

وثيقة معلومات المشروع (PID)
وورقة بيانات الإجراءات الوقائية المتكاملة (ISDS)

مرحلة التقييم | تاريخ الإعداد/التحديث: 20 نيسان/أبريل 2017 | تقرير رقم: PIDISDSA21572



البنك الدولي

المشروع الصحي الطارئ في الأردن (P163387)

معلومات أساسية

أ. بيانات أساسية حول المشروع

| | | | |
|---|--|--|--|
| رقم تعريف المشروع الرئيسي (إن وجد) | اسم المشروع المشروع الصحي الطارئ في الأردن | رقم تعريف المشروع P163387 | البلد الأردن |
| مجال الممارسة (الرئيسي) الصحة والتغذية والسكان | التاريخ المتوقع لانعقاد المجلس 11 تموز/يوليو 2017 | تاريخ التقييم التقريبي 6 نيسان/أبريل 2017 | المنطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا |
| | الهيئة المنفذة وزارة التخطيط والتعاون الدولي | المقترض وزارة التخطيط والتعاون الدولي | أداة الإقراض تمويل مشروع استثماري |

الهدف الإنمائي المقترح

يتمثل الهدف الإنمائي للمشروع في دعم الحكومة الأردنية من أجل الاستمرار في تقديم الخدمات الصحية الأولية والثانوية في مرافق وزارة الصحة إلى الأردنيين الفقراء غير المؤمن عليهم والى اللاجئين السوريين.

المكونات

التمويل القائم على النتائج لتقديم خدمات الرعاية الصحية في مرافق الرعاية الصحية الأولية والثانوية التابعة لوزارة الصحة إلى السكان المستهدفين
التدقيق المستقل وبناء القدرات المؤسسية لتحسين كفاءة الخدمات الصحية المقدمة

تتطبق على هذا المشروع الاستثناءات المتعلقة بمتطلبات السياسات لأوضاع الحاجة الملحة للمساعدة أو القيود على القدرات المبينة في الفقرة 12 من منشور سياسة العمليات 10.00.

نعم

التمويل (بملايين الدولارات الأمريكية)

| | |
|--------|--------------|
| المبلغ | مصدر التمويل |
|--------|--------------|



| | |
|---------------|-------------------------------|
| 34.90 | برنامج تسهيلات التمويل الميسر |
| 36.10 | البنك الدولي للإنشاء والتعمير |
| 79.00 | البنك الإسلامي للتنمية |
| 150.00 | التكلفة الكلية للمشروع |

فئة التصنيف البيئي

الفئة ج - غير مطلوب

هل تم نقل وظائف الرقابة والاعتماد الخاصة بالإجراءات الوقائية إلى مدير الممارسة؟ (لن يتم الإفصاح عنها)
كلا

القرار

قرار آخر (حسب الحاجة)

ب. المقدمة والسياق

السياق الوطني

1. رغم التقدم الاقتصادي والاجتماعي الكبير الذي شهده الأردن، فهو يواجه حالياً تحديات مالية تفاقمت بسبب الأزمة السورية. فقد أظهر الاقتصاد الأردني تباطؤاً خلال العامين الماضيين في مواجهة مختلف التحديات والصدمات الخارجية، وأخرها تداعيات الأزمة السورية. وكان متوسط النمو الاقتصادي قد بلغ 2.5 في المئة منذ عام 2010، وهو أقل من متوسط النمو البالغ 6.5 في المئة في السنوات العشر السابقة (2009-2000). وقد واجه الأردن عدداً من الصدمات الخارجية بدءاً من تداعيات الأزمة المالية العالمية 2007-2008. كما أدى انقطاع إمدادات الغاز المصري إلى لجوء شركة الكهرباء الوطنية (NEPCO) إلى استيراد النفط بتكلفة أعلى، مما أدى إلى بلوغ نسبة الدين إلى إجمالي الناتج المحلي 95% بحلول نهاية عام 2016. وأدت الأزمة السورية إلى إغلاق كامل للطرق البرية إلى العراق وسوريا في منتصف عام 2015، مما تسبب بخفض الصادرات بشكل كبير. وتأثرت السياحة أيضاً في عامي 2015 و 2016، مما أدى إلى عجز في الحساب الجاري بنسبة 7.9 في المئة من الناتج المحلي الإجمالي في فترة 2014-2016. كما ساهم سخاء حكومة الأردن في استضافة وتوفير الخدمات العامة لعدد كبير من اللاجئين من سوريا والعراق واليمن وجنوب

السودان في زيادة تعقيد الضغوط على الوضع المالي وزيادة الطلب على الخدمات العامة مثل التعليم والصحة وإدارة النفايات الصلبة ومياه الصرف الصحي.

2. وتشمل التحديات الرئيسية للاقتصاد الكلي تحفيز النمو والسيطرة على العجز المالي. وهذا الأمر أكثر إلحاحاً نظراً لتدهور مؤشرات سوق العمل وظهور ضغوط تضخمية. وبلغ معدل البطالة أعلى مستوياته التاريخية، 15.3 في المئة عام 2016، مع انخفاض معدل مشاركة القوى العاملة ومعدلات العمالة أيضاً لتصبح 36.0 في المئة و 30.5 في المئة (مقابل 36.7 في المئة و 31.9 في المئة على التوالي عام 2015). ورغم أن العجز المالي في الأردن تحسّن من 11.5 في المئة من الناتج المحلي الإجمالي عام 2013 إلى ما يقدر بنحو 3.2 في المئة من الناتج المحلي الإجمالي عام 2016، لا يزال الوضع المالي يعتمد على المنح. ف منذ شهر آب/أغسطس 2016، يشارك الأردن في برنامج تسهيلات موسّع مع صندوق النقد الدولي يهدف إلى الحفاظ على استقرار الاقتصاد الكلي وضبط أوضاع المالية العامة من أجل خفض نسبة الدين إلى إجمالي الناتج المحلي إلى 77% بحلول عام 2021. وبعد أربع سنوات من السياسة النقدية التوسعية، رفع البنك المركزي معدلات الفائدة في كانون الأول/ديسمبر 2016 وشباط/فبراير 2017 بنسبة 25 و 50 نقطة أساس على التوالي. وانخفض احتياطي النقد الأجنبي لدى البنك المركزي ليصل إلى 12.9 مليار دولار أمريكي (7.7 أشهر من السلع المستوردة، باستثناء الصادرات المعاد تصديرها) بحلول نهاية عام 2016، أي أقل بنسبة 9.0 في المئة عن نهاية عام 2015.

3. وفقاً للإحصاء السكاني الأخير، يبلغ عدد السكان السوريين في الأردن 1.3 مليون نسمة، منهم 656,170 تعتبرهم المفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين (UNHCR) لاجئين. أما السوريون الباقون، فيعتبرون إما أنهم كانوا يعيشون في الأردن منذ عدة أجيال أو كانوا يعيشون في الأردن قبل الأزمة. وعلى أساس جنسيتهم ووضعهم التأميني، سوف يحصلون على الرعاية في المرافق العامة بالتعريفات المختلفة المحددة "للأردنيين المؤمن عليهم" (مجاناً تقريباً)، أو "الأردنيين غير المؤمن عليهم" (بعض الخدمات المجانية، حوالي 20% من مبلغ السداد المشترك للخدمات المتبقية)، أو "الأجانب" (مدفوعات من الأموال الخاصة). ويعيش حوالي 20 في المئة من مجموع اللاجئين في مخيمات (مثل الزعتري والأزرقي)، أما الباقون فيعيشون في المجتمعات المحلية. حوالي 331,000 لاجئ يحملون بطاقات وزارة الداخلية، مما يتيح لهم الحصول على العديد من المساعدات بما في ذلك خصم كبير على الرعاية المقدمة في مرافق وزارة الصحة. وهذا العدد الكبير من اللاجئين السوريين، حيث تشكل النساء والأطفال أكثر من 80 في المئة منه، له آثار كبيرة على النظام الصحي الأردني. وبما أن 86 في المئة منهم يعيشون تحت خط الفقر الوطني، و 78 في المئة يعتمدون على المساعدة الخارجية، فإنهم يُعتبرون فئة ضعيفة للغاية.

