

annd

Arab NGO Network for Development
شبكة المنظمات العربية غير الحكومية للتنمية



AMERICAN
UNIVERSITY OF BEIRUT

FACULTY OF HEALTH SCIENCES

إعمال الحق في الصحة في الأردن مُيسرات ومُعيقات

2023



حمزه الدريدي

أستاذ مشارك في قسم تمرير صحة المجتمع بكلية التمريض
في الجامعة الأردنية

يُنشر هذا التقرير كجزءٍ من سلسلة تقارير الراصد العربي للحقوق الاقتصادية والاجتماعية (AWR) لشبكة المنظمات العربية غير الحكومية للتنمية (ANND). يُعدُّ تقرير الراصد العربي منشورًا دوريًا تصدره الشبكة ويركز كلَّ إصدار على حقٍّ معيَّن وعلى السياسات والعوامل الوطنية والإقليمية والدولية التي تساهم في انتهاكه. يتمُّ تطوير تقرير الراصد العربي من خلال عملية تشاركية تجمع ما بين أصحاب المصلحة المعنيين، بما في ذلك المجتمع المدني، والخبراء في المجال، والأكاديميين، وممثلي الحكومة في كلِّ من البلدان الواردة في التقرير، وذلك كوسيلةٍ لزيادة ملكية التقرير في ما بينهم وضمان توطينه وتعزيز صلته بالسياق.

يُرَكِّز التقرير السادس للراصد العربي على موضوع الحقِّ في الصحة. ويمثِّل تقرير الراصد العربي للحقِّ في الصحة للعام 2023 جهدًا مشتركًا بين شبكة المنظمات العربية غير الحكومية للتنمية، وكلية العلوم الصحية في الجامعة الأميركية في بيروت. وقد أعدَّ بهدف تقديم تحليل شاملٍ ونقديٍّ لوضع الحقِّ في الصحة في المنطقة والتوقعات لما بعد مرحلة كوفيد-19. ويُؤمل أن تُشكل المعلومات والتحليلات المقدّمة منصّة للدعوة إلى أعمال هذا الحقِّ للجميع.

تُعبر الآراء الواردة في هذه الوثيقة عن رأي المؤلف حصراً، ولا تعكس بالضرورة وجهات نظر شبكة المنظمات العربية غير الحكومية للتنمية، والجامعة الأميركية في بيروت، Brot für die Welt ودياكونيا، أو المساعدات الشعبية النرويجية.

بيروت، حقوق النشر © 2023. جميع الحقوق محفوظة.

التقرير صادر عن **شبكة المنظمات العربية غير الحكومية للتنمية**. يمكن الحصول عليه من الشبكة أو يمكن تحميله عن الموقع: <http://www.annd.org>

يُحظر إعادة إنتاج هذا التقرير أو أي جزء منه أو استخدامه بأي طريقة كانت من دون إذن خطي صريح من الناشر باستثناء استخدام الاقتباسات الموجزة.

بدعم من

Brot
für die Welt



Norwegian People's Aid

People
Change
the World
Diakonia

إعمال الحق في الصحة في الأردن مُيسرات ومُعيقات

حمزه الدريدي

أستاذ مشارك في قسم تمريض صحة المجتمع بكلية
التمريض في الجامعة الأردنية

عميد شؤون الطلبة في جامعة العقبة للعلوم الطبية،
وعضو هيئة تدريس في قسم العلوم الطبية الأساسية
فيها، وأستاذ مشارك في قسم تمريض صحة المجتمع
بكلية التمريض في الجامعة الأردنية، وعضو في لجنة
الاعتماد في المجلس التمريضي الأردني (JNC).



المحتويات



| | |
|-----------|---|
| 07 | مقدّمة |
| 07 | • السياق الوطني |
| 09 | • أهداف التقرير |
| 10 | • نبذة تاريخية عن المنظومة الصحيّة في الأردن |
| 12 | • العوامل الاجتماعية والاقتصادية والسياسية المرتبطة بالحقّ في الصحة |
| <hr/> | |
| 16 | منهجية التقرير |
| 16 | • ورشة عمل أصحاب المصلحة |
| 16 | • المراجعة المكتبية |
| 17 | • مقابلات الخبراء |
| <hr/> | |
| 19 | نتائج التقرير |
| 19 | • الواقع الصحيّ في الأردن |
| 25 | • التحدّيات |
| <hr/> | |
| 29 | التوصيات |
| <hr/> | |
| 31 | المراجع |



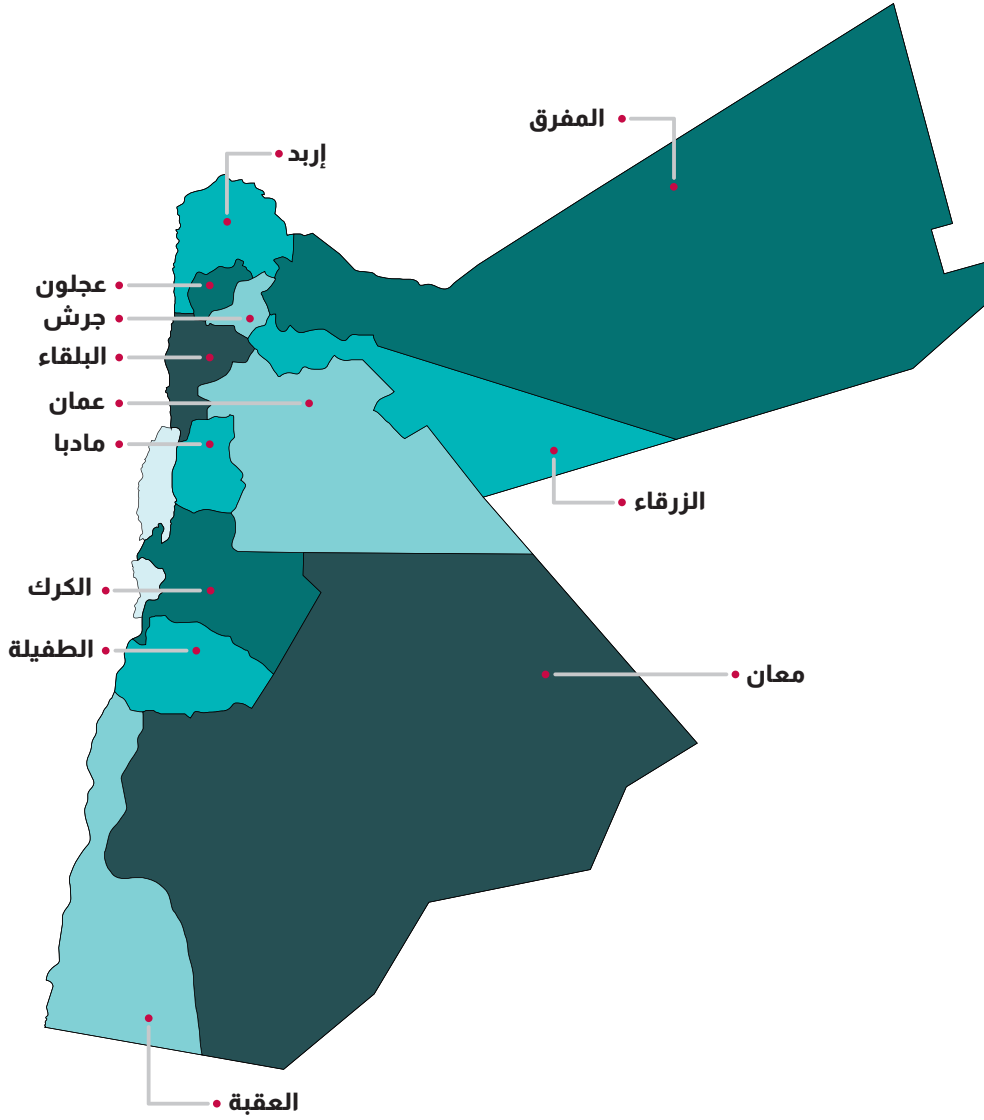
تقديم

تقوم الشبكة العربية للمنظمات غير الحكومية للتنمية (الراصد العربي) بإعداد تقارير دورية للوقوف على الواقع والتحديات في الأقطار العربية في ما يتعلق بموضوعات الحقوق المدنية والعدالة الاجتماعية للمجتمعات العربية، كالـتعليم والعمل والحماية الاجتماعية والغذاء وغيرها. وفي عام 2022، بدأ الراصد العربي بالعمل على موضوع التقرير الحالي (الحق في الصحة) في الأقطار العربية المختلفة، ومنها المملكة الأردنية الهاشمية. ونظراً لارتباط الموضوع بخبراتي السابقة في مجالات الصحة العامة، وصحة الفئات الهشة كاللاجئين والنازحين، والمحددات الاجتماعية للصحة، فقد تشرفت بتكليف الراصد العربي لي بكتابة هذا التقرير بعنوان (الحق في الصحة في الأردن) والذي بدأ العمل عليه في صيف عام 2022 والانتهاء من كتابته في شهر آذار من عام 2023. وقد روعي في كتابة هذا التقرير إشراك الخبراء والجهات ذات العلاقة وشركاء الراصد العربي في الأردن، وعدم الاقتصار على الجانب العملي الخدماتي للصحة في الأردن، بل تقديم توصيف وتحليل شامل للجوانب السياسية والقانونية والاجتماعية المتعلقة بالصحة كحق في الأردن. كما روعي في كتابة التقرير التنوع في مصادر البيانات، والتي ضمت مراجعة مكتبية شاملة لمنشورات وتقارير وسجلات الجهات ذات الصلة بالحق في الصحة في الأردن، إضافة إلى عقد مجموعة نقاش معمقة ضمت الشركاء والجهات ذات العلاقة، إضافة إلى إجراء المقابلات الفردية مع الخبراء. وبهذا تكون النتائج والتوصيات التي توصل إليها التقرير أكثر موضوعية وتنوعاً، وأكثر شمولية للواقع الصحي في الأردن بجوانبه المختلفة. وختاماً، يُسعدني أن أضع هذا التقرير بين أيديكم، راجياً أن أكون قد وفقت في توصيف وتحليل الواقع الأردني في ما يتعلق بالحق في الصحة، وتحديد الفجوات والتحديات الأكثر إلحاحاً، واقتراح التوصيات الملائمة والقابلة للتنفيذ، والتي من شأنها تعزيز حق الأردنيين في الحصول على الصحة التي تلبي احتياجاتهم وتراعي خصوصيتهم وأولوياتهم، ضمن منظومة صحية عادلة ورسينة.

السياق الوطني

المملكة الأردنية الهاشمية (شكل 1)، وعاصمتها عمّان، هي إحدى الدول العربية الواقعة في منطقة شرقي البحر المتوسط، غرب القارة الآسيوية. تبلغ مساحة الأردن حوالي 89 ألف كيلومتر مربع، وتحدها من الشمال الجمهورية العربية السورية، ومن الشمال الشرقي جمهورية العراق، ومن الشرق والجنوب المملكة العربية السعودية، ومن الغرب الأراضي الفلسطينية المحتلة. يزيد عدد السكّان في الأردن على 11 مليون نسمة، يعيش منهم قرابة 38% في العاصمة عمّان. تُقسّم الأردن إدارياً إلى 12 محافظة، تُشكّل 4 منها (إربد، المفرق، جرش، وعجلون) إقليم الشمال، وتُشكّل 4 أخرى (العاصمة، البلقاء، الزرقاء، ومادبا) إقليم الوسط، بينما تُشكّل 4 أخيرة (الكرك، الطفيلة، معان، والعقبة) إقليم الجنوب وهو الأكبر مساحةً والأقلّ في عدد السكّان. ما لا يقلّ عن 750 ألفاً من مجموع السكان في الأردن لاجئون، أغلبهم سوريون يتركّزون في إقليمي الوسط والشمال. كما تُشير الأرقام أن ما لا يقلّ عن مليون وربع هم سكّان غير أردنيين من غير اللاجئين، من الجنسيات العربية كالمصريين والفلسطينيين والعراقيين (وكالة الأنباء الأردنية (بترا) 2022).

