

# السياسة الصحية في الأردن



السياسة الصحية في الأردن

الدكتور محمد خالد الزعبي

رقم الايداع لدى دائرة المكتبة الوطنية (2023/5/2492)

بيانات الضهرسة الأولى للكتاب:

عنوان الكتاب: السياسة الصحية في الأردن

تأليف: الزعبي، محمد خالد قسيم

بيانات النشر: عمان: محمد خالد قسيم الزعبي. 2023

رقم التصنيف: 362.11

الواصفات: /الخدمات الصحية//الإستراتيجيات الطبية/

/الرعاية الطبية//الأردن/

الطبعة: الطبعة الأولى

## شركة دار البيروني للنشر والتوزيع

الأردن - عمان - وسط البلد - شارع السلط - بناية رقم (٤٩)

ص.ب: ١٨٢٢١٢ عمان ١١١١٨ - تليفاكس: +٩٦٢٦٤٦٥١٠٠٤

Email: beyrouni.publisher@gmail.com



يتحمل المؤلف كامل المسؤولية القانونية عن محتوى مصنفه ولا يعبر هذا المصنف عن رأي دائرة المكتبة الوطنية أو أي جهة حكومية.

ISBN 978-9923-0-0681-8 (ردمك)

الطبعة الأولى

2023

قد لا تستطيع رفع الظلم، لكنك تستطيع كشفه للجميع...

علي شريعتي

## الإهداء

إلى كل من يحتاج للرعاية الصحية  
وإلى الكوادر الصحية التي تقدم هذه الرعاية

## فهرس الكتاب

- 9 • تقديم
- 11 • مقدمة
- 17 • القسم الأول الجذور التاريخية لمنظومة الرعاية الصحية في الأردن.
- 19 • الفصل الأول: الطب العثماني
- 39 • الفصل الثاني: الطب التبشيري المسيحي
- 55 • الفصل الثالث: الطب الاستعماري في جنوبي بلاد الشام
- 73 • الفصل الرابع: السياسة الصحية في ظل الانتداب
- 91 • القسم الثاني: ولادة منظومة الرعاية الصحية
- 93 • الفصل الخامس: النهوض الوطني
- 103 • الفصل السادس: الكوادر الطبية / معجزة الأردن
- 119 • الفصل السابع: المستشفيات التبشيرية والاونروا والمساعدات الأجنبية
- 131 • الفصل الثامن: القطاع الصحي العام
- 149 • الفصل التاسع: الدولة الريعية في ظل الطفرة النفطية
- 169 • القسم الثالث: التوسع في الطب واستثماره في ظل المدة النفطية.
- 171 • الفصل العاشر: التعليم الطبي
- 187 • الفصل الحادي عشر: الخدمات الطبية الملكية
- 199 • الفصل الثاني عشر: القطاع الخاص اتفاقيات السلام / السياحة العلاجية

- الفصل الثالث عشر: المؤسسات الصحية  
المستقلة 217
- الفصل الرابع عشر: القرن الحادي والعشرون /  
مأزق القطاعات الصحية 235
- القسم الرابع: التأثير الدولي على السياسة  
الصحية في الأردن 243
- الفصل الخامس عشر: مفاهيم الرعاية  
والتأمينات الصحية 245
- الفصل السادس عشر: دور المنظمات الصحية  
الدولية 279
- الفصل السابع عشر: النيوليبرالية في الطب 297
- الفصل الثامن عشر: جائحة الكورونا 313
- الفصل الأخير: الخاتمة. ما البديل؟ 335
- الملاحق 355
- أولاً: الحق الدستوري بالرعاية الصحية 361
- ثانياً: الطب الصهيوني 363
- ثالثاً: الملاريا 379

## تقديم

كثيرون هم الذين كتبوا عن الطب في الاردن وتصدّوا لتأريخه، وهو نشاط فكري نبيل لن يتوقف ولن يكون كتاب الدكتور محمد خالد الزعبي آخر نتاجه، وفيما حظيت بالاطلاع على بعضه وأعجبت به وأثنت على جهد مؤلفيه الذين أسهموا في توثيق نهضة الاردن في هذا الميدان الانساني الذي يمس حياة كل مواطن، وما يزال الاطباء ابطاله الاساسيين دونما غمطٍ لدور رفاقهم من المهمن الصحية المختلفة الأخرى، فإني لم أشأ ان اقف طويلا أمام بعضٍ آخر ظنوا ان الأمر مجرد تجميع معلومات من هنا وهناك، فأثروا الأليغوصوا فيها باحثين في جوانبها محللين لعناصرها من اجل كشف ما يربطها بالتاريخ الاجتماعي والسياسي لهذا الشعب كجزء ممن يعيشون في الوطن الطبيعي الكبير، لذلك وجدتني هذه المرة أمام جهد مختلف قام به وأنجزه طبيب من صلب الشعب، جمع بين المهنة والنضال الوطني الذي كلفه سنوات غالية من عمره في المعتقلات والسجون، وما يعنيه ذلك من معاناة وعذاب. لا أزعم أني قرأت كتاب الدكتور محمد الزعبي قراءة نقدية صارمة بهدف تقيظه وتسليط الضوء على ما حواه من غزير الأرقام والإحصاءات، او تحليل مواقفه منها، فذلك لم يكن قط قصدي ولا أظنه في حدود قدرتي، لكنني بالمجمل أستطيع القول بأنه عمل كبير يُحمد عليه فقد قدّم إضافة نوعية الى ما أنتجه زملاء له سبقوه في تنكّب هذه الرسالة، رسالة التوثيق والتأريخ، بل لعله زاد على بعضهم بتحليله الاقتصادي او الاجتماعي المتفرّد المنبثق من خبراته المتنوعة وثقافته السياسية المغموسة بتجاربه الشخصية او الجمعية الممتدة زماناً طويلاً، وربما كانت قراءة سريعة لمقدمة المؤلف نفسه كافيةً لتأييد ما ذهبت اليه.. صحيح اني أتفق مع المؤلف في العديد من الاستنتاجات التي توصلّ لها حيال نشاطات ومشاريع صحية في الاردن، سواءً ما نجحت منها او تلك التي فشلت، لكنني في الوقت نفسه اختلف معه في عديد آخر ذي ارتباطٍ وثيق بجوهر المبادئ الاجتماعية والسياسية التي يؤمن بها وأزعم أني أيضاً انطلقت منها عندما تولّيت مسؤولية الصحة في هذا الوطن العزيز، وبقدر ما تمكنتُ بهديها من انجاز ما آمنت به كحقوق أساسية لكل الناس في اوطانهم، أعترف بأنني أخفقت في بعضٍ آخر بسبب الحصار الذي ضربته عليّ قوى داخلية لها مصالحها المرتبطة عضويًا بسياسات صحية واقتصادية خارجية موجهة من

قبل البنك الدولي وتتعارض في حقيقتها مع مبادئ منظمة الصحة العالمية كما عرفناها وبدأنا بتطبيقها، ولا أملك هنا إلا ان اذكّر بأن هذا البنك رغم اسمه لا علاقة له بالامم المتحدة وإنه تحت السيطرة الكاملة لاميركا وبنوكها الكبرى! وبعد..لقد عايشت تطور الأحوال الصحية في بلدي زمنًا طويلاً، مواطننا يحب وطنه ومسؤولا يرسم له سياساته الصحية، ويواصل الكتابة الصحفية لعشرات من السنين في شتى شؤون المواطنين وبينها الصحية بالطبع، وأكاد الان أن أخرج بخلاصات مؤلمة عن مصير الصحة في العالم كله بعدما اضحت رهن صناعة تتحكّم بتجارة منتجاتها الولايات المتحدة الاميركية، وتحاول بالعمولة التي يقودها المحافظون الجدد أن تفرض اقتصاد السوق المنفلت لتحويل الخدمة الطبية الى مجرد سلعة لا يحصل عليها الا من يملك ثمنها فتقدم لـ «شعوبها» -بشهادة كبار خبراءها- أسوأ نظام صحي يتسم بعدم العدالة! ويعمل في خدمتها تلقائياً دون ان يعوا جيوش المستخدمين في هذا الميدان في كل مكان من اطباء وصيادلة وفنيين وممرضات لتسويق إنتاجها الهائل من الأدوية والأجهزة والمستلزمات الطبية، لا بل والتحكم في طرائق إدارة كل المراكز والمستشفيات حسب خططها (الاعتمادية نموذجاً)، ليس من اجل خدمة الانسان بل لتحقيق مزيد من الأرباح.. والهيمنة السياسية. وأخيراً تحية لجهد مؤلفنا الدكتور محمد الزعبي الذي تفهّم المعادلة وفضح لغزها!

الدكتور زيد حمزة

## مقدمة

أتاحت لي الفرصة على مدى أربعين سنة من العمل طبيباً في القطاع الخاص وفي المؤسسة العامة للضمان الاجتماعي وسنوات أكثر من النشاط النقابي والسياسي، أن أطلع على واقع خدمات الرعاية الصحية في الأردن بإمكاناته الهائلة واخفاقاته الأكثر هولاً، وأن ألمس عن قرب معاناة المرضى والعوائل التي تقف أمام سعيهم للحصول على رعاية صحية، وأن أرى الفروقات الهائلة وعدم المساواة في الحصول على خدمات الرعاية الصحية.

وشاهدت بأم عيني معجزة الشعب الأردني الذي أرسل أبناءه لدراسة الطب في شتى بقاع الدنيا حتى تحول من منطقة خالية من الأطباء، تقريباً، في بداية القرن العشرين إلى منطقة تضم أعلى عدد من الأطباء نسبة لعدد السكان، يتميزون بكفاءات مرتفعة، وكيف تحولت هذه النعمة إلى نقمة على شكل بطالة واسعة بين صفوفهم، وصلت إلى عجز نقابتهم عن توفير معاشاتهم التقاعدية.

كما أتاح لي العمل في مؤسسة الضمان الاجتماعي الاطلاع على الدراسات التي تناولت واقع الرعاية الصحية في الأردن، ولفت انتباهي بشكل خاص الدراسات الصادرة عن صندوق النقد والبنك الدوليين، وتأثيرها على صانعي القرار في الأردن لتغيير أسس ونظام الرعاية الصحية وقواعدها. واطلعت بالمقابل على الأدبيات العالمية التي تتناول مسألة الرعاية الصحية، والمخالفة لفلسفة وصندوق النقد والبنك الدوليين ودراساتهما.

شجعتني معرفتي المباشرة بهذا الواقع، واطلاعي على الدراسات المختلفة وتأثيراتها السلبية، أن ابدأ منذ أكثر من عشر سنوات بالإعداد لهذا الكتاب عن طريق توثيق ما عرفته عن هذا الواقع، ومن الدراسات، وجعلت هذا التوثيق مدخلاً لمزيد من البحث في المصادر العلمية للإجابة عن الأسئلة التي أثارها معرفة واقع الرعاية الصحية ووجهات النظر المختلفة لجميع الأطراف المعنية بالصحة في الأردن.

تبين لي أن النظر للصحة والرعاية الصحية هو مسألة سياسية اجتماعية بالدرجة الأولى تحددها العلاقات بين مختلف الطبقات داخل كل مجتمع، وتتجمع

في مسار قابل للتغيير في البناء الفوقي للدولة حيث تندمج في تناسق مع نظرة الدولة والنظام الحاكم لهذه الدولة.

يمكن تلخيص وجهات النظر المختلفة بالرعاية الصحية كما يلي:

1. تنظر لها الغالبية العظمى من الناس لها حاجة يجب تلبيتها وحقا من حقوق الإنسان الأساسية.
  2. وينظر لها أصحاب العمل متطلبا للنتاج وضروريا لاستمرارية عملية الإنتاج الرأسمالي.
  3. ينظر لها المستثمرون في المنشآت الصحية سلعة يمكن الاستثمار بها.
  4. وينظر لها العاملون في الخدمات الصحية مهنة يعملون بها.
- مما يحدد موقف كل منهم من السياسات الصحية:

1. يطالب المرضى والمرضى المحتملين (يعني كل السكان) أن تكون الخدمات في متناولهم.
  2. يطالب أصحاب العمل ودافعوا الضرائب، عموما، بتخفيض كلفة هذه الخدمات.
  3. يهدف المستثمرون في المنشآت الصحية، لتحقيق أقصى قدر من الربح.
  4. يطالب العاملون في الصحة، بحياة كريمة وهم يقدمون هذه الخدمات.
- لا يمكن تحقيق هذه المتطلبات في الوقت نفسه، لذلك تختار الحكومات ما هو مناسب لواقع أي بلد، وهذه وظيفة الحكومة، اختيار الخلطة المناسبة من هذه المتطلبات لتحديد السياسة الصحة الكلية أو الجزئية.

فالرعاية الصحية إذن هي مسألة اجتماعية واقتصادية لكنها مسألة سياسية قبل هذا وذاك وتحتل مرتبة متقدمة في برامج الأحزاب السياسية.

1. فالأحزاب العمالية تنظر لها حقا من حقوق الشغيلة والجماهير. وهي بالتالي لا تنتهي لاقتصاد السوق الحر.
2. والأحزاب البرجوازية تنظر لها محفزا للنمو الاقتصادي. ولا بأس بوضع ترتيبات خاصة لها في إطار السوق الحر.

3. لكن الليبراليين الجدد ينظرون لها سلعة مثل غيرها من السلع تخضع لشروط السوق الحر.
  4. وينظر لها اليمين الديني فرصة للتمكين باستغلالها كونها مأساة أو من خلال العمل الخيري.
  5. وتنظر لها الإمبريالية أداة للسيطرة ومصدرا للتوسع العالمي.
- أدت الصراعات بين هذه القوى الاجتماعية إلى هيمنة إحدى هذه النظرات على المستوى العالمي حتى وصلت ذروتها رسميا في اعتبار الرعاية الصحية أحد أهم حقوق الإنسان، مما أضطر معظم حكومات العالم لوضعها حقا نصت عليه دساتيرها. أما عمليا، فقد هيمنت النظرة الرأسمالية للرعاية الصحية كونها ضرورة ومحفزا للنمو الاقتصادي، أو في الإطارين معا. ونادرا ما تتركها لقوانين السوق الحر. لكن بعض الحكومات في الدول النامية استمرت في النظر لها عبئا ثقيلا تحاول التخلص منه وتحميله لغيرها، أو كفرصة للاستفادة منها سياسيا واقتصاديا واجتماعيا.

أما الأردن، فهو من البلدان القلائل في العالم التي لم يعترف بالرعاية الصحية حقا دستوريا لمواطنيه. فالدستور الأردني يخلو من النص على حق المواطن بالصحة والخدمات الصحية، ولم يتم إصلاح هذا العيب في التعديلات المتلاحقة التي لحقت بهذا الدستور. كما لم يستخدم إمكاناته الهائلة في القطاع الصحي أداة لتحفيز النمو الاقتصادي.

فقد اتسمت السياسة الصحية الأردنية باستخدام إمكاناته الصحية لخدمة النظام الحاكم، لكنها خضعت، أيضا، لتطورات الوضع السياسي وللإملاءات الخارجية التي رافقت المساعدات المالية في ظل تبعية الأردن السياسية.

خضع الأردن للسياسات الصحية أيام العهد العثماني لحركة الإصلاحات العثمانية، وللنشاط الصحي التبشيري، ثم خضع للسياسة الصحية الاستعمارية البريطانية في ظل تقوية الطب الصهيوني. وبعد استقلال الأردن خضعت هذه السياسة لتوجهات النظام الأردني الحاكم، استمرارا للسياسة الصحية للانتداب البريطاني، لكنها ووجهت بتأثير مضاد من الحركة الوطنية الأردنية بمحاولة صياغة سياسة صحية وطنية.

حصل أول تغيير في السياسة الصحية في الأردن بفصل الخدمات العسكرية عن الخدمات المدنية بعد انقلاب 1957 على الحكومة الوطنية في محاولة لاستثمار الإمكانيات الطبية المتصاعدة لأنصاره. وجاء التغيير الثاني إثر الحرب الأهلية، حيث ترسخت الدولة الريعية في ظل محاربة المد القومي اليساري حتى في القطاعات الصحية. وجاء الثالث بمشاريع الخصخصة في ظل الأزمة الاقتصادية التي عصفت بالأردن. والتغيير الرابع الجذري حدث باستخدام القدرات الطبية لمزيد من الخصخصة والاستفادة من الصحة.

وها نحن أمام التغيير الخامس أثناء ثورات الميادين العربية والحراك الشعبي وما بعدهما من ثورات وحرركات مضادة. والذي يشهد حالياً محاولات البنك الدولي -التي استمرت منذ سنوات عديدة- لتقرير مسار السياسة الصحية في الأردن بهدف إخضاع القطاع الصحي فيه لمتطلبات السوق العالمي وحصر مسؤولية الدولة بالرعاية الصحية الأولية. وما برنامج النهضة إلا تنفيذ حر في لهذه الإملاءات.

لكل ما سبق، تم ترتيب فصول هذا الكتاب لتواكب تطورات السياسة الصحية في الأردن.

- يتناول القسم الأول السياسة أثناء الحكم العثماني والنشاط الطبي التبشيري، ثم أثناء الانتداب البريطاني.
- ويتناول القسم الثاني هذه السياسة في المملكة في بداية نشوؤها وتأثير النكبة، وانقلاب عام 1957، ثم نكسة 1967، وأخيراً أحداث أيلول 1970، بما في ذلك ظهور كل من الخدمات الصحية للأونروا ووزارة الصحة والخدمات الطبية الملكية وتطورها.
- ويتناول القسم الثالث ظهور المؤسسات الصحية خارج وزارة الصحة؛ مدينة الحسين وكلية الطب ومستشفى الجامعة والقطاع الخاص والسياحة العلاجية، وكذلك زاهن السياسة الصحية في الأردن والمشاكل التي تعانيها، بالإضافة إلى المشاريع المطروحة لإعادة هيكلة القطاع الصحي في الأردن.
- وأخيراً يتناول القسم الرابع تطور مفاهيم الرعاية الصحية عالمياً، ونشوء التأمينات الصحية وتأثير المؤسسات والسياسات الدولية على ماضي وحاضر ومستقبل الرعاية الصحية في الأردن، ودور الامبريالية والنيوليبرالية في صياغة النظم الصحية في مختلف دول العالم، ويكشف

عن وجهة النظر المضادة التي تتمثل في السياسة الصحية الوطنية من منظور علمي وثوري يضع مصلحة الجماهير الكادحة في المقام الأول. يهدف هذا الكتاب إلى نشر الوعي بالواقع الصحي في الأردن وتعميمه، من خلال السرد التاريخي والتحليل العلمي الموضوعي، عله يكون مفيداً للجمهور صاحب المصلحة وممثليه من أحزاب ونقابات وهيئات اجتماعية وطنية، في التصدي للسياسات الصحية الضارة التي يتم العمل على فرضها الآن على الأردن، ومصدراً يمكن الاعتماد عليه في النقاشات الدائرة حول تطوير الوضع الصحي في الأردن.

لم أتطرق في هذا الكتاب إلى واقع تطور الكوادر الطبية من أطباء أسنان وتمريض وصيدلة ومهن طبية مساندة، وما يتعلق بها من مؤسسات طبية، رغم الأهمية القصوى التي أدتها هذه الكوادر في تطور الرعاية الصحية في الأردن. حيث اقتصر الكتاب على تحليل واقع تطور الأطباء البشريين في الأردن، حيث لا يتسع هذا الكتاب لذكر الحجم الهائل من المعلومات التي تتعلق بهذه الكوادر الطبية.

كما لم أتمكن، للسبب نفسه، من التطرق لقضايا أخرى مهمة أيضاً، مثل دور شركات الأدوية واللوازم الطبية العالمية والمحلية في صياغة السياسة الصحية في الأردن، وغيرها من القضايا. راجياً من القارئ الكريم أن يتفهم عذري في ذلك.



## القسم الأول

الجدور التاريخية لمنظومة الرعاية الصحية في الأردن.

الفصل الأول: الطب العثماني

الفصل الثاني: الطب التبشيري المسيحي

الفصل الثالث: الطب الاستعماري البريطاني في جنوبي بلاد الشام

الفصل الرابع: السياسة الصحية في ظل الانتداب والإمارة

للأسف، فإن جذور الرعاية الصحية والطب في الأردن لم تستند لأرضية وطنية ثابتة، فقد جاءت خليطاً من ماضيٍ عثماني ضعيف، لم يستطع مساعدة السكان مع تعرضهم للأوبئة والكوارث الطبيعية والحروب، وسمح للمستعمر وأدواته التبشيرية المسيحية، والطب الصهيوني، بمشاركته في غرس مفاهيم رعاية صحية غير وطنية، مما أضعف فرص تطور هذه الرعاية لاحقاً، وأدى لتشويهها، رغم الإمكانيات الكبيرة التي توفرت لاحقاً، ورغم الجهود الكبيرة التي بذلها الشعب الأردني لتحقيق رعاية صحية متكاملة وعادلة.

## الفصل الأول

### الطب العثماني

دمر الطاعون (الموت الأسود) الذي جلبته السفن المقبلة من شرق آسيا والأوبئة اللاحقة في القرنين الرابع عشر والخامس عشر أوروبا وقلل من عدد سكانها وأضعف السلطة المسيطرة على مناطقها. وامتد هذا الوباء إلى السواحل الشرقية والجنوبية للبحر الأبيض المتوسط، وحتى لداخلها، وقضى على غالبية السكان في مدن مثل القاهرة والإسكندرية ودمشق وحلب، كما فعل في المدن الأوروبية<sup>(9)</sup>

أدى الموت الأسود دورًا رئيسيًا في صعود الإمبراطورية العثمانية. فهو لم يؤثر كثيرًا في العثمانيين الذين اعتمدوا حياة التنقل، مثلما فعل بالشرق الأوسط وأوروبا وبشكل خاص بيزنطة التي دمرها بشكل كبير. كما ساهم في إضعاف الدولة المملوكية مما مهد لاحقًا لهزيمتها في عام 1517. فالطاعون ينتقل بواسطة الجرذان وبالتالي جعل من السفن الناقل الرئيسي لها وله، مما أدى إلى انتشاره في المدن الساحلية أكثر من المناطق الداخلية. وسهل نمط الانتشار هذا على العثمانيين احتلال شرق أوروبا والقسطنطينية في عام 1453، ثم احتلال معظم سواحل البحر الأبيض، وإقامة إمبراطورية متسعة الأطراف، امتدت لتسيطر على معظم المنطقة العربية بما فيها بلاد الشام ومصر<sup>(9)،(10)</sup>.

أدى الانحدار الديمغرافي الناتج عن الوباء الأسود لآثار سلبية طويلة المدى في أوروبا والمنطقة العربية، فقد أضعف الزراعة والريف في المنطقتين لصالح المدن وتبع ذلك هجرة السكان من الريف للمدن وبداية التحول من اقتصاد زراعي ريفي إلى اقتصاد يركز على المناطق الحضرية<sup>(9)</sup>.

وكان لذلك أثر إيجابي في أوروبا، التي كانت مجتمعاتها تحت السيطرة الكلية للكنيسة، بعكس المجتمعات الإسلامية (والعربية) التي لم تملك جهازا دينيا مماثلا ومهيمنًا، حيث خضع العالم الإسلامي لحكم السلاطين والأمراء الذين يساعدهم في ذلك الجهاز الديني طالما أنهم ملتزمون بالمبادئ العامة للإسلام كما يراها العلماء المسلمون<sup>(9)</sup>

أضعف الوضع الناتج عن الأوبئة (ضمن عوامل أخرى) نفوذ الجهات المهيمنة في المنطقتين: إضعاف الكنيسة أمام السكان الأوروبيين لصالح الأمراء والحكام المدنيين في أوروبا، وإضعاف السلاطين أمام الشعوب العربية لصالح العلماء المسلمين وتقوية نفوذهم في بلاد العرب والمسلمين<sup>(9)</sup>.

