



وزارة الصحة

الرقم
التاريخ
الموافق

- ب- شروط صرف جهاز التنفس الاصطناعي النافذ البيتي :-
- 1- تقرير طبي مفصل من أخصائي الأمراض الصدرية يبين سبب الفشل التنفسي المزمن المتقدم في حالة كان السبب هو سبب بالجهاز التنفسي فقط .
 - 2- تقرير طبي مفصل من أخصائي الأعصاب والدماغ يبين سبب المرض العصبي أو العضلي أو كلاهما والذي أدى إلى فشل تنفسي مزمن متقدم ومرفقاً مع تقرير أخصائي التنفسية المعالج .
 - 3- إرفاق فحص غازات الدم على أجهزة التنفس الغير نافذة (Bipap) مشروط لاثبات بأن المريض لم يتم علاجه أو استفادته من (NIV) (الأجهزة التنفسية الغير نافذة) تتمثل بإرتفاع (CO2) أو حموضة تنفسية واعتماد المريض على هذه الأجهزة لاكثر من (٦ ساعة) باليوم مع فشل فطامه (not weanable) مما أدى إلى اللجوء إلى استخدام التنفس الاصطناعي النافذ من خلال فتحة رغامية .

ج- الحالات المرضية التي يصرف لها جهاز التنفس الاصطناعي النافذ البيتي :-

- 1- الأمراض العصبية العضلية (Neuromuscular diseases) وتشمل الامراض الأولية العضلية الحثلية (Primary muscular dystrophy) وتشمل مايلي :-
 - Duchenne muscular dystrophy.
 - Becker muscular dystrophy.
 - Myotrophic dystrophy.

2- أمراض الخلايا العضلية (Motor neuron diseases) وتشمل الامراض الوراثية والمكتسبة ومنها مايلي :-

- Spinal muscular dystrophy.
- Spinal cord injury.
- Amyotrophic lateral sclerosis (ALS).
- Chronic idiopathic demyelinating neuropathy (CIDN).

توقيع
تاريخ



وزارة الصحة

الرقم
التاريخ
الموافق

٣- مرض الانسداد القصي الرئوي المتقدم (Advanced COPD) شريطة التأكد بعدم وجود هجمة حادة أدت الى تفاقم للحالة المرضية بعد أسبوعين من آخر هجمة .

٤- مرض فرط السمنة المؤدية إلى الفشل التنفسي المتقدم مع نقص السنخية (Obesity-Hypoventilation Syndrome)

٥- حالات مرضية تنفسية أو عصبية عضلية أخرى مثبتة بتقارير طبية مفصلة من الأخصائي المعالج من أطباء التنفسية أو أطباء أمراض الأعصاب والدماغ تبين الفشل التنفسي المزمن المتقدم .

جميع الشروط المذكورة في البند (ب) كشروط صرف جهاز التنفس الاصطناعي النافذ البيتي تطبق على جميع الحالات المرضية .

د- تعتمد الآلية التالية عند الموافقة على صرف جهاز التنفس الاصطناعي النافذ البيتي (Home Ventilator):-

- ١- ترفع توصيات اللجنة الفنية المختصة في صرف الاجهزة التنفسية إلى وزير الصحة للمصادقة على قرار اللجنة.
- ٢- يتم اصدار كتاب موقع من مدير ادارة التامين الصحي وموجه لادارة مستشفيات البشير لغايات صرف الجهاز.
- ٣- يتم اعتماد "الأسس والآليات المعتمدة لغايات صرف وتسليم الاجهزة للمرضى أو ذويهم وإعادة استلامها ومتابعتها" والصادرة بموجب كتابي رقم ت ص/مستلزمات/٧٩٧٤ تاريخ ٢٠٢٥/٩/٢٢ .



وزارة الصحة

الرقم
التاريخ
الموافق

تعديل البند (شروط صرف الأجهزة أعلاه) :-

تعديل (النقطة ٦) الى :-

٦- يتم اعتماد "الأسس والآليات المعتمدة لغايات صرف وتسليم الأجهزة للمرضى أو ذويهم وإعادة استلامها ومتابعتها" والصادرة بموجب كتابي رقم ت ص/مستلزمات/٧٩٧٤ تاريخ ٢٠٢٥/٩/٢٢ (مرفق).