شكل 1. محافظات الأردن



تأسست الدولة الأردنية عام 1921 إبان انتهاء الحرب العالمية الأولى تحت اسم "إمارة شرقي الأردن" وظلت تحت الانتداب البريطاني حتى نالت استقلالها عام 1946 بعد نهاية الحرب العالمية الثانية، وحينها تغيّر اسم الدولة ليصبح "المملكة الأردنية الهاشمية" تحت حكم الملك المؤسس عبدالله الأول ابن الحسين، وظل الحكم في نسله حتى آل إلى الملك عبدالله الثاني ابن الحسين عام 1999 وحتى الآن. يُعدّ نظام الحكم في الأردن نيابياً ملكياً وراثياً كما نصّ عليه الدستور الأردني عام 1952، حيث يُعدّ الملك رأس الدولة، ويرأس السلطة التنفيذية. وقد انضمت الأردن إلى عضوية هيئة الأمم المتحدة عام 1955، وهي إحدى الدول المؤسسة لجامعة الدول العربية منذ عام 1945 (وكالة الأنباء الأردنية (بترا) 2022).

تصل خطوط المياه والكهرباء إلى أكثر من 95% من بيوت الأردنيين، أمّا شبكة الصرف الصحي فتصل ثلثي البيوت فقط. ويُعدّ التعليم في الأردن إلزامياً ومجانياً حتى الصف العاشر الأساسي، وقد سجّل الأردن أعلى نسبة تعليم في منطقة الشرق الأوسط حيث تصل نسبة القدرة على القراءة والكتابة فيه إلى 95%. ويذكر

أنَّ الشعب الأردني من أكثر الشعوب العربية إنفاقاً على التعليم الجامعي، حيث يلتحق قرابة 200 ألف طالب بالتعليم الجامعي في 23 جامعة أردنية حكومية وخاصة، بالإضافة إلى 20 ألفاً آخرين يتلقون تعليمهم الجامعي في الخارج. ويُصنّف الأردن من الدول منخفضة الدخل حيث يبلغ نصيب الفرد من الناتج المحلي قرابة 1,640 ديناراً (≈ 2,300 دولار أميركي)، ويعاني الأردن من نسب مرتفعة من البطالة (22.6%) والفقير (24.1%) حسب الأرقام الحكومية عام 2022. غير أنَّ الأردن يعاني من شحٍّ في موارد الطاقة الأحفورية كالنفط والغاز الطبيعي، كما يُعدُّ أحد أكثر دول العالم فقراً في مصادر المياه العذبة، إذ تبلغ حصة الفرد 156 متراً مكعباً سنوياً، علماً بأنَّ خطَّ الفقر المائي عالمياً هو 1,000 وخطَّ الشحِّ المائي المُطلق عالمياً هو 500 مترٍ مكعب سنوياً للفرد (وكالة الأنباء الأردنية (بترا) 2022).

أهداف التقرير

رغم أنَّ الأردن قد خطا خطواتٍ مهمّةً في تحسين الوضع الصحي لسكانه، وحقّق تقدماً ملحوظاً في العديد من المؤشرات الصحية، مثال وفيات حديثي الولادة، ووفيات الأطفال دون الخامسة، ونسب تلقي المطاعيم، ونسب شمول التأمين الصحي، ووصول خدمات المياه والكهرباء لمختلف المناطق، وغيرها، إلاَّ أنه قد تأثر سلباً بمجموعةٍ من العوامل الاقتصادية والاجتماعية التي تسببت في العقود الأخيرة بتأخير أو تعطيل الحكومات المتعاقبة عن الاستمرار في تنفيذ الإجراءات الرامية إلى تأمين الصحة كحقِّ للمواطنين. ونظراً لهذه الظروف، كان لا بدّ من القيام بمراجعة شاملة لموضوع الحقِّ في الصحة. ومن أجل ذلك، تمَّ إعداد هذا التقرير ليضع حالة الحقِّ في الصحة في الأردن بصورة متكاملة وشمولية بين يدي القارئ، ويقدم مجموعة من التوصيات التي من شأنها تعزيز الحقِّ في الصحة في الأردن.

تكمُن أهمية هذا التقرير في كونه يُقدِّم لصانعي القرار المتعلّق بالحقِّ في الصحة في الأردن مُلخصاً للواقع الصحي المُعاش في البلاد، وتحليلاً موضوعياً لجوانبه الاقتصادية والاجتماعية والسياسية والقانونية. كما يُقدِّم التقرير خلاصة آراء الخبراء وأصحاب العلاقة بين أيدي صانعي القرار الصحي على شكل توصيات قابلة للتنفيذ في المدى المنظور. وممّا لا شكَّ فيه أنَّ هذا التقرير يأتي في وقتٍ حساس، بدأت الأردن فيه للتوّ بالتعافي من تبعات جائحة كوفيد-19 وما كشفته من أوجه الخلل والضعف في المنظومة الصحية الأردنية، وفي وقتٍ تبدأ فيه المملكة الأردنية الهاشمية المئوية الثانية من تاريخها كدولةٍ ضمن رؤيةٍ شاملة للتطوير والتحديث وتعزيز المُنجزات وتجاوز العثرات وتصويب الأخطاء في كافة القطاعات، ومن ضمنها القطاع الصحي الذي يخدم أكثر من 11 مليوناً من سكان الأردن.

إنَّ هذا التقرير يمكن الاستفادة منه في رسم السياسات الملائمة للارتقاء بالإجراءات اللازمة لإعمال الحقِّ في الصحة للأردنيين وغيرهم من سكان الأردن. وعليه، فإنَّ علي رأس الجهات التي قد تجد هذا التقرير مُفيداً: السلطة التشريعية في الأردن، ممثلةً بمجلس الأمة بشقيه؛ مجلس الأعيان ومجلس النواب. كذلك، فإنَّ السلطة التنفيذية ممثلةً بالجهات الحكومية كوزارة التخطيط والتعاون الدولي، ووزارة الصحة، ووزارة التنمية الاجتماعية قد تجد في هذا التقرير العون لوضع اليد على ما يلزم الانتباه إليه والعمل على تطويره من خدماتٍ ووسائل ومرافق الصحة في الأردن. علاوةً على ذلك، فإنَّ المنظمات الدولية والمنظمات غير الحكومية المهتمة بالشأنين الحقوقي والصحي في الأردن قد تستعين بنتائج وتوصيات هذا التقرير لتحديد أولويات برامجها ذات الصلة في الأردن. وأخيراً، فإنَّ المؤسسات الأكاديمية والبحثية والإعلامية المهتمة بالحقِّ في الصحة في الأردن قد تجد في هذا التقرير

مصدراً شاملاً للمعلومات والنتائج والتوصيات، التي قد تشكل مادة هامة للدراسة والتحليل والمتابعة للسنوات القادمة.

يهدف هذا التقرير إلى تقديم توصيف وتحليل موضوعيين لحالة الحق في الصحة في الأردن من خلال تناول الجوانب الاقتصادية والاجتماعية والسياسية والقانونية المؤثرة على المنظومة الصحية في البلاد، والتطرق إلى الخدمات والمرافق الصحية المقدّمة، ومراجعة الأدبيات والتقارير والبيانات ذات الصلة، واستطلاع آراء الخبراء وأصحاب المصلحة. ويُسلط التقرير الضوء على كلٍّ من:

- الواقع الصحي في الأردن، من ناحية التشريعات والحوكمة وأهداف التنمية المُستدامة، والموارد الصحية البشرية والمادية والتقنية.
- التحديات التي تواجهها المنظومة الصحية في الأردن، وعلى وجه الخصوص الفجوات في التشريع والتمويل والحوكمة، الفجوات في الوصول إلى الرعاية الصحية، والفجوات في جودة الرعاية الصحية.
- توصيات الخبراء وأصحاب المصلحة لإعمال الحق في الصحة في الأردن.

نبذة تاريخية عن المنظومة الصحية في الأردن

منذ تأسيسها عام 1921، سعت الدولة الأردنية لتوفير الرفاه لأفرادها، بما في ذلك القطاع الصحي. وعلى مدى مئة عام من تاريخ الدولة، شهد القطاع الصحي تطوراً مستمراً. ففي العقد الأول من تاريخ الدولة، تم تأسيس أول مديرية للصحة وبميزانية 11,000 دينار أردني، تبعها إصدار أول قانون يُنظم الشؤون الصحية عام 1923، كما تم إنشاء وافتتاح أول مستشفى حكومي بسعة 20 سريراً، ووصل عدد الأطباء في الأردن عام 1926 إلى 28 طبيباً. وفي العقد الثاني والثالث من عمر الدولة، استمر تطوير القطاع الصحي، حيث افتتح المزيد من المستشفيات ليصبح عددها سبعة مستشفيات عام 1946، وتخطى عدد الأطباء 124 طبيباً، وتم إنشاء وزارة الصحة عام 1950. وفي العقود التي تلت، شهد القطاع الصحي الأردني نقلة نوعية من النواحي التشريعية والإدارية والمالية، ففي عام 1972 تم سنّ قوانين النقابات الصحية، وارتفعت أعداد مديريات الصحة والمستشفيات لتُغطّي كافة محافظات المملكة، واستمرت الميزانية الخاصة بالصحة في الارتفاع إلى أن بلغت في أواخر التسعينيات نحو 6 ملايين دينار، وبلغ عدد المستشفيات عام 1999 نحو 84 مستشفى بسعة 8,659 سريراً (وزارة الصحة الأردنية 2022).

وفي الألفية الجديدة، استمر تطوير القطاع الصحي، وقد انعكس ذلك على مؤشرات الأردن الصحية، ففي عام 2017 كان معدّل العمر المتوقع عند الولادة للأردنيين حوالي 73 سنة (لدى النساء 74.4 ولدى الرجال 71.6 سنة)، وانخفض معدّل وفيات حديثي الولادة ليلبغ 11 فقط لكل 1,000 ولادة حيّة، وانخفض معدّل وفيات الأطفال دون الخامسة ليلبغ 19 فقط لكل 1,000 ولادة حيّة. كما ارتفع عدد المستشفيات في الأردن ليلبغ 118 مستشفى بسعة إجمالية فاقت 15,000 سرير عام 2020، موزعة على القطاعات الصحية كما هو موضح في الجدول (1) أدناه. لكن من الجدير بالذكر أن مستشفيات القطاع الخاص تتركز غالباً في المدن الكبرى كعمّان وإربد والزرقاء (الموقع الرسمي لمئوية الدولة الأردنية 2022).

جدول 1. عدد المستشفيات في الأردن حسب القطاع عام 2020

| القطاع الطبي / السنة | 2020 | | |
|--------------------------------|-------------------|-------------|-------|
| | عدد المستشفيات | عدد الأسرّة | % |
| وزارة الصحة | 32 | 5251 | 35.0 |
| الخدمات الطبية | 15 | 3154 | 21.0 |
| الجامعة الأردنية | 1 | 625 | 4.2 |
| مستشفى الملك عبدالله المؤسس | 1 | 558 | 3.7 |
| القطاع الخاص | 69 | 5415 | 36.1 |
| المجموع | 118 | 15003 | 100.0 |

المصدر: www.moh.gov.jo

وفي ما يتعلّق بخدمات الرعاية الصحيّة الأوليّة، فقد انتشرت مراكز الرعاية الصحيّة الأوليّة في مختلف محافظات ومناطق المملكة كافّة، والتي تقدّم خدماتها للمواطنين بشكل مجّاني، وقد انعكس التطور الحاصل في خدمات الرعاية الصحيّة الأوليّة على نسبة التطعيم ضدّ الأمراض المعدية، والتي فاقت 98% عام 2022، مقارنةً بـ 90% عام 2000. أمّا بالنسبة إلى أعداد مراكز الرعاية الصحيّة الأوليّة، فقد بلغت أعداد المراكز الشاملة عام 2021 نحو 121، والمراكز الأوليّة نحو 366، والمراكز الفرعية نحو 187، وعيادات الأمومة والطفولة نحو 502، وعيادات الأسنان نحو 440. ومن الجدير بالذكر أنّ توزيع هذه المراكز يراعي الكثافة السكانية في مناطق المملكة المختلفة، من الحضر والأرياف والبادية. كما تمّ تنشيط نظام رصد الأمراض، وتحسين البرنامج الوطني للتطعيم، وتعديل قانون الصحة العامة لعام 2008 ليلبي الحاجات المستجدة لصحة المجتمع الأردني، وإقرار قانون المساءلة الطبيّة لعام 2018 (الموقع الرسمي لمئوية الدولة الأردنية 2022).

