

المملكة الأردنية الهاشمية
المجلس الصحي العالي



الاستراتيجية الوطنية للقطاع الصحي في الأردن
للأعوام 2016 - 2020

المجلس الصحي العالي - الامانة العامة
30 شارع مفلح العلي اللوزي / حي البلدية / الجبيهة الغربي / عمان
ص ب 2365 عمان 11941 الاردن
الموقع الإلكتروني www.hhc.gov.jo البريد الإلكتروني: hhealth@hhc.gov.jo
هاتف: 00962 6 5332605 فاكس: 00962 6 5332703

المملكة الأردنية الهاشمية
المجلس الصحي العالي



**الاستراتيجية الوطنية للقطاع الصحي في الأردن
للأعوام 2016 - 2020**



حضرة صاحب الجلالة الهاشمية
الملك عبد الله الثاني ابن الحسين المعظم



صاحب السمو الملكي

الأمير الحسين بن عبد الله الثاني ولي العهد المعظم



"تحسين مستوى حياة المواطن يتطلب الاهتمام بالرعاية الصحية. وهي حق لكل مواطن ومواطنة . فالإنسان السليم المطمئن على صحته وصحة أبنائه وأسرته هو الإنسان القادر على العمل والإنتاج".

من أقوال حضرة صاحب الجلالة الملك
عبد الله الثاني ابن الحسين المعظم

شكر وتقدير

أُجِز هذه الاستراتيجية الوطنية للقطاع الصحي في الأردن للسنوات 2016 - 2020 المجلس الصحي العالي بدعم وتعاون من قبل منظمة الصحة العالمية من خلال النهج التشاركي مع كافة القطاعات الصحية في الأردن والقطاعات الأخرى ذات العلاقة . وما كان لهذه الاستراتيجية أن ترى النور لولا العمل الوطني الجماعي والدؤوب . نتقدم بحزب الشكر لشكر لمعالي وزير الصحة / رئيس المجلس الصحي العالي الدكتور علي حياصات على دعمه المتواصل وتوجيهاته القيّمة التي أتاحت المجال لإجاز هذه الوثيقة . كما نتقدم بحزب الشكر لكل من ساهم في إجاز هذا العمل الوطني، خاصة الخبير الحلي للاستراتيجية سعادة الدكتور موسى العجلوني الذي راجع وثيقة الاستراتيجية التي أعدتها اللجان المختصة المشكلة من قبل معالي رئيس المجلس الصحي العالي لإعداد هذه الاستراتيجية برئاسة أمين عام المجلس الصحي العالي الدكتور هاني بروسك الكردى. كما نتقدم بحزب الشكر والعرفان من مثل منظمة الصحة العالمية في الأردن و رئيس البعثة الدكتور ماريا كرسيتيا بروفيلي و جميع العاملين في مكتب المنظمة في عمان، وإلى خبراء منظمة الصحة العالمية في المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية في القاهرة و على رأسهم المدير الإقليمي معالي الدكتور علاء الدين العلوان، و سعادة مدير تطوير الأنظمة الصحية الدكتور ثمين صديقي و الدكتور عوض مطرية المستشار الإقليمي في تمويل و اقتصاديات الصحة على الدعم الفني والجهود المتواصلة .

كما نتقدم من خبراء البنك الدولي بالشكر الجزيل على الدعم الفني ونخص بالذكر الدكتور أنيس باريش مدير التغذية الصحية و الممارسات السكانية، و الدكتور تامر ربيع مختص أول في الصحة و الممارسات العالية في الصحة، التغذية والسكان و الدكتور ندوة رافع مختص أول في الممارسات العالية للصحة والتغذية والسكان . كما نتوجه بالشكر لصاحبة السمو الملكي الأميرة دينا مرعد و لأصحاب المعالي وزراء الصحة السابقين، ولعطوفة مدير عام الخدمات الطبية الملكية ومعالي العين الدكتور ياسين الحسين رئيس لجنة الصحة و البيئة و السكان في مجلس الأعيان، وسعادة النائب الدكتور رائد حجازين رئيس لجنة الصحة و البيئة في مجلس النواب و مديري المستشفيات الجامعية و مديري الإدارات في وزارة الصحة و وزارة المالية و وزارة التخطيط و التعاون الدولي و دائرة الموازنة العامة و دائرة الإحصاءات العامة و عطوفة أمين عام المجلس الأعلى للسكان و المجلس التمريضي الأردني، و رؤساء النقابات المهنية و المنظمات الدولية التابعة للأمم المتحدة و الوكالة الأمريكية للإعلاء الدولي .

الغاية من الوثيقة

تمثل هذه الوثيقة الملامح الرئيسة للاستراتيجية الوطنية للقطاع الصحي في الأردن للأعوام 2016 - 2020. استناداً إلى قانون المجلس الصحي العالي رقم 9 لعام 1999م وبما يتماشى مع الأهداف الواردة في الأجندة الوطنية للأردن ووثيقة كلنا الأردن وبرنامج عمل الحكومة للأعوام 2016 - 2019، ووثيقة النظرة الاقتصادية للأردن 2025، وكذلك الأهداف والمهام والمسؤوليات الواردة في قانون المجلس الصحي العالي، بالإضافة إلى الاستراتيجيات الصحية كافة، وتلك ذات العلاقة بالصحة، حيث تم من خلالها وصف القطاع الصحي في الأردن وتحليله وتحديد الأولويات والأهداف الكفيلة بالنهوض بالقطاع بشكل شمولي يعزّز من قدرته على تقديم الخدمة الصحية الكفؤة لسكان المملكة كافة، ويحافظ على موقع الأردن الريادي في هذا المجال.

الفهرس

الرقم	البيان	رقم الصفحة
1	الرؤية و الرسالة و القيم	1
2	منهجية إعداد الاستراتيجية	2
3	الوضع السكاني	3
4	الوضع الاقتصادي و الاجتماعي	4
5	تحليل الوضع الصحي الراهن	5
1.5	حوكمة النظام الصحي في الأردن	10
2.5	تقديم الخدمات الصحية	14
1.2.5	الرعاية الصحية الأولية	14
2.2.5	الرعاية الصحية الثانوية والثالثية	24
3.2.5	جودة الخدمة الصحية	26
4.2.5	الإصابات و الحوادث	28
3.5	تمويل الرعاية الصحية و الاستثمار في مجال الصحة	30
1.3.5	التمويل والإنفاق الصحي	30
2.3.5	التغطية بالتأمين الصحي	32
3.3.5	السياحة العلاجية	36
4.5	الموارد البشرية	38
1.4.5	الأممات الحالية للموارد البشرية الصحية	38
2.4.5	حوكمة الموارد البشرية الصحية	40
3.4.5	الإنتاج و التعليم و التدريب	40
4.4.5	إدارة واستخدام الكوادر البشرية الصحية	42
5.5	المعلومات والأبحاث في النظام الصحي	43
6.5	الدواء و التكنولوجيا الصحية	45
1.6.5	واقع القطاع الصيدلاني	45
2.6.5	الصناعة الدوائية	46
3.6.5	الإنفاق على الدواء	46
4.6.5	التكنولوجيا الصحية	47
6	أثر اللجوء السوري في القطاع الصحي	48
7	التحليل الاستراتيجي	52
8	الإطار العام للاستراتيجية	59
9	خطة المتابعة والتقييم	65
10	المؤشرات	68
11	المراجع	77
12	أعضاء اللجان الفنية	79

فهرس الجداول

رقم الجدول	البيان	رقم الصفحة
1.	أعداد الحوادث المروية ونتائجها ونسبة التغير السنوية خلال الأعوام 2009 - 2013	28
2.	عدد حالات العنف الأسري التي تعامل معها مكتب الخدمة الاجتماعية في إدارة حماية الأسرة (2007 - 2011)	30
3.	أهم مؤشرات الحسابات الصحية الوطنية في الأردن للسنوات 2008 - 2013	31
4.	مؤشرات كثافة القوى البشرية (2009 - 2013)	38
5.	مؤشرات الإنفاق الصحي على الدواء (2008 - 2013)	47
6.	توزيع اللاجئين السوريين حسب الفئات العمرية لعام 2014	48
7.	معدلات الإصابة السنوية ببعض الأمراض السارية لدى الأردنيين و اللاجئين السوريين	49
8.	المؤشرات الصحية في الأردن قبل اللجوء السوري و بعده	51

فهرس الأشكال

رقم الشكل	البيان	رقم الصفحة
1.	التوزيع النسبي للسكان حسب فئات عمرية مختارة	5
2.	معدل نمو الناتج المحلي الإجمالي الحقيقي في الأردن والدول النامية في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا للأعوام 2004 - 2013	7
3.	معدل نمو الناتج المحلي الإجمالي المتوقع في الأردن للأعوام 2014 - 2016	7
4.	معدل التضخم والنمو في الناتج المحلي الإجمالي بالأسعار الثابتة (2009 - 2013)	8
5.	معدلات الفقر للأعوام 1997 - 2010	8
6.	معدل البطالة للأعوام 2005 - 2012	9
7.	المكونات الرئيسية للقطاع الصحي في الأردن	10
8.	مؤشرات الحوكمة في الأردن للأعوام 2011 و 2006 و 2002 (مرتبة من الأعلى إلى الأسفل)	11
9.	تطور أعداد المراكز الصحية خلال الأعوام 2006 - 2013	14
10.	معدل انتشار التدخين وأيّ من منتجات التبغ بين البالغين 15 سنة فأكثر / ذكور (2009)	16
11.	الأسباب الرئيسية للوفيات في الأردن 2003 / 2009	16
12.	معدل وفيات الأطفال (الرضع و حديثي الولادة و تحت سن الخامسة) لكل 1000 ولادة حيّة	17
13.	معدل الإنجاب في الأردن للأعوام 1976 - 2012	20
14.	توزيع أسرة المستشفيات في المملكة حسب القطاعات الصحية لعام 2013	24
15.	معدل أسرة المستشفيات في الأردن وبعض الدول لكل 10000 مواطن	25
16.	حاجة الأردن المتوقعة من أسرة المستشفيات خلال 50 سنة (2014 - 2064)	25
17.	توزيع المواطنين الأردنيين المشمولين بالتأمين الصحي حسب جهة التأمين	32
18.	نسبة السكان المؤمنين صحياً حسب محافظات المملكة	33
19.	معدلات الأطباء و التمريض لكل 10,000 مواطن في الأردن و الدول العربية للعام 2011	39
20.	توزيع الكوادر البشرية الصحية حسب المهنة في الأردن لعام 2013	39
21.	توزيع فئات الكوادر البشرية الصحية في الأردن حسب القطاع (عام , خاص) لعام 2013	40
22.	أعداد اللاجئين السوريين الذين راجعوا المراكز الصحية التابعة لوزارة الصحة خلال الفترة الواقعة بين كانون الثاني 2012 و آب 2014	49
23.	أعداد اللاجئين السوريين الذين راجعوا مستشفيات وزارة الصحة خلال الفترة الواقعة بين كانون الثاني 2012 و آب 2014	50
24.	دور الاستراتيجية الوطنية للقطاع الصحي	56
25.	الإطار العام للاستراتيجية الوطنية للقطاع الصحي	59

بسم الله الرحمن الرحيم

إنّهُ لن دواعي سروري بتقديم الاستراتيجية الوطنية للقطاع الصحي للأعوام 2016 - 2020 في الوقت الذي نشهد فيه المملكة تحديات كبيرة نتيجة للظروف الأمنية غير المستقرة في الدول المجاورة، وما نتج عنها من استضافة الأردن لوجات متتالية من اللّجوء السكاني إضافة إلى النمو السكاني المضطرب والتحول النمطي للأمراض وارتفاع نسبة الأشخاص من فئة كبار السن والشباب . كل ذلك تزامن مع حدوث نقلة نوعية في المجالات كافة خاصة الصحية منها. حيث شهد الأردن على مدى الأعوام السابقة إنجازات كبيرة في المجال الصحي ما ساهم في تحسين معظم المؤشرات الصحية ونبوء الأردن موقعاً متميزاً على خارطة الصحة في العالم، ويتطلب الحفاظ على هذه المكانة توجيه كافة البرامج والمشاريع لمواجهة وتجاوز التحديات التي تواجه القطاع الصحي في الأردن والسعي نحو استغلال الفرصة الديموغرافية أفضل استغلال.

ولكون المجلس الصحي العالي هو الجهة المسؤولة عن رسم السياسة الصحية في المملكة ووضع الاستراتيجية لتحقيقها بالإضافة إلى الأدوار الأخرى المناطة به التي من أبرزها تنظيم القطاع الصحي والتخطيط الدروس للخدمات الصحية بما يضمن العدالة في الوصول والحصول على الخدمة الصحية المتميزة لكافة السكان، ومن أجل مواجهة تحديات القطاع الصحي فقد تم تكليف المجلس بوضع الإطار العام للاستراتيجية الوطنية للقطاع الصحي بمنحى شمولي أخذين بعين الاعتبار الأبعاد اللازمة لإجازها كافة ومتابعيتها وتقييمها .

إنّ من أهم مواطن القوة لهذه الاستراتيجية استنادها إلى توجهات القيادة الهاشمية للنهوض بالقطاع الصحي بشكل شمولي، واعتماد الأهداف الوطنية الخاصة بالأجندة الوطنية، وثيقة كلنا الأردن والإطار المتكامل للسياسات الاقتصادية والاجتماعية في الأردن 2025 كمرجعيات أساسية، هذا وقد كان للمشاركة الفاعلة لكافة القطاعات المعنية الأثر الكبير في إجاز هذه الوثيقة من خلال اللجان الختلفة التي تم تشكيلها لإعداد هذه الوثيقة ومراجعتها. وكذلك الاستعانة بالخبرات الحلية من لهم خبرة واسعة في المجال الصحي . كل ذلك خلق تصوّراً مشتركاً للنهوض بالقطاع الصحي بشكل إيجابي، وذلك بدءاً من تحديد الرؤية والرسالة وانتهاءً بخروج هذه الاستراتيجية بصورتها النهائية.

وفي النهاية لا بدّ من التنويه إلى أن طموحنا خلال السنوات القادمة هو أن تساهم هذه الاستراتيجية في تعزيز الشراكة بين القطاعات الصحية واعتماد مبدأ اللامركزية في اتخاذ القرارات إيماناً متّاً بأنّ التخطيط هو عملية ديناميكية مستمرة لا تنصف بالثبات وليست ذات نهاية، ما يحتم علينا المراجعة المستمرة للاستراتيجية من أجل تحديثها وتطويرها لتنماشى مع المستجدات وتواجه التحديات، ملتزمين بمبدأ التغيير نحو الأفضل، من خلال تطبيق التدخلات المدرجة في الاستراتيجية لتحقيق الرؤية الملكية السامية للقطاع الصحي .

والله الموفق...

وزير الصحة

رئيس المجلس الصحي العالي

الدكتور علي حياصات

بسم الله الرحمن الرحيم

يسرّني وبشرّفني تقدمة الاستراتيجية الوطنية للطبقة الصحية في وقت حتاج فيه المملكة إلى إعادة النظر في الخطط الاستراتيجية نتيجة لجموعة التدايعات التي أحاطت بالمنطقة ومن بينها تزايد تدفق اللاجئين والتي كان آخرها اللجوء السوري بوتيرة مرتفعة إلى الأردن وذلك بهدف تنظيم الطبقة الصحية بكافة مكوناته وتخفيف الانعكاسات السلبية لهذا اللجوء الذي طال مختلف مناحي حياة المواطن الأردني.

يُعدّ الطبقة الصحية من أهم الطبقات التي تأثرت بموجات اللجوء السكاني نتيجة ارتفاع نسبة الطلب على الخدمات الصحية المختلفة وازدياد الضغط على الموارد الصحية المحدودة وظهور أمراض استشفيت منها الأردن بشكل نهائي في سنوات سابقة وما يترتب على ذلك من آثار سلبية على جودة الخدمات الصحية المقدمة وازدياد في كلفتها . كل ذلك يتطلب تضافر الجهود بين كافة الجهات والمؤسسات في القطاعات العام والخاص لتحقيق توجبهاات القيادة الهاشمية الحكيمة بتأمين الرعاية الصحية المناسبة للأردنيين وغير الأردنيين على حد سواء، وضمان الحماية المالية وتعزيز مبدأ الحوكمة الرشيدة وزيادة القدرة الإنتاجية للسكان في الأردن لمواجهة هذه التحديات.

تعدّ عملية إعداد الاستراتيجية الوطنية للطبقة الصحية جسيماً حثاً وواقعياً يبين مدى التزام الطبقة الصحية بكافة مكوناته بروح التعاون والتنسيق لإعطاء صورة مشرقة ومبصرة عن الأردن. حيث ركزت الاستراتيجية ضمن مداخلتها على ضمان توفير خدمات صحية آمنة وفعالة وكفاءة وميسرة. مع التركيز على الاحتياجات المستقبلية لكافة الفئات العمرية لسكان الأردن .

تمثل هذه الاستراتيجية الإطار العام الذي من خلاله سيتم تطوير وتعزيز قدرة النظام الصحي على مواجهة التحديات القائمة ورفع مكانة الأردن الريادية في مجال تقديم خدمات الرعاية الصحية. ونحن واثقون كل الثقة بالقدرة المتميزة للطبقة الصحية بكافة مكوناته لإخراج جميع التداخلات الواردة في هذه الاستراتيجية إلى حيز الوجود. وحرصون كل الحرص على تقديم كافة أشكال الدعم والتشجيع المتواصل لجميع الشركاء لضمان النجاح والتميز من أجل تحقيق رؤية النظام الصحي في الأردن.

تناولت الاستراتيجية إجراء قليل معمق للوضع الصحي الراهن استناداً إلى اللبناات الأساسية للنظام الصحي والذي اعتمدته منظمة الصحة العالمية. وقد خرج هذا التحليل بأولويات القضايا التي تستوجب التدخل لتحسين نوعية وجودة خدمات الرعاية الصحية وتيسير الوصول والحصول عليها من قبل فئات المجتمع كافة. وذلك بالاعتماد على النموذج المنطقي في التخطيط الاستراتيجي من أجل الاستجابة للفرص ومواجهة التحديات الخاصة.

ولا يفوتني في هذه المناسبة أن أنوجه بجزل الشكر لكافة أعضاء اللجان التوجيهية و الفنية و التابعة و التقييم، بالإضافة إلى المؤسسات المشاركة في إنجاز هذه الاستراتيجية في القطاعين العام و الخاص و الدولي وخصوصاً منظمة الصحة العالمية على تقديم الدعم الفني و المادي.

أملاً أن نعمل معاً بروح الفريق الواحد من خلال مؤسساتنا الصحية وبشراكة المجتمع الأردني لتجاوز التحديات كافة . ونحقق أهدافنا ملتزمين بسياسة ومسار هذه الاستراتيجية لضمان تحقيق الرؤية المنشودة.

والله ولي التوفيق.

أمين عام المجلس الصحي العالي
الدكتور هاني "أمين بروسك" الكردي

1. الرؤية والرسالة والقيم:

الرؤية Vision :

نظام صحي فعال ذو بُعد إنساني واقتصادي يضمن حصول جميع السكان على الرعاية الصحية ذات الجودة مدى الحياة. ويحقق للمملكة مكانة مميزة.

الرسالة Mission :

رسم السياسات الصحية التكاملة بمشاركة القطاعات الصحية العاملة في المملكة كافة لضمان توفير خدمات صحية شاملة ومستدامة ذات جودة للسكان كافة. ضمن اقتصاد صحي سليم يعزز من موقع الأردن الريادي في مجال الرعاية الصحية.

القيم Values :

الشراكة والتكامل:	تعزز الشراكة المستندة إلى مبادئ التنسيق والتعاون والتكامل بين القطاعات الصحية العاملة في الأردن كافة .
العَدالة:	حصول السكان كافة على خدمات صحية متميزة دون عوائق مالية أو جغرافية أو اجتماعية .
الجودة والتميز:	مؤسسات صحية آمنة ذات جودة تحافظ على مركز الأردن الريادي .
الكفاءة:	التخطيط بعناية لتحديد الاحتياجات والاستغلال الأمثل للموارد. وتوجيه البرامج كافة للعمل ضمن آلية مشتركة تحث من الازدواجية. وتعزز من قدرة النظام على الاستمرارية .
الإنهنية:	كادر صحي مدرب على أحدث المستجدات العلمية والتقنية ويتجاوب مع احتياجات المرضى .
الحماية المالية:	تأمين صحي اجتماعي / تغطية صحية شاملة .

2. منهجية إعداد الاستراتيجية Strategy Development Methodology

أولاً: الإعداد والتحضير Setting the Stage

1. وضعت خطة لإعداد الاستراتيجية تضمنت الموازنة اللازمة، و جدول زمني للتنفيذ، و جرى تقديمها لمكتب منظمة الصحة العالمية في الآرن لأخذ الموافقة على الدعم الفني والمالي.
2. تم إعداد الخطاطبات الرسمية لدولة رئيس الوزراء وأخذ الموافقات عليها.
3. تم التعاقد مع خبير محلي، حيث راجع ما تم إعداده من وثائق تخصص الاستراتيجية، وذلك من خلال العمل عن كثب مع مديرة الشؤون الفنية في الأمانة العامة للمجلس الصحي العالي.
4. تم تشكيل لجان لإعداد الاستراتيجية من قبل معالي وزير الصحة/ رئيس المجلس الصحي العالي وهذه اللجان هي :
اللجنة التوجيهية، اللجنة الفنية ، و لجنة المتابعة و التقييم، و هذه اللجان برئاسة عطوفة أمين عام المجلس الصحي العالي، ونُثل القطاعات الصحية كافة.
5. تولّت اللجنة التوجيهية عملية الإشراف والمصادقة على أعمال اللجنة الفنية ولجنة المتابعة والتقييم، وذلك ضمن شروط مرجعية محدّدة.
6. أعدت اللجنة الفنية نصّوراً عن الوضع الحالي، وتحليل البيئة الداخلية والخارجية، كما أعدت إطاراً عاماً للاستراتيجية باستخدام النموذج النطقي وفق شروط مرجعية محدّدة.
7. عُقدت اجتماعات لثلاث مجموعات بؤرية (Focus Groups) لمناقشة قضايا ذات أولوية مثل: التأمين الصحي والصحة الإنجابية والإصابات بأنواعها. كون هذه القضايا تحتاج إلى نقاش موسّع وإجماع من قبل الأطراف المعنية كافة.
8. أعدت لجنة المتابعة والتقييم خطة متابعة وتقييم للاستراتيجية بناءً على نظام وأدوات لمتابعة مؤشرات الخرجات التي يتم اعتمادها وتقييمها وفقاً للشروط المرجعية الخاصة بعملها .

ثانياً: تحليل الوضع الراهن Situation Analysis

تشمل هذه المرحلة عملية جمع و تحليل البيانات والمعلومات و الدراسات والوثائق ذات العلاقة التي تشمل الاستراتيجيات و الخطط الصحية كافة، و تلك ذات العلاقة بالصحة، وعقد اجتماعات اللجان مع المعنيين لأجل هذه الغاية، ومن ثم تم إجراء عملية تقييم وتوصيف شاملة للوضع الراهن والتطور الذي حصل في النظام الصحي، وذلك باستخدام النموذج المعتمد من منظمة الصحة العالمية/ البنات الستة للنظام الصحي (The Six Building Blocks of the Health System).

ثالثاً: التحليل الاستراتيجي Strategic Analysis

يشمل تحليل البيئة الداخلية والخارجية للنظام الصحي التعرف إلى مواطن القوة والضعف، وكذلك الفرص والتهديدات (SWOT Analysis) وذلك لاستخلاص القضايا الرئيسة وتحديد ما يعالجتها ضمن الاستراتيجية.

رابعاً: صياغة الرؤية والرسالة Vision and Mission Development

استندت الرؤية والرسالة والقيم في الاستراتيجية الوطنية للقطاع الصحي إلى كّل من رؤية ورسالة وقيم المجلس الصحي العالي كونه الجهة المسؤولة عن رسم السياسات الصحية العاقبة، وإعداد الاستراتيجيات الوطنية للنظام الصحي.

خامساً: إعداد الإطار العام للاستراتيجية Strategy Conceptual Framework

تم اعتماد النموذج المنطقي Logic Model for Planning في إعداد الإطار العام للاستراتيجية وذلك لعدة اعتبارات منها:

- 1- يتيح هذا النموذج مراقبة الأداء في النظام الصحي.
 - 2- يتيح هذا النموذج تقييم النتائج بعيدة المدى والأثر المتوقع.
 - 3- يسهل استخدام النموذج للحصول على دعم المعنيين في القطاع الصحي ومساندتهم، وذلك لكونه ذا هيكلية منطقية وسلسلة يمكن تتبعها بسهولة.
 - 4- يعتمد هذا النموذج على النهجية التشاركية في الإعداد والتنفيذ.
 - 5- شيوخ استخدام هذا النموذج من قبل المنظمات المانحة في الآونة الأخيرة، حيث يمكن النموذج من التفاوض مع الشركاء والجهات المانحة لدعم الاستراتيجية.
- في هذا السياق تم الاتفاق على الأولويات الوطنية التي يمكن العمل عليها في هذه الفترة، حيث تم تحديد النتائج والخرجات والتدخلات المختلفة، وذلك عبر عقد عدة اجتماعات للجان التوجيهية والفنية، وكذلك عقد عدة لقاءات مع الخبراء.

سادساً: إعداد خطة لتابعة وتقييم الاستراتيجية Strategy Monitoring and Evaluation Plan

إنّ عملية المتابعة والتقييم يجب أن تكون جزءاً من إطار شامل ومتكامل، للناكد من تحقيق النتائج و الأثر المتوقع، و تضمن جمع المعلومات حسب منهجية علمية، ومن خلال التغذية الراجعة تستهدف تصحيح مسار الخطة، والمساءلة والحكم النهائي على مدى جدوى الخطة وتحديد الدروس المستفادة، وفي الاستراتيجية الوطنية للقطاع الصحي سوف تُستخدم أدوات للمتابعة و التقييم ومصفوفة توضح المؤشرات التي سوف يتم اعتمادها وسنة الأساس للقياس ودورية القياس والجهة المسؤولة.

سابقاً: الإجماع على الاستراتيجية Stakeholders Consensus and Participation

- عقد المجلس الصحي العالي بالتعاون مع منظمة الصحة العالمية لقاءات تشاورية ضمت الجهات المعنية في القطاع الصحي كافة، وعُرض خلالها الإطار العام للاستراتيجية، ومسودة الاستراتيجية، وأخذت آراء المعنيين وملاحظاتهم، وتم تضمينها في الوثيقة.
- تم عرض ومناقشة الإطار العام للاستراتيجية على أعضاء المجلس الصحي العالي .
- عقد المجلس الصحي العالي بالتعاون مع منظمة الصحة العالمية ورشة عمل وطنية لكافة الجهات المعنية بالاستراتيجية، حيث تم اعتماد الاستراتيجية كإطار عمل لإصلاح القطاع الصحي من خلال النهج التشاركي والحوار الوطني، وذلك حسب توجيهات جلالة الملك المعظم في خطاب العرش السامي لافتتاح الدورة العادية الثانية لمجلس الأمة السابع عشر حيث تم عرض ومناقشة خطط العمل التنفيذية لكافة القطاعات المشاركة .
- تم عرض ومناقشة مسودة الاستراتيجية مع خبراء منظمة الصحة العالمية في الأردن وفي المكتب الإقليمي للمنظمة بالقاهرة (HQ-EMRO).
- تم عرض ومناقشة الاستراتيجية على مجلس الوزراء والذي عقد برئاسة دولة رئيس الوزراء وقد تم تضمين ملاحظاتهم في الإستراتيجية والتي تم اعتمادها كوثيقة مرجعية ملزمة للقطاع الصحي .

ثامناً : إخراج الوثيقة بشكلها النهائي Production of the Final Document

- تمت في هذه المرحلة مراجعة الوثيقة والمصادقة عليها بشكلها النهائي، ومن ثم طباعتها وتوزيعها على الشركاء كافة، وضميلها على الموقع الإلكتروني للمجلس .
- تم الإجماع على إصدار وثيقة ثانية مختصرة تنبثق عن هذه الاستراتيجية، وهي وثيقة " الإطار العام للاستراتيجية الوطنية للقطاع الصحي 2016 – 2020 وتوجهات السياسة الصحية في الأردن " حيث تستهدف هذه الوثيقة صانعي القرار وراسمي السياسات الصحية في المملكة .

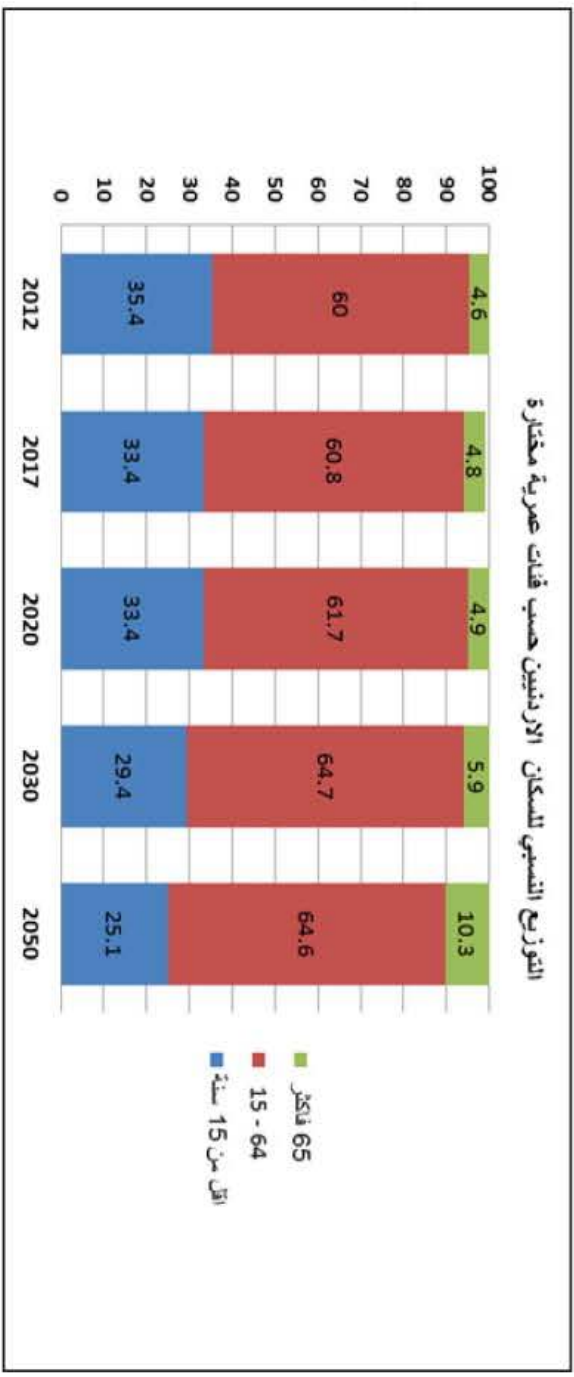
3. الوضع السكاني Demographic Situation

يُعدّ الأردن من الدول ذات الموارد الطبيعية المحدودة ومعدلات الدخل المتوسط والنمو السكاني المرتفع، فقد أشارت دائرة الإحصاءات العامة إلى أن عدد سكان المملكة قد ارتفع من 586 ألف نسمة عام 1952 إلى حوالي 2.1 مليون نسمة في عام 1979 وإلى حوالي 4.2 مليون في عام 1994 وإلى 6.5 مليون نسمة تقريباً في عام 2013. وعلى الرغم من الانخفاض في معدل المواليد الخام من حوالي 50 مولوداً لكل ألف من السكان في عام 1952 إلى 27.6 مولود لكل ألف من السكان في عام 2013، إلا أن مستويات الإنجاب في الأردن تعدّ من المستويات المرتفعة مقارنة بالدول المتقدمة، وقد ساهم في ذلك انخفاض معدل الوفيات الخام وارتفاع معدل الإنجاب الكلي (3.5 طفل لكل امرأة في سن الإنجاب في عام 2012) وفي حال استمرار معدل النمو السنوي للسكان على ما هو عليه في عام 2014 والبالغ 2.2%، فإنّ عدد سكان الأردن سيتضاعف بعد 31.5 سنة تقريباً.

أثّرت معدلات المواليد والوفيات وعوامل الهجرة في التركيب العمري للسكان . فمن المتوقع أن يؤدي ارتفاع عدد السكان من فئة كبار السن في الأردن إلى زيادة الضغط على الموازنة الحكومية في العقد القادم وإلى تضاخم في حجم الإنفاق الصحي، حيث ستزداد نسبة من هم في الفئة العمرية 65 سنة فما فوق من 3.3 عام 2012 إلى 4.9 في عام 2020

(الشكل رقم 1) . وستنخفض نسبة السكان في الفئة العمرية من 15 سنة فما دون من 37.3 % عام 2012 إلى 33.4 % عام 2020. ولذلك لا بدّ من الأخذ بعين الاعتبار هذا التحوّل الديموغرافي في التركيب العمري للسكان في عملية التخطيط للخدمات الصحية، خاصّة تلك المتعلقة بالأمراض غير السارية والتأمين الصحي وتوفير الخدمات العلاجية والوقائية والتأهيلية، خاصّة لفئة كبار السن.

الشكل رقم (1)



يشكّل الارتفاع المتزايد في أعداد الإناث في سنّ الإجاب (15 - 49 سنة) في السنوات القادمة تحديًا وطنيًا كبيرًا، حيث سيقفز عدد الإناث في سنّ الحمل والإجاب من حوالي 1.6 مليون في عام 2012 إلى حوالي 2.1 مليون بحلول عام 2022. وإذا انخفضت معدلات الإجاب وفقًا لأهداف الاستراتيجية الوطنية للسكان وثيقة سياسات الفرصة السكانية، فسوف يحصل تناقص تدريجي في معدلات الإجاب وتخفض نسبة الإحالة من 68.2 فرد في الوقت الحالي إلى 54 فردًا لكل مائة شخص في عام 2030. ونتيجة للتحوّل الديموغرافي المتوقع في التركيب العمري للسكان فسوف تدخل المملكة في نافذة الفرصة السكانية، حيث يتوقع أن ترتفع نسبة السكّان في سنّ العمل إلى 65 % بحلول عام 2030 ما سيحقق تسارعًا في عجلة الاقتصاد الأردني في حال توفر التخطيط والاستعداد اللازمين لهذه المرحلة، ومن الجانب الآخر ونتيجة لموقع الأردن الجغرافي المميز إذ يحيط به من جميع الجهات - تقريبًا - بلدان عانت من أزمات داخلية وخارجية ونتيجة للاستقرار السياسي والأمني الذي يعم به، فقد استضاف الأردن مئات الآلاف من اللاجئين القادمين من الدول المجاورة مثل العراق وسوريا. وفي موجات ما زالت متتالية ما تسببت في ارتفاع في معدلات النمو السكاني، ما ولّد ضغطًا كبيرًا على الخدمات الصحية والبنية التحتية في ظل محدودية الموارد الطبيعية، الأمر الذي انعكس سلبًا على التنمية الاجتماعية والاقتصادية والصحية .

