المجلس الصحي العالي
الأمانة العامة

المملكة الأردنية الهاشمية

# الاستراتيجية الصحية الوطنية

## ٢٠٠٨ - ٢٠١٢

# الاستراتيجية الصحية الوطنية

## ٢٠٠٨ - ٢٠١٢

المجلس الصحي العالي
الأمانة العامة

**”تحسين مستوى حياة المواطن يتطلب الاهتمام بالرعاية الصحية، وهي حق لكل مواطن ومواطنة، فالإنسان السليم المطمئن على صحته وصحة أبنائه وأسرته، الإنسان القادر على العمل والإنتاج“**

من أقوال جلالة الملك عبد الله الثاني

بسم الله الرحمن الرحيم

إنه لمن دواعي سروري تقديم الاستراتيجية الصحية الوطنية في الوقت الذي تشهد فيه المملكة نقلة نوعية في كافة المجالات،حيث شهد الأردن على مدى الأعوام السابقة إنجازات كبيرة في المجال الصحي مما ساهم في تبوء الأردن موقعاً متميزاً على الخارطة الصحية في العالم .

إن القطاع الصحي في الأردن يواجه تحديات كبيرة، لعل من أبرزها النمو السكاني المضطرد والتحول النمطي للأمراض وارتفاع نسبة الأشخاص من فئة كبار السن والشباب مما يتطلب توجيه البرامج والمشاريع لمواجهة وتجاوز هذه التحديات واستغلال الهبة الديموغرافية أفضل استغلال.

ولكون المجلس الصحي العالي هو الجهة المسؤولة عن رسم السياسة الصحية في المملكة ووضع الاستراتيجية لتحقيقها، بالإضافة إلى الأدوار الأخرى المناطة به والتي من أبرزها تنظيم القطاع الصحي والتخطيط المدروس للخدمات الصحية بما يضمن العدالة في الوصول والحصول على الخدمة الصحية المتميزة لكافة المواطنين، ومن أجل مواجهة هذه التحديات، فقد تم وضع الإطار العام للاستراتيجية الصحية الوطنية بمنحى شمولي آخذين بعين الاعتبار كافة الأبعاد اللازمة لإنجازها .

إن من أهم مواطن القوة في هذه الاستراتيجية استنادها إلى توجيهات القيادة الهاشمية بالنهوض بالقطاع الصحي بشكل شمولي واعتماد الأهداف الوطنية الخاصة بالأجندة الوطنية ووثيقة كلنا الأردن كمرجعية أساسية، هذا وقد كان للمشاركة الفاعلة لكافة القطاعات المعنية الأثر الكبير في إنجاز هذه الوثيقة من خلال مساهمة ضباط الارتباط في إعدادها ومراجعتها كونهم أصحاب خبرة وتجربة واسعة في المجال الصحي، مما انعكس على خلق تصور مشترك للنهوض بالقطاع الصحي بشكل إيجابي وذلك بدءاً من تحديد الرؤية والرسالة وانتهاءً بخروج هذه الاستراتيجية بصورتها النهائية.

وفي النهاية لا بد أن أنوه إلى أن طموحنا خلال السنوات القادمة هو أن تساهم هذه الاستراتيجية في تعزيز الشراكة بين القطاعات واعتماد مبدأ اللامركزية في اتخاذ القرارات إيمانا منا أن التخطيط هو عملية ديناميكية مستمرة لا تتصف بالثبات وليست ذات نهاية مما يحتم علينا المراجعة المستمرة للخطط من أجل تحديثها وتطويرها لتتماشى مع المستجدات وتواجه التحديات ملتزمين بمبدأ التغيير نحو الأفضل من خلال تطبيق البرامج المدرجة في الاستراتيجية لتحقيق الأهداف المنشودة .

**والله الموفق،**

**رئيس الوزراء/ رئيس المجلس الصحي العالي**
**نادر الذهبي**

بسم الله الرحمن الرحيم

## تقديم

يسرني تقدمة الاستراتيجية الخاصة بالمجلس الصحي العالي للأعوام الخمسة القادمة وكلي ثقة أنها ستساهم في تحقيق توجيهات القيادة الهاشمية الحكيمة بتأمين الرعاية الصحية المناسبة وضمان الحماية المالية لتعزيز القدرة الإنتاجية للمواطن الأردني.

تعتبر عملية إعداد الاستراتيجية الوطنية تجسيداً حياً يبين مدى التزام القطاع الصحي بكافة مكوناته بروح التعاون والتنسيق لإعطاء صورة مشرقة ومميزة عن الأردن، حيث ركزت الاستراتيجية في أهدافها على ضمان توفير خدمات آمنة وفعالة وعادلة وميسرة مع مراعاة الاحتياجات المستقبلية لكافة المواطنين.

تمثل هذه الاستراتيجية الوثيقة التي من خلالها سيتم تعزيز قدرة النظام الصحي على مواجهة التحديات القائمة والمحافظة على موقع الأردن الريادي في مجال الرعاية الصحية، ونحن واثقون كل الثقة بالقدرات المتميزة للقطاع الصحي بكافة مكوناته للخروج بجميع المشاريع والبرامج الواردة في الخطة إلى حيز الوجود، حريصون كل الحرص على تقديم كافة أشكال الدعم والتشجيع المتواصل للجميع لضمان النجاح والتميز من أجل تحقيق طموحاتنا.

تتناول الاستراتيجية أربعة محاور رئيسية، يتضمن كل منها جانباً من جوانب تقديم الرعاية الصحية الشاملة، حيث يطرح كل محور أولويات القضايا التي تستوجب التدخل لتحسين نوعية الرعاية الصحية وتيسير الوصول والحصول عليها من قبل كافة فئات المجتمع، وذلك بالاعتماد على التحليل المتعمق لواقع الحال ومن ثم تحديد الأهداف الخاصة بكل محور من المحاور من أجل الاستجابة للفرص ومواجهة التحديات، وبالتالي فإن هذه القضايا تشكل بمجملها المنطلق الأساسي للاستراتيجية الصحية الوطنية.

آملا أن نعمل سوياً بروح الفريق الواحد من خلال مؤسساتنا الصحية ومشاركة المجتمع الأردني لنتجاوز كافة التحديات ونحقق أهدافنا ملتزمين بسياسة ومسار هذه الاستراتيجية لضمان نجاح كافة البرامج والمشاريع المقترحة.

ولا يفوتني أن أتقدم بالشكر والامتنان لكل المؤسسات التي ساهمت في إعداد هذه الاستراتيجية، والشكر موصول لمنظمة الصحة العالمية في الأردن لدعمها المستمر للقطاع الصحي الأردني.

**والله ولي التوفيق،**

**أمين عام المجلس الصحي العالي**
**د. طاهر أبو السمن**

# الفهرس


**الغاية من الوثيقة**

**منهجية إعداد الاستراتيجية**

**الباب الأول:**
السياسة الصحية في الأردن ٩
١- المجلس الصحي العالي: النشأة والأهداف والمسؤوليات ٩
١-١ النشأة ٩
١-٢ الأهداف والمسؤوليات ١٠
٢- مرتكزات السياسة الصحية في الأردن ١١
٣- الشركاء الرئيسيون في المجلس ١١

**الباب الثاني:**
الأردن: لمحة عامة ١٥

**الباب الثالث:**
١- الرؤية ٢١
٢- الرسالة ٢١
٣- القيم ٢٢
٤- التحليل الاستراتيجي ٢٣
٥ - الأهداف الاستراتيجية ٢٥
٦ - مكونات القطاع الصحي في الأردن ٢٦

**الباب الرابع:**
محاور الاستراتيجية ٣٣
أولاً: محور القوى البشرية ٣٤
١- التعليم والتدريب ٣٦
٢- إدارة الموارد البشرية ٣٧
التحديات ٣٨
الأهداف ٣٨

# الفهرس


ثانياً: محور العمليات ٣٩
١- الرعاية الصحيـة الأوليـة ٣٩
١-١ الصحة الإنجابية ٤٠
١-٢ صحة الشباب ٤٢
١-٣ صحة كبار السن ٤٣
١-٤ الأمراض غير السارية ٤٤
١-٥ الأمراض السارية ٤٥
١-٦ متلازمة نقص المناعة المكتسبة ( الايدز) ٤٥
٢- الرعايـة الصحيـة الثانويـة والثالثيـة ٤٦
٢-١خدمات الإسعاف والطوارئ ٤٧
٢-٢ الصحة النفسية ٤٨
٣- المعلومات الصحية وتكنولوجيا المعلومات ٤٩
التحديات ٥٠
الأهـداف ٥٠
ثالثاً: ألمحور المالي ٥١
١- مصادر التمويل في القطاع الصحي ٥١
٢- الإنفاق الحكومي على القطاع الصحي حسب البرامج ٥٤
٣- الإنفاق الصحي الوطني على الأدوية ٥٥
٤- السياحة العلاجية ٥٥
التحديات ٥٦
الأهداف ٥٦
رابعاً: محور المتعامل ٥٧
١- جودة الخدمات الصحية ٥٧
٢- اعتماد مؤسسات الرعاية الصحية ٥٨
٣- المسؤولية الطبية ٥٩
٤- التأمين الصحي ٥٩
التحديات ٦١
الأهداف ٦١

**الباب الخامس:**
التطلعات المستقبلية ومؤشرات الأداء ٦٥
التطلعات المستقبلية ٦٥
مؤشرات الأداء للاستراتيجية الصحية الوطنية ٦٦

الأنشطة الرئيسية للاستراتيجية الصحية الوطنية ٧٣

# قائمة الجداول والأشكال


جدول رقم (١) توزيع الأسرة في مستشفيات المملكة حسب القطاعات لعام ٢٠٠٦

جدول رقم (٢) موقع الأردن على خريطة العالم لعام ٢٠٠٦

جدول رقم (٣) المؤشرات السكانية والاقتصادية والاجتماعية في الأردن لعام ٢٠٠٦

جدول رقم (٤) مؤشرات تطورالقوى البشرية الصحية للأعوام ( ٢٠٠٢- ٢٠٠٦ )

جدول رقم (٥) توزيع القوى البشرية الصحية حسب القطاعات في الأردن لعام ٢٠٠٦

جدول رقم (٦) الإنفاق الحكومي حسب مصادر التمويل لعام ٢٠٠٦

جدول رقم (٧) تطور الإنفاق الصحي للأعوام (٢٠٠٢- ٢٠٠٦ )

جدول رقم (٨) الإنفاق الحكومي على القطاع الصحي حسب البرامج للأعوام ( ٢٠٠٢- ٢٠٠٦ )

جدول رقم (٩) الإنفاق الحكومي على الأدوية للأعوام ( ٢٠٠١ - ٢٠٠٥)

جدول رقم (١٠) التغطية السكانية بالتأمين الصحي حسب الجهة التأمينية لعام ٢٠٠٧

جدول رقم (١١) مؤشـــرات الأداء الرئيسية للاستراتيجية

## الغاية من الوثيقة

تمثل هذه الوثيقة الملامح الرئيسية للاستراتيجية الصحية الوطنية للسنوات الخمس القادمة استناداً إلى قانون المجلس الصحي العالي رقم ٩ لعام ١٩٩٩م بما يتماشى مع الأهداف الواردة في الأجندة الوطنية ووثيقة كلنا الأردن ، حيث تم من خلالها وصف وتحليل القطاع الصحي في الأردن بالإضافة إلى تحديد مجموعة من الأنشطة الرئيسية تساهم فيها كافة القطاعات لضمان النهوض بالقطاع بشكل شمولي يعزز من قدرته على تقديم الخدمة الصحية الكفؤة لكافة المواطنين في المملكة ويحافظ على موقع الأردن الريادي في هذا المجال.

## منهجية إعداد الاستراتيجية:

قام المجلس وبمشاركة ممثلي أعضاء المجلس الصحي العالي باعتماد منهجية لإعداد الاستراتيجية تمثلت في الآتي:

١- مراجعة الاستراتيجيات والوثائق والدراسات المتعلقة بالصحة في الأردن.

٢- تحديد الإطار العام للاستراتيجية بناءً على دراسة الوضع الصحي الحالي وترتيب الأولويات.

٣- مناقشة الإطار العام للاستراتيجية مع ممثلين عن كافة الأطراف المعنية بالقطاع الصحي .

٤- عرض الإطار العام للاستراتيجية على أعضاء المجلس الصحي العالي ومناقشته وتعديله بناءً على اقتراحاتهم.

٥- تشكيل فرق عمل من ضباط الارتباط وخبراء من ذوي الاختصاص لكل محور من محاور الاستراتيجية.

٦- إعداد أوراق عمل متخصصة لكل محور من محاور الإستراتيجية تتضمن تحليل واقع الحال ، التحديات والأهداف الخاصة بالإضافة إلى تحديد المؤشرات الخاصة بكل محور.

٧- تطوير خطة إجرائية لكل قضية من القضايا الواردة في محاور الاستراتيجية بهدف تحديد الأنشطة وأدوار الشركاء في التنفيذ.

٨- صياغة مسودة الاستراتيجية بشكلها النهائي.

٩- عرض الاستراتيجية على المجلس الصحي العالي ومناقشتها من أجل إقرارها.

١٠- إطلاق الاستراتيجية .

١١- التحديث والتطوير من خلال إجراء تقييم مرحلي لخطط وبرامج الاستراتيجية مع مراعاة الأولويات الصحية المستجدة .

الباب الأول

# السياسة الصحية في الأردن

يتم رسم السياسة العامة للقطاع الصحي من خلال المجلس الصحي العالي والذي يرأسه دولة رئيس الوزراء ويشارك في عضويته كل من:

١. وزير الصحة – نائباً للرئيس.
٢. وزير المالية.
٣. وزير التخطيط والتعاون الدولي.
٤. وزير التنمية الاجتماعية.
٥. وزير العمل.
٦. مدير الخدمات الطبية الملكية.
٧. نقيب الأطباء.
٨. أحد عمداء كليات الطب في الجامعات الأردنية الرسمية يعينه الرئيس بالتناوب لكل سنتين.
٩. نقيب إحدى نقابات المهن الصحية الأخرى يعينه الرئيس بالتناوب.
١٠. رئيس جمعية المستشفيات الخاصة.
١١. اثنين من ذوي الخبرة والاختصاص في القطاع الصحي يعينهم الرئيس لمدة سنتين.

## ١- المجلس الصحي العالي: النشأة والأهداف والمسؤوليات

### ١-١ النشأة:

كانت الرؤية دائماً هي الحاجة إلى إيجاد مظلة تنضوي تحتها القطاعات الصحية المختلفة تعنى بوضع الخطوط العريضة للسياسات الصحية الوطنية ومتابعة تنفيذ هذه السياسات على المستوى الوطني، لذا فقد تم تشكيل المجلس الصحي العالي بقانونه رقم ٩ لعام ١٩٩٩م كآخر الحلقات لجهود سابقة تمثلت في إنشاء " المجلس الاستشاري الصحي العالي" بنظام رقم ٢١ لسنة ١٩٦٥ و" المجلس الصحي العالي" بنظام رقم ٢٩ لسنة ١٩٨٦ و"المجلس الصحي العالي" بنظام رقم ٥٩ لسنة ١٩٨٩.

### ٢-١ الأهداف والمسؤوليات

يهدف المجلس إلى رسم السياسة العامة للقطاع الصحي في المملكة ووضع الاستراتيجية لتحقيقها ، وتنظيم العمل الصحي وتطويره بجميع قطاعاته بما يحقق توسيع الخدمات الصحية لجميع المواطنين وفقاً لأحدث الوسائل والأساليب والتقنيات العلمية المتطورة ، وتحقيقا لذلك يتولى المجلس القيام بالمهام والمسؤوليات التالية :

أ – تقييم السياسات الصحية بشكل دوري وإدخال التعديلات اللازمة عليها في ضوء نتائج تطبيقها.

ب – تحديد متطلبات القطاع الصحي واتخاذ القرارات اللازمة بتوزيع الخدمات الصحية بجميع أنواعها على مناطق المملكة بما يحقق العدالة بينها والنهوض النوعي بالخدمات .

ج – المساهمة في رسم السياسة التعليمية لدراسة العلوم الصحية والطبية داخل المملكة وتنظيم التحاق الطلبة بهذه الدراسات خارج المملكة .

د – تشجيع الدراسات والبحوث العلمية ودعم البرامج والنشاطات والخدمات بما يحقق أهداف السياسة الصحية العامة .

ه – تنسيق العمل بين المؤسسات والهيئات الصحية في القطاعين العام والخاص بما يضمن تكامل أعمالها .

و – تعزيز التعاون بين المؤسسات والهيئات الصحية المحلية وبين المؤسسات والهيئات العربية والإقليمية والدولية المعنية بالصحة.

ز – الاستمرار في توسيع مظلة التأمين الصحي .

ح – دراسة القضايا التي تواجه القطاع الصحي واتخاذ الإجراءات المناسبة بشأنها بما في ذلك إعادة هيكلة القطاع الصحي .

ط – دراسة مشاريع القوانين والأنظمة والتعليمات المتعلقة بالمجلس وبالقطاع الصحي ورفع التوصيات التي يراها ضرورية بشأنها .

ي – النهوض بالقطاع الطبي ورفع كفاءة العاملين في القطاع العام وتوفير الحوافز المناسبة لهم .

ك – إقرار الموازنة السنوية للمجلس ورفعها إلى مجلس الوزراء للمصادقة عليها .

ل – أي أمور أو مهام أخرى يرى الرئيس عرضها على المجلس مما له علاقة بالقطاع الصحي .

## ٢ - مرتكزات السياسة الصحية في الأردن

- شراكة استراتيجية بين القطاعات للعمل ضمن منظومة صحية متكاملة .
- الاستثمار في تعزيز موقع الأردن الريادي في المنطقة.
- تأمين الحماية المالية لكافة المواطنين.
- تحرير الأنظمة وتوجيه الاستثمار في القطاع الصحي.
- انتهاج سياسة أمثلية التأهيل للكوادر البشرية.
- توجيه الإنفاق والاستغلال الأمثل للموارد المتاحة.
- توجيه مخرجات التعليم الصحي والطبي بما يتماشى واحتياجات السوق.
- تعزيز أطر التعاون والتنسيق مع الهيئات المحلية والدولية .
- اعتماد الدراسات والأبحاث كأساس لتحديد الأولويات وتوجيه المشاريع.
- تعزيز وتوجيه الدعم لخدمات الرعاية الصحية الأولية.

## ٣ - الشركاء الرئيسيون في المجلس:

**وزارة الصحة:** تعتبر وزارة الصحة الجهة الحكومية المسؤولة عن جميع ما يتعلق بالصحة في المملكة وذلك استناداً لقانون الصحة العامة رقم ٥٤ لعام ٢٠٠٢ وخصوصاً:

- التنظيم والإشراف على الخدمات الصحية التي تقدمها جميع القطاعات.
- تقديم خدمات التأمين الصحي للمواطنين حسب الإمكانات المتاحة.
- حماية الصحة العامة من خلال تقديم الخدمات الصحية الوقائية والعلاجية والرقابية.
- إنشاء وإدارة مؤسسات التعليم والتدريب الصحي.

**وزارة المالية:** تعتبر وزارة المالية الراعي الرئيسي لقطاع الصحة من خلال توفير المخصصات المالية لضمان تأمين الدعم المالي للكلف المترتبة على علاج كافة المواطنين بالإضافة إلى ما تلعبه من دور هام في توجيه الإنفاق وضمان الإستغلال الأمثل للموارد.

**وزارة التخطيط :** المساند الرئيسي لأعمال المجلس باعتبارها الموجه للمنح والقروض والدراسات الخاصة بالقطاع بما يضمن تلبية الاحتياجات الخاصة بالمملكة حسب الأولويات وبما يتماشى مع السياسة الصحية الوطنية.

**وزارة العمل:** يتركز دور الوزارة الرئيسي في ضمان تلبية احتياجات سوق العمل من الكوادر الفنية مستندة على دراسات المسح الخاصة بالسوق، كما وتساهم في تخفيض نسبة البطالة.

**وزارة التنمية الاجتماعية :** شريك رئيسي في المجلس وخصوصاً في مجال ضمان عدالة الوصول والحصول على الخدمة الصحية الجيدة لمناطق جيوب الفقر والمناطق النائية ومشتركي صندوق المعونة الوطنية.

**الخدمات الطبية الملكية:** الرديف الأساسي المساند لوزارة الصحة في تقديم الخدمات العلاجية التخصصية، بالإضافة إلى الأدوار الهامة في مجال الطب العسكري الميداني والإخلاء الجوي وتغطية نسبة عالية من المواطنين بالتأمين الصحي العسكري والمساهمة في تنمية القوى البشرية من خلال برامج التعليم والتدريب الطبي بالإضافة إلى المشاركة في عمليات حفظ السلام الدولية والواجبات الخاصة.

**القطاع الخاص:** قطاع ضخم ومتميز على مستوى المنطقة يساهم في دفع عجلة التنمية الاقتصادية، وممول رئيسي للاقتصاد الأردني وخاصة في مجال الصناعات الدوائية حيث يقدم خدماته على كافة مستويات الرعاية الصحية.

**النقابات المهنية:** شريك أساسي لأعمال المجلس يساهم في تنظيم ورقابة المهن الصحية ويعزز من قدراتها من خلال القوانين والأنظمة الخاصة بأعمال هذه النقابات.

**الجامعات الأردنية:** أدوار تعليمية تدريبية بحثية تساهم في تعزيز قدرات الكوادر العاملة في القطاع، بالإضافة إلى توجيه البحث العلمي نحو تحديد أولويات المشاكل الصحية في المملكة وتقديم الخدمات العلاجية في المؤسسات الخاصة بها.

هذا بالإضافة إلى مشاركة **خبراء** من ذوي الاختصاص في تحديد الأولويات وتوجيه البرامج والمساهمة في رسم السياسات الصحية.

وتقوم **الأمانة العامة للمجلس الصحي العالي** بجهود فنية وإدارية متواصلة لتحقيق أهداف ومسؤوليات المجلس بالتعاون والتنسيق مع الشركاء الرئيسيين.

الباب الثالث

# الرؤية
# الرسالة
# الأهداف الاستراتيجية

## الرؤية

نظام صحي متميز ضمن منظومة صحية متكاملة يحقق للمملكة مكانة مميزة على خارطة العالم الصحية

## الرسالة

رسم السياسات الصحية المتكاملة بمشاركة كافة القطاعات الصحية العاملة في المملكة لضمان خدمات صحية متميزة ذات هدف إنساني نبيل ضمن إقتصاد صحي سليم يعزز من موقع الأردن الريادي في مجال الرعاية الصحية

## الـــقـــيم

**الشراكة**

تعزيز الشراكة بين القطاعات الصحية العاملة في الأردن.

**العدالة**

حصول كافة المواطنين على خدمات صحية متميزة بغض النظر عن القدرة على الدفع.

**التميز**

مؤسسات صحية متميزة تحافظ على موقع الأردن الريادي.

**الفعالية الفنية**

كادر صحي مدرب على أحدث المستجدات العلمية والتقنية.

**الكفاءة المالية**

التخطيط بعناية لتحديد الاحتياجات والاستغلال الأمثل للموارد وتوجيه كافة البرامج للعمل ضمن آلية مشتركة تحد من الإزدواجية وتعزز من قدرة النظام على الاستمرارية.

**الحماية المالية**

حصول كافة المواطنين على الرعاية الصحية تحت مظلة أي نوع من أنواع التأمينات الصحية.

## التحليل الاستراتيجي

يتضمن التحليل الاستراتيجي دراسة البيئة الداخلية والخارجية للقطاع الصحي حيث تم تحليل العناصر الاستراتيجية و تحديد مواطن القوة والضعف في البيئة الداخلية بالإضافة إلى تحليل الفرص والمخاطر في البيئة الخارجية.

**مواطن القوة:**

- بنية تحتية متطورة للمنشآت والأجهزة.
- الرغبة في التميز والتطور.
- برامج الاعتمادية للمؤسسات الصحية.
- كادر طبي متميز على مستوى المنطقة.
- مراكز طبية تعليمية داخل المملكة.

**مواطن الضعف:**

- ضعف في قنوات الاتصال والتنسيق.
- غياب الخطط والبرامج الصحية.
- ندرة برامج تحفيز وتنمية القوى البشرية.
- ضعف مقومات الأمن والسلامة.
- عدم وضوح الأدوار المناطة بمقدمي الخدمة.
- ضعف نظم المعلومات الصحية.
- ازدواجية تقديم الخدمة.