هذا، وقد شهد القطاع الصحيّ الأردني تطوراً لافتاً في الخدمات الصحيّة المتخصّصة والمتقدّمة، فقد تمّ تأسيس مجموعة من المراكز المتخصّصة منها مركز الحسين للسرطان، والذي يُعدّ الأوّل على الدول النامية والسادس عالمياً وفق تصنيفات الاعتماد الدولي. وكذلك تمّ افتتاح المركز الوطني للسكّري والغدد الصمّ والوراثة، ومركز العلاج بالخلايا الجذعية، واستحداث خدمات وتقنيات صحيّة رائدة ومُتقدّمة مثل زراعة القوقعة لعلاج الصمم، وزراعة الكبد والكلّى والقلب. كما تمّت حوسبة سجلّات ومعاملات المستشفيات والمرافق الصحيّة من خلال نظام "حكيم" وتطبيق برنامج التحوّل الإلكتروني لوزارة الصحة، وإطلاق الخطّ الساخن ونظام التبليغ الإلكتروني التفاعلي لرصد الأمراض السارية وغير السارية والأمراض النفسية. إضافة إلى العديد من التطبيقات الذكية التي ساعدت كثيراً في تتبّع المخالطين وتنظيم الحجر المنزلي وغرف المرضى والعناية الحديثة في ظلّ جائحة كوفيد-19 (الموقع الرسمي لمئوية الدولة الأردنية 2022).

وفي ما يتعلق بالموارد البشرية الصحيّة في الأردن، فقد بلغ معدّل توزيع الأطباء في الأردن 32 طبيباً لكل 10,000 نسمة، وهذه النسبة من أعلى النسب في العالم، وتبلغ نسبة توزيع الممرّضين في الأردن 17.8 ممرّضاً لكل 10,000 نسمة، ونسبة الصيدلة في الأردن 10.4 صيدلياً لكل 10,000 نسمة. غير أنّ توزيع هذه الموارد البشرية، لا سيّما المختصّة منها، على مناطق الأردن المختلفة ليس عادلاً؛ إذ تُظهر الأرقام الرسمية تركّزاً ملحوظاً للمهنيّين الصحيّين المختصّين في المدن الكبرى في إقليمي الوسط والشمال، بينما تعاني المناطق الطرفية، لا سيما في إقليم الجنوب، من نقص في الكثير من الاختصاصات. هذا، ويتميّز الأردن بوجود نقابات منذ عام 1972 تنظّم شؤون العاملين في المهن الصحيّة كالأطباء والممرّضين والصيدلة وأطباء الأسنان، إضافةً إلى المجلس الصّحيّ العالي، والمجلس الطّبيّ الأردني، والمجلس التمريضي الأردني، والتي تعمل بالشراكة مع وزارة الصحة من أجل التخطيط الاستراتيجي الأمثل للمهن الصحيّة، وتنظيم شؤون التراخيص والتدريب والتطوير المهني. كما يتميّز الأردن بوجود الجامعات والكليات الجامعية التي تُقدّم برامج الدبلوم المهني والبيكالوريوس في المهن الصحيّة، إضافةً إلى برامج الاختصاص العالي والدراسات العليا في التخصصات الصحيّة، ويساعدها في ذلك وجود مستشفيّين أكاديميين هما مستشفى الجامعة الأردنية في العاصمة عمان، ومستشفى الملك عبدالله الأوّل المؤسّس التابع لجامعة العلوم والتكنولوجيا الأردنية في محافظة إربد في الشمال (الموقع الرسمي لمؤوية الدولة الأردنية 2022).

أمّا في ما يخصّ التأمين الصّحيّ، فبحسب أرقام مديرية التأمين الصّحيّ في وزارة الصحة عام 2022، بلغت نسبة الأردنيين المؤمنين صحياً حوالي 72%، غير أنّ المصدر لا يحتوي على بيانات تتعلّق بأعداد الأشخاص ذوي التأمين المتعدّد، أو نسب التأمين لدى الأشخاص المقيمين على أراضي المملكة الأردنية الهاشمية من غير الأردنيين، كما لا تتحدّث الأرقام الرسمية بالتفصيل عن الصفات الديموغرافية للأردنيين غير المؤمنين والذين تُناهم نسبتهم 28%. كذلك، لا تتحدّث الأرقام الرسمية بشكل مفصّل عمّا يتمّ تقديمه للأشخاص المغضّين بالتأمين من خدمات، من حيث الأدوية والاستشارات والإجراءات الجراحية وغير الجراحية وما شابه. ومن الجدير بالذكر أنّ كاتّة الأردنيين الذين تبلغ أعمارهم 60 عاماً فما فوق، والأطفال الأردنيين دون السادسة مشمولون مجاناً بالتأمين الصّحيّ المدني. كما تفتت تغطية العائلات المشمولة في شبكة الأمان الاجتماعي، ممّن يقلّ دخلهم الشهري عن 300 دينار، والبالغ عددهم قرابة 300,000 مواطن وبشكل مجّاني في التأمين الصّحيّ المدني. وتعمل الحكومة، حسب مسؤولين، على التوسّع في التأمين الصّحيّ للوصول إلى تأمين صّحيّ يشمل جميع المواطنين، غير أنّها تصطدم بعوائق عدّة، منها نقص التمويل، وتعدّد المرجعيّات، ومشكلات في الحصول على البيانات التأمينية الحديثة والدقيقة (دائرة الإحصاءات العامة 2018).

العوامل الاجتماعية والاقتصادية والسياسية المرتبطة بالحق في الصحة

من الواضح أنّ الحق في الصحة في أيّ بلد يتأثر بمجموعة كبيرة ومتنوّعة من العوامل، منها الاجتماعي والاقتصادي والسياسي والقانوني، إذ لا يمكن النظر إلى الحق في الصحة في أيّ مجتمع بمعزل عن المحدّدات الاجتماعية-الاقتصادية (كمستوى الدخل والتعليم)، والسياسية (ككفاءة وجود النظام الصّحيّ وحُسن حوكمته)، والقانونية (كالقوانين والأنظمة المرتبطة بالصحة) في ذلك المجتمع. وقد

شدّد المركز الوطني الأردني لحقوق الإنسان (المركز الوطني لحقوق الإنسان 2021) في تقريره السنوي الثامن عشر عام 2021 على أنّ الحقّ في الصحة هو أحد حقوق الإنسان الذي تكفله المواثيق الدولية، وتُنظّمه في الأردن مجموعة من القوانين، ويرتكز على مجموعة من العناصر كإمكانية الوصول للصحة، توافر مرافق ووسائل وخدمات الصحة، مقبولية المرافق والسلع والخدمات الصحيّة وملاءمتها أخلاقياً وثقافياً، النوعية الجيدة للمرافق والسلع والخدمات الصحيّة، مشاركة المستفيدين في صياغة السياسات الصحيّة، والمساءلة. ويعرض تقرير المركز الوطني لحقوق الإنسان مجموعة من العوامل التي ترتبط بشكل وثيق بتحقيق هذه العناصر، حيث يربط التقرير بين الحقّ في الصحة وبين الحالة الاجتماعية الاقتصادية للأفراد في الأردن، بما فيها مشكلتا الفقر والبطالة. كما يربط بين الحقّ في الصحة وبين سياسات الدولة - لا سيّما في ما يتعلق بالإنفاق على الرعاية الصحيّة، وكذلك تأثير استقبال الأردن لأعداد كبيرة من اللاجئين وتحقّله تكلفة عالية في سبيل تأمين احتياجاتهم، وكذلك الربط بين الحقّ في الصحة وبين التشريعات والقوانين المتصلة بالشأن الصحيّ (المركز الوطني لحقوق الإنسان 2021).

ويمكن تلخيص أكثر العوامل ارتباطاً بالحقّ في الصحة في الأردن في ما يلي:

■ مشكلتا الفقر والبطالة

لطالما عانى الأردن من مشكلتي الفقر والبطالة، خصوصاً في العقدین الأخيرين، اللذين شهدا هزّات عالمية وإقليمية كثيرة عصفت نتائجها بالوضع الاقتصادي للأردن. منها الربيع العربي الذي بدأ على أبواب العقد الثاني من الألفية الجديدة، ونجمت عنه تحولات كبرى في خارطة السياسة والاجتماعية للبلدان العربية. حيث أدّى إلى تغييرات في موارد البلدان العربية الاقتصادية، فعلى سبيل المثال انخفضت عائدات السياحة، وتغيّرت توجّهات المانحين والمقرضين الدوليين. كما نتجت عنه موجات كبرى من اللجوء والنزوح، كان للأردن نصيب كبير في استقبالها، خصوصاً من الجمهورية العربية السورية، التي تحوّل الربيع العربي فيها إلى حرب أهلية أجبرت الملايين على الفرار بأرواحهم إلى بلدان الجوار، ومنها الأردن، الذي اتّبع سياسة فتح الباب لللاجئين. ومن الهزات التي أصابت الأردن رفقة ببقية دول العالم، الأزمة الاقتصادية التي سُمّيت "أزمة التمويل العقاري" بين عامي 2008 - 2009، والتي عصفت بالأسواق المالية وأربكت اقتصادات الدول، وغيّرت خارطة المال والأعمال بشكل سلبي. وكذلك جائحة كوفيد-19 التي انتشرت في بلدان العالم ووصلت إلى الأردن في آذار عام 2020 وأدّت على مدار عامين وتوقّف إلى إنهاك الاقتصاد الأردني بشكل مباشر (بسبب تعطلّ عجلة الإنتاج وتكلفة التعامل مع الجائحة)، وغير مباشر (بسبب توقّف عددٍ من الأنشطة الاقتصادية الرافدة للموازنة الأردنية، على رأسها السياحة). وأخيراً، اندلعت الحرب الروسية الأوكرانية عام 2022 وأدّت إلى ارتفاع كبير في أسعار الواردات الرئيسية للأردن، كالقمح وغيره من المواد الغذائية، لتُضيف مزيداً من المتاعب إلى الاقتصاد الأردني، والذي لم يكد يتعافى من تبعات جائحة كوفيد-19 حينئذٍ.

هذه المشكلات الاقتصادية المتلاحقة لم تساعد الحكومات الأردنية المتعاقبة في إيجاد الحلول الكفيلة بكبح جماح مشكلتي الفقر والبطالة. بل أنّ المشكلتين قد تفاقمتا في ظلّ الظروف الصعبة، لتسجّل نسب الفقر والبطالة أرقاماً قياسية غير مسبوقة، حيث بلغت نسبة الأردنيين تحت خطّ الفقر 24.1%، ونسبة البطالة 22.6% في عام 2022 حسب ما نشرته الحكومة الأردنية. ومن المعلوم أنّ الحصول على تأمين صحيّ للبالغين مرتبط بشكل وثيق بحصولهم على فرص عملٍ تؤمّن

لهم تغطية ملائمة في التأمين الصحي، علاوةً على النسبة المرتفعة من السكّان -مواطنين وغير مواطنين- الذين يعملون في القطاع غير الرسمي (المعروف بقطاع المياومة) والذين لا يتمكّنون غالباً من الحصول على امتياز التأمين الصحي نظراً لطبيعة عملهم. وعليه، فإن ارتفاع نسب البطالة ونسب العاملين بالمياومة في أيّ مجتمع يرتبط في العادة بانخفاض تغطية التأمين الصحي للأشخاص العاطلين عن العمل أو عمال المياومة ومن يعولونهم. وكذلك فإن الأبحاث تشير إلى الارتباط الكبير بين تدني مستويات الدخل وبين تراجع المُخرجات الصحية للأفراد والأسر. وعليه، فإن الفقر الذي تعاني منه شرائح متزايدة من السكّان في الأردن له الأثر السلبي على صحتهم الجسدية والنفسية بالعموم (المجلس الوطني لشؤون الأسرة 2018).

