



المجلس الاقتصادي والاجتماعي الأردني
Economic & Social Council of Jordan



المجلس الاقتصادي والاجتماعي الأردني

تقرير حالة البلاد 2020

محور التنمية المجتمعية 1

الصحة



التمهيد

يصدر هذا التقرير في ظل مرور القطاع الصحي في الأردن بأزمة كبيرة نتيجة الضغط الهائل عليه جراء جائحة كورونا؛ ولقد كثر الحديث مؤخراً عن إمكانية انهيار النظام الصحي في الأردن بعد ارتفاع أعداد الإصابات، وتسجيل آلاف الحالات يوميا والخوف من استمرار هذا الارتفاع وعدم قدرة النظام الصحي على استيعاب هذه الأعداد، ومما لا شك فيه أن هذه المخاوف كان لها ما يبررها خاصة في ضوء عدم دقة المعلومات التي كانت متوفرة حول الطاقة الاستيعابية للمستشفيات في المملكة، والمخصص منها لمرضى كوفيد-19 إضافة إلى عدم وجود خطة موثقة توضح الاستعدادات التي تم اتخاذها لمواجهة الانتشار الوبائي بمختلف السيناريوهات المحتملة. وقد تحسنت مؤخراً مع (صدور هذا التقرير) القدرة الاستيعابية للمستشفيات القادرة على التعامل مع الزيادة التي شهدناها مؤخراً في أعداد الإصابات والوفيات.

لقد مرّ سنة تقريبا على بدء الجائحة وعلى تسجيل أول حالة في الأردن؛ وكانت مدّة كافية لاستعداد أفضل ورفع الطاقة الاستيعابية للمستشفيات؛ خاصة وأن الأردن يقبع في الموقع 123 على قائمة دول العالم فيما يخص عدد أسرة المستشفيات وبواقع 1.5 سرير لكل 1000 مواطن، وهذا رقم متواضع بكل المقاييس، وهناك حاجة لرفع هذا الرقم إلى 2 كحد أدنى مما يترتب عليه توفير أربعة آلاف سرير إضافية لرفع الطاقة الاستيعابية للمستشفيات إلى مستوى مقبول.

لا يمكن التوسع بدون ضوابط في تخصيص أسرة لمرضى كوفيد-19؛ فهناك مرضى آخرون يعانون من أمراض أخرى بحاجة إلى دخول المستشفيات والعناية المركزة، ومن هنا برزت الحاجة إلى تجهيز المستشفيات الميدانية و مشاركة مستشفيات القطاع الخاص والجامعات للمشاركة في تحمل بعض العبء الذي يفرضه الواجب الوطني عليها، وقد قامت وزارة الصحة -فعلا- بتبني آلية للتعاقد مع مستشفيات القطاع الخاص.

إنّ الوضع الوبائي الحالي يتطلب المباشرة ودون تأجيل في تأهيل جميع مستشفيات الوزارة في المحافظات وتدريب الكوادر الصحية وتأهيلها للتعامل مع حالات الكوفيد-19؛ وخصوصا فنيي العناية المركزة والتنفس الاصطناعي، وتزويدها بكل ما تحتاجه من كوادر ومعدات استعدادا للسيناريو الأسوأ لا سمح الله.

ولعل تسجيل المملكة أول إصابتين بالسلالة الجديدة من فيروس كورونا المتحور لدى زوجين قداما من بريطانيا في 19 كانون الأول لعام 2020، قد أدخلنا إلى مرحلة جديدة، والذي بدأ جليا في الربع الأول من العام 2021، حيث الزيادة المتسارعة في عدد الإصابات،

وزيادة عدد الوفيات تبعاً لذلك، في الفئات العمرية المختلفة وخاصة الفترة العمرية التي تزيد على 30 عاماً، ما أرهق القطاع الصحي ممثلاً بكوادره الطبية والمادية، وزاد أعباءه، واختلت المنظومة الصحية، وتكلفت ذلك بالحادثة الأليمة لمستشفى السلط الحكومي الناتجة عن إهمال إدارة المستشفى وموظفيه، وغياب التنسيق والمتابعة والمساءلة بين الوزارة ومديرياتها والمستشفيات التابعة لها، والتي وقعت جراء انتهاء مخزون الأكسجين، ما أدى إلى وفاة 6 من المرضى، نتج عنه استياء بالغ واحتجاجات مطالبة بتصويب الأوضاع وتوضيح أسباب التقصير ومحاسبة المقصرين. وأعلن وزير الصحة نذير عبيدات في الساعات الأولى للحادثة مسؤوليته عنها، واستقال من منصبه على إثرها، وأحيل عدد من الموظفين والمسؤولين في وزارة الصحة إلى القضاء.

وفي ظل جائحة مربية تعصف بالعالم أجمع، يرى المجلس الاقتصادي والاجتماعي بأنه من الضروري أن تقوم الحكومة بإعادة النظر ببعض قراراتها التي اتخذت في عهد حكومة سابقة، والتي تتضمن إنهاء خدمات الأطباء الذين وصلوا إلى الستين عاماً من العمر، فوجودهم ضرورة واختصاصاتهم مطلوبة؛ خاصة أن خبرات الأطباء تزدهر وتزيد يوماً بعد يوم ولا تشيخ، علماً أن عمر الستين هو عطاء وتحصيل خبرات للأطباء. كورونا حرب خفية غير مرئية، وحاجتنا لكل طبيب أو ممرض حتى من الذين تقاعدوا ضرورة لا بد منها، وقس على ذلك بعض الحروب البشرية التي يُعاد من أنها الخدمة ليادين القتال إن تطلبت ظروف الحرب ذلك.

علماً أن التوصية أعلاه المقدمة من المجلس الاقتصادي والاجتماعي ليست وليدة اللحظة، فلقد قدمها من ضمن عدة توصيات في تقرير حالة البلاد الأول لعام 2018، والتي تضمنت إعادة النظر في إدارة الموارد البشرية؛ من حيث استقطاب الكوادر الصحية، والاحتفاظ بالكوادر المؤهلة، وتعديل نظام الخدمة المدنية لفئة الأطباء.

وستجدون في نهاية هذا التقرير ملحقاً يتعلق بتسلسل أحداث جائحة كورونا لغاية الحادي والثلاثين من كانون الأول لعام 2020.



7.....	الملخص التنفيذي
9.....	أولاً: المقدمة
10.....	ثانياً: جائحة فيروس كورونا المستجد في الأردن
20.....	ثالثاً: الآثار المترتبة لجائحة كورونا على القطاع الصحي وكيفية التعامل معها
23.....	رابعاً: أهم أولويات القطاع الصحي بعد انتهاء الجائحة
24.....	خامساً: سبل معالجة آثار الجائحة والحد منها بعد الأزمة
25.....	سادساً: آليات التعامل المقترحة للقطاع الصحي بعد الجائحة
	سابعاً: سبل التطوير والفرص المتاحة أو العقبات
25.....	التي تواجه القطاع الصحي بعد الجائحة
	ثامناً: تحليل عام حول القدرات المالية والإمكانات المتاحة
27.....	للقطاع الصحي بعد الجائحة
	تاسعاً: مراجعة إستراتيجيات القطاع الصحي/
29.....	وزارة الصحة قبل الجائحة، ومتابعة إمكانية تنفيذها في ظل الجائحة
	عاشراً: تحليل موازنات الجهات ووزارة الصحة ودراسة
34.....	مدى ربطها بالإستراتيجيات ومراجعة أي تغيير سيطرأ عليها
	الحادي عشر: متابعة توصيات تقريرتي حالة البلاد
38.....	لعامتي 2018 و2019 ومدى إمكانية تطبيقها
46.....	الثاني عشر: توصيات تنفيذية لمعالجة آثار الجائحة والنهوض بالقطاع الصحي
49.....	المراجع



الملخص التنفيذي

أعدت هذه المراجعة في ظرف استثنائي يمر به العالم خلقتة جائحة فيروس كورونا المستجد، والتي تزامنت مع أوضاع اقتصادية صعبة على المستويين الإقليمي والمحلي. وحاولت المراجعة في ظل شح البيانات والتقارير، خاصة المالية منها، بسبب عدم وجود نظام معلومات صحي وطني، تحديد أثر جائحة كورونا على النظام الصحي في الأردن وسبل معالجتها، وتحديد أولويات القطاع الصحي بعد الجائحة واستدامة النظام الصحي أثناء الجائحة وبعدها، وضمان تطوير القدرات للتعامل مع حالات مماثلة مستقبلاً.

وتبين من خلال المراجعة وجود تفاوت في عملية التخطيط الاستراتيجي في المؤسسات الصحية في القطاع العام، إذ لوحظ غياب الإطار العام للتخطيط الاستراتيجي في هذه المؤسسات علماً أنها تعمل بشكل تكاملي ومنها ما يعمل تحت مظلة وزير الصحة (وزارة الصحة، المجلس الصحي العالي)، إلا أن جائحة كورونا بيّنت توفر الفرصة للعمل المشترك والمنسق بين مكونات النظام الصحي.

وبرصد نتائج أهم الخطط الاستراتيجية في القطاع الصحي؛ وهي الاستراتيجية الوطنية للقطاع الصحي في الأردن (2016-2020)، واستراتيجية وزارة الصحة (2018-2022)، والخطة التنفيذية لإصلاح القطاع الصحي في الأردن (2018-2022) تبين أن نسب الإنجاز لهذه الخطط بشكل عام كانت متوسطة، باستثناء الخطة التنفيذية لإصلاح القطاع الصحي التي ما زالت نسبة الإنجاز فيها متدنية جداً. ولوحظ أيضاً غياب المتابعة والتقييم الدوري لبعض الاستراتيجيات كالاستراتيجية الصحية الوطنية، وكذلك عدم وجود تقارير متابعة عن خطة إصلاح القطاع الصحي.

وتشتمل المراجعة على فصل خاص بخطة أولويات الحكومة (2019-2020) إذ بلغت نسب الإنجاز لألوية "تحسين مستوى الرعاية الصحية" التي تضمنت واحداً وعشرين مشروعاً، 100% للعديد من المشاريع، بينما تعرّض عدد قليل منها وبقي من دون إنجاز. كما تتضمن المراجعة فصلاً خاصاً بمتابعة تنفيذ التوصيات الواردة في تقرير حالة البلاد لعامي 2018 و2019، إذ تم تنفيذ الكثير من التوصيات المتعلقة بالصحة في هذين التقريرين.

وعلى ضوء تحليل واقع القطاع الصحي ومراجعة توصيات تقرير حالة البلاد السابقين والآثار الناجمة عن أزمة جائحة كورونا، فقد أُدرج عدد من التوصيات في هذه المراجعة بعد تصنيفها بحسب منهجية اللبنة الست للنظام الصحي (6 Building Blocks)، التي تتضمن: تقديم الخدمة الصحية، القوى العاملة الصحية، نظم المعلومات الصحية،

المنتجات الدوائية واللقاحات والتقنيات، التمويل، القيادة والحوكمة. وذلك كي تخدم التوصيات النظام الصحي في الأردن استناداً إلى أسس علمية واضحة ومعتمدة من منظمة الصحة العالمية والجهات الدولية.

واعتمدت لغايات المراجعة الوثائق والتقارير والإستراتيجيات والخطط سارية المفعول أو التي انتهت مدة العمل بها في نهاية عام 2019، واستثنيت الخطط الإستراتيجية للخدمات الطبية الملكية والمستشفيات الجامعية لعدم خضوعها لموافقة مجلس الوزراء أو وزارة الصحة قبل إصدارها، إلا أنها شملت في المراجعة من خلال رصد إنجازاتها ضمن مراجعة الإستراتيجيات والخطط الصحية الوطنية التي تغطي جميع القطاعات الصحية.

أولاً: المقدمة

يعدّ النظام الصحي الأردني من الأنظمة متعددة القطاعات؛ إذ يتكون من القطاع العام (وزارة الصحة، الخدمات الطبية الملكية، المستشفيات الجامعية، المؤسسات المستقلة)، والقطاع الخاص (المستشفيات الخاصة، العيادات والمراكز التشخيصية والعلاجية الخاصة)، والقطاع الخيري والدولي (المستشفيات والمراكز التابعة للجمعيات الخيرية المحلية والدولية، والمنظمات الدولية؛ كوكالة غوث وتشغيل اللاجئين والمفوضية السامية لشؤون اللاجئين).

إن تعددية مكونات النظام الصحي، وضعف التنسيق في ما بينها، وعدم وضوح الأدوار لهذه القطاعات، عوامل أدت إلى تشظي القطاع الصحي العام وغياب التكاملية في تقديم الخدمات الصحية، مما انعكس سلباً على الأداء وأدى إلى ارتفاع الإنفاق الصحي الذي تجاوز حاجز 2.5 مليار دينار في عام 2017، أي ما نسبته 8.9% من الناتج المحلي الإجمالي، وهذا الإنفاق يعدّ مرتفعاً، إذ يقارب إنفاق دول منظمة التعاون الاقتصادي والاجتماعي (OECD) في ظل تفاوت كبير في مستويات تقديم الخدمة بين القطاعات الصحية المختلفة، مما يستدعي مراجعة النظام الصحي وإعادة هيكلته، وتوفير مظلة توحد عمله وتنظمه.

وعلى صعيد الحماية المالية والاجتماعية، أظهرت المؤشرات الأخيرة الصادرة عن دائرة الإحصاءات العامة أن نسبة التغطية بالتأمين الصحي بين السكان بلغت 66.9%، وبين الأردنيين 71.8%² موزعين على فئات التأمين المختلفة (وقد تكون تجاوزت هذه النسب بعد أن تم مؤخراً شمول فئات جديدة بالتأمين ضمن البرنامج التكميلي الذي يعتمد عليه صندوق المعونة الوطنية). أما نسبة الإنفاق من جيوب المواطنين، فقد وصلت إلى حدود 30%³ من إجمالي الإنفاق على الصحة بالرغم من الإجراءات التي اتخذتها الحكومة لتوفير الحماية المالية والاجتماعية، والتي من أهمها توفير خدمات الرعاية الصحية المدعومة بنسبة 70%-80% في مستشفيات ومراكز وزارة الصحة، والتوسع المستمر في التغطية بالتأمين الصحي (تأمين الأطفال دون 6 سنوات، وتأمين كبار السن فوق 60 سنة، وتأمين الفئات الفقيرة)، وتكفل الدولة بنفقات معالجة الأمراض المزمنة والمكلفة مثل السرطان وغسيل الكلى وأمراض الدم المزمنة، وإنشاء وحدة في الديوان الملكي لإعفاء المواطنين غير المؤمنين من تكاليف المعالجة.

1 المجلس الصحي العالي، تقرير الحسابات الصحية الوطنية (2016-2017).

2 دائرة الإحصاءات العامة، مسح دخل ونفقات الأسرة (2017-2018).

3 المجلس الصحي العالي، تقرير الحسابات الصحية الوطنية (2016-2017).

وبالإضافة إلى ارتفاع الإنفاق الصحي العام، يواجه النظام الصحي في الأردن تحديات أخرى من بينها: زيادة الطلب على الخدمات الصحية نتيجة النمو السكاني الطبيعي والقسري، والتحول النمطي للأمراض الذي أصبح يشكل عبئاً ثنائياً للأمراض غير السارية (المزمنة) والأمراض المعدية، والازدواجية في تقديم الخدمات الصحية نظراً لتعدد مكونات القطاع الصحي العام، وتسرب الكفاءات الفنية المؤهلة من مؤسسات القطاع الصحي العام، وخاصة وزارة الصحة (الهجرة الداخلية والخارجية للأدمغة)، واللجوء السوري الذي يشكل عبئاً إضافياً منذ عقد من الزمن.

ثانياً: جائحة فيروس كورونا المستجد في الأردن

– بداية الجائحة والإجراءات المتخذة لمكافحة الوباء

تعدّ جائحة فيروس كورونا المستجد إحدى أكبر الأزمات التي واجهتها البشرية في الأعوام المئة الأخيرة، إذ ظهر الفيروس للمرة الأولى في الصين في أواخر عام 2019، وانتشر خلال زمن قصير لم يتجاوز الشهر في أرجاء العالم، وسُجّلت أول حالة إصابة مؤكدة بالفيروس في الأردن مواطن قادم من الخارج في 2 آذار 2020، وبعد أسبوعين بلغ عدد الحالات المؤكدة المصابة بالمرض 40 حالة، وكانت جميعها لأشخاص قادمين من دول موبوءة أو من مخالطين لهؤلاء الأشخاص.

