

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

جامعة اليرموك

كلية الاقتصاد والعلوم الإدارية

قسم الاقتصاد

الطلب على الرعاية الصحية في محافظة الزرقاء:  
"دراسة تطبيقية"

إعداد

محمد عبد الله مسعد الشمالي

إشراف

الدكتور وليد محمود حميدات

آب ٢٠٠٠

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

جامعة اليرموك

كلية الاقتصاد والعلوم الإدارية

قسم الاقتصاد

الطلب على الرعاية الصحية في محافظة الزرقاء  
"دراسة تطبيقية"

إعداد

محمد عبد الله مسعد الشمالي

بكالوريوس اقتصاد - جامعة اليرموك (١٩٩٥م)

قدمت هذه الرسالة استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في الاقتصاد - جامعة اليرموك.

أربد - الأردن

لجنة المناقشة

د. وليد حميدات .....  
أ.د رياض المومني .....  
د. موسى الروابدة .....  
مشرفاً ورئيساً .....  
عضواً .....  
عضواً .....

أب ٢٠٠٠م

## الإهداء

إلى ..... النور الذي ارتحل قبل أن يرى ثمرة غرسه ... والدي العزيز ... رهنماً  
وإجلالا وإكباراً.

إلى ..... القلب الكبير الذي أنار دربي بحبها وعطفها وحنانها ... والدتي  
الغالية ... براً وإحساناً.

إلى ... من هم دائماً في القلب أخواني ... وإخواني محمود وعبد الرحمن ... فخراً  
واعترافاً.

إلى ... صديق طفولتي وحياتي ... ماهر ... حباً ووفاءً.

إلى ... من يعيش معي دوماً وطني الحبيب ... الأردن ... حباً وفخراً.

## شكر وتقدير

الحمد لله والصلاة والسلام على أشرف خلق الله سيدنا محمد وعلى آله وأصحابه ومن تبعهم بإحسان إلى يوم الدين.

لا يسعني بعد أن أكملت هذه الدراسة، إلا أن أتقدم بالشكر والتقدير إلى أستاذي الفاضل الدكتور وليد حميدات مدير مركز الاستشارات وخدمة المجتمع في جامعة اليرموك بتفضله بالإشراف على هذه الرسالة وعلى ما قدمه لي من نصح وتوجيه وجهد ومتابعة وصبر شديد على الظروف التي مرت بي خلال إعداد هذه الرسالة وعلى ما تعهدني به من تشجيع ورعاية فكان الأب لي مثلما كان الأخ والصديق طيلة فترة دراستي مما كان له أكبر الأثر بعد توفيق الله في إنجاز هذه الرسالة وإخراجها إلى حيز الوجود، فجزاه الله عني خير الجزاء وكب له أعظم الأجر والثوبة على ذلك إنه قريب مجيب وبالإجابة قدير.

كما وأسدي جزيل شكري وعرفاني إلى أستاذي الفاضلين الأستاذ الدكتور رياض الموسني والدكتور موسى الروابدة على تفضلهما بقبول مناقشة هذه الرسالة وتحملهما أعباء قراءتها وتصويبها بما يضمن إثراءها وإخراجها بالشكل العلمي اللائق، راجياً من الله القدير أن يجعل ذلك في موازين أعمالهما . ولا يفوتني أن أزجي جزيل شكري وعظيم امتناني لجميع أساتذتي الأفاضل في قسم الاقتصاد في جامعة اليرموك لما قدموه لي من رعاية واهتمام طيلة فترة دراستي.

وأقدم شكري إلى الأخ الأستاذ نادر عليان الذي قام بمساعدتي في قراءة فصول الرسالة وتصحيح بعض الأخطاء اللغوية فيها، ولأسرة مركز الهلال لما بذلوه من جهد كبير في طباعة هذه الرسالة.

وأخيراً أتقدم بالشكر والامتنان إلى كل من قدم العون والمساعدة والتشجيع طيلة إعداد هذه الرسالة، وأخص بالذكر الأخوة منير الرفاعي، عبد الباسط عثمانة، سفيان عزيزة، أسامة القلعاوي، حسن صياحين، سامر الرجوب، بلال الحموري، فلهم مني بالغ الحب والتقدير.

**الباحث**

**محمد عبد الله الشمالي**

## فهرس المحتويات

الموضوع	الصفحة
قرار اللجنة	أ
الإهداء	ب
شكر وتقدير	ج
فهرس المحتويات	د
فهرس الجداول	ط
فهرس الأشكال	ل
الملخص بالعربية	م

### الفصل الأول

#### تمهيد

(١-١) المقدمة	١
(٢-١) أهمية الدراسة	٢
(٣-١) مشكلة الدراسة	٢
(٤-١) أهداف الدراسة	٣
(٥-١) افتراضات الدراسة	٤
(٦-١) منهجية الدراسة	٤
(٧-١) مصادر البيانات	١٢
(٨-١) تسلسل الدراسة	١٢
(٩-١) محددات الدراسة	١٢
هوامش الفصل الأول	١٣

### الفصل الثاني

#### القطاع الصحي في الأردن

(١-٢) المقدمة	١٤
(٢-٢) القطاعات الصحية العاملة في المملكة	١٥

- ١٥-----١-٢-٢ القطاع الحكومي
- ٢٠-----٢-٢-٢ القطاع الخاص
- ٢١-----٣-٢-٢ القطاع الخيري والدولي
- ٢٢-----٣-٢) المؤسسات الصحية العاملة في المملكة
- ٢٢-----١-٣-٢ الرعاية الصحية الأولية
- ٢٧-----٢-٣-٢ الرعاية الصحية الثانية والثالثة
- ٢٩-----٤-٢) القوى البشرية الصحية العاملة في قطاع الصحة في المملكة
- ٣٢-----٥-٢) الانتفاع من خدمات الرعاية الصحية في محافظة الزرقاء
- ٣٦-----٦-٢) الوضع الوبائي
- ٣٩-----٧-٢) الوضع المرضي
- ٤٢-----٨-٢) المؤشرات الديموغرافية والصحية في الأردن
- ٤٤-----٩-٢) مشكلات القطاع الصحي في الأردن
- ٤٥-----١٠-٢) أهداف الخطة القطاعية الصحية ١٩٩٩-٢٠٠٣
- ٤٦-----١١-٢) الإنفاق الصحي في الأردن
- ٤٨-----١٢-٢) التأمين الصحي في الأردن
- ٥٦-----ملخص الفصل الثاني
- ٥٧-----هوامش الفصل الثاني

### الفصل الثالث

#### الإطار النظري والدراسات السابقة

- ٥٩-----١-٣) الطلب على الرعاية الصحية
- ٦٣-----٢-٣) اشتقاق منحنى الطلب على خدمات الرعاية الصحية
- ٦٤-----٣-٣) مؤشرات الطلب على الرعاية الصحية
- ٦٥-----٤-٣) محددات الطلب على الرعاية الصحية
- ٦٦-----أولاً: العوامل الديموغرافية
- ٦٧-----ثانياً: العوامل الاجتماعية

- ٧٠ ..... ثالثاً: العوامل الاقتصادية
- ٧٨ ..... رابعاً: العوامل الصحية
- ٨٠ ..... (٥-٣) الدراسات السابقة
- ٩٢ ..... هوامش الفصل الثالث

## الفصل الرابع

### الطلب على الرعاية الصحية في محافظة الزرقاء

#### تحليل نتائج الدراسة

- ٩٦ ..... (١-٤) نتائج التحليل الوصفي
- أولاً: الخصائص الديموغرافية والاجتماعية والاقتصادية والصحية للأسر  
المشمولة في العينة
- ٩٦ ..... المشمولة في العينة
- ٩٦ ..... ١. توزيع أسر العينة حسب جنس رب الأسرة
- ٩٧ ..... ٢. توزيع أسر العينة حسب عمر رب الأسرة
- ٩٧ ..... ٣. توزيع أسر العينة حسب مستوى تعليم رب الأسرة
- ٩٨ ..... ٤. توزيع أسر العينة حسب الحالة الاجتماعية لرب الأسرة
- ٩٩ ..... ٥. توزيع أسر العينة حسب مكان إقامة رب الأسرة
- ٩٩ ..... ٦. توزيع أسر العينة حسب قطاع عمل رب الأسرة
- ١٠٠ ..... ٧. توزيع أسر العينة حسب وجود أطفال دون سن الخامسة في الأسرة
- ١٠١ ..... ٨. توزيع أسر العينة حسب نوع التأمين الصحي لرب الأسرة
- ١٠٢ ..... ٩. توزيع أسر العينة حسب نوع الطبيب المعالج لمعظم زيارات الأسر
- ١٠ ..... ١٠. توزيع أسر العينة حسب نوع المرض التي تمت له معظم زيارات  
الأسر للطبيب
- ١٠٢ ..... ١١. توزيع أسر العينة حسب الوضع الصحي للأسرة
- ١٠٣ ..... ١٢. توزيع أسر العينة حسب وفرة الخدمات الصحية
- ١٠٤ ..... ١٣. بعض الخصائص الاقتصادية والديموغرافية للأسر المشمولة في العينة
- ثانياً: نتائج التحليل الوصفي لطبيعة العلاقة بين الطلب على خدمات الرعاية  
الصحية وبعض المتغيرات
- ١٠٦ ..... ١٠٦

- ١٠٧ - نسب انتفاع أسر العينة من الخدمات الصحية حسب نوع الخدمة الصحية
- ١٠٨ - معدلات الانتفاع والإنفاق الأسري السنوي من الخدمات الصحية حسب نوع الخدمة الصحية
- ١٠٩ - معدلات الانتفاع والإنفاق الصحي (الأسري) السنوي لكل نوع خدمة صحية حسب مجموعة من العوامل الديموغرافية والاجتماعية والاقتصادية
- ١٠٩ أ. معدلات الانتفاع والإنفاق الصحي (الأسري) السنوي حسب مجموعة من العوامل الديموغرافية
- ١٠٩ ١. جنس رب الأسرة ومعدلات الانتفاع والإنفاق الصحي (الأسري) السنوي
- ١٠٩ ٢. عمر رب الأسرة ومعدلات الانتفاع والإنفاق الصحي (الأسري) السنوي
- ١١٢ ب. معدلات الانتفاع والإنفاق الصحي (الأسري) السنوي حسب مجموعة من العوامل الاجتماعية
- ١١٥ ١. مستوى تعليم رب الأسرة ومعدلات الانتفاع والإنفاق الصحي (الأسري) السنوي
- ١١٥ ٣. مكان إقامة رب الأسرة ومعدلات الانتفاع والإنفاق الصحي (الأسري) السنوي
- ١١٨ ج. معدلات الانتفاع والإنفاق الصحي (الأسري) السنوي حسب مجموعة من العوامل الاقتصادية
- ١٢١ ١. الدخل الشهري للأسرة ومعدلات الانتفاع والإنفاق الصحي (الأسري) السنوي
- ١٢٤ ٢. التأمين الصحي لرب الأسرة ومعدلات الانتفاع والإنفاق الصحي (الأسري) السنوي
- ١٢٧ (٢-٤) دوال الطلب المراد تقديرها في الدراسة
- ١٣٤ (٣-٤) نتائج التحليل القياسي
- ١٣٥ أولاً: نتائج تحليل الانحدار المتعدد



- ثانياً: نتائج تحليل التباين واختبار نيومان كولز البعدي واختبار (ت) ----- ١٥٤
- هوامش الفصل الرابع ----- ١٧١

## الفصل الخامس

### النتائج والتوصيات

- أولاً: نتائج الدراسة ----- ١٧٢
- ثانياً: التوصيات ----- ١٧٥
- المراجع ----- ١٧٧
- الملاحق ----- ١٨٣
- الملخص بالانجليزية ----- ١٨٨

## فهرس الجداول

الرقم	العنوان	الصفحة
(١-٢)	القوى البشرية الصحية وعدد الأسرة والمستشفيات حسب القطاعات الصحية في الأردن لعام ١٩٩٨	١٦
(٢-٢)	موازنة وزارة الصحة خلال الأعوام (١٩٩٤-١٩٩٨)	١٨
(٣-٢)	أعداد المراكز الصحية حسب النوع في محافظات المملكة لعام ١٩٩٨	٢٣
(٤-٢)	عدد المستشفيات والأسرة والصيدليات إلى عدد السكان حسب المحافظات لعام ١٩٩٨	٢٨
(٥-٢)	معدل القوى البشرية الصحية لمحافظة الزرقاء والمملكة لعام ١٩٩٨	٣١
(٦-٢)	حجم العمل في مستشفيات محافظة الزرقاء والمملكة لعام ١٩٩٨	٣٤
(٧-٢)	حالات بعض الأمراض السارية ومعدل حدوثها لكل (١٠٠٠٠) من السكان على مستوى المملكة ومحافظة الزرقاء لعام ١٩٩٨	٣٧
(٨-٢)	أعداد المراجعين لبعض الحالات المرضية في عيادات الاختصاص التابعة لمستشفيات وزارة الصحة على مستوى المملكة ومحافظة الزرقاء لعام ١٩٩٨	٤٠
(٩-٢)	المؤشرات الديموغرافية للأردن ودول مختارة (١٩٩٣)	٤٣
(١٠-٢)	حجم الإنفاق الصحي الكلي في الأردن (١٩٨٩-١٩٩٧)	٤٨
(١-٣)	نتائج تقدير المرونة في دراسة (M-K-Y)	٨٨
(١-٤)	توزيع أسر العينة حسب الجنس	٩٧
(٢-٤)	توزيع أسر العينة حسب عمر رب الأسرة	٩٧
(٣-٤)	توزيع أسر العينة حسب مستوى تعليم رب الأسرة	٩٨
(٤-٤)	توزيع أسر العينة حسب الحالة الاجتماعية لرب الأسرة	٩٨
(٥-٤)	توزيع أسر العينة حسب مكان إقامة رب الأسرة	٩٩
(٦-٤)	توزيع أسر العينة حسب قطاع عمل رب الأسرة	١٠٠
(٧-٤)	توزيع أسر العينة حسب وجود أطفال دون سن الخامسة في الأسرة	١٠٠
(٨-٤)	توزيع أسر العينة حسب وجود ونوع التأمين الصحي لرب الأسرة	١٠١

- (٩-٤) توزيع أسر العينة حسب نوع الطبيب المعالج لمعظم زيارات الأسر -----١٠٢
- (١٠-٤) توزيع أسر العينة حسب نوع المرض التي تمت معظم الزيارات له -----١٠٣
- (١١-٤) توزيع أسر العينة حسب تقييم الوضع الصحي للأسرة-----١٠٤
- (١٢-٤) توزيع أسر العينة حسب وفرة الخدمات الصحية (وجودها) -----١٠٥
- (١٣-٤) توزيع أسر العينة حسب وفرة الخدمات الصحية (الوصول إليها) -----١٠٥
- (١٤-٤) نسب انتفاع الأسر من الخدمات الصحية حسب نوع الخدمة الصحية -----١٠٧
- (١٥-٤) معدلات الانتفاع والإنفاق (الأسري) السنوي مسن الخدمات الصحية  
والإنفاق عليها حسب نوع الخدمة الصحية-----١٠٩
- (١٦-٤) معدلات الانتفاع والإنفاق الصحي (الأسري) السنوي لكل نوع خدمة  
صحية حسب جنس رب الأسرة-----١١٠
- (١٧-٤) معدلات الانتفاع والإنفاق الصحي (الأسري) السنوي لكل نوع خدمة  
صحية حسب عمر رب الأسرة-----١١٣
- (١٨-٤) معدلات الانتفاع والإنفاق الصحي (الأسري) السنوي لكل نوع خدمة  
صحية حسب المستوى التعليمي لرب الأسرة-----١١٦
- (١٩-٤) معدلات الانتفاع والإنفاق الصحي (الأسري) السنوي لكل نوع خدمة  
صحية حسب مكان إقامة رب الأسرة-----١١٩
- (٢٠-٤) معدلات الانتفاع والإنفاق الصحي (الأسري) السنوي لكل نوع خدمة  
صحية حسب الدخل الشهري للأسرة-----١٢٢
- (٢١-٤) معدلات الانتفاع والإنفاق الصحي (الأسري) السنوي لكل نوع خدمة  
صحية حسب وجود التأمين الصحي لرب الأسرة وعدم وجوده -----١٢٥
- (٢٢-٤) نتائج تقدير معلمات دوال الطلب على خدمات الرعاية الصحية-----١٣٦
- (٢٣-٤) نتائج تقدير تحليل التباين للدالة الأولى عدد زيارات الطبيب-----١٥٥
- (٢٤-٤) نتائج تقدير تحليل التباين للدالة الثانية عدد أيام الإقامة-----١٥٧
- (٢٥-٤) نتائج تقدير تحليل التباين للدالة الثالثة عدد زيارات طبيب الأسنان-----١٥٩
- (٢٦-٤) نتائج تقدير تحليل التباين للدالة الرابعة عدد الفحوصات المخبرية-----١٦٢
- (٢٧-٤) نتائج تقدير تحليل التباين للدالة الخامسة عدد الصور الشعاعية-----١٦٤

- (٢٨-٤) نتائج تقدير تحليل التباين للدالة السادسة عدد الوصفات الدوائية-----١٦٦
- (٢٩-٤) نتائج تقدير تحليل التباين للدالة السابعة حجم الإنفاق الصحي-----١٦٨
- (٣٠-٤) اختبار نيومان كولز للمقارنة البعدية للمتغيرات الوضع الصحي ١،  
خطورة المرض، وفرة الخدمات ١-----١٦٩
- (٣١-٤) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية واختبار (ت) للفروق  
الإحصائية تبعاً للوضع الصحي ٢-----١٧٠
- (٣٢-٤) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية واختبار (ت) للفروق  
الإحصائية تبعاً لنوع المرض-----١٧٠
- (٣٣-٤) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية واختبار (ت) للفروق  
الإحصائية تبعاً للوعي الصحي ١، والوعي الصحي ٢-----١٧٠

## فهرس الأشكال

الرقم	العنوان	الصفحة
(١-٢)	تغطية السكان المشمولين بالتأمينات الصحية من الخدمات الصحية	٤٩
(٢-٢)	تغطية السكان بالتأمين الصحي حسب القطاعات الصحية	٥٢
(١-٣)	توازن المستهلك حسب فرضية منحنيات السواء	٦١
(٢-٣)	اشتقاق منحنى الطلب من منحنيات السواء	٦٤
(٣-٣)	منحنى الطلب على خدمات الرعاية الصحية	٦٤
(٤-٣)	توازن المستهلك الجديد في ظل زيادة العرض من الخدمات الصحية	٧٠
(٥-٣)	توازن المستهلك الجديد في ظل دور الطبيب	٧٠
(٦-٣)	انخفاض دخل المستهلك عند حدوث المرض	٧١
(٧-٣)	منحنيات الطلب على خدمات الرعاية الصحية في ظل وجود وعدم	
٧٣	وجود التأمين الصحي لمرض معين	٧٣
(٨-٣)	منحنى الطلب على الرعاية الصحية في ظل التأمين الصحي ضد مرض	
٧٤	معين	٧٤
(٩-٣)	منحنى الطلب على خدمات الرعاية الصحية في ظل اقتطاعات التأمين	
٧٦	الصحي	٧٦
(١٠-٣)	أفضليات المستهلك على الخدمات الصحية في ظل الوضع الصحي	٧٩

## المخلص

# الطلب على الرعاية الصحية في محافظة الزرقاء دراسة تطبيقية

هدفت هذه الدراسة إلى تحديد وتحليل العوامل الرئيسية التي تؤثر في طلب الأسر على خدمات الرعاية الصحية، بما في ذلك تقدير لدوال الطلب عليها، كما تهدف الدراسة أيضاً إلى إيجاد حجم الإنفاق الصحي الأسري السنوي على خدمات الرعاية الصحية من قبل الأسر في محافظة الزرقاء خلال عام (١٩٩٨).

تبين من الدراسة، أن معدل حجم الإنفاق الصحي السنوي للأسرة على جميع الخدمات الصحية بلغ (٧٨,١٤) دينار، كان للوصفات الدوائية وخدمات الإقامة في المستشفى النصيب الأكبر من حجم هذا الإنفاق.

توصلت الدراسة، ومن خلال التحليل الوصفي لواقع الخدمات الصحية المقدمة في محافظة الزرقاء، أن عرض هذه الخدمات لا ينسجم مع الزيادة الهائلة في عدد السكان بالمحافظة، وأن نسب إنتفاع المواطنين من الخدمات الصحية كان كبيراً في المحافظة مقارنة مع المحافظات الأخرى بسبب ما تعاني منه المحافظة من مشاكل بيئية وصناعية كبيرة.

وأشارت الدراسة، ومن خلال التقدير الإحصائي، إلى أن هناك بعض المتغيرات كان لها التأثير الإيجابي مع طلب الأسر على معظم الخدمات الصحية مثل: عمر رب الأسرة، التأمين الصحي للأسرة، حجم الأسرة، عدد الأطفال دون سن الخامسة في الأسرة، توصية الطبيب، وبدالات إحصائية مختلفة. في حين كان هناك بعض المتغيرات التي لها تأثير سلبي مع طلب الأسر على معظم الخدمات الصحية مثل: مستوى تعليم ودخل رب الأسرة.

وخلصت الدراسة ومن خلال تحليل التباين واختبار نيومان كولز البعدي واختبار (ت) إلى وجود اختلافات ذات دلالات إحصائية للطلب على معظم الخدمات الصحية تعزى للمتغيرات: الوضع الصحي، نوع المرض، خطورة المرض، وفرة الخدمات الصحية، والوعي الصحي.

وأخيراً توصي الدراسة بضرورة القيام بإعادة النظر لواقع الخدمات الصحية المقدمة في المحافظة، بما في ذلك الأسراع بإعادة توزيع للمراكز الصحية بشكل عادل في مختلف مناطق المحافظة. كما أوصت الدراسة على العمل بإنشاء مدينة صناعية تبعد عن التجمعات السكنية في المحافظة وذلك للحد من حجم التلوث الصناعي والبيئي الأمر الذي قد يساعد من التقليل من حجم الطلب على خدمات الرعاية الصحية. وأوصت الدراسة على ضرورة التركيز على فئتي الأمهات والأطفال من خلال تبني وزارة الصحة العمل على إقامة حملات توعية وإرشاد صحي بضرورة إمكانية عمل مباحدة بين فترات الحمل الأمر الذي قد يساعد على تنظيم حجم الأسرة وبالتالي التقليل من حجم الطلب.

وأوصت الدراسة أخيراً إلى إمكانية العمل على إجراء دراسات مشابهة لهذه الدراسة في محافظات أخرى بالمملكة بعد زيادة حجم العينة من أجل اجراء عملية مقارنة النتائج وأمكانية تعميمها على مستوى المملكة.

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

## الفصل الأول

تمهيد

١-١ مقدمة:

تؤكد الاستراتيجية العالمية لتوفير الصحة للجميع بحلول عام (٢٠٠٠) على الروابط الوثيقة التي تربط بين الصحة والتنمية الاجتماعية والاقتصادية<sup>(١)</sup>، ويزيد الاعتراف بأن التمتع بمستوى صحي أفضل وسيلة بل عنصر لا غنى عنه في التنمية الاقتصادية والاجتماعية، وبالتالي الإصرار على التكامل التام فيما بين السياسات والاستراتيجيات الصحية من ناحية وخطط التنمية الوطنية من ناحية أخرى<sup>(٢)</sup>. ومن المعروف أن الحالة الصحية الجيدة في المجتمع تنعكس إيجاباً على زيادة إنتاجية قوة العمل والتي تعتبر العنصر الأساسي في التنمية ورفع مستوى المعيشة وبالتالي رفع المستوى الصحي للمجتمع.

ويُعد الأردن- في ظل ظروف محدودية موارده وزيادة معدل نموه السكاني- بلداً يسعى جاهداً من خلال خطته للتنمية إلى رفع وتحسين القطاع الصحي كماً ونوعاً، فقد حقق خلال ثلاثة العقود الماضية نهضة صحية شاملة في مختلف مناطق المملكة، فمُنذ عقد الستينات تطورت وتحسنت نوعية الخدمات الصحية في مجال الصحة العامة والصحة العلاجية، وأخذ بتنفيذ مشروع التأمين الصحي، تلا ذلك إنشاء العديد من مديريات الرعاية الصحية والمستشفيات العامة والخاصة في جميع أنحاء المملكة.

ونتيجة لزيادة الطلب على الخدمات الصحية في الآونة الأخيرة، شهد الأردن تزايداً ملحوظاً في عرض الخدمات الصحية المقدمة من قبل القطاعين العام والخاص، وذلك تبعاً لزيادة عدد السكان وارتفاع مستوى المعيشة وتطور الوعي الثقافي والصحي لديهم، مما دعا إلى تكاتف الجهود والموارد المحلية في اتخاذ التدابير والسياسات الملائمة لمواجهة هذا الطلب والوقوف على أهم العوامل المؤثرة فيه، وعلى اعتبار أن محافظة الزرقاء جزء من هذا الوطن العزيز



وشاهدا من شواهد التطور الحضاري والعمراني، فقد حظيت هذه المحافظة على العديد من الخدمات الصحية المختلفة كالمستشفيات العامة والخاصة والمراكز الصحية الشاملة والأولية إلى جانب المراكز الصحية التابعة للقطاع الخاص والعدد الذي لا يستهان به من أطباء هذا القطاع في المحافظة، وذلك تبعا للاحتفاظ والنمو السكاني الهائلين الذي شهدته المحافظة فسي الآونة الأخيرة بالإضافة إلى التلوث البيئي والصناعي الذي تعاني منه المحافظة، لهذا جاءت هذه الدراسة في محاولة لتقصي واقع الخدمات الصحية فيها والوقوف على أهم العوامل المؤدية إلى الطلب على خدمات الرعاية الصحية والنتائج المترتبة على ذلك.

### ٢-١ أهمية الدراسة

١- تستمد الدراسة أهميتها من أهمية الموضوع الذي تعالجه فالدراسات الاقتصادية التي قدمت في مجال الصحة عن الأردن دراسات قليلة نسبيا -حسب اطلاع الباحث- مقارنة بغيرها من الدراسات التي أجريت على القطاعات الاقتصادية الأخرى.

٢- تكتسب هذه الدراسة أهمية خاصة في إنها مبنية على معلومات مأخوذة من رب الأسرة في تقدير حجم الطلب الفعلي على خدمات الرعاية الصحية من خلال استبانة أعدت لهذا الغرض.

٣- تقدم الدراسة معلومات مهمة عن الإنفاق الصحي للأسر التي تتمتع بتأمين صحي والأسر التي تفتقده للوصول إلى تغطية شاملة بالتأمين الصحي ولجميع المواطنين.

٤- تعتبر الدراسة مهمة لأغراض السياسة العامة والتخطيط الصحي في المستقبل.

### ٣-١ مشكلة الدراسة

شهدت محافظة الزرقاء في الآونة الأخيرة اكتظاظ ونمو سكاني وعمراني هائلين، وأصبحت المحافظة تعاني من تلوث بيئي وصناعي كبيرين يتمثلان في وجود مكب للنفايات في مدينة الرصيفة بصدر روائح وغازات عادمة مضرّة بالبيئة، وكذلك الأوساخ والقاذورات المنبعثة من المياه العادمة المسالة من الخربة السمراء، وإلقاء المصانع والشركات الموجودة في

المحافظة للمياه والمواد العادمة في سيل الزرقاء الذي كان يعتبر لفترة ليست ببعيدة من روافد المياه العذبة، والتلوث الناتج عن المصانع الكبرى كالفوسفات ومصفاة البترول والدباغة الموجودة في المحافظة والتي ينبعث منها الغازات السامة والروائح الكريهة التي تسبب الكثير من الأمراض الجلدية والتنفسية المزمنة.

إلى جانب ذلك فإن عرض الخدمات الصحية المقدمة للمواطنين في المحافظة لا ينسجم مع الزيادة الهائلة في عدد السكان، بالإضافة إلى عدم توزيع هذه الخدمات بشكل عادل في مختلف مناطق المحافظة وتمركزها في مدينة الزرقاء، وبالتالي أصبحت المحافظة تعاني من ضغط وطلب كبيرين على الخدمات الصحية المختلفة مما يستدعي الوقوف على محددات الطلب على خدمات الرعاية الصحية فيها.

#### ١-٤ أهداف الدراسة

تهدف هذه الدراسة إلى ما يلي:

- ١- التعرف على مدى تغطية المواطنين بالخدمات الصحية ولمختلف القطاعات الصحية العاملة في محافظة الزرقاء.
- ٢- التعرف على حجم ونسب الانتفاع من خدمات الرعاية الصحية من قبل المواطنين في محافظة الزرقاء.
- ٣- تحديد وتحليل العوامل الرئيسة التي تؤثر في طلب الأسر على خدمات الرعاية الصحية بما فيها العوامل الديموغرافية والاجتماعية والاقتصادية والصحية.
- ٤- تقدير دوال الطلب على خدمات الرعاية الصحية من خلال تحديد نوع وكمية الخدمة الصحية المستهلكة من قبل الأسر في محافظة الزرقاء.
- ٥- إيجاد حجم الإنفاق الصحي الأسري السنوي على خدمات الرعاية الصحية من قبل الأسر في محافظة الزرقاء.
- ٦- محاولة الخروج بتوصيات وحلول يؤمل أن تكون ذات فائدة من خلال نتائج هذه الدراسة ولأغراض السياسة العامة.

## ٥-١ افتراضات الدراسة

اشتملت الدراسة على العديد من المتغيرات التابعة الممثلة للطلب على خدمات الرعاية الصحية، مثل: عدد زيارات الأسر للطبيب، وعدد أيام الإقامة في المستشفى، وعدد زيارات طبيب الأسنان وعدد الوصفات الدوائية وعدد الفحوصات المخبرية والصور الشعاعية، وكذلك حجم الإنفاق الصحي من قبل الأسرة على تلك الخدمات. وقد اشتملت الدراسة على العديد من المتغيرات المستقلة كالعوامل الديموغرافية والاجتماعية والاقتصادية والصحية التي يمكن أن تؤثر على المتغيرات التابعة في الدراسة.

لذلك تضمنت الدراسة الافتراضات العامة التالية:

- ١- إن كل متغير تابع يمثل الطلب على الرعاية الصحية في الدراسة دالة في (العوامل الديموغرافية، والاقتصادية، والاجتماعية، والصحية).
- ٢- تعتبر مساهمة كل عامل من العوامل المستقلة في التأثير على الطلب على الرعاية الصحية مختلفة باختلاف نوع الخدمة الصحية المطلوبة.<sup>(٣)</sup>

### ٦-١ منهجية الدراسة

#### ١-٦-١ مجتمع الدراسة

لقد احتوى مجتمع الدراسة جميع الأسر القاطنة في محافظة الزرقاء والموزعة على مختلف مناطق المحافظة الحضرية منها والريفية، فبلغ عدد الأسر الموجودة في المحافظة لعام (١٩٩٨) حوالي (١٢٤٦٣٤) أسرة، وبلغ مجموع أفراد هذه الأسر والمقدر لعام (١٩٩٨) (٧٤٧٨٦٠) فرداً.<sup>(٤)</sup>

## ١-٦-٢ عينة الدراسة وبياناتها

اعتمدت الدراسة في بياناتها ولأغراض التحليل على استبانة صممت لهذه الغاية موجهة إلى الأسر في محافظة الزرقاء، فتم اختيار هذه الأسر وفق أسس علمية باستخدام العينة العشوائية الطبقية (العنقودية متعددة المراحل) وذلك لاستخراج تقديرات ممثلة لمجتمع العينة مع الأخذ بعين الاعتبار أن البيانات التي جمعت من أرباب الأسر في محافظة الزرقاء ليست دقيقة (١٠٠%) بسبب صعوبة وطبيعة البيانات التي أخذت من الأسر حول هذا الموضوع.

وقد تم في مرحلة التحضير أعمال حصر مفردات المعاينة التي تشمل المواقع، ثم رصد المباني والمساكن والأسر في كل موقع من خلال إعداد قوائم تبين تسلسلاً للمباني والأسر (أسماء أرباب الأسر) فزود كل موقع بخرائط تقريبية (اسكتشات) تبين الشوارع والمعالم الرئيسية التي يمكن استخدامها للاستدلال على كل مبنى في كل موقع على هذه الخارطة ليستفاد منها في تسهيل العمل الميداني.

وتجدر الملاحظة إلى إن الباحث قام وبالتعاون مع دائرة الإحصاءات العامة بالاستعانة بعينات أسرية لأغراض الدراسة، وتم تزويده بتلك القوائم كما يظهر في ملحق رقم (١).

وبالنسبة لتحديد حجم العينة في الدراسة فقد تم الاعتماد على القانون التالي<sup>(٥)</sup>:

$$n = Z_{(\alpha/2)}^2 / \{4E^2 + [Z_{(\alpha/2)}^2 / N]\}$$

حيث إن:

n: حجم العينة (sample size)

Z: التوزيع الطبيعي (normal distribution)

E: الخطأ المقبول

N: المجتمع الإحصائي

وقد تم افتراض الخطأ المقبول (E) = (0.05) وبالتالي تصبح قيمة n

$$n = (1.96)^2 / \{4(.05)^2 + [(1.96)^2 / 124634]\}$$

$$= 383$$

وقد تم رفع حجم العينة لتصل إلى (٤٨٠) أسرة لأغراض تمثيل العينة، وأجابت (٤٠١) أسرة منها إجابات كاملة على أسئلة الاستبانة فبلغت نسبة الرد حوالي (٨٣.٥%). في حين بلغ عدد الأسر التي رفضت إجراء المقابلة (٧٩) أسرة مع العلم أن الباحث قام بإجراء دراسة شاملة للإستبانات المستردة، وقد تم إلغاء بعض هذه الإستبانات لعدم قناعة الباحث بمدى دقة ومصداقية هذه الإستبانات.

### ١-٦-٣ تصميم العينة

تم تصميم العينة على عدة مراحل فتم في المرحلة الأولى سحب وحدات المعاينة الأولية (المواقع) بأسلوب المعاينة المتناسبة مع الحجم، وقد بلغ عدد المواقع المسحوبة (٤٠) موقع لمحافظة الزرقاء، وتم في المرحلة الثانية اختيار (١٢) أسرة من كل موقع بالأسلوب العشوائي المنتظم كوحدات معاينة نهائية لتصبح عينة الدراسة عينة عشوائية منتظمة عنقودية من مرحلتين.

ويذكر أن هذا النوع من العينات تستخدمه دائرة الإحصاءات العامة في معظم دراساتها كمسوح نفقات ودخل الأسرة ومسوح العمالة والبطالة، ومسوح الخصوبة والصحة الأسرية، وكذلك المسوح والدراسات التي تعتمد على منظمة الصحة العالمية في مثل هذه الدراسات.

### ١-٦-٤ أداة الدراسة

تعتمد الدراسة في بياناتها على قائمة استقصاء (استبانة) ذات علاقة بموضوعها كأداة لهذه الدراسة، فقام الباحث بتصميم استبانة اشتملت على (٤٧) فقرة تقيس كلاً من المتغيرات التابعة الممثلة للطلب على خدمات الرعاية الصحية، والمتغيرات المستقلة التي تؤثر في الطلب على الرعاية الصحية كالعوامل الديموغرافية المتعلقة بالأسرة من حيث: الجنس والعمر ومستوى التعليم وقطاع العمل لرب الأسرة وحجم الأسرة، والعوامل الاقتصادية كمعدل دخل الأسرة

ووجود تأمين صحي، وأسعار الخدمات الصحية المختلفة وكذلك العوامل الصحية كنوع المرض والوضع الصحي للأسرة. فتم تخصيص عدة فقرات لقياس كل متغير من المتغيرات المستقلة في الدراسة، وقد صممت أسئلة الاستبانة وفقراتها باستخدام عدة مقاييس لقياس ذلك.

وقد تم عرض الاستبانة في مراحل إعدادها الأولى على أساتذة من أعضاء هيئة التدريس في جامعة اليرموك، وتم اقتراح تعديل بعض الأسئلة وإلغاء بعضها فأخذ بآرائهم حتى ظهرت الاستبانة بصورتها النهائية.

#### ٥-٦-١ إدارة الاستبانة

اتبع الباحث في جمع بيانات الدراسة أسلوب المقابلة الشخصية في تعبئة أجزاء الاستبانة، فقام بزيارات ميدانية لكل عنصر من عناصر العينة (أرباب الأسر) الذين وقع عليهم الاختيار، وتم تعبئة الاستبانة بناءً على المعلومات التي تطوع بها أفراد العينة شخصياً، وقد روعي في جمع البيانات أن تكون لسنة كاملة حتى تعكس جميع التغيرات التي تحدث في جميع فصول السنة والتي يمكن أن تزيد أو تقلل من حجم الطلب على خدمات الرعاية الصحية في العام نفسه.

#### ٦-٦-١ التحليل الإحصائي

١- الإحصاء الوصفي: ستم المعالجة الإحصائية لوصف خصائص العينة باستخدام التكرارات والنسب المئوية والمتوسطات الحسابية والانحرافات لإجابات أفراد العينة لمتغيرات الدراسة.

٢- الإحصاء التحليلي: واختبار فرضيات الدراسة المتعلقة بالفروقات الإحصائية بين المتغيرات المستقلة والتابعة فإنه سيتم اختبار:

أ- تحليل الانحدار المتعدد.

ب- تحليل التباين.

ج- اختبار نيومان كولز البعدي.

د- اختبار (ت)

هذا وقد تم تحليل البيانات بواسطة الحاسب وباستعمال نظام التحليل الإحصائي (SPSS)، وتم استخدام مستوى الثقة (٩٥%) لاختبار فرضيات الدراسة وتحديد الفروقات الإحصائية.

#### ٧-٦-١ متغيرات الدراسة

اشتملت الدراسة على العديد من المتغيرات التي تمثل الطلب على خدمات الرعاية الصحية لدى الأسر، وعلى كثير من المتغيرات المستقلة التي يمكن أن تؤثر على دوال الطلب، وفيما يلي عرض لمتغيرات الدراسة:

#### ١-٧-٦-١ المتغيرات التابعة

##### ١- زيارات الطبيب (physician visits)

وقد اشتمل هذا المتغير على مجموع عدد الزيارات الكلية للطبيب ولجميع أفراد الأسرة خلال عام (١٩٩٨)، ويعبر عن هذا المتغير فقرة رقم (١٥) في ملحق رقم (٢).

##### ٢- الإقامة في المستشفى (Length of stay in hospital)

يقيس هذا المتغير مجموع عدد أيام الإقامة التي قضاها جميع أفراد الأسرة في المستشفى خلال عام (١٩٩٨)، ويظهر ذلك المتغير في فقرة رقم (٢٨) في ملحق رقم (٢).

##### ٣- زيارة طبيب الأسنان (Dental Visits)

يظهر هذا المتغير مجموع عدد الزيارات لطبيب الأسنان ولجميع أفراد الأسرة خلال عام (١٩٩٨)، ويعبر عن هذا المتغير فقرة رقم (٣٤) في ملحق رقم (٢).

##### ٤- الفحوصات المخبرية (Laboratory tests)

ويشتمل هذا المتغير على مجموع عدد الفحوصات المخبرية التي أجراها جميع أفراد الأسرة خلال عام (١٩٩٨)، ويظهر ذلك في فقرة رقم (٣٧) في ملحق رقم (٢).

## ٥- الصور الشعاعية (X-ray tests)

ويبين هذا المتغير مجموع عدد الصور الشعاعية التي قام بها أفراد الأسرة خلال عام (١٩٩٨)، ويقاس ذلك الفقرة رقم (٤٠) في ملحق رقم (٢).

## ٦- الوصفات الدوائية (medicines prescriptions)

ويشمل هذا المتغير جميع الوصفات الدوائية المصروفة من قبل الطبيب ولجميع أفراد الأسرة في عام (١٩٩٨)، ويظهر ذلك الفقرة (٤٣) في ملحق رقم (٢).

## ٧- الإنفاق على الرعاية الصحية (health care expenditure)

وقد تم قياس هذا المتغير من خلال إيجاد مجموع المبالغ المصروفة على المتغيرات التابعة السنة السابقة، بالإضافة إلى مجموع المبالغ المصروفة على النفقات الأخرى التالية:

أ- النظارات الطبية

ب- العدسات اللاصقة

ج- الأحذية الطبية

د- الكرسي المتحرك

هـ- الأدوية بدون وصفات طبية

و- المستحضرات الطبية

ويعبر عن هذا المتغير الفقرات رقم (١٦، ٣٠، ٣٥، ٣٨، ٤١، ٤٤، ٤٦) في ملحق رقم (٢).

## ١-٦-٧-٢ المتغيرات المستقلة\*

وقد تم تقسيم المتغيرات المستقلة في الدراسة إلى عوامل ديموغرافية واجتماعية واقتصادية وصحية بناء على دراسات سابقة اعتمدت هذا التصنيف.

(أ) العوامل الديموغرافية:

١- جنس رب الأسرة

٢- عمر رب الأسرة

\* انظر ملحق رقم (٢).



٣- مكان إقامة الأسرة

٤- حجم الأسرة (عدد أفراد الأسرة)

٥- عدد أفراد الأسرة الذين تقل أعمارهم عن ٥ سنوات (الأطفال)

(ب) العوامل الاجتماعية:

١- مستوى تعليم رب الأسرة.

٢- الحالة الاجتماعية لرب الأسرة (أكان متزوجاً أم مازال أعزباً)

٣- قطاع العمل لرب الأسرة

٤- دور الطبيب: يشير هذا المتغير إلى دور الطبيب في طلب تكرار الخدمة الصحية من قبل

أفراد الأسرة، ويعتبر متغيراً وهمياً تكون الإجابة عليه بنعم أو لا

٥- الوعي الصحي، وتم تحديد درجة علاقة هذا المتغير وارتباطه بالمتغيرات التابعة من خلال:

أ- مدى استجابة رب الأسرة في حالة ظهور أعراض مرض ما.

ب- مدى معرفة رب الأسرة أو أحد أفراد أسرته بالمشكلات الصحية.

ج- مدى استجابة رب الأسرة في حالة اشتداد المرض.

(ج) العوامل الاقتصادية:

١- معدل الدخل الشهري للأسرة

٢- التأمين الصحي لرب الأسرة، وقد اشتمل على المتغيرات الفرعية التالية:

أ- نوعه

ب- درجته

ج- قيمة اقتطاع التأمين الصحي

د- نسبة تغطية التأمين الصحي

٣- أسعار الخدمات الصحية: تم قياس سعر الخدمات الصحية من خلال ما أدلى به رب

الأسرة عن المبالغ الفعلية التي تم دفعها، وذلك حسب نوع الخدمة الصحية التي

تعاطاها، وبغض النظر عن وجود تأمين صحي لرب الأسرة لعام (١٩٩٨).

ولأغراض التحليل الإحصائي فقد تم الاعتماد على متوسط السعر (Average Price)

للخدمة الصحية المستخدمة حيث:

$$\text{متوسط سعر الخدمة الصحية} = \frac{\text{الإنفاق الصحي الفعلي على الخدمة الصحية}}{\text{مجموع عدد مرات استخدام الخدمة الصحية}}$$

وذلك لجميع المتغيرات التابعة في الدراسة.

٤- وفرة الخدمات الصحية: تم قياس هذا المتغير من خلال الخصائص التالية:

أ- وجود الخدمة الصحية في المنطقة التي يسكن فيها رب الأسرة

ب- الوقت اللازم للوصول إلى مكان الخدمة الصحية

٥- نوعية الخدمة الطبية: وقد تم قياس هذا المتغير من خلال:

أ- صفة الطبيب (من حيث كونه عاما أم خاصا)

ب- نوع المستشفى (من حيث كونه عاما أم خاصا أم عسكريا)

(د) العوامل الصحية

١- نوع المرض: نظرا لكثرة أنواع الأمراض الموجودة فقد تم الاعتماد على تصنيفات

الأمراض بشكل عام حسب نوع الخدمة الصحية المستخدمة.

٢- خطورة المرض.

٣- الوضع الصحي، وقد تم قياس هذا المتغير من خلال:

أ- تقييم رب الأسرة للوضع الصحي لأسرته.

ب- وجود فرد في الأسرة يعاني من مرض أو أمراض مزمنة.

## ٧-١ مصادر البيانات

استندت الدراسة في بياناتها على:

أ- المصادر الثانوية: والمتمثلة بالتقارير الإحصائية السنوية الصادرة عن وزارة الصحة والإحصاءات العامة وبعض الكتب والمراجع العربية والأجنبية.

ب- المصادر الأولية: حيث تم جمع البيانات المتعلقة بمتغيرات الدراسة من خلال استبانة أعدت لهذا الغرض.

## ٨-١ تسلسل الدراسة:

للموصول إلى الأهداف التي تسعى هذه الدراسة لتحقيقها، فقد تم تقسيمها إلى خمسة فصول، ففي الفصل الثاني تم استعراض القطاع الصحي في الأردن، وقدم الفصل الثالث شرحاً للإطار النظري والدراسات السابقة، وركز الفصل الرابع على تحديد وتحليل العوامل المؤثرة في الطلب على خدمات الرعاية الصحية في محافظة الزرقاء، وأشتمل الفصل الخامس أهم النتائج والتوصيات التي تم الوصول إليها.

## ٩-١ محددات الدراسة

لقد واجهت الدراسة صعوبات كبيرة في مجال جمع البيانات اللازمة لدراسة العوامل المؤثرة في الطلب على خدمات الرعاية الصحية، حيث يلزم لهذا الموضوع بيانات تكون مصممة في الأساس لهذه الغاية وذات حجم كبير، والتي لم تكن متوفرة، الأمر الذي استدعى إجراء دراسة ميدانية وسحب عينة دراسية قيد حجمها بمحددات زمانية ومالية.

## هوامش الفصل الأول

- ١- منظمة الصحة العالمية، تقييم استراتيجية توفير الصحة للجميع بحلول عام ٢٠٠٠، جنيف، ١٩٨٧، المجلد الأول، ص٨، (التقرير السابع عن الحالة الصحية في العالم).
- ٢- عدنان مروة ونبيل قرنفل، الرعاية الصحية في لبنان، المرافق والتسهيلات الصحية، منظمة الصحة العالمية، ١٩٨٥، ص٩.
- 3- Ahmad Abdel-Halim, Determinants of health services utilization in Irbid, Jordan, Unpublished. Ph.D thesis, 1991, P.41.
- ٤- دائرة الإحصاءات العامة، التقرير الإحصائي السنوي، عمان، ١٩٩٩.
- 5- A. Abdel-Halim, 1991, OP., Cit., P.66.

الفصل الثاني  
القطاع الصحي في الأردن

© Arabic Digital Library - Yarmouk University

## ١-٢ المقدمة

يعتبر العنصر البشري اللبنة الأساسية في المجتمع، والأساس في عملية التطور والتنمية الاقتصادية والاجتماعية. لذلك كان لا بد من التركيز على تلبية الحاجات الأساسية للمواطنين، وعلى اعتبار إن الصحة والرعاية الصحية هي إحدى ركائز أساسية من الاحتياجات الإنسانية بعد المأكل والملبس والأمن، فإن مكافحة المرض مسؤولية يجب أن يتبناها الفرد و الدولة التي تنفذها من خلال الأجهزة المختلفة المعنية بالرعاية الصحية، وذلك لأن صحة أفراد المجتمع لها مردود إيجابي على التنمية، والمحافظة عليها تعتبر مسؤولية مشتركة لكافة قطاعات المجتمع.

والأردن كغيره من الدول يسعى جاهداً إلى توفير وإتاحة الخدمات الصحية بما تحتويه من متطلبات وقائية وعلاجية ودوائية، من خلال المؤسسات الصحية التابعة للقطاعين العام والخاص ضمن موارده المتاحة. وبالتالي يصبح الإقبال على الخدمات الصحية أو العزوف عنها مرهوناً باختيار المواطن ومستنداً إلى معرفته وحاجته.

وقطاع الصحة ليس بأقل حظاً من القطاعات الاقتصادية الأخرى في حصوله على نسبة عالية من ميزانية كثير من الدول، وذلك لمحاربة الأمراض التي يعاني منها الناس والوقاية منها<sup>(١)</sup>. وبالتالي العمل على تطوير خدمات الرعاية الصحية من حيث زيادة حجم هذه الخدمات وتحسين نوعيتها في كافة المناطق ولمختلف الفئات السكانية، بغرض تخفيض معدلات وفيات الأطفال الرضع ومعدلات الولادة والوفيات، وبالتالي المساهمة في تحسين الوضع الصحي للسكان.

ويخصص الأردن سنوياً مبلغاً من موازنته العامة تتفق وزارة الصحة من خلاله على قطاع الصحة والرعاية الصحية، تساندها في ذلك الخدمات الطبية الملكية، ومستشفى الجامعة الأردنية وبعض المؤسسات والهيئات الخيرية والدولية، وكذلك القطاع الخاص الذي يحتل النسبة الأكبر من حجم النفقات الصحية الكلية، والتي تصل في مجموعها إلى ما نسبته (٦,٧%) من الناتج المحلي الإجمالي، وبمبلغ يقدر بحوالي (٣٧٥) مليون دينار، وذلك في عام ١٩٩٧<sup>(٢)</sup>.

## ٢-٢ القطاعات الصحية العاملة في المملكة:

يشارك في تقديم خدمات الرعاية الصحية في الأردن ثلاثة قطاعات رئيسة، تعمل منفصلة عن بعضها البعض هي: القطاع العام (الحكومي)، ويضم وزارة الصحة والخدمات الطبية الملكية ومستشفى الجامعة الأردنية، والقطاع الخاص، والقطاع الدولي والخيري.

### ٢-٢-١ القطاع الحكومي:

يعتبر القطاع الحكومي الرائد الأساسي في تقديم خدمات الرعاية الصحية على مستوى المملكة، حيث فيقدم الرعاية الصحية الأولى والثانية والثالثة<sup>(٣)</sup>، ويشرف على وضع الخطط والاستراتيجيات الصحية وتنفيذها، ويضم الجهات الرئيسية التالية:

#### ٢-٢-١-١ وزارة الصحة:

تعتمد وزارة الصحة في سياستها على أن مبدأ الرعاية الصحية حق أساسي لكل مواطن، وأن الرعاية الصحية الأولية المدخل وخط المواجهة ضد المرض، وهي السبيل لبلوغ هدف الصحة للجميع بحلول عام (٢٠٠٠)، ولتحقيق هذا الهدف فإن الوزارة تقدم خدمات الرعاية الصحية بمستوياتها الثلاثة من خلال مستشفياتها ومراكزها الصحية المنتشرة في جميع محافظات وألوية المملكة، بالإضافة إلى ذلك فهي المسؤولة عن مكافحة الأمراض السارية وغير السارية ومعالجة الأمراض الشائعة الأخرى، والنهوض بالصحة العامة عن طريق تقديم خدمات التطعيم ضد الأمراض السارية، ورعاية الأمومة والطفولة وخدمات الصحة المدرسية، والوقاية الصحية العامة بمراقبة المياه والأغذية وصحة البيئة والتلقيح الصحي.

وتعمل الوزارة على نشر وتوسيع خدماتها بشكل دائم وفي مختلف المناطق الريفية والحضرية في المملكة، فقد بلغ عدد المراكز الصحية العاملة في المملكة في نهاية عام (١٩٩٨) حوالي (١١٩١) مركزاً صحياً موزعة على مختلف مناطق المملكة.

وتقوم الوزارة بتقديم خدمات الرعاية الصحية الثانوية من خلال مستشفياتها العاملة والمنتشرة في مختلف محافظات المملكة، فقد بلغ عدد مستشفيات الوزارة في عام (١٩٩٨)

(٢٢) مستشفى تشكل ما نسبته (٢٦,٥%) من مجموع عدد المستشفيات العاملة فسي المملكة، وتضم مستشفيات وزارة الصحة النسبة الأكبر من عدد الأسرة، فبلغ عدد أسرة الوزارة وكما يظهر جدول رقم (٢-١)، (٣١٩٢) سرير تشكل حوالي (٣٧,٣%) من عدد الأسرة في المملكة في عام (١٩٩٨).

### جدول رقم (٢-١)

القوى البشرية الصحية وعدد الأسرة والمستشفيات حسب القطاعات الصحية

في الأردن لعام (١٩٩٨)

القطاع	البيان	اطباء	طبيب أسنان	مستشفى	مرضى مترتبة قانونية	قابلة قانونية	مساعد/ مساعدة مرضة	عامل/عاملة تريض	المجموع للعام	المستشفيات	الأسرة
وزارة لصحة	٢٤٢٨	٣٠٦	١٧٣	١٧٢٧	٦٦٧	٢٥٨٣	٢٠٠١	٩٨٨٥	٢٢	٣١٩٢	
النسبة <sup>(١)</sup>	٣٠,٨	١٢,٢	٤,٨	٢٩,٨	٦٥	٥١,٢	٩٩	٣٥,٥	٢١,٥	٣٧,٣	
الخدمات الطبية	٨٩٢	١٨٠	١٢٩	٩٥٥	٥١	١٥٤٤	٠	٣٧٥١	١٠	١٨٢٨	
النسبة <sup>(٢)</sup>	١١,٣	٧,٢	٣,٦	١٦,٥	٥	٣٠,٦	٠	١٣,٤٥	١٢	٢١,٣	
مستشفى الجامعة	٢٥٣	٢٥	١٤	٣٥١	٠	٢٤٨	١٤	٩٠٥	١	٤٩٤	
النسبة <sup>(٣)</sup>	٣,٢	١	٠,٣٩	٦	٠	٥	٠,٧	٣,٢٥	١,٢	٥,٨	
القطاع الخاص	٤٢٣٦	١٩٧٣	٣٢٨٢	٢٧٢٨	٢٨٥	٥٣٩	٠	١٣٠٤٣	٥٠	٣٠٥١	
النسبة <sup>(٤)</sup>	٥٣,٧	٧٨,٩	٩١,٢	٤٧	٢٧,٨	١٠,٧	٠	٤٦,٨	٦٠,٣	٣٥,٦	
وكالة الفوت	٨٠	١٧	٢	٣٨	٢٤	١٢٨	٧	٢٩٦	٠	٠	
النسبة <sup>(٥)</sup>	١	٠,٧	٠,٠٥	٠,٦٧	٢,٣	٢,٥	٠,٣	١	٠	٠	
المجموع العام	٧٨٨٩	٢٥٠١	٣٦٠٠	٥٧٩٩	١٠٢٧	٥٠٤٢	٢٠٢٢	٢٧٨٨٠	٨٣	٨٥٦٥	
النسبة	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	
المعدل لكل من السكان	١٦,٦	٥,٣	٧,٦	١٢,٢	٢,٣	١٠,٦	٤,٣	٥٨,٦	*١,٧٥	١٨	

المصدر: التقرير الإحصائي السنوي لعام (١٩٩٨).

الصفوف (١)، (٢)، (٣)، (٤)، (٥) احتساب الباحث.

ملاحظة: عدد السكان حسب تقديرات دائرة الإحصاءات العامة لعام ١٩٩٨ (٤٧٥٥٧٥٠) نسمة.

\* المعدل لكل ١٠٠,٠٠٠ من السكان.

\* النسبة احتساب الباحث بالاعتماد على البيانات المنشورة.



وتقدم وزارة الصحة خدمات الرعاية الصحية الثالثة من خلال فحوص الأشعة التشخيصية والعلاجية، وذلك في مركز الطب النووي والشعاعي وقسم العلاج الطبيعي وقسم جراحة الدماغ، وهذه الخدمات متوافرة في مستشفى البشير<sup>(٤)</sup>.

وفيما يتعلق بتوظيف الوزارة للكوادر البشرية فهي تحتل نسبة جيدة من حيث توظيف أعداد كبيرة من الكوادر البشرية الصحية في المملكة مقارنة مع القطاعات الصحية الأخرى، فبلغت الكوادر الصحية للوزارة في عام (١٩٩٨) حوالي (٩٨٨٥) كادر يشكلون ما نسبته (٣٥,٤%) من مجموع الكوادر الصحية العاملة في المملكة كما يبين الجدول رقم (٢-١) فبلغ عدد أطباء وزارة الصحة في عام ١٩٩٨ (٢٤٢٨) طبيباً يشكلون ما نسبته (٣٠,٨%) من الأطباء في المملكة، وبلغ عدد أطباء الأسنان في الوزارة وللعام نفسه (٣٠٦) أطباء يشكلون ما نسبته (١٢,٢%) من مجموع عدد أطباء الأسنان في المملكة، كما ويبلغ عدد الممرضين والممرضات في عام ١٩٩٨ (١٧٢٧) ممرضاً وممرضة يشكلون (٢٩,٨%) من عدد الممرضين والممرضات في المملكة، أما عدد القابلات القانونيات فقد بلغ في عام ١٩٩٨ (٦٦٧) قابلة يشكلن ما نسبته (٦٥%) من مجموع عدد القابلات في المملكة، وفيما يتعلق بمساعدي التمريض فقد بلغ في عام ١٩٩٨ (٢٥٨٣) مساعد ومساعدة ويشكلون ما نسبته (٥١,٢%) من مجموع مساعدي التمريض، وكذلك فقد بلغ عدد العمال والعاملات في مستشفيات وزارة الصحة بالمملكة في العام نفسه (٢٠٠١) عامل وعاملة ويشكلون ما نسبته (٩٩%) من عدد العاملين في المملكة.

