



وزارة التعليم العالي والبحث العالمي
Université Abou bekr Belkaid Tlemcen
جامعة ابو بكر بلقايد تلمسان



Faculté des Sciences Economiques, Commerciales et des Sciences de Gestion

كلية العلوم الاقتصادية والتجارية والتسيير

اطروحة لنيل شهادة الدكتوراه في العلوم الاقتصادية

تخصص: العلوم الاقتصادية

تحت عنوان

تقييم السياسات الاجتماعية في قطاعي الصحة والتعليم دراسة قياسية باستعمال بيانات البانال

Évaluation des politiques sociales dans les secteurs de la santé et l'éducation, une
étude empirique en données panel

تحت اشراف: أ.د مختاري فيصل

من تقديم: الطالبة نجار مليكة

لجنة المناقشة

رئيسا	جامعة تلمسان	أستاذ التعليم العالي	أد بلمقدم مصطفى
مشرفا	جامعة معسكر	أستاذ التعليم العالي	أد مختاري فيصل
ممتحنا	جامعة تلمسان	أستاذ التعليم العالي	أد بظاهر سمير
ممتحنا	جامعة تلمسان	أستاذ التعليم العالي	أد يحيى برويقات عبد الكريم
ممتحنا	جامعة معسكر	أستاذ التعليم العالي	أد بن عبو جيلالي
ممتحنا	جامعة معسكر	أستاذ محاضر أ	د قليل محمد

السنة الجامعية 2020-2021

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

اهداء

اهدي هذا العمل المتواضع الى من افتقدهم في اتمامه ابي وامي الغاليين رحمة الله عليهم

الى زوجي الغالي

الى كل اخوتي وأخواتي

الى كل من الاستاذة معزوزي حسيبة والاستاذة نورية معتصم

شكر و تقدير

نحمد الله عزوجل الذي وفقنا في اتمام هذا البحث العلمي ، والذي الهمننا الصحة والعافية

اتقدم بجزيل الشكر والتقدير والامتنان الى امي وأبي الله يرحمها ويجعل قبرهما روضة من رياض الجنة اللذان علماني وكانا سندا لي في حياتي الدراسية والعملية.

واتقدم بجزيل الشكر والامتنان الى الاستاذ الدكتور المشرف مختاري فيصل على كل النصائح والتوجيهات التي تفضل بها على وكل المساعدات التي قدمها لي من اجل اتمام هذا العمل.

كما اشكر كثيرا كل الاساتذة اعضاء اللجنة على قبولهم مناقشة اطروحتي.

فهرس المحتويات

1	المقدمة العامة
	الفصل الاول : تطور السياسات الاجتماعية: تحليل نظري
6	مقدمة الفصل.....
6	1. ماهية السياسة الاجتماعية
6	1.1 مفهوم السياسة الاجتماعية.....
10	2.1 أهداف السياسة الاجتماعية.....
10	3.1 عناصر السياسة الاجتماعية.....
11	4.1 أبعاد السياسة الاجتماعية.....
13	2. تاريخ وتطور السياسة الاجتماعية
14	1.2 المرحلة الأولى: حركات الإصلاح العالمي كتمهيد لنشأة السياسة الاجتماعية
15	2.2 المرحلة الثانية : الثورة الصناعية والبدايات الأولى لإقرار السياسة الاجتماعية
17	3.2 المرحلة الثالثة : الإعلان العالمي لحقوق الانسان وانتشار السياسة الاجتماعية
17	4.2 المرحلة الرابعة : المتغيرات العالمية في القرن الحادي والعشرين وتأثيرها على السياسة الاجتماعية
18	3. نظريات السياسة الاجتماعية.....
19	1.3 النظرية التمثيلية: representational theory.....
19	2.3 النظرية التحليلية أو التفسيرية explanatory or anatical theory.....
20	3.3 النظرية المعيارية: normative theory.....
20	1.3.3 دراسة النظرية المعيارية.....
21	2.3.3 أنواع النظرية المعيارية.....
28	4. نماذج السياسة الاجتماعية
28	1.4 نماذج Richard titmuss.....
28	1.1.4 النموذج المتبقي residual model
29	2.1.4 النموذج الانجاز الأداء الصناعي Industrial Achievement-Performance Model
29	3.1.4 نموذج إعادة التوزيع المؤسساتاتي Institutional Redistributive Model

29	.....GOSTA ESPING ANDERSON: نماذج 2.4
30	.....the liberal welfare state الليبرالي 1.2.4
30	.....the conservative régime المحافظ 2.2.4
30	.....the social democratic الاجتماعي: 3.2.4
31	..... نماذج أخرى للسياسة الاجتماعية 3.4
35	..... خاتمة الفصل
الفصل الثاني : اليات تقييم السياسات الاجتماعية	
37	..... مقدمة الفصل
37	..... ماهية التقييم 1.
37	.....1.1 تعريف التقييم
41	.....2.1 معايير التقييم
42	.....3.1 مبادئ التقييم
43	.....4.1 أنواع التقييمات
43	.....1.4.1 التقييم التجميبي
44	.....2.4.1 التقييم التكويني
45	.....5.1 أفاق أو منظورات التقييم
45	.....1.5.1 التقييمات التجريبية
46	.....2.5.1 التقييمات الاقتصادية
46	.....3.5.1 التقييمات الإنمائية
46	.....4.5.1 التقييمات الإدارية
48	.....2. ماهية تقييم السياسة الاجتماعية
48	.....1.2 تعريف تقييم السياسة
48	.....2.2 أهمية تقييم السياسة
48	.....3.2 تحديات تقييم السياسة
48	.....3. المناهج النظرية حول تقييم السياسات الاجتماعية
50	.....1.3 نموذج البحث العلمي
50	.....1.1.3 التقييم كاختبار النظرية العلمية
51	.....2.1.3 التقييم كالتطرق العلمية المطبقة
52	.....2.3 نموذج التغير الاجتماعي الموجه
53	.....Utilization-Focused Evaluation (U-FE) التقييم المركز على الاستخدام 1.2.3
55	.....2.2.3 التقييم كالتعليم

55	.....3.2.3 منهج دراسة الحالة النوعية.....
59	.....3 نموذج نظرية العدالة الاجتماعية.....
59	.....1.3.3 المنهج النفعي utilitarianism.....
60	.....2.3.3 منهج الإنصاف egalitarianism.....
61	.....خاتمة الفصل.....
	الفصل الثالث : تقييم السياسات الاجتماعية في قطاعي الصحة والتعليم : تجارب دولية
63	.....مقدمة الفصل.....
63	.....1. دراسات حول دور التقييم في تنفيذ السياسة الاجتماعية.....
65	.....2. الدراسات التطبيقية حول تقييم السياسة الاجتماعية في قطاع الصحة.....
73	.....3. الدراسات التطبيقية حول تقييم السياسة الاجتماعية في قطاع التعليم.....
79	.....4. تقارير وتجارب بعض الدول حول تقييم السياسة الاجتماعية في قطاعي الصحة والتعليم.....
79	.....1.4 التقارير.....
85	.....2 تجارب بعض الدول في تقييم السياسة الاجتماعية.....
88	.....خاتمة الفصل.....
	الفصل الرابع : واقع السياسات الاجتماعية في قطاعي الصحة والتعليم بعينة الدراسة
89	.....مقدمة الفصل.....
89	.....1.القطاع الصحي في الدول محل الدراسة.....
89	.....1.1 الانظمة الصحية.....
106	.....2.1 تطور بعض الامراض المنتشرة.....
111	.....3.1 تطور معدل الوفيات الناجمة عن مختلف الأمراض.....
117	.....4.1 تطور الانفاق على قطاع الصحة.....
118	.....5.1 تطور معدل الموظفين في القطاع الصحي.....
120	.....6.1 تطور معدل الاسرة لكل 1000 شخص.....
121	.....2. قطاع التعليم في دول محل الدراسة.....
121	.....1.2 الانظمة التعليمية.....
123	.....2.2 تطور معدل الالتحاق بالتعليم الابتدائي والثانوي والعالى.....
124	.....3.2 تطور نسبة التلاميذ الى المدرسين في التعليم الابتدائي والثانوي والعالى.....
126	.....4.2 تطور معدل التكرار في التعليم الابتدائي.....
126	.....5.2 تطور معدل الانفاق على التعليم.....

129	..... خاتمة الفصل:
	الفصل الخامس : دراسة قياسية لأثر المؤشرات التعليمية والصحية على النمو الاقتصادي في عينة الدراسة .
131	.....مقدمة الفصل
	1.الدراسات التجريبية حول العلاقة بين التعليم والصحة والنمو الاقتصادي باستعمال panel data
131	.....
136	.....2.منهجية الدراسة القياسية
136	.....1.2 النموذج المستخدم
137	.....2.2 التعريف بالمتغيرات المستعملة في الدراسة
139	.....3.2 وصف عينة الدول المستعملة في الدراسة
151	.....4.2 تقدير النموذج
171	.....5.2 تفسير النتائج
174	..... خاتمة الفصل
178	..... خاتمة عامة
182	..... المراجع
190	..... الملاحق

قائمة الاشكال و الجداول

قائمة الاشكال

- 13 الشكل رقم {1-1}: أبعاد السياسة الاجتماعية.....
- 107 الشكل رقم {1-4}: تطور معدل نقص المناعة البشرية خلال الفترة 1990-2018.....
- 109 الشكل رقم {2-4}: تطور معدل اكتشاف حالات السل خلال الفترة 2000-2018.....
- 110 الشكل رقم {3-4}: تطور معدل انتشار فقر الدم بين الأطفال خلال الفترة 1990-2018.....
- 111 الشكل رقم {4-4}: تطور معدل انتشار فقر الدم بين النساء خلال الفترة 1990-2016.....
- 112 الشكل رقم {5-4}: تطور معدل الوفيات بمرض السل خلال الفترة 2000-2018.....
- الشكل رقم {6-4}: تطور معدل الوفيات الناجمة عن الولادة وسوء التغذية والأمراض
المعدية خلال الفترة 2000-2016.....
- 113 الشكل رقم {7-4}: تطور معدل الوفيات الناجمة عن الأمراض القلبية الوعائية أو السكري
أو السرطان أو الأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي خلال الفترة 2000-2016.....
- 117 الشكل رقم {8-4}: تطور الانفاق على قطاع الصحة خلال الفترة 2000-2016.....
- 118 الشكل رقم {9-4}: تطور معدل الاطباء لكل 1000 شخص خلال الفترة 1990-2016.....
- 119 الشكل رقم {10-4}: تطور معدل الاسرة لكل 1000 شخص خلال الفترة 1990-2010.....
- 120 الشكل رقم {11-4}: معدل الممرضات والقابلات لكل 1000 شخص خلال سنة 2010.....
- 120 الشكل رقم {12-4}: تطور معدل الالتحاق بالتعليم الابتدائي والثانوي والعالي خلال الفترة
1990-2017.....
- 124 الشكل رقم {13-4}: نسبة التلاميذ الى المدرسين في التعليم الابتدائي والثانوي والعالي خلال
سنة 2016.....
- 125 الشكل رقم {14-4}: تطور معدل التكرار في التعليم الابتدائي خلال الفترة 2000-2017.....
- 126 الشكل رقم {15-4}: تطور الانفاق على التعليم خلال الفترة 2000-2017.....
- 128 الشكل رقم {1-5}: منحنيات علاقة نمو نصيب الفرد من الناتج المحلي الخام والانفاق على
التعليم.....
- 152 الشكل رقم {2-5}: منحنيات علاقة نمو نصيب الفرد من الناتج المحلي الخام والانفاق على
الصحة.....
- 154 الشكل رقم {3-5}: منحنيات علاقة نمو نصيب الفرد من الناتج المحلي الخام ومعدل
الخصوبة.....
- 155

- الشكل رقم {4-5}: منحنيات علاقة نمو نصيب الفرد من الناتج المحلي الخام ومعدل
 الانفاق الحكومي.....
 157
- الشكل رقم {5-5}: منحنيات علاقة نمو نصيب الفرد من الناتج المحلي الخام ومعدل المام
 الشباب بالقراءة والكتابة.....
 158
- الشكل رقم {6-5}: منحنيات علاقة نمو نصيب الفرد من الناتج المحلي الخام ومعدل العمر
 المتوقع.....
 159
- الشكل رقم {7-5}: منحنيات علاقة نمو نصيب الفرد من الناتج المحلي الخام ومعدل وفاة
 الاطفال دون سن الخامسة.....
 161
- الشكل رقم {8-5}: منحنيات علاقة نمو نصيب الفرد من الناتج المحلي الخام ومعدل وفاة
 الاطفال
 162
- الشكل رقم {9-5}: منحنيات علاقة نمو نصيب الفرد من الناتج المحلي الخام ومعدل
 الاطباء.....
 163
- الشكل رقم {10-5}: منحنيات علاقة نمو نصيب الفرد من الناتج المحلي الخام ومعدل
 الالتحاق بالتعليم الابتدائي.....
 164
- الشكل رقم {11-5}: منحنيات علاقة نمو نصيب الفرد من الناتج المحلي الخام ومعدل
 الالتحاق بالتعليم الثانوي.....
 165
- الشكل رقم {12-5}: منحنيات علاقة نمو نصيب الفرد من الناتج المحلي الخام ومعدل
 الالتحاق بالتعليم العالي.....
 167
- الشكل رقم {13-5}: التمثيل البياني للقيم الحالية والقيم المقدرة.....
 172

قائمة الجداول

31	.....Gosta Esping-Andersen. تصنيف نماذج. {1-1}
32	.....تصنيف نماذج السياسة الاجتماعية. {2-1}
44	.....أسئلة التقييم التجميعي. {1-2}
45	.....أسئلة التقييم التكويني. {2-2}
47	.....الاختلافات بين الأفاق الأربعة للتقييم. {3-2}
49	.....تحديات تقييم السياسة. {4-2}
49	.....نماذج ومناهج تقييم السياسة الاجتماعية. {5-2}
57	.....انواع منهج دراسة الحالة النوعية. {6-2}
122	.....الانظمة التعليمية. {1-4}
138	.....يوضح المتغيرات المستعملة في الدراسة ومصادرها. {1-5}
150	.....الوصف الاحصائي لمتغيرات الدراسة. {2-5}
151	.....دراسة الارتباط بين المتغيرات. {3-5}
169	.....نتائج معلمات النموذج المقدر باستخدام النماذج الثلاثة. {4-5}
170	.....نتائج اختبار Hausman. {5-5}
171	.....معلمات النموذج المقدر باستخدام التأثيرات الثابتة. {6-5}
172	.....التأثيرات الثابتة للدول. {7-5}

مقدمة عامة

ظهر مفهوم السياسة الاجتماعية في القرن التاسع عشر خلال الثورة الصناعية ونشأة المجتمع الرأسمالي، حيث كان يستخدم مصطلح "المسألة الاجتماعية" للدلالة على ظهور نوع من حلقات التشاور بين أصحاب العمل والعمال بسبب المشاكل الاجتماعية التي ظهرت نتيجة عملية التصنيع، وكان الهدف من هذه المسألة الاجتماعية هو إيجاد الحلول الملائمة لهذه المشكلات القائمة أو للحد من تفاقمها وذلك نتيجة التطورات الاقتصادية التي شهدتها المجتمع الرأسمالي في ذلك الوقت.

وأصبح مفهوم "السياسة الاجتماعية" اليوم أكثر شمولاً ولم يعد محصوراً في شكله التقليدي، وهو سد الاحتياجات الملحة للطبقات المحرومة أو المهمشة، فأصبح يُستخدم بمنحى أكثر شمولية ليبدل على السياسة الاجتماعية التي تسعى إلى تحسين المستوى المعيشي للأفراد وتحقيق العدالة الاجتماعية والتوزيع العادل لمصادر الدخل وتوفير مستويات صحية وتعليمية جيدة لأفراد المجتمع وتمكينهم من المشاركة الفاعلة في العملية التنموية. كما تركز السياسات الاجتماعية الحديثة على أهمية الاستثمار الاجتماعي إلى جانب الاستثمار الاقتصادي بطريقة متوازنة دون التقليل من أهمية التنمية الاجتماعية لحساب الاستثمارات الاقتصادية، كما هو الحال في كثير من الخطط التنموية.

تركز السياسة الاجتماعية على جوانب الاقتصاد والمجتمع والنظام السياسي الضرورية للوجود البشري والوسائل التي يمكن من خلالها توفيرها، هذه الاحتياجات البشرية الأساسية وتشمل: الغذاء والمأوى، بيئة مستدامة وأمنة، وتعزيز الصحة وعلاج المرضى ورعايتهم ودعم من لا يستطيعون العيش حياة مستقلة بالكامل؛ وتعليم وتدريب الأفراد إلى المستوى الذي يمكنهم من المشاركة الكاملة في عملهم.

إذا أرجعنا السياسة الاجتماعية إلى حقل خطاياها وممارستها، فهي تعني نوع من العمل، إنها انتقال من وضعية لأخرى جديدة، وقد جاءت نتيجة أزمات صنعها صناع القرار من أجل مواجهة الأزمات السياسية الاجتماعية ويمكن القول أن السياسة الاجتماعية جاءت كذلك انطلاقاً من ذلك التحول الذي عرفه نسق الدول الغربية، إذ يجب أن ترسم المعالم الضرورية لبناء المستقبل الجماعي وقد جاء في تعريف بريتشارد تيتمس "إن السياسة الاجتماعية هي خطة حكومية مبدولة لدراسة الموقف وتقدير المستقبل وتحديد الاتجاهات لتلافي المشاكل وصناعة الرفاه الاجتماعي".

إن السياسة الاجتماعية تضم مجموعة برامج وممارسات وقوانين و تدابير، تقوم بها الحكومة وتؤثر من خلالها على العلاقات الاجتماعية بين الفرد والمجتمع لتجاوز التفاوت وتحقيق الاندماج داخل المجتمع.

إن السياسة الاجتماعية بالضرورة ستنحور على جهود دولية متوزعة على السياسة الأسرية، سياسة مكافحة الفقر والإقصاء الاجتماعي سياسة التشغيل والتكوين الضمان الاجتماعي، سياسة التعليم، وسياسة الصحة... وسياسة القرب والبرامج الإدماجية الخاصة بالأشخاص في وضعية صعبة، وقد تطورت السياسة الاجتماعية مع التطور الاجتماعي والوظائفي للدولة، أو مايسمى بدولة الرفاهية

الاجتماعية.

ومع ذلك ، في العقود التي أعقبت الحرب العالمية الثانية ، أصبحت دولة الرفاهية كنظام حكومي "منظماً لضمان رفاه المواطنين واستخدام مواردهم لهذه الغاية [بروس 1961 ، ص 293]" وصلت إلى مرحلة النضج النسبي. ، وقد وضعت جميع الديمقراطيات الصناعية الغربية سياسات لأمن الدخل وتزود مواطنيها بالخدمات المجانية أو المدعومة في مجالات متنوعة مثل التعليم والصحة والإسكان والمشورة والتوظيف ، وزادت نسبة المنتجات الوطنية المخصصة لهذه البرامج باطراد على مدى العقود الثلاثة الماضية.

لا ينظر الجميع إلى نمو دولة الرفاهية كسبب للاحتفال ، على العكس من ذلك ، في جميع أنحاء الغرب كانت هناك العديد من التعبيرات عن خيبة الأمل من فكرة أن الدولة يمكن (أو يجب عليها) أن تضمن رفاه المواطنين من خلال فرض الضرائب والإنفاق. نمت معارضة دولة الرفاه الاجتماعي بشكل أكبر في السبعينيات ، عندما واجهت معظم الدول الصناعية حالة من الركود الاقتصادي ، والتضخم ، والبطالة. في ظل الظروف الاقتصادية المعاكسة ، أثبتت أسئلة متزايدة حول قدرة الاقتصادات الغربية على تحمل العبء المتزايد للخدمات الاجتماعية، يبدو أن تكلفة الرعاية تفوق الموارد المتاحة، وتراوحت التفسيرات المقدمة من ارتفاع تكاليف الأحكام بسبب التقدم التكنولوجي (خاصة في المجال الصحي) ، من خلال "انفجار التوقعات" ، إلى الأثر السلبي المفترض لأحكام الرعاية على أخلاقيات العمل.

لقد ازداد الجدل السياسي الذي صاحب دولة الرفاه منذ البداية في العقدين الأخيرين، وقد أدى ذلك إلى تزايد الطلب على المساءلة والتقييم، وهي تميل إلى إثارة الأسئلة المتعلقة بجدوى وكفاءة السياسات والبرامج ، كما أنها على استعداد متزايد لتخصيص الموارد لتقييم البرامج. وفي سبعينيات القرن العشرين ، حيث كانت جميع البرامج الجديدة الرئيسية إما مسبقة بتجربة محكمة أو مصحوبة بأبحاث تقييم مستمرة ، غالباً ما تكون واسعة النطاق وطموحة للغاية، وقد أدى التخصيص السخي للموارد إلى نمو بحوث التقييم كمجال للممارسة متعدد التخصصات، ينعكس التطور المذهل لهذا المجال منذ منتصف الستينيات في سلسلة من النصوص ، والقراء ، والدراسات ، في ظهور المجالات المخصصة حصرياً للتقييم ، وفي انتشار برامج التدريب والمؤتمرات والجمعيات.

وقد رافق إضفاء الطابع المؤسسي على هذا المجال تقدم حقيقي في منهجية التقييم. تظهر مقارنة بين النصوص التي نشرت في الستينيات (Suchman 1967) أو أوائل السبعينيات (Weiss 1972) مع تلك المنشورة في نهاية العقد (Freeman ، Rossi ، and Wright 1979) أدلة على تزايد قدرة المجال على التعامل مع القضايا من القياسات والسببية ، والوعي المتزايد للسياق التنظيمي والسياسي للتقييم، وتأثر اتجاه هذه التطورات بالأصول التأديبية لأبحاث التقييم، على الرغم من أن نسبة كبيرة من أولئك الذين مارسوا التقييم تم تدريبهم في العلوم الاجتماعية ، إلا أن الجذور الفكرية والمنهجية لهذا المجال يمكن أن تعزى إلى الصحة العامة ، والطب ، والعلوم الزراعية ، والتعليم ، وعلم النفس التجريبي.

التأثيرات الحديثة تشمل الاقتصاد والعلوم الإدارية. لقد كانت الروابط الخاصة بالتعامل مع المجتمع في حد ذاته ، مثل التاريخ والعلوم السياسية ، أضعف بكثير. وقد يفسر ذلك وجود ميل للتركيز على تنفيذ ونتائج برامج محددة بدلاً من التركيز على النتائج الاقتصادية والسياسية العامة للسياسات الاجتماعية، وهكذا نجد روابط ضعيفة فقط بين مجال التقييم ، كما هو مبين في أدبياتها الحالية ، ومجال السياسة الاجتماعية (جيل 1976) التي رافقت دولة الرفاهية منذ البداية.

وقد تم الاعتراف بأثر العوامل الاجتماعية والسياسية والاقتصادية على الصحة منذ فترة طويلة (باوم ، 2008)، كما تم النظر إلى السياسة على أنها وسيلة لجعل تأثير هذه المحددات أكثر صحة منذ القرن التاسع عشر على الأقل (Baum et al. ، 2013b). وتم التأكيد على أهمية العمل المشترك بين القطاعات في إستراتيجية الرعاية الصحية الأولية في ألما آتا (منظمة الصحة العالمية ، 1978) ، وأُعرب عن أهمية السياسة العامة الصحية في ميثاق أوتوا (منظمة الصحة العالمية ، 1986).

أصبح رصد وتقييم المبادرات الصحية العالمية مكونات أساسية لكل برنامج، ونظراً لزيادة التركيز على القيام بالمزيد من الموارد الأقل ، فإن الرصد والتقييم لهما أهمية خاصة في تحديد أي التدخلات هي الأكثر كفاءة وفعالية. تسمح هذه العمليات للأفراد والمؤسسات بتقييم ما إذا كان المشروع يحقق أهدافه ، وتتبع استخدام الأموال ، وتحديد التحديات ، وإنشاء قاعدة الأدلة اللازمة في نهاية المطاف لتوعية صنع القرار وتحسين الجهود المستقبلية.

وتنطوي عملية مراقبة مشروع أو تدخل صحي على جمع منتظم للبيانات باستخدام مؤشرات محددة لقياس النتائج. ويمكن أن يشمل ذلك قياس عدد الأشخاص المدربين على استخدام أداة جديدة لنمذجة السكان أو - على نطاق أوسع - تحديد عدد النساء والفتيات اللواتي يتلقين الرعاية الصحية الأساسية نتيجة لإصلاح السياسات.

يتطلب التقييم تطوير مقاييس صارمة لقياس نتائج المشروع. وهو عبارة عن جهد تعاوني يمكن المنظمات المنفذة والشركاء والمانحين وأصحاب المصلحة من مشاركة المعلومات وفحص الأساليب أو التدخلات الأكثر فعالية في مساعدتهم على تحقيق أهدافهم. ويساهم ذلك أيضاً في زيادة المساءلة والشفافية في تنفيذ المشاريع وتحقيق النتائج. وقبل كل شيء ، تساعد المراقبة والتقييم على ضمان أن يستفيد الأشخاص الذين يعيشون في البلدان النامية من البرامج التي تهدف إلى تحسين نوعية حياتهم.

الى جانب القطاع الصحي ، أصبح من الضروري تحليل قطاع التعليم نفسه ، من حيث تنفيذ السياسات التعليمية ومستويات إنجازات الطلاب وما إلى ذلك ، بالإضافة إلى التعليم مساعدات التنمية المقدمة من الدول المتقدمة (الدول المانحة) والوكالات الدولية وبعبارة أخرى ، يجب أن يشمل التقييم كل من الفعالية العملية للسياسات التعليمية في البلدان النامية وفعالية مساعدات التنمية التعليمية

لهذه البلدان، على الرغم من أنه في أي نوع من التقييم ، فإن أهمية مؤشرات التعليم القابلة للمقارنة دوليًا تُفهم بشكل عام ، إلا أن مؤشرات التعليم ليست بالضرورة هي الأكثر استخدامًا في التقييم الفعلي.

ما زال قطاعي الصحة والتعليم في البلدان ذات التنمية البشرية مرتفعة اي البلدان متوسطة الدخل لم يصل بعد الى المستوى المطلوب ، رغم ارتفاع النفقات الصحية والتعليمية من سنة الى اخرى في هذه البلدان ، لهذا لا بد من تتبع وتقييم هذين القطاعين من اجل عدم تبذير المال العام وتحقيق النجاعة والكفاءة والفعالية في تقديم الخدمات الصحية وتحقيق جودة التعليم .

تتمثل اشكالية الدراسة في: محاولة تقييم السياسات الاجتماعية بقطاعي الصحة والتعليم في دول الدراسة ؟

وتتضمن هذه الاشكالية الاسئلة الفرعية التالية:

- كيف يتم تقييم السياسات الاجتماعية؟
- ما هي المؤشرات المعتمدة في تقييم السياسات؟
- هل تؤثر المؤشرات الصحية والتعليمية على النمو الاقتصادي في الدول محل الدراسة ؟

فرضيات الدراسة

- تؤثر المؤشرات الصحية والتعليمية ايجابيا على النمو الاقتصادي في دول الدراسة .

اهمية الدراسة

تتمثل اهمية الدراسة في ان موضوع تقييم السياسات الاجتماعية اصبح الان ضرورة حتمية لكل دولة ،متابعة ورصد برامجها الاجتماعية خاصة في قطاعي الصحة والتعليم وذلك لتفادي تبذير المال العام و النهوض بهذه القطاعات الى المستوى المطلوب ، اذا كان التقييم يتسم بالشفافية .

اهداف الدراسة:

- تحديد اهمية تقييم السياسات الاجتماعية ومتابعة البرامج الاجتماعية .
- التعرف على واقع قطاعي الصحة والتعليم في الدول محل الدراسة .
- دراسة اهم المؤشرات الصحية والتعليمية المؤثرة على معدلات النمو الاقتصادية في عينة الدراسة.

حدود الدراسة

تمثلت حدود الدراسة في الاطار الزمني خلال الفترة الممتدة بين 1995-2015 ، و الاطار المكاني اخترنا دراسة مقارنة من خلال بيانات بانال داتا بين 30 دولة ذات تنمية بشرية مرتفعة حسب تصنيف تقرير التنمية البشرية لسنة 2016.

منهجية الدراسة

الدراسة قسمت الى خمسة فصول حيث تضمن الفصل الاول تطور السياسات الاجتماعية وذلك من خلال ذكر اهم مراحل تطور السياسة الاجتماعية ونظرياتها، بالإضافة الى اهم نماذجها، اما الفصل الثاني خصص لتحديد معايير تقييم السياسات الاجتماعية، الذي سنتناول فيه مفهوم التقييم ومعايره، مع التطرق الى مختلف المناهج النظرية لعملية تقييم السياسات الاجتماعية ، كما تناول الفصل الثالث اهم الدراسات النظرية والتجريبية التي درست تقييم السياسات الاجتماعية في قطاعي الصحة والتعليم ، و دراسة العلاقة بين المؤشرات الصحية والتعليمية والنمو الاقتصادي، اما الفصل الرابع تضمن تقييم واقع القطاع الصحي والتعليمي في دول الدراسة وذلك من خلال التعرض للأنظمة التعليمية والصحية السائدة في هذه الدول، مع تحليل تطور اهم المؤشرات التعليمية والصحية فيها خلال الفترة 1995-2015، واخيرا خصص الفصل الخامس لدراسة قياسية لأثر المؤشرات الصحية والتعليمية على النمو الاقتصادي في 30 دولة ذات تنمية بشرية مرتفعة خلال الفترة 1995-2015 باستعمال نموذج panel data، من اجل الاجابة على اشكاليتنا المطروحة.

الفصل الأول :

تطور السياسات الاجتماعية : تحليل نظري

مقدمة الفصل :

لقد تطور مفهوم السياسة الاجتماعية مع تطور وظائف الدولة ، فبعد أن كانت حامي للشعب أصبحت تتدخل في جميع القطاعات الاجتماعية كالتعليم ، الصحة والإسكان والتأمينات الاجتماعية ، بحيث لا يمكن تحقيق الرفاه والعدالة الاجتماعية والمساواة والنهوض بمستوى هذه القطاعات إلا عن طريق تضافر الجهود بين القطاع العام والخاص ومشاركة المجتمع المحلي .

فمع اتساع دائرة الفقر في العالم ، خاصة منذ الحرب العالمية الثانية ازداد تقديم الدولة للمساعدات الانسانية ، فبعد ان كانت تقدم هذه المساعدات على شكل موائد للفقراء ، أصبحت على شكل منظمات .

سنحاول في هذا الفصل التعرف على تطور مفهوم السياسة الاجتماعية ومختلف النظريات والنماذج التي حاولت تعريف السياسة الاجتماعية.

1. ماهية السياسة الاجتماعية

كان هناك نقاش منذ فترة طويلة حول معنى مصطلح السياسة الاجتماعية ضمن مختلف الأدبيات، القضية المركزية ضمن هذه المناقشة هو هل مجال السياسة الاجتماعية يشمل فقط المجالات التي وصفت ب"الخدمات الاجتماعية الشخصية" مثل: الدخل والحماية، رعاية الأطفال وتقديم المشورة ، وهل يتضمن الخدمات الإنسانية مثل التعليم والرعاية الصحية ، أو نطاق أوسع من ذلك يخص مسائل السياسات الاقتصادية مثل: قانون العمل ، قرارات خفض عجز الميزانية ، أو اتفاقات التجارة الحرة بين الولايات المتحدة الأمريكية والمكسيك، أم هل تشمل السياسة الاجتماعية فقط القرارات التي اتخذت من طرف الهيئات الحكومية الخاصة بتخصيص الحقوق والموارد ، أم أنها تشمل أيضا القرارات التي اتخذت من طرف المنظمات الغير الحكومية كنقابات العمال.

1.1 مفهوم السياسة الاجتماعية

➤ تعريف السياسة

تعريف titmuss 1974 cited in dalton et al 1996 : " السياسة هي المبادئ التي تحكم العمل نحو أهداف معينة " ¹

تعريف althaus et al 2007 : " السياسة هي :

- تسمية لمجال النشاط.
- تعبير عن الأغراض العامة أو الشؤون المنشودة للدولة.

¹alison meclellan .what is social policy . sample only oxford university press anz,2011,p11.

- مقترحات محددة.
 - قرارات الحكومة الناتجة عن اللحظات الحاسمة للاختيار.
 - تشريع رسمي ، القانون الخاص أو النظام الأساسي .
 - برنامج ، مجموعة من القوانين والتنظيمات والموارد.
 - إنتاج أنشطة خاصة .
 - نظرية ، إذا فعلنا x سوف تتبع y.
 - عملية تنكشف على مدى فترة زمنية طويلة¹.
- تعريف 3: "السياسة هي المبادئ التوجيهية أو المبادئ العامة التي توجه مسار معين من العمل من طرف الحكومة أو المنظمة، ويشير أيضا بمعنى محدد ، الى مسار عمل مقصود "².

➤ تعريف السياسة الاجتماعية

تعريف hamadou conate: "السياسات الاجتماعية هي نتيجة التدابير والآليات السياسة المصممة والمخططة لتلبية الاحتياجات الأساسية الإنسانية ، بحيث تنشأ هذه السياسات عن القرارات الوطنية والمحلية التي تهدف إلى زيادة فعالية تنمية الموارد البشرية طبقا للتغيرات الاجتماعية والاقتصادية"³.

تعريف professor macbeath: "السياسات الاجتماعية هي الترتيب الصحيح لشبكة العلاقات بين الرجال والنساء الذين يعيشون معا في المجتمعات ، أو هي عبارة مجموعة المبادئ والقواعد التي تحكم أنشطة الأفراد والجماعات والتي تؤثر على حياتهم ومصالحهم"⁴.

تعريف professor marshal: "السياسة الاجتماعية بالمعنى الدقيق ليست مصطلحا تقنيا ، وإنما هي عبارة عن سياسات الحكومات التي تؤثر على رفاهية الافراد عن طريق الدخل والخدمات وذلك من خلال التأمينات الاجتماعية العامة او الوطنية ، المساعدات الانسانية، خدمات الرعاية الصحية ، السياسة الاسكانية."⁵

تعريف Daniel beland 2010: "السياسة الاجتماعية هي البرامج التي تهدف الى دعم الفقراء وتعزيز التضامن بين مختلف افراد المجتمع ، محاربة عدم المساواة وكذلك الحد من الاعتماد على السوق أو حماية العاملين وأسرههم ضد المخاطر الاقتصادية "⁶.

¹ alison meclellan .what is social policy . op cit p11

²renu Sharma. social planning and social policy .social work intervention with individuals and groups,1998,p.206

³ appolinaire attant ngouri . politiques sociales et développement :le cas du congo-brazzaville . mémoire présenté comme exigence partiele de la maitrise en intervention sociale , universite du quebec a monterreal, mai 2006,p33

⁴richard titmuss .what is social policy . 1974, p 28

⁵richard titmuss .what is social policy . op cit, p30

⁶Jennefer jaworowsk. social policy. 2013,P01, <https://www.canyons.edu/Offices/DistanceLearning/OER/Documents/OpenTextbooksAtCOC/Sociology>.

تعريف COMPTON,GALAWAY,COURNOYER2004 : " السياسة الاجتماعية هي مجموعة القوانين والقواعد الإدارية التي تحدد أغراض الرعاية الاجتماعية العامة وتسمح للمنظمات بالعمل من اجل تحقيق هذه الأغراض."¹

تعريف hall and midjley 2004:" السياسة الاجتماعية هي مجموعة التدابير والاجراءات التي تؤثر على رفاهية الشعب ، عن طريق توفير خدمات الرعاية أو عن طريق السياسات التي تؤثر على سبل العيش عموماً."²

تعريف Ravi Kanbur: " تعرف السياسة الاجتماعية عن التدخلات التي تؤثر مباشرة على التحول في الرعاية الاجتماعية والمؤسسات الاجتماعية والعلاقات الاجتماعية."³

تعريف Tade Akin Aina1999:" السياسة الاجتماعية هي تدخلات مدروسة ومنهجية في الحياة الاجتماعية للبلد لتلبية الاحتياجات الأساسية وضمان رفاهية مواطنيها ، ويعتبر ذلك تعبيراً عن الاهداف المرغوبة اجتماعياً من خلال التشريعات والمؤسسات والبرامج والممارسات الادارية ، هذا مفهوم اوسع من العمل الاجتماعي والرعاية الاجتماعية."⁴

تعريف david gill:"السياسات الاجتماعية هي إجراء يهدف إلى التأثير على :

- نوعية الحياة بصورة عامة في المجتمع.

- ظروف معيشة الأفراد والجماعات في المجتمع.

- طبيعة العلاقات داخل المجتمع بين الأفراد والجماعات والمجتمع ككل."⁵

تعريف kulkarni:"السياسة الاجتماعية هي إستراتيجية العمل الذي يبين الوسائل والأساليب التي

يجب إتباعها في المراحل المتعاقبة لتحقيق الأهداف الاجتماعية المعلنة."⁶

تعريف Julia tao 2004:" السياسة الاجتماعية هي :

✓ هي سياسة مباشرة أو العمل في المجال العام لتحقيق أهداف معينة.

✓ تكون موجهة نحو الرعاية الاجتماعية ، سواء كنا نتحدث عن الاحتياجات الإنسانية ، الانصاف ،

العدالة، المشاركة الفعالة ...الخ.

✓ تعمل من خلال وسائل مختلفة من خلال : تقديم الدعم للزراعة والصحة، التعليم والحماية الاجتماعية.

¹Sharon Gilson.social welfare policy and social work practice. university of California Berkeley, California social work education center 2009, p16

²Ravi Kanbur. What's Social Policy Got To Do With Economic Growth. Second Draft: January, 2006, p03

³ Ravi Kanbur .What's Social Policy Got To Do With Economic Growth.op cit ,p04.

⁴ Arjan de Haan. the social policies of emerging economies: growth and welfare in india. International Development Research Centre (IDRC), Working Paper number 110 June, 2013,p02

⁵ renu Sharma. social planning and social policy, op cit ,p02

⁶renu Sharma. social planning and social policy,op cit,p03

✓ هي من وضع وتنفيذ مجموعة متنوعة من الجهات الفاعلة التي تعمل في المجال العام، ومن هنا يمكننا أن نستخلص أن السياسة الاجتماعية لا تقتصر فقط على الدولة أو الأمة وإنما يمكن أن تمتد إلى مناطق المحليات والجمعيات في أي مكان يمكننا تحديد المجال العام.¹

تعريف 2002 preda: "غالبا ما يشير مصطلح السياسة الاجتماعية إلى الأنشطة والأعمال التي تقوم بها الدولة من خلال {التشريعات، الإجراءات والبرامج والمشاريع، المؤسسات والاستراتيجيات} والهدف منها هو زيادة رفاه الفرد والأسرة والجماعة في المجتمع، بل أيضا رفاه المجتمع ككل".²

تعريف 2006 Alvin finkel " السياسة الاجتماعية هي مجموعة من القرارات الغير السوقية، العامة والخاصة، التي تحدد توزيع الثروة على الأفراد والأسر ومدى توافر الخدمات الإنسانية لجميع أفراد المجتمع".³

تعريف 1989 adam graycar and adam jamrozik: "السياسة الاجتماعية هي:

- كمفهوم فلسفي مجموعة من المبادئ العامة وسلسلة من الدول المنشودة.
- كمنتج سلسلة من الاستنتاجات أو التوصيات المعنية بتحسين الأوضاع الاجتماعية العامة أو المنتقاة.
- كعملية عملية سياسية اجتماعية للتنفيذ.
- كإطار للعمل.⁴

تعريف احمد كمال احمد: " السياسة الاجتماعية هي مجموعة القرارات الصادرة من السلطات المختصة في المجتمع لتحقيق أهدافه الاجتماعية العامة، وتوضح هذه القرارات مجالات الرعاية، والاتجاهات الملزمة وأسلوب العمل وأهدافه في حدود اديولوجية المجتمع، ويتم تنفيذ هذه السياسة برسم خطة أو أكثر⁵ تحوي عدد من البرامج ومجموعة من المجموعات المترابطة والمتكاملة".

تعريف عبد المنعم شوقي: "السياسة الاجتماعية هي مجموعة القواعد والاتجاهات العامة المستمدة من فلسفة الإصلاح الاجتماعي والتي يجب مراعاتها عند اختيار ميادين العمل والفئات والمشكلات، وكذلك أسلوب العمل أثناء العمل الاجتماعي نفسه".⁶

¹ Cristina ILIE. Social Policies in the Context of Globalization. Assist. Prof., PhD, Department of Sociology, Philosophy, Faculty of Law and Social Sciences, University of Craiova, february 2014, vol4,no02,p02

²Cristina ILIE. Social Policies in the Context of Globalization" op, cit p02

³Alvin finkel, wilfrid laurier. social policy and practice in Canada ahastory. university press , canada 2006,p03

⁴ tony Dalton, mary draper, wendy weeks,john wisman .making social policy in Australia.national library of Australia 1996,p 05

⁵ هناء حافظ بدوي. التخطيط الاجتماعي والسياسة الاجتماعية في مهنة الخدمة الاجتماعية. استاذ مساعد تنظيم المجتمع بالمعهد العالي للخدمة الاجتماعية 2003، ص 191

⁶ الدكتور مجروس محمود . السياسة الاجتماعية والتخطيط في العالم الثالث. دار المعرفة الجامعية ،2003،ص12

من خلال التعاريف سواء العربية منها او الغربية نستنتج أن السياسة الاجتماعية هي مجموعة من المبادئ والقواعد تصاغ وتنفذ من طرف السلطة التنفيذية أي الحكومة ، تهدف إلى تحقيق رفاهية الفرد من خلال تقديم خدمات الرعاية الصحية والتعليم والإسكان وغيرها من المساعدات الأخرى.

2.1 أهداف السياسة الاجتماعية

- ✓ إعادة التوزيع: هناك نوعين من سياسة إعادة التوزيع، التوزيع العمودي والذي يتحرك من الناس الأكثر ثراء إلى الناس الأشد فقراً، من اجل معالجة ما يمكن اعتباره مستويات غير مقبولة من عدم المساواة في الدخل ، التوزيع الأفقي هو توزيع ضرائب الدولة من اجل توفير الخدمات للأفراد الذين لا يستطيعون الدفع مثل التعليم والمعاشات التقاعدية.
- ✓ إدارة المخاطر: لقد كان هدف السياسة الاجتماعية هو تلبية الاحتياجات الاجتماعية، لكن الآن هناك مخاطر كثيرة في المجتمع مثل التلوث والآثار السلبية للتكنولوجيا الجديدة ، بحيث الأفراد لديهم القليل من القوة لمواجهة هذه المخاطر، لذلك تعتبر هذه مسؤولية الدولة.
- ✓ الحد من الإقصاء الاجتماعي: هناك بعض الغموض حول معنى الاستبعاد الاجتماعي، فهو مفهوم مثير للجدل ، وقد قيل انه مجرد تعبير آخر للفقير ولكن معناه أوسع من ذلك ، وقد نشأ في فرنسا ، ويعني الإقصاء الاجتماعي او الاستبعاد الاجتماعي الأشخاص المهمشين اجتماعياً بحكم نقص المهارات لديهم ، التعليم ، الفقر ، الإعاقة ، ولذلك لا بد من وجود سياسات لإعادة إدماجهم في المجتمع.

3.1 عناصر السياسة الاجتماعية¹:

ترتكز السياسة الاجتماعية على أربعة عناصر هي:

- الأيدلوجية السائدة في المجتمع: الأيدلوجية هي الفلسفة الموجهة لسلوك المجتمع بطبقاته وقطاعاته وأجهزته كافة، وغالباً ما تكون الأيدلوجية نتاج التراث الثقافي والاجتماعي والحضاري والقيم الأخلاقيات والآداب المتفاعلة معاً لشعب من الشعوب، والأيدلوجية قوة هائلة موجهة للشعوب وقوة ضاغطة في المجتمعات المنظمة الاجتماعية.
- المجالات التي تعمل فيها البرامج والمشروعات الخدمية والإنتاجية: يمكن أن تتحدد هذه المجالات بميادين العمل الاجتماعي وقطاعاته وفئات المواطنين الذين يشملهم هذا العمل ، فضلاً عن مجالات الزمن أو الوقت الذي يؤدي فيه العمل لهذه الفئات في تلك الميادين والقطاعات، وكذلك تحديد الأجهزة التي يتم عن طريقها العمل على تخطيط وتنفيذ برامج (Action system) و مشروعات التنمية .
- الاتجاهات العامة التي تلزم وتوجه العمل الاجتماعي: الاتجاهات هي الأسس والقواعد والمبادئ أو المناهج التي تحدد لنا أبعاد العمل ومستواه، ونوع البرامج والمشروعات التي تحويها الخطط الاجتماعية

¹ سلام عبد علي العبادي، مثال عبد الله غني العزاوي. السياسة الاجتماعية في العراق جدل دولة الرفاه واقتصاد السوق. مجلة كلية الآداب العدد 96، 2010، ص 53، <https://www.iasj.net/iasj?func=fulltext&aid=4521>.

المختلفة، ويمكن تصنيف هذه الاتجاهات إلى ثلاثة أنواع هي:

أ- اتجاهات غير ملزمة مثل اتجاه الدولة إلي توفير أفضل أساليب الرعاية المتكاملة لكل طفل قبل سن السادسة يعيش على أرض الوطن.

ب- اتجاهات شبه ملزمة وتعني اتجاه الدولة إلى الاستفادة من جميع الاكتشافات والنظريات العلمية الجديدة في العالم لتحقيق الرفاه في المجتمع مثل توفير سكن صحي مناسب لكل أسرة.

ج- اتجاهات ملزمة وهي ترتفع إلى مستوى القاعدة أو المبدأ أو المعالم التي تساعد على أداء العمل والوصول إلى الهدف، مثل اتجاه الدولة في أن توفر لكل مواطن فرصة كاملة للتعليم المجاني وفق احتياجاته وما يتناسب مع قدرته وميوله واستعداداته.

➤ الأهداف الإستراتيجية البعيدة: وتمثل هذه الأهداف آمال وغايات يفترض الوصول إليها وتحقيقها على المدى البعيد من اجل زيادة معدل الرفاهية بين خدمات وبرامج ومشروعات التنمية الاجتماعية والاقتصادية كافة ، ويمكن تحيد ابرز هذه الأهداف الإستراتيجية بما يأتي:

1-تحقق السياسة الاجتماعية نوعا من التوازن والتكامل بين المستوى القومي والمستوى الإقليمي والمستوى المحلي بالنسبة لخطط وبرامج ومشروعات التنمية الاجتماعية والاقتصادية.

2-يتحقق بواسطة السياسة الاجتماعية أقصى مستويات التعاون بين مختلف أجهزة التخطيط للرعاية الاجتماعية والتخطيط لتنمية المجتمع تنمية شاملة.

3-يمكن بواسطة السياسة الاجتماعية تحقيق أمثل استثمار ممكن للإمكانات والموارد البشرية والمادية والتنظيمية المتاحة في المجتمع.

4-إشباع أقصى قدر ممكن من احتياجات أفراد المجتمع وحل مشكلاتهم، وتحقيق أفضل معدلات للرفاهية الاجتماعية لجميع أفراد المجتمع.

5-بواسطة السياسات الاجتماعية يمكن تحقيق النمو المتوازن بين قطاعات النشاط الاجتماعي والاقتصادي والثقافي والمادي في المجتمع.

6-تحقيق الأمن والسلام الاجتماعي.

7-تعزيز الحصول على الفرص الاقتصادية عن طريق توفير فرص العمل وتهيئة الظروف الملائمة لتطوير القدرات والنفاز إلى سوق العمل.

8-توسيع نطاق الضمان الاجتماعي والعمل على تحقيق تكامل بين سياساته على نحو وثيق مع سائر القطاعات لاسيما الصحة، التعليم، العمالة.

4.1 أبعاد السياسة الاجتماعية:

تغير مفهوم السياسة الاجتماعية على مر السنين، فقد انتقلت السياسة الاجتماعية من أهدافها الجوهرية المتمثلة بحماية السكان من طوارئ الحياة كالمرض والشيخوخة والبطالة ، على قطاعات أخرى من السياسة العامة بما في ذلك الصحة والتعليم والعمل ، وامتدت لتشمل قطاعات مثل المياه

والبيئة والحكم السليم ، وتغير هدف السياسة الاجتماعية من التحرر من المخاطر إلى حرية العيش حياة صحية هادفة ، فتوزيع الدخل والأمن الاجتماعي إنما هما من العوامل التي تشكل الفرص وتحدد أفاق المساواة في المجتمع .

والجدير بالملاحظة أن نظرة الاقتصاديين إلى السياسة الاجتماعية تغيرت ، فعلى النقيض من النظرة التقليدية التي تعتبر السياسة الاجتماعية عامل تكلفة ، تعتبرها النظرة البديلة استثمار في البشر ، ومن المتوقع أن تزداد أهمية هذا الاستثمار ، إذ تصبح الاقتصاديات الحديثة قائمة على المعرفة ويكتسب العنصر البشري دورا حاسما في المنافسة الاقتصادية الدولية ، وتعتمد التنمية الاقتصادية إلى حد كبير على الابتكار والاستثمار في الأفكار ، وهي قائمة على اكتشاف الناس للفرص والمجازفة في تعقبها ، وللسياسة الاجتماعية دور في تسيير تطوير المعارف والأفكار .

كما تيسر السياسة الاجتماعية الاستثمارات الاقتصادية بتوفير الحماية والتأمين ضد المخاطر مثل المرض أو الإصابة التي يمكن بغير ذلك أن تستهلك جميع الموارد المتاحة ، وإذا ما أديرت الحماية الاجتماعية جيدا يمكنها ان تكون عاملا منتجا حقيقيا يشجع الناس على اعتماد افق تخطيط طويل الامل ويزيد من انتاجية العمل ، في هذا الصدد المساعدات الاجتماعية أداة هامة تهدف إلى جعل النمو الاقتصادي أكثر إنصافا وبالتالي أكثر استدامة .

إعلان الألفية للأمم المتحدة إزاء القلق المتزايد من عدم المساواة نتيجة العولمة ، ويهدف جعل العولمة شاملة للبلدان النامية ومفيدة لها حجة مماثلة مبنية على قيم أساسية هي الحرية والمساواة والتضامن ، وهو يحدد مؤشرات واضحة متفق عليها للتقدم الاجتماعية متمثلة في الأهداف الإنمائية للألفية .

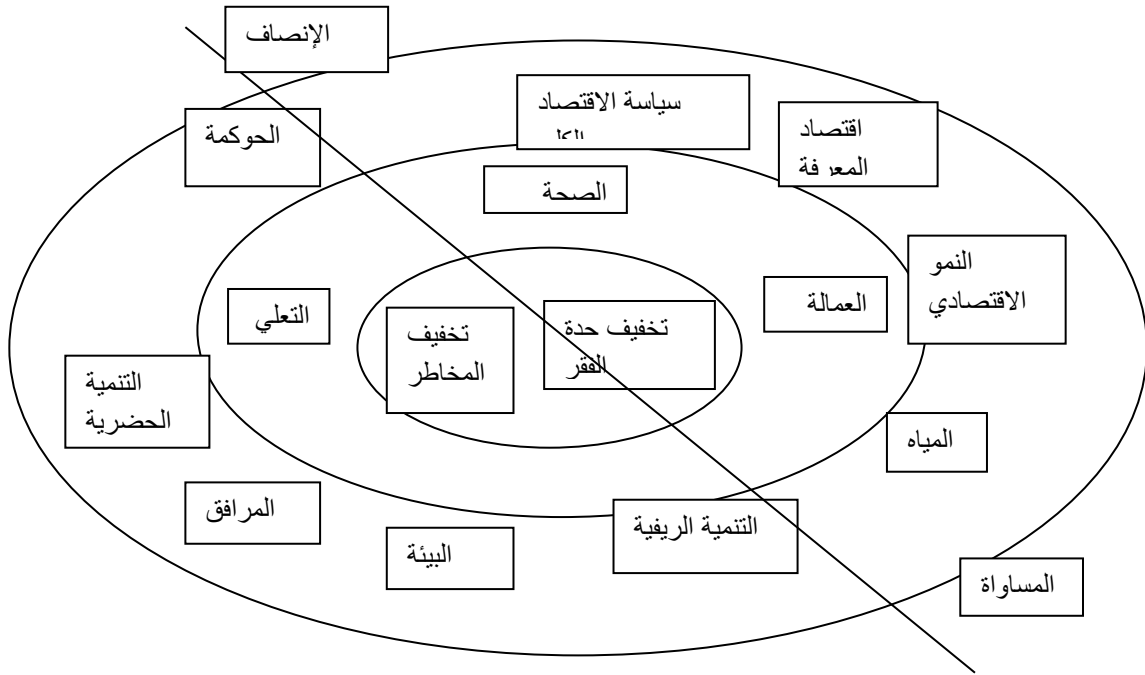
"وليس في تعزيز تكافؤ فرص التعليم ذي الجودة والرعاية الصحية الجيدة والحصول على المياه والأراضي ، وخدمات النقل والاتصالات والمعلومات والمعارف للفئات الاجتماعية والمواقع الجغرافية تأمين للحقوق الإنسانية فحسب ، بل انه أيضا استثمار في احد أهم الموارد الإنتاجية لأي بلد ، وهو الاستثمار في الإنسان."¹

على هذا ينظر للسياسة الاجتماعية على أنها عمل عام مصمم لتوسيع الخيارات والفرص للناس في جميع مراحل عملية التنمية، كما أنها في الوقت نفسه تتناول جوانب الإنتاج الاجتماعي وإعادة الإنتاج والحماية وإعادة التوزيع وكذلك أيضا قضايا المساواة والشمول والحقوق .

ويمكن عرض أبعاد السياسة الاجتماعية بثلاث دوائر متحدة المركز.

¹ . السياسة الاجتماعية المتكاملة رؤى واستراتيجيات في منطقة الاسكوا. التقرير الثالث، اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي اسيا ، 2013، ص15057 05 <https://www.unescwa.org/ar/node/15057>

الشكل رقم {1-1}: أبعاد السياسة الاجتماعية



المصدر: www.enescwa.com

تتناول الحلقة الداخلية هدي الحماية الاجتماعية وهما الحد من الفقر وتخفيف المخاطر ، اللذين شكلا تقليديا جوهر السياسة الاجتماعية بمفهومها الضيق ، واعتبرت المساعدات الاجتماعية النقدية والعينية ومعونات الدعم الأدوات التقليدية للحد من الفقر ، في يستخدم التأمين الاجتماعي على نطاق واسع لتحقيق هدف التخفيف من المخاطر.

وتمثل الدائرة الوسطى النهج الموسع للسياسة الاجتماعية، وتشمل توفير الصحة والتعليم وفرص العمل، وتلتقط هذه الدائرة بشكل أوسع فكرة الاستثمار في البشر، وهنا تدور مسائل السياسة حول قضايا الدمج في سوق العمل، والقدرة على الوصول إلى الخدمات الاجتماعية من خلال توسيع البنية الأساسية لتصل إلى المناطق النائية والمهمشة والقدرة المتساوية على تحمل التكاليف ونوعية الخدمات.

وتمثل الدائرة الخارجية سياق السياسة الأوسع وتلفت الانتباه إلى حقيقة أن سياسات الاقتصاد الكلي ونوعية النمو الاقتصادي والحوكمة تؤثر ، ومن بين العوامل الأخرى تأثيرا قويا في اتجاه ومضمون السياسة الاجتماعية ، أما المواضيع التي تقطع الأبعاد المختلفة والتي تشكل اهتمامات مستمرة للسياسة الاجتماعية فهي تلك التي تتعلق بالإنصاف والمساواة.

2. تاريخ وتطور السياسة الاجتماعية

إن البدايات الحقيقية للسياسة الاجتماعية ترجع إلى الربع الأخير من القرن التاسع عشر عندما بدأت تتبلور الآثار الاجتماعية للثورة الصناعية في الدول الأوروبية ، ولكنها لم تظهر فجأة حيث مهد لظهورها عوامل تتعلق بالمشكلات الاجتماعية التي عانى منها أفراد المجتمعات المتقدمة والنامية سواء الغنية منها أو الفقيرة على حد سواء و الجهود المتفرقة التي بذلت من جانب الدول لمواجهة تلك المشكلات ،

بحيث تبلورت تلك الجهود في صورة برامج ، مشروعات وتشريعات منظمة لإشباع الاحتياجات ومواجهة المشكلات في كل دولة من تلك الدول مستفيدة بما لديها من موارد حالية أو مستقبلية لتحقيق ذلك الهدف.

وبوجه عام يمكن أن نميز بين أربعة مراحل أساسية لنشأة وتطور السياسة الاجتماعية عالميا كما يلي:

المرحلة الأولى : حركة الإصلاح العالمية كتمهيد لنشأة السياسة الاجتماعية " ما قبل الثورة الصناعية "

المرات الحلة الثانية : الثورة الصناعية والبدايات الأولى لإقرار السياسة الاجتماعية .

المرحلة الثالثة : الإعلان العالمي لحقوق الإنسان وانتشار السياسة الاجتماعية .

المرحلة الرابعة : المتغيرات العالمية الحالية في القرن الحادي والعشرين وتأثيرها على السياسة الاجتماعية عالميا .

فيما يلي سوف نقوم بعرض هذه المراحل وما هي أهم مظاهرها :

1.2 المرحلة الأولى : حركات الإصلاح العالمي كتمهيد لنشأة السياسة الاجتماعية

لقد ظهرت في هذه المرحلة عدة حركات ومؤسسات تطوعية تتولى رعاية المحتاجين من مختلف الفئات ، نتيجة دوافع طبيعية ، دينية ، عوامل تكنولوجية ، اجتماعية ، سياسية ، اقتصادية، وعوامل إنسانية ، في مختلف دول العالم ، ومن أهم حركات الإصلاح العالمي هي كما يلي :

1- "تنوع مظاهر الرعاية الاجتماعية ومن امثلتها :

- المساعدات العامة نتيجة شعور الطبقة الحاكمة بحاجة المواطنين إلى الرعاية الخاصة في حالات الكوارث والمجاعات والفيضانات والزلازل أو إقامة الاحتفالات الوطنية التي يقدم فيها الطعام والشراب للمحتاجين .

- رعاية العمال بتوفير الطعام والمسكن الازم لهم .

- الرعاية الطبية للمرضى .

- رعاية الاطفال والشباب سواء من خلال وجود لتربيتهم.

- الرعاية التعليمية سواء اقتصر على فئة معينة هي فئة الاشراف او فئات متعددة من الشعب.

2- تأثير الديانات السماوية في حركة الرعاية الاجتماعية، من خلال الحث على التعاطف والتساند بين الجميع حماية للفرد وحماية للمجتمع ، وذلك من خلال رعاية الأسرة ، رعاية اليتامى ، رعاية الفقراء، والمساكين ، عمال والمسنين والشباب.

3- قيام مجالس المدن في فرنسا بإنشاء موائد الفقراء وإصدار قوانين لتنظيم المساعدات في الفترة من 1530 إلى غاية 1548 نتيجة قيام مظاهرات الجوع وانتشار البطالة وزيادة عدد المتسولين وانتشار الجريمة .

4- حركة الإصلاح التي نادى بها مارتن لوثر بألمانيا لحث النبلاء الألمان على استخدام نفوذهم لمنع التسول وإنشاء صندوق بكل منطقة تجمع فيه التبرعات وتوزع على الفقراء.

5- حركة الإصلاح التي نادى بها جان لويس فيف في اسبانيا ، بحيث اقترح فيها تقسيم المدينة إلى أربع مناطق يتم فيها دراسة ظروف الأسرة الفقيرة وتساعد على الاعتماد على نفسها من خلال تدريب رب الأسرة مهنة ليرتزق بها .

6- في بلجيكا قامت مجموعة من الأهالي يعملون كمتطوعين بدون اجر بجمع التبرعات والإشراف على توزيعها ، وقد لاقت هذه الفكرة نجاحا كبيرا ، وقد أكدت هذه الطريقة مسؤولية المجتمع نحو الفقراء ومساعدتهم.¹

7- في هولندا صدر قانون عام 1536 يقضي بإنشاء صندوق لتمويل المساعدات المحلية وتنظيم الإحسان جمعا وتوزيعا.

8- نظام الطوائف في إنجلترا كتنظيم لمساعدة أصحاب الحرفة الواحدة وظهور بعض الجهود المنظمة لمواجهة احوال الفقراء حيث تدخلت الحكومة المركزية سنة 1528 لمواجهة الاضطرابات فأجبرت أصحاب مصانع الملابس لتعويض العمال الذين تضرروا من انخفاض الإنتاج والمبيعات ، "وقانون الملكة اليزابيت عام 1601 : في هذه السنة أصدرت الحكومة قانون لإغاثة الفقراء ، يسمى قانون الفقراء سنة 1601 ، هذا القانون أنشأ نظاما موحدا لعلاج قضايا الفقر والبطالة ، من خلال تمكين القضاة في كل أبرشية من تعيين مسؤولين يعرفون باسم المشرفين على الفقراء ، الذين يقومون بالإشراف على برامج الفقراء ، وأذن هذا القانون للقضاة بفرض ضريبة لجمع الأموال من اجل مساعدة الفقراء."²

9- في أمريكا ظهرت حركة جمعية الإحسان عام 1877 بمدينة بافالو والتي استهدفت علاج الأفراد ذوي المشاكل للقيام بوظائفهم الاجتماعية ، بدرجة أفضل ، وفي عام 1887 بنيويورك ظهرت منظمة المحتاجين لتقديم خدمات الرعاية الاجتماعية .

2.2 المرحلة الثانية : الثورة الصناعية والبدايات الأولى لإقرار السياسة الاجتماعية

مع قيام الثورة الصناعية في الدول الأوروبية ، والتوسع في استخدام الآلات في الإنتاج ، إلى جانب تنافس أصحاب رؤوس الأموال والسعي إلى خفض نفقات الإنتاج وذلك عن طريق تشغيل الأطفال والنساء بأجور اقل من النساء ، كل ذلك أدى إلى زيادة حدة البطالة وعدم توفر ظروف المعيشة ، هذه

¹ الاستاذ الدكتور ماهر ابو المعاطي. السياسة الاجتماعية: اسس نظرية ونماذج عالمية وعربية ومحلية . كلية الخدمة الاجتماعية. جامعة حلوان مكتبة زهاء الشرق ، الطبعة الاولى ، 2003، ص 16-18

² rosemary k chapin .social policy for effective practice .second edition , 2008,p34

المشاكل الاجتماعية أصبحت تهدد الاستقرار السياسي لهذه الدول ، واثرت الظروف بادرت الدول الأوروبية باتخاذ بعض الإجراءات لمواجهة تلك المشكلات وكانت من مظاهرها:

1- "كانت البداية في ألمانيا من خلال تشريع بسمارك Bismarck: بحيث يعود هذا النظام إلى المستشار الألماني أوتوفون بسمارك الذي ادخل التأمين الصحي القانوني سنة 1883 في ألمانيا ، بحيث مهد بسمارك نظام التأمين الاجتماعي الشامل ، بحيث كان هدف بسمارك هو مواجهة الاضطرابات الاجتماعية ، ويميز نظام بسمارك بالخصائص التالية :

- الأشخاص المؤمن عليهم هم العاملين باجر.
- يأتي هذا التمويل من المساهمات تكون متدرجة حسب الدخل .
- هذه المساهمات التي تدفع تعتمد على الأجور والرواتب.¹

2- "في بريطانيا تشريع بلفريدج Beveridge: المملكة المتحدة هي التي مهدت النموذج الثاني للتأمين الاجتماعي من طرف اللورد بلفريدج سنة 1942، بحيث جعل تقرير بناء على طلب الحكومة البريطانية ، التي طلبت منه تحليل نظام الرعاية الاجتماعية لتحسينه ، وتشخيص أوجه القصور ، بحيث اقترح خطة لمكافحة الفقر ، وهو يرى من الضروري أن نعترف أن الفقر غير قابل للذوبان ، فهو يبحث كل الحلول الممكنة للقضاء عليه ، ومبدأ هذا النظام هو تغطية جميع المواطنين تلقائياً دون الالتزام بالمساهمات المسبقة والارتباط بالمهنة ، ويتم تمويل الحماية الاجتماعية أساساً من الضرائب."²

3- استفادت الكثير من الدول الأوروبية من تشيع بسمارك والذي تبلور في ظهور نظام التأمينات الاجتماعية .

4- تم الاهتمام باستخدام الإحصاءات الاجتماعية في صياغة تصور السياسات الاجتماعية في بعض الدول للتعامل مع التغير الاجتماعي السريع خاصة في الولايات المتحدة الأمريكية ..

5- ظهور دولة الرعاية الاجتماعية في مستهل الثلاثينات من القرن الماضي خاصة في الولايات المتحدة الأمريكية وبريطانيا ، حيث بدأت الدولة بتقديم المساعدات للمواطنين .

6- اقتصر صور السياسة الاجتماعية لأغلب دول العالم في تلك الفترة على الجانب المتعلق بالرعاية الاجتماعية بمفهومها التقليدي التي تتلخص في مساعدة الفقراء والمحتاجين مع تغير مفهوم الدولة وتحولها من وظيفتها التقليدية كسلطة لتنظيم الأمن والعدالة في المجتمع إلى موجهة للعمل القومي.

¹ Cesifo dice report 04.bismark versus beveridge:a comparison of social insurance systems in Europe." 2008,p03

² wiki .introduction a la securite sociale . 2010,p04

3.2 المرحلة الثالثة : الإعلان العالمي لحقوق الانسان وانتشار السياسة الاجتماعية

في العاشر من ديسمبر عام 1948 أقرت الجمعية العامة للأمم المتحدة الإعلان العالمي لحقوق الإنسان وتم دعوة الدول الأعضاء إلى نشر هذا الإعلان بعد الموافقة عليه ، حيث تم الاعتراف في هذا الإعلان " بالكرامة المتأصلة في جميع أعضاء الأسرة البشرية وبحقوقهم المتساوية الثابتة هو أساس الحرية والعدل والسلام في العالم ، خاصة وان تناسي حقوق الإنسان وازدراءها قد أفضيا إلى أعمال همجية أذت الضمير الإنساني ، وكان غاية ما يرمو إليه عامة البشر هو انبثاق عالم يتمتع فيه الفرد بحرية القول والعقيدة ويتحرر من الفزع "

وفي إطار التزام الدول الأعضاء في الأمم المتحدة بالإعلان العالمي لحقوق الإنسان ، فقد اثر هذا الالتزام بحقوق الإنسان على السياسة الاجتماعية في عديد من المظاهر منها :

- 1- لقد تبنت الكثير من الدول الاهتمام بوضع السياسة الاجتماعية ضمن منظومة السياسة العامة في تلك المجتمعات ، بحيث تنقسم السياسة العامة إلى نوعين أساسيين من السياسات هما : السياسة الاقتصادية والسياسة الاجتماعية ، بحيث تعني السياسة الاجتماعية تقديم التأمينات الاجتماعية ، معونة البطالة ، ضمان حق العلاج والتعليم.
- 2- دافعت الكثير من الدول عن استقلالها ، حيث انتهجت سياسة اجتماعية تقوم على اساس ضمان حقوق مواطنيها في العيش الكريم في إطار الحرية والديمقراطية والسلام الاجتماعي.
- 3- تعددت أهداف السياسة الاجتماعية حيث تحولت من مجرد القضاء على الفقر الى توفير الرعاية الصحية والتعليم والسكن الملائم ومياه الشرب النقية .
- 4- أصبحت برامج الرعاية الاجتماعية للسياسة الاجتماعية التي تؤدو من قبل الحكومات كحق لمواطنيها وليس كمنحة أو التزام .
- 5- ظهرت أهمية البحوث العلمية في مجالات السياسة الاجتماعية خاصة في الدول النامية ، ولكن عن طريق بعض المشروعات المدعومة بالتمويل الخارجي .

4.2 المرحلة الرابعة : المتغيرات العالمية في القرن الحادي والعشرين وتأثيرها على السياسة الاجتماعية

لقد شهدت نهاية القرن العشرين وبداية القرن الواحد والعشرين مجموعة من المتغيرات الجديدة التي أثرت على السياسة الاجتماعية ومن اهم هذه المتغيرات:

- 1- إنشاء منظمة التجارة الدولية والتي تنص على تحرير التجارة الدولية وفتح الأسواق أمام السلع والخدمات ورؤوس الأموال والعمالة الأجنبية .
- 2- التطور التكنولوجي في كافة المجالات .
- 3- الاتجاه نحو العولمة استنادا إلى وجود مشكلات تهدد الحياة البشرية التي تتطلب تضافر الجهود داخليا وخارجيا من أهمها ، الانفجار السكاني ، تجارة المخدرات ، انتشار الأمراض كالإيدز....الخ.

- 4- ظهور التكتلات العالمية أهمها تكتلات أوربية وتكتلات أمريكية.
- 5- زيادة نسبة البطالة في كافة المجتمعات نتيجة التكور التكنولوجي وانتشار الجريمة والفقر وظهور ظواهر اجتماعية سلبية.
- 6- ظهور تهميش للسلوكيات والقيم الاجتماعية والدينية في العالم النامي نتيجة الانهيار بمنظومة الحداثة الغربية وطغيان وسائل الإعلام الغربية.
- ولقد أثرت هذه المتغيرات العالمية على السياسة الاجتماعية في عدة مظاهر أهمها :

- ظهور أهداف جديدة للسياسة الاجتماعية وتطور أهدافها التقليدية نتيجة زيادة اهتمامات السياسة بموضوعات جديدة كالحفاظ على البيئة وتوفير بيئة صحية خالية من تلوث الماء والهواء.
 - تخلي الكثير من الدول على تمويل بعض الخدمات التي تتضمنها السياسة الاجتماعية والاتجاه إلى خصصة خدمات الرعاية الاجتماعية .
 - الاتجاه إلى تطوير عملية صنع السياسة الاجتماعية بما يتوافق مع المستجدات وتوسيع دائرة المشاركة الجماهيرية والحوار بين المؤسسات الحكومية والغير الحكومية في المجتمع.
 - الاهتمام باستخدام أساليب جديدة لتنفيذ وتقييم السياسة الاجتماعية وتطوير الأساليب التقليدية من خلال استخدام الدراسات والبحوث للتعرف على مدى تحقيق السياسة لأهدافها.
 - أصبحت قضية المرأة وحقوقها وتنميتها فكريا وثقافيا وعلميا ومهنيا احد أولويات السياسة الاجتماعية في اغلب الدول .
 - لم تعد السياسة الاجتماعية لدولة ما تصاغ في إطار الظروف الداخلية للدولة فقط بل أصبحت السياسة الاجتماعية تصاغ في إطار التأثير بالمؤسسات الدولية كالبنك العالمي وصندوق النقد الدولي ومنظمة التجارة كنواتج للعولمة وما لها من أوجه متعددة ذات أبعاد اقتصادية وثقافية وتكنولوجية وسياسية واجتماعية .
3. نظريات السياسة الاجتماعية.

تأثير النظرية على قرارات السياسة الاجتماعية، أمر معترف به على نطاق واسع، بحيث استطاع علماء الاجتماع فهم الافتراضات الإيديولوجية التي تقوم عليها السياسة الاجتماعية، كما ساعد تقدير النظرية شرح وتفسير القوى التي اثرت على ظهور السياسة الاجتماعية وتصنيف انواع مختلفة من مقاربات السياسة الاجتماعية، مما أدى على بناء نماذج متنوعة من السياسة الاجتماعية تتيح فهمها أفضل.

وعلى العموم هناك ثلاث نظريات ميزت السياسة الاجتماعية هي النظرية التمثيلية والتفسيرية والمعيارية.

1.3 النظرية التمثيلية: representational theory

تتعلق هذه النظرية بالتنصيف ، بحيث تهدف إلى تقليل ظواهر السياسة الاجتماعية المعقدة جدا إلى فئات أكثر قابلية للسيطرة ، للتشجيع على فهم أفضل المناهج المختلفة للسياسة الاجتماعية هذه الفئات معروفة أيضا بأنماط أو نماذج ، من أولى المحاولات لبناء نماذج السياسة الاجتماعية كانت من طرف " welensky and lebeaux 1965 النموذج المؤسسي المتبقي، هذا النموذج قسم السياسات الاجتماعية إلى فئتين ، الفئة الأولى تسمى بالنموذج المتبقي بحيث تكون السياسة الاجتماعية محدودة وضعيفة وتستخدم لتكملة الأسرة والقطاع التطوعي والسوق ، عندما لم تتمكن هذه المؤسسات على تلبية الاحتياجات الاجتماعية، اما النوع الثاني اطلقوا عليه اسم النموذج المؤسسي يتكون من السياسات الاجتماعية التي تلعب دور المواجهة في المجتمع وتعزيز التغطية الشاملة وتوفير الخدمات الاجتماعية الواسعة النطاق.

في وقت لاحق تم توسيع النموذج المؤسسي المتبقي من طرف titmuss سنة 1974 الذي أضاف اليه نموذج ثالث اسماه بالنموذج تحقيق الأداء الصناعي، هذا النموذج يعتقد ان السياسة الاجتماعية مرتبطة بالاقتصاد وتوفر خدمات الرعاية الاجتماعية على أساس الجدارة وأداء العمل والإنتاجية، بينما نموذج lebeaux and welensky حاول تصنيف السياسة الاجتماعية الى منهجين رئيسيين في الولايات المتحدة الأمريكية، استخدم titmuss نموذجه لتحديد مناهج السياسة الاجتماعية السائدة في مختلف الدول .

ومنذ ذلك ، تم تطوير نماذج عديدة للسياسة الاجتماعية ، واكثرها اتساعا نموذج العوالم الثلاثة ل esping –endersen 1990 ، غير ان نماذج welensky an lebeaux and titmuss and esping- endersen تشير الى البلدان الصناعية ، لكن هناك محاولات أخرى بذلت لبناء نماذج البلدان النامية في الجنوب.¹

1.5 النظرية التحليلية أو التفسيرية explanatory or anatycal theory

تسعى هذه النظرية الإجابة على مجموعة من التساؤلات حول طبيعة السياسة الاجتماعية ، وظائفها في المجتمع وتطورها ، وقد ولد هذا المنهج مجموعة كبيرة من المعارف التي تعطي الإجابة على العديد من الأسئلة الهامة ، على سبيل المثال ، مختلف المناهج النظرية قد استخدمت لشرح أسباب الحكومات حول العالم توسيع البرامج الاجتماعية خلال العقود الوسطى من القرن العشرين، كما كشف midgley 1997 بعض النظريات تؤكد على دور التصنيع في تحفيز الحكومات في توسيع نطاق الأحكام المتعلقة بالرعاية الاجتماعية، في حين يعتقد اخرون ان جماعات المصالح تلعب دورا حيويا في تعزيز توسع

¹ anthony hall and james midgley .social policy for development, sage publication ,London, thousand okas ,new delhi ,2004, p 25

السياسة الاجتماعية، لكن البعض الآخر خلص إن السياسة الاجتماعية وسعت بسبب رغبة الحكومات في تحسين الظروف الاجتماعية وتعزيز الرفاه لمواطنيها، بدوره أكد آخرون أن الحكومات اعتمدت السياسات الاجتماعية لأنها تمنع الاضطراب السياسي وتحافظ على النظام ،للأسف كما سيتم الاعتراف بان هذه النظرية لم تسفر عن اجابات مقبولة عالميا ومازالت نظرية التفسيرية للسياسة الاجتماعية تتسم بخلافات حادة.

3.3 النظرية المعيارية: normative theory

تستخدم النظرية المعيارية لتقديم إطار قيمة السياسة الاجتماعية ،فهي تساعد على تحديد السياسة الاجتماعية المنشودة من حيث مجموعات مختلفة من القيم والأهداف السياسية ،نظرية السياسة الاجتماعية المعيارية ترتبط ارتباطا وثيقا بالادولوجيات السياسية ، وسيكون الناس على اليمين السياسي الالتزام بسياسة اجتماعية مختلفة تماما عن تلك التي على اليسار السياسي،"فالنظرية المعيارية لا تتعلق فقط بالادولوجيات السياسية ، الناس من وجهات النظر الدينية المختلفة ، الناس مع المعتقدات الوطنية القوية والناس الذين يعتقدون أن أفضل مجتمع قائم على مبادئ السوق الحرة ، تتخذ مواقف مختلفة جدا من السياسة الاجتماعية المعيارية.

النظريات المعيارية تلعب دورا حيويا في مجال السياسة الاجتماعية ،وهي تؤثر على قرارات السياسة الاجتماعية لاحزاب- السياسية والحكومات والمنظمات الغير الحكومية ، والحركات الاجتماعية الشعبية والهيئات الدولية الرسمية.¹

1.3.3 دراسة النظرية المعيارية

لقد اعتقد العديد من خبراء السياسة الاجتماعية سابقا ان السياسة الاجتماعية موضوع فني بحث معنية بالجوانب العملية لحل المشاكل الاجتماعية وتلبية الاحتياجات الاجتماعية ،ويعتقد هؤلاء الخبراء أن السياسة الاجتماعية يجب أن تتجاوز الخلافات الادولوجية ،هذا الراي كان يسمى بال"توافق الرعاية الاجتماعية" في فترة ما بعد الحرب العالمية الثانية حيث ان الاحزاب السياسية من مختلف المعتقدات الادولوجية تتفق على ان الحكومة يجب ان تكون مسؤولة عن الرعاية الصحية ، التعليم ، الاسكان والامن وغيرها من البرامج الاجتماعية .

العديد من كتاب السياسة الاجتماعية في ذلك الوقت اعتقد وان الادولوجية ليست عاملا مهما في شرح أسباب مشاركة الحكومة في الرعاية الاجتماعية وقال وان الحكومات وسعت البرامج الاجتماعية بسبب قوى التصنيع أنشطة جماعات المصالح وعوامل اخرى غير ادولوجية.

¹ anthony hall and james midgley .social policy for development .op cit p 26

خلال السبعينات والثمانينات ، اهتز هذا الاعتقاد بحجج اليمين السياسي الذي أصر على أن النفقات الاجتماعية تسبب الركود الاقتصادي وتضعف البلدان الصناعية حيويتها الاقتصادية وتخلق طبقة ضخمة من قائمة الذين يعتمدون على الحكومة ، كما ذكرو أيضا ان نسبة الذين الأشخاص الذين لا يعملون وقد حصلو على الفوائد الاجتماعية ازدادت بشكل كبير.

وفي الوقت نفسه، كان هناك كتاب الماركيسة يعتبرون ان ترجيح فكرة الرفاه الاجتماعي يتنافى مع الراسمالية وكانت حجتم ان حكومات الدول الراسمالية الغربية لم تكن الايثار ولكن استخدمت السياسة الاجتماعية لممارسة الرقابة الاجتماعية وتعزيز مصالح الراسمالية ، ومع ذلك زعمو وان هذه البلدان الغربية سوف تواجه قريبا أزمة الشرعية فيها العبي المالي لتوفير نطاق واسع من الخدمات الاجتماعية في محاولة لهدئة الشعب، وفي هذا الوقت كانت أولى المحاولات المنهجية التي بذلت لتحديد النهج المعياري الرئيسي للسياسة الاجتماعية ، في البداية حددت هذه المحاولات التوجهات الايديولوجية الكبرى في السياسة الاجتماعية .

وقد أسفرت هذه الجهود الآن دور واهمية النظرية المعيارية في السياسة الاجتماعية ، كما أظهرت مدى تعقيد دراسة النظرية المعيارية في السياسة الاجتماعية ، بينما حدد George and wilding الوظائف المعيارية الاربعة الرئيسية في السياسة الاجتماعية، ومن المسلم به الآن أن هناك الكثير ، بالاضافة الى ذلك انه يمكن الجمع بين عنصرين لتشكيل نظاما معياريا معقدا للغاية، غير ان دراسات النظرية السياسية الاجتماعية المعيارية ركزت بالدرجة الأولى على البلدان الصناعية ، وعلى الرغم من قلة البحوث في النظم المعيارية الغير الغربية وأهميتها للسياسية الاجتماعية ، حاول بعض علماء الاجتماع دراسة دور النظم المعيارية على السياسة الاجتماعية في الجنوب، على سبيل المثال ادعى بعض العلماء على أن السياسة الاجتماعية في بلدان شرق آسيا تستند الى معتقدات محيرة 1993 jones ، على الرغم من تباين الآراء حول هذا الموضوع إلا انه في السمتقبل سيتم إعطاء دور كبير للقيم الأصلية والمعتقدات في السياسة الاجتماعية.

2.3.3 أنواع النظرية المعيارية¹

على الرغم انه من الصعب جدا تصنيف وتحليل مجموعة متنوعة من الوظائف المعيارية في السياسة الاجتماعية ، فقد ساهم علماء الاجتماع مثل George and wilding في توسيع نطاق الايديولوجية والمعتقدات التي اثرت في الفكر السياسي الاجتماعي، وقد صنف و حدد taylor – gooby and dale ثلاث مجموعات من علماء الاجتماع ، المجموعة الأولى وتسمى بالفرديون وتضم Milton friedman and frederik von hayek ، المجموعة الثانية وتسمى بالإصلاحيين وتتكون من William bevirdge and john maynard Keynes and Richard titmuss and kenneth galbraith ، المجموعة الثالثة ويطلق عليها اسم

¹ anthony hall and james midgley .social policy for development .op cit, p 28-38

البنويين وتضم fred Hirsch and Jurgen Habermas and Michel Foucault ، ومن الواضح ان تتجاوز كتابات علماء الاجتماع هذه التصنيفات الايديولوجية التي حددها George and Wilding .

وهناك منهج آخر لفهم دور النظرية المعيارية في السياسة الاجتماعية وهو منهج midjley 1993-1995 تحليل استراتيجيات التنمية الاجتماعية الرئيسية ، ويستند تحليله على ما يسميه التقاليد الايديولوجية المهيمنة الثلاثة في الفكر الاجتماعي والسياسي الغربي ، هذه هي " الفردية " ، " الجماعية " ، " الشعبوية " ، أن هذه التقاليد الثلاثة تؤدي الى نهج مميز على التوالي تؤكد على دور السوق والدولة والمجتمعات المحلية في التنمية الاجتماعية ، يشير midjley أن هذه المواقف الايديولوجية قد وفرت أساسا معياريا لكثير من سياسات وبرامج التنمية الاجتماعية المختلفة ، التنمية المستدامة وتشجيع المشاريع الصغيرة ومركزية التخطيط الانمائي ومشاركة المجتمع المحلي والعديد من التدخلات الأخرى كلها مستمدة من التوجهات الأساسية ، على الرغم من أن هناك طرق معقدة التي تنطوي على خليط من التوجهات المختلفة ، وبالتالي تكون التقاليد الايديولوجية الثلاثة كتل الإنشاء التي تستخدم لبناء النظم المعيارية الأكثر تعقيدا وان تلهم الاستراتيجيات الخاصة بالتنمية الاجتماعية.

✓ منهج الدولة : إن تطور السياسة الاجتماعية في أنحاء كثيرة من العالم خلال القرن العشرين يرجع إلى حد كبير إلى فكرة أن الحكومات يمكن أن تجلب تحسينات كبيرة في الأوضاع الاجتماعية من خلال تقديم مجموعة من الخدمات الاجتماعية لتلبية الاحتياجات الاجتماعية ورفع مستوى معيشة السكان العاديين ، الدولانية مستوحاة من الايديولوجية الاجتماعية التي تشير إلى أن أفضل مجتمع هو الذي يتعاون فيه الناس لتلبية احتياجاتهم المشتركة ، تحت تأثير الجماعية ، وهي تشكل مجموعة من الجمعيات التي تتقاسم مواردها من اجل مصلحة أعضائها، الهدف النهائي هو الدولة والتي هي عبارة عن هيئة تتألف من جميع المواطنين وهي مسؤولة أمام مواطنيها وتخدم مصالحهم ، هذه الأفكار مستوحاة من القرن التاسع عشر الإصلاحيين الليبراليين والحزب الاشتراكي الديمقراطي والماركسيين الذين يعتقدون أن سلطة الدولة وقدرتها على التحكم وتوجيه موارد الشعب يمكن من تعزيز رفاه الجميع ، بالطبع كان هدفهم تامين المكتب السياسي وضمان الخدمات الاجتماعية الشاملة ، في حين يعتقد الماركسيين انه يمكن السيطرة على الدولة من خلال الثروة، أما الحزب الديمقراطي الاشتراكي متفائل بأنه يمكن إقناع الناخبين بالتصويت لهم وانه يمكن تامين السلطة السياسية بهذه الطريقة .

أدى نجاح الأحزاب الديمقراطية الاجتماعية خلال العقود الوسطى من القرن الماضي في اوروبا الى التوسع الهائل في توفير الخدمات الاجتماعية الحكومية ولهذا السبب هذه البلدان وصفت بانها دول الرعاية الاجتماعية او دول الرفاه، كانت الافكار المعيارية التي اثرت على هذا التوسع في البداية ، لكن لوحظ ان العديد من خبراء السياسة الاجتماعية ابدوا اهتمام ضئيل للافتراضات التي استند عليها توسع السياسة الاجتماعية مما يقلل من دور الايديولوجية في السياسة الاجتماعية .

ومع ذلك فإن الأفكار المعيارية التي كان لها حضور قوي في السياسة الاجتماعية ، والتي شجعت على توفير الرعاية الاجتماعية الحكومية أصبحت بطيئة ومرتكزة ، وتضمنت الدعاة lebeaux welensky and الذي لم يصنف السياسة الاجتماعية فحسب التصنيف الشهير المشار إليه سابقا بل اتخذت موقفا معياريا بتأكيد تفوق المنهج المؤسساتي على المنهج المتبقي.