لذلك اتخذ التوسع العثماني في بلاد العرب طابعا اسلاميا واضحا، ساعدهم في التغلب على المماليك، من خلال تقوية الوقفيات الإسلامية وإضافة التكايا والزوايا التي أدت أدوارا مهمة في المسائل الاجتماعية والاقتصادية وفي الصحة العامة وتحسين تغذية الفقراء، وتوسعت مسؤولياتها في الأعمال الخيرية والصدقات والزكاة، بإشراف مباشر من السلطات العثمانية<sup>(9)</sup>.

شهد القرنين الخامس عشر والسادس عشر تحسنا كبيرا في صحة رعايا الدولة العثمانية، فقد تم الانتباه لمسائل الصحة العامة والخدمات الاجتماعية والصحية المقدمة لهم بتبرعات سخية من السلطان أو أحد أفراد حاشيته أو الوزير الأعظم أو حاكم المقاطعة<sup>(11)</sup>.

أدارت الامبراطورية العثمانية مسائل الصحة العامة للإدارات المحلية وأوكلتها للوقفيات، وللمحتسب وللحكام الإداريين بما فيها عمليات جمع القمامة والنظافة العامة وشجعت على إنشاء مطابخ الفقراء، فالقدس مثلا قد شهدت بناء: 700 وقف إسلامي، و17 مدرسة و70 تكية، و40 مكتبا، و3 مطابخ للفقراء والمحتاجين، و4 خانات<sup>(11)</sup>.

### الطب العثماني

ورث العثمانيون العلوم الطبية الإسلامية التي كانت سابقة للعلوم الطبية الأوروبية. واستفادت الدولة من هذه العلوم في بدايات تكوينها في القرنين الخامس عشر والسادس عشر في نشر الرعاية الصحية لرعاياها ضمن علوم ذلك الزمان<sup>(12)</sup>،<sup>(13)</sup>.

### الطب الأكاديمي

استندت العلوم الطبية الإسلامية الأكاديمية إلى علوم طب جالينوس التي طورها عدد كبير من الأطباء المسلمين، وسادت في المستشفيات الكبيرة في المدن الكبرى، ولدى الأطباء الذين يعالجون النخبة من الحكام والإداريين والأغنياء. وكان على هذا النوع من الأطباء أن يدرس (يقراً أو يذاكر) الأدب الطبي من أمهات الكتب

الطبية الكلاسيكية مثل فصول أبقراط، وقانون ابن سينا وموجز ابن النفيس وغيرها، وكان عليه أن يتلمذ على أيد أطباء مجازين، ويتدرب في المستشفيات الرسمية (12) (13).

استندت علوم طب جالينوس في تلك المدة إلى مفاهيم العناصر الأربعة: (النار والهواء والماء والتراب) التي يحمل كل منها صفتين من الصفات الأربع التالية: (الحرارة والبرودة والجفاف والرطوبة)، وصولاً للأمزجة الأربعة التي تسيطر على جسم الإنسان (الصفراوية، والسوداوية، والبلغمية، والدموية) التي يؤدي سيطرة أحدها على جسم الإنسان إلى حدوث المرض، حيث تعزى أسباب هذه السيطرة (أي أسباب المرض) لاضطراب غير طبيعي في أحد المجالات الستة التالية: النظام الغذائي، البيئة، الراحة، اليقظة، التمارين الرياضية وإخلاء المخلفات الجسدية). وكان دور الطبيب يكمن في اكتشاف المجالات التي أدت لسيطرة أحد الأمزجة على الجسم المريض، بحيث يضع خطة علاجه بهدف معالجة الاضطراب في أحد المجالات الستة، بالإضافة لاستخدام الأعشاب الطبية مما يؤدي إلى إعادة التوازن بين أمزجة الجسم وشفاء المريض. كما اهتم بالجوانب الاجتماعية المؤثرة في جسم الإنسان، وخصوصاً فيما يتعلق بالأطعمة والغذاء. واستخدمت الجراحة في المستشفيات بأدواتها الجراحية المتقدمة نسبة لذلك الزمان (13).

إن المعرفة المتطورة والمتنوعة لهؤلاء الأطباء أكسبتهم لقب (الحكيم) وخصوصاً أنهم كانوا مضطرين لدراسة العلوم الأخرى الفقهية والفلكية والرياضيات والمنطق والتاريخ، كشرط من شروط الاعتراف بهم أطباء مميزين وميزتهم كرجال علم. كان هذا النوع من الطب سائداً أيضاً لدى النخبة في أوروبا في تلك المدة، والذي تطور لاحقاً للطب الحديث بفضل الاكتشافات والاختراعات العلمية التي صاحبت ونتاجت عن الثورة الصناعية في أوروبا (12).

## الجراحون الصناع

ظهر إلى جانب الأطباء الرسميين في الزمن العثماني أنواع عديدة من الطب الناتج عن الممارسة والتلمذة على يد ممارس (معلم) للطب (دون قراءة الكتب الطبية الكلاسيكية أو التدريب في المستشفيات)، حيث يكتسب الطب كصناعة من خلال الخبرة والتلمذة فقط.

كان الأطباء من هذا النوع متخصصين بعلاج أمراض محددة، فالحلاق (المزين) مختص بخلع الأسنان وبأنواع مختلفة من الجراحة، والمجبر بعلاج الكسور، والكحال بمعالجة أمراض العيون، والمطهر بختان الأولاد، والعطارون بتحضير الأعشاب، والداية بأمراض النساء والولادة، والحجام، والفساد، والبضاع (إخراج الحصى من الحالب)، وممارس الكي... الخ.

تم تنظيم الأطباء والجراحين وأطباء العيون وخبراء العظام وجراحي الحلاقة والصيدلة والقابلات في نقابات في الدولة العثمانية، وكان شيخ الكار (شيخ الجراحين، شيخ الكحالين...) يشرف على ممارسة أهل الخبرة<sup>(12)</sup>.

### الطب الشعبي

يشير مصطلح الطب الشعبي إلى المعارف والممارسات والمهارات القائمة على النظريات والمعتقدات والخبرات الأصلية التي تمتلكها مختلف الثقافات والتي تستخدم للحفاظ على الصحة والوقاية من الأمراض الجسدية والنفسية أو تشخيصها أو علاجها أو تحسين أحوال المصابين ويشمل طائفة واسعة من المعالجات والممارسات التي كانت منتشرة بشكل خاص في جميع أنحاء بلاد الشام، حيث كان الطيب الشعبي موجودا في كل قرية وحتى في المدن الشامية، ويقوم بدور كبير في معالجة الكثير من الأمراض<sup>(1)</sup>،<sup>(2)</sup>.

لا يمكن الفصل التام بين أنواع الطب الثلاثة: (الأكاديمي والجراحي والشعبي)، فالكثير من طرائق العلاج كانت متشابهة أو متداخلة بينها. تعددت أنواع العلاج المستخدمة وشملت الحجامه، والفسد، والكي، والتداوي بالأعشاب، واستخدام الأفيون، ومستحضرات التجميل. وظهرت بأشكال متنوعة أيضاً مثل: الحقن، والمغليات، والأقراص، والشراب، والمساحيق، والمستحلبات، والتحاميل، والأبخرة والاستنشاقات والزيوت، وللاستعمال الخارجي على شكل المراهم والمعاجين... إلخ. واستخدمت الأعشاب الطبية على نطاق واسع مثل: الأس، العناب، ماء الشعير، البرقوق، التمر الهندي، الخروع، خشب الصندل. كما مورس التطعيم ضد الجدري باستخدام البثور من المصابين<sup>(1)</sup>،<sup>(2)</sup>،<sup>(12)</sup>.

## الممارسات الطبية الأخرى

ظهر إلى جانب الأطباء الأكاديميين والجراحين والأطباء الشعبيين العديد من الممارسات الطبية الأخرى مثل :

**الطب الروحاني:** كانت التأثيرات الخارقة للطبيعة والمخلوقات غير المرئية جزءاً من التراث الثقافي لجميع الشعوب بما فيها الشعوب العربية الإسلامية. واستمر الاعتقاد القديم بقدرة العين الشريرة وأثارها الضارة في البقاء بقوة بين العرب المعاصرين كما كان بين الأوائل حيث كان الاعتقاد السائد أن بعض الأشخاص يمكنهم أن يتسببوا بمرض أو موت شخص آخر بنظراتهم الحاقدة. بالمثل أيضاً، فإن المعتقد الشائع بالجن (الأرواح) كان مشتركاً لدى الطبقات الاجتماعية. في مثل هذا السياق الفكري، مارس عدد كبير من الأشخاص (ومعظمهم من الأميين) الطب بحرية في المناطق الحضرية والريفية، وقد شمل نطاق عملهم الكثير من الأمراض التي يمكن تأويلها لهذه الخرافات (1)، (2)، (12).

**الطب النبوي:** وهي مجموعة النصائح التي وردت في الأحاديث النبوية المتعلقة بالصحة والتداوي والوقاية. إضافة إلى استخدام قراءة القرآن وسيلة علاج للمريض. وقد شاع استخدامها أيضاً في الكثير من المناطق العثمانية وخصوصاً لدى المتدينين، ويمارس الطب النبوي من قبل مشايخ الدين. واستخدم الطب النبوي الرقية حيث يقوم الراقي بقراءة سور من القرآن الكريم على مواد مستحضراً فيها الشفاء وينفث فيها ومن هذه المواد: زيت الزيتون، ماء زمزم، ماء الورد، العسل، ورق السدر والمليسا. ويستخدم ذلك بشكل خاص لعلاج المسحور أو طرد الجن (1)، (2)، (12)، (14).

**طب الكرامات:** يُعتقد أن أعضاء الطرق الصوفية هم مستودعات للبركة، وهي فضيلة مباركة تُرجمت بسهولة على أنها قداسة، بسبب قربهم من الله. نتيجة لذلك، كان يُظن أن بعض شيوخ الصوفية يمتلكون قوى شفائية خارقة ويمكنهم أداء أعاجيب (كرامات)، من خلال نقل بعض البركة إلى مرضاهم من خلال التبرك لديهم (1)، (2)، (12).

**طب السحر والشعوذة:** لا يمكن الإمام بالطب العثماني إذا لم نذكر طب الشعوذة وأعمالها وهي عديدة جداً، فمن قراءة الطلاسّم واستخدام الحجب

والتعويضات أو التمام واستحضار الجن والتعاويد والحجب والضرب خصوصا لعلاج الأمراض النفسية والصرع وعلاج السرطان ظناً منهم أنها تطرد الجن من المريض إلى أعمال السحر التي تصل إلى استخدام أبوالحيوانات وألبانها، والعلاج بسم النحل والأفاعي والعقارب، وأكل روث الهائم والصراصير الميته(1)·(2)·(12).

**طب الفلك والتنجيم:** تمت استشارة المنجمين على المستوى الشعبي، حول الولادة والصحة والمرض لتوقع جنس الجنين، وإذا ما كانت الولادة ستكون صعبة أم سهلة، كما تمت استشارتهم للتنبؤ بالأمراض التي ستؤثر في عملائهم. واستخدمت الاحجار الكريمة بسبب أسرار تكوينها وتعدد ألوانها وتنوع بريقها وشفافيتها ودرجة صلابتها وندرته وخواصها الكيميائية الضوئية والفيزيائية(1)·(2)·(12).

تطور طب الأخطا لجالينوس بصيغته الإسلامية، الذي كان مهيمنا، أيضا على أوروبا، وحل مكان الطب الأوروبي الحديث، في حين لم تتمكن الدولة العثمانية من مجاراتهم في هذا المجال. بل إنه تراجع لصالح أنواع الطب التي ما زالت موجودة ليومنا لهذا ومنتشرة على نطاق واسع. كما كانت سائدة في غابر الزمان، وتطور بعضها للطب البديل وطب السموم والطب التجانسي والعلاج بالطاقة... إلخ. الذي أصبح منافسا للطب الحديث حتى في أوروبا(1)·(2)·(12).

### تراجع الطب العثماني

شهد القرنان السابع عشر والثامن عشر تراجعاً في قوة ونفوذ الامبراطورية العثمانية، وكان ذلك واضحاً بشكل خاص في بلاد الشام حيث فقدت السيطرة الفعلية على بلاد الشام مما سمح بقيام إمارات شبه مستقلة مثل المعنية في عام 1570م والشهابية في عام 1697م وظاهر العمر في عام 1721 وأحمد باشا الجزار في عام 1776. وإلى حملات قوى خارجية مثل حملة نابليون في عام 1799، وحملة إبراهيم باشا في عام 1831، التي تلاها تزايد نفوذ القناصل الأوروبية في بلاد الشام وبشكل خاص في فلسطين ولبنان(11)·(15).

تراجعت الخدمات الصحية في جميع أنحاء الامبراطورية العثمانية وتراجعت بشكل أكبر في بلاد الشام، وتوقف تطور الطب العثماني على ما كان عليه في القرون السابقة، في الوقت الذي شهد فيه الطب الأوروبي بدايات تطوره الهائلة. كان هذان

القرنان مجال اضطرابات اجتماعية وحروب داخلية في بلاد الشام، وبداية هزائم عسكرية للعثمانيين خارجياً. وتوقفت العناية بمسائل الصحة العامة، وبدلاً من الدعم السابق، أثقل المجتمع السوري بكل أشكال الضرائب. مما أدى إلى تراجع في عدد السكان وانتشار المجاعة والأمراض والأوبئة وتبعه انحسار ديمغرافي واضح خصوصاً في جنوب بلاد الشام<sup>(11)؛(15)</sup>.

لم تهتم الدولة العثمانية في تلك المدة بشرق الأردن إلا لكونه ممراً لقافلة الحج الشامي، حيث سيطرت القبائل البدوية التي كانت منشغلة بالحروب والغزوات الدائمة فيما بينها، على سكان القرى الفلاحين، مما أدى لانعدام الأمن بين المدن وساهم في تقليص حجم التجارة الداخلية، وانهارت الزراعة نتيجة هجمات قطاع الطرق على القرى والعوامل الطبيعية المختلفة فضلاً عن الضرائب الزراعية الباهظة، وتراجعت حدود المساحة المزروعة أمام تقدم القبائل الرحل، وانخفضت الكثافة السكانية بشدة، كما قل عدد سكان القرى في أغلب المناطق. وانعدمت فيها الخدمات الصحية والتعليمية بشكل شبه كامل<sup>(11)؛(15)</sup>.

استعمل الأوروبيون، مع بدايات القرن التاسع عشر مصطلح «الرجل المريض» لحالة الامبراطورية العثمانية، لكن هذا المصطلح ربما يشير أيضاً، وبشكل أدق، إلى الحالة الفعلية للصحة العامة في جميع أنحاء الإمبراطورية العثمانية، وفي سوريا وجنوبها بشكل خاص. ولم تهتم الحكومة المركزية بصحة الشعوب الخاضعة لها إلا بشكل محدود. وكانت الرعاية الطبية غير كافية، وجودتها سيئة، وتم الاستيلاء على الأغذية من السوريين ونقلها للعاصمة أو للجيش، مما أدى لوقوع مجاعات متعددة<sup>(11)</sup>.

### القرن التاسع عشر / التحول الطبي الأوروبي

أحدثت الثورة الصناعية وظهور الرأسمالية ثورة مماثلة في الطب، وصلت ذروتها في بدايات القرن التاسع عشر، معتمدة على الاكتشافات العلمية الكيمياء وتقنيات المختبرات والمعدات. وحل بدلاً من الأفكار والممارسات القديمة في الطب أفكار وممارسات حديثة، بعد السماح باستخدام تشريح جسم الإنسان، واختراع الميكروسكوب واكتشاف الجراثيم والفيروسات، وظهور اللقاحات ضد الجدري،

واستخدام التخدير في العمليات الجراحية...إلخ. وأدت نضالات الطبقة العاملة لتحسين ظروف عملها ومعيشتها ومطالبتها بالتأمينات الاجتماعية وتقديم الخدمات الطبية دورا مهما جدا في اصدار عدد كبير من التشريعات لتحسين الصحة العامة والصحة المهنية إضافة لتوفير الخدمات الصحية لأكبر عدد ممكن من السكان. مما ساهم في تطوير مهنة الطب نتيجة زيادة الطلب على خدمات الأطباء(11)،(15).

كانت العلاقة بين الطب الحديث والحروب والاستعمار متبادلة حيث أديا أيضا دورا مهما في تطوير الطب الحديث، فكما كان الطب الحديث سببا في نجاح الحملات الاستعمارية والانتصار في الحروب، فقد أدى استعمار أمريكا الجنوبية لاكتشاف الكينا دواء للملاريا التي كانت الشغل الشاغل للجيش، ومكنت اللقاحات ذهاب الجنود لأي مكان في العالم، وأدى التمريض (فلورنس نايتنجل) وتكنولوجيا نقل الدم دوراً رائداً في علاج الجرحى، وأدى المطهرات والمعقمات دورها في انقاذ حياة المصابين، وظهرت أهمية الإجراءات الوقائية في منع الأوبئة كما أظهر ذلك فرتشاو في بحثه عن التيفوس(11)،(15).

كان القرن التاسع عشر بداية التحول للطب الحديث في أوروبا، ولم تتوانى القوى الاستعمارية عن استخدامه فوراً لبناء إمبراطورياتها الاستعمارية، كما لم تتوان البعثات التبشيرية المسيحية عن استخدامه للذهاب مرافقين أو ممهدين للحملات الاستعمارية في كل أنحاء العالم(11)،(15).

كان الطب الحديث أحد الأسباب التي ساهمت في انتهاء الإمبراطوريات القديمة وهزيمتها، حيث انتصر من امتلك أدواته الحديثة. ويصدق هنا القول بشكل خاص على تفكك وهزيمة الامبراطورية العثمانية «الرجل المريض» المقولة التي تعبر بوضوح عن التمايز الطبي بين الغرب والشرق(11)،(15).

من المفارقات التاريخية أن الطب في مصر وبلاد الشام كان متقدما على الطب الغربي أثناء الحروب الصليبية، ولا أدل على ذلك من معالجة أطباء صلاح الدين للقائد الصليبي ريتشارد قلب الأسد، ولا أدل على ذلك أيضا من كثرة المستشفيات(البيمارستانات) في فلسطين في حكم المماليك، ونذكر منها:

بیمارستان بیسان. بیمارستان الفاطمی فی مدینة القدس، و بیمارستان الصلاحي فی عكا، و بیمارستان المنصوري فی الخلیل، و بیمارستان غزة، و بیمارستان الرملة و بیمارستان نابلس، و بیمارستان صفد. و استمر بعضها للعهد العثماني، لكن معظمها قد لحقه الدمار نتيجة الإهمال(11)،(15)،(16)

#### الإصلاح الصحي العثماني(4)

أدت الهزائم المتلاحقة الناتجة عن ضعف الامبراطورية العثمانية مقارنة بالدول الأوروبية، التي منحها الثورة الصناعية قوة اقتصادية وعسكرية كبيرة جدا، إلى محاولات يائسة من قبل الحكم العثماني لإنقاذ الامبراطورية عن طريق القيام بحركة إصلاح حكومية واسعة النطاق، نتيجة ضغوطات الأفكار التنويرية، بدأت منذ ثلاثينيات القرن التاسع عشر، وعُرفت باسم التنظيمات. وكان الدافع الرئيسي للتنظيمات هو مركزية المؤسسات العثمانية وتحديثها وعلمتها للتغلب على الضعف السياسي والمالي والعسكري للمنطقة، وما رافق ذلك من تبني العديد من رعايا الدولة العثمانية للأفكار الثورية الغربية التي رافقت بدايات الثورة الصناعية.

حدد خطر الكوليرا من وقت ظهور وباء الكوليرا الأول في اسطنبول عام 1831 وما بعده، مشهد الصحة العامة للإمبراطورية العثمانية. وأدى الإصلاح الصحي الذي أحدثه محمد علي في مصر دورا مهما في تبني الإصلاح الصحي في الدولة العثمانية. حيث تم إنشاء نظارة الحجر الصحي «كرانتينة نظارتي» في عام 1838، إلى جانب مجلس الصحة العمومي التابع لوزارة الداخلية. ثم تم بعدها توحيد هاتين المؤسستين ضمن نظارة الصحة.

أثرت حركة الإصلاح بشكل كبير في نظام الصحة العامة. بدأت الدولة تتدخل بشكل مباشر في حياة سكانها وصحتهم بهدف تطوير نظام حكم قوي وصحي من شأنه أن يكون قادراً على المنافسة في الساحة الدولية. ومن الأمثلة على هذا التدخل إنشاء مدارس مهنية طبية وصيدلية وتنفيذ التطعيمات الإجباري، والحجر الصحي، والتفتيش الدقيق على الأغذية والأدوية في الأسواق. أرست جهود رجال الدولة والمهنيين المصريين والعثمانيين في القرن التاسع عشر الأساس للرعاية

الصحية العامة الحديثة في الشرق الأوسط، على الرغم من الاعتراض على هذه الإجراءات ومقاومتها، والنقص الدائم في الموارد المالية.

استندت هذه الإصلاحات إلى فهم الحكومة العثمانية، في ظل صعود قوة حزب الاتحاد والترقي، للعلاقة بين صحة السكان وقوة الدولة، التي ظهرت من خلال التفوق الأوروبي الغربي. وحاجة الدولة إلى أشخاص أصحاب لتجنيدهم في المعارك المقبلة. فتم تنفيذ إصلاحات مؤسسية لتحديث مهن الطب والصيدلة، وادخالها خصوصاً للجيش العثماني. كما تم إدراك أهمية الوقاية من الأمراض من خلال مراقبة الإمدادات الغذائية والحفاظ على الصرف الصحي العام. بعبارة أخرى، كان هناك إعادة صياغة لمفاهيم الدولة ورغبة في دمج أفكار جديدة عن الصحة العامة في سياق حدائلي لكل المناطق التي تخضع للإمبراطورية العثمانية، بما فيها بلاد الشام.

تم تأسيس أول جمعية طبية في اسطنبول عام 1861، لكنها كانت محصورة في العاصمة العثمانية، إلا أنه تم الشعور بالإصلاحات الطبية في الولايات أيضاً، بدأ خريجو كليات الطب الأوروبية وكلية الطب في اسطنبول بعدها ممارسة المهنة في مدن خارج العاصمة، وتم بناء مستشفيات حديثة. وكان تحديث الطب والصيدلة عملية تدريجية في المقاطعات، تأكلت الممارسات الطبية التقليدية والفولكلورية تدريجياً في المدن الكبرى، ومع ذلك، استمرت العلاجات والممارسات التقليدية جنباً إلى جنب مع نظيراتها الأوروبية الحديثة في القرن العشرين. وأعيد بناء المستشفيات في المدن الكبرى التي تراجعت في القرنين السابع عشر والثامن عشر والتاسع عشر على النمط الأوروبي الذي يعتمد على البيولوجيا، بدلا من طب الأخلاط جالينوس.

كان الطب موجهاً لتسهيل مهمة الدولة قبل تحسين صحة المواطنين مع تحول الصحة عن قصد ونجاح إلى آلية لرقابة الدولة، وعبرت الإصلاحات في المجال الطبي عن الرغبة في حماية الصحة العامة: ومع ذلك، أدت أهداف الصحة العامة وممارساتها إلى التنظيم والتجديد المدني. وأنشئت المنظمات المهنية والهلال الأحمر، وتنظيم الولادات والقابلات، وإجراءات الحجر الصحي. وارسال الطلبة لأوروبا لدراسة الطب وافتتاح كليات طب جديدة. وصدر نظام إدارة الطب العمومي

الذي يشترط على رخصة أو شهادة أو إجازة من كلية الطب في استنبول (دارالفنون طبية شاهانة).