وبالنسبة لميزانية وزارة الصحة فقد بلغت في عام ١٩٩٨ (١١٦,١٦٧) مليون دينار، شكلت ما نسبته (٥,٨%) من الموازنة العامة للدولة، وبالنظر إلى جدول رقم (٢-٢) فإننا نلاحظ أن نسب موازنة وزارة الصحة من الموازنة العامة متقاربة ولم تتغير بشكل ملحوظ منذ سنوات، حيث بلغت موازنتها في عام ١٩٩٤ (٧٩,٥١٥) مليون دينار شكلت ما نسبته (٥,٤%) من الموازنة العامة للدولة. وبلغت موازنة التأمين الصحي للوزارة في عام

(١٩٩٨) حوالي (٢٤,٠٥٧) مليون دينار مقارنة مع عام (١٩٩٤) والذي بلغت فيها موازنة التأمين الصحي للوزارة (١٨,٤١٦) مليون دينار.

جدول رقم (٢-٢)  
موازنة وزارة الصحة خلال الأعوام (١٩٩٨-١٩٩٤)

بالألف دينار

السنة	١٩٩٤	١٩٩٥	١٩٩٦	١٩٩٧	١٩٩٨
الموازنة العامة للدولة	١٤٨١٠٠٠	١٦٧٤٠٠٠	١٧٤٥٠٠٠	١٩١٦٠٠٠	١٩٨٧٠٠٠
موازنة وزارة الصحة	٧٩٥١٥	٨٦١٠٠	٩٥٩٥٧	١٠٦٨١٩	١١٦١٦٧
موازنة وزارة الصحة من الموازنة العامة	٥,٤	٥,١	٥,٥	٥,٦	٥,٨
موازنة التأمين الصحي/وزارة الصحة	١٨٤١٦	٢١٢٤٠	٢٢٧٨٤	٢٢٠٧٠	٢٤٠٥٧

المصدر: نفس مصادر الجدول السابق.

٢-٢-١-٢ الخدمات الطبية الملكية: (٥)

كان الهدف الأساسي من إنشاء الخدمات الطبية الملكية تقديم خدمة الرعاية الصحية لمنسوبي القوات المسلحة، ثم ما لبثت هذه الخدمات أن تطورت لتخدم متقاعدي القوات المسلحة والأمن العام والدفاع المدني والمخابرات العامة وعائلاتهم، وكذلك موظفي جامعة مؤتة وموظفي الخطوط الملكية الأردنية، وتقدمت الخدمات الطبية الملكية خطوات واسعة في قطاع الخدمات العلاجية، لتشمل جميع مستشفيات ومراكز وعيادات الاختصاص التابعة لمديرية الخدمات الطبية، ولتقدم خدماتها لباقي المواطنين مقابل الأجر من خلال خدماتها المتطورة بمدينة الحسين الطبية وكلية الأميرة منى ومركز فرح الملكي الأردني للتأهيل ومركز الملكة علياء للأمراض وجراحة القلب.

وكما بين جدول رقم (٢-٢) فقد بلغ عدد مستشفيات التابعة للخدمات الطبية الملكية في عام ١٩٩٨ (١٠) مستشفيات تشكل ما نسبته (١٢%) من عدد المستشفيات في المملكة تضم في

مجموعها (١٨٢٨) سريراً تشكل ما نسبته (٢١,٣%) من مجموع الأسرة في المملكة. وبلغ مجموع الكوادر الصحية العاملة فيها في عام ١٩٩٨ (٣٧٥١) شخصاً يشكلون ما نسبته (١٣,٤٥%) من مجموع الكوادر الصحية العاملة في المملكة. وبلغ عدد الأطباء العاملين في الخدمات الطبية في عام ١٩٩٨ (٨٩٢) طبيباً يشكلون حوالي (١١,٣%) من مجموع الأطباء في المملكة، في حين بلغ عدد أطباء الأسنان (١٨٠) طبيباً بلغت نسبتهم (٧,٢%) من عدد أطباء الأسنان في المملكة. وبالنسبة لأعداد الصيادلة فقد بلغ عددهم (١٢٩) صيدلياً يشكلون ما نسبته (٣,٦%) من عدد الصيادلة في المملكة، وبلغ عدد المرضين في عام ١٩٩٨ (٩٥٥) ممرض وممرضة يشكلون ما نسبته (١٦,٥%) من عدد المرضين الكلي في المملكة، هذا وقد بلغ عدد القابلات (٥١) قابلة يشكلن (٥%) من عدد القابلات في المملكة، كما وقد بلغ عدد مساعدي التمريض في عام ١٩٩٨ (١٥٤٤) مساعداً ومساعدة تمريض يشكلون ما نسبته (٣٠,٦%) من عدد مساعدي التمريض في المملكة، ويذكر أنه لا يوجد في الخدمات الطبية الملكية أي عامل أو عاملة تمريض في نهاية عام (١٩٩٨).

#### ٢-٢-١-٣ مستشفى الجامعة الأردنية

تم تأسيس هذا المستشفى من قبل وزارة الصحة تحت اسم مستشفى عمان الكبير، وفي عام (١٩٧٥) أصدر قانون تم بموجبه ضم المستشفى إلى الجامعة الأردنية باسم مستشفى الجامعة وذلك لتقديم الخدمات العلاجية للمواطنين ولعموم موظفي الجامعة والمحولين للمستشفى من قبل وزارة الصحة وللقادرين من داخل الأردن وخارجه وفي جميع الاختصاصات الطبية، وقد ألحق بالجامعة الأردنية ليكون بمثابة مستشفى تدريبي لطلبة كلية الطب في الجامعة، وقد تم إنشاء هذا المستشفى وفقاً لأحدث الطرق والأساليب.

وكما يتضح من جدول رقم (٢-١) فقد بلغ عدد أسرة المستشفى خلال عام ١٩٩٨ (٤٩٤) سريراً تشكل ما نسبته (٥٥,٨%) من مجموع عدد الأسرة في المملكة، هذا وقد بلغ مجموع الكوادر البشرية الصحية في مستشفى الجامعة وكما يظهر في جدول رقم (٢-١) حوالي (٩٠٥) كوادر صحية في عام (١٩٩٨) ويشكلون ما نسبته (٣,٢٥%) من مجموع الكوادر الصحية

العاملة في المملكة، ويضم مستشفى الجامعة (٢٥٣) طبيباً تبلغ نسبتهم (٣,٢%) من عدد الأطباء في المملكة، وبلغ عدد أطباء الأسنان (٢٥) طبيباً يشكلون نسبة ضئيلة تقدر بحوالي (١%) من مجموع أطباء الأسنان في المملكة، هذا وقد بلغ عدد الممرضين والممرضات في مستشفى الجامعة لعام ١٩٩٨ حوالي (٣٥١) ممرضاً وممرضة يشكلون نسبة (٦%) من عدد الممرضين في المملكة، كذلك فقد بلغ عدد الصيادلة العاملين في مستشفى الجامعة الأردنية (١٤) صيدلياً يشكلون نسبة لا تذكر من مجموع عدد الصيادلة في المملكة، في حين بلغ عدد مساعدي التمريض (٢٤٨) مساعد تمريض يشكلون (٥%) من عدد مساعدي التمريض وكما يتضح من جدول رقم (١) فإنه لا يوجد أي عدد يذكر من القابلات القانونيات وعدد قليل جداً من عمال وعاملات التمريض يبلغ (١٤) عاملاً وعاملة تمريض، وذلك لأن تلك الخدمات تقدم وبشكل واسع من قبل وزارة الصحة.

## ٢-٢-٢ القطاع الخاص:

يعتبر القطاع الخاص العنصر الثاني في الأردن من حيث تقديم خدمات الرعاية الصحية مقابل مبالغ تدفع من قبل المستفيدين من هذه الخدمة، ويضم القطاع الخاص كلاً من المستشفيات الأهلية وعيادات الأطباء الخاصة والصيديات والمختبرات ومراكز الأشعة والمراكز التشخيصية، وبذلك فهو يقدم خدمات الرعاية الصحية الأولية والثانية والثالثة، وله استثمارات ضخمة في هذا المجال.

بلغ عدد مستشفيات القطاع الخاص في المملكة في نهاية عام ١٩٩٨ (٥٠) مستشفى تشكل (٦٠,٣%) من عدد المستشفيات في المملكة وكما يبين جدول رقم (٢-١) فقد بلغ مجموع أسوة هذا القطاع (٣٠٥١) سريراً في عام ١٩٩٨ تشكل ما نسبته (٣٥,٦%) من عدد الأسرة الموجودة في المملكة. أما بالنسبة للكوادر الصحية التي يوظفها القطاع الخاص فقد بلغ مجموعها وكما يظهر جدول رقم (٢-١) (١٣٠٤٣) كادراً صحياً تشكل ما نسبته (٤٦,٨%) من مجموع القوى البشرية الصحية العاملة في المملكة، وبذلك فإن القطاع الخاص يحتل نصيب الأسد من حيث توظيف أعداد هائلة من الكوادر الصحية، فوصل عدد الأطباء العاملين في القطاع الخاص

لعام ١٩٩٨ (٤٢٣٦) طبيباً يشكلون (٥٣,٧%) من مجموع عدد الأطباء في المملكة، وبلغ عدد أطباء الأسنان (١٩٧٣) طبيباً وبنسبة (٧٨,٩%) من مجموع عدد أطباء الأسنان في المملكة، أما بالنسبة لعدد الصيادلة فقد بلغ عددهم (٣٢٨٢) صيدلياً يشكلون (٩١,٢%) من مجموع عدد الصيادلة في المملكة، هذا وقد بلغ عدد الممرضين والممرضات لعام ١٩٩٨ (٢٧٢٨) ممرضاً وممرضة تبلغ نسبتهم (٤٧%) من مجمل عدد الممرضين في المملكة، وقد بلغ عدد القابلات القانونيات (٢٨٥) قابلة يشكلن (٢٧,٨%) من عدد القابلات في المملكة، أما بالنسبة لعدد مساعدي التمريض فقد بلغ عددهم (٥٣٩) مساعداً ومساعدة تمريض يشكلون ما نسبته (١٠,٧%) من عدد مساعدي التمريض العاملين في المملكة.

### ٢-٢-٣ القطاع الدولي والخيري

مع إن الخدمات الصحية التي تقدمها وكالة الغوث لا يمكن اعتبارها إحدى القطاعات الصحية الأساسية في المملكة، إلا إننا لا نستطيع إغفال الدور الذي تقوم به في تقديم خدمات الرعاية الصحية الأولية، ومعالجة قسم كبير يقدر بحوالي نصف مليون لاجئ فلسطيني من خلال عياداتها المنتشرة في مخيمات اللاجئين الفلسطينيين. هذا ويعمل لدى وكالة الغوث في الأردن وكما يتضح من جدول رقم (٢-١) حوالي (٨٠) طبيباً في نهاية عام ١٩٩٨، وبلغ عدد أطباء الأسنان (١٧) طبيباً، وعدد الصيادلة اثنان وبلغ عدد الممرضين والممرضات (٣٨) ممرضاً وممرضة، وكذلك بلغ عدد القابلات القانونيات (٢٤) قابلة قانونية، وبلغ عدد مساعدي التمريض (١٢٨) مساعداً ومساعدة تمريض و(٧) عمال تمريض يشكلون في مجموعهم ما نسبته (١%) من مجموع عدد القوى البشرية الصحية العاملة في المملكة.

ومن الجدير ذكره أن الجمعيات الخيرية المحلية والأجنبية الأخرى تقوم بتقديم خدماتها الصحية من خلال عيادات ومستشفيات تابعة لها.

## ٣-٢ المؤسسات الصحية العاملة في المملكة:

تعتبر المؤسسات الصحية الأماكن التي تقدم من خلالها خدمات الرعاية الصحية للمواطنين وتنقسم إلى نوعين، الأول خدمات الرعاية الصحية الأولية والتي تتم في العيادات والمراكز الصحية خارج المستشفيات، والثاني الخدمات التي تقدم من خلال المستشفيات وتسمى خدمات الرعاية الصحية الثانية والثالثة.

### ١-٣-٢ الرعاية الصحية الأولية:

تعتبر الرعاية الصحية الأساسية المستوى الأول لاتصال الأفراد والأسر بالنظام الصحي والوطني، وتشتمل على تقديم الخدمات الصحية العلاجية الأساسية للوقاية من الأمراض وتحسين مستويات الصحة، وتقدم من خلال المراكز الصحية الشاملة والأولية والفرعية، بالإضافة إلى مراكز الأمومة والطفولة ومراكز مكافحة الأمراض الصدرية وعيادات الأسنان.

وتعتبر وزارة الصحة الجهة الرئيسة المسؤولة عن تقديم هذا النوع من الخدمات، إلى جانب نسبة ضئيلة تقدم في العيادات والمراكز الصحية التابعة للقطاع الدولي والخيري.

وتشتمل المراكز الصحية على الأنواع التالية:

### ١-١-٣-٢ المركز الصحي الشامل:

وهو عبارة عن مستشفى مصغر يقوم بنفس أعمال المستشفى من حيث تقديم المعالجة والخدمات الصحية، فيخفف الضغط عن المستشفى، ويضم المركز الصحي الشامل أطباء عامين وأطباء اختصاصيين وأطباء أسنان وقسم أشعة وقسم مختبرات طبية وصيدلية وقسم رعاية الأمومة والطفولة وقسم الإسعاف والطوارئ<sup>(١)</sup>.

وقد بلغ عدد المراكز الصحية الشاملة في المملكة لعام ١٩٩٨ وكما يبين جدول رقم (٣-٢) (٤٢) مركزاً صحياً شاملاً موزعة على مختلف محافظات المملكة، ومن خلال الجدول رقم (٣-٢) يظهر أن العاصمة عمان احتلت المقام الأول في عدد المراكز الصحية الشاملة فبلغ عددها (١٢) مركزاً ونسبة (٢٨,٦%) من مجموع عدد المراكز الصحية الشاملة في المملكة

لعام ١٩٩٨، تلتها بذلك محافظة إربد حيث بلغ عدد المراكز فيها (٦) مراكز وبنسبة (١٤,٣%) من عدد المراكز الشاملة في المملكة، وجاءت محافظة الكرك بالمركز الثالث حيث بلغ عدد المراكز الشاملة فيها (٥) مراكز وبنسبة (١١,٩%) بسبب بعد التجمعات السكانية في هذه المحافظة عن مركز المدينة، أما محافظة الزرقاء فقد بلغ عدد المراكز الصحية الشاملة فيها (٣) مراكز وبنسبة (٧,١%) من مجموع عدد المراكز الصحية الشاملة في المملكة، وتوزعت باقي المراكز الشاملة على مختلف محافظات المملكة الأخرى وبنسبة (٣٨,١%).

### جدول رقم (٢-٣)

أعداد المراكز الصحية حسب النوع في محافظات المملكة لعام ١٩٩٨

النوع	المحافظة	عمان	الزرقاء	إربد	الكرك	باقي المحافظات	المجموع العام
مركز صحي شامل	١٢	٣	٦	٥	١٦	٤٢	
النسبة	٢٨,٦	٧,١٠	١٤,٣	١١,٩	٣٨,١	١٠٠	
مركز صحي أولي	٥١	٢٤	٨٧	٣٤	١٣١	٣٢٧	
النسبة	١٥,٦	٧,٣	٢٦,٦	١٠,٤	٤٠,١	١٠٠	
مركز صحي فرعي	٣٥	١٣	٢٧	٣٧	١٦٥	٢٧٧	
النسبة	١٢,٦	٤,٧	٩,٧	١٣,٤	٥٩,٦	١٠٠	
مركز أمومة وطفولة	٥٠	٢٧	٨١	٣٩	١٢٥	٣٢٢	
النسبة	١٥,٥	٨,٤	٢٥,٢	١٢,١	٣٨,٨	١٠٠	
عيادة أسنان	٤٣	١٨	٤٨	١٥	٨٨	٢١٢	
النسبة	٢٠,٣	٨,٥	٢٢,٦	٧,١	٤١,٥	١٠٠	
المجموع العام	١٩١	٨٥	٢٤٩	١٣٠	٥٢٥	١١٨٠	

\* يضاف إلى أعداد المراكز (١١) مركز للأمراض الصدرية.

المصدر: نفس مصادر الجدول السابق

## ٢-٣-١-٢ المركز الصحي الأولي:

وهو مركز صحي لا يتواجد فيه أطباء اختصاصيون في العادة، ويتواجد فيه أطباء عامين حسب حاجة المنطقة الموجود فيها المركز الصحي وحسب عدد السكان في المنطقة، ويقوم على إدارة هذا النوع من المراكز أطباء يقومون في أغلب الأحيان بتقديم الخدمات الصحية من رعاية أمومة وطفولة وتطعيم الأطفال وإجراء الفحوص الخاصة بالنساء الحوامل، وإلى جانب ذلك الدور المهم الذي يقدمه الممرضون والفنيون في تلك المراكز<sup>(٧)</sup>.

وبالنظر إلى جدول رقم (٢-٣) نجد أن عدد المراكز الصحية الأولية قد بلغ في الأردن (٣٢٧) مركزاً في عام (١٩٩٨) موزعة على مختلف محافظات وألوية المملكة، فتبوتات محافظة إربد النسبة الأكبر من مجموع عدد المراكز الصحية الأولية فبلغ عدد المراكز فيها (٨٧) مركزاً ونسبة تصل إلى (٢٦,٦%) من مجموع عدد المراكز في المملكة ويعزى السبب في ذلك لكون هذه المحافظة تحتل النسبة الأكبر من حيث عدد الألوية والأقضية فيها مقارنة بغيرها من المحافظات الأخرى في المملكة تلتها بذلك عمان بـ (٥١) مركزاً ونسبة (١٥,٦%) ثم محافظة الكرك (٣٤) مركزاً ونسبة (١٠,٤%)، في حين بلغ عدد المراكز الصحية الأولية في محافظة الزرقاء (٢٤) مركزاً ونسبة (٧,٣%) من مجموع عدد المراكز الصحية الأولية في المملكة وعند ملاحظة هذا العدد من المراكز ومقارنته مع عدد المراكز في المحافظات الأخرى كإربد والكرك، نجد أنه لا ينسجم مع عدد السكان في المحافظة.

## ٢-٣-١-٣ المركز الصحي الفرعي:

وهو عبارة عن عيادة لا يتواجد فيها أطباء، ويقوم على تقديم الخدمات الصحية فيها الممرضون ومساعدوهم، فيقوم الطبيب بزيارة هذه العيادات في فترات أو أيام معينة من الأسبوع لتقديم الخدمات الصحية اللازمة، وتعمل فرق التطعيم الوطني الجوال على زيارة تلك العيادات في المناطق القليلة السكان. ويلاحظ من الجدول رقم (٢-٣) أن عدد المراكز الصحية الفرعية قد وصل في عام ١٩٩٨ إلى (٢٧٧) مركزاً موزعة على مختلف المناطق النائية في



محافظات المملكة، فتبوأّت محافظة الكرك المركز الأول في عدد هذه المراكز، وبلغ عددها في المحافظة (٣٧) مركزاً تشكل ما نسبته (١٣,٤%) من مجموع عدد المراكز الصحية الفرعية في المملكة نظراً لطبيعة جغرافية هذه المحافظة وكثرة المناطق النائية فيها، بينما بلغ عدد المراكز في محافظة إربد (٢٧) مركزاً ونسبة (٩,٧%)، وبلغت في عمان (٣٥) مركزاً ونسبة (١٢,٦%)، في حين جاءت محافظة الزرقاء في مراكز متأخرة من حيث عدد هذا النوع من المراكز فقد بلغ عددها في المحافظة (١٣) مركزاً شكلت ما نسبته (٤,٧%) من مجموع عدد المراكز الصحية الفرعية في المملكة، وذلك نظراً لطبيعة التوزيع السكاني في المحافظة وتركز غالبيتهم في المناطق الحضرية.

#### ٢-٣-١-٤ مركز الأمومة والطفولة:

أدخل مفهوم خدمات الأمومة والطفولة في المملكة منذ إنشاء وزارة الصحة، بهدف النهوض بصحة فئتين هامتين وكبيرتين من فئات المجتمع هما الأمهات والأطفال حتى عمر (٥) سنوات، واستمر افتتاح مراكز الأمومة والطفولة تباعاً في مختلف مناطق المملكة، بهدف النهوض بصحة الأم والطفل من النواحي الجسمية والعقلية والاجتماعية والغذائية، وتقديم أفضل الخدمات وإيصالها إلى جميع فئاتها المستهدفة بشكل عادل من أجل تخفيض معدلات وفيات الرضع والأطفال، وخفض معدل وفيات الأمهات، وخفض معدلات الإصابة بأمراض الطفولة وأمراض سوء التغذية بين الأمهات والأطفال، وتشمل خدمات الأمومة والطفولة جميع الخدمات المتعلقة بالأم الحامل والطفل بعد الولادة وبرامج التثقيف الصحي والزيارات المنزلية<sup>(٨)</sup>.

كما ويبين جدول رقم (٢-٣) عدد مراكز الأمومة والطفولة ونسب توزيعها بين محافظات المملكة المختلفة لعام (١٩٩٨)، يظهر عدد هذه المراكز في المملكة حوالي (٣٢٢) مركزاً تبوأّت محافظتا إربد والكرك نصيب الأسد، فبلغ عدد المراكز فيهما (٨١) و (٣٩) مركزاً على التوالي ونسبة (٢٥,٢%) و (١٢,١%) على التوالي، ويعود السبب في ذلك كما ذكرنا سابقاً، لكون هاتين المحافظتين تحتلان عدد الوية وأفضية أكثر من غيرها من المحافظات الأخرى في المملكة، في حين بلغ عدد هذه المراكز في عمان (٥٠) مركزاً ونسبة (١٥,٥%)، وبلغ عددها

في محافظة الزرقاء (٢٧) مركزاً وبنسبة (٨,٤%)، في حين وزعت باقي المراكز وبنسب مختلفة على باقي محافظات المملكة.

#### ٢-٣-١-٥ عيادات الأسنان:

تتواجد عيادات الأسنان التابعة لوزارة الصحة فسي المستشفيات والمراكز الصحية الحكومية، فيتواجد عدد لا بأس به من أطباء الأسنان في تلك العيادات يقومون على تقديم خدمات الأسنان ولمختلف فئات المجتمع. وقد بلغ مجموع عدد عيادات الأسنان في المملكة لعام (١٩٩٨) وكما يظهر جدول رقم (٢-٣) (٢١٢) عيادة أسنان يوجد منها في محافظة إربد (٤٨) عيادة وبنسبة (٢٢,٦%)، يليها عمان ويوجد بها (٤٣) عيادة وبنسبة (٢٠,٣%)، في حين بلغ عدد عيادات الأسنان في محافظة الزرقاء (١٨) عيادة وبنسبة (٨,٥%) من مجموع عدد عيادات الأسنان في المملكة، بينما بلغ عدد عيادات الأسنان التابعة لوزارة الصحة في محافظة الكرك (١٥) عيادة وبنسبة (٧,١%)، وتتنوع باقي العيادات على مختلف المحافظات المتبقية وبنسب متفاوتة.

#### ٢-٣-١-٦ مركز الأمراض الصدرية

تعتبر مراكز الأمراض الصدرية الجهة الرئيسية المسؤولة عن تقديم الخدمات العلاجية والوقائية لأمراض الصدر عامة، ولا سيما مكافحة مرض السل ومعالجته وتطعيم الأطفال ضد هذا المرض، بالإضافة إلى القيام بعمل الإرشاد الصحي والبحث الاجتماعي والملاحظة البيئية وتصوير الأشخاص المعرضين للإصابة بأمراض الصدر.

وبالنسبة لأعداد مراكز الأمراض الصدرية فقد بلغ عددها في المملكة وكما يظهر جدول رقم (٢-٣) (١١) مركزاً موزعة على محافظات المملكة المختلفة، كان لمحافظة الزرقاء نصيب في وجود مركز يقدم خدماته لسكان المحافظة.

## ٢-٣-٢ الرعاية الصحية الثانية والثالثة:

وفرت وزارة الصحة خدماتها الصحية للمواطنين من خلال مستشفياتها العاملة في مختلف محافظات المملكة، إلى جانب الخدمات الصحية المتقدمة التي يقدمها القطاع الخاص وقطاع الخدمات الطبية الملكية، وانتشرت هذه الخدمات وتطورت بشكل ملموس خلال السنوات القليلة الماضية، فتوسعت هذه المستشفيات وازداد حجم استيعابها بزيادة أعداد أسرتها ليصبح بمقدور المواطنين الانتفاع بها بكل سهولة ويسر، فأُنشئت العديد من المراكز الطبية التخصصية مثل مركز الأمل للسرطان ومؤسسة العناية بالشلل الدماغي.

وتجدر الإشارة إلى إن عدد المستشفيات العاملة في المملكة قد بلغ (٨٣) مستشفى تتبع مختلف القطاعات الصحية، وكما يظهر جدول رقم (٢-٤) فإن هذه المستشفيات قد احتوت على (٨٥٦٥) سريراً وبمعدل (١٨) سريراً لكل (١٠,٠٠٠) من السكان، في حين بلغ عدد المستشفيات العاملة في العاصمة عمان (٣٨) مستشفى وبمعدل (٢,١) مستشفى لكل (١٠٠,٠٠٠) من السكان وتشكل ما نسبته (٤٥,٨%) من مجموع عدد المستشفيات في المملكة، وتحتوي على (٤٦١٥) سريراً وبنسبة (٥٣,٩%) من مجموع عدد الأسرة في المملكة وبمعدل (٢٦) سريراً لكل (١٠,٠٠٠) من السكان في عمان، وبلغ مجموع عدد الصيدليات في العاصمة عمان (٧٩٠) صيدلية من أصل (١٤٢٤) صيدلية تعمل في المملكة وبنسبة تصل إلى (٥٥,٥%) وبمعدل (٤٣,٧) صيدلية لكل (١٠٠,٠٠٠) من السكان في عمان. ومن هنا يظهر تركز معظم الخدمات الصحية في العاصمة عمان دون غيرها من المحافظات الأخرى. في حين بلغ عدد المستشفيات العاملة في محافظة إربد وكما يبين جدول رقم (٢-٤)، في نهاية عام ١٩٩٨ (١٣) مستشفى وبنسبة (١٥,٧%) من عدد المستشفيات في المملكة وبمعدل (١,٥٣) مستشفى لكل (١٠٠,٠٠٠) من السكان في محافظة إربد وتحتوي على (١١٨١) سريراً بنسبة (١٣,٨%) من مجموع عدد الأسرة في المملكة وبمعدل (١٤) سريراً لكل (١٠,٠٠٠) من السكان في المحافظة، هذا وقد بلغ عدد الصيدليات العاملة في محافظة إربد وكما يظهر جدول رقم (٢-٤) حوالي

(١٨٤) صيدلية وبنسبة (١٣%) من عدد الصيدليات في المحافظة وبمعدل (٢١,٧) صيدلية لكل (١٠٠,٠٠٠) من السكان.

جدول رقم (٢-٤)

عدد المستشفيات والأسرة والصيدليات إلى عدد السكان حسب المحافظات لعام ١٩٩٨

المحافظة	العاصمة	اريد	الزرقاء	الكرك	باقي المحافظات الأخرى	المجموع العام
عدد السكان*	١٨٠٩٧٧٥	٨٤٨٣٤٠	٧٤٧٨٦٠	١٩١٤٠٥	١١٥٨٣٧٠	٤٧٥٥٧٤٠
المستشفيات	٣٨	١٣	٩	٦	١٧	٨٣
النسبة	٤٥,٨	١٥,٧	١٠,٩	٧,٢	٢٠,٤	١٠٠
المعدل لكل (١٠٠,٠٠٠) السكان	٢,١	١,٥٣	١,٢	٣,١٣	١,٤٧	١,٧٥
الأسرة	٤٦١٥	١١٨١	٩٠٧	٣٣٢	١٥٣٠	٨٥٦٥
النسبة	٥٣,٩	١٣,٨	١٠,٦	٣,٩	١٧,٨	١٠٠
المعدل لكل (١٠,٠٠٠) من السكان	٢٦	١٤	١٢	١٧	١٣,٢	١٨
الصيدليات	٧٩٠	١٨٤	٢٢٢	٣٠	١٩٨	١٤٢٤
النسبة	٥٥,٥	١٣	١٥,٦	٢	١٣,٩	١٠٠
المعدل لكل (١٠٠,٠٠٠) من السكان	٤٣,٧	٢١,٧	٢٩,٧	١٥,٧	١٧,١	٢٩,٩

المصدر: نفس مصادر الجدول السابقة.

\* توزيع السكان (المقدر) لعام (١٩٩٨) الصادر عن دائرة الإحصاءات العامة.

أما بالنسبة لمحافظة الزرقاء فقد بلغ عدد المستشفيات العاملة فيها (٩) مستشفيات تشكل ما نسبته (١٠,٩%) من مجموع عدد المستشفيات العاملة في المملكة وبمعدل (١,٢) مستشفى لكل (١٠٠,٠٠٠) من السكان في المحافظة وكما يوضح جدول رقم (٢-٤) فإن هذه المستشفيات تحتوي على (٩٠٧) أسرة تشكل ما نسبته (١٠,٦%) من مجموع عدد الأسرة في المملكة وبمعدل (١٢) سرير لكل (١٠,٠٠٠) من السكان، في حين بلغ عدد الصيدليات في المحافظة

ولعام ١٩٩٨ حوالي (٢٢٢) صيدلية وبنسبة (١٥,٦%) من مجموع عدد الصيدليات في المملكة وبمعدل (٢٩,٧) صيدلية لكل (١٠,٠٠٠) من السكان في المحافظة.

وجدير بالذكر أن عدد مستشفيات وزارة الصحة العاملة في محافظة الزرقاء قد بلغ في نهاية عام (١٩٩٨) مستشفيان، ويضمان (٤٢٤) سريرا، هما مستشفى الزرقاء الحكومي وتبلغ عدد أسرته (٢٩٤) سريرا ومستشفى الأمير فيصل بن الحسين وتبلغ عدد أسرته (١٣٠) سريرا يشكلان ما نسبته (١٣,٣%) من عدد أسرة وزارة الصحة، وتضم المحافظة مستشفى الأمير هاشم التابع للخدمات الطبية الملكية وتبلغ عدد الأسرة فيه (٢١٠) أسرة تشكل ما نسبته (١١,٥%) من عدد الأسرة في الخدمات الطبية الملكية، أما مستشفيات المحافظة المتبقية فقد بلغ عددها (٧) مستشفيات تتبع القطاع الخاص وتضم (٢٧٣) سريرا وتشكل (٩%) من عدد أسرة القطاع الخاص في المملكة. والجدول رقم (٢-٤) يظهر بوضوح عدد المستشفيات والأسرة والصيدليات المتبقية ونسب توزيعها على باقي محافظات المملكة الأخرى.

## ٢-٤ القوى البشرية الصحية العاملة في قطاع الصحة في المملكة

ما من شك في إن تطور القوى البشرية الصحية في المملكة، لعب الدور الرئيس في التطور الصحي الذي شهدته المملكة منذ تأسيسها، ذلك أن القوى البشرية الصحية هي التي تأخذ على عاتقها مسؤولية الرعاية الصحية الأولية والثانية والثالثة سواء أكان ذلك في استقبال المرضى المراجعين في المراكز الصحية والعيادات والمستشفيات ومعالجتهم، أو في متابعة الإجراءات الصحية الوقائية في التجمعات السكانية أو الأماكن التي يخشى من إخلالها بالوضع الصحي كالمصانع والمعامل.

وبالنسبة لمعدلات القوى البشرية الصحية العاملة في المملكة يظهر بوضوح ومن خلال جدول رقم (٢-٥) أعداد هذه القوى ونسب معدلاتها للسكان مميزة على المستويين الحكومي والخاص، فبلغ مجموع عدد الأطباء في المملكة لعام ١٩٩٨ (٧٨٨٩) طبيبا منهم (٣٦٥٣) طبيبا في القطاع الحكومي و(٤٢٣٦) طبيبا في القطاع الخاص وبمعدل (١٦,٦) طبيبا لكل (١٠,٠٠٠) من السكان، في حين بلغ عدد الأطباء العاملين في محافظة الزرقاء (٧٠٦) أطباء منهم (٣٩٥)

طبييا في القطاع الحكومي و (٣١١) طبييا في القطاع الخاص وبمعدل (٩,٥) طبيب لكل (١٠,٠٠٠) من السكان في المحافظة. وقد بلغ عدد أطباء الأسنان في المملكة لعام ١٩٩٨ (٢٥٠١) طبيب أسنان منهم (٥٢٨) طبييا في القطاع الحكومي و (١٩٧٣) طبييا وبمعدل (٥,٣) طبيب لكل (١٠,٠٠٠) من السكان في المملكة، وبلغ عدد أطباء الأسنان في محافظة الزرقاء (١٣٥) طبيب وبمعدل (١,٨) طبيب لكل (١٠,٠٠٠) من السكان في المحافظة منهم (٤٥) طبيب في القطاع الحكومي و (٩٠) طبيب في القطاع الخاص، بينما بلغ عدد الصيادلة في المملكة ولعام ١٩٩٨ (٣٦٠٠) صيدلي وبمعدل (٧,٦) صيدلي لكل (١٠,٠٠٠) من السكان في المملكة يعمل منهم (٣١٨) في القطاع الحكومي و (٣٢٨٢) صيدليا في القطاع الخاص، في حين بلغ عدد الصيادلة في محافظة الزرقاء (٢٧٠) صيدليا وبمعدل (٣,٦) صيدلي لكل (١٠,٠٠٠) من السكان في المحافظة منهم (١٣) صيدليا في القطاع الحكومي و (٢٥٧) صيدلي في القطاع الخاص.

جدول رقم (٢-٥)

معدل القوى البشرية الصحية لمحافظة الزرقاء والمملكة لعام ١٩٩٨

محافظة الزرقاء	المملكة	الموقع
		التخصص
		الأطباء
٣٩٥	٣٦٥٣	حكومي
٣١١	٤٢٣٦	خاص
٧٠٦	٧٨٨٩	المجموع
٩,٥	١٦,٦	المعدل لكل (١٠,٠٠٠)
		أطباء الأسنان
٤٥	٥٢٨	حكومي
٩٠	١٩٧٣	خاص
١٣٥	٢٥٠١	المجموع
١,٨	٥,٣	المعدل
		الصيدالة
١٣	٣١٨	حكومي
٢٥٧	٣٢٨٢	خاص
٢٧٠	٣٦٠٠	المجموع
٣,٦	٧,٦	المعدل
		المرضى
٣١٧	٣٠٧١	حكومي
٣٦٨	٢٧٢٨	خاص
٦٨٥	٥٧٩٩	المجموع
٩,٢	١٢,٢	المعدل
		القابلات
٧٥	٧٤٢	حكومي
٢٨	٢٨٥	خاص
١٠٣	١٠٢٧	المجموع
١,٤	٢,٢	المعدل

المصدر: نفس مصادر الجداول السابقة.

وكما يظهر في جدول رقم (٢-٥) فقد بلغ عدد الممرضين في المملكة لعام ١٩٩٨ (٥٧٩٩) ممرضا وبمعدل (١٢) ممرضا لكل (١٠,٠٠٠) من السكان، يعمل لدى القطاع

الحكومي (٣٠٧١) ممرضا ولدى القطاع الخاص (٢٧٢٨) ممرضا، في حين بلغ عدد الممرضين في محافظة الزرقاء وكما يظهر جدول رقم (٢-٥) (٦٨٥) ممرضا وبمعدل (٩,٢) ممرض لكل (١٠,٠٠٠) من السكان في المحافظة منهم (٣١٧) ممرض يعملون في القطاع الحكومي، و(٣٦٨) ممرضا في القطاع الخاص. وبالنسبة لعدد القابلات فقد بلغ مجموع القابلات في المملكة (١٠٢٧) قابلة وبمعدل (٢.١) قابلة لكل (١٠,٠٠٠) من السكان منهن (٧٤٢) قابلة في القطاع الحكومي و(٢٨٥) قابلة في القطاع الخاص، في حين بلغ عدد القابلات في محافظة الزرقاء (١٠٣) قابلة وبمعدل (١,٤) قابلة لكل (١٠,٠٠٠) من السكان، منهن (٧٥) قابلة في القطاع العام، و(٢٨) قابلة في القطاع الخاص.

## ٢-٥ الانتفاع من الخدمات الصحية في محافظة الزرقاء:

بالنظر إلى حجم الخدمات الصحية المقدمة من مختلف القطاعات الصحية العاملة في المملكة، يظهر بوضوح حجم الانتفاع من خدمات الرعاية الصحية من قبل المواطنين، وذلك بهدف رفع وتحسين مستوياتهم الصحية.

### ٢-٥-١ الانتفاع من خدمات المراكز الصحية:

بلغت عدد المعالجات المقدمة من قبل الطبيب في المراكز الصحية المختلفة العاملة في محافظة الزرقاء لعام ١٩٩٨ حوالي (٦٠٥١٤٧) معالجة تشكل ما نسبته (١٠,٢%) من مجموع المعالجات في المراكز الصحية بالمملكة وبمعدل (٨٠٩٢) معالجة لكل (١٠,٠٠٠) من السكان في المحافظة.

### ٢-٥-٢ الانتفاع من خدمات الأمومة والطفولة:

وبالنسبة للانتفاع من خدمات الأمومة والطفولة فقد بلغ مجموع عدد زيارات الأطفال لمختلف مراكز الأمومة والطفولة في محافظة الزرقاء (٤٥٢٤٠) زيارة شكلت ما نسبته (٦%) من مجموع زيارات الأطفال لتلك المراكز في المملكة. وقد بلغ عدد زيارات الأمهات لهذه المراكز لعام ١٩٩٨ (١٧٤٥٠) زيارة وبنسبة (٧%) من مجموع زيارات الأمهات لمراكز الأمومة والطفولة في المملكة.



## ٢-٥-٣ الانتفاع من خدمات عيادات الأسنان:

أما على صعيد الانتفاع من خدمات عيادات الأسنان فقد بلغت عدد المعالجات من قبل الطبيب في عيادات طب الأسنان في محافظة الزرقاء حوالي (٨٩٦٨٧) معالجة وبمعدل (١٢,٠٠) معالجة لكل (١٠,٠٠٠) من السكان في المحافظة، منها (٧٧٤٢٤) معالجة تمت في العيادات التابعة لمديرية صحة محافظة الزرقاء وبنسبة (٩,١%) من مجموع عدد المعالجات في المملكة، و (١٢٢٦٣) معالجة تمت في عيادات الأسنان التابعة لمستشفى الزرقاء الحكومي ومستشفى الأمير فيصل، وبنسبة (٢٥,٥%) من مجموع عدد المعالجات في عيادات طب الأسنان التابعة للمستشفيات الحكومية في المملكة.

## ٢-٥-٤ الانتفاع من خدمات مركز الأمراض الصدرية:

بلغ عدد المراجعين لمركز الأمراض الصدرية في محافظة الزرقاء لعام ١٩٩٨ حوالي (٢٣٢٤١) مراجعا وبمعدل (٣١) مراجعة لكل (١,٠٠٠) مواطن، فبلغت عدد حالات التدرن المكتشفة في المحافظة (٦٠) حالة منها (٤٠) حالة تدرن رئوي وبنسبة (١٨%) من الحالات المكتشفة في المملكة، وبمعدل (٥,٤) حالة لكل (١,٠٠٠,٠٠٠) مواطن في المحافظة، وقد تم في العام نفسه تغطية (٧٣,٠٢) مراجع بمطعوم الـ بي.سي.جي (BCG) وبنسبة (١٤,٥%) من عدد الذين تم تغطيتهم في المملكة.

## ٢-٥-٢ الانتفاع من خدمات الرعاية الصحية الثانية:

يتمثل حجم الانتفاع من خدمات الرعاية الصحية الثانية بأعمال المستشفيات سواء أكانت تابعة للقطاع الحكومي أو القطاع الخاص، فبلغ مجموع عدد الإدخالات للمرضى في مختلف مستشفيات محافظة الزرقاء ولمختلف القطاعات الصحية وكما يظهر جدول رقم (٢-٦) خلال عام ١٩٩٨ حوالي (٧٧٦٣٣) مريضا وبنسبة (١٤,٤%) من مجموع عدد الإدخالات في المملكة وبمعدل (١,٠٣,٨) مريض لكل (١,٠٠٠) من السكان في المحافظة.

جدول رقم (٦-٢)

حجم العمل في مستشفيات محافظة الزرقاء والمملكة لعام (١٩٩٨)

البيان المستشفى	عدد الأسرة	عدد المرضى	عدد الخروج		نسبة الوفيات %	نسبة نموذج للأمة المرضى %	نسبة الاشغال %	عدد الأيام المرضية	مراجعو عيادات الاختصاص	عدد العمليات الجراحية	عدد حالات الولادة
			أحياء	أموات							
الزرقاء الحكومي	٢٩٤	٢٣٩١٠	٢٣٥٧٣	٣٣٦	١,٤	٢,٩	٧٠,٦	٢١٩٢١٧	٨٧٩٠	١٣٧٨	
الأمير فيصل	١٣٠	١٥٠٠٢	١٤٨٢٩	١٧٤	١,٢	٢,٣	٧٢,٢	١١٩٠٧٩	٣٥٤٥	٥٣٥٦	
الأمير هاشم*	٢١٠	١٦٦٣٥	١٦٤٢٨	٢٠٧	١,٣	٣	٦٣	٢٠٢٥٦٣	٣٥٣٩	٣٣٤٩	
القطاع الخاص بالمحافظة**	٢٧٣	٢٢٠٨٦	٢١٧٢٦	١٠٥	٠,٥	٢,٣	٥١,١	١٤٢٥٠	٩١٥٣	٥٣٧٩	
المجموع العام لمستشفيات المحافظة	٩٠٧	٧٧١٣٣	٧٦٥٥٦	٨٢٢	١,١	٢,٦٣	٦٣	٥٥٥١٠٩	٢٥٠٢٤	٢٠٤٦٢	
المجموع العام لمستشفيات المملكة	٨٣٦٦	٥٣٩٨١٢	٥٣١٦٩٧	٦٦٢٩	١,٣	٣,٤	٦٠,١	١٨٢٤٠٤١	١٩٩٧٥٠	١٢٦٩١٤	

المصدر: (التقرير الإحصائي السنوي، وزارة الصحة، ١٩٩٨).

- \* المعلومات الواردة في الجدول، قسم الإحصاء الطبي، التقرير الإحصائي السنوي، مستشفى الأمير هاشم العسكري، ١٩٩٨.
- \*\* تشمل الأرقام الواردة في الجدول أعمال مستشفيات (قصر شبيب، جبل الزيتون، الحكمة، الزرقاء الوطني، الرازي الجديد، حيابة).
- \*\*\* لا يتضمن الجدول إحصائيات المستشفيات التالية (المعشر، الأهلي، الحياة، جرش التخصصي) لعدم ورود بيانات منها لعام ١٩٩٨.

كما ويبين جدول رقم (٦-٢) فقد بلغ مجموع عدد الأيام المرضية في مستشفيات المحافظة وللقاطعين العام والخاص وللعام نفسه (٢٠٥٣٢٤) يوماً تشكل ما نسبته (١١,٣%) من مجموع عدد الأيام المرضية في مستشفيات المملكة وبمعدل (٢٧٤,٥) يوم لكل (١٠٠٠) مواطن في المحافظة. أما بالنسبة لأعداد مراجعي عيادات الاختصاص في مستشفيات المحافظة ولمختلف القطاعات الصحية فقد بلغ (٥٥٥١٠٩) مراجعين وبنسبة (١٤,٩%) من مجموع عدد مراجعي عيادات الاختصاص في مستشفيات المملكة وبمعدل (٧٤٢,٣) مراجع لكل (١٠٠٠) من السكان في المحافظة.

ويذكر أن عدد العمليات الجراحية التي أجريت في مستشفيات المحافظة وكما يوضح جدول رقم (٦-٢) (٢٥٠٢٤) عملية جراحية، وبنسبة (١٢,٥%) من مجموع عدد العمليات التي أجريت في المملكة وبمعدل (٣٣) عملية لكل (١٠٠٠) من السكان في المحافظة.

وبالنظر إلى معدلات إشغال الأسرة المئوية في مستشفيات المحافظة المختلفة، فقد لوحظ مدى تباينها بين القطاعين الحكومي والخاص، فستراوحت ما بين (٦٣%) و(٧٢%) في مستشفيات القطاع الحكومي في المحافظة في حين لم تتجاوز هذه النسبة (٥١,١%) في مستشفيات القطاع الخاص بالمحافظة. ويذكر أن معدلات إقامة المرضى قد بلغت في مستشفيات محافظة الزرقاء ولمختلف القطاعات الصحية وكما يظهر جدول رقم (٢-٦) حوالي (٢,٦٣) يوماً، وكان لمستشفى الأمير هاشم العسكري النسبة الأعلى فبلغ معدل الإقامة فيه (٣) أيام، وبالنسبة لعدد حالات الولادة التي تمت في مستشفيات المحافظة لعام (١٩٩٨) فقد بلغت حوالي (٢٠٤٦٢) حالة وبنسبة (١٦,١%) من مجموع عدد حالات الولادة في المملكة.

وتجدر الملاحظة أن خدمات الرعاية الصحية الثالثة غير متوافرة في محافظة الزرقاء، فمعظم هذه الخدمات تقدم في العاصمة عمان نظراً لحجم الاستثمار الكبير الذي تتطلبه تلك الخدمات.

#### ٢-٥-٢ الانتفاع من الخدمات الصحية المساعدة:

##### ٢-٥-٢-١ الفحوصات المخبرية:

أظهرت الإحصائيات المتعلقة بعدد الفحوصات المخبرية التي أجريت في المديريات والمستشفيات التابعة لوزارة الصحة في محافظة الزرقاء لعام (١٩٩٨) أنها بلغت (١,٢٩٨,٢٩٩) فحصاً مخبرياً وبمعدل (١٧٣٦) فحص لكل (١٠٠٠) من السكان في المحافظة، وبنسبة (١٥,٧٣%) من مجموع الفحوصات المخبرية التي أجريت في مديريات ومستشفيات المملكة التابعة لوزارة الصحة، فقد تم إجراء (٧٩٤٨٨٤) فحصاً مخبرياً في مستشفى الزرقاء الحكومي و(٤٠٣٦٣٤) فحصاً تم في مستشفى الأمير فيصل، وأجري (٩٩٧٨١) فحصاً مخبرياً في المراكز الصحية التابعة لمديرية صحة محافظة الزرقاء.

##### ٢-٥-٢-٢ الصور الشعاعية:

أما عن حجم الانتفاع من خدمات أقسام الأشعة في مديريات ومستشفيات وزارة الصحة في محافظة الزرقاء لعام (١٩٩٨)، فقد بلغ مجموع هذه الصور (١٨٣٤٣١) صورة أشعة

أجريت لـ (١٣٦٦٧٥) مريضاً وبمعدل (١,٣٤) صورة لكل مريض في المحافظة، منها (١١١١١) صورة أجريت لـ (١٠٢٦٧) مريضاً في مديرية صحة الزرقاء و(١٧٢٣٢٠) صورة أجريت لـ (١٢٦٤٠٨) مرضى في مستشفيات وزارة الصحة في المحافظة.

#### ٢-٥-٦-٣ بنوك الدم:

بالنسبة لأعمال بنوك الدم فقد بلغ عدد المتبرعين في مستشفيات محافظة الزرقاء التابعة لوزارة الصحة (٩٦٧٩) متبرعا لعام (١٩٩٨) وبمعدل (١٢٩,٤) متبرعا لكل (١٠,٠٠٠) من السكان في المحافظة، وقد بلغت كميات الدم المصروفة باللترات (٤٤٨٠,٥) لتر صرفت في مستشفيات وزارة الصحة بالمحافظة.

#### ٢-٦ الوضع الوبائي:

يقصد بالوضع الوبائي - الأمراض إذا زادت نسبتها عن الوضع الطبيعي وأصبحت مستقلة وكانت نسبة الإصابات فيها مرتفعة- مثل الأمراض السارية وأمراض الإسهالات والأمراض المستوطنة كالمalaria والبلهارسيا وكذلك الأمراض المكتشفة بين طلبة المدارس وتعكس هذه الإحصاءات مجتمعة الوضع الوبائي للسكان<sup>(١)</sup>. ومن الجدير ذكره أن الإحصاءات للأمراض السارية تقتصر فقط على إصابات الأمراض السارية المبلغ عنها في مراكز ومستشفيات وزارة الصحة ولا تشمل الإصابات المكتشفة من قبل أطباء القطاع الخاص وبعض القطاعات شبه الرسمية الأخرى.

وبالنظر إلى إصابات الأمراض السارية نلاحظ أن الأردن لم يشهد خلال عام ١٩٩٨ أية حالة تذكر من أمراض الكوليرا والطاعون والحمى الصفراء، في حين سجلت حالات الإسهال أعلى النسب،<sup>(١١)</sup> وكما يظهر جدول رقم (٢-٧) فقد بلغت حالات الإسهال المكتشفة في المملكة لعام (١٩٩٨) حوالي، (١٠٠,٩٥٧) حالة وبمعدل حدوث (٢١٢٣) حالة لكل (١٠٠,٠٠٠) من السكان، بينما بلغت حالات الإسهال المكتشفة في محافظة الزرقاء ولنفس العام (١٢٠٣٢) حالة وبمعدل (١٦٠٩) حالة لكل (١٠٠,٠٠٠) من السكان في المحافظة.

جدول رقم (٧-٢)

حالات بعض الأمراض السارية ومعدل حدوثها لكل (١٠٠,٠٠٠) من السكان على مستوى المملكة ومحافظه الزرقاء لعام ١٩٩٨

محافظة الزرقاء	المملكة	الموقع	المرض ومعدل الحدوث
١٢٠,٣٢	١٠٠,٩٥٧	عدد الحالات	الإسهالات
١٦٠٨,٨	٢١٢٢,٨	معدل الحدوث	
٤٠	٢٢٤	عدد الحالات	التدرن الرئوي
٥,٤	٤,٧	معدل الحدوث	
٣٠	٩٧	عدد الحالات	التيفويد والباراتيفويد
٤	٢	معدل الحدوث	
٢٣٢	١٠٨٣	عدد الحالات	التهاب الكبد الوبائي
٣١	٢٢,٨	معدل الحدوث	
٤٠	٢٠٢	عدد الحالات	التهاب الكبد المصلي
٥,٣	٤,٢	معدل الحدوث	
١٠٣	٤٢٨	عدد الحالات	الحصبة
١٣,٨	٩	معدل الحدوث	
٣	٤٣	عدد الحالات	السحايا الوبائي
٠,٤	٠,٩	معدل الحدوث	
١١٤	٧٧٢	عدد الحالات	الزحار الأميبي
١٥,٢	١٦,٢	معدل الحدوث	
-	٨٠٨	عدد الحالات	البلهارسيا
-	١٧	معدل الحدوث	
-	٩٩٥٢	عدد الحالات	الجدري المائي
-	٢٠٩,٢	معدل الحدوث	

المصدر: نفس مصادر الجداول السابقة.

\* بلغت حالات الملاريا المكتشفة في المملكة لعام ١٩٩٨ (١١٩) حالة، وجميعها حالات وافدة.

- لم ترد إحصائيات عن الحالات المكتشفة لمرض البلهارسيا والجدري المائي في محافظة الزرقاء.

ومثلما يظهر في الجدول رقم (٧-٢) فقد بلغت حالات التدرن الرئوي في المملكة لعام

١٩٩٨ (٢٢٤) حالة وبمعدل حدوث (٤,٧) حالة لكل (١٠٠,٠٠٠) من السكان، في حين بلغت

الحالات المكتشفة في محافظة الزرقاء (٤٠) حالة تدرن رئوي وبمعدل (٥,٤) حالة لكل

(١٠٠,٠٠٠) من السكان، هذا وقد بلغت إصابات التيفوئيد والباراتيفوئيد في المملكة لعام ١٩٩٨ (٩٧) حالة وبمعدل حالتين لكل (١٠٠,٠٠٠) من السكان، وفي محافظة الزرقاء بلغت عدد الحالات (٣٠) حالة مكتشفة وبمعدل (٤) حالات لكل (١٠٠,٠٠٠) من السكان في المحافظة.

أما عن حالات التهاب الكبد الوبائي فقد بلغ عددها وكما يظهر جدول رقم (٢-٧) حوالي (١٠٨٣) حالة وبمعدل (٢٢,٨) حالة لكل (١٠٠,٠٠٠) من السكان في المملكة، بينما بلغت الحالات المكتشفة في محافظة الزرقاء (٢٣٢) حالة وبمعدل (٣١) حالة لكل (١٠٠,٠٠٠) من السكان، وتعتبر هذه النسبة من أعلى النسب في المملكة. وقد بلغت حالات التهاب الكبد المصلي (٢٠٢) حالة وبمعدل حدوث (٤,٢) حالة لكل (١٠٠,٠٠٠) من السكان في المملكة، فسي حين بلغت في محافظة الزرقاء (٤٠) حالة وبمعدل (٥,٣) حالة لكل (١٠٠,٠٠٠) من السكان. أما عن عدد حالات التهاب السحايا الوبائي فقد انخفضت بشكل ملحوظ خلال عام ١٩٩٨ فبلغ عدد الحالات المكتشفة في المملكة (٤٣) حالة وبمعدل (٠,٩) حالة لكل (١٠٠,٠٠٠) من السكان، بينما بلغ عدد الحالات المكتشفة في محافظة الزرقاء (٣) حالات وبمعدل (٠,٤) حالة لكل (١٠٠,٠٠٠) من السكان.

أما بالنسبة لعدد حالات الحصبة فقد بلغ مجموع الحالات المكتشفة في المملكة لعام (١٩٩٨) وكما يظهر جدول رقم (٢-٧) حوالي (٤٢٨) حالة وبمعدل حدوث (٩) حالات لكل (١٠٠,٠٠٠) من السكان، في حين بلغت الحالات المكتشفة في محافظة الزرقاء (١٠٣) حالة وبمعدل حدوث (١٣,٨) حالة لكل (١٠٠,٠٠٠) من السكان في المحافظة. وقد بلغت حالات الزحار الأميبي المكتشفة في المملكة (٧٧٢) حالة وبمعدل (١٦,٢) حالة لكل (١٠٠,٠٠٠) من السكان، بينما بلغت الحالات المكتشفة في محافظة الزرقاء (١١٤) حالة وبمعدل (١٥,٢) حالة لكل (١٠٠,٠٠٠) من السكان في المحافظة.

ومن الجدير بالذكر أن حالات الملاريا المكتشفة في المملكة لعام (١٩٩٨) كانت جميعها حالات وافدة وقد بلغ عددها (١١٩) حالة. أما عدد حالات البلهارسيا فقد بلغ عددها وكما يبين جدول رقم (٢-٧) في المملكة لعام ١٩٩٨ حوالي (٨٠٨) حالة وبمعدل حدوث (١٧) حالة لكل

(١٠٠,٠٠٠) من السكان، وبلغ مجموع إصابات الجدري المائي المكتشفة في المملكة (٩٩٥٢) إصابة وبمعدل (٢٠٩,٢) إصابة لكل (١٠٠,٠٠٠) من السكان.

## ٢-٧ الوضع المرضي:

من الصعوبة بمكان معرفة الوضع المرضي بدقة في كافة القطاعات الصحية، ولمختلف شرائح السكان، وذلك لعدم توافر بيانات إحصائية عن المرضى المعالجين في كافة مستشفيات القطاعات الصحية، وبالتالي الاعتماد على ما تنشره وزارة الصحة من معلومات حول أعداد المراجعين لمختلف العيادات الصحية التابعة لمستشفيات وزارة الصحة، ويظهر من الجدول رقم (٢-٨) أن أمراض العظام تبوأَت النسبة الأكبر من حيث عدد المراجعين، فقد بلغ عدد المراجعين لعيادات جراحة العظام في المملكة وكما يظهر من جدول رقم (٢-٨) حوالي (٢٣٥٨٦٢) مراجعاً وبنسبة تصل إلى (١٣%) من عدد المراجعين لعيادات الاختصاص في المملكة وبمعدل (٤٩٦) مراجع لكل (١٠,٠٠٠) من السكان، منها (٣٤١٣٦) مراجعاً في عيادات الاختصاص التابعة لوزارة الصحة في محافظة الزرقاء وبنسبة (١٤,٥%) من مجموع عدد المراجعين لعيادات جراحة العظام في المملكة وبمعدل (٤٥٦) مراجع لكل (١٠,٠٠٠) من السكان في المحافظة.

