

# خارطة الطريق لتعزيز قانون المسؤولية الطبية والصحية رقم 25 لسنة 2018 وتفعيل إنفاذه

إعداد:

الدكتورة ماريا لوغرونو ويسرى حسونة



بالتعاون مع



النهضة العربية للديمقراطية والتنمية  
Arab Renaissance for Democracy & Development

## خارطة الطريق لتعزيز قانون المسؤولية الطبية والصحية رقم 25 لسنة 2018 وتفعيل إنفاذه

إعداد:

الدكتورة ماريا لوغرونو ويسرى حسونة

---

## شكر وتقدير

ترغب كل من الدكتورة ماريلا لوغرونو كبيرة المستشارين والأنسة يسرى حسونة مسؤولة الأبحاث في منظمة النهضة العربية للديمقراطية والتنمية (أرض) في تقديم جزيل الشكر للدكتورة سوسن المجالي على مساهمتها الفاعلة في هذه العملية ودورها في التواصل مع فريق الخبراء.

كما ويتقدم فريق البحث في منظمة النهضة العربية (أرض) بالشكر والتقدير لكل من البروفيسورة رنا جواد من جامعة برمنغهام، والبروفيسورة رايتشل فورستر جونز من جامعة ويسترن على جميع مداخلاتهما الفنية القيمة ومشاركتهما في دعم سلسلة مختبرات الصحة.

تتقدم منظمة النهضة العربية (أرض) أيضًا بالشكر والتقدير لمؤسسة فورد (Ford) على دعمها المالي من حيث عقد سلسلة الحوارات هذه.

## جدول المحتويات

2	شكر وتقدير
4	مقدمة
5	أنظمة المسؤولية الطبية
6	حول قانون المسؤولية الطبية والصحية رقم 25 لسنة 2018
7	حول خارطة الطريق
8	التحديات التي تواجه قانون المسؤولية الطبية والصحية رقم 25 لسنة 2018
8	أولاً: آلية تقديم الشكوى والإجراءات القانونية المتبعة
9	ثانياً: اللجنة الفنية العليا
10	ثالثاً: المعايير الطبية والصحية
11	رابعاً: صندوق التأمين ضد أخطاء المسؤولية الطبية والصحية "التعويضات المالية"
12	خامساً: غياب الإحصائيات والأرقام الرسمية حول قضايا الأخطاء الطبية
13	التحديات البيئية والسياقية المحيطة بإنفاذ قانون المسؤولية الطبية والصحية رقم 25 لسنة 2018
13	أولاً: تشرذم الجهات المسؤولة عن قطاع الصحة
13	ثانياً: التغطية الصحية الشاملة
13	ثالثاً: طول أمد التقاضي واللجوء إلى وسائل حل النزاعات البديلة
14	رابعاً: سلامة المرضى وغياب الوعي والمشاركة
15	توصيات لتطوير قانون المسؤولية الطبية والصحية رقم 25 لسنة 2018 وتعزيز إنفاذه
15	توصيات تتعلق بالتحديات الأساسية ضمن قانون المسؤولية الطبية والصحية
15	أولاً: توصيات متعلقة بنظام تلقي الشكاوي الخاصة بقضايا الأخطاء
15	ثانياً: توصيات متعلقة باللجنة الفنية العليا
16	ثالثاً: توصيات متعلقة بالمعايير الطبية والصحية
17	رابعاً: توصيات متعلقة بصندوق التأمين ضد أخطاء المسؤولية الطبية والصحية
17	توصيات تتعلق بالقضايا البيئية والسياقية المحيطة بقانون المسؤولية الطبية والصحية
17	أولاً: توصيات متعلقة برفع كفاءة مقدمي الخدمة الطبية وقدراتهم
18	ثانياً: توصيات متعلقة برفع الوعي القانوني والمجتمعي لدى متلقي الخدمة الطبية
19	ثالثاً: توصيات متعلقة بالبيانات والإحصائيات الخاصة بواقع الأخطاء الطبية
19	رابعاً: توصيات متعلقة بالتشبيك ما بين مؤسسات المجتمع المدني
19	خامساً: توصيات متعلقة بآليات حل قضايا وشكاوي الأخطاء الطبية
21	المراجع والأدبيات
23	الملاحق
25	الموقعون أدناه

## مقدمة

في عام 1999، صدر تقرير «الخطأ الإنساني: بناء نظام صحي أكثر أماناً» عن معهد الطب الأمريكي في الولايات المتحدة، وقد اعتبر من أبرز التقارير التي كسرت حالة الصمت المحيطة بموضوع الأخطاء الطبية وعواقبها، ما سبب التوجه نحو وضع أجندة وطنية لأجل تحسين سلامة المرضى من خلال تصميم نظام صحي أكثر أماناً<sup>1</sup>.

في الوقت الذي ذهب فيه المؤلفون إلى الحاجة إلى تحميل الأفراد المسؤولية عن أفعالهم، إلا أنهم قللوا من أهمية لوم المخطئين فردياً ووجهوا التركيز نحو العمل من أجل منع وقوع الأخطاء مستقبلاً، إذ أشاروا في هذا السياق إلى أن «الأخطاء تنتج عن أنظمة خاطئة، لا عن أشخاص مخطئين».

كما لجأ التقرير إلى التمييز في استخدام المفاهيم المتعلقة بالأخطاء الطبية، إذ بناءً على عمل برينان في دراسة الممارسة الطبية بجامعة هارفارد لعام 1992، فقد عمد معدو التقرير إلى التمييز بين «الأخطاء» و«الأحداث الضارة التي يمكن الوقاية منها»، وفي هذا الإطار يقول التقرير «لا تؤدي كل الأخطاء إلى وقوع ضرر، وتسمى الأخطاء التي تؤدي إلى الإصابة في بعض الأحيان بالأحداث الضارة التي يمكن الوقاية منها. والحدث الضار هو إصابة ناتجة عن تدخل طبي، أو بعبارة أخرى، فهي لا تنتج عن الحالة الأساسية للمريض. وفي حين تنتج جميع الأحداث الضارة عن الإدارة الطبية، إلا أنه ليس بالإمكان الوقاية منها جميعاً (أي أنها لا تعزى جميعاً إلى وقوع الأخطاء)»<sup>2</sup>.

لقد ذهب الباحثون إلى التأكيد على الحاجة إلى التعلم من تحليل الأخطاء، فتقييمها هو أمر بالغ الأهمية من حيث السعي إلى إجراء تحسينات في النظام العام. في ذلك الوقت، أشار مؤلفو التقرير إلى تأخر الرعاية الصحية بعقد أو أكثر عن الصناعات الأخرى عالية المخاطر من حيث اهتمامها بضمان السلامة الأساسية. ولغاية معالجة هذه الفجوة، فقد قدم التقرير توصيات واسعة النطاق لتحسين سلامة المرضى في مجالات عدة مثل القيادة، وجمع البيانات وتحليلها، وتطوير أنظمة فعالة على مستوى الرعاية المباشرة للمرضى.

على الرغم من أن تحسين سلامة المرضى هو المعيار الذهبي، إلا أن ذلك لا يلغي وقوع الأحداث الضارة أو الإهمال الذي تكون الوقاية منه<sup>3</sup> محتملة الحدوث، فعندما يتعرض المريض للأذى، تقع على عاتق نظام المسؤولية الطبية مهمة معالجة تظلم المريض وهي الغاية التي أنشئ هذا النظام من أجلها في المقام الأول. في هذا السياق، يرى كل من Bertoli and Grembi أن «نظام المسؤولية الطبية الفعال يهدف إلى تحفيز اعتماد المستوى الأمثل من الاحتياطات وتعويض المرضى المصابين»<sup>4</sup>.

من الناحية التعاقدية، ينطوي إبرام عقد تقديم الخدمات الطبية والصحية بين مقدم الخدمة وملتقيها على مسؤولية توفير الرعاية الطبية والصحية الكافية<sup>5</sup>، كما يعني وجود نظام للمسؤولية عن الأخطاء الطبية قدرته على معالجة آثاره السلبية التي من أبرزها التأثير السلبي على رفاهية المجتمع وصحته، وانخفاض ثقة المجتمع بالقطاع الطبي ومؤسساته وسياساته عامة<sup>6</sup>.

بالنتيجة، فإن وجود نظام واضح لمساءلة مقدمي الخدمات الطبية والصحية داخل القطاع الصحي هو أمر ذو أهمية كبيرة تضمن حماية المرضى وسلامتهم من جهة، كما تعمل على تعزيز جودة خدمات الرعاية الطبية والصحية المقدمة من جهة أخرى، إذ أشار Wilensky and Teitelbaum في هذا السياق إلى كون المسؤولية الطبية أداة قانونية تهدف إلى تعزيز الجودة في خدمات الرعاية الصحية<sup>7</sup>.

Linda Kohn, et al. (2000). To Err is Human: Building a Safer Health System. Committee on Quality of Health Care in America- Institute of Medicine. 1 United State of America. Available at: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK225182/pdf/Bookshelf\\_NBK225182.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK225182/pdf/Bookshelf_NBK225182.pdf)

Kohn, et al, 2000, p. 4 2

Negligence has been defined as 'care, that fell below the standard expected of physicians in their community' by Brennan 1992. In their study, Watson 3 and Kottenhagen (2018) found that adverse events were reported in 3,7% of all hospitalizations, negligence was present in only 28% of those

Watson, K., and Kottenhagen, R. (2018). Patients' Rights, Medical Error and Harmonisation of Compensation Mechanisms in Europe. European Journal of Health Law. 25(1). 1-23. Available at: [https://brill.com/view/journals/ejhl/25/1/article-p1\\_1.xml?language=en#FN000040](https://brill.com/view/journals/ejhl/25/1/article-p1_1.xml?language=en#FN000040)

Bertoli, P and Grembi, V. (2017). Medical Malpractice: How Legal Liability Affects Medical Decisions. CERGE-EI Working Paper Series No. 600. 4 Available at: <https://www.york.ac.uk/media/economics/documents/hedg/workingpapers/1714.pdf>

.Wilensky, S and Teitelbaum, J. (2020). Essentials of Health Policy and Law. Jones & Bartlett Learning 5

Wilensky and Teitelbaum, 2020 6

Wilensky and Teitelbaum, 2020, p 272 7

## أنظمة المسؤولية الطبية

في مختلف أنحاء العالم، يحق للمرضى الذين عانوا من إصابة أو نتيجة سلبية أثناء العلاج الطبي مقاضاة مقدم الخدمة الطبية والصحية بسبب سوء الممارسة والمطالبة بالتعويض، ويحدد البلد الذي قُدمت فيه المطالبة ما إذا كان التعامل معها سيتم ضمن نظام المسؤولية العقدية، أو نظام المسؤولية التقصيرية أو نظام عدم وجود خطأ<sup>9</sup> (No-Fault Liability).

فيما يندرج تحت النوعين الأولين، يتم العمل بموجب قاعدة الإهمال، ما يعني مسؤولية مقدمي الخدمات الطبية والصحية عن أفعالهم في حال عدم تمكنهم من إثبات قيامهم بها وفقاً للمعايير المعتمدة في تخصصهم. أما تحت نظام المسؤولية غير الخاطئة (No-Fault Liability) أو المسؤولية الصارمة، يتحمل مقدمو الخدمة الطبية والصحية المسؤولية في حال عجزهم عن إثبات عدم وجود علاقة سببية تربط بين أفعالهم ووقوع الضرر على المريض<sup>10</sup>.

لقد وثقت العديد من الأدبيات الطبية القانونية حقيقة أن أنظمة المسؤولية التعاقدية والمسؤولية التقصيرية لا تشرك مقدمي الخدمات الطبية والصحية في تحسين خدمات الرعاية الصحية. وعلى العكس من ذلك، يعزز نظام عدم وجود خطأ (No-Fault Liability) مشاركة مقدمي الخدمات الطبية والصحية في الجهود المؤسسية لأجل معالجة أخطاء/إخفاقات النظام، ما يعني زيادة سلامة المرضى تالياً<sup>11</sup>.

علاوة على ذلك، وكما تظهر دراسات الأدبيات الاقتصادية حول المسؤولية الطبية، فإن لهاتين القاعدتين المختلفتين، المسؤولية التقصيرية وعدم وجود خطأ، أهميتهما إذ من المحتمل أن تؤثرا على اختيار مقدم الرعاية الصحية للعلاجات الطبية واختيار المرضى الخاضعين للعلاجات أحياناً.