4. وبالتالي، تهدد الأزمة السورية بإبطال وعكس المكاسب التي حققها القطاع الصحي الأردني ومفاومة القيود الحالية على القدرات المؤسسية لوزارة الصحة، إذ أدى تدفق اللاجئين السوريين إلى زيادة الطلب على الخدمات الصحية وله آثار على النتائج الثلاثة للنظام الصحي - الوضع الصحي، ورضا المواطنين، والحماية المالية.



السياق القطاعي والمؤسسي

5. ومن حيث النتائج الصحية، فإن عودة ظهور الأمراض المعدية تؤثر على اللاجئين السوريين والمجتمعات المضيفة لهم على حد سواء. وكانت الحكومة الأردنية قد نجحت في السيطرة على الأمراض المعدية قبل أزمة اللاجئين السوريين. ولكن من شأن عودة ظهور هذه الأمراض أن تعرّض للخطر المكاسب الصحية الكبيرة التي تحققت قبل بدء النزاع السوري ولها تداعيات خطيرة على كل من اللاجئين السوريين والمجتمعات المضيفة لهم. أما في ما يتعلق بمعدل انتشار الأمراض المعدية مثل الحصبة وداء الليشمانيات والسل الرئوي والإسهال، فهو أعلى لدى اللاجئين السوريين مقارنة بالمجتمع المضيف الأردني. وقد تم الإبلاغ عن ما مجموعه 34,314 حالة من الأمراض المعدية بين السكان السوريين بين عامي 2013 و 2014. ونظراً لأن 80% من اللاجئين يعيشون خارج المخيمات، فإن تفشي الأمراض المعدية قد انتقل إلى المجتمعات المضيفة لهم، مما يعرض النظام الصحي بأكمله للخطر. وإضافة إلى ذلك، يعاني ربع اللاجئين السوريين أيضاً من حالات وأمراض مزمنة تتطلب علاجات مكلفة وطويلة الأجل.

6. أما من ناحية رضا المواطنين، فقد أدى تدفق اللاجئين إلى زيادة فترات الانتظار ونقص في العاملين الصحيين، وزاد استخدام الخدمات الصحية بعد وقت قصير من أزمة اللاجئين. وبحلول تموز/يوليو 2014، سجلت المرافق العامة 60,000 خدمة إضافية للمرضى الخارجيين تم تقديمها إلى اللاجئين السوريين. ومنذ ذلك الحين، أصبح انتشار حالات نفاذ مخزونات الأدوية أكثر شيوعاً، واضطر الأردنيون إلى الانتظار في طوابير طويلة، وأدى ارتفاع الطلب على الخدمات الصحية في مرافق وزارة الصحة إلى إحالة المرضى الأردنيين إلى مرافق غير تابعة لوزارة الصحة. وبين عامي 2011 و 2012، ارتفعت تكلفة الإحالة إلى مستشفيات غير تابعة لوزارة الصحة بنسبة 50 في المئة لتصل إلى 124 مليون دولار أمريكي. ولمواكبة الطلب المتزايد، قامت وزارة الصحة ببناء مرافق صحية جديدة، وخاصة على مستوى الرعاية الصحية الأولية. غير أن هذه المرافق ليست مجهزة تجهيزاً كاملاً بعد، ولا يزال نقص الموارد البشرية (الأطباء المتخصصون في المقام الأول) يشكل تحدياً. فقد انخفض عدد الأطباء قبل بدء الأزمة وبعدها من 28 إلى 23، وانخفض عدد الأسرة لكل مواطن من 18 إلى 15 لكل 10,000 شخص. وإضافة إلى ذلك، تسبب تزايد الطلب على الخدمات بتعجيل التلف الناتج عن استعمال الآلات، مما أدى إلى زيادة الحاجة إلى المواد وقطع الغيار. وأدت أزمة اللاجئين أيضاً إلى تراجع الأهداف الرئيسية الأخرى للنظام الصحي. وهذا يشمل هدف تحقيق التأمين الصحي الشامل بحلول عام 2020، وتحقيقه الآن صعب جداً بسبب تزايد عدد السكان غير المؤمن عليهم صحياً، وكون اللاجئين يشكلون جزءاً كبيراً من هذا العدد.

7. وزارة الصحة مسؤولة عن الإشراف على القطاع بأكمله ولكنها أيضاً مزود رئيسي للخدمات الأولية والثانوية في القطاع العام. وتكتسب هذه الخدمات أهمية كبرى في الوقاية من الأمراض المعدية وغير المعدية والكشف المبكر عنها. كما تدير وزارة الصحة بعض مستويات الرعاية الثانوية والثالثية. ووفقاً للممارسات الجيدة الدولية، قامت وزارة الصحة بتطوير شبكة وطنية واسعة من مرافق الرعاية الصحية الأولية بما في ذلك بعض مرافق الرعاية الصحية الأولية الشاملة تضم

التخصصات الأساسية (بما في ذلك الصحة النفسية). ويتم تقديم المستوى الثالث من خدمات الرعاية والخدمات المتخصصة للمرضى الخارجيين في مستشفيات وزارة الصحة وفي مرافق القطاع العام الأخرى مثل تلك التي تديرها الجامعة والخدمات الطبية الملكية. كما يوفر الأردن تأميناً اجتماعياً للعاملين في القطاع الرسمي الذي يقدم الخدمات باستخدام العقود مع المرافق العامة والخاصة. كما يمكن للأفراد الذين يدفعون نفقات صحية باهظة من أموالهم الخاصة اللجوء إلى الديوان الملكي لدعم خدمات الرعاية الصحية المعيّنة على أساس كل حالة على حدة. وإذ زادت بعض قوائم الانتظار مع تدفق اللاجئين، استخدمت الحكومة الأردنية العقود القائمة مع المستشفيات العامة والخاصة لتوفير بدائل الرعاية للمرضى الداخليين والخارجيين المؤمن عليهم الذين يحتاجون إلى رعاية صحية عاجلة ومكلفة.

8. وفي ما يتعلق بالحماية المالية، كان الأردن قد خفض، قبل أزمة اللاجئين، من مدفوعات الرعاية الصحية التنازلية من الأموال الخاصة بمقدار النصف - من 42 في المئة إلى 24 في المئة من إجمالي الإنفاق على الصحة (2003-2013). غير أن زيادة الطلب قد حدت من قدرة الحكومة على توفير حماية مالية منصفة للجميع. وبين عامي 2012 و 2014، سمحت الحكومة الأردنية للاجئين السوريين المسجلين بدفع التعريفات نفسها التي يدفعها الأردنيون المؤمن عليهم في مرافق وزارة الصحة، مما أدى إلى زيادة كبيرة في الطلب على الخدمات الصحية من قبل اللاجئين السوريين. ورغم أن الحصول على الخدمات الصحية ساعد على تلبية احتياجات هؤلاء السكان الضعفاء في السنوات الأولى من الأزمة، إلا أنه كان غير مستدام مالياً، ومنذ تشرين الثاني/نوفمبر 2014، تفرض وزارة الصحة على اللاجئين السوريين دفع حوالي 20 في المئة من تكلفة الرعاية للخدمات المختارة، مع توفير خدمات مجانية لبعض التدخلات مثل الرعاية السابقة للولادة واللقاحات وعلاج الأمراض المعدية.