وجاءت أمراض الباطنية في المرتبة الثانية من حيث عدد المراجعين لعيادات الاختصاص في المملكة والذين بلغ عددهم (٢٢٥٤٦١) مراجعاً في المملكة لعام (١٩٩٨) وبنسبة (١٢,٣%) من عدد المراجعين وبمعدل (٤٧٤) مراجعاً لكل (١٠,٠٠٠) من السكان منها (٥٩٢١٧) مراجعاً لأمراض الباطنية في عيادات الاختصاص بمحافظة الزرقاء وبنسبة (٢٦,٢%) من مجموع عدد المراجعين لأمراض الباطنية وبمعدل (٧٩٢) مراجعاً لكل (١٠,٠٠٠) من السكان في المحافظة.

جدول رقم (٢-٨)

أعداد المراجعين لبعض الحالات المرضية في عيادات الاختصاص التابعة لمستشفيات وزارة الصحة على مستوى المملكة ومحافظة الزرقاء لعام (١٩٩٨)

في مستشفيات وزارة الصحة بمحافظة الزرقاء	في مستشفيات وزارة الصحة بالمملكة	عيادات الاختصاص المرضى ومعدل المراجعين
٣٤١٣٦	٢٣٥٨٦٢	عدد المراجعين أمراض العظام
٤٥٦	٤٩٦	معدل المراجعين*
٥٩٢١٧	٢٢٥٤٦١	عدد المراجعين أمراض الباطنية
٧٩٢	٤٧٤	معدل المراجعين*
١٩٦٢٧	١٦٠٧١٦	عدد المراجعين أمراض العيون
٢٦٢,٤	٣٣٨	معدل المراجعين*
٢٣١٦٨	١٣٩١٠١	عدد المراجعين أمراض الأنف والأذن والحنجرة
٣١٠	٢٩٢	معدل المراجعين*
٢١١٩٠	١٠٦٦٧٠	عدد المراجعين أمراض الجلدية
٢٨٣	٢٢٤	معدل المراجعين*
٣٢٠	٣٨١٧	عدد المراجعين أمراض السرطان
٤,٣	٧	معدل المراجعين*

المصدر: نفس مصادر الجداول السابقة.

\* معدل المراجعين لكل (١٠,٠٠٠) من السكان.

\*\* تعود الإحصائيات المتعلقة بعدد مراجعي أمراض السرطان لعام (١٩٩٧). يوجد (٤٦٣) حالة سرطان غير أردنية.

يلي ذلك أمراض العيون فقد بلغ عدد المراجعين لعيادات اختصاص العيون وكما يبين جدول رقم (٢-٨) حوالي (١٦٠٧١٦) مراجعا وبنسبة (٨,٨%) من عدد المراجعين لعيادات العيون التابعة لوزارة الصحة في المملكة وبمعدل (٣٣٨) مراجعا لكل (١٠,٠٠٠) من السكان، منها (١٩٦٢٧) مراجعا لعيادات الاختصاص في مستشفيات وزارة الصحة بمحافظة الزرقاء وبنسبة (١٢,٢%) من مجموع عدد المراجعين لعيادات اختصاص العيون في مستشفيات وزارة الصحة بالمملكة وبمعدل (٢٦٢,٤) مراجع لكل (١٠,٠٠٠) من السكان في المحافظة.

ويذكر أن الأمراض النسائية احتلت المرتبة الرابعة، وأمراض الأطفال والأنف والأذن والحنجرة جاءت بالمرتبة الخامسة والسادسة على التوالي. فبلغ عدد مراجعي عيادات النسائية



(١٥٨١٦٣) مراجعا منها (٣٦٤٩٣) مراجعا تمت في عيادات النسائية بمحافظة الزرقاء وبنسبة (٢٣%) ، وبلغ عدد مراجعي عيادات الأطفال (١٥٥١٧٠) مراجعا منها (٣٥٢٦٢) مراجعا في عيادات الأطفال التابعة لوزارة الصحة في محافظة الزرقاء وبنسبة (٢٢,٧%).

وبالنسبة لأعداد مراجعي عيادات الأنف والأذن والحنجرة في عيادات وزارة الصحة بالمملكة فكما يظهر من جدول رقم (٢-٨) قد بلغ عدد المراجعين لتلك العيادات حوالي (١٣٩١٠١) مراجع وبمعدل (٢٩٢) مراجعا لكل (١٠,٠٠٠) من السكان، منها (٢٣١٦٨) مراجعا في عيادات الاختصاص بمحافظة الزرقاء وبمعدل (٣١٠) مراجعين لكل (١٠,٠٠٠) من السكان.

تأتي بعد ذلك أمراض الجلدية فيبلغ عدد مراجعي عيادات الجلدية في عيادات الاختصاص التابعة لوزارة الصحة في المملكة (١٠٦٦٧٠) مراجعا وبمعدل (٢٢٤) مراجعا لكل (١٠,٠٠٠) من السكان في المملكة، منها (٢١١٩٠) مراجعا في عيادات الجلدية بمحافظة الزرقاء وبمعدل (٢٨٣) مراجعا لكل (١٠,٠٠٠) من السكان في المحافظة. وجاءت أمراض الجهاز الهضمي وأمراض القلب والأعصاب والدماغ وأمراض الدم والكلية بأعداد مراجعين منخفض نسبيا وذلك على مستوى المملكة والمحافظة، وذلك لأن غالبية تلك الأمراض يراجع أصحابها في عيادات الاختصاص التابعة للقطاع الخاص نظرا لطبيعة تلك الأمراض ومدى خطورتها.

وكما يبين جدول رقم (٢-٨) فقد بلغت حالات السرطان المكتشفة على مستوى المملكة خلال عام (١٩٩٧) حوالي (٣٨١٧) حالة سرطان موزعة على مختلف القطاعات الصحية منها (٤٦٣) حالة سرطان غير أردنية، هذا وتتنوع حالات السرطان على مختلف المحافظات وبنسب مختلفة، فبلغ عدد حالات السرطان في المملكة (٣٣٥٤) حالة وبمعدل (٧) حالات لكل (١٠,٠٠٠) من السكان، في حين بلغ عدد الحالات المكتشفة في محافظة الزرقاء (٣٢٠) حالة وبنسبة (٩,٥%) من مجموع عدد الحالات المكتشفة وبمعدل (٤,٣) حالة لكل (١٠,٠٠٠) من السكان في المحافظة. وقد تبوأَت العاصمة عمان أعلى النسب من حيث توزيع عدد حالات السرطان فبلغ عدد الحالات المكتشفة فيها (٢٠٠٢) وبنسبة (٥٩,٧%) وبمعدل (١١٤) حالة لكل

(١٠٠,٠٠٠) من السكان في العاصمة، بينما جاءت أقل النسب في محافظة الطفيلة، فبلغ عدد الحالات فيها (٢١) حالة وبنسبة (٠,٦%) وبمعدل (٣٠) حالة لكل (١٠٠,٠٠٠) من السكان.

## ٢-٨ المؤشرات الديموغرافية والصحية في الأردن:

شهد الأردن تحسنا ملحوظا في الوضع الصحي للسكان خلال العقود الثلاثة الماضية، فقد انخفضت معدلات وفيات الأطفال الرضع من (٨٦) وفاة لكل (١٠٠٠) مولود حي في عام (١٩٧٢) لتصل إلى (٢٩) وفاة لكل (١٠٠٠) مولود حي في عام ١٩٩٨. وتعتبر هذه الظاهرة جيدة بالمقارنة مع الدول العربية والنامية إلا إنها ما زالت مرتفعة بالمقارنة مع الدول المتقدمة والتي بلغت في دول أوروبا وأمريكا (٩) وفيات لكل (١٠٠٠) مولود حي<sup>(١١)</sup>. كما يبين جدول رقم (٢-٩).

وبالنسبة لمعدل الوفيات الخام، (معدل الوفيات الكلي بالنسبة لعدد السكان) فقد انخفض من (١٠) وفيات لكل (١٠٠٠) من السكان في عام ١٩٧٢ ليصل إلى (٥) وفيات لكل ألف من السكان في عام (١٩٩٨). قد انخفضت معدلات الخصوبة الكلية من (٧,٦) طفل لكل امرأة في عام (١٩٧٢) لتصل إلى (٤,٤) طفل لكل امرأة في عام (١٩٩٨). وعلى الرغم من إن هذا المعدل يقل عما هو في بعض الدول العربية، إلا إنه ما زال مرتفعا مقارنة مع الدول المتقدمة والتي لا يزيد معدل الخصوبة فيها عن طفلين لكل امرأة<sup>(١٢)</sup>. كما يظهر من خلال الجدول رقم (٢-٩).

وقد ارتفع معدل العمر المتوقع للذكور عند الولادة من (٥٨,٥) سنة للذكور في عام (١٩٧٢) ليصل إلى (٦٨) سنة للذكور في عام (١٩٩٨)، ويعتبر هذا المعدل جيدا مقارنة مع دول العالم المختلفة.

ومع الانخفاض المستمر في معدلات الوفيات الخام والوفيات الرضع والازدياد بمعدلات المواليد الخام، فقد بلغ معدل نمو السكان للأردن في عام (١٩٩٨) حوالي (٣,٣%)، ورغم الجهود المبذولة من قبل الجهات المعنية بالقطاع الصحي في الأردن وبالنظر الى جدول رقم (٢-٩) نجد أن بعض المؤشرات الديموغرافية التي وصل إليها الأردن في عام (١٩٩٨) كانت

جيدة بالمقارنة مع الدول العربية والنامية إلا أنها ما زالت مرتفعة مقارنة مع الدول المتقدمة بأكثر من ثلاثة أضعاف ما كانت عليه هذه الدول في عام ١٩٩٣، ويعتبر هذا المعدل مرتفعاً مقارنة مع أغلبية دول العالم، رغم الجهود المبذولة حيث ما زال المعدل مرتفعاً بأكثر من خمسة أضعاف ما كان عليه في أوروبا وأمريكا في عام (١٩٩٣).

جدول رقم (٢-٩)

المؤشرات الديموغرافية للأردن ودول مختارة (١٩٩٣)\*

الدولة	الأردن	الدول العربية	الدول النامية	الدول المتقدمة	البيان
	٣٢	٣٧	٢٣	١٥	معدل المواليد الخام لكل (١٠٠٠) من السكان
	٢	٧	٩	٩	معدل الوفيات الخام لكل (١٠٠٠) من السكان
	٢٩	٤٢	٤٠	٩	معدل وفيات الرضع لكل (١٠٠٠) مولود حي
	٤,٥	٤,٨	٣	٢	معدل الخصوبة
	٦٨	٦٧	٦٤	٧٢	معدل توقع الحياة
	%٣,٢	%٣	%١,٦	%٠,٨	معدل النمو السكاني

Source: world Bank Country Study, Hashemite kingdom of Jordan, health sector study, 1997. page 3.

\* أرقام الاردن لعام ١٩٩٨.

## ٢-٩ مشكلات القطاع الصحي في الأردن<sup>(١٣)</sup>

أدى النمو المتسارع وغير المنضبط لقطاع الصحة، إضافة إلى ضعف الدور التنظيمي والرقابي لوزارة الصحة إلى ظهور مشكلات عديدة تواجه القطاع الصحي، وتتلخص المشكلات فيما يلي:

- ١- تعدد مؤسسات الخدمات الصحية وغياب التنسيق فيما بينها مما أدى إلى عدم الاستفادة من الإمكانيات الموجودة في هذا القطاع بالشكل الأمثل، وسعي هذه المؤسسات لاجتذاب المرضى عن طريق امتلاك أحدث وسائل التقنية ذات الكلفة العالية، مما يشكل عبئا كبيرا على موارد البلاد الشحيحة.
- ٢- انخفاض معدل إشغال الأسرة في المستشفيات الخاصة (حوالي ٥٠%) بسبب النمو الكبير وغير المنضبط في عدد المستشفيات، مما عمل على رفع كلفة تقديم الخدمات الصحية.
- ٣- تدني نسبة الإشغال في بعض مستشفيات القطاع العام، وارتفاعها الكبير في مستشفيات أخرى بالإضافة إلى تباين مستوى الخدمة بين المستشفيات.
- ٤- تدني نوعية الخدمات الصحية المقدمة للمواطنين دون المستوى المطلوب بسبب الزيادة السكانية ولجوء غالبية السكان إلى المؤسسات العامة بسبب ارتفاع الكلفة في المؤسسات الخاصة.
- ٥- ظهور الترهل الإداري وانخفاض مستوى الأداء وتدني الإنتاجية والمركزية في صناعة القرارات غير المستندة إلى معلومات سليمة بسبب ضعف النظم الإدارية والمالية والمحاسبية القادرة على احتساب كلفة تقديم الخدمة الصحية في مؤسسات القطاع العام.
- ٦- تعدد أنظمة التأمين الصحي في المؤسسات العامة وعدم مقدرتها على تغطية كلفة الخدمة الصحية المقدمة أو حتى جزء منها، ومعاناة صناديق التأمين الصحي من عجز دائم بسبب انخفاض نسبة مساهمة المشتركين وذلك نظرا للاقتطاعات المحدودة.
- ٧- قلة الوضوح في السياسات الصحية وقلة البرامج المحددة التي تلتزم بها المؤسسات الصحية.

٨- سوء استخدام الإمكانيات المتاحة وزيادة الطلب غير المبرر عليها نظرا لضعف الضوابط في نظام تحويل المرضى، وتدني نسبة مشاركة المستفيدين من الخدمات الصحية في تكلفة المعالجة. وعدم وجود آلية تربط بين تعرفه الأجر وتسعيرة الأدوية وبين ارتفاع وانخفاض تكلفتها.

٩- تدني كفاءة وفاعلية البنى التحتية والخدمات المساندة لمعظم مستشفيات القطاع العام وحاجتها لمصادر تمويلية لمعالجة هذا الخلل.

١٠- تفاوت مستوى الأداء والدخل للعاملين في القطاع الصحي.

١١- ظهور بطالة في بعض الاختصاصات ونقص حاد في اختصاصات أخرى، لعدم ارتباط السياسات التعليمية الصحية بكافة مستوياتها بحاجات السوق الفعلية.

## ٢-١٠ أهداف الخطة القطاعية الصحية (١٩٩٩-٢٠٠٣) (١٤)

١- رفع نسبة التغطية بالخدمات الوقائية التي تقدمها وزارة الصحة، والعمل على زيادتها لتصل إلى (١٠٠%) خلال سنوات الخطة، وإزالة العوائق التي تحول دون إحراز تقدم متزايد.

٢- التغطية الكاملة لكافة المواطنين والمواطنات في كافة المراحل العمرية بالتأمين الصحي مع نهاية الخطة، وبحيث يغطي هذا التأمين حقوقا متساوية لا تميز فيها بين المستفيدين من كلا الجنسين.

٣- خفض معدلات وفيات الأطفال الرضع إلى ١٠٠٠/٢٠.

٤- خفض معدلات وفيات الأمهات إلى ١٠٠٠/٢٥.

- ٥- خفض معدلات الإصابة والإعاقة بالأمراض المزمنة والتقليل من قيمة الفاتورة العلاجية من تلك الأمراض والتي تشكل عبئاً كبيراً على الموارد الصحية.
- ٦- رفع كفاءة الأداء في المؤسسات الصحية العامة وتحقيق المرونة واللامركزية في العمل.
- ٧- تطوير الخدمات الصحية وخدمات الصحة الإنجابية للمرأة في كافة مراحل حياتها، وتحسين نوعيتها في كافة المناطق والتجمعات ولكافة الفئات السكانية.
- ٨- التوعية بالقضايا الصحية وتوفير التثقيف الصحي لكافة أفراد المجتمع بما فيهم المرأة لتعزيز الصحة العامة، وذلك من خلال مختلف وسائل الإعلام.
- وبالنظر الى مشكلات القطاع الصحي والأهداف الموضوعية والمبني تحقيقها في هذه الخطة ومقارنتها مع المشكلات والأهداف في الخطة الاقتصادية الاجتماعية (١٩٩٣-١٩٩٧)، سنجد أنها لا تختلف عن بعضها البعض كثيراً، فالمشكلات والأهداف واحدة في كلا الخطتين رغم تنوع أسلوب العرض فالمطلوب مراجعة شاملة لهذه المشكلات والوقوف بشكل أعمق على أهم الأسباب التي تؤدي لتلك المشكلات ومحاولة إيجاد حلول جذرية لها أولاً بأول، للوصول الى الأهداف المرجوة في هذه الخطة ولخطط قادمة إن شاء الله.

## ٢-١١ الإنفاق الصحي في الأردن

على الرغم من التقدم الذي شهده الأردن في المجال الصحي خلال السنوات القليلة الماضية، إلا إنه ما زال لا يمتلك نظاماً للحسابات الصحية القومية (National health accounts)، والتي تعنى بتوفير معلومات صحية عن مختلف القطاعات الصحية في المملكة وبالأخص تلك المعلومات المتعلقة بالنفقات الصحية حسب نوع الخدمة الصحية المقدمة ومصادر الدفع عليها<sup>(١٥)</sup>.

وتجدر الإشارة إلى إن الإنفاق على الصحة يظهر من خلال وجهتي نظر مختلفتين هما المستهلك ومقدم الخدمة الصحية، ففي حين يرى مقدم الخدمة الصحية أن مقدار الإنفاق الصحي بالنسبة للفرد يحدد من خلال إيجاد ميزانيات القطاعات الصحية خلال العام، ثم تحديد

نصيب الفرد من حجم الإنفاق الصحي الكلي (health expenditure/capita)، ولكن يؤخذ على هذه النسبة أنها لا تعكس حجم الإنفاق الصحي الفعلي الذي يدفعه الفرد على الخدمات الصحية لأن ميزانيات القطاعات الصحية تتضمن مصاريف تتعلق بالإدارة والتدريب وأجور العاملين وغيرها من المصاريف التي قد تزيد من حجم الإنفاق الصحي الكلي.

أما وجهة نظر المستهلك فإنه يرى أن مقدار حجم الإنفاق الصحي الحقيقي فيحدد من خلال الاعتماد على استبانات المسح الصحي الأسري، والتي تعتبر أساساً للمعلومات الصحية عن الأفراد، فتعطي ارتباطاً دقيقاً بين حجم الإنفاق الصحي الفعلي للفرد وبين المتغيرات الاقتصادية والاجتماعية التي يتميز بها<sup>(١٦)</sup>.

وفيما يتعلق بحجم الإنفاق الصحي فقد لوحظ مدى نموه خلال عشر السنوات الماضية وبنسبة تزيد عن (١٠٠%)، فارتفع حجم الإنفاق الصحي من (١٨٦) مليون دينار، وكما يظهر جدول رقم (٢-١٠) وبنسبة (٧,٨%) من حجم الناتج المحلي الإجمالي في عام (١٩٨٩)، ليصل إلى (٣٧٥) مليون دينار في عام (١٩٩٧) وبنسبة (٧,٥%) من حجم الناتج المحلي الإجمالي، فشكل حجم الإنفاق الصحي من قبل القطاع الخاص (٢٠٢,٥) مليون دينار في عام (١٩٩٧) وبنسبة (٥٤%) من حجم الإنفاق الصحي الكلي، في حين بلغ حجم الإنفاق الصحي مسن قبل القطاع العام (١٧٢,٥) مليون دينار وبنسبة (٤٦%) من حجم الإنفاق الصحي الكلي.

وبالنسبة لنصيب الفرد من حجم الإنفاق الصحي فقد ارتفع من (٦١) ديناراً لكل فرد في عام (١٩٨٩) ليصل إلى (٨٢) بالدينار الأسمي لكل فرد في عام (١٩٩٧)، مسع ملاحظة أن نصيب الفرد من حجم هذا الإنفاق لا يشكل حجم الإنفاق الصحي الفعلي للفرد على مستوى المملكة.

جدول رقم (٢-١٠)

حجم الإنفاق الصحي الكلي في الأردن (١٩٨٩-١٩٩٧)

السنة	الإنفاق الصحي / مليون دينار				نسبة الإنفاق الصحي من الناتج المحلي الإجمالي				النسبة المئوية للإنفاق الصحي بالدينار
	القطاع العام	%	القطاع الخاص	%	القطاع العام	النسبة الإجمالية	القطاع الخاص	النسبة الإجمالية	
١٩٨٩	٩١,١٤	٤٩	٩٤,٨٦	٥١	٣,٨٢	٣,٩٨	٧,٨	٦١	
١٩٩٠	٩٦,٢	٥٢	٨٨,٨	٤٨	٣,٥٩	٣,٣١	٦,٩	٥٨	
١٩٩١	١٠٣,٩٦	٤٦	١٢٢,٠٤	٥٤	٣,٦٣	٤,٢٧	٧,٩	٦٤	
١٩٩٢	١٠٨,٦٨	٤٤	١٣٨,٣٢	٥٦	٣,١٢	٣,٩٨	٧,١	٦٦	
١٩٩٣	١٣٨,١٨	٤٧	١٥٥,٨٢	٥٣	٣,٦	٤,١	٧,٨	٧٦	
١٩٩٤	١٥٦,٠٤	٤٧	١٧٥,٩٦	٥٣	٣,٧	٤,٢	٧,٩	٨٢	
١٩٩٥	١٦٣,٠٩	٤٧	١٨٣,٩١	٥٣	٣,٧	٤,١	٧,٨	٨١	
١٩٩٦	١٦٧,٤٤	٤٦	١٩٦,٥٦	٥٤	٣,٥	٤,١	٧,٦	٨٣	
١٩٩٧	١٧٢,٥	٤٦	٢٠٢,٥	٥٤	٣,٤٥	٤,٠٥	٧,٥	٨٢	

المصدر: حسابات الباحث بالاعتماد على بيانات التقارير الإحصائية السنوية لوزارة الصحة ودائرة الإحصاءات العامة، (١٩٨٩-١٩٩٧).

٢-١٢ التأمين الصحي:

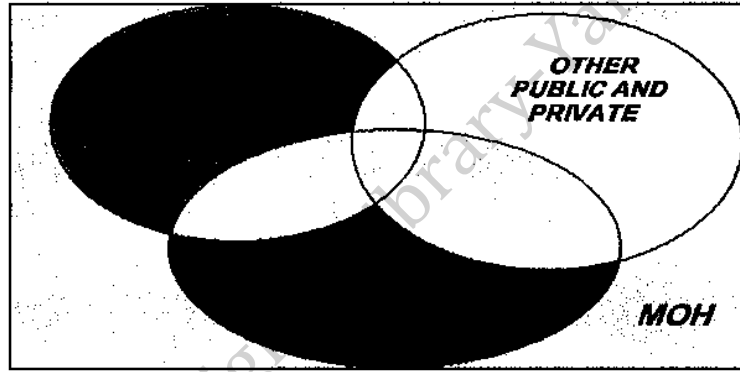
يسير الأردن وبخطى حثيثة للوصول إلى تغطية شاملة لجميع المواطنين بالتأمين الصحي، بهدف تحقيق شعار (الصحة للجميع) بحلول عام (٢٠٠٠)، وذلك من خلال وضع الخطط والسياسات الصحية في جميع خططه التنموية المتعاقبة ليصبح الوصول إلى الخدمة الصحية سهلاً وبدون أية معوقات. وكما يظهر من جدول رقم (٢-١١) فقد بلغت نسبة المشمولين بالتأمين الصحي حوالي (٨٠%) من مجموع عدد السكان خلال عام (١٩٩٤) وذلك في القطاعين العام والخاص، في حين قدر ما نسبته (٢٠%) من عدد السكان في المملكة لا يتمتعون بأي نوع يذكر من أنواع التأمين الصحي، ويحصلون على الخدمة الصحية مقابل أجور يدفعونها لمقدمي الخدمة الصحية.



وكما يبين الشكل رقم (٢-١) مدى تشابك التغطية بالخدمات الصحية للمؤمنين صحياً فبعض المشمولين بالتأمين الصحي وعائلاتهم يتمتعون بأكثر من نوع من أنواع التأمين الصحي في حين إن معظم المشمولين بالتأمين الصحي العام سواء أكان مدنياً أو عسكرياً يقومون بشراء الخدمة الصحية من القطاع الخاص مقابل أجور يتم دفعها من أموالهم الخاصة<sup>(١٧)</sup>.

### شكل رقم (٢-١)

تغطية السكان المشمولين بالتأمينات الصحية من الخدمات الصحية



(١) حيث تشير الرموز التالية الى ما يلي:

MOH: وزارة الصحة

RMS: الخدمات الطبية الملكية

Civil Insurance: للتأمين الصحي المدني

Other public and Private: التأمينات الصحية الأخرى.

2- Source: World Bank Country Study, Hashemite Kingdom of Jordan, health sector study, 1997 page 17

## ٢-١٢-١ أنظمة التأمين الصحي:

تختلف أنظمة التأمين الصحي المعتمدة في المملكة باختلاف القطاعات الصحية العاملة فيها، فتقسم إلى ثلاثة أنظمة رئيسة هي:

١- نظام التأمين الصحي المدني

٢- نظام التأمين الصحي العسكري

٣- نظام التأمين الصحي الخاص

وباختلاف أنظمة التأمين الصحي تختلف علاوات التأمين الصحي المدفوعة وأجور المستخدمين لتلك الخدمات الصحية، وفيما يلي استعراض للسياسات المتبعة في كل نظام من أنظمة التأمين الصحي.

### ٢-١٢-١-١ نظام التأمين الصحي المدني:

أ. وزارة الصحة: وتشرف على هذا النظام الذي يخدم موظفي الحكومة وعائلاتهم والأشخاص المصنفين كفقراء وغير المقتدرين ومتبرعي الدم، ويغطي هذا النظام حوالي (٩٣٠٠٠٠) مواطن وبنسبة تقدر بحوالي (٢٣%) من عدد السكان المقدر لعام ١٩٩٤، ويدفع موظفو الحكومة لصندوق التأمين الصحي المدني ما نسبته (٢%) كعلاوة تأمين من دخولهم الشهرية (الرواتب) ويحد أعلى يصل إلى (٨) دنائير شهرياً، كما يساهم الموظف بدفع (٢٥) قرشاً عن كل نوع دواء في الوصفة الطبية المصروفة له ولعائلته<sup>(١٨)</sup>.

ب. مؤسسة الضمان الإجتماعي: وهي مسؤولة عن تقديم الخدمات العلاجية والدوائية للإصابات الناتجة عن العمل وذلك من خلال العيادات الخاصة وعن طريق التعاقد مع المستشفيات الخاصة.

### ٢-١٢-١-٢ نظام التأمين الصحي العسكري:

تقوم الخدمات الطبية الملكية بإدارة هذا النظام والإشراف عليه، فتقدم التأمين الصحي الشامل من خلال هذا النظام لأفراد القوات المسلحة وعائلاتهم والمتقاعدين العسكريين والأمن

العام والدفاع المدني والمخابرات العامة وموظفي الخطوط الملكية الأردنية وعائلاتهم وموظفي جامعة مؤتة وعائلاتهم وطلبة الجامعة. ويشمل هذا النظام حوالي (١,٥) مليون مواطن وبنسبة تقدر بـ (٣٥%) من عدد السكان في المملكة لعام (١٩٩٤) وكما يبين الشكل رقم (٢-٢).

ويدفع المشتركون ضمن هذا النظام مبالغ ثابتة تتراوح ما بين (٠,٧٥) دينار إلى (١,٥) دينار شهرياً كعلاوات تأمين على ان تتم تغطيتهم بكامل العلاج (١٠٠%) لجميع الأمراض التي قد يتعرضون لها.

#### ٢-١٢-١-٣ نظام التأمين الصحي الخاص:

يشمل هذا النظام العديد من الشركات الخاصة الكبرى والبنوك وغيرها من المؤسسات التجارية والصناعية العاملة في المملكة وبعض الأفراد المستفيدين من هذا النظام، وقد قدرت نسبة عدد المستفيدين من هذا النظام وكما يبين شكل رقم (٢-٢) بحوالي (١٢%) من مجموع عدد السكان في المملكة لعام (١٩٩٤) وتختلف نسب العلاوات المدفوعة لصناديق التأمين الصحي التابعة لتلك المؤسسات من قبل موظفيها وذلك حسب الأنظمة الداخلية المعمول بها لكل شركة أو بنك، وباختلاف علاوات التأمين تختلف كذلك نسب التغطية للموظفين للنفقات الصحية والخدمات التي يستخدمونها، وذلك حسب نوع الشركة أو المؤسسة التي يتبع لها الموظف حيث تبلغ نسبة التغطية حوالي (١٠٠%) للأمراض العادية وحوالي (٧٠%-٩٠%) من ثمن الأدوية إلى (٥٠%-٧٠%) لخدمات الأسنان وبعض الشركات لا تغطي خدمات الأسنان لموظفيها نهائياً. وبالتالي يستفيد هؤلاء الموظفين وعائلاتهم من الخدمات الصحية المقدمة من قبل القطاع الخاص، وذلك إما أن يدفع الموظف كامل تكلفة العلاج مباشرة لمقدم الخدمة الصحية، ثم يقوم بحاسبة الشركة التابع لها، أو أن يعالج الموظف أو أحد أفراد عائلته بمراكز الخدمات الصحية التي تبرم تلك الشركات اتفاقاً معها يتم بموجبه معالجة الموظفين وعائلاتهم.

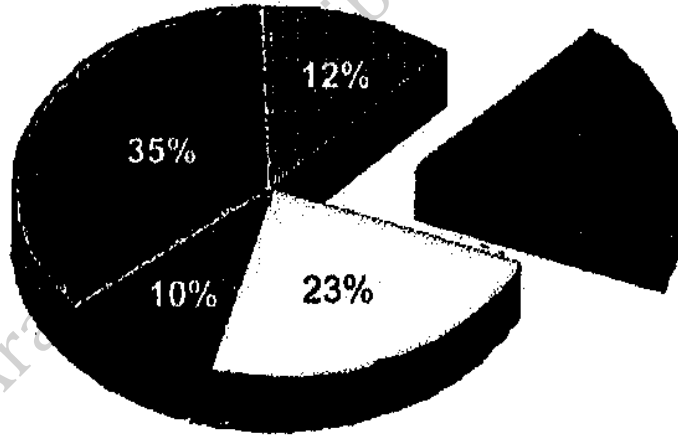
وتوجد بعض المؤسسات الحكومية الأخرى التي تتبع أنظمة تأمين صحية مختلفة عن أنظمة التأمين الصحي المدني أو العسكري، فتقوم تلك المؤسسات باقتطاع علاوات التأمين الصحي من موظفيها وذلك حسب الأنظمة الداخلية المعمول بها في تلك المؤسسات مقابل استخدام موظفيها للخدمات الصحية المقدمة من قبل القطاع الخاص<sup>(١٩)</sup>.

ويوجد في الأردن حوالي (٤٠٠,٠٠٠) لاجئ فلسطيني تقدم لهم خدمات الرعاية الصحية الأساسية دون دفع علاوات تأمين لوكالة الغوث، وتقدر نسبة هؤلاء بحوالي (٧,٨%) من عدد السكان في المملكة لعام (١٩٩٩).

وكما يوضح الشكل رقم (٢-٢) فقد قدر عدد الأفراد الذين لا يتمتعون بأي نوع من أنواع التأمين الصحي بحوالي (٨٠٧,٠٠٠) شخص وينسبة تقدر بـ (٢٠%) من مجموع عدد السكان في المملكة لعام (١٩٩٤)، وتشمل هذه الفئة الأشخاص الذين يعملون في الشركات التي لا تقدم تأميناً صحياً لموظفيها، وكذلك الأفراد الذين يعملون بمهن وأعمال حرة، فيدفع هؤلاء الأفراد وعائلاتهم كامل تكلفة العلاج، وذلك حسب نوع الخدمة الصحية التي يطلبونها من قبل القطاعين العام والخاص وذلك حسب نظام الأجور المعمول بها في كلا القطاعين.

شكل رقم (٢-٢)

تغطية السكان بالتأمين الصحي حسب القطاعات الصحية



الخدمات الطبية الملكية  
 القطاع الخاص  
 الجامعة ، وكالة الغوث  
 غير المؤمنین  
 التأمين الصحي المدني

Source: World bank country study, Hashemite Kingdom of Jordan, health sector study, 1997 page17.

## ٢-١٢-٢ نظام الأجرور الصحية:

تختلف أجرور الخدمات الصحية حسب نظام التأمين الصحي المتبع، فنستطيع أن نصنف نظام الأجرور الصحية كما يلي:

### ٢-١٢-٢-١ أجرور نظام التأمين الصحي المدني

يشير هذا النظام إلى إن أجرور مستخدمي الخدمات الصحية تدفع حسب نوع العلاج الصحي المقدم وذلك على النحو الآتي:

#### أ- أجرور المريض الخارجي<sup>(٢٠)</sup>: Out-Patient fees

يتحمل مشتركو النظام الصحي المدني ومنفعوهم ربع دينار عن كل نوع علاج في الوصفة الطبية، فيملك كل مشترك ومنفع من نظام التأمين الصحي المدني بطاقة تأمين تخولـه مراجعة المستشفيات والمراكز الصحية التابعة لوزارة الصحة دون أية أجرور تدفع مقابل ذلك، في حين يدفع المريض ضعف القيمة إذا كان لا يملك البطاقة البيضاء، أما المريض السذي لا يملك أي نوع من البطاقات فإنه يتحمل كامل تكلفة العلاج وثمان الأدوية.

#### ب- أجرور المريض الداخلي<sup>(٢١)</sup>: In-Patient fees

لا يتحمل مشتركو ومنفعو نظام التأمين الصحي المدني أية أجرور مهما طالـت مدة إقامتهم في المستشفى، ولكن يتم دفع ثمن الأدوية التي يأخذونها بعد مغادرة المستشفى حسب الاقتطاع المعمول به.

## ٢-١٢-٢-٢ أجور نظام التأمين الصحي العسكري

### أ- أجور المريض الخارجي:

لا يدفع العسكريون ثمن الأدوية، ولكن تقوم عائلاتهم بدفع (ربع) دينار ثمناً عن كل نوع دواء في الوصفة الطبية في كل مراجعة أو زيارة للمستشفيات والمراكز الصحية التابعة للخدمات الطبية الملكية.

### ب- أجور المريض الداخلي:

لا يتطلب دفع أية مبالغ من قبل مشترك هذا النظام وعائلاتهم عند الإقامة في المستشفى.

## ٢-١٢-٢-٣ أجور أنظمة التأمين الصحي الخاص:

تعتمد أجور مستخدمي الخدمات الصحية الخاصة على الأنظمة المعمول بها في تلك الشركات، فيدفع المشترك نسبة من الأجور تعتمد على نسب التغطية التي يتمتع بها وعلى نوع الخدمة الصحية التي يستخدمها. وتتراوح نسب ما يتحمله منتفعو هذا النظام (عائلات المشتركين) حوالي (١٠%-٢٥%) من ثمن الأدوية في حين يدفع المشترك نسبة أقل من ذلك.

## ٢-١٢-٢-٤ أجور الآخرين:

١- الأفراد: يدفع الأفراد غير المؤمنين صحياً والذين يستخدمون خدمات الرعاية الصحية التابعة للقطاعين العام والخاص كامل تكلفة العلاج وذلك حسب لائحة الأسعار المعتمدة من قبل كلا القطاعين.

٢- وكالة الغوث: لا يتحمل اللاجئون الفلسطينيون أية أجور في المراكز الصحية التابعة لوكالة الغوث، ولا يتحملون تكاليف الإقامة في المستشفيات التابعة لوزارة الصحة، في حين تتحمل وكالة الغوث (٣٠%) من أجور الإقامة في المستشفيات الخاصة<sup>(٢٢)</sup>.

وتتباين أجور الأطباء والإقامة في المستشفيات من قطاع لآخر فتتراوح أجور الأطباء من (٣) دنانير إلى (١٢) ديناراً في القطاع الخاص، وتختلف كذلك بين وزارة الصحة والخدمات الطبية الملكية، هذا وتصل أجور الإقامة للمريض في المستشفيات التابعة لوزارة الصحة وليوم واحد (١٠) دنانير في غرفة درجة أولى و(٣) دنانير في غرفة درجة ثالثة، وتبلغ أجره عملية فرعية (١٥) ديناراً وأجره عملية رئيسة (٤٠) ديناراً. كذلك تتراوح أجور الإقامة لليلة واحدة في المستشفيات التابعة للخدمات الطبية الملكية من (٢٠) ديناراً إلى (٦٥) ديناراً.

أما أجور الإقامة في المستشفيات التابعة للقطاع الخاص فتختلف من مستشفى لآخر حسب موقع المستشفى والخدمات المقدمة فيه، فتتراوح أجره الغرفة لليلة واحدة (٢٤) ديناراً للدرجة الأولى و(١٠) دنانير للدرجة الثالثة، وتبلغ أجره غرفة العمليات الفرعية (١٨) ديناراً وغرفة العمليات الرئيسية (٣١) ديناراً، مع ملاحظة إن المريض عندما يدخل المستشفى يدفع جزءاً من الحساب كدفعة أولى (Down Payment). وبالنسبة لأجور الغرف في مستشفى الجامعة الأردنية فقد بلغت (٢٠) ديناراً للغرفة الخاصة و(٧) دنانير للغرفة في الدرجة الثالثة.

## ملخص الفصل الثاني

يشرف على تقديم خدمات الرعاية الصحية لكافة المواطنين في المملكة ثلاثة قطاعات رئيسة هي: القطاع الحكومي والقطاع الخاص والقطاع الدولي والخيري. وتعتبر وزارة الصحة والخدمات الطبية الملكية الرافدين الأساسيين في تقديم هذه الخدمات من خلال المستشفيات والمراكز الصحية المنتشرة في مختلف محافظات المملكة، وعند النظر الى واقع القطاع الصحي في الأردن نجد بأن عرض الخدمات الصحية المقدمة من هذه القطاعات لا ينسجم مع عدد السكان في كل محافظة من المملكة والواضح أن معظم هذه الخدمات تتمركز في العاصمة عمان.

ورغم الجهود المبذولة من كافة الجهات المعنية بالقطاع الصحي إلا أن معدلات الإنفاق من معظم الخدمات الصحية ما زال مرتفعاً ويسير جنباً إلى جنب مع معدلات الوفيات الرضع ومعدلات النمو السكاني التي ما زالت أكثر من ضعف ما هو عليه في الدول المتقدمة. والناظر الى حجم الإنفاق الصحي ومدى نموه خلال عشر السنوات الماضية وينسب متزايدة من حجم الناتج المحلي الإجمالي لا يشك بأنه ما زال أكثر من (٢٠%) من مجموع عسدد السكان في المملكة لا يشملهم التأمين الصحي رغم وجود هدف تغطية كافة المواطنين بالتأمين الصحي في خطط اقتصادية واجتماعية عديدة سابقة.

أما بالنسبة للمعلومات والبيانات الصحية المتوفرة في التقارير الإحصائية السنوية التي تصدرها وزارة الصحة والإحصاءات العامة فإنه لا تتواجد أية معلومات تذكر عن حجم معدلات إنفاق وإففاق المواطنين على الخدمات الصحية المقدمة من القطاع الخاص أضف إلى ذلك أن المعلومات المتوفرة عن نسب التغطية وطبيعة الأمراض التي تشملها أنظمة التأمين الصحي العاملة في المملكة تعتبر قليلة وغير واضحة وخاصة في القطاع الخاص.



## هوامش الفصل الثاني

- ١- عبد خرابشة، الطلب على العناية الصحية وأهم محدداته، مجلة العمل، المجلد السابع، ١٩٨٤-١٩٨٥، ص٥٦.
- ٢- التقرير الإحصائي السنوي، وزارة الصحة، ١٩٩٨، ص١.
- ٣- تصنف خدمات الرعاية الصحية إلى:
  - أ- خدمات الرعاية الصحية الأولية: وهي عبارة عن خدمات علاجية أساسية تقدم لمختلف المواطنين للوقاية من المرض وتحسين مستويات الصحة لديهم، وتقدم في مختلف العيادات والمراكز الصحية.
  - ب- خدمات الرعاية الصحية الثانية والثالثة: وهي الخدمات الصحية التي تقدم في المستشفيات العامة، والمستشفيات التخصصية المتطورة مثل معهد القلب ومركز السرطان وغيرها.
- ٤- مجدي القرم، دالة إنتاج الصحة، رسالة ماجستير غير منشورة، اربد، ١٩٩٣، ص٢٠.
- 5- World bank Country Study, Hashemite Kingdom of Jordan, Health Sector Study, Washington, DIC, 1997. P.3.
- ٦- مرجع سابق، مجدي القرم، ١٩٩٣، ص١٣.
- ٧- حكمت فريحات وآخرون، مبادئ في الصحة العامة، ١٩٩٧، ص٣٦-٤٤.
- ٨- التقرير الإحصائي السنوي، مديرية الأمومة والطفولة، ١٩٩٧، ص٥-٢٢.
- ٩- عدنان عباس وآخرون، السكان والخدمات الصحية، عمان، ١٩٩١، ص٣٠.
- ١٠- مرجع سابق، وزارة الصحة، ١٩٩٨، ص١.
- 11- World Bank, Health Sector Study, Op., Cit., P.3.
- 12- World Bank, Health Sector Study, Op., Cit., P.4.
- ١٣- المملكة الأردنية الهاشمية، وزارة التخطيط، الخطة الخمسية ١٩٩٩، ص٢٠٠٣.
- ١٤- مرجع سابق- وزارة التخطيط، ١٩٩٩ ص١٣.
- 15- World Bank, Health Sector Study, Op., Cit., P.11.
- 16- Amani Nsour, Determinants of Household Health Expenditure Unpublished Master Thesis, Jordan University, 1995, P.51.
- 17- World Bank, Health Sector Study, Op., Cit., P.17.
- 18- World Bank, Health Sector Study, Op., Cit., P.18.
- 19- Health Financing Study, Phase 1, Universal Health Insurance Study, Center for Consultation, Technical Services and Studies, P.19.
- ٢٠- المريض الخارجي: هو المريض الذي يتردد على المستشفى للمعالجة أو التشخيص ولكنه لا يقيم فيه.
- ٢١- المريض الداخلي: هو المريض الذي يتردد على المستشفى ويقيم فيه ليلة أو أكثر.
- 22- Center for Consultation, technical Services and Studies, Op., Cit., PP.23-29.

## الفصل الثالث

### الإطار النظري والدراسات السابقة

#### مقدمة

قال تعالى: (وإذا مرضت فهو يشفين)<sup>(١)</sup>، وقال عليه الصلاة والسلام "ما أنزل الله من داء إلا أنزل له دواء، فتداووا"، صحيح البخاري. وكما جاء في الحكمة المأثورة: "الصحة تاج فوق رؤوس الأصحاء لا يراه إلا المرضى".

تشير الأدبيات الاقتصادية إلى أن الدول النامية تتميز بشكل عام بازدياد الطلب على خدمات الرعاية الصحية فيها، نتيجة لعوامل عديدة متنوعة ومتداخلة مع بعضها البعض، فالإلى جانب العوامل الاقتصادية المحددة للطلب، هنالك بعض العوامل الديموغرافية والاجتماعية والصحية التي يتميز بها الأفراد، تساهم إلى حد كبير في التأثير على سلوك الفرد اتجاه الموض والصحة، وبالتالي اتجاه الطلب على خدمات الرعاية الصحية، الأمر الذي يجعل من الصعب معرفة وزن وتقل كل عامل على حده<sup>(٢)</sup>، لذلك يعتبر موضوع اقتصاديات الصحة صعبا وشائكا، إذ تتلاقى فيه معطيات طبية وعلمية، مع قوانين اقتصادية جذرية عادة ما يتناساها الجسم الطبي في ظل تركيزه الطبيعي على المرض<sup>(٣)</sup>.

وبسبب ما يشتمل عليه القطاع الصحي من الخدمات الصحية العديدة والمترابطة مع بعضها البعض، تتوافر لدى المستهلك مختلف البدائل من الخدمات الصحية والتي يستطيع من خلالها توجيه إنفاقه الصحي عليها بغرض الحصول على أفضل مستوى صحي يجعله عنصرا بارزا إذا مردود إيجابي من الناحيتين الاجتماعية والاقتصادية في المجتمع، وفي حالة الأردن فإن هذا المفهوم لا ينطبق لعدم توافر أسواق تنافسية في قطاع الخدمات الصحية، لذلك لا يتوفر لدى المواطن البديل في إنتقاء نوعية الخدمة التي يريد لها بلجأ لاستخدام الخدمات الصحية التي توفرها له أنظمة التأمين الصحي المعمول بها في الأردن.

وحتى نستطيع أن نعطي تصوراً واضحاً لأثر المتغيرات والعوامل المحددة للطلب على خدمات الرعاية الصحية فإنه لا بد من دراسة دالة الطلب على تلك الخدمات وتوضيح ما تتضمنه من متغيرات تستخدم في قياس هذه الدالة.

### ٣-١ الطلب على الرعاية الصحية

يعرف الطلب في الاقتصاد على أنه جدول يُظهر الكميات المختلفة التي يرغب ويستطيع المستهلكون شراءها مقابل كل سعر محدد خلال فترة زمنية محددة. ويعتمد طلب المستهلكين على السلع والخدمات على مجموعة من العوامل كعدد المشتريين، وأذواق المستهلكين ودخولهم، وأسعار السلع الأخرى<sup>(٤)</sup>. وبالإضافة لتلك العوامل فإن الطلب على الرعاية الصحية يعتمد على العديد من العوامل الديموغرافية كالعمر وحجم الأسرة، والعوامل الاقتصادية كوفرة الخدمات الصحية والتأمين الصحي، والعوامل الصحية كالوضع الصحي ونوع المرض، ويعتبر تغير كل عامل من هذه العوامل بالزيادة أو النقصان عاملاً مؤثراً في الطلب على خدمات الرعاية الصحية.

وحتى نعطي تصوراً شاملاً للطلب على الرعاية الصحية، فإنه لا بد من الإشارة إلى بعض المفاهيم الصحية التي تتعلق بالفرد الذي يطلب هذه الخدمات:

أ- الصحة : قامت هيئة الصحة العالمية بتعريف الصحة على إنها "حالة التكامل الجسمي والعقلي والاجتماعي للفرد، وليس فقط الخلو من الأمراض أو العجز"<sup>(٥)</sup>.

ب- المرض : يعرف المرض على أنه انحراف عن الحالة الطبيعية للجسم إلى الحد الذي تصبح فيه الفعاليات الفسيولوجية للأنسجة غير كافية لإعادة الجسم إلى حالته الطبيعية.

ويظهر المرض على عدة أشكال، فقد يكون مرضاً حاداً وسريعاً (Acute)، وقد يكون بطيئاً ومزمناً (Chronic)، وقد يكون عاماً يصيب أكثر من عضو واحد، أو يكون موضعياً يقتصر على عضو واحد أو جزء من عضو<sup>(٦)</sup>.

وبناءً على هذا الأساس فإن أي خلل أو انحراف في صحة الفرد نتيجة حدوث المرض وتعرض حياته للموت، فإنه يتطلب منه المحافظة على صحته باستمرار وتعويض أي نقص حاصل في رصيد الصحة لديه وذلك باستخدام نوع أو أكثر من الخدمات الصحية، إذا توفرت العوامل الأخرى المحددة للطلب<sup>(٧)</sup>.

ولهذا نلاحظ أن طلب الفرد على الخدمات الصحية هو طلب للعلاج والذي عادة ما يأتي في ظروف غير سارة، لذلك لا تطلب الرعاية الصحية حتى تصبح البديل الوحيد لعلاج الألم وعدم الدخول في مراحل المرض<sup>(٨)</sup>. ونظرياً يمكن القول: إن الفرد يقوم بشراء السلع والخدمات من أجل تحقيق منفعة، وبالتالي فإذا كانت الصحة الجيدة هي السلعة المطلوبة من قبل المستهلك فإن المنفعة تنتج من خلال شراء تلك السلع والخدمات<sup>(٩)</sup>. لذلك يسعى الفرد إلى تعظيم منفعته من خلال الطلب على خدمات الرعاية الصحية والذي يكون مشتقاً من طلب الفرد على الصحة<sup>(١٠)</sup>.

وعلى افتراض أن الصحة تنتج استخدام مختلف الخدمات الصحية فإن الصحة تصبح دالة في الخدمات الصحية:

$$H = g(m) \text{-----}(1)$$

وبافتراض أن دالة المنفعة والدخل للمستهلك هي كما يلي:

$$\text{Utility} = U(X, H) \text{-----}(2)$$

$$I = P_x X + P_m m \text{-----}(3)$$

فإن المستهلك سيستخدم مختلف البدائل من (X و M) للوصول إلى أعلى منفعة ممكنة (Utility maximization) ضمن دخل معين والذي سينفقه على كل من (x و m) للحصول على مقدار معين من (H) والتي تساهم في تحقيق منفعة للفرد حيث إن:

x : تمثل باقي السلع والخدمات الأخرى.

m : تمثل خدمات الرعاية الصحية.

H : تمثل صحة الفرد.

I : يمثل دخل الفرد.

$P_x$  : أسعار السلع والخدمات الأخرى.

$P_m$  : أسعار خدمات الرعاية الصحية.

وبأخذ المشتقة لكلا الطرفين في المعادلة رقم (1) بالنسبة لـ (m) تنتج لدينا الإنتاجية

$$\frac{dH}{dm} = g'(m)$$

بالتالي تصبح دالة المنفعة للفرد كما يلي:

$$U = u(X, H)$$

$$= u[X, g(m)]$$

وبأخذ المشتقة لكلا الطرفين وباستخدام قانون السلسلة نجد العلاقة بين المنفعة والخدمات

الصحية للفرد على النحو التالي:

$$\partial u / \partial m = (\partial U / \partial H) (dH / dm)$$

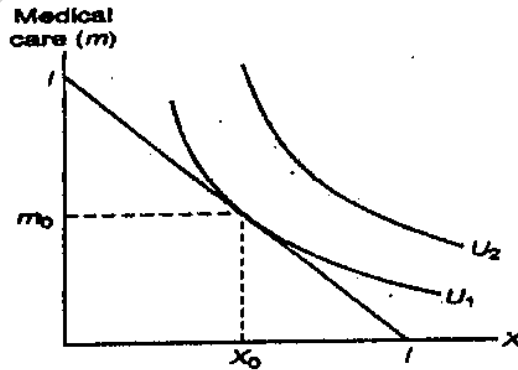
$$= U_H g'(m)$$

لذلك يصبح توازن المستهلك وحسب [فرضية منحنيات السواء] كما يوضح شكل رقم (3)-

(1)

شكل رقم (1-3)

توازن المستهلك حسب فرضية منحنيات السواء



Source: Phelps, Charles E., Health Economics, Second Edition, 1997, P.104.

وكما يتضح من شكل رقم (٣-١) والذي يظهر توازن المستهلك عند استهلاكه الكمية (X0) من السلع والكمية (m0) من الخدمات الصحية والتي من خلالها يحقق المستهلك رصيذا من الصحة، ليصل بذلك إلى أقصى منفعة له عند النقطة (E) والتي يكون عندها خط الدخل (II) مماسا لمنحنى السواء (u2)<sup>(١١)</sup>.

ويبقى المستهلك عند رصيد الصحة الذي يتمتع به ما لم يصبه عارض أو مرض ما خلال حياته، فإن ألم به مرض أو حادث (illness events) فإن رصيد الصحة لديه سوف يستهلك بمقدار الخسارة (L)، حيث سيلجأ بالتالي إلى شراء كميات من الرعاية الصحية (m) لتعويض تلك الخسارة من الصحة وليصبح صافي الصحة لديه كما يلي:

$$H = H_0 - L + g(m)$$

وبناء على ذلك فإن الطلب على خدمات الرعاية الصحية يعتمد على مقدار الخسارة في رصيد الصحة لدى الفرد، فكلما كانت الخسارة كبيرة (illness severity) كان الطلب كبيرا ومع بقاء العوامل الأخرى ثابتة (Ceteris paribus). ولهذا فإن حدوث المرض يعكس حاجة الفرد للخدمات الصحية، ولكنه لا يظهر الحجم الحقيقي للحاجة إليها لأن المريض<sup>(١٢)</sup> لا يدرك مدى حاجته الفعلية للخدمة الصحية، لأنه قد يطلب رعاية صحية أكثر مما يحتاج إليها، أو إنسه يحتاج للخدمة الصحية أكثر من طلبه عليها، لذا فإن الحاجة تنتج عن حدوث المرض لكن الطلب على الخدمة الصحية ينتج بالعلاقة القائمة بين المرض وعوامل أخرى متعلقة بالمريض نفسه<sup>(١٣)</sup>.

لذلك فإنه لا بد من التمييز بين طلب الفرد على خدمة الرعاية الصحية وبين حاجته ورغبته لها حيث إن:

- أ- الحاجة (need): تعرف الحاجة على أنها كمية الخدمات الصحية التي يعتقد خبير الصحة أن الشخص بحاجة لها ليحافظ على صحته مستندا بذلك على معرفته الصحية<sup>(١٤)</sup>.
- ب- الرغبة (want): وهي الكمية من الخدمات الصحية التي يشعر الفرد بوجود استهلاكها معتمداً بذلك على معرفته وإدراكه لحاجاته الصحية.

ج- الطلب (Demand): هو حدوث المرض لدى المستهلك (حدوث الرغبة) وقدرته المالية لشراء كمية من الخدمات الصحية عند أسعار معينة.

د- الانتفاع (Utilization): ويعرف على أنه منفعة الكميات الحقيقية المستهلكة من الخدمات الصحية وذلك عندما يتحول طلب الفرد إلى سلوك استهلاكي للخدمة الصحية<sup>(١٥)</sup>.

### ٢-٣ اشتقاق منحني الطلب على خدمات الرعاية الصحية

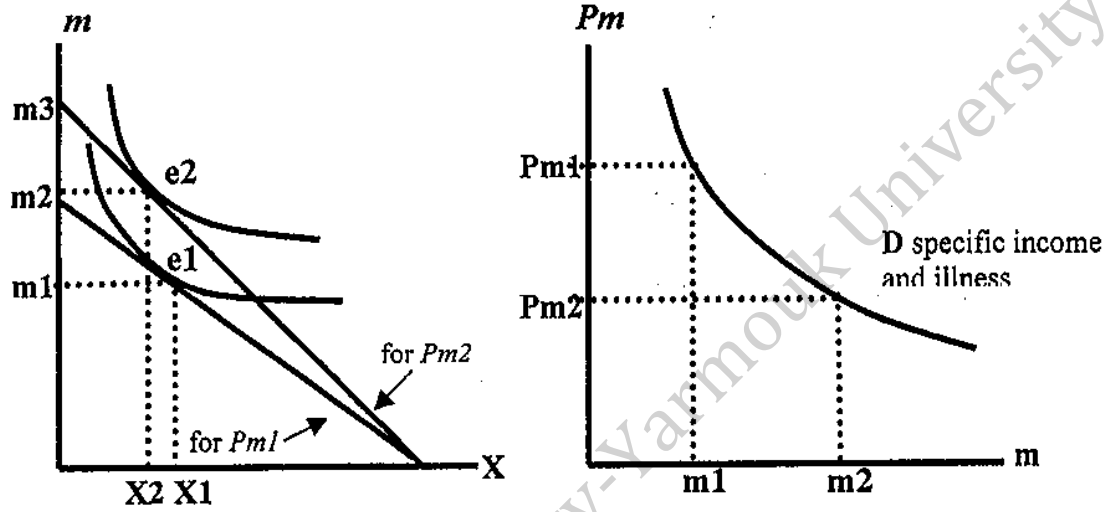
ولتوضيح الكيفية التي سيتم فيها اشتقاق منحني الطلب على خدمات الرعاية الصحية من منحنيات السواء (indifference curves) فإننا نفترض بذلك ثبات مستوى المرض لدى المستهلك ومع تغيير سعر الخدمة الصحية ( $P_m$ ) مع ثبات الدخل الاسمي وأسعار السلع الأخرى لديه، وكما يتضح من شكل رقم (٢-٣) فإن منحني الدخل سيتغير ويحصل له دوران (rotation)، فعلى سبيل المثال إذا انخفض مستوى سعر الخدمة الصحية ( $P_m$ ) من ( $P_{m1}$ ) إلى ( $P_{m2}$ ) فإن خط الدخل (II) سيحصل له دوران إلى اليمين من جانب السلعة ( $m$ )، وقيمة الدخل الحقيقي للمستهلك ( $I/P_m$ ) سترتفع من ( $I/P_{m1}$ ) إلى ( $I/P_{m2}$ )، مما يعني انه أصبح باستطاعة الفرد استهلاك كميات أكبر من السلعة ( $m$ )، على افتراض أنه ينفق كامل دخله باتجاه السلعة ( $m$ ) [النقطة  $m_3 = I/P_{m2}$ ]، وبما إن المستهلك لن يستهلك سلعة واحدة فقط وإنما سيعمل على توزيع دخله بين السلع المختلفة وبما يحقق له أقصى منفعة ممكنة، فإنه سينتج نحو الاستهلاك على النقطة ( $e_2$ ) التي يحقق عندها أقصى منفعة ممكنة ضمن حدود دخله الاسمي وأسعار السلع المختلفة.

