



معاً نستطيع
الحزب الديمقراطي الاجتماعي

ورقة حول سياسات

الصحة؛ الواقع والتحليل

المحتويات

المقدمة

تحليل الواقع الصحي

أ-وزارة الصحة

ب-الخدمات الطبية الملكية

ج-المستشفيات الجامعية

د-القطاع الخاص

هـ-المنظمات غير الربحية

و-المستشفيات الميدانية

واقع الخدمات الثانوية والثالثية

أ-السياحة العلاجية

ب-القطاع العام

ج-المجلس الطبي

د-المجلس الصحي العالي

التأمين الصحي

أ-التأمين الصحي المدني

ب-التأمين الصحي العسكري

ج-التأمين الصحي الجامعي

د-التأمين الصحي الخاص

هـ-التغطية الصحية للمواطنين غير المؤمنين

الرعاية الصحية الأولية

معاً نستطيع
الحزب الديمقراطي الاجتماعي



معاً نستطيع
الحزب الديمقراطي الاجتماعي

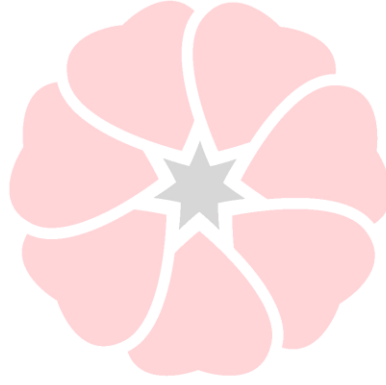
جانحة كورونا

الدواء

ملخص القضايا الصحية الوطنية

الحزب الديمقراطي الاجتماعي الأردني

2024-2023



معاً نستطيع
الحزب الديمقراطي الاجتماعي



المقدمة

نقدم تصوراً لواحد من أهم الجوانب الحياتية الوطنية وهو القطاع الصحي من خلال التحليل الموضوعي لمكونات وركائز هذا القطاع و إلقاء الضوء على التحديات التي يواجهها و نقدم كذلك مداخل مقترحة قد تساهم في تعزيز هذا القطاع ضمن ثلاث ضوابط نعتبرها منطلقاً أساسياً لا بد منه :

1. أن تكون الخدمات الصحية ذات جودة عالية لمن يتلقى هذه الخدمة.
2. العدالة و الإنصاف في التوزيع و سهولة الوصول للخدمات الصحية.
3. أن تكون كلفة الاستخدام في متناول طالبها بحيث لا تشكل الكلفة عائقاً للحصول على الخدمة.

بناءً على هذه الضوابط اعتمدنا تحليلاً يتوخى الموضوعية لواقع القطاع الصحي الأردني مع مداخلات مقترحة تساهم في معالجة الثغرات القائمة في هذا القطاع الحيوي.

لقد تميز القطاع الصحي الأردني بمؤشرات جيدة على مستوى المنطقة على مدى نهايات القرن الماضي و بدايات القرن الحالي في مجال مكافحة الأمراض المزمنة و المعدية، حيث أدت هذه المؤشرات الى انخفاض معدل الوفيات و ارتفاع العمر المتوقع للفرد، و احتلال مراكز متقدمة في الطب المتخصص أدى الى واقع يشار اليه على مستوى المنطقة في السياحة العلاجية و جودة و تميز الخدمات، إلا أن القطاع تعرض الى هزة كبيرة منذ عام 2011 نتيجة الأوضاع في سوريا و النزوح الكبير الذي صاحب ذلك للأشقاء السوريين الى الأردن و الذي بدوره بلغ مستويات كبيرة جداً في الأعوام 2012، 2013، 2014 و حيث أن المؤشرات الصحية للبلدين كانت متفاوتة و بفارق كبير لصالح المؤشرات الصحية الأردنية قبل الأحداث السورية و قبل النزوح فإنه و بالضرورة سيؤثر ذلك على واقع الخدمات الصحية في الأردن و كان الرهان على تماسك النظام الصحي الأردني و عدم انهياره أمام هذه الاحتياجات الضخمة الطارئة.

وإذا كان العبء الرئيسي في الحالة السورية واللجوء السوري على وزارة الصحة الأردنية، فقد تأثر كذلك القطاع الصحي بتداعيات ما يسمى بالربيع العربي من حيث انخفاض السياحة العلاجية وظهور أزمة الديون على الأشقاء الليبيين مما أثر على العديد من المستشفيات الخاصة و بعضها تأثر بشكل كبير إضافةً لذلك فقد برزت ظواهر سلبية على القطاع الصحي كالتدهل الإداري و تراجع مستويات التدريب الداخلي و ندرة الابتعاث الخارجي خصوصاً في القطاع العام كما تفاقم الوضع (الفوضوي) في القطاع الخاص.

لم يتجاوز القطاع الصحي هذا الزلزال لتاريخه حتى بدأت معالم زلزال أشد وطأة و تأثير اجتاح العالم كله و من ضمنه الأردن و المتمثل في جائحة كورونا، و التي بدأت في الصين في نهايات عام 2019 و قد تم اكتشاف أول حالة في الأردن بتاريخ الثاني من آذار لعام 2020.



معاً نستطيع الحزب الديمقراطي الاجتماعي

طغى تأثير هذه الجائحة على كافة أقطار العالم دون اعتبار لشريحة تلك الأقطار وتقدمها العلمي او العملي وتأثرت كافة نواحي الحياة وأكثرها بطبيعة الحال من الناحية الصحية و سنتناول هذا الموضوع بشيء من التفصيل بعنوان منفرد عن جائحة كورونا في الأردن، الاستجابة و التحديات و التأثير المتوقع على كافة المؤشرات الصحية الوطنية.

تحليل الواقع الصحي

مكونات القطاع الصحي الأردني، يتشكل القطاع الصحي الأردني من المكونات التالية:

- القطاع العام ويتكون من:
 - أ. وزارة الصحة
 - ب. الخدمات الطبية الملكية
 - ج. المستشفيات الجامعية
- القطاع الخاص ويتكون من:
 - أ. مستشفيات القطاع الخاص
 - ب. العيادات والمراكز الطبية الخاصة
- المنظمات غير الربحية و الدولية - مراكز و عيادات.
- أ. وزارة الصحة:

معاً نستطيع
الحزب الديمقراطي الاجتماعي

معروف ان الوزارة هي أكبر مكونات القطاع الصحي الأردني من حيث تقديم الخدمة العلاجية و الوقائية بالإضافة للمهام المناطة اليها مثل:

- 1- الرقابة الصحية
- 2- الاشراف و المراقبة بشكل أو بآخر على المكونات الأخرى للقطاع الصحي سواء العام أو الخاص.
- 3- تدير صندوق التأمين الصحي المدني و تتيح الاستفادة من هذا الصندوق لكافة موظفي الخدمة المدنية و المنتفعين منهم كذلك المنات من خارج فئة الموظفين مثل:
 - الأفراد المصنفين كفقراء.
 - الأشخاص ذوي الإعاقة.
 - الأطفال أقل من عمر 6 سنوات.
 - كبار السن ومن هم فوق سن 60 سنة.