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام

وزير الصحة

الدكتور إبراهيم البدور

نسخة / مدير إدارة التأمين الصحي .
نسخة / مدير إدارة الشؤون الفنية للمستشفيات
نسخة / الشركة المتخصصة لإدارة التأمينات الطبية .
نسخة / مدير إدارة مستشفيات البشير .
نسخة / مدير مستشفى
نسخة مدير مديرية صحة محافظة العقبة .
نسخة / مدير مديرية المتابعة والتدقيق .
نسخة / المستشفيات المتعاقد معها .
نسخة / وحدة ارتباط المستشفيات المتعاقد معها .
نسخة / مديرية الشؤون الفنية / قسم الأدوية المقررة والأجهزة الطبية .



وزارة الصحة

ت ص / مستلزمات / 1360

الرقم
12/02/2025

التاريخ

الموافق

عطوفة الامين العام للشؤون الادارية والفنية

تحية طيبة وبعد

اشارة الى توصيات اللجنة الفنية المشكلة بكتابي رقم ت ص/مستلزمات / ٥٩١٥ تاريخ ٢٠٢٤/٧/١١ والمعطوف على كتابي رقم م ص / CPTC / ٢٨٣ تاريخ ٢٠٢٢/١٢/٧ المتضمنة تشكيل لجنة فنية لاعادة دراسة بروتوكول صرف الأجهزة التنفسية المعمول به في وزارة الصحة ، قررت اعتماد الأسس التالية لسرف الأجهزة التنفسية :-

أولا :- بصرف جهاز (Nasal or Oro-nasal Cpap) في الحالات التالية لمرضى خناق النوم كما يلي :-

أ- اذا كانت شدة مرض خناق النوم عالية (أي من مؤشري الاختناقات RDI/ AHI تزيد عن ثلاثين مرة / الساعة) حسب فحص تخطيط النوم المتعدد على أن لا تقل مدة النوم (Total Sleep Time) عن ١٢٠ دقيقة وان يكون فحص النوم من المستوى الاول او الثاني ولا يقبل فحص النوم من المستويين الثالث والرابع.

ب- إذا كانت شدة مرض خناق النوم متوسطة (أي من مؤشري الاختناقات RDI/ AHI تزيد عن عشرين مرة / الساعة) حسب فحص تخطيط النوم المتعدد على أن لا تقل مدة النوم عن ١٢٠ دقيقة (Total Sleep Time) وان يكون فحص النوم من المستوى الاول او الثاني ولا يقبل فحص النوم من المستويين الثالث والرابع.

ج- إذا كانت شدة مرض خناق النوم متوسطة (أي من مؤشري الاختناقات RDI/AHI اقل او تساوي عشرين مرة / الساعة واكثر من خمس عشرة مرة / الساعة) حسب فحص تخطيط النوم المتعدد على أن لا تقل مدة النوم عن ١٢٠ دقيقة (Total Sleep Time) وان يكون فحص النوم من المستوى الاول او الثاني ولا يقبل فحص النوم من المستويين الثالث والرابع مع وجود واحد أو أكثر من الامراض المزمنة التالية مثبتة بتقرير طبي من الأخصائي المعني :-

١. ارتفاع الضغط الشرياني غير المسيطر عليه بأكثر من ثلاث أدوية.
٢. حادث وعائي دماغي.
٣. تصلب شرايين قلبية مثبتة بفحص قسطرة شرايين القلب مرفق بتقرير طبي مفصل من أخصائي القلب والشرايين مع وجود فحص Echo للقلب.
٤. وجود اعراض غير مسيطر عليها لمرض خناق النوم (مقياس ال Epworth اقل من 10) كالنوم الزائد اثناء النهار وصداع الصباح وانحطاط عام و..... الخ .

