

تقرير حالة البلاد

الصحة





4	تقديم
6	أولاً: الرعاية الصحية الأولية
8	ثانياً: الرعاية العلاجية: الرعاية الثانوية والثالثية - المستشفيات
9	أ. مستشفيات وزارة الصحة
10	ب. مستشفيات القطاع الخاص والسياحة العلاجية
11	ت. خدمة الإسعاف والطوارئ
12	ثالثاً: الصحة الإنجابية
13	رابعاً: التأمين الصحي
14	خامساً: الحاكمة
14	سادساً: حجم الإنفاق على الصحة
15	سابعاً: الحوسبة الصحية وتكنولوجيا المعلومات
16	ثامناً: جودة الخدمات الصحية
17	تاسعاً: صحة كبار السن
18	عاشراً: الصحة العقلية والنفسية
18	حادي عشر: المجلس الطبي الأردني
20	ثاني عشر: الغذاء والدواء
20	ثالث عشر: المؤسسة العامة للغذاء والدواء
23	رابع عشر: استعراض عدد من الإستراتيجيات وما تحقّق منها
23	أ. الإستراتيجية الوطنية للقطاع الصحي 2016-2020: المجلس الصحي العالي
24	ب. الخطة الإستراتيجية 2013-2017: وزارة الصحة
26	ت. إستراتيجيتنا المؤسسة العامة للغذاء والدواء 2013-2015 و2016-2018
27	خامس عشر: مواطن الضعف والتهديدات والمطلوب

تقديم

يقدم القطاع الصحي في الأردن خدماته من خلال وزارة الصحة والخدمات الطبية الملكية والمستشفيات الحكومية الجامعية، بالإضافة إلى المستشفيات والمراكز الطبية في القطاع الخاص، والمنظمات الدولية والتطوعية ذات الصلة.

لهذا، روعي أن تمثل جميع الأطراف السابقة، وأطراف أخرى ذات صلة، في المجلس الصحي العالي ولجانه الفنية خلال إعداد وثيقة الإستراتيجية الوطنية للقطاع الصحي في الأردن للأعوام 2016-2020، التي أطلقها المجلس وتم اعتمادها كي تُبنى عليها الخطط التنفيذية للمؤسسات العاملة في هذا المجال.

ووفقاً لقانون المجلس الصحي العالي رقم (9) لسنة 1999 والمعدل بموجب القانون رقم (13) لسنة 2017، يهدف المجلس كما تنص المادة (4)، إلى رسم السياسات العامة للقطاع الصحي، ووضع الإستراتيجية لتحقيقها، وتنظيم العمل الصحي وتطويره بجميع قطاعاته، والنظر في متطلبات القطاعات الصحية واحتياجاتها، واتخاذ القرارات اللازمة بتوزيع الخدمات الصحية على مناطق المملكة بما يحقق العدالة بينها، والنهوض بالخدمات والإيعاز إلى الجهات ذات العلاقة بتنفيذها.

وتضمن التعديل الأخير للقانون تسمية ستة وزراء في عضوية المجلس لتفعيل دوره، وهم: وزير الصحة، وزير المالية، وزير التخطيط، وزير التنمية الاجتماعية، وزير التعليم العالي، ووزير العمل. ونصت المادة (12) من القانون على أن رئيس الوزراء والوزراء مكلفون بتنفيذ أحكامه.

وحيث أن كل جهة من مكونات القطاع الصحي لها إستراتيجيتها الخاصة بها والتي تختلف فيها الأولويات -وبالتالي الأهداف- عن سواها، فإن هذه المراجعة تعتمد أساساً على الإستراتيجية الوطنية للقطاع الصحي 2016-2020، رغم أن هناك عدداً من الملاحظات الأساسية عليها.

وبالنظر إلى أن السياسات توضع استناداً إلى أرقام ومؤشرات ذات دلالة، فإن أيّ تباين في هذه الأرقام والمؤشرات من شأنه أن يؤثر على تنفيذ السياسات، وعلى تحقيق الأهداف ومتابعة الأداء أيضاً. وبناءً على ذلك يجب اعتماد المؤشرات وفقاً للتعريف المتفق عليه عالمياً لكلّ منها. ويكشف الجدول رقم (1) عن حجم التباين في الأرقام بالمقارنة بين ثلاث جهات تُعدّ مصدرية للمعلومة؛ هي «الإستراتيجية الوطنية للقطاع الصحي في الأردن للأعوام 2016-2020»، ووزارة الصحة، ودائرة الإحصاءات العامة.

الجدول رقم (1)
مؤشرات وأرقام ذات دلالة (2016)

الرقم	المؤشر	الإستراتيجية الوطنية	دائرة الإحصاءات العامة	وزارة الصحة
1	معدل عدد الأسرة (لكل 10 آلاف)	18	---	14
2	معدل عدد الأطباء البشريين (لكل 10 آلاف)	28.6	21	14.1
3	معدل نسبة الإشغال	---	%65	%60.4

إنّ التباين في هذه الأرقام وسواها، يُربك الخطط التي أقرتها الإستراتيجية معتمدة على أرقامها الخاصة (والتي تعدّ جيدة مقارنة بدول المنطقة والعالم). إذ تفترض الإستراتيجية زيادة عدد الأسرة بإضافة 221 سريراً سنوياً (بالمعدل) خلال الفترة 2016-2023 وإضافة 349 سريراً سنوياً (بالمعدل) خلال السنوات العشر التي تليها اعتباراً من عام 2024. لكن الإستراتيجية لم تبين أيّ القطاعات ستتم زيادة عدد الأسرة فيها؛ هل هي مستشفيات وزارة الصحة التي تبلغ نسبة الإشغال في ثلاثة منها (البشير، والأميرة بسمه، والزرقاء) %65، فيما تنخفض في بقية مستشفيات الوزارة إلى %60. أم ستكون الزيادة المفترضة في مستشفيات القطاع الخاص حيث لا تتعدى نسبة الإشغال %40. أم في مستشفيات الخدمات الطبية التي تزيد فيها نسبة الإشغال عن %78 نتيجة التوسع في تقديم الخدمة لغير العسكريين ومنتفعي التأمين الصحي العسكري.

كذلك، لم تلتفت الإستراتيجية للبعد الجغرافي والتفاوت في عدد السكان (في عمان والكرك) يبلغ معدل عدد الأسرة 17 لكل 10 آلاف مواطن، بينما في جرش 5 أسرة فقط). ومع هذا التفاوت في الأرقام الوطنية وبما يخص مؤشرات الأداء، اعتمدت الإستراتيجية أرقام وزارة الصحة! حيث رقم الانطلاق 14/ 10000 يزيد إلى 15/ 10000 في السنوات الأربع التالية.

ومن الواضح أن هذا التباين سيصعب عملية قياس الأداء ومدى التطبيق وإنجاز الأهداف. وقد وضع بند «عدد الأسرة وإنشاء المستشفيات الجديدة» ضمن مصفوفة معايير استحداث المستشفى الجديد في وزارة الصحة، وقدم لمجلس الوزراء للمصادقة عليه في تشرين الأول 2017 تحت اسم «تعليمات استحداث المستشفيات والمراكز الصحية في وزارة الصحة». على أن هذين المؤشرين (عدد الأسرة وعدد الأطباء) جاءا للتدليل على تباين هذه الأرقام، ولا يُغفلان أهمية المؤشرات الصحية الأخرى، مثل أعداد الممرضين والصيادلة والفنيين وتوافر الأجهزة والمعدات.. إلخ.

أولاً: الرعاية الصحية الأولية

المقصود بالرعاية الصحية الأولية، تقديم الخدمات الصحية الأساسية بشقيها الوقائي والعلاجي من خلال شبكة من المراكز الصحية الموزعة كالتالي:

1. وزارة الصحة: 676 مركزاً، من بينها 102 مركزاً شاملاً، و380 مركزاً أولياً، و194 مركزاً فرعياً.
 2. الخدمات الطبية الملكية: 8 مراكز شاملة، بالإضافة إلى العديد من العيادات الميدانية.
 3. وكالة غوث وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين (الأونروا): 24 عيادة طبية.
 4. الجمعية الأردنية لتنظيم وحماية الأسرة: 19 عيادة.
 5. القطاع الخاص: مئات العيادات للطب العام.
 6. المنظمات الدولية والتطوعية: عيادات تستهدف مخيمات اللجوء السوري بشكل رئيسي.
- هذه الشبكة الواسعة تقدم أيضاً خدمات تتعلق بالثقافة الصحية، والصحة الإنجابية، وسلامة المياه، والرقابة على الغذاء، والصحة المدرسية، والصحة المهنية، والصحة السنّية، ومكافحة التدخين، وأنماط الحياة الصحية، ومكافحة الأمراض السارية، وتطبيق البرنامج الوطني للتطعيم.

وتعتمد معظم المؤشرات الصحية الوطنية على هذه الشبكة، وإذا صُنّف الأردن ضمن الدول المتقدمة في هذا المجال، فالفضل يعود إلى هذه الشبكة الواسعة قبل أي شيء آخر.