واتخذت الحكومة العديد من التدابير الاحترازية والوقائية في أواخر شباط شهر 2020، من بينها:

- منع دخول الحالات المصابة إلى المملكة وذلك من خلال تشديد الرقابة من قبل الجهات المختصة ووضع إجراءات وقائية عند جميع المعابر والمنافذ الحدودية، وتركيب أجهزة المسح الحراري في المطارات، ومنع دخول المسافرين القادمين من الصين وكوريا الجنوبية وإيران إلى المملكة في ظل تزايد عدد حالات الإصابة في هذه الدول، وصدور تعليمات الحجر الصحي لمدة 14 يوماً للحالات المشتبه بها في فنادق سياحية استأجرتها الحكومة لهذا الغرض في كل من عمان والعقبة والبحر الميت.

- تقليل الاختلاط بين المواطنين وضبطه، إذ تم البدء بتطبيق قانون الدفاع الوطني رقم (13) لسنة 1992 في المملكة اعتباراً من 18 آذار 2020، والذي صدرت بموجبه مجموعة من أوامر الدفاع لغايات مختلفة، من بينها فرض قيود على حركة المواطنين، والحظر الشامل للتجوال، وتغليظ العقوبات على المخالفين. وأُعلن عن تنظيم التعليم المدرسي والجامعي والتدريب المهني عن بعد، وأُقرت عقوبات بالحبس والغرامة لكل من

يخفي الإصابة بالمرض عن السلطات المختصة أو يعرقل عمل فرق الاستقصاء الوبائي ولا يلتزم بالتعليمات. وبموجب قانون الدفاع عطلت المؤسسات والدوائر الحكومية ومؤسسات القطاع الخاص باستثناء القطاعات الحيوية ومرافق القطاع الصحي، ومُنِعَ المواطنون من مغادرة المنازل إلا في حالات الضرورة القصوى، ومُنعت التجمعات لأكثر من 10 أشخاص، ومُنِعَ التنقل بين المحافظات، وعُلقت العمليات الجراحية والمراجعات الطبية إلا للحالات الطارئة، كما مُنعت زيارة المرضى، وعُلّق عمل وسائل النقل العام والمواصلات، وأغلقت الأسواق الكبيرة (المولات) والمراكز التجارية وسُمح بفتح مراكز التموين والصيدليات والمخابز ومحطات الوقود، وأقيمت معسكرات حجر صحي للقادمين من المعابر الحدودية البرية.

وبذلك، يكون الأردن قد طبّق إستراتيجية "استباقية" في مكافحة الوباء، تمثلت بالعزل الذاتي عن بقية دول العالم، وإغلاق جميع المنافذ الحدودية البرية والبحرية والجوية في وقت مبكر، وتكثيف الرقابة الصحية على تلك المنافذ.

- ولغايات توفير المستلزمات والاحتياجات الوقائية، منعت الحكومة تصدير الكمادات الطبية أو بيعها للجهات الخارجية لمدة شهرين اعتباراً من 20 شباط 2020 بهدف الإبقاء على مخزون إستراتيجي آمن، وأعفت الكمادات ومعقمات الأيدي من ضريبة المبيعات البالغة 16% وذلك لخفض أسعارها كي تكون بمتناول الجميع، وشجعت إنتاج الكمادات عبر تسريع ترخيص مصنعين إضافيين، وجهزت مستشفى ميدانياً بالتنسيق مع الخدمات الطبية الملكية، وخصصت مستشفى الأمير حمزة للحالات المصابة بالفيروس.

- شكّلت الحكومة خلية أزمة تعمل على مدار الساعة لمتابعة التطورات المتعلقة بانتشار الفيروس، وأطلقت موقعا إلكترونياً توعوياً عن الفيروس وذلك ضمن توجهاتها للحد من انتشاره، كما أطلق مشروع "همة وطن" لتوحيد الجهود الوطنية والمؤسسية لمكافحة الوباء.

- تنبّهت الوزارة مبكراً إلى دور التوعية والإعلام الصحي في جائحة كورونا، بدءاً من توفير الخط الساخن للرد على اتصالات المواطنين (على مدار 24 ساعة)، وتقديم التصريحات الرسمية وعقد اللقاءات الإعلامية، وما رافقها من إعلان دلائل إرشادية للحماية والوقاية ونشر المعلومات الصحيحة والرد على الشائعات بالوسائل الرسمية ووسائل التواصل الاجتماعي كافة، إضافة إلى التشبيك والتنسيق مع العديد من المؤسسات الرسمية (وزارة التربية والتعليم، ووزارة التعليم العالي والبحث العلمي، ووزارة الأوقاف والمقدسات والشؤون الإسلامية) وغير الرسمية من لجان المجتمع المحلي التابعة لوزارة الصحة.

وفي 6 حزيران 2020 أعلنت الحكومة انخفاض مستوى خطورة انتشار الجائحة إلى مستوى "معتدل الخطورة" وذلك بعد الانخفاض الكبير في عدد حالات الإصابة المحلية خلال 14 يوماً إلى أقل من 10 حالات يومياً وتراجع نسبة الحالات المكتشفة إلى عدد الفحوص وصولاً إلى أقل من 5%، مما أدى إلى فتح غالبية القطاعات الاقتصادية والخدمات، وتخفيف ساعات الحظر لتصبح الحركة من الساعة السادسة صباحاً وحتى الثانية عشرة ليلاً يومياً للمواطنين، مع السماح بعمل المنشآت من الساعة السادسة صباحاً وحتى الحادية عشرة ليلاً.

واتسمت إدارة أزمة كورونا في بداية الجائحة بالنجاح على مختلف الأصعدة وبشهادة العديد من المنظمات الدولية وذلك بالرغم من الأخطاء التي شابتها، إذ تبني الأردن النهج الاستباقي في التعامل مع الجائحة، وكان للمركز الوطني للأمن وإدارة الأزمات دور كبير في قيادة الأزمة وتوحيد جهود جميع القطاعات الصحية والاقتصادية والتعليمية والأمنية تحت مظلة واحدة للسيطرة على جميع القطاعات والتنسيق المباشر مع المعنيين في الوزارات والمؤسسات ومع العاملين في الميدان، وانتهجت إدارة الأزمة سياسة اتخاذ القرار الحكومي بناء على توصيات اللجنة الوطنية للأوبئة. كما أظهر المواطن وعياً في التعامل مع الأزمة، يعكسه التفهم والدعم الشعبي لقرارات حظر التجوال الشامل والجزئي الذي طُبّق حوالي عشر مرات لفترات مختلفة منذ بدء الجائحة.

وقد حالت عوامل عدة دون انهيار النظام الصحي في بداية الجائحة، من أبرزها سرعة رصد الحالات المصابة والمخالطين لهم، وحصر بؤر العدوى وعزلها للحيلولة دون انتشار الفيروس مما ساهم في تسطيح المنحنى لأطول فترة ممكنة، وحظر التجوال الشامل والجزئي الذي مكّن فرق الاستقصاء الوبائي من الوصول إلى الحالات المصابة بأسرع وقت ممكن وأتاح لوزارة الصحة إجراء مسوحات عشوائية للتأكد من حجم الانتشار المجتمعي للفيروس.

ومكّنت تلك الإجراءات الأردنّ من تبوء المرتبة الأولى من بين 13 دولة في العالم كانت استجابتها هي الأكثر شدة وصرامة في تطبيق الإجراءات الوقائية خلال الجائحة، إذ كان الأردن البلد الأول في العالم الذي يحصل على درجة كاملة في مؤشر الصرامة، وحافظ عليه 34 يوماً في ما يُعدّ سادس أطول فترة حظر في العالم⁴

- مرحلة بدء الانتشار المجتمعي للفيروس:

وبالرغم من النجاح في مواجهة الموجة الأولى من الجائحة وتسطیح المنحنى الوبائي وتصفير حالات الإصابة في معظم أيام شهر تموز 2020، إلا أن المملكة شهدت في الأسابيع الأولى من شهر أيلول انتكاسة في الحالة الوبائية، تمثلت في زيادة عدد الحالات المصابة، إذ بدأت مرحلة الانتشار المجتمعي للوباء، وأصبحت مصادر العدوى غير معروفة، وانتقلت العدوى بوتيرة متسارعة بين المواطنين، ليتجاوز عدد الحالات المصابة في شهر أيلول حاجز 1000 في بعض الأيام.

وفي ظل هذا التحول، أصبح من اللازم تغيير إستراتيجية التعامل مع الأزمة، فبدأت وزارة الصحة في 25 أيلول في تنفيذ استراتيجيات جديدة منها:

- تطبيق تعليمات العزل المنزلي للمرضى المؤكدين إصابتهم بالفيروس، والخطوات الواجب اتخاذها قبل عزل المريض منزلياً، ومنها تقييمه طبياً لمعرفة إمكانية تلقيه الرعاية في المنزل، والتأكد أن بيئة المنزل مناسبة للعزل، ومتابعة المخالطين له داخل المنزل ومدى توفر وسائل الوقاية الشخصية.

- زيادة عدد الفحوصات المخبرية الإستراتيجية من 250 فحص (PCR) إلى 20 ألف من خلال زيادة عدد المختبرات من 3 إلى 33، منها 23 في القطاع الخاص و10 في القطاع العام؛ وكذلك زيادة عدد أجهزة التنفس الاصطناعي من 1500 إلى 2300 جهاز في مستشفيات القطاعين العام والخاص خصص منها 445 جهازاً لمرضى كورونا، وزيادة عدد أسرة العناية الحثيثة من 320 إلى 540 سريراً في مستشفيات وزارة الصحة. وفي السياق نفسه ازداد عدد فرق الاستقصاء الوبائي من 15 فريقاً في بداية الأزمة إلى 400 فريق (250 في وزارة الصحة، و100 في الخدمات الطبية الملكية، و50 في القطاع الخاص).

- مرحلة تفشي الوباء:

وبعد بدء الموجة الثانية من الجائحة في شهر تشرين الثاني 2020، اتخذت وزارة الصحة مجموعة من الإجراءات لمنع النظام الصحي وحمائته من الانهيار بعد أن أصبح عدد الإصابات بالفيروس يتجاوز أحياناً حاجز 5000 إصابة يومياً، حتى وصل إلى تسجيل نحو 8000 إصابة في يوم واحد. ومن هذه الإجراءات:

- إشراك القطاع الخاص في استقبال المرضى المصابين بالفيروس وذلك من خلال عقد اتفاقيات بذلك مع 28 مستشفى، واستئجار مستشفى خاص لعزل المرضى المصابين بسعة 200 سرير، ليرتفع عدد أسرة العزل للمرضى المصابين بالفيروس في القطاعات الصحية المختلفة حتى تاريخ 23 تشرين الثاني 2020، إلى 3937 سريراً، وعدد أسرة العناية الحثيثة إلى 892 سريراً، وعدد أجهزة التنفس الاصطناعي إلى 845 جهازاً.

- استعداداً للتعامل مع الزيادة المحتملة لعدد الإصابات بالفيروس، وبالنظر إلى ازدياد الحاجة للعزل المؤسسي والعناية الحثيثة، أنشأت وزارة الصحة والخدمات الطبية الملكية في أقاليم المملكة الثلاثة خمس مستشفيات ميدانية (مستشفى الأمير حمزة، مستشفى الملك عبد الله المؤسس، مستشفى معان الحكومي، مستشفى العقبة، ومستشفى الأمير هاشم بن الحسين في الزرقاء، ومستشفى الأمير راشد بن الحسن في إيدون / إربد، ومستشفى الجويدة في شرق عمان) بسعة إجمالية تبلغ 1579 سريراً للعزل، و374 سريراً للعناية الحثيثة. ومن المخطط لهذه المستشفيات بعد انتهاء الجائحة أن تساهم في توسعة البنية التحتية وزيادة عدد الأسرة في المستشفيات لعلاج الحالات المرضية ومرضى الأمراض المزمنة وبخاصة القلبية منها في المحافظات كافة.

- ربطت الوزارة أقسام العزل في المستشفيات التي تستقبل حالات كورونا إلكترونياً من خلال لوحة إلكترونية (Dashboard) بمركز الوزارة، وذلك لتتبع نسبة الإشغال في هذه المستشفيات وتوزيع المرضى في ما بينها بشكل مناسب. وحتى تاريخ 21 تشرين الثاني بلغت نسبة إشغال أسرة مرضى كورونا 43%، ونسبة إشغال أسرة العناية الحثيثة 47%، ونسبة إشغال أجهزة التنفس الاصطناعي 30%. ويتم وضع الخطط لاستمرارية العمل بهذه الأنظمة الإلكترونية وتطويرها للاستفادة منها واستخدامها كقاعدة بيانات لعدد أسرة المستشفيات بأنواعها ونسبة الإشغال بها، للاستخدام في توزيع الحالات وضمان توفير الخدمات الصحية المطلوبة للجميع وفي أنحاء المملكة كافة.

- زادت الوزارة عدد المختبرات للكشف عن فيروس كورونا إلى 17 مختبراً في جميع محافظات المملكة، وأضافت الخدمات الطبية الملكية 30 جهازاً وزعت على المحافظات كافة، إضافة إلى مختبري المستشفى الجامعيين و23 مختبراً للقطاع الخاص، وبذلك ارتفعت القدرة لإجراء نحو 33 ألف فحص يومياً، و23 ألف فحص في القطاع الخاص. واستحدثت 125 محطة لأخذ العينات للفحص في العديد من المراكز الصحية ومحطات أخرى لهذه الغاية في جميع المحافظات، بالإضافة إلى شراء (كتات) لفحوص جديدة غير تشخيصية (Rapid Ag test) تساعد في تقييم الوضع الوبائي من خلال استعمالها للتحري عن وجود إصابات في أماكن خاصة يسكنها عدد كبير من الناس وفي ظروف متشابهة.

- كما اتخذت الوزارة حزمة من الإجراءات الخاصة بالكوادر البشرية لسد النقص وتخفيف العبء على هذه الكوادر وتحسين قدرات العاملين، ومن بينها إعادة توزيع الكوادر البشرية بأنواعها كافة؛ وتعيين الأطباء والمرضى، إذ تم تعيين حوالي 920 طبيباً و1600 ممرضاً؛ إضافة إلى شراء خدمات بعض التخصصات الأخرى الضرورية في مجالات المعالجة التنفسية والعناية الحثيثة والتخدير والأمراض الباطنية، والعمل

جنباً إلى جنب لبناء قدرات العاملين الجدد والقدامى، وذلك باستخدام وسائل التدريب المختلفة (عن بعد وفي الميدان)، والعمل على تنفيذ برامج تدريبية للأطباء وكوادر التمريض في المحافظات كافة، وتوفير وسائل الوقاية والحماية الشخصية للكوادر الصحية التي تتعامل مع المرضى وتلك التي تقوم بالتقصي الوبائي.

- تراجع الوزارة باستمرار البروتوكولات العلاجية وتعمل على تطويرها وفقاً للمستجدات والمعلومات الموثوقة بالتنسيق مع منظمة الصحة العالمية، كما تقوم بتوفير العلاجات الضرورية وضمان عدم انقطاعها.

- لغايات الاستمرارية في مكافحة الأمراض الوبائية والحالات المماثلة مستقبلاً، أنشئ المركز الوطني لمكافحة الأوبئة، وتم إقرار نظامه وتشكيل الأمانة العامة له وتحديد موقع مؤقت له. وتعدّ هذه الخطوة نقلة نوعية في مكافحة الأوبئة وطنياً وإقليمياً وتحقق الاستدامة.

- نسّقت الوزارة مع الجهات المانحة ومنها منظمة الصحة العالمية التي ساهمت في دعم عدد من المشاريع لمكافحة فيروس كورونا، ومنها على سبيل المثال توفير وسائل الوقاية للكوادر الصحية، واستئجار سيارات لغايات التقصي الوبائي.