الملكة الأردنية الهاشمية
وزارة الصحة

٢٠١٥

الملكة الأردنية الهاشمية

هاتف: ٩٦٢٦٥٢٠٠٢٣ + فاكس: ٩٦٢٦٥٦٨٨٢٧٣ + ص.ب.٨٦ عمان ١١١١٨ الأردن. الموقع الإلكتروني: www.moh.gov.jo

Handwritten signature

Handwritten signatures and stamps



وزارة الصحة

الرقم

التاريخ

الموافق

ثالثاً :- بصرف جهاز مولد الأكسجين (O₂) بسعة (5L) للحالات التالية :-

للمرضى الذين يعانون من فشل تنفسي مزمن من النوع الأول أو الثاني ويكون نسبة ضغط الأكسجين الشرياني بالدم (PO₂) أقل من (55mm Hg) أو أقل من (60mm Hg) بوجود هبوط القلب الرئوي مثبت بفحص (Echo) أو ارتفاع خضاب الدم (Secondary polycythemia) على ان يعمل فحص غازات الدم بدون الأكسجين (على هواء الغرفة) لمرتين بينهم أسبوعين على الأقل عندما يكون المريض بحالة مستقرة .
وهذه الحالات تشمل الامراض التالية مرفقة بتقرير مفصل من اخصائي التنفسية المعالج :-

١- مرضى انسداد القصبات الهوائية المزمن.

٢- مرضى ارتفاع الضغط الشرياني الرئوي.

٣- مرضى التليف الرئوي.

٤- اي امراض رئوية مزمنة تؤدي الى الفشل التنفسي المزمن بنوعيه.

رابعاً :- يتم صرف مولد الاكسجين سعة (10L) في الحالة التالية:

للمرضى الذين يعانون من فشل تنفسي مزمن من النوع الاول والثاني وعولجو بجهاز مولد الاكسجين سعة (5L) ولم يتم معالجة الفشل التنفسي مثبتة بفحص غازات الدم الشرياني على (5L) اكسجين على ان يكون (PO₂) أقل من (60 mmHg).

خامساً :- عدم اجازة صرف جهاز (Portable O₂ Concentrator) حيث ان الجهاز المذكور اعلاه يعتبر بديلاً عنه.

سادساً :- للجنة الحق في طلب إعادة أية فحوصات وضمن شروط معينة .

سابعاً :- للجنة الحق في دراسة طلبات وإجازة صرف جهاز التنفس الاصطناعي النافذ المنزلي (Home Ventilator) كلا على حدة وحسب الحالة المرضية وبتقرير مفصل من اخصائي الصدرية مرفقا مع التقرير أية وثائق أو فحوصات تراها اللجنة مناسبة .

ثامناً :- لا يوجد داعي لصرف أي الأجهزة التنفسية بشكل طارئ لأن مثل هذه الحالات يجب معالجتها داخل المستشفى لخطورتها .

العطل و الضرر :-

١- كفاءة الأجهزة التنفسية اعلاه لا تقل عن ثلاث سنوات .

٢- العمر الافتراضي لجهاز مولد الأكسجين على الأكثر خمسة سنوات او (٢٠,٠٠٠) ساعة عمل ايها اسبق .

٣- العمر الافتراضي لجهاز (Nasal Cpap)&(Bipap- ST-Mode) على الأقل خمس سنوات وعلى الأكثر عشر سنوات.

٤- العمر الافتراضي للمرطب على الأكثر اربعة سنوات .



وزارة الصحة

الرقم
التاريخ
الموافق

أسباب العطل والضرر الناتج عن استخدام الجهاز :-

- ١- داخل الجهاز يوجد ماتور وبسبب الحرارة والإحتكاك يمكن أن يتعطل الجهاز مع الإستعمال .
- ٢- المرطب ممكن أن يتعطل بسبب تسخين الماء والحرارة للحصول على الرطوبة .
- ٣- ملحقات الجهاز مثل الأنابيب يمكن أن تنكسر مع الزمن لأنها مصنوعة من الميلكون .
- ٤- ممكن أن يتعطل الجهاز بكونه مكون من قطع إلكترونية وميكانيكية مع مرور الوقت .
- ٥- الإنقطاع المتكرر للكهرباء يؤدي إلى حرق الجهاز .

العطل و الضرر الناتج عن سوء الإستخدام :

- ١- الكسر.
- ٢- الحرق .
- ٣- سكب الماء على الجهاز.
- ٤- عدم تغيير فلتر الهواء بين الحين والآخر.