يوضح كل من Bertoli and Grembli أنه وبموجب قاعدة الإهمال «عندما يرى الأطباء مستوى أقل من المسؤولية، فقد يجعلهم هذا أكثر عرضة لاتخاذ إجراءات أكثر خطورة لصالح أنواع أخرى من الحوافز (على سبيل المثال، الحوافز الخاصة كالمكاسب النقدية، أو المتعلقة بالمريض كتحقيق نتائج صحية أفضل)، بينما وفي وجود مسؤولية عالية، يؤدي الاستخدام غير الأمثل للعلاجات إلى ما يسمى بظاهرة الطب الدفاعي، والتي يمكن لها أن تكون إيجابية أو سلبية». في هذا الإطار فإن<sup>12</sup>:

- في الطب الدفاعي الإيجابي، يكمن المنطلق في استخدام أدوات العلاج أو التشخيص لتقليل احتمالية المطالبة القانونية، لا تحسين جودة الرعاية بالضرورة.
- في الطب الدفاعي السلبي، يتم اختيار المرضى الأقل خطورة لتجنب استخدام العلاج المحفوف بالمخاطر، والحد من احتمالات مقاضاتهم تالياً.

من ناحية أخرى، يمكن للأنظمة القائمة على عدم وجود الخطأ أيضاً أن تنتج عدة أشكال من الطب الدفاعي السلبي، لأن تجنب المرضى الأكثر خطورة، يقود إلى تجنب خطر المقاضاة كذلك.

في حين أن لقاعدتي المسؤولية إيجابياتهما وسلبياتهما في آن معاً من منظور توفير الرعاية، إلا أنه ومن منظور معالجة المظالم المترتبة على الأخطاء الطبية، تم الإبلاغ عن أنظمة عدم وجود خطأ «تؤدي إلى تعويض أسرع وأكثر إنصافاً وموثوقية للمرضى المصابين»<sup>13</sup>. وتجدر الإشارة في هذا السياق إلى أن تأمين المرضى من قبل مقدمي الرعاية الطبية والصحية هو أمر بالغ الأهمية لفرض أنظمة عدم الخطأ، وذلك لأنها تغطي المسؤولية عن التعويض عن الإصابة.

8 ضمن هذا النظام، فإنه يتوجب على المدعي إظهار أن الخطأ الطبي كان عاملاً مسبباً في تحقق الإصابة الناتجة وإثبات ذلك أيضاً، بغض النظر عن هوية المسؤول، وبالتالي فهو يعتمد على إثبات السببية بدلاً من إثبات الخطأ.

9 Watson and Kottenhagen, 2018

10 Bertoli and Gamberi, 2017

11 Watson and Kottenhagen, 2018

12 “under a negligence rule, the perceived costs/benefits of taking precaution are influenced by (i) the certainty and strictness of the standard of care; (ii) the organization of the health-care system (e.g., physicians working in one or more hospitals); and (iii) the availability and type of malpractice insurance which limit a doctors’ financial exposure. These three elements can come in many variations, leading to different degrees of liability for medical practitioners”

13 Watson and Kottenhagen, 2018

في عام 1975، وضعت السويد «قاعدة عدم الخطأ»، وبالتالي ففي حال وقوع شيء ما، يلجأ المستشفى والمريض بصفة مشتركة إلى شركة التأمين للحصول على تعويض مالي. ويتمتع هذا النظام بميزة أن لا يُجبر المستشفى والمريض على اللجوء إلى التقاضي: إذ يمكن للمرضى اللجوء إلى التقاضي إلا أن معظم القضايا تُحل خارج المحكمة، ويحدث ذلك غالبًا بدعم كامل من أطباؤهم النفسانيين، وهو ما لا يعد عنصرًا إيجابيًا إضافة إلى كونه باهظ الثمن<sup>14</sup>.

## حول قانون المسؤولية الطبية والصحية رقم 25 لسنة 2018

لقد جاء قانون المسؤولية الطبية والصحية رقم 25 لسنة 2018 في محاولة لتوحيد المرجعيات القانونية التي تحكم فكرة الخطأ الطبي والتي كان يتم الرجوع إليها سابقًا كالقانون المدني، والقانون الجنائي، والدستور الطبي، وواجبات الطبيب وآداب المهنة لسنة 1989 والأنظمة الخاصة بالنقابات الطبية والصحية.

شأنه في ذلك شأن العديد من المشرعين حول العالم، فقد قدم المشرع الأردني تعريفًا غامضًا للخطأ الطبي، فنصت المادة 2 على أن الخطأ الطبي هو «أي فعل أو ترك أو إهمال يرتكبه مقدم الخدمة ولا يتفق مع القواعد المهنية السائدة ضمن بيئة العمل المتاحة وينجم عنه ضرر». ومقدم الخدمة هنا هو أي شخص طبيعى أو اعتباري يزاول إحدى المهن الطبية أو الصحية، ويقوم بعمل من أعمال الخدمة أو يشترك بها وفقًا للقوانين والأنظمة المعمول بها لدى وزارة الصحة والنقابات الطبية والصحية.

كما نصت المادة 4 على أن الأساس الذي يقوم عليه تحديد المسؤولية الطبية يتمثل في مدى التزام مقدم الخدمة ومكان تقديمها بالقواعد المهنية ذات العلاقة، ولأجل تحديد هذه القواعد لا بد من النظر إلى عنصرين أساسيين وهما:

1. مكان تقديم الخدمة والمعايير الخاصة بها.
  2. العوامل والظروف التي تسبق عمل مقدم الخدمة والإجراءات الطبية أو الصحية المقدمة لمتلقي الخدمة، أو تتزامن معها وتنبعها.
- كما أكد القانون على أن مسؤولية مقدمي الخدمات الصحية والطبية هي مسؤولية قائمة على بذل عناية وليس تحقيق غاية من خلال أداء العمل وفقًا -وذلك حسبما تنص عليه المادة 5- لما تقتضيه أخلاقيات المهنة ودقتها وأمانتها، ووفقًا للأصول العلمية المتعارف عليها، وبما يحقق العناية اللازمة للمريض وعدم استغلال حاجته لغرض تحقيق منفعة غير مشروعة لنفسه أو لغيره، ومن دون تمييز بين المرضى إضافة إلى الالتزام بالتشريعات المعمول بها.

وضمن هذا السياق، فقد نص القانون على نوعين من الالتزامات:

- 1- مجموعة من الالتزامات التي يتوجب على مقدمي الخدمة الالتزام بها وأداؤها في المادة 7 مثل إجراءات تسجيل الحالات، واستخدام الأجهزة وإعلام متلقي الخدمة بالإجراءات المتخذة، وذلك تحت طائلة المسؤولية في حال مخالفتها أو الإخلال بها<sup>15</sup>.
- 2- مجموعة من المحظورات على مقدمي الخدمة الطبية والصحية والتي يمثل القيام بها من قبل مقدم الخدمة الطبية والصحية مخالفة وانتهاكًا للقانون ما يعرض مرتكبها للمساءلة والمحاسبة<sup>16</sup>.

كما ناقش قانون المسؤولية الطبية والصحية مجموعة مهمة من القضايا التي يمكن إجمالها في الآتي:

- 1- إنشاء لجنة المعايير الطبية والصحية لاعتماد القواعد المهنية بموجب المادة 6، إذ تعتبر هذه المعايير هي الأساس الذي يتوجب على مقدم الخدمة الالتزام به واعتماده خلال تقديمه للخدمات الطبية والصحية في مجال تخصصه.
- 2- إنشاء اللجنة الفنية العليا المختصة بإعداد تقارير الخبرة في حالات وقوع الأخطاء الطبية واللجان الفرعية العاملة تحت لوائها بموجب المادة 9.

14. Ewound Hondius. (2014). Comparative medical liability in Europe

15. للاطلاع على الالتزامات كاملة راجع الملحق رقم 1.

16. للاطلاع على المحظورات كاملة راجع الملحق رقم 2.

- 3- إنشاء صندوق التأمين ضد الأخطاء الطبية والصحية والمنطوي تحت لواء المجلس الصحي العالي بموجب المادة 17.
- 4- إنشاء سجل ذي صبغة إدارية من قبل وزارة الصحة وبالتنسيق مع النقابات المختصة يتضمن أسماء ممارسي المهنة الطبية والصحية المرخصين وتصنيفاتهم، وذلك حسب مستوياتهم المهنية وفقاً للمادة 18.
- 5- إنشاء سجل خاص للأخطاء الطبية الصادر بموجبها قرار قطعي من المحكمة المختصة من قبل وزارة الصحة بموجب المادة 19.
- 6- لقد تطرق القانون في المادة 25 إلى تسوية النزاعات خارج المحكمة، إذ أشار المشرع في الفقرة أ والفقرة ب من المادة 25 من القانون إلى حل القضايا والشكاوي المتعلقة بالأخطاء الطبية عن طريق تبني آليات بديلة لحل النزاعات من خلال التصالح على الشكوى في أي مرحلة كانت حتى وإن كان ذلك أمام اللجنة الفنية العليا وهو ما يترتب عليه سقوط الشكوى وإيقاف الملاحقة، أو إيقاف الحكم بتنفيذ الدعوى. إلا أن المشرع قد عمد إلى الحفاظ على حق متلقي الخدمة في التعويض حتى لو تم التصالح على الشكوى، حيث نصت المادة 25/ج على أنه «وفي الأحوال جميعها، لا يؤثر الصلح على حقوق المتضرر في اللجوء للقضاء لطلب التعويض».

وكغيره من القوانين، فقد نص القانون على نوعين من العقوبات الخاصة بمخالفة نصوصه في المواد من 20 إلى 24 والتي تشمل:

- 1- عقوبات مالية: وتشمل الغرامات.
  - 2- عقوبات سالبة للحرية: وتشمل الحبس والأشغال الشاقة المؤقتة.
- وعلى الرغم من أن القانون أتى لوضع أسس مساءلة مقدمي الخدمة الطبية والصحية ومحاسبتهم، إلا أن القانون قد جاء ليؤكد في المادة 12 على عدم جواز توقيف مقدم الخدمة خلال مرحلتي التحقيق والمحاكمة بجرم ارتكاب خطأ طبي. إلا أن هذا لم يحل دون أن تمنح الجهات المختصة صلاحية كف يد مقدم الخدمة عن مزاوله المهنة أو اتخاذ أي إجراء تأديبي آخر بحقه في حال صدور قرار قضائي بعدم مسؤوليته عن الخطأ.

## حول خارطة الطريق

تقدم خارطة السياسات هذه تحليلاً متعمقاً للتحديات الرئيسية والسياقية التي تواجه إنفاذ قانون المسؤولية الطبية والصحية رقم 25 لعام 2018، إضافة إلى تقديم مجموعة من التوصيات والإجراءات المقترحة لتعزيز إنفاذ القانون وزيادة فاعليته. خضعت خارطة الطريق هذه للصياغة والتطوير من قبل مجموعة من الخبراء في هذا المجال والذين تطوعوا بوقتهم ومعرفتهم وذلك في سياق مبادرة مختبر السياسات التي تقودها البروفيسورة رنا جواد من جامعة برمنغهام، والبروفيسورة رايتشل فورستر جونز من جامعة ويسترن أونتاريو-كندا بالتعاون مع منظمة النهضة العربية (أرض)، وذلك بتمويل من مؤسسة فورد.

يعتبر مختبر السياسات منهجية توفر مساحات محايدة للحوار والنقاش من قبل المتخصصين، وصناع القرار والجهات المعنية حول القضايا السياسية والاجتماعية الملحة، وذلك من خلال تسخير البحوث السابقة القائمة على الأدلة حول هذه القضايا.

وقد تمثل الهدف من مختبر السياسات في الأردن في توفير مساحة محايدة للحوار من أجل تحسين أوجه القصور الراهنة في قانون المسؤولية الطبية والصحية الأردني.

وضمن سلسلة مختبر السياسات في الأردن، فقد عقدت ثلاثة اجتماعات رئيسية ضمت:

- 1- مختبر السياسات التحضيري الأول في آذار/مارس 2022، والذي تناول دراسة تحليلية بعنوان «جودة الخدمات الصحية والمسؤولية الطبية: دراسة مقارنة بين النظام القانوني الأردني والفلسطيني».
- 2- مختبر السياسات الأول في كانون الأول/ديسمبر 2022، والذي قُدمت فيه وثيقة مرجعية تحت عنوان «دراسة تحليلية لقانون المسؤولية الطبية رقم 25 لسنة 2018».
- 3- مختبر السياسات الثاني آذار/مارس 2023، والذي قُدم فيه موجز للسياسات تحت عنوان «التدخلات المقترحة من أجل تعزيز كفاءة قانون المسؤولية الطبية والصحية رقم 25 لسنة 2018».