Titmuss سنة "1968، 1971، 1974" طور هذه الفكرة ووضعها في العديد من المنشورات ، حيث أكد على أهمية دولة الرفاه ودورها تعزيز التكامل الاجتماعي وخلق مجتمع عادل ، كما ناقش marshal سنة 1950 حقوق الانسان وطور النظرية المؤسسية وقال ان المفهوم المواطنة تطور ببطء في البلدان الأوروبية من خلال النضال من اجل تأمين الحقوق السياسية والمدنية للجميع، في النصف الثاني من القرن العشرين ، وقد توجت هذه الصراعات بان كل الناس لديهم الحقوق الاجتماعية من خلال ضمان أن المواطنين تلقوا تعليمهم ، السكن الملائم ، الغذاء الكافي وتزويدهم بالخدمات الصحية والاجتماعية الأخرى، جسدت دولة الرفاه المثل الأعلى للحقوق الاجتماعية .

كان لهذه الأفكار تأثيرا قويا على السياسة الاجتماعية في العقود التي تلت الحرب العالمية الثانية ، حيث تبنت العديد من الحكومات مفهوم الحقوق الاجتماعية ، وكثير من المعاهدات والاتفاقيات الدولية وقعت على ضمان توفير الخدمات الاجتماعية ، كثير من قبل دور الرعاية الاجتماعية في تعزيز التكافل الاجتماعي ويرى انه من واجب الدولة التكفل بتلبية الاحتياجات الأساسية لجميع المواطنين ، هذه الأفكار لم تكن محصورة فقط في البلدان الصناعية في الشمال ، بل عززت دوليا من طرف هيئة الأمم المتحدة ومنظمات أخرى ، لكن الماركسيين يقولون بان الحكومات ليست لها دوافع لرعاية مواطنيها وإنما استخدمت الخدمات الاجتماعية لممارسة الرقابة الاجتماعية على الشعب .

ولكن حتى الآن أقوى انتقاد المنهج المؤسساتي الذي جاء من علماء الاقتصاد الليبرالي الجديد على اليمين السياسي الذي زعم أن للحكومة أحكام خطيرة تضر بالاقتصاد وتشجع الكسل واللامسؤولية " feldstein 1974, friedman 1980 and murry 1984" ، على الرغم من انتقاد اليمين المتطرف الذي عارض بشدة تدخل الحكومة لسنوات عديدة ، بحيث اسفرت معارضتهم التقليل في البرامج الاجتماعية ، مع الانتخابات التي جرت في الثمانينات الاحزاب السياسية مع الالتزامات الراديكالية اليمينية ليس فقط في بريطانيا والولايات المتحدة الأمريكية ولكن في أجزاء أخرى من العالم ، حيث انتهى فعليا اجماع الرفاه وهيمنة المنهج المؤسسي .

على الرغم من زوال نظرية المؤسسية ، بذلت عدة محاولات لإحياء منهج الدولة ، وظهرت عدة اشكال من المؤسسين الجدد في السياسة الاجتماعية ، ومن بينهم نظرية الطريق الثالث giddens ونظرية التطوير midgley ، كما تم اقتراح نظريات أخرى للمؤسسين الجدد لكن هتان النظريتان حاولت احياء افكار منهج الدولة للسياسة الاجتماعية ، بحيث قدمت نظرية الطريق الثالث أساسا معياريا لنهج الحزب العمال البريطاني في السياسة الاجتماعية ، التي تؤكد إلى الحاجة إلى تعددية نظام الرعاية الاجتماعية بحيث تسعى الدولة الى توفير اكبر قدر من المسؤولية الاجتماعية ومشاركة

المجتمع المحلي والتطوع في الرعاية الاجتماعية، وهكذا تقدم نظرية الطريق الثالث موضع جديد في الايديولوجية بين الدعوة الى الراديكالية للاسواق الحرة من طرف الرليبرالين الجدد و منهج الدولة القديمة من الديمقراطيين الاجتماعيين {اليسار القديم} مثل titmuss الذين يعتقدون أن الدولة هي الوحيدة التي تقدم الخدمات الاجتماعية .

وتستند نظرية التطوير على التفكير بالتنمية الاجتماعية التي ظهرت أولا في الجنوب ودعمت من طرف الأمم المتحدة ومنظمات دولية أخرى {midgley 1995-1999}، نظرية التطوير تقدم منظور كلي في السياسة الاجتماعية وهاذاف يسعى إلى ربط السياسات الاجتماعية والاقتصادية في عملية التنمية الشاملة، وتوجه الدولة التي تشمل المجتمع المدني ومنظمات الاعمال في تعزيز أهداف التنمية، وتعتبر التنمية الاقتصادية عنصر ضروري ومرغوب فيه في الرعاية الاجتماعية وتقترح ان البرامج الاجتماعية تدعم الالتزام التنموي، وان اعتماد سياسات الاقتصاد الكلي يعزز فرص العمل وزيادة الدخل وتحقيق اهداف التنمية الاقتصادية.

✓ منهج المؤسسة :يرتكز منهج المؤسسة على الايديولوجية الفردية التي تشدد على اهمية الفرد في الحياة الاجتماعية، وتنبع جذورها من الإصلاح البروستاتي وبروز العقلانية خلال عصر النهضة مع التأكيد الناجح للحريات الفردية على السلطة الإقطاعية التقليدية خلال الثورتين الفرنسية والأمريكية والحرب الأهلية الانجليزية، نجد تعبير الفردية في المذهب النفعي وفي الشكل الاقتصادي وفي مذهب دعه يعمل واتركه يمر وفي الأسواق الاقتصادية الحرة.

كما ذكر سابقا ، منهج المؤسسة اثر قليلا على السياسة الاجتماعية، ومع ذلك في إغقاب النجاحات الانتخابية لادارات tatcher and Reagan في الثمانينات، ان اشكال التفكير في السياسة الاجتماعية في اجزاء كثيرة من العالم تحت تأثير الايديولوجية الفردية ، العديد من الحكومات بما في تلك الموجودة في الوسط السياسي قد تخلت عن الرعاية الاجتماعية المؤسساتية ، مع فرض حدود صارمة في الميزانية العامة ، السياسة الاجتماعية كانت تابعة لمصالح رأسمالية السوق الحرة ، لكن يبدو الآن أن الفكر المتبقي يهمن على السياسة الاجتماعية.

ويؤكد منهج المؤسسة على أولوية السوق في الرعاية الاجتماعية كما يعتقد الليبراليون الجدد أن السياسات الاجتماعية ينبغي أن تكون متوافقة مع اقتصاد السوق ، وهذا يعني ان السياسات الاجتماعية لا ينبغي ابدا ان تقوض عمل السوق من خلال فرض الضرائب الباهظة

او من خلال تسهيل خروج الناس من السوق الا اذا كانوا حقا غير قادرين على العمل بسبب المرض او الاعاقة،ويجب ان تشجع السياسات الاجتماعية المسؤولية الفردية والعمل الجاد ،من اجل تلبية الاحتياجات الاجتماعية من خلال السوق وهذا يتطلب خلق اسواق قابلة للتطبيق في مجال الخدمات الاجتماعية، كما ينبغي تشجيع الشركات التجارية الخاصة على توفير الرعاية الصحية والتعليم والضمان الاجتماعي وغيرها من الخدمات المقدمة سابقا من الحكومة، كما يجب استبدال البرامج الصحية

الحكومية بالرعاية الطبية الخاصة مع إلغاء التأمين الاجتماعي واستبداله بحسابات التقاعد مع إدارتها تجارياً، بالمثل ينبغي الحصول على التعليم والاسكان من خلال السوق.

نتيجة لتأثير نظرية المؤسسة في السياسات الاجتماعية فإن معظم الحكومات في أنحاء العالم هي في تزايد مستمر في التعاقد مع مقدمي الخدمات التجارية لتوفير الخدمات الاجتماعية، في حين يتم تشجيع أيضاً المنظمات الغير الهادفة للربح لتقديم عطاءات للعقود ، كانت الشركات التجارية ناجحة جداً في تحمل المسؤولية في إدارة السجون، خدمات الأطفال ، عيادات تعاطي المخدرات ودور المسنين والعديد من البرامج الأخرى التي كانت تدار من قبل الوكالات الحكومية، ومع ذلك فإن استخدام مقدمي الخدمات التجارية أثارت الكثير من الجدل والعديد من كتاب السياسة الاجتماعية انتقدوا هذا الاتجاه.

وجد أيضاً منهج المؤسسة التعبير في الجهود الرامية لإدماج الفقراء والمسنين المستفيدين من الإعانات الاجتماعية في الاقتصاد الرأسمالي، وقد دافع عن هذا المنهج 2000 stoesz الذي انتقد بشدة البرامج الاجتماعية الحكومية ، ويعتقد أن هذه البرامج تهمش الفقراء وتخرجهم من الاقتصاد المنتج بدلاً من حل مشكلة الفقر ، ويؤكد أن الفقراء ليسوا كسالى أو غير راغبين في العمل وإنما يفتقرون إلى الفرص المتاحة للمشاركة في اقتصاد السوق والتمتع بالمزايا التي تحققها الرأسمالية، وتتألف هذه الآليات من البرامج والسياسات التي وصفها stoesz "احذية الرأسمالية" ، اذا كان الفقر انتهى فإنه يقول بان نظام الرعاية الاجتماعية يصلح نفسه لتعزير عملية احذية الرأسمالية لدمج الفقراء في السوق.

Stoesz دعى الى تكامل الأسواق بحيث أطلق عليه اسم برامج " الرعاية الاجتماعية للعمل " ، التي أصبحت عنصراً هاماً في السياسات الاجتماعية في بلدان الشمال ، هذه البرامج تشجع العمالة بين أولئك الذين حصلوا سابقاً على المنافع الاجتماعية الحكومية ، على سبيل المثال ، البرنامج الوطني للرعاية الاجتماعية للعمل الذي تأسس سنة 1996 في الولايات المتحدة الأمريكية يجبر عملاء الرعاية الاجتماعية لقبول العمالة بدوام جزئي كشرط لتلقي الفوائد، والتكيف مع العمالة مع تشجيعهم على العمل بدوام كامل ، بل ويمكنهم الاستمرار في الحصول على المنافع لمدة خمس سنوات.

التشريع الأمريكي الذي يستند على أفكار 1992-1997 mead الذي يرى أن الحكومات يجب أن تتعامل بحزم مع أولئك الذين يعتمدون على الرعاية الاجتماعية ، وخلافاً ل stoesz يعتقد أن الفقراء لا يريدون العمل وإنما يفضلون الحصول على الإعانات التي تقدمها الحكومة ، ولذلك يجب على الحكومات ان تسرع تشجيع العمالة وتقوم حى باستخدام العقوبات لمان هذا الهدف.

نظراً لانخفاض عدد الأشخاص الذين تلقوا الفوائد في الولايات المتحدة الأمريكية في السنوات الأخيرة بشكل كبير ، وحقق برنامج الرعاية الاجتماعية إلى العمل نجاحاً كبيراً على نطاق واسع ، ومع ذلك ، فإن العديد من الدراسات في النظام الأمريكي ليست متفائلة بان تلك الفئة التي لم تعد تتلقى إعانات الرعاية الاجتماعية سوف تكون قادرة على رفع دخولها إلى مستويات مقبولة والهروب من الفقر بشكل دائم، ومع ذلك فإن العديد من البلدان الأخرى اعتمدت برامج من هذا النوع في اعتقادها ان برامج منهج العمل أولاً سوف تكون ناجحة {ledemal and trickley 2001}، وأدت شعبية منهج المشروع في الشمال مثل

Jessop 1994 إلى استنتاج مفاده أن الدولة الرعاية الاجتماعية المؤسسية قد حلت محلها دولة برامج العمل المؤقتة الحكومية، في البلدان النامية تم استخدام الصناديق الاجتماعية لتشجيع المشاريع الإنتاجية الفردية من خلال القروض الصغيرة ومخططات مماثلة يعكس شيئا من هذه الاديولوجية وأخلاقيات العمل.

✓ المنهج الشعبي: ويستند المنهج المعياري الثالث في السياسة الاجتماعية على الاديولوجية الشعبية التي تؤكد على مشاركة الشعب وقيمهم المشتركة ومعتقداتهم وثقافتهم في الرعاية الاجتماعية، على الرغم من تعريف الشعب بشكل سيئ إلا أن دعاة المنهج الشعبي يعتقدون ان الناس بدلا من الأفراد أو الجماعات يشكلون نواة المجتمع، وان أفضل مجتمع هو الذي يعترف ويعبر عن أسلوب حياته ومعتقداته، القادة الشعبيون في كثير من الأحيان على عكس الناس العاديين يتآمرون مع مصالح الشركات الكبرى والحكومة لإحباط رفاهية الشعب، العديد من القادة السياسيين الشعبيين يستخدمون على نحو فعال الخطاب الخطاب المناهض لتأمين الدعم الانتخابي، وغالبا ما يدعون إلى التوسع في البرامج الاجتماعية التي تخدم احتياجات الشعب.

وتبلغ الأفكار الشعبية أيضا الحركات الاجتماعية التي تظهر من وقت لأخر لحشد التأييد الشعبي الواسع النطاق لأسباب اجتماعية وسياسية، هذه الحركات غالبا ما تتألف من الفئات والمنظمات الاجتماعية، والتي يمكن أن تكون فعالة في التغيير الاجتماعي، العديد من الشعبيين المعروفين باسم المناصرين يرون ان المجتمع هو المكان الرئيسي للأنشطة الشعبية، ويشددون على أهمية المجتمعات المحلية في تعزيز الشعور بالانتماء وتعزيز التكامل وتلبية الاحتياجات الاجتماعية، ووفقا ل 1994 etzioni على سبيل المثال، الجماعات المحلية قد تحسن الظروف الاجتماعية من خلال قدرتها على تعزيز حقوق وواجبات الأفراد، كأعضاء في المجتمعات المحلية، لقد اثر المنظرو المعياري الشعبي والمناصر تائيرا في فكر السياسات الاجتماعية، خاصة في البلدان النامية في الجنوب.

في الواقع كتب العديد من العلماء حول طريق مفهوم التنمية الذي يعكس قوة التوجهات الشعبية Kitching 1982، بحيث كانت الشعبية سمة قوية في مجال السياسة الانتخابية في كثير من البلدان النامية، وفي شكل الوطنية أثرت تأثيرا واسع النطاق، كما قدمت أساسا معياريا للسياسة الاجتماعية، على سبيل المثال، الشعبية كانت عاملا واضحا في توسيع نطاق الخدمات الاجتماعية في الأرجنتين خلال فترة الرئيس Juan Peron وأنها ما تزال تمارس بعض التأثير في البلد وكذلك في بلدان أخرى من أمريكا اللاتينية.

كما تأثرت السياسة الاجتماعية بالأفكار الشعبية الراديكالية المرتبطة بالحركات الاجتماعية والجماعات الثورية في انحاء كثيرة من العالم، الشعبية الراديكالية قد استخدمت أساليب المواجهة للضغط على الحكومات لمعالجة الأخطاء وإدخال الإصلاحات الاجتماعية وتوسيع نطاق الأحكام الاجتماعية، في الولايات المتحدة الأمريكية نشطاء مثل Saul Alinsky 1946-1971 وجه في تجاربهم التنظيم السياسي لصياغة المقترحات التي يمكن أن تستخدم منظمي المجتمع لإحداث التغيير الاجتماعي، وقد اعتمدت أفكاره في

أنحاء كثيرة من العالم على نطاق واسع، كما تم تمديدها من طرف العديد من الناشطين الاجتماعيين الذين يدافعون عن اليوم عن " التوعية" لتنظيم الناس العاديين ومحاربة الظلم الاجتماعي وتحسين ظروف الرعاية الاجتماعية، وبرزها التربوي البرازيلي Paulo freire 1972 الذي دعا الى اتخاذ تقنيات جذرية لمحوامية الكبار كاداة للعمل السياسي على نطاق اوسع من طرف القاعدة الشعبية للضغط من اجل العدالة الاقتصادية والاجتماعية ، وبالطبع ليست كل اشكال المشاركة الشعبية تعتمد على الصراع.

وقد احدثت الحركات الاجتماعية تغييرات هامة على مر السنين، ونتيجة لجهودهم السياسات الاجتماعية في العديد من بلدان العالم تم تعديلها او توسيع نطاقها، وقد لعبت الحركة النسائية ايضا دورا مهما ليس فقط في تحدي الترتيبات القائمة على السلطة الابوية التقليدية وتحسين وضع المرأة وكن في تغيير السياسة الاجتماعية التقليدية اتجاه التعليم ، الصحة والحياة الأسرية ورعاية الطفل، في حين انه لا يمكن الادعاء بان هذه المكاسب أنهت اضطهاد المرأة ، وقد تحقق الكثير، كما لفتت الانتباه أيضا الحركة البيئية ليس فقط تدهور العالم الطبيعي من خلال التصنيع والتسويق والاستهلاك ولكن حصلت على إصلاحات سياسية هامة أدت إلى رفاه الملايين من الناس، الآن تم وضع برامج اجتماعية جيدة وتشكل جزءا لا يتجزأ من نظام الخدمات الاجتماعية ، سابقا استخدمت الحكومات المرافق السكنية لرعاية الأشخاص المحتاجين ، الناس الفقراء ، المعوقين ، الأطفال المتخلى عنهم ، المسنين ن والعديد من الفئات الأخرى المحتاجة كانوا يسكنون في المؤسسات ومعوزولين عن المجتمع. أما اليوم الخدمات يتم تقديمها للمحتاجين في منازلهم ومجتمعاتهم ، بالإضافة إلى ذلك ، فان المجتمعات المحلية كثيرا ما تشارك في تقديم الخدمات الاجتماعية، وقد أعطت البلدان النامية القيادة الدولية في إظهار السكان المحليين كيف يمكن أن يشاركو بنشاط في الشراكة مع الحكومات في خلق مجتمع قائم على التربية ، الصحة ، التعليم ، السكن وبرامج الخدمات الاجتماعية، غالبا هذه البرامج تعتمد على المنهج الإنتاجي الذي يربط البرامج الاجتماعية بأنشطة التنمية الاقتصادية ، وفي الواقع اشراك المجتمع المحلي في الخطط الاجتماعية من هذا النوع الذي خلق نموذج تنمية المجتمع الذي هو الآن يستخدم على نطاق واسع في أنحاء العالم ليس فقط لتعزيز الرعاية الاجتماعية على المستوى المحلي ولكن لتعزيز أيضا التنمية الاقتصادية المجتمعية المحلية .

وقد تبنت أيضا مبادرات التنمية المجتمعية منهج العمل الذي ينطوي على أفكار مثل التوعية وتمكين الناس من تقديم البرامج الاجتماعية المجتمعية {freire1972 kane 2001}، الابتعاد عن نموذج التنمية المجتمعية التقليدية وتوجه الدولة ، هذه البرامج تكون منظمة من قبل السكان المحليين أنفسهم أو بدعم من النشطاء المحليين والوكالات الغير الحكومية ، في حين أنها تطلب الدعم من الحكومة ومؤسسات التمويل الدولية ، ويشددون على الحاجة إلى الإدارة المحلية والمشاركة الشعبية في تقديم الخدمات ، ومع ذلك ، من المهم أن ندرك أن الشعبية يوفر أساسا معياريا في السياسة الاجتماعية التي لا تستحق الثناء من طرف جميع مفكري السياسات الاجتماعية ، مثلا ، القومية كشكل من أشكال الشعبية تؤكد على دور الخدمات الاجتماعية الحكومية في خلق التلاحم الوطني وتعزيز قدرة الشعب على مقاومة التهديدات

الخارجية ، خلال الثلاثينات من القرن العشرين وسعت الحكومة النازية في ألمانيا الأحكام الاجتماعية للنهوض بالصحة وحيوية ورفاه ما يسمى بالأمة الآرية، أولئك الذين كانوا مستبعدين من تعريف الحكومة للجنسية الوطنية مثل العجر واليهود والسلاف والمثليين وغيرهم ليس فقط منعو من الوصول إلى هذه الخدمات ولكن في نهاية المطاف تعرضوا لفظائع الإبادة الجماعية للاستبعاد، كما أشار tang سنة 2000 كيفية توفير الرعاية الاجتماعية لنمو شرق آسيا في رأي البعض كان مدفوعا جزئيا بأهداف سياسية قومية .

وغالبا ما ترتبط الايديولوجية الشعبية والقومية بالدعوة إلى المعتقدات والقيم الشعبية التقليدية ، في الآونة الأخيرة مع عودة ظهور الحركات الإسلامية والصبغة التقليدية أصبح تأثير المنهج المعياري هام في السياسة الاجتماعية ن حيث قيل في شرقي آسيا أن النجاح الاقتصادي للنمو الأربعة { كوريا الجنوبية ، تاوان وسنغفورة وهنكونغ } يعود إلى القيم التقليدية من العمل الشاق و الادخار وتماسك الأسرة {kane 2000-jones 1993} ، في أمريكا اللاتينية ، تحت الضغوط الثقيلة للفتيكان تم التركيز مرة أخرى على التعاليم الكاثوليكية التقليدية منذ أواخر سنة 1980.

في الولايات المتحدة الأمريكية قد وجدت الصبغة التقليدية التعبير في عدد من كتابات علماء السياسة الاجتماعية مثل olasky 1992 and tanner 1996 الذين يعتقدون أن الحكومة ينبغي أن تلغي الخدمات الاجتماعية بسبب افتراض ان هذه الخدمات تتعارض مع القيم الثقافية الأمريكية التقليدية، ويقول olasky ان الكنائس والجمعيات الخيرية عملت تاريخيا لمساعدة المحتاجين وانه يتعين على الحكومة تشجيعهم على لعب مرة أخرى دورها التقليدي.

4. نماذج السياسة الاجتماعية

كان من أولى المحاولات لتوضيح اثر الإيديولوجيات في السياسة الاجتماعية هو Richard titmuss 1974 ، الذي صنف دولة الرعاية الاجتماعية بين النموذج التقليدي المتبقي والنموذج المؤسسي، وتعكس هذه النماذج المختلفة للسياسة الاجتماعية وجهات نظرية مختلفة عن أسباب عدم المساواة الاجتماعية والاستجابة الملائمة للدولة .

1.4 نماذج Richard titmuss: هناك ثلاثة نماذج لريشارد تيتموس وهي:

1.1.4 النموذج المتبقي residual model: يرتبط هذا النموذج مع موقف عدم التدخل أي دعه يعمل ، مع التغيرات الاجتماعية التي صاحبت عملية التصنيع والتحضر، ظهر اعتراف في ظل ظروف استثنائية ، خلل وظيفي من السوق أو¹ الأسرة ، قد تتطلب بعض الملاحق المؤقتة للأحكام الاجتماعية من زاوية

¹renu Sharma. social planning and social policy .op cit ,P 210

السياسة ، ومع ذلك فان هذا المنهج يعتبر الأسرة والسوق الأدوات والوسائل الوحيدة لتلبية الاحتياجات الإنسانية ."

2.1.4 النموذج الانجاز الأداء الصناعي **Industrial Achievement-Performance Model**: "أما النموذج الثاني للسياسة الاجتماعية لتتموس هو نموذج الانجاز الأداء الصناعي ، الذي يرى انه يجب تلبية الاحتياجات الاجتماعية على أساس الجدارة وأداء العمل والإنتاجية ."¹

3.1.4 نموذج إعادة التوزيع المؤسستي **Institutional Redistributive Model**: "أهداف هذا النموذج لا تقتصر على منع الناس من الوقوع تحت الحد أدنى أساسي معين من الرفاهية ، ولكن سعى بدلا من ذلك إلى تعزيز العدالة الاجتماعية ، وتعديل أنماط من عدم المساواة الاجتماعية وخلق التضامن."²

2.4 نماذج: GOSTA ESPING ANDERSON

لقد تم تطوير منهج TITMUSS في السنوات الأخيرة ، في بحوث السياسة الاجتماعية المقارنة ، كأساس لتصنيف دول الرعاية الاجتماعية المعاصرة .

عمل GOSTA ESPING ANDERSON كان مؤثرا في هذا الصدد ، وقد سعى لتصنيف نظم الرعاية الاجتماعية وفقا للطرق المجتمعات المختلفة التي تخصص السلع الاجتماعية ، بحيث قسم الدول الصناعية الغربية إلى ثلاثة عوالم مختلفة ، في هذه العوالم ميز أندرسون أشكال الرفاهية الرأسمالية بين الليبراليين المحافظين والديمقراطيين الاجتماعيين ، لان مبادئ البناء الثلاثة تحمل النمط الجغرافي أيضا كمرجع ، فقد تم تحديد العالم الليبرالي بالدول الانقلوساكسونية ، العالم المحافظ القاري ، والعالم الديمقراطي الاجتماعي بالدول الاسكندنافية . وكن كيف يمكن مقارنة هذه البنى الثلاثة المختلفة ؟.

"من اجل مقارنة نوع من قياس الحاجات ، GOSTA ESPING ANDERSON استخدم معيارين هما مستوى Decommodification السلع ، ومدى الطبقيه stratification

✓ **Decommodification**: مشتقة من كلمة السلع ، ويصف مدى ضمان معيشة الفرد دون الحاجة إلى سوق العمل ، إذا كان سوق العمل هو الوسيلة الوحيدة لكسب العيش وأي عمل يجب أخذه بغض النظر عن سوء الدفع ، ومن ثم السلع منخفضة جدا ، في المقابل . إذا الدولة توفر الحق القانوني للحماية الاجتماعية الشاملة التي تمكن من عيش حياة كريمة حتى ولو كان العمل غير ممكن ، مثلا بسبب المرض او الشيخوخة او غير متوفر بسبب الحالة الاقتصادية السيئة ، ثم ارتفاع مستوى السلع .

¹Dr ossawaarde .towards adequate ,safe and sustainable pensions, how to include the public into commissios agenda.2012,p06.

²alison meclellan .what is social policy.op cit , P 08

✓ **Stratification**: في المقابل يصف الطبقات الاجتماعية للمجتمع ، ويستخدم هذا المفهوم في العلوم الاجتماعية لوصف و التحقيق في مختلف الفئات الاجتماعية اعتمادا على ما هو مركز عليه ، الذي يشير إلى الطبقات { الطبقة العليا ، الطبقة الوسطى والطبقة السفلى } ، أصناف { الطبقة العاملة، الطبقة الرأسمالية } ، أو الأوساط {الوسط الليبرالي البروستاتي ، الوسط الاجتماعي الديمقراطي، الوسط الكاثوليكي}.

GOSTA ESPING ANDERSON ليس مهتم كثيرا وصف والتحقيق في الفروع الاجتماعية المختلفة للمجتمع ، وانما في كيفية تعامل دولة الرعاية الاجتماعية مع مختلف هذه الطبقات ، وما إذا كانت بنية دولة الرعاية الاجتماعية تساهم في نوع معين من الطبقات الاجتماعية.¹

1.2.4 النظام الليبرالي the liberal welfare state: كالولايات المتحدة الأمريكية وبريطانيا ، في هذا النظام يجب توفير الحد الأدنى من الرعاية اللازمة من اجل اقتصاد سليم ، معنى ذلك يجب عدم تقويض الكفاءة بالسياسة الاجتماعية ، والتأمين الاجتماعي يتم تمويله ذاتيا دون إعادة التوزيع رئيسي للدخل والتحويلات الاجتماعية ، كما يتم التشديد على تعزيز أخلاقيات العمل و اختبار وسال الرعاية الاجتماعية المساعدة على الرفاه ، ومع ذلك هناك بعض الرعاية الخاصة التي تدعمها الدولة ، أنظمة الرعاية الاجتماعية الليبرالية تعطي وزنا أكبر لأهداف الكفاءة الاقتصادية ، إلا انه هناك جدل بين الإنصاف والكفاءة .

2.2.4 النظام المحافظ the conservative régime: كألمانيا ، بلغاريا وفرنسا ، بحيث يركز على الحفاظ على الفوارق الطبقة ، والحقوق تكون لفئة أو صنف فقط مع القليل من إعادة التوزيع، تؤثر الكنيسة بشكل كبير لكن التأمينات الخاصة والفوائد المهنية تلعب دورا هامشيا ، والحفاظ على الأسرة التقليدية أمر مهم ، كما يمارس في ألمانيا وداخل الاتحاد الأوروبي مبدأ تنظيم التبعية .

3.2.4 النظام الديمقراطي الاجتماعي the social democratic: كالسويد، الدنمارك والنرويج ، الهدف هنا هو المساواة بين أعلى مستوى بدلا من المساواة في الحد الأدنى من الاحتياجات ، مبادئ الشمولية والسلع تمتد أيضا إلى الطبقة الوسطى الجديدة ، الديمقراطية الاجتماعية هي القوة الرئيسية وراء الإصلاح الاجتماعي ، والهدف هو المساواة بين أعلى مستوى بدلا من المساواة في الحد الأدنى من الاحتياجات ، وتأخذ الدولة المسؤولية المباشرة لرعاية الأطفال ، المسنين والعاجزين ، ويعتمد هذا النظام على إستراتيجية التوظيف الكامل ، دولة الرعاية الاجتماعية ليست مجرد مزود ومقدم للعمل وإنما أيضا صاحب العمل ، خاصة بالنسبة للمرأة مع تكاليف الأسرة اجتماعيا ، وغالبية النساء تكون في العمالة المدفوعة الأجر في مجال الخدمة العامة.²

¹Friedrich-Ebert-Stiftung .welfare state and social democracy. English Edition: Division for International Cooperation, Berlin November 2012, p36

²Susanne MacGregor .Welfare: Theoretical and Analytical Paradigms. Working Paper 2014,p07

ونلخص في الجدول أدناه العوالم الثلاثة لغوستا ، و مختلف الأفكار للأنظمة الثلاثة

الجدول رقم {1-1} : تصنيف نماذج Gosta Esping-Andersen

النظام الليبرالي	النظام الاجتماعي الديمقراطي	النظام المحافظ	
الحرية الفردية	مجتمع حر و عادل اجتماعيا	الحفاظ على النظام الاجتماعي التقليدي والقيم	الفكرة الأساسية
الحرية ، العدالة قبل القانون	الحرية ، المساواة والعدالة والتضامن	التقليد، الدين، الأسرة، الهوية والأمن	القيم الأساسية
القيود الأبوية	عدم المساواة الاجتماعية والظلم	الثورة ، تغيير القيم التقليدية	ضد
المصلحة الذاتية	المصلحة الذاتية والمصالح الطائفية	المصلحة الذاتية والاهتمام للحفاظ على النظام	الدوافع السلوكية
الحساب العقلاني الأناني	التوجه نحو التقارب	التسلسل الهرمي عن طريق الترتيب الأعلى	مفهوم الإنسانية
اقتصاد السوق	اقتصاد السوق تحت إشراف الدولة	اقتصاد السوق تحت إشراف الدولة	النظام الاقتصادي

source :basics on social democracy by Thomas castning,germany ,march 2013,p 38

الانتقادات الموجهة للعوالم الثلاثة لدولة الرعاية الاجتماعية الرأسمالية

- "تجاهل تطور الحركة النسوية .
- لا يجري تكييفها لكي تشمل تطور المجتمع الصناعي .
- يجري تكييفها مع سوء فهم الاختلافات بين دول الرعاية الاجتماعية في سياسات خفض النفقات .
- لا تولي اهتماما كافيا بين نظامي الأغلبية و توافق الآراء.
- عدم صحة البرامج المختلفة لدولة الرعاية الاجتماعية كالمسكن مثلا.
- تجاهل الخدمات مثل الرعاية الصحية والرعاية الاجتماعية والتعليم¹.

3.4 نماذج أخرى للسياسة الاجتماعية

هناك عدة نماذج للسياسة الاجتماعية نلخصها في الجدول أدناه:

¹ Ryszard Szarfenberg Ph.D . Theory and Practice of the Welfare State in Europe. Hab. Institute of Social Policy, eu joint report ,2010,p06

الجدول رقم {1-2} : تصنيف نماذج السياسة الاجتماعية

أنظمة دولة الرعاية الاجتماعية				الآليات	الكاتب	
		النظام الديمقراطي الاجتماعي استراليا، بلجيكا، هولندا الدانمارك، السويد، النرويج	النظام المحافظ فلندا، فرنسا، المانيا، اليابان، ايطاليا، سويسرا	النظام الليبرالي استراليا، كندا، وما ايرلندا، نيوزلندا، بريطانيا	18 دولة - الغير السلعية - التطبيقية الاجتماعية - القطاع العام الخاص والمختلط	Esping Andersen (1990)
	النظام اللاتيني فرنسا، البرتغال، ايطاليا، اسبانيا، اليونان	النظام الاسكندنا في الدنمارك، فلندا، النرويج، السويد	النظام البيسماري استراليا، المانيا	النظام الانجلوساكسوني استراليا، نيوزلندا، بريطانيا وم أ	15 دولة - الخصائص - الحقوق - الدخل الاساسي	Leibfried (1992)
	النظام الراديكالي استراليا، بري طانيا نيوزيلاندا	النظام المهيمن بلجيكا، الدنمارك النرويج، السويد	النظام المحافظ ألمانيا، ايطاليا هولندا	النظام الليبرالي ايرلندا، اليابان، وم أ، سويسرا	14 دولة - نفقات الرعاية الاجتماعية - الإجمالية - المساواة في الاستحقاقات	Castles and Mitchell (1993)
	النظام الراديكالي استراليا، ايرلندا، نيوزيلاندا، بريطانيا	النظام الديمقراطي الاجتماعي الدنمارك، فلندا، النرويج، السويد	النظام المحافظ استراليا، المانيا، ايطاليا اليابان، هولندا	النظام الليبرالي وم أ، كندا	15 دولة تحليل مجموعة من الطابع غير السلعي	Kangas (1994)
	نظام غير محدد المانيا، ايرلندا، اليابان، نيوزيلندا، بريطانيا هولندا	النظام الديمقراطي الاجتماعي النرويج، السويد، الدانمارك	النظام المؤسستي استراليا، بلجيكا، فلندا ايطاليا، فرنسا	النظام الليبرالي استراليا، كندا، وم أ، سويسرا	18 دولة التحليل المقارن المنطقي لمعاشات الطابع الغير السلعي	Ragin (1994)

	النظام الجنوبي، اليونان، إيطاليا، البرتغال، اسبانيا	النظام الاسكندنا في النرويج، السويد، فلندا، الدنمارك	النظام البييسماركي بلجيكا، استراليا، فرنسا، ألمانيا، لوكسمبورغ، هولندا، سويسرا	النظام الانجلوساكسوني ايرلندا، بريطانيا	15 دولة - التغطية -معدلات الاستبدال - معدلات الفقر	Ferrera (1996)
	النظام الجنوبي، اليونان، إيطاليا، البرتغال، اسبانيا، سويسرا	النظام الشمال الاوروي الدانمارك، فلندا، النرويج، السويد	النظام القاري بلجيكا، فرنسا، المانيا، لوكسمبورغ، هولندا	النظام البريطاني ايرلندا، بريطانيا	16 دولة - الانفاق الاجتماعي كنسبة من الناتج المحلي الاجمالي - الانفاق الاجتماعي الممول عن طريق الاشتراكات	Bonoli (1997)
	النظام المستهدف استراليا	النظام الشامل فلندا، النرويج السويد	النظام المؤسسي استراليا، بلجيكا، فرنسا، ألمانيا، إيطاليا، اليابان	نظام الأمن الأساسي كندا، الدنمارك ايرلندا، هولندا، نيوزيلندا، سويسرا بريطانيا، وم ا	18 دولة - الإنفاق الاجتماعي كنسبة من الناتج المحلي الإجمالي. - دراسة الدخل لوكسمبورغ - لخصائص المؤسسية	Korpi and Palme (1998)
النظام الراديكالي استراليا نيوزيلاندا	النظام المحافظ البييسماركي استراليا، فلندا، فرنسا، إيطاليا، اليابان	النظام الديمقراطي الاجتماعي بلجيكا الدنمارك النرويج، السويد	النظام المحافظ ألمانيا، هولندا سويسرا	النظام الليبرالي كندا، ايرلندا بريطانيا، وم أ	18 دولة تحليل مجموعة من الطابع الغير السلعي	Pitzurello (1999)
	النظام الفاشي السابق اسبانيا، اليونان	النظام الديمقراطي الاجتماعي السويد، النرويج، الدنمارك، فلندا، استراليا	النظام الديمقراطي المسيحي بلجيكا، هولندا ألمانيا، فرنسا	النظام الليبرالي الانجلوساكسوني كندا، ايرلندا بريطانيا، وم أ	18 دولة التقليد السياسي	Navarro and Shi (2001)

	البرتغال		ايطاليا، سويسرا			
		النظام المنخفض ايرلندا، اليونان البرتغال، اسبانيا	نظام الخدمات السويد، النرويج فلندا، المانيا، بريطانيا	النظام التحويلي بلجيكا، هولندا، استراليا، ايطاليا	15 دولة الاتفاق على الخدمات والتحويلات الاجتماعية	Kautto 2002
النظام الفرعي الليبرالي ايرلندا، بريطانيا نيوزيلندا	النظام الفرعي المحافظ المانيا، سويسرا هولندا	النظام الاجتماعي الديمقراطي فلندا، النرويج السويد	النظام المحافظ استراليا، بلجيكا كندا، الدنمرك فرنسا، ايطاليا	النظام الليبرالي استراليا، اليابان وم أ	18 دولة خدمات الرعاية الصحية والطابع غير السلي	Bambra (2005)

Source: Bambra. Going beyond The three worlds of welfare capitalism: regime theory and public health research .Centre for Public Policy and Health, Wolfson Research Institute, Durham University, Queen's, 2007, p 02

نطاق البلدان التي استخدمت لبناء نماذج اسبيرنج اندرسن واجه عدة انتقادات ، حيث درس 18 دولة فقط من بلدان منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية ، حيث وضع اليابان وايطاليا ضمن نظام المحافظين ، بعض المعلقين يؤكدون انه عندما تضاف البلدان اللاتينية للاتحاد الأوروبي والتي هي {البرتغال، اليونان، اسبانيا} في التحليل ، يظهر العالم الرابع الجنوبي في الرعاية الاجتماعية ، أيضا ايطاليا يمكن أن توضع {Bonoli, Ferrera, Liebfreid}، دول الرعاية الاجتماعية الجنوبية وصفت بأنها بدائية لأنها تنطوي على نظام مجزأ لتوفير الرعاية الاجتماعية بحيث يتكون من خطط بسيطة للحفاظ على الدخل والذي يوفر نظام رعاية صحية محدودة .

وعلاوة على ذلك فان البحث في دول الرعاية الاجتماعية شرق آسيا {كوريا الجنوبية ، تاوان ، هونكونغ ، سنغافورة} بما في ذلك اليابان ، هذه البلدان تشكل كذلك نظام الرعاية الاجتماعية الكونفوشيوسية ، دول الرفاه الكونفوشيية تتميز بانخفاض مستويات التدخل الحكومي والاستثمار في الرعاية الاجتماعية وتقديم الخدمات العامة ، بحيث تلعب الأسرة والقطاع التطوعي دورا هاما في توفير شبكات الأمان الاجتماعي، هذا النهج مرتبط بالأخلاق الاجتماعية الكونفوشيوسية {الالتزام الفوري لأفراد الأسرة ، الادخار، الاجتهاد ، قوة التعليم وأخلاقيات العمل} ، عموما فان نظام دول الرعاية الاجتماعية الكونفوشيية يجمع بين العناصر الليبرالية والمحافظين والأنظمة الجنوبية .

بالإضافة إلى ذلك ، فان Castles and Mitchell 1993 صنفت دول 18 من منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية التي استخدمها Esping Andersen ودرسوا انخفاض وارتفاع مستويات الإنفاق الإجمالي وانخفاض وارتفاع درجات المساواة في الاستفادة ، وعلى أساس هذا التحليل راو أن بريطانيا وأستراليا ونيوزلندا تشكل النظام الراديكالي استهدفت دول الرعاية الاجتماعية ، واحدة هي تحقيق أهداف الرفاه والتي هي الحد من الفقر وتحسين الدخل وتحقيق العدالة الاجتماعية عن طريق آليات

إعادة التوزيع بدلا من ارتفاع مستويات الإنفاق الإجمالي ، وفي هذا السياق نفسه وصف korpi and palme وجود نظام دول الرعاية الاجتماعية المستهدفة.

خاتمة الفصل :

لقد تطرقنا في هذا الفصل إلى تعريف السياسة الاجتماعية ومختلف النماذج النظرية للسياسة الاجتماعية ، بحيث تطور مفهوم السياسة الاجتماعية مع تطور وظيفة الدولة ويمكننا أن نستخدم مصطلح السياسة الاجتماعية أو دولة الرفاه أو دولة الرعاية الاجتماعية ، وتعني كلها مجموعة الإجراءات والتدابير التي تتخذها الدولة لتقديم الخدمات الاجتماعية كالرعاية الصحية والتعليم والحماية الاجتماعية والإسكان والتأمين والى غير ذلك من الخدمات ، وهناك عدة نماذج للسياسة الاجتماعية ومن أهمها نموذج Richard titmuss ونموذج Gosta Esping Andersen بحيث تختلف نماذج السياسة الاجتماعية من دولة لأخرى .

الفصل الثاني :

اليات تقييم السياسات الاجتماعية

مقدمة الفصل:

إن الغرض من تقييم السياسة أو البرنامج أو المشروع أو القطاع هو التعرف على مدى فعاليته ونجاعته، من أجل تحسينه أو استبداله، لكن تواجه المقيم أثناء عملية التقييم عدة تحديات، خاصة تقييم السياسات وذلك باستخدام التصميم المناسب والأسلوب والمؤشرات.

ويتطلب إجراء التقييمات أساليب فعالة للتقييم، تقوم على أساس الشفافية والنزاهة والحياد والاستقلالية من أجل اتخاذ القرار المناسب لصنع السياسة وتحسينها.

سوف نحاول في هذا الفصل التعرف على ماهية التقييم وتقييم السياسات الاجتماعية ومختلف الطرق والليات المستعملة في تقييم السياسة الاجتماعية.

وتتضمن الأدبيات المتعلقة بتقييم البرنامج والسياسة العديد من تعريفات التقييم، وأنظمة التقييم، ولكن لا يوجد تقريباً أي من تقييم السياسة، في الواقع، عدد قليل جداً من الأعمال التي وجدت في مراجعة الأدب لهذه الدراسة، حتى تلك التي هدفها تقييم، وشملت تعريفاً للمصطلح، وثائق حكومية في الولايات المتحدة.

1. ماهية التقييم

التقييم هو جزء أساسي من تحسين النوعية وعند القيام به بشكل جيد يمكن أن يساعد في حل المشاكل، وصنع القرار وبناء المعرفة في حين يأتي التقييم في العديد من الأشكال والأحجام، هدفه الرئيسي مساعدتنا على التوصل إلى فهم أعمق لأفضل السبل لتحسين الشيء المراد تقييمه كالسياسة، البرنامج أو المشروع وكثيراً ما يطلب الأشخاص الذين يشاركون في تحسين الجودة المؤسسات المختصة كيفية التعامل مع التقييم.

1.1 تعريف التقييم:

هناك عدة تعاريف للتقييم سوف نذكر البعض منها:

- ✓ "التقييم هو عملية تقدير، منهجية وغير متحيزة قدر الإمكان، لنشاط، أو مشروع، أو برنامج، أو استراتيجية، أو سياسة، أو موضوع، أو قطاع، أو مجال تنفيذي، أو أداء مؤسسي"¹.
- يركّز على الانجازات المتوقعة والمحقة، فاحصاً سلسلة النتائج، والعمليات، والعوامل السياقية والسببية، من أجل فهم الانجازات أو انعدامها.
- يرمي إلى تحديد أهمية وأثر وفعالية وكفاءة واستدامة تدخلات المنظمة وإسهاماتها.

¹ منظمة الصحة العالمية. مسودة سياسة التقييم الرسمية. المجلس التنفيذي الدورة الحادية والثلاثون البند الخامس من جدول الأعمال المؤقت 2012، ص 03.

- يوفر معلومات مفيدة ومسندة بالبيّنات تتسم بالمصداقية والموثوقية وتمكّن من إدراج النتائج والتوصيات والدروس المستفادة، في الوقت المناسب، في عمليات صنع القرار في المنظمة.

- يمثّل جزءاً لا يتجزأ من كل مرحلة من دورة البرمجة وليس مجرد نشاط يتم في نهاية البرنامج.

✓ تعريف المنتدى الدولي - الفريق العامل التابع للجنة المساعدة الإنمائية DAC سنة 2000: يمكن تعريف التقييمات بأنها دراسات تحليلية منهجية أجريت أحيانا أو على أساس مخصص للإجابة على أسئلة إدارية محددة حول الأداء، ويمكن للتقييمات أن تفسر وتشرح مجموعة متغيرة من قضايا أداء المشروع أو البرنامج، وكثيرا ما يقوم بها خبراء خارج المشروع أو البرنامج الذي يجري تقييمه ، وكذلك قد تكون التقييمات ذاتية يقوم بها مدراء المشروع أو البرنامج وقد تكون مشاركة أصحاب المصلحة أو المجموعات المستفيدة ، إنها لا تقدم أدلة حول النتائج المحققة غالبا ما يتم الحصول عليها من أنظمة قياس الأداء ولكنها تفسر وتشرح وتصدر الأحكام حول الأداء في ضوء الظروف التي تؤثر على النتائج والآثار، وعلاوة على ذلك توفر التقييمات توصيات من اجل اتخاذ إجراءات تنبع من تحليلها ، عبارات أخرى قد تستخلص التقييمات نتائجها من بيانات نتائج رصد الأداء ، ولكنها تتجاوز كثيرا العروض البسيطة للنتائج وذلك باستخلاص استنتاجات أو استفسارات أو أحكام تستند إلى فهم أوسع للمحيط ثم تقديم التوصيات، دون فهم الأسباب الأساسية لنقص الأداء التي يمكن أن توفرها التقييمات قد تتخذ الإدارة إجراءات غير ملائمة، وغالبا ما تمكن التقييمات من رسم دروس كبرى من اجل تصاميم المشاريع المستقبلية أو صياغة سياسات الوكالة أو استراتيجيات البرنامج¹.

✓ تعريف 1986 lincolin and guba: "التقييم هو نوع من التحقيق المنضبط لتحديد قيمة " الجدارة أو الاستحقاق " لبعض الكيانات كالبرنامج، المرفق ، الأداء وما شابه ذلك من اجل تحسينها وتقييم أثرها"².

المصطلحات الأساسية المستعملة في التقييم

التقييم بسيط - هو شيء ونحن نفعّل كل الوقت دون التفكير. نحن نحكم دائما على قيمة أو أهمية الأشياء، أو ما نقوم به والآخرين ، في حياتنا اليومية، عندما نقيم شيئا نعني عادة نحكم على قيمته، أحيانا نعني أيضا أننا ننظر عن كثب قبل الحكم على القيمة: على سبيل المثال، ننظر في كيفية قضينا وقتنا، قبل أن نحكم على قيمة كيف قضينا وقتنا. لكن الكثير منا سريع جدا في إصدار الأحكام.

التقييم الأكثر عمقا هو أكثر تعقيدا، نحن أكثر حذرا للحصول على المعلومات الصحيحة واستخدامها في الطريق الصحيح من أجل التوصل إلى حكمنا للقيمة، نحن أكثر وضوحا حول ما هو مهم بالنسبة لنا: لدينا معايير للتقييم ، ونحن أيضا أكثر حذرا حول كيفية جعلنا حلقة وصل بين تقديرنا للقيمة وكيف يمكننا التصرف، وفي التقييم المنهجي، يتمثل النهج المعتاد في الفصل بين جمع المعلومات (مهمة "المقيم")

¹ Michelle Butler. evaluation in the Irish health sector. CPMR discussion paper No. 21 ,2002,p43

² Yvonne a anrau. expanding the role of program evaluation in social welfare policy analysis. university of Utah, 1993, p 03.

من الحكم على القيمة والعمل (مهمة "المستخدم" للتقييم)، الاختلافات الأخرى من التقييم اليومي هي تعريف دقيق لمقيم التقييم لما سيتم تقييمه، والمعلومات المطلوبة، فضلا عن اختياره بعناية واستخدام أساليب لتجميع وتحليل المعلومات.

والتقييم المنهجي معقد أيضا لأنه يتعين على المقيم أن يعرف مجموعة من الأساليب والنهج بحيث يكون قادرا على اختيار أفضل الطرق لأغراض التقييم، مثلا: نحن لا نستخدم أساليب مثل الملاحظة للحصول على معلومات حول تكلفة الرعاية المنزلية بالمقارنة مع الرعاية في المستشفيات، ولكننا قد نستخدم هذه الطرق إذا كان الغرض هو معرفة كيف المرضى ومقدمي الرعاية القاضى أو جعل استخدام هذه الأنواع من الرعاية، من الناحية المثالية يجب أن يكون المقيم قادرا على استخدام مجموعة متنوعة من الطرق، أو على الأقل لمعرفة الطريقة التي هي أفضل لغرض التقييم. ومن الناحية المثالية، ينبغي أن يكون من شأن رعاية وتقييم التقييم أن يكون قادرا على إصدار حكم مستقل بشأن ما إذا كانت أساليب أخرى ستكون أكثر فعالية من حيث التكلفة وما يمكن وما لا يمكن توقعه من التقييم.

المصطلحات الأساسية :

- ✓ "المقيم : الشخص الذي يقوم بالتقييم.
- ✓ راعي التقييم : الشخص أو المجموعة أو المنظمة التي تطلب أو تتطلب التقييم ويوفر الموارد اللازمة لإدارته، أي الذين يمولون التقييم .
- ✓ المستخدمين: أولئك الذين يستخدمون التقييم أو يتصرفون فيه.
- ✓ تقييم البرنامج : استخدام أساليب البحث الاجتماعي في إجراء تحقيق منهجي في فعالية برامج التدخل الاجتماعي بطرق تتكيف مع بيئاتها السياسية والتنظيمية، وهي مصممة لإعلام العمل الاجتماعي بطرق تحسن الظروف الاجتماعية.
- ✓ البرنامج الاجتماعي: التدخل الاجتماعي: التخطيط المنظم، وعادة الجهود الجارية الرامية إلى التخفيف من مشكلة اجتماعية أو تحسين الظروف الاجتماعية.
- ✓ أساليب البحث الاجتماعي: إجراءات دراسة السلوك الاجتماعي التي وضعها علماء الاجتماع والتي تقوم على المراقبة المنهجية والقواعد المنطقية لاستخلاص الاستنتاجات من تلك الملاحظات.
- ✓ أصحاب المصلحة: الأفراد أو المجموعات أو المنظمات التي لها مصلحة كبيرة في كيفية عمل البرنامج، على سبيل المثال، أولئك الذين لديهم سلطة اتخاذ القرار على البرنامج والموولين والرعاة والإداريين والموظفين، والعملاء أو المستفيدين المقصودين.
- ✓ استخدام التقييم: استخدام مفاهيم ونتائج التقييم من قبل صانعي القرار وأصحاب المصلحة الآخرين سواء على مستوى الإدارة اليومية أو على مستوى أوسع من التمويل أو السياسة.¹

¹ rossi .An Overview of Program Evaluation.2003, p30

- ✓ "المساءلة: وجوب إظهار ما تم إنجازه، وفقاً للقواعد والمعايير المتفق عليها، هذا قد يتطلب حذراً، يمكن الدفاع عنها قانونياً، دليل هذا العمل يكون بالعقد.
- ✓ النشاط: الإجراءات أو العمليات التي أجريت على مدى فترة محددة من الزمن من قبل منظمة لتحويل الموارد إلى منتجات أو خدمات لإنجاز تحقيق نتائج محددة، والمتصلة بمصطلح: مشروع.
- ✓ تحليل: عملية كسر موضوع معقد أو مادة إلى أجزاء أصغر من أجل دراسة كيفية تشييدها، العمل، أو التفاعل للمساعدة في تحديد سبب النتائج المرصودة.
- ✓ الأدلة القولية: المعلومات النوعية غير منهجية تستند إلى قصص عن أحداث حقيقية.
- ✓ الافتراضات: اقتراح هو مفروغاً منه، كما لو كان صحيحاً لإدارة المشاريع، وهي الافتراضات حول الصلات السببية أو العوامل التي يمكن أن تؤثر على تقدم أو نجاح التدخل العام.
- ✓ التدقيق: دراسة منهجية للسجلات، والتحقق في الأدلة، ومدى ملاءمة البرامج والنظم والعمليات.
- ✓ خط الأساس: جمع المعلومات قبل أو في بداية المشروع أو البرنامج الذي يوفر أساساً لتخطيط و/أو تقييم التقدم اللاحق والأثر.
- ✓ المستفيدون: الأفراد أو المجموعات أو المنظمات التي تستفيد من هذا العمل أو مشروع أو برنامج.
- ✓ * دراسة حالة: وصف منهجي وتحليل مشروع واحد أو برنامج أو نشاط.
- ✓ العلاقة السببية: العلاقة بين حدث واحد (السبب) وحدث آخر (الأثر) الذي هو نتيجة مباشرة للأول (النتيجة).
- ✓ الاستنتاج: يتم الحكم على أساس تجميع النتائج التجريبية وبيانات وقائية.
- ✓ تحليل التكلفة والفوائد: التقييم العام للعلاقة بين تكاليف البرنامج والنتائج، يمكن استخدامها للمقارنة بين التدخلات المختلفة مع النتائج ذاتها لتحديد الكفاءة.
- ✓ البيانات: المعلومات التي يتم جمعها من قبل باحث، البيانات التي تم جمعها خلال سنة التقييم تحليلها تسفر عن النتائج، بحيث تكون بمثابة الأساس للاستنتاجات والتوصيات.
- ✓ طرق جمع البيانات: التقنيات المستخدمة لتحديد مصادر المعلومات، وجمع المعلومات، والحد من التحيز أثناء التقييم.
- ✓ المتغير التابع: ما يسمى المتغيرات التابعة (المدخلات، المخرجات، الاجابات)، لأنها "تعتمد" على المتغير المستقل.
- ✓ الفعالية: مدى بلوغ الأهداف الرئيسية.
- ✓ الكفاءة: قياس اقتصادياً كيفية استخدام الموارد/المدخلات (الأموال، والخبرة، والوقت، إلخ) لتحقيق نتائج.

✓ المتغير المستقل: المتغيرات قد تؤثر بدرجة مباشرة أو غير مباشرة، والمتغير التابع قد يكون متغير مستقل يمكن الاعتماد عليها ليتم التلاعب بها من قبل الباحث (على سبيل المثال، إدخال العمل في برنامج) أو أنه قد يكون أحد العوامل التي لا يمكن التلاعب بها (على سبيل المثال، سن المستفيدين).¹ هذه معظم المصطلحات الأساسية المستعملة في التقييم وهناك عدة مصطلحات أخرى لم يتم ذكرها وذلك للاختصار

2.1 معايير التقييم:

يعتمد التقييم على الجمع بين مجموعة من الحقائق والقيم (أي المبادئ والصفات ليكون جوهرها جيد، مرغوب فيه، مثل "كونه عادلاً للجميع") إلى الحكم على قيمة هذا العمل (أي برنامج أو سياسة)، بينما معايير تقييمية يمكن استخدامها في أنواع مختلفة من التقييم، وهذا على وجه التحديد عناوين مختصرة استخدامها في تقييم الأثر (أي الدراسات التي توفر معلومات حول الآثار الطويلة الأجل التي ينتجها العمل) ، سوف نقوم بذكر هذه المعايير ومفهومها كما يلي :

- ❖ "الجدوى: نطاق أهداف التدخل العام مع المتطلبات الأساسية ، احتياجات البلد والأولويات العالمية وسياسات الشركاء.
- ❖ الفعالية: مدى تحقق الأهداف التدخل، أو من المتوقع أن يتحقق، مع مراعاة أهميتها النسبية.
- ❖ الكفاءة: هي مقياس لتحويل الموارد الاقتصادية المدخلات (الأموال والخبرة والوقت والمعدات وغيرها) إلى نتائج.
- ❖ الأثر: الآثار الطويلة الأجل الابتدائية والثانوية الإيجابية والسلبية التي ينتجها التدخل سواء مباشرة أو غير مباشرة، مقصودة أو غير مقصودة.
- ❖ الاستدامة: استمرار الفوائد من التدخل بعد توقف المساعدة الإنمائية الرئيسية، يجب أن تكون التدخلات المستدامة بيئياً ومالياً على حد سواء، حيث لا يتم التركيز على المساعدات الخارجية، ويمكن تعريف الاستدامة كقدرة أصحاب المصلحة الرئيسيين للحفاظ على فوائد التدخل-بعد انتهاء التمويل من الجهات المانحة--مع الجهود التي تستخدم الموارد المتاحة محلياً.
- ❖ العدالة: العدالة الأساسية للعمليات والنتائج لعملية صنع القرار.
- ❖ المساواة بين الجنسين: وهذا يعني تجميع تعزيز المساواة في الحقوق بين النساء والفتيات، ودعم مشاركتها الكاملة في التنمية السياسية والاجتماعية والاقتصادية للمجتمعات المحلية.
- ❖ التغطية: الحاجة "للوصول إلى المجموعات السكانية الرئيسية التي تواجه المعاناة التي تهدد الحياة أينما كانوا، وتقديم الدعم الجيد والحماية لهم .

¹ Glasory of evaluation terms. Planning and Performance Management Unit Office of the Director of U.S. Foreign Assistance Final Version: March 25, 2009, p02,05,10

- ❖ **التنسيق:** إن الحاجة لمختلف الجهات المشاركة في السنة لتنسيق الاستجابة للطوارئ؛ استجابة وكالة واحدة لا يمكن تقييمها بشكل منفصل قد يكون مناسباً من وجهات الفاعل واحد ومن وجهة نظراً أخرى قد تكون غير ملائمة من وجهة نظر النظام العام.
 - ❖ **الحماية:** توفير الأمن والحماية للسكان المستهدفين (مثل الحماية من العناصر المسلحة العاملة داخل منطقة المشروع، أو توفير الأمن داخل مخيم اللاجئين المشردين) أمر حاسم لفعالية عمل الإغاثة المساعدة.
 - ❖ **الانسجام (أي انسجام السياسات):** الحاجة إلى ضمان الانسجام في الأمن والتنمية، والتجارة، والسياسات العسكرية والسياسات الإنسانية.¹
- ينبغي اعتبار هذه المعايير التقييمية 'مفاهيم' التي يجب تناولها في التقييم، بحيث هذه المعايير يجب تعريفها بشكل كاف ليتم تطبيقها بصورة منتظمة وعلى نحو شفاف لجعل الأحكام التقييمية حول البرامج أو السياسات، ومع ذلك، تحت كل معيار من معايير 'عامة'، ينبغي تحديد معايير أكثر تحديداً.

3.1 مبادئ التقييم:²

هذه المبادئ أقرتها مجموعة الأمم المتحدة المعنية بالتقييم، هذه المجموعة هي شبكة مهنية من الوحدات المسؤولة عن التقييم في منظومة الأمم المتحدة تسعى إلى تعزيز الموضوعية والفعالية والرؤية وتدعو إلى أهمية التقييم من أجل التعلم، وصنع القرار والمساءلة وتتمثل هذه المبادئ فيما يلي:

- ❖ **الاستقلال:** ينبغي أن تكون وظيفة التقييم مستقلة هيكلياً من الإدارة التنفيذية ووظائف صنع القرار حيث أنه خال من تأثير لا داعي له، يمكن أن تكون أكثر موضوعية، وله كامل السلطة التقديرية في تقديم تقاريرها للنظر فيها على المستوى المناسب لصنع القرار مباشرة، لتجنب تضارب المصالح وضغوط لا داعي لها، يلزم القائمون بالتقييم بالتمتع بالاستقلالية.
- ❖ **النزاهة أو الحياد:** إزالة التحيز والموضوعية حاسمة لتحقيق أقصى قدر من المصداقية للتقييم العام ومساهمته في المعرفة، المتطلبات الأساسية لنزاهة هي: الاستقلال عن الإدارة؛ هدف التصميم؛ قياس صحيح وتحليله؛ صرامة واستخدام المعايير المناسبة، مؤشرات ومعايير متفق عليه مسبقاً من قبل أصحاب المصلحة الرئيسيين.

1 حسن التوقيت: يجب تصميم التقييمات والانتها في الوقت المناسب بغية معالجة محددة للغرض والأهداف التي تم الاتفاق عليها وضمان جدوى النتائج والتوصيات، وموازنة التقنية ومتطلبات الوقت مع الحقائق العملية .

2 الغرض: الأساس المنطقي للتقييم العام والقرارات ينبغي أن يكون واضحاً من البداية، بحيث يجب إنشاء نطاق وتصميم وخطة التقييم في الوقت المناسب والمنتجات التي تلبى احتياجات المستخدمين المستهدفين.

¹ united children's fund {UNICEF}. evaluative criteria" greet peersman . September 2014,p01,02

²john parsons . evaluation handbook.December 2007, p09.

3 الشفافية: التشاور الجاد مع أصحاب المصلحة أمر ضروري للمصداقية وفائدة التقييم، وينبغي تقاسم المعلومات الكاملة عن تصميم التقييم والمنهجية طوال عملية لبناء الثقة في النتائج التي توصل إليها وفهم أوجه القصور في عملية صنع القرار، الأحكام النهائية مرجع وتقرير التقييم ، ينبغي أن تكون متاحة لأصحاب المصلحة الرئيسيين وتكون الوثائق العامة.

4 الكفاءات: ينبغي إجراء التقييمات بفرق المؤهلين تأهيلاً جيداً، ينبغي للفرق بين الجنسين تكون متوازنة ومتنوعة جغرافياً وتشمل المهنيين من البلدان أو المناطق المعنية.

5 الأخلاقيات: التقييم ينبغي أن لا يعكس مصالح شخصية أو قطاعية، يجب أن يكون المقيمون يتسمون بالنزاهة المهنية واحترام حقوق المؤسسات والأفراد لتقديم المعلومات في الثقة والتحقق من البيانات المنسوبة إليهم ، كما يجب التقييمات أن تراعي المعتقدات والعادات للبيئات الاجتماعية والثقافية المحلية، ويجب أن تتم من الناحية القانونية، ومع إيلاء الاعتبار إلى رعاية المشاركين في التقييم، فضلاً عن أولئك المتأثرين بنتائجه، وتماشياً مع الإعلان العالمي لحقوق الإنسان، يجب أن يراعي المقيمون حساسية قضايا التمييز وعدم المساواة بين الجنسين.

6 الجودة: جميع التقييمات ينبغي أن تفي بالمعايير المحددة للتقييم التي اقترتها "منظومة الأمم المتحدة"، كما يجب أن تكون القضايا الرئيسية ومجالات المراجعة واضحة ومتناسكة وواقعية، وخطة التقييم ينبغي أن تكون عملية وفعالة من حيث التكلفة، للتأكد من أن المعلومات التي تم إنشاؤها بتصميم التقييم دقيقة وموثوق بها،، جمع البيانات وتحليلها ينبغي أن تعكس المعايير المهنية الواجبة مع البحث عن أي ظروف خاصة أو القيود التي تعكس سياق التقييم، لضمان هذه الكفاءة المهنية للمقيمين وتلك النزاهة الفكرية في أساليب التقييم هو معيار حاسم التطبيق، ينبغي تقديم نتائج وتوصيات التقييم بطريقة التي سوف تفهم بسهولة من طرف الجماهير.

4.1 أنواع التقييمات:

هناك العديد من أنواع التقييم هنا نقدم لمحة موجزة عن اثنين من الأنواع الأكثر شيوعاً (التجميعية والتكوينية) لا توجد قواعد ثابتة حول أي منهج يجب اتخاذه وسوف يعتمد اختيارك على عدد من العوامل:

- التأمل التعلم من التقييم.
 - ما هي احتياجات مختلف أصحاب المصلحة.
 - كم من الوقت لديك لإجراء التقييم.
 - ما ميزانيتك.¹
- وسوف نذكر أنواع التقييم الأربعة كما يلي:

¹quik guide .Evaluation:what to consider Commonly asked questions about how to approach evaluation of quality improvement in health care. march 2015, is published by the Health Foundation, 90 Long Acre, London WC2E 9RA,p10.

1.4.1 التقييم التجميبي: "يسى أحياناً بتقييم النتائج، تجري بغرض توثيق نتائج البرنامج أو المشروع، وتحدد أهداف محددة لبرنامج ما، وتوثق درجة إنجاز تلك الأهداف، قد تشير نتائج التقييم التجميبي للتغيرات التي ينبغي إجراؤها في برنامج من أجل تحسينه في التطبيقات اللاحقة ويمكن أن تحدد نتائج التقييمات الموجزة حالة البرنامج وظروفه لأغراض المساءلة ويمكن أيضا استخدام النتائج كتقدير للاحتياجات للتخطيط اللاحق للتغيرات في برنامج ما أو إدخال برامج وتدخلات جديدة ويقدم الجدول التالي بعض الأسئلة التي يمكن أن تتناولها التقييمات التجميبيية.¹

الجدول رقم {1-2}: أسئلة التقييم التجميبي

متى أجريت	أمثلة على أسئلة التقييم التجميبي
بعد تنفيذ البرنامج واستكمالها	<ul style="list-style-type: none"> - ما الذي حققه البرنامج؟ - هل بلغ البرنامج أهدافه وغاياته؟ - ما هو تأثير البرنامج على متلقيه؟ - ما هي النتائج؟ - من استفاد من البرنامج؟ - كم كانت الفائدة؟ - هل كانت الفائدة أكبر مع هذا البرنامج بالمقارنة مع آخر برنامج؟ - هل استفادت جميع أنواع الطلاب أو العملاء من البرنامج؟ - ما هي النتائج الإيجابية؟ - ما هي النتائج السلبية؟ - ما الذي ينبغي تحسينه / تغييره في البرنامج؟ - هل فائدة البرنامج تبرر التكلفة؟

Source: PROGRAM EVALUATION MODEL 9-STEP PROCESS" by Janet E. Wall, EdD, CDFI President, Sage Solutions,2006,p01.

2.4.1 التقييم التكويني: " يعرف أيضا باسم تقييم العملية أو التنفيذ، لدراسة مختلف جوانب البرنامج الجاري من أجل إجراء تغييرات و تحسينات مع تنفيذ البرنامج، هذا النوع من التقييم يحاول توثيق بالضبط ما يتجلى في البرنامج حيث يتم جمع البيانات وتحليلها في الوقت الذي يمكن فيه إجراء تغييرات البرنامج لضمان الحفاظ على جودة تنفيذ البرنامج طوال الوقت، على سبيل المثال، إذا تم إدخال برنامج التطوير الوظيفي في إحدى المناطق التعليمية، فمن المهم معرفة إلى أي مدى تم تنفيذ البرنامج بالفعل كما تم تصميمه، ويوضح الجدول التالي بعض الأسئلة التي يمكن تناولها في التقييم التكويني.²

¹ Janet E. Wall, EdD, CDFI .programme evaluation model9-step process.2006, Sage Solutions,p01

² Janet E. Wall, EdD, CDFI .programme evaluation model9-step process .op cit ,p02.

الجدول رقم {2-2}: أسئلة التقييم التكويني

متى أجريت	أمثلة على أسئلة التقييم التكويني
	<ul style="list-style-type: none"> - هل يتم تنفيذ البرنامج كما تم تصميمه؟ - هل يفهم الطلاب أو العملاء مفاهيم البرنامج؟ - ما هي المفاهيم الخاطئة حول البرنامج؟ - هل يقوم جميع منفذي البرامج بتنفيذ البرنامج بنفس الطريقة؟ - هل يتم تنفيذ البرنامج في الموعد المحدد؟ - هل هناك وقت كاف لتنفيذ جميع جوانب البرنامج؟ - هل يحتاج منفذي البرامج إلى تدريب إضافي على البرنامج؟ - هل هناك أي نتائج سلبية تطفو على السطح؟

Source: PROGRAM EVALUATION MODEL 9-STEP PROCESS" by Janet E. Wall, EdD, CDFI President, Sage Solutions,p02, op cit.

5.1 أفاق أو منظورات التقييم¹:

ويركز منظور التقييم على كل من "التقييم" و "يركز" على جوانب معينة من التقييم وعلى عواقبه، فعلى سبيل المثال، يركز المنظور الاقتصادي على عدد الموارد التي يستخدمها التقييم والفوائد الناتجة، يمكننا استخدام كلمة 'منظور' لنقل ثلاثة أشياء، أولاً، النظر من خلال "زوج من النظارات" معين يسمح لنا أن نرى بعض الأشياء أفضل مما كنا القيام به خلاف ذلك، ثانياً، نحن لا نرى بعض الأشياء لأن لدينا منظور انتقائي، وثالثاً، يحمل المنظور افتراضات حول ما إذا كان ما يمكننا أن نراه بالفعل قائماً: فالمنظور ينطوي على افتراضات حول ما هو معرفة صحيحة (نظرية المعرفة)، وعن جوانب التقييم الذي يتم اختياره وعن كيفية إنشاء هذه المعرفة (المنهجية)، وتحدد هذه الافتراضات كيف يضع المقيم مفهوماً للفعالية ويشكل تصميم التقييم وطرق جمع البيانات وتحليلها.

وسوف نعرض أربعة منظورات وهي التقييمات التجريبية والتنموية والإدارية والاقتصادية، ويمكن إجراء التقييم باستخدام أي واحد من هذه المنظورات كما يمكن استخدام كل منظور لتقييم أي من الفئات الأربعة من العلاجات والخدمات والسياسات والتدخلات التنظيمية.. ومع ذلك، غالباً ما يستخدم منظور واحد من منظور آخر لتقييم فئة واحدة من التدخلات، على سبيل المثال، يتم استخدام المنظور التنموي في كثير من الأحيان لتقييم الخدمات أو التدخلات التنظيمية من تقييم العلاجات، المنظور الذي يستخدمه المقيم يعتمد على الغرض من التقييم، وعلى طبيعة التقييم وعلى آثاره المتوقعة، ولكن أيضاً على تدريب المقيم، سوف نشرح مفهوم المنظورات أو أفاق التقييمات الأربعة كما يلي:

1.5.1 التقييمات التجريبية: تهدف اكتشاف ما إذا كان للتدخل آثار، وأسباب أي آثار، التقييم يهدف إلى اختبار الفرضيات، وفيما يلي نموذج لتجربة علمية، على سبيل المثال: الممرضة التي تعطي معلومات الأم

¹ john ovretveit .evaluating health interventions.2005,p34,35,36

حول الرضاعة الطبيعية، سيقوم التقييم بمراجعة البحوث السابقة وتحديد فرضية: على سبيل المثال، "تدخلات المعلومات من النوع المحدد ليس لها أي تأثير على ممارسات تغذية الطفل للأمهات".

وسيتم تحديد التدخل بعناية واستقراره من خلال ضمان إتباع الممرضات نهجا موحدًا، وسوف يكون هناك تعريف عملي لممارسات تغذية الأمهات لدى الأطفال، وقياس هذه الممارسات لن تعتبر تقارير الأمهات عن سلوكهن موثوقة جدا، وستبذل محاولات للسيطرة على التأثيرات غير تدخل الممرضة والنشرة التي قد تؤثر على سلوك الأم، والمثل الأعلى هو تجربة مستقبلية - واحدة مخطط لها قبل تنفيذها - لأن ذلك يساعد المقيم على القيام بكل ما يستطيع أو يمكنه التحكم في التأثيرات الأخرى غير التدخل، والطريقة الشائعة للقيام بذلك هي تخصيص الأمهات بطريقة عشوائية لمجموعة واحدة تحصل على التدخل ومجموعة واحدة لا تفعل ذلك، وهذا يساعد على زيادة اليقين بأن أي تغييرات في قياس ممارسات تغذية الطفل يمكن أن تعزى إلى التدخل، وليس إلى شيء آخر..

2.5.1 التقييمات الاقتصادية: تهدف اكتشاف موارد كثيرة كيف يتم استهلاكها بواسطة استخدام تدخل، وعادة ما تكون أيضا لقياس النتائج المترتبة على التدخل، في بعض الأحيان في شروط توفر المال، التقييمات الاقتصادية تشترك في العديد من الافتراضات المتعلقة بنموذج تجريبي حول القياس الموضوعي وعناصر التحكم، وغالبا ما يتم بناؤها على التقييمات التجريبية، على سبيل المثال، نوع شائع من تقييم اقتصادي محاولة لتحديد الموارد المستخدمة في تدخل الممرضة ونشرة والتعبير عن هذه من حيث المال، وسوف يحاول قياس عواقب التدخل والتعبير عن هذه الموارد من حيث الموارد المتوفرة والمستهلكة، ويفترض المنظور أن الموارد المستخدمة يمكن أن توضع دائما على استخدامات أخرى، وتحاول مقارنة تكاليف وعواقب التداخل مع الطرق الأخرى لاستخدام الموارد.

3.5.1 التقييمات الإنمائية: تستند إلى فلسفة مختلفة من العلوم، مع افتراضات مختلفة حول طبيعة التدخل ولغرض التقييم، وتستخدم التقييمات التنموية أساليب ونظريات منهجية ضمن إطار تقييم لتمكين مقدمي الخدمات من تطوير وتحسين علاجاتهم أو خدماتهم أو سياساتهم أو تدخلاتهم التنظيمية، على سبيل المثال، في نوع واحد من التقييم التنموي، يمكن للمقيمين مقابلة عشرة أمهات قبل التدخل وبعده بأسبوعين، لمعرفة ما فعلناه وما فكرن به في الرضاعة الطبيعية، وسوف يتم الإبلاغ عن النتائج إلى الممرضات، وسيعمل المقيم معهن لتحديد سبل تحسين فرص الأمهات اللواتي يستخدمن الرضاعة الطبيعية، وكيفية الوصول إلى الأمهات اللواتي يلتقين الممرضات عادة، إن التقييمات التنموية لها تركيز عملي فوري وتشرك المقيم مع مقدمي الخدمات في دور مستقل لتمكين مقدمي الخدمات من الحكم على قيمة ما يقومون به وتحسين ما يقومون به، ويمكن أيضا إجراء عمليات التقييم التنموي من قبل مقدمي الخدمات أنفسهم لتحسين الذات.

4.5.1 التقييمات الإدارية: للمديرين والمجالس لرقابة ورصد أو تحسين أداء الخدمات أو السياسات، أو للتحقق من تنفيذ التغييرات أو المشاريع المتفق عليها على النحو المنشود، والغرض منها هو ضمان المساءلة،

والقيمة مقابل المال وتحسين الأداء، على سبيل المثال، نوع واحد من التقييم الإداري قد تنطوي على المقيمين إرسال الأمهات استبيان قصير لمعرفة عدد الأمهات عن تعرضهم إعطاء النشرة، واما إذا كانت الرضاة الطبيعية أم لا وقد تحاول أيضا جمع معلومات عن الفئات الاجتماعية في المنطقة التي يرجح أن تكون على اتصال بالمرضة. تقارن العديد من التقييمات الإدارية في مجال الصحة الأنشطة الفعلية ضد الإجراءات والمعايير التي يعتقد أنها تضمن السلامة والكفاءة والفعالية والإنصاف، وعادة ما يتم ذلك من قبل العاملين في منظمات الخدمات الصحية، على الرغم من أن المقيمين الخارجيين يمكن استخدامها للمساعدة في إنشاء أنظمة للمراجعة أو لتقييم إدارة الأداء.

وسوف نلخص في الجدول أدناه الفرق بين المنظورات الأربعة وأمثلة عن كل منظور والتصاميم المستخدمة في ذلك.

الجدول رقم {2-3}: الاختلافات بين الأفاق الأربعة للتقييم

دور المقيم	الطرق	تركيز الدراسة	الغرض	المستخدمون الأساسيون	
مستقل، خارجي، منفصل، عالم	اختبار الفرضيات، قياس النتائج، المراقبة و قياس المتغيرات: تحليل احصائي	النتائج	اكتشاف أدلة على التأثير والأسباب	العلماء، وفي الوقت المناسب، العاملين في مجال الصحة	التقييمات التجريبية
مستقل، خارجي، منفصل، عالم	التدابير الكمية والتخصيصية للنتائج	المدخلات والنشاط والمخرجات والنتائج	حساب الموارد المستخدمة والفوائد	المديرين وصانعي السياسات	التقييمات الاقتصادية
تقييم مستقل أو تعاوني أو تقييم ذاتي	النوعية في المقام الأول	عملية	مساعدة مقدمي الخدمات التحسين في الأجل القصير	المديرين والأشخاص العاملين في الخدمات	التقييمات الإنمائية
المفتشية، منفصلة، شبه مستقلة	النوعية والكمية	المدخلات والعملية والمخرجات	إدارة الأداء والمساءلة	المديرين ومجالس الإشراف	التقييمات الإدارية

Source : evaluating health interventions" ,john ovretveit,2005,p36

2. ماهية تقييم السياسة الاجتماعية

1.2 تعريف تقييم السياسة : " التقييم هو تقييم منهي لتصميم وتنفيذ و / أو نتائج برنامج أو مشروع أو نشاط أو سياسة أو إستراتيجية أو أي مشروع آخر. والقصد من التقييم هو توفير مصداقية ومعلومات مفيدة بهدف تحديد قيمة أو أهمية التعهد، وإدراج الدروس المستفادة في صنع القرار، وتعزيز الجودة الشاملة لبرامج المعهد وعملياته.¹"

2.2 أهمية تقييم السياسة :

يعد وضع وتنفيذ استراتيجيات السياسة أمرا هاما في معالجة الإصابة والوقاية من العنف على مستوى السكان، على الرغم من أن السياسات استخدمت بفعالية في بعض المناطق لمنع الإصابات والعنف، إلا أن استراتيجيات السياسات في بعض المناطق تفتقر إلى قاعدة أدلة كافية، ويمكن لتقييم السياسات، كجميع التقييمات يخدم أغراضا مهمة على امتداد سلسلة عملية السياسات برمتها، بما في ذلك:

- توثيق تطوير السياسات.
- توثيق وإعلام التنفيذ.
- تقييم الدعم والتقييد بالسياسة القائمة.
- إظهار الآثار وقيمة السياسة.
- الاطلاع على قاعدة البيانات.
- الاطلاع على السياسات المستقبلية.
- توفير المسائل عن الموارد المستثمرة.

3.2 تحديات تقييم السياسة

تواجه التقييمات عدة تحديات خاصة بتقييم السياسات، العديد من هذه التحديات يمكن مواجهتها وذلك باستخدام التصميم المناسب، المؤشرات والأساليب، سوف نعرض هذه التحديات في الجدول أدناه.

¹ UNITAR .Monitoring and Evaluation Policy Framework .united nations institute for training and research,march 2012,p04.

الجدول رقم {2-4}: تحديات تقييم السياسة

تحديات تقييم السياسة	
عدم وجود قاعدة أدلة تدعم السياسة	الافتقار إلى الموارد أو مسؤولية واضحة عن التقييم
العوامل الخارجية والبيئية كالظروف الاقتصادية والرعي العام	الخوف من التقييم وعدم الإلمام بطرق تقييم السياسة
الوصول إلى البيانات المناسبة	عدم السيطرة على تنفيذ السياسة
لافتقار إلى التدابير المناسبة	سرعة وتيرة السياسة
صعوبة في تحديد المقارنة المناسبة للمجتمعات	التدقيق السياسي والرغبة في إنتاج سريع للنتائج

المصدر: من إعداد الباحثة

3. المناهج النظرية حول تقييم السياسات الاجتماعية

مصطلح النموذج يشير إلى مجموعة من الأشكال التي تحتوي على عناصر مهمة مشتركة ، مفيدة في كسب لمحة عامة حول المناهج المعاصرة في تقييم السياسات الاجتماعية ، هذه المناهج مستمدة من ثلاثة أنماط التحقيق : البحوث العلمية ، التغيير الاجتماعي الموجه ، نظرية العدالة الاجتماعية . وسوف نعرض هذه المناهج في الجدول أدناه :

الجدول رقم {2-5} : نماذج ومناهج تقييم السياسة الاجتماعية

النموذج	المنهج
البحث العلمي	4 اختبار النظرية العلمية
	5 طرق البحث العلمي التطبيقي
التغيير الاجتماعي الموجه	6 استخدام تركيز التقييم
	7 التقييم كالتعليم .
	8 دراسة حالة النوعية
نظرية العدالة الاجتماعية	9 التقييم المساواة .
	10 التقييم النفعي.

Source: the evaluation of social policies "john crane, international series in social welfare,series edition :wiliam J reid state university of new York at Albany ,1982,p19.

هذه المناهج السبعة فريدة من نوعها من جميع النواحي ، فالمؤيدون للتقييم كالتعليم مثلا ، يدعون إلى استخدام الأساليب العلمية كلما أمكن ذلك، القيم النفعية يمكن العثور عليها تحت صورة العديد من التقييمات العلمية ، في الواقع ، المذهب النفعي و المذهب المساواة يتشارك عدد من الافتراضات ، على الرغم من أوجه التشابه هذه المناهج السبعة تختلف مركزيا وهامشيا في تقييم السياسات .

1.3 نموذج البحث العلمي¹:

في المنهج الواحد، اختبار النظرية العلمية واعتماد نموذج التنبؤ بآثار السياسات من مجالات العلوم الاجتماعية أو العلوم الطبيعية بحيث يتم اختيار هذا النموذج لتوقع نتائج هامة لصنع السياسات، مثلا: إذا كانت السياسة المعنية مع مشكلة إدمان المخدرات، قد يحدد النموذج العوامل التي تؤثر على سلوك الإدمان، هذه العوامل يجب أن تكون قابلة للمعالجة، توفر النظرية اختبارا للسياسة والتقييم بدوره يصبح اختبارا لهذه النظرية .

مجالات العلوم الاجتماعية التي طبقت بهذه الطريقة في اغلب الأحيان هي الاقتصاد ونظرية التعلم ، وقد قدمت النظريات الاقتصادية نموذجا للحفاظ على الدخل {Tuma and Robins, 1980} والعديد من تقييمات البرامج الإصلاحية ، وقد ساعدت نظرية التعلم في توجيه العديد من التجارب في مجال التعليم {عمل Hamblin وآخرون سنة 1971}، وتقييم السياسات في مجالات مثل أثار الإشعاع المنخفض المستوى على السكان قد يجعل استخدام نماذج من علوم البيولوجية ، الفيزياء أو علم الأوبئة.

اليوم معظم عمليات تقييم السياسات والبرامج تعتمد على طرق وليس نظريات العلوم ، ويفترض أن يكون المقيم من اختصاصي التكنولوجيا بدلا من المنظر العلمي ، وكفاءة التقييم هي القدرة على تطبيق أساليب البحث المناسبة على المشاكل التي يتم تحديد محتواها من خلال اعتبارات السياسة والتخطيط ، ويفترض أن يكون للطرق منطق خاص بها يتلائم بشكل فريد مع مشكلة تقييم أثار السياسات .

العمل على تصميم التجارب خاصة في علم النفس وعلم النفس الاجتماعي كان مصدرا هاما للإلهام لهذا المنهج {Campbell and Stanley, 1963} ، كما تم تطوير مجموعة من منهجيات البحث المصممة جزئيا للتجارب التقريبية ، ويضم هذا النموذج ثلاثة مناهج مختلفة للتقييم وهي :

1.1.3 التقييم كاختبار النظرية العلمية²:

يتم في هذا المنهج تحويل مشكلة التقييم إلى مشكلة اختبار الفرضيات العلمية ، على سبيل المثال يتم تقييم سياسة الدخل السنوية المضمونة إلى اختبار لفرضية اقتصادية حول مشاركة القوى العاملة ، في هذه التطبيقات يفترض أن احتياجات العلم وصنع السياسات تكون متوازية، مثلا يمكن أن تكون هناك حالة مفادها أن للاقتصاد قوة تفسير الإجرام الجنائي ، ويمكن استخلاص الفرضيات من التفسيرات الاقتصادية التي من شأنها اتخاذ تدابري فعالة في مكافحة الإجرام ، ويقدم الاقتصاد تعظيم مبادئ الاختيار ، هذه المبادئ تقدم أفضل أمل لتحقيق الغايات ، وتنطبق هذه المبادئ فقط لمجموعات من القرار .

¹ john crane. the evaluation of social policies .international series in social welfare,series edition :wiliam J reid state university of new York at Albany,op cit ,p26

² john crane. the evaluation of social policies .international series in social welfare,series edition :wiliam J reid state university of new York at Albany,op cit,28

واهم فرضية في هذه النظرية أن صنع القرار يتصرفون بطريقة عقلانية ، ويعني هذا أن عند اتخاذ الخيارات ، يجب مراعاة المكاسب والتكاليف المحتملة ، وان الخيارات المتاحة يمكن أن تبين أن لديها أفاقا ملائمة أكثر من التي قدمت ، وافترض العقلانية لا يعني اختباره جنبا إلى جنب مع عناصر أخرى من خطة صنع القرار فانه يهدف ببساطة مصدر للفرضيات ، إذا ثبت أن اختبار هذه الفرضية ناجح ، فانه يتم اسخدام هذه النظرية ، على سبيل المثال : تم استخدام مفهومي العقلانية الاقتصادية لتخطيط برنامج تجريبي لمساعدة السجناء المفرج عنهم (Mallar and Thornton, 1978)، واستنتج من الافتراض انه يمكن تخفيض العودة للإجرام من خلال تغيير المكافآت والتكاليف المرتبطة به ، هذا يمكن تحقيقه إما بزيادة المكافأة للأنشطة المشروعة أو بزيادة العقوبة المتوقعة للسلوك الإجرامي، تم اختيار الخيار السابق وقدمت المنح المالية للسجناء الذين أطلق سراحهم حديثا خلال الفترة الانتقالية بعد الإفراج عنهم.

في هذه الحالة بالذات كان من الممكن وضع الفرضيات على اختبار تجريبي لكن ذلك غير عملي في العديد من مجالات التقييم الهامة ، وهكذا لدراسة آثار انخفاض مستويات الإشعاع على احتمال تطوير سرطان الدم وغيرها من أشكال السرطان يجب استخدام مصادر ثانوية من البيانات ، كمية البيانات المتاحة غير كافية بإجراء اختبار نهائي، ووجد الباحثون مؤخرا أن ثلاثة نماذج للعلاقة بين التعرض للإشعاع على مستوى منخفض واحتمال سرطان الدم تناسب البيانات المتاحة أيضا على قدم المساواة ، وبأحد النماذج الثلاثة تكون آثار الإشعاع المنخفض المستوى من ستة إلى أربعة أضعاف قدر آخر.

