



وزارة الصحة
المملكة الاردنية

الاستراتيجية الصحية الوطنية

2010 – 2006

المحتويات

1	من أقوال جلالة الملك
2	تنويه
3	تقديم
4	الباب الأول
4	الرؤية
5	الرسالة
6	القيم
6	السياسة الصحية في الأردن
7	مهام ومسؤوليات المجلس الصحي العالي
9	التحديات التي تواجه القطاع الصحي
10	الأهداف الإستراتيجية كما وردت في الأجنحة الوطنية
11	الاهداف الانمائية للألفية
13	الباب الثاني
13	الأردن: لمحة عامة
17	خدمات الرعاية الصحية في الأردن
17	1- القطاع العام
17	1-1 وزارة الصحة
21	2-1 الخدمات الطبية الملكية
21	3-1 مستشفيات الجامعات الحكومية
22	2- القطاع الخاص
22	3- القطاع الدولي والخيري
25	الباب الثالث
25	محاور الإستراتيجية
26	1- محور الرعاية الصحية
26	1-1 الرعاية الصحية الأولية
26	2-1 الرعاية الصحية الثانوية والثالثية
30	2- محور القوى البشرية
35	3- محور الغذاء والدواء
35	1-3 الغذاء
37	2-3 الدواء
40	4- محور الجودة
42	5- محور البنية التحتية

43	6- محور المعلومات الصحية وتكنولوجيا المعلومات:
48	7- محور المالية واقتصاديات الصحة.
53	8- محور التأمين الصحي
57	الباب الرابع
57	معايير الإستراتيجية ومؤشرات الأداء
60	الباب الخامس
60	مشاريع وأنشطة الخطة الإستراتيجية
61	في مجال الرعاية الصحية
62	في مجال القوى البشرية
63	في مجال الغذاء والدواء
66	في مجال البنية التحتية
66	في مجال المعلومات الصحية وتكنولوجيا المعلومات
67	في مجال المالية واقتصاديات الصحة
67	في مجال التأمين الصحي
68	في مجال السياحة الطبية العلاجية
68	مشاريع الخدمات الطبية الملكية

"تحسين مستوى حياة المواطن يتطلب
الإهتمام بالرعاية الصحية، وهي حق كل
مواطن ومواطنة، فالإنسان السليم المطمئن
على صحته وصحة أبنائه وأسرته الإنسان
القادر على العمل والإنتاج"

من أقوال جلالة الملك
عبدالله الثاني بن الحسين المعظم

تنويه

تمثل هذه الوثيقة الملامح الرئيسية للإستراتيجية الصحية الوطنية للسنوات القادمة وبما يتماشى مع الأهداف الوطنية الواردة في الأجندة الوطنية وسوف تنبثق عن هذه الإستراتيجية برامج تنفيذية تلتزم بها الوزارة وبمشاركة كافة القطاعات الأخرى مع الأخذ بعين الإعتبار المراجعة الدورية لهذه البرامج بما يتماشى مع أية مستجدات أو متغيرات مستقبلية من الممكن أن تؤثر على الإطار العام لهذه الإستراتيجية.

تقديم

تميز القطاع الصحي في الأردن عبر العقود الماضية بتقديم خدمات صحية ذات جودة وكفاءة عاليتين جعلت من الأردن مركزاً طبياً إقليمياً متميزاً. وفي ضوء التحديات التي تواجه هذا القطاع في عصر الإنفتاح والعولمة وتماشياً مع المتغيرات المتسارعة على المستوى الإقليمي والمحلي، أصبح لزاماً علينا العمل على إعداد وصياغة إستراتيجية وطنية للقطاع الصحي مستندة على رؤية ورسالة وأهداف محددة قابلة للتحقيق تحافظ على المكتسبات وتحقق أهداف التنمية الشاملة والمستدامة بما يتوافق مع التوجهات الملكية السامية في تقديم خدمات صحية ذات جودة وكفاءة عاليتين. ولا بد للاستراتيجية من ان تستند على العمل المؤسسي وتسود فيها ثقافة الإدارة المبدعة والتخطيط الإستراتيجي المدروس وتساهم في تحرير الأنظمة وتوجيه الإستثمار وتنعكس بالتالي على تحسين الوضع الصحي العام للمواطنين وتؤمن لهم الحماية المالية في ظل نظام تأمين صحي شامل وعادل.

ومع الإعلان عن هذا الإنجاز الكبير فإنه لا يسعني إلا أن أتوجه بالشكر إلى كل من ساهم في صياغة الإستراتيجية الصحية الوطنية وأخص بالذكر اللجنة الوطنية لصياغة الإستراتيجية والقيادات الصحية في كل من الخدمات الطبية الملكية ومستشفى الجامعة الأردنية، ومستشفى الملك المؤسس عبد الله الجامعي وجمعية أصحاب المستشفيات الخاصة، والنقابات الصحية وغيرها.

كما أوجه شكري الخاص إلى منظمة الصحة العالمية للدعم الفني والمالي الكبيرين مما مكنا من تحقيق هذا الإنجاز المميز وفي هذا المجال لا بد من توجيه بطاقة تقدير وعرفان إلى سعادة الدكتور علاء الدين العلوان ممثل منظمة الصحة العالمية في عمان لتعاونه الدائم ولما بذله من إسهامات ودعم لا محدود في جميع مراحل صياغة الإستراتيجية الصحية الوطنية.

آملاً من الجميع التكاليف والعمل المشترك من أجل تنفيذ بنود وبرامج الاستراتيجية كل حسب اختصاصه لتحقيق الاهداف المرسومة بأعلى مردود وأقل التكاليف. والله ولي التوفيق.

وزير الصحة

المهندس سعيد سميح دروزه

الباب الأول

الرؤية

مجتمع صحي معافى بيئة صحية سليمة

نظام صحي متميز

الرسالة

تحسين وتعزيز صحة كافة المواطنين في الأردن
من خلال تقديم رعاية صحية ذات جودة عالية
فعّالة ومستدامة مع مراعاة المساواة في تقديم
الخدمة

القيم

- ❖ **التميز:** نظام صحي متميز يستجيب لتوقعات المتعاملين ويجب على تساؤلآتهم.
- ❖ **الجودة:** رعاية صحية ضمن معايير عالمية وبإشراف نظام رقابي.
- ❖ **حقوق المرضى:** احترام حقوق المريض وخصوصاً السرية والخصوصية وحقه بالمعرفة واتخاذ القرار المناسب لوضعه الصحي.
- ❖ **العمل بروح الفريق:** الالتزام بالعمل بروح الفريق الواحد لتعزيز الشراكة وتجسير العلاقة بين كافة القطاعات الصحية.
- ❖ **الفعالية الفنية:** كوادر على مستوى عالٍ من المهارة العملية والكفاءة العلمية تضمن تقديم خدمة وعناية طبية مثلى ضمن أسس أخلاقية عالية.
- ❖ **الكفاءة المالية:** الاستخدام الأمثل للموارد ، احتواء الكلف والحد من الهدر لضمان إنفاق صحي واقعي ضمن مفهوم الاقتصاد الصحي.
- ❖ **الأمن والبيئة:** معايير واضحة تنظمها قواعد وقوانين للحد من الأخطار لضمان بيئة آمنة مريحة تتناسب واحتياجات وتوقعات العاملين المتعاملين وتعزز من روح الإبداع.
- ❖ **الشراكة:** تعزيز الشراكة ما بين القطاعات لخلق نظام صحي متميز يستند على التكامل وتوجيه الإنفاق.

السياسة الصحية في الأردن

يتم رسم السياسة العامة للقطاع الصحي ووضع الإستراتيجية اللازمة لتحقيقها من خلال المجلس الصحي العالي والذي تم تأسيسه عام 1965 ويرأسه دولة رئيس الوزراء وعضوية كل من:

1. وزير الصحة - نائباً للرئيس.
2. وزير المالية.
3. وزير التخطيط.
4. وزير التنمية الإجتماعية.
5. وزير العمل.
6. مدير الخدمات الطبية الملكية.
7. نقيب الأطباء.
8. أحد عمداء كليات الطب في الجامعات الأردنية الرسمية يعينه الرئيس بالتناوب لكل سنتين.
9. نقيب إحدى نقابات المهن الصحية الأخرى يعينه الرئيس بالتناوب.
10. رئيس جمعية المستشفيات الخاصة.
11. إثنين من ذوي الخبرة والإختصاص في القطاع الصحي يعينهم الرئيس لمدة سنتين.

مهام ومسؤوليات المجلس الصحي العالي:

لضمان تنظيم العمل الصحي وتطويره بكافة قطاعاته فقد إنيط بالمجلس المهام والمسؤوليات التالية:

1. تقييم السياسات الصحية بشكل دوري وإدخال التعديلات اللازمة عليها في ضوء نتائج تطبيقها.
2. تحديد متطلبات القطاع الصحي وإتخاذ القرارات اللازمة بتوزيع الخدمات الصحية بجميع أنواعها على مناطق المملكة بما يحقق العدالة بينها والنهوض النوعي بالخدمات.
3. المساهمة في رسم السياسة التعليمية لدراسة العلوم الصحية والطبية داخل المملكة وتنظيم إلتحاق الطلبة بهذه الدراسات خارج المملكة.
4. تشجيع الدراسات والبحوث العلمية ودعم البرامج والنشاطات والخدمات بما يحقق أهداف السياسة الصحية العامة.

5. تنسيق العمل بين المؤسسات والهيئات الصحية في القطاعين العام والخاص بما يضمن تكامل أعمالها.
6. تعزيز التعاون بين المؤسسات والهيئات الصحية المحلية وبين المؤسسات والهيئات العربية والإقليمية والدولية المعنية بالصحة.
7. الإستمرار في توسيع مظلة التأمين الصحي.
8. دراسة القضايا التي تواجه القطاع الصحي وإتخاذ الإجراءات المناسبة بشأنها بما في ذلك إعادة هيكلة القطاع الصحي.
9. دراسة مشاريع القوانين والأنظمة والتعليمات المتعلقة بالمجلس وبالقطاع الصحي ورفع التوصيات التي يراها ضرورية بشأنها.
10. النهوض بالقطاع الطبي ورفع كفاءة العاملين في القطاع العام وتوفير الحوافز المناسبة لهم.
11. إقرار الموازنة السنوية للمجلس ورفعها إلى مجلس الوزراء للمصادقة عليها.
12. أي أمور أو مهام أخرى يرى الرئيس عرضها على المجلس مما له علاقة بالقطاع الصحي.

التحديات التي تواجه القطاع الصحي

يواجه القطاع الصحي في الاردن تحديات عديدة ومتنوعة يمكن إجمالها في ما يلي:

- ❖ النمو المضطرب للسكان.
- ❖ التحول النمطي للأمراض.
- ❖ غياب المرجعية في ظل عدم تفعيل المجلس الصحي العالي.
- ❖ زيادة الإنفاق الصحي.
- ❖ قصور السياسة المالية التي تساهم في إسترداد جزء من الكلفة.
- ❖ التوسع غير المنظم للقطاع.
- ❖ غياب نظام التأمين الصحي الشامل.
- ❖ ضعف التنسيق ما بين القطاعات المقدمة للخدمة.
- ❖ غياب السياسة التعليمية الموجهة للقطاع الصحي.
- ❖ تفاقم مسببات وعوامل الإختطار للأمراض المزمنة والحوادث والإصابات والإدمان نتيجة تغير النمط السلوكي والحياتي في المجتمع الأردني.
- ❖ ضعف التخطيط المؤسسي للخدمات الصحية.
- ❖ شح الموارد المالية المخصصة للخدمات الصحية في القطاع العام.
- ❖ إرتفاع كلفة الخدمات الصحية المقدمة.
- ❖ إزدياد التحديات التي تواجه الحفاظ على بيئة صحية سليمة.
- ❖ إرتفاع معدل هجرة الكفاءات الفنية المدربة.
- ❖ ارتفاع توقعات الناس في الحصول على خدمات صحية فعالة.
- ❖ التقدم المتسارع في التقنيات الطبية.

الأهداف الإستراتيجية كما وردت في الأجندة الوطنية

وردت الاهداف الصحية الاستراتيجية التالية في الاجندة الوطنية، والتزمنا منا بالتوجهات الوطنية فإن هذه الاهداف تلقائياً تصبح أهدافاً للاستراتيجية الصحية آخذين بعين الاعتبار أن المدة المتاحة لتحقيقها هي عشر سنوات بينما مدة الاستراتيجية الصحية الوطنية هي خمس سنوات:

- ❖ تحقيق التمويل المستدام لقطاع الرعاية الصحية مع تقليل العبء على التمويل العام.
- ❖ ضمان جودة الرعاية الصحية.
- ❖ عدالة الحصول على الخدمة الصحية ذات النوعية الجيدة لجميع الأردنيين في الريف والحضر.
- ❖ ضمان حصول جميع الأردنيين على تأمين صحي (عام أو خاص)
- ❖ رفع مستوى الوعي بالممارسات الصحية.

الاهداف الانمائية للألفية

ولكون الاردن جزء فاعل في النظام العالمي، فإنه حرص دائماً على الالتزام بالمواثيق والتوجهات الدولية، لذا فإنه ملتزم بالعمل على تحقيق الاهداف الانمائية للألفية المتعلقة بالصحة التي اعتمدها الدول الاعضاء في منظمة الامم المتحدة، والتي من الواضح أن الاردن قد حقق منذ الآن نسبة كبيرة منها:

الصحة في المرامي الإنمائية للألفية

المؤشرات الصحية	الأهداف الصحية
-----------------	----------------

المرامي والأهداف والمؤشرات المتعلقة بالصحة في مجموعة المرامي الإنمائية للألفية

المرمى 1: القضاء على الفقر الشديد والجوع	
الهدف 1: تخفيض نسبة السكان الذين يقل دخلهم اليومي عن دولار واحد الى نصف عددهم في الفترة ما بين 1990 و 2015	الهدف 2: تخفيض نسبة السكان الذين يعانون من الجوع الى النصف في الفترة ما بين 1990 و 2015.
4. عدد الأطفال ناقصي الوزن (الذين يقل عمرهم عن خمس سنوات)	
5. نسبة السكان الذين لا يحصلون على الحد الأدنى لاستهلاك الطاقة الغذائية.	
المرمى 2: تحقيق تعميم التعليم الابتدائي	
الهدف 3: ضمان تمكن الأطفال في كل مكان سواء الذكور أو الإناث منهم، من اتمام مرحلة التعليم الابتدائي بحلول عام 2015	
المرمى 3: تعزيز المساواة بين الجنسين وتمكين المرأة	
الهدف 4: إزالة التفاوت بين الجنسين في التعليم الابتدائي والثانوي وبالنسبة لجميع مراحل التعليم في موعد لا يتجاوز عام 2015	
المرمى 4: تخفيض معدل وفيات الأطفال	
الهدف 5: تخفيض معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة بمقدار الثلثين في الفترة ما بين 1990 و 2015	13. معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة.
	14. معدل وفيات الرضع .
	15. نسبة الاطفال بعمر سنة واحدة المنع من ضد الحصبة.
المرمى 5: تحسين صحة الأمهات.	
الهدف 6: تخفيض معدل وفيات الأمهات بمقدار ثلاثة أرباع في الفترة ما بين 1990 و 2015.	16. معدل وفيات الأمهات.
	17. نسبة الولادات التي تجري تحت إشراف عاملين صحيين من ذوي المهارة.
المرمى 6: مكافحة فيروس العوز المناعي البشري/الايدز والملاريا وغيرهما من الأمراض.	
الهدف 7: وقف انتشار فيروس العوز المناعي /الايدز بحلول عام 2015 وبدء انحساره اعتباراً من ذلك التاريخ	18. معدل انتشار فيروس العوز المناعي البشري لدى النساء الحوامل اللاتي تتراوح أعمارهن بين 15 و 24 عاماً.
	19. معدل استخدام العوازل الذكرية من بين وسائل منع الحمل.
	20. عدد الأطفال الميتين بسبب فيروس العوز المناعي البشري الأيدز.
	21. معدلات الانتشار والوفيات المرتبطة بالملايا.
	22. نسبة السكان المقيمين في المناطق المعرضة لخطر الملايا الذين
الهدف 8: وقف انتشار الملايا وغيرها من الأمراض الرئيسية بحلول	