بالإضافة إلى ذلك، اعتمدت منظمة النهضة العربية (أرض) في عملها على منهجية نوعية قائمة على:

- 1- مراجعة مكتبية شاملة للأدبيات، والقوانين، واللوائح والأنظمة.
- 2- عقد سلسلة من المقابلات مع مجموعة تراوحت ما بين عشرة أشخاص إلى عشرين شخصاً من الخبراء والمختصين في المجالات الطبية وحقوق الإنسان والمجال القانوني، إضافة إلى الخبراء بالتجربة، مما يشمل متلقي الخدمة المتضررين من الأخطاء الطبية الذين رفعوا قضاياهم إلى المحكمة، في الفترة ما بين آب/أغسطس 2022 وحتى أيار/مايو 2023<sup>17</sup>.

## التحديات التي تواجه قانون المسؤولية الطبية والصحية رقم 25 لسنة 2018

بناء على مراجعة الأدبيات والمقابلات وجلسات مختبر السياسات، يقدم هذا القسم تحليلاً لخمس قضايا رئيسية تواجه قانون المسؤولية الطبية والصحية والتي تتمثل في: الواقع الراهن لآلية لتقديم الشكاوي، وتشكيل اللجنة الفنية العليا وعملها، وواقع المعايير الطبية في الأردن، وصندوق التأمين ضد الأخطاء الطبية والصحية، ومسألة نظم المعلومات والبيانات المتعلقة بالأخطاء الطبية وجمعها. ولأجل تقديم صورة واضحة عن كل قضية، يحتوي كل قسم على نقطتين، الأولى هي تعريف القضية وفقاً لقانون المسؤولية الطبية والصحية، والثانية هي وصف الثغرات والتحديات التي تواجهها كل قضية كما وصفها المشاركون في مختبر السياسات.

### أولاً: آلية تقديم الشكاوي والإجراءات القانونية المتبعة

في حال وقوع الخطأ الطبي وترتب الضرر عليه، تقع على عاتق متلقي الخدمة المتضرر أو وكيله مسؤولية تحريك الشكاوي أمام الجهات المختصة. وفي هذه المرحلة، فإن ثمة ثلاث مشاكل رئيسية تواجه المرضى ألا وهي: أولاً تعدد الكيانات التي يمكن رفع الشكاوي أمامها، وثانياً نقص المعلومات الكافية حول آليات تقديم الشكاوي، وثالثاً نقص الوعي حول طبيعة الشكاوي المقدمة خصوصاً في ظل ضبابية مفهوم الخطأ الطبي، وتداخله مع مفهوم المضاعفات الطبية خاصة أن المشرع الأردني لم يضع تعريفاً واضحاً لمفهوم المضاعفة الطبية.

وفي الوقت الراهن، يمكن لمتلقي الخدمة في الأردن أن يقدم الشكاوي المتعلقة بالخطأ الطبي أمام ثلاث جهات وفقاً للقانون:

1. أمام وزارة الصحة: تعتبر وزارة الصحة الجهة المسؤولة عن متابعة أداء عمل القطاع الصحي وتنظيمه، وانطلاقاً من ذلك، فهي تعد الجهة المخولة بتلقي الشكاوي المتعلقة بعمل القطاع الصحي بما يشمل الشكاوي المتعلقة بوقوع أي تجاوزات أو أخطاء أثناء تقديم الخدمة الصحية، إذ تُقدّم الشكاوي إلى قسم الشكاوي في مديرية الرقابة والتدقيق الداخلي<sup>18</sup>.
2. أمام النقابة المختصة: تعتبر النقابات الطبية والصحية هي الجهات التي تنظم شؤون مقدمي الخدمة الصحية من الأطباء والمرضى وغيرهم، كما أنها تنظم العلاقة ما بين مقدمي الخدمة الطبية والصحية ومنتقليها. إذ تسمح العديد من النقابات في أنظمتها الداخلية بتلقي شكاوي ضد أعضائها نتيجة ارتكابهم مخالفة أو وجود خطأ ما. تشير المادة 48 من قانون نقابة الأطباء الأردنيين رقم 13 لسنة 1972 إلى أن مجلس النقابة من خلال لجنة الشكاوي ينظر في قضايا المخالفات في حال تلقي شكاوي خطية من أحد الأطباء أو المواطنين مقابل رسم يحدده النظام الداخلي للنقابة.
3. أمام النيابة العامة: تعتبر النيابة العامة هي صاحبة الاختصاص الأصلي في تلقي الشكاوي من المتضررين وفقاً لقانون أصول المحاكمات الجزائية الأردني رقم 9 لسنة 1961 وقانون العقوبات الأردني. وبالتالي، فإن بمقدور متلقي الخدمة الطبية، أو وليه، أو وصيه أو ورثته المتضررين من وقوع الخطأ الطبي تقديم شكاوي بوقوع الضرر الذي ترتب على الخطأ الطبي أمام النيابة مباشرة لتقوم باتخاذ الإجراءات القانونية أمام المحاكم المختصة وفقاً لقانون أصول المحاكمات الجزائية وقانون العقوبات الأردني، وقانون المسؤولية الطبية والصحية.

17 لاطلاع على اللائحة كاملة، الرجاء مراجعة الملحق رقم 3

18 يتم تقديم الشكاوي إما بصورة خطية مباشرة، عن طريق الاتصال الهاتفي، أو باستعمال البريد الإلكتروني الخاص بالوزارة، وعن طريق الفاكس، ونظام الشكاوي الحكومية، أو عن طريق صندوق الاقتراحات والشكاوي:

[https://www.moh.gov.jo/EBV4.0/Root\\_Storage/AR/EB\\_Info\\_Page/%D8%B3%D9%8A%D8%A7%D8%B3%D8%A9\\_%D9%88%D8%A7%D8%AC%D8%B1%D8%A7%D8%A1%D8%A7%D8%AA.pdf](https://www.moh.gov.jo/EBV4.0/Root_Storage/AR/EB_Info_Page/%D8%B3%D9%8A%D8%A7%D8%B3%D8%A9_%D9%88%D8%A7%D8%AC%D8%B1%D8%A7%D8%A1%D8%A7%D8%AA.pdf)

وبالملاحظة نستنتج ما يلي:

- 1- يقود هذا التعدد في الجهات المستقبلة للشكاوي إلى تشتيت انتباه متلقي الخدمة وتعقيد الإجراءات أمامه وذلك باعتباره الطرف الأضعف في المعادلة، لا سيما في ظل ضعف الوعي القانوني لدى متلقي الخدمة حول القانون ونصوصه، ومفهوم الخطأ الطبي والآليات القانونية ضمنه.
- 2- بالإضافة إلى ذلك، يترتب على هذا التعدد خلق عدد من الحواجز التي من شأنها دفع متلقي الخدمة للتراجع عن تقديم الشكاوي في المقام الأول، خصوصاً أن هذا التنوع في الحواجز قد يثير تساؤلات عديدة عن الفروقات بين هذه المؤسسات من حيث التكلفة، والنزاهة، والاستقلالية والسرعة في نظر الشكاوي.
- 3- كما يقود التعدد في الجهات المستقبلة للشكاوي إلى خلق حالة من الازدواجية والتداخل في الصلاحيات ما بين الجهات الثلاث، خصوصاً أن لهذه الجهات سلطة النظر في الشكاوي وإن كانت تختلف بين الناحية الفنية والإدارية من قبل وزارة الصحة ونقابة الأطباء، ومن الناحية الجزائية من قبل النيابة. قد يقود هذا إلى زيادة الاعباء الواقعة على كاهل جميع الأطراف -لا سيما في حال وجود ازدواجية في القضايا وتقديمها لدى الجهات الثلاث في ذات الوقت- وخصوصاً اللجنة التنفيذية العليا باعتبارها الجهة التي تُوجه طلبات القيام بالخبرة الفنية إليها من كل الجهات المذكورة أعلاه وذلك وفقاً لنص القانون.

### ثانياً: اللجنة الفنية العليا

أقر قانون المسؤولية الطبية والصحية تشكيل اللجنة الفنية العليا بموجب المادة 9/أ والتي نصت على أنه:

يشكل الوزير لجنة تسمى ( اللجنة الفنية العليا) على النحو التالي: 1- خمسة من أطباء الاختصاص ممن لا تقل ممارستهم للمهنة عن عشر سنوات. 2- اثنان من أطباء اختصاص الأسنان ممن لا تقل ممارستهم للمهنة عن عشر سنوات. 3- صيدلاني ممن لا تقل ممارسته للمهنة عن عشر سنوات. 4- ممرض ممن لا تقل ممارسته للمهنة عن عشر سنوات. 5- ممثل عن المهن الصحية يسميه الوزير ممن لا تقل ممارسته للمهنة عن عشر سنوات. 6- المستشار القانوني في الوزارة.

وتتراوح مدة عضوية الأعضاء من سنة إلى خمس سنوات تجدد مرة واحدة، فيما يتم انتخاب رئيس ونائب اللجنة في أول اجتماع يتم عقده بعد تشكيلها.

كما تنص المادة 9/ج على أن تتمثل اختصاصات اللجنة الفنية العليا في:

- النظر في الشكاوي المقدمة من متلقي الخدمة، أو ورثته، أو وليه أو وصيه إلى الوزير أو النقابة المعنية بحق مقدم الخدمة ورفع القرار بشأنها إلى الوزير أو النقابة المعنية.
- تقديم الخبرة الفنية في الدعوى أو الشكاوي بناء على طلب الجهة القضائية المختصة.

إن دور اللجنة الفنية العليا دور حيوي وذو أهمية كبيرة، إذ يتم الفصل في الشكاوي المقدمة من قبل متلقي الخدمة بوجود الخطأ الطبي من عدمه بناء على الخبرة الفنية التي تقوم بها هذه اللجنة. وعلى الرغم من أن اللجنة الفنية هي من الآليات الفعالة ضمن قانون المسؤولية الطبية والصحية، إلا أنها ما تزال تواجه العديد من التحديات:

- 1- على الرغم من نص المادة على كيفية تشكيل اللجنة وآليات تمثيل أعضائها واختصاصاتها. إلا أن هنالك مسألتين ما تزالان تثيران الخلاف: الأولى غياب بعض النقابات والمجالس المهنية عن هذا التمثيل، أما الثانية فتتعلق باللجان الفرعية من ناحية التمثيل وآلياته، والجهة المسؤولة عن عملية التعيين والاختيار.

بناء على ما سبق، ثمة حاجة ماسة إلى مجموعة من الأنظمة والتعليمات تسنها الجهات المختصة كوزارة الصحة ومجلس النواب بهدف تنظيم آليات عمل اللجنة الفنية العليا وتحديد آليات تعيين أعضائها ومعايير اختيارهم وطرقه، وهيكل اللجنة، وآلية وطبيعة الأعمال والاختصاصات المناطة باللجنة، وآليات تعيين أعضاء اللجان الفرعية ومعاييرها وطرق اختيار هؤلاء الأعضاء، وآليات الرقابة على عمل اللجنة الفنية العليا واللجان الفرعية من أجل تعزيز الشفافية والنزاهة.

- 2- على الرغم من أن المادة 9/د منحت اللجنة مدة ثلاثة أشهر لتقديم الخبرة الفنية حيال الشكاوى الواردة لها، إلا أن الالتزام بهذه المدة يعاني العديد من الصعوبات في كثير من الحالات نظراً لارتفاع عدد الشكاوى الواردة إليها، وعدم وجود تعاون من الجهات المعنية من حيث تلقي الشكاوى.
- 3- بالإضافة إلى ذلك، تعاني اللجنة في عملها من وجود إشكاليات فيما يخص تقديم تقرير الخبرة أمام المحاكم المختصة. ففي البداية، تواجه عملية مناقشة تقرير الخبرة أمام المحكمة المختصة معضلة كبيرة تتعلق بآليات مناقشة تقرير الخبرة وطبيعتها. ومن ناحية ثانية، فعلى الرغم من أن القانون قد منح المحكمة المختصة صلاحية التوجه بطلب تقرير الخبرة إلى اللجنة الفنية العليا إلا أن هذا غير ملزم لها، وهو ما يمنح المحكمة صلاحية طلب الخبرة من أي خبير آخر تراه مناسباً.
- 4- يعتمد عمل اللجنة بصورة أساسية على التحليل الفني الذي يهدف إلى تحديد وجود الخطأ الطبي من عدمه، وهو الأمر الذي يتم من خلال التحليل الفني الذي يعتمد على وجود معايير طبية وصحية معتمدة، إلا أن المعضلة التي تواجه اللجنة الفنية في هذا السياق هو عدم وجود معايير طبية وصحية وطنية موحدة في الأردن.