■ ارتفاع تكلفة الرعاية الصحية وزيادة الإنفاق

لقد ترافق التقدّم الهائل في التكنولوجيا الطبيّة الذي شهده العالم في العصر الحديث مع ارتفاع مُطرّد في تكلفة الرعاية الصحية وزيادة ملموسة في الإنفاق عليها، ممّا يعني أن الكثير من العلاجات والإجراءات الطبيّة المتقدّمة لا يمكن تقديمها لمن لا يملك ثمنها (ميدكس-جوردان 2022). وقد كان لهذا الارتفاع الكبير في تكلفة الرعاية الصحية الأثر السلبي البالغ اقتصادياً واجتماعياً وأخلاقياً؛ فالكلفة المرتفعة لبعض الإجراءات الطبيّة والعلاجات قد تُحرم الفقراء من الحصول عليها، وقد تُفسّر إلى حدّ ما نسبة التغطية المنخفضة بالتأمين الصحي في الأردن، وبالباقي 72%. ومن جهة أخرى، قد تُؤدّي الكلفة العالية للخدمات الصحية إلى إلحاق الفقر بالكثير من متوسّطي الدخل ممّن يضطّرون لإنفاق نسبة كبيرة من مدّخراتهم أو دخلهم للحصول على الرعاية الصحية الضرورية لهم أو لأفراد أسرهم ممّن يعانون من المشكلات الصحية المُزمنة أو المعقّدة، أو ممّن يحتاجون إلى علاجات أو جراحات باهظة التكلفة. وتقدّر أعداد الذين لحق بهم الفقر عالمياً بسبب تكلفة الرعاية الصحية بحوالي 150 مليون نسمة عام 2021 (ميدكس-جوردان 2022). وقد ظهرت أنواع مختلفة من التأمين الصحي لمجابهة هذه الارتفاعات الهائلة في تكلفة الخدمات الصحية؛ منها ما يتحمّله أصحاب العمل، ومنها ما تتحمّله الحكومات، وهذا شكّل عبئاً إضافياً على اقتصادات الدول منخفضة الدخل، كالأردن، وقصّص من قدرتها على توفير الصحة كحقّ لمواطنيها وسكّانها ضمن الظروف الاقتصادية الحرجة التي تمرّ بها.

■ اللاجئين

منذ تأسيسه في مطلع القرن العشرين، استقبل الأردن موجاتٍ عديدةً من اللاجئين بسبب حالة الأمن والاستقرار النسبي التي ينعم بها، وطبيعة الشعب الأردني المضياف، وسياسة الأبواب المفتوحة التي انتهجتها القيادة السياسية في الأردن. وتقدّر أعداد اللاجئين في الأردن اليوم بأكثر من 2 مليون لاجئ فلسطيني مسجّل، وحوالي 700,000 لاجئ سوري مسجّل، إضافةً إلى عشرات آلاف الليبيين واليمنيين والسودانيين وغيرهم (UNHCR 2022). فضلاً عن مئات الآلاف من اللاجئين غير المسجّلين، الذين قد يصل عددهم لضعف الأعداد المسجّلة رسمياً حسب التقديرات، حيث يصل مجموع كافّة اللاجئين إلى 3.8 ملايين لاجئ حسب بعض التقديرات. ومن الجدير بالذكر أنّ 18-20% فقط من هؤلاء اللاجئين يعيشون داخل مخيمات رسمية، فيما تنتشر أغلبية اللاجئين في المجتمعات المدنية في الأردن، وغالباً في المناطق الأشدّ فقراً واحتياجاً للخدمات (Alduraidi et al. 2018).

وعليه، فإنّ المرافق والخدمات الصحيّة المُقدّمة للمواطنين الأردنيين عليها أن تخدم أيضاً احتياجات الأعداد الكبيرة من اللاجئين المنتشرين في المجتمع الأردني، وذلك رغم وجود وحدات ومراكز صحيّة تابعة لوكالة غوث وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين UNRWA والمفوضية السامية لشؤون اللاجئين UNHCR وغيرها من المنظّمات الدولية غير الحكومية، إلاّ أنّها لا تلبّي كافّة الاحتياجات الصحيّة (وخصوصاً احتياجات الرعاية الصحيّة الثانويّة والثالثيّة) لهؤلاء اللاجئين. (Saleh et al. 2022) وقد انخفضت المساعدات الدولية والإقليمية المقدّمة للأردن لإعانتته على كلفة استقبال اللاجئين حيث وصلت الى دون 25% من احتياجاته المرصودة في عام 2020. (UNHCR 2022) ولهذا، فقد بات اللاجئين يُشكّلون عبئاً إضافياً على مرافق وزارة الصحة المكتظة أصلاً بالأردنيين.

■ جائحة كوفيد - 19

عانى الأردن كبقية دول العالم من تبعات جائحة كوفيد-19 التي سُجّلت أولى حالات الإصابة بها في البلاد في ربيع عام 2020، واستمرت الحالات في الازدياد وعلى شكل موجات وبائية متتابعة. وقد عانت المنظومة الصحيّة الأردنيّة -لا سيما القطاع الصحيّ الحكومي- إلى حدّ بالغ من تبعات هذه الجائحة بشكل مباشر، إذ كشفت الجائحة بشكل جليّ عن احتياجاتٍ كبيرةٍ من الاختصاصات الطّبيّة والتمريضية المؤهّلة للتعامل مع الأوبئة، واحتياجاتٍ كبيرةٍ في أعداد غرف العزل وأسرة العناية الحثيثة وأجهزة التنفّس الاصطناعي. وقد اضطرّت الحكومة الأردنيّة في مرحلة ما إلى استئجار مياّن من بعض المستشفيات الخاصة لتغطية العجز الكبير في مرافقها. حيث إن مهمة الاستجابة للجائحة وقعت على كاهل القطاع العام بشكلٍ شبه كامل، وكانت مساهمة القطاع الخاص فيها جولةً ومحدودةً للغاية. وفي مرحلة لاحقة، تداركت الحكومة الأمر، وقامت بالتعاون مع جهات أُخرى كالقوّات المسلّحة، بإنشاء مجموعة من المستشفيات الميدانيّة المنتشرة في أقاليم البلاد الثلاثة، ممّا خفّف العبء عن المستشفيات الحكومية والخاصة التي خُصّصت لاستقبال مصابي كوفيد-19، وردمت الفجوة الجغرافيّة في توزّع المراكز المؤهّلة لاستقبال الحالات وتأمين المطاعيم للسكّان في كافّة مناطق تواجدهم. وقد وصلت المطاعيم إلى الأردن بأعدادٍ قليلةٍ في البداية، ثمّ بدأت تصل بأعداد كبيرة لتُغطّي احتياجات التلقيح للسكّان في الأردن، بما فيهم اللاجئين، والذي وصل في منتصف عام 2021 إلى نسبةٍ جيدةٍ من الحاصلين على جرعتي المطعوم، ممّا أدّى أخيراً إلى انحسار أعداد التفشّي الوبائي وعودة الحياة تدريجياً إلى طبيعتها. استنزفت الجائحة قدراً كبيراً من موارد المنظومة الصحيّة الأردنيّة، وعطلت خطط التنمية والتوسّع في المرافق والخدمات الصحيّة لقرابة عامين، وهذا كان له الأثر السلبيّ البالغ على الحقّ في الصحة في الأردن.

منهجية التقرير

لقد تمّ الاعتماد في إعداد هذا التقرير على منهجية وصفية تحليلية متنوّعة، دمجت بين الشقّين الكمي والنوعي في جمع البيانات من أجل تعزيز الموضوعية في التحليل والموثوقية في النتائج. حيث اشتملت منهجية الإعداد على ثلاث مراحل هي: ورشة عمل أصحاب المصلحة التي ضمّت ممثلين عن جهات رسمية وأهليّة مُشغلة بالشأن الصحي والحقوق في الأردن، المُراجعة المكتبية لكافة الأدبيات والتقارير والمنشورات والإحصاءات ذات الصلة بالحق في الصحة في الأردن، والمقابلات الفردية مع عددٍ من الأفراد من ذوي الخبرة الطويلة والمعرفة الواسعة بالشأن الصحي في الأردن.

وفيما يلي وصف لهذه المراحل الثلاث:

ورشة عمل أصحاب المصلحة

في شهر تموز 2022، تمّ عقد ورشة عمل لأصحاب المصلحة Stakeholders Workshop استضافها اتحاد المرأة الأردني في عمّان، ضمّت مجموعة من ممثلي الجهات والفعاليات الرسمية وغير الرسمية المهتمة بالحق في الصحة في الأردن، ومنها اتحاد المرأة الأردني، مركز الفينيق للدراسات الاقتصادية، جمعية معهد تضامن النساء، الجامعة الأردنية، وعددٌ من الأفراد المستقلين من المهتمين بالشأنين الحقوقي والصحي في الأردن. حيث تمّ إعطاء المجال لكافة المشاركين للإدلاء بأرائهم وإجاباتهم وتوصياتهم ومقترحاتهم في ما يتعلّق بواقع ومستقبل الحق في الصحة في الأردن، والمساهمة في وضع أولويات التقرير. وقد تنوّعت إجابات المشاركين من حيث القضايا ذات الأولوية المتعلقة بالحق في الصحة في الأردن من وجهة نظر الجهات التي يمثلونها. وقد تمّ رصد وتدوين كافة المداخلات والإجابات التي طُرحت في المجموعة النقاشية ليصار إلى تحليلها وتلخيصها في ما بعد. وقد خدمت مخرجات هذه المجموعة النقاشية المعقّمة كنقطة بدء في تحديد المحاور الرئيسية للتقرير، حيث تمّ تبادل الأفكار بطريقة تفاعلية وسلسلة ومنظمة، وبطريقة العصف الذهني المستمر. وقد دار النقاش حول أربعة محاور رئيسية هي: تقييم واقع الحق في الصحة في الأردن، مطالب الجهات ذات العلاقة، وتحديات الحق في الصحة في الأردن، والأولويات التي يجب التركيز عليها في التقرير.

المُراجعة المكتبية

في مرحلة المُراجعة المكتبية Desk Review لهذا التقرير، تمّ مسح المواقع الإلكترونية والأدبيات والمنشورات والتقارير والمقالات العلمية والصحفية في السنوات بين 2018-2023 والمتعلّقة بالحق في الصحة في الأردن. حيث اشتمل المسح على مجموعة من المصادر تتمثل في الجهات الحكومية والأهليّة الأردنيّة، المنظّمات الدّولية والمنظّمات غير الحكومية، وكالات الأنباء والصحف، والمقالات العلمية والأكاديمية. ويبيّن الجدول (2) أدناه المصادر التي تمّ مسحها.

جدول 2. المصادر التي تم مسحها في المراجعة المكتبية

| جهات حكومية | جهات أهلية | جهات دولية | جهات مستقلة |
|--------------------------------|--------------------------------|---|--------------------------------------|
| الدستور الأردني | المركز الوطني لحقوق الإنسان | DHS Program: Jordan Population & Family Health Survey | Med x Jordan |
| القوانين المتعلقة بالصحة | اتحاد المرأة الأردني | الأمم المتحدة SDGs | مكتبة حقوق الإنسان - جامعة مينييسوتا |
| وزارة الصحة | مركز الفينيق للدراسات | منظمة الصحة العالمية WHO | (مؤسسة حبر) الإعلامية |
| دائرة الإحصاءات العامة | معهد تضامن النساء | البنك الدولي | الزعيبي 2020 |
| المجلس الاقتصادي الاجتماعي | نقابات المهن الصحية | المفوضية السامية لشؤون اللاجئين UNHCR | صالح وآخرون 2022 |
| المجلس الأعلى للسكان | مؤسسة أرض | وكالة غوث وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين UNRWA | الدريدي و ووترز 2018 |
| المجلس الوطني لشؤون الأسرة | Civil Society Knowledge Center | | |
| دائرة التأمين الصحي | | | |
| وكالة الأنباء (الأردنية) (بتر) | | | |

مقابلات الخبراء

المرحلة الثالثة من منهجية إعداد هذا التقرير تمثلت في مقابلات الخبراء Expert Interviews ، حيث تم إجراء مجموعة من المقابلات الفردية مع خبراء أردنيين ممن شغلوا في الماضي أو يشغلون حالياً مواقع مسؤولة في المنظومة الصحية في الأردن. وقد امتدت كل واحدة من هذه المقابلات بين 40 - 60 دقيقة، وتناولت عدداً من المحاور ذات الصلة بالحق في الصحة في الأردن والاستراتيجيات المتعلقة به من وجهة نظر هؤلاء الخبراء. وقد تم تسجيل المقابلات وتحليلها باستخدام الوسائل التقنية المناسبة. ويُظهر الجدول (3) أدناه صفات الخبراء الذين تمت مقابلتهم والمواقع التي شغلوها في السابق أو يشغلونها حالياً وقت إجراء المقابلة، كما يُظهر طبيعة كل مقابلة ومدتها.

