



تعزيز القدرة التنافسية للقطاع الصحي في الأردن (خدمات الرعاية الصحية الحكومية والتأمين الصحي الحكومي)

كانون الأول 2020



منتدى الاستراتيجيات الأردني
JORDAN STRATEGY FORUM



منتدى الاستراتيجيات الأردني JORDAN STRATEGY FORUM

جاء تأسيس منتدى الاستراتيجيات الأردني ترسيخاً لإرادة حقيقية من القطاع الخاص بالمشاركة في حوار بناء حول الأمور الاقتصادية والاجتماعية التي يُعنى بها المواطن الأردني، ويجمع المنتدى مؤسسات وشركات رائدة وفاعلة من القطاع الخاص الأردني، إضافة إلى أصحاب الرأي والمعنيين بالشأن الاقتصادي؛ بهدف بناء تحالف يدفع نحو استراتيجيات مستدامة للتنمية، ورفع مستوى الوعي في الشؤون الاقتصادية والتنموية، وتعظيم مساهمة القطاع الخاص في التنمية الشاملة. وقد تمّ تسجيل المنتدى بتاريخ 2012/8/30 بوصفه جمعية غير ربحية تحمل الرقم الوطني 2012031100026، وتقع ضمن اختصاص وزارة الثقافة.

عمان، الأردن

ت: +962 6 566 6476

ف: +962 6 566 6376



جدول المحتوى

4 الملخص التنفيذي
6 السياق والمؤشرات
8 نظرة عامة على القطاع الصحي الأردني
10 القدرة التنافسية لقطاع الرعاية الصحية في الأردن
13 الرعاية الصحية في الأردن: التأمين والتمويل
22 التحديات
33 الملاحظات الختامية وتوصيات السياسات المستقبلية
40 الملحق 1
41 الملحق 2

1. الملخص التنفيذي

تهدف هذه الورقة إلى دراسة القضايا التي تؤثر على فاعلية القطاع الصحي في الأردن واستدامته. وتشير الورقة -من خلال تركيزها على التمويل والتأمين الصحي- إلى أنّ التحدي الرئيسي الذي يواجه القطاع الصحي في الأردن لا يتمثل في عدم كفاية الموارد، بل في كيفية تخصيص تلك الموارد المتاحة وتوظيفها.

ينفق الأردن حوالي 8% إلى 9% من الناتج المحلي الإجمالي على القطاع الصحي سنويًا، وهذا المعدل أعلى بكثير من متوسط ما تنفقه كثير من دول الشرق الأوسط وشمال أفريقيا وكذلك الدول ذات الدخل المتوسط المرتفع. وتحقق المملكة أداءً جيدًا في المؤشرات الصحية العامة مثل متوسط العمر المتوقع عند الولادة، ومعدلات الوفيات، والتغطية الصحية الشاملة، ومؤشر الأمن الصحي العالمي، ولكن يُعتبر أداؤها أسوأ في القضايا المتعلقة بالأمراض غير السارية وعدد الأسرة لكل مواطن.

يتمتع الأردنيون بتغطية جيدة بفضل برامج التأمين المختلفة والإعفاءات الطبية والأسعار المدعومة، وهو ما ينعكس على المستوى المنخفض نسبيًا للنفقات الشخصية المباشرة التي تبلغ حوالي 30.4% من إجمالي النفقات الصحية. وفقًا لتعداد السكان عام 2015، فإن 64% من الأردنيين مؤمن عليهم بأحد أنواع التأمين الصحي على الأقل، و 4.7% منهم يتلقون خدمات الرعاية الصحية المجانية. أما بقية الأردنيين فيحصلون على أسعار مدعومة في منشآت وزارة الصحة (تقدر بـ 20% من التكلفة) أو يحصلون على إعفاءات من جميع رسوم الرعاية الصحية المرتبطة بحالات معينة؛ مما يعني أن كل أردني يحصل في النهاية على نوع معين من التغطية الصحية في ظلّ هذا النظام المعقد.

ولكن هذا يعني أيضًا أن برامج التأمين المتعددة، إلى جانب نظام الإعفاءات الطبية التقديري والأسعار المدعومة، تجعل من الإطار العام للتأمين والتغطية الصحية مُجزأً وغير فعال في استغلال الموارد، كما أنها تفرض ضغوطًا على ميزانية الصحة بشكل عام، والتي تراكمت عليها مدفوعات ومتأخرات مستحقة على مدى العقد الماضي تجاوزت 442 مليون دينار بحلول نهاية عام 2017. ويصبح هذا الأمر أكثر أهمية إذا ما نظرنا إلى مشاكل الحوكمة والإدارة التي يعاني منها كل عنصر من عناصر هذا النظام.

أولاً، برامج التأمين الحكومي غير مصممة وفق أسس اكتوارية، وهناك نسبة كبيرة لا يتم التأمين عليهم وفق أسس سليمة للاشتراكات، مما يستنزف ميزانية الصحة العامة، لا سيما في غياب الرقابة والمساءلة. كما أن تعدد برامج التأمين الصحي الحكومي وتفاوت مستوياتها من حيث الاشتراكات المقطعة والمزايا الممنوحة يزيد من شذمة نظام التأمين الصحي العام.

ثانيًا، هناك أدلة على سوء استخدام برنامج الإعفاءات الطبية والمبني على أساس نظام اتخاذ القرار التقديري للموافقة على الإعفاء. فبالإضافة إلى مساهمته في تراكم غالبية المتأخرات الصحية، يُعد هذا النظام أيضًا بمثابة عاملاً مثبطاً لتوسيع نطاق تغطية التأمين الصحي.

ثالثاً، تم تجميد الأسعار المدعومة للخدمات المقدمة التي تقدر بنحو 20% من التكلفة منذ التسعينيات، مما أدى إلى تشويه سوق الخدمات الصحية بشكل عام في الأردن. وعموماً، سمح هذا النظام المعقد أيضاً بوجود العديد من الثغرات في نظام التحويل الصحي الرسمي والتي يمكن من خلالها للمرضى تجاوز المستويات الدنيا من الرعاية والتوجّه مباشرةً إلى مستويات أعلى، وإن لم يكونوا محتاجين إليها فعلياً. كما تفتقر حكومة وإدارة القطاع الصحي بشكل عام إلى الشفافية والمساءلة السليمة، بالإضافة إلى وجود ضعف في التكامل ما بين خدمات الجهات الفاعلة الرئيسية في هذا القطاع.

لقد أفضت الجهود والأموال التي تم انفاقها للحفاظ على النظام المعقد المذكور أعلاه إلى تقليل الاهتمام بمجالات حيوية أخرى. فتم إعطاء أولوية أقل للرعاية الأولية وبرنامج الاعتماد الخاص بها، مما أدى إلى تدهور الجودة في عيادات الرعاية الصحية الأولية في جميع أنحاء الأردن. كما نتج عن الضغوط المالية انخفاض نسبي في مستوى الحوافز المقدمة للكادر الطبي في وزارة الصحة، مما أدى إلى عدم كفاية عدد الأطباء ذوي الاختصاص العاملين في الخدمات الصحية الحكومية. كما ساهم ضيق الحيز المالي المتاح للقائمين على القطاع، إلى جانب إطار العمل الذي يعاني من انعدام الشفافية ومحدودية المساءلة، في تدهور البنية التحتية لمقدمي الخدمات الصحية على مرّ السنين.

بالنظر إلى كل ما سبق، توصي هذه الورقة بإجراء إصلاح شامل للقطاع الصحي في الأردن من خلال العمل على عدة مجالات فرعية. وتتمثل الأولوية في معالجة تعقيد وتجزئة النظام وما يرتبط به من تخصيص للموارد. حيث نجد بأن هناك حاجة ماسة لإعادة هيكلة برامج التأمين الصحي الحكومي وكلفة الرعاية الصحية بوزارة الصحة ونظام الإعفاءات لوقف تراكم المتأخرات الصحية. ويستلزم ذلك (1) تقدير التكاليف الحقيقية لخدمات وزارة الصحة بدقة ومن ثم تعديل أسعارها بحيث تعكس التكاليف الفعلية، و(2) إجراء دراسة اكتوارية وفنية شاملة لبرامج التأمين الصحي الحكومي بغية تحديد مستويات جديدة وعادلة للاشتراكات المقطعة من الرواتب ونسب التحمّل من الرسوم الثابتة لخدمات الرعاية، وبما ينسجم مع حزم من الخدمات المتسقة والعادلة والتي تراعي مستويات الدخل، و(3) فصل المشتريين عن مقدمي الخدمات عن جهات التأمين التي تغطي الخدمات الصحية الحكومية، والعمل من أجل وضع نموذج مبني على أساس وجود جهة مرجعية واحدة للتأمين الحكومي تقدم حزمًا من المنافع المتناسقة والمتكاملة، و(4) إلغاء برنامج الإعفاءات تدريجياً من أجل السيطرة على زيادة المتأخرات الصحية والحد منها. ويتمثل الهدف العام لعملية إعادة الهيكلة في تحقيق التغطية الشاملة للتأمين الصحي بطريقة كفؤة وفعالة.

ستؤدي الخطوات المذكورة أعلاه إلى تحقيق وفورات مالية يمكن استخدامها لمعالجة القضايا الأخرى التي أهدمت على مرّ السنين، والتي تشمل الرعاية الصحية الأولية، والطواقم الطبي المؤهل، وتطوير المتابعة والتقييم، والبنية التحتية الصحية الشاملة. كما ينبغي تعزيز الشفافية والمساءلة والجودة العامة لخدمات الرعاية الصحية الأولية، وينبغي تنفيذ نظام تحويل طبي أكثر فاعلية وشفافية. بالإضافة إلى ذلك، ينبغي ضمان توفير العدد الكافي من الكوادر الطبية من خلال وسائل متعددة بما فيها التعاقد مع أطباء متخصصين/ خدمات متخصصة من القطاع الخاص، وتطوير برنامج دبلوم وطني لبناء القدرات وبخاصة في مجال طب الأسرة بغية تجهيز منشآت المستوى الأولي من الرعاية، والنظر في زيادة شاملة في الحوافز المقدمة إلى العاملين في المجال الطبي. ولا بد من تنفيذ جميع التوصيات المذكورة أعلاه إلى جانب وضع أطر متكاملة للمتابعة

والتقييم وتتبع النتائج والاحتياجات الصحية، وقياس تأثير السياسات، وتقييم جودة تقديم الخدمات الصحية. وأخيراً، يُعدّ تحسين الوعي بأسلوب الحياة الصحي أمراً ضرورياً للحد من الآثار السلبية للأمراض غير السارية على الصحة العامة والقطاع الصحي في الأردن ككل.

2. السياق والمؤشرات

1. السياق

يُصنّف الأردن بأنه من الدول ذات الدخل المتوسط المرتفع¹ التي تعاني من محدودية الموارد الطبيعية. وقد شهدت المملكة معدل نمو سكاني مرتفع للغاية خلال العقدين الماضيين، حيث تشير نتائج التعداد الرسمي إلى أن عدد سكان الأردن بلغ 9.5 مليون نسمة في عام 2015، بزيادة قاربت الـ 86% عن عام 2004. في حين قدّرت دائرة الإحصاءات العامة الأردنية عدد سكان الأردن بنحو 10.55 مليون نسمة في عام 2019. وقد ترتب على الأردن نتيجة موقعه الجغرافي المتميز أن يتعامل مع تداعيات النزاعات الإقليمية وعدم الاستقرار في المنطقة؛ حيث تعاني غالبية دول الجوار من أزمات داخلية و/أو خارجية، وبسبب استقرار الأردن، فقد لجأ عدد كبير من اللاجئين إليه، مما ساهم في زيادة معدل النمو السكاني في البلاد، مما نجم عنه ضغطاً كبيراً على البنية التحتية للمملكة بما في ذلك البنية التحتية للرعاية الصحية. كما اكتسبت المملكة سمعةً طبية باعتبارها من أكثر المواقع المرغوبة في منطقة الشرق الأوسط للسياحة العلاجية حيث تستقبل مئات الآلاف سنوياً من المرضى القادمين من الدول المجاورة.

2. المؤشرات

بحلول عام 2020، تفاجأ العالم بتفشي فيروس كوفيد-19 المستجد، الذي طالت تأثيراته صحة البشر والاقتصاد على حدٍ سواء. فالآثار قصيرة المدى لهذه الجائحة واضحة في جميع أنحاء العالم، لكن الآثار طويلة المدى لم تتضح بعد. وقد أبرزت هذه الجائحة على وجه التحديد هشاشة النظم الصحية في الكثير من دول العالم. وقد سارع الأردن إلى اتخاذ إجراءات صارمة لمنع انتشار الفيروس خوفاً من الانهيار المحتمل لنظام الرعاية الصحية في البلاد، مما أدى إلى أن يعاني الاقتصاد من الإغلاق الشامل لأكثر من شهرين، الإجراء الذي أثر بدوره سلباً على الاقتصاد الهش أصلاً. وتبين أن نظام الرعاية الصحية في الأردن غير كامل الجاهزية لمثل هذه الصدمة الصحية، على الرغم من ارتفاع مستوى الإنفاق الصحي في الأردن. مما يعني ضرورة إيلاء المزيد من الاهتمام لنظام الرعاية الصحية والقطاع الصحي ككل ليكون القطاع أفضل استعداداً للصدمة المستقبلية.

تهدف هذه الورقة إلى تحديد وتوضيح التحديات الرئيسية التي تواجه القطاع الصحي في الأردن، وتحديد خدمات الرعاية الصحية الحكومية والتأمين الصحي الحكومي، بالإضافة إلى تحديد سبل المضي قدماً بالنسبة لهذا القطاع. وتسعى الورقة إلى الإجابة على السؤال الرئيسي والأسئلة الفرعية التالية:

¹ البنك الدولي << <https://www.worldbank.org/en/country/jordan/brief/qa-jordan-country-reclassification> >>

ما هو السبيل لمضي القطاع الصحي الأردني قدماً من أجل تعزيز قدرته التنافسية؟

- ما هو ترتيب/مكانة الأردن على الصعيد الدولي؟
- ما مدى كفاءة وفعالية خدمات الرعاية الصحية والتأمين الصحي في الأردن؟
- ما هو إطار التأمين الصحي في المملكة وكيف تتم حوكمته؟
- إلى أي مدى يمكن استدامة التمويل الصحي في الأردن؟
- ما هي التحديات التي تواجه خدمات الرعاية الصحية والتأمين الصحي الحكومي في الأردن؟

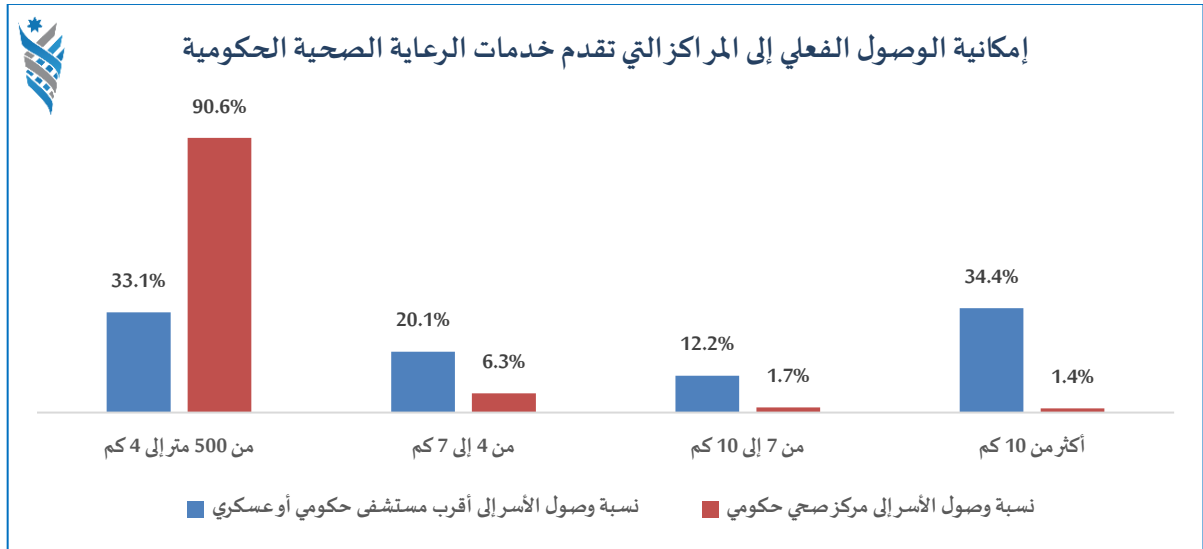
يستند التحليل إلى أبحاث مكتوبة واسعة، وتحديداً الأوراق التفصيلية الخاصة بالاستراتيجية الوطنية للحماية الاجتماعية (2019-2025)، وسيتم الاعتماد كذلك على بعض البيانات والمعطيات الثانوية. إضافة لذلك تم إجراء مشاورات مع الجهات المعنية الرئيسية لضمان تقديم توصيات عملية بشأن سبل المضي قدماً.

3. نظرة عامة على القطاع الصحي الأردني

يمكن تقسيم خدمات الرعاية الصحية في الأردن إلى رعاية صحية "أولية" و"ثانوية" و"ثالثية/متخصصة" و"متقدمة"، ويزيد مستوى التخصص ويقل عدد المرضى مع الانتقال إلى مستويات الرعاية الأعلى، نظرًا إلى تصنيف المرضى بحسب الحالة المرضية منذ البداية. ووفقًا لمنظمة الصحة العالمية، يمكن التعامل مع الغالبية العظمى من المرضى بشكل كامل في مستوى الرعاية الصحية الأولية.

يعمل نظام الرعاية الصحية الحكومي في الأردن وفقًا للأسس التالية²: يجب على المواطن الأردني الذي يحتاج إلى خدمات رعاية صحية أن يتوجه أولاً إلى المركز الصحي المسجل فيه (بعبارة أخرى، أقرب مركز صحي) من أجل الحصول على العلاج (أي الرعاية الصحية الأولية). إذا قرر الطبيب أن المريض بحاجة إلى مستوى أعلى من العلاج، فتتم إحالته إلى مركز صحي شامل أو مستشفى حكومي داخل المحافظة (أي الرعاية الصحية الثانوية والثالثية/المتخصصة). أما في حالة احتياج المريض إلى خدمة غير مقدمة في المستشفى الحكومي أو المركز الصحي الشامل، فتتم إحالته إما إلى أحد مستشفيات الخدمات الطبية الملكية (RMS) أو إلى أحد المستشفيات الجامعية (أي الرعاية الصحية الثالثية/المتخصصة والمتقدمة). وكما لا يخفى، يتم تحويل المريض إلى مستشفيات القطاع الخاص، أو إلى مركز الحسين للسرطان في حالة إصابة المريض بالسرطان، أو إلى المنشآت الصحية خارج المملكة (أي الرعاية الصحية الثالثية/المتخصصة والمتقدمة).