9. يدفع اللاجئون السوريون المسجلون الآن السعر نفسه الذي يدفعه الأردنيون الفقراء غير المؤمن عليهم مقابل الرعاية الصحية. ورغم أن الحكومة لا تزال تدفع 80 في المئة من تكلفة الرعاية، فقد تبين أن حتى نسبة 20 في المئة من السداد المشترك مرتفعة جداً بالنسبة إلى الكثير من السوريين، مما أدى إلى انخفاض في الاستخدام بأكثر من 60 في المئة على مدى العامين الماضيين (انظر الرسم البياني 1). وبعد شهر واحد من استحداث نظام السداد المشترك، ذكر 65 في المئة من اللاجئين أن التكلفة كانت العائق الأكبر أمام الحصول على الرعاية الصحية، حيث تدفع واحدة من كل خمس أسر نفقات باهظة بسبب تكاليف الرعاية الصحية. وبعد مرور عامين على تغيير السياسة، ذكر أكثر من نصف اللاجئين السوريين الذين يعانون من حالات/أمراض مزمنة أنهم لا يستطيعون الحصول على الأدوية والخدمات الأخرى، وأفاد نصف النساء الحوامل بعدم قدرتهن على تحمل الرسوم أو النقل من أجل الحصول على الرعاية السابقة للولادة. ونتيجة لذلك، حصل انخفاض حاد في استخدام الخدمات الصحية وتراجع لاحق في النتائج الصحية. واستمر هذا الاتجاه مع دراسة أجريت مؤخراً عن اللاجئين الذين يعيشون في المجتمعات المحلية في مديرية إربد في شمال الأردن، وأظهرت أن ثلث البالغين وربع الأطفال الذين يحتاجون إلى رعاية طبية في المتوسط لا يزالون غير قادرين على الوصول إليها إلى حد كبير بسبب عدم القدرة على تحمل التكاليف. ولكن الخدمات التي بقيت مجانية، مثل اللقاحات والرعاية السابقة للولادة، لا تزال مستخدمة بشكل كبير جداً.

10. وأسباب هذا الانخفاض في الاستخدام مختلفة. وبالنظر إلى أن السداد المشترك لا يزال ضئيلاً، فإن أسباب هذا الانخفاض الحاد في استخدام الخدمة غير واضحة. ورغم أن التكلفة هي أحد الأسباب الواضحة، يمكن أن تشمل الأسباب المحتملة الأخرى بطاقات الخدمة من وزارة الداخلية التي يجري استحداثها في الوقت نفسه، والتي أصبحت الآن ضرورية للسوريين لكي يتمكنوا من الحصول على الخدمات الصحية في مرافق وزارة الصحة. فقط اثنان من كل ثلاثة سوريين في المجتمعات المحلية يحملون بطاقات وزارة الداخلية، لذلك أدى هذا الشرط إلى وجود عدد أقل بكثير من المستخدمين المحتملين لخدمات وزارة الصحة. ومن بين الأسباب الأخرى المقترحة دخول المنظمات غير الحكومية إلى قطاع الصحة في الأردن عام 2014، والتي تقدم خدمات مجانية تستهدف السوريين، فضلاً عن احتمال الاستخدام المفرط لخدمات وزارة الصحة من قبل السوريين عندما تم توفير الرعاية المجانية من 2012 إلى 2014 مع حصول "التسوق لدى مقدم الخدمات". ورغم الانخفاض في الاستخدام، لا تزال مرافق وزارة الصحة تقدم حوالي 1.5 مليون خدمة صحية (المرضى الخارجيين والمرضى الداخليين) للسوريين المسجلين سنوياً، مما يسد فجوة مهمة في مجال تقديم الخدمات.

11. وعلى غرار اللاجئين السوريين المسجلين، يتعين على حوالي 2.1 مليون من الأردنيين غير المؤمن عليهم أن يدفعوا مبلغاً مشتركاً مقابل خدمات مختارة للمرضى الداخليين والخارجيين في مرافق وزارة الصحة. في الأردن، وزارة الصحة هي الجهة الدافعة والموفرة على حد سواء لعدد كبير من خدمات الصحة العامة. وتضم شبكة وزارة الصحة أكثر من 477 مركزاً للرعاية الصحية الأولية و 31 مستشفى. وفي حين أن حوالي 70 في المئة من الأردنيين مؤمن عليهم، فإن 30 في المئة منهم غير مؤمن عليهم وعليهم أن يقوموا بالدفع المشترك للخدمات الصحية يساوي ما يدفعه اللاجئون السوريون الآن. وقد تم إجراء آخر تقييم شامل للسكان الأردنيين غير المؤمن عليهم عام 1999، وتبين أن غالبية غير المؤمن عليهم إما عاطلون عن العمل أو خارج القوى العاملة. وتشير التقديرات الأخيرة إلى أن غير المؤمن عليهم يتكبدون أعلى المدفوعات من أموالهم الخاصة، وهو الشكل الأكثر تنازلاً للتمويل الصحي. ومن بين غير المؤمن عليهم، ثمة مجموعة فرعية تُعتبر "فقيرة" (وفقاً لمعايير وزارة التنمية الاجتماعية) أو "غير قادرة على الدفع" (كما هو محدد في مرافق الرعاية الثانوية) وهي المستفيدة المستهدفة من هذا المشروع. ورغم أن الحجم الدقيق لهذه المجموعة غير معروف، فهي لا تشكل حصة ضئيلة من السكان غير المؤمن عليهم.

12. لقد أدت أزمة اللاجئين السوريين إلى تفاقم أوجه القصور القائمة، ولذلك يجب معالجتها لإنشاء نظام صحي مستدام. فالنظام الصحي في الأردن، شأنه في ذلك شأن العديد من النظم الصحية الأخرى على الصعيد العالمي، يعاني من العديد من القضايا المتعلقة بالكفاءة التقنية وكفاءة التخصيص، بما في ذلك قطاع تأمين مجزأ إلى حد كبير مع وجود العديد من الدافعين والمشتريين، بما في ذلك الخدمات الطبية الملكية، ووزارة الصحة، ومقدمي الخدمات من القطاع الخاص. وإضافة إلى ذلك، لا تتوافر سوى بيانات قليلة جداً عن المكونات الأساسية في النظام الصحي، بما في ذلك حساب تكلفة الخدمات الأساسية المقدمة في مرافق الرعاية الصحية الأولية والثانوية أو استخدام الخدمات حسب نوع الجنس وفئة الدخل. وهناك أيضاً

العديد من أوجه القصور في ما يتعلق بشراء المستحضرات الصيدلانية التي يمكن أن تقلل من تكلفة الرعاية إذا ما تم التصدي لها.