### ثالثاً: المعايير الطبية والصحية

وفقاً لتعريف الخطأ الطبي في القانون، تشكل المعايير الطبية والصحية الأساس الذي يتم بناء عليه تحديد حدوث خطأ طبي من عدمه. وفي الأردن، يتبع مقدمو الخدمة عدة معايير مختلفة وفقاً لخلفيتهم التعليمية وتختلف كل مدرسة في تقديمها وفهمها لمهية وطبيعة المعايير الطبية (كاستخدام الملقط أثناء الولادة على سبيل المثال)، بالإضافة إلى ذلك، يجعل التطوير المستمر للعلاجات والتقنيات الطبية من تحديث المعايير أمراً لا بد منه.

وانطلاقاً من تعدد المعايير والحاجة إلى تطويرها المستمر، فقد سعى المشرع الأردني في قانون المسؤولية الطبية والصحية إلى وضع حدود دنيا للمعايير والقواعد الطبية والمهنية في القطاع الصحي الأردني، إذ نصت المادة 6/أ من القانون على أن:

يشكل وزير الصحة لجنة المعايير الصحية والطبية وذلك لاعتماد القواعد المهنية كل ثلاث سنوات برئاسة أمين عام الوزارة وعضوية كل من: 1- أمين عام المجلس الطبي الأردني. 2- ممثل عن الخدمات الطبية الملكية. 3- ممثل عن جمعية المستشفيات الخاصة بالتناوب. 4- ممثل عن المستشفيات الجامعية الرسمية بالتناوب. 5- نقيب الأطباء الأردنيين. 6- نقيب أطباء الأسنان الأردنيين. 7- نقيب الصيادلة الأردنيين. 8- نقيب الممرضين والممرضات والقابلات القانونيات.

فيما تنص المادة 6/د على أن يتم:

1. تشكيل لجان فرعية للتخصصات كافة بقرار من الوزير بناء على تنسيب لجنة المعايير الطبية والصحية بحيث تتولى هذه اللجان وضع الحدود الدنيا للقواعد المهنية الواجب اتباعها من مقدم الخدمة وإجراءات تقديمها، والوصف الوظيفي والقواعد السلوكية للعاملين في الأماكن المعدة لتقديم الخدمة ورفعها إلى لجنة المعايير الطبية والصحية لاعتمادها.
2. تحدد كيفية عمل اللجان الفرعية، وشروط العضوية فيها، والنصاب القانوني لاجتماعاتها واتخاذ توصياتها وكل ما يتعلق بها بموجب تعليمات يصدرها الوزير لهذه الغاية.

على الرغم من أهمية وجود المعايير الطبية والصحية ضمن المنظومة الطبية والصحية في الأردن إلا أن الملاحظ أنه:

- 1- على الرغم من أن القانون قد نص على إنشاء لجنة المعايير الصحية والطبية عام 2018، فإن لجنة المعايير لم تشكل وتباشر عملها سوى في بداية عام 2023. كما أن عدم وجود المعايير الطبية والصحية الموحدة في حدها الأدنى والتي يمكن اللجوء إليها باعتبارها الأرضية الأساسية لعمل الخبراء والمختصين يؤثر سلباً على عمل اللجنة الفنية العليا، والقضاء والقانون. ويدفع عدم وجود معايير موحدة باتجاه استناد أعضاء اللجنة الفنية العليا وأعضاء اللجان الفرعية إلى الخبرة والرأي الفني المبني على التجربة، والخبرة التي حازوا عليها نتيجة سنوات من عملهم في القطاع الطبي من أجل تحضير تقرير الخبرة وكتابته، وهو ما يقود إلى تعدد الآراء واختلافها -والتي قد تقرر بوجود الخطأ الطبي في حالة ما ولكنها تنكر وجوده في حالة مماثلة أخرى- وهو ما يمكن أن يؤدي إلى إمكانية ضياع حقوق متلقي الخدمة.

2- طرح الخبراء العديد من التساؤلات حول وضع المعايير الطبية الأردنية، خصوصاً أن هذه العملية تستنزف الوقت والموارد نتيجة تنوع التخصصات الطبية، وتعدد المعايير الطبية والصحية المتبعة من قبل مقدمي الخدمات الصحية والطبية في الأردن، والتطور السريع والمتواتر للخدمات الطبية المقدمة في مجالات متعددة منها مجال التقنيات الطبية الحديثة، والعلاجات الطبية... إلخ.

3- في ظل وجود نظام صحي معقد والتركيز على سلامة المريض ضمن القطاع الصحي، أشارت الأدبيات إلى أن الأخطاء الطبية «تحدث عادة نتيجة تقارب مجموعة متعددة من العوامل المساهمة»<sup>19</sup>. وبالتالي، تساهم المعايير الطبية في تحديد مسؤولية مقدمي الخدمات الطبية والصحية إما من خلال الإجراءات التي لم يقوموا باتخاذها أو بالإجراءات الخاطئة المتخذة. لا تغطي هذه المعايير الجوانب الرئيسية الأخرى مثل الأخطاء الكامنة وهي تلك «الأخطاء الموجودة في تصميم النظام أو العملية، والتركيب الخاطئ أو صيانة المعدات، والهيكل التنظيمي غير الفعال»<sup>20</sup>، أو الأخطاء النشطة وهي «الأخطاء التي ترتكب عادة من قبل الأفراد الموجودين في الخطوط الأمامية مثل الأطباء والممرضين، كإجراء عملية في العين الخطأ مثلاً»<sup>21</sup>. ضمن هذا السياق، يتطلب نهج سلامة المرضى مراجعة كاملة لنظام الرعاية الصحية وثقافته، مع التركيز على التحسين المستمر في جودة الخدمات الطبية والصحية المقدمة.

#### رابعاً: صندوق التأمين ضد أخطاء المسؤولية الطبية والصحية «التعويضات المالية»

تشمل الحماية ضمن القانون جانبين، الأول منهما هو حماية متلقي الخدمة من خلال تقديم التعويض المناسب جراء الضرر الذي لحق به خلال فترة زمنية معقولة وذلك بهدف مساعدته على تجاوز الآثار السلبية لهذا الضرر، والثاني حماية مقدم الخدمة من خلال عدم تكليفه بدفع مبالغ قد لا يكون قادراً على تحملها نتيجة الخطأ الواقع.

انطلاقاً من هذا، فقد نص المشرع الأردني في المادة 17 على أن:

أ. يُنشأ في المجلس الصحي العالي صندوق يسمى صندوق التأمين ضد أخطاء المسؤولية الطبية والصحية.

ب. يلتزم مكان تقديم الخدمة بالتأمين على مقدمي الخدمة العاملين لديه في هذا الصندوق.

ج. تُحدد إدارة الصندوق وجميع الشؤون المتعلقة به بمقتضى نظام يصدر لهذه الغاية.

تتمثل أهمية وجود صندوق التأمين ضد أخطاء المسؤولية الطبية والصحية في توفيره أرضية الحماية التي يتم من خلالها تعويض المتضررين من الأخطاء الطبية والتقليل من الضرر الواقع عليهم، كما يساهم وجود هذا الصندوق في التخفيف من الأعباء المادية والتقليل من الوقت الذي يفرضه لجوء مقدم الخدمة إلى المحاكم المدنية من أجل المطالبة بمبلغ التعويض. وفي ذات الوقت، حدّد الصندوق طبيعة التعويض، وقيمته وآليات جمعه بصورة تحمي مقدم الخدمة من تحمل العبء المالي لوحده خصوصاً في ظل إنشاء نظام محدد لجمع الرسوم من قبل المؤسسات الطبية.

ولكن وعلى الرغم من هذه الأهمية، إلا أنه يمكن إجمال الواقع فيما يتعلق بعمل التعويض بالآتي:

1- على الرغم من النص على إنشاء صندوق التأمين في قانون المسؤولية الطبية والصحية، وصدور النظام الخاص بالصندوق في 2019، إلا أن الصندوق لم يُفعل حتى اليوم. ومع أن المجلس الصحي العالي هو الجهة المسؤولة عن إدارته، إلا أن المشاكل التي تواجه المجلس الصحي العالي بذاته قد دفعت إلى تجميد عمل الصندوق.

19 Rodziewicz, T, et al (2023). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/>. Last seen 17 June 2023. Medical Error Reduction and Prevention.

[/NBK499956](#)

Rodziewicz, et al. 2023 20

Rodziewicz, et al. 2023 21

2- بالإضافة إلى ذلك، فعلى الرغم من أن نظام الصندوق قد أوضح قيمة الرسوم عن مقدمي الخدمة، وطبيعتها والجهة المسؤولة عن دفعها، إلا أن المؤسسات الطبية لم تدفع هذه الرسوم عن الأفراد العاملين فيها حتى يومنا هذا. فوفقاً للتقديرات، يوجد في الأردن مئة وثمانون ألف مقدم خدمة طبية، ووفقاً للرسوم المفروضة عليهم فإن مجمل الرسوم السنوية يمكن أن يصل إلى ما يتراوح من سبعة إلى ثمانية ملايين دينار سنوياً، وبالنظر إلى أن نظام الصندوق قد تم إقراره في عام 2019، يُقدر المبلغ الإجمالي للرسوم التي كان يفترض وجودها في خزنة الصندوق بما إجماليه 35 مليون دينار حتى الآن. وقد قاد تراكم هذه المبالغ إلى ظهور حاجة ماسة إلى تفعيل الصندوق والجهة المسؤولة عنه وذلك بهدف تفعيله وإلزام الجهات المسؤولة بدفع الرسوم المترتبة عليها.

إن عدم تفعيل الصندوق يضع المزيد من العبء على كاهل مقدم الخدمة ويترك المرضى وعائلاتهم في حالة من الشك والغموض. ووفقاً للأدبيات في هذا الخصوص، تعد صناديق التعويض الركيزة الرابعة في قانون التعويض، إلى جانب قانون المسؤولية والتأمين الخاص وأطر الضمان الاجتماعي<sup>22</sup>. ضمن هذا الإطار، تنتشر صناديق التعويضات في مختلف السياقات الأوروبية متخذة أشكالاً مختلفة، وتعتبر صناديق حماية وتعويض الأضرار هي الأكثر شيوعاً منها. وفي حين تغطي أموال صناديق الضمان الضرر في حال لم يكن بالإمكان العثور على مرتكبه، أو عندما يكون مرتكب الضرر معسراً، تعمل صناديق الأضرار هذه بصورة تكاملية، أو تقمع قانون المسؤولية وذلك من خلال توفير آليات جديدة للتعويض تعتمد في أغلبها على مبدأ التضامن<sup>23</sup>.

وعلى الرغم من عدم إدراج صندوق التعويض في الأردن ضمن نظام عدم وجود خطأ (No-fault liability)، إلا أنه وفي حال تصميمه وتنفيذه بصورة فعالة فإنه سيكون «قادرًا على إلغاء المفهوم التقليدي للخطأ، أو التقليل منه واستبداله في الغالب بنظام قائم على عدم وجود الخطأ، ما يؤدي إلى إتاحة دفع التعويضات المثالي للضحايا من خلال هيكله الإداري»<sup>24</sup>.

### خامساً: غياب الإحصائيات والأرقام الرسمية حول قضايا الأخطاء الطبية

نصت المادة 19 من قانون المسؤولية على تكليف وزارة الصحة بإنشاء سجل رسمي لتدوين الأحكام القضائية النهائية الصادرة عن المحاكم المختصة في قضايا الأخطاء الطبية داخله.

ومع أن هناك حاجة ملحة إلى وجود سجل وطني، إلا أنه لا ينبغي لهذا السجل أن يقتصر على تسجيل القرارات القضائية النهائية، بل يجب أن يجمع بشكل منهجي جميع الأخطاء والشكاوى الواردة من وزارة الصحة، والنيابة العامة، والمجلس الطبي ونقابة الأطباء، بالإضافة إلى القضايا المنظورة أمام المحاكم.

