مشروع التمويل الصحي والحوكمة

تقرير الرعاية الصحية الأولية

تقييم العوامل المحركة للعرض والطلب

تشرين الأول 2018

قام مشروع التمويل الصحي والحوكمة الممول من الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية بإعداد تقرير تقييم العوامل المحركة للعرض والطلب لخدمات الرعاية الصحية الأولية بالتعاون الوثيق والمباشر مع مديرية الرعاية الصحية الأولية وعينة من المديريات والمراكز الصحية. يتقدم مشروع التمويل الصحي والحوكمة بالشكر الجزيل لعطوفة الدكتور أيوب السيايدة، مساعد الأمين العام لشؤون الرعاية الصحية الأولية على ملاحظاته وتوصياته عند اعداد التقرير.

الملخص التنفيذي

بينت اللجنة الوزارية المشتركة لإصلاح القطاع الصحي مؤخراً أن الرعاية الصحية الأولية تشكل الأولوية الأولى لإصلاح القطاع الصحي. وتركز الخطة التنفيذية لإصلاح القطاع الصحي في الأردن 2018-2022 على الاستخدام الأمثل لخدمات الرعاية الصحية الأولية ويتوقع القائمون على التخطيط أن هناك حاجة إلى تحسين جودة وسلامة خدمات الرعاية الصحية وضمان استدامتها وتحسين مراقبة ومكافحة الأمراض السارية والحد من انتشار الأمراض غير السارية وتعزيز خدمات الصحة الإنجابية والطفولة وتعزيز صحة الطلبة في المدارس والبيئة المدرسية وكذلك تعزيز الصحة البيئية والمهنية. ويتم تحقيق هذه الأهداف كافةً بشكل كبير من خلال توفير الرعاية الصحية الأولية الفعالة من حيث التكلفة والخدمة.

يواجه الأردن بعض المعوقات الروتينية والهيكلية في مجال أنظمة الرعاية الصحية الأولية. واستناداً إلى الحسابات الصحية الوطنية لعام 2015، فقد تم إنفاق 18% من إجمالي الإنفاق الصحي فقط على الرعاية الصحية الأولية مقارنة مع 74% تم إنفاقها على الرعاية العلاجية.

يفضل غالبية المواطنين الأردنيين تجاوز الرعاية الأولية والحصول على الرعاية الإسعافية في مرافق الرعاية الثانوية والمستشفيات. ويتطلب العبء المتنامي للأمراض غير السارية إعادة توجيه النظام نحو الرعاية الوقائية والأولية للحد من عدد الحالات العلاجية المكلفة في المستقبل.

تعتبر الرعاية الصحية الأولية الحلقة الأولى للاتصال بين المجتمع والنظام الصحي في جميع البلدان، وتشير تقديرات البنك الدولي إلى أن الرعاية الصحية الأولية تغطي حواي 90% من الاحتياجات الصحية.

كما يعتبر الاستثمار في الرعاية الصحية الأولية مجدياً من ناحية الفعالية للوصول إلى التغطية الصحية الشاملة حيث يساهم في خفض الحاجة للرعاية الصحية المكلفة والمعقدة عبر الوقاية من المرض وتحسين صحة المجتمع والاستثمار في تحسين نوعية الخدمة، وكذلك في تيسير سبل الوصول الى خدمات رعاية صحية أولية منصفة من ناحية عملية، وفعالة وكفوءة كخطوة أولى نحو التغطية الصحية الشاملة. يشتمل هذا التقرير على الجوانب الكمية والنوعية للرعاية الصحية الأولية، ويلقي نظرة سريعة واستراتيجية على القضايا الرئيسية التي تواجه الرعاية الصحية الأولية.

هذا التقرير مهم لصناع القرار أو للقيادات التي تنشد التغيير، حيث تعطي برهاناً أكيداً على أن التغيير في نظام الرعاية الصحية الأولية ضروري لتحقيق الكفاءة المطلوبة، ويتضمن تقييماً لعدة عوامل: مثل معدلات الاستخدام في مراكز الرعاية الصحية الأولية، وتوزيع المراكز، وخيارات المرضى.

تم اختيار عينة من المراكز الصحية لبيان إمكانية التطوير والتحسين من نواحي الكلفة، والاستخدام، والتوزيع، والتصميم الكلي للنظام، وأيضاً قمنا بإجراء دراسة تقييمية للتجربة التركية ذات القرب الجغرافي من الأردن، في تطوير الرعاية الصحية الأولية، حيث أن هناك عدة استراتيجيات يمكن تطبيقها في السياق الأردني.

كما قمنا بتسليط الضوء على تحد أساسي يتمثل في العوائق السياسية والاجتماعية التي تقف في وجه الإصلاح البنيوي والتغيير في نظام الرعاية الصحية الأولية، حيث يتم إنشاء مراكز صحية أحياناً بسبب ضغوط مجتمعية، لذا فإن قرار إغلاق أي مركز صحي يعتبر حساساً من الناحية السياسية ولاجتماعية.

ولفهم العوامل المختلفة التي تؤثر على استخدام الرعاية الصحية الأولية في الأردن بشكل أفضل، فقد قام مشروع التمويل الصحي والحوكمة بدراسة العوامل التالية:

1- توزيع المراكز الصحية الأولية استناداً إلى معايير وزارة الصحة.

2- معدلات الاستخدام في المراكز الصحية الأولية حسب النوع والمنطقة.

3- أنماط خدمات الرعاية الصحية الأولية المقدمة في المستشفيات (العيادات الخارجية)

4- تحديد خيارات المرضى. تحليل وجهات نظر المرضى تجاه الرعاية الصحية الأولية.

5- تحليل النماذج الإقليمية للرعاية الصحية الأولية والممارسة الجيدة.

ويمكن تلخيص النتائج الرئيسية في النقاط التالية:

1. إحدى الملاحظات تتمثل في أن تكلفة الزيارة المرضية الواحدة تختلف من مركز لآخر من نفس النوع (شامل، اولي، فرعي)، وهذا يعكس عدم الكفاءة في ادارة الموارد وكلفها، فعلى سبيل المثال التكلفة للزيارة الواحدة في أحد المراكز12.8 ديناراً، بينما في مركز صحي آخر من نفس النوع 5.4 ديناراً ومع أنهما من نفس النوع إلا أن التباين كبير مما يستدعي المزيد من البحث عن أسباب هذا التباين.
2. تشكل العوامل السياسية والاجتماعية عائقاً كبيراً أمام عملية إصلاح الرعاية الصحية الأولية.
3. بالنظر إلى التجربة التركية كمثال، فإن البيئة المواتية التي أدت إلى النجاح في إصلاح الرعاية الصحية الأولية في تركيا لا تتوفر في السياق الأردني، وبالتالي فهناك حاجة إلى نهج الشمولية في الاصلاح.
4. تُعد إعادة توزيع المراكز الصحية الأولية مبادرة رئيسية تساهم في تخفيض التكاليف وزيادة الزيارات إلى المراكز وتحسين الجودة.
5. يتعين وجود استراتيجية شاملة تُعنى بتوزيع المنشآت وإنتاجية القوى العاملة وإعادة تنظيم الزيارات وأنظمة التحويل وخطط التعويض والحوافز ومخصصات الموازنة الملائمة. إن تحليل الكلفة لخدمات المراكز الصحية الأولية يشير إلى عدم الكفاءة ضمن التمويل الحالي وأيضاً في تخصيص الموارد.
6. تعتبر النظرة العامة حول جودة الرعاية الصحية الأولية وخدماتها أحد المجالات الرئيسية الذي يتطلب العمل عليها، ويعتبر عاملا هاماً في تصميم الحلول التي تهدف إلى تحسين الاستخدام ومعدلات التشغيل. ويتعين أن يكون قياس رضا المرضى وتصوراتهم نشاطاً مستمراً ومرتبطاً بشكل وثيق مع عمليات تحسين الرعاية الصحية الأولية. كما أشارت المجموعات البؤرية أن من بين العوامل الرئيسية: توفر العلاجات، ووقت الانتظار، والمسافة إلى المركز الصحي، وقدرات الكادر الصحي.
7. هناك حاجة إلى تنفيذ نظام صارم لتحويل المرضى يعمل على ثني كل من الطبيب والمريض عن مخالفة الإجراءات من أجل السيطرة على الزيارات غير اللازمة لمرافق العيادات الخارجية والطوارئ. من الدراسات السابقة تبين أن هناك اتجاه لارتياد مرافق الطوارئ للحالات التي يمكن علاجها في مراكز الرعاية الصحية الأولية مما يضاعف الكلفة وفقاً لتحليلنا، لذا فإن إعادة تنظيم الزيارات المرضية سيعمل على خفض النفقات.
8. هناك إمكانية لتغير نسبة 18% من إجمالي الإنفاق المخصصة للرعاية الصحية الأولية كنسبة مئوية وذلك في حال تطبيق استراتيجيتين: استراتيجية تخفيض التكاليف وإعادة توزيع المراكز واستراتيجية إعادة تنظيم الزيارات (للمرضى).
9. تحتاج المعايير الحالية لافتتاح المراكز الصحية الأولية في وزارة الصحة إلى التحسين والتحديث والالتزام بالتنفيذ. ويجب أن تسمح المعايير لمزيد من العوامل ذات الصلة بتحديد إذا كانت المنطقة بحاجة إلى مركز صحي أولي أم لا. على سبيل المثال، يمكن أن يكون "الوقت اللازم للوصول" و"الكثافة السكانية" والأخذ بعين الاعتبار المناطق البعيدة والنائية من العوامل التي يتعين أخذها في الاعتبار أيضا" لأنها تضع في الحسبان الوقت والمنطقة والسكان.

2- توزيع المراكز الصحية الأولية

تقدم وزارة الصحة مجموعة واسعة من خدمات الرعاية الوقائية والعلاجية للسكان في الأردن من خلال شبكة كبيرة من المراكز الصحية المنتشرة في جميع أنحاء المملكة وهي: 110 مراكز صحية شاملة، 377 مركزاً صحياً اولياً و186 مركزاً صحياً فرعياً.

186مركزاً صحياً فرعيا (التقرير الإحصائي لوزارة الصحة 2017). وتهدف هذه المراكز الصحية إلى تقديم الخدمات الصحية الأولية للسكان في الأردن مما يعني أن كلاً من هذه المراكز يقدم الخدمة في المتوسط إلى حوالي 17000[1] نسمة. ووفقاً لوزارة الصحة، فهناك مجموعة من المعايير المستخدمة لتحديد الأولويات من حيث الحاجة إلى إنشاء أو تجديد المراكز الصحية الفرعية والأولية والشاملة. ويستند هذا المعيار إلى الكثافة السكانية والبعد عن المراكز الأخرى وتوفر وسائل النقل وسهولة الوصول إلى المركز. ويتم وصف هذا المعيار في الجدول 1 والجدول 2 والجدول 3 أدناه.