<p>يتخذون تدابير فعالة للوقاية من الملاريا وعلاجها. 23. معدلات الانتشار والوفيات المرتبطة بالسل. 24. عدد حالات السل التي اكتشفت وتم شفاؤها في إطار استراتيجية المعالجة القصيرة الامد تحت الإشراف المباشر.</p>	<p>عام 2015 وبدء انحسارها اعتباراً من ذلك التاريخ</p>
<p>29. نسبة السكان الذين يستخدمون الوقود الصلب.</p>	<p>المرمى 7: ضمان الاستدامة البيئية</p>
<p>30. نسبة السكان الذين يمكنهم الحصول على مصدر محسن للمياه في الريف والحضر بصورة مضمونة للاستمرار.</p>	<p>الهدف 9: إدماج مبادئ التنمية المستدامة في السياسات والبرامج القطرية وانحسار فقدان الموارد البيئية.</p>
<p>31. نسبة سكان الحضر الذين يمكنهم الحصول على إصحاح محسن.</p>	<p>الهدف 10: تخفيض نسبة الاشخاص الذين لا يمكنهم الحصول على مياه الشرب المأمونة الى النصف بحلول عام 2015 الهدف 11: تحقيق تحسن كبير لمعيشة لما لا يقل عن 100 مليون من سكان الأحياء الفقيرة بحلول عام 2020.</p>
<p>12. المضي في إقامة نظام تجاري ومالي يتسم بالانفتاح والتقييد بالقواعد ويتميز بقدرته على التنبؤ وعدم إحداث التمييز بين الناس.</p>	<p>المرمى 8: إقامة شراكة عالمية من أجل التنمية.</p>
<p>13. تلبية الاحتياجات الخاصة لأقل البلدان نمواً.</p>	<p>الهدف 12: المضي في إقامة نظام تجاري ومالي يتسم بالانفتاح والتقييد بالقواعد ويتميز بقدرته على التنبؤ وعدم إحداث التمييز بين الناس. الهدف 13: تلبية الاحتياجات الخاصة لأقل البلدان نمواً.</p>
<p>14. تلبية الاحتياجات الخاصة للبلدان غير الساحلية والدول النامية الصغيرة الجذرية.</p>	<p>الهدف 14: تلبية الاحتياجات الخاصة للبلدان غير الساحلية والدول النامية الصغيرة الجذرية.</p>
<p>15. المعالجة الشاملة لمشاكل ديون البلدان النامية باتخاذ تدابير على المستويين الوطني والدولي لجعل تحمل ديونها ممكناً في المدى الطويل.</p>	<p>الهدف 15: المعالجة الشاملة لمشاكل ديون البلدان النامية باتخاذ تدابير على المستويين الوطني والدولي لجعل تحمل ديونها ممكناً في المدى الطويل.</p>
<p>16. التعاون مع البلدان النامية لوضع وتنفيذ استراتيجيات تتيح للشباب عمالاً لائقاً ومنتجاً.</p>	<p>الهدف 16: التعاون مع البلدان النامية لوضع وتنفيذ استراتيجيات تتيح للشباب عمالاً لائقاً ومنتجاً.</p>
<p>46. نسبة السكان الذين يمكنهم الحصول على الأدوية الأساسية بأسعار ميسورة بشكل مضمون الاستمرار.</p>	<p>الهدف 17: التعاون مع شركات المستحضرات الصيدلانية لإتاحة الأدوية الأساسية بأسعار ميسورة في البلدان النامية.</p>
<p>18. التعاون مع القطاع الخاص فإتاحة فوائد التكنولوجيات الجديدة، وبخاصة تكنولوجيا المعلومات والاتصال.</p>	<p>الهدف 18: التعاون مع القطاع الخاص فإتاحة فوائد التكنولوجيات الجديدة، وبخاصة تكنولوجيا المعلومات والاتصال.</p>

الباب الثاني

الأردن: لمحة عامة

بلغ عدد سكان الأردن 5.350.000 نسمة، يعيش 82% منهم في المدن والباقي في الريف والبادية مما يضع الأردن في مصاف الدول عالية التحضر، هذا ويتركز 38% من مجموع السكان في العاصمة عمان. وقد ساهم انخفاض معدلات الوفاة وارتفاع معدلات الإخصاب في ارتفاع معدل نمو السكان البالغ حالياً 2.6% (التعداد العام للسكان والمساكن 2004).

تبلغ المساحة الكلية للمملكة 89.342 كم² بمعدل كثافة سكانية 60 نسمة / كم² (2004) مع الأخذ بعين الاعتبار أن الكثافة السكانية للمملكة بلغت عام 1994 47 نسمة / كم².

هذا ومن المتوقع حدوث تغيرات سكانية كبيرة خلال الخمسين سنة القادمة حيث سيتضاعف عدد السكان بحلول عام 2035 ، وأظهرت إحصائيات عام 2004 أن 37.1% من السكان تحت سن 15 سنة ، و 59.1% ما بين 15 - 64 سنة. بينما 3.8% من السكان في عمر 65 سنة وأكثر مع الأخذ بعين الاعتبار أن هذه الفئة في تزايد حيث من المتوقع أن تشكل ما نسبته 4% من مجموع السكان بحلول عام 2015.

يبلغ معدل العمر المتوقع للمواطن الأردني عند الولادة 72.4 سنة للإناث و70.6 سنة للذكور ، أي بمعدل عام يبلغ 71.5 سنة.

أما معدل الخصوبة فهو مازال مرتفعاً بالرغم من الانخفاض الملحوظ حيث انخفض من 7 عام 1976 إلى 3.7 عام 2004.

يعاني الأردن من شح في الموارد الطبيعية وأهمها شح المياه النظيفة والذي يشكل مشكلة استراتيجية للأردن ، حيث يصنف من ضمن الدول العشر الأكثر فقراً بالمياه في العالم فقد بلغت حصة الفرد من المياه 156 ليتر / اليوم وهي من أقل النسب في منطقة الشرق الأوسط.

وبالرغم من أن 97.7% من السكان متصلون بالشبكة العامة للمياه، إلا أن مشاكل التلوث الناتجة عن سوء إدارة المياه العادمة المنزلية ومخارجات المصانع والكيماويات المستعملة في الزراعة تزيد من تفاقم الأزمة المائية.

حقق الأردن تغطية شبه كاملة للسكان بالتيار الكهربائي حيث بلغت النسبة 99.5% من المساكن في المملكة مما يعكس إيجاباً على نوعية حياة المواطن. أما من حيث الصرف الصحي فإن ما يقرب من ثلثي المساكن في المملكة متصلة بشبكة الصرف الصحي

ومن حيث التطور الاجتماعي والاقتصادي فقد صنفت هيئة الأمم المتحدة للسكان UNDP الأردن في المرتبة 94 من بين 174 بلداً وذلك حسب مؤشرات التنمية البشرية.

يتبع الأردن نظام التعليم الإلزامي المجاني للمرحلة الأساسية المكونة من عشر سنوات حيث بلغ معدل التحاق الطلبة (من كلا الجنسين) بمدارسهم في هذه المرحلة 94% للعام الدراسي 2002/2001، أما التسرب من المدرسة فقد سجل معدلاً منخفضاً خلال العشر سنوات الماضية حيث بلغ 0.48% للطلبة في المرحلة الأساسية أيضاً.

يمتاز الأردن بموارده البشرية المؤهلة والمدرّبة بالرغم من عدم التوازن في العمل بين الجنسين، حيث أن نسبة الإناث العاملات بلغت 13.7% فقط من مجموع المشتغلين عام 2004 مع بعض التفاوت في الأجناس بين الذكور والإناث، خصوصاً في القطاع الخاص.

يعد الأردن من الدول منخفضة الدخل حيث بلغ معدل دخل الفرد 1515.6 دينار عام 2004، أما الدخل المعتمد لتحديد حالة الفقر فإنه يختلف باختلاف تعريف خط الفقر. ونظراً لأن الدخل المعتمد لتحديد الفقر متدني فإن نسبة عالية من الفقراء يتركزون حول خط الفقر. وبشكل عام فإن معدل الفقر في الأردن يتراوح ما بين 14.2% من السكان حسب دراسة جيوب الفقر في الأردن (2004). ويتركز الفقر بشكل واضح في المناطق الريفية ولكن ونظراً لأن 82% من السكان يعيشون في المدن فإن عدد الفقراء في المدن يقارب أربعة أضعاف عددهم في الريف. هذا وربما كانت البطالة إحدى محددات الفقر، حيث بلغت نسبة العاطلين عن العمل 12.5% عام 2003، منهم 55.8% في الفئة العمرية 15-24 سنة.

وعلى صعيد انتشار التكنولوجيا فقد بينت الدراسات أن 21.2% من الأسر الأردنية تملك أجهزة حاسوب شخصي و6.3% متصلة بشبكة الإنترنت، بينما 97.2% من الأسر تملك جهاز تلفاز و46.9% تملك لاقط (ساتلايت) و47.4% تملك جهاز خلوي، أما الأسر التي تملك هاتف أرضي فقد بلغت 54.4%.

جدول رقم 1: المؤشرات السكانية والاقتصادية والاجتماعية في الاردن لعام 2004

المؤشر	القيمة	
عدد السكان	5.350.000	
معدل النمو (%)	2.6	
متوسط حجم الاسرة (فرد)	5.4	
معدل العمر المتوقع للانسان (سنة)	عام	71.5
	ذكور	70.6
	اناث	72.4
معدل الخصوبة الكلي	3.7	
معدل المواليد الخام (لكل 1000 من السكان)	29.0	
معدل الوفيات الخام (لكل 1000 من السكان)	7.0	
معدل الامية (%)	عام	10.3
	ذكور	5.6
	اناث	15.1
نسبة التغطية بمياه الشرب	97.7	
نسبة التغطية بشبكة الصرف الصحي	60.1	
نسبة التغطية بخدمة جمع النفايات الصلبة	75	
معدل البطالة	12.5	
معدل دخل الفرد من الناتج المحلي الاجمالي (دينار اردني)	1515.6	

جدول رقم 2: مؤشرات الوضع الصحي في الاردن عام 2004

المؤشر	القيمة
المواليد بوزن 2500غم او اكثر (%)	93.5
المواليد بوزن متناسب مع العمر (%)	96
معدل وفيات الاطفال الرضع (لكل 1000 ولادة حية)	22
معدل وفيات الاطفال اقل من 5 سنوات (لكل 1000 ولادة حية)	27
معدل وفيات الامهات (لكل 100.000 ولادة حية)	41
العمر المتوقع عند الولادة (سنة)	71.5
حالات شلل الاطفال المكتشفة	لا شيء
حالات الملاريا المكتشفة	160 (جميعها وافدة)
معدل حدوث التدرن	100000 / 6
معدل انتشار الايدز (HIV/AIDS)	0.02% (319 حالة لعام 2004)
معدل حدوث التهاب الكبد (ب) / 100000 من السكان	0.5
معدل حدوث التهاب السحايا البائي / 100000 من السكان	0.3

خدمات الرعاية الصحية في الاردن

تقدم الخدمات الصحية في الأردن من خلال:

1- القطاع العام

- وزارة الصحة
- الخدمات الطبية الملكية
- المستشفيات الجامعية الحكومية

2- القطاع الخاص

3- القطاع الدولي والخيري

1-1 وزارة الصحة

تعتبر وزارة الصحة الجهة الحكومية المسؤولة عن جميع ما يتعلق بالصحة في المملكة وذلك إستناداً لقانون الصحة العامة رقم 54 لعام 2002 وخصوصاً:

- أ- حماية الصحة من خلال تقديم الخدمات الصحية الوقائية والعلاجية ومراقبتها.
- ب- تنظيم والإشراف على الخدمات الطبية التي تقدمها جميع القطاعات
- ت- تقديم خدمات التأمين الصحي للمواطنين حسب الإمكانيات المتاحة
- ث- إنشاء وإدارة مؤسسات التعليم والتدريب الصحية.

ولتحقيق هذه المهام فقد قامت الوزارة بوضع سياسة صحية شاملة تستند على إرساء شراكات قوية مع القطاعات الصحية الأخرى العاملة في الأردن بما يضمن تقديم خدمات الرعاية الصحية الوقائية والعلاجية للمواطنين خلال مراحل حياتهم العمرية وتوفير البيئة الصحية السليمة لضمان مجتمع صحي معافى.

تقدم وزارة الصحة خدماتها الصحية الاولية والثانوية والثالثية من خلال شبكة متصلة من المراكز الصحية والمستشفيات العامة والتخصصية والموزعة على كافة أنحاء المملكة.

الرعاية الصحية الأولية

تقدم وزارة الصحة خدمات الرعاية الصحية الأولية من خلال شبكة واسعة من المراكز الصحية تغطي كافة التجمعات السكانية في المملكة وتقدم من خلالها خدمات الطب العام، طب الأسنان، الصحة العامة، الأمومة والطفولة، التثقيف الصحي بالإضافة إلى بعض الخدمات التخصصية. يبين الجدول التالي توزيع المراكز الصحية والاطباء حسب مديريات الصحة:

الرعاية الصحية الثانوية

تقدم وزارة الصحة خدماتها العلاجية الثانوية والثالثية من خلال مستشفياتها البالغ عددها (29) مستشفى والتي تضم (3632) سرير وتشكل ما نسبته (36.1%) من مجموع أسرة مستشفيات المملكة. ومن المنتظر أن يتم خلال الايام القليلة القادمة افتتاح مستشفى الامير حمزة في العاصمة عمان بسعة 450 سرير والذي يعد بالاضافة الى بعض أقسام مستشفى البشير مراكزاً متقدماً لتقديم خدمات الرعاية الصحية الثالثية.

جدول رقم 3: توزيع المراكز الصحية وأطباء الوزارة حسب المحافظات في المملكة كما الحال في 2005/12/1

عدد السكان لكل مركز صحي	طبيب /أسنان/ 10000	طبيب/ 10000 شخص	عدد الأطباء				عيادة اسنان	مركز صحي فرعي	مركز صحي اولي	مركز صحي شامل	عدد السكان	المحافظة
			إختصاصي	عام	مقيم مؤهل	أسنان						
19131	6	1.5	118	32	215	62	47	35	58	14	2047000	العاصمة
19975	0.35	1.3	28	1	89	10	20	8	28	4	799000	الزرقاء
5086	1.4	2.4	49	5	76	4	27	22	44	4	356000	البلقاء
3012	1.4	3.7	34	1	89	2	20	37	38	8	250000	المفرق
2813	1.6	3.8	33	-	75	6	24	34	35	6	211000	الكرك
5750	1.3	2.8	21	3	38	5	12	10	17	1	161000	جرش
4500	1.5	3.4	20	0	42	4	9	16	12	2	135000	مادبا
4731	1.7	2.8	21	2	27	5	14	9	14	3	123000	عجلون
6111	1.2	2.8	13	0	26	5	10	8	7	3	110000	العقبة
2318	1.6	6	16	-	62	-	12	23	16	5	102000	معان
3500	1.8	2.9	14	-	22	-	9	9	10	3	77000	الطفيلة
7803	0.9	1.9	88	5	162	17	58	27	88	7	952000	إربد
8000	0.85	2	455	49	923	120	262	238	367	60	5323000	المجموع

جدول رقم 4: مستشفيات وزارة الصحة وعدد الأسرة فيها

عدد الاسرة	المستشفى	الرقم
881	الشير	1
300	الزرقاء	2
245	المركز الوطني للنفسية	3
204	الأميرة بسمة	4
152	الحسين/ السلط	5
150	الكرامة	6
125	جرش	7
137	الكرك	8
130	الأمير فيصل بن الحسين	9
129	د. جميل التوتنجي	10
122	معان	11
109	الميرة رحمة	12
105	الإيمان/ عجلون	13
102	النسائية والأطفال/ المفرق	14
95	الأميرة بديعة	15
91	النديم	16
72	الملكة رانيا العبدالله	17
70	المفرق	18
62	غور الصافي	19
60	الأميرة راية	20
56	الرمثا	21
60	اليرموك	22
46	أبي عبيدة	23
42	الشونة الجنوبية	24
38	الأميرة سلمى	25
32	معاذ بن جبل	26
30	الأميرة إيمان/ معدي	27
30	المركز الوطني لتأهيل المدمنين	28
17	الرويشد	29
3632		المجموع

1-2 الخدمات الطبية الملكية

تقدم الخدمات الطبية الملكية بشكل أساسي خدمات الرعاية الطبية الثانوية والثالثية من خلال 11 مستشفيات (4 متخصصة و7 عامة) تضم 2012 سرير وتشكل 20% من مجموع أسرة المستشفيات في المملكة لعام 2004 وتقدم الخدمات الطبية خدماتها من خلال التخصصات الطبية المتقدمة مثل جراحة القلب والأعصاب ومركز الحروق ودائرة الأشعة والطب النووي وغيرها.