إنّ تعامل شبكة المراكز الصحية مع الطارئ والذي تمثّل في أكبر موجة لجوء خلال الفترة 2011-2015، ومحافظةها على المؤشرات الوطنية الصحية الأساسية، خصوصاً في البعد الوقائي، يدل على فاعلية تقديم الخدمات وشموليتها.

على أن تحقيق الأهداف الطموحة والتي هي في المتناول، يواجه معيقات أبرزها:

1. التوسع العشوائي في دون أسس موضوعية. كما إن تحويل العديد من المراكز الأولية إلى شاملة جاء لتلبية طلبات، وليس بسبب حاجة فعلية (في تشرين الأول 2017 وُضعت معايير وأسس استحداث المراكز الصحية الشاملة والأولية والفرعية).
2. ضعف الواقع الخدمي للمراكز الصحية الفرعية، كون الطبيب يزورها يوماً أو يومين في الأسبوع، وقد أصبح وجودها عبئاً وغير مبرر. وفي هذا السياق، تقدمت «المبادرة النيابية» في مطلع عام 2016 (مجلس النواب السابع عشر) بمقترح للخريطة الصحية في الأردن، وذلك بالتعاون مع وزارة الصحة. وتقوم هذه الخريطة على أساس التوزيع الجغرافي والفاعلية لجميع المراكز الصحية التابعة لوزارة الصحة. ومن أهم مخرجات هذا المقترح، البدء بعملية دمج لـ 92 مركزاً صحياً على مرحلتين؛ تشمل الأولى دمج 32 مركزاً من دون تكاليف مالية، وتشهد المرحلة الثانية دمج 60 مركزاً وهو ما يتطلب توسعة وإنشاء عشر مبانٍ بكلفة إجمالية لا تتجاوز 13 مليون دينار. أما النتائج المباشرة لهذه العملية فتتمثل في الخفض الكبير للكلف التشغيلية، وتحسن الملموس للخدمة الصحية وتقديمها بنوعية وجودة عالية.
3. افتقار العديد من المراكز الصحية الشاملة للاختصاصات الطبية الرئيسية (الباطنية والجراحة والأطفال والنسائية)، وهذا الواقع يزيد العبء على المستشفيات. ولمعالجة النقص الحاصل في أعداد الأخصائيين ومن التخصصات المختلفة، فقد اقترحت وثيقة «المبادرة النيابية» سدّ الحاجة من خلال تخصص طب الأسرة. ورغم أن الخطط الاستراتيجية الصحية (بدءاً من وثيقة الأجندة الوطنية) كانت تفترض إحلالاً تدريجياً لطب الأسرة مكان الطب العام في الرعاية الأولية العلاجية، إلا أن هذا التوجه بقي محدوداً جداً وغير متوافق مع الجداول الزمنية المقترحة لأسباب منها:
 - أ. ضعف الإقبال على تخصص «طب الأسرة»، نتيجة قلة المردود المالي المتأتي منه مقارنة مع مردود التخصصات الأخرى، خصوصاً ما بعد الوظيفة الحكومية.
 - ب. غياب قرار تنفيذي وطني في هذا التوجه لاستيعاب الأعداد الكبيرة من الخريجين الجدد في الطب.
 - ج. الطلب المتزايد على تخصص «طب الأسرة» من دول الجوار، وتحديدًا دول الخليج.
 - د. حصر برامج الإقامة لهذا التخصص في المؤسسات التعليمية الحكومية، وعدم فتح المجال للقطاع الخاص.

إنّ رفع مستوى هذا التخصص، وفتح مجال الإقامة في القطاع الخاص، والبدء بطرح مفهوم «طبيب العائلة» والذي سيشكل أماناً معيشياً مستقبلياً لأصحاب هذا التخصص، كل هذه خطوات قد تُحقّق القفزات العددية المأمولة في تغيير مفهوم «التعالج الأساسي» كبديل فعليّ للمراكز الأولية عالية الكلفة مقارنة بالنتائج.

فإذا كانت شبكة المراكز الصحية تقوم بدورها في الجانب الوقائي والقابل للتحسين، فإن الجانب العلاجي يعتريه الكثير من السلبيات، إذ يستنزف الكثير من الموارد من دون أن يحقّق متطلباتيّ التعالجات الأساسي والمتابعة بعد العلاج في المستشفى بجودة عالية. فوفقاً للبيانات، بلغ عدد مراجعي المراكز الصحية التابعة لوزارة الصحة 11 مليوناً في عام 2016، منهم 78.2% يغطّهم التأمينان العسكري والمدني، و8.7% منهم من فئة غير القادرين والذين يعالجون مجاناً على حساب التأمين الصحي المدني. وهذا يعني أن 86.9% من مجموع المراجعين تتكفّل بهم الدولة، وهذا عبء بشري ومادي كبير، ويؤثر بالضرورة على نوعية الخدمة وجودتها.

ثانياً: الرعاية العلاجية: الرعاية الثانوية والثالثية - المستشفيات

تقوم على تقديم خدمة الرعاية العلاجية :

1. مستشفيات وزارة الصحة، من خلال 32 مستشفى، وبعدها أسرة بلغ 5177 سريراً حتى عام 2016، أي ما نسبته 37.7% من إجمالي عدد الأسرة في المملكة. وهذا الرقم أقل من الرقم الذي ورد في وثيقة «المبادرة النيابية» (حوالي 6 آلاف سرير)، وذلك بسبب عدم تجديد المباني القديمة في مستشفى البشير (حوالي 550 سريراً)، وعدم الاستفادة من مستشفى الزرقاء القديم (350 سريراً).
2. الخدمات الطبية الملكية، من خلال 14 مستشفى توفر 2917 سريراً، بنسبة 21.2% من إجمالي عدد الأسرة في المملكة.
3. مستشفى الجامعة الأردنية ومستشفى الملك المؤسس، يوفران 1041 سريراً، بنسبة 8.3% من إجمالي عدد الأسرة في المملكة.
4. مستشفيات القطاع الخاص، يبلغ عددها 62 مستشفى، توفر 4496 سريراً، بنسبة 32.7% من إجمالي عدد الأسرة في المملكة.

إنّ تعدد جهات تقديم الخدمة يستدعي تناول هذا المحور بمفهومين، الأول مفهوم الرعاية العلاجية الوطنية بكل مكوناتها، والثاني صورة الرعاية العلاجية المؤسسية والتي تدخل في تفصيلات كل مكون. وبصورة عامة، لا بد من الإقرار بغياب السياسات والتشريعات التي تتناول مكونات القطاع ككل، وهذا الخلل يعني صعوبة قياس الأداء. وإذا استثنيت وثيقة

الإستراتيجية الوطنية للقطاع الصحي في الأردن للأعوام 2016 – 2020 والملاحظات التي ذُكرت سابقاً حولها، فإن المجلس الصحي العالي المناط به – بحكم القانون- وضع السياسات وتطبيقها لدى كل مكونات القطاع، قد أخفق في تنفيذ هذه المهمة، فاقترنت الوثيقة على التجميع الرقمي من المؤسسات المختلفة وإجراء المتوسطات الحسابية والنسب وصياغة المخرجات بحسابات رياضية.

بناء على ذلك، ينبغي تناول كل مكون في القطاع على حدة مع مراعاة خصوصيته، وكما يلي:

أ. مستشفيات وزارة الصحة:

من أبرز المعوقات التي تواجه مستشفيات وزارة الصحة:

1. تناقص الكوادر البشرية، وبشكل خاص أطباء الاختصاص.
2. التوسع غير المدروس في عدد الأسرة في السنوات الأخيرة، بموازاة عدم الاستفادة الفعلية من المتاح والمتوفر. كما حدث عند تشييد مبنى جديد لمستشفى البشير بينما ترك المبنى القديم من دون استعمال.
3. هجرة الكوادر للخارج، وللقطاع الخاص أيضاً.
4. غالبية اختصاصيي المستشفيات والمراكز الشاملة في وزارة الصحة هم من الأطباء كبار السن. وقد طرحت وثيقة «المبادرة النيابية» تعديل نظام الخدمة المدنية برفع سن التقاعد إلى 65 سنة للأخصائيين، وجواز التمديد حتى بلوغ الطبيب 70 سنة. ولم يتم الأخذ بهذا الاقتراح.
5. خفض موازنة وزارة الصحة بشقيها الجاري والرأسمالي. فقد بلغت موازنة الوزارة 651 مليون دينار لعام 2016، وكانت التقديرات تشير إلى حاجة الوزارة لـ 690 مليون دينار لعام 2017، لكن الموازنة المقررة في قانون الموازنة كانت 581 مليون دينار فقط، ثم تم حجز مبلغ 7 ملايين دينار، لتستقر الموازنة عند حدود 574 مليون دينار. أي أن موازنة الوزارة خُفضت بنسبة 11% مقارنة مع موازنة 2016.
6. تبعية المستشفيات وارتباطها بمركز الوزارة، وهو الأمر الذي أفقدها عنصر المبادرة والتكيف، وجعل عبارة على شاكلة «خاطبنا الوزارة» مبرراً حاضراً دائماً عند الحديث عن الترهل والتراخي وقلة الإنتاجية.

