشاكل البيئية، ونقص المياه، وظروف السكن، والسلوكيات والثقافات الفردية.

لاستقراء مستقبل النظام الصحي ووضع الرؤى كان لزاماً تحليل العوامل المختلفة التي تؤثر على النظام الصحي ووظائفه، ولذا تعرضت النظرة المستقبلية للنظام الصحي "الصحة ٢٠٥٠" لتحليل العوامل السياسية، والعوامل الاقتصادية، والعوامل الاجتماعية، والعوامل التكنولوجية، والعوامل القانونية، وهو ما يطلق عليه تحليل PESTEL.

وفيما يلي ملخص لأهم ما جاء في هذا التحليل (PESTEL Analysis).

السياق السياسي

- شهدت السلطنة خمس مراحل من التطور السياسي واستجابت كل مرحلة لمتطلبات التنمية في وقتها.
- النمو الثابت والمتزن والواضح للسياسات قدمت الدعم اللازم في القيادة والحوكمة في قطاعي الصحة والتعليم مما ساهم في تحقيق الإنجازات في رفع المستوى الصحي للسكان.
- صنف "معهد الاقتصاد والسلام" السلطنة من ضمن أكثر الدول تمتعا بالسلام وبلغ مؤشر السلام العالمي في السلطنة ٨٩,١، والذي تتراوح قيمه من ١ إلى ٥ وواحد يعني الأكثر سلاما.
- أوضح تقرير "حقوق الملكية العالمي" دعم الحكومة بالسلطنة لأمن حقوق الملكية من الناحيتين المادية والفكرية وبلغ المؤشر الدولي لحقوق الملكية في السلطنة ٦,٦ من أصل ١٠.

الوضع الاقتصادي

- أوضحت البيانات أن الاقتصاد العماني قد شهد معدلات نمو مرتفعة نسبيا خلال فترة العقدين الماضيين
- بلغ متوسط معدل النمو السنوي للناتج المحلي الإجمالي حوالي ١٢,٣% منذ عام ٢٠٠٠م.
- بلغ نصيب الصحة من إجمالي الناتج المحلي حوالي ١,٤% في عام ٢٠١١.
- يمثل البترول والغاز ما نسبته حوالي ٨٤,٧% من إجمالي الإيرادات.
- تمثل مصروفات وزارة الصحة حوالي ٧,٢% من إجمالي المصروفات الحكومية.
- الإعالة الاقتصادية مرتفعة نسبيا، فالشخص النشط اقتصاديا يعول في المتوسط حوالي ٦,١ شخص.
- وضع المنتدى الاقتصادي سلطنة عمان في المرتبة الخامسة من بين ١٤٤ دولة من حيث ثبات البيئة الاقتصادية والمرتبة ١٧ من حيث جاهزية المؤسسات لدعم الإنتاج.

الحالة الاجتماعية

- متوسط حجم الأسرة العمانية يصل إلى ٧,٨ فرد تقريبا.
- تبلغ نسبة الإناث العمانيات (١٥ سنة فأكثر) المتزوجات حوالي ٥٠,٧% من الإناث العمانيات.
- تبلغ نسبة الأمية بين العمانيين (١٥ سنة فأكثر) فقط ١٤,١%.
- يتوفر إجمالي عدد ١٥٢٩ مدرسة تضم في مجملها أكثر من ٦٤٤ ألف طالبا وطالبة.
- تدبر الحكومة أكثر من ٦٨% من إجمالي المدارس وهي تضم حوالي ٨٠% من إجمالي الطلاب.
- تبلغ نسبة طلاب المدارس إلى الفصول ٢٧ طالبا لكل فصل ونسبة الطلاب إلى المدرسين ١١,٢

PESTEL analysis had revealed the following:

Political

- Oman has developed politically in five phases, each phase responding to timely needs of development of the country.
- The clear political stability and growth had supported leadership and governance in the health sector as well as the educational sector leading to remarkable and speedy achievements in health of the people of Oman.
- The Institute for Economic and Peace has classified Oman among the most peaceful countries in the world with a Global Peace Index (GPI) of 1.89, in 2012.GPI ranges from 1 to 5 with 1 most peaceful.
- The report on "International Property Rights" in 2012 shows that the Government in Oman supports the security of property rights, both physical and intellectual with an International Property Right Index of 6.6 out of 10.

Economical

- The economy of Oman witnessed a relatively high growth rate during the last two decades.
- The Gross Domestic Product (GDP) has grown with an average annual growth rate of 12.3% since 2000.
- The relative share of health in GDP is 1.4% in 2011.
- Oil and gas account for about 84.7% of the total revenues.
- Ministry of Health expenditure represent about 7.2% of the total Government expenditure.
- Economic dependency is relatively high and is equal to about 6.1 persons.
- Globally, the World Economic Forum, in 2012 had ranked Oman 5th among 144 countries for its macroeconomic stability and 17th for the readiness of its institutions to enhance productivity and thus enhance the level of prosperity that can be earned by its economy.

Social

- Average family size is about 7.8 persons.
- Married Omanis females (15 years +) is about 50.7% of all Omani females.
- Illiteracy rate among Omanis (15 years+) is only 14.1%.
- There are a total of 1,529 schools accommodating more than 644 thousands students
- The Government runs more than 68% of schools that accommodate about 80% of the students.
- Government schools show a student-class ratio of 27 students and student-

teacher ratio of 11.2 students.

- Gross primary enrollment is 101.2% while net primary enrollment is 98.1%.
- The private sector's share in providing education is 11.2% of all students in Oman.
- There are 55 Higher Education Institutes (HEIs) the Government runs 28 of them. There exists one Government University (Sultan Qaboos University) and seven private ones.
- There are about 95,146 students registered in higher education in 2011/2012.
- Only 4.6% (4,744 students) of students registered at bachelor level, study specialties related to health.
- There are 431 students studying postgraduate studies in health related disciplines; of whom 404 (94%) are studying abroad.
- About 88.5% of workers work in the private sector.
- Only 20.1% of the total workforce in the country are Omanis
- Oman has a "Human Development Index (HDI)" with a value of 0.731 out of 1 and is ranked 84th among 184 countries. The health component of the HDI was highest (0.839).
- The Human Development Report 2009 had classified Oman among countries with low human poverty.
- About 5.8% of Omanis are under the umbrella of social welfare.
- The Government grants about 122 million O.R. to about 81,532 cases of beneficiaries.

Technological

- The Government established "Information Technology Authority (ITA)" in 2006 to implement national policies and projects related to the digital Oman strategy.
- Internet subscribers increased five folds since 2000.
- Mobile phones increased more than 32 folds since 2000.
- Oman has a Networked Readiness Index of 4.5 out of 7 and is ranked 40th among 144 countries.

Environmental

- The Government issued legislations to enforce preserving water resources and protect it from pollution.
- Desalination plants are the source of drinking water.
- Treated water is distributed through piped network of about 4,500 kilometers

طالباً لكل مدرس في المدارس الحكومية.

- يبلغ معدل الالتحاق الإجمالي للمدارس الابتدائية ١٠١,٢% ومعدل الالتحاق الصافي ٩٨,١%.
- يساهم القطاع الخاص في تعليم ١١,٢% من إجمالي الطلاب في سلطنة عمان.
- تدير الحكومة ٢٨ مؤسسة من إجمالي ٥٥ مؤسسة تعليم عالي وتتوفر جامعة حكومية واحدة (جامعة السلطان قابوس) وسبعة جامعات خاصة.
- بلغ عدد الطلاب المسجلين للتعليم العالي حوالي ٩٥١٤٦ طالباً (٢٠١١-٢٠١٢م).
- فقط ٤,٦% (٤٧٤٤) من إجمالي الطلاب المسجلين لدرجة البكالوريوس يدرسون في مجالات صحية.
- يبلغ عدد الدارسين للدراسات العليا بعد البكالوريوس في تخصصات صحية ٤٣١ طالباً منهم ٤٠٤ (٩٤%) يدرسون في الخارج.
- حوالي ٨٨,٥% من إجمالي العاملين يعملون في القطاع الخاص.
- فقط ٢٠,١% من العاملين بالقطاع الخاص هم من العمانيين.
- معامل التنمية البشرية لعُمان بلغ ٠,٧٣١ من ١، وكان مكون الصحة هو الأعلى من ضمن المكونات (٠,٨٣٩) في عام ٢٠١٢م.
- صنف تقرير التنمية البشرية لعام ٢٠٠٩م عُمان من ضمن الدول التي لديها فقر بشري منخفض
- حوالي ٥.٨% من العمانيين تحت مظلة الضمان الاجتماعي.
- يتلقى ٨١٥٣٢ شخصاً مساعدات حكومية (حالات ضمان اجتماعي) بلغت ١٢٢ مليون ريال عماني.

الوضع التكنولوجي

- أنشأت الحكومة "هيئة تقنية المعلومات" وذلك في عام ٢٠٠٦م لتطبيق السياسات ولتشرف على المشاريع ذات الصلة بتنفيذ الاستراتيجية الرقمية في سلطنة عمان.
- ارتفع عدد المشتركين في الانترنت خمسة أضعاف منذ عام ٢٠٠٠م.
- ارتفع عدد المستخدمين للهاتف المحمول ٣٢ ضعفاً منذ عام ٢٠٠٠م.
- حققت سلطنة عمان ٤,٥ من ٧ في مؤشر الجاهزية الشبكية وكان ترتيبها الأربعين من بين ١٤٤ دولة.

