

تقرير حالة البلاد 2019

محور التنمية المجتمعية (1)

الصحة





| | |
|----|--|
| 4 | المُلخَص التَّنفيذِي |
| 6 | التَّقْدِيم |
| 7 | أولاً: أهداف مراجعة القطاع الصحي والمنهجية وخطة العمل |
| 8 | ثانياً: رصد التقدُّم في تنفيذ التشريعات الصحية |
| 15 | ثالثاً: رصد التقدُّم في تنفيذ الخطط الاستراتيجية الصحية الرئيسية |
| 25 | رابعاً: رصد التقدُّم في تنفيذ التوصيات الخاصة |
| | بالصحة في تقرير حالة البلاد لعام 2018 |
| 28 | خامساً: التحديات والتوصيات والنظرة المستقبلية |
| 35 | التوصيات |
| 46 | المراجع |
| 47 | الملاحق |

الملخص التنفيذي

تهدف مراجعة قطاع الصحة إلى متابعة الأهداف المعلنة من قبل الجهات الرسمية حول مجال الصحة، وتحليل الاستراتيجيات والخطط والتشريعات لمعرفة وتحديد ما طُبّق منها وما لم يطبّق، وأسباب عدم التطبيق، والتحديات المعلنة.

في سياق إعداد هذه المراجعة، تم رصد تنفيذ القوانين والتشريعات التي صدرت بعد عام 2016 والتي تضمنت برامج عمل محددة في المجال الصحي (مثل قانون المسؤولية الطبية، ونظام اعتماد المؤسسات الصحية، ونظام إعادة ترخيص العاملين في القطاع الصحي) بالإضافة إلى متابعة ورصد تنفيذ أبرز الخطط الصحية التي صدرت خلال السنوات الثلاث الأخيرة والتي من المتوقع أن تنعكس إيجابياً -في حال تطبيقها- على جودة الخدمات الصحية المقدمة للسكان وفعاليتها وكفاءتها. وهذه الخطط هي: الاستراتيجية الوطنية للقطاع الصحي في الأردن للأعوام (2016-2020)، والخطة التنفيذية لإصلاح القطاع الصحي (2018-2022)، والخطة الاستراتيجية لوزارة الصحة للأعوام (2018-2022).

كما تم متابعة التقدم في تنفيذ التوصيات المتعلقة بالصحة في تقرير حالة البلاد لعام 2018. واعتمد في إعداد هذه المراجعة على منهجية علمية.

وتُظهر نتائج مراجعة التشريعات الصحية تقدماً في تنفيذ بعض البرامج والنشاطات التي اشتملت عليها هذه التشريعات، بينما ما يزال جزء مهم من برامج هذه التشريعات عالقاً ولم ينفذ رغم أن سريانها مرّت عليه مدة طويلة نسبياً. بل إن هناك تشريعات، وبالتحديد نظام اعتماد المؤسسات الصحية والصادر عام 2016، لم يتم العمل به لغاية تاريخ إعداد هذه المراجعة، لمعارضة النقابات المهنية والمؤسسات الصحية الخاصة مبدأ إلزامية الاعتماد وعقوبة الإغلاق التي ينص عليها هذا النظام، ومقاطعة اجتماعات لجنة الاعتماد الوطنية التي يشكل ممثلو القطاع الصحي الخاص غالبية أعضائها.

أما نتائج رصد الخطط الصحية، فتبين تدني نسب الإنجاز بشكل عام، وخاصة للخطة

الاستراتيجية الوطنية للقطاع الصحي والخطة التنفيذية لإصلاح القطاع الصحي، لأسباب كثيرة أبرزها: المبالغة في بناء الأهداف ومؤشرات القياس، وعدم توفر التمويل أو عدم كفايته، وضعف المتابعة من المسؤولين عن التنفيذ، وصعوبة تحديد المسؤوليات لتتشابك المؤشرات مع أكثر من قطاع، وغياب المساءلة. وقد حققت مؤشرات الخطة الاستراتيجية لوزارة الصحة التي تم رصدها لغاية شهر نيسان من عام 2019 أعلى نسبة إنجاز كلي (60%) مقارنة بالخطة الاستراتيجية للقطاع الصحي والخطة التنفيذية لإصلاح القطاع الصحي، إذ لم تتجاوز نسبة المؤشرات التي تقدمت وحققت المستهدف كاملاً 46% للأولى و31% للثانية.

أما بالنسبة لمتابعة التوصيات المتعلقة بالصحة في تقرير حالة البلاد لعام 2018، فتظهر المراجعة تنفيذ الكثير من التوصيات الواردة في التقرير، بينما ما زالت بعض التوصيات عالقة ولم يتم تنفيذها، خاصة تلك المتعلقة بالتأمين الصحي والتغطية الصحية الشاملة.

وتشتمل هذه المراجعة على فصل يتناول أهم القضايا والتحديات التي تواجه تنفيذ التشريعات والخطة الصحية، والتوصيات لمواجهة هذه التحديات.

التقديم

يعدّ الوضع الصحي في الأردن من الأفضل في منطقة الشرق الأوسط نتيجة لظروف الأمن والاستقرار في المملكة، ولجموعة الخطط والمشاريع التنموية الفعالة التي شملت الصحة بوصفها عنصراً مهماً ومدخلاً أساسياً في عملية التنمية المستدامة.

فلدى الأردن شبكة واسعة من مرافق الرعاية الصحية الأولية، وحققت المملكة التحسين الشامل للأطفال في عام 1988، وأحرزت تقدماً كبيراً في الحد من المخاطر الصحية الرئيسية التي يتعرض لها الرضع والأطفال. وفي الوقت الراهن، يعدّ الأردن واحداً من البلدان التي لديها أدنى معدلات وفيات من الرضع والأمهات في المنطقة. وقد أصبحت المملكة خالية من شلل الأطفال منذ عام 1995. وأكدت جميع الخطط الاجتماعية والاقتصادية الوطنية بدءاً من أوائل الثمانينات من القرن العشرين على حق الجميع في الصحة والرعاية الصحية¹.

وبلغ إجمالي الإنفاق الصحي 2.249 مليار دينار أردني في عام 2015، وهو ما يمثل 8.44% من إجمالي الناتج المحلي. وبلغ الإنفاق المباشر من جيب المواطن ما نسبته 26.8% من الإنفاق الإجمالي على الصحة. وأثر التراجع الكبير في معدلات الوفاة مع استمرار ارتفاع معدلات الخصوبة والولادات، إلى جانب انخفاض معدلات الأمراض المعدية، وارتفاع معدلات الأمراض المزمنة، والهجرة القسرية من البلدان العربية المجاورة، على الصورة المرئية والصحية للسكان في الأردن. وتؤكد البيانات المتوفرة عن الأمراض، انتشار أمراض القلب والأوعية الدموية والسكري وأمراض الجهاز التنفسي (الالتهاب الرئوي والربو) بين السكان في الأردن².

وتشكّل بعض القضايا تحدياً كبيراً للنظام الصحي الأردني في تلبية التوقعات المتزايدة للسكان والحفاظ على الريادة والجودة في تقديم الخدمات. ومن هذه التحديات: ازدياد الطلب على الخدمات الصحية نتيجة للنمو السكاني والتحول النمطي للأمراض ووجود اللاجئين والارتفاع المتوقع لنسبة السكان خاصة من فئتي الشباب وكبار السن، وارتفاع كلف الرعاية الصحية، وارتفاع نسبة الإنفاق على الصحة والإنفاق على الأدوية، وارتفاع نسبة الإنفاق على الصحة من جيب المواطن، والازدواجية في تقديم الخدمات، والاستخدام غير الفعال للموارد المتاحة، والتأخر في الوصول للتغطية الصحية الشاملة والعدالة للسكان في ظل الوضع الاقتصادي الذي يواجه العديد من التحديات كارتفاع نسبة الدين العام وارتفاع نسب البطالة والفقر. هذا بالإضافة إلى تحديات الارتفاع بجودة الخدمات الصحية ورقمنتها، وتطوير الأساليب الإدارية للنظام الصحي.

1 الخطة الاستراتيجية لوزارة الصحة (2018-2022).

2 الاستراتيجية الوطنية للقطاع الصحي في الأردن (2020-2026).

أولاً: أهداف مراجعة القطاع الصحي والمنهجية وخطة العمل

1. الأهداف:

1. متابعة الأهداف المعلنة من قبل الجهات الرسمية حول مجال الصحة من خلال الاستراتيجيات والسياسات والقوانين الناظمة والخطط التنفيذية لمعرفة وتحديد ما طُبّق منها وما لم يطبّق، وأسباب عدم التطبيق، والتحديات المعلنة.
2. متابعة التوصيات التي قدمت في تقرير حالة البلاد لعام 2018 حول مجال الصحة ومدى تطبيق هذه التوصيات.
3. تقديم توصيات محدّدة تساعد على تطوير القطاع الصحي من خلال التشبيك مع الخبراء في القطاعات الاقتصادية والاجتماعية ذات العلاقة.

2. المنهجية وخطة العمل:

- أ. اعتماد مجموعة من الأسس والمعايير لتحديد وثائق السياسات والخطط المشمولة بالمراجعة، وكما يلي:
 1. أن تكون الوثيقة سارية المفعول أو انتهت مدة العمل بها بنهاية عام 2018.
 2. أن يكون قد مضى على بدء العمل بالوثيقة مدة عام على الأقل.
 3. تُعنى المراجعة بالقوانين والتشريعات التي صدرت بعد عام 2016، والتي تتضمن برامج عمل محدّدة في المجال الصحي (مثل قانون المسؤولية الطبية، ونظام اعتماد المؤسسات الصحية، ونظام إعادة ترخيص العاملين في القطاع الصحي).
 4. تُستثنى من المراجعة الخطط الاستراتيجية التي تصدر عن المؤسسات العامة المستقلة التي لا تخضع لموافقة رئاسة الحكومة أو وزارة الصحة قبل إصدارها، كالخدمات الطبية الملكية والمستشفيات الجامعية. وهذا لا يعني عدم شمول هذه المؤسسات بتقرير حالة البلاد لعام 2019، وإنما ستتم مراجعة ورصد إنجازاتها من خلال مراجعة التشريعات الصحية والاستراتيجيات والخطط الصحية الوطنية التي تغطي جميع القطاعات الصحية، بما فيها وزارة الصحة، والخدمات الطبية الملكية، والمستشفيات الجامعية، والمؤسسات المستقلة (كمؤسسة الغذاء والدواء)، بالإضافة للقطاع الصحي الخاص.
- ب. تحضير قائمة بالوثائق التي ستتم مراجعتها واعتمادها من المجلس قبل بدء المراجعة (الملحق رقم 1).

ج. تحضير نموذج عام (Template) لمراجعة الاستراتيجية أو الخطة التنفيذية (الملحق رقم 2).

د. تصنيف نتائج رصد المؤشرات لكل محور/ خطة إلى أربع فئات:

1. مؤشرات تقدّمت وحققت المستهدف كاملاً (إذا كانت نسبة الإنجاز 90% فما فوق).
2. مؤشرات تقدّمت ولم تحقق المستهدف (إذا كانت نسبة الإنجاز 50%-89%).
3. مؤشرات لم تحقق المستهدف (إذا كانت نسبة الإنجاز أقل من 50% أو لم تبدأ برامجها كما هو مخطط لها).
4. مؤشرات لا تتوفر عنها بيانات.

هـ. كتابة وتحليل نتائج المراجعة للتشريعات الصحية والخطط الاستراتيجية.

و. متابعة التقدم في تنفيذ التوصيات المتعلقة بالصحة في تقرير حالة البلاد لعام 2018.

ثانياً: رصد التقدم في تنفيذ التشريعات الصحية

لمراجعة مدى التزام الحكومة كسلطة تنفيذية في تطبيق التشريعات الصحية، ركّز تقرير حالة البلاد لعام 2019 على رصد ومتابعة تنفيذ ثلاثة من التشريعات الصحية التي صدرت خلال السنوات الثلاث الأخيرة، والتي تتضمن برامج عمل محددة في المجال الصحي تنعكس إيجابياً -في حال تطبيقها- على جودة الخدمات الصحية المقدمة للسكان وفعاليتها وكفاءتها. وهذه التشريعات هي: قانون المسؤولية الطبية والصحية رقم (25) لسنة 2018، ونظام تجديد ترخيص العاملين في المهن الصحية رقم (46) لسنة 2018، ونظام اعتماد المؤسسات الصحية رقم (105) لسنة 2016.

1. قانون المسؤولية الطبية والصحية رقم (25) لسنة 2018

- المحاور الرئيسية للقانون:

ينص هذا القانون على تشكيل لجنّتين فئتين، تتولى الأولى وضع المعايير الطبية والصحية التي تحكم الممارسات المهنية لمقدمي الخدمات الصحية، وتتولى الثانية النظر في الشكاوى المقدمة من المرضى أو من يمثلهم والبّت فيها.

كما ينص القانون على إنشاء صندوق تكافلي غير ربحي للتأمين ضد الأخطاء الطبية يديره المجلس الصحي العالي، وإنشاء سجل رسمي للأخطاء الطبية التي صدرت فيها

أحكام قضائية قطعية.

ويتضمن القانون نصوصاً قانونية تمنع إجراء عمليات الاستنساخ البشري، وتغيير الجنس، وزرع جنين في رحم المرأة من غير زوجها، وإنهاء حياة متلقي الخدمة أياً كان السبب.

- رصد التقدم في تنفيذ القانون:

يبين الجدول رقم (1) الإجراءات والمتطلبات التنفيذية التي ينص عليها قانون المسؤولية الطبية والصحية رقم (25) لسنة 2018، والجهة المسؤولة عن التنفيذ، ومدى التقدم الذي تم إحرازه في تنفيذ هذه الإجراءات أو المتطلبات.

ومن الإجراءات والمتطلبات التي حصل عليها تقدم:

1. تشكيل لجنة المعايير الطبية والصحية لاعتماد القواعد المهنية وتشكيل اللجان المتخصصة المنبثقة عنها.
2. تشكيل اللجنة الفنية العليا للنظر في الشكاوى المقدمة من متلقي الخدمة أو من يمثله.
3. تشكيل اللجان الفرعية المتخصصة من خارج أعضاء اللجنة الفنية العليا.
4. إصدار نظام لإنشاء وإدارة صندوق التأمين ضد أخطاء المسؤولية الطبية والصحية.
5. إصدار تعليمات من وزير الصحة لإنشاء سجل رسمي للأخطاء الطبية الصادرة بشأنها قرارات قضائية قطعية.

