HEALTH POLICY PROJECT

نيسان، 2013

جدول المحتويات

الصفحة	الموضوع
2	**1. الاختصارات**
3	**2. ملخص تنفيذي**
6 6 8 9 9	**3. مقدمة:** 3.1 ملخص الخصائص السكانية في الأردن. 3.2 الخلفية التاريخية والنظرية 3.3 أهمية دراسة أثر النمو السكاني على التنمية (RAPID) في الأردن 3.4 لماذا تم اختيار قطاع الصحة كأحد تطبيقات دراسة أثر النمو السكاني على التنمية
11 11 11 12 13 15 15	***4. المنهجية:*** 4.1 تشكيل فريق فني 4.2 جمع البيانات اللازمة 4.3 تحديد سيناريوهات معدل الإنجاب الكلي والفرضيات السكانية 4.4 التقديرات السكانية 4.5 تحديد فرضيات قطاع الصحة المستخدمة في التقدير 4.6 تحديد أهم المتغيرات المطلوب تقديرها وعمل الحسابات اللازمة لذلك
16 16 17 19 23	**5. المخرجات:** 5.1 الخصائص السكانية 5.2 التقديرات السكانية 5.3 متغيرات الصحة الحالية 5.4 تأثير النمو السكاني على الصحة
33	**6. الاستنتاجات والتوصيات**
34	**7. المراجع**

1. الاختصارات

ASFR	معدل الانجاب العمري التفصيلي
DOS	دائرة الاحصاءات العامة
FP	تنظيم الاسرة
GOJ	حكومة االمملكة الأردنية الهاشمية
HPC	المجلس الأعلى للسكان
HPI	مبادرة السياسة الصحية
HPP	مشروع السياسة الصحية
JOD	دينار أردني
MOH	وزارة الصحة
RAPID	دراسة أثر النمو السكاني على التنمية
RH	الصحة الإنجابية
TFR	معدل الإنجاب الكلي
UNFPA	صندوق الأمم المتحدة للسكان
USAID	الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية

2. ملخص تنفيذي

تزايد عدد سكان الاردن خلال الستين سنة الماضية بما يقارب الإثني عشر ضعفاً، حيث ارتفع عدد السكان من نصف مليون عام 1952 ليصل إلى 5.9 مليون في عام 2009. وقد شكل هذا النمو السريع ضغطاً على المؤسسات الوطنية المسؤولة عن تقديم خدمات ومنتجات ذات جودة عالية للشعب الاردني، في القطاعين الاجتماعي والاقتصادي. وبالاضافة إلى ذلك، فإن اتجاهات النمو السكاني في الأردن والتركيبة السكانية العمرية أثرت على قدرة الأردن على الأستفادة من الفرصه السكانية عندما تكون نسبة عالية من السكان في سن العمل، ومن المتوقع أن تصل هذه الفرصة السكانية إلى ذروتها في عام 2030.

واستجابة لهذه التطورات، كثّف المجلس الأعلى للسكان جهوده لزيادة الوعي حول تأثير النمو السكاني وتوزيعهم وذلك لكسب تأييد صنّاع القرار حول هذه القضايا. ومن ضمن تلك الجهود تطوير عروض كسب التأييد التي تركز على القطاعات الحيوية في الأردن مثل الصحة والتعليم والمياه واستخدام الأرض والطاقة. وقد تم تطوير هذ الوثيقة لدعم العرض حول قطاع الصحة.

حقق الأردن تحسنا واضحا في تقديم الخدمات الصحية خلال العقود الماضية، حيث نجح في تحقيق أدنى معدلات الوفيات العام (الخام) في العالم. والأهم من ذلك أنه طرأ أيضاً تحسن على معدل الوفيات العمري مما أدى إلى رفع متوسط البقاء على قيد الحياة بين السكان، والذي يعتبر نتيجة مباشرة لجودة الخدمات الصحية المتوفرة في جميع أنحاء البلاد. إن من أهم أولويات الأردن الاستمرار في تقديم الخدمات الصحية عالية الجودة لشعبها، وسوف يؤثر النمو السكاني في المستقبل بصورة مباشرة على قدرة الأردن على تحقيق هذا الهدف، وسوف يؤثر على عدد كوادر المهن الطبية اللازمة لتوفير الخدمات الصحية الجيدة، وعلى عدد ونوع المرافق الطبية التي تقدم هذه الخدمات، وعلى الموارد المالية اللازمة لدعم النظام الصحي.

إن دراسة أثر النمو السكاني على التنمية (RAPID)، بما في ذلك العرض المحوسب الذي تم تطويره، هي واحدة من أكثر وسائل كسب التأييد نجاحاً ليجذب صناع القرار والمشرِّعين. وقد تم اعتمادها من قبل المجلس الأعلى للسكان لضمان زيادة مشاركة كافة القطاعات في معالجة قضية النمو السكاني الملحة. وتقدم هذه الوثيقة لمحة عامة عن دراسة أثر النمو السكاني على التنمية (RAPID) التي تم تطويرها لقطاع الصحة في الأردن، وأهميتها كأداة لكسب التأييد ، والمنهجية التي استخدمت في إعدادها، والتوصيات والنتائج التي قُدِّمت من خلال إشراك الهيئات الوطنية، مثل المجلس الأعلى للسكان، ودائرة الإحصاءات العامة، ووزارة الصحة. وتوضح الدراسة استخدام اثنتين من سيناريوهات معدل الإنجاب الكلي (TFR): سيناريو معدل الإنجاب الكلي الثابت، وسيناريو معدل الإنجاب الكلي المتناقص، من خلال ربطهما تحديدا بقطاع الصحة. وسوف تقوم هذه الوثيقة بوصف استنتاجات الدراسة بناءً على التوقعات والفرضيات التي تم تطويرها، والتي تم بناءها وفقاً لغايات وأهداف وزارة الصحة. كما ستصور الفوائد الرئيسية التي يمكن للحكومة الأردنية اكتسابها من خلال تحقيق معدل إنجاب كلي متناقص. وأخيراً، تؤكد هذه الدراسة على الوسيلة الأهم لتحقيق معدل الإنجاب الكلي المستهدف، واكتساب المنافع المرتبطة بها؛ ألا وهي "تنظيم الأسرة".

في عام 2010، قامت مبادرة السياسة الصحية بالتعاون مع المجلس الاعلى للسكان والهيئات الوطنية آنفة الذكر بالعمل على تطوير دراسة أثر النمو السكاني على التنمية (RAPID) في قطاع الصحة، وكخطوة أولى تم تشكيل فريق فني يضم مشروع مبادرة السياسة الصحية (HPI)، والمجلس الاعلى للسكان (HPC)، ودائرة الاحصاءات العامة (DOS)، ووزارة الصحة. وقد تم تدريب فريق وزارة الصحة من قبل مشروع مبادرة السياسة الصحية (HPI) على استخدام حزمة نماذج يطلق عليها " سبكترام"، والذي يحتوى على نموذج تقدير السكان، ونموذج الرابيد (RAPID)، حساب المؤشرات، وتطوير عرض محوسب. وقد تعاون الفريق لتحديد السيناريوهين المتعلقين بمعدل الانجاب الكلي والفرضيات السكانية ذات الصلة، بما في ذلك توقع البقاء على قيد الحياة والهجرة الدولية. بعد ذلك، بدأ الفريق الفني بالعمل على إعداد التقديرات السكانية اعتمادا على مستوى معدل الانجاب الكلي المحدد لكل سيناريو، ومعدل الانجاب العمري التفصيلي (ASFR)، ونسبة الجنس عند الولادة، والعمر المتوقع عند الولادة، والنمط المستخدم لجداول الحياة، والهجرة الدولية. وتم اختيار مؤشرات محددة لكل قطاع، بناءً على الأهمية والتأثير؛ حيث تم تطوير الدراسة وإعداد عرض الحاسوب وفقا لتلك المؤشرات، مما يؤكد حجم الفوائد المكتسبة من خلال اعتماد سيناريو معدل الانجاب الكلي المتناقص بين عامي 2009 و2040.

وكخطوات نهائية، قام الفريق بتحديد والتوصل إلى إجماع بشأن التوصيات الرئيسية والإجراءات التي يتعين تنفيذها من قبل وزارة الصحة والجهات الأخرى ذات العلاقة بما في ذلك:

- إدراج عامل النمو السكاني في خطط وزارة الصحة
- تخصيص أموال كافية لتنفيذ خطط وزارة الصحة
- التزام أعلى ودعم متزايد لخطط تنظيم الاسرة لزيادة معدل انتشار وسائل تنظيم الأسرة (CPR) وتعزيز استخدام وسائل تنظيم أسرة أكثر فعالية عن طريق بنود العمل التالية:
  - تحسين جودة الخدمات الصحية و خدمة المشورة في مجال تنظيم الأسرة
  - الاستجابة والتركيز على الحاجة غير الملباة للسكان
  - الحد من نسبة الانقطاع عن استخدام وسائل منع الحمل
  - الاستخدام المتزايد للوسائل الحديثة لتنظيم الاسرة
  - توفير الخيارات الشاملة لوسائل تنظيم الاسرة
  - تذليل المعوقات التي تواجه تنفيذ السياسات
- زيادة مشاركة القطاع الخاص والمنظمات غير الحكومية في تحديد ومعالجة القضايا السكانية

لقد طور الفريق ملاحظات المتحدثين لتقديم العرض . وقد تم وضع اللمسات الأخيرة على دراسة أثر النمو السكاني على التنمية والمتعلقة بقطاع الصحة في عام 2010 وتسليمها إلى المجلس الأعلى للسكان باللغتين العربية والإنجليزية. وقد تم إطلاق العرض الخاص بأثر النمو السكاني على التنمية (RAPID) / قطاع الصحة رسميا تحت رعاية مندوب وزير الصحة الدكتور عادل البلبيسي ومسؤولين آخرين رفيعي المستوى من الوزارة وبحضور ممثلي القطاع الصحي الحكومي والخاص والأهلي وممثلي الجهات المانحة في 20 أيلول 2010. ومنذ ذلك الحين استخدم المجلس الأعلى للسكان الدراسة في عدة مناسبات لزيادة وعي صناع القرار حول قضايا السكان وكيفية تأثيرها على مستقبل صحة السكان في الأردن.

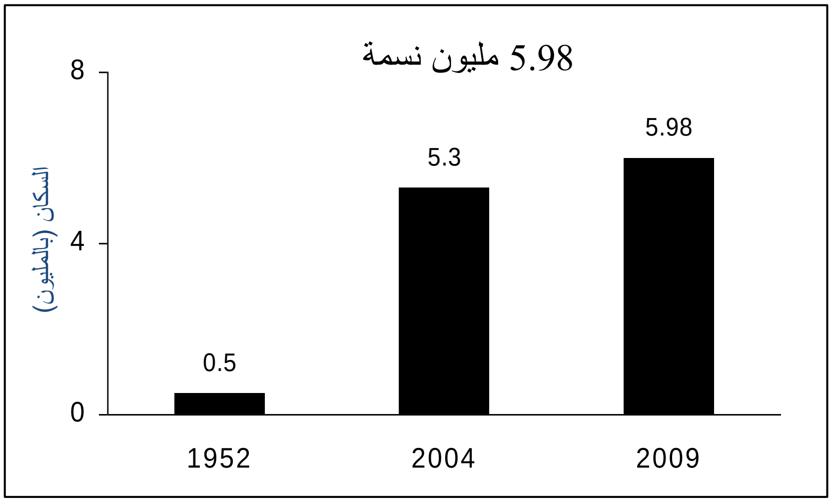
3. المقدمة

3.1 ملخص الخصائص السكانية في الأردن

على مدى عقود ماضية، أدركت حكومة المملكة الأردنية الهاشمية أهمية ومدى تأثير النمو السكاني على قطاعات التنمية المختلفة، مثل التعليم، والصحة، والاقتصاد، والمياه، والزراعة. وبناء على أوامر جلالة الملك عبدالله الثاني، قام المجلس الأعلى للسكان في عام 2004 بتعزيز الجهود والتنسيق مع الهيئات الحكومية وغير الحكومية لتوعية رجال السياسة وصناع القرار بأهمية القضايا السكانية، والعمل على تطوير عدة خطط لمعالجة تلك القضايا.