الوضع البيئي

- أصدرت الحكومة عدد من التشريعات للمحافظة على الموارد المائية وحمايتها من التلوث.
- محطات تحلية المياه هي المصدر الرئيسي لمياه الشرب بالبلاد.
- يتم توزيع المياه المعالجة من خلال شبكة توصيل المياه المعالجة والتي يبلغ طولها حوالي ٤٥٠٠ كيلومتراً.

- About 77% of households use safe water and more than 87% use safe drinking water.
- About 99% of households have improved sanitation.
- The Government developed policies for managing solid and health care wastes.
- تتوفر مياه الشرب الآمنة لحوالي ٧٧% من الأسر المعيشية والمياه الصالحة للاستخدام المنزلي لحوالي ٨٧% من الأسر.
- يتوفر صرف محسن لحوالي ٩٩% من الأسر المعيشية.
- قامت الحكومة بصياغة السياسات الخاصة بالتخلص من الفضلات الصلبة وفضلات الرعاية الصحية.

Legal

- The Government issues Laws and Commitments over time to control the progress of health developments.
- Bilateral agreements for human resources for health in developed countries reflect Government commitment to develop the health system

In conclusion, the political stability and wise development, the economic growth seen in the last two decades, the information and communication technology in the country, the comprehensive legislations and the safe and secure environment and the social characteristics provide a suitable environment for developing the health system.

السياق القانوني

- أصدرت الحكومة عددا من التشريعات والالتزامات على مدى السنوات للتنمية الصحية.
- تعكس الاتفاقات الثنائية لتدريب الموارد البشرية للصحة في الدول المتقدمة والالتزامات الحكومية للتنمية البشرية للصحة التزام الحكومة بتنمية النظام الصحي.

أظهرت التحليلات للعوامل التي تؤثر على النظام الصحي والتي هي خارج نطاق التحكم من قبل القطاع الصحي أن الثبات السياسي والحكمة في سرعة التنمية والنمو الاقتصادي خلال العقدين الماضيين والتطور الملحوظ في تكنولوجيا المعلومات والاتصالات وتوفير القوانين والتشريعات لضمان بيئة آمنة والحالة الاجتماعية للمجتمع، توفر في مجملها المناخ المناسب لتنمية وتطوير النظام الصحي.

Health Status

There have been tremendous efforts over the years to improve the health system. Efforts resulted in remarkable improvements in health status. The main goal of any health system is to improve health of the population. "Health Vision 2050" analyzed the health status in the Sultanate of Oman to visualize the future needs in developing the health system. The analysis allowed viewing the expected future challenges as well as expected future changes in the epidemiological profile. The analysis of the health status was essential for developing the visions for improving the health system in the Sultanate. The following summarizes the health status and future challenges.

الحالة الصحية للمجتمع

حققت سلطنة عمان إنجازات جليلة في مجال تطوير الوضع الصحي للسكان من خلال المجهودات المضنية التي بُذلت على مدى السنوات لتطوير وتنمية النظام الصحي. ولما كان هدف أي نظام صحي هو تطوير وتحسين الوضع الصحي للسكان، فقد تم تحليل الوضع الصحي كأحد مكونات النظرة المستقبلية للنظام الصحي "الصحة ٢٠٥٠" التعرف على الاحتياجات لتطوير النظام الصحي القائم. كما يساهم تحليل الوضع الصحي في التعرف على التحديات المستقبلية المتوقعة لتحسين الصحة وكذلك يساهم في التعرف على النمط الوبائي بالبلاد وأيضا النمط المتوقع في المستقبل. ولذا فإن تحليل الوضع الصحي للسكان يمثل ضرورة ليسمح برؤية شكل النظام الصحي الذي يمكنه من مواجهة تلك التحديات والتعامل مع أنماط الأمراض والوفيات. ويمكن تلخيص أهم نتائج هذا التحليل وأهم خصائص الحالة الصحية فيما يلي:

Mortality Rates and Life Expectancy

- Oman was regarded globally as fastest mover in reducing childhood mortality during the 80s and 90s
- Infant Mortality Rate (/1000 live births) declined from 16.7 in 2000 to 9.5 in 2012.
- Under 5 Morality Rate (/1000 live births) declined from 21.7 in 2000 to

معدلات الوفيات والعمر المتوقع عند الولادة

- اعتبرت المنظمات الدولية عمان من أسرع الدول في خفض معدلات الوفيات للأطفال خلال فترة الثمانينيات والتسعينيات
- انخفض معدل وفيات الرضع (لكل ١٠٠٠ مولود حي) من ١٦,٧ في عام ٢٠٠٠م إلى ٩,٥ عام ٢٠١٢م.
- انخفض معدل وفيات الأطفال دون الخامسة من العمر (لكل ١٠٠٠ مولود حي) من ٢١,٧ في عام

11.5 in 2012.

- Crude Death Rate (/1000 pop) is 3.2 in 2012.
- Life Expectancy at birth 76.2 years in 2012.
- Control of communicable diseases and childhood illness were the main driving forces for mortality reduction.
- About 63% of infant deaths take place during the first week of life and 79% during the first month, mainly due to congenital anomalies and malformations and other causes related to disorders during gestation.
- Mandatory registrations of births and deaths since May 2005.

Fertility Rates

- Fertility rates declined significantly since mid-80s, fertility indicators in 2012 are:
 - Crude birth rate (/1000 pop) is 32.1
 - Total fertility rate is 3.7 (live births per woman aged 15-49)
- Singulate mean age at first marriage increased from 20.7 for females and 24.7 males in 1993 to 26.8 and 29.1, in 2008 respectively.

Child Health

- Underweight of children aged less than 5 years declined from 23.6% in 1995 to 8.9% in 2009, wasting from 13% to 8.1% and stunting from 22.9% to 11.3% and overweight is 2.2% and anemia is 60.2% in 2009.
- Micronutrients e.g. Vitamin A were given to combat deficiencies.
- Integrated management of childhood illness strategy is implemented.
- About 25 out of 1000 births suffer congenital anomalies annually.

Maternal Health

- Women in the reproductive age group (15-49 years) represent 27.1% of the Omani population.
- Maternal and child health services are uniformly implemented since 1987.
- Only less than 1% of women who deliver do not register for antenatal care services.
- Early registration for antenatal care is about 66.5%.
- About 34% of women, who delivered, spaced children by 3 or more years and 42.5% by 2-3 years.
- Mean number of visits to antenatal care services is about six visits compared with the recommended number of six visits.

٢٠٠٠م إلى ١١,٥ عام ٢٠١٢م.

- بلغ معدل الوفيات الخام ٣,٢ لكل ١٠٠٠ من السكان في عام ٢٠١٢م
- ارتفع العمر المتوقع عند الولادة إلى ٧٦,٢ سنة في عام ٢٠١٢م
- كان التحكم في الأمراض المعدية والأمراض الخطرة للطفولة السبب الرئيسي في انخفاض معدلات الوفيات
- حوالي ٦٣% من وفيات الرضع تحدث خلال الأسبوع من العمر و٧٩% خلال الشهر الأول، وهي بسبب التشوهات والعيوب الخلقية وأسباب أخرى لها علاقة بفترة الحمل.
- بدأ تطبيق نظام الأحوال المدنية والتسجيل الإلزامي للمواليد والوفيات منذ مايو ٢٠٠٥م. □

معدلات الخصوبة

- انخفضت معدلات الخصوبة بشكل ملحوظ منذ منتصف الثمانينيات، وهي في عام ٢٠١٢م كالآتي:
 - بلغ معدل المواليد الخام (لكل ١٠٠٠ من السكان) ٣٢,١
 - بلغ معدل الخصوبة الكلي ٣,٧ (مولود حي لكل امرأة عمرها ١٥-٤٩ سنة)
- ارتفع متوسط سن الزواج الأول من ٢٠,٧ سنة للإناث و٢٤,٧ سنة للذكور في عام ١٩٩٣م إلى ٢٦,٨ سنة للإناث و٢٩,١ سنة للذكور، في عام ٢٠٠٨م على التوالي. □

صحة الطفل

- انخفض نقص الوزن في الأطفال أقل من خمس سنوات في العمر من ٢٣,٦% في عام ١٩٩٥م إلى ٨,٩% في عام ٢٠٠٩م، كما انخفض الهزال من ١٣% إلى ٨,١% والتقرن من ٢٢,٩% إلى ١١,٣% خلال نفس الفترة، وبلغت نسبة الأطفال الذين يعانون من فرط الوزن والبدانة ٢,٢% وفقر الدم ٦٠,٢%.
- يتم توفير جرعات من المغذيات الدقيقة مثل فيتامين "أ" وذلك لتجنب نقصها في الأطفال.
- يتم تطبيق الاستراتيجية الخاصة بالإدارة المتكاملة لعلاج أمراض الطفولة في علاج ورعاية الأطفال.
- يعاني حوالي ٢٥ مولود من بين كل ١٠٠٠ من التشوهات أو الإعاقات الخلقية كل سنة.