الجدول رقم (1):

توزيع أسرة العزل وأسرة العناية الحثيثة وعدد أجهزة التنفس الاصطناعي بحسب القطاعات الصحية

القطاع	عدد أسرة العزل	عدد أسرة العناية الحثيثة	عدد أجهزة التنفس الاصطناعي
وزارة الصحة	1145	240	223
الخدمات الطبية الملكية	827	202	215
المستشفيات الجامعية	235	74	68
القطاع الخاص	1721	376	329
المجموع الكلي	3937	892	845

الجدول رقم (2):
توزيع أسرة المستشفيات الميدانية في المملكة

اسم المستشفى	المحافظة	الطاقة الاستيعابية	عدد أسرة العناية الحثيثة	الحالة
مستشفى الأمير حمزة الميداني	عمان	324	84	تم افتتاحه
مستشفى المؤسس الميداني	إربد / لواء الرمثا	252	48	قيد الإنشاء
مستشفى معان الميداني	معان	202	48	تم افتتاحه
مستشفى العقبة الميداني	العقبة	160	56	قيد الإنشاء
مستشفى الزرقاء الميداني (مستشفى الأمير هاشم بن عبدالله الثاني)	الزرقاء	252	48	تم افتتاحه
مستشفى إيدون الميداني (مستشفى الأمير راشد بن الحسن)	إربد	250	50	قيد الإنشاء
مستشفى الجويذة	عمان	139	40	قيد الإنشاء
المجموع		1579	374	
المجموع الكلي لأسرة العزل والعناية الحثيثة		1953		

- وعلى صعيد آخر، عقدت الوزارة اتفاقيات أولية ومذكرات تفاهم مع شركات عالمية لتوفير مطعم ضد فيروس كورونا عند توفره بشكله النهائي، وبدأت حملة البرنامج الوطني للتطعيم في 13 كانون الثاني 2021 بعد وصول أولى كميات لقاحي "سينوفارم" و"فايزر-بيونتيك" إلى الأردن. وتشير البيانات الأولية إلى أن مطعم "فايزر" يوفر مناعة مدتها ثلاثة أشهر على الأقل، ومدى فعاليته يتجاوز 90%.

كما اتخذت الوزارة الإجراءات اللازمة لنقل وحفظ المطعم مبرداً بحسب اشتراطات الشركة الصانعة، وأعدت خطة متكاملة لتوزيع المطعم مجاناً لتغطية 20% من السكان وبحسب الفئات المستهدفة، وأعطت الأولوية للكوادر الصحية والمصابين بالأمراض المزمنة وكبار السن، وهي خطة مماثلة لنهج معظم دول العالم وتنسجم مع توصيات منظمة الصحة العالمية، كما تعمل الوزارة ومن خلال مؤسسة الغذاء والدواء على دراسة مطعمين آخرين.

- في 16 تشرين الثاني 2020 صدر أمر الدفاع رقم (23) القاضي بتفويض وزير الصحة بوضع اليد على المستشفيات الخاصة كلياً أو جزئياً لغايات تكليف إدارتها والعاملين فيها بالاستمرار في تشغيلها لاستقبال مرضى كورونا المحوّلين من وزارة الصحة فقط، وأثار

الأمر جدلاً واسع النطاق وحمل في طياته رسائل للقطاع الطبي الخاص بأنه جزء لا يتجزأ من المنظومة الصحية الوطنية، ورسائل تطمين للمواطن أيضاً بأن الحكومة تبدي اهتماماً أكبر في معركة محاربة الفيروس، وتضع نصب عينها الموازنة بين المصلين الصحي والاقتصادي. ولاقى هذا القرار ترحيباً لدى المواطنين، خصوصاً أنه يشير إلى أن أسعار علاج المصابين بالفيروس في المستشفيات الخاصة تحددها وزارة الصحة وليس إدارات تلك المستشفيات. إلا أن مستشفيات القطاع الخاص لم تكن مستعدة على ما يبدو لمثل هذا القرار الدفاعي الذي أربك خططها التشغيلية، مع أن كبار المستثمرين في القطاع الطبي الخاص امتنعوا عن التعليق على المجريات، ليس فقط بسبب وجود عقوبات بالسجن والغرامة في حال المخالفة، إذ إن صيغة "وضع اليد" تُستخدم للمرة الأولى في أوامر الدفاع منذ بدء الجائحة. وأثار القرار مخاوف القطاع الخاص الذي يتسم بالإدارة الناجحة لمستشفياته قياساً بالإدارة البيروقراطية لمعظم مستشفيات القطاع العام. ويوحى هذا القرار ضمناً بأن الحكومة تستعد للسيناريو الأسوأ في حال التفشي الأفقي للوباء وصولاً إلى ذروة انتشاره تحت عنوان الحرص المركزي على عدم انهيار النظام الصحي، كما أن من شأن أمر الدفاع أن يضفي سمة العدالة بين المواطنين من خلال توحيد أسعار الخدمات العلاجية في جميع المستشفيات ومنح الصلاحية للوزير في تحديد الأسعار ومراقبة تقديم الخدمات الصحية للمصابين بفيروس كورونا.

- وفي سياق تحسين إدارة ملف وباء كورونا، فرغَت الحكومة الأمين العام لوزارة الصحة لشؤون الأوبئة والأمراض السارية بالكامل لإدارة ملف مرضى كورونا وأسندت له مسؤولية هذا الملف، في خطوة عدت إيجابية، ليتفرغ بقية المسؤولين في الوزارة لمتابعة شؤون الفئات الأخرى من المرضى وشؤون المستشفيات التي استمرت في تقديم الخدمات الصحية لهذه الفئات، وهذا بدوره سيحد من الآثار بعيدة المدى للجائحة على مرضى الأمراض المزمنة، ويضمن إدامة الخدمات الاعتيادية لهم للتقليل من المضاعفات التي قد تنتج عن أمراضهم، ويضمن أيضاً استمرارية خدمات الرعاية الصحية الأخرى.

- شكّلت الوزارة أيضاً لجنة لتقييم الوضع الوبائي يرأسها وزير صحة سابق أنيطت بها مهام إعداد تقارير أسبوعية حول حالات الإصابة وتوزيعها بحسب الفئات العمرية، والتوزيع الجغرافي، والأمراض المزمنة المصاحبة لحالات الإصابة بكورونا، والوفيات الناجمة عن هذه الإصابات، ومعدلات الإصابة والوفيات وفقاً للوضع الوبائي الأسبوعي، وتتبع المنحنى الوبائي وإعداد السيناريوهات المتوقعة له والعوامل المؤثرة فيه.

– أبرز التحديات التي واجهت وزارة الصحة

1. الزيادة المتصاعدة في أعداد الإصابات، والتي تطلبت العمل السريع والفوري لزيادة أعداد أسرة العزل والعناية الحثيثة وأجهزة التنفس الاصطناعي، إذ قامت الوزارة بالعمل المستمر والدؤوب وبالتعاون مع الشركاء لزيادة أعداد الأسرة لتلبية الاحتياجات المطلوبة.
2. شكلت الفحوص المخبرية تحدياً للوزارة من حيث نقص الكميات وتأخر ظهور النتائج، مما دفع إلى زيادة محطات سحب العينات من خلال المحطات الثابتة بالقرب من المراكز الصحية في المملكة، وتوسعة شبكة المختبرات المعتمدة في القطاع الخاص.
3. نقص الكوادر البشرية الصحية التي شهدت ضغوطاً وأصيبت بالإرهاق نتيجة العمل المتواصل طيلة ما يقارب ثمانية شهور، ما دفع الحكومة إلى اتخاذ قرار استثنائي بتعيين 2100 من الكوادر الطبية والتمريضية والخدمات الطبية المساندة، من بينهم 500 طبيب و800 في مجال التمريض. كما لجأت الحكومة إلى شراء خدمات بعض الاختصاصات الطبية مثل العناية الحثيثة والأمراض الصدرية.
4. صعوبة التوصية بالحظر الشامل لمدة طويلة، لآثاره السلبية على الاقتصاد، مما حصر خيارات لجنة الأوبئة بالحظر الذكي لبعض القطاعات الأقل تأثيراً على الاقتصاد الوطني وعلى المواطنين. واستندت اللجنة إلى مراقبة نسبة إشغال الأسرة في العناية الحثيثة وأجهزة التنفس الاصطناعي كمؤشر لتحديد ضرورة الحظر الشامل من عدمه.
5. وجود أعداد كبيرة من المواطنين غير الملتزمين بمضامين أوامر الدفاع، خاصة تلك المتعلقة بارتداء الكمامة والتباعد الاجتماعي واتباع وسائل الوقاية والاشتراطات الصحية بشكل عام.
6. صعوبة رصد وتسجيل ومتابعة حالات الإصابة بكورونا في العزل المنزلي وكذلك الشفاء من تلك الحالات. وبالرغم من محاولة الوزارة إدخال بعض البرامج المحوسبة لتبليغ نتائج الفحوص للمرضى، إلا أن متابعة مرضى العزل المنزلي في المملكة تشكل تحدياً كبيراً، وتحديد الحالات خفيفة الإصابة وتلك التي لا تظهر الأعراض عليها، إذ بلغ إجمالي حالات الإصابة بفيروس كورونا منذ بدء الوباء في شهر آذار وحتى 25 أيلول 2020؛ تاريخ بدء تطبيق سياسة العزل المنزلي، 7364 إصابة، شكلت 3.6% من إجمالي الإصابات حتى نهاية الأسبوع الوبائي السابع والأربعين (26 تشرين الثاني)، وسُجّل خلال الفترة نفسها 30 حالة وفاة فقط، وكانت نسبة الفحوص المخبرية الإيجابية أقل من 5% من مجموع العينات المفحوصة قبل 25 أيلول، والتي بدأت

بالتزايد المضطرد بعد ذلك ليصبح معدلها خلال الأسابيع الأربعة الأخيرة من شهر تشرين الثاني حوالي 20%، وهذا المؤشر من أهم مؤشرات السيطرة على الوباء مقارنة بمؤشر زيادة عدد الإصابات الرقمي، إذ سُجِّل في المملكة خلال الأسبوعين اللذين تليا تطبيق العزل المنزلي 15675 إصابة، أي ما يزيد على ضعف عدد الإصابات المسجلة منذ بدء الجائحة، مما يؤكد أن سياسة العزل المنزلي لم تطبَّق بشكل علمي وسليم، إذ افتقرت إلى المتابعة والمراقبة للمرضى المعزولين مما أدى إلى نشر العدوى بشكل كبير وسريع بين المواطنين.

7. صعوبة السيطرة على عدد الإصابات والوفيات، إذ بلغ إجمالي الإصابات المؤكدة مخبرياً في المملكة حتى نهاية الأسبوع الوبائي السابع والأربعين (27 تشرين الثاني) 207601 حالة، وكان معدل حدوث الإصابات 29 لكل مائة ألف مواطن في الأسبوع الوبائي الثامن والثلاثين (أي في منتصف شهر أيلول 2020)، ليرتفع إلى 370 إصابة لكل مائة ألف مواطن في الأسبوع الوبائي السادس والأربعين (أي منتصف شهر تشرين الثاني). وسجلت العقبة أعلى معدل حدوث إصابات لكل مائة ألف مواطن (1309)، تلتها عجلون (927)، ثم الطفيلة (799). وكان ما نسبته 54% من الإصابات بين الذكور، و27% منها في الفئة العمرية 25-34 سنة، و19% في الفئة العمرية 35-44 سنة، و6% فقط في عمر 65 وأكبر، و1% من الإصابات في الفئة العمرية أقل من 5 سنوات.

وبالنظر إلى مؤشر الفحوص المخبرية الإيجابية من إجمالي الفحوص المخبرية (PCR)، يتبين أنه ارتفع من 0.9% في الأسبوع الوبائي الثالث والثلاثين (الأسبوع الأول من شهر آب 2020) ليصل إلى 24% في الأسبوع الوبائي السادس والأربعين (الأسبوع الأول من شهر تشرين الثاني). ووفقاً لمنظمة الصحة العالمية، إذا تجاوز هذا المؤشر 5% فإنه يشير إلى أن الوباء دخل مرحلة الانتشار المجتمعي وأصبح خارج السيطرة. وتشير البيانات الإحصائية إلى أن هذا المؤشر بلغ 6.1% في الأسبوع الوبائي التاسع والثلاثين (الأسبوع الأخير من شهر أيلول).

وشكلت الوفيات بسبب فيروس كورونا قلقاً كبيراً للجميع، إذ بلغ إجمالي الوفيات منذ بدء الجائحة وحتى نهاية الأسبوع الوبائي السابع والأربعين حوالي 2570 وفاة، في حين بلغ إجمالي الوفيات منذ بدء الجائحة وحتى الأسبوع الأول من شهر تشرين الأول 130 وفاة فقط، وبلغ معدل الوفيات بسبب الفيروس لكل مليون مواطن في الأردن (238)، إذ احتلت المملكة المرتبة الثالثة بعد كل من العراق (298) وتونس (248) لكل مليون مواطن، أما نسبة الوفيات من إجمالي الإصابات فقد بلغت 1.2%، وهذه النسبة تعدّ متوسطة إذا ما قورنت بنسب الوفاة عالمياً أو إقليمياً كما في بعض الدول العربية التي تراوحت نسب

الوفاة من إجمالي الإصابات فيها بين 0.2% و 0.6%، ومن بينها دول مجلس التعاون الخليجي باستثناء السعودية التي بلغت نسبة الوفيات فيها 1.6%. لكن نسبة الوفيات في الأردن أعلى من نسبة الوفيات في كل من لبنان (0.8%) وفلسطين (0.9%)، وأقل من تلك في كل من العراق وتونس والجزائر والمغرب ومصر، إذ تراوحت نسب الوفيات فيها بين 3% و 5.5%.

وشكلت نسبة الوفيات بين الذكور 56% من الوفيات، وكانت أعلى نسبة وفيات في الفئة العمرية 75-84 سنة، إذ شكلت 28%، تلتها الفئة العمرية 65-74 سنة بنسبة 26.6%. ويثير ارتفاع نسبة الوفيات المضطرد في المملكة خاصة في النصف الثاني من شهر تشرين الثاني، تساؤلات حول جودة الرعاية الطبية والتمريضية والبروتوكول العلاجي المستخدم في أقسام ووحدات العناية الحثيثة في المستشفيات.

8. من التحديات المستجدة ظهور سلالات جديدة لفيروس كورونا أسرع انتشاراً ولا يتوفر حولها الكثير من المعلومات، مما يستدعي الحيطه والحذر ومراقبة التطورات للتعامل معها ورصد نجاعة المطاعيم.

ثالثاً: الآثار المترتبة لجائحة كورونا على القطاع الصحي وكيفية التعامل معها

تركزت جائحة كورونا مجموعة من الآثار على القطاع الصحي، لوحظ بعضها بشكل مباشر، ومنها ما سيكون بعيد الأمد وما يزال قيد المراقبة والتقييم المستمر. ومن أبرز آثار الجائحة على القطاع الصحي:

1. توقف خدمات الرعاية الصحية الأولية في المراكز الصحية المنتشرة في جميع المحافظات، وخدمات الرعاية الثانوية في جميع مستشفيات القطاع العام، باستثناء خدمات الإسعاف والطوارئ وخدمات مرضى غسيل الكلى والحالات الحرجة من مرضى السرطان وذلك طيلة فترة الحظر التي استمرت شهراً تقريباً، ولكن استُفيد من الشبكة الواسعة من المراكز الصحية في المملكة والتي تغطي أعداداً كبيرة من المنتفعين والمسجلين من المواطنين في تقديم بعض الخدمات الصحية وبعض الاستشارات الطبية عن بعد، وإيصال الأدوية لمرضى الأمراض المزمنة في منازلهم حمايةً لهم من الاختلاط مع مرضى كورونا. كما استُفيد من اللجان الصحية (لجان المجتمع المحلي) التي تضم في عضويتها بعض قادة المجتمع المحلي والمؤثرين على أفراد المجتمع المسجلين في هذه المراكز.

2. توقّف برنامج التطعيم الوطني وخدمات تنظيم الأسرة وبرنامج رعاية الحوامل والنفاس، أما برامج التوعية الصحية فقد اقتصرت على الجوانب المتعلقة بفيروس كورونا وكانت شحيحة جداً وغير موجهة لشرائح المجتمع المختلفة. وتوقفت طيلة فترة الحظر الشامل أيضاً برامج الكشف المبكر عن الأمراض الوراثية، وبرنامج المسح الطبي لحديثي الولادة، والبرنامج الوطني للكشف المبكر عن سرطان الثدي، مما أدى إلى انخفاض نسبة التغطية في برنامج التطعيم الوطني في النصف الأول من عام 2020 إلى 75% بعد أن وصلت إلى 86% في عام 2019. ونظراً لأهمية الاستمرار في برنامج التطعيم الوطني، فقد أعادت الوزارة مراكز التطعيم قبيل انتهاء الحظر لاستقبال الأطفال وتقديم خدمات التطعيم بحسب البرنامج الوطني للتطعيم وتطعيم جميع الذين تأخر تطعيمهم من الأطفال، وعادت كذلك برامج الكشف المبكر عن الأمراض الوراثية (الفينول كيتونوريا، والتلاسيميا، ونقص إفراز الغدة الدرقيه الخلقي) تلافياً لحصول حالات مرضية بين الأطفال في حال طالت مدة الحظر الشامل.