معاً نستطيع الحزب الديمقراطي الاجتماعي

و تقدم وزارة الصحة خدماتها العلاجية و الوقائية للاجئين و برسوم مدعومة من الحكومة و طبعاً بالإضافة الى كافة المواطنين من خلال أي مركز تقديم خدمة تابع للوزارة.

و وزارة الصحة تقدم خدماتها العلاجية و الوقائية من خلال:

✓ العلاجية الثانوية و الثالثة :

- 32 مستشفى في كافة محافظات المملكة
- تشكل 27.3% من عدد المستشفيات
- 5251 سرير تشكل 35% من مجموع أسرة القطاع الصحي الأردني.

✓ العلاجية الأولية:

- من خلال شبكة كبيرة من المراكز الصحية بمختلف أنواعها و التي تقدم خدماتها العلاجية كذلك تشكل الجانب الأكبر و الأهم في تقديم خدمات الصحة الوقائية من خلال 677 مركزاً.
- المراكز الصحية الشاملة و عددها 117 مركزاً.
 - المراكز الصحية الأولية و عددها 372 مركزاً.
 - المراكز الصحية الفرعية و عددها 188 مركزاً.

ب. الخدمات الطبية الملكية :

✓ تقدم الخدمات الطبية الملكية الرعاية الصحية و الرعاية الثانوية وما بعد الثانوية من خلال :

- 15 مستشفى في عدة محافظات.
- 12.8% من مستشفيات المملكة.
- 3154 سرير.
- 21% من مجموع أسرة القطاع الصحي الأردني.

✓ الرعاية الأولية: تقدم الرعاية الأولية من خلال 9 مراكز صحية عسكرية و عيادات طبية موزعة في مختلف مناطق المملكة.

✓ التأمين الصحي: تقدم تأمين صحي شامل لمنتسبي القوات المسلحة الأردنية و الأمن و الدفاع المدني و المنتفعين منهم و يمثل نسبة 38% من المشمولين بتأمين صحي في الأردن.

ج. المستشفيات الجامعية :

تضم كل من:

- ✓ مستشفى الجامعة الأردنية بسعة 625 سريراً و بنسبة 4.2% من مجموع الأسرة في المملكة.
- ✓ مستشفى الملك المؤسس بسعة 588 سريراً و بنسبة 3.7% من أسرة المملكة



معاً نستطيع
الحزب الديمقراطي الاجتماعي

د. القطاع الخاص :

و يشكل جزء هام من النظام الصحي الأردني و يقدم الرعاية الصحية الأولية من خلال شبكة واسعة من العيادات و المراكز الطبية أما الرعاية الثانوية و ما بعدها فتقدم من خلال:

- ✓ 68 مستشفياً أكثرها في العاصمة عمان.
- ✓ تشكل 56% من عدد مستشفيات المملكة.
- ✓ بسعة 5415 من مجموع الأسرة في المملكة و الذي يشكل ما نسبته 36.1% من مجموع الأسرة في المملكة.

هـ. المنظمات غير الربحية:

- ✓ وكالة غوث و تشغيل اللاجئين الأونروا و تقدم خدمات الرعاية الصحية الأولية من خلال 25 منشأة صحية.
- ✓ مركز الحسين للسرطان و هو مركز متخصص لمعالجة السرطان للمرضى الأردنيين و من المنطقة بسعة 350 سرير و يشكل ما نسبته 2.5% من عدد الأسرة في الأردن.
- ✓ عيادات خيرية أخرى و تشمل حوالي 44 عيادة خيرية و مركز طبي موزعة في بعض مناطق الأردن.

و. المستشفيات الميدانية:

لغاية شهر آذار 2022 قامت على الأرض الأردنية خمسة مستشفيات ميدانية تم بناءها كجزء من استجابة النظام الصحي الأردني لموجات الإصابة المتزايدة بفيروس كورونا المستجد 19 هي عبارة عن منشآت جاهزة تؤدي دور المستشفيات بكل فاعلية على أن لها عمر زمني محدود يقدر بحوالي 20 سنة، بالتالي لا تعد من ضمن المؤشرات الصحية الوطنية الدائمة بعدد الأسرة، حيث روعي بإنشائها خدمة الأقاليم الثلاثة: الشمال و الوسط والجنوب و زيادة عدد أسرة العناية الحثيثة.

- ✓ الأول: في حرم مستشفى الأمير هاشم بن الحسين/الزرقاء بسعة 300 سرير منها 48 سرير للعناية الحثيثة.
- ✓ الثاني: في حرم مستشفى الأمير راشد بن الحسن/إربد بسعة 300 سرير منها 48 سرير للعناية الحثيثة.
- ✓ الثالث: في حرم مستشفى الأمير حمزة بن الحسين/عمان بسعة 408 سرير منها 84 سرير للعناية الحثيثة.
- ✓ الرابع: في حرم مستشفى معان الحكومي/معان بسعة 246 سرير منها 48 سرير للعناية الحثيثة.



معاً نستطيع الحزب الديمقراطي الاجتماعي

✓ الخامس: في مدينة العقبة بسعة 216 سرير منها 56 سرير للعناية الحثيثة.

و عليه فقد اضافت هذه المستشفيات قدرة استيعابية و تحمل للقطاع الصحي بمعدل ما يقارب من 1500 سرير منها 284 سريراً للعناية الحثيثة و التي شكلت قِلتها في المستشفيات القائمة، أكبر تحديات القطاع الصحي لمواجهة الجائحة.

يثار التساؤل حول مصير هذه المستشفيات بعد انتهاء الجائحة ؟

يبدو من خلال تصريحات القائمين على القطاع الصحي و وزارة الأشغال العامة أن عمل هذه المستشفيات سينتهي بانتهاء الجائحة و نحن نقول أن هذه مقدرات وطن فلتكن ضمن المخزون الاستراتيجي للقطاع الصحي يمكن المحافظة عليها و استعمالها حسب الحاجة في كل أجزاء الوطن فقد كلفت الملايين و هي تصلح ضمن عمرها الافتراضي لسد الحاجات سواء الطارئة أو المزمنة ضمن مفهوم خلل عدالة التوزيع. أما الكوادر الصحية التي خدمت هذه المستشفيات الميدانية فهي كفاءات تراكم لديها الخبرة العملية و العلمية و نحتاج لها في كافة مرافقنا الصحية، تعود مدربة و جاهزة للخدمة في مناطقها الجغرافية خصوصاً وقد اكتسبت خبرة التعامل في أقسام العناية الحثيثة والأمراض التنفسية و استخدام البروتوكولات العلاجية بالطريقة العلمية.

معاً نستطيع

واقع الخدمات الثانوية و الثالثية الصحية بشكل عام

امنازت الخدمات الثانوية و الثالثية (المستشفيات) الأردنية بالريادية على مستوى المنطقة على مدى الخمسين سنة الأخيرة و تطورت بشكل كبير سواء على المستوى البشري (أطباء و تمريض و مهن صحية أخرى) أو على مستوى البنى التحتية و التجهيزات الطبية و شمل هذا التطور كافة مكونات القطاع الصحي كالخدمات الطبية الملكية و المستشفيات الجامعية و العديد من المستشفيات الخاصة و العديد من مستشفيات وزارة الصحة و تميزت بالمدخلات الدقيقة ووسائل التشخيص و زراعة الأعضاء.