صحة الأم

- تمثل الإناث في العمر الانجابي (١٥-٤٩ سنة) حوالي ٢٧,١% من المجتمع العماني.
- يتم تطبيق خدمات صحة الأمومة والطفولة بشكل وطني موحد وذلك منذ عام ١٩٨٧م.
- فقط أقل من ١% من الأمهات التي تضع مولودا لا يتم تسجيلها في خدمات رعاية الحمل.
- بلغت نسبة التسجيل المبكر لرعاية الحمل حوالي ٦٦,٥%.
- تبلغ نسبة الأمهات اللاتي يباعدن بين الأطفال ٣ سنوات فأكثر حوالي ٣٤% من الأمهات اللاتي يلدن واللاتي يباعدن من ٢-٣ سنة حوالي ٤٢,٥%.
- بلغ متوسط عدد الزيارات لخدمات متابعة الحمل حوالي ٦ زيارات مقارنة بما هو موصي به وهو ٦ زيارات.

- بلغت نسب الحوامل اللاتي يعانين من فقر الدم حوالي ٢٦,٧% واللاتي يعانين من السكري ٤,٨% ومن ارتفاع ضغط الدم حوالي ١,١%.
- بلغ معدل وفيات الأمهات ١٣,٢ (لكل ١٠٠٠٠ مولود حي) في عام ٢٠١٢م.
- **الأمراض المعدية (أو السارية)**
- تبنت وزارة الصحة عددا من الاستراتيجيات الناجحة للتحكم في الأمراض المعدية.
- بدء تطبيق البرنامج الموسع للتحصينات في عام ١٩٨١م وقد ساهم البرنامج في استئصال عدد من أمراض الطفولة الخطرة مثل شلل الأطفال والخناق أو الدفتيريا والكزاز الوليدي، والتحكم في عدد آخر من الأمراض مثل الحصبة والحصبة الألمانية والشاهوق أو السعال الديكي والكاف والالتهاب الكبدي الفيروسي وغيرها.
- يتوفر نظام ترصد وبائي قوي لمراقبة الأمراض المعدية وذلك منذ عام ١٩٩١م.
- يتطلب كل من مرض الدرن والملاريا اهتماما خاصا لضمان عدم انتشارهم مجددا.
- الالتهابات المنقولة تناسليا تمثل أحد التحديات الهامة والتي تتطلب اهتماما خاصا في المستقبل.
- لا بد أن يستمر النظام الصحي في تقوية أساليب الاستعدادات والتأهب لمواجهة المخاطر العالمية مثل متلازمة التهابات الأمراض التنفسية الحادة (سارس) وإنفلونزا الطيور (H5N1) والخنازير (H1N1).
- **الأمراض غير المعدية (أو غير السارية)**
- تشهد عمان تحولا وبائيا من الأمراض المعدية إلى الأمراض غير المعدية بسبب تغيرات في أنماط الحياة بالإضافة إلى التغيرات الديموغرافية المتمثلة في تطاول عمر السكان وغيرها من العوامل.
- تمثل أمراض القلب والجهاز الدوري وأمراض السرطانات الأسباب الرئيسية للوفاة.
- أمراض ارتفاع ضغط الدم وارتفاع دهنيات الدم والسمنة والسكري في ارتفاع مستمر.
- حوالي ٧٥% من مرضى ارتفاع ضغط الدم و٥٢% من مرضى السكري لا يعلمون بمرضهم كما أن ٦٧% و ٦٤%، على التوالي، ممن يعرفون أنهم مرضى لا يتحكمون في مرضهم بشكل مناسب.
- تمثل حوادث الطرق تهديدا وطنيا لما لها من أثار اقتصادية واجتماعية على المجتمع ومعدلات الوفاة بسبب حوادث الطرق هي الأعلى في الفئات العمرية الأكثر إنتاجية في المجتمع. وتعتبر معدلات الوفاة بسبب حوادث الطرق في عمان من أعلى المعدلات العالمية حيث بلغت ١٣,٩% من إجمالي الحوادث وتمثل ١٤,٩% من إجمالي الوفيات في عمان.
- حوالي ٣٢ من كل ١٠٠٠ من السكان العمانيين يعانون من الإعاقة. ضعف البصر أكثر الإعاقات انتشارا.
- About 26.7% of pregnant women are anemic, 4.8% are diabetic and 1.1% are hypertensive.
- Maternal Mortality Ratio is 13.2 (per 100,000 live births) in 2012.
- **Communicable diseases**
- Ministry of Health adopted successful strategies to control of communicable diseases.
- Expanded program of immunization started in 1981 and contributed to elimination of a number of serious childhood diseases (poliomyelitis, diphtheria and tetanus neonaturum) and control of others (measles, rubella, pertussis, mumps, hepatitis and others).
- A strong communicable diseases surveillance system exists since 1991.
- Tuberculosis and malaria require intensive control activities to prevent their roll back.
- Sexually transmitted infections is one important challenge that requires attention.
- Health system need to be continue preparedness to face any global threats similar to SARS, bird (H5N1) and swine influenza (H1N1).
- **Non-communicable diseases**
- Oman has witnessed an epidemiological transition to non-communicable diseases possibly because a number of factors including changes in life-style together with the demographic changes evident by aging of the population.
- Cardiovascular diseases and neoplasm are the leading causes of deaths.
- Hypertension, hypercholesterolemia, obesity and diabetes mellitus are on the rise.
- 75%of hypertensive patients and 52% of diabetics do not know that they are diseased and only 67% and 64% of those diseased are not controlled; respectively.
- Road traffic accidents (RTA) are a national crisis because of its economic and social impact on the population. Death rates because of RTA are among the highest worldwide and affecting the most productive population group. RTA deaths represent 13.9% of accidents and 14.9% of all deaths.
- About 32 out of every 1000 Omanis suffer some sort of disability the most common is poor vision.

Guiding Features of the Health System in Oman

The following is a list of important features of the health system in Oman that guided the development of the health visions. The list covers the six building blocks of the health system.

Leadership and Governance

- The Ministry of Health had developed a “Health Policy” that has been supplemented with updated goals, directives and priorities during each “Five-Year Health Development Plan. Changes in the health system and its performance should consider policy updates.
- Ministry of Health adopted a decentralization policy delegating a number of financial and administrative responsibilities to Health Governorates since 1991. However, there are no studies of the efficiency of such a policy.
- The health system responded to medical needs of 98.4% of those who needed it; and 76% to 77% of the people consider the health system responsive to their non-health needs.

Health System Financing

- The absence of an effective “National Health Account System (NHA)” makes it difficult to monitor health spending for certain health programs or for certain population group.
- World Health Organization estimates that Oman is among the lowest member states as regards health spending expressed as percentage of Gross Domestic Products (GDP) (2.7%).
- Health system is predominantly financed and run by the Government. It spends about 81% of Total Health Expenditure and this represents only 6.2% of total Government expenditure (in 2010).
- Out-of-pocket expenditure on health in Oman is relatively low if compared with other countries. The Government protects the people against

خصائص النظام الصحي

أظهر تحليل النظام الصحي في سلطنة عمان عدداً من الخصائص التي من شأنها أن توجه وضع الرؤية الصحية، وهذه الخصائص مقسمة حسب الدعامات الستة للنظام الصحي كالآتي:

القيادة أو الحوكمة

- صاغت وزارة الصحة “السياسة الصحية” وقد تم تحديث تلك السياسة بالأهداف والتوجهات والأولويات خلال كل خطة من الخطط الخمسية للتنمية الصحية، ويلزم الاهتمام بدراسة السياسة الصحية وتحديثها لتتلاءم مع تنمية النظام الصحي.
- تبنت وزارة الصحة سياسة لامركزية الخدمات الصحية والتي من خلالها أوكلت عدداً من المسؤوليات تشمل جوانب من إدارة الموارد المالية وكذلك جوانب من إدارة الخدمات الصحية إلى المحافظات منذ عام ١٩٩١م، إلا أنه لم يتم تقييم مدى تأثير هذه السياسة على كفاءة وقدرة النظام الصحي.
- استجاب النظام الصحي للاحتياجات الطبية لحوالي ٩٨,٤% ممن احتاج رعاية طبية، كما أن حوالي ٧٦% إلى ٧٧% من أفراد المجتمع يشعرون أن النظام الصحي قد استجاب لاحتياجاتهم غير الطبية.

التمويل الصحي

- هناك صعوبة في متابعة وتقييم الإنفاق الصحي الموجه إلى البرامج الصحية أو إلى فئة عمرية من فئات المجتمع بسبب غياب نظام محاسبة التكاليف الصحية.
- تقديرات منظمة الصحة العالمية توضح أن سلطنة عمان هي من ضمن أقل الدول في الإنفاق الصحي إذا تم تقديره كنسبة مئوية من إجمالي الناتج المحلي (٢,٧%).
- تدير الحكومة النظام الصحي وتحمل أغلب النفقات الصحية حيث تتحمل حوالي ٨١% من إجمالي الإنفاق الصحي وهو ما يمثل حوالي ٦,٢% من إجمالي الإنفاق الحكومي (لعام ٢٠١٠م).
- يعتبر الإنفاق الشخصي على الصحة في سلطنة عمان منخفضاً إذا ما قورن بالدول الأخرى، إذ أن الحكومة التزمت بحماية أفراد المجتمع من التكلفة المرتفعة للخدمات والرعاية الصحية ومن مخاطر

expensive health care services and against financial risk because of health care.