### الإصلاحات الصحية في جنوبي بلاد الشام (1)·(4)·(9)·(12)·(13)

بصدور قانون الولايات لعام 1864، فقد شملت الإصلاحات بلاد الشام، التي قسّمت إلى ولايتين، هما: ولاية حلب، التي اتسعت بضم أجزاء الجزيرة والأناضول، وولاية سورية (الشام؛ شام شريف)، ثم خضعت هذه الولايات إلى إعادة فكّ وتركيب مرّات عديدة؛ حيث غادَرَ العثمانيون منطقة بلاد الشام، في خريف العام 1918، تاركين التقسيم الإداري للديار الشامية في ثلاث ولايات، وأربع مُتصَرِّفات (ألوية) مستقلة نسبياً، هي؛ ولاية سورية (ت 1865)، وولاية بيروت (ت 1888)، وولاية حلب (ت 1866)، ومتصَرِّفية جبل لبنان (ت 1866)، ومتصَرِّفية القدس (ت 1872)، ومتصَرِّفية دير الزور (ت 1857). وكانت ولاية سورية، التي مركزها دمشق، تشمل متصَرِّفات دمشق وحماة وهوران والكرك. وفي متصَرِّفتيّ حوران والكرك، كانت تقع معظم مناطق البلاد الأردنية المعروفة اليوم. أما لواء الكرك، الذي أنشئ في العام 1894، ويتبع ولاية سورية، فقد كان يضمّ أفضية: معان والسلط والطفيلة. فيما كان قضاء عجلون، منذ العام 1868، يتبع للواء حوران، مع تغييرات طفيفة أحدثت في تبعية الأفضية والنواحي منذ الربع الأخير من القرن التاسع عشر وحتى بدء الحرب العالمية الأولى في العام 1914} (8).

مكنت إصلاحات الباب العالي في استنبول من فرض سيطرته المباشرة على جنوبي سوريا، مسلحاً بأدوات العصر الصناعي - مدفع مكسيم، وممرات تحميل المؤخرة، والسكك الحديدية، والتلغراف - في المراكز الإدارية والبؤر الاستيطانية الممتدة من إربد إلى العقبة. وتم تعزيز السلطة العثمانية بوصول التجار والبيروقراطيين، وزرع المستوطنين التركمان والقوقاز الموالين للنظام الجديد على طول حدود السهوب. وتم دمج شرق الأردن في اقتصاد تصدير القمح ووفرت فوائض الحبوب الأسس الاقتصادية للنظام الجديد، حيث مولت الإدارة العثمانية المحلية وحفزت ظهور نظام زراعي مزدوج، وتطور نشوء البلدات الحضرية الأردنية (8).

كان حظ بلاد الشام متواضعا ضمن هذه الإصلاحات: إذ كان شرق الأردن جزءا من ولاية سوريا باستثناء البلقاء التي اتبعت لنابلس، قبل فصل لواء البلقاء ومركزه السلط عن لواء نابلس. وكانت الغالبية العظمى من سكان شرق الأردن في هذه الفترة من البدو، وسمحت الإصلاحات باستقرار المزارعين بالقرى، لكن معاناة السكان من الفقر وتلوث المياه وغياب مؤسسات الصحة العامة وزيادة انتشار الأمراض الوبائية (مثل الملاريا والتيفوس وداء الكلب والجدري) ظلت مستمرة، وكان مستوى المعيشة منخفضاً والنظام الغذائي يفتقر إلى البروتين والغذاء الوقائي، واستمر ارتفاع معدل الوفيات وخاصة معدل وفيات الأطفال حتى نهاية الحكم العثماني. مما أدى إلى زيادة ضئيلة جدا في عدد السكان المنخفض جدا<sup>(19)</sup>.

ومع ذلك شهدت البلاد في أواخر الحكم العثماني نقلة نوعية في كل المجالات، ومنها الصحية، حيث احتاج بناء خط سكة الحديد الحجازي الذي بدأ في عام 1900 لوجود قوة عسكرية عثمانية تحرس هذا الخط داخل المناطق التي يمر فيها ومنها شرق الأردن. وصاحب ذلك إنشاء وحدات طبية ومستشفيات لحماية صحة الجنود، وعمال سكة الحديد. حيث بني مستشفى الكرك العسكري بسعة 40 سريرا في عام 1896 ومستشفى محطة سكة الحديد في عمان<sup>(1)</sup><sup>(18)</sup>.

وأدى بناء سكة الحديد ونقلها للبضائع إلى انتعاش بسيط في حركة التجارة، وسيطرة أكبر على الأمن الذي كان غائبا عن البلاد، مما شجع على استقرار القبائل والتجمعات السكانية في الأرض وعزز تحولهم نحو الزراعة. وأخذ مرفأ حيفا باستعادة دوره المنافس، وطال نشاطه التجاري مناطق واسعة على رأسها حوران، التي ارتبطت معها بوسائل نقل حديثة، فقد أحدث دخول الخط الحديدي إلى قلب حوران ووصلها بحيفا تغييرا في تصدير المحاصيل إلى حيفا، بعد أن كانت تعتمد على مرفأ بيروت، مما أبرز فعاليات الأهالي الاقتصادية، عبر مركز الشحن في حيفا الذي يفضله أهالي حوران وقضاء عجلون. وزاد الاهتمام بتعبيد الطرق بعد مد سكة حديد الحجاز التي تعد أهم طرق المواصلات في المنطقة. فارتبطت السلط بطريق القدس - دمشق مرورا بالسلط، وطريق من عمان إلى القدس ويافا مرورا بالسلط، وشهدت السلط كذلك نشاطا تجاريا واضحا في بداية القرن التاسع عشر، وأصبحت مركزا لتجارة نابلس والقدس والناصرية ودمشق، كما كانت سوقا لسكان جنوبي سوريا<sup>(19)</sup>.

يضاف لذلك تبني العثمانيين تهجير الشركس والشيشان واستيطانهم مناطق من شرق الأردن. إذ بدأ قدومهم إلى عمان والبلقاء من عام 1879، وتتابع موجاتهم وسكنوا عمان والزرقاء والرصيفة وصويلح ووادي السير وناعور وجرش والأزرق، كما شجعوا هجرة الدرروز، وجزء من الأرمن فيما بعد، الذين وصل بعضهم للأردن، كما استقبل شرق الأردن هجرات صغيرة متعددة ومتواصلة أغلبها من الحرفيين والتجار السوريين والفلسطينيين (شوام، ونوابلسة)، ورافق ذلك وجود واضح للجيش التركي خصوصا في عمان والكرك.

ساعد هذه التغيرات في اتساع بعض البلديات الأردنية وتحولها إلى مدن مثل السلط والكرك وإربد وخلق بلدات جديدة مثل عمان والزرقاء والمفرق وجرش ووادي السير وصويلح والسخنة والرصيفة. أدت الإصلاحات، أيضا، لنشوء البلديات، حيث تشكل أول مجلس بلدي في إربد، عام 1883م، والسلط عام 1886م، ثم الكرك 1895م ومعان 1898م، وعمان 1909. أما منطقة العقبة، فقد كانت تتبعها الإدارية لمصر حتى سنة 1906، حسب اتفاقية ترسيم الحدود بين الدولة العثمانية ومصر في ذلك العام، ثم أصبحت تابعة للحكومة العربية في دمشق (1918\_1920)، ثم للمملكة الحجازية حتى سنة 1925، حيث ألحقت بإمارة شرقي الأردن.

صاحب نشوء المدن في شرق الأردن ظهور خدمات صحية، تناسب الوضع الجديد، تم تفويضها للبلديات الناشئة. وتم تعيين طبيب في كل منها مسؤولا عن الصحة العامة. ومعظمهم من حملة التبعية العثمانية من خارج شرق الأردن (أتراك وأرمن وشوام وفلسطينيين). وتزايدت أعداد الأطباء مع إنشاء سكة الحديد، وتواجد قوات عثمانية لحمايته، ونشوء بلدات جديدة على مسار هذا الخط في عمان والزرقاء والمفرق<sup>(7)</sup>.

تأخر العثمانيون كثيرا بإنشاء مستشفيات في شرق الأردن بسبب قلة الإمكانيات المادية، سواء للحكومة أو للبلديات الناشئة، كما فعلوا في فلسطين، التي بني فيها مستشفيات بلدية في كل من القدس وحيفا وبافا ونابلس وغزة وعكا، واكتفوا بتعيين أطباء في بعض البلديات في إربد والسلط والكرك ومعان والطفيلة وعمان للإشراف على الصحة العامة\*، كما كانوا يقدمون خدمات علاجية للسكان.

وزودوا محطات سكة الحديد بعيادات صحية، بالإضافة لبناء مستشفى عسكري في الكرك، ومستشفى سكة الحديد العسكري في عمان (1) (6) (7).

أدى ضعف انتشار الخدمات الصحية إلى إقبال الناس للعلاج في المستشفيات التبشيرية كما سيأتي ذكره لاحقاً، مثل المستشفى الانجليزي في السلط بكوادره الطبية الأجنبية والعربية. واضطرار سكان شرق الأردن للسفر، الذي أتيح بفضل سكة الحديد وتوفر الطرق المعبدة لفلسطين (القدس) أو لدمشق لتلقي العلاج، لكن ذلك كان مقصوراً، بشكل عام، على القادرين على تحمل كلفة السفر والعلاج. كما أدى نشوء المدن لظهور عدد من العيادات الخاصة، والسماح لأطباء البلديات بالعمل في عياداتهم الخاصة (7) (17) (18).

شمل الإصلاح العثماني أيضاً إنشاء كليات طب حديثة، خصوصاً بعد إنشاء المدرسة الطبية المصرية (القصر العيني) القاهرة في عام 1827، حيث تم إنشاء المكتب الطبي العثماني في استنبول في عام 1827، والمكتب الطبي العثماني في دمشق 1903 ولاحقاً في بيروت، بعد إنشاء التبشريات المسيحية لكلية طب في بيروت: الكلية السورية البروتستانتية / الجامعة الأمريكية بيروت 1867، ومدرسة الطب اليسوعية (الفرنسية) جامعة القديس يوسف بيروت 1883. لكن هذا الإصلاح لم يتمكن من استكمال بناء كليات طب في جنوبي سوريا (فلسطين وشرق الأردن) (5).

لم يتمكن سكان شرق الأردن، من إرسال أبنائهم لدراسة الطب خلال الحكم العثماني لأسباب اقتصادية في المقام الأول، ولبعد الجامعات النسبي، وبسبب قلة المدارس فيها. ومع ذلك تمكن بعض الأطباء من الاستفادة من المدارس التبشيرية، وذلك من خلال استكمال دراستهم في فلسطين، لتأهيلهم لدراسة الطب، ونذكر منهم الدكتور حنا القسوس\* من الكرك، والدكتور سمعان خوري\* من الطيبة.

ومكنت كليات الطب هذه الدولة العثمانية من إرسال أطباء للبلديات الأردنية للعمل فيها، وقد بقي عدد منهم بعد الاحتلال البريطاني، وحصلوا على التابعة الأردنية، مثل الدكتور جميل التوتنجي الذي أصبح وزيراً للصحة. لكن معظمهم قد غادر الأردن بعد عملهم فيها لمدة محدودة، فغادر الطبيب الأردني سمعان خوري الأردن للعمل في العراق.

لم تكن الإصلاحات سهلة في ظل كثرة الحروب والهزائم التي تعرضت لها الامبراطورية العثمانية والتي انتهت بزوال الدولة العثمانية في نهاية الحرب العالمية الأولى. لكن هذه الإصلاحات كانت جذرية وخصوصا في المجال العسكري والتعليم والصحة، مع ملاحظة أن هذه الإصلاحات لم توزع بشكل متساوٍ بين أطراف الامبراطورية العثمانية المتسعة الأطراف.

### الطب المصري (16)

أدت مصر دورا كبيرا في النهوض الطبي في المنطقة بشكل مباشر في مصر وغير مباشر في بلاد الشام، وكانت السبب المباشر في الإصلاحات العثمانية الصحية، ودور مصر المحوري في نهضة بلاد الشام كان واضحا عبر التاريخ القديم، خصوصا في ظل فهم مصر وبلاد الشام لأهمية تعاونهما (بل اتحادهما)، كضرورة أساسية لأي نهضة في أي منهما.

تولى محمد علي برنامج إصلاح مركزي واسع النطاق، أحدث تحولا في المجتمع المصري واقتصاده. وعندما بدأ محمد علي في تجنيد الفلاحين من مصر والسودان في عشرينيات القرن التاسع عشر، أصبحت الحاجة إلى نظام طبي أكثر شمولاً واضحة، خصوصا في ظل تفشي الطاعون والكوليرا، وتهديد مرض الزهري والجديري، لفاعلية القوات المسلحة. أنشأ محمد علي فيلقاً طبياً عسكرياً يتكون من أطباء وجراحين بريطانيين وفرنسيين وألمان وإيطاليين وإسبان. وساعد تأسيس كلية طب قصر العيني (1827) وكلية القابلات (1834) في إعداد الأطباء المصريين، ليصبحوا أكثر كفاءة في فنون العلاج.

كان هؤلاء المسؤولون الصحيون مسؤولين، أيضاً، إلى جانب مهمتهم في علاج المرضى والعناية بهم في المستشفيات، عن تنفيذ برنامج تطعيم وطني ضد الجدري، وبرامج لمكافحة الأوبئة، وخاصة الكوليرا والطاعون، والإشراف على جميع العمليات الصحية، بما في ذلك تنظيف الشوارع، وجمع القمامة، والتخلص من النفايات، وملء المستنقعات والبرك. حيث تم الإشراف على جميع الأنشطة التي قد يكون لها صلة بالصحة العامة: مثل بائعي المواد الغذائية والخبازين والجزارين وصيادلة الأدوية والأعشاب، وتم نقل المسالخ والمدابغ إلى أطراف المدن مع إيلاء اهتمام

♦♦♦♦

## القسم الثاني

ولادة منظومة الرعاية الصحية في الأردن

الفصل الخامس: النهوض الوطني

الفصل السادس: تطور الكوادر الطبية/ معجزة الشعب الأردني

الفصل السابع: المستشفيات التبشيرية والأونروا والمساعدات الأجنبية

الفصل الثامن: القطاع الصحي العام

الفصل التاسع: الدولة الريعية في ظل الطفرة النفطية

نالت دول العالم الثالث استقلالها الوطني خلال مرحلة التحرر الوطني، وتبنت المثل العليا للثورة الفرنسية.

وأصبح التعليم والصحة رمزا للتقدم الاجتماعي ومصادر مميزة لإضفاء الشرعية على الدولة،

في ظل حرب باردة استفادت منها للنهوض في مجالي التعليم والصحة من خلال تدخل الدولة في الاقتصاد

في ظل مجتمعات مزقتها الاستعمار،

تحولت في سياق التبعية، إلى اختلالات وتشوهات عميقة.

إليزابيث لونجيز

## الفصل الخامس

### النهوض الوطني

### التغيرات السكانية الاجتماعية

أدت نكبة فلسطين وتوحيد الضفتين بعدها إلى تضاعف عدد سكان الأردن ثلاثة أضعاف، حيث ارتفع عدد السكان من 463 ألف في عهد الإمارة إلى 1.370 مليون نسمة في عام 1951 بداية عهد المملكة، ثلث من شرق نهر الأردن، وثلث من غربه، والثلث الأخير لاجئين من المناطق الفلسطينية التي أقيمت عليها دولة إسرائيل، توزعوا بين الضفتين، في خمسة مخيمات في الضفة الشرقية و19 مخيماً بالضفة الغربية، علماً أن الكثير من اللاجئين الفلسطينيين عاشوا خارج المخيمات في المدن الرئيسية في الضفتين، وخصوصاً في عمان.

صحيح أن عدد سكان المملكة الإجمالي قد انخفض بعد احتلال الضفة الغربية، في العام 1967، لكن ذلك أدى لزيادة كبيرة في عدد سكان الضفة الشرقية. نزح قرابة 440,000 شخص من الضفة الغربية وقطاع غزة إلى الأردن: منهم 240,000 شخص يهاجرون للمرة الأولى، ونحو 200,000 شخص من اللاجئين السابقين.

وكان على الأونروا تقديم المساعدة لهؤلاء النازحين. وتم إنشاء 8 مخيمات جديدة عقب عام 1967 هي: الطالبية والبقعة وسوف وجرش والحصن وحطين ومخيم حي الأمير حسن والسخنة. فيما تحملت الحكومة جزءاً من المسؤولية عن تقديم الخدمات التي تقدم لهؤلاء النازحين، إضافة لتحملها جزءاً من المسؤولية تجاه من تبقى بالضفة الغربية.

شهد الأردن بضمته، بعدها، زيادة سكانية طبيعية كبيرة حيث وصل عدد سكانه إلى 2.130 مليون نسمة قبيل حرب حزيران 1967. وكان نصيب الضفة الشرقية أكثر في عدد السكان، مما أدى لازدهار مدن مثل: عمان والزرقاء وإربد. حيث شهدت عمان التي كان عدد سكانها أقل من 60 ألف قبل أيار 1948، معدل تزايد سنوي كبير ليصل إلى 330 ألف في أيار 1967 و624,000 عام 1979.

كانت الزيادات السكانية المفاجئة سمة خاصة للأردن عبر تاريخها في المائة سنة الماضية، وحتى قبلها، ولهذه التغيرات آثار إيجابية وسلبية في الوقت نفسه.

## جدول 1: تغير عدد سكان الأردن في الضفتين، الأرقام بالمليون

عدد سكان الأردن	الضفة الغربية	الضفة الشرقية	
0.463		0.463	قبل 1948
1.371	0.745	0.626	بعد 1048
2.130	0.930	1.200	قبل 1967
2.179	*0.664	1.513	بعد 1967

المصدر: دائرة الإحصاءات العامة \* جميل هلال

التغيرات الاجتماعية والاقتصادية<sup>(5)</sup>

ورث الأردن من الانتداب البريطاني اقتصادا ضعيفا مشوها، وبنية تحتية ضعيفة، ونظاما تعليميا وصحيا أضعف، فقد كرس الانتداب اعتماد الحكومة على المساعدات البريطانية التي مولت 60-70% من إجمالي النفقات العامة للدولة، التي خصص معظمها للجيش والإدارة، مع اختفاء شبه كامل للرعاية والخدمات الاجتماعية باستثناء التوظيف في الجيش والحكومة.

بدأ الطابع الريفي البدوي للأردن بالتغير نتيجة تدفق اللاجئين، وتزايد الهجرة من الريف للمدينة، وازداد بشكل كبير عدد سكان ونمو مدن عمان والزرقاء وإربد والقدس ونابلس والخليل التي أقيمت المخيمات داخلها أو بقرها، وأصبحت لاحقا جزءا منها، وإضافة لزيادة الهجرة من الريف والبادية للمدينة. كان معظم سكان المدن الجدد من الموظفين العمال والحرفيين والمهنيين ورجال الأعمال.

عانى سكان المدن الفقر والبطالة، واعتمد سكان المخيمات على إعانات وكالة الغوث، وعاش الفلاحون والبدو حياة صعبة في ظل أساليب الزراعة والرعي المعتمدة على فرص المطر. أما خدمات الدولة، فلم تكن كافية لسكان المدن وتركت لوكالة الغوث تقديم الخدمات في المخيمات فيما ظلت غير متوفرة في القرى والبادية، كما عانت الأمية التي تجاوزت ثلثي السكان.

استمر ثالوث الفقر والجهل والمرض متفشيا بين الأردنيين كما كان أثناء الانتداب. وعانت أغلبية الفلاحين والبدو في الضفتين والفقر المدقع، كما

عانت أغلبية سكان المدن الفقروالبطالة، لكن الوضع بدأ بالتغير بعد الانقلاب على الحكومة الوطنية في العام 1957، بفضل المساعدات التي قدمت للأردن من حلفائه.

ومع نمو المدن الأردنية، نشطت نسبيا القطاعات التجارية والخدماتية والصناعية. شهد الأردن نشوء الطبقة العاملة الأردنية وتناميها التدريجي، كما قويت الحركة النقابية في ظل مجيء نقابيين مخضرمين من فلسطين، وفي جو سيطرة القوى التقدمية واليسارية على هذه الحركة وتزايد مطالبهم الاجتماعية ومن ضمنها التأمين الصحي.

تلقى اللاجئين الذين أصبحوا يشكلون ثلث السكان مساعدات مباشرة من وكالة الغوث في المجالات الثلاثة، أما بقية السكان فقد اعتمدوا على مساعدات الدولة بإمكاناتها المتواضعة جدا(8).

#### التغيرات السياسية(5)

أما سياسيا فيكفي أن نتذكر مقولة «الخمسينيات وما أدراك ما الخمسينيات» لتنبين أن حقبة الخمسينيات كانت حقبة اضطراب سياسي شهد غضبا جماهيريا واسعا جراء النكبة، أطاح بمملكتين في مصر والعراق، وشهد اغتيال الملك عبد الله الأول، ورئيس وزراء لبنان، وبدء مسلسل الانقلابات في سوريا. أما في الأردن، فقد شهد، إضافة لاغتيال الملك، إنهاء حكم وريثه بسبب مرضه العقلي، ليتولى ملك شاب لا يملك خبرة، بعد مدة من الوصاية على عرشه، في ظل تبعية شبه كاملة اقتصاديا وعسكريا وسياسيا لبريطانيا، في ظل معاهدة جائرة، واقتصاد ضعيف وجيش بقيادة عسكري بريطاني.

شهد العالم العربي بما فيه الأردن، نهوضا وطنيا عارما، وتنامي الفكر اليساري والقومي في ظل نجاح العديد من دول العالم في طرد الاستعمار، وفي حرب السويس بعد تأمين قناتها، وفي الوحدة السورية المصرية. تتوجت، أردنيا، بتكليف سليمان النابلسي رئيسا لوزراء الأردن في عام 1956، وتحسين العلاقات مع مصر وسوريا وإقامة علاقات مع الاتحاد السوفياتي، وتعريب قيادة الجيش بطرد جون جلوب قائد الجيش البريطاني، وإنهاء المعاهدة البريطانية الأردنية. بل

وصل الأمر لتشكيل تنظيم الضباط الأحرار الذي اتهم بمحاولة انقلابية للإطاحة بالنظام الملكي في الأردن.

شهدت الخمسينيات من جهة أخرى انحسار النفوذ البريطاني في المنطقة وتولي الأمريكيان مكانهم في إدارة شؤونها، في ظل الحرب الباردة مع الاتحاد السوفياتي والمعسكر الاشتراكي الذي تحسنت علاقاته مع مصر وسوريا والعراق، وزيادة نفوذ أصدقائه من شيوعيين وقوميين في المعارضة، في ظل حكومة النابلسي. في حين استمر القصر والجيش بالاصطفاف للجانب الآخر بقيادة الانجليز ولاحقا الأمريكيان الذين أغدقوا عليهم بكرم شتى المساعدات العسكرية والاقتصادية والاجتماعية (شملت في جزء كبير منها القطاع الصحي)، تطبيقا لسياسة ملء الفراغ، (والحرب الباردة)، وقبول النظام للقيام بدوره الوظيفي في خدمة السياسة الأمريكية، كما سنتحدث عنها لاحقا.

تفاقم الوضع الاقتصادي إثر الأزمة السياسية الداخلية التي واجهها الملك مع المعارضة. وكان لابد من إيجاد حلول للأزمات الاقتصادية بغية إقناع المواطن الأردني بالتخلي عن هذه المعارضة والوقوف إلى جانبه، لذلك توجه الملك إلى الولايات المتحدة الأمريكية التي كانت قد طرحت نفسها بديلاً لملء الفراغ الناجم عن خروج المملكة المتحدة وفرنسا من المنطقة.