وتنشا هذه المشكلة للاختيار بين النماذج في عدد من المجالات ، مثل آثار التعرض للرصاص وتنشا هذه المشكلة للاختيار بين النماذج في عدد من المجالات ، وفي المنهج العلمي للتقييم ، يتم حل أوجه عدم التقين من خلال الطعن في اتفاقيات أو تقاليد العلوم الخاصة المعنية.

2.1.3 التقييم كالتطرق العلمية المطبقة¹:

بما أن التفسيرات العلمية خاصة العلوم الاجتماعية نادرة وغير مؤكدة ، فان معظم مشاكل التقييم تنخفض عمليا إلى تطبيقات منهجية البحث الاجتماعي ، وهذا يجعل مشكلة التقييم مألوفة ، وتمكن علماء الاجتماع من الاستفادة من مهارات البحث التي تم تدربهم فيها ، وتشير الأدلة أن الخبراء في التقييم يعطون أولوية عالية للمهارات في الأساليب الكمية (Anderson and Ball, 1978).

التقييم كمنهجية علمية هو قريب من منهج العلوم التطبيقية الذي ظهر منه ، وموقفها من مكان القيم في التقييم ، وعلاقة القيم بالبيانات ، وادوار العلماء والمواطنين هو نفسه كما هو في المنهج العلمي ، ويكمن الاختلاف الرئيسي في المنهج العلمي المطبق في صياغة أسئلة التقييم في المنهجية العلمية ، ولا يقصد من

¹ john crane. the evaluation of social policies .international series in social welfare,series edition :wiliam J reid state university of new York at Albany,op cit,30

هذه التجارب اختبار النظرية العلمية بل تقديم اختبار صارم للأثار الصافية للسياسة ، ولتحقيق هذه الغاية كما أشار (Rossi, Freeman, and Wright (1979) ، فان المناهج الأساسية لإنتاج أدلة موثوقة وصحيحة والتي تطورت في العلوم الاجتماعية يتم توظيفها ، والخصائص المثالية للتقييم الاجتماعي في هذا التقليد قابلة للتكرار ، وإدخال البيانات عما إذا كانت أثار السياسات ستحدث في إطار سياسات بديلة ، ودمع الأدلة فيما يتعلق بكفاءة استخدام الموارد .

2.3 نموذج التغيير الاجتماعي الموجه:

إن المشاركين في التقييم تقريبا يتغيرون باستمرار من خلال الخبر ، حيث أن حجة البعض أن هذا هو الهدف الحقيقي من الممارسة ، ولكي تكون نتائج التقييم مفيدة يجب اتخاذ إجراءات من شأنها السيطرة على مشكلة صياغة الأسئلة والتي هي رحلة الاكتشاف وفي كل مرحلة يتجادل أنصار مختلفين حول مسارات العمل ، كما يجب التفاوض حول اتخاذ أي قرار ، وتكمن المهارة الخاصة للمقيم في توجيهه أو تسهيل عملية الاكتشاف والتغيير ، العلوم والمنهجية هي جزء من هذه العملية ولكنها تكاد لا تحده ، وتعرف الكفاءة في التقييم عوضا عن ذلك بأنها القدرة على تقديم استشارات التغيير الاجتماعي استنادا إلى بيانات البحوث .

هذا المنهج يعود إلى أعمال Kurt Lewin وشوهد في الأربعينيات من القرن الماضي ، ثلاثة إصدارات معاصرة هي التقييم الذي يركز على الاستخدام (Pat-ton, 1978) ، والتقييم باعتباره التعليم (Cronbach and Associates, 1980) ، ودراسة الحالة النوعية (Stake, 1978).¹

بالنسبة للعديد من الباحثين فان النموذج الأكثر إقناعا لتقييم السياسات من أي من العلوم أو تكنولوجيا البحث هو التغيير الاجتماعي المخطط ، وهذا ناجم عن تغيير تصورات وسلوك الأفراد المشاركين في العملية ، وبما ان هؤلاء الافراد يسترشدون بعملية فحص منهجي للبرامج والسياسات ، فان تصوراتهم عن السياسات تتغير وتعي طاقاتهم للعمل ، وهنا تكمن القوة الحقيقية للتقييم .

هذا الموضوع يحتوي على العديد من الاختلافات مثل التقييم الذي يركز على الاستخدام (Patton, 1980) ، ومنهج دراسة الحالة (Stake, 1978) ، والتقييم باعتباره التعليم {cronbach and associate 1980} ، وسوف نوضح هذه النماذج الثلاثة أدناه:

1.2.3 التقييم المركز على الاستخدام (U-FE) Utilization-Focused Evaluation

"يبدأ التقييم المركز على الاستخدام {ufe} بفرضية قائلة بان التقييمات ينبغي الحكم عليها من حيث فائدتها والاستخدام الفعلي لها ، وبالتالي يجب على المقيمين تسهيل عملية التقييم والتصميم ، بحيث

¹ john crane. the evaluation of social policies .international series in social welfare,series edition :wiliam J reid state university of new York at Albany,op cit,32

يجب الحذر في التقييم والنظر في كيفية كل ما يتم القيام به من البداية إلى النهاية ، والذي يؤثر على الاستخدام ، ويتعلق التقييم بكيفية تعامل الناس الحقيقيين مع نتائج التقييم المطبقة في العالم الحقيقي وتجربة عملية التقييم ، ولذلك يتم في التقييم المركز على الاستخدام التركيز على الاستخدام المقصود من قبل المستخدمين المستهدفين، إذ لا يوجد التقييم تكون القيمة مجردة ، ويجب التقييم المركز على الاستخدام على الأسئلة التي لها قيم والتي تصبغ التقييم من خلال العمل على تحديدها بوضوح، ويتحمل المستخدمين الرئيسيين مسؤولية تطبيق نتائج التقييم وتنفيذ التوصيات (Patton 2002).¹

منهج التقييم المركز على الاستخدام تم تطويره من طرف Michael Patton سنة {2002، 1997، 1985، 1980، 2012}، ويقدم Patton لعملية من 17 مرحلة ، وتغطي القائمة المرجعية الاستعداد أو الأعمال التحضيرية وتحليل الوضع ، وتحديد هوية مستخدمي التقييم وأولوياتهم ، أسئلة التقييم والتصميم وجمع البيانات ، والمنظمة والإبلاغ وإجراء تقييم للتقييم ومتابعة المستخدمين . Patton2012 .

كل هذه المراحل سوف نلخصها كما يلي :

➤ تقييم وبناء البرنامج والاستعداد التنظيمي لUF-E: يرى المقيم تاريخ استعمال التقييم والتصورات المتعلقة بالتقييم ، الحوافز والحواجز التي تعترض استخدام التقييم وهذا أيضا فرصة لتعزيز اختبار الواقع، ووضع معايير وخاصة بالمشروع، وإدخال معايير التقييم المني وخلق صورة إيجابية للتقييم.

➤ تقييم وتعزيز جاهزية المقيم وكفاءته لإجراء التقييم المركز على الاستخدام : التكلفة بإجراء التقييم والمقيم بحاجة إلى النظر في اختصاص القائمون بالتقييم والالتزام باستخدام التقييم ومصداقيته وتتجاوز الكفاءات الأساسية المعايير التقنية والمهنية، والمبادئ والمقاييس، كما أنها تنطوي على القدرة على فهم وحضور السياق والقضايا السياسية للتقييم، بما في ذلك تحديد قابلية التقييم والتصدي للنزاعات والاهتمام بقضايا استخدام التقييم، ويحتاج المقيمون إلى الكفاءة الشخصية ومهارات إدارة المشاريع.

➤ التعرف على المستخدمين المقصودين وتنظيمهم وإشراكهم: تحليل أصحاب المصلحة هو في كثير من الأحيان عنصرا أساسيا في تحليل الصراع، والفكرة هي إشراك "من هم استراتيجيون" - أولئك الذين لديهم مستويات عالية من الاهتمام والنفوذ والذين يمثلون الجهات المستهدفة ، ويعتمد النجاح على تيسير التفاعلات عالية الجودة بين عدد يمكن إدارته من المستخدمين المستهدفين الرئيسيين ورعاية اهتمامهم وقدراتهم على المشاركة في التقييم.

¹ Barbara kahan ,kael consulting . excerpts from review of evaluation frame works.prepared for the Saskatchewan ministry of education by ,march 2008,p 39

➤ تحليل الوضع الذي أجري بالاشتراك مع المستخدمين المستهدفين الرئيسيين: Patton هنا يشير إلى وضعية التقييم، لا سيما فيما يتعلق باستخدام التقييم، ولبرامج بناء السلام المتطلبات الإضافية لإجراء تحليل للنزاع وضمان أن يكون التقييم حساسا للنزاع.¹

➤ "تحديد المستخدمين المهتمين وتحديد أولوياتهم من خلال تحديد الأغراض الأساسية: هذه مهمة تكاملية تنطوي على التنسيق بين أغراض التقييم ومستخدمي التقييم المقصودين ، وعلى سبيل المثال، فإن التقييم الذي يستخدمه الممولون لإصدار حكم إجمالي بشأن مستقبل البرنامج سيكون رهان عالي جدا، وعلى النقيض من ذلك، فإن التقييم التكويني الذي يستخدمه موظفو البرنامج والمشاركون لتعديل وتحسين ممارسات التنفيذ المحددة قد يكون له حصص معتدلة.

➤ النظر والبناء في استخدامات العملية حسب الاقتضاء: يحدث استخدام العملية عندما يتعلم المشاركون في التقييم من عملية التقييم نفسها أو يقومون بإجراء تغييرات بناء على عملية التقييم بدلا من مجرد نتائج التقييم، وقد حدد Patton ستة أنواع من استخدام العملية، لا سيما غرس التفكير التقييمي في الثقافة التنظيمية وإدراج الاستجابات التقييمي في صنع القرار.

➤ التركيز على أسئلة التقييم ذات الأولوية: التركيز على التقييم هو عملية تفاعلية بين المقيمين والمستخدمين المستهدفين الرئيسيين للتقييم، في حالة كان من غير الممكن تقييم كل شيء، فإنه يتعين اتخاذ خيارات إستراتيجية، ويقدم Patton أكثر من 50 طريقة للتركيز أو أنواع التقييم تشمل التحقيق التقدير لنظرية التغيير.

➤ التحقق من أن المجالات الأساسية للتحقيق في التقييم يجري معالجتها بشكل كاف: وتركز أسس التقييم على التنفيذ والنتائج والإسناد، الأسئلة الثلاثة الكلاسيكية هي:

- أسئلة التنفيذ: ماذا حدث في البرنامج؟.

- سؤال النتائج : ماذا كانت النتائج؟.

- أسئلة الإسناد: هل يمكن أن ينسب ذلك إلى ما تم تنفيذه؟

وبعض النظر عن الغرض من التقييم وتركيزه، ينبغي أيضا إيلاء بعض الاعتبار إلى أساسيات التقييم هذه.

➤ تحديد ما إذا كان يتم تقييم نموذج التدخل أو نظرية التغيير : وهذا ينطوي على توضيح نموذج التدخل والنظريات الكامنة وراءه، ويوضح منطق البرنامج من خلال التسلسل الهرمي أو سلسلة من النتائج.²

➤ التفاوض على الطرق المناسبة لتوليد نتائج موثوقة تدعم الاستخدام المقصود من قبل المستخدمين المقصودين : ويعتمد اختيار الطرق على الغرض من التقييم، والاستخدام المقصود للنتائج، والموارد اللازمة للتقييم، والمفاوضة التي تم التفاوض بشأنها أثناء تصميم التقييم، منهج التقييم المركز على

¹Mark Rogers .selecting evaluation approaches .prepared for care international UK .February 2012 ,p12-13

²Mark Rogers .selecting evaluation approaches . op cit ,p14

الاستخدام لديه 10 طرق / مبادئ التعامل مع صحة وجودة البيانات، فائدة، مصداقية قرارات التصميم والقياس.

➤ "التأكد من أن المستخدمين المستهدفين يفهمون الطرق المحتملة للجدل وآثارها: ويحتاج المقيم إلى تزويد مستخدمي التقييم المقصودين بمعلومات عن نقاط القوة والضعف وأي خلافات المحيطة بها أي المتعلقة بخيارات الطرق ، ويشمل ذلك فوائد وتكاليف استخدام الطرق المختلطة والكيفية والنوعية.

➤ محاكاة استخدام النتائج: Patton يعادل هذا مع بروفة اللباس، ويقوم المقيم بإعداد مجموعة بيانات وهمية ونتائج، ويقوم مستخدمو التقييم المقصودون بمحاكاة محاولة اتخاذ القرارات أو استخدام نتائج التقييم، ويمكن تعديل النتائج غير المفيدة أو استبدالها بخيارات أفضل قبل نفقات جمع البيانات الفعلية.

➤ جمع البيانات مع الاهتمام المستمر للاستخدام: يحتاج المستخدمون المستهدفون الأساسيون إلى البقاء على علم وإشراكهم، بما في ذلك أثناء جمع البيانات.

➤ تنظيم وتقديم البيانات للتفسير والاستخدام من قبل المستخدمين المقصودين: تسهيل تفسير البيانات بين المستخدمين المستهدفين الرئيسيين يزيد من فهمهم للنتائج، وحسبهم بملكية التقييم، والتزامهم باستخدام النتائج.

➤ إعداد تقرير تقييم لتسهيل استخدام ونشر نتائج هامة لتوسيع التأثير: قد يعزز النشر أيضا استخدام التقييم ويوسع نطاق التأثير.

➤ متابعة مع المستخدمين المستهدفين الأساسيين لتسهيل وتعزيز الاستخدام: والقصد هنا هو مساعدة مستخدمي التقييم على فهم التقييم باعتباره عملية مستمرة بدلا من الحدث مرة واحدة.

➤ التقييم ميتا للاستخدام، كن مسؤولا، وتعلم وتحسن: ويشير التقييم ميتا لتقييم التقييم، وفي حالة التقييم المركز على الاستخدام فان تقييم ميتا يراعي أيضا استخدام التقييم وفائدته، ويكون التقييم ميتا أكثر فعالية عندما يتم القيام به في نفس الوقت الذي يجري فيه التقييم، وليس بعد انتهاء البرنامج والتقييم.¹

2.2.3 التقييم كالتعليم: في الأساس، التعليم هو عملية ينقل من خلالها الفرد البيانات إلى المعلومات التي يمكن استخدامها لمجموعة متنوعة من الأغراض بحيث يقوم الأشخاص بجمع البيانات ثم بتصفية هذه البيانات من خلال خبراتهم وإصدار أحكام حول معنى البيانات، وتظهر الأنماط، وتجمع البيانات في المعلومات، عندما يستخدم الشخص المعلومات بطريقة أو بأخرى (للعمل، أن يقرر، لتشكيل فكرة جديدة)، والمنتج هو المعرفة، والتعلم قد حدث.

إن فهم التقييم كالتعليم، فضلا عن الاستخدام المتزامن للمعرفة التي يولدها التقييم، يقترح نمو البرنامج وتحسينه، د تشارك قيادة البرنامج ومقيميه في عملية تغير بدورها وجهات نظرهم: فهم يتعلمون من بعضهم

¹Mark Rogers .selecting evaluation approaches . op cit , op cit p 15-16

البعض ومع بعضهم البعض، ويرشد حوارهم القرارات المتعلقة بجمع البيانات وتحليلها، الأمر الذي يؤدي إلى فهم أكثر ثراءً لعمليات البرنامج، ويشكل هذا الفهم الجديد القرارات الرامية إلى دعم وتحسين القيمة الاجتماعية للبرنامج، فكلما ازدادت فعالية البرامج الاجتماعية بشكل أفضل وأكثر اتساعاً، سرعان ما تتطور السياسة كلما زادت مساهمة البرامج في تحسين نوعية الحياة (Cronbach and Associates, 1980).

إن هذا المنظور المتعلق بالتقييم كتعلم يتناقض مع النهج الأكثر فعالية القائم على المشاكل، والذي يعنى في معظمه بتحديد "المشاكل" - أوجه قصور البرنامج التي يتعين إصلاحها، والمجالات التي يتعين تحسينها، وما لا يعمل بشكل جيد، ويتناول النهج القائم على المشاكل أهداف البرنامج ويبحث عن نقاط ضعف في تحقيق تلك الأهداف، ويفترض هذا النموذج توافق الآراء بشأن أهداف البرنامج والنتائج المرجوة، البحث هو للحلول مفيدة، للحصول على أدلة لإبلاغ القرارات "الصحيحة"، ومن منظور القائم على المشكلة، يفترض المقيم وجود مشكلة وحل مناسب، ويكون المقيم مسؤولاً عن الكشف عن هذه المشكلة وتقديم الحلول (المعروف أيضاً باسم التوصيات)، وفي هذه الحالات، يحدث الاستخدام عندما تساعد الأدلة التجريبية أو الاستنتاجات على حل المشكلة (Weiss 1978).¹

3.2.3 منهج دراسة الحالة النوعية: "قد أحيطت البحوث النوعية بالعديد من النقاشات، والبحوث دراسة الحالة ليست استثناء، بحث دراسة الحالة النوعية هي واحدة من المناهج المتعددة للتحقيق النوعي؛ إلا أن المنظرين البارزين في البحث النوعي يواصلون مناقشة ما هو بالضبط، يقترح Stake (2005) أن بحث دراسة الحالة ليست منهجية ولكن خياراً هادفاً لما سيتم دراسته، مثل شخص أو حدث، يحده الزمان والمكان، في حين أن Yin (2009) و Creswell (2013) بدلا من ذلك يقولون بأن بحث حالة دراسة هو في الواقع منهجية، تتكون من نظريتها الخاصة وتحليل لكيفية المضي في التحقيق، منهج دراسة الحالة له تاريخ طويل في العديد من التخصصات بما في ذلك الأنثروبولوجيا والقانون والعلوم السياسية وعلم النفس والطب، ويرجع ذلك جزئياً إلى حالة كونها وحدة التحليل، في إطار تنوع التخصصات باستخدام أبحاث دراسة الحالة، تم الإبلاغ عن أنها قيمة لتقييم البحوث والممارسة لتقييم المريض، وتوثيق وتحليل عمليات تنفيذ الرعاية والنتائج الصحية (Gilgun، 1994، Yin، 2003).²

"وقد عرف Yin (1994) أبحاث دراسة الحالة على أنها تحقيق تجريبي يحقق في ظاهرة معاصرة في سياق الحياة الواقعية عندما لا تكون الحدود بين الظاهرة والسياق واضحة بوضوح وتستخدم مصادر متعددة من الأدلة وعلى عكس التحليل الكمي الذي يحلل البيانات على المستوى الكلي، فإن دراسات الحالة تلاحظ البيانات على المستوى الجزئي، إن صياغة تصميم دراسات الحالة أمر بالغ الأهمية، يمكن للباحثين اعتماد

¹ gretchen rossman .critical inquiry and use as action ,the expanding scope of evaluation use. 2000,p02-03

²Kaylee eady ,kathrine Moreau .the promise of a qualitative case study approach for research on caregiver involvement in inpatient traumatic brain injury rehabilitation .university of ottawa Canada,2013, p18

إما تصميم دراسة حالة واحدة أو متعددة الحالات تبعا لهذه الظاهرة في السؤال، ويمكن انتقاد تصميم حالة واحدة لعدم قدرته على تقديم استنتاج عام، خاصة عندما تكون الأحداث نادرة.¹

✓ أنواع منهج دراسة الحالة النوعية

إن اختيار نوع معين من تصميم دراسة الحالة سوف يوجه عن طريق أهداف الدراسة ، هل تبحث لوصف حالة، واستكشاف حالة، أو مقارنة بين الحالات، استخدم Yin (2003) و Stake (1995) مصطلحات مختلفة لوصف مجموعة متنوعة من دراسات الحالة، Yin يصنف دراسات الحالة تفسيرية، استكشافية، أو وصفية، كما أنه يميز بين دراسات حالة فردية وشاملة ودراسات حالة متعددة، يحدد Stake دراسات الحالة باعتبارها جوهرية أو مفيدة أو جماعية، وسنوضح في الجدول أدناه تعريفات وأمثلة منشورة عن هذه الأنواع من دراسات الحالة.

الجدول رقم {2-6} : انواع منهج دراسة الحالة النوعية

أنواع دراسة الحالة	المفهوم	مثال عن الدراسة المنشورة
تفسيرية	سيتم استخدام هذا النوع من دراسة الحالة إذا كنت تسعى للإجابة على السؤال الذي سعى إلى شرح الروابط السببية المفترضة في التدخلات في الحياة الواقعية التي هي معقدة جدا للاستطلاع أو الاستراتيجيات التجريبية ، وفي لغة التقييم، ستربط التفسيرات بين تنفيذ البرنامج وأثار البرنامج (Yin) (2003).	Joia (2002). تحليل مجتمع تعلم التجارة الإلكترونية على شبكة الإنترنت: دراسة حالة في البرازيل. بحوث الإنترنت، 317-12، 305.
الاستكشافية	هذا النوع من الدراسة يستخدم في استكشاف تلك الحالات التي يكون فيها التدخل الذي يجري تقييمه ليس واضحا، في مجموعة واحدة من النتائج (Yin) (2003).	Lotzkar و Bottorff 2001 دراسة رصدية لتطوير علاقة الممرضة والمريض، بحوث التمريض السريري، 10، 275-294.
الوصفية	يستخدم هذا النوع من دراسة الحالة لوصف التدخل أو الظاهرة ومحيط الحياة الواقعية التي وقعت فيها Yin 2003	Tolson, Fleming, Schartau 2002 التعامل مع الحيز: فهم احتياجات النساء المصابات بمرض باركنسون، مجلة التمريض المتقدم، 40، 513-521.

¹Laran Chetty. Innovative Interpretive Qualitative Case Study Research Method Aligned with Systems Theory for Physiotherapy and Rehabilitation Research: A review of the methodology. National Health Service, London, United Kingdom, June 2013,p02

<p>1998 Cambale ,anrens الخدمات المجتمعية المبتكرة لضحايا الاغتصاب: تطبيق منهجية متعددة لدراسة الحالات، المجلة الأمريكية لعلم النفس المجتمعي، 26، 537-571.</p>	<p>دراسة حالة متعددة تمكن الباحث من استكشاف الاختلافات داخل وبين الحالات، والهدف من ذلك هو تكرار النتائج في جميع الحالات. ولأن المقارنات سوف تستخلص، فمن الضروري أن يتم اختيار الحالات بعناية بحيث يمكن للباحث توقع نتائج مماثلة عبر الحالات، أو توقع نتائج متناقضة على أساس نظرية yin 2003.</p>	<p>دراسات حالات متعددة</p>
<p>2005 Hellsrom, Nolan ,lundh "نحن نفعل الأشياء معا" دراسة حالة للزوجين "في الخرف"الجنون"، 4 (1)، 22-7.</p>	<p>يستخدم stake(1995) المصطلح جوهريا ويقترح أن الباحثين الذين لديهم مصلحة حقيقية في القضية يجب أن يستخدموا هذا المنهج عندما يكون القصد هو فهم أفضل للقضية، ولا يتم ذلك في المقام الأول لأن القضية تمثل حالات أخرى أو لأنها تبين سمة أو مشكلة معينة، ولكن نظرا لأن كل حالتها ومحدوديتها، فإن القضية نفسها ذات أهمية، وليس الغرض هو التوصل إلى فهم مجرد بناء أو ظاهرة عامة، والهدف من ذلك ليس بناء نظرية على الرغم من أن هذا هو الخيار stake 1995.</p>	<p>الجوهرية</p>
<p>2007 Luck,jackson,usher مكونات السلوك الملحوظ التي تشير إلى احتمال العنف لدى المرضى في أقسام الطوارئ، مجلة التمريض المتقدم، 59، 11-19.</p>	<p>يستخدم لإنجاز شيء آخر غير فهم حالة معينة، انه يقدم نظرة متعمقة في قضية أو يساعد على بلورة نظرية ، والقضية ذات فائدة ثانوية؛ فإنه يلعب دورا داعما، وتسهيل فهمنا لشيء آخر، وكثيرا ما ينظر إلى القضية في العمق، والسياقات التي تفحص أنشطتها بالتفصيل ، ولأنها تساعد الباحث على متابعة المصلحة الخارجية، قد تكون الحالة أو لا تعتبر نموذجية لحالات أخرى stake 1995.</p>	<p>مفيدة</p>
<p>2003 Schieb دور الضغوط النفسية في الحياة المهنية للمدرس الموسيقى المعلم: دراسة حالة جماعية، مجلة البحوث في التربية الموسيقية، 124، 51-136.</p>	<p>دراسات الحالة الجماعية متشابهة في طبيعتها ووصف لدراسات حالة متعددة yin 2003</p>	<p>الجماعية</p>

Source: Pamela Baxter, Susan Jack. Qualitative Case Study Methodology: Study Design and Implementation for Novice Researchers.12-1-2008,p07-08.

3.3 نموذج نظرية العدالة الاجتماعية :

يمكن النظر إلى التقييم على أنه لا علم ولا تكنولوجيا ولكن كفلسفة اجتماعية مطبقة، وتعود جذور أحد هذه الإصدارات إلى نظريات المساواة للعدالة الاجتماعية ، خاصة نظرية John Rawls الذي أكد أن مفهوم العدالة يوفر معيارا لتقييم الجوانب التوزيعية للنظام الاجتماعي (Rawls, 1972, p. 9).

وأعمق جذر لهذا المنهج هو نظرية الأخلاق لKantian ، واهم فرق بين هذا المنهج والمنهج الخمسة السابقة في المقيم هو التزام مسبق لبعثات السياسة ، أنصار نماذج التغيير الاجتماعي والعلمي والمنهجي يأخذون مهمة معينة من صانعي السياسات على النحو التالي: ينبغي للمقيمين الذين يسألون عن أهداف البعثة أن يجدوا مشاريع أخرى يكونون فيها أكثر تعاطفاً (Cronbach and Associates, 1980).

ومن ناحية أخرى يحاول أنصار المساواة إجراء تحليل أكثر بحثاً لأهداف وأثار السياسات والبعثات ، فبدلاً من قبول مجموعة معينة من السياسات كسياق لعملهم يحاولون خلق سياق وجدول أعمال لصنع السياسات الاجتماعية ، عملهم لا يقتصر على تحديد السياسات التي يفترض أن تكون أساساً سليماً ، كما أنهم لا يرون أنفسهم مدانون بالتسهيل المهني ، كما يفعل دعاة التقييم كالتعليم (Cronbach and Associates, 1980).

وتنطبق هذه الملاحظة أيضاً على النفعية ، وهي الدعامة الفلسفية لزعمة سريعة ومؤثرة من النقد لسياسات دولة الرعاية الاجتماعية، ويتجلى هذا المنهج في دراسة حديثة أجريت حول السياسات الداخلية والخارجية في الولايات المتحدة الأمريكية (Duignan and Rabushka, 1980)، المنظور النفعي هو اهتمام ليس في حد ذاته ، بل لأنه أيضاً يوفر أفكاراً حول الافتراضات الأساسية غير المعترف بها أحياناً للمناهج العلمية والمنهجية واستشارات التغيير ، وعلاوة على ذلك من خلال تقديم نقد متناقض للسياسة الاجتماعية ، منظور النفعية يساعد على إلقاء الضوء منظور المساواة ، وتنطوي نظرية العدالة الاجتماعية على منهجين هما المنهج النفعي ومنهج المساواة .

1.3.3 المنهج النفعي utilitarianism : النفعية هي نظرية الأخلاقية المعيارية التي تحدد الجيد مع الفائدة والحق الذي يعظم الفائدة ، وبالتالي، وفقاً للنفعية الفائدة هي القيمة التي ينبغي أن توجه الإجراءات والبرامج والسياسات، التزامنا الأخلاقي الشيء الصحيح الذي يجب القيام به هو تعظيم فائدة وهناك طريقتان رئيسيتان لحساب الفائدة مما أدى إلى ظهور نوعين من النفعية: القانون النفعية وقاعدة النفعية.

● **قانون النفعية :** تتطلب معظم النظريات النفعية أن يتم فحص كل إجراء أو سياسة لتحديد ما من شأنه زيادة الفائدة إلى أقصى حد في سياق محدد، ولذلك، فإن الإجراء أو السياسة التي تنتج أكبر فائدة صافية هي الإجراءات الملزمة أخلاقياً، وبما أن القوانين تخضع مباشرة لحساب التفاضل والتكامل، تستخدم المصطلحات التبعية المباشرة وقانون النفعية {honderich 1995}.

● قاعدة النفعية : بعض النظريات النفعية تتطلب بدلا من ذلك أن الإجراءات أو السياسات تمتثل للقواعد التي، عند اتباعها، عموما تمكن من تعظيم الفائدة إلى أقصى حد، ومن ثم فإن الإجراءات والسياسات التي يجري النظر فيها ملزمة أخلاقيا (أو يمينا) لا عندما تعظم الفائدة إلى أقصى حد في سياق محدد، ولكن عندما تتفق مع القواعد التي بوجه عام تعظم الفائدة. وبما أن الإجراءات أو السياسات لا تخضع مباشرة لحساب التفاضل والتكامل (الذي يتم تطبيقه بدلا من ذلك على القواعد التي يجب أن تتقيد بها الإجراءات والسياسات)، تستخدم مصطلحات التبعية غير المباشرة وقاعدة النفعية {honderich 1995}."¹

2.3.3 منهج الإنصاف egalitarianism: في منظور المساواة، وخاصة التي وضعها جون راولز (1972)، يجب تقييم السياسات الاجتماعية في المقام الأول من خلال آثارها على الحريات الأساسية للشخص وآثارها التوزيعية في المجتمع، وتشمل هذه الحريات الأساسية الحرية السياسية وحرية التعبير والتجمع وحرية الضمير وحرية الفكر وحرية الشخص والحق في حيازة الممتلكات الشخصية والتحرر من الاعتقال التعسفي والاستيلاء.

(راولز، 1972). والتقييم هو وسيلة للانضمام إلى الانفتاح، من أجل إجراء دراسة نقدية، وتبعات أخلاقية ضمنية وبعيدة المدى للسياسات، يبدو أن لها، على سطحها، جوانب تقنية أو مهنية فقط، تحت السطح غالبا ما يكمن النظام الأخلاقي النفعي غير المعترف به، إن السياسات تعاني من كل القيود المفروضة على النفعية، التقييم هو وسيلة لجعل هذه القيود مرئية، تخضع للتدقيق. وينطبق هذا النهج أيضا على السياسات في مجال الخدمات الصناعية والاجتماعية.

وهكذا، فإن أنصار مذهب الإنصاف ينظرون إلى التقييم مشكلة الفلسفة كالعلوم، ولذلك يجب أن يستفيد التقييم من مفاهيم وأساليب التحقيق الفلسفي، وينبغي تفسير الملاحظات في ضوء النماذج الأخلاقية وكذلك النماذج العلمية، على سبيل المثال، ينبغي أن نسأل المقيم، ما هو النموذج الضمني للتفكير الأخلاقي في تحليل المنافع والتكاليف، البيانات الاحتمالية هي أن ينظر إليها على أنها تطبيقات من فلسفات مختلفة من الاحتمال، وليس مجرد أساليب مختلفة للحساب.²

¹Olivier Bellefleur and Michael Keeling .utilitarianism in public health. institut national de santé publique Québec, january 2016,p02

² john crane. the evaluation of social policies .international series in social welfare,series edition :wiliam J reid state university of new York at Albany,op cit,52

خاتمة الفصل :

رغم تعدد الطرق والأساليب واختلاف المناهج النظرية في تقييم السياسات الاجتماعية ، كمنهج البحث العلمي والتغير الاجتماعي الموجه ونظرية العدالة الاجتماعية ، كلها تهدف إلى تحديد قيمة وفائدة السياسة الاجتماعية خاصة في قطاعي الصحة والتعليم ، من اجل تحقيق الإنصاف والمساواة في المجتمع من اجل تحقيق هذا الهدف يجب على القائمين بالتقييم استخدام الطريقة والأسلوب المناسب لكل سياسة ، لان تقييم السياسة الاجتماعية يختلف من قطاع إلى اخر وبرنامج لآخر .

الفصل الثالث :

تقييم السياسات الاجتماعية في قطاعي
الصحة والتعليم : تجارب دولية

لقد اختلفت تجارب الدول والدراسات في تقييم السياسات الاجتماعية خاصة في قطاعاتها الحيوية كقطاع التعليم والصحة ، فتقييم هذين القطاعين أمر لا بد منه لدفع عجلة التنمية والنمو على حد سواء ، فأظهرت العديد من التجارب الدولية التي قامت بإصلاحات جذرية في قطاعي الصحة والتعليم نتائج ايجابية على المستوى الاقتصادي والاجتماعي .

ولذلك فإن تنمية وتطوير هذين القطاعين يساعد على حل العديد من المشاكل الاجتماعية كتخفيض نسبة الجريمة، ومعدلات البطالة، وتقليل نسبة الوفيات... الخ من المشاكل.

5. دراسات حول دور التقييم في تنفيذ السياسة الاجتماعية

- دراسة RUDOLF KLEIN 1982¹ حول "التقييم والسياسة الاجتماعية" بحيث تناقش هذه الدراسة العلاقة بين التقييم باعتباره نشاطا ميتا ونشاطا فنيا في مجال السياسة الاجتماعية، مع إشارة خاصة إلى التجربة البريطانية، ولخصت هذه الدراسة بان مفهوم التقييم باعتباره نشاطا ميتا بأنه تحليل للقيم والمعايير الواجب استخدامها: وهي عملية تفترض أن تعريف المشاكل هو نفسه مشكلة، ويعرف التقييم بوصفه نشاطا تقنيا بأنه تطبيق معايير متفق عليها لمشاكل السياسات المتفق عليها، ومن هذا المنطلق، يقال إن بعض الآثار الهامة تتدفق لدور الجامعات وتمويل البحوث.

- دراسة Espen Bratberg 2000² حول "تقييم السياسة الاجتماعية بطرق تجريبية وغير تجريبية" لقد توصل الباحث من خلال هذه الدراسة انه يجب ممارسة التقييم التجريبي في تقييم السياسات الاجتماعية، مع الحاجة إلى بذل مزيد من الجهود في جمع البيانات التي تسمح بتقييم أساليب التقييم.

- دراسة Habibullah Khan 2001³ بعنوان "السياسات الاجتماعية في سنغافورة" وضح الباحث في هذه الدراسة واقع السياسة الاجتماعية في سنغافورة وتوصل إلى أن نجاح سنغافورة في التنمية الاقتصادية والاجتماعية في العقود الأخيرة يرجع إلى سياسات عملية وقبول الجمهور العام لدور حكومي محدود في مجالات مثل الصحة والضمان الاجتماعي، وقد تمثلت البراغماتية في وضع جزء كبير من عبء الرعاية الاجتماعية على الأسر والأفراد وليس على الدولة، وفي الوقت نفسه، استخدام السياسات الحكومية لضمان أن المواطنين يأخذون أهداف الرعاية الاجتماعية على محمل الجد، والمثال البارز على ذلك هو نظام الضمان الاجتماعي في سنغافورة الذي يستند إلى المدخرات الإلزامية من جانب الأفراد والشركات، ويديرها ويستثمرها صندوق الادخار المركزي ، وهذا يوفر أمن الدخل

¹ RUDOLF KLEIN. evaluation and social policy .THE UNIVERSITY OF PATH , 1982, pp 01-06.

² Espen Bratberg .Evaluating Social Policy by Experimental and Nonexperimental Methods .University of Bergen , Dept. of Economics, Fosswinckelsgate,2000,pp01-30.

³Habibullah Khan . social policy in singapore.2001,pp01-24

للمتقاعدين في سنوات ما بعد العمل دون أن يضعوا عبئا ماليا مفرطا على الدولة، وبالمثل، يتميز نظام الرعاية الصحية بمزيج عملي من المدفوعات الشخصية، ومحدودية التغطية التأمينية الوطنية، واستحقاقات الرعاية الصحية القائمة على العمالة، غير أن الإنفاق الحكومي كان كبيرا في مجال التعليم اعترافا بأن آفاق سنغافورة الاقتصادية مرتبطة بتوفر قوة عاملة عالية المهارة.

- دراسة **Bruce Stafford 2002**¹ حول " تقييم السياسات الاجتماعية " كانت هذه الدراسة حول استخدام التجارب العشوائية في تقييم السياسات الاجتماعية في المملكة المتحدة بحيث توصلت إلى أن التحديات التي يواجهها المقيمون في تطبيق التصاميم التجريبية العشوائية هائلة، ومع ذلك، فإن الشواغل النموذجية والتقنية والعملية بشأن التجارب الاجتماعية ليست قاتلة، شريطة أن تشمل استراتيجية التقييم أساليب أخرى تستكشف الأسباب الرئيسية وكيفية البحث ، ويعكس هذا النهج التعددي في تقييم السياسة الاجتماعية تعقيد الظاهرة الاجتماعية ويسمح بتقييم وفهم آثار المخططات، التجارب الاجتماعية هي منهجية قوية ينبغي أن يستخدمها محللو السياسة الاجتماعية عند الاقتضاء ليس من أجلهم، ولكن لأن التجارب العشوائية التي تم تصميمها وتنفيذها بشكل صحيح تكون قادرة على إخبارنا بما يعمل بثقة.

- دراسة **John Blomquist 2003**² تحت عنوان " تقييم اثر البرامج الاجتماعية " كانت هذه الدراسة للإجابة عن مجموعة من الأسئلة حول تقييم البرامج الاجتماعية وذلك بالاعتماد على تجارب التقييمات الأخيرة لبرامج شبكات الأمان الاجتماعي التي أجريت في البلدان النامية والبلدان المتقدمة على حد سواء، ومن بين الأسئلة المطروحة: ما هي الأسئلة التي يمكن أن تجيب عنها التقييمات؟ ما هي الهياكل الإدارية المطلوبة لتنفيذها؟ ما هي العوامل السياسية والاجتماعية المحيطة بقبول التقييمات من قبل المجموعات المستهدفة والجمهور؟ كم تكلف التقييمات؟ كم من الوقت يستغرقون لإكمال التقييم؟

ومن الاستنتاجات التي تم التوصل إليها هي أن التقييمات الرسمية للأثر هي أداة قيمة للسياسات، ولكن يجب تصميمها والتخطيط لها بعناية قبل التنفيذ، وينبغي استخدامها بالاقتران مع نظم إدارة الأداء الأخرى، ويمكن للتقييمات، إذا صممت ونفذت على الوجه الصحيح، أن توفر معلومات فريدة حاسمة لصياغة السياسة الاجتماعية السليمة

- دراسة **Rivista 2006**³ حول " تقييم السياسات العامة، المخاطر الاجتماعية ورأس المال المعاشات " هدف الباحث إلى دراسة هل يجب خصصة التأمين الاجتماعي أو لا واستنتج ان: الطلب اليوم على التأمين الاجتماعي له مبررات اقتصادية تبين أن أسواق التأمين الخاصة لا توفر تغطية فعالة للتأمين

¹ Bruce Stafford. Being more certain about Random Assignment in Social Policy Evaluations. Social Policy and Society / Volume 1 / Issue 04 / October 2002, pp 01-10

² john blomquist. Impact evaluation of social programs: a policy perspective. revised draft , September 2003, pp01-25

³ Rivista Internazionale di Scienze Sociali. public policy evaluation social risk and pension capital. 2006, pp 01-17.

الطبي، ولتقاسم المخاطر بين الأجيال، وعدم استقرار الدخل، ومن غير المعقول أن نقول إن التدخل الحكومي في هذه المجالات هو الحل والأيدولوجية الاقتصادية المحافظة هي المشكلة، وبالتالي، ستركز السياسة في القرن الحادي والعشرين على التأمين الاجتماعي المدار من قبل القطاع العام، في دراسة مشكلة الأمن الاجتماعي، وأظهر أنه ينشأ عن تغيير الديموغرافيا التي ولدت العجز. والحلول التي اقترحها الباحث هي :

✓ خصخصة الضمان الاجتماعي غير قابلة للتطبيق نظرا لأن النظام لديه ديون.
✓ المقترحات الخاصة بخصخصة الضمان الاجتماعي هي دوافع اديولوجية ولا تقدم حلا فعليا.
✓ الخصخصة غير مرغوب فيها حيث أنه ليس من الأفضل الاعتماد بصورة مباشرة على الأسواق لتحديد دخل المتقاعدين، وسيؤدي التقلب في الأسواق المالية إلى عدم المساواة في الدخل بين الأجيال غير المقبولة.

- دراسة **Katarina Andersson 2011**¹ "التحديات المنهجية في تنفيذ وتقييم سياسات الرعاية الاجتماعية" لخصت هذه الدراسة انه هناك دائما تحديات منهجية تستند إلى تقييمات وتقييمات لسياسات التنفيذ، وتتناول هذه المادة مجال الاهتمام هذا من خلال تقديم نتائج إعادة قراءة دراسة تجريبية عن خدمات رعاية المسنين المنزلية، وكشفت عن ظهور حل للمفاهيم والأهداف الرئيسية والمهنية في خدمات الرعاية الاجتماعية بدرجة تتحدى سياسة التنفيذ وتقييم السياسة على حد سواء.

- دراسة **Carlos Roberto Arias 2013**²: تحت عنوان "تقييم السياسات العامة الاجتماعية" تهدف هذه الدراسة الى تقديم أداة للرصد والتقييم في هندوراس، وهي أداة من نوعها في هذا البلد أداة على الانترنت تسمى النظام الواحد لتقييم السياسة العامة الاجتماعية SUEPPS من خلال SUEPPS تهدف الحكومة لتصبح مؤسسة أكثر شفافية، لاتخاذ قرارات أفضل، وتكون قادرة على تبادل نتائج المشاريع الاجتماعية والبرامج والسياسات مع عامة الناس.

2.الدراسات التطبيقية حول تقييم السياسة الاجتماعية في قطاع الصحة

- دراسة **EINTE ELSINGA 1997**³ تحت عنوان "التقييم الاقتصادي دعما لسياسة الصحة الوطنية: حالة هولندا" ركزت هذه الدراسة على التقييم الاقتصادي كأداة لدعم السياسة الصحية الوطنية في هولندا، وتعلق السياسة الصحية الوطنية باتخاذ القرارات بشأن التكنولوجيات التي يمكن أن

¹ Katarina Andersson . Methodological challenges in the implementation and evaluation of social welfare policies. Umed Centre for Gender Studies/Department of Social Work, Umed University, Umed, Sweden, 14march 2011, pp03-09

² Carlos Roberto Arias .Evaluation of Social Public Policy: Department of Social Development in Honduras.Universidad Tecnológica Centroamericana (UNITEC) Tegucigalpa, Honduras, 2013, pp125-130.

³ einte elsinga.economic evaluation in support of national health policy: the case of the Netherlands. Erasmus University Rotterdam, Institute for Medical Technology Assessment, 1997, pp01-11.

تدخل في سوق الرعاية الصحية، والتي تدرج خدمات الرعاية الصحية في حزمة الرعاية الصحية، وبأي شروط، وما هو التوزيع الجغرافي للخدمات الطبية والمرافق يكون، وفيما يتعلق بالمسألتين الأخيرتين على وجه الخصوص، يناقش الدور الفعلي والمحمّل للتقييم الاقتصادي في السياسة الصحية، من التجربة الهولندية توصلت هذه الدراسة على أن التعاون الوثيق بين الباحثين وصانعي السياسات يساعد على توسيع تأثير التقييم الاقتصادي على صنع السياسات، وإدراج الحوافز (المالية) الصحيحة أمر حيوي لاستخدام التقييم الاقتصادي في اتخاذ القرارات المتعلقة بالرعاية الصحية.

- دراسة **elen van eyk 2001**¹ بعنوان " تقييم إصلاح الرعاية الصحية: التحدي المتمثل في تقييم بيانات السياسات المتغيرة" توضح هذه الدراسة تقييم عملية إصلاح الرعاية الصحية التي تحدث في جنوب أستراليا وتناقش بعض التحديات المنهجية التي واجهتها في تقييم دراسة حالة للتغيير المستمر مع أهداف السياسة المتغيرة، وهو يصف كيف حاول المقيمون التصدي لهذه التحديات من خلال نهج مرن وديناميكي للبحث العملي، ويختتم الدراسة بمناقشة دور المقيم، كمراقب ذكي، في التفكير في التغيير في المجال السياسي والمعقد للغاية لإصلاح الرعاية الصحية وتوثيقه.

- دراسة **Nicolas may's 2001**² بعنوان "تقييم السياسة الصحية المعقدة" في المملكة المتحدة UK ، حيث شهدت السنوات الخمس الماضية الاستخدام المتزايد للبرامج التجريبية المقيمة كوسيلة لتطوير سياسة الخدمات الصحية في المملكة المتحدة، وكان إجمالي المشتريات هو أول تطوير شبه سوقي كبير في دائرة الصحة الوطنية لتقييمه بشكل مستقل منذ البداية، وقد أتاحت هذه المبادرة للطيارين المحليين والمتطوعين حرية كبيرة في تنفيذ تمديدات الترتيبات القائمة لميزانية الممارس العام التي تتولى تقديم خدمات متخصصة في دائرة الصحة الوطنية، ومن النتائج المتوصل إليها في هذه الدراسة هي ان التقييمات المستقبلية للابتكارات المعقدة مماثلة ينبغي أن تولي اهتماما لوضع أطر تفسيرية (أي النظريات)، تشمل النظر في أثر السياق الذي تدخل فيه التدخلات على النتائج المحتملة، ومن شأن هذا النهج أن يساعد على ضمان تعميم التقييمات من خلال بناء النظرية ومن ثم زيادة أهميتها بالنسبة لوضع السياسات، وبالإضافة إلى ذلك، يجب أن تكون عمليات التقييم مصممة بحيث تكون قادرة على تلبية احتياجات تغيير المتطلبات السياسية إذا أريد لها أن تكون ذات فائدة طويلة الأجل.

- دراسة **Michelle Butler 2002**³ التقييم في قطاع الصحة الأيرلندي ركزت هذه الدراسة على موضوعين رئيسيين في التقييم - ممارسة التقييم (القيام بالتقييم) ووضع إطار لتقييم الخدمات الصحية (توليد الطلب والعرض للتقييم)، وتمثلت إحدى الوظائف الرئيسية للدراسة في تحديد القضايا الرئيسية التي ينبغي أن ينظر فيها أي شخص مهمم بإجراء تقييم للخدمات الصحية، ومع

¹ elen van eyk. Evaluating Healthcare Reform: The Challenge of Evaluating Changing Policy Environments. Flinders University of South Australia, 2001, pp487-503.

² Nicholas may's. The Evaluation of Complex Health Policy. The Treasury, New Zealand, SAGE Publications (London, Thousand Oaks and New Delhi), 2001, PP01-14

³ Michelle Butler. Evaluation in the Irish Health Sector. with the Institute of Public Administration, 2002, pp01-132

ذلك، فإن معظم ما نوقش يمكن أن ينطبق على أي تقييم الخدمة العامة، واستعراض المناهج المختلفة هو ضوء متعمد يهدف إلى تقديم لمحة عامة عن السمات الرئيسية لنطاق النهج مع بيان أنواع الحالات التي يكون استخدامها مناسباً، والتركيز على ممارسة التقييم وحده هو اقتراح أن يكون التقييم قائماً بمعزل عن الهياكل والحوافز والثقافة اللازمة لدعم التقييم الفعال، وهذه العوامل هي التي تكفل أن تؤدي نتائج التقييم إلى التحسين التدريجي لإدارة الخدمات الصحية وتقديم الرعاية الصحية، وهكذا، كان التركيز الرئيسي لهذا البحث على تطوير إطار التقييم في سياق الخدمات الصحية الأيرلندية، وتحديد التحديات الرئيسية لبناء القدرة على التقييم.

- دراسة **ALEJANDRO GAVIRIA 2006** بعنوان " تقييم أثر إصلاح الرعاية الصحية في كولومبيا: من النظرية إلى الممارسة" تقدم هذه الدراسة تقييماً لإصلاح صحي طموح نفذ في كولومبيا خلال النصف الأول من التسعينات، وقد حاول الإصلاح إحداث تغيير جذري في توفير الخدمات الصحية في القطاع العام، وذلك عن طريق تحويل الإعانات إلى الإمدادات (التحويلات المباشرة إلى المستشفيات) إلى مخطط جديد للإعانات للطلب (التحويلات الموجهة إلى أفقر المواطنين)، وعلى الرغم من أن نسبة السكان الذين يتلقون تأميناً للرعاية الطبية قد زادت بشكل ملحوظ، وكان معظمهم من أفقرهم، فإن مشاكل التنفيذ كانت عديدة، ولم يكن من الممكن تحقيق التحول في الإعانات لتقديم الدعم إلى الطلب، وفي الوقت نفسه، لم تتمكن المنافسة من زيادة كفاءة العديد من المستشفيات العامة، التي لا تزال تعمل بمعدلات احتلال منخفضة جداً، في حين تتلقى تحويلات مالية ضخمة. وقد زادت الإعانات من الطلب على الاستشارات الطبية، ولكنها خفضت الطلب على الاستشفاء، ومع ذلك، فإن الإعانات قد تؤثر سلباً على مشاركة المرأة في سوق العمل بل وحتى استهلاك الأسر المعيشية، وبشكل عام، تشير الأدلة إلى أن الإصلاح الصحي كان فعالاً في ترشيد الطلب الأسري على الصحة، ولكن ليس في ترشيد العرض العام، وفي زيادة كفاءة مقدمي الخدمات.

- دراسة **Katherine Cheung 2006** ² حول " تحليل السياسات الصحية: أداة لتقييم وثائق السياسات للتنسيق بين بيانات السياسة والنتائج المرجوة" تهدف الباحثة من خلال هذه الدراسة استخدام أداة تحليل السياسات لتقييم التنسيق بين بيانات السياسة والنتائج المرجوة من وثائق السياسات المرضية المزمّنة الرئيسية في نيو ساوث ويلز بأستراليا في الفترة من 1999 إلى 2008، وعند القيام بذلك، فإنه يدل على فائدة مجموعة معايير محددة مسبقاً لاستخدامها في تحليل السياسات بأثر رجعي وإمكانية استخدامها في استعراض مقترحات السياسات ووضع السياسات الصحية في المستقبل.

¹ Alejandro gaviria. evaluating the impact of health care reform in Colombia. document to cede, 2006, pp 01-57.

² Katherine Cheung. Health policy analysis: a tool to evaluate in policy documents the alignment between policy statements and intended outcomes. Faculty of Medicine, The University of Sydney, Sydney, NSW 2006, Australia, pp01-10.

وقامت بذلك عن طريق تحليل السياسة الصحية الرئيسية لرعاية المصابين بأمراض مزمنة في نيو ساوث ويلز برنامج الرعاية المزمنة، وذلك باستخدام مجموعة معدلة من المعايير القائمة المستمدة من منطق الإطار النظري للأحداث، والذي يفهم العلاقة بين محددات السياسة والنتائج، كما وضعت خريطة وثيقة لتحديد الصلات بين وثائق السياسات التي جرى تحليلها.

وما توصلت إليه الباحثة هو أن التنسيق بين بيانات السياسات والنتائج المرجوة أعلى مستوى في الخلفية السياسية ومعيار تحديد الاهداف، وأدنى مستوى بالنسبة إلى إمكانات الوصول والموارد والفرص العامة ومعايير الرصد والتقييم، وكان استخدام رسم الخرائط في الوثائق أمرا حيويًا في تحديد الصلات بين وثائق السياسات الوثيقة الصلة بهذه المبادرة المعقدة.

- دراسة **James Macinko 2007**¹ حول "منهجية التقييم السريع لتقييم تنظيم الرعاية الأولية والأداء في البرازيل" قدمت هذه الدراسة منهجية للتقييم السريع لتنظيم وأداء خدمات الرعاية الصحية الأولية على مستوى المقاطعات، وهي تقارن النتائج التي تم التوصل إليها من مسح مقدم في وقت سابق في بتروبوليس بالبرازيل مع تلك التي تم الحصول عليها مباشرة من مستخدمي نوعين من خدمات الرعاية الأولية (التي تم تطويرها حديثًا خدمات برنامج صحة الأسرة أو "برنامج الدعم الاجتماعي" الخدمات التقليدية) في نفس البلدية، والهدف من ذلك هو إثبات صحة المنهجية واستخدامها المحتمل في قياس وتحسين خدمات الرعاية الأولية على مستوى المقاطعات في البلدان النامية.

وقد قامت الدراسة بتكييف استبيان تم إعداده سابقًا لقياس الأبعاد الأساسية للرعاية الأولية، وقد تم اختيار المستخدمين (ن ¼ 468) عشوائيًا من كل من عيادات الرعاية الأولية الأربعة في المقاطعة وأداروا استقصاء للأسئلة، واستخدمت الردود لإنشاء تسعة تدابير: مؤشر إجمالي للرعاية الأولية وثمانية مؤشرات فرعية تتعلق ببعدها الأساسي للرعاية الأولية.

وأظهرت خدمات الرعاية الأولية تباينًا كبيرًا في تجارب المستعملين، وقد أفاد مستخدمو العيادات الجديدة بأنهم أجروا تقييمات أعلى لمؤشر الرعاية الأولية الكلي والمؤشرات الفرعية المتعلقة بصيانة البوابات والشمولية والتركيز الأسري والتوجه المجتمعي أكثر من مستخدمي الخدمات التقليدية (P < 0.05)، وكانت النتيجة الإجمالية للرعاية الأولية متسقة داخليًا مع ألفا كرونباخ البالغ 0.8، ويمكن تخفيضها إلى مكون رئيسي واحد فقط. وتوقعت تقييمات المستخدمين لخدمات الرعاية الأولية من قبل الصحة ذاتيًا التصنيف (1.72OR) وموقع الرعاية (1.03OR)، ولم تكن تقييمات المستخدم

¹ James Macinko .A rapid assessment methodology for the evaluation of primary care organization and performance in Brazil.25 January 2007.pp01-11.

والموفر لمؤشر الرعاية الأولية الكلي مختلفة اختلافا كبيرا، حيث لم توافق على مؤشرين فرعيين اثنين فقط (تركيز الأسرة ونظام المراقبة على طلب الأدوية $P < 0.05$).

- دراسة **Howard Waitzkin, Michael Schillaci, and Cathleen** 2008¹ تحت عنوان "التقييم المتعدد الطرق لتغير السياسة الصحية ، تطبيق للرعاية الطبية المدارة في منطقة ريفية" بحيث تهدف هذه الدراسة إلى معرفة التأثيرات الرعاية الطبية التي تديرها MMC على المستويات الفردية والتنظيمية والمجتمعات المحلية والسكان في نيو مكسيكو ، منطقة ريفية حيث اسخدموا الباحثين على المستوى الفردي : دراسات استقصائية لتقييم الحواجز التي تحول دون الرعاية، وإمكانية الحصول، والاستخدام، والرضا ، على المستوى التنظيمي / المجتمعي: الإثنوغرافيا لتحديد التغييرات التي تشهدها مؤسسات شبكة الأمان والمجتمعات المحلية، على المستوى السكاني: تحليل قواعد البيانات الثانوية لدراسة الاتجاهات في الأحداث الخفية الضارة التي يمكن الوقاية منها، جمع البيانات ، طرق الاستخراج، المسح: الأساليب الإحصائية متعددة المتغيرات، بما في ذلك تحليل العوامل والانحدار اللوجستي. الإثنوغرافيا: ترميز وتثليث متكرر لتقييم الوثائق، والملاحظات الميدانية، والمقابلات المتعمقة. وقد توصل الباحثين في هذه الدراسة الى النتائج التالية :

- ✓ لم يكشف مكون المسح عن أي تغييرات متسقة أي منسجمة وثابتة بعد mmc ، وهناك حواجز للوصول إلى غير المؤمن عليهم.
- ✓ وفي العنصر الإثنوغرافي، أدت مؤسسات شبكة الأمان إلى زيادة عبء العمل والضغط المالية.
- ✓ انخفضت خدمات الصحة العقلية بشكل حاد، وقد تدهور معدل التحصين.
- ✓ وقد أثرت mmc على مقدمي شبكة الأمان تأثيرا أكبر من التأثير على الأفراد ولم تعالج مشاكل غير المؤمن عليهم، ويمكن لمنهج المتعدد الطرق أن يسهل تقييم التغيير في السياسة الصحية.
- ✓ دراسة **KACHALA Rabson Landson Justin** 2011² بعنوان " تقييم المنهج الواسع للقطاع في تطوير البنية التحتية للصحة العمومية في مالوي" كان الغرض من الدراسة هو تقييم المناهج القطاعية الشاملة بشأن الركيزة الوطنية لتنمية البنية التحتية للصحة العمومية خلال الفترة بين 2004-2009 في مالوي .

وقد طبقت الدراسة تصميمًا كميًا للبحوث باستخدام استبيان منظم لجمع البيانات الثانوية من 19 مركزًا للتكاليف الصحية العامة على الصعيد الوطني قبل تحليلها باستخدام الحزمة الإحصائية

¹Howard Waitzkin, Michael Schillaci, and Cathleen E. Willging .Multimethod Evaluation of Health Policy Change: An Application to Medicaid Managed Care in a Rural State.Health Research and Educational Trust,2008,pp06-07

² KACHALA Rabson Landson , Justin ,evaluation of sector wide approach in public health infrastructure development in Malawi,Thesis Presented to the Higher Degree Committee of Ritsumeikan Asia Pacific University, September 2011,PP01-171.

للعلوم الاجتماعية (SPSS) 17 لربط المتغيرات والاختبار إذا كان هناك اتساق مع نموذج النفقات الواسعة القطاعية باستخدام اختبار Chi-Square بقيمة p من 0.01.

وتوصلت الدراسة إلى أن مركز تكاليف الصحة العامة في مقرر وزارة الصحة لم يسطيع استخدام 20 في المائة من الأموال المصروفة خلال الفترة قيد الدراسة، وبلغت القيمة P المحسوبة الإجمالية 0.00012 التي أظهرت عدم الاتساق مع نموذج الإنفاق على نطاق القطاعات إحصائياً عند ألفا 1٪، ولذلك، فإن تقييم نتائج هذه الدراسة هو أن متوسط الإنفاق من قبل مراكز تكلفة الصحة العامة في البلاد لم يكن متسقاً تماماً مع نموذج الإنفاق على نطاق واسع للقطاع.

- دراسة عرابة الحاج 2012¹ بعنوان " تقييم كفاءة استخدام الموارد البشرية الصحية في المستشفيات العمومية -دراسة تطبيقية على عينة من المستشفيات-" تهدف هذه الدراسة إلى إبراز أهمية تقييم كفاءة استخدام الموارد البشرية الصحية في المستشفيات العمومية، من خلال مجموعة من المؤشرات التي تسمح بتقييم عملية توظيف وتوزيع أفراد الهيئة الطبية والصحية في هذه المستشفيات كتوليفات عمل، عن طريق المقارنة بين المؤشرات المحسوبة الواقعية والمؤشرات العالمية، وقد تم القيام بدراسة تطبيقية على عينة من المستشفيات العمومية، بغرض توضيح كيفية إسقاط الجانب النظري للدراسة ميدانياً، ومحاولة تقييم مدى نجاح عملية استخدام وتوظيف الموارد البشرية في أداء الخدمات الصحية في المستشفيات.

- دراسة Pineda-Herrero 2014² حول " تقييم أثر التدريب في قطاع الصحة" كانت هذه الدراسة حول تأثير العديد من البرامج التدريبية التي وضعت في خطة التدريب على الاستخدام الرشيد للأدوية في منطقة كاتالونيا (في شمال شرق إسبانيا)، حيث شارك ما يقرب من 3000 من المهنيين الصحيين، والهدف هو تقييم ما إذا كان تدريب الأطباء والممرضات يقلل من الإنفاق العام على المخدرات.

وتظهر النتائج أن التدريب لم يكن له تأثير متوقع على وصف الأدوية، لأن هناك عوامل أخرى للمنظمات الصحية التي تحد بشكل خطير من أثر التدريب، وتؤدي هذه النتائج إلى تنفيذ مقترحات لتحسين فعالية برامج التدريب التي جرى تقييمها، وفي موازاة ذلك للتفكير في الآثار المنهجية وتقنيات تقييم أثر التدريب.

- دراسة رامي نهيل مهنا 2014³ حول "تقييم كفاءة أداء الخدمات الصحية المقدمة في المستشفيات الحكومية في قطاع غزة " هدفت هذه الدراسة إلى قياس الكفاءة الفنية لأداء الخدمات الصحية

¹ عرابة الحاج. تقييم كفاءة استخدام الموارد البشرية الصحية في المستشفيات العمومية -دراسة تطبيقية على عينة من المستشفيات- جامعة قاصدي مرباح ، ورقلة ، الجزائر ، مجلة الباحث ، العدد 10 ، 2012 ، ص 333-340.

² Pineda-Herrero. Evaluation of the impact of training in the health sector. Journal for Educators, Teachers and Trainers, Vol. 5(2)2014, pp. 180 –193.

³ رامي نهيل ساكب مهنا. تقييم كفاءة أداء الخدمات الصحية المقدمة في المستشفيات الحكومية في قطاع غزة باستخدام تحليل مغلف البيانات. كلية التجارة ، قسم ادارة الاعمال ، 2014 ، ص 01-148.

المقدمة في المستشفيات الحكومية العامة العاملة في قطاع غزة خلال الفترة من 2011 إلى 2013 ، وتحديد المستشفيات التي حصلت على درجة كفاءة اقل من 100%، واحتساب التحسينات الممكنة التي ترفع من كفاءة هذه المستشفيات وصولاً للكفاءة النسبية . اعتمدت هذه الدراسة تطبيق تحليل المكونات الأساسية المضمن في تحليل مغلف البيانات {PCA-DEA}، بالتوجه المدخلي وفق اقتصاديات الحجم الثابت ،وقد تم تطبيق الدراسة على 7 مستشفيات في قطاع غزة ، باستخدام 5 متغيرات للمدخلات أي موارد المستشفى و6 متغيرات للمخرجات أي الخدمات المقدمة في المستشفى .

وتوصلت الدراسة إلى النتائج التالية :

✓ أن المستشفيات الحكومية العامة في قطاع غزة تعمل وفق أحجامها بنسبة 93%، ولا يوجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية $\alpha \leq 0.05$ بين حجم المستشفى ودرجة كفاءتها.
✓ المستشفيات محل الدراسة تتمتع بمتوسط كفاءة فنية 90.6% وفق نموذج CCR بالتوجه المدخلي ما يعني انها تستطيع تقديم نفس الخدمات الحالية باستخدام 90.6% من مواردها الحالية فقط.
✓ حصل 6 مستشفيات من أصل 21 مستشفى على درجة كفاءة فنية 100% وفق نموذج CCR بالتوجه المدخلي وكانت درجة الكفاءة تتراوح بين 82% و100%.

- دراسة **Nasim Matar 2014** ¹بعنوان " تقييم خدمات الصحة الإلكترونية ومتطلبات المرضى في المستشفيات الأردنية" والهدف من هذه الدراسة هو تحقيق أحدث وضع لخدمات الصحة الإلكترونية في الأردن، ووصف المتطلبات الحالية لتطوير خدمات الصحة الإلكترونية، وتمت معالجة الحواجز الكبيرة التي يواجهها القطاع الصحي الأردني ومنع اعتماد تكنولوجيا الخدمات الصحية الإلكترونية. وأظهرت الدراسة موقفا إيجابيا للمرضى تجاه وجود خدمات الصحة الإلكترونية، إلا أنها أظهرت وعي سلبى بالخلفية التكنولوجية المطلوبة لاستخدام هذه الخدمات.

- دراسة **Chun Liu 2014** ²بعنوان " تقييم السياسة الوطنية للتأمين الصحي في تايوان: تحليل أهمية الرضا" ويمكن اعتبار الفرضية القائلة بأن أداء السياسات يؤثر على رضا المواطنين عن السياسات العامة موضوعا جيدا. ومع ذلك، تبين هذه الدراسة أن الأدبيات الموجودة لم تصور بشكل كاف ولا تعالج العلاقة، التي يمكن أن توجد بين رضا المواطنين وأهمية مؤشرات التقييم. وتعكس نتائج معظم الدراسات السابقة وجهات نظر النخبة بشأن تقييم السياسة الوطنية للتأمين الصحي في تايوان، وقد لا يعترف الجمهور بأهمية مؤشرات التقييم. وبالإضافة إلى ذلك، لم تقدم دراسات الرضا السابقة

¹ Nasim Matar .Evaluating E-Health Services and Patients Requirements in Jordanian Hospitals. Faculty of Information Technology, Zarka University, Jordan,international arab Jordan of e-technology, vol 03,no04,2014,pp250-257.

² Chun Liu, Yuan Ze .Evaluation of Taiwan's National Health Insurance policy: an importance-satisfaction analysis. *University, Taoyuan County, Taiwan*,MARCH,2014,PP01-10.

معلومات عن مستوى أهمية مؤشر التقييم، هدفت هذه الدراسة تحليل أهمية الرضا في تايوان لفحص التفضيلات العامة لسياسة المؤسسات الصحية الوطنية وخصصت الأوزان لمؤشرات تقييم سياسة الصحة الوطنية عن طريق إجراء دراسة استقصائية وطنية عن الهواتف في أكتوبر 2009، وأجريت ما مجموعه 1103 مقابلات هاتفية مع أشخاص تتراوح أعمارهم بين 20 سنة وما فوق وهي عينة كانت ممثلة للسكان التايوانيين حسب العمر ونوع الجنس ومكان الإقامة، وعلاوة على ذلك، وبغية استكشاف الفرق بين الأهمية المتوقعة والرضا المتصور حسبت هذه الدراسة فجوة الأداء المعاد تصورها، وللحصول على قيمة الفجوة بالنسبة للمؤشر طرح متوسط القيمة للأهمية من القيمة المتوسطة للرضا.

ومن النتائج التي توصلت إليها هذه الدراسة هي:

- ✓ أن الاعتراف والدعم العامين يشكلان الأساس اللازم لنجاح عملية إصلاح سياسة التأمين الصحي الوطني وإصلاحها.
- ✓ هناك حاجة إلى تعديل السياسات في العديد من المجالات التي تفوق فيها الأهمية الرضا، بما في ذلك الحصول على خدمات الرعاية الطبية وكفاءة التأمين الصحي الوطني.
- ✓ الاعتراف العام بمؤشرات التقييم المستخدمة والرضا عنها، والحاجة إلى تعديل السياسات في المجالات التي تفوق فيها أهمية الرضا.

- دراسة **Sandrine Broussouloux 2016**¹ "تقييم عملية تنفيذ نظام شامل لتعزيز الصحة المدرسية" شملت هذه الدراسة تحديد العوامل المؤثرة في تنفيذ برنامج تعزيز الصحة في المدارس في فرنسا، والهدف الدراسة هو تحديد المناهج العملية التي يتم تكييفها مع نظام التعليم الفرنسي من أجل تعميم نهج تعزيز الصحة العالمية. وقد تم تشييد وتنفيذ برنامج تعزيز الصحة لتعلم افضل، وقد شيدت في مجلس مدرسة ليون في شراكة مع INPES واستخدامها كأساس للدراسة، وتحدد الرابطة أربع استراتيجيات للتنفيذ: إعلامية وتعليمية وتربوية وتنظيمية، وتقترح ستة مجالات للتدخل: إدارة الوقت، وإدارة الفضاء، والعلاقات بين الأشخاص، وتنمية المهارات النفسية الاجتماعية، والاتصالات والشراكات، وقد شاركت كل مدرسة في المرحلة التجريبية من ABMA فريقاً مسؤولاً عن تنفيذ المبادرة التي بدأت بتقييم الظروف الحالية في المدرسة وتحديد الأولويات الأولى. وتعطى الفرق المدرسية الموارد اللازمة وتدعى للمشاركة في ثلاثة أيام تدريبية سنوية. كما يتم منحهم الدعم الفردي من قبل مجلس المدرسة المحلي.

هذا المشروع هو في إطار البحوث التدخلية، وعملت وحدة البحث والفرق من المدارس معا على تطوير البرامج وتقييمها، طرق التقييم مختلطة: كمية، ولكن نوعية في المقام الأول، المتغيرات المستقلة تتوافق

¹ Sandrine Broussouloux. Evaluation du processus d'implantation d'un dispositif global de promotion de la santé en milieu scolaire, liens avec le climat scolaire et la réussite scolaire. UNIVERSITE CLAUDE BERNARD – LYON I, UFR Sciences de l'Education, Ecole doctorale Education Psychologie Information et communication, THÈSE Pour obtenir le grade de docteur Mention : Sciences de l'Education, 10 oct 2016, pp01-278.

مع الخصائص الفردية للمدرسة، والأداء الأكاديمي والمناخ المدرسي، المتغيرات التابعة تتطابق مع مستوى ونوعية تنفيذ البرنامج، فضلا عن عملية الدعم في المدرسة، وتسلسل النتائج الضوء على أهمية عملية الدعم وتبين أن تأثير المجلس المدرسي ضروري للنجاح على المدى الطويل، وبالنسبة للمدارس، فإن العوامل الرئيسية التي تسهل التنمية العالمية للنهوض بالصحة هي إشراك التواصل الرئيسي والمنتظم مع المجتمع التعليمي بأسره، وتقييم أولي جيد للظروف الراهنة والدعم الفردي، وفي المدارس التجريبية التي نجح فيها تنفيذ البرنامج، لوحظ تحسن في الأداء الأكاديمي والمناخ المدرسي.

3.الدراسات التطبيقية حول تقييم السياسة الاجتماعية في قطاع التعليم

- دراسة رائد حسين النجار 2004¹ بعنوان " تقييم الأداء الجامعي من وجهة نظر أعضاء الهيئة التدريسية بجامعة الأقصى في ضوء مفهوم إدارة الجودة الشاملة" هدفت الدراسة إلى تقييم الأداء الجامعي من وجهة نظر أعضاء الهيئة التدريسية جامعة الأقصى في ضوء مفهوم إدارة الجودة الشاملة، واستخدم الباحث استبيان مكون من 40 فقرة موزعة على سبعة مجالات هي: القيادة، التخطيط الاستراتيجي، الطلبة، المعلومات، الموارد البشرية، إدارة العمليات، نتائج العمل، حيث تم تطبيقها على عينة عشوائية قدرها 123 عضواً، وبينت نتائج الدراسة أن المستوى العام للأداء الجامعي لم يصل إلى المستوى الافتراضي %60 ، وأنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند في تقدير أفراد العينة لمستوى الأداء الجامعي يعزى لمتغير الكلية = α مستوى ل0.05 والمؤهل والخبرة.

- دراسة Marian Carcary 2009² " تقييم تكنولوجيا المعلومات والاتصالات في قطاع التعليم العالي الأيرلندي" هدف الباحث في هذه الدراسة إلى تقييم تكنولوجيا المعلومات والاتصالات في قطاع التعليم العالي الأيرلندي من خلال تقييم تأثير تنفيذ نظام إدارة المعلومات الطلابية داخل تقنيات العمليات، وكانت الدراسة البحثية تفسيرية في طبيعتها؛ أجريت دراسات حالة استنادا إلى مصادر أدلة متعددة في خمس تقنيات إنترنت، وأدى تحليل الأدلة إلى تقطير 15 استنتاجا بشأن تنفيذ نظام إدارة المعلومات الطلابية الذي كان محوره خمسة مجالات رئيسية للمشروع - اختيار النظام وتطوير النظام في تقنيات إنترنت الأيرلندية وتكليف النظام والأداء اللاحق عند بدء تشغيل النظام وفي وقت البحث، وكشفت النتائج ال 15 إما عن دعم البحوث القائمة في مجال تقييم تكنولوجيا المعلومات والاتصالات أو زيادة تطوير المعارف النظرية لتقييم تكنولوجيا المعلومات والاتصالات، وتقدم هذه الدراسة عددا من المساهمات القيمة، وهو يعزز فهم تقييم تكنولوجيا المعلومات والاتصالات في التعليم العالي، وهو يناقش الصعوبات التي ينطوي عليها تشغيل نظام معياري لتكنولوجيا المعلومات والاتصالات في

¹ رائد حسن النجار. تقييم الأداء الجامعي من وجهة نظر أعضاء الهيئة التدريسية بجامعة الأقصى في ضوء مفهوم إدارة الجودة الشاملة. قسم أصول التربية - كلية التربية - جامعة الأقصى - غزة - فلسطين، 2004، ص203-240.

² Marian carcary.ict evaluation in the irish higher education sector .university of limerick, Ireland,2009,pp129-140

منظمات متنوعة متعددة، ويقدم دروسا فيما يتعلق بإدارة الصعوبات التي تواجهها المشاريع الحكومية الواسعة النطاق.

- دراسة **Maria Tsinidou 2009**¹ "تقييم العوامل التي تحدد الجودة في التعليم العالي: دراسة تجريبية" الغرض من هذه الدراسة هو تحديد محددات جودة الخدمات التعليمية التي تقدمها مؤسسات التعليم العالي في اليونان وقياس أهميتها النسبية من وجهة نظر الطلاب.

وقد تم استخدام منهجية متعددة المعايير لصنع القرار لتقييم الأهمية النسبية لمحددات الجودة التي تؤثر على رضا الطلاب، وبشكل أكثر تحديداً، تم استخدام العملية الهرمية التحليلية (AHP) من أجل قياس الوزن النسبي لكل عامل من عوامل الجودة.

النتائج : تم قياس الأوزان النسبية للعوامل التي تساهم في جودة الخدمات التعليمية كما يتصورها الطلبة،

ويستند البحث على استبيان وكالة ضمان الجودة اليونانية للتعليم العالي، وهذا يعني أن الأوزان المقاسة ترتبط أساساً بالأسئلة المطروحة في هذا الاستبيان. ومع ذلك، يمكن استخدام الأسلوب المطبق (AHP) لتقييم محددات الجودة المختلفة.

- دراسة علي دحمان محمد 2011² حول "تقييم نفقات الصحة والتعليم دراسة حالة ولاية تلمسان" لقد تناولت هذه عرض موجز لملامح الإنفاق علي قطاعي الصحة و التعليم في الجزائر وتوصلت الى ان مردود هذه القطاعات لا يعكس المخصّصات المالية التي استفادت منها، و بالتالي فالوضعية التي تعيشها المؤسسات الصحية و التعليمية مرتبطة بمشاكل تخصّ التنظيم و التسيير و ليس لنقص في الإمكانيات المادية و البشرية، إذ أن هذه الموارد مستخدمة استخداماً سيئاً الشيء الذي انعكس سلباً علي مردود هذه القطاعات.

دراسة

- **Joanicjusz NAZARKO 2013**³ حول " تطبيق طريقة وكالة مكافحة المخدرات في تقييم كفاءة المؤسسات العامة للتعليم العالي" بحيث وصفت هذه الدراسة مقارنة بين 19 جامعة بولندية للتكنولوجيا، تم إجراء تحليل مفصل لمدخلات ومخرجات ومتغيرات بيئية محتملة تصف نموذج كفاءة مؤسسات التعليم العالي، واستخدمت الدراسة نموذج وكالة مكافحة المخدرات الموجه نحو الانتاج، وكان من المفترض أن مؤسسات التعليم العالي كان لها تأثير أكبر على النتائج المحققة من تأثيرها على

¹ Maria Tsinidou. Evaluation of the factors that determine quality in higher education: an empirical study. Technological Educational Institute (TEI) of Larissa, Larissa, Greece, 2009, PP227-244.

² علي دحمان. تقييم نفقات الصحة والتعليم دراسة حالة ولاية تلمسان. كلية العلوم الاقتصادية والتجارية والتسيير، تخصص تسيير المالية العامة، جامعة تلمسان، 2011، ص 01-292.

³ Joanicjusz nasakaro. Application of dea method in efficiency evaluation of public higher education institutions. Department of Business Informatics and Logistics, Faculty of Management, Bialystok Technical University, 18 april 2013, pp 25-44.

مقدار مواردها، كما درست وفورات الحجم فيما يتعلق بالكفاءة التي تحققت وتم اختبار حساسية النموذج لأخطاء البيانات.

وتوصلت الدراسة إلى أن الجامعات البولندية للتكنولوجيا متنوعة فيما يتعلق بكفاءة أدائها، ويتبين أن هناك احتياطات كبيرة لتحسين الكفاءة في مدارس معينة، وفي الوقت نفسه، ينبغي للمرء أن يحذر من القراءة متسرع جدا ومباشرة من نتائج الحساب التي تم الحصول عليها باستخدام طريقة وكالة مكافحة المخدرات، ويتطلب التفسير السليم لهذه النتائج معرفة عميقة بالمنطقة المدروسة ودرجة عالية من الحذر عند صياغة استنتاجات جذرية

- دراسة بن العارية حسين 2013¹ حول " تقييم المشاريع الاجتماعية- دراسة حالة جامعة ادوار -" تهدف هذه الدراسة إلى قياس معدل العائد الفردي والاجتماعي للاستثمار في التعليم الجامعي بجامعة ادوار، وقد تم استخدام نموذج طريقة تحليل العائد والتكلفة لراس المال البشري، وذلك لكونها الطريقة الأفضل من بين الطرق لتقييم المشاريع الاجتماعية .

وعلى ضوء ذلك توصلت الدراسة إلى أن هناك جدوى من الاستثمار في التعليم الجامعي على المستوى الفردي والاجتماعي ، حيث تحصلت الدراسة على معدل العائد الاجتماعي بنسبة 10.34% ومعدل العائد الفردي بنسبة 13.27% وهما معدلان مرتفعان مقارنة لسعر الفائدة السائد في السوق خلال الفترة بين 2008-2011.

- دراسة **viorica baesu 2014**² "تقييم التعليم - نهج مقترح للمدارس التقنية في رومانيا" تقدم الدراسة مقارنة بحثية ونتائج حول كيفية تقييم التعليم من خلال تحفيز المعلمين (العوامل الذاتية والخارجية)، وإدراك الفعالية الجماعية، وكيف يمكن أن تؤثر على الارتياح المهني وأداء أعضاء هيئة التدريس إلى الأمام، وتستند منهجية النهج المقترح إلى استبيان مصمم، وبالإضافة إلى ذلك، طبق نهج التقييم في حالة نظام التعليم التقني في رومانيا، المنطقة الغربية، ومن المتوقع أن تؤدي نتائج البحوث والاستنتاجات دورا هاما لتحسين جودة عمليات التدريس من أجل تطوير أفضل للكفاءات التقنية في المدارس الثانوية، وقد اعتبرت عملية البيانات الإحصائية أن فرضية البحث تعطي نتائج البحث وتدعم النموذج التجريبي المتعلق بتقييم الدافع المعقد - الرضا - الترابط بين الأداء.

- دراسة **al ramires 2014**³ حول " تقييم المعلم في ولاية كولورادو" هذه الدراسة هي تقرير دراسة استخدمت البيانات من مصادر متعددة لاستكشاف فرضية أن الحواجز النظامية الكامنة في سياسات تقييم المعلمين في كولورادو غالبا ما تسهم في تقييم المعلمين غير فعالة في جميع أنحاء

¹ بن العارية حسين . تقييم المشاريع الاجتماعية- دراسة حالة جامعة ادوار - كلية العلوم الاقتصادية ، جامعة تلمسان 2013. ص 13-02.

² viorica baesu. Education Evaluation – A Proposed Approach for the Technical Schools in Romania. politeloneca university Romania, 2015, pp1115-1122.

³ Al Ramirez .Teacher evaluation in Colorado: How policy frustrates practice. University of Colorado, USA, 2014, pp44-52

الدولة، وقد جمعت البيانات من الدراسات الحالية، ومجموعات التركيز، ودراسات استقصائية للمعلمين، ومدراء الموقع / مدراء المدارس، ومديري الموارد البشرية في المقاطعات التعليمية، وباستخدام تصميم دراسة الطرق المختلطة، حدد الباحث أربعة عوائق رئيسية أمام نظام تقييم المعلم الفعال: سياسة الدولة البعيدة المدى؛ والحوافز السلبية للمعلمين والإداريين للالتزام بأهداف السياسة العامة؛ ضيق الوقت؛ وضعف عمليات التقييم المصممة.

- دراسة **Nathalie Holvoet 2014**¹ بعنوان "المراجعة التشخيصية لنظام الرصد والتقييم في قطاع التعليم في أوغندا" تعرض هذه الدراسة النتائج المستخلصة من عملية تشخيصية لنظام الرصد والتقييم في قطاع التعليم في أوغندا، وتبين النتائج أن العناصر الرئيسية في عملية الرصد والتقييم في قطاع التعليم في أوغندا موجودة بالفعل، على الرغم من وجود عدد من التحديات ومواطن الضعف.

- دراسة **Baiba Rivza 2015**² تحت عنوان "تقييم برامج دراسات التعليم العالي واتجاهاتها الإنمائية كمحرك للنمو الإقليمي" والغرض من هذه الدراسة هو دراسة برامج التعليم العالي، مع التركيز على نقاط القوة وتحديد التحديات التي يتعين تحقيقها لمؤسسات التعليم العالي الإقليمية، واستند البحث إلى المفاهيم النظرية والبيانات المكتسبة في إطار مشروع حيث تم تقييم أكثر من 860 برنامج الدراسة، منها أكثر من 100 في مؤسسات التعليم العالي الإقليمية، شارك أكثر من 200 خبير في التقييم. الاستنتاجات الرئيسية: هناك عدد من النقاط القوية - برامج الدراسة تتوافق مع أهدافها ويشترك الطلاب في عملية صنع القرار، وفي الوقت نفسه، ينبغي دمج المزيد من التفكير النقدي، فضلا عن مهارات اللغة الأجنبية، في عملية دراسة برامج التعليم العالي الإقليمية.

- دراسة **Evelyn Bergsmann 2015**³ "تقييم التعليم القائم على الكفاءة في التعليم العالي: من النظرية إلى الممارسة" تقدم هذه الدراسة مفهوما أكثر شمولية للتقييم يساهم في التحسين المستدام للتعليم القائم على الكفاءة في مؤسسات التعليم العالي، وينظر مفهوم التقييم في تطورات أبحاث الكفاءات وكذلك نهج التقييم التشاركي، يتكون مفهوم التقييم من ثلاث مراحل: المرحلة الأولى تقييم ما إذا كان من المفترض أن يكتسب الطلاب ضمن المناهج الدراسية (الوضع المثالي) معرفة جيدا، المرحلة الثانية تقييم العملية التعليمية والكفاءات التي اكتسبها الطلاب فعلا (الوضع الحقيقي)، المرحلة الثالثة تقييم الجوانب الملموسة لعملية التدريس، وبالإضافة إلى ذلك، تم إدخال إستراتيجية

¹ Nathalie holvoet.diagnostic review of the monitoring and evaluation system of Uganda's education sector . Institute of Development Policy and Management, University of Antwerp, December 2, 2014,pp134-154.

²Baiba Rivza .Evaluation of higher education study programmes and their development trends as drivers of regional growth. aLatvian Academy of Sciences, Akademijas laukums 1, Riga, LV-1050, Latvia, 4th World Conference on Business, Economics and Management, WCBEM,2015,pp643-650.

³ Evelyn Bergsmann .Evaluation of competence-based teaching in higher education: From theory to practice. University of Vienna, Faculty of Psychology, Department of Applied Psychology, 9 March 2015,pp01-09.

تنفيذ لدعم التحول من مفهوم التقييم النظري إلى الممارسة، ويهدف مفهوم التقييم واستراتيجيته التنفيذية إلى إجراء تقييمات داخلية في مجال التعليم العالي، ومعالجة مؤسسات التعليم العالي التي قامت بالفعل بوضع وتنفيذ منهج قائم على الكفاءة.

- دراسة **Jose´ Carlos Rothen 2015**¹ تحت عنوان "التقييم الخارجي للتعليم وعمل المعلمين: الحالة البرازيلية" تهدف هذه الدراسة إلى مناقشة ما إذا كانت التقييمات الخارجية هي أدوات لضمان زيادة جودة التعليم في المدارس الحكومية، وهو جزء من البحوث التي بحثت كيف استخدمت نتائج التقييم والمؤشرات الناتجة في مدرستين في ولاية ساو باولو (البرازيل)، وكانت المنهجية المعتمدة هي دراسة الحالة، باستخدام أدوات منهجية مختلفة مثل المقابلات (المخصصة لمنسقي المدارس والمشرفين)، والاستبيانات (المخصصة للمعلمين ومديري المدارس)، ومراقبة جداول الاجتماعات التربوية، وقد تم تحليل البيانات التي تم جمعها ووضعها في السياق من دراسات قام بها مؤلفون مثل أفونسو (2009) وديل وروبرتسون (2006) ولي غراند (1991) ونيف (1988)، من بين آخرين، الذين حققوا في سلعة التعليم والتقييمات الخارجية، وفي الختام، لاحظ الباحث أن مجرد وجود تقييم خارجي مصحوبا بمؤشر ليس كافيا لضمان تحسين نوعية التعليم، إذ يتم ذلك بمشاركة الآباء والأمهات وتدريب أولي جيد للمعلمين، والاستثمار في تدريبهم المستمر وزيادة الاستثمارات الاجتماعية في المجتمعات المحلية، وقد أدت التقييمات الخارجية خلافا لما وعدت به في مناسبات عديدة إلى زيادة التنظيم والترتيب والمنافسة، ولكنها قللت من استقلالية المدارس مما عزز عدم المساواة في المدارس.

- دراسة **Jeong-Sook Lee 2015**² "التحقق من أداة تقييم التطبيقات التعليمية للتعليم الذكي" الغرض من هذه الدراسة هو تطوير والتحقق من صحة أداة تقييم التطبيقات التعليمية للتعليم الذكي في كوريا، واستنادا إلى مراجعات الأدب، اقترح نموذج محتمل لتقييم التطبيقات التعليمية، وتم تقديم أداة تقييم تتألف من 57 دراسة استقصائية إلى 156 طالبا في المدارس المتوسطة والثانوية، ثم استخدم تحليل عامل استكشافي للتأكد من أهمية المعايير، تم استخلاص أربعة منشآت استكشافية وثمانية عناصر فرعية من البيانات التي تم جمعها: تم تسمية العامل الأول على أنه "التعليم والتعلم"، العامل الثاني، "تصميم الشاشة"، العامل الثالث، "التكنولوجيا"، والعامل الرابع، "الاقتصاد والأخلاق"، عامل اثنين من العوامل الفرعية، على التوالي، تشير تقديرات الموثوقية باستخدام ألفا كرونباخ إلى أن أداة التقييم لديها اتساق داخلي جيد، وتشير النتائج الإجمالية للتحليلات إلى أن أداة التقييم هذه مفيدة للغاية لتقييم التطبيقات التعليمية.