الجدول 1: معايير وزارة الصحة لإنشاء أو تجديد مركز صحي فرعي.

نوع المركز	المعيار	نقاط التقييم		
		6	4	2
مركز صحي فرعي (مساحة البناء لا تقل عن 100 متر مربع)	الكثافة السكانية (عدد سكان القرية لا يقل عن 500)	1000-750	700-500	500 فما دون
	البعد عن أقرب مركز صحي أولي أو مركز صحي شامل	أكثر من 10 كم	9-6 كم	5-2 كم
	توفر وسائل النقل	عامة ومنظمة ومتوفرة	عامة وغير منظمة	غير متوفرة
	المجموع	18	12	6
يستند تحديد الأولوية لبناء مركز صحة أولي إلى مجموع النقاط وفقاً للتالي: 1. (6 فما دون): ليست أولوية حالية 2. (12-7): أولوية متوسطة (يعاد التقييم خلال سنتين) 3. (18-13): أولوية قصوى (اتخاذ الإجراء خلال سنة إذا توفرت الموازنات المخصصة).				

الجدول 2: معايير وزارة الصحة لإنشاء أو تجديد مركز صحي أولي.

نوع المركز	المعيار	نقاط التقييم		
		6	4	2
مركز صحي أولي (مساحة البناء لا تقل عن 350 متر مربع)	الكثافة السكانية	3000 فما فوق	3000-1000	1000 فما دون
	البعد عن أقرب مركز صحي أولي أو مركز صحي شامل	أكثر من 10 كم	9-6 كم	5-2 كم
	عدد المراكز الصحية الفرعية التي يغطيها المركز الصحي الأولي المقترح	أكثر من 5 مراكز	4-3 مراكز	2-1 مراكز
	توفر وسائل النقل	عامة ومنظمة ومتوفرة	عامة وغير منظمة	غير متوفرة
	المجموع	24	16	8
يستند تحديد الأولوية لبناء مركز صحي أولي إلى مجموع النقاط وفقاً للتالي: 1. (8 أو أقل): ليست أولوية حالية 2. (16-9): أولوية متوسطة (يعاد التقييم خلال سنتين) 3. (24-17): أولوية قصوى (اتخاذ الإجراء خلال سنة إذا توفرت الموازنات المخصصة).				

الجدول 3: معايير وزارة الصحة لإنشاء أو تجديد مركز صحي شامل.

نوع المركز	المعيار	نقاط التقييم		
		6	4	2

[1] عدد سكان المملكة حسب المحافظة والتجمع والجنس والأسر؛ 2017 - دائرة الإحصاءات العامة - الأردن.

مركز صحي شامل (مساحة البناء لا تقل عن 350 متر مربع)	عدد الأشخاص المستفيدين من المركز 15000 كحد أدنى	أكثر من 25000	24000-20000	19000 فما دون
	بعد المركز الصحي الشامل عن أقرب مستشفى	أكثر من 15 كم	15-10 كم	أقل من 10 كم
	عدد المراكز الصحية الأولية التي يغطيها المركز الصحي الشامل المقترح	أكثر من 6 مراكز	5-3 مراكز	2-1 مراكز
	توفر وسائل النقل	عامة ومنظمة ومتوفرة	عامة وغير منظمة	غير متوفرة
	المجموع	24	16	8
يستند تحديد الأولوية لبناء مركز صحي شامل إلى مجموع النقاط وفقاً للتالي: 1. (8 أو أقل): ليست أولوية حالية 2. (9-16): أولوية متوسطة (يعاد التقييم خلال سنتين) 3. (17-24): أولوية قصوى (اتخاذ الإجراء خلال سنة إذا توفرت الموازنات المخصصة).				

ولتحليل الوضع الراهن ودراسة مطابقة المراكز الصحية الحالية للمعايير التي وضعتها وزارة الصحة، قمنا باختيار عينة من المراكز الصحية الأولية في المناطق الثلاث الأكثر والأقل كثافةً سكانيةً في محافظتي العاصمة وجرش على النحو المبين في الجدول 4.

الجدول 4: إجمالي عدد المراكز الصحية لكل محافظة حسب عدد السكان

التقسيمات الإدارية	عدد السكان*	المراكز الصحية**				متوسط عدد السكان/ مركز صحي
		المراكز الصحية الشاملة	المراكز الصحية الأولية	المراكز الصحية الفرعية	إجمالي عدد المراكز الصحية	
محافظة العاصمة						
لواء ماركا	1,008,400	3	10	1	14	72,029
لواء قصبة عمان	902,770	4	16	0	20	45,139
لواء الجامعة	784,670	3	2	2	7	112,096
لواء ناعور	136,740	2	6	5	13	10,518
لواء الجيزة	124,460	2	13	11	26	4,787
لواء الموقر	88,980	1	6	5	12	7,415
محافظة جرش						
لواء قصبة جرش	250,000	3	17	6	26	9,615

* العدد المقدر لسكان المملكة حسب المحافظة والتجمع والجنس والأسر، 2017 - دائرة الإحصاءات العامة - الأردن

** أعداد المراكز الصحية من الموقع الالكتروني لوزارة الصحة في الأردن.

ومن أجل إجراء تقييم فعال للتوزيع، قمنا باختيار أحد المراكز الصحية الأولية وأحد المراكز الصحية الشاملة في كل محافظة وهذه مجرد عينة عشوائية تهدف لإعطاء فكرة استكشافية عن واقع التوزيع الجغرافي للمراكز الصحية، ويهدف ذلك إلى تقييم معايير وزارة الصحة الحالية لافتتاح مراكز صحية جديدة ومقارنة هذا المعيار مع التنفيذ الفعلي على أرض الواقع. وبعبارة أخرى، فنحن نقوم بتقييم فعالية "تصميم" معايير وزارة الصحة لإنشاء المراكز الصحية الأولية وفعالية "التنفيذ" استناداً إلى هذا المعيار. وسيتم أدناه عرض العديد من النتائج

التي تُظهر وجود نطاق كبير لإدخال التحسينات عندما يتعلق الأمر بقرارات التوزيع المتعلقة بالمراكز الصحية الأولية.

محافظة العاصمة:

يعتبر مركز صحي صويلح الشامل أحد أكبر المراكز الصحية في عمان حيث يقدم خدماته إلى حوالي 159275 نسمة وفقاً للتقدير الجديد لسكان المملكة حسب المحافظة والتجمع والجنس والأسر، 2017 – دائرة الإحصاءات العامة – الأردن.

إذا أخذنا في الاعتبار الأولوية القصوى لإنشاء مركز صحي، فالمفترض أن يقدم هذا المركز الخدمات لسكان لا يتجاوز عددهم 25000 شخص، إلا أن هذا العدد المذكور في المعايير لا يتسم بالوضوح حيث لا يحدد الحد الأقصى لعدد الأشخاص الذين يمكن أن يقدم المركز الصحي الشامل الخدمات لهم (أي 50000، 100000، 200000). وإضافة إلى ذلك، فهو لا يحدد التغطية السكانية لكل منطقة (أي 25000 لكل كيلومتر مربع). وبالتالي ولكي تكون المعايير فعالة، فإنه يتعين أن تتضمن عوامل أخرى مثل الكثافة السكانية والمنطقة والوقت اللازم للوصول إلى المركز. وستعمل هذه العوامل على تحسين معايير التقييم الخاصة بافتتاح مراكز جديدة للرعاية الصحية الأولية. ويجب أن تكون عوامل الترجيح أو التقييم موجودة عند تصميم معيار جديد للرعاية الصحية الأولية.

كما ويجب الأخذ بالاعتبار أن هناك قطاعات صحية أخرى تخدم هذه التجمعات من السكان مثل: (الخدمات الطبية الملكية، ووكالة غوث وتشغيل اللاجئين، والمنظمات غير الحكومية، والعديد من العيادات والمستشفيات الخاصة).

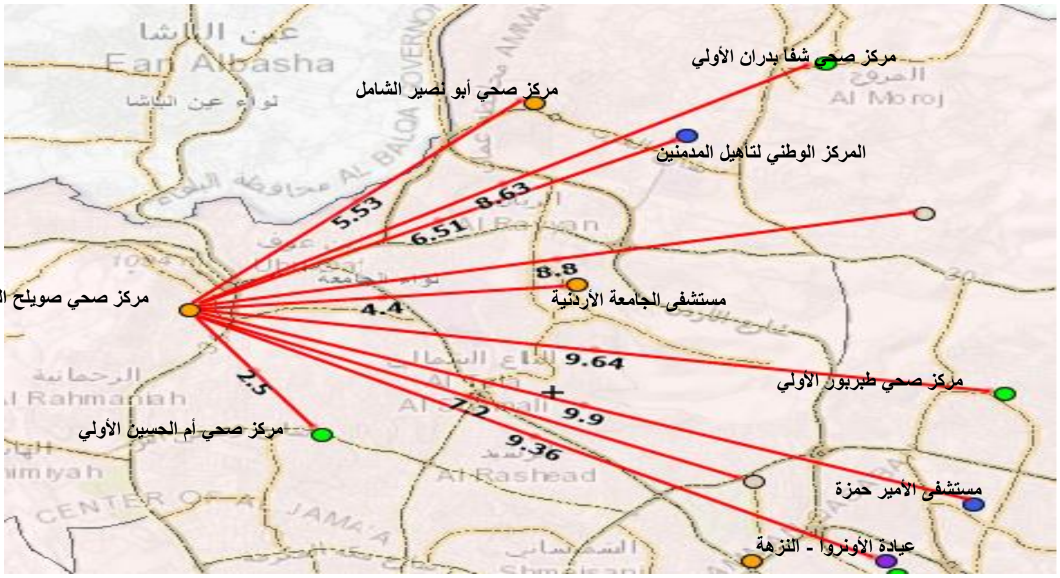
ومن جهة أخرى، يبعد المركز 3.5 كيلومتر فقط عن أقرب مستشفى وهو مستشفى الجامعة الأردنية، ويبعد أقرب مركز صحي أولي عن مركز صحي صويلح الشامل مسافة 2.49 كم وهو مركز أم الحسين، مع توفر مواصلات جيدة إلى المركز حسب خريطة وزارة الصحة الموجودة على الموقع الإلكتروني للوزارة والمحدثة في عام 2007.وتجدر الإشارة هنا الى ان مشروع التمويل الصحي والحوكمة الممول من الوكالة الامريكية للتنمية الدولية يعكف حالياً على تحديث الخارطة الصحية بالتعاون مع وزارة الصحة.