يتبين مما سبق أن أهم التحديات الديموغرافية التي يجب على الخطة الاستراتيجية أخذها بعين الاعتبار هي:

1. ارتفاع معدل النمو السكاني الطبيعي الناتج عن ارتفاع معدلات النمو وتباطؤ الانخفاض في معدل الإجاب الكلي خلال الفترة 2002 - 2012 .
2. ارتفاع معدلات الهجرات القسرية وخاصة هجرة الأشقاء السوريين.
3. ارتفاع نسبة صغار السن.
4. تغير التركيب العمري للسكان و الارتفاع المتزايد في نسبة فئة كبار السن.
5. الزيادة السكانية الكبيرة وغير الخطط لها في المناطق الحضرية، خاصة في محافظة العاصمة والمدن الكبرى.
6. الغلل في التوزيع السكاني بين محافظات المملكة.
7. التحديات السكانية التي قد تنتج إذا لم يتمكن الأردن من الاستفادة من نافذة الفرصة السكانية.

4. الوضع الاجتماعي والاقتصادي Social and Economic Situation

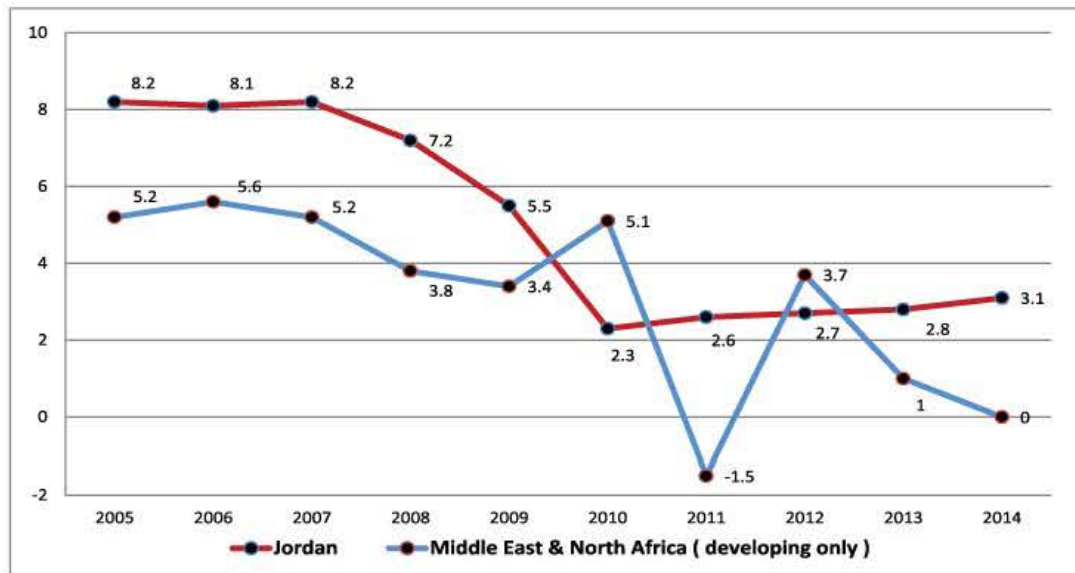
تعد الاستراتيجية والسياسات الصحية الوطنية نتاجاً للبيئة السياسية والاجتماعية والاقتصادية السائدة في الدولة. سار الأردن بخطوات كبيرة نحو تحقيق الأهداف الإنمائية للألفية على مدى العقود الثلاثة الماضية، ما جعله يتبوأ مكانة متقدمة بين دول المنطقة، حيث نظر إلى التنمية من منظور شمولي مدرگا أن الفقر والأمية والصحة تشكل مثلًا يجب معالجته معًا. لذلك فقد تم الجمع بين التقدم في مكافحة الفقر والأمية من جهة، وبين انتشار المرافق الصحية والتغذية الكافية والإسكان والمياه النظيفة من جهة أخرى، فعلى الرغم من أن الأردن يُعدّ من ضمن أفقر أربع دول في العالم من حيث توفر المياه إلا أن نسبة السكان الذين يستخدمون مصادر محسنة لمياه الشرب بلغت 97 بالمئة لعام 2010 وهي أعلى بكثير من المستوى العالي البالغ 76%.

إنّ محو الأمية يشكّل النواة الأساسية للتعليم، ومن ثمّ القضاء على الفقر والمرض، وفي هذا السياق خطى الأردن خطوات كبيرة نحو القضاء على الأمية، حيث بلغت نسبة القادرين على القراءة والكتابة لن هم في سن الـ 15 سنة وأكثر 93% لعام 2012. كذلك حقق الأردن إنجازات كبيرة في مؤشرات التعليم كإكافة سواء تلك المتعلقة بتوفير المؤسسات التعليمية أو نوعيتها أو في جوانب العدالة والمساواة أو في مواءمة التعليم مع احتياجات التنمية. يجاز الأردن باقتصاده المعتمد على الموارد البشرية، إضافة إلى اعتماده على موقعه الجغرافي الذي يربط دول الخليج العربي ببلاد الشام وتركيا. ويعد الأردن من الأقطار صغيرة الحجم مقارنة بحجم أغلب الدول الحيطه به، حيث تبلغ مساحته حوالي 89 ألف كم². إضافة إلى أن أغلب مساحته صحراوية نقل فيها المياه، حيث تشكل الأراضي الصالحة للزراعة حوالي 6.2% فقط من المساحة الكلية للمملكة، ويفتقر إلى الموارد الطبيعية المكتشفة خاصة البترول والغاز.

انخفض معدل نمو الناتج المحلي الإجمالي من 8.2 % في عام 2007 إلى 2.7 % في عام 2012 وارتفع عام 2013 بنسبة طفيفة ليصل إلى 2.8 % ومن المتوقع أن يتزايد هذا النمو ليصل إلى 4 % عام 2016 (الشكل 2 والشكل 3) بلغ الناتج المحلي الإجمالي بالأسعار الجارية في عام 2013 حوالي 23.8 مليار دينار (33.7 بليون دولار أمريكي) وبلغت الزيادة في متوسط أسعار المستهلك (التضخم) خلال عام 2013 نسبة 5.6 % بالمقارنة مع 4.65 % من العام 2012 (الشكل 4) وقد بلغ الدين العام الإجمالي (المحلي والخارجي) (19096.5) مليون دينار في عام 2013 أو ما نسبته 80.1 % من الناتج المحلي الإجمالي .

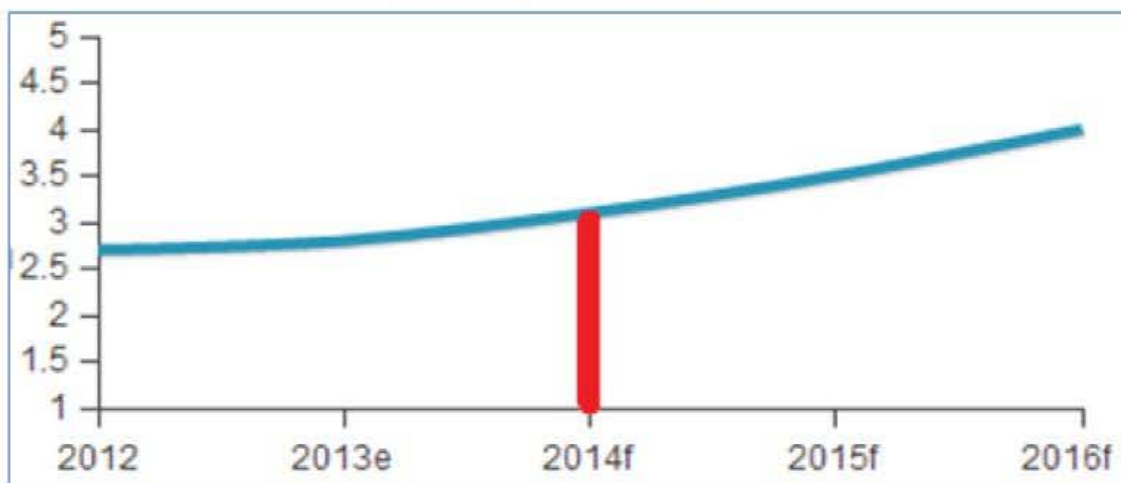
الشكل رقم (2): معدل نمو الناتج المحلي الإجمالي الحقيقي

في الأردن والدول النامية في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا للأعوام 2013 - 2005



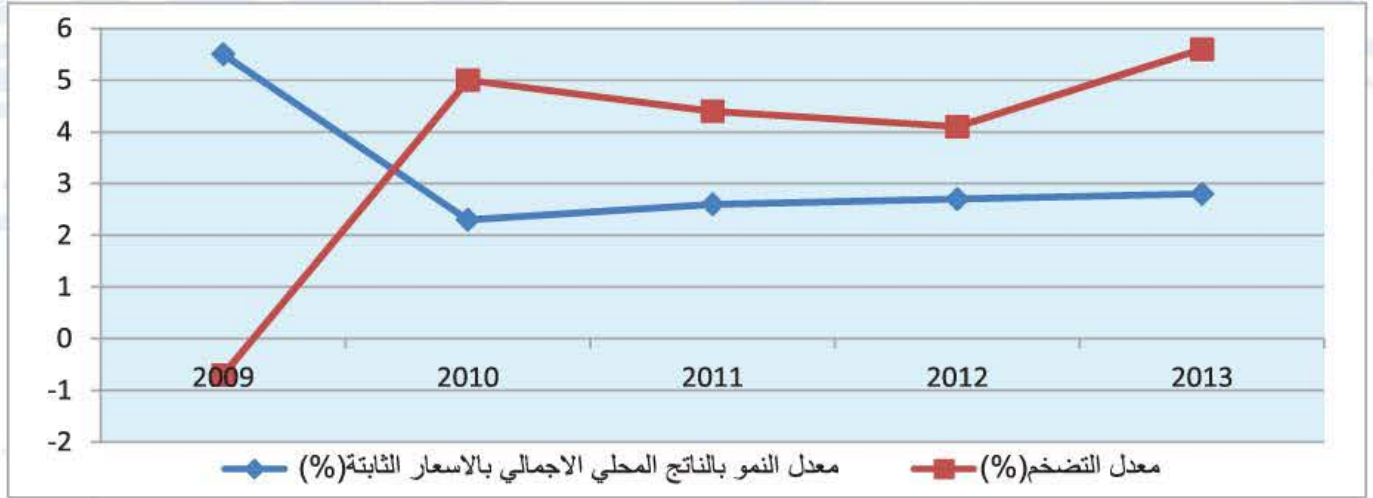
المصدر: البنك الدولي <http://www.worldbank.org/en/country/jordan>

الشكل رقم (3) : معدل نمو الناتج المحلي الإجمالي المتوقع في الأردن للأعوام 2016 - 2012



المصدر: البنك الدولي <http://www.worldbank.org/en/country/jordan>

الشكل رقم (4) : معدل التضخم والنمو في الناتج المحلي الإجمالي بالأسعار الثابتة (2009 - 2013)



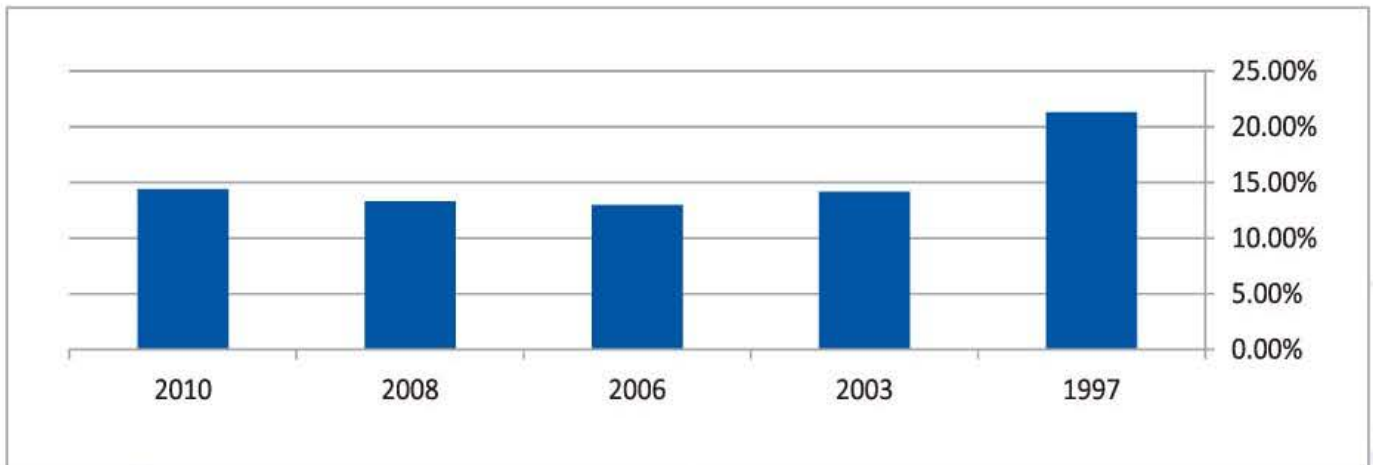
المصدر: - غرفة صناعة الأردن . نشرة المؤشرات الاقتصادية للقطاع الصناعي الأردني العدد الثالث - شباط 2013

أدت الزيادات غير الطبيعية في السكان والهجرة القسرية من دول الجوار إلى وجود أزمات في إدارة الاقتصاد الأردني. وشكلت ضغطاً على إدارة موارده وبُنيت التحتية وخدماته الأساسية من: تعليم وصحة ومواصلات وطرق. وكذلك كان الحال لسوق العمل والتحديات الكبيرة التي واجهها في توفير فرص عمل لعشرات الآلاف من الداخلين الجدد لسوق العمل. وعلى هامش هذه التحولات برزت مشكلة الفقر في المجتمع الأردني خلال العقود الستة الماضية كإحدى المشكلات والتحديات الرئيسية التي تواجه صنّاع القرارات الاقتصادية والاجتماعية في الأردن .

بلغ المعدّل العام للفقر في الأردن 14.4 % عام 2010 حيث تشهد المناطق الريفية معدلات أعلى مقارنة بالمناطق الحضرية، إلا أنه جدر الإشارة إلى أنّ المناطق الحضرية في الأردن تشكل حوالي 83 % وأن أكثر المدن اكتظاظاً بالسكان هي عمان وإربد والزرقاء .

يبين الشكل رقم (5) رسماً بيانيًا يوضح الارتفاع في معدلات الفقر خلال الأعوام 1997 - 2010 .

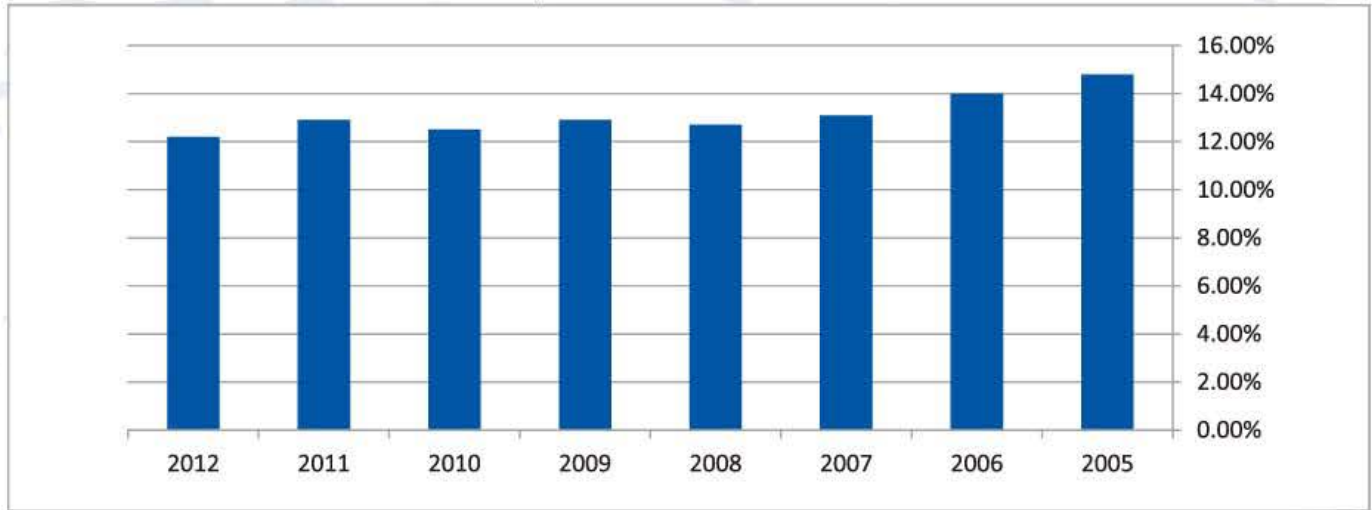
الشكل رقم (5): معدلات الفقر للأعوام 1997 - 2010



المصدر : دائرة الإحصاءات العامة

أما معدلات البطالة فقد بلغت 12.2 في عام 2012 بواقع 19.9 % للإناث مقابل 10.4 % للذكور مع ارتفاع معدل البطالة لفئة الشباب الذين تبلغ أعمارهم 20 - 24 سنة إلى 28.8 % فيما بلغت نسبة الإعالة 68.2 % عام 2012 . وفيما يلي رسم بياني يوضح تطور معدلات البطالة للأعوام 2005 - 2012 .

الشكل رقم (6): معدل البطالة للأعوام 2005 - 2012



المصدر : دائرة الإحصاءات العامة

تبقى قدرة الاقتصاد الوطني على النمو عرضة للصدمات الخارجية وخاصة الهجرات القسرية من دول الجوار. ومعدل النمو غير كاف لحل التحديات الاقتصادية والاجتماعية والصحية التنموية طويلة الأمد. لذلك فإن قرارات الحكومة للاستثمار في المجالات الصحية وغيرها ستبقى مقيّدة إلى حدّ ما. خاصّة خلال السنوات القليلة المقبلة. ومن القضايا الاجتماعية الصحية الهامة التي سنتناولها في هذه الإستراتيجية موضوعي الزواج المبكر وزواج الأقارب وذلك تحت عنوان " الصحة الإيجابية " .

5. تحليل الوضع الصحي الراهن Current Health Situation Analysis

يُعدّ الوضع الصحي في الأردن من الأفضل في منطقة الشرق الأوسط نتيجة لظروف الأمن والاستقرار في المملكة. ونتيجة لمجموعة الخطط والمشروعات التنموية الفعالة التي شملت الصحة بعدها عنصراً مهماً ومُدخلاً أساسياً في عملية التنمية المستدامة. لذا فقد شهد القطاع الصحي في الأردن تطوراً ملحوظاً انعكس إيجاباً على الوضع الصحي للسكان . وقد عكست المؤشرات الصحية العامة جودة وكفاءة الخدمات الصحية المقدمة ما وضع الأردن في مرتبة متقدمة بين دول العالم. فقد استقر المعدل العام للعمر المتوقع عند الولادة على 74.4 سنة خلال السنوات 2007-2013 (ارتفع للذكور من 70.6 سنة عام 2006 ليصل إلى 72.4 عام 2013 ومن 72.4 للإناث عام 2006 ليصل إلى 76.7 عام 2013). وانخفض معدل وفيات الأمهات من 41 لكل مئة ألف مولود عام 1996 ليصل إلى 19.1 لكل مئة ألف مولود عام 2008 . أما معدل النمو السكاني فقد انخفض من 2.3 % عام 2006 ليصل إلى 2.2 % عام 2013. هذا بالإضافة إلى توسعة مظلة التأمين الصحي المدني وإتاحة الاشتراك الاختياري بالتأمين لكافة المواطنين الراغبين. ومن ضمنهم: الحوامل والأطفال تحت سن السادسة وكبار السن وقاطنو المناطق النائية والأقل حظاً ومنتفعو شبكة الأمان الاجتماعي. حيث وصلت نسبة السكان المؤمنين صحياً- حسب المصادر الرسمية- إلى 86 % .

تشكّل بعض العوامل تحدياً كبيراً للنظام الصحي في تلبية التوقعات المتزايدة للسكان. منها: ازدياد الطلب على الخدمات الصحية نتيجة للنمو السكاني والتحول النمطي للأمراض في الأردن (الذي يعني انخفاض معدلات انتشار الأمراض

السارية . وارتفاع معدلات انتشار الأمراض غير السارية) و وجود اللاجئين. بالإضافة إلى الارتفاع المتوقع لنسبة السكان خاصة من فئتي: الشباب وكبار السن، وارتفاع تكاليف الرعاية الصحية في ظل الوضع الاقتصادي الذي يواجهه العديد من الأزمات المالية والاقتصادية .

1.5 حوكمة النظام الصحي في الأردن Health System Governance in Jordan

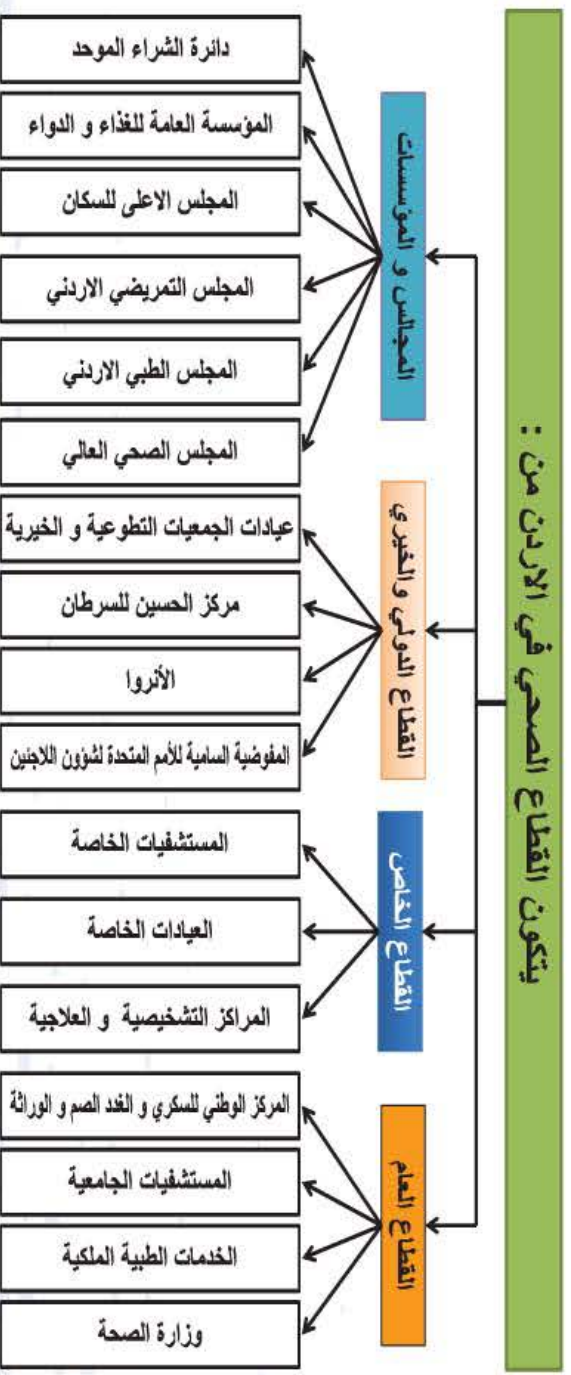
امتازت الحكومة في الأردن منذ نشأة الإمارة عام 1921 بوجود نظام سياسي مستقر يعمل على تحديد المسؤوليات بين القطاعات العام والخاص وتوزيعها. حيث تتولى الحكومة عملية الإشراف والمتابعة وسنّ القوانين من أجل حماية الحقوق العامة وتحقيق العدالة بين السكان .

يُعد وجود لجنة صحية مثلة في البرلمان يتم استشارتها في دراسة القوانين والقرارات الصحية الهامة/ والتأكد من مراعاتها لمصلحة الوطن والمواطنين، والتحقق من صحة القرارات الحكومية، وكذلك إعادة تفعيل المجلس الصحي العالي الذي يُعد مظلة للقطاعات الصحية كافة خير دليل على اعتماد مبدأ المشاركة في صنع القرارات الصحية .

يتكوّن القطاع الصحي في الأردن من قطاعات مقدّمة للخدمة (القطاع العام والخاص والدولي والخيري) ومن مجالس و مؤسسات تعمل على تطوير السياسات الصحية، يضمّ القطاع العام: وزارة الصحة والخدمات الطبية الملكية والمستشفيات الجامعية (مستشفى الجامعة الأردنية ومستشفى الملك المؤسس عبدالله الجامعي) ومركز السكري والوراثة والغدد الصم، ويضمّ القطاع الخاص: المستشفيات الخاصة والمراكز التشخيصية والعلاجية، بالإضافة إلى مئات العيادات الخاصة، و يتقدّم القطاع الدولي والخيري خدماته من خلال: عيادات وكالة الغوث لتشغيل اللاجئين الفلسطينيين (الأونروا) والفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين ومركز الحسين للسرطان وعيادات الجمعيات الخيرية.

أما عملية رسم السياسة العامة للقطاع الصحي في الأردن فتتم بشكل رئيس من خلال المجلس الصحي العالي حسب قانونه رقم 9 لعام 1999م، ويشار إلى أنّ هناك مؤسسات أخرى في القطاع الصحي تشارك في وضع السياسات الصحية مثل: المجلس الطبي الأردني والمجلس الأعلى للسكان والمجلس التمريضي الأردني والمجلس الوطني لشؤون الأسرة والمؤسسة العامة للغذاء والدواء ودائرة الشراء الموحد. شكل رقم (7) .

الشكل رقم (7) المكونات الرئيسة للقطاع الصحي في الأردن



يهدف المجلس الصحي العالي إلى رسم السياسة العامة للقطاع الصحي في المملكة و وضع الاستراتيجية لتحقيقها . و تنظيم العمل الصحي وتطويره بجميع قطاعاته. بما يضمن حصول جميع السكان على الخدمات الصحية التي يحتاجون إليها وفقاً لأحدث الوسائل والأساليب والتقنيات العلمية المتطورة، ويضم المجلس في عضويته ممثلين عن كافة القطاعات الصحية التي لها علاقة بالصحة من القطاعين العام والخاص، وتنفيذاً للأهداف والمسؤوليات المناطة بالمجلس فقد أعدت الأمانة العامة للمجلس - باعتبارها الذراع التنفيذي للمجلس - كلاً من: الاستراتيجية الصحية الوطنية للأعوام 2008 - 2012 والاستراتيجية الوطنية لترشيد الإنفاق على الدواء 2012 - 2016. كذلك المساهمة مع الجهات المعنية في تطوير الاستراتيجيات الوطنية الهامة للقطاع كالأستراتيجية الوطنية للانصهار والإعلام الصحي 2011 - 2013 والاستراتيجية الوطنية الأردنية لكبار السن 2008 - 2013 والاستراتيجية الوطنية للصحة الإنجابية/تنظيم الأسرة 2013 - 2017.

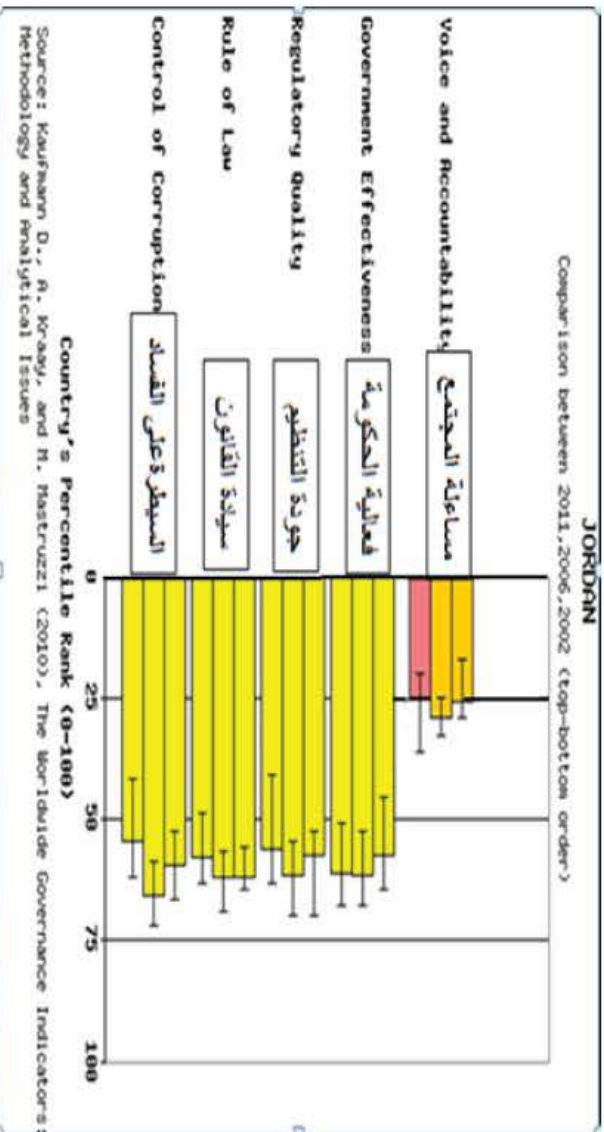
تقوم وزارة الصحة - من خلال قانون الصحة العامة رقم (47) لعام 2008 والنشروعات الأخرى - ب مهمة ترخيص المهن والمؤسسات الصحية في الأردن ومراقبتها وتنظيمها. ويشترك الوزارة في مهام الرقابة مختلف المجالس والهيئات الصحية والطبية الوطنية.

مبادئ و معايير ممارسات الحكومة في القطاع الصحي

استناداً إلى مؤشرات الحكومة الدولية لعام 2011 تتراوح مؤشرات المساءلة المجتمعية وفعالية الحكومة وجودة التنظيم وسيادة القانون والسيطرة على الفساد في الأردن من 25% إلى 65% كما هو مبين بالشكل رقم (8) .

الشكل رقم (8)

مؤشرات الحكومة في الأردن للأعوام 2011 و 2006 و 2002 (مرتبة من الأعلى إلى الأسفل)



أما بالنسبة لمؤشر النزاهة فقد احتل الأردن عام 2012 المرتبة 58 من بين 176 دولة وبعلامة 48 من 100 حسب تقرير منظمة الشفافية الدولية (International Transparency organization) وكان ترتيبه الرابع على الدول العربية بعد قطر والإمارات العربية والبحرين . حيث يراقب أعضاء البرلمان ومنظمات المجتمع المدني تطبيق مبدأ الشفافية في اتخاذ القرارات الإدارية الكبيرة في القطاع الصحي، كذلك تتم عملية الرقابة الحكومية وتقييم الأداء عن طريق مندوبين من ديوان الحاسبة ومديريات الرقابة الداخلية. ويتم إعداد تقارير تغذية راجعة للسلطات العليا . إلا أنه من الضروري تمكين المواطنين من أجل كسب التأيد لتحقيق مصالحهم وتعزيز مفهوم الحاسبة على الأخطاء من خلال إقرار وتطبيق قانون المسؤولية الصحية والطبية . جدر الإشارة هنا إلى أنه قد تم حديثاً إطلاق نتائج المرحلة الأولى من مبادرة تعزيز المساءلة المجتمعية لتحسين الخدمات الصحية التي تم تنفيذها بتعاون مشترك بين المجلس الصحي العالي وهيئة مكافحة الفساد. وبدعم من برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، كما تم إطلاق الموقع الإلكتروني "شارك" والمستضاف من قبل وزارة الصحة لتمكين السكان من إبداء آرائهم وملاحظاتهم حول الخدمات الصحية المقدمة .

هناك تحديات كثيرة مرتبطة بالحكومة يجب التركيز عليها ومواجهتها حتى لا تؤدي إلى ضعف فعالية وكفاءة النظام الصحي مثل: نظام المركزية وازدياد كلفة التشغيل، وعدم وجود نظام تحويل فعال، و ضعف الحس بالمسؤولية المالية من قبل مقدمي الخدمة والمرضى بما يخص استخدام الخدمات الصحية، و ضعف التنسيق بين القطاعين العام والخاص، وهجرة الموارد البشرية الكفوة، و ضعف استخدام خدمات الرعاية الصحية الأولية، وعدم وصف الدواء بالاسم العلمي، و نقص في بروتوكولات المعالجة، وعدم ربط إنشاء المستشفيات الجديدة والتكنولوجيا المكلفة بالحاجة الفعلية .

أثبتت الدراسات والتجارب أن تطبيق اللامركزية (التي تعني نقل السلطة من المستويات الحكومية العليا إلى المستويات الدنيا. أي من المركز إلى المحافظات) يساعد على حل كثير من المشكلات المالية والتقنية والاجتماعية والإدارية التي تواجه المؤسسات الصحية، لذلك يجب تفعيل دور الإدارات الطرفية في المحافظات في الأردن، والتوسع في تفويض الصلاحيات على المستويات المحلية (لا مركزية القرارات) وقد أعدت الحكومة الحالية مشروع قانون متكامل حول اللامركزية وقدمته لجلس النواب لدراسته وإقراره.

لعلّ من أبرز العوامل التي تفرض أولوية التوسع في لا مركزية إدارة الخدمات الصحية الحالية هي محدودية الموارد، والتكلفة التشغيلية العالية للخدمات الصحية، وضرورة رفع كفاءة الخدمات الصحية العلاجية وخصوصاً في المستشفيات، مع الحرص على تحسين جودة الرعاية الصحية بمكوناتها كافة.

هناك حاجة لترسيخ مبدأ الأخلاقيات الطبية وأتباع نظام التحفيز المرتبط بالأداء (Performance linked Incentives) لدى مقدمي الخدمة خاصة الأطباء لتقديم خدمات صحية ذات جودة عالية وكلفة قليلة.

أما فيما يتعلق بسيادة القانون فيظهر خليل واقع حال حوكمة النظام الصحي في الأردن إلى أن هناك تداعلاً وازدواجية في بعض القوانين الصحية . وهناك بطء في عملية صدور التشريعات، كذلك هناك ضعف في المهارات الإدارية لدى كوادر القطاع الصحي فيما يتعلق بإدارة ومراقبة مدى الالتزام بتطبيق القوانين الصحية، لذلك تبرز الحاجة إلى تطوير قوانين

جديدة أو العمل على تحديث وتعديل بعض القوانين الحالية لتلائم الاحتياجات والمتطلبات المستجدة. وكذلك ضعف في التنظيم والتعاون والتنسيق بين القطاعات المختلفة ما خلق نوعاً من الازدواجية وتداخل الأدوار. ولعل أهم عوامل هذا الضعف يكمن في صعوبة السيطرة ومراقبة وتنظيم القطاع الخاص، خاصة في ظل النمو الكبير الذي شهده هذا القطاع خلال العقدين الماضيين دون ضوابط دقيقة ومحددة تحكم هذا النمو، إضافة إلى التدفق المتسارع غير المنضبط للتكنولوجيا المتطورة الذي يعكس مباشرة على الفاتورة العلاجية ما يقل كاهل الفرد. ويزيد من نسبة الإنفاق من الجيب، ويؤدي إلى استمرار النزف الاقتصادي وهدر الموارد الصحية المحدودة.