**الفـــرص:**

- الدعم الحكومي.
- المناخ السياسي.
- جائزة الملك عبد الله الثاني للتميز.
- تحسن مستوى الوعي الصحي.
- بنية تحتية قوية وأنظمة اتصالات حديثة.
- نمط حياة جيد.
- مراكز طبية تخصصية داخل المملكة.

**المخـــاطر:**

- النمو السكاني والتحول النمطي للأمراض.
- ارتفاع كلفة الخدمات الطبية.
- النمو المتسارع للتكنولوجيا.
- تسرب الكفاءات الفنية العالية.
- ضعف الثقة لدى المواطنين.
- قصور السياسة المالية في استرداد الكلفة.
- غياب نظام التأمين الصحي الشامل.

## الأهداف الإستراتيجية

- شمول كافة المواطنين بتأمين صحي مناسب.
- ضمان العدالة في الوصول والحصول على الخدمة الصحية بغض النظر عن القدرة على الدفع.
- تقديم رعاية صحية ذات كفاءة وجودة عالية وفق المعايير العالمية.
- زيادة الدعم المالي لخدمات الرعاية الصحية الأولية للمحافظة على المكتسبات وضمان الاستمرارية.
- حوسبة وتوحيد الأنظمة الإدارية والمالية والمعلوماتية لكافة مستويات مقدمي الخدمة.
- تعزيز الشراكة ما بين القطاعات لخلق نظام صحي متميز يستند على التكامل.
- تطوير نظام إسعاف وطوارئ عصري في المملكة.
- تفعيل برامج الصحة الإنجابية بما يتماشى مع كافة الاستراتيجيات المقرة.
- توجيه الدعم للفئات الأكثر عرضة للخطر وخصوصا الفقراء وكبار السن.
- تطوير الأنظمة والمهارات المالية بالإضافة إلى مأسسة الحسابات الصحية الوطنية وإنفاق القطاع العام كمرجعية لرسم السياسات المالية .

## ١ - القطاع العام:

يشمل هذا القطاع وزارة الصحة والخدمات الطبية الملكية والمستشفيات الجامعية الحكومية والمركز الوطني للسكري والغدد الصم والوراثة.

### ١-١ وزارة الصحة:

تعتبر وزارة الصحة الجهة الحكومية المسؤولة عن جميع ما يتعلق بالصحة في المملكة وذلك استنادا لقانون الصحة العامة رقم ٥٤ لعام ٢٠٠٢. لذا 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 والتأهيلية للمواطنين خلال مراحل حياتهم العمرية المختلفة وتوفير البيئة الصحية السليمة لضمان مجتمع صحي معافى.

### ١ - ٢ الخدمات الطبية الملكية:

تقدم الخدمات الطبية الملكية بشكل أساسي خدمات الرعاية الطبية الثانوية والثالثية من خلال ١١ مستشفى موزعة على كافة أنحاء المملكة، كذلك فهي تقدم الخدمات الطبية التخصصية مثل جراحة القلب وجراحة المسالك البولية والأعصاب ومركز الحروق ودائرة الأشعة والطب النووي وطب الغطس والطيران وغيرهم.

يستفيد من الخدمات الطبية الملكية 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 ١,٦ مليون مواطن، يشكل العسكريون وأفراد الأمن العام ١٠% منهم، وتستقبل الخدمات الطبية الملكية حوالي ثلث مجموع مراجعي العيادات في المملكة.

### ١-٣ المستشفيات الجامعية:

يقدم مستشفى الجامعة الأردنية ومستشفى الملك المؤسس عبد الله الجامعي خدمات الرعاية الصحية الثانوية والثالثية. يضم مستشفى الجامعة الأردنية ٥٣١ سريراً تشكل ٤,٨% من مجموع الأسرة في المملكة بينما يعمل مستشفى الملك المؤسس حاليا بطاقة ٤٥٧ سريراً مشكلاً بذلك ٤,١% من مجموع الأسرة في المملكة علماً أن طاقة المستشفى الكلية تبلغ ٦٠٠ سرير.

### ١ - ٤ المركز الوطني للسكري والغدد الصم والوراثة:

يعتبر مؤسسة مستقلة غير ربحية مظلتها المجلس الأعلى للعلوم والتكنولوجيا. أنشئ عام ١٩٩٦ من أجل تقديم العناية الطبية لمرضى السكري والغدد الصم والوراثة في القطاعين العام والخاص بما في ذلك التثقيف الصحي للمرضى وذويهم وكافة المواطنين حول كيفية التعامل مع هذا المرض من أجل التقليل من مضاعفاته أو منع حدوثه. يتم علاج ما لا يقل عن ١٠٠٠ مريض شهرياً وبمعدل ٢١٠٠ زيارة سنوياً. يقوم المركز بإجراء البحوث والدراسات العلمية بالإضافة إلى برامج التعليم الطبي المستمر للاختصاصيين والعاملين. يحتوي المركز على وحدة تغذية متخصصة، وحدة تثقيف صحي ونشاط رياضي متخصصة، مختبر للوراثة ومختبر للأبحاث.

### ٢ - القطاع الخاص:

يقدم القطاع الخاص خدمات الرعاية الصحية الأولية والثانوية والثالثية من خلال المستشفيات والمراكز الطبية والعيادات، هذا ويتميز القطاع الخاص بتقديم الخدمات الصحية المتخصصة والمستندة على أحدث التقنيات الطبية الحديثة مما يشكل رافداً مهماً في عملية تنشيط الاقتصاد الوطني .

## ٣- القطاع الدولي والخيري:

يتألف القطاع الدولي والخيري من وكالة الأمم المتحدة لغوث وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين (الأونروا) ومركز الحسين للسرطان وجمعية الهلال الأحمر الأردني وعدد من الجمعيات الخيرية التي تقدم خدمات الرعاية الصحية الأولية فقط.

### ٣-١ وكالة غوث وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين (الأونروا):

تقدم خدمات الرعاية الصحية الأولية المجانية من خلال ٢٤ عيادة طبية تديرها الوكالة (منها ١٤ داخل المخيمات و ١٠ 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 في مستشفيات القطاع العام والخاص، بالإضافة إلى تنفيذ بعض أنشطة الإصحاح البيئي في مخيمات اللاجئين وبرامج التغذية.

### ٣-٢ مركز الحسين للسرطان :

تم إنشاءه عام ١٩٩٧ كمؤسسة تطوعية خيرية غير حكومية لعلاج مرضى السرطان على مستوى الشرق الأوسط. يهدف المركز إلى زيادة نسبة الشفاء والعمل على الحد من الإصابة بمرض السرطان بالإضافة إلى تدريب الأطباء لنيل شهادة الزمالة في علم الأورام السرطانية وإجراء العديد من الدراسات والأبحاث في مجال السرطانات.

يتسع المركز ل ١٤٨ سرير ويعالج أكثر من ٢٠٠٠ مريض جديد في السنة. يمتاز المركز بوجود برامج زراعة نقي العظم وزراعة الخلايا الجذعية بالإضافة إلى البرامج الأخرى مثل برنامج العناية البيتية وعيادة علاج الألم للأطفال والتأهيل الطبيعي والتغذية والعيادة النفسية والدعم للمجموعات وكذلك برامج الترفيه والتسلية.

جدول رقم (١)
توزيع المستشفيات والأسرة في المملكة حسب القطاعات لعام ٢٠٠٦

| القطاع | عدد المستشفيات | عدد الأسرة | النسبة المئوية للأسرة |
|---|---|---|---|
| وزارة الصحة | ٣٠ | ٤٢٣٥ | % ٣٨,٣ |
| الخدمات الطبية الملكية | ١١ | ٢١١٩ | % ١٩,٢ |
| الجامعة الأردنية | ١ | ٥٣١ | % ٤,٨ |
| الملك المؤسس | ١ | ٤٥٧ | % ٤,١ |
| القطاع الخاص | ٥٨ | ٣٧٠٧ | % ٣٣,٦ |
| **المجموع الكلي** | **١٠١** | **١١٠٤٩** | % ١٠٠ |

المصدر: التقرير الإحصائي السنوي / وزارة الصحة

الباب الثاني

# الأردن - لمحة عامة

# الأردن: لمحة عامة

بلغ عدد سكان الأردن ٥,٧٢٣ مليون نسمة تقريباً لعام ٢٠٠٧، يقطن ٨٢ % منهم في المدن والباقي في الريف والبادية مما يضع الأردن في مصاف الدول عالية التحضر، هذا ويتركز ٣٨% من مجموع السكان في العاصمة عمان. وقد ساهم انخفاض معدلات الوفيات وارتفاع معدلات الإخصاب في ارتفاع معدل نمو السكان البالغ ٢,٢% لعام ٢٠٠٧.

تبلغ المساحة الكلية للمملكة ٨٩,٣٤٢ كم٢، وقد بلغ معدل الكثافة السكانية ٦٤نسمة / كم٢ لعام ٢٠٠٧ في حين بلغت الكثافة السكانية للمملكة عام ١٩٩٤حوالي ٤٧ نسمة / كم٢، كذلك فقد أظهرت الإحصائيات السكانية لعام ٢٠٠٤ أن ٣٧,١% من السكان تحت سن ١٥ سنة، وأن ٥٩,١% منهم بين ١٥ – ٦٤ سنة، بينما بلغ عدد السكان الذين تجاوزت أعمارهم ٦٤ سنة ٣,٨%، هذا ومن المتوقع أن يطرأ تغير على تركيب الهرم السكاني في الأردن خلال السنوات القليلة المقبلة حيث سيصبح معدل نمو السكان الناشطين اقتصادياً في الفئات العمرية (١٥ - ٦٤ سنة) أعلى من معدل النمو للفئات السكانية المعالة (أقل من ١٥ سنة وأكثر من ٦٤ سنة)، أما نسبة السكان في سن العمل فقد قدرت بحوالي ٦٤,٥% لعام ٢٠١٥ بينما قدرت بحوالي ٦٧,٢% لعام ٢٠٢٠ ، مما يعني انخفاض نسبة المعالين لأقل من ٣٥% وذلك حسب المؤشرات الإحصائية للاستراتيجية الوطنية للسكان، وقد تم تسمية هذا التحول الديموغرافي بالهبة الديموغرافية والتي سوف تشكل فرصة ملائمة لقفزة نوعية في النمو الإقتصادي إذا تم استغلالها بالشكل الأمثل.

يبلغ معدل العمر المتوقع للمواطن الأردني عند الولادة ٧٢,٤ سنة للإناث و ٧٠,٦ سنة للذكور ، أي بمعدل عمر يبلغ ٧١,٥ سنة. أما معدل الخصوبة فهو مازال من المعدلات المرتفعة بالرغم من انخفاضه الملحوظ من ٧ عام ١٩٧٦ إلى ٣,٦ عام ٢٠٠٦.

يعاني الأردن من شح في الموارد الطبيعية ولاسيما مشكلة نقص المياه النظيفة والتي تعتبر مشكلة استراتيجية في الأردن والذي يصنف من ضمن دول العالم العشر الأكثر فقراً بالمياه حيث بلغت حصة الفرد من المياه ١٥٦ ليتر / اليوم وهي من أقل النسب على المستوى العالمي.

ومن حيث التطور الاجتماعي والاقتصادي فقد صنفت هيئة الأمم المتحدة للسكان الأردن في المرتبة ٨٦ من بين ١٧٧ بلداً وفقاً لمؤشرات التنمية البشرية. كذلك فهو يعتبر من الدول ذات الدخل المتوسط المتدني حيث بلغت حصة الفرد عام ٢٠٠٦ (١٨٠٥,١) دينار من الناتج المحلي الإجمالي.

يعتمد الأردن نظام التعليم الإلزامي المجاني للمرحلة الأساسية (المكونة من عشر سنوات) حيث بلغ معدل التحاق الطلبة (من كلا الجنسين) بمدارسهم في هذه المرحلة ٩٧%(٩٦% ذكور و٩٧% إناث) للعام الدراسي ٢٠٠٥ ، أما معدل الأمية فقد بلغ ٩,٣% (٥,١% ذكور و ١٣,٧% إناث ) لعام ٢٠٠٦.

يمتاز الأردن بموارده البشرية المؤهلة والمدربة بالرغم من عدم التوازن في العمل بين الجنسين، حيث بلغت نسبة الإناث العاملات ١٣,٧% فقط من مجموع العاملين عام ٢٠٠٤ مع وجود بعض التفاوت في الأجور بين الذكور والإناث، خصوصاً في القطاع الخاص.

وعلى صعيد انتشار التكنولوجيا فقد بينت الدراسات أن ٢١,٢% من الأسر الأردنية تمتلك أجهزة حاسوب شخصي (٦,٣% متصلة بشبكة الإنترنت)، بينما ٩٧,٢% من الأسر تمتلك جهاز تلفاز و ٤٦,٩% منها تمتلك لاقط (ساتلايت) و ٤٧,٤% تمتلك جهاز خلوي، أما نسبةالأسر التي تمتلك هاتف ارضي فقد بلغت ٥٤,٤%.

جدول رقم (٢)
موقع الأردن على خريطة العالم لعام٢٠٠٦

| المؤشر | التصنيف |
|---|---|
| التنمية البشرية | ٨٦ / من أصل ١٧٧ |
| الشفافية | ٣٧ / من أصل ١٥٨ |
| التنافسية العالمية | ٤٤ / من أصل ٦٠ |
| أداء النظام الصحي | ١٠٠ / من أصل ١٩١ |
| جودة البنية التحتية | ٢٣ / من أصل ١٠٢ |
| حماية حقوق الأقليات | ١٩ / من أصل ١٠٢ |
| حماية الملكية الفكرية | ٢٢ / من أصل ١٠٢ |
| الاستقلال القضائي | ٢٣ / من أصل ١٠٢ |

المصدر: تقرير الأمم المتحدة/ ٢٠٠٦

جدول رقم (٣)
المؤشرات السكانية والاقتصادية والاجتماعية في الأردن لعام ٢٠٠٦

| المؤشر | القيمة |
|---|---|
| عدد السكان | ٥,٦٠٠,٠٠٠ |
| معدل النمو (%) | ٢,٢ |
| متوسط حجم الأسرة (فرد) | ٥,٤ |
| معدل العمر المتوقع عند الولادة (سنة): | ٧١,٥ |
| ذكور | ٧٠,٦ |
| إناث | ٧٢,٤ |
| معدل الخصوبة الكلي | ٣,٦ |
| معدل المواليد الخام (لكل ١٠٠٠ من السكان) | ٢٩,٠ |
| معدل الوفيات الخام (لكل ١٠٠٠ من السكان) | ٧,٠ |
| معدل الأمية (%): | ٩,٣ |
| ذكور | ٥,١ |
| إناث | ١٣,٧ |
| تغطية السكان بمياه الشرب (%) | ٩٧,٧ |
| التغطية بشبكة الصرف الصحي (%) | ٦٠,١ |
| التغطية بخدمة جمع النفايات الصلبة (%) | ٧٥ |
| معدل البطالة (%) | ١٤ |
| حصة الفرد من الناتج المحلي الاجمالي (دينار اردني) | ١٨٠٥,١ |

المصدر: التقرير الإحصائي السنوي / وزارة الصحة

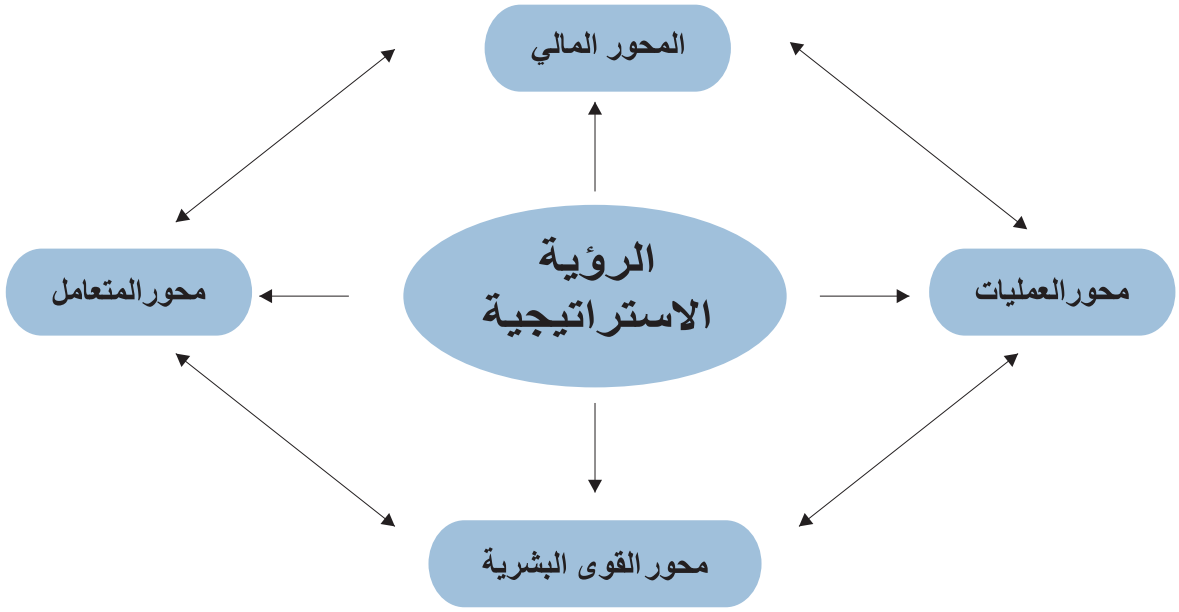
الباب الرابع

# محاور الاستراتيجية

## محاور الاستراتيجية

اعتمدت الإستراتيجية على أربعة محاور رئيسية تشكل في مضمونها كافة مدخلات الرعاية الصحية والتي ستنعكس على أداء القطاع الصحي بشكل شمولي، حيث تم اعتماد **محور القوى البشرية** الذي يعتبر الركيزة الأساسية في تقديم الخدمة، بالإضافة إلى **محور المتعامل** والذي يشكل الهدف الأساسي للنظام، وكذلك **محور العمليات** والذي يتم من خلاله تقييم مرحلة تقديم الخدمة، مع الآخذ بعين الاعتبار **المحور المالي** كداعم رئيسي يساهم في تعزيز قدرة النظام الصحي على الاستمرارية من خلال توجيه الإنفاق والإستغلال الأمثل للموارد المتاحة.

**محاور الإستراتيجية**



## أولاً: محور القوى البشرية

تعتبر القوى البشرية المحرك الرئيسي لتلبية الاحتياجات الصحية للمواطنين بكفاءة وفاعلية مما يتطلب عناية كبيرة في تخطيط وإدارة هذه الموارد من أجل تحقيق العدالة في تقديم الخدمات الصحية وزيادة إنتاجية القطاع الصحي.

يمتاز الأردن بوفرة الكوادر الصحية لمعظم الفئات كما يتضح ذلك من خلال تطور مؤشرات القوى البشرية للأعوام ٢٠٠٢-٢٠٠٦ ( جدول رقم ٤)، حيث ازدادت معدلات هذه الكوادر بشكل ملحوظ بالنسبة لعدد السكان على مدى السنوات الخمس الماضية ، مع الإشارة إلى وجود نقص في فئات معينة مثل أطباء الاختصاص وفئة التمريض القانوني /إناث.

جدول رقم(٤)
مؤشرات تطور معدلات القوى البشرية للأعوام ( ٢٠٠٢- ٢٠٠٦ )

| المؤشر /١٠٠٠٠ نسمة | ٢٠٠٢ | ٢٠٠٣ | ٢٠٠٤ | ٢٠٠٥ | ٢٠٠٦ |
|---|---|---|---|---|---|
| طبيب بشري | ٢٢ | ٢٢,٦ | ٢٢,٤ | ٢٣,٥ | ٢٤,٥ |
| طبيب أسنان | ٤,٥ | ٦,٣ | ٧,٣ | ٧,٦ | ٨,٢ |
| صيدلي | ١١,٢ | ١١,٦ | ١٢,٦ | ١٢,٩ | ١٢ |
| ممرض قانوني | ١٤,٧ | ١٥,٩ | ١٧,٥ | ١٣,١ | ١٧,١ |
| ممرض مشارك | - | ١,٧ | ٣ | ٤,٥ | ٣,٧ |
| ممرض مساعد | ١٠,٨ | ٩,٢ | ٩ | ٩,٢ | ٩,٤ |
| قابلة قانونية | ٢,٦ | ٢,٧ | ٣ | ٢,٦ | ٢,٨ |

المصدر: التقرير الإحصائي السنوي / وزارة الصحة

يعتبر القطاع الخاص مشغلاً رئيسياً للكوادر الصحية حيث بلغت نسبة العاملين في هذا القطاع (٥٨%)، وذلك بسبب وجود مزايا عديدة أهمها العائد المالي حيث ازداد عدد الأطباء البشريين العاملين في هذا القطاع بمقدار ١٠٨٥ طبيب بين عامي ٢٠٠٤- ٢٠٠٦ في حين بلغت الزيادة ٦٣٤ طبيب فقط في القطاع العام لنفس الفترة .

أما فيما يتعلق بالتمريض القانوني فقد سجل تراجعاً في القطاع الخاص حيث لوحظ وجود انخفاض في عدد الممرضين والممرضات القانونيات بمقدار ٦٢٦ بين عامي ٢٠٠٤ – ٢٠٠٦، وتبعا لذلك تراجع معدل ممرض قانوني/ ١٠,٠٠٠ مواطن من ١٧,٥ في عام ٢٠٠٤ إلى ١٧,١ عام ٢٠٠٦(جدول رقم ٤) ، ومن الممكن أن يعزى ذلك إلى الهجرة الكبيرة في فئة التمريض القانوني لوجود عوامل جذب للعمل في الخارج، ويذكر أن هذه القضية تعتبر من أهم القضايا المدرجة ضمن إستراتيجية المجلس التمريضي الأردني.
تتوزع الفئات المختلفة من الكوادر البشرية حسب القطاعات الصحية في المملكة كالآتي:

جدول رقم(٥)
توزيع القوى البشرية حسب القطاعات الصحية في الأردن لعام ٢٠٠٦

| القطاع الصحي / المهنة | وزارة الصحة | الخدمات الطبية الملكية | الجامعات الرسمية | | القطاع الخاص | وكالة الغوث | المجموع العام |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | م. الملك عبد الله المؤسس | مستشفى الجامعة الأردنية | | | |
| طبيب بشري | ٣٥٩٠ | ١١٥٠ | ٣٣١ | ٣٣٨ | ٨٢٢٥ | ٩٣ | ١٣٧٢٧ |
| طبيب أسنان | ٥٤٩ | ٢٠٧ | ٠ | ٤٣ | ٣٧٧٠ | ٢٨ | ٤٥٩٧ |
| صيدلي | ٢٦٣ | ١٥٢ | ٢٠ | ٢٨ | ٦٢٥٧ | ٢ | ٦٧٢٢ |
| ممرض قانوني | ٢٤٦٩ | ١٢١٩ | ٤١٣ | ٤١٦ | ٥٠١٩ | ٤٢ | ٩٥٧٨ |
| ممرض مشارك | ٦٧٠ | ١٣٦٨ | ٠ | ٥٣ | - | ٠ | ٢٠٩١ |
| ممرض مساعد | ٣٩٠٦ | ٤٤٦ | ٩١ | ١٤٩ | ٥٣٩ | ١٦٠ | ٥٢٩١ |
| قابلة قانونية | ١٠٧٤ | ٨٥ | ١٦ | ٠ | ٣٨٦ | ٣٤ | ١٥٩٥ |

المصدر: التقرير الإحصائي السنوي / وزارة الصحة

يشكل تسرب الكفاءات الفنية أحد أهم التحديات الرئيسية للقطاع الصحي بشكل عام مما يستوجب ضرورة اعتماد آليات معينة تساهم في تحفيز الكوادر الصحية وتحقيق الأمن الوظيفي كما وتساهم في الاحتفاظ بالكوادر الصحية المؤهلة بالإضافة إلى إحلال واستقطاب الكفاءات الجديدة.

ولابد من التوضيح أنه ولتحقيق أهداف الأجندة الوطنية المتمثلة برفع معدل طبيب / ١٠,٠٠٠ نسمة إلى ٢٧,٩ بحلول عام ٢٠١٢ فإن الأردن بحاجة إلى ٤٦٥٠ طبيب زيادة عما هو موجود في عام ٢٠٠٦، وإذا أخذنا بعين الاعتبار أن عدد الأطباء المتوقع تخرجهم من كليات الطب الأردنية ومن الخارج يقدر بحوالي ٢٤٠٠ طبيب، فإن هذا يعني أن المملكة سوف تشهد عجزاً في عدد الأطباء البشريين يقدر بحوالي ٢٢٥٠ طبيب بحلول عام ٢٠١٢.