- Ratio of Ministry of Health total revenues to its total recurrent expenditure is only 5.1%.
- Ministry of Health imposed minimal cost sharing since 1998.
- The health system performs well on most of the basic objectives of a health system. Spending was not excessive and outcomes were reasonable given the amount of spending. It requires more attention at the microeconomic efficiency perspective.
- Health expenditure is expected to increase to face the challenges of the epidemiological profile, the escalating costs of health care and to meet demand of the people for highly specialized tertiary care that can reduce burden of seeking medical care abroad.
- Annual increase in recurrent expenditure over the previous several years only covers annual increase in salaries, population growth and increase in cost of imported medical supplies and is not enough to promote health development.

- بلغت نسبة إيرادات وزارة الصحة إلى مصروفاتها المتكررة فقط ٥,١%.

- فرضت وزارة الصحة رسوم بسيطة كمشاركة في التكاليف الصحية منذ عام ١٩٩٨م.
- النظام الصحي يؤدي أداءً جيداً في معظم الأهداف الأساسية للنظم الصحية، ولم يكن الإنفاق مفرطاً وكانت النتائج الصحية معقولة مقارنة بمقدار الإنفاق، ويحتاج الاهتمام بالأداء على مستوى الكفاءة في الاقتصاد الصغير (الجزئي).
- يتوقع أن يرتفع الإنفاق الصحي لمواجهة التحديات في الحالة الوبائية وتكاليف الرعاية الصحية المرتفعة والمتسارعة في الارتفاع والاستجابة لتوقعات المجتمع من حيث توفر الرعاية الصحية المتخصصة والتي تساهم بتقليل عبء السفر للخارج للحصول على الرعاية الطبية التخصصية.
- لا تغطي الزيادة السنوية في المصروفات المتكررة في السنوات السابقة سوى الزيادة السنوية في الرواتب والزيادة في أعداد السكان وزيادة تكاليف المستلزمات الطبية المستوردة ولا تغطي الزيادة الحقيقية اللازمة لتعزيز تطوير النظام الصحي.

Health Services

- The umbrella of health service was developed and expanded over the past 40 years. Health-care providers other than MOH contributed to health services only after 1985.
- The private sector's contribution in the umbrella of health services is small and is mainly non-specialized services; private hospital beds represent only 7.5% of hospital beds and specialized clinics represent only 27% of all private clinics.
- There has been continuous developments of primary health care (PHC) over the years as the main entry point for health care. There is an apparent shift over the years in the utilization of health services from hospital care to primary health care services; outpatient visits to health centers had increased from 35% of total outpatient visits in 1990 to 73% in 2012.
- The epidemiological shift to non-communicable diseases requires innovative, specialized and intensive activities for control compared with communicable diseases.

تقديم الخدمات الصحية

- شهدت مظلة الخدمات الصحية تطوراً وتوسعاً كبيراً خلال السنوات الأربعين السابقة، وقد شارك مقدمو الخدمات الصحية غير وزارة الصحة، الوزارة في تقديم الخدمات فقط بعد ١٩٨٥.
- تعتبر مشاركة القطاع الخاص في مظلة الخدمات الصحية ضعيفة وتتمثل معظم مشاركته في الخدمات غير التخصصية حيث تمثل أسرة المستشفيات الخاصة فقط ٧,٥% من إجمالي الأسرة وتمثل العيادات المتخصصة ٢٧% من إجمالي العيادات الخاصة.
- الرعاية الصحية الأولية هي المدخل الرئيسي لجميع مستويات الرعاية الصحية وشهدت تطوراً مستمراً على مدى السنوات، فقد شهدت استخدامات الخدمات الصحية تحولاً ملحوظاً من استخدام المستشفيات إلى استخدام المراكز الصحية فقد ارتفعت نسبة الزيارات للعيادات الخارجية للمراكز الصحية من ٣٥% من إجمالي الزيارات في عام ١٩٩٠م إلى ٧٣% عام ٢٠١٢م.
- يتطلب التحول الوبائي إلى الأمراض غير المعدية الذي تشهده البلاد أنشطة تخصصية ومبتكرة بالإضافة لأنشطة مكثفة للتحكم في الأمراض مقارنة مع الأمراض المعدية.

- Each primary health care unit serves more than 16,400 individuals in 2012 compared with the expected norm of 10,000.
- The scarce distribution of the population over wide area possess challenges to provide health services; about 9.5% of existing health centers serve less than 1,000 individuals and 21% serve more than 15,000.
- Bed occupancy is relatively low; 59% in 2012, in spite the fact that a considerable proportion of people seek specialized medical care abroad.
- Tertiary-care hospitals are congested.
- Tertiary care hospitals cannot accommodate specialized expansions as such require high technological ancillary services.
- The alterations of existing tertiary services is not ideal in terms of logistics and technological requirements.
- Comprehensive medical care requires multi-disciplinary inputs and thus different specialties need to exist in the same place.
- تخدم كل وحدة من وحدات الرعاية الصحية الأولية حوالي ١٦٤٠٠ فرد من أفراد المجتمع في المتوسط مقارنة مع المعدل المطلوب وهو ١٠٠٠٠ فردا من أفراد المجتمع.
- يشكل توزيع السكان المتناثر على مساحة واسعة من الأرض تحديا لتوفير الخدمات الصحية، فحوالي ٩,٥% من المراكز الصحية تخدم مجتمعات عدد أفرادها أقل من ١٠٠٠ فرد و ٢١% تخدم مجتمعات تزيد ١٥٠٠٠ فردا.
- يسعى أفراد المجتمع بأعداد ملحوظة للحصول على الخدمات التخصصية من الخارج بالرغم من أن معدل اشغال الأسرة منخفض نسبيا فبلغ ٥٩% عام ٢٠١٢م.
- المستشفيات التخصصية تشهد تكديسا واضحا.
- المستشفيات التخصصية الحالية غير قادرة على التأقلم مع التوسعات التخصصية الحديثة المطلوبة لأنها تتطلب خدمات مساعدة ذات تقنيات مرتفعة.
- ليس من المناسب لوجستيا تعديل الخدمات التخصصية الحالية لتستقبل التوسعات المطلوبة.
- تستلزم الرعاية الطبية الشاملة تعاون عدد من التخصصات ولذا فإنه يلزم توفر العديد من التخصصات في مكان واحد لتقديم الرعاية الطبية الشاملة.

Human Resources for Health

- Human resources for health (HRH) constitute the most important pillar of any health system, as the quality of health care is dependent on the quality of health workers.
- Human resources for health consumed more than 73% of health expenditure in 2012.
- The Sultanate had witnessed remarkable improvements in both numbers and quality of human resources over the past 4 decades. Improvements are in both the Government and private sector.
- HRH to population ratios had improved but still below similar ratios in developed countries.
- Numbers of HRH and their ratio to population are inadequate to develop the health system and to face the expected epidemiological profile; in 2012, there are 19.5 physicians, 2.2 dentists, 4.6 pharmacists and 43.1 nurses for every 10,000 population.
- In Ministry of Health consultant physicians constitute only 6.4% of total physicians and specialized nurses constitute 35.7% of total nurses;
- الموارد البشرية من أجل الصحة هي أحد أهم الدعائم الرئيسية للنظام الصحي حيث أن جودة الرعاية الصحية تعتمد اعتمادا كبيرا على كفاءة العاملين بالخدمات الصحية.
- الموارد البشرية من أجل الصحة استهلكت ما يزيد عن ٧٣% من المصروفات الصحية في عام ٢٠١٢م.
- شهدت سلطنة عمان تحسنا كبيرا في أعداد وكفاءة الموارد البشرية على مدى العقود الأربعة الماضية في كل من القطاع الحكومي والقطاع الخاص.
- تحسنت نسب الموارد البشرية من أجل الصحة إلى السكان ولكنها لازالت أقل من مثيلاتها في الدول المتقدمة.
- أعداد الموارد البشرية من أجل الصحة ونسبها بالنسبة للسكان لا تفي بالاحتياجات اللازمة لتطوير النظام الصحي ومواجهة الأنماط الوبائية المتوفرة والمتوقعة، إذ يتوفر ١٩,٥ طبيب و ٢,٢ طبيب أسنان و ٤,٦ صيدلي و ٤٣,١ ممرضة وممرض لكل ١٠٠٠٠ من السكان في عام ٢٠١٢م.
- بلغت نسبة الأطباء الاستشاريين في وزارة الصحة ٦,٤% من إجمالي الأطباء ونسبة الممرضات والممرضين المتخصصين ٣٥,٧% من إجمالي هيئة التمريض، وهذه النسب لا يمكنها أن تساهم

proportions that cannot support running highly specialized and state-of-the-art tertiary care services in the future.

- Omanization levels have increased over the years but are still low especially among medical categories, physicians (29%) and dentists (20%). It is higher among allied health sciences workers as nurses (54%), laboratory technicians (50%), radiographers (53%) and physiotherapists (53%) and pharmacists (27%) possibly because the availability of local training.
- Omanization is much higher in Government sector than in the private sector; Omanization among all HRH is about 71% in Ministry of Health and 55% in other public health care providers compared with 10% in the private sector.
- Local undergraduate training in areas related to health take place in Sultan Qaboos University, Ministry of Health training institutes (11) and in private colleges and universities (3). While postgraduate training take place through the Oman Medical Specialty Board (OMSB) and by sending candidates abroad. Local production for both graduate and postgraduates are short to provide the required numbers for future developments in health system.
- Increasing intake for graduate and postgraduate training requires adding and upgrading hospitals as teaching hospitals with all its requirements including well trained HRH to act as teachers and trainers.
- Medical education is unique and different from other fields; specialization is necessary and not an option, long years for education and specialization, requires hospitals and other health care facilities capable of training both undergraduates and postgraduates.