13. إن الدعم التساهلي الطارئ أمر حيوي للانتقال من الاستجابة الإنسانية إلى الاستجابة الإنمائية. وبما أن 83 في المئة من اللاجئين السوريين يعيشون خارج المخيمات، فإن خدمات الصحة العامة تشكل العمود الفقري لاستجابة الأردن لأزمة اللاجئين. وكان البنك الدولي قد قدم المساعدة التقنية وعملية طارئة عام 2013 للحفاظ على الخدمات الصحية واحتياجات الأسر المعيشية للأردنيين المتضررين من أزمة اللاجئين. غير أن الموارد العامة في وضع حرج، والحيز المالي محدود، ويبلغ الإنفاق العام على الصحة 7 في المئة من الناتج المحلي الإجمالي - وهو أعلى بكثير من معظم البلدان النامية. وفي الوقت نفسه، ارتفعت نسبة الدين إلى الناتج المحلي الإجمالي في الأردن من 67 إلى 94 في المئة خلال السنوات الخمس الماضية، مما أجبر وزارة الصحة على خفض الإنفاق. وبالتالي، فإن الجمع بين زيادة الطلب والضغوط المالية قد يقوّض استدامة النظام العام، فضلاً عن قدرته على تقديم الخدمات مجاناً أو بتكاليف منخفضة. وهذا الأمر قد يكون له تداعيات على احتواء الأمراض المعدية، وسيؤثر على اللاجئين السوريين والمجتمعات المضيفة الأردنية. كما أدى النقص في تمويل الاستجابة للاجئين السوريين إلى تفاقم هذه التحديات. ونتيجة لذلك، طلبت الحكومة الأردنية تمويلاً طارئاً من المؤسسات المالية الدولية.

ج. الهدف الإنمائي للمشروع المقترح

الهدف الإنمائي (من وثيقة التقييم المسبق للمشروع)

14. يتمثل الهدف الإنمائي للمشروع في دعم الحكومة الأردنية من أجل الاستمرار في تقديم الخدمات الصحية الأولية والثانوية إلى الأردنيين الفقراء غير المؤمن عليهم صحياً واللاجئين السوريين في مرافق وزارة الصحة.

النتائج الرئيسية

15. تشمل مؤشرات متابعة الهدف الإنمائي للمشروع ما يلي:

أ. الحفاظ على عدد الخدمات الصحية المقدمة في مرافق الرعاية الصحية الأولية التابعة لوزارة الصحة إلى:

1. الأردنيين الفقراء غير المؤمن عليهم

2. اللاجئين السوريين المسجلين

ب. الحفاظ على عدد الخدمات الصحية المقدمة في مرافق الرعاية الصحية الثانوية التابعة لوزارة الصحة إلى:

1. الأردنيين الفقراء غير المؤمن عليهم

2. اللاجئين السوريين المسجلين



ج. إنجاز ونشر خارطة طريق لقطاع الصحة من أجل تحسين كفاءة الخدمات المقدمة.

د. وصف المشروع

16. إن هذا المشروع هو مشروع تمويل قائم على النتائج لدعم تقديم خدمات الرعاية الصحية الأولية والثانوية في مرافق وزارة الصحة، وتقديم المساعدة التقنية وبناء القدرات لتحسين كفاءة القطاع الصحي. وسيدفع المشروع مقابل تسليم النواتج، أي تقديم الخدمات الصحية، في مرافق وزارة الصحة إلى المستفيدين المستهدفين. ولهذا الغرض، تم إنشاء تكلفة للوحدة، وسيتم إعادة النفقات إلى الحكومة وفقاً لكمية النواتج (حزم الخدمات الصحية) التي يتم تسليمها إلى السكان المستهدفين. وتشمل تكاليف الوحدة هذه تكاليف النفقات غير الطبية المتكررة (تكاليف الموارد البشرية والمرافق، حوالي 77 في المئة من مجموع التكاليف)، ولكنها لا تشمل تكاليف المستحضرات الصيدلانية والمعدات الطبية والمواد الاستهلاكية (حوالي 23 في المئة من مجموع التكاليف).

17. ويتصدى المشروع للتحديات الإنسانية المباشرة ويوفر أيضاً دعماً إيمانياً أطول أجلاً. وسيساعد في الواقع الحكومة الأردنية على الاستمرار في دعمها الحالي للخدمات الصحية الأولية والثانوية للمستفيدين من المشروع. ولذلك، سيتألف المشروع من المكونين التاليين، ومن المتوقع أن يتم تمويله بالتوازي مع البنك الإسلامي للتنمية وتقديمه بأسعار ميسرة من خلال برنامج تسهيلات التمويل الميسر.

18. المكوّن 1. التمويل القائم على النتائج لتقديم خدمات الرعاية الصحية في مرافق الرعاية الصحية الأولية والثانوية في وزارة الصحة إلى السكان المستهدفين (148 مليون دولار أمريكي: 100 مليون دولار من البنك الإسلامي للتنمية و 48 مليون دولار من البنك الدولي للإنشاء والتعمير). تم تصميم هذا المكوّن كنموذج للتمويل القائم على النتائج حيث يتم الدفع إلى مرافق وزارة الصحة مقابل الخدمات الصحية المحددة المقدمة إلى السكان المستهدفين. كما يستند إلى تجربة الممارسة العالمية المعنية بالصحة والتغذية والسكان بالبنك الدولي في مجال التمويل القائم على النتائج على مدى السنوات العشر الماضية على الصعيد العالمي في عدة بلدان في أمريكا اللاتينية وأفريقيا وآسيا.

19. وسيدفع هذا المكوّن مقابل الخدمات التي يستخدمها السكان المستهدفون (اللاجئون السوريون والأردنيون الفقراء غير المؤمن عليهم) في مرافق وزارة الصحة على الصعيد الوطني. وتستند الخدمات المشمولة إلى حزمة خدمات الرعاية الصحية الأولية والثانوية للمرضى الداخليين والخارجيين التي تم تحديدها في البلد. وتستند المصروفات إلى التدقيق في مسألتين من قبل كيان مستقل للتحقق (IVE) - (1) عدد الخدمات الصحية المقدمة للمستفيدين من المشروع، (2) التكلفة التي تتحملها الحكومة الأردنية لتقديم هذه الخدمات. وستستند اختصاصات هذا الكيان المستقل للتحقق إلى الاختصاصات المماثلة المستخدمة في مشاريع التمويل القائم على النتائج وتتكيف مع الظروف الخاصة لهذا المشروع والبلد.

20. وسيمول المشروع جزءاً من تكلفة تقديم خدمات الرعاية الصحية للمستفيدين، والتي ستصل إلى 13 دولاراً أمريكياً لكل مستفيد للرعاية الأولية و 80 دولاراً أمريكياً لكل مستفيد للرعاية الثانوية. وتغطي التكاليف بشكل رئيسي نفقات وزارة الصحة للنفقات المتكررة غير الطبية الرئيسية مثل الموارد البشرية وتكاليف تشغيل المرافق الصحية مثل الإيجار والمرافق (المياه والكهرباء والوقود). ولا يمول المشروع تكلفة المواد الطبية مثل اللقاحات والأدوية والمعدات والمواد الاستهلاكية التي ستواصل الحكومة الأردنية والجهات المانحة الأخرى (اليونيسيف، الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية) تمويلها.