ونظراً لأهمية هذا التشريع وارتباطه بشكل مباشر بحقوق المرضى ومقدمي الخدمة الصحية وجودة الرعاية الصحية، فإنه يجب الإسراع في استكمال جميع المتطلبات والآليات اللازمة لبدء العمل به وتطبيقه، وخاصة أنه قد مضى أكثر من عام على إقراره.

الجدول رقم (1):

رصد التقدم في الإجراءات والمتطلبات التنفيذية التي ينص عليها قانون المسؤولية الطبية والصحية رقم (25) لسنة 2018

| الرقم | الموضوع | رقم المادة في القانون | الجهة المسؤولة عن التنفيذ | الإنجاز الذي تحقق حتى نهاية شهر أيار من عام 2019 |
|-------|---|-----------------------|--|--|
| 1 | تشكيل لجنة المعايير الطبية والصحية لاعتماد القواعد المهنية. | 6/أ | وزارة الصحة | تم تشكيل اللجنة. |
| 2 | تشكيل لجان فرعية للتخصصات لوضع الحدود الدنيا للقواعد المهنية الواجب اتباعها من مقدم الخدمة. | 6/د | وزارة الصحة/ تنسيب من لجنة المعايير الطبية والصحية. | لم يتم بعد. |
| 3 | تشكيل اللجنة الفنية العليا للنظر في الشكاوى المقدمة من متلقي الخدمة أو من يمثله. | 9/أ | وزارة الصحة | تم تشكيل اللجنة من قبل وزير الصحة بتاريخ 31 كانون الثاني 2019. |
| 4 | تشكيل لجان فرعية متخصصة لإبداء رأيها في الطلبات التي تحيلها إليها اللجنة الفنية العليا. | 9/و | وزارة الصحة/ اللجنة الفنية العليا | تم تشكيل اللجان الفرعية. |
| 5 | إصدار نظام لإنشاء وإدارة صندوق التأمين ضد أخطاء المسؤولية الطبية والصحية. | 17/أ 17/ج | المجلس الصحي العالي / مجلس الوزراء / ديوان التشريع. | تم إصدار نظام صندوق التأمين ضد أخطاء المسؤولية الطبية رقم (103) لسنة 2019، وتم تشكيل مجلس إدارة الصندوق. |
| 6 | تنظيم سجل يتضمن أسماء ممارسي المهن الطبية والصحية المرخص لهم بالمزاولة. | 18 | وزارة الصحة بالتنسيق مع النقابة ذات العلاقة | لم يتم بعد. |
| 7 | إنشاء سجل رسمي للأخطاء الطبية الصادرة بشأنها قرارات قضائية قطعية بموجب تعليمات يصدرها وزير الصحة لهذه الغاية. | 19 | وزارة الصحة | إصدار تعليمات من وزير الصحة لإنشاء السجل. |

2. نظام تجديد ترخيص العاملين في المهن الصحية رقم (46) لسنة 2018

صدر هذا النظام، وتم نشره في الجريدة الرسمية بتاريخ 1 نيسان 2018. وتمت صياغة مشروعه من خلال نهج تشاركي مع المؤسسات الوطنية ذات العلاقة في القطاعين العام والخاص وبمشاركة فاعلة من جميع النقابات الصحية وبالتوافق في ما بين هذه الأطراف. ويأتي النظام في إطار سعي الحكومة لتحسين جودة الخدمات الصحية في المملكة، وتماشياً مع «رؤية الأردن 2025» الرامية إلى تحقيق التغطية الصحية الشاملة، والخطة الحكومية التنفيذية لإصلاح القطاع الصحي للأعوام (2018-2022).

- المحاور الرئيسية للنظام:

من أبرز المحاور التي يتضمنها هذا النظام:

1. إصدار ترخيص مزاولة للعامل في القطاع الصحي لمدة 5 سنوات، على أن تتم إعادة ترخيص المزاول بعد استيفاء شروط الترخيص.
2. التصريح لكل مزاول قبل صدور أحكام هذا النظام بمزاولة المهنة لمدة 5 سنوات، على أن يتقدم خلال تلك المدة للحصول على إعادة ترخيص بحسب الأحكام الواردة في هذا النظام.

- رصد التقدم في تنفيذ النظام:

يبين الجدول رقم (2) الإجراءات والمتطلبات التنفيذية التي ينص عليها نظام تجديد ترخيص العاملين في المهن الصحية، والجهة المسؤولة عن التنفيذ، ومدى التقدم الذي تم إحرازه في تنفيذ هذه الإجراءات والمتطلبات.

ورغم استكمال عدد من الإجراءات والمتطلبات التنفيذية لهذا التشريع المهم، إلا أن هناك تحديات وصعاباً تتطلب من الجهات المعنية مواجهتها، ومنها:

1. يحتاج هذا النظام إلى قواعد بيانات دقيقة ومحدثة لكل ممارس صحي، توثق البرامج والساعات التدريبية المعتمدة التي حصل عليها مرتبطة بشكل مباشر (Real-Time) مع مديرية ترخيص المهن والمؤسسات الصحية في وزارة الصحة ومع المجالس المخولة باعتماد برامج التدريب.
2. يحتاج تطبيق النظام إلى ورش عمل توعوية مكثفة لجميع المهنيين الصحيين والجهات المعنية بتنفيذ هذا التشريع ومراقبته.

3. يحتاج تطبيق النظام إلى دعم وتمكين إداري وبشري وفني ومعلوماتي لدوائر وأقسام الموارد البشرية/ التدريب والتعليم، في المؤسسات الصحية والمجالس التي توثق التدريب وتعتمده.
4. يحتاج تطبيق النظام إلى تعزيز ودعم الموازنات المالية والبشرية المخصصة للتدريب في جميع المؤسسات الصحية العامة والخاصة.

الجدول رقم (2):

رصد التقدم في الإجراءات والمتطلبات التنفيذية التي ينص عليها نظام تجديد ترخيص العاملين في المهن الصحية رقم (46) لسنة 2018

| الرقم | الموضوع | رقم المادة في النظام | الجهة المسؤولة عن التنفيذ | الإنجاز الذي تحقق حتى نهاية شهر أيار من عام 2019 | ملاحظات/ صعوبات |
|-------|--|----------------------|---|--|---|
| 1 | إصدار التراخيص لمزاولة المهن الصحية اعتباراً من 1 نيسان 2018 لمدة 5 سنوات. | 4/ أ | وزارة الصحة/ مديرية ترخيص المهن والمؤسسات الصحية. | يتم إصدار التراخيص لمزاولة المهن الصحية اعتباراً من 1 نيسان 2018 لمدة 5 بحسب النظام. | |
| 2 | تنظيم سجلات تتضمن أسماء مزاولي المهن الطبية والصحية الحاصلين على الترخيص. | 4/ ج | وزارة الصحة، والخدمات الطبية الملكية، نقابات المهن الصحية، والمستشفيات التعليمية. | تقوم الجهات المعنية بجمع البيانات والمعلومات تمهيداً لتنظيم هذه السجلات. | هناك تحديات تواجه تنظيم هذه السجلات، تتعلق بدقة المعلومات المتوفرة ومدى اكتمالها لجميع المهن. |
| 3 | تشكيل اللجنة الوطنية للتطوير المهني المستمر. | 5/ أ | وزارة الصحة/ وزير الصحة. | تم تشكيل اللجنة من قبل وزير الصحة بموجب الكتاب رقم م ص ع/أمانة عامة/216 بتاريخ 5 نيسان 2018. | |
| 4 | إصدار التعليمات اللازمة لتنفيذ هذا النظام. | 13 | وزير الصحة/ اللجنة الوطنية للتطوير المهني. | تم إعداد هذه التعليمات ورُفعت إلى ديوان التشريع. | أعيدت من ديوان التشريع إلى وزارة الصحة لإجراء المزيد من التعديلات. |

3. نظام اعتماد المؤسسات الصحية رقم (105) لسنة 2016

صدر هذا النظام بمقتضى المادة (4)/ الفقرة (ي)، والمادة (10) من قانون المجلس الصحي العالي رقم (9) لعام 1999، وتم نشره في الجريدة الرسمية بتاريخ 13 تموز 2016.

يأتي النظام في إطار سعي الحكومة إلى تحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة، وتعزيز مستوى التميز في الأداء والمنافسة بين المؤسسات الصحية وترسيخ الممارسات الآمنة فيها، ودعم السياحة العلاجية وتسويقها وذلك بإلزام جميع المؤسسات الصحية العامة والخاصة بالحصول على الاعتمادية.

أقرت الحكومة هذا النظام في منتصف عام 2016 دون مشورة النقابات الطبية والصحية أو الحوار معها. وبمجرد صدور النظام في الجريدة الرسمية شنت جميع هذه النقابات حملة كبيرة ضد هذا التشريع، وكان اعتراضها الرئيسي يدور حول إلزامية الاعتماد وعقوبة الإغلاق للمؤسسات الصحية التي لا تحصل على الاعتماد.

- المحاور الرئيسية للنظام:

يلزم النظام جميع المؤسسات الصحية العامة والخاصة (المستشفيات والمركز الصحية والمختبرات والصيدليات وعيادات الطب البشري وعيادات طب الأسنان) بالحصول على الاعتمادية خلال ثلاث سنوات من صدور النظام، وينص على إغلاق المؤسسات التي لم تحصل على الاعتماد خلال المدة القانونية بناء على تنسيب من وزير الصحة إلى مجلس الوزراء.

وينص النظام على تشكيل لجنة فنية برئاسة أمين عام المجلس الصحي العالي وعضوية ممثلين عن القطاعات الصحية العامة والخاصة والمجالس المتخصصة والنقابات، تتولى دراسة طلبات الحصول على مزاولة الاعتمادية وإعداد التعليمات اللازمة لتنفيذ أحكام هذا النظام والإشراف على تنفيذها من خلال وحدة الاعتمادية التي ينص النظام على إنشائها في المجلس الصحي العالي.

ويشتمل النظام على الشروط الواجب توافرها في جهة الاعتماد والالتزامات المترتبة عليها.

- رصد التقدم في تنفيذ النظام:

يبين الجدول رقم (3) الإجراءات والمتطلبات التنفيذية التي ينص عليها نظام اعتماد المؤسسات الصحية، والجهة المسؤولة عن التنفيذ، ومدى التقدم الذي تم إحرازه في تنفيذ هذه الإجراءات والمتطلبات.

ورغم استكمال معظم المتطلبات اللازمة لتطبيق هذا النظام منذ حوالي ثلاث سنوات، إلا أن التنفيذ يكاد يكون معدوماً، لمعارضة النقابات المهنية مبدأ إلزامية الاعتماد وعقوبة الإغلاق التي ينص عليها النظام، مع أنه جرى تعديل على النظام يمنح وزير الصحة صلاحية التمديد لثلاث سنوات إضافية للمؤسسات الصحية التي لم تحصل على الاعتمادية.

لذلك يوصى بتعديل هذا النظام بحيث يُلغى مبدأ الإلزامية والإغلاق، وجعل الاعتمادية اختيارية، ومنح حوافز للمؤسسات الصحية التي تحصل على الاعتمادية، كحصر شراء الخدمات الصحية منها أو منحها بعض التفضيلات أو التسهيلات الضريبية. وهذا يتفق مع الاتجاهات العالمية في هذا المجال³

3 Zarifraftar,M. and Aryankhesal,A.(2016). Challenges of Implementation of Accreditation Standards for Health Care Systems and Organizations: A Systematic Review. Journal of Management Sciences. Vol., 2 (3), 191-201, 2016. <https://pdfs.semanticscholar.org/7d08/daa6e83a6600af243cad687e3658e79572e.pdf>

University Research Co., LLC (2010). International Health Care Accreditation Models and Country Experiences: Introductory Report on Options for the Republic of South Africa. Health Care Improvement Project/USAID, February 2010. https://www.usaidassist.org/sites/default/files/international_accreditation_models_feb10_0.pdf

الجدول رقم (3):
رصد التقدم في الإجراءات والمتطلبات التنفيذية التي ينص عليها نظام اعتماد
المؤسسات الصحية رقم (105) لسنة 2016

| الرقم | الموضوع | رقم المادة في النظام | الجهة المسؤولة عن التنفيذ | الإنتاج الذي تحقق حتى نهاية شهر أيار من عام 2019 | ملاحظات |
|-------|---|----------------------|--------------------------------------|--|--|
| 1 | تشكيل اللجنة الفنية المنصوص عليها بالنظام. | 3/ أ | المجلس الصحي العالي. | شُكلت اللجنة بموجب الكتاب رقم م ص ع / أمانة عامة / 294 تاريخ 2016/10/12. | صعوبة تأمين النصاب لعقد اجتماعات اللجنة، بسبب مقاطعة ممثلي النقابات الصحية من أعضاء اللجنة حضور الجلسات. |
| 2 | إنشاء وحدة الاعتمادية في المجلس الصحي العالي. | 4 | المجلس الصحي العالي. | تم إنشاء الوحدة وتم تعيين مدير لها. | |
| 3 | إعداد التعليمات اللازمة لتنفيذ أحكام هذا النظام. | 3/ ب / 4 | اللجنة الفنية / المجلس الصحي العالي. | تم إعداد التعليمات والموافقة عليها من المجلس الصحي العالي. | |
| 4 | إجازة جهات الاعتماد المحلية والدولية التي تنطبق عليها الشروط. | 8 | اللجنة الفنية / المجلس الصحي العالي. | تم إجازة مجلس اعتماد المؤسسات الصحية الأردني وعدد من هيئات الاعتماد الدولية. | |

ثالثاً: رصد التقدم في تنفيذ الخطط الاستراتيجية الصحية الرئيسية

ولغاية مراجعة مدى التزام المؤسسات الحكومية في تنفيذ الخطط الاستراتيجية الصحية الموضوع، تركّز هذه المراجعة على رصد ومتابعة تنفيذ أهم الخطط الاستراتيجية التي صدرت خلال السنوات الثلاث الأخيرة، والتي من المتوقع أن تنعكس إيجابياً - في حال تطبيقها - على جودة الخدمات الصحية المقدمة للسكان وفعاليتها وكفاءتها.

وهذه الخطط هي: الاستراتيجية الوطنية للقطاع الصحي في الأردن للأعوام (2016-2020)، والخطط التنفيذية لإصلاح القطاع الصحي (2018-2022)، والخطط الاستراتيجية لوزارة الصحة للأعوام (2018-2022).

1. الاستراتيجية الوطنية للقطاع الصحي في الأردن للأعوام (2016-2020)

- المحاور الرئيسية للاستراتيجية:

اشتملت الاستراتيجية الوطنية للقطاع الصحي في الأردن للأعوام (2016-2020)، على أربعة أهداف استراتيجية عامة (نتائج) انبثق عنها ثمانية عشر هدفاً استراتيجياً فرعياً (مخرجات). واشتملت الخطة على تدخلات محددة (Interventions) لكل هدف استراتيجي وكما هو مبين في الملحق رقم (3). وتلتقي هذه الأهداف مع معظم الأولويات الاستراتيجية لقطاع الرعاية الصحية الواردة في وثيقة «رؤية الأردن 2025» (رؤية واستراتيجية وطنية).