المستفيدون من الخدمات الطبية الملكية هم: أفراد القوات المسلحة والأجهزة الأمنية المختلفة العاملون منهم والمتقاعدون بالإضافة إلى أفراد عائلاتهم والوزراء وأعضاء مجلس الأمة وغيرهم . وبشكل عام فان التأمين الصحي العسكري يغطي ما مجموعه 1.600.000 مواطناً يشكل العسكريون وأفراد الأمن العام 10% منهم. وتستقبل الخدمات الطبية الملكية حوالي 30% من مجموع المراجعين في المملكة.

تشكل موازنة الخدمات الطبية الملكية من المخصصات الحكومية واشتراكات التأمين الصحي من المستفيدين من خدماتها بالإضافة إلى الأجر التي يدفعها المرضى غير المؤمنين.

جدول رقم 5: حجم العمل في مستشفيات الخدمات الطبية الملكية لعام 2004:

العمليات الجراحية	نسبة الإشغال	معدل اقامة المريض	الدخول	مراجعو الأسنان	مراجعو الطوارئ	مراجعو العيادات الخارجية
41769	79.5%	4.38	120909	489126	835545	1848340

1-3 مستشفيات الجامعات الحكومية

يقدم مستشفى الجامعة الأردنية ومستشفى الملك المؤسس عبد الله الجامعي خدمات الرعاية الصحية الثانوية والثالثية. يضم مستشفى الجامعة الأردنية 540 سريراً تشكل 5.4% من مجموع الأسرة في المملكة. ويعمل مستشفى الملك المؤسس حالياً بطاقة 304 سريراً مشكلاً بذلك 3% من مجموع الأسرة في المملكة، علماً أن طاقة المستشفى الكلية تبلغ 600 سرير.

2- القطاع الخاص

يقدم القطاع الخاص خدمات الرعاية الصحية الأولية والثانوية والثالثية من خلال 56 مستشفى تضم 3569 سريراً تشكل 35.5% من مجموع أسرة المستشفيات في المملكة بالإضافة إلى حوالي 5000 عيادة طبية خاصة (عيادات الطب العام والاختصاص).

3- القطاع الدولي والخيري

يتألف القطاع الدولي والخيري من وكالة الأمم المتحدة لغوث وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين UNRWA وعدد من الجمعيات الخيرية الأخرى مثل جمعية الكاريتاس وجمعية المراكز الإسلامية الخيرية وعيادات الحسين الطبية التابعة لاتحاد نقابات العمال وغيرها وجميعها تقدم خدمات الرعاية الصحية الأولية فقط.

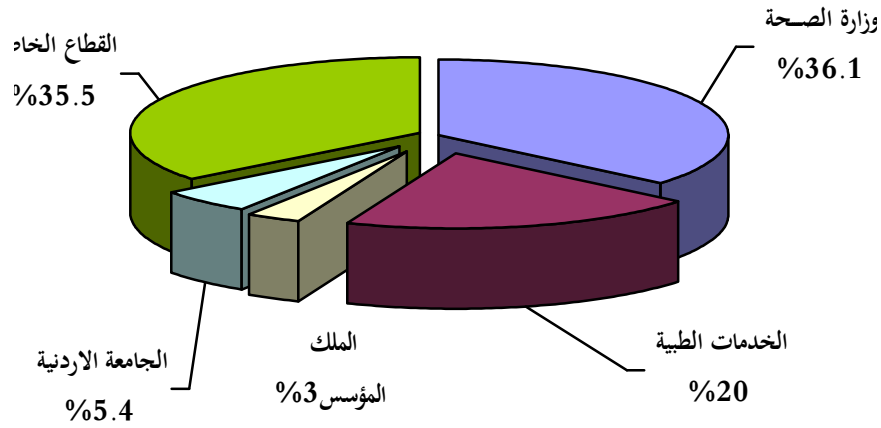
تقدم وكالة غوث وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين خدمات الرعاية الصحية الأولية المجانية من خلال 23 عيادة طبية تديرها الوكالة منها 13 داخل المخيمات و10 خارج المخيمات وتركز على خدمات صحة الأسرة والوقاية من الأمراض والسيطرة عليها. كما تدعم الوكالة كلفة الخدمات الثانوية والثالثية وخصوصاً خدمات الإسعاف والطوارئ التي يتلقاها المستفيدون من خدماتها في مستشفيات القطاع العام والقطاع الخاص، بالإضافة إلى بعض أنشطة الإصحاح البيئي في مخيمات اللاجئين.

الجدول رقم 6 والشكل رقم 1 في الصفحة التالية يبينان توزيع أسرة المستشفيات حسب القطاعات الصحية في المملكة:

جدول رقم 6: مستشفيات المملكة حسب القطاعات:

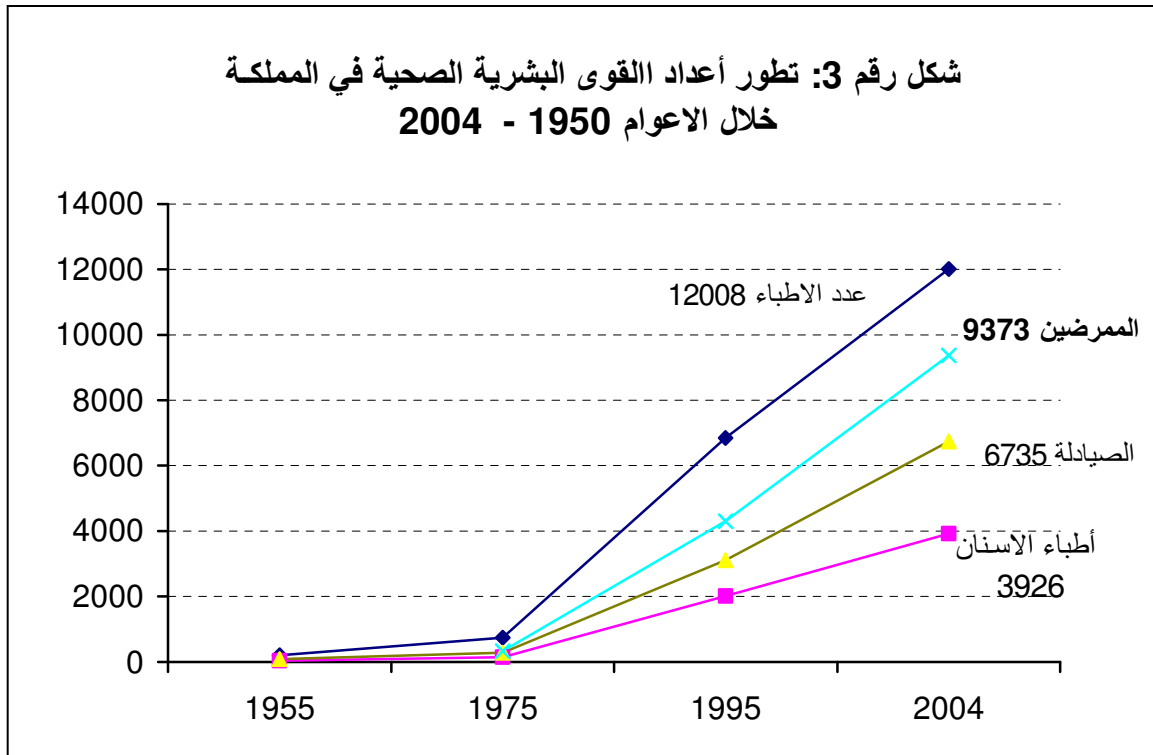
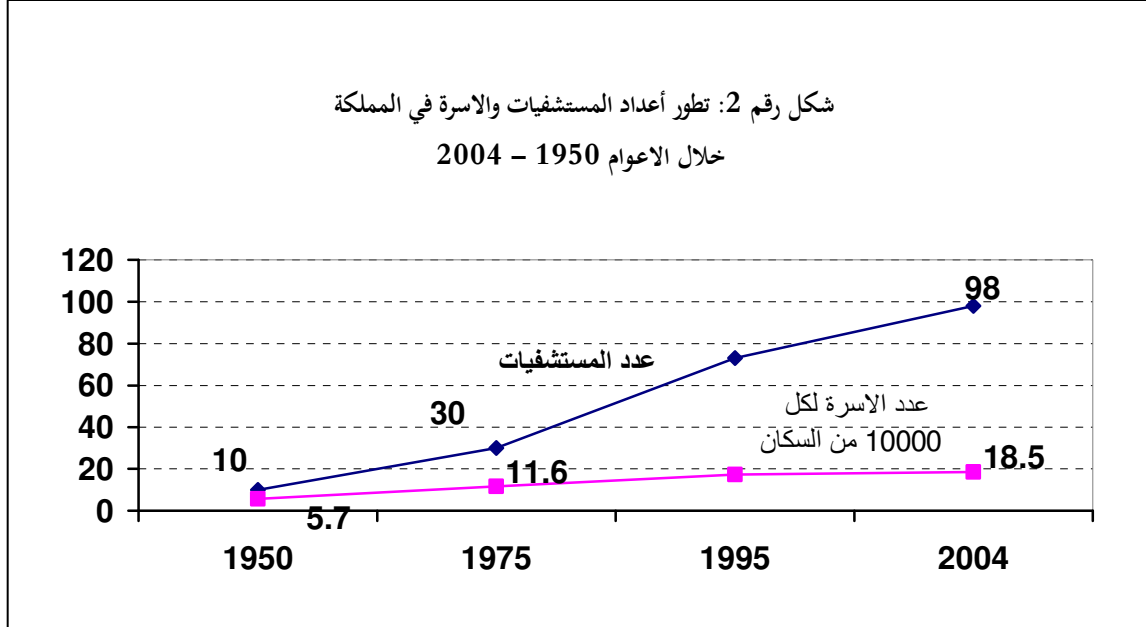
عدد الأسرة	عدد المستشفيات	القطاع
3632	29	وزارة الصحة
2012	11	الخدمات الطبية
540	1	الجامعة الأردنية
304	1	الملك المؤسس
3569	56	القطاع الخاص
10057	98	المجموع الكلي

شكل رقم 1: أسرة المستشفيات في المملكة حسب القطاعات المقدمة للخدمة



أما الشكل 2 والشكل 3 فيبينان تطور أعداد المستشفيات والاسرة والقوى البشرية الصحية في المملكة في

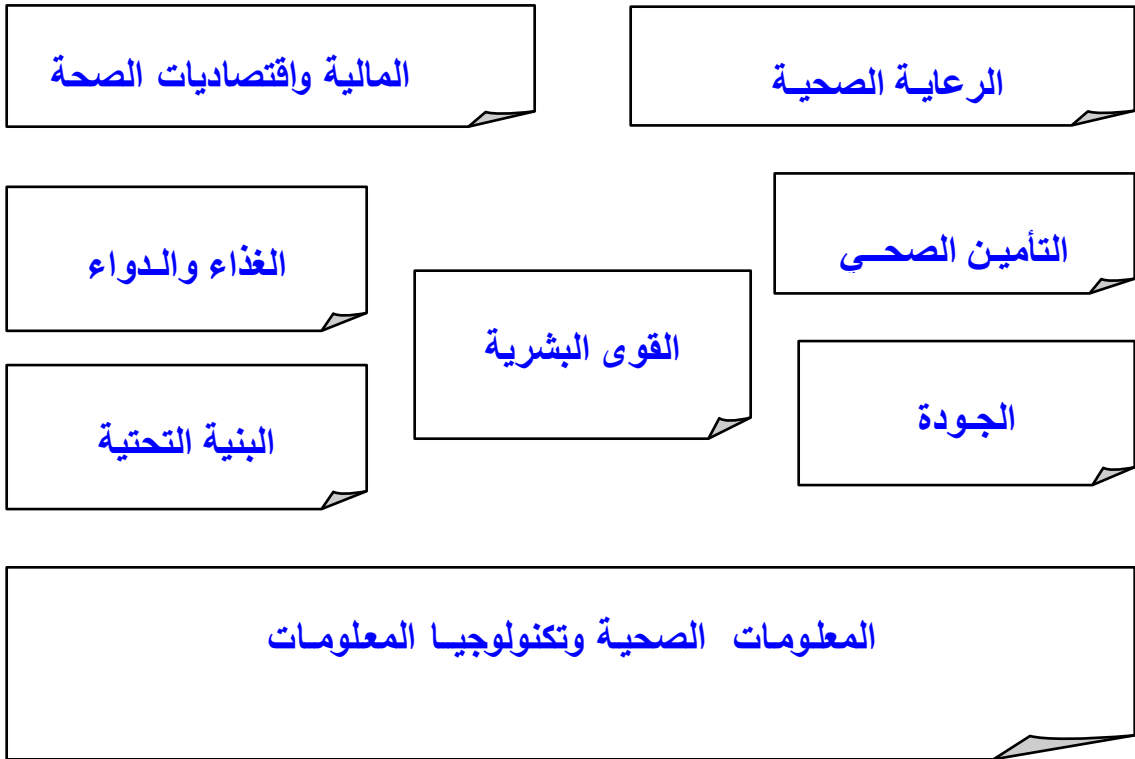
الفترة من 1950-2004



الباب الثالث

محاوإ الإستراتيجية

تتناول هذه الوثيقة الخدمات الصحية في الاردن من منظور المحاور الثمانية التالية من حيث الواقع الحالي والتحديات والاهداف الخاصة بكل محور:



1- محور الرعاية الصحية

تحليل الواقع

1-1 الرعاية الصحية الأولية

تدار خدمات الرعاية الصحية الأولية من خلال شبكة واسعة من مراكز الرعاية الصحية الأولية آخذين بعين الاعتبار أن العبء الأكبر في مجال الرعاية الصحية الأولية يقع على عاتق وزارة الصحة حيث تدير وزارة الصحة 53 مركز صحي شامل، 349 مركز صحي أولي و 250 مركز صحي فرعي أي بمعدل 1.2 مركز لكل 10.000 من السكان وهو ما يتماشى مع المعدلات العالمية بل ويتجاوزها، هذا ويبلغ معدل الوصول إلى أقرب مركز صحي حوالي 30 دقيقة. كما تشارك في تقديم خدمات الرعاية الصحية الأولية كل من الخدمات الطبية الملكية من خلال عياداتها الميدانية ووكالة غوث وتشغيل اللاجئين من خلال 23 عيادة طبية، هذا بالإضافة إلى مساهمة القطاع الخاص في هذا المجال من خلال المئات من عيادات الطب العام.

تستند خدمات الرعاية الصحية الأولية على مفهوم الرعاية الشاملة حيث وبالإضافة إلى الخدمات الأساسية التي تقدم من خلال المراكز الصحية الأولية والشاملة مثل التثقيف الصحي، الصحة الإنجابية، سلامة المياه، الرقابة على الغذاء، الاصحاح البيئي، الكشف المبكر عن الأمراض، الصحة المدرسية، الصحة المهنية، مكافحة الأمراض السارية، الصحة السنوية، صحة المسنين وذوي الاحتياجات الخاصة، الوقاية من الحوادث والادمان ومكافحة التدخين وغيرها. فإنها تقدم خدمات تركز على تعزيز أنماط الحياة الصحية وتجنب عوامل الخطر على الصحة من أجل النهوض بالصحة.

1-2 الرعاية الصحية الثانوية والثالثية

يستند مفهوم خدمات الرعاية الصحية الثانوية والثالثية على تقديم خدمات تخصصية ذات كفاءة عالية ومتميزة ضمن معايير عالمية، هذا وتشارك كافة القطاعات الصحية في هذه الخدمة مع الأخذ بعين الاعتبار التفاوت في نوع وكم الخدمة المقدمة.

إذ تقدم وزارة الصحة خدمات الرعاية الصحية الثانوية من خلال 29 مستشفى منتشرة في مختلف محافظات المملكة يبلغ مجموع أسرتها 3632 سرير أي بما نسبته 36.1 من مجموع الأسرة الكلي في المملكة والبالغة 10057 سرير.