يوجد حاليًا 112 مركزًا صحيًا شاملاً و375 مركزًا صحيًا أوليًا و190 مركزًا صحيًا فرعيًا منتشرة في جميع أنحاء المملكة. بالإضافة إلى ذلك، تدير الوزارة 505 مراكز أمومة وطفولة و405 عيادات أسنان³. وتشير التقديرات إلى أن هناك 9 مراكز صحية لكل 100,000 أردني، وهو معدل قريب جدًا من المعدل الموصى به عالميًا والبالغ 10 مراكز صحية لكل 100,000 مواطن والذي حددته منظمة الصحة العالمية⁴. كما تدير وزارة الصحة هذه المراكز والعيادات بالإضافة إلى 32 من المستشفيات التي تقدم الرعاية الصحية الثانوية والثالثية/المتخصصة.



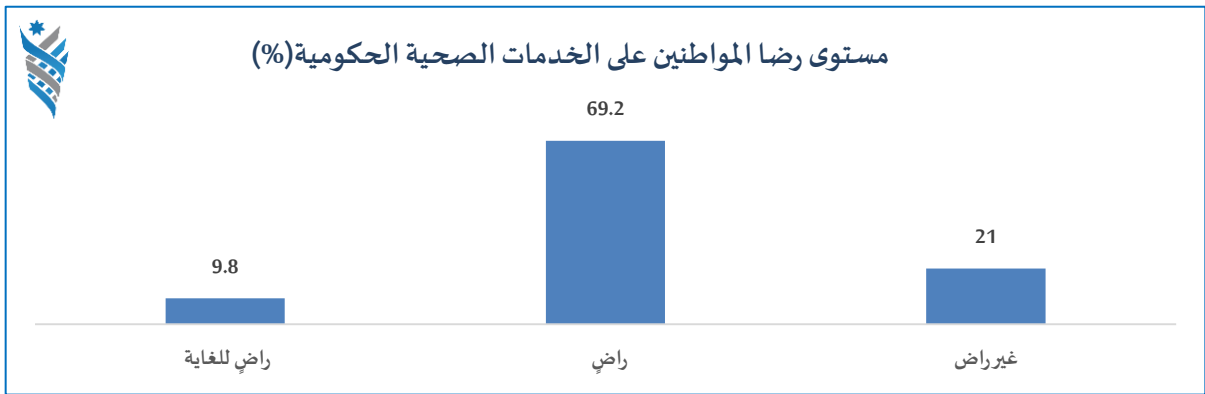
² المعلومات مأخوذة من "التعليمات الرسمية بشأن التحويلات"

³ المعلومات مأخوذة من استراتيجية وزارة الصحة 2018-2022 (ص 20) ملاحظة: الرقم 505 مقدم من وزارة الصحة.

⁴ الرقم 9/110,000 مأخوذ من تعداد السكان والمسكن 2015 الصادر عن دائرة الإحصاءات العامة

وعليه، فلا تشكل إمكانية الوصول إلى مراكز الرعاية الصحية مشكلة بالنسبة للمواطن الأردني، حيث يعيش معظم المواطنين (90.6%) على مسافة 4 كيلومترات أو أقل من أقرب مركز صحي.

وبالنظر كذلك إلى الإمكانية الاقتصادية، نجد أن المواطن الأردني لا يتحمل تكاليف كبيرة عند محاولة الحصول على خدمات الرعاية الصحية، كما أن النفقات الشخصية المباشرة على الصحة منخفضة. حيث تشير التقديرات إلى أن خدمات الرعاية الصحية الحكومية المدعومة تخفّض أسعار الخدمات إلى حوالي 20% من تكلفتها الحقيقية. بالإضافة إلى ذلك، فإن تعدد برامج التأمين الصحي المقدمة لغالبية السكان الأردنيين تعني أن المرضى يتحملون تكاليف قليلة عندما يتلقون الرعاية الصحية. وأخيرًا، لا يتحمل المرضى الحاصلين على الاعفاءات الطبية أية تكاليف على خدمات الرعاية الصحية المقدمة لهم. ويترجم كل هذا بانخفاض نسبي في النفقات الصحية الشخصية المباشرة التي تتحملها الأسر.



لا تعني إمكانية الحصول على خدمات الرعاية الصحية بالضرورة أن المواطنين الأردنيين راضون تمامًا عن جودة الخدمات المقدمة. وبالرغم من عدم وجود دراسات رسمية حول جودة الخدمات التي تقدمها المراكز الصحية، ورغم حقيقة أن معظم المواطنين (79%) راضون عن الخدمات الصحية الحكومية⁵، إلا أنه لطالما أثرت الشكاوى منذ فترة طويلة بشأن الخدمات المقدمة في المراكز الصحية، مما يجبر المواطنين على التوجّه مباشرة إلى المستشفيات لطلب العلاج، مع أن اللجوء إلى هذا المستوى العالي من الرعاية ليس له ما يبرره

تنص وثيقة "رؤية الأردن 2025" صراحةً على أنه يُعتبر "تحسين نظام الرعاية الصحية وتحسين إدارة تكلفته"⁶ أولوية رئيسية. وعلى الرغم من ندرة الوثائق الرسمية التي تحتوي معلومات حول جودة الخدمات المقدمة، إلا أن هناك وثائق وتقارير متفرقة أعدت على مدى العقد الماضي تعطي فكرة عن جودة الخدمات المقدمة، وقد ذكرت الوزارة أن هناك تفاوت في جودة خدمات الرعاية الصحية المقدمة بين المناطق الريفية والحضرية⁷.

⁵ البيانات مأخوذة من "مسح نفقات ودخل الأسرة 2017-2018" الصادر عن دائرة الإحصاءات العامة.

⁶ رؤية الأردن 2025

⁷ المعلومات مقدمة من وزارة الصحة

4. القدرة التنافسية لقطاع الرعاية الصحية في الأردن

تم تقييم المركز التنافسي للأردن في مجال الرعاية الصحية من خلال النظر إلى مركز الأردن مقارنة بالدول الأخرى في المؤشرات التالية: النفقات الصحية، والنفقات الشخصية المباشرة (من الجيب)، ومتوسط العمر المتوقع عند الولادة، ومعدلات الوفيات بين (الأمهات والأطفال دون سن الخامسة)، ومعدل الوفيات بسبب الأمراض غير السارية، ومؤشر التغطية الصحية الشاملة، ومؤشرات قدرة الخدمة (كثافة القوى العاملة في المجال الصحي وعدد الأسرة لكل 1000 نسمة)، وأخيراً المؤشر العالمي للأمن الصحي. يُلخص الجدول أدناه هذه المؤشرات:

المؤشرات الصحية التي تم جمعها من التقارير الدولية المختلفة											
المؤشر العالمي للأمن الصحي	مؤشرات قدرة الخدمة			مؤشر التغطية الصحية الشاملة (0-100) %	معدل الوفيات بسبب الأمراض غير السارية	معدل وفيات		متوسط العمر المتوقع عند الولادة	النفقات الصحية المباشرة	النفقات الشخصية	
	كثافة القوى العاملة في المجال الصحي	عدد الأسرة لكل 1000 نسمة	اعتماد الأطباء			الأطفال دون سن الخامسة	الأمهات				
42.1	2.3	1.4	76	78	17	58	74.3	30.43%	8.12%	الأردن	
لا ينطبق	1.3	1.6	68.53	75	22	57	74	34.26%	6.7%	متوسط منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا	
لا ينطبق	2.0	3.5	74.96	83	13	57	75	32.87%	5.84%	متوسط الدول ذات الدخل المتوسط الأعلى	
40.2	1.6	2.7	65.96	71	39	211	73	18.21%	9.9%	المتوسط العالمي	

المصدر: مؤشرات التنمية للبنك الدولي

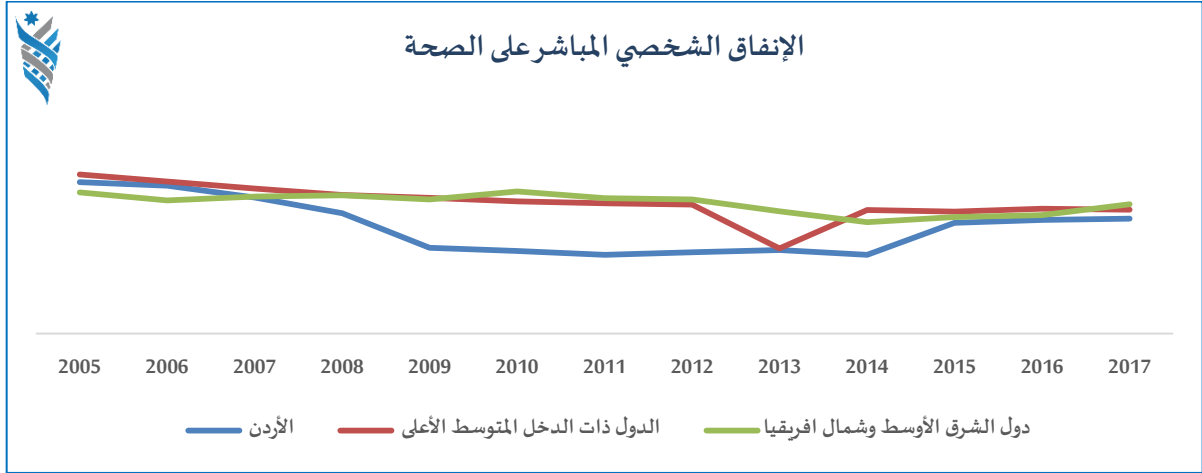
تقرير التنافسية العالمية للمنتدى الاقتصادي العالمي

تقرير مؤشر الأمن الصحي العالمي

أكاديمية الإمارات الدبلوماسية (EDA) وشبكة الأمم المتحدة لحلول التنمية المستدامة (SDSN)، تقرير مؤشر ولوحات متابعة أهداف التنمية المستدامة للمنطقة العربية لعام 2019

عموماً، يُعد ترتيب الأردن في جميع هذه المجالات جيداً نسبياً. ومن بين المؤشرات المذكورة أعلاه، فإن أول مؤشرين هما الأكثر صلة بهذه الدراسة. ينفق الأردن نسبة كبيرة من ناتجه المحلي الإجمالي على الصحة (8.12%)، وهي نسبة أعلى من متوسط منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا ومتوسط الدول ذات الدخل المتوسط الأعلى. ووفقاً لرؤية الأردن 2025،

فإن المستويات المرتفعة من النفقات الصحية، والتي يُقدر أنها تشكل 8.12% من الناتج المحلي الإجمالي⁹، ستواصل دفع النمو في هذا القطاع على المدى القصير والمتوسط.



كما تشهد البلاد نفقات شخصية مباشرة منخفضة نسبياً تبلغ نسبتها 30.4% من النفقات الصحية الجارية، وهي أقل من متوسط منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا ومتوسط الدول ذات الدخل المتوسط المرتفع. وتُعزى -إلى حدٍ كبير- مستويات الإنفاق الشخصي المباشر في سياق الأردن بالتحديد إلى المبالغ المدفوعة للقطاع الخاص، نظراً إلى أن نسبة كبيرة من السكان مؤمن عليهم والباقي إما معفيون أو يحصلون على سعر مدعوم لدى منشآت وزارة الصحة (يعادل حوالي 20% من التكلفة). وبعبارة أخرى، فإن معظم المواطنين الذين يتلقون الرعاية في المنشآت الصحية الحكومية لا يتكبدون تكاليف عالية، مما يشير إلى أن معظم النفقات الشخصية المباشرة تذهب إلى القطاع الخاص.

فيما يتعلق بالمؤشرات المتبقية، فإن أداء الأردن جيد نسبياً نظراً لمتوسط العمر المتوقع عند الولادة ومعدلات الوفيات الجيدة نسبياً، فضلاً عن النتيجة الجيدة في مؤشر التغطية الصحية الشاملة¹⁰. من ناحية أخرى، يعتبر أداء الأردن متدني نسبياً فيما يتعلق بارتفاع معدلات الوفيات الناجمة عن الأمراض غير السارية بالإضافة إلى ضعف تغطية الخدمات من حيث عدد الأسرة في المستشفيات بالنسبة لعدد السكان.

أخيراً، فإن ترتيب الأردن الجيد نسبياً في مؤشر الأمن الصحي العالمي يستحق نظرة متعمقة. حيث أن المؤشر العالمي للأمن الصحي هو أول تقييم شامل ودراسة مقارنة تقيس قدرات الأمن الصحي في 195 دولة تشكل الدول الأطراف في التعليمات الصحية الدولية (IHR 2005)¹¹.

يتناول المؤشر ست فئات، ويتم منح كل دولة نتيجة وترتيب خاص بها بحسب كل فئة من الفئات، ووفقاً لأدائها في جميع المؤشرات، يتم منحها ترتيباً شاملاً. وفيما يلي الفئات الست التي يتناولها مؤشر الأمن الصحي العالمي:

- (1) الوقاية ومنع نشوء أو انتشار مسببات الأمراض.
- (2) الكشف والإبلاغ عن الأوبئة ذات الاهتمام الدولي المحتمل.
- (3) الاستجابة السريعة لانتشار الوباء والتخفيف من حدته.

⁹ بيانات البنك الدولي

¹⁰ يُعنى هذا المؤشر بجميع الأشخاص والمجتمعات التي تتلقى الخدمات الصحية الجيدة التي يحتاجونها دون مواجهة ضائقة مالية.

¹¹ تقييم مؤشر الأمن الصحي العالمي، 2019

- (4) امتلاك نظام صحي قوي وقادر على معالجة المرضى وحماية العاملين في القطاع الصحي بدرجة كافية.
- (5) الامتثال للمعايير الدولية والالتزامات بتحسين القدرات الوطنية وخطط التمويل لسدّ الثغرات وتحقيق المعايير العالمية والتفديد بها.
- (6) بيئة المخاطر الشاملة وقابلية الدولة للتعرض للتهديدات البيولوجية.

فئات مؤشر الأمن الصحي العالمي							
مؤشر الأمن الصحي العالمي							
بيئة المخاطر الشاملة	الامتثال للمعايير الدولية	النظام الصحي	الاستجابة السريعة	الكشف والإبلاغ	الوقاية	الترتيب الشامل	
99	96	79	50	83	97	80	الأردن
55.8	48.6	27.8	47.8	42.9	31.8	42.1	
55.0	48.5	26.4	38.4	41.9	37.8	40.2	متوسط النتائج

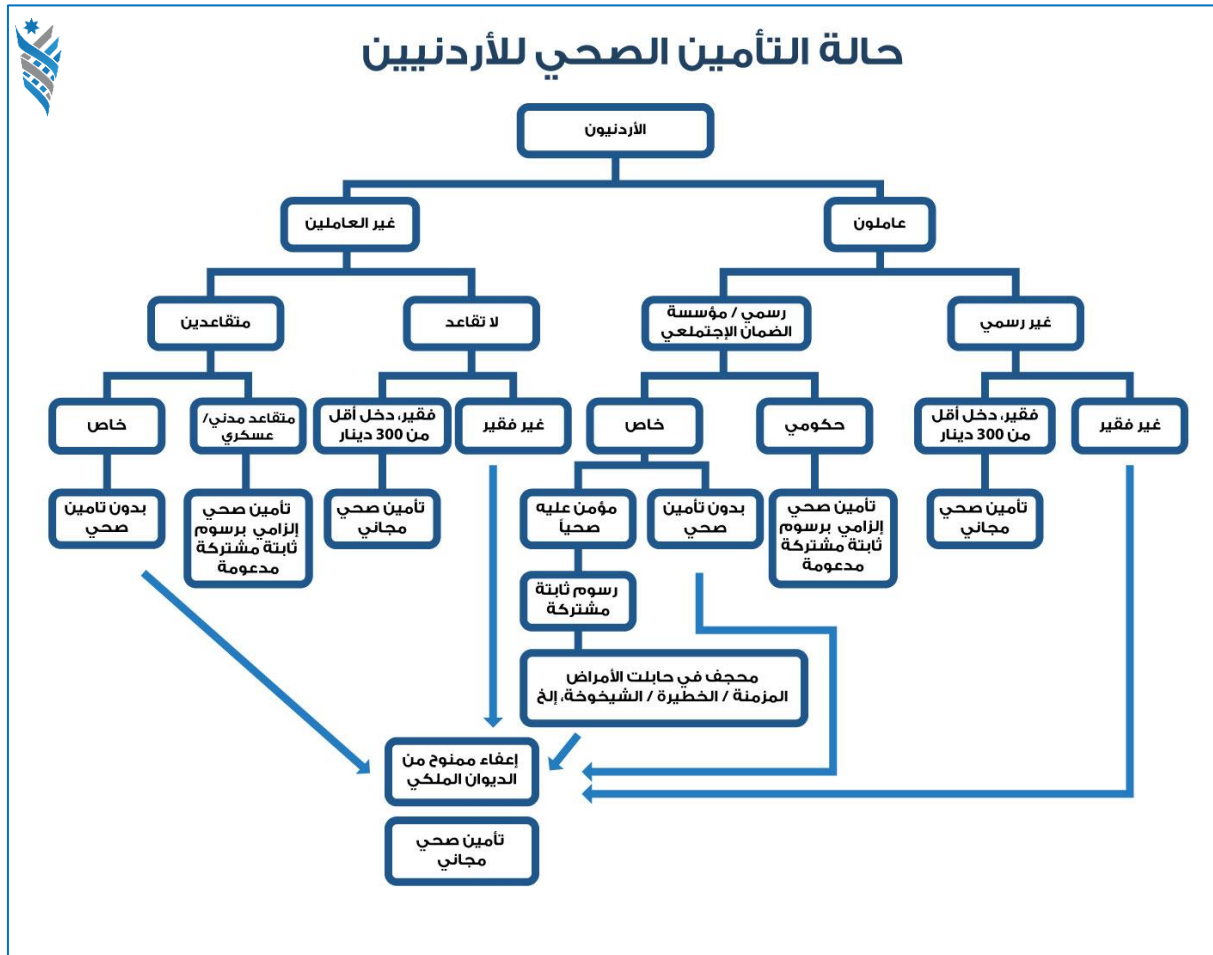
تنعكس نتائج الأردن في الفئات الست للمؤشر في استجابته لجائحة كوفيد-19. فعند دراسة المؤشر، يتبين أن الأردن يحتل مرتبة متدنية في فئة "الوقاية" ولكنه يحتل مرتبة جيدة نسبياً في فئة "الاستجابة السريعة". ويتضح ذلك عند دراسة الأحداث الأخيرة واستجابة الأردن والتدابير التي اتخذها فيما يتعلق بأزمة كوفيد-19. وعلى الرغم من أن النظام الصحي الأردني يتسم بالنفقات الصحية المرتفعة نسبياً وكثافة العاملين الصحيين، إلا أنه ضعيف ويمكن أن ينهار بسهولة نظراً لتوفر ما لا يزيد عن 1.4 سرير في المستشفيات لكل 1000 من السكان. وبالتالي، قد يجد النظام الصحي صعوبة في التعامل مع عبء الحالات الكبير الذي يصاحب الارتفاع الحاد في حالات كوفيد-19. ويعزى ذلك أيضاً إلى حقيقة أن الأردن بلد فقير نسبياً يعاني من عجز كبير في الميزانية واعتماد مرتفع نسبياً على الخدمات الصحية الحكومية.