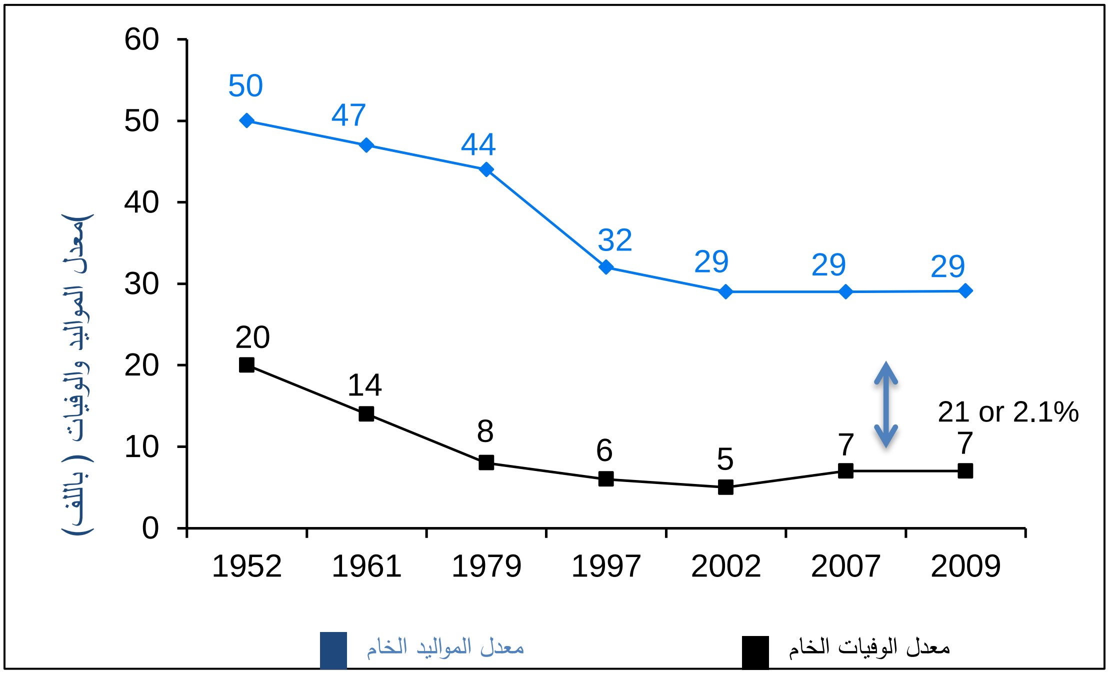
فخلال السنوات الستين الماضية ازداد عدد سكان الاردن بشكل كبير، حيث ارتفع عدد السكان من نصف مليون عام 1952 ليصل إلى 5.9 مليون في عام 2009 (الشكل 1). وتعزى هذه الزيادة إلى ارتفاع معدل الزيادة الطبيعية، وهو الفرق بين معدل المواليد الخام ومعدل الوفيات الخام. وأظهرت العقود القليلة الماضية انخفاضاً كبيراً في كل من معدلات المواليد والوفيات. في بداية الخمسينيات، كان معدل الوفيات الخام حوالي 20 بالألف وكان معدل الولادات الخام 50 بالألف وابتداء من عام 2009، انخفض معدل الوفيات الخام والولادات الخام إلى 7 بالألف وإلى 29 بالألف على التوالي، وقد انعكس ذلك في تناقص معدل الزيادة الطبيعية والتي انخفضت من 3 في عام 1950 إلى 2.1 في عام 2009. على الرغم من أن هذا الانخفاض كان ملحوظاً اعتباراً من عام 2009، إلا أن النسبة لا تزال مرتفعة (الشكل 2).

الشكل 1 – اتجاهات النمو السكاني (1952، 2004 و2009)



المصدر: التعدادات الأردنية لعامي 1952 و 2004 والكتاب الإحصائي السنوي لعام 2009

الشكل 2 – معدلات المواليد والوفيات الخام (1952–2009)



المصدر: بيانات دائرة الإحصاءات العامة – التعدادات الأردنية للأعوام 1952 و1961 و1979، والأردن في أرقام 1997–2009

وكما ذكر سابقاً، فقد كان معدل المواليد الخام 29 حالة ولادة لكل ألف في عام 2009، وأيضاً كان معدل الانجاب الكلي عالياً، ويعرف معدل الإنجاب الكلي بأنه متوسط عدد المواليد الذين تنجبهم المرأة خلال حياتها الإنجابية (15–49 سنة) إذا ما حافظت على معدلات الانجاب العمري ، ففي عام 1976، كان معدل الانجاب الكلي في الأردن مرتفعا يصل إلى 7.4 مولود لكل امرأة. وخلال السنوات الثلاثين الماضية، انخفض معدل الانجاب الكلي بشكل كبير ليصل إلى 3.7 في عام 2002، وظل ثابتا تقريباً بعد ذلك، حوالي 3.8 في عام 2009 (الشكل 4).

هذه المؤشرات وغيرها مثل متوسط البقاء على قيد الحياة (العمر المتوقع)، الذي ارتفع من 68 للذكور و71 للإناث في عام 2002 إلى 72 و74 سنة على التوالي في عام 2009، تشير إلى تطور ملحوظ في القطاع الصحي في الأردن. وبالرغم من ذلك، مازالت هناك ضغوطاً متزايدةً على القطاعات الاجتماعية والاقتصادية نظراً للزيادة الكبيرة في عدد السكان. هذه الضغوط بالإضافة إلى حالة الثبات التي حدثت لمعدل الإنجاب الكلي خلال السنوات الأخيرة شجعت الجهات ذات العلاقة على تعزيز جهودها لتحسين البرامج اللازمة لخفض معدل الانجاب الكلي والنمو السكاني.

3.2 الخلفية التاريخية والنظرية

عمل مشروع مبادرة السياسات الصحية والمشاريع السابقة له في مجال السياسات التي تنفذها مجموعة المستقبل والممولة من قبل الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية على تطوير نموذج سبكترام الذي يتكون من مجموعة من النماذج منها نموذج يساعد في تقدير السكان (Demproj) وآخر يدرس أثر النمو السكاني على التنمية (Rapid) ، ويستخدم هذين النموذجين في تطوير التوقعات المتعلقة بالسكان والقطاع الاجتماعي والاقتصادي.

يعتبر نموذج تقديرات السكان (Demproj) هو النموذج الرئيسي في حزمة نماذج (SPECTRUM). ويتألف نموذج تقديرات السكان (Demproj) من البيانات الديمغرافية والسكانية التي تبنى عليها جميع التوقعات، ويتميز بسهولة الاستخدام والتلاءم مع كل تطبيقات الويندوز الأخرى. لإستخدام نموذج تقديرات السكان، يجب على المستخدم إدخال المعلومات المتعلقة بالسكان حسب العمر ونوع الجنس لسنة الأساس، ومعدل الانجاب الكلي، ومعدل الانجاب العمري التفصيلي، ونسبة الجنس عند الولادة، وتوقع البقاء على قيد الحياة (العمر المتوقع)، وأنماط جداول الحياة، وبيانات الهجرة الدولية. تشكّل هذه المعلومات، بالإضافة إلى تحديد سنة الأساس المرجعية والفترة الزمنية المطلوب إعداد تقديرات عنها، والتي بدورها تستخدم في عند تطبيق نموذج أثر السكان على التنمية (RAPID).

يستخدم نموذج أثر النمو السكاني على التنمية (RAPID) في حزمة نماذج (SPECTRUM) لتوضيح أثر النمو السكاني على القطاعات الاجتماعية والاقتصادية في البلاد، مثل الاقتصاد والصحة والتعليم والمياه والزراعة، و تعتبر تلك النماذج هامة للغاية لكسب تأييد صناع القرار. تستخدم نموذج التقديرات السكانية التي تم تطويرها في (DemProj)، بالإضافة إلى الافتراضات الأخرى

في القطاعات، لتطوير توقعات حول الاحتياجات وتكاليف تقديم خدمات عالية الجودة ومقبولة في مختلف القطاعات الحيوية في أي بلد في ظل النمو السكاني المتزايد.

3.3 أهمية دراسة أثر السكان على التنمية (RAPID) على الاردن

تعتبر الدراسة مهمة لأسباب كثيرة. منها:

1. أن الأردن هي واحدة من البلدان محدودة الموارد التي مازالت تواجه ارتفاعا في معدل النمو السكاني، مما يشكل ضغطا على المؤسسات الوطنية المسئولة عن تقديم خدمات ومنتجات عالية الجودة إلى الاعداد المتزايدة من السكان. وتبين الدراسة تأثير النمو السكاني على قطاعات التنمية بطريقة واضحة تمكن صانعي السياسات من فهم الدور المطلوب منهم في هذه المسألة بصورة أكثر وضوحا.
2. هدف تقديم هذه الدراسة إلى صانعي القرارات والسياسات في البلاد التي تتناول القضايا التي تهم اولئك المسؤولين وتشير إلى كيفية تأثير النمو السكاني على تلك القضايا لحثهم على اتخاذ الإجراءات اللازمة.
3. استخدمت الدراسة في العديد من البلدان الأخرى التي تواجه نفس القضايا مثل الأردن، حيث لعبت دورا رئيسيا في تحويل وتغيير سياساتها.
4. تدعو الدراسة إلى اتباع نهج متعدد القطاعات لمعالجة قضية السكان، والحد من الضغط الناتج عن وضع مسئولية معالجة هذه القضية من خلال وزارة واحدة. إن إشراك جميع قطاعات التنمية في الأردن يساعد على خلق الالتزام المطلوب لإحداث التغييرات المطلوبة في السياسات.
5. وأخيرا، تقدم هذه الدراسة توصيات مباشرة وواضحة وتقدم كذلك الإجراءات اللازمة للتخفيف من التحديات المرتبطة بالنمو السكاني، مما يمنح صناع القرار خيار اعتماد واحد أو أكثر من الإجراءات المناسبة للتطبيق.

3.4 لماذا تم اختيار قطاع الصحة لتطوير دراسة أثر النمو السكاني على التنمية

1. تعتبر دراسة أثر النمو السكاني على التنمية أداة حيوية لكسب تأييد صانعي السياسة والقرار في مختلف القطاعات الحيوية. وكما ذكر آنفا، فقد حقق القطاع الصحي خطوات كبيرة في تحسين المؤشرات الصحية خلال السنوات الستين الماضية. وقد تحسن معدل الوفيات حسب العمر بصورة ملحوظة لكل الأعمار، وبالتالي زيادة العمر المتوقع لكل من الذكور والإناث. وانخفضت معدلات الوفيات الخام أيضاً، و الذي يعد اتجاه إيجابي بالنسبة لدولة مثل الأردن لديها تركيبة عمرية شابة نسبيا. وقد تحققت هذه التحسينات مع زيادة جودة الرعاية الصحية والخدمات الصحية في الأردن. ومع ذلك، من أجل ضمان استمرار تحسن المؤشرات الصحية، فمن الأهمية بمكان أن نأخذ مخططات القطاع الصحي في الحسبان في ظل زيادة النمو السكاني. إن الاستمرار في تقديم خدمات صحية ذات جودة عالية هي واحدة من اهم الأولويات في الأردن والقيام بذلك يتطلب التفكير المتأني وإدراج النمو السكاني في استراتيجيات

وإنجازات القطاع الصحي. وبناء على ذلك، ينبغي على وزارة الصحة إدراج عامل النمو السكاني في خططها، والذي يمكن أن يساعد دراسة أثر النمو السكاني على التنمية (RAPID) في تقديره عند تطبيق قطاع الصحة به

4. المنهجية

4.1 تشكيل فريق تقني

كخطوة أولى في تطوير عرض دراسة أثر النمو السكاني على التنمية (RAPID) في قطاع الصحة، قام مشروع مبادرة السياسة الصحية والمجلس الأعلى للسكان بتقديم عرض الدراسة إلى ممثلي وزارة الصحة لجذب إهتمامهم و إشعارهم في الوزارة بأهمية هذه الأداة، و إمكانية تكييفها حسب احتياجات الوزارة وعلاقة القطاع الصحي و تأثره بالنمو السكاني. وبمجرد أن تم توضيح أن النموذج أداة هامة يمكن ان تستخدم لكسب تأييد صناع القرار حول القضايا السكانية، تم تشكيل الفريق الفني.
قام الفريق الفني المكون من المجلس الأعلى للسكان، مبادرة السياسة الصحية، دائرة الاحصاءات العامة، ووزارة الصحة، بتطوير عرض محوسبا لشرح نتائج دراسة أثر النمو السكاني على قطاع الصحة حيث كان ذلك الفريق مسؤولا عن جمع البيانات، وتحديد الافتراضات، ووضع التوقعات، وتحديد المؤشرات التي سيتم حسابها، وتطوير العرض وإعداد نص مصاحب للعرض للمتحدثين القائمين بتقديم العرض.