وكما يشير الشكل رقم (٣-٣) فعند مستوى سعر ( $P_{m1}$ ) يستطيع الفرد استهلاك الكمية ( $m_1$ )، وعند مستوى سعر ( $P_{m2}$ ) أصبح يستهلك ( $m_2$ )، وإذا ما ربطنا العلاقة ما بين السعر والكمية المطلوبة ( $P_m, Q_m$ ) فإننا نحصل على منحني الطلب على الرعاية الصحية.

شكل رقم (٢-٣)

شكل رقم (٣-٣)

منحنى الطلب على خدمات الرعاية الصحية اشتقاق منحنى الطلب من منحنيات السواء



Source: Phelps, Charles E., Health Economics, second Edition, 1997 p.112.

### ٣-٣ مؤشرات الطلب على الرعاية الصحية

بعد شرح آلية اشتقاق منحنى الطلب على خدمات الرعاية الصحية يبقى السؤال الذي يطرح نفسه: ما هي المؤشرات التي يمكن الاعتماد عليها في قياس الطلب على الرعاية الصحية؟ فنجد أن الدراسات الاقتصادية السابقة التي تحدثت عن هذا الموضوع قد اعتمدت على العديد من المؤشرات التي تقيس الطلب على الرعاية الصحية، بسبب ما توفره تلك الدراسات من معلومات إحصائية مختلفة متعلقة بالخدمات الصحية التي ينتفع بها الأفراد.

فقد أشار دورسلاير (Doorslaer)<sup>(١٦)</sup> إلى أكثر من مؤشر يقيس الطلب على الرعاية الصحية، فاستخدم عدد مرات دخول المريض للمستشفى (# of admission) وطول فترة الإقامة في المستشفى (Length of Stay)، واستخدم ماکول (Maccol)<sup>(١٧)</sup> زيارة المريض للطبيب في المركز الصحي (physician visits) واستخدامه لغرف الطوارئ (emergency room visits) وشراء الأدوية (prescribed medicine) واعتبرها كمؤشرات



جيدة لقياس الطلب على خدمات الرعاية الصحية بينما قام أكين (Akin)<sup>(١٨)</sup> بالاعتماد على خدمات التوليد المقدمة للأم والطفل (Delivery Services) واعتبرها مؤشرا مهما في قياس الطلب على خدمات الرعاية الصحية، واستخدم باركين (Parkin)<sup>(١٩)</sup> مؤشر الانتفاع من خدمات الأسنان لقياس الطلب، في حين أشار روست (Rosett)<sup>(٢٠)</sup> إلى إن المبالغ الفعلية التي تنفق من قبل الشخص على خدمات المستشفى (Hospital care expenditure) وخدمات الأطباء (Physician care expenditure) تعتبر مؤشرا جيدا يمثل قياس الطلب على الرعاية الصحية، أما كارين (Carrin)<sup>(٢١)</sup> فقد اعتمد على أكثر من خمسة عشر مؤشرا يقيس الطلب مثل زيارة الطبيب والإقامة في المستشفى واستخدام بعض الخدمات الصحية المساعدة، مثل: الفحوصات المخبرية وصور الأشعة والانتفاع من الأدوية والإنفاق على معظم الخدمات الصحية.

وبالنظر إلى تلك المؤشرات التي استخدمت لقياس الطلب على خدمات الرعاية الصحية، يمكننا القول: إن الفرد يسعى دائما إلى تحسين مستويات صحته والعمل على توازنها من خلال استخدامه لنوع أو أكثر من الخدمات الصحية، بحيث تطلب هذه الخدمات حسب الإنتاجية الحديثة لكل منها في رفع رصيد الصحة لديه<sup>(٢٢)</sup>، لذلك يعتبر لكل نوع من أنواع الخدمة الصحية منحنى طلب خاص به يحلل بناء على النظرية الاقتصادية وحسب العوامل المحددة له.

### ٣-٤ محددات الطلب على الرعاية الصحية

تعددت وتنوعت العوامل التي تؤثر في الطلب على خدمات الرعاية الصحية واكتسبت مكانة هامة في الأدبيات والدراسات الاقتصادية التي تحدثت عن موضوع الرعاية الصحية، بحيث شملت مختلف العوامل الاقتصادية والاجتماعية والديموغرافية والصحية التي يتميز بها الأفراد، فأخذت مرونيات تلك العوامل وتم تحليلها بناء على النظرية الاقتصادية لبيان درجات معنوياتها ومدى تأثيرها في المتغيرات التابعة التي تمثل الطلب على خدمات الرعاية الصحية.

ولتوضيح أثر تلك العوامل فإنه لا بد من وضع إطار يتضمن تحديد هذه العوامل وبيان مدى مساهمتها في التأثير على الطلب على خدمات الرعاية الصحية من قبل الأفراد، وذلك من خلال تصنيفها إلى أربعة عوامل رئيسة يندرج تحتها عوامل فرعية متعددة.

### أولاً: العوامل الديموغرافية

تعتبر العوامل الديموغرافية أحد أهم العوامل التي تؤثر في طلب الأفراد على خدمات الرعاية الصحية، لما تتميز به هذه العوامل في تحديد شكل وتركيبه وسلوك الفرد والتي تميزه عن غيره من الأفراد تجاه طلب خدمة أو سلعة ما، ويمكن تقسيمها كما يلي:

أ- العمر: تختلف معدلات الانتفاع والإنفاق على الخدمات الصحية باختلاف الفئات العمرية، حيث يزداد حجم الطلب على الخدمات الصحية في الفئات العمرية الأولى والأخيرة من حياة الفرد، فبعد أن يتجاوز الفرد (سن الطفولة) وما يتبعها من استخدام للعديد من الخدمات الصحية الأولية يبدأ حجم الانتفاع والإنفاق بالانخفاض في الفئات العمرية الوسطى (سن الشباب) ليعود بالازدياد مرة أخرى بازدياد عمر الفرد (سن الكهولة) حيث تزداد نسبة استهلاك الفرد من رصيد الصحة الذي يتمتع به، وحتى يعوض هذا الشخص النقص الحاصل في صحته فإنه يستخدم نوعاً أو أكثر من أنواع الخدمات الصحية المتقدمة<sup>(٢٣)</sup>.

ب- الجنس: بالنظر إلى الطبيعة البيولوجية المختلفة بين الرجل والمرأة والتي عادة ما تمر في فترات حمل وولادة ويسبب سرعة استجابة المرأة لأعراض المرض أكثر من الرجل، لذلك تقدم على استخدام خدمات الرعاية الصحية بشكل أكبر من الرجال في الغالب<sup>(٢٤)</sup> ولكن عادة ما يتمتع الذكور بمستوى تعليم ودخل مرتفعين يجعلان الوصول إلى الخدمات الصحية واستخدامها من قبل تلك الأسر بشكل أفضل من الأسر التي يكون رب الأسرة فيها أنثى.

ج- حجم الأسرة: يعتبر زيادة عدد الأفراد في الأسرة من العوامل التي قد تساعد في زيادة عدد الأمراض التي قد يتعرض لها أفراد الأسرة وبالتالي يرتفع حجم الانتفاع والإنفاق الصحي لها.

د- عدد الأطفال: تختلف حاجات الأطفال من الرعاية الصحية من وقت لآخر وخاصة في المراحل الأولى من عمر الطفل، فتزداد عناية واهتمام الأبوين بزيادة عدد الأطفال في الأسرة لذلك يتطلب منهم طلب خدمات رعاية صحية متعلقة بأطفالهم أكثر من الذين لا يوجد لديهم أطفال<sup>(٢٥)</sup>.

### ثانياً: العوامل الاجتماعية

ترتبط العوامل الاجتماعية إلى جانب العوامل الديموغرافية والاقتصادية الأخرى إلى حد كبير في تحديد سلوك الأفراد واتجاهاتهم تجاه المرض والصحة وبالتالي تجاه الطلب على الخدمات الصحية، وقد حاولنا التركيز على ثلاث عوامل اجتماعية تؤثر في الطلب على خدمات الرعاية الصحية:

أ- مستوى التعليم: تشير الأدبيات الاقتصادية إلى أن الأشخاص الذين تتوافر لديهم مستويات تعليم مرتفعة عادة ما تتوافر لديهم ظروف صحية أفضل من أولئك الأشخاص ذوي مستويات التعليم المنخفضة<sup>(٢٦)</sup>. وذلك لما يعكسه مستوى التعليم من مدى المعرفة الصحية للفرد وقدرته على اتخاذ إجراءات وقائية أكثر وعلى ملاحظة أعراض المرض بشكل مبكر وفي مراحله الأولى قبل أن يستقل، لذلك يجنبه الدخول في مراحل المرض المختلفة وبالتالي الاتجاه إلى استخدام خدمات صحية بشكل أكبر<sup>(٢٧)</sup>.

ب- الحالة الاجتماعية: تظهر الحالة الاجتماعية للفرد مدى ارتباطه الأسري في العائلة، حيث يعتبر وجود الزوج في الأسرة عاملاً يساعد على اتخاذ الإجراءات الوقائية ضد الأمراض وبالتالي يصبح بديلاً قدر الإمكان عن خدمات الرعاية الصحية الأساسية، فسي حين أن الأشخاص الذين يعيشون بمفردهم (single persons) يميلون إلى استخدام خدمات الرعاية الصحية أكثر من غيرهم<sup>(٢٨)</sup>.

ج- قطاع العمل: يعكس الوضع الوظيفي للفرد القدرة على التكيف مع تنظيم وقت راحته والعناية بنفسه، ولكنه في المقابل يحدد من وقته اللازم فيما لو أراد استخدام أي نوع من أنواع الخدمات الصحية<sup>(٢٩)</sup>. إلى جانب ذلك فإن الوضع الوظيفي للفرد يظهر الاختلافات

في نسب التغطية بالتأمين الصحي بين الأفراد سواء أكان ذلك في القطاع العام أو الخاص وبالتالي الاختلاف في استخدام الأنواع المختلفة من الخدمات الصحية.

#### د- الوعي الصحي:

يختلف مستوى الوعي الصحي للأفراد اتجاه فعالية الخدمات الصحية في تحسين مستويات الصحة لديهم باختلاف رؤيتهم لحجم المشكلة الصحية ومدى اعتقادهم واطلاعهم بفعالية المعالجة الطبية لمختلف الأمراض.

يشير بعض الاقتصاديين إلى إن معظم الأفراد لا يستطيعون التمييز بين أعراض الأمراض المختلفة التي يصابون بها، وذلك بسبب نقص المعلومات الصحية التي تتعلق باحتياجاتهم الفعلية من الخدمات الصحية، إلا في بعض الحالات المرضية الظاهرة كالآلام الخفيفة والوهن العام وبعض الجروح<sup>(٣٠)</sup>. في حين إن الأشخاص الذين تتوافر لديهم معرفة صحية ومعلومات كافية حول أعراض مرض ما، والذي عادة ما يدق ناقوس الخطر لسلسلة أمراض أخرى، فإنهم بذلك يستخدمون نظرتهم ومعرفتهم لهذه الأعراض، وبالتالي يتخذون القرار السليم حول فعالية وإنتاجية الخدمة الصحية ويستخدمونها<sup>(٣١)</sup>.

وجدير بالذكر بتباين الفئات الاجتماعية الاقتصادية بتباين مفهوم الصحة ومستوى الوعي الصحي لدى الأفراد،<sup>(٣٢)</sup> فنجد أن:

أ- الأفراد ذوي الدخل المرتفعة يتمتعون بمستويات وعي للأمور الصحية، ومفهوم الصحة لديهم قائم على أساس إن الصحة هي حالة توازن تختل مرارا وتقتضي معالجة أي أعراض من خلال استخدام الخدمات الصحية (زيارة الطبيب) أولا، وبشكل فوري ولا شك أن مثل هذا المفهوم يؤدي إلى اعتبار الصحة والمحافظة عليها هو أمر طبي من خلال استهلاك الأدوية على مختلف أنواعها هو عامل كفيل بالحفاظ على الصحة. ولا بد من التتويه أن هذا المفهوم هو الشائع في الدول المتقدمة.

ب- الأفراد ذوي الدخل المتوسطة يعتبرون أن مفهوم الصحة والمرض حالتان منفصلتان، والمفهوم السائد أن الصحة عبارة عن حالة يجب المحافظة عليها، وأن الشخص لا يعتبر مريضاً إلا إذا أصبحت حالته الصحية تستدعي معالجة الأمر طبياً (المفهوم يقتضي تأخير المعالجة طبياً) فيلجئون إلى معالجة أعراض المرض بأنفسهم (علاجات تقليدية أو مشورة الأصدقاء والأقارب).

ج- الأفراد ذوي الدخل المتدنية حيث يركز مفهوم الصحة لديهم على أساس إن الصحة حالة دائمة رغم تواجد بعض الوعكات وهي منفصلة عن حالة المرض فيلجأ الأفراد بتلك الحالة إلى العلاجات التقليدية والشعبية أولاً قبل أن يتوجهوا للعلاج الطبي، ومفهوم الصحة يعتمد على التصورات وأسس ثقافية راسخة وإنما يحدث هو خارج نطاق إرادة الشخص (مفهوم الصحة لا يهيمن عليه البعد الطبي).

#### و- دور الطبيب:

بالإضافة إلى إن زيادة عدد الأطباء بالنسبة لعدد السكان عامل يسهل عملية الوصول والانتفاع من خدمات الرعاية الصحية، فإن ذلك يساعد في التأثير على حجم طلب الأفراد للخدمات الصحية من خلال عملية تحفيز الأطباء لهم (Supplier induced demand)<sup>(٣٣)</sup>، وذلك لتعويض النقص الحاصل في دخل الطبيب فيما لو كان لوحده في المنطقة.

ويعتمد دور الطبيب في تحفيز الطلب على طبيعة العلاقة وحجمها بين الطبيب ومريضه ومدى حاجة المريض للعلاج، ونقص المعلومات الصحية لدى المريض نتيجة عوامل اجتماعية وثقافية عديدة متعلقة بالمريض نفسه، ولكون الطبيب مقدم الخدمة الطبية للمريض والناصح له فإن للطبيب المقدرة على توصية مريضه بزيادة عدد زيارته له أو الإقامة في المستشفى مدة أطول ليتابع مدى التقدم الذي حصل له خلال الفترة الماضية<sup>(٣٤)</sup>.

ولتوضيح تلك الفكرة يظهر من خلال الشكل رقم (٣-٤) انتقال منحني العرض من (S1) إلى (S2) بزيادة عدد الأطباء، وبالتالي انخفض السعر من (P1) إلى (P2) وازدادت الكمية المطلوبة من (Q1) إلى (Q2)، ولكن يظهر من خلال الشكل رقم (٣-٥) دور الطبيب في

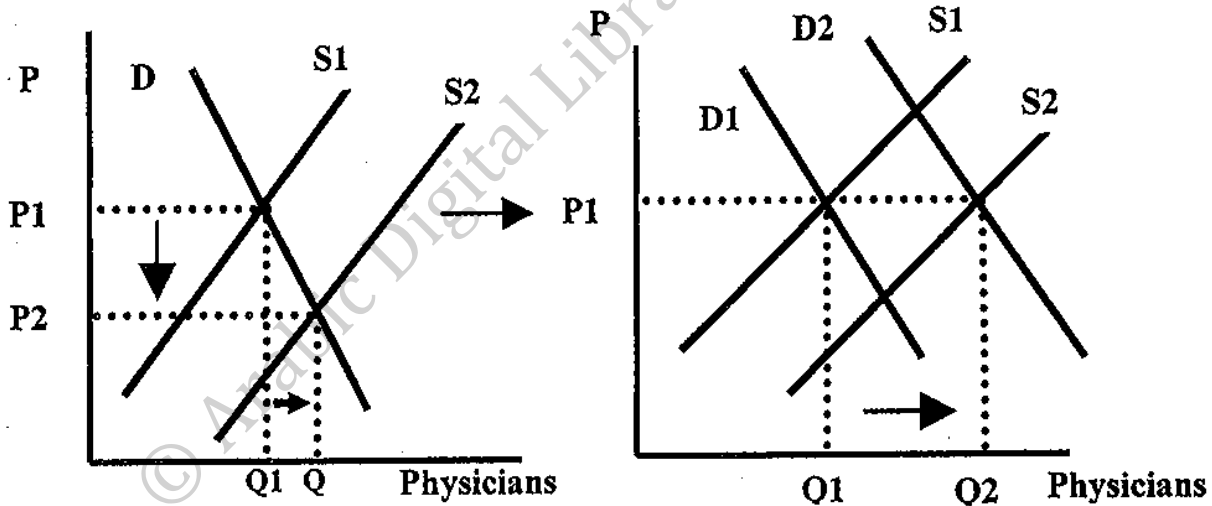
تحفيز مريضه بزيادة عدد زيارته له وبالتالي زيادة الطلب كونه ناصحا للمريض ومقدما الخدمة له، فانقل منحنى الطلب من (D1) إلى (D2) (بشبات العوامل الأخرى)، وبالتالي ازداد دخل الطبيب من خلال عودة السعر إلى (P1) وزيادة الكمية المطلوبة إلى (Q2)، وتجدر الملاحظة إن هذا الافتراض قائم على الدول المتقدمة والتي تتواجد فيها أسواق تنافسية في قطاع الخدمات الصحية، ولا ينطبق ذلك في حالة الأردن لان معظم الخدمات الصحية تقدم من خلال أجهزة الدولة المختلفة بالإضافة إلى تحديد أسعار الخدمات الصحية المقدمة من قبل القطاع الخاص للمواطنين والعمل على مراقبتها والإشراف عليها.

شكل رقم (٤-٣)

توازن المستهلك الجديد في ظل زيادة العرض من الخدمات الصحية

شكل رقم (٥-٣)

توازن المستهلك الجديد في ظل دور الطبيب



Source: Feldstein, paul J., Health Care Economics, Second Edition, 1981, p.88

### ثالثاً: العوامل الاقتصادية

تلعب العوامل الاقتصادية دوراً هاماً في تحديد الطلب على خدمات الرعاية الصحية، فإلى جانب الدخل كمحدد أساسي للطلب تساهم العوامل الاقتصادية الأخرى كالتأمين الصحي والوعي الصحي ووفرة الخدمات الصحية في طلب الأفراد على الخدمات الصحية، ويمكن القول أن تغير

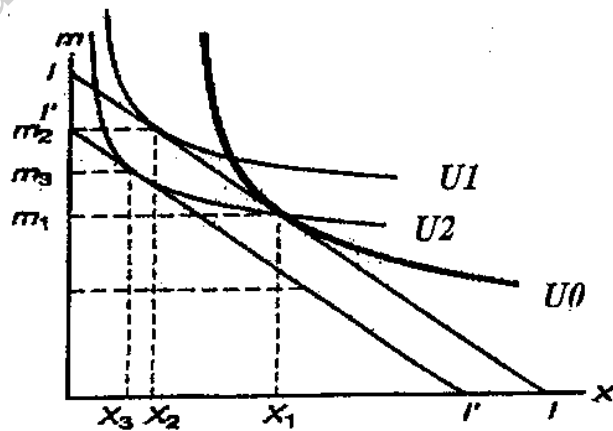
أي من هذه العوامل سيؤدي بالتالي إلى تغيير حجم الطلب ككل على الخدمات الصحية إما بالزيادة أو النقصان. ولتوضيح أثر تلك العوامل فقد تم تصنيفها كما يلي:

#### أ- الدخل:

يعتبر الدخل في التحليل الاقتصادي العامل الأساسي الذي يحدد حجم الطلب، فإذا كانت خدمة الرعاية الصحية سلعة عادية (Normal Good)، فزيادة الدخل يزداد الطلب عليها بثبات العوامل الأخرى<sup>(٢٥)</sup>. ولكن يبقى السؤال: ماذا سيحدث فيما لو أن أيًا من العوامل الأخرى قد تغيرت؟. وبالنظر إلى الشكل رقم (٦-٣) الذي يظهر فيه مدى العلاقة القوية بين الدخل الجيد والصحة الجيدة<sup>(٢٦)</sup>. وبافتراض حدوث المرض فإن ذلك سيدفع الفرد لاستخدام كميات أكبر من الرعاية الصحية حتى يعوض النقص الحاصل في صحته (حالة المرض) مما سيؤدي إلى انتقال منحنى المنفعة من  $(u_0)$  إلى  $(u_1)$  ليحقق بذلك توازنًا جديدًا عند النقطة  $(X_2, m_2)$ ، ولكن بازدياد المرض فإن عامل الدخل لدى المريض سينخفض وبالتالي فإن خط الدخل سينتقل من  $(II)$  إلى  $(I'I')$  وتبقى بذلك منحنيات السواء تدور إلى ما بعد المرض لتصل عند أفضل نقطة يكون فيها خط الدخل الجديد  $(I'I')$  مماسًا لمنحنى السواء  $(U_2)$  وذلك عند النقطة  $(x_3, m_3)$ .

شكل رقم (٦-٣)

انخفاض دخل المستهلك عند حدوث المرض



Source: Phelps, Charles E., Health Economics, Second Edition, 1997, P.106.

## ب- التأمين الصحي (Health Insurance):

يعتبر التأمين الصحي عاملاً مهماً يعطي الحرية الكاملة للفرد في استخدام أي نوع من أنواع الخدمات الصحية دون وجود معوقات مادية تمنعه من استخدام تلك الخدمات، وذلك لأن سياسة التأمين الصحي تعمل على تخفيض السعر الفعلي الذي يدفعه المريض لحظة حصوله على الخدمة الصحية، وبالتالي تساعد على التقليل من الخطورة المالية التي قد يتعرض لها جراء حدوث المرض<sup>(٣٧)</sup>. هذا ويظهر التأمين الصحي على عدة أنماط نذكر منها:

### ١- التأمين الصحي المشترك (Health coinsurance):

عندما يحصل الفرد على الخدمة الصحية فإنه يدفع مبلغاً من التكلفة الحقيقية للخدمة تسمى التأمين المشترك (Coinsurance)، وشركة التأمين المسؤولة تدفع الباقي، ويأتي التأمين الصحي المشترك على شكلين:

#### أ- معدل التأمين الصحي المشترك (Coinsurance Rate):

حسب هذا النوع يدفع المريض نسبة من فاتورة العلاج (c)، مثلاً (٢٠%)، (٣٠%)، (٥٠%) في بعض الحالات، وشركة التأمين تدفع الباقي.

ولتوضيح الفكرة التي تقوم عليها سياسة هذا النوع من أنواع التأمين الصحي وأثرها في زيادة الطلب على خدمات الرعاية الصحية، تظهر من خلال الشكل رقم (٣-٧) العلاقة بين الكميات المطلوبة من الرعاية الصحية والأسعار في ظل وجود وعدم وجود تأمين صحي، وذلك بافتراض ثبات العوامل الأخرى مثل مستويات المرض لدى الفرد، فنجد من خلال الشكل رقم (٣-٧) أن هنالك منحنين للطلب على خدمات الرعاية الصحية يمثل المنحني الأولي (D1) الطلب لغير المؤمنین صحياً، ويمثل المنحني الثاني (D2) الطلب للمؤمنين صحياً. وبافتراض أن المريض يدفع مقابل خدمة صحية معينة السعر (Pm1) فإنه بذلك سيحصل على الكمية (m1) من الخدمة الصحية، ولكن في ظل وجود تأمين صحي مشترك فإن السعر الحقيقي الذي سيدفعه هذا المريض هو (cPm1) فتصبح الكمية المطلوبة عند هذا السعر تساوي (A) على



منحنى (D1)، ولكن السعر الفعلي لهذه الكمية هو (Pm1) على منحنى (D2)، والتي تمثل أيضا الكمية المطلوبة عند النقطة (B) على منحنى المؤمنین صحيا.

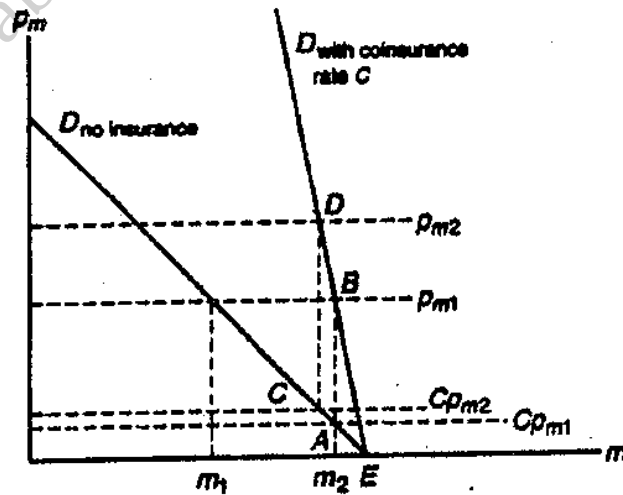
وبالمثل فإن الكمية المطلوبة من الخدمة الصحية عند السعر (Pm2) تصبح عند النقطة (C) على منحنى (D1)، ولكن في ظل توفر تأمين صحي مشترك فإن السعر الفعلي الذي سيدفعه المريض هو (Cpm2) والسعر الحقيقي لهذه الكمية هو (Pm2) على منحنى (D2)، والتي تمثل أيضا الكمية المطلوبة عند النقطة (D) على منحنى المؤمنین صحيا، وبالتالي فإن الطلب الفعلي للمؤمنین صحيا سينتقل بذلك إلى اليمين. أما بالنسبة للنقطة (E) في الشكل رقم (٧-٣) فهي تمثل الكمية المستهلكة في السوق عندما يكون سعر الخدمة الصحية للمؤمنین صحيا يساوي سعر الخدمة الصحية لغير المؤمنین صحيا والذي يساوي صفرًا [Cpm=Pm=0]

وتجدر الملاحظة إلى إنه كلما اقتربت قيمة (C) من الصفر فإن منحنى طلب المؤمنین صحيا (D2) يصبح غير مرن (inelastic demand).

شكل رقم (٧-٣)

منحنيات الطلب على خدمات الرعاية الصحية في ظل وجود وعدم

وجود التأمين الصحي لمرض معين



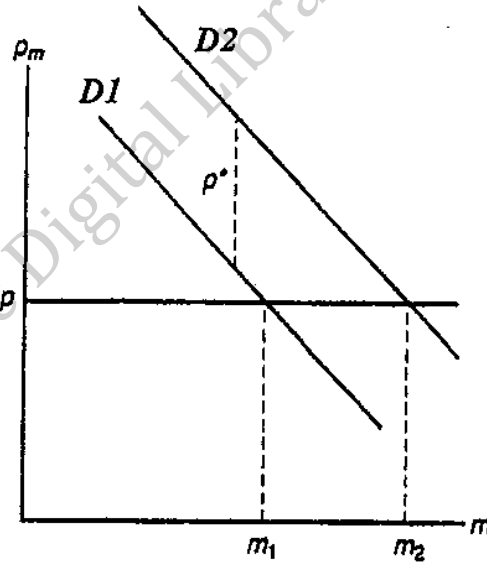
Source: Phelps, Charles E., Health Economics, Second Edition, 1997, P.120.

ب- التأمين الصحي ضد مرض أو خطر معين (Indemnity Insurance):

يتم من خلال هذا النوع دفع مبلغ معين من قبل المريض مقابل استهلاكه لخدمة صحية معينة. ومن خلال الشكل رقم (٨-٣) يظهر أثر هذا النوع من التأمين الصحي في زيادة الطلب على الخدمة الصحية فانتقل منحى الطلب لأعلى بمقدار القيمة  $(P^*)$ . التي يتم دفعها للمريض من قبل شركات التأمين الصحي عن كل يوم يقيمه المريض في المستشفى وبذلك تزداد الكمية المستهلكة من الرعاية الصحية من  $(m1)$  قبل التأمين إلى  $(m2)$  بعد التأمين الصحي.

شكل رقم (٨-٣)

منحنى الطلب على الرعاية الصحية في ظل التأمين الصحي ضد مرض معين



Source: Phelps, Charles E., Health Economics, Second Edition, 1997, P.126.

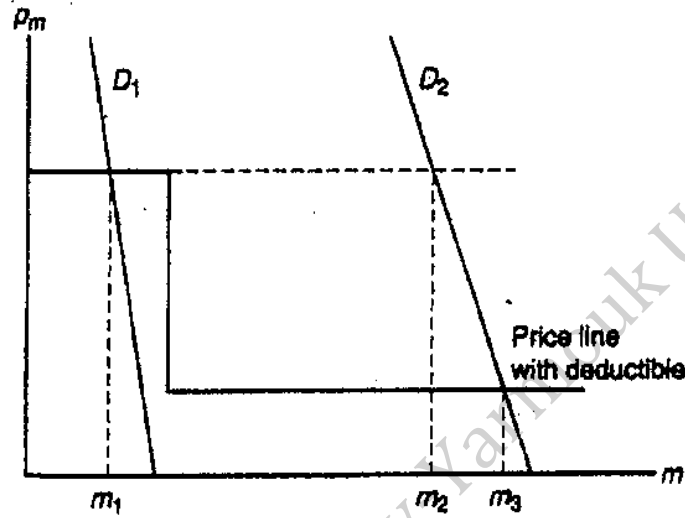
## ٢- الإقتطاعات (Deductibles):

أما النوع الثاني من أنواع التأمين الصحي فهو الإقتطاعات، ويعتبر هذا النوع من أشهر أنواع التأمين الصحي المستخدم، فيتم دفع مبلغ معلوم من المال من قبل المريض مقابل فواتير العلاج في بداية كل عام.

ويتأثر الطلب على خدمات الرعاية الصحية وبالتالي زيادة الكمية المطلوبة من الخدمة الصحية عند استخدام هذا النوع من التأمين الصحي وذلك بالنظر إلى الشكل رقم (٣-٩) الذي يظهر فيه أثر ذلك التأمين على الطلب، ففي حالة حدوث مرض معين لدى الفرد (minor illness)، فإن المريض يدفع كامل سعر السوق، ويكون طلبه بذلك عند منحنى (D1) والذي يمثل طلب غير المؤمنین صحياً، وبذلك تكون الكمية المستهلكة من الرعاية الصحية (m1)، ولكن في حالة اشتداد المرض (Serious illness) لدى الفرد، فإن طلبه على الخدمة الصحية سينتقل إلى اليمين عند منحنى الطلب (D2)، فلا يدفع المريض في ظل هذا النوع من التأمين الصحي سعر السوق، إنما المبلغ الذي دفعه كإقتطاع في بداية العام، وبذلك سيزداد الكمية المستهلكة من الرعاية الصحية لتصبح (m3). أما الكمية المستهلكة عند منحنى (D2) في ظل سعر السوق ستكون (m2) وهذا يظهر أثر التأمين الصحي في زيادة الكمية المطلوبة من الرعاية الصحية، وتجدر الإشارة إلى إنه وحتى يستفيد الفرد من هذا النوع من التأمين الصحي فإنه لا بد له أن يستخدمه عندما يكون مرضه شديداً، وبذلك يكون طلبه مشابهاً لطلب المؤمنین صحياً.

شكل رقم (٣-٩)

منحنى الطلب على الخدمات الصحية في ظل اقتطاعات التأمين الصحي



Source: Phelps, Charles E., Health Economics, Second Edition, 1997, P.127.

ج- الأسعار:

تشير النظرية الاقتصادية إلى إن العلاقة بين سعر الخدمة الصحية والكمية المطلوبة منها تعتبر علاقة عكسية بثبات العوامل الأخرى. فتغير سعر الخدمة الصحية سيؤدي إلى انتقال الكمية المطلوبة من نقطة إلى أخرى على منحنى الطلب وليس انتقال منحنى الطلب كاملاً إلى أسفل أو أعلى. ولكن يبقى السؤال: ما هو السعر الذي يجب الاعتماد عليه ليعكس التكلفة الحقيقية التي يتحملها المريض مقابل حصوله على الخدمة الصحية؟. فتشير بعض الدراسات الاقتصادية<sup>(٣٨)</sup> إلى إن السعر الذي يحدد من قبل مقدم الخدمة الصحية لا يمثل السعر الحقيقي الذي يدفعه المريض وقت حصوله على الخدمة الصحية، لأن وجود برامج التأمين الصحي يعمل على تخفيض تكلفة سعر الخدمة الصحية للمريض، وبالتالي زيادة الكمية المطلوبة من الخدمة الصحية.

ونظرا لأن معظم الدراسات الاقتصادية التي تعنى بالخدمات الصحية المتعلقة بالأفراد تستمد معلوماتها جراء المسح الإحصائي، وبالتالي لا تتضمن معلومات كافية عن أسعار الخدمات الصحية<sup>(٣٩)</sup>، لذلك فقد قام بعض الاقتصاديين بتطوير العديد من المقاييس التي يمكن الاعتماد عليها في قياس سعر الخدمة الصحية المقدمة للمريض، فاعتمد فلدستين (١٩٧١) على متوسط السعر (Average price)<sup>(٤٠)</sup>، واعتبره مؤشرا جيدا لقياس أسعار الخدمات الصحية.

واستخدم ماكول (١٩٩٥) اللوغاريتم الطبيعي لمتوسط سعر الخدمات الصحية النسبي استخدمها في دراسته. واعتمد أكين (١٩٨٨) على متوسط السعر النقدي لكل نوع خدمة مقدمة للأمم.

وتجدر الملاحظة إلى إنه وبسبب طبيعة العلاقة القوية بين مختلف الخدمات الصحية كزيارة الطبيب واستهلاك الأدوية وإجراء الفحوصات المخبرية، فإنه تتوافر لدى المريض العديد من الخدمات الصحية البديلة والمكملة لبعضها البعض. والتي تساهم بشكل كبير في إنتاج الصحة الجيدة للمريض<sup>(٤١)</sup>.

#### د- وفرة الخدمات الصحية:

يتناول الفكر الاقتصادي موضوع عرض الخدمات والسلع كعامل مهم في دفع الطلب الكامن إلى الظهور والتحقق، لذلك يعتبر وجود الخدمات الصحية ومدى توافرها وقربها من المريض عاملا يساعد على التقليل من وقت وتكلفة المسافة للمريض<sup>(٤٢)</sup>. وبالتالي زيادة الطلب على خدمات الرعاية الصحية وبثبات العوامل الأخرى.

## هـ- نوعية الخدمات الصحية:

تتأثر ميول الأفراد بالظروف الاجتماعية والاقتصادية المحيطة بهم، فاختلاف الميول والأذواق لصالح سلعة أو خدمة معينة يؤدي إلى تغيير الطلب على تلك السلعة أو الخدمة. وباختلاف نوعية الخدمة الصحية التي يستخدمها الفرد يختلف حجم الإنفاق الصحي عليها، فالخدمات الصحية ذات النوعية العالية تتطلب من الفرد إنفاقاً صحياً أكثر عليها مقارنة بالخدمات الصحية الأخرى الأقل نوعية، وفي ظل توافر مجانية الخدمات الصحية لبعض الأفراد كوجود التأمين الصحي الجيد الذي يتمتع به معظمهم، فإنهم يميلون إلى طلب خدمات رعاية صحية ذات نوعية أفضل من أولئك الأفراد الذين لا يتمتعون بتأمين صحي جيد<sup>(٤٣)</sup>.

## رابعاً: العوامل الصحية

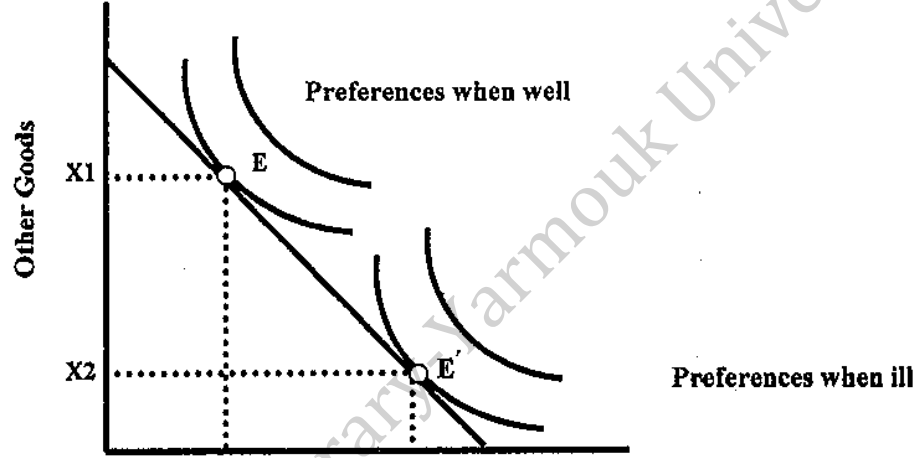
نعكس العوامل الصحية حاجة الأفراد الفعلية للخدمات الصحية المختلفة، لما تتميز به هذه العوامل من تأثير مباشر في صحة الفرد، وسيؤدي تغيير أي عامل من هذه العوامل إلى اختلال في صحة الفرد مما يدفعه إلى طلب خدمات رعاية صحية بشكل أكبر ليعوض النقص الحاصل في صحته، ويمكن تصنيف العوامل الصحية إلى:

أ- **الوضع الصحي:** يعتبر الوضع الصحي أحد أهم العوامل الرئيسية التي تحدد الطلب على خدمات الرعاية الصحية، وذلك لأنه يمثل حاجة الفرد الفعلية من الخدمات الصحية، فتختلف حاجات الأفراد من الخدمات الصحية باختلاف مستويات الصحة لديهم<sup>(٤٤)</sup>. فالوضع الصحي الجيد يتطلب حاجة أقل من الخدمات الصحية وبالتالي طلب أقل عليها، ولتوضيح أثر ذلك يظهر من خلال الشكل رقم (٣-١٠) أن المستهلك معظماً لمنفعته باستهلاكه كميات قليلة من خدمات الرعاية الصحية ( $m1$ )، وكميات أكبر من السلع والخدمات الأخرى ( $x1$ )، وبافتراض حدوث المرض فإن الوضع الصحي للفرد قد انخفض، وحتى يعوض النقص الحاصل في صحته فإنه سيلجأ إلى استخدام خدمات صحية بشكل أكبر ( $m2$ )، وذلك بانتقال منحنى السواء إلى نقطة أخرى على خط الدخل. وتجدر

الملاحظة إلى إن وجود مقاييس جيدة للوضع الصحي تؤدي إلى قياس الطلب بشكل دقيق على الخدمات الصحية.

شكل رقم (٣-١٠)

أفضليات المستهلك على الخدمات الصحية في ظل الوضع الصحي



Source: Phelps, Charles E., Health Economics, Second edition , 1997,P.18

ب- نوع المرض: نظراً لطبيعة الأمراض وتعدد أنواعها التي يعاني منها معظم الأفراد فقد اعتمد بعض الاقتصاديين على أشكال عديدة لتصنيف الأمراض والتي تستدعي من الفرد طلب خدمات صحية متنوعة يعالج من خلالها أي خلل أو انحراف نتيجة تلك الأمراض، فقد يكون المرض عادياً (حاداً وسريعاً) وغير متوقع لمعظم الأفراد والذي عادة لا يتطلب منهم الكم الهائل من الخدمات الصحية وذلك لأن طبيعة علاج تلك الأمراض لا يمكن تأجيلها، في حين إن بعض الأمراض قد تكون (بطيئة ومزمنة) والتي تعكس الحاجة الفعلية للخدمات الصحية، وعلاجها يتطلب استخدام خدمات رعاية صحية بشكل مستمر<sup>(٤٥)</sup>.

ج- خطورة المرض: يرتبط طلب الأفراد على خدمات الرعاية الصحية بمستويات الأمراض المختلفة ومدى حدتها، فكلما ازداد مستوى حدة الأمراض التي يعاني منها الأفراد ازداد طلبهم على الخدمات الصحية. (بشأن العوامل الأخرى)، ويمكن القول: إن وجود قياسات

لمستويات الأمراض وشدها يعطي قوة تفسيرية للتنبؤ في استخدام الخدمات الصحية المختلفة<sup>(46)</sup>، وبذلك يمكننا تصنيف حدة الأمراض ومدى خطورتها كما يلي:

١- أمراض غير خطيرة: هي الأمراض التي تتطلب من الشخص القيام بزيارة أو اثنتين للطبيب على الأكثر في العام لنفس المرض.

٢- أمراض خطيرة: هي الأمراض التي تتطلب من الفرد القيام بزيارتين أو أكثر للطبيب في العام ولنفس المرض والتي عادة ما يصاحبها عمل فحوصات مخبرية أو صور شعاعية.

٣- أمراض خطيرة جداً: هي الأمراض التي تتطلب القيام بالعديد من الزيارات للطبيب أو للمستشفى خلال العام لنفس المرض، والتي عادة ما تحتاج إلى علاجات بالأشعة أو بعض العمليات الجراحية.

### ٣-٥ الدراسات السابقة

تعددت الدراسات السابقة التي تحدثت عن موضوع الطلب على خدمات الرعاية الصحية واكتسبت مكانة هامة في الأدبيات الاقتصادية، وفيما يتعلق بالأردن فلم تتناول أي من الدراسات الأردنية السابقة وحسب اطلاع الباحث موضوع تقدير الطلب على خدمات الرعاية الصحية، بل كان مجال اهتمامها دراسة واقع وتطورات القطاع الصحي إلى جانب اهتمام العديدين بمحددات النفقات الأسرية على الصحة، معتمدين على البيانات التي تعدها دائرة الإحصاءات العامة حول نفقات ودخل الأسرة، في حين استخدمت بعض الدراسات أساليب إحصائية متقدمة لتحليل أسس بعض العوامل على بعض الخدمات الصحية التي استخدمت في تلك الدراسات، وفيما يلي عرض للدراسات التي تمت على المستوى الدولي والمحلي خلال السنوات السابقة:



الدراسات السابقة على المستوى الدولي:

أولاً: الدراسات السابقة على المستوى الكلي

### ١- دراسة كارين وفان ديل، ١٩٨٤ (Carrin and Van Deal)

استخدمت هذه الدراسة في قياس الطلب على خدمات الرعاية الصحية في (بلجيكا) (١٧) تصنيفاً للرعاية الصحية تتمثل بتشخيص المرض لدى الأطباء في عياداتهم، ومعدل الإقامة في المستشفيات والفحوصات المخبرية وعلاجات الطب المتقدمة والعناية الخاصة وبالمداواة الطبيعية والأدوية والطلب عليها، وقد تم الاعتماد على (بيانات السلاسل الزمنية) للمتغيرات المستقلة التي استخدمتها الدراسة في التأثير على الطلب كالدخل مقاساً بالدخل المتاح لدى الأفراد، وأسعار خدمات الرعاية الصحية وبعض العوامل الديموغرافية والظروف المناخية والاتجاه العام ممثلاً بالتقدم التكنولوجي لخدمات الرعاية الصحية.

وقد أظهرت نتائج الدراسة أن تشخيص المرض لدى الأفراد عند الطبيب ذو دلالة إحصائية بالنسبة للدخل، فجدت مرونة الطلب الداخلية (٠,٧٢) ومع إنها قليلة نسبياً إلا إن مستوى الدخل يحدد تشخيص المرض عند الطبيب.

كما بينت الدراسة أن مرونة الطلب السعرية تتفق مع النظرية من ناحية الإشارة (-٠,١٩) (إلا إنها ليست ذات دلالة إحصائية، فالمريض يطلب الخدمة من قبل الطبيب بغض النظر عن سعر تلك الخدمة، كذلك فقد أشارت الدراسة إلى إن مرونة الطلب لتشخيص المرض لدى الكبار بلغت (٤,٠٤) بينما بلغت لدى الأطفال (٠,٨) وكلا المتغيرين ذوا دلالة إحصائية.

### ٢- دراسة باركن ووايل ، ١٩٨٨ (Parkin, Yule)

ركز هذا النموذج على دراسة الطلب والانتفاع من الخدمات الصحية المتعلقة بالأسنان وذلك من خلال الاعتماد على (بيانات السلاسل الزمنية) في (اسكتلندا) خلال السنوات (١٩٨١-٦٢).

وقد تم في هذه الدراسة تقدير أهم العوامل التي تحدد الطلب على خدمات الأسنان فأشارت الدراسة إلى إن العوامل الاقتصادية كالسعر والدخل ووفرة الخدمات الصحية ذات أهمية كبيرة في التأثير على طلب الأفراد على خدمات الأسنان، وميزت الدراسة بين نوعين من الأجرور التي يدفعها المريض أحدهما أجره طبيب الأسنان، وثانيهما أجره المعالجة.

ولأغراض التحليل فقد استخدمت الدراسة ستة متغيرات تابعة تمثل مختلف جوانب الانتفاع من خدمات الأسنان، وقد أظهرت نتائج الدراسة أن مختلف أنواع المعالجة والتي تمثل الطلب على خدمات الأسنان تعتبر أكثر حساسية لأجرور الطبيب عنه لأجرور العلاج، فبلغت المرونة السعرية للطبيب لنوع معين من المعالجة (-0.09)، بينما بلغت المرونة السعرية للعلاج ولنفس الخدمة (-0.24)، وأشارت الدراسة إلى إن أثر الدخل كان سالباً خلافاً للمفهوم النظري ولأغلبية أنواع المعالجة لخدمات الأسنان، فتراوحت مرونة الدخل لبعض أنواع الخدمات من (-0.28) إلى (-0.46)، وقد فسّر (Parkin) هذه النتيجة واعتبرها مقبولة، وذلك لأن الارتفاع في مستويات الدخل سيجعل الإقبال على خدمات الأسنان غير مفضل بمرور الزمن، بسبب عدم وجود معوقات مادية في بداية حدوث الإصابة أو المرض في الأسنان تمكنه من المعالجة الفورية أولاً بأول.

وقد خلصت الدراسة إلى الأثر الموجب لوفرة الخدمات الصحية على الانتفاع من خدمات الأسنان، فتراوحت مرونة هذا المتغير من (0.39) إلى (1.19) لبعض أنواع الخدمات، ويعود السبب في ذلك إلى تخفيض تكلفة رحلة المريض ووقته للوصول لهذه الخدمات، وبالتالي زيادة الطلب.

ثانياً: الدراسات السابقة على المستوى الجزئي.

### ٣- دراسة روست وهوانغ، ١٩٧٣ (Rosett and Huang)

هدفت هذه الدراسة إلى تحليل أثر التأمين الصحي في طلب الأسر على خدمات الرعاية الصحية في (البيرو)، وذلك من خلال تقدير مرونتي الطلب السعرية والدخلية للإنفاق على

الخدمات المقدمة من المستشفى والأطباء، واعتمدت الدراسة في تحليلها على العديد من المتغيرات الاقتصادية والاجتماعية التي تتميز بها الأسر على المستوى الجزئي، كالدخل ومكان الإقامة وحجم الأسرة ومستوى تعليم رب الأسرة وعمره ووجود تأمين صحي.

وقد استخدمت الدراسة نموذج الانحدار الاحتمالي الإحصائي "توبين" وذلك لوجود قيم صفرية كثيرة للمتغير التابع، وأظهرت نتائج التقدير أن حجم الإنفاق الصحي الأسري الفعلي للأسر المؤمنة صحياً كان أكثر على خدمات الرعاية الصحية من الأسر غير المؤمنة صحياً، وذلك على جميع مستويات الدخل المستخدمة في الدراسة، وقد فسّر "روست وهوانغ" هذه النتيجة على أساس إن الأسر المؤمنة صحياً تدفع تكاليف المعالجة بأجور مرتفعة مقارنة بغيرها من الأسر غير المؤمنة.

وأشارت نتائج الدراسة أيضاً، وبناء على قيم المرونة المقدرة أن مرونة الطلب السعرية تراوحت قيمتها بين (-0,35) عندما كانت قيمة التأمين الصحي المشترك تساوي (0,2) لتصل إلى (-1,5) عندما أصبحت قيمة التأمين المشترك تساوي (0,8). وكذلك فقد تراوحت مرونة الطلب الداخلية بين (0,25) عندما كان الدخل يساوي (4000) دولار لتصل إلى (0,45) عندما أصبح الدخل يساوي (10000) دولار.

وقد توصلت الدراسة إلى إن انخفاض أسعار الخدمات الصحية كان هنالك ثلاثة أنماط استهلاكية من الخدمات الصحية:

- ١- إن الأسر التي تستهلك خدمات من الرعاية الصحية سوف تزيد من حجم هذا الاستهلاك.
- ٢- إن الأسر التي لا تستهلك أي نوع من الخدمات الصحية تصبح لديها الرغبة في الاستهلاك.
- ٣- بعض الأسر ستستمر بعدم الاستهلاك من الخدمات الصحية.

#### ٤ - دراسة أكين وغر يفن وبوبكين، ١٩٨٦ (Akin, Griffin, Popkin)<sup>(٤٧)</sup>

هدفت هذه الدراسة تحليل الطلب على خدمات الرعاية الصحية الأولية في (الفلبين)، واستخدمت بذلك ستة متغيرات تابعة تمثل الطلب كخدمات المريض الخارجي للبالغين والأطفال وخدمات متعلقة بالأم الحامل، والقبالة والتوليد والأمومة والطفولة والتطعيم ضد مختلف الأمراض، وتم افتراض أن الطلب على الخدمات الصحية الأولية دالة في العديد من المتغيرات الاقتصادية كالوقت والسعر النقدي والدخل وبعض العوامل الاجتماعية والديموغرافية الأخرى.

وقد تم التحليل بناء على إن المستهلك يستطيع طلب تلك الخدمات باستخدام احتمالات عديدة لاختيار نوع مقدم الخدمة الصحية كالطبيب العام والخاص والطبيب التقليدي (الشعبي)، وتضمن السعر النقدي للخدمة الصحية: (أ) أجر زيارة الطبيب (ب) تكلفة الدواء (ج) تكلفة النقل. وقد ميزت الدراسة بين ثلاثة أنواع من الأسعار المستخدمة (١) سعر العيادة العامة. (٢) سعر العيادة الخاصة. (٣) سعر الخدمة التقليدية.

وللوصول إلى نتائج الدراسة فقد استخدمت العديد من الأساليب الإحصائية المختلفة (Tobit, Probit, Logit)<sup>(٤٨)</sup> لاستخراج نتائج من المتغيرات المستخدمة فيها.

وأظهرت نتائج الدراسة عدم وجود معنوية إحصائية لمعظم المتغيرات الاقتصادية في التأثير على اختيار نوع مقدم الخدمة الصحية عند احتمالية زيارة الطبيب، في حين أظهرت النتائج أن عامل الدخل له قوة تفسيرية في اختيار الطبيب الخاص عند احتمالية زيارة الطبيب مقارنة مع مقدمي الخدمات الصحية الآخرين. وتبين إلى أن عامل خطورة المرض (Serious illness) قد زاد من احتمالية زيارة الطبيب الخاص بحوالي (٣٠%)، وقلل من احتمالية عدم الزيارة بحوالي (٣٤%).

وأظهرت النتائج إن للتقليل من عامل المسافة بين مقدم الخدمة ومكان إقامة الأم أثر في زيادة احتمالية استخدام خدمات التوليد الحديثة، وكان لزيادة مستوى تعليم الأم بنسبة (١٠%) أثر في التقليل من احتمالية استخدام خدمات التوليد الشعبية بنسبة (٢%).

#### ٥- دراسة فلايت ودورسلير، ١٩٨٨ (Vliet and Doorslaer)

هدفت هذه الدراسة تحليل دالة الطلب على خدمات المستشفى في (هولندا) وذلك على المستويين الكلي والجزئي، واعتمدت الدراسة في تحليلها على عدد مرات الدخول للمستشفى (Admissions) وطول فترة الإقامة (Length of stay) كمتغيرات تابعة تمثل الطلب على خدمات المستشفى.

واستخدمت الدراسة أسلوب التحليل الإحصائي المتدرج الثنائي للوصول إلى نتائج غير متحيزة بالاعتماد على العديد من المتغيرات الكلية كعدد الأسرة، وعدد الأطباء لكل (١٠٠٠٠٠) من السكان، وعدد الاختصاصيين، وعلى العديد من المتغيرات الجزئية كبعض العوامل الديموغرافية ووجود تأمين صحي لدى الأسرة.

وأشارت نتائج الدراسة إلى العلاقة القوية التي تربط بين عرض الخدمات الصحية وحجم الانتفاع منها على المستوى الكلي، في حين أظهرت أن للوضع الصحي أثراً مهماً ومحدداً أساسياً من الانتفاع بخدمات المستشفى. على المستويين الكلي والجزئي ومن النتائج المثيرة للاهتمام أن لعدد أسرة المستشفيات أثراً غير إيجابياً على عدد مرات الدخول للمستشفى، وعلّل الكاتب هذه النتيجة أشار إلى أن السبب يعود للتغيرات الكبيرة التي حصلت في توزيع المستشفيات في مختلف المناطق في (هولندا) خلال السنوات العشر الماضية، وبينت الدراسة كذلك أن لحجم الأسرة أثراً سلبياً على طول فترة الإقامة على المستوى الجزئي في حين جاءت النتائج مغايرة على المستوى الكلي.

## ٦- دراسة أكين وبوبكين، ١٩٨٨ (Akin, Popkin)

هدفت هذه الدراسة التركيز على أثر العوامل الاقتصادية والاجتماعية والديموغرافية للأسر في اختيار نوع الخدمة الصحية المتعلقة بخدمات الأمومة والطفولة في (الفلبين)، فاستخدمت الدراسة ولأغراض التحليل ستة متغيرات تابعة تمثل الطلب: أربعة داخل البيت وأثنين خارجه. هذا وتم افتراض وجود العديد من العوامل التي تؤثر في الطلب على هذه الخدمات كالسعر (النقدي، الزمني)، الدخل، التأمين الصحي، مكان الإقامة، حجم الأسرة ومستوى التعليم. ولقد تم الاعتماد على متوسط السعر النقدي (average price) لأغراض التحليل وذلك لكل نوع خدمة مقدمة للأهم.

وقد أشارت الدراسة إلى إن أثر السعر النقدي على اختيار نوع الخدمة الصحية للأسر في المناطق الحضرية والريفية كان سالباً؛ فتراوحت المرونة السعرية لخدمات التوليد من قبل القطاع العام بقيم غير مرنة فأظهرت قلة مدى استجابة احتمالية اختيار طبيب القطاع العام للتغير في سعر هذا الطبيب؛ فبلغت المرونة السعرية لخدمات طبيب القطاع العام داخل البيت في المناطق الريفية (-٠,٠٠٧٤)، وبلغت المرونة السعرية لخدمات طبيب القطاع العام خارج البيت في المناطق الحضرية (-٠,٢٣).

وتبين الأثر السلبى لوقت المسافة بين الأسر ومقدم الخدمة في المناطق الحضرية والريفية ولكنها ذات دلالة إحصائية للأسر في المناطق الريفية، بسبب بعدها عن الخدمات الصحية، فوجدت مرونة السعر الزمنية لخدمات طبيب القطاع العام خارج البيت في عينة المناطق الريفية (-١,١٦٤٨) وفي عينة المناطق الحضرية (-٠,٠٩٣٢).

وقد أشارت الدراسة إلى العلاقة غير المرنة لأثر الدخل في تحديد نوع الخدمة المستخدمة لعينتي الحضر والريف. في حين كان لوجود تأمين صحي للأسرة أثر في زيادة اختيار خدمات التوليد من قبل طبيب القطاع الخاص في البيت وخدمات التوليد للقطاعين العام والخاص خارج البيت وذلك بالنسبة للأسر في المناطق الحضرية والريفية.

وقد أوصت الدراسة بضرورة تخفيض السعر النقدي لتلك الخدمات في المناطق الحضرية والريفية على السواء بسبب زيادة استخدام الخدمات الصحية المتقدمة من قبل الأم.

#### ٧- دراسة ماكول وككر وينغ شنغ، ١٩٩٥ (Mccool, Kiker, Ying chaung)

ركزت هذه الدراسة على تحليل مروونات الطلب، وافترضت أن الطلب على الخدمات الصحية يتكون من أربعة متغيرات تابعة، هي: زيارة الطبيب في المركز الصحي، والإقامة في المستشفى، واستخدام خدمات غرف الطوارئ، وشراء الأدوية، وميز هذا النموذج في التحليل، واعتمد على الجنسين الذكر والأنثى، وذلك لأسباب تتعلق بكلا الجنسين من حيث: الطبيعة البيولوجية للشخص، والاختلاف في الأفضليات، وأسلوب نمط الحياة كالتدخين وتعاطي الكحول.

واستمدت هذه الدراسة معلوماتها من استبانة نفقات الخدمات الصحية في (أمريكا)، فتضمنت معلومات عن تغطية السكان بالتأمين الصحي، وكذلك معلومات عن المتغيرات الاجتماعية والاقتصادية والديموغرافية كالدخل ومستوى التعليم وحجم الأسرة ومتوسط السعر.

وأظهرت النتائج الاختلافات في النفقات الصحية على الخدمات الصحية بين الجنسين الذكر والأنثى، والذي يظهر فيه مدى كبر حجم الإنفاق الصحي للإناث مقارنة مع الذكور بالنسبة لمعظم الخدمات الصحية.

وبالنظر إلى جدول رقم (٣-١) الذي يظهر فيه نتائج تقدير مروونات الطلب السعرية والدخلية للخدمات الصحية التي مثلت الطلب على الرعاية الصحية في الدراسة.