5. الرعاية الصحية في الأردن: التأمين والتمويل

التغطية الصحية الشاملة والتأمين الصحي

يوجد عدد من برامج التأمين الصحي المختلفة في الأردن، مما يجعل الإطار العام للتأمين الصحي مجزأ وغير فعال في استخدامه للموارد. ليس ذلك فحسب، بل إن توفير خدمات الرعاية الصحية بأسعار أقل من السوق (20% من التكلفة)، بالإضافة إلى الإعفاءات من رسوم الرعاية الصحية الممنوحة للكثير من الأردنيين، يزيد من تعقيد تحليل وضع التأمين الصحي في الأردن وتمويله. ووفقاً لمراجعة البنك الدولي¹²، فإن هذا النظام يجعل من الصعب، إن لم يكن من المستحيل، تقييم أو قياس التكلفة الفعلية لتقديم الخدمات.

يوجد نسبة كبيرة من الأردنيين مؤمن عليهم صحياً أو يتلقون رعاية صحية مجانية. يعطي الشكل أدناه توضيحاً شاملاً لحالة التأمين الصحي للأردنيين. ويوضح كيف أن عددًا كبيراً من فئات الأردنيين مؤمن عليهم صحياً أو يتلقون إعفاءات من رسوم الرعاية الصحية، الأمر الذي يساهم، كما أوضحنا سابقاً، في خفض النفقات الشخصية المباشرة نسبياً.

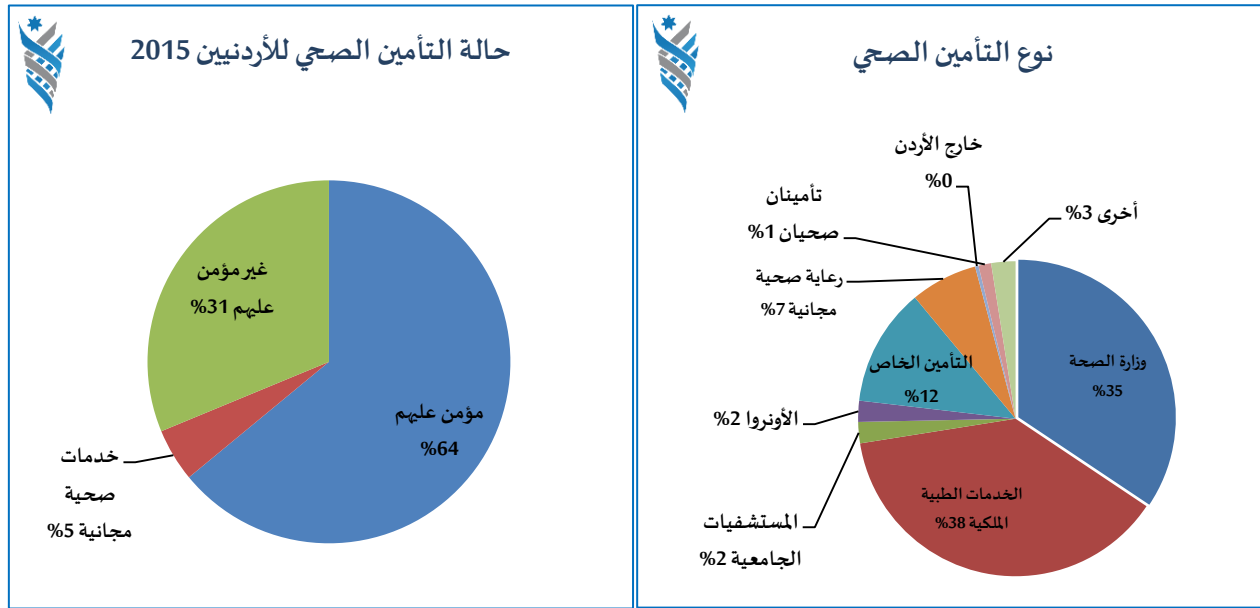


وفقاً لتعداد المساكن والسكان الذي أجري في عام 2015، فإن 64% من الأردنيين مؤمن عليهم بأحد أنواع التأمين الصحي على الأقل، و4.7% يتلقون خدمات رعاية صحية مجانية، أي أن الإجمالي يعادل 68.7% من الأردنيين. بالإضافة إلى ذلك،

¹²البنك الدولي (2014) "نحو تغطية صحية شاملة: مراجعة شاملة لنظام تمويل الرعاية الصحية في الأردن"

تعتبر التغطية الصحية لائقة نسبياً وفقاً لتقرير البنك الدولي "التغطية الصحية الشاملة"¹³. حيث سجل الأردن 76 نقطة من أصل 100، وهو أعلى من متوسط منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا البالغ 68.53 نقطة والمتوسط العالمي البالغ 65.96.

تتم تغطية معظم الأردنيين المؤمن عليهم من خلال برنامج التأمين المدني الذي تديره وزارة الصحة، وبرنامج التأمين العسكري الذي تديره الخدمات الطبية الملكية التابعة للقوات المسلحة الأردنية، والتأمين الخاص. وبالتالي نجد أن 38.1% من الأردنيين المؤمن عليهم مشمولون بتأمين الخدمات الطبية الملكية، و34.4% مشمولون ببرنامج التأمين المدني/وزارة الصحة، و12.1% مشمولون بالتأمين الخاص. بالإضافة إلى ذلك، فإن 6.9% يتلقون "رعاية صحية مجانية"؛ وبذلك يبلغ إجمالي الأردنيين المشمولين ببرنامج التأمين المدني/وزارة الصحة 41.3% من الأردنيين المؤمن عليهم. وهذا يعني أن الحكومة هي الممول الرئيسي للخدمات الصحية، حيث تُشغل جهتي التأمين الرئيسيتين في الأردن. علاوة على ذلك، تشير التقديرات إلى أن نسبة كبيرة من المؤمن عليهم (حوالي 8%) مشمولين بأكثر من تأمين صحي واحد. أما بالنسبة للأردنيين غير المؤمن عليهم، فإنهم يحصلون على سعر مدعوم (20% من التكلفة) مقابل خدمات محددة للمرضى الداخليين والخارجيين في منشآت وزارة الصحة أو يتحملون تكلفة الرعاية الصحية كاملة في المنشآت الخاصة. تم إعداد الرسوم البيانية أدناه من نتائج تعداد عام 2015 وتوضح نسبة الأردنيين المؤمن عليهم بالإضافة إلى نوع التأمين الصحي الذي يغطهم. وتغطي برامج تأمين الخدمات الطبية الملكية وبرنامج التأمين المدني معاً ما نسبته 72.5% من الأردنيين المؤمن عليهم.



¹³ البنك الدولي (2017) "تتبع التغطية الصحية الشاملة: تقرير الرصد العالمي لعام 2017"

التمويل الصحي

وفقاً لأحدث الحسابات الصحية الوطنية المتاحة (2015)، فقد ارتفعت نفقات الرعاية الصحية في الأردن بأكثر من الضعف من حيث القيمة الاسمية في الفترة الممتدة من عام 2007 إلى عام 2015، حيث ارتفعت من 1.02 مليار دينار في عام 2007 إلى 2.2 مليار دينار في عام 2015. أما كنسبة من الناتج المحلي الإجمالي، فقد ارتفع إجمالي الإنفاق الصحي من نسبة 8.3% من الناتج المحلي الإجمالي في عام 2007 إلى 8.9% من إجمالي الناتج المحلي في عام 2017.¹⁴

في حين أن النظام يوفر حماية صحية فعالة ويقلل من عبء تكاليف الرعاية الصحية على عموم السكان بشكل عام وعلى الفقراء بشكل خاص، كانت الآثار المالية المترتبة كبيرة ويواجه الاقتصاد أزمة مالية حادة في محاولة لتلبية احتياجات السكان من خدمات الرعاية الصحية، ويرجع ذلك لعدة أسباب من أهمها ضعف الكفاءة في تقديم الرعاية، وتشتت أنظمة التأمين الصحي والخدمات، وعدم القدرة على التحكم في الاستخدام، والطلب المتزايد من اللاجئين إضافة إلى أمور أخرى¹⁵. وتهمين كذلك الرعاية العلاجية على وظائف الإنفاق الصحي الأخرى، مما يوضح أوجه القصور في النظام، وبالتالي ارتفاع التكاليف المترتبة على العلاج. وهذا يعني أن هناك مجالاً لزيادة كفاءة التخصيص من خلال تحويل الإنفاق نحو تعزيز الصحة الوقائية من الأمراض، والتي يمكن إدارتها من قبل مراكز الصحة الأولية.



¹⁴ الحسابات الصحية الوطنية الإذنية للسنوات المالية (2016-2017)، المجلس الصحي العالي (الأردن)

¹⁵ نشاط التمويل الصحي والحكومة الممول من الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية (USAID) (2018) "دراسة تشخيصية لجهات تأمين حكومي مختارين: العدالة والاستدامة"

وقد تراكمت المتأخرات الصحية خلال هذه الفترة بسبب كل هذه القضايا؛ حيث تجاوزت ديون الخدمات الصحية في الأردن لجهات عديدة من بينها مؤسسات القطاع الخاص، بحلول نهاية عام 2017، مبلغ 442 مليون دينار، بما فيه 342 مليون دينار تراكمت حتى نهاية عام 2016 مع إضافة 100 مليون دينار في عام 2017 فقط (زيادة بنسبة 30%)¹⁶. وهذا يعني أن القطاع الصحي خسر 100 مليون دينار في عام 2017 وحده، وأضاف هذا المبلغ إلى تراكمات المتأخرات الصحية المرتفعة أصلاً.

وفي ضوء الاستعراض الوارد أعلاه لنظام التأمين الصحي في الأردن ومخرجاته الإيجابية النسبية على مدى العقد الماضي، من الواضح أن القضية الأكثر إشكالية الناشئة عن النظام هي ضعف الاستدامة المالية الناتجة عن مزيج من العوامل المختلفة.

ووفقاً لما يمكن استنتاجه من التحليل أعلاه، فإن تمويل نظام الرعاية الصحية في الأردن غير مستدام إلى حد كبير ويؤدي إلى تراكم متأخرات كبيرة. ويرجع ذلك إلى حد كبير إلى حكومة وتعقيد تمويل الرعاية الصحية في المملكة الذي يشمل برامج تأمين كبيرة غير فعالة بالإضافة إلى أسعار مدعومة وإعفاءات. وقد تم تجميد أسعار خدمات الرعاية الصحية الحكومية منذ التسعينيات وتشكل حالياً حوالي 20% أو أقل من التكلفة الكاملة للخدمة¹⁷. على سبيل المثال، تم تحديد المبلغ الذي تتقاضاه وزارة الصحة عن الولادة الطبيعية بمتوسط 50 ديناراً، في حين تبلغ كلفتها في مستشفى "الملك المؤسس عبد الله" الجامعي 500 دينار¹⁸. مثل هذه التباينات تعني أن وزارة الصحة تفوّت فرصاً في تحقيق إيرادات كبيرة ضرورية لتغطية كلفتها. فمثلاً، في عام 2016، خسرت وزارة الصحة أكثر من 32 مليون دينار من الإيرادات¹⁹. وبالنسبة لمعظم الأردنيين الذين يفتقرون إلى أي تغطية تأمينية رسمية أو ليس لديهم الإمكانيات لدفع تكاليف الرعاية الصحية (حتى بالأسعار المدعومة)، يمكنهم الحصول على إعفاءات من الديوان الملكي ورئاسة الوزراء لتلقي العلاج الطبي.

وفقاً للحسابات الصحية الوطنية (2015)، فإن الحكومة هي المصدر الرئيسي لتمويل الرعاية الصحية، حيث ساهمت وزارة المالية بمبلغ 893 مليون دينار في عام 2015، أو 38.1% من إجمالي التدفقات المالية. وتعتبر الأسر ثاني أكبر مصدر للتمويل، حيث ساهمت بمبلغ 731 مليون دينار أردني أو 31.1%، وهي حصة النفقات الشخصية المباشرة. ومن جانب آخر، تتلقى المنشآت الخاصة معظم التدفقات المالية للرعاية الصحية في الأردن، التي وصلت إلى 735 مليون دينار في عام 2015، وشكّلت 32.7% من إجمالي التدفقات المالية. وتأتي بعدها منشآت وزارة الصحة والخدمات الطبية الملكية، التي تلقت 573 مليون دينار و383 مليون دينار على التوالي، لتشكل ما نسبته 25.5% و17% من إجمالي التدفقات المالية. وتجدر الإشارة إلى أنّ غالبية الأموال المتدفقة إلى منشآت وزارة الصحة مصدرها وزارة الصحة نفسها، مما يبيّن كيف أن وزارة الصحة هي المشتري والمزود للخدمات. وبالنظر إلى أن برنامج التأمين المدني خاضع لوزارة الصحة، فيمكننا كذلك اعتبار أن وزارة الصحة هي جهة التأمين والمشتري والمزود للخدمات. وينطبق الأمر ذاته على الخدمات الطبية الملكية. لذا يترتب على هيكل تحسين الحكومة في القطاع تداعيات كبيرة فيما يتعلق بالجودة والاستدامة المالية للرعاية الصحية الحكومية في الأردن.

¹⁶ اليونيسف (2017) "التكلفة والأثر المالي لتوسيع نطاق برنامج التأمين المدني ليشمل الأردنيين المستضعفين واللاجئين السوريين"

¹⁷ صندوق النقد الدولي (2018) "مراجعة الإنفاق العام وترشيده: القضايا وخيارات الإصلاح"

¹⁸ الوكالة الأميركية للتنمية الدولية (USAID) (2018) "تحسين التدفقات المالية والإيرادات والتكاليف الصحية: استراتيجيات الكفاءة لدعم الاستدامة المالية لنظام الرعاية الصحية في الأردن."

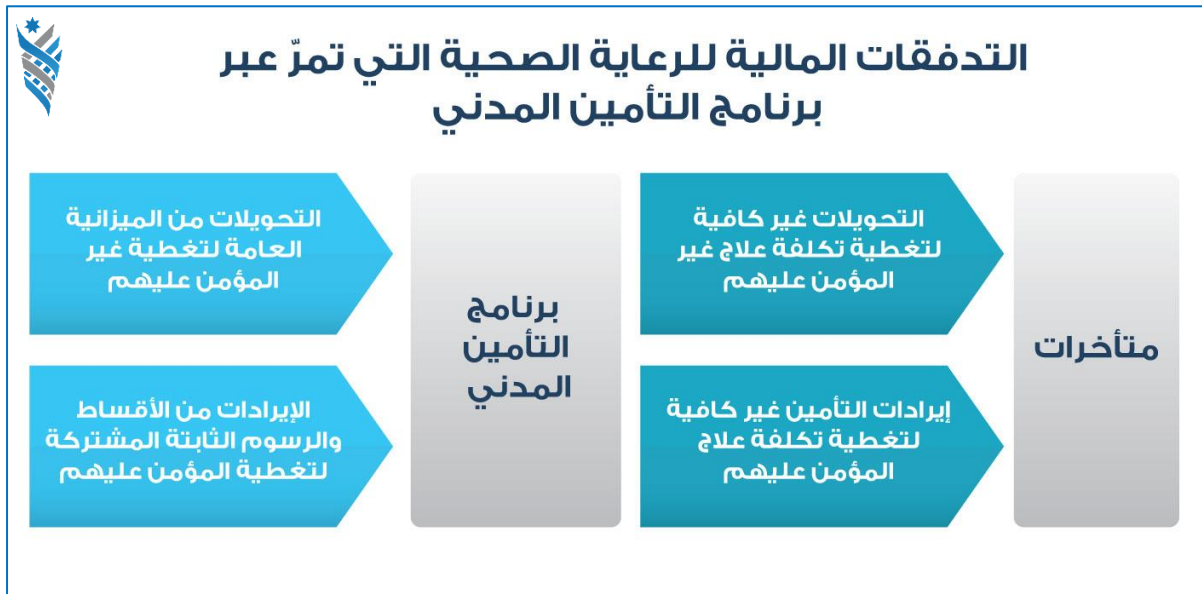
¹⁹ كتاب الإحصاءات الصادر عن وزارة الصحة لعام 2016

تمويل برنامج التأمين المدني

يمكن الاستدلال على مدى التعقيد الذي يحيط ببرنامج التأمين المدني ومختلف فئات المستفيدين منه بالعدد الكبير من أنظمة التأمين الصحي المدني الصادرة خلال العقد الماضي أو نحوه. ففي العقد الممتد بين عامي 2007 و2016، تم إصدار ثمانية أنظمة للتأمين الصحي المدني. وقد توافقت التعديلات مع التوسع التدريجي في تغطية التأمين الصحي لتشمل العديد من الشرائح المختلفة من السكان وموظفي الخدمة المدنية المشار إليهم أعلاه.