أ. السياحة العلاجية:

ازدهرت السياحة العلاجية خصوصاً في القطاع الخاص و تجاوز مردودها المادي المليار دينار سنوياً، شهدت أعوام 2014 ، 2015 ذروة هذا الازدهار لتبدأ بالتراجع التدريجي لعدة أسباب منها :



معاً نستطيع الحزب الديمقراطي الاجتماعي

- 1- اشتداد المنافسة الإقليمية و الدولية للأردن في مجال السياحة العلاجية وتفوقها بتقديم التسهيلات المختلفة لاستقطاب المرضى.
 - 2- ارتفاع الكلف التشغيلية على القطاع الصحي و غياب سياسة شاملة و موحدة وملزمة للقطاع الخاص وظهور التباين والمضاربة بالأسعار في ظل غياب الرقابة الضامنة.
 - 3- الأوضاع الأمنية في المنطقة و استمرار النزاعات المسلحة في بعض بلدان المنطقة و الذي أثر على قدوم المرضى من تلك الدول.
 - 4- ضعف التسهيلات اللوجستية للقادم للعلاج و مرافقيه من حيث كلفة المعيشة المرتفعة في المسكن و المأكل و التنقل.
 - 5- تطور القطاعات الصحية المستمر في الدول الجوار وبالذات دول الخليج العربي و الذين كانوا يشكلون جزءاً هاماً من طالبي العلاج في الأردن.
 - 6- بروز مظاهر سلبية متعددة تسيء للسمعة الطبية والسياحة العلاجية في الأردن و ذلك مثل تعظيم المضاعفات الطبية و تواجد سماسرة ووسطاء غير قانونيين في عملية قدوم و اختيار الجهة و التداوي.
- إن السياحة العلاجية لا تعني فقط مريض و طبيب و مستشفى بل هي منظومة متعددة تشمل أيضاً نمط المعيشة المتاحة للمريض و المرافق و سهولة التنقل و التسوق مقارنة مع ما يتاح في الدول المنافسة في مجال السياحة العلاجية والتي حقيقة تفوقت و بشكل كبير في هذه النواحي.

القطاع الخاص اجمالاً احوج ما يكون الى إطار هيكلي ذا صلاحيات تنفيذية يتكفل بالإشراف المباشر على مستشفيات القطاع الخاص و عيادات الاختصاصيين في القطاع الخاص و البعيدة حالياً عن الضوابط المحددة و العادلة و هذا ما لا تستطيع القيام به جمعية المستشفيات الخاصة ولا النقابات الصحية ولا وزارة الصحة والتي يبقى دورها مهمش و فقط عند تقديم شكوى للوزارة أو عند إجراءات الترخيص.

ان الهيكل المطلوب هو من يضبط التفاوت في الأسعار و استباحة الألقاب سواء على مستوى المستشفيات او على مستوى عيادات الأطباء، لا بد من انهاء فوضى القطاع الخاص لأنه قطاع مهم جداً وفيه من القدرات ما يفوق المكونات الأخرى للقطاع الصحي الأردني فالحفاظ على القطاع الخاص و اجتثاث السليبيات منه يعتبر مطلباً وطنياً ولا بد للإشارة أن هناك مستشفيات في القطاع الخاص تعد مفخرة وطنية من حيث الصورة والأداء و مستواها الطبي على مستوى المنطقة، كما ذكرنا تحتوي العاصمة عمان على معظم مستشفيات القطاع الخاص وقليل منها في محافظة الزرقاء و محافظة إربد و محافظة الكرك و محافظة العقبة و محافظة مادبا و تخلو بقية محافظات المملكة من مستشفيات القطاع الخاص، و أيضاً هناك تفاوت في مستشفيات القطاع الخاص من حيث عدد الأسرة و نوعية و كفاءة الخدمات.



معاً نستطيع الحزب الديمقراطي الاجتماعي

ب. القطاع العام:

يشكل الجزء الأكبر لتقديم الخدمة الثانوية و الثالثة في الأردن حيث يشكل ما يقارب 63.9% من عدد الأسرة الكلي في المملكة و بالحديث عن الأسرة: فيبلغ عددها حوالي 15 الف سرير منها 5415 في القطاع الخاص و الباقي في القطاع العام أي حوالي 9585 سرير موزعة على كافة محافظات المملكة أن معدل الأسرة في المملكة هو 14 سرير لكل 10 آلاف مواطن وهي تقل كثيراً عن الدول المتقدمة لكن كعدد أسرة قد لا يشكل أولوية التدخل خصوصاً بعد ما شهدناه من موجات جائحة كورونا و إمكانية الاعتماد على المستشفيات الميدانية عند الضرورة أما الأولوية بخصوص الأسرة فهي من ناحيتين يوجب التدخل فعلياً:

أولاً: التفاوت الكبير في توزيع الأسرة على محافظات المملكة فإذا كانت النسبة كما أسلفنا (الوطنية) 10000/14 مواطن نجد هذا التفاوت بحيث هو في بعض المحافظات أعلى من ذلك و في بعضها أقل و على سبيل المثال:

- عدد الأسرة في العاصمة عمان يبلغ 8294 سرير بمعدل 10000/18.3 مواطن.

- عدد الأسرة في محافظة البلقاء يبلغ 899 سرير بمعدل 10000/16.2 مواطن.

- عدد الأسرة في محافظة الكرك يبلغ 547 سرير بمعدل 10000/15.3 مواطن.

في المقابل:

- عدد الأسرة في محافظة جرش يبلغ 156 سرير بمعدل 10000/5.8 مواطن.

- عدد الأسرة في محافظة الزرقاء يبلغ 1198 سرير بمعدل 10000/7.8 مواطن.

- عدد الأسرة في محافظة المفرق يبلغ 551 سرير و بمعدل 10000/8.9 مواطن.

هذا التفاوت في معدل الأسرة لكل 10000 مواطن يلازمه عادة تفاوت في نوعية الخدمات المقدمة للمواطنين و خصوصاً المحافظات البعيدة عن العاصمة في ظل تدني خدمة الإسعاف الجوي و صعوبة الاستفادة من خدماته.