## ١٠ التعليم والتدريب:

أولت وزارة الصحة اهتماماً بتدريب وتأهيل الكوادر العاملة في مؤسساتها، حيث قامت بتخصيص نسبة محددة من موازنتها لغايات التدريب الداخلي والخارجي، بالإضافة إلى البرامج المشتركة مع منظمة الصحة العالمية والوكالة الأمريكية للإنماء الدولي والمؤسسات الدولية الأخرى ، وتبرز الحاجة إلى ضرورة زيادة الموارد المالية المخصصة لتلبية الاحتياجات التدريبية المختلفة، بالإضافة إلى أهمية مأسسة التعليم والتدريب لضمان العدالة والإستمرارية.

الخدمات الطبية الملكية من جهتها أنشأت نظاماً فعالاً لتأهيل كوادرها يعتمد على إتاحة فرص متكافئة للموظفين وخاصة المهنيين من خلال جهد مخطط و منظم يهدف الى تطوير قدرات الأفراد وإكسابهم المهارات وتحسين اتجاهاتهم في العمل بشكل يساهم في تعزيز الأداء المؤسسي ، حيث قامت بمأسسة التعليم والتدريب لديها وخصصت الموازنات اللازمة لذلك. وتقوم بشكل دوري بعقد دورات تدريبية داخلية وخارجية بالإضافة إلى مؤتمرات يشارك بها ذوي الخبرة والإختصاص على المستويين المحلي والدولي.

تعد برامج القطاع الخاص محدودة في هذا المجال حيث تتم مراجعتها وتعزيزها حالياً في ظل تحديات المرحلة القادمة والمتمثلة بالحصول على الإعتمادية ورفع كفاءة الخدمة المقدمة.

يعتبر المجلس الطبي الأردني المرجعية الأساسية للتعليم الطبي المستمر ويقع على عاتقه وضع أسس برامج الإقامات المختلفة، بالإضافة إلى عقد الامتحانات لغايات منح شهادات الإختصاص،كما ويقوم بتحديد الاحتياجات المستقبلية من الإختصاصات الطبية المختلفة بهدف توجيه برامجالإقامات وتعزيزها لضمان زيادة عدد الملتحقين. هذا وقد قام المجلس الطبي بتعديل التعليمات الخاصة بالتعليم الطبي المستمر لضمان ترسيخ المعلومات الأساسية لدى الأطباء في كافة مجالات الاختصاص وتنشيطها ورفع مستوى الأداء الطبي والتأكد من متابعة الأطباء لآخر المستجدات العلمية حسب تخصصاتهم، وكذلك التوعية بالمشاكل الصحية على المستوى الوطني مثل تعليمات ضرورة حصول الأطباء على ١٠٠ نقطة كل خمس سنوات من أجل إستيفاء متطلبات التعليم المستمر.

تساهم النقابات المهنية بشكل فعال بتنفيذ وعقد نشاطات وورشات علمية، بالإضافة إلى عقد المؤتمرات الطبية بمشاركة الأعضاء من ذوي الخبرة والإختصاص من كافة دول العالم ، كما وتدعم النقابات النشاطات الذاتية التي يقوم بها الأعضاء بما في ذلك المؤلفات المنشورة أو المقبولة للنشر ، بالإضافة إلى مشاركة الأعضاء في البرامج العلمية على المستويين المحلي والدولي .

تقوم المستشفيات الجامعية بدور كبير في بناء قدرات وتلبية احتياجات المملكة من أطباء الإختصاص من خلال برامج الإقامة المتوفرة لديها بالإضافة إلى مساهمتها فى التعليم الطبي المستمر سواء كان ذلك عن طريق عقد مؤتمرات طبية ونشاطات علمية أو مساهمة ذوي الإختصاص في الأنشطة العلمية المختلفة.

## ٢-إدارة الموارد البشرية:

يعمل نظام الخدمة المدنية على وضع الأطر العامة لغايات تعيين ودفع أجور موظفي وزارة الصحة، إلا أن هناك عدة مؤشرات تبين أن نظام الرواتب المطبق حالياً قد يؤدي إلى تدني مستوى الأداء والشعور بعدم الرضا وتدني الإنتاجية بل وتسرب الموظفين للعمل في القطاع الخاص أو خارج المملكة على الرغم من توفر بعض الامتيازات لدى العاملين في الوزارة مثل الإجازات بدون راتب والبعثات ، حيث بينت إحدى الدراسات التي أجريت عام ٢٠٠٤ أن رواتب الأطباء في القطاع العام (وزارة الصحة) أقل من رواتب نظرائهم في القطاع الخاص أو المؤسسات الصحية الأخرى بنسب متفاوتة حسب التخصص. كما بينت الدراسة أن تدني الرواتب بالإضافة إلى غياب أنظمة التحفيز كان من أهم أسباب هجرة الكوادر من وزارة الصحة، وتجدر الإشارة هنا إلى أن نظام الحوافز المعمول به حالياً في وزارة الصحة يتصف باعتماده بشكل أساسي على عدد سنوات الخدمة ولا يرتبط بالأداء الفعلي، الأمر الذي لا يشجع الكوادر على زيادة مجهودها للحصول على أكبر قدر من الحوافز المادية، لذا فمن الضروري ربط أنظمة الحوافز المختلفة سواء المعنوية منها أو المادية بمؤشرات الأداء مما يساهم بإيجاد دافع عمل يؤدي لتحسين إنتاجية وجودة الخدمات الصحية المقدمة.

يلاحظ وجود قصور في تطوير و/أو تطبيق استراتيجيات القوى البشرية على المستوى المؤسسي بالإضافة إلى عدم وجود خطة شاملة على المستوى الوطني في هذا المجال، كما ويلاحظ وجود خلل فيما يتعلق بإدارة الموارد البشرية مثل العمل بمبدأ المركزية وعدم تفويض الصلاحيات ، كذلك عدم وجود وصف وظيفي معتمد وعدم اتباع منهجية واضحة لتقييم الأداء وسوء توزيع الكوادر الصحية، أما فيما يتعلق بالتطوير الفردي فهناك ضرورة لزيادة الإنفاق على تنمية القوى البشرية. و في هذا الصدد وللنهوض بالقطاع الصحي ورفع كفاءة العاملين به يقوم حالياً المجلس الصحي العالي وبالتعاون مع وزارة الصحة ومنظمة الصحة العالمية بتطوير خطة وطنية لإدارة الموارد البشرية.

تبرز الحاجة إلى ضرورة إيجاد نظام معلوماتي شامل يعنى بأمور الكوادر البشرية على المستوى الوطني يتم تحديثه دورياً، علماً بأن المجلس الصحي العالي وبالتعاون مع وزارة الصحة ومنظمة الصحة العالمية بصدد إنشاء مرصد وطني للموارد البشرية العاملة في القطاع الصحي بهدف توفير المعلومات اللازمة من أجل صنع القرارات المستندة على البراهين وتبادل المعلومات الخاصة بالكوادر البشرية على الصعيد المحلي والإقليمي من خلال شبكة إتصالات بالإضافة إلى إجراء وتجميع الأبحاث والدراسات الخاصة بالقوى البشرية.

## التحديات التي تواجه محور القوى البشرية

- قصور الخطط التدريبية الخاصة بالقوى البشرية .
- عدم وجود وصف وظيفي معتمد للقوى البشرية.
- ضعف الاستثمار في مجال إدارة تنمية القوى البشرية الصحية.
- المركزية في إدارة الخدمات الصحية.
- صعوبة استقطاب الكفاءات الجديدة وتسرب الكفاءات الفنية المؤهلة
- عدم وجود مسار وظيفي واضح لمعظم المهن في وزارة الصحة.
- سوء توزيع القوى البشرية.

## الأهداف الخاصة بمحور القوى البشرية

- اعتماد وصف وظيفي لكافة المهن الصحية.
- تعديل الأنظمة المالية والإدارية والعمل بموجب مبدأ تفويض الصلاحيات.
- تطوير آليات لاستقطاب الكفاءات الفنية والحفاظ عليها.
- المساهمة في وضع إستراتيجية تعليمية لدراسة العلوم الصحية والطبية بما يلبي إحتياجات سوق العمل.
- ربط نظام الحوافز بمؤشرات الأداء.
- إنشاء مرصد وطني للقوى البشرية.
- العدالة في توزيع القوى البشرية الصحية.
- تطوير مسار وظيفي واضح للكوادر الصحية العاملة في القطاع العام.
- مأسسة عملية التعليم المستمر ليصبح إلزاميا ومعتمدا لغايات التقييم.

## ثانياً: محور العمليات

يشمل هذا المحور العمليات التي من شأنها تحسين خدمات الرعاية الصحية الأولية والثانوية/ الثالثية بما في ذلك خدمات الإسعاف والطوارئ اعتماداً على مبدأ الشراكة الاستراتيجية بين القطاعات الصحية المختلفة بهدف توزيع الأدوار لتحقيق التكامل والحد من الازدواجية .

### ١- الرعاية الصحية الأولية:

تدار خدمات الرعاية الصحية الأولية من خلال شبكة واسعة من مراكز الرعاية الصحية الأولية التابعة لوزارة الصحة (٥٨ مركز صحي شامل، ٣٧٠ مركز صحي أولي و ٢٤٣ مركز صحي فرعي ) التي تقدم خدمات الطب العام والخدمات السنية وخدمات صحة المرأة والطفل (٤٠٦ مركز لصحة المرأة والطفل، ٢٧٤ عيادة أسنان) كما تشارك الخدمات الطبية الملكية في تقديم خدمات الرعاية الصحية الأولية من خلال عياداتها الميدانية والمراكز الصحية الشاملة الريادية التي بدأت مؤخراً بانشاءها في مختلف مناطق المملكة (٣٣ مركز صحي). كذلك يتم تقديم خدمات الرعاية الصحية الأولية من خلال وكالة غوث وتشغيل اللاجئين (٢٤ عيادة طبية) وكذلك جمعية تنظيم وحماية الأسرة ( ١٩ عيادة ثابتة موزعة في مختلف مناطق المملكة)، هذا بالإضافة إلى مساهمة القطاع الخاص في هذا المجال من خلال المئات من المراكز الطبية والعيادات.

تتميز الخدمات الصحية بسهولة الوصول والحصول على الخدمة، فقد بينت الإحصائيات أن هناك ١,٢ مركز صحي لكل ١٠,٠٠٠ مواطن وأن معدل الوقت اللازم للوصول إلى الخدمة الصحية هو ٣٠ دقيقة.

تستند خدمات الرعاية الصحية الأولية على مفهوم الرعاية الصحية الشاملة حيث يتم تقديم الخدمات الأساسية مثل التثقيف الصحي، الصحة الإنجابية، سلامة المياه، الرقابة على الغذاء ، الإصحاح البيئي، الكشف المبكر عن الأمراض، الصحة المدرسية، الصحة المهنية، مكافحة الأمراض السارية، الصحة السنية، رعاية ذوي الاحتياجات الخاصة ، الوقاية من الحوادث والإدمان ومكافحة التدخين وغيرها بالإضافة إلى تقديم الخدمات التي تركز على تعزيز أنماط الحياة الصحية السليمة وتجنب عوامل الخطورة .

## ١-١ الصحة الإنجابية:

يسير الأردن بخطى واضحة نحو تحقيق الهدف الرابع من الأهداف الألفية والمتعلق بخفض نسبة وفيات الأطفال تحت سن الخامسة من العمر بمقدار الثلثين خلال الفترة ١٩٩٠ - ٢٠١٥ لتصل إلى ١٣/١٠٠٠ ونسبة وفيات الرضع لتصل إلى ١١,٣/١٠٠٠، علماً أن معدل وفيات الأطفال الرضع في الأردن قد انخفض من ٣٤/ ١٠٠٠ مولود حي عام ١٩٩٠ إلى ٢٢ عام ٢٠٠٢ الى ٢٠ في عام ٢٠٠٧، ومن أجل تخطي صعوبة تحقيق هذا الهدف يجب التركيز على فترة الأربعة أسابيع الأولى من عمر الطفل والتي تحدث خلالها ٧٠% من وفيات الأطفال وذلك من خلال دعم خدمات صحة المرأة والطفل (خدمات رعاية الحامل، خدمات الولادة وما بعد الولادة) خاصة في المناطق الفقيرة والمهمشة علماً بأن جميع هذه الخدمات تقدم بشكل مجاني بالإضافة إلى شمول كافة الأطفال تحت سن السادسة بنظام التأمين الصحي المدني.

تشير الإحصائيات إلى أنه تم تغطية أكثر من ٩٤% من الأطفال بكافة أنواع المطاعيم في حين أن نسبة التغطية بمطعوم الحصبة فقط والذي يعتبر أحد المؤشرات المعتمدة لقياس الأهداف الألفية قد بلغت ١٠٠% لعام ٢٠٠٦.

تعتبر الأمراض التنفسية المسبب الأول للمراضه بين الأطفال يليها الإسهالات والتهاب الكبد الوبائي ، وعليه تبرز الحاجة إلى ضرورة التوسع في تدريب الكوادر حول كيفية التعامل مع أمراض الطفولة من أجل تحسين وتعزيز قدرة النظام الصحي على تقديم خدمات ذات جودة عالية وبمنهجية متكاملة خلال المراحل العمرية المختلفة للطفل.

بلغ معدل وفيات الأمهات في الأردن ١٠٠٠٠٠/٤١ مولود حي ، وبالرغم من أن هذا المعدل يبدو مقبولاً مقارنة مع مؤشرات الدول النامية، ومن أجل تلبية الحاجة الملحة لتحديث الدراسات المتعلقة بمراضة ووفيات الأمهات خصوصاً وأن الهدف الخامس من الأهداف الإنمائية للألفية أشار إلى ضرورة خفض معدل وفيات الأمومة بمقدار ثلاثة أرباع بين عامي ١٩٩٠- ٢٠١٥، فقد باشر المجلس الأعلى للسكان بإجراء دراستين وطنيتين حول مراضة ووفيات الأمهات في الأردن.

تقدم خدمات الصحة الإنجابية في كافة مراكز صحة المرأة والطفل التابعة لوزارة الصحة بالإضافة إلى المراكز والعيادات التابعة للقطاعين الخاص والأهلي مثل جمعية تنظيم وحماية الأسرة والأونروا ومؤسسة نور الحسين.

بينت الدراسات أن ٩٩% من الحوامل تلقين الرعاية الصحية لمرة واحدة على الأقل وأن ٩١ % منهن تلقينها لأربعة مرات فأكثر، كما تبين أن مراضة الأمهات خلال فترة الحمل هي السبب الرئيسي الثاني في إدخال النساء إلى المستشفيات.

تبلغ نسبة الولادات في المستشفيات٩٧ % (٦٢,٩ % تتم من قبل أطباء و٣٦,٦ % من قبل ممرضات وقابلات قانونيات). ومع ذلك فإن الإقبال على خدمات رعاية ما بعد الولادة ما زال متدنياً (٤٤% من النساء يراجعن خدمات ما بعد الولادة)، وفي هذا المجال فإنه يتوجب على القائمين على خدمات صحة المرأة والطفل بذل الجهود الكافية لرفع هذه النسبة إلى ٥٠% عام ٢٠١٢ حسبما تم تحديده في الأجندة الوطنية.

أظهر مسح السكان و الصحة الأسرية لعام ٢٠٠٢ أن نسبة الإصابة بفقر الدم بين النساء في سن الإنجاب ٢٦,٣% (٢٠,٢% منها خفيفة و٥,٨% متوسطة و٠,٣ % شديدة) فبينما بلغت النسبة ٢٥,٦ في المناطق الحضرية، ارتفعت إلى٢٨,٧ % في المناطق الريفية.

على الرغم من تبني الحكومة سياسة إلزامية لإجراء فحوصات ما قبل الزواج ( بلغت النسبة ٦ % فقط عام ٢٠٠٢ عندما كانت هذه الفحوصات تجرى بشكل اختياري)، فهناك حاجة لتعزيز برامج تقديم المشورة وإجراء الفحوصات لتشمل الكشف عن الأمراض الوراثية والأمراض المنقولة جنسياً إلى جانب الكشف عن مرض الثلاسيميا.

على الرغم من الانخفاض المستمر في معدل الخصوبة الكلي خلال العقدين الماضيين ليصل إلى ٣,٦ حسب مسح السكان والصحة الأسرية لعام ٢٠٠٧ ، إلا أنه يعتبر من المعدلات المرتفعة حسب المقاييس العالمية مقارنة بالدول المجاورة، هذا وتهدف الاستراتيجية الوطنية للسكان إلى خفض هذه النسبة لتصل إلى ٢,١ بحلول عام ٢٠٢٠، وحسب نفس المسح فقد بلغ معدل استخدام وسائل تنظيم الأسرة ٥٧% ( منها ٤٢ % للوسائل الحديثة و ١٥% منها للوسائل التقليدية)، هذا وقد شهد هذا المعدل تباطؤاً خلال السنوات الماضية وخاصة بالنسبة لاستخدام الوسائل الحديثة.

يكمن التحدي الرئيسي في مجال الصحة الإنجابية في تدني معدل استخدام خدمات النفاس ، ضعف تطبيق بروتوكولات ومعايير تقديم الخدمات المختلفة لدى مقدمي الخدمة، كذلك نقص المعلومات الكافية عن مراضة الأمهات والدراسات الحديثة عن معدلات وفيات الأطفال والأمهات وغياب السياسات والبرامج المحددة الموجهة للنساء في سن الأمل وللرجال في مجال الصحة الإنجابية وارتفاع معدل الخصوبة الكلي والتباطؤ في معدل استخدام وسائل تنظيم الأسرة وخاصة الحديث منها. هذا ويعتبر استحداث مديرية صحة المرأة والطفل خير دليل على إيلاء الوزارة المزيد من الاهتمام بتوسيع خدمات الصحة الإنجابية لتشمل كافة جوانب صحة المرأة في مراحل عمرها المختلفة.

أدركت وزارة الصحة أهمية مشكلة العنف الموجه ضد الغير وبالذات العنف الأسري الموجه ضد المرأة والطفل والذي يعتبر أحد أولويات الصحة العامة محلياً وعالمياً ، وذلك لخصوصية هذا النوع من العنف كونه يقع داخل منظومة الأسرة. من أجل ذلك قامت الوزارة مؤخراً بإنشاء قسم الحماية من العنف في مديرية صحة المرأة والطفل أنيطت به جميع المهام المتعلقة بالرقابة وكيفية التعامل مع حالات العنف الأسري من خلال خدمات الرعاية الصحية الأولية على مستوى المملكة، هذا ويعتبر المركز الوطني للطب الشرعي الجهة المتخصصة في رصد الإصابات وتقييمها وتقديم الإحصاءات والدراسات حول هذا الموضوع جنباً إلى جنب مع دوره التثقيفي والتعليمي لمختلف قطاعات مقدمي الخدمة الصحية. وبالرغم من هذه الخطوات الكبيرة التي خطاها الأردن في هذا المجال، إلا أن هناك حاجة إلى تكثيف الجهود في مجال رصد مؤشرات العنف وتوثيقها ووضع الحلول اللازمة والخروج بتوصيات للوصول إلى برنامج شامل ومتكامل لمواجهة العنف بدءاً بأساليب منع حدوثه والوقاية منه، مروراً بالاستجابة المباشرة له ،وانتهاءً بمتابعة وعلاج عواقبه مستعينين بجهود الخبراء من مختلف القطاعات الحكومية والمنظمات غير الحكومية ضمن إطار تشاركي تتوزع فيه الأدوار والمسؤوليات.

## ٢٠١ صحة الشباب:

على الرغم من عدم توفر المعلومات الوافرة حول صحة المراهقين في الأردن إلا أنه تم إجراء بعض الدراسات الخاصة بهذه الفئة لتحديد تطلعاتهم ووجهات نظرهم حول صحتهم وكيفية المحافظة عليها.

ركزت الاستراتيجية الوطنية للشباب والتي أعدت من قبل المجلس الأعلى للشباب على أهمية تنفيذ البرامج المتعلقة بصحة الشباب وخاصة التثقيفية منها، كما يقوم المجلس الأعلى للسكان في الوقت الحالي وبالتعاون مع الجهات المعنية ومن ضمنها المجلس الصحي العالي بإيلاء المزيد من الاهتمام ورفع الوعي لدى هذه الفئة العمرية حول مفاهيم الصحة الإنجابية وذلك من خلال خطة العمل الوطنية للصحة الإنجابية.

## ١-٣ صحة كبار السن :

إن انخفاض معدل الوفيات الخام وارتفاع العمر المتوقع عند الولادة إلى ( ٧١,٥ سنة) أدى إلى زيادة عدد السكان من فئة كبار السن ممن هم فوق الستين إلى (٥,٢%) في عام ٢٠٠٥ ، ومن المتوقع أن يصل إلى (٧,٦%) في عام ٢٠٢٠ .

وجد أن عدد الرجال من فئة كبار السن تجاوز قليلاً عدد النساء(٤٨,٧%)، وأن حوالي ٧٨,٣% من كبار السن يقيمون في المدن،أما نسبة الأمية بينهم فقد بلغت ٥١,٣% في حين بلغت نسبة العاملين من كبار السن١٠,٧%. هذا وقد تبين أن أكثر من نصف الأشخاص (٥٦,٩%) مشمولين بنوع من أنواع التأمينات الصحية وأن أكثر أنواع التأمينات الصحية شيوعاً لديهم هو التأمين العسكري، وتجدر الإشارة هنا إلى أنه قد تم في عام ٢٠٠٦ شمول فئة كبار السن بنظام التأمين الصحي المدني.

من التحديات التي تشكل عبئاً لدى فئة كبار السن العوز المالي حيث ذكر(٧٨,٥%) من كبار السن أنهم غير قادرين على العمل بسبب العجز علماً أن (٦٨,٦ %) منهم يصنفون على أنهم أرباب أسر أي معيلين لأسرهم إضافة إلى أن تحصيلهم العلمي المتدني لا يؤمن لهم عمل ضمن أجر معقول مما يؤدي إلى تفاقم مشكلة سوء الوضع المالي لديهم.

تعتبر نسبة الإعاقة بين كبار السن عالية (٢,٨%) مقارنة بنسبتها بين مجموع السكان الكلي (١,٢%) ، كما تبين أن الرجال يعانون من إعاقات متعددة بنسب أكبر من النساء. بصورة عامة فإن الإعاقات الحركية هي الأكثر تكراراً بين كبار السن بغض النظر عن الجنس.

وجد أن حوالي (٨٦%) من فئة كبار السن يعانون من أمراض مزمنة مثل ارتفاع ضغط الدم (٥٣%) والسكري (٢٥%) وأمراض القلب (١٣%) والربو (١٠%) ، وهنا تبرز أهمية دور الوقاية والتعامل السليم مع هذه الأمراض خاصة وأن مضاعفات الأمراض المزمنة كانت سبباً في حدوث إعاقات عند حوالي ( ٧,٤%) من فئة كبار السن آخذين بعين الاعتبار أن الجزء البسيط من الإنفاق (١٨,٩%) يذهب إلى الخدمات الصحية الوقائية بالرغم من أهميتها في تقليل حدوث الأمراض المزمنة والمضاعفات الناتجة عنها.

ومن أجل الحفاظ على مستوى لائق من نوعية الحياة لفئة كبار السن فقد بادر المجلس الوطني لشؤون الأسرة وبالتعاون مع كافة المؤسسات الحكومية وغير الحكومية المعنية ومن ضمنها الأمانة العامة للمجلس الصحي العالي بوضع استراتيجية لهذه الفئة للأعوام ٢٠٠٩-٢٠١٣.

## ٤-١ الأمراض غير السارية:

بالرغم من وجود ضعف في عملية تصنيف الوفيات حسب سببها، فإن تحليل الاتجاه الحالي للوفيات يشير إلى أن أمراض القلب تشكل السبب الرئيسي للوفيات (٣٨% من مجمل الوفيات)، أما أمراض السرطان فتأتي في المرتبة الثانية وتشكل ما نسبته ١٤% من مجمل الوفيات في حين تشكل الحوادث ما نسبته ١١% من الوفيات.