إنّ تطبيق قانون اللامركزية بعد أن جرت الانتخابات اللامركزية في آب 2017، يعدّ فرصة حقيقية للنهوض بواقع الخدمة في مستشفيات وزارة الصحة، إذ لا بد أن تُعطى هذه المستشفيات هامشاً فعلياً من الاستقلالية وإدارة الذات وتحمل المسؤولية.

ولأن معظم مستشفيات وزارة الصحة الطرفية والعديد من المستشفيات المركزية، يديرها كادر طبي يعتمد في غالبته على الأطباء المقيمين المؤهلين وغير الحاصلين على شهادات الاختصاص، فإن هذا قد يجعل بعض هذه المستشفيات عبئاً مضافاً على المستشفيات التعليمية، باقتصار دورها على تحويل المرضى. الحاجة الماسة لتغيير الهيكل التنظيمي لوزارة الصحة المعمول به منذ عام 2008.

إنّ الحديث عن التوسّع في عدد الأسرة الذي طرحته وثيقة الإستراتيجية الوطنية غير واقعي، ويركّز على المباني وعدد الأسرة على حساب النوعية والجودة، وهو يعالج جانباً من الخدمة يشكّل في وصفه الحالي آخر أولويات هذا القطاع، خصوصاً بعد تجاوز مرحلة الذروة للجوء السوري وتراجع السياحة العلاجية.

ب. مستشفيات القطاع الخاص والسياحة العلاجية

وفقاً لبيانات جمعية المستشفيات الخاصة، يبلغ عدد المستشفيات الخاصة 65 مستشفى لغاية منتصف 2017. ويعتمد هذا القطاع بشكل كبير على السياحة العلاجية، والتي قُدّر دخل الأردن منها بـ 1.2 مليار دولار في عام 2015.

لكنّ عدد المرضى غير الأردنيين الذين أموا هذه المستشفيات شهد تراجعاً مستمراً بعد عام 2015، إذ عولج فيها 250 ألف مريض في ذلك العام، ثم انخفض العدد إلى 190 ألف مريض في عام 2016، وعلى ضوء أرقام النصف الأول من عام 2017 توقّعت الجمعية أنّ العدد لن يصل إلى 160 حتى نهاية العام.

وبالتوازي، حدث تراجع في معدّل إشغال الأسرة، إذ لم تتجاوز نسبة الإشغال 40%، وهذا يعود لأسباب مختلفة، منها:

1. الظروف التي تمر بها بعض الأسواق الرئيسية (ليبيا، اليمن، سوريا).
2. المنافسة الإقليمية وتحول المرضى لأسواق أخرى (تركيا).
3. ممارسات بعض الأطباء، والاستغلال المالي دون رقابة فعلية على هذا القطاع.
4. ارتفاع الفاتورة العلاجية بسبب زيادة الأسعار والضرائب وأسعار الكهرباء وارتفاع ضريبة الدخل والمبيعات.

5. صعوبة حصول المرضى من بعض البلدان على تأشيرة الدخول للمملكة.

وبالنظر إلى نتائج استبانة المرضى العرب التي نفذتها وزارة الصحة (2017)، رأى 62.2% منهم أن الحصول على التأشيرة يستغرق وقتاً طويلاً جداً، وأفاد 13% بصعوبة الحصول عليها، مع الإشارة إلى أن غالبية أفراد العينة ليسوا بحاجة لتأشيرة، مثل مرضى دول الخليج العربي.

ووفقاً لنتائج الاستبانة، فإن 51.7% من المرضى رأوا أن «السمعة الطيبة» هي الدافع الأول لاختيار الأردن للعلاج.

أما الصعوبات التي يواجهها المرضى خلال فترة علاجهم في الأردن، فأولها ارتفاع كلفة المعيشة (أكثر من 26%)، ثم عدم توفر المواصلات (أكثر من 20%)، ثم تعقيد الإجراءات أو بطئها داخل المطار وعدم التزام سيارات الأجرة بالعداد من المطار (أكثر من 15%)، وهو ما يعني غياب الجهات المعنية، وعلى رأسها جمعية المستشفيات الخاصة، عن تقديم خدمة التسهيل والإرشاد داخل المطار وعند قدوم المرضى ومغادرتهم، مما أوجد بيئة طاردة أو على الأقل غير مشجعة.

إن القطاع الخاص يعاني من غياب رقابة حقيقية على الأطباء، وعلى المستشفيات أيضاً وإن بشكل أقل، كما يعاني من محدودية تأثير الجهات الرقابية، وغياب الدور الرقابي للنقابات المهنية، وانتقال أعداد كبيرة ومتزايدة من الكادر الطبي في القطاع العام للعمل فيه. وكل ذلك زاد من السلبيات التي يُتوقع أن تؤدي إلى تراجع القطاع الخاص بعد أن كان يشكل قصة نجاح كبيرة حتى وقت قريب.

ت. خدمة الإسعاف والطوارئ

قدمت وثيقة «المبادرة النيابية» تحليلاً واقعياً لخدمات الإسعاف والطوارئ، حيث أن 55% من الحالات والتي يصل عددها إلى أكثر من ثلاثة ملايين مراجع لمستشفيات القطاع العام (وتحديداً مستشفيات وزارة الصحة) ليست حالات طارئة، إنما حالات مرضية عادية يمكن التعامل معها في مرافق خارج الإسعاف والطوارئ، وحتى خارج المستشفيات. وهذا يسبب عبئاً كبيراً على أقسام الإسعاف والطوارئ ويؤثر سلباً على نوعية الخدمة وأولوياتها.

أما أبرز السلبيات التي يمكن ملاحظتها في خدمات الإسعاف والطوارئ:

1. نقص الكوادر المتخصصة.

2. تردّي البنية التحتية، فجميع مستشفيات المملكة ليست مصمّمة بشكل علمي لتقديم خدمة الإسعاف والتعامل مع الحالات الطارئة.
3. نقص الثقافة المجتمعية عن دور الإسعاف والطوارئ وأولويات تقديم الخدمة.
4. عدم وجود نظام تواصل واضح وسريع بين طواقم الدفاع المدني المناط بها خدمة نقل المرضى إلى المستشفيات، وبين أقسام الإسعاف، مع الإشارة إلى أن غالبية الحالات التي تصل إلى أقسام الإسعاف والطوارئ تتم من خلال الدفاع المدني. وفي عام 2016، أطلقت خدمة الإسعاف الجوي التي يتولّاها مركز الإسعاف الجوي الأردني، وهي توفّر نقل الحالات الطرفية إلى المراكز المتقدمة في تقديم الخدمة العلاجية من القطاعات المختلفة.

ثالثاً: الصحة الإنجابية

رغم أن الصحة الإنجابية تعدّ المكوّن الرئيسي للاستراتيجية الوطنية للسكان للأعوام 2013-2017، ورغم اعتماد وزارة الصحة إستراتيجية تنظيم الأسرة للأعوام 2013-2017 إلا أن الأرقام الوطنية في هذا المجال بقيت تراوح مكانها منذ عام 2002؛ إذ ظلّ معدّل الإنجاب 3.5-3.6 مولود لكل امرأة.

وهذا المعدل عالٍ وبعيد عن معدّل الإحلال (2.1)، مما يدل على أن جميع الخطط التنفيذية والمشاريع الوطنية والدولية لم تستطع خفض نسبة استخدام الوسائل التقليدية لمنع الحمل والتي بقيت تدور حول 20% من مجمل وسائل تنظيم الأسرة. وقد تبين أن 80% من الأحمال غير المخطّط لها، حصلت بسبب استعمال هذه الوسائل.

ويشار إلى أن أكثر الجهات فاعلية في هذا الجانب، هي وزارة الصحة بمستشفياتها ومراكزها الصحية، والتي تقوم بتوفير وسائل حديثة لتنظيم الأسرة من خلال موازنتها. على أن عناصر الصحة الإنجابية الأخرى، وضمن المؤشرات الوطنية، حافظت على تقدمها بالرغم من موجات اللجوء السوري التي شهدتها الأردن منذ عام 2011 وما رافقها من ضغط كبير على مراكز تقديم الخدمة الأولى والثانوية والثالثية.

رابعاً: التأمين الصحي

أظهرت نتائج التعداد العام للسكان عام 2015، أن 68% من الأردنيين لديهم تأمين صحي، وذلك بعد أن كانت الأرقام الاجتهادية تقدر نسبة المؤمنین بحوالي 87%.

وغالبية المؤمنین حصلوا على تأمينهم من صندوق التأمين المدني (40%) أو صندوق التأمين العسكري (39%). وهناك تفاوت بين المحافظات في هذا الجانب، ففي عجلون تصل نسبة المؤمن عليهم 92%، بينما لا تزيد هذه النسبة على 54% في العاصمة.