على الرغم من وجود رؤية استراتيجية واضحة لقطاع الصحي جسدها الأجندة الوطنية وثيقة كئنا الأردن وثيقة الأهداف والخطة الموضوعية من قبل المستوى الاستراتيجي، وتلك الموضوعية من قبل المستوى التنفيذي، وقد يعود ذلك إلى عدم إشراك المستوى الطرفي عند إعداد الخطة في المستويات الإدارية العليا. كذلك فهناك ضعف في عملية وضع البروتوكولات والإجراءات وتنفيذ السياسات على المستوى الوطني، مع وجود نقص في عملية التدريب في مجال الإدارة والتخطيط الاستراتيجي لدى المديرين ومتخذي القرار.

يتبين مما سبق أن أهم التحديات التي تواجه حوكمة النظام الصحي التي يجب على الخطة الاستراتيجية أخذها بعين الاعتبار هي:

1. ضعف التعاون والتنسيق بين مختلف مكونات القطاع الصحي.
2. اعتماد نظام المركزية.
3. ضعف في عملية التدريب في مجال الإدارة والتخطيط الاستراتيجي.
4. وجود تداخل وازدواجية في بعض القوانين الصحية.
5. ضعف تطبيق استراتيجيات احتواء الكلف.
6. عدم تفعيل أنظمة المراقبة والتقييم للأداء المؤسسي في القطاع العام.
7. ضعف أنظمة الرقابة على القطاع الخاص.
8. ضعف تمكين المواطنين من أجل كسب التأييد لتحقيق مصالحهم ومحاسبة الحكومات المحلية.
9. ضعف الالتزام بتطبيق الاستراتيجيات والخطة الوطنية وضعف أنظمة المتابعة والتقييم لها.

2.5 تقديم الخدمات الصحية (Health Services Delivery)

1.2.5 الرعاية الصحية الأولية (Primary Health Care)

تدار خدمات الرعاية الصحية الأولية من خلال شبكة واسعة من مراكز الرعاية الصحية الأولية التابعة لوزارة الصحة (95 مركز صحي شامل، 375 مركز صحي أولي و 205 مركز صحي فرعي لعام 2013). بالإضافة إلى تقديم خدمات الأمومة والطفولة والخدمات السنية (448 مركز أمومة وطفولة، 387 عيادة أسنان) وتشارك الخدمات الطبية الملكية في تقديم خدمات الرعاية الصحية الأولية من خلال عياداتها الميدانية ومراكزها الطبية الشاملة الثمانية. كما تقدم وكالة غوث وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين خدمات الرعاية الصحية الأولية من خلال 24 عيادة طبية. وكذلك الجمعية الأردنية لتنظيم وحماية الأسرة من خلال 19 عيادة. هذا بالإضافة إلى مساهمة القطاع الخاص في هذا المجال من خلال المئات من عيادات الطب العام.

ازدادت أعداد المراكز الصحية في المملكة بمختلف أنواعها تدريجيًا، وكذلك عيادات الأسنان ومراكز صحة المرأة والطفل خلال الفترة 2006 - 2013 (الشكل رقم 9) باستثناء المراكز الصحية الفرعية التي تم دمج بعضها وترفع بعضها الآخر لمراكز أولية. كما تشهد هذه المراكز تطورًا بنوعية الخدمات التي تقدمها.

الشكل رقم (9)



المصدر: التقرير الإحصائي السنوي، وزارة الصحة، 2013

تستند خدمات الرعاية الصحية الأولية إلى مفهوم الرعاية الصحية الشاملة، حيث يتم تقديم الخدمات الأساسية الوقائية والعلاجية مثل: التثقيف الصحي والصحة الإنجابية وسلامة المياه والرقابة على الغذاء والإصحاح البيئي والكشف المبكر عن الأمراض المزمنة والوراثية والخلقية والصحة النفسية والإعاقات، بالإضافة إلى الصحة المدرسية والصحة المهنية ومكافحة الأمراض السارية والصحة السنية وخدمات ذوي الاحتياجات الخاصة والوقاية من الحوادث والإدمان ومكافحة التدخين وغيرها. كذلك تقديم الخدمات التي تركز على تعزيز أنماط الحياة الصحية السليمة وتجنب عوامل الخطر.

تتميز الخدمات الصحية في المملكة بسهولة الوصول والحصول على الخدمة الصحية وتحقيق العدالة في توزيع المراكز الصحية استناداً إلى البعد الجغرافي والحاجات الفعلية للسكان. بحيث يتم تغطية حاجات المناطق النائية من الخدمات الصحية.

• الأمراض السارية (Communicable Diseases):

أحرز الأردن تقدماً ملحوظاً في مجال مكافحة الأمراض السارية نتيجة لاتباع عدد من السياسات والاستراتيجيات كان من أهمها إنشاء برنامج التطعيم الوطني والتوسع به. حيث ارتفع معدل التغطية بمطعوم الحصبة إلى 100 % ما ساهم في السيطرة على مرض الحصبة في الأردن. وتم استئصال مرض شلل الأطفال منذ عام 1992 وكذلك السيطرة على حالات السعال الديكي والكزاز الوليدي وأصبح الأردن خالياً من أمراض لا يتم التطعيم لها مثل: الكوليرا والملاريا والبلهارسيا بين السكان. كذلك فقد وضع الأردن مبادرة للخلاص من مرض السل نهائياً بحلول عام 2025. ولكن ونتيجة لاستضافة أكثر من مليون ونصف لاجئ سوري ولما يشكّلونه من عبء على كافة الخدمات الصحية، فقد تم تأجيل تنفيذ هذه المبادرة. وقد تم التبليغ منذ بداية عام 2013 ولنهاية عام 2014 عن 34314 حالة مرض معدٍ بين اللاجئين السوريين. شكل الإسهال المائي والمدم 95 % منها. أما عدد حالات السل المكتشفة بينهم فقد بلغ 138 إصابة خلال السنتين الماضيتين وبكلفة مالية تزيد على مليوني دينار.

يتم التصدي للأمراض والأوبئة المستجدة والمنبعثة من خلال إدخال مطاعيم جديدة في برنامج التطعيم الوطني. وكذلك من خلال تطوير نظام رصد إلكتروني، و تطبيق نظام دقيق وحساس لرصد الأمراض المعدية ومراقبتها، وتفعيل بعض البرامج التي يتم توجيهها إلى عدد من المشكلات الصحية ذات الأولوية مثل: الإيدز والتدخين وأمراض الإسهالات وأمراض الجهاز التنفسي الحادة المعدية عند الأطفال. فقد تم تطوير وتحديث الاستراتيجية الوطنية للإيدز للأعوام 2012 - 2016 بالتعاون مع برنامج الأمم المتحدة المشترك للإيدز بهدف المحافظة على معدل انتشار منخفض للإيدز. خاصة بين الفئات ذات الاختطار العالي. علماً بأن معدلات انتشار الأمراض السارية انخفض من 3.5 لكل 1000 نسمة عام 1998 إلى 1.09 لكل ألف نسمة فقط عام 2011 و معدل الوفيات منها في الأردن قد بلغ 84 لكل مئة ألف نسمة. وهو أقل بكثير من المستوى العالمي البالغ 230 لكل مئة ألف نسمة.

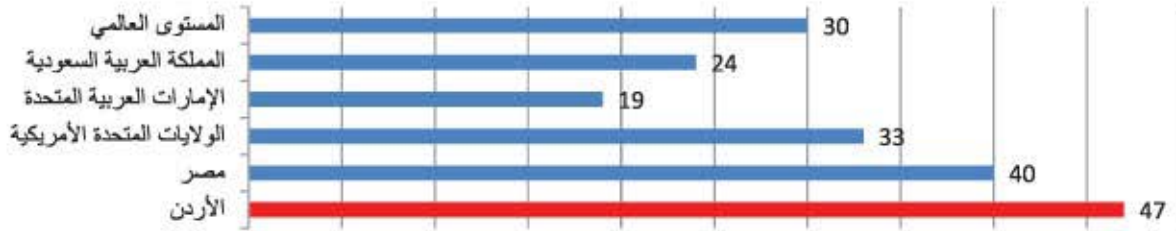
• الأمراض غير السارية: (Non Communicable Diseases)

شهدت المملكة في السنوات الأخيرة تغيراً ملحوظاً في الخريطة الوبائية. ففي الوقت الذي تراجعت فيه معدلات انتشار الأمراض السارية، بدأت الأمراض غير السارية تتبوأ مكانها. حيث بلغ معدل الوفيات بسبب الأمراض غير السارية في الأردن 727 لكل مئة ألف نسمة في حين بلغ المستوى العالمي 573 لكل مئة ألف نسمة لعام 2008.

تشكّل أمراض القلب والجهاز الدوراني والسكري والسرطان أهم هذه الأمراض. ويعدّ التدخين من أهم عوامل الاختطار للإصابة بها. حيث يعدّ معدل انتشار التدخين في الأردن بين الذكور البالغين مرتفعاً جداً (49.6 %) مقارنة مع المعدل العالمي والبالغ 30 % لعام 2009 (الشكل رقم 10). ويجري حالياً التركيز على التوعية الصحية ومكافحة عوامل الاختطار وفقاً للاستراتيجية الوطنية للاتصال والإعلام الصحي. وهذا يستدعي تضافر الجهود الوطنية في كافة القطاعات ذات العلاقة لمكافحتها وخفض معدلات انتشارها ما ينعكس إيجاباً على صحة وسلامة الفرد والمجتمع من جهة. وعلى خفض كلفة الأمراض الناجمة عنها من جهة أخرى.

الشكل رقم (10)

معدل إنتشار التدخين وأي من منتجات التبغ بين البالغين 15 سنة فأكثر / ذكور (2009)



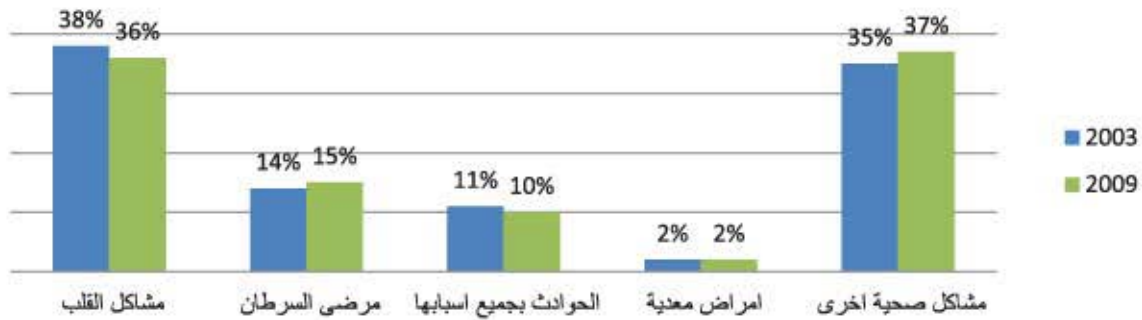
المصدر: الإحصاءات الصحية العالمية / منظمة الصحة العالمية

بالرغم من وجود ضعف في عملية تصنيف الوفيات حسب السبب، فإن تحليل الاتجاه الحالي للوفيات يشير إلى أنّ أمراض القلب تشكّل السبب الرئيس للوفيات (38% من مجمل الوفيات)، أمّا أمراض السرطان فتأتي في المرتبة الثانية، وتشكّل ما نسبته 14% من مجمل الوفيات، في حين تشكّل الحوادث - وأهمها حوادث السير - ما نسبته 11% من الوفيات كما هو موضح في الشكل رقم (11).

وتعدّ أمراض الضغط والشرابيين والجلطات الدماغية الأكثر انتشاراً بين أمراض القلب والأوعية الدموية، وبالرجوع إلى آخر الدراسات حول المراضة في الأردن للفئة العمرية 25 سنة فأكثر نجد أنّ 28.6% من السكّان يعانون من مرض ارتفاع الضغط، مقابل 16.8% يعانون من مرض السكري و24% يعانون من السكري الكامن ويعاني حوالي 39.5% من ارتفاع الكوليسترول و 56.5% من ارتفاع الدهون الثلاثية.

الشكل رقم (11)

الاسباب الرئيسية للوفيات في الاردن 2009 / 2003



المصدر: وزارة الصحة / تقرير الوفيات في الأردن . دائرة الإحصاءات العامة

تم في عام 2011 تبني الاستراتيجية الوطنية للأمراض غير السارية (السكري وارتفاع ضغط الدم والسمنة واختلاط الدهون) من قبل مجلس الوزراء، كذلك يتم التركيز حالياً على برامج المسح الطبي لحديثي الولادة وبرامج التحري المبكر عن الأمراض المزمنة والخلقية والوراثية والسرطانية تمهيداً لإعداد خطة تنفيذية لمواجهة خطر هذه الأمراض التي هي في تزايد مستمر. يشكّل سرطان الثدي 20 % من حالات السرطان بين الجنسين، وما نسبته 37.4 % من حالات السرطان بين الإناث حسب بيانات السجل الوطني للسرطان.

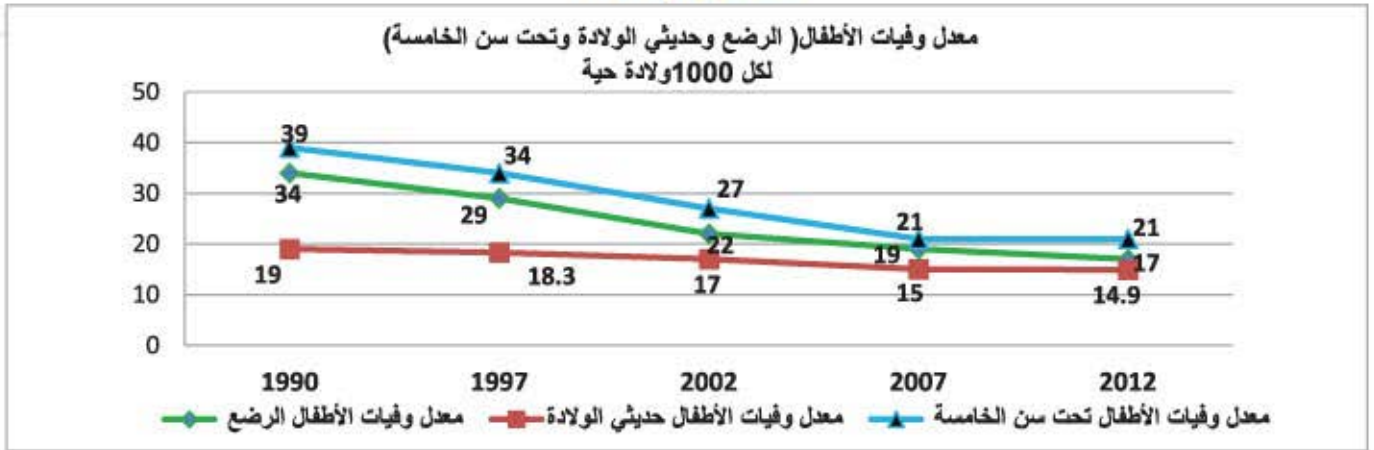
تم استحداث سجل وطني لمرض الفشل الكلوي عام 2007 الذي يصدر تقارير سنوية تبين تنامي حجم المشكلة والعبء المرضي والاقتصادي المترتب على ذلك، كما تم استحداث قسم لمكافحة العمى والصمم في وزارة الصحة، يتم تقديم خدمات التشخيص المبكر والتقييم والعلاج للأشخاص ذوي الإعاقات وبالتنسيق مع المجلس الأعلى للأشخاص المعوقين.

كذلك هناك عدة برامج تغذوية مثل: برامج إثراء وتدعيم الطحين وأيدنة الملح، وكذلك تحديث البيانات التغذوية الوطنية بناءً على معطيات المسح الوطني التغذوي لعام 2010.

• الصحة الإنجابية (Reproductive Health)

يسير الأردن بخطى واضحة نحو تحقيق أهداف الألفية فيما يتعلق بالصحة الإنجابية خاصة الهدف الرابع المتعلق بخفض نسبة وفيات الأطفال تحت سن الخامسة من العمر بمقدار الثلثين خلال الفترة 1990 - 2015 ليصل إلى 13 / 1000. ونسبة وفيات الرضع ليصل إلى 11.3 / 1000. وعلى الرغم من الانخفاض الملحوظ في معدل وفيات الأطفال دون الخامسة من العمر ومعدل وفيات الأطفال الرضع، إلا أن معدل وفيات الأطفال حديثي الولادة لم ينخفض إلى المستوى المطلوب. الشكل رقم (12) لذا يجب العمل على خفض هذا المعدل الهام الذي يتأثر بمستوى جودة خدمات الرعاية التوليدية والحداج وبمعايير وراثية وجينية يصعب التغلب عليها أحياناً، مع ضرورة التركيز على المناطق التي سجلت معدل وفيات طفولة أعلى نسبياً من المعدل الوطني (إقليم الجنوب و محافظة الطفيلة ومناطق النخيمات في الأردن) .

الشكل رقم (12)



أثبتت دراسة مسح السكّان والصحة الأسرية في الأردن لعام 2012 أن 32 % من الأطفال دون سن الخامسة يعانون من فقر الدم و 8 % منهم يعانون من التقزم و 2 % من الهزال و 3 % من نقص الوزن و 4 % من زيادة الوزن. وأن 93 % من الأطفال الأردنيين الذين لم تتجاوز أعمارهم السنتين قد تمت تغطيتهم بكافة أنواع المطاعيم، علماً بأن 100 % من الأطفال لديهم حق الوصول والحصول على الخدمة الصحية بشكل مجاني (يوجد تأمين صحي حكومي مجاني لكافة الأطفال تحت سن السادسة).

أما فيما يتعلق بمعدل وفيات الأمهات فقد انخفض من 40 لكل مئة ألف مولود حي عام 1996 إلى 19.1 عام 2008. ما يعني إمكانية بلوغ الهدف الخامس من الأهداف الإنمائية للألفية القاضي بخفض هذا المعدل إلى 12 بحلول عام 2015. بين المسح أيضاً أن نسبة السيدات اللاتي يعانين من فقر الدم في سنّ الإنجاب مرتفعة، حيث بلغت 34 % وأن 60 % من السيدات لم يسبق لهنّ أن سمعن بالأمراض المنقولة جنسياً، ما يشير إلى تدني مستوى المعرفة والوعي بهذه الأمراض. تلقت جميع السيدات تقريباً (99 %) الرعاية الصحية أثناء الحمل من قبل أشخاص مدربين طبياً (96 % تلقين الرعاية الصحية من قبل طبيب) عام 2012. كما حافظ الأردن على نسبة مرتفعة من الولادات في مرافق طبية، ويكاد يكون الأفضل بين دول العالم (99 %) كما يتمّ توليد ثلاثة أطفال من كل أربعة (76 %) من قبل طبيب. وقد بلغت نسبة الأمهات اللواتي تلقين رعاية صحية بعد الولادة من قبل طبيب أو ممرضة أو قابلة قانونية خلال اليومين الحرجين بعد الولادة 82 %.

جدر الإشارة هنا إلى أن وزارة الصحة تقدم خدمات الأمومة والطفولة في مراكزها الصحية كافة، وتشمل: خدمات ما قبل الولادة وخدمات ما بعد الولادة وتنظيم الأسرة وفحوصات ما قبل الزواج، بالإضافة إلى خدمات رعاية الأطفال.

• زواج الأقارب

رغم أن القاعدة الطبية الشرعية لا تمنع من زواج الأقارب. لكنها حثت على توخي الحذر والحيطه. حيث تؤكد معظم الدراسات العلمية على أن الأمراض الوراثية الشائعة. ومن أبرزها أمراض "خضاب الدم" والعيوب الخلقية الاستقلابية والأمراض أحادية الجينات الشائعة. تعتبر السبب الرئيسي للكثير من الأمراض والإعاقات لدى الأطفال (75% من حالات التخلف العقلي سببها زواج الأقارب)

وكشفت العديد من الأبحاث العلمية التي أجريت حول زواج الأقارب أن الإصابة بتلك الأمراض والإعاقات لدى الأطفال من أبوين قريبين واضحة بسبب عدم إجراء الفحص الطبي لدى الزوجين قبل الزواج. حيث تكون الفرصة أكبر لدى الزوجين من الأقارب في حمل صفات وراثية متنحية عندما يكون كل واحد من الأبوين حاملاً للصفة المسببة للمرض.

حسب بعض الدراسات. فإن زواج الأقارب يورث 82 مرضاً. مثل الإجهاض المتكرر. الإعاقات المتعددة. مرض الحويصلات المتعددة بالكلية. مرض الثلاسيميا. مرض زيادة الحديد بالدم. مرض ضمور عضلات الوجه والكتفين. مرض الأورام المتعددة بالقولون كما أن وزن المواليد يكون أقل من زيجات غير الأقارب. وغيرها من الأمراض.

تتراوح نسبة حاملي مرض الثلاسيميا (فقر دم حوض البحر المتوسط) في الأردن حسب الاحصائيات الرسمية بين 3 - 3.5 % من السكان أي ان حوالي 150 - 200 ألف مواطن يحملون الجين الوراثي . بينما تشير أرقام وزارة الصحة إلى إصابة ألف مواطن بداء الثلاسيميا الكبرى والوسطى وفقر الدم المنجلي . ويتم التحري عن وجود هذا المرض من خلال الفحوصات التي تجرى بشكل إلزامي لكافة الاشخاص المقبلين على الزواج في مراكز الامومة والطفولة التابعة لوزارة الصحة . أما مرض التيفول فيعتبر الأكثر انتشاراً في المملكة ويؤثر على الذكور أكثر من الإناث وتبلغ نسبة الإصابة به في الأردن من 3 - 4 % . من جهة أخرى تقدر نسبة الإصابة بمرض الفينيل كيتون يوريا (PKU) في الأردن إصابة واحدة لكل 10.000 مولود وقد أنشأت وزارة الصحة عام 1988 وحدة خاصة لهذا المرض توفر الإستشارة الوراثية وصرف الحليب والطحين الخاص به مجاناً للمصابين .

• الزواج المبكر في الاردن

بدأت ظاهرة الزواج المبكر في الآونة الاخيرة تنتشر بالمجتمع الاردني بشكل لافت. حيث يمثل الزواج المبكر مشكلة اجتماعية لا تقتصر على زيادة معدلات الإنجاب أو معدلات النمو السكاني بل تتعدى ذلك الى انعكاساتها على تدني الأوضاع الاجتماعية الاقتصادية للفتاة والتي تسهم بدورها في مساندة معدلات الإنجاب المرتفعة. حيث تلجئ بعض العائلات الاردنية والسورية الى تزويج بناتهم واولادهم قبل اتمامهم سن الثامنة عشر وبالتالي حرمانهم من التمتع بحياة صحية ومن فرص التعليم مما ينعكس سلباً على وضعهم داخل اسرهم ومجتمعهم. وقد اشار تقرير صندوق الامم المتحدة للسكان بعنوان " يتزوجون وهم صغاراً جداً: زواج الاطفال " الصادر عام 2012 بان الزواج المبكر يحرمهم من حقوقهم ويعرضهم للخطر. ويقف عائقاً امام تعليم وصحة وانتاجية اغلبهن. وقد اشار التقرير بان هناك زيادة متوقعة في حالات الزواج المبكر إذا ما استمر الاتجاه العالمي على وضعه الحالي دون تدخل أو اتخاذ إجراءات أو تفعيل تشريعات للحد منه . ففي عام (2010) تزوجت (67) مليون امرأة من تراوحت أعمارهن ما بين (20 - 24) عاماً قبل بلوغهن الثامنة عشر من العمر. نصفهن في آسيا وخمسهن في أفريقيا. وخلال العقد القادم (2011 - 2020) ستتزوج (14.2) مليون فتاة سنوياً دون الثامنة عشر من عمرهن. وترتفع هذه الأرقام خلال العقد الذي يليه لتصل الى (15.1) مليون فتاة سنوياً خلال الفترة (2021 - 2030). كما أن (37) ألف فتاة تزوج يومياً قبل بلوغهن (18) عاماً. كما أن انتشار هذه الظاهرة في المناطق الريفية بالدول النامية هو ضعف الحالات في المناطق الحضرية. وأن الفتيات غير المتعلّمات عرضة للزواج المبكر بمقدار ثلاثة أضعاف

الفتيات اللاتي يحملن شهادة الثانوية أو أعلى. وبين التقرير بان هناك اختلافات كبيرة في نسب تزويج الأطفال في الدول العربية فكانت نسب النساء اللاتي تتراوح أعمارهن ما بين (20 - 24) عاماً وسبق لهن الزواج قبل بلوغهن (18) عاماً خلال الفترة (2000 - 2011). في الجزائر (1.8%) وجيبوتي (5.4%) ومصر (16.6%) والعراق (17%) والأردن (10.2%) ولبنان (11%) والمغرب (15.9%) وفلسطين (18.9%) والصومال (45.3%) والسودان (34%) وسوريا (13.3%) واليمن (32.3%). كما بين التقرير بان نسبة الزواج المبكر في الأردن (10.2%) كحالات زواج مبكر قبل بلوغ الفتيات عمر (18) عاماً. كان منها (7.1%) في المناطق الريفية، ومن حيث التعليم لهذه الفئة من الفتيات فكانت (14.1%) منهن غير متعلّمات و(17.7%) تعليمهن للمرحلة الابتدائية و(15.5%) حاصلات على تعليم ثانوي فأعلى، ومن حيث ثروة الأسر وبتقسيمها الى خمس درجات (الأفقر - فقير - متوسط - غني - الأغنى). فقد كانت النسب كما يلي (13.6%) ينتمين الى الأسر الأفقر و(12.6%) ينتمين الى الأسر الفقيرة، و(12.5%) ينتمين الى الأسر المتوسطة، و(10.8%) ينتمين الى الأسر الغنية، و(4.2%) ينتمين الى الأسر الأغنى. كما بينت دراسة صادرة عن اليونيسف بعنوان " الزواج المبكر في الاردن " عام 2014 بان النسبة العامة للزواج المبكر في الاعمار "15-17 سنة كانت 13.2% (كانت بين الاردنيين 12.7% وبين الفلسطينيين 17.6%، وبين السوريين 25%، وبين العراقيين 4%، وجنسيات اخرى 7.3%). وأشار التقرير الى ان نسبة الزواج المبكر كانت 12.6% في عام 2012 و بلغت 7.4 % بين الإناث و 0.5 % بين الذكور في عام 2015. وحسب احصائيات مديرية الإصلاح والتوفيق الأسري بدائرة قاضي القضاة لعام 2015 فان 'النسبة الكلية من زواج القاصرات في المملكة هي 13%، لكنها ترتفع عند السوريين لتبلغ 35%.

ان صغر سن الفتاة عند الزواج الأول: قد يعرضها لكثير من المخاطر الصحية: التي تصاحب الحمل المبكر، و في مقدمتها العقم، وفقد الأجنة، ووفيات الأمومة. بالإضافة إلى غيرها من المشكلات الاجتماعية الأخرى. وإلى انتهاك الحقوق الإنسانية المشروعة للفتيات ومنها الحق في التعليم، والحق في تنمية القدرات والاختيار الواعي دون إجبار على شريك الحياة. والحق في ضمان تكافؤ الزواج وبناء علاقات أسرية سوية. وينعكس إهدار تلك الحقوق سلباً على نوعية وجودة الحياة للفتاة. وعلى صحتها الإيجابية وإيضاً على قدرة الأسرة على القيام بواجباتها في تربية النشء، خاصة ان بناء الأجيال الجديدة مرهون بخصائصها حيث أنها تتولى الدور الأكبر في تنشئة الطفل مقارنة بالرجل. كما يهدد الخصائص السكانية للمجتمع والجهود الرامية الى الانتفاع من الفرصة السكانية. نتيجة الآثار المترتبة للزواج المبكر على ارتفاع معدلات الانجاب وبالتالي زيادة النمو السكاني وضعف مشاركة المرأة في سوق العمل.

وانطلاقاً من دور المجلس الأعلى للسكان في التنسيق مع الشركاء والمعنيين بقضايا السكان والتنمية لوضع السياسات والاستراتيجيات وخطط العمل، وكسب التأييد ونشر الوعي بها على المستوى الوطني من خلال توفير المعلومات والبيانات الدقيقة لتخذي القرار، فقد ارتأى المجلس تنفيذ هذه الدراسة، لغايات تحديد حجم الظاهرة حسب المحافظات ومعرفة الاتجاهات والمعتقدات والممارسات لدى المجتمع نحو ظاهرة الزواج المبكر ومعرفة آثار الزواج المبكر على المرأة من الناحية الاجتماعية والاقتصادية والصحية، والنفسية، ووضع خطة لرفع وعي المجتمع المحلي بالآثار السلبية للزواج المبكر (الصحية، والاجتماعية، والنفسية، والعلمية.. الخ) على كلا الجنسين، وتعزيز الاتجاهات والممارسات الإيجابية لدى المجتمع المحلي لتطبيق الحد الأدنى للسن القانوني للزواج (18 سنة) للجنسين، وحشد القضاة الشرعيين في دائرة قاضي القضاة وكسب تأييدهم للتأكد من صحة قرار القضاة في اجازة الزواج لمن هم اقل من 18 سنة من كلا الجنسين .

على الرغم من ارتفاع نسبة السكان في المناطق الحضرية في الأردن وارتفاع مستوى التعليم بين السيدات وكذلك ارتفاع عمر كلا الجنسين عند الزواج ، إلا أن معدل الإنجاب في الأردن ما زال مرتفعاً 3.5 (هناك ثبات نسبي في قيمته منذ عام 2002) ما يستلزم تعزيز الجهود الوطنية كافة وتنسيقها لضمان سهولة الوصول والحصول على خدمات الصحة الإنجابية/تنظيم الأسرة ذات الجودة لتحقيق منافع الفرصة السكانية. الشكل رقم (13) .

الشكل رقم (13) :معدل الإنجاب في الأردن للأعوام (1976 - 2012)



أظهرت نتائج مسح السكان والصحة الأسرية لعام 2012 أنه وعلى الرغم من زيادة معدل استخدام وسائل تنظيم الأسرة في الأردن من 40 % عام 1990 إلى 61 % عام 2012، إلا أن استخدام الوسائل التقليدية التي لا تتجاوز فعاليتها 50 % ما زال مرتفعاً مقارنة مع الدول الأخرى (بلغ 19 % عام 2012)، هذا وقد أثبتت الدراسات أن 80% من حالات الحمل غير المخطط له في الأردن كانت نتيجة لاستخدام الوسائل التقليدية، ومن هنا يتبين أن خفض استخدام هذه الوسائل إلى النصف سيساهم في خفض معدل الإنجاب الكلي إلى 3.45 طفل لكل سيدة.

تعدّ الصحة الإنجابية إحدى المكونات الرئيسة للاستراتيجية الوطنية للسكان في الأردن، وقد طور المجلس الأعلى للسكان الاستراتيجية الوطنية للصحة الإنجابية /تنظيم الأسرة للأعوام 2013 - 2017 بهدف تحسين بيئة الصحة الإنجابية /تنظيم الأسرة من سياسات وخدمات ومعلومات، وكذلك تعزيز مساهمة القطاع الخاص والجهات غير الحكومية والتوعية وزيادة الطلب على الخدمات في هذا المجال، للمساهمة في تحقيق الفرصة السكانية بحلول عام 2030. من جهة أخرى طوّرت وزارة الصحة استراتيجية لتنظيم الأسرة للأعوام 2013 - 2017 بهدف تمكين الوزارة من تقديم معلومات وخدمات تنظيم أسرة للسكان بجودة وكفاءة وفاعلية للمساهمة في تحقيق الأهداف الوطنية ، وتعمل الوزارة حالياً على تنفيذ نشاطات الاستراتيجية الوطنية للاتصال والإعلام الصحي التي تتضمن محوري: الصحة الإنجابية / تنظيم الأسرة و صحة المرأة والطفل .

• صحة كبار السن : Senior Citizens' Health

أدى انخفاض معدل الوفيات وارتفاع العمر المتوقع عند الولادة (74.4 سنة) إلى زيادة عدد السكان من فئة كبار السن من تبلغ أعمارهم ستون سنة فأكثر. حيث وصل إلى (5.2 %) في عام 2011 ، ومن المتوقع أن يصل إلى (7.6 %) في عام 2020 .

بيّن تحليل واقع حال كبار السن في الأردن أنّ عدد الرجال من فئة كبار السن تجاوز قليلاً عدد النساء . وقد تبين أنّ حوالي نصف كبار السن قد تمت تغطيتهم بنوع من أنواع التأمينات الصحية، وأن أكثر أنواع التأمينات الصحية شيوعاً بينهم هو التأمين العسكري.

من التحديات التي تشكل عبئاً على كبار السن العوز المالي. حيث تبين أنّ (78.5 %) من كبار السن غير قادرين على العمل بسبب العجز علماً بأن ما نسبته (68.6 %) هم أرباب أسر، أي معيلون لأسرهم. إضافة إلى ذلك فإنّ خصيلهم العلمي المتدني لا يؤمن لهم عملاً ضمن أجر معقول ما يؤدي إلى تفاقم الوضع المالي لديهم.

تعدّ نسبة الإعاقة بين كبار السن عالية (2.8 %) مقارنة بنسبتها بين مجموع السكان الكلي (1.2 %) . كما أنّ الرجال يعانون من إعاقات متعدّدة بنسبة أكبر من النساء. بصورة عامة فإنّ الإعاقات الحركية هي الأكثر تكراراً بين كبار السن بغض النظر عن الجنس.

يعاني حوالي (86 %) من فئة كبار السن من أمراض مزمنة مثل: ارتفاع ضغط الدم (53 %)، ارتفاع نسبة الكوليسترول (30 %)، مرض السكري (25 %)، أمراض القلب (13 %)، والربو (10 %) . وهنا تبرز أهمية دور الوقاية والتعامل السليم مع هذه الأمراض. خاصّة أنّ مضاعفاتها كانت سبباً في حدوث إعاقات عند حوالي (7.4 %) من فئة كبار السن آخذين بعين الاعتبار أنّ الجزء البسيط من الإنفاق (16 %) فقط يذهب إلى خدمات و برامج الرعاية الصحية الأولية بالرغم من أهميتها في تقليل حدوث الأمراض المزمنة والمضاعفات الناتجة عنها .

من أجل الحفاظ على مستوى لائق من نوعيّة حياة خاصّة بفئة كبار السنّ بادر المجلس الوطني لشؤون الأسرة بوضع استراتيجية وطنية أردنية لكبار السنّ عام 2008 وإعداد دليل توعوي حول طرق التعامل مع كبير السنّ الذي يحتاج إلى عناية خاصّة نتيجة التغيرات الجسميّة والنفسيّة والاجتماعيّة التي تطرأ عليه. والعمل جارٍ حالياً على تحديث الاستراتيجية الوطنيّة الأردنية لكبار السنّ.

شملت وزارة الصحة الفئة العمرية من ستين عاماً فأكثر من غير المؤمنين بمظلة التأمين الصحي في مستشفيات ومراكز وزارة الصحة . كذلك فقد طوّرت الوزارة بروتوكولات علاجية للتعامل مع أمراض الشيخوخة المزمنة كالضغط والسكري وإعداد دليل موجه لأسر كبار السنّ عن كيفية التعامل معهم. بالإضافة إلى تدريب مقدمي الخدمات الصحيّة على الأنماط الصحيّة السليمة لكبار السنّ وطرق معاملتهم .