¹Jose´ Carlos Rothen. External evaluation of education and teacher work: The Brazilian case . Federal University of Saõ Carlos, UFSCAR, Brazil, 2015, pp870-886.

² Jeong-Sook Lee . Validation of a Tool Evaluating Educational Apps for Smart Education. Journal of Educational Computing Research, 2015, pp01-16.

- دراسة منار محمد اسماعيل 2015¹ "تقويم سياسات التعليم قبل الجامعي في مصر" هدفت هذه الدراسة إلى تقويم السياسات التعليمية في مصر، بغية تقديم نوع من الإنذار المبكر عن جوانب الضعف والخلل في النظام التعليمي، والتعرف على العناصر المشتركة في السياسات والمنهجيات التي صيغت بها، وأسباب نجاحها وفشلها، وكيفية تحديد الأوليات، إذ تساعد منهجية تقويم السياسات سواء على المستوى القومي أم على المستوى الدولي في الوصول إلى استنتاجات تسهم في تحسين القرار وترشيده، والبحث عن بدائل أفضل لتطوير السياسات التعليمية.
- لتحقيق ما سبق، تم اتباع المنهج الوصفي كونه أنسب المناهج لدراسة كيفية تقويم سياسة التعليم قبل الجامعي في مصر، تم إجراء الدراسة تتابعاً عبر أربعة محاور أساسية، وهي كالتالي: (1) التحديات التي تواجه سياسات التعليم قبل الجامعي في مصر (2) أسس ومجالات تقويم سياسات التعليم قبل الجامعي في مصر. (3) معايير ومحاكات تقويم سياسات التعليم قبل الجامعي في مصر (4) مؤشرات تقويم سياسات التعليم قبل الجامعي في مصر انقسمت النتائج إلى أربعة أقسام: (1) نتائج معايير ومحاكات السياسة، حيث تبين أن السياسة التعليمية في مصر لم تحقق الاستخدام الأمثل للموارد البشرية، كذلك لم تتكامل مع السياسات التنموية الأخرى وسياسة التنمية الشاملة في الدولة (2) مؤشرات تقويم السياسة التعليمية التي تبين انخفاض مؤشرات مخرجات التعليم (3) مؤشرات جودة التعليم، حيث تبين جمود المناهج الدراسية (4) مؤشرات الإنفاق على التعليم حيث تبين أن هناك توزيعاً غير عادل للإنفاق الجاري بين المحافظات.
- دراسة هناء شحات السيد ابراهيم 2016² "دور المؤشرات التعليمية في تقويم أداء المؤسسات التعليمية" حاولت هذه الدراسة إلقاء الضوء على ماهية المؤشرات التعليمية وتقويم الأداء المؤسسي وتهدف إلى تبصير المسؤولين عن التعليم بأهمية المؤشرات التعليمية ودورها في تقويم أداء المؤسسات التعليمية، حيث تعطي صورة واضحة وصادقة عن هذا الواقع، ومن ثم اتخاذ الإجراءات الكفيلة بإصلاحه وتطويره، ورفع مستوى الأداء المؤسسي من خلال تحسين كافة مدخلات النظام التعليمي ووصولاً إلى مستوى الجودة المنشودة في جميع مجالات وعناصر العمل المؤسسي، وقد اعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي لتحقيق هدفها، ثم توصلت الدراسة على أهمية وضرورة المؤشرات التعليمية في إلقاء الضوء على أوضاع وانجازات المؤسسات التعليمية، والتعرف على نقاط القوة والضعف بها، ومن ثم اتخاذ الاجراءات اللازمة لإعادة هيكلتها وإصلاحها وتطويرها.

¹ منار محمد اسماعيل. تقويم سياسات التعليم قبل الجامعي في مصر. دراسات في التعليم الجامعي، 30 ماي 2015، ص ص 325-399.

² هناء شحات السيد ابراهيم. دور المؤشرات التعليمية في تقويم أداء المؤسسات التعليمية. كلية التربية، جامعة قسيم، 2016، ص ص 567-

- دراسة Tatiana Volosovets 2016¹ بعنوان "تقييم جودة التعليم قبل المدرسي في روسيا" تعرض الباحثة نتائج الدراسة التي دامت أربع سنوات والتي تركز على تقييم نوعية التعليم في المؤسسات التعليمية الروسية قبل المدرسية، أجري التقييم في المجالات الرئيسية الثلاثة لعمل مؤسسة ما قبل المدرسة: البيئة المواتية في مؤسسة تعليمية لمرحلة ما قبل المدرسة تسهل تنمية الطفل والمؤهلات المهنية للمعلمين العاملين مع الأطفال والخدمات الإضافية التي تقدمها رياض الأطفال، ولتقييم فعالية مؤسسات التعليم قبل المدرسي في هذه المجالات، اقترح استخدام 55 مؤشرا رئيسيا للمجالات الأساسية لعملهم، وتتعد الدراسة الحالية بتصميم آلية دائمة لتقييم جودة التعليم قبل المدرسي في روضة أطفال معينة وإعلام الجمهور العام بوجودها وتوافرها، وتوفر آلية التصنيف المرموقة للأطراف المعنية معلومات موثوقة عن الجوانب الرئيسية للخدمات التي تقدمها رياض الأطفال في مجال رعاية الأطفال والتعليم قبل المدرسي.

4. تقارير وتجارب بعض الدول حول تقييم السياسة الاجتماعية في قطاعي الصحة والتعليم

1.4.1. التقارير

- تقرير تقييم قطاع التعليم في ساموا 2005:² لقد كان الغرض من هذا التقييم هو التحقيق في مدى السياسات والاستراتيجيات التعليمية التي وضعتها ونفذتها حكومة ساموا من خلال وزارة التعليم والرياضة والثقافة خلال السنوات العشر الأخيرة من عام 1995 إلى عام 2005 قد حققت أهداف التعليم. وبالإضافة إلى ذلك، سعت الدراسة إلى تقييم مدى أداء قطاع التعليم من خلال تصورات أصحاب المصلحة الرئيسيين في مجال التعليم.

ووضعت مؤشرات للمساعدة في عملية التحقق والتقييم، ووضعت واستخدمت عددا من الآليات الرئيسية لجمع البيانات اللازمة لهذه الأغراض، وهي تشمل استعراض الوثائق وتحليلها؛ الدراسات الاستقصائية؛ المقابلات، تم تجميع وتحليل البيانات من جميع هذه المصادر وتحليلها ومناقشتها. وأظهرت النتائج مدى رضا أصحاب المصلحة عن أداء قطاع التعليم، ولكنها أعطت أيضا تعريفات واضحة للقيود والدروس المستفادة والأولويات التي ينبغي معالجتها في السنوات العشر المقبلة إذا ما أريد الحفاظ على مكاسب السنوات العشر الأخيرة واستدامتها والاستفادة من رفع ساموا إلى مستويات أعلى من التعليم.

ولكن النتائج تظهر أيضا تفاهات واضحة تماما على جميع المستويات وعبر جميع أصحاب المصلحة للقيود التي يجب معالجتها والدروس المستفادة من الماضي والتوجهات المستقبلية، وعلى الرغم من

¹ Tatiana Volosovets .Evaluating the quality of preschool education in Russia. 7th International Conference on Intercultural Education Education, Health and ICT for a Transcultural World, EDUHEM 2016, 15-17 June 2016, Almeria, Spain, pp1300-1303.

² .SAMOA EDUCATION SECTOR EVALUATION STUDY . FINAL REPORT , Ministry of Education, Sports and Culture December 2005,pp01-150.

الفصل الثالث تقييم السياسات الاجتماعية في قطاعي الصحة والتعليم : تجارب دولية

تأييدهم القوي لقطاع التعليم وإنجازاته أو بسبب وعيه الشديد، فإنهم يدركون بشكل خطير الخطوات التي يجب اتخاذها لمواصلة تحسين رؤية ساموا وتحقيقها بالكامل، وهو ما يتيح لجميع السامويين التمتع بنوعية أفضل من الحياة على أساس اقتصاد تنافسي مع نمو اقتصادي وتحسين التعليم، وتعزيز المعايير الصحية وتعزيز القيم الثقافية والتقليدية.

- تقرير بنك التنمية الآسيوي 2005¹ حول " تقييم برنامج المساعدة القطاعية للقطاعات الاجتماعية في باكستان" وقيم هذا التقرير 20 عاما (1985-2004) لدعم مصرف التنمية الآسيوي لتنمية القطاع الاجتماعي في باكستان، شملت عمليات القطاع الاجتماعي قطاعات التعليم والصحة والسكان والتنمية الحضرية وقطاع إمدادات المياه والصرف الصحي، وخلال الفترة التي يجري تقييمها، وافق مصرف التنمية الآسيوي على قروض القطاع الاجتماعي بمبلغ 1,9 بليون دولار (86 في المائة من صندوق التنمية الآسيوي)، وحوالي 16 في المائة من مجموع الموافقات، ل 28 مشروعا - 10 مشاريع في مجال التعليم، و 5 مشاريع في مجال الصحة والسكان، و 5 في إمدادات المياه والصرف الصحي، و 4 في التنمية الحضرية، و 4 مشاريع متعددة القطاعات، وفي 31 ديسمبر 2004، تم صرف 47 في المائة من مجموع المبلغ المعتمد و 16 في المائة ألغيت، وخلال الفترة نفسها، وافق مصرف التنمية الآسيوي على منح 57 مساعدة تقنية للقطاعات الاجتماعية بما مجموعه 41 مليون دولار، ويشمل هذا المبلغ 31 مشروعا تحضيريا للمشروع و 26 مشروعا للمساعدة التقنية.

أداء القطاعات الاجتماعية في باكستان ضعيف، وأعربت الحكومة في تقريرها الأخير عن الأهداف الإنمائية للألفية عن تفاؤلها بأن معظم الأهداف الإنمائية للألفية يمكن تحقيقها، غير أن ذلك سيتطلب تحولا عن التقدم السلبي الذي تحقق في التسعينات، أو إحراز تقدم أسرع بكثير مما تحقق في الماضي، إن أداء باكستان يتخلف عموما عن البلدان المقارنة، ومعدل النمو السكاني المرتفع، وإن كان ينخفض، غالبا ما ينفي أي تحسينات في النسبة المئوية في المؤشرات الاجتماعية، وبعد أن قلت ذلك، فإن توافر بيانات موثوقة عن أداء القطاع الاجتماعي يمثل مشكلة رئيسية - وهذا يقلل من وعي الجمهور بالحاجة إلى العمل، ويقيد الإستراتيجية ووضع السياسات، ويحد من القدرة على تصميم تدخلات فعالة، ويؤكد استمرار ضعف أداء القطاعات الاجتماعية الحاجة إلى العمل، ولكن أيضا صعوبة تحقيق النتائج التي تتأثر إلى حد كبير بالقيود السياسية والاجتماعية والثقافية.

وتماشيا مع أداء القطاع العام، وأداء بعض القطاعات الأخرى، كان أداء عمليات القطاع الاجتماعي في مصرف التنمية الآسيوي ضعيفا، ووفقا لهذا التقييم، تم تصنيف 8٪ فقط من 24 مشروعا تم تقييمها على أنها ناجحة، حيث اعتبر 58٪ أنها ناجحة جزئيا و 33٪ لم تنجح، وتتماشى هذه الأرقام مع التقديرات

¹ Sector Assistance Program Evaluation for the Social Sectors in Pakistan. Operations Evaluation Department, Asian Development Bank, July 2005, pp01-71.

الواردة في تقارير مراجعة أداء المشروعات لجميع عمليات القطاع الاجتماعي في باكستان نجحت 9 في المائة، و 64 في المائة ناجحة جزئيا، و 27 في المائة غير ناجحة.

- تقرير unicef 2010 حول "تقييم تنفيذ استراتيجية الصحة المجتمعية في كينيا" وكان الغرض الرئيسي من التقييم هو تحديد فعالية وأهمية استراتيجية الصحة المجتمعية، فضلا عن الإحاطة علما بالدروس المستفادة فيما يتعلق بتمكين المجتمعات المحلية من تولي المسؤولية عن صحتها، واستخدام التقييم نهج التثليث او ما يسمه بالمنهج الثلاثي في جمع البيانات، وكانت الطريقة الرئيسية لجمع البيانات هي دراسة استقصائية للأسر المعيشية أجريت فيها مقابلات مع 3884 من المجيبين، وقد تم اختيار المستجيبين عشوائيا من 21 مقاطعة من 64 مقاطعة حيث تم تنفيذ استراتيجية الصحة المجتمعية من قبل التحالف العالمي للقاحات والتحصين.

وخلص التقييم إلى أن الخدمات التي تقدمها حاليا استراتيجية المجتمع المحلي في المستوى الأول في كينيا في إطار النظافة الصحية والصرف الصحي مثل سلامة المياه ونظافة الأغذية والتخلص من النفايات الصلبة من بين أمور أخرى، تغطي بشكل أكثر شمولية نسبيا مقارنة بالمكونات الأخرى.

المؤشرات العالمية بما في ذلك تلك المتعلقة؛ واستخدمت صحة المواليد الجدد، وصحة الأم، والملاريا، والصحة البيئية والصرف الصحي، لتقييم الأداء العام لمراكز الرعاية الصحية، وهناك فئتان من مواقع أخذ العينات؛ مواقع التدخل والمقارنة وعموما، كان مواقع أخذ العينات اختلافات كبيرة في معظم الجوانب التي تم تقييمها عند فاصل الثقة 95٪، وكان موقع التدخل 84.2٪ من نسبة الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 12 شهرا فما فوق قد تم تحصينهم بالكامل في حين أن 80.1٪ من مواقع المقارنة تلقوا التطعيم الكامل ($\chi^2=7.580(a).452, df=2, p=0.023$). أيضا، و 27.1 في المائة من الأطفال في مواقع التدخل و 23.6 في مواقع المقارنات 6 أشهر من العمر كانوا الرضاعة الطبيعية حصرا ($\chi^2=1.572(b), df=1, p=0.210$). قبل أسبوعين من التقييم، كان 21.6٪ و 42.2٪ من الأطفال دون سن الخامسة في مواقع التدخل والمقارنة على التوالي إسهال ($\chi^2=112.9(b), df=1, p<0.001$).

في هذه الدراسة أشارت النتائج إلى أن 55.9٪ من المستطلعين من مواقع التدخل حضروا ما لا يقل عن أربع زيارات من المؤتمر الوطني الأفريقي مقارنة ب 44٪ من مواقع المقارنة، كان هناك فرق إحصائي كبير في الموقعين ($\chi^2 = 149.535, df = 4, p < 0.001$) وتعطى الأمهات الحوامل أيضا لقاح الكزاز أثناء الحمل لحماية الطفل الذي لم يولد بعد. بينت النتائج أن 94.5٪ من الأمهات في مواقع التدخلات و 72.4٪ في مواقع المقارنة تحمي أطفالهن من الكزاز الوليدي ($\chi^2 = 240.976, df = 1, p < 0.001$). كما أشارت النتائج

1. EVALUATION REPORT OF THE COMMUNITY HEALTH STRATEGY IMPLEMENTATION IN KENYA. October , 2010.unicef,pp01-76.

إلى أن 53.7٪ و 44.4٪ من الأمهات في مواقع التدخل والمقارنة على التوالي تم مساعدتهن أثناء الولادة الأخيرة من قبل مرافقة ماهرة ($\chi^2 = 63.331, df = 5, p < 0.001$)

في موقع التدخل، كان 86.6٪ من أفراد العينة يعرفون طريقة واحدة على الأقل لتنظيم الأسرة مقارنة مع 84.2٪ في مواقع المقارنة ($\chi^2 = 3.223, df = 1, p = 0.073$). وبالمثل من حيث الحصول على خدمات تنظيم الأسرة، أشارت النتائج إلى أن 87.2٪ و 86.1٪ من المستطلعين في مواقع التدخل والمقارنة على التوالي يعرفون أين يمكنهم الوصول إلى خدمات تنظيم الأسرة في منطقتهم. ولا يزال استخدام تنظيم الأسرة منخفضا في كلا الموقعين وإن لم يكن مختلفا اختلافا كبيرا بين مواقع التدخل والمواقع المقارنة. حاليا 47.4٪ و 47.2٪ من المستطلعين من مواقع التدخل ومواقع المقارنة على التوالي يستخدمون أي طريقة لتنظيم الأسرة في المناطق المختارة ($\chi^2 = 0.006, df = 1, p = 0.940$). حبوب منع الحمل والحقن هي الأكثر شيوعا أساليب تنظيم الأسرة. ووجدت الدراسة أن 71.3٪ و 70.2٪ من الأسر المعيشية في مواقع التدخل والمقارنة على التوالي لديها ناموسية واحدة على الأقل ($\chi^2 = 0.358(b), df = 1, p = 0.550$)

بلغت نسبة الأسر التي لديها مراحيض 87.7٪ في مواقع التدخل و 84.4٪ في مواقع المقارنة ($\chi^2 = 8.225$)، دف = 1، $p = 0.004$. وأشارت النتائج إلى أن 78.6٪ من المستطلعين في مواقع التدخل و 73.5٪ في أظهرت النتائج أن 29.1٪ و 23.4٪ من المستجيبين في مواقع التدخل والمقارنة على التوالي يعاملون ماءهم وأن الفرق كان معنويا في الموقعين ($\chi^2 = 8.225, df = 1, p = 0.004$) وأشارت النتائج إلى أن معالجة المياه يمكن أن تكون تفسيراً محتملاً للفروق الملحوظة للإسهال.

وأظهرت النتائج التي توصلت إليها مؤسسات الرعاية الصحية مع منظمات الصحة العالمية ومجموعات التركيز مع منظمات الصحة المجتمعية وجود صلة ثابتة بين المجتمع والمرافق الصحية. وكان ذلك أساسا من خلال التنسيق بين العاملين في مجال الإرشاد الصحي المجتمعي وفتوى الصحة العامة الذين شاركوا في تحديد حالات الأمراض على مستوى المجتمع المحلي وإحالتها إلى المرافق الصحية. وبعد إجراء مقابلات مع منظمات الصحة المجتمعية والأخصائيين الصحيين المجتمعيين فضلا عن إجراء مناقشات مع المستفيدين في وحدات الرعاية الصحية، تبين أن المجتمع أصبح على وعي متزايد بحقوقهم في الرعاية الصحية الجيدة، غير أن أعضاء المجتمع المحلي لم يكونوا قادرين بشكل كاف على المطالبة بالخدمات وكان هناك افتقار إلى هياكل واضحة لمعالجة المظالم.

- تقرير تقييم منح الكمنولث في المملكة المتحدة 2013 حول " تقييم الأثر في التعليم العالي والتنمية" يدرس هذا التقرير تأثير المنح الدراسية على الأفراد ومؤسسات التعليم العالي، والأثر الذي

1. Assessing impact in higher education and development. Evaluating Commonwealth Scholarships in the United Kingdom:2013,PP01-64.

يمكن أن يحدثه هؤلاء الأفراد والمؤسسات على التنمية الاقتصادية والاجتماعية، ويقدم هذا التقرير بعض السياق من خلال الابلاغ عن الجوائز المستهدفة المقدمة إلى أعضاء هيئة التدريس والطلبة قبل الانتقال لتقييم أثر أكثر من 1350 خريجا يعملون في التعليم العالي الذين أجابوا على استقصاء تقييم الأثر في عام 2008، وإلى جانب بعض تحليل البيانات، يسلط التقرير الضوء على عدد من دراسات الحالات الفردية ويضعها في سياق الأهداف الإنمائية للألفية، ويدعم استمرار أهمية هذه الجوائز ومساهمتها في التنمية.

وأخيرا، يحد التقرير من تركيزه على إلقاء نظرة فاحصة على المنح الدراسية في الكمنولث في سياق ثلاثة مؤسسات تعليمية محددة هي جامعة ماكيريري في أوغندا، وجامعة داكا في بنغلاديش، وجامعة جزر الهند الغربية في منطقة البحر الكاريبي ويقدم دراسات حالة متعمقة عن ثلاثة موظفين منفردين في هذه المؤسسات.

وفيما يلي النتائج الرئيسية لهذا التقرير:

- ✓ يمكن لمهنيي التعليم العالي أن يكون لهم تأثير على قضايا التنمية، يبلغ المشاركون في الاستبيان عن العديد من الأمثلة على الأنشطة ذات الصلة.
- ✓ إن مركز CSC في وضع جيد ليكون له تأثير على التعليم العالي والعمل في شراكة مع مؤسسات التعليم العالي في الخارج k وإلى جانب البرامج الأخرى، عرضت أكثر من 4100 منحة دراسية موجهة خصيصا إلى أعضاء هيئة التدريس وطلاب الدكتوراه في الخارج الذين رشحهم أكثر من 340 مؤسسة، معظمها في جنوب آسيا وأفريقيا جنوب الصحراء الكبرى.
- ✓ نسبة عالية من علماء الكومنولث السابقين وزملائهم يعملون في التعليم العالي، ومن بين 226 ردا على استقصاء عام 2008، على سبيل المثال، 63 في المائة يعملون في التعليم - 61 في المائة في التعليم العالي.
- ✓ تساهم المنح الدراسية في الكومنولث في التطوير الوظيفي المهني للتعليم العالي، 87٪ من المجيبين الذين يعملون في التعليم العالي الذين أكملوا دراستهم قبل 12 شهرا على الأقل من المسح ذكرت أن الجائزة ساعدتهم على تحقيق تقدم في حياتهم المهنية.
- ✓ تتيح المنح الدراسية للكومنولث للأفراد اكتساب المهارات والمعارف ونقلها، أفاد 99٪ من المجيبين الذين يعملون في التعليم العالي بأنهم اكتسبوا المعرفة في مجال خبرتهم، وأفاد 96٪ منهم بأنهم يستخدمون المهارات والمعارف المكتسبة في مجال عملهم.
- ✓ تؤدي المنح الدراسية المقدمة من طرف الكومنولث إلى هجرة الأدمغة من البلدان النامية، أفاد 94 في المائة من المجيبين من البلدان النامية العاملين في التعليم العالي عن العمل أو العيش في بلدانهم الأصلية، وترتفع هذه النسبة إلى 95 في المائة إذا ما أدرج العاملون في مناطقهم الأصلية.

الفصل الثالث تقييم السياسات الاجتماعية في قطاعي الصحة والتعليم : تجارب دولية

✓ رابطة المنح الدراسية ترتبط بالأخذ بالممارسات الجديدة والابتكارات في الكومنولث، 90 في المائة من المجيبين تلك العاملة في مجال التعليم العالي وذكرت أنها تمكنت من إدخال ممارسات جديدة وابتكارات في أماكن عملهم نتيجة لتعويضاتهم.

✓ تقرير الخريجين العاملين في التعليم العالي المشاركة في الأنشطة ذات الصلة بالتنمية، 92 في المائة من المجيبين العاملة في مجال التعليم العالي أبلغ أثارا في واحد على الأقل من مجالات الأولوية الرئيسية للتنمية 12 مع 28.5% الإبلاغ عن التأثير على سياسة الحكومة و 31 في المائة التي تؤثر على التنمية الاقتصادية والاجتماعية في مجال واحد على الأقل.

ويقدم التقرير بعد ذلك بعض السياق لدور المنح والزومات في الكومنولث لمؤسسات محددة، بالتركيز على ثلاث جامعات رئيسية في الكومنولث وتوفير بعض الخلفية لكل من المؤسسات وعلماء الكمنوالث السابقين الذين يعملون هناك. وتتيح مقابلاتنا المتعمقة مع الأفراد في الجامعات الثلاث مزيدا من التبصر في فوائد منح الكومنولث والمنح الدراسية لكل من الموظفين الأفراد والمؤسسات التي يعملون فيها.

وبوجه خاص، تبين أن:

✓ توفر منح الكومنولث الفرص، وقد مكنت هذه الجوائز الأفراد من اكتساب المؤهلات والمهارات التي كان من الصعب أو من المستحيل الحصول عليها، "كنت أرغب في المضي قدما والقيام الدكتوراه، وليس هناك العديد من الموارد المتاحة لي إلى جانب منحة الكومنولث ... دون الدكتوراه ... ليس هناك مجال للتقدم أو أن يكون لها تأثير".

✓ يقدم المخطط قيمة مضافة من خلال طبيعته الدولية، الدراسة في المملكة المتحدة يمكن أن توفر الوصول إلى الموارد والمعدات غير متوفرة في المنزل، فضلا عن تمكين الاتصال مع الطلاب والأقران الآخرين في مجالات مماثلة.

✓ هناك أدلة على استمرار التعاون بين المؤسسات المضيفة والمنزلية بعد انتهاء الجوائز، وقد أتاح التركيز الدولي للمخطط فرصا لإقامة الشراكات والتعاون الطويل الأجل، وأفاد 70٪ تقريبا من المجيبين من مؤسسات التركيز الثلاثة بأنهم حافظوا على روابط مع المؤسسات المضيفة لهم في المملكة المتحدة.

✓ يمكن أن يكون للطبيعة المرموقة والفريدة من منح الكمنولث أيضا تأثير، ويمكن أن تكون سمعة البرنامج وقدرته التنافسية أداة مفيدة للخريجين في التأثير على السياسات والممارسات، سواء داخل مؤسساتهم أو على الصعيدين المحلي والوطني.

✓ تستفيد مؤسسات التعليم العالي أيضا من هذه الجوائز، فعلى سبيل المثال، أفاد جميع المجيبين ال 21 من جامعة ماكيري باستخدام المهارات والمعارف المكتسبة من الجائزة في عملهم، وتمكنوا من إدخال ممارسات وابتكارات جديدة في أماكن عملهم.

ويخلص التقرير إلى أنه على الرغم من منح المنح الدراسية المقدمة من الكمنولث للأفراد، فإن لها أثرا واضحا على التعليم العالي - سواء المؤسسات أو القطاع ككل. وقد أظهرنا أن الخريجين عادوا إلى

جامعاتهم في الوطن ولم يقتصر الأمر على تطوير وقيادة وحدات وبرامج جديدة ترعى العلماء والعاملين في مجال الرعاية الصحية في المستقبل، بل وصلت أيضا إلى ما وراء بوابات المؤسسة وأثرت على صناعات السياسات على مختلف مستويات الحكومة، وشاركت في مشاريع تعاونية شملت أصحاب مصلحة متعددين، وأثرت على مجتمع أوسع، في هذه الروابط بين مؤسسات التعليم العالي والمجتمع الأوسع حيث العديد من علماء الكومنولث والزملاء قادرون على أن يكون لها تأثير كبير المحتمل على التنمية، وعلى هذا النحو، نستنتج أن هذه الجوائز تسمح لتحقيق الأهداف الأساسية للمخطط.

2.4 تجارب بعض الدول في تقييم السياسة الاجتماعية

- تجربة كندا:¹ تم التركيز في دراسة كندا على عناصر القوة في التجربة الكندية التي اعتمدت الشمولية في البرامج بهدف إشراك كافة الفاعلين، ومن شأن ذلك أن يكفل في الوقت نفسه بناء شبكة ضمان اجتماعي فاعلة لتحقيق انجازات تنموية تكون مدعومة بحقوق دستورية تضمن المساواة والعدالة لكافة فئات المجتمع، وبفضل نظام كندا السياسي الفريد، تتداخل المراحل على مستوى واحد يتكرر مرارا، ففي جميع المراحل، بدءا من تحديد المشاكل والفرص ووصولاً إلى تقييم البرامج، يجري مجلس العموم واللجان المختلفة التابعة له مناقشات للبحث في السياسات وبدائلها وغيرها من القضايا المدرجة على الاجندة العامة، كما تتم مناقشة وتقييم برامج السياسات الاجتماعية وغيرها من الشؤون العامة، وبعد ذلك محاسبة ومساءلة القائمين عليها في مجلس العموم.
- تجربة النرويج:² يعود نجاح السياسات الاجتماعية في النرويج إلى عدد من العوامل منها سيطرة نظام مساواتي نسبيا لا يقوم على هيمنة طبقات قطاعية، وتمويل الدولة لنظام رعاية يعتمد اعتمادا شديدا على الضرائب، وارتكاز السياسات على نهج للعمل يؤكد على حق وواجب جميع المواطنين في العمل، ويتعين على أي نظام فعال للسياسات الاجتماعية أن يوفر الأمن للأشخاص غير القادرين على العمل لأسباب صحية أو غيرها من الأسباب، ويشير أحدث استعراض للحماية الاجتماعية في النرويج إلى أن التركيز الرئيسي ينصب على استحقاقات العجز، والخدمات الطبية والإعانات المخصصة لإعادة التأهيل المهني، واستحقاقات المرض والمساعدة الاجتماعية خصوصا للشباب والأشخاص المهمشين، والبرامج الفاعلة الخاصة بسوق العمل الموجهة أساسا للمهاجرين الجدد، واستحقاقات البطالة.
- تجربة ماليزيا:³ ركزت دراسة حالة ماليزيا على الفلسفة الجديدة المتعلقة بالتنمية، وتشتمل هذه الفلسفة الجديدة على مفهوم النمو والتوزيع المنصف، أما هدف هذه الفلسفة المنشود فهو الوحدة الوطنية، لذا تعين تحقيق الوحدة من خلال تقاسم ثمار النمو الاقتصادي بإنصاف فيما بين

¹Elissar Sarrouh .SOCIAL POLICIES IN CANADA: A MODEL FOR DEVELOPMENT . Social Policy Series, No. 1, United Nations New York, 2002,pp01-105

² Ivar Lødemel .SOCIAL POLICIES IN NORWAY: PROCESSES, STRUCTURES AND IMPLEMENTATION MECHANISMS . Espen Dahl, Jon Anders Drøpping Social Policy Series, No. 3, United Nations New York, 2001,pp01-42.

³ . SOCIAL POLICIES IN MALAYSIA . Social Policy Series, No. 4, United Nations, New York, 2003,pp01-72.

الفصل الثالث تقييم السياسات الاجتماعية في قطاعي الصحة والتعليم : تجارب دولية

المجموعات العرقية الرئيسية والفقراء في جميع الفئات ، وكان هذا النهج يرمي إلى تقاسم الثروات الجديدة وليس إلى إعادة توزيع الثروات التي اكتسبت في السابق ، وعرفت سياسة التنمية الجدية هذه لاحقا بالسياسة الاقتصادية الجديدة .

- تجربة كوريا¹: أرغمت الأزمة الاقتصادية للفترة 1997-1998 جمهورية كوريا على إجراء إصلاحات في سوق العمل تسمح للشركات بتسريح العمال، وهدفت مبادرة السياسة الاجتماعية الفعالة إلى توفير الحماية الاجتماعية للعاطلين عن العمل وللأشخاص الذين أصبحوا فقراء أثناء إعادة الهيكلة الاقتصادية.

وتكمن أهمية التجربة الكورية في كومتها جاءت استجابة للتحديات التي طرحها برامج التكيف الهيكلي والأزمات الاقتصادية والتوسع الاقتصادي الموجه نحو التصدير، فقد تم تحقيق نوع من الاستقرار والتماسك الاجتماعي من خلال توسيع نطاق التغطية الصحية وبرنامج المعاشات التقاعدية ، وكذلك القانون الخاص بالحد الأدنى لمستوى المعيشة ، ومكنت جمهورية كوريا من إيجاد توافق اجتماعي وسياسي عريض القاعدة من خلال عملية ترسيخ الديمقراطية بإشراك الأحزاب السياسية الرئيسية وممثلي الأوساط التجارية والعمال والحكومة .

وبالرغم من هذا التوافق ، هناك درس مهم يستخلص من التجربة الكورية ، وهو يرتبط بإيلاء أهمية لدمج السياسات الاجتماعية والاقتصادية واعتبارها كلا لا يتجزأ ، من دون إعطاء النمو الاقتصادي أولوية وإلحاق السياسات الاجتماعية به ، فقد استخدمت جمهورية كوريا مزيجا متوازنا من نماذج السياسات الثلاث وهي سيطرة الصفوة وتوازن المصالح والعناصر العقلانية العلمية .

ورغم وجود حكم يعتمد على إصدار الأوامر ، وتسيطر عليه المؤسسات العسكرية ، كانت الصفوة هي التي تقود العمليات السياسية ، مما أتاح دخول عناصر قوية من النموذج العقلاني العلي وذلك بعزل المخططين عن الضغوط السياسية وأية ضغوط خارجية ، وبفضل توافر معلومات عالية الجودة وموارد بشرية متمكنة وقادرة أمكن تحقيق خطوات مدهشة في التنمية الاقتصادية وكذلك في العلم والتكنولوجيا ، وبذلك تقدم البلد نحو الديمقراطية البرلمانية.

واهتمت النظم المختلفة اهتماما كبيرا بتحقيق توازن المصالح ، مدعومة في ذلك بإحساس المجتمع بقيم التضامن والمساواة ، واشتراك مجموعات مدنية قوية في المداولات وإبداء الرأي ، فضلا عن المشاركة في القرارات المتعلقة بالقضايا الاجتماعية المهمة ، أما الآثار كانت واضحة حيث القفزة الفذة في النمو الاقتصادي لجمهورية كوريا لم تكن مصحوبة بمظاهر انعدام المساواة التي يتميز بها عادة هذا النوع من

¹ . TRANSFORMING THE DEVELOPMENTAL WELFARE STATE IN THE REPUBLIC OF KOREA .Social Policy Series, No. 6, United Nations New York, 2003,pp01-41.

التوسع ، ويرجع الفضل في ذلك إلى التخطيط والتنفيذ الجيدين التوزيع وعادة التوزيع المتأصلة في توازن المصالح.

- تجربة تونس¹: تميزت تجربة تونس باعتمادها على الإرادة والرؤية السياسية عن طريق اعتماد سياسات اقتصادية منفتحة تدعمها سياسات اجتماعية تهدف إلى التخفيف العبء عن الفقراء ، وكذلك عن التخطيط المتكامل للسياسات الاقتصادية والاجتماعية ونتج عن ذلك ارتفاع ملحوظ في مؤشرات القدرة التنافسية للاقتصاد التونسي وفي مؤشرات التنمية البشرية ، وتطورت السياسة الاجتماعية في تونس في إطار مخططات التنمية ، وقد كانت فترة صياغة كل مخطط من المخططات فرصة لإجراء حوار عام وشامل وللتفكير الجماعي حول آفاق التنمية ، مما مكن تونس من تطوير جهاز تخطيط مجرب ومن اكتساب الخبرة المتراكمة على مستوى التنظيم والهيئة التقنية وكذلك على مستوى التقييم ومتابعة التنفيذ ، وقد التزمت هذه السلطات في كل الأوقات بعدم التمييز بين البعدين الاقتصادي والاجتماعي ، وتمر المخططات التنموية في تونس بأربع مراحل : تقييم نتائج المخطط السابق ، الإعداد التقني ، التشاور ، اتخاذ القرار.

¹ نبيلة حمزة. نماذج السياسات الاجتماعية: التجربة التونسية ودلالاتها. سلسلة دراسات السياسات الاجتماعية الرقم 02. الامم المتحدة ، نيويورك، 2003، ص ص 91-01.

من خلال نتائج الدراسات السابقة والتجارب الدولية في عملية تقييم السياسات الاجتماعية، نستخلص انه لتحقيق النتائج المرجوة من تقييم السياسة في مختلف البلدان سواء المتقدمة والنامية، يجب التعاون بين الأفراد والأسر والدولة في جميع المجالات، المجال الصحي، التعليمي، الإسكان والحماية الاجتماعية.

وللنهوض بقطاعات السياسة الاجتماعية يجب إلقاء الضوء على أوضاع وانجازات هذه القطاعات , والتعرف على نقاط القوة والضعف بها ,ومن ثم اتخاذ الإجراءات اللازمة لإعادة هيكلتها وإصلاحها وتطويرها.

الفصل الرابع :

واقع السياسات الاجتماعية في قطاعي
الصحة والتعليم بعينة الدراسة

مقدمة الفصل:

ان للصحة والتعليم دور بالغ الاهمية في التنمية الاقتصادية والاجتماعية وكذلك زيادة معدلات النمو الاقتصادي في الدول النامية والمتقدمة على حد سواء ، فهذين القطاعين احدهما يكمل الاخر ، لان صحة الانسان تؤدي الى تنمية راس المال البشري والاستثمار في راس المال البشري يؤدي الى تحسين الوضع الصحي للسكان ومنه تحقيق التنمية الاقتصادية والاجتماعية ، وفي الآونة الاخيرة انصب الاهتمام على التفاوتات في المؤشرات الصحية والتعليمية داخل الدولة نفسها وبين الدول ، حيث يتفاوت العمر المتوسط المتوقع ، معدلات الوفيات مثل وفاة الرضع ، معدلات انتشار الامراض مثل السمنة ومرض السكري وغيرها من الامراض المزمنة ، التفاوت في معدلات الالتحاق بالتعليم الابتدائي والثانوي والعالي الى اخره من المؤشرات الصحية والتعليمية ، ويرجع هذا التفاوت الى الخصائص الجغرافية والديمغرافية وعوامل اخرى كثيرة .

سنحاول في هذا الفصل محاولة تقييم القطاع الصحي والتعليمي، وذلك من خلال تحليل تطور بعض المؤشرات الصحية والتعليمية في الدول ذات التنمية البشرية المرتفعة وهي 30 دولة { الجزائر وتونس وموريشيوس ، البرازيل ، جامايكا، البيرو ، جمهورية الدومينيكان، كوستاريكا، كولومبيا، كوبا، الاكوادور، الميكسيك، بنما، الاوروغواي، أرمينيا اذربيجان،الصين،ايران ، الأردن، لبنان،ماليزيا، منغوليا،عمان، تايلاند ، كازاخستان، البانيا ، بلاروسيا، تركيا، بلغاريا، اكرانيا}.

1.القطاع الصحي في الدول محل الدراسة:

تلعب الصحة دوراً رئيسياً في الحفاظ على رفاهية الإنسان، وتحسين الظروف الاقتصادية، والمساعدة في التنمية الاجتماعية ودعم الحياة، ولذلك خططت معظم دول العالم لاستهداف تمويل قطاعها الصحية لضمان حصول جميع الناس على خدمات صحية مجانية أو اقتصادية في منطقتهم، كما قامت العديد من دول العالم (المتقدمة والنامية) بإدخال إصلاحات في القطاعات الصحية بخطوات ونظم مختلفة، الهدف الرئيسي لنظام إصلاح القطاع الصحي هو تحسين فعالية نظام الرعاية الصحية، وعلاوة على ذلك ، فإن فعالية نظام الرعاية الصحية ممكنة من خلال تحسين جودة الخدمة ، وتوليد موارد جديدة (بشرية ومالية ومادية) لنظام الرعاية الصحية.

1.1 الانظمة الصحية:

الأنظمة الصحية: « جميع المؤسسات والأشخاص والإجراءات التي تهدف في المقام الأول إلى تحسين الصحة. منظمة الصحة العالمية ، 2000 وتهدف إلى:

● تعزيز وتحسين الصحة للأفراد والمجموعات

● تجنب المخاطر على الصحة

● حماية الناس من الكوارث المالية كعواقب صحية

● توفير الوصول العادل إلى الرعاية الصحية

● تمكين الناس من المشاركة في القرارات التي تؤثر على صحتهم¹»

يشمل النظام الصحي جميع المنظمات والمؤسسات والموارد (العناصر) المكرسة لإنتاج الإجراءات الصحية. إن الهدف الأساسي للنظام الصحي هو حماية صحة الناس وتحسينها ، أي الاهتمام بصحة الناس. بالإضافة إلى المرضى والأسر والمجتمعات ، تلعب وزارات الصحة ومقدمو الخدمات الصحية ومنظمات الخدمات الصحية وشركات الأدوية وهيئات تمويل الصحة وغيرها من المنظمات أدوارًا مهمة مثل الإشراف وتقديم الخدمات الصحية وتمويل وإدارة الموارد.

غالبًا ما تشمل الرعاية الصحية عدم المساواة في إمكانية الوصول إلى الخدمات الصحية أو جودتها غالبًا ما يتم توفير تغطية الرعاية الصحية حالياً أو ذات نوعية جيدة مع التغطية الصحية الشاملة التي لا تزال غير متوفرة في العديد من البلدان حول العالم.

وفيما يلي سوف نعرض لمحة عن مختلف الانظمة الصحية في الدول المقارنة.

➤ **النظام الصحي البرازيلي:** يدير النظام الصحي البرازيلي SUS وهو نظام صحي موحد ، انشا في دستور عام 1988 ، بحيث يجب على الحكومة توفير الرعاية الصحية الشاملة المجانية كحق دستوري لـ 200 مليون برازيلي، ويعد النظام الصحي الموحد SUS واحدا من أكبر النظم العامة لرعاية الصحة في العالم، وتعمل الشركة علي الرغم من المشاركة العامة والخاصة علي حد سواء ، حيث انها تمويل أيضا القطاع الخاص الذي يؤدي مهام تكميلية لا يقوم بها القطاع العام. -النظام الطبي البرازيلي لا مركزي إلى حد كبير ، ويمنح البلديات الاستقلال الذاتي.

-تصل الرعاية الصحية العامة إلى نسبة 100٪ من السكان ، ولكن أي شخص يمكنه أن يتلقى رعاية صحية خاصة.

ومع ذلك ، كان القطاع الخاص يمثل 53 في المائة من مجموع النفقات الصحية في 2014.

-بلغت حصة الحكومات البرازيلية من مجموع النفقات 47 في المائة في 2014.²

¹Renaldo holder .building integrated health service delivery networks.. Health Systems 101: Reviewing the basics and agreeing

On the semantics July 28 - 30, 2015 , belize,p03.

² Rua joaquim floriano. the brazilian health care.sao paulo ,august 2015,p3-13.

➤ النظام الصحي الكولومبي : نظام الصحة الكولومبي معروف باسم "النظام الوطني للضمان الاجتماعي من أجل الصحة" معرف بموجب القانون 100 الذي أقره الكونغرس في 1993 ، ويخضع تنظيمه لمسؤوليه وزاره الصحة والمعهد الوطني لمراقبه النظام الصحة، وينقسم الى مستويين مختلفين: النظام المساهم ، الذي يستهدف السكان بالموارد ، والنظام المدعوم ، المصمم لضمان الرعاية الصحية لأفقر السكان، الأشخاص الذين ينتسبون إلى النظام المساهم ، يساهمون بنسبة 12 بالمائة من دخلهم المكتسب، يدفع صاحب العمل ثلثي المساهمة ويدفع الموظف الباقي، يتم اختيار هؤلاء الذين التحقوا في النظام المدعوم من خلال اختبار وسائلهم الاقتصادية، ويغطي النظام المدعوم أكثر السكان ضعفا مع قدرة اقتصادية أقل.

تتم إدارة نظام الرعاية الصحية بأكمله في عملية لامركزية ، مما يعني نقل الموارد السياسية والمالية والإدارية وكذلك صلاحيات اتخاذ القرار إلى الحكومات المحلية ، مما يجعل البلديات مسؤولة عن تعزيز الصحة والوقاية من الأمراض.¹

➤ النظام الصحي في كوستاريكا: وزاره الصحة العامة هي الحافظة الوزارية الكوستاريكية المسؤولة عن ضمان الصحة العامة، ومن بين مهامها أداره النظام الصحي في البلد ، والإشراف علي المستشفيات العامة وأداره الضمان الاجتماعي الكوستاريكية ، تتولي ادارة التأمينات الاجتماعية في كوستاريكا المسؤولية عن معظم قطاع الصحة العامة في البلد، ودورها في مجال الصحة العامة (بصفتها مديره المؤسسات الصحية) أمر أساسي في كوستاريكا ، إذ انها تؤدي جزءا هاما من عمله وضع السياسة الصحية الوطنية للدولة.²

➤ النظام الصحي الكوبي: النظام الصحي الكوبي عالمي ، مجاني و متاح لجميع المواطنين على جميع المستويات، وزارة الصحة العامة هي الهيئة الإدارية للنظام الصحي الوطني وتطبق جميع سياسات الدولة والحكومة فيما يتعلق بالصحة العامة وتطوير العلوم الطبية وصناعة الأدوية الطبية. يتم تمويل النظام الصحي في كوبا من ميزانية الدولة. يتلقى السكان خدمات وقائية وعلاجية وتأهيلية مجانية تتراوح بين الرعاية الأولية والرعاية الطبية الروتينية وطب الأسنان إلى الرعاية في المستشفيات التي تتطلب استخدام تقنيات طبية عالية التطور، يتكون النظام الصحي من شبكة من المؤسسات التي يسهل الوصول إليها وتوفر تغطية لنسبة 100٪ من السكان.³

¹ Fredrik Klintberg .health in developing countries -The determinants of health in Latin American and Caribbean countries. Supervisor: Carl Hampus Lyttkens, Professor, Department of Economics, School of Economics and Management, Lund University,june 2009,p17.

² Miguel saavedra.central America focus study panama and costarica. business sweden mexico city, august 2016,p18-22.

³ Susana M Borroto Gutiérrez, Tsutomu Mizota and Yasuyuki Rakue.comparison of fpur health systems; cuba, china,japan and the usa. Department of Social and Environmental Medicine, Institute for Tropical Medicine, NagasakiUniversity, Japan,2003,p939.

➤ النظام الصحي في جمهورية الدومينيكان: خلال العقود الاخيره ، شهدت الجمهورية الدومينيكية تحولات اقتصادية واجتماعيه كبيره. ومن المسائل الهامه بالنسبة لقطاع الصحة القانون المنشئ لنظام الضمان الاجتماعي الدومينيكي ، وكذلك قانون الصحة العامة. وقد ادخل هذان الاثنان في 2001 وأرسيا الأساس لإنشاء النظام الصحي الوطني ونظام الضمان الاجتماعي الدومينيكي. وينظم قانون الصحة العام جميع الانشطه التي تمكن الدولة من ضمان الحق في الصحة ، ويرسي القانون المنشئ لنظام الضمان الاجتماعي الدومينيكي الأساس لوضع نظام للحماية الاجتماعية يكون شاملا تغطيه. ويعزز هذا الأخير نمو التغطية التامنيه عن طريق المساهمات الاجتماعية التي يقوم بها أرباب العمل والدولة والعمال من أجل الفئات الأكثر انخفاضاً في الدخل (منظمه الصحة للبلدان الامريكيه ، 2007).

وبهذا الإطار القانوني الجديد ، تكون الدولة مسؤوله عن ضمان صحة جميع السكان والتكليف بالتحولات الضرورية بحيث تقسم وظائف النظام الصحي الوطني وتتولمها مختلف المؤسسات التي تتالف منه، وتتولي الهيئة الوطنية للتأمين الصحي مسؤوليه تمويل تقديم خدمات الرعاية الصحية للسكان ذوي الدخل المنخفض.

تكون نظام الضمان الاجتماعي من نظامين: الشركة المساهمة والتابعة، جزء المشاركة يعني أنه إلزامي لكل فرد دومينيكي عامل أن يدفع نسبة معينة من الراتب ، وهي 2,86٪ ويدفع صاحب العمل 6,67٪. من خلال القيام بذلك ، سوف يستفيد الموظف من تأمين كامل مع كل شيء ، حتى الأدوية، ومع ذلك ، هناك بعض المستشفيات والعيادات التي لا تزال لا تقبل هذا النوع من بوليصة التأمين، على نظام التأمين هذا ، يتم تغطية الجميع ، أولئك الذين يعملون والذين لا يعملون، والنظام الفرعي مخصص لأولئك الذين لا يعملون ، وكبار السن ، والأيتام ، بل والمهاجرين غير الشرعيين. من المقرر أن تغطي الولاية 100٪ من كل شيء لهؤلاء الأشخاص ، ويتم منحهم بطاقة ضمان اجتماعي خاصة تمنحهم الحق في الوصول إلى المستشفيات العامة ، أو العيادات الأخرى داخل هذا النظام مجاًناً، وهذا يشمل الأدوية التي يصفها الطبيب للمريض بدون هذا الضمان الاجتماعي ، لا يحق لك الحصول على رعاية صحية مجانية.

تقوم وزارة الصحة العامة والمساعدة الاجتماعية (SESPAS) بمهمة حماية صحة جميع الدومينيكيين، وهي تملك وتدير شبكة واسعة من المرافق وتوفر الرعاية الصحية بدون مقابل لنحورع السكان للخدمات المتنقلة. يتمتع معهد الضمان الاجتماعي الدومينيكي (IDSS) بأحد أدنى مستويات التغطية السكانية في أمريكا اللاتينية. يتم تسجيل 5٪ فقط من السكان الدومينيكيين ، مع تركيز كثيف في المدن الكبيرة ، في حين أن 12٪ من السكان يتم تغطيتها من قبل شركات التأمين الخاص خدمات

SESPAS موجهة بشكل جيد للأسر الفقيرة ، ولكن لا يزال هناك استخدام كبير لخدمات SESPAS من قبل السكان الأوفر حظاً.¹

➤ **النظام الصحي في الإكوادور الإكوادور** هي الآن واحدة من أفضل خمس دول في أمريكا اللاتينية التي تقدم خدمات الرعاية الصحية منخفضة التكلفة ولكن عالية الجودة، يختلف الضمان الاجتماعي عن نظام الرعاية الصحية العامة في الإكوادور ، بمعنى أنه يوفر خدمات الرعاية الصحية للعمال الذين لديهم عمل رسمي ، وهو إلزامي ينتمي إلى أصحاب العمل. وفي الوقت نفسه ، يوفر نظام الرعاية الصحية العامة العلاج الطبي المجاني لجميع المواطنين في البلاد في المستشفيات العامة دون الحاجة إلى موعد.

➤ **النظام الصحي في جامايكا:** يعاني نظام الرعاية الصحية في جامايكا من عدة مشكلات في بنيته التحتية ، وقد أثر ذلك على مدى توافر وجود هذه المؤسسات. اعتماداً على موقعك في جامايكا ، قد تكون مرافق الرعاية الصحية المتاحة لك محدودة نوعاً ما من حيث الكمية. في حين أن لكل أبرشية مستشفى صغير واحد على الأقل ، إلا أن الرعاية الشاملة في حالات الطوارئ لا تتوفر إلا في مدينتي كينغستون ومونتيجو باي. خارج نطاق المدن الكبرى أو في المناطق النائية من البلاد ، تكون خدمات الطوارئ محدودة من حيث الجودة والكمية.

الكل في الكل ، هناك حوالي ثلاثين مستشفى وعيادة في الجزيرة. للعثور على أقرب مكان لمكان إقامتك ، يرجى الرجوع إلى موقع وزارة الصحة الإلكتروني للاطلاع على خريطة لمواقع المستشفيات مع تفاصيل الاتصال.

معايير الرعاية الصحية والتأمين: من الممكن أن تجد الرعاية الصحية المتاحة في جامايكا أقل من المستوى المعتاد لك في بلدك ، وهذا ينطبق على المؤسسات العامة والخاصة على حد سواء. يجب أن تدرك أنه لا يمكن معالجة عدد من الحالات الصحية الخطيرة في الجزيرة ، والتي قد تتطلب منك في حالة الطوارئ أن يتم إجلاؤك ، إما إلى بلدك الأم أو إلى بلد أقرب لديه مرافق كافية.²

➤ **النظام الصحي المكسيكي :** على الرغم من جهود الإصلاح الأخيرة ، لا يزال المكسيكيون اليوم قادرين على الوصول إلى مستويات مختلفة من التغطية الصحية ، ويتلقون الرعاية الصحية من مؤسسات منفصلة مستقلة عن بعضها البعض.

القطاع العام مسؤول عن الرعاية الصحية للمستفيدين من مؤسسات الضمان الاجتماعي وكذلك من السكان خارج نظام الضمان الاجتماعي، يغطي التأمين الاجتماعي الرعاية الصحية للعاملين وأسرهم ويقدم مزايا مثل تأمين التقاعد، يغطي المعهد المكسيكي للضمان الاجتماعي (IMSS) موظفي القطاع

¹ Fredrik Klintberg. health in developing countries -The determinants of health in Latin American and Caribbean countries. op cit, p 19

² <https://www.internations.org/jamaica-expats/guide/living-in-jamaica-15737/healthcare-in-jamaica-3>

الفصل الرابع واقع السياسات الاجتماعية في قطاعي الصحة والتعليم بعينة الدراسة

الخاص الرسمي، يغطي معهد الضمان الاجتماعي والخدمات للعاملين في الدولة (ISSSTE) موظفي الحكومة الفيدرالية وحكومات الولايات، تغطي شركة النفط الوطنية (PEMEX) موظفيها. ويغطي معهد الضمان الاجتماعي للقوات المسلحة المكسيكية (ISSFAM) والأمانة البحرية (SEMAR) موظفي الجيش والبحرية. يتم تغطية السكان خارج الضمان الاجتماعي بواسطة نظام الحماية الاجتماعية للصحة (SPSS) من خلال التأمين الصحي الشعبي، الذي تقدمه وزارة الصحة الاتحادية والخدمات الصحية للدول (SESA)، من ناحية أخرى، يقدم القطاع الخاص الرعاية الصحية لمجموعة متنوعة من السكان (من الناس الذين يفتقرون إلى العمالة في القطاع الرسمي إلى السكان الأكثر ثراء)، كل منهم شراء مجموعة من خدمات الرعاية الصحية بتكلفة ونوعية مختلفة من المكاتب الطبية الخاصة والعيادات والمستشفيات وشركات التأمين.

يتكون النظام الصحي في المكسيك من ثلاثة أنظمة فرعية:

القطاع العام

1. الأمن الاجتماعي

2. وزارة الصحة والخدمات الصحية الحكومية

القطاع الخاص

3. شركات التأمين الطبي الخاص ومقدمي الخدمات في الممارسة الخاصة

مساعدة 20٪ والمستشفيات، بما في ذلك الطب البديل.¹

➤ **النظام الصحي في بنما:** يتم توفير الرعاية الصحية في بنما من خلال نظام من خلال الحكومة والقطاع الخاص، كما يتم تمويل القطاع العام من خلال وزارة الصحة (MINSAL) وصندوق الضمان الاجتماعي (CSS).

صندوق الضمان الاجتماعي (CSS) هو المؤسسة العامة المسؤولة عن الضمان الاجتماعي في بنما. وتتمثل مهمتها في توفير الضمان الاجتماعي لحاملي وثائق التأمين من خلال الخدمات الصحية الشاملة وسبل العيش الاقتصادية، وتمتلك بنما ثالث أكبر سوق للأدوية في أمريكا الوسطى.²

➤ **النظام الصحي في الأوروغواي:** تتوفر الرعاية الصحية الجيدة في جميع أنحاء أوروغواي، على الرغم من أن معظم أفضل خدمات الرعاية الصحية تقع في العاصمة مونتيفيديو ووزارة الصحة العامة (msp.gub.uy) تشرف على قطاع الرعاية الصحية العامة وكان تركيز وتنظيم الخدمات الصحية مركزاً ومركزياً داخل الوزارة، في عام 1987 تم إنشاء ASSE (Administración de los Servicios de Salud del Estado) كمنظمة عامة لامركزية في محاولة لتحسين كفاءة توفير الخدمات الطبية.

¹ Jacqueline Alcalde-Rabana .primary health care systems- "Case study from Mexico, I, National Institute of Public Health, Centre for Health Systems Research b. Institute for Health Metrics and Evaluation, UW,2017,p1-

²Miguel saavedra.central America focus study panama and costarica, op cit ,p18-22.

تشرف ASSE على شبكة من المستشفيات والمراكز الصحية والعيادات الشاملة وأطباء العائلة في جميع أنحاء البلاد، العضوية في ASSE ليست إلزامية ، وبغض النظر عن الظروف السابقة أو العمر ، فإن الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية متاح للجميع ومجاني للعاطلين عن العمل والأجور العاملين. يحصل الأشخاص ذوو الدخل المنخفض على كارني غراتيتو ، وهي البطاقة التي تؤهلهم للحصول على الرعاية الصحية المجانية. لا يُشترط عليهم المساهمة في الدفع مقابل أي خدمات أو أدوية. أولئك الذين يصنفون كطبقة متوسطة أو أعلى يعطون كارني بونيفادو ويطلب منهم المساهمة بدفع مقابل كل حادث رعاية طبية ، أو اختياريًا يمكن أن يدفعوا قسط شهري، تم تصميم هذا النظام لمنح الجميع إمكانية الوصول إلى الرعاية الطبية .

تغطي المنظمات الخاصة غير الربحية أكثر من 52٪ من احتياجات الرعاية الصحية لسكان أوروغواي. وهي تتألف من عدد من الجمعيات التي تعمل بشكل مستقل وتتفاوت في حجمها من مستشفى واحد إلى شبكة من المستشفيات والعيادات ومكاتب الأطباء. معظم الرعاية هم جزء من القوى العاملة الرسمية. ➤ **النظام الصحي في البيرو :** لدى بيرو نظام لا مركزي ، حيث تدير 5 كيانات الرعاية الصحية، وهناك نظام عام يسمى "seguro" ، الذي يحق لجميع مواطني بيرو الحصول عليه إذا لم تكن لديهم خيارات أخرى للتأمين الصحي، وتغطي الهيئة التي تديرها وزارة الصحة حوالي 60 في المائة من المؤمن عليهم ، وهناك حوالي 20-30 في المائة من السكان المؤمن عليهم يتمتعون بتغطيته الضمان الاجتماعي التي تسمى "essalud" وهي متصلة بالعمل، وهناك 4-10 في المائة آخرون من المؤمن عليهم لديهم رعاية صحية عن طريق الخدمات المسلحة أو الشرطة الوطنية أو التأمين الخاص.

يتم تمويل التأمين الصحي الوطني للضمان الاجتماعي (EsSalud) من خلال المساهمة القائمة على الدخل بنسبة 9٪ من أصحاب العمل ، يشكل العاملون في القطاع الرسمي والمتقاعدون 75٪ و 17٪ من المستفيدين من برنامج EsSalud .

تدير MINSA أكبر شبكة من مقدمي الخدمات ، بما في ذلك المستشفيات المتوفرة لجميع الأشخاص ، بغض النظر عن التغطية التأمينية. كما تدير وزارة الصحة والتعليم مراكز الرعاية الصحية الأولية ، التي تخدم مناطق السكان عالية الكثافة ومتوسطة الكثافة ، والمراكز الصحية التي تخدم المناطق الريفية. بالإضافة إلى ذلك ، يتم إدارة نظام التأمين SIS بواسطة MINSA. ويستفيد المستفيدون من نظام معلومات الإدارة من تسهيلات مينيسا ، التي تُدفع لهم تكاليف إضافية مقابل توفير الخدمات المغطاة ، يتم تصنيف المسجلات SIS حسب الدخل، يحصل الأشخاص ذوو الدخل الأقل على تأمين مدعوم بالكامل ، بينما يكون آخرون مؤهلين للحصول على خطط نصف الاشتراكات¹.

➤ **النظام الصحي في البانيا :** تم إنشاء HII في عام 1994 على أساس القانون رقم 7870.8 تم تنظيم HII ككيان قانوني مستقل ومسؤول مستقل عن صندوق التأمين الصحي من اجل الادارة الصحية و يستفيد جميع مواطني جمهورية ألبانيا من خطط التأمين الصحي ، سواء كانت فئات مساهمة أو

¹ Angela Spencer .Peru's Health System. MBA Portland State University April 11, 2016,p05.

ضعيفة ، لأن الدولة تساهم في الفترة اللاحقة، يؤكد العقد على زيادة جودة الرعاية الصحية المقدمة للمرضى ، من خلال بناء قدرات أفراد الرعاية الصحية. سيتم تحقيق ذلك من خلال المشاركة النشطة للأطباء في نظام التعليم الطبي المستمر ، كأحد أولويات سياسات تمويل HII، هناك طريقة أخرى لتحسين جودة الخدمات الصحية وهي الدافع المالي للعاملين في المجال الصحي بناءً على أداء كل شخص ومساهمته.

لا يزال قطاع المستشفيات العامة غير متطور في حين أن القطاع الخاص ينمو دون تنظيم مناسب، وقعت وزارة الصحة عقدًا في يناير 2014 لإنشاء نظام السجل الصحي الإلكتروني الوطني (NEHR) ولكن لا تزال هناك حاجة إلى تأمين الموارد المالية اللازمة، لم يتم بعد اعتماد مسودة الاستراتيجية الصحية لسبب أو لآخر، بدأت الخدمات مجزأة وأعطيت أولوية أعلى لكمية الخدمات ، مقارنة بنوعية مفهوم الصحة بشكل عام. إن الرؤية الجديدة لاستراتيجية الرعاية الصحية في ألبانيا هي الدافع وراء مشاركة حكومية واسعة في هذا القطاع في المشاريع المتقدمة والخطط المستقبلية.¹

➤ **النظام الصحي في بلاروسيا:** أنشأت بيلاروس نظام الرعاية الصحية ، الذي يشمل تغطية كاملة للرعاية الطبية التي توفرها موارد الميزانية ، والتنظيم الحكومي والتخطيط مع تنفيذ برامج الدولة المعقدة في مجال الصحة العامة. قطاع الصحة هو أحد القطاعات ذات الأولوية لحكومة بيلاروسيا ويتم تغطية غالبية النفقات الصحية في بيلاروسيا من قبل الدولة. يتم تمويل الصحة العامة في الغالب من الضرائب ، وأكثر من 77٪ من مجموع النفقات الصحية هي من ميزانية الدولة و 23٪ مدفوعات على نفقة خاصة في الغالب هي المدفوعات المشتركة للمستحضرات الصيدلانية التي يغطيها العيادات الخارجية. ويستند تمويل تدابير الوقاية من الأمراض القلبية الوعائية المستندة إلى السكان وإعادة التأهيل القلبي إلى مخصصات الميزانية، على مدى السنوات الماضية ، أعطت بيلاروسيا الأولوية لتمويل وتطوير الرعاية الطبية المتخصصة والمتخصصة في الأمراض القلبية الوعائية ، وهذا بدوره ساهم في تحسين النتائج للأحداث الحادة ذات الصلة مثل احتشاء عضلة القلب (AMI) وانخفاض معدل الوفيات بسبب الأمراض القلبية الوعائية. الأدوية الأساسية للوقاية والسيطرة الفعالة على الأمراض القلبية الوعائية متوفرة على نطاق واسع.²

➤ **النظام الصحي في بلغاريا:** يتم تمويل قطاع الرعاية الصحية في بلغاريا بشكل أساسي من خلال نظام التأمين الصحي الإجباري الذي يديره صندوق التأمين الصحي البلغاري (BHIF)، يجمع الصندوق مساهمات من السكان العاملين وتقوم الحكومة بتسديد الدفعات نيابة عن الأشخاص المعفيين ، مثل كبار السن والعاطلين عن العمل والمعالمين، ازدادت ميزانية الرعاية الصحية في بلغاريا لعام 2018

¹Alba Robert Dumi .Developments in financing and reforming the health care system in Albania, the road ahead. Institute for European Studies, University of Tirana, Albania, Science Journal of Public Health, Published online May 29, 2015 ,p15

² Olga Pavlova .Country report Belarus. – February 2017, Head of Scientific Laboratory of Arterial Hypertension, Republican Scientific and Practical Center «Cardiology», Minsk, Belarus,p1-10.

بمبلغ 235 مليون دولار أمريكي ، أي ما يقدر بنحو 4.3 في المائة من الناتج المحلي الإجمالي أو 2.2 مليار دولار أمريكي في عام 2018 وهو ما زال أقل بكثير من ميزانيات الرعاية الصحية في بلدان أوروبا الغربية الرئيسية الأخرى.

المؤسسات المسؤولة عن المراقبة التنظيمية لقواعد وقواعد دخول السوق هي وزارة الرعاية الصحية (www.mh.government.bg) ، الصندوق الوطني للتأمين الصحي (www.nhif.bg) ، المعهد الوطني البيطري (www.vetinst.bg) ، وكالة سلامة الأغذية البلغارية (babh.government.bg/en).

➤ **النظام الصحي في اكرانيا:** في عام 1991 ، ورثت أوكرانيا نظامًا صحيًا شاملاً ومركزيًا للرعاية (نظام هرمي ، خاضع للرقابة الوطنية) ، والذي لم يكن من الممكن الحفاظ عليه من خلال الانكماش الاقتصادي الذي أعقب الاستقلال ، كانت هناك الكثير من اللامركزية في النظام منذ الاستقلال ؛ ومع ذلك ، في معظم النواحي الأخرى ، لا يزال النظام غير مُصَلح بشكل كبير ، أدت اللامركزية إلى حد كبير إلى تمرير القوى الوظيفية والإدارية إلى 27 منطقة وعلى المستوى المحلي (انظر القسم 1.1). السلطات الصحية الإقليمية والمحلية مسؤولة عن مرافق الرعاية الصحية في أراضيها وهي تابعة لوزارة الصحة وظيفياً ، ولكن مسؤولة إدارياً ومالياً أمام الحكومات الإقليمية والمحلية. تم إلغاء اللامركزية من خلال الخصخصة إلى حد كبير من قبل أحكام الدستور التي تحظر الحد من الشبكة الحالية لمرافق الرعاية الصحية المملوكة للقطاع العام، القطاع الخاص في النظام الصحي الأوكراني صغير من الناحية التنظيمية ويتألف في الغالب من الصيدليات ، ومرافق التشخيص والأطباء الممارسون من القطاع الخاص.

يأتي معظم التمويل الصحي من الإيرادات الحكومية العامة التي يتم جمعها من خلال الضرائب (ضرائب القيمة المضافة ، ضرائب دخل الأعمال ، التجارة الدولية والضرائب غير المباشرة). ضريبة الدخل الشخصية ليست مساهمة كبيرة في إجمالي الإيرادات. تمثل المدفوعات من الجيب لمعظم النفقات الصحية الأخرى ؛ على الرغم من وجود بعض خطط التأمين الصحي التطوعي ، إلا أن تأثيرها هامشي ، حيث يساهم بنسبة أقل من 1٪ في النظام. يتم تجميع أموال الميزانية على المستويين الوطني والمحلي ، حيث تحتفظ الحكومات المحلية بنسبة من الضرائب التي يتم جمعها في أراضيها، وهناك أيضاً عمليات نقل بين الميزانية لتعزيز موارد السلطات المحلية الأفقر التي لا تستطيع جمع المزيد من الإيرادات، ومع ذلك ، يتم تقويض تقدمية نظام الضرائب في أوكرانيا من قبل حجم اقتصاد (ما يصل إلى 40 ٪ من الناتج المحلي الإجمالي).

➤ **النظام الصحي في تركيا:** يدار قطاع الرعاية الصحية في تركيا من قبل الحكومة من خلال وزارة الصحة (MOH) والجامعات والمنظمات شبه العامة الأخرى، ومع ذلك ، فإن الحكومة تشجع القطاع الخاص على الاستثمار في قطاع الرعاية الصحية والحصول على دور أوسع ، مما أدى بالتالي إلى عدد المستشفيات الخاصة التي بلغت 503 في عام 2011 ، مقارنة مع 271 مستشفى خاص في عام 2002.

الفصل الرابع واقع السياسات الاجتماعية في قطاعي الصحة والتعليم بعينة الدراسة

خضع قطاع التأمين الصحي التركي لعملية توطيد خلال الفترة 2006 - 2008 ، من أجل دمج مقدمي الخدمات الحاليين تحت مظلة مركزية واحدة ، هي "Sosyal Sigortalar Kurumu" (SSK) أو منظمة التأمين الاجتماعي) ، وتوفير تغطية فعالة لجميع المواطنين.

تملك وزارة الصحة حوالي 57.8 ٪ من جميع المستشفيات في تركيا وتديرها توفر هذه المستشفيات خدمات الرعاية الصحية الأساسية ، وكذلك مراكز المرافق المتخصصة.

وقد ظلت مستشفيات القطاع الخاص تنمو باطراد علي مدي العقد الماضي ، لتصبح ثاني أكبر مساهم في السوق ، بدعم من نمو التأمين الطبي الخاص وزيادة الاستثمار الأجنبي المباشر في الرعاية الصحية.¹

➤ النظام الصحي في الجزائر: تمتع الجزائر بنظام رعاية صحية متطور نسبياً مقارنة بالعديد من البلدان الأفريقية الأخرى، لذا إذا كنت تنوي الانتقال إلى هناك ، فلا ينبغي أن يكون الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية مشكلة رئيسية، يمكنك الاختيار من بين العديد من المستشفيات ومؤسسات الرعاية الصحية الأخرى التي تقدم خدمات الرعاية الصحية العادلة، ولكن يُنصح أيضًا بالاشتراك في التأمين الصحي بمساعدة رب عملك.

نظام الرعاية الصحية: يتكون نظام الرعاية الصحية في الجزائر من هياكل مختلفة ، وهي الهياكل الإدارية والعلمية والتقنية. وتتألف هذه المكاتب من المكاتب الرئيسية لإدارة الصحة ، والهياكل المتخصصة المستقلة ، وخمس مناطق صحية إلى جانب خمسة مجالس صحة إقليمية ، وعدد كبير من المراكز الصحية الإقليمية ، و 48 إدارة صحية وسكانية (واحدة لكل قسم) ، و 13 مستشفى جامعي ، و 31 مستشفى متخصص ، خدمة الطوارئ ، اللجان الطبية الوطنية ، مجلس الأخلاقيات الطبية ، المجلس الوطني لأخلاقيات العلوم والصحة في العلوم الصحية ، الجمعيات الصحية ، بالإضافة إلى نقابات المهنيين الصحيين والنقابات.

وإلى جانب هذه المنظمات ، تعمل مؤسسات أخرى تابعة أيضا تحت رعاية وزارة الصحة ، وهي الوكالة الوطنية للتوثيق الصحي ، والوكالة الوطنية للدم ، والمركز الوطني لعلم السموم ، والمدرسة الوطنية للصحة العامة (NPHS) ، والتدريب الوطني للتعليم الطبي. المعهد الوطني للصحة العامة (INSP) ، ومعهد باستور بالجزائر ، وصيدلية المستشفيات المركزية ، والجمعيات الصحية ، والمدارس شبه الطبية ، إلخ.

الحصول على الرعاية الصحية: يتكون نظام الرعاية الصحية العامة من 185 مستشفى و 13 مستشفى جامعي ، ناهيك عن العيادات الشاملة ومراكز الرعاية الصحية. علاوة على ذلك ، تستضيف البلاد 91 عيادة وظيفية يمكن أن تستوعب حوالي 2000 مريض. كما يجري بناء بعض العيادات بينما لا يزال البعض الآخر في طور الإعداد. لاحظ أن معظم الأطباء وموظفي المستشفى يتحدثون الفرنسية ، على المستويين العام والخاص.

¹ Mansoor Ahmed .turkey health care overview. MAS,MSc Director | Development Solutions Healthcare | Education,2014,p1-

الفصل الرابع واقع السياسات الاجتماعية في قطاعي الصحة والتعليم بعينة الدراسة

يتم تمويل نظام الصحة العامة من خلال مساهمة الدولة الشاملة ، إلى جانب صندوق التأمين الاجتماعي للموظفين الوطنيين ، وهو الصندوق الاجتماعي للأتعاب الاجتماعية ، والمساهمات العائلية. هذه هي الطريقة التي يتم توفير الرعاية الصحية العلاجية والوقائية من حيث التشاور ، والطب ، والاستشفاء ، وما إلى ذلك ،. في نظام الرعاية الصحية الخاص ، ومع ذلك ، يتم أخذ خدمات الرعاية الصحية المقدمة من قبل المريض نفسه.

وأخيراً ، فإن الموظفين الأجانب في الجزائر مؤهلون أيضاً للحصول على الضمان الاجتماعي. ولكن يوصى بأن يشتركوا في تأمين صحي خاص سيغطي 80٪ من النفقات الطبية المتكبدة في المستشفيات العامة أو مراكز الرعاية الصحية.

تأمين صحي: يجب أن يهتم صاحب العمل باشتراكك في Caisse Nationale d'Assurances Sociales des Travaillateurs Salariés إذا كنت تعمل في الجزائر. بعد ذلك ، سوف تقدم مساهمة شهرية قدرها 1.5 ٪ والتي سيتم خصمها من راتبك في حين أن صاحب العمل الخاص بك سوف يساهم بنسبة 12.5 ٪. لاحظ أن جميع الموظفين في الجزائر مؤهلون للحصول على الضمان الاجتماعي. ولكن يمكنك أيضاً الاشتراك للحصول على تأمين صحي خاص.

جودة الرعاية: خدمات الرعاية الصحية في الجزائر غير متكافئة إلى حد كبير وقد انتقدتها السكان المحليون منذ فترة طويلة. في الواقع ، هناك طبيب لنحو 1200 شخص وصيدلي واحد لمعدل 8000 نسمة. علاوة على ذلك ، يتم تشجيع الممارسين على إحالة المرضى إلى المنشآت الخاصة للرعاية البيولوجية والإشعاعية ، وكذلك للإدخال إلى المستشفى. في الواقع ، العيادات الخاصة مجهزة بشكل أفضل للمرضى الذين يحتاجون إلى رعاية طبية مسبقة.

ومع ذلك ، يتم تقديم خدمات الرعاية الصحية المجانية على مدار الساعة طوال الأسبوع بفضل المساهمات المقدمة من الحكومة إلى جانب السكان. علاوة على ذلك ، تركز وزارة الصحة حالياً على برامج الوقاية المتعلقة بالأمراض المعدية.

ومع ذلك ، مع مساهمات الموظفين وأرباب العمل في التأمين الاجتماعي ، يتم توفير الرعاية الصحية المجانية بشكل مستمر. وبالإضافة إلى ذلك ، توجد مرافق صحية في جميع الإدارات ، مما يتيح تغطية صحية متماسكة جغرافياً. وأخيراً ، تركز وزارة الصحة الجزائرية على برامج الوقاية من الأمراض السارية.¹

➤ **النظام الصحي في تونس:** تدير نظام الرعاية الصحية التونسي وزارة الصحة العامة في تونس، في القطاع العام ، يتمتع التونسيون بقرب الوصول الشامل إلى الرعاية الصحية الأساسية ، رغم أن الوصول إلى الرعاية المتخصصة في المناطق الريفية هو أكثر محدودية. يعمل معظم المتخصصين البارزين في تونس في القطاع العام في جامعات البلاد الواقعة في المدن الكبرى، يتم تمويل نظام

¹ "http://www.expat.com/en/guide/africa/algeria/12337-health-care-in-algeria.html"

الفصل الرابع واقع السياسات الاجتماعية في قطاعي الصحة والتعليم بعينة الدراسة

الرعاية الصحية العامة من خلال مساهمات دافعي الضرائب ، وهو متاح لجميع التونسيين. تونس حالياً لديها فائض من المهنيين الطبيين. لسوء الحظ ، يتم تدريب العديد من الأساليب القديمة ، وسوف تتطلب المزيد من التدريب قبل الهجرة.

ونتيجة الضغط الواضح على نظام الرعاية الصحية العامة ، أصبحت الرعاية الصحية الخاصة أكثر انتشاراً. كقاعدة عامة ، تكون العيادات الخاصة ذات جودة أعلى بكثير من المستشفيات العامة ، وغالباً ما يكون لديها معدات أفضل وأطباء وممرضين مؤهلين. معظم المغتربين والزوار يستخدمون العيادات الخاصة ، والتي هي من العيار المماثل لكبار المراكز الطبية في أوروبا الغربية. ومع ذلك ، هذه هي خيار أكثر تكلفة بكثير.

نظام الرعاية الصحية: في المجموع ، تستضيف تونس حوالي 2000 مركز رعاية صحية أساسية ، و 180 مستشفى ، بالإضافة إلى أكثر من مائة مؤسسة رعاية صحية خاصة مثل العيادات. بشكل عام ، تتوفر خدمات الطوارئ في المستشفيات والعيادات على مدار الساعة طوال أيام الأسبوع ، مما يوفر رعاية صحية عالية الجودة للمرضى.

بالنسبة للزيارة العامة ، ستحتاج إلى حوالي 25 إلى 30 دينار بينما يمكن أن تستغرق زيارة الطبيب المتخصص حوالي 35 إلى 40 دينار. لاحظ ، علاوة على ذلك ، أن معظم المستشفيات والأطباء يفضلون المدفوعات النقدية.

عندما يتعلق الأمر بشراء الأدوية ، سوف تحتاج إلى وصفة طبية للأدوية الخاضعة للمراقبة. ومع ذلك ، يمكن الحصول على الأدوية الشائعة بسهولة في الصيدليات ، والتي يكون بعضها في الغالب تحت الطلب في الليل.

الرعاية الصحية العامة: يعتبر Caisse Nationale d'Assurance Maladie مسؤولاً عن كل ما يتعلق بالصحة في تونس. كنظام للحماية الاجتماعية ، ينطبق على جميع السكان وهو إلزامي، تعتمد الخدمات على كل فئة اجتماعية ومهنية:

ويشمل القطاع غير الزراعي مخططاً عاماً ومخططاً إضافياً وآخرًا للعاملين لحسابهم الخاص، كما يتم تغطية العمال الزراعيين والمزارعين.

الرعاية الصحية الخاصة: لا يغطي نظام الرعاية الصحية العام سوى بعض الخدمات التي يقدمها نظام الرعاية الصحية الخاص. في الواقع ، فإن معظم أطباء العيون وأطباء الأسنان متوفرة في القطاع الخاص. وبالتالي ، فإن التونسيين لا يترددون في طلب الخدمات الصحية الخاصة من أجل التمتع بالرعاية الصحية الجيدة.¹

¹ "http://www.expat.com/en/guide/africa/tunisia/14314-health-care-in-tunisia.html"

الفصل الرابع واقع السياسات الاجتماعية في قطاعي الصحة والتعليم بعينة الدراسة

➤ **النظام الصحي في موريشيوس** : تقدم موريشيوس خدمات الصحة العامة في جميع أنحاء البلاد مجاناً في نقطة الاستخدام لجميع سكانها البالغ عددهم 1.2 مليون نسمة. كما أن لديها قطاع خاص راسخ.

القطاع الخاص الذي يمتص 32٪ من إجمالي الإنفاق على الصحة في البلاد ، يعمل فيه أكثر من 400 طبيب ويوفر الخدمات الأولية والثانوية مع 14 عيادة خاصة ، ما يقرب من 600 سرير ، 20 مختبرات طبية خاصة و 275 صيدلي خاص. في غضون عام ، يمتلك القطاع الخاص 27000 طلب للعلاج داخل المستشفى ، ويتعهد بإجراء 13000 عملية جراحية ويقدم أكثر من 2000 طفل. في السنوات الأخيرة ، تغير نمط المشاكل الصحية في موريشيوس بشكل كبير. لقد تم القضاء على الأمراض المعدية في الماضي إلى حد كبير. انخفض معدل النمو السكاني إلى أقل من 1٪ في السنة ؛ ازداد توقع الحياة بمعدل ثلاثة أشهر في السنة على مدار الأربعين سنة الماضية. لكن البلاد تواجه الآن مشاكل متنامية من الأمراض غير المعدية بما في ذلك أمراض القلب والسكري والسكتة الدماغية والسرطان والتبغ والأمراض المرتبطة بالكحول والأمراض العقلية.¹

➤ **النظام الصحي في أرمينيا** : يركز نظام الصحة العامة في أرمينيا في المقام الأول على مكافحة الأمراض المعدية في إطار SHAEI، ويعتبر تعزيز الصحة حول قضايا نمط الحياة مثل استهلاك التبغ والكحول مجزأً ، ولكن منذ إعادة التنظيم في عام 2012 ، يتحمل SHAEI أيضاً مسؤولية مكافحة الأمراض غير السارية. يتم دمج غالبية الخدمات الوقائية (بما في ذلك التحصين) وأنشطة تعزيز الصحة مع خدمات الرعاية الأولية. توصي وزارة الصحة بأن يخضع المواطنون الأرمينيون لفحص طبي وقائي مرة واحدة في السنة على الأقل ، و 19٪ من الرجال و 25٪ من النساء قاموا بذلك في السنوات الثلاث الأخيرة.²

➤ **النظام الصحي في إيران**: تم إجراء تغييرات كبيرة منذ آخر أربعين سنة في نظام الرعاية الصحية في إيران. تم إدخال مديرية الصحة العامة (منظمة شبه مستقلة) إلى جانب وزارة الصحة (MOH) ، للتعامل مع القضايا الوقائية. تغيير آخر هو مدخل ممثل القطاع الخاص في وزارة الصحة ، وزيادة وتعزيز القطاعات الصحية الخاصة. وعلاوة على ذلك ، تجريب نظام الإدارة الجديد في النظام الصحي الذي أدى إلى إنشاء منظمة صحية إقليمية في المحافظات.

يتكون النظام الصحي في إيران من ثلاثة مستويات. يتكون المستوى الأول من الخدمات العلاجية المتخصصة ، التي تقع وتؤمن الخدمات الصحية في المدن الضخمة والمناطق الحضرية. يتم توفير هذه الخدمات من قبل القطاعين العام والخاص وتلعب دوراً مميزاً ، يركز المستويان الآخران على خدمات الرعاية الصحية الأولية في المناطق الريفية والمحرومة والمناطق النائية. يتم تقديم الرعاية الصحية الأولية على مستوى المنطقة من المراكز الصحية بالمقاطعة (DHC) والمستشفى العام بالمقاطعة والمراكز الصحية

¹ ministry of health quality of life .white paper on health sector and development reform . 2002,p20-25

² Erica Richardson .Armenia: health system review. Health systems in transition . European Observatory on Health Systems and Policies,2013,p09

الفصل الرابع واقع السياسات الاجتماعية في قطاعي الصحة والتعليم بعينة الدراسة

الريفية – الحضرية، يتم توفير مرافق الرعاية الصحية الأولية من قبل القطاع العام وهي مجانية تقريباً. وعلاوة على ذلك ، تنقسم الرعاية الصحية الأولية إلى وحدات محيطية وتسمى "البيت الصحي" أو "المركز الصحي"، تتضمن هذه الشبكة نظام إحالة يفتح في مراكز الرعاية الأولية في المحيط الخارجي ويعمل من خلال مستشفيات المستوى الثانوي في العاصمة الإقليمية ومستشفيات التعليم العالي في المدن الكبرى.¹

➤ **النظام الصحي في أذربيجان:** يتميز الهيكل الرسمي للنظام الصحي بدرجة عالية من المركزية والتسلسل الهرمي ويتم اتخاذ معظم القرارات المتعلقة بالمبادرات الرئيسية للسياسة الصحية على المستوى الوطني. تتحمل وزارة الصحة المسؤولية النهائية رسمياً عن إدارة النظام الصحي ، لكن لديها وسائل محدودة للتأثير على مقدمي الرعاية الصحية على المستوى المحلي لأنهم يعتمدون مالياً على السلطات الصحية المحلية أو سلطات القرى على الخدمات الريفية الأصغر. لدى سلطات المقاطعة وإدارة مستشفى المنطقة المركزية مسؤوليات إدارية مباشرة لمزودي الخدمات الصحية في منطقتهم. كما يوجد قدر كبير من خدمات الرعاية الصحية الموازية خارج نطاق تأثير وزارة الصحة ، حيث يخضع مقدمو الخدمات المالية وتمولهم من خلال وزارات أخرى أو مؤسسات حكومية، القطاع الخاص مرخص من قبل وزارة الصحة ولكنه مستقل بشكل كامل تماماً ، كما أن توفير الخدمات الخاصة هو سمة متنامية في النظام.²

➤ **النظام الصحي في الأردن:** يمتلك الأردن نظام رعاية صحية متقدم، وصنف البنك الدولي البنك الدولي على أنه مقدم خدمات الرعاية الصحية رقم واحد في المنطقة ومن بين أفضل خمس شركات في العالم، ينقسم نظام الرعاية الصحية في البلد بين المؤسسات العامة والخاصة. في القطاع العام ، تدير وزارة الصحة 1245 مركز رعاية صحية أساسية و 27 مستشفى ، تمثل 37 في المائة من جميع أسرة المستشفيات في البلد ؛ تدير الخدمات الطبية الملكية في الجيش 11 مستشفى ، وتوفر 24 في المائة من جميع الأسرة، يوفر القطاع الخاص 36 في المائة من جميع أسرة المستشفيات ، موزعة بين 56 مستشفى.

إن الرعاية الصحية المقدمة في الأردن ذات جودة عالية جداً ، وقد تمت الموافقة عليها من خلال العديد من الاعتمادات الدولية والمحلية التي حصلت عليها معظم المستشفيات في البلاد. لدى الأردن مجلس اعتماد خاص به للرعاية الصحية ، وهو معتمد من قبل ISQua ، مما يضمن أن الرعاية الصحية في البلاد تفي بالمعايير الدولية.

➤ **النظام الصحي في لبنان :** إن نظام الرعاية الصحية اللبناني يعاني من زيادة طاقته بسبب العدد المتزايد من اللاجئين السوريين الذين يسعون للعلاج في البلاد ، بالإضافة إلى نظام التأمين الصحي

¹ Laila Aslam .Analysis of Pakistan and Iran Health Care Delivery System. MScN student at Aga Khan University School of Nursing and Midwifery Karachi, Pakistan,2014,309-311

² Erica Richardson .Azerbaijan: Health system review . London School of Hygiene and Tropical Medicine,2010,p10

الفصل الرابع واقع السياسات الاجتماعية في قطاعي الصحة والتعليم بعينة الدراسة

المشوه. يرتبط النظام بدرجة كبيرة بالجوانب الاقتصادية والسياسية والاجتماعية والديموغرافية للبلاد. في الواقع ، يعاني نظام الرعاية الصحية ، ومعظم حالات الاستشفاء ، من أوجه قصور مختلفة ، مثل عدم كفاية الأموال ، وتضخيم الخدمات الخاصة ، وعدم كفاية الرعاية الصحية العامة.