تفتقر النفقات المتعلقة بالعلاجات الطبية إلى الشفافية. وأدّت التغييرات العديدة في تصنيفات هذه النفقات إلى صعوبة بالغة في تجميع التكاليف ذات الصلة. علاوة على ذلك، يقوم برنامج التأمين المدني بتسوية المطالبات الطبية للأردنيين المؤمن عليهم، بالإضافة إلى تسديد الفواتير الطبية نيابة عن الحكومة للأردنيين غير المؤمن عليهم. وفي حين أن تسوية المطالبات لغير المؤمن عليهم لا تقع ضمن اختصاص برنامج التأمين المدني، فإن برنامج التأمين المدني مكلف بالتحقق من المطالبات وسدادها عن طريق التحويل من الميزانية العامة²⁰.

وهذا يعني أن نفقات برنامج التأمين المدني تشمل غير المؤمن عليهم بالإضافة إلى المؤمن عليهم، مما أدى إلى تراكم متأخرات كبيرة. وتأتي التحويلات من الحكومة إلى برنامج التأمين المدني بغرض تسوية هذه المتأخرات من مختلف بنود الميزانية والوزارات ولا يتم تسجيلها في ميزانية الصندوق كإيرادات، مما يجعل من الصعب للغاية الحصول على رؤية كاملة لهذه المعاملات²¹. لذلك، فإن التحويلات من الميزانية العامة غير كافية لتغطية تكاليف العلاج لغير المؤمن عليهم. في الوقت ذاته، لا تغطي إيرادات التأمين الكلفة الفعلية لعلاج المؤمن عليهم، مما يؤدي إلى وضع صعب للغاية بالنسبة لبرنامج التأمين المدني، كما هو موضح في الشكل التالي:



²⁰ صندوق النقد الدولي (2018) "مراجعة الإنفاق العام وترشيده: القضايا وخيارات الإصلاح"

²¹ صندوق النقد الدولي (2018) "مراجعة الإنفاق العام وترشيده: القضايا وخيارات الإصلاح"

ونظرًا إلى أن عملية إعداد الموازنة العامة للحكومة في الأردن لا تزال قائمة على الأساس النقدي (وليس على أساس الاستحقاق)، فإن سداد الالتزامات السابقة يزيد من تعقيد عملية تحليل وتسجيل المعاملات ذات الصلة. وكل هذا الافتقار إلى الشفافية يجعل من الصعب للغاية تقدير التكلفة السنوية الفعلية لتغطية العلاجات الطبية لكل من المؤمن عليهم وغير المؤمن عليهم.



تمثل المؤسسات الموجودة على الجانب الأيسر المصدر الرئيسي لتمويل الرعاية الصحية في الأردن. إلا أنه لم يتم تحديد كيفية انتقال هذه التدفقات المالية من مصدرها الرئيسي إلى برنامج التأمين المدني. على سبيل المثال، يشمل مبلغ الـ 205 مليون دينار من وزارة المالية المخصصات المرصودة لوزارة الصحة والمخصصات التي رُصدت مباشرة لبرنامج التأمين المدني، من بين قنوات أخرى. وينطبق الأمر كذلك على مبلغ الـ 124 دينار من الأسر؛ حيث يشمل إيرادات رسوم الرعاية الصحية على شكل نفقات شخصية مباشرة بالإضافة إلى اشتراكات الأفراد في برنامج التأمين المدني.

من ناحية أخرى، تمثل المؤسسات الموجودة على الجانب الأيمن الجهات التي تقدم أموال الرعاية الصحية القادمة من برنامج التأمين المدني (أو المستخدمين النهائيين). وعلى غرار ما ورد أعلاه، لا يتم تفصيل التدفقات المالية وصولاً

للمستخدمين النهائيين. على سبيل المثال، تلقت "منشآت الجهات الحكومية الأخرى" 104 ملايين دينار من برنامج التأمين المدني في عام 2015. وتشمل هذه الجهات الحكومية الأخرى مجموعة من مؤسسات القطاع العام منها وزارة التنمية الاجتماعية، والمجلس الصحي العالي، ومؤسسات صحية محددة مثل المركز الوطني للسكري والغدد الصم والوراثة.

تمويل التأمين الصحي المقدم من صندوق التأمين العسكري التابع للخدمات الطبية الملكية

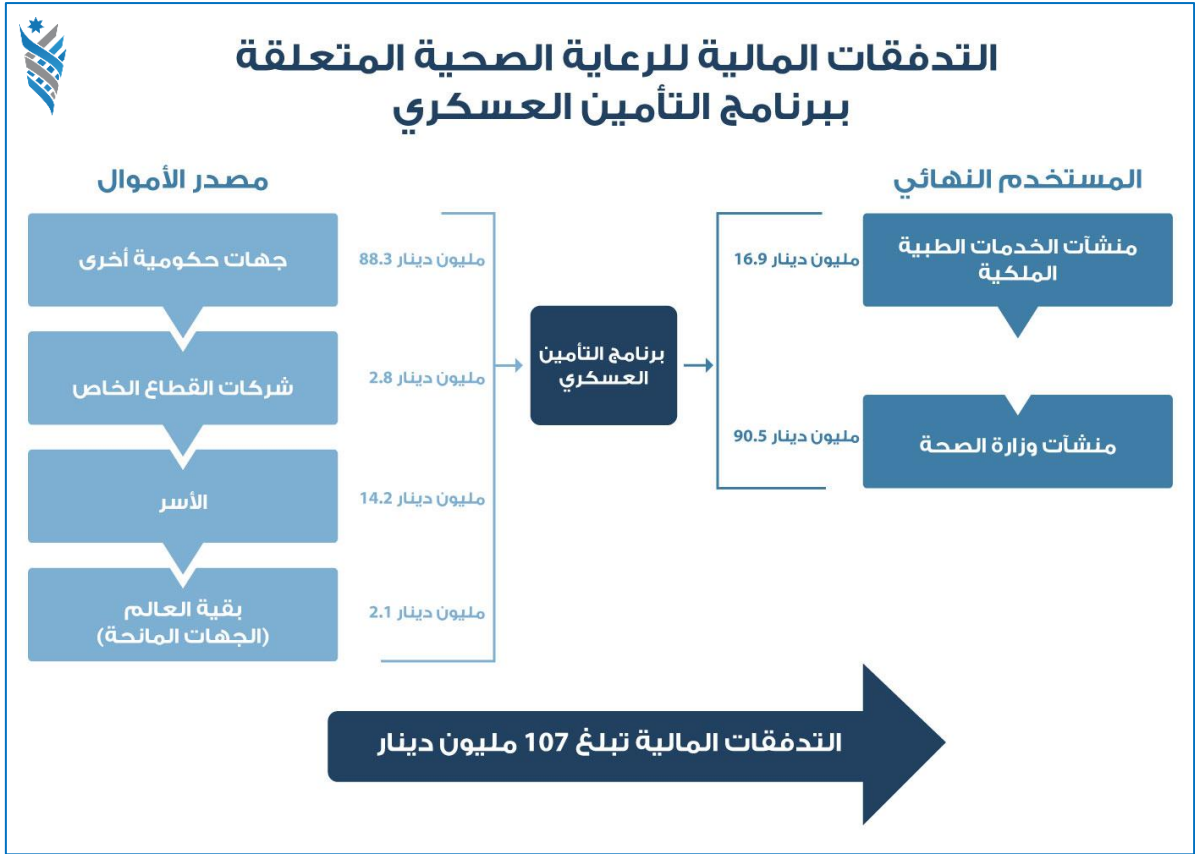
يُدار صندوق التأمين العسكري من قبل الخدمات الطبية الملكية ويغطي تكاليف الرعاية الصحية للموظفين العسكريين. وتعتبر قيمة اشتراكات الأعضاء في صندوق التأمين العسكري منخفضة جداً، وتتراوح من 2.5 دينار إلى 5 دنانير شهرياً²²، ولا تعكس التكاليف الفعلية للخدمات. وهذا يعني أن إيرادات صندوق التأمين العسكري من الاشتراكات المقطوعة من الرواتب لم تتجاوز الـ 12 مليون دينار في عام 2016.²³

وتفتقر عمليات صندوق التأمين العسكري إلى الشفافية الكاملة، حيث تتمثل المشكلة الرئيسية في عدم توفر أي معلومات عن العمليات المالية لصندوق التأمين العسكري. ولا توفر الميزانية العامة للحكومة سوى رقمًا إجماليًا لنفقات الخدمات الطبية الملكية دون أي تفصيل. وتجاوزت النفقات الحالية للخدمات الطبية الملكية مبلغ الـ 235 مليون دينار في عام 2016، ولا تتوفر أي تفاصيل لدراسة تكاليف العلاجات الطبية. ومع ذلك، يمكن الافتراض بكل ثقة أن الاشتراكات المقطوعة من الرواتب البالغة 12 مليون دينار لصندوق التأمين العسكري في عام 2016 لم تقرب من تغطية تكلفة العلاجات الطبية للمؤمن عليهم.

على الرغم من عدم تفصيل ميزانيات النفقات الصحية العسكرية، يمكن للحسابات الصحية الوطنية (2015) أن تساعد في تسليط الضوء على التدفقات المالية الواردة إلى برنامج التأمين العسكري والخارجة منه. حيث يوضح الشكل التالي التدفقات المالية للرعاية الصحية المتعلقة ببرنامج التأمين العسكري.

²² اليونيسف (2017) "التكلفة والأثر المالي لتوسيع نطاق برنامج التأمين المدني ليشمل الأردنيين المستضعفين واللاجئين السوريين"

²³ الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية (USAID) (2018) "تحسين التدفقات المالية والإيرادات والتكاليف الصحية: استراتيجيات الكفاءة لدعم الاستدامة المالية لنظام الرعاية الصحية في الأردن."



كما يوضح الشكل أعلاه، المصدر الرئيسي لأموال برنامج التأمين العسكري، ويأتي أكبر تدفق بقيمة 88 مليون دينار من "جهات حكومية أخرى" والتي تشير على الأرجح إلى القوات المسلحة الأردنية والديوان الملكي. أما مجموعتا المؤسسات الموجودتان على الجانب الأيمن فهما المزودان الوحيدان لبرنامج التأمين العسكري، أو المستخدمان النهائيان. وتتدفق معظم الأموال إلى منشآت الخدمات الطبية الملكية التي يتم فيها علاج المرضى المؤمن عليهم ببرنامج التأمين العسكري، في حين يذهب جزء صغير إلى وزارة الصحة لتغطية المرضى الذين يتم علاجهم في مرافق وزارة الصحة.

إعفاءات العلاج الطبي

على الرغم من أن برنامج الإعفاءات الطبية ليس برنامج تأمين في حد ذاته، إلا أنه يستحق إلقاء نظرة متعمقة عليه نظراً لتأثيره على وضع التمويل الصحي في البلاد، ودوره الرئيسي في تغطية علاج غير المؤمن عليهم. وكما ذكر سابقاً، يمكن لأي فرد غير مشمول بأي نوع من أنواع التأمين الصحي الرسمي التقدم والحصول على إعفاءات العلاج الطبي من الديوان الملكي ومؤسسات القطاع العام الأخرى. إلا أن هذا الأمر شكّل عائقاً كبيراً أمام توسيع نطاق الاشتراكات الاختيارية في برنامج التأمين المدني وغيره من برامج التأمين.

يستند قرار منح الإعفاءات إلى ثلاثة شروط رئيسية:

1. ألا يكون المريض مؤمناً عليه بأي نوع من أنواع التأمين الصحي
2. أن يتم تقديم تقرير طبي يوضح حالة المريض
3. أن يكون المريض غير قادر على دفع تكاليف العلاج المطلوب. علماً أن الشرط الثالث يخضع للسلطة التقديرية في نهاية المطاف، وعدم السيطرة على منح الإعفاءات يعني أن الإعفاءات يُساء استخدامها ليستفيد منها غير الفقراء، كما بين

تقرير المراجعة من كل من صندوق النقد الدولي والبنك الدولي²⁴. وهناك العديد من الأدلة على سوء الاستخدام في هذا البرنامج؛ على سبيل المثال حيث صرح وزير صحة أسبق في عام 2017 أن بعض المؤمن عليهم ببرنامج التأمين المدني ينتهي بهم الأمر بإلغاء تأمينهم من أجل الحصول على إعفاءات طبية، حيث سيسمح لهم ذلك بالتماس الرعاية الصحية في المستشفيات الجامعية أو المنشآت الخاصة دون الحاجة إلى التحويل، ودون تحمل أي نسبة من النفقات

25

إن التراخي في شروط الأهلية إلى جانب عدم وجود ضوابط على الإعفاءات يعني أن قيمة هذه الإعفاءات قد تضخمت مقارنة بالتمويل الصحي العام. ففي عام 2013، بلغت هذه الإعفاءات ما يعادل 180 مليون دينار لعلاج 110,000 حالة، معظمها خارج منشآت وزارة الصحة²⁶. ووفقًا للحسابات الصحية الوطنية، بلغت قيمة الإعفاءات 208 ملايين دينار في عام 2014 و185 مليون دينار في عام 2015. ويُترجم كل هذا إلى 573 مليون دينار على مدى 3 سنوات.

ونظرًا لارتفاع التكاليف، حاولت الحكومة تخفيف الضغوط المالية على مدى السنوات القليلة الماضية. ففي حين كانت مجموعة من الجهات الحكومية تتمتع بصلاحيات منح الإعفاءات في السابق (بما فيها رئاسة الوزراء والبرلمان)، فقد صدر قرار في أوائل عام 2018 باقتصار إصدار الإعفاءات على الديوان الملكي²⁷. وبموجب هذا القرار، كُلفت وحدة الشؤون العامة بالديوان الملكي بصفتها الجهة الوحيدة التي تتلقى جميع طلبات الإعفاء. لكن للأسف لا تزال مؤسسات أخرى تتخذ القرار بشأن بعض الإعفاءات، وإن كان ذلك بأعداد أقل بكثير من السابق.

علاوة على ذلك، اتخذ قرار سابق في عام 2017 بهدف الحد من التكاليف من خلال إلزام المستفيدين من الإعفاءات بالتماس العلاج في منشآت وزارة الصحة أولاً، وفي حال عدم توفره، فيمكنهم الذهاب إلى منشآت أخرى بما فيها الخدمات الطبية الملكية أو المستشفيات الجامعية أو المنشآت الخاصة²⁸. وقد كان المرضى المعفيون في السابق، يلتمسون العلاج مباشرة في المنشآت الخاصة أو المستشفيات الجامعية أو المنشآت الطبية، على الرغم من توفر العلاج لدى مقدمي الرعاية الصحية الحكومية. بل حتى وجد ديوان المحاسبة أن بعض المرضى الذين حصلوا على إعفاءات طبية التمسوا الرعاية الصحية من الخارج، رغم توقّر العلاج في الأردن²⁹.

²⁴ صندوق النقد الدولي (2018) "مراجعة الإنفاق العام وترشيده: القضايا وخيارات الإصلاح"

البنك الدولي (2014) "نحو تغطية صحية شاملة: مراجعة شاملة لنظام تمويل الرعاية الصحية في الأردن"

²⁵ الرأي (كانون الثاني، 2017) "الشباب: (الإعفاءات الطبية) حصرت بمراجعة مستشفيات (الصحة) ولم تُلغ" <http://bit.ly/2GpFXaY>

²⁶ اليونيسف (2017) "التكلفة والأثر المالي لتوسيع نطاق برنامج التأمين المدني ليشمل الأردنيين المستضعفين واللاجئين السوريين"

²⁷ جوردان تايمز (9 كانون الثاني، 2018) "الأردنيون الذين لا يتوفر لديهم أي تأمين صحي يواصلون تلقي الخدمات الطبية من خلال وحدة شؤون المرضى في الديوان الملكي"

²⁸ الرأي (كانون الثاني، 2017) "الشباب: (الإعفاءات الطبية) حصرت بمراجعة مستشفيات (الصحة) ولم تُلغ" <http://bit.ly/2GpFXaY>

²⁹ الدستور (حزيران، 2016) "أسس جديدة للإعفاءات الطبية" <http://bit.ly/2Gr6wfv>

6. التحديات

سيعرض هذا القسم التحديات التي تواجه نظام الرعاية الصحية بشكل عام وكذلك إطار التأمين الصحي في الأردن. بالنسبة لنظام الرعاية الصحية ككل، فإن التحديات الرئيسية تتعلق بجودة الرعاية الصحية، وسوء استخدام خدمات الرعاية الصحية الأولية، وتقديم خدمات دون المستوى الأمثل بشكل عام. وتكمن التحديات الرئيسية التي تواجه إطار التأمين الصحي في ضعف استدامته المالية إلى جانب قضايا العدالة. من الناحية السياقية، سيتمثل التحدي الرئيسي في مواجهة مستويات الإنفاق الصحي المرتفعة على المدى المتوسط والطويل، بالنظر إلى الوضع الديموغرافي للأردن. أما فيما يتعلق بإطار التأمين الصحي نفسه، فقد أدت التجزئة والافتقار إلى التخطيط والإدارة السليمة إلى ظهور أوجه القصور وانعدام العدالة على مستوى النظام.