ثانياً: قلة الاختصاصات الطبية المتاحة و ندرة الاختصاصات الدقيقة منها، و هذا مستغرب في بلد يخرج الكثير من الأطباء من خلال جامعاته الوطنية عدا الدارسين في الخارج ولديه أيضاً المؤسسات الطبية عالية التأهيل و القدرة على إعداد و تدريب و أمداد كافة الاحتياجات الوطنية و تصدير الكفاءات للخارج كذلك. وبلغه الأرقام:

لدينا معدل تخرج 1250 طبيباً أردنياً في السنة من الجامعات الأردنية و بعد احتساب خريجو جامعة البلقاء التطبيقية يصبح عدد خريجين بحدود 1500 طبيب هذا يعني أن القوى البشرية الأساسية المؤهلة للتقدم لصناعة



معاً نستطيع الحزب الديمقراطي الاجتماعي

الكفاءات متوفرة وهي فوق الحاجة الوطنية بكثير وإذا أضفنا أعداد الخريجين الدارسين في الخارج سنوياً يفهم مصطلح "ركود" في الطب في الأردن و وجهة نظرنا في حل المشكلة تتلخص بالتالي:

- (1) وجود المستشفيات الجامعية يجب أن يشكل المكان الأمثل لإعداد الكفاءات لتوفر الكفاءات التعليمية المؤهلة و الأدوات اللوجستية الأساسية لإعداد الكوادر ليس الطبية فقط بل ايضاً المهن الصحية الأخرى. نعتقد أنه من الواجب أن ينتهي الدور الهامشي للجامعات الأردنية و عليها أن تتخرب في الاحتياجات الوطنية وهذا لا يقتصر على الجانب الصحي بل ايضاً في المجالات الأخرى التي تبرز فيها التحديات الوطنية كالهندسة بكافة أنواعها والقانون وأن تطلق مفهوم الابداع و القدرة عليه في المساهمة في وضع الحلول للإشكالات الحياتية في التخطيط وفي البنى التحتية و النقل و المرور...الخ.
- (2) الخدمات الطبية الملكية وهي مؤسسة عريقة و قد أمدت القطاع الخاص بالكثير من الكوادر الصحية و الطبية بشكل خاص و المؤهلة تأهيلاً عالياً.
- (3) وزارة الصحة و مستشفياتها الرئيسية وشرائها مع كليات الطب الأردنية وكل ذلك متاح من خلال مفهوم الابتعاث الداخلي قليل الكلفة مقارنة مع الابتعاث الخارجي.

ج. المجلس الطبي الأردني:

وجود مؤسسة وطنية مشرفة وضامنة لإعداد و تخريج الاختصاصات الطبية (المجلس الطبي الأردني)

تأسس المجلس الطبي الأردني عام 1982 كهيئة مستقلة تهدف الى تنظيم مهنة الطب البشري و الارتقاء بها من خلال إشرافه على عملية تأهيل الأطباء العاميين و الاختصاصيين و التأكد من قدراتهم العلمية و مهاراتهم العملية من خلال :

- الاشراف على تدريب أطباء الامتياز.
- الاشراف على البرامج العلمية و التدريب للإقامات المختلفة.
- اجراء الفحص الإجمالي للطب العام من خريجي الجامعات الخارجية.
- اجراء امتحانات البورد الأردني في شتى التخصصات و المؤهل للحصول على لقب اختصاصي.

و منذ عام 1982 ولغاية الآن مرّ المجلس و امانته العامة في مراحل مختلفة على مستوى الأداء و النضوج التشريعي و الاحترافي مروراً بمرحلة ما بعد 2005 الذي صدر فيه قانون المجلس الطبي الدائم و الذي تضمن أنظمة بنيت عليها تعليمات معززة لدور المجلس في الإشراف على التعليم و التدريب في برامج الامتياز و الإقامة و الزمالة ومأسسة التعليم الطبي و التطوير المهني المستمر.



معاً نستطيع الحزب الديمقراطي الاجتماعي

أننا نعتقد ان المجلس الطبي وقانونه يعتبر من أهم المؤسسات الضامنة كذلك عند حديثنا عن نقص الاختصاصات في الأردن فلا بد أن يسأل أولاً هذا المجلس، لقد تمكن المجلس من ضبط مستوى التخصص في الأردن خلال الأربعين عام من عمره و فرض احترام شهادته ليس على المستوى الوطني بل أيضا لدى الجوار العربي رغم العديد من الملاحظات و التي أهمها:

1- قلة الحاصلين على البورد الأردني مقارنة بالاحتياجات الوطنية وتزايد الطلب على حملة البورد الأردني من قبل الدول العربية الشقيقة و الخليجية بشكل خاص و يتهم بذلك آليات الامتحانات و نسب النجاح المتدنية في العديد من الاختصاصات وذلك إما في المبالغة في صعوبة الأسئلة أو ضعف برامج التعليم و التدريب أو الأثنين معاً.

2- ضعف الإشراف على برامج التدريب لقلة الكادر و اللجان الإشرافية و تعدد و تنوع مراكز و أماكن التدريب للإقامة في القطاع العام و قلة إشراك القطاع الخاص.

3- عزز المجلس عن طرح صيغ قابلة للتنفيذ لتبادل الخبرات التدريبية بين مختلف مكونات القطاع الطبي.

4- قلة التأثير الفعلي المشترك ميدانياً في التعليم و التدريب الطبي لإعداد الطب العام و الاختصاصيين في فروع الطب و طب الأسنان، و لتوضيح هذه النقطة فإن اللجان العلمية في المجلس و المشكلة من كافة مكونات القطاع لا تعمل مشتركة في المتابعة و التقييم للتدريب و يترك ذلك لكل مكون مستقلاً عن الآخرين.

ومع ذلك يبقى المجلس الطبي ركيزة أساسية و ضرورة ملحة لرفع كفاءة الخدمة المقدمة للمواطن، نحن مع المجلس و نقدر قانونه القائم ولا نقبل المساس به بدوافع استثناءات غير مبررة ولا مقبولة كمحاولة اعفاء خريجي بعض الدول الغربية من اجراء الامتحان المنصوص عليه في القانون القائم، لقد جربنا التعديل في القانون المؤقت الذي حصل في تسعينيات القرن الماضي على إثر نتائج حرب الخليج الثانية و الذي أدى الى انفلات الجسم الطبي و تراجع السمعة الطبية الأردنية الى أن عدل القانون مرة أخرى 2001 ليعيد الأمور الى نصابها.

د. المجلس الصحي العالي:

✓ أنشئ المجلس الصحي العالي بموجب أحكام قانون المجلس الصحي العالي رقم 9 لسنة 1999 وقد حدد القانون أهداف ومهام هذا المجلس وأهمها:

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

ب. تحديد متطلبات واحتياجات القطاعات الصحية واتخاذ القرارات اللازمة بتوزيع الخدمات الصحية بأنواعها جميعاً على مناطق المملكة بما يحقق العدالة بينها والنهوض النوعي.



معاً نستطيع الحزب الديمقراطي الاجتماعي

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

د. تنسيق العمل بين المؤسسات والهيئات الصحية في القطاعين العام والخاص بما يضمن تكامل اعمالها

هـ. الاستمرار في توسيع مظلة التأمين الصحي .

و. دراسة القضايا التي تواجه القطاع الصحي واتخاذ الاجراءات المناسبة بشأنها بما في ذلك هيكلة القطاع الصحي.

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

✓ يتشكل المجلس من :

- 6 وزراء (وزير الصحة، و وزير المالية، وزير التخطيط، وزير التنمية الاجتماعية، وزير التعليم العالي والبحث العلمي، وزير العمل)
- الأمين العام للمجلس الصحي العالي
- مدير عام الخدمات الطبية الملكية.
- رئيس جمعية المستشفيات الخاصة.
- نقيب الأطباء.
- نقيب أطباء الأسنان.
- نقيب الصيادلة.
- نقيب الممرضين والممرضات والقابلات القانونيات.
- ممثل عن جمعية المختبرات والتحاليل الطبية الأردنية.
- ممثل عن الائتلاف الصحي لحماية المريض.
- احد عمداء كليات الطب في الجامعات الأردنية الرسمية يعينه الرئيس بالتناوب كل سنتين.
- احد مديري المستشفيات الجامعية يعينه الرئيس بالتناوب كل سنتين.