جدول 3. الخبراء الذين تمّت مقابلتهم

| موقع الخبير | الرقم |
|---|-------|
| عضو حالي في مجلس النواب، طبيب، عضو اللجنة الصحية النيابية | 1 |
| عضو مجلس أعيان سابق، عضو المجلس الصحي العالي، أكاديمي في مجال التمريض | 2 |
| مسؤول حالي في وزارة الصحة | 3 |
| رئيس منظمة أهلية حقوقية | 4 |

نتائج التقرير

تمّ تحليل البيانات التي تمّ جمعها في المراحل الثلاث المُشار إليها في فصل المنهجية، وقد خرج التقرير بنتائج من هذه المراحل يُمكن تقسيمها إلى محورين رئيسيين هما: الواقع الصحيّ في الأردن (التشريعات المُرتبطة بالحقّ في الصحة، حوكمة المنظومة الصحيّة في الأردن، أهداف التنمية المُستدامة في الأردن، والموارد المالية والبشرية والتقنية للمنظومة الصحيّة في الأردن)؛ والتحدّيات (فجوات في التشريع والتمويل والحوكمة، فجوات في الوصول إلى الرعاية الصحيّة، فجوات في جودة الرعاية الصحيّة).

وفي ما يلي عرضٌ لهذه النتائج:

الواقع الصحيّ في الأردن

التشريعات المرتبطة بالحقّ في الصحة

أظهرت النتائج تعدّد التشريعات المتعلّقة بالصحة في الأردن. ويُعتبر الدستور الأردني الصادر عام 1952 وتعديلاته دستوراً عصرياً ومتطوراً، إلّا أنّه للأسف يُعدّ واحداً من الدساتير العربية القليلة التي لم تأت على ذكر "الحقّ في الصحة" صراحةً بالنص، باستثناء تعديل الدستور الأردني عام 2011 الذي جاء تحت ضغطٍ شعبيّ في بدايات فترة الربيع العربي، والذي جاء بإضافة الفقرة 5 للمادة 6 من الدستور، ونصّها: "يحمي القانون الأمومة والطفولة والشيخوخة ويرعى النشء وذوي الإعاقات ويحميهم من الإساءة والاستغلال". يرى الخبراء أنّ امتناع الجهات التشريعية عن النصّ الدستوري الصريح بأن تكفل الدولة "الحقّ في الصحة" لمواطنيها قد يكون مرتبطاً بخشية الدولة من تحمّل تكلفة قد تعجز عن الوفاء بها. ورغم توقيع الأردن على العهد الدولي للحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية في عام 1972 والذي صادق عليه عام 1975، إلّا أنّه لم يعرضه على مجلس الأمة لجعله واجب التنفيذ. هذا، وتعمل المنظومة الصحيّة في الأردن وفق مجموعة من النصوص القانونية والتنظيمية الأخرى، ومنها:

- قانون الصحة العامة (2008) وتعديلاته.
- قانون المسؤولية الطبيّة (2018).
- قانون المجلس الصحيّ العالي (1999).
- قوانين نقابات المهن الصحيّة (1972) وتعديلاتها.
- قانونا المجلس الطيّب الأردني (2005) والمجلس التمريضي الأردني (2006).
- قانون مؤسّسة الغذاء والدواء الأردنية (2008).

وغيرها من النصوص التشريعية التي تحكم العمل في المنظومة الصحيّة في الأردن وتحدّد المسؤوليات التنفيذية على الجهات الحكومية وغير الحكومية، وتنظّم المهن الصحيّة كالطبّ وطبّ الأسنان والصيدلة والتمريض والقبالة والمهن

الطبية المُساندة من حيث التسجيل والترخيص والتعليم المستمر والتطوير المهني، إضافةً إلى ضبط مزاوله المهن الصحيّة، والاختصاصات الطبيّة، والدراسات المتعلقة بالغذاء والدواء، والصحة العامة، والعقاقير المُخدّرة، والتدخين، وغيرها من الموضوعات الصحيّة، ممّا يُسهم في تنظيم القطاع الصحيّ بمكوّناته المختلفة بشكلٍ عادل، وبالتالي يُسهم بشكلٍ غير مباشر في أعمال الحق في الصحة في الأردن. وتقوم الجهات التشريعية في الأردن بشكلٍ مستمر بإجراء التعديلات اللازمة على القوانين الناظمة للقطاعات الصحيّة وفقّ المستجدات العلمية والاجتماعية والقانونية والسياسية، بما يُحقّق مصلحة مُتلقي الخدمة الصحيّة ويضمن حقوقهم.

■ حوكمة المنظومة الصحيّة في الأردن

تضطلع وزارة الصحة في المملكة الأردنية الهاشمية بالدور الأكبر في حوكمة القطاع الصحيّ في البلاد. إلا أنّ القطاع الصحيّ في الأردن لا يقتصر على وزارة الصحة، بل يتعدّها إلى عددٍ من الشركاء الذين يساهمون بأدوار مختلفة في حوكمة المنظومة الصحيّة وتقديم خدمات الرعاية الصحيّة في الأردن. إذ يتكوّن القطاع الصحيّ في الأردن من قطاعات عدّة مُقدّمة للخدمة، وهي:

- القطاع العام (ويضم وزارة الصحة؛ والخدمات الطبيّة الملكية؛ والمستشفيات الجامعية؛ مستشفى الجامعة الأردنية؛ ومستشفى الملك المؤسس) ومركز السكري والغدد الصّماء والوراثة.
- القطاع الخاص (ويضم المستشفيات الخاصة؛ والمراكز التشخيصية والعلاجية؛ بالإضافة إلى مئات العيادات والصيدليات الخاصة).
- قطاع المنظّمات الدولية (ويقدّم خدماته من خلال عيادات وكالة غوث وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين (UNRWA)؛ والمفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين (UNHCR))
- قطاع المنظّمات غير الحكومية (ويقدّم خدماته من خلال بعض المستشفيات الخيريّة، مثل: مركز الحسين للسرطان؛ والمستشفى الإسلامي؛ ومؤسسة نور الحسين والكاريتاس؛ والجمعية الأردنية لتنظيم الأسرة؛ وعيادات الجمعيات الخيرية).

وغيرها من مؤسّسات ومجالس تعمل على تطوير السياسات الصحيّة، مثل:

- المجلس الصحيّ العالي
- المجلس الأعلى للسكّان
- والمجلس الطبّي الأردني
- المجلس التمريضي الأردني
- المجلس الوطني لشؤون الأسرة
- المؤسسة العامة للغذاء والدواء

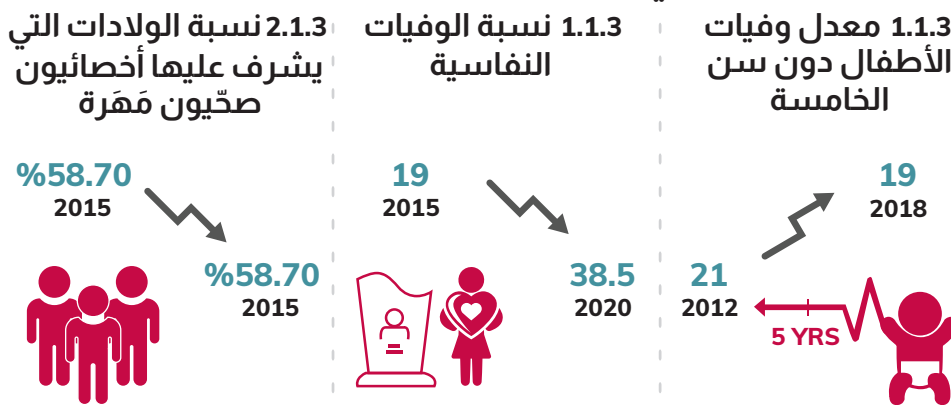
ويلاحظ أنّ العدد الأكبر من مُقدّمي خدمات الرعاية الصحيّة الثانوية والثالثية (المستشفيات) هو القطاع الخاص، تليه مستشفيات وزارة الصحة، والمستشفيات

العسكرية (التابعة للخدمات الطبية الملكية - القوات المسلحة)، وأخيراً المستشفيات الجامعيان (مستشفى الجامعة الأردنية في عمان، ومستشفى الملك عبدالله الأول المؤسس التابع لجامعة العلوم والتكنولوجيا الأردنية في إربد). ولكن وزارة الصحة تقدّم القدر الأكبر من خدمات الرعاية الصحية الأولية، وغيرها من الأدوار الصحية (وزارة الصحة الأردنية 2022).

■ أهداف التنمية المُستدامة المتعلقة بالصحة

لقد سعى الأردن بالشراكة مع الأمم المتحدة نحو تحقيق أكبر قدر مُمكن من أهداف التنمية المُستدامة SDG's من خلال نهج قائم على حقوق الإنسان ومتقدّم حول الناس (وزارة التخطيط والتعاون الدولي 2022). وفي استعراضها الوطني الطوعي الثاني عام 2022 وضّحت الحكومة الأردنية من خلال وزارة التخطيط والتعاون الدولي ما تمّ إنجازه من مؤشرات أهداف التنمية المُستدامة. وفي ما يتعلّق بالهدف الثالث، أشار الاستعراض الطوعي إلى تمكّن الأردن من تحقيق إنجازات هامة في عددٍ من المؤشرات، وكما يشير الشكل أدناه (شكل 2)، فقد انخفض معدّل وفيات الأطفال دون الخامسة ليلبغ 19 لكلّ 1,000 ولادة حيّة، في حين يستهدف المؤشر العالمي تحقيق رقم دون 25 وفاة لكلّ 1,000 ولادة حيّة؛ ورغم ارتفاعها مقارنةً بعام 2015، إلا أنّ نسبة الوفيات النفاسية للأُمّهات لا زالت ضمن المُستهدف، حيث تبلغ 38.5 وفاة نفاسية لكلّ 100,000 ولادة حيّة، بينما المُستهدف العالمي دون 70 وفاة نفاسية لكلّ 100,000 ولادة حيّة؛ وكذلك فإن نسبة الولادات التي تتمّ تحت إشراف أخصائيين صحيين مهرة في الأردن، والبالغة 83% عام 2020 تُعتبر ضمن المُستهدف العالمي (وزارة التخطيط والتعاون الدولي 2022). ومن الجدير بالذكر أنّ التقرير لا يشمل بيانات حول مؤشرات غير المواطنين - بما فيهم اللاجئين- الصحية المتعلقة بأهداف التنمية المُستدامة.

شكل 2. نسب الإنجاز في عددٍ من مؤشرات الهدف الثالث



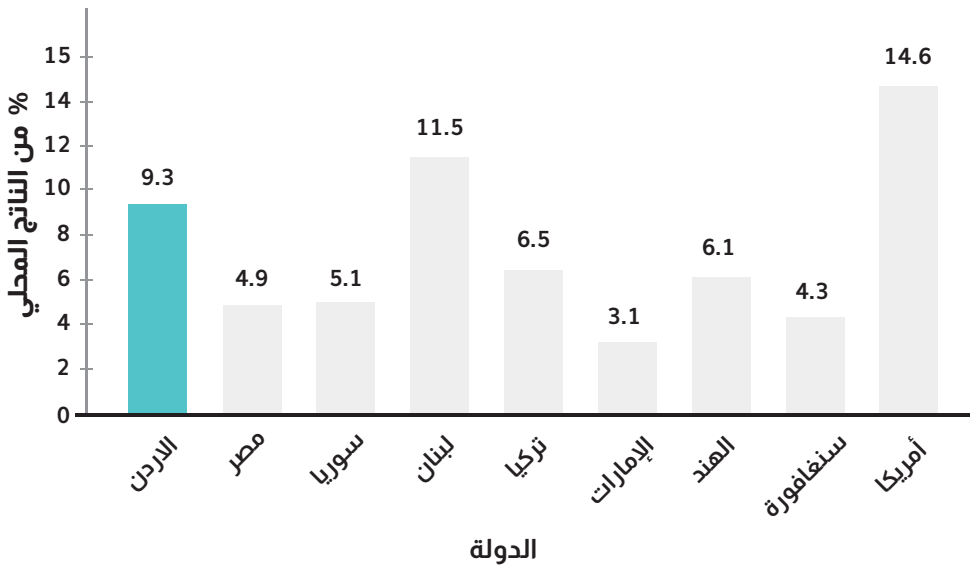
ورغم ذلك، لا زال على الأردن عمل الكثير لتعزيز وِصون هذه المُنجزات الصحية وزيادة عدد المؤشرات المُستهدفة التي يتمّ تحقيقها بنجاح في هذا الهدف. وقد قدّمت الحكومة الأردنية في استعراضها الطوعي ملخصاً للتحديات والمعوقات التي تجابهها في سعيها لتحقيق هذا الهدف بالذات، على رأسها عودة ظهور بعض الأمراض المُعدية، والتحوّل النمطي للأوبئة والأمراض، وزيادة الطلب على خدمات الرعاية الصحية ومرافقها، وصعوبة استقطاب الكفاءات المُتخصّصة وتسرب نسبة من الكفاءات المهنية المؤهلة، فضلاً عن عوامل محدّدة للصحة كارتفاع

نسبة تناول التبغ وارتفاع معدّلات السمنة وغيرها من العادات والسلوكيات التي تزيد من خطر انتشار الأمراض غير المُعدية بين الأردنيين. كما اعترفت الحكومة في تقريرها أنّ البيانات الصحيّة ليست متوقّرة بشكلٍ كاملٍ وفَعّالٍ وتفصيليٍّ بسبب غياب نظام إلكتروني فاعل لرصد ومراجعة بعض الأمراض والوفيات، مثال وفيات الأطفال وحديثي الولادة (وزارة التخطيط والتعاون الدولي 2022).