تغيرت الأحوال جذريا في الأردن، بانقلاب 1957 بإسقاط حكومة النابلسي، في ظل نبذ الديمقراطية والتنكيل بالأحزاب السياسية القومية واليسارية، ودعم العناصر البدوية والعشائرية في الجيش والإخوان المسلمين داخليا، ووجد الأردن نفسه خارجيا في محور معادٍ للحكومات السورية والمصرية والعراقية، ومواليا للسعودية عربيا وأمريكا دوليا، إضافة لاحتفاظه بعلاقات خاصة مع بريطانيا. ووصل الأمر لإقحام الجيش الأردني في حرب اليمن لمساعدة السعودية والملكيين ضد مصر والجمهوريين.

أدى انقلاب 1957 بالتخلص من الحكومة والوطنية والضباط الوطنيين إلى ازدياد اعتماد النظام على الجيش، والحاجة لوجود جهاز أمني أكبر وأقوى،

وإلى بدايات ما يسمى بالرفاه العسكري، وذلك من خلال تقوية الجيش وقوته الاقتصادية، وتوفير مزايا اجتماعية مهمة لأفراده تضمن ولاءهم، وتشجع المزيد من الرجال على التجنّد في الجيش.

قاد وصفي التل الذي أصبح رئيساً للوزراء لأكثر من مرة، مشاريع واسعة لتطوير القطاع العام (قطاع الدولة)، وإنشاء مؤسسات وطنية تمثلت بالجامعة الأردنية والبريد والإذاعة والتلفزيون، وشملت الزراعة بإنشاء مشروع قناة الغور الشرقية، والنقل بإنشاء الطريق الصحراوي، والصناعة بإنشاء شركات الفوسفات والبوتاس إضافة لغيرها من القطاعات بما فيها التعليم والصحة، مما أدى لبناء قطاع عام قوي.

أنشئت هذه المشاريع بدعم من حلفاء الأردن الغربيين ومساعدتهم، في ظل نجاح سوريا ومصر والعراق في البدء بالتنمية عن طريق تطوير قطاع عام قوي بسبب تبنيهم النهج الاشتراكي. وسار الأردن في الاتجاه نفسه بتطوير قطاع الدولة، رغم معاداته للاشتراكية وإيمانه بالسوق الحر، لكن ضعف القطاع الخاص، ورأس المال المحلي، وعزوف رأس المال الدولي للاستثمار في مكان غير واعد مثل الأردن، اضطر إلى توجيه هذا المساعدات نحو قطاع الدولة وهو ليس قطاعاً عاماً بالمعنى المعروف، حيث سيؤدي في النهاية لنقل ملكيته للرأسمال المحلي أو الأجنبي عندما يتقوى القطاع الخاص.

كذلك، شهدت فترة الستينيات إصلاحات كبرى في الجيش الذي كان يمتص 50% من موازنة الدولة والذي قوي دوره بعد الانقلاب على حكومة النابلسي، وشملت إزالة الحرس عن كبار الضباط، وإشراك الجيش في المشاريع الوطنية، وتخفيض بعض نفقاته، تمهيدا لبدء الدولة الريفية، التي بدأت بمنح عائلات الجيش العلاج المجاني على نفقة الدولة.

لكن هزيمة حزيران وضياح الضفة الغربية، ونزوح أكثر من 200 ألف فلسطيني للضفة الشرقية، أدت إلى فراغ سياسي في الحكم، في ظل تخفيض كبير جدا في المساعدات الأمريكية للأردن، مما اضطر النظام لتغيير موقفه والتصالح مع المعسكر الذي كان عدوله، مقابل مساعدات ضخمة خصوصا من الكويت

وليبيا، كما أيد العمل الفدائي الذي بدأت قوته بالصعود، خصوصا بعد معركة الكرامة في عام 1968.

أدى تنامي قوة الفدائيين ونفوذهم، بعد معركة الكرامة، لتحويل الأردن لساحة صراع مكشوف بين النظام وفصائل المقاومة الفلسطينية التي طرح بعضها شعار إسقاط النظام شرط لتحرير فلسطين. وانتهى الصراع بأحداث أيلول بهزيمة هذه الفصائل وخروجها من الأردن.

### الحالة الصحية (7) (8)

عانى سكان المدن في بداية الخمسينيات عدم وجود شبكات للمياه إلا لبعض الأحياء، وبدأ الاهتمام بإيصال المياه والصرف الصحي على نطاق أوسع لعمان في 1952، وللسلط ومعان في عام 1954، ولبقية المدن في عام 1956. بمساعدة البعثة الأمريكية وتمويلها، كما بدأ مشروع أقل تواضعا لتزويد القرى بالمياه عن طريق الصهاريج مع استمرار وجود المراحيض خارج المنازل.

كان سوء التغذية أحد المشاكل التي رافقت نكبة فلسطين خصوصا للأطفال، وكانت المشكلة ستكون أكبر لولا أن وكالة الغوث قدمت برنامجا جيدا يمكن اللاجئين من الحصول على مجموعة من الأغذية توفر 1600 سعر حراري للشخص الواحد يوميا، لكن ارتفاع أسعار المواد الغذائية، ومواسم الجفاف ضيقت على تغذية الفقراء من سكان المدن ومعظم سكان الريف والبادية. ولم تظهر آثار سوء التغذية المباشرة التي ترتبط بضعف بنية الأطفال ونقص قدرتهم على مقاومة الأمراض فقط، بل سيظهر تأثيرها أيضا مستقبلا مع تقدم هؤلاء الأطفال بالسن على شكل أمراض استقلابية مزمنة مثل السكري وأمراض القلب وغيرها.

ويتضح ذلك التفشي، أيضا، من خلال ارتفاع معدلات الفقر والبطالة، وارتفاع نسبة الأميين التي تجاوزت الـ 60% من السكان في بداية الخمسينيات، وانخفاض العمر المتوقع لحياة الأردني لمستوى نحو 40 سنة فقط، وارتفاع معدل وفيات الأطفال والأطفال الرضع ووفيات الأمهات. حيث كانت «أمراض الفقر»

هي الأسباب الرئيسة للوفيات بما في ذلك الإسهالات والتهابات الجهاز التنفسي والحصبة والملاريا.

شهدت الخمسينيات اختفاء الأوبئة المميتة مثل الجدري والطاعون والتيفوس بفضل حملات المطاعيم المكثفة وإجراءات الحجر الصارمة نتيجة الجهود الجبارة التي بذلتها دائرة وكالة غوث اللاجئين رغم انتشار القمل والبراغيث على نطاق واسع في بداية الخمسينيات، كما لم تظهر الكوليرا، إلا بعدد قليل من الحالات(2).

شكلت أمراض الجهاز الهضمي: الدوسنتاريا بنوعها الأميبي والعصوي والإسهالات غير النوعية المشكلة الأكبر والقاتل الأول للأطفال في الأردن. تليها أمراض الجهاز التنفسي: الخناق الديفتيريا والحصبة والسعال الديكي والالتهاب الرئوي. كما ظهرت العشرات من حالات شلل الأطفال قبل انتشار التطعيم على نطاق واسع. واستمرت معاناة الأردنيين من التراخوما السبب الرئيسي للعمى خصوصا بين الأطفال(6)؛(1).

بقيت الملاريا والسل تشكلاّن المشكلة الصحية الكبرى، رغم الجهود الكبرى التي بذلت أثناء الانتداب وبعدها لمكافحةهما، فقد استمر انتشار الملاريا خصوصا في الأغوار التي عاش فيها عدد كبير من اللاجئين. واستمر انتشار السل بكثافة، مما دعا للاستمرار والتوسع في تخصيص مستشفيات متعددة لمعالجة السل، كان أهمها مستشفى السل في الأشرفية(الذي تم ضمّه لاحقا لتكوين مجمع مستشفيات البشير).

تفاقت مشاكل صحة الأمهات والأطفال إذ وصلت معدلات وفيات الرضع إلى 216 لكل ألف في عام 1950، وبذلت وزارة الصحة ووكالة الغوث جهودا جبارة لتخفيضها حتى وصلت في عام 1961 إلى 151 وفاة لكل ألف. وتحسنت جدا بعد ذلك حيث أصبح الأردن من أفضل دول العالم الثالث في هذا المجال(6)؛(1).

ساهم التحضر والتعليم وتحسين الظروف المعيشية في السنوات التي أعقبت الاستقلال في زيادة متوسط العمر المتوقع، وانخفاض معدل وفيات

الرضع، وتراجع الأوبئة والأوبئة التي كانت شائعة في العديد من المناطق العربية. وأدت جهود وكالة الغوث ومنظمة الصحة العالمية، وجهود وزارة الصحة إلى تحسن ملحوظ جدا في صحة السكان، لكن السبب الرئيس في هذا التحسن يعود إلى تحسن الحالة المعيشية للسكان نتيجة التوظيف في الجيش، وفي مشاريع التطوير المدعومة من المساعدات الخارجية، إضافة لبدايات الهجرة للخليج<sup>(6)</sup>.

### هوامش الفصل الخامس

عاش جزء من الفلسطينيين في خمسة مخيمات في الضفة الشرقية: جبل الحسين والوحدات والمحطة والزرقاء وإربد ومأدبا. و19 مخيما في الضفة الغربية هي: مخيم بلاطة، مخيم طولكرم، مخيم جنين، مخيم عسكر، مخيم الدهيشة، مخيم شعفاط، مخيم الجلزون، مخيم قلنديا، مخيم العروب، مخيم نور شمس، مخيم الفوار، مخيم الفارعة، مخيم رقم واحد، مخيم عقبة جبر، مخيم عايدة، مخيم ديرعمار، مخيم عين السلطان، مخيم بيت جبرين، مخيم الأمعري.

## مراجع الفصل الخامس

1. تقارير وكالة الغوث(الأونروا)
2. الدكتور سليم عبابنة. تاريخ الطب الأردني الحديث. دار الكتاب الثقافي. 2019
3. جميل هلال. أثر السياسة في الوضع السكاني في الضفة الغربية وقطاع غزة. دائرة الدراسات الفلسطينية. 1990
4. Philip Robins. A History of Jordan. 2nd Ed. Cambridge University Press. 2019
5. Riccardo Bocco. UNRWA and the Palestinian Refugees: A History within History. Refugee Survey Quarterly 2009
6. Elisabeth Longuenesse. Health, Medicine and Society in the Arab World: Legacy and Challenges. Comprendre le Moyen-Orient. 1995
7. Mona Alkhalidi. The Determinants Of Health Status In Jordan 1960 –1988. University Of London. 1992

♦♦♦♦

## القسم الثالث

التوسع في الطب واستثماره

الفصل العاشر: التعليم الطبي

الفصل الحادي عشر: الخدمات الطبية الملكية

الفصل الثاني عشر: القطاع الخاص اتفاقيات السلام/ السياحة العلاجية

الفصل الثالث عشر: المؤسسات الصحية المستقلة

الفصل الرابع عشر: القرن الحادي والعشرون مآزق القطاعات الصحية

♦♦♦♦

## الفصل الثالث عشر

### المؤسسات الصحية المستقلة

## مركز الأمل للشفاء / مركز الحسين للسرطان\*

يمكن فهم السياسة الأردنية الصحية بوضوح من خلال استعراض قصة تحول «مركز الأمل للشفاء» إلى «مركز الحسين للسرطان»، حيث استفاد النظام من الجهود الشعبية في القطاع الصحي، وحولها لواحدة من انجازاته.

تم إنشاء مركز الأمل للشفاء لمعالجة السرطان بتبني ومجهود من اتحاد الجمعيات الخيرية برئاسة الدكتور عبد الله الخطيب، الذي تأسس عام 1959 ويندرج تحت مظلته الآن 400 جمعية خيرية في مختلف محافظات المملكة. وتم إصدار بطاقات يانصيب دعماً للمركز، وتم عمل حلقتين في التلفزيون الأردني لجمع التبرعات لصالح المركز «تلوثون». وبدأ بعدها سيل من المساعدات العربية لبناء هذا المركز.

أشرف على المركز الذي بدأ انشاؤه عام 1990 الفريق الوطني لإقامة مركز الأمل لمعالجة السرطان التابع للاتحاد العام للجمعيات الخيرية، وتم افتتاحه 1997 بكلفة 35 مليون دينار أتت على شكل تبرعات من المواطنين الأردنيين والعرب ومنحة مالية من الحكومة الهولندية.

«فأبناء الأردن هم الذين أقاموا هذا الصرح الطبي المميز ليؤكدوا لأحبائهم الذين فقدوهم بالسرطان أن ذكراهم دون غيرها هي التي حدت بهم لأن يقدموا، عملاً ومالاً من أجل إقامة مركز الأمل لمعالجة السرطان.»<sup>(1)</sup>.

بدأ عمل مركز الأمل للشفاء ضمن امكانياته المحدودة التي تعتمد على التبرعات فقط، في تقديم خدمة معالجة مرضى السرطان، في ظل عدم وجود خبرة إدارية وتقنية سابقة في هذا المجال.

شنت حملة شديدة ضد مركز الأمل بإهماله وتقصيره في علاج مرضى السرطان، (مشابهة للحملة التي شنت على وزارة الصحة لصالح المؤسسة الطبية العلاجية) حتى أنه أطلق عليه مركز الهمل<sup>(19)</sup>، وتم التركيز إعلامياً على شكاوى

المرضى وأهاليهم وعلى نقص المعدات والأدوية والكادر الطبي، رغم أن المصدر الوحيد لتشغيل المركز كانت تبرعات الأهالي. وتوجت هذه الحملة بعد الاستيلاء عليه بقرار مجلس الوزراء، بإحالة الاتحاد العام للجمعيات الخيرية برمته ورئيسه عبد الله الخطيب إلى النائب العام، بحجة التجاوزات المالية والإدارية «لاتخاذ ما يلزم من إجراءات قانونية بهذا الخصوص. لكن محكمة جنايات عمان (فيما بعد) أعلنت براءة الدكتور عبد الله الخطيب وباقي أعضاء مجلس اتحاد الجمعيات الخيرية من التهم المسندة إليهم.

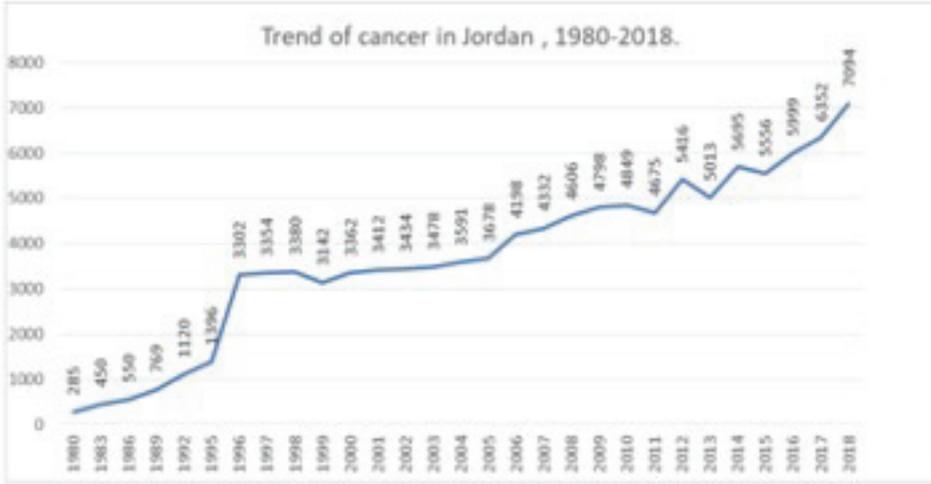
ومن سوء حظ مركز الأمل للسرطان أن حقل علاج السرطان شهد نقلة نوعية حقيقية في بداية القرن الواحد والعشرين بعد تحوله لمركز الحسين للسرطان الأمر الذي انعكس على الفروق الواضحة في نوعية جودة العلاج في المرحلتين بعد تحوله إلى مركز الأمل للسرطان، الأمر الذي ساعد في نجاح حملة تشويه جهود مركز الأمل في إخفاقاته في معالجة مرضى السرطان مقابل إبراز نجاحات مركز الحسين للسرطان.

لكن هذا التقدم المذهل في علاج السرطان بتكلفته العالية رافقته زيادة في عدد السرطانات نتيجة إهمال الوقاية من السرطان. فقد زادت عدد حالات الإصابة الجديدة بسرطان الرئة بين الرجال في الأردن، بأكثر من المثلين بين عامي 1990 كعام أساس و2013 كعام مقارن، فيما زادت حالات الإصابة بسرطان الثدي بين النساء أكثر من 3 أمثال للمدة نفسها. دورية جاما أونكولوجي «الأعباء العالمية للسرطان في 2013».

ويرجع زيادة انتشار سرطانات الرئة مثلاً لزيادة نسبة التدخين في الأردن زيادة مذهلة، فالتبغ من أهمّ العوامل المسببة للسرطان، إضافة إلى سرطان الرئة، فهو المسبب الرئيسي لسرطان الحنجرة، والبنكرياس، والكلى، والمثانة، والفم والمريء، وأنواع أخرى من السرطان.

## شكل 4: عدد حالات السرطان في الأردن

Figure 2: Trend of cancer in Jordan, 1980-2018



المفارقة أن الصحف والرأي العام سيثير لاحقاً إثارة قضايا فساد في المؤسسة التي حلت مكان الجمعيات الخيرية، خصوصاً في ظل عدم الكشف عن ميزانيتهم السنوية، وفي ظل الارتفاع الكبير في رواتب المدربين وبعض العاملين في المركز. ورفضهم لاستقبال المرضى الا في ظل دفعهم لفواتير العلاج عن طريقهم شخصياً أو عن طريق الجهة المؤمنة مثل الحكومة أو غيرها.

اقترحت الإدارة الأمريكية على الأردن عقب وفاة الملك حسين في عام 1999 وعلاجه في الولايات المتحدة، انشاء مركز سرطان متقدم في الأردن يعمل على غرار مراكز السرطان في الولايات المتحدة، المعروفة بتقدمها في هذا المجال.

ودعمت الولايات المتحدة مشروع مركز السرطان في كل جوانبه\*، حيث إنه يحقق تطلعاتها في اقرار العولمة على النموذج الأمريكي، ويعكس مكاسب السلام في المنطقة. بني المركز على أسس عولمة الرعاية الصحية:

1. الموارد العابرة للحدود(وتشمل أجهزة التشخيص والعلاج، ومعاييرها وأدلتها والتطبيب عن بعد).

2. المرضى العابرون للحدود(حيث يستقبل المركز مرضى من خارج الأردن).
  3. حركة الكوادر الطبية حيث يتم استخدام الكوادر الطبية ضمن المعايير العالمية(الأمريكية)بمعنى توظيف الأطباء الذين تدربوا على الطب الأمريكي.
  4. البعد التجاري، بحيث يسمح بالاستثمارات الخارجية والعمل بقواعد القطاع الخاص.
- تم اقتراح الدكتور سمير خليف لإدارة المركز، لكنه أصر لقبول قيادة المشروع على:(19)

1. توفير حساب مصرفي كبير للاستثمارات في المرفق والموظفين في المركز من دون قيود على اختيارات الدكتور خليف وتوقيته.
2. الاستقلالية في جميع قضايا الإدارة، وتحديدأ فصل الموظفين وتوظيفهم وشراء المعدات والمواد.

وتحول مركز الأمل للشفاء من اتحاد الجمعيات الخيرية إلى مؤسسة الحسين للسرطان وهي مؤسسة تم انشاؤها بموجب قانون خاص(قانون مؤسسة الحسين للسرطان)منحت إدارته صلاحية مستقلة مطلقة في إدارته. حيث يعين رئيسها بإرادة ملكية، ويدير الرئيس هذه المؤسسة بشكل مستقل عن طريق أعضاء هيئة الأمناء الذين يسميهم(20)عضواً، وتشرف الهيئة على وضع السياسة العامة لمركز الحسين للسرطان وقرار خطته وبرامجه، وعلى جميع أعماله ونشاطاته المالية والإدارية والطبية.

تلقت هذه المؤسسة دعماً متواصلاً من الحكومتين الأردنية والأمريكية وسمح لها باستقبال التبرعات من داخل الولايات المتحدة، حيث أنشئت مؤسسة أمريكية رديفة بالاسم نفسه لهذه الغاية، كما تلقت تبرعات سخية من الدول الخليجية.

وتولت الأميرة غيدا طلال\* رئاسة المؤسسة منذ تأسيسها، واستمرت بإدارة المؤسسة طيلة العشرين عاماً الماضية، منفردة بجميع أعمال المؤسسة، وبأشرت مهامها بتعيين الأميرة دينا رعد\* مديرة المؤسسة في عام 2016، والدكتور سمير خليف\* مديراً للمركز واستمر في موقعه حتى عام 2006،

من المعروف أن تكلفة علاج السرطان مرتفعة، وأدويتها مرتفعة الثمن أيضاً، ويقابل ذلك صعوبة شفاء المريض، حيث إن نتائج العلاج ما زالت منخفضة في كثير من أنواع السرطان. ولا توجد دراسات تقارن تكلفة العلاج في مركز الحسين للسرطان مع التكلفة في المراكز المتخصصة الأخرى، أو مع تكلفة العلاج في الخدمات الطبية والجامعة ووزارة الصحة التي تعالج أيضاً الكثير من حالات السرطان.

تتكون الموارد المالية للمؤسسة من المصادر التالية:-

- أجور الخدمات العلاجية وسائر عوائد الخدمات التي يقدمها المركز.
- منحة الحكومة السنوية.
- حصة المؤسسة من ضريبة المبيعات على السجائر بحيث لا تقل عن مليوني دينار.
- ريع استثمار أموال المؤسسة ومشاريعها.
- الهبات والتبرعات والاعانات والمنح والوصايا.

وضع المركز تعرفه مرتفعة لأجور علاج مرضى السرطان مما يعني أن معظم المرضى الأردنيين لن يستطيعوا تلقي العلاج. وتم حل هذه المشكلة عن طريق تحميل التأمين الصحي المدني هذه التكلفة للمرضى المؤمنين، وعن طريق الديوان الملكي الذي خصص له مبالغ من الموازنة العامة للدولة لغاية الإعفاءات. ولاحقاً طرحت المؤسسة برامج تأمين صحي ضد السرطان بقيمة 40-100 دينار سنوياً لمن أعمارهم تحت الستين، وبقيمة 200-600 دينار لمن أعمارهم 60 سنة فأكثر. كما تحول لعلاج المرضى غير الأردنيين. ويذكر أن المؤسسة العامة للضمان الاجتماعي طرحت التأمين ضد السرطان أمراً اجبارياً في مشروعها للتأمين الصحي بأقساط تبلغ 1% من أجور المؤمن عليهم، تدفع لمركز الحسين للسرطان<sup>(16)</sup>.

دخل المركز بقوة في موضوع السياحة العلاجية، (وهي أحد أشكال العولمة التي أشير إليها عند تأسيس المركز) حيث أنشأ مكتب المرضى الدوليين، الذي يسوق المركز لمعالجة غير الأردنيين، معتمداً على ميزات المركز: بتوفر جميع الاختصاصات التي تعالج كل الأعمار وبوجود مركز زراعة النخاع العظمي، واعتماد المعايير والبروتوكولات العالمية واتخاذ القرارات من قبل فريق متعدد الاختصاصات.

ووجود غرف منفردة تضمن حرية المريض وخصوصيته وكراسي مريحة للعلاج الكيماوي بإطلالة مميزة وخدمة العلاج الطبيعي وإعادة التأهيل وغرف انتظار مريحة وطوابق مخصصة للنساء والأطفال وحديقة خارجية لرفع معنويات المرضى وعائلاتهم<sup>(9)</sup>.

ولا ينسى الترويج للأردن بقطاعه الصحي المتطور واستقراره الأمني وموقعه الجغرافي الاستراتيجي وسهولة الحصول على تأشيرة، وتكلفة الإقامة المعتدلة، والتقارب اللغوي والثقافي للضيوف العرب.