3. تأخير مواعيد العمليات الجراحية غير الطارئة ومواعيد مرضى الأمراض المزمنة مثل السكري وأمراض القلب في عيادات الاختصاص في مستشفيات القطاع العام، وتوقف تحويل المرضى من المراكز الصحية إلى المستشفيات للحصول على الاستشارات الطبية المتقدمة، وهذا بدوره سيؤثر على زيادة المضاعفات المصاحبة لهذه الأمراض ومعدلات الوفيات من هذه الأمراض في الأعوام القادمة، إذ إن جزءاً كبيراً من مرافق مستشفى الأمير حمزة قد خصص لمرضى كورونا، بالإضافة إلى أن أقساماً عديدة من مستشفى البشير وأقسام من مستشفى الجامعة ومستشفى الملك المؤسس ومستشفى الملكة علياء العسكري حُولت بالكامل لاستقبال مرضى كورونا، وهي مستشفيات تحويلية، أي تستقبل الحالات المتخصصة وتلك التي تحتاج إلى إجراءات طبية متقدمة من جميع المستشفيات الطرفية، مما شكّل ضغطاً كبيراً على مستشفيات الوزارة الأخرى وفاقم عدم رضى المرضى وتذمرهم من الخدمات الصحية.

4. زيادة الطلب على خدمات الصحة النفسية في المرافق الصحية، وزيادة حالات العنف الأسري، وذلك بسبب الضغط النفسي الذي تركته الجائحة والحظر الذي رافقها على المواطنين، والآثار النفسية الناتجة عن فقدان العمل بالنسبة للعاملين في القطاع الخاص والعاملين ضمن فئة عمال المياومة، إذ زادت أعداد المترددين على عيادات المركز الوطني للصحة النفسية وعيادات الصحة النفسية المنتشرة في المراكز الصحية، علماً أن الوزارة كانت قبل جائحة كورونا تعاني من نقص في أعداد الأطباء النفسيين ونقص في المراكز التي تقدم مثل هذه الخدمات، إلا أن بعض أطباء القطاع الخاص بادروا

لتقديم هذه الخدمة من خلال منصات إلكترونية عن بعد لبعض المرضى، إلى جانب تقديم بعض الإرشادات النفسية من خلال القنوات التلفزيونية المحلية.

5. تأخير البدء في برامج الإقامة والتدريب في جميع المستشفيات التعليمية والتدريبية في القطاع العام إلى النصف الثاني من عام 2020، وهذا بدوره انعكس سلباً على أداء المستشفيات التي كانت تعتمد بشكل أساسي على الأطباء المقيمين، وزاد العبء على أطباء الأقسام الذين اضطروا إلى الدوام لفترات أطول، مما تسبب بمزيد من الإرهاق للكوادر الطبية.

6. تأخير عقد امتحانات الأطباء في برامج التدريب والاختصاص في المجلس الطبي الأردني إلى شهر أيلول 2020.

7. توقف أنشطة السياحة العلاجية وقدم المرضى من خارج الأردن، ثم استئنافها تدريجياً بعد انخفاض عدد الحالات (مستوى منخفض) وبإجراءات وقائية استمرت بشكل جزئي وعدد محدود لبعض مستشفيات القطاع الخاص الكبيرة والتي ما لبثت أن توقفت مع بدء الموجة الثانية من الجائحة في النصف الأول من شهر آب 2020. ويجري العمل على تنشيط السياحة الداخلية والسياحة الإلكترونية، وإيجاد خطة تنافسية لتعويض تراجع السياحة العلاجية وذلك من خلال الاستثمار في إيجاد تخصصات صحية تنافسية تعمل على تنشيط السياحة العلاجية في المملكة.

8. الضغط المتزايد على مستشفيات القطاع العام ونقص الكوادر البشرية والفنية والتجهيزات المخبرية، إذ لا يتوفر اختصاص مختبرات في برنامج الإقامة في الوزارة، مما استدعى إعادة توزيع بعض الكوادر البشرية بحسب الاحتياجات، وخاصة في مجال المختبرات التي ارتفع عدد كوادرها من 100 إلى 200 تقريباً.

9. إصابات ووفيات بين الكوادر الصحية، إذ تسببت أزمة كورونا بتداعيات مباشرة على أفراد المنظومة الصحية من الأطباء والعاملين في المجال الصحي، فسُجّلت 27 حالة وفاة بين الأطباء من القطاعات الصحية المختلفة حتى نهاية شهر كانون الأول 2020، ووفاتان بين طواقم التمريض، ومئات الإصابات بين الكوادر الصحية المختلفة، بالرغم من توفر واستخدام الوسائل الوقائية للطواقم الطبية، وقد يعود ازدياد عدد الوفيات بين الأطباء وطواقم التمريض إلى استخدام كمادات رديئة الصنع أو غير تلك المخصصة للأطباء (N95)، وزيادة فترات الدوام مما عرّض الكوادر الصحية وخاصة الأطباء إلى مدة تعرّض أطول للفيروس وزاد الحمل الفيروسي (Viral Load). ويستلزم ذلك دراسة لمعرفة الأسباب الفعلية للوفيات لتجنبها لاحقاً.

10. عدم تقديم خدمات الصحة الوقائية والمشورة للمرضى بسبب عدم توفر التجهيزات

اللازمة والبنية التحتية الإلكترونية لتقديم الخدمات الصحية عن بعد مثل خدمات (Tele-health).

11. توقّف معظم المشاريع الدولية الداعمة لخدمات القطاع الصحي، إذ تم توجيه العديد منها لدعم مكافحة كورونا من خلال توفير المستلزمات طبية وتدريب الكوادر الصحية وتوفير برامج إلكترونية وتطوير بروتوكولات مختلفة وغيرها.

رابعاً: أهم أولويات القطاع الصحي بعد انتهاء الجائحة

1. مراجعة جميع إجراءات القطاع الصحي وإجراء تقييم مؤسسي شامل للوقوف على أهم الثغرات وسبل تطويرها للخروج بسياسات واستراتيجيات مناسبة يتم التوافق عليها.
2. تحديث الإستراتيجية الوطنية للقطاع الصحي واستراتيجية وزارة الصحة وخطة إدارة المخاطر على ضوء جائحة كورونا والدروس المستفادة والفجوات المكتشفة لتضمينهما في خطة الأزمات لتشمل استدامة تقديم الخدمات أثناء الجائحة وبعدها.
3. مراجعة جميع أدلة إجراءات التعامل مع الحالات المصابة في المرافق الصحية أثناء الجائحة.
4. زيادة عدد أسرة العناية الحثيثة وأجهزة التنفس الاصطناعي في مستشفيات القطاع العام، وقد أنجز ذلك وفقاً للخطة التي أعدتها وزارة الصحة والخدمات الطبية الملكية.
5. دعم مؤسسات القطاع الصحي العام بالأجهزة والمعدات والتكنولوجيا لتمكينها من تقديم بعض الخدمات الصحية عن بعد وتوفير اللازم لاستدامتها.
6. دعم وتعزيز برامج الصحة العامة بشكل عام، والتوعية والتثقيف الصحي حول الأمراض المعدية وغير السارية بشكل خاص.
7. بالرغم مما أنجزه لغايات تعزيز برامج الرصد والاستقصاء الوبائي، إلا أن هناك حاجة لمزيد من التعزيز وضمان الاستدامة من خلال رفدها بالكوادر البشرية المدربة، وحوسبة هذه البرامج وإدخال التطبيقات الإلكترونية ضمن حلقات الرصد الوبائي،
8. تفعيل برامج التدريب عن بعد للكوادر الصحية المختلفة.
9. استحداث برامج تدريبية في اختصاصات العناية الحثيثة والأمراض المعدية والوبائيات بالتنسيق مع المجلس الطبي الأردني، وقد بدأت هذه البرامج فعلياً وهي

بحاجة إلى دعمها واستدامتها.

10. توسعة شبكة المختبرات المؤهلة لإجراء الفحوص المخبرية للأمراض المعدية لتشمل جميع محافظات المملكة من خلال زيادة أعداد هذه المختبرات ودعمها بالأجهزة والكوادر الفنية المدربة.

11. تأهيل الكوادر البشرية لتمكينها من تقديم الخدمات الصحية عن بعد للمواطنين بهدف تخفيف الضغط على المستشفيات، وتوسعة تجربة برنامج "حكيم" (البرنامج الوطني لحوسبة القطاع الصحي) من خلال "عيادة المتابعة عن بُعد" المخصصة لإجراء الاستشارات الطبية باستخدام تقنية الاتصال المرئي (Tele-medicine) لبعض الاختصاصات الطبية.

12. التوسع بالتعاون مع برنامج "حكيم" في تجربة خدمة "طلب الأدوية المكررة شهرياً"، لتمكين مراجعي المنشآت الصحية المحوسبة التابعة لوزارة الصحة، من طلب أدويتهم المكررة شهرياً وعبر آلية إلكترونية توفر عليهم الجهد والوقت.

13. التوسع في خدمة "طلب موعد مراجعة طبية إلكترونياً" لتمكين المريض من تقديم طلب موعد لمراجعة الطبيب في عيادات الاختصاص التي سبق أن تلقى الخدمة الصحية منها في أحد المستشفيات أو المراكز الصحية الشاملة التابعة لوزارة الصحة والمطبقة لبرنامج "حكيم" الذي يطبق في أكثر من 196 منشأة صحية، إذ جرت حوسبة ما مجموعه 77% من إجمالي عدد الأسرّة في القطاع الصحي العام، وإدخال أكثر من 7 ملايين ملف طبي إلكتروني على البرنامج من قبل مقدمي الرعاية الصحية.

14. تطوير برامج إلكترونية معتمدة وفعالة للحصول على المعلومات الوبائية والتقارير المناسبة بسرعة وفعالية.

15. توفير مخصصات مالية طارئة في موازنات مؤسسات القطاع الصحي العام، خاصة وزارة الصحة والخدمات الطبية الملكية، لمواجهة الأزمات والطوارئ.

16. زيادة التنسيق مع المنظمات والمؤسسات الدولية مثل منظمة الصحة العالمية ومراكز مكافحة الأمراض والأوبئة الدولية.

خامساً: سبل معالجة آثار الجائحة والحد منها بعد الأزمة

بدأت وزارة الصحة العمل على تنفيذ مجموعة من الإجراءات ضمن خطة معالجة آثار جائحة كورونا والحد منها بعد الأزمة. وتشمل هذه الإجراءات:

1. تعديل الخطط والبرامج التنفيذية للقطاع الصحي، وخاصة وزارة الصحة، للتعامل مع آثار جائحة كورونا.

2. تفعيل برامج التدريب عن بعد ضمن أولويات التدريب بحسب الاحتياجات والنواقص في التدريب، من خلال برامج تدريبية جديدة ومن خلال البعثات والزمالات للتخصصات الفرعية وزيادة نسبة الملتحقين بالإقامات، لا سيما في تخصصات الطوارئ والعناية الحثيثة والوبائيات.
3. زيادة أعداد الكوادر الصحية في مستشفيات القطاع العام لتخفيف ضغط المراجعين، وقد تم ذلك من خلال تعيين مزيد من الأطباء والمرضين وشراء خدمات مطلوبة للوزارة.
4. تحويل وتعديل بعض البرامج والأنشطة لشراء المستلزمات بما يخص الجائحة.

سادساً: آليات التعامل المقترحة للقطاع الصحي بعد الجائحة

1. تجهيز خطط تنفيذية لبرامج وأنشطة النهوض بالقطاع الصحي خاصة الكوادر البشرية.
2. تطبيق الدلائل الإرشادية للتباعد الجسدي والحد من الاختلاط في المرافق الصحية.
3. إعداد برامج توعوية وتثقيفية للمواطنين حول الأمراض المعدية وطرق الوقاية منها، وكذلك حول الأمراض المزمنة وعوامل اختطارها، وسبل الوقاية الشخصية.
4. تخفيف الازدحام في أماكن العمل والمرافق الصحية، من خلال تفعيل نظام الدور في المؤسسات الصحية.
5. المحافظة على أماكن العمل وأماكن تقديم الخدمات الصحية معقمة ونظيفة.
6. تفعيل وتأطير الشراكة بين القطاعين العام والخاص للتعاطي مع مرحلة ما بعد الجائحة.
7. مراجعة إستراتيجية السياحة العلاجية وتطويرها لتوائم مرحلة ما بعد الجائحة.

سابعاً: سبل التطوير والفرص المتاحة أو العقبات التي تواجه القطاع الصحي بعد الجائحة

- الفرص المتاحة:

1. توفر كوادر صحية أصبحت قادرة على التعامل مع الأزمات، إذ تراكمت الخبرة من خلال التعامل مع وباء "سارس" ومتلازمة الشرق الأوسط التنفسية والأنفلونزا الموسمية وجائحة فيروس كورونا.

2. توفر شركاء داعمين للقطاع الصحي سواء كان دعماً لوجستياً (الوكالة الأميركية للتنمية الدولية والاتحاد الأوروبي)، أو دعماً فنياً (منظمة الصحة العالمية)، إذ وفر الشركاء فرصاً لإجراء تحول في برامجهم وتوجيهها نحو الجائحة.
3. توفر بنية تحتية جيدة من المستشفيات والمراكز الصحية المنتشرة في جميع أنحاء المملكة، وخاصة المستشفيات الميدانية التي رفعت معدل "سرير لكل 10000 مواطن"، وكذلك غرف وأسرة العناية الحثيثة للمرضى من غير مرضى كورونا ولما بعد انتهاء الجائحة.
4. زيادة الاستثمار في القطاع الصحي، إذ ساهمت المتغيرات السياسية والاقتصادية والاجتماعية، إلى جانب نمو مفهوم مجتمع المخاطر، وانتقال المرض عبر الحدود، وتأثيراته العنيفة على الشعوب والحكومات، إلى تغيير مكانة النظام الصحي، ووضعه في صدارة الأولويات، بوصفه ضماناً لمواجهة الأوبئة، وضمانة لتحقيق الاستقرار والحفاظ على المجتمع والاقتصاد، وهو ما يؤسس لِحتمية توسيع الاستثمار في القطاع الصحي بوصفه أهم ركائز استقرار الدولة والحفاظ على أنشطتها الاقتصادية المختلفة.
5. التنسيق الجيد بين القطاعات المختلفة لتقديم الخدمات الصحية على جميع المستويات (العسكري، الخاص، الجامعي، والمنظمات غير الحكومية).
6. التوجه نحو الاعتماد على الذات في إنتاج المستلزمات الوقائية والأدوية الضرورية.

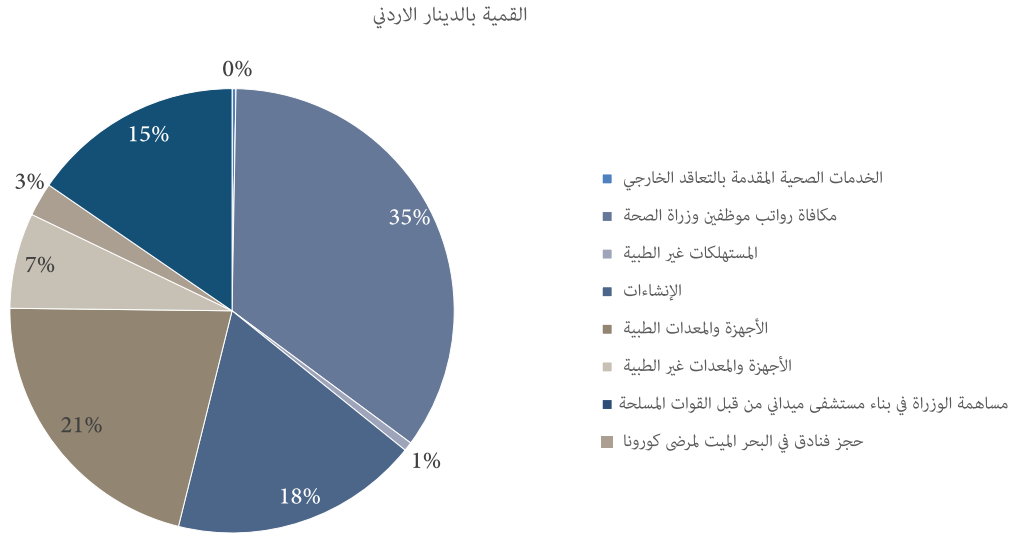
- العقبات:

1. محدودية الموارد المالية لدى القطاع الصحي العام بمكوناته المختلفة، وذلك بسبب تشطي هذا القطاع إلى قطاعات فرعية، وارتفاع المديونية؛ إذ بلغت حوالي 272 مليون دينار على وزارة الصحة وحدها بدل معالجات خارج مستشفيات الوزارة، وحوالي 376 مليون دينار مديونية على الخدمات الطبية الملكية.
2. تعدد مكونات القطاع الصحي العام، وعدم وجود مظلة واحدة للنظام، مما أدى إلى غياب العدالة في توزيع الخدمات.
3. عدم توفر العدد الكافي من بعض الاختصاصات الطبية النادرة، مثل اختصاص العناية الحثيثة وفنّي الجهاز التنفسي.