تم تنفيذ تدريب على حزمة نماذج سبكترام (نموذج التقديرات السكانية ونموذج آثار النمو السكاني على التنمية) لتقديم فكرة واضحة للفريق الفني عن حزمة نماذج سبكترام، وكيفية استخدامها. ولتمكينهم من إشراك ممثلي وزارة الصحة وتوضيح النتائج التي يتم تناولها في العرض.

وقد عقد الفريق الفني لقاءات بشكل مستمر لمراجعة البيانات والتقديرات ووضع الدراسة وعرضا محوسبا في شكله النهائي.

4.2 جمع البيانات اللازمة

تعتبر البيانات الدقيقة والحديثة هي أساس تطبيق نموذج رابيد ، على أن يتم جمعها من مصادرها الأساسية الموثوقة مع اعتبار عام 2009 كسنة أساس مرجعية. ووفقاً لذلك، عمل الفريق الفني على جمع البيانات اللازمة عن السكان وقطاع الصحة من المصادر ذات الصلة، مثل دائرة الاحصاءات العامة، ووزارة الصحة.

وتألفت الدراسة من الأقسام الرئيسية التالية:

1. الخصائص السكانية – تم جمع البيانات لهذا الجزء من دائرة الاحصاءات العامة
2. قطاع الصحة – تم جمع البيانات لهذا الجزء من وزارة الصحة

وبالإضافة إلى الاتصال المباشر مع الوزارات والجهات ذات العلاقة، قام الفريق وبصورة مستمرة بمراجعة الدراسات والمسوح والتقارير والمواقع الالكترونية الرسمية لتوفير البيانات المطلوبة. وعمل الفريق كذلك على حفظ سجل دقيق من البيانات التي تم جمعها، لضمان تحديد المصادر الرئيسية.

4.3 تحديد سيناريوهات معدل الانجاب الكلي والفرضيات السكانية

إن الخطوة الأولى في تطوير دراسة أثر النمو السكاني على التنمية (RAPID) هي تحديد بدائل لسيناريوهات الانجاب المستخدمة لتقدير السكان. وتظهر الخبرات السابقة في هذا المجال أن الطريقة الأكثر فاعلية هي تحديد اثنين أو ثلاثة سيناريوهات على الأكثر، فاستخدام أكثر من ثلاثة سيناريوهات قد يصرف صانع القرار عن الهدف الرئيسي لخفض معدل الانجاب الكلي. وقد قرر الفريق الفني استخدام سيناريوهين؛ يظهر أحدهما ما سيكون عليه الحال إذا استمر معدل الانجاب عند مستوياته الحالية، والآخر يُظهر أثر تناقص الإنجاب المتوافق مع تحقيق أهداف الأجندة الوطنية. وعلى سبيل المثال، تُبين الأجندة الوطنية ووثيقة الفرصة السكانية الحاجة إلى خفض معدل الانجاب الكلي إلى 3.0 طفل لكل امرأة في عام 2017 وتحقيق معدل إنجاب إجمالي يساوي 2.1 طفل لكل امرأة بحلول عام 2030.

إن الخطوة الثانية هي تحديد أهداف معدل الانجاب الكلي. وهي عادة ما تكون أهداف وطنية يتم تحديدها على المستوى الوطني من خلال سياسات قابلة للتنفيذ (كما ذكر سابقا). يقوم مستخدم نموذج أثر النمو السكاني على التنمية (RAPID) بإدخال المعلومات المتعلقة بهذه السيناريوهات في نموذج "SPECTRUM" عن سنة الأساس والسنة المستهدفة للتقديرات وبإستخدام طريقة الإستكمال العددي الرياضية يتم حساب معدل الانجاب الكلي المتوقع لجميع سنوات التقدير.

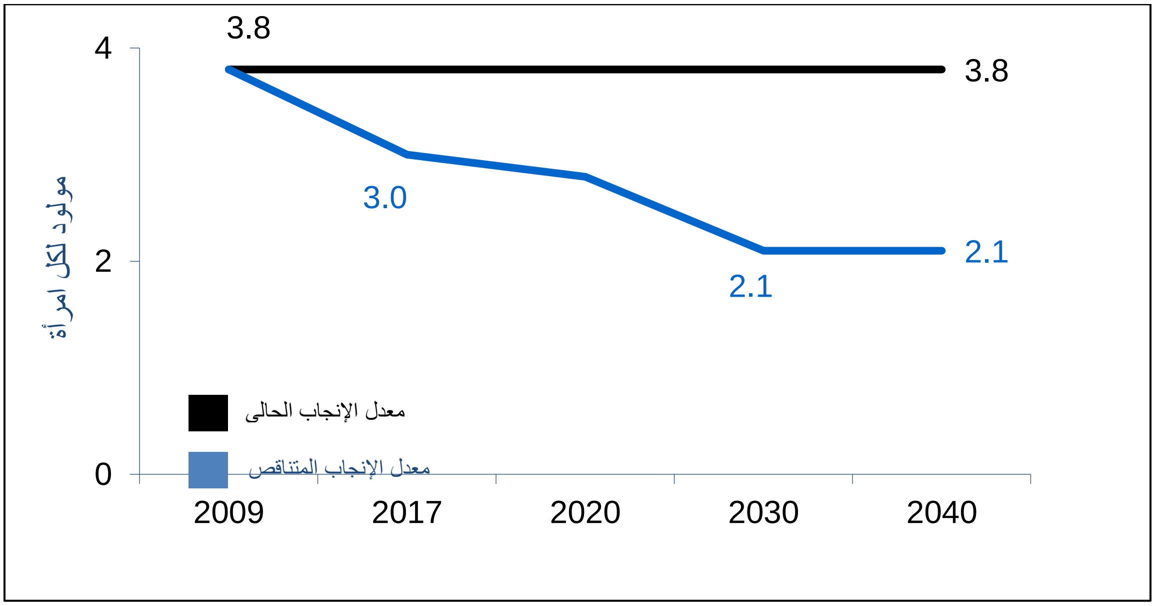
لقد أعد العرض المحوسب لنتائج تطبيق نموذج أثر النمو السكاني على التنمية (RAPID) أعتماداً على اثنين من السيناريوهات البديلة المبنية على افتراضات سيناريوهات لمعدل الانجاب الكلي:

السيناريو 1 – بقاء معدل الانجاب الكلي ثابتا عند مستواه الحالي في عام 2009

السيناريو 2– خفض معدل الانجاب الكلي تحقيقاً لأهداف الأجندة الوطنية

وفقاً للسيناريو الأول، يبقى معدل الانجاب الكلي ثابتا عند المعدل الحالي بنسبة 3.8 طفل لكل امرأة. وحسب السيناريو الثاني، ينخفض معدل الانجاب الكلي من 3.8 طفل لكل امرأة في سنة الأساسية المرجعية (2009) ليصل إلى 3.0 في عام 2017 و2.1 في عام 2030 تحقيقاً للأهداف الوطنية. وبعد ذلك، يبقى معدل الانجاب الكلي ثابتا (الشكل 3).

الشكل 3 – سيناريوهات معدل الإنجاب الكلي



المصدر : المصدر : مسح السكان والصحة الأسرية لعام 2009 والإسقاطات السكانية (SPECTRUM

بالإضافة إلى تحديد السيناريوهات وفرضيات معدل الانجاب الكلي فقد قام الفريق، بالتعاون مع دائرة الاحصاءات العامة، بتحديد افتراضات سكانية أخرى:

1- العمر المتوقع عند الولادة للذكور والإناث:

كان من المتوقع ارتفاع متوسط العمر من عام 2009 حتى 2017 ليصل إلى 75 سنة وأن يظل ثابتا بعد ذلك. واستندت هذه الافتراضات إلى البيانات والدراسات الواردة من دائرة الاحصاءات العامة.

2- صافي الهجرة

لعدم وجود بيانات دقيقة وحديثة عن المهاجرين للداخل أو للخارج قرر الفريق أفتراض أن صافي الهجرة صفر.

4.4 التقديرات السكانية

لكي نبدأ في تطبيق نموذج أثر النمو السكاني على التنمية (RAPID) لإعداد التوقعات من أحتياجات السكان المتزايد في المجالات المختلفة من صحة و تعليم و مياه يجب أولاً تحديد سنة الأساس المرجعية، والسنة الأخيرة من التقديرات. وللحصول على أفضل النتائج، فإن الفترة الزمنية بين السنتين ينبغي ألا تتجاوز 50 عاما. ذلك أن فترات التوقع طويلة الاجل تؤدي إلى إضعاف فعالية النتائج التي يتم الحصول عليه، كما أن صانعي السياسات في كثير من الأحيان أكثر اهتماما بالآثار قصيرة الأجل من الآثار طويلة الأجل.

وعند تحديد سنة الأساس المرجعية، يقوم مستخدم حزمة برامج سبكترام بإدخال البيانات السكانية حسب:

1- الجنس (ذكر وأنثى)
2- الفئات العمرية الخمسية (0-` 5-9، 10-14،...، 65+)

و يتم الحصول على هذه البيانات من أحدث الدراسات ومسوحات دائرة الاحصاءات العامة. وبالإضافة إلى ذلك، يقوم المستخدم بإدخال المعلومات التالية:

1- معدل الانجاب الكلي (استنادا إلى السيناريوهات المحددة)
2- معدل الانجاب العمري التفصيلي (ASFR)- في هذا القسم يمكن للمستخدم الاختيار بين الإدخال اليدوي للبيانات أو أحد الجداول النمطية المبناة بالفعل داخل النموذج على أن تكون الأكثر ملائمة للوضع في الأردن. واستنادا إلى البيانات الواردة من المجلس الاعلى للسكان ودائرة الاحصاءات العامة، فقد تم بناء البرنامج الوطني أثر النمو السكاني على التنمية (RAPID) استنادا إلى الجدول النمطي المتوسط للامم المتحدة.
3- نسبة الجنس عند الولادة- وهذا يحدد عدد المواليد الذكور لكل 100 مولود أنثى. واستنادا إلى البيانات الواردة من دائرة الاحصاءات العامة، تم تحديد نسبة الجنس عند الولادة بأنها 105.
4- متوسط البقاء على قيد الحياة (العمر المتوقع) – وهو متوسط عدد السنوات التي من المتوقع أن يعيشها المولود استنادا إلى نمط الوفيات في سنة الأساس المرجعية. ويتم تعريف متوسط العمر المتوقع لكل من الذكور والإناث، وهو يعتبر مرتفعاً في الأردن ويرجع ذلك إلى تعزيز القطاع الصحي. واستنادا إلى بيانات عام 2009 الواردة من دائرة الاحصاءات العامة، من المتوقع أن يبلغ متوسط عمر الذكور في الأردن 72 عاماً، والإناث 74 عاماً. وكما ذكر في وقت سابق، توقع الفريق الفني ودائرة الاحصاءات العامة أن يرتفع إجمالي متوسط العمر المتوقع إلى 75 في عام 2017، وأن يبقى ثابتاً بعد ذلك.
5- نمط جداول الحياة- هذه الجداول تتعلق ببقاء السكان على قيد الحياة في بلد معين على مدى فترة من الزمن. و يتضمن حزمة نماذج (SPECTRUM) في نموذج تقديرات السكان (Demproj) 10 أنماط لجداول الحياة للاختيار من بينها. وقد حدد الفريق الفني جدول حياة (Coale-Demeny East) لأنه النمط الانسب للأردن.
6- الهجرة الدولية- وكما ذكر في وقت سابق، تم تحديد الهجرة الدولية عند مستوى الصفر نظرا لعدم وجود بيانات دقيقة وحديثة.

هذه البيانات، بالإضافة إلى بيانات السكان لسنة الأساس المرجعية، هي البيانات الرئيسية التي يجب إدخالها في نموذج تقديرات السكان Demproj، والتي من خلالها يمكن تقددير السكان لفترة محددة من الزمن والتي تم تحديدها خلال الفترة (2009-2040) لدراسة أثر النمو السكاني على التنمية (RAPID).