Medical Products and Technologies

- Ministry of health spends about 7.3% of recurrent expenditure on medicine. The per capita expenditure on drugs and medical supplies has more than doubled during the past 17 years, from RO 7.2 to RO 15.1.
- Ministry of Health makes every effort to procure quality medicines;

في توفير الرعاية المتخصصة والرعاية الصحية الثالثة على أعلى المستويات المطلوبة في المستقبل.

- ارتفعت نسب التعمين بين الموارد البشرية من أجل الصحة على مدى السنوات الماضية ولكنها لا تزال منخفضة خاصة في الفئات الطبية، حيث بلغت نسبة التعمين بين الأطباء ٢٩% وبين أطباء الأسنان ٢٠%، وهي مرتفعة نسبياً بين الفئات الطبية المساعدة فبلغت ٥٤% بين هيئة التمريض و ٥٠% بين فنيي المختبرات الطبية و ٥٣% بين فنيي الأشعة و ٥٣% بين فنيي العلاج الطبيعي عما هي عليه بين الصيادلة (٢٧%)، ويعزى ذلك للتعليم والتدريب المحلي.
- نسب التعمين مرتفعة بين العاملين في القطاع الحكومي عما هي عليه في القطاع الخاص، فبلغت ٧١% بين إجمالي العاملين في وزارة الصحة و ٥٥% بين العاملين في مقدمي الخدمات الصحية في القطاع الحكومي غير وزارة الصحة و فقط ١٠% في القطاع الخاص.
- يتوفر التعليم والتدريب المحلي للفئات الطبية والطبية المساعدة محلياً في جامعة السلطان قابوس والمؤسسات التعليمية التابعة لوزارة الصحة وعددها ١١ مؤسسة وفي عدد من الجامعات والكليات الخاصة، كما يتوفر التعليم بعد الجامعي من خلال المجلس العماني للاختصاصات الطبية ومن خلال الابتعاث للخارج. ولا زالت الأعداد التي يتم تدريبها محلياً قليلة بالنسبة للاحتياجات المستقبلية لتطوير النظام الصحي.
- يتطلب زيادة أعداد الطلاب المقبولين على مستوى البكالوريوس أو التدريب بعد الجامعي للفئات الطبية والطبية المساعدة لتزقية المستشفيات وتزويدها بالخبرات اللازمة لتعليم وتدريب الطلاب لتصبح مستشفيات تعليمية بالمستوى المطلوب.
- يختلف التعليم الطبي عن سائر المجالات الأخرى، فلتخصص هو ضروري في التعليم الطبي وليس اختياريًا، كما أن التعليم الطبي يتطلب وقتاً أطول لتأهيل الطلاب وتدريبهم في مجالات تخصصية ويلزم توفر المستشفيات القادرة على تدريب طلاب البكالوريوس وطلاب الدراسات العليا.

المنتجات الطبية والتقنيات الطبية

- تصرف وزارة الصحة حوالي ٧,٣% من إجمالي المصروفات المتكررة على الدواء، هذا وقد تضاعف نصيب الفرد من المصروفات على الأدوية والمستلزمات الطبية خلال السنوات السبعة عشر الماضية، من ٧,٢ إلى ١٥,١ ريال عماني.
- تبذل وزارة الصحة ما في وسعها لشراء الأدوية ذات الجودة العالية، حيث تبلغ نسبة الأدوية

research pharmaceutical products account for 85% of the total market while generic products account for only 15%.

- Ministry of Health purchases only 7.6% of pharmaceuticals and consumables from local market.
- MOH spent in 2012 about 32.7% of its development expenditure on medical technologies. Equipment replacement represented about 41.8% of expenditure on biomedical equipment. Inadequate planning for biomedical equipment and technologies results in costly maintenance and running costs, in addition to initial procurement cost.

Health Information and Health Research

- The “National Health Statistics and Information System (NHSIS)” exists and was developed in Ministry of Health.
- A health statistical manual, health research policy, statistical law and statistical advisory committee regulates the role of NHSIS.
- The NHSIS captures and publishes national core health indicators annually.
- Ministry of Health conducts a national health survey every 5 years since 1988 to describe the status and health system achievements.
- Biomedical research in Oman is still limited.
- Sultan Qaboos University (SQU) and the Research Council (TRC) serve as venues for research and research funding.
- There is lack of sufficient funds allocated for health research.

والمستلزمات الصيدلانية الأصلية (البحثية) حوالي ٨٥% من إجمالي قيمة الأدوية وتمثل الأدوية الجنيسة (التجارية) فقط ١٥%.

- تشتري وزارة الصحة فقط ٧,٦% من المستلزمات الصيدلانية والمستهلكات الجراحية من السوق المحلي وتستورد الباقي من الخارج.
- صرفت وزارة الصحة خلال عام ٢٠١٢م ما يقرب من ٣٧% من مصروفاتها الإنمائية على المعدات والتكنولوجيا الطبية، وتمثل قيمة استبدال الأجهزة الطبية حوالي ٤١,٨% من المصروفات على المعدات الطبية، ويتسبب أي خلل في التخطيط السليم لشراء المعدات والأجهزة والتكنولوجيا الطبية إلى ارتفاع تكلفة التشغيل والصيانة بالإضافة إلى كلفة الشراء.

المعلومات الصحية والبحوث

- تحتضن وزارة الصحة نظام الإحصائيات والمعلومات الصحية والذي تطور على مدى السنوات الماضية.
- ينظم كل من دليل العمل الإحصائي الصحي وسياسية البحوث الصحية والقانون الإحصائي واللجنة الاستشارية للإحصاء عمل نظام الإحصائيات والمعلومات الصحية.
- يقوم نظام الإحصائيات والمعلومات الصحية بنشر المؤشرات الصحية الأساسية سنوياً.
- تقوم وزارة الصحة بتنفيذ مسح صحي وطني مرة كل خمس سنوات تقريباً منذ عام ١٩٨٨م وذلك لدراسة الوضع الصحي والتعرف على الإنجازات الصحية.
- لازالت البحوث الصحية والطبية في سلطنة عمان محدودة.
- تقوم كل من جامعة السلطان قابوس ومجلس البحث العلمي بإجراء وتمويل البحوث الصحية والطبية.
- لا تتوفر الموازنات الكافية لتمويل البحوث الصحية والطبية.

Visions

These guiding features helped in developing the following visions and strategic actions to shape the future of the health system. بمراجعة خصائص النظام الصحي أمكن تحديد واستنباط عدد من الرؤى والإجراءات التي من شأنها تشكيل النظام الصحي في المستقبل. ويتم عرض تلك الرؤى والإجراءات كالتالي:

القيادة أو الحوكمة

Leadership and Governance

1. Updated policies and strategies based on needs and priorities

1. سياسات واستراتيجيات محدثة استناداً على الاحتياجات والأولويات

Actions:

- Establish Health Council
- Update organizational structure of MOH
- Update legislations
- Review policies and procedures periodically

الإجراءات:

- إنشاء "مجلس صحي".
- تحديث الهيكل التنظيمي (أو البنية التنظيمية) لوزارة الصحة.
- تحديث قانون الصحة العامة والتشريعات الأخرى.
- المراجعة الدورية المنتظمة للسياسات والاستراتيجيات.

2. An accountable and transparent health system

2. النظام الصحي نظام يتسم بالشفافية والمساءلة

Actions:

- Clear policy to appoint high rank leaders
- Review responsibilities of health system leaders
- Update strategic policy frameworks and manuals and make them accessible
- Supervise implementation of regulations
- Identify stakeholders of health system and their role
- Build strong and sustainable partnership with stakeholders

الإجراءات:

- تعيين القيادات الصحية استناداً إلى سياسات واضحة.
- مراجعة المسؤوليات الملقاة على عاتق قادة النظام الصحي.
- ضمان وجود أطر وأدلة عمل استراتيجية لوضع السياسات، وضمان تحديثها ونشرها وتوزيعها.
- الإشراف الفعال على تنفيذ القوانين والأنظمة.
- التعرف على أدوار كل طرف من الأطراف المعنية بالنظام الصحي.
- بناء شراكة قوية ومضمونة الاستدامة مع كل الأطراف المعنية بالنظام الصحي.

3. A structured accountable decentralized health system

3. لامركزية النظام الصحي ذات بنية تنظيمية تخضع للمساءلة

Actions:

- Evaluate implementation of decentralization over the previous years
- Update decentralization policy
- Review responsibility of leaders

الإجراءات:

- دراسة وتقييم آثار تطبيق اللامركزية في النظام الصحي العُماني خلال السنوات السابقة.
- تحديث سياسة اللامركزية استناداً إلى نتائج التقييم.
- مراجعة المسؤوليات التي تقع على كاهل قادة النظام الصحي.

4. Health system responsive to health and non-health needs of the people

4. استجابة النظام الصحي لاحتياجات الناس الصحية وغير الصحية

Actions:

- Develop mechanisms to regularly measure people's needs and their satisfaction
- Enhance health system research

الإجراءات:

- تطوير آليات لقياس احتياجات الناس ومدى رضاهم واستفادتهم من الخدمات الصحية.
- تعزيز بحوث النظم الصحية.