21. يتم التعريف العملي للخدمة المقدمة على أنها إما زيارة عيادة للمرضى الخارجيين (المستوى الأول أو المستوى الثاني للرعاية) للخدمات الطبية أو الطارئة أو التشخيصية (أي الفحوصات المخبرية والأشعة السينية وما إلى ذلك) أو الخروج من المستشفى. وتُعرّف "خدمة الرعاية الصحية الأولية" بأنها نوبة من الرعاية الصحية الأولية مثل زيارة للرعاية السابقة للولادة. ويمكن اعتبار "خدمة الرعاية الصحية الثانوية" أنها نوبة من الرعاية المتنقلة أو الرعاية الداخلية مثل توليد الأطفال. ويشمل هذا المكوّن مكوّنين فرعيين:

أ. المكوّن الفرعي 1.1. التمويل القائم على النتائج لتقديم خدمات الرعاية الصحية الأولية إلى السكان المستهدفين. سيقوم هذا المكوّن الفرعي بالدفع على المستوى الوطني للخدمات المقدمة في مراكز الرعاية الصحية الأولية من وزارة الصحة إلى السكان المستهدفين. ويشمل هذا المكوّن الفرعي خدمات الرعاية الصحية الأولية مثل، على سبيل المثال لا الحصر، (أ) خدمات الرعاية الصحية للأم والطفل، (ب) الوقاية من سوء التغذية وعلاجه، (ج) الإدارة المتكاملة لأمراض الطفولة، (د) الوقاية من الأمراض غير المعدية والكشف المبكر عنها وإدارتها. وتمثل معدلات استخدام الخدمات الصحية الأولية الحالية بين السكان المستهدفين نحو 10 في المئة من إجمالي معدل استخدام هذه الخدمات في وزارة الصحة. واستناداً إلى معدلات الاستخدام لعام 2015، يقدر المشروع أنه سيقوم بالدفع لما يقرب من 289,000 خدمة مقدمة إلى السوريين و 1.75 مليون خدمة مقدمة إلى الأردنيين الفقراء غير المؤمن عليهم في مرافق الرعاية الصحية الأولية على مدى فترة السنتين.

ب. المكوّن الفرعي 1.2. التمويل القائم على النتائج لتقديم خدمات الرعاية الصحية الثانوية إلى السكان المستهدفين. سيقوم هذا المكوّن الفرعي بالدفع على المستوى الوطني لخدمات الرعاية الصحية للمرضى الخارجيين والداخليين التي يتلقاها المستفيدون المستهدفون في 33 مستشفى تابعة لوزارة الصحة في الأردن. وتمثل معدلات استخدام الخدمات الصحية الثانوية الحالية بين السكان المستهدفين نحو 30 في المئة من إجمالي استخدام هذه الخدمات في مستشفيات وزارة الصحة. واستناداً إلى معدلات الاستخدام لعام 2015، يقدر المشروع أنه سيقوم بالدفع لما يقرب من 215,000 خدمة مقدمة إلى السوريين و 1.32 مليون خدمة مقدمة إلى الأردنيين الفقراء غير المؤمن عليهم في مرافق الرعاية الثانوية على مدى فترة السنتين.



22. المكوّن الثاني: التدقيق المستقل وبناء القدرات المؤسسية لتحسين كفاءة الخدمات الصحية المقدمة (2 مليون دولار أمريكي، 0 دولار أمريكي من البنك الإسلامي للتنمية، 2 مليون دولار من البنك الدولي للإنشاء والتعمير). ويضم هذا المكوّن مكوّنين فرعيين.

أ. المكوّن الفرعي 2.1. التدقيق المستقل والتحقق من النفقات المتكبدة واستخدام الخدمات من قبل المستفيدين من المشروع. وسيمول هذا المكوّن (1) التدقيق المالي الخارجي للنفقات التي تتكبدها وزارة الصحة للخدمات التي يستخدمها السكان المستهدفون، (2) التحقق المستقل من الخدمات التي يستخدمها السكان المستهدفون في مرافق وزارة الصحة. وبذلك، سيتم التأكد من تقديم الخدمات بفعالية للمستفيدين من المشروع الذي سيتم صرف الأموال منه. وإذا أمكن، ستتم الإستعانة بشركة واحدة لكلا الوظيفتين لتبسيط عملية الشراء والحد من التأخير.

ب. المكوّن الفرعي 2.2. بناء القدرات لرصد وتحسين الكفاءة. سيعزز هذا المكوّن القدرة المؤسسية القائمة لكيانات الصحة العامة على تحليل الإصلاحات القطاعية والتخطيط لها، مع بناء توافق في الآراء بشأن الأولويات الرئيسية لقطاع الصحة بغية تحسين الكفاءة في الأجلين المتوسط والطويل. ورغم أن وزارة الصحة والمجلس الصحي العالي يقومان بتقييم كفاءة النظام الصحي، فإن هذه المؤسسات تحتاج إلى الدعم، كما يلزم تدريب المهنيين الشباب للبدء في بناء القدرات المؤسسية بهدف المضي قدماً في تعزيز سياسات التغطية الصحية الشاملة في إطار حيز مالي مشدد. وتشمل المدخلات الأساسية الاستشاريين المحليين والدوليين لتحديد حزمة خدمات الرعاية الصحية وحساب التكاليف المرتبطة بها، وكذلك مراجعة النفقات العامة في القطاع لتحديد مجالات تحسين سياسات تخصيص الموارد والتنسيق بين مقدمي الخدمات من القطاعين العام (وزارة الصحة والمرافق العامة الأخرى) والخاص.

23. أما بالنسبة إلى مخرجات هذا المكوّن الفرعي، فستشمل وضع ونشر خارطة طريق تحدد أوجه القصور الحالية في النظام الصحي وتقدم اقتراحات تتعلق بالسياسة العامة تستند إلى أفضل الممارسات العالمية لزيادة الكفاءة والحيز المالي. سيمول هذا المكوّن بناء القدرات، والعمل التحليلي، وتقاسم المعرفة مع الترجمة إلى العربية لأدوات التدريب حول مواضيع مختلفة مثل، على سبيل المثال لا الحصر، (1) التمويل الصحي والاقتصاد الصحي مع التركيز على تكلفة الخدمات وتحليل التكاليف والفوائد، (2) تحليل الحيز المالي بما في ذلك وسائل تحسين تحصيل الإيرادات وزيادة الكفاءة التقنية والتخصيصية، (3) تحسين نظم المعلومات الصحية الرقمية لتحسين استخدام الفعال للموارد بما في ذلك توسيع الأدوات الرقمية من أجل وضع السياسات القائمة على الأدلة القادرة على توليد مجموعات بيانات مفيدة لتحليل البيانات الضخمة بشأن التحليل السريري وتحليل التكاليف وتحليل النفقات ووضع السياسات القائمة على الأدلة.

24. ويغطي المشروع التكاليف التي تتكبدها وزارة الصحة لتقديم الخدمات الصحية الأولية والثانوية (للمرضى الخارجيين والداخليين) إلى السكان المستهدفين. وتستند الحسابات إلى النفقات الفعلية لوزارة الصحة لعام 2015. أما البنود المستخدمة في الحسابات، فهي "تقديم الخدمات الصحية الأولية" (البند 601-4610، 152.9 مليون دولار أمريكي) و "تقديم الخدمات

الصحية الثانوية" (601-4615، 272.8 مليون دولار أمريكي). وتعكس هذه البنود، التي تصل إلى 424 مليون دولار أمريكي، النفقات في تكاليف الموارد البشرية والنفقات العامة (الإيجار والمرافق العامة والصيانة) لجميع السكان في الأردن (الأردنيين المؤمن عليهم والأردنيين غير المؤمن عليهم واللاجئين السوريين المسجلين والأجانب). ولكنها لا تشمل تكاليف المستحضرات الصيدلانية والمعدات الطبية والمواد الاستهلاكية (126.2 مليون دولار أمريكي).