وبناء على ما سبق، فقد تم حساب تقديرات السكان للأردن للسنوات 2009–2040 وفقا لسيناريوهات معدل الانجاب الكلي الثابت والمتناقص.

4.5 تحديد فرضيات قطاع الصحة المستخدمة في التقدير

وكانت الخطوة التالية في تطوير دراسة أثر النمو السكاني على التنمية هي تحديد الافتراضات المستخدمة في قطاع الصحة.

جمع الفريق معلومات حول الأهداف ذات الصلة بقطاع الصحة، والتي كانت جزءا من استراتيجيات وخطط عمل وزارة الصحة، على سبيل المثال، تفترض وزارة الصحة أن نسبة عدد الأطباء إلى السكان ستبقى ثابتة وأن نسبة عدد الممرضين إلى السكان ستبقى ثابتة أيضا، ومن المفترض كذلك بأن عدد أسرّة المستشفيات إلى السكان والمراكز الصحية إلى السكان ستبقى ثابتة. ومن المتوقع ارتفاع نفقات الرعاية الصحية للفرد حتى عام 2017 وان تبقى ثابتة بعد ذلك. إن هذه الأهداف والإفتراضات، من بين أهداف أخرى عديدة، تم إدراجها كجزء من الأهداف التي ينبغي تحقيقها على المستوى الوطني في قطاع الصحة، والتي استخدمت في حساب التوقعات.

حدد الفريق الفني الافتراضات والتقديرات التي يجب تضمينها في الدراسة، كما قام بالتأكد من أن تلك الافتراضات والتقديرات تم التأكيد عليها من قبل وزارة الصحة ومدعومة بالوثائق الرسمية.

4.6 تحديد أهم المتغيرات المطلوب تقديرها وعمل الحسابات اللازمة لذلك

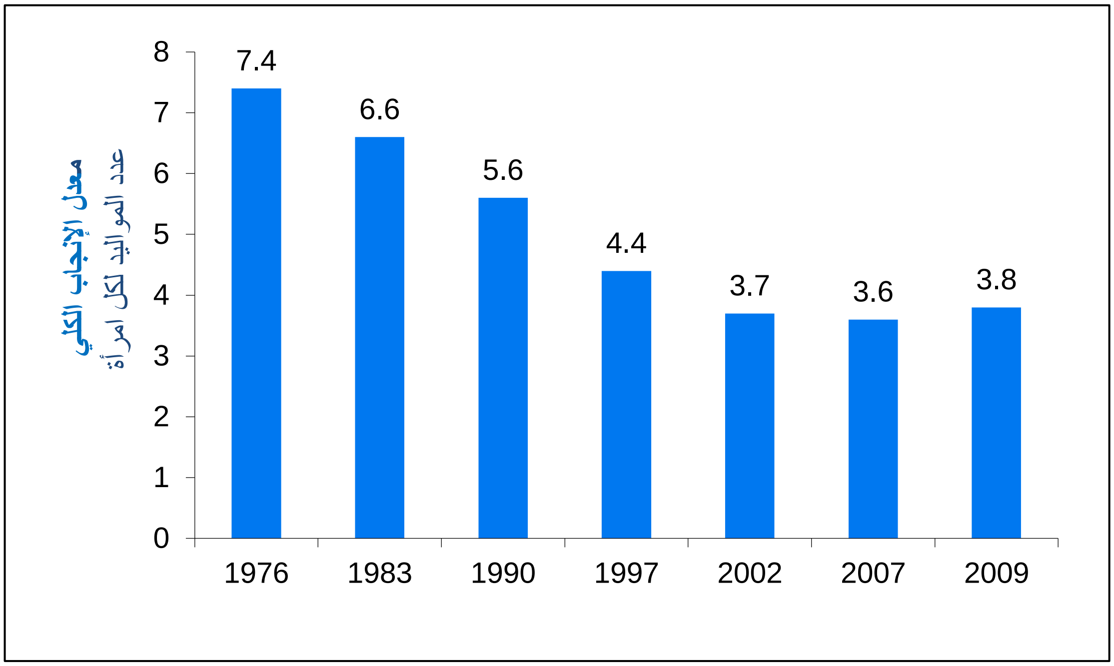
حدد الفريق المؤشرات اللازمة لقطاع الصحة على أساس علاقتها بالنمو السكاني وتأثيرها على صناع القرار. وقد تم جمع البيانات لكل من هذه المؤشرات وإدخال المعادلات الرياضية المطلوبة لحساب التوقعات باستخدام تطبيق اكسل Excel وعند حساب هذه المؤشرات، تم اختيار المؤشرات الاكثر أهمية والاكثر تأثيراً لأستعراض نتائجها في العرض المعد من نتائج الدراسة أثر النمو السكاني على التنمية (RAPID).

5. النتائج

5.1 الخصائص السكانية

في هذا القسم، تم أستعراض أهم خصائص السكان في الأردن، و تتضمن معلومات عن سكان سنة الأساس المرجعية (2009)، ومعدل المواليد الخامومعدل الوفيات الخام، ومعدل الزيادة الطبيعية، ومتوسط العمر المتوقع للذكور والإناث. وبالإضافة إلى ذلك، تُظهر الأرقام اتجاه تطور النمو السكاني، ومعدلات المواليد والوفيات الخام، فضلا عن معدل الزيادة الطبيعية خلال العقود القليلة الماضية. هذا وتشير أيضا إلى التغييرات على المستوى الوطني في معدل الانجاب الكلي منذ عام 1976، حيث سجل انخفاضا من 7.4 طفل لكل امرأة إلى 3.8 في عام 2009 (الشكل 4)، والتغير في العدد السنوي للولادات (الشكل 5). وأخيرا، يبين هذا القسم الهيكل العمري للمجتمع الأردني وكيف تغير منذ عام 1979 إلى مجتمع أكثر شباباً، مؤكداً الحاجة إلى الاستفادة من هذا التحول.

الشكل 4 – اتجاهات معدل الإنجاب الكلي (TFR)



المصدر : مسوحات السكان والصحة في الأردن

وقد تم جمع البيانات لهذا القسم من التعدادات الأردنية، كمسح السكان وصحة الأسرة، وتقديرات دائرة الاحصاءات العامة، والدراسات والتقارير، ووثيقة الفرصة السكانية، والتوقعات المطورة من قبل مشروع مبادرة السياسة الصحية.

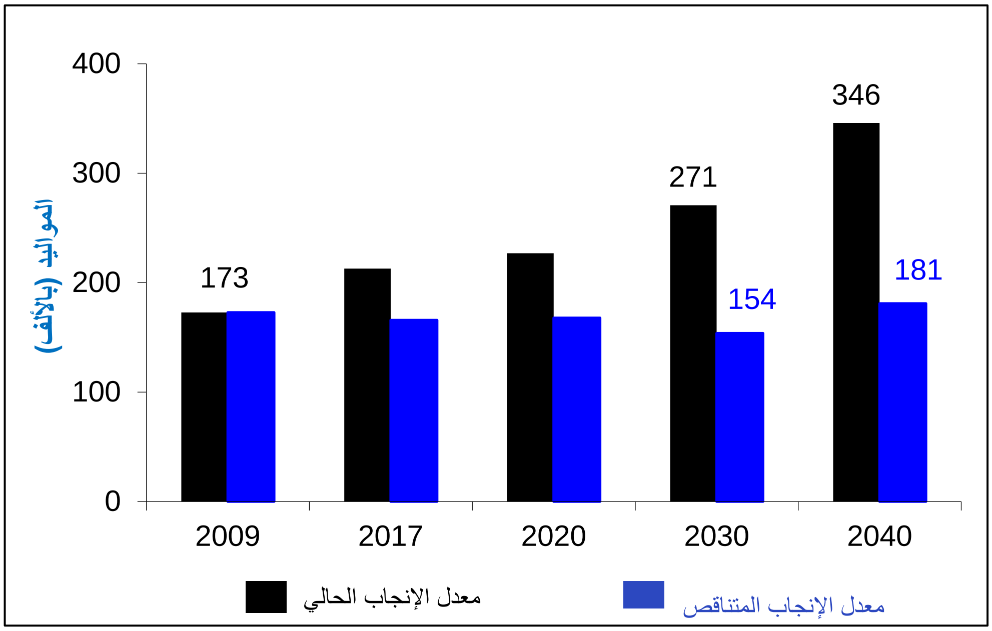
5.2 التقديرات السكانية

حدد هذا القسم السيناريوهات الرئيسية التي سيتم استخدامها خلال الدراسة لتوضيح أثر السكان على قطاع الصحة في الأردن. وقد قرر الفريق استخدام اثنين من السيناريوهات كما ذكر في وقت سابق:

- سيناريو معدل الانجاب الكلي الثابت
- سيناريو معدل الانجاب الكلي المتناقص

حدد هذا القسم التفاصيل المتعلقة بكل سيناريو، وو توضيح الفروق في التقديرات بين السيناريوهين المستخدمين. وقرر الفريق استخدام اللون الأسود للسيناريو الأول، و استخدام اللون الأزرق للسيناريو الثاني. وبالإضافة إلى ذلك، حدد هذا القسم جميع الافتراضات السكانية الأخرى التي تم استخدامها. وفي دراسة أثر النمو السكاني على التنمية (RAPID) في قطاع المياه تم توثيق جميع الافتراضات المتعلقة بمعدل الانجاب الكلي، ومتوسط العمر المتوقع وصافي الهجرة الدولية. وكانت الخطوة التالية هي إظهار التغيير في الولادات السنوية والسكان بموجب السيناريوهين، هذا واظهرت التوقعات الحسابية بأن الإنخفاض في معدل الانجاب الكلي لا يعني بالضرورة إنخفاضا في العدد السنوي للولادات، ويرجع ذلك إلى التركيبة العمرية الشابة ووجود عدد كبير من النساء في سن الإنجاب (15–49) في الأردن. وفقا لذلك، من المتوقع ارتفاع عدد الولادات على مدى السنوات الـ30 المقبلة وفقا للسيناريوهين. في عام 2009، كان هناك ما يقرب من 173 الف حالة ولادة في الأردن. وأظهرت التوقعات بأنه وفقا لسيناريو معدل الإنجاب الكلي الثابت، سيتضاعف العدد السنوي للولادات تقريبا خلال السنوات الثلاثين المقبلة، وسيصل إلى ما يقرب 346 الف بحلول عام 2040. ولكن وفقا لسيناريو معدل الإنجاب الكلي المتناقص سيبقى العدد السنوي للولادات مقارباً لما كان عليه في عام 2009، وسيرتفع إلى 181 ألف تقريبا بحلول عام 2040 (الشكل 5).