- رصد التقدم في تنفيذ الاستراتيجية:

اعتمد لرصد التقدم في تنفيذ هذه الخطة الاستراتيجية على نتائج الرصد الذي قام به المجلس الصحي العالي من خلال اللجنة الفنية الوطنية لتقييم الاستراتيجية والذي غطى عامي 2016 و2017. ونُشرت نتائج هذا الرصد في التقرير الصادر عن المجلس تحت عنوان «الاستراتيجية الوطنية للقطاع الصحي في الأردن (2016-2020)؛ تقرير المتابعة والتقييم لعامي 2016 و2017».

وكما يبين الجدول رقم (4)، فإن عدد المؤشرات التي رُصدت لتقييم التقدم في تحقيق أهداف هذه الاستراتيجية حتى نهاية عام 2017 بلغ 50 مؤشراً تغطي الأهداف الاستراتيجية الرئيسية (النتائج) الأربعة. ووفقاً للجدول، فإن 46% من المؤشرات حققت المستهدف، و28% لم تحقق المستهدف، بينما لم تتوفر بيانات عن 6% من المؤشرات.

- تحليل لنقاط القوة والضعف (Strengths and Gaps Analysis) في الاستراتيجية:

اشتملت هذه الخطة الاستراتيجية على نقاط قوة كثيرة من حيث الإعداد والمضمون، يمكن إجمالها بما يلي:

1. تم إعداد الخطة بالتشاور والتنسيق مع ممثلين من جميع القطاعات الصحية والنقابات الطبية والصحية ومنظمات المجتمع المدني.
2. توفر الدعم الفني من منظمة الصحة العالمية وبمشاركة خبير محلي مختص بالتخطيط الاستراتيجي.
3. تشكيل مجموعات بؤرية (Focus Groups) وطنية لمناقشة القضايا ذات الأولوية في القطاع الصحي، وتضمن الخطة النتائج التي تم التوصل إليها.

4. استندت الخطة إلى نموذج اللبنة الأساسية للنظام الصحي (WHO Health System Six Blocks Model) المعتمد من قبل منظمة الصحة العالمية، كما اعتمد النموذج المنطقي (Logic Model) في التخطيط الاستراتيجي من أجل الاستجابة للفرص ومواجهة التحديات.
5. تم إعداد الخطة ضمن منظور وطني شامل ومتكامل للسياسات الاقتصادية والاجتماعية، والتنمية المجتمعية المستدامة.
6. الأهداف الاستراتيجية الرئيسية والفرعية شاملة لكل مكونات النظام الصحي ولجميع القطاعات الصحية.
7. تضمنت الخطة الاستراتيجية خطة للمتابعة والتقييم.

الجدول رقم (4):

نتائج رصد مؤشرات أداء الأهداف الاستراتيجية الرئيسية (النتائج) لعام 2017 للخطة الاستراتيجية الوطنية للقطاع الصحي في الأردن (للعوام 2016-2020)

| الأهداف الاستراتيجية الرئيسية (النتائج) | | | | | |
|---|--|--|---|---|--------------------------------|
| المجموع | حماية صحية ومالية واجتماعية للسكان كافة. مبنية على أسس من العدالة. | حماية صحية ومالية واجتماعية للسكان كافة، مبنية على أسس من العدالة. | خدمات صحية متكاملة محورها الفرد وتستجيب للاحتياجات المتزايدة. | بيئة سياسات وحوكمة رشيدة ترقى بمستوى أداء النظام الصحي. | نتائج رصد مؤشرات عام 2017 |
| 23 (%46) | 1 (%25) | 3 (%37.5) | 14 (%45) | 6 (%86) | مؤشرات حققت المستهدف |
| 14 (%28) | 3 (%75) | 2 (%25) | 7 (%23) | 1 (%14) (تحقق جزئي) | مؤشرات لم تحقق المستهدف |
| 13 (%26) | - | 3 (%37.5) | 10 (%32) | - | مؤشرات لا تتوفر عنها بيانات |
| 50 | 4 | 8 | 31 | 7 | المجموع |

- المصدر: «الاستراتيجية الوطنية للقطاع الصحي في الأردن (2016-2020)»؛ تقرير المتابعة والتقييم لعامي 2016 و2017، المجلس الصحي العالي، أيلول 2018.

ولكن رغم ذلك، هناك عدد من التحديات والقضايا التي يجب الانتباه اليها ومواجهتها في الخطط المستقبلية، ومن أبرزها:

1. تدني نسب الإنجاز (أقل من 50%) لأسباب كثيرة أهمها: المبالغة في بناء الأهداف ومؤشرات القياس، وعدم توفر التمويل أو عدم كفايته، والإجراءات والتعليمات البيروقراطية المبالغ فيها، وضعف المتابعة من المسؤولين عن التنفيذ، وصعوبة تحديد المسؤوليات لتشابك المؤشرات مع أكثر من قطاع، وغياب المساءلة.
2. العديد من مؤشرات الأداء غير مبنية على بيانات مرجعية، وبعضها غير واقعي، وبعضها الآخر متحفّظ وغير محفّز، والكثير منها متداخل بين المؤسسات الشريكة.
3. رُبّطت مؤشرات الأداء بالأهداف الاستراتيجية الرئيسية (النتائج) فقط، ولو أنها رُبّطت بالأهداف الاستراتيجية الفرعية (المخرجات) لكان هذا أكثر دقة وساعداً على تعديل الأهداف الفرعية أو المخرجات أو التدخلات وذلك على ضوء نتائج قياس مؤشرات الأداء.
4. خلّو الاستراتيجية من بطاقة التعريف بالمؤشرات (البطاقة المرجعية للمؤشر) تبين الأهداف والمخرجات والتدخلات التي يقيسها المؤشر الذي تعرّف به البطاقة، كما تبين وحدة القياس ونوعه (كمّي أو نوعي)، وكيفية احتسابه إذا كان كمياً، ودورية القياس، ومصدر البيانات، والجهات المسؤولة.
5. صعوبة تحديد مسؤولية الأداء، لأن الخطة لم تحدد الجهة المعنية بتنفيذ التدخلات وتحقيق المؤشرات.
6. افتقار الخطة إلى برنامج تمويلي، وخاصة للتدخلات المشتركة بين القطاعات الصحية المختلفة، كبناء المستشفيات، ودعم وتطوير الرعاية الصحية المنزلية، ودعم تنفيذ الاستراتيجية الوطنية للسيطرة على الأمراض غير السارية كالسرطان والسكري.
7. افتقار الخطة الاستراتيجية لخطة تنفيذية سنوية تبين بشكل مفصّل التدخلات والمشاريع والبرامج التي سيتم العمل عليها خلال كل سنة، والجهات المنفذة والتمويل.
8. ضعف أنظمة المعلومات الصحية المجمعّة والمتداخلة (Interlaced Aggregated Health Information Systems) لدعم التخطيط والتقييم واتخاذ القرارات الخاصة بالنظام الصحي.
9. حاجة المجلس الصحي العالي إلى ذراع فنية وإدارية لمتابعة تنفيذ الخطة وتقييم الأداء، لأن اعتماد خطة المتابعة والتقييم على عمل اللجان المشتركة غير كافٍ وغير فعّال.

2. الخطة التنفيذية لإصلاح القطاع الصحي (2018-2022)

بتاريخ 7 آب 2017، قرر مجلس الوزراء تشكيل لجنة وزارية برئاسة وزير الدولة لشؤون رئاسة الوزراء وعضوية وزراء الصحة والتنمية الاجتماعية والعمل والدولة لشؤون الاستثمار، بهدف الخروج بتوصيات لوضع خطة تنفيذية لإصلاح القطاع الصحي. وتم تشكيل لجان وطنية لكل محور من محاور الخطة.

وقام المجلس الصحي العالي بالتنسيق لهذا الجهد الوطني، وتجميع محاور الخطة كما وردت من اللجان، ومراجعتها، وإقرارها من اللجنة الوزارية ثم من مجلس الوزراء، وأطلقت رسمياً من قبل الحكومة بتاريخ 7 آذار 2018 لتغطي برنامج الحكومة لإصلاح القطاع الصحي لخمس أعوام ابتداء من عام 2018 ولغاية 2022.

- المحاور الرئيسية للخطة:

اشتملت الخطة التنفيذية لإصلاح القطاع الصحي (2018-2022) على تسعة محاور هي: الرعاية الصحية الأولية، والموارد البشرية، والتأمين الصحي، والقطاع الدوائي، والسياحة العلاجية، وضبط الجودة والاعتمادية، والصحة الإلكترونية، والشراكة بين القطاعين العام والخاص، والحاكمية.

واشتمل كل محور على أهداف استراتيجية، ومبادرات (تدخلات) محددة، ومؤشر لقياس تنفيذ كل مبادرة، وقيمه الحالية، والقيمة المستهدفة خلال أعوام الخطة، والجهات المسؤولة عن التنفيذ، والتمويل اللازم، والجهات الممولة.

وتضمنت الخطة 131 مشروعاً ومبادرة، بكلفة تبلغ 602.118 مليون دينار تغطى من موازنات الوزارات والمؤسسات المعنية والمنح والقروض. ويبين الملحق رقم (4) المحاور التسعة للاستراتيجية، والمبادرات الاستراتيجية لكل محور.

- رصد التقدم في تنفيذ الخطة:

اعتمد لرصد التقدم في تنفيذ هذه الخطة، على نتائج الرصد التي قدمت خلال إعداد المراجعة من وحدة متابعة البرنامج التنفيذي لإصلاح القطاع الصحي في وزارة الصحة.

وكما يبين الجدول رقم (5)، فإن مجموع المؤشرات التي تم رصدها لتقييم التقدم في تحقيق أهداف الخطة التنفيذية لإصلاح القطاع الصحي لغاية شهر نيسان من عام 2019 بلغ 139 مؤشراً تغطي الأهداف الاستراتيجية لمحاور الخطة التسعة. 31% من هذه المؤشرات حققت المستهدف كاملاً، و26% منها حققت المستهدف جزئياً، و33% لم تحقق المستهدف ولم تبدأ برامجها، و10% من المؤشرات لا تتوفر عنها بيانات.

- تحليل لنقاط القوة والضعف (Strengths and Gaps Analysis) للخطة:

اشتملت هذه الخطة على الكثير من نقاط القوة من حيث الإعداد والمضمون، مثل:

1. تشكيل لجنة وزارية للإشراف على إعداد هذه الخطة.
 2. شمولية هذه الخطة وتغطيتها للمحاور (اللبات) الرئيسية للنظام الصحي المتعارف عليها عالمياً، بالإضافة إلى محاور مهمة أخرى، مثل الشراكة بين القطاعين العام والخاص، والسياحة العلاجية.
 3. تشكيل لجان فنية وإدارية متخصصة تمثل جميع القطاعات الصحية لوضع مسودة لخطة الإصلاح، وبذلك تكون الحكومة قد طبقت مبدأ المشاركة (Participation)، ومبدأ التخطيط الصاعد (Bottom Up Planning).
 4. تم إعداد الخطة ضمن منظور وطني شامل ومتكامل للسياسات الاقتصادية والاجتماعية، والتنمية المجتمعية المستدامة، إذ التقت أهدافها ومبادراتها مع الأهداف الوطنية الخاصة بالأجندة الوطنية، ووثيقة «كلنا الأردن»، ووثيقة «رؤية الأردن 2025».
 5. تضمنت الخطة تقديراً مالياً لكُلف المبادرات/ التدخلات، والجهات المسؤولة عن التمويل والتنفيذ.
 6. ركزت الخطة على أهمية المتابعة والتقييم، وتم إنشاء وحدة متخصصة لهذه الغاية ضمن الهيكل التنظيمي لوزارة الصحة.
- ولكن رغم ذلك، هناك الكثير من الضغوط والتحديات في بناء هذه الخطة وتنفيذها ومتابعتها يجب الانتباه إليها، لا سيما أن الخطة ما زال أمامها أكثر من ثلاث سنوات. ومن أبرز هذه الضغوط والتحديات:
1. المتفحص لهذه الخطة يجدها أبعد ما تكون عن خطة إصلاح حقيقية شاملة للقطاع الصحي، إذ إنها في واقع الأمر مبنية على ضخّ المزيد من الوقود لاستمرار الوضع الحالي للقطاع دون إحداث تغييرات أساسية وجوهرية وهيكلية تلامس لبّ المشاكل وجوهر التحديات الكبرى التي يعاني منها هذا القطاع.
 2. تحتوي هذه الخطة على الكثير من تفاصيل وإجراءات العمل الروتينية التي لا تُعدّ الخطة مكاناً لها.
 3. تدني نسب الإنجاز الكلي والجزئي لأسباب كثيرة أبرزها: المبالغة في بناء الأهداف ومؤشرات القياس لنقص المعلومات والبيانات أو لنقص الخبرة، وعدم توفر التمويل أو عدم كفايته، وضعف المتابعة من المسؤولين عن التنفيذ.
 4. خلوّ الاستراتيجية من بطاقة التعريف بالمؤشرات (البطاقة المرجعية للمؤشر).

نتائج رصد مؤشرات أداء مختارة للمحاور الرئيسية لخطة إصلاح القطاع الصحي (2018-2022) للسنة الأولى ونهاية شهر نيسان من عام 2019 الجدول رقم (5):

| نتائج رصد مؤشرات الأداء للسنة الأولى ونهاية شهر نيسان من عام 2019 | | | | | |
|---|-----------------------------|--|---|--|--|
| المجموع | مؤشرات لا تتوفر عنها بيانات | مؤشرات لم تحقق المستهدف (إنجاز أقل من 50%) | مؤشرات تقدمت ولم تحقق المستهدف (إنجاز 50-90%) | مؤشرات تقدمت وحقق المستهدف كاملاً (إنجاز 100-100%) | المحاور الرئيسية للخطة (28 هدفاً استراتيجياً (131 مبادرة ومشروعاً) |
| 23 | - | 7 (%30.5) | 9 (%39) | 7 (%30.5) | 1. محور الرعاية الصحية الأولية |
| 25 | - | 11 (%44) | 9 (%36) | 5 (%20) | 2. محور الموارد البشرية |
| 3 | - | 3 (%100) | - | - | 3. محور التأمين الصحي |
| 17 | 3 (%18) | 6 (%35) | 2 (%12) | 6 (%35) | 4. محور القطاع الدوائي (4 أهداف) |
| 14 | - | 2 (%14) | 5 (%36) | 7 (%50) | 5. محور السياحة العلاجية |
| 9 | 2 (%22) | 4 (%45) | 1 (%11) | 2 (%22) | 6. محور الاعتمادية وضبط الجودة |
| 23 | 9 (%39) | 3 (%13) | 6 (%26) | 5 (%22) | 7. محور الصحة الإلكترونية |
| 8 | - | 3 (%37.5) | - | 5 (%62.5) | 8. محور الشراكة بين القطاعين العام والخاص |
| 17 | - | 7 (%41) | 4 (%24) | 6 (%35) | 9. محور الحاكمية |
| 139 | 14 (%10) | 46 (%33) | 36 (%26) | 43 (%31) | المجموع |

3. الخطة الاستراتيجية لوزارة الصحة (2018-2022)

تشكّل الخطة الاستراتيجية لوزارة الصحة (2018-2022) خريطة طريق تعكس وتترجم رسالة الوزارة ورؤيتها وأهدافها وغاياتها والمهام المنوطة بها للحفاظ على صحة المواطنين وأمنهم الصحي.