جدول رقم (١-٣)

نتائج تقدير المرونة في دراسة (M-K-Y)

مرونة الطلب الداخلية		مرونة الطلب السعرية		نوع الخدمة
الأنثى	ذكر	أنثى	ذكر	
صفر ← -٠,٧٣	صفر ← -١,١٩	-٠,٣٧	-٠,٤	زيارة الطبيب
صفر ← -٠,٣٥	صفر ← -٠,٤٧	-٠,٥٦	-٠,٥٢	الإقامة في المستشفى
صفر ← -٠,٤٧٥	صفر ← -٢,٢٥	-٠,٤٠	-٠,٧١	خدمات الطوارئ
صفر ← -٠,٥٩	صفر ← -١,٠٠٣	-٠,٤٠	-٠,٣٥	الوصفات الدوائية

\* المصدر: أعده الباحث من الدراسة نفسها.

الدراسات السابقة على المستوى المحلي:

١- دراسة (مسلم وزريقات، ١٩٨٣)

تعتبر هذه الدراسة من أوائل الدراسات التي عُنيت بموضوع الطلب على الخدمات الطبية في الأردن، فقدمت الدراسة تحليلاً وصفيًا لواقع القطاع الصحي في الأردن من خلال عرض لأهم المؤشرات الصحية بما في ذلك لأهم خصائص ومشكلات القطاع الصحي في الأردن. وأوضحت الدراسة ومن خلال تحليل وصفي أن العوامل التي تحدد الطلب على الخدمات الطبية عديدة ومتنوعة ومتداخلة مع بعضها البعض، الأمر الذي يجعل من الصعب معرفة وزن وتقل كل عامل على حده، مشيرين في ذلك إلى أن العوامل الديموغرافية إلى جانب التوزيع الجغرافي للسكان ومستوى الدخل والتعليم وبرامج التأمين الصحي ومدى توافر الخدمات الطبية لها الأثر الأكبر في تحديد حجم الطلب على الخدمات الطبية.

٢- دراسة خرابشة، ١٩٩٠ (Kharabsheh)<sup>(٤٩)</sup>

هدفت هذه الدراسة إلى تحليل أثر الإنفاق الصحي على مجموعات الدخل المختلفة وذلك بالاعتماد على البيانات التي أعدتها دائرة الإحصاءات العامة حول نفقات ودخل الأسر لعام (١٩٨٦)، وقد توصل الباحث في هذه الدراسة إلى إن معدل الإنفاق الصحي للفرد في الأردن



يساوي (٩,٤) دينار ونسبة الإنفاق الصحي بالنسبة للإنفاق الكلي تساوي (١,٨%)، في حين بلغ الإنفاق الصحي للفرد (١٦,٨) دينار في الأسرة التي لا يتجاوز حجم إنفاقها السنوي الكلي (٦٠٠) دينار، فبلغت نسبة الإنفاق الصحي من الإنفاق الكلي حوالي (٥%)، في حين إن مقدار الإنفاق الصحي للفرد قد بلغ (٢٠,٦) دينار في الأسر التي يتجاوز إنفاقها السنوي الكلي عن (٧٢٠٠) دينار، وبلغت نسبة الإنفاق الصحي من الإنفاق الكلي حوالي (١,٧%)، وأوصت الدراسة بضرورة توزيع الخدمات الصحية بين مختلف مناطق المملكة بسبب تمركز معظم الخدمات الصحية في العاصمة عمان. وضرورة شمول جميع المواطنين بالتأمين الصحي الشامل.

### ٣- دراسة (عدنان عباس وآخرون، ١٩٩١) (٥٠)

عرضت هذه الدراسة في مؤتمر السكان والاحتياجات الأساسية في الأردن عام (١٩٩١)، وتعد من أوائل الدراسات التي تناولت جانب العرض وقدمت تقديراً للعرض والطلب المتوقع لأهم الخدمات الصحية حتى عام (٢٠٠٥)، وقد بينت نتائج الدراسة أن هنالك فجوة في عدد الأطباء تصل إلى (٢٥٥) طبيباً في عام (٢٠٠٥) ونقص في عدد الممرضين يبلغ (١٠٢٤) ممرضاً في عام (٢٠٠٥)، وأن الأردن سيحقق فائضاً في أطباء الأسنان بنحو (٣٧٤) طبيباً في عام (٢٠٠٥)، وسيكون هنالك نقص في عدد أسرة المشافي يبلغ (٢٥٥) سريراً للعام نفسه، وبذلك خلصت الدراسة إلى إنه سيكون هنالك نقص محتمل في أعداد الأسرة والأطباء والممرضين والقابلات وفائض في أعداد الصيادلة وأطباء الأسنان، وقد وجهت الدعوة إلى جميع الجهات بضرورة التنسيق لتوجيه إمكانيات التعليم بما يتناسب مع التوقعات المستقبلية لنمو الخدمات الصحية وخاصة الكوادر البشرية منها، ودراسة أعمق لسياسات نمو الخدمات الصحية الأخرى.

### ٤- دراسة نسور، ١٩٩٥ (Nsour) (٥١)

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على أنماط الاستهلاك على الخدمات الصحية ونسبة الإنفاق عليها من الإنفاق الكلي، ومقدار الإنفاق على الخدمات الصحية المختلفة بالدينار

الأردني، فاعتمدت في دراستها على البيانات التي أعدتها دائرة الإحصاءات العامة حول نفقات ودخل الأسرة لعام (١٩٩٢)، وتوصلت الدراسة إلى إن هنالك ما يقارب (١٢,٨%) من عينة الدراسة لا تتفق على أي نوع من الخدمات الصحية، كما إن نسبة الإنفاق على الخدمات الصحية بلغت (٢,٣%) من الإنفاق الكلي للأسرة، في حين بلغ معدل الإنفاق السنوي للأسرة على الخدمات الصحية (٩٥,٨) دينار.

#### ٥- دراسة عبد الحليم، ١٩٩٦ (Abdel-Halim) (٥٢)

تعتبر هذه الدراسة من أهم الدراسات التي قدمت في مجال الصحة عن الأردن وقد استخدمت هذه الدراسة أساليب إحصائية متقدمة لدراسة أثر العوامل المؤثرة على فترة الإقامة في المستشفيات الأردنية، وبنيت على أساس العلاقة القائمة ما بين طول فترة الإقامة في المستشفيات والعوامل المؤثرة كالتأمين الصحي وعمر المريض ومستوى الدخل ومستوى حسنة الحالة المرضية، وتم استخدام بيانات ومعلومات تستند على آراء صادقة من المريض نفسه، وذلك في مختلف مستشفيات المملكة وفي مختلف المحافظات لعام ١٩٩٤.

وقد أظهرت نتائج الدراسة أن للتأمين الصحي أثراً واضحاً على طول فترة الإقامة في المستشفى، فوجد بأن الأشخاص الذين لا يملكون تأميناً صحياً يقضون وقتاً أقل في المستشفيات من الأشخاص المؤمنين صحياً، كذلك أوضحت الدراسة بأن الأشخاص المؤمنين صحياً يقضون فترة إقامة أطول في المستشفيات الخاصة منها في المستشفيات العامة (الحكومية).

وأشارت الدراسة إلى إن هنالك علاقة إيجابية بين طول فترة الإقامة وبين كل من عمر المريض، ومستوى الدخل. وقد وجد بأن شدة المرض هي أقوى المتغيرات تأثيراً على طول فترة الإقامة، وخلصت الدراسة إلى أن (٦٧,٨%) من المرضى كان يملكون تأميناً صحياً، في حين كان متوسط طول فترة الإقامة للمرضى الذين يملكون تأميناً صحياً أطول بنسبة ١٥% من متوسط تلك الفترة التي يقضيها الأفراد غير المؤمنين صحياً.

## ٦- دراسة الجالودي والزعبي، ١٩٩٧ (Al-Jalode, J., and AlZubi, B.)<sup>(٥٣)</sup>

هدفت هذه الدراسة إلى تسليط الضوء على العوامل الاقتصادية والاجتماعية التي تؤثر على الإنفاق الصحي في الأردن، وقد تم استخدام نموذج الانحدار المتعدد لاختبار فاعلية تلك العوامل للفترة (١٩٦٧-١٩٩٢). وتشير نتائج الدراسة إلى إن جميع العوامل: الناتج المحلي الإجمالي للفرد ودرجة التحضر والإنفاق الصحي للفرد على الخدمات الصحية بتباطؤ زمني لمدة سنة، كان لها تأثير إيجابي، وذات دلالة إحصائية على معدل إنفاق الفرد على الخدمات الصحية في الأردن. فأظهرت النتائج أن التغيرات التي تحدث في هذه العوامل تفسر (٩٩%) من التغيرات التي تحدث في معدل إنفاق الفرد على الخدمات الصحية.

وبالنظر إلى بعض الدراسات السابقة التي تحدثت عن موضوع الرعاية الصحية في الأردن، فقد لوحظ اهتمامها الكبير بوصف خصائص القطاع الصحي في الأردن، وبيان أثر مجمل العوامل الديموغرافية والاجتماعية والاقتصادية المميزة للأسر على الإنفاق الصحي من خلال الاعتماد على بيانات تاريخية أو بيانات نفقات ودخل الأسرة التي تعدها دائرة الإحصاءات العامة.

في حين لم تتناول تلك الدراسات مسألة تقدير دوال الطلب على الخدمات الصحية المختلفة، وبالتالي تعتبر هذه الدراسة الأولى من حيث تناولها لهذه المسألة وذلك من خلال تقدير حجم الإنفاق الصحي الفعلي على تلك الخدمات وتحديد وتحليل العوامل الرئيسية التي تؤثر في طلب الأسر عليها، من خلال استبانة أعدت لهذا الغرض، كما وتعتبر الدراسة من أولى الدراسات التي سعت إلى التعرف على مدى تغطية وحجم انتفاع المواطنين من الخدمات الصحية المختلفة والمقدمة من مختلف القطاعات الصحية العاملة في محافظة الزرقاء.

## هوامش الفصل الثالث

- ١- الآية: ٨١، سورة الشعراء.
- ٢- غسان مسلم وسامي زريقات، الطلب على الخدمات الطبية في الأردن، في أبو جابر، كامل، (محرر)، قضايا رئيسة في التنمية الأردنية، عمان، صندوق الملكة علياء للعمل الاجتماعي التطوعي الأردني، ١٩٨٣، ص ص٧٣-١٠٢.
- ٣- عدنان مروة ونبيل قرنفل، الرعاية الصحية في لبنان، المرافق والتسهيلات الصحية، الجزء الثاني، منظمة الصحة العالمية، ١٩٨٥، ص ٣٧.
- ٤- وليد حميدات وآخرون، مبادئ الاقتصاد الرياضي، مؤسسة حمادة ودار الكندي للنشر والتوزيع، إربد، ١٩٩٨، ص ص٣٢-٣٤.
- ٥- حكمت فريحات وآخرون، مبادئ في الصحة العامة، ١٩٩٧، ص ٥٧.
- ٦- حكمت فريحات وآخرون، مرجع سابق، ص ٦٠.
- 7- A. Kharabsheh, Consumption set and the demand for health care, unpublished Ph.D thesis, University of Missouri-Columbia, 1981, P.34.
- 8- A. Sorkin., Health economics, Sixth edition, Lexington Books, LTD, 1975, P.24.
- 9- P.Feldstein, Health care economics, Second edition, John Wily & Sons, New York, 1979, P.78.
- 10- M. Grossman, On the concept of health capital and the demand for health care, Journal of political economy, Vol.80, No.2, March 1972, P.225.
- ١١- خط الدخل: يعرف خط الدخل على إنه خط يبين المخاليط المختلفة من السلع والخدمات والتي ينفق عندها الفرد كامل دخله.
- منحنى السواء: يعرف منحنى السواء على إنه منحنى يبين المخاليط المختلفة من السلع والخدمات والتي تعطي الفرد نفس المستوى من المنفعة.
- ١٢- تم استخدام مصطلح (المريض) عوضاً عن مصطلح (المستهلك)، وذلك لتحقيق عامل مسن العوامل التي تؤثر في صحة الفرد وهو حدوث المرض (Illness events).
- 13- A. Sorkin, 1975, op., cit., p.24.
- 14- P. Feldstein, 1979, op., cit., P.74.

15. J. Stephen, and r. Paul, Introduction to health services, Second edition, John Wiley & Sons, New York, 1984, PP.50-51.
- 16- Van Vliet, R.C., and Van Doorslaer, E.K.A., Disaggregation of the demand for hospital care, Applied economics, Vol.20, 1988, PP.969-984.
- 17- Mccool, J. H., and Kiker, B.F., and Ying Chung., Gender and the demand for medical care, Applied economics, Vol.27, 1995, PP.483-495.
- 18- Akin, John S., and Brad Schwartz, J., and Popkin, B.M. Price and Income Elasticities of Demand for Modern Health Care: The Case of Infant Delivery in the Philippines, The world Bank Economic Review, Vol.2, No.1, Jan 1988, Pp.49-76.
- 19- Parkin, D., and Yule, B., Patient charges and the demand for dental care in Scotland, 1982, PP.229-242.
- 20- Rosett, Richard N., and Huang, Lien-Fu, The effect of health insurance on the demand for medical care, Journal of Political economy, Vol.81, No.2, March 1973, PP.281-305.
- 21- Carrine, G., and Van Dael, J. an empirical model of the demand for health care in Belgium, applied economics, Vol.16, 1984, PP.317-334.
- 22- Phelps, Charles E., Health economics, Second edition, Addison Wesley Educational Publishers -Inc, 1997, P.113.
- 23- P. Feldstein, 1979, op., cit., P.78.
- 24- Mccool, J.H., and Other's, 1995, op., cit., P.483.
- 25- Henrigues, Irene., and Vailancourt, Francois, The demand for child care services in Canada, Applied Economics, Vol.20, 1988, P.386.
- 26- A. Sorkin, 1975, op., cit., P.81.
- 27- P. Feldstein, 1979, op.cit., P.81.
- Kenkel, D., Consumer health information and the demand for medical care, the Review of economics and statistics, Vol.72, Nov., 1990, PP.587-595.
- 28- Mccool, J. H., and others, 1995, op., cit., P.486
- 29- Mccool, J. H., and others, 1995, op., cit., P.489.
- 30- A. Sorkin, 1975, op., cit., P.23.
- 31- Kenkel, D., 1990, op., cit, P.588.

٣٢- غسان مسلم وسامي زريقات، مرجع سابق، ص ص ٨٤-٨٨.

- 33- Milne, R., and Molana, H. On the effect of income and relative price on demand for health care: EC Evidence, Applied economics, Vol. 23, 1991, P.1221.
- 34- P. Feldstein, 1979, op., cit., P.89.
- 35- Phelps, charles E., 1997, op., cit., P.34.

٣٦- تظهر قوة العلاقة بين الدخل الجيد والصحة الجيدة في الشكل رقم (٤) من خلال حالة التوازن التي وصل إليها المستهلك قبل حدوث المرض والتي حقق عندها أقصى منفعة ممكنة عند الدخل (I) باستهلاكه كميات أقل من الرعاية الصحية (m1) وكميات أكبر من السلع والخدمات الأخرى (x1).

37- Phelps, Charles E., 1997, op., cit., PP.118-121.

A. Sorkin, 1975, op., cit., P.25.

٣٨- من هذه الدراسات:

- Vanvliet, R. C., and Van Doorslaer, E.K.A, 1988, op., cit., PP.969-984.

- Mccool, J.H., and Kiker, B. F., and Ying Chung., 1995, op., cit., PP.483-495.

- Akin, Johns., and Brad Schwartz, J., and Popkin, B.M, 1995, op., cit., PP.49-76.

39- P. Feldstein, 1979, op., cit., P.82.

40- A. Sorkin, 1975, op., cit., P.26.

وقد تم استخدام متوسط سعر الخدمة الصحية من خلال المعادلتين التاليتين:

الإنفاق الصافي على خدمات الطبيب

متوسط سعر الطبيب =

عدد زيارات الطبيب

الإنفاق الصافي على خدمات المستشفى

متوسط سعر المستشفى =

كمية الخدمات الصحية المستخدمة في المستشفى

٤١- السلع البديلة: هي السلع والخدمات التي يمكن الاستغناء عنها عند ارتفاع سعرها، وشراء

سلع وخدمات شبيهة لها بحيث تعطي نفس درجة الإشباع (ارتفاع سعر

السلعة يزيد الطلب على السلعة الأخرى).

السلع المكملة: هي السلع والخدمات التي تكون مترابطة مع بعضها البعض بحيث يعتبر

إحدهما مشتقاً من الطلب على السلعة الأخرى. (ارتفاع سعر سلعة يقلل

الطلب على السلعة الأخرى).

42- Parkin, D., 1988, op., cit., P.233.

43- Phelps, Charles E., 1997, op., cit., P.158.

44- A. Sorkin, 1975, op., cit., P.30.

45- Manning, Willard G., and New House, Joseph P., and others, Health insurance and the demand for medical care: Evidence from a randomized experiment, The American economic review, Vol.77, No.3, June 1987, P.268.

46- Phelps, Charles E., 1997, op., cit., P.113.

47- Akin, Johns., and Griffin, C.C., and Guikay, D.K, and Popkin, B.M. The Demand for Primary Health Care Services in the Bicol Region of the Pilippines, Economic Development and Cultural Change, Vol.34, July 1986, P.768.

٤٨- يختلف استخدام هذه الأساليب الأحصائية باختلاف طرق قياس المتغير التابع المستخدم، فإذا كانت بيانات المتغير التابع ذات قيم صفرية عديدة يستخدم نموذج (tobit)، أما إذا كانت هذه البيانات متقطعة فإنه يستخدم نموذج (Probit) أو (Logit)، ويذكر أن مثل هذه الأساليب لا نستطيع ان نطبقها على حالة الأردن وذلك نظراً لاختلاف طبيعة النماذج والبيانات المستخدمة وطرق معالجتها.

49- Kharabsheh, Abed A., "Health care expenditures and their impact on income groups", In income distribution in Jordan, Edited by K. Abu Jaber, and others, Amman, 1990, PP.141-158.

٥٠- عدنان عباس وآخرون، السكان والخدمات الصحية، مؤتمر السكان والاحتياجات الأساسية في الأردن، نظرة مستقبلية (١٩٩١-٢٠٠٥)، اللجنة الوطنية للسكان وصندوق الأمم المتحدة للسكان، (٢٤-٢٦) أيلول (١٩٩١).

51- Nsour, Amani, Determinants of household health expenditures in Jordan, Unpublished Master Thesis, University of Jordan, May 1995.

52- Abdel-Halim, Ahmad., "Factors affecting length of stay in Jordanian hospitals, Abhath Al-Yarmouk, Humanities and social sciences series, Vol.12, No.2, 1996, PP.9-36.

53- Al-Jalode, J., and B. Al-Zubi, Determinants of health expenditures in Jordan, Dirasat, Administrative Sciences, Vol.24, No.1, 1997, PP.283-289.

## الفصل الرابع

### الطلب على الرعاية الصحية في محافظة الزرقاء

#### تحليل نتائج الدراسة

بالاعتماد على بيانات عينة الدراسة يقدم هذا الفصل نتائج التحليل الوصفي والقياسي لدالة الطلب على خدمات الرعاية الصحية، من خلال محاولة إظهار طبيعة العلاقة القائمة بين المتغيرات التابعة التي تمثل الطلب ومجموعة من العوامل التي يعتقد أنها ذات علاقة بها.

#### ٤-١ نتائج التحليل الوصفي

يظهر من خلال هذا التحليل بيان إمكانية وجود علاقة بين كل متغير تابع يمثل الطلب على خدمات الرعاية الصحية في الدراسة، وبين مجموعة من العوامل الديموغرافية والاجتماعية والاقتصادية المختارة والتي يعتقد بأنها تؤثر في الطلب على خدمات الرعاية الصحية والتي سيتم استخدامها في التحليل القياسي لاحقاً. حيث مُثل الطلب في هذه الدراسة بسبعة متغيرات تابعة كعدد الزيارات للطبيب، وعدد أيام الإقامة في المستشفى، وعدد زيارات طبيب الأسنان، وعدد الفحوصات المخبرية، والصور الشعاعية، وعدد الوصفات الدوائية، وحجم الانفاق الصحي الكلي على جميع الخدمات الصحية لعينة الأسر المختارة في محافظة الزرقاء.

أولاً: الخصائص الديموغرافية والاجتماعية والاقتصادية والصحية للأسر المشمولة في العينة

#### ١. توزيع أسر العينة حسب جنس رب الأسرة:

يبين الجدول رقم (٤-١) توزيع أسر العينة حسب جنس رب الأسرة، حيث يشير إلى أن (٩٤,٣%) من إجمالي أفراد العينة كانوا من الذكور مقابل (٥,٧%) للإناث.



جدول رقم (٤-١)  
توزيع أسر العينة حسب الجنس

رقم الفئة	الجنس	التكرار	النسبة المئوية
١	ذكور	٣٧٨	٩٤,٣%
٢	إناث	٢٣	٥,٧%
المجموع	-	٤٠١	١٠٠%

٢. توزيع أسر العينة حسب عمر رب الأسرة:

يشير الجدول رقم (٤-٢) إلى توزيع أسر العينة حسب عمر رب الأسرة فيظهر من خلال الجدول أن أعلى تكرار كان للأسر التي يتراوح عمر رب الأسرة فيها (٣٥-٤٤ سنة) فبلغ التكرار (١٣٤) أسرة وبنسبة (٣٣,٤%) من مجمل عدد الأسر في العينة تلاه بذلك الأسر التي يتراوح عمر رب الأسرة فيها (٥٥-٦٤ سنة) فبلغ التكرار (١٠١) أسرة وبنسبة (٢٥,٢%) من مجمل الأسر في العينة وتوزعت باقي الأسر بين الفئات العمرية المختلفة.

جدول رقم (٤-٢)

توزيع أسر العينة حسب عمر رب الأسرة

رقم الفئة	الفئة العمرية	التكرار	النسبة المئوية
١	أقل من ٣٤ سنة	٦٢	١٥,٥%
٢	٣٥-٤٤ سنة	١٣٤	٣٣,٤%
٣	٤٥-٥٤ سنة	٨٥	٢١,٢%
٤	٥٥-٦٤ سنة	١٠١	٢٥,٢%
٥	٦٥ سنة فأكثر	١٩	٤,٧%
المجموع		٤٠١	١٠٠%

٣. توزيع أسر العينة حسب مستوى تعليم رب الأسرة:

يظهر من خلال الجدول رقم (٤-٣) توزيع أسر العينة حسب المستوى التعليمي لرب الأسرة فبين الجدول أن أعلى تكرار للأسر التي كان مستوى تعليم رب الأسرة فيها ثانوية عامة فأقل فبلغ مجموع التكرار (١٨٣) أسرة وبنسبة (٤٥,٦%) من مجمل الأسر في العينة في حين

بلغ أدنى تكرار للأسر التي كان مستوى تعليم رب الأسرة فيها بكالوريوس فأكثر حيث بلغ التكرار (٥٣) أسرة وبنسبة (١٣,٢%) من مجمل الأسر في العينة.

جدول رقم (٣-٤)

توزيع أسر العينة حسب مستوى تعليم رب الأسرة

رقم الفئة	مستوى التعليم	التكرار	النسبة المئوية
١	أمي	٥٦	١٤%
٢	ثانوية عامة فأقل	١٨٣	٤٥,٦%
٣	دبلوم/معهد	١٠٩	٢٧,٢%
٤	بكالوريوس فأكثر	٥٣	١٣,٢%
المجموع		٤٠١	١٠٠%

٤. توزيع أسر العينة حسب الحالة الاجتماعية لرب الأسرة:

يبين الجدول رقم (٤-٤) توزيع أسر العينة حسب الحالة الاجتماعية لرب الأسرة وبلغ أعلى تكرار للأسر التي يكون رب الأسرة فيها متزوجاً فبلغ مجموع التكرار (٣٦٩) أسرة وبنسبة (٩٢%) من مجمل الأسر في العينة، في حين بلغ أدنى تكرار للأسر التي يكون رب الأسرة فيها مطلقاً فبلغ التكرار (٣) أسر وبنسبة لا تتعدى (٠,٧%) من مجمل الأسر في العينة.

جدول رقم (٤-٤)

توزيع أسر العينة حسب الحالة الاجتماعية لرب الأسرة

رقم الفئة	الحالة الاجتماعية	التكرار	النسبة المئوية
١	أعزب	٤	١%
٢	متزوج	٣٦٩	٩٢%
٣	مطلق/مطلقة	٣	٠,٧%
٤	أرمل/أرملة	٢٥	٦,٣%
المجموع		٤٠١	١٠٠%

## ٥. توزيع أسر العينة حسب مكان إقامة رب الأسرة:

يشير الجدول رقم (٤-٥) إلى توزيع أسر العينة حسب مكان إقامة رب الأسرة حيث بلغ أعلى تكرار للأسر التي يقطن رب الأسرة فيها بالمناطق الحضرية، فبلغ مجموع التكرار (٣١١) أسرة وبنسبة (٧٧,٥%) من مجمل الأسر في العينة في حين بلغ أدنى تكرار للأسر التي يقطن رب الأسرة فيها بالمخيم وبلغ التكرار (٢٠) أسرة وبنسبة (٥%) من مجمل الأسر في العينة.

### جدول رقم (٤-٥)

توزيع أسر العينة حسب مكان إقامة رب الأسرة

رقم الفئة	مكان الإقامة	التكرار	النسبة المئوية
١	حضر	٣١١	٧٧,٥%
٢	ريف	٧٠	١٧%
٣	مخيم	٢٠	٥%
المجموع		٤٠١	١٠٠%

## ٦. توزيع أسر العينة حسب قطاع عمل رب الأسرة:

يظهر من خلال الجدول رقم (٤-٦) توزيع أسر العينة حسب قطاع عمل رب الأسرة ويشير الجدول أن أعلى تكرار كان للأسر التي يعمل رب الأسرة فيها (غير ذلك) كالأعمال الحرة والتجارة وبعض المهن وبلغ مجموع التكرار (١٦٨) أسرة وبنسبة (٤١,٩%) من مجمل الأسر في العينة وجاء مجموع التكرارات متساوياً للأسر التي يعمل رب الأسرة فيها بالقطاع العام والمتقاعدين وبلغ التكرار (٨٠) أسرة لكل فئة وبنسبة (٢٠%) من مجمل الأسر في العينة لكل فئة في حين بلغ عدد الأسر التي كان رب الأسرة فيها طالباً أسرة واحدة وبنسبة (٠,٢%).

جدول رقم (٦-٤)  
توزيع أسر العينة حسب قطاع عمل رب الأسرة

رقم الفئة	قطاع العمل	التكرار	النسبة المئوية
١	القطاع العام	٨٠	٢٠%
٢	القطاع الخاص	٥٦	١٤%
٣	القوات المسلحة	١٦	٤%
٤	متقاعد	٨٠	٢٠%
٥	طالب	١	٠,٢%
٦	غير ذلك	١٦٨	٤١,٩%
المجموع	-	٤٠١	١٠٠%

٧. توزيع أسر العينة حسب وجود أطفال دون سن الخامسة في الأسرة:

يبين الجدول رقم (٧-٤) توزيع الأسر في العينة حسب وجود أطفال دون سن الخامسة فيها فيظهر من خلال الجدول أن مجموع تكرار الأسر التي لا يوجد فيها أطفال دون سن الخامسة قد بلغ (١٧٥) أسرة وبنسبة (٤٣,٦%) من مجمل الأسر في العينة في حين بلغ عدد الأسر التي يوجد فيها ثلاثة أطفال فأكثر دون سن الخامسة (١٠) أسر وبنسبة (٢,٥%) من مجمل الأسر في العينة.

جدول رقم (٧-٤)

توزيع أسر العينة حسب وجود أطفال دون سن الخامسة في الأسرة

رقم الفئة	الأطفال دون سن الخامسة	التكرار	النسبة المئوية
١	صفر	١٧٥	٤٣,٦%
٢	١	١٦٧	٤١,٦%
٣	٢	٤٩	١٢,٢%
٤	٣ فأكثر	١٠	٢,٥%
المجموع	-	٤٠١	١٠٠%

## ٨. توزيع أسر العينة حسب نوع التأمين الصحي لرب الأسرة:

يبين الجدول رقم (٨-٤) توزيع أسر العينة حسب وجود ونوع التأمين الصحي الذي يتمتع به رب الأسرة فيظهر من خلال الجدول أن مجموع تكرارات الأسر التي يتمتع رب الأسرة فيها بتأمين صحي قد بلغ (٢٤١) أسرة وبنسبة (٦٠,١%) من مجمل الأسر في العينة، في حين بلغ مجموع تكرار الأسر التي لا يتمتع رب الأسرة فيها بتأمين صحي (١٦٠) أسرة وبنسبة (٣٩,٩%) من مجمل الأسر في العينة. ويظهر من خلال الجدول أن أعلى مجموع تكرار كان للأسر التي يتمتع رب الأسرة فيها بتأمين من خلال وزارة الصحة حيث بلغ مجموع تكرار الأسر لهذه الفئة (٩٦) أسرة وبنسبة (٣٩,٨%) من مجمل الأسر المؤمنة صحياً في العينة وبنسبة (٢٣,٩%) من مجمل الأسر في العينة، وبلغ مجموع تكرار الأسر التي يتمتع رب الأسرة فيها بتأمين من خلال الخدمات الطبية الملكية (٨٣) أسرة وبنسبة (٣٤,٤%) من مجمل الأسر المؤمنة صحياً في العينة وبنسبة (٢٠,٧%) من مجمل الأسر في العينة، أما أدنى مجموع تكرار فقد بلغ أسرة واحدة كان رب الأسرة فيها مؤمن من خلال الجامعة.

جدول رقم (٨-٤)

توزيع أسر العينة حسب وجود ونوع التأمين الصحي لرب الأسرة

رقم الفئة	نوع التأمين	التكرار	النسبة المئوية
١	وزارة الصحة	٩٦	٢٣,٩%
٢	الخدمات الطبية الملكية	٨٣	٢٠,٨%
٣	وكالة الغوث	٧	١,٧%
٤	من خلال المؤسسة	٥٢	١٣%
٥	الجامعة	١	٠,٢%
٦	أخرى	٢	٠,٥%
٧	غير المؤمنين	١٦٠	٣٩,٩%
المجموع	-	٤٠١	١٠٠%

## ٩. توزيع أسر العينة حسب نوع الطبيب المعالج لمعظم زيارات الأسر:

يشير الجدول رقم (٩-٤) إلى توزيع أسر العينة حسب نوع الطبيب الذي تتعالج عنده الأسر فيظهر من خلال الجدول أن أعلى مجموع تكرار كان للأسر التي تراجع طبيب المركز الصحي لمعالجة الأمراض التي يعانون منها وبلغ مجموع التكرار (١٦٠) أسرة وبنسبة (٣٩,٩%) من مجمل الأسر في العينة، في حين بلغ مجموع تكرار الأسر التي تراجع طبيباً عاماً سواء أكان تابعاً للقطاع العام أو الخاص لمعالجة الأمراض التي يعانون منها حوالي (١٤٤) أسرة وبنسبة (٣٥,٩%) من مجمل الأسر في العينة، وبلغ تكرار الأسر التي تراجع طبيب اختصاص سواء أكان تابعاً للقطاع العام أو الخاص لمعالجة أمراضها حوالي (٩٣) أسرة وبنسبة (٢٣,٢%) من مجمل الأسر في العينة.

### جدول رقم (٩-٤)

توزيع أسر العينة حسب نوع الطبيب المعالج لمعظم زيارات الأسر

رقم الفئة	نوع الطبيب	التكرار	النسبة المئوية
١	طبيب عام	١٤٤	٣٥,٩%
٢	طبيب اختصاص	٩٣	٢٣,٢%
٣	طبيب مركز صحي	١٦٠	٣٩,٩%
٤	غير منتفعين	٤	١%
المجموع	-	٤٠١	١٠٠%

## ١٠. توزيع أسر العينة حسب نوع المرض التي تمت له معظم زيارات الأسر

### للطبيب:

يظهر من خلال الجدول رقم (١٠-٤) توزيع أسر العينة حسب نوع المرض الذي تعاني منه الأسر في العينة فيشير الجدول إلى أن أعلى تكرار كان للأسر التي تعاني من أمراض عادية وتمت معظم زيارات الطبيب لها فبلغ التكرار (٢٨٤) أسرة وبنسبة (٧٠,٨%) من مجمل الأسر في العينة، في حين بلغ تكرار الأسر التي تعاني من أمراض مزمنة وتمت معظم زيارات الطبيب لها حوالي (١٠٤) أسرة وبنسبة (٢٥,٩%) من مجمل الأسر في العينة وبلغ تكرار

الأسر التي تمت معظم زيارات الطبيب نتيجة إصابة أو حادث (٥) أسر وبنسبة (١,٢%) من مجمل الأسر في العينة.

#### جدول رقم (٤-١٠)

توزيع أسر العينة حسب نوع المرض التي تمت معظم الزيارات له

رقم الفئة	نوع المرض	التكرار	النسبة المئوية
١	عادي	٢٨٤	٧٠,٨%
٢	مزمن	١٠٤	٢٥,٩%
٣	إصابة، حادث	٥	١,٢%
٤	أخرى	٤	١%
٥	غير منتفعين	٤	١%
المجموع	-	٤٠١	١٠٠%

#### ١١. توزيع أسر العينة حسب الوضع الصحي للأسرة:

يبين الجدول رقم (٤-١١) توزيع أسر العينة حسب تقييم رب الأسرة للوضع الصحي لأفراد أسرته. فيظهر من خلال الجدول أن أعلى تكرار كان للأسر التي قيم رب الأسرة الوضع الصحي لأسرته بأنه جيد جداً فبلغ التكرار (١٤٧) أسرة وبنسبة (٣٦,٧%) من مجمل الأسر في العينة، وجاءت بالمرتبة الثانية الأسر التي قيم رب الأسرة الوضع الصحي لأسرته بأنه جيد فبلغ التكرار (١٣٨) أسرة وبنسبة (٣٤,٤%) من مجمل الأسر في العينة، وبلغ أدنى تكرار للأسر التي قيم رب الأسرة الوضع الصحي لأسرته بأنه سيء فبلغ التكرار (١١) أسرة وبنسبة لا تتعدى (٢,٧%) من مجمل الأسر في العينة.

جدول رقم (٤-١١)

توزيع أسر العينة حسب تقييم الوضع الصحي للأسرة

رقم الفئة	الوضع الصحي	التكرار	النسبة المئوية
١	سيء	١١	٢,٧%
٢	جيد بعض الشيء	٦٦	١٦,٥%
٣	جيد	١٣٨	٣٤,٤%
٤	جيد جداً	١٤٧	٣٦,٧%
٥	ممتاز	٣٩	٩,٧%
المجموع	-	٤٠١	١٠٠%

١٢. توزيع أسر العينة حسب وفرة الخدمات الصحية:

يظهر من خلال الجدول رقم (٤-١٢) توزيع أسر العينة حسب رأي رب الأسرة في وجود ووفرة الخدمات الصحية المختلفة في المنطقة التي يقطن بها، فأشار حوالي (٤١,٦%) من مجمل الأسر في العينة وبتكرار بلغ (١٦٧) أسرة أن الخدمات الصحية المتوفرة في المناطق التي يقطنونها متوفرة بشكل جيد جداً، في حين بلغ تكرار الأسر التي أشار أرباب الأسر إلى أن وفرة الخدمات الصحية في المناطق التي يقطنونها متوفرة بشكل سيء حوالي (١٠) أسر وبنسبة (٢,٥%) من مجمل الأسر في العينة.

ويبين الجدول رقم (٤-١٣) توزيع أسر العينة حسب رأي رب الأسرة في الوقت الذي يحتاجه أفراد الأسرة للوصول للخدمات الصحية، فأشار (٤٤,٦%) من مجمل الأسر في العينة وبتكرار بلغ (١٧٩) أسرة أن الوقت الذي يحتاجونه للوصول للخدمات الصحية بلغ (١٥-٣٠ دقيقة) في حين أشار (٩,٢%) من مجمل الأسر في العينة وبتكرار بلغ (٣٧) أسرة أن الوقت الذي يحتاجونه للوصول للخدمات الصحية بلغ حوالي (٣٠-٦٠ دقيقة).



جدول رقم (٤-١٢)

توزيع أسر العينة حسب وفرة الخدمات الصحية (وجودها)

رقم الفئة	وفرة الخدمات (وجودها)	التكرار	النسبة المئوية
١	سيء	١٠	٢,٥%
٢	جيد بعض الشيء	٥٩	١٤,٧%
٣	جيد	١٣٣	٣٣,٢%
٤	جيد جداً	١٦٧	٤١,٦%
٥	ممتاز	٣٢	٨%
المجموع	-	٤٠١	١٠٠%

جدول رقم (٤-١٣)

توزيع أسر العينة حسب وفرة الخدمات الصحية (الوصول إليها)

رقم الفئة	وفرة الخدمات (الوصول إليها)	التكرار	النسبة المئوية
١	لا أعرف	٧	١,٧%
٢	أقل من ١٥ دقيقة	١٧٨	٤٤,٤%
٣	١٥-٣٠ دقيقة	١٧٩	٤٤,٦%
٤	٣٠-٦٠ دقيقة	٣٧	٩,٢%
٥	أكثر من ساعة	صفر	صفر
المجموع	-	٤٠١	١٠٠%

١٣. بعض الخصائص الاقتصادية والديموغرافية للأسر المشمولة في العينة:

لقد أظهرت نتائج الدراسة في هذا المجال ما يلي:

- بلغ متوسط الدخل الشهري للأسرة حوالي ٢٧٠,٣ دينار.
- بلغ متوسط قيمة اقتطاع التأمين الصحي الشهري للأسر المؤمنة صحياً في العينة حوالي (٥,٣) دينار.
- بلغ متوسط حجم الأسرة للأسر المشمولة في العينة حوالي (٥,٦٩) شخص.

- بلغ متوسط نسبة تغطية نفقات زيارة الطبيب للأسر المؤمنة صحياً في العينة حوالي (٩٩,٥%) من إجمالي النفقات.

- بلغ متوسط نسبة تغطية نفقات الإقامة في المستشفيات للأسر المؤمنة صحياً في العينة حوالي (٩٤,٥%).

- بلغ متوسط نسبة تغطية نفقات طبيب الأسنان للأسر المؤمنة صحياً في العينة حوالي (٨٦%).  
- بلغ متوسط نسبة تغطية نفقات الفحوصات المخبرية والصور الشعاعية للأسر المؤمنة صحياً في العينة حوالي (٩٦%) (٩٦%) على التوالي.

- بلغ متوسط نسبة تغطية نفقات الوصفات الدوائية للأسر المؤمنة صحياً في العينة حوالي (٩٦%).

- في حين بلغ متوسط نسبة التغطية للنفقات الصحية مجتمعة للأسر المؤمنة صحياً في العينة حوالي (٩٤,٧%).

وعند مشاهدة نسب تغطية الأسر للخدمات الصحية في العينة نلاحظ أن هذه النسب قد انسجمت مع نسب التغطية التي تقدمها أنظمة التأمين الصحي المعمول بها في الأردن، وذلك كما رأينا في الفصل الثاني من هذه الدراسة.

## ثانياً: نتائج التحليل الوصفي لطبيعة العلاقة بين الطلب على خدمات الرعاية الصحية وبعض المتغيرات

يبين هذا الجزء وبالاعتماد على بيانات عينة الدراسة الأوساط الحسابية والانحرافات المعيارية والتكرارات والنسب المئوية لكل متغير تابع يمثل الطلب على خدمات الرعاية الصحية مع مجموعة من العوامل الديموغرافية والاجتماعية والاقتصادية.

- نسب انتفاع الأسر من الخدمات الصحية حسب نوع الخدمة الصحية:

يظهر الجدول رقم (١٤-٤) توزيع نسب الأسر المنتفعة وغير المنتفعة من الخدمات الصحية حسب نوع الخدمة الصحية في عينة الدراسة، وأظهرت نتائج الدراسة أن أعلى نسبة انتفاع من الخدمات الصحية كانت للأدوية حيث بلغت النسبة حوالي (٩٩,٥%) في حين جاءت أقل نسبة انتفاع لتلك الخدمات من قبل أسر العينة لخدمة الإقامة في المستشفيات وبلغت النسبة حوالي (٤١,٤%) وتراوحت باقي نسب الانتفاع لباقي الخدمات بين هاتين النسبتين.

جدول رقم (١٤-٤)

نسب انتفاع الأسر من الخدمات الصحية حسب نوع الخدمة الصحية

نسبة الأسر غير المنتفعة		نسبة الأسر المنتفعة		نوع الخدمة
%	التكرار	%	التكرار	
١	٤	٩٩	٣٩٧	عدد زيارات الأطباء
٥٨,٦	٢٣٥	٤١,٤	١٦٦	عدد أيام الإقامة في المستشفيات
٢٩,٢	١١٧	٧٠,٨	٢٨٤	عدد زيارات أطباء الأسنان
١٥,٥	٦٢	٨٤,٥	٣٣٩	عدد الفحوصات المخبرية
٤٢,٦	١٧١	٥٧,٤	٢٣٠	عدد الصور الشعاعية
٠,٥	٢	٩٩,٥	٣٩٩	عدد الوصفات الدوائية
٥٦,٦	٢٢٧	٤٣,٤	١٧٤	أخرى

المصدر: احتساب الباحث من بيانات الدراسة

## - معدلات الانتفاع والإنفاق الأسري السنوي من الخدمات الصحية حسب نوع الخدمة الصحية:

يعكس الجدول رقم (٤-١٥) معدلات انتفاع الأسر من الخدمات الصحية والإنفاق عليها حسب نوع الخدمة الصحية حيث بلغ متوسط عدد زيارات الأسر للطبيب حوالي (١٣,٠٢) زيارة وبانحراف معياري (٥,٥٢)، في حين بلغ متوسط عدد أيام الإقامة في المستشفيات (٠,٥) يوم وبانحراف معياري (١,٠٠)، وبلغ متوسط عدد زيارات الأسر لطبيب الأسنان (١,٥٩) زيارة وبانحراف معياري (١,٦٣)، وبالنسبة لعدد الفحوصات المخبرية فقد بلغ متوسط عدد الفحوصات المخبرية (٢,٧) فحص وبانحراف معياري (٢,١٩)، وبلغ متوسط عدد الصور الشعاعية (١,١٥) صورة وبانحراف معياري (١,٢٨) وأخيراً بلغ متوسط عدد الوصفات الدوائية المصروفة من قبل الأسر (١٢,٨٧) وصفة دوائية وبانحراف معياري (٥,٤٢).

ويظهر الجدول رقم (٤-١٥) معدلات الإنفاق الصحي للأسر على الخدمات الصحية، فيشير الجدول إلى أن أعلى متوسط حجم إنفاق صحي بلغ (٢٦,٢٧) دينار على الوصفات الدوائية تلاه بذلك الإنفاق على خدمات الإقامة في المستشفيات وبلغ متوسط حجم الإنفاق الصحي عليها (٢٢,٧٧) دينار وبانحراف معياري (٨,٢٠)، وهذه نتيجة متوقعة إذا ما افترضنا أن تكاليف هاتين الخدمتين مرتفعة مقارنة مع غيرها من الخدمات الصحية الأخرى، لأن فئات المجتمع بشكل عام تميل إلى استهلاك الأدوية بشكل كبير وتفضله عن زيارة الطبيب أولاً. ولأن طبيعة تكاليف الإقامة في المستشفيات غالباً ما تكون مرتفعة بالمقارنة مع تكاليف الخدمات الأخرى في حين بلغ متوسط حجم الإنفاق الصحي على أطباء الأسنان (١٠,٧٦) دينار وبانحراف معياري (١٦,٣٧)، وبالنسبة لمتوسط حجم الإنفاق الصحي على زيارات الطبيب فقد بلغ حوالي (١٢,١٩) دينار وبانحراف معياري (١٦,٦٠) لجميع الأسر في العينة، وبلغ متوسط حجم الإنفاق الصحي على الفحوصات المخبرية والصور الشعاعية (٢,٨١)، (١,٦٦) دينار على التوالي أما متوسط حجم الإنفاق الصحي على الخدمات الصحية الأخرى فقد بلغ (١,٦٨) دينار، وجدير بالذكر أن متوسط حجم الإنفاق الصحي الكلي لعينة الأسر في محافظة الزرقاء ولجميع الخدمات قد بلغ حوالي (٧٨,١٤) دينار وبانحراف معياري (٢٢,٤٣).

جدول رقم (٤-١٥)

معدلات الانتفاع والإنفاق الأسري السنوي من الخدمات الصحية حسب نوع الخدمة الصحية

الإنفاق		الانتفاع		معدل الانتفاع والإنفاق نوع الخدمة
الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	
١٦,٦٠	١٢,١٩	٥,٥٢	١٣,٠٢	عدد زيارات الأطباء
٨,٢٠	٢٢,٧٧	١,٠٠	٠,٥٠	عدد أيام الإقامة في المستشفيات
١٦,٣٧	١٠,٧٦	١,٦٣	١,٥٩	عدد زيارات أطباء الأسنان
٤,٤٢	٢,٨١	٢,١٩	٢,٧٠	عدد الفحوصات المخبرية
٣,٥٨	١,٦٦	١,٢٨	١,١٥	عدد الصور الشعاعية
١٩,٣٧	٢٦,٢٧	٥,٤٢	١٢,٨٧	عدد الوصفات الدوائية
٣,٨٩	١,٦٨	-	-	أخرى

المصدر: احتساب الباحث من بيانات الدراسة

- معدلات الانتفاع والإنفاق الصحي (الأسري) السنوي لكل نوع خدمة صحية حسب مجموعة العوامل الديموغرافية والاجتماعية والاقتصادية:

أ- معدلات الانتفاع والإنفاق الصحي (الأسري) السنوي لكل نوع خدمة صحية حسب مجموعة من العوامل الديموغرافية

١- جنس رب الأسرة ومعدلات الانتفاع والإنفاق الصحي (الأسري) السنوي لكل نوع خدمة صحية:

يبين الجدول (٤-١٦) العلاقة بين جنس رب الأسرة ومعدلات الانتفاع والإنفاق الصحي لكل نوع خدمة صحية فيظهر الجدول أن أعلى معدلات استخدام للخدمات الصحية مجتمعة كلن للذكور، في حين تفاوتت متوسطات حجم الإنفاق الصحي على الخدمات الصحية بين كلا

جدول رقم (٤-١٦)

معدلات الانتفاع والإنفاق الصحي (الأسري) السنوي لكل نوع خدمة صحية حسب جنس رب الأسرة

نوع الخدمة		الجنس	
		ذكور	إناث
عدد زيارات الأطباء	العدد	$\bar{X}$ *	١٣,١٠
		$S$ **	٥,٥٨
	الإنفاق	$\bar{X}$	١٢,٣٦
		$S$	١٦,٧٥
عدد أيام الإقامة في المستشفيات	العدد	$\bar{X}$	٠,٢٧
		$S$	١,٠١
	الإنفاق	$\bar{X}$	١٢,٦٦
		$S$	٨,٢٢
عدد زيارات أطباء الأسنان	العدد	$\bar{X}$	١,١١
		$S$	١,٦٢
	الإنفاق	$\bar{X}$	١٠,٩٦
		$S$	١٦,٤٨
عدد الفحوصات المخبرية	العدد	$\bar{X}$	٢,٧٤
		$S$	٢,١٩
	الإنفاق	$\bar{X}$	٢,٧٨
		$S$	٤,٣٨
عدد الصور الشعاعية	العدد	$\bar{X}$	١,١٢
		$S$	١,٢٩
	الإنفاق	$\bar{X}$	١,٧١
		$S$	٣,٦٦
عدد الوصفات الدوائية	العدد	$\bar{X}$	١٢,٩٩
		$S$	٥,٥٠
	الإنفاق	$\bar{X}$	٢٦,٩٥
		$S$	١٩,٥٥
أخرى	العدد	$\bar{X}$	-
		$S$	-
	الإنفاق	$\bar{X}$	١,٧٠
		$S$	٣,٩٢

\*: تشير إلى الوسط الحسابي (mean)

\*\* : تشير إلى الانحراف المعياري (S.D)

الجنسين، فنجد أن متوسط عدد زيارات للذكور للطبيب بلغ (١٣,١) زيارة، وبانحراف معياري (٥,٥٨)، في حين بلغ للإناث (١١,٧٤) زيارة وبانحراف معياري (٤,٤٩) وكان حجم الإنفاق لهذه الخدمة أعلى للذكور منه للإناث ويمكن أن يعزى السبب في ذلك لكون الذكور يتمتعون بمستويات تعليم ودخل مرتفعة تمكنهم من الوصول للطبيب وزيارته بشكل أفضل من الإناث.

وبالنسبة لعدد أيام الإقامة فقد زاد المتوسط للذكور عنه للإناث فبلغ للذكور (٠,٥١) يوم وبانحراف معياري (١,٠١)، وللإناث (٠,٢٧) يوم وبانحراف معياري (٠,٧٠)، أما بالنسبة لحجم الإنفاق على هذه الخدمة فقد كان للإناث أعلى منه للذكور فبلغ للإناث (١٤,٥٠) دينار وبانحراف معياري (٧,٧٦) ويمكن أن يعلل السبب في ذلك لكون نوع الخدمات الصحية المقدمة للإناث في المستشفيات تحتاج إلى تكاليف معالجة مرتفعة مقارنة مع الذكور.

وكذلك زاد حجم الانتفاع من زيارات أطباء الأسنان والصور الشعاعية للذكور عنه للإناث، فبلغ للذكور (١,٦٣) زيارة بانحراف معياري (١,٦٢) و (١,١٧) صورة شعاعية بانحراف معياري (١,٧١) ويمكن أن يعزى السبب في ذلك إلى عامل التدخين الذي يتميز به الرجال عن النساء والذي يتطلب ارتفاع أكثر لهاتين الخدمتين مقارنة مع الإناث.

وبالنسبة لعدد الفحوصات المخبرية فقد زاد حجم الانتفاع للذكور عنه للإناث، في حين جاءت النتيجة مغايرة بالنسبة لحجم الإنفاق على هذه الخدمة فبلغ للإناث (٣,٤٢) دينار وبانحراف معياري (٥,٢٢) في حين بلغ للذكور (٢,٧٨) دينار وبانحراف معياري (٤,٣٨) ويعلل السبب في ذلك لأن طبيعة الفحوصات المخبرية التي تتطلبها الإناث تحتاج لحجم نفقات صحية أكبر منها للذكور وخصوصاً في فترات ما قبل وبعد الحمل.

وكذلك الحال فقد زاد متوسط عدد الوصفات الدوائية المصروفة للذكور عنه للإناث فبلغ المتوسط للذكور (١٢,٩٩) وصفة دوائية وبانحراف معياري (٥,٥٠)، في حين بلغ للإناث حوالي (١٠,٨٩) وصفة دوائية وبانحراف معياري (٣,٣٠). وبالنسبة لمتوسط حجم الإنفاق للوصفات الدوائية فقد زاد للذكور عنه للإناث.

## ٢- عمر رب الأسرة ومعدلات الانتفاع والإنفاق الصحي (الأسري) السنوي لكل نوع خدمة صحية:

يشير الجدول رقم (٤-١٧) الى معدلات الانتفاع والإنفاق الصحي لكل نوع خدمة صحية حسب عمر رب الأسرة، فيظهر من خلال الجدول الى أن الفئة العمرية (٦٥ سنة فأكثر) احتلت النصيب الأكبر من حجم الانتفاع لمعظم الخدمات الصحية مقارنة بغيرها من الفئات العمرية الأخرى، ويمكن أن يعزى السبب في ذلك الى كون كبار السن عادة ما يعانون من مرض أو أكثر من الأمراض المزمنة وتبقى حالتهم الصحية في تدهور مستمر، لذلك يلجأون لاستخدام الخدمات الصحية بشكل كبير وكثيف، في حين تفاوتت متوسطات حجم الانتفاع والإنفاق على الخدمات الصحية بين مختلف الفئات العمرية الأخرى.

فبلغ متوسط عدد زيارات الطبيب للفئة العمرية (٦٥ سنة فأكثر) (١٧) زيارة وبانحراف معياري (٤,٤٢)، في حين لم يتجاوز المتوسط عن (١٠) زيارات للفئة العمرية (٣٤ سنة فأقل)، وكذلك الحال بالنسبة لحجم الإنفاق الصحي فبلغ للفئة العمرية (٣٥ سنة فأكثر) حوالي (١٤,٢) دينار وبانحراف معياري (١٣,٦٥) ولكنه لم يتجاوز (٥,٨٤) دينار للفئة العمرية (٣٤ سنة فأقل) ويمكن تفسير ذلك لأن كبار السن يحاولون مراجعة أطباء الاختصاص بسبب طبيعة الأمراض المزمنة التي قد يعانون منها والتي تتطلب دفع مبالغ كبيرة.

وكذلك الحال بالنسبة لمتوسط حجم الانتفاع والإنفاق الصحي على خدمات الإقامة في المستشفى والذي احتلت فيه الفئة العمرية (٦٥ سنة فأكثر) أعلى الأرقام مقارنة مع الفئات العمرية الأخرى، فبلغ متوسط عدد أيام الإقامة لهذه الفئة (١,٥) يوم وبانحراف معياري (٢) وبمتوسط حجم إنفاق صحي حوالي (٩,٤٧) دينار وبانحراف معياري (١٤,٩١)، في حين بلغ هذا المتوسط للفئة العمرية (٣٤ سنة فأقل) حوالي (٠,٣٤) يوم وبانحراف معياري (٠,٨٨) وبمتوسط حجم إنفاق حوالي (١,٤٠) دينار ويمكن ان يعزى السبب في ذلك الأسباب التي ذكرت سابقاً.



جدول رقم (٤-١٧)

معدلات الانتفاع والإنفاق الصحي (الأسري) السنوي لكل نوع خدمة صحية حسب عمر رب الأسرة

نوع الخدمة	الفئة العمرية					
	٦٥ فأكثر	٥٥-٦٤	٤٥-٥٤	٣٥-٤٤	٣٤ فأقل	
عدد زيارات الأطباء	عدد	17,00	10,11	14,09	13,4	10,02
	الإنفاق	4,42	6,49	0,13	0,20	3,60
عدد أيام الإقامة في المستشفيات	عدد	14,20	13,60	17,34	10,70	0,84
	الإنفاق	13,60	17,00	19,23	16,41	10,17
عدد زيارات أطباء الأسنان	عدد	1,00	0,08	0,62	0,48	0,34
	الإنفاق	2,00	1,10	1,07	0,96	0,88
عدد الفحوصات المخبرية	عدد	9,47	1,97	3,00	2,79	1,40
	الإنفاق	14,91	6,61	9,33	8,43	4,92
عدد الصور الشعاعية	عدد	2,17	1,69	1,29	1,73	1,43
	الإنفاق	1,99	1,70	1,61	1,62	1,34
عدد الوصفات الدوائية	عدد	10,37	8,41	10,73	12,02	10,88
	الإنفاق	14,74	14,07	17,29	18,00	10,47
عدد الوصفات المخبرية	عدد	2,00	2,98	2,86	2,80	2,20
	الإنفاق	1,79	2,60	2,19	2,12	1,94
عدد الصور الشعاعية	عدد	3,36	2,06	3,19	2,86	2,49
	الإنفاق	0,68	4,06	4,93	4,18	3,70
عدد الوصفات الدوائية	عدد	2,00	1,37	1,13	1,18	0,79
	الإنفاق	1,01	1,47	1,30	1,19	1,01
عدد الوصفات الدوائية	عدد	0,00	1,90	2,00	1,60	1,16
	الإنفاق	2,00	4,17	3,79	3,39	2,98
عدد الوصفات الدوائية	عدد	10,46	10,18	14,44	13,02	9,71
	الإنفاق	0,20	0,66	0,20	0,29	3,98
أخرى	عدد	26,08	33,00	26,49	24,14	20,77
	الإنفاق	18,30	22,07	20,21	17,77	10,31
أخرى	عدد	-	-	-	-	-
	الإنفاق	-	-	-	-	-
أخرى	عدد	1,03	1,08	2,10	1,78	1,74
	الإنفاق	4,09	3,40	4,29	3,99	3,83

أما بالنسبة لمتوسط عدد زيارات طبيب الأسنان فقد احتلت الفئة العمرية (٦٥ سنة فأكثر) المتوسط الأعلى بين الفئات العمرية المختلفة، فبلغ المتوسط (٢,١٧) زيارة وبانحراف معياري (١,٩٩) مقارنة منع (١,٤٣) زيارة وبانحراف معياري (١,٣٤) للفئة العمرية (٣٤ سنة فأقل)، ويمكن ان يعزى السبب في ذلك الى كون الفئة العمرية (٦٥ سنة فأكثر) تبدأ في هذه المرحلة من العمر بعملية قلع وتركيب أسنان أكثر من غيرها من الفئات العمرية الأخرى لذلك تقدم على استخدام خدمات الأسنان بشكل أكبر.