ورغم أن هذا المركز محاط بثلاثة مراكز صحية أولية، إلا أن هناك مركزين شاملين قريبين جداً منه حيث يبعدان 5 كيلومترات فقط. وتأخذ المعايير في الاعتبار عدد المراكز الصحية الأولية التي يغطيها المركز الصحي الشامل المقترح فقط، ومع ذلك فإن هذه المراكز الصحية الأولية الثلاثة تحظى بالتغطية من ثلاثة مراكز صحية شاملة مختلفة، كما هو مبين في الصورة أدناه.

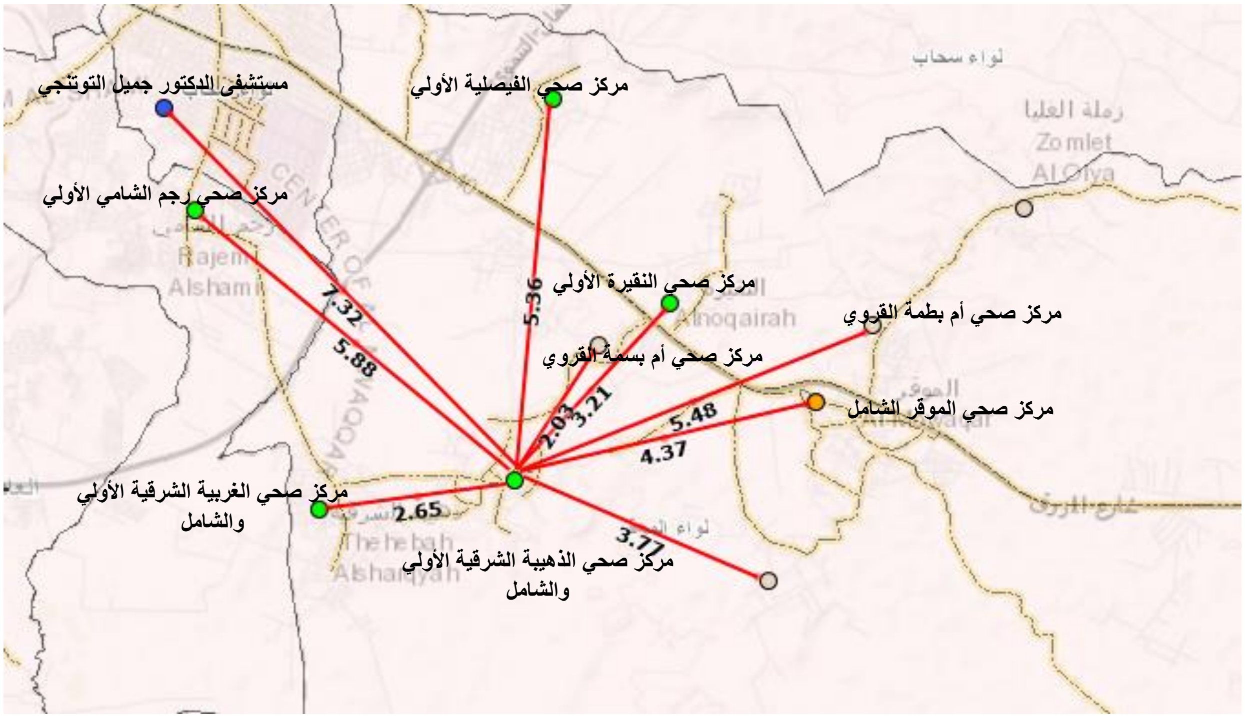
يعد مركز الجبيهة الصحي، الذي تم إنشاؤه مؤخراً في تموز 2017، أحد هذه المراكز ويقع على بعد حوالي 8 كم فقط من مركز صحي صويلح الشامل.

يخدم مركز الجبيهة الصحي 207943 نسمة وفقاً للتقدير الجديد لسكان المملكة حسب المحافظة والتجمع والجنس والأسر، 2017 – دائرة الإحصاءات العامة – الأردن، وهي منطقة أكبر من منطقة صويلح، وهذا يشير إلى حاجتها إلى مركز صحي شامل، وإذا اتبعنا معايير وزارة الصحة ونظام التقييم، فإن كلا المركزين سيحصلان على درجة أعلى من 17، مما يعني أن كلا المركزين يتمتعان بالأهمية والأولوية، ولكن هذه المعايير لا يمكنها الإجابة على التساؤلين التاليين:

1- تحديد السقف الأعلى لعدد السكان المخدومين من قبل المراكز الصحية بأنواعها: الشاملة والأولية والفرعية.
2- عدد المراكز الصحية الأولية التي يفترض أن تتبع للمركز الصحي الشامل المقترح



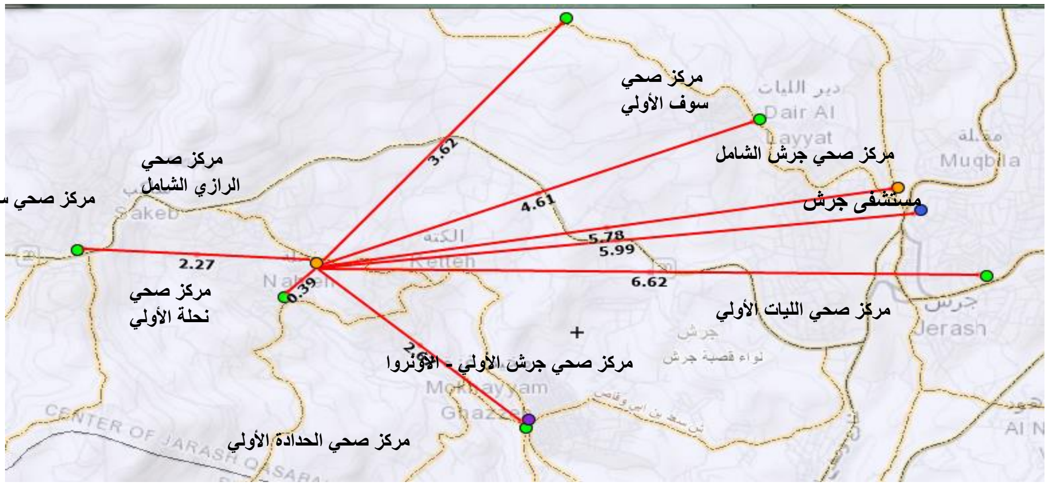
مركز صحي الذهيبة الشرقية الأولي في منطقة الذهيبة الشرقية/الموقر ويبلغ عدد السكان 6619 نسمة وفقاً للتقدير الجديد لسكان المملكة حسب المحافظة والتجمع والجنس والأسر، 2017 – دائرة الإحصاءات العامة – الأردن. يخدم المركز 2000 شخصاً وأقرب مركز صحي إليه هو مركز قرية أم بطمة (2,03 كم) ويليه مركز صحي الذهيبة الغربية الأولي ويبعد عنه مسافة 2,65 كم، مع توفر مواصلات جيدة إلى المركز حسب خريطة وزارة الصحة الموجودة على الموقع الإلكتروني. وعلاوة على ذلك، فإن عدد المراكز الصحية الفرعية المشمولة بتغطية هذا المركز الصحي الأولي ثلاثة كما هو مبين في الصورة أدناه. وبالتالي، سيحصل هذا المركز الصحي الأولي على 16 نقطة من خلال استخدام معايير إنشاء مركز صحي أولي الواردة في الجدول 2، مما يبين أن إنشاءه لم يكن ذو أولوية قصوى وفقاً لمعايير وزارة الصحة. <u>ونشير هنا إلى أنه يجب أخذ الاعتبارات الاجتماعية والسياسية وخصوصية المناطق النائية في الحسبان.</u>



محافظة جرش:

مركز صحي الرازي الشامل بالقرب من منطقة الكتة التي يبلغ عدد سكانها 8351 نسمة وفقاً للتقدير الجديد لسكان المملكة حسب المحافظة والتجمع والجنس والأسر، 2017 – دائرة الإحصاءات العامة – الأردن.

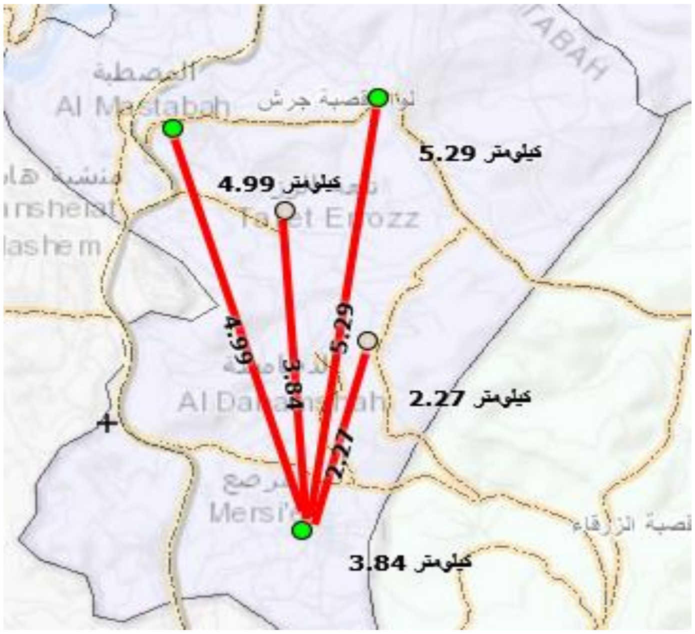
يستهدف المركز خدمة حوالي 10000 نسمة في حين أن الأولوية لإنشاء مركز صحي شامل تكون عندما يبلغ عدد السكان الذين سيتلقون الخدمة 25000 فما فوق. ويبعد أقرب مستشفى حوالي 7 كم، وأقرب مركز صحي هو مركز صحي نحلة الأولي على بعد 0,244 كم، وعدد المراكز الصحية الأولية التي يغطيها هذا المركز الصحي الأولي ستة، مع توفر مواصلات جيدة إلى المركز حسب خريطة وزارة الصحة الموجودة على الموقع الإلكتروني للوزارة. وباتباع معايير وزارة الصحة للإنشاء مركز صحي جديد فإن كل ما ورد يعطي درجة 16 وهذا يثبت أن المعايير والمبادئ التوجيهية التي وضعت لتحديد الأولويات لا يتم اتباعها بشكل واضح. ويضاف إلى ذلك وجود مركز صحي جرش الشامل الذي يبعد حوالي 6 كم ويغطي أيضاً ثلاثة مراكز صحية أولية مشمولة بتغطية مركز صحي الرازي الشامل.