تنقذ المؤسسات الخاصّة ومنظمات المجتمع المدني برنامج اللياقة الصحيّة لهذه الفئة، بالإضافة إلى توفير جمعيات الائتلاف الصحي لمؤسسات المجتمع المدني وعددها 12 جمعية الحاجات الصحيّة والدوائية لمرضاهاهم بأسعار معقولة، وتقديم أنشطة لياقة بدنية لهم.

على الرغم من كل هذه الإنجازات ، إلا أننا نجد أنّ هناك كثيرًا من التحديات فيما يخص قضايا كبار السنّ لم تعطى الأولوية يمكن تلخيصها على النحو الآتي:

1. ضعف الاهتمام بقضايا كبار السنّ كأولوية وطنية.
2. عدم توفر خدمات الرعاية المنزلية المتخصصة. وارتفاع كلفتها- إن وجدت- وعدم شمولها ببرامج التأمين الصحي الحكومي والخاص.
3. غياب التخصصات الصحيّة التي تعنى بكبار السنّ كطب الشيخوخة وتمريض كبار السنّ.

• الصحة النفسية Psychiatric Health

يُعدّ المركز الوطني للصحة النفسية التابع لوزارة الصحة الجهة الرئيسة لتقديم خدمات الصحة النفسية العلاجية والتوعوية والإشرافية والتدريبية، بالإضافة إلى النشاط القضائي المتعلّق بإصدار التقارير القضائية للحالات المحوّلة من جميع المحاكم المدنية والعسكرية وتقديم الخدمات للمؤسسات غير الحكومية مثل: مؤسسة نهر الأردن ودور المسنين ومؤسسات الأيتام وذوي الاحتياجات الخاصة. يبلغ عدد أسرة المركز الوطني للصحة النفسية 265 سريرًا.

كذلك تتم معالجة المرضى من خلال مستشفى الكرامة للتأهيل النفسي الذي يتسع لـ 150 سريرًا والمركز الوطني لتأهيل المدمنين الذي يتسع لـ 40 سريرًا كما يتم أيضا تقديم الخدمات العلاجية في وزارة الصحة من خلال عيادات خارجية موزعة على مدن المملكة كافة. بالإضافة إلى تلك الموجودة في مركز تشخيص الإعاقات المبكرة. وتجدر الإشارة هنا إلى أنّ خدمات الطب النفسي تقدم بشكل مجاني في وزارة الصحة.

تقدّم الخدمات الطبية الملكية خدمات الصحة النفسية من خلال قسم الأمراض النفسية في مستشفى ماركا الذي يتسع لـ 34 سريرًا. ومن خلال عيادات متفرقة موجودة في مستشفيات الخدمات الطبية الملكية كافة البالغ عددها 12 مستشفى. بالإضافة إلى عيادة طب نفسي متخصصة للأطفال في مجمع الأميرة عائشة.

أمّا المستشفيات الجامعية فتقدّم خدمات الصحة النفسية من خلال العيادات الموجودة في كلّ من: مستشفى الجامعة الأردنية ومستشفى الملك المؤسس عبد الله الجامعي . هذا وقد تم استحداث عشرة أسرة لمعالجة الأمراض النفسية في مستشفى الملك عبد الله المؤسس خلال عام 2012 و 12 سريرًا لمعالجة الأمراض النفسية في مستشفى الجامعة الأردنية خلال عام 2014. يُعدّ القطاع الخاص جهة رئيسة في تقديم خدمات الصحة النفسية من خلال مستشفى الرشيد النفسي الذي يتسع لـ 120 سريرًا. ومن خلال عدد من العيادات الخاصة المنتشرة في المدن الرئيسة في المملكة.

يكمّن التحدي الكبير في مجال الصحة النفسية في وجود النظرة السلبية تجاه الأمراض النفسية لدى أفراد المجتمع. واعتبارها وصمة عار ما يحول دون سعي المرضى نحو تلقي العلاج و من ثمّ اتساع الفجوة العلاجية (التفاوت بين عدد من يحتاجون إلى العلاج النفسي ومن يحصلون عليه فعليًا). وكذلك ضعف الإقبال على التخصص من قبل الأطباء والممرضين. وما يترتب على ذلك من وجود نقص حاد في أعداد مقدّمي الخدمة خاصّة في القطاع العام . ناهيك عن هجرة الكفاءات المختصة إلى دول عربية وأجنبية أخرى حيث لا يتجاوز عدد الأطباء النفسيين 10 أطباء لكلّ مئة ألف مواطن في الأردن. وعدد الكوادر التمريضية 0.04 لكل 100 ألف مواطن . في حين أنّ الدراسات ومنظّمة الصحة العالمية تؤكد أنّ عدد الأطباء يجب أن يكون بين 20 - 30 طبيبًا لكلّ 100 ألف مواطن. كذلك فإنّ عدم وجود غطاء تأميني للأمراض النفسية في القطاع الخاص وارتفاع تكلفة العلاج النفسي في هذا القطاع يفاقم من حجم المشكلة.

• خدمات الصحة المدرسية

يتم تنفيذ برامج التوعية الصحية بالتعاون ما بين مديرية الصحة المدرسية في وزارة الصحة ووزارة التربية والتعليم ومن أهم البرامج و الأنشطة ما يلي :

- 1- إجراء الكشف الدوري الشامل للفئة المستهدفة من طلبة المدارس الحكومية وذلك بهدف الكشف المبكر عن الأمراض المختلفة بين طلبة المدارس مثل ضعف السمع و النظر و الأمراض الجلدية و امراض الاسنان و الأمراض القلبية الخلقية بالإضافة الى التركيز على صحة البيئة المدرسية مما يتطلب تعزيز قدرات و مهارات فريق الصحة المدرسية بشكل مستمر.
- 2- برنامج الإعتناء الوطني للمدارس الصحية بالتعاون ما بين وزارة الصحة ووزارة التربية والتعليم حيث يهدف البرنامج الى توفير مدارس صحية وآمنة وتوعية الطلبة لتبني أنماط سلوكيه صحية وقد تم إعتناء (180) مدرسة مع نهاية 2015.
- 3- تطوير برنامج التثقيف الصحي المدرسي مما يتطلب تأهيل الكوادر الصحية المشرفة على البرنامج .
- 4- مشروع التغذية المدرسية مما ينعكس إيجابا على صحة الطلبة و تحصيلهم العلمي .

• الرعاية الصحية المنزلية Home Health Care

الرعاية الصحية المنزلية هي مجموعة واسعة من الخدمات الصحية والاجتماعية التي تُقدّم في المنزل. وتشمل: الخدمات العلاجية والوقائية والتمريضية والمعالجة الحكيمة والتغذوية وتوعية المرضى وعائلاتهم. كما تشمل مساعدة المرضى المصابين بالأمراض المزمنة وطريحي الفراش وذوي الاحتياجات الخاصة والمستئين على أداء فعاليتهم اليومية في بيئتهم المنزلية.

يكمّن الهدف الرئيس من الرعاية المنزلية في تقليل الاعتماد على المستشفيات، ونقل العلاج إلى المنزل ما يسهم في خفض تكاليف العلاج ورفع الروح المعنوية للمرضى .

ازدادت الحاجة إلى خدمات الرعاية المنزلية في الأردن وبمعدلات غير مسبوقه نتيجة الارتفاع المستمر في معدلات الإصابة بالأمراض المزمنة وإصابات الحوادث وعدد السكّان من فئة كبار السنّ.

أظهرت دراسة حديثة حول خدمات الرعاية المنزلية في الأردن أن معظم هذه الخدمات تقدّم من خلال القطاع الخاص وأنّ عدد المؤسسات المسجلة والمرخّصة من قبل وزارة الصحة لا يتجاوز ال 51 مؤسسة . معظمها يعاني من تحديات كثيرة من أبرزها:

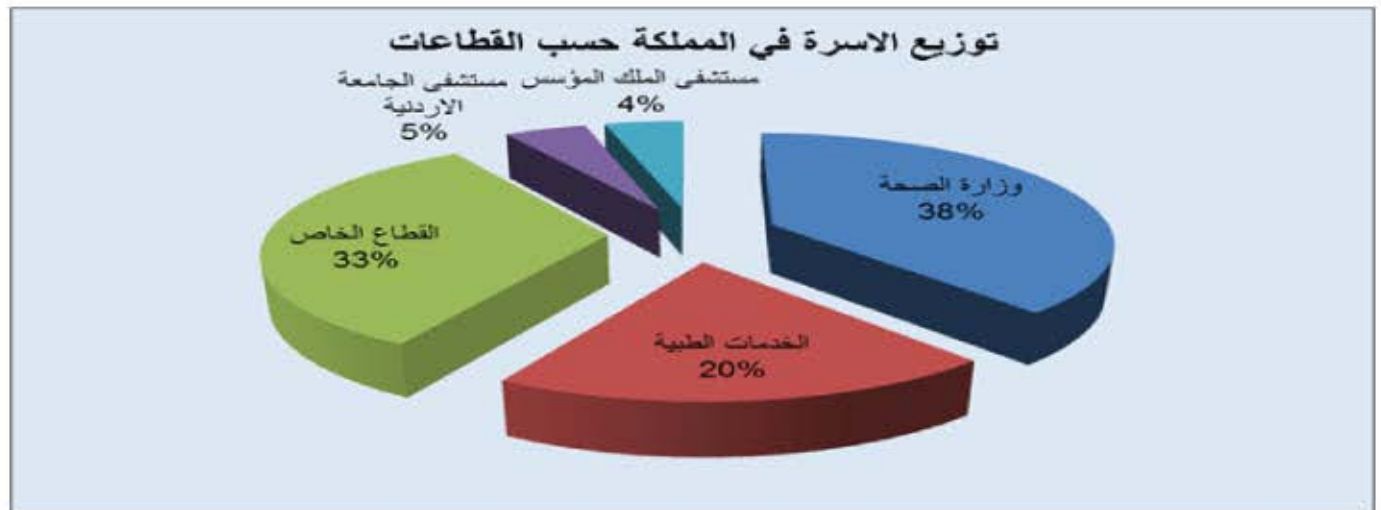
- تعدّد الشركات والمكاتب التي تقدم هذه الخدمات التي يعاني معظمها من ضعف التمويل والإدارة، ونقص الكفاءات المدربة والأنظمة الإدارية الداعمة.
- نقص المعلومات المتوفرة عن هذا القطاع وعدم دقتها.
- عدم ارتباط خدمات الرعاية المنزلية أو اتصالها مع المستشفيات بشكل منظم و متكامل (باستثناء خدمات الرعاية المنزلية التي يقدمها مركز الحسين للسرطان.
- غياب القوانين والأنظمة والتعليمات والبروتوكولات التي تنظّم وتراقب أداء الرعاية الصحية المنزلية.
- عدم إمكانية استفادة الفقراء من هذه الخدمات نتيجة لارتفاع تكاليفها.
- عدم شمول هذه الخدمات بالتأمينات الصحية الحكومية أو الخاصة .
- انتشار كثير من الممارسات غير القانونية كدفع العمولات والاستغلال المالي للمرضى وذويهم .

2.2.5 الرعاية الصحية الثانوية والثالثية (Secondary and Tertiary Health Care)

يستند مفهوم خدمات الرعاية الصحية الثانوية والثالثية إلى تقديم خدمات تخصصية ذات كفاءة عالية ومتميزة ضمن معايير عالمية. هذا وتشارك كافة القطاعات الصحية في تقديم هذه الخدمات مع وجود تفاوت في نوع وكمية الخدمة المقدمة.

تقدم خدمات الرعاية الصحية الثانوية والثالثية في الأردن من خلال مستشفيات القطاع العام والخاص المنتشرة في مختلف محافظات المملكة. بلغ عدد المستشفيات في الأردن 106 مستشفى في عام 2013 وبسعة إجمالية بلغت 12081 سريرًا. حيث شكّلت مستشفيات وزارة الصحة ما نسبته 38 % من هذه الأسرة (4618 سريرًا) فيما شكّل عدد أسرة مستشفيات الخدمات الطبية الملكية (2439 سريرًا 20 % من نسبة الأسرة في المملكة). أما أسرة مستشفى الجامعة الأردنية فقد بلغت 534 سريرًا. في حين بلغت أسرة مستشفى الملك المؤسس عبد الله الجامعي 501 سرير. أما القطاع الخاص فقد بلغ مجموع أسرته 3998 سريرًا (33 % من نسبة الأسرة في المملكة) كما هو مبين في الشكل رقم (14). يذكر أنّ هناك 500 سرير قد تم إضافتها في مستشفى البشير و100 سرير في مستشفيات جرش والأميرة إيمان والأميرة رحمة عام 2014 .

الشكل رقم (14) :توزيع أسرة المستشفيات في المملكة حسب القطاعات الصحية لعام 2013



المصدر: وزارة الصحة. التقرير الإحصائي السنوي لعام 2013

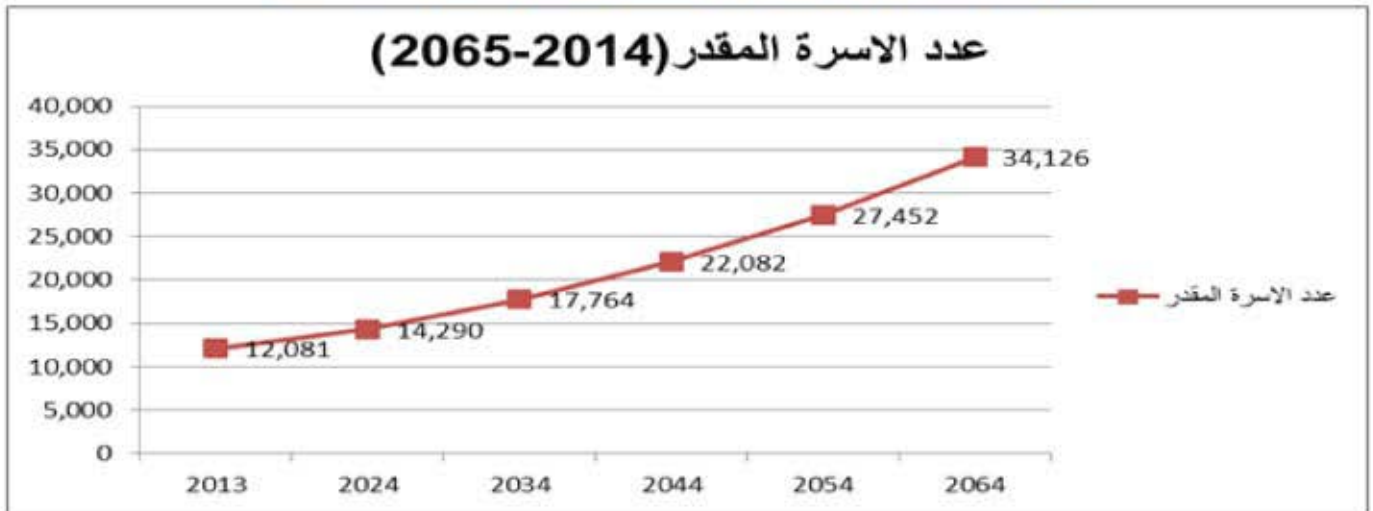
بلغ معدّل الأسرة في الأردن 18 سريرًا لكل 10,000 مواطن عام 2013 . وهذا المعدل أفضل بكثير من معدّلات بعض الدول العربية ولكنه أقل من المعدل العالمي (الشكل رقم 15) وللمحافظة على هذا المعدل ولواجهة نمو السكاني الطبيعي (باستثناء الهجرات القسرية من دول الجوار) فإنّ الأردن بحاجة إلى إضافة أسرة جديدة بمعدل 221 سريرًا سنويًا خلال الثماني سنوات القادمة. وإضافة أسرة جديدة بمعدل 349 سريرًا سنويًا خلال العشر سنوات التي تليها اعتبارًا من عام 2024 (الشكل رقم 16) .

الشكل رقم (15): معدل أسرة المستشفيات في الأردن وبعض الدول لكل 10000 مواطن



المصدر: موسى العجلوني. مسودة الخطة الشمولية لمدينة الحسين الطبية: تحليل القدرة الاستيعابية الحالية والمستقبلية. أيلول 2014

الشكل (16): حاجة الأردن المتوقعة من أسرة المستشفيات خلال 50 سنة (2014 - 2064)



المصدر: موسى العجلوني. مسودة الخطة الشمولية لمدينة الحسين الطبية: تحليل القدرة الاستيعابية الحالية والمستقبلية. أيلول 2014

بلغ مجموع الإنفاق على خدمات الرعاية الصحية العلاجية في القطاع العام في المملكة (وزارة الصحة والخدمات الطبية الملكية والمستشفيات الجامعية) لعام 2012 حوالي 703.695.485 دينار أردني، ويشكل ذلك ما نسبته 74.2 % تقريباً من مجمل الإنفاق الصحي.

تميّز القطاع الصحي في الأردن بتقديم خدمات الرعاية الصحية الثالثية التي تشمل الخدمات الصحية والطبية المتقدمة والمتخصصة مثل :

1. زراعة الأعضاء : يُعدّ الأردن من أوائل الدول في المنطقة التي أجريت في مستشفياتها عمليات زراعة الأعضاء، وذلك عام 1972 حيث أجريت أول عملية لزراعة الكلية. فضلاً عن أن الأردن كان من الدول الرائدة التي وضعت تشريعات تنظم عملية التبرع بالأعضاء ونقلها وزراعتها. وكان ذلك عام 1977. تم إنشاء المركز الوطني لزراعة الأعضاء في الأردن عام 2010 بالتعاون مع المستشفيات والجهات ذات العلاقة محلياً وإقليمياً لتطوير وتنظيم عملية التبرع ونقل الأعضاء وزراعتها. إضافة إلى تبادل المعلومات والخبرات في هذا المجال من خلال المؤتمرات والندوات والبحوث والدراسات ، وكذلك نشر

الوعي وتشجيع التبّع بالأعضاء وزراعتها ووضع المعايير الخاصة بذلك، وإنشاء سجل وطني للتبّع بالأعضاء . إلا أنّ هذه الخدمات تحتاج إلى توفير الكوادر الكفؤة و إلى مزيد من التعاون والتنسيق بين الجهات المعنية كافة. خاصة فيما يتعلق بالبيانات والمعلومات الخاصة في هذا المجال.

2. الجراحات الحديثة : يتم إجراء معظم العمليات الجراحية التخصصية كعمليات القلب المفتوح والقسطرة وعمليات زراعة الكلى والكبد والنخاع العظمي في مستشفيات الخدمات الطبية والقطاع الخاص بشكل رئيس، وفي مستشفيات وزارة الصحة والمستشفيات الجامعية بشكل محدود.

3. الديانة: تقدم معظم مستشفيات المملكة خدماتها لرضى الفشل الكلوي بتوفير جلسات الديالة التي تحتاج إلى صيانة مستمرة للأجهزة لضمان عملها وعدم تعطلها.

4. معالجة العقم والمساعدة على الحمل

5. خدمات أخرى: مثل خدمات الترميم والتجميل لبعض الحالات المرضية ومعالجة حالات الإدمان في مركز الإدمان، وتقديم خدمات التأهيل والعلاج الوظيفي للمرضى في عدد من مستشفيات المملكة في القطاعين العام والخاص بهدف تخفيف الآلام وتحسين الأداء الوظيفي للأعضاء المصابة. يتم تقديم خدمات الطب الشرعي من خلال المركز الوطني للطب الشرعي ومن مختلف مراكز الطب الشرعي المنتشرة في محافظات المملكة التابعة لوزارة الصحة. يذكر أن هذه الخدمات تحتاج إلى متابعة تطوير التشريعات الخاصة بها وتطوير نظام المعلومات وحوسبته بما يتيح خلبها واستخدامها في اتخاذ القرارات. كذلك انتهاج العمل التشاركي بين الجهات ذات العلاقة كافة للتقليل من العنف وآثاره وضحاياه في المجتمع. وبناء قدرات العاملين فيه . بالإضافة إلى تبادل الخبرات وتفعيل اتفاقيات التعاون مع الدول العربية والإقليمية في هذا المجال.

أهم القضايا التي تواجه خدمات الرعاية الصحية الثانوية والثالثية التي يتوجب التركيز عليها :

1. حوسبة المستشفيات في القطاع العام .
2. الاستمرار في تحسين جودة الخدمات المقدمة.
3. ضعف في تطبيق أنظمة السجلات الطبية الحديثة وخاصة الإلكترونية.
4. الحاجة إلى التوسع في برامج الإقامة للتخصصات النادرة .
5. الحاجة إلى تطوير خدمات الإسعاف والطوارئ و استحداث خدمات الإخلاء الجوي .
6. ضعف البنية التحتية في معظم مستشفيات القطاع العام.
7. ضعف أنظمة تحويل المرضى من المستشفيات الطرفية إلى المستشفيات المتخصصة.
8. الازدحام وضغط العمل في مستشفيات القطاع العام الناتج عن النمو السكاني والهجرة القسرية.

3.2.5 جودة الخدمة الصحية Quality of Health Services

أدركت الحكومة الأردنية منذ عشرين عامًا أهمية تطبيق برنامج اعتمادية المستشفيات كأداة لتحسين جودة الخدمات الصحية. حيث تم تشكيل لجنة وطنية لاعتمادية عام 1987 إلا أنّ عملها لم يستمر طويلًا بسبب عدم وجود مظلة تشريعية تختمها مختلف القطاعات الصحية . وبعد ذلك طبقت وزارة الصحة عام 1993 برنامج ضمان جودة الخدمات

الصحية في بعض المستشفيات الحكومية من خلال وضع بروتوكولات ودلائل إرشادية للعاملين، وشكّلت جانبًا لمكافحة العدوى وتحسين الجودة في المستشفيات، ومن ثم قامت الوزارة بآلية عملية تحسّن الجودة في المراكز الصحية والمستشفيات من خلال استحداث مديرية الجودة عام 1999 التي أخذت على عاتقها استحداث وحدات الجودة، وتشكيل فرق للجودة وسلامة المرضى على مستوى مديريات الصحة والمستشفيات بهدف الارتقاء بجودة الخدمات الصحية المقدمة، ورفع رضا كل من: مقدمي ومتلقي الخدمة في مستويات تقديم الخدمة كافة.

نتى المجلس الصحي العالي مشروع اعتمادية المستشفيات عام 2003 وذلك تطبيقًا للمهام والمسؤوليات الواردة في قانونه، والتمثلة باتخاذ القرارات اللازمة للنهوض النوعي بالخدمات، حيث تم تشكيل لجنة وطنية وأخرى فنية، كما تم استخدام عدد من الخبراء وعقد العديد من الاجتماعات ووضع خطة تنفيذية لتطبيق البرنامج بالتعاون مع منظمة الصحة العالمية.

تم إطلاق برنامج الاعتماد للمستشفيات من قبل مديرية الجودة والنوعية في وزارة الصحة بالتعاون مع مشروع الشراكة في إعادة هيكلة القطاع الصحي في عام 2004. حيث تم تخيد 17 مستشفى من القطاعات الصحية المختلفة للمشاركة في البرنامج، وقد تم عقد دورات تدريبية وورش عمل لنسقي المستشفيات المشاركة حول مفهوم الاعتمادية وإعداد خطط عمل تنفيذية، كما تم وضع معايير محلية تختلف مراحل وإجراءات تقديم الخدمة الصحية، وبدأ العمل على تطبيقها في المستشفيات تمهيدًا للحصول على شهادة الاعتمادية.

تم تأسيس مجلس اعتماد المؤسسات الصحية عام 2007 بهدف السعي المتواصل إلى تحسّن نوعية وسلامة مرافق وخدمات وبرامج الرعاية الصحية من خلال تطوير معايير مقبولة عالميًا، وبناء القدرات ومنح الاعتماد، وقد حصل المجلس على ثلاث شهادات اعتماد من الجمعية العالمية للجودة في الرعاية الصحية (ISQua) في مجالات اعتماد معايير مجلس اعتماد المؤسسات الصحية، واعتماد برنامج التدريب وإعداد مقيمين معتمدين، واعتماد المجلس كمؤسسة مانحة للاعتماد، وهو خامس مؤسسة تحصل على شهادات الاعتماد الثلاثة في العالم والأول في المنطقة. وتعدّ شهادة الاعتماد المحلي التي يمنحها مجلس اعتماد المؤسسات الصحية مساوية للشهادات التي تمنحها الهيئات الدولية من حيث المعايير والمتطلبات والاشتراطات والتقييم وغيرها. وقد وصل مجموع المستشفيات الحاصلة على الاعتماد إلى 17 مستشفى و 106 مركزًا صحيًا حتى نهاية عام 2015.

جدر الإشارة إلى أنّ هناك حاجة للاستمرارية في تحقيق متطلبات معايير الاعتماد للمؤسسات التي حصلت على شهادة الاعتماد وكذلك استكمال وضع السياسات والإجراءات الخاصة بمعايير الجودة وإجراء المسوحات والدراسات التي تساهم في تحسين الجودة، بالإضافة إلى التوسع في تطبيق برنامج الاعتمادية ليشمل مزيدًا من المراكز والمستشفيات، وهناك تفاوت بين مؤسسات القطاع الصحي وخصوصًا في المستشفيات في مجال الدلائل السريرية الإرشادية وتطبيق المسارات السريرية (Clinical Pathways) في مراكز الطوارئ، وهذا- من ثم- يؤدي إلى وجود تفاوت في خطط التعامل مع الأمراض وتقديم العلاجات.

ينطّلع المجلس الصحي العالي إلى تطبيق سياسة إلزامية الاعتمادية لكافة المستشفيات، وتعزيز برامج سلامة المرضى واعتمادها أساسًا للخدمات المقدمة من قبل الكوادر الصحية كافة، خصوصًا الأطباء والتمريض.

يتبين مما سبق أن أهم التحديات التي تواجه جودة الخدمات الصحية التي يجب على الخطة الاستراتيجية أخذها بعين الاعتبار هي :

1. قلة الموارد المالية اللازمة للتوسع في تطبيق برنامج الاعتمادية ليشمل مزيداً من مراكز ومستشفيات القطاع العام.
2. عدم توفر دلائل سريرية إرشادية وبروتوكولات علاجية وطنية.
3. التفاوت في جودة الخدمات الصحية بين مؤسسات القطاع الصحي وبين المناطق الجغرافية المختلفة.

4.2.5 الإصابات و الحوادث Injuries and Accidents

بالإضافة إلى الآثار الصحية والخسائر البشرية ، تعدّ الحوادث والإصابات من أهم معوقات الإنتاج وتسبب خسائر مادية فادحة للدولة . وتقسم إلى: إصابات غير مقصودة (حوادث المرور والتسمم، والسقوط، والغرق، والحرق) و مقصودة (قتل وانتحار وأنواع العنف المختلفة).

أولاً : الإصابات غير المقصودة

أظهرت إحصائيات وزارة الصحة أنّ الوفاة الناجمة عن الحوادث غير المقصودة كانت أغلبها ناجمة عن الحوادث المرورية، يليها تلك الناجمة عن السقوط، ثم الغرق، ثم الحريق، ثم التسمّمات.

تشكّل حوادث المرور في الأردن مشكلة صحية كبيرة، وتعدّ أهم الإصابات غير المقصودة ، حيث إنّها السبب الرئيس الثاني للوفاة بعد أمراض القلب والأوعية الدموية . ويسجّل الأردن حادثاً مرورياً كل 5 دقائق و وفاة شخص واحد كلّ 9 ساعات. يظهر الجدول رقم (1) حجم حوادث السير والأضرار الناجمة عنها خلال الأعوام 2009 – 2013 .

جدول رقم (1) : أعداد الحوادث المرورية و نتائجها ونسبة التغير السنوية خلال الأعوام 2009 - 2013

السنة	عدد الحوادث	حوادث نتج عنها أضرار مادية	حوادث نتج عنها أضرار بشرية	عدد الجرحى	عدد الوفيات	نسبة الزيادة أو النقص السنوية للوفيات
2009	122793	112559	10234	15662	676	-8.6 %
2010	140014	129009	11005	17403	670	-0.9 %
2011	142588	131072	11516	18122	694	+3.6 %
2012	112817	101813	11004	17143	816	+17.6 %
2013	107864	97637	10227	15954	768	-5.9 %

المصدر : مديرية الأمن العام / إدارة السير المركزية

دور المؤسسات المختلفة في التصدي للحوادث والإصابات غير المقصودة

• الدفاع المدني

تقدّم المديرية العامة للدفاع المدني خدمات الإطفاء والإنقاذ والإسعاف التي حدّدت بموجب قانون الدفاع المدني رقم (18) لسنة 1999 وتعديلاته. وتطوّر خدماتها بشكل مستمر وفق أحدث المعدات والآليات وبكوادر بشرية مدربة ومؤهلة وباستخدام تقنيات الاتصال الحديثة بين مختلف الأليات وغرف العمليات وأقسام الطوارئ في المستشفيات كما وتعمل على تحقيق زمن استجابة (بلغ للحوادث في الأوقات العادية 8.9 دقيقة) يتوافق والمعايير الدولية للوصول إلى جميع

السكان في مختلف التجمعات السكانية والمنشآت الحيوية والطرق الخارجية. هذا وتقوم مديرية الدفاع المدني بتوفير الإحصائيات حول إعداد وأنواع الحوادث والأضرار والخسائر الناجمة عنها.

تقدم المديرية العامة للدفاع المدني خدماتها من خلال إنشاء الأقسام والمراكز والمحطات في جميع مواقع المملكة البالغ عددها 171 موقعاً. كما ويسعى الدفاع المدني من خلال تنفيذ خطته الاستراتيجية إلى المزيد من التطور والارتقاء بخدماته. وتأهيل العاملين لديه ورفع كفاءتهم ضمن أسس علمية. حيث تمنح كلية الدفاع المدني وأكاديمية الأمير الحسين بن عبد الله الثاني للحماية المدنية درجات الدبلوم والبكالوريوس في تخصصات مختلفة.

• مديرية الأمن العام

انطلاقاً من رؤية ورسالة مديرية الأمن العام تم إعداد استراتيجية وطنية للحد من الحوادث المرورية وتوفير بيئة مرورية آمنة ومتميزة على جميع الطرق في المملكة بالتعاون مع الشركاء كافة. وتهدف الاستراتيجية إلى تخفيض عدد الوفيات بنسبة 20 % على مدى الخمس سنوات (2013 - 2017) أي بمعدل انخفاض 4 % لكل عام مع اعتبار النتائج المرورية لعام (2012) كسنة أساس. تم خفض عدد الوفيات خلال عام 2013 م بنسبة (5.9 %) . وانخفض إعداد الحوادث المرورية بما يعادل (5000) حادث وقد عملت إدارة السير على تحقيق الهدف من خلال التوعية المرورية و الرقابة المرورية. و تنظيم العملية المرورية. و التنسيق مع الشركاء.

• وزارة الصحة

تتضمن استراتيجية السلامة المرورية جانب إجرائي لحظة وقوع الحادث يعنى بتنفيذه وزارة الصحة والدفاع المدني ويشمل التعامل مع الحالة في مكان وقوع الحادث ونقلها، والإجراءات التي تتم لحظة استقبالها في أقسام الإسعاف والطوارئ.

• الجهات الأهلية و منظمات المجتمع المدني

أما الجهات الأهلية ومنظمات المجتمع الأهلي فلها مبادرات متعددة في هذا المجال، مثل: جمعية التوعية الملكية التي تبنت مشروع "فكر أولاً" لتوعية الأطفال ما بين سن الرابعة و السادسة عشر من العمر بقضايا الوقاية من الإصابات.

ثانياً : الإصابات المقصودة

لا توجد معلومات شاملة فيما يتعلق بالإصابات المقصودة التي تتضمن إصابات العنف مثل: القتل والانتحار والعنف الأسري والعنف الجنسي والعنف في المدارس والجامعات. حيث تتعدد الجهات التي تصدر إحصائيات ودراسات في هذا المجال، ومنها وزارة الصحة التي أظهرت أنّ الوفاة الناجمة عن الحوادث المقصودة كانت أغلبها ناجمة عن الانتحار ثم القتل.

أما فيما يتعلق بالعنف الأسري (وخصوصاً ضد النساء والأطفال) فقد سعى الأردن لتحقيق العدالة والمساواة بين الرجل والمرأة ومناهضة العنف الأسري من خلال توقيعه على المعاهدات والاتفاقيات الدولية بهذا الخصوص. ومن أبرزها: اتفاقية إلغاء كافة أنواع التمييز ضد المرأة عام 1992 . و اتفاقية حقوق الإنسان . واتفاقية الطفل والخطوة العربية للطفولة العشرية 2004 - 2015 .

توفر إدارة حماية الأسرة في مديرية الأمن العام معلومات عن عدد حالات العنف الأسري والاعتداءات الجنسية التي تتعامل معها. كما هو مبين في الجدول (2) فإن عدد حالات العنف التي تم التعامل معها من قبل هذه الإدارة قد تضاءل خلال خمس سنوات (2007 - 2011).

المجدول رقم (2) عدد حالات العنف الأسري التي تعامل معها مكتب الخدمة الاجتماعية

في إدارة حماية الأسرة (2007 - 2011)

عدد الحالات	السنة
2352	2007
2367	2008
4475	2009
4254	2010
4997	2011

المصدر: إدارة حماية الأسرة

3.5 تمويل الرعاية الصحية والاستثمار في مجال الصحة Healthcare Finance and Investment

1.3.5 التمويل والإنفاق الصحي: Health Financing

انخفضت حصة الإنفاق الصحي على الفرد من 260.6 دينار في عام 2012 لتصل الى (231.8) دينار في عام 2013 . كما ارتفع حجم الإنفاق الصحي الإجمالي من مليار و 665 مليون دينار في عام 2012 الى مليار و 181 مليون في عام 2013 . أما حجم الإنفاق الصحي الإجمالي كنسبة من الناتج المحلي الإجمالي فقد انخفض تدريجياً من 9.52 % في 2009 إلى 7.58 % في 2012 الا انه عاود للارتفاع نسبياً ليصل الى 7.89 % في عام 2013 كما هو مبين في الجدول رقم (3) .