لا تضع المؤسسة موازنتها العامة على موقعها، لكن أحد المراجع الأجنبية يذكر إيرادات المركز ووفره خلال الأعوام 2003-2005 كما هو مبين:<sup>(19)</sup>

جدول 19: إيرادات مركز الحسين للسرطان ووفره بملايين الدنانير

الوفر	الإيرادات	السنة
3	20	2003
8	33	2004
8	35	2005

المصدر Jeffrey L Moe, Transformational leadership

تبلغ مساحة المركز 108 آلاف م<sup>2</sup>، ويتكون من ثلاث مباني:

1. برج الملك سلمان بن عبد العزيز
2. مبنى الشيخ خليفة بن زايد
3. مبنى نزار النقيب

يحتوي المركز على 352 سريرا و13 غرفة عمليات و36 قاعة عناية حثيثة. يحتوي مركز لزراعة نخاع العظم، وبنك دم الحبل السري وجناح جراحة الأعصاب وعلاج الخلية وعدة طوابق للأطفال ومركز نسائي متخصص. ومركز لزراعة النخاع العظمي، ومركز للتأهيل الوظيفي والمهني والجسدي ومركز خالد شومان للطب النووي وبنك للخلايا الجذعية، وبنك للأنسجة السرطانية. وعيادة للكشف المبكر

عن سرطان الثدي وعيادة متخصصة في العلاج الكيماوي، وعيادة للتوقف عن التدخين.

يشغل المركز 434 مختصاً و1100 ممرضة و102 صيدلاني و1500 تقني ومختص رعاية صحية. في عام 2019، تم ادخال 14 ألف حالة، و250 ألف مراجعة في العيادات الخارجية، واستقبل 7 آلاف حالة سرطان جديدة.

### مستشفى الأمير حمزة

بدأت فكرة المستشفى عام 1981 بشراء أرض في الهاشمي الشمالي بمساحة 168 دونماً لإنشاء مستشفى كبير رديف لمستشفى البشير، بعدد أسرة مبدئي يبلغ 400 سرير مع احتمالية زيادتها إلى 500. لكن التنفيذ تأجل لعام 2000 لحين الحصول على تمويل من الصندوق العربي للإنماء الاقتصادي والاجتماعي بقيمة 50 مليون دينار(كلفة البناء بلغت 21,5 مليون دينار والتجهيزات 19 مليون دينار ومرصود أكثر من 4,5 مليون دينار لغايات مشروع حوسبة المستشفى مستقبلاً).

تسلمت وزارة الصحة مباني المستشفى عام 2004، وتأخر تشغيله لعام 2006، حيث بدأ العمل بشكل جزئي، بسبب نقص الكوادر الطبية. وسط نقاش حاد حول آلية تشغيل المستشفى في ظل طرح العديد من مشاريع الخصخصة الهادفة لخفض الانفاق الحكومي على الصحة(بما فيها بيعه)، إلى أن استقر الرأي على وضع نظام خاص للمستشفى لإدارته بصورة تجارية تعفي الحكومة من تكلفة إضافية جديدة.

تم إقرار نظام مستشفى الأمير حمزة رقم(90) لسنة 2008. بمنحه استقلالية وصلاحيات كاملة لمجلس الإدارة المستقل إدارياً ومالياً عن وزارة الصحة، تشمل تحديد لوائح الأسعار، والتعاقدات، والعطاءات، وخطط التوسع في الخدمات الصحية أو تقليصها «ارتباطاً بالربحية»، وليس ارتباطاً بالاستجابة للحاجة الاجتماعية المتنامية في مجال الرعاية الصحية بمستوياتها المختلفة.

وضع مجلس الإدارة لوائح اجور خاصة للمعالجة لضمان تمويله، تطبيق على المؤمنين وغير المؤمنين، حيث تدفع الجهة المؤمنة(التأمين الصحي المدني مثلاً)

فواتير العلاج، ويساهم المؤمن عليه ب 20% من قيمة الفاتورة، حيث تتجاوز هذه النسبة اجور المعالجة في مستشفيات وزارة الصحة الأخرى.

طبق المستشفى لائحة أسعار قريبة جدا من أجور القطاع الخاص، رافقها رفع أسعار المعالجة في مستشفيات وزارة الصحة لغير المؤمنين، وسط احتجاجات كبيرة مما اضطر الادارة لتعديلها أكثر من مرة. لكنها بقيت أعلى بكثير من لائحة أسعار وزارة الصحة.

يعتمد المستشفى في خدماته على التعاقد مع أطباء من القطاع الخاص في مختلف الاختصاصات، في ظل النقص الكبير جدا في وجود الاختصاصات في الوزارة، للعمل بشكل جزئي داخل المستشفى مقابل مكافآت مالية تعادل رواتب الأطباء العاملين في الوزارة.

نفقات التأمين الصحي المدني لمستشفى حمزة: 4.5، 6.7، 7 مليون دينار للسنوات 2016، 2017، و 2018 على التوالي.

حقق هذا المستشفى وفورات واضحة أثناء تشغيله كما هو مبين في جداول الموازنة العامة (عندما كانت موازنته ضمن الهيئات الحكومية المستقلة. في السنوات 2016 - 2018، زادت إيرادات تشغيله بسبب تشغيله على أسس تجارية، حيث يتقاضى أجور علاج مرتفعة على غرار مستشفى الجامعة والخدمات الطبية والقطاع الخاص.

#### جدول 20: إيرادات ونفقات م. حمزة للسنوات 2016-2018

السنة	الإيرادات	النفقات	الوفر	مساهمة التأمين الصحي
2016	22.7	22.6	0.1	4.5
2017	30	27	3.0	6.7
2018	33	29.4	3.6	7

المصدر: قانون الموازنة العامة لعام 2018

لكن إيرادات المستشفى لا تظهر في مشروع الموازنة العامة للسنوات اللاحقة في عشرينيات القرن الحالي ولكن تظهر نفقاته فقط. بلغت نفقات المستشفى 27

مليون دينار في عام 2020، و31 مليون دينار في عام 2021 موزعة كالتالي رواتب وأجور 9 ملايين دينار، استخدام سلع وخدمات 18 مليون، مكافآت للأطباء بعقود 3 ملايين.

أصبح مستشفى حمزة نموذجاً يمكن أن يحتذى به في بقية المستشفيات، بسبب عدم وجود كلفة مباشرة على خزينة الدولة حيث إنه لا يكلف الحكومة أية نفقات لتشغيله بل أن ما يدفعه التأمين الصحي المدني لعلاج المؤمنين صحياً (مثلته مثل المستشفيات الخاصة)، يتأتى من جيوب أقساط الموظفين أو من أجور المعالجة في وزارة الصحة. حيث بلغت تكلفة العلاج نحو 10 ملايين دينار في عام 2020.

تعرض النظام الخاص لمستشفى حمزة منذ البدء بإنشائه لانتقادات عنيفة بتهمة الخصخصة. حيث تم اتهام وزير الصحة (حينها) بأنه ينتمي إلى مدرسة تقديس قيم القطاع الخاص ويؤمن بأن الإدارة الحكومية للمرافق الصحية أقل كفاءة من إدارة القطاع الخاص وبالتالي فإن انحياز الوزير واضح في هذا الصدد، والحديث عن نجاح النظام الخاص لمستشفى الأمير حمزة هو حديث أيديولوجي وليس عملياً. تصاعدت الانتقادات الحزبية والنقابية ضد النظام الذي عدّ جزءاً من عملية خصخصة مستشفيات وزارة الصحة، خصوصاً بعد تصريح الوزير بأن «الوزارة ستقوم بعد نجاح تجربة النظام الخاص لمستشفى الأمير حمزة بتطبيقه على مستشفى البشير وجميع المستشفيات الحكومية في المملكة، مشيراً إلى أن الأنظمة الجديدة تحتاج إلى فترة للنجاح».

المركز الوطني للسكري والغدد الصم والأمراض الوراثية\* (12)؛ (13)؛ (14)؛ (15)

وصلت التفتت في القطاعات الصحية في الأردن ليس فقط بالانفصال عن وزارة الصحة، بل امتد حتى داخل القطاع الجامعي بقيادة أحد الأطباء المتنفذين في اختصاص مرض السكري. بدأت فكرة إنشاء المركز نهاية عام 1995 وأخذ إطاره القانوني حسب النظام الصادر سنة 1996 ليبدأ بتقديم خدماته بشكل مبدئي في مستشفى الجامعة الأردنية قبل الانتقال إلى الموقع الدائم عام 2005. ويؤدي المركز رسالته في مجالات العلاج والتدريب والتأهيل والبحث العلمي في إطار مكافحة

أمراض السكري والغدد الصم والوراثة كما يعد أحد المراكز الأكاديمية في الجامعة الأردنية، وتم افتتاح مقر دائم له على قطعة أرض من الجامعة الأردنية العام 2007، واليوم هناك توسعة جديدة بعد اضافة أرض جديدة له بعد العام 2010.

وبدلاً من تبعيته للجامعة كما بدأ، تقرر تأسيسه بقرار من المجلس الأعلى للعلوم والتكنولوجيا، بصفته واحداً من المراكز التابعة للمجلس. ويهدف إلى القيام بأعمال التدريب والتأهيل والتطوير والبحث في مجالات السكري والغدد الصم والأمراض الوراثية.

يدير شؤونه مجلس يعينه الأمير الحسن بن طلال رئيس المجلس الأعلى للعلوم والتكنولوجيا وعضوية كل من أمين عام وزارة الصحة، أمين عام المجلس الأعلى للعلوم والتكنولوجيا، مدير الخدمات الطبية الملكية، عمداء كلية الطب في الجامعة الأردنية وجامعة العلوم والتكنولوجيا وجامعة مؤتة والجامعة الهاشمية وجامعة اليرموك، وجامعة البلقاء التطبيقية، ورئيس جمعية العناية بالسكري، وممثلين عن القطاع الخاص، ونائب رئيس المركز.

بدأت تحويلات مرضى التأمين الصحي الحكومي للمركز بدلاً من علاجها في مراكز الصحة، حيث بلغت نفقات التأمين الصحي المدني لمركز السكري: 5.5، 6.7، 7 مليون دينار للسنوات 2016 - 2018. ومن لديه التأمين الصحي يستطيع مراجعة المركز مباشرة دون تحويل بحيث يغطي التأمين الصحي 70% من حملة التأمين من الدرجتين الأولى والثانية ونسبة إعفاء من 20% في حين يغطي التأمين التكلفة 90% لمن يحملون التأمين من الدرجة الأولى بنسبة إعفاء 10%.

### مركز الخلايا الجذعية

تتبع ولادة المؤسسات الصحية المستقلة، حيث تأسس مركز العلاج بالخلايا الجذعية في الجامعة الأردنية. الذي تركّز أبحاثه حالياً على علم الأورام الجزيئي، وأبحاث الخلايا الجذعية التطبيقية، والطب التجديدي.

جاء افتتاح المركز في خضم نقاش صاخر حول جدوى العلاج بالخلايا الجذعية وفعاليتها، وبعد افتتاح مراكز خاصة لهذا النوع من العلاج، وبعد تقديم عدة شكاوى لنقابة الأطباء ووزارة الصحة، ووجود شهادات نصب في هذا المجال.

بُني المركز من موازنة الجامعة الأردنية على مساحة 3200 متر مربع وجهز من المنحة السعودية. تكمن أهمية الخلايا الجذعية في علاجها للعديد من الأمراض المستعصية في مختلف التخصصات مثل الجلد والشرابين والعظام والاعصاب والجلد والامراض المناعية.

أشرفت اللجنة الوطنية للخلايا الجذعية على انشاء المركز، برئاسة مدير مركز الخلايا الجذعية في الجامعة الاردنية وعضوية 12 مختصا من وزارة الصحة والخدمات الطبية الملكية ونقابة أطباء الأسنان ونقابة الأطباء ودائرة الإفتاء ومقعدين لمختصين من الجامعات الاردنية الرسمية ومقعد قانوني من الدائرة القانونية في الوزارة والدراسات الدوائية في المؤسسة العامة للغذاء والدواء على أن تكون مدة العضوية 3 سنوات قابلة للتجديد مرة واحدة.

#### مشروع معهد الحسين للتكنولوجيا الحيوية والسرطان<sup>(7)</sup>،<sup>(8)</sup>

تمت المراحل الأولى من هذا المشروع الريادي الذي يفترض أن يقام على أرض مساحتها (680) دونما، بالتعاون مع معهد السرطان القومي في الولايات المتحدة الاميركية وتحت مظلة صندوق الملك عبد الله الثاني للتنمية، وبتمويل أمريكي سخّي، ليحمل اسم «معهد الملك الحسين للتكنولوجيا الحيوية والسرطان»، لكنه توقف فجأة دون ابداء الاسباب. وبدأ الانهيار باستقالة المدير العام آنذاك الدكتور سمير خليف من دون أي سبب واضح، وتوالت بعد ذلك قصة افسحال هذا الصرح الوطني، ثم بدأت الامور تسوء للدرجة التي توقفت معه جميع نشاطات المعهد وتم سحب وتسليم عدد من الممتلكات التي تخدم المعهد مثل بيع سيارة المعهد بسبب عدم وجود التمويل الكافي على الرغم من الاعلان عن تخصيص 200 مليون دولار للمشروع. وصلت كلفة المشروع غير المكتمل في حينه الى نحو (70) مليون دينار، وبتوقف المشروع منذ سنوات فقد اصبح الان مجرد بناء غير مكتمل في منطقة زبود في ناعور وتأكلت جنباته بفعل الرطوبة وعوامل

الطقس وتبخر الحلم في ظروف غريبة يلفها الصمت والمجهول. واحدة من أهم المزايا التي كان سيوفرها المشروع هي قدرته على تمكين أفراد عائلات المصابين بالمرض، وخصوصاً الأطفال المرضى، من الإقامة طوال مدة العلاج في مرافق مستشفى داخل حرم المعهد مما سيُعزز النتائج المرجوة للعلاج وتدعيم الجانب النفسي لدى المريض، كما إن تأسيس المعهد سيحول الأردن، إلى مقصد علاجي وتعليمي متطور على المستويين الإقليمي والعالمي، مما يعزز مكانته في مجال أبحاث السرطان والمجالات الطبية والعلاجية

## هوامش الفصل الثاني عشر

قصة السرطان في الأردن نجاح وفشل في الوقت نفسه

المثال الأول:- يعد الأردن الدولة الأولى عالمياً من حيث انتشار التدخين وفق مؤشرات الصحة العالمية. إن أكثر من 8 رجال أردنيين من أصل 10 أشخاص يدخنون أو يستخدمون بانتظام منتجات النيكوتين بما في ذلك السجائر الإلكترونية. وأن الأردنيين يدخنون يومياً ويستهلكون ما معدله 23 سيجارة للفرد يومياً.

بلغت التكلفة السنوية لعلاج الأمراض الناتجة عن التدخين نحو 200 مليون دينار سنوياً. ووفق الأرقام فإن ثلث السكان في الأردن هم من المدخنين، وبنسبة 27% للإناث، و38% للذكور. ويتجاوز حجم الإنفاق على التدخين في الأردن مبلغ مليار دينار سنوياً وذلك بناء على أحدث أرقام لدائرة الإحصاءات العامة.

صرحت وزارة الصحة لتلفزيون المملكة: «بأن الأردن الأول عالمياً في انتشار التدخين وهناك ثلاثة أسباب تقف خلف الأمر. الأول هو عدم تطبيق بنود الاتفاقية الإطارية التي تحتوي الاستراتيجيات الستة التي وضعتها الأمم المتحدة لخفض نسب التدخين. والثاني هو عدم الالتزام بتطبيق قانون الصحة العامة وفرضه الذي يؤكد حظر التدخين في الأماكن العامة. والثالث هو دخول صناعة التبغ إلى الأردن ومساهمتها في صناعة القرار والترويج بين المراهقين والأطفال. وأوضح «بحسب منظمة الصحة العالمية أن هناك 9 آلاف وفاة سببها التدخين»<sup>(17)</sup>

أنت زيادة نسبة التدخين في الأردن وفي الدول النامية بعد الحملة الشرسة التي جابهت شركات صناعة التبغ في الولايات المتحدة والدول الأوروبية. وتوجه هذه الشركات لزيادة انتاجها وتسويقها للتبغ في الدول النامية وفي مقدمتها الأردن بالتواطؤ مع حكومات تلك الدول<sup>(18)</sup>.

المثال الثاني:- أما المثال الثاني الذي يدل على اهمال الأردن لمكافحة السرطانات فهوتجاهل الأسباب المهنية للسرطانات حيث يعد السرطان المهني شكلا من اشكال إصابات العمل حيث تقوم مؤسسة الضمان الاجتماعي بمعالجة المصاب ودفع تعويضات ورواتب تقاعدية له أو لعائلته في حالة وفاته. ونجد أن هذا الإهمال قد أدى عمليا لاختفاء تسجيل المنشأ المهني للسرطانات المهنية في سجلات الضمان الاجتماعي، مثل سرطان الميزوثليوما رغم تسجيل 9 حالات جديدة في الأردن في عام 2020. وهو ما لاحظته شخصيا أثناء عملي في مؤسسة الضمان الاجتماعي من تجاهل وصعوبة اثبات المنشأ المهني لهذا السرطان وغيره

الأميرتان غيدا طلال، ودينا مرعد(4)

الأميرة غيدا طلال لبنانية من عائلة سلام درست في الولايات المتحدة وعملت في الصحافة. وكلفها الملك حسين بتأسيس وإدارة مكتب الإعلام الدولي في واشنطن بعد زواجها من الأمير طلال بن محمد، وتولت أخيرا رئاسة مؤسسة الحسين للسرطان.

وتولت الأميرة دينا مرعد التي درست المحاسبة في إنجلترا وتزوجت الأمير رعد بن زيد إدارة المؤسسة والمركز منذ تأسيسها حتى عام 2016، وقدمت استقالتهما وسط إشاعات عن خلافها مع الأميرة غيدا.

نسبت الأميرة غيدا هيئة أمناء المركز ليتم تعيينهم بإرادة ملكية من شخصيات تنتمي لفئة اجتماعية واحدة من المتنفذين في ظل غياب شبه كامل لممثلي الفئات والهيئات الشعبية والمهنية بمن فيهم النساء والمسنين والكوادر الطبية.

1. رجائي المعشر	2. عبدالاله الخطيب
3. ميشيل مارتو	4. سهير العلي
5. شريف الزعبي	6. علاء بطاينة
7. ايمن حتاحت	8. طارق العقاد
9. شريف سعيد	10. نشأت المصري
11. طلال الشاعر	12. تيماء قعووار
13. علي قولا غاصي	14. عمر شومان
15. زاهر بشناق	16. عمر المصري
17. ماري نزال بطاينة	18. غسان العلي
19. شهم الور	20. سامر المجالي

د. سمير خليف

فلسطيني أمريكي يحمل وثيقة سفر سورية. درس الطب في الجامعة الأردنية وتخصص في الولايات المتحدة في الأورام والمناعة، حيث حصل على الجنسية الأمريكية. أتى للأردن للعمل مديراً لمركز الحسين للسرطان في عام 2002 – 2006 عمل بعدها مديراً لمعهد الحسين للتكنولوجيا الحيوية والسرطان حتى عام 2009 عاد بعدها للولايات المتحدة، وتوقف العمل في المعهد.

عمل سمير خليف مستشاراً لمشروع في صندوق إسرائيل للتكنولوجيا الحيوية (7)؛ وقررت لجنة مقاومة التطبيع في مجمع النقابات المهنية عدّه مطبوعاً ويمنع تكريمه من قبل جمعية أطباء الأعصاب. واتخذ قرار «مقاومة التطبيع» دعماً لقرار نقيب الأطباء عدّ خليف مطبوعاً وطالب بكتاب خطي من جمعية الأعصاب عدم صعوده إلى المنصة لتكريمه (10).

تم تعيين الدكتور محمود سرحان لإدارة المركز، وتم الاستغناء عن خدماته في عام 2011 (إحالاته إلى التقاعد) من إدارة المركز بعد خدمة استمرت تسع سنوات.

#### الدكتور عاصم منصور

وتم تعيين الدكتور عاصم منصور (أخصائي أشعة) وهو ابن الأمين العام لجمعية العمل الإسلامي حمزة منصور مديراً للمركز دون علم رئيس الوزراء (الدكتور عون خصاونة) ونفيه لهذا التعيين (11).

#### علاقات مؤسسة الحسين للسرطان الخارجية (3)

يتميز المركز بتأثره وعلاقاته المميزة بالطب الأمريكي، بحيث لا تستطيع تمييزه عن المستشفيات الأمريكية وأنظمتها وطرائق عملها، ولا أدل من ذلك من حرصه على شهادات الاعتماد الأمريكية وبارازها دليلاً على تميزه.

1. اعتماده من اللجنة الدولية المشتركة (JCI) مركزاً متخصصاً في علاج السرطان بصورة محددة.
2. اعتماد المختبرات التابعة للكلية الأمريكية لعلم الأمراض (CAP).
3. اعتماد مجلس اعتماد المؤسسات الصحية الوطني (HCAC).
4. اعتماد المركز الأمريكي لاعتماد شهادات التمريض (ANCC).
5. اعتماد المجلس العربي للاختصاصات الصحية.
6. اعتماد شهادة التميز في التمريض (MAGNET) مركز الاعتماد الأمريكي للتمريض ANCC.
7. الاعتماد الدولي للأبحاث السريرية (AAHRPP).

بل إنه أنشأ في عام 2004، مؤسسة الحسين للسرطان بالولايات المتحدة الأمريكية (KHCF-USA). بإدارة وكوادر أمريكية بمشاركة من الأميرة غيدا ونسرين قطامش. إضافة للشراكات مع عدة مؤسسات أمريكية شبيهة، التي أتاحت له الشراكة مع مؤسسات شبيهة في أوروبا والشرق الأوسط. المؤسسة الشقيقة: مركز إم. دي. أندرسون للسرطان في جامعة تكساس، الولايات المتحدة الأمريكية.

الشريك الاستراتيجي: مستشفى سانت جود لأبحاث سرطانات الأطفال، الولايات المتحدة الأمريكية.

### الشراكات الطبية والبحثية

1. مستشفى الجامعة الأمريكية في بيروت، لبنان.
2. المعهد الوطني للسرطان، الولايات المتحدة الأمريكية.
3. مجموعة مستشفيات ليدز التعليمية.
4. مركز الأميرة مارجريت للسرطان، كندا.
5. مؤسسة كوري الفرنسية لأبحاث السرطان.
6. مركز موفيت للسرطان، الولايات المتحدة.
7. الاتحاد الدولي لمكافحة السرطان.
8. المركز الألماني لأبحاث السرطان، ألمانيا.
9. منظمة مؤسسات السرطان الأوروبية، بلجيكا.
10. مؤسسة شامباليمو، البرتغال.
11. الاتحاد العالمي لعلاج السرطان الموجه.
12. المنظمة الأوروبية لأبحاث وعلاج السرطان.
13. جامعة النجاح، فلسطين.
14. معهد قطر لبحوث الطب الحيوي، قطر.
15. المعهد الوطني للسرطان، مصر

المركز الوطني للسكري (12)، (13)، (14)، (15)

لم تتعرض إدارة أي مؤسسة لما تعرضت له إدارة مركز السكري، وقد تناولتها الصحف والمواقع الإلكترونية تباعاً حول إنشائها ورواتب مديريها ومكافآته المرتفعة، إضافة لتحقيقات وتقارير هيئة مكافحة الفساد وديوان المحاسبة بوجود مخالفات خطيرة بالجملة في هذا المركز.