مركز صحي مرصع الأولي في منطقة مرصع التي يبلغ عدد سكانها 4815 نسمة وفقاً للتقدير الجديد لسكان المملكة حسب المحافظة والتجمع والجنس والأسر، 2017 – دائرة الإحصاءات العامة – الأردن.

يستهدف المركز خدمة حوالي 3290 نسمة، وأقرب مركز صحي إليه هو مركز صحي الراية الفرعي الذي يقع على بعد 2,2 كم، مع ضعف توفر المواصلات إلى المركز حسب خريطة وزارة الصحة الموجودة على الموقع الإلكتروني للوزارة، ويبلغ عدد المراكز الصحية الفرعية التي يغطيها هذا المركز الصحي الأولي المقترح مركزان اثنان.

وبذلك فإن النتيجة الإجمالية التي سيحصل عليها هذا المركز استناداً إلى معايير إنشاء المراكز الصحية الأولية الواردة في الجدول 1 ستكون 12، مما يعني كذلك أن هذا المركز لا يعتبر ذو أولوية مرتفعة وفقاً للمعايير.



وتجدر الإشارة هنا إلى أن وزارة الصحة لا تتبع دائما معايير تحديد الأولويات عند إنشاء المراكز مما يشير إلى أن هذا المعيار لا يُعد شاملاً وتوجيهياً. إن عدم تطبيق هذه المعايير يرجع إلى تصميم هذه المعايير، وهناك عوامل سياسية واجتماعية تسهم في أنشاء المراكز الصحية.

إن تصميم هذه المعايير يجب أن يشمل على عوامل هامة مثل: الكثافة السكانية، والزمن اللازم للوصول للمركز الصحي. ومن خلال مقابلاتنا مع المسؤولين في الوزارة تمت الإشارة إلى أن هناك ضغوط مجتمعية يتعرض لها المسؤول لفتح مراكز صحية جديدة لا حاجة لها أحياناً استجابة لمطالب المجتمع، ومن الصعب أيضاً اتخاذ قرار بإغلاق مركز صحي.

إضافة إلى ذلك، يجب أن تكون هناك تعليمات واضحة حول كيفية حساب عدد المراكز الصحية الأولية التي يغطيها مركز صحي شامل. وكما هو مبين في الأمثلة الواردة أعلاه، يتعين أن يقدم المركز الصحي الشامل الخدمة إلى عدد معين من المراكز الصحية الأولية، إلا أننا نجد ضمن مساحة تقل عن 10 كيلومتر مربع مركزين أو ثلاثة مراكز صحية شاملة توفر الخدمة لنفس المراكز الصحية الأولية الأمر الذي يؤدي إلى عدم وضوح السبب وراء إنشاء هذه المراكز حيث أن هناك بالفعل مراكز صحية أولية ومركز صحي شامل تخدم المنطقة، وينطبق الأمر نفسه على المراكز الصحية الأولية والمراكز الصحية الفرعية التي تخدمها.

تشير المعلومات الواردة أعلاه إلى أن مجموعة المعايير الحالية المستخدمة في وزارة الصحة بحاجة إلى المراجعة، ويتعين أن تضم عوامل أخرى، مثل الوضع الراهن وخريطة المراكز الصحية في ذلك الوقت ووجود مراكز أخرى حول المركز الذي يتم التخطيط لإنشائه والحد الأقصى لعدد المرضى الذين يجب أن تشملهم خدمات هذا المركز والمراكز المحيطة به، وكذلك يتعين أخذ التغطية السكانية لكل منطقة في الاعتبار أيضاً والعديد من العوامل الأخرى كذلك قبل اتخاذ القرار بإنشاء مراكز صحية جديدة.

سيعمل مشروع التمويل الصحي والحوكمة على ربط جوانب التقدم وأي تطوير في الخارطة الصحية أو أي أداة لتخصيص الموارد حيث أن هدفنا هو العمل على إيجاد تقدم ثابت وربط النظرية بالتطبيق وذلك عبر تحقيق تطوير في النظام وأدواته.

ومن الضروري أيضاً الإشارة إلى أن نظام التحويل يحتاج إلى مراجعة شاملة وكاملة لفهم آلية التحويل بين المراكز الصحية الأولية والتحويلات من المراكز الصحية الأولية إلى الثانوية. وعلى نحو مماثل لتحليل "التوزيع"، فإن إجراء تحليل يغطي كلاً من "معايير التصميم للتحويلات" و"مستوى تنفيذ معايير التحويل" سيوفر الرؤى الكافية بشأن الفجوة والتحسينات المحتملة اللازمة بشأن نظام تحويلات المراكز الصحية الأولية.

3- معدل الاستخدام في مراكز الرعاية الصحية الأولية

تستخدم وزارة الصحة ال أردنية 673 مركزاً صحياً في جميع أنحاء المملكة لتوفير خدمات الرعاية الصحية الأولية على نطاق واسع وفعال. ويتألف هذا العدد من 110 مركزاً صحياً شاملاً، 377 مركزاً صحياً اولياً، 186 مركزاً صحياً فرعياً تقوم بتنفيذ الخدمات وتقديمها للسكان. وخلال عام 2017، بلغ إجمالي عدد الزيارات 10676836 من قبل المرضى الذين يراجعون عيادات الطب العام فقط في جميع مرافق الرعاية الصحية الأولية. وهذا يعني أن متوسط عدد الزيارات لكل مركز صحي يبلغ حوالي 16000 زيارة سنوياً. (ملاحظة، عدد الزيارات يختلف عن عدد المرضى). وتقوم هذه الورقة بالتركيز على البيانات التي تم جمعها من 6 عيادات في مدن عمان وجرش والبلقاء.

الجدول 5: التكاليف التشغيلية بالدينار الاردني ومؤشرات الأداء الرئيسية للانتفاع

#	نوع النفقات	مركز صحي صويلح الشامل	مركز صحي الرازي الشامل	مركز صحي الذهيبة الشرقية الأولي	مركز صحي مرصع الأولي	مركز صحي شفا بدران الأولي	مركز صحي أبو نصير الأولي
1	الخط الأرضي	696	156	156	180	158	158
2	المياه	1856	666	367	500	858	364
3	الكهرباء	8934	5556	2028	2706	5568	5712
4	خدمات النظافة	21896	8244	5828	6691	14352	14352
5	الوقود	7043	2500	3250	3850	7318	4531
6	خدمات الأمن	12240	12240	12240	8160	8160	8160
7	الرواتب	435425	138804	91546	79045	210672	155322
8	المجموع	488090	168166	115415	101132	247087	188441
9	الزيارات	108956	39685	9052	18566	23972	11898
10	إجمالي التكلفة لكل زيارة	4.5	4.2	12.8	5.4	10.3	15.8
11	الأجور لكل زيارة	4.0	3.5	10.1	4.3	8.8	13.1
12	الخدمات المتعاقد عليها لكل زيارة	0.3	0.5	2.0	0.8	0.9	1.9

الجدول رقم (5) أعلاه يمثل فقط البنود الرئيسية للتكاليف التشغيلية.

بالنسبة إلى جانب الاستخدام، تعتبر المراكز الصحية الشاملة اقتصادية أكثر من المراكز الصحية الأولية. ففي مركز صحي صويلح الشامل في عمان ومركز صحي الرازي الشامل، تبلغ التكلفة الإجمالية 4.48 ديناراً و4.24 ديناراً للزيارة، على التوالي. ويبلغ متوسط التكلفة 4.36 ديناراً لكل زيارة في المراكز الصحية الشاملة. وبالمقارنة مع المراكز الصحية الأولية، فإن التكلفة تبلغ أحياناً ثلاثة أضعاف التكلفة في المركز الصحي الشامل. على سبيل المثال، في مركز صحي الذهيبة الشرقية الأولي في عمان ومركز صحي مرصع الأولي في جرش ومركز صحي شفا بدران الأولي في عمان ومركز صحي أبو نصير الأولي في البلقاء، يبلغ إجمالي التكلفة 12.75 ديناراً، 5.45 10.31 ديناراً 15.84 ديناراً لكل زيارة، على التوالي. وبحساب المتوسط يكون 11.09 ديناراً لكل زيارة، أي ضعفي التكلفة في المركز الصحي الشامل.

ومن أجل خفض التكاليف بشكل أكبر، فمن المقترح أن تقوم المراكز الصحية الأولية وكذلك الشاملة بمراجعة نفقاتها التشغيلية، خاصةً الرواتب من وزارة الصحة، والخدمات المتعاقد عليها في كل مركز. على سبيل المثال، تشكل الرواتب في المراكز الصحية الأولية حوالي 82% من النفقات بالمتوسط، و88% في المراكز الصحية الشاملة. ويمكن أن يسمح إجراء المزيد من التعديلات على رواتب موظفي وزارة الصحة (إعادة توزيع الكوادر استناداً إلى حاجة المرفق الصحي) بزيادة المدخرات وإعادة تخصيص الأموال لتحسين جودة خدمات الرعاية الصحية الأولية وكذلك لجعل الخدمات المذكورة مواتية بشكل أكبر وخصوصاً في المراكز الصحية الأولية.

ويمكن أن تشمل التعديلات الأخرى على المصاريف التشغيلية ايضاً مراجعة تكلفة الخدمات المتعاقد عليها. ويبلغ متوسط تكلفة الخدمات المتعاقد عليها (أي خدمات الأمن والنظافة في المرافق) 0.415 ديناراً في المراكز الصحية الشاملة و1.41 ديناراً في المراكز الصحية الأولية لكل زيارة. وعلى الرغم من أن الخدمات

المتعاقد عليها لا تشكل نسبة مرتفعة من إجمالي نفقات المراكز، إلا أن عمليات المراجعة لتكلفة هذه الخدمات يمكن أن توفر فرصة بديلة لزيادة الاقتصاد في التكاليف وزيادة التوسع في الخدمات المقدمة وجودتها.