جدول رقم (3) أهم مؤشرات الحسابات الصحية الوطنية في الأردن للسنوات 2008 - 2013

2013	2012	2011	2010	2009	2008	
1,880,953,104	1,665,014,650	1,580,677,286	1,537,135,395	1,610,352,435	1,381,460,034	مجمّل الإنفاق على الرعاية الصحيّة (بالدينار)
231.8	260.6	252.9	251.5	269.3	236	حصة الفرد من الإنفاق على الصحة (بالدينار)
2939.6	3438.6	3275.8	3069.2	2828.1	2753.5	حصة الفرد من الناتج المحلي الإجمالي (بالدينار)
7.89%	7.58%	7.72%	8.19%	9.52%	8.58%	نسبة الإنفاق على الرعاية الصحيّة من الناتج المحلي الإجمالي
11%	10.50%	9.14%	9.76%	10.52%	10.16%	نسبة المخصّص للإنفاق على الصحة من إجمالي موازنة الحكومة
						توزيع الإنفاق على الصحة:
65.75 %	66.17%	66.85%	67.94%	69.17%	60.78%	القطاع العام
31.57%	31.88%	31.34%	30.27%	29.80%	38.24%	القطاع الخاص
0.74%	0.75%	0.67%	0.75%	0.59%	0.69%	وكالة الغوث الدولية
1.93%	1.20%	1.14%	1.04%	0.43%	0.29%	قطاع مؤسسات المجتمع المدني
5.18%	5.02%	5.16%	5.57%	6.59%	5.21%	نسبة إنفاق القطاع العام على الصحة من الناتج المحلي الإجمالي
2.70%	2.56%	2.56%	2.62%	2.93%	3.37%	نسبة إنفاق القطاع الخاص على الصحة من الناتج المحلي الإجمالي
500,330,700	445,408,952	427,835,670	423,658,862	449,395,115	496,453,222	إجمالي الإنفاق على الدواء (بالدينار)
61.66	69.73	68.46	69.30	75.15	84.86	حصة الفرد من الإنفاق على الدواء (بالدينار)
2.10%	2.03%	2.09%	2.26%	2.66%	3.08%	نسبة الإنفاق على الدواء من الناتج المحلي الإجمالي
26.60%	26.75%	27.07%	27.56%	27.91%	35.94%	نسبة الإنفاق على الأدوية من مجمل الإنفاق على الصحة

ارتفعت نسبة الإنفاق الصحي المباشر من جيب الفرد من 26 % من مجمل الإنفاق على الصحة في عام 2012 إلى 28.8 % في عام 2013 . أما نسبة الإنفاق على الأدوية من مجمل الإنفاق على الصحة فقد انخفض من حوالي 36 % في عام 2008 إلى 26.75 % في عام 2012 و إلى 26.6 % في عام 2013 وما زالت هذه النسب مرتفعة لدولة كالأردن مصنفة من الدول ذات الدخل المتوسط.

بلغ حجم الإنفاق على خدمات الرعاية الصحية الثانوية (المستشفيات) حوالي 807 مليون دينار (75.5%) من حجم إنفاق القطاع الحكومي . أما حصة خدمات الرعاية الصحية الأولية فقد بلغت حوالي 168 مليون دينار أي بنسبة (15.7%) ما يتطلب التركيز على برامج الرعاية الصحية الأولية والوقائية وزيادة مخصصاتها والقيام بإجراءات إصلاحية في النظام الصحي من شأنها المساهمة في وضع وتنفيذ سياسات احتواء التكاليف الصحية في المستشفيات.

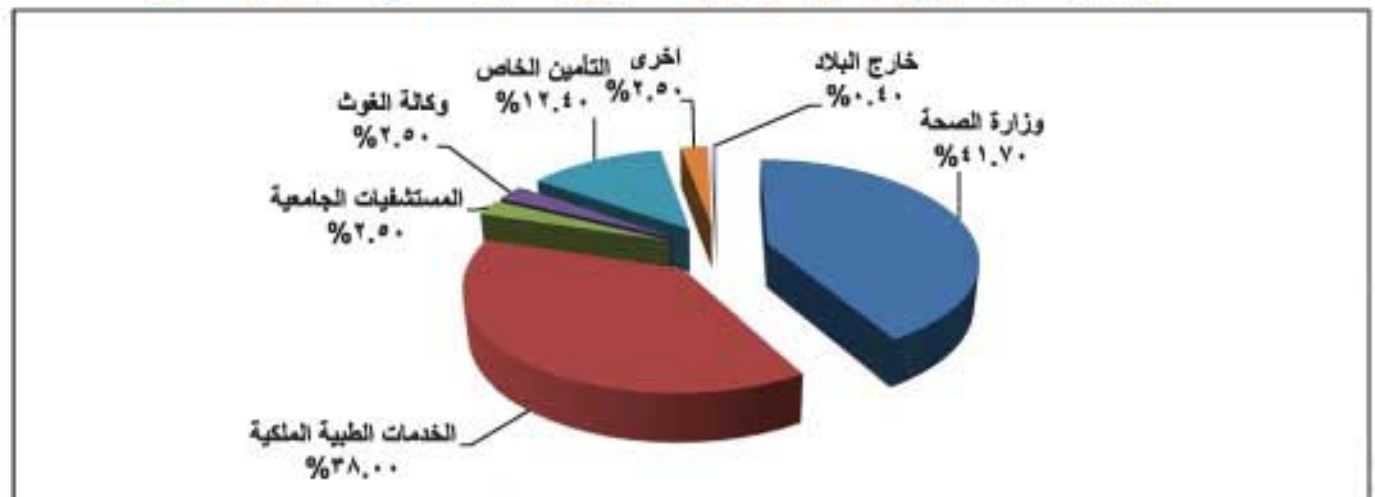
2.3.5 التغطية بالتأمين الصحي: Health Insurance Coverage

أصبح الوصول إلى التأمين الصحي الشامل لجميع المواطنين Universal Health Coverage هدفًا استراتيجيًا لكافة الحكومات الأردنية المتعاقبة منذ أكثر من ثلاثة عقود.

تم التعاون ما بين المجلس الصحي العالي ودائرة الإحصاءات العامة وتم ادراج موضوع التأمين الصحي ضمن استمارة التعداد العام للسكان والمساكن 2015 حيث اظهرت النتائج أن عدد السكان بلغ حوالي 9.5 مليون نسمة منهم 6.6 مليون مواطن أردني وبلغت نسبة التغطية بالتأمين الصحي بين السكان 55% اما بين المواطنين الاردنيين فبلغت 68% إلا أن هذه التغطية لا تشمل الحالات المنتفعة من الإعفاءات الطبية المقدمة من قبل وحدة شؤون المرضى غير المؤمنين (الديوان الملكي العامر) .

يبين الشكل (17) توزيع المواطنين الاردنيين المشمولين بالتأمين الصحي حسب جهة التأمين حيث يغطي صندوق التأمين الصحي المدني التابع لوزارة الصحة 41.7 % ، وصندوق التأمين العسكري التابع للخدمات الطبية الملكية 38 % ، أما تأمينات المستشفيات الجامعية فتغطي 2.5 % . ويغطي التأمين الصحي الخاص 12.5% ويشمل شركات التأمين الصحي وصناديق التأمين الصحي التابعة لل نقابات وبعض المؤسسات . ويذكر أنّ وكالة الأمم المتحدة لتشغيل اللاجئين الفلسطينيين تغطي 2.5 % بخدمات الرعاية الصحية الأولية فقط . وهناك 0.4 % مؤمنين خارج البلاد و2.5% مؤمنين بتأمينات أخرى.

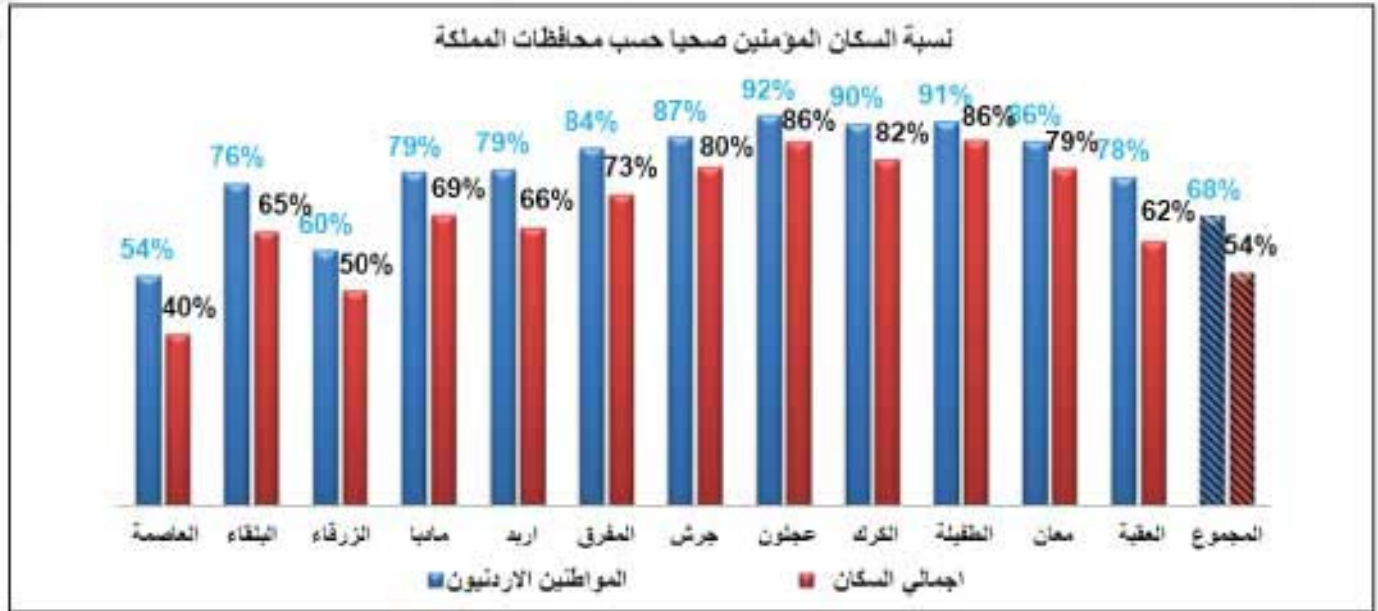
الشكل رقم (17) : توزيع المواطنين الاردنيين المشمولين بالتأمين الصحي حسب جهة التأمين



المصدر: دائرة الإحصاءات العامة 2015

كما بين التعداد أن هناك تفاوتًا واضحًا في التغطية التأمينية على مستوى المحافظات . ومن الملفت للانتباه أن أقل تغطية تأمينية للسكان توجد في محافظة العاصمة عمان حيث بلغت 54 % وبين الاردنيين 40 % أما في المحافظات الأخرى فتتراوح التغطية للسكان ما بين 50 % في محافظة الزرقاء إلى 86 % في محافظة عجلون. وبين الاردنيين 60 % في الزرقاء و92 % في عجلون (الشكل رقم 18) .

الشكل رقم (18)



المصدر: دائرة الإحصاءات العامة، المجلس الصحي العالي 2015

يستفيد المواطنون كافة من خدمات مرافق وزارة الصحة التي تقدّم لهم برسوم مدعومة لا تغطّي كلفة الخدمات الصحية المقدمة . ويعفي صندوق التأمين الصحي للمدني المواطنين الذين تم تصنيفهم من فئة الفقراء من قبل وزارة التنمية الاجتماعية من رسوم الرعاية الصحية. بالإضافة إلى ذلك تقدم وزارة الصحة مجانًا العلاجات باهظة الثمن للمرضى الذين يعانون من حالات مرضية معينة (كالأمراض المعدية والسرطان وأمراض الكلى والتدرن الرئوي وغير الرئوي "السل" والإيدز والإدمان على الكحول والتخدرات) بغض النظر عن قدرتهم على الدفع.

لم يعد صندوق التأمين الصحي المدني يقتصر على كافة موظفي الخدمة المدنية ومنتفعيهم فقط. بل أصبح يشمل الفئات الآتية دون أن يتكبد المستفيد أية تكاليف مالية:

- الأطفال دون سن السادسة.
- فئات المجتمع التي تم تصنيفهم كفقراء من قبل وزارة التنمية الاجتماعية.
- المناطق المصنفة بالأشد فقرًا والمناطق النائية.
- يصرف تأمين صحي لفرد واحد من أفراد عائلة المتبرع بالأعضاء (لفترة خمس سنوات).
- يصرف تأمين صحي للمتبرع بالدم (لدة ستة أشهر).

كما تم إتاحة الاشتراك الاختياري بالتأمين الصحي لكافة المواطنين الراغبين ومن بينهم الحوامل وكبار السن. وذلك بعد أن تم مؤخرًا إجراء تعديل على نظام التأمين الصحي المدني.

أهم التحديات التي تجابه التأمين الصحي والتغطية السكانية بالملكة:

- عدم وجود مرجعية مختصة بإصدار الإحصائيات الدقيقة حول التغطية التأمينية في المملكة ما يجعل احتساب معدل الازدواجية في التأمين الصحي وتحديد أعداد المواطنين المؤمنين وغير المؤمنين وخصائصهم أمراً صعباً يعرقل عملية وضع السياسات الإصلاحية. واتخاذ القرارات للوصول إلى التأمين الصحي الشامل.
- عدم إلزامية التأمين الصحي بالملكة أدت إلى بقاء شريحة هامة من السكان تقدر بحوالي ربع السكان دون أي تأمين صحي إلا أنّ هذه الشريحة تستفيد من إعفاءات الديوان الملكي العامر دون أن تساهم بأية اشتراكات مدفوعة مسبقاً. كما هو مطبق في شريحة المؤمنين صحياً .
- هنالك عدم عدالة في المساهمات المالية للمواطنين متمثلة بوجود خلل في تطبيق مفهوم التأمين الصحي الذي يستجوب تطبيق مبدأ التكافل الاجتماعي.
- عدم فصل عملية تقديم الخدمة الصحية عن شرائها لدى كلّ من: وزارة الصحة والخدمات الطبية الملكية والمستشفيات الجامعية.

خطوات هيكلية التأمين الصحي في المملكة

- إصدار قانون ملزم للتأمين الصحي وإنشاء مؤسسة أو هيئة وطنية مستقلة للتأمين الصحي (أو أي مسقى آخر) كجهة مرجعية تشتري الخدمات الصحية من الجهات التي تقدم الخدمة. وتوحد أسس الاشتراك وتنظم عملية استخدام المواطن للخدمة الطبية عن طريق اعتماد الرقم الوطني ومن خلال قاعدة بيانات محوسبة.
- تأكيد ضرورة دراسة التجارب الناجحة في دول العالم في مجال إصلاح التأمين الصحي مثل تجربة هيئة دبي. وجارب بعض الدول التي وصلت إلى التأمين الصحي الشامل مثل: تركيا وتايوان .
- وضع خارطة طريق لتحقيق هدف الوصول إلى التأمين الصحي الشامل في المملكة الذي يضمن تأمين وصول وحصول جميع المواطنين على خدمات صحية ذات جودة , مع توفير حماية من المخاطر المالية عند المرض و تتضمن خارطة الطريق اجراء مراجعة شاملة للتشريعات الخاصة بالتأمين الصحي في الاردن و اجراء دراسة اكتوبريه تحدد من خلالها التكاليف المترتبة على شمول جميع المواطنين بالتأمين الصحي بالإضافة الى دراسة مدى امكانية انشاء صندوق وطني موحد للتأمين الصحي او هيئة وطنية مستقلة عن طريق دمج الصناديق الحالية و البدء بتوحد صندوقي التأمين الصحي المدني والعسكري . بالإضافة الى ضرورة توجه السياسة الصحية نحو ايجاد إدارة او مؤسسة تعني بشؤون إدارة المستشفيات في القطاع العام و الذي يشمل مستشفيات وزارة الصحة والخدمات الطبية الملكية والمستشفيات الجامعية الى جانب تعزيز دور وزارة الصحة في الرعاية الصحية الأولية والوقائية .
- وفيما يتعلق بتكلفة مرضى الديوان الملكي العامر فقد وصلت إلى مبالغ مرتفعة حيث بلغت 165.6 مليون دينار في عام 2012 و 169.1 مليون دينار في 2013 وارتفعت الى 208 مليون دينار في عام 2014 وبلغت 185 مليون دينار في عام 2015 . أما الآليات المقترحة لمعالجة هذه التكاليف المرتفعة فهي كما يلي :

1. منع ازدواجية الإعفاء وحصر الإعفاءات بجهة مختصة ومحوسبة وتكون مرجعية رسمية وبحيث لا يسمح للمريض بالحصول على إعفاء من أكثر من جهة من الجهات مثل الديوان الملكي العامر ورئاسة الوزراء ومجلس النواب.

2. حصر الإعفاءات بالمعالجة في مستشفيات وزارة الصحة فقط وتخويل الحالات التي لا يمكن معالجتها في مستشفيات الوزارة من قبل الطبيب الإخصائي .
3. اعتماد مستشفى البشير كمركز تحويلي لجميع الحالات المرضية.
4. تطبيق اسس الإعفاء حسب القدرة المالية بحيث يشمل الإعفاء مرضى غير المقتدرين مالياً فقط وفق اسس محددة توضع لهذه الغاية .
5. إنشاء قاعدة بيانات محوسبة لجميع المؤمنين صحياً في المملكة بحيث لا يتم إعفاء المؤمنين صحياً بما فيهم المؤمنين بالتأمين الخاص والجامعي والنقابات المهنية .

التغطية الصحية الشاملة - التجربة التركية

تعتبر تركيا من الدول التي نجحت في مجال الوصول الى التغطية الصحية الشاملة حيث انتهجت خطة لإصلاح النظام الصحي استمرت حوالي عشرة أعوام حيث بدأت في عام 2002 وقد ركزت الخطة على ثلاثة محاور رئيسية :

- 1- زيادة الإنفاق على الصحة من خلال زيادة التمويل الصحي الحكومي وخفض النفقات من جيب المواطنين على الخدمات الصحية .
- 2- تسهيل الوصول للخدمات الصحية وتوسعة هذه الخدمات وشموليتها وخاصة خدمات صحة الأم والطفل .
- 3- خفض مستويات التفاوت في عدالة تقديم الخدمات الصحية حسب المناطق الجغرافية وحسب الحالة الاقتصادية والاجتماعية.

ويستفاد من التجربة التركية ما يلي :

- 1- تم اعتبار أن التغطية الصحية الشاملة هي بمثابة حق للمواطن واعتبار أن الحق في الصحة هي من الحقوق الأساسية للإنسان .
- 2- الدعم السياسي لعب دوراً هاماً ومحورياً، فمثلاً أخذ مجلس الوزراء التركي في عام 2002 قراراً بإلغاء عقوبة السجن للمواطنين اللذين لا يلتزمون بدفع ما يستحق عليهم للمستشفيات أو على ذويهم من يتوفون داخل المستشفيات الأمر الذي لقي استحساناً لدى الأوساط السياسية والشعبية .
- 3- الاستفادة من بعض خبرات الدول الأخرى مع القناعة بأن أي نموذج ناجح في بلد معين لا يمكن تطبيقه بالكامل في بلد آخر .
- 4- يجب إدارة الإصلاحات الصحية ببراعة وهي إصلاحات فنية وسياسية تتعلق بوظائف النظام الصحي . فعلى سبيل المثال تم حل مشكلة صعبة جداً كانت تواجهها تركيا وهي أن مقدمي الخدمة الصحية كانوا يعملون في القطاع العام والخاص في نفس الوقت ، ثم انتهجت الحكومة سياسة ناجحة حيث ألزمت مقدمي الخدمة بالقطاع العام بالعمل في مؤسسات القطاع العام فقط مقابل زيادة الرواتب ومنح حوافز معتمدة على الأداء. وبذلك زادت نسبة المختصين في القطاع العام من 20 % الى 80 % وأصبح القانون الجديد يمنع مقدم الخدمة الصحية بالعمل في القطاع العام والخاص في نفس الوقت .

5- تحسين الوصول إلى الأدوية وخفض أسعارها عن طريق اعتماد نظام تسعير مبني على مرجعيات دولية بحيث تم الانتقال بالسوق الدوائي من حالة انخفاض الكميات وارتفاع الأسعار إلى حالة زيادة الكميات وانخفاض الأسعار مما أدى إلى توسع ورواج السوق الدوائي في تركيا.

6- المتابعة الحثيثة والمستمرة للإصلاحات والقرارات المتخذة والتي كانت تتم من خلال كادر خاص يضم منسقين من أطباء تم تعيينهم في الميدان .

7- معالجة المشكلات الناجمة عن تطبيق القرارات الإصلاحية، فمثلاً برزت قضية عدم الاستخدام الرشيد للأدوية.

8- تم التركيز على خدمات الرعاية الصحية الأولية وبرامج الوقاية من الأمراض المزمنة ومكافحة التدخين والوقاية من عوامل الإختطار الأخرى.

3.3.5 السياحة العلاجية : Medical Tourism

يحتل الأردن المركز الأول عربيًا، ويصنّف على أنّه من ضمن أفضل عشر دول في مجال السياحة العلاجية، ولهذا السبب يبذل القطاع الصحي الخاص جهودًا كبيرة للحفاظ على هذا الإنجاز من خلال المحافظة على المرضى الذين يأتون للعلاج في المملكة من الأسواق التقليدية، وتعزيزه أيضًا باستقطاب مرضى جدد من أسواق غير تقليدية . ويعود نجاح الأردن في السياحة العلاجية لعدة أسباب من أبرزها:

- الكوادر المؤهلة تأهيلاً عاليًا في تخصصات الطب والتمريض، والصيدلة و الهندسة الطبية وغيرها.
- تنافسية التكاليف العلاجية.
- جودة الخدمات الطبية المقدمة في الأردن.
- اعتماد أنظمة تكنولوجيا المعلومات داخل قطاع الخدمات الطبية.
- وجود أنظمة التأمين الصحي المضمونة والفعالة.
- حصول عدد من المستشفيات الأردنية على الاعتمادية الدولية.
- وجود المنتجعات الاستشفائية كالبحر الميت وحمامات ماعين وغيرها.
- وجود عدد كبير ومميز من الأطباء والاختصاصيين والمرضى الأكفاء الحاصلين على تعليم مميز وإجادتهم العربية والإنجليزية بطلاقة.
- توفير الأجهزة والمعدات الطبية التشخيصية و العلاجية المتطورة من مراكز الأشعة، المختبرات ومراكز علاج الأورام والطب النووي وغيرها.
- الأمن والاستقرار السياسي الذي ينعم به الأردن.

مع تعزيز مكانة المملكة في مجال الرعاية الصحية والطبية أيضًا حصول مستشفياتها على شهادات الجودة العالمية وشهادات الاعتمادية الدولية والمحلية ما يعطي المريض دافعًا للاطمئنان إلى نوعية وسلامة الخدمة العلاجية التي يتلقاها. حيث حصلت عشر مستشفيات أردنية على شهادة الاعتمادية الدولية (JCI) بالإضافة إلى تأهيل خمس مستشفيات للحصول على شهادة الاعتمادية الدولية. إضافة إلى حصول اثني عشر مستشفى على شهادة الاعتمادية الوطنية من مجلس اعتماد المؤسسات الصحية (HCAC) في الأردن.

تعمل الحكومة الأردنية على تشجيع وتعزيز الاستثمار في القطاعات الصحية والاستشفائية من خلال مؤسسة تشجيع الاستثمار التي تعدّ المؤسسة المحورية لتسليط الضوء على دور الأردن الريادي في القطاعات كافة وزيادة أعداد المستثمرين وخاصة في مجال تقديم الخدمات الطبية.

خلال عام 2012 حصل ربع مليون مريض من مختلف أنحاء العالم على الخدمات الطبية في المستشفيات الخاصة الأردنية وشكّلت هذه النسبة 23 % من مجموع المرضى الذين قدّمت لهم الخدمات العلاجية في المملكة . كما تجاوز إجمالي الدخل الناتج عن السياحة العلاجية المليار دولار أمريكي. واختلفت أنواع الخدمات الطبية المقدمة للمرضى من خارج الأردن. حيث شملت معظم التخصصات العاقّة والفرعية كأمراض القلب وجراحاتها وجراحة العظام وعمليات استبدال المفاصل وجراحة الأعصاب وأمراض السرطان بأنواعها وجراحة الشبكية وزراعة الأسنان وغيرها. ويذكر أنه في عام 2013 راجع الخدمات الطبية الملكية حوالي 1713 مريضاً من مختلف الدول العربية والأجنبية.

ولتطوير قطاع السياحة العلاجية في الأردن تم العمل من خلال مشروع التنافسية الأردني والممول من الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية على دعم السياحة العلاجية في الأردن من خلال إنشاء مجلس للسياحة العلاجية يضم القطاعات الصحية والجهات الحكومية والمؤسسات ذات العلاقة كافة. ومن أبرزها المجلس الصحي العالي . حيث سيتولّى هذا المجلس تطوير الاستراتيجيات وتعزيز الجودة وتطوير الأعمال التجارية للسياحة العلاجية. كما سيتم التركيز على فتح أسواق جديدة وتقديم خدمات نوعية حديثة. بحيث يتم زيادة حجم الاستثمار في السياحة العلاجية ما سيؤدي إلى رفع مستوى الدخل القومي.

يُعدّ إقرار قانون المسؤولية الطبية عاملاً إضافياً في تعزيز نوعية الخدمة الصحية المقدمة في مجال السياحة العلاجية وذلك من خلال ضمان سلامة كلّ من: مقدّمي ومتلقّي الخدمة الصحية. ويعدّ من أهم الأدوات التي سوف تساهم في زيادة حجم المرضى الذين يأتون لتلقي العلاج.

يتبين مما سبق أن أهم التحديات التي تواجه تمويل النظام الصحي و يجب على الخطة الاستراتيجية أخذها بعين الاعتبار تتمثل بالآتي :

1. وجود حوالي 25 % من السكان خارج تغطية التأمين الصحي.
2. ضعف تطبيق استراتيجيات احتواء الكلف.
3. تعدد الجهات التأمينية في القطاع العام. وازدواجية التأمين الصحي الحكومي.
4. ارتفاع الإنفاق الصحي المباشر من الجيب.
5. ضعف الاستثمار في خدمات الرعاية الصحية الأولية مقارنة بالثانوية والثالثية.
6. ارتفاع نسبة الإنفاق على الدواء.
7. التوسع غير المنضبط وغير المخطط له للخدمات الصحية.

8. ضعف تسويق السياحة العلاجية.

9. ضعف فاعلية وكفاءة أنظمة التحويلات والتعاقد مع القطاع الخاص.

10. الارتفاع المستمر في كلفة الرعاية الصحية و ضعف التمويل.

11. الحاجة إلى إصدار قانون إلزامي للتأمين الصحي نحو الوصول إلى التأمين الصحي الاجتماعي الإلزامي . وإنشاء مؤسسة أو هيئة وطنية مستقلة للتأمين الصحي .

4.5 الموارد البشرية الصحية: Human Resources for Health

تعدّ الموارد البشرية المحرك الرئيس لتلبية الاحتياجات الصحية للسكان بكفاءة وفاعلية . ما يتطلب إبقاء اهتمام كبير في تخطيط وإدارة هذه الموارد من أجل تحقيق العدالة في تقديم الخدمات الصحية. وزيادة إنتاجية القطاع الصحي.

1.4.5 الأتماط الحالية للموارد البشرية الصحية:

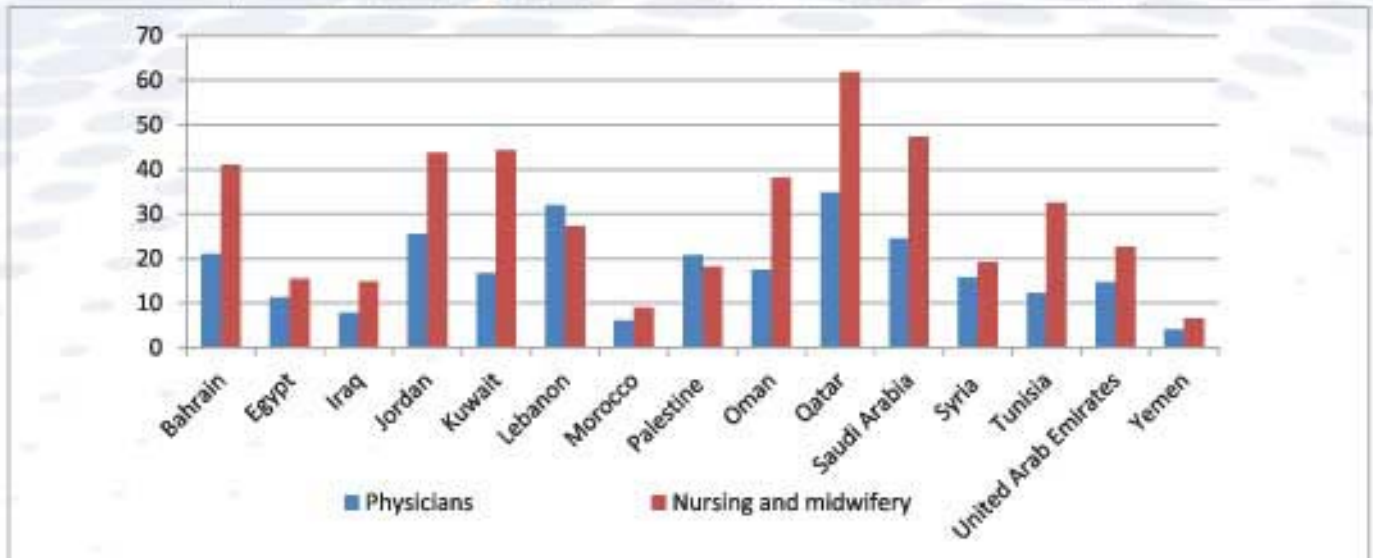
يمتاز الأردن بوفرة الكوادر الصحية لمعظم الفئات. حيث ازدادت معدلات هذه الكوادر بشكل ملحوظ بالنسبة لعدد السكان على مدى السنوات الخمس الماضية (2009 – 2013) كما هو موضح في جدول رقم (4) . إلّا أنّ هناك نقصاً في بعض الاختصاصات الطبية مثل: النفسية وطب الأسرة والتخدير وجراحة الأعصاب وجراحة القلب والشرابين وغيرها. أمّا معدل الكوادر العاملة في مهنة التمريض في الأردن فهو يفوق المعدّل الموجود في معظم الدول العربية . على الرغم من وجود نقص في معدّل التمريض الإناث وفي بعض التخصصات التمريضية. تعدّ معدلات الأطباء والتمريض لعدد السكان في الأردن من بين المعدلات الأعلى في المنطقة. كما هو مبين بالشكل رقم (19) .

جدول رقم (4): مؤشرات كثافة القوى البشرية (2009-2013)

المؤشر / 10000 نسمة	2009	2010	2011	2012	2013
طبيب بشري	24.5	26.5	25.5	27.1	28.6
طبيب أسنان	7.3	9.3	9.8	10.0	10.4
صيدلي	14.1	15.0	12.6	16.3	17.8
ممرض (قانوني ، مشارك، قابلة، مساعد)	39.0	41.9	43.7	46.6	44.8

المصدر: التقرير الإحصائي السنوي / وزارة الصحة، 2013

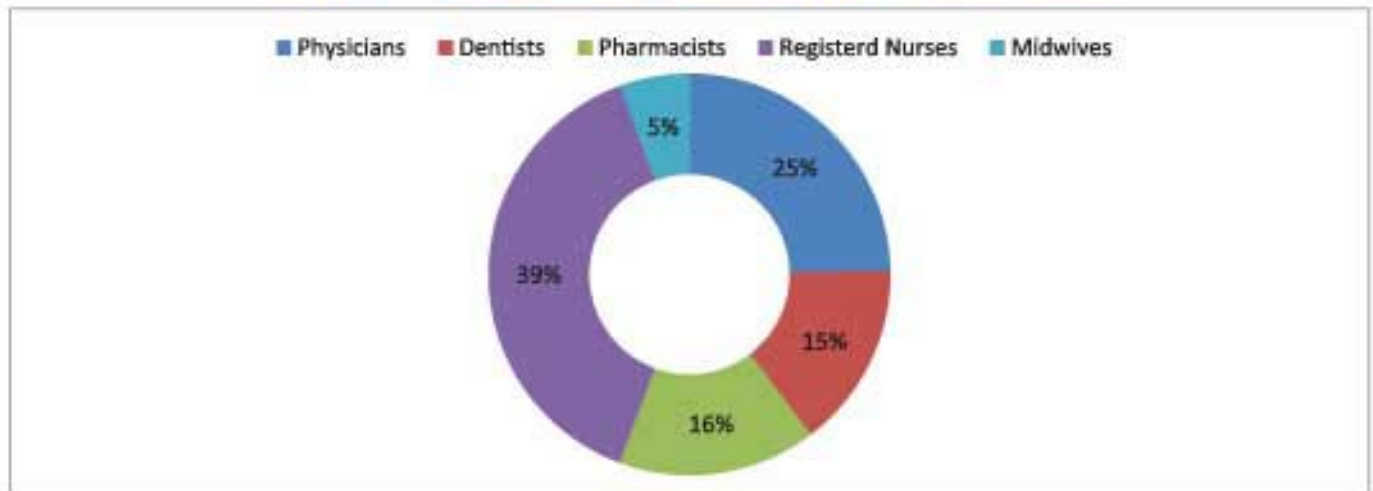
الشكل رقم (19): معدلات الأطباء والتمريض لكل 10,000 مواطن في الأردن والدول العربية للعام 2011



المصدر: منظمة الصحة العالمية/المركز الإقليمي للصحة <http://rho.emro.who.int/rhodata/?vid=2623#>

يبين الشكل رقم (20) أنّ فئة التمريض القانوني تمثل الغالبية العظمى من الكوادر البشرية في الأردن لعام 2013 (39%). تليها فئة الأطباء البشريين (25%) فالصيادلة (16%) فاطباء الأسنان (15%) وأخيراً فئة القابلات القانونيات (5%).

الشكل رقم (20): توزيع الكوادر البشرية الصحية حسب المهنة في الأردن لعام 2013



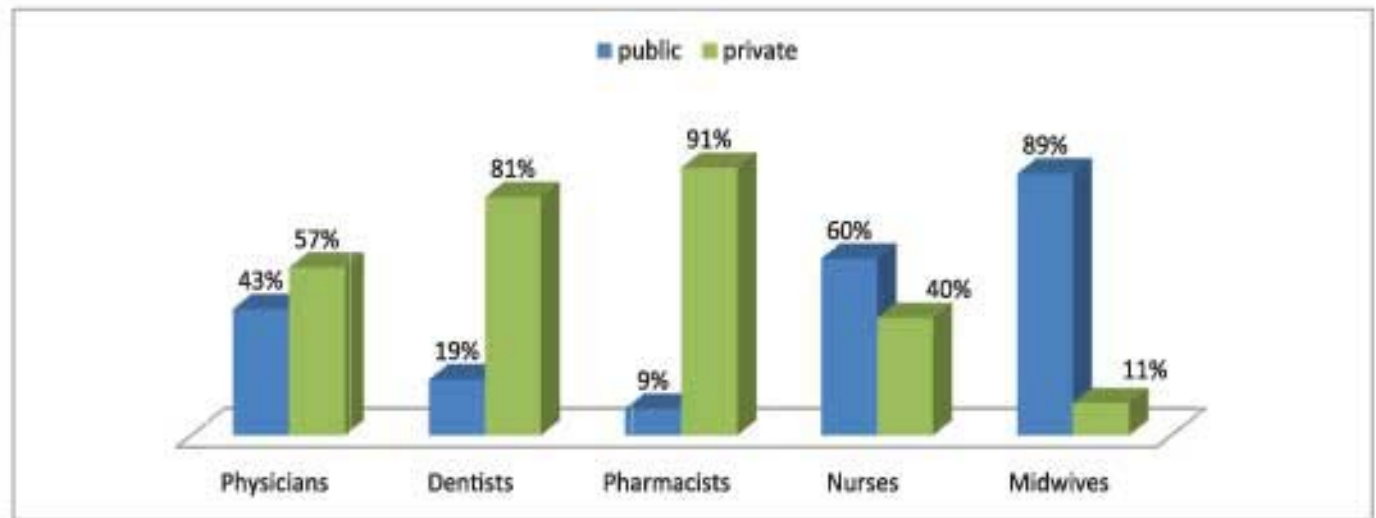
المصدر: تقرير المرصد الوطني للموارد البشرية الصحية في الأردن 2013 - المجلس الصحي العالي

تشكّل الإناث حوالي 44% من مجموع العاملين في مجال الصحة في الأردن. تقلّ أعمار معظم الكوادر الصحية في الأردن عن 50 سنة (85% منهم لا يتجاوز 50 سنة من العمر). تشكّل فئة الشباب منهم (30 سنة أو أقل) حوالي 40% من مجموع القوة العاملة الصحية في الأردن.