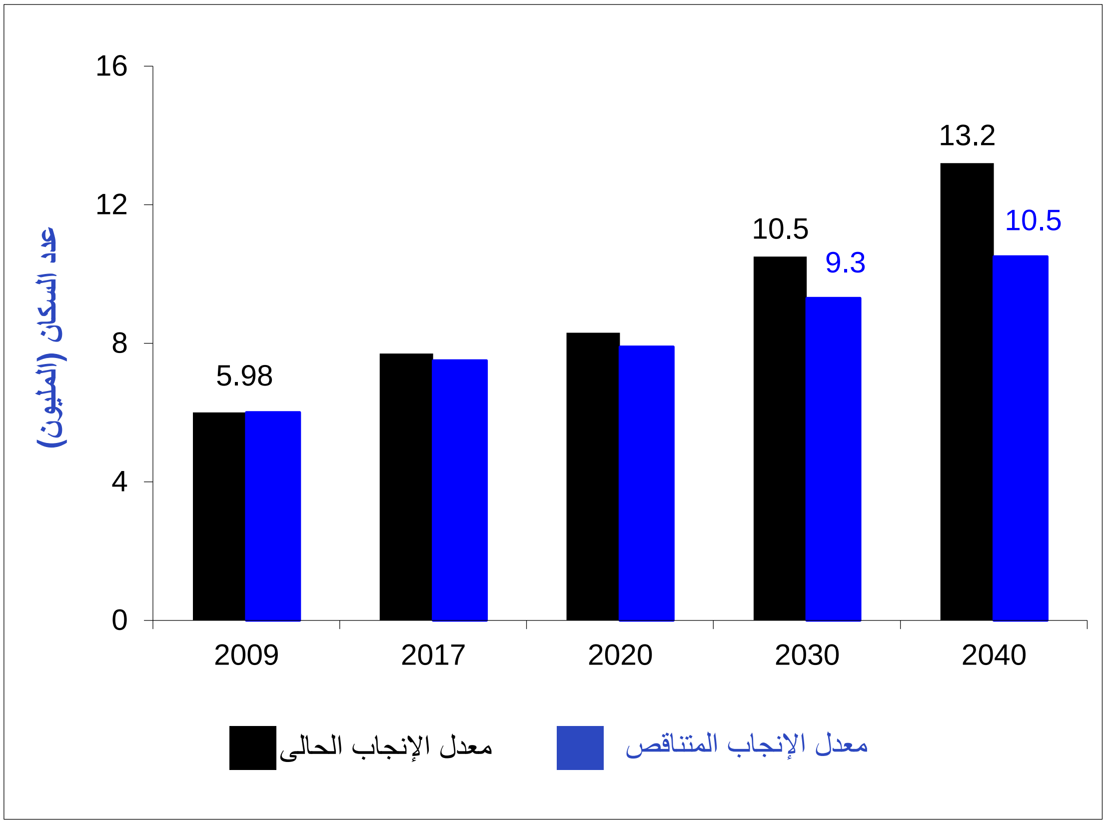
الشكل 5 – الولادات السنوية (2009–2040)



المصدر: بيانات وتوقعات دائرة الإحصاءات العامة

بلغ عدد سكان الأردن في عام 2009 حوالي 5.98 مليون، وإذا استمر الإنجاب كما هو عليه ولم ينخفض معدل الإنجاب الكلي فإنه من المتوقع أن تحدث زيادة كبيرة في عدد السكان، بحيث يصل إلى 10.5 ملايين في عام 2030، وقد يتضاعف بحلول عام 2040 ليصل إلى 13.2 مليون. وفي حال حدوث انخفاض في معدل الانجاب الكلي، و لأن عدد السكان سوف يستمر في النمو، ولكن بمعدل أبطأ ، فإن عدد السكان سيصل إلى حوالي 9.3 مليون في عام 2030 و10.5 مليون نسمة بحلول عام 2040 (الشكل 6).

الشكل 6 – النمو السكاني الكلي (2009–2040)



المصدر: توقعات وبيانات دائرة الإحصاءات العامة

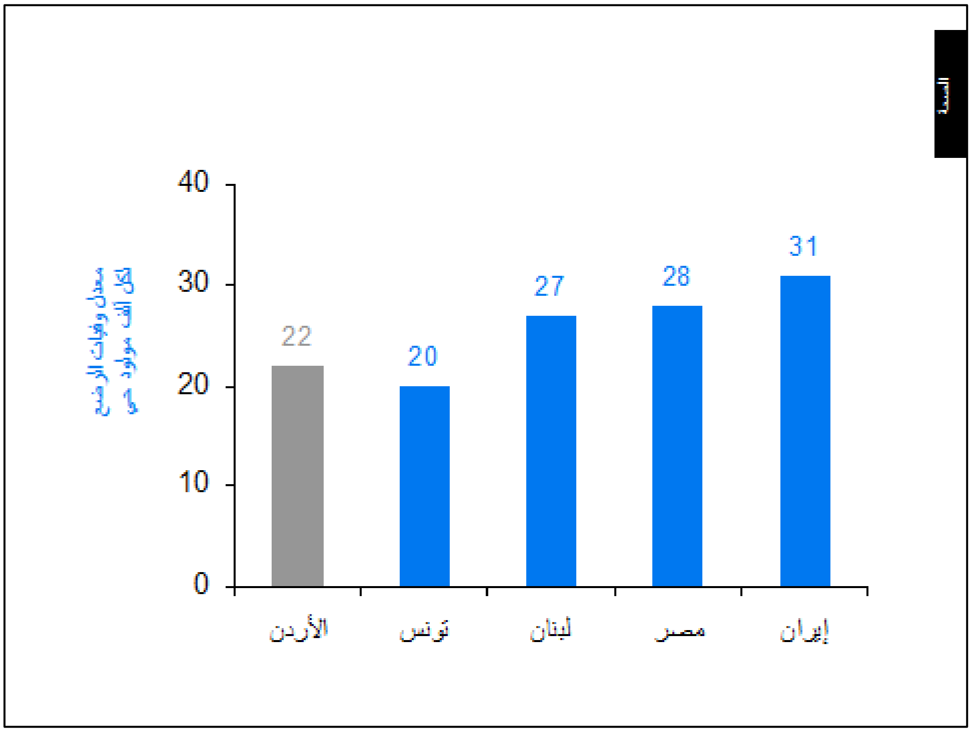
تم تقدير الإحتياجات في في دراسة أثر النمو السكاني على التنمية (RAPID) في قطاع الصحة للفترة الزمنية 2008–2040 وتم عرض النتائج للسنة المرتبطة بالأهداف الوطنية وهي (2017 وكذلك تم عرض النتائج لكل عشر سنوات ابتداء بسنة 2020 وانتهاءً بسنة 2040. ولغايات العرض، أكد الفريق احتواء كل شريحة في هامشها على مصادر البيانات والافتراضات المستخدمة في حساب التوقعات.

5.3 متغيرات الصحة الحالية

تطور واقع الصحة في الاردن باستمرار عبر الزمن، فخلال الستين سنة الماضية تناقص معدل وفيات الاطفال من 161 لكل 1000 ولادة حية في عام 1950 إلى 22 لكل 1000 ولادة حية في عام 2005. وبالمقارنة مع دول الشرق الأوسط المجاورة ودول شمال أفريقيا يعتبر معدل وفيات الأطفال في الأردن قليل نسبياً (الشكل 7). وللتحسن في وفيات الأطفال له تأثير كبير

على تحسين توقعات معدل الحياة، وبناءا عليه تطور العمر المتوقع عبر الزمن من 48 سنة في عام 1950 إلى 72 سنة في عام 2009.

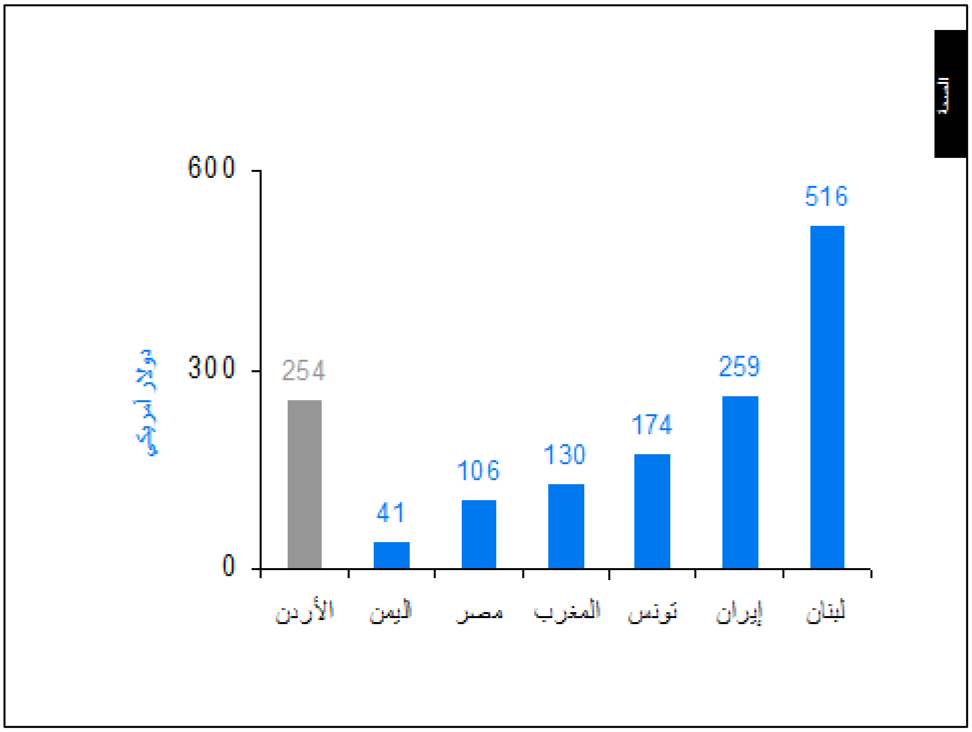
الشكل 7 – معدل وفيات الأطفال الرضع في الأردن والدول المجاورة (2008)



المصدر: تقرير التنمية البشرية – 2008

بالاضافة إلى ذلك فإن نفقات الرعاية الصحية للفرد في الأردن أعلى من عدة بلدان مجاورة في الشرق الأوسط وشمال أفريقيا (الشكل 8).

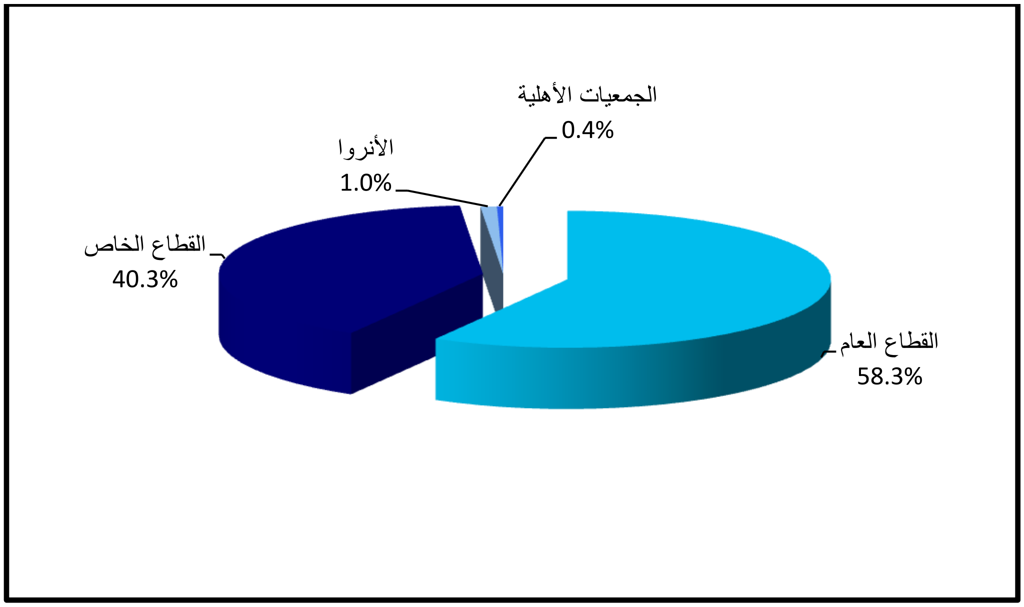
الشكل 8 – نفقات الرعاية الصحية للفرد في الاردن (2007) والدول المجاورة



المصدر: تقرير االحسابات الوطنية الصحية 2007 / المجلس الصحي العالي

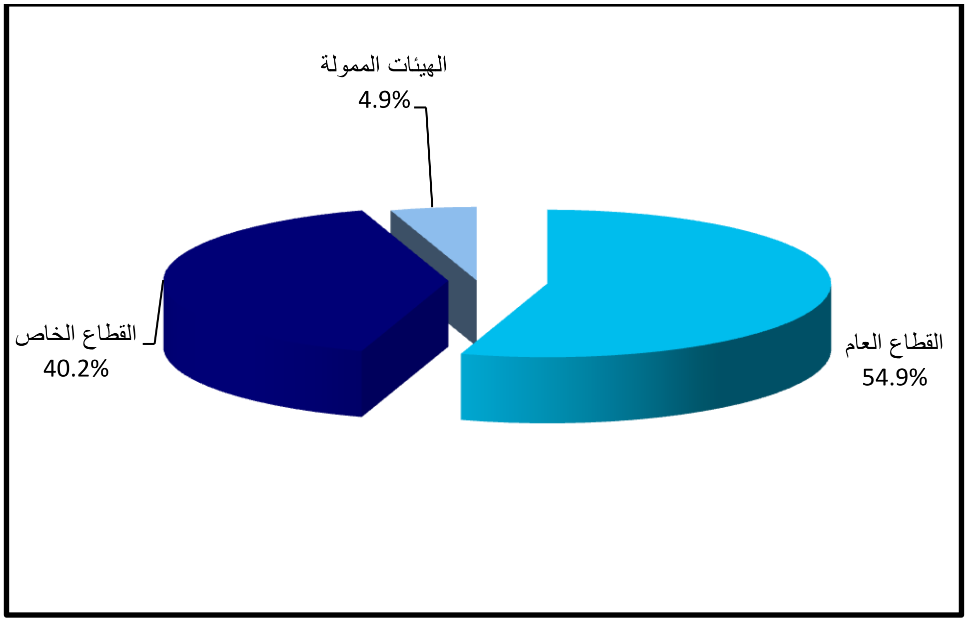
وفيما يتعلق بنفقات الصحة ومصادر التمويل، من الواضح أهمية وزارة الصحة في مجال النفقات والتمويل، لأن معظمم نفقات الرعاية الصحية ومصادر التمويل تتم من خلال القطاع العام (الشكل 9 والشكل 10). ويؤكد هذا التوزيع الدور الفاعل الذي تلعبه وزارة الصحة لضمان قدرة قطاع الصحة على تلبية مطالب الأعداد المتزايدة من السكان في الأردن.