منتدى الاستراتيجيات الأردني
JORDAN STRATEGY FORUM

التحديات الرئيسية التي تواجه خدمات الرعاية الصحية



تدني جودة الرعاية الصحية الأولية



قلة مراكز الرعاية الصحية المعتمدة



عدم كفاية عدد الأطباء المتخصصين



ضعف التنسيق بين الجهات المختلفة في القطاع الصحي



ضعف الشفافية وضعف المساءلة



سوء البنية التحتية لمقدمي الخدمات الصحية

التاريخ: كانون الأول، 2020

المصدر: دراسة منتدى الاستراتيجيات الأردني: تعزيز القدرة التنافسية للقطاع الصحي في الأردن (خدمات الرعاية الصحية الحكومية والتأمين الصحي الحكومي)

www.jsf.org
[/JordanStrategyForumJSF](https://www.facebook.com/JordanStrategyForumJSF)
[@JSFJordan](https://twitter.com/JSFJordan)

التحديات الرئيسية التي تواجه إطار التأمين الصحي



1. تنطوي الخصائص الديموغرافية للأردن على تكاليف رعاية صحية أعلى على المدى المتوسط إلى الطويل وهي غير مستدامة بالنظر إلى الوضع الراهن للنظام. ستنتطوي الخصائص الديموغرافية للسكان الأردنيين على ارتفاع تكاليف الرعاية الصحية على المدى المتوسط إلى الطويل، مما يؤدي إلى زيادة احتياجات تمويل الرعاية الصحية. ومن المتوقع أن ترتفع نسبة السكان المسنين الذين تزيد أعمارهم عن 60 عامًا (المشمولين بتأمين صحي مجاني من برنامج التأمين المدني) إلى 13% في عام 2050 مقارنة بـ 3% فقط من السكان الأردنيين في عام 2010.³⁰ ونظرًا لأن قرار شمول كبار السن الذين تبلغ أعمارهم 60 عامًا فما فوق في برنامج التأمين المدني جديد نسبيًا، فستلتحق أعداد متزايدة من كبار السن إلى برنامج التأمين المدني في السنوات القادمة. وكل هذا يعني أن ضغوط التمويل الصحي ستزداد بمرور الوقت، وسيكون لها تأثير أكبر على الإدارة المالية الحكومية الشاملة وستساهم في زيادة مستويات الديون.

2. لا تستند أقساط التأمين الصحي والاشتراكات المقطعة من الرواتب إلى أسس اكتوارية؛ الرسوم التي تفرضها وزارة الصحة على "غير المؤمن عليهم" منخفضة للغاية ولا تعكس التكلفة الفعلية، مما يؤدي إلى تراكم كبير في المتأخرات.

يتم تمويل برنامج التأمين المدني وصندوق التأمين العسكري بشكل أساسي من خلال الاشتراكات المقطعة من الرواتب والأقساط والرسوم الثابتة المشتركة التي تعتبر منخفضة ولا تعكس تكلفة الخدمات المقدمة، والتي لم يتم تعديلها بما يتناسب مع زيادات الأسعار على مرّ السنين. ويُعدّ هذا الأمر من الدوافع الرئيسية وراء تراكم الديون الصحية على مدى السنوات الماضية، ومن العوائق الرئيسية أمام الاستدامة المالية لبرامج التأمين الصحي الحكومي. وتعتبر الإيرادات الضريبية العامة التي تجمعها وزارة المالية في الواقع، من المصادر المهمة لتمويل الصحي في الأردن، حيث أن الاشتراكات المقطعة من الرواتب والأقساط والرسوم الثابتة المشتركة والرسوم الصحية أقل بكثير من أن تغطي النفقات اللازمة³¹.

وفي حين تعجز الأقساط والرسوم الثابتة المشتركة والرسوم الصحية المنخفضة عن تغطية التكاليف الإجمالية ذات الصلة، فهي أيضًا تشجع على الاستخدام المفرط للموارد الطبية وهدرها³². أضف إلى ذلك، أن الرسوم الثابتة للاشتراكات تعتبر منخفضة للغاية بالنسبة للأفراد الذين لديهم الإمكانيات المالية لتغطية النفقات، الأمر الذي يقوّض عدالة

³⁰ البنك الدولي (2014) "نحو تغطية صحية شاملة: مراجعة شاملة لنظام تمويل الرعاية الصحية في الأردن"

³¹ البنك الدولي (2014) "نحو تغطية صحية شاملة: مراجعة شاملة لنظام تمويل الرعاية الصحية في الأردن"

³² صندوق النقد الدولي (2018) "مراجعة الإنفاق العام وترشيده: القضايا وخيارات الإصلاح"

النظام³³. كما ظلت رسوم بدل خدمات الرعاية عند نسبة 20% من التكلفة الكاملة، ولم يتم تحديثها منذ التسعينيات³⁴. ووفقًا لمراجعة البنك الدولي³⁵، فإن الخدمات المدعومة تعتبر سخية نسبيًا ولا تستند إلى تقييمات الأدلة على الفعالية من حيث التكلفة؛ كل هذا على الرغم من أن التشريعات ذات الصلة تستلزم من السلطات تحديث الأسعار والرسوم بانتظام.

3. نظام التأمين الصحي في الأردن مجزأ وغير منسق، مما يعني أنه نظام غير عادل. ولا تتم مطابقة الإيرادات والتكاليف، وليس هناك مساءلة عن السداد.

يُعدّ نظام التأمين الصحي في الأردن مجزأ ومعقدًا في طبيعته، حيث يضم عدة برامج تأمين مختلفة بما فيها برنامجا التأمين الرئيسيان (برنامج التأمين المدني وبرنامج التأمين العسكري) بالإضافة إلى عدد من البرامج الأخرى التي تقدمها الجامعات والنقابات والأونروا والشركات الخاصة. وتشير التقديرات إلى أن حوالي 8% إلى 10% من السكان لديهم تأمينات متعددة، حيث يمكن للأردني أن يكون مشتركًا رئيسيًا في برنامج التأمين المدني ومنتفعًا تابعًا لمشارك في برنامج التأمين العسكري في ذات الوقت³⁶. لذا، هناك تداخلات كبيرة بسبب هذا النظام المجزأ، وبالتالي تنشأ فرص لإساءة الاستخدام أو المراجعة بين مختلف برامج التأمين³⁷.

تؤدي هذه التجزئة في النظام إلى ظهور أوجه القصور في إنتاج خدمات الرعاية الصحية بسبب عدم وجود تعاقدات مناسبة بين مختلف الجهات الفاعلة. بعبارة أخرى، من المفترض أن يتم إيجاد طرق فعالة للسداد بين مختلف المشاركين وجهات التأمين، إلا أننا نجد في الأردن، بأنه لا يتم تحويل الأموال بين جهات التأمين الحكومية بالاستناد إلى أسس تعاقدية رسمية، بل عن طريق التحويلات المخصصة من خلال بنود الميزانية³⁸. وليس ثمة نظام لمراقبة الالتزامات.

تؤدي التجزئة في النظام أيضًا إلى وضع مجموعة من السياسات المنفصلة لتحصيل الإيرادات. وتستلزم هذا التجزئة المتعلقة بالإيرادات تجزئة إضافية في تجميع الإيرادات وتقديم الخدمات. وهذا يُترجم إلى سياسات تحصيل إيرادات غير كافية للحفاظ على الأموال³⁹.

بالإضافة إلى ذلك، فإن حزم المنافع التي يقدمها برنامجا التأمين المدني والعسكري وبعض البرامج الحكومية الأخرى واسعة النطاق وِسْخِيَّة وغير منسقة، مما يساهم بشكل أكبر في التجزئة الشاملة للنظام⁴⁰. وتختلف حزم المنافع اختلافًا كبيرًا ليس فقط بين جهات التأمين الحكومية ولكن أيضًا داخلها، مما يعزز تجزئة النظام، ويجعل النظام أقل عدالة. على سبيل المثال، يحصل كبار المسؤولين على إمكانية الوصول إلى الخدمات ومزايا في المنافع المقدمة أفضل بكثير من الفقراء أو الفئات الضعيفة الأخرى.

ينطوي برنامجا التأمين الحكوميان الرئيسيان في الأردن على نفس المشترين ومقدمي خدمات الرعاية الصحية (وزارة الصحة/برنامج التأمين المدني والخدمات الطبية الملكية/صندوق التأمين العسكري). ولا يسدد برنامج التأمين المدني

³³ الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية (USAID) (2018) "مراجعة تشريعات التأمين الصحي"

³⁴ صندوق النقد الدولي (2018) "مراجعة الإنفاق العام وترشيده: القضايا وخيارات الإصلاح"

³⁵ البنك الدولي (2014) "نحو تغطية صحية شاملة: مراجعة شاملة لنظام تمويل الرعاية الصحية في الأردن"

³⁶ صندوق النقد الدولي (2018) "مراجعة الإنفاق العام وترشيده: القضايا وخيارات الإصلاح"

³⁷ المرجع نفسه

³⁸ البنك الدولي (2014) "نحو تغطية صحية شاملة: مراجعة شاملة لنظام تمويل الرعاية الصحية في الأردن"

³⁹ المرجع نفسه

⁴⁰ المرجع نفسه

لمقدمي الخدمات في شبكته الأم (أي مستشفيات وزارة الصحة) مقابل الخدمات المقدمة من طرفهم، ولا يتم سداد المبالغ المحصلة من الجهات الفاعلة الأخرى مباشرةً لمقدمي الخدمات. وهذا يعني أن الإيرادات المحصلة لا يتم استخدامها لتغطية تكاليف مقدمي الخدمات، مما يُترجم إلى عدم مطابقة الإيرادات والتكاليف⁴¹. بعبارة أخرى، فإن النظام الحكومي يهدف إلى تجنب المساءلة عن التسعير والسداد من خلال عدم الفصل بين المشتريين ومقدمي خدمات الرعاية الصحية⁴².

4. سوء استخدام برنامج الإعفاءات، الذي ساهم في تراكم الجزء الأكبر من المتأخرات الصحية ويعيق توسيع نطاق التغطية الرسمية

تشير جميع الدراسات الحديثة تقريباً التي تناولت مشهد التأمين الصحي الأردني إلى القيمة الكبيرة غير المستدامة للإعفاءات المقدمة للأردنيين غير المؤمن عليهم. وكما ذكر سابقاً، يمكن للأردنيين الذين ليس لديهم أي تأمين صحي أو إمكانيات لدفع تكاليف الرعاية الصحية الحصول على المساعدات الطبية من خلال الديوان الملكي وغيره من الجهات. وفي عام 2013، بلغت هذه المساعدات أو الإعفاءات 180 مليون دينار لمعالجة 110,000 حالة، معظمها خارج منشآت وزارة الصحة. وقد ارتفعت التكاليف المتعلقة ببرنامج الإعفاءات هذا إلى ما يزيد عن المبالغ المخصصة في السنوات الأخيرة، وبالتالي أصبحت مصدرًا رئيسيًا آخرًا من مصادر المتأخرات الصحية.

إن برنامج الإعفاءات المتراخي هذا يقوّض الجهود المبذولة لتوسيع نطاق التغطية الرسمية من خلال برامج أخرى أكثر تنظيمًا وفعالية⁴³. كما أنه يثبّت الناس عن السعي للحصول على التأمين. أما العيب الرئيسي في البرنامج فهو أن الكثير من النفقات من جانب الديوان الملكي ومجلس الوزراء على إعفاءات العلاج الطبي تحدث على أساس مخصص وتذهب إلى أشخاص غير فقراء⁴⁴. ووفقًا لصندوق النقد الدولي⁴⁵، كان الهدف من البرنامج في الأصل هو دعم الأردنيين الفقراء غير المؤمن عليهم والذين لا يستطيعون تحمّل تكاليف الرعاية الصحية، ولكن تمت إساءة استخدامه بسبب عدم وجود ضوابط على الجودة والتكاليف. ولتوضيح المشكلة بشكل أكبر، يستخدم الأردنيون الذين لديهم تأمين خاص هذا البرنامج، ويلغي بعض موظفي القطاع العام اشتراكهم في برنامج التأمين المدني مؤقتًا للحصول على إعفاء ويستعيدون اشتراكهم لاحقًا⁴⁶.

في بداية عام 2018 ومن أجل وقف ارتفاع التكاليف، قررت السلطات أن يكون الديوان الملكي هو المؤسسة الوحيدة المسموح لها بمنح الإعفاءات، بحيث تكون سارية المفعول لمدة ستة أشهر للأمراض العادية وحتى عام واحد للأمراض المزمنة. بالإضافة إلى ذلك، بموجب قرار آخر أُخذ في عام 2017، سيكون الأردنيون المعفيون مؤهلين للعلاج أولاً في مستشفيات وزارة الصحة، وفي حالة عدم توفر العلاج المناسب، يمكن إحالتهم إلى منشآت أخرى غير تابعة لوزارة الصحة. وفي حين ستساهم هذه القرارات في إبطاء نمو النفقات، قدّرت مراجعة صندوق النقد الدولي أن مثل هذه الإجراءات قد لا تكون كافية لمنع تراكم متأخرات جديدة⁴⁷.

⁴¹ الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية (USAID) (2018) "مراجعة جداول الرسوم الطبية: وزارة الصحة (صندوق التأمين المدني) ونقابة الأطباء الأردنية"

⁴² المرجع نفسه

⁴³ توصل عدد من الدراسات إلى هذا الاستنتاج بما في ذلك دراسات صندوق النقد الدولي والوكالة الأمريكية للتنمية الدولية (USAID)

⁴⁴ اليونيسف (2017) "التكلفة والأثر المالي لتوسيع نطاق برنامج التأمين المدني ليشمل الأردنيين المستضعفين واللاجئين السوريين"

⁴⁵ صندوق النقد الدولي (2018) "مراجعة الإنفاق العام وترشيده: القضايا وخيارات الإصلاح"

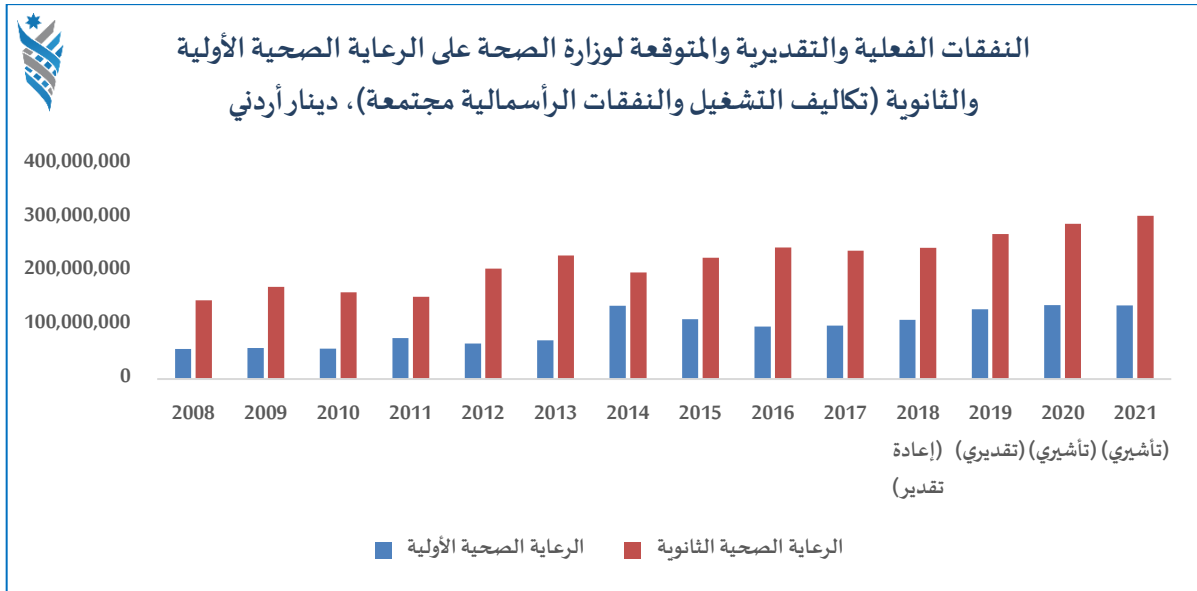
⁴⁶ المرجع نفسه

⁴⁷ صندوق النقد الدولي (2018) "مراجعة الإنفاق العام وترشيده: القضايا وخيارات الإصلاح"

تدني جودة الرعاية الصحية الأولية بسبب إعطاء أولوية أقل للنفقات على الرعاية الصحية الأولية مقارنة بالرعاية الصحية الثانوية والثالثية/المتخصصة:

دعت الاستراتيجية الوطنية للقطاع الصحي للأعوام 2016-2020 إلى "زيادة المخصصات للخدمات الصحية الأولية من خلال احتواء نفقات المستشفيات"، بينما دعت رؤية الأردن 2025 إلى "التوسّع الجغرافي المدروس لمنشآت وخدمات الرعاية الصحية استنادًا إلى مبادئ الشراكة والتنسيق والتكامل". وفي التحليل الرباعي (مواطن القوة والضعف والفرص والتهديدات) الوارد في استراتيجية وزارة الصحة للأعوام 2018-2022، تم تسليط الضوء على نقطة "ضعف الاستثمار في خدمات الرعاية الصحية الأولية مقارنة بالثانوية وتركيز الإنفاق على الرعاية الصحية الثانوية ذات الكلفة العالية على حساب الرعاية الصحية الأولية"⁴⁸ باعتبارها أحد مواطن الضعف، وبشكل "تحسين خدمات الرعاية الصحية الأولية" أحد الأهداف المحورية للاستراتيجية.

يعرض الرسم البياني أدناه النفقات الفعلية والتقديرية والمتوقعة (تكاليف التشغيل والنفقات الرأسمالية مجتمعة) من قبل وزارة الصحة على الرعاية الصحية الأولية والثانوية:⁴⁹



كما يتضح على الفور، بصرف النظر عن عام 2014 الذي ارتفع خلاله الإنفاق على الرعاية الصحية الأولية بشكل كبير في حين انخفض الإنفاق على الرعاية الصحية الثانوية مقارنة بالسنوات السابقة، فإن التوصيات التي دعت الوزارة إلى التركيز والاستثمار بشكل أكبر على الرعاية الصحية الأولية بدلاً من الرعاية الصحية الثانوية لم تلقَ أذاناً صاغية. ومنذ عام 2015، فإن الأهداف المنصوص عليها في خطة التنمية التنفيذية للأعوام 2018-2020 لم تتحقق إلى حدٍ كبير⁵⁰.