Health System Finance

5. Total health expenditure 8-10% of GDP by year 2030

Actions:

- Increased financial resources
- Escalating costs associated with population aging and epidemiological transition
- Costly new technologies
- Increased human resources for health and umbrella of health services
- Encourage private sector to invest in health

6. Sustained health system financing for universal health coverage

Actions:

- Develop national health social insurance
- Increase health revenues
- Establish health fund
- Taxing unhealthy products
- Utilize endowment e.g. "Islamic Waqf"
- Build culture to pay for health

7. Rationalized expenditure of the health system

Actions:

- Encourage local production of consumables
- Strengthen health research in biomedical technology and pharmaceuticals
- Invest in primary health care and disease prevention
- Increase awareness of the public about cost of health services
- Perform economic studies

8. Established and well-functioning system of health account "National Health Account (NHA)"

Actions:

- Establish a NHA system
- Establish a body to care for NHA
- Tailor NHA to policy needs

تمويل النظام الصحي

5. وصول إجمالي الإنفاق الصحي إلى ٨ - ١٠% من الناتج المحلي الإجمالي بحلول عام 2030م الإجراءات:

- زيادة تمويل النظام الصحي.
- تصاعد التكاليف التي ترافق ازدياد أعمار الناس، والتحول الوبائي باتجاه الأمراض غير المعدية.
- تقنيات حديثة وأدوية ومعالجات باهظة التكاليف.
- زيادة الطلبات على الموارد البشرية العالية التخصص وجوانب التوسع في مظلة الخدمات الصحية.
- تشجيع القطاع الصحي الخاص على الاستثمار في الصحة.

6. استدامة تمويل النظام الصحي من أجل تحقيق التغطية الصحية الشاملة الإجراءات:

- إنشاء "نظام وطني" اجتماعي "للتأمين الصحي".
- زيادة الإيرادات الصحية.
- إنشاء "صندوق صحي".
- فرض الضرائب على المنتجات الضارة بالصحة.
- توظيف أموال الوقف الصحي.
- بناء ثقافة "الدفع مقابل الحصول على الرعاية الصحية".

7. اتصاف النظام الصحي بخاصية ترشيد الانفاق الإجراءات:

- تشجيع الإنتاج المحلي للمواد المستهلكة.
- تقوية البحوث الصحية حول التكنولوجيا الطبية الحيوية وحول المستحضرات الصيدلانية.
- الاستثمار في الرعاية الصحية الأولية، وفي الوقاية من الأمراض.
- زيادة مستوى الوعي بين الناس حول تكاليف الخدمات الصحية.
- إجراء دراسات اقتصادية.

8. تأسيس نظام راسخ لحسابات التكاليف الصحية الوطنية وذو أداء فعال الإجراءات:

- إنشاء نظام "حسابات التكاليف الصحية الوطنية".
- إنشاء مكون تنظيمي للإشراف على نظام "حسابات التكاليف الصحية الوطنية".
- تصميم نظام "حسابات التكاليف الصحية الوطنية" ليلبي احتياجات السياسات الصحية.

- Enhance economic studies

- تعزيز الدراسات الاقتصادية الصحية.

9. Healthcare facilities budgeted based on outcome

9. استناد تمويل مؤسسات الرعاية الصحية على النتائج

Actions:

- Introduce outcome-based budgeting
- Develop key performance indicators
- Develop capabilities of directors of health facilities

- تطبيق نظام تمويل مؤسسات الرعاية الصحية استناداً إلى النتائج.
- إعداد مؤشرات الأداء الرئيسية.
- بناء القدرات لدى المديرين للمرافق الصحية.

10. Enhanced private health sector

10. تعزيز القطاع الصحي الخاص

Actions:

- Perform health system studies to find appropriate role for private sector
- Consider out-sourcing of ancillary and curative services
- Enhance health system research
- Develop public regulations for the private sector
- Review decisions for public workers to work in private sector
- Develop a clear description of services' package

- إجراء دراسات حول النظام الصحي للعثور على الدور الملائم للقطاع الصحي الخاص.
- النظر في التعاقد الخارجي على تقديم الخدمات الإضافية والخدمات العلاجية.
- تعزيز بحوث النظم الصحية.
- إعداد لوائح تنظيمية تعني بالقطاع الصحي الخاص.
- مراجعة وتقييم القرارات التي تسمح بتوظيف العاملين الصحيين من أجل الانخراط في القطاع الخاص.
- إعداد توصيف واضح لحزمة الخدمات بالقطاع الحكومي.

Health Services

تقديم الخدمات الصحية

11. A strong, responsive and sustainable primary health care (PHC) system as the main entry point and backbone of health care

11. اتسام نظام الرعاية الصحية الأولية بالاستجابة والاستدامة وهو المدخل الرئيسي والعمود الفقري للرعاية الصحية

Actions:

- Review functions of PHC
- Enhance community participation
- Incentivize and budget PHC based on outcome
- Introduce specialty care in PHC
- Introduce geriatric health care in PHC
- Ensure sufficient investments in PHC
- Review norms for establishing PHC Units
- Develop proper referral system

- مراجعة وظائف الرعاية الصحية الأولية.
- تعزيز المشاركة المجتمعية.
- تقديم الحوافز والتمويل لمرافق الرعاية الصحية الأولية استناداً على النتائج.
- تقديم الرعاية المتخصصة في إطار الرعاية الصحية الأولية.
- تقديم رعاية المسنين بين العناصر الرئيسية للرعاية الصحية الأولية.
- ضمان توفير الاستثمارات الكافية للرعاية الصحية الأولية.
- مراجعة معايير إنشاء وحدات الرعاية الصحية الأولية.
- إعداد نظام الإحالة المناسب.

12. تقديم خدمات رعاية ثالثة على أحدث مستوى من خلال إنشاء المدن الصحية**12. Establishment of state-of-the-art tertiary care services provided through medical cities****Actions:**

- Build Medical City in the capital area (Muscat) by 2020
- Build a medical City in North AlBatinah (2035) and another in AlWusta (2045)
- Develop "Pre-Hospital Care System"

الإجراءات:

- بناء مدينة طبية لتقديم الرعاية الصحية الثالثة في محافظة مسقط عام ٢٠٢٠م.
- بناء مدن طبية في محافظة شمال الباطنة (في عام ٢٠٣٥م) وفي محافظة الوسطى (في عام ٢٠٤٥م).
- تطوير "نظام الرعاية قبل المستشفى".

13. Types and construction plans for health services redefined according to new roles for health facilities**13. ملائمة الأنماط والبنية الهيكلية للمؤسسات الصحية مع الأدوار والوظائف الجديدة للمؤسسات الصحية****Actions:**

- Re-define PHC to two type of health centers; Type B and Type A
- Re-define hospitals to three types; 50-beds, 150-beds and 300+ -beds Hospitals

الإجراءات:

- إعادة تعريف وحدات الرعاية الصحية الأولية إلى نوعين من المراكز الصحية؛ ألف" و "باء".
- إعادة تعريف المستشفيات إلى ثلاثة أنواع؛ مستشفيات ذات ٣٠٠ سرير فأكثر، ومستشفيات ذات ١٥٠ سريراً، ومستشفيات ذات ٥٠ سريراً.

14. Umbrella of health facilities expanded and renovated to achieve universal coverage and parallel to population growth**14. اتصاف مظلة المرافق الصحية بالتغطية الشاملة ومواكبة الازدياد في عدد السكان****Actions:**

- Expand umbrella and renovate health centers to act as PHC units
- Expand umbrella and renovate hospitals to provide tertiary and secondary care

الإجراءات:

- توسيع مظلة المراكز الصحية وتجديدها لتؤدي دورها كمؤسسات رعاية صحية أولية.
- توسيع نطاق المظلة وتجديد المستشفيات حتى تتمكن من تقديم الرعاية الصحية الثانوية والثالثة.

Human Resources for Health**الموارد البشرية من أجل الصحة****15. Human resources for health (HRH) numbers and mix fit-for-purpose and equitably distributed****15. توفر وتوزع الموارد البشرية الصحية يفي بما هو مطلوب منها****Actions:**

- Increase HRH-population ratio
- Increase proportion of specialized HRH
- Coordinate with Ministry of Higher Education (MOHE) to send increasing numbers to study medicine
- Increase numbers of physicians trained for postgraduate specialties
- Continue to provide postgraduate training for physicians through Oman Medical Specialty Board (OMSB)

الإجراءات:

- زيادة نسبة أعداد الموارد البشرية الصحية إلى أعداد السكان.
- زيادة نسبة الموارد البشرية الصحية المتخصصة.
- التنسيق مع وزارة التعليم العالي لإرسال أعداد متزايدة من الطلاب حملة الدبلوم العام (الثانوية العامة) سنوياً لدراسة الطب البشري.
- زيادة أعداد الأطباء العُمانيين الذين سيتم تدريبهم في الدراسات العليا في المجالات التخصصية.
- الاستمرار في تقديم المنح الدراسية للأطباء لاستكمالهم التدريب بعد التخرج (الدراسات العليا) من خلال المجلس العماني للاختصاصات الطبية.

- تطوير مزيج من الموارد البشرية الصحية التي تلبي الاحتياجات وبالتخصصات المطلوبة.