أما فيما يتعلق بالخدمات الطبية الملكية فإنها تقدم خدماتها من خلال 11 مستشفى يبلغ مجموع أسرتهما 2012 سرير أي بما نسبته 20% من مجموع الأسرة الكلي.

هذا وتساهم المؤسسات التعليمية في تقديم خدماتها العلاجية الثانوية والثالثية من خلال مستشفى الجامعة الأردنية والتي يبلغ مجموع أسرتهما 540 سرير والتي تشغل ما نسبته 5.4% من مجموع الأسرة وكذلك مستشفى الملك المؤسس عبد الله الجامعي 304 سرير أي بما نسبته 3% من مجموع الأسرة الكلي في المملكة.

أما القطاع الخاص فإنه يقدم خدماته من خلال 56 مستشفى يتركز معظمها بالعاصمة ويبلغ عدد أسرتهما 3569 سرير أي بما نسبته 35.5% من مجموع الأسرة الكلي، بالإضافة الى مئات عيادات الاختصاص.

هذا وقد تميز القطاع الصحي في الاردن بتقديم خدمات الرعاية الصحية الثالثية مثل التأهيل وجراحة القلب، العيون، الإخصاب، جراحة الدماغ والأعصاب وزراعة الاعضاء وغيرها من قبل مستشفيات الخدمات الطبية الملكية والمستشفيات الجامعية والقطاع الخاص وجزئياً مستشفيات وزارة الصحة.

ويعتبر معدل إستخدام المستشفيات بشكل عام ما بين المتوسط والقليل مع ملاحظة تدني معدل الإستخدام في القطاع الخاص، أما معدل إقامة المريض فهو مرتفع نسبياً حيث يبلغ 3.3 يوم وهو ما يعزى إلى توجه الأطباء إلى إدخال المريض لغايات إجراء الفحوصات التشخيصية، أخذين بعين الإعتبار الجهود المبذولة لتحسين كفاءة وإستغلال الموارد البشرية بما ينعكس بالتالي على تقليل كلفة المعالجة في المستشفيات.

التحديات التي تواجه محور الرعاية الصحية

- ❖ ارتفاع معدل النمو السكاني.
- ❖ ارتفاع نسبة كبار السن في المجتمع نتيجة ارتفاع معدل العمر المتوقع عند الولادة.
- ❖ التطور المتسارع للتكنولوجيا الطبية.
- ❖ شح الموارد المالية المخصصة لخدمات الرعاية الصحية في القطاع العام.
- ❖ التوسع غير المنظم للخدمات الصحية في كافة القطاعات.
- ❖ الازدواجية في تقديم الخدمة.
- ❖ ارتفاع الطلب على الخدمة الصحية في القطاع العام.

- ❖ المركزية في إدارة الخدمات الصحية.
- ❖ ضعف نظام مراقبة الممارسات الطبية.
- ❖ التحول النمطي للأمراض والتغير في النمط السلوكي والمعيشي للمواطنين.
- ❖ الامراض المستجدة والممنبثة.
- ❖ ارتفاع توقعات متلقي ومقدمي الخدمة في ظل الانفتاح والعولمة.
- ❖ ارتفاع كلفة تقديم الخدمة بما في ذلك الخدمات الوقائية.
- ❖ انخفاض نسبة الإنفاق على الرعاية الصحية الأولية.
- ❖ صحة البيئة وما يصاحبها من صعوبات إدامة برامج الرقابة على مكوناتها خصوصاً مياه الشرب والصرف الصحي ومخلفات المصانع والنفايات الخطرة ومكاب النفايات بالإضافة إلى المبيدات الحشرية وتداول المواد الكيماوية والغازات المنبثة من عوادم المركبات وغيرها.
- ❖ ضعف تأهيل الكوادر وضعف برامج التعليم والتدريب المستمر.
- ❖ ضعف الانظمة المساندة مثل أنظمة المتابعة ومراقبة الاداء.

الأهداف الخاصة بمحور الرعاية الصحية

- تفعيل دور المجلس الصحي العالي.
- التنسيق والتعاون والتكامل ما بين القطاعات المقدمة للخدمة.
- ضمان الاستمرارية والتواصل في تقديم الخدمة الصحية ما بين الرعاية الأولية والثانوية.
- تحسين جودة الخدمات المقدمة في المراكز الصحية والمستشفيات.
- المحافظة على ريادة الأردن في تقديم الخدمة الصحية.
- رفع معدل استخدام خدمات الصحة الإنجابية وتنظيم الاسرة.
- رفع مستوى ممارسة أنماط الحياة الصحية.
- تعزيز مشاركة المجتمع المحلي في جميع مستويات الرعاية الصحية.
- تلبية احتياجات الفئات الخاصة من المجتمع مثل الأطفال واليافاعين والنساء وكبار السن وذوي الاحتياجات الخاصة.
- مواكبة المتغيرات الديمغرافية والوبائية ومواجهة المحددات المرضية وعوامل الاختطار.
- المحافظة على أفضل مستويات صحة البيئة.
- ضمان توفر شروط السلامة المهنية في جميع المنشآت الصناعية والحرفية.

- المحافظة على نخلو الاردن من الامراض التي تم التخلص منها مثل الملاريا والكوليرا وشلل الاطفال وغيرها.
- التصدي للامراض المستجدة والمنبعثة.
- تطوير خدمات الاسعاف الفوري.
- الحد من المشكلات الصحية ذات العلاقة بالعنف.

2- محور القوى البشرية

تحليل الواقع

إن الدور المتعاظم للقطاع الصحي يتطلب عناية كبيرة في تخطيط وإدارة الموارد البشرية من أجل تحقيق العدالة في تقديم الخدمات الصحية. وبالرغم من عدم وجود معايير مثالية فإن نسبة الأطباء إلى السكان تعد مقبولة بينما نسبة الممرضات والممرضين إلى السكان وإلى عدد الأسرة تعد متدنية مما ينعكس سلباً على جودة الخدمات الصحية وكلفتها.

جدول رقم 7 : مؤشرات القوى البشرية في الأردن 2004:

المؤشر	القيمة
طبيب بشري/ 1000 نسمة	2.2
طبيب أسنان/1000 نسمة	0.7
صيدلي/ 1000 نسمة	1.3
ممرضة وقابله قانونية/1000 نسمة	3.3

من الواضح أن إدارة وتنمية القوى البشرية لا زال بحاجة إلى مزيد من الإستثمار والرعاية خصوصاً في وزارة الصحة، حيث أن الموارد المتاحة والموجهة لتنمية القوى البشرية محدودة بالإضافة إلى غياب سياسة واضحة ومحددة لتنمية الكوادر البشرية.

نظام الخدمة المدنية الذي يعالج الإجراءات المتعلقة بالتوظيف وما يترتب عليه من ترفيع ونقل وإنهاء خدمة بالإضافة إلى نظام البعثات والدورات... الخ فإنه لا يعالج جميع الجوانب المتعلقة بالقوى البشرية الأمر الذي أقتضى تعديله عدة مرات في السنوات الأخيرة مع الأخذ بعين الإعتبار خدمة تحديث وتطوير الأنظمة والتعليمات بما يتلائم مع التطورات الكبيرة على القوى البشرية، أما فيما يتعلق بتقييم الأداء فإن المعايير المعتمدة لا تقيس الأداء بموضوعية وبإستثناء الرواتب وبعض الفوائد المادية فإن قضية تخفيض ومكافأة الموظفين المبدعين لا زالت غائبة عن الطرح، كما أن نظم المعلومات الخاصة بالكوادر البشرية بحاجة إلى تحديث مستمر وإدخال برامج في الحاسوب تماشى والإحتياجات الأنية والمستقبلية.

أما فيما يتعلق بالإدارة فإن هناك جوانب ما زالت بحاجة إلى تطوير، فهناك ضرورة لإنجاز الوصف الوظيفي لكافة الوظائف بالإضافة إلى ضرورة تحديد مفهوم الإشراف في ظل غياب خطة إشرافية للمتابعة والمراجعة وذلك على الرغم من الإنجاز الذي تم فيما يتعلق في تطوير نظام الإشراف للعاملين في خدمات الأمومة والطفولة.

في الوقت الذي تتبع به الخدمات الطبية الملكية نظاماً فعالاً لتأهيل كوادرها يعتمد على إتاحة فرص متكافئة للموظفين وخاصة المهنيين للنمو الوظيفي، تولي وزارة الصحة اهتماماً كبيراً بتدريب وتأهيل كوادرها العاملة في مؤسساتها وتخصص نسبة محددة من موازنتها لغايات التدريب الداخلي والخارجي كما تعمل الوزارة على تأسيس نظام محوسب ووضع خطة للتعليم الطبي المستمر، وتم بالتعاون مع منظمة الصحة العالمية، تأسيس الأكاديمية الصحية التي بدأت بتنفيذ عدة برامج تدريبية وتأهيلية أهمها برنامج دبلوم طب المجتمع وبرنامج دبلوم الإدارة وبرنامج تأهيل أطباء الأسرة بالإضافة إلى برنامج الإقامة في مختلف الاختصاصات الطبية. ومع ذلك تبقى هذه الجهود بحاجة إلى أن تكون مبنية على تقييم الحاجات الفعلية للموظفين وبما يخدم إنجاز أهداف الوزارة ومهامها وبما يتوافق مع التطورات الحاصلة في القطاع الصحي والممارسة الطبية. كما لا بد من التنسيق الفعال بين مقدمي الخدمات الطبية سواء في القطاع العام أو القطاع الخاص والنقابات المهنية من جهة وبين المؤسسات التعليمية والأكاديمية من جهة أخرى من أجل تطوير التدريب في مرحلة ما قبل الوظيفة وربطه بمتطلبات الوظيفة. في ظل هذه الثغرات في موضوع التدريب تبرز أهمية دراسة قضية إعادة ترخيص الموظفين المهنيين.

وبالرغم من جميع الجهود المبذولة فإن الحاجة تبدو ماسة للانتقال من الإدارة المعتمدة على الإستجابة للحاجات الأنية إلى تحذير ثقافة الإدارة المبادرة وفي جميع القطاعات الصحية من أجل الحصول على أعلى درجات الكفاءة في إدارة الخدمات صحية.

جدول رقم 8 : توزيع القوى البشرية الصحية حسب القطاعات في الأردن لعام 2004:

المعدل لكل 10000 من السكان	المجموع العام	وكالة الغوث	القطاع الخاص	الجامعات الرسمية		الخدمات الطبية الملكية	وزارة الصحة	القطاع الصحي المهن الطبية
				مستشفى الجامعة الأردنية	م. الملك المؤسس عبدالله			
22.4	12008	95	7138	294	149	1082	3250	أطباء بشريين
7.3	3926	24	3154	42	---	192	514	أطباء أسنان
12.6	6735	2	6277	18	13	201	224	صيدلي
17.5	9373	42	5645	406	295	892	2093	ممرض / ممرضة قانونية
2.8	1588	---	---	17	---	1121	450	ممرض مشارك
3	1582	27	506	---	15	71	963	قابلة قانونية
9	4834	167	539*	181	81	1028	2838	مساعد / مساعدة ممرضة

عدد السكان حسب تقديرات دائرة الإحصاءات العامة لعام 2004 (5350000) نسمة

المصدر: وزارة الصحة، الخدمات الطبية الملكية، الجامعة الأردنية، وكالة الغوث، نقابة الأطباء، نقابة أطباء الأسنان، نقابة الصيادلة، نقابة الممرضين. * يعود هذا الرقم لعام 1997 لعدم وجود رقم جديد.

جدول رقم 9 : تطور أعداد القوى البشرية في وزارة الصحة في الفترة (1999-2004)

السنة	1999	2000	2001	2002	2003	2004	المهنة
طبيب بشري	2638	2815	2967	2911	3236	3250	
طبيب أسنان	350	395	431	471	490	514	
صيدلاني	177	189	213	226	221	224	
ممرض / ممرضة قانونية	1882	1999	1963	2016	2066	2093	
ممرض / ممرضة مشاركة	---	---	---	---	153	450	
قابلة قانونية	716	844	832	806	893	963	
مساعد / مساعدة ممرضة	3083	3192	3082	2999	3012	2838	
عامل / عاملة تمريض	1885	1809	1693	1553	1474	1423	
مهندس / مهندسة	116	149	157	179	188	194	
مهن اخرى	7776	7771	7794	7497	7713	7478	

التحديات التي تواجه محور القوى البشرية:

- تسرب الكفاءات الفنية المؤهلة والمدربة.
- ضعف أنظمة تقييم الأداء الفردي والمؤسسي.
- عدم وجود نظام للتطوير المهني الذاتي.
- عدم تخصيص صندوق للتدريب والبحث العلمي.
- ضعف القدرة التنافسية لسلم الرواتب والأجور بين القطاعات الصحية المختلفة للحفاظ على الأداء المتميز لها.
- تنفيذ برامج التأهيل في كافة مراكز الرعاية الصحية في مختلف محافظات المملكة.
- تبني سياسات استقطاب الخبرات الملائمة في المستشفيات الحكومية والمراكز الصحية.
- تطبيق برامج تدريب مستمرة ومبادرات ملائمة للاحتفاظ بالكفاءات.

الأهداف الخاصة بمحور القوى البشرية:

- تطوير الخطط التعليمية والتدريبية وإعادة التأهيل للكوادر الفنية والإدارية.
- مأسسة عملية التعليم المستمر ليصبح إلزامياً ومعتمداً لغايات الترفيع والتصنيف والتحفيز لجميع فئات الموظفين في المؤسسات الصحية ضمن برنامج وطني.
- تطوير نظام تقييم الأداء المؤسسي والفردى في المؤسسات الصحية.
- تعديل الأنظمة المالية والإدارية لضمان إستقطاب الكفاءات الفنية والحفاظ عليها وتفويض الصلاحيات.
- إعتداد سياسات واضحة وعادلة في مجالات:
 - التحفيز والأمن الوظيفي.
 - التقييم الدوري لمؤهلات الكادر.
- تدريب العاملين على آخر المستجدات المهنية
- إعداد الوصف والمقرر الوظيفي وتطوير معايير توظيف الكوادر الصحية.
- تشجيع البحث العلمي والدراسات عن طريق تخصيص الموارد المالية الكافية لذلك.

3- محور الغذاء والدواء

1-3 الغذاء

تحليل الواقع

أنشئت المؤسسة العامة للغذاء والدواء في عام 2003 بموجب القانون رقم 31 لعام 2003 والذي بموجبه تم تكليف المؤسسة بالرقابة على الأغذية بدلاً من وزارة الصحة. كما تم تعديل قانون الرقابة على الغذاء رقم 79 لعام 2001 في عام 2003 والذي تم بموجبه نقل الصلاحيات من معالي وزير الصحة إلى مدير عام المؤسسة.

بموجب قانون الرقابة على الغذاء فإن المؤسسة تتولى الرقابة على الأغذية المستوردة أو المصنعة محلياً وفي جميع مراحل تداولها. وقد وقعت المؤسسة مذكرة تفاهم مع وزارة الصحة تفوض مديريات الصحة بالرقابة على الأغذية خلال مراحل تداولها بالأسواق المحلية وكذلك منح الشهادات الصحية بناءً على طلب المصدرين.

كما تعمل المؤسسة على مراقبة المواد الغذائية الواردة للأردن في بعض المعابر الحدودية الأردنية، حيث تقوم مختبرات الغذاء التابعة للمؤسسة في كل من العقبة وعمان وأربد بإجراء الفحوص الجرثومية والكيميائية والفيزيائية على عينات الأغذية المستوردة والمتداولة في الأسواق المحلية ضمن الإمكانيات المتوفرة لبيان مدى صلاحيتها للاستهلاك البشري.