يتمثل أحد التباينات الواضحة من مجموعات البيانات في الاختلاف في عدد الزيارات في كل مركز صحي، الأمر الذي يتطلب مناقشة مطولة. وفي المراكز الصحية الشاملة، يبلغ متوسط عدد الزيارات 69271 وهذا يفوق العدد الإجمالي للزيارات في مركز صحي الرازي الشامل في جرش وحدها؛ بينما في المراكز الصحية الأولية، يبلغ متوسط عدد الزيارات 14920 وهذا يفوق ايضاَ العدد الإجمالي للزيارات في كل من مركز صحي مرصع الأولي في جرش ومركز صحي أبو نصير الأولي في البلقاء. ويمكن تفسير التباين في عدد الزيارات بوجود المراكز في مواقع غير مناسبة (أي القرب من مراكز صحية أخرى أو عدم توفر وسائل النقل العام) إضافة إلى النقص في الخدمات المقدمة وانخفاض الكثافة السكانية في مناطق المراكز وتدني جودة الخدمات المقدمة.

ولتحسين الاستخدام بشكل عام، يتعين وضع استراتيجية ثنائية تستهدف خفض التكاليف وزيادة زيارات المرضى للمراكز. وتتطلب تكلفة القوى العاملة والخدمات المتعاقد عليها وغيرها من المصاريف مراجعة نقدية مستمرة لضمان ترشيد التكاليف والتنافسية. ومن جهة أخرى، تعتبر زيادة عدد الزيارات لكل من المراكز الصحية الأولية امراً هاماً لتحسين التكلفة حيث أن الهدف هو الوصول إلى تكلفة نسبية منطقية وليس التحسين المطلق للتكلفة. وتتطلب زيادة عدد الزيارات إلى كل من المراكز الصحية الأولية تبني تدخلات هامة، مثل إعادة توزيع مراكز الرعاية الصحية الأولية وتحسين جودة الخدمات المقدمة وتعديل المناوبات وساعات العمل ووضع نظام صارم للتحويل إلى المستشفيات مما يعمل على رفع أعداد الزيارات ومعدلات الاستخدام في المركز الصحية بأنواعها.

الجدول 6: تحليل الزيارات لكل محافظة

مؤشر الأداء الرئيسي	الوطني	عمان	الزرقاء	البلقاء	مادبا	إربد	المفرق	جرش	عجلون	الكرك	الطفيلة	معان	العقبة
عدد الزيارات لكل مركز أولي	5877329	1450262	611853	399869	209721	1806690	293679	317129	187873	298289	45448	112652	143864
المركز الأولي: % من الزيارات لكل محافظة		%25	%10	%7	%4	%31	%5	%5	%3	%5	%1	%2	%2
مؤشر الأداء الرئيسي	**الوطني**	**عمان**	**الزرقاء**	**البلقاء**	**مادبا**	**إربد**	**المفرق**	**جرش**	**عجلون**	**الكرك**	**الطفيلة**	**معان**	**العقبة**
عدد الزيارات لكل مركز شامل	4374466	1779144	527611	237910	174921	483311	407358	140023	128043	156317	136397	124408	79028
المركز الشامل: % من الزيارات لكل محافظة		%41	%12	%5	%4	%11	%9	%3	%3	%4	%3	%3	%2
مؤشر الأداء الرئيسي	**الوطني**	**عمان**	**الزرقاء**	**البلقاء**	**مادبا**	**إربد**	**المفرق**	**جرش**	**عجلون**	**الكرك**	**الطفيلة**	**معان**	**العقبة**
عدد الزيارات لكل عيادة فرعية	260782	41705	12680	40440	3044	53524	34256	18246	20103	18962	609	8194	9289

القرية: % من الزيارات لكل محافظة		%16	%5	%16	%1	%21	%13	%7	%8	%7	%0	%3	%4

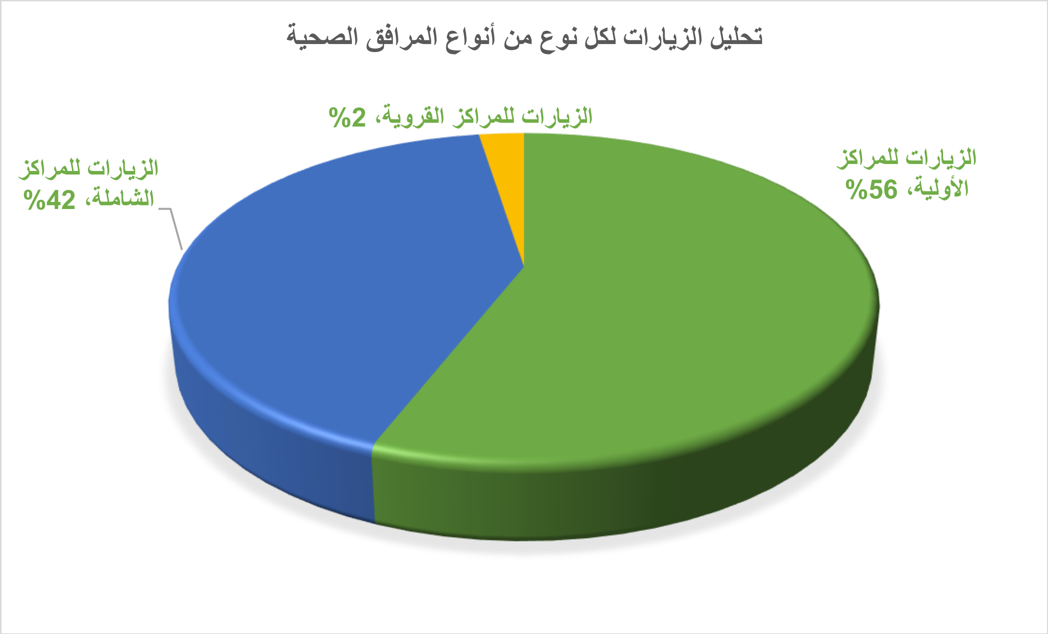
من الممكن تلخيص العديد من النقاط التحليلية من الجدول الوارد أعلاه:

1- أولاً: تستحوذ عمان وإربد على أغلب الزيارات (أكثر من 50%) ويفسر ذلك بأن معظم سكان المملكة يقطنون في هاتين المحافظتين

2- ثانياً: تستقبل المحافظات الاثنتا عشرة الأخرى نسبة 50% المتبقية من إجمالي الزيارات. وتتراوح حصة بعض المحافظات من الزيارات بين 1-5%.

3- ثالثاً: تبلغ نسبة الزيارات إلى المراكز الفرعية 2% من إجمالي الزيارات. ومن جهة أخرى، تستقبل المراكز الشاملة والأولية 98% من إجمالي الزيارات في المملكة.

4- رابعاً: على المستوى الوطني، تستقبل المراكز الصحية الشاملة 56% من إجمالي الزيارات، بينما تستقبل المراكز الصحية الأولية 42% من إجمالي الزيارات. (حسب الرسم البياني الوارد أدناه)



يسلط الجدول الوارد أدناه الضوء على مناطق المملكة المخدومة من خلال المراكز الصحية الأولية بشكل زائد عن الحاجة أو على نحو أقل من اللازم. وتبين الخلايا الزرقاء في الجدول المحافظات المخدومة بشكل زائد عن الحاجة حيث يتم افتتاح عدد كبير من مراكز الرعاية الصحية الأولية التي تخدم عدداً أقل من السكان. وعلى الجانب الآخر، فإن متوسط عدد الزيارات لكل مركز للرعاية الصحية الأولية في عمان وإربد مرتفع جداً (أعلى من المعدل الوطني البالغ 15574 مركزاً). ويقدم الجدول أدناه الدليل المبدئي على الحاجة إلى إعادة توزيع مراكز الرعاية الصحية الأولية من أجل توفير التكاليف وتقديم الخدمات للسكان بشكل أفضل بناءً على الاحتياجات الحقيقية.

استقبلت العاصمة ثلث الزيارات للمراكز الصحية في عام 2017 واستقبلت إربد خُمس الزيارات في نفس العام. وعلى الجانب الآخر، استقبلت العقبة ومعان والطفيلة وعجلون 9% من حجم الزيارات على المستوى الوطني، ومع ذلك فهذه المحافظات تضم 18% من مراكز الرعاية الصحية الأولية ويمكن تفسير حجم

الزيارات المتدني نسبيا" في هذه المحافظات بأنها من المحافظات المترامية الأطراف والنائية، وبحاجة إلى خدمات صحية للتجمعات السكانية قليلة العدد

ويشير الفرق في معدل الزيارات لكل من مراكز الرعاية الصحية الأولية (انظر الجدول أدناه) إلى وجود مشكلة في إحداث التوازن بين العرض والطلب. وتبرز هنا الحاجة إلى إعادة توزيع المراكز من أجل تحقيق التوازن بين العرض والطلب.

الجدول 7: تحليل الزيارات لكل محافظة

مؤشر الأداء الرئيسي	الوطني	عمان	الزرقاء	البلقاء	مادبا	إربد	المفرق	جرش	عجلون	الكرك	الطفيلة	معان	العقبة
عدد الزيارات لكل محافظة	10.5 مليون	32.7 مليون	11.54 مليون	678 ألف	387 ألف	2.3 مليون	735 ألف	475 ألف	336 ألف	473 ألف	182 ألف	245 ألف	232 ألف
% من الزيارات لكل محافظة	100 %	%31	%11	%6	%4	%22	%7	%5	%3	%5	%2	%2	%2
إجمالي عدد المراكز الصحية	673	114	45	71	28	122	87	26	31	63	22	42	24
متوسط الزيارات لكل مركز صحي	15.5 ألف	28.6 ألف	25.6 ألف	9.5 ألف	13.8 ألف	19.5 ألف	8.4 ألف	18 آلاف	10 آلاف	7.5 ألف	8.2 ألف	5.8 ألف	9.6 ألف

4- الرعاية الصحية الأولية في حالات الطوارئ

من خلال عينة من المستشفيات الثانوية، قمنا بالتحقق من العدد النسبي للزيارات التي تُعد رعاية صحية أولية. ويتضمن ذلك دراسة زيارات غرفة الطوارئ. ويسمح لنا ذلك بتعريف أنماط استخدام الخدمات الصحية الأولية بشكل أفضل والتي تكون خارج بيئات العيادات/ المراكز الشاملة. وسيعمل ذلك على المساعدة في توجيهنا في عملية تحديد الخطوات للتحول في أنماط الاستخدام واحتمال التخفيض من التكلفة.