وبإمكان نسبة كبيرة من الأردنيين غير المؤمنین الحصول على إعفاءات طبية من قبل وحدة شؤون المرضى غير المؤمنین (الديوان الملكي)، ومن رئاسة الوزراء أيضاً.

وفي عام 2016، قُدر الدعم المقدم سنوياً لهذه الفئة بسقف 150 مليون دينار، وقامت الحكومة بسلسلة إجراءات لخفض السقف إلى 100 مليون لعام 2017، منها حصر التقارير في مستشفيات معينة تابعة لوزارة الصحة، واشتراط موافقة رئاسة الحكومة للحصول على الإعفاء. إلا أن الأرقام المتاحة جاءت بعكس التوقعات، إذ بلغت قيمة الإعفاءات للنصف الأول من عام 2017 مبلغ 126 مليون دينار، وهذا يعني أن الكلفة ستزيد عن 250 مليون دينار في نهاية العام نفسه.

لقد حددت الإستراتيجية الوطنية للقطاع الصحي 2016-2020 أبرز التحديات التي تواجه التأمين الصحي وهيكلته، وتوسيع مظلة التغطية. واقترحت حلولاً للوصول إلى التأمين الصحي الشامل.

لكن الملاحظة على هذه الخطة، أن بداية تطبيقها ضمن الخطوات التي حددتها الإستراتيجية الوطنية لم يؤد إلى خفض الكلفة، بل زادت الكلفة بحسب الأرقام المذكورة سابقاً ونتيجة الإعفاءات.

إن ما جاء في وثيقة «المبادرة النيابية» قد يشكل الإطار الفعلي والذي قد يؤدي إلى تحقيق حلم التأمين الصحي الشامل، على أن أولى الخطوات الوطنية في هذا الاتجاه تتمثل في إعادة هيكلة التأمين الصحي وفصله عن وزارة الصحة كونها أكبر جهات تقديم الخدمة، ليصار إلى التغطية الشاملة والعادلة للتأمين الصحي.

خامساً: الحاكمية

استناداً إلى مؤشرات الحوكمة الدولية، فإن المؤشرات الوطنية مقبولة في ما يخص فعالية الحكومة، وجودة التنظيم، وسيادة القانون، والسيطرة على الفساد، وبنسبة تصل إلى 65%. أما في ما يخص مساءلة المجتمع، فالنسبة متدنية ولا تتعدى 25%. وهذا التدني في معيار مساءلة المجتمع يعود بشكل رئيس إلى نظام المركزية القائم، والذي يؤدي إلى زيادة كلفة التشغيل، وضعف الرقابة والحس بالمسؤولية المالية، وضعف التنسيق بين القطاعات الصحية.

وبعد إقرار قانون اللامركزية، وإجراء الانتخابات اللامركزية، أصبح من الضروري أن تمنح الحكومة مساحة واسعة من الحرية إدارياً وتنفيذياً لمديريات صحة المحافظات، وأن يكون مدير صحة المحافظة مديراً للشؤون الصحية في المحافظة، يتولى إدارة الجانب الصحي فيها، لتشكيل بدايات ما يشبه الإدارة الذاتية. فقد أثبتت التجارب أن إدارة أي مستشفى من بعد، عملية محكومة بالفشل، وهذا ما ينطبق على بقية الشؤون الصحية.

ولا بد من الاهتمام بالقطاع الخاص، حيث أن ضعف الأنظمة والجهات الرقابية من شأنه أن يؤدي إلى تعاضم السلبيات.

وجدير بالذكر أن الإستراتيجيات لا تشكل مرجعيات أدبية فقط، بل ينبغي أن تترتب عليها خطط تنفيذية، ومراقبة أداء تنسيقي وطني يحدد مؤشرات أداء واضحة وواقعية وقابلة للقياس، بما يخدم الأهداف الإستراتيجية.

سادساً: حجم الإنفاق على الصحة

بلغ مجمل الإنفاق على الصحة في الأردن بحسب وثائق المجلس الصحي العالي (2016) والتي تتناول الإنفاق لعام 2013 مبلغ 1.88 مليار دينار، بزيادة أكثر من 200 مليون عن عام 2012. ومع ذلك تراجع حصة الفرد من الإنفاق على الصحة من 260 ديناراً عام 2012 إلى 231.8 دينار عام 2013، أي أنها اقتربت من مستويات عام 2008 حين كانت 236 ديناراً. وبحسب القطاعات، فقد ازدادت نسبة الإنفاق على القطاع العام من 60.7% عام 2008 إلى 65.75% عام 2013، بينما انخفضت نسبة الإنفاق على القطاع الخاص من 38.24% إلى 31.57% عام 2013.

ويبرز من خلال الأرقام التفصيلية، حجم الإنفاق على الدواء والذي يصل إلى مبلغ 500 مليون دينار سنوياً، مستحوذاً على معظم حصة الفرد من الإنفاق على الصحة.

ويتمثل الإشكال الآخر في الإنفاق الكبير على الرعاية العلاجية (الثانوية والثالثية).

والذي يشكل ما نسبته 75.5% من حجم الإنفاق الحكومي على الصحة، مقابل 15.7% فقط على الرعاية الصحية الأولية. وهذا يعني ضرورة احتواء الكلف الصحية الباهظة على المستشفيات، وزيادة الإنفاق على الصحة الأولية والوقائية.

ويبدو أن من أسباب التباين بين القطاعين العام والخاص في الإنفاق على الصحة، اعتماد القطاع العام بشكل كبير على الشراء الموحد، حيث تستفيد معظم مكونات القطاع العام من هذا النهج، فوزارة الصحة والمستشفيات الجامعية توفر أكثر من 90% من احتياجاتها عن طريق عطاءات تنفذها دائرة الشراء الموحد، بينما توفر الخدمات الطبية الملكية حوالي 30% من عطاءاتها الدوائية عن طريق تلك الدائرة.

كما أسهم في هذا التباين، التحوّل التدريجي لمستشفيات القطاع العام نحو الحوسبة الصحية، وقبل ذلك اعتماد نظام «حكيم» (شركة الحوسبة الصحية) الذي يحقق نسبة توفير في استهلاك الأدوية يصل إلى 24% بحسب دراسة محايدة من وكالة التنمية للتجارة الأمريكية (2013).

وقد زاد مجمل الإنفاق على الصحة ليصل إلى 2.25 مليار دينار عام 2015، ويتضح من وثائق المجلس الصحي العالي، أن الأرقام والنسب السابقة لا تختلف كثيراً في عامي 2015 و2014 عنها في الأعوام السابقة.

سابعاً: الحوسبة الصحية وتكنولوجيا المعلومات

أنشئت شركة الحوسبة الصحية الأردنية (حكيم) عام 2009، وهي شركة خاصة غير ربحية تعتمد التكنولوجيا في توفير حلول تقنية فعّالة بهدف تعزيز جودة وكفاءة الخدمات الصحية في الأردن من خلال:

- رفع مستوى الرعاية الصحية، والمساهمة في تقليل الأخطاء الطبية.

- تحسين تجربة المريض عند تلقي الرعاية.

- تخفيض كلفة الرعاية الصحية.

- تسهيل عملية الأبحاث ورسم السياسات.

وهذه الشركة مملوكة لوزارة الصحة، ووزارة الاتصالات، والخدمات الطبية الملكية، وجمعية المستشفيات الخاصة، والجمعية الملكية للتوعية الصحية، وصندوق الملك عبد الله للتنمية.

وستنتهي الشركة من حوسبة القطاع الصحي العام بنهاية عام 2020، ويشمل ذلك جميع المستشفيات الحكومية والمراكز الصحية في المملكة. وقد وصلت نسبة الإنجاز حتى شهر

تشرين الأول 2017، إلى 68% من المستشفيات.

وفي نهاية 2017 أصبحت محافظة الكرك أول محافظة تتم حوسبة مستشفياتها ومراكزها الصحية بالكامل.

وتساهم وزارة الاتصالات في إنجاح هذا المشروع الوطني من خلال تغطية المحافظات بشبكة الألياف الضوئية الوطنية (NBN)، ومن المتوقع أن تكتمل هذه الشبكة قبل نهاية عام 2019.

ومن الواضح أن «حكيم» تقوم بالتنفيذ وفقاً للخطة الموضوعية.

ثامناً: جودة الخدمات الصحية:

تم تأسيس مجلس اعتماد المؤسسات الصحية عام 2007، بهدف تحسين نوعية وسلامة مرافق وخدمات الرعاية الصحية من خلال تطبيق معايير عالمية، إلى جانب بناء القدرات ومنح الاعتماد.

وقد حصلت سبع مستشفيات من القطاع الخاص وكل من مستشفى الجامعة الأردنية ومستشفى الملك المؤسس على الاعتمادية الدولية.