◆◆◆

## القسم الرابع

### التأثير الدولي

الفصل الخامس عشر: مفاهيم الرعاية الصحية / التأمينات الصحية

- التأمينات الصحية في الأردن

الفصل السادس عشر: دور المنظمات الصحية الدولية

- تأثير المنظمات الدولية على الأردن

الفصل السابع عشر: النيوليبرالية في الطب

الفصل الثامن عشر: تأثيرات النيوليبرالية على الأردن

- هيكلية القطاع الصحي في الأردن

الفصل التاسع عشر: جائحة الكورونا

لكن تذكروا

أن قوتهم تعتمد على طاعتكم،

وعندما تتوقفون عن الطاعة،

تتبخر قوتهم، وتصبحون أنتم الأقوياء

هيوارد زين

## الفصل الخامس عشر

### مفاهيم الرعاية الصحية / التأمينات الصحية

كان تأثير الثورة الصناعية واضحا على صحة البشر، فقد أدى التقدم التكنولوجي وزيادة الانتاج إلى زيادة كبيرة في عدد السكان نجم عن انخفاض معدلات الوفاة في ظل ارتفاع معدلات الولادة. وترافق ذلك مع التحضر ونشوء المدن ونموها. وجاء انخفاض معدلات الوفاة، بسبب تحسن مستويات المعيشة، والصحة العامة «هايجين»، وتحسين شبكات المياه والصرف الصحي، وانخفاض وفيات الأوبئة الفتاكة نتيجة تحورها وضعف فتكها.

لكن هذا التحسن لم يتوزع على جميع السكان بشكل متساوٍ نتيجة سيطرة الرأسمالية التي خلقت طبقات اجتماعية منقسمة ومتناحرة، مما أدى لتوسع الفوارق في الصحة وتوقعات الحياة بين الفئات الاجتماعية داخل الدول كما توسعت الفوارق بين الشعوب تبعا لظروف العمل والمعيشة، وكانت الطبقات العليا (وهم الأقلية) أكثر استفادة من التغيرات الايجابية في الصحة.

ما زالت الفجوة في توقعات الحياة موجودة (بل إنها تزداد في بعض المناطق) بين فئات المجتمع داخل الدول، وبين الدول. وهذه الفوارق في الصحة هي نتيجة للفروق في الدخل والثروة، إضافة للهيمنة والقمع في المجتمع وداخل أماكن العمل والحياة الصعبة التي تعيشها الأغلبية الكادحة نتيجة التلوث الذي تحدثه الأعمال الصناعية، مما يزيد من مستوى الكرب الذي يعد عاملا مهما في انتشار الأمراض المزمنة في العصر الحديث (6)؛ (7)؛ (8).

وبدلا من معالجة أسباب تدهور صحة الأغلبية انتعشت معالجة نتائجها، بمختلف أشكال التكنولوجيا والأدوية والعلاجات، وظهرت بالتالي صناعة الطب الحديث المستندة لجني الأرباح، والتي وزعت أيضا بشكل غير متساوٍ مما يؤدي لزيادة الفروقات في صحة البشر، وزاد انتعاشها نتيجة الطلب المتزايد على خدماتها الإضافية (الكمالية) من قبل القلة الغنية.

أدى ذلك لانقسام واضح في النظر للصحة والرعاية الصحية في المجتمعات الرأسمالية، ولاحقا في كل العالم، بين مدرستين في الطب تربط الأولى الطب بالمجتمع وترى أسباب المرض فيه، وتحاول الأخرى اخفاء أسباب المرض الاجتماعية وتنظر للصحة والمرض من منظور بيولوجي صرف. تطورت المدرستان خلال القرنين التاسع عشر والعشرين، الأولى أقوى في أوروبا والأخرى أقوى في الولايات المتحدة.

## المدرسة الاجتماعية في الطب (7)·(8)·(9)·(10)

قد تستغرب أيها القارئ أن من أوائل الدراسات التي ربطت الحالة الصحية بالظروف الاجتماعية، قد ارتبطت بمفكر لا علاقة له بالطب مباشرة، من خلال كتاب «حال الطبقة العاملة في إنجلترا في القرن التاسع عشر»\* الذي كتبه فريدريك إنجلز، ونُشر في عام 1845. وصف هذا الكتاب ظروف العمل والسكن الخطيرة التي أدت إلى المرض. وتبع إنجلز، على وجه الخصوص، أمراضاً مثل السل والتيفوئيد والتيفوس وبين علاقتهما مع سوء التغذية، والسكن غير اللائق، وإمدادات المياه الملوثة، والاكتظاظ السكاني. وكان تحليل إنجلز للرعاية الصحية جزءاً من دراسة أوسع لظروف الطبقة العاملة في ظل التصنيع الرأسمالي. لكن علاجه للمشاكل الصحية كان له تأثير عميق في ظهور الطب الاجتماعي\* في أوروبا الغربية، وخاصة أعمال الدكتور رودولف فيرشو\*.

ثم ظهرت دراسات الدكتور فيرشو الرائدة في الأمراض المعدية، وعلم الأوبئة، و«الطب الاجتماعي» (مصطلح فيرشو شائع في أوروبا الغربية)، بناءً على طلب من الحكومة البروسية (الألمانية)، حيث حقق فيرشو في انتشار وباء التيفوس الحاد في بروسيا. وأوصى بناءً على هذه الدراسة، بسلسلة من التغييرات الاقتصادية والسياسية والاجتماعية العميقة التي شملت زيادة العمالة، وتحسين الأجور، والاستقلال الذاتي المحلي في الحكومة، والتعاونيات الزراعية، وهيكّل ضريبي أكثر تصاعدياً. لم يؤمن فرتشاو بوجود حلول طبية صارمة، مثل إنشاء المزيد من العيادات أو المستشفيات. وبدلاً من ذلك، دعا لإصلاح أصول اعتلال الصحة في المشكلات المجتمعية. إذن، كان النهج الأكثر منطقية لمشكلة الأوبئة هو تغيير الظروف التي تسمح بحدوثها.

في تحقيقاته العلمية وفي ممارساته السياسية، عبر فيرشو عن موضوعين مهمين. أولاً، أصل المرض متعدد العوامل، ومن أهمها الظروف المادية لحياة الناس اليومية. ثانياً، لا يمكن لنظام رعاية صحية فعال أن يقتصر على علاج الاضطرابات الفيزيولوجية المرضية للمرضى الأفراد، بل يجب أن تتزامن هذه التحسينات في نظام الرعاية الصحية، مع التغييرات الاقتصادية والسياسية والاجتماعية الأساسية، لكي تنجح. ولكن هذه التغييرات الأخيرة غالباً ما تؤثر في

امتيازات الثروة والسلطة التي تتمتع بها الطبقات المهيمنة في المجتمع، وبالتالي تواجه بالمقاومة. لذلك، ومن وجهة نظر فيرشو، غالبًا ما تمتد مسؤوليات عالم الطب لتشمل العمل السياسي المباشر.

كان المفهوم الاجتماعي للصحة والمرض، يرى أن للأمراض محددات اجتماعية واسعة، في البيئة المشتركة التي يعيش الناس داخلها، مما يفسر انتشار الأمراض أكثر بين العمال، نتيجة سوء الأوضاع المعيشية، خصوصًا في مكان عمل وسكن العمال، ونتيجة التوزيع غير المتساوي لضرورات الحياة وأسباب المعيشة، مما يعني أن تحسين بيئة العمل والسكن وتوفير الرفاه سيساعد كثيرًا في تحسين صحة البشر بما فيه توفير الرعاية الصحية الوطنية.

وجدت المدرسة الاجتماعية للصحة والمرض صداها الواسع بين أوساط العمال والحركات الثورية والاشتراكية في أوروبا في النصف الأول من القرن التاسع عشر

المدرسة البيولوجية(7)،(14)،(15)،(16)

بعد هزيمة النضالات الثورية في أواخر النصف الأول من القرن التاسع عشر، شددت حكومات أوروبا الرجعية من سياساتها الاجتماعية المحافظة والقمعية. ودخل التحليل الاجتماعي للرعاية الصحية مدة طويلة من الكسوف. مع بداية رد الفعل السياسي، تحول فيرشو وزملاؤه إلى أبحاث غير مثيرة للجدل نسبيًا في المختبرات وإلى الممارسات الخاصة.

خلال أواخر القرن التاسع عشر، مع أعمال إيرليخ وكوخ وباستور وغيرهم من علماء البكتيريا البارزين، اكتسبت نظرية الجراثيم الصدارة وأوجدت تغييرًا عميقًا في افتراضات الطب التشخيصية والعلاجية. وظهر نموذج أحادي العامل للمرض. وبحث علماء الطب عن الكائنات الحية التي تسبب العدوى والأفات الفردية في كل الأمراض والاضطرابات المعروفة المعدية وغير المعدية. فحسنت اكتشافات هذه المدة بلا شك الممارسة الطبية. ومع ذلك، وكما أظهر العديد من الباحثين، فإن الأهمية التاريخية لهذه الاكتشافات تمت المبالغة فيها. وعلى سبيل المثال، سبقت الانخفاضات الرئيسية في الوفيات والمراضة من معظم الأمراض

المعدية عزل عوامل مسببة معينة واستخدام العلاجات المضادة للميكروبات. وحتى في الأوبئة حدث تحسن في نتائج العدوى بعد إدخال خدمات الصرف الصحي الأفضل، ومصادر التغذية المنتظمة، وتغيرات بيئية واسعة أخرى في أوروبا الغربية والولايات المتحدة.

كان لنظرية الجراثيم دوراً حاسماً في انتصار المفهوم الفردي، وانفصال الطب عن الفهم المشترك حول الجسد وعلاقته بالبيئة الاجتماعية والاقتصادية. ونظرت مهنة الطب بعيداً عن مكان العمل في الوقت الذي كانت فيه التغيرات في البيئة الصناعية تخلق مخاطر غير مسبوقه على الصحة والسلامة.

كان ذلك واضحاً في التعامل مع مرض السل، فقد أدى تحديد روبرت كوخ لعصية الحديبية في أوائل ثمانينيات القرن التاسع عشر، إلى طمس العلاقة بين بيئة العمل وهذا المرض بالذات وأضعف مصدراً محتملاً للنزاع بين العمال في المهن التي ينتشر فيها السل وأصحاب المصانع الذين قد يكونون مسؤولين عن المرض. إذ أصبح أن سببه جرثومة، وبالتالي لا علاقة له بنوع العمل.

حقق المنظور أحادي العامل لنظرية الجراثيم مثل هذه الأهمية، واحتفظت التقنيات الاستقصائية التي تفترض أسباباً وعلاجاً معيناً بطابع أسطوري تقريباً في العلوم الطبية والممارسة حتى يومنا هذا. وظهرت بعض التفسيرات الأولية لهذه السيطرة فقط في السنوات القليلة الماضية؛ التي تشير لتأثير تقرير Flexner.

يحظى تقرير Flexner بتقدير كبير كونه الوثيقة التي ساعدت على تغيير الطب الحديث من الدجل إلى الممارسة المسؤولة. كان أحد الافتراضات الأساسية لتقريره هو أن الطب العلمي القائم على المختبر، والموجه بشكل خاص إلى مفاهيم وطرق علم الجراثيم الأوروبي، أنتج ممارسة طبية عالية الجودة وأكثر فاعلية. على الرغم من أن الفاعلية النسبية للتقاليد الطبية المختلفة لم تخضع أبداً لاختبار منهجي، وأكد التقرير أن كليات الطب غير الموجهة للطب العلمي عززت سوء معاملة الجمهور. ودعا التقرير إلى إغلاقها أو إعادة هيكلة المدارس غير المجهزة لتعليم الطب المخبري. وكانت تداعيات التقرير سريعة ومثيرة. إذ أصبح الطب العلمي المخبري هو المعيار للتعليم الطبي والممارسة والبحث والتحليل.

تلقي الدراسات التاريخية الحديثة بظلال من الشك على الافتراضات الواردة في تقرير Flexner الذي فرض نفسه على نطاق واسع في نصف القرن الماضي. فيما يوثقون الدعم غير النقدي الذي تلقتة توصيات التقرير من أجزاء من مهنة الطب والمؤسسات الخيرية الخاصة الكبيرة. جزئياً على الأقل.

### العودة للمدرسة الاجتماعية في الطب (8) (9) (10)

اتجهت الأبحاث الطبية والمختبرات وكليات الطب للبحث عن مصدر أحادي للمرض، بدءاً من الجراثيم، ومروراً بالوراثة والجينات، وعلوم المناعة... الخ، وانتهاءً بالسلوك الفردي، واستمرت بالابتعاد عن المحددات الاجتماعية للصحة والمرض. حظيت التحليلات التي تؤكد أهمية «نمط الحياة» الفردي كسبب للمرض باهتمام بارز في الآونة الأخيرة.

من الواضح أن العوامل البيولوجية والفروق الفردية في العادات الشخصية تؤثر على الصحة في جميع المجتمعات. لكن هذه الحجج «العلمية»، ربما تحجب مصادر مهمة للمرض والإعاقة في عملية العمل الرأسمالي والبيئة الصناعية؛ كما أنه يضع عبء الصحة بشكل مباشر على الفرد، بدلاً من البحث عن حلول جماعية للمشاكل الصحية.

تجدر الإشارة إلى القضايا التي تم التقليل من أهميتها: العوامل البيئية في المجتمعات الصناعية التي تسبب ما يقرب من 80% من جميع أنواع السرطان. أو إن عدم الرضا عن العمل هو أقوى مؤشر إلى طول العمر وثاني أفضل متنبئ كان «السعادة» بشكل عام، كما أن نتائج الأبحاث تشير إلى أن هذه العوامل قد تمثل حوالي 75 بالمائة من عوامل خطر الإصابة بأمراض التي تشكل السبب الرئيسي للوفاة في العالم.

ظل التوجه الاجتماعي في الرعاية الطبية، بسبب هذه الأحداث، في حالة خسوف على الرغم من أن بعض أعمال فيرشوا اكتسبت اعترافاً بأنها كلاسيكية، إلا أن النموذج متعدد العوامل ظل مدفوناً إلى حد كبير.

لكن الدراسات الاجتماعية الجادة في مجال الرعاية الصحية قد نمت بسرعة، ربما انعكاساً للاضطراب السياسي في أواخر الستينيات والاستياء الواسع النطاق من مختلف جوانب النظم الصحية الحديثة. وبدأت هذه الدراسات في أوروبا الغربية وانتشرت إلى الولايات المتحدة مع نشر مقال كيلمان الرائد في عام 1971.

شهد القرن 21 عودة المدرسة الأولى بقوة بفضل الأبحاث التي قادها مارموت Marmot، وويلكنسون Wilkinson، ونفارو Navarro، وويتزكون Waitzkin، ووصلت ذروتها عندما اتخذت منظمة الصحة العالمية في مؤتمرها في البرازيل عام 2010 اعلان المحددات الاجتماعية للصحة (7) (9) (11) (12).

### التأمينات الصحية

أصبحت الرعاية الصحية محور حركات إصلاح واسعة النطاق. حيث ركز الإصلاحيون على الصحة لإعادة صياغة كيفية دعم العمال وأسرههم، الذين يعتمدون الآن بشكل كبير على الأجور، أثناء الأوقات التي تعقب الحوادث والأمراض وتسريح العمال. كان تطوير خطط التأمين الصحي وأنظمة الرعاية الصحية الوطنية أحد نتائج هذا الجهد المثير للجدل. في ظل تطور الطب بسرعة لتوفير العلاجات التي نجحت بالفعل. حيث نافست هذه الأنظمة أنظمة العمل الخيري الديني في مجال الرعاية الصحية.

كان السعي لبناء أنظمة التأمين الصحي والرعاية الصحية الوطنية تجري ضمن جدل مثير وواسع وصراع اتخذ طابعا اجتماعيا وسياسيا، بين طبقات المجتمع، عن توزيع مسؤولية الرعاية الصحية بين الفرد وبين المجتمع، كانت الطبقات الحاكمة ترى أن الصحة والرعاية الصحية هي مسؤولية فردية وأن صحة المجتمع لا تتحقق الا بانتباه الأفراد لصحتهم لأن الأمراض ناجمة عن السلوكيات غير الصحية للأفراد، وتحملهم بالتالي لكلفة العلاج وكان ذلك منسجما مع مفاهيمهم عن حرية السوق laissez-faire التي سيطرت على جميع مناحي الحياة في المجتمعات الرأسمالية.

عندما وجد العمال أنفسهم في ظروف يائسة بشكل متزايد، لجأ الكثيرون إلى منظمات العمال الاشتراكية والراديكالية التي وعدت بتصحيح التفاوتات الاجتماعية والاقتصادية الناجمة عن اضطرابات الرأسمالية الصناعية غير المقيدة. وكان النقابيون يدركون جيداً أن العمال الذين يتقاضون أجوراً منخفضة، ويعملون فوق طاقتهم، ويتغذون بشكل سيئ، أكثر عرضة للإصابة أو العجز في العمل<sup>(7)</sup>.

ظهرت النقابات العمالية trade unions لبعض فروع الصناعة في بداية القرن التاسع عشر وكانت ضعيفة في البداية مقارنة مع الجمعيات الأخوية fraternal societies، أو الطوائف الحرفية Guilds حيث قدمت هذه الهيئات العون للعمال الأفراد بشتى الطرق، ومنها التأمين المتبادل بين أعضائها من العمال، وأصبحت بسرعة كبيرة المشارك الرائد المهم لنظام التأمين الذاتي التعاوني بين العمال. وتوسعت النقابات العمالية على مستوى الدولة لتضم عدد كبيراً من المجتمع، وأصبحت قوة كبيرة تدافع فيها عن مصالح العمال وتقود المطالبة بتعويضهم في حالات إصابات العمل<sup>(7)</sup>.

أدى نجاح النقابات العمالية إلى تنامي قوتها ونفوذها وإلى زيادة عدد المنتسبين لها. وتوج هذا النجاح الهائل للنقابات العمالية بتأسيس أحزاب عمالية قوية، مثل حزب العمال البريطاني وحزب العمال الاشتراكي في ألمانيا، وغيرها من الأحزاب العمالية والاشتراكية في معظم أنحاء أوروبا، وصاحب تأسيس الأحزاب العمالية صراع سياسي اجتماعي هائل شمل جميع أنحاء القارة الأوروبية.

أدى نجاح الثورة البلشفية إلى سيطرة الدولة على قطاع الرعاية الصحية وتخليصه من مصالح القطاع الخاص الساعي لجني الأرباح، حيث منحت السلطة السوفياتية رعاية صحية مجانية لجميع سكان الاتحاد السوفياتي وخصصت للصحة موازنة ضخمة ضمن امكانيات الدولة. مما اضطرت الدول الرأسمالية لمزيد من تدخل الحكومات بهذا القطاع<sup>(7)</sup>،<sup>(17)</sup>.

لم تتدخل الحكومات الرأسمالية بالقدر نفسه في عمل قطاع الرعاية الصحية. فالدولة بطبيعتها تهدف للحفاظ على النظام من خلال تجهزتها القسرية

التنفيذية والقضائية والتشريعية، والجيش والشرطة، وتفرض شرعيتها على الطبقات المقموعة من خلال أنظمة التعليم والرعاية العامة والرعاية الصحية. من خلال هذه المؤسسات غير القسرية، تقدم الدولة خدمات أو تنقل رسائل أيديولوجية تشرع للنظام الرأسمالي. كما تستخدم هذه المؤسسات نفسها لتقديم الدعم العام للمشاريع الخاصة (7) (17).

يزداد تدخل الدولة وإنفاقها الاجتماعي والصحي خلال أوقات الاحتجاج الاجتماعي وينخفض عندما تصبح أقل انتشارًا. وتكون استجابة الدولة المتوقعة هي توسيع نطاق الصحة وبرامج الرعاية الاجتماعية. وهذه الإصلاحات الإضافية، تقلل من أزمة شرعية النظام الرأسمالي، على الأقل جزئيًا، من خلال استعادة الثقة في أن النظام يمكن أن يلبي الاحتياجات الأساسية للشعب. ويبدو أن دورات الاهتمام السياسي المكرس للتأمين الصحي الوطني هي دورات متوازنة من السخط الشعبي (7) (17).

تختلف حالة قطاع الصحة عن القطاعات الأخرى، حيث تفشل قوى السوق في تلبية الاحتياجات الصحية للسكان بشكل صحيح، لأسباب متعددة، مما يجبر الحكومات على تحمل مسؤوليات خاصة في التنمية الصحية، والتدخل من أجل تنفيذ وظائف الصحة العامة الهامة، وإنتاج السلع العامة الحيوية التي لها تأثير كبير على التنمية الصحية.

علاوة على ذلك، يُنظر إلى الصحة، ليس على أنها سلعة سوقية فقط، ولكن على أنها حاجة إنسانية أساسية وحق اجتماعي، كما هو منصوص عليه في العديد من الدساتير والمعاهدات الموقعة. يستلزم هذا الالتزام أدواتًا ومسؤوليات كبيرة للحكومات، على الرغم من البيئات السياسية والاجتماعية المتغيرة.

ومع ذلك فإن حماية القطاع الخاص وتعزيزه بشكل مباشر هي أيضا من وظائف الدولة، لذلك تلتف الحكومات الرأسمالية إلى معظم خطط التأمين الصحي الوطني وتستخدمها لاستمرار الأرباح لصناعة القطاع الخاص، لا سيما في إدارة المدفوعات وحفظ السجلات وجمع البيانات. وتقدم مشاركة الشركات في المبادرات الصحية الجديدة التي ترعاها الدولة، بما في ذلك منظمات الصيانة

الصحية، وبرامج الفحص الوقائي، والمكونات المحوسبة لمنظمات مراجعة المعايير المهنية، والمساعدات السمعية والبصرية لبرامج تعليم المرضى، وجميعها مصادر رئيسية للتوسع والريخ.

أدت الصراعات المجتمعية حول الصحة والرعاية الصحية إلى ظهور ثلاثة أشكال من التأمينات الصحية في القرن العشرين:

### أولاً: التأمين الصحي العام.

بدأ تطبيقه لأول مرة بشكل واضح في كومونة باريس 1871 التي عممت الخدمات التعليمية والصحية لكل المواطنين، صحيح أن الكومونة قد تم القضاء عليها في مدة قصيرة لكن أفكارها انتشرت بسرعة في جميع أنحاء أوروبا<sup>(13)</sup>.

أدت الحرب العالمية الأولى إلى انتشار واسع للتأمينات الاجتماعية والصحية في أوروبا في ظل تطبيق البلاشفة لبرنامج ضمان اجتماعي شامل ومتكامل في الاتحاد السوفياتي سنة 1917، وعممت بعض الدول الأوروبية، خصوصاً الدول الاسكندنافية، أنواعاً مشابهة من التأمين الصحي، في ظل الحاجة الماسة لتجنيد المواطنين في جيوش الأمم المتحاربة.

كما أدت الحرب العالمية الثانية لفرض التأمين الصحي العام في بريطانيا عام 1943 حيث أطلق تشرشل تصريحه الشهير «التأمين الوطني الإلزامي لجميع الطبقات لجميع الأغراض من المهد إلى القبر». اعتماداً على مشروع اللورد بيفريدج للتأمين الصحي القائم على الضرائب في المملكة المتحدة بعد الحرب العالمية الثانية. وظهرت بالتالي «الخدمات الصحية الوطنية» (NHS national health service)

سيطرت الحكومة الوطنية في فرنسا بعد الحرب العالمية الثانية على المستشفيات الدينية، التي أصبحت تديرها السلطات المحلية كجزء من سياسة الفصل بين الدولة والكنيسة.

كان للاشتركية تأثيرات مهمة في الرعاية الصحية خارج أوروبا الغربية والولايات المتحدة. على سبيل المثال، كان لأطروحة سلفادور الليندي حول

الاقتصاد السياسي للرعاية الصحية، التي كُتبت أثناء عمله طبيباً في الصحة العامة، تأثير كبير على البرامج الصحية في أمريكا اللاتينية.