٥. التنفيذ

25. في إطار المشروع الصحي الطارئ في الأردن المقترح، ستكون وزارة التخطيط والتعاون الدولي الهيئة المنفذة، وكذلك الجهة التي تدير الصندوق مع جهات تنسيق معينة في وزارة الصحة. وبناء على تصميم المشروع، ستقوم كل من وزارة التخطيط والتعاون الدولي ووزارة الصحة بوضع آليات من خلال هيكلها العامة القائمة لضمان إنجاز الناتج المقترح للمشروع ورصد الأنشطة المختلفة والإبلاغ عنها في الوقت المناسب خلال فترة المشروع.

26. وقد أثبتت وزارة التخطيط والتعاون الدولي قدرتها على إدارة المشاريع التي يدعمها البنك الدولي في الماضي، الأمر الذي يُعتبر حاسماً بالنسبة إلى مشروع طارئ. وقد اكتسبت وزارة التخطيط والتعاون الدولي، من خلال خبراتها السابقة في مجال المشاريع مع البنك، مثل المشروع الطارئ للخدمات والسمود الاجتماعي، خبرة في السياسات والإجراءات التشغيلية للبنك. وسيكون قسم البنك الدولي ووكالات الأمم المتحدة ضمن إدارة التعاون الدولي في وزارة التخطيط والتعاون الدولي مسؤولاً عن إدارة المشروع. وسيتم تعيين جهات تنسيق لأغراض التواصل اليومي مع فريق المشروع التابع للبنك لدعم مختلف الأنشطة المخطط لها خلال الجدول الزمني للمشروع. وإضافة إلى ذلك، ستتألف لجنة توجيهية تضم نفس الفريق في وزارة التخطيط والتعاون الدولي من جهات تنسيق من الإدارة المعنية بوزارة الصحة للإشراف على التقدم العام لتنفيذ المشروع وتسهيل العملية الإدارية بين مختلف أصحاب المصلحة. أما على صعيد التنفيذ، فستكفل جهات التنسيق التابعة لوزارة الصحة تنفيذ المشروع وتقديم التقارير عنه في الوقت المناسب ودعم أنشطة المكوّن 2.

27. وستقدم إدارة الرعاية الصحية الأولية التابعة لوزارة الصحة بيانات منتظمة حول الاستخدام إلى وزارة التخطيط والتعاون الدولي. وستعمل هذه البيانات على تحديد عدد خدمات الرعاية الصحية الأولية المقدمة إلى السكان المستهدفين في المشروع (الأردنيين الفقراء غير المؤمن عليهم واللاجئين السوريين المسجلين) في مرافق وزارة الصحة. وبالمثل، ستقدم إدارة الرعاية الصحية الثانوية بيانات الاستخدام الفعلي عن عدد الخدمات الصحية الثانوية المقدمة في 33 مستشفى تابعة لوزارة الصحة. وسيتم التحقق من بيانات الاستخدام هذه من خلال عملية تحقق مستقلة لضمان حصول المستفيدين المستهدفين على الخدمات.

28. أما إدارة الميزانية وإدارة الإنفاق في وزارة الصحة، فستقدمان تقارير منتظمة مدققة داخلياً عن الإنفاق الفعلي للنفقات المتعلقة بالمشروع. وسيتم تدقيقها من قبل كيان مستقل للتحقق يضمن أن تكون النفقات المطالب بها مؤهلة لأن يدفعها المشروع.

29. وفي ما يتعلق بتقارير وزارة الصحة بشأن بيانات الاستخدام الفعلي والنفقات، فسيتم التحقق منها بشكل مستقل وتدقيقها من قبل كيان مستقل للتحقق المالي والتقني يتم توظيفه من قبل وزارة التخطيط والتعاون الدولي وفقاً لإجراءات الشراء المعتمدة لدى البنك. وبناء على ذلك، فإن التكاليف التي تتكبدها وزارة الصحة لتقديم الخدمات إلى السكان المستهدفين سيتم تسديدها إلى الحساب المخصص للمشروع استناداً إلى تقديرات عملية تقدير التكاليف. ولكي يقوم البنك بصرف هذه الأموال، على الحكومة الأردنية أن تستخدم إجراءات الفوترة المتفق عليها والتي تتكوّن من (1) عرض نتائج مدقق مالي مستقل حول البنود ذات الصلة من نفقات الميزانية الفعلية، (2) تقديم تقرير رسمي عن العدد الإجمالي لخدمات المرضى الخارجيين والداخليين المقدمة إلى السكان المستهدفين من قبل كيان مستقل للتحقق (IVE). وسيقوم الكيان المستقل بالتحقق من الوثائق استناداً إلى عينة تمثيلية من الخدمات التي ستم مراجعتها باستخدام الملفات السريرية للمرافق التي تم أخذ عينات منها. وبمجرد إجراء عملية التحقق الميداني، سيقدم الكيان المستقل للتحقق إلى وزارة التخطيط والتعاون الدولي تقريراً يصف الاستخدام الإجمالي للخدمات من قبل المستفيدين في مرافق وزارة الصحة. وستقوم وزارة التخطيط والتعاون الدولي بدورها بإرسال طلب الصرف مع الوثائق التي تصدرها وزارة الصحة والكيان المستقل للتحقق. وبعد ذلك، سيقوم البنك بمراجعة الوثائق، وإذا كانت كاملة ومرضية، سيمضي قدماً في صرف المبلغ.

30. ومن المتوقع أن يتم تمويل المشروع المقترح من خلال ترتيب تمويل مواز بين البنك الدولي والبنك الإسلامي للتنمية باستخدام برنامج تسهيلات التمويل الميسر. وستتبع الإدارة المالية للمشروع إجراءات البنك الدولي. المشروع ممول بالتوازي من البنك الدولي (50 مليون دولار أمريكي) والبنك الإسلامي للتنمية (100 مليون دولار أمريكي). وسيتم فتح ثلاثة حسابات مخصصة منفصلة بالدولار الأمريكي في البنك المركزي الأردني لتلقي حصيلة القرض من كل وكالة. وسيكون للبنك الدولي حسابان مخصصان، واحد لكل مكون، وسيكون للبنك الإسلامي للتنمية حساب مخصص واحد للمكون الأول الذي يموله أيضاً. وستتولى وزارة التخطيط والتعاون الدولي إدارة هذه الحسابات المخصصة.

31. وسيستخدم التمويل بأثر رجعي بنسبة 40 في المئة من مبلغ المشروع لتقديم الخدمات الصحية حتى سنة واحدة قبل توقيع اتفاقية القرض. وسيقوم المشروع بتمويل الخدمات التي سبق أن قدمتها وزارة الصحة قبل 12 شهراً من توقيع اتفاقية القرض لضمان الاستجابة المناسبة لاحتياجات قطاع الصحة. واستناداً إلى التقديرات الأولية (التي سيجري تأكيدها خلال المفاوضات)، فإن المبلغ المقترح للتمويل بأثر رجعي سيبلغ حوالي 20 مليون دولار أمريكي.

32. وبالنظر إلى نطاق الخدمات والأنشطة المقترحة في إطار المشروع، سيكون الشراء محدوداً ويتعلق في معظمه بالمواد (2 مليون دولار أمريكي). ويتم تمويل هذا المكون بالكامل من قبل مجموعة البنك الدولي، وستتبع أنشطة الشراء سياسات وإجراءات البنك الدولي المتعلقة بالشراء.