و كان يرأس المجلس دولة رئيس الوزراء وتم تعديل القانون بعد ذلك ليرأس معالي وزير الصحة هذا المجلس.

ذكرنا أعلاه ما ورد في نص القانون وهو معروف منذ أكثر من 23 عام و ذكره هنا هو لتفسير اختلالات القطاع الصحي القائمة لغاية تاريخه و أهمها:

- عدم التنسيق بين مكونات القطاع الصحي.



معاً نستطيع الحزب الديمقراطي الاجتماعي

- اختلال التوزيع للقدرات و المقدرات الصحية جغرافياً ومؤسسياً.
- الارتجال و الفزعة عند المواقف المفصلية و بعثرة الجهود مثلما حصل في جائحة كورونا و هي ليست الأولى.
- لا تقييم ولا رسم للسياسات العامة التكاملية في القطاع الصحي.

ونسأل لماذا يصر الى تفريخ هيئات جديدة ومسميات مختلفة ولدينا قانون وأمانة عامة و هيكل قائم ينتظر التفعيل منذ أكثر من 20 عام رغم وضوح أهدافه و عظمة و شمولية التمثيل في المجلس و الذي لا يوازيه في المملكة مجلس آخر بهذا العدد و النوعية من التمثيل.

أين دوره في النهوض في القطاع الطبي و رفع كفاءة العاملين في القطاع العام و عندنا المئات من المقيمين المؤهلين الذين يقومون على علاج المواطنين في كافة المستشفيات الطرفية و بعض المستشفيات المركزية و الذين لم يستطيعوا الحصول على البورد الأردني و تجري المحاولات لمنحهم مسميات في خرق واضح لقانون المجلس الطبي.

ماذا قدم هذا المجلس في بند الاستمرار في توسيع مظلة التأمين الصحي وقد كانت أرقامنا الوطنية – كما سنرى لاحقاً- و منذ 1999 تقول أن 87% من الأردنيين يحملون التأمين الصحي لنكتشف عام 2015 بعد التعداد السكاني أن فقط 68% من الأردنيين لديهم تأمين صحي.

إننا لا نتحدث عن الأمانة العامة للمجلس و التي ظلمت من قبل الحكومات المتعاقبة و بقيت بعدد موظفين رمزي لا يتجاوز عدد أصابع اليدين من الأمين العام الى المراسل و في شقة سكنية يعلوها العلم بل نتحدث عن أعضاء المجلس و رئاسته و نتائج عمله و التي ترقى فعلياً الى المسائلة و المحاسبة.

التأمين الصحي

بلغت نسبة المؤمنين بالمملكة 68% من المواطنين الأردنيين و بنسبة 55% من سكان المملكة حسب نتائج تعداد السكان عام 2015 ويتشكل التأمين الصحي في الأردن على النحو التالي:

أ. التأمين الصحي المدني

- و يغطي ما نسبته 44.5% من إجمالي نسبة المؤمنين، يعمل بموجب نظام التأمين الصحي لشمول الموظفين المدنيين و منتفعيهم و المتقاعدين منهم و منتفعيهم، و توسعت هذه المظلة لتشمل:
- الأطفال دون سن السادسة من العمر.
 - الأسر الفقيرة التي لا يتجاوز دخلها 300 دينار شهرياً



معاً نستطيع الحزب الديمقراطي الاجتماعي

- أفراد شبكة الأمان الاجتماعي.
- الأفراد الذين يتلقون مساعدات منتظمة من صندوق المعونة الوطنية.
- الأردنيون الذين تجاوزت أعمارهم 60 سنة فما فوق.
- يغطي التأمين العديد من الأمراض المزمنة و الوبائية مثل السرطان و الايدز و التهاب الكبد الوبائي.

تعتبر المساهمات المالية الواردة لصندوق التأمين المدني قليلة جداً مقارنةً بتكاليف التغطية الصحية حيث تقدر الاقطاعات بحوالي 55 مليون ديناراً بينما تقدر المخصصات التي ترصد في الموازنة العامة لحساب الصندوق بحوالي 158 مليون ديناراً، يضاف ذلك أجور المعالجات في مستشفيات وزارة الصحة و مراكزها الصحية و أثمان الأدوية المقدر بحوالي 31 مليون ديناراً بالإضافة الى 2 مليون من اشتراكات أو بدل معالجات أفراد أو العاملين في المؤسسات أو شركات غير حكومية وفقاً لأحكام النظام.

إذاً تقدر الأموال التي تدخل الصندوق بحوالي 250 مليون ديناراً و هي أقل من الأموال التي يدفعها الصندوق لتغطية المؤمنين و توابع الإعفاءات في مستشفيات القطاع العام بالذات الخدمات الطبية الملكية و المستشفيات الجامعية و مركز السكري و الغدد و مركز الحسين للسرطان و بالإضافة لكُلف معالجة المؤمنين و المنتفعين في مستشفيات القطاع الخاص، وكل سنة مالية نسمع تظلم هذه المؤسسات و مطالباتها بتسديد الديون المترتبة على الصندوق المدني و رغم هذا الوضع المالي للصندوق نتابع باستغراب شديد توسُّع الوزارة بشمول فئات جديدة للمعالجة في القطاع الخاص.

معاً نستطيع ب. التأمين الصحي العسكري:

يغطي حوالي 38% من مجموع المؤمنين في المملكة و يهدف الى تقديم المعالجة للمشاركين و المنتفعين من القوات المسلحة الأردنية و الأجهزة الأمنية و الدفاع المدني و المتقاعدين و منتفعيهم أيضاً يشمل المستخدمون المدنيون و عمال المياومة الذين انتهت أعمالهم من التقاعد من القوات المسلحة و الأمن العام و المخابرات العامة و الدفاع المدني و يتقاضون راتباً تقاعدياً.

ج. التأمين الصحي الجامعي:

يهدف الى تقديم الخدمة الطبية للمشاركين من الجامعات مع توفير المعالجة من قبل المراكز و العيادات التابعة للجامعات الرسمية و مستشفياتها.

د. التأمين الصحي الخاص:



معاً نستطيع الحزب الديمقراطي الاجتماعي

يوجد لغاية تاريخه 17 شركة تأمين في الأردن تمارس تأمينات على الحياة و التأمين الطبي و يشكل التأمين الخاص و التأمين الجامعي ما نسبته 17.5% من النسبة الكلية للمؤمنين في الأردن.

هـ. التغطية الصحية لمواطنين أردنيين غير مؤمنين من قبل الديوان الملكي بكلفة سنوية تتجاوز 100 مليون ديناراً.

إن أهم التحديات التي تواجه مفهوم التأمين الشامل هم غير المؤمنين و البالغين 32% من المواطنين، فمفهوم التأمين الشامل هو شعار الحكومات الأردنية المتعاقبة منذ أكثر من 20 عاماً و التي لم تتجاوز إجراءاتها بهذا الخصوص، اجراء بعض الدراسات الخجولة فتارةً تكلف خبير خارجي و تارةً تلجأ الى بعض الجامعات الرسمية و آخر توجهاتها تسليم الملف لمؤسسة الضمان الاجتماعي.