أما المستشفيات والمراكز الحاصلة على شهادة مجلس اعتماد المؤسسات الصحية الوطني حتى نهاية عام 2017، فهي: 12 مستشفى و97 مركزاً صحياً تابعاً لوزارة الصحة، ومستشفيات تابعة للخدمات الطبية الملكية.

وقد ذكرت وزارة الصحة في خطتها لجودة الخدمات لعام 2017، أن جميع مستشفياتها ومراكزها الشاملة ستحصل على الاعتمادية بحلول عام 2022. وأبرز التحديات في هذا الجانب:

1. الكلفة المادية العالية التي تترتب على المؤسسات من ناحية الإعداد والتدريب، وكلف فرق التقييم، والرسوم التي تُدفع للمجلس، وكلف إعادة التقييم والحفاظ على الاعتمادية.
2. محدودية التمويل من موازنة الدولة، ذلك أن المشاريع الدولية والتي كانت تساعد في تمويل الاعتمادية للقطاع العام قد توقفت دعمها بعد أن وجهت اهتماماتها لنواح أخرى، إلى جانب أن الدعم الذي تقدمه هذه المنظمات يشهد تقليصاً مستمراً بشكل عام.

تاسعاً: صحة كبار السن

تضم فئة كبار السن أولئك الذين يبلغون من العمر 60 سنة فأكثر، وقد شكّلت ما نسبته 5.2% من مجموع السكان عام 2011، ومن المتوقع أن تصل إلى 7.6% عام 2020. وفي عام 2016 كانت نسبة من بلغوا 65 سنة فأكثر 3.7% من مجموع السكان.

ويعاني 86% من هذه الفئة من مرض مزمن أو أكثر، كارتفاع الضغط والسكري والكوسترون والقلب والربو.

ورغم أن المجتمع الأردني يعدّ مجتمعاً فتيماً، بالنظر إلى أن 34.3% من مجموع السكان تقل أعمارهم عن 15 سنة و62% تقع أعمارهم بين 15 و64 سنة، إلا أن استهداف هذه الفئة العمرية من قبل السياسات الوطنية ظل في الحدود الدنيا، مع أن نسبة هذه الفئة في ازدياد مستمر، نتيجة ارتفاع معدل الخصوبة الكلي، وانخفاض معدل الوفيات، وارتفاع متوسط العمر المتوقع عند الولادة.

وفي عام 2008 وضع المجلس الوطني لشؤون الأسرة أول إستراتيجية وطنية لكبار السن، وبعدها بدأت وزارة الصحة بتطوير بروتوكولات علاجية للتعامل مع أمراض الشيخوخة المزمنة كالضغط والسكري. وتم شمول هذه الفئة العمرية من غير المؤمنين صحياً بمظلة التأمين الصحي في مستشفيات ومراكز وزارة الصحة.

وقد أُطلقت بعض المبادرات في القطاع الخاص للاهتمام بكبار السن، لكن لا يمكن قياس تأثيرها وفعاليتها بالنظر إلى غياب البيانات. وعموماً، يمكن إيراد الملاحظات التالية المتعلقة برعاية هذه الفئة:

- الاهتمام بقضايا كبار السن دون المستوى المطلوب.
 - ارتفاع كلفة الرعاية المنزلية وندرتها، وعدم إدراجها ضمن سقوف التأمينات العامة والخاصة.
 - ندرة التخصصات الصحية الموجهة لكبار السن من أطباء وممرضين.
- ولا بد من التوسع في مفهوم الصحة المنزلية، بهدف تقليل الاعتماد على المستشفيات، ونقل استكمال المعالجات إلى المنزل. وهذا المفهوم متاح وإن بشكل بدائي في القطاع الخاص. ومن الأمل أن يتوسع وأن يكون ضمن اهتمامات القطاع العام في المستقبل القريب.

عاشرًا: الصحة العقلية والنفسية

ما تزال النظرة السلبية تجاه الأمراض النفسية في المجتمع الأردني وعدّها وصمة عار، يشكل التحدي الأكبر في مجال الصحة النفسية، وهذا ينعكس على تقديم الخدمة وعلى تلقيها أيضاً. فهناك ضعف شديد في الإقبال على تخصص الأمراض النفسية من قبل الأطباء والمرضى، ما يحدّ بشكل كبير من توفير الكادر العلاجي، حيث أن معدل عدد الأطباء النفسيين في الأردن أقل من 10 لكل 100 ألف مواطن، ومعدل عدد العاملين في التمريض لا يزيد عن 0.04 لكل 100 ألف مواطن، بينما يبلغ معدل الحد الأدنى لعدد الأطباء في المعايير العالمية 20-30 طبيباً نفسياً لكل 100 ألف مواطن.

أما متلقو الخدمة، فإن الوصمة تحول دون تلقيهم العلاج المناسب في الوقت المناسب، وهو ما يؤدي إلى فجوة كبيرة في الناحية العلاجية، تتجلى في التفاوت الكبير بين من يحتاجون للعلاج النفسي وبين من يحصلون عليه فعلياً. وعليه، فإن التوسع الخدمي لعلاج الأمراض النفسية لن يتحقق إلا من خلال إعداد إستراتيجية وطنية تعتمد بشكل أساس على التثقيف والحملات الإعلامية لتحجيم الوصمة، مفهوماً وممارسةً.

إنّ كلف العلاج النفسي مرتفعة جداً، كما إن التأمين الصحي الخاص لا يغطي الأمراض النفسية، وبوجود الوصمة فإن خيار التداوي النفسي الذي يحقق احترام خصوصية المريض غير متاح عموماً، مما يزيد من نسبة الإحجام عن التداوي لعلاج الأمراض النفسية في بداياتها.

وفي ضوء هذه الحقائق، فإن المجلس الصحي العالي مدعوّ لوضع هذا الموضوع ضمن الأولويات الوطنية، بخاصة أن هناك ظواهر مستجدة في المجتمع الأردني يمكن تصنيفها كاختلالات نفسية غير مشخصة وبالتالي غير معالجة طبياً.

حادي عشر: المجلس الطبي الأردني

تأسس هذا المجلس بموجب قانون مؤقت عام 1982 كهيئة مستقلة تهدف إلى تنظيم مهنة الطب البشري والارتقاء بها من خلال إشراف المجلس على عملية تأهيل الأطباء العاملين والاختصاصيين، والتأكد من قدراتهم العلمية ومهاراتهم العملية من خلال إجراء امتحانات «البورد» الأردني.

وظل دور المجلس الذي صدر قانونه الدائم في عام 2005، مقتصرًا على إجراء امتحانات الفحص الإجمالي لأطباء الامتياز، وامتحان «البورد» للتخصصات المختلفة. وهذا جزء من مهام المجلس وواجباته، ويندرج ضمن رسالة المجلس في النهوض بالنظام الصحي الأردني من

خلال رفده بأطباء عامين وأخصائيين على مستوى عالٍ من الكفاءة والأمان من خلال برامج تعليمية وتدريبية متميزة للأطباء المتدربين، وبرامج تعليم مهني طبي فني مستمر للأطباء الممارسين.

وعلى المجلس وضمن مهامه، أن يقوم بما يلي:

- الإشراف والمتابعة للبرامج التعليمية والتدريبية والتي تركز على إكساب المهارات للأطباء في برامج الامتياز والإقامة والزمالة.
- ضمان أهلية وقدرة الطبيب العام والأخصائي على تقديم الخدمات الصحية على مستوى عالٍ من الكفاءة والفاعلية والأمان.
- تمكين الأطباء الممارسين وتطوير قدراتهم العلمية والفنية مدى الحياة، تفعيلاً للمادة (18) من قانون المجلس وغير المعمول به حتى وقت إعداد هذه المراجعة.

ولتحقيق هذه الأهداف لا بد من:

1. التوسع في اعتماد المستشفيات والبرامج التعليمية.
 2. تطوير امتحان المجلس الطبي من حيث المحتوى وآليات التنفيذ.
 3. إنشاء بنك للأسئلة ونظام تشفير وحفظ للأسئلة.
 4. تطوير البيئة التعليمية والتدريبية في المستشفيات المعتمدة للتدريب.
 5. البدء في تبادل فترات الإقامة بين المؤسسات الطبية العامة والخاصة والجامعية.
- وتقوم الأمانة العامة للمجلس بخطوات حثيثة في التغيير الإيجابي لدور المجلس، ومن ذلك:
- إعادة هيكلة اللجان العلمية.
 - البدء بإنشاء بنك الأسئلة.
 - تعديل على قانون المجلس لفصل اللجان المعنية بإجراء الامتحان عن اللجان المعنية باعتماد المستشفيات والبرامج العلمية والإشراف على سير العملية التدريبية فيها.
 - إنشاء اللجنة الوطنية للتوصيف واعتماد البرامج لتكون المرجع في كل ما يتعلق بالامتياز والتعليم والتدريب في برامج الإقامة والزمالة.