وأعدت هذه الخطة بمشاركة جميع إدارات الوزارة ومديرياتها وعلى جميع المستويات الإدارية، وباستخدام النهج التشاركي مع ذوي العلاقة من داخل الوزارة ومن خارجها وبدعم فني من منظمة الصحة العالمية وبمشاركة خبير محلي متخصص في التخطيط الصحي الاستراتيجي.

وقد بُنيت هذه الخطة ضمن منظور وطني شامل ومتكامل للسياسات الاقتصادية والاجتماعية، والتنمية المجتمعية المستدامة، إذ التقت أهدافها ومدخلاتها مع الأهداف الوطنية الخاصة بالأجندة الوطنية، ووثيقة «كلنا الأردن»، ووثيقة «رؤية الأردن 2025».

المحاور الرئيسية للخطة:

اشتملت الخطة الاستراتيجية لوزارة الصحة (2018-2022) على 32 هدفاً استراتيجياً محورياً موزعة على المحاور التسعة للاستراتيجية: الرعاية الصحية الأولية (9 أهداف)، والرعاية الصحية الثانوية والثالثية (5 أهداف)، والموارد البشرية (4 أهداف)، والتغطية الصحية الشاملة (هدفان)، وتحسين جودة الخدمات (3 أهداف)، والبنية التحتية (هدفان)، وإدارة المعرفة (هدف واحد)، والإدارة المالية (هدف واحد)، والحوكمة وتطبيق اللامركزية (5 أهداف).

وكما هو مبين في الملحق رقم (5)، اشتملت الاستراتيجية على أهداف محورية، وأهداف استراتيجية للوزارة، وبرامج وأنشطة (تدخلات) محددة، ومؤشرات لقياس تنفيذ كل برنامج/ نشاط، والقيمة الحالية لكل مؤشر، والقيمة المستهدفة خلال أعوام الخطة، والجهات المسؤولة عن التنفيذ، والتمويل اللازم، والجهات الممولة.

- رصد التقدم في تنفيذ الخطة:

اعتمد لرصد التقدم في تنفيذ هذه الخطة، على نتائج الرصد التي قدمت خلال إعداد المراجعة من وحدة متابعة البرنامج التنفيذي لإصلاح القطاع الصحي في وزارة الصحة.

وكما يبين الجدول رقم (6)، فإن مجموع المؤشرات التي تم رصدها لتقييم التقدم في تحقيق أهداف هذه الخطة لغاية شهر نيسان من عام 2019 بلغ 112 مؤشراً، 60% منها حققت المستهدف كاملاً، و17% حققت المستهدف جزئياً، و23% لم تحقق المستهدف ولم تبدأ برامجها.

وتصدّرت مؤشرات محور التغطية الصحية الشاملة مجموعة المؤشرات التي لم تحقق المستهدف منها، إذ بلغت نسبة الإنجاز 56%، تليها في المرتبة الثانية مؤشرات محور الرعاية الصحية الأولية (37%)، وفي المرتبة الثالثة مؤشرات محوري الرعاية الصحية الثانوية والثالثية، وإدارة المعرفة (25% لكل من المحورين).

والملاحظ كما هو في الخطط الاستراتيجية السابقة، أن معظم المؤشرات التي كان إنجازها متدنياً، ترتبط بتقديم الخدمات الصحية المباشرة للمواطنين، مثل: الرعاية الصحية الأولية والثانوية والثالثية، والتغطية الصحية الشاملة، وتحسين جودة الخدمات التي تشكل الجوهر الرئيسي لعمل النظام الصحي والمبرر لوجوده.

وبشكل عام، يسجل لوزارة الصحة تحقيق خططها الاستراتيجية أعلى نسبة إنجاز كلي (60%) مقارنة بالخططة الاستراتيجية للقطاع الصحي (46%)، والخططة التنفيذية لإصلاح القطاع الصحي (31%). كما يسجل لوزارة توفر جميع البيانات اللازمة لرصد متابعة تنفيذ مؤشرات الأداء.

الجدول رقم (6):

نتائج رصد مؤشرات أداء مختارة للأهداف المحورية للخططة الاستراتيجية لوزارة الصحة (2018-2022) للسنة الأولى ولغاية شهر نيسان من عام 2019

| نتائج رصد مؤشرات الأداء المختارة للسنة الأولى ولغاية شهر نيسان من عام 2019 | | | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------|-------------------------------------|------------------------------|--|
| المجموع | مؤشرات لا تتوفر عنها بيانات | مؤشرات لم تحقق المستهدف | مؤشرات تقدّمت ولكن لم تحقق المستهدف | مؤشرات تقدّمت وحققت المستهدف | المحاور الرئيسية للخططة (32 هدفاً استراتيجياً محورياً) |
| 19 | - | 7 (%37) | 5 (%26) | 7 (%37) | 1. محور الرعاية الصحية الأولية |
| 20 | - | 5 (%25) | 4 (%20) | 11 (%55) | 2. محور الرعاية الصحية الثانوية والثالثية |
| 13 | - | 2 (%15) | 1 (%8) | 10 (%77) | 3. محور الموارد البشرية |
| 9 | - | 5 (%56) | - | 4 (%44) | 4. محور التغطية الصحية الشاملة |
| 11 | - | 1 (%9) | 4 (%36) | 6 (%55) | 5. محور تحسين جودة الخدمات |
| 10 | - | 1 (%10) | - | 9 (%90) | 6. محور البنية التحتية |
| 8 | - | 2 (%25) | - | 6 (%75) | 7. محور إدارة المعرفة |

| نتائج رصد مؤشرات الأداء المختارة للسنة الأولى ولغاية شهر نيسان من عام 2019 | | | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------|------------------------------------|-----------------------------|---|
| المجموع | مؤشرات لا تتوفر عنها بيانات | مؤشرات لم تحقق المستهدف | مؤشرات تقدمت ولكن لم تحقق المستهدف | مؤشرات تقدمت وحققت المستهدف | المحاور الرئيسية للخطة (32 هدفاً استراتيجياً محورياً) |
| 6 | - | 1 (%17) | - | 5 (%83) | 8. محور الإدارة المالية |
| 16 | - | 2 (%13) | 5 (%31) | 9 (%56) | 9. محور الحوكمة وتطبيق اللامركزية |
| 112 | - | 26 (%23) | 19 (%17) | 67 (%60) | المجموع |

المصدر: وحدة متابعة تنفيذ الخطط الاستراتيجية/ وزارة الصحة.

- تحليل لنقاط القوة والضعفات (Strengths and Gaps Analysis) للخطة:

اشتملت هذه الخطة على الكثير من نقاط القوة من حيث الإعداد والمضمون والتنفيذ، مثل:

1. اتساق هذه الخطة وتكاملها مع كل من الاستراتيجية الوطنية للقطاع الصحي في الأردن (2016-2020)، والخطة التنفيذية لإصلاح القطاع الصحي (2018-2022).
2. تشكيل لجنة توجيهية عليا برئاسة الأمين العام لوزارة الصحة تمثل جميع الإدارات في الوزارة، للإشراف على إعداد هذه الخطة باستخدام النهج التشاركي مع ذوي العلاقة من داخل الوزارة ومن خارجها.
3. تم إعداد الخطة ضمن منظور وطني شامل ومتكامل للسياسات الاقتصادية والاجتماعية، والتنمية المجتمعية المستدامة، إذ التقت أهدافها ومبادراتها مع الأهداف الوطنية الخاصة بالأجندة الوطنية، ووثيقة «كلنا الأردن»، ووثيقة «رؤية الأردن 2025»، وأجندة التنمية المستدامة (2030).
4. تضمنت الخطة دراسة وافية للمحددات الاقتصادية والاجتماعية والصحية مدعومة بالبيانات والتحليل الرباعي (SWOT Analysis)، وأهم القضايا والتحديات المرتبطة بعمل وزارة الصحة وبكل محور من محاور الخطة.
5. شمولية هذه الخطة وتغطيتها للمحاور الرئيسية للنظام الصحي المتعارف عليها عالمياً، بالإضافة إلى محاور مهمة أخرى، مثل الحوكمة، وتطبيق اللامركزية، وإدارة المعرفة.

6. تضمنت الخطة تقديراً مالياً لكلف المشاريع والنشاطات/ التدخلات، والجهات المسؤولة عن التمويل والتنفيذ.
 7. ركزت الخطة على أهمية المتابعة والتقييم، وتم إنشاء وحدة متخصصة لهذه الغاية ضمن الهيكل التنظيمي لوزارة الصحة.
 8. تحقيق أعلى نسبة إنجاز كلي (60%) خلال عام 2018، مقارنة بالخطة الاستراتيجية للقطاع الصحي والخطة التنفيذية لإصلاح القطاع الصحي.
- ولكن هناك الكثير من الفجوات والتحديات في بناء هذه الخطة وتنفيذها ومتابعتها يجب الانتباه إليها، وخاصة أن هذه الخطة ما زال أمامها أكثر من ثلاث سنوات. ومن هذه الفجوات والتحديات:
1. تحتوي هذه الخطة على الكثير من تفاصيل وإجراءات العمل الروتينية الخاصة بإدارات الوزارة المختلفة والتي ليست هذه الخطة مكانها، إذ يوجد تداخل واضح بين التخطيط الاستراتيجي (Strategic Planning)، والتخطيط العملي (Operational Planning).
 2. نتيجة لتداخل التخطيط الاستراتيجي مع التخطيط العملي، يصبح من الصعب التركيز على الأهداف والتدخلات ذات الأولوية وذات التأثير العالي (High Impact Interventions).
 3. خلو الاستراتيجية من بطاقة التعريف بالمؤشرات (البطاقة المرجعية للمؤشر).
 4. تدني نسب إنجاز المؤشرات المرتبطة بتقديم الخدمات الصحية المباشرة للمواطنين، مثل الرعاية الصحية الأولية والثانوية والثالثية، والتغطية الصحية الشاملة، وتحسين جودة الخدمات الصحية.

رابعاً: رصد التقدم في تنفيذ التوصيات الخاصة بالصحة في تقرير حالة البلاد لعام 2018

تضمن تقرير حالة البلاد لعام 2018 عدداً من التوصيات لإصلاح القطاع الصحي وتعزيزه والنهوض به ومنع تراجعها. وغطت التوصيات 6 محاور هي: الرعاية الصحية الأولية، والرعاية الصحية الثانوية، والسياحة العلاجية، والتأمين الصحي، والمجلس الطبي، والغذاء والدواء. وفي ما يلي رصد للتقدم الذي تم إحرازه حول محاور هذه التوصيات من خلال رصد التشريعات والخطط الاستراتيجية التي تناولها التقرير:

1. الرعاية الصحية الأولية

- وضع آليات لإنشاء المراكز الصحية وترفيعتها ودمجها.
- وضع برامج للرصد الإلكتروني الوطني للأمراض.
- إدخال مطعوم المكورات الرئوية، والعمل جارٍ على إضافة مطاعيم الكبد (أ) ومطعوم الجدرى المائي.
- العمل جارٍ على تنفيذ دراسة مسحية حول عوامل الأخطار للأمراض غير السارية.
- استحداث خدمات الصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة في المراكز الصحية الفرعية وبحسب ما هو مخطط له.

2. الرعاية الصحية الثانوية

- وضع استراتيجية وطنية للموارد البشرية الصحية.
- تطوير وتنفيذ خطة لتحفيز العاملين في المناطق النائية. وتم إصدار نظام لإعادة ترخيص العاملين في المهن الصحية.
- بناء مستشفيات حكومية جديدة بالشراكة مع القطاع الخاص، وتوسعة 10 مستشفيات، وبناء 6 مراكز صحية بدل المستأجرة، وشراء وتحديث الكثير من الأجهزة الطبية للمستشفيات والمراكز الصحية.
- البدء في تنفيذ خطة شاملة لاستخدام الطاقة الشمسية في المستشفيات والمراكز الصحية الحكومية والعسكرية.

3. السياحة العلاجية

- تم إلغاء الكثير من التأشيرات المقيدة، وتسهيل منح التأشيرات، وإصدار التأشيرات الإلكترونية.
- تقديم مزايا وخصومات على تذاكر السفر للمرضى الوافدين ومرافقيهم.
- إنشاء ممر خاص للمرضى الوافدين في المطار.
- توفير خط ساخن لاستقبال الملاحظات والشكاوى من متلقي الخدمة.
- البدء في إعداد دراسات عن الأسواق المنافسة.

4. التأمين الصحي

ما زالت قضايا التأمين الصحي والتغطية الصحية الشاملة عالقة، ولم يتم احراز تقدم ملموس حولها. وتشمل هذه القضايا: تطبيق التأمين الإلزامي بحسب قانون الضمان الاجتماعي، وتأسيس هيئة حكومية للتأمين الصحي تضم جميع صناديق التأمين الحالية، وتحديد الفئات غير المغطاة ووضع آليات عادلة لشمولها.

5. المجلس الطبي

- تطوير امتحانات المجلس من حيث المحتوى، وبانتظار التنفيذ.
- توسيع مهام المجلس لمراقبة برامج الإقامة وتطويرها وعقد الورش العلمية المتخصصة.
- تم تنفيذ المادة (18) من قانون المجلس الطبي الأردني، بصدور نظام تجديد ترخيص العاملين في المهن الصحية رقم (46) لسنة 2018 ونشره في الجريدة الرسمية بتاريخ 1 نيسان 2018، والبدء في إجراءات تطبيقه على جميع العاملين في المهن الصحية.
- والعمل جارٍ لمأسسة التعليم الطبي المستمر لجميع المهن الصحية المشمولة في نظام تجديد الترخيص.