كما تشارك دوائر أخرى المؤسسة بالرقابة على الأغذية سواءً المستوردة أو المتداولة محلياً حيث تقوم وزارة الزراعة بمنح إذن الاستيراد للمواد الغذائية من أصل حيواني ونباتي ومراقبة خلوها من الآفات الزراعية والأمراض الحيوانية وفحص عينات عشوائية لبيان نسب المتبقيات من المبيدات، كما تتولى مراقبة الخضار والفواكه الطازجة المتداولة بالأسواق لفحص متبقيات المبيدات وضمن برنامج تضعه بالتنسيق مع مؤسسة التسويق الزراعي. وتقوم مؤسسة المواصفات والمقاييس بوضع المواصفات القياسية الاختيارية والقواعد الفنية الإلزامية حالياً وبالتعاون مع الجهات الرسمية والأكاديمية والخاصة، كما تراقب المواد الغذائية المستوردة من حيث التزامها بمعايير الجودة لكل صنف وحسب المواصفة أو القاعدة الفنية الخاصة به.

كما تساهم أمانة عمان في عمليات الرقابة على الغذاء بالإضافة إلى البلديات في باقي المحافظات وتقسيم عملية الرقابة بفعالية ما بين هذه الجهات.

كما ويتم الاعتماد على مختبرات الجمعية العلمية الملكية لإجراء الفحوص المتقدمة بالإضافة إلى مساهمة مختبر كلية الزراعة في الجامعة الأردنية في إجراء الفحوص للمواد الغذائية في حال اعتراض المستورد على نتيجة الفحص الصادر من المؤسسة.

التحديات التي تواجه محور الغذاء

1. ضمان رقابة عالية المستوى على الغذاء وبمعايير موحدة على طول سلسلة الغذاء من المزرعة إلى صحن المستهلك، وما يتطلبه ذلك من تنسيق وتعاون بين الوزارات و المؤسسات ذات العلاقة والبحث عن وسائل مبتكرة لتحويل بنود تشريعات سلامة الغذاء إلى واقع ملموس على أرض الواقع.
2. توفير كوادر فنية مؤهلة تأهيلاً عالياً ومتعددة الاختصاصات (صحة عامة، تصنيع غذائي، طب بيطري، كيمياء الغذاء، ميكروبيولوجيا الغذاء... الخ) لمواكبة عملية التطوير المنشودة.
3. توفير مختبرات غذاء متقدمة و معتمدة دولياً قادرة على إجراء الفحوصات اللازمة، وإصدار نتائج ذات مصداقية عالية يعتمد عليها لاتخاذ القرارات الرقابية المناسبة، وقادرة على خدمة أهداف البحث العلمي التطبيقي في مجال سلامة الغذاء.
4. الانتقال بالرقابة على الغذاء من الأسلوب التقليدي إلى منهجية جديدة تربط تلوث الأغذية بالأمراض المنقولة بالغذاء الشائعة في المجتمع، وما يترتب على ذلك من إتباع وسائل رقابية تؤدي إلى التخفيف من عبء هذه الأمراض.
5. إنشاء نظام معلومات يمكن المؤسسة العامة للغذاء والدواء من التخطيط العلمي لأنشطة الرقابة على الغذاء ومن إنشاء نظام مبكر لأزمات سلامة الغذاء وإمكانية إدارة هذه الأزمات بسرعة وكفاءة.
6. كسب ثقة المستهلك بجودة وسلامة الغذاء المتداول في الأسواق وبكفاءة ونزاهة الأجهزة الرقابية وإيجاد قنوات تواصل فعالة بين المؤسسة العامة للغذاء والدواء من جهة والمستهلك و وسائل الإعلام من جهة أخرى.
7. إشراك قطاع الصناعات الغذائية في العملية الرقابية من خلال تطبيق رقابة ذاتية كفؤة من قبل هذه الصناعات تدعم جهود الرقابة الرسمية

الهدف الإستراتيجي

ضمان سلامة و جودة الأغذية بهدف دعم الصحة العامة و حماية المستهلكين من الأمراض المنقولة بالغذاء

الأهداف الخاصة

1. تحسين مستوى حياة المواطن من خلال المساهمة في حماية صحته عن طريق:
 - أ- ضمان سلامة الغذاء ونوعيته وصلاحيته للاستهلاك البشري في جميع مراحل تداوله بما في ذلك المواد الأولية الداخلة في صناعته.
 - ب- تطوير نظام رصد فُعّال للتسممات الغذائية و الأمراض المنقولة بالغذاء للتعرف على أكثرها شيوعاً و العوامل التي تؤدي إلى الإصابة بها بهدف وضع التدخلات الوقائية المناسبة.
2. توفير البيئة التشريعية لضمان صناعة غذائية ذات جودة عالية تستطيع منافسة الأجنبية منها بما لا يتعارض مع قوانين التجارة العالمية.
3. المشاركة في تنفيذ الهدف الحكومي لإصلاح القطاع العام بأن تقدم المؤسسة نفسها كجهة رائدة في مجال تبسيط الإجراءات، والابتكار في أساليب تقديم الخدمة من خلال تطوير الكفاءات البشرية ورفدها بوسائل التكنولوجيا المتطورة وصولاً إلى الحكومة الإلكترونية.

2-3 الدواء

تحليل الواقع

بلغ الإنفاق على الدواء ما نسبته 31% من مجمل الإنفاق على الصحة و بزيادة قدرها 10-15% عن المعدل الطبيعي لإقتصاديات السوق وقد بلغ الإنفاق على الدواء في القطاع الخاص ما معدله 80% من مجمل الإنفاق على الدواء.

في ضوء هذا الإنفاق المتعظم أصبحت الأدوية تشكل معضلة كبيرة تواجه القطاع الصحي، خصوصاً في ظل غياب نظام تزويد موحد بين مكونات القطاع الصحي المترافق مع الهدر والإستعمال غير الرشيد للأدوية وعدم توفر نظام معلومات ملائم. ولتخفيف أثر هذه المعوقات فقد بادرت وزارة الصحة وبالتعاون مع القطاعات الأخرى ومنظمة الصحة العالمية والبنك الدولي في إتخاذ عدة إجراءات عملية منها صياغة السياسة الدوائية الوطنية وإنشاء المركز الوطني لرصد الآثار الجانبية للدواء وبرنامج إعادة هيكلة

القطاع الصيدلاني وإنشاء دائرة الشراء الموحد للأدوية في القطاع العام بالإضافة إلى تشكيل لجنة توجيهية من أصحاب القرار من أجل الإشراف على تطبيق مفهوم ترشيد استهلاك الادوية وتطوير وتبني قائمة الأدوية الأساسية (EDL) والمرشد العلاجي الوطني للأدوية الأساسية (JNDF) وبالتعاون مع الوكالة الأمريكية للإغاثة (USAID).

كما أن اعتماد السياسة الدوائية الوطنية كإطار عام لإعادة هيكلة القطاع الصيدلاني في المملكة، والتي تعالج جوانب هامة مثل تطوير إدارة الدواء والشراء والتزويد وتسجيل الدواء والأدوية الشعبية ومراقبة جودة الدواء وآليات رصد الدواء بعد البيع وتعزيز المبادرات الهادفة إلى ترشيد إستهلاك الدواء. بالإضافة لإعتماد سياسات على مختلف المستويات تركز على ترشيد وتوجيه الإنفاق على الدواء يتركز أهمها في إنشاء دائرة منفصلة لشراء الادوية بطريقة موحدة للقطاع العام وإنشاء لجان لمراقبة صرف الأدوية داخل المستشفيات (DTC) بالإضافة إلى ضرورة تفعيل أدوار الصيادلة السريريين وزيادة أعدادهم وإعتماد قائمة موحدة للأدوية وتصنيفها حسب مستويات الرعاية الصحية تستند على أسس وبروتوكولات معالجة مع ضرورة إعتماد أدوية معينة تصرف من قبل الإختصاصيين بالإضافة الى زيادة مساهمة المواطنين في كلفة المعالجة.

وهنا لا بد من ذكر أهمية دور المؤسسة العامة للغذاء والدواء التي تعتبر المظلة التي تشرف على فعالية وجودة وسلامة وتوفير الدواء ضمن أفضل المعايير العالمية مع التركيز على النهوض وتحفيز القطاع الدوائي في المملكة.

التحديات التي تواجه محور الدواء

- زيادة الإنفاق العام على الدواء.
- غياب نظام تزويد موحد.
- الهدر والإستخدام غير الرشيد للأدوية.
- عدم توفر نظام معلومات دوائي متكامل.
- شح الدراسات والأبحاث في المجال الدوائي.
- قضايا العولمة وإتفاقيات التجارة الحرة.

الاهداف الاستراتيجية في مجال الدواء

• ضمان سلامة و فاعلية الدواء.

• ترشيد الإنفاق والحد من الهدر والاستخدام غير المبرر للدواء.

الأهداف الخاصة بمحور الدواء

- ضمان توفر الادوية بجودة عالية وبأنسب الاسعار.
- ضمان التميز والجودة في الصناعة الوطنية وحسب المعايير العالمية لتمكين الصناعة من الوصول الى الاسواق العالمية.
- رفع مستوى الوعي بحماية الملكية الفكرية حقوقاً وواجبات.
- رفع الوعي الصحي الدوائي للحد من الهدر وسوء الإستخدام.
- دعم دائرة الشراء الموحد للحد من الهدر والازدواجية.
- دعم وتعزيز دور المؤسسة العامة للغذاء والدواء بما يضمن أداءها لرسالتها وتحقيق أهدافها.
- تعزيز التنسيق والتكامل بين كافة القطاعات المعنية بالصناعة الدوائية.
- إعداد خطة وطنية لتعزيز وتوجيه النشاط البحثي في قطاع الصيدلة والدواء في مجالات منها: الدراسات ما قبل السريرية، الدراسات السريرية، الدراسات الدوائية، مختبر للتقانة الحيوية الصيدلانية، المعلومات الدوائية ودراسات الهدر في الدواء.

مؤشرات الأداء الرئيسية في مجال الدواء:

1. الانفاق على الدواء كنسبة من الانفاق الاجمالي على الصحة.
2. توفر الادوية على مدار العام وبأسعار مناسبة
3. نسبة الزيادة في قيمة الصادرات من الصناعات الدوائية المحلية.
4. وجود نظام معلوماتي دوائي متكامل.

4- محور الجودة

تحليل الواقع الحالي

بدأت وزارة الصحة بالاهتمام والتركيز على الجودة بمفهومها الحديث منذ بداية التسعينات حيث قامت الوزارة وبالتعاون مع الوكالة الأمريكية للإئناء الدولي عام 1993 بوضع خطة عمل لتطبيق مفهوم الجودة ضمن مؤسساتها الصحية في مستشفيات ومديريات الصحة حيث تم اعتماد مستشفى الحسين الحكومي ومديرية صحة البلقاء كمراكز ريادية لتطبيق هذا المفهوم بالمعنى الشمولي تمهيداً لتعميمه على كافة المؤسسات الصحية في الوزارة .

- وفي عام 1999 انطلق مشروع مبادرات الرعاية الصحية الأولية الممول من الوكالة الأمريكية للإئناء الدولي لتحسين جودة الخدمات في المراكز الصحية حيث تم وخلال هذه الفترة تأسيس الجودة من خلال:
 1. استحداث هيكل تنظيمي للجودة مرتبطاً مباشرة بالأمانة العامة للوزارة ومكون من مديرية الجودة ووحدات الجودة على مستوى مديريات الصحة والمستشفيات، كما تم تدريب وتعيين 93 منسقاً للجودة منهم 21 كرؤساء للوحدات .
 2. قامت مديرية الجودة باستحداث برنامج مراجعة تحسين الأداء وتدريب المراكز الصحية عليه وعددها 248 مركزاً صحياً وسيتم استكمال تدريب كافة المراكز الصحية في المملكة ضمن خطة عام 2006 .
 3. تم إنشاء نظام لمكافحة المراكز الصحية المتميزة بهدف الحفاظ على معايير مدخلات الرعاية الصحية حيث حصل (211) مركز صحي على درع التميز .
 4. تم تشكيل لجنة وطنية لاعتماد المؤسسات الصحية ممثلة من كافة القطاعات الصحية.
 5. تم تحديد 17 مستشفى من كافة القطاعات (8 من وزارة الصحة، 5 قطاع خاص، 2 خدمات طبية ، 2 جامعات)
 6. تم تشكيل لجان الجودة في المستشفيات .
 7. تم تطوير مسودة معايير الاعتماد للمستشفيات.
 8. سيتم إنشاء الهيئة الأردنية لاعتماد المؤسسات الصحية ضمن (قانون أو نظام).
 9. سيتم تدريب مقيمين لعملية المسح لغايات الاعتماد.

الهدف العام :

رفع مستوى وفعالية وكفاءة الخدمات المقدمة في وزارة الصحة بما يساهم في تعزيز وتحسين الوضع الصحي لمتلقي الخدمة .

الأهداف الخاصة :

1. تحسين مستوى الأداء لدى مقدمي الخدمة من خلال تطبيق المعايير بما يتلاءم مع التطور العلمي .
2. المساهمة الفعالة في إنشاء وتطوير نظام اعتماد وطني في القطاعات الصحية .
3. تطبيق مهارات ومبادئ الجودة الشاملة بما ينعكس إيجابا على أداء ورضا مقدمي ومتلقي الخدمة .
4. الوصول الى مستوى فعال من الرعاية الصحية ضمن الامكانيات المتاحة .
5. المشاركة مع مؤسسات الوزارة في التخطيط ووضع سياسات العمل.
6. تحسين استخدام الموارد لتقليل الهدر.
7. ضمان توفير الخدمات الصحية بأنواعها في جميع أنحاء المملكة .
8. مراقبة جودة الخدمات الصحية المقدمة بشكل مستمر لضمان الحفاظ عليها واستمرارية تحسين الجودة .
9. تأسيس مرجعية وطنية للجودة بمشاركة كافة القطاعات الصحية
10. بناء نظام معلومات شامل للجودة.

التحديات التي تواجه محور الجودة:

1. ضعف الوعي بأهمية الجودة والالتزام بالتطبيق
2. شح المارد المالية اللازمة لدعم وتعزيز برامج الجودة
3. الارتفاع المستمر في معدل توقعات مقدمي ومتلقي الخدمة
4. التفاوت بجودة الخدمات المقدمة على مستوى القطاعات الصحية المختلفة

5- محور البنية التحتية

تحليل الواقع الحالي

تدار خدمات الرعاية الصحية الأولية والرعاية الصحية الثانوية والثالثية من خلال شبكة واسعة من المراكز الصحية والمستشفيات حيث يوجد في الوزارة حوالي (650) مركز صحي شامل وأولي وفرعي بالإضافة إلى (29) مستشفى موزعة على كافة أنحاء المملكة، هذا ولا بد من التوضيح أن هذه المراكز والمستشفيات قد أنشئت على مراحل ومضى على إنشاء بعضها ما يقارب الثلاثة عقود بالإضافة إلى وجود مراكز صحية مستأجرة غير مملوكة لوزارة الصحة ولا يتماشى معايير البناء والإنشاء مع متطلبات ومعايير الوزارة كون الوزارة لم تشرف على إنشائها. هذا الكم الهائل من المراكز والمستشفيات أضفى إلتزامات على الوزارة فيما يتعلق بصيانة وإدامة هذه المرافق الصحية بالإضافة إلى متطلبات التحديث والتوسعة بما يتماشى مع الإحتياجات الآنية والمستقبلية حيث تم وضع خطة متكاملة لإنشاء وتوسعة وإحلال المرافق الصحية مع الأخذ بعين الإعتبار إستمرارية برامج الصيانة لأدامة وتعزيز قدرة هذه المرافق لتقديم الخدمة ضمن الخطة والتي تشمل أيضاً الأجهزة والمعدات.

هذا ولا بد من التوضيح ان برامج التحديث والتطوير والصيانة والإحلال تشمل الأجهزة والمعدات الطبية والإلكترووميكانيكية بما يضمن تعزيز القدرة على تقديم الخدمة ضمن مفهوم الجودة والكفاءة.

التحديات التي تواجه قطاع البنية التحتية

- إستملاك قطع أراضي مناسبة لإنشاء وتوسعة المستشفيات والمراكز الصحية وأبنية الوزارة المختلفة.
- شح المخصصات المرصودة لاستملاك الاراضي لغايات انشاء مراكز صحية حيث ان الموجود حالياً مخصص معظمه للمستشفيات.
- زيادة عدد ورفع كفاءة الكوادر الهندسية وتوزيعها بشكل مناسب ووضع برامج تدريبية مناسبة ووضع نظام مناسب للحوافز.
- تأمين العدد الكافي والنوع المناسب من وسائل النقل المختلفة لأداء العمل بصورة أمثل.
- إرتفاع كلفة الصيانة العامة للابنية والاليات والمعدات الكهروميكانيكية والإستدامة للبنية التحتية الخاصة بالقطاع العام ضمن التشريعات التي تحكم تنظيم القطاع العام.
- تفاوت كفاءة البنية التحتية للمؤسسات العاملة في القطاع العام.