لقد استعرضنا تقاعس المجلس الصحي العالي عن أداء مهامه المكلف بتنفيذها بالقانون (الاستمرارية !! في توسيع مظلة التأمين الصحي).

- ✓ إن تعامل الحكومة بشيء من الجدية في هذا الموضوع يبدأ :
- تشكيل هيئة مستقلة تُعنى بالتأمين الصحي إذ من غير المنصف أن يكون المشرف و من يدير التأمين هو مقدم الخدمة و في نفس المؤسسة.
- البدء بشمول و إلزامية إشراك مشترك في الضمان الاجتماعي و غير المؤمنين في التأمين الصحي (يقدر العدد ب 800 الف مشترك).
- إنهاء التغطيات المجانية لغير المؤمنين و استثمار هذه المبالغ في اشراكهم في التأمين الصحي.

إن استعراض بعض المؤشرات الوطنية المالية يدل على أن الحديث عن التأمين الصحي الشامل ليس خيالاً ولا بطراً بل قابل للتحقيق ضمن مجمل الأنفاق على الرعاية الصحية بالدينار و الذي يتعدى مبلغ 2.5 مليار دينار، فحسب المؤشرات الصحية لعام 2017 (نشرات المجلس الصحي العالي).

- يبلغ إجمالي الإنفاق الجاري على الصحة 2.566.420.650 ديناراً .
- و مبلغ الإنفاق الرأسمالي 219.718.653 ديناراً.
- و تبلغ حصة الفرد من الإنفاق على الصحة 255 ديناراً .
- علماً أن الناتج المحلي يقدر 28.903.400.000 ديناراً.
- و تبلغ نسبة الانفاق للرعاية الصحية من الناتج المحلي 8.9%.
- و تبلغ نسبة المخصصات للإنفاق على الصحة من إجمالي الموازنة 11.8%.



معاً نستطيع
الحزب الديمقراطي الاجتماعي

الرعاية الصحية الأولية

تعتبر وزارة الصحة المقدم الرئيسي لخدمات الرعاية الصحية الأولية في المملكة و التي تشمل :

- برامج تعزيز الصحة العامة و استدامتها.
- البرامج الصحية الخاصة بالوقاية من الأمراض و مكافحتها.
- برنامج التطعيم الوطني الموسع للأطفال.
- برامج الرصد الوبائي.
- شبكة واسعة من المراكز الصحية التي تغطي المملكة (677) مركزاً صحياً كما فصلنا عند الحديث عن وزارة الصحة.

لقد أحرز الأردن تقدماً ملحوظاً في مجال مكافحة الأمراض السارية باتباع سياسات و استراتيجيات و برامج كما ذكرنا أعلاه و تعتبر المراكز الصحية نقطة الاتصال الأولى للمواطن مع النظام الصحي و يفترض أن تلبي معظم حاجاته الصحية.

- تعتبر الكلفة المادية قليلة إذا ما قورنت مع كلفة الرعاية الثانوية و الثالثة.
- نسبة التغطية في المناطق الحضرية و التي تُعد قليلة السكان نسبياً و المناطق الريفية و البوادي أعلى كثيراً من نسبة التغطية في المدن الكبيرة.
- يفتقر توزيع المراكز الصحية و تصنيفها الى أسس و معايير ملزمة و مطبقة بشكل واضح.
- تفتقر العديد من المراكز الصحية الى الكوادر الصحية و بالذات العديد من المراكز الشاملة و الذي قلل من تأثيرها في خفض أعداد مراجعي المستشفيات و أقسام الطوارئ فيها.
- ضعف نظام التحويل من المراكز الى المستشفيات و غياب آليات تطبيق واضحة و عملية خصوصاً أن تغطية برنامج حكيم لا تزال في بداياتها على مستوى المراكز الصحية.
- هنالك العديد من المراكز الشاملة و التي لا تلبي مواصفات و شروط هذا المُسمى مثل خلوها من الاخصائيين لقلة الاخصائيين في وزارة الصحة، و نحن نعتقد أنه يمكن تخطي هذه العقبة بالتوسع في برامج تأهيل اختصاصي طب الأسرة و الاستثمار فيه و يشكل البديل الفعلي لضرورة وجود الاختصاصات الرئيسية الأربعة (الباطنية و الجراحة و النسائية و الأطفال) في المراكز الشاملة.

لم يعد مقبولاً وجود ما يسمى بالمراكز الصحية الفرعية حيث يجب دراسة واقع ال 188 مركزاً فرعياً الموجودة فعلياً بخيارين لا ثالث لهما حسب الواقع السكاني إما التحويل الى مركز أولي أو إلغاء هذا المركز الفرعي اذا انتهت موجبات وجوده.



معاً نستطيع الحزب الديمقراطي الاجتماعي

هذا مطلب وطني مُلحّ لأن وجود مثل هذه المراكز بدوام جزئي للأطباء فيه و بأيام مؤقتة قد يؤخر طلب الحصول على الاجراء الطبي الضروري مما ينعكس سلباً على نوع الخدمة و وقت تقديمها.

- لا بد من وجود خارطة صحية على مستوى المملكة تبرر حيثيات وجود المراكز بمسمياتها بشكل علمي و بفعالية و بعيداً عن المحاصصات و الطلبات الشعبية.

جائحة كورونا

بدأت هذه الجائحة في الصين في أواخر أشهر عام 2019، و بدأت تنتشر في مختلف دول العالم تبعاً و أصبحت تشكل خطورةً على الصحة العامة و عاملاً مثبطاً للاقتصاد و الحياة الاجتماعية بكافة أشكالها، و شاهدنا أنظمة صحية تتهاوى في دولٍ متقدمة و بثت وسائل الإعلام المناظر غير المألوفة للجثث في مدن أوروبية غربية.

أما في الأردن فقد تم اكتشاف أول حالة كورونا في 2/آذار/2020، وفي 17/آذار/2020 بدأت الحكومة بإجراءات مشددة من خلال فرض التباعد الاجتماعي و أوقفت حركة الدخول و الخروج من الأردن، و بتاريخ 22/آذار/2020 بعد أن وصل عدد الاصابات الى 98 مصاب دفع الحكومة لاتخاذ إجراءات أكثر صرامة بما في ذلك الإغلاق الكامل على مستوى البلاد لمدة 3 أيام.

بعد خمسة أشهر من الحالة المؤكدة الأولى بلغ العدد الإجمالي للإصابات 1213 حالة و 11 وفاة، في هذا الوقت كان لدى الأردن أقل عدد من إصابات الكورونا و أقل عدد وفيات مقارنةً مع دول الشرق الأوسط.

■ استجابة النظام الصحي:

أظهرت نتائج التدخل الأمني و الإداري المبكر و الصارم و متابعة الدولة و بأعلى أركانها أدلة واضحة على احتواء الوباء و أدت الى انخفاض معدل الإصابة و بذلك كان الأردن خلال هذه المرحلة من الدول الأفضل في السيطرة على هذا الوباء.