6. الغذاء والدواء

- تشكيل فرق عمل لدراسة تسجيل الأدوية الأردنية المقدمة للتسجيل.
- تخصيص اجتماعات حصرية لتسجيل الدواء الأردني لجميع اللجان المعنية (كتسجيل الأدوية، والتكافؤ الحيوي)، وتسريع تسجيل الدواء الأردني الذي يكون بديلاً أول أو ثانياً لدواء أجنبي مسجل، إذ بدأ العمل بذلك منذ عام 2015 وما زال مستمراً.
- تم تشكيل لجنة وطنية متخصصة تمثل جميع أطراف القطاع الدوائي، لدراسة أسعار الأدوية وآلية تسعيرها، وتم تخفيض سعر آلاف الأصناف، والعمل مستمر في هذا الموضوع.
- تم تشجيع وتحفيز الصناعات الوطنية لإنتاج الأدوية الواردة ضمن قائمة الأدوية الرشيدة، خاصة الأدوية مرتفعة الثمن. والأدوية الحياتية، وأدوية معالجة السرطان.
- تم تعزيز وإيجاد شراكات مع المؤسسات العالمية البحثية والمنتجة للأدوية البيولوجية بهدف إنتاجها محلياً.

- البدء بشراء الأدوية ضمن عطاءات لأكثر من سنة، وذلك لخفض الكلف.
- وضع خطة وطنية لترشيد استهلاك الأدوية، وخاصة المضادات الحيوية، وتحديث عدد من التشريعات لمواكبة أحدث المستجدات العالمية.

خامساً: التحديات والتوصيات والنظرة المستقبلية

بناء على نتائج رصد التقدم في تنفيذ التشريعات الصحية والخطط الاستراتيجية المبينة في هذه المراجعة، يمكن تحديد أبرز التحديات التي تواجه القطاع الصحي في الأردن، ووضع التوصيات لمواجهة هذه التحديات والنهوض بهذا القطاع الحيوي والمهم واستمرار تقدمه.

أ. التحديات:

1. **تحديات التشريعات الصحية (قانون المسؤولية الطبية، ونظام إعادة ترخيص المهن الصحية، ونظام اعتماد المؤسسات الصحية).**
 - البطء في تنفيذ هذه التشريعات، لضعف البنية الإدارية والمعلوماتية والفنية والتوعوية والمالية لدى جميع القطاعات الصحية (وعلى رأسها وزارة الصحة والمجلس الصحي العالي)، وتداخل المسؤوليات بين القطاعات الصحية.
 - الإرباك الناتج عن إصدار هذه التشريعات المهمة التي تنظم القطاع الصحي أفقياً وعمودياً وتؤثر بشكل مباشر على مصير مؤسساته والعاملين فيها (نظام الاعتمادية، وقانون المسؤولية الطبية، ونظام إعادة ترخيص المهن) بشكل متزامن وخلال فترة زمنية محددة بعد تعثر في إصدارها دام أكثر من عقدين. فالمشروع لم يدرك حجم التغييرات التي تحتاجها هذه التشريعات والتي من الصعوبة تحقيقها في آن واحد ودفعة واحدة، إذ خلت التشريعات من مبدأ التدرج في التطبيق.
 - اعتماد تنفيذ هذه التشريعات بشكل رئيسي على عمل اللجان العابرة للقطاعات الصحية والاختصاصات الطبية والمجالس والنقابات الصحية، يقابل ذلك الضعف الإداري والبشري والفني والمعلوماتي في المؤسسات الصحية الرسمية التي تحتضن هذه اللجان وتنظم عملها وتديره.
 - أحد هذه التشريعات (نظام اعتماد المؤسسات الصحية) وُضع على عجل ودون مشاور وتنسيق مسبق مع القطاعات الصحية المعنية، وقد فرض على المؤسسات عقوبات صارمة كالإغلاق ورتب عليها كلفاً إضافية دون منحها أي حوافز، مما دفع أعضاء النقابات الممثلة في لجنة الاعتماد إلى مقاطعة اجتماعات اللجنة وشل عملها.

2. تحديات الخطط الصحية الاستراتيجية وخطة إصلاح القطاع الصحي
- تدني نسب الإنجاز، وخاصة للخطة الاستراتيجية الوطنية للقطاع الصحي والخطة التنفيذية لإصلاح القطاع الصحي، لأسباب كثيرة أهمها: المبالغة في بناء الأهداف ومؤشرات القياس، وعدم توفر التمويل أو عدم كفايته، والإجراءات والتعليمات البيروقراطية المبالغ فيها، وضعف المتابعة من المسؤولين عن التنفيذ، وصعوبة تحديد المسؤوليات لتشابك المؤشرات مع أكثر من قطاع، وغياب المساءلة.
 - تدني نسب إنجاز المؤشرات المرتبطة بتقديم الخدمات الصحية للمواطنين، مثل الرعاية الصحية الأولية والثانوية والثالثية، والتغطية الصحية الشاملة، وتحسين جودة الخدمات الصحية، وتحسين كفاءة الإنفاق.
 - العديد من مؤشرات الأداء غير مبنية على بيانات مرجعية، وبعضها غير واقعي، وبعضها الآخر متحفظ وغير محفز، والكثير منها متداخل بين المؤسسات الشريكة.
 - خلو الاستراتيجيات من بطاقة التعريف بالمؤشرات (البطاقة المرجعية للمؤشر) تبين الأهداف والمخرجات والتدخلات التي يقيسها المؤشر الذي تعرف به البطاقة، وتبين وحدة القياس ونوعه (كمي أو نوعي)، وكيفية احتسابه إذا كان كمياً، ودورية القياس، ومصدر البيانات، والجهات المسؤولة.
 - افتقار الخطط الاستراتيجية إلى الخطط التنفيذية السنوية التي تبين شكل البرامج والنشاطات التي سيتم العمل عليها خلال كل سنة والجهات المنفذة والممولة.
 - تداخل التخطيط الاستراتيجي مع التخطيط العملي، إذ تشمل الخطط الاستراتيجية الكثير من النشاطات التفصيلية التي تربكها وتفرقها في تفاصيل العمل اليومي للدوائر التنفيذية.
 - ضعف أنظمة المعلومات الصحية المدمجة والمتداخلة (Interlaced Aggregated Health Information Systems) لدعم التخطيط والتقييم واتخاذ القرارات الخاصة بالنظام الصحي.
 - تقوم غالبية تداخلات خطة إصلاح القطاع الصحي على ضخ المزيد من الوقود لاستمرار الوضع الحالي لهذا القطاع دون إحداث تغييرات أساسية وهيكلية تلامس جوهر المشاكل والتحديات الكبرى التي يعاني منها القطاع.
 - تفتقر وحدات متابعة الخطط إلى قاعدة ومنصة بيانات (Data Dashboard) متصلة بشكل مباشر مع الجهات المعنية بتنفيذ الخطط، تستطيع من خلالها تتبع نسب الإنجاز وتحقق المؤشرات ومستهدفاتها.

3. تحديات الرعاية الصحية

رغم الإنجازات المتراكمة للنظام الصحي في الأردن وتقدمه على الكثير من الأنظمة الصحية في المنطقة، إلا أنه يواجه عدداً من القضايا والتحديات التي لا بد من مواجهتها لتمكينه من تلبية الحاجات الصحية المتزايدة للسكان، والحفاظ على الريادة والجودة في تقديم الخدمات الصحية، والحفاظ على سمعة القطاع في المنطقة. ومن هذه التحديات:

أ. الكفاءة الاقتصادية

- ارتفاع مستوى الإنفاق من الجيب (Out of Pocket Expenditures) (64.95%) من إجمالي الإنفاق الكلي على الصحة⁴)، واحتمال تعرض بعض الأسر للعوز أو الفقر نتيجة ذلك.
- ارتفاع نسبة الإنفاق على الدواء (25.87% من إجمالي الإنفاق الكلي على الصحة⁵).
- تشوُّه القطاع الصحي الحكومي، وازدواجية الخدمات المقدّمة، وعدم التنسيق أو التكامل بينها لوجود «رؤوس عدة» لهذا القطاع، تعمل باستقلال مالي وإداري وبرامجي ورقابي، وتتنافس على الموارد الحكومية المحدودة، مما يرهق موازنة الدولة واقتصادها، فلا يمكن الاستمرار دون إعادة تخطيط القطاع.
- تدني أو غياب مشاركة المستفيدين ولو بجزء بسيط من كلفة المعالجة، مما يرفع من معدلات الاستخدام غير الرشيد، ويزيد الكلف الكلية للقطاع الصحي.
- غياب الآليات التي ترشّد الاستهلاك وتقلّل من الهدر والطلب غير المبرر (Supply Induced Demand) الذي يتسبب به مقدمو الخدمات الصحية الخاصة والحكومية لدوافع مختلفة. ومن الأمثلة على هذه الآليات: لجان مراجعة الاستخدام وشهادات التثبُّت من الحاجة (Certificate of Need)، وتطبيق بروتوكولات العلاج المتعارف عليها عالمياً.
- افتقار المستشفيات الحكومية والعسكرية لأنظمة محاسبة الكُلف (Cost Accounting) التي تحدد مراكز الكلف والكلفة الفعلية للخدمات المقدّمة وكلفة كل مريض.

4 وزارة الصحة بالأرقام 2018، وزارة الصحة.

5 المصدر نفسه.

- تغوّل الجانب العلاجي المكلف الذي لا يناسب الدول الفقيرة ومتوسطة الدخل على الرعاية الصحية الأولية، واستنزافه للموارد الصحية المحدودة. فالإنفاق على الرعاية الصحية الأولية متدنٍ ولا يتعدى 25% من مجمل الإنفاق على الصحة، بينما يصل الإنفاق في بعض الدول إلى أكثر من ذلك بكثير، وهذا يعني أن الرعاية الصحية الأولية، وعلى الرغم من الإنجازات الإيجابية الكثيرة، لم تنل الاهتمام الكافي لكي ينعكس ذلك على صحة المواطن بكلفة مقبولة (Cost Effective).
- غياب نظام التحويل الفعال بين المراكز الصحية والمستشفيات. فالمستشفيات الحكومية والعسكرية تكتظ بالمراجعين، والكثير من المراكز الصحية الفرعية والأولية تكاد تكون مهجورة.

ب. التغطية الصحية الشاملة

- حوالي 45% من السكان و32% من الأردنيين غير مؤمنين صحياً.
- تعدد صناديق التأمين الصحي العامة التي تقوم بتمويل الرعاية الصحية لشرائح مختلفة من موظفي القطاع العام المدني والعسكري والمواطنين غير المؤمنين، وتدني مشاركة المستفيدين في هذه الصناديق وتفاوتها، وانعدامها أحياناً.
- عدم تنفيذ الالتزام السياسي بتحقيق التغطية الصحية الشاملة لجميع السكان، وعدم تنفيذ المبادرات المخطّط لها للوصول إلى هذا الهدف الوطني الكبير.

ج. جودة الرعاية الصحية وسلامة المرضى والكفاءة الفنية

- ضعف الآليات لدى المؤسسات الصحية، وخاصة المستشفيات، للرقابة الذاتية على جودة الخدمات المقدمة. فلجان كل من التدقيق الطبي، والأنسجة، والوفيات، والأدوية والعقاقير، وضبط العدوى، والاستخدام الرشيد، والسجلات الطبية، إما غير موجودة، أو أنها موجودة على الورق فقط لغايات الاعتماد وغير مفعّلة.
- ضعف الرقابة على جودة الخدمات الصحية المقدمة في القطاع الصحي عموماً، والقطاع الخاص تحديداً، لعدم توفر أذرة فنية وإدارية ومعلوماتية كافية لدى وزارة الصحة.
- عدم توفر المعلومات والمؤشرات التي يُحكّم على جودة الخدمات الصحية من خلالها (Evidence Based Quality)، وإن وُجدت فإنها تكون غير دقيقة. ومن الأمثلة

على هذه المؤشرات: معدل الوفيات الإجمالي والصافي، ومعدل الأنسجة المستأصلة السليمة، ومعدل عدوى المستشفيات، ومعدل العدوى بعد 24 ساعة من إجراء العمليات، ومعدل حوادث المرضى في المستشفى، ومعدل العمليات القيصرية، ومعدل الأخطاء الطبية في المستشفى، ومعدل الأخطاء الدوائية، ومعدل الوفيات من التخدير، ومعدل السجلات الطبية غير المكتملة، ومعدل وفيات الأمهات في المستشفى، ومعدل حالات إعادة إدخال المريض لإصابته بالحالة المرضية نفسها.

- منح الأطباء الأختصاصيين في القطاع الخاص حق إدخال المرضى لأي مستشفى دون الاقتصار على مستشفى محدد، يُضعف اهتمامهم والتزامهم بقضايا الجودة، ولا يبقي لهم وقتاً للعمل في لجان التدقيق الطبي ولجان الوفيات ولجان الأنسجة وغيرها، إن وجدت هذه اللجان أصلاً. وقد أدى هذا إلى غياب الجسم الطبي المنظم في مستشفيات القطاع الخاص، وبالتالي غياب المساءلة الذاتية للأطباء الممارسين من قبل الهيئات الطبية في هذه المستشفيات. فالأطباء الاختصاصيون يعملون في المستشفيات الخاصة بشكل فردي من دون رقابة وتدقيق منظم وموثق من الهيئات الطبية، وهذا لا يتفق مع الممارسات الطبية العالمية.
- قضايا وتحديات الجودة والنزاهة التي لا تستطيع برامج الاعتمادية بمفردها التصدي لها.

د. النظام التعليمي الصحي

- تشوّه النظام التعليمي الصحي وضخه كوادراً بشرية لا تتناسب وحاجات النظام الصحي الوطني كما ونوعاً.
- يتم تعليم وتدريب طلبة البرامج الطبية والصحية في الجامعات المحلية والأجنبية غالباً بحسب مناهج تركز استمرار وسيادة النموذج الغربي المبني على الرعاية الصحية الثانوية والثالثية المكلفة (Illness Vs. Wellness Model)، وهذا يفسر سعي معظم خريجي كليات الطب للانخراط في برامج التخصص والعزوف عن ممارسة الطب العام وطب الأسرة.

هـ. الإدارة ونظم المعلومات

- ضعف الإدارة الصحية، وغياب تطبيق الأدوات والأساليب الإدارية والمالية والاقتصادية الحديثة، إذ تدار مؤسسات القطاع الصحي المعقد والمكلف بأساليب

تقليدية ومن قبل قيادات غير متخصصة في الإدارة الصحية وبتغطية قانونية تنص عليها التشريعات الصحية النافذة.