■ الموارد المالية والبشرية والتقنية

في الموازنة العامة للدولة الأردنية عام 2022 تمّ رصد ما نسبته بـ 9.3% من الناتج المحلي الإجمالي للأردن للقطاع الصحي، بخلاف ما يُنفقه الأفراد من جيوبهم Out of Pocket Expenditure على الصحة. ويُعدّ هذا المعدّل أعلى بكثير من متوسّط ما تنفقه كثير من دول الشرق الأوسط وشمال أفريقيا وكذلك الدول ذات الدخل المتوسّط والمرتفع كما يُظهر الشكل أدناه (**شكل 3**) (ميدكس-جوردان 2022).

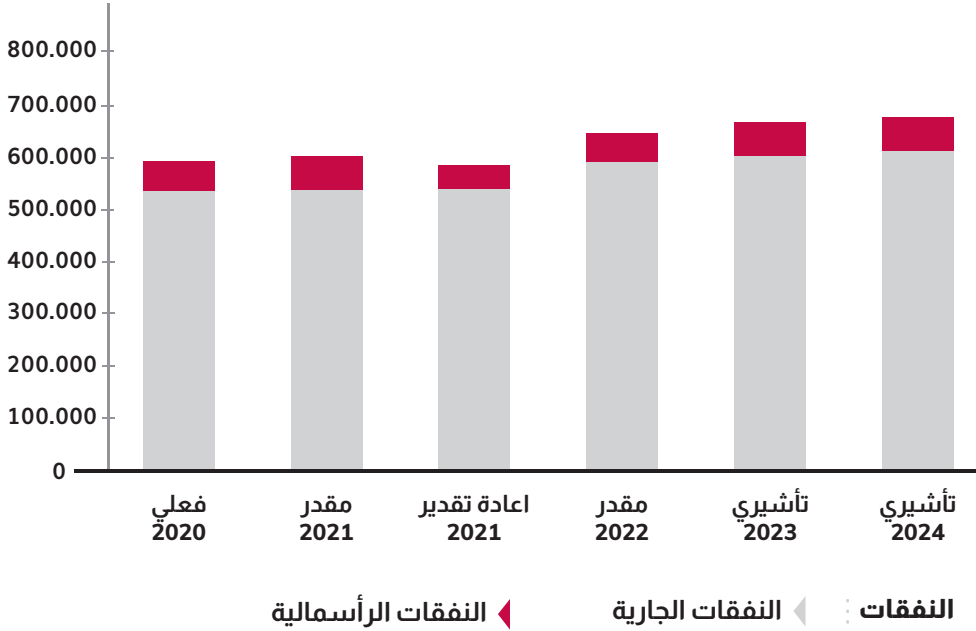
شكل 3. معدل الإنفاق على الصحة بالنسبة للناتج القومي الإجمالي حسب الدولة



المصدر: www.medxjordan.com

إلّا أنّ النصيب الأكبر من هذه الميزانية يتمّ إنفاقه على النفقات الجارية، وعلى رأسها الرواتب والأجور، السلع (كالأدوية والمُستهلكات)، والخدمات (كالطاقة والصيانة)، والإعانات الاجتماعية، والمساهمة في نفقات الضمان الاجتماعي للعاملين في وزارة الصحة. بينما تحظى النفقات الرأسمالية بما يقلّ عن 10% من الميزانية، يتمّ إنفاقها في المباني والإنشاءات، الأجهزة والآليات والمعدّات وغيرها. وهذا ما يُظهره الشكل البياني أدناه (**شكل 4**).

شكل 4. النفقات الجارية والرأسمالية في ميزانية وزارة الصحة الأردنية

المصدر: www.moh.gov.jo

ورغم ذلك، فإن القطاع الصحي في الأردن، حسب خبراء، لا زال بحاجة إلى ضخ المزيد من التمويل لكي تتمكن المنظومة الصحية في الأردن من تلبية الاحتياجات المتزايدة والطلب الهائل على سلع وخدمات ومرافق الصحة في الأردن. فعلى سبيل المثال، أشارت النتائج أن الأردن ورغم تميزه في تحقيق مجموعة من مؤشرات الهدف الثالث من أهداف التنمية المستدامة، إلا أنه لا زال متأخراً في تحقيق مجموعة أخرى من هذه المؤشرات، على رأسها القضايا المتعلقة بالأمراض غير السارية وعدد الأسيرة لكل مواطن. وكما تشير النتائج، فإن التوسع في إنشاء المستشفيات والمرافق الصحية الأخرى الذي كانت تسعى لإنجازه الحكومة الأردنية قد تعطل في السنوات الأخيرة بسبب عدم قدرة الحكومات المتعاقبة على المضي في إنجاز خططها الاستراتيجية تلك بسبب نقص التمويل وتغيير الأولويات. ومما لا شك فيه، أن تأخر التوسع في إنشاء المرافق الصحية له أثر سلبي على الجهود الرامية إلى إعمال الحق في الصحة في الأردن.

وكما تذكر الأرقام الحكومية، فإن نسبة الأردنيين المشمولين بالتأمين الصحي وصلت إلى 72% مما انعكس على الانخفاض النسبي لحجم إنفاق الأسر الأردنية على الرعاية الصحية. وكما أشار المسح الذي أجرته دائرة الإحصاءات العامة و (DHS Program 2017-2018) وتقرير أحوال الأسرة الأردنية لعام 2018 الذي نشره المجلس الوطني لشؤون الأسرة منها نقص التمويل، وتعدّد المرجعيات، ومشكلات في الحصول على البيانات التأمينية الحديثة والدقيقة (دائرة الإحصاءات العامة 2018)، فإن متوسط إنفاق الأسرة الأردنية على خدمات و سلع الرعاية الصحية بلغ 497 ديناراً سنوياً من أصل متوسط إنفاق الأسرة السنوي البالغ 12,236 ديناراً. وقد جاءت الأرقام لتؤكد أن غالبية ما يتم تقديمه للأردنيين من رعاية صحية تتم تغطيته من إحدى مصادر التأمين الصحي بشكل كامل أو جزئي. ولكن هذه الأرقام لم تتحدث عن غير الأردنيين من سكان المملكة الأردنية الهاشمية، ولم تأت على ذكر تفاصيل النفقات الصحية لهذه الفئات،

أو أنماط تُوَرَّع هذا الإنفاق تبعاً لمكان السكن، المستوى الاجتماعي-الاقتصادي للأسرة، أو كون رأس الأسرة ذكراً أو أنثى.

في ما يخصّ الموارد البشرية، فإنّ وزارة الصحة لودعها توظّف ما مجموعه 8030 طبيباً، و 12500 ممرض وقابلية قانونية، و 1290 صيدلياً، إضافةً إلى 6815 من فنيّ المهن الصحيّة الأخرى. وعلى صعيد المنظومة الصحيّة بالكامل، فقد بلغ معدّل توزيع الأطباء في الأردن قرابة 32 طبيباً لكلّ 10,000 نسمة وهذه النسبة من أعلى النسب في العالم، كما تبلغ نسبة توزيع الممرضين في الأردن 17.8 ممرضاً لكلّ 10,000 نسمة، وتبلغ نسبة الصيادلة في الأردن 10.4 صيادلة لكل 10,000 نسمة (ميدكس-جوردان 2022).

ومع ذلك، فقد أشارت النتائج أنّ المنظومة الصحيّة في الأردن تعاني من عدم القدرة على استقطاب ما يكفي من الموارد البشرية الصحيّة المؤهّلة والمدربّة، كما تعاني من مشكلة تَسَرُّب هذه الموارد المؤهّلة والمدربّة، وهو ما يدلّ عليه كثرة الاستقالات Turnover بسبب سعي المهنيّين الصحيّين المَهْرَة لإيجاد فرص عمل بدخّل أعلى وظروف أفضل خارج القطاع الصحيّ الأردني في دول مجلس التعاون الخليجي أو في الولايات المتحدة ودول الاتحاد الأوروبي، حيث يتميّز المهنيون الصحيّون الأردنيون بسمعةٍ جيدة عالمياً، ممّا يجعلهم مطلوبين في تلك الدول. وحسب ورقة أعدّها منتدى الاستراتيجيات الأردني (منتدى الاستراتيجيات الأردني 2020) عام 2020، فقد بلغ عدد الأطباء الأردنيين الذين هاجروا إلى المملكة المتّحدة وحدها بين 2017-2022 حوالي 427 طبيباً. وعليه، فإنّ القطاع الصحيّ الأردني يضطر باستمرار لتعيين أعداد كبيرة من المهنيّين حديثي التخرّج وتأهيلهم وتدريبهم، وهذا يضيف كلفاً إضافية على موازنة الصحة في الأردن. ومن الجدير بالذكر، أنّ الاختصاصات الطبيّة المتقدّمة كجراحة القلب والشرابين وجراحة الدماغ والأعصاب نادرة في القطاع الصحيّ العام في الأردن، وتنعكس هذه الندرة سلبيّاً على المناطق الطرفية والقرى والأرياف بوجهٍ خاص. فعلى سبيل المثال، أشارت البيانات أنّ عدد أخصائيّ أمراض القلب والشرابين في كامل مستشفيات وزارة الصحة عام 2019 بلغ اثنين فقط، وبلغ عدد أخصائيّ جراحة الدماغ والأعصاب ثلاثة فقط، فيما كان عدد أخصائيّ جراحة الأوعية الدموية واحداً لا غير، ممّا يعرقل وصول سكان المناطق الطرفية إلى مقدّمي رعاية صحيّة مختصّين لتلبية احتياجاتهم، وهذا بدوره له الأثر السلبي الواضح على جهود إعمال الحقّ في الصحة في الأردن.

وفي ما يخصّ الموارد التقنية، فقد شهد العقد الأخير تطوّراً ملحوظاً في حوسبة العديد من السجّلات والمعاملات والخدمات الصحيّة في الأردن. ويأتي على رأس هذه الجهود تبني وزارة الصحة لنظام حوسبة السجّلات الطبيّة "حكيم" الذي يتمّ استخدامه لإدخال وحفظ وإدارة البيانات الطبيّة للمرضى في كافّة مستشفيات ومراكز وزارة الصحة الأردنيّة. إلا أنّ هذا النظام حسب الخبراء لم يرقّ بعد ليصبح نظام سجّلات صحيّة إلكترونيّة EHR وطنياً، بل لا زال حسب الخبراء يُصنّف سجلاً إلكترونيّاً طبيّاً EMR وهناك حاجة ماسّة لتطويره وتوسيع نطاق استخدامه، وتدريب كافّة الكوادر الصحيّة على حُسن استخدامه ليتمكّن من تحقيق الأهداف الوطنيّة الكبرى التي أنشئ من أجلها (مركز الدراسات الاستراتيجية الأردني 2019).