يتركّز توزيع القوى العاملة الصحية لجميع الفئات في إقليم الوسط. مع وجود فوارق جغرافية في توزيع العاملين الصحيين بين محافظات المملكة، خاصّة من فئة الأطباء. كذلك هناك اختلالات في توزيع الكوادر الصحية بين القطاعات الصحية المختلفة، و بين مستويات الرعاية الصحية الأولية والثانوية. وبين المحافظات المختلفة.

يُعد القطاع غير الحكومي (القطاع الخاص والمنظمات المدنية) المشغل الرئيس للكوادر البشرية الصحية في الأردن (خاصة فئات الأطباء البشريين وأطباء الأسنان والصيدلة) الشكل رقم (21). حيث يجذب القطاع الخاص المهنيين ذوي الخبرة من القطاع العام إلى الخاص نظراً لارتفاع المردود المادي في القطاع الخاص. علماً بأنه يحظر على الأطباء والكوادر الصحية الأخرى العاملة في القطاع الحكومي ممارسة المهنة في القطاع الخاص. هذا وقد تعاقدت وزارة الصحة - مؤخراً - مع بعض أطباء القطاع الخاص في تخصصات طبية فرعية معينة لتغطية النقص الموجود في هذه التخصصات في القطاع العام. يوجد تزايد مستمر في معدلات الهجرة الخارجية للكوادر الصحية الفنية خاصة إلى دول الخليج.

الشكل رقم (21): توزيع فئات الكوادر البشرية الصحية في الأردن حسب القطاع (عام خاص) لعام 2013



المصدر: تقرير المرصد الوطني للموارد البشرية الصحية في الأردن 2013 - المجلس الصحي العالي

2.4.5 حوكمة الموارد البشرية الصحية :

تعد سياسة تنمية الموارد البشرية وتطويرها جزءاً من السياسة الصحية العامة في الأردن. فبالإضافة إلى وزارة الصحة ، يتم رسم سياسات وخطط الموارد البشرية الصحية من قبل جهات حكومية وغير حكومية متعددة ، بالإضافة إلى المنظمات الدولية. وهذا يؤدي إلى التداخل والازدواجية في رسم السياسات واتخاذ القرارات. كذلك توجد مركزية في اتخاذ القرارات المتعلقة بتعيين خدمات الكوادر البشرية الصحية وتوظيفها وتعويضها وتوزيعها وإنهاءها.

3.4.5 الإنتاج والتعليم والتدريب :

يملك الأردن نظاماً مميزاً في تدريس العلوم الصحية في الكليات الصحية التابعة للقطاعين: العام والخاص علماً بأن تخصصي: الطب البشري وطب الأسنان لا يدرّسان إلا في الجامعات الحكومية فقط. هذا وتشارك وزارة الصحة والخدمات الطبية الملكية الجامعات في تقديم التدريب العملي لطلاب الطب والتمريض والعلوم الصحية الأخرى.

بطور مجلس التعليم العالي السياسات والتشريعات الخاصة بالتعليم العالي. في حين تنفذ وزارة التعليم العالي والبحث العلمي هذه السياسات. أما هيئة اعتماد التعليم العالي فتضع معايير للتعليم العالي وتراقب عملية تطبيقها. ومن مهام المجلس الصحي العالي المساهمة في رسم السياسة التعليمية لدراسة العلوم الصحية والطبية داخل المملكة. وتنظيم التحاق الطلبة بهذه الدراسات خارج المملكة.

تتم إدارة برامج التعليم المستمر والإشراف عليها من قبل المجلس الطبي الأردني. وتقتصر برامج الإقامة على الأطباء وأطباء الأسنان في القطاعين العام والخاص. بالإضافة إلى برامج الامتياز للأطباء العاميين وأطباء الأسنان. لا يتم تقديم برامج التعليم المستمر بشكل منتظم وإلزامي. بل تقدم بشكل اختياري من قبل المؤسسات التعليمية والمستشفيات والنقابات المهنية وكنشاطات من قبل بعض الأفراد. وتكون معظم هذه البرامج على شكل تدريب أثناء الخدمة وندوات وورشات عمل ومؤتمرات. علمًا بأن غالبية المستشفيات لا تخصص موازنة خاصة للتدريب وتنفيذ الدراسات والأبحاث.

يعدّ التسجيل في النقابات المهنية في الأردن إلزاميًا. وذلك قبل منح التراخيص لمزاولة المهنة. ففي حين يقوم المجلس الطبي الأردني بإجراء الامتحانات لمنح الأطباء العاميين والاختصاصيين شهادات الممارسة تقوم النقابات المهنية بدورها في تطبيق ومراقبة الالتزام بالقواعد والأنظمة المتعلقة بكل مهنة.

يتولّى مجلس اعتماد المؤسسات الصحية (HCAC) الذي يعدّ مؤسسة خاصة غير ربحية. مسؤولية اعتماد برامج التدريب في مجال الصحة التي لا تخضع لمجلس التعليم العالي أو المجلس الطبي الأردني.

إلا أن هناك ضعف في توفير المعلومات اللازمة لرسم السياسات التعليمية المستندة على الأدلة والبراهين فمن جانب العرض هناك نقص في توفر البيانات الدقيقة حول أعداد الطلاب الأردنيين الملتحقين بدراسة العلوم الصحية في الجامعات غير الأردنية وكذلك أعداد الطلاب غير الأردنيين الملتحقين بدراسة العلوم الصحية داخل الجامعات الأردنية والذين لا يدخلون سوق العمل الأردني. أما من جانب الطلب فلا توجد دراسات تقديرية عن احتياجات الأردن المستقبلية من الكوادر البشرية الصحية موزعة حسب المهنة والتخصص والجنس والموقع الجغرافي إضافة إلى أن المعلومات المتعلقة بأعداد العاملين في القطاع الصحي الخاص لا يتم العمل على تحديثها باستمرار. وبالتالي فإن تحليل الفجوة بين جانبي العرض والطلب ليس بالأمر السهل ويحتاج إلى المزيد من البحث. علمًا أنه تم مؤخرا الانتهاء من إعداد دراسة مسحية لتحديد الفجوة بين جانبي العرض والطلب لسوق العمل في القطاع الصحي نفذت من قبل المركز الوطني لتنمية الموارد البشرية. إلا أن هذه الدراسة غير مثالية للقطاع الصحي كاملاً (تم استثناء قطاعي الخدمات الطبية الملكية والقطاع الصحي غير المنظم).

هناك حاجة ماسة لسن السياسات التي تحكم هجرة الكفاءات الصحية إلى خارج الأردن وخاصة في التخصصات الصحية الطبية المطلوبة والنادرة وكذلك إيجاد سياسات تجذب الطلبة نحو التخصصات المطلوبة وتبعدهم عن التخصصات الراكدة في سوق العمل المحلي علمًا أن ديوان الخدمة المدنية يقوم بإصدار كتيب سنوياً يحدد فيه التخصصات الراكدة بهدف إفادة الطلبة المقبلين على الالتحاق بالجامعات الأردنية بمعلومات حول المهن المطلوبة في سوق العمل الأردني لأخذها بعين الاعتبار عند تقديم طلبات القبول إلى الجامعات.

وعليه ويهدف مواجهة هذه التحديات والعمل على سد الفجوات فقد قامت الأمانة العامة للمجلس الصحي العالي بإعداد مقترح لتقييم الوضع الحالي للكوادر البشرية الصحية والقيام بتطوير استراتيجية وطنية للموارد البشرية الصحية في الأردن وبمشاركة كافة القطاعات ذات العلاقة بما فيها المنظمات الدولية . كما يسعى المجلس الصحي العالي إلى إيجاد آليات للتعاون والتنسيق مع وزارة التعليم العالي والبحث العلمي للمساهمة في رسم السياسة الصحية التعليمية المستندة على الأدلة والبراهين.

4.4.5 إدارة واستخدام الكوادر البشرية الصحية:

لكل جهة من الجهات الصحية التي تتبع القطاع الصحي في الأردن أنظمة وآليات توظيف خاصة بها، تعدّ وزارة الصحة والخدمات الطبية الملكية المشغلان الرئيسان للكوادر الصحية حديثة التخرج. تدفع وزارة الصحة والخدمات الطبية الملكية الرواتب والمكافآت للموظفين وفقاً للأنظمة المالية المدنية والعسكرية اعتماداً على الفئة والدرجة الوظيفية والمستوى أو المرتبة وحسب السلم الوظيفي المعتمد. أمّا في القطاع الصحي الخاص فيوجد لكل مستشفى سلم رواتب خاص به. معظم الأطباء العاملين في المستشفيات الخاصة يعملون في عياداتهم الخاصة، حيث يدفع لهم المرضى مباشرة أو من خلال برامج التأمين الصحي الخاص وفقاً لقاعدة الرسوم مقابل الخدمة .

بالإضافة إلى سوء إدارة التوزيع، هناك مشكلة في ارتفاع معدل دوران الكوادر الطبية والتمريضية خاصة في وزارة الصحة ، الأمر الذي يؤدي إلى حدوث نقص في أعداد مقدمي خدمات الرعاية الصحية. وهذا يعود إلى عدم وجود نظام حوافز عادل، وانخفاض مستوى الرواتب والأجور مقارنة مع تلك المطبقة في المستشفيات الجامعية والخدمات الطبية الملكية والقطاع الخاص وتوفر فرص عمل مغرية في دول الخليج.

يتم إجراء تقييم الأداء بشكل دوري وموثق لغالبية الموظفين، إلا أنّ عملية تقييم الأداء في وزارة الصحة وغيرها من القطاعات العامة الأخرى تقوم على أسس تقييم السلوك العام للموظف والتزامه بساعات العمل الرسمي . ولا تتم عملية ربط الحوافز بالأداء الفعلي.

هناك حاجة ماسة لتطوير سياسات صحية ملائمة لمواجهة التحديات والثغرات التي تواجه الكوادر البشرية الصحية من خلال تطوير خطة وطنية شاملة للكوادر البشرية الصحية ، علماً بأنّ المجلس الصحي العالي قد بادر من خلال المرصد الوطني للموارد البشرية الصحية، واستناداً إلى دوره الوطني في تبني قضايا المواطنة والتنسيق بين مختلف القطاعات الصحية بتشكيل لجنة وطنية عام 2008 ضمت الجهات المعنية بقضايا الكوادر البشرية الصحية كافة. لمناقشة التحديات التي تواجه هذه الكوادر كافة، واقتراح التوصيات لتبني السياسات الملائمة التي من أهمها سياسات الاحتفاظ بالكوادر البشرية الصحية في القطاع العام، خاصة الأطباء العاملين في المناطق النائية.

يتبين مما سبق أن أهم التحديات التي تواجه الموارد البشرية الصحية التي يجب على الخطة الاستراتيجية أخذها بعين الاعتبار هي :

1. عدم وجود خطة وطنية شاملة لتعزيز وتنمية القوى البشرية الصحية.
2. مركزية القرارات الخاصة بتوظيف العاملين في القطاع الصحي وتعيينهم وتعويضهم وإنهاء خدماتهم.
3. ضعف في عملية التدريب في مجال الإدارة والتخطيط الاستراتيجي.

4. صعوبة استقطاب الكفاءات الجديدة وتسرب الكفاءات الفنية المؤهلة (هجرة داخلية وخارجية)
5. غياب دور المجلس الصحي العالي في رسم سياسة التعليم الصحي.
6. التفاوت الكبير في أجور وحوافز الكوادر البشرية العاملة في مؤسسات القطاع العام.
7. عدم وجود عدالة في توزيع الكوادر البشرية الصحية بين محافظات المملكة وخاصة في المناطق النائية.
8. ضعف أنظمة المعلومات الخاصة بالكوادر البشرية الصحية وخاصة في القطاع الخاص.

5.5 المعلومات والأبحاث في النظام الصحي: Health Information and Research

إنّ توفر البيانات والمعلومات عن القطاع الصحي يشكّل ركيزة أساسية في متابعة أداء النظام الصحي وفي رسم السياسات واتخاذ القرارات المبنية على الأدلة والبراهين ، حيث تكمن أهمية المعلومات والأبحاث الصحية في تصميم البرامج الصحية وإدارتها ومتابعتها وتقييمها. وفي تقييم الحالة الصحية للمجتمع والتخطيط والتوزيع العادل لخدمات الرعاية الصحية وحساب المؤشرات الصحية.

هناك عدّة مؤسسات مسؤولة عن جمع البيانات والمعلومات الصحية المتعلقة بالنظام الصحي وتوفيرها. إلّا أنّ وزارة الصحة تعدّ الجهة الأساسية في هذا المجال. بالإضافة إلى التقرير الإحصائي السنوي الذي تصدره وزارة الصحة ، الذي يُعدّ المصدر الرئيس للمعلومات والإحصاءات الصحية الوطنية. تدير الوزارة السجل الوطني للسرطان. وكذلك السجل الوطني للموفيات وسجل الفشل الكلوي. كما يوجد لدى الوزارة نظام رصد الأمراض الإلكتروني. ونظام تزويد وسائل تنظيم الأسرة. ونظام الأمومة والطفولة. وقاعدة بيانات الطب العام ونظام المستشفيات. ونظام رعاية ما حول الولادة. ومواقع تقديم خدمات تنظيم الأسرة (GIS) وأنظمة المختبرات الطبية والأشعة.

تُعدّ دائرة الإحصاءات العامة (Department of Statistics) - بعدّها الجهة الوحيدة المخولة بجمع ونشر البيانات الإحصائية على المستوى الوطني- الإحصاءات والمؤشرات الديموغرافية والحيوية والاقتصادية والاجتماعية والصحية. ومن أبرز الأنشطة الدورية التي تنفذها الدائرة ذات الصلة المباشرة بنظام المعلومات الصحي الوطني هي مسوحات التعداد السكاني (آخر تعداد كان عام 2004 والتعداد القادم متوقع عام 2015) ومسوحات السكّان والصحة الأسرية. وتجدر الإشارة إلى أنّه - وبالتعاون مع المجلس الأعلى للسكان- قد تم إطلاق المؤشرات التنموية (Devinfo) (مؤشرات صحية واجتماعية واقتصادية) وتشمل مؤشرات متابعة الاستراتيجية الوطنية للصحة الإيجابية كافة. وثيقة سياسات الفرصة السكانية.

وفيما يتعلّق بدائرة الأحوال المدنية فمهامها تنحصر في تسجيل البيانات الخاصة بالأسر الأردنية وتسجيل الوقائع الحيوية وتخزينها (ولادة. وفاة. زواج. طلاق) للمواطنين أينما حدثت في الداخل والخارج. وللمقيمين واللاجئين والزائرين التي حدثت على أرض المملكة .

من أهم المؤسسات التي توفر بيانات ومعلومات متخصصة في مجال الصحة هي الأمانة العامة للمجلس الصحي العالي التي تصدر تقارير دورية عن الحسابات الصحية الوطنية باتباع منهجيات عالمية. وقد جرى تأسيس الحسابات الصحية في عام 2007. ويعمل نظام الحسابات الصحية الوطنية في المملكة على تتبع التدفقات المالية في النظام الصحي بمختلف مستوياته. والتعرّف إلى أنماط التكاليف والإنفاق على الخدمات الصحية. كما أنشئ المرصد الوطني للموارد البشرية الصحية في الأمانة العامة للمجلس الصحي العالي الذي يرصد أنماط الموارد البشرية الصحية ويوزّعها في المملكة.

كما يساهم المجلس الأعلى للسكان في توفير معلومات الإسقاطات السكانية ودراسات وفيات الأمهات ودراسات وفيات حديثي الولادة، وكذلك توفير مؤشرات سكانية مختلفة.

أما المؤسسات الأكاديمية المختلفة فتجري أبحاثاً صحيّة مختلفة تعالج قضايا متعدّدة في القطاع الصحي.

يذكر أنّ هناك مبادرة تسمى المكتبة الطبية الإلكترونية تشارك فيها القطاعات الصحيّة في الأردن كافة، تهدف إلى تعميم المعرفة للقطاعات في الأردن كافة.

هذا وتنشر الجهات التي توفر المعلومات في مجلات علمية أو على شكل تقارير أو نشرات أو ملخصات أو مطبوعات ورقية أو نسخ إلكترونية (أفراص مغنطة) أو عن طريق مؤتمرات وجلسات حوارية ومواقع إلكترونية.

هناك عدّة مبادرات لدعم نظم المعلومات الصحيّة وربط مخرجات أبحاث الدراسات بالسياسات الصحيّة، واتخاذ القرارات، منها: مبادرة بالتعاون بين وزارة الصحة ومنظمة الصحة العالمية ومركز مراقبة الأمراض الأمريكي تحت عنوان " تعزيز رصد الأمراض " كذلك تم مؤخراً إعداد قائمة وطنية بأولويات البحث العلمي للنظام الصحي منشورة على الموقع الرسمي لوزارة الصحة، و عقد جلسات ومؤتمرات متعدّدة لنشر نتائج الدراسات الصحيّة المختلفة، وأطلق المجلس الأعلى للسكان- مؤخراً- موقعاً إلكترونيّاً لنشر الدراسات والتقارير المتعلقة بالصحة الإيجابية (PROMISE).

إلا أنّ المعلومات الصحيّة في الأردن تواجه عدّة تحديات تكمن في ضعف نسبة الإنفاق على الدراسات والأبحاث وقلّة الممارسات الفعلية للسياسات والقرارات المبنية على الأدلة (Evidence Based Health Policy and Decision Making) وضعف كفاءة أنظمة تسجيل الوقائع الحيوية خصوصاً حالات الوفاة والحاجة إلى سجلات وطنية على غرار السجل الوطني للسرطان كما أنّ هناك تبعثراً في الأبحاث الصحيّة، وضعفاً في ترجمة الأبحاث إلى سياسات ممكن اعتمادها.

وفيما يتعلّق بحوسبة القطاع الصحي فهناك مبادرة وطنية تدعى برنامج "حكيم" وهو أحد برامج شركة الحوسبة الصحيّة، الذي تم إطلاقه في نهاية عام 2009، يهدف برنامج "حكيم" إلى زيادة فعالية الإدارة الطبية وتحقيق تطوير جذري في الرعاية الصحيّة المقدّمة للسكان والوصول بها إلى أفضل المعايير الدولية، إلى جانب الكفاءة الاقتصادية وتحسين إجراءات سير العمل وخدمة المريض في المستشفى أو المركز الصحي، من خلال إنشاء ملفّ صحيّ إلكتروني لكلّ مراجع، وتيسير وصول مستخدمي النظام إليه من أيّة منشأة طبيّة باستخدام الرقم الوطني، عن طريق الربط بين قاعدة بيانات دائرة الأحوال المدنية وقاعدة بيانات النظام، حيث يحتوي الملفّ التقارير الإجرائية والجراحية الشاملة والأدوية الحالية والملاحظات المدوّنة عند زيارة المستشفى أو العيادة.

هذا ويتكوّن برنامج "حكيم" من عدة أنظمة فرعية أهمها: نظام سجل المريض المحوسب ونظام مواعيد المرضى ونظام المختبر ونظام الصيدلية وغيرها، وبعد نجاح تطبيقه في مواقع المرحلة التجريبية، وتشمل: مستشفى الأمير حمزة ومركز صحي عمان الشامل، تم إعداد خطة مدروسة لتعميم برنامج "حكيم" خلال الأعوام المقبلة في مستشفيات ومراكز وزارة الصحة كافة، ومستشفيات ومراكز الخدمات الطبية الملكية، ومركز الحسين للسرطان، والمستشفيات الجامعية، بهدف الارتقاء بالخدمات الصحيّة المقدّمة للسكان.

يتبين مما سبق أن أهم التحديات التي تواجه المعلومات و الأبحاث في النظام الصحي التي يجب على الخطة الاستراتيجية أخذها بعين الاعتبار هي :

1. ضعف في اعتماد السياسات و القرارات المبينة على الأدلة والبراهين.
2. قلة مخصصات الدراسات والأبحاث. وقلة في نشر الأبحاث في المجلات العلمية.
3. عدم وجود استراتيجية وطنية للمعلومات والأبحاث الصحية.
4. ضعف في حوسبة النظام الصحي.
5. ضعف في تطبيقات أنظمة الصحة الإلكترونية E-Health الحديثة.
6. ضعف في الحصول على البيانات والمعلومات من القطاع الخاص.
7. عدم وجود مرجعية وطنية للأبحاث والدراسات الصحية.

6.5 الدواء و التكنولوجيا الصحية Pharmaceuticals and Health Technology

1.6.5 واقع القطاع الصيدلاني

ينظم قانون الدواء والصيدلة رقم 12 لسنة 2013 القطاع الصيدلاني في الأردن. وتعد المؤسسة العامة للغذاء والدواء المظلة التي تشرف على فعالية الدواء في المملكة وجودته وسلامته ضمن أفضل المعايير العالمية. تحت مظلة وزارة الصحة استناداً إلى أحكام قانون الصحة العامة رقم 47 لعام 2008.

يواجه القطاع الدوائي عدة تحديات من أهمها ارتفاع نسبة الهدر في الأدوية ما يفاقم الزيادة في الإنفاق الصحي على الدواء. ولعل من أهم أسبابه: غياب بطاقة التأمين الصحي المغطاة وعدم اعتماد نظام سجل إلكتروني محوسب في المؤسسات التي تقدم الخدمات الصحية في القطاع العام. حيث يلجأ المريض إلى أكثر من موقع للمعالجة والحصول على الأدوية خصوصاً المضادات الحيوية وعلاجات الأمراض المزمنة والأدوية ذات الكلفة العالية ما يؤدي إلى ازدواجية صرف العلاجات.

من الأسباب الرئيسة لارتفاع معدل الإنفاق الصحي على الأدوية عدم توفر الأدوات اللازمة لتقدير الاحتياجات من الأدوية الحالية في العطاءات الرسمية. وعدم إدارة المخزون بشكل جيد وقلة تدوير العلاجات بين المؤسسات الصحية. الأمر الذي يؤدي إلى تكديس المخزون أحياناً، أو نفاد الكميات بشكل غير متوقع ما يجبر المؤسسات على التوجه إلى الشراء المباشر بأسعار عالية لتجنب انقطاع الأدوية. وهذا الإجراء يزيد من الفاتورة العلاجية. إضافة إلى عدم التزام مقدمي الخدمات الصحية بالأدلة والبروتوكولات العلاجية المعيارية. وعدم اعتماد معايير الاقتصاد الصيدلاني لاتخاذ قرارات مستندة إلى الأدلة والبراهين (Evidence Based Medicine) عند اختيار الأدوية ضمن قائمة الأدوية الرشيدة. ما يؤدي إلى توسيع قائمة الأدوية المشمولة في العطاءات الرسمية بشكل غير مبرر. إذ يجب أن يتم مراجعة القائمة بشكل دوري ومراقبة التزام مؤسسات القطاع العام بالقائمة كمرجع عند طرح العطاءات الحكومية للأدوية.

نتج معظم الحكومات في العالم لزيادة الاعتماد على الأدوية الجنيسة أو الجنيسة بالاسم التجاري وتوسيع نطاقها لتغطية الزمر العلاجية والأشكال الصيدلانية مرتفعة الثمن خفض فاتورة الإنفاق الصحي.

2.6.5 الصناعة الدوائية

تطوّرت الصناعة الدوائية الأردنية خلال العقود الخمسة الماضية بشكل ملحوظ. حيث بلغ عدد شركات الأدوية في الأردن 20 شركة تصدر حوالي 75 % من إنتاجها إلى الأسواق الخارجية نظراً لما يتمتع به الدواء الأردني من الجودة. ومطابقته للمواصفات العالمية. حيث تباع الأدوية الأردنية في أكثر من 70 دولة عربية وأجنبية. تصدر النسبة الأكبر منها إلى الدول العربية.

واجهت شركات الأدوية الأردنية لتطوير المستوى التكنولوجي في صناعة الأدوية سعياً منها لجعل الأردن مركزاً لتكنولوجيا الصناعة الدوائية في المنطقة. فبدأت بعض الشركات بالتوجه إلى تصنيع أدوية لعلاج السرطان وصناعة أدوية التقنيات الحيوية وصناعة الأدوية البيولوجية من خلال تحالفات استراتيجية مع شركات أدوية متقدمة في المجال. ما يعزّز دور قطاع الصناعة الدوائية الأردنية في تحقيق الأمن الدوائي ويزيد مساهمته في دعم الاقتصاد الوطني.

يساهم قطاع الصناعة الدوائية في دفع عجلة الاقتصاد الوطني من خلال مساهمته الإيجابية في تعديل الميزان التجاري وخفض العجز حيث بلغت قيمة الصادرات في عام 2013 حوالي 438 مليون دينار أردني مقارنة بـ 382 مليون دينار أردني في العام 2012، وبنمو قدره 14.6 %. وقد شكلت صادرات المملكة من المنتجات الصيدلانية حوالي 9 % من مجمل الصادرات الأردنية محتلة المرتبة الثانية بين القطاعات التصديرية في الأردن.

كما يساهم قطاع الصناعة الدوائية بشكل رئيس بتشغيل الأردنيين. إذ يوفر القطاع أكثر من ستة آلاف وظيفة للأردنيين بشكل مباشر. إضافة إلى تشغيل الآلاف من الموظفين العاملين في القطاعات المساندة لقطاع الصناعة الدوائية بما في ذلك الشحن والنقل والتوزيع والدعاية والإعلان والطباعة والتغليف وغيرها. كما يصدر القطاع المئات من الكفاءات الأردنية للعمل في فروع الشركات الأردنية العاملة خارج الأردن أو في شركات الأدوية الأخرى. من خلال 17 شركة مملوكة أو تابعة أو ذات تحالف مع شركات الأدوية الأردنية في 8 دول عربية وأجنبية الذي يُعدّ عنصراً إضافياً في دعم الاقتصاد الوطني من خلال حوالات المغتربين.

كما يساهم الدواء الأردني بشكل إيجابي في خفض الفاتورة العلاجية من واقع منافسته للشركات العالمية في العطاءات الرسمية وكذلك في القطاع الخاص.

ومن أهم التحديات التي تواجه هذا القطاع المنافسة المتزايدة محلياً ودولياً. وحاجة الشركات المحلية إلى الاتحاد والاندماج وبناء المزيد من التحالفات الاستراتيجية مع شركات الأدوية العالمية لمواجهة المنافسة الحادة وزيادة قدرتها على البحث والتطوير وإجراء المزيد من التجارب والاختبارات الدوائية والتوسع السوقي أفقياً وعمودياً.

3.6.5 الإنفاق على الدواء

يعتبر حجم الإنفاق على الأدوية في البلدان النامية مرتفعاً حيث يصل إلى 50 % من إجمالي الإنفاق الصحي مقارنة بـ 19 % في بلدان الاتحاد الأوروبي. أما في الأردن فقد بلغت هذه النسبة 26.60 % في عام 2013 (حيث وصل حجم الإنفاق على الدواء حوالي 500.3 مليون دينار) موزعة ما بين القطاع العام بنسبة 12.17 % و في القطاع الخاص بنسبة 14.43 % (المجدول رقم 5). أما نسبة الإنفاق على الدواء كنسبة من إجمالي الإنفاق الصحي فقد انخفضت من حوالي 36 % إلى 26.60 % بين عامي 2008 و 2013. كما انخفضت حصة الفرد من الإنفاق على الدواء خلال نفس الفترة من 84.86 دينار إلى 61.66 دينار نتيجة أزمة اللاجئين في الأردن.

وقد شكل حجم الإنفاق على الأدوية في الأردن 2.1 % من الناتج المحلي الإجمالي في عام 2013 في حين. وهذه النسبة تعد مرتفعة لدولة كالأردن مصنفة من الدول ذات الدخل المتوسط مما استوجب على المجلس الصحي العالي القيام بوضع استراتيجية لترشيد الإنفاق على الدواء في الأردن للأعوام 2014 – 2016.

جدول رقم (5) مؤشرات الإنفاق الصحي على الدواء للسنوات 2008 - 2013

المؤشر	2008	2009	2010	2011	2012	2013
إجمالي الإنفاق على الدواء (بالدينار)	496,453,222	449,395,115	423,658,862	427,835,670	445,408,952	500,330,700
حصة الفرد من الإنفاق على الدواء (بالدينار)	84.86	75.15	69.30	68.46	69.73	61.66
نسبة الإنفاق على الدواء من الناتج المحلي الإجمالي	3.08%	2.66%	2.26%	2.09%	2.03%	2.10%
نسبة الإنفاق على الأدوية من مجمل الإنفاق على الصحة	35.94%	27.91%	27.56%	27.07%	26.75%	26.60%
توزيع الإنفاق على الدواء						
القطاع العام	13.81%	14.14%	13.01%	12.22%	12.17%	12.17%
القطاع الخاص	22.12%	13.77%	14.55%	14.85%	14.58%	14.43%
توزيع الإنفاق على الدواء من إجمالي الإنفاق على الدواء حسب القطاع						
القطاع العام	38.44%	50.67%	47.19%	45.12%	45.49%	45.77%
القطاع الخاص	61.56%	49.33%	52.81%	54.88%	54.51%	54.23%

المصدر : تقارير الحسابات الصحية الوطنية . المجلس الصحي العالي

4.6.5 التكنولوجيا الصحية

خطى الأردن خطوات ثابتة نحو مواكبة التكنولوجيا الصحية في مجال الصناعات الدوائية و المعدات و الأجهزة و المستلزمات الطبية و الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية. بالإضافة إلى الأنظمة المحوسبة في المنشآت الصحية و غيرها. وذلك لارتفاع جودة الخدمات الصحية المقدمة. إلا أن هذا التطور غير منهيح و لا يعتمد القرارات المبنية على الأدلة و البراهين. ولا يأخذ بعين الاعتبار الموارد المتاحة في الأردن. خاصة في القطاع الخاص. و من ثمّ ينعكس سلبيًا على الفاتورة العلاجية التي قد يدفع الفرد ثمنها من جيبه الخاص. و يذكر أن الحكومة نقّدت بعض المبادرات الخاصة بالتكنولوجيا الصحية بالتعاون مع جهات مانحة كان آخرها مشروع تقييم التكنولوجيا الصحية بالشراكة مع منظمة الصحة العالمية الذي هدف إلى نشر الوعي حول أهمية تقييم التكنولوجيا الصحية و الآثار الإيجابية على القطاع الصحي. كما يهدف إلى توفير معلومات و بيانات الموضوعية لاستخدامها في صناعة القرارات حول البدائل المتعلقة بالتكنولوجيا المختلفة لضمان فعالية التكلفة والفعالية السريرية. (cost effectiveness & clinical effectiveness).

يتبين مما سبق أن أهم التحديات التي تواجه الأدوية والتكنولوجيا الصحية و يجب على الخطة الاستراتيجية أخذها بعين الاعتبار هي :

1. ارتفاع حجم الإنفاق على الدواء في الأردن حوالي 445 مليون دينار موزعة ما بين القطاع العام بقيمة 202.6 وبنسبة 12.17 % و مليون دينار و في القطاع الخاص بقيمة 242.8 مليون دينار وبنسبة 14.58 % .
2. ارتفاع نسبة الهدر في الأدوية ما يفاقم الزيادة في الإنفاق الصحي على الدواء.
3. ضعف في تطبيق معايير الاقتصاد الصحي وعدم توفر الأدلة (المعلومات و الدراسات) لاستخدامها في صنع القرارات حول البدائل المتعلقة بالتكنولوجيا والأدوية لضمان الكفاءة والفعالية السريرية.

4. التوسع في استقدام التكنولوجيا الطبية في واستخدامها غير المبني على التخطيط و دراسة الاحتياجات الفعلية.
5. المنافسة المتزايدة للصناعة الدوائية محليًا ودوليًا.
6. حاجة شركات الأدوية المحلية إلى الاتحاد والاندماج، وبناء المزيد من التحالفات الاستراتيجية مع شركات الأدوية العالمية.

6 أثر اللجوء السوري في القطاع الصحي

نظرًا للاستقرار السياسي والأمني الذي ينعم به الأردن وموقعه الجغرافي المميز، إذ يحيط به من جميع الجهات تقريبًا بلدان عانت من أزمات داخلية وخارجية، فقد استضاف مؤخرًا مئات الآلاف من اللاجئين القادمين من الدول المجاورة مثل: العراق وسوريا في موجات ما زالت متتالية. هذا اللجوء القسري وغير المخطط له تسبب في ارتفاع معدلات النمو السكاني وولّد ضغطًا كبيرًا على النظام الصحي خصوصًا الخدمات الصحية المقدمة للمواطنين والبنية التحتية للمؤسسات الصحية خاصة في القطاع الحكومي. وفي ظل محدودية الموارد المالية والطبيعية انعكس هذا اللجوء سلبيًا على التنمية الاجتماعية والاقتصادية والصحية.

الإعداد والتركيب السكاني:

بلغ عدد غير الأردنيين المقيمين في الأردن حتى 2014/1/7 حوالي 2.5 مليون نسمة، من بينهم 1.4 مليون من الأشقاء السوريين حوالي خمس اللاجئين السوريين فقط يقطنون داخل الخيمات، أما الباقي فيعيشون في مختلف أنحاء المملكة وبشكل خاص في المحافظات الشمالية للأردن. تشكل الفئة العمرية 18 - 59 سنة الفئة الأكبر حجمًا بين هؤلاء اللاجئين (44.4%) كما هو مبين في الشكل رقم (6).