بلغ معدل حدوث المرض الكلي بين الأردنيين ٦٤,٤ لكل ١٠٠,٠٠٠ من السكان (٦٣,١ ذكور ٦٥,٧ إناث) صاحبه ارتفاعاً ملحوظاً في معدل حدوث الأمراض غير السارية وبالأخص أمراض القلب والسرطان والسكري.

استناداً إلى آخر مسح أجري عام ٢٠٠٧ تبين أن عوامل الإختطار بين فئة الشباب ١٨ سنة فما فوق تعتبر مرتفعة، حيث تبين أن معدل انتشار مرض توتر الضغط الشرياني ٢٥,٦ % ، بينما بلغت نسبة الذين يعانون من ارتفاع مستوى الكوليسترول الكلي ٣٦% في حين وجد أن ١٦% من المواطنين يعانون من مرض السكري ( ٢٣,٨% من السكان يعانون من مرض السكري الكامن)، هذا ومن الجدير بالذكر أن التكلفة التقديرية لعلاج عوامل الاختطار آنفة الذكر(السكري وارتفاع ضغط الدم وارتفاع الكوليسترول في الدم) قد بلغت ٦٥٤ مليون دينار أردني لعام ٢٠٠٤.

تشكل البدانة مشكلة صحية واضحة حيث وجد أن معدل انتشار زيادة الوزن بلغ ٣٠,٥%، ومعدل االبدانة وصل إلى ٣٥,٩% (٢٧,٨% ذكور و ٤٢,٩% إناث).

يجدر التنويه إلى أن التدخين يعتبر مشكلة رئيسية في الأردن حيث بلغ معدل انتشار عادة التدخين ٢٩% (٤٩,٦% بين الذكور و٥,٧% بين الإناث)، كذلك فقد أثبتت المسوحات أن هناك ما نسبته ٩,٣% يدخنون النارجيلة والتي تعتبر من العادات المقبولة شعبياً بغض النظر عن الجنس على الرغم من خطورتها على الصحة، كذلك فقد بينت الدراسة أن ٩,٣% من المدخنين كانوا قد بدأوا التدخين في سن مبكرة (١٠-١٤ سنة) في حين بدأ ٤٧,٩% منهم التدخين في سن١٥-١٨عاماً.

فيما يتعلق بأمراض السرطان وحسب السجل الوطني للسرطان فقد تم تسجيل ٤٧٨٠ حالة عام ٢٠٠٥ منها ٣٦٧٨ اردنيي الجنسية بنسبة ٧٦,٩ % و ١١٠٢ بين غير الاردنيين بنسبة ٢٣,١% من مجموع الحالات. يعتبر سرطان الثدي أكثر أنواع السرطانات شيوعاً بين الإناث (٣٦,٢%) بينما يحتل سرطان الدم المرتبة الأولى للسرطانات بين الذكور (١٢,٤ % ). اما سرطانات الأطفال للأعمار أصغر من ١٥ سنة فقد بلغت ٢٣١ حالة وشكلت ما نسبته ٦,٣ % من مجموع كافة السرطانات ، هذا و قد احتل سرطان الدم المرتبة الأولى بين هذه السرطانات (٤٧,٢ %) .

## ١-٥ الأمراض السارية:

تمت السيطرة على معظم الأمراض السارية بشكل جيد وفعال في الأردن إلا أن الإسهالات وأمراض الجهاز التنفسي والتهاب الكبد ما زالت تشكل أمراض رئيسية يتم التبليغ عنها من قبل المراكز الصحية بشكل دوري. أما فيما يتعلق بالأمراض التي يمكن الوقاية منها بواسطة التطعيم فقد شهد الأردن انخفاضاً ملحوظاً خلال العشرين سنة الماضية في نسبة الإصابة بهذه الأمراض حيث لم يتم تسجيل أية حالات جديدة للدفتيريا أو شلل الأطفال في حين تم تسجيل حالات محدودة من السعال الديكي والكزاز وذلك بسبب ارتفاع معدلات التغطية بالمطاعيم ضد هذه الأمراض ( بلغت نسبة التغطية بالمطاعيم ٩٧% لشلل الأطفال والثلاثي).

## ١-٦ متلازمة نقص المناعة المكتسبة (الايدز):

يعتبر الأردن من الدول ذات معدل الانتشار المتدني لمتلازمة نقص المناعة فمنذ عام ١٩٨٦ ولغاية عام ٢٠٠٥ بلغ مجمل الحالات المكتشفة ٤٢٢ حالة، وقد تم تسجيل ٦٦ حالة ايدز جديدة (بين مصاب وحامل) لعام ٢٠٠٦. يعتبر الاتصال الجنسي المسبب الرئيسي لما نسبته ٥٧,٣% من الحالات، يتبعه نقل الدم ومكوناته في ١٩% من الحالات أما باقي الحالات فتصنف بأنها غير معروفة المسبب.

حدثت الإصابة بهذا المرض في ٧٢% من الحالات المسجلة خارج الأردن لغاية ٢٠٠١، وقد شكلت الإناث ما نسبته ٣٠% من مجموع الحالات.

هناك حاجة لتعزيز دور المجتمع المحلي والمؤسسات الخيرية غير الربحية في هذا المجال علماً أن هناك لاعبين جدد بدأوا بأخذ أدوارهم والتوجه إلى الفئات الأكثر عرضة لخطر الإصابة، وتجدر الإشارة هنا إلى إبراز أهمية الدور الذي تلعبه جمعية تنظيم الأسرة والهلال الأحمر الأردني في هذا المضمار.

فيما يخص مستوى المعرفة عن الايدز فإنه ما زال متدنياً في الأردن فعلى الرغم من سماع ٩٧% من فئة الشباب عن المرض، إلا أن ١٠% منهم فقط استطاعوا تسمية اثنين من أعراضه. كما وبرزت وصمة العار والتمييز تجاه المرض لدى كافة المستويات حيث أفادت ٢٧% من الإناث غير المتزوجات عن عدم استعدادهن للعناية بمريض نقص المناعة من الأقرباء بينما أفاد ٦٤% من فئة الشباب بضرورة عزل المريض عن المجتمع.

تم إعداد استراتيجية وطنية للإيدز تتضمن تحديد الأهداف الرئيسية والبرامج اللازمة لتحقيق هذه الأهداف بمشاركة كافة القطاعات المعنية، ومن الجدير بالذكر إبراز الدور الهام لوزارة التربية والتعليم في رفع التوعية لدى طلاب المدارس حول الايدز من خلال إدراجه ضمن المناهج المدرسية.

## ٢- الرعايـة الصحيــة الثانويــة والثالثيــة:

يستند مفهوم خدمات الرعاية الصحية الثانوية والثالثية على تقديم خدمات علاجية تخصصيـة ذات كفاءة عالية ومتميزة ضمن معايير عالميـة، هذا وتشارك كافة القطاعات الصحـية في تقديم هذه الخدمة مع وجود تفاوت في نوع وكم الخدمة المقدمة.

تقدم وزارة الصحـة خدمات الرعاية الصحية الثانوية من خلال ٣٠ مستشفى منتشرة في مختلف محافظات المملكة يبلغ مجموع أسرتها ٤٢٣٥ سرير(٣٨,٣ % مـن مجموع الأسـرة الكلي في المملكة والبالغـة ١١٠٤٩ سرير).

أمـا فيما يتعلق بالخدمات الطبية الملكيـة فإنها تقدم خدماتها من خلال ١١ مستشفى يبلغ مجموع أسرتها ٢١١٩ سرير(بنسبة ١٩% من مجموع الأسـرة الكلـي). كما تقوم الخدمات الطبية حاليا بتغطية المناطق النائية في المملكة من خلال مستشفيات ميدانية متحركة.

هذا وتسـاهم المؤسسـات التعليميـة في تقديم خدماتها العلاجيـة الثانوية والثالثيـة من خلال مستشـفى الجامعة الأردنيـة والذي يبلـغ مجموع أسـرته ٥٣١ سـرير ( بنسبـة ٤,٨% من مجموع الأسرة) وكذلك مستشفى الملـك المؤسس عبد الله الجامعي ٤٥٧ سرير( بنسبـته ٤,١ % مـن مجموع الأسرة الكلي في المملكـة). هذا وتجدر الإشارة إلى أن مستشـفى الجامعة الأردنية قـد قـام بتوطين المركز الوطني لمعلومات الأدوية والسموم في قسم الطوارئ بهدف تقصي نسبة ونمط التسممات المنتشرة في الأردن وتقديم استشـارات طبـية وتشـخيصية ومخبـرية متخصصة في مجال السموم لكافة القطاعات الصحية ، وتزويد المملكة بالترياقات اللازمة والكافية وبالتالي خفض نسبة المضاعفات والوفيات الناتجة عن التسمم. وفي هذا الخصوص تم إنشاء قاعدة بيانات طبية سريرية تحتوي على معلومات شاملة عن جميع المواد السامة الموجودة في الأردن، كما تم استحداث مكتبة علمية متطورة، والاستعانة بعدد من المستشـارين لتغطية كافة الاختصاصات الطبية، بالإضافة إلى القيام بحملات توعية للمواطنين ومقدمي الخدمات بهدف رفع درجة الوعي الصحي لدى المواطنين عن مخاطر المواد السامة وضمان اتباع إجراءات التعامل السليم مع الحالات عند مقدمي الخدمات.

أما القطاع الخاص فإنه يقدم خدماته من خلال ٥٨ مستشفى يتركز معظمها بالعاصمة ويبلغ عدد أسرتها ٣٧٠٧ سرير أي بما نسبته ٣٣,٦% من مجموع الأسرة الكلي، بالإضافة إلى مركز الحسين للسرطان ومئات عيادات الاختصاص.

يصل معدل الأسرة في الأردن إلى١٩,٧ سرير لكل ١٠,٠٠٠ نسمة من السكان مع وجود بعض التفاوت على مستوى المحافظات، حيث حظيت محافظة العاصمة بأعلى نسبة أسرة (١٠,٠٠٠/٢٨)، بينما كانت محافظات البلقاء وعجلون والطفيلة الأقل حظاً في نسبة الأسرة إلى عدد السكان حيث تتراوح بين ٧-٨ لكل ١٠,٠٠٠ نسمة.

هذا وقد تميز القطاع الصحي في الأردن بتقديم خدمات الرعاية الصحية الثالثية التخصصية مثل التأهيل وجراحة القلب والعيون والإخصاب وجراحة الدماغ والأعصاب وزراعة الأعضاء وغيرها من قبل مستشفيات الخدمات الطبية الملكية والمستشفيات الجامعية والقطاع الخاص وجزئياً من قبل مستشفيات وزارة الصحة.

ويتراوح معدل إشغال الأسرة بشكل عام بين المتوسط والقليل مع ملاحظة تدني معدل الإشغال في القطاع الخاص، أما معدل إقامة المريض فيعتبر مرتفع نسبياً ( ٣,٣ يوم) وقد يعزى ذلك إلى توجه الأطباء إلى إدخال المرضى لغايات إجراء الفحوصات التشخيصية.

## ٢-١ الإسعاف والطوارئ:

على الرغم من تطور المؤسسات المعنية بإدارة الحوادث، إلا أن الأحداث الأخيرة في الأردن أظهرت أن هناك قدرة محدودة على التعامل مع كم هائل متوقع من متطلبات حالات الطوارئ، حيث أن الروابط المتواجدة حالياً بين خدمات الطوارئ والحكومة والمجتمع المدني لا تلبي حاجات الشركاء، كما أنه لا يوجد إطار قانوني موحد يحكم الاستعداد والاستجابة للطوارئ في الأردن، ففي حين تعتبر بعض القوانين قديمة ، يوجد تضارب وتداخل بين بعضها الآخر.

تعتبر آليات التنسيق بين الجهات المعنية بإدارة الطوارئ ضعيفة بالإضافة إلى وجود خلل في عملية تقدير الحاجة إلى التبليغ عن معلومات الخطر ، وافتقار الكفاءات الوطنية الفنية بالقضايا المتعلقة بإدارة الطوارئ وكيفية الاستجابة لها.

ومن أجل تحسين جودة خدمات الإسعاف والطوارئ المقدمة فقد تم وضع استراتيجية صحية وطنية للاستعداد للطوارئ والتعامل معها للأعوام ٢٠٠٧- ٢٠١١. كذلك فقد دعت الحكومة إلى دراسة إنشاء هيئة وطنية للإسعاف والطوارئ من خلال تشكيل لجنة من ذوي الاختصاص وبمشاركة كافة الجهات المعنية التي عملت على تقييم الوضع الراهن لخدمات الإسعاف والطوارئ وخاصة في مرحلة ما قبل الوصول إلى المستشفى، ووضعت تصور لإنشاء هيئة وطنية للإسعاف والطوارئ، وتم العمل على إعداد مشروع قانون لهذه الهيئة من أجل السير في إجراءات اعتماده.

## ٢-٢ الصحة النفسية:

يعتبر المركز الوطني للصحة النفسية التابع لوزارة الصحة الجهة الرئيسية لتقديم خدمات الصحة النفسية العلاجية والتوعوية والإشرافية والتدريبية بالإضافة إلى النشاط القضائي المتعلق بإصدار التقارير القضائية للحالات المحولة من جميع المحاكم المدنية والعسكرية وتقديم الخدمات للمؤسسات غير الحكومية مثل مؤسسة نهر الأردن ودور المسنين ومؤسسات الأيتام وذوي الاحتياجات الخاصة. كما يتم أيضاً تقديم الخدمات العلاجية في وزارة الصحة من خلال ٣٠ عيادة خارجية موزعة على كافة مدن المملكة بالإضافة إلى تلك الموجودة في مركز تشخيص الإعاقات المبكرة.

الخدمات الطبية الملكية تقدم خدمات الصحة النفسية من خلال قسم الأمراض النفسية في مستشفى ماركا والذي يتسع ل ٢٢ سرير ومن خلال عيادات متفرقة موجودة في الزرقاء وإربد والكرك بالإضافة إلى عيادة طب نفسي متخصصة للأطفال في مجمع الأميرة عائشة.

أما المستشفيات الجامعية فتقدم خدمات الصحة النفسية من خلال العيادات الموجودة في كل من مستشفى الجامعة الأردنية ومستشفى الملك عبد الله المؤسس .

يعتبر القطاع الخاص جهة رئيسية في تقديم خدمات الصحة النفسية من خلال مستشفى الرشيد الذي يتسع ل ٧٠ سرير ومن خلال حوالي ٢٠ عيادة خاصة منتشرة في المدن الرئيسية في المملكة.

يكمن التحدي الكبير في مجال الصحة النفسية في وجود النظرة السلبية تجاه الأمراض النفسية لدى أفراد المجتمع وضعف الإقبال على التخصص من قبل الأطباء وما يترتب على ذلك من وجود نقص حاد في أعداد الأخصائيين خاصة في القطاع العام وكذلك عدم وجود غطاء تأميني للأمراض النفسية في القطاع الخاص، هذا وتظهر الحاجة إلى ضرورة دمج خدمات الصحة النفسية مع خدمات الرعاية الصحية الأولية.

## ٣- المعلومات الصحية وتكنولوجيا المعلومات

أصبح من الضروري الوصول إلى نظام معلومات وطني متكامل تماشيا مع توجه الحكومة الأردنية بإدخال تكنولوجيا المعلومات في كافة المجالات وخاصة المتعلقة بتقديم الخدمات للمواطنين من خلال بوابة الحكومة الإلكترونية والتي يتم تطويرها حالياً بالتعاون مع الجهات المعنية.

ويشير الوضع الحالي في المملكة إلى أن مختلف القطاعات الصحية والجهات ذات العلاقة شهدت تطوراً متفاوتاً فيما بينها في هذا المجال ، وما زال الأمر يتطلب المزيد من التوسع والتحديث نظراً لأهمية تكنولوجيا المعلومات في مجال إدارة المؤسسات الصحية وتحسين نوعية وكفاءة مختلف الخدمات الصحية والطبية المقدمة للمواطنين.

وقد تم إنشاء موقع إلكتروني لوزارة الصحة عام ١٩٩٩ من خلال مديرية المعلومات والدراسات، كما تم حوسبة إدارة التأمين الصحي وربطها مع تسع محافظات لتجديد وإصدار بطاقات التأمين الصحي المدني وتوفير قاعدة بيانات موحدة عن المؤمنين، وحوسبة مديريات أخرى (مثل شؤون الموظفين والمالية والمحاسبة والتزويد والهندسة الطبية وترخيص المهن والمؤسسات ورقابة الأمراض). كما تم إدخال نظام المعلومات الجغرافي (GIS ) الذي يقوم بعرض المعلومات الصحية على شكل خرائط متوفرة باللغتين العربية والإنجليزية. وتتوفر لدى مديريات الصحة شبكات حاسوبية تعمل على تجميع المعلومات الإحصائية للطبيب العام من جميع المراكز الصحية ومراكز صحة المرأة والطفل. كما قامت الوزارة مؤخراً بإنشاء مديرية تكنولوجيا المعلومات لتطوير خدماتها في شتى المجالات. أما على صعيد تطوير أنظمة المعلومات الصحية فيوجد لدينا حاليا سجل وطني للسرطان ونظام للتحري عن أسباب الوفيات في المملكة ونظام أسباب المراضة في مستشفى الشونة الجنوبية ومستشفى الكرك، وسيتم التوسع تدريجيا لإدخال هذا النظام إلى كافة المستشفيات.

أما بالنسبة للخدمات الطبية الملكية فقد قطعت شوطاً هاماً في مجال المعلومات الصحية وتكنولوجيا المعلومات وكذلك الأمر في مستشفى الجامعة الأردنية ومستشفى الملك عبدالله المؤسس بالإضافة إلى عدد محدود من مستشفيات القطاع الخاص.

هذا وقد تم إطلاق موقع المجلس الصحي العالي على شبكة الإنترنت، وسيتم تطويره لخدمة أهداف ومسؤوليات المجلس والتي ستنعكس إيجاباً على الارتقاء بالوضع الصحي في المملكة.

## التحديات التي تواجه محور العمليات

- التحول النمطي للأمراض والتغير في النمط السلوكي والمعيشي للمواطنين.
- ارتفاع معدل النمو السكاني بما في ذلك ارتفاع معدل الخصوبة ونسبة كبار السن.
- شح الموارد المالية المخصصة لخدمات الرعاية الصحية في القطاع العام وخاصة خدمات الرعاية الصحية الأولية.
- ارتفاع الطلب على الخدمة الصحية في القطاع العام.
- مشاكل البيئة وما يصاحبها من صعوبة إدامة برامج الرقابة على مكوناتها خصوصاً مياه الشرب والصرف الصحي ومخلفات المصانع والنفايات الخطرة بكافة أنواعها.
- ضعف الأنظمة المساندة مثل أنظمة المتابعة ومراقبة الأداء.
- الازدواجية والتوسع غير المنظم للخدمات الصحية في كافة القطاعات.

## الأهداف الخاصة بمحور العمليات

- التصدي لآثار المتغيرات الديموغرافية والوبائية ومواجهة المحددات المرضية وعوامل الاختطار.
- تشجيع ممارسة أنماط الحياة الصحية السليمة.
- رفع معدلات استخدام خدمات الصحة الإنجابية خاصة فيما يتعلق بخدمات تنظيم الأسرة وخدمات ما بعد الولادة.
- تلبية احتياجات الفئات الخاصة في المجتمع مثل الأطفال والنساء والمقبلين على الزواج وكبار السن وذوي الاحتياجات الخاصة والمعنفين والفقراء.
- زيادة التنسيق والتعاون واعتماد مبدأ التكامل بين القطاعات الصحية المختلفة.
- ربط خدمات الرعاية الصحية الأولية والثانوية على مستوى كافة القطاعات من خلال نظام تحويلي فعال للمرضى.
- تعزيز مبدأ المشاركة المجتمعية في عملية تحديد الاحتياجات ووضع الخطط والبرامج على كافة مستويات الرعاية الصحية.
- المحافظة على صحة البيئة ضمن أفضل المستويات.
- ضمان توفر شروط الصحة والسلامة المهنية في جميع المنشآت الصناعية والحرفية.
- تطوير خدمات الإسعاف والطوارئ.

## ثالثاً: المحور المالي

### ١ ٠ مصادر التمويل في القطاع الصحي:

تتمثل مصادر التمويل في القطاع الصحي الحكومي بما هو مخصص ضمن قانون الموازنة لوزارة الصحة والخدمات الطبية الملكية ووزارتي التخطيط والتعاون الدولي والمالية، بالإضافة إلى الإنفاق الحكومي من خلال صندوقي التأمين الصحي المدني والعسكري.أما مصادر التمويل في القطاع الخاص فتتمثل بكل من المستشفيات الخاصة ووكالة الغوث الدولية والمساهمات والدفعات المالية المباشرة من جيوب المواطنين .

ويظهر جدول رقم (٦) توزيع الإنفاق الحكومي حسب مصادر التمويل حيث بلغ الإنفاق الإجمالي ١٠٥١ مليون دينار لعام ٢٠٠٦ ( ٤٦٦ مليون الإنفاق الحكومي و ٥٨٥ مليون إنفاق القطاع الخاص).

جدول رقم (٦)
الإنفاق الحكومي حسب مصادر التمويل لعام ٢٠٠٦

| مصادر التمويل | عام ٢٠٠٦ | |
|---|---|---|
| الإنفاق الفعلي الحكومي | مليون دينار | نسبة مئوية |
| وزارة الصحة | ١٩٨ | ٤٢,٤ |
| الخدمات الطبية الملكية | ٧٠ | ١٥,١ |
| مصادر التمويل الحكومية الأخرى | ١٢٣ | ٢٦,٤ |
| صندوق التأمين الصحي العسكري | ٢٥ | ٥,٤ |
| صندوق التأمين الصحي المدني | ٥٠ | ١٠,٧ |
| مجموع إنفاق القطاع الحكومي | ٤٦٦ | ٤٤ |
| مجموع إنفاق القطاع الخاص | ٥٨٥ | ٥٦ |
| **الإنفاق الإجمالي** | **١٠٥١** | **١٠٠** |

المصدر: مراجعة الإنفاق العام/وزارة المالية.

يعتبر إجمالي الإنفاق الصحي مرتفعاً على الصعيد الوطني ، حيث بلغ (١٠,٤%) من الناتج المحلي الإجمالي GDP لعام٢٠٠٦، منه ( ٥,٨ %) حجم إنفاق القطاع الخاص، و(٤,٦%) حجم إنفاق القطاع الحكومي ولذا فإنه من الضرورة تحسين الكفاءة المالية والعدالة في التوزيع واحتواء التكاليف الصحية مما ينعكس إيجابا على استدامة التمويل الصحي وتعظيم المردود من الإنفاق وفق اسس الاقتصاد الصحي.

وقد ارتفع التمويل الحكومي من (٤%) من الناتج المحلي الإجمالي لعام ٢٠٠٥ إلى (٤,٦%) لعام ٢٠٠٦ . وبالنظر إلى مجموع الإنفاق الصحي في القطاع العام بقيمته الإسمية يلاحظ بأنه قد ازداد من (٣٦٩) مليون دينار عام ٢٠٠٥ إلى (٤٦٦) مليون دينار عام ٢٠٠٦ أي بنسبة زيادة قدرها ( ٢٦,٣%) ، يعزى سببها في الغالب الى ارتفاع فاتورة تكاليف معالجة غير المؤمنين والتي تحملتها وزارة المالية ( جدول رقم ٧ ).