ثاني عشر: الغذاء والدواء

يبلغ استيراد الأردن من الأغذية ما يقارب أربعة مليارات دولار سنوياً. وتبلغ نسبة الإنفاق السنوي للفرد الأردني على الغذاء 37.6% من الإنفاق الكلي للفرد على مجموع السلع والخدمات، ليتصدر بذلك قائمة بنود الإنفاق للعائلة الأردنية. وفي الوقت الذي تشكل فيه الأغذية عنصراً أساسياً للحياة، فهي أيضاً من أهم مصادر المرض واعتلال الصحة في المجتمعات.

يوجد ما يزيد عن 1800 مصنع ومعمل للمواد الغذائية في المملكة، وحوالي 52 ألف مؤسسة غذائية تتداول الغذاء في مراحلها المختلفة (الإنتاج، والتصنيع، والتوزيع، والبيع المباشر للجمهور)، ما يؤكد أن الرقابة على المؤسسات الغذائية ليست بالمهمة اليسيرة.

ومن أهم ملامح الواقع الغذائي في الأردن :

1. ضيق الرقعة الزراعية، والذي يوجب فرض حماية للمنتج الوطني والعودة إلى المائدة الأردنية ما أمكن.
 2. انخفاض استهلاك الحليب الطازج لصالح الحليب المبستر، وانخفاض حصة المواطن من زيت الزيتون مقابل ارتفاعها من الزيوت الأخرى.
 3. الإفراط في استهلاك الكربوهيدرات بشكل عام، والسكر بشكل خاص، والذي يرفع نسبة الإصابة بمرض السكري ومضاعفاته.
 4. زيادة الإقبال على استهلاك الوجبات الجاهزة والسريعة مثل «البرجر» والشاورما والدجاج المقلي. كذلك ارتفاع استهلاك الأجبان الصفراء والمعلّبة وكثيرة الدهون مقابل انخفاض استهلاك الجبنة البيضاء.
- وبشكل عام، ينفق الأردنيون على غذائهم أكثر مما كانوا ينفقونه في السابق، ويحصلون في المقابل على نوعية أقل جودة من السابق.

ثالث عشر: المؤسسة العامة للغذاء والدواء

أنشئت هذه المؤسسة بقانون عام 2003، بعد أن كانت مهامها مناطة بوزارة الصحة. وقد جاء إنشاؤها لتلبية هدفين رئيسيين :

- ضمان سلامة الغذاء وجودته وسلامته للاستهلاك البشري في جميع مراحل تداوله.
- ضمان فعالية الدواء وسلامته وجودته. بالإضافة لضمان سلامة أي مواد أخرى ورد عليها النص في قانون الدواء والصيدلة نافذ المفعول.

ويحكم عمل المؤسسة التشريعات التالية :

- قانون المؤسسة العامة للغذاء والدواء رقم (41) لسنة 2008.
- قانون الصحة العامة رقم (47) لسنة 2008.
- قانون الدراسات الدوائية رقم (2) لسنة 2011.
- قانون الدواء والصيدلة رقم (12) لسنة 2013.
- قانون الغذاء رقم (30) لسنة 2015.
- قانون المخدرات والمؤثرات العقلية رقم (23) لسنة 2016.

ومن أهم مديريات المؤسسة :

1. مديرية الغذاء، ومن مهامها :

- الرقابة الشاملة على سلسلة الغذاء من إعادة الخام وحتى وصوله إلى المستهلك، وفقاً لنظام تصنيف أماكن تداول الأغذية المبني على درجة الخطورة الصحية.
 - إجراء دراسات وبرامج رصد وتحليل المخاطر الخاصة بالأغذية ومكوناتها، كمتبقيات المبيدات والمعادن الثقيلة والملوثات الجرثومية والكيماوية.
 - مراجعة وتحديث المواصفات الغذائية وتعليمات الرقابة على الغذاء، بما في ذلك اعتماد مفاهيم وقيم رقابية حديثة على الأغذية المستوردة.
- #### 2. مديرية الدواء، وتعدّ العمود الفقري والمرجعي لجميع المؤسسات والدوائر التي تعنى بالدواء، فهي المسؤولة عن الرقابة على الدواء كمادة أولية وحتى تجهيزه كمستحضر جاهز للاستعمال من قبل المريض. كما إنها مسؤولة عن تسجيل الدواء والأمصا والمطاعيم، وتركيبه حليب الرضع، والتركيب الخاصة، والأغذية التكميلية، والأجهزة والمستلزمات الطبية، بما فيها المعقمات والمطهرات ومستحضرات التجميل.
- #### 3. ويتم السماح بتداول الأدوية بعد فحصها في مختبرات متخصصة لدى المؤسسة، واجتيازها للفحوصات المخبرية اللازمة.
- ومن مهام هذه المديرية أيضاً، الرقابة والتفتيش على جميع المؤسسات الصيدلانية، من صيدليات ومستودعات أدوية ومصانع أدوية.
- وفي عام 2016 قامت المؤسسة العامة للغذاء والدواء في مجال المخالفات على الغذاء بما يلي :
- 39.634 إشعاراً بوجود سلبية.

- 1,103 مخالفة.

- 2,764 إغلاقاً وإيقافاً.

ومن الواضح أن المؤسسة تتحمل عبئاً وطنياً كبيراً، ومن المطمئن أنها تخطو بتقدم ثابت في السنوات الأخيرة، فقد حققت إنجازات ملموسة في الحفاظ على سلامة الغذاء ودواء المواطن وجودته وفعاليتها ومأمونيته وفق أفضل الممارسات وأنظمة الرقابة العالمية، بما يعزز الصحة العامة وثقة المستهلك والذي مكنها من الحصول على وسام الاستقلال من الدرجة الأولى.

على أن هناك بعض العقبات التي قد تؤثر على أداء المؤسسة، مع ما يترتب على ذلك من مخاطر تمسّ غذاء المواطن ودواءه. ومن هذه العقبات:

1. التداخل في الصلاحيات في مجال الغذاء مع مؤسسات حكومية، بسبب تشابك التشريعات. ومن ذلك:

- التداخل مع وزارة الزراعة في تعريف المنتجات النباتية والمنتجات الحيوانية، حيث أن الرقابة عليها تشمل الرقابة على الغذاء (اللحوم، الحبوب، البقول، الأعشاب)، ما يؤدي إلى الازدواجية في الرقابة.

- التداخل مع وزارة البلديات وأمانة عمان الكبرى، في الرقابة على المؤسسات الغذائية والغذاء المتداول. ذلك أن قانون البلديات وقانون الحرف والصناعات يشتمل على قانون الرقابة على الغذاء في بنود عدة.

- التداخل مع مؤسسة المواصفات والمقاييس الأردنية، فرغم وجود مذكرة تفاهم بين المؤسساتين، إلا أن هناك صلاحيات متعددة لمؤسسة المواصفات والمقاييس تتعلق بالغذاء، مثل اعتماد القواعد الفنية للأغذية، والمرجعية في إقرار وتطبيق البنود الواردة في القواعد الفنية للأغذية، والمطابقة والفحوص المخبرية لجودة الأغذية.

- التداخل مع سلطة منطقة العقبة الاقتصادية الخاصة، فرغم وجود مذكرة تفاهم ناظمة بين السلطة والمؤسسة، إلا أن المادة (10) من قانون السلطة تمنح لرئيس السلطة والمفوض المختص في السلطة، صلاحيات الوزير والمدير المقررة في قانون الرقابة على الغذاء.

2. التداخل في الصلاحيات في مجال الدواء مع جهات عدة. ومن ذلك:

- التداخل مع وزارة الصحة. فعند ترخيص المهن والمؤسسات الصيدلانية والمطاعم ومشتقات الدم، يتم تقييم ملخص وثائق الإنتاج والرقابة النوعية المستوردة، في قسم الأمصال والمطاعم في الوزارة بدل أن يتم ذلك لدى المؤسسة، حيث يتوجب أن تكون

- المؤسسة هي الجهة المسؤولة عن التسجيل والتقييم وفحص المطاعيم.
- التداخل مع مؤسسة المواصفات والمقاييس، حيث يتم فحص المستلزمات الطبية ومواد التجميل في مختبرات مؤسسة المواصفات والمقاييس.
 - 3. غياب المؤسسات الأكاديمية (الجامعات) عن التأثير المباشر في التنوع والابتكار.
- وعلى المؤسسة أن تواصل بذل الجهود من أجل:
1. الوصول إلى غذاء وطني آمن، وتغيير الأنماط الغذائية الاستهلاكية غير الصحية، وتشكيل رأي عام حول أهمية الغذاء والدواء السليم.
 2. الانتقال في مجال الصناعات الدوائية من النمط التقليدي إلى الصناعات المبتكرة عالية الكلفة، ما يتطلب وجود مصانع ومراكز أبحاث دوائية تكون رائدة في الابتكار والبحث.
 3. إعادة النظر في التشريعات النافذة لتعديل التداخلات القائمة والصلاحيات وتوحيد المرجعيات.