جدول رقم (6): توزيع اللاجئين السوريين حسب الفئات العمرية لعام 2014

الفئة العمرية (سنة)	ذكور %	إناث %	المجموع الكلي %
0 - 4	9.0	8.5	17.5
5 - 11	10.8	10.3	21.1
12 - 17	7.0	6.6	13.6
18 - 59	20.7	23.7	44.4
60 +	1.4	2.0	3.4
المجموع	48.9	51.1	100

المصدر: المجلس الأعلى للسكان، التغيرات الديموغرافية والفرصة السكانية في الأردن، "وثيقة سياسات"، الإصدار الثاني 2014

الخدمات الصحية المقدمة للاجئين السوريين:

اعتبارًا من عام 2012، شكّل العدد الكبير من اللاجئين السوريين تحديًا وعبئًا كبيرًا على النظام الصحي خاصة في محافظات الشمال، حيث يتمركز اللاجئون السوريون من خلال تقديم الخدمات الصحية المختلفة لهم مثل: التطعيم وتحري الأمراض المعدية والرعاية الصحية الأولية والصحة العامة. بالإضافة إلى خدمات الرعاية الصحية الثانوية. يبقى الأردن ملتزمًا بتوفير المساعدات الإنسانية للاجئين السوريين بالرغم مما يشكله ذلك من أثر خطير في النظام الصحي في القطاع العام بسبب نقص التمويل في القطاع الصحي ومحدودية العاملين في مجال الرعاية الصحية، و عدم توفر

المرافق الصحية اللازمة لتوفير الخدمات الصحية للاجئين السوريين. يبين الشكلان رقم (22) والشكل رقم (23) تطور أعداد اللاجئين السوريين الذين راجعوا المراكز الصحية و المستشفيات التابعة لوزارة الصحة حتى نهاية شهر آب 2013. وأظهرت التقارير الإحصائية انتشار الأمراض السارية بين اللاجئين السوريين بمعدلات أكبر بكثير من انتشارها بين الأردنيين. الأمر الذي قد يؤدي إلى زيادة انتشار ومخاطر هذه الأمراض بين الأردنيين (الجدول رقم 7) هذا ويذكر أنه قد تم تسجيل عدد من حالات الإيدز بين اللاجئين السوريين. و من المتوقع ظهور حالات أخرى. وتقدم وزارة الصحة خدمات الرعاية الصحية الأولية للاجئين السوريين الموجودين داخل المخيمات وخارجها مجاناً مثل: خدمات التطعيم والصحة الإنجابية والرقابة الصحية على المواد الغذائية ورصد الأمراض المعدية والسارية. ورصد الأوبئة وتسجيل الإصابات والمواليد والوفيات. وكذلك رفد المستشفيات داخل المخيمات بحاجتها من الدم والأمصال ومراقبة النفايات الطبية والتخلص منها بالطرق الصحية والسليمة. ومراقبة الأغذية والنظافة العامة والمياه والصرف الصحي .

الشكل رقم (22) تطور أعداد اللاجئين السوريين الذين راجعوا المراكز الصحية في وزارة الصحة خلال الفترة الواقعة بين كانون الثاني 2012 و آب 2013

الشكل رقم (22) أعداد اللاجئين السوريين الذين راجعوا المراكز الصحية التابعة لوزارة الصحة خلال الفترة الواقعة بين كانون الثاني 2012 و آب 2014



المصدر: وزارة الصحة، 2014

الجدول رقم (7) :معدلات الإصابة السنوية ببعض الأمراض السارية لدى الأردنيين واللاجئين السوريين

المرض	معدل الإصابة بين الأردنيين	معدل الإصابة بين اللاجئين السوريين
المل الرئوي	5 لكل 100,000	13 لكل 100,000
الحصبة	2.8 لكل مليون	51.2 لكل مليون
التهاميا	3.1 لكل مليون	158.1 لكل مليون

Ministry of Planning and International Cooperation: Needs Assessment Review of the Impact of the Syrian Crisis on Jordan, November 2013

بيّن الرسم البياني الآتي تطور أعداد اللاجئين السوريين الذين راجعوا مستشفيات وزارة الصحة خلال الفترة الواقعة بين كانون الثاني 2012 و آب 2014

الشكل رقم (23): أعداد اللاجئين السوريين الذين راجعوا مستشفيات وزارة الصحة خلال الفترة الواقعة بين كانون الثاني 2012 و آب 2014



المصدر: وزارة الصحة

وتجدر الإشارة هنا إلى أن حالات السرطان بين اللاجئين السوريين المسجلة في السجل الوطني للسرطان قد ارتفعت من 135 حالة عام 2010 إلى 155 حالة في عام 2011. كما تم تسجيل 196 حالة سرطان في عام 2012 و 250 حالة عام 2013 في حين تم تسجيل 265 حالة عام 2014. ما يدل على حمل وزارة الصحة عبئاً إجمالياً إضافياً بنسبة 14% وذلك بسبب الكلفة العالية والجاذبة لعلاج هذا المرض.

تأثير اللجوء السوري في القطاع الصحي :

يمكن تلخيص أهم التحديات التي يواجهها القطاع الصحي نتيجة للجوء السوري على النحو الآتي:

- زيادة الطلب على الخدمات الصحية بمعدلات غير مسبوقه تفوق الطاقة الاستيعابية للقطاع الصحي الحكومي، خاصة في محافظات الشمال، فعلى سبيل المثال زاد حجم العمل في المراكز الصحية من 9 إلى 50 بالمئة، ووصلت نسبة إشغال الأسرة في كل من: مستشفى الفرق ومستشفى الرمثا الحكوميتين إلى 100%.

- الضغط الكبير على الموارد البشرية والأجهزة الطبية والبنية التحتية للمستشفيات والمرافق الصحية.

- نقص في الموارد البشرية الصحية والأدوية والمستلزمات.

- التأثير السلبي في المرضى الأردنيين ومنافستهم على الموارد الصحية المحدودة، حيث أصبح مثلاً معدل الأسرة لكل 10000 أرنس 15 سريرًا بعد أن كان 18 سريرًا لكل 10000 مواطن قبل النزوح السوري، انظر الشكل رقم (8).

- ضغط على الموارد المالية للناحية، حيث حققت وزارة الصحة نفقات إضافية بسبب النزوح السوري تقدر بحوالي 53 مليون دينار عام 2013. منها 20 مليون دينار لخدمات التطعيم.

- العجز المالي نتيجة نقص الموارد المالية اللازمة، وعدم تقديم الدول المانحة التمويل المطلوب منها.

- زيادة انتشار ومخاطر الأمراض بين الأردنيين، خاصة المجتمعات المضيفة، والحاجة إلى حملات تطعيم إضافية.

- الآثار السلبية على الأهداف الإنمائية للألفية ذات الصلة بالصحة.

الشكل رقم (8) المؤشرات الصحية في الأردن قبل اللجوء السوري وبعده

المؤشر	قبل اللجوء السوري (عدد السكان 6.4 مليون)	بعد اللجوء السوري (عدد السكان 8 مليون)
طبيب / 10000 مواطن	28.6	23.4
طبيب أسنان / 10000 مواطن	10.4	8.5
ممرض / 10000 مواطن	44.8	36.6
صيدلاني / 10000 مواطن	17.8	14.5
سرير / 10000 مواطن	18	15.1
سرير / 10000 مواطن في المفرق	8	6
نسبة السكان المغطيين بالخدمات الصحية	98	90

المصدر: موسى العجلوني، تأثير اللجوء السوري في القطاع الصحي في الأردن: التحديات والسياسات الصحية المقترحة، مؤتمر "اللاجئون في الأردن : سؤال المجتمع والإعلام"، معهد الإعلام الأردني بالتعاون مع معهد الصحافة النرويجي البحر الميت : 8-10/12/2014.

7. التحليل الاستراتيجي (SWOT)

تضمن التحليل الاستراتيجي باستخدام نموذج SWOT دراسة البيئة الداخلية والخارجية للقطاع الصحي من حيث تحديد مواطن القوة والضعف في البيئة الداخلية، بالإضافة إلى تحليل الفرص والمخاطر في البيئة الخارجية.

مواطن القوة Strengths

- التحسّن الملحوظ في معظم المؤشرات الصحية.
- وجود بنية تحتية جيدة وتكنولوجيا طبية متطورة في مجالات الخدمات التشخيصية والعلاجية والتأهيلية.
- وجود كوادر طبية وصحية مؤهلة وذات كفاءة عالية.
- سهولة الوصول والحصول على الخدمة الصحية المنتشرة في أنحاء المملكة كافة.
- شمول الفئات الفقيرة والأقل حظًا في مظلة التأمينات الصحية الاجتماعية.
- وجود مراكز طبية متخصصة ومتميزة وذات سمعة عالية على مستوى الإقليم.
- تطوّر صناعة السياحة العلاجية، وكسبها لمزيد من الأسواق واحتلالها موقعًا متقدّمًا على المستوى العالمي.
- وجود صناعة دوائية متقدمة تعزّز من قيمة الصادرات الدوائية.
- وجود المجلس الصحي العالي بقانونه رقم 9 لعام 1999 بهدف رسم السياسة الصحية العامة، ووضع الاستراتيجيات اللازمة لتطبيقها والتنسيق بين القطاعات الصحية كافة.
- وجود مجلس اعتماد المؤسسات الصحية.
- وجود القوانين الصحية المنظمة للقطاع الصحي ومن أبرزها قانون الصحة العامة.
- وجود خطط استراتيجية لمعظم مكونات القطاع الصحي.
- مشاركة الأردن الفعالة على المستوى الدولي في تقديم الخدمات الطبية الإنسانية الطارئة في مجالات الحروب والكوارث.
- وجود مرصد وطني للموارد البشرية الصحية في المجلس الصحي العالي.
- مؤسسة الحسابات الصحية الوطنية كأداة هامة لرسم السياسة الصحية في الأردن.
- وجود السجلات الوطنية مثل السجل الوطني للسرطان والكلّي والوفيات.

Weaknesses مواطن الضعف

- عدم وجود نظام تأمين صحي شامل، وازدواجية التأمين الصحي الحكومي، وتقديم الخدمات الصحية.
- عدم وجود خطة وطنية شاملة لتعزيز وتنمية الموارد البشرية الصحية.
- ضعف خدمات الإسعاف والطوارئ.
- عدم وجود استراتيجيات وسياسات واضحة لاحتواء واسترداد الكلف.
- ضعف الاستثمار في خدمات الرعاية الصحية الأولية مقارنة بالثانوية والثالثية.
- التوسع غير المخطط له للخدمات الصحية المستند إلى الطلب وليس الحاجة الفعلية.
- عدم توفر نظام معلومات صحي وطني شامل يغطي جميع القطاعات الصحية، وضعف تطبيق أنظمة السجلات الطبية الإلكترونية، وضعف التعاون والتنسيق بين القطاعات الصحية المختلفة والمجالس الصحية ذات العلاقة.
- ضعف الحوكمة، وعدم توفر الذراع الفني والإداري الحكومي، أو المستقل لمراقبة أداء القطاعات الصحية.
- غياب خطط الطوارئ الصحية لمواجهة الأزمات والهجمات القسرية.
- ضعف التناغم بين الأهداف والمخطط الموضوعة من قبل المستوى الاستراتيجي، وتلك الموضوعة من قبل المستوى التنفيذي.
- عدم وجود نظام توصيف وطني (دليل موحد للبروتوكولات والإجراءات الطبية).
- ضعف في عملية التدريب في مجال الإدارة والتخطيط الاستراتيجي.
- عدم تفعيل أنظمة المراقبة والتقييم للأداء المؤسسي في القطاع العام.
- اعتماد نظام المركزية.
- وجود تداخل وازدواجية في بعض القوانين الصحية.
- تعدد المرجعيات المتعلقة بالأبحاث العلمية المتعلقة بالقضايا الصحية في الأردن، وضعف عملية نشر الدراسات للباحثين والهيئات المهتمة للاستفادة منها، وقلة الأبحاث في مجال السياسات والنظم الصحية.

الفرص Opportunities

- دعم سياسي على أعلى المستويات للقضايا الصحيّة وإيلاء صحة السكان أولوية قصوى.
- وجود قناعة من قبل الحكومة بالدور المناط بالجلس الصحي العالي ونية تفعيله.
- الاستقرار السياسي والأمني الذي ينعم به الأردن.
- وجود لجنة صحيّة ممثلة في البرلمان يتم استشارتها في دراسة القوانين والقضايا الصحيّة الهامة.
- وجود مجالس عليا ذات علاقة بالقضايا الصحيّة مثل: المجلس التمريضي الأردني والمجلس الأعلى. للسكان والمجلس الوطني لشؤون الأسرة والمجلس الأعلى للأشخاص المعوقين.
- إنشاء المؤسسة العامّة للغذاء والدواء.
- إنشاء دائرة الشراء الموحد.
- وجود استراتيجيات للعديد من القضايا ذات العلاقة بالصحة مثل: الاستراتيجية الوطنية للصحة الإيجابية/تنظيم الأسرة. الاستراتيجية الأردنيّة لكبار السنّ. استراتيجية الاتصال والإعلام الصحي. الاستراتيجية الوطنيّة الوطنية للسكري. الاستراتيجية الوطنيّة للإيدز.
- وجود هيئات ومنظمات دولية داعمة.
- توفر أماكن سياحيّة وعلاجيّة طبيعية تساعد القطاع الصحي على المنافسة وجذب المزيد من المرضى العرب والأجانب للمعالجة في الأردن.
- وجود مبادرات لتعزيز النزاهة والشفافيّة والمحاسبية في الجهاز الحكومي.
- ازدياد وعي السكان واهتمامهم بالقضايا الصحيّة.
- وسائل اتصالات وتكنولوجيا معلومات متطورة وتوفر وسائل الإعلام الاجتماعي (Social Media) واتساع عدد المستخدمين وإمكانية الاستفادة منها في القطاع الصحي.
- شمول بعض الخطط الوطنية الاجتماعية والاقتصادية محور الرعاية الصحيّة.
- وجود خطة استراتيجية للوصول إلى الفرصة السكانية. و استغلالها بالشكل الأمثل.
- ارتفاع مستوى جودة التعليم الصحي في الأردن.
- وجود دائرة الإحصاءات العامّة كجهة حكومية مرجعية لمعظم البيانات والمعلومات.
- وجود دائرة الأحوال المدنية وإمكانية ربط قواعد بياناتها مع المؤسسات الصحيّة.
- الاستثمار في البنية التحتية.

التحديات Threats

- التحديات الديموغرافية (ثبات معدل الخصوبة، الهجرات القسرية، النمو السكاني المضطرد، تزايد نسبة كبار السن).
- التحول النمطي للأمراض وازدياد معدلات الأمراض المزمنة وصعوبة السيطرة على مسبباتها وعوامل اختطارها.
- تزايد مخاطر الأمراض الوبائية العابرة للحدود و المستجدة (Pandemics & Emerging).
- التغير المناخي وأثره على الصحة.
- المديونية العالية والنمو الاقتصادي البطيء، وارتفاع معدلات الفقر والبطالة.
- ارتفاع كلفة الخدمات الصحية.
- شح الموارد المالية المخصصة للرعاية الصحية، خاصة الجارية منها في القطاع العام.
- هجرة الكفاءات الصحية.
- ارتفاع الإنفاق الصحي المباشر من الجيب وخاصة على الأدوية.
- التقلب السريع في المناصب العليا مما يؤدي إلى التغير في ترتيب الأولويات الوطنية.
- غياب دور المجلس الصحي العالي في رسم سياسة التعليم الصحي.
- بطء عملية صدور التشريعات.
- ظاهرة الفساد وتباطؤ اتخاذ العقوبات الرادعة بحق المفسدين.
- التسارع في التطور التكنولوجي بشكل عام والتكنولوجيا الطبية بشكل خاص.
- العولة والأزمة المالية العالمية.
- ضعف تمكين المواطنين من أجل كسب التأييد لتحقيق مصالحهم ومحاسبة الحكومات المحلية.



إنّ الغاية من هذه الوثيقة هي التصدي لمواطن الضعف والبناء على مواطن القوة، وذلك بمواجهة التهديدات واستغلال الفرص الموجودة في النظام الصحي ، وعليه فإن وثيقة الاستراتيجية احتوت ما يلي :

الغاية من الاستراتيجية:

تحقيق مستوى صحي لائق لسكان الأردن

أ- الهدف العام الاستراتيجي الأول:

دعم بيئة السياسات والحوكمة الرشيدة في النظام الصحي

الأهداف الاستراتيجية المنبثقة عنه:

1. تفعيل دور المجلس الصحي العالي.
2. إيجاد شراكة فاعلة بين كافة القطاعات ذات الصلة.
3. وضع خطط وسياسات وقرارات مبنية على الأدلة والبراهين.
4. تطوير أنظمة المعلومات وتطبيق أنظمة الصحة الإلكترونية.
5. وضع تشريعات فاعلة وإقرارها لتحسّن أداء النظام الصحي.
6. تشجيع المشاركة والمساءلة المجتمعية والممارسات النزيهة.

ب- الهدف العام الاستراتيجي الثاني :

توفير خدمات صحية متكاملة محورها الفرد وتستجيب للاحتياجات المتزايدة

الأهداف الاستراتيجية المنبثقة عنه :

- 1- توفير خدمات رعاية صحية أولية وثانوية وثالثية متكاملة وذات جودة.
- 2- السيطرة على انتشار الأمراض غير السارية.
- 3- الحدّ من انتشار الأمراض السارية والمستجدة.
- 4- إتاحة خدمات الرعاية المنزلية للجميع.
- 5- تطوير جاهزية الخدمات الصحية في الحالات الطارئة.
- 6- تطوير الموارد البشرية وتأهيلها وإدارتها وتوزيعها بعدالة .

ج - الهدف العام الاستراتيجي الثالث :

توفير الحماية الصحية والمالية والاجتماعية للسكان كافة على أسس من العدالة

الأهداف الاستراتيجية المنبثقة عنها :

- 1- شمول المواطنين كافة بتأمين صحي اجتماعي.
- 2- تبني استراتيجيات وخطط احتواء الكلفة لتحقيق إنفاق صحي كفؤ بين مستويات الرعاية الصحية.

د- الهدف العام الاستراتيجي الرابع :

تعزيز الاستثمار في القطاع الصحي لدعم الاقتصاد الوطني

الأهداف الاستراتيجية المنبثقة عنها :

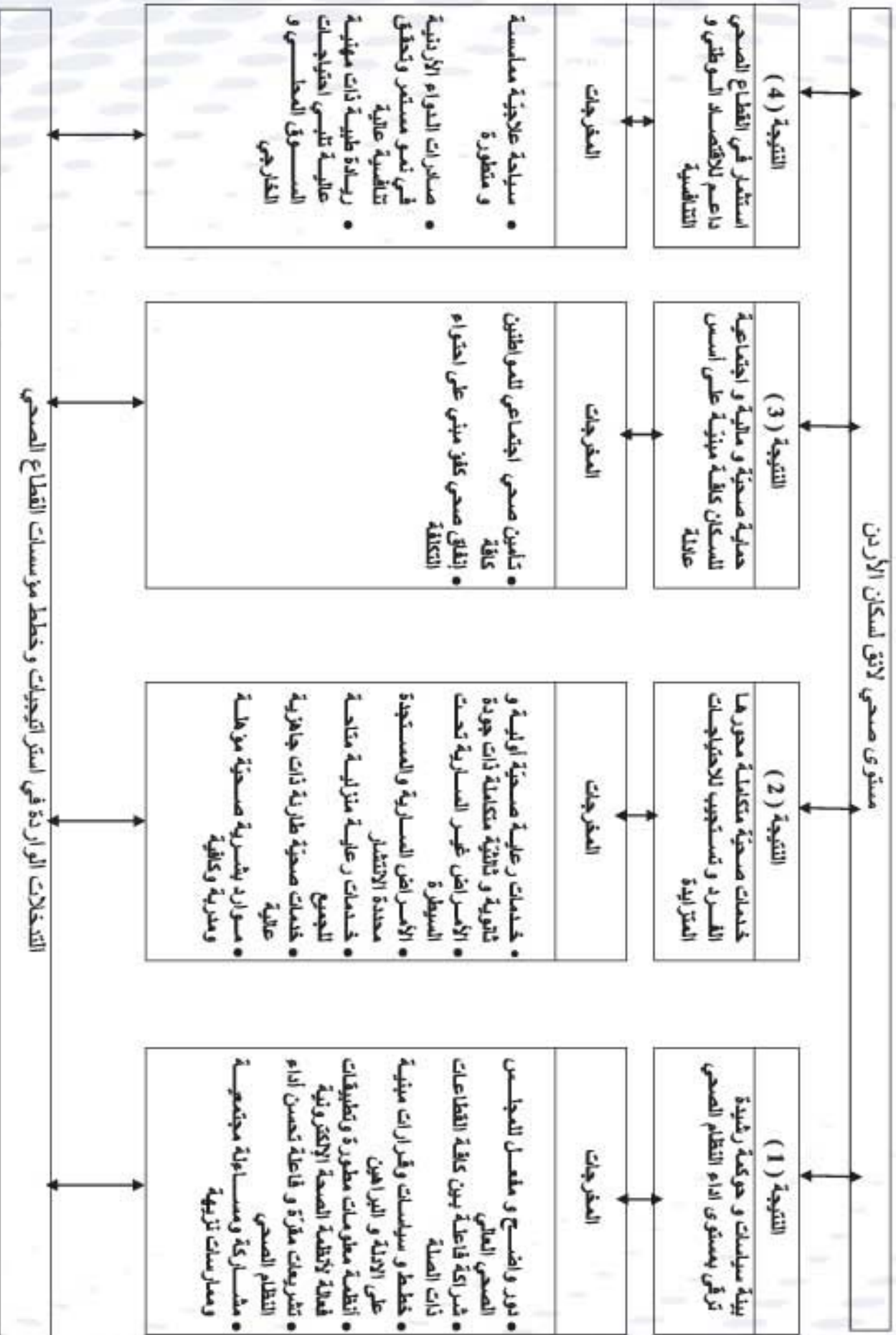
1- تأسيس السياحة العلاجية وتطويرها.

2- زيادة الصادرات من الدواء الأردني وتحقيق التنافسية العالمية

3- الوصول إلى ريادة طبية ذات مهنية عالية لتلبية احتياجات السوق المحلي والخارجي.

أما التدخلات فقد انبثقت من استراتيجيات وخطط مؤسسات القطاع الصحي. هذا ويظهر في الشكل رقم (25) الأثر والنتائج والمخرجات المتوقعة أن حققها الأهداف المذكورة أعلاه حسب النموذج المنطقي للتخطيط الاستراتيجي (Logic Model).

الشكل رقم (25) الإطار العام للاستراتيجية الوطنية للقطاع الصحي



الهدف العام الاستراتيجي الأول : دعم بيئة السياسات و الحوكمة الرشيدة في النظام الصحي
النتيجة (1) : بيئة سياسات وحوكمة رشيدة ترقى بمستوى أداء النظام الصحي

1.1 الهدف الاستراتيجي : تفعيل دور المجلس الصحي العالي

المخرجات: دور واضح و مفعّل للمجلس الصحي العالي

التدخلات:

- وضع قانون عصري جديد للمجلس الصحي العالي لتوسعة الصلاحيات و المهام، بحيث يصبح ملزماً لجميع القطاعات الصحيّة.
- تعزيز دور المجلس الصحي العالي كجهة مرجعية عليا تعمل على رسم السياسات الصحيّة، والتنسيق بين جميع القطاعات الصحيّة والأخرى ذات العلاقة.
- دعم الأمانة العامة للمجلس الصحي العالي، و تزويد المجلس بالموارد المادية والبشرية اللازمة.

2.1 الهدف الاستراتيجي: إيجاد شراكة فاعلة بين جميع القطاعات ذات الصلة

المخرجات: شراكة فاعلة بين جميع القطاعات ذات الصلة

التدخلات:

- تعزيز الشراكة بين المؤسسات العامة و الخاصة و مؤسسات المجتمع المدني (الخيري) و الدولي.
- تحسين التنسيق داخل القطاع الصحي لتحقيق التكامل في تقديم خدمات الرعاية الصحيّة.

3.1 الهدف الاستراتيجي : وضع خطط وسياسات وقرارات مبنية على الأدلة والبراهين

المخرجات : خطط و سياسات وقرارات مبنية على الأدلة و البراهين

التدخلات:

- ربط نتائج الدراسات و البحوث الصحيّة في مجال رسم السياسات و اتخاذ القرارات حسب احتياجات القطاع الصحي.
- تعزيز دور المرصد الوطني للموارد البشرية الصحيّة كمرجعية وطنية في اتخاذ القرارات، ورسم السياسات ذات العلاقة.
- تعزيز استخدام الحسابات الصحيّة الوطنية و ربط نتائجها في رسم السياسات الصحيّة.
- تأسيس مركز وطني إقليمي للتدريب والدراسات والأبحاث في مجال السياسات الصحيّة بالتعاون مع منظمة الصحة العالمية والجهات الدولية والمحلية ذات العلاقة.
- تحديث الخارطة الصحيّة واستخدامها كأداة لضمان توفير الخدمات الصحيّة لجميع السكان.
- تضمين المحاور الصحي في الاستراتيجيات و السياسات الوطنية كافة.

4.1 الهدف الاستراتيجي: تطوير أنظمة المعلومات وتطبيق أنظمة الصحة الإلكترونية

المخرجات: أنظمة معلومات مطورة وتطبيقات فعالة لأنظمة الصحة الإلكترونية

التدخلات:

- وضع خطة وطنية لإدارة المعلومات وأبحاث السياسات و النظم الصحية.
- تطوير نظام رصد الصحة العامة في الأردن (المتعلق بالأمراض السارية و غير السارية وصحة الأم والطفل. والصحة النفسية للأردنيين وغير الأردنيين).
- تطوير أنظمة رصد أسباب المراضة والوفيات وإلزام كافة المؤسسات الصحية باعتماد التصنيف الدولي للأمراض في كافة المستشفيات
- تعزيز مفهوم إدارة المعرفة.
- تشجيع برامج الحوسبة ودعمها. وبرامج الصحة الإلكترونية في جميع القطاعات الصحية.
- تسريع تنفيذ البرنامج الوطني للبطاقة الصحية الإلكترونية National Program for E-Health Smart Card

• سنّ التشريعات المناسبة لإلزام القطاع الخاص بتزويد الجهات المعنية بالمعلومات الصحية المطلوبة.

5.1 الهدف الاستراتيجي: وضع تشريعات فاعلة وإقرارها لتحسين أداء النظام الصحي

المخرجات: تشريعات مقرة و فاعلة تحسن أداء النظام الصحي

التدخلات:

- تفعيل القوانين المتعلقة بمكافحة التدخين. واستخدام المواد المخدرة.
- تبني قانون عصري للمسؤولية الطبية والصحية وإقراره.
- إقرار تعديلات قانون المجلس الصحي العالي.
- تفعيل قانون المجلس الطبي الخاص بإعادة تقييم شهادات الاختصاص. و إصدار تشريع يلزم المؤسسات الصحية بتنظيم برامج تدريب مستمر لجميع العاملين في المهن الصحية.
- تفعيل التشريعات الرقابية في عملية تنظيم تقديم الخدمات الصحية في القطاعات كافة.
- تنظيم عمل مؤسسات المجتمع المدني ذات العلاقة بالقطاع الصحي و مأسسته.

6.1 الهدف الاستراتيجي: تشجيع المشاركة و المساءلة المجتمعية و الممارسات النزيهة

المخرجات: مشاركة ومساءلة مجتمعية وممارسات نزيهة

التدخلات:

- تعزيز للمساءلة المجتمعية في القطاع الصحي لدى السكان.
- دعم إجراء البحوث والدراسات الخاصة بقضايا النزاهة في القطاع الصحي.
- تعزيز سياسة الإفصاح عن المعلومات لتحقيق الشفافية و المساءلة.
- الالتزام بتطبيق مدونة السلوك الوظيفي و الأخلاقيات المهنية في القطاعات الصحية كافة.
- اعتماد أنظمة المراقبة و التقييم للأداء المهني الفردي و المؤسسي في القطاع الصحي.

الهدف العام الاستراتيجي الثاني : توفير خدمات صحية متكاملة محورها الفرد و تستجيب للاحتياجات المتزايدة
النتيجة (2) : خدمات صحية متكاملة محورها الفرد. و تستجيب للاحتياجات المتزايدة

1.2 الهدف الاستراتيجي : توفير خدمات رعاية صحية أولية و ثانوية و ثالثة متكاملة وذات جودة.

المخرجات: خدمات رعاية صحية أولية و ثانوية و ثالثة متكاملة ذات جودة.

التدخلات:

- تحسين مستوى خدمات الرعاية الصحية الأولية والثانوية والثالثة و إتاحتها بعدالة للجميع.
- تعزيز برامج الصحة الإيجابية/تنظيم الأسرة بما يضمن توفير خدمات ومعلومات الصحة الإيجابية.
- دعم تطبيق الاستراتيجيات الوطنية للفئات الأكثر اختطاً مثل: كبار السنّ و الأشخاص ذوي الإعاقة.
- تحسين خدمات الإسعاف والطوارئ.
- تطبيق نظام إحالة كفؤ للمرضى بين مستويات الرعاية الصحية. و بين المؤسسات العامة والخاصة.
- تهيئة قدرات مؤسسات الرعاية الصحية و تعزيزها للحصول على شهادة الاعتماد.
- توسيع برامج الجودة و السلامة و ضمان استدامتها في جميع المؤسسات الصحية.
- إيجاد آلية ونظام داخلي لإدارة أخطاء الممارسة. لرصدها ومعرفة أسبابها، ومعالجتها والحفاظ على حقوق المرضى ومقدمي الخدمة الصحية.
- توفير الأدوية الأساسية لجميع السكان و دون انقطاع.
- إيجاد آلية لإشراك المجتمع المحلي في عمليات تخطيط البرامج الصحية و تنفيذها ومتابعتها.
- اعتماد طب الأسرة كمدخل للرعاية الصحية في القطاعين العام و الخاص.

2.2 الهدف الاستراتيجي : السيطرة على انتشار الأمراض غير السارية

المخرجات: الأمراض غير السارية تحت السيطرة

التدخلات:

- دعم تنفيذ الاستراتيجية الوطنية للوقاية من السكري والأمراض غير السارية (كالكسري وارتفاع التوتر الشرياني واختلاط الدهون والسمنة).
- دعم تنفيذ الاستراتيجية الوطنية للسيطرة على السرطان.
- تعزيز أنماط الحياة الصحية السليمة مع التركيز على فئات الأطفال والشباب.
- الحدّ من حوادث السير وإصابات العمل.
- تعزيز برامج الصحة النفسية على المستويين: الأولي والثانوي.

3.2 الهدف الاستراتيجي : الحدّ من انتشار الأمراض السارية و المستجدة

المخرجات: الأمراض السارية و المستجدة محددة الانتشار

التدخلات:

- تعزيز برنامج الرصد الإلكتروني للأمراض السارية.
- دعم برامج مكافحة الأمراض السارية.
- دعم برنامج التطعيم الوطني.
- تعزيز رصد اللوائح الصحية الدولية وتنفيذها.

4.2 الهدف الاستراتيجي: إتاحة خدمات الرعاية المنزلية للجميع

المخرجات: خدمات رعاية منزلية متاحة للجميع

التدخلات:

- تطوير الرعاية الصحية المنزلية ودعمها، خاصة لكبار السن وذوي الإعاقات وذوي الأمراض المزمنة.
- تنظيم مؤسسات الرعاية المنزلية والرقابة عليها.
- شمول خدمات الرعاية المنزلية ببرامج التأمين الصحي الحكومية والخاصة.

5.2 الهدف الاستراتيجي: تطوير جاهزية الخدمات الصحية في الحالات الطارئة

المخرجات: خدمات صحية طارئة ذات جاهزية عالية

التدخلات:

- مراجعة خطط الكوارث والطوارئ والإنقاذ، وتحديثها بالتنسيق بين الجهات المعنية في الدولة، كوزارة الصحة والدفاع المدني والأمن العام والخدمات الطبية وأمانة عمان الكبرى والبلديات وغيرها.
- وضع برامج تدريبية للمعنيين بتنفيذ خطط الكوارث والطوارئ والإنقاذ لتحقيق إدارة فعالة للأزمة.
- رفع كفاءة أقسام الطوارئ في المستشفيات الحكومية والخاصة للتعامل مع إصابات الحوادث والنزاع المسلح والحوادث الجماعية.
- دعم تطوير وسائل نقل المرضى والإصابات، والاستخدام الفعال لتكنولوجيا الاتصالات والرعاية الصحية الإلكترونية في الإسعاف والإنقاذ.

6.2 الهدف الاستراتيجي: تطوير الموارد البشرية وتأهيلها وإدارتها وتوزيعها بعدالة

المخرجات: موارد بشرية صحية مؤهلة ومدرّبة وكافية

التدخلات:

- اعتماد التخطيط الاستراتيجي للموارد البشرية وتوزيعها حسب الاحتياجات الفعلية.
- دعم المرصد الوطني للموارد البشرية الصحية، وتعزيز دوره في اتخاذ القرارات ورسم السياسات ذات العلاقة.
- زيادة الاستثمار في تدريب الموارد البشرية وإدارتها.
- وضع خطة وطنية للحد من هجرة الكفاءات البشرية الصحية، واستقطاب الكفاءات المهاجرة والمغتربة.
- إلزام جميع القطاعات الصحية العامة والخاصة بتطبيق برامج التعليم والتدريب المستمر لجميع المهن الصحية.
- إيجاد آلية لمشاركة القطاع الصحي ممثلًا بالمجلس الصحي العالي في رسم سياسة التعليم الصحي.
- توحيد أجور وحوافز الكوادر البشرية العاملة في مؤسسات القطاع العام وربطها بالأداء.

الهدف العام الاستراتيجي الثالث: توفير الحماية الصحية و المالية و الاجتماعية للسكان كافة على أسس من

العدالة

النتيجة (3) : حماية صحية و مالية و اجتماعية للسكان كافة مبنية على أسس عادلة

1.3 الهدف الاستراتيجي: شمول المواطنين كافة بتأمين صحي اجتماعي

المخرجات: تأمين صحي اجتماعي للمواطنين كافة

التدخلات (تدخلات لإصلاح نظام التمويل الصحي التي تضمن الوصول إلى تأمين صحي اجتماعي لجميع المواطنين) :

- تحويل صندوق التأمين الصحي المدني إلى صندوق تأمين صحي وطني.
- دمج التأمينات الصحية الحكومية التي تعتمد "الدفع المسبق" بالصندوق الوطني للتأمين الصحي مثل (الخدمات الطبية الملكية و المستشفيات الجامعية) .
- توسيع تغطية الصندوق الوطني للتأمين الصحي ليشمل القطاع الخاص.
- أن يصبح صندوق التأمين الصحي الوطني جهة مستقلة يشرف عليها مجلس أمناء من جميع القطاعات المعنية.
- توحيد تصنيفات العضوية و المنافع التأمينية و طرق الدفع لمقدمي الخدمات الصحية في جميع تأمينات الدفع المسبق.
- بناء قدرات صندوق التأمين الصحي الوطني في مجال التعاقدات مع مقدمي الخدمات الصحية خاصة في القطاع الخاص.
- إعطاء سلطة تنظيمية أقوى لكل من: وزارة الصحة و المجلس الصحي العالي على الجهات التأمينية في القطاع الخاص. لضمان استجابة هذه الجهات لسياسات صندوق التأمين الصحي الوطني.
- بناء قدرات الكوادر العاملة في صندوق التأمين الصحي الوطني. خاصة في مجال إدارة العضوية. و إدارة التمويل. و تصميم المنافع التأمينية. و احتساب التكاليف. و إدارة المعلومات.

2.3 الهدف الاستراتيجي: تبني استراتيجيات و خطط احتواء الكلفة لتحقيق إنفاق صحي كفو بين

مستويات الرعاية الصحية.