وفي سياق ضمان سلامة المرضى، توفر نظم التعلم، مثل سجل الأخطاء الطبية، أداة حاسمة لتحقيق تقديم خدمات صحية أكثر أماناً، إذ أنشئت فرقة العمل المعنية بالتنسيق بين الوكالات المعنية بالجودة (QuIC) في عام 1998 في الولايات المتحدة وذلك لتمكين الوكالات الاتحادية المشاركة من تنسيق أنشطتها لأجل دراسة الرعاية التي تقدمها البرامج الصحية الاتحادية، وقياسها وتحسين نوعيتها، وتزويد الناس بالمعلومات لمساعدتهم في اتخاذ خيارات أكثر استنارة بشأن رعايتهم، وتطوير قاعدة البحوث والبنية التحتية اللازمة لتحسين نظام الرعاية الصحية بما يشمل العمال المطلعين والمتمكنين، وأنظمة الرعاية ذات التصميم الجيد أو النوعي، وأنظمة المعلومات المفيدة<sup>25</sup>.

Knetsch and Watts. (2023). What is the potential of compensation funds for addressing COVID-19 related personal injury?. *The Geneva Papers on Risk Insurance- Issues and practice*. Available at <https://link.springer.com/article/10.1057/s41288-023-00292-y>

Knetsch and Watts, 2023

Watts, Kim. (2020) "Managing Mass Damages Liability via Tort Law and Tort Alternatives, with Ireland as a Case Study". *Journal of European Tort Law*. Available at <https://www.degruyter.com/document/doi/10.1515/jetl-2020-0134/html>

Eisenberg, J. M., et al. (2001). Federal efforts to improve quality of care: the Quality Interagency Coordination Task Force (QuIC). *The Joint Commission journal on quality improvement*. 27(2). 93-100. [https://doi.org/10.1016/s1070-3241\(01\)27009-6](https://doi.org/10.1016/s1070-3241(01)27009-6)

## التحديات البيئية والسياقية المحيطة بإنفاذ قانون المسؤولية الطبية والصحية رقم 25 لسنة 2018

إلى جوار التحديات الأساسية التي تواجه قانون المسؤولية الطبية والصحية، ثمة مجموعة من الإشكاليات البيئية في سياق القطاع الطبي التي تحيط بإنفاذ القانون، وهي لا تشكل عقبة فحسب، وإنما تساهم في تعثر إنفاذ القانون بصورة فعالة لمصلحة مقدم الخدمة ومتلقيها في آن معاً.

### أولاً: تشرذم الجهات المسؤولة عن قطاع الصحة

يتكون القطاع الصحي في الأردن من:

- القطاع الصحي الحكومي: ويشمل الخدمات الصحية في وزارة الصحة، والخدمات الطبية العسكرية، والخدمات الطبية في الجامعات.
- القطاع الصحي الخاص: ويشمل المستشفيات وعيادات الأطباء.
- القطاع الصحي الدولي والخيري: ويشمل الخدمات الصحية التي تقدمها المنظمات والمؤسسات الدولية والمحلية.

من منظور الحوكمة، قد يؤدي وجود عدد كبير من المؤسسات المرجعية التي تدير قطاع الصحة في الأردن إلى حدوث تداخل في صلاحياتها من جهة، وخلق حالة من التعارض التي قد تؤثر سلباً على أداء القطاع الصحي عامة وإنفاذ القوانين الخاصة به من جهة ثانية.

من ناحية أخرى ومن منظور متلقي الخدمة، تؤدي هذه الأنظمة المتوازنة والمختلفة إلى إشكاليات في مجال الإحالة و/أو النقل ما بين هذه النظم والمؤسسات الطبية، وهي العملية التي تمر ضمن سلسلة من الإجراءات المعقدة والطويلة والتي تعتمد بصورة أساسية على توفر التغطية التأمينية لدى المريض.

### ثانياً: التغطية الصحية الشاملة

يبلغ إجمالي النفقات الصحية في الأردن 8.9% من الناتج المحلي الإجمالي، ومع ذلك تبلغ نسبة المؤمنین صحياً بموجب التأمين الصحي الخاص والعام في الأردن ما نسبته 67% من سكان الأردن وفقاً لمسح دخل ونفقات الأسرة 2017-2018.<sup>26</sup>

الصحة حق أساسي من حقوق الإنسان والتغطية الصحية الشاملة هي الطريقة الأكثر إنصافاً لإعمال هذا الحق الأساسي. وفي هذا السياق، يشكل الافتقار إلى تغطية تأمينية مناسبة أو عدم وجود تأمين من الأساس عقبة إضافية أمام متلقي الخدمات داخل المؤسسات الصحية والمشافي، إذ قد يسهم ما سبق في تأخير الإجراءات التي يواجهها المرضى في المشافي والمراكز أو تعقيدها، وهو ما يشكل واحدة من الأسباب التي يمكنها أن تتسبب في عدم تلقي العلاج الملائم أو التأخر في الحصول عليه بصورة قد تساهم في ارتفاع نسبة وقوع الأخطاء الطبية.

### ثالثاً: طول أمد التقاضي واللجوء إلى وسائل حل النزاعات البديلة

من خلال سن قانون المسؤولية الطبية والصحية، سعى المشرع الأردني إلى تسهيل إجراءات النظر في القضايا المتعلقة بحالات الأخطاء أمام القضاء، إلا أنه وعلى الرغم من ذلك، فما تزال هناك العديد من المشاكل التي تواجه المحاكم من حيث النظر في هذه القضايا.

تستغرق القضايا المنظورة أمام المحاكم الأردنية وقتاً طويلاً نظراً لأعداد القضايا الكبيرة المنظورة أمام المحاكم أولاً، ووجود العديد من التعقيدات التقنية لدى هذا النوع من القضايا ثانياً، فمجال الطب في القانون هو أحد المجالات التي ما زالت بحاجة إلى المزيد من التطوير والعمل في الشرق الأوسط.<sup>27</sup>

26 المجلس الاقتصادي والاجتماعي الأردني، تقرير حالة البلاد 2020 محور التنمية المجتمعية: الصحة، 2020، ص 9

27 Al Azri, Nasser Hammad. (2020). Providing Legal Education for Medical Students in Arab Gulf Cooperation Council Countries. *J Med Educ Cur-*

*riculum Development*. Available online at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7780326>

وفي الأردن، أشارت المقابلات التي عُقدت في إطار مختبر السياسات إلى استمرارية معاناة الوعي القانوني في القطاع الطبي من ضعف شديد، إضافة إلى حاجته إلى المزيد من الدعم لأجل رفع وعي القانونيين من قضاة، ومحامين، وأعضاء نيابة عامة حول مفاهيم متعددة مثل الخطأ الطبي والمضاعفة الطبية.

يمكن لتطوير الطب القانوني أن يساعد أطباء المستقبل على الامتثال للوائح القانونية الحالية التي تحكم مجال عملهم، والأهم من ذلك، مساعدتهم على إدراك أنهم جزء من نظام اجتماعي أكبر، يمكن ضمنه أن تتم محاسبتهم على أفعالهم والنتائج التي تترتب عليها. في الوقت الذي يعد فيه التعليم القانوني أمراً بالغ الأهمية، يمكن أن تشمل الحلول الأخرى خلق حوار بين مقدمي الخدمات الطبية والصحية والقانونيين، إلى جانب تدريب وتعليم طلاب القانون على أساسيات الممارسة الطبية<sup>28</sup>.

ونتيجة طول فترة التقاضي، قد يفضل العديد من الأفراد عدم التوجه إلى القضاء، واللجوء إلى وسائل أخرى لحل النزاعات مثل رفع الشكاوى أمام وزارة الصحة أو نقابة الأطباء. كما أن الخيار الآخر الذي يتم اللجوء إليه هو القضاء العشائري بصفته بديلاً مناسباً وأكثر قبولاً وأقل تكلفة مقارنة بالقضاء النظامي، حتى لو تمثلت النتيجة في بعض الأحيان في إضاعة حقوق المريض نتيجة الأعراف، والتقاليد والضغوط المجتمعية التي يفرضها هذا النوع من القضاء على المتخاصمين.

#### رابعاً: سلامة المرضى وغياب الوعي والمشاركة

وفقاً لإعلان جدة لعام 2014، تعاني منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا من «عبء كبير من الرعاية غير الآمنة وضعف الامتثال حتى للحد الأدنى من مستويات السلامة في مجال الرعاية الصحية»<sup>29</sup>.

من خلال تحليل النظم القائمة، يؤكد التقرير على وجود نقص في السياسات الوطنية والموارد البشرية الماهرة إضافة إلى ضعف الثقافة المتعلقة بسلامة المرضى على المستوى المؤسسي بصورة تعيق تحسين سلامة المرضى في المنطقة، بالإضافة إلى ضعف استدامة المبادرات المتعلقة بسلامتهم<sup>30</sup>.

في المقابل، تسلط الأدبيات الطبية الضوء بشكل كبير على العلاقة الإيجابية ما بين وعي المرضى بحقوقهم وتحسين جودة خدمات الرعاية الصحية، بالإضافة إلى مجموعة أخرى من المزايا المختلفة مثل انخفاض التكاليف، والتعافي السريع، وتقليل مدة الإقامة في المستشفيات، وتعزيز كرامة المرضى وحياتهم من خلال رفع وعيهم بحقوقهم في المشاركة في عملية صنع القرار<sup>31</sup>. وعلى الرغم من وجود ميثاق وطني لحقوق المرضى في الأردن، إلا أن الدرجة التي يمتلكها المرضى الوعي فيما يتعلق بحقوقهم ما تزال مجهولة<sup>32</sup>.

كما تلعب منظمات المجتمع المدني دوراً هاماً في حماية حقوق الأفراد والمجتمعات وحياتهم. ومع ذلك، وعندما يتعلق الأمر بوضع استراتيجيات أو سن قوانين داخل القطاع الصحي، شعرت العديد من منظمات حقوق المرضى ومنظمات المجتمع المدني الأخرى بدفعها بشكل منهجي خارج عملية صنع القرار لصالح نهج قائم على صنع القرار من أعلى إلى أسفل أو من القمة إلى القاعدة (Top-down Approach).

Al Azri, 2020 28

The Jeddah declaration refers to the Regional Consultation on improving Quality of care and patient safety in the Eastern Mediterranean Region by WHO. Jeddah. 9-11 June of 2014. Available at: [https://applications.emro.who.int/docs/IC\\_Meet\\_Rep\\_2015\\_EN\\_16268.PDF?ua=1#page=1&zoom=auto.-13.842](https://applications.emro.who.int/docs/IC_Meet_Rep_2015_EN_16268.PDF?ua=1#page=1&zoom=auto.-13.842)

The Jeddah declaration 2014 30

Al Jeezan et al. (2022). "Patients' Awareness of their Rights and Responsibilities: A cross-sectional study from Al Ahsa," *Cureus*. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9780781/#REF9>

:The Jordan Times. 11 Dec 2016. Charter for patients' rights launched. Last seen 17 June 2023. Available at <https://jordantimes.com/news/local/charter-patients%E2%80%99-rights-launched>

## توصيات لتطوير قانون المسؤولية الطبية والصحية رقم 25 لسنة 2018 وتعزيز إنفاذه

بناءً على دراسة وتحليل التحديات التي تواجه إنفاذ قانون المسؤولية الطبية والصحية الفاعل على أرض الواقع، يقدم هذا القسم مجموعة من التوصيات بناءً على المقابلات التي أجريت مع الخبراء المشاركين في المختبر، والتي تهدف إلى تعزيز إنفاذ القانون من خلال معالجة القضايا الجوهرية والسياقية المحيطة به.

### توصيات تتعلق بالتحديات الأساسية ضمن قانون المسؤولية الطبية والصحية

#### أولاً: توصيات متعلقة بنظام تلقي الشكاوي الخاصة بقضايا الأخطاء

تتمثل التوصيات الرئيسية ضمن هذا المحور في:

- 1- ضرورة إيجاد نظام موحد لتلقي الشكاوي المتعلقة بحالات الأخطاء الطبية.
- 2- مناقشة موضوع فرض 250 دينار كرسوم على تقديم الشكاوي لدى وزارة الصحة، لا سيما مع وجود اختلاف حول طبيعة هذه الرسوم وماهيتها، فهناك من يراها واجبة على الطرف الخاسر، وهناك من يراها ضرورية للحفاظ على جدية الشكاوي المقدمة أمام الجهات المختصة، فيما يراها قسم آخر رسوماً غير قانونية تنتهك حقوق المرضى.