رابع عشر: استعراض عدد من الإستراتيجيات وما تحقّق منها:

بعد تناول واقع السياسات وإبراز مدى التقدم في إنجازها، يمكن استعراض بعض الإستراتيجيات في القطاع الصحي الأردني ومدى الالتزام بتطبيق الأهداف الموضوعية لتلك الإستراتيجيات.

- أ. الإستراتيجية الوطنية للقطاع الصحي 2016-2020: المجلس الصحي العالي احتوت وثيقة هذه الإستراتيجية سبع صفحات لتتبع الأداء وقياس النتائج، حيث شملت:
 - النتيجة الأولى: بيئة سياسية وحوكمة رشيدة ترقى بمستوى أداء النظام الصحي. وضمت سبعة مؤشرات.
 - النتيجة الثانية: خدمات صحية متكاملة محورها الفرد، وتستجيب للاحتياجات المتزايدة. وضمت 31 مؤشراً.
 - النتيجة الثالثة: حماية صحية ومالية واجتماعية للسكان كافة، مبنية على أسس عادلة. وضمت ثمانية مؤشرات.
 - النتيجة الرابعة: استثمار في القطاع الصحي داعم للاقتصاد الوطني والتنافسية. وضمت أربعة مؤشرات.

وكل هذه المؤشرات تنطلق من قاعدة الأساس لعام 2015، وتضع تقييماً لمؤشرات رقمية لكل عام وحتى عام 2020. وباستعراض أرقام السنوات 2015-2017 يظهر أن المؤشرات لقيمتها المستهدفة بمعظمها لم تتحقق، وهذا متوقَّع، لأنه ليس هناك التزام بقانون المجلس الصحي العالي، فلماذا توضع الإستراتيجيات إذا كان المجلس لا يملك آليات تنفيذ قانونه؟

إن هذه المهمة ليست بالمهمة السهلة، وهي تحتاج إلى الكثير من الاجتماعات وورشات العمل والتحضيرات والخبراء والمندوبين من كل مكونات القطاع الصحي الأردني. ثم إن هناك فرقاً بين تحديد مؤشرات واقعية ومدروسة بعناية ومضمونة التحقيق، وبين الوثائق المعدة نظرياً بإتقان لكنها غير قابلة للتطبيق ولا يوجد صيغة إلزامية لتطبيقها.

ورغم احتواء الوثيقة على نموذج للمتابعة والتقييم مع وجود ضوابط ارتباط لكل مكونات القطاع الصحي، إلا أن قيم المؤشرات لا تصل من الجهات المعنية، ولم تحقّق أصلاً، ولا توجد آلية ملزمة ومتابعة فاعلة لتحقيق مؤشرات الإستراتيجية الوطنية.

نموذج المتابعة والتقييم للإستراتيجية الوطنية للقطاع الصحي (2015-2019)

تاريخ تعبئة النموذج:

اسم الجهة الشريكة:

اسم ضابط الارتباط (معنى الاستمارة):

رقم المؤشر	اسم المؤشر	قيمة المؤشر		مقدار الانحراف	صعوبة ضعف / عدم التنفيذ	التوصيات لتحسين الأداء
		القيمة المستهدفة	قيمة الأساس			

ب. الخطة الإستراتيجية 2013-2017: وزارة الصحة

تضمنت وثيقة تقييم الوزارة لمؤشرات خطتها الإستراتيجية للأعوام 2013-2017 وتحقيق القيم المستهدفة ما يلي:

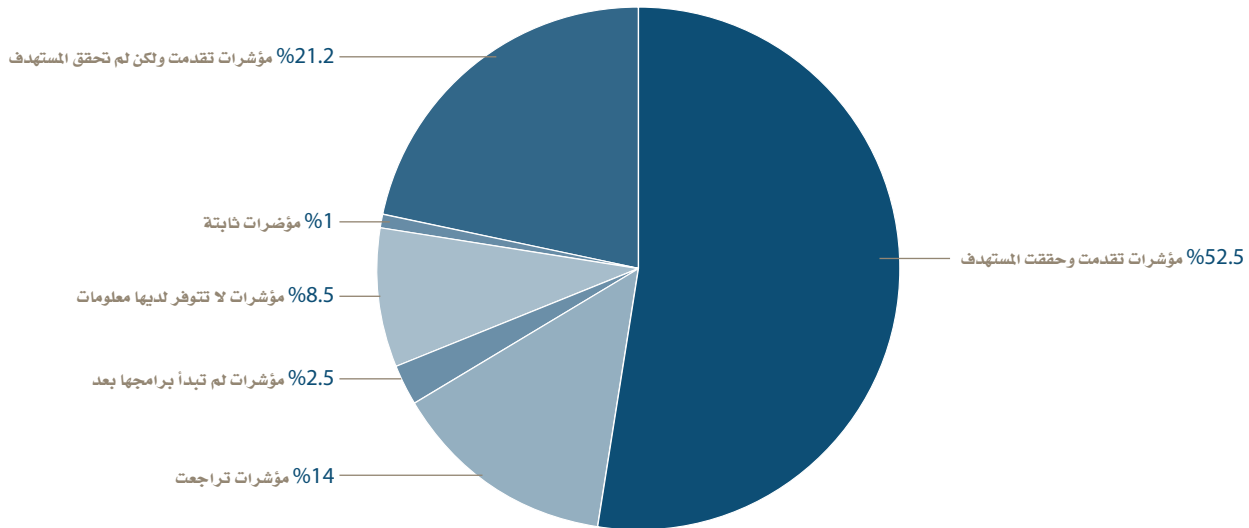
- مؤشرات تقدمت وحقت الهدف: 105 (بنسبة 52.5%).
- مؤشرات تقدمت، ولكن لم تحقق الهدف: 43 (بنسبة 21.2%).

- مؤشرات ثابتة: 2 (بنسبة 1%).
- مؤشرات تراجع: 28 (بنسبة 14%).
- مؤشرات لا تتوفر لديها معلومات: 16 (بنسبة 8.5%).
- مؤشرات لم تبدأ برامجها بعد: 5 (بنسبة 2.5%).
- أي أن ما تحقق فعلياً يدور حول 55% من إجمالي المؤشرات.
- وقد كان تفسير الوثيقة لهذا التباين كالتالي:
- هناك مؤشرات وطنية من الصعب معرفة مسؤوليتها الوزارة نحوها.
- هناك معلومات حول قيم لبعض المؤشرات الوطنية لا تكون مُضمَّنة في مسح السكان والصحة (DHS) أو دراسات أخرى.
- بعض المؤشرات يتم احتسابها كل عامين.
- هناك مؤشرات لمشاريع توقفت.
- والمؤشرات الوطنية المقصودة هي:
- معدل انتشار التدخين لدى السكان الذين تبلغ أعمارهم 18 سنة فأكثر.
- معدل انتشار التدخين بين الأطفال في الفئة العمرية 13-15 سنة.
- معدل الممارسين للنشاط البدني المعتدل.
- معدل الممارسين للنشاط البدني النشط.
- معدل انتشار ارتفاع ضغط الدم بين السكان الذين تبلغ أعمارهم 18 سنة فأكثر.
- معدل انتشار السكري بين السكان.
- معدل انتشار العمى بين السكان الذين يبلغون من العمر 30 سنة فأكثر.
- معدل وفيات الأمهات لكل 100 ألف من السكان.
- معدل وفيات الأطفال الرضع لكل 1000 ولادة حية.
- معدل حدوث وفيات الأطفال دون سن الخامسة.
- معدل استخدام وسائل تنظيم الأسرة.
- نسبة الرضاعة الطبيعية المطلقة.

- نسبة استخدام خدمات ما بعد الولادة (النفاس).
- معدل انتشار فقر الدم لدى السيدات في سن الإنجاب.
- معدل انتشار فقر الدم لدى الأطفال دون سن الخامسة.
- نسبة المواطنين غير المشمولين بأي نوع من أنواع التأمين الصحي.
- نسبة الفقراء المشمولين بالتأمين الصحي المدني من مجموع الفقراء في الأردن، من إجمالي المؤمنین.

إن معظم هذه المؤشرات هي مؤشرات رئيسية يقاس بها تقدم أو تراجع المؤشرات الصحية لأي بلد، وقد جاءت المؤشرات التي لم تتقدم لتشمل جميع المحاور: الرعاية الصحية الأولية، والرعاية الصحية الثانوية، وإدارة الموارد البشرية، والإدارة المالية، وإدارة المعرفة، وضبط الجودة، والتنظيم والرقابة، والسياحة العلاجية، وقانون المساءلة الطبية.

قيم المؤشرات في إستراتيجية وزارة الصحة (٢٠١٣ - ٢٠١٧)
نحو القيمة المستهدفة حتى عام ٢٠١٧



ت. إستراتيجيتنا المؤسسة العامة للغذاء والدواء 2013-2015 و 2016 - 2018
جاء في وثيقة المؤسسة أن معظم المؤشرات قد حققت القيم بنسبة 100%، حيث عكست المؤشرات ثلاثة أهداف رئيسية كالتالي:

1. تطوير الأداء المؤسسي بما يتفق مع أفضل المعايير والأسس العالمية.