- ضعف الرقابة الإدارية على القطاع الصحي الخاص، وعدم وجود آليات للسيطرة على النزعة التجارية أو الحد منها، وعدم وجود آليات لتحفيز هذا القطاع الحيوي والمهم لتحقيق التغطية الصحية الشاملة بنظرة وطنية مسؤولة تلتقي فيها مصلحة هذا القطاع في البقاء والنمو مع المصالح الوطنية (Win-Win Situation).

- ضعف نظام المعلومات الصحي، وغياب أنظمة الربط المعلوماتي، وخاصة في ما يتعلق بمتطلبات النظام الصحي الوطني من المعلومات المجمعّة (Aggregated Health Information Macro Level).

و- الدواء

تتمثل تحديات الدواء في ارتفاع نسبة الإنفاق عليه، وارتفاع أسعاره خاصة في ظل عدم توفر نظام تأمين صحي شامل لكل مواطن، وضبط صرف الأدوية في الصيدليات التجارية وخاصة المضادات الحيوية، وضعف تنفيذ الخطة الوطنية لترشيد استهلاك الأدوية، بالإضافة إلى تحديات الصناعات الدوائية الوطنية، المتمثلة في المنافسة السوقية، ومحدودية موازنات البحث والتطوير.

ز- وزارة الصحة

تقوم وزارة الصحة بالدور المحوري والرئيسي في النظام الصحي، فبالإضافة إلى مسؤوليتها عن تنظيم القطاع الصحي والرقابة عليه، فإنها تقدّم الرعاية الصحية الأولية لجميع السكان، وتقدم الخدمات الصحية بمستوياتها الثلاثة للمشمولين بالتأمين الصحي المدني الذين يشكلون حوالي 40% من السكان، وتعمل كشبكة أمان وملاذ أخير (Safety Net and Last Resort) للمواطنين والمقيمين غير المشمولين بأيّ تغطية صحية.

وتواجه الوزارة صعوبات وتحديات كثيرة تؤثر على قيامها بهذا الدور، من أبرزها:

- تسرّب الكفاءات الطبية المؤهلة والمدربة، وخاصة أطباء الاختصاص، بسبب تدني الأجور وظروف العمل غير الملائمة.

- ارتفاع ضغط العمل على المستشفيات الحكومية، خاصة في محافظات الوسط والشمال، نتيجة لازدياد السكان، والهجرات القسرية من دول الجوار، وارتفاع معدلات الإصابة بالأمراض المزمنة، وضعف ثقة الناس بالمراكز الصحية، وعدم الالتزام بنظام تحويل المرضى.

- ضعف البنية البشرية والإدارية والفنية والمعلوماتية لدى الوزارة لتنظيم القطاع الصحي والرقابة عليه.
- نقص المخصصات المالية اللازمة لتدريب الكوادر الصحية وتمكينها ورفع قدراتها.
- تعدُّد وتشعُّب الواجبات الملقاة على عاتق الوزارة، والضغط المتزايد على مرافقها، وشحّ الموارد ونقص الكفاءات الطبية والإدارية المتخصصة، يجعل الوزارة تعمل دائماً بمفهوم «إدارة الأزمات» (Crisis Management)، مما يحدّ من التطور والتقدم.

ح. المجلس الصحي العالي

يهدف المجلس الصحي العالي إلى رسم السياسة العامة للقطاع الصحي في المملكة، ووضع التشريعات والاستراتيجيات الوطنية اللازمة لتحقيقها، والتنسيق بين القطاعات الصحية لمتابعة تنفيذها، والعمل مع وزارة الصحة كرافعة رئيسية لتنظيم العمل الصحي وتطويره بجميع قطاعاته، بما يضمن حصول جميع السكان على الخدمات الصحية التي يحتاجونها بكفاءة وفعالية.

ويواجه المجلس الكثير من التحديات التي تحدّ من قدرته على القيام بهذه الواجبات، مثل:

- عدم وضوح الرؤيا الحكومية حول استقلالية المجلس ومستقبله.
- ضعف الموارد البشرية والمالية المخصصة للمجلس.
- تكليف المجلس باحتضان وإدارة ومأسسة الكثير من وحدات ومبادرات إصلاح القطاع الصحي المهمة، مثل: الحسابات الصحية الوطنية، والمرصد الوطني للموارد البشرية الصحية، ووحدة إدارة اعتماد المؤسسات الصحية، وإنشاء وإدامة السجل الوطني لأصحاب المهن الصحية التي ليس لها نقابات، وإنشاء وإدارة صندوق التأمين ضد أخطاء المسؤولية الطبية والصحية.. كل ذلك دون أن يكون لدى المجلس الذراع الفنية والإدارية والمالية القادرة على القيام بمتطلبات هذه الوحدات.
- خلوّ قانون المجلس من أيّ صلاحيات تتيح له مساءلة القطاعات الصحية في حال عدم التزامها بالسياسات الصحية والاستراتيجيات الوطنية المعتمدة.

ب. التوصيات

1. التشريعات الصحية (قانون المسؤولية الطبية، ونظام إعادة ترخيص المهن الصحية، ونظام اعتماد المؤسسات الصحية)
 - ضرورة إدخال بعض التعديلات على هذه التشريعات لتصبح أكثر قبولاً وتطبيقاً وفعالية. ومن ذلك:
 1. إلغاء الإلزامية في نظام اعتماد المؤسسات الصحية وما يترتب عليها من عقوبة الإغلاق، وجعل الاعتماد اختيارياً، مع منح حوافز للمؤسسات المعتمدة.
 2. تعديل نظام إعادة ترخيص المهن الصحية، لإدخال مفهوم التدرُّج في تطبيقه، بحيث يطبَّق في المرحلة الأولى على أطباء الصحة والأسنان، ثم على باقي المهن الصحية، والزام المستشفيات بتخصيص موازنة مالية محددة للتعليم والتدريب الطبي والمهني.
 3. تعديل قانون المسؤولية الطبية، بحيث يُلزم المؤسسات الصحية، وخاصة المستشفيات، بوضع آليات محدَّدة لضمان سلامة المرضى والحدّ من الأخطاء الطبية، مثل وجود لجان لكل من التدقيق الطبي، والأنسجة، والوفيات، والأدوية والعقاقير، وضبط العدوى، والاستخدام الرشيد، والسجلات الطبية. بالإضافة إلى إيجاد آلية لتوثيق الأخطاء الطبية والدوائية، وحوادث المرضى، وحالات عدوى المستشفيات وطرق معالجتها والحدّ منها في كل مستشفى.
 4. تعديل قانون المسؤولية الطبية، لإلزام أطباء الاختصاص والمستشفيات الخاصة بحصر ممارسة الطبيب في مستشفى واحد أو اثنين، مع تحديد مجالات الممارسة الطبية الدقيقة لكل طبيب (Admission Privileges) من قبل لجنة طبية متخصصة في كل مستشفى⁶ (Professional Credentialing Committee) أو من قبل اللجنة الفنية العليا المشكَّلة بموجب هذا القانون.

6 Australian Commission on Safety and Quality in Health Care (2015). Credentialing health practitioners and defining their scope of clinical practice: A guide for managers and practitioners. <https://www.safetyandquality.gov.au/sites/default/files/migrated/Credentialing-health-practitioners-and-defining-their-scope-of-clinical-practice-A-guide-for-managers-and-practitioners-December-2015.pdf>

- التعزيز الإداري والفني والمالي والمعلوماتي للجهات الرسمية المسؤولة عن تطبيق هذه التشريعات ومتابعة تنفيذها.

2. التخطيط الصحي

- دعم وحدات التخطيط الصحي ووحدات متابعة ورصد الخطط، بالكفاءات البشرية المدربة.
- وضع مؤشرات قابلة للقياس والتنفيذ، والتأكد من وجود بيانات لرصد تقدم هذه المؤشرات.
- التأكد من وجود مخصصات مالية للتدخلات والمشاريع والبرامج المشمولة بالخطط.
- ضرورة تركيز الخطط الاستراتيجية على القضايا الاستراتيجية فقط، وعدم حشوها بالنشاطات العملية التي تقوم بها الإدارات بشكل روتيني ومنتظم بوجود خطة استراتيجية أو من دونها. وكذلك التأكيد على الفصل بين الخطط الاستراتيجية والخطط العملية.
- ضرورة إيجاد وسائل أكثر وضوحاً ودقة للتنسيق مع الجهات أو الإدارات المسؤولة عن إنجاز المشاريع والتدخلات المشتركة.
- تزويد وحدات التخطيط والمتابعة بقواعد ومنصات بيانات (Data Dashboards) متصلة بشكل مباشر مع الجهات المعنية بتنفيذ الخطط، لتتبع نسب الإنجاز وتحقق المؤشرات ومستهدفاتها، وتزويد وحدات التنفيذ بتغذية راجعة متزامنة (Concurrent Feedback).
- إعادة هيكلة خطة إصلاح القطاع الصحي، بحيث تُجرى تغييرات جوهرية على الوضع الحالي، وترسم خريطة طريق واضحة للقضايا المفصلية التي تواجه القطاع الصحي.

3. الكفاءة الاقتصادية

- إدخال نظام محاسبة الكلف (Cost Accounting) والموازنات المنفصلة لكل مستشفى ومركز صحي، لمعرفة الكلف الفعلية وضبطها وتحديد المسؤوليات.
- إدخال نظام الفوترة الإلكتروني، لتحديد كلفة كل مريض سواء أكان مؤمناً أم غير مؤمن، ولضبط صرف المستلزمات الطبية والأدوية والرقابة عليها ومعرفة المستهلك النهائي لها (End User)، بحيث يتم مراجعة ذلك من الجهات الرقابية لتتوافق مع عمليات الجرد للمواد والمستهلكات، والتي لا تتم حالياً بشكل فعال. وهذا سيؤدي إلى توفير النفقات وتقليل الهدر.

- إيجاد آلية لربط إنشاء المستشفيات والمراكز الصحية وشراء التكنولوجيا الطبية المكلفة، بحاجات المجتمع وأولوياته، والاستفادة من تجارب دول أخرى في هذا المجال.
- إيجاد آلية ملزمة لترشيح الإنفاق في القطاعات الصحية الحكومية، ومنع الازدواجية، وتشجيع التكامل الجغرافي والخدمات بين هذه القطاعات.
- إلزام جميع القطاعات الصحية بالشراء عن طريق دائرة الشراء الموحد.

4. الرعاية الصحية الأولية

تركز الأنظمة الصحية العالمية جميعها على الرعاية الصحية الأولية بصفقتها الأساس في تقديم الرعاية الصحية للمرضى، كونها أكثر فاعلية، بحيث تُقدّم الرعاية الصحية الأولية في المراكز الصحية ولا يتم تحويل المريض إلى المستشفيات إلا عن طريق المركز الصحي الواقع في منطقة إقامة المريض. وهذا يتطلب جاهزية المراكز الصحية بشكل مناسب، بما في ذلك توافر الكوادر الطبية والصحية المؤهلة في هذه المراكز وفي المراكز الصحية الشاملة. وهو ما يستدعي تأهيل أطباء أسرة اختصاصيين حتى يكون المركز الصحي فاعلاً بالشكل المطلوب وحتى تحوز خدماته ثقة المواطنين. ولتحقيق ذلك، لا بد من توفير اختصاصيين اثنين في طب الأسرة في كل مركز على الأقل، ما يعني الحاجة إلى 950 طبيباً على الأقل لتغطية المراكز الصحية الموزعة في أرجاء المملكة (483 مركزاً)، بينما العدد المتوفر حالياً لا يتعدى 140 طبيباً من الاختصاصيين والمقيمين المؤهلين. ولسدّ هذا النقص يجب التركيز على ابتعاث أطباء الأسرة داخلياً وخارجياً.

5. التغطية الصحية الشاملة

- ضرورة وضع خريطة طريق وآليات واضحة وملزمة للوصول إلى التغطية الصحية الشاملة، مثل توحيد أنظمة التأمين الصحي المدني والعسكري، وتفعيل القانون بإلزام مؤسسة الضمان الاجتماعي بتوفير التأمين الصحية لمنتسبيها، وجعل التأمين الصحي إلزامياً للجميع ضمن سلة منافع وطنية - كحد أدنى - على أن تدفع الدولة أقساط التأمين الصحي للفقراء والعاطلين عن العمل وكبار السن، وفصل تقديم الخدمة الصحية عن التمويل، وغيرها من الآليات التي تحتاج إلى بحث مستفيض من أصحاب الاختصاص ونقاش وتوافق وطني.
- توحيد صناديق التأمين الصحي، وفصل التأمين الصحي المدني عن وزارة الصحة، وإيجاد إدارة واحدة أو هيئة وطنية موحدة للتأمين الصحي وأتباعها إلى وزارة

المالية أو وزارة الصناعة والتجارة. إذ إن التأمين الصحي هو مؤسسة مالية مصرفية بامتياز، يجب أن تُدار على أسس اقتصادية ومالية عالية المهنية، ولا يجوز إتباعها إلى مؤسسة أو وزارة خدمية، كما لا يجوز أن يكون المؤمن (Insurer) هو نفسه مقدّم الخدمة (Service Provider). إن عملية الفصل ستؤدي بهيئة التأمين إلى شراء الخدمة من وزارة الصحة كشرائها من باقي المؤسسات الخدمية الأخرى، كالخدمات الطبية الملكية والمستشفيات الجامعية ومستشفيات القطاع الخاص. وهذا يتطلب تقديم فواتير ومطالبات دقيقة من مقدم الخدمة (وزارة الصحة وغيرها)، ومن ثم تتم عملية التدقيق والمتابعة من هيئة التأمين الصحي تماماً كما تفعل شركات إدارة التأمين الصحي العاملة في القطاع الخاص، وهذا سيؤدي إلى تحسين فاعلية تقديم الخدمات الصحية من قبل وزارة الصحة والقطاعات الصحية الأخرى.

- ضرورة تبني نموذج الشراء الاستراتيجي (Strategic Purchasing Model) لدفع كلف المعالجة لمقدمي الخدمات الصحية، بدلاً من النموذج السائد حالياً والمتمثل في الدفع على أساس الفاتورة أو الرسوم مقابل الخدمة (Fee-For-Service) الذي يعدّ سبباً رئيسياً من أسباب ارتفاع كلف الرعاية الصحية ويحدّ من التغطية الصحية الشاملة للسكان. ويقوم نموذج الشراء الاستراتيجي للخدمات الصحية على طرق الدفع المتفق عليها مسبقاً (Prospective Payment Mechanisms) بين ممول الخدمات الصحية (هيئة التأمين) ومقدمي هذه الخدمات، والمبنية على آليات محددة، مثل الدفع بحسب مجموعات الأمراض المرتبطة بالتشخيص (Diagnostic Related Groups)، أو أساس الحالة المرضية (Case-Based)، أو مجموعة محددة من الخدمات (Bundle of Services)، أو الميزانية المالية المحددة مسبقاً (Global Budget)، أو بحسب عدد المستفيدين (Per Capita)، أو أيام الخدمة (Per Patient Days).. ومن شأن هذا النموذج أن يعزز الإنتاجية والجودة والقدرة التنافسية، ويوفر الكثير من المال لاستخدامه في توسيع التغطية الصحية الشاملة.