جدول رقم (٧)
تطور الإنفاق الصحي للأعوام ( ٢٠٠٢- ٢٠٠٦ )

| البيان | ٢٠٠٢ | ٢٠٠٣ | ٢٠٠٤ | ٢٠٠٥ | ٢٠٠٦ |
|---|---|---|---|---|---|
| إنفاق القطاع الخاص | ٣٦٥ | ٤٢٥ | ٤٧٣ | ٥٢١ | ٥٨٥ |
| إنفاق القطاع العام | ٢٨٢ | ٣٠٤ | ٣٤٥ | ٣٦٩ | ٤٦٦ |
| مجموع الإنفاق الصحي | ٦٤٧ | ٧٢٩ | ٨١٨ | ٨٩٠ | ١٠٥١ |
| | | | | | |
| حصة الفرد من إجمالي الإنفاق الصحي (اسمي بالدينار) | ١٢٧ | ١٤٠ | ١٥٤ | ١٦٢ | ١٨٨ |
| حصة الفرد من الإنفاق الصحي الحكومي(اسمي بالدينار) | ٥٥ | ٥٨ | ٦٥ | ٦٧ | ٨٣ |
| | | | | | |
| الإنفاق الحكومي كنسبة من موازنة الحكومة المركزية | ١٠ | ٩,٤ | ٩,٤ | ٩,١ | ١٠,٥ |
| الإنفاق الصحي كنسبة من الناتج المحلي الإجمالي | ٩,٥ | ١٠,١ | ١٠ | ٩,٨ | ١٠,٤ |
| الإنفاق الصحي الحكومي كنسبة من الناتج المحلي الإجمالي | ٤,٢ | ٤,٢ | ٤,٢ | ٤ | ٤,٦ |

المصدر: مراجعة الإنفاق العام/وزارة المالية

ويلاحظ في جدول رقم (٧) أن حصة الفرد من الإنفاق الصحي الحكومي قد ازدادت تصاعديا خلال السنوات ٢٠٠٢ – ٢٠٠٦ حيث وصلت إلى ٨٣ دينار عام ٢٠٠٦ بعد أن كانت ٥٥ دينار عام ٢٠٠٢، وكذلك الأمر بالنسبة لحصة الفرد من إجمالي الإنفاق الصحي حيث وصلت إلى ١٨٨ دينار عام ٢٠٠٦ بعد أن كانت ١٢٧ دينار عام ٢٠٠٢ .

ووفق أحدث الدراسات المتوفرة عن القطاع الصحي الأردني فإن (٤٩%)[١] من زيارات العيادات الخارجية تتم في مرافق وزارة الصحة و (٤٠%) منها في القطاع الخاص، أما النسبة المتبقية والبالغة (١١%) فتتم في مرافق الخدمات الطبية الملكية ومستشفى الجامعة الأردنية ووكالة الغوث والمنظمات غير الحكومية . وتحتل مستشفيات وزارة الصحة المرتبة الأولى من نسبة حالات الإدخال إلى المستشفيات والتي تصل إلى (٥٥%)، أما مستشفيات الخدمات الطبية الملكية فتصل نسبة الإدخالات فيها إلى (١٧%)، وفي المستشفيات الخاصة إلى (٢١%)، أما النسبة المتبقية (٧%) فهي لمستشفيات المنظمات غير الحكومية.

ويتوقع أن يزداد استخدام المرافق الصحية الحكومية مستقبلا بشكل تدريجي نظراً للتوسع المستمر بالتغطية بالتأمين الصحي وزيادة عدد المرافق الصحية من جهة، ولتزايد الكلفة العلاجية في القطاع الخاص من جهة أخرى وخاصة الاستشفائية منها.

ويذكر أن موازنة وزارة الصحة قد وصلت لأول مرة إلى ٦,١٢ % من الموازنة العامة للدولة في عام ٢٠٠٦ حيث كانت ٥,٧١ % في عام ٢٠٠٥ .

(١) مسح استخدام الرعاية الصحية والإنفاق على الصحة، ٢٠٠٠

## ٢ - الإنفاق الحكومي على القطاع الصحي حسب البرامج ( ٢٠٠٢ - ٢٠٠٦):

يبين الجدول رقم (٨) ارتفاع نسبة الإنفاق على المستشفيات وأنها ازدادت من ٢٢٣ مليون دينار عام ٢٠٠٢ لتصل إلى ٣٨٨ مليون دينار عام ٢٠٠٦، إلا انه كنسبة مئوية ازداد من حدود ٧٨% خلال ٢٠٠٢ – ٢٠٠٥ إلى ٨٣ % عام ٢٠٠٦ وان من أهم أسباب هذه الزيادة كما ورد سابقا هو ارتفاع فاتورة تكاليف معالجة غير المؤمنين والتي تحملتها وزارة المالية .

وكذلك ازداد حجم الإنفاق على الرعاية الصحية الأولية من ٥٠ مليون دينار عام ٢٠٠٢ إلى ٦٨ مليون دينار عام ٢٠٠٦ إلا انه كنسبة مئوية تراجع من حدود ١٨-١٩ % خلال عام ٢٠٠٢-٢٠٠٥ إلى ١٤,٦%.

أما نسبة الإنفاق على تنمية الموارد البشرية فقد تراجعت بشكل متواصل من ١,٤% عام ٢٠٠٢ لتصل إلى ٠,٥١% عام ٢٠٠٦.

جدول رقم (٨)
الإنفاق الحكومي على القطاع الصحي حسب البرامج للأعوام ( ٢٠٠٢- ٢٠٠٦ )

| البرامج | ٢٠٠٢ | | ٢٠٠٣ | | ٢٠٠٤ | | ٢٠٠٥ | | ٢٠٠٦ | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | مليون دينار | % | مليون دينار | % | مليون دينار | % | مليون دينار | % | مليون دينار | % |
| الادارة والخدمات المساندة | ٥ | ١,٧١ | ٥ | ١,٧٤ | ٧ | ١,٩٢ | ٧ | ١,٨٤ | ٧ | ١,٤٧ |
| تنمية الموارد البشرية | ٣ | ١,٤٠ | ٤ | ١,٣٤ | ٤ | ١,٠٧ | ٣ | ٠,٦٧ | ٣ | ٠,٥١ |
| الرعاية الصحية الأولية (الخدمات والمراكز الصحية) | ٥٠ | ١٧,٦٤ | ٥٥ | ١٧,٠٥ | ٦٥ | ١٨,٨٥ | ٧٠ | ١٨,٩٠ | ٦٨ | ١٤,٣٦ |
| الرعاية الصحية الثانوية (المستشفيات) | ٢٢٣ | ٧٩,٢٥ | ٢٤٠ | ٧٨,٨٦ | ٢٦٩ | ٧٨,١٦ | ٢٩٠ | ٧٨,٥٩ | ٣٨٨ | ٨٣,٣٩ |

المصدر: مراجعة الإنفاق العام/وزارة المالية

## ٣ - الإنفاق الصحي الوطني على الأدوية

ارتفع حجم الإنفاق الصحي الوطني على الأدوية والذي بلغ حوالي (١٨٥) مليون دينار عام ٢٠٠١ وفق تقرير الحسابات الصحية الوطنية للأردن، حيث قدر الإنفاق الدوائي بحوالي ثلث الإنفاق الصحي الوطني والذي يقدر بحوالي ٣٢٥ مليون دينار لعام ٢٠٠٦، وهو بذلك يماثل الإنفاق على الأدوية في دول غنية مثل دول منظمة التنمية والتعاون الاقتصادي (OECD) ، وتركز هذه الاستراتيجية على أهمية ترشيد استهلاك الأدوية واعتماد أسلوب الشراء الموحد والشراء الالكتروني.

ويبرز الجدول رقم (٩) آخر التقديرات المتعلقة بالإنفاق الحكومي على الأدوية للأعوام ٢٠٠٢ – ٢٠٠٦ ، حيث ارتفع الإنفاق من ٢٧ مليون دينار عام ٢٠٠٢ ليصل الى ٦٥ مليون دينار عام ٢٠٠٦ ، اي بزيادة قدرها ٣٨ مليون دينار بنسبة ١٤٠%.

جدول رقم (٩)
الإنفاق الحكومي على الأدوية للأعوام ( ٢٠٠٢ - ٢٠٠٦)

| البيان | ٢٠٠٢ | ٢٠٠٣ | ٢٠٠٤ | ٢٠٠٥ | ٢٠٠٦ |
|---|---|---|---|---|---|
| الإنفاق الحكومي على الأدوية ( بالمليون دينار) | ٢٧ | ٣٦ | ٤٥ | ٥١ | *٦٥ |
| % من إجمالي الإنفاق الحكومي على الصحة | ١٠ | ١٢ | ١٣ | ١٤ | ١٤ |

المصدر: مراجعة الإنفاق العام / وزارة المالية

## ٤ - السياحة العلاجية

تعد السياحة العلاجية في الأردن رافداً هاماً للاقتصاد الوطني، وتقدر عوائد الاستثمار في هذا القطاع بحوالي ربع الإيرادات السياحية لعام ٢٠٠٦، ولعل أوجه القوة التي تميز القطاع الصحي الأردني والواردة في هذه الاستراتيجية ضمن التحليل الاستراتيجي تعد من أبرز مقومات نجاح السياحة العلاجية، بالإضافة إلى البرامج التي سوف تدعم السياحة العلاجية والواردة ضمن الخطة التنفيذية الملحقة بهذه الاستراتيجية مثل اعتماد المؤسسات الصحية وقانون المسؤولية الطبية ونظام الشراء الموحد وشهادة الحاجة وتشجيع الاستثمار في القطاع الصحي.



* تمثل هذه القيمة حوالي ٢٠% فقط من الإنفاق على الأدوية في المملكة والنسبة العظمى (٨٠%) تمثل إنفاق القطاع الخاص

## التحديات التي تواجه المحور المالي

- ضمان استدامة تمويل الخدمات الصحية.
- ارتفاع كلفة الخدمات الصحية وعدم ضبط التكاليف والقصور في تحليلها .
- النمو السكاني السريع والتغير النمطي للأمراض مما يزيد من عبء الإنفاق الصحي.
- التطور المستمر والمتسارع للتكنولوجيا الصحية .
- غياب النظم المحاسبية المتطورة وعدم وجود أنظمة موحدة .
- قصور السياسة المالية في استرداد الكلفة .
- التزايد المستمر في مجال الإنفاق على الدواء .
- عدم انتهاج أسلوب ربط الموازنات بالنتائج.
- عدم إجراء دراسات الحسابات الصحية الوطنية بشكل دوري .

## الأهداف الخاصة بالمحور المالي

- اعتماد مبدأ التكامل ما بين القطاعات.
- اعتماد الاقتصاد الصحي في كافة المرافق لاستغلال الموارد بشكل أمثل وتحديد مصادر الهدر ومعدلات الاستخدام بما يعزز قدرة النظام على الاستمرارية.
- توجيه الاستثمار وتحرير الأنظمة للمحافظة على مكانة الأردن كمركز متميز للعلاج على المستوى الإقليمي مما يعزز من أهمية السياحة العلاجية.
- إجراء دراسات الحسابات الصحية الوطنية وحسابات تكلفة الخدمات 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 اللامركزية في إدارة المؤسسات الصحية.
- تطوير الأسس التعاقدية مع مستشفيات ومؤسسات القطاع الخاص على أساس الجودة والأداء والمراقبة المالية والفنية .

## رابعاً: محور المتعامل

تسعى الأنظمة الصحية بكافة مستوياتها إلى تقديم خدمات متميزة تستحوذ على ثقة العملاء من خلال أسس مشتركة عادلة تضمن حقوق كل من مقدمي ومتلقي الخدمة.

### ١ - جودة الخدمات الصحية:

تعتبر الجودة أساس التميز والتطور في تقديم الخدمات بشكل عام والخدمات الصحية بشكل خاص، لذلك فإن موضوع الجودة يعتبر من اهتمامات المجلس الصحي العالي لتلبية رغبة المتعاملين في الحصول على خدمة صحية تتماشى مع احتياجاتهم بل وتتجاوز توقعاتهم.

فعلى صعيد وزارة الصحة بدأ الاهتمام والتركيز على الجودة بمفهومها الحديث منذ بداية التسعينات، حيث قامت الوزارة وبالتعاون مع الوكالة الأمريكية للإنماء الدولي بوضع خطة عمل لتطبيق مفهوم الجودة بالمعنى الشمولي ضمن مؤسساتها الصحية المختلفة (مستشفيات ومديريات الصحة) .

وقد ركزت الوزارة على أن يكون الأداء في إدارتها ومرافقها مماثلا لما تقدمه القطاعات الأخرى حيث اتجهت إلى معالجة الترهل الإداري وإتاحة فرص التدريب وإدخال مفهوم الاقتصاد الصحي، بالإضافة إلى مأسسة عملية التطوير الإداري والمالي والفني من خلال مديرية ضبط الجودة ومديرية الاقتصاد الصحي والمديريات الأخرى ذات العلاقة.

أما فيما يخص الخدمات الطبية الملكية فقد تم تشكيل شعبة التفتيش والجودة عام ٢٠٠٢ بهدف الوقوف على الجاهزية الفنية والتزويدية والإدارية والأمنية لكافة مستشفيات الخدمات الطبية الملكية من أجل التعرف على مدى التزام المستشفيات والوحدات بالتعليمات والأوامر الخاصة بالعلاجات واللوازم الطبية من توريد وصرف وخزن واتباع شروط الأمان الضرورية، هذا بالإضافة إلى السعي وراء تعميق مفهوم الجودة لدى العاملين عن طريق المشاركة في دورات تدريبية ومؤتمرات داخلية وخارجية بهدف تحسين نوعية الرعاية الطبية ومخرجاتها حسب المعايير المعتمدة على مؤشرات جودة لقياس ومراقبة نوعية الخدمات وبالتالي تقديم دليل ملموس للخدمة المميزة للمرضى والعاملين.

كذلك فقد تم تشكيل عدد من اللجان والاشتراك في عدد من المجلات المتخصصة في هذا المجال والمشاركة في عضوية عدد من الجمعيات المحلية والدولية بالإضافة إلى تنفيذ العديد من النشاطات.

تتطلع الخدمات الطبية الملكية إلى الحصول على الاعتماد المحلي والدولي لمستشفياتها والاشتراك في جائزة الملك عبد الله الثاني لتميز الأداء الحكومي والشفافية، كذلك اعتماد شهادة الآيزو واعتماد مركز الأميرة إيمان للأبحاث والعلوم المخبرية بالتعاون مع مؤسسة المواصفات والمقاييس.

أما المستشفيات الجامعية فقد اعتمدت الجودة كأساس لتقديم الخدمة حيث تشارك هذه المستشفيات في برامج الإعتمادية وتسعى إلى تعديل وتصويب أوضاعها لتتماشى مع المعايير المعتمدة بالإضافة إلى تنفيذ برامج التعليم والتدريب الخاصة بالعاملين لتعزيز قدراتهم في هذا المجال.

خطى القطاع الخاص خطوات واضحة باتجاه تحقيق أكبر قدر من رضى المتعاملين وذلك من خلال مشاركته في برامج الاعتمادية والتميز والأيزو باعتبارهم أدوات لتحسين ورفع كفاءة الخدمة. يكمن التحدي الأكبر للقطاع الخاص في إشراك كافة مستشفياته في برامج الإعتمادية والتميز لما لها من آثار إيجابية على تحسين نوعية الخدمات المقدمة وتنشيط السياحة العلاجية .

## ٢ - اعتماد مؤسسات الرعاية الصحية:

أدركت الحكومة الأردنية منذ عشرون عاماً أهمية تطبيق برنامج إعتمادية المستشفيات كوسيلة لتحسين جودة الخدمات الصحية حيث تم تشكيل لجنة وطنية للإعتمادية عام ١٩٨٧ إلا أن عملها لم يستمر طويلا بسبب عدم وجود مظلة تنضوي تحتها مختلف القطاعات الصحية ، وبعد ذلك قامت وزارة الصحة عام ١٩٩٣ بتطبيق برنامج ضمان جودة الخدمات الصحية في بعض المستشفيات الحكومية من خلال وضع بروتوكولات ودلائل إرشادية للعاملين وتشكيل لجان لمكافحة العدوى وتحسين الجودة في المستشفيات ومن ثم تم استحداث مديرية الجودة والنوعية في وزارة الصحة التي أخذت على عاتقها الارتقاء بجودة الخدمات الصحية المقدمة على كافة مستويات تقديم الخدمة.

في عام ٢٠٠٣ قام المجلس الصحي العالي بتشكيل لجنة وطنية وأخرى فنية كما تم إستقدام عدد من الخبراء وعقد العديد من الاجتماعات ووضع خطة تنفيذية لتطبيق البرنامج بالتعاون مع منظمة الصحة العالمية .

في عام ٢٠٠٤ تم إنشاء مجلس اعتماد مؤسسات الرعاية الصحية الذي قام بتشكيل فريق عمل لوضع الشروط المرجعية للجنة التوجيهية ومناقشة الاستراتيجية وخطة العمل ومن ثم تم إطلاق مشروع الاعتمادية من قبل مديرية الجودة في وزارة الصحة بالتعاون مع الوكالة الأمريكية للإنماء الدولي ، هذا وقد اشترك ٢٤ مستشفى من القطاعات الصحية المختلفة في البرنامج وبشكل طوعي، كذلك فقد تم وضع معايير الاعتماد المحلية للمراكز الصحية من خلال لجنة فنية مثلت كافة القطاعات المعنية من أجل وضع النظام الأساسي لمجلس اعتماد المؤسسات الصحية .

أما فيما يتعلق بشهادة الاعتماد الدولية فقد اجتازت ثلاثة مستشفيات ( مستشفى الأردن والمستشفى التخصصي ومركز الحسين للسرطان) كافة المتطلبات وحصلت على الشهادة الدولية.

## ٣ - المسؤولية الطبية:

من أجل تقديم خدمات صحية ذات بعد إنساني نبيل ملتزم بأخلاقيات المهنة ولتفعيل مبدأ المراجعة والمحاسبة للممارسات الطبية وكذلك المحافظة على سلامة المرضى وضمان حقوقهم بالإضافة إلى ضمان حقوق مقدمي الخدمة الطبية ضمن المسؤوليات المناطة بهم، فقد تم إعداد مقترح مشروع قانون المسؤولية الطبية للأطباء وأطباء الأسنان من خلال تشكيل لجنة ضمت أعضاء من وزارتي الصحة والعدل ، هذا وقد تم مؤخراً مناقشة موضوع المسؤولية الطبية من قبل كافة المعنيين في القطاعين العام والخاص من خلال ورشة عمل ومن خلال استطلاع آراء المختصين حيث تم الخروج بتوصيات وتم تشكيل لجنة وطنيةلإعداد مشروع قانون المسؤولية الطبية بصيغته النهائية.

## ٤ - التأمين الصحي:

يعد التأمين الصحي أحد القضايا الوطنية التي يوليها المجلس الصحي العالي بالغ اهتمامه، حيث تم الإجماع مؤخراً من خلال لقاء وطني ضم جميع الجهات المعنية على إعادة هيكلة التأمين الصحي من خلال إنشاء هيئة وطنية مستقلة للتأمينات الصحية تساهم في الوصول إلى التأمين الصحي الشامل وتحقيق العدالة الاجتماعية وتأمين الحماية المالية لكافة المواطنين في مجال الرعاية الصحية، بالإضافة إلى رفع كفاءة وجودة الخدمات المقدمة وتعظيم الفائدة من الإنفاق الصحي وتعزيز الشراكة بين القطاعات الصحية العاملة في المملكة لضمان الاستغلال الأمثل للموارد المتاحة والحد من الهدر والازدواجية، وقد تم ضمن هذا الإطار تشكيل فريق وطني للتوصل إلى نموذج تأمين صحي مبني على أسس اقتصادية حيث قام الفريق بإعداد تقرير أولي أوصى من خلاله بضرورة إجراء مشروع ريادي لتجربة نموذج التأمين الصحي المقترح في منطقة جغرافية معينة قبل إنشاء الهيئة، وعلى ضوء نتائج تقييم التجربة يتم تعميم النموذج على مناطق المملكة، ويذكر أن البنك الدولي يقدم الدعم الفني في هذا المجال من خلال دراسة اكتوارية وطرح خيارات النماذج الممكنة ليتم اختيار النموذج الملائم للتطبيق والأفضل من حيث الاستدامة المالية.

ويبين الجدول رقم (١٠) النسب المئوية للتغطية السكانية بالتأمين الصحي حسب الجهة التأمينية والذي يشير إلى أن نسبة التغطية بلغت حوالي ٧٩% تقريباً، ويذكر أن هذه النسبة تزيد عن النسبة الحقيقية بحوالي ٦,٥% نتيجة حيازة بعض المؤمنين على أكثر من نوع من أنواع التأمين الصحي.

جدول رقم (١٠)
التغطية السكانية بالتأمين الصحي حسب الجهة التأمينية لعام ٢٠٠٧

| الجهة التأمينية | التغطية السكانية بالتأمين الصحي |
|---|---|
| التأمين الصحي المدني | %٣٤ |
| التامين الصحي العسكري | %٢٦ |
| التأمين الصحي الجامعي | %١,٣ |
| التأمين الصحي في وكالة الغوث | % ٨,٥ |
| شركات التأمين | % ٦ |
| الصناديق | % ٣ |
| **المجموع** | **% ٧٨,٨** |

المصدر: وزارة الصحة/إدارة التأمين الصحي،٢٠٠٦

## التحديات التي تواجه محور المتعامل

- ضعف الوعي بأهمية الجودة والالتزام بتطبيق برامجها.
- شح الموارد المالية اللازمة لدعم وتعزيز برامج الجودة .
- ارتفاع توقعات متلقي ومقدمي الخدمة في ظل الانفتاح والعولمة.
- التفاوت في جودة الخدمات المقدمة على مستوى القطاعات الصحية المختلفة.
- ضعف نظام مراقبة الممارسات الطبية.
- عدم شمول جميع المواطنين بالـتأمين الصحي .

## الأهداف الخاصة بمحور المتعامل

- تطبيق المعايير الخاصة بالمؤسسات الصحية من أجل الحصول على شهادة الاعتمادية.
- تطويرمؤشرات أداء على كافة مستويات تقديم الخدمة.
- تحسين العمليات وتبسيط الإجراءات.
- إعداد وثيقة لصيانة وضمان حقوق المتعاملين من خلال قانون المسؤولية الطبية.
- زيادة نسبة رضى المتعاملين عن مستوى الخدمات الصحية المقدمة.
- شمول جميع المواطنين بالـتأمين الصحي المناسب لتحقيق العدالة الاجتماعية والحماية المالية.

الباب الخامس

# التطلعات المستقبلية
# مؤشرات الأداء

## التطلعات المستقبلية

استناداً إلى مؤشرات الأداء الرئيسية الواردة في الأجندة الوطنية ووثيقة كلنا الأردن آخذين بعين الاعتبار أهم التحديات والأولويات في القطاع الصحي، فإننا من خلال هذه الاستراتيجية وبمشاركة كافة القطاعات الصحية نتطلع إلى تحقيق ما يلي:

١. ضمان توفر الكفاءات العلمية والمهارات والأنظمة المساندة لتقديم الخدمة الصحية بالمستوى المطلوب.
٢. ضمان توفر العمليات والأنظمة الداخلية التي من شأنها تعزيز قيمة الخدمة للمتعامل.
٣. رفع الوعي الصحي لدى المواطنين فيما يتعلق بالممارسات الصحية السليمة.
٤. تعزيز قدرات خدمات الرعاية الصحية الأولية والثانوية والثالثية.
٥. إنشاء نظام معلومات صحي وطني.
٦. تقديم خدمة متميزة تستحوذ على ثقة العملاء في كافة مراحل تقديم الخدمة.
٧. إتاحة الحصول على الخدمة الصحية لمختلف شرائح المجتمع ضمن أسس مشتركة عادلة.
٨. تقديم رعاية طبية ملتزمة بأخلاقيات المهنة.
٩. تعزيز التعاون والتنسيق ما بين القطاعات بما يضمن التكامل وتوجيه الإنفاق والاستغلال الأمثل للموارد.
١٠. ضمان الاستدامة المالية للنظام من خلال اعتماد برامج الاقتصاد الصحي كأساس في تقديم الخدمة.