- عدم وجود تشريعات تحكم عمليات بيع وشراء واستخدام الاجهزة والمعدات والاليات وغيرها.
- شح التمويل اللازم للمشاريع الحكومية.
- تقادم الاجهزة الطبية والكهروميكانيكية المختلفة في معظم مرافق القطاع الصحي.

الأهداف الخاصة بمحور البنية التحتية

- تحديد المعايير وإعتمادها فيما يتعلق بالأبنية حسب الأسس العالمية.
- تحديد المعايير وإعتمادها فيما يتعلق بالتجهيزات ضمن مرجعية مناسبة.
- توحيد المعايير وإعتمادها فيما يتعلق بالكوادر العاملة حسب الأسس العالمية.
- إستبدال المباني المستأجرة لوزارة الصحة من مراكز صحية ومباني إدارية بمباني جديدة مملوكة للوزارة ومناسبة للخدمة.
- تطوير وتحديث وصيانة مباني المراكز الصحية والمستشفيات القائمة لمواكبة التطورات الحديثة والمعايير العالمية ومتطلبات النمو السكاني.
- إنشاء مستشفيات ومراكز صحية جديدة لتحسين الخدمة الصحية في كافة أنحاء المملكة بما يتناسب والمعايير الحديثة للخدمة الصحية والنمو السكاني في المملكة.
- حوسبة المديریات والوحدات الهندسية وذلك لتسهيل الوصول للمعلومات الضرورية لأي تطوير مطلوب.
- التحديث المستمر للتشريعات بما يضمن تنظيم القطاع الصحي.
- تحديث الاجهزة الطبية والكهروميكانيكية بما يواكب التطورات الطبية والهندسية في مختلف المواقع.

6- محور المعلومات الصحية وتكنولوجيا المعلومات

تحليل الواقع الحالي

تحققت إنجازات مهمة في هذا المجال في السنوات الأخيرة، فقد تم إنشاء موقع إلكتروني لوزارة الصحة منذ عام 1999 بغية توفير المعلومات الصحية لمن يرغب وتقديم خدمات إلكترونية وتوفير بوابة إلكترونية لوزارة الصحة تتلائم مع البوابة الإلكترونية الحكومية الجاري العمل عليها، وتمت حوسبة مديريةية التأمين الصحي وربطها مع تسعة محافظات لتجديد وإصدار بطاقات التأمين الصحي المدني بسهولة ويسر

للمواطنين وتوفير قاعدة بيانات موحدة عن المؤمنين كذلك تمت حوسبة مديرية شؤون الموظفين ومديرية المالية والمحاسبة ومديرية التزويد ومديرية الهندسة الطبية ومديرية ترخيص المهن والمؤسسات ومديرية رقابة الأمراض.

كما تم تطوير نظام المعلومات (GIS) على الموقع الإلكتروني لوزارة الصحة في عام 2002 www.moh.gov.jo وفي مديرية رقابة الأمراض ومديرية الأمومة والطفولة وهو نظام خاص يعرض المعلومات على شكل خرائط ترتبط بمواقع معينة مما يسهل قراءة المعلومات بشكل سريع ويساعد أصحاب القرار في التحليل السريع للمعلومة وإتخاذ القرارات. ويعرض هذا الموقع المناطق الصحية ضمن خارطة المملكة الأردنية الهاشمية، ويسمح لمستخدميه الإستفسار عن المعلومات الخاصة بالمستشفيات والمراكز الصحية والخدمات الصحية في المملكة. كما يسمح أيضاً بالتجوال عبر الخرائط ومشاهدتها بأحجام وألوان مختلفة، ويمكن إعتبار الموقع بمثابة دليل إلكتروني يخدم إحتياجات الدوائر الحكومية وشركات الخدمات والمؤسسات التعليمية والمؤسسات التجارية والأفراد على حد سواء ويعمل هذا الموقع بشكل ثنائي (أي العربية والإنجليزية) مما يجعله مفيداً لإستخدام المتحدثين بأي من اللغتين، وتحتوي الخرائط على مواقع المستشفيات في كافة القطاعات والمراكز الصحية الحكومية، وعلى توزيع الأمراض السارية ومعدل حدوثها لكل 100.000 من السكان، ومؤشرات الأمومة والطفولة، ومؤشرات مسح السكان والصحة الأسرية لعام 2002، ويتم تحديث معلومات الخرائط سنوياً.

أما على صعيد مديريات الصحة والمراكز الصحية فقد تم تجهيز عشرين مديرية صحة بشبكات حاسوبية تعمل على تجميع المعلومات الإحصائية من جميع المراكز الصحية ومراكز الأمومة والطفولة وإرسالها إلى مديرية المعلومات ومديرية الأمومة والطفولة بالإضافة إلى تزويد مائتي مركز صحي بجهاز حاسوب لكل مركز تعمل على تجميع إحصائيات الطب العام وإرسالها إلى مديريات الصحة.

وأما على صعيد حوسبة مستشفيات وزارة الصحة فلا تزال هذه المستشفيات تفتقر للحوسبة وتزويدها بتطبيقات متكاملة من أنظمة معلومات المستشفى والتي تؤدي بالضرورة الى رفع مستوى الخدمات الصحية المقدمة للمواطنين، وتحسين أداء هذه المستشفيات ، والسيطرة على تكاليفها، وتحسين عمليات الادارة والاشراف والمتابعة والتخطيط وتوفير معلومات صحيحة ومحدثة يتم الحصول عليها بالوقت المناسب وبناء نظام معلومات اداري ومالي وصحي متكامل , بينما باشرت الخدمات الطبية الملكية بتنفيذ المرحلة الاولى للحوسبة في مدينة الحسين الطبية وكذلك مستشفى الملك عبد الله المؤسس ومستشفى الجامعة الاردنية وعدد محدود جدا من مستشفيات القطاع الخاص.

وعلى صعيد تطوير انظمة المعلومات الصحية فقد تم انشاء السجل الوطني للسرطان منذ عام 1996 في وزارة الصحة بهدف التعرف على حجم وخصائص مرض السرطان على المستوى الوطني. وكذلك انشاء نظام اسباب الوفيات في المملكة في عام 2003 والذي يهدف الى توفير احصائيات اسباب الوفاة لاستخدامها في تقييم الحالة الصحية للمجتمع وتحديد اهم المشاكل الصحية والاسباب الرئيسة للوفاة حسب الفئات العمرية والجنس والمناطق الجغرافية وفي تقييم البرامج الصحية وإنجازاتها وللتخطيط الصحي وترتيب الاولويات وتوزيع الموارد على البرامج الصحية بالإضافة إلى توفير معلومات تفيد في تقييم إجراءات التشخيص والعلاج وإحتساب معدل العمر المتوقع عند الولادة والعبء المرضي والسنوات الضائعة الناتجة عن الوفيات المبكرة. كما تم ادخال نظام اسباب المراضة في عام 2005 في مستشفى الشونة الجنوبية, ومستشفى الكرك, وسيتم التوسع تدريجيا في ادخال هذا النظام الى كافة المستشفيات وذلك لتوفير قاعدة بيانات للدراسات الوبائية للأمراض غير السارية.

وبالرغم مما تقدم لا يزال الشوط بعيدا والاستثمار قليلا في هذا المجال بهدف الوصول الى نظام معلومات وطني متكامل ولا بد من العمل بجد ومثابرة في هذا المجال وعلى مدى السنوات القادمة للنهوض بهذا القطاع المهم لتحقيق رؤية جلالة الملك عبد الله الثاني لتطوير قطاعي التعليم والصحة وادخالهما الى عصر تكنولوجيا المعلومات وتماشيا مع توجه الحكومة الاردنية بادخال تكنولوجيا المعلومات في مناحي الحياة المختلفة وصولا الى الحكومة الكترونية.

التحديات الخاصة بمحور المعلومات الصحية وتكنولوجيا المعلومات:

- عدم توفر التمويل اللازم للبدء بتجربة ريادية لحوسبة المستشفيات في وزارة الصحة
- صعوبة الحصول على تمويل عن طريق دائرة الموازنة العامة بما يخص الحوسبة في وزارة الصحة
- عدم فعالية المشاريع المانحة في تمويل مشاريع كبيرة في مجال الحوسبة.
- عدم تلبية الاحتياجات من الكوادر البشرية اللازمة في الوقت المناسب.
- الحاجة الى التدريب المستمر للكوادر البشرية.
- تسرب الكفاءات المدربة لزيادة الطلب عليها في الاردن والدول الاخرى.
- ضعف الرواتب والحوافز وغياب المكافآت للكوادر الفنية في مجال تكنولوجيا المعلومات

الاهداف الخاصة المعلومات الصحية وتكنولوجيا المعلومات

- حوسبة مستشفى الأمير حمزة و مستشفى الدكتور جميل التوتنجي:

تأسيس البنية التحتية لشبكة الكمبيوتر المحلية (LAN) للمستشفيات الوارد ذكرها اعلاه بحيث تكون شبكة شاملة وقابلة للتوسع وبمواصفات عالية لا تقبل قطع الخدمة عن أي جزء في الشبكة وبحيث يصل عدد النقاط في مستشفى الامير حمزة الى 850 نقطة كمبيوتر وفي مستشفى الدكتور جميل التوتنجي 250 نقطة كمبيوتر وقابلة للتوسع عن طريق الربط اللاسلكي

تأسيس البنية التحتية للاتصال المرئي الداخلي Video - conferencing بحيث يتم ربط وتجهيز غرفتين عمليات مع المسرح الرئيسي في مستشفى الامير حمزة وكذلك الاتصال الطبي المرئي عن بعد Telemedicine بتجهيز غرفة واحدة في مستشفى الامير حمزة وغرفة واحدة في مستشفى الدكتور جميل التوتنجي لغايات التعليم والاستشارات الطبية وأية تطبيقات مستقبلية ممكنة

حوسبة مستشفى الأمير حمزة كاملا بحيث تشمل الحوسبة على نظام معلومات المستشفى الصحي (HIS) ، نظام المعلومات الشعاعية (RIS) ونظام الاشعة والتشخيص العلاجي (PACS) وربط مستشفى الدكتور جميل التوتنجي معه بحيث يصبح تابعا لاقليم الوسط والذي مركزه مستشفى الامير حمزة وتقتصر حوسبة مستشفى الدكتور جميل التوتنجي على نظام معلومات المستشفى الصحي فقط (HIS)، ويكون الربط بين المستشفىين اما بواسطة الميكرويف عن طريق هيئة الاتصالات الخاصة أو بواسطة الألياف الضوئية من مزود لهذه الخطوط .

- دعم البنية التحتية من اجهزة ومعدات وبرمجيات في مديرية المعلومات لتمكينها من استيعاب التطورات المستجدة في مجال الحكومة الالكترونية والتطبيقات البرمجية على الانترنت كمركز رئيسي للمعلومات والبيانات في وزارة الصحة.
- تزويد جميع مديريات الصحة في المحافظات ببرمجيات تطبيقية واجهزة كمبيوتر وملحقاتها لدعم وتقوية الانظمة المعلوماتية الموجودة لديها.
- التوسع في تدريب الاطباء على كيفية تعبئة نماذج التبليغ عن الوفيات
- التدريب على التصنيف والتميز الدولي لاسباب الوفيات
- التدريب على التصنيف والتميز الدولي لاسباب الامراض للكودار التي تعمل في السجلات الطبية في مستشفيات القطاعات الصحية المختلفة.
- التوسع في تطبيق التصنيف الدولي للامراض العامل حاليا في 6 مستشفيات في وزارة الصحة الى 18 مستشفى بحلول عام 2010.
- وضع استراتيجية وطنية للصحة الالكترونية وتنفيذ بعض تطبيقاتها

7- محور المالية واقتصاديات الصحة

تحليل الواقع الحالي

يصنف الأردن من الدول ذات المداخيل المتوسطة التي تتميز ببنية تحتية جيدة وعصرية للخدمات الصحية على مستوى منطقة الشرق الأوسط على الرغم من مساحتها الصغيرة نسبياً وإمكاناتها ومواردها المتواضعة⁰

فقد بلغ الناتج المحلي عام 2001 (6.259) مليون دينار وكأنت نسبة النمو 4.2% لنفس العام بينما بلغ الناتج القومي لعام 2004 (8.164) مليون دينار حسب البنك المركزي وكانت نسبة النمو 7.7% لنفس العام مع ارتفاع بسيط في المستوى المعيشي ، وبلغ حجم موازنة وزارة الصحة لعام 2001 (137.270) مليون دينار أردني ولعام 2005 (190002) مليون دينار أردني بزيادة وقدرها 38.5% وبلغت نسبة موازنة وزارة الصحة من الموازنة العامة 5.7 % لعام 2005 ويبين الجدول رقم (1) حجم موازنات وزارة الصحة الجارية والرأسمالية للأعوام 2001 – 2005

كما ويبين الجدول رقم (2) الأهمية النسبية لبند موازنة وزارة الصحة للأعوام 2001 – 2005 ، حيث يلاحظ ارتفاع حجم الرواتب والأجور من إجمالي موازنة الوزارة وتراوحت نسبة الرواتب والأجور من 63% إلى 59% من إجمالي الموازنة ومن الملاحظ أيضاً أن هناك تدني النسبة في المبالغ المخصصة لتدريب القوى البشرية ، حيث تراوحت نسبتها من 0.8% إلى 0.5% من إجمالي الموازنة⁰ هذا ومن الملاحظ ارتفاع معدل الإنفاق على الرعاية الصحية الثانوية حيث بلغ (64%) عام 2005 مقارنة بمعدل الإنفاق على الرعاية الصحية الأولية والبالغ حوالي (25%) لعام 2005.