ثامناً: تحليل عام حول القدرات المالية والإمكانات المتاحة للقطاع الصحي بعد الجائحة

أضافت جائحة كورونا أعباء مالية جديدة وضخمة على الحكومة بشكل عام ووزارة الصحة بشكل خاص، إلا أن عدم توفر التقارير المالية الصادرة عن الوزارات والمؤسسات المعنية شكّل عائقاً في إجراء تحليل دقيق حول الإنفاق الصحي المترتب على مواجهة أزمة كورونا. وبناء عليه، استند هذا التحليل إلى البيانات الأولية التي وفرتها وزارة الصحة والتي تضمنت النفقات المباشرة على النحو المبين في الشكل رقم (1).

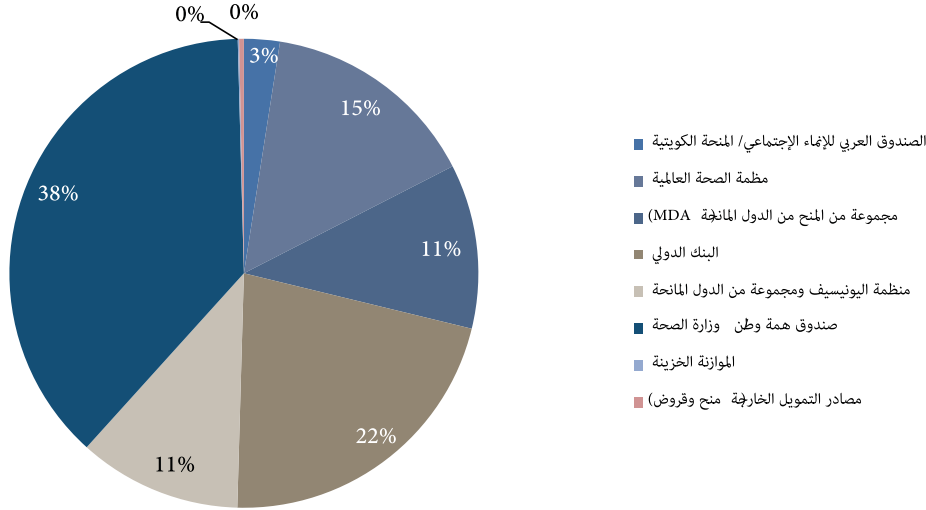
الشكل رقم (1):
النفقات المباشرة لوزارة الصحة على جائحة كورونا



يُلاحظ أن إجمالي النفقات المباشرة لوزارة الصحة على جائحة كورونا قد بلغ حوالي 28.6 مليون دينار، إذ شكّلت النفقات الجارية ما نسبته 36% من إجمالي النفقات، بينما شكّلت النفقات الرأسمالية 64%.

وعلى صعيد التمويل، يبين الشكل رقم (2) مصادر التمويل الرئيسية لوزارة الصحة، وتُظهر البيانات أن قيمة التمويل المتحققة لمواجهة أزمة كورونا بلغت حوالي 46.1 مليون دينار، شكّلت المنح والمساعدات الخارجية ما نسبته 62% من إجمالي التمويل و38% من مصادر محلية.

الشكل رقم (2): مصادر التمويل الرئيسية لوزارة الصحة لمواجهة جائحة كورونا



يضاف إلى ذلك العديد من المساعدات العينية التي قدمتها جهات دولية مانحة ودول صديقة لم تقدر قيمتها المالية، إذ شملت تدريب الكوادر الصحية من جميع المحافظات على التعامل مع المرض، وتوفير شرائح فحص كورونا، وإعداد ملصقات ومناشير ووسائل توعوية، وتوفير مستلزمات الوقاية للعاملين من الكوادر الصحية وأجهزة تنفس اصطناعية. وتجدر الإشارة إلى أن تحليل الإيرادات والنفقات لم يتضمن التكاليف التي تحملتها القوات المسلحة الأردنية/ الخدمات الطبية الملكية ومستشفى الأمير حمزة والمستشفيات الجامعية وذلك للخروج بتصوّر شمولي لحجم الإنفاق الكلي على الجائحة. إضافة إلى عدم توفر التقارير المالية لكون السنة المالية 2020 لم تنته بعد.

ويعاني القطاع الصحي العام من مديونية عالية تحدّ من قدراته في التوسع لتطوير وتحسين نوعية الخدمات المقدمة، وعلاوة على ذلك جاءت جائحة كورونا لتزيد الأعباء المالية المترتبة عليه في ظل تراجع واضح للنمو الاقتصادي والانخفاض المتوقع في الواردات الضريبية، مما سينعكس على قدرة الحكومة على تمويل القطاع الصحي العام ويزيد من حجم الفجوة التمويلية، وهذا يدفع إلى ضرورة التفكير في جملة من الإجراءات للتعامل مع آثار جائحة كورونا وما بعد الجائحة، وهي:

1. إجراء دراسة تفصيلية عن الكلف المالية التي ترتبت على الجائحة على المستوى الوطني.

2. تقدير الكلف المالية المتوقعة للعام 2021، فمن المتوقع أن تستمر الجائحة خلاله.

3. تحديد الفجوة التمويلية المترتبة على موازنة وزارة الصحة، وإعداد دراسة لتحديد مصادر تمويل بديلة.
4. إعادة النظر في جميع الخطط والبرامج المعنية بالقطاع الصحي لتواكب الأزمة، وتحديد أولويات العمل في مرحلة ما بعد الأزمة.
5. إعداد إستراتيجية وطنية للتمويل الصحي تضمن استدامة التمويل للقطاع الصحي.
6. وضع سياسة وطنية لترشيد الإنفاق في القطاع الصحي، وخاصة في القطاع العام.

تاسعاً: مراجعة إستراتيجيات القطاع الصحي/ وزارة الصحة قبل الجائحة، ومتابعة إمكانية تنفيذها في ظل الجائحة

1. الإستراتيجية الوطنية للقطاع الصحي في الأردن للأعوام 2016-2020

بذل المجلس الصحي العالي جهداً وطنياً كبيراً في إعداد الإستراتيجية الوطنية للقطاع الصحي للأعوام 2016-2020 بما يتلاءم مع الاحتياجات والتحديات المتزايدة للقطاع الصحي في ظل أزمة اللجوء السوري والضغط الحاصل على البنية التحتية الصحية. كما جاءت هدة الوثيقة لتشكّل حلقة الوصل بين الخطط والوثائق الوطنية مثل البرنامج التنموي التنفيذي و"رؤية الأردن 2025" والتوجهات والسياسات الحكومية من جهة، وبين الإستراتيجيات على مستوى مؤسسات القطاع الصحي من جهة أخرى، بحيث يتم الربط بين مستويات التخطيط المختلفة في القطاع الصحي.

ومن المعوقات التي واجهت تنفيذ هذه الخطة وجود عدد من الخطط الوطنية المشابهة والتي تتسبب بالازدواجية والتضارب في ظل عدم التكامل في ما بينها، ومنها: الخطة التنفيذية لإصلاح القطاع الصحي، و"رؤية الأردن 2025"، والخطة العالمية للتنمية المستدامة، إضافة إلى الخطط المؤسسية التي تحتاج إلى التنسيق في ما بينها وإدماجها واعتمادها ومتابعتها والمساءلة حولها.

ومن هذا المنطلق، أعدت الوزارة مؤخراً البرنامج التنفيذي للأعوام 2021-2025، الذي يرتبط بأهداف وطنية وردت في "رؤية الأردن 2025" وأهداف قطاعية تنبثق عنها البرامج والمشاريع بمشاركة جميع مكونات القطاع الصحي وبالتنسيق مع وزارة التخطيط، ليصار إلى إقراره من رئاسة الوزراء ومتابعة تنفيذه من القطاع الصحي بمكوناته كافة.

ورغم هذا الجهد الكبير، إلا أن المجلس الصحي العالي لم ينجح في إعداد خطة تنفيذية واضحة المعالم للإستراتيجية، تحدد البرامج والمشاريع والجهات المسؤولة عن تنفيذها، وبالتالي تحديد الكلفة المالية المترتبة والعمل على رصدتها في موازنات المؤسسات المسؤولة

عن التنفيذ. وعليه، فإن عملية قياس مدى ربط الإستراتيجية بموازنات المؤسسات شبة مستحيلة. أما على صعيد الخطط ومشاريع المجلس الصحي العالي، فلم تُرصد مخصصات في موازنته لتنفيذ المشاريع الواقعة ضمن مسؤوليته باستثناء مشروع واحد فقط. ولا بد من تدارك هذه الثغرات عند إعداد إستراتيجية جديدة، ذلك أن الإستراتيجية الحالية شارفت على الانتهاء.

من هذا المنطلق لا بد من تنفيذ الإجراءات التالية:

1. إعداد تقرير متابعة عن النصف الثاني من مدة الإستراتيجية وتقييم الأثر للإستراتيجية ككل.
2. إعداد إستراتيجية وطنية للقطاع الصحي قصيرة المدى للسنوات 2021-2023، تراعي الآثار المترتبة على جائحة كورونا.
3. إعداد خطة تنفيذية واضحة ومحددة تبين دور كل مؤسسة من مؤسسات القطاع الصحي في تنفيذ المشاريع والخطط والمبادرات والكلف المالية المترتبة على ذلك ضمن إطار زمن محدد.
4. وضع خطة لمتابعة الإستراتيجية وتقييمها، بحيث يتم قياس مدى الإنجاز بشكل دوري.

2. إستراتيجية وزارة الصحة (2018-2022)

أعدت وزارة الصحة إستراتيجيتها للأعوام 2018-2022، والتي تضمنت أولويات عمل الوزارة خلال هذه الفترة، إذ سعت الإستراتيجية إلى أن تكون منسجمة مع وثيقة "رؤية الأردن 2025" والوثائق الوطنية الأخرى، كالخطة التنفيذية لإصلاح القطاع الصحي، إذ بُنيت الإستراتيجية على مخرجات الخطط الإستراتيجية السابقة للوزارة.

واشتملت الإستراتيجية على ثمانية محاور إستراتيجية:

1. خدمات الرعاية الصحية.
2. إدارة الموارد البشرية.
3. التغطية الصحية الشاملة.
4. البنية التحتية.
5. إدارة المعرفة.
6. الإدارة المالية.

7. الحوكمة وتطبيق اللامركزية.

8. المتابعة والتقييم.

وانبثقت عن هذه الإستراتيجية سبعة أهداف إستراتيجية سعت الوزارة من خلالها إلى تحقيق رؤيتها ورسالتها.

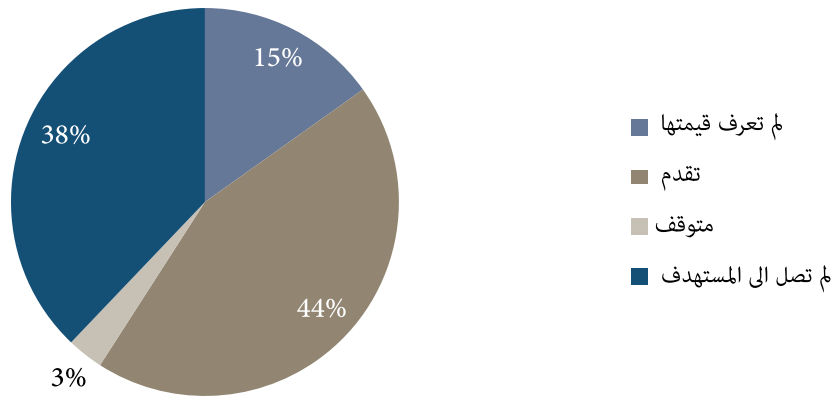
ومن خلال مراجعة تقرير قياس مدى تقدم المؤشرات الرئيسية في الخطة الإستراتيجية لعام 2019 (إذ لم يُعدّ تقرير سير العمل لعام 2020 حتى تاريخ إعداد هذه المراجعة)، يتبين أنها تضمنت مؤشرات أداء لقياس مدى التقدم في سير الإستراتيجية على مستويين؛ المؤشرات الإستراتيجية والمحورية، والمؤشرات المرتبطة بالبرامج.

أ. المؤشرات الإستراتيجية والمحورية

بلغ عدد المؤشرات للأهداف الإستراتيجية والمحورية 66 مؤشراً، رُصد التقدم في 29 مؤشراً منها، بينما لم يصل 25 مؤشراً إلى القيم المستهدفة، وهناك مؤشران متوقضان أو ثابتان، و10 مؤشرات لم تُعرف قيمها. ويبين الشكل رقم (3) نسب الإنجاز المتحققة على مستوى المؤشرات الإستراتيجية والمحورية.

الشكل رقم (3):

نسب الإنجاز المتحققة في المؤشرات الإستراتيجية والمحورية



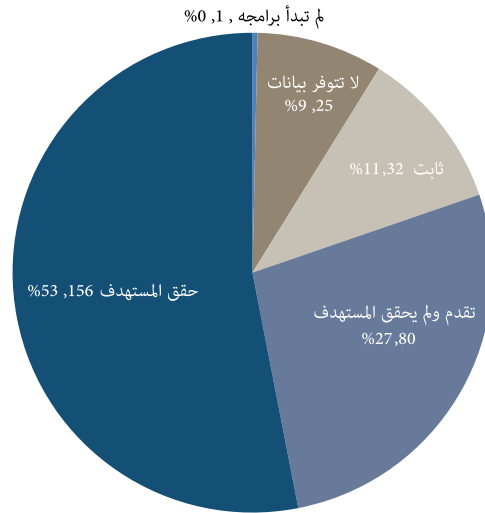
ب. المؤشرات المرتبطة بالبرامج

بلغ عدد المؤشرات المرتبطة بالبرامج 295 مؤشراً، ورُصد التقدم في تحقيق القيمة المستهدفة لـ 156 مؤشراً، كما رُصد التقدم لـ 80 مؤشراً، لكنها لم تصل إلى القيمة

المستهدفة، وبقي 32 مؤشراً في حالة ثبات ومن دون تقدم، ولم تتوفر بيانات عن 25 مؤشراً، وهناك مؤشر واحد لم تبدأ برامجه.

ويبين الشكل رقم (4) نسب الإنجاز المتحققة في المؤشرات المرتبطة بالبرامج.

الشكل رقم (4):
نسب الإنجاز المتحققة في المؤشرات المرتبطة بالبرامج



ج. أبرز توصيات تقرير قياس مدى تقدم المؤشرات الرئيسية في الخطة الاستراتيجية للأعوام 2018-2022 لعام 2019

تضمن تقرير قياس مدى تقدم المؤشرات توصيات عامة على مستوى الاستراتيجية، تهدف إلى تطوير الاستراتيجية وتحديثها، وهي التالية:

1. الحاجة إلى تحديث إستراتيجية الوزارة لتتماشى مع التغيرات، إذ حدثت في هذه الفترة الكثير من التطورات، لا سيما التوجهات والأولويات الاقتصادية والاجتماعية للحكومة، والتي انعكست على عمل الوزارة ومستهدفاتها.
2. ضرورة التنسيق أو التوافق على آليات مناسبة لمنع الازدواجية في العمل وفي دقة المعلومات وثباتها في ما يخص قيم المؤشرات.
3. التزام مديريات الوزارة بإعداد خطط تنفيذية ووجود متابعة ومحاسبة للالتزام بها.
4. متابعة توفير تمويل للبرامج ذات الأولوية الواردة في الإستراتيجية والتي تتطلب مبالغ لا يمكن توفيرها من الموازنة، من وزارة التخطيط والتعاون الدولي والجهات المانحة، وتوفير التمويل للمشاريع قليلة التكلفة ذات الأولوية من موازنة الوزارة.