#### الإجراءات المقترحة

- 1- فيما يخص إيجاد نظام موحد لتلقي الشكاوي:
  - عقد جلسات حوار ونقاش بهدف تعزيز الحوار بين الجهات المختصة بتلقي الشكاوي بما يشمل «وزارة الصحة، ونقابة الأطباء والنيابة العامة».
  - تعزيز الحوار بين الجهات المختصة بهدف الدفع نحو الوصول إلى آلية مشتركة فيما بينها لتلقي الشكاوي من متلقي الخدمة.
- 2- فيما يخص رسوم تقديم الشكاوي:
  - رفع قضية فرض رسوم بقيمة 250 دينار على الشكاوي المقدمة إلى وزارة الصحة على الجهات المختصة بما يشمل «وزارة الصحة، ووزارة المالية، واللجنة الفنية العليا» بهدف تعزيز الحوار حول طبيعة هذا القرار وأثاره المتوقعة على متلقي الخدمة، والطبيعة القانونية للرسوم المفروضة من خلال:
    - إرسال كتاب إلى وزارة الصحة بهدف استيضاح طبيعة هذه الرسوم والغاية منها.
    - عقد جلسات حوارية بين الجهات المختصة بهدف مناقشة هذه الرسوم من منظور قانوني، وحقوق طبي بصورة تشمل حماية حقوق المرضى لا سيما حقهم في اللجوء إلى القضاء.

#### ثانياً: توصيات متعلقة باللجنة الفنية العليا

تتمثل التوصيات الرئيسية ضمن هذا المحور في:

- 1- سن تعليمات وأنظمة دقيقة تهدف إلى بيان وصف عمل اللجنة، ومعايير اختيار أعضائها وتعيينهم، وآليات صرف أتعاب اللجنة الفنية والخبراء، وآليات ومعايير اختيار اللجان الفرعية، والممدد الزمنية الممنوحة لعمل اللجنة، مع التركيز على دور اللجنة الفني وذلك بهدف حماية نزاهتها، وحيادها واستقلالها. في هذا الصدد، ثمة توافق على أنه ولضمان نزاهة اللجنة، وشفافيتها وشرعيتها، فإن هناك حاجة لوجود ممثلين عن جميع الأطراف المعنية بما يشمل مؤسسات حماية المرضى، إلا أنه وضمن هذا الإطار، فمن الضروري أن يكون جميع الممثلين في اللجنة -بغض النظر عن الطرف الذي يمثلونه- من أصحاب الخبرة في المجال الطبي أو القانوني<sup>33</sup>.

33 في هذا الإطار، يستشهد الخبراء بمثال لجنة التحقيق التي شكلها الملك عبد الله الثاني في أعقاب المأساة التي أودت بحياة 22 شخصاً، جلهم من أطفال المدارس في 25 تشرين الأول/

2- ضرورة العمل على إيجاد صيغة توافقية بخصوص موضوع صلاحية تقديم تقارير الخبرة أمام القضاء من قبل اللجنة الفنية العليا أو من قبل خبير خارجي تعينه المحكمة.

#### الإجراءات المقترحة

- 1- فيما يخص التعليمات والأنظمة الخاصة باللجنة، التواصل مع الجهات صاحبة الاختصاص في «وزارة الصحة، واللجان الصحية والتشريعية في مجلس النواب» من أجل عقد جلسات نقاشية وحوارية وذلك بهدف:
  - تعزيز الحوار وحشد الدعم من أجل وضع قضية سن الأنظمة والتعليمات الناظمة لعمل اللجنة الفنية العليا واللجان الفرعية على طاولة عمل البرلمان، ومجلس الوزراء، ووزارة الصحة والجهات المختصة.
  - تعزيز الحوار حول اختيار أعضاء اللجنة الفنية العليا من الأطباء المتقاعدين وذوي الخبرة الطويلة في العمل بهدف تعزيز شفافية اللجنة ونزاهتها.
  - تعزيز الحوار بين الجهات المختصة من «وزارة الصحة، واللجنة الفنية العليا، ونقابة الأطباء، ومؤسسات المجتمع المدني الممثلة لمتلقي الخدمات الطبية والصحية» حول دور متلقي الخدمة في دعم عمل اللجنة الفنية العليا بصورة تعزز من استقلالها ونزاهتها.
  - تعزيز الحوار حول قضية أتعاب الخبراء وسن الأنظمة الخاصة ببيان طبيعة الأتعاب ونسبتها، والجهة المسؤولة عن صرفها وآليات هذا الصرف.
- 2- فيما يتعلق بتقديم تقرير الخبرة، التواصل مع الجهات صاحبة الاختصاص في «وزارة الصحة، واللجنة الفنية العليا، والمجلس الأعلى للقضاء ووزارة العدل» من أجل عقد جلسات نقاش وحوار بهدف:
  - بيان طبيعة تقديم تقرير الخبرة أمام القضاء، والغاية منه وآلياته.
  - الوصول إلى صيغة توافقية ما بين جميع الأطراف حول الجهة المختصة بتقديم الخبرة، وذلك لأجل الوصول إلى آلية موحدة تبين الجهة المسؤولة عن تقديم الخبرة، وآليات استدعاء القضاة للخبراء، والجهات المختصة بتحديدتهم.
  - تعزيز التعاون بين جميع الجهات المختصة فيما يتعلق بتعزيز الوعي القانوني وتقديم التدريب القانوني لأعضاء اللجنة الفنية العليا وأعضاء اللجان الفرعية حول النصوص القانونية الناظمة للخبرة.

#### ثالثاً: توصيات متعلقة بالمعايير الطبية والصحية

تتمثل التوصيات الرئيسية ضمن هذا المحور بـ:

- 1- مناقشة ما إذا كان ينبغي اعتماد المعايير الطبية والصحية الدولية القائمة -مثل معايير منظمة الصحة العالمية لمنطقة الشرق الأوسط- بدلاً من صياغة المعايير الوطنية الأردنية، مع أخذ مدى ملاءمتها للبيئة وواقع البيئة الأردنية بعين الاعتبار، أو وضع مجموعة من المعايير الوطنية الأردنية. فاختيار اعتماد المعايير الدولية الحالية وتكييفها وفقاً للتخصصات ينطلق من فكرة أن وضع المعايير الصحية عملية معقدة تستنزف الموارد، كما وتحتاج هذه المعايير إلى إعادة النظر فيها وتحديثها باستمرار من قبل الهيئات الطبية خصوصاً في ضوء البيئة التكنولوجية سريعة التطور، ومن المحتمل أن يؤدي اعتماد المعايير الحالية لكل تخصص إلى تجنب مشاكل المراجعات خصوصاً في ظل وجود هيئات طبية متخصصة قائمة فعلاً تضطلع بعملية المراجعة الدورية.
- 2- المشاركة في تطوير إجراءات التشغيل الموحدة الخاصة بالتواصل بين التخصصات الطبية والصحية المختلفة بوصفها جزءاً من تنظيم العمل داخل المشافي والعيادات، والعمل على تعديلها بصورة تتواءم مع الواقع والنظام الصحي في الأردن قبل إدماجها.

#### الإجراءات المقترحة

- 1- الرجوع إلى المعايير والبروتوكولات الطبية والصحية الدولية الموجودة والمتبناة في المؤسسات والمنظمات الإقليمية والدولية كمنظمة الصحة العالمية، وترجمتها ودمجها ضمن الإطار الأردني بما يتناسب مع خصوصية القطاع الصحي الأردني.
- 2- تفعيل دور عمل لجنة المعايير بصورة أكثر فعالية ودعمه بهدف تسريع عملية إقرار المعايير الطبية والصحية، وهو ما يجب أن يستند إلى المعايير الدولية المعترف بها.

#### رابعاً: توصيات متعلقة بصندوق التأمين ضد أخطاء المسؤولية الطبية والصحية

تتمثل التوصية الرئيسية ضمن هذا المحور في:

- 1- ضرورة تفعيل صندوق التأمين ضد أخطاء المسؤولية الطبية والصحية، وذلك باعتباره من الركائز الأساسية لتفعيل القانون وتحقيقه لغايته خصوصاً في ظل وجود عدد من القضايا المنظورة أمام القضاء والتي في حال تم الحكم بالتعويض لها، ستواجه خطر عدم وجود أي جهة أو أموال لتنفيذ هذه الأحكام.
- 2- ضرورة وجود إدارة مالية قوية وفعالة وتمكنة تدير الصندوق، خصوصاً أن هناك ما يقرب من 180 ألف مقدم خدمة طبية وصحية في الأردن يتوجب عليهم دفع الرسوم لخزنة الصندوق.

#### الإجراءات المقترحة

- 1- التواصل مع الجهات صاحبة الاختصاص والمتمثلة في «المجلس الصحي العالي، وجمعية المستشفيات الخاصة، ووزارة الصحة، ووزارة المالية، والخدمات الطبية الملكية» وذلك لتعزيز الحوار والنقاش حول كيفية العمل على:
  - تفعيل الآليات المالية لعمل الصندوق.
  - بيان وإيضاح وتحديد الجهة المسؤولة عن إدارته -وهي جهة لا بد من أن تشمل مجموعة من الخبراء على المستوى القانوني والصحي والمالي- وذلك بهدف تفعيل عمل الصندوق خصوصاً في ظل المشاكل التي يعاني منها المجلس الطبي العالي وتجميد دوره في المرحلة الراهنة.
  - تفعيل وإنفاذ آليات جمع الرسوم المستحقة والمستقبلية على المؤسسات الطبية والصحية من خلال وضع خطة عمل واضحة ومحددة بالتعاون مع الجهات المختصة وذات الصلة بما يشمل « المجلس الصحي العالي، وجمعية المستشفيات الخاصة، ووزارة الصحة، ووزارة المالية » لأجل جمع المستحقات المالية الخاصة بالصندوق.

#### توصيات تتعلق بالقضايا البيئية والسياقية المحيطة بقانون المسؤولية الطبية والصحية

##### أولاً: توصيات متعلقة برفع كفاءة مقدمي الخدمة الطبية وقدراتهم

تتمثل التوصيات الرئيسية ضمن هذا المحور في:

- 1- بناء مقرر تعليمي مخصص لطلبة التخصصات الطبية والصحية في الجامعات الأردنية حول قانون المسؤولية الطبية والصحية وعمل الفرق الطبية التكاملية، والعلاقات التعاونية والتكاملية ما بين مقدم الخدمة ومتلقيها.
- 2- بناء مقرر تعليمي حول قانون المسؤولية الطبية والصحية يخص طلبة القانون في الجامعات الأردنية.
- 3- تعزيز قدرات ومعرفة مقدمي الخدمات الطبية والصحية ورفعها باستمرار وبصورة دورية فيما يخص قانون المسؤولية الطبية والصحية.
- 4- تعزيز قدرات أعضاء اللجنة الفنية العليا واللجان الفرعية ورفعها فيما يخص قانون المسؤولية الطبية والصحية، وآليات وضع تقارير الخبرة أمام القضاء ومناقشتها.

- 5- التطوير المهني المستمر للعاملين في قطاع الصحة بهدف إبقائهم على اطلاع كامل على أبرز المستجدات المتعلقة بعملهم.
- 6- تطوير وبناء قدرات العاملين في قطاع العدالة (القضاة، والمحامين والنيابة العامة) حول قانون المسؤولية الطبية وطبيعة الأخطاء الطبية.