وبالنسبة لمتوسط حجم الانتفاع والإنفاق على الوصفات الدوائية فقد بلغ أعلى متوسط حجم انتفاع وإنفاق للفئة العمرية (٦٥ سنة فأكثر) مقارنة مع الفئات العمرية الأخرى فبلغ المتوسط لها (١٥,٤٦) وصفة دوائية وبانحراف معياري (٥,٢٥)، وبلغ متوسط حجم الإنفاق على الوصفات الدوائية من قبل هذه الفئة (٢٦,٥٨) دينار وبانحراف معياري (١٨,٣٥) وهو أكبر من متوسط حجم الإنفاق للفئة العمرية (٣٤ سنة فأقل) الذي بلغ (٢٠,٧٧) دينار وبانحراف معياري (١٥,٣١) ويعزى السبب في ذلك لأن الفئات العمرية الكبيرة تميل الى استهلاك الأدوية بشكل مكثف ومنظم مقارنة مع غيرها من الفئات العمرية الأخرى نظراً لطبيعة الأمراض المزمنة التي قد تعاني منها لذلك تستهلك كميات أكبر من الأدوية.

ب- معدلات الانتفاع والإنفاق الصحي (الأسري) السنوي لكل نوع خدمة صحية حسب مجموعة من العوامل الاجتماعية:

١- المستوى التعليمي لرب الأسرة ومعدلات الانتفاع والإنفاق الصحي الأسري السنوي لكل نوع خدمة صحية:

يبين الجدول رقم (٤-١٨) معدلات الانتفاع والإنفاق الصحي لكل نوع خدمة صحية حسب المستوى التعليمي لرب الأسرة، فيظهر من خلال الجدول ان الانتفاع من معظم الخدمات الصحية تتناسب تناسباً عكسياً مع مستوى تعليم رب الأسرة وهذه نتيجة متوقعة في الدراسة إذا ما افترضنا أن الأشخاص ذوي المستويات المرتفعة من التعليم تتوافر لديهم ظروف صحية أفضل من غيرهم، ولما يعكسه مستوى التعليم من القدرة على اتخاذ إجراءات وقائية أكثر، فنجد أن المتوسط الحسابي لعدد زيارات الأسر للطبيب ينخفض كما زاد مستوى تعليم رب الأسرة، فبلغ أعلى متوسط عدد زيارات الطبيب لدى الأسر التي يكون رب الأسرة فيها (أمياً) وبلغ (١٥,٨٣) زيارة وبانحراف معياري (٦,٢٩) في حين لم يزد هذا المتوسط عن (١١,٠٤) زيارة وبانحراف معياري (٥,٠١) للأسر التي يكون مستوى تعليم رب الأسرة فيها (بكالوريوس فأكثر)، وكذلك الحال بالنسبة لمتوسط حجم الإنفاق الصحي على زيارات الطبيب كانت النتيجة مشابهة لنتيجة حجم الانتفاع لكلا الفئتين.

وبلغ أعلى متوسط عدد أيام إقامة في المستشفيات لدى الأسر التي يكون مستوى تعليم رب الأسرة فيها (دبلوم) فبلغ المتوسط (٠,٦٦) يوم وبانحراف معياري (١,١٠)، في حين بلغ أدنى متوسط عدد أيام إقامة لدى الأسر التي يكون مستوى تعليم رب الأسرة فيها (بكالوريوس فأكثر) وبلغ المتوسط لها (٠,٤٨) يوم وبانحراف معياري (٠,٩٩) وهذه أيضاً نتيجة متوقعة لأن ذوي مستويات التعليم المرتفعة يكون عندهم معرفة واطلاع بالأمر الصحية لذلك لا يستطيع الطبيب التأثير عليهم وتوصيته لهم بإقامة أطول مقارنة مع الأشخاص الذين لا يتمتعون بمستويات تعليم مرتفعة. أضف إلى ذلك أن ذوي مستويات التعليم المرتفعة يتبعون مبدأ الوقاية خير من العلاج لذلك لا يضطرون للإقامة في المستشفى مدة أطول.

جدول رقم (٤-١٨)

معدلات الانتفاع والإنفاق الصحي (الأسري) السنوي لكل نوع خدمة صحية حسب المستوى

التعليمي لرب الأسرة

نوع الخدمة	المستوى التعليمي		أمي	ثانوية عامة فأقل	دبلوم	بكالوريوس فأكثر
	العدد	الإنفاق				
عدد زيارات الأطباء	$\bar{X}$	١٥,٨٦	١٣,٢٦	١٢,٧٩	١١,٠٤	
	S	٦,٢٩	٥,٣٦	٥,٤٣	٥,٠١	
	$\bar{X}$	١٤,٨٢	١٣,٢٢	١١,٠٩	٨,١١	
	S	١٧,٥١	١٦,٧٠	١٦,٥٤	١٤,٨٩	
عدد أيام الإقامة المستشفيات	$\bar{X}$	٠,٥٤	٠,٣٩	٠,٦٦	٠,٤٨	
	S	٠,١٠	٠,٩٠	١,١٠	٠,٩٩	
	$\bar{X}$	٤,١٠	٢,٠٦	٢,٦٣	٤,١٠	
	S	٨,٦٩	٧,١٣	٨,١٢	١٠,٧٧	
عدد زيارات أطباء الأسنان	$\bar{X}$	١,٦٧	١,٤٩	١,٦٥	٢,١٤	
	S	١,٧٧	١,٦٦	١,٥٣	١,٣٥	
	$\bar{X}$	٨,٢٥	٨,٩٨	٨,٨٣	٢٥,٣٨	
	S	١٤,٣٩	١٥,٥٦	١٣,٦٦	٢٠,٢١	
عدد الفحوصات المخبرية	$\bar{X}$	٣,١٤	٢,٥٥	٢,٣٧	٢,٢٥	
	S	٣,٠٨	٢,٢٨	١,٩٣	١,٩٢	
	$\bar{X}$	٣,٤٩	٢,١٣	٣,٤٦	٣,٠٠	
	S	٥,٥١	٣,٦٦	٤,٩٦	٤,١٢	
عدد الصور الشعاعية	$\bar{X}$	١,٥١	١,٤٠	١,٢٥	١,٠٨	
	S	١,٥٧	١,٢١	١,١٩	١,٣٤	
	$\bar{X}$	١,٤٢	١,٧٧	١,٥٥	١,٧٥	
	S	٣,٥٦	٣,٨١	٣,٣١	٣,٤٦	
عدد الوصفات الدوائية	$\bar{X}$	١٥,٣	١٢,٨٩	١٢,٦٨	١١,١٤	
	S	٦,١٥	٥,١١	٥,٠٨	١١,١٤	
	$\bar{X}$	٢٩,٨٢	٢٧,٥٦	٢٣,٥٦	٢٤,٣٦	
	S	٢٠,٥٨	٢٠,٢٧	١٨,٥٨	١٦,٢٣	
أخرى	$\bar{X}$	-	-	-	-	
	S	-	-	-	-	
	$\bar{X}$	٠,٦٦	١,٩١	٢,٤٦	٠,٤٥	
	S	٢,٧٣	٤,٠٧	٤,٥٧	٢,١١	

أما بالنسبة لأعلى متوسط عدد زيارات لطبيب الأسنان فكان للأسر التي يكون مستوى تعليم رب الأسرة فيها (بكالوريوس فأكثر) وبلغ المتوسط لها (٢,١٤) زيارة بانحراف معياري (١,٣٥) وهذه نتيجة متوقعة كذلك في الدراسة لأن الأفراد ذوي مستويات التعليم المرتفعة يفضلون دائماً أن تكون أسنانهم وأسنان أسرهم في أفضل حال (نظرة اجتماعية) لذلك يقبلون على خدمات الأسنان أكثر من غيرهم من الأسر التي يكون مستوى تعليم رب الأسرة فيها منخفضاً.

وكذلك الحال بالنسبة لمتوسط حجم الإنفاق الصحي على زيارات طبيب الأسنان فقد كان أعلى متوسط حجم إنفاق للأسر التي يكون مستوى تعليم رب الأسرة فيها (بكالوريوس فأكثر) وبلغ المتوسط لها (٢٥,٣٨) دينار وبانحراف معياري (٢٠,٢١) وهذه نتيجة متوقعة في الدراسة لأن ذوي مستويات التعليم المرتفعة عادة ما يتمتعون بمستويات دخول مرتفعة لذلك يقبلون على الانتفاع من الخدمات الصحية ذي النوعية الممتازة ويستخدمونها.

وبلغ أعلى متوسط حجم انتفاع من الفحوصات المخبرية والصور الشعاعية للأسر التي يكون مستوى تعليم رب الأسرة فيها (أمياً) فبلغ المتوسط لها (٣,١٤) فحص و (١,٥١) صورة شعاعية وبانحراف معياري (٣,٠٨) و (١,٩٣) على التوالي وهذه نتيجة متوقعة في الدراسة إذا ما افترضنا أن الأسر التي يكون مستوى تعليم رب الأسرة فيها منخفضاً عادة ما يعانون من أمراض كثيرة وذلك لعدم قدرتهم على اتخاذ إجراءات وقائية أكثر لذلك يدخلون في مراحل المرض المختلفة والتي تستلزم إجراء فحوصات مخبرية وصور شعاعية بشكل أكبر.

وكذلك الحال بالنسبة لمتوسط عدد الوصفات الدوائية والإنفاق عليها فقد كان أعلى متوسط لعدد الوصفات الدوائية المصروفة والإنفاق عليها للأسر التي يكون مستوى تعليم رب الأسرة فيها (أمياً) فبلغ المتوسط (١٥,٣٤) وصفة وبانحراف معياري (٦,١٥) وبلغ متوسط حجم الإنفاق لهذه الفئة (٢٩,٨٢) دينار وبانحراف معياري (٢٠,٥٨) وهذه نتيجة متوقعة في الدراسة لأن ذوي مستويات التعليم المنخفضة يحاولون تأخير معالجة الأمراض التي يعانون منها لذلك يدخلون في مراحل المرض المختلفة ويضطرون لاستخدام نوعية دواء فعالة في معالجة الأمراض، والتي عادة ما تكون باهظة الثمن.

## ٢- مكان إقامة رب الأسرة ومعدلات الانتفاع والإنفاق الصحي (الأسري) السنوي لكل نوع خدمة صحية:

يبين الجدول رقم (٤-١٩) معدلات الانتفاع والإنفاق الصحي لكل نوع خدمة صحية حسب مكان إقامة رب الأسرة، فيظهر من خلال الجدول أن أعلى معدل انتفاع وإنفاق صحي لمعظم الخدمات الصحية كان للأسر التي تقطن في المناطق الحضرية فنجد أن أعلى معدل انتفاع وإنفاق على زيارات الطبيب كان للأسر التي تقطن في المناطق الحضرية، فبلغ المعدل (١٣,٢٠) زيارة وبانحراف معياري (٥,٥٣) وكان أعلى متوسط حجم إنفاق على زيارات الطبيب للأسر التي تقطن في المناطق الحضرية كذلك، فبلغ المتوسط (١٢,٨٨) دينار وبانحراف معياري (١٧,٣٦).

ويمكن أن يعزى السبب في ذلك إلى أن معظم الخدمات الصحية تتوافر في مركز المحافظة وبعدها عن المناطق الريفية، أو أن الأسر التي تقطن في المناطق الريفية عادة ما تتمتع بمستويات صحية أفضل (بيئة صحية) مقارنة مع الأسر في المناطق الحضرية (مركز المحافظة) والتي عادة ما تعاني من نسب تلوث وضوضاء مرتفعة. أما السبب في ارتفاع النفقات الصحية للمناطق الحضرية ومقارنتها مع المناطق الريفية والمخيمات فلربما يعود السبب في ذلك إلى أن طبيعة الخدمات الصحية المقدمة في الأرياف تكون معظمها إن لم تكن جميعها تابعة للقطاع العام، والتي لا تتطلب دفع نفقات صحية كبيرة مقارنة مع غيرها من المناطق الحضرية، أما بالنسبة للمخيمات فإن الخدمات الصحية التي تقدم فيها مجانية بشكل عام لأنها تقدم من وكالة الغوث (الأونروا).

وبلغ أعلى متوسط عدد أيام إقامة في المستشفيات للأسر التي تقطن في المناطق الحضرية فبلغ المتوسط لها (٠,٥٢) يوم وبانحراف معياري (١)، وبلغ أعلى متوسط إنفاق كذلك للأسر في المناطق الحضرية فبلغ (٢,٨٧) دينار وبانحراف معياري (٨,٣٨) ويمكن أن يعزى السبب في ذلك لكون تكاليف الخدمات الصحية التي تستخدمها الأسر في المناطق

جدول رقم (٤-١٩)

معدلات الانتفاع والإنفاق الصحي (الأسري) السنوي لكل نوع خدمة صحية حسب مكان إقامة رب الأسرة

مخيم	ريف	حضر	مكان الإقامة		نوع الخدمة
			العدد	الإنفاق	
١١,٢٣	١٢,٦٩	١٣,٢٠	$\bar{X}$	العدد	عدد زيارات الأطباء
٦,٤٧	٥,٣١	٥,٥٣	S		
١٠,٠٦	٩,٩٧	١٢,٨٨	$\bar{X}$	الإنفاق	
١٦,١٧	١٣,٢٣	١٧,٣٦	S		
٠,٥٠	٠,٥٠	٠,٥٢	$\bar{X}$	العدد	عدد أيام الإقامة في المستشفيات
١,٠٠	١,٠٨	١,٠٠	S		
٢,٠٠	١,٨٥	٢,٨٧	$\bar{X}$	الإنفاق	
٥,٤٠	٦,٢٠	٨,٣٨	S		
٠,٩١	١,٢٦	١,٧٣	$\bar{X}$	العدد	عدد زيارة أطباء الأسنان
١,٣٠	١,٥١	١,٦٦	S		
٤,١٧	٨,٠٦	١١,٣٥	$\bar{X}$	الإنفاق	
٢,٣٥	١٥,٩٧	١٦,٣٩	S		
١,٢٥	٢,٣٣	٢,٨٧	$\bar{X}$	العدد	عدد الفحوصات المخبرية
٢,٦٠	١,٨٣	٢,٢١	S		
١,١٧	٢,٤٤	٢,٩٩	$\bar{X}$	الإنفاق	
٢,٧٦	٤,٠٨	٤,٥٦	S		
٠,٣٨	٠,٩٩	١,٢٣	$\bar{X}$	العدد	عدد الصور الشعاعية
١,٠٩	١,٠٧	١,٣٢	S		
١,١٨	١,٣٧	١,٧٦	$\bar{X}$	الإنفاق	
٣,٤٠	٣,٣٥	٣,٦٦	S		
١٠,١٤	١٢,٥٢	١٣,١٠	$\bar{X}$	العدد	عدد الوصفات الدوائية
٤,٧٩	٥,٠١	٥,٥٢	S		
٢٤,٥٣	٢١,٦٤	٢٧,٥١	$\bar{X}$	الإنفاق	
٢٣,٢٦	١٦,٠٠	١٩,٧٧	S		
-	-	-	$\bar{X}$	العدد	أخرى
-	-	-	S		
٠,٠٠	٣,٥٤	١,٤٥	$\bar{X}$	الإنفاق	
٠,٠٠	٥,١٠	٣,٦٧	S		

الحضرية وخصوصا خدمات الإقامة في المستشفيات تكون ذات طابع خاص لذلك تعتبر تكاليفها مرتفعة مقارنة بغيرها من المناطق الأخرى.

أما بالنسبة لمتوسط عدد زيارات أطباء الأسنان والفحوصات المخبرية والصور الشعاعية فقد كان أعلى ما يمكن في المناطق الحضرية فبلغت المتوسطات (١,٧٣) زيارة و (٢,٨٧) فحص مخبري و (١,٢٣) صور شعاعية وبلغت الإنحرافات المعيارية (١,٦٦) و (٢,٢١) و (١,٣٢) على التوالي وهي الأعلى مقارنة مع المناطق الريفية والمخيمات وكذلك الحال بالنسبة لمتوسطات حجم الإنفاق الصحي على تلك الخدمات فبلغت (١١,٣٥) دينار و (٢,٨٧) دينار و (١,٧٦) دينار على التوالي وهي أعلى من متوسطات حجم الإنفاق الصحي في المناطق الريفية والمخيمات ويمكن ان يعزى السبب في ذلك للأسباب التي ذكرت سابقا.

وبالنسبة لمتوسط عدد الوصفات الدوائية فقد بلغ أعلى متوسط (١٣,١) وصفة دوائية وبانحراف معياري (٥,٥٢) في المناطق الحضرية، مقارنة مع (١٠,١٤) وصفة دوائية بانحراف معياري (٤,٧٩) في المخيمات أما بالنسبة لمتوسط حجم الإنفاق على الوصفات الدوائية فجاءت المخيمات في المرتبة الثانية بعد المناطق الحضرية ويمكن أن يعزى السبب في ذلك إلى أنه لا تتوافر جميع الأدوية في صيدليات المراكز الصحية التابعة لوكالة الغوث لذلك يضطر المواطنون الذين يقطنون في تلك المخيمات شراء هذه الأدوية من الصيدليات الخاصة.



ج- معدلات الانتفاع والإنفاق الصحي (الأسري) السنوي حسب مجموعة من العوامل الاقتصادية:

١- الدخل الشهري للأسرة ومعدلات الانتفاع والإنفاق الصحي الأسري السنوي نوع خدمة صحية:

يظهر من خلال الجدول رقم (٤-٢٠) معدلات الانتفاع والإنفاق الصحي لكل نوع خدمة صحية حسب الدخل الشهري لأسرة، فبين الجدول أن أعلى متوسطات حجم انتفاع وإنفاق على الخدمات الصحية قد وزعت على مختلف فئات الدخل. فنجد أن أعلى معدل انتفاع من زيارات الطبيب كان للأسر التي يقل دخلها عن (١٥٠ دينار) فبلغ المتوسط لتلك الفئة (١٢,٥) زيارة وبانحراف معياري (٦,٢٧)، في حين كان أقل متوسط للأسر التي يزيد دخلها عن (٤٥٠ ديناراً) فبلغ المتوسط لها (١٠,٤٣) زيارة وبانحراف معياري (٦,١٢)، ويمكن أن يعزى السبب في ذلك الى ان الأسر الفقيرة عادة ما تعاني من ظروف اجتماعية واقتصادية وصحية سيئة تجعلهم يقبلون على الانتفاع من الخدمات الصحية بشكل أكبر من غيرهم من الأسر ذات الدخل المرتفعة.

أما بالنسبة لمتوسط حجم الإنفاق على زيارات الطبيب فقد كان أعلى متوسط حجم إنفاق للأسر التي يزيد دخلها عن (٤٥٠ ديناراً) فبلغ المتوسط لها (٢٤,٧٣) دينار وبانحراف معياري (٢١,٦٥)، ويمكن أن يعزى السبب لكون هذه الأسر تفضل استخدام خدمات صحية خاصة ذي نوعية جيدة تدفع من خلالها نفقات مرتفعة.

وبلغ أعلى متوسط عدد أيام إقامة للأسر التي يزيد دخلها عن (٤٥٠ ديناراً) فبلغ المتوسط (١,٣٦) يوم وبانحراف معياري (٠,٩١) في حين بلغ متوسط حجم الإنفاق لهذه الفئة صفراً، أما أدنى متوسط عدد زيارات فكان للأسر التي يقل دخلها عن (١٥٠ ديناراً) فبلغ المتوسط (٠,١٧) يوم وبانحراف معياري (٠,٣٧)، ويعود السبب في ذلك الى أن الأسر التي تتمتع بدخول مرتفعة عادة ما تتمتع بتأمينات صحية ممتازة مقارنة مع غيرها من الأسر الفقيرة التي لا تتمتع عادة بتأمينات صحية جيدة فتكون عائقاً في استخدام وشراء هذه الخدمة الصحية.

جدول رقم (٤-٢٠)

معدلات الانتفاع والإنفاق الصحي لكل نوع خدمة صحية (الأسري) السنوي حسب الدخل الشهري للأسرة

نوع الخدمة	الدخل الشهري					
	أقل من ١٥٠	٢٤٩-١٥٠	٣٤٩-٢٥٠	٤٥٠-٣٥٠	أكثر من ٤٥٠	
عدد زيارات الأطباء	العدد	١٢,٥٠	١٣,٩٢	١٣,٢٧	١١,٩٨	١٠,٤٣
	الإنفاق	٨,٠٠	٧,٣٤	١٦,١٧	٢٤,٣٤	٢٤,٧٣
عدد أيام الإقامة في المستشفيات	العدد	٠,١٧	٠,٥١	٠,٦٣	٠,٦٣	١,٣٦
	الإنفاق	٩,٢٢	٥,٨٢	١٠,٧٨	٩,٩٢	٠,٠٠
عدد زيارات أطباء الأسنان	العدد	١,٧٢	١,٥٨	١,٦٤	١,٥٩	٢,٠٨
	الإنفاق	٦,٠٢	١,٥٨	١,٦٧	١,٢٢	٢,٣٣
عدد الفحوصات المخبرية	العدد	٢,٣٩	٢,٢٢	٢,٢٣	١,٨٥	٢,١٥
	الإنفاق	٤,٢٤	٣,٠٣	٤,٠٦	٥,٩٧	٦,٣٥
عدد الصور الشعاعية	العدد	١,١٦	١,١٦	١,٢٨	١,٢٦	١,٣٧
	الإنفاق	٢,٠٥	٢,٩٥	٤,١٦	٣,٤٨	٦,٤١
عدد الوصفات الدوائية	العدد	١٨,٧١	٢٣,٤٨	٣٢,٦٦	٣٢,٠٦	٣٣,٣١
	الإنفاق	١٥,١٤	١٨,٩٩	١٨,٨٩	٢٠,٩	٢٠,٤١
أخرى	العدد	-	-	-	-	-
	الإنفاق	١,١٠	٢,٦٩	١,٤٧	٠,٧٤	٠,٠٠

وبالنسبة لمتوسط عدد زيارات طبيب الأسنان فبلغ أعلى متوسط (٢,٣٣) زيارة وبانحراف معياري (٢,٠٨) للأسر ذات الدخل المرتفع (٤٥٠ دينار فأكثر) وكذلك الحال بالنسبة لمتوسط حجم الإنفاق الذي بلغ (٣٠,٠٠) دينار بانحراف معياري (٢٣,٠٠) ويعزى السبب في ذلك إلى أن الأسر ذات الدخل المرتفعة تقبل على استخدام خدمات الأسنان ذي النوعية باهظة الثمن والتي تدفع عادة من دخولهم مباشرة، ولأن معظم خدمات الأسنان كتقويم وتركيب وصناعة الأسنان لا تغطي من التأمينات الصحية التي عادة ما تكون متوفرة لذوي الدخل المرتفعة لذلك ينفقون عليها من أموالهم الخاصة.

وزادت متوسطات عدد الفحوصات المخبرية والصور الشعاعية للأسر ذات الدخل المرتفع (٤٥٠ دينار فأكثر) مقارنة مع الأسر الفقيرة، فبلغ المتوسط لها (٢,٧٣) فحص و (١,٣٧) صورة شعاعية وبانحراف معياري (٢,١٥) و (١,٢٢) على التوالي، في حين بلغ المتوسط للأسر الفقيرة (١,٨٧) فحص و (٠,٦٥) صورة شعاعية وبانحراف معياري (٢,٣٩) و (١,١٦) على التوالي وكذلك الحال بالنسبة لمتوسطات حجم الإنفاق الصحي لكلا الفئتين ويعزى السبب في ذلك كما ذكر سابقاً.

أما بالنسبة لأعلى متوسط عدد وصفات دوائية فكان للأسر التي يقل دخلها عن (١٥٠ ديناراً) فبلغ المتوسط (١٣,٥٦) وصفة بانحراف معياري (٥,٩٣) ويعزى السبب في ذلك إلى أن الأسر الفقيرة عادة ما تحاول تأخير العلاج لذلك تضطر للدخول في مراحل المرض المختلفة فتخدم وصفات دوائية بشكل أكبر، ومع أن متوسط عدد الوصفات الدوائية كان أقل مما يمكن للأسر ذات الدخل المرتفع إلا أن متوسط حجم إنفاقها على الوصفات الدوائية كان أعلى من الفئات الأخرى فبلغ المتوسط لهذه الفئة (٣٣,٣١) دينار وبانحراف معياري (٢٠,٤١) ويعود السبب في ذلك إلى أن هذه الأسر تتجه لاستخدام أدوية أجنبية والتي عادة ما تكون تكاليفها مرتفعة الثمن لاعتقادهم بأنها تسرع من عملية المعالجة.

## ٢- التأمين الصحي لرب الأسرة ومعدلات الانتفاع والإنفاق الصحي (الأسري) السنوي لكل نوع خدمة صحية:

يبين الجدول رقم (٤-٢١) معدلات الانتفاع والإنفاق الصحي لكل نوع خدمة صحية حسب وجود وعدم وجود تأمين صحي لرب الأسرة، فيظهر من خلال الجدول أن أعلى متوسط حجم انتفاع من جميع الخدمات الصحية كان للأسر التي يتمتع رب الأسرة فيها بتأمين صحي، في حين كان أعلى متوسط حجم إنفاق على جميع الخدمات الصحية للأسر التي لا يتمتع رب الأسرة فيها بتأمين صحي، وهذا يتماشى مع توقعات الدراسة فالأسر المؤمنة صحياً عادة ما تنتفع من الخدمات الصحية بشكل أكبر من الأسر غير المؤمنة صحياً ويكون حجم إنفاقها على الخدمات الصحية أقل نسبياً مقارنة مع الأسر غير المؤمنة صحياً معتمدة بذلك على نسب تغطية نفقاتها على الخدمات الصحية والتي تختلف عادة من نظام تأمين صحي لآخر فسي حين أن الأسر غير المؤمنة صحياً تدفع أجور الخدمات الصحية حسب تسعيرة السوق (كامل حجم الإنفاق) فيكون حجم إنفاقها كبيراً نسبياً.

فجد أن أعلى متوسط عدد زيارات للطبيب كان للأسر المؤمنة صحياً فبلغ المتوسط لها (١٤,٢٣) زيارة وبانحراف معياري (٥,٣٧)، في حين كان متوسط حجم إنفاقها الصحي على تلك الخدمة (٦,٩٥) دينار وبانحراف معياري (١٢,٩٢)، وعند مقارنة حجم الإنفاق الصحي على معظم الخدمات الصحية بين الأسر المؤمنة صحياً وغير المؤمنة نجد أن الفارق غير جوهري، ويمكن أن يعزى السبب في ذلك إلى أن الأسر المؤمنة صحياً تستخدم خدمات صحية مدفوعة الأجر تابعة للقطاع الخاص بسبب مثلاً: عدم تمكنها من زيارة الطبيب الذي يتبع لنظام التأمين الصحي الذي تتمتع به تلك الأسر، أو لعدم قناعتهم بنوعية الخدمة المقدمة من هذا الطبيب.

وبلغ أعلى متوسط لعدد أيام الإقامة في المستشفيات (٠,٦٣) يوم بانحراف معياري (١,١٢) للأسر المؤمنة صحياً، في حين بلغ المتوسط للأسر غير المؤمنة صحياً (٠,٣٣) يوم وبانحراف معياري (٠,٨٠)، وبلغ أعلى متوسط حجم إنفاق (٣,٦٤) دينار وبانحراف معياري (٨,٢١) للأسر غير المؤمنة صحياً ولا يختلف متوسط حجم الإنفاق بين الفئتين كثيراً للأسباب التي ذكرت سابقاً.

جدول رقم (٤-٢١)

معدلات الانتفاع والإنفاق الصحي (الأسري) السنوي لكل نوع خدمة صحية حسب وجود التأمين الصحي لرب الأسرة وعدم وجوده

لا	نعم	وجود تأمين صحي		نوع الخدمة
		العدد	الإنفاق	
١١,٢١	١٤,٢٣	$\bar{X}$	العدد	عدد زيارات الأطباء
٥,٢٧	٥,٣٧	S		
٢٢,٣٩	٦,٩٥	$\bar{X}$	الإنفاق	
١٨,٢٠	١٢,٩٢	S		
٠,٣٣	٠,٦٣	$\bar{X}$	العدد	عدد أيام الإقامة في المستشفيات
٠,٨٠	١,١٢	S		
٣,٦٤	٢,٢٦	$\bar{X}$	الإنفاق	
٨,٢١	٨,١٧	S		
١,١٨	١,٨٤	$\bar{X}$	العدد	عدد زيارات أطباء الأسنان
١,٥٥	١,٦٢	S		
١٣,٣٠	٩,١٩	$\bar{X}$	الإنفاق	
١٧,١٦	١٥,٦٩	S		
٢,٣٤	٢,٩٧	$\bar{X}$	العدد	عدد الفحوصات المخبرية
٢,١٠	٢,٢١	S		
٤,٩٣	١,٧٠	$\bar{X}$	الإنفاق	
٥,٠١	٣,٦٣	S		
١,٠٧	١,١٩	$\bar{X}$	العدد	عدد الصور الشعاعية
١,٢٨	١,٢٨	S		
٢,٨٥	٠,٩٨	$\bar{X}$	الإنفاق	
٤,٣٣	٢,٨٨	S		
١١,٢٥	١٣,٩٧	$\bar{X}$	العدد	عدد الوصفات الدوائية
٥,١٣	٥,٣٤	S		
٢٩,٩٩	٢٤,٣٢	$\bar{X}$	الإنفاق	
١٩,٣٢	١٩,١٦	S		
-	-	$\bar{X}$	العدد	أخرى
-	-	S		
١,٥٦	١,٧٥	$\bar{X}$	الإنفاق	
٣,٦٩	٤,٠٣	S		

أما بالنسبة لأعلى متوسط عدد زيارات طبيب أسنان وفحوصات مخبرية وصور شعاعية فكان للأسر المؤمّنة صحياً فبلغ على التوالي (١.٨٤) زيارة و (٢,٩٧) فحص مخبري و (١,١٩) صورة شعاعية وبانحراف معياري (١,٦٢) و (٢,٢١) و (١,٢٨) على التوالي، وعند النظر إلى الجدول ومقارنة هذه النتائج مع نتائج الأسر غير المؤمّنة صحياً نجد أن أعلى المتوسطات كانت من نصيب الأسر المؤمّنة صحياً، في حين كان أعلى متوسط لحجم النفقات الصحية على هذه الخدمات من نصيب الأسر غير المؤمّنة صحياً فبلغت على التوالي (١٣,٣٠) دينار و (٤,٩٣) دينار و (٢,٨٥) دينار وبانحراف معياري على التوالي (١٧,١٦) و (٥,٠١) و (٤,٣٣). ويعزى السبب في ذلك للأسباب التي ذكرت سابقاً.

وبلغ أعلى متوسط لعدد الوصفات الدوائية للأسر المؤمّنة صحياً فبلغ المتوسط لهذه الفئة (١٣,٩٧) وصفة دوائية بانحراف معياري (٥,٣٤)، في حين بلغت للأسر غير المؤمّنة صحياً (١١,٢٥) وصفة دوائية بانحراف معياري (٥,١٣)، أما بالنسبة لمتوسطات حجم الإنفاق على الوصفات الدوائية فبلغت للأسر المؤمّنة صحياً والأسر غير المؤمّنة (٢٤,٣٢) دينار و (٢٩,٩٩) دينار على التوالي وبانحراف معياري (١٩,١٦) و (١٩,٣٢) وعلى الرغم من أن متوسط حجم الإنفاق الصحي للأسر غير المؤمّنة صحياً كان أعلى من الأسر المؤمّنة صحياً إلا أن الفارق ليس جوهرياً بين الفئتين، ويعزى السبب في ذلك إلى أنه عادة لا تتوفر جميع الأدوية في الصيدليات التي تتبع لنظام التأمين الصحي التي تتمتع به الأسر المؤمّنة صحياً لذلك تضطر لشراء هذه الأدوية من صيدليات القطاع الخاص.

## ٤-٢ دوال الطلب المراد تقديرها في الدراسة

ستقوم الدراسة وباستخدام العديد من الطرق الإحصائية على تقدير دوال تمثل الطلب على خدمات الرعاية الصحية ممثلة بعدد زيارات الطبيب، وعدد أيام الإقامة في المستشفى، وعدد زيارات طبيب الأسنان، وعدد الفحوصات المخبرية، والصور الشعاعية، وعدد الوصفات الدوائية، ودالة لحجم الإنفاق الصحي على تلك الخدمات للأسر مجتمعة.

وبسبب طبيعة المتغيرات المستخدمة في الدراسة واختلاف طرق قياسها فقد استخدمت الدراسة الأسلوب الإحصائي الذي يتناسب مع مكونات ونوع هذه المتغيرات. فتم استخدام تحليل الانحدار المتعدد في المرحلة الأولى لتقدير معالم تلك الدوال، وفي المرحلة الثانية من التقدير تم استخدام تحليل التباين واختبار (ت)، واختبار نيومان كولز للمقارنة البعدية<sup>(١)</sup> لاختبار فرضيات الدراسة المتعلقة بالفروقات الإحصائية بين مجموعة المتغيرات المستقلة المتقطعة (Dichotomous Variables) المستخدمة في كل دالة وبين كل متغير تابع يمثل الطلب على خدمات الرعاية الصحية في الدراسة. وذلك بالاستعانة بالحاسوب وباستخدام البرنامج الإحصائي SPSS/PC+.

ولأغراض التقدير والتحليل فقد تم تقسيم كل دالة من الدوال المراد تقديرها إلى قسمين، ففي القسم الأول تم استخدام تحليل الانحدار المتعدد بالاعتماد على المتغيرات المستقلة الكمية العادية والوهمية (Continuous and Dummy variables). وفي القسم الثاني تم استخدام تحليل التباين بالاعتماد على المتغيرات المستقلة المتفرعة القياس والتي تكون طبيعياً بياناتها متقطعة (Dichotomous Variables).

فتم صياغة الفرضية الصفرية العامة التالية بالنسبة للدوال المستخدمة في التقدير حيث:

$H_0$ : لا توجد فروقات ذات دلالة إحصائية في كل متغير تابع يمثل الطلب على خدمات الرعاية الصحية تعزى للمتغيرات (الديموغرافية، الاجتماعية، الاقتصادية، الصحية) والتي تكون طبيعياً بياناتها متقطعة وذلك عند أخذ جميع المتغيرات معاً.

وجاء تحليل التباين لاختبار العلاقات الواردة في الفرضية العامة الصفرية، وكانت قاعدة القرار رفض الفرضية بصيغتها الصفرية إذا كانت قيمة (ف) المحسوبة أكبر من قيمة (ف) الجدولية، وقبول الفرضية الصفرية إذا كانت قيمة (ف) المحسوبة اصغر من قيمتها الجدولية. وبالنسبة للمتغيرات المستقلة التي ستستخدم في دوال الطلب على خدمات الرعاية الصحية وبالاعتماد على الدراسات السابقة فهي كما يلي:

**النوع الأول: المتغيرات الديموغرافية وهي كما يلي:**

١. العمر (AGE): ويمثل عمر رب الأسرة بالسنوات في نهاية عام (١٩٩٨) ويستخدم هذا المتغير في الدوال ١، ٢، ٤، ٥، ٦.

٢. حجم الأسرة (Famz): ويمثل عدد أفراد الأسرة في نهاية عام (١٩٩٨) ويستخدم هذا المتغير في الدوال السبعة.

٣. الأطفال دون سن الخامسة (Child): ويمثل عدد الأطفال في الأسرة دون سن الخامسة في نهاية عام (١٩٩٨) ويستخدم هذا المتغير في الدوال السبعة.

**النوع الثاني: المتغيرات الاجتماعية وهي كما يلي:**

١. مستوى التعليم (EDUC): ويمثل عدد سنوات تعليم رب الأسرة في نهاية عام (١٩٩٨) ويستخدم هذا المتغير في الدوال السبعة.

٢. مكان الإقامة (Pol): ويمثل مكان إقامة الأسرة خلال عام (١٩٩٨) ويستخدم هذا المتغير في الدالة السابعة.

٣. دور الطبيب (REC)، وقد تم تقسيم هذا المتغير إلى قسمين:

أ. توصية الطبيب بتكرار الزيارة (REC1): ويأخذ هذا المتغير قيمة واحد إذا أجاب المستجيب بأن معظم زيارته كانت بتوصية من الطبيب ويساوي صفر إذا كان غير ذلك ويستخدم هذا المتغير في الدالة الأولى.



ب. توصية الطبيب بإقامة أطول (REC2): ويأخذ هذا المتغير قيمة واحد إذا أجاب المستجيب بأن معظم أيام إقامته كانت بتوصية من الطبيب ويساوي صفر إذا كان غير ذلك ويستخدم هذا المتغير في الدالة الثانية.

٤. الوعي الصحي (Belif): وقد تم قياس هذا المتغير بثلاث مقاييس مختلفة لإظهار مدى الوعي الصحي لدى أرباب الأسر من خلال

(أ) الوعي الصحي ١ (Belif1): ويمثل إظهار ردة فعل المستجيب عند ظهور أعراض مريض ما في الأسرة من حيث الذهاب للطبيب أو المعالجة بالمنزل.

(ب) الوعي الصحي ٢ (Belif2): ويمثل وجود معرفة أو اطلاع بالأمور الصحية من قبل أفراد الأسرة.

(ج) الوعي الصحي ٣ (Belif3): ويمثل الذهاب للطبيب أولاً في حالة اشتداد المرض لدى أحد أفراد الأسرة، ويستخدم هذا المتغير بمقاييسه الثلاث في الدوال الأولى والثالثة.

### النوع الثالث: المتغيرات الاقتصادية وهي كما يلي:

١. دخل الأسرة (YD): ويمثل معدل الدخل الشهري للأسرة خلال عام (١٩٩٨) ويستخدم هذا المتغير في الدوال السبعة.

٢. السعر (P): ويمثل هذا المتغير سعر الخدمة الصحية (i) وتم احتسابه كما تبين سابقاً بقسمة حجم الإنفاق الصحي على الخدمة الصحية (i)، على عدد مرات استخدام الخدمة الصحية (i).

٣. التأمين الصحي (INSUR): ويأخذ هذا المتغير قيمة واحد إذا كان لدى رب الأسرة تأمين صحي ويساوي صفر إذا لم يكن لديه تأمين صحي خلال عام (١٩٩٨) ويستخدم هذا المتغير في الدوال السبعة.

٤. وفرة الخدمات الصحية (Avail): وقد تم قياس هذا المتغير بمقياسين من خلال:

أ) وفرة الخدمات الصحية<sup>١</sup>(Avail1) : توفر الخدمات الصحية في المنطقة التي تقطن فيها الأسرة.

ب) وفرة الخدمات الصحية<sup>٢</sup> (Avail2) : الوقت اللازم للوصول للخدمات الصحية.

ويستخدم هذا المتغير في الدوال ٣، ٤، ٥، ٦، ٧.

٥. درجة التأمين الصحي (Insd): ويمثل هذا المتغير درجة الإقامة في المستشفى وقد تم استخدامه في الدالة الثانية.

٦. نوع المستشفى (host): ويمثل هذا المتغير نوع المستشفى الذي قضى أفراد الأسرة فيه معظم أيام الإقامة وقد تم استخدامه في الدالة الثانية.

٧. نسبة التغطية للنفقات (Percent): وتمثل نسبة تغطية التأمين الصحي للنفقات الصحية للأسرة على جميع الخدمات الصحية خلال عام (١٩٩٨) وقد تم استخدامه في الدالة السابعة.

النوع الرابع: المتغيرات الصحية وهي كما يلي:

١. الوضع الصحي (Hstat): ويمثل هذا المتغير رأي المستجيب في الوضع الصحي لأسرته خلال عام (١٩٩٨) وقد تم قياس هذا المتغير بمقياسين من خلال:

أ) الوضع الصحي ١ (helath1): ويمثل رأي رب الأسرة بالوضع الصحي لأسرته.

ب) الوضع الصحي ٢ (health2): ويمثل وجود أحد من أفراد الأسرة يعاني من أي مرض مزمن أو أكثر.

وتم استخدام هذا المتغير في الدوال (١، ٢، ٤، ٥، ٦، ٧).

٢. نوع المرض (Dise.): ويمثل هذا المتغير نوع المرض الذي من أجله تم استخدام الخدمات الصحية وتم تقسيمه إلى أربعة مقاييس عامة وهي (أمراض عادية، أمراض مزمنة، إصابة/ حادث، أخرى) ويستخدم هذا المتغير في الدوال (١، ٢، ٤، ٥، ٦).

٣. نوع المعالجة (TT): ويمثل هذا المتغير نوع المعالجة التي تمت بسببها معظم زيارات طبيب الأسنان، حيث تم قياس هذا المتغير من خلال ثمانية مقاييس (حشو سن، خلع سن، تركيب

سن، معالجة سن، عمليات، صناعة أسنان، تقويم أسنان، أجهزة كسور فكين) حيث يستخدم هذا المتغير في الدالة الثالثة فقط.

٤. خطورة المرض (Serious): ويمثل هذا المتغير شدة المرض ومدى خطورته في التأثير على عدد أيام الإقامة وقد تم قياسه من خلال ثلاث مقاييس هي (أمراض غير خطيرة، أمراض خطيرة، أمراض خطيرة جدا). وتم استخدام هذا المتغير في الدالة الثانية.

### الدالة الأولى: عدد زيارات الطبيب

تسعى هذه الدالة إلى تقدير حجم العلاقة وقوة تأثيرها بين عدد زيارات الأسر للطبيب (Phv) في العينة وبين مجموعة العوامل المستقلة التي يعتقد أن لها تأثير مباشر على المتغير التابع. وقد قسمت هذه الدالة إلى قسمين لأغراض التقدير والتحليل.

في القسم الأول تم استخدام تحليل الانحدار المتعدد بين المتغيرات المستقلة الكمية العادية والوهمية وبين عدد زيارات الطبيب حيث:

$$ph_v = b_0 + b_1 AGE + b_2 EDUC + b_3 CHILD + b_4 FMZ + b_5 YD + b_6 p_1 + b_7 INSUR + b_8 REC_1 + U_i \text{ ----- (1)}$$

وفي القسم الثاني تم استخدام تحليل التباين لاختبار العلاقات الواردة في الفرضية العامة بالنسبة لعدد زيارات الطبيب.

### الدالة الثانية: عدد أيام الإقامة في المستشفى

وتسعى هذه الدالة إلى تقدير حجم العلاقة وقوة تأثيرها بين عدد أيام إقامة الأسر (Los) في المستشفى في العينة وبين مجموعة العوامل المستقلة المقترحة وكذلك فقد قسمت هذه الدالة إلى قسمين لأغراض التقدير والتحليل.

في القسم الأول تم استخدام تحليل الانحدار المتعدد بين المتغيرات المستقلة الكمية العادية والوهمية وبين عدد أيام الإقامة في المستشفى حيث:

$$\text{Los} = b_0 + b_1 \text{ AGE} + b_2 \text{ EDUC} + b_3 \text{ CHILD} + b_4 \text{ FMZ} + b_5 \text{ YD} + b_6 \text{ phv} \\ + b_7 \text{ INSUR} + b_8 \text{ REC}_2 + U_i \text{ ----- (2)}$$

وفي القسم الثاني تم استخدام تحليل التباين لاختبار العلاقات الواردة في الفرضية العامة بالنسبة لعدد ايام الإقامة في المستشفى.

### الدالة الثالثة: عدد زيارات طبيب الأسنان

وتقدر هذه الدالة حجم العلاقة وقوة تأثيرها بين عدد زيارات طبيب الأسنان للأسر (Denv) في العينة وبين مجموعة العوامل المستقلة المقترحة والتي يعتقد أن لها تأثير مباشر على المتغير التابع، حيث قسمت هذه الدالة إلى قسمين لأغراض التقدير والتحليل.

في القسم الأول تم استخدام تحليل الانحدار المتعدد بين المتغيرات المستقلة الكمية العادية والوهمية وبين عدد زيارات طبيب الأسنان حيث:

$$\text{Denv} = b_0 + b_1 \text{ AGE} + b_2 \text{ EDUC} + b_3 \text{ CHILD} + b_4 \text{ FMZ} + b_5 \text{ YD} \\ + b_6 \text{ INSUR} + b_i (i=8 \dots 14) \text{ TT} + U_i \text{ ----- (3)}$$

وفي القسم الثاني تم استخدام تحليل التباين لاختبار العلاقات الواردة في الفرضية العامة بالنسبة لعدد زيارات طبيب الأسنان.

### الدالة الرابعة: عدد الفحوصات المخبرية

وتقدر هذه الدالة حجم العلاقة وقوة تأثيرها بين عدد الفحوصات المخبرية للأسر (Lab) في العينة وبين مجموعة العوامل المستقلة المقترحة، حيث قسمت هذه الدالة إلى قسمين لأغراض التقدير والتحليل.

في القسم الأول تم استخدام تحليل الانحدار المتعدد بين المتغيرات المستقلة الكمية العادية والوهمية وبين عدد الفحوصات المخبرية حيث:

$$\text{Lab} = b_0 + b_1 \text{ AGE} + b_2 \text{ EDUC} + b_3 \text{ CHILD} + b_4 \text{ FMZ} + b_5 \text{ YD} + b_6 p_4 \\ + b_7 \text{ INSUR} + b_8 \text{ phv} + b_9 \text{ los} + U_i \text{ ----- (4)}$$

وفي القسم الثاني تم استخدام تحليل التباين لاختبار العلاقات الواردة في الفرضية العامة بالنسبة لعدد الفحوصات المخبرية.

#### الدالة الخامسة: عدد الصور الشعاعية

وتسعى هذه الدالة إلى تقدير حجم العلاقة وقوة تأثيرها بين عدد الصور الشعاعية للأسر (X-ray) في العينة وبين مجموعة العوامل المستقلة المقترحة حيث قسمت كذلك هذه الدالة لأغراض التقدير والتحليل إلى قسمين

في القسم الأول تم استخدام تحليل الانحدار المتعدد بين المتغيرات المستقلة الكمية العادية والوهمية وبين عدد الصور الشعاعية حيث:

$$\text{X-ray} = b_0 + b_1 \text{AGE} + b_2 \text{EDUC} + b_3 \text{CHILD} + b_4 \text{FMZ} + b_5 \text{YD} + b_6 p_5 + b_7 \text{INSUR} + b_8 \text{phv} + b_9 \text{los} + U_i \text{-----} (5)$$

أما في القسم الثاني فقد تم استخدام تحليل التباين لاختبار العلاقات الواردة في الفرضية العامة بالنسبة لعدد الصور الشعاعية.

#### الدالة السادسة: عدد الوصفات الدوائية

وتقدر هذه الدالة حجم العلاقة وقوة تأثيرها بين عدد الوصفات الدوائية المصروفة لأسر (Med) في العينة وبين مجموعة العوامل المستقلة المقترحة حيث قسمت هذه الدالة إلى قسمين لأغراض التقدير والتحليل

في القسم الأول تم استخدام تحليل الانحدار المتعدد بين المتغيرات المستقلة الكمية والوهمية وبين عدد الوصفات الدوائية حيث:

$$\text{Med} = b_0 + b_1 \text{AGE} + b_2 \text{EDUC} + b_3 \text{CHILD} + b_4 \text{FMZ} + b_5 \text{YD} + b_6 p_6 + b_7 \text{INSUR} + b_8 \text{phv} + b_9 \text{los} + U_i \text{-----} (6)$$

أما في القسم الثاني فقد تم استخدام تحليل التباين لاختبار العلاقات الواردة في الفرضية العامة بالنسبة لعدد الوصفات الدوائية.

## الدالة السابعة: حجم الإنفاق الصحي

وتقدر هذه الدالة حجم العلاقة وقوة تأثيرها بين حجم الإنفاق الصحي للأسر (Hexp) في العينة على مختلف الخدمات الصحية وبين مجموعة العوامل المستقلة المقترحة حيث قسمت أيضا هذه الدالة إلى قسمين لأغراض التقدير والتحليل

في القسم الأول تم استخدام تحليل الانحدار المتعدد بيسن المتغيرات المستقلة الكمية والوهمية وبين حجم الإنفاق الصحي حيث:

$$\text{Hexp} = b_0 + b_1 \text{AGE} + b_2 \text{EDUC} + b_3 \text{CHILD} + b_4 \text{FMZ} + b_5 \text{YD} + b_6 \text{INSUR} + b_7 \text{Percent} + U_i \text{-----} (7)$$

أما في القسم الثاني فقد تم استخدام تحليل التباين لاختبار العلاقات الواردة في الفرضية العامة بالنسبة لحجم الإنفاق الصحي.

### ٤-٣ نتائج التحليل القياسي

يبين هذا الجزء نتائج التحليل القياسي لمجموعة الدوال التي تمثل الطلب على خدمات الرعاية الصحية والتي تم تقديرها من خلال الانحدار المتعدد وتحليل التباين بما في ذلك اختبار نيومان كولز الإحصائي، واختبار (ت). وقد تمت المعالجة الإحصائية لمشكلة عدم تجانس البيانات في الدراسة حيثما كان ذلك ضروريا.

أولاً: نتائج تحليل الانحدار المتعدد

الدالة الأولى: عدد زيارات الطبيب

يبين الجدول رقم (٤-٢٢) نتائج تقدير معاملات الدالة الأولى، فيظهر من خلال التقدير ان هناك بعض المتغيرات المستقلة كانت ذات دلالة احصائية مرتفعة (ذات معنوية قويسة في التأثير) بدرجة معنوية (٠,٠١ فأقل) مثل: عمر رب الأسرة، وجود تأمين صحي لدى الأسرة، حجم الأسرة، سعر الخدمة الطبية، توصية الطبيب. وهناك بعض المتغيرات ذات دلالة إحصائية (٠,٠٥ فأقل) مثل: مستوى تعليم رب الأسرة، وعدد الأطفال دون سن الخامسة في الأسرة، أما متغير الدخل فكان عند مستوى معنوية (٠,١٠ فأقل).

وعند النظر الى قيمة  $R^2$  نجد أن (٣١%) من التباينات في عدد زيارات الأسر للطبيب في العينة استطاعت المتغيرات المستقلة الداخلة في الدالة تفسيرها. وكما يشير الجدول إلى تأثير كل متغير مستقل على عدد زيارات الأسر للطبيب من حيث الحجم والاتجاه نجد ما يلي:

- ارتبط عمر رب الأسرة بعلاقة إيجابية قوية مع الطلب على زيارات الأطباء، وهذه نتيجة متوقعة في الدراسة، لإرتباط أعمار كبار السن بوجود أمراض مزمنة لديهم وبالتالي تدهور حالتهم الصحية، لذلك يلجأون للانتفاع من زيارات الطبيب بشكل أكثر وأكبر، فنجد أنه كلما زاد عمر رب الاسرة بمقدار سنة واحدة يزداد الطلب على زيارات الأطباء بمقدار (٠,١٤٧) زيارة.

جدول رقم (٤-٢٢)

نتائج تقدير معلمات دوال الطلاب على خدمات الرعاية الصحية

الخدمة الصحية	الدالة المعتمدة	الدالة المعتمدة	الدالة المعتمدة	الدالة المعتمدة	الدالة الثالثة	الدالة الثالثة	الدالة الثالثة	الدالة الأولى	النتيجة
حجم الإنفاق الصحي	عدد الوصفات الأولية	عدد الصور الشعاعية	عدد الفحوصات المخبرية	عدد زيارات طبيب الأسنان	عدد أيام الإقامة	عدد زيارات الطبيب	عدد زيارات الطبيب	النتيجة	
٠٠٢(٢,٣٢) - ٠,٨٧ -	٠٠٠(١,٩٠) - ٠٠٠٤٠ -	٠٠٢(٢,٢٥) - ٠٠٠٢١ -	٠٠(١,٩٠) - ٠٠٠٢٨ -	-	٠٠٠(١,٨٧) - ٠,٢٣ -	٠٠٠(١,٨٧) - ٠,٢٣ -	٠٠٠(١,٨٧) - ٠,٢٣ -	٠٠٠(١,٨٧) - ٠,٢٣ -	المعسر
-	(٠,٥٤٣) - ٠٠,٠٢٣ -	(١,٠٠٠) - ٠٠,٠٢١ -	(١,٦٠) - ٠٠,٣٤٤ -	(١,٠٢) - ٠٠,٠١١ -	٠٠٠(١,٢٦) - ٠٠,٠٢٧ -	٠٠٠(١,٢٦) - ٠٠,٠٢٧ -	٠٠٠(١,٢٦) - ٠٠,٠٢٧ -	٠٠٠(١,٢٦) - ٠٠,٠٢٧ -	التعليم
٠٠٠(١,٩١) - ٢,٢٠ -	٠٠٠(٤,٤٨) - ٠٠,٠٠٠ -	(١,٥٢) - ٠٠,٠٠٨ -	(٠,٢٢٥) - ٠٠,٠٠٠ -	(١,٤١) - ٠٠,٠٠٨ -	٠٠٠(١,٠٧) - ٠٠,٠٠٤ -	٠٠٠(١,٠٧) - ٠٠,٠٠٤ -	٠٠٠(١,٠٧) - ٠٠,٠٠٤ -	٠٠٠(١,٩٤) - ٠٠,٠٠٤ -	للدخل
(١,٣٩) - ١,٠١ -	٠٠٢(٢,٠٥) - ١,٣٨٧ -	(١,٠٠١) - ٠٠,٢٠٥ -	٠٠٠(١,٨٤) - ٠,٣٦ -	(٠,٢٩١) - ٠٠,٠٤٢ -	٠٠٠(١,٨٢) - ٠,٢٥٩ -	٠٠٠(١,٨٢) - ٠,٢٥٩ -	٠٠٠(١,٨٢) - ٠,٢٥٩ -	٠٢(٢,٣٢) - ٢,١٠ -	التأمين الصحي
-	٠٠٢(٢,١٦٢) - ٠,٤١١ -	(٠,٨٥٧) - ٠٠,٠٢٨ -	(١,٢١) - ٠٠,٠٥١ -	٠٠٠(١,٠٨٠) - ٠٠,٠٣٢ -	٠٠٠(١,٧٢) - ٠,٤٨ -	٠٠٠(١,٧٢) - ٠,٤٨ -	٠٠٠(١,٧٢) - ٠,٤٨ -	٠٢(٤,١٣) - ٠,٤٥٢ -	حجم الأسرة
-	٠٢(٢,٥٤) - ٠,١٦ -	٠٠٠(١,٧٧) - ٠,١٠ -	٠٠٠(١,٨٧) - ٠٠,٠١٢ -	-	-	-	-	٠٢(٢,٣٩) - ٠,١٥٢ -	المعسر
(١,٥٠) - ٠,١٥١ -	٠٢(٢,١١) - ٢,٢٧١ -	٠٠٠(١,٧٨) - ٠,٧٩٧ -	٠٠٠(١,٨٧) - ٠,٦٦٨ -	(٠,٣٩٠) - ٠٠,٠٢١ -	٠٠٠(١,٩٧) - ٠٠,٠٠٩ -	٠٠٠(١,٩٧) - ٠٠,٠٠٩ -	٠٠٠(١,٩٧) - ٠٠,٠٠٩ -	٠٢(٢,٧٤) - ١,١٩٧ -	عدد الأطفال
-	-	-	-	-	٠٠(٢,٩٥) - ١,٩٢ -	٠٠(٢,٩٥) - ١,٩٢ -	٠٠(٢,٩٥) - ١,٩٢ -	٠٢(٢,٥٧) - ٢,٠٠٤ -	دون سن الخامسة
-	-	-	-	-	-	-	-	-	توصية الطبيب
-	-	-	-	-	٠٠(١,٢,٦٥) - ١,٤٢ -	٠٠(١,٢,٦٥) - ١,٤٢ -	٠٠(١,٢,٦٥) - ١,٤٢ -	-	نسبة النظافة
-	-	-	-	-	٠٢(١,٣,٤١) - ١,٣٧ -	٠٢(١,٣,٤١) - ١,٣٧ -	٠٢(١,٣,٤١) - ١,٣٧ -	-	حشو سن
-	-	-	-	-	٠٢(٤,٦١) - ١,٣٤ -	٠٢(٤,٦١) - ١,٣٤ -	٠٢(٤,٦١) - ١,٣٤ -	-	خلع سن
-	-	-	-	-	٠٢(١,١,٧٦) - ١,٣٥ -	٠٢(١,١,٧٦) - ١,٣٥ -	٠٢(١,١,٧٦) - ١,٣٥ -	-	تركيب سن
-	-	-	-	-	-	-	-	-	معالجة سن
-	-	-	-	-	-	-	-	-	عمليات
-	-	-	-	-	-	-	-	-	صناعة أسنان
-	-	-	-	-	٠٢(٥,٣٠) - ٢,٩٠ -	٠٢(٥,٣٠) - ٢,٩٠ -	٠٢(٥,٣٠) - ٢,٩٠ -	-	توزيع أسنان





- يظهر مستوى تعليم رب الأسرة الأثر السلبي في الطلب على زيارات الأطباء، وبدلالة إحصائية عند مستوى (٠,٠٥ فأقل)، وهذه نتيجة متوقعة إذا ما افترضنا أن أرباب الأسر ذوي مستويات التعليم المرتفعة تتوافر لدى أسرهم ظروف صحية أفضل من غيرهم من الأسر التي يكون مستوى تعليم أرباب الأسر فيها منخفضاً، ولما يعكسه مستوى التعليم من القدرة على اتخاذ إجراءات وقائية أكثر (مبدأ الوقاية خير من العلاج)، فنجد أن الطلب على زيارات الأطباء يقل بمقدار (٠,١٤٣) زيارة كلما زاد مستوى تعليم رب الأسرة بمقدار سنة واحدة.