16. تنمية الموارد البشرية الصحية لتحقيق استدامة النظام الصحي

الإجراءات:

- زيادة أعداد الطلبة المقبولين في الكليات الطبية القائمة.
- ترقية مستوى المعاهد الصحية التابعة لوزارة الصحة إلى مستوى كلية.
- إنشاء معهد عال صحي على أحدث طراز لتدريب طلاب الدراسات العليا من الفئات الطبية المساعدة.
- إنشاء كلية للصحة العامة.

17. تناسب مؤهلات الموارد البشرية الصحية بما هو مطلوب منها

الإجراءات:

- ضمان الموارد المالية اللازمة لتدريب الأعداد المتزايدة من الأطباء الخريجين.
- ضمان الموارد المالية اللازمة لتدريب الأعداد المتزايدة من الفئات الطبية المساعدة.
- إنشاء مجلس الصحة.
- إنشاء كلية على أحدث طراز متقدم لتوفير التعليم للمهن الصحية والبحوث الصحية.
- ترقية المعاهد الصحية التابعة لوزارة الصحة لتصبح على مستوى كلية.
- تعزيز وترقية جودة المستشفيات لتؤدي دورها كمراكز تدريبية ذات جودة للمهن الطبية والطبية المساعدة.
- تزويد المستشفيات ومرافق الرعاية الصحية الأخرى بالموارد البشرية الصحية المدربة جيداً.
- إنشاء مدينة طبية لتكون بمثابة مركز يتمتع بأخر المستجدات العلمية في تعليم المهن الصحية في المستويات الجامعية والدراسات العليا والمستويات الأعلى.
- استيعاب جميع الخريجين من الكليات الطبية في برامج الدراسات العليا المتخصصة.
- إنشاء نظام منح تراخيص للممارسة لجميع الفئات الطبية والصحية.

18. وجود نظام محفز لإدارة الموارد البشرية الصحية

الإجراءات:

- إعداد سياسات واستراتيجيات تكفل استبقاء العاملين الصحيين.
- تقديم الحوافز التي تضمن توفير رعاية عالية الجودة واعتماد نظام للأجور يستند على نتائج الأداء.
- إعداد آليات تضمن تمكين الموارد البشرية الصحية العاملة في المناطق النائية من متابعة التطورات

- Introduce new HRH specializations based on advances in technology and needs

16. Human resources for health (HRH) developed to sustain health system

Actions:

- Gradually increase intake of existing medical schools
- Upgrade MOH training institutes to college level
- Establish state-of-the-art health school for postgraduate training for paramedical human resources
- Establish “School of Public Health”

17. Human resources for health (HRH) qualifications fit-for-purpose

Actions:

- Ensure financial resources for training physicians
- Ensure financial resources for training increasing numbers of paramedical HRH
- Establish Health Council
- Establish state-of-the-art faculty that provides health profession education
- Upgrade MOH training institutes to college level
- Enhance and upgrade the quality of hospitals to function as training centers
- Staff hospitals with HRH competent of providing clinical education and training
- Establish medical city to function as a clinical training center
- Enroll all graduates of medical colleges into specialized postgraduate training programs
- Establish practical licensing system for all health professions

18. Motivated Human resources for health (HRH) management system

Actions:

- Develop policies and strategies for staff retention
- Incentivize quality of care and develop outcome based payroll
- Develop mechanisms to Keep HRH posted in remote areas to keep up

with advances in medicine

- Periodically review social requirements of HRH
- Implement transparency in planning, accreditation and ensure equal opportunities
- Introduce staff performance assessment

في مجال الصحة.

- المراجعة المنتظمة للمتطلبات الاجتماعية للموارد البشرية الصحية.
- تطبيق طرق شفافة في التخطيط والاعتماد، وضمان إتاحة فرص متساوية للموارد البشرية الصحية.
- تنفيذ دراسات حول أداء العاملين الصحيين.

Medical Products and Technologies

19. Pharmaceutical and medical products availability for health service delivery sustained

Actions:

- Establish local pharmaceutical manufacturers
- Perform operational and feasibility studies to establish local manufacturers that produce medicines and pharmaceutical products and ensure that 100% of certain medical products as gloves, gauzes and others
- Invite major international pharmaceutical manufacturers to set up their establishments in Oman
- Continue cost saving procurement mechanisms

20. Procurement, replacement and maintenance of biomedical equipment sustained

Actions:

- Develop “National Regulatory Authority for biomedical technology”
- Follow up and evaluate running costs of medical equipment.
- Consider purchase versus lease of equipment.
- Encourage national investors to invest in biomedical technology
- Produce proper plans for maintenance, repair and replacement of biomedical technology
- Increase annual budgets for maintenance and repair
- Strengthen and decentralize warehouses and workshops

المنتجات الطبية والتقنيات الطبية

19. استدامة توافر المنتجات الطبية والصيدلانية اللازمة لتقديم الخدمات الصحية

الإجراءات:

- إنشاء شركات تصنيع محلية.
- القيام بدراسات حول مجالات التشغيل والجدوى من إنشاء شركات محلية لصناعة الأدوية والمستحضرات الصيدلانية من أجل إمداد النظام الصحي بـ 100% من احتياجاته من بعض المنتجات والمستهلكات الطبية مثل القفازات والخيوط والمواد الجراحية الأخرى.
- دعوة الشركات الدولية الكبرى في صناعة الأدوية والمستحضرات الصيدلانية للإنتاج في سلطنة عُمان.
- مواصلة العمل في الآليات المعتمدة حالياً للتوفير في تكاليف الشراء.

20. استدامة الشراء والاستبدال والصيانة للمعدات الطبية الحيوية

الإجراءات:

- إنشاء هيئة وطنية تنظيمية للتكنولوجيا الطبية الحيوية.
- متابعة التكاليف الجارية للمعدات الطبية وتقييمها.
- النظر في خيارات الشراء مقابل خيارات الاستئجار للمعدات الطبية.
- تشجيع المستثمرين العُمانيين ودعوة مستثمرين دوليين إلى الاستثمار في التكنولوجيا الطبية الحيوية في سلطنة عُمان.
- إيلاء اهتمام خاص بالصيانة والإصلاح والاستعاضة في المعدات الطبية.
- زيادة الميزانيات السنوية المخصصة للإصلاح والترقية والتطوير والاستبدال والصيانة.
- تقوية القدرات في ورشات الصيانة ومخازن قطع الغيار وترسيخ اللامركزية فيها.

21. Evidence-based policies for procurement of emerging technologies established

Actions:

- Develop evidence-based policies for procurement of emerging technologies
- Ensure appropriate match between acquired biomedical technology and staff recruitment
- Construct new hospitals with structure to host and accommodate emerging new technology
- Develop national norms for quality assurance, regulations and laws to regulate licensing new medical equipment
- Develop “National Regulatory Authority for Biomedical Technology”
- Revise tendering policies for biomedical technologies

الإجراءات:

- صياغة السياسات التي تستند على الأدلة والبيانات والبراهين لشراء التكنولوجيات المستجدة.
- التوافق الملائم بين ما يشتري من التكنولوجيا الطبية الحيوية وتوظيف وتدريب العاملين في الوقت وبالأسلوب الملائم.
- بناء مستشفيات جديدة تستضيف وتستوعب بنيتها التطورات التكنولوجية الطبية الحيوية.
- إعداد معايير ومقاييس وطنية لضمان الجودة، ولوائح تنظيمية وقوانين لتنظيم منح التراخيص لاستخدام المعدات الطبية، وتصميم نظام لاعتمادها.
- إنشاء هيئة وطنية تنظيمية للتكنولوجيا الطبية الحيوية.
- إعادة النظر في سياسات طرح مناقصات التكنولوجيا الطبية الحيوية.

22. Effective connectivity among all health care facilities established

Actions:

- Ensure proper interface between devices and information systems
- Implement the use of national identity and unique identifier
- Implement telemedicine
- Ensure that HRH have sufficient background and training for optimum utilization of biomedical technology and information systems
- Ensure coordination with “Information Technology Authority”
- Secure financial sustainability for information technology development

22. اتسام النظام الصحي بربط فعال بين جميع مرافق الرعاية الصحية

الإجراءات:

- ضمان وجود توافق للتواصل المتبادل والملائم بين الأجهزة ونظم المعلومات، وبين كل جهاز وآخر.
- تنفيذ استخدام الهوية الوطنية وتعريف النظام الصحي على الهوية الفريدة لكل مستخدم.
- تنفيذ التطبيب عن بعد.
- ضمان أن يكون لدى القوى العاملة الصحية أو القائمين على تقديم الرعاية الصحية إلمام وتدريب كافيين لتمكينهم من الاستفادة القصوى من تكنولوجيا المعلومات.
- ضمان التنسيق مع السلطات المسؤولة عن تكنولوجيا نظم المعلومات.
- ضمان استدامة التمويل لتطوير تكنولوجيا نظم المعلومات.