⁴⁸ استراتيجية وزارة الصحة للأعوام 2018-2022 (ص 13)

⁴⁹ تم الحصول على موازنات متعاقبة للوزارة من دائرة الموازنة العامة (المصن) (مقارنة الموازنات في الدراسة - المصن)

⁵⁰ خطة التنمية التنفيذية للأعوام 2018-2020

السنة	نسبة الإنفاق على الرعاية الصحية الأولية من الميزانية الإجمالية للوزارة (%)	النسبة المستهدفة المراد تحقيقها (وفقاً لخطة التنمية التنفيذية للأعوام 2018-2020) (%)	تحققت (نعم/لا)
2014	22.25	21	نعم
2015	18	18	نعم
2016	16	18	لا
2017	18	22	لا
2018 (مُعاد تقديرها)	18.5	23	لا
2019 (مقدّرة)	22.4	24	لا

على الرغم من أن الاستراتيجيات الوطنية والمؤسسية العديدة دعت إلى تحويل تركيز الوزارة إلى الرعاية الصحية الأولية، إلا أنه يبدو أن الحكومة لم تتخذ هذا التوجّه، حيث أنه من بين الإجراءات المنصوص عليها في مشروع النهضة الوطني – أولويات عمل الحكومة للعامين 2019-2020 إنشاء ثلاثة مستشفيات حكومية جديدة في الطفيلة وعجلون وإربد مع نهاية العام 2020.⁵¹

5. قلة مراكز الرعاية الصحية المعتمدة

تمت الإشارة إلى أهمية "الاعتماد الصحي" في العديد من الاستراتيجيات الوطنية والمؤسسية، حيث أن المركز الصحي المعتمد يقدم خدمات صحية عالية الجودة، ويكون مجهزاً بمعدات تعمل بشكل سليم ومزوّداً بكوادر طبية مؤهلة تخدم فيه. إلا أنّ المخصصات لبرنامج الاعتماد محدودة ولا يتم إنفاقها دائماً لأنه لا يعتبر من أولويات النفقات. وينعكس ذلك في أن الأهداف المحددة في هذه الاستراتيجيات لم تتحقق دائماً، على النحو الموضح في الجدول أدناه.

السنة	العدد الفعلي للمراكز الصحية المعتمدة ⁵²	العدد المستهدف (خطة التنمية 2016-2019) ⁵³	العدد المستهدف (خطة التنمية التنفيذية 2018-2020) ⁵⁴	العدد المستهدف (الاستراتيجية الوطنية للقطاع الصحي 2016-2020) ⁵⁵	العدد المستهدف (رؤية الأردن 2025) ⁵⁶	العدد المستهدف (استراتيجية وزارة الصحة 2018-2022) ⁵⁷
2011	11	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق
2012	39	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق
2013	41	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق
2014	93	90	90	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق
2015	96	102	90	90	لا ينطبق	لا ينطبق
2016	91	130	90	106	لا ينطبق	لا ينطبق

⁵¹ مشروع النهضة الوطني – أولويات عمل الحكومة للعامين 2019-2020. يلاحظ أنه لا يوجد في الطفيلة إلا مستشفى واحد تابع للخدمات الطبية الملكية في المحافظة كلها ولا يوجد أي مستشفى تابع لوزارة الصحة بينما يوجد في إربد 8 مستشفيات تابعة لوزارة الصحة، بالإضافة إلى مستشفى جامعي واحد ومستشفى واحد تابع للخدمات الطبية الملكية في المحافظة.

⁵² الاستراتيجية الوطنية للحماية الاجتماعية (2019-2025) - الأوراق المرجعية

⁵³ خطة التنمية التنفيذية للأعوام 2016-2019

⁵⁴ خطة التنمية التنفيذية للأعوام 2018-2020، ص 183. ملاحظة: الأرقام الواردة في العرض التقديري بوريوننت مأخوذة من خطة التنمية التنفيذية للأعوام 2016-2019 التي نصّت على أهداف أكثر طموحاً (على سبيل المثال لعام 2016: اعتماد 130 مركزاً صحياً).

⁵⁵ المجلس الصحي العالي - الاستراتيجية الوطنية للقطاع الصحي (ص 73).

⁵⁶ رؤية الأردن 2025، ص 126

⁵⁷ استراتيجية وزارة الصحة للأعوام 2018-2022، ص 31

السنة	العدد الفعلي للمراكز الصحية المعتمدة ⁵²	العدد المستهدف (خطة التنمية التنفيذية 2016-2019) ⁵³	العدد المستهدف (خطة التنمية التنفيذية 2018-2020) ⁵⁴	العدد المستهدف (الاستراتيجية الوطنية للصحة 2016-2020) ⁵⁵	العدد المستهدف (استراتيجية وزارة الصحة 2018-2022) ⁵⁷
2017	92	150	91	130	98
2018	97	170	95	150	لا ينطبق
2019	لا ينطبق	180	100	لا ينطبق	110
2020	لا ينطبق	لا ينطبق	105	لا ينطبق	لا ينطبق

من الواضح أن الأهداف المحددة في خطة التنمية التنفيذية للأعوام 2016-2019، والاستراتيجية الوطنية للقطاع الصحي للأعوام 2016-2022، ورؤية الأردن 2025 بعيدة كل البعد عن أن تتحقق. وتعدّ الأهداف الواردة في الوثائق الأحدث، أي خطة التنمية التنفيذية للأعوام 2018-2020 واستراتيجية وزارة الصحة للأعوام 2018-2022، أكثر منطقية بكثير وتُسلط الضوء على واقع الحال فيما يتعلق بالاعتماد.

في عام 2014، زاد عدد المراكز الصحية المعتمدة بشكل كبير، لكنه بقي يتزايد ببطء منذ ذلك الحين ويرجع ذلك أساساً إلى عدم كفاية الموارد لدى مجلس اعتماد المؤسسات الصحية ولدى دائرة ضبط الجودة بوزارة الصحة. بالإضافة إلى ذلك، عادةً ما تبدأ الوزارة عملية الاعتماد مع المراكز الصحية التي تتم إدارتها وصيانتها بشكل جيد ولا تحتاج إلا لبعض العمل كي تصبح معتمدة.⁵⁸

6. قلة الحوافز للكوادر الطبية بالوزارة وعدم كفاية عدد الأطباء المتخصصين

تعاني وزارة الصحة منذ فترة من مشكلة "هجرة العقول" الخطيرة⁵⁹. ويفضل الأطباء المتخصصون في الأردن العمل إما لدى الخدمات الطبية الملكية أو المستشفيات الجامعية أو في القطاع الخاص في الأردن أو في الخارج على العمل لدى الوزارة، حيث أن الأجور وظروف العمل في الأولى أفضل بكثير من الأخيرة.

على الرغم من أن وزارة الصحة قد أعلنت مؤخرًا عن زيادة رواتب جميع كوادرها بنسبة 30% في محاولة لجعل الوزارة بيئة عمل أكثر جاذبية⁶⁰، فقد تبيّن أن القرارات الأخرى التي اتخذتها الوزارة مؤخرًا لم تلقَ أي استحسان وقد سببت الكثير من الجدل، نظرًا لقيام الأطباء باحتجاجات أمام الديوان الملكي واتهام الوزارة بانتهاك حقوقهم⁶¹.

بالإضافة إلى ذلك، تواجه الوزارة صعوبات في تزويد المراكز الصحية بالموظفين في مناطق معينة تسميها "مناطق أشد صعوبة في التعيين". ويتم تقديم الحوافز المالية وغير المالية (مثل الإقامة والنقل والوجبات) للكوادر الطبية (الأطباء

⁵⁸ الاستراتيجية الوطنية للقطاع الصحي، ص 28

⁵⁹ في عام 2011، كتب طبيب يعمل في الوزارة مقالاً دون الإفصاح عن هويته يشير إلى أن الأطباء المتخصصين يفضلون العمل خارج الوزارة (المصدر). في عام 2014، سلط مقال في صحيفة الرأي الضوء على هذه الأزمة التي تنشأ في الوزارة، وذكر أن "هجرة العقول" التي تعاني منها الوزارة تشكل تحدياً رئيسياً (المصدر). في عام 2018، رفع حوالي 400 طبيب متخصص يعملون في الوزارة كتاباً مفتوحاً لرئيس الوزراء لعرض شكواهم على الملأ وشرح سبب تحول الوزارة إلى "بيئة طاردة" للأطباء المتخصصين (المصدر).

⁶⁰ صحيفة الرأي (2019). (المصدر)

⁶¹ تتمثل هذه القرارات في زيادة الغرامات التي يتعين على الأطباء المتخصصين المتحقين ببرنامج الإقامة دفعها في حال قرروا ترك الوزارة والعمل في قطاعات أخرى. وتهدف هذه القرارات إلى زيادة عدد السنوات التي يقضيها الأطباء المتخصصون في الوزارة. وتم نشر العديد من التقارير الصحفية حول هذه القضية، خاصة وأن القضية لا تزال مستمرة. المصادر المستخدمة: قناة المملكة؛ د. معن قطامين (المصدر)

والممرضين وأخصائيي الأشعة وفني المختبرات) الذين يعملون في هذه المجالات. إلا أنّ هذه الحوافز ليست مُغرية بما يكفي ويُنظر إليها على أنها "مكافآت" أكثر من كونها حوافز فعلية، ومن غير الواضح ما إذا كانت هذه السياسة قد نجحت أم لا⁶².

7. ضعف التكامل بين الجهات المختلفة في القطاع الصحي

التطبيق غير الفعال وغير العادل لنظام التحويل بين منشآت الرعاية الصحية.

نصت الاستراتيجية الوطنية لقطاع الرعاية الصحية للأعوام 2016-2020 على أن من بين أهدافها "الوصول إلى مستوى من التكامل بين الخدمات الصحية الأولية والثانوية والثالثية" و"تنفيذ نظام تحويل فعال للمرضى بين مختلف مستويات الرعاية الصحية وبين المنشآت التابعة للقطاعين العام والخاص"⁶³. أما بالنسبة للخطة التنموية التنفيذية للأعوام 2018-2020، فننص على أنه من الضروري "الحدّ قدر الإمكان من الازدواجية والتوسع غير المنظم في الخدمات الصحية، وزيادة التنسيق بين القطاعين العام والخاص" وتدعو إلى "إقامة شراكات فعّالة بين جميع القطاعات ذات الصلة بتقديم الخدمات الصحية وزيادة التنسيق فيما بينها"⁶⁴.

كما ذكر سابقاً، يعمل النظام الصحي في الأردن على أساس التحويلات من الرعاية الصحية الأولية المقدمة في المراكز الصحية إلى مستويات الرعاية الصحية الأعلى، وذلك تبعاً لاحتياجات المرضى. من الناحية النظرية، ينبغي أن يكون هذا النظام فعالاً ويتيح للمرضى تلقي الرعاية الصحية التي يحتاجون إليها ضمن مستوى الرعاية الصحية الأولية، ولا تتم إحالتهم إلى مستويات الرعاية الصحية الأعلى إلا إذا كانوا بحاجة إليها حقاً، مما يقلل من الضغط والطلب على الخدمات في المستشفيات. علمًا أن هناك نوعان من التحويلات هما⁶⁵:

- التحويلات داخل وزارة الصحة: يحضر المريض إلى مركز صحي (فرعي أو أولي) ويتم تحويله إلى مركز صحي شامل أو إلى مستشفى حكومي مباشرة. أما في حالة عدم توفر الخدمة المطلوبة في المركز الصحي الشامل أو المستشفى الحكومي، يتم تحويل المريض إلى مستشفى حكومي آخر يقدم الخدمات التي يحتاجها المريض.
- التحويلات من وزارة الصحة إلى جهات أخرى: عندما يحتاج المريض إلى خدمة لا تستطيع الوزارة تقديمها، يتم تحويله إلى المستشفيات التي أبرمت الوزارة معها اتفاقيات. فيتم تحويل المريض أولاً إما إلى مستشفى الأمير حمزة أو مستشفيات الخدمات الطبية الملكية أو المستشفيات الجامعية، وفي حالة عدم توفر الخدمات المطلوبة في أي من هذه القطاعات، يتم تحويل المريض إلى مستشفيات القطاع الخاص أو المراكز الصحية المتخصصة. انظر الملحق 2 للاطلاع على رسم توضيحي لنظام التحويل المذكور أعلاه

بيد أنّ النظام لا يعمل بهذه الطريقة في الأردن. فهناك العديد من الثغرات التي تسمح للمرضى بتجاوز المستويات الأولية للرعاية والتوجّه مباشرة إلى مستويات أعلى، وإن لم يحتاجوا إليها حقاً⁶⁶:

- يمكن للموظفين الحكوميين التوجّه مباشرة إلى مستشفى حكومي لتلقي العلاج، متجاوزين الحاجة إلى التوجّه أولاً إلى مركز صحي وتحويلهم إلى المستشفى في حال كانوا بحاجة إلى هذا المستوى من الرعاية الصحية

⁶² الاستراتيجية الوطنية للحماية الاجتماعية (2019-2025) - الأوراق المرجعية

⁶³ المجلس الصحي العالي - الاستراتيجية الوطنية للقطاع الصحي

⁶⁴ خطة التنمية التنفيذية للأعوام 2018-2020 (ص 175: ص 177)

⁶⁵ الاستراتيجية الوطنية للحماية الاجتماعية (2019-2025) - الأوراق المرجعية

⁶⁶ الاستراتيجية الوطنية للحماية الاجتماعية (2019-2025) - الأوراق المرجعية

- يمكن للموظفين الحكوميين رفيعي المستوى التوجّه مباشرة إلى مستشفيات الخدمات الطبية الملكية والمستشفيات الجامعية ومستشفيات القطاع الخاص، متجاوزين الحاجة إلى التوجّه أولاً إلى مركز صحي وتحويلهم إلى المستشفى في حال كانوا بحاجة إلى هذا المستوى من الرعاية الصحية
- كان بإمكان المرضى الذين يحصلون على إعفاء من الديوان الملكي التوجّه مباشرة إلى أي من الجهات المقدمة للخدمات الصحية التي يرغبون فيها. لكن اعتباراً من كانون الثاني 2018، أصبح عليهم التوجه أولاً إلى مستشفى حكومي⁶⁷.

إن أوقات الدوام غير الكافية في المراكز الصحية، فضلاً عن قلة الأطباء المتخصصين والأدوية الملائمة، تجبر المرضى على اللجوء مباشرة إلى المستشفيات. وهذا يتسبب في زيادة الضغط على المستشفيات وإرهاق الموظفين. كما إن العدد المحدود للأطباء المتخصصين في المستشفيات الحكومية يجبر الوزارة على تحويل المرضى بصورة مكثّفة، وهو أمر مكلف ويؤثر سلباً على المرضى⁶⁸.

نظراً إلى أن ما يقدر بـ 95% من الحالات الصحية في الأردن يمكن علاجها ضمن الرعاية الصحية الأولية⁶⁹، فمن الواضح أن نظام التحويل في الأردن وجودة خدمات الرعاية الصحية الأولية المقدمة بحاجة إلى إصلاحات كبيرة.

عدم كفاية وملاءمة خدمات الطوارئ المقدمة للمرضى الذين يحتاجون إلى الوصول إلى الرعاية الصحية الثانوية أثناء الحالات الطارئة.

نظراً لأوقات الدوام غير الكافية في المراكز الصحية، يجد العديد من المرضى أنفسهم مضطرين للذهاب إلى أقسام الطوارئ بالمستشفيات لتلقي العلاج، وذلك ببساطة لأن المركز الصحي يكون مغلقاً⁷⁰. وقد تسبب ذلك في ضغوط هائلة على الأطباء في المستشفيات الحكومية. على سبيل المثال، تشير التقديرات إلى أن مستشفى البشير في عمّان يستقبل مريض جديد كل 23 ثانية⁷¹.

8. انعدام الشفافية وضعف المساءلة

ضعف آليات جمع البيانات ونشرها، وضعف قدرة المجتمعات المحلية على المطالبة بالمساءلة وتحديد الأولويات استناداً إلى الحاجة الفعلية.

تدعو الاستراتيجية الوطنية للقطاع الصحي للأعوام 2016-2020 إلى "جمع البيانات بما يضمن الشفافية والمساءلة"، و"وضع نظام للمتابعة والتقييم" و"وضع سياسات قائمة على الأدلة" و"تمكين المواطنين من المطالبة بالمساءلة الحكومية"⁷². من ناحية أخرى، تدعو الخطة التنموية التنفيذية للأعوام 2018-2020 إلى "تقديم الخدمات الصحية [...] لجميع المواطنين على نحو عادل ومنصف"، و"مشاركة المجتمعات المحلية في تخطيط المشاريع التنموية"، و"وضع السياسات واتخاذ القرارات القائمة على الأدلة"⁷³.

عندما يتعلق الأمر بضمان إدارة المراكز الصحية على نحو سليم، فإن مديري مديريات الصحة في المحافظات ينظمون زيارات متابعة ليس لها مواعيد محددة، والتي غالباً ما يتم إجراؤها بعد تلقي الشكاوى من المواطنين أو من موظفي المراكز.

⁶⁷ خبرني (2018) (المصدر)

⁶⁸ تقارير صحفية (المصدر؛ المصدر؛ المصدر)

⁶⁹ صحيفة الرأي (2019) (المصدر)

⁷⁰ الاستراتيجية الوطنية للحماية الاجتماعية (2019-2025) - الأوراق المرجعية

⁷¹ الدستور (2019) (المصدر)

⁷² المجلس الصحي العالي - الاستراتيجية الوطنية للقطاع الصحي

⁷³ خطة التنمية التنفيذية للأعوام 2018-2020

وعند اكتشاف وجود فجوة في أحد المراكز الصحية (على سبيل المثال، جهاز معطل)، يتواصل المدير مع الوزارة في عمّان التي بدورها ستتخذ إجراءات في هذا الشأن وتضمن سدّ الفجوة. إلا أنه لا توجد قاعدة بيانات تحتوي على معلومات حول "الفجوات في الكوادر" أو المعدات الناقصة أو المعطلة التي تعاني منها المراكز الصحية في جميع أنحاء المملكة⁷⁴.

بالإضافة إلى ذلك، لم تقم الوزارة بإجراء أي تقييم على مستوى المملكة للمراكز الصحية لتحديد المراكز التي تعمل على نحو سليم، والمراكز التي تحتاج إلى تحديث، والمراكز التي ينبغي إغلاقها بسبب قلة استخدامها وما إلى ذلك⁷⁵. وفي عام 2014، قدمت كتلة "المبادرة النيابية" في مجلس النواب الأردني تقريراً مفصلاً إلى الوزارة يحتوي على معلومات حول (1) المراكز الصحية التي تحتاج إلى تحديث (مثل تحويل مركز صحي فرعي إلى مركز صحي أولي) بسبب مطالب المجتمعات المحلية، و(2) المراكز الصحية التي ينبغي إغلاقها بسبب قلة الطلب على خدماتها ووقوعها بالقرب من مراكز صحية أخرى وما إلى ذلك⁷⁶. إلا أن توصيات التقرير لم تلقَ أذاناً صاغية، حيث أنه من الصعب جداً على الوزارة إغلاق المراكز الصحية، حتى تلك التي لا يتم استخدامها كثيراً، لأن ذلك يتطلب الحصول على موافقة كاملة من المجتمع المحلي، وهو ليس بالأمر السهل⁷⁷.