6. جودة الرعاية الصحية وسلامة المرضى والكفاءة الفنية

- وضع نظام وطني لتحفيز المؤسسات الصحية للحصول على الاعتمادية.

- إلزام المؤسسات الصحية العامة والخاصة بوضع آليات محددة للرقابة الذاتية على جودة الخدمات المقدمة، مثل وجود لجان لكل من التدقيق الطبي، والأنسجة، والوفيات، والأدوية والعقاقير، وضبط العدوى. فضلاً عن إعداد مؤشرات جودة الخدمات المتعارف عليها عالمياً وتقديمها للجهات المعنية.

- إلزام الهيئات الطبية والإدارية في المستشفيات والنقابات الصحية بالقيام بدورها في مراقبة جودة الرعاية الطبية وسلامتها.
- الإسراع في تنفيذ التشريعات الصحية التي وُضعت مؤخراً والهادفة إلى رفع مستوى جودة الخدمات الصحية، ومساءلة الجهات التي لا تقوم بواجبها لتطبيق هذه التشريعات.
- تقديم الدعم الفني والبشري للجهات المسؤولة عن ضبط الجودة في القطاعين العام والخاص.

7. الدواء

- تفعيل سياسات واستراتيجيات ترشيد صرف الدواء واستهلاكه، ومحاسبة الجهات غير الملتزمة بها.
- الاستمرار في الجهود الوطنية التي بذلت مؤخراً لتخفيض أسعار الدواء، ووضع آلية جديدة عادلة وشفافة لتسعير الأدوية تتناقص هوامش الربح فيها مع ارتفاع كلف الدواء.
- تحفيز الصناعات الدوائية المحلية في مجالات البحث والتطوير، وخاصة في ما يتعلق بالأدوية البيولوجية والأدوية ذات القيمة المضافة، ومساعدتها في فتح أسواق جديدة.

8. النظام التعليمي

- إيجاد آلية لربط مدخلات التعليم الأكاديمي الصحي ومخرجاته، بحاجات النظام الصحي كماً ونوعاً.
- مراجعة البرامج الطبية والصحية في الجامعات، لتزويد الطلبة بالمعارف والمهارات الفنية والعملية التي تعزز أولويات النظام الصحي الأردني وحاجاته، وتركز على الرعاية الصحية الأولية كمحور رئيسي لنظام الرعاية الصحية.
- التأكيد على ضرورة تدريب طلبة الكليات الصحية في المستشفيات الطرفية والمراكز الصحية، وعدم اقتصار هذا التدريب على المستشفيات التحويلية.
- توجيه الأطباء للتخصص في طب الأسرة وطب المجتمع، ومنحهم حوافز لا تقل عن الحوافز الممنوحة لباقي التخصصات الطبية.

9. وزارة الصحة

- وضع خطة متكاملة وشاملة لتحفيز الكوادر العاملة في الوزارة وتدريبها.
- دعم البنية البشرية والإدارية والفنية والمعلوماتية لدى الوزارة لرفع كفاءتها، لتنظيم القطاع الصحي والرقابة عليه.
- إيجاد آلية ونظام تحويل فعال وصارم، لجعل طب الأسرة والرعاية الصحية الأولية المدخل الرئيسي لتلقي الخدمات الصحية.
- ضرورة تطبيق اللامركزية في إدارة المستشفيات الحكومية، إذ لا يُعقل أن تستمر إدارة المستشفيات مركزياً من وزارة الصحة. إن تجربة مستشفى الأمير حمزة تجربة ناجحة، ويوصى بتعميمها على المستشفيات الأخرى. واللامركزية لا تعني استقلالية المستشفيات عن وزارة الصحة، وإنما تعني تخصيص موازنة محددة للمستشفى ضمن موازنة وزارة الصحة، مع منح صلاحيات واسعة للمستشفى؛ مثل التعيين والشراء والتعاقد وغيرها من الإجراءات الإدارية، على أن تمارس وزارة الصحة دورها الرقابي الصارم على إدارات المستشفيات ومساءلتها؛ أسوة بما يتم في مستشفى الأمير حمزة والمستشفيات الجامعية.
- النظر في إعادة هيكلة واجبات وزارة الصحة، بحيث يتم التركيز على وظائفها التنظيمية والرقابية ومسؤوليتها في المحافظة على الصحة العامة وتقديم الرعاية الصحية الأولية والثانوية، وعدم التوسع بالرعاية الصحية الثالثية والرابعة، ووضع استراتيجية ثابتة وطويلة الأمد للتعاقد مع القطاعات الصحية الحكومية الأخرى والقطاع الصحي الخاص لشراء الخدمات بموجب اتفاقيات عادلة تضمن مصلحة جميع الأطراف.

10. المجلس الصحي العالي

- ضرورة المحافظة على المجلس الصحي العالي مستقلاً بوصفه الآلية الرئيسية والقانونية المتاحة لربط القطاعات الصحية المختلفة والتنسيق في ما بينها لرسم السياسات العامة للقطاع الصحي ووضع الخطط الاستراتيجية الخاصة به. ورغم التحديات المحيطة بعمله، يمثل المجلس قصة نجاح اقتدت به الكثير من الدول العربية، وكان وما يزال مطلباً للجهات الدولية المانحة للاستمرار في تقديم الدعم الفني والمالي للقطاع الصحي، علماً أن هذا المجلس لا يشكل عبئاً مالياً على الموازنة العامة، إذ تساهم القطاعات الصحية بالجزء الأكبر من موازنته التشغيلية.

- الحاجة ماسة لدعم المجلس الصحي العالي بشرياً وفنياً ومالياً، ليتمكن من القيام بواجباته المنصوص عليها بموجب قانونه، وليتمكن من القيام بالمهام التي أوكلت إليه بموجب التشريعات الصحية الأخيرة والتي ذُكرت بالتفصيل في هذه المراجعة.
- تعديل قانون المجلس الصحي العالي بمنحه بعض الصلاحيات التي تتيح له مساءلة القطاعات الصحية في حال عدم التزامها بالسياسات الصحية والخطط الاستراتيجية الوطنية المتفق عليها.

ج. الرؤية المستقبلية

يعاني النظام الصحي الأردني، رغم إنجازاته الكثيرة وموقعه المتقدم، تحديات ومشاكل كثيرة لا بد من مواجهتها لتجنب تراجعها. ومن أبرزها: ازدياد الطلب على الخدمات الصحية، والاحتفاظ في المرافق الحكومية نتيجة للنمو السكاني والتحول النمطي للأمراض ووجود أعداد كبيرة من اللاجئين وارتفاع نسبة كبار السن، وارتفاع كلف الرعاية الصحية، وارتفاع نسبة الإنفاق الحكومي على الصحة، وارتفاع نسبة الإنفاق على الصحة من جيب المواطن، والازدواجية في برامج التأمين الصحي، والاستخدام غير الفعال للموارد المتاحة، وصعوبة الاحتفاظ بالكوادر البشرية المدربة وهجرتها، وتركيز النظام على الرعاية الصحية الثانوية والثالثية على حساب الرعاية الصحية الأولية، والتأخر في الوصول للتغطية الصحية الشاملة والعادلة للسكان، والتطور غير المنضبط للقطاع الصحي الخاص وضعف أذرع الرقابة عليه وغياب الآليات والروافع الحكومية المحفزة له. هذا بالإضافة إلى تحديات الارتقاء بجودة الخدمات الصحية ورقمنتها، وتطوير الأساليب الإدارية للنظام الصحي.

باختصار، إن القطاع الصحي الحكومي مثقل بالأعباء، مُقلّ بالإمكانيات، تكاد سفينته تغرق. أما القطاع الصحي الخاص فغير منضبط بشكل تام، وغير مُحفّز.

إن النظام الصحي الأردني بحاجة إلى عملية إصلاح (Reform Process) للمحافظة على المكتسبات المتراكمة للنظام، وإبقائه في الموقع المتقدم، وتجنب وضعه في عنق الزجاجة. وعملية الإصلاح هذه يجب أن تكون شاملة وتغطي اللبنة أو المكونات الست للنظام الصحي (The Six Building Blocks)، وهي: الإدارة والحوكمة، والتمويل والتغطية الصحية، والموارد البشرية الصحية، والتكنولوجيا الطبية والدواء، ونظم المعلومات والرقمنة، وتقديم الخدمات الصحية.

وفي ما يلي أهم عناصر خطة الإصلاح المقترحة:

1. في مجال الإدارة والحوكمة:

- العمل على إيجاد مظلة إدارية واحدة ينضوي تحتها جميع مقدمي الخدمات الصحية الثانوية والثالثية الممولة من الحكومة (وزارة الصحة، والخدمات الطبية، والمستشفيات الجامعية)، والاستفادة من تجربة المؤسسة الطبية العلاجية (1987-1991).
- دعم البنية البشرية والإدارية والفنية والمعلوماتية لدى وزارة الصحة لرفع كفاءتها، لتنظيم القطاع الصحي والرقابة عليه.
- المحافظة على المجلس الصحي العالي مستقلاً ودعمه إدارياً وفنياً للقيام بوظيفته المتمثلة في ربط القطاعات الصحية المختلفة والتنسيق في ما بينها، ورسم السياسات العامة للقطاع الصحي ووضع الخطط الاستراتيجية الخاصة به ومتابعة تنفيذها.
- التركيز على الإدارة الصحية، وتبني الأدوات والأساليب الإدارية والمالية والاقتصادية الحديثة، وتوفير قيادات متخصصة في الإدارة الصحية على مستوى الإدارة المركزية وعلى مستوى إدارات المؤسسات الصحية، وتعديل التشريعات الصحية لدعم هذا التوجه.
- التطبيق الفعلي لسياسة اللامركزية لتوسيع مشاركة الإدارات الوسطى والدنيا والطرفية بعملية التخطيط واتخاذ القرارات.

2. في مجال التمويل والتغطية الصحية:

- العمل على إيجاد آلية لفصل التمويل عن تقديم الخدمة الصحية، خاصة في المستشفيات الحكومية. وهذا النظام متبع في كثير من دول العالم، حتى في تلك التي تقدم خدمات صحية وطنية كبريطانيا، ومطبق أيضاً في دول عربية من بينها لبنان.
- إعادة هيكلة التمويل الحكومي لغير المؤمنین صحياً، وجعله أكثر عدالة وانصافاً، بتوجيهه إلى السكان في الأخماس الثلاثة الأولى من فئات الرفاه فقط، للتقليل من الدفع المباشر (Out of Pocket) لهذه الفئات، واستثناء الأغنياء المقتدرين من الدعم وتوجيههم لشراء برامج التأمين الصحي التي تناسبهم.
- مشاركة المستفيدين بجزء من كلف المعالجة، ولو بنسب بسيطة، لترشيد الإنفاق والتقليل من الهدر.
- إدخال نظام محاسبة الكلف (Cost Accounting) والموازنات المنفصلة لكل مستشفى ومركز صحي، لمعرفة الكلف الفعلية وضبطها وتحديد المسؤوليات.

- إدخال نظام الفوترة الإلكتروني، لتحديد كلفة كل مريض سواء أكان مؤمناً أم غير مؤمن، ولضبط صرف المستلزمات الطبية والأدوية والرقابة عليها ومعرفة المستهلك النهائي لها (End User).
- وضع خريطة طريق وآليات واضحة وملزمة للوصول إلى التغطية الصحية الشاملة، مثل توحيد أنظمة التأمين الصحي المدني والعسكري، وإيجاد إدارة واحدة أو هيئة وطنية موحدة للتأمين الصحي، والزام مؤسسة الضمان الاجتماعي بتفعيل المادة الخاصة بالتأمين الصحي، وجعل التأمين الصحي إلزامياً للجميع ضمن سلة منافع وطنية - كحد أدنى - على أن تدفع الدولة أقساط التأمين الصحي للفقراء والعاطلين عن العمل وكبار السن.

3. الموارد البشرية الصحية:

- وضع خطة متكاملة وشاملة لتحفيز الكوادر الصحية العاملة في وزارة الصحة وتدريبها.
- التأكيد على ضرورة تدريب طلبة الكليات الصحية في المستشفيات الطرفية والمراكز الصحية، وعدم اقتصار هذا التدريب على المستشفيات التحويلية.
- توجيه الأطباء للتخصص في طب الأسرة وطب المجتمع، والتركيز على ابتعاث أطباء الأسرة داخلياً وخارجياً لسدّ النقص في هذا التخصص، ومنحهم حوافز لا تقل عن الحوافز الممنوحة لباقي التخصصات الطبية.
- مراجعة البرامج الطبية والصحية في الجامعات، لتزويد الطلبة بالمعارف والمهارات الفنية والعملية التي تعزز أولويات النظام الصحي الأردني وحاجاته، وتركز على الرعاية الصحية الأولية كمحور رئيسي لنظام الرعاية الصحية.

4. التكنولوجيا الطبية والدواء:

- تفعيل سياسات واستراتيجيات ترشيد صرف واستهلاك الدواء، ومحاسبة الجهات غير الملتزمة بها.
- الاستمرار في الجهود الوطنية التي بُدلت مؤخراً لتخفيض أسعار الدواء، ووضع آلية جديدة عادلة وشفافة لتسعير الأدوية تتناقض هوامش الربح فيها مع ارتفاع كلف الدواء.
- تحفيز الصناعات الدوائية المحلية، ومساعدتها في فتح أسواق جديدة.

- إلزام جميع القطاعات الصحية الرسمية بالشراء عن طريق دائرة الشراء الموحد.
- إيجاد آلية لربط إنشاء المستشفيات والمراكز الصحية وشراء التكنولوجيا الطبية المكلفة، بحاجات المجتمع وأولوياته، والاستفادة من تجارب دول أخرى في هذا المجال.