جدول (10) موازنات وزارة الصحة من عام 2001 ولغاية 2005 ونسبتها إلى الموازنة العامة / ألف دينار

موازنة 2005			موازنة 2004			موازنة 2003			موازنة 2002			موازنة 2001			النفقة
نسبة الإنفاق للوزارة	الموازنة العامة	وزارة الصحة	نسبة الإنفاق للوزارة	الموازنة العامة	وزارة الصحة	نسبة الإنفاق للوزارة	الموازنة العامة	وزارة الصحة	نسبة الإنفاق للوزارة	الموازنة العامة	وزارة الصحة	نسبة الإنفاق للوزارة	الموازنة العامة	وزارة الصحة	
%5.822	2545000	148172	%6.489	2133000	138400	%6.250	2009000	125568	%6.156	1913000	117760	%6.244	1830000	114270	جارية
%5.329	785000	41830	%4.283	537000	23000	%4.498	502000	22578	%3.791	500000	18957	%4.894	470000	23000	رأسمالية
%5.706	3330000	190002	%6.045	2670000	161400	%5.900	2511000	148146	%5.666	2413000	136717	%5.968	2300000	137270	المجموع

جدول رقم (11) مقارنة بين الأهمية لبند الموازنة الجارية لوزارة الصحة للأعوام من 2001 ولغاية 2005 بالدينار

موازنة 2005		موازنة 2004		موازنة 2003		موازنة 2002		موازنة 2001		بند الموازنة
نسبة الأهمية	وزارة الصحة	نسبة الأهمية	وزارة الصحة	نسبة الأهمية	وزارة الصحة	نسبة الأهمية	وزارة الصحة	نسبة الأهمية	وزارة الصحة	
%59.34	87918500	%58.79	81360000	%60.66	76175000	%61.68	72632000	%63.86	72970000	الرواتب والأجور والعلاوات
%35.78	53015500	%36.28	50205000	%34.19	42927000	%31.71	37339000	%31.64	36160000	النفقات التشغيلية (إيجارات، هواتف، صيانة ... إلخ)
%4.3	6388000	%4.32	5985000	%4.47	5616000	%5.94	6989000	%3.67	4190000	النفقات التحويلية (ضمان إجتماعي، مساهمات، الإعانات، مكافآت) بإستثناء البعثات
%0.57	850000	%0.61	850000	%0.68	850000	%0.68	800000	%0.83	950000	البعثات العلمية والدورات التدريبية
	148172000		138400000		125568000		117760000		114270000	المجموع

جدول رقم (13) يبين توزيع موازنات الصحة حسب البرنامج للأعوام من 2001 و لغاية 2005 /بالألف دينار

سنة الموازنة	سنة الموازنة	سنة الموازنة	سنة الموازنة	سنة الموازنة	البرنامج
2005	2004	2003	2002	2001	
17739	3643	3629	3181	2967	الإدارة
2889.5	2973	2949	2669	2756	تنمية القوى البشرية (تدريب)
47177	45656	42388	39330	39725	الرعاية الصحية الأولية
122196.5	109128	99180	91537	91822	الرعاية الصحية الثانوية
190002	161400	148146	136717	137270	المجموع

جدول رقم (14) يبين نسبة النمو/ الانخفاض في موازنة وزارة الصحة للأعوام من 2001 و لغاية 2005 (بالألف دينار)

نسبة النمو	السنة	نسبة النمو	السنة	نسبة النمو	السنة	نسبة الانخفاض	السنوات	
	2005		2004		2003		2002	2001
%15.054	190002	%8.212	161400	%7.715	148146	- %0.404	136717	137270

جدول رقم 15: مصادر الإنفاق على الصحة حسب القطاع

السنة					المؤشر
*2003	*2002	2001	2000	98	
727	647	598	551	454	مجمّل الإنفاق على الصحة
198	182	167	155	165	وزارة الصحة
77	67	85	72	68	الخدمات الطبية الملكية
**43	**45	25.7	22	12.5	مستشفى الجامعة الأردنية
409	353	320.3	302	208.5	القطاع الخاص
%42	%45	%45	%43.7	%58	نسبة إنفاق القطاع العام من مجمل الإنفاق

أما فيما يتعلق بالإنفاق على الصحة فإنه وحسب دراسة الحسابات الصحية فقد بلغ عام 2001 (597.800.000) دينار أردني بما نسبته 9.6% من ناتج السوق المحلي إذ بلغ الإنفاق على الفرد الواحد (115.4) ديناراً أردنياً، وكان نصيب الفرد من الدخل القومي المحلي (1221) ديناراً وتعتبر نسبة الإنفاق على الصحة من أعلى النسب بين دول المنطقة بعد لبنان إذا تم استثناء دول مجلس التعاون الخليجي ، وعلى ضوء التحديات القائمة والتي تواجه القطاع الصحي مثل الارتفاع في الزيادة السكانية ، والعبء الاقتصادي الناجم عنها وزيادة الأمراض المزمنة مما يتطلب وضع استراتيجيات شمولية تأخذ جميع هذه الأبعاد. والتنبؤات المستقبلية في الحسابان 0

• دراسة مراجعة الإنفاق العام (PER) 2004.

** الأرقام تتضمن مستشفى الجامعة الأردنية و مستشفى الملك المؤسس ووزارة التخطيط.

تبين دراسة المسح الصحي للإنفاق على الصحة لعام 2000 إن المواطن يدفع من جيبه ما معدله 33 دينار في السنة لقاء المعالجة خارج المستشفيات Outpatient Care منها 75% ثمناً للأدوية ، وقد تبين إن حصة الإناث من هذا الإنفاق أعلى من حصة الذكور ، فهي 37 دينار للإناث مقابل 28 للذكور في حين إن النسبة التي يدفعها المواطن من جيبه تتناسب طرذا مع العمر ومستوى الدخل وهي أعلى في المدن منها في المناطق الريفية ، ولكنها تتناسب عكسيا مع مستوى التعليم ، حيث أن المواطنين الأميين

يدفعون ضعف ما يدفعه ذوي مستويات التعليم الأعلى ومن حيث التغطية بالتأمين الصحي فان غير المؤمنين صحيا يدفعون ضعف ما يدفعه المؤمنين سنويا 0

أما لقاء المعالجة داخل المستشفى In- Patient Care فان كل مواطن أردني يدفع من جيبه ما معدله 8.2 دينار في السنة ومن حيث الجنس فقد تبين أن الإناث يدفعن ثلاثة أضعاف ما يدفعه الذكور كما يتناسب هذا الاتفاق طردا مع العمر ومستوى الدخل بينما الأشخاص غير المؤمنين يدفعون 3.5 مرة أكثر مما يدفعه المؤمنون 0

هذا وقد بلغت كلفة المريض الواحد في مستشفيات وزارة الصحة 373 دينار وهي اقل من مثيلتها في الخدمات الطبية الملكية والتي بلغت 510 دينار ومستشفى الجامعة الأردنية والتي بلغت 1411 دينار 0 هذا وقد قامت الوزارة باتخاذ إجراءات عملية للحد من الاتفاق والاستغلال الأمثل للموارد المالية مثل إعطاء مزيد من الاستقلالية المالية والإدارية للمستشفيات بما ينعكس على تحقيق خدمة نوعية افضل للمتعاملين من جهة واحتواء التكاليف من جهة أخرى بالإضافة إلى دراسة إيجاد نظام فعال للحوافز وأنظمة معلومات مع الآخذ بعين الاعتبار رفع درجة الوعي حول كلفة الخدمات للعاملين في القطاع الصحي 0 وقد بدأت الوزارة بتطبيق تجربة رائدة لمنح المستشفيات التابعة لها استقلالية إدارية ومالية محدودة بدأت في مستشفى الأميرة راية في محافظة اربد ومستشفى الكرك الحكومي في محافظة الكرك ومن المتوقع توسيع التجربة بضم (8) مستشفيات أخرى إلى المشروع.

التحديات التي تواجه المحور المالي

- ضمان استمرارية البرامج الصحية وخاصة الوقائية منها واستدامة تمويلها مع ضمان الاستغلال الأمثل للموارد المحلية.
- ارتفاع كلفة الخدمات الصحية.
- شح الموارد المالية.
- النمو المتسارع للسكان.
- التغير النمطي للأمراض.
- التطور المستمر والمتسارع للتكنولوجيا.
- غياب النظم المحاسبية المتطورة ، كنظم المحاسبة الإدارية وتحليل كلفة الخدمة الصحة.
- قصور السياسة المالية في استرداد الكلفة .

- زيادة الإنفاق الصحي.
- زيادة الإنفاق على الدواء في القطاعين العام والخاص.
- ضعف أنظمة الرواتب لاستقطاب الكفاءات الفنية.

الأهداف الخاصة بالمحور المالي

- تفعيل وتعزيز دور المجلس الصحي العالي.
- اعتماد اللامركزية في إدارة المؤسسات الصحية.
- ترشيد وضبط الإنفاق في مجال الدواء والخدمات الصحية الأخرى من خلال حوسبة نظام المعلومات الصحي واستخدام البطاقة الذكية.
- تحديد مواقع الازدواجية في تقديم الخدمة ووضع سياسات فاعلة للحد منها.
- اعتماد الاقتصاد الصحي في كافة المرافق بما يعزز الاستغلال الأمثل للموارد وتحديد مصادر الهدر ونسبة الاستخدام بما يعزز قدرة النظام على الاستمرارية.
- إجراء الدراسات المسحية حول الحسابات الصحية الوطنية وحسابات التكلفة والتجارة في الخدمات الصحية .
- اعتماد مبدأ التكامل ما بين القطاعات.
- توجيه الاستثمار وتحرير الأنظمة للمحافظة على مكانة الأردن كمركز متميز للعلاج على المستوى الإقليمي ويعزز من السياحة العلاجية.
- اعتماد سياسات وإجراءات واضحة لتنظيم القطاع للمحافظة على تميزه وضمان حقوق المواطنين.
- مأسسة نظام المحاسبة الصحية الوطنية لمتابعة تحديد مصادر وحجم الإنفاق ومصادر تقديم الخدمة لضمان الحد من الإنفاق ورفع الكفاءة.

8- محور التأمين الصحي

تحليل الواقع الحالي

تترافق الأوضاع الاقتصادية الصعبة التي يمر بها الأردن مع معدل الخصوبة الذي لا يزال عالياً رغم إنخفاضه، مما يثير قلقاً مشروعاً حول إدامة الاستثمار في قطاع الخدمات الاجتماعية ومن ضمنها الخدمات الصحية حيث تبرز عدالة وكفاءة نظام التأمين الصحي تقضيه مهمة بالنسبة لوزارة الصحة.

أظهرت الدراسات سابقاً أن مصادر تمويل القطاع الصحي هي: القطاع العام بما في ذلك الضرائب العامة، وإشتراقات المؤسسات العامة ومساهمات الجمعيات غير الحكومية بنسبة تبلغ حوالي 45% بالإضافة إلى ما يتأتى من إنفاق المواطنين بما في ذلك الإقتطاعات من رواتبهم لصالح صندوق التأمين الصحي وأجور المعالجة وأثمان الأدوية وبشكل ما نسبته 43% يضاف إلى ذلك 8% مساهمات الوكالات المناحة مثل وكالة غوث اللاجئين و4% مساهمة الشركات الخاصة لقاء شراء خدمة التأمين الصحي لموظفيها. إدراكاً من الحكومة لواجباتها تلتزم وزارة الصحة بتقديم خدمات صحية مدعومة لكافة المواطنين سواء كانوا مشمولين بمظلة التأمين الصحي أو غير مشمولين وتشير التقديرات أن حوالي 40% من السكان غير مشمولين بمظلة التأمين الصحي، ولكن ذلك لا يعنى عدم تمكنهم من الحصول على الخدمة الصحية إذ أن الخدمات الصحية المدعومة التي تقدمها وزارة الصحة من خلال مراكزها ومستشفياتها المنتشرة في كافة مناطق المملكة متاحة أمام الجميع بكلفة قد تكون أقل مما يساهم به مشتركو التأمين الصحي.

هذا بالإضافة إلى ما تقدمه الوزارة من خدمات صحية مجانية مثل التطعيم ضد الأمراض السارية، الصحة المدرسية، الصحة الإنجابية، معالجة الأطفال تحت سن السادسة ومعالجة السرطان، وغسيل الكلى وغيرها.

صناديق التأمين الصحي العاملة في الأردن هي صندوق التأمين اصحي المدني ويغطي حوالي 31% من سكان المملكة بمن فيهم شريحة واسعة من فئة الفقراء، وصندوق التأمين الصحي العسكري ويغطي ما نسبته 26% من السكان، ثم صناديق التأمين الصحي التابعة لوكالة غوث اللاجئين، والشركات الخاصة، وموظفي الجامعات الحكومية الأردنية. ما يميز التأمين الصحي المدني أنه إلزامي لجميع موظفي جهاز الخدمة المدنية في الحكومة وهو غير محدد بسقف معين لنوع الخدمة التي يمكن الحصول عليها مقابل إشتراك شهري مقداره 3% من راتب الموظف بحد أعلى 30 دينار، على أن يساهم الموظف مساهمة رمزية عند حصوله على الخدمة مباشرة.

كما أن التأمين الصحي العسكري الزامي لجميع العسكريين العاملين والمتقاعدين في القوات المسلحة الاردنية وعائلاتهم بمن فيهم الوالدين والاشقاء والشقيقات حتى سن 18 والشقيقات غير المعيلات لأنفسهن بالإضافة السنوي الاحتياجات الخاصة. يحصل المؤمن على الخدمة مقابل إشتراك شهري رمزي وبدون تحديد لسقف الخدمة. وللمشترك الحصول على الخدمة من مؤسسات وزارة الصحة حسب مكان

تواجهه، كما تقدم المؤسسات الطبية العسكرية خدماتها لموظفي الخدمة المدنية في محافظتي العقبة والطفيلة وذلك بموجب اتفاقية خاصة مع وزارة الصحة.

يغطي التأمين الصحي التابع لمستشفى الجامعة الأردنية موظفي الجامعة والمستشفى وعائلاتهم وطلاب الجامعة الذين يشكلون ما نسبته 1.3% من السكان.

التأمين الصحي التابعة لوكالة غوث اللاجئين الفلسطينيين يشمل 8.5% من السكان ويغطي خدمات الرعاية الصحية الأولية فقط وهو خاص بالفلسطينيين المسجلين كلاجئين.

التأمين الصحي الخاص يغطي 6% من السكان وهو نوعان: الأول يدار من قبل شركات تأمين صحي كطرف ثالث والآخر يدار من قبل الشركات التي تعمل على تأمين موظفيها بنفسها مباشرة لدى أطباء ومستشفيات القطاع الخاص. وقد بينت إحدى الدراسات أن قطاع البنوك يغطي 100% من العاملين فيه، بينما قطاع النقل يغطي 28% وقطاع التعليم الخاص يغطي 22% والقطاع الصناعي وقطاع التجزئة (Retail) يغطي 13% من العاملين فيه. وبشكل عام فإن ما نسبته 14% فقط من العاملين في القطاع الخاص يتمتعون بالتأمين الصحي، و62% من الشركات التي تعرض خدمة التأمين الصحي الإختياري لموظفيها تقدم الخدمة لأفراد عائلاتهم أيضاً. كما لوحظ أن 68% من الشركات التي لا تقدم خدمة التأمين الصحي لموظفيها ترغب بشراء هذه الخدمة من مؤسسات القطاع العام شريطة أن تكون الأسعار معقولة ومستوى الخدمة مشجع. وبذلك يكون ما مجموعه 60% من سكان المملكة مشمولين بمظلة التأمين الصحي بأنواعه المختلفة.

من هنا تبرز قضية التأمين الصحي الشامل كقضية سياسية وإقتصادية معقدة. فهي بحاجة إلى شراكة أوسع بين القطاع العام والقطاع الخاص ودراسات أكتوارية للوضع الصحي والتركيبية السكانية للمجتمع بالإضافة إلى تطوير حزمة التشريعات المتعلقة بصناعة التأمين الصحي.

التحديات التي تواجه محور التأمين الصحي:

- إرتفاع معدل النمو السكاني وزيادة معدل العمر المتوقع عند الولادة.
- غياب نظام التأمين الصحي الشامل.
- غياب الدراسات الإقتصادية والأكتوارية.
- إرتفاع وتفاقم مسببات وعوامل الإختطار للأمراض المزمنة والحوادث والإصابات والإدمان
- إرتفاع كلفة الخدمة العلاجية.

- إرتفاع قيمة الفاتورة الدوائية.
- التغير النمطي للأمراض.

الأهداف الخاصة بمحور التأمين الصحي

- إجراء دراسات أكتوارية وإقتصادية لتحديد المستويات الرئيسية للكلفة والمشاركة.
- ضمان العدالة في الحصول على الخدمة الصحية بغض النظر عن القدرة على الدفع.
- التدرج في تطبيق النظام الصحي الشامل وتحديد أسس المشاركة في تكاليف الخدمة وبما لا يزيد من الأعباء المترتبة على موارد الخزينة.
- تعزيز المشاركة مع القطاعات الأخرى وتفعيل دور المؤسسة العامة للضمان الإجتماعي في مجال التأمين الصحي.
- تطوير نظام التأمين الصحي وكافة التشريعات الملازمة.
- تطوير إدارة التأمين الصحي إلى مؤسسة مستقلة مادياً وإدارياً لتعمل كمظلة لجميع صناديق التأمين الصحي العاملة في الأردن.

الباب الرابع

معايير الإستراتيجية ومؤشرات الأداء

إستندت المعايير الخاصة بالإستراتيجية على مؤشرات الأداء الرئيسية الواردة في الأجندة الوطنية لضمان معالجة اهم التحديات والتي كان من أهمها النمو السكاني المضطرد للسكان بالإضافة إلى التحول النمطي للأمراض مع ضمان شمولية التغطية بالتأمين الصحي للمواطنين مع الأخذ بعين الإعتبار الإلتزام بالمعايير العالمية والتأكيد على سهولة الوصول والحصول على الخدمة وبالأخص الوقائية لما لها من إنعكاسات تؤثر بشكل مباشر على المجتمع الأردني ككل. هذا ومن الضروري بيان أهم السياسات التي تم إعتمادها خلال سنوات الإستراتيجية والتي سيكون لها الأثر الواضح على تحديد المعايير الخاصة بالإستراتيجية وأهمها:

1. تعزيز ودعم الخدمات الصحية الوقائية للمواطن.
2. الحد من الإزدواجية من خلال تعزيز الشراكة ما بين القطاعات المقدمة للخدمة.
3. توجيه الإنفاق والحد من الهدر.
4. تحسين الأداء في مجال الرعاية الصحية الثانوية بما ينعكس إيجاباً على تقليل فترة مكوث المريض وزيادة فترة الدوران للأسرة.
5. التركيز على تقديم خدمات جديدة تساهم في خفض الإنفاق مثل خدمات الرعاية النهارية وخدمات الرعاية المنزلية، والصحة الإلكترونية.