2. المساهمة في تحقيق الأمن الغذائي والدوائي.

3. تعزيز دور المؤسسة كجهة مرجعية في الرقابة على الغذاء والدواء وطنياً وإقليمياً.

وقد شملت مؤشرات هذه الأهداف الثلاثة، أكثر من 90 مؤشراً، ونسبة إنجاز كلية تصل إلى 88% من مجموع المؤشرات. وقد بدأت المؤسسة بعملية التحديث الدورية لإستراتيجياتها والتي تقرر أن تكون مرة كل عامين.

خامس عشر: مواطن الضعف والتهديدات والمطلوب

لا بد من الإقرار أن هناك مظاهر متعددة لتراجع القطاع الصحي بمكوناته المختلفة، لأسباب منها ما يخص المكونات بكليتها، ومنها ما يخص كل مكون على حدة ولا ينطبق بالضرورة على بقية المكونات. على أن غياب دور المجلس الصحي العالي في رسم السياسات الصحية ومتابعة تنفيذها على المستوى الوطني أدى ويؤدي إلى الانكفاء المؤسسي، وابتعاد مكونات هذا القطاع بعضها عن بعض، وتضاؤل التنسيق والعمل المشترك.

إن فشل تجارب سابقة، مثل تجربة المؤسسة العلاجية، لأسباب معروفة، لا يعني إلغاء أي صيغة للتشارك وتدارك التراجع القائم في القطاع الصحي. فهل ينبغي عقد مؤتمر وطني للقطاع الصحي، أم يُكتفى بتشكيل لجان وطنية (ومن المعروف سلبيات تشكيل اللجان ومحدودية تأثيرها)، أم تكون بداية الحل صدور قرار وطني يؤهل المجلس الصحي العالي ويخوله المباشرة بتطبيق قانونه ومتابعة تنفيذه؟

ومن المعلوم أن عدم وجود تأمين صحي شامل من أبرز مواطن الضعف في القطاع الصحي.

لقد شملت وثيقة الإستراتيجية الوطنية للقطاع الصحي نقاطاً عدة حول مواطن الضعف والتحديات، منها:

- عدم وجود خطة وطنية شاملة لتعزيز وتنمية الموارد البشرية الصحية.
- التوسع غير المخطط له للخدمات الصحية المستند إلى الطلب وليس إلى الحاجة الفعلية.
- عدم وجود إستراتيجيات وسياسات واضحة لاحتواء الكلف واستردادها.
- ضعف خدمات الإسعاف والطوارئ، سواء على مستوى تقديم الخدمة أو على مستوى البنى التحتية لهذه الأماكن لخدمة الطارئ والمستعجل.
- التحديات الديمغرافية، وأهمها الهجرات القسرية، وزيادة النمو السكاني مع ثبات المعدل المرتفع للخصوبة.

- شح الموارد المالية المخصصة للرعاية الصحية بأنواعها المختلفة، وخصوصاً الرعاية الأولية.
- هجرة الكفاءات الصحية بين القطاعات وخارج المملكة.
- ارتفاع الإنفاق الصحي المباشر، وخصوصاً على الأدوية.
- التسارع في التطور التكنولوجي والتقنيات الطبية الحديثة.
- ضعف الحوكمة، وعدم توفر الذراع الفنية والإدارية الحكومية أو المستقلة لمراقبة ومتابعة أداء القطاعات الصحية، وخصوصاً القطاع الخاص.
- عدم استثمار الإمكانيات المتوفرة في بعض المؤسسات، مثل المستشفيات الجامعية والخدمات الطبية الملكية، سواء على مستوى الأخصائيين أو في موضوع التدريب الوطني للمقيمين ومن التخصصات المختلفة.
- عدم تحسين الخدمة على مستوى الرعاية الأولية وبقاؤها مرتكزة على خدمة الطب العام، ما يزيد العبء على المستشفيات. وعدم تحويل العديد من المستشفيات الطرفية إلى خدمة المراكز الشاملة، ليظل دورها العلاجي مقتصرًا في الغالب على التحويل إلى المستشفيات التعليمية.
- إن أي خطة لوقف تراجع القطاع الصحي والبدء بإصلاحه يجب أن تُبنى على المحاور المختلفة وكما يلي:

1. الرعاية الصحية الأولية

- التحول من الطب العام إلى طب الأسرة، من خلال قرار حكومي ملزم وبرنامج زمني للإحلال.
- تنفيذ ما جاء في توصيات وثيقة «المبادرة النيابية» (2016) بخصوص دمج المراكز الصحية.
- اعتماد الأسس المقررة في مجلس الوزراء لإنشاء أو ترفيع المراكز الصحية.
- تعزيز أنظمة الرصد والاستجابة، وتعزيز البرنامج الوطني للتطعيم.
- التعامل الجدي مع انتشار الأمراض غير السارية، مثل السكري والضغط وأمراض السرطان والصحة النفسية.
- تعزيز خدمات الصحة الإنجابية وصحة الطفل والصحة المدرسية، وخفض وفيات الأمهات والأطفال.

2. الرعاية الصحية الثانوية

- إدارة الموارد البشرية، باستقطاب الكوادر الصحية، والاحتفاظ بالكوادر المؤهلة، وتعديل نظام الخدمة المدنية لفئة الأطباء، وهذا يتطلب مجموعة من الإجراءات.
- تعزيز وتحسين البرامج التدريبية للكوادر الطبية، واستحداث برامج الإقامة المشتركة بين القطاعات المختلفة.
- تطوير المعرفة والمهارات للعاملين في المجال الصحي، وتعديل التعليم المهني والطبي المستمر.
- الرقابة الدوائية والصيدلانية.
- تعزيز البنية التحتية للمستشفيات، والذي لا يعني بالضرورة التوسع في بناء المستشفيات وزيادة الأسرة إلا ضمن احتياجات فعلية مبنية على أسس علمية واضحة.
- استخدام الطاقة الشمسية في المستشفيات والمراكز الصحية.
- التوسع في تفويض الصلاحيات من المركز إلى المستويات الطرفية، وتفعيل مخرجات انتخابات اللامركزية، وإعطاء معظم الصلاحيات لمديري المواقع بدل أن يكون القرار مركزياً.

3. السياحة العلاجية

- وقف تراجع أعداد المرضى القادمين للمملكة من خلال جملة إجراءات تعتمد على دراسة التحديات ورضا متلقي الخدمة، وأهمها:
- سياسة تسويقية من الحكومة ومن جمعية المستشفيات الخاصة.
- دور فاعل لجمعية المستشفيات الخاصة من المطار وإلى أماكن تقديم الخدمة.
- تسهيل إجراءات الدخول إلى المملكة من الدول المقيدة.
- وجود خدمات بجودة عالية، وشفافية في الإجراءات الطبية، ومأسسة الرقابة على القطاع الخاص.
- تفعيل الدور الرقابي للنقابات على القطاع الخاص.

4. التأمين الصحي

- تحقيق الهدف المنشود من قبل الحكومات المتعاقبة، لتحقيق التأمين الصحي الشامل.
- الزيادة التدريجية للمشمولين في التأمين الصحي بإضافة شرائح جديدة للتأمين، واعتماد وثيقة «المبادرة النيابية» بهذا الخصوص.
- إعادة هيكلة التأمين الصحي، وفصله عن أحد قطاعات تقديم الخدمة (وزارة الصحة).

5. المجلس الطبي

- تطوير امتحانات المجلس من حيث المحتوى وآليات التنفيذ، مع الإشارة إلى أن مهام المجلس لا تقتصر على إجراء الامتحانات.
- مؤسسة التعليم الطبي المستمر، وتطوير البيئة التعليمية والتدريبية في المستشفيات المعتمدة للتدريب.
- تنفيذ المادة (18) من قانون المجلس الطبي وغير المفعلة حتى وقت إعداد هذه المراجعة، من أجل تطوير القدرات العلمية والفنية للأخصائيين.

6. الغذاء والدواء

أ. الغذاء:

- الرقابة الشاملة على سلسلة الغذاء من المادة الخام وحتى وصوله إلى المستهلك، وتوحيد المرجعيات ضمن المؤسسة العامة للغذاء والدواء، وإنهاء ظاهرة تداخل الصلاحيات مع مؤسسات حكومية أخرى.
- الوصول إلى غذاء وطني آمن، وتغيير الأنماط الاستهلاكية غير الصحية، وتشكيل رأي عام حول أهمية الغذاء السليم.

ب. الدواء:

- رفع نسبة مساهمة الصناعات الدوائية الأردنية ضمن فاتورة الدواء محلياً.
- تعزيز الدور الرقابي للمؤسسة على جميع المؤسسات الصيدلانية ومستودعات الأدوية ومصانعها.
- إيجاد آلية للتعامل مع تحدي الأدوية البيولوجية، وتشجيع تصنيعها محلياً، لخفض الكلفة الباهظة لهذه الأدوية.