جدول رقم (١١)
مؤشـــرات الأداء الرئيســة للاستراتيجية

| المؤشر | القيمة الحالية | القيمة المستهدفة (٢٠١٢) |
|---|---|---|
| **محور القوى البشرية** | | |
| وصف وظيفي معتمد لكافة العاملين | يوجد بشكل محدود | وصف وظيفي لكافة العاملين |
| خطط تدريبية للكوادر | خطط تدريبية غير مكتملة لكافة القطاع | خطط تدريبية مكتملة لكافة القطاع |
| طبيب بشري/١٠٠٠٠ نسمة | ٢٤,٥ | ٢٧,٥ |
| طبيب أسنان/١٠٠٠٠ نسمة | ٨,٢ | ٨,٥ |
| صيدلي/١٠٠٠٠ نسمة | ١٢ | ١٢ |
| ممرضة وقابلة قانونية/ ١٠٠٠٠نسمة | ٣٣ | ٣٥ |
| **محور العمليات** | | |
| العمر المتوقع عند الولادة | ٧١,٥ | ٧٤ |
| معدل وفيات الأمهات لكل (١٠٠,٠٠٠) ولادة حية | ٤١ | ٣٠ |
| معدل وفيات الرضع ( لكل ١٠٠٠ ولادة حية) | ٢٠ | ١٦ |
| معدل وفيات الأطفال دون الخامسة ( لكل ١٠٠٠ ولادة حية) | ٢٢ | ١٥ |
| عدد الأسرة لكل ١٠,٠٠٠ مواطن | ١٩,٧ | ٢٠,٤ |
| معدل الخصوبة الكلي | ٣,٦ | ٢,٩ |

| المؤشر | القيمة الحالية | القيمة المستهدفة (٢٠١٢) |
|---|---|---|
| معدل استخدام خدمات رعاية ما بعد الولادة | % ٤٤,٣ | % ٥٠ |
| معدل انتشار فقر الدم بين السيدات في سن الإنجاب | % ٣٢ | % ٢٢ |
| معدل انتشار فقر الدم بين الأطفال الأقل من (٥) سنوات | % ٢٠ | % ١٤ |
| معدل انتشار مرضى السكري بين السكان (١٨) سنة فأكثر | % ١٦ | % ١٤ |
| معدل انتشار ارتفاع ضغط الدم بين السكان (١٨) سنة فأكثر | % ٢٥,٦ | % ٢٣ |
| معدل انتشار ارتفاع مستوى الكولسترول الكلي في الدم بين السكان (١٨) سنة فأكثر | % ٣٦ | % ٣٢ |
| معدل انتشار عادة التدخين بين السكان | % ٢٩ | % ٢٠ |
| معدل وصول سيارة الإسعاف للمريض | أكثر من١٠ دقائق | ٧-١٠ دقائق |
| مركز دراسات وأبحاث وطني | لا يوجد | وجود المركز |
| عدد البرامج المعتمدة للكشف المبكر عن الأمراض | ١ | ٣ |
| نظام ترخيص عصري للمرافق الصحية | نظام ترخيص قديم | نظام ترخيص محدث |
| عدد أطباء الاختصاص في مجال طب الشيخوخة | لا يوجد | ٤-٦ |
| حوسبة القطاع الصحي | يوجد بشكل جزئي | نظام حوسبة مكتمل |

| المؤشر | القيمة الحالية | القيمة المستهدفة (٢٠١٢) |
|---|---|---|
| **المحور المالي** | | |
| الإنفاق الصحي كنسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي | ١٠,٤ | ٩ |
| الإنفاق الحكومي كنسبة مئوية من موازنة الحكومة المركزية | ١٠,٥ | ١٠ |
| الإنفاق على الرعاية الصحية الأولية كنسبة مئوية من مجموع الإنفاق الحكومي على الصحة | ١٤,٦ | ٢١,٥ |
| الإنفاق الحكومي على الخدمات العلاجية كنسبة مئوية من إجمالي الإنفاق الصحي الحكومي | ٨٣,٤ | ٧٥ |
| الإنفاق الحكومي على تنمية القوى البشرية كنسبة مئوية من إجمالي الإنفاق الصحي الحكومي | ٠,٥١ | ١,٥ |
| الإنفاق الصحي على الأدوية كنسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي | ٣,٣ | ٢,٨ |
| اعتماد نظام شهادة الحاجة | لا يوجد | مقر ومطبق |
| اعتماد نظام الشراء الالكتروني | لا يوجد | مقر ومطبق |
| موازنات معتمدة على الأداء | لا يوجد | موازنات مرتبطة بالأداء |
| **محور المتعامل** | | |
| عدد المستشفيات الحاصلة على شهادة الاعتماد الدولية | ٣ | ٨ |
| نسبة المشمولين بالتأمين الصحي | %٧٩ | % ٩٠ |
| مستوى رضا المواطنين عن الخدمات الصحية | % ٨٥ | % ٨٧ |

| المؤشر | القيمة الحالية | القيمة المستهدفة (٢٠١٢) |
|---|---|---|
| مؤشرات أداء لكافة مستويات تقديم الخدمة | محدودة وغير شاملة | شاملة |
| مكاتب خدمة العملاء في المؤسسات الصحية | لا يوجد | موجودة في كافة المرافق |
| وثيقة أمن وسلامة للعاملين والمرضى | لا يوجد | وثيقة معتمدة |
| وثيقة خاصة بقانون المسؤولية الطبية | لا يوجد | وثيقة معتمدة |
| وثيقة أخلاقيات طبية | لا يوجد | وثيقة معتمدة |

# الأنشطة الرئيسية للاستراتيجية

## المجلس الصحي العالي / الأمانة العامة

**المحور:** القوى البشرية / ضمان توفر الكفاءات العلمية والمهارات والأنظمة المساندة لتقديم الخدمة الصحية بالمستوى المطلوب.

**المؤشر:** نظام حوافز مستند على مؤشرات أداء **القيمة الحالية :** نظام حوافز مستند على التقييم الفني **القيمة المستهدفة:** نظام حوافز معتمد مرتبط بمؤشرات أداء

| البرنامج /المشروع | آلية التنفيذ | الجهة المنفذة | النتائج المتوقعة | الفترة الزمنية اللازمة للإنجاز | | الكلفة المالية:بالالف دينار | | | ملاحظات |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | من | إلى | ٢٠٠٨ | ٢٠٠٩ | ٢٠١٠ | |
| **نظام حوافز مرتبط بالأداء يضمن الإستثمار في الكوادر البشرية (وزارة الصحة كمرحلة أولى)** | - تشكيل لجنة لمراجعة نظام الحوافز.<br>- وضع أسس التحفيز.<br>- تحديد مؤشرات تقييم الأداء الفردي.<br>- تحديث وتطوير نظام الحوافز بما يتماشى مع مؤشرات تقييم الأداء الفردي.<br>- تحديد وتأمين الموارد المالية اللازمة لإنجاز النظام .<br>- رفع النظام إلى رئاسة الوزراء.<br>- الاعتماد والتطبيق. | - وزارة الصحة<br>- وزارة تطوير القطاع العام<br>- وزارة المالية | - نظام حوافزعصري يعكس أسس التحفيز والمشاركة المستند على الأداء. | ٢٠٠٨ | مستمر | | | | من خلال لجنة الحوافز |

سينبثق عن البرنامج / المشروع خطة تنفيذية للآليات تحدد مسار العمليات والفترة الزمنية اللازمة لإنجاز كل آلية بالإضافة للكلف المالية

## المجلس الصحي العالي / الأمانة العامة

**المحور :** القوى البشرية / ضمان توفر الكفاءات العلمية والمهارات والأنظمة المساندة لتقديم الخدمة الصحية بالمستوى المطلوب

**المؤشر:** خطة وطنية لإدارة الموارد البشرية. **القيمة الحالية:** لا يوجد **القيمة المستهدفة :** خطة وطنية معتمدة ومطبقة

| البرنامج /المشروع | آلية التنفيذ | الجهة المنفذة | النتائج المتوقعة | الفترة الزمنية اللازمة للإنجاز | | الكلفة المالية:بالالف دينار | | | ملاحظات |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | من | إلى | ٢٠٠٨ | ٢٠٠٩ | ٢٠١٠ | |
| **إدارة الموارد البشرية** | - استطلاع رأي المعنيين حول إدارة الموارد البشرية في الحقل الصحي في الأردن. | - المجلس الصحي العالي/الأمانة العامة | - تقرير الدراسة متضمناً النتائج والتوصيات. | ٢٠٠٨ | ٢٠٠٨ | | | | دعم من خلال منظمة الصحة العالمية . |
| | - لقاء وطني بهدف وضع إطار عام لخطة وطنية لإدارة وتطوير الموارد البشرية. | - المجلس الصحي العالي<br>- وزارة الصحة | - إطار عام لخطة وطنية لإدارة وتطوير الموارد البشرية.<br>- آليات تنسيق واضحة وفاعلة.<br>- تقرير اللقاء الوطني متضمناً أهم التوصيات. | ٢٠٠٨ | ٢٠٠٨ | | | | |
| | - تشكيل فريق وطني يضم كافة الجهات المعنية. | - المجلس الصحي العالي | - فريق وطني ضمن شروط مرجعية محددة. | ٢٠٠٨ | مستمر | | | | |
| | - إنشاء مرصد وطني للموارد البشرية يتبع الأمانة العامة للمجلس الصحي العالي. | - الفريق الوطني | - وحدة فاعلة لتنمية الموارد البشرية في مبنى الأمانة العامة للمجلس الصحي العالي. | ٢٠٠٨ | مستمر | | | | |
| | - تطوير خطة وطنية لإدارة الموارد البشرية. | - الفريق الوطني | - خطة وطنية متكاملة. | ٢٠٠٩ | | | | | |

سينبثق عن البرنامج / المشروع خطة تنفيذية للآليات تحدد مسار العمليات والفترة الزمنية اللازمة لإنجاز كل آلية بالإضافة للكلف المالية

## المجلس الصحي العالي / الأمانة العامة

**المحور :** القوى البشرية / ضمان توفر الكفاءات العلمية والمهارات والأنظمة المساندة لتقديم الخدمة الصحية بالمستوى المطلوب

**المؤشر:** وصف وظيفي **القيمة الحالية:** وصف وظيفي غير مستكمل **القيمة المستهدفة :** وصف وظيفي معتمد ومطبق

| البرنامج /المشروع | آلية التنفيذ | الجهة المنفذة | النتائج المتوقعة | الفترة الزمنية اللازمة للإنجاز | | الكلفة المالية:بالالف دينار | | | ملاحظات |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | من | إلى | ٢٠٠٨ | ٢٠٠٩ | ٢٠١٠ | |
| **التطوير الفردي (وزارة الصحة كمرحلة أولى)** | - تشكيل لجنة وطنية لمراجعة الاوصاف الوظيفية لكافة فئات الكوادر الصحية العاملة في وزارة الصحة.<br>- تطوير وصف وظيفي معتمد لكافة الفئات .<br>- التطبيق – المتابعة – التقييم | - وزارة تطوير القطاع العام<br>- وزارة الصحة | - وصف وظيفي معتمد . | ٢٠٠٨ | مستمر | | | | يقدم المجلس الصحي العالي الدعم والمشاركة. |

سينبثق عن البرنامج / المشروع خطة تنفيذية للآليات تحدد مسار العمليات والفترة الزمنية اللازمة لإنجاز كل آلية بالإضافة للكلف المالية

## المجلس الصحي العالي / الأمانة العامة

المحور: القوى البشرية / ضمان توفر الكفاءات العلمية والمهارات والأنظمة المساندة لتقديم الخدمة الصحية بالمستوى المطلوب

**المؤشر:** خطط لتنمية الكوادر العاملة **القيمة الحالية:** خطط تدريبية غير مكتملة **القيمة المستهدفة:** خطط تدريب لكافة فئات القطاع الصحي

| البرنامج /المشروع | آلية التنفيذ | الجهة المنفذة | النتائج المتوقعة | الفترة الزمنية اللازمة للإنجاز | | الكلفة المالية:بالالف دينار | | | ملاحظات |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | من | إلى | ٢٠٠٨ | ٢٠٠٩ | ٢٠١٠ | |
| **مأسسة التعليم والتدريب** | - تحليل الواقع الحالي من خلال:<br>• التعميم على كافة المؤسسات الصحية لتحديد برامج التعليم المستمر لديهم.<br>• تقييم الاحتياجات التدريبية لديهم.<br><br>- مراجعة كافة الاحتياجات التدريبية ومقارنتها مع واقع الاحتياجات الآنية والمستقبلية على المستوى الوطني.<br><br>- توسيع قاعدة الفئات المستهدفة بالتدريب.<br><br>- وضع خطط للتدريب الداخلي.<br><br>- وضع خطط للتدريب الخارجي.<br><br>- إعداد الموازنات.<br><br>- تحديد أسس المشاركة – الترشيح- التوثيق- التحفيز. | - وزارة الصحة<br><br>- الخدمات الطبية الملكية | - خطط تدريبية لكافة العاملين في المؤسسات والمرافق الصحية التابعة للقطاع .<br><br>- المشاركة الفاعلة للكوادر العاملة في القطاع الصحي بعدالة وحسب الموارد المالية المتاحة. | ٢٠٠٨ | مستمر | | | | المجلس الصحي العالي جهة منسقة وداعمة. |

سينبثق عن البرنامج / المشروع خطة تنفيذية للآليات تحدد مسار العمليات والفترة الزمنية اللازمة لإنجاز كل آلية بالإضافة للكلف المالية

## المجلس الصحي العالي / الأمانة العامة

**المحور:** القوى البشرية / ضمان توفر الكفاءات العلمية والمهارات والأنظمة المساندة لتقديم الخدمة الصحية وبالمستوى المطلوب

**المؤشر:** الإستراتيجية الوطنية للتمريض **القيمة الحالية:** وجود الإستراتيجية **القيمة المستهدفة :** التطبيق حسب ما ورد في محاور الإستراتيجية

| البرنامج /المشروع | آلية التنفيذ | الجهة المنفذة | النتائج المتوقعة | الفترة الزمنية اللازمة للإنجاز | | الكلفة المالية:بالالف دينار | | | ملاحظات |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | من | إلى | ٢٠٠٨ | ٢٠٠٩ | ٢٠١٠ | |
| **النهوض بقطاع التمريض في الأردن** | - دعم تطبيق الإستراتيجية الوطنية للتمريض في الأردن. | المجلس الوطني للتمريض بالتعاون مع كافة الجهات المعنية الواردة في إستراتيجية التمريض. | - تحقيق الأهداف الواردة في الإستراتيجية. | ٢٠٠٦ | ٢٠١٠ | | | | يساهم المجلس الصحي العالي في دعم تطبيق الإستراتيجية الوطنية للتمريض. |

سينبثق عن البرنامج / المشروع خطة تنفيذية للآليات تحدد مسار العمليات والفترة الزمنية اللازمة لإنجاز كل آلية بالإضافة للكلف المالية

## المجلس الصحي العالي / الأمانة العامة

**المحور:** القوى البشرية / ضمان توفر الكفاءات العلمية والمهارات والأنظمة المساندة لتقديم الخدمة الصحية بالمستوى المطلوب

**المؤشر:** سياسة تعليمية لدراسة العلوم الصحية **القيمة الحالية :** عدم وجود سياسة تعليمية **القيمة المستهدفة:** سياسة تعليمية للعلوم الصحية

| البرنامج /المشروع | آلية التنفيذ | الجهة المنفذة | النتائج المتوقعة | الفترة الزمنية اللازمة للإنجاز | | الكلفة المالية:بالالف دينار | | | ملاحظات |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | من | إلى | ٢٠٠٨ | ٢٠٠٩ | ٢٠١٠ | |
| **سياسة تعليمية لدراسة العلوم الصحية** | - بناء قاعدة معلومات أولية تشمل كافة القطاعات الصحية العاملة والمرخصة وأعداد العاملين.<br>- تشكيل لجان ممثلة للقطاعات المعنية<br>- بناء قاعدة معلومات شمولية تعتمد على الدراسات والأبحاث<br>- تحديد الاحتياجات على مدى سنوات الاستراتيجية.<br>- إعداد التصور لتغطية الفجوة ما بين الواقع والاحتياجات.<br>- الخروج بتوصيات السياسة التعليمية لضمان تطابق مخرجات التعليم مع احتياجات السوق. | لجنة ممثلة للقطاعات التالية:<br>- المجلس الصحي العالي<br>- وزارة الصحة<br>- الخدمات الطبية الملكية<br>- النقابات المهنية<br>- القطاع الخاص<br>- وزارة العمل<br>- وزارة التعليم العالي<br>- الجامعات الخاصة/الكليات الصحية<br>- الجامعات الحكومية /الكليات الصحية | وثيقة تحدد الوضع الحالي للكوادر الصحية المؤهلة في المملكة مع كافة البيانات حول الاحتياجات الآنية والمستقبلية بالإضافة إلى حصر الفائض في الاختصاصات والخروج بتوصيات لمواءمة المخرجات مع الاحتياجات واعتماد المنهجية للسنوات القادمة. | ٢٠٠٩ | مستمر | | | | يساهم المجلس الصحي العالي في رسم السياسة التعليمية لدراسة العلوم الصحية والطبية بموجب البند (ج) من المادة (٤) من قانون المجلس رقم (٩) لعام ١٩٩٩ |

سينبثق عن البرنامج / المشروع خطة تنفيذية للآليات تحدد مسار العمليات والفترة الزمنية اللازمة لإنجاز كل آلية بالإضافة للكلف المالية

## المجلس الصحي العالي / الأمانة العامة

**المحور:** العمليات / ضمان توفر العمليات والأنظمة الداخلية التي من شأنها تعزيز قيمة الخدمة للمتعامل وتوثيق أطر التعاون والتنسيق ما بين القطاعات .

**المؤشر:** مراكز صحية أولية بإشراف أطباء عائلة **القيمة الحالية:** لا يوجد **القيمة المستهدفة:** ٣٠ مركز كمرحلة أولى على أن يتم تغطية كافة المراكز في المراحل اللاحقة

| البرنامج /المشروع | آلية التنفيذ | الجهة المنفذة | النتائج المتوقعة | الفترة الزمنية اللازمة للإنجاز | | الكلفة المالية: بالالف دينار | | | ملاحظات |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | من | إلى | ٢٠٠٨ | ٢٠٠٩ | ٢٠١٠ | |
| **إحلال الطب العام بطب العائلة كخدمة داخل المراكز الصحية.** | - التنسيق مع الجهات المعنية لإستحداث برنامج طب العائلة بما يتماشى مع الاحتياجات الصحية.<br><br>- تأهيل الأطباء العامين ضمن برامج متخصصة في طب العائلة.<br><br>- اعتماد البرنامج من الجهات المعنية.<br><br>- وضع خطة احلال للكوادر على مدار السنوات القادمة.<br><br>- اعتماد سياسة الإحلال للأطباء العامين بأطباء العائلة بشكل تدريجي. | - وزارة الصحة<br>- الخدمات الطبية الملكية<br>- الجامعات الحكومية | - إحلال تدريجي للأطباء العامين بأطباء عائلة مؤهلين من خلال الحاقهم ببرامج متخصصة في هذا المجال. | ٢٠٠٩ | مستمر | | | | المجلس الصحي العالي جهة منسقة وداعمة. |

سينبثق عن البرنامج / المشروع خطة تنفيذية للآليات تحدد مسار العمليات والفترة الزمنية اللازمة لإنجاز كل آلية بالإضافة للكلف المالية

## المجلس الصحي العالي / الأمانة العامة

**المحور:** العمليات / ضمان توفر العمليات والأنظمة الداخلية التي من شأنها تعزيز قيمة الخدمة للمتعامل وتوثيق أطر التعاون والتنسيق ما بين القطاعات .

**المؤشر:** عدد الأطباء المختصين في طب الأسرة **القيمة الحالية:** ٥٢ أخصائي **القيمة المستهدفة:** ٨٠ أخصائي

| البرنامج /المشروع | آلية التنفيذ | الجهة المنفذة | النتائج المتوقعة | الفترة الزمنية اللازمة للإنجاز | | الكلفة المالية: بالالف دينار | | | ملاحظات |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | من | إلى | ٢٠٠٨ | ٢٠٠٩ | ٢٠١٠ | |
| **التوسع في برنامج طب الأسرة.** | - إنشاء قاعدة بيانات وطنية عن أعداد الأخصائيين في مجال طب الأسرة وتوزيعهم.<br>- تحديد الاحتياجات.<br>- دراسة أسباب تدني معدلات الإقبال على تخصص طب الأسرة.<br>- التنسيق مع الجهات المعنية لرفع معدلات الإقبال على تخصص طب الأسرة بما يتماشى مع الاحتياجات الوطنية. | - المجلس الطبي الأردني.<br>- وزارة الصحة.<br>- الخدمات الطبية الملكية. | - زيادة عدد الأطباء الملتحقين ببرنامج تخصص طب الأسرة. | ٢٠٠٨ | مستمر | | | | يساهم المجلس الصحي العالي في رسم السياسة التعليمية لدراسة العلوم الصحية والطبية بموجب البند (ج) من المادة (٤) من قانون المجلس رقم (٩) لعام ١٩٩٩ |

سينبثق عن البرنامج / المشروع خطة تنفيذية للآليات تحدد مسار العمليات والفترة الزمنية اللازمة لإنجاز كل آلية بالإضافة للكلف المالية

## المجلس الصحي العالي / الأمانة العامة

**المحور:** العمليات / ضمان توفر العمليات والأنظمة الداخلية التي من شأنها تعزيز قيمة الخدمة للمتعامل وتوثيق أطر التعاون والتنسيق ما بين القطاعات .

**المؤشر:** عدد البرامج المعتمدة للكشف المبكر عن السرطان **القيمة الحالية:** واحد(برنامج الكشف المبكر عن سرطان الثدي) **القيمة المستهدفة:** ثلاثة برامج على الأقل

| البرنامج /المشروع | آلية التنفيذ | الجهة المنفذة | النتائج المتوقعة | الفترة الزمنية اللازمة للإنجاز | | الكلفة المالية:بالالف دينار | | | ملاحظات |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | من | إلى | ٢٠٠٨ | ٢٠٠٩ | ٢٠١٠ | |
| **الكشف المبكر عن امراض السرطان الأكثر انتشاراً** | - تحديد قائمة بأمراض السرطان المصنفة على أنها أكثر انتشاراً وترتيبها حسب الأولويات.<br><br>- دعم تطبيق برامج الكشف المبكر عن السرطان الأكثر انتشاراً من خلال:<br><br>• ورشات تدريبية للكوادر الصحية.<br>• تأمين التجهيزات والمعدات.<br>• حملة توعية بالبرامج.<br>• التطبيق والمتابعة والتقييم. | - وزارة الصحة<br>- الخدمات الطبية الملكية<br>- المستشفيات الجامعية<br>- القطاع الخاص<br>- مركز الحسين للسرطان | - قائمة بأسماء الأمراض السرطانية الأكثر شيوعاً مرتبة حسب الأولويات.<br><br>- منهجية عمل خاصة بكل مرض<br><br>- برامج الكشف المبكر<br><br>- رفع مستوى الوعي الصحي | ٢٠٠٨ | مستمر | | | | يساهم المجلس الصحي العالي في دعم تطبيق برامج الكشف المبكر عن السرطانات |

سينبثق عن البرنامج / المشروع خطة تنفيذية للآليات تحدد مسار العمليات والفترة الزمنية اللازمة لإنجاز كل آلية بالإضافة للكلف المالية

## المجلس الصحي العالي / الأمانة العامة

**المحور:** العمليات / ضمان توفر العمليات والأنظمة الداخلية التي من شأنها تعزيز قيمة الخدمة للمتعامل وتوثيق أطر التعاون والتنسيق ما بين القطاعات .

**المؤشر:** عدد أطباء الإختصاص في مجال طب الشيخوخة **القيمة الحالية:** لا يوجد **القيمة المستهدفة:** ٤- ٦ أطباء إختصاص

| البرنامج /المشروع | آلية التنفيذ | الجهة المنفذة | النتائج المتوقعة | الفترة الزمنية اللازمة للإنجاز | | الكلفة المالية:بالالف دينار | | | ملاحظات |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | من | إلى | ٢٠٠٨ | ٢٠٠٩ | ٢٠١٠ | |
| **النهوض بصحة كبار السن** | - دعم تطبيق الإستراتيجية الوطنية الاردنية لكبار السن من خلال :<br>• تحسين نوعية الخدمات المقدمة في مجال صحة كبار السن .<br>• توجيه البحث العلمي لإجراء عدد من الدراسات والأبحاث حول كبار السن .<br><br>- التنسيق مع المجلس الطبي الأردني لإستحداث تخصص طب الشيخوخة من خلال:<br>• تحديد مرافق صحية مؤهلة للتدريب.<br>• استقطاب أطباء للالتحاق بالبرنامج.<br>• إيفاد أطباء للتخصص في البرنامج.<br>• توزيع الأطباء المختصين حسب الأولويات لضمان التغطية الشاملة لاحقاً. | - المجلس الوطني لشؤون الأسرة بالتعاون مع كافة الجهات المعنية الواردة في الاستراتيجية الوطنية الاردنية لكبار السن | - خدمات صحية ذات نوعية جيدة تقدم لكبار السن.<br><br>- دراسات وأبحاث متخصصة في مجال صحة كبار السن.<br><br>- أطباء مختصون في مجال طب الشيخوخة. | ٢٠٠٩ | مستمر | | | | يساهم المجلس الصحي العالي في دعم تطبيق الإستراتيجية الوطنية الاردنية لكبار السن |

سينبثق عن البرنامج / المشروع خطة تنفيذية للآليات تحدد مسار العمليات والفترة الزمنية اللازمة لإنجاز كل آلية بالإضافة للكلف المالية

## المجلس الصحي العالي / الأمانة العامة

**المحور:** العمليات / ضمان توفر العمليات والأنظمة الداخلية التي من شأنها تعزيز قيمة الخدمة للمتعامل وتوثيق أطر التعاون والتنسيق ما بين القطاعات .