وساهم الجراح الكندي نورمان بيثون في ذلك بتحليلاته عن مرض السل وأمراض أخرى، بالإضافة إلى المشاركة السياسية المباشرة التي أثرت في مسار الطب الصيني بعد الثورة. كما ساعد تحليل Che Guevera للعلاقة بين السياسة والاقتصاد والرعاية الصحية - الذي ظهر جزئياً من تجربته كطبيب في تشكيل النظام الصحي الكوبي(17)

وتم التعبير عن حق الإنسان بالصحة، على الصعيد الدولي، لأول مرة في دستور عام 1946 لمنظمة الصحة العالمية (WHO)، التي تعرف الصحة بأنها «حالة من الرفاه الجسدي والعقلي والاجتماعي الكامل وليس مجرد غياب المرض أو العجز». وقررت أن «التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه هو أحد الحقوق الأساسية لكل إنسان دون تمييز.

كما ذكر الإعلان العالمي لحقوق الإنسان لعام 1948 الصحة كجزء من الحق في مستوى معيشي لائق(المادة 25). تم الاعتراف بالحق في الصحة مرة أخرى كحق من حقوق الإنسان في العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية لعام 1966. وصل الاهتمام العالمي بالتأمين الصحي العام ذروته في اعلان المآتا عام 1978 «الصحة للجميع عام 2000».

حاولت معظم الدول التي استقلت عن الاستعمار تطبيق التأمين الصحي العام، رغم افتقارها للموارد المالية والتقنية في المجال الصحي، ونجح بعضها في تعميم الخدمات الصحية المجانية لمعظم مواطنيها، ضمن هذه الامكانيات المحدودة.

### ثانياً: التأمين الصحي الاجتماعي

بنى الحزب الاشتراكي الألماني عدداً هائلاً من الجمعيات التعاونية وصناديق المساعدة حيث كانت الرعاية الصحية للعمال المرضى أولى مهام هذه الجمعيات،

وأصبح الحزب أقوى منظمة سياسية في ألمانيا، مما استدعى المستشار الألماني بسمارك لإصدار قانون مكافحة الاشتراكية 1878 شاملا حظر نشاطات هذه الجمعيات التعاونية.

وأضطر بسمارك أخيرا لاستصدار قانون التأمين الصحي في عام 1881، للحد من تأثير الحزب الذي لم يتمكن من القضاء عليه، وظهرت بالتالي هيئات تأمين مستقلة ومتخصصة بإدارة التأمين الصحي (ولاحقا الضمان الاجتماعي) بإشراف وتمويل ثلاثي من الحكومات وأصحاب العمل والعمال.

حقق التأمين الصحي الاجتماعي حماية لأصحاب العمل من الدعاوى التي تقام ضدهم من قبل العمال (والنقابات العمالية). كما أن التأمينات الاجتماعية (وخاصة التأمين الصحي) أدى إلى وجود خدمة إضافية لأصحاب العمل، فصحة العامل لم تعد ملكه وحده بل يشاركه بملكيتها صاحب العمل أيضا، فالإنتاج يتوقف قبل كل شيء على وجود عمال بصحة جيدة يستطيعون القيام بالأعمال الثقيلة التي تؤمن ربح صاحب العمل.

شكل التأمين الصحي الاجتماعي حلا وسطا بين التأمينين الصحي العام والخاص، حيث تتقاسم ثلاثة أطراف هي العمال وأصحاب العمل والحكومات، تكلفة الرعاية الصحية المقدمة من خلال التأمين الصحي الذي يكاد يكون شاملا ليس للعاملين بل لعائلاتهم أيضا، وأحيانا لكل السكان. لكن العامل يساهم بدفع جزء أساسي من اشتراكات هذا التأمين تتناسب مع دخله، ويساهم المريض بجزء من تكلفة العلاج تتناسب مع تكلفة علاج حالته المرضية.

وتتنوع الخدمات الطبية المشمولة بالتأمين الصحي الاجتماعي، كيفما وكما في هذه الأنظمة التأمينية. فبعضها يشمل كل خدمات الرعاية الصحية، وبعضها يقتصر على حد أدنى من هذه الخدمات، حيث تقع مسؤولية الخدمات المكملة على عاتق المواطن من جيبه أو من خلال شركات التأمين الخاصة.

تشرف هيئات مستقلة عن الحكومة على إدارة هذا النوع من التأمين، مما يرفع من كلفته، حيث تقوم بتفويض عدة هيئات وسيطة لمتابعة بعض عملياتها ومراقبتها وتنفيذها. حيث يؤدي القطاع الخاص من شركات تأمين وقطاع طبي خاص وغيرها دورا مهما في إدارته.

عانت معظم هيئات التأمين الصحي الاجتماعي ارتفاع كلف هذا النوع من التأمين نتيجة ارتفاع تكلفة المعالجة الحديثة من جهة، ونتيجة ارتفاع كلف إدارته من جهة ثانية، وبسبب سعي الأطراف المشاركة فيه لجني الأرباح.

#### التأمين الصحي الخاص (14)، (17)

نبه نجاح التأمينات العمالية شركات التأمين الخاصة للدخول في المنافسة وطرح العديد من برامج التأمين، وانتشرت بشكل خاص في الولايات المتحدة. لكن معظم الشركات رفضت بيع البوالص للأفراد العاملين في مهن خطيرة مثل المناجم والتعدين والسكك الحديدية والخشب وبناء الجسور وغيرها. وسرعان ما وجدت نفسها في وضع سيئ بسبب كثرة الحوادث والإصابات الشديدة وكثرة رفضها للمطالبات الناجمة عن «التعرض الطوعي لخطر لا لزوم له»، وعن «تأثير المشروعات المسكرة»، وانتهاك القوانين، وفرط الإجهاد الطوعي، وعدد لا يحصى من الأخطار الأخرى.

استمرت أنظمة العمل الخيري الديني في مجال الرعاية الصحية مسيطرة في الولايات المتحدة إلى جانب شتى أشكال أعمال القطاع الخاص، في ظل وجود أشكال بسيطة ومتفرقة من التأمينات الصحية العمالية. وصلت مشاريع الضمان للولايات المتحدة في ثلاثينيات القرن الماضي، لكنها لم تشمل التأمين الصحي ربما لأسباب عنصرية تتمثل في عدم الرغبة بمنح السود مثل هذا الحق، في ظل معارضة الجمعية الطبية الأمريكية، ولوبي التأمين، وأنصار الفصل العنصري الجنوبي.

تم تنظيم برنامج الصليب الأزرق في عام 1929 والدرع الأزرق في عام 1939 في ظل اضطرابات الكساد العظيم، واتحدا لاحقا في هيئة تأمين صحي واحدة غير حكومية وغير ربحية، لتنظيم التأمين الصحي الخاص من خلال 35 شركة تأمين صحي خاصة، تغطي 106 ملايين أمريكي.

وتأخرت الخطوة التالية لعام 1970 لعهد الرئيس جونسون الذي تبنى مشروع التأمين الصحي الرعاية الطبية والمساعدة الطبية مديكير، ومدكايد لتأمين كبار السن والفقراء على التوالي، بسبب فشل التأمين الصحي الخاص بشمولهم، حيث تمت تغطية 21 مليون من كبار السن، و14 مليون فقير من قبل

مديكرو ومدكايد على التوالي. لكن البرامج قدمت أيضًا بعض المزايا المفيدة لمقدمي الخدمات الطبية وشركات التأمين من خلال السماح للأطباء بجني الأموال من خلال زيادة أعداد كبار السن الذين تجب معالجتهم، ومن خلال السماح لشركات التأمين الخاصة بذلك.

فشلت كل محاولات فرض تأمين صحي شامل، حتى مجيء مشروع اوباما كير في عام 2010 كحل وسط لتوسعة شمول الأمريكيين ببرامج التأمين الصحي الخاصة، مما أدى لصدور قانون حماية المريض والرعاية الصحية الميسرة، Patient Protection and Affordable Care Act مما أدى لزيادة عدد المؤمنين صحيا عن طريق تأمين نصف غير المؤمن عليهم. وانخفض عدد غير المؤمنين صحيا من 16% إلى 8.9% من الأمريكيين.

كان نظام اوباما كير إصلاحًا معتدلاً فاتراً، سمح باستمرار سيطرة شركات التأمين الخاصة. وكان محاولة لتحقيق النهاية الليبرالية للتغطية الشاملة من خلال مخطط أكثر تحفظاً يعتمد بشكل كبير على المنافسة بين شركات التأمين الخاصة.

يعتمد التأمين الصحي الخاص على قواعد التأمين على الحياة وأشكال التأمين الخاص الأخرى، حيث يمول كاملاً من جيوب الأفراد، وأحياناً بمساهمة من أصحاب العمل لعقود التأمين الجماعية. تعتمد مبادئ التأمين الصحي الخاص على تجميع المخاطر الصحية للأفراد في بوتقة واحدة لتحديد قيمة قسط التأمين الصحي للأشخاص المتشابهين في الجنس والعمر والصحة في مجموعات، حيث يزداد القسط مع تقدم الشخص بالعمر، أو في حال وجود أمراض لديه، مما يعرض العديد من الأشخاص لعدم القدرة على دفع أقساط بوليصة التأمين بسبب ارتفاعها، وحرمان متوسطي الدخل والفقراء من التأمين الصحي.

تختلف الدول اختلافاً كبيراً في الازدواجية بين القطاعين العام والخاص. يهيمن القطاع الخاص وشركات التأمين الخاصة في الولايات المتحدة. بينما يهيمن القطاع العام في بريطانيا والدول الاسكندنافية، بالإضافة لكوبا والصين والدول التي كانت تسير على النهج الاشتراكي. وبشكل أقل في كندا وبعض الدول الأوروبية.

أدى انتشار النيوليبرالية مع سقوط التجربة الاشتراكية وظهور العولمة، إلى محاولات التخلص من أعباء الرعاية الصحية على الحكومات، ومنحها للقطاع الخاص الذي يسعى لجني الأرباح. وتم البدء بتقويض برامج الصحة العامة، وتخفيض الانفاق الحكومي على المستشفيات العامة في ظل ازدياد تكلفة تشغيلها، كما تم زيادة تمويل خدمات القطاع الطبي والخدمات المساندة من قبل الحكومات.

جاءت التخفيضات الأخيرة في خدمات الصحة العامة في ظل سياسات الخصخصة، عقب تراجع الاحتجاجات الاجتماعية من قبل الفئات ذات الدخل المنخفض منذ سبعينيات القرن الماضي. بدأ الأمر بتشيلي بعد انقلاب بينوشيت، بدعم مباشر من الولايات المتحدة، على حكومة الليندي المنتخبة ديمقراطياً، وبدأت سلسلة من الإصلاحات الهيكلية لأنظمة الصحة على المستوى العالمي، تم التخلي فيها عن الأنظمة الصحية التي تعتمد على القطاع الصحي العام تجاه زيادة دور وهيمنة الأنظمة الصحية التي يهيمن فيها القطاع الصحي والتأمين الخاص.

حالت هذه التطورات أيضاً دون تطبيق شعار «الصحة للجميع»، الأمر الذي اضطر منظمة الصحة العالمية تحت ضغوط صندوق النقد والبنك الدوليين للتخلي عنه ورفع شعار «التغطية الصحية الشاملة» التي تنسف مسؤولية المجتمع عن صحة أفرادهم وتضع التأمينات الصحية تحت هيمنة شركات التأمين والطب الخاص وتضع على الأفراد مسؤولية المساهمة بجزء أكبر في دفع تكلفة العناية الصحية وتقلل من مساهمة الحكومة وأصحاب العمل.

كان ذوي الدخل المتوسط والمنخفض هم الأكثر تضرراً من هذه التطورات التي قادها دعاة الخصخصة والنيوليبرالية، حيث ظهرت من جديد بل زادت حدة الفوارق في الصحة بين النخبة وبقية أفراد الشعب في مختلف دول العالم، وحتى داخل هذه الدول نفسها، وظهر ذلك جلياً في ارتفاع معدلات المرضى والوفاة بين أفراد الشرائح الأقل دخلاً. كما زادت الفوارق في جودة خدمات الرعاية الصحية ونوعيتها بين الفئتين.

### التأمين الصحي في الدول النامية<sup>(2)</sup>

تأثرت الدول التي نالت استقلالها خلال القرن العشرين بالأنظمة الصحية الاستعمارية لمستعمرها، حيث ترك الاستعمار البريطاني أنظمة صحية تهتم

بالموظفين العسكريين والمدنيين تاركا بقية المواطنين للجمعيات الخيرية الدينية أو للقطاع الخاص فيما ترك الاستعمار الفرنسي أنظمة تأمين صحي اجتماعية لكنها كانت مقصورة على القطاعات الرسمية التي تخدم الاستعمار.

لكن ثورات الاستقلال التي قادتها حركات التحرر الوطني بدعم القوى الاشتراكية ومنظومة الدول الاشتراكية، حاولت فرض أنظمة صحية عادلة، حيث تمت تقوية الأجهزة الصحي العامة، وتولت الحكومات انشاء أنظمة صحية عامة، خصوصا في ظل ضعف القطاعات الصحية الخاصة.

ففي مصر مثلا انتشرت بعد الثورة المراكز الصحية في كل قرية من قرى مصر، التي تهتم بالطب الوقائي، وخاصة مكافحة البلهارسيا، والطب العلاجي البسيط، إضافة إلى مجانية العلاج في مستشفيات وزارة الصحة ومستشفيات كليات الطب، مع وجود قطاع خاص ومستشفيات خاصة تخدم المقتدرين. مع العلم أنه حتى نهاية السبعينيات كانت المستشفيات الجامعية أقوى تجهيزا وخدمة.

لكن التطورات اللاحقة في الربع الأخير من القرن العشرين أجبرت الكثير من الدول النامية، على التحول للاعتماد على القطاع الخاص وتبني « الإصلاحات الهيكلية» للقطاعات الصحية ضمن برامج الإصلاحات التي فرضتها المنظمات النقدية الدولية بسبب حاجة هذه الدول للديون في ظل الهيمنة الرأسمالية على العالم.

### السلامة والصحة العامة والطب الوقائي (7)،(17)

اتفقت كل دول العالم على أن مسائل السلامة والصحة العامة هي من وظائف الدولة التي عليها تحمل كلفة توفيرها. تتميز أنظمة التأمين الصحي العام بشمول خدمات السلامة والصحة العامة والاجراءات الوقائية داخل النظام نفسه وبتنسيق عالي المستوى بين الخدمات الصحية العلاجية والوقائية. لكن التأمينات الاجتماعية والخاصة تفتقر لهذا التنسيق، وأخيراً بدأت التأمينات الاجتماعية في أوروبا بشمول الاجراءات الوقائية كجزء من الخدمات المغطاة بالتأمين الصحي الاجتماعي، مثل برامج الاقلاع عن التدخين، أو الكشف المبكر عن الأمراض السرطانية والمزمنة... الخ. لكن التأمين الصحي الخاص لا يعير ذلك اهتماما، وليس له علاقة بالسلامة والصحة العامة أو بالإجراءات الطبية الوقائية.

التأمينات الصحية في الأردن<sup>(19)</sup>

يقدم الأردن نموذج رعاية صحية مختلطاً. حيث سمح الطابع الريعي لاقتصادها، بفضل الدعم البريطاني والأمريكي والخليجي فيما بعد، بتمويل التغطية الصحية لجزء كبير نسبياً من السكان من خلال مؤسستي التأمين الصحي العسكري والتأمين الصحي المدني، إضافة للتأمين الخاص. يغطي التأمين الصحي في الأردن 48 بالمائة فقط من إجمالي السكان و69 بالمائة من الأردنيين، منهم 10% لديهم أكثر من تأمين صحي، وهذه الأرقام تخالف الأرقام التي استمرت لعقود طويلة بأن أكثر 85% من الأردنيين مشولين بالتأمين الصحي<sup>(18)</sup>.

أهم ما تعانيه أنظمة التأمينات الصحية في الأردن هو غياب المساواة والعدالة بينها وحتى داخلها، وهذه صفة أساسية من صفات الدولة الريعية، فبعضها مجاني أو شبه مجاني وأقساطه رمزية، كما في التأمين الصحي العسكري، فيما ترتفع هذه الأقساط في نظام التأمين الصحي المدني، وترتفع أكثر في التأمينات الخاصة الجماعية، التي تعاني أيضاً اختلافات في نسب تحمل هذه الأقساط بين أصحاب العمل والعمال، وأكثر في التأمينات الصحية الخاصة الفردية<sup>(19)</sup>.

وينطبق التمييز نفسه على نوع الخدمات الصحية ومستواها التي تغطيها هذه التأمينات فقد كانت ممتازة، في التأمينات العسكرية قبل ضغط الأعداد الكبيرة للمؤمنين، وقبل قبول التحويلات لغير المؤمنين لإعطاء أطباء الخدمات حوافز مالية، والخاصة بالحكومة بدرجة التأمين ومجالات تغطيتها، لكنها تتدنى في التأمين المدني. ويمتد هذا التمييز حتى في داخل كل نظام منها، ففي التأمين الصحي المدني يسمح لكبار الموظفين بالعلاج في المستشفيات الخاصة ويحرم منها بقية الموظفين والفئات المؤمنة الأخرى، وقس على ذلك في باقي هذه الأنظمة التأمينية<sup>(19)</sup>.

حيث يغطيان 57% من الأردنيين، واستطاع 9% من الأردنيين الحصول على تأمينات خاصة، وبقي 34% غير مشمولين بأي نوع من أنواع التأمين الصحي. وترتفع هذه النسبة إلى 52 من إجمالي سكان الأردن مواطنين وعمال أجانب ولاجئين.

يغطي التأمين الصحي المدني ما يقرب من 2.2 مليون فرد، أو 31 في المائة من السكان، ويعالجون من قبل وزارة الصحة، أو لجزء منهم في القطاعات الصحية

الأخرى. ويغطي التأمين الصحي العسكري 1.8 مليون آخرين (26.6 في المائة)، ويعالجون من قبل الخدمات الطبية الملكية (RMS). يغطي التأمين الخاص 638 ألف فرد أو 9 في المائة من السكان. هذه شركات كبيرة تقدم خدمات صحية مباشرة لموظفيها أو تشتري تأمينًا خاصًا. بالإضافة إلى ذلك، هناك مخططات تأمين صحي أصغر تغطي العمال في الجامعات والجمعيات المهنية والنقابات العمالية. وأخيرًا يوجد عدد قليل جدًا يحصل على التأمين الصحي الخاص بشكل فردي.

يمكن تصنيف التأمينين الرئيسيين العسكري والمدني ضمن خدمات الرفاه الاجتماعي للدولة العسكرية الريفية، لضمان الولاء للنظام الحاكم. ويستطيع المتابع لتاريخ نشوء التأمين الصحي العسكري، ولاحقًا التأمين الصحي المدني التأكد من صحة هذا التصنيف.

أضيف للجهات المشمولة بالتأمين الصحي المدني فئات أخرى شملت الفقراء الذين يتلقون المعونة الوطنية، ولاحقًا تم شمول الأطفال والمسنين بعد الاحتجاجات الشعبية عام 1989، وأثناء ثورات الميادين العربية.

تم طرح مشاريع متتالية لتطبيق التأمين الصحي الشامل لكل المواطنين، حيث تبني القصر هذه المشاريع، لكن جميعها ذهب أدراج الرياح، نتيجة الافتقار لموارد كافية من جهة، ونتيجة لتدخلات صندوق النقد والبنك الدوليين اللذين يقفان موقفًا أيديولوجيًا ضد مشاريع التأمين الصحي العام. وأخيرًا تم طرح مشروع التغطية الصحية الشاملة كبديل يقبل به البنك الدولي، وهذا ما سنتحدث عنه لاحقًا.

### التأمين الصحي العسكري

بدأ الأمر في عام 1963 حيث «تحمل الجيش مسؤولية توفير الرعاية الصحية ليس لأفراده فقط، حيث تم اقرار مشروع «معالجة العائلات» الذي أعطى لذوي العسكريين من الزوجات والأبناء والوالدين حق الانتفاع من الخدمة الطبية المقدمة من الخدمات الطبية العسكرية، مما اضطر الجيش للتوسع في بناء المستشفيات: في عمان والزرقاء واربد، ولقي منح عائلات العسكريين نظام تأمين صحي مجاني بعيدا عن خدمات وزارة الصحة محدودة الامكانيات، مقاومة

من قادة الجيش (تم التغلب عليها من تمويل مشروع معالجة العائلات على حساب الأموال (كم؟) التي دفعتها شركة السينما المنتجة لفيلم لورنس العرب مقابل الدعم اللوجستي من قبل الجيش العربي واستخدام آلياته لتنفيذ لقطات الفيلم.

وظهرت بالتالي التأمين الصحي العسكري من خلال الخدمات الطبية الملكية كأول تأمين صحي في الأردن مخصص لأفراد الجيش وعائلاتهم. وكان ذلك أول تجلي للدولة الريعية «العسكرية» في الأردن، كما كان أول شرح في النظام الصحي الأردني الذي انقسم لنظامين صحيين: عسكري ومدني وأول مسمار في بداية تدهور النظام الصحي المدني، خصوصا مع منح الأولوية لنظام الخدمات على حساب نظام وزارة الصحة.

### التأمين الصحي المدني

شملت الحركة الإصلاحية التي قادها رئيس الوزراء وصفي التل تطوير الجهاز الحكومي المدني والاعتماد على الكفاءات المتعلمة الشابة، مما أدى لنمو وبدايات تضخم الجهاز الإداري المدني الحكومي في الأردن وشمول موظفي الحكومة بمنافع الدولة الريعية، إسوة بزملائهم العسكريين وإلى صدور نظام التأمين الصحي المدني في عام 1965، أي بعد سنتين من التأمين الصحي العسكري.

بدا هذا التأمين اختياريا لموظفي الدولة، لكنه أصبح اجباريا لهم في عام 1979 كما سمح لكبار الموظفين بالعلاج خارج مستشفيات وزارة الصحة على حساب صندوق التأمين المدني. واضطرت الدولة نتيجة الضغط الشعبي إلى التدرج بشمول بعض الفئات العمرية والفقراء بهذا التأمين، الذي شمل لاحقا في القرن الحادي والعشرين المتقاعدين من الضمان الاجتماعي، والفئة العمرية ما فوق الستين عاما والنساء الحوامل، والأطفال دون سن السادسة، وسمح في عام 2007 لغير الموظفين بالاشتراك مقابل الأقساط المقررة حسب الفئات العمرية، وشمول الفئات الفقيرة ضمن فئة شبكة الأمان الاجتماعي، وفي عام 2008 اشترك من هم فوق الثمانين عاما، ثم فوق السبعين عاما بشكل مجاني. وأخيرا في عام 2018 من هم فوق الستين عاما، بالإضافة لجميع مرضى السرطان.

### تكلفة التأمين الصحي المدني

يوفر هذا التأمين علاج المؤمن عليهم في وزارة الصحة على نفقة خزينة الدولة، وعلاجهم خارج الوزارة على حساب صندوق التأمين الصحي.

بلغت مخصصات موازنة وزارة الصحة من الموازنة العامة لعام 2020 (589) مليون دينار. خصص منها 440 مليون دينار لمراكز ومستشفيات الوزارة، و103 ملايين دينار للرعاية الصحية الأولية بخدماتها الوقائية والعلاجية، و235 مليون دينار للرعاية الصحية الثانوية (المستشفيات)، إضافة لـ 93 مليون دينار و93 مليون دينار لشراء الأدوية والمستهلكات الطبية، و7 ملايين دينار لشراء الخدمات الفنية المساندة من القطاع الخاص، ومليون دينار لغايات تدريب كوادرها.

لا تشمل هذه التكلفة علاج المؤمنين فقط، بل تشمل أيضا غير المؤمنين من أردنيين وخصوصا الأعداد الهائلة من اللاجئين، كما يشمل جزء منها نفقات الصحة العامة التي لا تدخل ضمن مفهوم التأمين الصحي.

تتحمل ميزانية الوزارة أيضا نحو 96 مليون دينار للمعالجة خارج وزارة الصحة منها 71 مليون دينار لإعفاءات الديوان الملكي، والباقي لصندوق الكلى وأبناء غزة والمعونة الوطنية.