الشكل 9 – توزيع النفقات الصحية (2007)



المصدر: تقرير الحسابات الصحية الوطنية 2007 – المجلس الصحي العالي

الشكل 10 – مصدر تمويل القطاعات الصحية (2007)



المصدر: تقرير الحسابات الصحية الوطنية 2007 – المجلس الصحي العالي

5.4 تأثير النمو السكاني على قطاع الصحة

كما ذكر سابقا، يؤثر النمو السكاني بصورة مباشرة على قطاع الصحة في الأردن وذلك بزيادة الطلب على خدمات الرعاية الصحية، و الجهات المقدمة للخدمة، ومراكز الرعاية الصحية، خاصة وأن النمو السكاني له تأثير مباشر على زيادة أعداد السكان الشباب. واستناداً إلى ذلك، تم اختيار عدة مؤشرات أساسية لتعكس هذه التأثيرات ولتجذب الانتباه لأهمية ادماج العامل السكاني في خطط وزارات صناع القرار.

المؤشر 1– العدد المطلوب من الأطباء

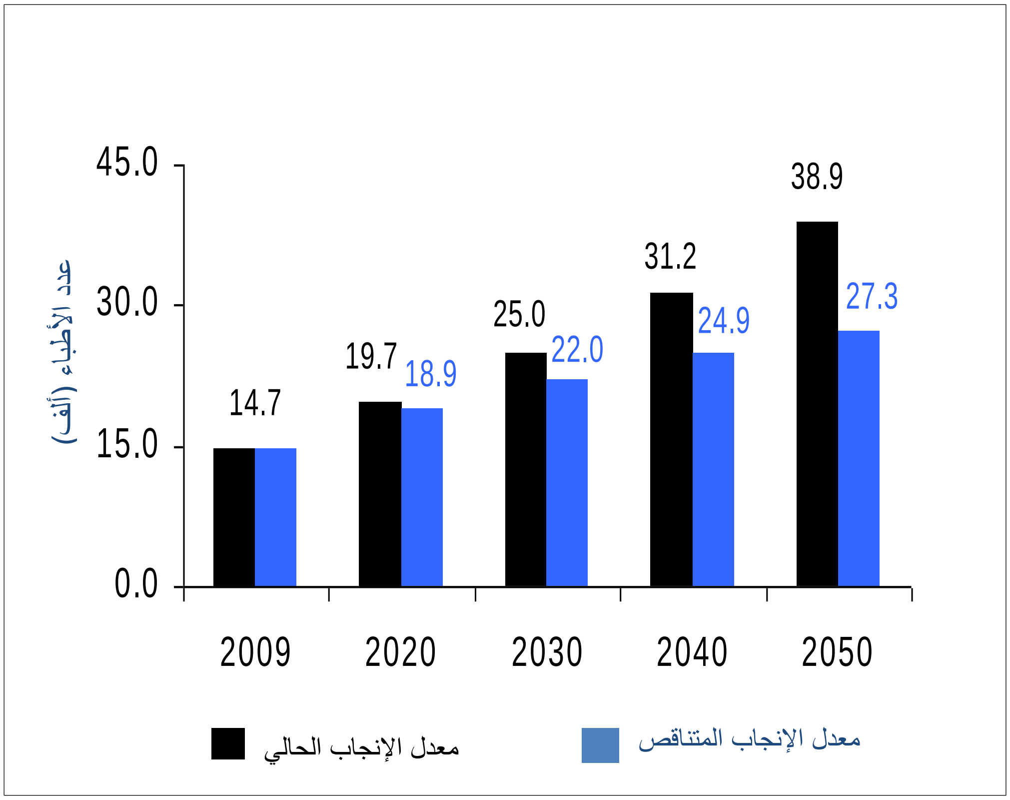
إن الطلب على الأطباء مرتبط بصورة مباشرة بعدد السكان. ولذا تم حساب عدد السكان لكل طبيب في سنة الأساس لجميع القطاعات ولقطاع وزارة الصحة وفي ظل إفتراض ثباته تم تقدير عدد الأطباء المطلوب توفيرهم لكل سنة في ضوء زيادة عدد السكان. ومن ثم تم تقدير العدد المطلوب من الأطباء كل سنة من سنوات التقدير كالتالي:

- حساب عدد السكان للسنة المعنية (يتم تقديره من خلال النموذج)
- تقسيم عدد السكان (محسوب أعلاه) على 10000

- ضرب حاصل القسمة (محسوب أعلاه) بعدد الأطباء لكل 10000 شخص النسبة الناتجة (من المتوقع أن تكون ثابتة عند 24.5 في جميع القطاعات و6.6 لوزارة الصحة، حسب كتاب الاحصاء السنوي لوزارة الصحة، الجدول 28 2009) لكي نحصل على العدد المطلوب من الأطباء.

يوضح هذا المؤشر تأثير النمو السكاني على الطلب على الأطباء. وفقا لسيناريو معدل الإنجاب الكلي الثابت، ارتفع العدد المطلوب من الأطباء من 14.7 ألف في عام 2009 إلى أكثر من الضعف، حوالي 38.9 ألف في عام 2050 (الشكل 11) وبالمقابل، وفقاً لسيناريو معدل الإنجاب الكلي المتناقص ارتفع العدد المطلوب من الأطباء إلى 27.3 فقط في عام 2050 أي بإنخفاض مقداره 11.6 ألف في عدد الأطباء المطلوبين في كل القطاعات(الشكل 11).

الشكل 11– الأطباء المطلوبين في جميع القطاعات (2009–2050)

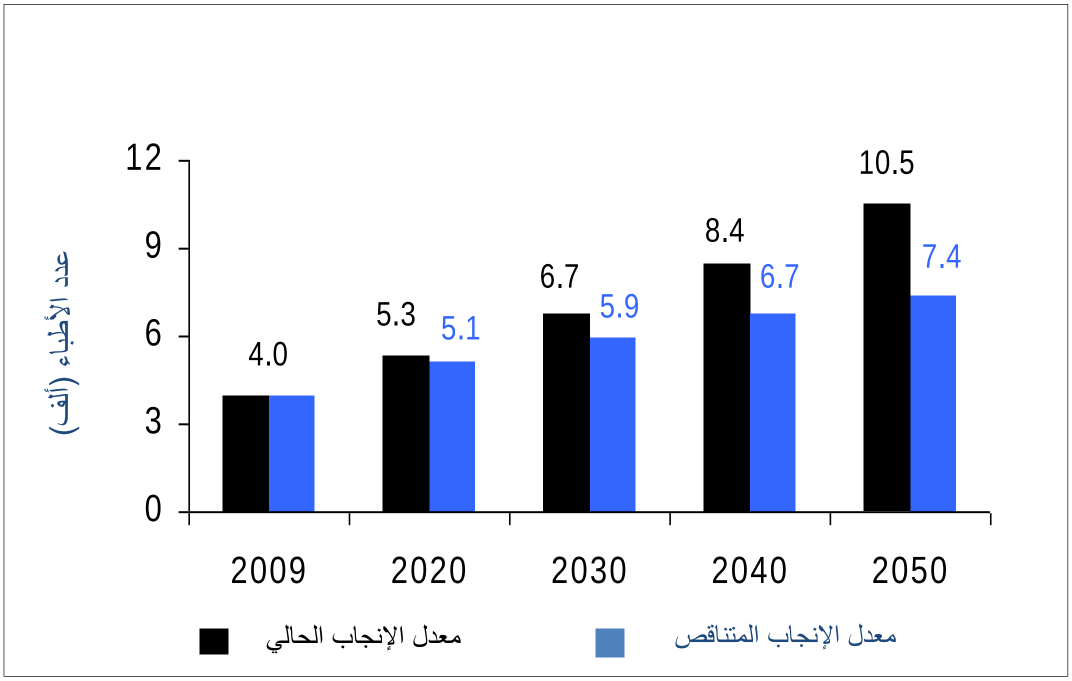


المصدر: الكتاب الإحصائي السنوي، الجدول 28، وزارة الصحة 2009 وتقديرات (SPECTRUM)

بافتراض ثبات عدد الأطباء على 24.5 طبيب لكل 10,00 نسمة

أما عن وزارة الصحة وحدها يوضح هذا المؤشر بأنه وفقا لسيناريو الإنجاب الحالي فإن عدد الأطباء المطلوبين في وزارة الصحة سوف يزداد بأكثر من الضعف بين عامي 2009 و2050، بحيث يرتفع من 4.0 ألاف إلى 10.5 ألف (الشكل 12). ولكن إذا تحقق سيناريو معدل الإنجاب الكلي المتناقص، فإن عدد الأطباء المطلوبين سيصل إلى 7.4 ألف في عام 2050، أي أن العدد سيقل بمقدار 3.1 ألف مقارنة بسيناريو الإنجاب الحالي.

الشكل 12 – الأطباء المطلوبين في وزارة الصحة (2009-2050)



المصدر: الكتاب الإحصائي السنوي، الجدول 28، وزارة الصحة 2009 وتقديرات (SPECTRUM)

بافتراض ثبات عدد الأطباء في وزارة الصحة على 6.6 طبيب لكل 10,00 نسمة

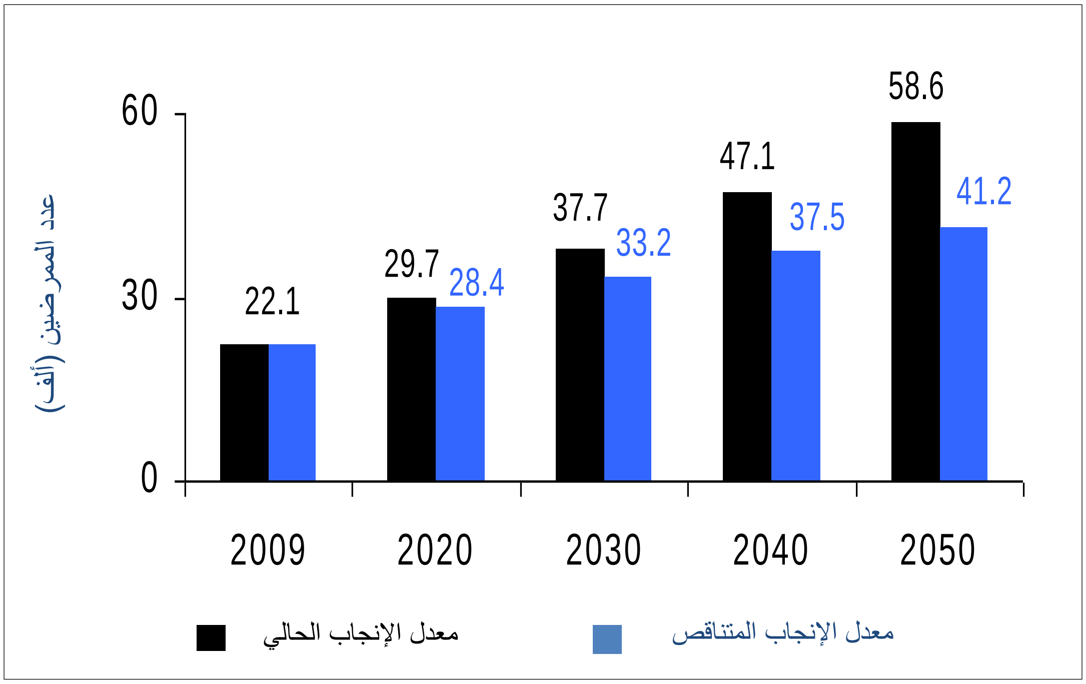
المؤشر 2- العدد المطلوب من الممرضين

يصف المؤشر الثاني العدد المقدر من الممرضين المطلوبين لجميع القطاعات ومن قبل وزارة الصحة وذلك لتلبية الطلب على الرعاية الصحية للأعداد المتزايدة من السكان. وهذا المؤشر يتأثر أيضاً بزيادة عدد السكان. تم حساب هذا المؤشر أيضاً لسنة الأساس من خلال عدد السكان لكل ممرض ثم تقدير الأعداد المطلوبة من الممرضين خلال السنوات القادمة من خلال:

- حساب عدد السكان للسنة المعنية
- تقسيم عدد السكان (محسوب أعلاه) على 10,000
- ضرب حاصل القسمة (محسوب أعلاه) بعدد الممرضين لكل 10,000 شخص، النسبة الناتجة (من المتوقع أن تكون ثابتة عند 38 في جميع القطاعات و13 لوزارة الصحة، حسب كتاب الاحصاء السنوي لوزارة الصحة، الجدول 28 2009) تعطينا العدد المطلوب من الممرضين.