Health Information and Health Research

23. The availability and accessibility of reliable, relevant, up-to-date and timely health and health related information ensured

Actions:

- MOH continue to host National Health Statistical and Information System (NHSIS)
- Improve collaboration between MOH and other research institutes within Oman
- Strengthen all sources of information
- Establish “National Health Research System”
- Enhance research capacity

المعلومات الصحية والبحوث

23. ضمان توفر وإتاحة معلومات صحية ومعلومات ذات صلة بالصحة تتصف بالملائمة والمصادقية والحدثة وفي وقت الحاجة لها

الإجراءات:

- ينبغي على وزارة الصحة أن تواصل استضافة النظام الوطني للإحصائيات والمعلومات الصحية.
- تحسين التعاون والتنسيق مع المؤسسات البحثية الموجودة ضمن البلاد.
- تقوية جميع مصادر المعلومات.
- إنشاء نظام وطني للبحوث الصحية.
- تعزيز القدرات في البحوث.

- تعزيز التنسيق بين النظام الوطني للإحصائيات والمعلومات الصحية وبين تكنولوجيا تقنية المعلومات.
- إلزام المرافق التي تقدم الرعاية الصحية في القطاع الخاص على فتح وإدارة سجلات إلكترونية.
- إنشاء ربط إلكتروني آمن بين جميع مرافق الرعاية الصحية.
- إنشاء النظام الوطني لحسابات التكاليف الصحية.
- إدخال نظام المعلومات الصحية الجغرافية.
- تقوية النظام الوطني للإحصائيات والمعلومات الصحية.
- تطوير وتعزيز الوحدات الإحصائية في مختلف المؤسسات التي تقدم الرعاية الصحية.
- تنفيذ دراسة عبء المراضة.
- النظر في تنفيذ دراسات وطنية طويلة.
- ربط نتائج البحوث باتخاذ القرارات.
- Enhance coordination between NHSIS and information technology
- Enforce private health care facilities to keep and manage health records electronically
- Establish safe connectivity among all health care facilities
- Establish “National Health Account (NHA)”
- Introduce a health geographical information system (GIS)
- Strengthen NHSIS
- Develop statistical units in all health care providers
- Implement “National Burden of Disease Study”
- Implement national longitudinal studies
- Link research results to decision making

24. Sustainable funding for health research and development ensured

Actions:

- Allocate 0.2% of Gross Domestic Product (GDP) to health research
- Examine possible sources of funding health research
- Enhance national and international collaboration and networking with research funding agencies

24. ضمان التمويل المستدام للبحوث الصحية وتنميتها

الإجراءات:

- ضمان تخصيص ميزانية للبحوث الصحية تصل إلى ما لا يقل عن 20,0% من الناتج المحلي الإجمالي.
- البحث عن المصادر المختلفة لتمويل البحوث الصحية.
- تعزيز التعاون الوطني والدولي وإنشاء الشبكات بهدف استقطاب الدعم من وكالات تمويل البحوث الصحية.

25. Health research directed to identified priorities

Actions:

- Set priorities for health research
- Priority setting should include biomedical technology and pharmaceutical industry
- Establish a research hub at health professions education institutes
- ٢٥. توجه البحوث الصحية نحو الأولويات المحددة
- تحديد الأولويات في البحوث الصحية.
- ينبغي أن يتضمن تحديد أولويات البحوث مجالات متعددة، ومنها التكنولوجيا الطبية الحيوية، وصناعة المستحضرات الصيدلانية، والمنتجات الطبية الأخرى.
- إنشاء مركز رئيسي للبحوث في مؤسسات تعليم المهن الطبية والمهن الطبية المساعدة.

Inter-Sectoral Collaboration

26. Intersectoral partnership is vehicle for health development

Actions:

- Build trust and strong working relationships with all sectors related to health
- Involve politicians in the move towards health and wellbeing

التعاون والشاركة بين القطاعات

26. الشراكة بين القطاعات وسيلة الوصول إلى التنمية الصحية

الإجراءات:

- بناء الثقة وعلاقات عمل قوية بين جميع القطاعات ذات الصلة بالصحة.
- إشراك السياسيين في حركة الصحة والعافية.

- Emphasize the need to save resources through intersectoral collaboration
- Build public awareness of health and wellbeing

- التأكيد على ضرورة الاستخدام الأمثل وتوفير الموارد من خلال التعاون بين القطاعات.
- بناء وحشد الوعي العام للصحة والرفاهية وليس فقط الشفاء من المرض واستعادة الصحة.

27. Inter-sectoral and population health approach institutionalized

Actions:

- Establish "Health Council"
- Strengthen a specialized body to develop and implement collaborating mechanisms
- Consider needs of individual Governorates
- Create and provide leadership and coordination in different sectors
- Provide the public and other stakeholders with the necessary information
- Ensure funds for initiatives from multi-sectoral committees and developing measures to ensure accountability

27. الشراكة بين القطاعات المختلفة المرتبطة بالصحة وصحة المجتمع عمل مؤسسي

الإجراءات:

- إنشاء مجلس الصحة".
- تعزيز هيئة متخصصة داخل النظام الصحي لتطوير وتنفيذ آليات التعاون بين الوزارات والمستويات الحكومية والإشراف عليها.
- النظر في احتياجات وظروف كل محافظة من المحافظات بمفردها.
- خلق بيئة لتحسين الصحة من خلال توفير القيادة والتنسيق بين مختلف القطاعات
- توفير المعلومات والأدوات التي يحتاج إليها عامة الناس والشركاء في النظام الصحي.
- ضمان توافر الأموال اللازمة لضمان المبادرات من لجان متعددة القطاعات وتطوير آليات المساءلة لهذه اللجان.

28. Health is the responsibility of everyone

Actions:

- Develop and enforces policies to ensure safe and healthy working environments and protect the environment
- Adopt strategies to encourage individual to contribute to health development
- Introduce healthy believes in undergraduate student curriculum

٢٨. الصحة مسؤولية كل فرد

الإجراءات:

- وضع وتنفيذ سياسات واستراتيجيات لضمان قيام القطاع العام والقطاع الخاص في مجالات مثل الصناعة والزراعة والتعدين بتوفير بيئة عمل آمنة وصحية.
- اعتماد استراتيجيات لتشجيع جميع أفراد المجتمع على الإسهام في التنمية الصحية.
- تضمين المعتقدات الصحية السليمة في المناهج الدراسية.

الطريق للمستقبل

Way Forward

The development process of “Health Vision 2050” included the development of a number of working papers and 24 strategic studies in important areas of health and health system. “Health Vision 2050”, the working papers and the strategic studies include enormous information and analysis of health status and health system as well as actions for future improvements in health status and enhancing performance of health system. The development of “Health Vision 2050” also included the development of the “Health Atlas”. The “Health Atlas” contains information about population projections, the expected future requirements of health services, some of its important equipment as well as expected utilization of these health services in addition to the expected requirements of human resources for health. The “Health Atlas” presents the information at national as well as Governorate level on maps developed using the geographical information system and showing the expected requirements over the years until 2050. All information and analysis in the “Health Vision 2050”, the working papers, the strategic studies and the “Health Atlas” will be used as guides and will be the basis for developing the coming Five-Year Health Development Plans.

There are plans to re-visit “Health Vision 2050” and its companions over regular periods to re-assess the validity of the information, visions and strategies. Changes in health status and in health system performance in the future together with any emerging new evidences will be helpful during the regular re-visits to “Health Vision 2050”.

صاحبت إجراءات إعداد النظرة المستقبلية للنظام الصحي "الصحة ٢٠٥٠" عددا من أوراق العمل بالإضافة إلى ٢٤ دراسة استراتيجية في مجالات مختلفة من مجالات الصحة ومجالات النظام الصحي، واحتوت هذه الدراسات وأوراق العمل، كما احتوت النظرة المستقبلية للنظام الصحي "الصحة ٢٠٥٠"، على كم هائل من المعلومات والتحليلات للحالة الصحية وللنظام الصحي بالإضافة إلى عدد من الإجراءات التي من شأنها تحسين صحة المجتمع وتحسين أداء النظام الصحي في المستقبل. كما صاحب إعداد النظرة المستقبلية للنظام الصحي "الصحة ٢٠٥٠" إعداد الأطلس الصحي والذي يشمل على التوقعات والإسقاطات المستقبلية للسكان والاحتياجات المستقبلية من الخدمات الصحية وتجهيزاتها ببعض الأجهزة الطبية وكذلك توقعات لحجم استخدامات تلك الخدمات والموارد البشرية من أجل الصحة التي تلزم لتطوير النظام الصحي معروضة على المستوى الوطني وكذلك مقسمة على مستوى المحافظات وقد تم عرض هذه الإسقاطات والتوقعات والاحتياجات على خرائط بواسطة نظام المعلومات الصحية الجغرافي توضح تطور تلك الاحتياجات على مدى السنوات المقبلة حتى عام ٢٠٥٠م. وسوف يتم استخدام الرؤى والمعلومات المشمولة في النظرة المستقبلية للنظام الصحي "الصحة ٢٠٥٠" وما صاحبها من أوراق العمل والدراسات الاستراتيجية والأطلس الصحي كأساس لبناء وتوجيه الخطط الخمسية للتنمية الصحية القادمة.

وجدير بالذكر أنه لا بد من إعادة مراجعة النظرة المستقبلية للنظام الصحي "الصحة ٢٠٥٠م" على فترات منتظمة لتقييم مدى صحة الرؤى والاستراتيجيات والإجراءات المقترحة. كما أن التغيير المتوقع في الحالة الصحية للمجتمع وفي أداء النظام الصحي سوف يساهم في توفير أدلة جديدة تساهم في تقييم النظرة المستقبلية للنظام الصحي "الصحة ٢٠٥٠" وتحديثها.