33. تاريخ الإقبال والجدول الزمني للتنفيذ. نظراً للحاجة الماسة لقطاع الصحة في الأردن، سيتم تنفيذ الأنشطة المخطط لها في إطار العملية الطارئة المقترحة على مدى سنتين (31 يوليو/تموز 2017 إلى 31 يوليو/تموز 2019 - انظر جدول الصرف). ومن المقدر أن يتم صرف 65 في المئة من المبلغ الإجمالي للمشروع خلال السنة الأولى من التنفيذ. ووفقاً لملف الصرف الخاص بالمشروع، سيتم صرف حوالي 98 في المئة من التمويل المقدم من البنك الدولي (50 مليون دولار) خلال السنة الأولى من التنفيذ، في حين سيتم صرف الأموال المتبقية (100 مليون دولار من البنك الإسلامي للتنمية) على مدى عامين.

و. موقع المشروع والخصائص الفيزيائية البارزة ذات الصلة بتحليل الإجراءات الوقائية (إذا كانت معروفة)

ثمة مجموعتان رئيسيتان ستستفيدان من هذا المشروع: اللاجئين السوريون المسجلون والأردنيون الفقراء غير المؤمن عليهم الذين يستخدمون خدمات الرعاية الأولية والثانوية في مرافق وزارة الصحة. ويتواجد هؤلاء المستفيدون في جميع أنحاء الأردن. لذلك، لا يوجد موقع مستهدف محدد.

ه. أخصائيو الإجراءات الوقائية البيئية والاجتماعية في الفريق

ترايسي هارت، ماريانا ت. فيليسيو

السياسات الوقائية التي قد تُطبق

| التوضيح (اختياري) | تم تفعيلها؟ | السياسات الوقائية |
|-------------------|-------------|--|
| | لا | التقييم البيئي - منشور سياسة العمليات/إجراءات البنك (OP/BP 4.01) |
| | لا | الموائل الطبيعية - منشور سياسة العمليات/إجراءات البنك (OP/BP 4.04) |
| | لا | الغابات - منشور سياسة العمليات/إجراءات البنك (OP/BP 4.36) |
| | لا | مكافحة الآفات - منشور سياسة العمليات (OP 4.09) |
| | لا | الموارد الحضارية المادية - منشور سياسة العمليات/إجراءات البنك (OP/BP 4.11) |
| | لا | الشعوب الأصلية - منشور سياسة العمليات/إجراءات البنك (OP/BP 4.10) |

| | |
|----|--|
| لا | إعادة التوطين القسرية - منشور سياسة العمليات/إجراءات البنك (OP/BP 4.12) |
| لا | سلامة السدود - منشور سياسة العمليات/إجراءات البنك (OP/BP 4.37) |
| لا | المشاريع على مجاري المياه الدولية - منشور سياسة العمليات/إجراءات البنك (OP/BP 7.50) |
| لا | المشاريع المقامة في المناطق المتنازع عليها - منشور سياسة العمليات/إجراءات البنك (OP/BP 7.60) |

أهم مسائل السياسات الوقائية وإدارتها

أ. ملخص مسائل الإجراءات الوقائية الرئيسية

1. وصف أي مسائل وآثار متعلقة بالإجراءات الوقائية مرتبطة بالمشروع المقترح. تحديد ووصف أي آثار محتملة واسعة النطاق و/أو كبيرة و/أو لا رجعة فيها:

وفقاً لمنشور سياسة العمليات 4.01 بشأن التقييم البيئي، يُصنّف هذا المشروع ضمن الفئة البيئية "ج". ومن المتوقع أن تكون الأنشطة الوحيدة التي سيتم تمويلها، وهي تقديم أنشطة الخدمات الصحية التي يدعمها هذا المشروع، من دون أي آثار بيئية مباشرة أو ذات آثار بيئية بسيطة. لن يمول المشروع أي مواد مستهلكة طبية (مثل مجموعات التطعيم أو القوارير أو المحاقن) ولن يمول شراء أي معدات أو سلع أو أعمال. وفي حال تم تنقيح خطة الشراء لتشمل أي مما سبق، سيخضع المشروع لإعادة تصنيف تقييمه البيئي، مما يستلزم إعادة هيكلة المشروع.

يقوم مجلس اعتماد المؤسسات الصحية (HCAC)، وهو مجلس الاعتماد الصحي الوحيد غير الربحي في الأردن، بتقييم كيفية تصدي خدمات الرعاية الصحية للمخاطر البيئية والاجتماعية الملازمة لتقديم الخدمات الصحية. مجلس اعتماد المؤسسات الصحية هو عضو في اتحاد الجمعية الدولية للجودة في الرعاية الصحية (إسكوا). والمقيّمون في مجلس اعتماد المؤسسات الصحية ملزمون باستخدام العناصر القابلة للقياس في المعايير لتحديد ما إذا كانت المؤسسة قد استوفت، أو استوفت جزئياً، أو لم تستوف الشرط القياسي. وفي ما يلي مجموعة المعايير الخمسة عشر: (1) حقوق المريض والأسرة، (2) الحصول على الرعاية واستمراريتها، (3) رعاية المرضى، (4) سلسلة التشخيص، (5) استخدام الدواء، (6) الوقاية من العدوى ومكافحتها، (7) الصحة والسلامة البيئية، (8) خدمات الدعم، (9) تحسين الجودة وسلامة المرضى، (10) سجلات الأدوية، (11) إدارة الموارد البشرية، (12) الإدارة والقيادة، (13) الطواقم الطبية، (14) سلسلة التمريض، (15) تثقيف المرضى والموظفين.

تم تصنيف المعايير داخل كل مجموعة على أنها أساسية أو جوهرية أو متقدمة. المعايير الأساسية هي المعايير التي يمكن أن تسبب إصابة أو وفاة المرضى أو الموظفين أو الزوار إذا لم يتم استيفاؤها، وهي مطلوبة بموجب القانون. لذلك، يجب

أن تستوفي المنشأة 100% من المعايير الأساسية. أما المعايير الجوهرية، فترتبط بأنظمة وعمليات المرفق، ويجب استيفاؤها بنسبة 70 في المئة. والمعايير المتقدمة هي الأكثر صعوبة من ناحية استيفاؤها، أحياناً بسبب نقص الموارد أو التغيير الكبير المطلوب في الثقافة أو التفكير داخل المنظمة. ويجب على المنظمة استيفاء 40 في المئة من المعايير المتقدمة. في حالة حصول "حدث أساسي" يظهر تخلفاً في الالتزام بأي معيار أساسي، يجب على المرفق الإبلاغ عن هذا الحدث أو المخاطرة بفقدان الاعتماد. تتم مراجعة المعايير وتقيحها كل سنتين. وتكون الاعتمادات التي يمنحها مجلس اعتماد المؤسسات الصحية أيضاً صالحة لمدة عامين.

2. وصف أي آثار محتملة غير مباشرة و/أو طويلة الأجل بسبب الأنشطة المستقبلية المتوقعة في منطقة المشروع:
غير منطبق

3. وصف أي بدائل للمشروع (إذا كانت ذات صلة) تُعتبر أنها تساعد على تجنب الآثار السلبية أو التخفيف منها:
غير منطبق

4. وصف التدابير التي اتخذها المقترض لمعالجة مسائل السياسات الوقائية. تقديم تقييم بشأن قدرة المقترض على التخطيط للتدابير الموصوفة وتنفيذها:

تشمل مراكز الرعاية الصحية الأولية التابعة لوزارة الصحة الحاصلة على اعتماد مجلس اعتماد المؤسسات الصحية في الأردن حالياً 120 من أصل 240 مرفقاً. وقد وضع مجلس اعتماد المؤسسات الصحية مع وزارة الصحة والديوان الملكي الأهداف الوطنية لجودة وسلامة الرعاية الصحية (NQSG) بهدف زيادة عدد المراكز المعتمدة من مجلس اعتماد المؤسسات الصحية. ومجلس اعتماد المؤسسات الصحية جديد نسبياً، إذ بدأت عملية وضع المعايير عام 2007، حيث تم اعتماد 20 و 42 مركزاً للرعاية الصحية الأولية عامي 2010 و 2013 على التوالي. وتتولى مديرية ضمان الجودة التابعة لوزارة الصحة تنظيم مراكز الرعاية الصحية الأولية التي تديرها وزارة الصحة بحيث تستوفي المعايير الوطنية. وهذا الأمر يوفر "شبكة أمان" لجودة الرعاية الصحية، حيث أن نظام مجلس اعتماد المؤسسات الصحية يدفع بالمرافق الطبية الأردنية إلى تحقيق الجودة على قدم المساواة مع المعايير الدولية.