يتلقى عادة مرضى غرفة الطوارئ أحد مستويات الرعاية الخمسة: المستوى 1 للمشكلات البسيطة مثل آلام الأذن، والمستوى 2 يمكن أن يكون للجروح التي تحتاج إلى غرز، في حين أن المستوى 5 يكون للمشكلات الشديدة مثل كسور العظام. ويوجد هناك مستوى رعاية أعلى للمرضى ذوي الحالات المرضية الحرجة التي تفوق المشكلات السابق ذكرها. وتشير التقديرات في الولايات المتحدة على سبيل المثال، إلى أنه يمكن توفير أكثر من 18 مليار دولار سنوياً في حال استفادة المرضى الذين تعتبر مشكلاتهم الطبية "من الممكن تجنبها" أو غير عاجلة من الرعاية الصحية الأولية أو الوقائية وعدم اعتمادهم على غرف الطوارئ من أجل احتياجاتهم الطبية (المصدر: غرفة الطوارئ مقابل الرعاية العاجلة: منظمة الأمريكيتين للمساعدة في الديون).

أظهرت زيارات الطوارئ في مستشفيات وزارة الصحة لعام 2017 أن نسبة زيارات الطوارئ إلى إجمالي الزيارات تتراوح من 0% في مستشفى الرويشد إلى 100% في مستشفى الرمثا (إجمالي عدد زيارات الطوارئ 3522359 لجميع مستشفيات وزارة الصحة). وبشكل عام، بلغ متوسط المقارنة بين زيارات الطوارئ والزيارات غير الطارئة كما نُشرت في الكتاب الإحصائي لوزارة الصحة في عام 2017 ما نسبته 40.1% مقابل 59.9%، على التوالي.

قمنا باختيار 3 مستشفيات بناءً على تصنيفها على النحو التالي: مستشفى عام أو تعليمي رعاية ثالثية وخرجنا بالنتائج التالية:

- بلغت نسبة الحالات الطارئة في مستشفى الشونة الجنوبية 67.3% من إجمالي الحالات وهذا يعني أن معدل الحالات غير الطارئة 32.7%.
- بلغت نسبة الزيارات/الحالات الطارئة في مستشفى الأميرة بسمة 30% وهذا يعني أن 70% من الحالات التي زارت المستشفى تعتبر حالات غير طارئة.
- أما بالنسبة لمستشفى البشير الذي يُعد أكبر مجمع لحالات الطوارئ في الأردن، فإن غالبية الحالات التي زارت المستشفى كانت حالات طارئة حيث بلغ مجموعها حوالي 70% (69.7%)[2] من إجمالي عدد الزوار. ويشير ذلك إلى العبء الكبير على قسم الطوارئ في مستشفى البشير على الرغم من نظام التصنيف المطبق في المستشفى.

تعتبر 40% من إجمالي الزيارات الطارئة مع بعض الاختلافات بين مستشفيات وزارة الصحة زيارات طارئة، بينما تعتبر حوالي 60% منها غير طارئة. ووفقاً لتقرير "التكلفة والأثر المالي لتوسيع نطاق برنامج التأمين المدني ليشمل الأردنيين الضعفاء واللاجئين السوريين" الذي أجرته اليونيسف واستناداً إلى دراسة بشأن تكلفة الخدمات المقدمة في مرافق وزارة الصحة في عام 2013، تشير التقديرات إلى أن متوسط التكلفة لكل زيارة إلى مراكز الرعاية الصحية الأولية يبلغ 7.14 ديناراً، ومتوسط التكلفة لكل زيارة إلى غرفة الطوارئ يبلغ 14.74 ديناراً وهذا يعني أن التكلفة مضاعفة. ويمكن توفير مقداراً كبيراً من الأموال، وتوجيه أكثر من 60% من الزيارات إلى مراكز الرعاية الصحية الأولية لتلقي الرعاية فيها. ومن الجدير ذكره أن التكلفة العالية لزيارة الطوارئ مقارنة بزيارة المركز الصحية يعود إلى التكاليف الإضافية الأخرى في المستشفى كالتكاليف الإدارية، والوظائف الداعمة، وعمل الاختصاصيين، حيث أن مثل هذه الخدمات لا تقدم في المركز الصحية الأولية.

ويبرز من بين الأنشطة اليومية الهامة التي تضمن تقديم الرعاية الطبية الكافية للمرضى الرعاية من خلال التحويل من مراكز الرعاية الأولية إلى المستشفيات. ولتحسين جودة رعاية المرضى، يجب أن يكون وضع وتحسين نظام سليم خاص بالتحويل هدفاً رئيسياً.

ويعتبر السعي للحصول على الرعاية المتخصصة في المستشفى بدلاً من زيارة عيادة الرعاية الصحية الأولية للمرة الأولى امراً شائعاً في الأردن. ويعتبر الاستخدام المبالغ فيه للرعاية الثانوية الناجم عن تجاوز مراكز الرعاية الصحية الأولية مشكلة واسعة الانتشار في الأردن، حيث أن هناك تصوراً عاماً بأن مرافق الرعاية الصحية الأولية ذات جودة غير كافية.

وتهيمن الأمراض غير السارية على العبء الناتج عن الأمراض في الأردن. وهناك إقرار عام بأن تحسين عملية تقديم الخدمات الصحية التعزيزية والوقائية والعلاجية من خلال نظام سليم للرعاية الصحية الأولية يعمل على الحد من التكاليف الزائدة المرتبطة بتقديم الخدمات (الرعاية لمراجعي العيادات الخارجية والمقيمين في المستشفى) في مستشفيات الرعاية الثانوية/الثالثية.

يمكن أن تحد العديد من المبادرات من تدفق المرضى من مراكز الرعاية الأولية إلى الثانوية مثل تعزيز نظام التحويل واعتماد أنظمة المواعيد لرعاية مرضى العيادات الخارجية وإدخال ثقافة الوعي بالتكلفة في النظام الصحي وبين العاملين بالمهن الصحية وزيادة الوعي العام لتعزيز استخدام الرعاية الصحية الأولية الفعالة من

---

[2] *(مصدر المعلومات: الكتاب الإحصائي السنوي لوزارة الصحة 2017)*

حيث التكلفة وتحسين جودة الخدمات المقدمة من خلال اعتماد تخصص طب الأسرة باعتباره الخط الأمامي ونقطة الاتصال الأساسية ومن خلال دعم التطوير المهني المستمر، فضلاً عن الاستثمار في المبادرات التي تعزز التدابير الوقائية التي تهدف إلى الحد من انتشار الأمراض غير السارية من خلال العمل على مكافحة السلوكيات التي تنطوي على المخاطرة ومن خلال تطبيق النهج الأفضل في منظمة الصحة العالمية في التعامل مع عوامل الخطر التي تؤدي إلى الأمراض غير السارية الرئيسية في الأردن.

5- اختيار الرعاية الصحية الأولية

قام مشروع التمويل الصحي والحوكمة طوال شهر آب 2018 بعمل مجموعات نقاش بؤرية ضمن عينة ممثلة متعددة شملت 6 مجموعات بؤرية مركزة موزعة على مجموعتين، مجموعة للإناث ومجموعة للذكور وذلك في كلٍ من عمان والكرك وأربد بحضور اجمالي بلغ خمسون مشاركاً. وكان الهدف من هذه المجموعات الوصول إلى فهم أفضل لتجارب الرجال والنساء الأردنيين في مستشفيات وزارة الصحة مقابل مراكز الرعاية الصحية الأولية، وتحديد أي من الجهتين تفضل النساء بشكل أكبر والسبب وراء ذلك. وتم تقسيم ردود المشاركين إلى فئتين رئيسيتين مع وجود بعض المرونة: (1) المشاركون الذين يفضلون مستشفيات وزارة الصحة، (2) المشاركون الذين يفضلون مراكز الرعاية الصحية الأولية. أظهرت النتائج أن الغالبية العظمى من المشاركين يفضلون مستشفيات وزارة الصحة على مراكز الرعاية الصحية الأولية وذلك لمجموعة متنوعة من الأسباب، بما في ذلك تحديداً المجموعة الأكبر من الخدمات التي تقدمها. ومع ذلك، فقد فضل بعض المشاركين مراكز الرعاية الصحية الأولية بسبب القدرة على تحمل تكاليفها.

وتمثل السبب الأكثر شيوعاً لتفضيل المشاركين لمستشفيات وزارة الصحة في العدد الكبير من الخدمات المتاحة والجودة العالية للخدمات المقدمة. وأبرز جميع المشاركين تقريباً ممن أبدوا تفضيلهم لمستشفيات وزارة الصحة أن العلاج الذي حصلوا عليه في مستشفيات وزارة الصحة كان على الأغلب غير قابل للمقارنة من حيث الجودة بما كانوا سيحصلون عليه لو زاروا مركزاً للرعاية الصحية الأولية. وعبرت إحدى المشاركات من مدينة إربد عن خيبة أملها في مراكز الرعاية الصحية الأولية بسبب النقص في الخدمات المقدمة. . وقالت للمجموعة " لقد ذهبت أكثر من مرة إلى مركز الرعاية الصحية الأولية ولم يكن هناك طبيب أسنان". وعبرت بعد ذلك عن إحباطها من مستشفيات وزارة الصحة بسبب ازدحامها الشديد وأوقات الانتظار الطويلة فيها، ولكنها أقرت بأن البديل كان أكثر إحباطاً بسبب نقص الخدمات مثل طب الأسنان.

وإضافة إلى نقص الخدمات، أخبر اثنان من المشاركين المجموعة عن الافتقار إلى التنظيم والهيكلة داخل مراكز الرعاية الصحية الأولية، وخاصة عدم المهنية فيها والمواعيد. وعلى سبيل المثال، فقد أوضح أحد المشاركين قائلاً عندما تذهب إلى العيادة الصحية [أي، مركز الرعاية الصحية الأولية] الساعة 1:00 مساءً ثم تذهب مرة أخرى [في يوم آخر] الساعة 12:00 ظهراً، سيخبرونك أن العيادة مغلقة كذلك، على الرغم من تفضيل بعض المشاركين لمستشفيات وزارة الصحة على مراكز الرعاية الصحية الأولية، فقد ذكروا بأنه لا يمكنهم تحمل التكلفة. وينطبق ذلك بشكل خاص على المشاركين الذين لا يمتلكون تأميناً صحياً أو الذين لا يمتلك أفراد أسرهم و/أو أقاربهم تأميناً صحياً وأوضحوا أن تلقي حتى أقل الخدمات في مستشفيات وزارة الصحة دون وجود تأمين صحي لم يكن في المتناول. اعتبرت مجموعة من المشاركين من مختلف المدن والجلسات، خاصةً أولئك الذين لا يمتلكون تأميناً صحياً، أن الأمر يستحق أن ينفقوا أموالهم لزيارة مستشفى خاص أو مستشفى تابع للخدمات الطبية الملكية نظراً للجودة الفائقة للخدمات وتوفر عدد أكبر من الخدمات.