واستنادا إلى هذه التوقعات، ووفقا لسيناريو معدل الانجاب الحالي و بأفتراض ثبات معدل اعداد الممرضين إلى السكان، فمن المقدر أن يكون العدد المطلوب من الممرضين 22.1 ألف في جميع القطاعات في عام 2009، وأن يتضاعف ذلك العدد في عام 2050، بحيث يكون العدد المطلوب من الممرضين 58.6 ألف. أما حسب سيناريو معدل الإنجاب المتناقص فإن العدد المطلوب من الممرضين سيكون 42.1 ألفا في عام 2050، أي أن العدد المطلوب من الممرضين سينخفض بمقدار 17.4 الف مقارنة بسيناريو معدل الإنجاب الحالي في عام 2050 (الشكل 13).

الشكل 13 – الممرضين المطلوبين من كافة القطاعات (2009–2050)

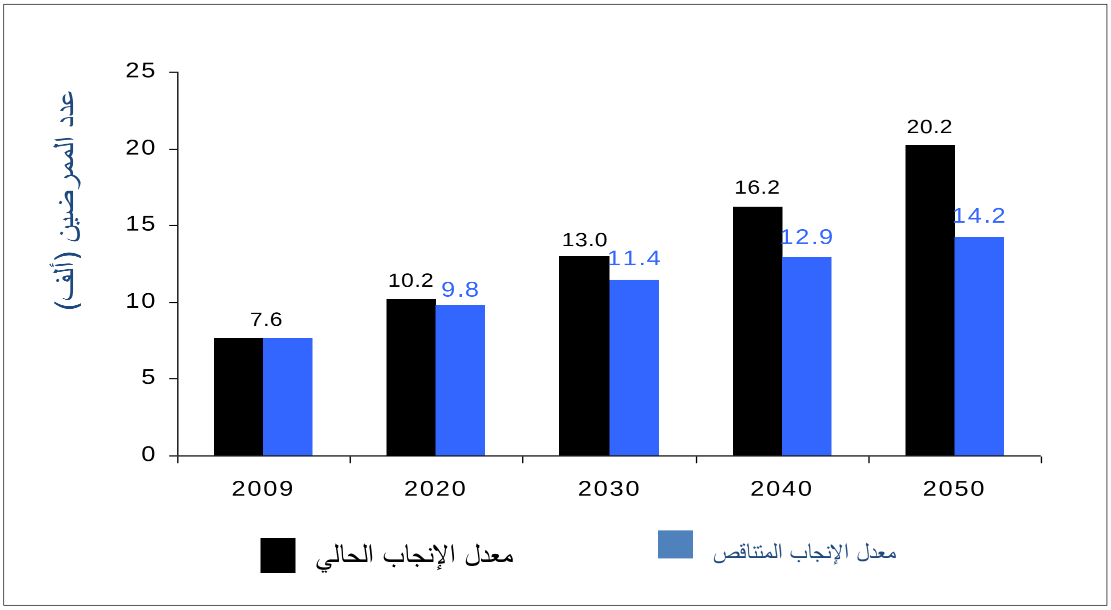


المصدر: الكتاب الإحصائي السنوي، الجدول 28، وزارة الصحة 2009 وتقديرات (SPECTRUM)

بافتراض ثبات عدد الممرضين على 38 ممرض لكل 10,000 نسمة

بالإضافة إلى ذلك، وكما نرى في الشكل 14، فإن العدد المطلوب من الممرضين في وزارة الصحة سوف يرتفع من من 7.6 آلاف في عام 2009 إلى 20.2 ألف في عام 2050 حسب سيناريو ثبات معدل الانجاب الحالي. وبالمقابل، سيزداد العدد المطلوب من الممرضين من قبل وزارة الصحة إلى 14.2 بموجب سيناريو خفض معدل الانجاب الحالي. وهذا يعني أن العدد المطلوب من الممرضين في وزارة الصحة سيقل بمقدار 6 آلاف.

الشكل 14 – الممرضين المطلوبين في وزارة الصحة (2009–2050)



المصدر : الكتاب الإحصائي السنوي، الجدول 28، وزارة الصحة 2009 وتقديرات (SPECTRUM)

بافتراض ثبات عدد الممرضين في وزارة الصحة على 13 ممرض لكل 10,000 نسمة

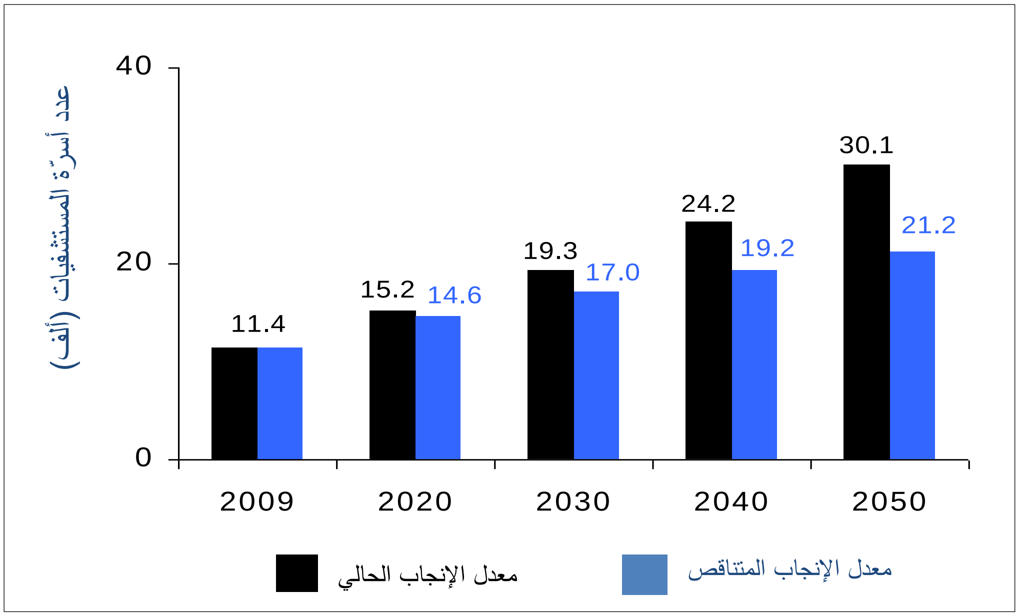
المؤشر 3 – العدد المطلوب من آسرة المستشفيات

المؤشر الثالث هو العدد المطلوب من آسرة المستشفيات وذلك لتلبية الطلب المتزايد على الرعاية الصحية بسبب للأعداد المتزايدة من السكان ، و تم حساب عدد الآسرة في المستشفيات، في جميع القطاعات ولوزارة الصحةعلى النحو التالي:

- حساب عدد السكان للسنة المعنية
- تقسيم عدد السكان (محسوب أعلاه) على 547 (إن نسبة عدد الأسرّة الآسرة إلى السكان هي واحد إلى 547 ومن المتوقع أن تبقى ثابتة حسب كتاب الاحصاء السنوي لوزارة الصحة، الجدول 6، 2009) لتعطينا العدد المطلوب من الأسرّة. ملاحظة: لحساب العدد المطلوب من أسرّة المستشفيات لوزارة الصحة، اضرب حاصل القسمة النهائي (محسوب أعلاه) بـ38.4% حيث من المتوقع أيضا أن تبقى حصة وزارة الصحة من آسرة المستشفيات ثابتة.

و في ضوء زيادة أعداد السكان وفقا لسيناريو ثبات معدل الانجاب الحالي ، سيرتفع العدد المطلوب من أسرّة المستشفيات من 11.4 آلاف في عام 2009 إلى أكثر من الضعف، 30.1 ألف في عام 2050 (الشكل 15). أما في ظل سيناريو خفض معدل الإنجاب الحالي، سيرتفع العدد المطلوب من آسرة المستشفيات إلى 21.2 ألف في عام 2050، مما يعني أن العدد المطلوب من آسرّة المستشفيات سيقل بمقدار 8.9 آلاف في ظل تحقق سيناريو الإنجاب المتناقص (الشكل 15).

الشكل 15 – عدد الأسرة المطلوب في المستشفيات في كافة القطاعات (2009–2050)

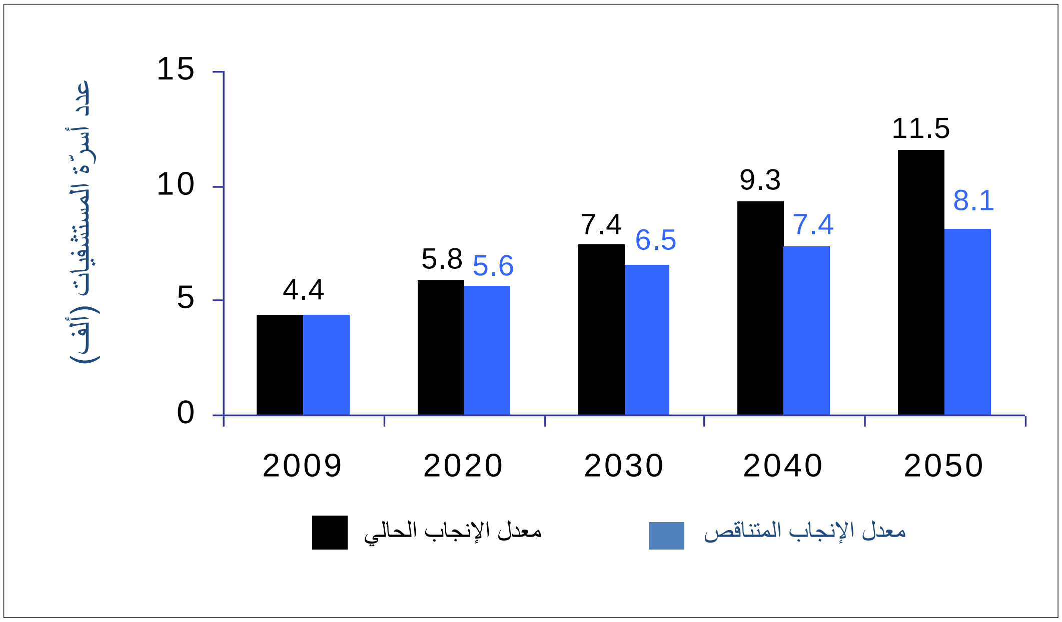


المصدر: التقرير الإحصائي السنوي 2009، جدول 6– وزارة الصحة وتقديرات (SPECTRUM)

بافتراض ثبات عدد أسرّة المستشفيات على سرير واحد لكل 547 نسمة

بالإضافة إلى ذلك، ستقل متطلبات وزارة الصحة من عدد الآسرة وفقا لسيناريو معدل الإنجاب المتناقص. وحيث أن وزارة الصحة تشارك بما نسبته 38.4% من مجموع عدد أسرة المستشفيات، فإن العدد المطلوب من آسرة المستشفيات في وزارة الصحة سيرتفع، وفقا لسيناريو الإنجاب الحالي، إلى 11.5 في عام 2050، مقابل 8.1 في عام 2050 وفقا لسيناريو الإنجاب المتناقص. وبناء عليه، سينخفض العدد المطلوب من آسرة المستشفيات بمقدار 3.4 ألف في حالة الإنجاب المتناقص وذلك بافتراض ثبات معدل عدد السكان لكل سرير.