**المؤشر:** عدد المؤسسات الصحية الحاصلة على شهادة الإعتمادية **القيمة الحالية:** ٣ **القيمة المستهدفة:** ٨ من أصل١٧

| البرنامج /المشروع | آلية التنفيذ | الجهة المنفذة | النتائج المتوقعة | الفترة الزمنية اللازمة للإنجاز | | الكلفة المالية:بالالف دينار | | | ملاحظات |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | من | إلى | ٢٠٠٨ | ٢٠٠٩ | ٢٠١٠ | |
| **اعتمادية المؤسسات الصحية ( المستشفيات كمرحلة أولى)** | - تشكيل مجلس الاعتمادية.<br>- وضع نظام خاص بالمجلس.<br>- وضع المعايير المحلية للإعتمادية.<br>- تشكيل المجلس لإعتماد المؤسسات الصحية.<br>- تحديد المؤسسات الصحية المشاركة في البرنامج.<br>- تقييم الواقع الحالي للمرافق الصحية حسب المعايير المعتمدة محلياً.<br>- وضع خطط للمرافق الصحية للسيرفي برنامج الاعتماد على ضوء التقييم الأولي.<br>- تطبيق المعايير الخاصة بالاعتمادية:<br>• حقوق المرضى.<br>• القيادة- الإدارة<br>• تقييم الحالة المرضية.<br>• العناية بالمرضى.<br>• المسارات العلاجية.<br>• منع العدوى.<br>• تطوير وتدريب العاملين.<br>• الأمن و البيئة.<br>• إدارة المعلومات.<br>• إستمرارية تقديم الخدمة.<br>• البروتوكولات العلاجية<br>• التقييم الدوري.<br>• لجان الجودة .<br>• تثقيف المرضى وعائلاتهم .<br>• توثيق سياسات وإجراءات العمل . | مجلس اعتماد المؤسسات الصحية. | - تشكيل المجلس الخاص بالإعتمادية بحيث يمثل كافة الجهات المعنية والمنفذة<br>- إقرار نظام مجلس الإعتمادية لاعتماد المؤسسات الصحية.<br>- تقييم أولي لكاقة المرافق الصحية المشاركة.<br>- إعادة تأهيل المرافق والكوادر بما يتماشى مع متطلبات الاعتماد.<br>- تطبيق المعايير.<br>- الكشف على المرافق من قبل الهيئة.<br>- الحصول على الاعتماد الفرعي/ الكلي. | ٢٠٠٧<br>٢٠٠٧<br>٢٠٠٧<br>٢٠٠٩ | ٢٠٠٧<br>٢٠٠٧<br>مستمر<br>مستمر | | | | |

سينبثق عن البرنامج / المشروع خطة تنفيذية للآليات تحدد مسار العمليات والفترة الزمنية اللازمة لإنجاز كل آلية بالإضافة للكلف المالية

## المجلس الصحي العالي / الأمانة العامة

**المحور:** العمليات / ضمان توفر العمليات والأنظمة الداخلية التي من شأنها تعزيز قيمة الخدمة للمتعامل وتوثيق أطر التعاون والتنسيق ما بين القطاعات .

**المؤشر:** معدل وصول سيارة الإسعاف لمكان الحادث بالدقائق **القيمة الحالية:** أكثر من ١٠ دقائق **القيمة المستهدفة :** ٧-١٠دقائق

| البرنامج /المشروع | آلية التنفيذ | الجهة المنفذة | النتائج المتوقعة | الفترة الزمنية اللازمة للإنجاز | | الكلفة المالية:بالالف دينار | | | ملاحظات |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | من | إلى | ٢٠٠٨ | ٢٠٠٩ | ٢٠١٠ | |
| **تحديث وتطوير خدمات الإسعاف والطوارئ** | - تشكيل لجنة وطنية لمراجعة وتحليل الواقع الحالي للخدمة.<br><br>- وضع تصورمن خلال اللجنة حول إنشاء قانون هيئة للإسعاف والطوارئ<br><br>- مراجعة القانون المقترح من خلال المجلس الصحي العالي.<br><br>- وضع تصور حول تحديث وتطوير خدمات الإسعاف وعرضه على أعضاء المجلس .<br><br>- مناقشة المقترحات مع المجلس الصحي العالي.<br><br>- الاعتماد والتنفيذ. | لجنة وطنية ممثلة للقطاعات التالية:<br>- المجلس الصحي العالي<br>- وزارة الصحة<br>- الخدمات الطبية الملكية.<br>- القطاع الخاص<br>- المستشفيات الجامعية<br>- الدفاع المدني<br>- المجلس الطبي الأردني | - معايير وآليات تساهم في تحديث وتطوير خدمات الإسعاف والطوارئ. | ٢٠٠٧ | ٢٠٠٩ | | | | |

سينبثق عن البرنامج / المشروع خطة تنفيذية للآليات تحدد مسار العمليات والفترة الزمنية اللازمة لإنجاز كل آلية بالإضافة للكلف المالية

## المجلس الصحي العالي / الأمانة العامة

**المحور:** العمليات / ضمان توفر العمليات والأنظمة الداخلية التي من شأنها تعزيز قيمة الخدمة للمتعامل وتوثيق أطر التعاون والتنسيق ما بين القطاعات .

**المؤشر:** وثيقة تحدد كافة العمليات **القيمة الحالية:** لايوجد **القيمة المستهدفة:** وثيقة تحدد كافة العمليات

| البرنامج /المشروع | آلية التنفيذ | الجهة المنفذة | النتائج المتوقعة | الفترة الزمنية اللازمة للإنجاز | | الكلفة المالية:بالالف دينار | | | ملاحظات |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | من | إلى | ٢٠٠٨ | ٢٠٠٩ | ٢٠١٠ | |
| **التطوير المؤسسي** | - تشكيل لجنة وطنية لمراجعة وتبسيط الإجراءات من أجل القيام بالمهام التالية:<br>• تحديد وحصر العمليات.<br>• تحليل خط مسار هذه العمليات.<br>• المراجعة والتقويم.<br>• تبسيط الإجراءات.<br>- إعادة الهندسة بما يتماشى مع خطط التطوير. | - وزارة الصحة<br>- وزارة تطوير القطاع العام. | - وثائق تحديد العمليات الرئيسية وخطوط مسارها. | ٢٠٠٨ | ٢٠٠٩ | | | | تتم عملية تبسيط الإجراءات من خلال المؤسسات كل على حدة بما يتماشى مع أهداف وعمليات المؤسسة الصحية. |

سينبثق عن البرنامج / المشروع خطة تنفيذية للآليات تحدد مسار العمليات والفترة الزمنية اللازمة لإنجاز كل آلية بالإضافة للكلف المالية

## المجلس الصحي العالي / الأمانة العامة

**المحور:** العمليات / ضمان توفر العمليات والأنظمة الداخلية التي من شأنها تعزيز قيمة الخدمة للمتعامل وأطر التعاون والتنسيق ما بين القطاعات .

**المؤشر:** مؤشرات أداء لكافة مستويات تقديم الخدمة **القيمة الحالية :** مؤشرات أداء محدودة وغير شاملة **القيمة المستهدفة:** مؤشرات اداء شاملة لكافة مستويات تقديم الخدمة

| البرنامج /المشروع | آلية التنفيذ | الجهة المنفذة | النتائج المتوقعة | الفترة الزمنية اللازمة للإنجاز | | الكلفة المالية:بالالف دينار | | | ملاحظات |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | من | إلى | ٢٠٠٨ | ٢٠٠٩ | ٢٠١٠ | |
| **وضع مؤشرات أداء لكافة مستويات تقديم الخدمة الصحية.** | - تحديد مستويات تقديم الخدمة الصحية.<br><br>- تشكيل لجان متخصصة لتحديد المؤشرات بما يتماشى ومستويات تقديم الخدمة ( الأولية والثانوية والثالثية).<br><br>- إنشاء وحدة متخصصة لمتابعة جمع وتحليل وتحديث مؤشرات الأداء .<br><br>- تحديد آلية جمع وتحليل البيانات.<br><br>- نشر وتعميم المؤشرات على مواقع تقديم الخدمة.<br><br>- تدريب العاملين على جمع البيانات وتوريدها إلى الوحدة المخصصة للمراجعة.<br><br>- تحليل البيانات ووضع التوصيات من قبل الجهة المختصة. | - وزارة الصحة<br><br>- الخدمات الطبية الملكية | - مؤشرات أداء لكافة مرافق تقديم الخدمة تعكس مستوى الأداء وتساهم في تحديد مواطن الضعف ومواطن القوة. | ٢٠٠٨ | ٢٠١٠ | | | | يتم تشكيل وحدة في كل مؤسسة مع وضع وصف وظيفي واضح لهذه الوحدة. |

سينبثق عن البرنامج / المشروع خطة تنفيذية للآليات تحدد مسار العمليات والفترة الزمنية اللازمة لإنجاز كل آلية بالإضافة للكلف المالية

## المجلس الصحي العالي / الأمانة العامة

**المحور:** العمليات / ضمان توفر العمليات والأنظمة الداخلية التي من شأنها تعزيز قيمة الخدمة للمتعامل وتوثيق أطر التعاون والتنسيق ما بين القطاعات .

**المؤشر:** خطط طوارئ **القيمة الحالية:** لا يوجد **القيمة المستهدفة:** خطط طوارئ معتمدة ومطبقة

| البرنامج /المشروع | آلية التنفيذ | الجهة المنفذة | النتائج المتوقعة | الفترة الزمنية اللازمة للإنجاز | | الكلفة المالية:بالالف دينار | | | ملاحظات |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | من | إلى | ٢٠٠٨ | ٢٠٠٩ | ٢٠١٠ | |
| **إدارة المخاطر في المستشفيات.** | - تحديد وحصر أنواع الطوارئ الخاصة بكل مستشفى.<br><br>- إعداد خطط لمواجهة الطوارئ في المستشفيات.<br><br>- إجراء تجارب وهمية لمواجهة الطوارئ حسب الخطط المعدة لذلك.<br><br>- تطبيق نظام متابعة الطوارئ في المستشفيات.<br><br>- تقييم النظام وتحديثه حسب المستجدات. | - وزارة الصحة<br>- الخدمات الطبية الملكية<br>- القطاع الخاص<br>- الدفاع المدني | - خطط طوارئ لكافة المستشفيات مع آليات واضحة للتطبيق بما في ذلك التجارب الوهمية الدورية.<br><br>- نظام خاص لقياس وتحديد المخاطر في المستشفيات مع آليات المراجعة والتقويم. | ٢٠٠٨ | مستمر | | | | المجلس الصحي العالي جهة منسقة وداعمة. |

سينبثق عن البرنامج / المشروع خطة تنفيذية للآليات تحدد مسار العمليات والفترة الزمنية اللازمة لإنجاز كل آلية بالإضافة للكلف المالية

## المجلس الصحي العالي / الأمانة العامة

**المحور:** العمليات / ضمان توفر العمليات والأنظمة الداخلية التي من شأنها تعزيز قيمة الخدمة للمتعامل وأطر التعاون والتنسيق ما بين القطاعات .

**المؤشر:** مركز دراسات وأبحاث وطني **القيمة الحالية:** عدم وجود مركزدراسات وأبحاث وطني **القيمة المستهدفة:** وجود مركزدراسات و أبحاث وطني

| البرنامج /المشروع | آلية التنفيذ | الجهة المنفذة | النتائج المتوقعة | الفترة الزمنية اللازمة للإنجاز | | الكلفة المالية:بالالف دينار | | | ملاحظات |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | من | إلى | ٢٠٠٨ | ٢٠٠٩ | ٢٠١٠ | |
| **إنشاء مركز دراسات وأبحاث وطني** | - تشكيل لجنة وطنية للإشراف على انشاء المركز.<br><br>- إعداد دراسة تحدد دور ومرجعية عمل المركز.<br><br>- الخروج بنتائج وتوصيات بخصوص إنشاء المركز.<br><br>- عرض النتائج والتوصيات على أعضاء المجلس الصحي العالي واتخاذ القرار.<br><br>- انشاء مركز دراسات وابحاث وطني يتولى المهام التالية:<br><br>١ - جمع الدراسات والأبحاث المتوفرة.<br>٢ - إعداد دليل وطني يتضمن أسماء الباحثين حسب المواضيع البحثية.<br>٣ - إجراء الدراسات والأبحاث على ضوء الأولويات . | - المجلس الصحي الأردني.<br>- وزارة الصحة<br>- الخدمات الطبية الملكية<br>- القطاع الخاص<br>- الجمعية العلمية الملكية<br>- الإحصاءات العامة | - مركز وطني للدراسات والأبحاث. | ٢٠٠٩ | ٢٠١٠ | | | | يساهم المجلس الصحي العالي في تشجيع الدراسات والأبحاث تماشياً مع المهام والمسؤوليات الواردة في قانونه رقم (٩) لعام ١٩٩٩ |

سينبثق عن البرنامج / المشروع خطة تنفيذية للآليات تحدد مسار العمليات والفترة الزمنية اللازمة لإنجاز كل آلية بالإضافة للكلف المالية

## المجلس الصحي العالي / الأمانة العامة

**المحور:** العمليات / ضمان توفر العمليات والأنظمة الداخلية التي من شأنها تعزيز قيمة الخدمة للمتعامل وتوثيق أطر التعاون والتنسيق ما بين القطاعات .

**المؤشر:** حوسبة القطاع الصحي **القيمة الحالية:** يوجد بشكل جزئي **القيمة المستهدفة:** نظام حوسبة متكامل.

| البرنامج /المشروع | آلية التنفيذ | الجهة المنفذة | النتائج المتوقعة | الفترة الزمنية اللازمة للإنجاز | | الكلفة المالية:بالالف دينار | | | ملاحظات |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | من | إلى | ٢٠٠٨ | ٢٠٠٩ | ٢٠١٠ | |
| **أتمتة العمليات الإدارية والمحاسبية في القطاع العام (كمرحلة أولى)** | - تشكيل لجنة وطنية من ذوي الإختصاص.<br>- دراسة واقع الحال.<br>- توحيد الأنظمة الإدارية في القطاع العام.<br>- توحيد الدورات المحاسبية.<br>- إعداد البرمجيات اللازمة.<br>- تدريب الكوادر المعنية على البرنامج.<br>- تطبيق البرنامج من خلال دراسة تجريبية (Pilot Study) .<br>- تقييم التجربة وإجراء التعديلات اللازمة.<br>- تعميم التجربة على كافة المرافق الصحية.<br>- السير بإجراءات الربط المركزي فيما بين مؤسسات القطاع. | - الديوان الملكي العامر.<br>- وزارة الصحة<br>- الخدمات الطبية الملكية.<br>- المستشفيات الجامعية<br>- وزارة الاتصالات ( برنامج الحكومة الإلكترونية). | - لجنة وطنية ممثلة لكافة القطاعات الصحية الحكومية .<br>- نظام إداري موحد .<br>- نظام محاسبي موحد.<br>- برامج كمبيوترمتكاملة يمكن ربطها. | ٢٠٠٩ | مستمر | | | | يعتبر المجلس الصحي العالي جهة داعمة ومنسقة. |

سينبثق عن البرنامج / المشروع خطة تنفيذية للآليات تحدد مسار العمليات والفترة الزمنية اللازمة لإنجاز كل آلية بالإضافة للكلف المالية

## المجلس الصحي العالي / الأمانة العامة

**المحور:** العمليات / ضمان توفر العمليات والأنظمة الداخلية التي من شأنها تعزيز قيمة الخدمة للمتعامل وتوثيق أطر التعاون والتنسيق ما بين القطاعات .

**المؤشر:**
- عدد حملات التوعية
- نسبة المدخنين
- نسبة إستخدام خدمات مابعد الولادة

**القيمة الحالية:**
- لا يوجد حملات توعية فيما يتعلق بالممارسات الصحية السليمة
- نسبة المدخنين: ٢٩٪
- نسبة إستخدام خدمات ما بعد الولادة: ٤٤,٣٪

**القيمة المستهدفة:**
- حملة توعية واحدة في كل إقليم سنوياً
- نسبة المدخنين: ٢٠%
- نسبة استخدام خدمات ما بعد الولادة: ٥٠٪

| البرنامج /المشروع | آلية التنفيذ | الجهة المنفذة | النتائج المتوقعة | الفترة الزمنية اللازمة للإنجاز | | الكلفة المالية:بالالف دينار | | | ملاحظات |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | من | إلى | ٢٠٠٨ | ٢٠٠٩ | ٢٠١٠ | |
| **رفع الوعي الصحي لدى المواطنين بأهم القضايا الصحية.** | - دعم تطبيق الاستراتيجية الوطنية الاتصال واللإعلام الصحي وخاصة البرامج والحملات التوعوية المتعلقة بأهم محددات الصحة العامة مثل:<br>•التدخين<br>•السمنة / أهمية الغذاء الصحي المتوازن.<br>•الرياضة/ النشاط البدني<br>•الصحة الإنجابية.<br><br>- إعداد البرامج المتكاملة لتطبيق الحملات.<br><br>- التطبيق –التنفيذ- المتابعة- التقييم. | - وزارة الصحة. | - برامج توعوية.<br><br>- أنماط حياة صحية سليمة.<br><br>- خفض نسبة الإصابة بالأمراض المزمنة.<br><br>- خفض مراضة ووفيات الأمهات. | ٢٠٠٩ | مستمر | | | | بمشاركة برنامج شركاء الإعلام لصحة الاسرة وبدعم من المجلس الصحي العالي. |

سينبثق عن البرنامج / المشروع خطة تنفيذية للآليات تحدد مسار العمليات والفترة الزمنية اللازمة لإنجاز كل آلية بالإضافة للكلف المالية

## المجلس الصحي العالي / الأمانة العامة

**المحور:** المالي/ ضمان الإستدامة المالية للنظام من خلال إعتماد الإقتصاد الصحي كأساس في تقديم الخدمة

**المؤشر:** معدل الإنفاق العام على الدواء **القيمة الحالية:** ٣٥ % من مجمل الإنفاق **القيمة المستهدفة:**٢٥٪ على مدى خمس سنوات

| البرنامج /المشروع | آلية التنفيذ | الجهة المنفذة | النتائج المتوقعة | الفترة الزمنية اللازمة للإنجاز | | الكلفة المالية:بالالف دينار | | | ملاحظات |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | من | إلى | ٢٠٠٨ | ٢٠٠٩ | ٢٠١٠ | |
| **ترشيد استهلاك الأدوية** | - مراجعة وتعديل التشريعات لضمان ضبط صرف الأدوية.<br><br>- اعتماد برامج تضمن ترشيد الإستهلاك على مستوى القطاع العام مثل :<br>- دفتر المعالجة<br>- البطاقة الذكية<br><br>- إنشاء نظام تزويد يعتمد على معدلات الإستهلاك لترشيد استهلاك أدوية الأمراض المزمنة.<br><br>- المساهمة في الزامية تطبيق الدلائل العلاجية المقياسية (البروتوكولات) .<br><br>- المساهمة في إجراء الدراسات والبحوث المتعلقة بمفهوم الاستخدام الرشيد للأدوية.<br><br>- المساهمة في تضمين الاستخدام الرشيد للأدوية في مناهج الكليات الصحية والتعليم المستمر.<br><br>- رصد الإنفاق على الدواء | - المؤسسة العامة للغذاء والدواء<br>- وزارة الصحة | - تشريعات معدلة للحد من الاستهلاك والصرف غير المبرر للدواء.<br><br>- آليات للحد من من الاستهلاك والصرف غير المبرر للدواء.<br><br>- خفض الإنفاق العام على الأدوية. | ٢٠٠٩ | مستمر | | | | يعتبر المجلس الصحي العالي داعم للبرنامج. |

سينبثق عن البرنامج / المشروع خطة تنفيذية للآليات تحدد مسار العمليات والفترة الزمنية اللازمة لإنجاز كل آلية بالإضافة للكلف المالية

## المجلس الصحي العالي / الأمانة العامة

**المحور:** المالي/ ضمان الإستدامة المالية للنظام من خلال إعتماد الإقتصاد الصحي كأساس في تقديم الخدمة

**المؤشر:** نسبة الادوية المشتراة عن طريق دائرة الشراء الموحد
- عدد الجهات المشتركة بالشراء الموحد والملتزمة بالآلية

**القيمة الحالية:** ٢٠٪
: صفر

**القيمة المستهدفة:** ٧٠٪ كمرحلة اولى
: ١٠٠%

| البرنامج /المشروع | آلية التنفيذ | الجهة المنفذة | النتائج المتوقعة | الفترة الزمنية اللازمة للإنجاز | | الكلفة المالية:بالالف دينار | | | ملاحظات |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | من | إلى | ٢٠٠٨ | ٢٠٠٩ | ٢٠١٠ | |
| **الشراء الموحد** | - تشكيل لجنة تنسيق وطنية من كافة الجهات المعنية بالشراء الموحد لوضع آليات تنسيق واضحة.<br><br>- الاطلاع على التجارب العالمية الخاصة با لشراء الموحد.<br><br>- الخروج بنتائج وتوصيات وعرضها على مجلس إدارة الشراء الموحد لاتخاذ القرارات اللازمة.<br><br>- اقتراح التعديلات التشريعية المناسبة من أجل إلزامية التطبيق.<br><br>- تقييم وتقويم مرحلة التنفيذ الأولى .<br><br>- الاستمرار بالتنفيذ. | - دائرة الشراء الموحد بالتعاون مع الجهات المشاركة بالشراء. | - آليات تنسيق واضحة وفاعلة.<br><br>- أدوية ومستهلكات طبية لكافة القطاعات الصحية ضمن آلية تنفيذ مشتركة تساهم في خفض وتوجيه الإنفاق.<br><br>- التزام تام من قبل كافة القطاعات المعنية. | ٢٠٠٧ | مستمر | | | | يعتبر المجلس الصحي العالي داعم للبرنامج. |

سينبثق عن البرنامج / المشروع خطة تنفيذية للآليات تحدد مسار العمليات والفترة الزمنية اللازمة لإنجاز كل آلية بالإضافة للكلف المالية

## المجلس الصحي العالي / الأمانة العامة

**المحور:** المالي/ ضمان الإستدامة المالية للنظام من خلال إعتماد الإقتصاد الصحي كأساس في تقديم الخدمة.

**المؤشر:** نظام ترخيص عصري للمرافق الصحية **القيمة الحالية:** نظام ترخيص تقليدي **القيمة المستهدفة:** نظام ترخيص محدث

| البرنامج /المشروع | آلية التنفيذ | الجهة المنفذة | النتائج المتوقعة | الفترة الزمنية اللازمة للإنجاز | | الكلفة المالية:بالالف دينار | | | ملاحظات |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | من | إلى | ٢٠٠٨ | ٢٠٠٩ | ٢٠١٠ | |
| **تحرير الأنظمة وتوجيه الاستثمار** | - تشكيل لجان متخصصة لمراجعة أنظمة التراخيص<br>- مراجعة كافة الأنظمة الخاصة بتراخيص المؤسسات الصحية.<br>- تحديثها وتطويرها للخروج بنظام متكامل.<br>- اعتماد النظام.<br>- السير بإجراءات الترخيص.<br>- الإشراف والمتابعة والتقييم. | - وزارة الصحة | نظام ترخيص عصري متكامل للمرافق الصحية يساهم في تعزيز مكانة الأردن الريادية في مجال الرعاية الصحية ويزيد من فرص الإستثمار . | ٢٠٠٨ | ٢٠٠٩ | | | | بالتعاون مع المجلس الصحي العالي والجهات ذات العلاقة. |

سينبثق عن البرنامج / المشروع خطة تنفيذية للآليات تحدد مسار العمليات والفترة الزمنية اللازمة لإنجاز كل آلية بالإضافة للكلف المالية