وعلى نفس المنوال، فإن معظم المشاركين الذين فضلوا المراكز الصحية الأولية على مستشفيات وزارة الصحة فضلوها بسبب تكلفتها، حيث قارنوا بالتفصيل بين تكلفة الزيارات السابقة لمستشفيات وزارة الصحة مقابل مراكز الرعاية الصحية الأولية وبينوا أن الفرق في العلاجات أو الإجراءات التي تلقوها في مستشفيات وزارة

الصحة أفضل بشكل بسيط مما يتلقونه في مراكز الرعاية الصحية الأولية. ومع ذلك، فقد أدرك البعض منهم أنه رغم أن مراكز الرعاية الصحية الأولية قد تكون أقل تكلفة، إلا أنها كانت محدودة في قدرتها على توفير خدمات واسعة وعالية الجودة مثل مستشفى وزارة الصحة الذي سيكون قادراً على توفيرها.

وأظهر عدد قليل من المشاركين الآخرين الذين أبدوا تفضيلهم لمراكز الرعاية الصحية الأولية إحباطهم من زياراتهم السابقة لمستشفيات وزارة الصحة. وأوضحوا أن مستشفيات وزارة الصحة كانت مزدحمة عادةً مما تسبب في انتظارهم لفترات طويلة. كما ذكر عدد من المشاركين أنه بسبب الكثافة العالية في المستشفى، فإن العاملين في المستشفى كانوا أقل مودة ولطفاً مع المرضى. وفي مقارنة أخرى بين الجهتين، أورد المشاركون تجارب كان فيها موظفو مراكز الرعاية الصحية الأولية ودودين ومرحبين بشكل خاص مع مرضاهم. ويلخص الجدول الوارد أدناه ويسلط الضوء على العوامل الدافعة الرئيسية للمرضى للذهاب إلى مراكز الرعاية الصحية الأولية والتي تم تحديدها خلال مناقشات مجموعة التركيز.

هناك بعض المبادرات التي تلبي خيارات المرضى وما يفضلونه مثل نظام المواعيد لتجنب أوقات الانتظار الطويلة، وضمان توفر العلاج، والخدمات الرئيسية، إضافة إلى ضرورة عقد دورات تدريبية منتظمة، واعتمادية المهن للتأكيد على أقصى معايير الجودة.

فيما يلي قائمة تلخص أهم العوامل المحفزة للمرضى لاختيار الذهاب إلى المركز الصحية الأولية حيث تم استخلاصها من جلسات المجموعات البؤرية المركزة.

الجدول 8: العوامل الدافعة الرئيسية لاختيار مراكز الرعاية الصحية الأولية

#	العوامل الدافعة الرئيسية لاختيار مراكز الرعاية الصحية الأولية
1	توفر الأدوية
2	الموقع والبعد عن مركز الرعاية الصحية الأولية
3	القدرة المهنية بالإضافة إلى المهارات الشخصية لدى الأطباء، ومهارات التواصل للعاملين مع الجمهور
4	الانتظار ووقت الانتظار في مركز الرعاية الصحية الأولية، وتطبيق نظام للمواعيد
5	توفر الخدمات الرئيسية (شمولية المركز)

6- نماذج الرعاية الصحية الأولية

يواجه نظام الرعاية الصحية الأولية في الأردن تحديات عديدة مماثلة للتحديات التي واجهت تركيا في عام 2003. ويمكن تقسيم التحديات إلى ست فئات: القوى العاملة، موقع المرافق، تصور الرعاية الصحية الأولية، نظام التعويض مقابل الأداء، الحوكمة ومخصصات الموازنة. وهذه هي المجالات الرئيسية التي تتطلب من الأردن العمل عليها، وبالتالي فإن التجربة التركية ستقدم الفائدة لأي خطط مستقبلية للتحول الذي يركز على الرعاية الصحية الأولية.

بدأت تركيا في عام 1990 بتحويل نظام الرعاية الصحية فيها، حيث قامت خطة التحول الصحي بإصلاح تمويل الرعاية الصحية وتقديمها والتأمين في تركيا. وكتبت منظمة الصحة العالمية أن التجربة التركية تظهر أنه "من الممكن تحقيق تحسينات كبيرة في أداء النظام الصحي خلال فترة زمنية قصيرة نسبيا" في ظل توفر الظروف الصحيحة.

قبل "خطة التحول الصحي"، كان نظام الرعاية الصحية في تركيا مقسما "على نحو كبير". وتولت وزارتان منفصلتان مسؤولية الحوكمة، وقدمت ثلاثة برامج تأمين منفصلة التمويل، وكان 40% من حجم

الإنفاق على الرعاية الصحية خاصاً وكان الرضا متدنياً بين المرضى والجهات المقدمة للرعاية. وكانت الجودة العامة للرعاية متدنية أيضاً، وخصوصًا في الرعاية الصحية الأولية. وكان هناك أيضاً، تباينات كبيرة في جودة الرعاية وتوزيع المختصين بالرعاية الصحية. وكان معدل العمر المتوقع منخفضاً ومعدل وفيات الرضع مرتفعاً بالإضافة إلى تدني خبرة المرضى.

وضع وزير الصحة التركي خطة التحول الصحي في عام 2003 بهدف ضمان أن الرعاية الصحية حق للجميع حيث تم توفير تغطية شاملة للتأمين الصحي والحماية من المخاطر المالية وزيادة رضا المرضى ومقدمي الرعاية الصحية. وشملت عملية الإصلاح عدة تدخلات استراتيجية تغطي الرعاية الصحية الأولية والمعايير الأخرى:

أ- وضع برنامج البطاقة الخضراء الذي وحد برامج التأمين الحكومية ووسع التغطية التأمينية لتشمل جميع المواطنين الأتراك.

ب- نظراً لزيادة الأجور الحكومية، تحول عدد كبير من الأطباء طوعاً إلى الممارسة العامة فقط. وحالياً فإن معظم الأطباء يعتبرون موظفين متعاقدين مع الحكومة.

ج- تم توحيد المستشفيات الحكومية تحت مظلة معهد المستشفيات العامة بحيث يمكن إدارتها على نحو أكثر كفاءة، كما تم اعتماد برنامج تمويل الدفع مقابل الأداء في المستشفيات لتحسين الجودة.

د- تمت إعادة هيكلة دور وزارة الصحة لإبعاد الوزارة عن تقديم الخدمة المباشرة وتحولها نحو دور تنظيمي وقيادي، كما هو موضح في مقولة "المزيد من التوجيه، والقليل من التجديف".

هـ- أطلقت تركيا برنامج طب الأسرة الذي يفرض تقديم جميع خدمات الرعاية الأولية المدفوعة عن طريق التأمين الحكومي في مركز طب الأسرة. وعادةً ما تتم إدارة مراكز طب الأسرة من قبل طبيب مع فريق من ممرض واحدة ومساعد طبي واحد أو اثنين حيث يتولى كل فريق المسؤولية عن توفير الرعاية لعدد من الأشخاص يتراوح من 1000 إلى 4000.

و- تم تقديم الحوافز المالية لدعم برنامج طب الأسرة حيث حصل أطباء الأسرة على مبلغ محدد من المال عن كل مريض يقومون بعلاجه. وتم تصميم دفع رأس المال لزيادة أجور الأطباء بنسبة 10% مما أدى إلى استقطاب المزيد من الأطباء إلى التخصص. وتعتبر ممارسات طب الأسرة مؤهلة للحصول على دفعات إضافية أو تخضع لعقوبات من خلال الدفعات بناءً على جودة ممارساتها.

ز- إعادة توزيع الأطباء من المناطق الحضرية ذات الكثافة العالية للطبيب إلى المناطق الريفية التي تعاني من ندرة الأطباء لإيجاد توزيع أكثر عدلاً للأطباء في جميع أنحاء البلاد.

ح- نفذت تركيا برنامجاً تدريبياً لممارسة الطب العام وطُلب من الأطباء إعادة التأهيل كأطباء أسرة. وأقرت عملية الإصلاح بأنه للحصول على التعويض من برامج التأمين الحكومية، فإن على جميع الأطباء الذين يقدمون خدمات الرعاية الأولية إعادة التأهيل كأطباء أسرة. وكان التدريب عبارة عن برنامج مكثف لمدة عشرة أيام يتعلم فيه الأطباء الأساسيات المتعلقة بممارسة طب الأسرة.

ط- لمعالجة مشكلة النقص في أطباء في الرعاية الأولية، قامت الحكومة التركية بزيادة عدد المقاعد للطب في الجامعات الحكومية المتاحة للطلاب.

ي- عملت فرق المنسقين الميدانيين كنقاط اتصال بين المكتب المركزي لوزارة الصحة ومراكز تقديم الخدمات لتسهيل تدفق المعلومات في الاتجاهين من مقدمي الخدمات والمراكز في الميدان إلى صانعي القرار.

ك- دعمت العديد من العوامل الداعمة عملية الإصلاح، بما في ذلك الالتزام السياسي المستمر والقيادة القوية ونمو الناتج المحلي الإجمالي لتركيا. وقد تحقق الالتزام السياسي من خلال سيطرة الحزب الواحد على السلطة التشريعية والاستقرار السياسي والإشارة المتكررة لخطة التحول الصحي ودعمها من قبل رئيس الوزراء والدعم واسع النطاق لموازنة خطة التحول الصحي.

ل- مرت تركيا بزيادة متزامنة في الناتج المحلي الإجمالي خلال العقد الأول من القرن الحادي والعشرين. وسمح ذلك بزيادة الإنفاق على الصحة من 9 مليار دولار في عام 2002 ليصل إلى 34 مليار دولار في عام 2012، في حين ارتفعت النسبة المئوية من الناتج المحلي الإجمالي المخصصة للصحة من 3.9% إلى 4.3% فقط.

م- تحسنت أيضاً مدخلات وعمليات النظام الصحي خلال عملية الإصلاح. وزاد عدد قاعات الاستشارة الخاصة بطب الأسرة من حوالي 6000 في عام 2000 إلى أكثر من 16000 في عام 2008، وهذا مقياس لزيادة قدرة نظام الرعاية الصحية الأولية.

ن- انخفض تغيب الأطباء، وهي مشكلة رئيسية قبل عملية الإصلاح، وارتفع الاستخدام من خدمات الرعاية الصحية من 2.4 زيارة للطبيب لكل فرد سنويًا في عام 2000 إلى 6.3 زيارة للفرد سنويا في عام 2008.