التحدّيات

لقد تمّ تحليل البيانات المُستقاة من المراحل الثلاث لمنهجية هذا المشروع، وتتلخّص التحدّيات التي تواجه المنظومة الصحيّة في الأردن ضمن المحاور الثلاثة التالية:

■ فجوات في التشريع والتمويل والحكومة

إنَّ الفجوة الأهمّ التي تواجه أعمال الحقّ في الصحة في الأردن تتمثّل في عدم ذكر الحقّ في الرعاية الصحيّة في الدستور الأردني أو أيّ من تعديلاته. إن تطبيق الإجراءات الرامية لإعمال الحقّ في الصحة في أيّ بلد يظلّ منقوصاً ما لم يذكر دستورها الصحة كحقّ لكلّ مواطن بشكل صريح. ورغم إدراكهم للوضع الاقتصادي الحرج الذي تمرّ به الدولة الأردنية، أكّد الخبراء أنّ النصّ على الحقّ في الصحة في الدستور الأردني ضرورة لا تنازل عنها، فهو الضامن لإيجاد منظومة عادلة ورسنية للرعاية الصحيّة تُعطي الحقّ في الصحة لكلّ فرد من أفراد المجتمع دون تمييز مبنيّ على الجنس أو المستوى الاجتماعي أو مكان السكن. وقد أشار الخبراء أنّ عدم النصّ على الحقّ في الصحة في الدستور ولّد حالة من التمييز، إذ ينعم موظّفو الدولة بالتأمين الصحيّ، بينما لا يحظى غيرهم من المواطنين ممّن لا يعملون في مؤسسات الدولة المدنية والعسكرية بهذه الميزة بالضرورة. ومن شأن النصّ على الحقّ في الصحة في الدستور إنهاء هذه الحالة من التمييز، وتكريس المقاربة الحقوقية للصحة، التي أوصى بانتهاجها العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية عام 1966 (الأمم المتحدة 1966 UN). ومن جهة أخرى، فإنّ قانون المسؤولية الطبيّة الأردني لعام 2018 لا زال بحاجة إلى تفعيل أكبر ليمتثل لأحكامه كافة العاملين في المنظومة الصحيّة في البلاد.

وكما أشارت النتائج، تُعدّ الفجوة في التمويل إحدى أكبر التحدّيات التي تواجه الحقّ في الصحة في الأردن. فرغم إنفاق الأردن ما يزيد على 9% من ناتجها القومي الإجمالي على الصحة، لا زال القطاع بحاجة ماسّة وواضحة لضخّ المزيد من التمويل لمساعدته في استيعاب الأعباء المتزايدة التي يتعرّض لها، ومواكبة الارتفاعات الهائلة في تكلفة الرعاية الصحيّة عالمياً، لا سيما أسعار الأدوية وتكلفة الإجراءات الطبيّة المتقدّمة، وتكلفة الأجهزة الطبيّة المتطورة (محمد الزعبي 2020). لقد انتهج الأردن في العقدین الأخيرين سياسةً ماليةً نيوليبرالية جعلت من القروض التي تُقدّمها المؤسسات المالية الدولية (كصندوق النقد الدولي) مصدراً رئيسياً للدخل. وهذه الجهات تحاول أن تفرض تغييرات جذريّة في سياسات الدول التي تلجأ إليها تحت مُسمّى الإصلاحات، تتمثّل في التخلي عن برامج الدعم الحكومي للسلع والخدمات الأساسية كالغذاء والصحة والطاقة. وتؤدّي هذه التغييرات غالباً إلى التأثير سلباً على شرائح المجتمع الأكثر ضعفاً وهشاشةً من محدودي ومتوسّطي الدخل. وعليه، فلا بدّ من تحصين القطاع الصحيّ في الأردن في وجه مثل هذه التغييرات، وضمان إيجاد السبل الكافية لتمويل القطاع الصحيّ بشكلٍ لا يؤثر سلباً على أعمال الحقّ في الصحة للأردنيين.

ومن الفجوات الكبرى التي تشكّل تحدياً لإعمال الحقّ في الصحة في الأردن، حسب الخبراء، شُرذمة القطاع الصحيّ. فالجهات والهيئات والمجالس والمؤسسات التي تتدخّل في عملية حوكمة الصحة في الأردن متعدّدة، وذات أولويات مختلفة. وقد توضح جلياً في النتائج أنّ هناك فجوات كبرى في الحصول على البيانات ومشاركتها، وفي التوفيق بين أولويات واستراتيجيات الجهات المُختلفة المُنخرطة في حوكمة القطاع الصحيّ، وفي تحديد نهج استراتيجي واضح يسير بالقطاع الصحيّ في الأردن قُدماً نحو مستقبل أفضل (محمد الزعبي 2020). وقد عبّر الخبراء عن الحاجة الماسّة إلى تحديث أنظمة سير المعاملات وتبادل المعلومات في القطاع العام، وتحديث وحوسبة نظام الديوان، وتعزيز التوجّه نحو تبني سجلّ صحيّ إلكترونيّ EHR وطنيٍّ شامل يضمّ كافة المرافق الصحيّة في البلاد. كما أكّدوا على ضرورة إيجاد سبلٍ

حديثه وفاعلة لرصد ومراجعة المؤشرات الصحية كالوفيات والمرضاة وغيرها من البيانات الصحية في بنك وطني شامل للمعلومات الصحية.

وأخيراً، لفت الخبراء إلى ضرورة اتباع نهج شفاف ومبني على الكفاءة في اختيار قيادات الصف الأول والثاني في المنظومة الصحية في الأردن. فقد أشار الخبراء أن الآلية التي كان يتم بها اختيار القيادات في المناصب العليا في المنظومة الصحية كان يفتقر أحياناً إلى الشفافية، لا سيما في القطاع العام. كما أشار الخبراء أن عدم قدرة القطاع الصحي العام على استقطاب الكفاءات الصحية المؤهلة والمدربة، وظاهرة تسرب هذه الكفاءات قد تفسرهما الظروف الصعبة التي يتعرض لها المهنيون الصحيون في القطاع العام، من ازدياد أعداد المراجعين، وارتفاع ساعات العمل، وضعف العائد المادي والحوافز وفرص التطور المهني.

■ فجوات في الوصول إلى الرعاية الصحية

أشارت النتائج أنه في حين تتمتع غالبية سكان الأردن بإمكانية الوصول إلى مجموعة واسعة من الخدمات الصحية، لا تزال التغطية وإمكانية الوصول محدودة وغير متساوية، خصوصاً لدى الفئات الأكثر تهميشاً والأقل دخلاً. وقد أشار الخبراء أن إمكانية الوصول إلى الخدمات الصحية يمكن تحسينها وجعلها أكثر تغطيةً ومساواةً. إذ بينت النتائج أن هناك تفاوتاً في إمكانية الوصول إلى الخدمات والسلع والمرافق الصحية بين المناطق المدنية والمناطق الريفية في الأردن. كما أشارت النتائج أن أوضاع المرافق الصحية في المناطق الريفية، وتحديدًا في إقليم الجنوب، بحاجة إلى تحسين وتطوير، وأن توزيع الموارد المالية والبشرية يشهد تفاوتاً بين المدن والأرياف، وبين الأقاليم والوسط، بحيث تعاني المناطق الأكثر بُعداً عن مراكز المدن (مثل مناطق البادية والأغوار والقرى النائية) من نقص في الإنفاق وشح في الموارد الصحية، فيضطر القاطنون في هذه المناطق إلى السفر لمسافات طويلة بغية الحصول على احتياجاتهم الصحية في المدن الأقرب إليهم. أما في ما يخص التخصصات الطبية المتقدمة، فقد أشارت النتائج أنها تتمركز في المدن الكبرى فيما تخلو من بعضها المناطق الطرفية والمحافظات الصغيرة، فضلاً عن النقص المتكرر في الأدوية والمستلزمات الطبية في المناطق الطرفية.

يتم توفير تغطية التأمين الصحي في الأردن من خلال برامج عامة تشمل: التأمين الصحي العسكري (للأفراد والضباط العسكريين العاملين والمتقاعدين وعائلاتهم)، نظام التأمين للموظفين المدنيين (العاملين في القطاع الحكومي وعائلاتهم)، صندوق المعونة الوطنية (الذي يُصدر بطاقات للأشخاص الأكثر فقراً والمستفيدين من معونات الصندوق)؛ وبرامج خاصة تشمل شركات التأمين الخاصة (التي يشترك بها بعض أصحاب الأعمال في القطاع الخاص لتغطية موظفيهم وعائلاتهم، لكنها تخضع لموافقة الشركة عند الحصول على الإجراءات الطبية المُكلفة)، صناديق المنظمات المهنية (كتأمين الأطباء والمهندسين والمحامين المشتركين في النقابات)، والوكالات الدولية (مثل وكالة الأونروا التي تغطي احتياجات اللاجئين الفلسطينيين المسجلين لخدمات الرعاية الصحية الأولية)، إضافة إلى الجمعيات الخيرية (التي تغطي احتياجات صحية محدودة لبعض المحتاجين، كمنظمة الهلال الأحمر الأردني). ويمكن للأفراد ممن لا يحصلون على أي من أنواع التغطية المذكورة شراء خدمات التأمين الصحي من القطاع الخاص إن توفرت لديهم الإمكانيات، ما عدا الأشخاص دون السادسة وفوق الستين من العمر، والذين تتكفل الحكومة بتغطيتهم بغض النظر عن امتلاك ذويهم لأي نوع من أنواع التغطية.

وقد أشارت النتائج أنّ الأردنيين الذين يحتاجون الحصول على خدمات صحّية لعلاج أنواع محدّدة من الأمراض المزمنة أو الأورام، أو من يحتاجون إلى إجراءات مُكلفة كغسّيل الكلى وليس لديهم أيّ نوع من أنواع التغطية المذكورة أعلاه يلجأون من أجل تلبية هذه الاحتياجات إلى طلب "الإعفاءات الطبيّة" من الديوان الملكي أو من رئاسة الوزراء. وللحصول على هذا الإعفاء يلزمهم إبراز تقرير طبيّ حديث من مستشفى مُعتمد، ولا يمكن لهم أن يضمنوا الحصول على هذا النوع من الإعفاءات في بعض الظروف، حيث إنّ الديوان الملكي ورئاسة الوزراء جهتان غير مختصّتين بالصحة، وهذا يثير مجموعة من التساؤلات حول قدرتهما على توزيع الإعفاءات بصورة عادلة تُراعي الاحتياج الحقيقي لطالبي الإعفاء، وتساهم بشكلٍ منظمٍ وميسور في أعمال الحقّ في الصحة في الأردن بطريقة علميّة مدروسة. هذا، وتُعدّ الفئات التالية الأقلّ تمكّناً من الوصول إلى خدمات الرعاية الصحّية في الأردن:

- اللاجئون غير المسجّلين في الجهات الرسمية، خصوصاً ممّن يقطنون خارج المخيّمات الرسمية للاجئين.
- اللاجئون والعقّال الوافدون الذين انتهت صلاحية تصاريح إقامتهم على أراضي المملكة الأردنية الهاشمية.
- العاطلون عن العمل وعائلاتهم.
- عقّال القطاع غير الرسمي أو عقّال المياومة (بما فيهم غير المواطنين، وهم غالباً غير مشمولين بالضمان الاجتماعي أو صندوق التأمين الصحيّ الحكومي).
- الأشخاص فوق السادسة ودون السنتين من العمر ممّن يعانون أمراضاً مُزمنةً.

■ فجوات في جودة الرعاية الصحّية

لقد أظهرت النتائج أنّه رغم تمتّع غالبية سكّان الأردن بإمكانية الوصول إلى مجموعة واسعة من خدمات الرعاية الصحّية، إلّا أنّ جودة هذه الخدمات توصف بالانخفاض عموماً، لا سيما في القطاع الصحيّ العام. ويُرجع الخبراء التدنيّ الملحوظ في جودة خدمات الرعاية الصحّية في الأردن في الآونة الأخيرة لعددٍ من الأسباب، منها ما يلي:

- ازدياد الضغط على المرافق الصحّية نتيجة ارتفاع عدد السكّان وموجات اللاجئين وعدم قدرة القطاع الصحيّ العام على موازاة هذا الارتفاع بإنشاء أو توسيع المرافق الصحّية، خصوصاً في المناطق الطرفية. وهذا يؤديّ إلى ازدحام هذه المرافق بالمراجعين، وطول فترات الانتظار، وبُعد المواعيد (دائرة الإحصاءات العامة و DHS Program 2017-2018).
- اضطرار الكوادر الطبيّة والتمريضية في القطاعين الصحيّين الحكومي والعسكري إلى خدمة أعدادٍ كبيرة من المراجعين والقرضى يومياً، وعدم قدرة القطاع الصحيّ العام على تعيين أعدادٍ إضافية من الكوادر المؤهّلة لتلبية هذه الاحتياجات المتزايدة.
- غياب آليات المتابعة للتحويلات الطبيّة Follow Up ممّا لا يسمح لمقدّمي الرعاية الصحّية بالتعرّف على التاريخ الكامل للحالات التي يتعاملون معها.
- النقص المتكرّر في بعض أنواع الأدوية والمستلزمات الطبيّة في مرافق القطاعين الصحيّين الحكومي والعسكري، خصوصاً في الأطراف.