المخرجات: إنفاق صحي كفو مبني على احتواء التكلفة.

التدخلات:

- زيادة التخصصات المالية لخدمات الرعاية الصحية الأولية (بشكل مباشر وغير مباشر عن طريق احتواء التكاليف في نفقات المستشفيات).
- التوسع في تطبيق برامج احتواء كلفة الخدمات الصحية. مثل (الشراء الموحد والاستخدام الرشيد للأدوية).
- ربط عملية إنشاء المؤسسات الصحية و اقتناء و استخدام التكنولوجيا الصحية بالاحتياجات الفعلية.

الهدف العام الاستراتيجي الرابع: تعزيز الاستثمار في القطاع الصحي لدعم الاقتصاد الوطني والتنمية (4) : استثمار في القطاع الصحي داعم للاقتصاد الوطني و التنافسية

1.4 الهدف الاستراتيجي: مأسسة و تطوير السياحة العلاجية

المخرجات: سياحة علاجية مأسسة و متطورة

التدخلات:

- إنشاء مجلس للسياحة العلاجية.
- اعتماد استراتيجية وطنية للسياحة العلاجية.
- تطوير خطة وطنية لترويج السياحة العلاجية.
- تعزيز البرامج الطبية الريادية الجاذبة للسياحة العلاجية (زراعة الأعضاء، أمراض وجراحة القلب، جراحة الأعصاب والدماغ، جراحة التجميل والترميم، خدمات الخلايا الجذعية، أطفال الأنابيب، الصحة السنّة، الخ).
- إنشاء قاعدة بيانات متخصصة ببيانات مرضى السياحة العلاجية.

2.4 الهدف الاستراتيجي: زيادة الصادرات من الدواء الأردني و تحقيق التنافسية العالمية

المخرجات: صادرات الدواء الأردنية في نمو مستمر وتحقيق تنافسية عالية

التدخلات:

- الالتزام بمعايير الإنتاج الدولية الجديدة.
- بناء شراكات استراتيجية لإنتاج الأدوية.
- بناء مصانع في أسواق التصدير الإقليمية الكبيرة.
- الدخول إلى أسواق جديدة.
- فتح خطوط إنتاج جديدة.
- تبني مبادئ الحوكمة الرشيدة.
- جذب الاستثمار في الصناعة الدوائية وتشجيعه.

3.4 الهدف الاستراتيجي: الوصول إلى ريادة طبية ذات مهنية عالية لتلبية احتياجات السوق المحلي والخارجي

المخرجات: ريادة طبية ذات مهنية عالية تلبي احتياجات السوق المحلي و الخارجي

التدخلات:

- إنشاء مراكز تميز طبية Centres of Excellence وبشراكة القطاعين: العام والخاص.
- دعم برامج التعليم الطبي والصحي المعتمدة وتطويرها.
- استخدام تطبيقات التعليم الطبي الإلكتروني E-Learning وتطويرها.
- دعم التعليم الطبي التشبيهي (محاكاة) Medical Simulation وتشجيعه.
- تعزيز الإدارة الصحية و تطويرها.

9 خطة المتابعة والتقييم (Monitoring & Evaluation)

تم اتباع النهج التشاركي في إعداد خطة المتابعة والتقييم شأنها شأن إعداد مراحل هذه الاستراتيجية كافة. وذلك من خلال تشكيل لجنة للمتابعة والتقييم ضمت الجهات المعنية كافة. وقد وضعت اللجنة منهجية متكاملة لعملية متابعة تنفيذ تدخلات هذه الاستراتيجية. وإجراء عملية القياس الدوري لمؤشرات النتائج. وذلك بهدف تقييم مدى التقدم في الوصول إلى الأثر والهدف المنشود. وسوف يتولى المجلس الصحي العالي مسؤولية متابعة تنفيذ هذه الاستراتيجية وتقويمها من خلال هذه المؤشرات بالتعاون مع الجهات المعنية والشريكة كافة.

أهداف خطة المتابعة والتقييم:

تسعى خطة المتابعة والتقييم إلى تحقيق الأهداف الآتية:

1. متابعة تنفيذ ومواءمة تدخلات الاستراتيجية الوطنية للقطاع الصحي للخطط التنفيذية للشركاء.
2. ضمان التعاون والتنسيق والتكامل بين مختلف مؤسسات القطاع الصحي من خلال المجلس الصحي العالي.
3. توفير أدوات ومؤشرات موحدة لمتابعة إنجازات القطاع الصحي وتقويمها.
4. ضمان التزويد بالتغذية الراجعة بشكل مستمر من أجل الوصول إلى تحقيق الأهداف .

5. تحري المشكلات والعقبات الأساسية التي تواجه تنفيذ تدخلات الاستراتيجية في مرحلة مبكرة واقتراح الحلول الممكنة لها.
6. مواكبة المستجدات والقضايا الصحية الطارئة والسيطرة عليها من خلال اقتراح بعض التحسينات والتعديلات على الاستراتيجية.
7. تقييم مستوى إجاز الاستراتيجية الوطنية للأهداف الوطنية وبرنامج العمل الحكومي والرؤى الملكية للأردن 2025 .
8. تجسيد مفهوم النهج التشاركي في تقويم تنفيذ تدخلات الاستراتيجية.
9. بناء قدرات مؤسسات القطاع الصحي في آليات المتابعة والتقييم وأدواتها ومنهجياتها.

منهجية المتابعة والتقييم

1. تحديد الجهات المعنية بتنفيذ تدخلات الاستراتيجية الوطنية للقطاع الصحي.
2. مخاطبة الجهات التي تم تحديدها لتسمية ضابط ارتباط من كل جهة.
3. إعداد نماذج المتابعة والتقييم من قبل لجنة المتابعة والتقييم للاستراتيجية.
4. عقد اجتماع أولي لضباط الارتباط بهدف تعريفهم بمهامهم وإطلاعهم على منهجية المتابعة والتقييم المعتمدة. وكذلك آلية تعبئة نماذج المتابعة والتقييم وآليات التغذية الراجعة المتمثلة بالتقارير السنوية التي سوف يتم إعدادها من قبل المجلس الصحي العالي.
5. تحديد التدخلات الرئيسية التي سينفذها الشركاء خلال كل عام. بحيث تتناغم مع البرنامج الزمني الوارد في خططهم الاستراتيجية السنوية.
6. جمع المعلومات اللازمة حول مؤشرات النتائج بشكل سنوي. وتصنيف هذه المؤشرات إلى منجز أو متعثر بناءً على معايير يتم الاتفاق عليها. ومن ثم احتساب مقدار انحراف كل مؤشر عن قيمته المستهدفة .
7. تزويد المجلس الصحي العالي بنماذج المتابعة والتقييم للعبء من قبل الجهات المعنية بالتنفيذ والمتضمنة تحليل أسباب الانحراف في المؤشرات المتأخرة وتحديد معيقات ذلك وكذلك اقتراح التوصيات لمواجهة هذه المعوقات
8. تراجع المجلس جميع المؤشرات وبعده تقارير المتابعة والتقييم بشكل سنوي. بحيث يتضمن نتائج تحليل انحراف المؤشرات ومعيقات عملية التنفيذ. وكذلك التوصيات والحلول المقترحة.
9. يعقد المجلس اجتماعات ثنائية أو متعددة الأطراف مع المؤسسات المعنية . من أجل وضع خطة للتعامل مع المعوقات التي تم تحديدها فيما يخص المؤشرات المنحرفة.
10. يجري المجلس تقييماً نهائياً للاستراتيجية. لقياس مدى تحقيق الأثر المستهدف. وينبغي أن يجري هذا التقييم قبل انتهاء عام 2019 بوقت كافٍ بهدف تضمين الدروس المستفادة من هذه الاستراتيجية في الاستراتيجية اللاحقة.

عوامل نجاح عملية المتابعة والتقييم:

1. وجود دعم سياسي على أعلى المستويات بأهمية دور المجلس الصحي العالي في رسم السياسة الصحية العامة. ووضع الاستراتيجية الوطنية لتطبيقها.

2. ممارسة المجلس لصلاحيته وفقًا للفقرة 4 من المادة 4 الواردة في قانونه رقم 9 لعام 1999 التي تنصّ على: "تقديم السياسات الصحيّة بشكل دوري وإدخال التعديلات اللازمة عليها في ضوء نتائج تطبيقها".
3. اتباع النهج التشاركي في إعداد منهجية واضحة، والاتفاق على آليات مناسبة لتنفيذ عملية المتابعة والتقييم وبمشاركة الجهات المعنية كافة.
4. تعاون الشركاء كافة والمعنيين في عملية جمع المعلومات حول مؤشرات الاستراتيجية والقيام بتعبئة نماذج المتابعة والتقييم بشفافية وتزويد المجلس بها في وقتها المحدّد .
5. التزام المجلس الصحي العالي بإجراء التحليل الدوري لمؤشرات النتائج. وتحديد الانحرافات وإعداد تقارير المتابعة والتقييم الدورية، وتزويد الشركاء بالتغذية الراجعة عنها.

النتيجة (1) : بيئة سياسات وحوكمة رشيدة ترقى بمستوى أداء النظام الصحي									
نوعية القياس الزمني	مصدر المعلومة	القيم المستهدفة					القيمة الحالية (2015)	المؤشرات	
		2020	2019	2018	2017	2016			
مستوي	المجلس الصحي العالي	قانون مطبق	قانون مطبق	قانون مقرر	مقترح قانون جديد	مقترح قانون جديد	مقترح قانون جديد	تحديث وتطوير التشريعات الخاصة بالمجلس الصحي العالي	1
مستوي	المجلس الصحي العالي	6	6	6	5	5	(4) 1. مشروع التأمين الصحي الشامل 2. الاستراتيجية الوطنية للقطاع الصحي 3. المرصد الوطني للموارد البشرية الصحية 4. الحسابات الصحية الوطنية	عدد المبادرات المنفذة بالشراكة ما بين القطاعين العام والخاص من خلال المجلس الصحي العالي	2
مستوي	المؤسسة العامة للغذاء والدواء وزارة الصحة	5	5	4	4	3	(3) 1. ائتلاف الشفافية الدوائية 2. الحاكمة الرشيدة في الدواء 3. مشروع النزاهة في القطاع الصحي	عدد مبادرات الحكومة الرشيدة المطبقة في القطاع العام	3
مستوي	وزارة الصحة مجلس اعتماد المؤسسات الصحية الاتلاف الصحي لحمية المريض	5	5	4	4	3	(3) 1. مشروع القرى الصحية 2. برنامج الاعتمادية 3. مبادرة حقوق المرضى	عدد المبادرات الصحية الوطنية المنفذة بالشراكة مع المجتمعات المحلية	4
مستوي	المجلس الصحي العالي المجلس العلمي الارمني	8	7	6	5	4	(2) 1. ملخص سياسة التنسيق بين الجهات المعنية في الموارد الصحية البشرية في الارمن 2. ملخص سياسة الاحتفاظ بالطباء البشريين العاملين في المناطق النائية لدى وزارة الصحة	عدد ملخصات السياسة المطبقة في مجال رسم السياسات الصحية	5

منوي	شركة الحرسية الصحية	مستقر	إنجاز المشروع	5	5	5	(5) قاعدة بيانات وزارة الصحة 1. قاعدة بيانات الخدمات الطبية الملكية 2. قاعدة بيانات الخدمات الجامعية الأردنية 3. قاعدة بيانات مستشفى الجامعة الأردنية 4. قاعدة بيانات مستشفى الملك المؤسس عبدالله الجامعي 5. قاعدة بيانات مركز الحسين للسرطان	قواعد بيانات مبرومة في القطاع العام ومركز الحسين للسرطان	6
منوي	وزارة الصحة و ماتمسة المسحة العالمية	مستقر	مستقر	مطبق في كلية مرق القطاع المسحي العام	مطبق في كلية مرق وزارة الصحة	مطبق كجربة في بعض مرق وزارة الصحة	-	نظام رصد الصحة العامة	7

النتيجة (2) : خدمات صحية متكاملة محورها الفرد وتستجيب للاحتياجات المتزايدة

دورية القياس الزمني	مصدر المعلومة	القيم المستهدفة					القيمة الحالية (2015)	المؤشرات	
		2020	2019	2018	2017	2016			
كل 5 سنوات	وزارة الصحة	%2	%2	%2	%2	%2	%2	نسبة الهزال دون سنّ الخمس سنوات	1
سنوي	وزارة الصحة	% 3.9	% 4.0	% 4.11	% 4.22	% 4.32	% 4.42	معدل حدوث التدرّن لكل 100,000 نسمة	2
سنوي	وزارة الصحة	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	معدل حدوث الملاريا بين الأردنيين	3
سنوي	مديرية الدفاع المدني	1052	952	852	752	652	552	عدد المسعفين المتخصصين (Paramedic) العاملين في مجال تقديم خدمة الإسعاف والمؤهلين من خلال كلية الدفاع المدني.	4
كل 5 سنوات	دائرة الإحصاءات العامة	-	-	3.2	-	-	3.5	معدل الإنتاج الكلي	5
كل 5 سنوات	دائرة الإحصاءات العامة	% 59	% 58	% 57	% 55	% 52	% 42.3	معدل استخدام وسائل تنظيم الأسرة الحديثة	6
كل 5 سنوات	وزارة الصحة	%6	%6	%7	%7	%8	%8	نسبة إعاقة النمو الطبيعي دون سنّ الخمس سنوات /الطول إلى العمر (التقزم)	7
سنوي	وزارة الصحة	أقل من 1	أقل من 1	أقل من 1	أقل من 1	أقل من 1	أقل من 1	معدل إنتشار الإيدز لكل 10,000 نسمة	8

9	معدل وفيات الأطفال الرضع (لكل 1000 ولادة حية)	17	-	-	12	-	11	دائرة الإحصاءات العامة	كل 5 سنوات
10	معدل وفيات الأطفال دون الخامسة (لكل 1000 ولادة حية)	21	-	-	17	-	15	دائرة الإحصاءات العامة	كل 5 سنوات
11	معدل وفيات الأمهات لكل 100,000 ولادة حية	19.1 (2008)*	-	-	-	-	18	وزارة الصحة المجلس الأعلى للسكان	إمكانية تنفيذ الدراسة
12	نسبة استخدام خدمات ما بعد الولادة (النفاس)	%86	-	-	-	-	%90	دائرة الإحصاءات العامة	كل 5 سنوات
13	ترتيب محور الصحة في الأردن حسب تقرير نتائج تقييم وضع كبار السن في العالم Global Age Watch Index	67 (2014)*	67	65	60	55	53	المجلس الوطني لشؤون الأسرة/التقرير العالمي لكبار السن	سنوي
14	استراتيجية وطنية لكبار السن/ محور الصحة	موجودة	تقرير تقييم لمحور الصحة في الاستراتيجية	محور صحة محدث في الاستراتيجية	تنفيذ مبادرات محور الصحة	متابعة ورصد أولي لمؤشرات أداء محور الصحة	تقييم نهائي لمبادرات محور الصحة	المجلس الوطني لشؤون الأسرة	5 سنوات
15	عدد السياسات والاستراتيجيات الداعمة لقضايا وبرامج طب الشيخوخة	1. الاستراتيجية الوطنية لكبار السن 2. استراتيجية وزارة الصحة، 3. الاستراتيجية الوطنية للصحة في الأردن، 4. وثيقة سياسات الفرصة السكانية، 5. وملخص سياسات التقرير التحليلي لتقييم الاستراتيجية الوطنية الأردنية لكبار السن.	6	7	8	9		المجلس الوطني لشؤون الأسرة	سنوي

النتيجة (2) : خدمات صحية متكاملة محورها الفرد وتستجيب للاحتياجات المتزايدة

دورية القياس الزمني	مصدر المعلومة	القيم المستهدفة					القيمة الحالية (2015)	المؤشرات	
		2020	2019	2018	2017	2016			
كل سنتين	المجلس الوطني لشؤون الأسرة	12		5		1	1	عدد الأطباء المختصون بدراسة طب الشيخوخة	16
إمكانية تنفيذ الدراسة	وزارة الصحة	% 16	% 16	% 16	% 16	% 16	% 16 (2007)*	معدل انتشار السكري لدى السكان (18 سنة فأكثر)	17
إمكانية تنفيذ الدراسة	وزارة الصحة	% 26	% 26	% 26	% 26	% 26	% 26 (2007) *	معدل انتشار الارتفاع ضغط الدم (18 سنة فأكثر)	18
إمكانية تنفيذ الدراسة	وزارة الصحة	% 25	% 26	% 26	% 27	% 27	% 29	معدل انتشار التدخين لدى السكان (18 سنة فأكثر)	19
سنوي	وزارة الصحة	%37	%36	%36	%35	%35	%34	نسبة حالات السرطان (مثل سرطان الثدي و القولون) التي يتم اكتشافها في مراحل مبكرة حسب السجل الوطني للسرطان	20
سنوي	وزارة الصحة	%65	%65	%64	%64	%64	%64	معدل الشفاء (النجاة) من السرطان بعد خمسة سنوات من العلاج Survival Rate	21
سنوي	وزارة الصحة	5	4	4	3	2	2	عدد المراكز المؤهلة لتقديم خدمات الرعاية التلطيفية و الدعم النفسي لمرضى السرطان و عائلاتهم	22
إمكانية تنفيذ الدراسة	وزارة الصحة	%75	%74	%72	%72	%70	%68	معدل الممارسين للنشاط البدني المعتدل	23
سنوي	وزارة الصحة	40	38	36	34	32	31	عدد المراكز الشاملة و الاولى المؤهلة لاستقبال و معالجة الحالات النفسية	24

25	عدد مؤسسات الرعاية الصحية الحاصلة على الاعتمادية (تراكمي)	مستشفيات	17	25	30	35	-	-	مجلس اعتماد المؤسسات الصحية	سنوي
		مراكز صحية	90	106	130	150	-	-		
26	معدل الأسرة لكل 10,000 فرد	14	14	15	15	15	15	15	وزارة الصحة	سنوي
27	معدل الأطباء لكل 10,000 فرد	15.6	16	17	18	19	20		المجلس الصحي العالي	سنوي
28	معدل أطباء الأسنان لكل 10,000 فرد	7.2	7.5	7.8	8	8.1	8.2		المجلس الصحي العالي	سنوي
29	معدل صيدلي لكل 10,000 فرد	11.8	12	12.5	13	13.5	14		المجلس الصحي العالي	سنوي
30	معدل ممرض قانوني لكل 10,000 فرد	15.2	15.5	15.7	16	16.5	17		المجلس الصحي العالي	سنوي
31	معدل قابلة قانونية لكل 10,000 فرد	2	2.1	2.2	2.2	2.3	2.3		المجلس الصحي العالي	سنوي

* هذا المؤشر هو أحدث المتوفر

النتيجة (3): حماية صحية و مالية و اجتماعية للسكان كافة مبنية على أسس عادلة

دورية القياس الزمني	مصدر المعلومة	القيم المستهدفة					القيمة الحالية (2015)	المؤشرات	
		2020	2019	2018	2017	2016			
سنوي	المجلس الصحي العالي	256	250	245	240	236	231.8 (2013)*	حصة الفرد السنوية من إجمالي النفقات الصحية بالدينار	1
سنوي	المجلس الصحي العالي ، وزارة الصحة ، دائرة الإحصاءات العامة	%82	%78	%74	%72	%70	%68.14**	نسبة تغطية المواطنين الاردنيين بالتأمين الصحي	2
سنوي	المجلس الصحي العالي ، وزارة الصحة ، دائرة الإحصاءات العامة	%61	%59	%57.5	%56	%55.5	55%**	نسبة تغطية السكان بالتأمين الصحي	3
سنوي	المجلس الصحي العالي	%66.8	%66.6	%66.4	%66.2	%66	% 65.75 (2013)*	نسبة إنفاق القطاع العام على الصحة من إجمالي الإنفاق على الصحة	4
سنوي	المجلس الصحي العالي	%7.2	%7.3	%7.4	%7.5	%7.5	7.89 (2013)*	إنفاق القطاع العام على الصحة كنسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي	5
سنوي	المجلس الصحي العالي	%24	%24.5	%25	%25.5	%26	%26.60 (2013)*	نسبة الإنفاق على الأدوية من إجمالي الإنفاق على الصحة	6
سنوي	المجلس الصحي العالي	%26	%26	%26.5	%27	%27.5	% 28.8 (2013)*	نسبة الإنفاق المباشر على الصحة من جيوب المواطنين Out-of-pocket expenditure	7
سنوي	المجلس الصحي العالي	%20	%19	%18	%17	%16	%15.69 (2013)*	نسبة الإنفاق على الرعاية الصحية الأولية من إجمالي إنفاق القطاع العام على الصحة	8

* تقرير الحسابات الصحية الوطنية للسنة المالية 2013 و الصادر في نيسان 2016 - هذه المؤشرات هي احدث المتوفر .

** التعداد العام للسكان و المساكن ، دائرة الإحصاءات العامة 2015

النتيجة (4): استثمار في القطاع الصحي داعم للاقتصاد الوطني و التنافسية

المؤشرات	القيمة الحالية (2015)	القيم المستهدفة					مصدر المعلومة	دورية القياس الزمني
		2020	2019	2018	2017	2016		
1	العوائد من السياحة العلاجية (بالمليون دينار)	849,600	936,684	983,412	1,032,264	1,182,000	1,242,000	سنوي
2	العوائد من صادرات الدواء (بالمليون دينار)	439,000	506,000	581,000	673,000	775,000	880,000	سنوي
3	قانون المسؤولية الطبية مقر ومطبق	مشروع قانون	مشروع قانون	قانون مقر	قانون مطبق	قانون مطبق	قانون مطبق	سنوي
4	وجود مجلس سياحة علاجية مفعّل	تحت الإنشاء	تحت الإنشاء	مجلس مفعّل	مجلس مفعّل	مجلس مفعّل	مجلس مفعّل	سنوي

1. غرفة صناعة الأردن . نشرة للمؤشرات الاقتصادية للقطاع الصناعي الأردني العدد الثالث- شباط 2013.
2. برنامج الأمم المتحدة الإنمائي. تقرير التنمية البشرية لعام 2014.
3. مديرية الأمن العام / إدارة السير المركزية : <http://www.traffic.psd.gov.jo>
4. المديرية العامة للدفاع المدني : التقرير الإحصائي السنوي لحوادث عام 2012.
5. المجلس الوطني لشؤون الأسرة: الإطار الوطني لحماية الأسرة من العنف، 2006.
6. المجلس الوطني لشؤون الأسرة. الخطة الاستراتيجية لحماية الأسرة والوقاية من العنف الأسري . 2005 – 2009.
7. وزارة الصحة: استراتيجية وزارة الصحة للأعوام 2013 - 2017.
8. إدارة التأمين الصحي / وزارة الصحة، 2013 .
9. أبو السمن . طاهر، أبو سيف . جمال . صالح . كمال . وآخرون . التأمين الصحي والإنفاق على الصحة في الأردن. دائرة الإحصاءات العامة بالتعاون مع المجلس الصحي العالي. 2010 .
10. نظام التأمين الصحي المدني رقم 83 لسنة 2004 وتعديلاته.
11. التقرير الإحصائي السنوي للخدمات الطبية الملكية لعام 2013 .
12. سلسلة التقارير الفنية للحسابات الصحية في الأردن / الأمانة العامة للمجلس الصحي العالي 2008 - 2012.
13. الاستراتيجية الوطنية لترشيد الإنفاق على الدواء في الأردن. المجلس الصحي العالي. 2014 - 2016 .
14. قاعدة بيانات الصناعة الدوائية الأردنية / الاتحاد الأردني لمنتجات الأدوية – 2010 .
15. الأجندة الوطنية : الأردن الذي نريد 2006 - 2015 . وزارة التخطيط والتعاون الدولي. 2006.
16. الاستراتيجية الوطنية الصحية 2008 - 2012 . المجلس الصحي العالي.
17. التقرير السنوي للموارد البشرية الصحية في الأردن. المجلس الصحي العالي. 2013.
18. التقرير الإحصائي السنوي. وزارة الصحة. 2013.
19. الأجندة الوطنية : الأردن الذي نريد 2006 - 2015 . وزارة التخطيط والتعاون الدولي. 2006.
20. الاستراتيجية الوطنية للصحة الإيجابية /تنظيم الأسرة (2013 - 2017) . المجلس الأعلى للسكان.
21. الآثار الاقتصادية والاجتماعية لازمة اللاجئين السوريين. د خالد الوزني. 2014.
22. مسح السكان والصحة الأسرية. دائرة الإحصاءات العامة. 2012.
23. استراتيجية وزارة الصحة 2013 - 2017.
24. وزارة الصحة. إدارة الرعاية الصحية الأولية.
25. وثيقة كلنا الأردن . وزارة التخطيط .
26. الموقع الإلكتروني للمجلس الصحي العالي.
27. وثيقة الأردن 2025 .
28. منظمة الصحة العالمية/المركز الإقليمي للصحة <<http://rho.emro.who.int/rhodata/?vid=2623#>>
29. موسى العجلوني، تأثير اللجوء السوري على القطاع الصحي في الأردن: التحديات والسياسات الصحية المقترحة. مؤتمر "اللاجئون في الأردن : سؤال المجتمع والإعلام" الذي نظمه معهد الإعلام الأردني بالتعاون مع معهد الصحافة النرويجي. البحر الميت 8-10/12/2014.
30. الموقع الإلكتروني للمجلس الأعلى للسكان.
31. الموقع الإلكتروني للمجلس التمريضي الأردني.
32. الموقع الإلكتروني للمجلس الطبي الأردني.
33. الموقع الإلكتروني للمجلس الوطني لشؤون الأسرة.
34. الموقع الإلكتروني لدائرة الشراء الموحد.
35. الموقع الإلكتروني للمؤسسة العامة للغذاء والدواء.
35. الموقع الإلكتروني للمؤسسة العامة للغذاء والدواء.
36. الموقع الإلكتروني لجمعية المستشفيات الخاصة.

37. الاستراتيجية الوطنية الأردنية لكبار السن، الوثيقة المرجعية، 2008، المجلس الوطني لشؤون الأسرة.
38. تقرير متابعة تنفيذ الخطة التنفيذية للاستراتيجية الوطنية لكبار السن "رصد إنجازات المؤسسات، 2009 - 2011"، المجلس الوطني لشؤون الأسرة.
39. الموقع الإلكتروني لمجلس اعتماد المؤسسات الصحية.
40. زواج الأقارب وعلاقته بالأمراض الوراثية، تاريخ الولوج، 2010، 2012.
41. الزيد، اسماعيل، موقف المجتمع الأردني من الزواج المبكر: دراسة ميدانية، مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، المجلد 39، العدد 2، 2012.
42. تعليمات منح الاذن بالزواج لمن هم دون سن الثامنة عشرة لسنة 2011 المنشورة على الصفحة 162 من عدد الجريدة الرسمية رقم 5076 بتاريخ 16/1/2011.
43. صندوق الامم المتحدة للسكان، يتزوجون وهم صغاراً جداً: زواج الاطفال، 2012.

• المراجع باللغة الإنجليزية

1. http://www.who.int/social_determinants/sdh_definition/en
2. Ministry of Planning and International Cooperation
: <http://193.188.65.54/dashboard/En/Default.aspx>
3. Department of Statistics: http://www.dos.gov.jo/sdb_ec/sdb_ec_e/index.htm
4. http://www.dos.gov.jo/dos_home_e/main/archive/inflation/2013/CPI%20Aug.pdf Comprehensive Review of Jordan Health System
5. World Bank: <http://www.worldbank.org/en/country/jordan>
6. Ajlouni, Musa (2011). Jordan Health System Profile 2010 (Unpublished report submitted to WHO/EMRO), August 2011.
7. <http://www.ehs.com.jo/ar>
8. <http://www.dos.gov.jo>
9. <http://www.cspd.gov.jo>
10. Abu-Saif, Jamal. Et al. Fairness in Financial Contribution in Jordan. High Health Council in collaboration with The World Health Organization, 2010.
11. <http://phajordan.org>
12. OECD- EU statistical pharmaceutical data , 2012.
13. Ajlouni, Musa. Comprehensive Review of Jordan Health System, (A country report submitted to WHO EMRO), Sep., 2013.
14. Ajlouni, Musa (2010). Jordan Human Resources for Health (HRH) Country Profile 2010, WHO/EMRO.
15. MOPIC, UNDP (2011). Second National Millennium Development Goals Report Jordan 2010.
16. Kaufman D, A. Kraay, and M. Mastruzzi (2010), The Worldwide Governance Indicators: Methodology and Analytical Issues. http://info.worldbank.org/governance/wgi/sc_chart.asp#
17. Transparency International's 2012 Corruption Perceptions Index
http://www.transparency.org/whatwedo/pub/corruption_perceptions_index_2012
18. Hania Dewani and Musa Ajlouni, Assessment of Current Situation of Home Health Care Services in Jordan: A study report submitted to Scientific Research Support Fund, Ministry of Higher Education and Research, August 2012.
19. A study on early marriage in Jordan 2014, Unicef.

لجان عمل الاستراتيجية الوطنية للقطاع الصحي 2015 - 2019

• الخبير المحلي لمراجعة الاستراتيجية الدكتور موسى العجلوني

• اللجنة التوجيهية للاستراتيجية الصحية الوطنية

1. أمين عام المجلس الصحي العالي الدكتور هاني "أمين بروسك" الكردي - رئيس اللجنة التوجيهية
2. أمين عام المجلس التمريضي الاردني الدكتورة منتهى غرابية
3. أمين عام المجلس الاعلى للسكان الدكتورة سوسن المجالي
4. مدير عام الخدمات الطبية الملكية اللواء الطبيب خلف الجادر السرحان
5. مدير إدارة التأمين الصحي - وزارة الصحة الدكتور خالد ابو هديب
6. مدير إدارة الرعاية الصحية الأولية - وزارة الصحة الدكتور بشير القصير
7. مدير إدارة مديريات الصحة - وزارة الصحة الدكتور بشار ابو سليم
8. مدير إدارة للمستشفيات - وزارة الصحة الدكتور أحمد قطيطات
9. مدير مديرية التخطيط وإدارة المشاريع - وزارة الصحة الدكتور رياض العكور
10. مسؤول البرنامج الصحي - المفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين السيد إبراهيم ابو صيام
11. رئيس جمعية المستشفيات الخاصة الدكتور فوزي الحموري
12. مدير مديرية الشؤون الفنية و الدراسات و الأبحاث / المجلس الصحي العالي الدكتور جمال أبو سيف

• اللجنة الفنية للاستراتيجية الصحية الوطنية

1. أمين عام المجلس الصحي العالي الدكتور هاني "أمين بروسك" الكردي - رئيس اللجنة الفنية
2. مدير مديرية التخطيط وإدارة المشاريع - وزارة الصحة الدكتور رياض العكور
3. مدير مديرية التخطيط - الخدمات الطبية الملكية العميد الدكتور ياسين الطورة
4. مسؤول البرنامج الصحي - المفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين السيد إبراهيم ابو صيام
5. مدير مديرية الشؤون الفنية و الدراسات و الأبحاث / المجلس الصحي العالي الدكتور جمال أبو سيف
6. رئيس قسم التخطيط وإدارة المشاريع / المجلس الصحي العالي الدكتورة رغد محمد الحديدي
7. رئيس قسم الدراسات و الأبحاث / المجلس الصحي العالي الدكتورة غادة طلال الكيالي
8. رئيس قسم الاقتصاد و التمويل الصحي / المجلس الصحي العالي السيد معين فؤاد أبو الشعر

• لجنة المتابعة و التقييم للاستراتيجية الصحية الوطنية:

1. أمين عام المجلس الصحي العالي الدكتور هاني "أمين بروسك" الكردي - رئيس لجنة المتابعة والتقييم
2. مدير مديرية الجودة - وزارة الصحة الدكتور غسان فاخوري
3. مدير مديرية المعلومات - وزارة الصحة الدكتور نضال العزب
4. مديرية المعلومات - وزارة الصحة الدكتور ماجد أسعد
5. قائد طب الميدان - الخدمات الطبية الملكية العميد الطبيب منصور كرادشة
6. مسؤول البرنامج الصحي - المفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين السيد إبراهيم ابو صيام
7. مدير برنامج الصحة في وكالة الأمم المتحدة لغوث و تشغيل اللاجئين - الأونروا الدكتور اشتيوي أبو زايد
8. مدير مديرية الشؤون الفنية و الدراسات و الأبحاث / المجلس الصحي العالي الدكتور جمال أبو سيف
9. رئيس قسم التخطيط و إدارة المشاريع / المجلس الصحي العالي الدكتورة رغد محمد الحديدي
10. رئيس قسم الدراسات و الأبحاث / المجلس الصحي العالي الدكتورة غادة طلال الكيالي
11. رئيس قسم الاقتصاد و التمويل الصحي / المجلس الصحي العالي السيد معين فؤاد أبو الشعر

المجموعات اليومية (المركزة)

المجموعة اليومية الاولى : مجموعة التأمين الصحي

- الدكتور جمال أبو سيف / المجلس الصحي العالي - رئيس المجموعة
- الدكتور تيسير قردوس / مندوب وزارة الصحة
- الدكتور خالد أبو هديب / مندوب وزارة الصحة - إدارة التأمين الصحي
- الدكتور سائد القسوس / مندوب الاتحاد الاردني لشركات التأمين
- السيد فهمي الأسطة / المجلس الصحي العالي
- الدكتور فرحان احمد مفلح / مندوب الخدمات الطبية الملكية

المجموعة اليومية الثانية : مجموعة الإصابات و الحوادث بأنواعها المختلفة

- الدكتورة غادة الكيالي / المجلس الصحي العالي - رئيس المجموعة
- الدكتور مالك حباشنة / مدير التوعية و الاعلام الصحي
- النقيب سليمان وريكات / مندوب المديرية العامة للدفاع المدني
- المقدم باسم الخرابشة / مندوب إدارة السير المركزية
- السيد سراج الحمود / مندوب الجمعية الملكية للتوعية الصحية
- السيدة مي سلطان / مندوب المجلس الوطني لشؤون الأسرة

المجموعة اليومية الثالثة : مجموعة صحة المرأة و الطفل

- الدكتورة رغد الحديدي / المجلس الصحي العالي - رئيس المجموعة
- الدكتورة خولة كوع / مندوب وزارة الصحة
- السيدة نسرين قطامس / مندوب البرنامج الاردني لسرطان الثدي
- الدكتورة سلمى الزعبي / مندوب الجمعية الاردنية لتنظيم و حماية الأسرة
- الدكتورة سوسن الدعجة / مندوب المجلس الاعلى للسكان

• فريق الإدارة

1. مشرف مالي / السيد فهمي الأسطة
2. محاسب / السيدة عالية عطية
3. أمين سر اللجنة التوجيهية / السيد علي أنيس الطريفي
4. أمين سر اللجنة الفنية / السيد سامي عيسى السالم
5. أمين سر لجنة المتابعة و التقييم / الآنسة منال فالح التميمي
6. مشرف خدمات مساندة / السيد نذير الحناوي
7. اعمال الطباعة / السيدة سوزان جمال ذنبيات