توفير الرعاية الصحية العامة يتطلب توفير العلاجات المكلفة طويلة الأجل. وعلى هذا النحو ، فإن الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي (NSSF) ، وهو نظام التأمين الاجتماعي اللبناني ، الذي يوفر للموظفين تغطية تأمينية ومعاشات تقاعدية ، يسجل عجزاً منذ عدة سنوات. وبما أن القطاع العام أثبت أنه غير فعال وغير كاف ، فقد كفل القطاع الخاص سد الفجوة. في أحدث إحصاءاتها لعام 2016 ، كشفت وزارة الصحة العامة أنه في جميع مناطق البلاد ، فإن عدد المستشفيات العامة هزيل بالمقارنة مع المستشفيات الخاصة. تم تسجيل أكبر فجوة في جبل لبنان حيث توجد 5 مستشفيات عامة فقط مقارنة بـ 47 مستشفى خاص ، تليها منطقة البقاع مع 5 مستشفيات عامة مقابل 21 مستشفى خاص. في الواقع ، يدفع المرضى 15٪ من الفواتير الطبية في المستشفيات الخاصة مقابل 5٪ في المستشفيات العامة.¹

➤ **النظام الصحي في ماليزيا:** يتكون نظام الرعاية الصحية الماليزي من مسارين: مقدمي الرعاية الصحية في القطاعين العام والخاص. تقع مسؤولية تنظيم خدمات الرعاية الصحية العامة والخاصة تحت إدارة وزارة الصحة. بالإضافة إلى ذلك ، توفر وزارة التعليم ثلاثة مستشفيات تعليمية مرتبطة بمدارس الطب العام التي تدرب الأطباء في خدمات المستشفيات ومسؤولة عن تدريب موظفي الرعاية الصحية والبحوث الطبية. أما الجهات الحكومية الرئيسية الأخرى المشاركة في إدارة الرعاية الصحية فهي: (أ) وزارة الدفاع التي تحتفظ بمرافق صحية لاحتياجات أفراد القوات المسلحة وأسرههم ؛ (ب) إدارة شؤون السكان الأصليين في وزارة الإسكان والحكومة المحلية التي تقدم خدمات الصحة البيئية داخل حدود المجالس المحلية ؛ (ج) إدارة الرعاية الاجتماعية في وزارة شؤون المرأة والأسرة وتنمية المجتمع التي توفر الرعاية الطويلة الأجل للمسنين في دور الرعاية ؛ (د) وزارة الداخلية التي تدير عدة مرافق لإعادة تأهيل المخدرات في الاقتصاد.

لا تزال ماليزيا متخلفة عن اقتصادات شرق آسيا ومنظمة التعاون الاقتصادي والتنمية من حيث الإنفاق على الرعاية الصحية لكل ناتج محلي إجمالي ، يظهر نصيب نفقات الرعاية الصحية لكل الناتج المحلي الإجمالي لماليزيا اتجاهاً تصاعدياً من 3 في المائة في عام 2000 إلى 4.2 في المائة في عام 2014. وعلى الرغم من أنه يظهر اتجاهاً تصاعدياً ، كان إنفاق الرعاية الصحية في ماليزيا أقل بكثير مقارنة بالشرق اقتصادات آسيا و OECD.

¹Dina Antonios .The Lebanese Healthcare Sector: In Urgent Need of Reforms. Research Analyst, April 20, 2018,p01-05.

➤ النظام الصحي في منغوليا: تقليدياً ، تم إجراء الطب في منغوليا من قبل الشامان ، والمعالجين البوذيين المنغوليين ، والعلاج بالوخز بالإبر ، و bonesetters ، والمعالجين الريف. يستمر هذا التقليد اليوم ، حيث أن معظم المستشفيات العامة في منغوليا لديها أجنحة حديثة وتقليدية. أول نظام في البلاد يقدم الطب "الحديث" تم بناؤه في إطار نموذج Semashko الذي قدمه الروس في أوائل القرن العشرين عندما قام الاتحاد السوفياتي (فعلياً ، إن لم يكن رسمياً) باحتلال منغوليا، أنشأ نموذج سيماشكو نظام رعاية صحية وطني مجاني حيث كانت الدولة مسؤولة عن تقديم وتمويل الخدمات الطبية. يفترض النموذج السوفياتي أيضاً أن الرعاية الصحية (من الرعاية الأولية إلى العناية المكثفة) كان من المقرر توفيرها بشكل حصري تقريباً في بيئة المرضى الداخليين. أدت هذه الفلسفة إلى إنشاء شبكة مستشفيات كبيرة ومنتشرة ومتطلبات موارد بشرية مكثفة ، في عام 1990 ، عندما توقف الدعم السوفييتي لدعم هذه الشبكة الضخمة من المستشفيات ، خضع النظام للخصخصة الجزئية. ومع ذلك ، وعلى الرغم من التغييرات السياسية والاقتصادية الكبيرة الجارية في ذلك الوقت ، ظلت العديد من الأفكار المتعلقة بتقديم وإدارة الرعاية الصحية لسنوات عديدة دون تغيير.

وقد خطت منغوليا خطوات كبيرة منذ تلك الفترة في تنقيح نظامها للرعاية الصحية وتكييفها مع اقتصاد السوق. وهذا الإنجاز ليس بالأمر الهين بالنظر إلى التاريخ الحديث للبلد الذي يعاني من الصعوبات الاجتماعية - الاقتصادية الشديدة. ومع ذلك ، هناك العديد من التحديات التي تنتشر اليوم تعود إلى الحقبة السوفياتية. لا يزال معظم المرضى يتوقعون دخول المستشفى لتلقي العلاج وتشخيص حتى المشاكل الطبية البسيطة. هذا الواقع يصعب فهم الموارد المالية الحكومية ووقت الأطباء ، ويديم شبكة المستشفيات وقطاع الرعاية الصحية الشاملة. كان هناك بعض التحول إلى العلاج في العيادات الخارجية في العشرين سنة الماضية ، خاصةً كمستشفيات خاصة ، مستفيدة من تفوقها المفترض للمؤسسات العامة ، وبناء العيادات. ومع ذلك، من الصعب إنشاء عيادات خارجية عامة ناجحة في ظل نظام السداد الحالي¹.

➤ النظام الصحي في تايلاند: يتم توفير غالبية خدمات الرعاية الصحية في تايلاند من قبل القطاع العام ، ويتم توفير الرعاية الصحية الشاملة من خلال ثلاثة برامج: نظام الرعاية الاجتماعية للخدمة المدنية لموظفي الخدمة المدنية وأسرههم ، والضمان الاجتماعي لموظفي القطاع الخاص ، ونظام التغطية الشاملة متاحاً نظرياً لجميع المواطنين التايلانديين الآخرين، وتشارك بعض المستشفيات الخاصة في هذه البرامج ، رغم أن معظمها يتم تمويله عن طريق الدفع الذاتي للمريض والتأمين على الذات. ووفقاً للبنك الدولي ، فإن 99.5 في المائة من السكان ، في إطار الخطط الصحية للأراضي التايلاندية ، يتمتعون بتغطية حماية صحية

¹ Natalie Neumann¹, David Warburton .A Review of the Modern Mongolian Healthcare System. 1Harvard University, Cambridge, MA, USA; 2Children's Hospital Los Angeles, Los Angeles, CA, USA, July 7, 2015,p17.

تشرف وزارة الصحة العامة (MOPH) على السياسة الصحية الوطنية وتدير أيضاً معظم المرافق الصحية الحكومية. يخصص المكتب الوطني للأمن الصحي (NHSO) التمويل من خلال البرنامج الشامل للتغطية الشاملة. وتشمل الوكالات الحكومية الأخرى ذات الصلة بالصحة معهد بحوث النظام الصحي (HSRI)، ومؤسسة تعزيز الصحة التايلاندية ("الصحة التايلاندية")، والمكتب الوطني للصحة (NHCO)، ومعهد الطوارئ الطبي في تايلند (EMIT)، على الرغم من وجود سياسات وطنية لتطبيق اللامركزية، فقد كان هناك مقاومة في تنفيذ مثل هذه التغييرات وما زالت وزارة الصحة العامة تسيطر بشكل مباشر على معظم جوانب الرعاية الصحية.

النظام الصحي في كازخستان: منذ عام 1970، لم يكن نظام الرعاية الصحية في كازخستان قادراً على الاستجابة للطلب على رعاية ذات جودة أفضل وتقنيات طبية جديدة، وقد أدى التحرك نحو الرعاية الصحية الخارجية في رعاية المرضى الخارجيين إلى قيام طبيب المقاطعة بدور أقل بكثير والوصول المباشر إلى الرعاية المتخصصة، ولكن هذا أدى إلى عدم تلبية الطلب على الرعاية الجيدة وفي الوقت نفسه، على الرغم من التخفيضات الكبيرة في العقد الماضي، وبقيت معدلات الاستشفاء أعلى بكثير من مستويات منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي، وبعد وقت قصير من الاستقلال عن الاتحاد السوفياتي في عام 1991، سمح بالممارسة الطبية الخاصة في كازخستان وبدأت البلاد محاولة سيئة لإدخال التأمين الصحي الإلزامي (1996-1998). في عام 2000، شرعت البلاد في برنامجين شاملين للإصلاح: البرنامج الوطني لإصلاح الرعاية الصحية والتنمية 2005-2010، وبرنامج الدولة لتطوير الرعاية الصحية للفترة 2011-2015 ('Salamatty Kazakhstan') مع أهداف محددة تتمثل في تقليص حجم قطاع المستشفيات وتعزيز الرعاية الصحية الأولية.¹

➤ النظام الصحي في الصين: الصين لديها نظام الصحة العامة في المنطقة الرئيسية كلها تقريباً. يمر نظام الرعاية الصحية بمرحلة انتقالية كبيرة جعلت الحكومة تنقح أسلوبها في كيفية تدريس الطب وممارسته. يقع الطب الأسري (الذي أنشئ في الثمانينيات) في طبيعة هذا التحول، يتكون نظام التأمين الطبي من ثلاثة أنواع من البرامج: برنامج التأمين الطبي للعمال، وبرنامج طبي للمال العام للموظفين العموميين، ونظام طبي مشترك في القرية الزراعية. مع تقدم السياسة الاقتصادية المفتوحة خلال الثمانينات، واجهت الصين مشاكل مثل تدهور أعمال المؤسسات الوطنية، وزيادة وزن القطاع الخاص في الاقتصاد، وزيادة النفقات الطبية، في عام 1998، تم تنفيذ نظام تأمين طبي شامل جديد للعاملين في المناطق الحضرية في العديد من المناطق، يجمع بين الحساب الفردي للمشارك

¹ Konrad Obermann, Tata Chanturidze, Erica Richardson, Serik Tanirbergenov, Marat Shoranov,⁵ Ali Nurgozhaev Obermann . Data for development in health: a case study and monitoring frame work from Kazakhstan . et al. BMJ Glob Health 2016;1:e000003. doi:10.1136/bmjgh-2015-000003,2016,p05.

الفصل الرابع واقع السياسات الاجتماعية في قطاعي الصحة والتعليم بعينة الدراسة

والاحتياطي الاجتماعي ، ويوسع نطاق التغطية ليشمل موظفي القطاع الخاص ويوفر تمويلاً أكثر استقراراً مع مجموعة المخاطر الخاصة به على مستوى المدن.¹

➤ النظام الصحي في عمان: تشرف وزارة الصحة على قطاع الرعاية الصحية في سلطنة عمان، بالإضافة إلى وزارة الصحة ، فإن المختبر المركزي لمراقبة الجودة مسؤول عن ضمان جودة وسلامة وفعالية المنتجات الدوائية في البلاد ، في حين أن مجلس عمان التخصصي الطبي ، الذي أنشئ في عام 1994 من خلال التعاون بين وزارة الصحة وجامعة السلطان قابوس (SQU) هي الهيئة المشرفة على جميع برامج التدريب الطبي بعد التخرج في السلطنة.

في عام 2015 ، قامت وزارة الصحة بتوسيع عدد مؤسسات الرعاية الصحية الأولية التابعة لإدارتها إلى 235 من أجل الاستمرار في توفير الرعاية الصحية الأولية الشاملة للجميع في عُمان. وشملت هذه المراكز الصحية والمرافق والمستشفيات المحلية التي تديرها وزارة الصحة. تشير التقديرات إلى أن 95٪ من سكان البلاد يعيشون الآن على بعد خمسة أميال من المركز الطبي.

إن معظم منشآت الرعاية الصحية في سلطنة عمان تملكها وتديرها الحكومة حالياً ، ولكن مع تزايد أعداد العمانيين والمغتربين الذين يطلبون معاملة خاصة لتجاوز قوائم الانتظار الطويلة ، فإن عدد المنشآت الخاصة العاملة في السلطنة أخذ في الارتفاع. يوجد حالياً أكثر من 12 مستشفى خاص في سلطنة عمان ، بما في ذلك مرافق متعددة التخصصات مثل مستشفى Starcare في مسقط ، تملكها وتشغلها شركة Starcare Health Systems في المملكة المتحدة ، ومستشفى مسقط الطبي المتحد في United Medical.

2.1 تطور بعض الأمراض المنتشرة:

أصبحت الأمراض اليوم تشكل عبئاً اجتماعياً واقتصادياً وصحياً على مختلف الأفراد والمجتمعات، سواء كانت هذه الأمراض معدية أو مزمنة وهي تؤدي بحياة الآلاف من الأشخاص يومياً في الدول النامية والمتقدمة على حد سواء، وهناك بعض الأمراض تطورت وزادت نسبة انتشارها مع التطور التكنولوجي وتغير أسلوب حياة المجتمعات.

فالأمرض المعدية: "هي تلك الأمراض التي تتمكن من الانتقال من شخص إلى آخر إذا ما توفرت الشروط التالية :

- شخص مريض او حامل الميكروب .
- شخص سليم عنده قابلية للإصابة بالمرض.
- بيئة مناسبة لانتقال العدوى.

¹ Susana M Borroto Gutiérrez, Tsutomu Mizota and Yasuyuki Rakue .COMPARISON OF FOUR HEALTH SYSTEMS: CUBA, CHINA, JAPAN AND THE USA, AN APPROACH TO REALITY", Department of Social and Environmental Medicine, Institute for Tropical Medicine, Nagasaki University, Japan,2003,p941.

وحتى نتمكن من وقاية الشخص السليم من الإصابة بالأمراض المعدية والحد من انتشارها علينا :

- القضاء على الميكروب المسبب للمرض مثل الجراثيم.
- القضاء على العامل الناقل للمرض مثل الذباب والبعوض.
- منع الميكروب من الانتقال من مصدر العدوى الى الشخص السليم.
- تقوية مناعة الشخص ضد العوامل المرضية وذلك بإتباع اساليب الوقاية خاصة التلقيح ضد الأمراض المعدية السارية.¹

والأمراض المزمنة هي :² هو نوع من الأمراض ، غير انه يتميز بالاستمرارية ، حيث يميز الأطباء بينه وبين المرض الحاد الذي يظهر فجأة ويشفى الانسان منه سريعاً ، اما المزمّن فيمثل عددا كبيرا من الأمراض التي تختلف فيما بينها من حيث المنشأ والسبب والأعراض،العلاج والآمال ، تنمو ببطء ويطول علاجها ،بالإضافة الى ذلك فهذه الأمراض سبب للموت ومنع للإعاقة بشتى انواعها والتي تهدد بصفة عامة صحة السكان وتزيد من مستوى التكلفة الطبية ."

• تطور معدل انتشار فيروس نقص المناعة البشرية.

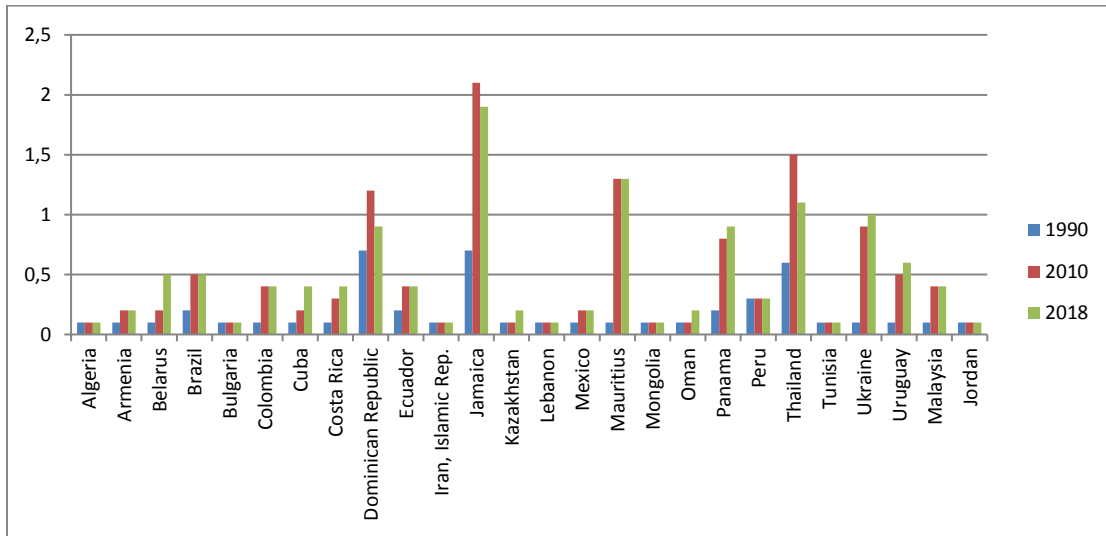
فيروس العوز المناع البشري "مرض معدي وهو فيروس قهقري يصيب خلايا الجهاز المناعي البشري ويؤدي إلى إتلاف أو إعاقة وظيفتها. ولا تظهر على المصاب أية أعراض في المراحل الأولى من العدوى. غير أنّ الجهاز المناعي يضعف مع تطوّر العدوى ويصبح المصاب أكثر عرضة لما يُسمى أنواع العدو الانتهازية . وأكثر مراحل العدوى بفيروس العوز المناعي البشري تقدماً هي متلازمة العوز المناعي المكتسب (الأيدز)، وقد يحمل المصاب العدوى طوال 10 أعوام إلى 15 عاماً قبل أن تظهر عليه أعراض الأيدز؛ ويمكن أن تمتد تلك الفترة إذا ما تعاطى المريض الأدوية المضادة للفيروسات القهقرية. وينتقل فيروس الأيدز من خلال الاتصال الجنسي غير المحمي (المهبلي أو الشرجي) وعملية نقل الدم الملوّث بالفيروس وتبادل الإبر الملوّثة به، ويمكنه الانتقال أيضاً من الأم إلى الجنين أثناء فترة الحمل أو خلال الولادة أو عن طريق الرضاعة.³

¹ سعيدة رحمانية. وضعية الصحة والخدمات الصحية في الجزائر. قسم علم الاجتماع ، جامعة مسيلة ، الباحث الاجتماعي ، العدد 15 ، مارس 2015 ، ص223.

² يمينة قوارح. الأمراض المزمنة في الجزائر الواقع والافاق " ، جامعة ابي بكر بلقايد ، تلمسان ، مجلة العلوم الانسانية والاجتماعية ، العدد 28 ، مارس 2017 ، ص50.

³ منظمة الصحة العالمية: تاريخ الاطلاع http://www.who.int/topics/hiv_aids/ar/2020/03/24

الشكل رقم {1-4}: تطور معدل نقص المناعة البشرية خلال الفترة 1990-2018.



المصدر: من اعداد الباحثة اعتمادا على بيانات البنك الدولي.

نلاحظ من خلال الشكل اعلاه انه مع زيادة النمو السكاني في هذه البلدان ارتفع معدل انتشار نقص المناعة البشرية، بحيث نلاحظ خلال سنة 1990 كانت المعدلات متناقصة ثم بدأت في الارتفاع الى غاية سنة 2018 تقريبا في جميع الدول، حيث احتلت جامايكا المرتبة الاولى باعلى الامعدلات في جميع السنوات 2.2 % سنة 2010 و 1.9 سنة 2018 و 0.7% سنة 2000، ثم تلتها موريشيوس، تابلاند، جمهورية الدومينكان، واكرانيا، اما باقي الدول الاخرى فلم يتجاوز فيها المعدل 0.5 % خلال جميع السنوات، وقد استقر معدل نقص المناعة البشرية بقيمة 0.2 في جميع السنوات خاصة الدول العربية وهي الجزائر، تونس، بلغاريا، ايران، لبنان، منقوليا، الاردن.

• تطور معدل اكتشاف حالات الإصابة بالسل لكل {100000 شخص.

إن السل مرض سار وهو واحد من الأسباب الرئيسية العتائل الصحة ومن الأسباب العشرة الرئيسية التي تحصد الأرواح بجميع أنحاء العالم والسبب الرئيسي للوفاة من جراء عامل معد وحيد.

ويعرف السل: "على انه مرض معد ينتشر عبر الهواء شأنه شأن الإنفلونزا العادية، ولا ينقل السل إلا الأشخاص الذين يصيهم المرض في الرئتين، فحينما يسعل هؤلاء الأشخاص أو يعطسون أو يتحدثون أو يبصقون، فهم يفرزون في الهواء الجراثيم المسببة للسل والمعروفة باسم "العصيّات"، ويكفي أن يستنشق الإنسان قليلاً من تلك العصيّات ليُصاب بالعدوى."¹

اشارت التقديرات الى انه اصيب 10 ملايين شخص بالسل خلال عام 2018، وهو عدد شهد استقرارا نسبيا بالسنوات الاخيرة، ويتفاوت عبئ المرض بشكل كبير فيما بين البلدان ليتراوح

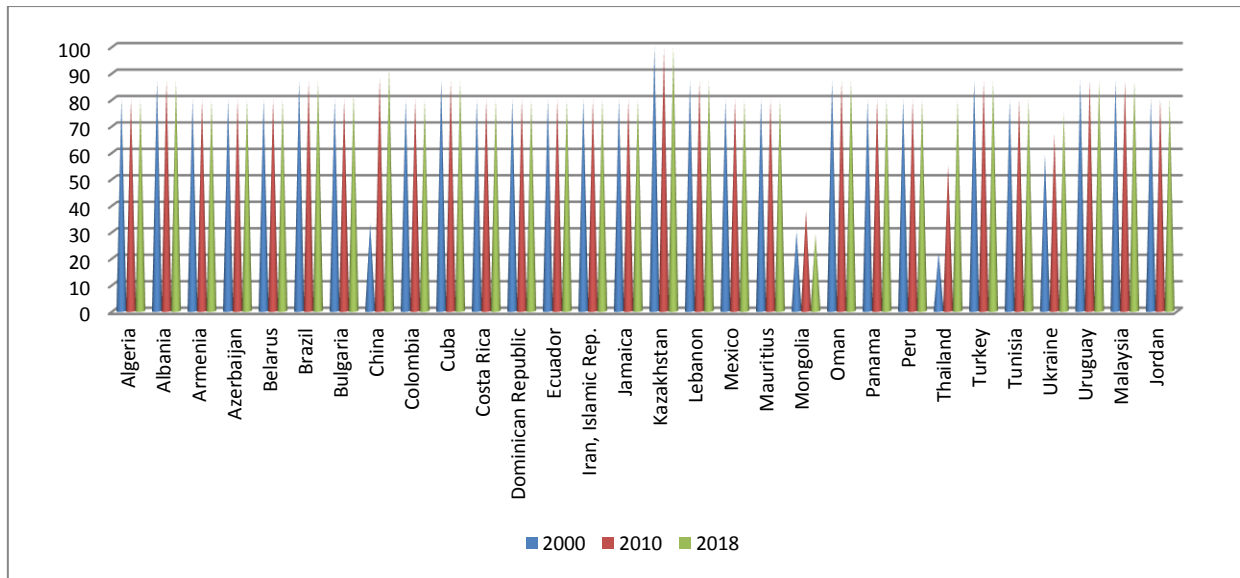
¹ منظمة الصحة العالمية: تاريخ الاطلاع <http://www.who.int/topics/tuberculosis/ar/2019/01/01>

الفصل الرابع واقع السياسات الاجتماعية في قطاعي الصحة والتعليم بعينة الدراسة

بين اقل من 5 حالات و اكثر من 500 حالة جديدة لكل 100000 نسمة من السكان سنويا ، أي بمعدل قدره 130 حالة تقريبا في المتوسط على الصعيد العالمي.

ويؤثر مرض السل على الاشخاص من الجنسين كليهما بجميع فئاته العمرية، على ان الرجال هم من يرزحون تحت وطأة اثقل اعبائه {ممن تبلغ اعمارهم 15 عاما فيما فوق}، حيث استاثرو في عام 2018 بنسبة 57% من اجمالي عدد حالات الاصابة به ، ومقارنة بالرجال ، فقد استاثرت النساء بنسبة 32% والأطفال بنسبة 11% {دون سن 15} من اجمالي عدد تلك الحالات ، علما ان المتعايشين مع فيروس العوز المناعي البشري استاثرو بنسبة 8.6% من بين حالات اصابة بالسل اجمالا.¹

الشكل رقم {2-4}: تطور معدل اكتشاف حالات السل خلال الفترة 2000-2018



المصدر : من اعداد الباحثة اعتمادا على بيانات البنك الدولي.

يبين الشكل اعلاه ان معدل اكتشاف حالات السل مستقر في جميع الدول خلال فترة 2000-2018 بقيمة تقريبا حوالي 80%، فقط في دولة كازخستان التي بلغت فيها المعدلات 100% خلال جميع السنوات ، ومنقوليا بأدنى معدل بقيمة 35% سنة 2010 و 25% سنة 2000 و 2018.

• تطور معدل انتشار فقر الدم بين الأطفال دون سن الخامسة.

"إن فقر الدم شائع في جميع أنحاء العالم، وسببه الرئيسي – عوز الحديد – هو العوز التغذوي الأكثر انتشاراً في العالم. وإن العديد من الأمراض المعدية ذات الصلة بالنظافة والإصحاح والمياه المأمونة

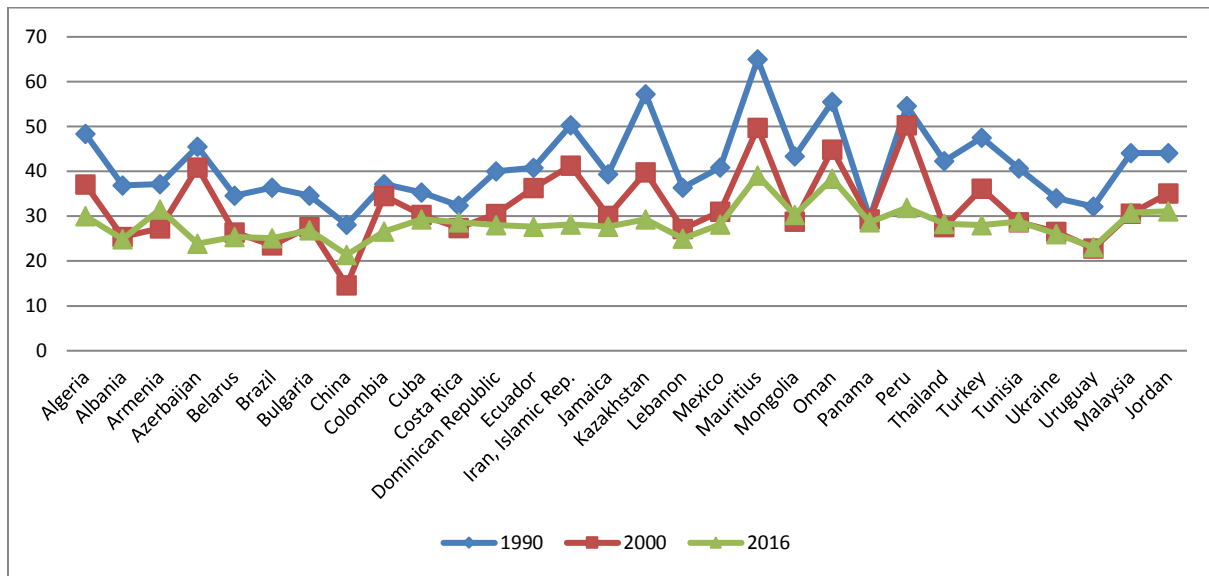
¹ منظمة الصحة العالمية ، التقرير العالمي الخاص بالسل 2019، ص 02.

الفصل الرابع واقع السياسات الاجتماعية في قطاعي الصحة والتعليم بعينة الدراسة

ومعالجة المياه لها مساهمات هامة في حدوث فقر الدم بالإضافة إلى عوز الحديد. وهذه الأمراض المعدية تشمل الملاريا وداء البلهارسيا والدودة الشصية.

فقر الدم هو حالة تحدث عندما لا تحمل كريات الدم الحمراء ما يكفي من الأوكسجين إلى أنسجة الجسم. يصيب فقر الدم جميع الفئات السكانية، لكن الفئات الأكثر عرضة هي النساء الحوامل والأطفال الصغار. إن فقر الدم في شكله الخفيف يكون "صامتاً" دون أعراض، وفي الشكل الأكثر شدة يترافق فقر الدم مع تعب وضعف ودوخة ونعاس. ومن العلامات فقد اللون الطبيعي في الجلد لدى الأشخاص ذوي البشرة الفاتحة) وكذلك في الشفتين واللسان وسرير الأظافر والأوعية الدموية التي في بياض العين. وإذا لم يعالج فقر الدم فإنه يمكن أن يزداد سوءاً ويصبح سبباً دفيناً لاعتلال الصحة المزمن؛ مثل ضعف نماء الجنين أثناء الحمل، وتأخر النماء المعرفي وزيادة خطر العدوى لدى الأطفال الصغار، وانخفاض القدرة البدنية لدى جميع الأشخاص، وإن الرضع ذوي وزن الولادة المنخفض والأطفال الصغار والنساء في سن الإنجاب - بشكل خاص - معرضون لخطر الإصابة بفقر الدم؛ فالنساء في سن الإنجاب بحاجة إلى امتصاص كمية من الحديد تعادل 2-3 أضعاف ما يحتاج إليه الرجال أو النساء الأكبر سناً.¹

الشكل رقم {3-4}: تطور معدل انتشار فقر الدم بين الأطفال خلال الفترة 1990-2018



المصدر: من اعداد الباحثة اعتمادا على بيانات البنك الدولي.

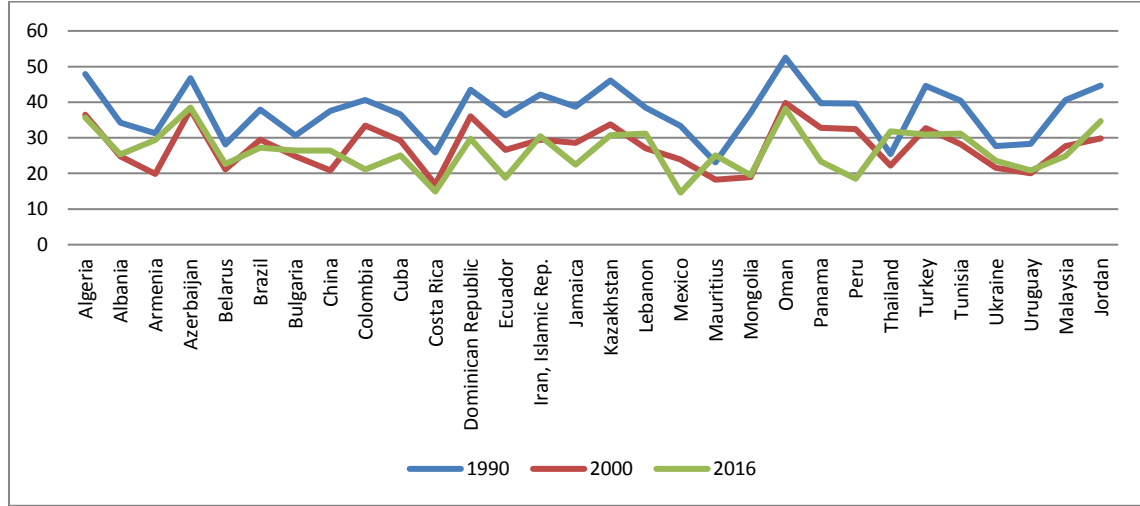
يشير المنحنى اعلاه ان معدل فقر الدم كان مرتفعا في سنة 1990 في جميع الدول حيث بلغ في دولة موريشيوس حوالي 60% ثم بدا في الانخفاض الى غاية سنة 2016 في جميع الدول حتى وصل الى ادنى قيمة ب10% في الصين سنة 2010، وهذا نتيجة تحسن الوضع الصحي للأطفال مع تطور الطب .

¹ http://www.who.int/water_sanitation_health/diseases/anemia/ar/

• تطور معدل انتشار فقر الدم بين النساء .

انتشار فقر الدم: " هي النسبة المئوية للنساء غير الحوامل اللائي يقل مستوى الهيموغلوبين لديهن عن 120 جرام لكل لتر"¹.

الشكل رقم {4-4}:تطور معدل انتشار فقر الدم بين النساء خلال الفترة 1990-2016 .



المصدر: من اعداد الباحثة اعتمادا على بيانات البنك الدولي.

نلاحظ من خلال الشكل العلاء لتطور فقر الدم بين النساء ان المعدل في تناقص مستمر من سنة إلى غاية سنة 2016 مثل معدل فقر الدم بين الاطفال، وبلغ اعلى معدل سنة 1990 حوالي 91% في عمان ثم تلتها الجزائر بحوالي 49 % والاردن ب47% خلال نفس السنة، اما ادنى معدل كان بدولة المكسيك بحوالي 15% سنة 2016، اما باقي الدول الاخرى كانت بها معدلات فقر الدم بين 20% و40% خلال الفترة 1990-2016.

3.1 تطور معدل الوفيات الناجمة عن مختلف الأمراض.

هناك العديد من الوفيات الناجمة عن مختلف الامراض المعدية والمزمنة حلى حد سواء، رغم الجهود المبذولة من طرف معظم الدول لمواجهة هذه الامراض، وسوف نذكر اهمها ادناه.

• تطور معدل الوفيات الناجمة عن مرض السل.

يُصاب ثلث سكان العالم تقريباً ببكتريا السل، ولا يمرض بالسل فعلياً سوى نسبة ضئيلة ممن يصابون بالعدوى والأشخاص الذي يعانون من ضعف جهازهم المناعي هم أكثر عرضة للإصابة بالسل، ويرتفع

¹ منظمة الصحة العالمية ، مستودع بيانات مرصد الصحة العالمية / إحصاءات الصحة العالمية

lang=ar)؟(http://apps.who.int/gho/data/node.main.1

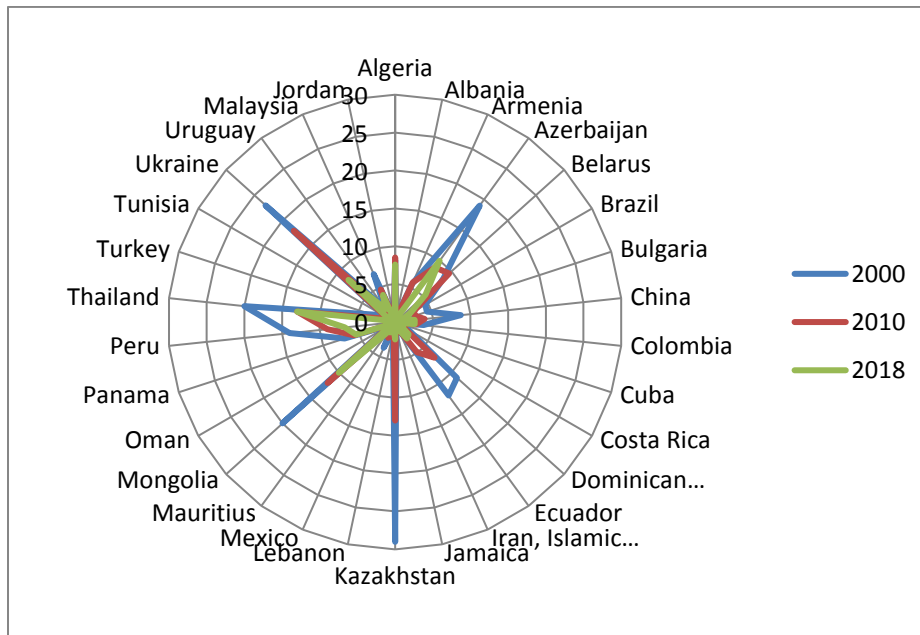
الفصل الرابع واقع السياسات الاجتماعية في قطاعي الصحة والتعليم بعينة الدراسة

احتمال إصابة الشخص المتعايش مع فيروس العوز المناعي البشري بالسل النشط بمقدار 26 إلى 31 ضعفاً أكثر من غيره.

ووضع نهاية لوباء السل على الصعيد العالمي هو أحد غايات أهداف التنمية المستدامة لعام 2030، وتدعو استراتيجية منظمة الصحة العالمية «لحجر السل»، التي اعتمدها جمعية الصحة العالمية في عام 2014، إلى الحدِّ من الوفيات الناجمة عن السل بنسبة 90%، وخفض معدل وقوع حالات الإصابة به بنسبة 80% بحلول عام 2030 مقارنةً بذات المعدلات في عام 2015 .

كما اشارت التقديرات في عام 2018 الى ان السل حصد ارواح 1.2 مليون شخص بمعدل تراوح بين 1.1 و1.3 مليون شخص من غير المصابين بفيروس العوز المناعي البشري ، أي بتخفيض نسبته 27% عما كان عليه عدد وفياته في عام 2000 بواقع 1.7 ملون وفاة ، وارواح 251000 شخص بمعدل تراوح بين 223000 و281000 من المصابين بهذا الفيروس أي بتخفيض نسبته 60% عما كان عدد وفياته في عام 2000 بواقع 620000 وفاة¹.

الشكل رقم {4-5}: تطور معدل الوفيات بمرض السل خلال الفترة 2000-2018.



المصدر: من اعداد الباحثة اعتمادا على بيانات البنك الدولي.

مثلما رأينا تناقص معدلات الامراض في الدول محل الدراسة سابقا يبين المنحنى اعلاه ايضا تناقص معدلات الوفيات الناجمة عن مرض السل في هذه الدول، بحيث بلغت اعلى معدل سنة 2000 بحوالي 30 في كازخستان، ثم تلتها اكرانيا ب 24 % وتايلاند وأذربيجان ب 20% خلال نفس السنة، ثم جاءت

¹ منظمة الصحة العالمية ، التقرير العالمي الخاص بالسل 2019، ص 02.

الدول الاخرى بأقل من 15% خلال نفس السنة، وبدأت هذه المعدلات في التناقص في جميع الدول الى غاية سنة 2018 حيث وصلت الى اقل من 10%.

• تطور معدل الوفيات الناجمة عن الأمراض المعدية والولادة وسوء التغذية:

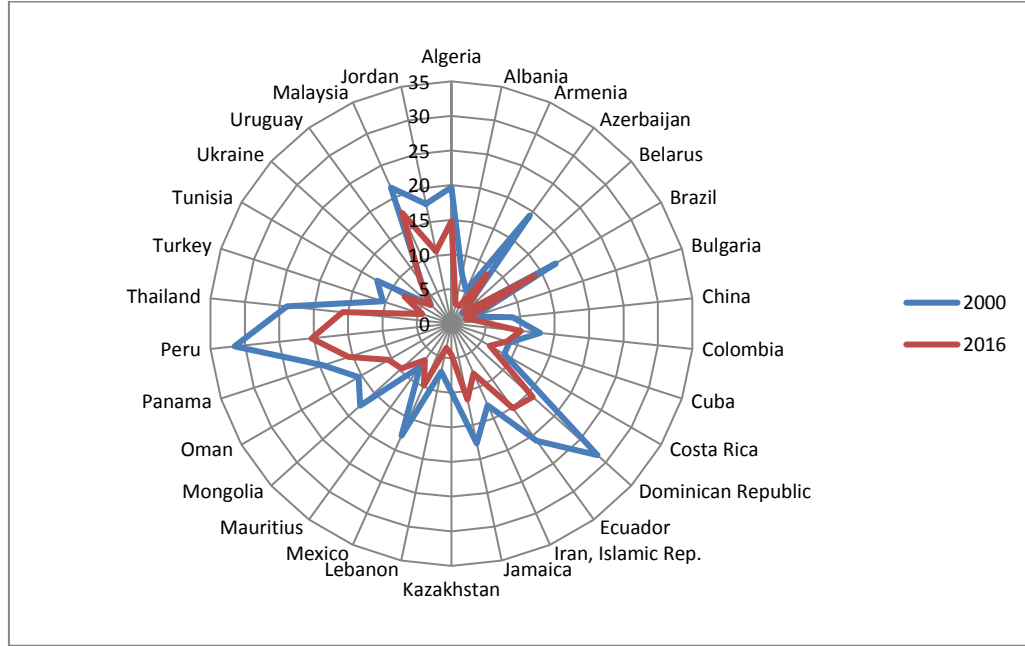
يشمل سوء التغذية في جميع أشكاله نقص التغذية (الهزال والتقرّم ونقص الوزن)، ونقص الفيتامينات أو المعادن، وفرط الوزن، والسمنة، والأمراض غير السارية المرتبطة بالنظام الغذائي.

- ترتبط نسبة 45% تقريباً من وفيات الأطفال دون سن الخامسة بنقص التغذية، ويحدث معظم هذه الوفيات في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل. وفي الوقت ذاته، تتزايد نسبة فرط الوزن والسمنة بين الأطفال في هذه البلدان نفسها.

اما بالنسبة لوفيات الامومة لا تزال معدلات الوفيات مرتفعة بشكل لا يمكن قبوله، فلا يمر يوم واحد إلا ويشهد وفاة نحو 830 امرأة في جميع أنحاء العالم جزاء مضاعفات الحمل والولادة. وقد اشارت التقديرات الى انه في عام 2015، قضت 303000 من النساء نحيباً أثناء الحمل والولادة، والجدير بالذكر أنّ جميع تلك الوفيات تقريباً وقعت في البلدان قليلة الموارد، وأنّه كان يمكن توقي معظمها.

وفي أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى تمكّنت عدة بلدان من خفض مستويات وفيات الأمومة المسجّلة فيها بنسبة النصف منذ عام 1990، بل إنّ هناك تقدماً أكبر أُحرز في هذا المجال في مناطق أخرى، بما في ذلك آسيا وشمال أفريقيا ما بين عام 1990 وعام 2015. ولم ينخفض في الفترة الواقعة بين عامي 1990 و2015 معدل وفيات الأمومة في العالم (أي عدد وفيات الأمهات لكل 100 000 ولادة حية) سوى بنسبة 2.3% سنوياً، على أنه لوحظت زيادة في تسارع معدل انخفاض تلك الوفيات اعتباراً من عام 2000 فصاعداً. وزاد في بعض البلدان معدل انخفاض وفيات الأمومة سنوياً على 5.5% في الفترة الواقعة بين عامي 2000 و2010، وهو المعدل اللازم لتحقيق الأهداف الإنمائية للألفية.

الشكل رقم {4-6}: تطور معدل الوفيات الناجمة عن الولادة وسوء التغذية والأمراض المعدية خلال الفترة 2000-2016



المصدر: من اعداد الباحثة اعتمادا على بيانات البنك الدولي .

يشير المنحنى اعلاه الى تناقص معدلات الوفيات الناجمة عن الولادة وسوء التغذية في جميع الدول خلال الفترة 2016-2000 ، وبلغت اعلى قيمة سنة 2000 بـ 31% في البيرو ، ثم تلتها جمهورية الدومينيكان بـ 29 ، ثم الجزائر وماليزيا وادربيجان و تايلاند بـ 20% خلال نفس السنة ، اما باقي الدول الاخرى كانت بين 20 % و 5% خلال نفس السنة ، اما في سنة 2016 كانت المعدلات في الدول بين 20% و 1%.

• تطور معدل الوفيات الناجمة عن الأمراض القلبية الوعائية أو السكري أو السرطان أو الأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي:

ان الامراض القلبية والوعائية والسكري والسرطان والأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي هي من الامراض المزمنة التي تقتل الانسان ببطء، كما انها في تزايد مستمر واصبحت اليوم الوفيات الناجمة عنها تحتل المرتبة الاولى في معظم دول العالم بسبب التغير في انماط الغذاء والتدخين، وفساد المجتمع. الأمراض القلبية الوعائية مجموعة من الاضطرابات التي تصيب القلب والأوعية الدموية، وتلك الاضطرابات تشمل ما يلي:

- أمراض القلب التاجية - أمراض تصيب أوعية الدم التي تغذي عضلة القلب
- الأمراض الدماغية الوعائية - أمراض تصيب الأوعية التي تغذي الدماغ
- الأمراض الشريانية المحيطية - أمراض تصيب الأوعية الدموية التي تغذي الذراعين والساقين

الفصل الرابع واقع السياسات الاجتماعية في قطاعي الصحة والتعليم بعينة الدراسة

- أمراض القلب الروماتزمية - أضرار تصيب العضلة القلبية وصمامات القلب جرّاء حمى روماتزمية ناجمة عن جراثيم العقديات
- أمراض القلب الخلقية- تشوّهات تُلاحظ، عند الولادة، في الهيكل القلبي
- الخثار الوريدي العميق أو الانصمام الرئوي- الجلطات الدموية التي تظهر في أوردة الساقين والتي يمكنها الانتقال إلى القلب والرئتين.

السرطان هو نمو الخلايا وانتشارها بشكل لا يمكن التحكم فيه. وبإمكان هذا المرض إصابة كل أعضاء الجسم تقريباً. وغالباً ما تغزو الخلايا المتنامية النّسج التي تحيط بها ويمكنها أن تتسبّب في نقائل تظهر في مواضع أخرى بعيدة عن الموضع المصاب. ويمكن توقي العديد من السرطان بتجنّب التعرّض لعوامل الاختطار الشائعة، مثل دخان التبغ. كما يمكن علاج نسبة كبيرة من السرطانات عن طريق الجراحة أو المعالجة الإشعاعية أو المعالجة الكيميائية، خصوصاً إذا تم الكشف عنها في مراحل مبكّرة.

تأتي الأمراض القلبية الوعائية في صدارة أسباب الوفيات في جميع أنحاء العالم: ذلك أنّ عدد الوفيات الناجمة عن هذه الأمراض يفوق عدد الوفيات الناجمة عن أيّ من أسباب الوفيات الأخرى.

قضى نحو 17.7 مليون نسمة نعيم جرّاء الأمراض القلبية الوعائية في عام 2015، ممّا يمثّل 31% من مجموع الوفيات التي وقعت في العالم في العام نفسه. ومن أصل مجموع تلك الوفيات حدثت 7.4 مليون حالة وفاة بسبب الأمراض القلبية التاجية وحدثت 6.7 مليون حالة جرّاء السكتات الدماغية.

يحدث أكثر من ثلاثة أرباع الوفيات الناجمة عن الإصابة بأمراض القلب والأوعية الدموية في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل.

تحدث 82% من الـ 17 مليون حالة وفاة الناجمة عن الإصابة بالأمراض غير السارية التي تحدث قبل سن 70 سنة في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل، وتتسبب أمراض القلب والأوعية الدموية في 37% منها¹.

- السرطان ثاني سبب رئيسي للوفاة في العالم وقد حصد في عام 2015 أرواح 8.8 مليون شخص، وتُعزى إليه وفاة واحدة تقريباً من أصل 6 وفيات على صعيد العالم.
- تُمنى البلدان المنخفضة الدخل وتلك المتوسطة الدخل بنسبة 70% تقريباً من الوفيات الناجمة عن السرطان.

¹ <https://www.who.int/ar/news/cvds-diseases-sheets/detail/cardiovascular-room/fact-https://www.who.int/ar/news> ، تاريخ الاطلاع 2020/01/14

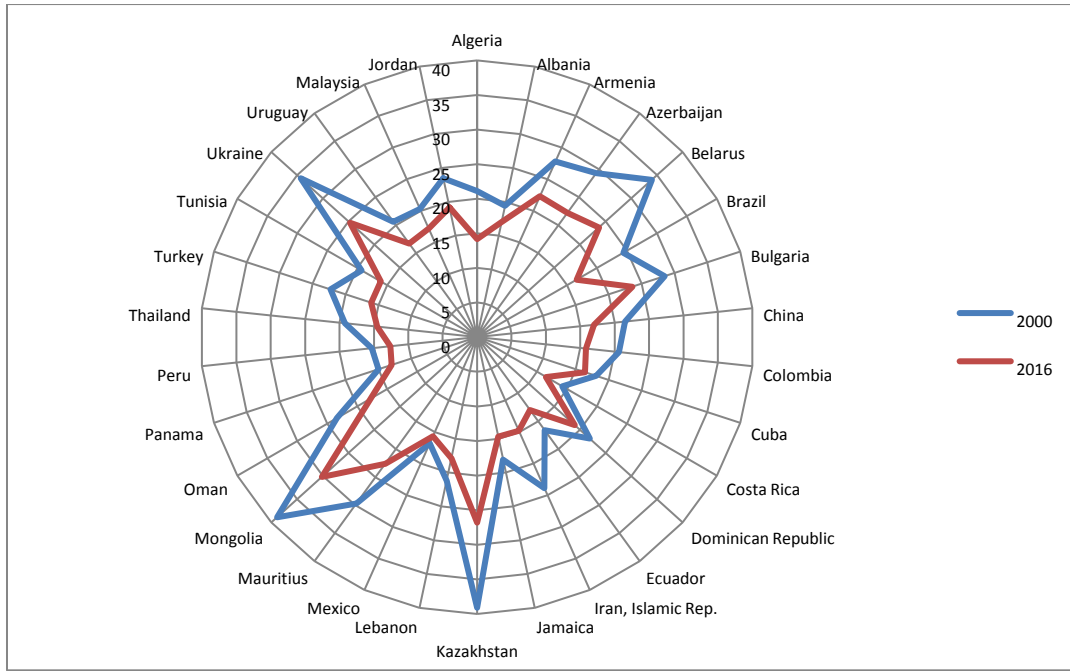
الفصل الرابع واقع السياسات الاجتماعية في قطاعي الصحة والتعليم بعينة الدراسة

- تحدث ثلث وفيات السرطان تقريباً بسبب عوامل الخطر السلوكية والغذائية الخمسة التالية: ارتفاع منسب كتلة الجسم وعدم تناول الفواكه والخضر بشكل كاف وقلّة النشاط البدني وتعاطي التبغ والكحول.
- يمثل تعاطي التبغ أهم عوامل الخطر المرتبطة بالسرطان، وهو المسؤول عن ما يقارب 22% من وفيات السرطان.
- الالتهابات المسببة للسرطان، مثل التهاب الكبد وفيروس الورم الحليمي البشري، مسؤولة عن نسبة تصل إلى 25% من حالات السرطان في البلدان المنخفضة الدخل وتلك المتوسطة الدخل.
- من الشائع ظهور أعراض السرطان في مرحلة متأخرة وعدم إتاحة خدمات تشخيصه وعلاجه. ولم تُفد في عام 2017 سوى نسبة 26% من البلدان المنخفضة الدخل بأن خدمات علوم الأمراض متاحة لديها عموماً في القطاع العام، فيما زادت على 90% نسبة البلدان المرتفعة الدخل التي أفادت بإتاحة خدمات العلاج لديها مقارنة بنسبة قلت عن 30% من البلدان المنخفضة الدخل التي أفادت بذلك.
- (أثر السرطان على الاقتصاد كبير وأخذ في الزيادة، وأشارت التقديرات إلى أن إجمالي التكاليف الاقتصادية السنوية التي تُكبّدت عنه في عام 2010 بلغ نحو 1.16 تريليون دولار أمريكي)¹⁴.
- السكري مرض مزمن يحدث عندما يعجز البنكرياس عن إنتاج مادة الأنسولين بكمية كافية، أو عندما يعجز الجسم عن استخدام تلك المادة بشكل فعال، ممّا يؤدي إلى زيادة تركيز السكر في الدم (فرط سكر الدم).
- السكري من النمط 1: من السمات التي تطبع هذا النمط (الذي كان يُعرف سابقاً باسم السكري المعتمد على الأنسولين أو السكري الذي يظهر في مرحلة الطفولة) قلّة إنتاج مادة الأنسولين
- السكري من النمط 2: يحدث هذا النمط (الذي كان يُسمى سابقاً السكري غير المعتمد على الأنسولين أو السكري الذي يظهر في مرحلة الكهولة) بسبب استخدام الجسم لمادة الأنسولين بشكل غير فعال. وهو يظهر أساساً جزّاء فرط الوزن وقلّة النشاط البدني.
- السكري الحملي: وهو فرط سكر الدم، الذي يُتفطّن إليه بادئ الأمر خلال فترة الحمل.
- ارتفع عدد الأشخاص المصابين بالسكري من 108 ملايين شخص في عام 1980 إلى 422 مليون شخص في عام 2014.
- ارتفع معدل انتشار السكري على الصعيد العالمي لدى البالغين الذين تزيد أعمارهم على 18 سنة من 4.7% في عام 1980 إلى 8.5% في عام 2014 .
- سجل معدل انتشار السكري ارتفاعاً أسرع في البلدان ذات الدخل المتوسط والمنخفض.

تاريخ الاطلاع 2020/1/10 <https://www.who.int/ar/news-room/fact-sheets/detail/cancer> منظمة الصحة العالمية¹

الفصل الرابع واقع السياسات الاجتماعية في قطاعي الصحة والتعليم بعينة الدراسة

- السكري هو سبب رئيسي للعمى والفشل الكلوي والنوبات القلبية والسكتات الدماغية وبترا الأطراف السفلى.
 - يحدث حوالي نصف مجموع حالات الوفاة الناجمة عن ارتفاع مستوى الغلوكوز في الدم قبل بلوغ 70 سنة من العمر(1). وتتوقع منظمة الصحة العالمية بين داء السكري سيصبح سابع عامل مسبب للوفاة في عام 2030.¹
- الشكل رقم {4-7}: تطور معدل الوفيات الناجمة عن الأمراض القلبية الوعائية أو السكري أو السرطان أو الأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي خلال الفترة 2000-2016 .



المصدر: من اعداد الباحثة اعتمادا على بيانات البنك الدولي .

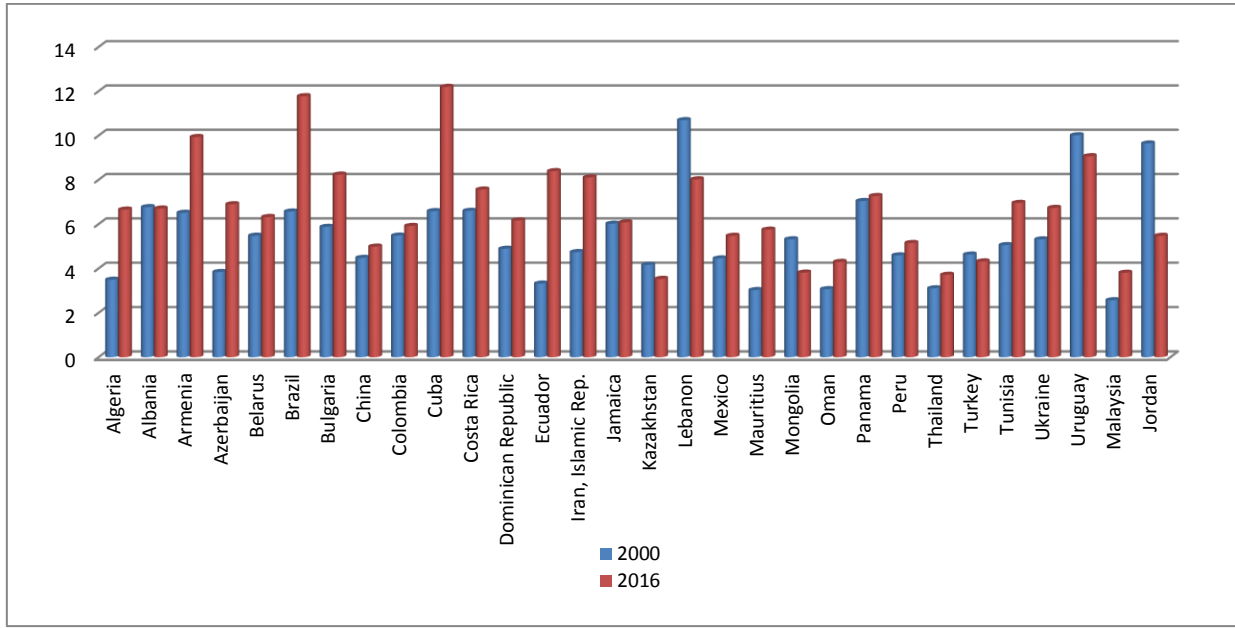
نلاحظ ايضا في تطور معدلات الوفيات الناجمة عن مرض السكري او الامراض المعدية تناقص معدلات الوفيات خلال الفترة 2016-2000 ، حيث بلغت اعلى قيمة سنة 2000 في دولة كازخستان ومنقوليا ب39% ، ثم تلتها اكرانيا وبلاروسيا ب35% ثم باقي الدول الاخرى بين 30% و15% خلال نفس السنة ، وانخفضت هذه المعدلات في جميع الدول سنة 2016 ، حيث وصلت اعلى قيمة في منقوليا ب30% خلال هذه السنة وادنى قيمة ب11% بكوستاريكا خلال نفس السنة .

4.1 تطور الانفاق على قطاع الصحة: الانفاق العام على الصحة هو " الانفاق الجاري والرأسمالي من الميزانيات الحكومية {المركزية والمحلية} والقروض الخارجية و المساعدات {بما في ذلك هبات الوكالات الدولية والمنظمات غير الحكومية} وصناديق التامين الصحي الاجتماعية {او الالزامية}"².

¹ منظمة الصحة العالمية ، تاريخ الاطلاع <https://www.who.int/ar/news-room/fact-sheets/detail/diabetes2020/01/15>

² تقرير التنمية البشرية 2016. الحالة الصحية الصفحة 231.

الشكل رقم {4-8}: تطور الانفاق على قطاع الصحة خلال الفترة 2000-2016



المصدر: من اعداد الباحثة اعتمادا على بيانات البنك الدولي.

يبين الشكل اعلاه ان معدلات الانفاق على الصحة في تزايد مستمر من سنة 2000 الى غاية سنة 2016 تقريبا في جميع الدول ، وهذا راجع الى زيادة النمو السكاني في هذه الدول وكثرة الامراض مما ادى الى الارتفاع النفقات الصحية ، ماعدا دولة كازخستان ولبنان الاروغواي والأردن التي انخفض فيها الانفاق من سنة 2000 الى 2016 ، وقد بلغ اعلى انفاق في كوبا ب12% سنة 2016 ، اما ادنى انفاق كان في ماليزيا ب2% سنة 2000 ، اما باقي الدول الأخرى لم يتجاوز الانفاق فيها 10% خلال الفترة 2016-2000.

5.1 تطور معدل الموظفين في القطاع الصحي:

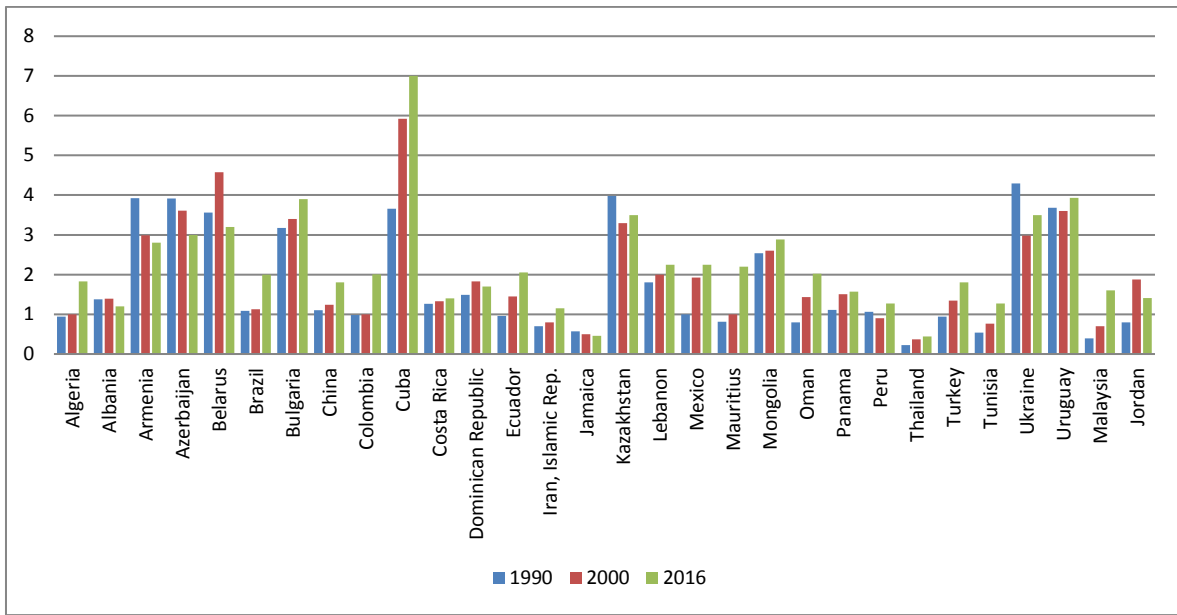
يشكل العاملون الصحيون قوام النظم الصحية وقلبها النابض، ولايزال العالم حتى هذه اللحظة يواجه نقصاً مزمناً في أعدادهم، وتشير التقديرات إلى ضرورة زيادة أعداد هؤلاء بنحو 4.2 مليون عامل صحي لسد هذه الثغرة، وتحتاج أفريقيا لوحدها إلى 1.5 مليون عامل صحي، ويُعتبر هذا النقص الشديد إحدى العقبات الرئيسية التي تحول دون إحراز تقدم في مجال الصحة وتحسين الصحة وتحقيق المرامي الإنمائية.

• تطور معدل الاطباء لكل 1000 شخص:

معدل الاطباء لكل 1000 شخص " يشمل اطباء الصحة العامة والمتخصصين لكل 1000 شخص "1.

1. تقرير التنمية البشرية سنة 2016 ، الحالة الصحية، ص231

الشكل رقم {4-9}: تطور معدل الاطباء لكل 1000 شخص خلال الفترة 1990-2016.



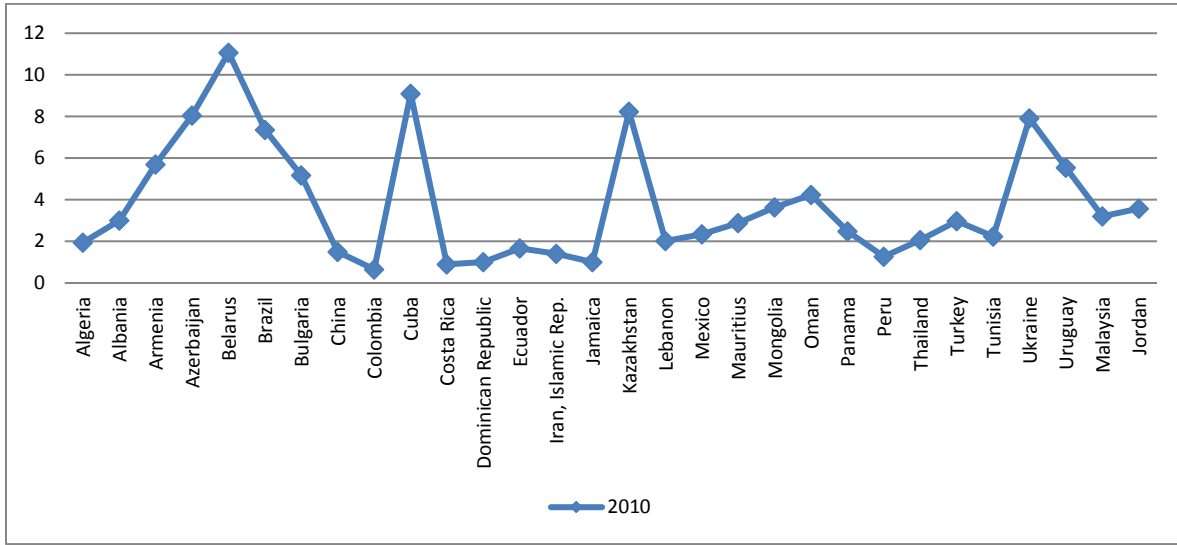
المصدر: من اعداد الباحثة اعتمادا على بيانات البنك الدولي.

نلاحظ من خلال الشكل اعلاه ان معدل تطور الاطباء بلغ اعلى قيمة سنة 2016 ب7% في كوبا وادنى قيمة سنة حوالي 0.5 سنة 1990 في تايلاند ، كما نلاحظ ايضا ان المعدل في ارتفاع مستمر من سنة 1990 الى غاية سنة 2016 في اغلبية الدول وهي { الجزائر ، البرازيل ، بلغاريا ، الصين ، كوبا ، كولومبيا ، كوستاريكا ، الاكوادور ، ايران ، لبنان ، المكسيك ، موريشيوس ، منقوليا ، عمان ، بنما ، البيرو ، تايلاند ، تركيا ، تونس ، ماليزيا } ، اما باقي الدول الاخرى بدا المعدل فيها في تناقص مستمر خلال الفترة 2016-1990.

● تطور معدل الممرضات والقابلات لكل 1000 شخص :

"تشمل الممرضات والقابلات الممرضات المحترفات والقابلات المحترفات والممرضات المساعدات والقابلات المساعدة والممرضات المسجلات والقابلات المسجلات وغيرهن من الموظفين المرتبطين بها ، مثل ممرضات الأسنان وممرضات الرعاية الأولية".

الشكل رقم {4-11}: معدل الممرضات والقابلات لكل 1000 شخص خلال سنة 2010



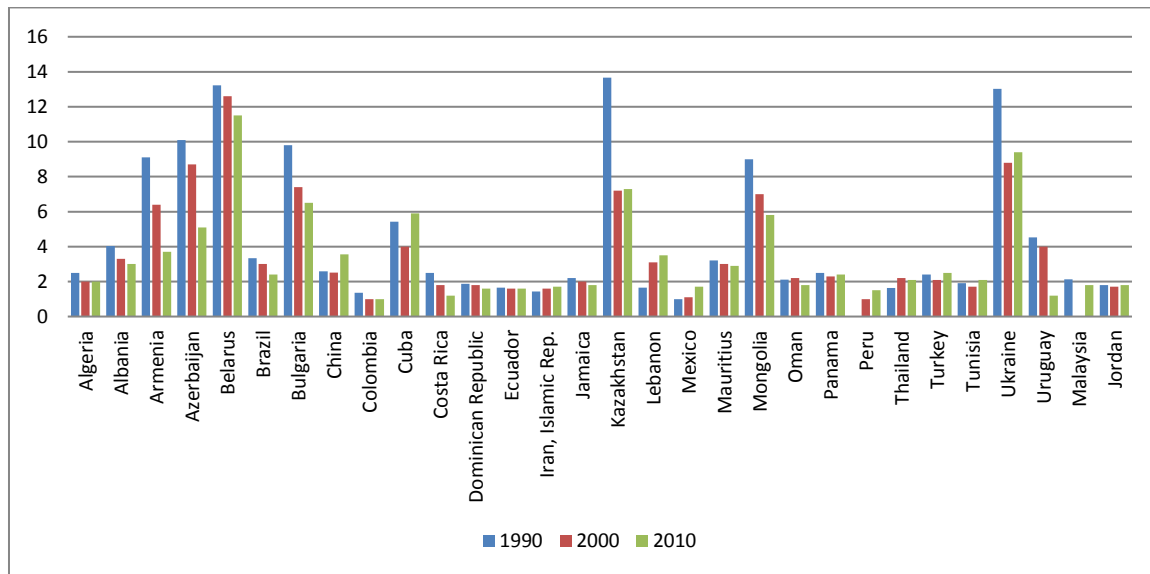
المصدر: من اعداد الباحثة بالاعتماد على بيانات البنك الدولي.

يبين الشكل اعلاه اختلاف معدلات الممرضات والقابلات في الدول خلال سنة 2010 ، حيث احتلت المرتبة الاولى بلاروسيا بأعلى معدل ب13% ثم تلتها كوبا ب11% ، وارمينا وكازخستان وكرانيا ب8% ، ثم باقي الدول الاخرى باقل من 6% ، وبلغت ادمى قيمة في كولوبيا بحوالي 0.1%.

6.1 تطور معدل الاسرة لكل 1000 شخص :

"تشمل أسرة المستشفيات أسرة للمرضى الداخليين في المستشفيات العامة والخاصة والمتخصصة ومراكز إعادة التأهيل، في معظم الحالات يتم تضمين أسرة للرعاية الحادة والمزمنة".

الشكل رقم {4-10}: تطور معدل الاسرة لكل 1000 شخص خلال الفترة 1990-2010



المصدر: من اعداد الباحثة اعتمادا على بيانات البنك الدولي .

الفصل الرابع واقع السياسات الاجتماعية في قطاعي الصحة والتعليم بعينة الدراسة

ان تطور معدل الاسرة عكس تطور الاطباء حيث يشير الشكل اعلاه الى تناقص معدل الاسرة خلال الفترة 1990-2010 في معظم الدول رغم ارتفاع النمو السكاني وكثرة الامراض ، ماعدا دولة الصين وكوبا ولبنان التي كانت فيها المعدلات في ارتفاع مستمر خلال نفس الفترة ، وبلغت اعلى قيمة ب14% سنة 1990 في كازخستان ، ثم تلتها بلاروسيا وكرانيا ب13% خلال نفس السنة ، اما ادنى قيمة كانت ب0.5% سنة 2010.

2. قطاع التعليم في دول محل الدراسة :

يعتبر قطاع التعليم الى جانب قطاع الصحة من القطاعات ذات الاهمية الكبرى في الدول ، لان الاستثمار في راس المال البشري هو الاستثمار الحقيقي لتقدم المجتمعات ، وقد ادى النمو الديمغرافي السريع والزامية ومجانية التعليم في معظم دول العالم في السنوات الاخيرة الى زيادة نسب الالتحاق بالتمدرس في مختلف اطوار التعليم ، وهذا ما فرض على مختلف الدول الى زيادة الانفاق على قطاعها التعليمية من اجل توفير الوسائل اللازمة لسياسة تعليمية ناجحة .

1.2 الانظمة التعليمية:

يشير النظام التعليمي بشكل عام إلى التعليم العام، وليس إلى التعليم الخاص، والأكثر شيوعاً إلى رياض الأطفال من خلال برامج المدارس الثانوية، وعادة ما تكون المدارس أو المناطق المدرسية أصغر شكل من اشكال "النظام التعليمي" المعترف به ، والبلدان هي الأكبر، وتعتبر الدول أيضا لديها نظم تعليمية.

يشمل النظام التعليمي كل ما يدخل في تعليم طلاب المدارس العامة علي مستوى الاتحاد أو الولاية أو المجتمع المحلي:"

✓ القوانين والسياسات واللوائح

✓ التمويل العام ، وتخصيص الموارد ، وإجراءات تحديد مستويات التمويل

✓ المكاتب الادارية للدولة والمقاطعات والمرافق المدرسية ومركبات النقل

✓ الموارد البشرية ، والموظفون ، والعقود ، والتعويض ، واستحقاقات الموظفين

✓ الكتب والحواسيب والموارد التعليمية وغيرها من المواد التعليمية

✓ وبطبيعة الحال ، لا يحصي من العناصر المساهمة الأخرى

وفي حين ان مصطلح نظام التعليم يستخدم علي نطاق واسع وبشكل متواتر في وسائط الاعلام والخطاب العام ، فقد يكون من الصعب تحديد ما يشير اليه المصطلح بدقه عندما يستخدم دون مؤهل أو أمثله محدد أو تفسيرات اضافيه.¹

¹ <https://www.edglossary.org/education-system>

الفصل الرابع واقع السياسات الاجتماعية في قطاعي الصحة والتعليم بعينة الدراسة

وعلي غرار مهنة التدريس ، فان نظم التعليم ، بطبيعتها ، معقدة ومتعددة الأوجه ، والتحديات التي ينطوي عليها إصلاحها أو تحسينها يمكن ان تكون معقدة ومتعددة الأوجه بالمثل وحتى الإصلاحات التي تبدو واضحة أو بسيطة أو سهله المنال قد تتطلب ، عمليا تغييرات معقدة في سياسات الدولة ، أو مفاوضات بشأن العقود النقابية ، أو تعديلات في جدول المدارس ، أو شروط أخرى لا تحصى.

الجدول رقم {4-1}: الانظمة التعليمية.

الدولة	التعليم الابتدائي		التعليم الثانوي		التعليم العالي	
	المدة	الفئة العمرية	المدة	الفئة العمرية	ليسانس	ماستر
البرازيل	9	15-6	3	18-15	4	2
كوبا	9	15-6	3	18-15	4	2
كولومبيا	9	15-6	2	18-15	4	2
كوستاريكا	8	13-6	5	18-13	4	2
الدمينيكان	10	15-6	4	18-15	3	2
الاكوادور	6	12-6	6	18-12	4	2
جامايكا	6	12-6	5	17-12	3	2
الميكسيك	9	15-6	3	18-15	4	2
بنما	9	15-6	3	18-15	4	2
بيرو	6	12-6	5	18-12	4	2
اروغواي	6	12-6	6	18-12	4	2
البانيا	8	14-6	4	18-14	3	3
بلاروسيا	9	15-6	4	19-15	4	1
تركيا	8	14-6	4	18-14	4	2
اكرانيا	9	15-6	2	18-15	4	3
بلغاريا	8	14-7	4	18-15	4	5
الجزائر	9	15-6	3	18-15	3	2
تونس	9	15-6	4	19-15	3	2
موريشيوس	6	12-6	6	18-12	3	2
الصين	9	15-6	3	18-15	4	2
الأردن	10	16-6	2	18-16	4	2
كازخستان	9	15-6	2	17-15	4	2
لبنان	9	15-6	3	18-15	4	2
عمان	10	15-6	2	18-15	4	1
تايلاند	6	12-6	6	18-12	4	1
ارمينيا	9	15-6	3	18-15	4	1
ماليزيا	9	15-6	4	19-15	4	1
اذربيجان	9	15-6	2	18-15	4	2
منقوليا	9	15-6	3	18-15	4	1
ايران	9	14-5	4	18-14	4	2

المصدر: www.scholaro.com/ed/Countries

الفصل الرابع واقع السياسات الاجتماعية في قطاعي الصحة والتعليم بعينة الدراسة

مهما اختلفت مدة وسنى التعليم على مختلف المراحل التعليمية في الدول الموضحة في الجدول اعلاه فان التعليم ينقسم الى خمس مستويات وهي:

التعليم ما قبل الابتدائي: التعليم ما قبل المدرسة هو مجاني وغير الزامي في جميع هذه الدول ويقدم من قبل رياض الاطفال ودور الحضانه ويختلف السن من دولة الى اخرى وغالبا يكون بين سنة واحدة حتى خمس سنوات.

التعليم الابتدائي: هو مجاني وإلزامي وهو مخصص للأطفال الذين تتراوح اعمارهم بين 5-15 او 6-15 سنة تختلف المدة حسب نظام كل بلد كما هو موضح في الجدول اعلاه.

التعليم الثانوي: هو ايضا مجاني وإلزامي وهو مخصص للطلاب الذين تتراوح اعمارهم بين 14-18 والمدة تختلف حسب كل بلد.

التعليم العالي: مجاني غير الزامي وهو مخصص للطلاب فوق 18 سنة

بالإضافة الى التعليم العام هناك مدارس وجامعات خاصة تقريبا في جميع هذه الدول لكن بتكاليف باهظة.

2.2 تطور معدل الالتحاق بالتعليم الابتدائي والثانوي والعالي:

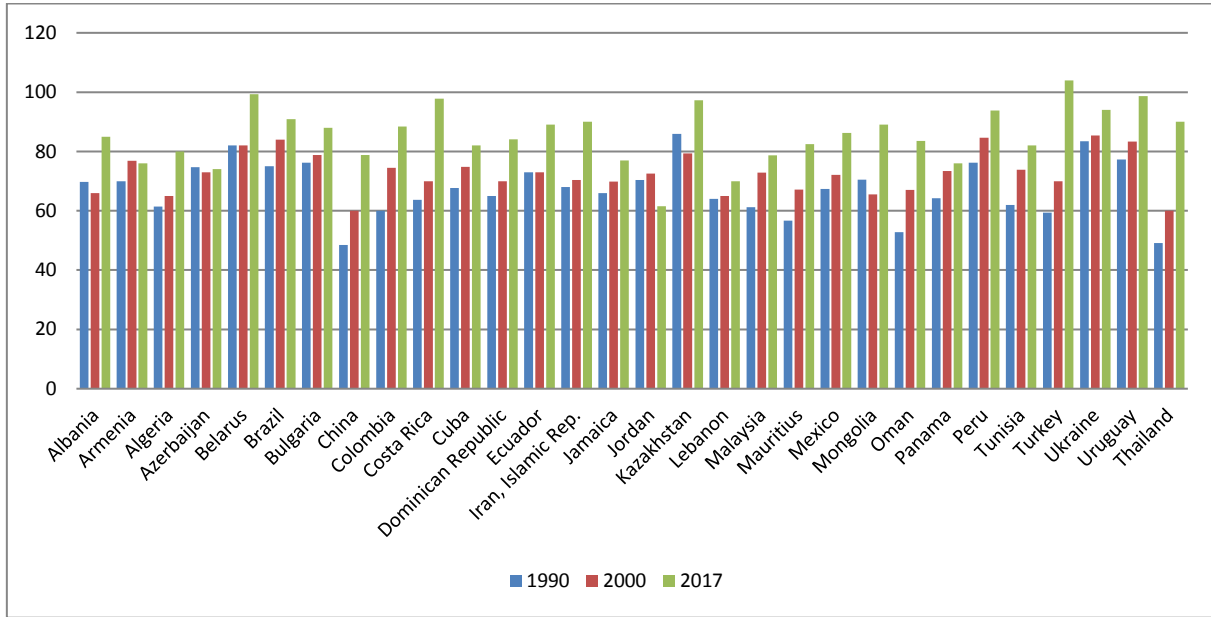
معدل الالتحاق بالتعليم هي: "مجموع الملتحقين بالتعليم الابتدائي والثانوي والعالي ، بغض النظر عن السن ، معبرا عنه كنسبه مئوية من السكان في سن التعليم الابتدائي والثانوي والعالي الرسمي، ويمكن للنسب ان تتجاوز 100 في المائة بسبب ادراج الطلاب الذين تجاوزوا سن الدراسة والذين هم دون السن القانونية بسبب الدخول المبكر أو المتأخر من المدرسة وتكرار الصف."¹

وعلى الصعيد العالمي في سنة 2017 ، لم يلتحق بالمدرسة نحو 64 مليون طفل في سن التعليم الابتدائي او 9%، كما لم يلتحق بالتعليم الثانوي 61 مليون مراهق في سن المرحلة الدنيا من التعليم الثانوي اي 16% و138 مليون شاب ممن هم في سن المرحلة العليا من التعليم الثانوي اي 36% ، ولم يتغير المعدل الاولي تقريبا منذ عام 2008 ، وتستأثر افريقيا جنوب الصحراء الكبرى بحصة متزايدة ، باستثناء سن الالتحاق بالتعليم الابتدائي ، وقد ادت النزاعات الى انقطاع الاطفال عن الدراسة في مناطق اخرى ، وخاصة في غرب اسيا.²

¹ www.worldbankdata.org

² اليونيسكو، التقرير العالمي لرصد التعليم 2019، ص44

الشكل رقم {4-12}: تطور معدل الالتحاق بالتعليم الابتدائي والثانوي والعالي خلال الفترة 1990-2017



المصدر: من اعداد الباحثة بالاعتماد على بيانات البنك الدولي.

نلاحظ من خلال الشكل اعلاه ان معدلات الالتحاق بالتعليم الابتدائي والثانوي والعالي تجاوزت نسبة 50% خلال الفترة 2017-1990 بجميع الدول فهي في تزايد مستمر في معظم الدول ابتداء من سنة 1990 الى غاية سنة 2017 ، ماعدا في دولة الاردن التي بلغ فيها معدل الالتحاق 70% سنة 1990 ثم ارتفع الى 73% سنة 2000 ثم انخفض الى 60% سنة 2016، وتجاوزت معدلات الالتحاق 100% سنة 2017 حيث احتلت دولة تركيا الصدارة ب102% ثم تلتها بلاروسيا والاروغواي ب99%.

3.2 تطور نسبة التلاميذ الى المدرسين في التعليم الابتدائي والثانوي والعالي:

متوسط عدد التلاميذ لكل معلم في مستوى تعليمي معين ، استنادًا إلى أعداد الطلاب والمدرسين، اي قسمة إجمالي عدد التلاميذ المسجلين في المستوى التعليمي المحدد على عدد المعلمين في نفس المستوى. عند حساب هذا المؤشر وتفسيره ، ينبغي أن يأخذ المرء في الحسبان وجود التدريس بدوام جزئي ، والتحويلات المدرسية ، والفصول المتعددة الفصول وغيرها من الممارسات التي قد تؤثر على دقة وفعالية نسب التلاميذ إلى المعلمين. عندما يكون ذلك ممكنًا ، يتم تحويل عدد المعلمين غير المتفرغين إلى معلمين "متكافئين بدوام كامل" ؛ يتم حساب المعلم بنظام الفترتين مرتين ، وما إلى ذلك، " يتم تعريف المعلمين كأشخاص نشاطهم المهني ينطوي على نقل المعرفة والمواقف والمهارات المنصوص عليها في برنامج المناهج الدراسية الرسمية للطلاب المسجلين في مؤسسة تعليمية رسمية"¹.

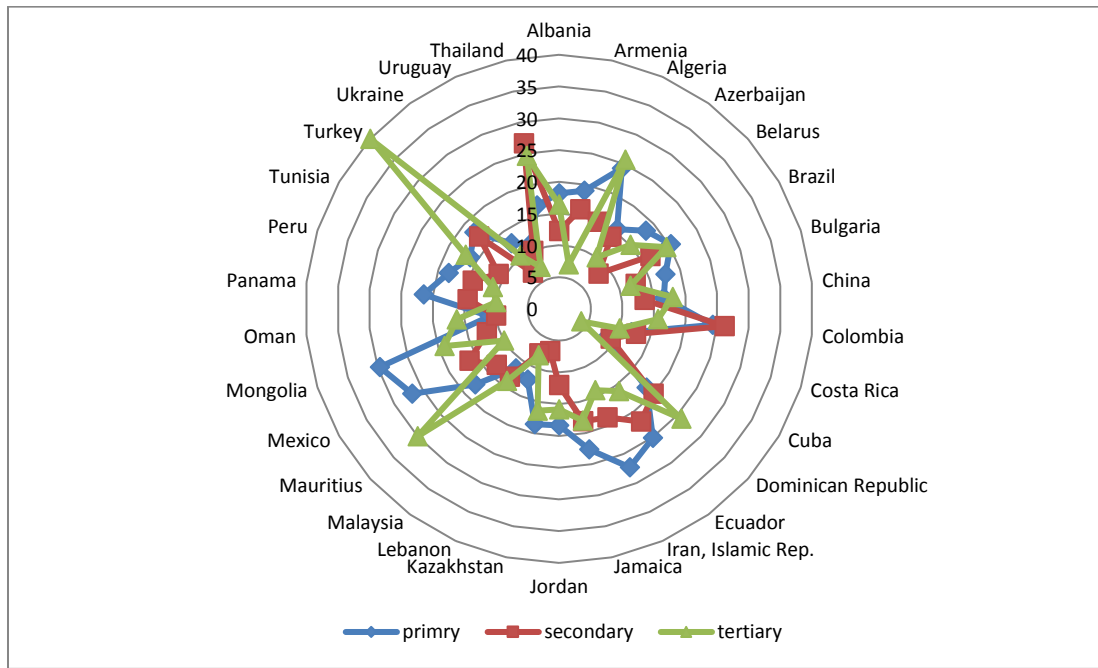
¹ منظمة اليونسكو

الفصل الرابع واقع السياسات الاجتماعية في قطاعي الصحة والتعليم بعينة الدراسة

لا تزال الشريحة الدنيا والادنى من البلدان المتوسطة الدخل تعاني من نقص حاد في مدري المدارس الابتدائية المؤهلين والمدرسين ولبعض البلدان الافريقية الواقعة جنوب الصحراء الكبرى معدلات توظيف عالية ، مما قد يقوض معايير الالتحاق بسلك التدريس اذا كانت قدرة المعلمين على التعليم محدودة ، وفي النيجريين اكثر من 13% من مدرسي الابتدائي في عام 2013، ولكن لم يدرّب منهم الا 37%، وخلصت الابحاث التي اجريت في بلدان منها السويد والشيلي والولايات المتحدة الى وجود الى تناقص طبيعي في نسبة اعلى في صفوف المدرسين اقل خبرة ومن لهم مؤهلات اعلى ، عينوا اكثر صعوبة او في مدارس ريفية ، او صرفت لهم مرتبات غير كافية ، او عينوا بعقود قصيرة الاجل ، غير ان الادلة المسقاة من الدراسات الطويلة في استراليا تفيد ضمنا بان معظم المدرسين الذي يبدو انهم غادرو التدريس لاسباب عائلية عادو الى المهنة في غضون عامين.¹

الشكل رقم {4-13}: نسبة التلاميذ الى المدرسين في التعليم الابتدائي والثانوي والعالى خلال سنة

2016



المصدر: من اعداد الباحثة بالاعتماد على بيانات البنك الدولي .

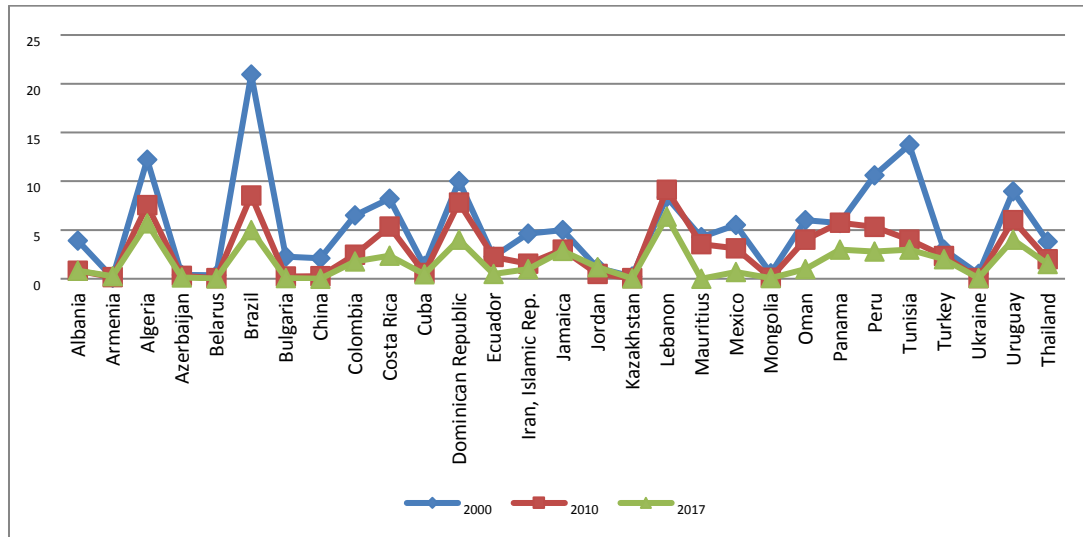
يبين الشكل اعلاه تقارب نسب التلاميذ الى المدرسين في التعليم الابتدائي والثانوي والعالى خلال سنة 2016 بين الدول، حيث كانت النسب بين 5% و25% في اغلبية الدول، فقط في دولة تركيا بلغت اعلى نسبة في التعليم العالى ب 40% ثم تلتها موريشيوس ب 30% ثم تلتها البانيا والجزائر وكوبا ب 25%.