- تسرّب الكوادر الصحيّة المدربة والمؤهّلة خارج القطاعين الصحيّين الحكومي والعسكري ، وضعف القدرة على استقطاب المهنيين المؤهّلين القهّرة.
- ازدياد العبء على المرافق بسبب ظهور أوبئة جديدة أو عودة ظهور أوبئة قديمة بعد أن تمّ القضاء عليها لمدّة طويلةٍ من الزمن.
- ضعف الإنفاق على خدمات الصحة الوقائية ممّا يزيد من احتياج السكّان إلى القدوم إلى المستشفيات والمراكز الصحيّة بسبب معاناتهم من مشاكل صحيّة كان بالإمكان الوقاية منها.
- عدم الاستفادة من تقنيات تقديم الرعاية الصحيّة عن بعد Telehealth بالقدر الكافي في مرافق القطاعين الحكومي والعسكري والتي من شأنها تقليل حاجة المراجعين للقدوم إلى المرافق من أجل الحصول على بعض الخدمات الصحيّة.
- النقص الشديد في التخصّصات الطبيّة المتقدّمة في مستشفيات المحافظات والأطراف، ممّا يزيد ضغط التحويلات على المستشفيات الكبرى في المدن، حيث يتواجد الأخصّائيون، وما يترتّب على ذلك من تباين في إمكانية الوصول إلى الخدمات الصحيّة المختصّة، وعرقلة أعمال الحقّ في الصحة وفقاً لمكان السكن.
- الحاجة الماسّة إلى صيانة أو استبدال الكثير من الأجهزة الطبيّة التشخيصية (كأجهزة التصوير الإشعاعي) والعلاجية القديمة في مرافق القطاع الصحيّ العام، وتوفير أعداد إضافية من هذه الأجهزة لتلبية الطلب المتزايد عليها.

التوصيات

- بعد تحليل النتائج، خُصّ التقرير إلى مجموعة من المُقترحات والتوصيات التي من شأنها الاستجابة للتحديات وتحسين منظومة الصحة في الأردن لتسهيل أعمال الحق في الصحة في البلاد. وهي كما يلي:
- الدعوة إلى تعديل الدستور الأردني بإضافة مادّة تنصّ صراحةً على أن تكفل الدولة الحق في الحصول على الخدمات الصحيّة لجميع مواطنيها بشكلٍ عادلٍ ودون تمييز. وتطبيق هذا التعديل على أرض الواقع بشكلٍ يضمن حصول الأردنيين على الصحة كحقٍ مكفول دستورياً.
 - العمل على إعادة توجيه مصادر التمويل المُتاحة للمنظومة الصحيّة، وتوفير مصادر تمويل إضافية إن أمكن بُغية توسيع تغطية التأمين الصحيّ، وتعزيز المساواة في الإنفاق بين المدن والأرياف وبين المركز والأقاليم، وتحسين جودة الخدمات التي يقدّمها القطاع الصحيّ العام.
 - توحيد كافة برامج التأمين الصحيّ في الأردن ضمن سجلّ وطني شامل يعالج الاختلالات والازدواجية في التغطية، ويعزّز فرصة غير المشمولين بالحصول على تغطيةٍ ملائمة ومدروسة ضمن خططٍ اكتوارية مبنية على البيانات الدقيقة والواقعية.
 - العمل على تفعيل البند الخامس من قانون الضمان الاجتماعي، والذي يتعلّق بتوفير التأمين الصحيّ لُمنتسبي الضمان الاجتماعي ممّن ليس لديهم تأمين آخر، على أن يتمّ ذلك بعد دراسةٍ اكتوارية دقيقة تحدّد النهج المناسب لتطبيق هذا البند، والتي لا تؤثر سلباً على بقية خدمات المؤسسة العامة للضمان الاجتماعي على المدى البعيد.
 - تعزيز دور الجهات الرقابية في الأردن لضمان حُسن تنفيذ القوانين المتعلقة بالمنظومة الصحيّة، وفي مقدمتها قانون الصحة العامة وقانون المُساءلة الطبيّة.
 - بدء حوارٍ وطنيٍّ جامع يضمّ كافة الجهات والمجالس والهيئات والمنظّمات المعنية بالقطاع الصحيّ للعمل على صياغة نهج حوكمةٍ رشيدٍ للقطاع، يخلو من الشرذمة والتعدّدية في المرجعيات الصحيّة، ويضمن حُسن سير العمل في القطاع الصحيّ بشكلٍ فاعلٍ وناجح، بعيداً عن الهدر في الموارد.
 - إيجاد برامج متكاملة لإعداد القيادات الصحيّة، واتّباع نهج مبنّي على الكفاءة والخبرة في اختيار صانعي القرار الصحيّ في مختلف المستويات الاستراتيجية والعملياتية، وديمومة الرقابة على أدائهم.
 - تعزيز مقدرة المنظومة الصحيّة على التعامل مع الأزمات وإدارتها Crisis Preparedness، من خلال إيجاد الخطط الاستراتيجية والتدريب وبناء القدرات الكفيلة بتحسين استجابة المنظومة الصحيّة لأية كوارث أو أزمات أو أوبئة في المستقبل.

- تأسيس بنكٍ وطني للمعلومات الصحيّة يضمن الوصول السلس للمعلومة لمن يحتاجها، تُشارك فيه كافة القطاعات الفرعية، والمؤسسات الرسمية ذات العلاقة لتسهيل تبادل المعرفة Knowledge Flow بينها.
- تعزيز تمويل خدمات الرعاية الصحيّة الأوليّة وتحسين بنيتها التحتية بوصفها المدخل الحقيقي لإدارة أعمال الحق في الصحة.
- إنشاء البرامج الصحيّة الوقائية وحملات التوعيّة الصحيّة، وإشراك الأهالي في التخطيط لها وتنفيذها بما يتلاءم مع احتياجاتهم وأولوياتهم.
- إيلاء الاهتمام الكافي للصحة النفسية كمكوّن مهمّ وأساسيّ من مكوّنات الحق في الصحة، وتخصيص الموارد المادّيّة والبشريّة والتقنيّة الكافية لأعمال الحق في الحصول على الصحة النفسية لكافة محتاجيها.
- العمل على التنسيق بين مؤسسات التعليم العالي التي تُخرّج المهنيين الصحيّين، وبين أرباب العمل، من أجل ردم الفجوة بين مُخرجات التعليم العالي والكفاءات والمهارات التي يحتاجها سوق العمل.
- تحسين برمجية وتطبيقات نظام "حكيم" وتوسيع رقعة استخدامه ودعوة القطاعات الصحيّة جميعاً لتبنيّه للوصول إلى سجلّ صحيّ وطنيّ شامل.
- إعادة النظر في آلية الإعفاءات التي يمنحها الديوان الملكي ورئاسة الوزراء، واستبدالها بنهج يتّبع قانوناً شاملاً ومدروساً يُعطي التغطية لأوسع شريحة ممكنة من السكّان وفق الاحتياج والضرورة، وضمن قاعدة بيانات شاملة ومُحدّثة، ويساهم في توفير الصحة للجميع كحق، لا كامتياز أو منحة.
- الاهتمام بالكوادر الصحيّة المؤهّلة وتحسين ظروف عملهم، وإعادة النظر في نظام الرواتب والحوافز الخاص بهم، وضمان فرص التطوير المهني لهم، وذلك للحيلولة دون تسرّبهم، ولتسهيل استقطابهم للعمل في القطاع الصحيّ العام على امتداد خارطة الأردن.
- التوسّع في استخدام تقنيات الصحة الإلكترونيّة E-Health والصحة عن بُعد Telehealth لتقليل الاستهلاك على المرافق الصحيّة، شريطة توفير التشريعات الناظمة والتدريب الكافي والبنية التحتية الإلكترونيّة والدعم الفنيّ.
- سنّ القوانين التي من شأنها أعمال الحق في الصحة للفئات الأكثر ضعفاً، وتهميشاً، كاللاجئين غير المسجّلين، والعاطلين عن العمل، وذوي الإعاقات، والمسنّين الذين يعانون من الأمراض المزمنة.
- كسب الدعم السياسي واللوجستي، وتعزيز الشراكة الحقيقية بين القطاع الصحيّ وغيره من القطاعات (كالمؤسسات الخدمية والبيئية، والبلديات، والمجالس المحليّة، وغرف الصناعة والتجارة، ومنظمات المجتمع المدني، وقيادات المجتمع) الوطنيّة لتذليل الصعاب وإعمال مفهوم المناصرة (Advocacy) لصالح أعمال الحق في الصحة في الأردن كواحد من الأهداف الوطنيّة الاستراتيجية.
- إجراء دراسات علمية مُحكّمة تقيس مدى رضا المستفيدين من المنظومة الصحيّة من الجوانب الرعاييّة، والخدمية، والحقوقية، وبناء خطط التطوير والتحسين في مختلف القطاعات المعنية بأعمال الحق في الصحة على نتائج وتوصيات هذه الدراسات.

المراجع

- الأمم المتحدة (1966). UN. العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية.
- المجلس الوطني لشؤون الأسرة. 2018. تقرير أحوال الأسرة الأردنية. عمان.
- المركز الوطني لحقوق الإنسان. 2021. التقرير السنوي الثامن عشر لحالة حقوق الإنسان في المملكة الأردنية الهاشمية. عمان.
- الموقع الرسمي لمئوية الدولة الأردنية. 2022. [رابط](#).
- دائرة الإحصاءات العامة. 2018. مسح الدخل والإنفاق في الأردن. عمان.
- دائرة الإحصاءات العامة و DHS Program. 2017-2018. مسح السكان وصحة الأسرة في الأردن. عمان.
- محمد الزعبي. 2020. الحق الدستوري في الرعاية الصحية: لم يجب أن نتمتع به، ولم نحن محرومون منه؟ مؤسسة حبر الإعلامية. عمان.
- مركز الدراسات الاستراتيجية الأردني. 2019. الصحة والصحة العامة، والسياسات الصحية. رؤية استراتيجية. الجامعة الأردنية. عمان.
- منتدى الاستراتيجيات الأردني. 2020. تعزيز القدرة التنافسية للقطاع الصحي في الأردن.
- ميدكس-جوردان. 2022. [رابط](#).
- وكالة الأنباء الأردنية (بترا). 2022. المجتمع الأردني. [رابط](#).
- وزارة التخطيط والتعاون الدولي. 2022. الاستعراض الطوعي الوطني الثاني - أهداف التنمية المستدامة في الأردن. عمان.
- وزارة الصحة الأردنية. 2022. [رابط](#).

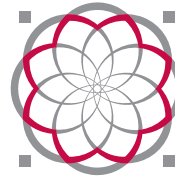
- Alduraidi, H., & Waters, C. M. Depression, Perceived Health, and Right-of-Return Hopefulness of Palestinian Refugees. 2018. Journal of Nursing Scholarship 50(2), 163–171. [Link](#).
- Saleh, S., Ibrahim, S., Diab, J.L., & Osman, M. 2022. Integrating refugees into national health systems amid political and economic constraints in the EMR: Approaches from Lebanon and Jordan. Journal of Global Health 12:03008. [Link](#).
- United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR). 2022. [Link](#).



AMERICAN
UNIVERSITY OF BEIRUT
FACULTY OF HEALTH SCIENCES

تهدف كلية العلوم الصحيّة في الجامعة الأميركيّة في بيروت منذ إنشائها إلى وضع مسار للصحة العامة من خلال إعداد المهنيين ليُكونوا صانعي التغيير ويعملوا على البحوث التي تؤثر على الممارسات والسياسات وبالتالي على صحة السكان.

الجامعة الأميركيّة في بيروت
ص.ب 11-0236 / كلية العلوم الصحيّة
رياض الصلح / بيروت 1107 2020
لبنان



annd

Arab NGO Network for Development
شبكة المنظمات العربية غير الحكومية للتنمية

تعمل شبكة المنظمات غير الحكوميّة العربيّة للتنمية في 12 دولة عربيّة، مع 9 شبكة وطنيّة (وعضويّة ممتدة لـ 250 منظمة مجتمع مدني من خلفيات مختلفة) و 25 عضو من منظمات غير حكوميّة.

ص.ب المزرعة 14/5792 بيروت، لبنان