5. نظم المعلومات والرقمنة:

- ضرورة تبني استراتيجية وطنية للصحة الإلكترونية، تهدف إلى إنشاء نظام معلومات وطني فعال، يشمل السجل الطبي للمريض والأنظمة الإدارية المساعدة، ويبني على الإنجازات المتراكمة من تطبيقات برنامج «حكيم»، ويتضمن إنشاء قاعدة بيانات صحية وطنية متكاملة وموحدة تخدم كلاً من المريض والمؤسسة الصحية والمخطط الصحي وصانع القرار، وتسهل تبادل المعلومات بين المؤسسات الصحية.
- تطوير البطاقة الشخصية الإلكترونية لإدخال المعلومات الصحية عن الشخص، بالإضافة إلى إدخال سجله الطبي ومراجعاته الطبية، مما يسهل عملية متابعة الحالة الصحية للشخص أينما ذهب وعند أي طبيب.

6. تقديم الخدمات الصحية:

- إعادة النظر في واجبات وزارة الصحة، بحيث يتم التركيز على وظائفها التنظيمية والرقابية ومسؤوليتها في المحافظة على الصحة العامة وتقديم الرعاية الصحية الأولية والثانوية، وعدم التوسع بالرعاية الصحية الثالثية والرابعة، ووضع استراتيجية ثابتة وطويلة الأمد للتعاقد مع القطاعات الصحية الحكومية الأخرى والقطاع الصحي الخاص لشراء الخدمات بموجب اتفاقيات عادلة تضمن مصلحة جميع الأطراف.
- إعادة هيكلة خدمات الرعاية الصحية الأولية التي تقدمها المراكز الصحية، لضمان تكامل هذه الخدمات ورفع جودتها، وبناء جسور الثقة بين المجتمع والمراكز الصحية. ويشمل ذلك التخلّص من المراكز الصحية الطرفية التي لا حاجة لها، ودمج بعض المراكز. ويجب أن تتم إعادة الهيكلة هذه ضمن برنامج وطني شامل يتم التحضير له بعناية وبمشاركة المجتمعات المحلية.

- إيجاد آلية ونظام تحويلي فعال وصارم لجعل طب الأسرة والرعاية الصحية الأولية المدخل الرئيسي لتلقي الخدمات الصحية، على أن يكون هذا النظام ذا اتجاهين؛ بحيث يعاد تحويل المريض إلى المركز الصحي بعد انتهاء معالجته الرئيسية في المستشفى.
- وضع نظام وطني لتحفيز المؤسسات الصحية للحصول على الاعتمادية.
- إلزام المؤسسات الصحية العامة والخاصة بوضع آليات محددة للرقابة الذاتية على جودة الخدمات المقدمة، مثل وجود لجان فاعلة لكل من التدقيق الطبي، والأنسجة، والوفيات، والأدوية والعقاقير، وضبط العدوى. فضلاً عن إعداد مؤشرات جودة الخدمات المتعارف عليها عالمياً وتقديمها للجهات المعنية.
- الإسراع في تنفيذ التشريعات الصحية التي وُضعت مؤخراً والهادفة إلى رفع مستوى جودة الخدمات الصحية، ومساءلة الجهات التي لا تقوم بواجبها لتطبيق هذه التشريعات.

المراجع

1. وزارة الصحة (2018). الخطة الاستراتيجية لوزارة الصحة (2018-2022).
2. المجلس الصحي العالمي (2016)، الاستراتيجية الوطنية للقطاع الصحي في الأردن (2016-2020).
3. Zarifraftar, M. and Aryankhesal, A. (2016). Challenges of Implementation of Accreditation Standards for Health Care Systems and Organizations: A Systematic Review. Journal of Management Sciences. Vol., 201-191, (3) 2 2016. <https://pdfs.semanticscholar.org/7d08/daa6e83a6600af243cad687e3658e79572e.pdf>
4. University Research Co., LLC (2010). International Health Care Accreditation Models and Country Experiences: Introductory Report on Options for the Republic of South Africa. Health Care Improvement Project/USAID, February 2010. https://www.usaidassist.org/sites/default/files/international_accreditation_models_feb0_10.pdf
5. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care (2015). Credentialing health practitioners and defining their scope of clinical practice: A guide for managers and practitioners. <https://www.safetyandquality.gov.au/sites/default/files/migrated/Credentialing-health-practitioners-and-defining-their-scope-of-clinical-practice-A-guide-for-managers-and-practitioners-December2015-.pdf>

الملاحق

الملحق رقم (1)

قائمة الخطط والسياسات والاستراتيجيات والتشريعات الصحية التي تمّت مراجعتها

| الوثيقة | الجهة المعنية |
|---|---|
| قانون المسؤولية الطبية رقم (25) لسنة 2018 | وزارة الصحة/ المجلس الصحي العالي/ نقابة الأطباء |
| نظام اعتماد المؤسسات الصحية رقم (105) لسنة 2016 | المجلس الصحي العالي |
| نظام إعادة ترخيص العاملين في المهن الصحية رقم (46) لسنة 2018 | وزارة الصحة/ المجلس الطبي الأردني/ المجلس الصحي العالي |
| الاستراتيجية الوطنية للقطاع الصحي في الأردن للأعوام (2016-2020) | المجلس الصحي العالي |
| الخطة الاستراتيجية لوزارة الصحة للأعوام (2018-2022) | وزارة الصحة |
| الخطة التنفيذية لإصلاح القطاع الصحي (2018-2022) | رئاسة الوزراء/ المجلس الصحي العالي/ وزارة الصحة |
| تقرير حالة البلاد لعام 2018 (التوصيات الخاصة بمجال الصحة) | المجلس الاقتصادي والاجتماعي |

الملحق رقم (2)

نموذج مراجعة وتحليل الاستراتيجية/ الخطة

| الأداء | الصعوبات/ أسباب الانحرافات أو عدم التنفيذ | نسبة الإنجاز | قيمة المؤشر | | اسم المؤشر | الهدف المحوري |
|--------|---|-----------------|---------------------|----------------|------------|------------------|
| | | | القيمة المستهدفة | قيمة الأساس | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

الملحق رقم (3):
الأهداف الاستراتيجية الوطنية للصحة في الأردن (2016-2020)

| الأهداف الاستراتيجية الفرعية (المخرجات) | الأهداف الاستراتيجية الرئيسية (النتائج) |
|--|---|
| <p>دور واضح ومفعل للمجلس الصحي العالي.</p> <p>شراكة فاعلة بين جميع القطاعات ذات الصلة.</p> <p>خطط وسياسات وقرارات مبنية على الأدلة والبراهين.</p> <p>أنظمة معلومات متطورة وتطبيقات فعالة لأنظمة الصحة الإلكترونية.</p> <p>تشريعات مُقنّة ومفعّلة تحسّن أداء النظام الصحي.</p> <p>مشاركة ومساءلة مجتمعية وممارسات نزيهة.</p> <p>خدمات رعاية صحية أولية وثانوية متكاملة وذات جودة.</p> <p>الأمراض غير السارية تحت السيطرة.</p> <p>الأمراض السارية المستجدة محددة الانتشار.</p> <p>خدمات رعاية صحية منزلية متاحة للجميع.</p> <p>خدمات صحية طارئة ذات جاهزية عالية.</p> <p>موارد بشرية صحية مؤهلة ومدربة وكافية.</p> <p>تأمين صحي اجتماعي لجميع المواطنين.</p> <p>إنفاق صحي كفو مبنّي على احتواء الكلفة.</p> <p>موارد مالية متوفرة من خلال</p> <p>المساعدات الخارجية، لتغطية اللاجئين والعمالة المهاجرة.</p> <p>سياسة علاجية مُمأسّسة ومتطورة</p> <p>صادرات الدواء الأردنية في نمو مستمر وتحقق تنافسية عالية</p> <p>ريادة طبية ذات مهنية عالية تلبّي احتياجات السوقين المحلية والخارجية.</p> | <p>بيئة سياسات وحوكمة رشيدة ترقى بمستوى أداء النظام الصحي.</p> <p>خدمات صحية متكاملة محورها الفرد وتستجيب للاحتياجات المتزايدة.</p> <p>حماية صحية ومالية واجتماعية لجميع السكان مبنية على أسس عادلة.</p> <p>استثمار في القطاع الصحي يعزز الاقتصاد الوطني ويدعم التنافسية.</p> |

الملحق رقم (4):
المحاور والأهداف الاستراتيجية للخطة التنفيذية
لإصلاح القطاع الصحي (2018-2022)

| الأهداف الاستراتيجية للمحور | محاور الاستراتيجية |
|---|-----------------------------|
| تحسين جودة وسلامة خدمات الرعاية الصحية الأولية، وضمان استمراريته. | محور الرعاية الصحية الأولية |
| تحسين رصد الأمراض السارية ومكافحتها. | |
| الحد من انتشار الأمراض غير السارية. | |
| تعزيز خدمات الصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة وصحة الطفل. | |
| تحسين الإصحاح البيئي والصحة المهنية وسلامة الغذاء. | |
| تعزيز صحة طلبة المدارس والبيئة المدرسية. | محور الموارد البشرية |
| إيجاد سياسات وشراكات لتعزيز إدارة الموارد البشرية في القطاع الصحي. | |
| تخطيط القوى العاملة بناءً على الخدمات الصحية واحتياجات المجتمع. | |
| إدارة الموارد البشرية الصحية من أجل جذب القوى العاملة في المجال الصحي والاحتفاظ بها وتحفيزها. | محور التأمين الصحي |
| تحقيق تأمين صحي شامل لجميع المواطنين. | |
| إدارة كفاءة وفاعلية للموارد المالية، وضبط الإنفاق وتوجيهه. | محور القطاع الدوائي |
| تسجيل الدواء الأردني خلال مدة أقصاها 120 يوماً. | |
| رفع نسبة مساهمة الصناعات الدوائية الأردنية في فاتورة الدواء محلياً. | |
| تطوير البنية التحتية لتصنيع الأدوية البيولوجية وأدوية مشتقات الدم والمطاعيم محلياً. | |
| الرقابة الصيدلانية. | محور السياحة العلاجية |
| زيادة أعداد المرضى الذين يقصدون الأردن للعلاج، وزيادة الدخل الناتج عن السياحة العلاجية. | |

| الأهداف الاستراتيجية للمحور | محاور الاستراتيجية |
|--|--|
| تطوير برامج سلامة المرضى ومأسستها. | محور الاعتمادية وضبط الجودة |
| بناء القدرات ورفع الكفاءات | |
| تحفيز المؤسسات الصحية وتمكينها لبناء نظم الجودة وسلامة المرضى والحصول على الاعتمادية. | |
| دلائل إرشادية وبروتوكولات علاجية معتمدة ومطبقة في القطاعات الصحية في الأردن. | |
| رقمنة القطاع الصحي (وزارة الصحة، الخدمات الطبية الملكية، المستشفيات الجامعية). | محور الصحة الإلكترونية |
| الاتصال ونشر المعرفة. | |
| تبني نماذج الشراكة بين القطاعين العام والخاص في بناء المستشفيات الجديدة وتشغيلها وإدارتها. | محور الشراكة بين القطاعين العام والخاص |
| تبني نماذج الشراكة بين القطاعين العام والخاص في بناء المراكز الصحية الجديدة وتشغيلها وإدارتها. | |
| تبني نماذج الشراكة بين القطاعين العام والخاص في زيادة كفاءة الإدارة المالية في القطاع العام وفعاليتها. | |
| تبني نماذج الشراكة بين القطاعين العام والخاص لتشغيل المنشآت الصحية وإدارتها. | |
| المشاركة في توفير الخدمات الطبية التخصصية والخدمات المساندة غير الطبية. | |
| زيادة كفاءة وفعالية الإدارة المالية في القطاع الصحي العام. | |
| تطبيق اللامركزية في إدارة المؤسسات الصحية. | |

الملحق رقم (5):
المحاور والأهداف الاستراتيجية المحورية للخطة الاستراتيجية
لوزارة الصحة (2018-2022)

| الأهداف الاستراتيجية للمحور | محاور الاستراتيجية |
|--|---|
| تحسين جودة الرعاية الصحية الأولية. | محور الرعاية الصحية الأولية. |
| الحد من انتشار الأمراض السارية والسيطرة عليها. | |
| الحد من انتشار الأمراض غير السارية والسيطرة عليها. | |
| تعزيز خدمات الصحة النفسية والإدمان. | |
| تعزيز خدمات الصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة وصحة الطفل. | |
| الحد من المخاطر الصحية المرتبطة بصحة البيئة. | |
| تعزيز خدمات الصحة المدرسية بجميع مكوناتها. | |
| تعزيز ممارسة السلوكيات الصحية في المجتمع. | |
| تعزيز برامج الصحة المهنية. | |
| تحسين خدمات الإسعاف والطوارئ في المستشفيات. | محور الرعاية الصحية الثانوية والثالثية. |
| تحسين جودة الخدمات السنية. | |
| تحسين جودة الخدمات الصيدلانية. | |
| ضمان استمرارية بيئة آمنة إشعاعياً. | |
| تحسين جودة خدمات الرعاية الصحية الثالثية. | محور الموارد البشرية. |
| تحسين استقطاب الكوادر الفنية المؤهلة للعمل في وزارة الصحة. | |
| بناء قدرات العاملين. | |
| إيجاد سياسات لتحفيز الموارد البشرية. | |
| تحسين الأدوات الفاعلة لإدارة الموارد البشرية وتفعيل استخدامها. | |

| الأهداف الاستراتيجية للمحور | محاور الاستراتيجية |
|--|---------------------------------|
| التوسع التدريجي في نظام التأمين الصحي الذي يشمل جميع المواطنين. | محور التغطية الصحية الشاملة. |
| زيادة كفاءة وفاعلية إدارة التأمين الصحي وحوسبتها. | |
| التوسع في اعتمادية المستشفيات والمراكز الصحية والوحدات المتخصصة. | محور تحسين جودة الخدمات. |
| الاستمرار في تطبيق معايير جائزة الملك عبد الله الثاني لتميز الأداء الحكومي والشفافية، والمشاركة بها. | |
| قياس الأداء في المستشفيات. | |
| تطوير البنية التحتية لمرافق الوزارة. | محور البنية التحتية. |
| تطوير الأجهزة الطبية والنقل الطبي. | |
| استكمال إنشاء البنية التحتية اللازمة لمنظومة معلوماتية ومعرفية متكاملة. | محور إدارة المعرفة. |
| ضبط الإنفاق وترشيده. | محور الإدارة المالية. |
| مأسسة ممارسات الحاكمة في الوزارة. | محور الحوكمة وتطبيق اللامركزية. |
| تطبيق اللامركزية في إدارة المؤسسات. | |
| تعزيز الدور القيادي والتنظيمي والرقابي للوزارة/ المهن والمؤسسات الصحية. | |
| تعزيز الدور القيادي والتنظيمي والرقابي للوزارة/ الأزمات والكوارث المحتملة. | |
| تعزيز الدور القيادي والتنظيمي والرقابي للوزارة/ السياحة العلاجية. | |