¹ اليونسكو، التقرير العالمي لرصد التعليم 2019، ص53.

4.2 تطور معدل التكرار في التعليم الابتدائي:

"عدد الراسبين في التعليم الابتدائي في سنة دراسية معينة ، معبراً عنه كنسبة مئوية من الالتحاق بالتعليم الابتدائي في العام الدراسي السابق. قسّم عدد الراسبين في التعليم الابتدائي في العام الدراسي t + 1 على عدد التلاميذ من نفس الفوج المسجلين في التعليم الابتدائي في العام الدراسي السابق t¹.

الشكل رقم {4-14}: تطور معدل التكرار في التعليم الابتدائي خلال الفترة 2000-2017



المصدر: من اعداد الباحثة بالاعتماد على بيانات البنك الدولي.

يشير المنحنى البياني اعلاه الى تناقص معدل التكرار في كل الدول محل الدراسة خلال الفترة 2000-2017 ، وهذا دليل على تطور قطاع التعليم في هذه الدول ، كما تشير المنحنيات الى ان اغلب معدلات التكرار كانت اقل من 5% في اغلب الدول في سنة 2010 و2017 ، وان اعلى معدل تكرار بلغ 20% في البرازيل و15 في تونس خلال سنة 2000.

5.2 تطور معدل الانفاق على التعليم :

الانفاق على التعليم هو: "مجموع الإنفاق الجاري والرأسمالي والإنفاق من التحويلات على التعليم كنسبة من الناتج المحلي الإجمالي"².

على الصعيد العالمي كان متوسط الانفاق على التعليم العام 4.4% من الناتج المحلي الاجمالي في عام 2017، وهو اعلى من الحد الادنى المعياري البالغ 4% والمحدد في اطار العمل الخاص بالتعليم حتى عام 2030، وحسب المناطق تراوح الانفاق على التعليم بين 3.4% في شرق وجنوب شرق اسيا و5.1% في امريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي، وبلغ متوسط حصة مجموع الانفاق العام المخصص للتعليم 14.1%، اي اقل من الحد الادنى المعياري البالغ 15%، حيث تراوحت المعدلات الاقليمية بين 11.6% في

¹ منظمة اليونسكو

² تقرير التنمية البشرية 2016، الانجازات في التعليم ، ص235

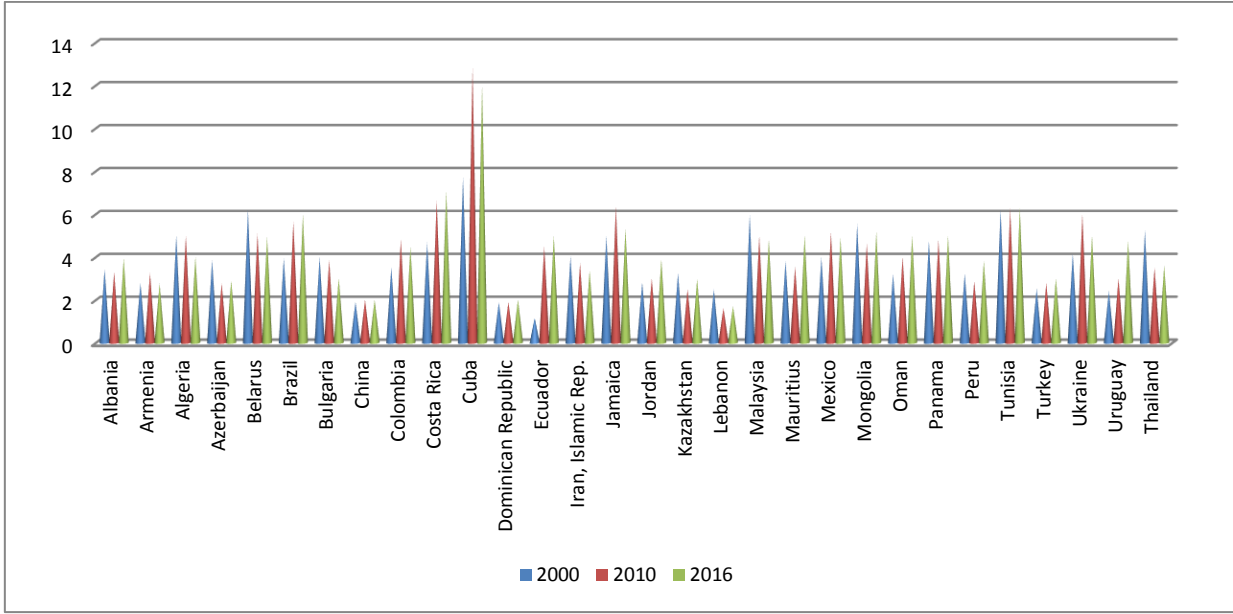
الفصل الرابع واقع السياسات الاجتماعية في قطاعي الصحة والتعليم بعينة الدراسة

أروبا وأمريكا الشمالية و18% في أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي ، ولا يستوفي أي معيار اجمالا 43 بلدا من اصل 148 بلدا ، ويبلغ متوسط حصة نفقات التعليم العام المخصصة للتعليم الابتدائي 35% ، في نطاق يتراوح بين 47% في البلدان المنخفضة الدخل و26% في البلدان المرتفعة الدخل ، وخصص متوسط عالمي بمعدل 35% من مجموع نفقات التعليم للتعليم الثانوي ، في نطاق يتراوح بين 27% في البلدان المنخفضة الدخل و37% في البلدان المرتفعة الدخل، وتنفق البلدان في أوروبا وأمريكا الشمالية نفس المبلغ لكل تلميذ في مرحلتي التعليم والابتدائي وما بعد الثانوي ، وتنفق أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى على كل طالب بعد المرحلة الثانوية عشرة اضعاف ما تنفقه على كل تلميذ في المرحلة الابتدائية .

اما فيما يخص نفقات المعونة فوصلت في عام 2016 الى اعلى مستوى لها منذ الشروع في تسجيلها عام 2002، وبالمقارنة مع عام 2015 ازدادت المعونة المخصصة للتعليم بمقدار 1.5 مليار دولار أمريكي لتصل الى 13.4 مليار دولار أمريكي ، وشكلت المعونة المقدمة للتعليم الاساسي ثلثي الزيادة، وارتفعت المعونة المقدمة للتعليم الثانوي وما بعد الثانوي بمعدل اقل ، بحيث بلغت حصة التعليم الاساسي من مجموع معونة التعليم اعلى مستوى لها بمعدل 45%، ولا تزال معونة التعليم الاساسية غير مخصصة للبلدان الاكثر احتياجا، فقد انخفض نصيب معونة التعليم الاساسية المقدمة للبلدان المنخفضة الدخل من 36% في عام 2002 الى 22% في عام 2016 ، وبلغت حصة اقل البلدان نموا 34% في سنة 2016 ، بعد ان كانت 47% في عام 2004، وتواجه بلدان الشريحة الدنيا من البلدان المتوسطة الدخل ايضا فجوة تمويلية ، اذ لا يزال اقراض المصارف الانمائية المتعددة الاطراف للتعليم في هذه البلدان منخفضا ، مثلا كان متوسط نصيب التعليم بين عامي 2002 و2017 هو 10.5% للقروض التسهلية المقدمة من المؤسسة الدولية للتنمية ولكنه لم يتعدى 6.4% للقروض الغير تساهلية من البنك الدولي للإنشاء والتعمير، وعلاوة على ذلك انخفضت حصة التعليم في قروضه من 8.2% في عام 2012 الى 4.7% في عام 2017 ، اي الربع المخصص لقطاع الطاقة والقطاعات الاستخراجية¹.

¹ اليونسكو ، التقرير العالمي لرصد التعليم 2019 ، ص56.

الشكل رقم {4-15}: تطور الانفاق على التعليم خلال الفترة 2000-2017



المصدر: من اعداد الباحثة بالاعتماد على بيانات البنك الدولي .

نلاحظ من خلال الشكل اعلاه استقرار معدل الانفاق الحكومي على التعليم كنسبة من الناتج المحلي الاجمالي خلال الفترة 2000-2016 تقريبا في جميع الدول، ماعدا بعض الدول التي كانت فيها المعدلات في ارتفاع خلال نفس الفترة مثل دولة كوبا وكوستاريكا والبرازيل والاكوادور، الاردن، موريشيوس، الميكسيك، وبلغ اعلى معدل في كوبا سنة 2016 و2010 حوالي 12%، كما كانت هناك بعض الدول التي تناقصت فيها معدلات الانفاق مثل اذربيجان وبلاروسيا، كازخستان، تايلاند.

من خلال تحليل تطور المؤشرات الصحية والتعليمية في الدولة محل الدراسة، واستعراض مختلف الانظمة الصحية والتعليمية في الدول المختارة ذات التنمية البشرية المرتفعة، نستنتج انه رغم ادخال عدة اصلاحات من طرف هذه الدول في قطاعاتها الصحية والتعليمية وكذلك زيادة الانفاق على هذه القطاعات الا انها مازالت تعاني من قصور في تقديم خدمات الرعاية الصحية الاولى وكذلك نقص جودة التعليم ، مع زيادة حصة القطاع الخاص في القطاع الصحي والتعليمي لكن بتكاليف مرتفعة جدا ، كما لاحظنا ان تطور المؤشرات الصحية مثل مرض نقص المناعة البشرية والسل والسكري بالإضافة الى الوفيات الناجمة عن مختلف الامراض كانت مرتفعة في سنة 2000 ثم بدأت في الانخفاض المستمر الى غاية 2016 في معظم الدول وذلك لاتخاذ عدة اجراءات لمواجهة هذه الامراض ، والدول التي كانت فيها معدلات الانتشار الامراض والوفيات مرتفعة هي تقريبا الدول ذات الكثافة السكانية المرتفعة مثل الدول الآسيوية ودول امريكا الجنوبية كما لاحظنا ايضا ارتفاع معدلات الالتحاق بالتعليم الابتدائي والثانوي والتعليم العالي في كل الدول تقريبا وهذا مجانية وإلزامية التعليم وذلك لتطور مختلف الانظمة و البرامج التعليمية وسهولتها.

الفصل الخامس :

دراسة قياسية لأثر المؤشرات التعليمية والصحية على النمو
الاقتصادي في عينة الدراسة .

مقدمة الفصل

إن زيادة معدل نمو نصيب الفرد من الناتج المحلي ترتبط بارتفاع معدلات الالتحاق مع جودة التعليم، بالإضافة إلى تمتع الفرد بالصحة البدنية والذهنية من أجل زيادة إنتاجية العمل، مع زيادة الإنفاق الحكومي على قطاعي الصحة والتعليم.

من أجل محاولة تقييم السياسة الاجتماعية في قطاعي الصحة والتعليم، قمنا باستخدام منهج بيانات panel data على مجموعة من دول مختارة ذات تنمية بشرية مرتفعة المصنفة حسب تقرير التنمية البشرية لسنة 2016 لتبيان أثر مؤشرات الصحة والتعليم على معدل نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي في هذه الدول خلال الفترة 1995-2015، وذلك من خلال عرض النموذج، ثم إجراء مختلف الاختبارات الإحصائية لنموذج بيانات البانال.

1. الدراسات التجريبية حول العلاقة بين التعليم والصحة والنمو الاقتصادي باستخدام panel data

1- دراسة **Selim BAŞAR 2010**¹ "تأثير التعليم على النمو الاقتصادي في الاقتصاديات التي تمر بمرحلة انتقالية" في هذه الدراسة، تم دراسة تأثير التعليم على النمو الاقتصادي في 24 اقتصاداً انتقالياً لفترات 1998-2005، وتم استخدام رأس المال البشري ومؤشر التعليم ونسبة الالتحاق وبيانات معدل معرفة القراءة والكتابة، وتم التوصل أن مؤشر التعليم ومعدل معرفة القراءة والكتابة يؤثران إيجاباً على النمو الاقتصادي، أما نسبة الالتحاق لها أثر إيجابي ولكن غير ذي دلالة إحصائية في الاقتصاديات التي تمر بمرحلة انتقالية في المدى القصير.

2- دراسة **Swift, Robyn 2011**² "العلاقة بين الصحة والناتج المحلي الإجمالي في دول منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية على المدى الطويل" تستخدم هذه الورقة تحليل التكامل المشترك متعدد العناصر لـ Johansen لدراسة العلاقة بين الصحة والناتج المحلي الإجمالي لثلاثة عشر دولة من دول منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية على مدى القرنين الماضيين، لفترات تتراوح بين 1820-2001 إلى 1921-2001، حيث تم العثور على علاقة مماثلة وطويلة الأجل ومتداخلة بين متوسط العمر وكلاً من إجمالي الناتج المحلي والناتج المحلي الإجمالي للفرد في جميع البلدان المقدرّة. تؤثر العلاقات بشكل كبير على إجمالي الناتج المحلي الإجمالي و GDP للفرد في معظم البلدان المقدرّة، مع زيادة 1٪ في متوسط العمر المتوقع مما أدى إلى زيادة في المتوسط بنسبة 6٪ في إجمالي الناتج المحلي على المدى الطويل، وزيادة بنسبة 5٪ في الناتج المحلي الإجمالي لكل فرد، إجمالي الناتج المحلي الإجمالي والناتج المحلي الإجمالي

¹Slim basar . Effect of Education on Economic Growth in Transition Economies . Ataturk University Faculty of Economics and Administrative Sciences Department of Economics,2010,pp23-33.

²Swift Robyn .The relationship between health and GDP in OECD countries in the very long run . Journal of Health Economics, Vol.20, 3, 2011, pp.306-322

- للفرد الواحد لهما تأثير كبير على متوسط العمر المتوقع لمعظم البلدان، لا يوجد دليل على حدوث تغيرات في العلاقات لأي بلد خلال الفترات المقطرة ، مما يشير إلى أن التحولات في الأسباب الرئيسية للمرض والوفاة مع مرور الوقت لا يبدو أنها أثرت على العلاقة بين الصحة والنمو الاقتصادي.
- 3- دراسة Biswajit Maitra 2012¹ "الإنفاق الحكومي على التعليم والرعاية الصحية والنمو الاقتصادي في دول مختارة من آسيا والمحيط الهادي" تم في هذا البحث دراسة دور الإنفاق العام على قطاعي التعليم والصحة فيما يتعلق بتعزيز الناتج المحلي الإجمالي في 12 دولة في آسيا والمحيط الهادي على مدى العقود الثلاثة الماضية، وفي ست من هذه البلدان ، وهي بنغلاديش ، وكيريباتي ، وماليزيا ، وجزر المالديف ، والفلبين ، وجمهورية كوريا ، أكدت اختبارات التكامل المشترك التي قام بها يوهانسون على وجود علاقات تكاملية، وفي البلدان المتبقية ، وهي فيجي ونيبال وسنغافورة وسري لانكا وتونغا وفانواتو ، لم تكن هناك علاقات متأزرة، وتم دراسة الأثر السلبي للتعليم والإنفاق على الرعاية الصحية على الناتج المحلي الإجمالي في الدراسة. كيريباس ، ملديف ، نيبال ، سنغافورة ، سري لانكا ، تونغا وفانواتو. من ناحية أخرى ، ساهم الإنفاق على الرعاية الصحية في نمو الناتج المحلي الإجمالي في بنغلاديش ونيبال والفلبين وسنغافورة وسري لانكا و الفلبين ، كان للإنفاق على التعليم أثر سلبي على الناتج المحلي الإجمالي ، بينما كان تأثير الإنفاق على الرعاية الصحية على الناتج المحلي الإجمالي سلبياً في كيريباس وملديف وفانواتو، وفي حالة ماليزيا وجمهورية كوريا لم يكن الإنفاق على التعليم ولا الإنفاق على الرعاية الصحية لهما تأثير ملموس على الناتج المحلي الإجمالي، وقد وجد أيضاً أن تأخر الإنفاق على التعليم كان أطول من الإنفاق على الرعاية الصحية.
- 4- دراسة Mohsen Mehrara 2013² "العلاقة بين النمو الاقتصادي ورأس المال البشري في البلدان النامية" درس هذا البحث العلاقة السببية بين التعليم والناتج المحلي الإجمالي في البلدان النامية للفترة 1970-2010، وظهرت النتائج سببية قوية من الاستثمار والنمو الاقتصادي إلى التعليم في هذه البلدان، ومع ذلك ، ليس للتعليم أي آثار كبيرة على الناتج المحلي الإجمالي والاستثمار في المدى القصير والبعيد، وهذا يعني أن تكوين رأس المال والناتج المحلي الإجمالي هو الدافع للتعليم في البلدان المذكورة ، وليس العكس، حيث يبدو أنه مع ارتفاع عدد الالتحاق ، تنخفض جودة التعليم. علاوة على ذلك ، فإن أنظمة التعليم الرسمية ليست موجهة نحو السوق في هذه البلدان قد يكون هذا هو السبب وراء فشل الاستثمارات التعليمية الضخمة في هذه البلدان النامية في تحقيق نمو أعلى من خلال تعزيز

¹Biswajit Maitra .public spending on education health care and economic growth in selected countries of asia and the pacific. Assistant Professor of Economics, Surya Sen College, West Bengal, India, Asia-Pacific Development Journal, Vol. 19, No. 2, December 2012,pp19-47

² Mohsen Mehrara .The relationship between Economic Growth and Human Capital in Developing Countries . 1Faculty of Economics, University of Tehran, Kargar-e-shomali,2013, Po Box 14166-6445, Tehran, Iran, International Letters of Social and Humanistic Sciences, ol. 5, pp 55-62,

- التدريب الموجه للممارسة للطلاب خاصة في التخصصات التقنية ونظام التعليم المطابق لاحتياجات سوق العمل ، فإنه سيساعد في خلق فرص عمل طويلة الأجل وتحسين آفاق البلد المستقبلية.
- 5- دراسة **Heydari Somayeh 2013**¹ "تأثير الصحة على النمو الاقتصادي: دراسة بيانات بانال داتا للبلدان المتقدمة والنامية" في هذا البحث ، تم دراسة تأثير الصحة ، مثل معدل الخصوبة ، الإجمالي (الولادة لكل امرأة) ، العمر المتوقع عند الولادة ، مجموع (سنوات) ومعدل الوفيات ، الأطفال دون الخامسة (لكل 1000 مولود حي) ، بالإضافة إلى رأس المال على النمو الاقتصادي في 16 بلداً متقدماً و 14 بلداً نامياً باستخدام نموذج بيانات بانال داتا للفترة 1990-2010، وتم التوصل الى أن مخزون رأس المال ومتوسط العمر المتوقع لهما أثر إيجابي مهم إحصائياً على النمو الاقتصادي في كلا المجموعتين من البلدان، اما معدل الوفيات له تأثير سلبي ذو دلالة إحصائية على النمو الاقتصادي في كلا المجموعتين من البلدان. ومن ناحية أخرى ، فإن معدل الخصوبة له أثر إيجابي مهم إحصائياً على النمو الاقتصادي في البلدان المتقدمة بينما له تأثير سلبي مهم من الناحية الإحصائية على النمو الاقتصادي في البلدان النامية، كما تظهر نتائج الدراسة أن نموذج الآثار الثابتة هو أكثر ملاءمة.
- 6- دراسة **anas pocas 2014**² "أبعاد رأس المال البشري - التعليم والصحة - والنمو الاقتصادي" يتمثل النطاق الرئيسي لهذه الدراسة في تحليل دور رأس المال البشري وأبعاده - التعليم والصحة - كعامل أساسي في إنتاجية العمل ، وبالتالي النمو الاقتصادي. باستخدام نموذج بيانات بانال داتا المخصص حصرياً للبلدان المتقدمة خلال الفترة 1980-2005 وأساليب التأثير الثابت ، خلص إلى أن إدراج المتغيرات الصحية يضيف قوة تفسير إلى نموذج النمو، وان مؤشر الأطباء والعمر المتوقع لعند الولادة تأثير ايجابي على النمو ، ويؤكد هذا الدليل التجريبي فكرة أن التحسينات الصحية لها فوائد كبيرة على النمو الاقتصادي وبالتالي يجب اعتبارها عنصراً هاماً في رأس المال البشري جنباً إلى جنب مع التعليم، ومنه فإن الاستثمار في تعليم الأفراد وصحتهم أمر مهم ليس فقط لزيادة الرفاهية ولكن أيضاً من أجل نمو اقتصادي مستدام.
- 7- دراسة **fatih yardimcioglu 2014**³ "التعليم والنمو الاقتصادي: في منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية (1980-2008) باستعمال بانال داتا" الغرض من هذه الدراسة هو التحقق من العلاقة طويلة المدى بين التعليم والنمو الاقتصادي في 25 دولة عضو في منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية خلال الفترة من 1980 إلى 2008 من خلال استعمال بيانات بانال داتا، وخلصت النتائج إلى السببية الثنائية

¹Heydari Somayeh. Effect of health on economic growth: A panel data study of developed and developing countries. 1Faculty of Law-Political Science-Economic, South Tehran Branch, Islamic Azad University Tehran, Iran, European Online Journal of Natural and Social Sciences; vol.2, No. 3(s), 2013,pp. 1273-1278

² Ana Poças .human capital dimensions education and health and economic growth. Research Unit for Inland Development (UDI)1 and Polytechnic Institute of Guarda (IPG) Portugal,2014,pp01-12.

³faith yardimciogli, Sakarya . Education and Economic Growth: A Panel Cointegration Approach in OECD Countries (1980-2008. University, FEAS, Department of Public Finance ,turkey,2014, Education and Science, Vol. 39, No 173,pp01-12.

الاتجاه على المدى الطويل بين التعليم والنمو الاقتصادي ، كما وجدت إلى أن هناك علاقة طردية قوية بين التعليم والنمو الاقتصادي.

8- دراسة **Miloud Lacheheb 2014**¹ " الانفاق الصحي والتعليم والنمو الاقتصادي في دول الشرق الاوسط وشمال افريقيا " بحثت هذه الدراسة العلاقة بين الإنفاق الصحي والتعليم والنمو الاقتصادي في بلدان الشرق الأوسط وشمال أفريقيا 20 دولة باستخدام بيانات بانال داتا خلال الفترة 1995-2010، وتوصلت ان النموذج الانسب وهو نموذج الانفاق العشوائية كما توصلت الى أن الإنفاق الصحي والتعليم لهما تأثير إيجابي كبير على النمو الاقتصادي. أيضا تكوين رأس المال الثابت بشكل إيجابي، ولكن بشكل ضئيل ولذلك، فإن الاستثمار في رأس المال البشري، أي الصحة والتعليم، سيزيد الدخل في هذه البلدان.

9- دراسة **jude eggoh 2015**² " التعليم والصحة والنمو الاقتصادي في الدول الإفريقية "تقدم هذه الدراسة أدلة تجريبية جديدة تتعلق بالعلاقة بين رأس المال البشري (مقاسة بالتعليم والمتغيرات المرتبطة بالصحة) والنمو الاقتصادي لعينة كبيرة من 49 دولة أفريقية خلال الفترة من 1996 إلى 2010، وباستخدام بيانات بانال داتا، حيث وجدت أن الإنفاق العام على التعليم والصحة له تأثير سلبي على النمو الاقتصادي ، في حين أن مؤشرات مخزون رأس المال البشري لها تأثير إيجابي طفيف، علاوة على ذلك ، اشارت الدراسة القياسية إلى أن الإنفاق على التعليم والصحة متكاملان، وبالتالي ينبغي زيادة الاستثمار العام في التعليم والصحة وكفاءتهما من أجل توقع التأثير الإيجابي لرأس المال البشري على النمو في البلدان الأفريقية.

10- دراسة **2016 camellia Stefan**³ "رأس المال البشري باعتباره أحد العناصر المنبثقة عن النمو الاقتصادي - نهج بيانات PANEL DATA" الغرض الرئيسي من هذه الدراسة هو تحليل تأثير رأس المال البشري بما في ذلك مؤشرات التعليم والصحة والحماية الاجتماعية على النمو الاقتصادي في 29 دولة أوروبية ، باستخدام بيانات بانال داتا ، حيث خلصت الدراسة الى وجود علاقة ايجابية بين النمو الاقتصادي و الانفاق الصحي والانفاق التعليمي ومعدل العمالة ومعدل السكان الحاصلون على التعليم الثاني ، في حين هناك علاقة سلبية بين نفقات الحماية الاجتماعية والنمو الاقتصادي.

¹ Miloud Lacheheb and Norashidah Med Nor. Health Expenditure, education and Economic Growth in MENA Countries. Universiti Putra Malaysia. MPRA Paper No. 60388, posted 5. December 2014, pp13-18

² Jude eggoh. education and health and economic growth in African countries. Université d'Angers, France, journal of economic development T Volume 40, Number 1, March 2015, pp93-111

³ Camelia Stefan (Barabas). human capital as a determinant of the economic growth; apanel data approach. PhD. Candidate, The Bucharest University of Economic Studies, Romania, International Journal of Economics, Commerce and Management United Kingdom Vol. IV, Issue 5, May 2016, pp28-45.

11- دراسة **Lingaraj MALLICK 2016**¹ "أثر الإنفاق التعليمي على النمو الاقتصادي في الدول الآسيوية الكبرى" بحثت هذه الدراسة اثر الانفاق التعليمي على النمو الاقتصادي في 14 بلداً آسيوياً رئيسياً مختارة باستخدام بيانات بانال داتا من عام 1973 إلى عام 2012، حيث اشارت نتائج الدراسة القياسية إلى وجود علاقات توازن في المدى الطويل بين الإنفاق على التعليم والنمو الاقتصادي في جميع البلدان، كما كشفت النتائج عن تأثير إيجابي وإحصائي كبير لنفقات التعليم على النمو الاقتصادي لجميع الدول الآسيوية 14 (بنغلاديش ، الصين ، هونغ كونغ ، الهند ، اليابان ، نيبال ، باكستان ، ماليزيا ، الفلبين ، المملكة العربية السعودية ، سنغافورة ، سريلانكا وتايلاند وتركيا)، علاوة على ذلك ، كانت هناك السببية الأحادية الاتجاه والتي تبدأ من النمو الاقتصادي إلى الإنفاق على التعليم سواء في المدى القصير أو على المدى الطويل، لكن الإنفاق على التعليم فقط هو الذي يسبب النمو الاقتصادي في المدى الطويل في جميع البلدان كمجموعة ، وتجادل الدراسة بأن قطاع التعليم هو أحد المكونات الهامة للنمو الاقتصادي في جميع البلدان الآسيوية الكبرى الأربع عشرة، ومنه يجب إعطاء الأولوية لقطاع التعليم ، ويجب أن يتم تكوين حصة كبيرة من الإنفاق الحكومي الكلي على قطاع التعليم من خلال تعزيز مختلف التعليم الأساسي والعالي والتقني في الدول المعنية للحصول على القوة البشرية الماهرة في التنمية الاقتصادية طويلة الأجل.

12- دراسة **Muhammad aamir ali 2017**² "تأثير الإنفاق الصحي على الناتج المحلي الإجمالي ، دراسة باستعمال بيانات بانال داتا على باكستان والصين والهند وبنغلادش" الهدف من هذه الدراسة هو دراسة العلاقة بين النفقات الصحية والنمو الاقتصادي، تم إجراء الدراسة من خلال أخذ عينة حجمها 20 سنة من 1995 – 2014، وهذه الدراسة مبنية على أربع دول هي باكستان والصين والهند وبنغلادش، وأكد اختبار Husman أن نموذج التأثيرات العشوائية مناسب ، وان للنفقات الصحية تأثير ايجابي على النمو في هذه الدول، واعتبرت أن النفقات الصحية ذات أهمية كبرى لأنها المؤشر الرئيسي لنمو الاقتصاد والتنمية.

13- دراسة **Hafiz Muhammad Abubakar Siddique 2018**³ "الصحة والتعليم والنمو الاقتصادي في الدول ذات الدخل المتوسط" تهدف هذه الدراسة الى دور الصحة والتعليم في النمو الاقتصادي في 76 بلداً متوسط الدخل خلال الفترة 1991-2016، باستخدام بانال داتا ، حيث

¹Lingaraj mallick .Impact of educational expenditure on economic growth in major Asian countries: Evidence from econometric analysis. Department of Economics, Srinagar Campus Maulana Azad National Urdu University, India, Theoretical and Applied Economics Volume XXIII (2016), No. 2(607), Summer, pp. 173-186.

²Muhammad Aamir Ali .Effect of Health Expenditure on GDP, a Panel Study Based on Pakistan, China, India and Bangladesh.University of Central Punjab, School of Accounting and Finance, Lahore, Pakistan, 2017,International Journal of Health Economics and Policy. Vol. 2, No. 2, 2017, pp. 57-62

³ Hafiz Muhammad Abubakar Siddique* Ghulam Mohey-ud-din† Adiqia Kiani‡. Health, Education and Economic Growth Nexus: Evidence from Middle Income Countries †Associate Professor, Federal Urdu University, Islamabad, Pakistan Global Social Sciences Review (GSSR) Vol. III, No. IV (Fall 2018) Page: 68 – 86.

توصلت الى وجود علاقة طردية بين العمر المتوقع والنمو الاقتصادي، في حين توجد علاقة عكسية بين وفيات الرضع والنمو الاقتصادي، وأن التعليم الثانوي والعالي يسهم في زيادة النمو الاقتصادي. كما أن العمالة لها تأثير سلبي على النمو الاقتصادي، وأوصت الدراسة بأن تركز الاقتصادات على التعليم وتحسين المرافق الصحية في هذه الدول .

14- دراسة Deniz GÜVEN 2018¹ "اثر النفقات الصحية على النمو الاقتصادي في الادارة الصحية في بلدان الشرق الاوسط وشمال افريقيا" هدفت هذه الدراسة الى معرفة اثر الانفاق الصحي على النمو الاقتصادي في بلدان الشرق الاوسط وشمال افريقيا خلال الفترة 2000-2015 باستعمال بانال داتا ، وخلصت الى ان للإنفاق الصحي تأثير سلبي على النمو الاقتصادي ، والعمر المتوقع عند الولادة ووفيات الاطفال الرضع تأثير ايجابي على النمو .

2. منهجية الدراسة القياسية

لتبيان اثر المؤشرات التعليمية والصحية على النمو الاقتصادي في الدول محل الدراسة تم استخدام منهج بيانات السلاسل الزمنية المقطعية panel data، حيث تمثلت خطواتها في التعريف بدول العينة والمؤشرات المستعملة، عرض النموذج وتقديم الوصف الاحصائي لمتغيرات الدراسة ودراسة الارتباط بينها، ثم نقوم بمختلف الاختبارات الإحصائية للنموذج وهي: نموذج الانحدار التجميعي (Pooled Regression Model)، نموذج التأثيرات الثابتة (Fixed Effects Model (FEM) ونموذج التأثيرات العشوائية (Random Effects Model (REM)، وفي الاخير نقوم باختبار هوسمان لمعرفة أي من النموذجين ملائم للدراسة نموذج التأثيرات الثابتة أو العشوائية .

1.2 النموذج المستخدم :

يتمثل عدد الدول n=30، والزمن t=21 في كل سلسلة زمنية ، وبالتالي يكون عدد المشاهدات المستخدمة في التحليل هو 630، وعلى ضوء العينة المستخدمة في التحليل يكون لدينا النموذج بالصيغة التالية :

$$Cpib\ h_{it} = b_0 + b_1\ depends\ e_{it} + b_2\ depends\ s_{it} + b_3\ fertility_{it} + b_4\ gov_{it} + b_5\ leteracy\ a_{it} + b_6\ leteracy\ y_{it} + b_7\ life\ expactancy_{it} + b_8\ m\ inder\ 5_{it} + b_9\ m\ inf_{it} + b_{10}\ physicians_{it} + b_{11}\ s\ p_{it} + b_{12}\ s\ s_{it} + b_{13}\ s\ t_{yi} + \sigma_t + \epsilon_{it}$$

Cpib h تمثل {معدل نمو نصيب الفرد من الناتج المحلي الاجمالي}، depends e {الانفاق على التعليم}، depends s {الانفاق على الصحة}، fertility {معدل الخصوبة}، leteracy a {معدل المام البالغين بالقراءة والكتابة}، leteracy y {معدل المام الشباب بالقراءة والكتابة}، life expactancy {معدل العمر المتوقع عند الولادة}، m inder 5 {معدل وفيات الاطفال اقل من خمس سنوات}، m inf {معدل وفيات

¹ Deniz GÜVEN Türker ŞİMŞEK Ahmet GÜVEN The Impact of Health Expenditures on Economic Growth in Health Management: A Panel Regression Analysis on MENA Countries University, Turkey; Sosyoekonomi Vol. 26(37) 2018. pp33-55.

الاطفال، {physicians} {نسبة الاطباء الى عدد السكان} s_p ، {معدل الالتحاق بالتعليم الابتدائي} s ،
 s {معدل الالتحاق بالتعليم الثانوي} s_t ، {معدل الالتحاق بالتعليم العالي} b_0, \dots, b_{13} ، المعلمات المقدرة y_i ،
 اثر بلد محدد σ_t ، اثر زمن محدد ε_{it} ، حد الخطأ العشوائي.

2.2 التعريف بالمتغيرات المستعملة في الدراسة:

لقد تم في هذه الدراسة استعمال بعض المؤشرات الصحية والتعليمية كمتغيرات تفسيرية ومعدل نمو نصيب الفرد من الناتج المحلي كمتغير تابع، وذلك لتقييم قطاعي الصحة والتعليم في الدول محل الدراسة، بحيث تم الاعتماد على بيانات البنك الدولي بالإضافة إلى تقارير التنمية البشرية من سنة 1995 إلى غاية سنة 2015، وسوف نقوم بتعريف هذه المؤشرات الصحية والتعليمية كما يلي:¹

✓ معدل نمو نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي $cpib$: يتمثل في المتغير التابع وتم استخدامه كمؤشر للنمو الاقتصادي وهو عبارة عن الناتج المحلي الإجمالي في فترة محددة مقسوما على عدد السكان في نفس الفترة، أما الناتج المحلي الإجمالي هو عبارة عن مجموع القيمة المضافة التي يحققها جميع المقيمين المنتجين في الاقتصاد تضاف إليه الضرائب على المنتجات وتطرح منه جميع أشكال الدعم التي لا تدخل في قيمة المنتجات.

✓ الإنفاق الحكومي gov : هو مجموع النفقات الاستهلاكية للأسر المعيشية ومجموع الإنفاق الحكومي العام، وتكوين رأس المال الإجمالي معبرا عنه كنسبة من الناتج المحلي الإجمالي.

✓ الإنفاق الحكومي على التعليم $depenses e$: مجموع الإنفاق الحكومي على التعليم كنسبة من الناتج المحلي الإجمالي.

✓ الإنفاق الحكومي على الصحة $depenses s$: مجموع الإنفاق الحكومي على الصحة كنسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي.

✓ معدل الالتحاق بالتعليم الابتدائي s_p : مجموع الالتحاق بمرحلة التعليم الابتدائي بصرف النظر عن العمر، ويحسب بالنسبة المئوية من مجموع السكان الذين هم في سن الالتحاق بمرحلة التعليم الابتدائي.

✓ معدل الالتحاق بالتعليم الثانوي s_s : مجموع الالتحاق بمرحلة التعليم الثانوي بصرف النظر عن العمر، ويحسب بالنسبة المئوية من مجموع السكان الذين هم في سن الالتحاق بمرحلة التعليم الثانوي.

✓ معدل الالتحاق بالتعليم العالي s_t : مجموع الالتحاق بمرحلة التعليم العالي بصرف النظر عن العمر، ويحسب بالنسبة المئوية من مجموع السكان الذين هم في سن الالتحاق بمرحلة التعليم العالي.

¹ تقرير التنمية البشرية لسنة 2016، ص 240-258

- ✓ معدل إلمام البالغين بالقراءة والكتابة من الفئة العمرية 15 سنة فما فوق **literacy a** : نسبة السكان من الفئة العمرية 15 سنة وأكثر الذين يملكون القدرة على كتابة مقطع قصير وسهل عن حياتهم اليومية وقرائته وفهمه .
- ✓ معدل إلمام الشباب بالقراءة والكتابة من الفئة العمرية 15-24 **literacy y** : نسبة السكان من الفئة العمرية 15 حتى 24 سنة الذين يملكون القدرة على كتابة مقطع قصير وسهل عن حياتهم اليومية وقرائته وفهمه .
- ✓ العمر المتوقع عند الولادة **Life expectancy**: عدد السنوات التي يتوقع أن يعيشها مولود جديد إذا بقيت أنماط معدلات الوفاة المسجلة حسب الفئات العمرية عند ولادته على حالتها طيلة فترة حياته.
- ✓ معدل وفيات الأطفال الرضع لكل 1000 مولود حي **m inf**: احتمال وقوع الوفيات من الرضع خلال فترة تمتد بين الولادة والسنة الواحدة لكل 1000 ولادة حية .
- ✓ معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة لكل 1000 مولود حي **m under-5** : احتمال وقوع الوفيات الأطفال دون سن الخامسة في فترة تمتد من الولادة حتى السنة الخامسة لكل 1000 ولادة حية .
- ✓ الأطباء (لكل 1000 شخص) **Physicians**: عدد أطباء الصحة العامة والمتخصصين لكل 1000 من السكان
- ✓ معدل الخصوبة الكلي **Fertility**: عدد الأطفال الذين تنجبهم كل امرأة إذا عاشت حتى آخر سنوات الإنجاب وأنجبت في كل عمر أطفالا حسب معدل الخصوبة المعروف في ذلك العمر.
- بعد التعريف متغيرات النموذج سوف نقوم بوصف هذه المتغيرات وترميزها ومصادر بيانات جمعها في الجدول أدناه :

الجدول رقم {1-5}: يوضح المتغيرات المستعملة في الدراسة ومصادرها

رمز المتغير	اسم المتغير	فترة الدراسة	مصادر البيانات الدراسة
Cpib h	المتغير التابع وهو نمو نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي	2015-1995	World Bank
Gov	الإنفاق الحكومي	2015-1995	World Bank
Depenses e	الإنفاق الحكومي على التعليم	2015-1995	World Bank
Depenses s	الانفاق الحكومي على الصحة	2015-1995	World Bank
Fertility	معدل الخصوبة للمرأة	2015-1995	World Bank
Life expectancy	العمر المتوقع عند الولادة	2015-1995	World Bank
leteracy a	معدل إلمام البالغين بالقراءة والكتابة من الفئة العمرية 15 سنة فما فوق	2015-1995	World Bank
leteracy y	معدل إلمام الشباب بالقراءة والكتابة من الفئة العمرية 15-24 leteracy y	2015-1995	World Bank
Minder 5	معدل وفيات الاطفال اقل من خمس سنوات	2015-1995	World Bank
M inf	معدل وفيات الاطفال الرضع	2015-1995	World Bank
Physicians	معدل الاطباء	2015-1995	World Bank
S p	معدل الالتحاق بالتعليم الابتدائي	2015-1995	World Bank
S s	معدل الالتحاق بالتعليم الثانوي	2015-1995	World Bank
S t	معدل الالتحاق بالتعليم العالي	2015-1995	World Bank

المصدر: من إعداد الباحثة

3.2 وصف عينة الدول المستعملة في الدراسة:

لتقييم السياسة الاجتماعية في قطاعي الصحة والتعليم قمنا باختيار عينة من الدول متكونة من 30 دولة ذات تنمية بشرية مرتفعة وذلك حسب تصنيف تقرير التنمية البشرية 2016 ، من اجل تبين اثر المؤشرات الصحية والتعليمية على النمو الاقتصادي في هذه الدول خلال الفترة 2015-1995 ، وسوف نقوم الان بوصف مختصر لهذه العينة لأننا وضحنا بالتفصيل في الفصل الرابع تطور اهم المؤشرات التعليمية والصحية في هذه الدول.

✓ الدول الافريقية :من الدول الافريقية ذات تنمية بشرية مرتفعة لقد تم اختيار الجزائر وتونس وموريشيوس

✓ الجزائر: وقد حققت الجزائر تحسنا كبيرا في جميع مؤشرات التنمية البشرية الرئيسية، حيث تحل الآن في المرتبة 83 من بين 188 بلداً، مما صنفها ضمن الشريحة المتقدمة في أحدث تقرير عن التنمية

البشرية. وارتفع متوسط العمر المتوقع عند الميلاد 16.6 سنة، وزاد متوسط سنوات الدراسة 5.8 سنة. ويُنظر إلى الجزائر على أنها نجحت في تعميم التعليم الابتدائي الشامل بمعدل صافي التحاق بالتعليم الابتدائي بلغ 97% في عام 2015 (مع تحقيق المساواة بين الجنسين)، وارتفعت فيها معدلات الالتحاق بالتعليم العالي على نحو متساوٍ. وسيُتَّبع على الحكومة في المرحلة المقبلة العمل على تحسين نوعية التعليم، إذ جاء أداء الطلاب الجزائريين في سن 15 عاماً في المرتبة 71 من بين 72 بلداً في مادتي العلوم والرياضيات في برنامج التقييم الدولي للطلاب لعام (PISA) 2015.

وعلى الصعيد الاقتصادي، تباطأ النمو الاقتصادي للجزائر في 2017 من جراء حدوث تراجع طفيف في إنتاج النفط والغاز واستمرار تحقيق نمو متواضع في القطاعات الأخرى. وتفيد التقديرات أن معدل نمو إجمالي الناتج المحلي الحقيقي بلغ 2.1% في 2017، منخفضاً من 3.3% في 2016. ويُعزى هذا التراجع إلى التباطؤ في إنتاج النفط والغاز الذي يُقدَّر بأنه انخفض بنسبة 1.4% في 2017، بما يتناقض بشكل حاد مع البداية الديناميكية في الربع الأول من العام. وفي الوقت ذاته، لا يزال النمو خارج قطاع المحروقات ضعيفاً، حيث شهد انتعاشاً طفيفاً من 2.3% في 2016 إلى 2.5% في 2017¹.

✓ تونس : تشهد تونس انتعاشاً اقتصادياً متواضعاً، مع تسارع وتيرة النمو والاستثمار والصادرات على الرغم من أن الاختلالات على صعيد الاقتصاد الكلي لا تزال عالية. يكتسب النمو الاقتصادي في تونس زخماً تدريجياً. فبعد أن سجّل معدل انتعاش طفيف يصل إلى 2% في 2017، تسارعت وتيرته إلى 2.5% في الربع الأول من 2018، و2.8% في الربع الثاني بالمقارنة بما كان عليه قبل عام، وذلك بدعم من قطاعات الزراعة والسياحة والصناعات التحويلية الموجهة للتصدير، ولاسيما الصناعات الكهربية والميكانيكية. وعلى جانب الطلب، كانت الصادرات والاستثمارات هي مُحرك النمو. وظلّ معدل البطالة مرتفعاً عند 15.4% في الربع الأول لعام 2018، لكنه تراجع قليلاً بين الخريجين مسجلاً 29.3% بالمقارنة بمستواه في الربع الأخير من عام 2017 حينما بلغ 29.9%².

✓ موريشيوس: صنف المنتدى الاقتصادي العالمي جزيرة موريشيوس في المركز الأول على مستوى إفريقيا من حيث الأداء الاقتصادي، حسب ما علمت وكالة بانابرس من مصدر رسمي في العاصمة بور لويس، وأوضحت مصلحة الإعلام في حكومة موريشيوس في بيان صادر، اليوم الأربعاء، أن النسخة الخامسة من هذا التقرير الذي يقيم 38 بلداً في إفريقيا، يستند إلى بيانات تحصل عليها المنتدى من مؤشر التنافسية الشاملة الذي يتمحور حول ثلاثة عناصر رئيسية هي الإنتاجية الزراعية والنمو في قطاع الخدمات وسلسلة القيم الإقليمية والشاملة، ويبيّن التقرير أن اقتصاد موريشيوس التي صنّفها في المركز الـ 39 من 144 اقتصاداً في العالم، ما زالت تتمتع بالاقتصاد الأكثر تنافسية في إفريقيا،

¹ <http://www.albankaldawli.org/ar/country/algeria/overview>

² <http://www.albankaldawli.org/ar/country/tunisia/overview>

بفضل الإصلاحات في قطاع الخدمات المالية في الجزيرة منذ سنة 2006، وكذلك سوق العمل وقطاعات البنى التحتية والصحة والتعليم الابتدائي إضافة إلى الأداء الاقتصادي الكلي¹.
✓ الدول الأمريكية: أما في الدول الأمريكية قمنا باختيار البرازيل، جامايكا، البيرو، جمهورية الدومينيكان، كوستاريكا، كولومبيا، كوبا، الاكوادور، المكسيك، بنما، الاوروغواي

البرازيل: وشهدت البرازيل فتره من التقدم الاقتصادي والاجتماعي بين 2003 و 2014، عندما ترك أكثر من 29,000,000 شخص الفقر وانخفض عدم المساواة انخفاضاً كبيراً، وارتفع مستوى دخل أفقر 40 في المائة من السكان بمتوسط 7.1 في المائة (بالقيمة الحقيقية) بين 2003 و 2014، مقارنة بزيادة بنسبه 4.4 في المائة في دخل السكان ككل، بيد انه يبدو ان وتيرة الحد من الفقر وعدم المساواة قد ركبت منذ 2015، حيث حدث انكماش كبير في النشاط الاقتصادي في 2015 و 2016، حيث انخفض الناتج المحلي الإجمالي بنسبه 3.6 في المائة و 3.4 في المائة (علي التوالي)، وكانت الأزمه الاقتصادية نتيجة لانخفاض أسعار السلع الأساسية وقدره البلد المحدودة علي تنفيذ الإصلاحات المالية اللازمة علي جميع مستويات الحكومة، مما قوض ثقة المستهلكين والمستثمرين. 2017 شهدت بداية انتعاش بطيء في النشاط الاقتصادي في البرازيل، مع 1٪ من نمو الناتج المحلي الإجمالي بالنسبة ل 2018، وتحتاج البرازيل أيضاً إلى تسريع نمو الانتاجية وتطوير الهياكل الأساسية، ويمكن تفسير ذلك بعدم نمو الانتاجية الاجماليه للعاملين بين 1996 و 2015، ويمكن ان تعزي مشكله الانتاجيه في البرازيل إلى عدم وجود بيئة ملائمة للامعمال التجارية، والتشوهات الناجمة عن تجزؤ السوق، والعديد من برامج الدعم للشركات التي لم تسفر بعد عن اي نتائج، وهي سوق مغلقه نسبيا التجارة الخارجية والمنافسة المحلية قليلا، وتتميز البرازيل أيضا بواحد من ادني مستويات الاستثمار في البنية التحتية (2.1 في المائة من الناتج المحلي الإجمالي) بالمقارنة مع نظرائها، ونوعيه هذه الاستثمارات منخفضة، ولا يزال التعجيل بنمو الانتاجيه أحد الأولويات العليا للبلد².

- جامايكا: جامايكا، مثل جيرانها في جميع انحاء منطقه البحر الكاريبي، معرضه للكوارث الطبيعية، بما في ذلك الأعاصير والفيضانات وأثار تغير المناخ، وهو من البلدان المتوسطة الدخل العليا ولكنه يكافح مع انخفاض النمو وارتفاع الدين العام والصدمات الخارجية التي تضعف اقتصادها. بعد انخفاض بنسبه 0.7 في المائة في 2017 من 1.4 في المائة في 2016 في الغالب بسبب الفيضانات الشديدة وغيرها من الأحوال الجوية المعاكسة خلال النصف الأول من العام 2017، من المتوقع ان ينتعش اقتصاد جامايكا في العام 2018 مع نمو بنسبه 1.7 في المائة، وكان النشاط الاقتصادي في النصف الأول من 2018 قويا، مدعوما بالتوسع في التعدين والمحاجر، ويواصل قطاع السياحة أداءه الجيد، وانخفض معدل الفقر من 21.1 في المائة في 2015 إلى 17.1 في المائة في 2016، ومن المتوقع

¹ <http://www.panapress.com> المصرف العربي للتنمية الاقتصادية من اجل افريقيا

² <http://www.worldbank.org/en/country/brazil/overview> Last Updated: Oct 09, 2018

ان يستمر في الانخفاض من عام 2018 إلى 20، وارتفع إجمالي العمالة بنسبه 2.3 في المائة في 2017، وانخفضت البطالة إلى 9.7 في نيسان/ابريل 2018 من 12.2 في المائة في نيسان/ابريل 2017 في حين انخفضت البطالة بين الشباب أيضا بنسبه 3.2 في المائة إلى 25.8 ، وهو ادني معدل منذ 2007، ولا تزال مستويات الجريمة والعنف مرتفعه وتشدد علي ضرورة معالجة قضايا بطالة الشباب والتعليم والتماسك الاجتماعي. وهناك حاجة إلى نمو اقتصادي اقوي وأكثر مرونة للقضاء علي الفقر وتعزيز الرخاء المشترك.¹

- كولومبيا: قد اجتازت كولومبيا جيدا المعدلات الكبيرة للصدمات التجارية التي واجهتها خلال الفترة 2014-2016. وتباطأ النمو الاقتصادي تدريجيا إلى ما يقدر بنسبه 1.8 في المائة ب 2017 ، مع دعم الهبوط الميسر بسياسات الاقتصاد الكلي السليمة والإصلاحات الهيكلية التي أجريت في السنوات الاخيرة، وخلال السنوات الاخيرة خضع البلد لتعديل هام في العجز المالي غير النفطي استجابة للانخفاض في العائدات المالية النفطية التي بلغت حوالي 3.3 في المائة من الناتج المحلي الإجمالي، ومن المتوقع ان يتسارع النمو بوتيرة تدريجيه تزيد علي 2019-2020 ، بدعم من الاستهلاك الخاص الأقوى ، والانتعاش التدريجي للصادرات غير النفطية ، وارتفاع أسعار النفط.²

- المكسيك: وقد تباطأ نمو الناتج المحلي الإجمالي إلى 2 في المائة في 2017 باعتباره عدم يقين ، بما في ذلك ما نجم عن المفاوضات الجارية حول اتفاق التجارة الحرة لأمريكا الشمالية (نافتا) والعملية الانتخائية ، وانخفاض الاستثمارات، كما ان التشديد الكبير للسياسة المالية والنقدية في السنوات الاخيرة قد اثر أيضا علي الطلب المحلي، بيد ان الاستهلاك الخاص قد ظل جيدا بصوره معقولة علي الرغم من انخفاض الأجور الحقيقية المرتبطة بارتفاع التضخم في 2017، وقد تم الاحتفاظ بالانخفاض السنوي لقيمه العملة إلى التضخم في 2017 ، بالإضافة إلى تحرير أسعار البنزين بالتجزئة وزيادة الضريبة الضريبية علي الوقود ، ساعدت هذه العملية علي رفع معدل التضخم إلى 6.8 في المائة بحلول نهاية 2017 ، وهو اعلي مستوي في 16 سنوات، وقد دفع ذلك البنك المركزي إلى استئناف دوره التقشف النقدي في أواخر 2017 وأوائل ال 2018 ، تاركا سعر الفائدة علي السياسة عند 7.5 في المائة بحلول نهاية فبراير 2018.³

- الاكوادور: وبفضل الطفرة في أسعار النفط ، بين 2007 و 2014 ، شهدت اكوادور فترة من النمو والحد من الفقر، وقد أخفيت هذه الطفرة بعض المشاكل الهيكلية-مثل عدم كفاءة القطاع العام ، والاختلالات الرئيسية في الاقتصاد الكلي ، والافتقار إلى أليات التثبيت والاستثمار الخاص المحدود- التي أصبحت واضحة عندما انخفضت الأسعار، وقد نشر البنك الدولي مؤخرا تشخيصا قطريا منهجيا يفحص هذه القضايا، ومنذ ال 2014 ، تسعى اكوادور إلى تحقيق التوازن بين اقتصادها وتكييفه مع سياق دولي مليء بالتحديات يتسم بانخفاض أسعار النفط ، وارتفاع قيمه الدولار ، وزيادة تكاليف

¹ <http://www.worldbank.org/en/country/jamaica/overview>Last Updated: Oct 01, 2018

² <http://www.worldbank.org/en/country/colombia/overview>Last Updated: Oct 04, 2018

³ <http://www.worldbank.org/en/country/mexico/overview>Last updated: April 16, 2018

التمويل الخارجي. ولمعالجه غياب المدخرات المالية ، بدأت الحكومة عملية لترشيد الاستثمارات العامة والنفقات الجارية. وعبأت أيضا مصادر مختلفه للتمويل الخارجي وطبقت تدابير مؤقتة لزيادة الإيرادات العامة غير النفطية، وفي حين ان هذه السياسات خفتت من اثر انخفاض أسعار النفط ، فان التزامات الحكومية ما زالت تتزايد، وأسفرت هذه التدابير عن معدل نمو اقتصادي بلغ 2.4 في المائة في 2017 في أعقاب الركود ؛ انخفاضاً في العجز المالي من ارتفاع 7.3 في المائة من الناتج المحلي الإجمالي في 2016 إلى 4.5 في المائة في 2017، وعلي الرغم من التقلبات الاقتصادية ، فان معدل الفقر ظل مستقرا نسبيا-حوالي 22.5 في المائة منذ 2014.¹

- جمهورية الدومينيكان: وقد شهدت الجمهورية الدومينيكية نمو اقتصاديا قويا في السنوات الاخيرة وانخفاضا كبيرا في الفقر ، وان كان البلد لا يزال عرضه للكوارث الطبيعية-مثل الأعاصير والزلازل- ويحتاج إلى التصدي لبعض التحديات الرئيسية لتحقيق نمو أكثر شمولاً واستدامة، وكان النمو الاقتصادي في البلد واحدا من اقوي البلدان في منطقته أمريكا اللاتينية والكاريبي علي مدي السنوات ال 25 الماضية، وتباطأ النمو في ال 2017 إلى 4.6 في المائة ، بانخفاض من 6.6 في المائة في 2016 ، ولكنه لا يزال قريبا من متوسط معدل النمو السنوي في البلاد الذي بلغ 5.3 في المائة، ومن المتوقع ان ينمو الناتج المحلي الإجمالي بنسبه تقرب من 5 في المائة في 2018 وان يحافظ علي هذا المعدل في المستقبل القريب ، وذلك بدعم من الطلب الداخلي القوي، وانخفض معدل الفقر من 30.8 في المائة في 2015 إلى 28.9 في المائة في 2016 وفقا للتقديرات الرسمية، ومن المتوقع ان يستمر معدل الفقر في الانخفاض بوتيرة إبطا مما كان عليه في السنوات الاخيرة مع اقتراب نمو الناتج المحلي الإجمالي من إمكانات النمو المتوسطة الأجل في البلد.²

- كوستاريكا: وفي كثير من الجوانب ، تعد كوستاريكا قصه نجاح من حيث التنمية، ويعتبر هذا البلد من البلدان ذات الدخل المتوسط الأعلى التي شهدت نمو اقتصاديا مطردا علي مدي السنوات الخمس والعشرين الماضية، ونتج هذا النمو عن استراتيجية موجهه نحو الخارج ، تستند إلى الانفتاح علي الاستثمار الأجنبي والتحرير التدريجي للتجارة، كما ان كوستاريكا رائده عالميا في سياساتها وإنجازاتها البيئية ، التي ساعدت البلد علي بناء علامته التجارية الخضراء، وقد نجح برنامج المدفوعات للخدمات البيئية الرائد في تعزيز حفظ الغابات والتنوع البيولوجي ؛ جعل كوستاريكا البلد المداري الوحيد في العالم الذي عكس أزاله الغابات، وقد ادي الجمع بين الاستقرار السياسي والإنفاق الاجتماعي والنمو المطرد إلى واحد من ادني معدلات الفقر في أمريكا اللاتينية ومنطقه البحر الكاريبي، حيث انخفضت نسبه الفقر المدقع من 6.3 في المائة إلى 5.7 في المائة، وقد تضاعف نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي في كوستاريكا ثلاث مرات منذ 1960 ، ليصل إلى متوسط نمو 4.5 في المائة بين 2000 و 2013 ، مقارنة بالمتوسط الإقليمي البالغ 3.8 في المائة لنفس الفترة.³

¹ <http://www.worldbank.org/en/country/ecuador/overview> Last Updated: Sep 26, 2018

² <http://www.worldbank.org/en/country/dominicanrepublic/overview> Last Updated: Sep 20, 2018

³ <http://www.worldbank.org/en/country/costarica/overview> Last Updated: Oct 04, 2018

- البيرو: وقد شهد اقتصاد بيرو مرحلتين متميزتين من مراحل التنمية الاقتصادية منذ بداية القرن، وبين 2002 و 2013، كانت بيرو واحدة من أسرع البلدان نمواً في أمريكا اللاتينية، حيث بلغ متوسط معدل نمو الناتج المحلي الإجمالي 6.1 في المائة سنوياً، وخلقت بيئة خارجية مواتية، والإصلاحات الهيكلية في مختلف المجالات سيناريو للنمو المرتفع والتضخم المنخفض، وقد ادي النمو القوي في العمالة والدخل إلى انخفاض حاد في معدلات الفقر، حيث انخفض معدل الفقر (النسبة المئوية للسكان الذين يعيشون علي \$5.50 أمريكي في اليوم) من 52.2 في المائة في 2005 إلى 26.1 في المائة في 2013، وهذا يعادل 6,400,000 شخصاً فروا من براثن الفقر خلال تلك الفترة. وانخفض الفقر المدقع (السكان الذين يعيشون علي \$3.20 أمريكي في اليوم) من 30.9 في المائة إلى 11.4 في المائة في نفس الفترة. وفي الفترة بين 2014 و 2017، تباطأ نمو الناتج المحلي الإجمالي إلى متوسط معدله 3.1 في المائة، ويرجع ذلك أساساً إلى انخفاض الأسعار الدولية للسلع الأساسية، بما في ذلك النحاس، وهو السلعة التصديرية الرئيسية في بيرو، وادئ ذلك إلى انخفاض الاستثمارات الخاصة وتدني الدخل المالي وضعف الاستهلاك، وقد قلل عاملان من اثر هذه الصدمة الخارجية علي الناتج المحلي الإجمالي، مما مكن من استمرار النمو، وان كان بوتيرة إبطاء، الأول هو الإدارة الجيدة للسياسات المالية من حيث السياسات النقدية والتبادلية، وقد مكن ذلك البلد من تحمل الانخفاض في الإيرادات المالية دون تعديل الانفاق بشكل كبير والحصول علي احتياطات دولية لإجراء تعديلات مرتبه علي سعر الصرف، والثانية هي الطفرة في إنتاج التعدين في المشاريع التي نفذت خلال سنوات الازدهار التي نضجت، والتي زادت الصادرات وعضت التباطؤ في الطلب المحلي، وفي هذا السياق، انخفض العجز في الحساب الجاري بسرعة من 4.8 في المائة من الناتج المحلي الإجمالي في 2015 إلى 1.1 في المائة في 2017. وظل صافي الاحتياطات الدولية مستقراً عند 27 في المائة من الناتج المحلي الإجمالي في 2018.¹
- بنما: وعلي مدي العقد الماضي، كانت بنما واحدة من أسرع الاقتصادات نمواً في العالم، حيث بلغ متوسط معدل النمو السنوي 5.6 في المائة علي مدي السنوات الخمس الماضية، وعلى المدى المتوسط، من المرجح ان يظل نمو بنما من اعلي المعدلات في أمريكا اللاتينية، وينبغي أيضاً ان تظل الاستثمارات العامة مرتفعة، مع التخطيط لتشديد خط المترو الثالث، والجسر الرابع فوق قناة بنما، وغير ذلك من الاستثمارات، بالإضافة إلى ذلك، فان القناة الموسعة قد شهدت بالفعل دفعه لحركه المرور، ولا سيما إيرادات الحصيلة، وان كانت علي مستوي ادني مما كان مأمولاً، بيد ان هذا يمكن ان يكون معرضاً لخطر النزاعات التجارية الدولية المطولة أو الترتيب الاقتصادي العالمي، وينبغي ان يظل الاستثمار الخاص قويا أيضاً، وقد أحرزت بنما تقدماً كبيراً في الحد من الفقر في السنوات الاخيره، وساعد النمو الاقتصادي والنقل العام علي الحد من الفقر بدرجة كبيره، ولا يزال الفقر ينخفض بصرف الاعتبار عن خط الفقر (الوطني أو الدولي) المستخدم، وبين ال 2015 و 2017، انخفض الفقر عند 5.5 دولار من 15.4 إلى ما يقدر بنسبه 14.1 في المائة بينما انخفض الفقر المدقع بمقدار 3.2 دولار

¹ <http://www.worldbank.org/en/country/peru/overview> Last Updated: Sep 26, 2018

أمريكي بشكل هامشي من 6.7 إلى ما يقدر بنحو 6.6 في المائة، ورغم المكاسب التي تحققت في مجال الحد من الفقر، لا تزال هناك تفاوتات إقليمية حادة، ويسود الفقر في المناطق الريفية، التي يسكنها السكان الأصليون أساساً. والحصول على الخدمات الأساسية ليس عالمياً ولا يزال مرتبطاً بعوامل مثل الموقع الجغرافي ومستويات التعليم ومستويات دخل الأسر المعيشية.¹

- **الأوروغواي:** وتبرز أوروغواي في أمريكا اللاتينية لكونها مجتمعاً قائماً على المساواة ولارتفاع دخل الفرد فيها، وانخفاض مستوى عدم المساواة والفقر، والغياب شبه الكامل للفقر المدقع، فإن الطبقة المتوسطة هي الأكبر في أمريكا، وتمثل 60 في المائة من سكانها، وتحتل أوروغواي أعلى البقاع في المنطقة من حيث مختلف تدابير الرفاه، مثل مؤشر التنمية البشرية، ومؤشر الفرص البشرية، ومؤشر الحرية الاقتصادية وينعكس الاستقرار المؤسسي وانخفاض مستويات الفساد في المستوى العالي من الثقة التي يتمتع بها المواطنون في الحكومة، ووفقاً لمؤشر الفرص البشرية الذي وضعه البنك الدولي، تمكنت أوروغواي من تحقيق مستوى عالٍ من تكافؤ الفرص من حيث الحصول على الخدمات الأساسية مثل التعليم والمياه الجارية والكهرباء والمرافق الصحية، وبحلول 2016، بلغ نصيب الفرد من الدخل القومي الإجمالي للتقاعد 21625 دولاراً أمريكياً، وقد مهدت الطريق أمام الحد من الفقر وتعزيز الرخاء المشترك الذي اتبعته أوروغواي بنجاح في العقد الماضي، وهما من الخصائص الرئيسية-عقد اجتماعي متين وانفتاح اقتصادي.²

- **كوبا:** تعتبر كوبا واحده من الديكتاتوريات الشيوعية الاخيره في العالم، وسيطرة الدولة علي الاقتصاد متفشية وغير فعالة اقتصاديا، وعلي الرغم من ان الحكومة المفلسة تقريبا قد خففت من القواعد المتعلقة بالعمالة الخاصة في محاولة لإعادة تشكيل الاقتصاد وتحسين الكفاءة، فمن غير المحتمل إنشاء قطاع خاص لخلق فرص العمل، ويؤدي الكثير من القوي العاملة وظائف منخفضة الانتاجية في القطاع الحكومي المتضخم، وتخضع جميع المحاكم للتدخل السياسي، وتنظم الملكية الخاصة بصرامة، لا تزال البيروقراطية المفرطة والافتقار إلى الشفافية التنظيمية تحد من التجارة والاستثمار.³

✓ **الدول الآسيوية:** أما الدول الآسيوية فقد تم اختيار أرمينيا، أذربيجان، الصين، إيران، الأردن، لبنان، ماليزيا، منغوليا، عمان، تايلاند، كازاخستان.

✓ **الصين:** لقد شهدت الصين انتعاشاً دورياً في نمو الناتج المحلي الإجمالي إلى 6.9% في عام 2017 من 6.7% في عام 2016، مسجلاً أول تسارع في النمو السنوي منذ عام 2010، وكان هذا التسارع مدفوعاً بالتحول في مساهمة صافي الصادرات على خلفية الانتعاش القوي في الاقتصاد العالمي وحجم التجارة، لكن رغم هذا الارتفاع في النمو فيتوقع في المستقبل أن ينخفض في سنة 2019 إلى 6.1%

¹ <http://www.worldbank.org/en/country/panama/overview> Last Updated: Oct 22, 2018

² <http://www.worldbank.org/en/country/uruguay/overview> Last Updated: Oct 06, 2017

³ <https://www.heritage.org/index/country/cuba>

على خلفية تدابير تشديد السياسة الاقتصادية ، وتهدف السلطات الى تهدئة سوق العقارات والسيطرة على الاقراض في ظل القطاع المصرفي¹.

✓ الاردن: الأردن اقتصاد مفتوح ومتنوع وأكبر قطاع في الاقتصاد هو الخدمات الحكومية (19.8 في المائة من الناتج المحلي الإجمالي في 2015) ، يليه التمويل والعقارات (18.0 في المائة) ، والصناعة التحويلية (16.3 في المائة) ، والنقل والاتصالات (11.7 في المائة)، ويرتكز الاقتصاد على الصناعات الخدمية المحلية ويعتمد الاقتصاد الأردني بدرجة كبيرة على التجارة ، واستأثرت الواردات بنسبه 60.5 في المائة من الناتج المحلي الإجمالي في 2015 والصادرات بنسبه 37.6 في المائة، وأكبر قطاعات التصدير في الأردن هي الصناعة التحويلية (أساساً من السلع الاستهلاكية والسلع المعدنية المصنعة) ، والتعدين (البروم ، وصخور الفوسفات ، والبوتاس) والسياحة ، وجهاتها التصديرية الرئيسية هي دول الشرق الأوسط وشمال افريقيا ، وخاصة العراق ومجلس التعاون الخليجي ، تليها الولايات الامريكية والهند والصين، وقد بلغ متوسط نمو الناتج المحلي الإجمالي الحقيقي 2.1 في المائة خلال النصف الأول من 2016 ، اي بانخفاض من 2.4 في المائة في 2015 بسبب زيادة الدعم المالي ، واثر النزاع الإقليمي ، وانخفاض الطلب من الصين ودول مجلس التعاون الخليجي لصادرات الأردن².

✓ لبنان: تشير التقديرات إلى أن نمو إجمالي الناتج المحلي في لبنان قد سجل تحسناً طفيفاً ليصل إلى حوالي 2% في عام 2017 مقارنة بنسبة 1.7% في عام 2016. ويرجع الفضل في هذا النمو في المقام الأول إلى قطاعي الخدمات والسياحة. إلا أن النشاط الاقتصادي لا يزال أدنى من إمكاناته وقدراته الكامنة بكثير، وتعوقه الأوضاع الجيوسياسية والأوضاع الأمنية الإقليمية التي لا تزال بلا ريب شديدة التقلب، وقد عاودت الأسعار ارتفاعها في عام 2017، وبلغ معدل التضخم 4.5% في المتوسط، مقابل سالب 0.8% في عام 2016، وتقلص عجز الموازنة العامة 3 نقاط مئوية في عام 2017 ليصل إلى 6.6% من إجمالي الناتج المحلي، ويعزى ذلك بصورة رئيسية إلى زيادة الإيرادات الضريبية (على الأرباح غير المتوقعة لمرة واحدة التي نجمت عن تحقق أرباح كبيرة في القطاع المصرفي في 2016 من خلال عمليات الهندسة المالية التي قام بها مصرف لبنان المركزي)، وما زالت المالية العامة تعاني من استمرار الضعف الهيكلي، ومن المتوقع أن تتفاقم ، وهي في أشد الحاجة إلى إصلاحات. واستمر الدين العام في الارتفاع (إلى 153.4% من إجمالي الناتج المحلي مع نهاية عام 2017) نتيجة لانخفاض معدلات النمو والتكاليف المرتفعة نسبياً لتمويل الديون³.

✓ عمان: من المتوقع أن يشهد النمو الاقتصادي انتعاشاً طفيفاً في المدى المتوسط مع زيادة إجمالي الناتج المحلي بنسبة 2.3% في 2018 و 2.5% في 2019. كما يُتوقع أن يؤدي انتعاش قطاع الهيدروكربونات إلى دفع هذا التعافي مع زيادة إنتاج حقل خزان للغاز خلال عام 2018. وفي السنوات الأخيرة، وبعد أن قامت منظمة أوبك ومنتجات آخرون من خارجها بالتخلص من العوائق التي تم

¹ " التقرير الاقتصادي عن الصين " ، ص02 www.qnb.com

² www.qnb.com .Jordan Economic Insight 2016 p01-02

³ http://www.albankaldawli.org/ar/country/lebanon/overview

فرضها على المعروض من النفط وتحسّن مستوى الثقة نتيجة التعافي التدريجي لأسعار النفط وتشجيع استثمارات القطاع الخاص، يُتوقّع أن ينتعش معدل نمو إجمالي الناتج المحلي إلى 2.9% بحلول عام 2020¹.

✓ أرمينيا: ستساهم السياسة المتوازنة للاقتصاد الكلي وانخفاض مستوى التضخم والظروف الملائمة للتجارة في التنمية الاقتصادية لأرمينيا ومن المتوقع أن يبلغ نمو الناتج المحلي الإجمالي الحقيقي 5.3% في عام 2018، هذا ما ورد في تقرير شهر أكتوبر: "التنمية الاقتصادية الكلية في أرمينيا" الذي نشره البنك الدولي وتجدر الإشارة إلى أنه وفقاً للتوقعات السابقة، فقد قدر النمو الاقتصادي في أرمينيا بنسبة 4.1% بحلول عام 2018، ووفقاً للتقرير أيضاً فإن القطاعات الرئيسية المساهمة في النمو الاقتصادي في العام الحالي ستكون قطاع الخدمات 6.3- % والصناعة 5- %، والزراعة ستتمو بنسبة 2.5%².

✓ ماليزيا: قد توسع الاقتصاد الماليزي بمعدل 5.4 في المائة في الربع الأول من 2018، من 5.9 في المائة في الربع الأخير من 2017. وفي 2018، من المتوقع أن يظل معدل نمو الناتج المحلي الإجمالي قويا عند 5.4 في المائة، وظل الانفاق على الأسر المعيشية المحرك الرئيسي للنمو الاقتصادي في ماليزيا، ومن المتوقع أن يعزز علي مدار العام بسبب التدابير السياساتية الجديدة، وتوسعت الصادرات بوتيرة متواضعة نسبيا، مدفوعة إلى حد كبير بالطلب العالمي المستمر علي صادرات ماليزيا من الكهرباء والكترونيات، ومن المتوقع أن يستمر هذا الطلب في المستقبل القريب³.

✓ منغوليا: تحولت منغوليا إلى ديمقراطية نابضة بالحياة، وزادت معدلات التحاق بالمدارس، وانخفاضا كبيرا في وفيات الأمهات والأطفال، ومع ضخامة الموارد الزراعية والمعدنية وتزايد السكان المتعلمين، فإن آفاق التنمية الطويلة الأجل في منغوليا مشرقه، وبعد التباطؤ الحاد خلال الـ 2014-16 الذي كان مدفوعا بانخفاض أسعار السلع الأساسية وانخفاض الاستثمار الأجنبي المباشر، انتعش الاقتصاد المنغولي بقوة في 2017 و 2018. وارتفع معدل نمو الناتج المحلي الإجمالي من 1.2 في المائة في 2016 إلى 5.3 في المائة في 2017 و 6.3 في المائة في النصف الأول من 2018، وقد دعمت قوه الدفع القوية للنمو الصادرات السلعية المطردة (الفحم والنحاس)، وانتعاش الاستثمار الأجنبي المباشر، وتحسن المشاعر التجارية، فضلا عن التنفيذ الفعال لبرنامج التكيف الاقتصادي من جانب الحكومة، ولا تزال توقعات النمو ايجابية في 2018 وما بعدها، ويدعمها أساسا نمو قوي في الاستهلاك الخاص والاستثمار الخاص في التعدين والتصنيع. وتشمل المخاطر القصيرة والمتوسطة الأجل للتوقعات عدم اليقين السياسي، وصددمات السلع الأساسية، واختناقات الحدود، وسوء معالجه قضايا غسل الأموال⁴.

¹ <https://www.albankaldawli.org/ar/country/gcc/publication/economic-outlook-april-2018-oman>

² <https://armenpress.am/ara/news/952441.html> 2018

³ <http://www.worldbank.org/en/country/malaysia/publication/malaysia-economic-monitor-navigating-change2018>

⁴ <http://www.worldbank.org/en/country/mongolia/overview> Last Updated: Sep 28, 2018

✓ تايلاند: وقد أحرزت تايلند تقدماً ملحوظاً في التنمية الاجتماعية والاقتصادية، فانتقلت من بلد منخفض الدخل إلى بلد ذي دخل مرتفع في أقل من جيل. وعلي هذا النحو، كانت تايلند واحدة من قصص النجاح الإنمائي التي ذكرت علي نطاق واسع، مع استمرار النمو القوي والتخفيف المثير للفقير، ولا سيما في الثمانينات من القرن الأخير، ونما الاقتصاد التايلندي بمعدل سنوي بلغ في المتوسط 7.5 في المائة في سنوات الازدهار من 1960 إلى 1996 و 5 في المائة في أعقاب الأزمة المالية الآسيوية خلال الفترة 1999-2005، مما خلق الملايين من فرص العمل التي ساعدت علي انتشار ملايين الناس من الفقر. وكانت المكاسب التي تحققت علي امتداد ابعاد متعددة للرعاية الاجتماعية مثيره للإعجاب: فالمزيد من الأطفال يحصلون الآن علي المزيد من سنوات التعليم، والجميع تقريباً مشمولون الآن بالتأمين الصحي، بينما اتسعت اشكال أخرى من الضمان. بعد تباطؤ النمو المتوسط إلى 3.5٪ أكثر من 2005-2015، مع تراجع إلى 2.3٪ في 2014-2016، وتايلند الآن علي الطريق إلى الانتعاش. وبلغ النمو الاقتصادي 4.8 في المائة في الربع الأول من 2018 وهو اعلي معدل منذ 2013، وانخفض الفقر انخفاضاً كبيراً علي مدي السنوات الثلاثين الماضية من 67 في المائة في 1986 إلى 7.1 في المائة في 2015 خلال فترات النمو المرتفع وارتفاع الأسعار الزراعية، ومع ذلك، لا يزال الفقر وعدم المساواة يشكلان تحديات كبيره بسبب تعثر النمو الاقتصادي، وانخفاض الأسعار الزراعية، وحالات الجفاف المستمرة.

1

✓ كازاخستان: قد انتقلت كازاخستان من الدخل المتوسط الأدنى إلى مركز الدخل المتوسط الأعلى في أقل من عقدين، وانتقل البلد إلى مجموعته الدخل المتوسط الأعلى في 2006، ومنذ 2002، ارتفع نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي بمقدارسته اضعاف، وانخفض معدل الفقر انخفاضاً حاداً، مما يدل علي احراز تقدم كبير في الأداء القطري في مؤشر البنك الدولي علي الرخاء المشترك، وتسببت البيئة الخارجية الصعبة في كازاخستان في حدوث تباطؤ اقتصادي واسع النطاق في 2014 وفرضت ضغطاً تصاعدياً علي التضخم، وكان التقدم المحرز في مجال الحد من الفقر اركداً إلى حد كبير في 2014 و 2015، مما يعكس بطء النمو وضعف نتائج سوق العمل، وفي ال 2017، دعمت معدلات التبادل التجاري الموازية وزيادة إنتاج النفط الانتعاش الاقتصادي وتحسن مؤشرات الفقر في كازاخستان.²

✓ أذربيجان: وسع اقتصاد أذربيجان بنسبه 1.3 في المائة في النصف الأول من 2018. ومع تلاشي آثار الإهلاك ال 2015، هذا التضخم السنوي إلى 2.3 في المائة في النصف الأول من 2018. ومن المرجح ان يكون الانتعاش الاقتصادي العام، وان كان متواضعاً، قد أسهم بصورة ايجابية في نمو العمالة. ومن المتوقع ان يستمر معدل الفقر في الانخفاض طوال 2018 بعد الارتفاع الصغير الملاحظ في 2016، وهو عام الركود الاقتصادي، ومن المتوقع ان يتباطأ النشاط الاقتصادي في الشركاء التجاريين الرئيسيين لأذربيجان-روسيا وتركيا وإيران-مما قد يؤثر سلباً علي الطلب علي الصادرات غير النفطية

¹ <http://www.worldbank.org/en/country/thailand/overview> Last updated September 2018

² <https://www.worldbank.org/en/country/kazakhstan/overview> Last updated September 2018

في أذربيجان ، ويحتمل ان يؤدي بدوره إلى زيادة الضغط علي سعر الصرف وتقليل الثقة في السوق في أذربيجان.¹

✓ ايران: يتميز الاقتصاد الإيراني بقطاع الهيدروكربون ، وقطاعات الزراعة والخدمات ، ووجود دوله ملحوظ في الصناعات التحويلية والخدمات المالية. تحتل إيران المرتبة الثانية في العالم في احتياطات الغاز الطبيعي والرابعة في احتياطات النفط الخام المؤكدة، ولا يزال النشاط الاقتصادي والإيرادات الحكومية يعتمدان إلى حد كبير علي عائدات النفط التالي فانه لا يزال متقلبا، وانخفض نمو الناتج المحلي الإجمالي الإيراني في 2017/18 إلى 3.8 في المائة حيث تبدد اثر الطفرة الكبيرة في عائدات النفط في العام الماضي، وتاتي الغالبية العظمي من النمو من القطاعات غير النفطية التي يمكن ان يعزي أكثر من نصفها إلى الخدمات التي تنمو بنسبه 4.4 في المائة، وقد عادت قطاعات النفط والزراعة والخدمات الآن فوق مستويات النشاط التي كانت عليها قبل الجزاءات في 2012/13. ولكن في العامين الماضيين ، لم يكن هناك ارتداد قوي في القطاعات الرئيسية مثل البناء والتجارة ، وخدمات المطاعم والفنادق في أعقاب ركود النمو خلال فتره الجزاءات والعبء المتراكم من مشاكل القطاع المصرفي. وشهد قطاع النفط والغاز نموا بنسبه 0.9 في المائة ، وهي نسبه محدوده بالحصة التي حددتها أوبك + للفترة المتفق عليها، ولا يزال معدل البطالة مرتفعا ، حيث بلغ 12.1 في المائة في الفترة 2018.²

✓ الدول الأوروبية تم اختيار الدول الأوروبية التالية : البانيا ، بلاروسيا، تركيا، بلغاريا، اكرانيا.

- البانيا: نمت ألبانيا من أفقر البلدان في أوروبا في أوائل التسعينات إلى مركز الدخل المتوسط في 2008 ، وانخفض الفقر بمقدار النصف خلال تلك الفترة، ولا يزال التحول الاقتصادي في البلد يعتمد علي إمكانياته وفرصه الهائلة، غير ان ألامه المالية العالمية كشفت أوجه الضعف في نموذج نموها وأبرزت الحاجة إلى التحول من الاستهلاك إلى النمو الذي تقوده الاستثمارات والصادرات، وبغية التعجيل بخطي النمو العادل ، تحتاج ألبانيا إلى تنفيذ إصلاحات هيكلية من شأنها ان تزيد الانتاجيه والقدرة التنافسية في الاقتصاد.³

- بلاروسيا: اقترن النمو الاقتصادي بانخفاض مثير للإعجاب في عدد الأسر المعيشية التي تعيش تحت خط الفقر وزيادة في دخل الاسره المعيشية بين الجزء السفلي 40 في المائة، وقد أعيد توزيع عائدات هذا النمو من خلال النمو الحقيقي للأجور ، وإعانات المرافق ، والحفاظ علي العمالة في المملوكة للدولة والقطاع العام، ومما يؤسف له ان العوامل التي مكنت النجاح الذي حققته بيلاروس في الماضي لم تعد تؤدي دورا، وقد استنفدت قدره تراكم راس المال علي دفع عجله النمو الاقتصادي ، وكانت إعانات الطاقة الناشئة عن الاتفاقات الثنائية مع روسيا اقل ، ومعدلات الدين العام في الناتج المحلي

¹ <https://www.worldbank.org/en/country/azerbaijan/overview> Last Updated: Oct 11, 2018

² <http://www.worldbank.org/en/country/iran/overview> Last Updated: Oct 11, 2018

³ <http://www.worldbank.org/en/country/albania/overview> Last Updated: Oct 11, 2018

- الإجمالي أخذه في الازدياد، ومن الصعب بصوره متزايدة تغطيه الفجوة في الادخار والاستثمار بالاقتراض من الخارج، ومن الآن فصاعداً ، يجب ان ياتي تحسين مستويات المعيشة من زيادة الانتاجية.¹
- بلغاريا: وقد شهدت بلغاريا تحولا كبيرا علي مدي العقود الثلاثة الماضية، وقد تغير من اقتصاد شديد المركزية والتخطيط إلى اقتصاد مفتوح وقائم علي السوق واعلي متوسط الدخل ويرتكز بشكل أمن في الاتحاد الأوروبي، وفي مرحلة الانتقال الاولي ، مر البلد بعقد من البطء في أعاده الهيكلة الاقتصادية والنمو ، وارتفاع المديونية ، وفقدان المدخرات. ومع ذلك ، فان النهوض بالإصلاحات الهيكلية التي بدأت في أواخر التسعينات أطلقت عقدا من النمو الاقتصادي المرتفع بشكل استثنائي وتحسين مستويات المعيشة، واليوم ، تواجه بلغاريا التحديين المترابطين المتمثلين في زيادة الانتاجية ومعالجة التغير الديموغرافي السريع في البلد. ويعد ارتفاع معدل نمو الانتاجية أمرا بالغ الاهمية للتعجيل بالتقارب ، حيث ان نصيب الفرد من الدخل في بلغاريا لا يتجاوز 47 في المائة من متوسط الاتحاد الأوروبي ، وهو الأدنى في الاتحاد الأوروبي، وسوف تحتاج الانتاجية إلى النمو بنسبه لا تقل عن 4 ٪ سنويا علي مدي السنوات ال 25 المقبلة إذا كانت بلغاريا للحاق بمستويات متوسط دخل الاتحاد الأوروبي وتعزيز الرخاء المشترك.²
- اكرانيا: لقد واجهت أوكرانيا تحديات سياسيه وأمنيه واقتصادييه حاده خلال السنوات الثلاث الماضية، منها اندلاع الصراع في شرق أوكرانيا والانتخابات الرئاسية والبرلمانية والمحلية، وقد التزمت الحكومة ، التي تولت مهامها في نيسان/ابريل 2016 ، بخطة إصلاح طموحه وواسعة النطاق، ومن هذه الاصلاحات الرئيسية القيام بتوحيد مالي كبير ، والانتقال إلى سعر صرف مرن ، وإصلاح تعريفات الطاقة والمساعدة الاجتماعية ، وتعزيز شفافية المشتريات العامة ، وتبسيط أنظمه الاعمال التجارية القطاع المصرفي وتثبيته وأعاده هيكلته ، واعتماد مجموعه إصلاحات صحية ، وإنشاء وكالات لمكافحة الفساد والإفصاح عن الأصول للمسؤولين الحكوميين.³
- تركيا: وقد كان أداء تركيا في مجال التنمية الاقتصادية والاجتماعية مثيرا للإعجاب منذ 2000، وكان الاستقرار الاقتصادي الكلي والمالي في صميم أدائه ، مما ادي إلى زيادة العمالة والدخل وجعل تركيا بلدا من البلدان ذات الدخل المتوسط الأعلى، وقد حافظت تركيا علي تركيز طويل الأجل علي تنفيذ إصلاحات واسعه وطموحه في العديد من المجالات ، واستهدفت البرامج الحكومية الفئات الضعيفة والمناطق المحرومة. وانخفض معدل الفقر بأكثر من النصف خلال الفترة بين عامي 2002 و 2003 ، وهبط الفقر المدقع بشكل أسرع. وخلال هذه الفترة ، شهدت تركيا تحضرا كبيرا ، وفتحت أبوابها امام التجارة والتمويل الأجنبيين ، وواءمت العديد من القوانين واللوائح مع معايير الاتحاد الأوروبي ، ووسعت كثيرا من فرص الوصول إلى الخدمات العامة، واليوم ، لا يزال البلد يواجه تحديات التنمية البشرية العنيدة: فالتفاوت أخذ في الارتفاع منذ أزمه 09/2008 ؛ سوق العمل لا تزال جامده جدا ؛

¹ <http://www.worldbank.org/en/country/belarus/overview> Last Updated: Oct 11, 2018

² <http://www.worldbank.org/en/country/bulgaria/overview> Last Updated: Oct 11, 2018

³ <http://www.worldbank.org/en/country/ukraine/overview> Last Updated: Oct 11, 2018

مشاركه المراه في القوه العاملة تقل كثيرا عن البلدان المتخذة أساسا للمقارنة ، وضعف الأداء التعليمي¹.

4.2 تقدير النموذج:

لتقدير النموذج القياسي هناك عدة مراحل يجب القيام بها ، والمتمثلة في مختلف الاختبارات الإحصائية التي سنقوم بها وبعد ذلك تحليل مختلف النتائج المتوصل اليها من مخرجات.