يضاف لذلك 110 ملايين دينار من اشتراكات المؤمنين صحيا ومن أجور المعالجة لدى وزارة الصحة، عن طريق تحويلات التأمين الصحي المدني للمستشفيات خارج الوزارة، وجميعها ضمن الرعاية الصحية الثانوية، و56 مليون دينار حوافز لأطباء الوزارة. ويبين الجدول إيرادات هذا الصندوق ونفقاته:

جدول 23: إيرادات التأمين الصحي المدني ونفقاته لعام 2020 (مليون دينار)

النفقات		الإيرادات	
56	حوافز الأطباء	79	الاشتراكات
110	شراء الخدمات	66	بدل معالجات
6	نفقات أخرى	27	أثمان أدوية
172	المجموع	172	المجموع

المصدر قانون الموازنة العامة لعام 2020

جدول 22 نفقات صندوق التأمين الصحي المدني للمستشفيات خارج وزارة الصحة لعام 2020.

النفقات (مليون دينار)	المستشفى
20	مستشفى الملك المؤسس
28	مستشفى الجامعة الأردنية
16	مستشفيات الخدمات الطبية
16	مستشفيات القطاع الخاص
9	مركز الحسين
6	مركز السكري
6	معالجة الكلى
9	تسديد نفقات سابقة
110	المجموع

#### المصدر قانون الموازنة العامة لعام 2020

ليصبح مجموع ما تنفقه الدولة على الرعاية الصحية الثانوية 590 مليون دينار وهي الجزء الأكبر من نفقات التأمين الصحي، منها 328 مليون دينار لمستشفيات وزارة الصحة، و206 ملايين دينار خارج الوزارة. تتحمل منها خزينة الدولة 434 مليون دينار ويتحمل المشترك والمريض 166 مليون دينار، مما يشكل 28% من مجمل هذا الانفاق عن طريق الحكومة.

#### التأمينات العمالية

ظهرت التأمينات الصحية العمالية في الأردن قبل نشوء التأمين الصحي العسكري، لكنها كانت متواضعة نوعاً وكماً، مثل عمال شركة الكهرباء ومصنع الدخان. وتنامت مطالبات النقابات العمالية بالضغط على الشركات الكبرى للحصول على حقهم في التأمين الصحي، وبالفعل تمكنت هذه النقابات في أكثر من قطاع الحصول على تأمين صحي كما حدث في كل من المصفاة والبوتاس والاسمنت والبوتاس، وموظفي البنوك والشركات الخدمية الكبرى، فاق في ميزاته بعض الأحيان ميزات التأمين الصحي العسكري والمدني، وساعد في تقوية القطاع الطبي الخاص. لكن ذلك ساهم في توسعة الشرخ بين القطاعات الصحية في الأردن التي

تطورت بشكل مستقل حتى أصبحت إحدى أهم مشاكل القطاعات الصحية في الأردن.

وتم شمول العمال في الأردن من خلال آليات مختلفة: إدارة ذاتية أو من خلال شركات إدارة التأمين الصحي أو من خلال شركات التأمين الخاصة:

### المؤسسات والشركات ذاتية التأمين الصحي<sup>(1)</sup>

#### الإدارة بواسطة شركات إدارة التأمين الصحي.

تغطي 144 ألف شخص في عام 2019، 4.8% منهم فوق عمر الستين. بتعويضات 35 مليون دينار. يصرف 45% منها على الأطباء والأدوية، ويصرف منها 35% للعيادات، و65% داخل المستشفيات.

#### شركات التأمين الخاصة<sup>(1)</sup>

يوجد في الأردن 23 شركة تأمين تتعامل مع التأمين الصحي مباشرة أو عن طريق 15 شركة إدارة أعمال التأمين الصحي. يجمعهم الاتحاد الأردني لشركات التأمين الذي تأسس عام 1989 كوريث للجمعية الأردنية لشركات التأمين الذي تأسس في عام 1956.

تعد أعمال التأمين حديثة في الأردن، حيث كان البنك العثماني يتولى التأمين عليها مع شركة (ايجل ستار) البريطانية للتأمين في لندن، وتأسست في الخمسينيات فروع لشركات التأمين العربية والغربية، ثم بدأ الشركات الأردنية بالظهور، ووصل عددها في السبعينيات إلى 23 شركة تأمين، إلى أن استقر نتيجة دخول شركات جديدة واندماج القديمة إلى 24 شركة تأمين.

تخضع أعمال التأمين لقانون مراقبة أعمال التأمين لسنة 1965 الذي عدل عدة مرات. وتحت إشراف هيئة التأمين التي استحدثت في عام 1999 وحلت محلها في عام 2014 إدارة التأمين التابعة لوزارة الصناعة والتجارة، وأخيراً تمت إنفاذ الإشراف عليها من قبل البنك المركزي.

بدأت محاولات خجولة للتأمين الصحي وإدارته في الستينيات لكن من خارج القطاع التأميني الخاص حيث طرحت بعض المستشفيات (الأهلي) برامج تأمين صحي، لكن الحال تغير في ثمانينيات وتسعينيات القرن الماضي مع دخول شركات التأمين الخاصة للمجالات الصحية، حيث وصلت أقساط التأمين الصحي إلى 16 مليون دينار عام 2000 وارتفعت إلى 94 مليون دينار في عام 2010 وإلى 189 مليون في عام 2019. يذهب 40% منها إلى شركات إعادة التأمين و60% للشركات المحلية.

ارتفعت التعويضات من 14 مليون دينار عام 2000 إلى 80 مليون عام 2010 وإلى 161 مليون عام 2019. وساهمت شركات إعادة التأمين بنسبة بمعدل 42% من هذه التعويضات وتكلفت الشركات الأردنية بنسبة 58%. ويلاحظ أن ارتفاع أقساط وتعويضات التأمين الصحي بسرعة أكبر (8% سنويا خلال المدة 2019-2010 من ارتفاع فروع التأمينات الأخرى 4% سنويا للمدة نفسها). بلغت نسبة التعويضات إلى الأقساط بحدود 75-85% حسب السنوات. حيث يعد الفائض (15-25%) نفقات إدارية وتأمينية والباقي أرباح.

فيما يلي نبذة عن ثلاث من هذه الشركات الأعلى بقيمة أقساطها:

شركة الشرق العربي تستحوذ على 30% من سوق التأمين الصحي بلغ ما حصلت عليه من أقساط 48 مليون دينار وما دفعته من تعويضات 38 مليون دينار في عام 2019، أي 79% من مجموع الأقساط، أي بفرق 10.5 ملايين دينار ذهب معظمها نفقات إدارية وتسويقية وتأمينية (7.7 مليون دينار) وتحققت أرباح للشركة بقيمة 2.8 مليون دينار.

أما شركة النسر العربي للتأمين فتبلغ أقساط التأمين الصحي السنوية لديها 19.6 مليون وتعويضات 17.3 مليون تشكل 88% (نسبة الخسارة) من الأقساط، وبفارق 2.3 مليون ذهب منها نفقات 1.5 مليون والباقي (0.8 مليون) أرباح.

شركة سوليدارتي - الأولى للتأمين أقساطها 16.9 السنوية مليون دينار وتعويضاتها 15.1 مليون دينار بنسبة 89% من الأقساط بفرق 1.8 مليون موزعة: نفقات 1.65 مليون، و0.15 أرباح.

بلغ عدد وثائق التأمين لدى شركات التأمين الخاصة 662 ألف شخص. وبلغ عدد المؤمنین 530 ألف شخص. بلغت أقساط التأمين الصحي 14.5 مليون في كل من عامي 1998، و1999، وارتفعت إلى 16.5 مليون في عام 2000. أما التعويضات التي دفعت فبلغت 10.8، و13.7، و13.9 مليون دينار لهذه السنوات على التوالي.

أغلبية اکتتابات التأمين الطبي ضمن العقود الجماعية (نحو 92%) التي يقوم أصحاب العمل بتوفيرها للعاملين، فيما وثائق التأمين الطبي الفردية (قراءة 8%). توفر أغلبية وثائق التأمين الطبي تغطيات (داخل وخارج المستشفى) بنسبة 98.7%، فيما تشكل وثائق التأمين الطبي التي توفر تغطيات (داخل المستشفى فقط) 1.3% فقط.

معدل القسط السنوي للتأمين الصحي الفردي داخل المستشفى 195 ديناراً مقابل 64 ديناراً للتأمين الجماعي. فيما يرتفع قسط التأمين داخل المستشفى وخارجه لدى الجهتين ليصل للفرد إلى 266 ديناراً وللجماعي 296 ديناراً.

تجنبت شركات التأمين الخاصة تأمين كبار السن، من خلال ارتفاع قيمة أقساطهم التأمينية بسبب ارتفاع تكلفة علاجهم، ويبين الجدول التالي التوزيع العمري لأعداد المؤمنین صحياً، وحصّة الفئات العمرية من تعويضات شركات التأمين الخاصة.

#### جدول 24: التوزيع العمري لأعداد المؤمنین وتعويضاتهم

أعمار المؤمنین	نسبتهم من المؤمنین	نسبة التعويضات
الأطفال 0-5	12%	14%
اليافعين 6-17	17%	8%
الشباب 18-40	52%	45%
متوسطي الأعمار 41-60	32%	25%
كبار السن < 60	2.3%	7%

المصدر: وزارة الصناعة والتجارة والتموين. إدارة التأمين

وأن نصف تعويضات التأمين الصحي 48% تصرف على الأدوية وأجور الأطباء

### جدول 25 يبين توزيع المصاريف الطبية لشركات التأمين لعام 2019

النسبة*	النسبة	مليون دينار	
35%	26%	42	أدوية
29%	21%	33	أطباء
22%	17%	26	مختبرات وأشعة
14%	7%	16	طوارئ
	10%	16	منافع أخرى
	20%	32	غير محددة

المصدر: وزارة الصناعة والتجارة والتموين. إدارة التأمين

\*تمت إعادة احتساب النسبة دون اعتبار المنافع الأخرى أو المصاريف غير المحددة

### شركات إدارة التأمين

وهي شركات وساطة متخصصة بإدارة المصاريف الطبية للشركات التي تتعامل بالتأمين الصحي، وتتعامل بالنيابة عنها، مع مقدمي الخدمات الطبية ومتلقيها لتقليل أعباء الفواتير الطبية على شركات التأمين من خلال مراقبة وتقرير نوعية الخدمات الطبية المقدمة بالموافقة أو الرفض، وكذلك عمل الحسومات اللازمة على الفواتير الطبية. لكن هذه التدخلات غالباً ما تكون تعسفية وغير مبررة ومعقدة لتقديم الخدمات الطبية، مما يؤدي إلى توجيه الأطباء والمرضى للتحايل عليها بشتى الوسائل. كما تقوم هذه الشركات بقبض مدفوعات شركات التأمين ثم تصرفها للجهات المتقدمة بعد إجراءات الحسومات التي تراها مناسبة. لتحصل على حصتها من هذه الفواتير لتحقيق أرباحها، حيث إن العمولات التي تدفعها شركات التأمين لا تكفي لإدارة هذه الشركات.

ظهرت أولى شركات إدارة التأمين في التسعينيات من القرن الماضي، من خلال شركتي الرعاية والعناية للتأمين الصحي. أما الشركات العاملة حالياً فتشمل:

1. شركة نات هيلث: بدأت العمل عام 1998 250 ألف مشترك، مطالبات عددها 15 مليون مطالبة بقيمة 6 ملايين دينار، تشمل 17 شركة تأمين، و24 شركة ومؤسسة ذاتية التأمين.
2. ميديكسا تأسست عام 1999،
3. اومني كير تأسست عام 2009،
4. جوردان كير،
5. مدنت تأسست عام 1995 تقدم خدماتها لـ 7 شركات تأمين.

### الصندوق التعاوني الطبي

أدت زيادة تدمير الأطباء من الممارسات التعسفية لشركات التأمين وإدارة أعمال التأمين، لإنشاء صندوق التعاون الطبي ضمن رحلة شاقة طويلة، تتوجت بصدور نظام الصندوق في نهاية عام 2018، لكن دون تنفيذه ليومنا هذا. ويهدف هذا الصندوق لجعل مراقبة تقديم الخدمة والفواتير، وليصبح وساطة في صرف الفواتير الطبية للأطباء. ويرأي المتواضع أن الصندوق ونقابة الأطباء أضعف من القطاع التأميني الذي يدير ويحتكر هذه العملية ومن الصعب اختراقه، خصوصا في ظل السياسات النيوليبرالية الجديدة السائدة في الأردن.

### تكلفة التأمينات الصحية

يدعي المدافعون عن الخصخصة بوجود هدر في القطاع العام مقارنة مع القطاع الخاص، استنادا لمقارنة تكلفة معالجة الفرد المشترك في التأمين الصحي العام (المدني والعسكري) مع تكلفة معالجته في التأمين الصحي الخاص.

صحيح أن بعض أوجه الهدر موجودة في كل القطاعات الصحية، ويرجع ذلك للاستخدام الزائد للأدوية والتكنولوجيا الحديثة، من جهة، وإلى الأرباح الهائلة التي تحققها شركات الأدوية واللوازم الطبية المستورد معظمها من جهة أخرى.

وفي رأي أن الهدر في القطاع الخاص، يتمثل في الأرباح التي تحققها شركات التأمين ومقدمو الخدمات الصحية، والمصاريف الإدارية المرتفعة. أما في القطاع العام فهو يتمثل في عيوب القطاع العام الذي بني ضمن أسس الدولة الريعية ويتمثل في الترهل الإداري، وضعف الرقابة الحكومية والشعبية.

لكن المقارنة تصبح ظالمة عندما تتجاهل الفروق بين التامينين العام والخاص، مما لا يعكس الكلف الحقيقية في هذه التأمينات ففي التأمين الصحي الخاص تقل نسبة المسنين الذين ترتفع تكلفة علاجهم، ويستثني علاج الكثير من الأمراض في قائمة طويلة من الاستثناءات، إضافة لتحميل المرضى نسبة من تكلفة علاجهم، كما تقوم شركات التأمين الخاص بحسم نسبة كبيرة من أجور الأطباء وفاتورة المستشفيات. وأخيراً فإن التأمين الصحي الخاص لا يغطي الكثير من الخدمات الصحية العامة والوقائية والرقابية التي تنفرد بها وزارة الصحة.

### إعادة هيكلة التأمين الصحي في الأردن

لم يحظ أي قطاع في الأردن بمثل ما حظي به قطاع التأمين الصحي في الأردن من دراسات ومشاريع محلية ودولية لإعادة هيكلته في ضوء مشاكله الكثيرة والكبيرة، وفي ضوء عدم رضا جميع أطراف الحكومة والمجتمع عنه وفي ضوء تدخلات المنظمات الدولية. لكن هذه الدراسات والمشاريع فشلت جميعها، ولم تؤد لتغيير في قطاع التأمينات الصحية، بل قد تكون قد أدت لمزيد من الفوضى.

محلياً قدمت الحكومة ووزارة الصحة والجامعات ومؤسسة الضمان والنقابات وقطاع شركات التأمين الخاصة، دراسات ومشاريع متعددة، وتبنى القصر والتزمت الحكومات المتعاقبة بالتغيير، لكن شيئاً لم يتحقق. فالتغيير المطلوب يقع في إطار المصالح المتضاربة لجميع أطراف المجتمع، في ظل التوجه لإنهاء الرفاه الاجتماعي الذي تقدمه الدولة الريعانية، من جهة وفي ظل تصاعد الاحتجاجات الجماهيرية، وفي ظل الأزمات الاقتصادية المتتالية.

ولم يحظ أي قطاع بهذا الكم الكبير من الدراسات والمشاريع التي قدمتها المنظمات الدولية والأجنبية في محاولة لفرض الأجندة النيوليبرالية في مجال الرعاية والتأمينات الصحية. فقدم صندوق النقد والبنك الدوليان ومنظمة الصحة العالمية واليونسكو\* العشرات من هذه الدراسات والمقترحات لإعادة هيكلة قطاع التأمين الصحي، وأيضاً دون جدوى لغاية الآن.

تكثفت جهود تغيير أنظمة التأمين الصحي في المدة الأخيرة بتبني شعار التغطية الصحية الشاملة بدلاً من التأمين الصحي الشامل. وشرع بهذا المشروع

الذي يتضمن انشاء هيئة مستقلة للتأمين الصحي تشرف على جميع القطاعات الصحية لفرض تأمين صحي بشروط السوق (على أسس تجارية) تتضمن رفع الأقساط التأمينية ومشاركة المريض بجزء من تكلفة العلاج، وتحويل المستشفيات الحكومية للعمل على أسس تجارية منافسة لمستشفيات القطاع الخاص. لكن مجيء جائحة الكورونا أوقف العمل جزئياً بهذا المشروع. واكتفي بمحاولة فرض التأمين الصحي من خلال الضمان الاجتماعي على من ليس لديه تأمين صحي بشروط البنك الدولي نفسها.

1. وليام جاك. تطور مؤسسات التأمين الصحي. البنك الدولي. 2000
2. تامر سماح ربيع. مراجعة شاملة لنظام التمويل الصحي في الأردن. البنك الدولي.. 2012
3. دانيلا جريساني. مذكرة سياسة بشأن إصلاح التأمين الصحي الاجتماعي. البنك الدولي. 2008
4. إصلاح التأمين الصحي. البنك الدولي. 2017:
5. مراجعة الإنفاق العام الأردني قطاع الصحة. البنك الدولي. 2004
6. استراتيجية التعاون القطري لمنظمة الصحة العالمية والأردن. منظمة الصحة العالمية. 2010
7. William Jack. The Evolution of Health Insurance Institutions. World bank. 2000
8. Tamer Samah Rabie. A Comprehensive Review of the Health Financing System in Jordan. The World Bank. 2012
9. Daniela Gressani. Policy Note on Social Health Insurance Reform. The World Bank. 2008
10. The World Bank. Health insurance reform. 2017:
11. the World Bank. Jordan Public Expenditure Review Health Sector. 2004
12. Country Cooperation Strategy for WHO and Jordan WHO. 2010

### التأمين الصحي للمسنين في الأردن

عندما يتعلق الأمر بالتأمين الصحي، فإن المسنين ينظر لهم من زاوية سلبية، بسبب انتشار الاعتقاد بارتفاع كلفة رعايتهم الصحية، لذلك تحاول شركات التأمين الصحي الخاصة عدم اشراكهم بالتأمين الصحي، أو تضع لهم أقساطا مرتفعة جدا، بحيث تنخفض نسبة المسنين في المؤمنين صحيا بهذه الشركات في الأردن.

الأردن بلد شاب، وكان أكثر شبابا عندما تم انشاء التأمينات الصحية العامة العسكري والمدني، لذلك زادت كلف هذه التأمينات مع شمول الوالدين في هذه التأمينات. ومع ذلك بقي جزء كبير من المسنين غير مشمول بتأمين صحي حتى مجيء انتفاضة نيسان في عام 1989 حيث تم شمول جزء منهم ولاحقا مع ثورات الميادين العربية حيث تم شمول جميع من أعمارهم فوق الستين بالتأمين الصحي المدني. لكن سوء الخدمات المقدمة من وزارة الصحة أفقد هذا الشمول بريقه رغم أهميته القصوى.

ومع ذلك فإن كلفة شمول المسنين بالتأمين الصحي في الأردن ما زالت غير كبيرة نسبيا بسبب انخفاض نسبيهم من جهة وبسبب تقديم رعايتهم الصحية من خلال وزارة الصحة دون إضافة موارد مالية لتغطية الكلف إضافية لشمولهم. لذلك ما زال العديد منهم يلجأ للقطاع الخاص لتلقي العلاج وهذا ممكن بالنسبة للقادرين، لكنه مستحيل لأغلبية المسنين من الفقراء.

ومع ذلك تشكو الحكومة، ويؤيدها في ذلك صندوق النقد والبنك الدوليان، بأن تكلفة الرعاية الصحية بالأردن مرتفعة مقارنة مع الدول النامية ويستخدمون لذلك (بطريقتهم الخاصة) الإحصاءات غير الدقيقة لإثبات وجهة نظرهم. بل أنهم يثيرون مسألة أن الأردن سيواجه مشكلة تعمر السكان حيث يتوقعون أن نسبة المسنين ستزداد في العقود المقبلة، ويحذرون بالتالي من استحالة ديمومة أي نظام تأمين صحي يشمل هؤلاء المسنين.

## هوامش الفصل الخامس عشر

رودولف فيرشو (7)، (17)

تم طرد رودولف فيرشو من بلده عندما أفاد بأن أصل مشكلة الصحة العامة التي طُلب منه دراستها هو توزيع القوة السياسية والاقتصادية في المنطقة. وعندما سئل، شدد على أن حل المشكلة يتطلب مجموعة كاملة من الإجراءات التي تشمل إصلاح الأراضي وإصلاح الإسكان وتنظيم المياه وغيرها من التدخلات العامة - وكلها كانت ستقلل سلطة أصحاب الأملاك الذين يمتلكون الأرض والمياه والعقارات والسلع الأخرى. أثارت مقترحات فيرشو غضب هذه المجموعات، وصرخت قائلة: «هذه الوثيقة ليست وثيقة طبية. إنها وثيقة سياسية، ورد عليهم مؤسس الصحة العامة ببيانه الشبهير (الذي يجب أن يكون محفوراً في الحجر عند مدخل كل مدرسة للصحة العامة): «السياسة ليست سوى دواء على نطاق واسع»، وليس من المستغرب طرده خارج البلاد

خلال هذه المدة، التزم فيرشو بدمج عمله الطبي مع الأنشطة السياسية. وفي عام 1848 انضم إلى أول ثورة كبرى للطبقة العاملة في برلين.

## حال الطبقة العاملة في إنجلترا في القرن التاسع عشر (17)

المدن الكبرى يسكنها بشكل رئيسي العمال، وهؤلاء العمال ليس لديهم أي ممتلكات خاصة بهم، ويعيشون بالكامل على أجر، والتي عادة ما تنتقل من يد إلى فم. إن المجتمع، المكون بالكامل من الذرات، لا يزعج نفسه بشأنها؛ بل يتركهم يعتنون بأنفسهم وأسرهم، ومع ذلك لا يوفر لهم أي وسيلة للقيام بذلك بطريقة فعالة ودائمة. لذلك فإن كل عامل، حتى الأفضل منه، يتعرض باستمرار لفقدان العمل والطعام، أي الموت بسبب الجوع، ويموت كثيرون بهذه الطريقة.

مساكن العمال في كل مكان مخططة بشكل سيئ، ومبنية بشكل سيئ، ويتم الاحتفاظ بها في أسوأ حالة، سيئة التهوية، ورطبة، وغير صحية. يقتصر السكان على أصغر مساحة ممكنة، وعادة ما تنام عائلة واحدة على الأقل في كل غرفة. إن الترتيب الداخلي للمساكن يعاني الفقر بدرجات مختلفة، وصولاً إلى الغياب التام حتى للأثاث الأكثر أهمية.

الطعام سيئ بشكل عام. غالباً ما تكون غير صالحة للاستخدام، وفي كثير من الحالات، على الأقل في بعض الأحيان، تكون غير كافية من حيث الكمية، وبالتالي، في الحالات القصوى، ينتج عن الموت جوعاً. وهكذا فإن الطبقة العاملة في المدن الكبرى تقدم مقياساً متدرجاً لظروف الحياة، وفي أفضل الحالات، وجوداً يمكن تحمله مؤقتاً للعمل الجاد والأجور الجيدة، الجيدة والقابلة للتحمل، أي من وجهة نظر العمال؛ في أسوأ الحالات، عوز مرير، حتى التشرد والموت جوعاً.

♦♦♦♦

... الكتاب بالكامل متواجد في مكتبة البيروني ...