#### الإجراءات المقترحة

- 1- فيما يخص المقرر التدريبي والتعليمي:
- التواصل مع وزارة التعليم العالي لأجل طرح مقترح المقرر التعليمي على كليات الطب والقانون.
  - التواصل مع كليات الطب والصحة والقانون في الجامعات لطرح موضوع المقرر التعليمي من أجل تعزيز النقاش مع هذه الجامعات حول إمكانية تبنيه بصورة مستقلة أو دمجها في المقررات الأخرى الموجودة لديها.
- 2- فيما يخص تعزيز قدرات مقدمي الخدمة الطبية:
- وضع الحقيبة التدريبية التي تشمل المادة التدريبية المتعلقة بقانون المسؤولية الطبية والصحية.
  - التواصل مع كل من نقابة الأطباء، والمجلس الطبي العالي، والمجلس التمريضي لطرح دمج مادة تدريبية حول قانون المسؤولية الطبية والصحية ضمن برامج التعليم الطبي المستمر والتي تعتبر جزءاً أساسياً من الساعات الإلزامية من أجل تجديد مزاولة مقدمي الخدمات الطبية.
  - التواصل مع الجهات المختصة كالمجلس الطبي العالي والمجلس التمريضي الأردني بهدف إدماج قانون المسؤولية الطبية والصحية ضمن امتحان الامتياز والمزاولة.
- 3- فيما يخص تعزيز قدرات أعضاء اللجنة العليا واللجان الفرعية:
- التواصل مع وزارة الصحة واللجنة الفنية العليا حول طرح فكرة تقديم مقرر تدريبي عبر الإنترنت لأعضائهما حول القانون، والمفاهيم الخاصة بالخبرة، وعملية هذه الخبرة بما يشمل إعداد ووضع نموذج معتمد ومدروس من الجهات المختصة لتقرير الخبرة، ومناقشة التقرير أمام المحكمة «أي القضاة، والمحامين، والنيابة العامة».
- 4- فيما يخص تعزيز قدرات العاملين في قطاع العدالة:
- التواصل مع الجهات المختصة بما يشمل (النيابة العامة، والمجلس الأعلى للقضاء، ونقابة المحامين) بهدف تعزيز وعي القضاة والمحامين وأعضاء النيابة العامة حول طبيعة الأخطاء الطبية وقانون المسؤولية الطبية، ورفع وعيهم وقدراتهم.
  - تعزيز الحوار مع المجلس الأعلى للقضاء حول إمكانية بناء برنامج تدريبي يهدف إلى تخصيص مجموعة من القضاة للعمل ضمن قضايا الأخطاء الطبية.

#### ثانياً: توصيات متعلقة برفع الوعي القانوني والمجتمعي لدى متلقي الخدمة الطبية

تتمثل التوصية الرئيسية ضمن هذا المحور في ضرورة التواصل الفعال مع الإعلام والجهات ذات الصلة مثل مؤسسات المجتمع المدني، والمؤسسات المعنية بحقوق المرضى والمؤسسات الرسمية مثل وزارة الصحة والمؤسسات المهنية مثل النقابات الطبية ... إلخ. تعتبر جميع هذه الجهات شريكة أساسية ذات دور فعال في رفع الوعي، وتوعية متلقي الخدمة حول قانون المسؤولية الطبية والصحية، وطبيعة الخطأ الطبي، وآليات رفع الشكوى، وحقوق المريض ضمن هذا الإطار القانوني، إضافة إلى العلاقة التعاونية والتكاملية ما بين مقدم الخدمة الطبية والصحية ومتلقيها.

#### الإجراءات المقترحة

- 1- التواصل مع القنوات التلفزيونية، وإذاعات الراديو والجهات الفاعلة بهدف وضع خطة عمل وشراكة معهم من أجل تعزيز الوعي حول القانون.

- 2- إنشاء صفحة خاصة إما على وسائل التواصل الاجتماعي أو المدونات بهدف إبراز العمل، والأنشطة والإنجازات التي يتم القيام بها والمتعلقة بالقانون.
- 3- إنشاء موقع إلكتروني خاص لنشر جميع المعلومات الخاصة بقانون المسؤولية الطبية والصحية، والخطأ الطبي، والمعايير الطبية والصحية، وذلك لتعزيز النقاش، والحوار ونشر الوعي بين المختصين أنفسهم، وبين المختصين وعموم الناس من جهة أخرى.
- 4- تعزيز استعمال المواقع الإلكترونية التابعة للجهات الفاعلة في قطاع الصحة كوزارة الصحة ونقابة الأطباء من خلال نشر القانون وتعليماته وتحديثها باستمرار بهدف تكمين متلقي الخدمة من الاطلاع عليها وبالتالي رفع الوعي حول موضوع المسؤولية الطبية، والخطأ الطبي، والإجراءات القانونية ودور المريض.

### ثالثاً: توصيات متعلقة بالبيانات والإحصائيات الخاصة بوقوع الأخطاء الطبية

تتمثل التوصيات الرئيسية ضمن هذا المحور في:

- 1- سن أنظمة خاصة بهدف حفظ جميع البيانات، والمعلومات، والإحصائيات والدراسات المتعلقة بموضوع الأخطاء الطبية على مستوى المملكة الأردنية، وجمعها، وتدوينها، وتحليلها، وتوثيقها وأرشفتها.
- 2- تعزيز التعاون ما بين وزارة الصحة، واللجنة الفنية، ونقابة الأطباء، والنيابة العامة، ومجلس القضاء الأعلى بهدف جمع كل المعلومات، والبيانات والإحصائيات حول أعداد الشكاوي التي قدمها متلقو الخدمة والقضايا التي تم رفعها أمام المحاكم، وطبيعتها ونوعها.

#### الإجراءات المقترحة

- 1- إنشاء فريق عمل وطني من الجهات المعنية بما يشمل «وزارة الصحة، ودائرة الإحصاءات العامة، والنقابات الطبية والصحية، واللجنة الفنية، والقضاء، والمحاكم» وذلك لأجل تعزيز الحوار والنقاش حول آليات وإمكانية تصميم قاعدة بيانات رسمية تهدف إلى جمع المعلومات من كل الجهات، مع وضع آلية واضحة لحصر المعلومات وتحديثها باستمرار.

### رابعاً: توصيات متعلقة بالتشبيك ما بين مؤسسات المجتمع المدني

تتمثل التوصية الرئيسية ضمن هذا المحور في ضرورة خلق جسد موحد مختص بمناقشة موضوع القانون ومتابعته باستمرار بهدف توحيد الجهود من المجتمع المدني والجهات المختصة الرسمية وغير الرسمية على حد سواء.

#### الإجراءات المقترحة

- 1- إمكانية أن يشكل مختبر السياسات النواة الأولى في تشكيل منتدى مستقبلي مختص بمناقشة جميع القضايا والتطورات الخاصة بقانون المسؤولية الطبية والصحية.
- 2- إمكانية عقد مؤتمر أو لقاءات حوارية تضم جميع الجهات الرسمية وغير الرسمية بهدف طرح القانون على المستوى الوطني ومناقشته.

### خامساً: توصيات متعلقة بآليات حل قضايا وشكاوي الأخطاء الطبية

تتمثل التوصية الرئيسية ضمن هذا المحور في تعزيز اللجوء إلى الوسائل البديلة للنظر في شكاوي الأخطاء الطبية وقضاياها مثل الوساطة، والتحكيم.

#### الإجراءات المقترحة

- 1- التواصل مع الجهات ذات الاختصاص بما يشمل «وزارة الصحة، والنيابة العامة، ومجلس القضاء الأعلى، ونقابة المحامين، ونقابة الأطباء» بهدف:
  - تعزيز الحوار حول فكرة آليات حل النزاعات البديلة.
  - رفع الوعي حول الآليات البديلة لحل النزاعات مثل الوساطة والتحكيم بوصفها آليات بديلة يمكن من خلالها التعامل مع شكاوي الأخطاء الطبية.
  - تعزيز النقاش حول طرق إدماج آليات حل النزاعات البديلة واستخدامها ضمن قضايا الأخطاء الطبية على مستوى المحاكم.
- 2- نشر الوعي حول الآليات البديلة لحل النزاعات كالوساطة أو التحكيم في قضايا الأخطاء الطبية بين متلقي الخدمة، والمصلحين العشائريين باعتبارهم من الجهات الفاعلة خارج القضاء الرسمي.

## المراجع والأدبيات

يعتبر موضوع المسؤولية الطبية والصحية واحداً من المواضيع الحساسة والمهمة، على المستوى الأردني والعربي والدولي، وهو ما دفع بجزء كبير من الأدبيات القانونية والطبية إلى تناول هذه القضية بالبحث والتحليل.

وانطلاقاً من الهدف الأساسي لهذا البحث، تقدم خارطة الطريق هذه تحليلاً مقارناً للمسؤولية الطبية والصحية من منظور قانوني وتطبيقي. ولتحقيق ذلك، فقد لجأ فريق البحث إلى مراجعة مجموعة متنوعة من الأدبيات التي تناولت موضوع الدراسة وذلك بهدف الربط بين المنظور القانوني والعملية الأردني والعربي والدولي سعياً إلى تعزيز إنفاذ قانون المسؤولية الطبية والصحية الأردني.

ومن أبرز المراجع التي استعملت في دعم العملية البحثية وتعزيزها:

### الأدبيات العربية:

- ادعيس، معن. 2012. الأخطاء الطبية: نحو حماية قانونية متوازنة لأطراف الأخطاء الطبية. الهيئة المستقلة لحقوق الإنسان. فلسطين.
- السعيد، كامل. 2002. شرح الأحكام العامة في قانون العقوبات. الدار العلمية الدولية ودار الثقافة للنشر والتوزيع. الأردن.
- الشريف، بحماوي ورحاب، أرجيلوس. 2018. عبء إثبات الخطأ في المجال الطبي. دفاتر السياسة والقانون. ع 19. ص. 830-817
- الشلش، محمد. 2007. أخطاء الأطباء بين الفقه والقانون. مجلة جامعة القدس المفتوحة للأبحاث والدراسات. ع 9. ص. 362-315
- القرشي، سلمان. 2007. المسؤولية المدنية للطبيب في القانون المدني الأردني. دار الكتاب الثقافي. الأردن.
- العتيبي، صالح. 2019. الأخطاء الطبية وتقدير التعويض عنها في النظام السعودي: دراسة تطبيقية. مكتبة القانون والاقتصاد. المملكة العربية السعودية.
- النجادة، ممدوح. 2020. المسؤولية المدنية عن الأخطاء الطبية. المعهد العالي للقضاء. الأردن.
- الوثيري، عواد. 2021. استقلال المسؤولية التأديبية عن المسؤولية الجنائية للموظف العام في النظام السعودي. 10(8). ص 2433-2466
- شهاب، أحمد وهنية، بسمة. 2021. المسؤولية الجنائية للطبيب عن الخطأ الطبي. مجلة المستقبل للدراسات القانونية والسياسية. 5(1). ص. 43-23
- صبرينة، بن عمارة. 2015. المسؤولية الجزائية للطبيب في القانون والاجتهاد القضائي الجزائري. مجلة الاجتهاد للدراسات القانونية والاقتصادية. المركز الجامعي لتامنغست. ع 7. ص 163-148.
- عبيد، عماد. 2016. إشكالية الخطأ كركن معنوي للقتل غير المقصود «دراسة مقارنة». دراسات. علوم الشريعة والقانون. ع 43. ص. 1227-1238
- قزمار، نادية. 2019. حدود المسؤولية العقدية في إطار الالتزام ببذل عناية وبتحقيق نتيجة. مجلة بحوث الشرق الأوسط. ع 48. ص 406-363
- مراد، بن صغير. 2017. أساس المسؤولية المدنية الناجمة عن الممارسات الطبية. مجلة الأكاديمية للدراسات الاجتماعية والإنسانية. ع 18. ص 154-143

### الأدبيات الإنجليزية:

- Al Azri, Nasser Hammad. "Providing Legal Education for Medical Students in Arab Gulf Cooperation Council Countries." J Med Educ Curriculum Development. 2020. Accessed June 17, 2023. Available online at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7780326/>.
- Al-Jeezan, et al. "Patients' Awareness of their Rights and Responsibilities: A cross-sectional study from Al Ahsa." Cureus. 2022. Accessed June 17, 2023. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9780781/#REF9>.