قام المسؤولون عن النظام الصحي بتجميد عمل المستشفيات لتعمل فقط على معالجة الحالات المؤكدة و المشتبه بها من كورونا (كوفيد 19) و استقبال الحالات الطارئة و حسب للأمراض العادية الأخرى كذلك تم تجميد عمل المراكز الصحية و الحكومية باستثناء صرف الأدوية المتكررة لمرضى الحالات المزمنة.

و هنا لا بد من القول أن المسؤولين عن النظام الصحي قد اضاعوا 5 أشهر من الزمن كانوا يبعثون خلالها رسائل مطمئنة للنظام الصحي و المجتمع و أخذ الظهور الإعلامي و التندُّر الكبير من وقت هذه القيادات، حيث كان من الممكن خلال هذه المدة العمل بفاعلية و شمولية على تعزيز قدرات النظام الصحي البشرية و الفنية و



معاً نستطيع الحزب الديمقراطي الاجتماعي

الإدارية و اللوجستية و التكنولوجية و المعلوماتية و تهيئة مبكرة واستباقية لمواجهة الموجات القادمة للجائحة و تجنب البلد و نظامها الصحي مرحلة الصدمة و ردات الفعل التي عانى منها لاحقاً و النتيجة أننا وصلنا لغاية منتصف آذار/2022 الى الأرقام التالية:

- مجموع الإصابات التراكمي 1.680.179 إصابة.
- مجموع الوفيات التراكمي 13.959 وفاة بسبب كورونا.

هذه الأرقام تدل على أن الأردن من أكثر أربع دول عربية تضرراً بالجائحة سواء بعدد الإصابات أو بالوفيات مع العراق و تونس و المغرب.

و الأرقام تدحض مقولة عدم الالتزام المجتمعي فهي واضحة في تنفيذ المطلوب:

- عدد المطعمين بالجرعة الأولى 4.711.097 بنسبة 73% من الفئة المستهدفة.
- عدد المطعمين بالجرعة الثانية 4.408.639 بنسبة 69% من الفئة المستهدفة.

يضاف لهذه الأرقام عدد المصابين التراكمي فتصبح النسب مرتفعة جداً لمفهوم المناعة المجتمعية و هذه الأرقام تغطي الفترة من 2/آذار/2020 و هي اكتشاف أول حالة ولغاية 11/آذار/2022 بحسب الأرقام التي أدلى به مسؤول ملف كورونا – مستشار رئاسة الوزراء للشؤون الصحية- .

فإذا وضعنا اللوم على الالتزام المجتمعي لتبرير الإصابات و عددها المرتفع فيمكن تفسير الأعداد الكبيرة للوفيات، دعونا نُقرّ أن مظاهر الارتجال قد كان واضحاً في الكثير من المفاصل الزمنية في التعامل مع الجائحة و أن كثير من القرارات لم تكن في محلها أو لم تكن مفهومة سواء قرارات الإغلاق و التضييق أو قرارات الفتح و توقيتها و لا حتى مفهوم الانتقائية في الإغلاق و الفتح و التوقيت.

و مع التقدير للإجراءات الإيجابية العديدة التي شاهدناها من قبل الحكومة خلال هذه الجائحة كبناء المستشفيات الميدانية و أعداد الكوادر البشرية وإن كان متأخراً و توفير المطاعم المختلفة لكل سكان الأردن فإننا لم نشهد و لغاية تاريخه تحليلاً علمياً موضوعياً يفسر الأعداد الصادمة التي ذكرناها.

قد يكون من الصعب أن نشارك دولة رئيس الوزراء الرأي في "انتهينا من أزمة كورونا.." الذي قاله في زيارته لمدينة جرش بتاريخ 14/آذار/2022 حيث أن الأرقام في نفس أسبوع الزيارة تقول أن نسبة الفحوصات الإيجابية تتعدى ال 20% من العينات العشوائية المأخوذة في ذلك الأسبوع و نقول لدولة الرئيس:

- لم نحصر بعد الأضرار التي سببتها و تسببها الجائحة على كافة المستويات.



معاً نستطيع الحزب الديمقراطي الاجتماعي

- لم نتبين بعد المؤشرات الصحية الوطنية وتأثير كورونا السلبي على هذه المؤشرات خلال عامين.
- لم ندرس بعد تأثير الأمراض المزمنة و معدل وفيات الأمهات و الأطفال و العمر المتوقع عند الولادة بعد جائحة كورونا.
- لم ندرس بعد تأثير الصحة و قد كانت وزارتها وزارة كورونا و أهملت معظم أدوارها في مجالات و واجبات وزارة الصحة.
- أين الاستراتيجيات و الخطط التنفيذية على مدار أكثر من عامين، و أين نحن من شعار التأمين الصحي الشامل.

لا بد من التعرف على بعض التحديات لتفسير ما طرحناه و دلالاته :

- 1- ارتفاع الوفيات بسبب كورونا بين الكوادر الصحية و خاصة بين الأطباء (45 وفاة بين الأطباء لغاية 25/أذار/2022) هذا يطرح التساؤلات حول مدى توافر أنظمة الوقاية و ادواتها و مستلزماتها التي تحمي الكادر الصحي في المستشفيات و العيادات و مدى التزام الكوادر الصحية بمعايير السلامة.
- 2- هشاشة الإدارة الصحية وضعفها في وزارة الصحة و الذي كشف بعضه حادثة نقص الأكسجين في مستشفى السلط الحكومي و الذي راح ضحيته 9 مرضى بتاريخ 13/أذار/2021.
- 3- ضعف الرقابة على القطاع الخاص وتباين كبير في مواقف المستشفيات الخاصة في التعاون مع وزارة الصحة لمواجهة الجائحة العديد منها أبدى تعاون لكن بعضها لم يلتزم في معالجة مرضى كورونا والبعض الآخر لم يلتزم بالأسعار التي حددتها وزارة الصحة رافقه غياب كلي للرقابة على القطاع الخاص و التي هي ضعيفة أساساً، كذلك غياب الآليات الفعالة للسيطرة على النزعة التجارية للبعض.
- 4- تعدد الجهات الطبية المسؤولة عن الوباء برئاسة وزير الصحة :
- وزارة الصحة ممثلة بالأمين العام للأوبئة و الأمراض السارية و اللجنة الوطنية للأوبئة و مركز الطوارئ في الوزارة.
- المركز الوطني لمكافحة الأوبئة و الأمراض السارية.
- مسؤول ملف كورونا مستشار رئاسة الوزراء للشؤون الصحية.
- 5- غياب مرجعية وطنية لحكومة النظام الصحي و قيادته خاصة القطاع الصحي العام و الذي ساهم في تباطؤ تجاوب القطاعات الصحية الفرعية و فعاليتها مع الأولويات الصحية الوطنية.
- 6- غياب تام للمجلس الصحي العالي و المناط به بالقانون قيادة و توجيه و متابعة القطاع الصحي و تكامل أدائه و تنسيق فعالياته.



معاً نستطيع الحزب الديمقراطي الاجتماعي

7- ضعف التنظيم و الرقابة الطبية في المستشفيات خاصة أثناء ذروة موجات المرض و ضعف الالتزام في البروتوكولات العلاجية خاصة في وحدات العناية الحثيثة في المستشفيات بما يمكن أن يكون أحد أسباب ارتفاع الوفيات بسبب الجائحة.