قامت وزارة الصحة مؤخراً بتطوير تطبيق "الخارطة الصحية الأردنية" على تطبيق "أبل"، والذي يتيح للمواطنين عرض المستشفيات والمراكز الصحية الأقرب من موقعهم الحالي. ويمثل هذا التطبيق خطوة أولى ممتازة وجديرة بالثناء باتجاه تشجيع الحكومة الإلكترونية والمواطنين للمطالبة بالمساءلة. إلا أنه من الضروري تطويره، كما هو موضح في قسم التوصيات التالي.

9. سوء البنية التحتية لمقدمي الخدمات الصحية

أشارت دراسة أجراها ديوان الخدمة المدنية في عام 2009 إلى أن أحد التحديات التي تواجه القطاع الصحي في الأردن سوء البنية التحتية لمقدمي الخدمات الصحية، خاصةً فيما يتعلق بالاتصالات والتكنولوجيا الصحية⁷⁸. بالإضافة إلى ذلك، أظهر تقرير أعدته دائرة الإحصاءات العامة في عام 2011 حول 13 من جيوب الفقر أنه عندما يتعلق الأمر بالمشاكل الرئيسية التي تواجهها الأسر في هذه المناطق عند محاولة الحصول على خدمات الرعاية الصحية، أشار 38.23% إلى "سوء الخدمة" وأشار 27.27% إلى "قلة الأطباء المتخصصين" باعتبارها العوائق الرئيسية⁷⁹. وانتقد "تقرير حالة الدولة" الذي أعده المجلس الاقتصادي والاجتماعي، بالإضافة إلى الكثير من المقالات المنشورة في العديد من وسائل الإعلام، البنية التحتية للمراكز الصحية الحكومية وجودة الخدمات المقدمة.

تتعلق الشكاوى الرئيسية عموماً بقصر ساعات العمل، ونقص الكوادر الطبية الكافية (خاصة الأطباء المتخصصين)، وسوء حالة المراكز الصحية، وتعطل المعدات الطبية، وعدم توفر الأدوية الملائمة (التي قد تمس الحاجة إليها خاصةً بالنسبة للمواطنين المصابين بأمراض مزمنة، مثل مرضى السكري الذين يحتاجون للأنسولين بشكل دائم)⁸⁰. بعبارة أخرى، على الرغم من أن معظم المواطنين يعيشون بالقرب نسبياً من المراكز الصحية كما ذُكر سابقاً، إلا أن خدمات

⁷⁴ الاستراتيجية الوطنية للحماية الاجتماعية (2019-2025). الأوراق المرجعية

⁷⁵ المرجع نفسه

⁷⁶ المرجع نفسه

⁷⁷ المرجع نفسه

⁷⁸ ديوان الخدمة المدنية (2009)، دراسة أولية عن أوضاع الخدمات الصحية والموارد البشرية بوزارة الصحة، ص 18

⁷⁹ دائرة الإحصاءات العامة (2011)، جيوب الفقر في الأردن، ص 47

⁸⁰ معلومات مأخوذة من "تقرير حالة الدولة" والعديد من المقالات المنشورة في وسائل الإعلام المحلية، مثل أخبار المدينة (2014) (المصدر)، وصحيفة الرأي (2019) (المصدر) وجريدة الغد (2019) (المصدر).

الرعاية الصحية الأولية التي تقدمها هذه المراكز ليست كاملة وليست مفيدة في مناطق معينة، مما يدفع المواطنين إلى قطع مسافات طويلة إلى أقرب مستشفى لتلقي الرعاية الصحية التي كان يجب أن يتلقوها في المركز الصحي.

قامت وزارة الصحة، على مدى السنوات العديدة الماضية، ببناء المراكز الصحية والمستشفيات بطريقة عشوائية وغير مخططة؛ حيث اتخذ القرار ببنائها تبعاً للطلب أكثر من الحاجة الفعلية، مما أدى إلى وضع الوزارة أمام صعوبات في تعيين ما يكفي من الموظفين في المراكز والمستشفيات وتقديم خدمات الرعاية الصحية⁸¹. فمن بين 677 مركزاً صحياً و32 مستشفى تديرها الوزارة، لم يتم اعتماد سوى 93 و12 على التوالي من قبل مجلس اعتماد المؤسسات الصحية. ولم تقم الوزارة بأي تقييم على مستوى الدولة للمراكز الصحية، كما أن دائرة ضبط الجودة بالوزارة، المسؤولة عن الإشراف على عملية الاعتماد، تعاني من نقص حاد في الموظفين والتمويل⁸².

⁸¹ الاستراتيجية الوطنية للحماية الاجتماعية (2019-2025) - الأوراق المرجعية

⁸² المرجع نفسه

7. الملاحظات الختامية وتوصيات السياسات المستقبلية

1. تعزيز الشفافية والمساءلة والجودة الشاملة لخدمات الرعاية الصحية الأولية الحكومية

من أجل تحسين الشفافية والمساءلة والجودة الشاملة لخدمات الرعاية الصحية التي تقدمها وزارة الصحة في مراكزها الصحية، تم اقتراح خطة العمل التالية التي تتألف من ثلاث خطوات عملية ملموسة:

(1) يجب أولاً نشر معايير الخدمة المقدمة من الأنواع الثلاثة للمراكز الصحية التي تديرها الوزارة على نطاق واسع، حيث يُطلب من المواطنين، من خلال أحد تطبيقات الهاتف الذكي (مثل تطبيق "الخارطة الصحية الأردنية" المذكور أعلاه)، تحديد المشاكل التي تواجههم عند محاولة الوصول إلى المراكز الصحية بناءً على هذه المعايير. وبعد فترة أسبوعين، تقوم الوزارة بمراجعة التعليقات والملاحظات الواردة، وتقوم بإعداد خطة للتحقيق في مخاوف المواطنين ومعالجتها. يتم الإعلان عن الخطة والإبلاغ عن التقدم المحرز علناً بصورة شهرية. تهدف هذه التوصية إلى إرساء الشفافية والمساءلة⁸³.

(2) اشتراط أن تتم جميع التحويلات إلكترونياً (من خلال تطبيق اليكتروني ذكي) يتضمن الرقم الوطني للمريض ورقم التأمين (عند الاقتضاء) والسبب الطبي للتحويل. وبعد عدة أشهر، يمكن تحليل البيانات المأخوذة من هذه التحويلات بهدف تقييم مدى عدالة وكفاءة النظام. ونظراً لأن وزارة الصحة قد أطلقت بالفعل تطبيق "الخارطة الصحية الأردنية"، يوصى بتوسيع نطاق هذا التطبيق لجعله تطبيقاً يسمح للمواطنين، بالإضافة إلى إتمام التحويلات إلكترونياً، بتقديم الشكاوى، وعرض مواقع خدمات الرعاية الصحية الحكومية بدقة وتلقي معلومات عامة حول القضايا المتعلقة بالصحة. تهدف هذه التوصية إلى تنفيذ نظام تحويل فعال.

(3) في غضون ستة أشهر، يقوم مجلس الوزراء بما يلي:

- مراجعة نتائج أول خطوتين
 - مراجعة معايير المراكز الصحية الحالية ومخصصات الميزانية
 - إعادة النظر في مبدأ "الرعاية الصحية الأولية المتاحة محلياً مع التحويل إلى مستويات الخدمات الصحية الأعلى" وتحديد أي تغييرات يجب إدخالها على النظام مثل: تخفيض المعايير إلى مستوى تكون الحكومة مستعدة لأن تكون مسؤولة عنه؛ وتحويل الميزانيات؛ والجمع بين عدة مراكز صحية فرعية في مركز صحي شامل؛ وزيادة الاستفادة من العيادات المتنقلة أو الطب عن بُعد، إلخ.
- تهدف هذه التوصية إلى تحسين الجودة الشاملة لنظام الرعاية الصحية استناداً إلى الأدلة ومبدأ العدالة.

⁸³ ملاحظة: يمكن تعديل هذا الاقتراح بأن يتم البدء بفترة زمنية أولية ولكن محدودة يُطلب خلالها من رؤساء كل مركز صحي الإبلاغ عن أي مشاكل تواجههم بناءً على المعايير. على أن تقوم الوزارة بعد ذلك بتخصيص فترة من الزمن لمعالجة المشاكل

2. تعزيز التعاون مع الجهات غير التابعة لوزارة الصحة لضمان توفير خدمات الرعاية الصحية الكافية والملائمة، لا سيما خدمات الرعاية الصحية الثانوية

كما ذكر سابقاً، تواجه وزارة الصحة صعوبة في استقطاب الكوادر الطبية المتخصصة المؤهلة للعمل في مستشفياتها ومراكزها الصحية، مما يجبر الوزارة على تحويل المرضى إلى مقدمي الخدمات الصحية الآخرين. وفي هذا الصدد، تم اقتراح الإجراءات التالية:

- 1) إجراء دراسة شاملة لتجربة "مستشفى الأمير حمزة" مع اللامركزية، من أجل تحديد مدى نجاحها، وتحديد مزايا وعيوب توفير هذا المستوى من الاستقلال الإداري للمستشفيات. وبناءً على هذه الدراسة، ستكون الوزارة قادرة على تحديد مدى الاستقلال الإداري والمالي الذي ينبغي منحه للمستشفيات، وكيف سيتيح ذلك لها تقديم خدمات أفضل واستقطاب الكوادر الطبية المتخصصة⁸⁴
- 2) التعاون مع مقدمي الخدمات الصحية خارج الوزارة (مثل الخدمات الطبية الملكية أو المستشفيات الجامعية أو القطاع الخاص) من أجل التعاقد من الباطن مع أطباء متخصصين تبعاً لاحتياجات المستشفيات⁸⁵
- 3) لا توجد حالياً أدلة إرشادية سريرية في الأردن، مما يشكل مشكلة كبيرة في القطاع الصحي ككل. فالأطباء في المراكز الصحية هم صانعو القرار عندما يتعلق الأمر بتحويل المرضى إلى مستويات أعلى من الرعاية الصحية، ولا يتعين عليهم اتباع أي أدلة إرشادية سريرية محددة⁸⁶. علمًا أن وجود أدلة إرشادية سريرية رسمية يتعين على الأطباء اتباعها من شأنه أن يقلل من عدد التحويلات من الرعاية الصحية الأولية إلى مستويات الرعاية الأعلى، وبالتالي تقليل الضغط الواقع على المستشفيات. بالإضافة إلى ذلك، ستسمح هذه الأدلة الإرشادية للأطباء بتحديد مستوى الرعاية الصحية التي يحتاجها المريض على الفور، وسيكون بإمكانهم تحويل المريض إلى الجهة ذات الصلة (على سبيل المثال، سيتم تحويل مريض السرطان في المركز الصحي مباشرةً إلى مركز الحسين للسرطان أو جهة أخرى متخصصة في علاج السرطان؛ حيث لا يتعين عليه الذهاب إلى مستشفى حكومي ليتم تحويله منه إلى المركز المتخصص، مما يوفر الوقت ويقلل الضغط وتكاليف التحويل على جميع الأطراف المعنية)

3. ضمان توفير العدد الكافي من الكوادر الطبية والأطباء المتخصصين في جميع مستويات الرعاية الصحية

هناك حاجة ماسة لتزويد القطاع الصحي الأردني بكادر مؤهل من المهنيين الطبيين، بمن فيهم الأطباء المتخصصين. لذا يوصى بالعمل على تحقيق هذه الغاية من خلال وسائل مختلفة. فمن ناحية، يوصى بتطوير برنامج وطني لبناء القدرات الذي يقدم تخصصات للأطباء والطاقم الطبي (مثل دبلوم في طب الأسرة لتجهيز عيادات الرعاية الصحية الأولية) بالتعاون مع كليات الطب والمنشآت الطبية في المملكة. من ناحية أخرى، يمكن للوزارة الاستعانة بأطباء متخصصين في القطاع الخاص من خلال آلية تعاقد من الباطن كما هو مذكور في التوصية أعلاه. وفي نهاية المطاف، ينبغي النظر في زيادة الحوافز المقدمة للمهنيين الطبيين، وذلك لضمان توفير خدمات صحية دائمة وكافية.

⁸⁴ تتلقى "تجربة مستشفى الأمير حمزة" حاليًا الثناء والنقد من مختلف الجهات المعنية. في مقال رأي نشرته جريدة الغد (2017)، أشار النائب جميل النمري إلى ضرورة وجود قدر من اللامركزية في المستشفيات، في حين شكك في توفير الاستقلال الإداري والمالي الكامل (المصير). في حين عرضت مقابلة من قناة الرأي (2018) مع المدير السابق للمستشفى، الدكتور مازن نعوي، فوائد "التجربة" (المصير). تظهر هذه الآراء المتباينة ضرورة قيام الوزارة بإجراء دراسة متعمقة حول مستشفى الأمير حمزة ومعرفة مزايا وعيوب "التجربة".

⁸⁵ نجح مستشفى جرش الحكومي في حل مشكلة "هجرة العقول" وتعيين كوادر طبية متخصصة من خلال التعاقد من الباطن مع أطباء متخصصين من الخدمات الطبية الملكية والمستشفيات الجامعية (صحيحة الرأي، 2019 - المصير).

⁸⁶ الاستراتيجية الوطنية للحماية الاجتماعية (2019-2025) - الأوراق المرجعية

4. تطوير عمليات المتابعة والتقييم وجمع البيانات

ينبغي لوزارة الصحة تطوير قاعدة بيانات واسعة النطاق لمتابعة المخرجات الصحية (مثل الأمراض غير السارية والأمراض السارية، إلخ) وقياس أثر السياسات وتوجيه صناعات القرار؛ بحيث تشمل قاعدة البيانات هذه على ما يلي:

(1) الاحتياجات الفعلية للمراكز الصحية والمستشفيات التي تديرها الوزارة مقارنةً بالاحتياجات والتكاليف التقديرية والمثل. بعبارة أخرى، ستحتوي قاعدة البيانات هذه على العدد الدقيق للمعدات الطبية (مثل معدات المختبرات والأدوية، إلخ) المطلوبة في المراكز الصحية والمستشفيات، وستتيح لصناع القرار معرفة المراكز والمستشفيات التي ينبغي إعطاؤها الأولوية بغية تخصيص الموارد على نحو سليم.

(2) الاحتياجات من الموارد البشرية التي تحتاجها المراكز الصحية والمستشفيات (مثل الكادر الفني والإداري والكوادر الطبية المتخصصة والممرضين، إلخ)، مما سيُمكن صناع القرار من التخطيط المسبق وسدّ الفجوات بسرعة وفعالية.

حتى وقت كتابة هذه الورقة، ليس لدى وزارة الصحة قاعدة بيانات تحتوي على السجلات الطبية للمرضى، على الرغم من تفعيل برنامج "حكيم"، الذي أطلقته شركة الحوسبة الصحية والذي يهدف إلى تزويد المستشفيات والمراكز الصحية الحكومية بشبكة إلكترونية لتمكين الكوادر الطبية من مشاركة سجلات المرضى والوصول إليها بسهولة، منذ تشرين الأول 2009.⁸⁷ لذا يتعين على الوزارة إجراء دراسة شاملة حول فعالية برنامج "حكيم" وتحديد أسباب استمرار الفجوات وكيفية سدّها بسرعة.

5. تعزيز الوعي الصحي وأنماط الحياة الصحية

وفقاً لما أشارت إليه بيانات استهلاك التبغ، فإن معدلات التدخين المرتفعة تؤثر على المواطنين الأردنيين من جميع مناحي الحياة، وتشير جميع الاستراتيجيات المذكورة أعلاه تقريباً إلى المخاطر التي تفرضها الأمراض غير السارية على الأردنيين وتكلفة علاجها المرتفعة. ويمكن الوقاية من الأمراض غير السارية من خلال التوعية الصحية السليمة وتبني أنماط الحياة الصحية. التوصيات الشاملة التالية تهدف إلى الحد من انتشار الأمراض غير السارية وزيادة الوعي الصحي⁸⁸:

(1) التركيز على تنفيذ مبادرات التوعية الصحية من خلال الرعاية الصحية الأولية (أي المراكز الصحية). لذا ينبغي تمكين المراكز الصحية من تنفيذ مثل هذه الأنشطة في المجتمعات المحلية المقامة فيها (على سبيل المثال، استضافة محاضرات حول مخاطر استهلاك التبغ)

(2) إجراء دراسة على برنامج القرى الصحية لتحديد مزاياه وعيوبه، واتباع نهج البرنامج "الشعبي"⁸⁹ في أنشطة التوعية المستقبلية وإدماج نتائج الدراسة في هذه الأنشطة

(3) تعزيز التعاون والتنسيق مع منظمات المجتمع المدني التي تسعى إلى تعزيز أنماط الحياة الصحية والتوعية بالمسائل المتعلقة بالصحة عند التخطيط لأنشطة التوعية وتنفيذها⁹⁰

⁸⁷ المصدر السابق

⁸⁸ المصدر السابق

⁸⁹ المرجع نفسه

⁹⁰ المرجع نفسه

6. تحقيق التغطية الصحية الشاملة

يسعى الأردن جاهداً لتحقيق تغطية صحية شاملة على المدى الطويل. لكن يجب على أي دولة ترغب في تحقيق التغطية الصحية الشاملة أن تقيّم بعناية ما إذا كانت تتمتع بالحيز المالي المطلوب لتأمين التمويل اللازم دون التأثير على استدامة الوضع المالي للدولة⁹¹. وتشير الأدلة الدولية إلى أن التمويل الصحي الشامل في أي دولة يتحدد إلى حد كبير من خلال البيئة العامة للاقتصاد الكلي⁹². وتمكنت العديد من الدول من خلق الحيز المالي اللازم من خلال مزيج من السياسات التي تشمل (1) زيادة الإيرادات، و(2) إعادة ترتيب أولويات النفقات الصحية، و(3) تحقيق مكاسب الكفاءة، مع ملاحظة أن كل خيار من خيارات السياسات هذه يرتبط بالتكاليف والفوائد⁹³.