شروط صرف الأجهزة أعلاه :-

- ١- يتم صرف الأجهزة التنفسية للمرضى بعد حصولهم على موافقة اللجنة الفنية الخاصة بدراسة طلبات الأجهزة التنفسية .
- ٢- أن يكون المريض حاصل على تقرير طبي مفصل عن حالته المرضية من قبل اختصاصي الأمراض الصدرية او اختصاصي أطفال صدرية في وزارة الصحة أوالمستشفيات الجامعية أو مستشفى الاميرحمزة او الخدمات الطبية الملكية ويسمح لمرضى الدرجة الاولى والفئات العليا فقط بإحضار تقرير طبي من اخصائي صدرية من مستشفيات القطاع الخاص .
- ٣- يعرض الطلب على اللجنة الفنية الخاصة بصرف الأجهزة التنفسية في ادارة التامين الصحي.
- ٤- تقبل دراسة النوم من مستشفيات وزارة الصحة، والمستشفيات الجامعية، ومستشفيات الخدمات الطبية الملكية ومستشفيات القطاع الخاص على ان تكون مختومة وموقعة من اخصائي الصدرية.
- ٥- يتم صرف الأجهزة من خلال ادارة مستشفيات البشير بموجب مستند إخراج بعد الحصول على موافقة اللجنة الفنية على أن تكون مغطاة بكتاب صادر عن ادارة التامين الصحي المدني موجه لإدارة مستشفيات البشير يحدد فيه نوع الجهاز المطلوب.
- ٦- لا يسلم الجهاز للمريض إلا مقابل تعهد خطي من قبل المريض أو ذويه ، يتعهد فيه بإرجاع الجهاز عند عدم الحاجة له اصوليا حسب التعليمات المالية سارية المفعول ، ويحفظ في قسم اللوازم والأجهزة الطبية في ادارة مستشفيات البشير.
- ٧- يتم استيفاء ما نسبته (5%) من قيمة الجهاز بحد أعلى عشرة دنانير وذلك عن كل جهاز يتم إجازة صرفه من قبل قسم الأجهزة واللوازم الطبية في ادارة مستشفيات البشير.

المملكة الأردنية الهاشمية

هاتف: ٩٦٦٦٥٢٠٠٢٣ + فاكس: ٩٦٦٦٥١٨٨٢٧٢ + ص.ب ٨٦ عمان ١١١١٨ الأردن. الموقع الإلكتروني: www.moh.gov.jo



وزارة الصحة

الرقم
التاريخ
الموافق

- ٨- في حال إعادة الجهاز معطل يعطل نتائج عن الإستعمال أو سوء الاستعمال يتم الإتلاف حسب الأصول المتبعة في وزارة الصحة.
- ٩- يعاد الجهاز لإدارة مستشفيات البشير بعد انهاء الغاية التي صرفت من أجله على ان يقوم المستشفى بالغاء التعهد الخاص به و يتم مخاطبة إدارة التامين الصحي من قبل قسم الأجهزة الطبية في مستشفى البشير بأنه قد تم استرجاع الجهاز للمستشفى.
- ١٠- تصرف الأجهزة التنفسية لمرة أخرى للمريض في حال تعطلت يعطل نتائج عن انتهاء عمر الجهاز الافتراضي من خلال مواقفة اللجنة الفنية في إدارة التامين الصحي المدني بعد ان يثبت سبب العطل بكتاب صادر من مديرية الهندسة الطبية.
- ١١- لا تصرف الأجهزة التنفسية مرة أخرى للمريض اذا تعطل يعطل نتائج عن سوء استخدام من قبل المريض بعد فحصه من مديرية الهندسة الطبية .

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام

وزير الصحة
الاستاذ الدكتور فراس ابراهيم الهواري

- نسخة / مدير إدارة التامين الصحي .
- نسخة / مدير إدارة الشؤون الفنية للمستشفيات
- نسخة / الشركة المختصة لإدارة التمددات الطبية .
- نسخة / مدير إدارة مستشفيات البشير .
- نسخة / مدير مستشفى
- نسخة / مدير مديرية صحة القبية .
- نسخة / مدير مديرية المكافحة والتفتيش .
- نسخة / المستشفيات المتعاقد معها .
- نسخة / وحدة ارباب المستشفيات المتعاقد معها .
- نسخة / مديرية الشؤون الفنية / قسم الاموية المقررة والاجهزة الطبية .