مؤشرات الأداء الرئيسة

وانسجاماً مع التوجهات التي جسدها الأجندة الوطنية، فقد تم اعتماد مؤشرات الأداء الرئيسة المتعلقة بالصحة وكما وردت في الاجندة كمؤشرات لأداء القطاع الصحي خلال مدة الاستراتيجية. ولا يمنع ذلك من تطوير مؤشرات خاصة لكل من مكونات القطاع ولكل خدمة صحية.

الهدف (2017)	الهدف (2012)	حالياً	مؤشرات الأداء الرئيسة
450	350	187	نصيب الفرد السنوي من النفقات الصحية الإجمالية (بالدولار)
%3.6	%4	%4.3	إنفاق القطاع العام على الصحة كنسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي
%100	%100	%70	النسبة المئوية للسكان الذين يغطيهم أي نوع من أنواع التأمين
%50	%40	%27	نسبة الإنفاق على الرعاية الصحية الأولية من مجموع ما ينفقه القطاع العام على الصحة
%2.5	%2.9	%3.7	معدل الخصوبة الكلي
75	74	71.5	العمر المتوقع عند الولادة
%75	%50	%30	رعاية ما بعد الولادة
%15	%22	%32	معدل إنتشار فقر الدم بين السيدات في سن الإنجاب
%3	%4.5	%6.5	معدل نقص الوزن عند حديثي الولادة
%10	%14	%20	معدل إنتشار فقر الدم بين الأطفال الأقل من (5) سنوات
2.7	5.5	8.5	إعاققة النمو الطبيعي (دون سن الخمس سنوات) (التقرم)
12	20	41	وفيات الأمهات لكل (100.000) ولادة حية
11	16	22	معدل الوفيات بين الرضع (لكل 1000 ولادة حية)
12	15	27	معدل الوفيات بين الأطفال دون الخامسة (لكل 1000 ولادة حية)
21.3	20.4	18.5	عدد الأسرة لكل 10.000 مواطن
%90	%87	%85	مستوى رضا المواطنين عن الخدمات الصحية
30.1	27.9	23.3	عدد الأطباء لكل (10.000)
9	8.1	6.5	عدد أطباء الأسنان لكل (10.000) مواطن

الهدف (2017)	الهدف (2012)	حالياً	مؤشرات الأداء الرئيسية
20.9	19.4	16.4	عدد الممرضات القانونيات لكل (10.000) مواطن
%10	%12.5	%12.5	معدل إنتشار مرضى السكري بين السكان (18) سنة فأكثر
%20	%23	%26	معدل إنتشار إرتفاع ضغط الدم بين السكان (18) سنة فأكثر
%30	%40	%46.5	معدل إنتشار إرتفاع الكوليسترول في الدم بين السكان (18) سنة فأكثر
%15	%20	%25	معدل إنتشار عادة التدخين بين السكان (018) سنة فأكثر
7	7	10	معدل وصول سيارة الإسعاف (دقائق) للمريض
12	10	6	مراكز متخصصة لعلاج الإصابات

الباب الخامس

مشاريع وأنشطة الخطة الإستراتيجية

المشاريع والأنشطة الرئيسية المدرجة ضمن الخطة الإستراتيجية

في مجال الرعاية الصحية			
التنفيذ		الجهة المنفذة	المشروع
إلى	من		
مستمر	2006	كافة القطاعات	تفعيل دور المجلس الصحي العالي
مستمر	2006	كافة القطاعات	إستحداث نظام إسعاف مركزي على مستوى المملكة
مستمر	2006	وزارة الصحة	إعتماد برامج الكشف المبكر للأمراض
مستمر	2006	وزارة الصحة	التوسع في خدمات الخط ساخن ليشمل خدمات وقائية اخرى
مستمر	2006	القطاع العام	إجراء دراسات وأبحاث للفئات الأكثر عرضه لعوامل الاختطار
مستمر	2006	وزارة الصحة	إطلاق حملات توعية وطنية لرفع الوعي الصحي لدى المواطنين
مستمر	2006	وزارة الصحة	تطوير واعتماد بروتوكولات موحدة في تقديم الخدمات الصحية
مستمر	2006	وزارة الصحة	تطوير واعتماد حزمة خدمات أساسية تستجيب لاحتياجات الافراد في مختلف المراحل العمرية
مستمر	2006	كافة القطاعات	نعزير خدمات الصحة الانجابية وتنظيم الاسرة
مستمر	2006	وزارة الصحة	برنامج ادارة وتدبير حالات العنف الاسري
مستمر	2006	وزارة الصحة	تحسين وتطوير النظم الصحية المساندة مثل نظام التحويل ونظام المتابعة والتقييم ونظم الاشراف والمعلومات الصحية
مستمر	2006	القطاع العام	تفعيل برامج تنمية ومشاركة المجتمع المحلي
مستمر	2006	وزارة الصحة	تعزير برامج صحة البيئة وتطوير قدرات العاملين فيها
مستمر	2006	وزارة الصحة	التوسع في البرامج التغذوية المجتمعية
مستمر	2006	كافة القطاعات	تقوية برامج تعزير الصحة مثل برنامج مكافحة التدخين وبرنامج أنماط السلوك الصحية

في مجال القوى البشرية

مستمر	2006	كافة القطاعات	مأسسة عملية التعليم الطبي المستمر للكوادر البشرية
مستمر	2006	كافة القطاعات	مأسسة عملية البحث العلمي
مستمر	2006	وزارة الصحة	إحلال الطب العام بطب الأسرة كخدمة داخل المراكز الصحية
مستمر	2006	كافة القطاعات	إحلال الطب العام بطب إختصاص إسعاف وطوارئ في المستشفيات
مستمر	2006	وزارة الصحة	إعداد خطط تنمية قوى بشرية على المدى القصير والمتوسط
مستمر	2006	وزارة الصحة	تحديث وتوسيع كليات التمريض والقبالة
مستمر	2006	وزارة الصحة	تعزيز الشراكة مع المؤسسات التعليمية الداخلية والخارجية
مستمر	2006	وزارة الصحة	تحديث وتطوير نظام الحوافز

المشاريع والأنشطة الرئيسية المدرجة ضمن الخطة الإستراتيجية

في مجال الغذاء والدواء			
التنفيذ		الجهة المنفذة	المشروع
إلى	من		
مستمر	2006	كافة القطاعات المعنية بالدواء بما فيها دائرة الشراء الموحد	تخفيض الإنفاق العام على الدواء
مستمر	2006	- المؤسسة العامة للغذاء والدواء/ إتحاد منتجي الأدوية	تعزيز التنسيق والتعامل بين كافة القطاعات المعنية بالصناعة الدوائية
2007	2006	- المؤسسة العامة للغذاء والدواء وبمشاركة القطاعات الأخرى	إعداد خطة وطنية لتوجيه البحث العلمي في قطاع الصيدلة والدواء
مستمر	2006	كافة القطاعات	تنظيم حملات توعية للحد من الهدر وسوء الاستخدام
مستمر	2006	المؤسسة العامة للغذاء والدواء	إعداد نظام معلومات دوائي
2007	2006	المؤسسة العامة للغذاء والدواء	إنشاء قاعدة بيانات للتحكم بالتسمم الغذائي
2010	2006	المؤسسة العامة للغذاء والدواء	الحصول على الإعتماد المحلي والدولي لمختبرات المؤسسة
2008	2006	المؤسسة العامة للغذاء والدواء	إستحداث وحدات متخصصة في مختبرات الأغذية
مستمر	2006	المؤسسة العامة للغذاء والدواء	تأهيل وتدريب العاملين في المؤسسة
2007	2006	المؤسسة العامة للغذاء والدواء	إعداد معايير للمواد المضافة للأغذية
مستمر	2006	المؤسسة العامة للغذاء والدواء	تأهيل وتدريب متدولي الأغذية في المؤسسات الخاصة
2007	2006	المؤسسة العامة للغذاء والدواء	تزويد المختبرات بأجهزة متطورة
في مجال الجودة			
2006	2006	كافة القطاعات	إنشاء هيئة مستقلة لإعتماد المرافق الصحية
2006	2006	وزارة الصحة	مشروع سلامة المرضى

في مجال الغذاء والدواء			
التنفيذ		الجهة المنفذة	المشروع
إلى	من		
2006	2006	وزارة الصحة، الخدمات الطبية الملكية	مشروع دعم النظم الصحية/تحسين جودة الخدمات
مستمر	2006	وزارة الصحة	مراجعة العمليات وتبسيط الإجراءات
مستمر	2006	وزارة الصحة / الخدمات الطبية / الجامعات الأردنية	صياغة البروتوكولات العلاجية (الرئيسية)
مستمر	2006	وزارة الصحة	إعداد نظام تقييم الإمتيازات الطبية Privileging system
مستمر	2006	وزارة الصحة	إنجاز الوصف الوظيفي للعاملين في وزارة الصحة
مستمر	2006	وزارة الصحة	إعداد معايير ضمان سلامة البيئة وأمن المرضى والمتعاملين

في مجال البنية التحتية

التنفيذ		الجهة المنفذة	المشروع
إلى	من		
2009	2006	وزارة الصحة	إنشاء مستشفى الزرقاء الجديد
2009	2006	وزارة الصحة	إنشاء مستشفى السلط الجديد
2009	2005	وزارة الصحة	إنشاء مستشفى البقعة العام
2008	2006	وزارة الصحة	إنشاء مستشفى القويرة العام
2009	2006	وزارة الصحة	توسعة مستشفى الكرك الحكومي
2010	2006	وزارة الصحة	إنشاء مستشفى البادية الشمالية
2010	2005	وزارة الصحة	تأهيل مستشفى البشير
2008	2006	وزارة الصحة	إنشاء وحدة حروق / الشمال
2009	2006	وزارة الصحة	إنشاء بنك الدم الإقليمي / الشمال
2008	2006	وزارة الصحة	إنشاء مركز الطب الشرعي / الجنوب
2009	2006	وزارة الصحة	إنشاء مبنى الأمصال والمطاعيم
2010	2006	وزارة الصحة	إنشاء (25) مركز صحي أولي
2010	2006	وزارة الصحة	توسعة وتحديث (25) مركز صحي شامل، أولي، فرعي
2008	2002	وزارة الصحة	إنشاء مبنى الوزارة
2007	2005	وزارة الصحة	إنشاء مراكز طبية في الأقاليم
2007	2005	وزارة الصحة	رفع كفاءة أجهزة التعقيم الطبي في المستشفيات
2008	2006	وزارة الصحة	رفع كفاءة خدمات الجراحة بالمنظار والتنظير التشخيصي
2010	2007	وزارة الصحة	توفير خدمات التصوير بالرنين المغناطيسي في أقاليم الشمال والجنوب
2008	2006	وزارة الصحة	تحديث شبكات الغازات الطبية في مستشفيات وزارة الصحة
2009	2007	وزارة الصحة	تحديث أجهزة الأشعة في مستشفيات المملكة إلى أجهزة رقمية (Digital)
مستمر	2007	وزارة الصحة	توفير خدمات جراحة القلب والقسطرة في إقليم الوسط
مستمر	2005	وزارة الصحة	إستكمال تجهيز توسعة م. البشير (المرحلة الثانية والثالثة)

في مجال البنية التحتية			
التنفيذ		الجهة المنفذة	المشروع
إلى	من		
مستمر	2005	وزارة الصحة	إعتماد معيار قياسي مرجعي لتحديد الحد الأدنى للمتطلبات القياسية اللازمة لتجهيز المراكز والمستشفيات بالأجهزة الطبية
مستمر	2006	وزارة الصحة	إنشاء مشاغل مركزية لصيانة الأجهزة الطبية في أقاليم الشمال والجنوب
2015	2010	وزارة الصحة	إستحداث شبكة معلومات صحية متكاملة لمستشفيات الوزارة وربطها مع المديریات والمراكز المتخصصة
في مجال المعلومات الصحية وتكنولوجيا المعلومات			
2008	2006	وزارة الصحة	حوسبة م. الأمير حمزة و م. الدكتور جميل التوتنجي
2009	2006	وزارة لصحة / USAID	تزويد جميع مديريات الصحة في المحافظات ببرمجيات تطبيقية وأجهزة كمبيوتر وملحقاتها لدعم وتقوية الأنظمة المعلوماتية الموجودة لديها
2007	2007	وزارة الصحة / منظمة الصحة العالمية	تدريب (20) متدرب على كوادر المستشفيات على ترميز أسباب الأمراض حسب المراجعة العاشرة للتصنيف العالمي
2006	2006	وزارة الصحة / منظمة الصحة العالمية	أجهزة كمبيوتر ولوازمها وخادم شبكة للسجلات الطبية في عدد من المستشفيات سنوياً لتطبيق نظام ترميز أسباب الأمراض حسب المراجعة العاشرة للتصنيف العالمي
2006	2006	وزارة الصحة / منظمة الصحة العالمية	عقد الحلقة الوطنية الرابعة حول نظام الوفيات في الأردن وعن أسباب الوفيات لعام 2004
التنفيذ		الجهة المنفذة	المشروع
إلى	من		

2007	2006	وزارة الصحة / منظمة الصحة العالمية	تدريب الأطباء على كيفية تعبئة نماذج التبليغ عن الوفاة
2007	2006	وزارة الصحة / ومنظمة الصحة العالمية والقطاعات الصحية المختلفة	عقد حلقة وطنية حول موضوع الصحة الإلكترونية
مستمر	2006	وزارة الصحة / إدارة ترخيص السواقين والمركبات	إجراء فحص اللياقة الصحية لطالبي رخص السوق على شبكة الإنترنت
مستمر	2006	وزارة الصحة	دعم البنية التحتية من أجهزة ومعدات وبرمجيات في مديرية المعلومات

في مجال المالية واقتصاديات الصحة

مستمر	2006	وزارة الصحة، منظمة الصحة العالمية	اجراء دراسة معمقة لتأثيرات التجارة الحرة على الصحة
مستمر	2006	وزارة الصحة ، دائرة الاحصاءات العامة	اجراء دراسة المسح الصحي الاسري للانفاق على الصحة
2006	2006	وزارة الصحة	اجراء دراسات الكلفة في مستشفيات وزارة الصحة
سنوياً	2006	وزارة الصحة، دائرة الاحصاءات العامة	اجراء دراسة الحسابات الصحية الوطنية

في مجال التأمين الصحي

مستمر	2006	وزارة الصحة	إجراء دراسات إقتصادية وإكتوارية
2006	2006	وزارة الصحة	تحديث وتطوير نظام التأمين الصحي
مستمر	2006	وزارة الصحة	توسعة مظلة التأمين الصحي
2007	2006	وزارة الصحة	إنشاء هيئة مستقلة تشرف على التأمين الصحي
2006	2006	وزارة الصحة	تنظيم العلاج في الخارج

في مجال السياحة الطبية العلاجية			
التنفيذ		الجهة المنفذة	المشروع
إلى	من		
مستمر	2005	وزارة الصحة/جمعية المستشفيات الخاصة	تسويق مفهوم السياحة العلاجية
مستمر	2005	وزارة الصحة/جمعية المستشفيات الخاصة	تشجيع الاستثمار في الطب العلاجي والصناعة الدوائية
مشاريع الخدمات الطبية الملكية			
مستمر	2005	الخدمات الطبية	توسعة وتحديث مدينة الحسين الطبية
مستمر	2005	الخدمات الطبية	توسعة وتحديث مستشفى الأمير راشد
مستمر	2005	الخدمات الطبية	توسعة وتحديث مستشفى الأمير هاشم
مستمر	2005	الخدمات الطبية	توسعة وتحديث مستشفى الملكة علياء العسكري
مستمر	2005	الخدمات الطبية	إنشاء مستشفى تخصصي للأطفال
مستمر	2006	الخدمات الطبية	إنشاء مستشفى جديد في محافظة المفرق
مستمر	2006	الخدمات الطبية	إنشاء مستشفى العقبة الجديد