الشكل 16 – أسرّة المستشفيات المطلوبة في وزارة الصحة (2009–2050)



المصدر: التقرير الإحصائي السنوي 2009، جدول 6– وزارة الصحة وتقديرات (SPECTRUM)

بافتراض ثبات حصة أسرّة مستشفيات وزارة الصحة على 38.4% من إجمالي أسرة المستشفيات

المؤشر 4 – العدد المطلوب من المراكز الصحية:

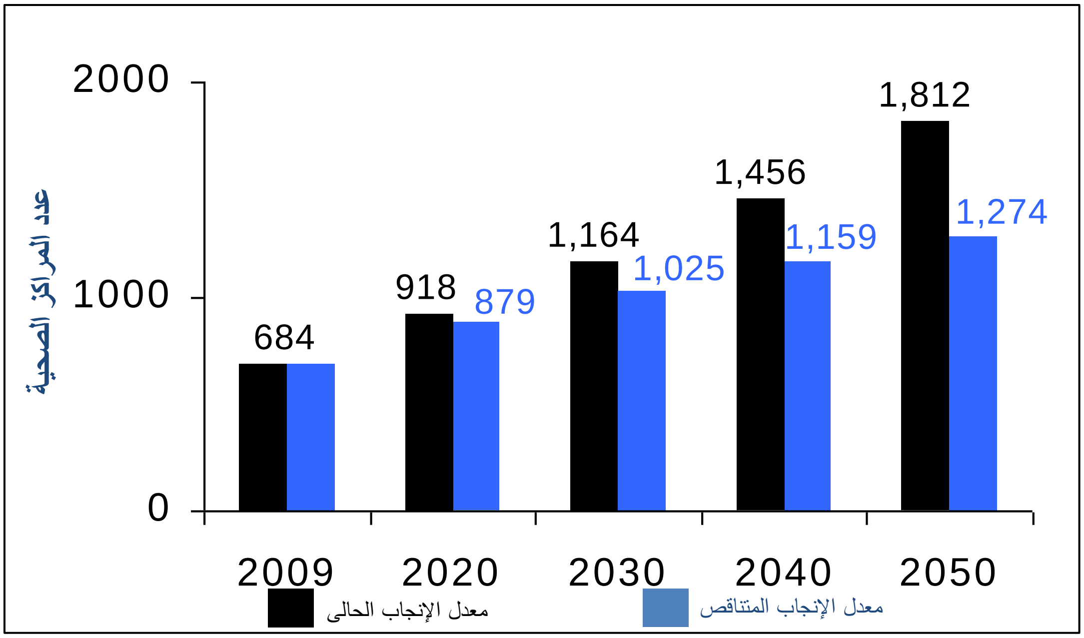
يتناول المؤشر الرابع العدد المطلوب من المراكز الصحية لتقديم الخدمة للأعداد المتزايدة من السكان. ويتم حساب هذا المؤشر مع الأخذ في الاعتبار حجم السكان وعدد السكان لكل مركز صحي، والتي تم إفتراض ثباتها. ولقد تم حساب عدد السكان لكل مركز صحي لسنة الأساس وهي 9,086 فرد لكل مركز صحي وبإفتراض ثباتها تم تقدير أعداد المراكز الصحية المطلوب توفيرها خلال سنوات التقدير كالتالي:

- حساب عدد السكان للسنة المعنية
- قسمة عدد السكان لكل سنة (محسوب أعلاه) على عدد السكان لكل مركز صحي لسنة الأساس و هي 9,086 وبإفتراض ثباتها حسب كتاب الاحصاء السنوي لوزارة الصحة، الجدول 28، 2009) يتم الحصول على تقدير للعدد المطلوب توفيره من المراكز الصحية.

وفقا لسيناريو معدل الانجاب الحالي سيرتفع العدد المطلوب من المراكز الصحية من 684 في عام 2009 إلى أكثر من الضعف، 1,812 في عام 2050 (الشكل 17). وبالمقابل، أما في ظل سيناريو خفض معدل الإنجاب الكلي، سيرتفع العدد

المطلوب من المراكز الصحية إلى 1,274 ألف في عام 2050 (الشكل 17) مما يعني أن العدد المطلوب من المراكز الصحية سيقل بمقدار 538 ألف وفقا لسيناريو الإنجاب المتناقص.

الشكل 17 – عدد المراكز الصحية المطلوبة (2009–2050)



المصدر : مديرية المعلومات والدراسات، وزارة الصحة، 2009 وتقديرات (SPECTRUM)

بافتراض ثبات عدد المراكز الصحية على مركز واحد لكل 9,086 نسمة

المؤشر 5– نفقات الرعاية الصحية

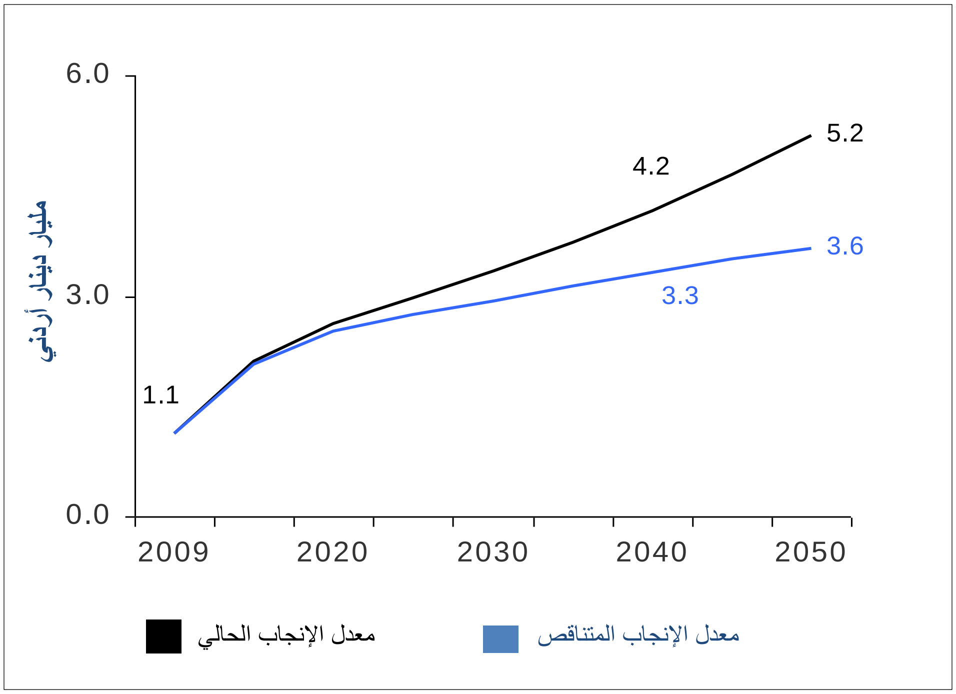
في هذا الجزء يتم حساب التكاليف السنوية اللازمة لتمويل القطاع الصحي وفي ضوء البيانات التي تم جمعها فإن نصيب الفرد من نفقات الرعاية الصحية السنوية 177.5 دينار أردني في عام 2007 ؛ 245 دينار أردني في عام 2012 و من المخطط أن تصل إلى 315 دينار أردني في عام 2017 و تم إفتراض ثباتها بعد ذلك.

- ضرب عدد السكان لكل سنة من سنوات التقدير في النفقات الصحية السنوية للفرد الواحد للسنة المذكورة حسب الزيادة المخطط لها خلال الفترة من 2012–2017 ثم ثباتها خلال الفترة 2017 و حتى نهاية فترة التقدير.

واستنادا إلى البيانات الواردة من وزارة الصحة، وحسب سيناريو ثبات معدل الإنجاب الكلي الحالي، سيرتفع مجموع نفقات الرعاية الصحية السنوية من 1.1 مليار دينار أردني إلى 5.2 مليار دينار أردني في عام 2050، مما يعني زيادة بمقدار خمسة أضعاف (الشكل 18).

أما في ظل سيناريو الإنجاب المتناقص فمن المتوقع أن ترتفع نفقات الرعاية الصحية السنوية لتصل إلى 3.6 مليار دينار أردني في عام 2050، أي زيادة بمقدار ثلاثة أضعاف. وهذا يمثل وفورات تراكمية تصل إلى 21.4 مليار دينار أردني بين عامي 2009 و2050.

الشكل 18 – نفقات الرعاية الصحية السنوية (2009–2050)



المصدر: الحسابات الوطنية الصحية 2007 والأجندة الوطنية وتقديرات (SPECTRUM)

بافتراض كلفة الرعاية الصحية السنوية للفرد: 2007 = 177.5 دينار وترتفع إلى 245 دينار في عام 2012 وفقاً للحسابات الوطنية الصحية، وترتفع خلال 2017 – 2040 إلى 315 دينار وفقاً للأجندة الوطنية

6. الاستنتاجات والتوصيات

إن دراسة أثر النمو السكاني على التنمية هي واحدة من أدوات كسب التأييد الأكثر أهمية التي يمكن إستخدامها لضمان مشاركة متعددة القطاعات في قضايا السكان وتنظيم الأسرة، وأثبت أنه أداة فعالة في تغيير السياسات والخطط في عدة بلدان. فمن الأهمية بمكان تحقيق مشاركة صناع القرار بحيث يعملون على إدماج قضايا السكان في اللقاءات والفعاليات العامة وأيضا في الخطط والأنشطة داخل وزاراتهم. و أن يتم توفير التمويل اللازم للأنشطة المتصلة بالسكان في بنود الميزانية السنوية، و أن يستمر التمويل للسنوات القادمة. وعلاوة على ذلك، يحتاج المسؤولون لدعم برامج تنظيم الأسرة التي من شأنها أن تساعد في تحقيق هدف تخفيض معدل الإنجاب الكلي، وذلك أيضا لتحقيق الأهداف والفوائد المحتملة التي حددتها الدراسة. للقيام بذلك، يجب على رجال السياسة وصناع القرار دعم قضايا السكان وتنظيم الأسرة داخل الهيئات الوطنية ومؤسسات التنمية. إن دور المجلس الأعلى للسكان هو التنسيق مع تلك الهيئات لضمان تحقيق جميع هذه الأهداف.

وفور حساب المؤشرات وتقديمها، فإن الخطوات التالية تعتبر ضرورية لمعرفة أنه قد تم توضيح الفوائد المحتملة لسيناريو خفض الخصوبة. و لقد التقى الفريق الفني عدة مرات لبحث الإجراءات الضرورية. و خلال تلك اللقاءات، تم الإتفاق على خمس بنود عمل رئيسية لتكون بمثابة الأساس الذي سيعمل عليه المجلس الأعلى للسكان بالتعاون مع صناع السياسة وصناع القرار في وزارة الصحة والهيئات الأخرى:

1. الأخذ في الإعتبار ديناميكية السكان وزيادتهم عند وضع الخطط والبرامج الصحية وتخصيص التمويل اللازم للتنفيذ
2. تعزيز دور الوزارة، ومقدمي الخدمة، والمؤسسات الصحية في رفع مستوى الوعي بأهمية السكان كعامل في التنمية والتخطيط في المستقبل
3. التحديث المنتظم للتقديرات السكانية وتأثيرها المتوقع على قطاع الصحة لكي يمكن تتبع التقدم الذي يتم تحقيقه
4. التخصيص الفعال للوفورات المتحققة من إنخفاض معدلات الإنجاب و استخدامها بهدف تحسين الرعاية الصحية
5. تعزيز دور وزارة الصحة في رفع مستوى الوعي بالتأثير المتوقع للإنجاب على القطاع الصحي، بما في ذلك البنية التحتية، التمويل، والموارد البشرية.

7. المراجع

1. مسح السكان والصحة الأسرية الاردني، 2007، دائرة الاحصاءات العامة
2. مسح السكان والصحة الأسرية الاردني، 2009، دائرة الاحصاءات العامة
3. تعداد السكان في الاردن 2004، دائرة الاحصاءات العامة
4. تقديرات السكان، 2009، دائرة الإحصاءات العامة
5. الأردن في أرقام 2006، دائرة الإحصاءات العامة
6. الأردن في أرقام 2007، دائرة الاحصاءات العامة
7. الأردن في أرقام 2008، دائرة الاحصاءات العامة
8. الأردن في أرقام 2009، دائرة الإحصاءات العامة
9. التقرير الإحصائي السنوي، 2007، دائرة الاحصاءات العامة
10. التقرير الإحصائي السنوي، 2009، دائرة الإحصاءات العامة
11. الفرصة الديموغرافية في الأردن "وثيقة السياسة"، 2009، المجلس الاعلى للسكان
12. التوقعات السكانية، 2009، مبادرة السياسة الصحية