## المجلس الصحي العالي / الأمانة العامة

**المحور:** المالي/ ضمان الإستدامة المالية للنظام من خلال إعتماد الإقتصاد الصحي كأساس في تقديم الخدمة

**المؤشر:** موازنات معتمدة على النتائج **القيمة الحالية:** لايوجد **القيمة المستهدفة:** موازنات مرتبطة بالأداء كمرحلة أولى / إدارة الرعاية الصحية الأولية

| البرنامج /المشروع | آلية التنفيذ | الجهة المنفذة | النتائج المتوقعة | الفترة الزمنية اللازمة للإنجاز | | الكلفة المالية:بالالف دينار | | | ملاحظات |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | من | إلى | ٢٠٠٨ | ٢٠٠٩ | ٢٠١٠ | |
| **إعداد نظام الموازنات المستند على النتائج** | - وضع مؤشرات أداء لكافة مرافق تقديم الخدمة .<br>- تعميم مفهوم موازنة الأداء / النتائج<br>- اعتماد إدارات لتجربة إعداد الموازنات.<br>- التطبيق / المتابعة<br>- التدقيق / التقييم | - وزارة المالية<br>- دائرة الموازنة العامة<br>- وزارة الصحة | - موازنات سنوية مستندة على مؤشرات أداء وتقييم.<br>- تقييم الأداء المالي على ضوء النتائج المتوقعة.<br>- خفض الإنفاق. | ٢٠٠٨ | مستمر | | | | بالتعاون مع المجلس الصحي العالي والجهات ذات العلاقة. |

سينبثق عن البرنامج / المشروع خطة تنفيذية للآليات تحدد مسار العمليات والفترة الزمنية اللازمة لإنجاز كل آلية بالإضافة للكلف المالية

## المجلس الصحي العالي / الأمانة العامة

**المحور:** الاداء المالي / ضمان قدرة النظام على الإستمرارية

**المؤشر:** مخطط شمولي لكافة المرافق الصحية | **القيمة الحالية:** مخطط شمولي غير محدث | **القيمة المستهدفة:** مخطط شمولي محدث حسب المرحلة الأولى

| البرنامج /المشروع | آلية التنفيذ | الجهة المنفذة | النتائج المتوقعة | الفترة الزمنية اللازمة للإنجاز | | الكلفة المالية:بالالف دينار | | | ملاحظات |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | من | إلى | ٢٠٠٨ | ٢٠٠٩ | ٢٠١٠ | |
| **مخطط شمولي لكافة المرافق الصحية** | - تشكيل فريق وطني متخصص.<br>- مراجعة المخطط الشمولي السابق.<br>- اجراء مسح ميداني لتحديث الدراسة.<br>- إعداد دراسة شاملة لكافة القطاعات.<br>- نشر وتعميم الدراسة من خلال ورشة عمل.<br>- التوصيات.<br>- خطة مستقبلية على ضوء التوصيات. | - وزارة الصحة<br>- وزارة التخطيط<br>- وزارة الأشغال<br>- الخدمات الطبية الملكية<br>- المستشفيات الجامعية<br>- القطاع الخاص | - مخطط شمولي لكافة المرافق الصحية "Health facilities master plan"<br>مقارنة بالمعايير العالمية في تحضير كافة مدخلات هذه المرافق الصحية. | ٢٠٠٩ | مستمر | | | | يتم التنسيق مع وزارة التخطيط حول مدى إمكانية إجراء الدراسة وتحديثها من خلال مساهمة البنك الدولي مالياً وفنياً |

سينبثق عن البرنامج / المشروع خطة تنفيذية للآليات تحدد مسار العمليات والفترة الزمنية اللازمة لإنجاز كل آلية بالإضافة للكلف المالية

## المجلس الصحي العالي / الأمانة العامة

**المحور:** المتعامل/ تقديم خدمات متميزة تستحوذ على ثقة العملاء في كافة مراحل تقديم الخدمة الصحية ضمن أسس مشتركة عادلة

**المؤشر:** نسبة المشمولين بالتأمين الصحي **القيمة الحالية:** ٧٩,٨٪ **القيمة المستهدفة:** ٩٠٪ كمرحلة اولى خلال الثلاث سنوات القادمة

| البرنامج /المشروع | آلية التنفيذ | الجهة المنفذة | النتائج المتوقعة | الفترة الزمنية اللازمة للإنجاز | | الكلفة المالية: بالالف دينار | | | ملاحظات |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | من | إلى | ٢٠٠٨ | ٢٠٠٩ | ٢٠١٠ | |
| **شمول كافة المواطنين بتأمين صحي مناسب** | - إعداد تصور واضح حول الخيارات المطروحة للتأمين الصحي وسبل تطبيقها.<br><br>- ورشة عمل تضم كافة المعنيين والخبراء لمناقشة الخيارات المطروحة<br><br>- عرض نتائج الدراسة على أعضاء المجلس الصحي العالي.<br><br>- الخروج بقرارات لتحديث وتطوير نظام التأمين الصحي الحالي.<br><br>- تشكيل فريق وطني لبحث موضوع التأمين الصحي ضمن شروط مرجعية واضحة.<br><br>- إجراء دراسات اقتصادية واكتوارية.<br><br>- إعداد نظام لضمان الخروج بتأمين صحي يتماشى مع المتطلبات ويضمن حصول كافة المواطنين على الخدمة الصحية. | - المجلس الصحي العالي.<br>- وزارة الصحة.<br>- الخدمات الطبية الملكية.<br>- مؤسسة الضمان الإجتماعي.<br>- وزارة التخطيط والتعاون الدولي.<br>- البنك الدولي. | - دراسات توضح الكلف التشغيلية الفعلية للخدمات الصحية المقدمة ومقترحات حول نسب المشاركة.<br><br>- نظام تأمين صحي حديث. | ٢٠٠٧ | مستمر | | | | |

سينبثق عن البرنامج / المشروع خطة تنفيذية للآليات تحدد مسار العمليات والفترة الزمنية اللازمة لإنجاز كل آلية بالإضافة للكلف المالية

## المجلس الصحي العالي / الأمانة العامة

**المحور :** المتعامل/ تقديم خدمات متميزة تستحوذ على ثقة العملاء في كافة مراحل تقديم الخدمة الصحية ضمن أسس مشتركة عادلة.

**المؤشر:** وثيقة خاصة بقانون المسؤولية الطبية **القيمة الحالية:** لا يوجد قانون معتمد **القيمة المستهدفة:** وثيقة معتمدة للمسؤولية الطبية

| البرنامج /المشروع | آلية التنفيذ | الجهة المنفذة | النتائج المتوقعة | الفترة الزمنية اللازمة للإنجاز | | الكلفة المالية:بالالف دينار | | | ملاحظات |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | من | إلى | ٢٠٠٨ | ٢٠٠٩ | ٢٠١٠ | |
| **قانون المسؤولية الطبية** | - إعداد مسودة مشروع قانون المسؤولية الطبية للأطباء وأطباء الأسنان.<br>- استطلاع رأي المعنيين حول المسؤولية الطبية في الأردن.<br>- عقد ورشة عمل حول المسؤولية الطبية في الأردن.<br>- تزويد الجهات ذات العلاقة بنتائج وتوصيات الدراسة والورشة.<br>- تشكيل لجنة وطنية ممثلة لكافة القطاعات ذات العلاقة.<br>- مراجعة كافة الوثائق التي سبق إعدادها.<br>- إعداد مشروع قانون المسؤولية الطبية بصيغته النهائية المقترحة.<br>- السير بإجراءات اعتماد القانون لحين صدور الإرادة الملكية بالموافقة عليه. | لجنة وطنية تضم القطاعات المعنية<br>- المجلس الصحي العالي/الأمانة العامة<br>- المجلس الصحي العالي<br>- المجلس الصحي العالي<br>- وزارة الصحة<br>- اللجنة الوطنية<br>- اللجنة الوطنية<br>- المجلس الصحي العالي | - وثيقة قانون للمسؤولية الطبية تحدد الحقوق والواجبات والإجراءات الواجب اتباعها ضمن آلية واضحة لإدارة الشكاوى بما يضمن حقوق كافة الأطراف. | ٢٠٠٧ | ٢٠٠٩ | | | | |

سينبثق عن البرنامج / المشروع خطة تنفيذية للآليات تحدد مسار العمليات والفترة الزمنية اللازمة لإنجاز كل آلية بالإضافة للكلف المالية

## المجلس الصحي العالي / الأمانة العامة

**المحور:** المتعامل/ تقديم خدمات متميزة تستحوذ على ثقة العملاء في كافة مراحل تقديم الخدمة الصحية ضمن أسس مشتركة عادلة.

**المؤشر:** وثيقة أخلاقيات المهنة **القيمة الحالية:** لاتوجد وثيقة **القيمة المستهدفة:** وثيقة أخلاقيات المهنة

| البرنامج /المشروع | آلية التنفيذ | الجهة المنفذة | النتائج المتوقعة | الفترة الزمنية اللازمة للإنجاز | | الكلفة المالية:بالالف دينار | | | ملاحظات |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | من | إلى | ٢٠٠٨ | ٢٠٠٩ | ٢٠١٠ | |
| **وثيقة اخلاقيات المهنة** | - تشكيل لجنة وطنية من كافة الاطراف ذات العلاقة من أجل:<br><br>• مراجعة كافة الممارسات العالمية والعربية الخاصة بهذا المجال.<br>• إعداد ميثاق أخلاقي للعاملين في المجال الطبي.<br>• اعتماد الوثيقة من كافة الجهات الممثلة.<br>• إبداء الرأي في المسائل المعروضة عليها من الجهات المعنية.<br>• التنسيق مع اللجان العاملة في المؤسسات الصحية والبحثية ذات العلاقة بمهام اللجنة.<br><br>- نشر وتعميم مفهوم الوثيقة لكافة الاطراف المعنية من خلال ندوات وورشات عمل . | - اللجنة الوطنية | - وثيقة تحدد الإطار العام وكافة العمليات التي تدخل في مجال الاخلاقيات الطبية والأسلوب الأمثل للتعامل مع هذه العمليات. | ٢٠٠٨ | ٢٠٠٩ | | | | المجلس الصحي العالي جهة منسقة وداعمة. |

## المجلس الصحي العالي / الأمانة العامة

**المحور:** المتعامل/ تقديم خدمات متميزة تستحوذ على ثقة العملاء في كافة مراحل تقديم الخدمة الصحية ضمن أسس مشتركة عادلة.

**المؤشر:** مكاتب خدمة العملاء في المرافق الصحية **القيمة الحالية:** لا يوجد **القيمة المستهدفة:** مكاتب خدمة عملاء في كافة المرافق الصحية

| البرنامج /المشروع | آلية التنفيذ | الجهة المنفذة | النتائج المتوقعة | الفترة الزمنية اللازمة للإنجاز | | الكلفة المالية:بالالف دينار | | | ملاحظات |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | من | إلى | ٢٠٠٨ | ٢٠٠٩ | ٢٠١٠ | |
| **ضمان وصيانة حقوق المتعاملين. (وزارة الصحة كمرحلة اولى)** | استحداث مكاتب لخدمة العملاء في كافة المرافق الصحية.<br><br>- تحديد معايير للتعامل مع الشكاوى وضمان حقوق المتعاملين (إدارة الشكاوى ).<br><br>- خط ساخن على مدار الساعة لضمان التواصل مع الجمهور.<br><br>- تدريب العاملين على آلية التعامل مع الجمهور وطرق ومهارات الاتصال.<br><br>- مراجعة دورية لكافة الشكاوى من قبل الإدارات العليا. | - وزارة الصحة | - مكاتب لخدمة العملاء في كافة المرافق الصحية. | ٢٠٠٨ | ٢٠٠٩ | | | | المجلس الصحي العالي جهة منسقة وداعمة. |

## الرؤية Vision

هي الصورة المنشودة للوصول إلى هدف الصحة للجميع كما ترتأيها القطاعات ذات العلاقة. وتتحدد معالم هذه الصورة ومكوناتها من خلال المنظور الصحي والثقافي والاجتماعي والاقتصادي للمجتمع، أي من خلال ثوابته التراثية والقيمية وفلسفته التنموية الشاملة والمستدامة حاضراً ومستقبلاً. فالرؤية نص مختصر ومركز يرسم النوع والمضمون لصحة المواطنين الأردنيين كما يتمناها صاحب الجلالة، وهي النتيجة النهائية للرسالة بعد اكتمالها.

## الرسالة Mission

تتمثل في كيفية تحقيق الرؤية المنشودة للمجلس الصحي العالي بهدف تطبيق المهام والمسؤوليات الموكلة إليه حسب قانونه رقم ٩ لعام ١٩٩٩، وذلك من خلال بلورة سياسات ووضع استراتيجية وتنفيذ برامج وأنشطة وتطوير أساليب وأدوات وآليات عملية وواقعية لإنجاز ذلك. وتتطلب صياغة الرسالة وتوصيفها كذلك الاختيار الموضوعي الملائم والواضح للأهداف العامة والفرعية للبرامج والأنشطة، وأخذ المعطيات التراثية والقيمية وتحليل الواقع الحاضر وتحديد الاتجاهات المستقبلية للنظام الصحي ككل.

## الإستراتيجية Strategy

"الاستراتيجية" مصطلح مستعار من العلوم العسكرية، ويعني الخطوط العريضة والعناصر الأساسية للخطة المرسومة الكفيلة بتحقيق النصر والمستندة إلى المعرفة التامة والمعطيات الحقيقية لعناصر الضعف والقوة الذاتية وتلك المقابلة لها لدى العدو، وكذلك للمعطيات والشروط والخصائص المتعلقة بساحة ومجال الصراع. فالاستراتيجية هي عملية استخدام مجموعة العناصر الإيجابية والسلبية من العدة والعتاد والإمكانات لدى طرفي المواجهة في ظل الشروط والمعطيات الحقيقية لواقع ميدان الصراع في إعداد مجموعة من التحركات والتدخلات والخطوات المدروسة لتحقيق التفوق وإنجاز النصر.

إن إعداد الإستراتيجية الصحية الوطنية تعني وضع الخطوط العريضة لخطوات وتدخلات وأعمال محددة الأهداف من خلال محاور معينة تحقق النهوض بصحة المواطنين في حال تنفيذها بأدوات وآليات مناسبة وواقعية، وبالاستناد إلى منطلقات وثوابت تميز هويتها الوطنية الثقافية وامتدادها الحضاري، وذلك من خلال تحليل موضوعي للواقع الصحي يبين مواطن القوة والإيجابيات ومواطن الضعف والتحديات. ولا بد للاستراتيجية أن تكون موضوعية ومحددة وقابلة للتنفيذ حتى نتمكن من ترجمتها إلى برامج عمل، تشكل في مجموعها خطة عمل تنفيذية، تضم أنشطة لكل منها هدف أو أهداف فرعية تكوِّن في جملتها الجهد المتكامل لتحقيق الأهداف العامة المرجوة.

### دافعية العمل Work Motivation

هو درجة الإرادة التي يتمتع بها العاملون على البذل والمحافظة على مجهود معين للمساهمة في تحقيق الأهداف المنشودة للمؤسسة.

### شهادة الحاجة Certificate of Need (CON)

هي شهادة تمنح من قبل جهات رسمية متخصصة بعد إجراء عملية مراجعة وتقييم لوضع الجهات الراغبة بإنشاء أو تحديث أو تطوير خدمات صحية معينة قبل البدء بذلك. إن منح شهادة الحاجة لهذه الإضافات أو التحديثات تكون عادة مرتبطة بحد معين من التكلفة يتم الاتفاق عليه من قبل الجهات المعنية والتي يجب الرجوع إليها وأخذ الموافقة منها في حال تجاوز هذا الحد.

لا يتم منح هذه الشهادة إلا عند التأكد من ضرورة الحاجة للمشروع المقدم وذلك ضمن معايير معينة تؤخذ بعين الاعتبار قبل إصدار شهادة الحاجة وذلك بهدف التنظيم والسيطرة على إنفاق رأس المال في مجال الخدمات الصحية، وكذلك الحد من التوسع غير المبرر لهذه الخدمات.

### مراجعة الإنفاق العام Public Expenditure Review (PER)

ويتكون من الإنفاق الحكومي المشمول ضمن قانون الموازنة في وزارة الصحة والخدمات الطبية الملكية ووزارتي التخطيط والتعاون الدولي والمالية بالإضافة إلى الإنفاق الحكومي الإضافي غير المبين في الموازنة مثل صندوق التأمين الصحي المدني و صندوق التأمين الصحي العسكري والإنفاق المتأتي من إيرادات الخصخصة وبرنامج التحول الاجتماعي والاقتصادي.

### الحسابات الصحية الوطنية National Health Account (NHA)

هي أداة لرسم السياسة الصحية على مستوى الاقتصاد الكلي كونها تشكل الإطار العام لاحتساب إجمالي الإنفاق الصحي العام والخاص من خلال تتبع مصادر التمويل وتدفق الأموال وتحديد مجالات الإنفاق.

### الناتج المحلي الإجمالي Gross Domestic Product (GDP)

ويعني إجمالي القيمة السوقية لجميع البضائع والخدمات التي تنتجها الدولة خلال سنه معينة وهي تعادل إجمالي إنفاق المستهلكين والإنفاق الحكومي والاستثمار وقيمة الصادرات تطرح منها قيمة الواردات.

الناتج المحلي الإجمالي= إنفاق المستهلكين + الإنفاق الحكومي + الاستثمار+ (الصادرات - الواردات)

١ - الأجندة الوطنية : الأردن الذي نريد ٢٠٠٦ – ٢٠١٥ ، وزارة التخطيط والتعاون الدولي ،٢٠٠٦ .
٢ - وثيقة كلنا الأردن، وزارة التخطيط والتعاون الدولي ،٢٠٠٦ .
٣ - الصحة في الأردن / وزارة الصحة ومنظمة الصحة العالمية، ٢٠٠٥.
٤ - التقرير الإحصائي السنوي ، وزارة الصحة ، ٢٠٠٦ .
٥ - التقرير الإحصائي السنوي الخدمات الطبية الملكية ، ٢٠٠٦ .
٦ - مسح استخدام الرعاية الصحية والإنفاق على الصحة في الأردن، وزارة الصحة، دائرة الإحصاءات العامة، والوكالة الأمريكية للإنماء الدولي ، ٢٠٠٠ .
٧ - تقرير مراجعة الإنفاق الصحي للفترة: ٢٠٠١- ٢٠٠٥ ، وزارة المالية ، البنك الدولي، ٢٠٠٦ .
٨ - تقرير مراجعة الإنفاق الصحي للفترة: ٢٠٠٢ – ٢٠٠٦ ، وزارة المالية ، الوكالة الألمانية، ٢٠٠٧.
٩ - تقرير الحسابات الصحية الوطنية ، وزارة الصحة، الوكالة الأمريكية للإنماء الدولي، ٢٠٠٠.
١٠ - تقرير الحسابات الصحية الوطنية ، وزارة الصحة، الوكالة الأمريكية للإنماء الدولي ، ٢٠٠١ .
١١ - خطة تطوير القوى البشرية ، وزارة الصحة، الوكالة الأمريكية للإنماء الدولي ، ٢٠٠٥ .
١٢ - دراسة الإطار النظري لإصلاح اللقطاع الصحي وتحفيز العاملين ، مجلة العلوم الإجتماعية والطب، المجلد ٥٤: ١٢٥٥-١٢٦٦، ٢٠٠٢ .
١٣ - المؤشرات الديموغرافية والصحية والإجتماعية لدول شرق المتوسط ، منظمة الصحة العالمية ، ٢٠٠٧.
١٤ - دراسة سلوكيات وعوامل الخطورة للأمراض غير السارية ، وزارة الصحة، مركز مكافحة الأمراض الأمريكي، ومنظمة الصحة العالمية، ٢٠٠٧.
١٥ - إستراتيجية التعاون القطري ٢٠٠٨ -٢٠١٢، وزارة الصحة ومنظمة الصحة العالمية .
١٦ - التعداد العام للسكان والمساكن ٢٠٠٤ ، دائرة الإحصاءات العامة، ٢٠٠٦ .
١٧ - مسح الدخل والإنفاق الأسري، دائرة الإحصاءات العامة، ٢٠٠٢ .
١٨ - البرنامج التنفيذي ٢٠٠٧-٢٠٠٩ لكلنا الأردن والأجندة الوطنية، وزارة التخطيط والتعاون الدولي، ٢٠٠٧ .
١٩ - تقرير الأمم المتحدة التنموي ، ٢٠٠٦ .
٢٠ - مسح السكان والصحة الأسرية، دائرة الإحصاءات العامة، ٢٠٠٢ .
٢١ - الاستراتيجية الوطنية للاستعداد للطوارىء ، ٢٠٠٧-٢٠١١.
٢٢ - الاستراتيجية الوطنية للسكان، ٢٠٠٠-٢٠٢٠ .
٢٣ - الاستراتيجية الوطنية الأردنية لكبار السن، ٢٠٠٩-٢٠١٣ .
٢٤ - الاستراتيجية الوطنية للاتصال والإعلام الصحي، ٢٠٠٥ .
٢٥ - الاستراتيجية الوطنية للشباب في الأردن، ٢٠٠٥-٢٠٠٩ .
٢٦ - إستراتيجية المجلس التمريضي الأردني ٢٠٠٣ -٢٠٠٥.
٢٧ - السجل الوطني للسرطان ، وبائية السرطان في الأردن لعام ٢٠٠٥ .

**أعضاء المجلس الصحي العالي :**

- دولة رئيس الوزراء / رئيس المجلس الصحي العالي – المهندس نادر الذهبي .
- معالي وزير الصحة / نائب رئيس المجلس الصحي العالي – الدكتور صلاح مواجدة .
- معالي وزير المالية – الدكتور حمد الكساسبة .
- معالي وزير التخطيط والتعاون الدولي – السيدة سهير العلي .
- معالي وزير التنمية الاجتماعية – السيدة هالة لطوف .
- معالي وزير العمل – السيد باسم خليل السالم .
- معالي الدكتور نائل العجلوني .
- عطوفة مدير عام الخدمات الطبية الملكية – اللواء الطبيب عبد اللطيف وريكات .
- عطوفة عميد كلية الطب / الجامعة الهاشمية – الدكتور ماضي الجغبير .
- عطوفة الدكتور عبدالله الحياري .
- سعادة نقيب الأطباء – الدكتور زهير أبو فارس .
- سعادة نقيب الممرضين والممرضات والقابلات القانونيات – السيد محمد الحتاملة .
- سعادة رئيس جمعية المستشفيات الخاصة – الدكتور فوزي الحموري .

**ضباط الإرتباط :**

- ضابط ارتباط وزارة الصحة - الدكتور قاسم الربيع
- ضابط ارتباط وزارة المالية - السيد زياد صبحا
- ضابط ارتباط وزارة التخطيط والتعاون الدولي - المهندسة فداء جرادات
- ضابط ارتباط وزارة التنمية الإجتماعية - الدكتور عوض سميرات
- ضابط ارتباط وزارة العمل - الدكتور محمد أحمد القضاة
- ضابط ارتباط مديرية الخدمات الطبية الملكية - الدكتور عمار مبيضين
- ضابط ارتباط كلية الطب / الجامعة الهاشمية - الدكتور حسن حوامدة
- ضابط ارتباط نقابة الأطباء - الدكتور مؤمن الحديدي
- ضابط ارتباط نقابة الممرضين والممرضات والقابلات القانونيات - السيد خالد أبو عزيزه
- ضابط ارتباط جمعية المستشفيات الخاصة - الدكتور رياض الشرقاوي

**فريق العمل من الأمانة العامة للمجلس الصحي العالي :**

- الدكتور طاهر أبو السمن - أمين عام المجلس الصحي العالي
- الدكتور جمال أبو سيف - مدير الشؤون الفنية والدراسات والأبحاث في المجلس
- الدكتورة رغد الحديدي - الشؤون الفنية والدراسات والأبحاث في المجلس
- الدكتورة غادة الكيالي - الشؤون الفنية والدراسات والأبحاث في المجلس
- السيد فهمي الأسطة - المدير المالي والإداري للمجلس الصحي العالي
- السيد سامي السالم - الشؤون المالية والادارية في المجلس
- السيد راضي الجوارنة - الشؤون المالية والادارية في المجلس
- الآنسة منال التميمي - الشؤون المالية والادارية في المجلس

٣٠ شــارع مفلــح العلــي اللوزي - حــي البلديــة - الجبيهــة الغربــي - ص.ب ٢٣٥٦ عمـــان ١١٩٤١ الأردن
هاتف مقســم ٥٣٣٢٦٠٥ - ٥٣٣٤٤١٩ - مباشــر ٥٣٣٤٢٠٢ فاكــس ٥٣٣٢٧٠٣
البريد الالكتروني: hhealth@orange.jo الموقع الالكتروني: www.hhc.gov.jo