- لقد أظهر مستوى دخل الأسرة الشهري الأثر العكسي المتوقع منه في طلب الأسر على زيارات الأطباء وبمستوى دلالة إحصائية (٠,١٠ فأقل)، وهذه نتيجة متوقعة في الدراسة لأن الأسر التي تتمتع بدخول مرتفعة عادة ما تتوافر لديها ظروف معيشية وصحية جيدة بسبب الرعاية والتغذية الجيدة، مقارنة بالأسر الفقيرة التي ما تعاني عادة من ظروف اجتماعية واقتصادية وصحية سيئة تجعلهم يقبلون على زيارات الأطباء بشكل أكبر، فنجد أن الطلب على زيارات الأطباء يقل بمقدار (٠,٠٠٤) زيارة كلما زاد معدل دخل الأسرة بمقدار دينار واحد.

- يبين متغير التأمين الصحي للتأثير الإيجابي القوي المتوقع منه في طلب الأسر على زيارات الأطباء وبدلالة إحصائية قوية (٠,٠١ فأقل)، وهذه نتيجة متوقعة في الدراسة لأن الأسر التي تتمتع بتأمين صحي عادة ما تنتفع من الخدمات الصحية بشكل أكبر من الأسر غير المؤمنة صحياً والتي تواجه معوقات مادية في الوصول للخدمات الصحية واستخدامها، فنجد أن طلب الأسر على زيارات الأطباء يزداد بمقدار (٢,١٠) زيارة كلما توفر لدى الأسر تأمين صحي ومقارنة مع الأسر غير المؤمنة صحياً.

- يشير متغير حجم الأسرة إلى العلاقة الطردية القوية مع الطلب على زيارات الأطباء وبدلالة إحصائية قوية (٠,٠١ فأقل)، وهذه نتيجة متوقعة في الدراسة لارتباط حجم الأسر بزيادة عدد الأفراد فيها وخصوصاً فئتي الأطفال وكبار السن، وهاتان الفئتان معرضتان للأمراض أكثر من غيرها من الفئات الأخرى لذلك عادة ما تكون الظروف الصحية لتلك الأسر مختلفة عن

الأسر قليلة الحجم، فنجد أن الطلب على زيارات الأطباء يزداد بمقدار (٠,٤٥٢) زيارة كلما ازداد عدد الأفراد في الأسرة بمقدار فرد.

- يرتبط السعر مع الكمية المطلوبة بعلاقة عكسية، وهذا ما أظهرته نتائج الدراسة في الدالة الأولى، فنجد أن عدد زيارات الأطباء يقل من قبل الأسر بمقدار (٠,١٥٣) زيارة كلما ازداد سعر زيارة الطبيب بنسبة ١%.

- أشار متغير عدد الأطفال دون سن الخامسة إلى الأثر الإيجابي في طلب الأسر على زيارات الأطباء وبدلالة إحصائية (٠,٠٥ فأقل)، وهذه نتيجة متوقعة في الدراسة ويمكن أن يعزى السبب في ذلك لأن الأطفال في هذه الفترة من العمر تكون حالتهم الصحية عرضة لمختلف الأمراض فتزداد عناية واهتمام الأبوبين بهم، فيلجأون إلى الانتفاع من خدمات الأطباء بشكل أكبر، فنجد أن الطلب على زيارات الأطباء يزداد بمقدار (١,١٩) زيارة كلما ازداد عدد الأطفال دون سن الخامسة في الأسرة بمقدار طفل واحد.

- ارتبط متغير توصية الطبيب بعلاقة طردية قوية مع طلب الأسر على زيارات الأطباء وبمستوى معنوية قوية (٠,٠١ فأقل)، وهذا ما توقعته الدراسة ويمكن أن يعزى السبب في ذلك لنقص المعلومات الصحية لدى تلك الأسر نتيجة عوامل اجتماعية وثقافية متعددة، لذلك يستطيع الطبيب أن يلعب دوره في أن يوصي مريضه بزيادة عدد زيارته له، فنجد أن طلب الأسر على زيارات الأطباء يزداد بمقدار (٢,٠٤) زيارة كلما كان هنالك توصية من قبل الطبيب لمريضه بمراجعتة.

### الدالة الثانية: عدد أيام الإقامة في المستشفى

يشير الجدول رقم (٤-٢٢) إلى نتائج تقدير معاملات الدالة الثانية، فيظهر من خلال نتائج التقدير أن هناك بعض المتغيرات المستقلة كانت ذات دلالة إحصائية مرتفعة (ذات معنوية قوية في التأثير) بدرجة معنوية (٠,٠١ فأقل) مثل: عدد زيارات الطبيب، وهناك بعض المتغيرات ذات دلالة إحصائية (٠,٠٥ فأقل) مثل: توصية الطبيب، في حين كان هناك بعض المتغيرات المستقلة ذات دلالة إحصائية (٠,١٠ فأقل) مثل: عمر رب الأسرة، التأمين الصحي وحجم الأسرة، أما باقي المتغيرات فإنها لم تظهر أية دلالة إحصائية.

وبالنظر الى قيمة  $R^2$  نجد أن (١٨%) من التباينات في عدد أيام الإقامة في المستشفى في العينة استطاعت المتغيرات المستقلة الداخلة في الدالة تفسيرها، مع العلم أن هنالك بعض المتغيرات المستقلة التي يمكن أن تؤثر على معدلات الإقامة في المستشفيات لم يتم إدراجها في تحليل الانحدار المتعدد بالنسبة لهذه الدالة وأدرجت في تحليل التباين ويعزى السبب في ذلك لأن طبيعة هذه المتغيرات وطرق قياسها تأخذ أكثر من قيمتين ولا نستطيع أن نعتبرها متغيرات وهمية تأخذ قيمة صفر وواحد، لذلك اقتضى التنويه، وكما يشير الجدول (٤-٢٢) الى تأثير كل متغير مستقل على عدد أيام الإقامة من حيث الحجم والاتجاه نجد ما يلي:

- يشير متغير عمر رب الأسرة الى العلاقة الطردية مع طلب الأسر على عدد أيام الإقامة وبدلالة إحصائية عند مستوى (٠,١٠ فأقل)، وهذه نتيجة متوقعة في الدراسة لأن ازدياد عمر الفرد يرتبط بوجود أمراض مزمنة وتدهور الحالة الصحية لهم، فنجد أن عدد أيام الإقامة يزداد بمقدار (٠,٢٣) يوم كلما ازداد عمر رب الأسرة بمقدار سنة واحدة.

- ارتبط مستوى تعليم رب الأسرة بعلاقة عكسية مع طلب الأسر على عدد أيام الإقامة في المستشفى وهذه نتيجة متوقعة ولكنها بدون معنوية إحصائية في التأثير ويمكن أن يعزى السبب في ذلك إلى أن ذوي مستويات التعليم المرتفعة عادة ما تتوفر لديهم تأمينات صحية تشجعهم على الإقامة مدة أطول من المدة التي يحتاجونها للإقامة في المستشفى.

- يبين متغير الدخل للأسرة العلاقة العكسية مع طلب الأسر على خدمات المستشفى ممثلة بعدد أيام الإقامة فيه، وهذه نتيجة متوقعة في الدراسة ولكنها لم تكن ذات دلالة إحصائية في التأثير ويعود السبب في ذلك إلى أن ذوي الدخل المرتفعة عادة ما يتمتعون بتأمينات صحية ممتازة مقارنة مع غيرها من الأسر الفقيرة التي لا تتمتع بتأمينات صحية جيدة فتكون عائقاً أمامهم للإقامة مدة أطول في المستشفى.

- يرتبط متغير التأمين الصحي لرب الأسرة بعلاقة طردية مع طلب الأسر على خدمات المستشفى ممثلة بعدد أيام الإقامة فيه وبدلالة إحصائية عند مستوى (٠,١٠ فأقل)، وهذه نتيجة متوقعة في الدراسة لأن وجود وتوافر تأمينات صحية لدى الأسر تشجعهم على الإقامة فيه مدة أطول (عدم وجود معوقات مادية) مقارنة مع الأسر التي لا تتمتع بتأمينات صحية فنجد

أن عدد أيام الإقامة في المستشفى يزداد بمقدار (٠,٢٦) يوم كلما كان هنالك تأمين صحي لدى الأسرة.

- أظهر متغير حجم الأسرة العلاقة الطردية المتوقعة منه مع طلب الأسر على عدد أيام الإقامة في المستشفى وبدلالة إحصائية (٠,١٠ فأقل)، وهذه نتيجة متوقعة إذا ما افترضنا أن زيادة حجم الأسرة ستزيد من معدلات الإعالة وما يصاحبها من انخفاض لمستوى المعيشة، لذلك فالأمراض ستزيد لدى هذه الأسر وبالتالي فإن معدلات الإقامة ستزيد، فنجد أن عدد أيام الإقامة سيزداد بمقدار (٠,٠٤٨) يوم كلما ازداد حجم الأسرة بمقدار فرد واحد.

- يشير متغير عدد الأطفال دون سن الخامسة في الأسرة إلى العلاقة العكسية مع طلب الأسر على أيام الإقامة في المستشفى ولكنه لم يكن ذو دلالة إحصائية في التأثير وهذا لا يتماشى مع توقعات الدراسة ويمكن أن يعزى السبب في ذلك إلى أن هذه الأسر لا تفضل الإقامة في المستشفى مدة أطول بسبب وجود هؤلاء الأطفال في هذه الفترة من العمر وذلك لأنهم يحتاجون إلى رعاية خاصة من أبويهم.

- ارتبط متغير توصية الطبيب بعلاقة طردية مع طلب الأسر على أيام الإقامة وبمستوى معنوية (٠,٠٥ فأقل) وهذا يتماشى مع توقعات الدراسة ويمكن أن يعزى السبب في ذلك لقدرة الطبيب في أن يلعب دوره في التأثير على مريضه بالإقامة مدة أطول وذلك لنقص المعلومات الصحية لدى تلك الأسر نتيجة عوامل اجتماعية وثقافية متعددة، فنجد أن عدد أيام الإقامة يزداد بمقدار (١,٩٢) يوم كلما كان هنالك دور للطبيب في توصية مريضه بالإقامة مدة أطول.

- أظهر متغير عدد زيارات الأسر للطبيب العلاقة الطردية القوية مع طلب الأسر على أيام الإقامة في المستشفى وبمستوى معنوية قوي (٠,٠١ فأقل) وهذه نتيجة متوقعة في الدراسة فنجد أن عدد أيام الإقامة يزداد بمقدار (٠,٠٥٤) يوم كلما زاد عدد زيارات الأسر للطبيب بمقدار زيارة واحدة.

## الدالة الثالثة: عدد زيارات طبيب الأسنان

يبين الجدول رقم (٤-٢٢) نتائج تقدير معاملات الدالة الثالثة، فيظهر التقدير أن هناك بعض المتغيرات المستقلة كانت ذات دلالة إحصائية مرتفعة بدرجة معنوية (٠,٠١ فأقل) مثل: نوع المعالجة وهناك بعض المتغيرات ذات دلالة إحصائية (٠,١٠ فأقل) مثل: حجم الأسرة وعند النظر إلى قيمة  $R^2$  نجد أن (٨٠%) من التباينات في عدد زيارات الأسر لطبيب الأسنان في العينة استطاعت المتغيرات المستقلة الداخلة في الدالة تفسيرها، وكما يبين الجدول تأثير كل متغير مستقل على عدد زيارات الأسر للطبيب من حيث الحجم والاتجاه نجد ما يلي:

- أشار متغير مستوى تعليم رب الأسرة إلى العلاقة العكسية مع طلب الأسر على زيارات أطباء الأسنان، وهذه نتيجة متوقعة في الدراسة ولكن بدون معنوية إحصائية في التأثير ويعزى السبب في ذلك إلى أن ذوي مستويات التعليم المرتفعة يفضلون دائماً أن تكون أسنانهم وأسنان أسرهم في أفضل حال (نظرة اجتماعية) في بداية العمر ولكن تصبح هذه الخدمة غير مفضلة بمرور الزمن (الوقاية خير من العلاج).

- يظهر مستوى دخل الأسرة العلاقة العكسية مع طلب الأسر على زيارات أطباء الأسنان، وهذه نتيجة غير متوقعة في الدراسة ولكن بدون معنوية إحصائية في التأثير ويعود السبب في ذلك إلى أن ذوي مستويات الدخل المرتفعة يفضلون دائماً أن تكون وضع أسنانهم وأسنان أسرهم في أفضل حال (نظرة اجتماعية) لذلك يقبلون على زيارات أطباء الأسنان بشكل مبكر.

- يبين متغير التأمين الصحي العلاقة الموجبة مع طلب الأسر على زيارات أطباء الأسنان، وهذه نتيجة متوقعة في الدراسة ولكن بدون معنوية إحصائية في التأثير ويعزى السبب في ذلك إلى أن سياسات التأمين الصحي المتبعة وخاصة في القطاع الخاص لا تغطي إلا بعض أنواع المعالجات لذلك لا تظهر الدلالة الإحصائية لهذا المتغير على عدد زيارات أطباء الأسنان.

- يشير متغير حجم الأسرة إلى العلاقة الموجبة مع طلب الأسر على زيارات أطباء الأسنان وبدلالة إحصائية (٠,٠٥ فأقل)، وهذه نتيجة متوقعة في الدراسة لارتباط حجم الأسر بزيادة

عدد الأفراد فيها مما يزيد من حجم الانتفاع من معظم الخدمات الصحية ومن بينها خدمات الأسنان، فنجد أن عدد زيارات أطباء الأسنان يزداد بمقدار (٠,٠٣٢) زيارة كلما زاد عدد الأفراد في الأسرة بمقدار فرد واحد.

- أظهر متغير عدد الأطفال دون سن الخامسة في الأسرة الأثر السلبي مع الطلب على زيارات الأطباء، وهذه نتيجة متوقعة في الدراسة ولكن بدون دلالة إحصائية ويعزى السبب في ذلك لأن هذه الفئة من العمر تكون في مرحلة نمو، لهذا لا تحتاج لخدمات طبيب الأسنان مثل باقي المعالجات والأمراض الأخرى التي تستلزم من الأسر مراجعة خدمات صحية مختلفة بالنسبة لهذه الفئة.

- بالنظر إلى متغير نوع المعالجة يظهر أثره الإيجابي القوي مع طلب الأسر على زيارات أطباء الأسنان وبدلالة إحصائية قوية (٠,٠١ فأقل) لجميع متغيرات نوع المعالجة وهذه نتيجة متوقعة في الدراسة. فنجد أن عدد زيارات الأسر لطبيب الأسنان تزداد بمقدار (١,٤٢) زيارة كلما ازدادت عدد الأسنان المراد حشوها من قبل الأسرة بمقدار سن واحد. وتزداد عدد زيارات الأسر لطبيب الأسنان بمقدار (١,٣٧) زيارة كلما ازدادت عدد الأسنان المراد خلعها من قبل الأسرة بمقدار سن واحد. وتزداد عدد زيارات الأسر لطبيب الأسنان بمقدار (١,٣٤) زيارة كلما ازدادت عدد الأسنان المراد تركيبها من قبل الأسرة بمقدار سن واحد. وكذلك الحال فإن عدد زيارات الأسر لطبيب الأسنان تزداد بمقدار (١,٣٥) زيارة كلما ازدادت عدد الأسنان المراد معالجتها من قبل الأسرة بمقدار سن واحد، وأخيراً فإن عدد زيارات الأسر لطبيب الأسنان تزداد بمقدار (٣,٩٠) زيارة كلما ازدادت عدد الأسنان المراد تقويمها من قبل الأسرة بمقدار سن واحد.

#### الدالة الرابعة: عدد الفحوصات المخبرية

يشير الجدول رقم (٤-٢٢) إلى نتائج تقدير معاملات الدالة الرابعة، فيظهر من خلال التقدير أن هناك بعض المتغيرات المستقلة كانت ذات دلالة إحصائية مرتفعة (ذات معنوية قوية في التأثير) بدرجة معنوية (٠,٠١ فأقل) مثل: عدد زيارات الطبيب، في حين كان هناك بعض المتغيرات ذات دلالة إحصائية (٠,١٠ فأقل) مثل: عمر رب الأسرة، وجود تأمين صحي لدى الأسرة، عدد الأطفال دون سن الخامسة في الأسرة.

ونجد من خلال قيمة  $R^2$  أن (٤٧%) من التباينات في عدد الفحوصات المخبرية في العينة استطاعت المتغيرات المستقلة الداخلة في الدالة تفسيرها وكما يبين الجدول تأثير كل متغير مستقل على عدد الفحوصات المخبرية من حيث الحجم والاتجاه نجد ما يلي:-

- أشار متغير عمر رب الأسرة إلى العلاقة الطردية مع طلب الأسر على الفحوصات المخبرية، وبدلالة إحصائية (٠,١٠ فأقل) وهذه نتيجة متوقعة في الدراسة وذلك لأنه كلما زاد عمر رب الأسرة تزداد نسبة تعرضه للأمراض المزمنة والتي تستلزم إجراء فحوصات مخبرية كثيرة، لهذا نجد أن الطلب على الفحوصات المخبرية يزداد بمقدار (٠,٠٢٨) فحص مخبري كلما ازداد عمر رب الأسرة بمقدار سنة واحدة.

- أظهر مستوى تعليم رب الأسرة الأثر العكسي في الطلب على الفحوصات المخبرية، وهذه نتيجة متوقعة في الدراسة، ولكن بدون دلالة إحصائية في التأثير ويمكن أن يعزى السبب في ذلك إلى أن أرباب الأسر ذوي مستويات التعليم المرتفعة عادة ما يتمتعون بتأمينات صحية تشجعهم على إجراء فحوصات مخبرية للتأكد من سلامة صحتهم على الرغم من أنهم يتبعون مبدأ الوقاية خير من العلاج وعدم الدخول في مراحل المرض والعلاج طويلة الأمد.

- أشار مستوى دخل الأسرة إلى الأثر السلبي المتوقع منه في طلب الأسر على الفحوصات المخبرية، وهذه نتيجة متوقعة في الدراسة ولكن بدون معنوية إحصائية في التأثير ويعسود السبب في ذلك إلى أن الأسر التي تتمتع بدخول مرتفعة عادة ما تلجأ إلى إجراء الفحوصات المخبرية عند زيارتها للطبيب أو الإقامة في المستشفى وذلك للتأكد من أن المرض الذي قد عانوا منه لم يكن ذا خطورة كبيرة (عدم وجود معوقات مادية).

- ارتبط متغير التأمين الصحي بعلاقة طردية مع طلب الأسر على الفحوصات المخبرية وبدلالة إحصائية (٠,١٠ فأقل)، وهذه نتيجة متوقعة في الدراسة لأن الأسر التي تتمتع بتأمين صحي تفضل إجراء فحوصات مخبرية عند زيارتها للطبيب مقارنة مع الأسر غير المؤمنة صحياً والتي تدفع كامل تكاليف الفحوصات المخبرية لذلك لا تحبذ إجراء مثل هذه الفحوصات فنجد أن طلب الأسر على الفحوصات المخبرية يزداد بمقدار (٠,٣٦٣) فحص مخبري كلما كان هنالك تأمين صحي متوفر لدى الأسرة.



- يشير متغير حجم الأسرة إلى العلاقة الطردية مع طلب الأسر على الفحوصات المخبرية وهذه نتيجة متوقعة في الدراسة ولكن بدون دلالة إحصائية ويعزى السبب في ذلك إلى أن الأسر كبيرة الحجم يتوفر لديها عدد أفراد كبير نسبياً وهؤلاء الأفراد قد عانوا من أمراض سابقة لذلك كلما زاد حجم الأسرة فإن عامل الخبرة لدى تلك الأسر يزداد لهذا لا يلجأون كثيراً لإستخدام الخدمات الصحية المتعلقة بالفحوصات المخبرية.

- أظهر متغير السعر التأثير السلبي المتوقع منه على عدد الفحوصات المخبرية وهذه نتيجة متوقعة في الدراسة ولكن بدون دلالة إحصائية في التأثير وذلك لأن عدد الفحوصات المخبرية لا تأتي إلا عن طريق زيارات الطبيب أو الإقامة في المستشفى لذلك فإن السعر يعتبر هنا حيادي التأثير.

- ارتبط متغير عدد الأطفال دون سن الخامسة في الأسرة بعلاقة موجبة مع طلب الأسر على الفحوصات المخبرية وبدلالة إحصائية (٠,١٠ فأقل) وهذه نتيجة متوقعة في الدراسة ويعود السبب في ذلك لأن الأطفال في هذه الفترة من العمر يتعرضون لأمراض مختلفة تجعل حالتهم الصحية في تقلب مستمر لذلك يزداد خوف الأبوين عليهم كثيراً فيلجأون إلى استخدام العديد من الفحوصات المخبرية للتأكد من سلامة أطفالهم، فنجد أن طلب الأسر على الفحوصات المخبرية يزداد بمقدار (٠,٦٦٨) فحص مخبري كلما ازداد عدد الأطفال دون سن الخامسة في الأسرة بمقدار طفل واحد.

- أظهر متغير عدد زيارات الطبيب العلاقة الطردية القوية مع طلب الأسر على الفحوصات المخبرية وبدلالة إحصائية قوية (٠,٠١ فأقل) وهذه نتيجة متوقعة في الدراسة لأن الفحوصات المخبرية لا تأتي إلا بعد زيارة الطبيب أولاً وبعدها إن رأى الطبيب أن الحالة الصحية لمريضه تستدعي القيام بإجراء فحوصات مخبرية فإنه يطلب منه ذلك، فنجد أن طلب الأسر على الفحوصات المخبرية يزداد بمقدار (٠,٢٠٨) فحص مخبري كلما ازداد عدد زيارات الأسر للطبيب بمقدار زيارة واحدة.

- أشار متغير عدد أيام الإقامة في المستشفى إلى العلاقة الإيجابية مع طلب الأسر على الفحوصات المخبرية وهذه نتيجة متوقعة في الدراسة وبدلالة إحصائية (٠,١٠ فأقل) لأن الفحوصات المخبرية لا تأتي أيضاً إلا بعد إقامة المريض في المستشفى مما يتطلب إجراء

العديد من الفحوصات المخبرية المختلفة، فنجد أن طلب الأسر على الفحوصات المخبرية يزداد بمقدار (٠,١٣٢) فحص مخبري كلما ازدادت عدد أيام الإقامة في المستشفى بمقدار يوم واحد.

#### - الدالة الخامسة: عدد الصور الشعاعية

يبين الجدول رقم (٤-٢٢) نتائج تقدير معالم الدالة الخامسة، فيظهر من خلال التقدير أن هناك بعض المتغيرات المستقلة كانت ذات دلالة إحصائية عالية (ذات معنوية قوية في التأثير) بدرجة معنوية (٠,٠١ فأقل) مثل: عدد زيارات الطبيب، في حين كان هناك بعض المتغيرات ذات دلالة إحصائية عند (٠,٠٥ فأقل) مثل: عمر رب الأسرة، وكان هناك متغيرات ذات دلالة إحصائية عند (٠,١٠ فأقل) مثل: عدد الأطفال دون سن الخامسة في الأسرة، وعدد أيام الإقامة في المستشفى.

فنجد من خلال قيمة  $R^2$  أن (٢٣%) من التباينات في عدد الصور الشعاعية في العينة استطاعت المتغيرات المستقلة الداخلة في الدالة تفسيرها. وكما يظهر الجدول تأثير كل متغير مستقل على عدد الصور الشعاعية من حيث الحجم والاتجاه نجد ما يلي:

- أظهر متغير عمر رب الأسرة العلاقة الإيجابية مع طلب الأسر على الصور الشعاعية، وبدلالة إحصائية (٠,٠٥ فأقل) وهذه نتيجة متوقعة في الدراسة، وذلك لأن عدد الأمراض المزمنة تزداد بزيادة عمر رب الأسرة وتصبح حالته الصحية في تدهور مستمر لذلك تتطلب إجراء صور شعاعية عديدة، لذلك نجد أن الطلب على الصور الشعاعية يزداد بمقدار (٠,٠٢٦) صورة شعاعية كلما ازداد عمر رب الأسرة بمقدار سنة واحدة.

- أشار مستوى تعليم رب الأسرة إلى العلاقة السلبية مع طلب الأسر على الصور الشعاعية، وهذه نتيجة متوقعة في الدراسة ولكن بدون دلالة إحصائية في التأثير، ويعود السبب في ذلك إلى أن الأسر التي يتمتع أرباب الأسر فيها بمستويات تعليم مرتفعة عادة ما تتوافر لديها تأمينات صحية تشجعهم على إجراء صور شعاعية يتأكدون من خلالها على سلامة صحتهم وبذلك يقللون من عملية الدخول في مراحل المرض المختلفة التي قد يتعرضوا لها.

- ارتبط مستوى دخل الأسرة بعلاقة عكسية مع طلب الأسر على الصور الشعاعية، وهذه نتيجة متوقعة في الدراسة ولكن بدون دلالة إحصائية ويعزى السبب في ذلك إلى أن الأسر التي تتمتع بمستويات دخول مرتفعة تفضل طلب إجراء صور شعاعية عند زيارتها للطبيب أو الإقامة في المستشفى لإظهار ما إذا كان هنالك خطورة في المرض الذي قد راجعوا الطبيب أو المستشفى لأجله.

- لم يرتبط متغير التأمين الصحي بالعلاقة الطردية المتوقعة منه مع طلب الأسر على الصور الشعاعية وهذه نتيجة غير متوقعة في الدراسة لأن سياسة التأمين الصحي هدفها تغطية المشمولين بالتأمين الصحي لمثل هذه الخدمات، ولكن نجد أن الأسر المؤمنة صحياً تضطر لإجراء معظم الصور الشعاعية التي يطلبها الطبيب وخاصة في القطاع الحكومي أو العسكري خارج نظام التأمين الصحي التي تتبع له (إعطاء مواعيد طويلة الأجل).

- يشير متغير حجم الأسرة إلى العلاقة الإيجابية مع طلب الأسر على الصور الشعاعية وهذه نتيجة متوقعة في الدراسة ولكن بدون معنوية إحصائية ويعود السبب في ذلك كما في الفحوصات المخبرية إلى أن الأسر ذات الحجم الكبير يتوفر لديها عامل الخبرة من جسر الأمراض التي قد تعرض لها أفراد الأسرة من قبل، لذلك تقتصر معالجة المرضى لديهم بزيارة الطبيب.

- أظهر متغير السعر الأثر السلبي على عدد الصور الشعاعية وهذه نتيجة متوقعة في الدراسة ولكن بدون دلالة إحصائية في التأثير وهذا يعني أن السعر حياضي التأثير لأن الصور الشعاعية لا تتأثر إلا عن طريق زيارة الطبيب أو الإقامة في المستشفى

- ارتبط متغير عدد الأطفال دون سن الخامسة في الأسرة بعلاقة طردية مع طلب الأسر على الصور الشعاعية وبدلالة إحصائية (٠,١٠ فائق) وهذه نتيجة متوقعة في الدراسة وكما في الفحوصات المخبرية لأن هذه الفئة من العمر معرضة لعدد من الأمراض أكثر من غيرها من الفئات الأخرى مما يستدعي من الأبوين إجراء العديد من الصور الشعاعية التي تزيد

من طمأنينة الأبوين على أطفالهم، فنجد أن طلب الأسر على الصور الشعاعية يزداد بمقدار (٠,٦٦٨) صورة شعاعية كلما ازداد عدد الأطفال دون سن الخامسة في الأسرة بمقدار طفل واحد.

- أشار متغير عدد زيارات الطبيب إلى العلاقة الإيجابية القوية مع طلب الأسر على الصور الشعاعية وبدلالة إحصائية قوية (٠,٠١ فأقل) وهذه نتيجة متوقعة في الدراسة لأن الصور الشعاعية لا تتأتى وتطلب إلا عن طريق الطبيب وبعد زيارته أولاً، فإن رأي الطبيب أن الحالة الصحية تستلزم القيام بإجراء الصور الشعاعية فإنه يطلبها من المريض، فنجد أن طلب الأسر على الصور الشعاعية يزداد بمقدار (٠,٠٤٩) صورة شعاعية كلما ازداد عدد زيارات الأسر لطبيب بمقدار زيارة واحدة.

- أظهر متغير عدد أيام الإقامة في المستشفى العلاقة الطردية مع طلب الأسر على الصور الشعاعية وبدلالة إحصائية عند (٠,١٠ فأقل) وهذه نتيجة متوقعة في الدراسة لأن إجراء الصور الشعاعية لا تأتي أيضاً إلا بعد إقامة المريض في المستشفى، فنجد أن طلب الأسر على الصور الشعاعية يزداد بمقدار (٠,١٢٨) صورة شعاعية كلما ازدادت عدد أيام الإقامة في المستشفى للمريض في الأسرة بمقدار يوم واحد.

#### الدلالة السادسة: عدد الوصفات الدوائية

يظهر من خلال الجدول (٤-٢٤) نتائج تقدير معاملات الدلالة السادسة، فيشير الجدول أن هناك بعض المتغيرات المستقلة كانت ذات دلالة إحصائية مرتفعة (ذات معنوية قوية في التأثير) بدرجة معنوية (٠,٠١ فأقل) مثل: دخل الأسرة، سعر الأدوية، عدد الأطفال دون سن الخامسة في الأسرة، عدد زيارات الأسر للطبيب. وهناك متغير مستقل واحد، كان ذات معنوية إحصائية (٠,١٠ فأقل) هو: عمر رب الأسرة، أما المتغيرات التي كانت ذات دلالة إحصائية (٠,٠٥ فأقل) فهي وجود تأمين صحي لدى الأسرة، وحجم الأسرة.

وعند مشاهدة قيمة  $R^2$  نجد أن (٧٩%) من التباينات في عدد الوصفات الدوائية في العينة استطاعت المتغيرات المستقلة الداخلة في الدلالة تفسيرها. وكما يبين الجدول إلى تأثير كل متغير مستقل على عدد الوصفات الدوائية من حيث الحجم والاتجاه نجد ما يلي:

- أشار متغير عمر رب الأسرة إلى العلاقة الطردية مع طلب الأسر على الوصفات الدوائية وبدلالة إحصائية عند مستوى (٠,١٠ فأقل) وهذه نتيجة متوقعة في الدراسة فنجد أن كبار السن عادة ما يعانون من تدهور مستمر في صحتهم بسبب تعرضهم للأمراض المزمنة التي تستلزم استهلاك كميات كبيرة من الأدوية، فترى أن طلب تلك الأسر يزداد بمقدار (٠,٤٠) وصفة دوائية كلما ازداد عمر رب الأسرة بمقدار سنة وحدة.

- أظهر مستوى تعليم رب الأسرة الأثر السلبي المتوقع منه في طلب الأسر على الوصفات الدوائية وهذه نتيجة متوقعة في الدراسة ولكن بدون دلالة إحصائية في التأثير ويعزى السبب في ذلك إلى أن أرباب الأسر ذوي مستويات التعليم المرتفعة عادة ما يتمتعون بتأمينات صحية جيدة تجعلهم يرغبون في أن يصرفوا العديد من الوصفات الدوائية دون وجود معوقات مادية تمنعهم من ذلك.

- ارتبط مستوى دخل الأسرة بعلاقة سلبية قوية مع طلب الأسر على الوصفات الدوائية وبدلالة إحصائية قوية عند مستوى (٠,٠١ فأقل)، وهذه نتيجة متوقعة في الدراسة لأن ذوي الدخل المرتفعة عادة ما يتمتعون بظروف معيشية وصحية جيدة (تغذية جيدة) لذلك فعندما يتعرضون لمرض معين فإنهم يشفون منه بشكل أسرع من الأسر ذات الدخل المنخفض والتي عادة ما تمر بمراحل المرض المختلفة (سوء تغذية وغيرها) والتي تستدعي صرف وصفات دوائية بشكل أكبر فنجد أن طلب الأسر على الوصفات الدوائية يقل بمقدار (٠,٠٠٥) وصفة دوائية كلما ازداد دخل الأسرة بمقدار دينار واحد.

- أظهر متغير التأمين الصحي العلاقة الطردية مع طلب الأسر على الوصفات الدوائية و بدلالة إحصائية عند (٠,٠٥ فأقل) وهذه نتيجة متوقعة في الدراسة لأن الأسر التي تتمتع

بتأمينات صحية تنتفع عادة من معظم الخدمات الصحية بشكل أكبر من الأسر غير المؤمنة صحياً ( معوقات مادية)، فنجد أن طلب الأسر على الوصفات الدوائية يزداد بمقدار (١,٣٨٧) وصفة دوائية كلما توفر لدى الأسرة تأمين صحي.

- يشير متغير حجم الأسرة إلى العلاقة الطردية مع طلب الأسر على الوصفات الدوائية وهذه نتيجة متوقعة في الدراسة وبدلالة إحصائية عند مستوى (٠,٠٥ فأقل) ويعزى السبب في ذلك إلى انه بزيادة حجم الأسرة تزداد حجم الإعالة وما يصاحبها من انخفاض لمستوى معيشة تلك الأسر، وبالتالي فإن عدد الأمراض سيزيد لدى الأسر وهذا سيدفعها إلى استهلاك الأدوية بشكل كبير، فنجد أن عدد الوصفات الدوائية سيزداد بمقدار (٠,٤١١) وصفة دوائية كلما ازداد حجم الأسرة بمقدار فرد واحد.

- ارتبط متغير السعر بعلاقة سلبية قوية مع الكمية المطلوبة من الوصفات الدوائية وبدلالة إحصائية قوية (٠,٠١ فأقل) وهذه نتيجة متوقعة في الدراسة، فنجد أن عدد الوصفات الدوائية يقل بمقدار (٠,١٦) وصفة دوائية كلما ازداد سعر الأدوية بمقدار ١% أي أن المرونة قليلة جداً.

- يبين متغير عدد الأطفال دون سن الخامسة في الأسرة العلاقة الموجبة القوية مع طلب الأسر على الوصفات الدوائية وبدلالة إحصائية عند (٠,٠١ فأقل) وهذه نتيجة متوقعة في الدراسة لأن وجود هذه الفئة من العمر في الأسرة يتطلب منها اهتمام ورعاية زائدين بسبب تعوض هذه الفئة من الأطفال إلى الكثير من الأمراض وتبقى حالتهم الصحية في تقلب مستمر لهذا تزداد استهلاك الأدوية بوجود الأطفال، فنجد أن طلب الأسر على الوصفات الدوائية يزداد بمقدار (٢,٢٧١) وصفة دوائية كلما ازداد عدد الأطفال دون سن الخامسة في الأسرة بمقدار طفل واحد.

- أشار متغير عدد زيارات الأسر للطبيب إلى العلاقة الإيجابية القوية مع طلب الأسر على الوصفات الدوائية وبدلالة إحصائية قوية (٠,٠١ فأقل) وهذه نتيجة متوقعة في الدراسة لأن

الوصفات الدوائية لا تصرف إلا باستشارة الطبيب وبعد زيارته فيعمل الطبيب على تشخيص الحالة المرضية للفرد في الأسرة ومن ثم يكتب له الوصفة الدوائية المناسبة، فنجد أن طلب الأسر على الوصفات الدوائية يزداد بمقدار (٠,٨٥) وصفة دوائية كلما ازداد عدد زيارات الأسر للطبيب بمقدار زيارة واحدة.

- أظهر متغير عدد أيام الإقامة في المستشفى التأثير الإيجابي المتوقع منه في طلب الأسر على الوصفات الدوائية ولكنه لم يكن ذات دلالة إحصائية في التأثير ويعزى السبب في ذلك إلى أن الوصفات الدوائية تصرف من قبل الطبيب لمريضه في مراحل المرض الأولى، ولكن عندما يدخل المريض للمستشفى ويقوم فيه فإنه يدخل في مراحل العلاج المختلفة والتي تتطلب استهلاك خدمات صحية ونوعية أدوية مختلفة عن الأدوية التي تصرف من الصيدليات الخارجية.

#### الدالة السابعة: حجم الإنفاق الصحي.

يشير الجدول رقم (٤-٢٢) إلى نتائج تقدير معاملات الدالة السابعة، فيظهر من خلال التقدير أن متغيرات الانتفاع من الخدمات الصحية المختلفة كان لها التأثير المعنوي القوي على حجم الإنفاق الصحي عند مستوى دلالة إحصائية مرتفعة (٠,٠١ فأقل) مثل: عدد زيارات الأطباء، عدد أيام الإقامة، عدد زيارات أطباء الأسنان، عدد الفحوصات المخبرية والصور الشعاعية، عدد الوصفات الدوائية. وهناك بعض المتغيرات ذات دلالة إحصائية (٠,٠٥ فأقل) مثل: مستوى تعليم رب الأسرة.

وعند النظر إلى قيمة  $R^2$  نجد أن (٧٤%) من التباينات في حجم الإنفاق الصحي فسي العينة استطاعت المتغيرات المستقلة الداخلة في الدالة تفسيرها. وكما بين الجدول تأثير كل متغير مستقل على حجم الإنفاق الصحي من حيث الحجم والاتجاه نجد ما يلي:

أشار متغير مستوى التعليم لرب الأسرة إلى العلاقة العكسية مع حجم الإنفاق الصحي وبدلالة إحصائية عند (٠,٠٥ فأقل) وهذه نتيجة متوقعة في الدراسة إذا ما افترضنا أن أرباب الأسر

ذوي مستويات التعليم المرتفعة تتوافر لديهم ظروف صحية جيدة مقارنة بغيرهم من الأسر وعادة ما يتبعون (مبدأ الوقاية خير من العلاج) فتكون تغذيتهم جيدة ومعدلات الخصوبة قليلة وهذه كلها عوامل تساعد على التقليل من حجم الإنفاق الصحي، فنجد أن حجم الإنفاق الصحي يقل بمقدار (٠,٨٧) دينار كلما ازداد مستوى تعليم رب الأسرة بمقدار سنة واحدة.

- أظهر متغير التأمين الصحي الأثر الإيجابي غير المتوقع منه مع حجم الإنفاق الصحي، وهذه نتيجة غير متوقعة في الدراسة ولكن بدون دلالة إحصائية في التأثير ويعزى السبب في ذلك إلى أن الأسر المؤمنة صحياً عادة ما تنتفع من خدمات صحية مدفوعة الأجر تابعة للقطاع الخاص وذلك إما لعدم تمكنها من الانتفاع من الخدمات الصحية المقدمة من النظام الصحي التابعة له، أو لعدم قناعتها بنوعية الخدمة الصحية المقدمة أو لأسباب أخرى مرتبطة بتلك الأسر.

- بين متغير حجم الأسرة الأثر الإيجابي على حجم الإنفاق الصحي وهذه نتيجة متوقعة في الدراسة ولكن بدون دلالة إحصائية ويعزى السبب في ذلك إلى أن الأسر كبيرة الحجم لديها معرفة أكبر بما يلزم بالإنفاق الصحي (عامل الخبرة) أو نتيجة خوف أرباب تلك الأسر من فرط الإنفاق.

- أشار متغير نسبة تغطية النفقات الصحية الأثر الإيجابي غير المتوقع منه على حجم الإنفاق الصحي ويعود السبب في ذلك إلى أن نسب التغطية مرتبطة بأنظمة التأمين الصحي وبالتالي بالأسر المؤمنة صحياً والتي كما ذكرنا سابقاً أن هذه الأسر تنتفع من خدمات صحية مدفوعة الأجر تابعة للقطاع الخاص مما سيزيد من حجم الإنفاق الصحي لديها.

- أظهر متغير عدد زيارات الطبيب العلاقة الطردية القوية مع حجم الإنفاق الصحي وبدلالة إحصائية قوية (٠,٠١ فأقل) وهذه نتيجة متوقعة في الدراسة لأن زيادة عدد زيارات الأسر للطبيب ستزيد من حجم الإنفاق الصحي الأسري، فنجد أن حجم الإنفاق الصحي يزداد بمقدار (١,٦٢) دينار كلما ازدادت عدد زيارات الأسرة للطبيب بمقدار زيارة واحدة.



- أشار متغير عدد أيام الإقامة إلى العلاقة الموجبة مع حجم الإنفاق الصحي وبدلالة إحصائية قوية (٠,٠١ فأقل) وهذه نتيجة متوقعة في الدراسة فنجد أن حجم الإنفاق الصحي يزداد بمقدار (١,٨٦٦) دينار كلما ازداد عدد أيام الإقامة في المستشفى للأسر بمقدار يوم واحد.

- بين متغير عدد زيارات طبيب الأسنان العلاقة الطردية مع حجم الإنفاق الصحي وبدلالة إحصائية قوية (٠,٠١ فأقل) وهذه نتيجة متوقعة في الدراسة، فنجد أن حجم الإنفاق الصحي يزداد بمقدار (٠,٩٤) دينار كلما ازدادت عدد زيارات الأسر لطبيب الأسنان بمقدار زيارة واحدة

- أظهر متغير عدد الفحوصات المخبرية العلاقة الطردية مع حجم الإنفاق الصحي وبدلالة إحصائية قوية (٠,٠١ فأقل) وهذه نتيجة متوقعة في الدراسة، فنجد أن حجم الإنفاق الصحي يزداد بمقدار (٢,٢٨) دينار كلما ازدادت عدد الفحوصات المخبرية المجرأة للأسرة بمقدار فحص مخبري واحد.

- أشار متغير عدد الصور الشعاعية إلى العلاقة الإيجابية القوية مع حجم الإنفاق الصحي الأسري وبدلالة إحصائية (٠,٠١ فأقل) وهذه نتيجة متوقعة في الدراسة، فنجد أن حجم الإنفاق الصحي يزداد بمقدار (١,٢٣) دينار كلما ازدادت عدد الصور الشعاعية المجرأة من قبل الأسر بمقدار صورة شعاعية واحدة .

- أظهرت عدد الوصفات الدوائية العلاقة الطردية مع حجم الإنفاق الصحي الأسري وبدلالة إحصائية (٠,٠١ فأقل) وهذه نتيجة متوقعة في الدراسة، فنجد أن حجم الإنفاق الصحي يزداد بمقدار (٠,٦١) دينار كلما ازدادت عدد الوصفات الدوائية المصروفة من قبل الأسرة بمقدار وصفة دوائية واحدة.

## ثانياً: نتائج تحليل التباين واختبار نيومان كولز البعدي واختبار (ت)

### الدالة الأولى: عدد زيارات الطبيب

يشير الجدول رقم (٤-٢٣) إلى نتائج تحليل التباين للدالة الأولى فيظهر من خلال الجدول

أن اختبار (ف) أظهر النتائج التالية:

أ. وجود فروقات ذات دلالات إحصائية لعدد زيارات الطبيب تعزى للمتغيرات المستقلة التالية:  
الوضع الصحي ١، الوضع الصحي ٢. فتشير قيمة (ف) المحسوبة بالنسبة لمتغير الوضع الصحي ١ والبالغة (٦٤,٨٧) عند درجات حرية (٢) و (٣٢٥) ومستوى معنوية (٠,٠٥ فأقل) إلى وجود اختلافات في الأهمية النسبية للوضع الصحي ١ بالنسبة لعدد زيارات الطبيب وبالتالي نرفض الفرضية العامة ( $H_0$ ) بالنسبة لهذا المتغير، وهذه نتيجة متوقعة في الدراسة لأن الوضع الصحي يعتبر المحدد الرئيس الذي بسبب اختلاله تتم زيارات الطبيب. وتشير قيمة (ف) المحسوبة بالنسبة لمتغير الوضع الصحي ٢ والبالغة (٦,٣٠) عند مستوى معنوية (٠,٠٥ فأقل) ودرجات حرية (١) و (٣٢٥) إلى وجود اختلافات في الأهمية النسبية للوضع الصحي ٢ بالنسبة لعدد زيارات الطبيب، وهذه نتيجة متوقعة في الدراسة لأن وجود أمراض مزمنة لدى أحد أفراد الأسرة سيعمل على زيادة عدد زيارات الطبيب وبالتالي فإننا نرفض الفرضية العامة ( $H_0$ ) بالنسبة لهذا المتغير.

ب. عدم وجود فروقات ذات دلالات إحصائية لعدد زيارات الطبيب تعود للمتغيرات المستقلة التالية: نوع المرض، الوعي الصحي ١، ٢، ٣، وبالتالي فإننا نقبل الفرضية العامة ( $H_0$ ) وذلك بالنظر إلى قيم (ف) المحسوبة لهذه المتغيرات ومقارنتها بقيم (ف) الجدولية.

جدول رقم (٤-٢٣)  
نتائج تقدير تحليل التباين للدالة الأولى  
عدد زيارات الطبيب

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى المعنوية
نوع المرض	٢٦,٩١	١	٢٦,٩١	١,٤٧	٠,٢٢
الوضع الصحي ١	٢٣٦٤,٣٧	٢	١١٨٢,١٩	٦٤,٨٧	٠,٠٠
الوضع الصحي ٢	١١٤,٨٦	١	١١٤,٨٦	٦,٣٠	٠,٠١
الوعي الصحي ١	١٨,١٢	١	١٨,١٢	٠,٩٩٤	٠,٣١
الوعي الصحي ٢	١,٧١	١	١,٧١	٠,٠٩٤	٠,٧٥
الوعي الصحي ٣	٢٧,٤٣	١	٢٧,٤٣	١,٥٠	٠,٢٢
المفسر للمتغيرات مجتمعة	٤٤٨١,٦٦	٢٧	١٦٥,٩٨	٩,١٠	٠,٠٠
المجموع	٩٩١١,٨٩	٣٢٥	٣٠,٤٩		$R^2=٠,٣٧$

- أظهر اختبار نيومان كولز البعدي كما يبين الجدول (٤-٣٠) إلى وجود فروقات ذات دلالات إحصائية عند مستوى الدلالة (٠,٠٥ فأقل) فيما يتعلق بالوضع الصحي ١ بالنسبة لعدد زيارات الطبيب بين المتوسط الحسابي لفئة (سيء- جيد بعض الشيء) والمتوسطات الحسابية للفئات (جيد) و (جيد جداً- ممتاز)، وقد كانت هذه الفروق لصالح الفئة (سيء- جيد بعض الشيء) فبلغ المتوسط الحسابي لعدد الزيارات لهذه الفئة (١٧,٤) زيارة وهو أكبر من المتوسطات الحسابية للفئات الأخرى، وهذا يعني بأن أسر هذه الفئة كانوا يعانون من أوضاع صحية أسوأ من غيرهم من أسر العينة في الفئات الأخرى، مما دفعهم إلى طلب خدمات زيارة الأطباء بشكل أكبر.

- أظهر اختبار (ت) كما يبين الجدول (٤-٣١) وجود فروقات ذات دلالات إحصائية عند مستوى الدلالة (٠,٠٥ فأقل) في متوسطات عدد زيارات الطبيب تعزى لمتغير الوضع الصحي ٢، من حيث وجود مرض مزمن في الأسرة أم لا، فبلغت قيمة (ت) المحسوبة (٢١,٣) وهي ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (٠,٠٥ فأقل). وهذه الفروق لصالح (وجود

أمراض مزمنة) بمتوسط حسابي بلغ (١٦,٢) زيارة و (١١,٥٤) زيارة للأسر التي يوجد فيها أمراض مزمنة والتي لا يوجد فيها وعلى التوالي. وهذا يعني أن وجود أمراض مزمنة في الأسرة سيزيد من عدد زياراتها للطبيب نظراً لطبيعة هذه الأمراض وما تتطلبه من إستخدام كبير لمعظم الخدمات الصحية، وهذا يتماشى مع توقعات الدراسة.

### الدالة الثانية: عدد أيام الإقامة

يظهر من خلال الجدول رقم (٤-٢٤) نتائج تحليل التباين للدالة الثانية حيث يشير الجدول إلى أن اختبار (ف) أظهر النتائج التالية:

أ. وجود فروقات ذات دلالات إحصائية لعدد أيام الإقامة في المستشفيات تعزى للمتغيرات المستقلة التالية: نوع المرض، خطورة المرض، فتشير قيمة (ف) المحسوبة بالنسبة لنوع المرض والبالغة (٤,٣٨) عند مستوى معنوية (٠,٠٥ فأقل) ودرجات حرية (١) و(٤٠) إلى وجود اختلافات في الأهمية النسبية لنوع المرض بالنسبة لعدد أيام الإقامة في المستشفى، وهذه نتيجة متوقعة في الدراسة وبالتالي فإننا نرفض الفرضية العامة ( $H_0$ ) بالنسبة لهذا المتغير. وتشير قيمة (ف) المحسوبة بالنسبة لمتغير خطورة المرض والبالغة (٧,٣٥) عند مستوى معنوية (٠,٠٥ فأقل) ودرجات حرية (٢) و (٤٠) إلى وجود اختلافات في الأهمية النسبية لخطورة المرض بالنسبة لعدد أيام الإقامة في المستشفى، وهذه نتيجة متوقعة في الدراسة لأن اشتداد الحالة المرضية سيزيد من عدد أيام الإقامة في المستشفى، وبالتالي فإننا نرفض الفرضية العامة ( $H_0$ ) بالنسبة لهذا المتغير.

ب. عدم وجود فروقات ذات دلالات إحصائية لعدد أيام الإقامة في المستشفى تعزى للمتغيرات المستقلة التالية: درجة التأمين الصحي، الوضع الصحي، ٢، ١، نوع المستشفى وبالتالي فإننا نقبل الفرضية العامة ( $H_0$ ) بالنسبة لتلك المتغيرات عند النظر إلى قيم (ف) المحسوبة لهذه المتغيرات ومقارنتها بقيم (ف) الجدولية.

جدول رقم (٤-٢٤)  
نتائج تقدير تحليل التباين للدالة الثانية  
عدد أيام الإقامة

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة F	مستوى المعنوية
درجة التأمين الصحي	٠,٢٢٣	٢	٠,١١١	٠,٣٩٠	٠,٦٨
الوضع الصحي ١	٠,٦٧٢	٢	٠,٣٣٦	١,١٧	٠,٣٢
الوضع الصحي ٢	٠,٢٥٨	١	٠,٢٥٨	٠,٩٠٤	٠,٣٤
نوع المستشفى	١,١١	٢	٠,٥٥٥	١,٩٤	٠,١٦
نوع المرض	٢٢٢,٧٥	١	٢٢٢,٧٥	٤,٣٨	٠,٠٢٨
خطورة المرض	٩٧٥,٢٠	٢	٤٨٧,٦	٧,٣٥	٠,٠٠٧
المفسر للمتغيرات مجتمعة	١٣١٣,٤٠	٩	١٤٥,٩٣	٤,٩٢	٠,٠٠١
المجموع	٢٥١٣,٦١	٤٠	٦٢,٨٤		$R^2=٠,٢٧٨$

- أظهر اختبار نيومان كولز البعدي كما يبين الجدول (٤-٣٠) إلى وجود فروقات ذات دلالات إحصائية عند مستوى الدلالة (٠,٠٥ فأقل) فيما يتعلق بخطورة المرض بالنسبة لعدد أيام الإقامة، بين المتوسط الحسابي لفئة (أمراض خطيرة جداً) والمتوسطات الحسابية للفئات (أمراض خطيرة) و(أمراض غير خطيرة)، وقد كانت هذه الفروق لصالح الفئة (أمراض خطيرة جداً) فبلغ المتوسط الحسابي لعدد أيام الإقامة لهذه الفئة (٧) أيام وهو أكبر من المتوسطات الحسابية للفئات الأخرى، وهذا يعني أن أسر هذه الفئة كانوا يعانون من أمراض خطيرة جداً جعلتهم يقيمون في المستشفى عدد أيام أكثر من غيرهم من أسر العينة في الفئات الأخرى.

- أظهر اختبار (ب) كما يبين الجدول (٤-٣٢) وجود فروقات ذات دلالات إحصائية عند مستوى الدلالة (٠,٠٥ فأقل) في متوسطات عدد أيام الإقامة تعزى لمتغير نوع المرض من حيث أكان المرض عادياً أم مزمنياً، فبلغت قيمة (ت) المحسوبة (٩,٦٥) وهي ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (٠,٠٥ فأقل) وهذه الفروق لصالح (الأمراض المزمنة) بمتوسط حسابي بلغ (٢,٥) يوم و(٠,٩٥) يوم للأسر التي تعاني من أمراض مزمنة وأمراض عادية على التوالي.

وهذا يعني أن متوسط عدد أيام الإقامة في المستشفى سيزيد إذا كانت الإقامة فيه بسبب الأمراض المزمنة، وهذا يتماشى مع توقعات الدراسة.

### الدالة الثالثة: عدد زيارات طبيب الأسنان

يبين الجدول رقم (٤-٢٥) نتائج تحليل التباين للدالة الثالثة فيظهر الجدول إلى أن اختبار (ف) أظهر النتائج التالية:

أ. وجود فروقات ذات دلالات إحصائية لعدد زيارات طبيب الأسنان تعزى للمتغيرات المستقلة التالية: الوعي الصحي ١، الوعي الصحي ٢، وفرة الخدمات الصحية ١، فتشير قيمة (ف) المحسوبة بالنسبة لمتغير الوعي الصحي ١ والبالغة (١٦,٣٢) عند مستوى معنوية (٠,٠٥ فأقل) ودرجات حرية (١) و(٢٥٦) إلى وجود اختلافات في الأهمية النسبية للوعي الصحي ١ بالنسبة لعدد زيارات طبيب الأسنان، وهذه نتيجة متوقعة في الدراسة لأن توافر الوعي الصحي للأسر من خلال المعالجة بالذهاب للطبيب أولاً سيزيد من عدد زيارات الطبيب وبالتالي فإننا نرفض الفرضية العامة ( $H_0$ ) بالنسبة لهذا المتغير.

وتشير قيمة (ف) المحسوبة بالنسبة لمتغير الوعي الصحي ٢ والبالغة (٧,٣) عند مستوى معنوية (٠,٠٥ فأقل) ودرجات حرية (١) و(٢٥٦) إلى وجود اختلافات في الأهمية النسبية للوعي الصحي ٢ بالنسبة لعدد زيارات طبيب الأسنان، وهذه نتيجة متوقعة في الدراسة لأن الأسر التي لديها معرفة صحية واطلاع في حجم المشكلة الصحية تحاول تجنب المشاكل الصحية في المستقبل فتقوم بعدد زيارات أكبر للطبيب وبالتالي فإننا نرفض الفرضية العامة ( $H_0$ ) بالنسبة لهذا المتغير.

وتشير قيمة (ف) المحسوبة بالنسبة لمتغير وفرة الخدمات الصحية ١ والبالغة (٢,٣٨) عند مستوى معنوية (٠,٠٥ فأقل) ودرجات حرية (٤) و(٢٥٦) إلى وجود اختلافات في الأهمية النسبية لوفرة الخدمات الصحية بالنسبة لعدد زيارات طبيب الأسنان، وهذه نتيجة متوقعة في

الدراسة لأن وفرة الخدمات الصحية ووجودها بالشكل الكافي سيسهل من عملية الوصول للخدمات الصحية واستخدامها وبالتالي فإننا نرفض الفرضية العامة ( $H_0$ ) بالنسبة لهذا المتغير.

ب. عدم وجود فروقات ذات دلالات إحصائية لعدد زيارات طبيب الأسنان تعود للمتغيرات المستقلة التالية الوعي الصحي<sup>٣</sup>، وفرة الخدمات الصحية<sup>٢</sup>، وبالتالي فإننا نقبل بالفرضية العامة ( $H_0$ ) عند النظر إلى قيم (ف) المحسوبة لهذه المتغيرات.