بالنسبة لدولة تسعى إلى ضبط أوضاع المالية العامة مثل الأردن، فإن زيادة الإيرادات الإضافية لتمويل نفقات الرعاية الصحية الإضافية سيكون أمراً صعباً نظراً للصعوبة الحالية في حشد الموارد المحلية ولارتفاع مستوى المديونية للمملكة. ومع ذلك، سيكون النمو الاقتصادي المستدام ضرورياً لخلق الحيز المالي الصحي المطلوب في الأردن في السنوات القادمة. لذا، ستركز التوصيات الواردة في هذا القسم على الطرق التي يمكن للأردن من خلالها تحقيق مكاسب الكفاءة وإعادة ترتيب أولويات نفقات الرعاية الصحية. بالإضافة إلى ذلك، تمت صياغة التوصيات بطريقة تعالج التحديات المذكورة أعلاه بصورة مباشرة، وهي مدعومة بأحدث الدراسات حول هذا الموضوع. وتجدر الإشارة أيضاً إلى أن جميع التوصيات تندرج في إطار الهدف الشامل للأردن المتمثل في تخفيض الإعانات المعممة وزيادة الإعانات المستهدفة بصورة فعالة.

كما هو مذكور في التحديات، فإن الوضع الراهن لنظام التأمين الصحي (بما في ذلك الإعفاءات لغير المؤمن عليهم) غير مستدام مالياً، بالنظر إلى الخصائص الديموغرافية للأردن. فقد تراكمت على الأردن بالفعل متأخرات صحية كبيرة. لذلك، هناك حاجة ماسّة إلى إعادة هيكلة النظام وتحديثه قبل توسيع نطاق التغطية لجعله مستداماً. بعبارة أخرى، لا يوصى بتوسيع نطاق التغطية دون معالجة أوجه القصور الموجودة حالياً في النظام أولاً.

1. يجب زيادة الرسوم المفروضة على المرضى غير المؤمن عليهم بحيث تعكس التكلفة الحقيقية؛ سيظل جميع الفقراء محميين من الزيادة نظراً لتغطيتهم في التأمين الصحي

يجب زيادة رسوم الرعاية الصحية المفروضة على المرضى غير المؤمن عليهم بحيث تعكس التكلفة الحقيقية للخدمات الطبية، حيث ظلت الرسوم ثابتة منذ التسعينيات وتبلغ حالياً في المتوسط 20% أو أقل من التكلفة الفعلية. تؤدي إعانات الرعاية الصحية إلى حدوث تشوهات وتعتبر هذه الإعانات تنازلية حيث ينتهي الأمر بالشرائح الفقيرة من السكان إلى دفع نسبة أعلى من نفقاتها على الرعاية الصحية مقارنةً بالشرائح الأكثر ثراءً من السكان. وبدلاً من تقديم إعانات رعاية صحية غير مستهدفة، تُشجّع الحكومة على دعم أقساط التأمين للفقراء والفتنات الضعيفة من السكان، وبالتالي تجنب التشوهات، والمواءمة مع الهدف الاستراتيجي للأردن المتمثل في تقديم الإعانات المستهدفة.

⁹¹ البنك الدولي (2014) "نحو تغطية صحية شاملة: مراجعة شاملة لنظام تمويل الرعاية الصحية في الأردن"

⁹² المرجع نفسه

⁹³ المرجع نفسه

من المفترض أن الفقراء غير المؤمن عليهم تتم حمايتهم من زيادة رسوم الرعاية الصحية، نظرًا إلى أن الحكومة تقدم بالفعل تأمينًا صحيًا مجانيًا للمواطنين المصنفين على أنهم فقراء من قبل وزارة التنمية الاجتماعية (أي الأسر التي يبلغ دخلها 300 دينار شهريًا أو أقل) والمواطنين المؤهلين للحصول على مزايا شبكة الأمان (أي المواطنين الذين لا تتجاوز نفقاتهم الفردية السنوية 1000 دينار). وستساهم الزيادة في الرسوم في الاستدامة المالية لتقديم التأمين الصحي المجاني للفقراء.

ومع ذلك، يتعين على الحكومة التأكد من عدم تحميل أي أردني فقير السعر الأعلى المعدّل عند تلقي العلاج في منشآت وزارة الصحة.

2. إجراء دراسة اكتوارية وفنية شاملة لتحديد مستويات جديدة من الاشتراكات المقطعة من الرواتب والرسوم الثابتة المشتركة، وحزم المنافع العادلة. لذا يتعين على السلطات النظر في إدخال ترتيبات تجميع المخاطر⁹⁴ بناءً على الدخل لزيادة عدالة النظام.

تُشجّع الحكومة بقوة على إعادة هيكلة برامج التأمين الحكومي الرئيسية. وتتمثل الخطوة الأولى في إجراء دراسة اكتوارية وفنية شاملة لتحديد نسب جديدة للاشتراكات المقطعة من الرواتب والرسوم الثابتة المشتركة، والتي ظلت ثابتة لفترة طويلة من الزمن وتعتبر حاليًا أقل بكثير من التكلفة الاكتوارية. علمًا أنّ الإخفاق في تصميم وتسعير أقساط التأمين والرسوم الثابتة المشتركة على النحو الملائم وفقًا للاستحقاقات المغطاة يقوّض نظام التأمين الصحي بأكمله⁹⁵. علاوة على ذلك، يجب تحديد حزم المنافع بطريقة تتوافق مع قيم الاشتراكات المقطعة والرسوم الثابتة المشتركة لضمان عدالة النظام.

تتمثل الفكرة في تطبيق نموذج للتأمين يتضمن نهج تجميع المخاطر ويرتبط بالتحليل الاكتواري. ويوصى بأن تستند منهجية الأقساط الجديدة القائمة على الأسس الاكتوارية إلى الدخل بدلاً من الجنس أو المخاطر الصحية، من أجل حماية الفقراء. وهذا يتطلب تصنيفًا قائمًا على الدخل لجميع المستفيدين من التأمين الصحي. على سبيل المثال، يمكن إلغاء الحد الأقصى الشهري لأقساط التأمين البالغ 30 دينارًا شهريًا لموظفي الخدمة المدنية، ويمكن إعادة النظر في نسبة القسط البالغة 3% وقيم الرسوم الثابتة المشتركة إذا لزم الأمر، وذلك استنادًا إلى نتائج الدراسة الاكتوارية وهدف حماية الفقراء. ومن شأن اتباع هذه المنهجية ونهج تجميع المخاطر الذي يستند إلى الدخل أن يؤدي إلى زيادة العدالة وزيادة إمكانية حصول جميع شرائح السكان على خدمات الرعاية الصحية. كما أن الاشتراكات التي تستند إلى القدرة على الدفع بدلاً من المخاطر الصحية يمكن أن تيسّر الدعم المتبادل ويمكن أن تزيد بشكل كبير من الحماية المالية لجميع المشاركين في تحمّل المخاطر⁹⁶.

وفقًا لصندوق النقد الدولي⁹⁷، إذا رفعت الحكومة الرسوم تدريجيًا لتقترب من "السعر الموحد"، وإذا كان من الممكن زيادة الرسوم الثابتة المشتركة وأصبحت تعتمد على الدخل، فإن ما يقدر بنحو 0.2% من الناتج المحلي الإجمالي من الإيرادات الإضافية سيرتفع في غضون حوالي 3 إلى 4 سنوات، مما يجعل التمويل الصحي أكثر استدامة.

⁹⁴ وفقًا للبنك الدولي، يُعرّف "تجميع المخاطر" بأنه تراكم وإدارة الإيرادات الكافية والمستدامة لضمان إمكانية حصول جميع الأفراد على حزمة أساسية...

⁹⁵ الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية (USAID) (2018) "مراجعة تشريعات التأمين الصحي"

⁹⁶ البنك الدولي (2006) دليل الممارس: إعادة النظر في التمويل الصحي، الفصل 2

⁹⁷ صندوق النقد الدولي (2018) "مراجعة الإنفاق العام وترشيده: القضايا وخيارات الإصلاح"

3. فصل المشترين ومقدمي الخدمات في أنظمة التأمين الحكومي، والعمل من أجل وضع نموذج جهة تأمين حكومية واحدة تقدم حزم استحقاقات منسقة؛ بناء قدرات جهة التأمين الواحدة أو الهيئة التنظيمية في مجال العلوم الاكتوارية.

هناك حاجة ماسة لمعالجة أوجه القصور والتعقيد في النظام الحالي. كخطوة أولى وفورية، يجب جعل جهات التأمين الحكومية مستقلة عن مقدمي الخدمات الصحية الحكوميين، مما سيؤدي إلى جعل التعاقد الرسمي أو الشراء الاستراتيجي هو القاعدة، وسيسمح بالمساءلة عن التسعير والسداد من خلال الفصل بين المشترين ومقدمي الخدمات الصحية.

وكخطوة تالية، يجب توحيد عمليات التأمين الحكومي بحزمة منافع منسقة لضمان العدالة واستدامة النظام. وينبغي تحديد حزمة المنافع المنسقة هذه بناءً على فعاليتها من حيث التكلفة واستجابتها للاحتياجات الصحية ذات الأولوية. كما سيكون ذلك أيضاً بمثابة شرطاً مسبقاً لتوحيد برامج التأمين الحكومي الحالية المتعددة في برنامج واحد مستقبلاً (أي نموذج مشترٍ واحد) مما سيتيح ترتيبات تجميع مخاطر أكثر فاعلية ويزيل أوجه التداخل وعدم الكفاءة ذات الصلة. ويجب أن يصبح نموذج جهة التأمين الحكومية الواحدة واقعاً على المدى المتوسط مع تغيير الخصائص الديموغرافية للأردن بزيادة نسبة المواطنين كبار السن.

يجب تحديث النظام الصحي الحكومي وينبغي بناء قدرات جهة التأمين الواحدة أو الهيئة التنظيمية فيما يتعلق بالمهارات الفنية ذات الصلة، بما في ذلك الدراسات الاكتوارية. وتعتبر القدرة على إعداد توقعات نقدية موثوقة وخطط نقدية دورية متجددة محدودة في الوقت الحاضر. وعلى وجه الخصوص، يجب تعزيز الهياكل الإدارية والإجراءات المالية من خلال أتمتة النظم والعمليات، والاحتفاظ بسجلات منفصلة وكاملة للمواطنين المؤمن عليهم وغير المؤمن عليهم، وتعزيز الآليات والعمليات التي تُعنى بضوابط الميزانية، والتدقيق الداخلي، والتقارير الدورية، ومتابعة المتأخرات. بالإضافة إلى ذلك، ينبغي تعزيز ضوابط الالتزام، كما ينبغي تحسين مدى مصداقية وواقعية الميزانية. ويجب تعزيز عملية تخطيط التدفق النقدي ودمجها مع ضوابط الالتزام.⁹⁸

4. الإلغاء التدريجي لبرنامج الإعفاءات للتحكم في نمو المتأخرات الصحية وتقليله، وإعادة تخصيص الموارد لتوسيع نطاق التغطية الرسمية

كما ذكر سابقاً، فإن الكثير من النفقات الحكومية التي تُنفق من خلال أنظمة الديوان الملكي ومجلس الوزراء المخصصة تذهب إلى الأشخاص غير الفقراء، مما يعني أن هذا الدعم الحكومي الكبير لا يستهدف الأشخاص الذي يحتاجون إليه بشكل فعال، ويُمثل أحد أوجه القصور الواضحة التي يمكن معالجتها. إضافة إلى ذلك، يُشكل برنامج الإعفاءات عائقاً كبيراً أمام تحقيق الهدف الاستراتيجي للأردن المتمثل في تحقيق التأمين الصحي الشامل. في الواقع، أشارت مراجعة البنك الدولي إلى أنه سيكون من المُجدي مالياً توسيع نطاق تغطية التأمين الصحي في ظل المستوى الحالي للتمويل، وذلك من خلال إعادة تخصيص الموارد من هذه الموارد المخصصة إلى التغطية الرسمية⁹⁹. وهذا من شأنه أن يساعد أيضاً في تنسيق ترتيبات تجميع المخاطر.

⁹⁸ المرجع نفسه

⁹⁹ البنك الدولي (2014) "نحو تغطية صحية شاملة: مراجعة شاملة لنظام تمويل الرعاية الصحية في الأردن"



لذلك يوصى بالإلغاء التدريجي الكامل لبرنامج الإعفاءات، مما سيؤدي إلى تحقيق وفورات كبيرة من شأنها الحدّ من المتأخرات الصحية المستقبلية وتحويل الموارد تجاه تنسيق حزم المنافع وتوسيع نطاق التغطية الرسمية. وعلى وجه الخصوص، يمكن تحويل الموارد التي تم توفيرها تجاه تحسين استحقاقات التأمين الصحي المقدمة للفئات ذات الدخل المنخفض من خلال السماح بتحويلهم بسهولة إلى المستشفيات غير التابعة لوزارة الصحة لتلقي العلاج المطلوب على سبيل المثال.

8. الملحق 1

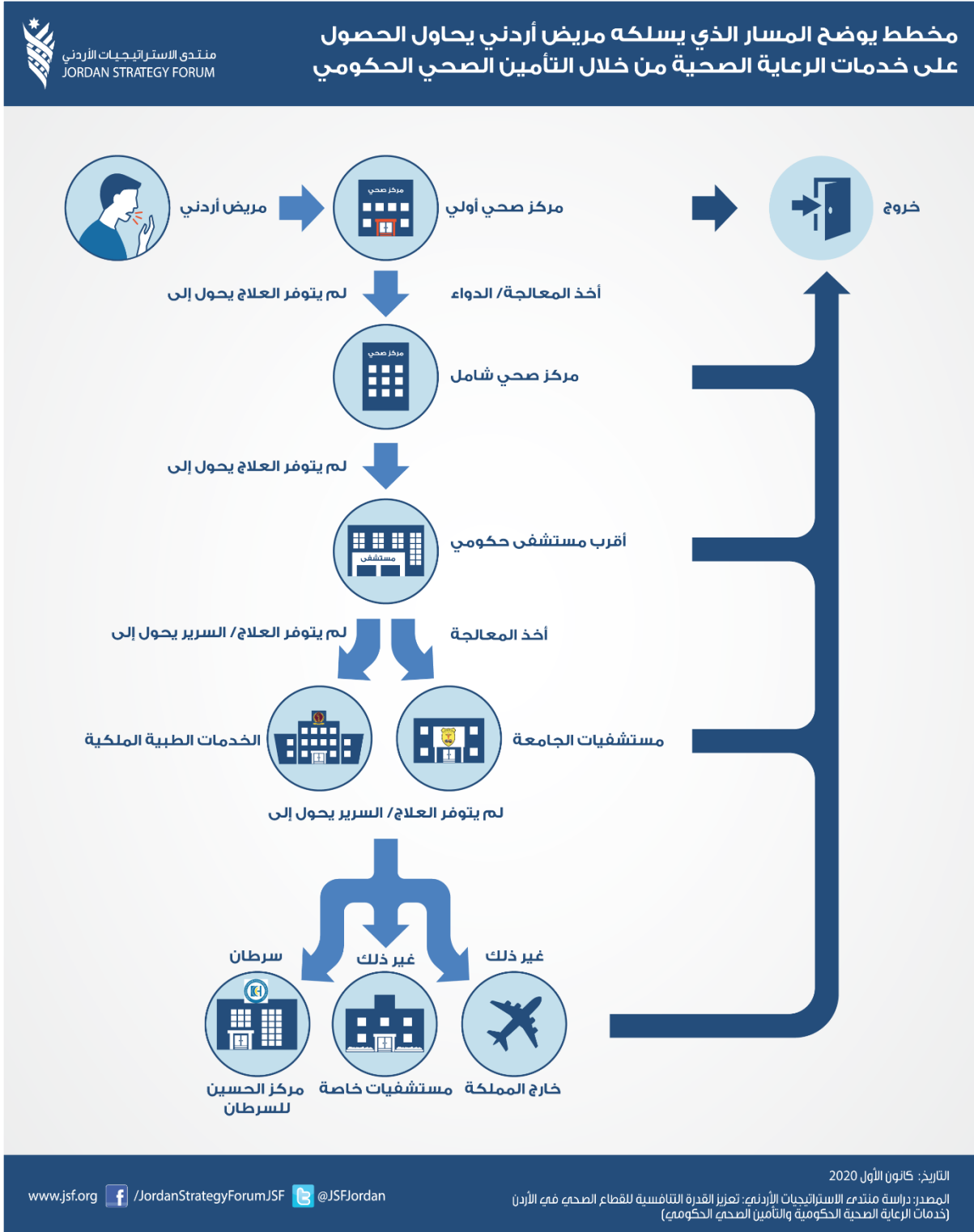
يوضح الجدول التالي مصطلحات ومفاهيم التأمين الرئيسية:

الجدول التالي: مصطلحات ومفاهيم التأمين

المصطلح	التعريف
القسط	مبلغ من المال يتعين على الفرد دفعه مقابل بوليصة التأمين.
الاشتراك المقتطع من الراتب	المبلغ المقتطع من راتب الفرد مقابل بوليصة التأمين
قيمة الرسوم الثابتة المشتركة/ التأمين المشترك	آلية لتقاسم التكلفة حيث يدفع المؤمن عليه مبلغًا محددًا أو نسبة من النفقات الطبية المتكبدة، وتدفع جهة التأمين المبلغ أو النسبة المتبقية.
رسوم الرعاية الصحية	المبلغ المطلوب دفعه من قبل الأفراد غير المؤمن عليهم مقابل تلقي أي خدمة رعاية صحية
على أسس اكتوارية	احتساب نسب الأقساط وقيم الرسوم الثابتة المشتركة والمخاطر... إلخ تبعًا للاحتمالات القائمة على السجلات الإحصائية.
عادل من الناحية الاكتوارية	يعتبر عقد التأمين عادلاً من الناحية الاكتوارية إذا كانت الأقساط المدفوعة مساوية للقيمة المتوقعة للتعويض المستلم.

9. الملحق 2

مخطط يوضح المسار الذي يسلكه مريض أردني يحاول الحصول على خدمات الرعاية الصحية من خلال التأمين الصحي الحكومي:





منتدى الاستراتيجيات الأردني
JORDAN STRATEGY FORUM

Tel: +962 6566 6476

Fax: +962 6566 6376

info@jsf.org

www.jsf.org

 /JordanStrategyForumJSF  @JSFJordan