- Bertoli, P., and Grembi, V. “Medical Malpractice: How Legal Liability Affects Medical Decisions.” CERGE-EI Working Paper Series No. 600 (2017). Accessed June 17, 2023. Available at: <https://www.york.ac.uk/media/economics/documents/hedg/workingpapers/1714.pdf>.
- Eisenberg, J. M., et al. “Federal efforts to improve quality of care: the Quality Interagency Coordination Task Force (QuIC).” *The Joint Commission Journal on Quality Improvement* 27, no. 2 (2001): 93–100. [https://doi.org/10.1016/s1070-3241\(01\)27009-6](https://doi.org/10.1016/s1070-3241(01)27009-6).
- Ewound Hondius. “Comparative medical liability in Europe.” 2014.
- Jordanian Economic and Social Council. *State of the Country Report 2020*. Jordan, 2022.
- Knetsch, and Watts. “What is the potential of compensation funds for addressing COVID-19-related personal injury?” *The Geneva Papers on Risk Insurance- Issues and Practice*. 2023. Accessed June 17, 2023. Available at: <https://link.springer.com/article/10.1057/s41288-023-00292-y>.
- Kohn, L., et al. *To Err is Human: Building a Safer Health System*. Committee on Quality of Health Care in America- Institute of Medicine. United States of America, 2000. Accessed June 17, 2023. Available at: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK225182/pdf/Bookshelf\\_NBK225182.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK225182/pdf/Bookshelf_NBK225182.pdf).
- Ministry of Health. *Report Annual Statistical Survey 2021*. Jordan, 2021.
- McHale, J. “Quality in health care: a role for the law?” *Quality & Safety in Health Care* 11, no. 1 (2002): 88–91. <https://doi.org/10.1136/qhc.11.1.88>.
- Rodziewicz, T., et al. “Medical Error Reduction and Prevention.” Accessed June 17, 2023. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499956/>.
- Roya News. 2021. “Waleed Al-Maani criticizes the abolition of the Higher Health Council.” Article published on November 16, 2021. Accessed September 28, 2022. Available at: <https://royanews.tv/news/262936>.
- Skelly, Cassagnol, et al. “Adverse Events.” Updated February 12, 2023. StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, January 2023-. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK558963/>.
- The Higher Health Council. *The National Strategy for Health Sector in Jordan 2015-2019*. Jordan, 2015.
- The Jeddah Declaration refers to the Regional Consultation on Improving Quality of Care and patient safety in the Eastern Mediterranean Region by WHO. Jeddah, June 9-11, 2014. Available at: [https://applications.emro.who.int/docs/IC\\_Meet\\_Rep\\_2015\\_EN\\_16268.PDF?ua=1#page=1&zoom=auto,-13,842](https://applications.emro.who.int/docs/IC_Meet_Rep_2015_EN_16268.PDF?ua=1#page=1&zoom=auto,-13,842).
- The Jordan Times. December 11, 2016. “Charter for patients’ rights launched.” Last seen June 17, 2023. Available at: <https://jordantimes.com/news/local/charter-patients%E2%80%99-rights-launched>.
- Watts, Kim. (2020) “Managing Mass Damages Liability via Tort Law and Tort Alternatives, with Ireland as a Case Study.” *Journal of European Tort Law*. Available at: <https://www.degruyter.com/document/doi/10.1515/jetl-2020-0134/html>.
- Watson, K., and Kottenhagen, R. “Patients’ Rights, Medical Error and Harmonisation of Compensation Mechanisms in Europe.” *European Journal of Health Law* 25, no. 1 (2018): 1-23. Available at: [https://brill.com/view/journals/ejhl/25/1/article-p1\\_1.xml?language=en#FN000040](https://brill.com/view/journals/ejhl/25/1/article-p1_1.xml?language=en#FN000040).

## الملاحق

### الملحق رقم 1: الالتزامات المفروضة على مقدمي الخدمة الطبية والصحية

تنص المادة 7 على مجموعة من الالتزامات التي يتوجب على مقدمي الخدمة الطبية الالتزام بها وفقاً للقواعد والمعايير والإجراءات الخاصة بممارسة المهنة بحسب تخصصهم وهي تشمل:

1. تسجيل الحالة الصحية لمتلقي الخدمة والسيرة المرضية من قبل الطبيب أو مساعده قبل الشروع في التشخيص والعلاج بالدرجة التي تقتضيها مصلحة العمل وإمكانيات العمل المتاحة.
2. استخدام وسائل التشخيص أو العلاج اللازمة والمتاحة للحالة المرضية.
3. استخدام الأدوات والأجهزة الطبية اللازمة والمتاحة في تشخيص متلقي الخدمة ومعالجته وفق الأصول العلمية المتعارف عليها.
4. تبصير متلقي الخدمة بخيارات العلاج المتاحة باستثناء الحالات المرضية الطارئة التي لا تحتمل التأخير.
5. وصف العلاج، وتحديد كمياته وطريقة استعماله كتابة وبوضوح، مع بيان اسمه وتوقيعه، وتاريخ الوصفة وتبنيه لمتلقي الخدمة أو ذويه بحسب الأحوال إلى ضرورة التقيد بالأسلوب الذي حدده للعلاج.
6. إبلاغ متلقي الخدمة بطبيعة مرضه ودرجة خطورته إلا إذا اقتضت مصلحته غير ذلك، ويتعين إبلاغ أي من ذويه، أو أقرابه أو مرافقيه في حال كانت حالته النفسية أو الصحية لا تسمح بذلك، أو إن كان ناقص الأهلية أو فاقداً لها.
7. إعلام متلقي الخدمة أو ذويه بالمضاعفات التي قد تنجم عن التشخيص، أو العلاج الطبي أو التدخل الجراحي قبل بدء تطبيقه، ورصدها والمبادرة إلى علاجها متى أمكن ذلك.
8. التعاون مع غيرهم من مقدمي الخدمة من ذوي الصلة بعلاج متلقي الخدمة، وتقديم ما لديهم من معلومات عن حالته الصحية والطريقة المتبعة في علاجه كلما طلب إليهم ذلك، واستشارة زميل متخصص إذا ما استدعت الحالة.
9. الإبلاغ عن الاشتباه في إصابة أي شخص بأحد الأمراض السارية وفق الإجراءات المحددة بالتشريعات المنظمة لمكافحة هذه الأمراض.
10. عدم استغلال حاجة متلقي الخدمة للعلاج.

### الملحق رقم 2: المحظورات المفروضة على مقدمي الخدمة الطبية والصحية

نص القانون على مجموعة من الأفعال المحظورة على مقدمي الخدمة الطبية والصحية في المواد من 12 إلى 16، وهي تشمل ما يلي:

1. ارتباط تقديم الخدمة الطبية بوجود إرادة حرة وصرحة من المريض، إذ تنص المادة 1 من الدستور الطبي على أن «كل عمل طبي يجب أن يستهدف مصلحة المريض المطلقة، وأن تكون له ضرورة تبرره، وأن يتم برضائه أو إرضاء ولي أمره إن كان قاصراً أو فاقداً لوعيه»، وقد ذهب المشرع الأردني إلى شمول الأشخاص من ذوي الإعاقة ضمن هذه القاعدة، إذ نصت المادة 5/ج من قانون الأشخاص ذوي الإعاقة على أنه «لا يجوز في غير حالات الطوارئ والاستعجال القيام بأي تدخل طبي علاجياً كان أو وقائياً دون موافقتهم الحرة المستنيرة». وبالتالي، فإن القانون قد منع معالجة المريض دون رضاه وذلك باستثناء الحالات التي تتطلب تدخلاً طبياً طارئاً ويتعذر فيها الحصول على الموافقة لأي سبب من الأسباب، أو التي يكون فيها المرض معدياً أو مهدداً للصحة أو السلامة العامة وفق ما ورد في التشريعات الناظمة.
2. الامتناع عن تقديم الخدمة في حالات الطوارئ أو بصورة عامة، إلا إن كان ذلك راجعاً لأسباب خارجة عن إرادتهم.
3. استعمال وسائل تشخيصية، أو علاجية أو أدوية غير مجازة.
4. إفشاء أسرار متلقي الخدمة إلا للأسباب التي تم النص عليها على سبيل الحصر في القانون.
5. يتم إجراء الفحص السريري للمريض من قبل مقدم الخدمة من ذات الجنس (فحص المرأة من قبل امرأة، وفحص الرجل من قبل الرجل)، وبالتالي يُمنع مقدمو الخدمة من فحص المريض من الجنس الآخر دون حضور طرف ثالث إلا في الحالات الطارئة.
6. إيواء متلقي الخدمة في غير الأماكن المعدة لذلك، عدا ما تقتضيه الحالات الطارئة.
7. إجراء عمليات تغيير الجنس بالمطلق في حال وجود انتماء جنسي واضح مع حصر عمليات تصحيح الجنس في حالات غموض الانتماء الجنسي للشخص بناء على الفحوصات والتقارير الطبية.
8. إجراء عمليات الاستنساخ البشري أو القيام بالأبحاث لهذا الغرض.
9. إجراء أبحاث أو تجارب طبية على الإنسان إلا بعد موافقته الخطية والحصول على تصريح كتابي حسب التشريعات الناظمة.

10. القيام بإجراءات طبية أو عمليات جراحية غير ضرورية لمتلقي الخدمة دون موافقته المستنيرة.
11. إجراء تقنية المساعدة على الإنجاب عند المرأة أو زرع الجنين من غير الزوج إلا بموافقتها.
12. القيام بأي عمل أو تدخل بهدف قطع نسل المرأة إلا بموافقة خطية وبناء على رأي طبي صادر عن لجنة مختصة.
13. إنهاء حياة متلقي الخدمة أيًا كان السبب حتى لو كان ذلك بناء على طلبه، أو طلب وليه أو وصيه.
14. رفع أجهزة الإنعاش عن متلقي الخدمة إلا في حالة توقف القلب توقفًا تامًا ونهائيًا، أو توقف جميع وظائف الدماغ وفقًا للمعايير الطبية وبقرار من الأطباء المعالجين.

### الملحق رقم 3: المشاركون في المقابلات:

#### 1- الدكتورة سوسن المجالي

الدكتورة سوسن المجالي هي مستشارة منظمة النهضة العربية (أرض) في مجال الصحة والحماية الاجتماعية. لقد اضطلعت الدكتورة المجالي بدور حيوي في هذا المشروع من حيث تقديم المشورة والتوجيه حول موضوع قانون المسؤولية الطبية، ومراجعة وتحرير الأوراق البحثية التي أخرجتها منظمة النهضة العربية (أرض)، بالإضافة إلى إدارة النقاش والحوار خلال الاجتماعات ومختبر السياسات الذي تعقده منظمة النهضة العربية (أرض) وتسهيلهما.

#### 2- الخبراء والمختصون

1. الدكتور مؤمن الحديدي: خبير في القطاع الصحي والمسؤولية الطبية.
2. الدكتورة فاديا سمارة: الائتلاف الصحي لحماية المرضى.
3. الدكتورة هاني النوافلة: أمين المجلس التمريضي الأردني.
4. المستشار الباشا دعد شوكة: المجلس التمريضي الأردني.
5. الدكتور خالد الربابعة: نقيب مجلس الممرضين والممرضات والقابلات الأردني.
6. الدكتور زياد الزعبي: نقابة الأطباء الأردنيين.
7. المهندس مصطفى مناصرة: الجمعية الأردنية للحماية من الأخطاء الطبية.
8. الدكتور إسحق الخيري: رئيس الجمعية الأردنية للحماية من الأخطاء الطبية.
9. الدكتور محمود الكايد: الشبكة الشرق أوسطية للصحة المجتمعية.
10. الأستاذة نهلا المومني: مفوض الحماية في المركز الوطني لحقوق الإنسان.
11. الدكتور تيسير كريشان: لجنة الصحة والبيئة في مجلس النواب الأردني.
12. الدكتور ياسين الحسين: وزير الصحة الأردني السابق ورئيس لجنة الصحة والبيئة والسكان في مجلس الأعيان الأردني.
13. الدكتور محمد الشياب: وزير الصحة السابق.
14. الدكتور عبد الهادي بريزات: رئيس اللجنة الفنية العليا.
15. الدكتورة ليلى طلافحة: طبيبة أسنان.
16. الأستاذة منى أبو سل: المركز الوطني لحقوق الإنسان.

#### 3- الخبراء بالتجربة

1. السيدة وسام الفسفوس: والدة الطفلة سديل الفسفوس التي توفيت نتيجة خطأ طبي في التشخيص والإجراءات.
2. السيدة خلود السعدي: زوجة السيد الناصر الذي توفي نتيجة خطأ طبي في التحليل.
3. السيد غازي الناصر: شقيق السيد الناصر الذي توفي نتيجة خطأ طبي في التحليل.



---

## الموقعون أدناه

الدكتورة فاديا سمارة

الدكتورة مؤمن الحديدي

الدكتور إسحق الخيري

الدكتور محمود الكايد

# عرب النهضة

P.O.Box: 930560  
Amman11193 Jordan  
Tel: +962 6 46 17 277  
Fax: +962 6 46 17 278  
[www.ardd-jo.org](http://www.ardd-jo.org)

  ar\_renaissance  
 ArabRenaissance