3. الخطة التنفيذية لإصلاح القطاع الصحي في الأردن (2018-2022)

اشتملت الخطة التنفيذية على تسعة محاور هي: الرعاية الصحية الأولية، الموارد البشرية، التأمين الصحي، القطاع الدوائي، السياحة العلاجية، ضبط الجودة والاعتمادية، الصحة الإلكترونية، الشراكة بين القطاعين العام والخاص، والحاكمية. وتضمن كل محور تحليلاً لواقع الحال وتحليلاً إستراتيجياً رباعياً للبيئتين الداخلية والخارجية. كما تضمن مصفوفة الخطة الوطنية والتي شملت الأهداف والمشاريع والأنشطة ومؤشرات القياس وقيمة المشروع أو النشاط والجهة/ الجهات المسؤولة عن التنفيذ بالإضافة إلى الجهة الممولة. وبالرغم من إنشاء وزارة الصحة وحدة ضمن هيكلها التنظيمي تعنى بمتابعة تنفيذ الخطة، إلا أنه لم يتم إعداد أي تقرير للمتابعة والتقييم للخطة على المستوى الوطني، إذ اكتفى بمتابعة تنفيذ المشاريع الواردة بها والتي تخص وزارة الصحة.

ويضم الهيكل التنظيمي الجديد (الذي لم يطبق بعد لأسباب إدارية أو بسبب جائحة كورونا) عمل وحدة المتابعة للخطة التنفيذية لإصلاح القطاع الصحي. إذ يجب ألا ينفصل التخطيط المؤسسي عن الوطني.

4. "على خطى النهضة" / خطة أولويات الحكومة (2019-2020)

التزمت الحكومة السابقة بتنفيذ مضامين كتاب التكليف السامي، إذ أعلنت أولوياتها كخطوة على طريق مشروع النهضة الذي تسعى من خلاله للوصول إلى دولة القانون والإنتاج والتكافل. وارتكز برنامج الحكومة على ثلاثة محاور رئيسية هي: دولة القانون، ودولة الإنتاج، ودولة التكافل. ويندرج تحت هذه المحاور ثماني عشرة أولوية وطنية منها "تحسين مستوى الرعاية الصحية" والتي تضمنت واحداً وعشرين مشروعاً. وتراوحت نسب الإنجاز لمشاريع الخطة بين 6% و100% لبعض المشاريع، مع وجود مشاريع من دون إنجاز.

الجدول رقم (3):
مشاريع خطة أولويات الحكومة 2019-2020 ونسب الإنجاز
خلال النصف الأول من عام 2020

نسبة الإنجاز	المشروع
استبدل به التأمين الصحي الاجتماعي	شمول 120 مواطن بالتأمين الصحي المدني مع نهاية عام 2020 من خلال وزارة الصحة، وذلك بدءاً بشمول فئات جديدة كالأسر الفقيرة التي يتراوح دخلها الشهري بين 300 دينار و350 دينار.
100%	رغد وزارة الصحة بـ 350 طبيباً و650 وظيفة أخرى (تشمل التمريض، والصيدلة، والمهن الطبية المساندة والإداريين).
62%	حوسبة 88% من المستشفيات الحكومية بإضافة 8 مستشفيات، ليصبح عدد المستشفيات المحوسبة 28 مستشفى مع نهاية عام 2020.
60%	إنشاء ملف صحي إلكتروني لكل مواطن.
6%	مضاعفة عدد المراكز الصحية الحكومية المحوسبة ليصبح عددها 286 مركزاً مع نهاية عام 2020 بعد أن كان عددها 143 مركزاً في عام 2019.
مستشفى واحد	أتمتة نظام مخزون الدواء وربط 75% من المستشفيات والمراكز الصحية.
54%، 85%	زيادة عدد المستشفيات والمراكز الصحية الحكومية الحاصلة على الاعتمادية من 12 إلى 24 مستشفى، ومن 97 إلى 117 مركزاً صحياً مع نهاية 2020.
85%، 85%، 17%	إنشاء 3 مستشفيات في الطفيلة وعجلون وإربد مع نهاية عام 2020.
85%	توسعة وتحديث مستشفى غور الصافي مع نهاية عام 2019.
85%	توسعة قسم الطوارئ والإسعاف في مستشفى البشير مع نهاية عام 2020.
100%	استحداث قسم للعمليات وقسمين للعناية الحثيثة والعناية المركزة وقسم للتعقيم المركزي في مستشفى النديم في مادبا عام 2019. الإدارة والمختبرات وبنك الدم والأشعة.
100%	إعادة تأهيل أقسام مستشفى الكرك الحكومي مع نهاية عام 2020.
قيد الدراسة	تحديث وتأهيل قسم الإسعاف والطوارئ في مستشفى الأمير فيصل / محافظة الزرقاء مع نهاية عام 2020.

عاشراً: تحليل موازنات الجهات ووزارة الصحة ودراسة مدى ربطها بالإستراتيجيات ومراجعة أي تغيير سيطراً عليها

من خلال مراجعة موازنات المؤسسات المشمولة في هذه المراجعة، يتبين أن حوالي 90% من هذه الموازنات تذهب للإنفاق الجاري وحوالي 10% فقط للإنفاق الرأسمالي (الجدول رقم 4). إذ تشكل نفقات الرواتب والأجور النسبة الكبرى من نفقات المؤسسات (الإنفاق الجاري)، فقد بلغت حوالي 38% من نفقات وزارة الصحة و78% من نفقات المجلس الصحي العالي و52% من نفقات المجلس الطبي الأردني و70% من نفقات المؤسسة العامة للغذاء والدواء. يلي ذلك استخدام السلع والخدمات، إذ تصل إلى حوالي 30% من إجمالي النفقات في وزارة الصحة، وإلى حوالي 10% في باقي المؤسسات.

الجدول رقم (4):
توزيع موازنات المؤسسات بالدينار (جاري + رأسمالي)

المؤسسة العامة للغذاء والدواء		المجلس الطبي الأردني		المجلس الصحي العالي		وزارة الصحة		البيان
النسبة المئوية	القيمة	النسبة المئوية	القيمة	النسبة المئوية	القيمة	النسبة المئوية	القيمة	
								النفقات الجارية
%70	7,124,000	%52	481,000	%78	216,000	%38	229,189,000	الرواتب والأجور والعلاوات
%6	618,000	%6	55,000	%8	21,000	%4	26,500,000	مساهمات الضمان الاجتماعي
%10	1,005,000	%12	115,000	%10	27,000	%30	182,711,000	استخدام السلع والخدمات
%0		%2	15,000	%0		%0.1	668,000	الإعانات لمؤسسات عامة
%0		%0		%0		%15	90,000,000	مساعدات اجتماعية
%1	114,000	%18	165,000	%4	12,000	%1	6,500,000	نفقات أخرى جارية
				%0.4	1,000			أجهزة وآليات ومعدات
%88	8,861,000	%89	831,000	%100	277,000	%88	535,568,000	مجموع النفقات الجارية
								النفقات الرأسمالية
						%0	24,909	الرواتب والأجور والعلاوات
%5	496,000	%4	40,000			%2	12,255,187	استخدام السلع والخدمات
							0	الإعانات لمؤسسات عامة
%1	80,000					%0	24,000	نفقات أخرى رأسمالية
%0.05	5,000					%7	44,736,000	مبانٍ وإنشاءات
%2	199,000	%6	60,000			%2	14,807,904	أجهزة وآليات ومعدات
%0.20	20,000					%0.2	972,000	أصول ثابتة أخرى
%4	450,000					%0.2	1,443,000	مخزونات
						%0.1	710,000	أراضٍ
%12	1,250,000	%11	100,000	0	0	%12	74,973,000	مجموع النفقات الرأسمالية
%100	10,111,000	%100	931,000	%100	277,000	%100	610,541,000	المجموع الكلي (الجاري + الرأسمالي)

المصدر: قانون الموازنة العامة (2020).

1. إستراتيجية وزارة الصحة

من خلال مراجعة إستراتيجية وزارة الصحة ومقارنة المشاريع والبرامج الواردة فيها مع موازنة الوزارة، يتبين أن عدد المشاريع والبرامج الواردة في الإستراتيجية 261 مشروعاً/برنامجاً، ورُصدت مخصصات لـ 217 مشروع من خلال الموازنة العامة أو من خلال المنح والقروض أو التمويل المشترك، أي أن نسبة مشاريع الإستراتيجية الممولة تبلغ 83% من إجمالي المشاريع، وهذا يبين أن عملية الربط بين التخطيط الإستراتيجي والتمويل (الموازنة) جيدة إلى حد ما، لكنها بحاجة إلى مزيد من التفعيل والتنسيق، علماً أن تمويل مشاريع الإستراتيجية وبرامجها يواجه تحديات من أبرزها:

1. تحديد سقف الموازنة من قبل دائرة الموازنة العامة، وغالباً ما تكون أقل مما هو مطلوب، مما يدفع الوزارة إلى إعادة ترتيب أولويات مشاريعها من خلال إيقاف أو تأجيل تنفيذ عدد منها.

2. تراكم الذمم أو الديون السابقة، ويترتب على ذلك إعطاء أولوية لسداد الديون المستحقة على الوزارة لصالح المقاولين وبالتالي إيقاف أو تأجيل تنفيذ مشاريع أخرى في الإستراتيجية مدرجة على موازنة الوزارة.

3. تخفيض الموازنة بعد إقرارها، وغالباً ما يطال ذلك المشاريع الرأسمالية المدرجة للتنفيذ على موازنة الوزارة والواردة في الخطة الإستراتيجية.

4. عدم نضوج مفهوم اللامركزية في المحافظات، وعدم قدرة مجالس المحافظات على وضع أولوياتها وتحديد الاحتياجات بشكل دقيق وبالتنسيق بين مجلس المحافظة والوزارة، بالإضافة إلى تضارب الأدوار والمهام بين مجالس المحافظات ومجلس النواب.

5. ضعف التنسيق بين مديريات ودوائر وزارة الصحة المعنية بالتخطيط وإدارة المشاريع والمالية من جهة، ووزارة التخطيط والتعاون الدولي من جهة أخرى، للحصول على التمويل الخارجي اللازم للمشاريع التي لا يتوفر لها تمويل محلي (موازنة).

وتُصنّف المشاريع الواردة في الخطة الإستراتيجية لوزارة الصحة والتي رُصدت مخصصات لها في موازنة الوزارة، إلى مشاريع جارية ومشاريع رأسمالية، ثم تُوزع بحسب البرامج المعتمدة (الجدول رقم 5). ومن خلال تحليل موازنة الوزارة، يتبين ما يلي:

1. بالرغم من أن معظم مشاريع وزارة الصحة مشاريع رأسمالية تعنى بتقديم الخدمات الصحية للمواطنين، إلا أن الإنفاق الجاري أكبر بكثير من الإنفاق الرأسمالي، والسبب في ذلك ارتفاع قيمة الرواتب والأجور ومخصصات تقديم الخدمات في الرعاية الصحية الأولية والثانوية، بالإضافة إلى إدراج برنامج الأدوية والمطاعيم وبرنامج توسعة مظلة التأمين الصحي في بند النفقات الجارية.

2. يغلب على المشاريع الرأسمالية لوزارة الصحة طابع الإنشاءات، مثل إنشاء وتوسعة المستشفيات والمراكز الصحية وإضافة وحدات علاجية إلى المستشفيات (وحدات غسيل الكلى والمختبرات)، وإنشاء مبانٍ إدارية لمديريات الصحة أو توسعتها، إلى جانب إنجاز مشاريع استخدام الطاقة الشمسية وحوسبة الإجراءات وشراء الأجهزة والمعدات الطبية وغير الطبية.

الجدول رقم (5):

موازنة وزارة الصحة لعام 2020 موزعة بحسب البرامج والنفقات

البرنامج	الوصف	النفقات الجارية	النفقات الرأسمالية	إجمالي النفقات
4601	الإدارة والخدمات المساندة	8,345,000	687,000	9,032,000
4605	تنمية القوى البشرية	2,801,000	-	2,801,000
4610	الرعاية الصحية الأولية/ الخدمات والمراكز الصحية	109,854,000	17,988,813	127,842,813
4615	الرعاية الصحية الثانوية/ المستشفيات	226,918,000	56,297,187	283,215,187
4620	الأمصال والمطاعيم والأدوية والمستهلكات الطبية	97,650,000	-	97,650,000
1625	توسعة مظلة التأمين الصحي	90,000,000	-	90,000,000
	المجموع	535,568,000	74,973,000	610,541,000

المصدر: قانون الموازنة العامة (2020).

الحادي عشر: متابعة توصيات تقرير حالة البلاد لعامي 2018 و2019 ومدى إمكانية تطبيقها

1- مراجعة التوصيات التي قُدمت في تقرير حالة البلاد لعام 2018

أبرز توصيات تقرير حالة البلاد لعام 2018	الإجراءات المتخذة من الجهات المعنية
1. الرعاية الصحية الأولية	
التحول من الطب العام إلى طب الأسرة، من خلال قرار حكومي ملزم وبرنامج زمني للإحلال.	بلغت نسبة تغطية المراكز الشاملة بأطبائ الأسرة 91.4% في المراكز الشاملة و2.2% في المراكز الصحية الأولية. تم توفير 110 من اختصاصيي طب الأسرة لتغطية المراكز الصحية الشاملة.
تنفيذ توصيات وثيقة المبادرة النيابية (2016) بخصوص دمج المراكز الصحية.	تمت زيادة عدد المقيمين في تخصص طب الأسرة ليصبح الإجمالي 200 طبيب لجميع السنوات الأربع.
اعتماد الأسس المقررة في مجلس الوزراء لإنشاء أو ترفيع المراكز الصحية.	يجري العمل على تطوير بعض المراكز لتصبح مراكز نموذجية، إذ بلغ عددها 13 في جميع المحافظات باستثناء إقليم البترا. يجري العمل على مقترح لتحويل 27 مركزاً فرعياً إلى رياض أطفال في جميع محافظات المملكة. وبسبب جائحة كورونا لم يتم التوسع في هذه الإجراءات.
تعزيز أنظمة الرصد والاستجابة، وتعزيز البرنامج الوطني للتطعيم.	تم اعتماد الأسس، وشكلت لجنة لتقييم المعايير والأسس المتعلقة بإنشاء وتوسعة وترقية المرافق الصحية، ورفعت تنسيباتها إلى رئاسة الوزراء.
التعامل الجدي مع بعض الأمراض غير السارية.	تمت صياغة خطة تنفيذية للتعامل مع جائحة كورونا، ويتم التعديل عليها بحسب المستجدات، كما تمت صياغة خطة الجاهزية والاستجابة للإنفلونزا. تم الانتهاء من نظام رصد الأمراض التنفسية الشديدة.
	تمت حوسبة نظام التزويد بالمطاعيم، وإدخال مطعوم التهاب الكبد، ويتم متابعة المتأخرين عن التطعيم بسبب توقف العمل خلال فترة الحظر في ظل جائحة كورونا.
	استمر الرصد بنوعيه الذاتي والنشط لجميع حالات السرطان المكتشفة والجديدة في المملكة من جميع المصادر ذات العلاقة.
	يجري العمل بالتعاون مع مؤسسة المواصفات والمقاييس، على تقليل كمية ملح الطعام المضافة للخبز من 1.5% إلى 1%.
	تعزيز الوضع التغذوي لدى الأطفال دون سن 5 سنوات عن طريق توزيع "كبسولات" فيتامين (أ) لخفض معدل انتشار نقص هذا الفيتامين.
	الاستمرار ببرنامج تدعيم ملح الطعام باليود، لخفض معدل انتشار أمراض تضخم الغدة الدرقية.
	الاستمرار ببرنامج تدعيم الطحين الموحد بالفيتامينات والمعادن، لخفض معدلات انتشار فقر الدم الناتج عن نقص الحديد بين النساء في سن الإنجاب والأطفال دون سن المدرسة.
	الاستمرار في تقديم الاستشارة الوراثية ضمن برنامج فحص ما قبل الزواج لحاملي السمة الوراثية لمرض التلاسيميا.
	استمرار العمل للحد من انتشار الأمراض الوراثية والخلقية عن طريق فحص المواليد الجدد ضمن البرنامج الوطني للمسح الطبي لحديثي الولادة.
	إصدار نظام جديد في البرنامج الوطني المجاني الإلزامي لفحص ما قبل الزواج، بحيث تم إدراج مرض الأنيميا المنجلية بالإضافة إلى مرض التلاسيميا للكشف المبكر عن الحاملين لهذين المؤشرين الوراثيين والحد من إصابة أبنائهم.
	اعتماد آلية التبليغ الإلكتروني عن الأمراض غير السارية من محافظات المملكة كافة وبشكل يومي.