الدواء

يبلغ حجم السوق الدوائي الأردني حوالي 450 مليون ديناراً سنوياً، تشكل الأدوية الوطنية منه 30% وكلفة الأدوية المستوردة تشكل 70% وهذا رقم عالي سواء ككلفة مادية أو كمية استهلاك. ويتم تحديد أسعار الادوية بناءً على أسس تسعير الأدوية لسنة 2016 الصادرة عن مجلس إدارة المؤسسة العامة للغذاء والدواء الذي يرأسه وزير الصحة استناداً للمادة 5 من قانون الدواء والصيدلة رقم 12 لسنة 2013 وتعديلاته والمادة 7 من قانون المؤسسة العامة للغذاء والدواء رقم 41 لسنة 2008 وهذه الأسس تصنف الأدوية الى فئتين:

- الفئة الأولى وهي الأدوية الأصلية وهي أدوية الشركات البحثية وتُسعر بشكل رئيسي على وسيط (Median) سعر الدواء في الدول التالية: بريطانيا، فرنسا، إيطاليا، بلجيكا، اليونان، هولندا، استراليا، قبرص، هنغاريا، أيرلندا، نيوزيلاندا، البرتغال، التشيك، كرواتيا، النمسا، السعودية.

لا يمكن فهم تحديد هذه الدول كمرجعية وسطية لبيع الدواء في الأردن رغم الاختلاف الكبير وبشكل خاص مستوى دخل الفرد والذي لا يمكن مقارنته بين المواطن الأردني ومواطني هذه الدول.

- الفئة الثانية وهي الأدوية الجنيسة أو المشابهة (الأدوية الوطنية جميعها من هذه الفئة) و تُسعر حسب المادة 8 من أسس التسعير و أهمها (الآ يتجاوز السعر المطلوب 80% من سعر الدواء الأصلي عند تسجيله و تسعيره).

من الواضح أن سعر الدواء الوطني سيرتفع كلما كان سعر الدواء المستورد الأصلي مرتفعاً وعليه يكون من مصلحة الشركة الوطنية المصنعة أن تبقى الأسعار مرتفعة.

يلاحظ أيضاً أن أسعار الأدوية ولنفس الشركات البحثية يختلف اختلافاً كبيراً بين دولةٍ وأخرى، فنجد أن أسعار الدواء في السوق الأردني هو أضعاف أسعاره في السوق التركي مثلاً أو المصري لنفس الدواء ونفس الشركة المصنعة، هذا الوضع الغريب لسعر الدواء في الأردن سواءً الأصلي منه أو الجنيس استدعى تدخل جلالة الملك والذي طلب من الحكومة بتاريخ 11-6-2019 بتخفيض أسعار الأدوية حيث قال إن وضع أسعار الأدوية حالياً غير سليم والمطلوب معالجة الخلل بشكل فوري.

دولة رئيس الوزراء في عام 2019 قرر تشكيل لجنة وزارية لدراسة آلية تسعير الدواء في الأردن تأخذ بعين الاعتبار إعادة النظر في نظام التسعير الحالي.



معاً نستطيع الحزب الديمقراطي الاجتماعي

وزير الصحة (والغريب جداً أنه هو من يرأس مجلس الإدارة للمؤسسة العامة للغذاء والدواء) يُقر بوجود مبالغة في أسعار الأدوية في الأردن ويقول أن ارتفاع أسعارها غير مبرر!!!

مدير عام مؤسسة الغذاء والدواء في شهر 12 عام 2019، يقول " .. تم تخفيض مجموعات من الأدوية ونسبة التخفيض تتراوح ما بين 15% الى 88% من السعر القائم".

على ضوء هذا الواقع الذي تخلو فيه الأسس العلمية والمنطقية وبغياب واضح لمجالس الإدارة ورئيسها وزير الصحة عن الحد الأدنى من الإشراف والتأثير في المؤسسة العامة للغذاء والدواء إضافة الى غياب الرقابة الفعلية على الصيدليات وبيع الأدوية دون صفات طبية مما ينعكس سلباً على حياة المواطنين وظهور الجراثيم المقاومة للمضادات الحيوية مثلاً. فنحن بحاجة لإعادة النظر في المؤسسة العامة للغذاء والدواء وتأثير الشركات الدوائية على تشريعاتها مع إيماننا بأن القطاع الدواء الأردني قطاع هام وواعي في الاقتصاد الأردني وتوظيف الأيدي العاملة.

ملخص القضايا الصحية الوطنية

❖ أولاً: إن تعدد مهام وزارة الصحة في الشأن الوطني الصحي أضعف دور الوزارة وأضعف دورها الإشرافي والرقابي كذلك أدائها الخدمي من خلال:

- أن وزير الصحة يرأس مجلس إدارة المجلس الصحي العالي وشهدنا ضعف هذا المجلس رغم قوة قانونه الى مرحلة الثلاثي.
- مهام الوزارة في الرقابة بحكم قانون الصحة العامة والإشراف والنتيجة ماثلة في واقع القطاع الخاص.
- يرأس وزير الصحة مجلس إدارة المؤسسة العامة للغذاء والدواء ولاحظنا هامشية المجلس وإرتكابه على المؤسسة العامة للغذاء والدواء.
- تردي الواقع الخدمي لمستشفيات وزارة الصحة.
- فقدان المبادرة في المجلس الطبي الذي يرأسه وزير الصحة.

وخوفاً على باقي إنجازات وزارة الصحة كالرعاية الصحية الأولية نرى أن القطاع الصحي الأردني بحاجة ماسة الى إعادة هيكلة تعفي الوزير والوزارة من بعض مهامه ونقترح مثلاً إعادة إحياء تجربة المؤسسة الطبية العلاجية.



معاً نستطيع الحزب الديمقراطي الاجتماعي

- ❖ **ثانياً:** لا بد من إعادة وتفعيل المجلس الصحي العالي وبرئاسة رئيس الوزراء أو وزير الدفاع عند تفعيل وزارة الدفاع.
- ❖ **ثالثاً:** إن التغيير المقترح بخصوص مستشفيات القطاع العام سيحدث بالضرورة ارتقاء في مستوى الخدمات المقدمة من حيث إعداد وتهيئة الكوادر الصحية وخصوصاً الطبية منها.
- ❖ **رابعاً:** من غير المقبول أن يكون القطاع الخاص بلا ضوابط إدارية، والمأمول من مقترحنا بخصوص وزارة الصحة أن ينعكس على القطاع الخاص من ناحية الإشراف والمراقبة والمسائلة.
- ❖ **خامساً:** إن تحقيق التأمين الصحي الشامل أقل كلفةً على الدولة الأردنية من الوضع القائم على أن يكون ضمن إطار مستقل يُنهي حالة عدم فصل تقديم الخدمة الصحية عن شرائها لدى كلاً من وزارة الصحة والخدمات الطبية الملكية والمستشفيات الجامعية.

هذا استعراض لعناوين نضعها للتفصيلات الحوارية المؤمل أن تجري حولها وأيضاً ضمن الضوابط الثلاث التي ذكرناها في المقدمة.



معاً نستطيع الحزب الديمقراطي الاجتماعي