✓ دراسة استقرارية السلاسل الزمنية : من خلال الملحق رقم 01 ادناه فان متغيرات الدراسة مستقرة كلها عند المستوى ، ماعدا المتغيرات التالية الانفاق على الصحة ، معدل الاتحاق بالتعليم الابتدائي والثانوي والعالي فهي مستقرة عند الفرق الاول .

الجدول رقم {2-5}: الوصف الاحصائي لمتغيرات الدراسة

	Mean	Median	Maximum	Minimum	Skewness	Kurtosis	Obs
CPIB_H	3.268771	3.176760	32.99707	-14.37929	0.391906	7.912388	630
DEPENSES_E	4.311447	4.067055	14.05908	0.000000	1.637636	8.075705	630
DEPENSES_S	5.905143	5.660000	13.44000	2.010000	0.791119	3.729882	630
FERTILITY	2.220835	2.142500	5.346000	1.085000	0.993079	4.890649	630
GOV	103.3103	102.3140	151.5225	60.62431	0.114078	3.871172	630
LETERACY_A	91.22117	93.10000	99.99549	62.30000	-1.177344	3.990777	630
LETERACY_Y	97.13743	97.99566	100.0000	9.478000	-13.31038	262.9946	630
LIFE_EXPACTANCY	72.74499	73.00650	79.63400	61.21100	-0.548943	3.470751	630
M_INDER_5	23.63200	20.30000	94.30000	4.000000	1.789145	7.872647	630
M_INF	19.82286	17.40000	75.20000	3.000000	1.566606	6.936321	630
PHYSICIANS	2.110642	1.594000	7.600000	0.130000	1.204642	4.528417	629
S_P	105.9821	104.0133	165.6454	83.90000	1.804957	9.460377	630
S_S	84.09375	86.25766	123.0861	44.15957	-0.270955	2.485229	630
S_T	35.51199	33.30000	119.7787	4.479490	1.159350	5.072604	629

المصدر: من اعداد الباحثة

✓ دراسة الارتباط بين المتغيرات:

نقوم بدراسة الارتباط لمعرفة ازواج الارتباط الممكنة بين متغيرات الدراسة سواء كان هذا الارتباط بشكل سلبى أو ايجابى.

¹ <http://www.worldbank.org/en/country/turkey/overview> Last Updated: Oct 11, 2018

الجدول رقم {3-5}: دراسة الارتباط بين المتغيرات

	CPIB_H	DEPENSES_E	DEPENSES_S	FERTILITY	GOV	LETERACY_A	LIFE	LETERACY_Y	M_INDER_5	M_INF	PHYSICIANS	S_P	S_S	S_T
CPIB_H	1													
DEPENSES_E	-0.110	1												
DEPENSES_S	-0.080	0.309	1											
FERTILITY	-0.201	-0.076	-0.086	1										
GOV	0.015	-0.002	0.423	-0.005	1									
LETERACY_A	0.187	0.100	0.262	-0.449	0.150	1								
LETERACY_Y	0.093	0.126	0.163	-0.277	0.026	0.457		1						
LIFE_EXPECTANCY	-0.129	0.229	0.373	-0.059	0.061	0.002	1	0.141						
M_INDER_5	0.086	-0.335	-0.245	0.264	0.065	-0.182	-0.673	-0.273	1					
M_INF	0.093	-0.352	-0.243	0.264	0.069	-0.191	-0.669	-0.265	0.996	1				
PHYSICIANS	0.150	0.320	0.352	-0.351	0.074	0.552	-0.045	0.305	-0.138	-0.148	1			
S_P	-0.072	-0.112	0.291	-0.012	0.023	-0.089	0.033	-0.152	0.054	0.066	-0.114	1		
S_S	0.045	0.237	0.291	-0.332	-0.030	0.356	0.081	0.271	-0.328	-0.313	0.414	0.152	1	
S_T	0.027	0.310	0.330	-0.366	0.076	0.494	0.181	0.303	-0.470	-0.486	0.458	-0.040	0.474	1

المصدر: من إعداد الباحثة

من خلال نتائج مصفوفة الارتباط نلاحظ ما يلي :

➤ متغير نمو نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي $cpi\ h$ يرتبط بشكل ايجابي مع معدل الإنفاق الحكومي gov ، معدل إلمام البالغين بالقراءة والكتابة $leteracy\ a$ ، معدل إلمام الشباب بالقراءة والكتابة $leteracy\ y$ ، معدل وفيات الاطفال $m\ inf$ ، معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة $m\ inder\ 5$ ، ونسبة الأطباء إلى عدد السكان $physicians$ ومعدل الالتحاق بالتعليم الثانوي $s\ s$ ، معدل الالتحاق بالتعليم العالي $s\ t$ ، بحيث قدرت معاملات الارتباط بالترتيب كما يلي $0.015, 0.187, 0.093, 0.086, 0.093, 0.150, 0.045, 0.027$:

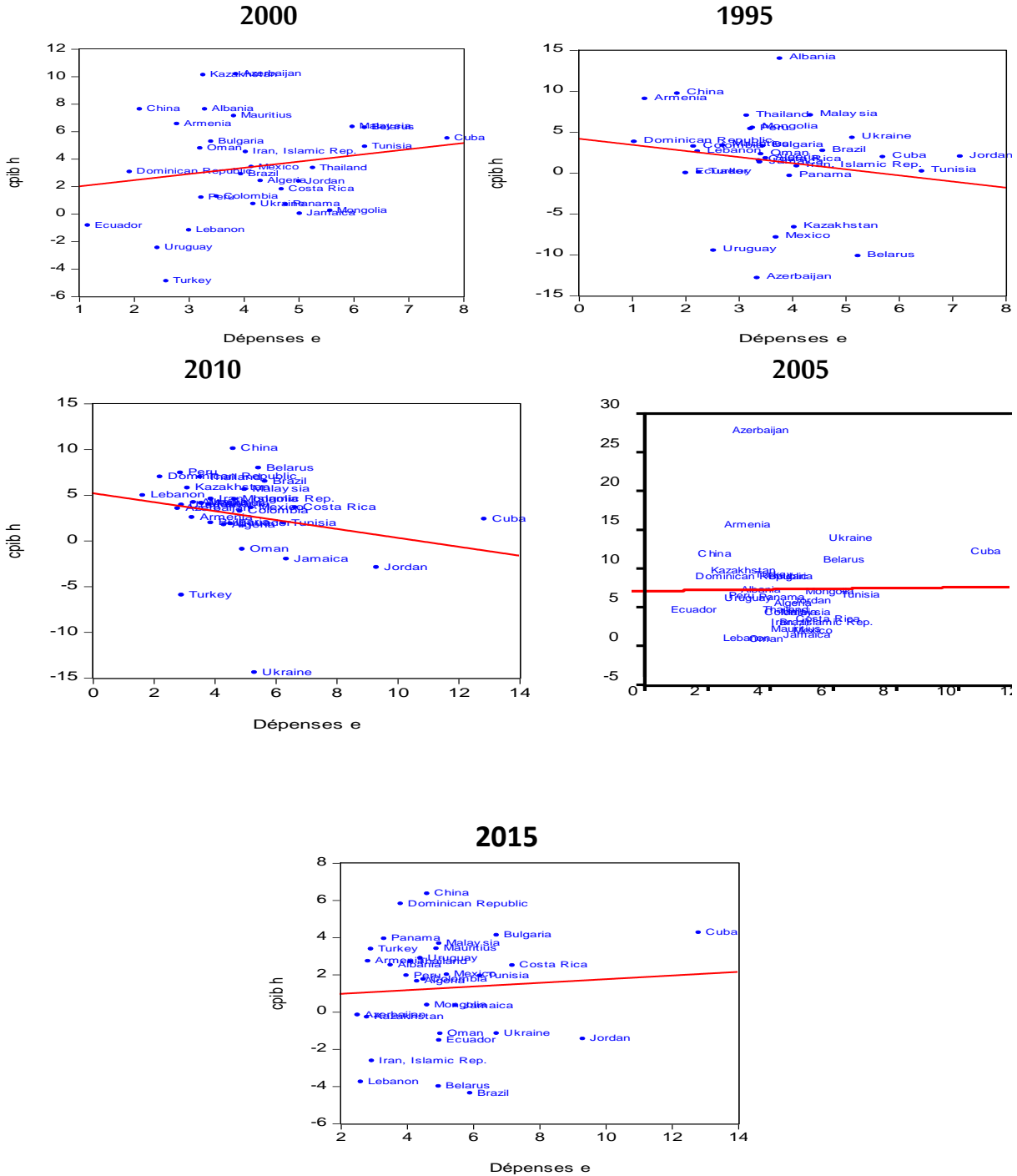
➤ متغير نمو نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي $cpi\ h$ يرتبط بشكل سلبي مع معدل الإنفاق على التعليم $depenses\ e$ ومعدل الإنفاق على الصحة $depenses\ s$ ومعدل الخصوبة الكلي للمرأة $fertility$ ، معدل العمر المتوقع للحياة $life\ expactancy$ ، معدل الالتحاق بالتعليم الابتدائي $s\ p$ وقدرت معاملات الارتباط على التوالي كما يلي $-0.072, -0.129, -0.201, -0.080, -0.110$.

➤ وجود علاقة ارتباط قوية جدا بين معدل وفيات الاطفال دون سن الخامسة $m\ inder\ 5$ ومعدل وفيات الاطفال $m\ inf$ حيث قدر معامل الارتباط بينهما ب.99%

➤ وجود علاقة ارتباط قوية بين معدل وفيات الاطفال و معدل العمر المتوقع للحياة بقيمة ارتباط بنسبة 66%

✓ منحنيات علاقة المتغير التابع بمتغيرات التفسيرية للدراسة :

الشكل رقم {5-1}: منحنيات علاقة نمو نصيب الفرد من الناتج المحلي الخام والانفاق على التعليم

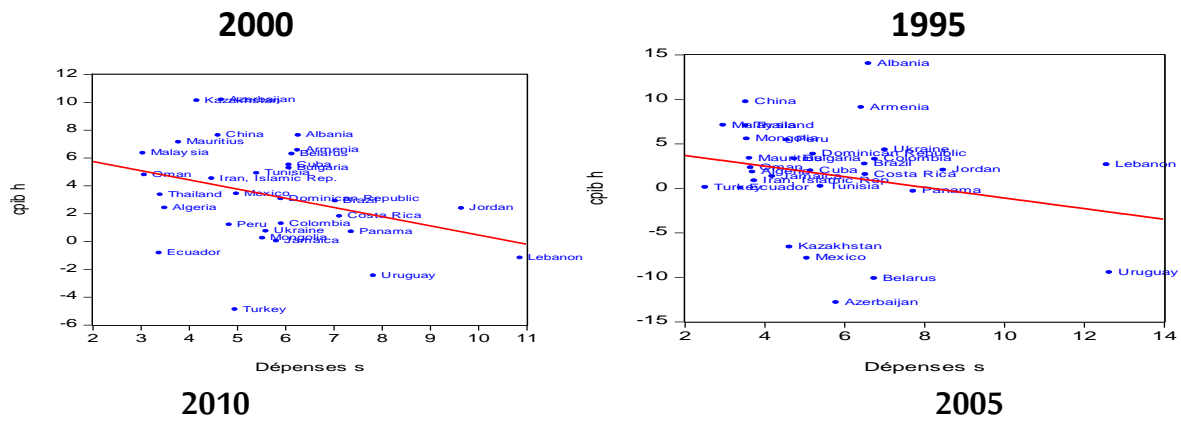


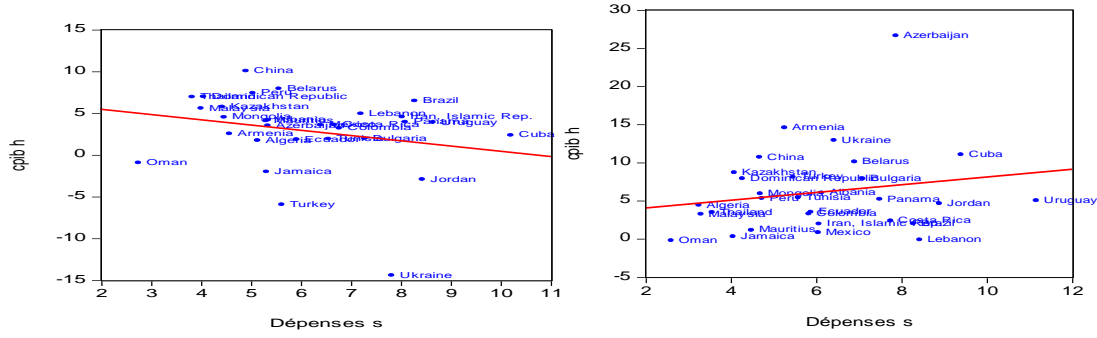
تبين المنحنيات اعلاه وجود علاقة ايجابية بين نمو نصيب الفرد من الناتج المحلي الاجمالي وبين الانفاق على التعليم خلال الفترات 1995، 2005، 2015، وعلاقة سلبية بين المتغيرين خلال الفترات 2000، 2010، وبين منحنى سنة 1995 ابتعاد بعض الدول عن الخط اي ان بعض الدول رغم انفاقها كان بين 2% و 4% وحققت معدلات مرتفعة من النمو تقريبا حوالي 12% وهي {الصين، البانيا، اذربيجان، كزاخستان، ارمينيا، موريشيوس} حصلت على اعلى نمو اذربيجان وكزاخستان ب11%، اما الدول التي

ابتعدت عن المجموعة وحقت معدلات نمو ضعيفة اي اقل ب0% هي {الاكوادور ، لبنان، تركيا، اروغواي، جاميكا، منقولييا} وحصلت على ادنى قيمة من النمو هي تركيا ب-5%. وقد تغير موقع بعض الدول خلال سنة 2000 مثل كازخستان ن واذربيجان فخلال سنة 1995 حققت العى معدلات من النمو اما خلال هذه السنة كانت من ضمن الدول التي حققت ادنى معدلات النمو مع محافظتها على نفس الانفاق حيث حصل اذربيجان على ادنى معدل للنمو بحوالي -13% ، وحققت البانيا اعلى قيمة للنمو في هذه السنة بحوالي 15% ، وحافظت دول اخرى على موقعها خلال هذه السنة مثل {تونس، كوبا، الاردن، الجزائر، بنما} ، كما بين منحني سنة 2005 استعادة بعض الدول مكائتها مثل اذربيجان التي استطاعت مرة اخرى تحقيق اكبر معدل للنمو في هذه السنة حوالي تقريبا 27% مع محافظتها على نفس الانفاق ، وحققت لبنان وعمان ادنى قيمة للنمو خلال هذه السنة بحوالي 1%، اما خلال سنة 2010 نلاحظ ان الصين حققت اعلى معدل لنمو بحوالي 11% ن ثم تليها بلاروسيا بحوالي 9%، وحققت اكرانيا ادنى قيمة للنمو بحوالي -14% رغم انفاقها على التعليم ب6% حيث تراجعت كثيرا خلال هذه السنة بحيث كانت محافظة على مكائتها خلال السنوات السابقة وكانت من ضمن الدول ذات المعدل النمو المتوسط ،بالإضافة الى ذلك نلاحظ خلال هذه السنة ان الاغلبية الدول كان انفاقها على التعليم بين 2% و4% وحققت معدل نمو 5%، وحافظت الصين خلال سنة 2015 على اعلى معدل للنمو بحوالي 8% ، ثم تليها جمهورية الدومينيكان بحوالي 7%، اما الدول التي حققت ادنى قيمة للنمو هي البرازيل وبلاروسيا ب -4% رغم كونهما من بين الدول التي كانت لها معدلات متوسطة من النمو خلال السنوات السابقة ، بالاضافة الى تراجع ايران في معدلات النمو حيث حققت خلال هذه السنة -3%.

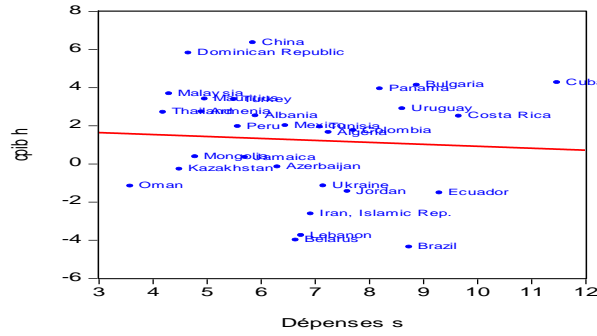
نلاحظ من خلال المنحنيات ان العلاقة بين معدل النمو الاقتصادي ومعدل الانفاق على التعليم كانت تتغير كل خمس سنوات ، كما نلاحظ ان كوبا كان لديها اعلى معدل للانفاق على التعليم بحوالي 12% وحافظت عليه خلال جميع السنوات بالاضافة الى محافظتها على معدل النمو 5% خلال جميع السنوات ايضا، وحافظت الصين على معدل النمو تقريبا حوالي 10% خلال جميع السنوات رغم ان انفاقها على التعليم كان فقط 2% تقريبا خلال جميع السنوات .

الشكل رقم {2-5}:منحنيات علاقة نمو نصيب الفرد من الناتج المحلي الخام والانفاق على الصحة



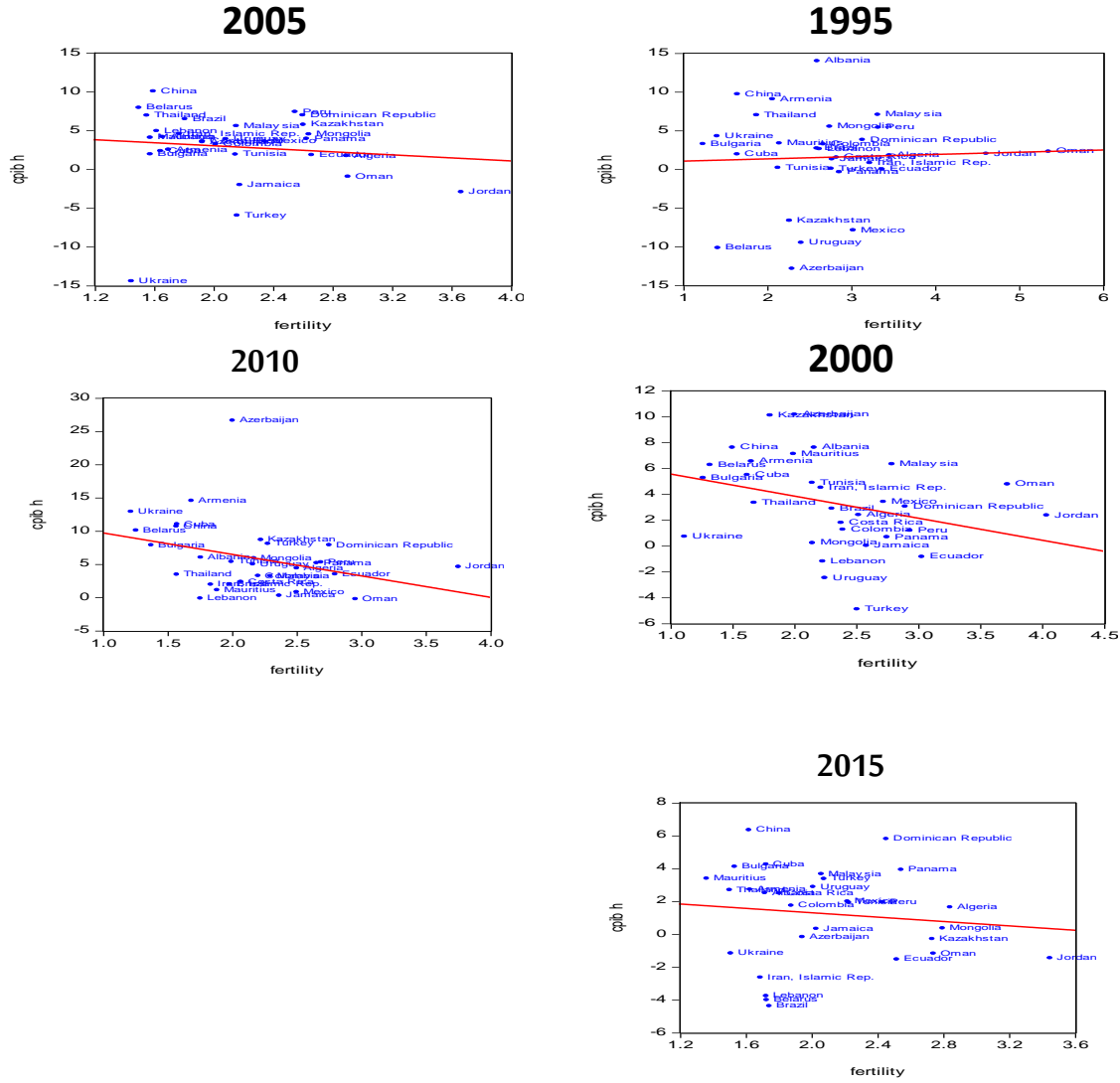


2015



تشير منحنيات علاقة معدل الانفاق على الصحة بمعدل نمو نصيب الفرد من الناتج المحلي الاجمالي الى تغير موقع بعض الدول وابتعادها عن الخط بسبب اختلاف انفاقها على الصحة مع انفاقها على التعليم اما من ناحية تحقيقها لمعدلات نمو كانت نفس الشيء لأنها في نفس الفترات ، حيث يبين منحنى سنة 1995 الى وجود علاقة عكسية بين المتغيرين أي انه كلما زاد الانفاق على التعليم ادى الى انخفاض معدل نمو نصيب الفرد من الناتج المحلي الاجمالي ، كما يوضح هذا المنحنى ان اعلى مدد انفاق على الصحة كان من نصيب لبنان و اوروغواي ب13% ، اما الدول الاخرى كان انفاقها بين 4% و8% ، وبقيت العلاقة بين المتغيرين نفسها خلال سنة 2000 عكسية وحافظت لبنان على نفس الانفاق اما الاوروغواي تراجع انفاقها على الصحة من 11% الى 8% ، اما الاردن رفعت من انفاقها من 8% الى 10% ، اما الدول الاخرى تقريبا حافظت على نفس الانفاق، وتغيرت العلاقة بين المتغيرين خلال سنة 2005 من عكسية الى طردية ، كما يشير هذا المنحنى الى ابتعاد اذربيجان كثيرا عن دول عينة الدراسة بمعدل نمو حوالي 27% وانفاق على الصحة ب8%، ويشير منحنى سنة 2010 الى تغير العلاقة من سلبية الى ايجابية بين المتغيرين ، كما يبين ايضا ابتعاد بعض الدول عن المجموعة بمعدل نمو اقل من 0% وهي {عمان ، جامايكا ، اكرانيا، تركيا، الاردن}، وبقيت العلاقة نفسها ايجابية بين المتغيرين خلال سنة 2015 ، لكن خلال هذه السنة نلاحظ ابتعاد الكثير من الدول عن الخط فبمعدل نمو اقل من 1% {بلاروسيا، لبنان؟، عمان، البرازيل ، ايران، الاكوادور، اكرانيا، الاردن، كزاخستان} وبمعدل نمو اكثر من 5% { جمهورية الدومينيكان، كوبا، الصين، بلغارا، بنما}.

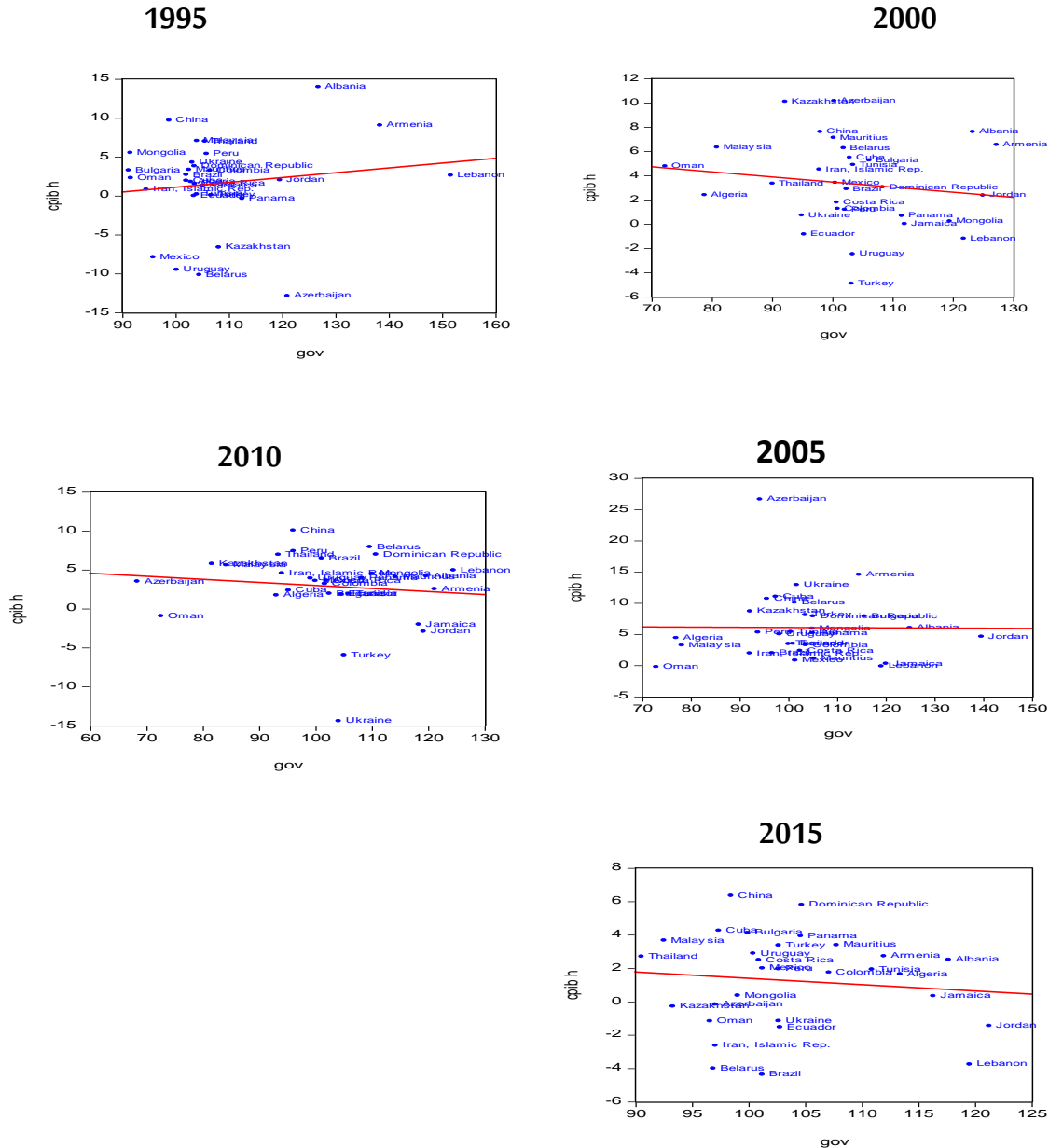
الشكل رقم {3-5}: منحنيات علاقة نمو نصيب الفرد من الناتج المحلي الخام ومعدل الخصوبة



نلاحظ من خلال منحنيات الميمنة اعلاه الى وجود علاقة عكسية بين نمو نصيب الفرد من الناتج المحلي الخام ومعدل الخصوبة الكلي للمرأة خلال جميع الفترات في الدول محل الدراسة ، ماعدا فترة 1995 وجود علاقة طردية بين المتغيرين أي ان كلما ارتفع معدل خصوبة المرأة ادى الى زيادة معدل نمو نصيب الفرد من الناتج المحلي الخام ، وبين منحني سنة 1995 ان الدول التي كان لديها اعلى خصوبة هي عمان ب5.5% ثم تليها الاردن ب4.5% وهذا راجع لكونها دول عربية ومعدلات الخصوبة مرتفعة لديها ، اما الدول التي ابتعدت عن الدول الاخرى هي وبمعدلات خصوبة منخفضة مع معدلات نمو منخفضة هي {كازخستان، بلاروسيا، اذربيجان، الميكسيك} ، اما الدول التي كان لها معدلات خصوبة منخفضة لكن معدلات نمو مرتفعة وابتعدت عن المجموعة هي {الصين، البانيا، بلغاريا، اكرانيا، كوبا} ، وهذا راجع لتقارب الخصائص بين هذه الدول حيث اغلب ان هذه الدول كونها دول اوربية ولديها الشيخوخة مرتفعة مقارنة مع الشباب ، اما الصين من بين الدول الاسياوية التي تحدد النسل ، وقد حافظت الاردن وعمان على الصدارة في معدلات الخصوبة سنة 2000 كما حافظت ايضا معظم الدول الاخرى

على نفس المعدلات لكن بالنسبة لآكرانيا انخفضت لديها معدل الخصوبة وحصلت على ادنى معدل خصوبة بحوالي 1%، وبين منحنى سنة 2005 محافظو جميع الدول على معدلات الخصوبة ، فقط اذربيجان التي ابتعدت عن المجموعة وهذا لتحقيقها اعلى معدل نمو في الدول، وبقيت معدلات الخصوبة هي نفسها خلال سنة 2010 و2015 لكن تغير موقع الدول مع تغير معدلات النمو لديها .

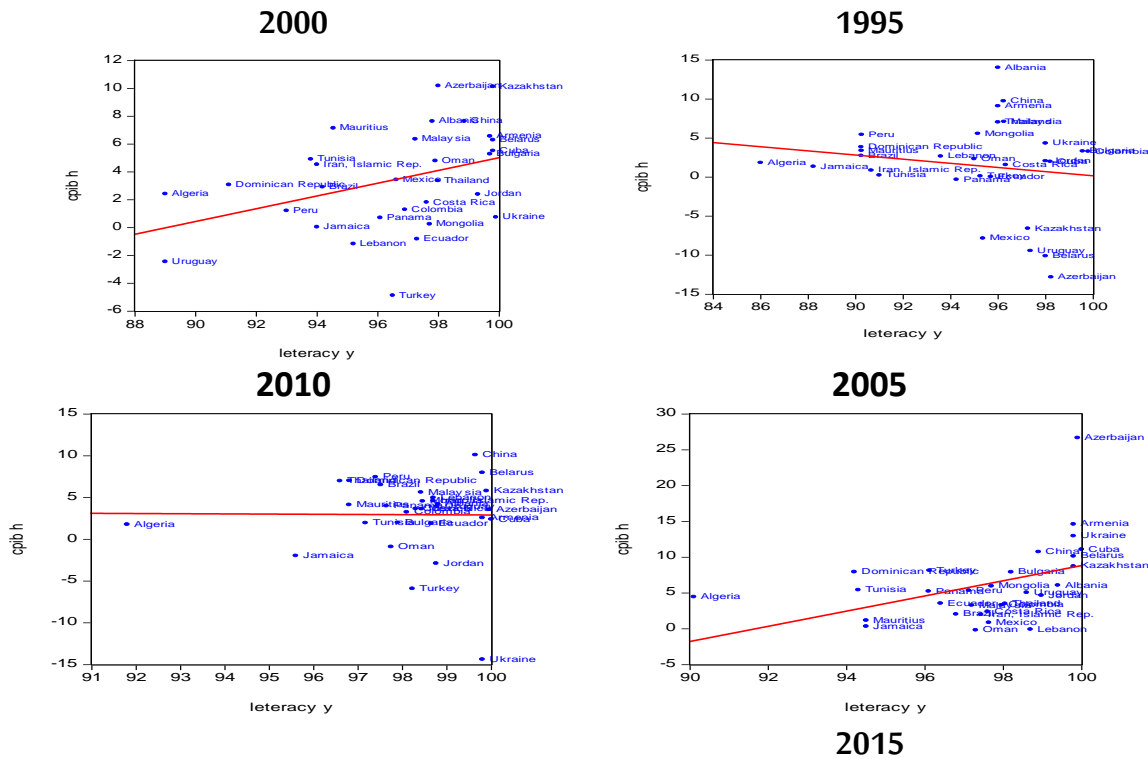
الشكل رقم {4-5}:منحنيات علاقة نمو نصيب الفرد من الناتج المحلي الخام و معدل الانفاق الحكومي.

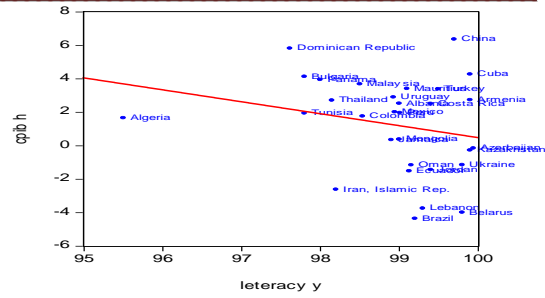


تشير منحنيات اعلاه لنمو نصيب الفرد من الناتج المحلي الخام ومعدل الانفاق الحكومي خلال الفترة 1995 الى وجود علاقة طردية ايجابية بين المتغيرين ، ووجود علاقة عكسية سلبية بين المتغيرين خلال الفترات 2000-2010-2015، اما في فترة 2005 يشير المنحنى الى وجود علاقة طردية تتميز بالاستقرار بين المتغيرين بحيث كلما ارتفع معدل الانفاق الحكومي استقر نمو نصيب الفرد من الناتج المحلي الخام

،ويبين منحى سنة 1995 ان معظم الدول كان انفاقها بين 91% و120% وبمعدل نمو متوسط ، لكن الدول التي ابتعدت كثيرا عن المجموعة بمعدلات انفاق مرتفعة معدلات نمو مرتفعة هي {لبنان ، ارمينيا ، البانيا} ، حيث كان اكبر انفاق حكومي من طرف لبنان بحوالي 150%، ثم تليها ارمينيا بحوالي 140%، اما الدول التي ابتعدت كثيرا عن المجموعة وبمعدلات انفاق متوسطة لكن بمعدلات نمو سالبة ومنخفضة هي {الميكسيك، كازخستان، اروغواي ، اذربيجان، بلاروسيا}، ويشير منحى سنة 2000 ان معظم الدول خفضت انفاقها الحكومي ، حيث انخفض انفاق لبنان الى 130% بعدما كان 140 % سنة 1995 ، وكان اكبر انفاق هذه السنة من نصيب ارمينيا ب130%، كما خفضت ايضا الجزائر، وماليزيا ، وعمان انفاقها وادنى انفاق كان من نصيب عمان بحوالي 71% بعدما كان 92 % سنة 1995. وحافظت خلال سنة 2005 الجزائر وعمان وماليزيا على ادنى انفاق وزادت الاردن انفاقها الى 140 % واحتلت الصدارة خلال هذه السنة اما الدول الاخرى فتقريبا حافظت على نفس الانفاق، اما خلال سنة 2010 كان اقل انفاق لاذربيجان بحوالي 69% ثم تليعمان بحوالي 70%، وبقي انفاق الدول الاخرى نفسه خلال هذه السنة ، وادنى انفاق خلال سنة 2015 كان من نصيب تالاند بحوالي 90% واعلى انفاق كان من نصيب الاردن بحوالي 123%.

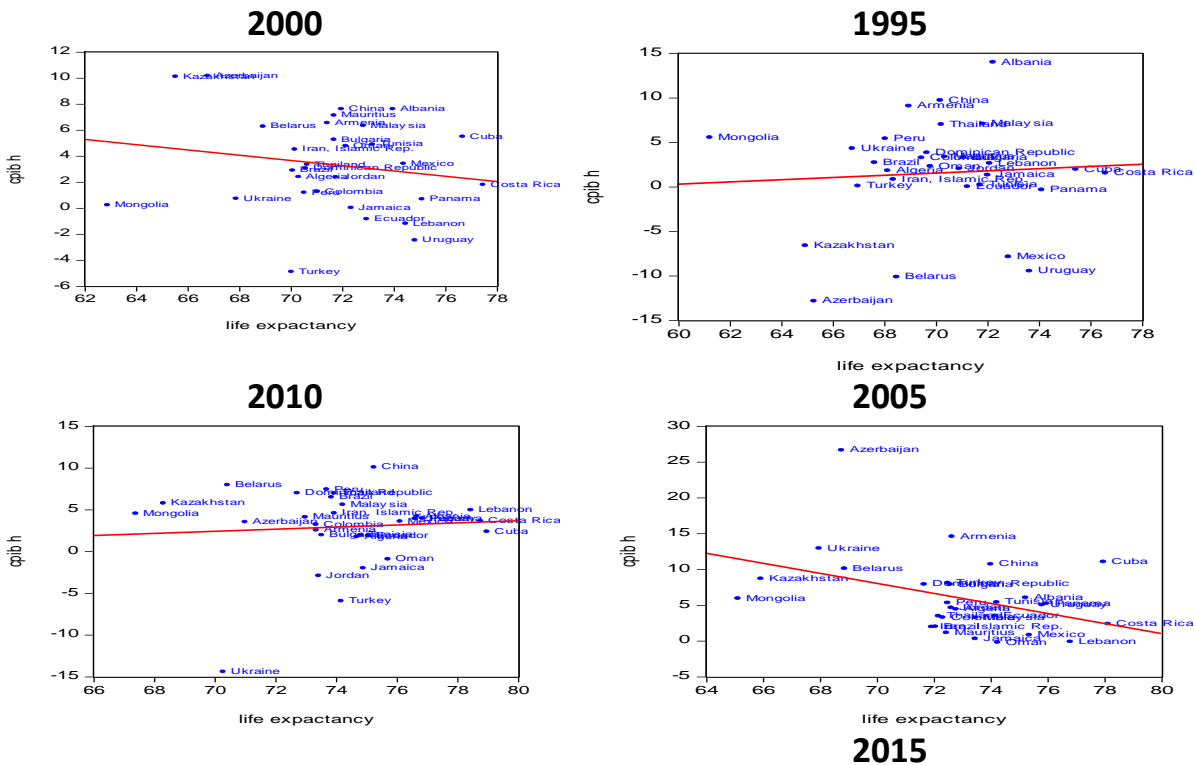
الشكل رقم {5-5}: منحنيات علاقة نمو نصيب الفرد من الناتج المحلي الخام ومعدل المام الشباب بالقراءة والكتابة

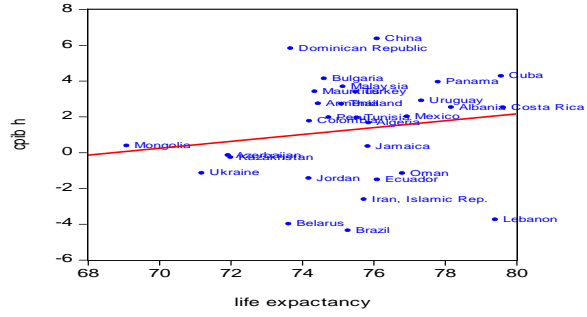




تشير منحنيات اعلاه الى وجود علاقة طردية بين نمو نصيب الفرد من الناتج المحلي الخام ومعدل المام الشباب بالقراءة والكتابة خلال الفترة 2000، 2005، ووجود علاقة عكسية بين المتغيرين خلال الفترة 1995.2015، اما فترة 2010 تتميز العلاقة بالثبات حيث كلما زاد ارتفع معدل المام البالغين بالقراءة والكتابة ثبت معدل النمو،، وتبين جميع المنحنيات ان معدل المام الشباب بالقراءة والكتابة تقريبا لكل الدول كان بين 90% الى 100% خلال جميع الفترات ، فقط الجزائر الدول الوحيدة التي ابتعدت عن الدول واقل معدل من نصيها في جميع الفترات حيث لم يتجاوز 96% ، واحتلت الدول الاوربية الصدارة باعلى معدل حوالي 100% خلال جميع الفترات {البانيا، بلغاريا، اكرانيا، ارمينيا، بلاروسا} بالاضافة الى اذربيجان وكزاخستان والصين .

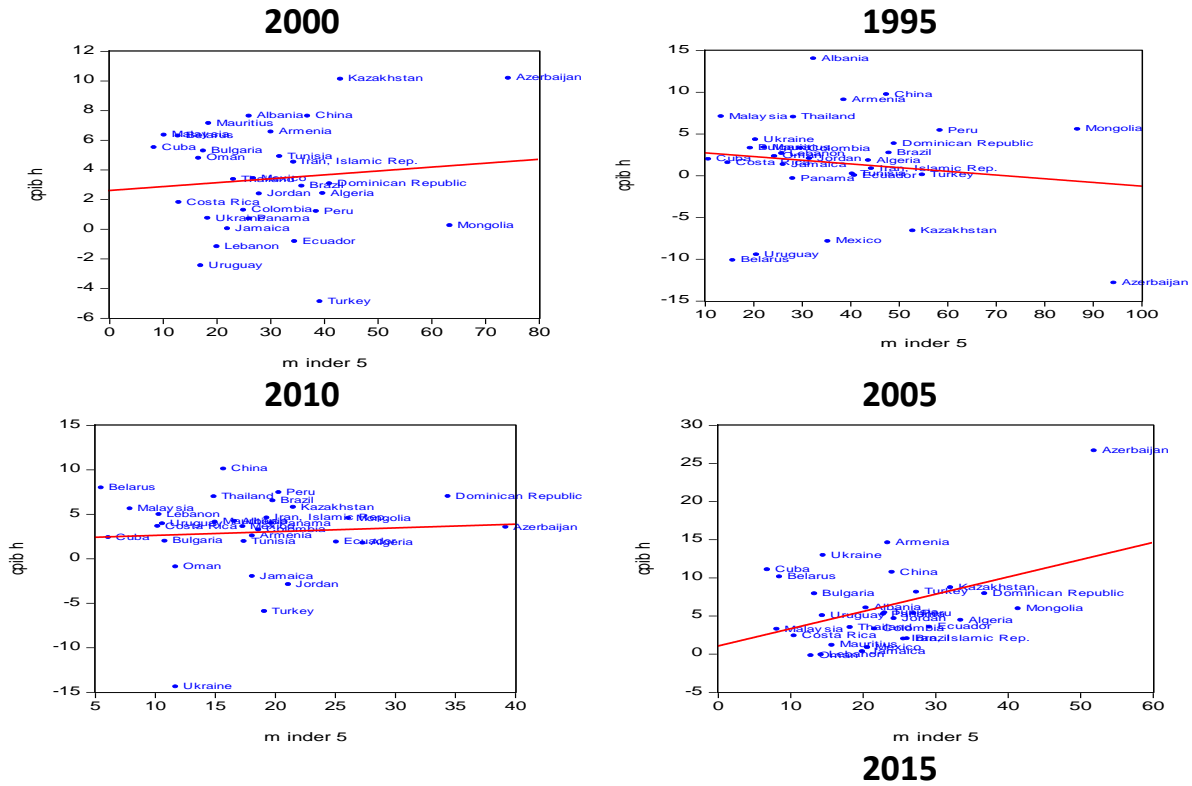
الشكل رقم {5-6}:منحنيات علاقة نمو نصيب الفرد من الناتج المحلي الخام ومعدل العمر المتوقع

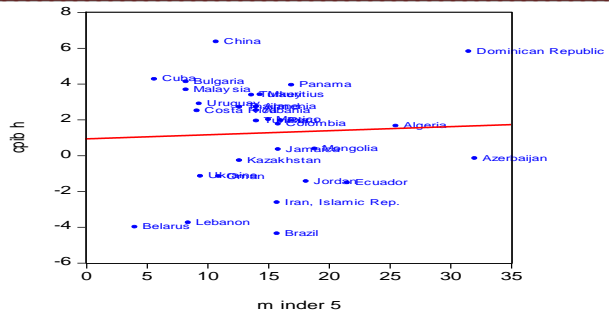




هناك علاقة سلبية بين نمو نصيب الفرد من الناتج المحلي الخام ومعدل العمر المتوقع خلال الفترات 2000، 2005، وعلاقة طردية بين المتغيرين خلال الفترات 1995، 2010، 2015 كما هو موضح في منحنيات اعلاه، كما تشير المنحنيات ان العمر المتوقع عند الولادة كان تقريبا لجميع الدول بين 70% و 78% خلال جميع الفترات، اما ادنى معدل كان من نصيب منغوليا بحيث لم يتجاوز هذا المعدل 69% خلال جميع الفترات، اما اكبر معدل كان من نصيب كوستاريكا بحوالي 80%، ثم تليها كوبا ولبنان وقد حافظت هذه الدول على موقعا ايضا خلال جميع الفترات.

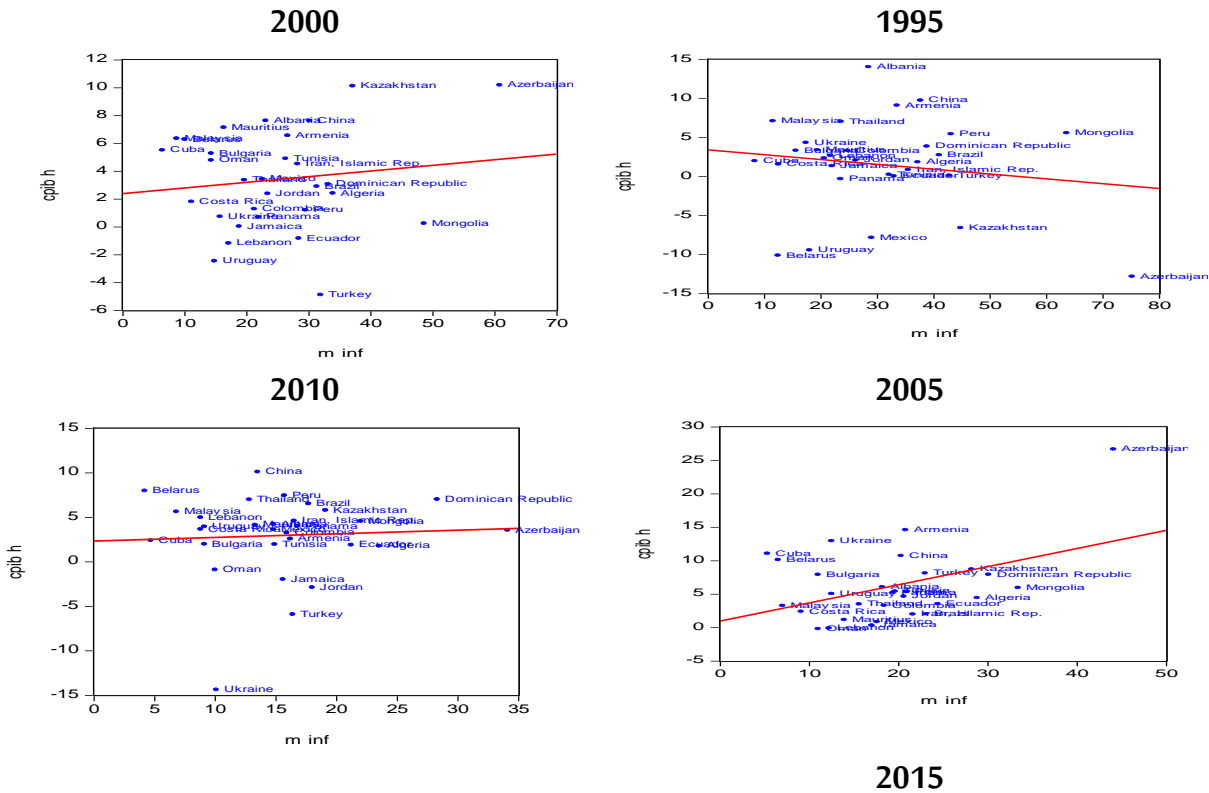
الشكل رقم {5-7}:منحنيات علاقة نمو نصيب الفرد من الناتج المحلي الخام ومعدل وفاة الاطفال دون سن الخامسة

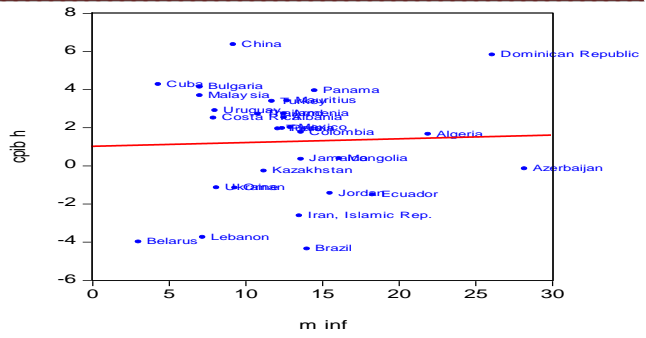




هناك علاقة ايجابية بين نمو نصيب الفرد من الناتج المحلي الخام ومعدل وفاة الاطفال دون سن الخامسة خلال جميع الفترات ، ما عدا فترة سنة 1995 وجود علاقة سلبية بين المتغيرين ، كما تشير المنحنيات الى تناقص معدلات وفيات الاطفال في جميع الدول خلال الفترة 1995-2015 ، حيث كان سنة 1995 بين 11% و 99% ليصل الى سنة 2015 الى 4% و 33%، واحتلت اذربيجان الصدارة باعلى معدل ثم تلتها منغوليا وجمهورية الدومينيكان خلال جميع الفترات ، اما ادنى معدل في وفيات الاطفال كان من نصيب كوبا وماليزيا وكوستاريكا وبلاروسيا خلال جميع الفترات حيث لم يتجاوز المعدل 12 % في هذه الدول ، حيث انخفضت هذه المعدلات سنة 2015 الى 4% في بلاروسيا وكوبا

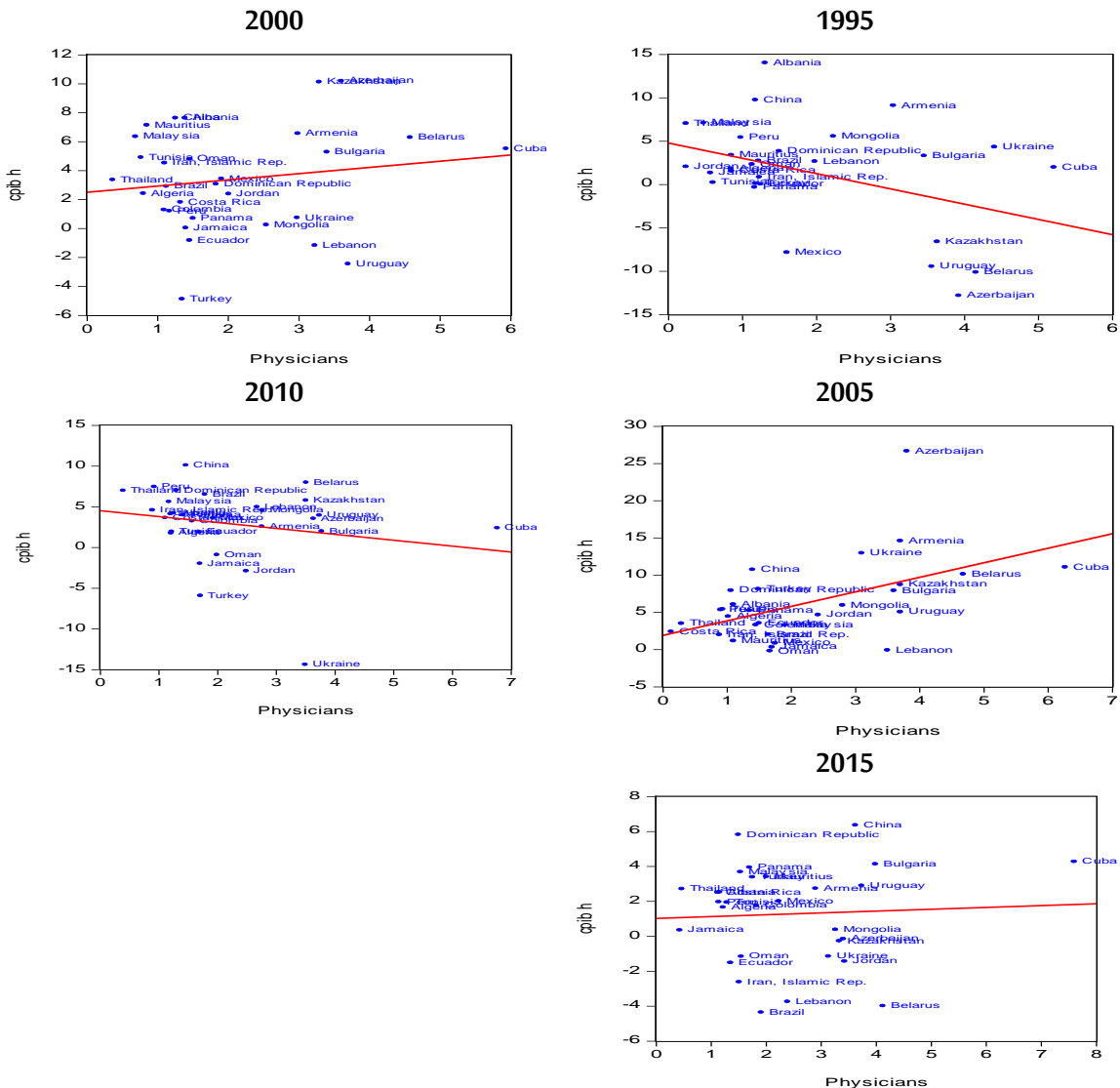
الشكل رقم {5-8}:منحنيات علاقة نمو نصيب الفرد من الناتج المحلي الخام ومعدل وفاة الاطفال





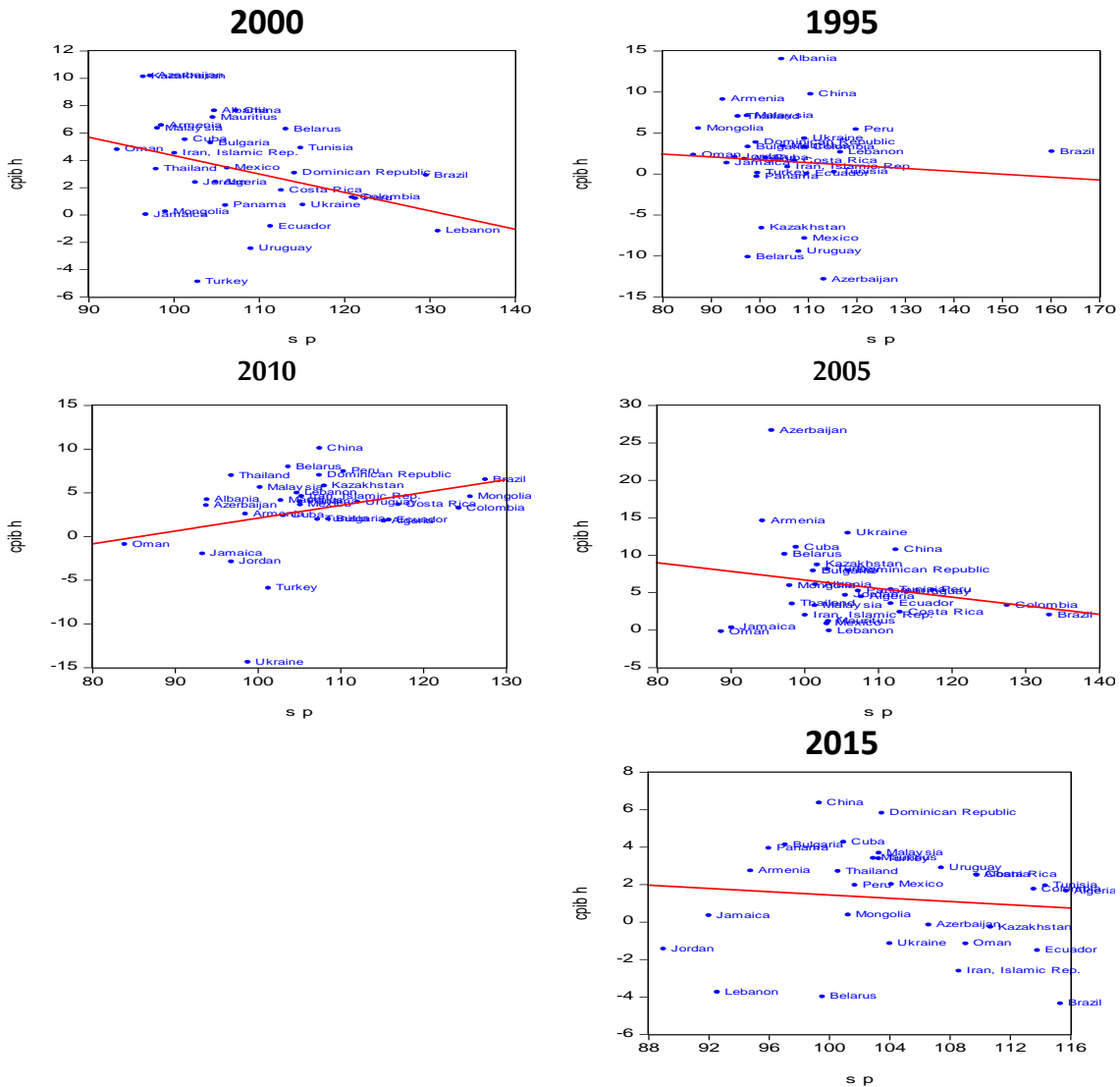
تشير منحنيات اعلاه الى وجود علاقة ايجابية بين نمو نصيب الفرد من الناتج المحلي الخام ومعدل وفاة الاطفال في الدول محل الدراسة خلال جميع الفترات ، ماعدا فترة 1995 هناك علاقة سلبية بين المتغيرين ، كما اظهرت منحنيات علاقة وفيات اطفال دون سن الخامسة نفس الشيء اظهرته منحني علاقة معدل وفيات الاطفال بالنمو الاقتصادي ، بحيث حافظت جميع الدول على موقعها.

الشكل رقم {5-9}:منحنيات علاقة نمو نصيب الفرد من الناتج المحلي الخام ومعدل الاطباء



نلاحظ من خلال منحنيات اعلاه وجود علاقة طردية بين نمو نصيب الفرد من الناتج المحلي الاجمالي و معدل ا اطباء أي كلما ارتفع معدل الاطباء زاد نمو نصيب الفرد من الناتج المحلي الاجمالي خلال فترة 2005،2000،2015، اما خلال فترة 1995، 2010 هناك علاقة عكسية بين المتغيرين، ونلاحظ من خلال المنحنيات اعلاه ان معدل الاطباء بدا في التصاعد تدريجيا لكن بشكل طفيف جدا في جميع الدول حيث كان في سنة 1995 بين 0.1% و5% ليصل الى غاية سنة 2015 بين 0.5% و8% ، اما الدول التي حصلت على اعلى معدل هي كوبا من 5% سنة 1995 الى 8% سنة 2015 ، وحافظت على الصدارة في جميع الفترات ،واقل معدل كان من نصيب تايلاند فلم تتجاوز 1% خلال جميع الفترات.

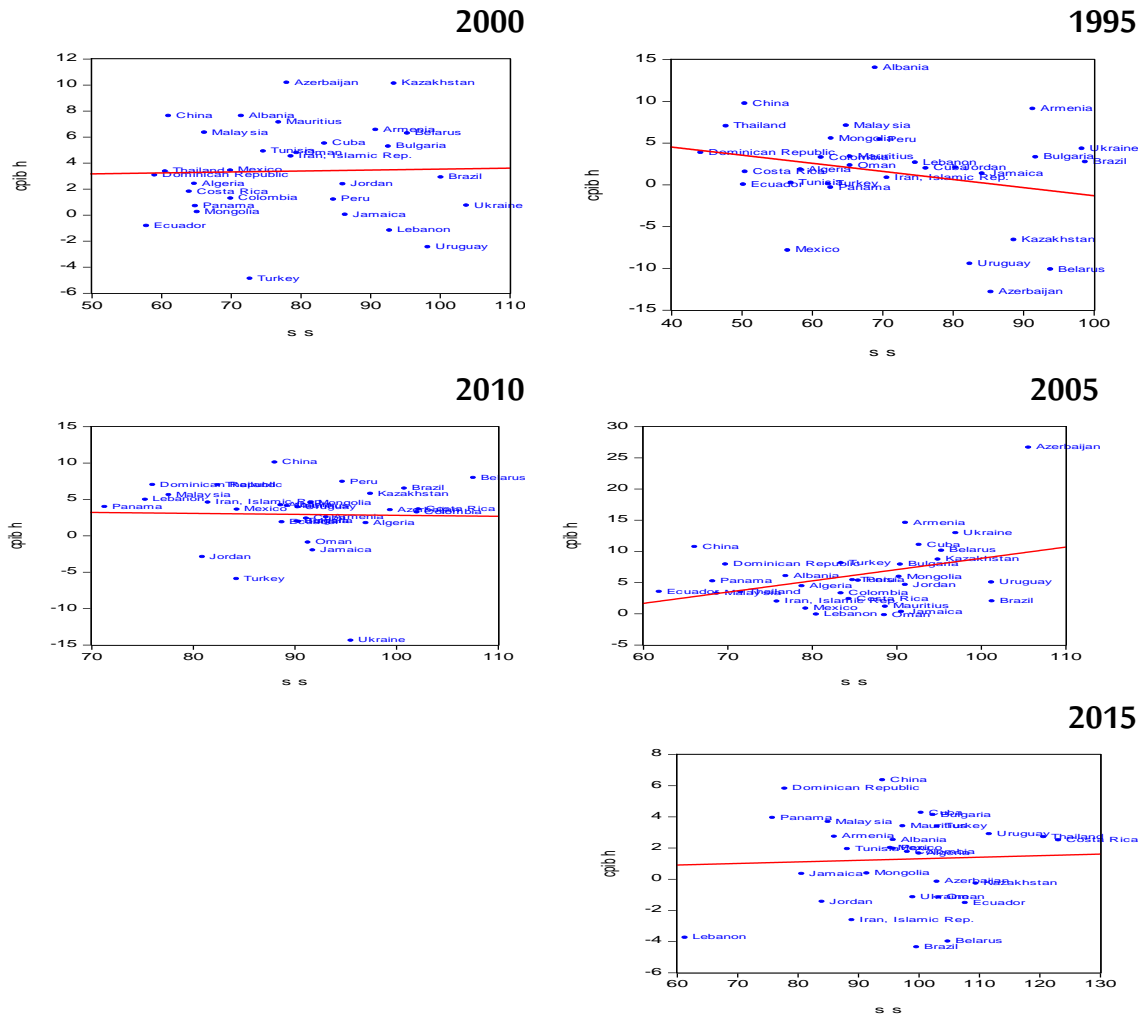
الشكل رقم {5-10}:منحنيات علاقة نمو نصيب الفرد من الناتج المحلي الخام ومعدل الالتحاق بالتعليم الابتدائي .



تشير منحنيات اعلاه الى وجود علاقة سلبية بين نمو نصيب الفرد من الناتج المحلي الاجمالي ومعدل الالتحاق بالتعليم الابتدائي خلال جميع الفترات ، ما عدا فترة 2010 وجود علاقة ايجابية بين المتغيرين،ورغم تزايد معدل النمو السكاني من سنة الى اخرى في الدول محل الدراسة، كما نلاحظ من

خلال المنحنيات اعلاه تناقص معدلات الالتحاق بالتعليم الابتدائي ، حيث كانت اعلى معدل سنة 1995 162 % ثم وصلت اعلى معدل سنة 2015 الى % 116 ، وحازت البرازيل على المعدل الاعلى في جميع الفترات وهذا راجع لعدد السكان الكبير في هذه الدولة على باقي الدول الاخرى ، اما ادنى معدل الالتحاق كان من نصيب عمان وفي جميع الفترات فقط في سنة 2015 ارتفع معدل الالتحاق فيها ووصل الى 109 % ، اما ادنى معدل في هذه السنة كان من نصيب الاردن بحوالي 89%.

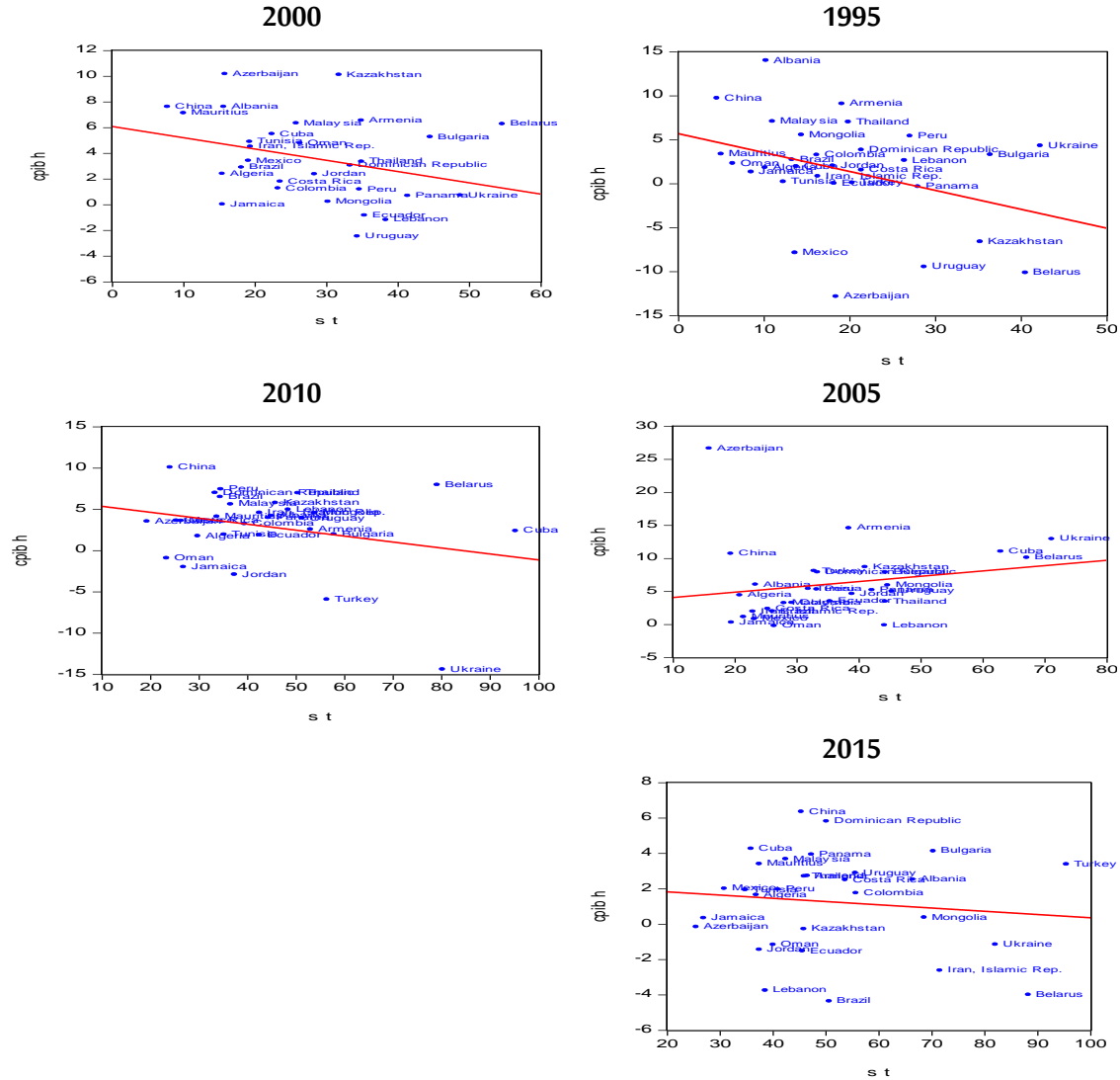
الشكل رقم {5-11}:منحنيات علاقة نمو نصيب الفرد من الناتج المحلي الخام ومعدل الالتحاق بالتعليم الثانوي .



هناك علاقة ايجابية بين نمو نصيب الفرد من الناتج المحلي الاجمالي ومعدل الالتحاق بالتعليم الثانوي خلال فترة 1995،2010،2005، وعلاقة سلبية بين المتغيرين خلال فترة 2015،2000،2005، كما ان معدل الالتحاق بالتعليم الثانوي في الدول محل الدراسة كما هو موضح اعلاه ، كما ان معدلات الالتحاق بالتعليم الثانوي في تزايد مستمر عكس معدلات الالتحاق بالتعليم الابتدائي ، فبعد ان كان سنة 1995 اعلى معدل 99% وصل خلال سنة 2015 الى 122%، كما نلاحظ من خلال المنحنيات تباعد كبير فيما بين الدول ، إلا في سنة 2005 و 2010 كان تقارب فيما بين الدول إلا بعض الدول التي ابتعدت عن المجموعة ، كما نلاحظ ان تغير تموقع الدول

خلال كل فترة ففي سنة 1995 احتلت اكرانيا والبرازيل على اعلى معدل ب99% اما ادنى معدل كان من نصيب جمهورية الدومينيكان بحوالي 44%، وفي سنة 2000 حافظت البرازيل واكرانيا على موقعهما وحصلت الاكوادور على ادنى معدل ب67%، وحافظت عليه ايضا خلال سنة 2005 واعلى معدل كان من نصيب اذربيجان ب108% ثم تلتها البرازيل والاوروغواي، وخلال سنة 2010 صعدت بلاروسيا الى المقدمة ب109% وتراجعت بنما في المرتبة الاخيرة ب71% ، اما خلال سنة 2015 احتلت كوستاريكا الصدارة ب122% ولبنان في المرتبة الاخيرة ب61%.

الشكل رقم {5-12}: منحنيات علاقة نمو نصيب الفرد من الناتج المحلي الخام ومعدل الالتحاق بالتعليم العالي



نلاحظ من خلال منحنيات اعلاه الى وجود علاقة طردية بين نمو نصيب الفرد من الناتج المحلي الخام ومعدل الالتحاق بالتعليم العالي خلال فترة 2005 ، هناك علاقة عكسية بين المتغيرين خلال الفترات 1995،2000،2010،2015، كما تبين المنحنيات ارتفاع معدلات الالتحاق بالتعليم العالي من سنة 1995 الى غاية سنة 2015، كما تشير المنحنيات الى تباعد كبير بين الدول في جميع الفترات ماعدا فترة 2005 و2010 كان هناك تقارب بين الدول ،وقد احتلت اكرانيا وبلاروسيا الصدارة باعلى معدل خلال جميع الفترات، فقط في سنة 2010 حصلت كوبا على اعلى معدل وفي سنة 2015 تركيا باعلى معدل ثم جاءت اكرانيا وبلاروسيا في المرتبة الثانية ، اما ادنى معدل كان من نصيب الصين ب5% خلال سنة 1995 و10% خلال سنة 2000، وخلال الفترات الاخرى حصلت اذربيجان على ادنى معدل .

✓ تقدير النموذج

لتبيان العلاقة بين المؤشرات الصحية والمؤشرات التعليمية و النمو الاقتصادي ، نقوم بتقدير النموذج باستعمال ثلاثة نماذج هي :نموذج الانحدار التجميعي (Pooled Regression Model)، ونموذج الاثار الثابتة (Fixed Effects Model)، ونموذج الاثار العشوائية (Random Effects Model)، ولقد اظهرت نتائج التقدير عن طريق المربعات الصغرى مايلي :

الجدول رقم {4-5}: نتائج معلمات النموذج المقدر باستخدام النماذج الثلاثة

المتغير التابع : يمثل معدل نمو نصيب الفرد من الناتج المحلي الاجمالي cpi h			
فترة الدراسة: 2015-1995 T= 21 N=30 مجموع مشاهدات بال = 628			
المتغيرات التفسيرية	نموذج الانحدار التجميعي	نموذج التأثيرات الثابتة	نموذج التأثيرات العشوائية
Constant	2.365 (0.7816)	104.3159 (0.0000) ***	21.90608 (0.0423) **
Depenses e	-0.190690 (0.0826) *	-0.337973 (0.0627) *	-0.287118 (0.0378) **
Depenses s	-0.251962 (0.0669) *	-0.071643 (0.7021)	-0.092694 (0.0271) **
Fertility	-1.132133 (0.0005) ***	-2.065134 (0.0135) **	-1.034229 (0.0271) **
Gov	0.007699 (0.6333)	0.023223 (0.3674)	0.008878 (0.6547)
Leteracy a	0.067550 (0.0298) **	-0.085096 (0.2975)	0.013251 (0.7627)
Leteracy y	0.004830 (0.9193)	-0.010600 (0.8239)	-0.006371 (0.8904)
Life expactancy	-0.014127 (0.8621)	-1.157295 (0.0002) ***	-0.194610 (0.0887) *
M inder 5	-0.415956 (0.0113) **	-0.531750 (0.1138)	-0.692765 (0.0008) ***
M inf	0.563678 (0.0064) ***	0.458985 (0.3315)	0.860698 (0.0013) ***
Physicians	0.424455 (0.0185) **	0.560859 (0.2555)	0.428388 (0.0953) *
S p	-0.019554 (0.3125)	-0.058144 (0.0438) **	-0.040286 (0.0797) *
S s	-0.009055 (0.5756)	0.038272 (0.0870) *	0.007129 (0.6946)
S t	-0.001805 (0.8968)	0.034994 (0.0725) *	0.005181 (0.7391)
R-squared	0.113336	0.265346	0.060178
Adjusted R-squared	0.094563	0.212602	0.040279
Prob(F-statistic)	0.000000	0.000000	0.000245

المصدر: من إعداد الباحثة

✓ اختبار هوسمان: Hausman Test :

نقوم بإجراء اختبار Hausman لمعرفة أي من التأثيرات تعتبر أكثر ملائمة لتقدير النموذج سواء نموذج التأثيرات الثابتة أو نموذج التأثيرات العشوائية، ولتحديد أي من النموذجين يتم اختياره ، نقوم بوضع الفرضيات التالية :

- 4 H_0 : هي فرضية العدم عندما يكون نموذج التأثيرات العشوائية هو الملائم .
5 H_1 : هي الفرضية البديلة عندما يكون نموذج التأثيرات الثابتة هو الملائم.

الجدول رقم {5-5}: نتائج اختبار Hausman

Correlated Random Effects - Hausman Test			
Equation: Untitled			
Test cross-section random effects			
Test Summary	Chi-Sq. Statistic	Chi-Sq. d.f.	Prob.
Cross-section random	37.920446	13	0.0003

المصدر: من إعداد الباحثة

نلاحظ في الجدول من خلال نتائج اختبار Hausman ان القيمة الإحصائية { Chi-Sq. Statistic } تساوي 37.92 وهي اكبر من قيمة { Chi-Sq. d.f. } الجدولية والتي تساوي 13 ، والقيمة الاحتمالية لاختبار تساوي 0.0003 وهي اصغر من 5% أي ذات دلالة احصائية ، ومنه نرفض فرضية العدم H_0 ونقبل الفرض البديل . مما يؤكد هذا على أن النموذج أكثر ملائمة لدراستنا هو نموذج التأثيرات الثابتة .

✓ تفسير نتائج تقدير النموذج بنموذج التأثيرات الثابتة

نقوم بتقدير معلمات النموذج باستعمال نموذج التأثيرات الثابتة وذلك بعد نتائج اختبار Hausman الذي أكد على ذلك ، من خلال طريقة المربعات الصغرى العادية ، والجدول التالي يبين ذلك:

الجدول رقم {5-6}: معلمات النموذج المقدرة باستخدام التأثيرات الثابتة

المتغير التابع : يمثل معدل نمو نصيب الفرد من الناتج المحلي الاجمالي cpib h	
فترة الدراسة: 2015-1995 T= 21 N=30 مجموع مشاهدات بنال = 628	
المتغيرات التفسيرية	نموذج التأثيرات الثابتة
Constant	104.3159 (0.0000) ***
Depenses e	-0.337973 (0.0627) *
Depenses s	-0.071643 (0.7021)
Fertility	-2.065134 (0.0135) **
Gov	0.023223 (0.3674)
Leteracy a	-0.085096 (0.2975)
Leteracy y	-0.010600 (0.8239)
Life expactancy	-1.157295 (0.0002) ***
M inder 5	-0.531750 (0.1138)
M inf	0.458985 (0.3315)
Physicians	0.560859 (0.2555)
S p	-0.058144 (0.0438) **
S s	0.038272 (0.0870) *
S t	0.034994 (0.0725) *
R-squared	0.265346
Adjusted R-squared	0.212602
Prob(F-statistic)	0.000000

***. **. *. تمثل القيمة الاحصائية ل t-Statistic يعني ان المعلمة معنوية سواء عند 10% او 5% او 1% على الترتيب.

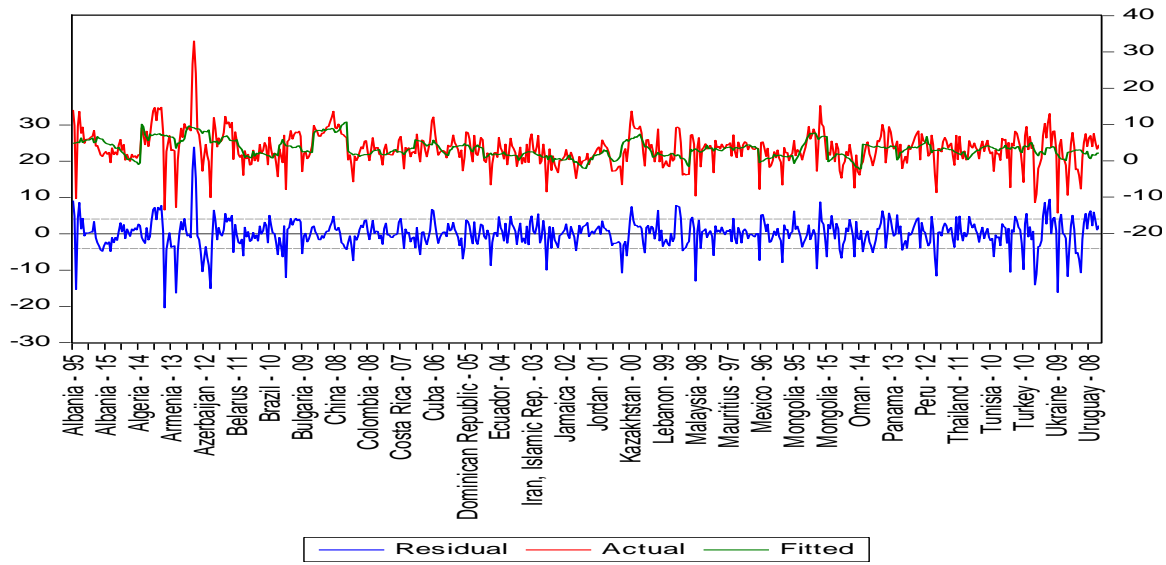
المصدر: من إعداد الباحثة

بعد ان توصلنا الى ان نموذج التأثيرات الثابتة هو النموذج الملائم يمكننا كتابته كما يلي :

$$CPIB_H = -0.337DEPNSES_E - 0.0716DEPNSES_S - 2.065FERTILITY + 0.0232GOV - 0.085LETERACY_A - 0.0106LETERACY_Y - 1.1572LIFE_EXPACTANCY - 0.5317M_INDER_5 + 0.4589_INF + 0.5608PHYSICIANS - 0.0581S_P + 0.0382S_S + 0.0349S_T + 104.315$$

من خلال نتائج معلمات النموذج المقدره بنموذج التأثيرات الثابتة ان النموذج ذو معنوية لان القيمة الاحصائيةل(F-statistic) هي 0.00000 .

الشكل رقم{5-13}: التمثيل البياني للقيم الحالية والقيم المقدره



نلاحظ من الشكل اعلاه ان منحني القيم المقدره لمتغيرات الدراسة ممثلا باللون الاخضر متطابق تقريبا مع منحني القيم الفعلية وهذا يؤكد على جودة التقدير ، ومنحني البواقي الممثل باللون الازرق فيه تذبذب حول المتوسط الثابت تقريبا وهذا ما يؤد على اختيارنا لنموذج الاثر الثابت ، اذن فهناك مجال صغير للخطأ ومنه يمكننا قبول النموذج .

الجدول رقم{5-7}: التأثيرات الثابتة للدول

التأثيرات الثابتة للدول			
البانيا 4.21	اذربيجان 3.56	بلغاريا -4.34	كوستاريكا 5.49
الجزائر 0.34	بلاروسيا -6.89	الصين 6.74	كوبا 2.70
ارمينيا 0.17	البرازيل -1.04	كولمبيا -0.75	جمهورية الدومينيكان 2.76
الاكوادور 2.66	ايران -2.44	جامايكا 3.08	الاردن 1.27
كازخستان 5.20	لبنان -1.30	ماليزيا 0.54	موريشيوس -2.25
الميكسيك 1.94	منقوليا -2.09	عمان -1.50	بنما 5.83
البيرو 3.03	تايلاند -2.15	تونس 1.70	تركيا 0.27
اكرانيا 9.88		اروغواي -0.30	

المصدر: من اعداد الباحثة

من خلال الجدول المبين اعلاه نلاحظ اختلاف الاثر من دولة الى اخرى ، فهناك نصف دول ذات تأثير ايجابي

هي {البانيا، الجزائر، ارمينيا، الاكوادور، الميكسيك، البيرو، اذربيجان، الصين، ماليزيا، تونس، كوستاريكا، كوبا، جمهورية الدومينيكان، الاردن ، بنما ، تركيا } ، ودول ذات تأثير سلبي هي { كزخستان ، بلاروسيا، البرازيل ، ايران ، لبنان، منقوليا، تايلاند، اورغواي، عمان ، مورشيوس، جمايكا ، كولمبيا ، بلغاريا }، وسجلت الصين اكبر قيمة في التأثير ب 6.74 ، ثم تليها كوستاريكا ب5.49، والبانيا ب4.21 ، وسجلت اكرانيا ادنى قيم في التأثير ب -9.88.

5.2 تفسير النتائج

وفيما يلي نقوم بتفسير نتائج تقدير النموذج بنموذج التأثيرات الثابتة كما يلي :

➤ وجود اثر سلبي ومعنوي للإنفاق الحكومي على التعليم $depenenses$ على معدل النمو الاقتصادي: إن تأثير النفقات الحكومية التعليمية تأثير سلبي على النمو الاقتصادي ومعنوي عند 1%، فكلما زاد الإنفاق على التعليم ب1% أدى إلى انخفاض النمو الاقتصادي ب33% ، فزيادة الإنفاق على التعليم تزيد من محو الأمية وزيادة عدد المتعلمين ، لان الشخص المتعلم أكثر إنتاجية من الشخص غير المتعلم ومنه يؤدي إلى رفع معدلات النمو الاقتصادي، وهذا ما توصلت إليه دراسة ، Biswajit Maitra و jude eggoh.

➤ وجود اثر سلبي وغير معنوي للإنفاق الحكومي على الصحة $depenses$ على النمو الاقتصادي : هناك علاقة عكسية بين النمو الاقتصادي والإنفاق الحكومي على الصحة وغير معنوية ، فكلما زادت النفقات الحكومية الصحية ب1% انخفضت معدلات النمو بنسبة ضئيلة ب 7%، وقد توصلت الى نفس النتيجة دراسة jude eggoh ، و Deniz GÜVEN ، لان الإنفاق الحكومي على القطاع الصحي يساعد في إعداد جيل يتمتع بصحة جيدة له القدرة على زيادة الإنتاجية وتخفيض تكاليف الدواء والعلاج ومنه رفع معدلات النمو الاقتصادي وليس انخفاضها.

➤ وجود اثر سلبي ومعنوي لمعدل الخصوبة الكلي $fertility$ على معدل النمو الاقتصادي : إن مؤشر الخصوبة له إشارة سالبة ومعنوي عند 5%، أي أن هناك علاقة عكسية بين معدل الخصوبة والنمو الاقتصادي ، فكلما زادت الخصوبة عند المرأة ب1% تنقص معدلات النمو ب1% ، لأنه كلما قلت معدلات الخصوبة عند المرأة أدت إلى تناقص عدد المواليد وبالتالي تخفيض النمو السكاني مما يؤدي إلى زيادة معدل نمو نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي، وهذا ما توصلت إليه دراسة Heydari Somayeh .

➤ وجود اثر ايجابي وغير معنوي لمعدل الانفاق الحكومي gov على معدل النمو الاقتصادي : هناك علاقة طردية ايجابية بين الانفاق الحكومي والنمو الاقتصادي ، فكلما زاد الانفاق الحكومي بنسبة 1% ارتفع معدل النمو اقتصادي بنسبة ضئيلة 2%، لان زيادة الانفاق الحكومي في مختلف القطاعات يؤدي الى زيادة الاقتراض خاصة من المنظمات الدولية كالبنك الصندوق النقد العالمي

، ومنه زيادة مديونية الدولة وبالتالي رفع معدلات الضرائب لتسديد المديونية ومنه انخفاض نصيب دخل الفرد من الناتج المحلي الاجمالي .

➤ وجود اثر سلبي وغير معنوي لمعدل إلمام البالغين بالقراءة والكتابة $literacy a$ على النمو الاقتصادي: هذا المؤشر غير معنوي لكن بإشارة سالبة ، بحيث ارتفاع معدل المام البالغين بالقراءة والكتابة ب 1% يؤدي الى خفض النمو ب 8% ، ان ارتفاع عدد المثقفين تؤدي الى زيادة مناصب العمل ومنه رفع معدلات النمو الاقتصادي.

➤ وجود اثر سلبي وغير معنوي لمعدل إلمام الشباب بالقراءة والكتابة $literacy y$ على النمو الاقتصادي: هذا المؤشر أيضا غير معنوي ويؤثر بالسلب على النمو الاقتصادي ، فارتفاع معدل المام الشباب بالقراءة والكتابة ب 1% ، يؤدي الى انخفاض النمو بنسبة ضئيلة ب 1% ، فارتفاع الشباب المثقف يؤدي الى زيادة اليد العاملة ذات الكفاءة العالية ومنه تناقص معدلات البطالة وانخفاض معدلات الجريمة والسرقة مما ينعكس بالإيجاب على النمو الاقتصادي.

➤ وجود اثر سلبي ومعنوي لمعدل العمر المتوقع للولادة $life expatancy$ على النمو الاقتصادي: هذا المؤشر معنوي عند 1% لكن يؤثر بشكل سلبي على معدلات النمو الاقتصادي ، بحيث كلما زادت معدلات العمر المتوقع للولادة ب 1% انخفضت معدلات النمو ب 1.15 ، كلما ارتفع معدل العمر المتوقع للولادة هذا يعني تمتع الاشخاص بصحة جيدة وتغذية جيدة مما يؤدي الى تقليل تكاليف العلاج وزيادة انتاجية الفرد ومنه ارتفاع معدلات النمو الاقتصادي ، وقد يفسر سلبية هذا المتغير بالنمو السكاني في الدول محل الدراسة خاصة الدول الاسياوية ودول امريكا الاتينية كالصين والبرازيل ، لان النمو السكاني الكبير يؤدي الى انخفاض نصيب دخل الفرد من الناتج المحلي الاجمالي .