الإجراءات المتخذة من الجهات المعنية	أبرز توصيات تقرير حالة البلاد لعام 2018
<p>الصحة الإنجابية:</p> <ul style="list-style-type: none"> - التوسع في تقديم خدمات الصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة (زيادة المواقع وتدريب الكوادر وتوفير وسائل تنظيم الأسرة). - زيادة المراكز التي تقدم خدمات تنظيم الأسرة ليصبح عددها الكلي 526 مركزاً. <p>الصحة المدرسية:</p> <ul style="list-style-type: none"> - تفعيل إجراء الفحص الطبي الشامل والسني للطلبة في المدارس الحكومية لتصبح 99% وتوفير العديد من الأجهزة اللازمة لفحص الطلبة. - إعداد مطويات ونشرات تثقيفية توعوية بالمواضيع الصحية ذات الأولوية لطلبة المدارس (22 موضوعاً). - مراجعة دليل الإجراءات الخاصة بفيروس كورونا في المدارس بالتعاون مع وزارة التربية والتعليم وبدعم من منظمة الأمم المتحدة للطفولة (يونيسيف). - إعداد دليل تثقيفي للصحة المدرسية بالتعاون مع وزارة التربية والتعليم وبدعم من "اليونيسيف" لتوزيعه على المراكز الصحية. - يجري إعداد دليل للسلامة العامة في مؤسسات ما قبل المدرسة (رياض الأطفال والحضانات) بدعم من "اليونيسيف". - عقد ورشات عمل تدريبية على مستوى المحافظات للعاملين في مجال الصحة المدرسية في عام 2019 (300 متدرب). 	<p>تعزيز خدمات الصحة الإنجابية وصحة الطفل.</p> <p>تعزيز خدمات الصحة المدرسية.</p>
2. الرعاية الصحية الثانوية	
<ul style="list-style-type: none"> - تسهيل العمل المرن أثناء فترة حظر التجوال بين المحافظات بتغطية العمل كل بحسب محافظته. - شراء خدمات أطباء أخصائيين وبحسب حاجة الوزارة (185 طبيبياً). - تم تعديل العلاوة الفنية للأطباء، وتعديل تقدير سلم الرواتب لأطباء الأسنان، وتعديل نظام الإجازات السنوية وتوحيده لجميع الموظفين (30 يوماً). - تقديم مكافآت للعاملين في فرق الرصد والتقصي لوباء كورونا. - تم التعميم على جميع مراكز الوزارة للتعامل مع الإجازات من دون راتب عن طريق مركز العمل، لتسهيل الإجراءات المتعلقة بقطع الإجازة والمباشرة. - تم إلحاق 370 طبيبياً من العاملين في وزارة الصحة و260 من غير العاملين في الوزارة، في برامج الإقامة بمختلف تخصصات الطب البشري في عام 2019. - تم قبول 423 طبيبياً بشرياً و40 طبيب أسنان من العاملين في الوزارة في عام 2020. - وضع اتفاقية لتبادل تدريب المقيمين في مختلف التخصصات ما بين وزارة الصحة وكل من مركز الحسين للسرطان ومستشفى الأردن ومستشفى الاستقلال. - تم تدريب وتأهيل 19949 موظفاً في عام 2019 و3945 موظفاً في عام 2020. - تم استخدام الطاقة الشمسية للمياه في مستشفى البشير ومستشفى المفرق ومستشفى الأمير فيصل بالزرقاء، ويجري العمل في 25 مركزاً صحياً لهذه الغاية. - بناء القدرات في المحافظات، ودعم المجالس لتطوير الخطط التنفيذية المحلية لتحديد أولوياتها على مستوى المحافظة. - تم تعديل التشريعات والأنظمة لتفعيل عمل اللامركزية وتفويض الصلاحيات للمديرين. - تنفيذ نظام محوسب لمتابعة مشاريع اللامركزية في المحافظات. 	<p>إدارة الموارد البشرية؛ استقطاب الكوادر الصحية، والاحتفاظ بالكوادر المؤهلة، وتعديل نظام الخدمة المدنية لفئة الأطباء.</p> <p>تعزيز وتحسين البرامج التدريبية للكوادر الطبية، واستحداث برامج الإقامة المشتركة بين القطاعات المختلفة.</p> <p>تطوير المعرفة والمهارات للعاملين في المجال الصحي.</p> <p>استخدام الطاقة الشمسية في المستشفيات والمراكز الصحية.</p> <p>التوسع في تفويض الصلاحيات من المركز إلى المستويات الطرفية.</p>

أبرز توصيات تقرير حالة البلاد لعام 2018	
3. السياحة العلاجية	
<ul style="list-style-type: none"> - تحديد ضابط ارتباط لكل مستشفى، وتكثيف الزيارات الميدانية على المستشفيات للتأكد من جاهزيتها لاستقبال المرضى. - المشاركة في جلسات حوارية لطرح مفهوم "السياحة الصحية" أهمها من خلال قناة "المملكة". - إعداد الإحصائيات وتحليلها من خلال الأسواق المستهدفة. - تعميم الخط الساخن على المرضى ومرافقيهم، وإعداد استبانة لقياس رضى المرضى ودراسته وتحليله. 	<p>سياسة تسويقية من الحكومة ومن جمعية المستشفيات الخاصة.</p>
<ul style="list-style-type: none"> - إدارة منصة "سلامتك". - التفتيش المفاجئ على المستشفيات، وتزويد الحكام الإداريين ضمن مناطقهم بمعلومات المرضى. 	<p>دور فاعل لجمعية المستشفيات الخاصة من المطار إلى أماكن تقديم الخدمة.</p>
<ul style="list-style-type: none"> - تسهيل إجراءات استصدار التأشيرات للجنسيات المقيدة، وتسريع الموافقة لتقليل مدة صدور التأشيرة. 	<p>تسهيل إجراءات الدخول إلى المملكة من الدول المقيدة.</p>
4. التأمين الصحي	
<ul style="list-style-type: none"> - تم تصميم عدة حزم تأمينية وتحديد نسبة الدعم الحكومي للأسر بحسب الدخل الشهري للأسرة. - لغايات استثناء المقتدرين من فئة كبار السن (فوق 60 عاماً) من التأمين الصحي المجاني، تم تحديد الدعم لهم ضمن حزمة تأمينية واحدة بأقساط محدودة، وفي حال رغبتهم بالانضمام لحزم تأمينية بمنافع أعلى يتوجب عليهم الدفع. 	<p>الزيادة التدريجية للممولين في التأمين الصحي بإضافة شرائح تأمين جديدة.</p>
<ul style="list-style-type: none"> - تشكيل لجنة لإدارة المستشفيات الحكومية كخطوة أولى نحو عملية فصل التمويل عن مقدم الخدمة. - التأسيس للفصل الإداري لصندوق التأمين الصحي من خلال مسودة النظام الجديد، بحيث تعزز فصل التمويل عن تقديم الخدمة الصحية. 	<p>إعادة هيكلة التأمين الصحي، وفصله عن وزارة الصحة.</p>
5. المجلس الطبي	
<ul style="list-style-type: none"> - تم الانتهاء من إنجاز البنية التحتية لـ "بنك الأسئلة" من أجهزة وبرامج، إلا أنه غير مفعّل لحاجته إلى التغذية بالأسئلة من قبل اللجان المعنية. - تم تفعيل بند العقوبات لمخالفي تعليمات الفحص الإجمالي وامتحانات المجلس الطبي وحالات الغش. - إحضار ممتحنين خارجيين لجميع التخصصات التي أعقد لها امتحانات في المجلس الطبي، لاكتساب الخبرات وتبادلها في مجال عقد الامتحانات وتقييمها. - تم تعديل تعليمات امتحانات المجلس الطبي وإعادة تشكيل اللجان العلمية، بالإضافة إلى عقد دورات لجميع أعضاء اللجان العلمية من قبل متخصصين في طريقة كتابة الأسئلة وإجراء الامتحانات. كما تم تفعيل العمل بنظام الامتحان القابل للقياس (مثل OSCE بدلاً من Clinical Exam). 	<p>تطوير امتحانات المجلس من حيث المحتوى والليات التنفيذية.</p>
<ul style="list-style-type: none"> - شكّلت لجان عدة لوضع الخطط والأسس لمتابعة التدريب في المؤسسات التدريبية. - شكّلت في كل مستشفى معتمد للتدريب، لجنة مرتبطة بلجنة التدريب والتوصيف في المجلس، بهدف متابعة تنفيذ البرامج التعليمية في المستشفيات التدريبية ورفع التقارير عنها والإشراف على تقييم الأطباء في نهاية كل سنة وتقييم برنامج النشاطات العلمية الشهرية لجميع البرامج التعليمية. - تم وضع أسس وتعليمات لتقييم البرامج التدريبية، ليتم الاستناد إليها عند تقييم أي برنامج تدريبي في الأردن. - التعديل على محتوى المنهاج التدريبي لكل تخصص، وتشكيل لجنة المهارات السريرية لكل برنامج تدريبي. إلا أن هذه اللجنة غير مفعلة. 	<p>مأسسة التعليم الطبي المستمر، وتطوير البيئة التعليمية والتدريبية في المستشفيات المعتمدة للتدريب.</p>

الإجراءات المتخذة من الجهات المعنية	أبرز توصيات تقرير حالة البلاد لعام 2018
	6. الغذاء والدواء
<ul style="list-style-type: none"> - تم وضع آلية لمتابعة عمل مندوبي المؤسسة في اللجان الفنية في مؤسسة المواصفات والمقاييس، ومواءمتها مع إجراءات العمل المعيارية، وبلغت نسبة الإنجاز 50%. - تم إعداد مذكرة تفاهم مع سلطة منطقة العقبة الاقتصادية الخاصة. - تنفيذ أعمال التفتيش استناداً إلى درجة الخطورة الصحية، وبلغت نسبة الإنجاز 100%. - الإشراف على تنفيذ التفتيش الإلكتروني بحسب نظام (Fims). 	<p>الرقابة الشاملة على سلسلة الغذاء من المادة الخام وحتى وصوله إلى المستهلك.</p>
<ul style="list-style-type: none"> - تم عقد 6 لقاءات مع قطاع المستوردين لرفع مستوى المعرفة والممارسات في مجال تجارة واستيراد الأغذية الخاصة وأغذية الرياضيين، والتعريف بأسس التعامل بحسب القواعد الفنية والمواصفات القياسية وبطاقة البيان للمنتجات المستوردة والتعليمات الناظمة لذلك. - تم عقد دورات في مجال التغذية السليمة، والنمط الغذائي، والعادات الصحية، والغذاء الصحي، وهرم الغذاء، والممارسات الصحية الجيدة، وغيرها من الموضوعات. 	<p>الوصول إلى غذاء وطني آمن، وتغيير الأنماط الاستهلاكية غير الصحية.</p>
<ul style="list-style-type: none"> - تواصلت المؤسسة بدعم مساهمة الصناعات الدوائية لتسجيل الأدوية المحلية، بتوفير التسهيلات في مواعيد ومعاملات التغييرات على الأدوية المسجلة، مما يحفز ويسهل دخولها للسوق المحلي وتمنح أسعاراً منافسة مع الأخذ بعين الاعتبار أن المملكة بلد منشأ مما يحفز دخولها للأسواق العربية والعالمية. وتتراوح نسبة مساهمة الصناعات الدوائية الأردنية ضمن فاتورة الدواء بين 47.1% و51.8%. 	<p>رفع نسبة مساهمة الصناعات الدوائية الأردنية ضمن فاتورة الدواء محلياً.</p>
<ul style="list-style-type: none"> - تم إصدار تعليمات ترخيص مصانع الأدوية لسنة 2018، والتي توحد الإجراءات الرقابية. - تم إصدار تعليمات نقل وتخزين وتوزيع المستحضرات الصيدلانية والمواصفات الفنية لوسائط نقلها لسنة 2019، وهي تعزز الرقابة على سلسلة الدواء بدءاً بالمواد الفعالة وحتى وصول الدواء للمواطن. 	<p>تعزيز الدور الرقابي للمؤسسة على جميع المؤسسات الصيدلانية ومستودعات الأدوية ومصانعها.</p>
<ul style="list-style-type: none"> - تم إصدار تعليمات تسجيل الأدوية المطورة ذات القيمة المضافة لسنة 2018، بهدف تسجيل الأدوية المطورة وتشجيع التطوير المستمر على الأدوية. - تم تخفيض سعر الدواء للجمهور الأردني (لدى إدراجها في قائمة الأدوية الرشيدة بموجب أسس تسعير الأدوية لسنة 2016) (بنسبة 5%). - تتم المراجعة الدورية لأسعار الأدوية بحسب الأسس النافذة. 	<p>إيجاد آلية للتعامل مع تحدي الأدوية البيولوجية، وتشجيع تصنيعها محلياً، لخفض الكلفة الباهظة لهذه الأدوية.</p>

2 - توصيات تقرير حالة البلاد لعام 2019

الإجراءات المتخذة من الجهات المعنية	أبرز توصيات تقرير حالة البلاد لعام 2019
	1. التشريعات الصحية (قانون المسؤولية الطبية، ونظام إعادة ترخيص المهن الصحية، ونظام اعتماد المؤسسات الصحية)
<ul style="list-style-type: none"> - لم يتم إلغاء الإلزامية. 	إلغاء الإلزامية في نظام اعتماد المؤسسات الصحية.
<ul style="list-style-type: none"> - لم يتم إجراء التعديل. 	تعديل نظام إعادة ترخيص المهن الصحية لإدخال مفهوم التدرج في تطبيقه.
<ul style="list-style-type: none"> - لم يتم إجراء التعديل. 	تعديل قانون المسؤولية الطبية لإلزام المؤسسات الصحية بإيجاد آليات محددة لضمان سلامة المرضى والحد من الأخطاء.
<ul style="list-style-type: none"> - لم يتم إجراء التعديل. 	تعديل قانون المسؤولية الطبية لإلزام أطباء الاختصاص والمستشفيات الخاصة بحصر ممارسة الطبيب في مستشفى واحد أو اثنين.

2. التخطيط الصحي	
<ul style="list-style-type: none"> - تم استحداث وحدة في وزارة الصحة لمتابعة الخطة التنفيذية لإصلاح القطاع الصحي. - ما زال هناك نقص في الكوادر البشرية المدربة في مجال التخطيط والمتابعة. 	<p>دعم وحدات التخطيط الصحي ووحدات متابعة الخطط بالكفاءات البشرية المدربة والعمل على رصدها.</p>
<ul style="list-style-type: none"> - يتم رصد نصف سنوي ورصد سنوي لمؤشرات إستراتيجية الوزارة وإعداد تقرير وتوزيعه على جميع المديريات. - يتم رصد مؤشرات الخطة التنفيذية لإصلاح القطاع الصحي من خلال رصد مؤشرات إستراتيجية الوزارة. 	<p>وضع مؤشرات قابلة للقياس والتنفيذ، والتأكد من وجود بيانات لرصد تقدم هذه المؤشرات.</p>
<ul style="list-style-type: none"> - بلغ عدد المشاريع الممولة من الموازنة 115 مشروعاً (44% من إجمالي المشاريع)، وعدد المشاريع الممولة من المنح والقروض 85 مشروعاً (33% من إجمالي المشاريع)، وعدد المشاريع الممولة بالتشارك بين الموازنة والمنح 17 مشروعاً (6.5% من إجمالي المشاريع)، وهناك مشروع واحد فقط تقوم بتمويله المصانع نفسها، وهو تدعيم ملح الطعام باليود، أي أن نحو 84% من المشاريع يتوفر لها تمويل. 	<p>التأكد من وجود مخصصات مالية للتدخلات والمشاريع والبرامج المشمولة بالخطط.</p>
<ul style="list-style-type: none"> - تمت الاستجابة من قبل مشروع الحوكمة والتمويل، لكن التوصية لم تنفذ بسبب ظروف جائحة كورونا. 	<p>تزويد وحدات التخطيط والمتابعة بقواعد ومنصات للبيانات.</p>
3. الكفاءة الاقتصادية	
<ul style="list-style-type: none"> - تمت مخاطبة مديريةية تكنولوجيا إدخال نظام محاسبة التكاليف والموازنات المنفصلة لكل مستشفى ومركز صحي، لمعرفة التكاليف الفعلية وضبطها وتحديد المسؤوليات. 	<p>إدخال نظام محاسبة التكاليف والموازنات المنفصلة لكل مستشفى ومركز صحي، لمعرفة التكاليف الفعلية وضبطها وتحديد المسؤوليات.</p>
<ul style="list-style-type: none"> - تم تطبيق نظام فوترة المرضى وإدارة المخزون في مستشفى الأمير الحسين بن عبد الله الثاني وفي مستشفى البشير. 	<p>إدخال نظام الفوترة الإلكتروني لتحديد تكلفة كل مريض.</p>