ومن الجدير ذكره أن وزارة الصحة قد تبنت العديد من المبادرات التي تتماثل مع خطة التحول الصحي في تركيا ومنها:

- التوسع في تغطية التأمين الصحي تدريجيا" وصولا" للتغطية الشاملة
- زيادات الأجور والحوافز ضمن الإمكانات المتاحة لوزارة الصحة
- استقلالية المستشفيات وتطبيق اللامركزية في اتخاذ القرار والتوسع في الصلاحيات الإدارية والمالية
- برامج طب الأسرة واستقطاب الأطباء المختصين بطب الأسرة للعمل في وزارة الصحة
- وضع حوافز للعاملين في المناطق النائية
- تدريب الأطباء العامين على الرعاية الصحية الأولية ومجالات طب الأسرة

بالإضافة الى زيادة المخصصات من الموازنة العامة الى موازنة وزارة الصحة وتحسين التقارير الخاصة بخدمات الرعاية الصحية الأولية والتغذية الراجعة ما بين مقدمي الخدمات في المراكز الصحية وصانعي القرار، وتوجه الوزارة لربط الحوافز بالإنتاجية.

7- النتائج والتوصيات الرئيسية

يحتوي هذا التقرير على كم كبير من المعرفة التي تشير إلى عدة فرص وتحديات تواجه نظام الرعاية الصحية الأولية في الأردن، ومن بين ذلك ثلاثة معايير استراتيجية هامة:

أ. التباين في معدلات الاستخدام:

هذا التقرير يشير إلى أن هناك تبايناً واضحاً في الكلفة بين مختلف المراكز الصحية، وحتى المراكز من نفس النوع، وهذا يشير إلى التباين في إدارة الموارد مما ينعكس على الكلفة. الأسباب مختلفة وقد تعود إلى مكان المركز الصحي، والكوادر، ونوعية الخدمة، وساعات الدوام، والكثافة السكانية. هناك ضرورة ملحة للتوصل

إلى معدل كلفة الوحدة للنوع الواحد من المراكز الصحية مع الأخذ بعين الاعتبار صعوبة تطبيق ذلك حيث أن المجموعات السكانية في المناطق النائية وذات الكثافة السكانية المتدنية بحاجة إلى خدمات صحية تقدمها الدولة ولا يوجد بديل لذلك حاليا

ب. التباين في التوزيع:
بين التقرير أن هناك عدد من المراكز الصحية يمكن العمل على تحسين موقعه الجغرافي لتعظيم مخرجاتها في الرعاية الصحية، ولتحقيق هذا الهدف فإن هناك حاجة لإعادة توزيع المركز الصحية استناداً لعدة مقاييس كالحركة والكثافة السكانية، ووجود بدائل كالقطاع الخاص. هناك أيضاً حاجة لتقييم الوضع الراهن في كافة المركز الصحية لإعادة تصميم التوزيع الجغرافي لهذه المراكز.

ج. التباين في الاستراتيجية:
من الواضح في السياق الأردني أنه عند المقارنة مع دراسة الحالة التركية في تطوير الرعاية الصحية الأولية، لا يوجد شيء مشترك في استراتيجية التعامل مع الرعاية الصحية الأولية، لذا يجب اعتماد نهج الإصلاح الشمولي حيث أنه يجب التوافق على جميع التدخلات. لذا لابد من وضع استراتيجية خاصة بالأردن تناسب إمكانياته وحاجاته والوضع الاجتماعي والاقتصادي والسياسي.
من الأمثلة على التدخلات الاستراتيجية: تطوير وتحسين نظام التحويل، معايير إنشاء مركز صحية، اعتماد مرافق الرعاية الصحية الأولية، إعادة ترخيص الأطباء، ربط الحوافز بالأداء، إعادة توزيع المراكز الصحية بشكل متناسب جغرافياً، تطوير التشريعات والقوانين الخاصة بالرعاية الصحية الأولية كأساس لتحسين الصحة، والوقاية من الأمراض غير السارية، وتحفيز الأطباء لممارسة طب الأسرة، وأخيراً الدعم السياسي والقيادة الداعمة لتطوير الرعاية الصحية الأولية.

نتيجة لمخرجات هذه الدراسة ولغايات تطوير استراتيجيه خاصة بتطوير الرعاية الصحية الأولية، هناك عدة مجالات رئيسية للتركيز عليها وهي:

1- تعتبر العوامل السياسية والاجتماعية معوقات كبيرة تواجه إصلاح الرعاية الصحية الأولية، وتعتبر ملاحظة شائعة تم تلقيها خلال بحثنا ومناقشاتنا مع مسؤولي وزارة الصحة. ويمكن تطبيق الأساليب العلمية لتحسين توزيع وتغطية مراكز الرعاية الصحية الأولية. ومع ذلك، فإن هذه الأساليب تتعارض مع الحقائق على أرض الواقع (أي مطالب الناس وتفضيلاتهم والقرارات السياسية). ويواجه نفس النهج العلمي المستخدم لتحسين وزيادة الاستفادة من الرعاية الصحية الأولية نفس الحواجز السياسية والاجتماعية (أي أنه في كثير من الحالات تضم مراكز الرعاية الصحية الأولية عدداً زائداً من الموظفين، وتدرك وزارة الصحة ذلك. ومع ذلك، وبسبب الضغوط الاجتماعية والسياسية، لا يتم تطبيق تكتيكات تخفيض الموظفين أو إعادة توزيعهم). وبدون وجود إرادة وقيادة سياسيتين كبيرتين لمواجهة التحديات بشكل مباشر، نعتقد أنه من الصعب إدخال تحسينات على التوزيع والاستخدام.

2- عند أخذ المثال التركي في الاعتبار، فإن البيئة المواتية التي نجحت في إعادة تنظيم الرعاية الصحية الأولية في تركيا غير متوفرة في السياق الأردني. ويجب وضع العديد من معايير البيئة المواتية مثل تخصيص موازنة لتحسين الرعاية الصحية الأولية والتشجيع على التخصص في الطب العام/طب الأسرة وتشجيع الانتقال إلى المناطق الريفية وربط تعويض الأطباء بالأداء والأهم من ذلك ضرورة قيام وزارة الصحة بتبني دورها التنظيمي والقيادي بدلاً من تقديم الخدمات. (يرجى الرجوع إلى دراسة الحالة في تركيا).

3- تعتبر إعادة توزيع مراكز الرعاية الصحية الأولية مبادرة رئيسية تسهم في خفض التكاليف وزيادة عدد الزيارات وتحسين الجودة. وستقوم دراسة التكاليف الشاملة لتقييم الأداء المالي لكل من مراكز الرعاية الصحية الأولية بتسليط الضوء على مراكز الرعاية الصحية الأولية ذات الأداء الأعلى والمراكز ذات الأداء الأدنى (انظر الجدول 5). ومن هذا المنطلق، سيتمكن صانعو القرار من اتخاذ قرارات أكثر استنارة وموضوعية فيما يتعلق بنقل بعض مراكز الرعاية الصحية الأولية ودمجها وحتى إغلاقها. وتعتبر هذه القرارات هامة لأنها ستحرر الموارد البشرية القيّمة اللازمة في مناطق أخرى وستسمح بتوسيع مناوبات العمل لتلبية متطلبات السكان.

4- يتطلب تحسين معدلات الاستخدام إجراء تقييم تفصيلي لعدد الموظفين وإنتاجيتهم. ويتعين أن يكون ذلك جزءاً من استراتيجية شاملة تدرس توزيع المراكز الصحية وإنتاجية القوى العاملة وإعادة تنظيم الزيارات وأنظمة التحويلات وبرامج التعويض والحوافز ومخصصات الموازنة المناسبة. ونعتقد أنه يتعين معالجة معدلات الاستخدام من منظور استراتيجي شامل بدلاً من منظور القوة العاملة التكتيكية فقط. ويقدم المثال التركي معلومات جيدة عن مجموعة المبادرات ضمن إطار "خطة التحول الصحي" التي بدأت في عام 2003. كما أن هناك حاجة إلى نهج شمولي متكامل.

5- يعتبر التصور العام لجودة وخدمات الرعاية الصحية الأولية مجالاً حساساً رئيسياً للعمل عليه وهاما " في تصميم التدخلات لتحسين الاستخدام. ويجب أن يكون قياس رضا المرضى وتصوراتهم نشاطاً مستمراً ومرتبطاً ارتباطاً وثيقاً بالتحسينات على الرعاية الصحية الأولية. وبناءً على ذلك، يتعين أن يكون هنالك حملات داخلية وخارجية مدروسة بشكل جيد في مرحلة تحسن الرعاية الصحية الأولية من منظوري التوزيع وتقديم الخدمات. ولن تنجح حملات العلاقات العامة والتسويق إلا إذا شعر عامة الناس بتحسينات حقيقية وفعلية على أرض الواقع.

6- تعتبر تكلفة العلاج في المراكز الثانوية والعيادات الخارجية، كما هو موضح في التقرير، أعلى بكثير منه في مراكز الرعاية الصحية الأولية. وهناك حاجة إلى التنفيذ الصارم لنظام تحويل محسّن يعمل على ثني كل من الطبيب والمريض عن مخالفة العملية من أجل السيطرة على الزيارات غير اللازمة لمرافق العيادات الخارجية والطوارئ والتي يمكن التعامل معها بسهولة في مرافق الرعاية الصحية الأولية.

7- ستتغير على الأغلب نسبة 18% من إجمالي الإنفاق المخصصة للرعاية الصحية الأولية كنسبة مئوية نتيجة لاستراتيجيتين مميزتين: استراتيجية تخفيض التكاليف وإعادة توزيع المراكز. وبمعنى آخر، التخلص من الهدر وتبسيط العمليات. والاستراتيجية الأخرى عبارة عن استراتيجية استثمارية في الرعاية الصحية الأولية، أي تخصيص المزيد من الأموال لدعم الرعاية الصحية الأولية الجيدة التي يتم تقديمها إلى عدد أكبر من السكان. وستعتمد كيفية تغيير هذه النسبة (بالزيادة أو النقصان) على مجموعة المبادرات الاستراتيجية ورأس المال والمصاريف التشغيلية الخاصة بها.

8- تحتاج المعايير الحالية لافتتاح المراكز الصحية الأولية في وزارة الصحة إلى التحسين والتحديث. ويجب أن تسمح المعايير لمزيد من العوامل ذات الصلة بتحديد إذا كانت المنطقة بحاجة إلى مركز صحي أولي أم لا. على سبيل المثال، يمكن أن يكون "الوقت اللازم للوصول والكثافة السكانية" من العوامل التي يتعين أخذها في الاعتبار لأنها تضع في الحسبان الوقت والمنطقة والسكان.