في ما يتعلق بالقيود الأساسية التي تحول دون حصول المزيد من المرافق على الاعتماد، فهي تشمل الافتقار إلى الموارد المالية اللازمة لاستضافة زيارات المواقع الخاصة بالاعتماد والعمل على بناء القدرات المتصلة بالاعتماد اللازمة لسد الثغرات المحددة. تهدف وزارة الصحة إلى اعتماد 20 مركزاً جديداً للرعاية الصحية الأولية سنوياً، وهي تحقق هذا الهدف باستمرار.

يوجد في وزارة الصحة قسم الصحة والسلامة المهنية الذي يساعد المرافق التي تمولها وزارة الصحة وغير المعتمدة حتى الآن على استيفاء معايير مجلس اعتماد المؤسسات الصحية المتعلقة بالوقاية من العدوى ومكافحتها، فضلاً عن الصحة والسلامة البيئية.

وكجزء من خطة الاستجابة الأردنية، يقوم الديوان الملكي بتوفير التمويل، وكذلك التنسيق مع مجلس اعتماد المؤسسات الصحية، لإعداد مرافق إضافية تديرها وزارة الصحة من أجل الحصول على اعتماد مجلس اعتماد المؤسسات الصحية. كما تركز الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية، التي دعمت الأردن في إنشاء نظم اعتماد الرعاية الصحية، على تحسين جودة الرعاية في المرافق الصحية الميدانية العاملة مع اللاجئين السوريين وغيرهم من الفئات الضعيفة.

ومن غير المتوقع أن يطرح المشروع مخاطر متعلقة بالإجراءات الاجتماعية، ومع ذلك، هناك مخاطر اجتماعية غير متعلقة بالإجراءات الوقائية. ويتمثل الخطر الأول في عدم فعالية استهداف الأردنيين الضعفاء، مثل المسنين والمعوقين والأسر التي يرأسها فرد واحد وغير المؤمن عليهم والأشخاص الذين قد يمتنعون عن الحصول على الرعاية الصحية بسبب الزيادات الأخيرة في المدفوعات من أموالهم الخاصة. وكذلك، قد يكون من الصعب تحديد اللاجئين السوريين، ولا سيما اللاجئين غير المسجلين. وقد يُنظر إلى الحصول على الرعاية الصحية على أنها تصب في مصلحة المؤمن عليهم، مما يثني السكان المستهدفين عن الحصول على التغطية العامة. إن تصورات السكان للمسائل الرئيسية مهمة في التخفيف من المخاطر على التماسك الاجتماعي، وهذا يشمل التصورات حول كيفية تقديم المعونة الإنسانية والمستفيدين منها. وهذه الجوانب المتعلقة بالتصور العام وتأثيرها المحتمل على العلاقات بين اللاجئين والمجتمعات المضيفة تفرض المزيد من التواصل والتوعية.

5. تحديد أصحاب المصلحة الرئيسيين ووصف آليات التشاور والإفصاح عن السياسات الوقائية، مع التركيز على الأشخاص المحتمل تأثرهم:

بالتعاون مع أصحاب المصلحة المحليين الآخرين المعنيين (مديريات الصحة، المفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين، منظمة مديبر، الهيئة الطبية الدولية، منظمة أطباء العالم، المنظمات غير الحكومية المحلية، المراكز الصحية في مواقع ذات تواجد كبير للاجئين السوريين)، سيقوم الفريق بدعم وزارة الصحة في تنفيذ أنشطة التوعية والتواصل ونشر المعلومات حول المشروع وحقوق الأردنيين واللاجئين السوريين بما في ذلك الحصول على الخدمات الصحية. ويشمل ذلك: مكان وكيفية الوصول إلى الخدمات الصحية، التغييرات التي أُدخلت في ما يتعلق بالسداد المشترك، مكان وكيفية تقديم النظم. وسيتم الإفصاح عن وثائق المشروع من خلال دار المعلومات ومن خلال وزارة الصحة.

ب. متطلبات الإفصاح (ملحوظة: لا تظهر الأقسام أدناه إلا إذا تم تفعيل السياسة الوقائية المقابلة)

ج. مؤشرات رصد الامتثال على مستوى الأعمال (تتم تعبئتها عند الانتهاء من ورقة بيانات الإجراءات الوقائية المتكاملة من خلال اجتماع قرار المشروع) (ملحوظة: لا تظهر الأقسام أدناه إلا إذا تم تفعيل السياسة الوقائية المقابلة)



سياسة البنك الدولي بشأن الإفصاح عن المعلومات

هل تم إرسال وثائق السياسات الوقائية ذات الصلة إلى دار معلومات البنك الدولي؟

غير منطبق

هل تم الإفصاح عن الوثائق ذات الصلة داخل البلد في مكان عام في شكل ولغة يمكن فهمها ووصولها إلى الفئات المتأثرة بالمشروع والمنظمات غير الحكومية المحلية؟

غير منطبق

جميع السياسات الوقائية

هل تم إعداد جدول زمني مرضي وميزانية ومسؤوليات مؤسسية واضحة لتنفيذ التدابير المتعلقة بالسياسات الوقائية؟

غير منطبق

هل تم إدراج التكاليف المتصلة بتدابير السياسات الوقائية في تكاليف المشروع؟

غير منطبق

هل يشمل نظام الرصد والتقييم للمشروع رصد الآثار والتدابير الوقائية المتعلقة بالسياسات الوقائية؟

غير منطبق

هل تم الاتفاق على ترتيبات تنفيذ مرضية مع المقترض وقد انعكس ذلك بشكل واف في الوثائق القانونية للمشروع؟

نعم

جهة الاتصال

البنك الدولي

أكانكشا باندي

خبيرة اقتصادية أولى (الصحة)

الجهة المقترضة/العميل/متلقي المنحة

وزارة التخطيط والتعاون الدولي

الوزير عماد ن. فاخوري

وزير التخطيط والتعاون الدولي

ifakhoury@mop.gov.jo

الهيئات المنفذة

وزارة التخطيط والتعاون الدولي

الوزير عماد ن. فاخوري

وزير التخطيط والتعاون الدولي

ifakhoury@mop.gov.jo

لمزيد من المعلومات، يرجى الاتصال:

البنك الدولي

1818 شارع إتش، NW

واشنطن، العاصمة، 20433

هاتف: 1000-473 (202)

الموقع الإلكتروني: <http://www.worldbank.org/projects>

المصادقات

قائد فريق المهمة: أكانكشا باندي

مصادق عليه من

مستشار الإجراءات الوقائية: نينا تشي

مدير الممارسة/المدير: إرنست إ. ماسيا

المدير الإقليمي:

20 نيسان/أبريل 2017

20 نيسان/أبريل 2017