<ul style="list-style-type: none"> - تم تطوير أدوات تخطيط الموارد الصحية (المنشورة على موقع الوزارة الالكتروني كخريطة صحية) والتي تساعد في اتخاذ القرار بخصوص توزيع الأجهزة الطبية بما يتناسب وتوزيعها على المراكز الصحية والمستشفيات. 	<p>إيجاد آلية لربط إنشاء المستشفيات والمراكز الصحية، وشراء التكنولوجيا الطبية المكلفة بحاجات المجتمع وأولوياته.</p>
<ul style="list-style-type: none"> - استخدام الطاقة البديلة عن الكهرباء في بعض مستشفيات ومراكز الوزارة، والغاز المسال بديلاً عن الديزل للتدفئة، لتوفير ما لا يقل عن 30% من التكلفة. - وجود تعليمات لشراء الديزل تساعد على توفير الاستهلاك. - التوسع في تطبيق "حكيم" للتوفير في استهلاك الدواء ومنع الهدر. 	<p>إيجاد آلية ملزمة لترشيد الإنفاق في القطاعات الصحية الحكومية.</p>
<p>4. الرعاية الصحية الأولية</p>	
<ul style="list-style-type: none"> - تم التنفيذ بشكل جزئي، إذ اقتصر ذلك على المراكز الصحية الشاملة. 	<p>توفر ما لا يقل عن اختصاصين اثنين في طب الأسرة في كل مركز صحي.</p>
<ul style="list-style-type: none"> - لم يتم ابتعاث أطباء أسرة من وزارة الصحة إلى أي جهة في المملكة أو خارجها. 	<p>ابتعاث أطباء الأسرة داخلياً وخارجياً.</p>
<p>5. التغطية الصحية الشاملة</p>	
<ul style="list-style-type: none"> - تم وضع خريطة طريق واضحة للوصول إلى التغطية الصحية الشاملة، وتم إجراء التعديلات التشريعية اللازمة ومن ضمنها توجيه الدعم الحكومي للأسر بحسب شرائح الدخل. - تم إيراد العديد من الأحكام التي تؤسس لعملية الفصل النهائي، وكانت الخطوات الأولى فصل الأحكام القانونية بشكل كامل، وفصل الإيرادات، والتمهيد لفصل الإدارة بعد تعزيز قدراتها. - تم التأسيس لعملية فوترة المعالجات وغيرها من الأحكام اللازمة لعملية الفصل. - تم إيراد نص في مشروع قانون تنظيم أعمال التأمين، يسمح للبنك المركزي بتوسيع مظلمته الرقابية لتشمل صناديق التأمين الصحي. 	<p>ضرورة وضع خريطة طريق واضحة وملزمة للوصول إلى التغطية الصحية الشاملة، مثل توحيد أنظمة التأمين الصحي المدني والعسكري، وإيجاد إدارة واحدة أو هيئة وطنية موحدة للتأمين الصحي.</p>

6. جودة الرعاية الصحية والكفاءة الفنية وسلامتهما	
<ul style="list-style-type: none"> - الاستمرار بالعمل مع الأطراف المعنية بالنظام لتطبيقه بشكل فعال يخدم الأهداف المرجوة. - عُمم على إدارة التأمين الصحي كتاب وزير الصحة الذي يتضمن حصر شراء الخدمات الصحية بالمستشفيات الحاصلة على اعتمادية. 	<p>وضع نظام وطني لتحفيز المؤسسات الصحية للحصول على الاعتمادية.</p>
<ul style="list-style-type: none"> - يجري العمل بالتعاون مع منظمة الصحة العالمية على تطوير الاستراتيجية الوطنية للجودة وسلامة المرضى. - تم تطوير نظام قياس أداء المستشفيات، ويشتمل على 30 مؤشراً تعكس جودة الخدمات الصحية وسلامتها. - تم التعميم على مستشفيات وزارة الصحة بتفعيل دور اللجان المعنية بجودة وسلامة الخدمات، وربط تقييم الموظف بمدى مشاركته بأنشطة الجودة. 	<p>إلزام المؤسسات الصحية العامة والخاصة بوضع آليات محددة للرقابة الذاتية على جودة الخدمات المقدمة.</p>
<ul style="list-style-type: none"> - تم التعميم على المستشفيات التابعة لوزارة الصحة بضرورة مراقبة جودة الرعاية الطبية وسلامتها، وذلك بحسب الوصف الوظيفي لكل منها. - التأكيد على الإدارات بضرورة الالتزام بمتطلبات نظام الخدمة المدنية الجديد والذي يربط تقييم الموظف بمدى مشاركته بأنشطة الجودة في المؤسسة. 	<p>إلزام الهيئات الطبية والإدارية في المستشفيات والنقابات الصحية بالقيام بدورها في مراقبة جودة الرعاية الطبية وسلامتها.</p>
7. وزارة الصحة	
<ul style="list-style-type: none"> - تم الحصول على موافقة رئاسة الوزراء لصرف مكافأة شهرية للموظفين تعادل العلاوة الفنية التي تم إيقافها. 	<p>وضع خطة متكاملة وشاملة لتحفيز الكوادر العاملة في الوزارة وتدريبها.</p>
<ul style="list-style-type: none"> - تم الحصول على موافقة من رئاسة الوزراء لاستكمال إجراءات تعيين الكوادر الطبية والصحية قبل جائحة كورونا. - تم الحصول على موافقة رئاسة الوزراء لتعيين 200 ممرضة قانونية وفق نظام شراء الخدمات. 	<p>دعم البنية البشرية والإدارية والفنية والمعلوماتية لدى الوزارة لرفع كفاءتها.</p>

<ul style="list-style-type: none"> - يتم إعداد آلية لعدم استقبال الحالات غير الطارئة في المستشفيات، لتخفيف العبء عليها. - توفير كل الأدوية المتخصصة في المراكز الصحية بحيث يتم صرفها في المراكز الصحية بتقرير من طبيب الأسرة. - يجري العمل ليُسمح لطبيب الأسرة بطلب الفحوص المختلفة (مثل فحص فيتامين د) وكتابة كل الأدوية التخصصية للمريض. 	<p>إيجاد آلية ونظام تحويل فعال وصارم لجعل طب الأسرة والرعاية الصحية الأولية المدخل الرئيس لتلقي الخدمات الصحية.</p>
<ul style="list-style-type: none"> - نظام التنظيم الإداري المعمول به في وزارة الصحة هو نظام رقم (45) لسنة 2018. ويوجد مسودة نظام جديد قيد الدراسة في ديوان التشريع والرأي قبل اعتماده ونشره في الجريدة الرسمية بحسب الأصول. 	<p>النظر في إعادة هيكلة وزارة الصحة وواجباتها.</p>
<p>8. الدواء</p>	
<ul style="list-style-type: none"> - تم تخفيض أسعار الأدوية، ومعظمها من الأدوية البيولوجية، بموجب عروض أسعار مقدمة من الشركات مالكة حق التسويق بنسب تتراوح بين 20% و40% لدى التقدم لإدراجها على قائمة الأدوية الرشيدة، إذ تحوّل هذه الأسعار إلى دائرة المشتريات الحكومية لاعتماد نسب التخفيض كسعر أولي للدخول في المنافسة على العطاءات الحكومية. 	<p>تفعيل سياسات واستراتيجيات ترشيد صرف الدواء واستهلاكه، ومحاسبة الجهات غير الملتزمة بها.</p>
<ul style="list-style-type: none"> - تم إصدار أسس تسعير الأدوية لسنة 2016، والتي تضمنت آليات من شأنها إعطاء السعر العادل الأقل للدواء. 	<p>الاستمرار في الجهود الوطنية التي بذلت لتخفيض أسعار الدواء، ووضع آلية جديدة عادلة وشفافة لتسعير الأدوية.</p>
<ul style="list-style-type: none"> - يتم إعطاء ميزة سعرية للدواء المطور الذي تم تطويره عن الدواء المرجعي، إذ يؤدي هذا التطوير إلى عدّ الدواء ذا تقنية تزيد من فعالية / سلامة الدواء أو يضيف عليه قيمة إضافية علاجية لصالح المريض، وذلك بناء على دراسة تُقدّم من الشركة الصانعة، على أن يتم إعطاء ميزة سعرية على الدواء المرجعي. 	<p>تحفيز الصناعات الدوائية المحلية ومساعدتها في فتح أسواق جديدة.</p>

9. المجلس الصحي العالي	
- لم يتم أي تعديل على قانون المجلس الصحي العالي، ولم يقدم للمجلس أي دعم بشري أو مالي أو فني. مع الإشارة إلى أن المجلس هيئة مستقلة.	ضرورة المحافظة على المجلس الصحي العالي مستقلاً، ودعمه بالكوادر البشرية والفنية ومالياً.
- لم يتم إجراء أي تعديل على قانون المجلس الصحي العالي بما يضمن منحه صلاحيات مساءلة القطاعات الصحية في حال عدم التزامها بالسياسات الصحية والخطط الاستراتيجية الوطنية.	تعديل قانون المجلس الصحي بمنحه صلاحيات تمكنه من مساءلة القطاعات الصحية في حال عدم التزامها بالسياسات الصحية.

الثاني عشر: توصيات تنفيذية لمعالجة آثار الجائحة والنهوض بالقطاع الصحي

- القيادة والحوكمة

1. توحيد جميع الجهات المقدمة للخدمات الصحية في القطاع العام تحت مظلة واحدة تتولى فيها وزارة الصحة الدور الريادي في مجال تقديم خدمات الصحة العامة والرعاية الصحية الأولية. ويتم تقديم مطالعات وخطط لدمج القطاعات ومنها القطاع الصحي (بناءً على التوجيهات الملكية) بهدف تنظيم القطاع ودمج عدد من القطاعات لزيادة الكفاءة والفاعلية.
2. إعداد إستراتيجية صحية وطنية واحدة تتناسب والبرنامج التنفيذي الذي أُعد مؤخراً، وتقوم على التخطيط للأزمات والاستعداد لها وفقاً للنموذج الاستباقي وليس بناء على ردة الفعل.
3. تطبيق هيكلية وزارة الصحة (إذ إن هناك هيكلية تم المضي قدماً لإقرارها).

- تقديم الخدمات الصحية

1. تبني نموذج الصحة العامة والطب الوقائي كدريف أساس للطب العلاجي، مع ضرورة التركيز على الوقاية من الأمراض وعوامل الخطورة لها والأوبئة ومسبباتها.
2. تأسيس المركز الوطني لمكافحة الأمراض والوقاية منها.
3. تعزيز الوعي الصحي المجتمعي نحو ممارسات الوقاية والتباعد المجتمعي وتجنب الاختلاط، وتوجيه السياسات العامة لتعزيز التباعد المجتمعي وممارسات الوقاية الشخصية.

4. تمكين ورفع كفاءة الاستقصاء الوبائي وشموليته من خلال الرصد النشط وغير النشط.
5. إعداد الأدلة الإرشادية والبروتوكولات الخاصة بإجراءات السيطرة على انتشار العدوى في المستشفيات والمراكز الطبية.
6. توظيف التكنولوجيا والذكاء الاصطناعي والتطبيقات الذكية لتتبع المصابين والمخالطين عند حدوث أوبئة مثل كورونا.
7. تجهيز البنية التحتية الإلكترونية لتقديم الخدمات الصحية الإلكترونية عن بعد (E-Health) للمواطنين والمقيمين في منازلهم، مثل توصيل الأدوية لمرضى الأمراض المزمنة والمسنين وذوي الاحتياجات الخاصة في منازلهم وتقديم خدمات تنظيم الأسرة والاستشارات الطبية عن بعد.
8. توسعة وتطوير وتنظيم خدمات الإسعاف والطوارئ في جميع مستشفيات القطاع العام وتوفير بيئة آمنة في مراكز الإسعاف تضمن سلامة المرضى وسلامة الكوادر الصحية العاملة فيها.

- الكوادر البشرية

1. الاستفادة من خبرات كليات الطب وأقسام الصحة العامة في الجامعات لرفد النظام الصحي بالكوادر البشرية في مجال الصحة العامة والطب الوقائي.
2. زيادة أعداد الكوادر الطبية المتخصصة والمساندة والمدرية تدريباً جيداً.
3. زيادة أعداد الكوادر الصحية في مجال الصحة العامة والوبائيات.
4. تعزيز الكوادر الفنية للمؤسسة العامة للغذاء والدواء، لتمكينها من القيام بدورها الرقابي على الغذاء والدواء.
5. استخدام التكنولوجيا عن بُعد لتدريب وتأهيل الكوادر الصحية في المجالات المختلفة، وخاصة في مجال الصحة العامة والأوبئة.

- نظم المعلومات الصحية

1. توفير قاعدة بيانات معلوماتية وطنية (نظام معلومات صحي وطني) حول القوى البشرية والفنية والتكنولوجية ومرافق المؤسسات الصحية في جميع القطاعات الصحية وبحسب المناطق الجغرافية للاستفادة منها عند حدوث كوارث أو أزمات صحية على المستوى الوطني كجائحة كورونا.

2. تطوير البنية التحتية لأنظمة الصحة الإلكترونية وضمان سهولة انتقال البيانات الصحية بين القطاعات الصحية المختلفة.

- التكنولوجيا والدواء

1. زيادة عدد أسرة العناية الحثيثة وأجهزة التنفس الاصطناعي وتوزيعها بعدالة على مستوى المملكة.
2. تشجيع الاستثمار في تصنيع المستلزمات الطبية الوقائية مثل الكمامات وملابس الوقاية وغيرها.
3. تشجيع الاستثمار في تصنيع مستلزمات المختبرات وخاصة مختبرات الأمراض المعدية والوبائيات.
4. توفير قاعدة بيانات محدثة ومستدامة للمخزون الإستراتيجي للأدوية.
5. دعم جهود المجلس الصحي العالي في مجال مأسسة تقييم التكنولوجيا الصحية (Health Technology Assessment) لتزويد المملكة بالأجهزة والأدوية والتقنيات والبرامج الصحية ذات الفائدة الأكبر والكلفة الأقل.
6. دعم الصناعات الدوائية الوطنية وتوفير التسهيلات اللازمة لازدهارها.
7. تشجيع الدراسات الدوائية وخاصة التطعيمات والعلاجات للأوبئة.

- التمويل

1. توفير التمويل اللازم لخدمات الصحة العامة، وزيادة مخصصات الرعاية الصحية الأولية في موازنة وزارة الصحة.
2. وضع خارطة طريق للتغطية الصحية الشاملة بما يشمل الخدمات الوقائية والعلاجية والتلطيفية لجميع السكان على أساس توحيد صناديق التأمين الصحي المختلفة تحت مظلة واحدة.
3. إشراك القطاع الخاص والمنظمات غير الحكومية بتقديم الخدمات أثناء الأزمات وبعدها.
4. إعداد إستراتيجية وطنية للتمويل الصحي.

المراجع

1. الإستراتيجية الوطنية للقطاع الصحي في الاردن 2016-2020. المجلس الصحي العالي 2016 .
2. تقرير المتابعة والتقييم للإستراتيجية الوطنية للقطاع الصحي 2016 - 2017.
3. الخطة الإستراتيجية لوزارة الصحة 2018-2022. وزارة الصحة 2018 .
4. تقرير المتابعة والتقييم لإستراتيجية وزارة الصحة 2019 .
5. الخطة التنفيذية لإصلاح القطاع الصحي في الاردن 2018 - 2022.
6. انتشار فيروس كورونا المستجد في الأردن: الإستجابة الأولية. المجلس الإقتصادي والإجتماعي(2020).
7. التقرير الاحصائي السنوي. وزارة الصحة 2019.
8. قانون الموازنة العام 2020، فصل وزارة الصحة والمجلس الصحي العالي والمجلس الطبي والمؤسسة العامة للغذاء والدواء
9. "ماذا بعد الكورونا.. النظام الصحي"، ورقة مقدمة لمركز الدراسات الإستراتيجية-الجامعة الأردنية، رائدة القطب وموسى العجلوني ومحمد أبو فرج.
10. **Public Health Strategies for gradual lifting of the Public Sector Lockdown in Jordan and the United Arab Emirates during the COVID- 19 Crisis.**Raeda Qutob, Immanuel Moonesar, Mohammad Rasoul Tarawneh, Mohannad Nsour, Yousef Khader.