جدول رقم (٤-٢٥)

نتائج تقدير تحليل التباين للدالة الثالثة

عدد زيارات طبيب الأسنان

مستوى المعنوية	قيمة ف	متوسط المربعات	درجات الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين
٠,٠٠	١٦,٣٢	٣٩,٥٨	١	٣٩,٥٨	الوعي الصحي ١
٠,٠٠٧	٧,٣	٣٧,٠٨٢	١	٣٧,٠٨٢	الوعي الصحي ٢
٠,٥٣	٠,٣٩٤	٠,٩٥٤	١	٠,٩٥٤	الوعي الصحي ٣
٠,٠٥	٢,٣٨	٢٥,١١	٤	١٠٠,٤٤	وفرة الخدمات الصحية ١
٠,٤٠	٠,٩٨٥	٢,٣٨	٣	٧,١٦	وفرة الخدمات الصحية ٢
٠,٠٠	٣,٢٨	١٧,٩٦	١٠	١٧٩,٦٨	المفسر للمتغيرات مجتمعة
	$R^2 = ٠,١١٨$	١,٤٢	٢٥٦	٣٦٤,٨٩	المجموع

- أظهر اختبار نيومان كولز البعدي كما يبين الجدول (٤-٣٠) إلى وجود فروقات ذات دلالات إحصائية عند مستوى الدلالة (٠,٠٥ فأقل) فيما يتعلق بوفرة الخدمات الصحية ١ بالنسبة لعدد زيارات طبيب الأسنان بين المتوسط الحسابي لفئة (ممتازة) والمتوسطات الحسابية للفئات (جيد جداً)، (جيد)، (جيد بعض الشيء)، (سيئة)، وقد كانت هذه الفروق لصالح الفئة (ممتازة)، فبلغ المتوسط الحسابي لعدد زيارات طبيب الأسنان لهذه الفئة (٤,٨٠) زيارة وهو أكبر من المتوسطات الحسابية للفئات الأخرى وهذا يعني بأن أسر هذه الفئة كانت تتوافر عندهم خدمات صحية بشكل أفضل من غيرهم من أسر العينة في الفئات الأخرى.

- أظهر اختبار (ت) كما يبين الجدول (٤-٣٣) وجود فروقات ذات دلالات إحصائية عند مستوى الدلالة (٠,٠٥ فأقل) في متوسطات عدد الزيارات لطبيب الأسنان تعزى للوعي الصحي ١ من حيث معالجة عوارض المرض بالمنزل أو الذهاب للطبيب فبلغت قيمة (ت) المحسوبة (١٢,٣١) وهي ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (٠,٠٥ فأقل) وهذه الفروقات لصالح (الذهاب للطبيب) بمتوسط حسابي بلغ (٢,٨٥) زيارة و(١,٢٦) زيارة للأسر التي تذهب للطبيب أولاً عند ظهور أعراض المرض والأسر التي تحاول معالجة العوارض في المنزل على التوالي. وهذا يعني أن ذهاب الأسرة للطبيب أولاً عند ظهور عوارض المرض سيزيد من عدد زياراتهم للطبيب عن الأسر الأخرى.

- أظهر اختبار (ت) كما يبين الجدول (٤-٣٣) وجود فروق ذات دلالات إحصائية عند مستوى الدلالة (٠,٠٥ فأقل) في متوسطات عدد الزيارات لطبيب الأسنان تعزى لمتغير الوعي الصحي ٢ من حيث وجود معرفة أو اطلاع بالأمور الصحية أو عدم وجود معرفة فبلغت قيمة (ت) المحسوبة (٦,٢٢) وهي ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (٠,٠٥ فأقل) وهذه الفروق لصالح (وجود اطلاع ومعرفة) بمتوسط حسابي بلغ (٢,٤٥) زيارة و(١,١٦) زيارة للأسر التي يوجد لديها اطلاع ومعرفة بالأمور الصحية والأسر التي لا يوجد لديها اطلاع ومعرفة على التوالي. وهذا يعني أن وجود اطلاع ومعرفة بالأمور الصحية لدى الأسر سيزيد من عدد زياراتها لطبيب الأسنان لأنها أدري من غيرها بذلك.

#### الدالة الرابعة: عدد الفحوصات المخبرية

يبين الجدول رقم (٤-٢٦) نتائج تحليل التباين للدالة الرابعة فيظهر من خلال الجدول أن اختبار (ف) أظهر النتائج التالية:

أ. وجود فروق ذات دلالات إحصائية لعدد الفحوصات المخبرية تعود للمتغيرات المستقلة التالية الوضع الصحي ١، الوضع الصحي ٢، نوع المرض عند مستوى دلالة (٠,٠٥ فأقل). فتشير



قيمة (ف) المحسوبة بالنسبة لمتغير الوضع الصحي ١ والبالغة (٣٩,٨٣) عند مستوى معنوية (٠,٠٥ فأقل) ودرجات حرية (٢) و(٢٩٨) إلى وجود اختلافات في الأهمية النسبية للوضع الصحي ١ بالنسبة لعدد الفحوصات المخبرية وهذه نتيجة متوقعة لأن اختلال الوضع الصحي للأسر سيزيد من عدد الفحوصات المخبرية المجراة، وبالتالي فإننا نرفض الفرضية العامة  $(H_0)$  بالنسبة لهذا المتغير.

وتشير قيمة (ف) المحسوبة بالنسبة لمتغير الوضع الصحي ٢ والبالغة (٥,٠٠٧) عند مستوى معنوية (٠,٠٥ فأقل) ودرجات حرية (١) و(٢٩٨) إلى وجود اختلافات في الأهمية النسبية للوضع الصحي ٢ بالنسبة لعدد الفحوصات المخبرية وهذه نتيجة متوقعة لأن وجود أمراض مزمنة في الأسرة سيعمل على زيادة عدد الفحوصات المخبرية وبالتالي فإننا نرفض الفرضية العامة  $(H_0)$  بالنسبة لهذا المتغير.

وتشير قيمة (ف) المحسوبة بالنسبة لمتغير نوع المرض والبالغة (٩٧,١٣) عند مستوى معنوية (٠,٠٥ فأقل) ودرجات حرية (١) و(٢٩٨) إلى وجود اختلافات في الأهمية النسبية لنوع المرض (من حيث كونه عادياً أم مزمناً) بالنسبة لعدد الفحوصات المخبرية وهذه نتيجة متوقعة في الدراسة وبالتالي فإننا نرفض الفرضية العامة  $(H_0)$  لهذا المتغير.

ب. عدم وجود فروقات ذات دلالات إحصائية لعدد الفحوصات المخبرية تعود للمتغيرات المستقلة التالية وفرة الخدمات الصحية ٢,١ وبالتالي فإننا نقبل بالفرضية العامة  $(H_0)$  عند النظر إلى قيم (ف) المحسوبة لهذه المتغيرات ومقارنتها بقيم (ف) الجدولية.

جدول رقم (٤-٢٦)  
نتائج تقدير تحليل التباين للدالة الرابعة  
عدد الفحوصات المخبرية

مستوى المعنوية	قيمة ف	متوسط المربعات	درجات الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين
٠,٠٠	٣٩,٨٣	١١٦,٥٠	٢	٢٣٣,٠١	الوضع الصحي ١
٠,٠٢	٥,٠٠٧	١٤,٦٤	١	١٤,٦٤	الوضع الصحي ٢
٠,٠٠	٩٧,١٣	٢٨٤,١١	١	٢٨٤,١١	نوع المرض
٠,٤٤	٠,٩٣٠	٢,٧٢	٤	١٠,٨٨	وفرة الخدمات الصحية ١
٠,١٥	١,٧٦	٥,١٥	٣	١٥,٤٦	وفرة الخدمات الصحية ٢
٠,٠٠	١٨,١٣	٥٣,٠٣	١١	٥٨٣,٤٢	المفسر للمتغيرات مجتمعة
	$R^2 = ٠,٤١$	٤,٧٧	٢٩٨	١٤٢٢,٩٠	المجموع

- أظهر اختبار نيومان كولز البعدي كما يبين الجدول (٤-٣٠) إلى وجود فروقات ذات دلالات إحصائية عند مستوى الدلالة (٠,٠٥ فأقل) فيما يتعلق بالوضع الصحي ١ بالنسبة لعدد الفحوصات المخبرية بين المتوسط الحسابي لفئة (سي-جيد بعض الشيء) والمتوسطات الحسابية للفئات (جيد) و (جيد جداً- ممتاز)، وقد كانت هذه الفروق لصالح الفئة (سي-جيد بعض الشيء)، فبلغ المتوسط الحسابي لعدد الفحوصات المخبرية لهذه الفئة (٨) فحوصات مخبرية وهو أكبر من المتوسطات الحسابية للفئات الأخرى وهذا يعني أن أسر هذه الفئة من العينة كانوا يواجهون ظروف صحية أسوأ من غيرهم من أسر العينة في الفئات الأخرى.

- كشف اختبار (ت) كما يبين الجدول (٤-٣١) وجود فروقات ذات دلالات إحصائية عند مستوى الدلالة (٠,٠٥ فأقل) في متوسطات عدد الفحوصات المخبرية تعزى لمتغير الوضع الصحي ٢ من حيث وجود مرض مزمن في الأسرة أم لا، فبلغت قيمة (ت) المحسوبة (١٢,٦١) وهي ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (٠,٠٥ فأقل) وهذه الفروق لصالح (وجود أمراض مزمنة) في الأسرة بمتوسط حسابي بلغ (٧,٢٣) فحص مخبري و(١,٦٤) فحص مخبري للأسر

التي يوجد فيها أمراض مزمنة والتي لا يوجد فيها وعلى التوالي. وهذا يعني أن وجود أمراض مزمنة في الأسرة سيزيد من عدد الفحوصات المخبرية وهذا يتماشى مع توقعات الدراسة.

أظهر اختبار (ت) وكما يبين الجدول (٤-٣٢) وجود فروقات ذات دلالات إحصائية عند مستوى الدلالة (٠,٠٥ فأقل) في متوسطات عدد الفحوصات المخبرية تعزى لمتغير نوع المرض من حيث كونه عادياً أم مزمناً، فبلغت قيمة (ت) المحسوبة (٤,٦٣) وهي ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (٠,٠٥ فأقل) وهذه الفروقات لصالح (الأمراض المزمنة) في الأسرة بمتوسط حسابي بلغ (٦,١٣) فحصاً مخبرياً و (٢,٧٥) فحصاً مخبرياً للأسر التي تعاني من أمراض مزمنة وأمراض عادية على التوالي. وهذا يعني ان الأمراض المزمنة في الأسرة تتطلب منها إجراء فحوصات مخبرية أكثر من غيرها من الأسر التي تعاني من أمراض عادية، وهذا يتماشى مع توقعات الدراسة.

#### الدالة الخامسة: عدد الصور الشعاعية

يشير الجدول رقم (٤-٢٧) إلى نتائج تحليل التباين للدالة الخامسة فيظهر من خلال الجدول أن اختبار (ف) أظهر النتائج التالية:

أ. وجود فروقات ذات دلالات إحصائية لعدد الصور الشعاعية تعزى للمتغيرات المستقلة التالية الوضع الصحي ١، الوضع الصحي ٢، نوع المرض، عند مستوى معنوية (٠,٠٥ فأقل)، فتشير قيمة (ف) المحسوبة بالنسبة لمتغير الوضع الصحي ١ والبالغة (٩,٢٥) عند مستوى معنوية (٠,٠٥ فأقل) ودرجات حرية (٢) و(٣٧١) إلى وجود اختلافات في الأهمية النسبية للوضع الصحي ١ بالنسبة لعدد الصور الشعاعية، وهذه نتيجة متوقعة في الدراسة لأن اختلال الوضع الصحي الأسري سيزيد من عدد الصور الشعاعية المجرأة لها وبالتالي فإننا نرفض الفرضية العامة ( $H_0$ ) بالنسبة لهذا المتغير.

وتشير قيمة (ف) المحسوبة كذلك بالنسبة لمتغير الوضع الصحي ٢ والبالغة (٣,٧٥) عند مستوى معنوية (٠,٠٥ فأقل) ودرجات حريات (١) و(٣٧١) إلى وجود فروقات في الأهمية النسبية للوضع الصحي ٢ بالنسبة لعدد الصور الشعاعية، وهذه نتيجة متوقعة في الدراسة لأن وجود أمراض مزمنة لأحد أفراد الأسرة سيعمل على زيادة عدد الصور الشعاعية المجرأة وبالتالي فإننا نرفض الفرضية العامة ( $H_0$ ) بالنسبة لهذا المتغير.

وتشير قيمة (ف) المحسوبة كذلك بالنسبة لنوع المرض والبالغة (٣٢٢,٧٩) عند مستوى معنوية (٠,٠٥ فأقل) ودرجات حرية (١) و(٣٧١) إلى وجود اختلافات في الأهمية النسبية لنوع المرض بالنسبة لعدد الصور الشعاعية، وهذه نتيجة متوقعة في الدراسة.

ب. عدم وجود فروقات ذات دلالات إحصائية لعدد الصور الشعاعية تعود للمتغيرات المستقلة التالية: وفرة الخدمات الصحية ١، ووفرة الخدمات الصحية ٢ وبالتالي فإننا نقبل الفرضية العامة ( $H_0$ ) وذلك عند النظر إلى قيم (ف) المحسوبة لهذه المتغيرات ومقارنتها بقيم (ف) الجدولية.

جدول رقم (٤-٢٧)

نتائج تقدير تحليل التباين للدالة الخامسة

عدد الصور الشعاعية

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى المعنوية
الوضع الصحي ١	١٤,٧٩	٢	٧,٣٩	٩,٢٥	٠,٠٠
الوضع الصحي ٢	٢,٦٧	١	٢,٦٧	٣,٧٥	٠,٠٥
نوع المرض	٢٥٨,١٣	١	٢٥٨,١٣	٣٢٢,٧٩	٠,٠٠
وفرة الخدمات الصحية ١	٢,٤٩	٤	٠,٦٢٣	٠,٧٧٩	٠,٥٣
وفرة الخدمات الصحية ٢	٣,٨٤	٣	١,٢٨	١,٦٠	٠,١٨
المفسر للمتغيرات مجتمعة	٣٢٢,٢٨	١١	٢٩,٢٨	٣٦,٦٣	٠,٠٠
المجموع	٦١٠,١٦	٣٧١	١,٦٤		$R^2 = ٠,٥٣$

- أظهر اختبار نيومن كولز البعدي كما يبين الجدول (٤-٣٠) إلى وجود فروقات ذات دلالات إحصائية عند مستوى الدلالة (٠,٠٥ فأقل) فيما يتعلق بالوضع الصحي ١ بالنسبة لعدد الصور الشعاعية بين المتوسط الحسابي لفئة (سيء- جيد بعض الشيء) والمتوسطات الحسابية للفئات (جيد) و(جيد جداً- ممتاز)، وقد كانت هذه الفروق لصالح الفئة (سيء- جيد بعض الشيء) فبلغ المتوسط الحسابي لعدد الصور الشعاعية لهذه الفئة (٣) صور شعاعية وهو أكبر من المتوسطات الحسابية للفئات الأخرى، وهذا يعني بأن أسر هذه الفئة كانوا يعانون من أوضاع صحية أسوأ من غيرهم من أسر العينة في الفئات الأخرى.

- كشف اختبار (ت) كما يبين الجدول (٤-٣١) وجود فروقات ذات دلالات إحصائية عند مستوى الدلالة (٠,٠٥ فأقل) في متوسطات عدد الصور الشعاعية تعزى لمتغير الوضع الصحي ٢، من حيث وجود مرض مزمن في الأسرة أم لا، فبلغت قيمة (ت) المحسوبة (٥,٤٢) وهي ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (٠,٠٥ فأقل) وهذه الفروق لصالح (وجود أمراض مزمنة) في الأسرة بمتوسط حسابي بلغ (٢,٨٢) صورة شعاعية و(١,٠٨) صورة شعاعية للأسر التي يوجد فيها أمراض مزمنة والتي لا يوجد فيها على التوالي. وهذا يعني أن وجود أمراض مزمنة في الأسرة سيزيد من عدد الصور الشعاعية. وهذا يتماشى مع توقعات الدراسة.

- أظهر اختبار (ت) كما يبين الجدول (٤-٣٢) وجود فروقات ذات دلالات إحصائية عند مستوى الدلالة (٠,٠٥ فأقل) في متوسطات عدد الصور الشعاعية تعزى لنوع المرض من حيث أكان المرض عادياً أم مزمناً، فبلغت قيمة (ت) المحسوبة (٢,٩٥) وهي ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (٠,٠٥ فأقل) وهذه الفروق لصالح (الأمراض المزمنة) بمتوسط حسابي بلغ (٢,٤٢) صورة شعاعية و(١,٢٠) صورة شعاعية للأسر التي تعاني من أمراض مزمنة وأمراض عادية على التوالي. وهذا يعني أن عدد الصور الشعاعية سيزيد إذا كانت هذه الصور مجردة لأمراض مزمنة.

#### الدالة السادسة: عدد الوصفات الدوائية

يبين الجدول رقم (٤-٢٨) نتائج تحليل التباين للدالة السادسة فيشير الجدول أن اختبار (ف) أظهر النتائج التالية:

أ. وجود فروقات ذات دلالات إحصائية لعدد الوصفات الدوائية تعود لمتغير الوضع الصحي ١، فتشير قيمة (ف) المحسوبة بالنسبة لمتغير الوضع الصحي ١ والبالغة (٦١,١٨) عند مستوى معنوية (٠,٠٥ فأقل) ودرجات حرية (٢) و(٣٢٩) إلى وجود اختلافات في الأهمية النسبية للوضع الصحي ١ بالنسبة لعدد الوصفات الدوائية وهذه نتيجة متوقعة في الدراسة لأن وجود اختلافات في الوضع الصحي للأسر سيزيد من عدد الوصفات الدوائية، المصروفة وبالتالي فإننا نرفض الفرضية العامة ( $H_0$ ) بالنسبة لهذا المتغير.

ب. عدم وجود فروقات ذات دلالات إحصائية لعدد الوصفات الدوائية تعود للمتغيرات المستقلة التالية الوضع الصحي ٢، نوع المرض، وفرة الخدمات الصحية ١، وفرة الخدمات الصحية ٢، وبالتالي فإننا نقبل الفرضية العامة ( $H_0$ ) وذلك بالنظر إلى قيم (ف) المحسوبة لهذه المتغيرات وبمقارنتها بقيم (ف) الجدولية.

#### جدول رقم (٤-٢٨)

نتائج تقدير تحليل التباين للدالة السادسة

عدد الوصفات الدوائية

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى المعنوية
الوضع الصحي ١	٢٣٣٠,٠٥	٢	١١٦٥,٠٢	٦١,١٨	٠,٠٠
الوضع الصحي ٢	١١,٣٩	١	١١,٣٩	٠,٥٩٨	٠,٤٤
نوع المرض	١٤,١٧	١	١٤,١٧	٠,٧٤٤	٠,٣٨
وفرة الخدمات الصحية ١	٥٤,٨٧	٤	١٣,٧٢	٠,٧٢٠	٠,٥٧
وفرة الخدمات الصحية ٢	٥٢,٧٣	٣	١٧,٥٨	٠,٩٢٣	٠,٤٣
المفسر للمتغيرات مجتمعة	٣٥٩٦,٥٨	١١	٣٢٦,٩٦	١٧,١٦	٠,٠٠
المجموع	٩٦٥٢,١٣	٣٢٩	٢٩,٣٤		$R^2 = ٠,٣٧$

- أظهر اختبار نيومان كولز البعدي كما يشير الجدول (٤-٣٠) إلى وجود فروقات ذات دلالات إحصائية عند مستوى الدلالة (٠,٥ فأقل) فيما يتعلق بالوضع الصحي ١ بالنسبة لعدد الوصفات الدوائية بين المتوسط الحسابي لفئة (سيء- جيد بعض الشيء) والمتوسطات الحسابية

للفئات (جيد) و (جيد جداً- ممتاز) وقد كانت هذه الفروق لصالح الفئة (سسيء- جيد بعض الشيء) فبلغ المتوسط الحسابي لعدد الوصفات الدوائية لهذه الفئة (٢٢) وصفة دوائية وهو أكبر من المتوسطات الحسابية للفئات الأخرى وهذا يعني بأن أسر هذه الفئة كانوا يعانون من ظروف صحية أسوأ من غيرهم من أسر العينة في الفئات الأخرى.

### الدالة السابعة: حجم الإنفاق الصحي

يشير الجدول رقم (٤-٢٩) إلى نتائج تحليل التباين للدالة السابعة فيظهر من خلال الجدول أن اختبار (ف) أظهر النتائج التالية:

أ. وجود فروقات ذات دلالات إحصائية لحجم الإنفاق الصحي تعود للمتغيرات المستقلة التالية الوضع الصحي ١، فنشير قيمة (ف) المحسوبة بالنسبة لمتغير الوضع الصحي ١ والبالغة (٨,١٤) عند مستوى معنوية (٠,٠٥ فأقل) ودرجات حرية (١) و(٣٢٢) إلى وجود اختلافات في الأهمية النسبية للوضع الصحي ١ بالنسبة لحجم الإنفاق الصحي وهذه نتيجة متوقعة في الدراسة لأنه كلما ساءت الحالة الصحية يزداد حجم الإنفاق الصحي من أجل تحسين الصحة وبالتالي نرفض الفرضية العامة ( $H_0$ ) بالنسبة لهذه المتغيرات.

ب. عدم وجود فروقات ذات دلالات إحصائية لحجم الإنفاق الصحي تعود للمتغيرات المستقلة التالية مكان الإقامة، وفترة الخدمات الصحية ٢,١ والوضع الصحي ٢ وبالتالي فإننا نقبل بالفرضية العامة ( $H_0$ ) المتعلقة بتلك المتغيرات وذلك عند النظر إلى قيم (ف) المحسوبة ومقارنتها بقيم (ف) الجدولية.

جدول رقم (٤-٢٩)

نتائج تقدير تحليل التباين للدالة السابعة

حجم الإنفاق الصحي

مستوى المعنوية	قيمة ف	متوسط المربعات	درجات الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين
٠,٠٠	٨,١٤	٤٥٥٨٣٩,٠٨	٢	٩١١٦٧٨,١٦	الوضع الصحي ١
٠,٠٧	٣,٢٠	٢٧٨٩٤٧,٣٠	١	٢٧٨٩٤٧,٣٠	الوضع الصحي ٢
٠,٣٨	١,٦٧٢	١٤٨٩٩٣,٣	٢	٢٩٧٩٨٥,٦	مكان الإقامة
٠,٢٦	١,٦٤٣	١٥٣٠٧٦,١	٤	٦١٢٣٠٤,٢	وفرة الخدمات الصحية ١
٠,٤٥	١,٢٢٤	٩٤٨٨١,٣	٣	٢٨٤٦٤٢,٦	وفرة الخدمات الصحية ٢
٠,٠٠	١٣,٥٥	٣٢١٨٠,٣	١٢	٣٨٤٢١٦٢,٢	المفسر للمتغيرات مجتمعة
$R^2 = ٠,١٥$		١٣٢٦٩١,٥	٣٢٢	٤٢٦٦٦٤٨٠,٥	المجموع

- أظهر اختبار نيومان كولز البعدي كما يبين الجدول (٤-٣٠) إلى وجود فروقات ذات دلالات إحصائية عند مستوى الدلالة (٠,٠٥ فأقل) فيما يتعلق بالوضع الصحي ١ بالنسبة لحجم الإنفاق الصحي بين المتوسط الحسابي لفئة (سي-جيد بعض الشيء) والمتوسطات الحسابية للفئات (جيد) و(جيد جداً- ممتاز)، وقد كانت هذه الفروقات لصالح الفئة (سي-جيد بعض الشيء)، فبلغ المتوسط الحسابي لحجم الإنفاق الصحي لهذه الفئة (١٣٥,٦٧) وهو أكبر من المتوسطات الحسابية للفئات الأخرى، وهذا يعني بأن أسر هذه الفئة كانوا يعانون من أوضاع صحية جعلتهم ينفقون على الخدمات الصحية أكثر من غيرهم من أسر العينة فسي الفئات الأخرى.



جدول رقم (٤-٣٠)

اختبار نيومان كولز للمقارنة البعدية للمتغيرات الوضع الصحي ١، خطورة المرض، وفترة الخدمات ١

فترة الخدمات الصحية ١		خطورة المرض		الوضع الصحي ١		المتغير المستقل
نتائج اختبار نيومان كولز	قيمة (ف)	نتائج اختبار نيومان كولز	قيمة (ف)	نتائج اختبار نيومان كولز	قيمة (ف)	المتغير التابع
-	-	-	-	١ (٣،٢)	*١٣٧،٢	عدد زيارات الطبيب
-	-	٣ (١،٢)	*٢٩،٥٣	-	-	عدد أيام الإقامة في المستشفى
٥ (٣،٢،٤،١)	*٢،٩٨	-	-	-	-	عدد زيارات طبيب الأسنان
-	-	-	-	١ (٣،٢)	*١٧٢،٣٧	عدد الفحوصات المخبرية
-	-	-	-	١ (٣،٢)	*٣٢،٤٧	عدد الصور الشعاعية
-	-	-	-	١ (٣،٢)	*١٦٤،٢٦	عدد الوصفات الدوائية
-	-	-	-	١ (٣،٢)	١٢،٣٤	حجم الإنفاق الصحي

\* ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (٠،٠٥ فأقل).

- ل: لصالح
- تم إعطاء رموز رقمية لفئات الوضع الصحي ١: ١- سيء- جيد بعض الشيء، ٢- جيد، ٣- جيد جداً- ممتاز.
- تم إعطاء رموز رقمية لفئات خطورة المرض: ١- غير خطيرة، ٢- خطيرة، ٣- خطيرة جداً.
- تم إعطاء رموز رقمية لفئات وفترة الخدمات الصحية ١: ١- سيئة، ٢- جيدة بعض الشيء ٣- جيد ٤- جيدة جداً، ممتازة.

جدول رقم (٤-٣١)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية واختبار (ت) للفروق الإحصائية

تبعاً للوضع الصحي ٢

مستوى المعلوية	قيمة ت	لا يوجد		يوجد أمراض مزمنة		المتغير التابع
		الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	
٠,٠٠١٧	٢١,٣	٥,١٢	١١,٥٤	٨,٩	١٦,٢	عدد زيارات الطبيب
٠,٠٠٢	١٢,٦١	١,٢٤	١,٦٤	٥,٦١	٧,٢٣	عدد الفحوصات المخبرية
٠,٠١١	٥,٤٢	٠,٨٨	١,٠٨	١,١٣	٢,٨٢	عدد الصور الشعاعية

جدول رقم (٤-٣٢)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية واختبار (ت) للفروق الإحصائية

تبعاً لنوع المرض

مستوى المعلوية	قيمة ت	أمراض عادية		أمراض مزمنة		نوع المرض
		الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	
٠,٠٠٥٧	٩,٦٥	١,٢٣	٠,٩٥	١,٨٧	٢,٥	عدد أيام الإقامة
٠,٠٠٢٧	٤,٦٣	١,٦٥	٢,٧٥	٤,٥٧	٦,١٣	عدد الفحوصات المخبرية
٠,٠٠١٧	٥,٩٥	١,٠٨	١,٢٠	١,٢٤	٢,٤٢	عدد الصور الشعاعية

جدول رقم (٤-٣٣)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية واختبار (ت) للفروق الإحصائية

تبعاً للوعي الصحي ١، والوعي الصحي ٢

مستوى المعلوية	قيمة ت	عدد زيارات طبيب الأسنان		المتغير التابع
		الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	
٠,٠٠١	١٢,٣١			الوعي الصحي ١
		١,١٢	١,٢٦	المعالجة بالمنزل
		١,٣٥	٢,٨٥	الذهاب للطبيب
٠,٠٠٢	٦,٢٢			الوعي الصحي ٢
		١,٢٤	٢,٤٥	يوجد معرفة واطلاع
		١,٠٠	١,١٦	لا يوجد

#### هوامش الفصل الرابع:

١- اختبار نيو مان كولز للمقارنة البعدية: هو اختبار بعدي يبين الفروقات الإحصائية بين متوسطات ثلاثة مجموعات فأكثر فيفحص العلاقة بين كل مجموعتين على حدى، ويقرر وجود فروقات ذات دلالات احصائية بين هاتين المجموعتين أم لا، وذلك لصالح متغير مستقل او أكثر.

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

## الفصل الخامس

### النتائج والتوصيات

هدفت هذه الدراسة بشكل رئيس إلى تقدير دوال الطلب على خدمات الرعاية الصحية، من خلال إظهار أثر المتغيرات الديموغرافية، والاجتماعية، والاقتصادية، والصحية على تلك الدوال، ومن خلال تقدير تلك الدوال يستعرض هذا الفصل النتائج التي توصلت إليها الدراسة والتوصيات المبنية على ضوء تلك النتائج.

#### أولاً: نتائج الدراسة

توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

١- أظهرت نتائج التحليل الوصفي لقطاع الصحة في الأردن بشكل عام وفي محافظة الزرقاء بشكل خاص أن عرض الخدمات الصحية المقدمة من قبل وزارة الصحة للمواطنين في المحافظة لا ينسجم مع الزيادة الهائلة في عدد السكان بالمحافظة، حيث نجد أن عدد المراكز الصحية الشاملة لم يتجاوز الثلاثة مراكز صحية وكذلك الحال بالنسبة للمراكز الصحية الأولية والفرعية القليلة ويعتبر هذا العدد صغيراً نسبياً مقارنة مع المحافظات الأخرى كمحافظة الكرك التي يقل عدد سكانها عن عدد سكان محافظة الزرقاء. بالإضافة إلى عدم توزيع هذه المراكز بشكل عادل في مختلف مناطق المحافظة وبمركزها داخل المدينة.

٢- أشارت النتائج إلى أن نسب إنتفاع المواطنين من مختلف الخدمات الصحية كسكان مرتفعاً مقارنة مع نسب الانتفاع في المحافظات الأخرى من المملكة، وهذا بدوره يشير إلى حجم الضغط والطلب الكبيرين على مختلف الخدمات الصحية في المحافظة، ويعزى السبب في ذلك إلى المشاكل البيئية والصناعية التي تتعرض لها هذه المحافظة والتي تم ذكرها في مشكلة الدراسة.

٣- بينت نتائج دراسة العينة أن أعلى متوسط حجم إنفاق صحي أسري كان على الوصفات الدوائية، فبلغ متوسط حجم الإنفاق على هذه الخدمة (٢٦,٢٧) دينار، تلاه بذلك الإنفاق على خدمات الإقامة في المستشفى فبلغ المتوسط لها (٢٢,٧٧) دينار، وبالتالي فإن هاتين الخدمتين تأخذان النسبة الأكبر من متوسط حجم الإنفاق الصحي الأسري السنوي والذي بلغ للأسر مجتمعة في عينة الدراسة حوالي (٧٨,١٤) دينار.

٤- أظهرت نتائج تحليل الانحدار المتعدد إلى وجود إختلافات في تأثير كل متغير مستقل استخدم في التحليل مع الطلب على خدمات الرعاية الصحية من حيث الحجم والاتجاه، وضمن هذا السياق نجد أن هناك بعض المتغيرات المستقلة كان لها الأثر الإيجابي وبدلالات إحصائية مختلفة مع الطلب على معظم الخدمات الصحية التي تم قياسها في هذه الدراسة مثل: عمر رب الأسرة، وجود تأمين صحي لدى الأسرة، حجم الأسرة، عدد الأطفال دون سن الخامسة في الأسرة، توصية الطبيب. في حين أشارت بعض المتغيرات المستقلة إلى الأثر السلبي وبدلالات إحصائية مختلفة مع الطلب على معظم الخدمات الصحية مثل: مستوى تعليم ودخل رب الأسرة.

٥- أشارت نتائج تحليل التباين واختبار نيومان كولز البعدي واختبار (ت) وجود إختلافات ذات دلالات إحصائية في الطلب على الخدمات الصحية تعزى للمتغيرات التالية:

أ. أشارت نتائج الدراسة الى وجود إختلافات ذات دلالات إحصائية في طلب الأسر على معظم الخدمات الصحية تعزى لمتغير الوضع الصحي (سيء، جيد بعض الشسيء) و (وجود أمراض مزمنة) تعاني منها الأسر على التوالي، وهذا يعني أن الوضع الصحي السيء ووجود افراد في الأسرة يعانون من أمراض مزمنة يؤدي إلى طلب كبير على معظم الخدمات الصحية مقارنة بالأسر التي تتمتع بظروف صحية جيدة ولا يوجد لديها أمراض مزمنة.

ب. أظهرت نتائج الدراسة وجود إختلافات ذات دلالات إحصائية في طلب الأسر على معظم الخدمات الصحية تعزى لمتغير نوع المرض لصالح الأمراض المزمنة، لذلك فإن وجود

أمراض مزمنة في الأسرة يؤدي إلى حجم إنفاق وإنفاق صحي كبيرين على الخدمات الصحية مقارنة مع الأمراض العادية التي لا تتطلب وقت وحجم إنفاق وإنفاق صحي كبيرين.

ج. بينت نتائج الدراسة إلى وجود إختلافات ذات دلالات إحصائية في طلب الأسر على أيام الإقامة في المستشفى، وهذه الاختلافات كانت لصالح الأمراض الخطيرة جدا والتي تتطلب من المريض مدة إقامة أطول وحجم إنفاق صحي كبير مقارنة مع الأمراض غير الخطيرة.

د. أشارت النتائج إلى وجود إختلافات ذات دلالات إحصائية في طلب الأسر على معظم الخدمات الصحية تعزى لمتغير الوعي الصحي، وهذه الاختلافات لصالح وجود معرفة وإطلاع بالأمور الصحية لدى أرباب تلك الأسر.

## ثانياً: التوصيات

١- ضرورة القيام بإعادة النظر لواقع الخدمات الصحية المقدمة من قبل وزارة الصحة في محافظة الزرقاء والتي لا تتسجم مع الزيادة الهائلة في عدد السكان بالمحافظة، بما في ذلك الأسراع بإعادة توزيع المراكز الصحية بشكل عادل في مختلف مناطق المحافظة .

٢- لا بد من العمل على تشكيل فريق عمل من الجهات المختصة في محافظة الزرقاء والوزارات المعنية لدراسة إنشاء مدينة صناعية تبعد عن التجمعات السكنية في المحافظة يتم نقل جميع المصانع العاملة في المحافظة إليها أسوة بمدينة سحاب الصناعية التي تقع خارج حدود العاصمة عمان ومدينة الحسن الصناعية التي تقع خارج حدود مدينة إربد، والتي من شأنها التقليل من حجم التلوث الصناعي والبيئي وبالتالي التقليل من حجم الطلب على خدمات الرعاية الصحية.

٣- ضرورة الاسراع في نقل مكب نفايات الرصيفة الذي يقع داخل حدود المحافظة أو العمل على إنشاء مصنع لتدوير النفايات وعدم طرحها في هذا المكب الأمر الذي يساعد على التخفيف من حدة التلوث الناتج عن حرق هذه النفايات وبالتالي التقليل من انبعاث الغازات العادمة التي تساعد في زيادة عدد الأمراض لدى الأسر في المحافظة.

٤- ضرورة القيام بوضع جوانب اسمنتية في المناطق التي تمر فيها المياه العادمة المسالة من الخربة السمراء، وهذا من شأنه التقليل من التلوث الناتج عنها والتخفيف من عدد الأمراض التي تنقلها القوارض والحشرات المنتشرة على جوانب طرق مرور هذه المياه.

٥- التركيز على فئتي الأمهات والأطفال دون سن الخامسة في الأسرة لكون هاتين الفئتين من أكثر الفئات استخداماً لمختلف الخدمات الصحية وذلك من خلال عمل حملات توعية وإرشاد صحي في المراكز الصحية بضرورة إمكانية عمل مباحدة بين فترات الحمل من

قبل الأمر، الأمر الذي قد يساعد على تنظيم حجم الأسرة وبالتالي التقليل من حجم الطلب على خدمات الرعاية الصحية.

٦- لابد من وزارة الصحة ان تتبنى حملات توعية وإرشاد للمواطنين من خلال وسائل الإعلام المختلفة على ضرورة الأسراع في معالجة الحالات المرضية الوقتية والحادة والتي يتم معالجتها بأقل الاستخدامات والتكاليف الصحية وضرورة عدم تأخيرها إلى الصالات المرضية المزمدة التي عادة ما يصعب علاجها وتأخذ حجم إنتفاخ وإنفاق صحي كبيرين بالإضافة الى ان هذه الحملات تساعد على زيادة الوعي الصحي لدى المواطنين وتعزيز قدرتهم على اتباع أنماط صحية حديثة تعطي القدرة على اتخاذ اجراءات وقائية أكثر وبالتالي التقليل من حجم الطلب على معظم الخدمات الصحية.

٧- العمل على إجراء دراسات مشابهة لهذه الدراسة في محافظات أخرى بالمملكة بعد زيادة حجم العينة من أجل مقارنة النتائج وبالتالي تعميمها على مستوى المملكة.



## المراجع

### - المراجع العربية

#### أ- الكتب:

- ١- الزبدة، عبلة المهدي، الصحة للجميع: يوم الصحة العالمي، عمان، دار القدس، ١٩٩٢.
  - ٢- حميدات، وليد وآخرون، مبادئ الاقتصاد الرياضي، مؤسسة حمادة ودار الكندي للنشر والتوزيع، إربد، ١٩٩٨.
  - ٣- فريحات، حكمت وآخرون، مبادئ في الصحة العامة، عمان، الطبعة الثانية ١٩٩٧.
- #### ب- المنشورات والدوريات والأبحاث:
- ٤- خرايشة، عبد. الطلب على العناية الصحية وأهم محدداته مجلة العمل، المجلس السابع، ١٩٨٤-١٩٨٥، ص ٥٦.
  - ٥- عباس، عدنان وآخرون، السكان والخدمات الصحية، مؤتمر السكان والاحتياجات الأساسية في الأردن، نظرة مستقلة (١٩٩١-٢٠٠٥) اللجنة الوطنية للسكان وصندوق الأمم المتحدة للسكان، ٢٤-٢٦ أيلول (١٩٩١).
  - ٦- القرم، مجدي، محددات إنتاج الصحة في الأردن، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة اليرموك، ١٩٩٣.
  - ٧- مسلم، غسان وسامي زريقات، الطلب على الخدمات الطبية في الأردن. في: أبو جابر، كامل، (محرر)، قضايا رئيسية في التنمية الأردنية، عمان، صندوق الملكة علياء للعمل الاجتماعي التطوعي الأردني، ١٩٨٣، ص ٧٣-١٠٢.

- ٨- منظمة الصحة العالمية، تقييم استراتيجية توفير الصحة للجميع بحلول عام ٢٠٠٠، التقرير السابع عن الحالة الصحية في العالم، استعراض عالمي، جنيف، المجلد الأول، ١٩٨٧ (التقرير السابع على الحالة الصحية في العالم).
- ٩- مروة، عدنان ونبيل قرنفل، الرعاية الصحية في لبنان، المرافق والتسهيلات الصحية، منظمة الصحة العالمية، (١٩٨٥).
- ١٠- دائرة الإحصاءات العامة، التقرير الإحصائي السنوي، عمان، (١٩٩٤).
- ١١- وزارة الصحة، الأردن، التقارير الإحصائية السنوية، أعداد مختلفة.
- ١٢- وزارة التخطيط، الأردن، الخطة الخمسية ١٩٩٩-٢٠٠٣.
- ١٣- مديرية الأمومة والطفولة، وزارة الصحة، التقرير الإحصائي السنوي، ١٩٩٧.

**A- Books:**

- 1- Feldstein, p., Health Care Economics, Second Edition, John Wiley & Sons, New York, 1979.
- 2- Kharabsheh, Abed A., "Health Care Expenditures and Their Impact on Income Groups", In Income Distribution in Jordan, edited by K. Abu Jaber, and Other's, Amman, 1990.
- 3- Maynard, Alan, Medical Care and The Price Mechanism, in Pricing the Social Services, Edited by Ken judge, First Published, Macmillan Press LTD, London, 1980.
- 4- Phelps Charles E., Health Economics, second Edition, Addison-Wesly Educational Publishers- Inc, 1997.
- 5- Sorkin, Alan L., Health Economics, Sixth Edition, Lexington Books, LTD, 1975.
- 6- Williams, Stephen J., and Torrens, Paul R., Introduction to Health Services, Second Edition, John Wiley & Sons, New York, 1984.

**B- Periodicals and Articles:**

- 8- Abdel-Halim, Ahmad., Determinants of health services utilization in Irbid, Jordan unpublished ph.D thesis, University of saint Louis, 1991.
- 9- Abdel-Halim, Ahmad., Factors Affecting Length of Stay in Jordanian Hospitals, Abahath Al-Yarmouk, Humanities and Social Sciences Series, Vol.12, No.2, 1996, 9-39.
- 10- Akin, John S., and Brad Schwartz, J., and Popkin, B.M., Price and Income Elasticities of Demand for Modern health Care: The Case of

- Infant Delivery in the Philippines, The World Bank Economic Review, Vol. 2, No. 1., Jan 1988.
- 11- Akin, John S., and Griffin, C.C., and Guikay, D. K., and Popkin, B.M., The Demand for Primary Health Care Services in the Bicol Region of the Philippines, Economic Developments and Cultural change, Vol. 34, July 1986, 755-782.
  - 12- Al-Jalode, J., and B. Al-Zubi, Determinants of Health Expenditures in Jordan, Dirasat, Administrative Sciences, Vol. 24, No. 1, 1997.
  - 13- Carrin, G., and Van Dael, J., An empirical Model of the Demand for Health Care in Belgium, Applied Economics, Vol. 16, 1984, 317-334.
  - 14- Grossman, M., On the Concept of health Capital and the Demand for health, Journal of Political Economy, Vol. 80, No. 2, 1972.
  - 15- Health financing study, Phase, 1, Universal health Insurance Study, Center for Consultation, Technical Services and studies, 1996.
  - 16- Henrigues, Irene., and Vailancourt, Francois, The Demand for Child Care Services in Canada, Applied Economics, Vol. 20, 1988, 385-394.
  - 17- Kenkel, D., Consumer Health Information and the Demand for Medical Care, The Review of Economics and Statistics, Vol. 72, Nov 1990, 587-595.
  - 18- Kharabsheh, Abed A., Consumption set and The Demand for Health Care, Unpublished Ph. D Theses, University of Missouri-Columbia, Dec 1981.
  - 19- Manning, Willard G., and New House, Joseph P., and Others, Health Insurance and the Demand for Medical Care: Evidence from a Randomized Experiment, The American Economic Review, Vol. 77, No. 3, June 1987.

- 20- Mccool, J.H., and Kiker, B.f., and Ying Chung., Gender and the Demand for medical care, Applied Economics, Vol. 27, 1995. PP 483-495.
- 21- Milne, R., and Molana, H., On the Effect of Income and Relative Price on Demand for Health Care: EC Evidence, Applied Economics, Vol. 23, 1991, 1221-1226.
- 22- Nsour, Amani, Determinants of House Hold Health Expenditures in Jordan, Unpublished Master Thesis, University of Jordan, May 1995.
- 23- Parkin, D., and Yule, B., patient charges and the Demand for dental care in Scotland, 1988, PP 229-242.
- 24- Rosett, Richard N., and Hang, Lien-Fu., The Effect of health Insurance On the Demand for Medical Care, Journal of Political Economy, Vol. 81, No. 2, March 1973. PP 281-305.
- 25- Van Vliet, R.C., and Van Doorslaer, E.K.A., Desaggregation of the Demand for Hospital Care, Applied Economics, Vol. 20, 1988, 969-984.
- 26- World Bank Country Study, Hashemite Kingdom of Jordan, Health Sector Study, Washington, D.C, 1997.

## ملحق رقم (١)

### سحب عينة الدراسة

GEOCOD	BLKCD	GEOCOD	GO'S	U	HOUSUNTI	HOUSHLI	
1311111	11003	1311111	13	9	1	148	131
1311111	11026	1311111	13	9	1	84	76
1311111	12002	1311111	13	9	1	106	87
1311111	12033	1311111	13	9	1	116	100
1311111	14009	1311111	13	9	1	120	109
1311111	14035	1311111	13	9	1	167	138
1311111	14062	1311111	13	9	1	80	71
1311111	15016	1311111	13	9	1	131	120
1311111	16019	1311111	13	9	1	72	55
1311111	17014	1311111	13	9	1	70	61
1311111	17045	1311111	13	9	1	78	59
1311111	18012	1311111	13	9	1	96	72
1311111	21002	1311111	13	9	1	120	96
1311111	21032	1311111	13	9	1	102	80
1311111	21012	1311111	13	9	1	114	102
1311111	61041	1311111	13	9	1	150	131
1311111	62004	1311111	13	9	1	69	55
1311111	63024	1311111	13	9	1	80	69
1311111	63057	1311111	13	9	1	95	95
1311111	65016	1311111	13	9	1	115	97
1311111	71014	1311111	13	9	1	151	134
1311111	81002	1311111	13	9	1	79	67
1311111	91003	1311111	13	9	1	108	83
1311112	11009	1311112	13	5	1	96	90
1311114	11019	1311114	13	9	1	64	54
1311114	11049	1311114	13	9	1	80	66
1311114	12030	1311114	13	9	1	88	75
1311114	12061	1311114	13	9	1	107	90
1311114	12088	1311114	13	9	1	127	95
1311114	12121	1311114	13	9	1	78	64
1311114	13029	1311114	13	9	1	82	69
1311114	13061	1311114	13	9	1	95	79
1311122	11007	1311122	13	7	1	45	40
1311122	11042	1311122	13	7	1	115	100
1311122	11078	1311122	13	7	1	99	82
1311123	11022	1311123	13	6	1	83	74
1311124	11029	1311124	13	6	1	71	69
1311130	11013	1311130	13	7	1	135	125
1311130	11043	1311130	13	7	1	111	87
1311211	11005	1311211	13	4	2	120	103

ملحق رقم (٢)

بسم الله الرحمن الرحيم

جامعة اليرموك

كلية الاقتصاد والعلوم الإدارية

استبانة بعنوان:

## الطلب على الرعاية الصحية

(محافظة الزرقاء)

أسعد الله أوقاتكم .....

تم اختيار أسرتكم عشوائيا

يقوم الباحث بدراسة ميدانية للتعرف على العوامل التي تؤثر في الطلب على خدمات الرعاية الصحية لدى الأفراد بما في ذلك توضيح لأثر المتغيرات والخصائص الاقتصادية والاجتماعية والديموغرافية والصحية المؤثرة على دالة الطلب .  
علما بأن جميع المعلومات التي ستدلون بها سوف تستعمل لغايات الدراسة والبحث العلمي فقط، وسيتم التعامل معها بسرية تامة .

أرجو تعبئة هذه الاستبانة بدقة وموضوعية وشكر لتعاونكم.

الباحث

محمد عبد الله الشمالي

### أولاً: معلومات عامة:

- ١- جنس رب الأسرة:  ذكر  أنثى
- ٢- عمر رب الأسرة: \_\_\_\_\_
- ٣- عدد السنوات الدراسية لرب الأسرة: \_\_\_\_\_
- ٤- الحالة الاجتماعية:
- أعزب  متزوج  مطلق / مطلقة  أرمل / أرملة
- ٥- مكان إقامة الأسرة: (حي، قرية، مخيم) .....
- ٦- قطاع عمل رب الأسرة:  موظف قطاع عام  موظف قطاع خاص  قوات مسلحة  متقاعد  طالب  غير ذلك / حدد \_\_\_\_\_
- ٧- عدد أفراد الأسرة الكلي: .....
- ٨- عدد الأطفال في الأسرة دون سن ٥ سنوات: \_\_\_\_\_
- ٩- معدل الدخل الشهري للأسرة خلال العام الماضي: \_\_\_\_\_ بالدينار
- ١٠- هل لدى رب الأسرة تأمين صحي:  نعم  لا (لا يوجد اذهب لسؤال رقم ١٥)

### ثانياً: التأمين الصحي:

- ١١- ما نوع التأمين الصحي الذي تتمتع به؟
- وزارة الصحة  الخدمات الطبية  الملكية  الجامعة  وكالة الغوث  من خلال المؤسسة (العمل)  أخرى / حددها .....
- ١٢- ما درجة التأمين الصحي؟
- درجة خاصة  درجة أولى  درجة ثانية  درجة ثالثة  أخرى - اذكرها .....
- ١٣- ما قيمة اقتطاع التأمين الصحي الشهري خلال العام الماضي: .....دينار؟
- ١٤- ما نسبة تغطية التأمين الصحي للنفقات الصحية للأسرة خلال العام الماضي؟
- طبيب \_\_\_\_\_%، طبيب أسنان \_\_\_\_\_%، إقامة في المستشفى \_\_\_\_\_%، فحوصات مخبرية \_\_\_\_\_%، صور أشعة \_\_\_\_\_%، أدوية \_\_\_\_\_%.

### ثالثاً: زيارة الأطباء:

- ١٥- ما مجموع عدد الزيارات التي قام بها أفراد الأسرة للطبيب خلال العام الماضي \_\_\_\_\_ زيارة؟ ( لا يوجد اذهب لسؤال رقم ٢٢)
- ١٦- كم مجموع المبالغ الفعلية التي دفعت أجرة للطبيب عن الزيارات التي قام بها أفراد الأسرة خلال العام الماضي \_\_\_\_\_ ديناراً؟



١٧ - معظم الزيارات التي قام بها أفراد الأسرة كانت لـ:

طبيب عام  طبيب اختصاص  طبيب مركز صحي  طبيب شعبي

١٨- في رأيك فإن معظم الزيارات التي تمت للطبيب كانت لأمراض؟

عادية  مزمنة  إصابة ، حادث  
 أخرى - حددها \_\_\_\_\_

١٩ - حسب رأيك فإن معظم الزيارات للطبيب كانت لأمراض؟

غير خطيرة  خطيرة  خطيرة جدا .

٢٠ - حسب اعتقادك هل كان هنالك زيارات نتيجة توصية الطبيب بتكرار الزيارة؟  نعم  لا

#### رابعاً: الوضع الصحي للأسرة :

٢١- حسب رأيك كيف يمكن أن نقيم الوضع الصحي لأفراد الأسرة خلال العام الماضي؟

سيئ  جيد بعض الشيء  جيد  
 جيد جدا  ممتاز

٢٢- هل يوجد أحد من أفراد الأسرة يعاني من مرض (أمراض) مزمنة؟  نعم  لا

#### خامساً: الوعي الصحي :

٢٣ - عند ظهور أعراض مرض ما في أحد أفراد الأسرة فإنك تقوم أولاً بـ :

لا شيء ( لا تعطيه علاج )  تعالجه بالمنزل (علاج شعبي )

تستشير أحد الأقارب أو الجيران  تأخذه للطبيب  تأخذه لطبيب شعبي

٢٤- هل يوجد لدى أحد أفراد الأسرة إطلاع أو معرفة بالأمر الصحية؟  نعم  لا

٢٥- هل تتوقف زيارتك للطبيب عندما تصبح أعراض المرض شديدة؟  نعم  لا

#### سادساً: وفرة الخدمات الصحية :

٢٦- في رأيك فإن الخدمات الصحية الموجودة في منطقتك متوفرة بشكل:

سيئ  جيدة بعض الشيء  جيدة  جيدة جدا  ممتازة

٢٧ - كم من الوقت يحتاج أفراد الأسرة للوصول لهذه الخدمات؟

لا اعرف  أقل من ١٥ دقيقة  ١٥ - ٣٠ دقيقة

٣٠ - ٦٠ دقيقة  أكثر من ساعة

#### سابعاً: الإقامة في المستشفيات:

٢٨- ما مجموع الأيام التي قضاها أفراد الأسرة في المستشفى خلال العام الماضي

\_\_\_\_\_ يوم؟ ( لا يوجد اذهب لسؤال رقم ٣٤ )

٢٩ - ما نوع المستشفى الذي قضى به أفراد الأسرة معظم أيام الإقامة خلال العام الماضي؟  
 حكومي  خاص  عسكري  
 أخرى، حددها \_\_\_\_\_

٣٠ - ما مجموع المبالغ التي دفعت فعلياً أجره للمستشفى عن أيام الإقامة خلال العام الماضي  
دينار؟ \_\_\_\_\_

٣١ - لأي سبب قضى أفراد الأسرة معظم أيام الإقامة في المستشفى خلال العام الماضي؟  
 أمراض عادية  أمراض مزمنة  إصابة - حادث  
 أخرى، حددها \_\_\_\_\_

٣٢ - في رأيك فإن معظم أيام الإقامة التي قضاها أفراد الأسرة في المستشفى كانت:

أمراض غير خطيرة  أمراض خطيرة  أمراض خطيرة جداً

٣٣ - حسب اعتقادك فإن الحالة الصحية لأفراد الأسرة كانت تستدعي إقامة أقل من المدة الموصى بها مسن قبل  
الطبيب  نعم  لا

#### ثامناً: زيارة أطباء الأسنان:

٣٤ - ما مجموع عدد الزيارات التي قام بها أفراد الأسرة لطبيب الأسنان خلال العام الماضي؟  
زيارة ( لا يوجد اذهب لسؤال رقم ٣٧ )

٣٥ - كم مجموع المبالغ التي دفعت فعلياً أجره لطبيب الأسنان عن الزيارات خلال العام الماضي \_\_\_\_\_ دينار؟

٣٦ - لأي سبب أو الأسباب التالية تمت زيارة طبيب الأسنان؟  
 تركيب سن  معالجة سن  عمليات  صناعة أسنان  
 تقويم أسنان  أجهزة كسور فكين  خلع سن  حشو سن

#### تاسعاً: الفحوصات المخبرية :

٣٧ - ما مجموع عدد الفحوصات المخبرية التي أجراها أفراد الأسرة خلال العام الماضي  
فحص؟ ( لا يوجد اذهب لسؤال رقم ٤٥ )

٣٨ - ما مجموع المبالغ التي دفعت فعلياً أجره للفحوصات المخبرية خلال العام الماضي \_\_\_\_\_ دينار؟

٣٩ - لأي سبب أو الأسباب التالية أجريت معظم الفحوصات المخبرية؟

أمراض عادية  أمراض مزمنة  إصابة ، حادث  
 أخرى، أذكرها \_\_\_\_\_

#### عاشراً: الصور الشعاعية:

٤٠ - ما مجموع عدد الصور الشعاعية التي قام بها أفراد الأسر خلال العام الماضي

صورة؟ ( لا يوجد اذهب لسؤال رقم ٤٣ )

٤١ - كم مجموع المبالغ التي دفعت فعليا أجرة للصور الشعاعية خلال العام الماضي \_\_\_\_\_ دينار؟

٤٢ - لأي سبب أو الأسباب التالية أجريت معظم الصور الشعاعية؟

أمراض عادية  أمراض مزمنة  إصابة ، حادث

أخرى، أذكرها \_\_\_\_\_

#### أحد عشر: الوصفات الدوائية:

٤٣- ما مجموع عدد الوصفات الطبية المصروفة لأفراد الأسرة خلال العام الماضي

\_\_\_\_\_ وصفه؟ (لا يوجد اذهب لسؤال رقم ٤٦)

٤٤- كم مجموع المبالغ التي دفعت فعليا مصروفا للوصفات الطبية خلال العام الماضي

\_\_\_\_\_ دينار؟

٤٥- لأي سبب أو الأسباب التالية تم صرف معظم الوصفات الدوائية خلال العام الماضي؟

أمراض عادية  أمراض مزمنة  إصابة ، حادث

أخرى، أذكرها \_\_\_\_\_

#### اثنا عشر: نفقات أخرى على الرعاية الصحية:

٤٦- ما مجموع المبالغ الأخرى التي دفعت فعليا نفقات على الرعاية الصحية خلال العام الماضي

\_\_\_\_\_ دينار؟

٤٧: الرجاء ذكر السبب أو الأسباب التي أدت إلى هذه النفقات خلال العام الماضي

أرجو التأكد من الإجابة على جميع أسئلة الاستبانة

وشكرا لحسن تعاونكم

*The Demand for Health Care  
In the zarqa Governorate: An Applied Study.*

*Abstract*

This study sought to determine and analyze major factors that affect families' demand on health care services, including estimation of demand functions in the zarqa governorate. Also, the study aimed at finding out the volume of annual family health expenditure on health care services by the same population in 1998.

The study indicated that the volume of annual family expenditure on all health services was 78.14 JDs. Of this volume the medication prescriptions and hospital length of stay took the greatest share.

Through the descriptive analysis of the health services presented in the zarqa governorate, the study found out that the health service supply in this city did not match the great increase in population, and that the percentage of individuals making use of health services in the city was quite high compared with other cities in the kingdom. This can be traced to the fact that this city was suffering a lot of environmental and industrial problems that were affecting people.

By employing statistical estimation the study revealed that there were some variables with positive impact on families' demand on most of the health services, variables such as family head's age, family health insurance, family size, number of children less than 5 years of age and physician's recommendation. These variables were of different statistical implications. On the other hand, there were some variables with negative impact on families

demand for health services, and among those variables were families education and family head's income.

The study carried out variance analysis, Newman Colles post-test, t-test, and concluded that there were significant differences of demand for health services, that can be traced to the variables of health status, type of disease intensity of disease, availability of health services, and health awareness.

Finally, the study presented the following recommendations:

- To reconsider the condition of health services presented in the city including the necessity of re-distributing health centers in a more equitable way.
- To consider setting up an industrial zone that is located far away from residential areas in order to limit industrial and environmental pollution, and consequently reducing demand for health care services.
- To carry out health awareness campaigns that target mothers and children. This may involving providing directions and instruction on family birth planning in order to control family size, and there for reducing demand for health services.
- To conduct further studies similar to this one in other Governorates of the kingdom provided that the size of the sample will be larger to compare findings and generalize them over the kingdom.