➤ وجود اثر سلبي و غير معنوي لمعدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة $minder 5$ على النمو الاقتصادي: هناك علاقة عكسية بين معدل وفيات الاطفال والنمو الاقتصادي ، فكلما زاد عدد الوفيات ب 1% ، تنخفض نسبة النمو ب 11% ، وهذا ما توصلت اليه دراسة Heydari Somayeh .

➤ وجود اثر ايجابي و غير معنوي لمعدل وفيات الأطفال $m inf$ على النمو الاقتصادي: هناك علاقة طردية ايجابية بين وفيات الأطفال ومعدل النمو الاقتصادي ، فكلما زادت عدد وفيات الأطفال ب 1% ، تزيد نسبة النمو ب 33% .

➤ وجود اثر ايجابي و غير معنوي لمعدل الأطباء $physicians$ على النمو الاقتصادي: إن زيادة عدد الأطباء تؤثر ايجابيا على معدل النمو الاقتصادي ، لأنه كلما زاد عدد الأطباء أدى إلى تناقص الأمراض ومنه تمتع المواطن بصحة جيدة ويصبح أكثر إنتاجية وبالتالي زيادة معدلات النمو الاقتصادي ، وقد توصلت دراسة $anas pocas$ الى نفس النتيجة .

➤ وجود اثر سلبي و معنوي لمعدل الالتحاق بالتعليم الابتدائي $s p$ على النمو الاقتصادي: إن هذا المؤشر معنوي عند 5% وبإشارة سالبة ، حيث إن زيادة عدد الملتحقين بالتعليم الابتدائي تتطلب زيادة عدد المدرسين والمدارس والنقل والإطعام مما يكلف الدولة مبالغ كبيرة ، مما يؤدي إلى تناقص معدلات النمو الاقتصادي، وهذا ما يتفق مع نظرية النمو الحديثة ل $baroo and lee$ حيث وجد انه

في دراسته لمحددات النمو في عدد كبير من دول العالم أن التعليم الابتدائي لا يلعب دورا معنويا ايجابيا في النمو لكنه مطلب لابد العبور منه على السلم التعليمي للمراحل الأعلى ذات المردود التنموي. **➤** وجود اثر ايجابي ومعنوي لمعدل التحاق بالتعليم الثانوي s على النمو الاقتصادي: هذا المؤشر ذات دلالة إحصائية معنوية عند 10%، ان زيادة عدد الملتحقين بالتعليم الثانوي عكس زيادة الملتحقين بالتعليم الابتدائي، بحيث أن الارتفاع في عدد الملتحقين بالتعليم الثانوي ب1% تؤدي إلى الارتفاع بمعدل النمو الاقتصادي بنسبة 8% .

➤ وجود اثر ايجابي ومعنوي لمعدل الالتحاق بالتعليم العالي s على النمو الاقتصادي: هذا المؤشر ايضا معنوي عند 10% لكن ايجابي فكلما ارتفعت نسبة الملتحقين بالتعليم العالي أثرت ايجابيا على النمو الاقتصادي ، وهذا ما يتفق مع نظرية النمو الحديثة ل baroo and lee حيث أن العمال ذوي التعليم العالي أكثر إنتاجية مما يزيد من معدلات النمو وتحقيق التنمية.

خاتمة الفصل

لقد حاولنا في هذا الفصل محاولة تقييم السياسات الاجتماعية في قطاعي الصحية والتعليم خلال الفترة 1995-2015 في 30 دولة ذات تنمية بشرية مرتفعة حسب تصنيف تقرير التنمية البشرية لسنة 2016، حيث قمنا أولاً بعرض لبعض الدراسات السابقة التي درست العلاقة بين التعليم والصحة والنمو الاقتصادي وقد توصلت هذه الدراسات أن للمؤشرات التعليمية والصحية تأثير سلبي على النمو الاقتصادي وأخرى توصلت أن لهذا المؤشرات تأثيرات ايجابية على النمو الاقتصادي .

أما فيما يخص دراستنا قمنا بدراسة قياسية باستعمال بيانات panel data وذلك من خلال تأثير المؤشرات الصحية والتعليمية على معدل نمو نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي في دول محل الدراسة ، وقد أثبتت الدراسة أن النموذج الأمثل لدراستنا هو نموذج التأثيرات الثابتة ، كما توصلت إلى أن هناك تأثير ايجابي ومعنوي وهي معدل الالتحاق بالتعليم الثانوي، معدل الالتحاق بالتعليم العالي ، أما المؤشرات الأخرى كانت معنوية إحصائياً وأثرت بالسلب على معدل النمو الاقتصادي هي معدل الانفاق على التعليم ، معدل الخصوبة ، معدل العمر المتوقع للولادة، معدل الالتحاق بالتعليم الابتدائي، وهناك مؤشرات لم تكن ذات دلالة إحصائية معدل الانفاق الحكومي على الصحة ، معدل الانفاق الحكومي ، معدل المام البالغين بالقراءة والكتابة، معدل المام الشباب بالقراءة والكتابة، معدل وفيات الاطفال دون سن الخامسة، معدل وفيات الأطفال ، معدل الاطباء.

خاتمة عامة

تعتبر السياسة الاجتماعية الركيزة الأساسية في التنمية الوطنية الشاملة ، فهي تحدد وتوجه مسارات واهداف الفعل التنموي الذي تتبناه الدولة والمجتمع بمكوناته المختلفة، كما تحدد ملامح البرامج والمشروعات الاجتماعية التي يراد انجازها ، فهي تعني في سياقها الاوسع التدابير والتدخلات التي تقوم بها الدولة والهادفة الى ضمان اعادة توزيع نتائج النمو الاقتصادي بشكل عادل ، وإشباع حاجات المواطنين الأساسية ، وتطوير قدراتهم بكفاية وكفاءة ، وتوسيع فرص خياراتهم وتمكينهم من حقوقهم الانسانية ، وتفعيل مشاركتهم في ادارة شؤون المجتمع .

ولضمان تحقيق الاهداف العامة للسياسة الاجتماعية لابد من تقييمها بشكل مستمر ، فتقييم السياسة هو تصميم وتنفيذ برنامج أو مشروع أو نشاط أو سياسة أو إستراتيجية أو أي مشروع آخر ، والقصد من التقييم هو توفير مصداقية ومعلومات مفيدة بهدف تحديد قيمة أو أهمية التعهد ، وإدراج الدروس المستفادة في صنع القرار ، وتعزيز الجودة الشاملة للبرنامج الاجتماعي ، فتقييم البرنامج جزء لا يتجزأ من عملية تحليل السياسات في الخدمات الاجتماعية ، يعتمد واضعو السياسات بشكل متزايد على نتائج تقييم البرامج لاتخاذ القرارات ، حيث يساعد الرصد والتقييم الأساسيان في ضمان بقاء البرامج الاجتماعية ذات صلة بالتحدي ، وفعالة ، ولها تأثير ، ومستدامة ، فهي أساسية لتطوير المشاريع وحشد الموارد وإعداد التقارير ، خاصة في القطاعات ذات أهمية كبيرة في المجتمع وهي قطاع الصحة والتعليم .

وبناء على هذا حاولنا في هذه الدراسة الاجابة على الاشكالية المطروحة وهي محاولة تقييم السياسات الاجتماعية في قطاعي الصحة والتعليم من خلال دراسة قياسية لتأثير المؤشرات الصحية والتعليمية على النمو الاقتصادي في 30 دولة باستعمال بيانات بانال داتا ، فقمنا بتقسيم الدراسة الى خمسة فصول ، فتناولنا في الفصل الاول مفهوم السياسة الاجتماعية واهدافها المتمثلة في اعادة التوزيع والحد من الاقصاء الاجتماعي وإدارة المخاطر ، ومراحل تطورها حيث مرت السياسة الاجتماعية باربعة مراحل ، مع التطرق الى الاتجاهات النظرية للسياسة الاجتماعية والمتمثلة في النظرية التمثيلية والمعيارية والنظرية التفسيرية ، مع ذكر اهم نماذج السياسة الاجتماعية التي صنفت دولة الرعاية الاجتماعية واهمها نماذج TITMUS وهي النموذج المتبقي ونموذج الانجاز الاداء الصناعي والنموذج اعادة التوزيع المؤسسي ، وكذلك نماذج GOSTA ESPING ANDERSON الذي قسم الدول الغربية الى ثلاثة عوالم مختلفة ، فقد تم تحديد العالم اللبرالي بالدول الانقلاوساكسونية ، العالم المحافظ القاري ، والعالم الديمقراطي الاجتماعي بالدول الاسكنديناوية.

اما الفصل الثاني تطرقنا فيه الى مفهوم التقييم ومعاييره واهم المناهج النظرية حول تقييم السياسات الاجتماعية وهي : منهج البحث العلمي والتغير الاجتماعي الموجه ونظرية العدالة الاجتماعية والتقييم الاقتصادي ، كلها تهدف إلى تحديد قيمة وفائدة السياسة الاجتماعية خاصة في قطاعي الصحة والتعليم.

وفي الفصل الثالث قمنا فيه بعرض مختلف الدراسات التي تطرقت لموضوع تقييم السياسات الاجتماعية في قطاعي الصحة والتعليم واستخلصت كلها ان للتقييم دور فعال في عملية صياغة وتنفيذ السياسة

الاجتماعية اذا نفذ بطريقة صحيحة ، بالاضافة الى عرض بعض التقارير وتجارب بعض الدول في تقييم السياسات الاجتماعية في قطاعي الصحة والتعليم ، حيث وضحت هذه الدول مواطن القوة والضعف في قطاعها الصحية والتعليمية من خلال عملية التقييم والرصد من اجل تحسين والنهوض بهذه القطاعات.

اما الفصل الرابع فهو عبارة عن دراسة تحليلية تقييمية لواقع السياسة الاجتماعية في قطاعي الصحة والتعليم في الدول محل الدراسة خلال الفترة 1995-2015 ، حيث توصلنا من خلال تحليل تطور اهم المؤشرات التعليمية والصحية في هذه الدول ، انه رغم جهود هذه الدول وادخال عدة اصلاحات على قطاعها الصحية والتعليمية وزيادة الانفاق عليها ما زلت تعاني من عدة اختلالات ، اهمها نقص في البنية التحتية في القطاعين ، ضعف تقديم الخدمات الصحية خاصة في دول امريكا الشمالية والدول الافريقية ، النمو الديمغرافي السريع خاصة في الدول الاسياوية وضعف جودة التعليم .

الفصل الخامس كان عبارة عن دراسة قياسية لتأثير المؤشرات الصحية والتعليمية على النمو الاقتصادي في 30 دولة هي { الجزائر وتونس وموريشيوس ، البرازيل ، جامايكا، البيرو ، جمهورية الدومينيكان، كوستاريكا، كولومبيا، كوبا، الاكوادور، الميكسيك، بنما، الاوروغواي، أرمينيا اذربيجان، الصين، ايران ، الأردن، لبنان، ماليزيا، منغوليا، عمان، تايلاند ، كازاخستان، البانيا ، بلاروسيا، تركيا، بلغاريا، اكرانيا} خلال الفترة 1995-2015 باستعمال بيانات panel data ، حيث اثبتت معظم الدراسات التجريبية حول العلاقة بين التعليم والصحة والنمو الاقتصادي باستعمال panel data ، أن للمؤشرات التعليمية والصحية تأثير سلبي على النمو الاقتصادي وأخرى توصلت أن لهذا المؤشرات تأثيرات ايجابية على النمو الاقتصادي.

اما من خلال نتائج دراستنا القياسية توصلنا الى ما يلي :

- ان النموذج الامثل لدراستنا هو نموذج التأثيرات الثابتة وهو احسن نموذج .
- يختلف التأثير من دولة لأخرى .
- توصلت الدراسة إلى أن هناك تأثير ايجابي ومعنوي معدل الالتحاق بالتعليم الثانوي، معدل الالتحاق بالتعليم العالي على معدل النمو الاقتصادي ، أي كلما زاد معدل الالتحاق بالتعليم الثانوي ومعدل الالتحاق بالتعليم العالي ب1% ارتفعت معدلات النمو الاقتصادي .
- كما توصلت الدراسة الى ان بعض المتغيرات كان لها تأثير معنوي وسلبي على معدل النمو الاقتصادي هي معدل الانفاق على التعليم ، معدل الخصوبة ، معدل العمر المتوقع للولادة، معدل الالتحاق بالتعليم الابتدائي ، أي كلما ارتفعت هذه المعدلات ب1% ادت الى تناقص معدل النمو الاقتصادي.

- واستخلصت ايضا هناك مؤشرات لم تكن ذات دلالة إحصائية تمثلت في معدل الانفاق الحكومي على الصحة ،معدل الانفاق الحكومي ، معدل المام البالغين بالقراءة والكتابة،معدل المام الشباب بالقراءة والكتابة، معدل وفيات الاطفال دون سن الخامسة، معدل وفيات الأطفال معدل الاطباء ان موضوع تقييم السياسات الاجتماعية موضوع جد واسع ويحتاج الى المزيد من الدراسات والبحوث الاخرى ، فقد حاولنا في هذه الدراسة الامام بجوانب الموضوع حسب المعطيات والإحصائيات المتوفرة فقط وذلك بتقييم السياسات الاجتماعية في قطاعي الصحة والتعليم في 30 دولة فقط ، ويمكن توسيع عينة الدراسة في دول اخرى كالدول ذات تنمية بشرية منخفضة مثلا .

قائمة المراجع

- 1 Aguinis, H. (2009). Performance management. Upper Saddle River, NJ: Pearson/Prentice Hall.
- 2 Ali, M. A., Ullah, M. I., & Asghar, M. A. (2017). Effect of health expenditure on GDP, a panel study based on Pakistan, China, India and Bangladesh. *Int J Health Econ Policy*, 2(2), 57-62.
- 3 Andersson, K., & Kalman, H. (2012). Methodological challenges in the implementation and evaluation of social welfare policies. *International Journal of Social Research Methodology*, 15(1), 69-80.
- 4 Angela Spencer (2016) .Peru's Health System. MBA Portland State University .p05.
- 5 Arias, C. R., Serrano, J. E., & García, J. (2014, April). Evaluation of social public policy: Department of social development in Honduras. In 2014 First International Conference on eDemocracy & eGovernment (ICEDEG) (pp. 125-130). IEEE.
- 6 Aslam, L., Abdullah, A., & Ayub, R. (2014). Analysis of Pakistan and Iran health care delivery system. *International Journal of Innovative Research and Development*, 3(7), 308-312.
- 7 Baesu, V., Marian, L., Farkas, Z. B., & Draghici, A. (2015). Education Evaluation—A Proposed Approach for the Technical Schools in Romania. *Procedia Technology*, 19, 1115-1122.
- 8 Bamba, C. (2007). Going beyond The three worlds of welfare capitalism: regime theory and public health research. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 61(12), 1098-1102.
- 9 Baxter, P., & Jack, S. (2008). Qualitative case study methodology: Study design and implementation for novice researchers. *The qualitative report*, 13(4), 544-559.
- 10 Bellefleur, O., & Keeling, M. (2016). Utilitarianism in public health. National Collaborating Centre for Healthy Public Policy.
- 11 Bergsmann, E., Schultes, M. T., Winter, P., Schober, B., & Spiel, C. (2015). Evaluation of competence-based teaching in higher education: From theory to practice. *Evaluation and program planning*, 52, 1-9.
- 12 Blomquist, J. (2003). Impact evaluation of social programs: A policy perspective. World Bank, Washington, DC.
- 13 Bratberg, E., Grasdahl, A., & Risa, A. E. (2002). Evaluating social policy by experimental and nonexperimental methods. *Scandinavian Journal of Economics*, 104(1), 147-171.
- 14 Broussouloux, S. (2016). Evaluation du processus d'implantation d'un dispositif global de promotion de la santé en milieu scolaire, liens avec le climat scolaire et la réussite scolaire (Doctoral dissertation)
- 15 Butler, M. (2002). Evaluation in the Irish health sector (Vol. 21). Institute of Public Administration.
- 16 Camelia S (2016) .human capital as a determinant of the economic growth; apanel data approach. University of Economic Studies, Romania, *International Journal of Economics, Commerce and Management United Kingdom* Vol. IV, Issue 5, ,pp28-45.
- 17 Carcary, M. (2009). ICT evaluation in the Irish higher education sector. *Electronic Journal Information Systems Evaluation* Volume, 12(2), 129-140.
- 18 Cesifo dice report 04.(2008)bismark versus beveridge:a comparison of social insurance systems in Europe
- 19 Chapin, R. K. (2008). Social policy for effective practice: A strengths approach. Routledge.

- 20 Chetty, L. (2013). Innovative interpretive qualitative case study research method aligned with systems theory for physiotherapy and rehabilitation research: A review of the methodology. *African Journal of Physiotherapy and Rehabilitation Sciences*, 5(1-2), 40-44.
- 21 Cheung, K. K., Mirzaei, M., & Leeder, S. (2010). Health policy analysis: a tool to evaluate in policy documents the alignment between policy statements and intended outcomes. *Australian Health Review*, 34(4), 405-413.
- 22 Christophe Hurlin(2018) .Advanced Econometrics II. Université d.Orléans.p01-61
- 23 Crane, J. A. (1982). *The Evaluation of Social Policies*. Boston: Kluwer..
- 24 Dalton, T., Draper, M., & Weeks, W. (1996). *Making social policy in Australia: An introduction*. Allen & Unwin.
- 25 De Haan, A. (2013). *The social policies of emerging economies: Growth and welfare in China and India* (No. 110). Working Paper.
- 26 Dina Antonios (2018).The Lebanese Healthcare Sector: In Urgent Need of Reforms. Research Analyst
- 27 Dumi, A. R., & Sinaj, Z. (2014). Developments in financing and reforming the health care system in Albania, the road ahead. *Science Journal of Public Health*, 2, 14-19.
- 28 Eady, K., & Moreau, K. (2015). The promise of a qualitative case study approach for research on caregiver involvement in inpatient traumatic brain injury rehabilitation. *Revue interdisciplinaire des sciences de la santé-Interdisciplinary Journal of Health Sciences*, 5(1), 16-22.
- 29 Economic and Social Commission for Western Asia United Nations. (2003). *Transforming the developmental welfare state in the Republic of Korea*. UN.
- 30 Eggoh, J., Houeninvo, H., & Sossou, G. A. (2015). Education, health and economic growth in African countries. *Journal of Economic Development*, 40(1), 93.
- 31 Elsinga, E., & Rutten, F. F. (1997). Economic evaluation in support of national health policy: the case of The Netherlands. *Social Science & Medicine*, 45(4), 605-620.
- 32 Erica Richardson(2013) .Armenia: health system review. Health sys-tems in transition . European Observatory on Health Systems and Policies
- 33 Finkel, A. (2006). *Social policy and practice in Canada: A history*. Wilfrid Laurier Univ. Press
- 34 Gaviria, A., Medina, C., & Mejía, C. (2006). *Evaluating the impact of health care reform in Colombia: From theory to practice*. Bogotá: CEDE, Centro de Estudios sobre Desarrollo Económico, Facultad de Economía, Universidad de los Andes.
- 35 Gutiérrez, S. M. B., Mizota, T., & Rakue, Y. (2003). Comparison of four health systems: Cuba, China, Japan and the USA, an approach to reality. *Southeast Asian journal of tropical medicine and public health*, 34(4), 937-946.
- 36 Gutiérrez, S. M. B., Mizota, T., & Rakue, Y. (2003). Comparison of four health systems: Cuba, China, Japan and the USA, an approach to reality. *Southeast Asian journal of tropical medicine and public health*, 34(4), 937-946.
- 37 Guven, D., Simsek, T., & Guven, A. (2018). The Impact of Health Expenditures on Economic Growth in Health Management: A Panel Regression Analysis on MENA Countries. *SOSYOEKONOMI*, 26(37), 33-55.
- 38 Hall, A. L., & Midgley, J. (2004). *Social policy for development*. Sage.
- 39 Holvoet, N., & Inberg, L. (2015). Diagnostic review of the monitoring and evaluation system of Uganda's education sector: selected findings and discussion. *Journal of education and training*, 2(1), 134-154.
- 40 Ibrahimov, F., Ibrahimova, A., Kehler, J., & Richardson, E. (2010). *Azerbaijan: Health system review*.
- 41 Ilie, C., & Serban, I. (2014). Social Policies in the Context of Globalization. *International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences*, 4(2), 2222-6990.

- 42 Jacqueline A.L.(2017) .primary health care systems- “Case study from Mexico. National Institute of Public Health, Centre for Health Systems Research b. Institute for Health Metrics and Evaluation, p1-28
- 43 Jennefer jaworowsk .social policy. 2013,P01, [https://www.canyons.edu/Offices/DistanceLearning/OER/Documents/Open Textbooks At COC/Sociology](https://www.canyons.edu/Offices/DistanceLearning/OER/Documents/Open_Textbooks_At_COC/Sociology).
- 44 Justin, K. R. L. (2011). EVALUATION OF SECTOR WIDE APPROACH IN PUBLIC HEALTH INFRASTRUCTURE DEVELOPMENT IN MALAWI (Doctoral dissertation, Ritsumeikan Asia Pacific University).
- 45 Kahan, B., & Kael, C. (2008). Review of evaluation frameworks. Saskatchewan Ministry of Education,(March).
- 46 Kanbur, R. (2007). What's Social Policy Got to Do with Economic Growth?. Indian Journal of Human Development, 1(1), 3-19.
- 47 Kastning, T. (2013). Basics on social democracy.
- 48 Khan, H. (2001). Social policy in Singapore: a Confucian model?. Washington, DC: World Bank Institute.
- 49 Klein, R. (1982). Evaluation and social policy. Evaluation and Program Planning, 5(2), 133–140
- 50 Klingenberg, I. (2012). Towards adequate, safe and sustainable pensions-How to include the public into the commission's agenda? (Bachelor's thesis, University of Twente).
- 51 Klintberg, F. (2009). Health in developing countries-The determinants of health in Latin American and Caribbean countries.
- 52 Kurz, M. (2006). Public policy evaluation, social risk and pension capital. Rivista Internazionale di Scienze Sociali, 389-416.
- 53 Lacheheb, M., Med Nor, N., & Baloch, I. (2014). Health Expenditure, education and Economic Growth in MENA Countries.
- 54 Lee, J. S., & Kim, S. W. (2015). Validation of a tool evaluating educational apps for smart education. Journal of Educational Computing Research, 52(3), 435-450.
- 55 Liu, I. C. (2014). Evaluation of Taiwan's National Health Insurance policy: an importance–satisfaction analysis. The International journal of health planning and management, 29(2), e145-e158.
- 56 Lødemel, I., Dahl, E., & Drøpping, J. A. (2001). Social policies in Norway: processes, structures and implementation mechanisms (No. 3). UN.
- 57 MacGregor, S. (2014). Welfare: theoretical and analytical paradigms.
- 58 Macinko, J., Almeida, C., & De Sá, P. K. (2007). A rapid assessment methodology for the evaluation of primary care organization and performance in Brazil. Health policy and planning, 22(3), 167-177.
- 59 Maitra, B., & Mukhopadhyay, C. K. (2012). Public spending on education, health care and economic growth in selected countries of Asia and the Pacific. Health Care and Economic Growth in Selected Countries of Asia and the Pacific.
- 60 Mallick, L., Das, P. K., & Pradhan, K. C. (2016). Impact of educational expenditure on economic growth in major Asian countries: Evidence from econometric analysis. Theoretical & Applied Economics, 23(2)..
- 61 Mansoor Ahmed(2014) .turkey health care overview. MAS, MSc Director. Development Solutions Healthcare .Education.
- 62 Mark .M. Rogers .(2012).selecting evaluation approaches .prepared for care international UK .,p12-13
- 63 Matar, N., & Alnabhan, M. (2014). Evaluating e-health services and patients requirements in Jordanian hospitals. International Arab Journal of E-Technology, 3(4), 250-257
- 64 Mays, N., Wyke, S., & Evans, D. (2001). The Evaluation of Complex Health Policy. Evaluation, 7(4), 405–426.

- 65 McClelland, A. (2010). [Review of WHAT IS SOCIAL POLICY]. In that is social policy understanding of welfare state (p. 224). canada: International Sociology.
- 66 Mehrara, M., & Musai, M. (2013). The relationship between economic growth and human capital in developing countries. *International Letters of Social and Humanistic Sciences*, 5(55), 55-62.
- 67 Miguel saavedra (2016).central America focus study panama and costarica. business sweden mexico city.
- 68 ministry of health quality of life(2002) .white paper on health sector and development reform.
- 69 Nazarko, J., & Šaparauskas, J. (2014). Application of DEA method in efficiency evaluation of public higher education institutions. *Technological and Economic development of Economy*, 20(1), 25-44.
- 70 Neumann, N., & Warburton, D. (2015). A review of the modern Mongolian healthcare system. *Central Asian Journal of Medical Sciences*, 1(1), 16-21.
- 71 Ngouari, A. A. (2006). Politiques sociales et développement: le cas du Congo-Brazzaville.
- 72 O'Brien, R., & Patachini, E. (2003). The Hausman Test for Correlated Effects in Panel Data Models under Misspecification. *University of Southampton, Discussion Papers in Economics and Econometrics*, 302.
- 73 Obermann, K., Chanturidze, T., Richardson, E., Tanirbergenov, S., Shoranov, M., & Nurgozhaev, A. (2016). Data for development in health: a case study and monitoring framework from Kazakhstan. *BMJ global health*, 1(1), e000003.
- 74 Oyore, J., Mwitari, J., Ouma, J., & Ndung'u, E. (2010). Evaluation report of the Community Health Strategy implementation in Kenya. Ministry of Public Health and Sanitation.
- 75 Parsons, J. K. (2007). *Handbook of evaluation* John Wiley & Sons.
- 76 Peersman, G. (2014). *Evaluative Criteria: Methodological Briefs-Impact Evaluation No. 3* (No. innpub748).
- 77 Petring, A., Politische Akademie, & Al, E. (2012). *Welfare state and social democracy*. Bonn Friedrich-Ebert-Stiftung, Political Acad.
- 78 Pineda-Herrero, P., Andrés, M. V. M., & del Mar Duran-Bellonch, M. (2014). Evaluation of the impact of training in the health sector. *Journal for Educators, Teachers and Trainers*, 5.
- 79 Poças, A. I. (2014). Human capital dimensions–education and health–and economic growth. quik guide .(2015).*Evaluation:what to consider* Commonly asked questions about how to approach evaluation of quality improvement in health care. . Health Foundation, 90 Long Acre, London WC2E 9RA.
- 81 Ramirez, A., Clouse, W., & Davis, K. W. (2014). Teacher evaluation in Colorado: How policy frustrates practice. *Management in Education*, 28(2), 44-51.
- 82 Renaldo holder (2015).building integrated health service delivery networks.. *Health Systems 101: Reviewing the basics and agreeing On the semantics*, 2015 , belize,p03.
- 83 Rivza, B., Bikse, V., & Brence, I. (2015). Evaluation of higher education study programmes and their development trends as drivers of regional growth. *Procedia Economics and Finance*, 26, 643-650.
- 84 Roberts, L., Day, R., Jenkins, J., & Geddes, N. (2012). Evaluating commonwealth scholarships in the United Kingdom: assessing impact in higher education and development. *Commonwealth Scholarship Commission in the UK*.
- 85 Rose, D. S., & Davidson, E. J. (2003). Overview of program evaluation. *The human resources program evaluation handbook*, 3-26.
- 86 Rossman, G., & Rallis, S. F. (2000). *Critical Inquiry and Use as Action*. *The Expanding Scope of Evaluation Use*. *New Direction in Program Evaluation*, 88, 55.
- 87 Rothen, J. C., & da Cunha Malheiros Santana, A. (2015). External evaluation of education and teacher work: The Brazilian case. *Policy Futures in Education*, 13(7), 870-886.

- 88 Ryszard Szarfenberg. (2010). Theory and Practice of the Welfare State in Europe. Hab. Institute of Social Policy,eu joint report
- 89 Sarrouh, E. (2002). Social policies in Canada: A model for development. UN.
- 90 Sharma,R.(1998) .social planning and social policy .social work intervention with individuals and groups
- 91 Sharon G,(2009).social welfare policy and social work practice.university of California Berkeley ,California social work education center,
- 92 Siddique, H. M. A., Mohey-ud-din, G., & Kiani, A. (2018). Health, Education and Economic Growth Nexus: Evidence from Middle Income Countries. Education and Economic Growth Nexus: Evidence from Middle Income Countries (December 7, 2018). Global Social Sciences Review, 3(4), 68-86.
- 93 Slim basar (2010) . Effect of Education on Economic Growth in Transition Economies . Ataturk University Faculty of Economics and Administrative Sciences Department of Economics,2010,pp23-33.
- 94 Somayeh, H., Teymoor, M., & Bahadori Mina, S. (2014). Effect of health on economic growth: A panel data study of developed and developing countries. European Online Journal of Natural and Social Sciences: Proceedings, 2(3 (s)), pp-1273.
- 95 Stafford, B. (2002). Being more certain about random assignment in social policy evaluations. Social Policy and Society, 1(4), 275-284.
- 96 Swift, R. (2011). The relationship between health and GDP in OECD countries in the very long run. Health economics, 20(3), 306-322.
- 97 Titmus,R.(1994) .what is social policy .welfare state construction deconstruction, p 28.
- 98 Torres-Reyna, O. (2007). Panel data analysis fixed and random effects using Stata (v. 4.2). Data & Statistical Services, Princeton University, 112.
- 99 Tsinidou, M., Gerogiannis, V., & Fitsilis, P. (2010). Evaluation of the factors that determine quality in higher education: an empirical study. Quality assurance in Education.
- 100Ulasiuk, I. (2011). Country Report: Belarus..
- 101Unit Office of the Director of U.S(2009).Glasory of evaluation terms. Planning and Performance Management. Foreign Assistance Final Version.
- 102UNITAR .(2012).Monitoring and Evaluation Policy Framework .united nations institute for training and research ,p04.
- 103United Nations. Commission Économique Et Sociale Pour L'asie Occidentale. (2003). Social policies in Malaysia. New York: United Nations
- 104Unrau, Y. A. (1993). Expanding the role of program evaluation in social welfare policy analysis. Evaluation Review, 17(6), 653-662.
- 105Van Eyk, H., Baum, F., & Blandford, J. (2001). Evaluating health care reform: The challenge of evaluating changing policy environments. Evaluation, 7(4), 487-503.
- 106versus Beveridge, B. (2008). A Comparison of Social Insurance Systems in Europe. CESifo DICE Report, 4.
- 107Volosovets, T., Kirillov, I., & Buyanov, A. (2017). Evaluating the quality of preschool education in Russia. Procedia-Social and behavioral sciences, 237, 1299-1303.
- 108vretveit, J. (2008). Evaluating health interventions : an introduction to evaluation of health treatments, services, policies, and organizational interventions. Buckingham England ; Philadelphia: Open University Press, Repr
- 109Waitzkin, H., Schillaci, M., & Willging, C. E. (2008). Multimethod evaluation of health policy change: An application to Medicaid managed care in a rural state. Health services research, 43(4), 1325-1347.
- 110Wall, J. E., & Solutions, S. (2014). Program evaluation model 9-step process. Sage Solutions. [http://region11s4.lacoe.edu/attachments/article/34,287\(29\),209](http://region11s4.lacoe.edu/attachments/article/34,287(29),209).
- 111World Health Organization. (2015). The Kingdom of Tonga health system review.

112Yardimcioglu, F., Gürdal, T., & Altundemir, M. E. (2014). Education and Economic Growth: A Panel Cointegration Approach in OECD Countries (1980-2008). Egitim ve Bilim, 39(173).

- المراجع باللغة العربية

- 1 الاستاذ الدكتور ماهر ابو المعاطي.(2003). السياسة الاجتماعية : اسس نظرية ونماذج عالمية وعربية ومحلية . كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان مكتبة زهراء الشرق ، الطبعة الاولى
- 2 بن العارية حسين (2013)..تقييم المشاريع الاجتماعية- دراسة حالة جامعة ادرار.-كلية العلوم الاقتصادية ، جامعة تلمسان، ص 02-13.
- 3 تقرير التنمية البشرية 2016. الحالة الصحية الصفحة 231.
- 4 الدكتور مجروس محمود.(1986) . السياسة الاجتماعية والتخطيط في العالم الثالث . دارالمعرفة الجامعية ،الاسكندرية،
- 5 رامي نهيل ساكب مهنا .(2014).تقييم كفاءة أداء الخدمات الصحية المقدمة في المستشفيات الحكومية في قطاع غزة باستخدام تحليل مغلف البيانات .كلية التجارة ، قسم ادارة الاعمال ،ص 01-148.
- 6 رائد حسن النجار(2004). تقييم الأداء الجامعي من وجهة نظر أعضاء الهيئة التدريسية بجامعة الأقصى في ضوء مفهوم إدارة الجودة الشاملة. قسم أصول التربية – كلية التربية – جامعة الأقصى –غزة – فلسطين ،ص 203-240.
- 7 زكريا يحي جمال(2012) . اختيار النموذج في بيانات النماذج الطولية العشوائية والثابتة. المجلة العراقية للعلوم الاحصائية العدد 12، ص 266-285.
- 8 سعيده رحمانية(2015) .وضعية الصحة والخدمات الصحية في الجزائر.قسم علم الاجتماع ،جامعة مسيلة ، الباحث الاجتماعي ، العدد 15 ، مارس ، ص 223-250.
- 9 سلام عبد علي العبادي،مثال عبد الله غني العزاوي. (2011).السياسة الاجتماعية في العراق جدل دولة الرفاه واقتصاد السوق. مجلة كلية الاداب العدد 2011، 96، ص 44-88،
- 10 عرابة الحاج. (2012).تقييم كفاءة استخدام الموارد البشرية الصحية في المستشفيات العمومية - دراسة تطبيقية على عينة من المستشفيات.-جامعة قاصدي مرباح ، ورقلة ، الجزائر ، مجلة الباحث ، العدد 10، ص 333-340.
- 11 علي دحمان(2011).تقييم نفقات الصحة والتعليم دراسة حالة ولاية تلمسان .كلية العلوم الاقتصادية والتجارية والتسيير ، تخصص تسيير المالية العامة ، جامعة تلمسان، ص 01-292.
- 12 اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي اسيا.(2013). السياسة الاجتماعية المتكاملة رؤى واستراتيجيات في منطقة الاسكوا. التقرير الثالث.
- 13 منار محمد اسماعيل.(2015).تقويم سياسات التعليم قبل الجامعي في مصر.دراسات في التعليم الجامعي ص 325-399.
- 14 منظمة الصحة العالمية ،التقرير العالمي الخاص بالسل 2019.

قائمة المراجع

- 15 منظمة الصحة العالمية.(2012). مسودة سياسة التقييم الرسمية. المجلس التنفيذي الدورة الحادية والثلاثون البند الخامس من جدول الاعمال المؤقت
- 16 نبيلة حمزة (2003). نماذج السياسات الاجتماعية: التجربة التونسية ودلالاتها. سلسلة دراسات السياسات الاجتماعية الرقم 02، الامم المتحدة ، نيويورك ، ص ص 01-91.
- 17 هناء حافظ بدوي. (2003). التخطيط الاجتماعي والسياسة الاجتماعية في مهنة الخدمة الاجتماعية . المكتب الجامعي الحديث. الاسكندرية.
- 18 هناء شحات السيد ابراهيم (2016). دور المؤشرات التعليمية في تقويم أداء المؤسسات التعليمية. كلية التربية ، جامعة قاصيم ، ص 567-588.
- 19 يمينة قوارح.(2017). الامراض المزمنة في الجزائر الواقع والافاق " ، جامعة ابي بكر بلقايد ، تلمسان ، مجلة الباحث في العلوم الانسانية والاجتماعية ، العدد 28 ، مارس 7، ص 49-68.
- 20 اليونسكو ، التقرير العالمي لرصد التعليم 2019

- المواقع الاليكترونية

1. www.enescwa.com
2. http://www.who.int/topics/hiv_aids/ar/
3. <http://www.who.int/topics/tuberculosis/ar/>
4. http://www.who.int/water_sanitation_health/diseases/anemia/ar/
5. <https://www.edglossary.org/education-system>
6. www.scholaro.com/ed/Countries
7. www.worldbankdata.org
8. www.albankaldawli.org
9. <http://www.panapress.com>
10. <https://www.heritage.org/index/country/cuba>
11. www.qnb.com

قائمة الملحق

الملحق 01: اختبارات استقرارية السلاسل الزمنية لمتغيرات الدراسة

1- معدل نمو نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي

عند المستوى				
None	Individual intercept and trend		Individual intercept	
<p>Panel unit root test: Summary Series: CPIB_H Date: 04/25/21 Time: 11:58 Sample: 1995 2015 Exogenous variables: None Automatic selection of maximum lags Automatic lag length selection based on SIC: 0 to 4 Newey-West automatic bandwidth selection and Bartlett kernel</p>	<p>Panel unit root test: Summary Series: CPIB_H Date: 04/25/21 Time: 12:01 Sample: 1995 2015 Exogenous variables: Individual effects, individual linear trends Automatic selection of maximum lags Automatic lag length selection based on SIC: 0 to 3 Newey-West automatic bandwidth selection and Bartlett kernel</p>		<p>Panel unit root test: Summary Series: CPIB_H Date: 04/25/21 Time: 12:02 Sample: 1995 2015 Exogenous variables: Individual effects Automatic selection of maximum lags Automatic lag length selection based on SIC: 0 to 4 Newey-West automatic bandwidth selection and Bartlett kernel</p>	
Cross-				
Method	Statistic	Prob.**	sections	Obs
Null: Unit root (assumes common unit root process)				
Levin, Lin & Chu t*	-7.28047	0.0000	30	586
Null: Unit root (assumes individual unit root process)				
ADF - Fisher Chi-square	184.346	0.0000	30	586
PP - Fisher Chi-square	215.058	0.0000	30	600
** Probabilities for Fisher tests are computed using an asymptotic Chi-square distribution. All other tests assume asymptotic normality.				
Cross-				
Method	Statistic	Prob.**	sections	Obs
Null: Unit root (assumes common unit root process)				
Levin, Lin & Chu t*	-8.98673	0.0000	30	588
Null: Unit root (assumes individual unit root process)				
Im, Pesaran and Shin W-stat	-9.32478	0.0000	30	588
ADF - Fisher Chi-square	199.854	0.0000	30	588
PP - Fisher Chi-square	256.169	0.0000	30	600
** Probabilities for Fisher tests are computed using an asymptotic Chi-square distribution. All other tests assume asymptotic normality.				

2- الانفاق الحكومي على التعليم

عند المستوى				
None	Individual intercept and trend		Individual intercept	
<p>Panel unit root test: Summary Series: DEPENSES_E Date: 04/25/21 Time: 12:05 Sample: 1995 2015 Exogenous variables: None Automatic selection of maximum lags Automatic lag length selection based on SIC: 0 to 3 Newey-West automatic bandwidth selection and Bartlett kernel</p>	<p>Panel unit root test: Summary Series: DEPENSES_E Date: 04/25/21 Time: 12:06 Sample: 1995 2015 Exogenous variables: Individual effects, individual linear trends Automatic selection of maximum lags Automatic lag length selection based on SIC: 0 to 4 Newey-West automatic bandwidth selection and Bartlett kernel</p>		<p>Panel unit root test: Summary Series: DEPENSES_E Date: 04/25/21 Time: 12:06 Sample: 1995 2015 Exogenous variables: Individual effects Automatic selection of maximum lags Automatic lag length selection based on SIC: 0 to 3 Newey-West automatic bandwidth selection and Bartlett kernel</p>	
Cross-				
Method	Statistic	Prob.**	sections	Obs
Null: Unit root (assumes common unit root process)				
Levin, Lin & Chu t*	1.00316	0.8421	30	585
Null: Unit root (assumes individual unit root process)				
Cross-				
Method	Statistic	Prob.**	sections	Obs
Null: Unit root (assumes common unit root process)				
Levin, Lin & Chu t*	-2.95957	0.0015	30	585
Null: Unit root (assumes individual unit root process)				
Im, Pesaran and Shin W-stat	-1.97400	0.0242	30	585

قائمة الملاحق

ADF - Fisher Chi-square 29.0573 0.9997 30 585 PP - Fisher Chi-square 27.6104 0.9999 30 600 <hr/> ** Probabilities for Fisher tests are computed using an asymptotic Chi-square distribution. All other tests assume asymptotic normality.	Im, Pesaran and Shin W-stat -5.39952 0.0000 30 573 ADF - Fisher Chi-square 141.462 0.0000 30 573 PP - Fisher Chi-square 94.1926 0.0032 30 600 <hr/>	ADF - Fisher Chi-square 83.5691 0.0239 30 585 PP - Fisher Chi-square 81.6426 0.0331 30 600 <hr/> ** Probabilities for Fisher tests are computed using an asymptotic Chi-square distribution. All other tests assume asymptotic normality.
---	--	---

3- الانفاق على الصحة

عند المستوى																																																																																																											
None	Individual intercept and trend	Individual intercept																																																																																																									
Panel unit root test: Summary Series: DEPENSES_S Date: 04/25/21 Time: 12:10 Sample: 1995 2015 Exogenous variables: None Automatic selection of maximum lags Automatic lag length selection based on SIC: 0 to 4 Newey-West automatic bandwidth selection and Bartlett kernel <hr/> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Cross-Method</th> <th style="text-align: left;">Statistic</th> <th style="text-align: left;">Prob.**</th> <th style="text-align: left;">sections</th> <th style="text-align: left;">Obs</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="5"><hr/>Null: Unit root (assumes common unit root process)</td> </tr> <tr> <td>Levin, Lin & Chu t*</td> <td>2.28972</td> <td>0.9890</td> <td>30</td> <td>591</td> </tr> <tr> <td colspan="5"><hr/>Null: Unit root (assumes individual unit root process)</td> </tr> <tr> <td>ADF - Fisher Chi-square</td> <td>38.5782</td> <td>0.9858</td> <td>30</td> <td>591</td> </tr> <tr> <td>PP - Fisher Chi-square</td> <td>50.8299</td> <td>0.7945</td> <td>30</td> <td>600</td> </tr> </tbody> </table> <hr/> ** Probabilities for Fisher tests are computed using an asymptotic Chi	Cross-Method	Statistic	Prob.**	sections	Obs	<hr/> Null: Unit root (assumes common unit root process)					Levin, Lin & Chu t*	2.28972	0.9890	30	591	<hr/> Null: Unit root (assumes individual unit root process)					ADF - Fisher Chi-square	38.5782	0.9858	30	591	PP - Fisher Chi-square	50.8299	0.7945	30	600	Panel unit root test: Summary Series: DEPENSES_S Date: 04/25/21 Time: 12:10 Sample: 1995 2015 Exogenous variables: Individual effects, individual linear trends Automatic selection of maximum lags Automatic lag length selection based on SIC: 0 to 4 Newey-West automatic bandwidth selection and Bartlett kernel <hr/> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Cross-Method</th> <th style="text-align: left;">Statistic</th> <th style="text-align: left;">Prob.**</th> <th style="text-align: left;">sections</th> <th style="text-align: left;">Obs</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="5"><hr/>Null: Unit root (assumes common unit root process)</td> </tr> <tr> <td>Levin, Lin & Chu t*</td> <td>-2.29711</td> <td>0.0108</td> <td>30</td> <td>582</td> </tr> <tr> <td>Breitung t-stat</td> <td>-1.92867</td> <td>0.0269</td> <td>30</td> <td>552</td> </tr> <tr> <td colspan="5"><hr/>Null: Unit root (assumes individual unit root process)</td> </tr> <tr> <td>Im, Pesaran and Shin W-stat</td> <td>-1.91079</td> <td>0.0280</td> <td>30</td> <td>582</td> </tr> <tr> <td>ADF - Fisher Chi-square</td> <td>79.5111</td> <td>0.0467</td> <td>30</td> <td>582</td> </tr> <tr> <td>PP - Fisher Chi-square</td> <td>101.755</td> <td>0.0006</td> <td>30</td> <td>600</td> </tr> </tbody> </table> <hr/> ** Probabilities for Fisher tests are computed using an asymptotic Chi-square distribution. All other tests assume asymptotic normality.	Cross-Method	Statistic	Prob.**	sections	Obs	<hr/> Null: Unit root (assumes common unit root process)					Levin, Lin & Chu t*	-2.29711	0.0108	30	582	Breitung t-stat	-1.92867	0.0269	30	552	<hr/> Null: Unit root (assumes individual unit root process)					Im, Pesaran and Shin W-stat	-1.91079	0.0280	30	582	ADF - Fisher Chi-square	79.5111	0.0467	30	582	PP - Fisher Chi-square	101.755	0.0006	30	600	Panel unit root test: Summary Series: DEPENSES_S Date: 04/25/21 Time: 12:11 Sample: 1995 2015 Exogenous variables: Individual effects Automatic selection of maximum lags Automatic lag length selection based on SIC: 0 to 2 Newey-West automatic bandwidth selection and Bartlett kernel <hr/> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Cross-Method</th> <th style="text-align: left;">Statistic</th> <th style="text-align: left;">Prob.**</th> <th style="text-align: left;">sections</th> <th style="text-align: left;">Obs</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="5"><hr/>Null: Unit root (assumes common unit root process)</td> </tr> <tr> <td>Levin, Lin & Chu t*</td> <td>-2.87538</td> <td>0.0020</td> <td>30</td> <td>596</td> </tr> <tr> <td colspan="5"><hr/>Null: Unit root (assumes individual unit root process)</td> </tr> <tr> <td>Im, Pesaran and Shin W-stat</td> <td>-0.28945</td> <td>0.3861</td> <td>30</td> <td>596</td> </tr> <tr> <td>ADF - Fisher Chi-square</td> <td>67.5079</td> <td>0.2361</td> <td>30</td> <td>596</td> </tr> <tr> <td>PP - Fisher Chi-square</td> <td>55.8972</td> <td>0.6263</td> <td>30</td> <td>600</td> </tr> </tbody> </table> <hr/> ** Probabilities for Fisher tests are computed using an asymptotic Chi-square distribution. All other tests assume asymptotic normality.	Cross-Method	Statistic	Prob.**	sections	Obs	<hr/> Null: Unit root (assumes common unit root process)					Levin, Lin & Chu t*	-2.87538	0.0020	30	596	<hr/> Null: Unit root (assumes individual unit root process)					Im, Pesaran and Shin W-stat	-0.28945	0.3861	30	596	ADF - Fisher Chi-square	67.5079	0.2361	30	596	PP - Fisher Chi-square	55.8972	0.6263	30	600
Cross-Method	Statistic	Prob.**	sections	Obs																																																																																																							
<hr/> Null: Unit root (assumes common unit root process)																																																																																																											
Levin, Lin & Chu t*	2.28972	0.9890	30	591																																																																																																							
<hr/> Null: Unit root (assumes individual unit root process)																																																																																																											
ADF - Fisher Chi-square	38.5782	0.9858	30	591																																																																																																							
PP - Fisher Chi-square	50.8299	0.7945	30	600																																																																																																							
Cross-Method	Statistic	Prob.**	sections	Obs																																																																																																							
<hr/> Null: Unit root (assumes common unit root process)																																																																																																											
Levin, Lin & Chu t*	-2.29711	0.0108	30	582																																																																																																							
Breitung t-stat	-1.92867	0.0269	30	552																																																																																																							
<hr/> Null: Unit root (assumes individual unit root process)																																																																																																											
Im, Pesaran and Shin W-stat	-1.91079	0.0280	30	582																																																																																																							
ADF - Fisher Chi-square	79.5111	0.0467	30	582																																																																																																							
PP - Fisher Chi-square	101.755	0.0006	30	600																																																																																																							
Cross-Method	Statistic	Prob.**	sections	Obs																																																																																																							
<hr/> Null: Unit root (assumes common unit root process)																																																																																																											
Levin, Lin & Chu t*	-2.87538	0.0020	30	596																																																																																																							
<hr/> Null: Unit root (assumes individual unit root process)																																																																																																											
Im, Pesaran and Shin W-stat	-0.28945	0.3861	30	596																																																																																																							
ADF - Fisher Chi-square	67.5079	0.2361	30	596																																																																																																							
PP - Fisher Chi-square	55.8972	0.6263	30	600																																																																																																							

عند الفرق الاول

Panel unit root test: Summary Series: D(DEPENSES_S) Date: 04/25/21 Time: 12:13 Sample: 1995 2015 Exogenous variables: None Automatic selection of maximum lags Automatic lag length selection based on SIC: 0 to 3 Newey-West automatic bandwidth selection and Bartlett kernel <hr/> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Cross-Method</th> <th style="text-align: left;">Statistic</th> <th style="text-align: left;">Prob.**</th> <th style="text-align: left;">sections</th> <th style="text-align: left;">Obs</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="5"><hr/>Null: Unit root (assumes common unit root process)</td> </tr> <tr> <td>Levin, Lin & Chu t*</td> <td>-21.5365</td> <td>0.0000</td> <td>30</td> <td>562</td> </tr> </tbody> </table>	Cross-Method	Statistic	Prob.**	sections	Obs	<hr/> Null: Unit root (assumes common unit root process)					Levin, Lin & Chu t*	-21.5365	0.0000	30	562	Panel unit root test: Summary Series: D(DEPENSES_S) Date: 04/25/21 Time: 12:15 Sample: 1995 2015 Exogenous variables: Individual effects, individual linear trends Automatic selection of maximum lags Automatic lag length selection based on SIC: 0 to 3 Newey-West automatic bandwidth selection and Bartlett kernel <hr/> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Cross-Method</th> <th style="text-align: left;">Statistic</th> <th style="text-align: left;">Prob.**</th> <th style="text-align: left;">sections</th> <th style="text-align: left;">Obs</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="5"><hr/>Null: Unit root (assumes common unit root process)</td> </tr> <tr> <td>Levin, Lin & Chu t*</td> <td>-13.7970</td> <td>0.0000</td> <td>30</td> <td>554</td> </tr> <tr> <td>Breitung t-stat</td> <td>-10.5551</td> <td>0.0000</td> <td>30</td> <td>524</td> </tr> </tbody> </table>	Cross-Method	Statistic	Prob.**	sections	Obs	<hr/> Null: Unit root (assumes common unit root process)					Levin, Lin & Chu t*	-13.7970	0.0000	30	554	Breitung t-stat	-10.5551	0.0000	30	524	Panel unit root test: Summary Series: D(DEPENSES_S) Date: 04/25/21 Time: 12:16 Sample: 1995 2015 Exogenous variables: Individual effects Automatic selection of maximum lags Automatic lag length selection based on SIC: 0 to 4 Newey-West automatic bandwidth selection and Bartlett kernel <hr/> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Cross-Method</th> <th style="text-align: left;">Statistic</th> <th style="text-align: left;">Prob.**</th> <th style="text-align: left;">sections</th> <th style="text-align: left;">Obs</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="5"><hr/>Null: Unit root (assumes common unit root process)</td> </tr> <tr> <td>Levin, Lin & Chu t*</td> <td>-16.7229</td> <td>0.0000</td> <td>30</td> <td>557</td> </tr> <tr> <td colspan="5"><hr/>Null: Unit root (assumes individual unit root process)</td> </tr> </tbody> </table>	Cross-Method	Statistic	Prob.**	sections	Obs	<hr/> Null: Unit root (assumes common unit root process)					Levin, Lin & Chu t*	-16.7229	0.0000	30	557	<hr/> Null: Unit root (assumes individual unit root process)				
Cross-Method	Statistic	Prob.**	sections	Obs																																																					
<hr/> Null: Unit root (assumes common unit root process)																																																									
Levin, Lin & Chu t*	-21.5365	0.0000	30	562																																																					
Cross-Method	Statistic	Prob.**	sections	Obs																																																					
<hr/> Null: Unit root (assumes common unit root process)																																																									
Levin, Lin & Chu t*	-13.7970	0.0000	30	554																																																					
Breitung t-stat	-10.5551	0.0000	30	524																																																					
Cross-Method	Statistic	Prob.**	sections	Obs																																																					
<hr/> Null: Unit root (assumes common unit root process)																																																									
Levin, Lin & Chu t*	-16.7229	0.0000	30	557																																																					
<hr/> Null: Unit root (assumes individual unit root process)																																																									

قائمة الملاحق

Null: Unit root (assumes individual unit root process)	Null: Unit root (assumes individual unit root process)	Im, Pesaran and Shin W-stat
ADF - Fisher Chi-square 475.822 0.0000 30 562	Im, Pesaran and Shin W-stat -12.9448 0.0000 30 554	-15.7610 0.0000 30 557
PP - Fisher Chi-square 485.963 0.0000 30 570	ADF - Fisher Chi-square 252.004 0.0000 30 554	ADF - Fisher Chi-square 326.445 0.0000 30 557
	PP - Fisher Chi-square 321.907 0.0000 30 570	PP - Fisher Chi-square 630.414 0.0000 30 570
** Probabilities for Fisher tests are computed using an asymptotic Chi-square distribution. All other tests assume asymptotic normality.	** Probabilities for Fisher tests are computed using an asymptotic Chi-square distribution. All other tests assume asymptotic normality.	** Probabilities for Fisher tests are computed using an asymptotic Chi-square distribution. All other tests assume asymptotic normality.

-4 معدل الخصوبة

عند المستوى					
None	Individual intercept and trend	Individual intercept			
<p>Panel unit root test: Summary Series: FERTILITY Date: 04/25/21 Time: 12:18 Sample: 1995 2015 Exogenous variables: None Automatic selection of maximum lags Automatic lag length selection based on SIC: 0 to 4 Newey-West automatic bandwidth selection and Bartlett kernel</p>	<p>Panel unit root test: Summary Series: FERTILITY Date: 04/25/21 Time: 12:18 Sample: 1995 2015 Exogenous variables: Individual effects, individual linear trends Automatic selection of maximum lags Automatic lag length selection based on SIC: 0 to 4 Newey-West automatic bandwidth selection and Bartlett kernel</p>	<p>Panel unit root test: Summary Series: FERTILITY Date: 04/25/21 Time: 12:18 Sample: 1995 2015 Exogenous variables: Individual effects Automatic selection of maximum lags Automatic lag length selection based on SIC: 0 to 4 Newey-West automatic bandwidth selection and Bartlett kernel</p>			
Cross-	Cross-	Cross-			
Method Statistic Prob.** sections Obs	Method Statistic Prob.** sections Obs	Method Statistic Prob.** sections Obs			
Null: Unit root (assumes common unit root process)	Null: Unit root (assumes common unit root process)	Null: Unit root (assumes common unit root process)			
Levin, Lin & Chu t* -9.58306 0.0000 30 530	Levin, Lin & Chu t* -6.34736 0.0000 30 534	Levin, Lin & Chu t* -6.27694 0.0000 30 524			
Null: Unit root (assumes individual unit root process)	Null: Unit root (assumes individual unit root process)	Null: Unit root (assumes individual unit root process)			
ADF - Fisher Chi-square 212.956 0.0000 30 530	Im, Pesaran and Shin W-stat -8.01984 0.0000 30 534	Im, Pesaran and Shin W-stat -6.47744 0.0000 30 524			
PP - Fisher Chi-square 412.312 0.0000 30 600	ADF - Fisher Chi-square 183.470 0.0000 30 534	ADF - Fisher Chi-square 173.711 0.0000 30 524			
	PP - Fisher Chi-square 170.245 0.0000 30 600	PP - Fisher Chi-square 811.893 0.0000 30 600			
** Probabilities for Fisher tests are computed using an asymptotic Chi-square distribution. All other tests assume asymptotic normality.	** Probabilities for Fisher tests are computed using an asymptotic Chi-square distribution. All other tests assume asymptotic normality.	** Probabilities for Fisher tests are computed using an asymptotic Chi-square distribution. All other tests assume asymptotic normality.			

-5 الانفاق الحكومي

عند المستوى		
None	Individual intercept and trend	Individual intercept

قائمة الملاحق

<p>Panel unit root test: Summary Series: GOV Date: 04/25/21 Time: 12:20 Sample: 1995 2015 Exogenous variables: None Automatic selection of maximum lags Automatic lag length selection based on SIC: 0 to 4 Newey-West automatic bandwidth selection and Bartlett kernel</p> <hr/> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;"></th> <th style="width: 25%; text-align: center;">Cross-</th> <th style="width: 25%; text-align: center;">sections</th> <th style="width: 25%; text-align: center;">Obs</th> </tr> <tr> <th style="text-align: left;">Method</th> <th style="text-align: center;">Statistic</th> <th style="text-align: center;">Prob.**</th> <th style="text-align: center;">Obs</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="4">Null: Unit root (assumes common unit root process)</td> </tr> <tr> <td>Levin, Lin & Chu t*</td> <td style="text-align: center;">-0.27203</td> <td style="text-align: center;">0.3928</td> <td style="text-align: center;">30 586</td> </tr> <tr> <td colspan="4">Null: Unit root (assumes individual unit root process)</td> </tr> <tr> <td>ADF - Fisher Chi-square</td> <td style="text-align: center;">39.7311</td> <td style="text-align: center;">0.9798</td> <td style="text-align: center;">30 586</td> </tr> <tr> <td>PP - Fisher Chi-square</td> <td style="text-align: center;">44.0236</td> <td style="text-align: center;">0.9395</td> <td style="text-align: center;">30 600</td> </tr> </tbody> </table> <p>** Probabilities for Fisher tests are computed using an asymptotic Chi-square distribution. All other tests assume asymptotic normality.</p>		Cross-	sections	Obs	Method	Statistic	Prob.**	Obs	Null: Unit root (assumes common unit root process)				Levin, Lin & Chu t*	-0.27203	0.3928	30 586	Null: Unit root (assumes individual unit root process)				ADF - Fisher Chi-square	39.7311	0.9798	30 586	PP - Fisher Chi-square	44.0236	0.9395	30 600	<p>Panel unit root test: Summary Series: GOV Date: 04/25/21 Time: 12:20 Sample: 1995 2015 Exogenous variables: Individual effects, individual linear trends Automatic selection of maximum lags Automatic lag length selection based on SIC: 0 to 4 Newey-West automatic bandwidth selection and Bartlett kernel</p> <hr/> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;"></th> <th style="width: 25%; text-align: center;">Cross-</th> <th style="width: 25%; text-align: center;">sections</th> <th style="width: 25%; text-align: center;">Obs</th> </tr> <tr> <th style="text-align: left;">Method</th> <th style="text-align: center;">Statistic</th> <th style="text-align: center;">Prob.**</th> <th style="text-align: center;">Obs</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="4">Null: Unit root (assumes common unit root process)</td> </tr> <tr> <td>Levin, Lin & Chu t*</td> <td style="text-align: center;">-2.25646</td> <td style="text-align: center;">0.0120</td> <td style="text-align: center;">30 581</td> </tr> <tr> <td>Breitung t-stat</td> <td style="text-align: center;">0.68443</td> <td style="text-align: center;">0.7531</td> <td style="text-align: center;">30 551</td> </tr> <tr> <td colspan="4">Null: Unit root (assumes individual unit root process)</td> </tr> <tr> <td>Im, Pesaran and Shin W-stat</td> <td style="text-align: center;">-1.58976</td> <td style="text-align: center;">0.0559</td> <td style="text-align: center;">30 581</td> </tr> <tr> <td>ADF - Fisher Chi-square</td> <td style="text-align: center;">76.2491</td> <td style="text-align: center;">0.0768</td> <td style="text-align: center;">30 581</td> </tr> <tr> <td>PP - Fisher Chi-square</td> <td style="text-align: center;">89.3236</td> <td style="text-align: center;">0.0084</td> <td style="text-align: center;">30 600</td> </tr> </tbody> </table> <p>** Probabilities for Fisher tests are computed using an asymptotic Chi-square distribution. All other tests assume asymptotic normality.</p>		Cross-	sections	Obs	Method	Statistic	Prob.**	Obs	Null: Unit root (assumes common unit root process)				Levin, Lin & Chu t*	-2.25646	0.0120	30 581	Breitung t-stat	0.68443	0.7531	30 551	Null: Unit root (assumes individual unit root process)				Im, Pesaran and Shin W-stat	-1.58976	0.0559	30 581	ADF - Fisher Chi-square	76.2491	0.0768	30 581	PP - Fisher Chi-square	89.3236	0.0084	30 600	<p>Panel unit root test: Summary Series: GOV Date: 04/25/21 Time: 12:21 Sample: 1995 2015 Exogenous variables: Individual effects Automatic selection of maximum lags Automatic lag length selection based on SIC: 0 to 3 Newey-West automatic bandwidth selection and Bartlett kernel</p> <hr/> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;"></th> <th style="width: 25%; text-align: center;">Cross-</th> <th style="width: 25%; text-align: center;">sections</th> <th style="width: 25%; text-align: center;">Obs</th> </tr> <tr> <th style="text-align: left;">Method</th> <th style="text-align: center;">Statistic</th> <th style="text-align: center;">Prob.**</th> <th style="text-align: center;">Obs</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="4">Null: Unit root (assumes common unit root process)</td> </tr> <tr> <td>Levin, Lin & Chu t*</td> <td style="text-align: center;">-4.96487</td> <td style="text-align: center;">0.0000</td> <td style="text-align: center;">30 588</td> </tr> <tr> <td colspan="4">Null: Unit root (assumes individual unit root process)</td> </tr> <tr> <td>Im, Pesaran and Shin W-stat</td> <td style="text-align: center;">-4.86834</td> <td style="text-align: center;">0.0000</td> <td style="text-align: center;">30 588</td> </tr> <tr> <td>ADF - Fisher Chi-square</td> <td style="text-align: center;">120.780</td> <td style="text-align: center;">0.0000</td> <td style="text-align: center;">30 588</td> </tr> <tr> <td>PP - Fisher Chi-square</td> <td style="text-align: center;">130.901</td> <td style="text-align: center;">0.0000</td> <td style="text-align: center;">30 600</td> </tr> </tbody> </table> <p>** Probabilities for Fisher tests are computed using an asymptotic Chi-square distribution. All other tests assume asymptotic normality.</p>		Cross-	sections	Obs	Method	Statistic	Prob.**	Obs	Null: Unit root (assumes common unit root process)				Levin, Lin & Chu t*	-4.96487	0.0000	30 588	Null: Unit root (assumes individual unit root process)				Im, Pesaran and Shin W-stat	-4.86834	0.0000	30 588	ADF - Fisher Chi-square	120.780	0.0000	30 588	PP - Fisher Chi-square	130.901	0.0000	30 600
	Cross-	sections	Obs																																																																																															
Method	Statistic	Prob.**	Obs																																																																																															
Null: Unit root (assumes common unit root process)																																																																																																		
Levin, Lin & Chu t*	-0.27203	0.3928	30 586																																																																																															
Null: Unit root (assumes individual unit root process)																																																																																																		
ADF - Fisher Chi-square	39.7311	0.9798	30 586																																																																																															
PP - Fisher Chi-square	44.0236	0.9395	30 600																																																																																															
	Cross-	sections	Obs																																																																																															
Method	Statistic	Prob.**	Obs																																																																																															
Null: Unit root (assumes common unit root process)																																																																																																		
Levin, Lin & Chu t*	-2.25646	0.0120	30 581																																																																																															
Breitung t-stat	0.68443	0.7531	30 551																																																																																															
Null: Unit root (assumes individual unit root process)																																																																																																		
Im, Pesaran and Shin W-stat	-1.58976	0.0559	30 581																																																																																															
ADF - Fisher Chi-square	76.2491	0.0768	30 581																																																																																															
PP - Fisher Chi-square	89.3236	0.0084	30 600																																																																																															
	Cross-	sections	Obs																																																																																															
Method	Statistic	Prob.**	Obs																																																																																															
Null: Unit root (assumes common unit root process)																																																																																																		
Levin, Lin & Chu t*	-4.96487	0.0000	30 588																																																																																															
Null: Unit root (assumes individual unit root process)																																																																																																		
Im, Pesaran and Shin W-stat	-4.86834	0.0000	30 588																																																																																															
ADF - Fisher Chi-square	120.780	0.0000	30 588																																																																																															
PP - Fisher Chi-square	130.901	0.0000	30 600																																																																																															

6- معدل إلمام البالغين بالقراءة والكتابة

عند المستوى																																																																																																		
None	Individual intercept and trend	Individual intercept																																																																																																
<p>Panel unit root test: Summary Series: LETERACY_A Date: 04/25/21 Time: 12:22 Sample: 1995 2015 Exogenous variables: None Automatic selection of maximum lags Automatic lag length selection based on SIC: 0 to 4 Newey-West automatic bandwidth selection and Bartlett kernel</p> <hr/> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;"></th> <th style="width: 25%; text-align: center;">Cross-</th> <th style="width: 25%; text-align: center;">sections</th> <th style="width: 25%; text-align: center;">Obs</th> </tr> <tr> <th style="text-align: left;">Method</th> <th style="text-align: center;">Statistic</th> <th style="text-align: center;">Prob.**</th> <th style="text-align: center;">Obs</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="4">Null: Unit root (assumes common unit root process)</td> </tr> <tr> <td>Levin, Lin & Chu t*</td> <td style="text-align: center;">5.05856</td> <td style="text-align: center;">1.0000</td> <td style="text-align: center;">30 574</td> </tr> <tr> <td colspan="4">Null: Unit root (assumes individual unit root process)</td> </tr> <tr> <td>ADF - Fisher Chi-square</td> <td style="text-align: center;">6.00476</td> <td style="text-align: center;">1.0000</td> <td style="text-align: center;">30 574</td> </tr> <tr> <td>PP - Fisher Chi-square</td> <td style="text-align: center;">4.95217</td> <td style="text-align: center;">1.0000</td> <td style="text-align: center;">30 600</td> </tr> </tbody> </table> <p>** Probabilities for Fisher tests are computed using an asymptotic Chi</p>		Cross-	sections	Obs	Method	Statistic	Prob.**	Obs	Null: Unit root (assumes common unit root process)				Levin, Lin & Chu t*	5.05856	1.0000	30 574	Null: Unit root (assumes individual unit root process)				ADF - Fisher Chi-square	6.00476	1.0000	30 574	PP - Fisher Chi-square	4.95217	1.0000	30 600	<p>Panel unit root test: Summary Series: LETERACY_A Date: 04/25/21 Time: 12:22 Sample: 1995 2015 Exogenous variables: Individual effects, individual linear trends Automatic selection of maximum lags Automatic lag length selection based on SIC: 0 to 4 Newey-West automatic bandwidth selection and Bartlett kernel</p> <hr/> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;"></th> <th style="width: 25%; text-align: center;">Cross-</th> <th style="width: 25%; text-align: center;">sections</th> <th style="width: 25%; text-align: center;">Obs</th> </tr> <tr> <th style="text-align: left;">Method</th> <th style="text-align: center;">Statistic</th> <th style="text-align: center;">Prob.**</th> <th style="text-align: center;">Obs</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="4">Null: Unit root (assumes common unit root process)</td> </tr> <tr> <td>Levin, Lin & Chu t*</td> <td style="text-align: center;">-2.79467</td> <td style="text-align: center;">0.0026</td> <td style="text-align: center;">30 572</td> </tr> <tr> <td>Breitung t-stat</td> <td style="text-align: center;">-4.51418</td> <td style="text-align: center;">0.0000</td> <td style="text-align: center;">30 542</td> </tr> <tr> <td colspan="4">Null: Unit root (assumes individual unit root process)</td> </tr> <tr> <td>Im, Pesaran and Shin W-stat</td> <td style="text-align: center;">-8.25676</td> <td style="text-align: center;">0.0000</td> <td style="text-align: center;">30 572</td> </tr> <tr> <td>ADF - Fisher Chi-square</td> <td style="text-align: center;">173.509</td> <td style="text-align: center;">0.0000</td> <td style="text-align: center;">30 572</td> </tr> <tr> <td>PP - Fisher Chi-square</td> <td style="text-align: center;">299.963</td> <td style="text-align: center;">0.0000</td> <td style="text-align: center;">30 600</td> </tr> </tbody> </table> <p>** Probabilities for Fisher tests are computed using an asymptotic Chi</p>		Cross-	sections	Obs	Method	Statistic	Prob.**	Obs	Null: Unit root (assumes common unit root process)				Levin, Lin & Chu t*	-2.79467	0.0026	30 572	Breitung t-stat	-4.51418	0.0000	30 542	Null: Unit root (assumes individual unit root process)				Im, Pesaran and Shin W-stat	-8.25676	0.0000	30 572	ADF - Fisher Chi-square	173.509	0.0000	30 572	PP - Fisher Chi-square	299.963	0.0000	30 600	<p>Panel unit root test: Summary Series: LETERACY_A Date: 04/25/21 Time: 12:23 Sample: 1995 2015 Exogenous variables: Individual effects Automatic selection of maximum lags Automatic lag length selection based on SIC: 0 to 4 Newey-West automatic bandwidth selection and Bartlett kernel</p> <hr/> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;"></th> <th style="width: 25%; text-align: center;">Cross-</th> <th style="width: 25%; text-align: center;">sections</th> <th style="width: 25%; text-align: center;">Obs</th> </tr> <tr> <th style="text-align: left;">Method</th> <th style="text-align: center;">Statistic</th> <th style="text-align: center;">Prob.**</th> <th style="text-align: center;">Obs</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="4">Null: Unit root (assumes common unit root process)</td> </tr> <tr> <td>Levin, Lin & Chu t*</td> <td style="text-align: center;">-4.18669</td> <td style="text-align: center;">0.0000</td> <td style="text-align: center;">30 585</td> </tr> <tr> <td colspan="4">Null: Unit root (assumes individual unit root process)</td> </tr> <tr> <td>Im, Pesaran and Shin W-stat</td> <td style="text-align: center;">-2.81700</td> <td style="text-align: center;">0.0024</td> <td style="text-align: center;">30 585</td> </tr> <tr> <td>ADF - Fisher Chi-square</td> <td style="text-align: center;">125.577</td> <td style="text-align: center;">0.0000</td> <td style="text-align: center;">30 585</td> </tr> <tr> <td>PP - Fisher Chi-square</td> <td style="text-align: center;">376.991</td> <td style="text-align: center;">0.0000</td> <td style="text-align: center;">30 600</td> </tr> </tbody> </table> <p>** Probabilities for Fisher tests are computed using an asymptotic Chi</p>		Cross-	sections	Obs	Method	Statistic	Prob.**	Obs	Null: Unit root (assumes common unit root process)				Levin, Lin & Chu t*	-4.18669	0.0000	30 585	Null: Unit root (assumes individual unit root process)				Im, Pesaran and Shin W-stat	-2.81700	0.0024	30 585	ADF - Fisher Chi-square	125.577	0.0000	30 585	PP - Fisher Chi-square	376.991	0.0000	30 600
	Cross-	sections	Obs																																																																																															
Method	Statistic	Prob.**	Obs																																																																																															
Null: Unit root (assumes common unit root process)																																																																																																		
Levin, Lin & Chu t*	5.05856	1.0000	30 574																																																																																															
Null: Unit root (assumes individual unit root process)																																																																																																		
ADF - Fisher Chi-square	6.00476	1.0000	30 574																																																																																															
PP - Fisher Chi-square	4.95217	1.0000	30 600																																																																																															
	Cross-	sections	Obs																																																																																															
Method	Statistic	Prob.**	Obs																																																																																															
Null: Unit root (assumes common unit root process)																																																																																																		
Levin, Lin & Chu t*	-2.79467	0.0026	30 572																																																																																															
Breitung t-stat	-4.51418	0.0000	30 542																																																																																															
Null: Unit root (assumes individual unit root process)																																																																																																		
Im, Pesaran and Shin W-stat	-8.25676	0.0000	30 572																																																																																															
ADF - Fisher Chi-square	173.509	0.0000	30 572																																																																																															
PP - Fisher Chi-square	299.963	0.0000	30 600																																																																																															
	Cross-	sections	Obs																																																																																															
Method	Statistic	Prob.**	Obs																																																																																															
Null: Unit root (assumes common unit root process)																																																																																																		
Levin, Lin & Chu t*	-4.18669	0.0000	30 585																																																																																															
Null: Unit root (assumes individual unit root process)																																																																																																		
Im, Pesaran and Shin W-stat	-2.81700	0.0024	30 585																																																																																															
ADF - Fisher Chi-square	125.577	0.0000	30 585																																																																																															
PP - Fisher Chi-square	376.991	0.0000	30 600																																																																																															

قائمة الملاحق

-square distribution. All other tests assume asymptotic normality.	** Probabilities for Fisher tests are computed using an asymptotic Chi-square distribution. All other tests assume asymptotic normality.	-square distribution. All other tests assume asymptotic normality.
--	--	--

7- معدل إمام الشباب بالقراءة والكتابة

عند المستوى																																																																																																																										
None	Individual intercept and trend	Individual intercept																																																																																																																								
<p>Panel unit root test: Summary Series: LETERACY_Y Date: 04/25/21 Time: 12:24 Sample: 1995 2015 Exogenous variables: None Automatic selection of maximum lags Automatic lag length selection based on SIC: 0 to 4 Newey-West automatic bandwidth selection and Bartlett kernel</p> <hr/> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="5" style="text-align: center;">Cross-</th> </tr> <tr> <th style="text-align: left;">Method</th> <th style="text-align: left;">Statistic</th> <th style="text-align: left;">Prob.**</th> <th style="text-align: left;">sections</th> <th style="text-align: left;">Obs</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="5">Null: Unit root (assumes common unit root process)</td> </tr> <tr> <td>Levin, Lin & Chu t*</td> <td>3.78199</td> <td>0.9999</td> <td>30</td> <td>580</td> </tr> <tr> <td colspan="5">Null: Unit root (assumes individual unit root process)</td> </tr> <tr> <td>ADF - Fisher Chi-square</td> <td>9.34528</td> <td>1.0000</td> <td>30</td> <td>580</td> </tr> <tr> <td>PP - Fisher Chi-square</td> <td>9.50179</td> <td>1.0000</td> <td>30</td> <td>600</td> </tr> </tbody> </table> <p>** Probabilities for Fisher tests are computed using an asymptotic Chi-square distribution. All other tests assume asymptotic normality.</p>	Cross-					Method	Statistic	Prob.**	sections	Obs	Null: Unit root (assumes common unit root process)					Levin, Lin & Chu t*	3.78199	0.9999	30	580	Null: Unit root (assumes individual unit root process)					ADF - Fisher Chi-square	9.34528	1.0000	30	580	PP - Fisher Chi-square	9.50179	1.0000	30	600	<p>Panel unit root test: Summary Series: LETERACY_Y Date: 04/25/21 Time: 12:25 Sample: 1995 2015 Exogenous variables: Individual effects, individual linear trends Automatic selection of maximum lags Automatic lag length selection based on SIC: 0 to 4 Newey-West automatic bandwidth selection and Bartlett kernel</p> <hr/> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="5" style="text-align: center;">Cross-</th> </tr> <tr> <th style="text-align: left;">Method</th> <th style="text-align: left;">Statistic</th> <th style="text-align: left;">Prob.**</th> <th style="text-align: left;">sections</th> <th style="text-align: left;">Obs</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="5">Null: Unit root (assumes common unit root process)</td> </tr> <tr> <td>Levin, Lin & Chu t*</td> <td>-6.11023</td> <td>0.0000</td> <td>30</td> <td>574</td> </tr> <tr> <td>Breitung t-stat</td> <td>-1.29214</td> <td>0.0982</td> <td>30</td> <td>544</td> </tr> <tr> <td colspan="5">Null: Unit root (assumes individual unit root process)</td> </tr> <tr> <td>Im, Pesaran and Shin W-stat</td> <td>-6.72641</td> <td>0.0000</td> <td>30</td> <td>574</td> </tr> <tr> <td>ADF - Fisher Chi-square</td> <td>128.310</td> <td>0.0000</td> <td>30</td> <td>574</td> </tr> <tr> <td>PP - Fisher Chi-square</td> <td>146.151</td> <td>0.0000</td> <td>30</td> <td>600</td> </tr> </tbody> </table> <p>** Probabilities for Fisher tests are computed using an asymptotic Chi-square distribution. All other tests assume asymptotic normality.</p>	Cross-					Method	Statistic	Prob.**	sections	Obs	Null: Unit root (assumes common unit root process)					Levin, Lin & Chu t*	-6.11023	0.0000	30	574	Breitung t-stat	-1.29214	0.0982	30	544	Null: Unit root (assumes individual unit root process)					Im, Pesaran and Shin W-stat	-6.72641	0.0000	30	574	ADF - Fisher Chi-square	128.310	0.0000	30	574	PP - Fisher Chi-square	146.151	0.0000	30	600	<p>Panel unit root test: Summary Series: LETERACY_Y Date: 04/25/21 Time: 12:25 Sample: 1995 2015 Exogenous variables: Individual effects Automatic selection of maximum lags Automatic lag length selection based on SIC: 0 to 4 Newey-West automatic bandwidth selection and Bartlett kernel</p> <hr/> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="5" style="text-align: center;">Cross-</th> </tr> <tr> <th style="text-align: left;">Method</th> <th style="text-align: left;">Statistic</th> <th style="text-align: left;">Prob.**</th> <th style="text-align: left;">sections</th> <th style="text-align: left;">Obs</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="5">Null: Unit root (assumes common unit root process)</td> </tr> <tr> <td>Levin, Lin & Chu t*</td> <td>-7.48618</td> <td>0.0000</td> <td>30</td> <td>582</td> </tr> <tr> <td colspan="5">Null: Unit root (assumes individual unit root process)</td> </tr> <tr> <td>Im, Pesaran and Shin W-stat</td> <td>-5.31218</td> <td>0.0000</td> <td>30</td> <td>582</td> </tr> <tr> <td>ADF - Fisher Chi-square</td> <td>136.617</td> <td>0.0000</td> <td>30</td> <td>582</td> </tr> <tr> <td>PP - Fisher Chi-square</td> <td>189.145</td> <td>0.0000</td> <td>30</td> <td>600</td> </tr> </tbody> </table> <p>** Probabilities for Fisher tests are computed using an asymptotic Chi-square distribution. All other tests assume asymptotic normality.</p>	Cross-					Method	Statistic	Prob.**	sections	Obs	Null: Unit root (assumes common unit root process)					Levin, Lin & Chu t*	-7.48618	0.0000	30	582	Null: Unit root (assumes individual unit root process)					Im, Pesaran and Shin W-stat	-5.31218	0.0000	30	582	ADF - Fisher Chi-square	136.617	0.0000	30	582	PP - Fisher Chi-square	189.145	0.0000	30	600
Cross-																																																																																																																										
Method	Statistic	Prob.**	sections	Obs																																																																																																																						
Null: Unit root (assumes common unit root process)																																																																																																																										
Levin, Lin & Chu t*	3.78199	0.9999	30	580																																																																																																																						
Null: Unit root (assumes individual unit root process)																																																																																																																										
ADF - Fisher Chi-square	9.34528	1.0000	30	580																																																																																																																						
PP - Fisher Chi-square	9.50179	1.0000	30	600																																																																																																																						
Cross-																																																																																																																										
Method	Statistic	Prob.**	sections	Obs																																																																																																																						
Null: Unit root (assumes common unit root process)																																																																																																																										
Levin, Lin & Chu t*	-6.11023	0.0000	30	574																																																																																																																						
Breitung t-stat	-1.29214	0.0982	30	544																																																																																																																						
Null: Unit root (assumes individual unit root process)																																																																																																																										
Im, Pesaran and Shin W-stat	-6.72641	0.0000	30	574																																																																																																																						
ADF - Fisher Chi-square	128.310	0.0000	30	574																																																																																																																						
PP - Fisher Chi-square	146.151	0.0000	30	600																																																																																																																						
Cross-																																																																																																																										
Method	Statistic	Prob.**	sections	Obs																																																																																																																						
Null: Unit root (assumes common unit root process)																																																																																																																										
Levin, Lin & Chu t*	-7.48618	0.0000	30	582																																																																																																																						
Null: Unit root (assumes individual unit root process)																																																																																																																										
Im, Pesaran and Shin W-stat	-5.31218	0.0000	30	582																																																																																																																						
ADF - Fisher Chi-square	136.617	0.0000	30	582																																																																																																																						
PP - Fisher Chi-square	189.145	0.0000	30	600																																																																																																																						

8- العمر المتوقع عند الولادة

عند المستوى																																																																																							
None	Individual intercept and trend	Individual intercept																																																																																					
<p>Panel unit root test: Summary Series: LIFE_EXPACTANCY Date: 04/25/21 Time: 12:27 Sample: 1995 2015 Exogenous variables: None Automatic selection of maximum lags Automatic lag length selection based on SIC: 0 to 4 Newey-West automatic bandwidth selection and Bartlett kernel</p> <hr/> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="5" style="text-align: center;">Cross-</th> </tr> <tr> <th style="text-align: left;">Method</th> <th style="text-align: left;">Statistic</th> <th style="text-align: left;">Prob.**</th> <th style="text-align: left;">sections</th> <th style="text-align: left;">Obs</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="5">Null: Unit root (assumes common unit root process)</td> </tr> <tr> <td>Levin, Lin & Chu t*</td> <td>16.3503</td> <td>1.0000</td> <td>30</td> <td>523</td> </tr> <tr> <td colspan="5">Null: Unit root (assumes individual unit root process)</td> </tr> </tbody> </table>	Cross-					Method	Statistic	Prob.**	sections	Obs	Null: Unit root (assumes common unit root process)					Levin, Lin & Chu t*	16.3503	1.0000	30	523	Null: Unit root (assumes individual unit root process)					<p>Panel unit root test: Summary Series: LIFE_EXPACTANCY Date: 04/25/21 Time: 12:27 Sample: 1995 2015 Exogenous variables: Individual effects, individual linear trends Automatic selection of maximum lags Automatic lag length selection based on SIC: 0 to 4 Newey-West automatic bandwidth selection and Bartlett kernel</p> <hr/> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="5" style="text-align: center;">Cross-</th> </tr> <tr> <th style="text-align: left;">Method</th> <th style="text-align: left;">Statistic</th> <th style="text-align: left;">Prob.**</th> <th style="text-align: left;">sections</th> <th style="text-align: left;">Obs</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="5">Null: Unit root (assumes common unit root process)</td> </tr> <tr> <td>Levin, Lin & Chu t*</td> <td>-13.2373</td> <td>0.0000</td> <td>30</td> <td>531</td> </tr> <tr> <td>Breitung t-stat</td> <td>8.10861</td> <td>1.0000</td> <td>30</td> <td>501</td> </tr> <tr> <td colspan="5">Null: Unit root (assumes individual unit root process)</td> </tr> </tbody> </table>	Cross-					Method	Statistic	Prob.**	sections	Obs	Null: Unit root (assumes common unit root process)					Levin, Lin & Chu t*	-13.2373	0.0000	30	531	Breitung t-stat	8.10861	1.0000	30	501	Null: Unit root (assumes individual unit root process)					<p>Panel unit root test: Summary Series: LIFE_EXPACTANCY Date: 04/25/21 Time: 12:27 Sample: 1995 2015 Exogenous variables: Individual effects Automatic selection of maximum lags Automatic lag length selection based on SIC: 0 to 4 Newey-West automatic bandwidth selection and Bartlett kernel</p> <hr/> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="5" style="text-align: center;">Cross-</th> </tr> <tr> <th style="text-align: left;">Method</th> <th style="text-align: left;">Statistic</th> <th style="text-align: left;">Prob.**</th> <th style="text-align: left;">sections</th> <th style="text-align: left;">Obs</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="5">Null: Unit root (assumes common unit root process)</td> </tr> <tr> <td>Levin, Lin & Chu t*</td> <td>-11.3784</td> <td>0.0000</td> <td>30</td> <td>535</td> </tr> <tr> <td colspan="5">Null: Unit root (assumes individual unit root process)</td> </tr> <tr> <td>Im, Pesaran and Shin W-stat</td> <td>-2.62367</td> <td>0.0043</td> <td>30</td> <td>535</td> </tr> </tbody> </table>	Cross-					Method	Statistic	Prob.**	sections	Obs	Null: Unit root (assumes common unit root process)					Levin, Lin & Chu t*	-11.3784	0.0000	30	535	Null: Unit root (assumes individual unit root process)					Im, Pesaran and Shin W-stat	-2.62367	0.0043	30	535
Cross-																																																																																							
Method	Statistic	Prob.**	sections	Obs																																																																																			
Null: Unit root (assumes common unit root process)																																																																																							
Levin, Lin & Chu t*	16.3503	1.0000	30	523																																																																																			
Null: Unit root (assumes individual unit root process)																																																																																							
Cross-																																																																																							
Method	Statistic	Prob.**	sections	Obs																																																																																			
Null: Unit root (assumes common unit root process)																																																																																							
Levin, Lin & Chu t*	-13.2373	0.0000	30	531																																																																																			
Breitung t-stat	8.10861	1.0000	30	501																																																																																			
Null: Unit root (assumes individual unit root process)																																																																																							
Cross-																																																																																							
Method	Statistic	Prob.**	sections	Obs																																																																																			
Null: Unit root (assumes common unit root process)																																																																																							
Levin, Lin & Chu t*	-11.3784	0.0000	30	535																																																																																			
Null: Unit root (assumes individual unit root process)																																																																																							
Im, Pesaran and Shin W-stat	-2.62367	0.0043	30	535																																																																																			

قائمة الملاحق

<p>ADF - Fisher Chi-square 11.2687 1.0000 30 523</p> <p>PP - Fisher Chi-square 0.03999 1.0000 30 600</p> <hr/> <p>** Probabilities for Fisher tests are computed using an asymptotic Chi-square distribution. All other tests assume asymptotic normality.</p>	<p>Im, Pesaran and Shin W-stat -10.8080 0.0000 30 531</p> <p>ADF - Fisher Chi-square 155.560 0.0000 30 531</p> <p>PP - Fisher Chi-square 62.8604 0.3753 30 600</p> <hr/> <p>** Probabilities for Fisher tests are computed using an asymptotic Chi-square distribution. All other tests assume asymptotic normality.</p>	<p>ADF - Fisher Chi-square 171.870 0.0000 30 535</p> <p>PP - Fisher Chi-square 667.650 0.0000 30 600</p> <hr/> <p>** Probabilities for Fisher tests are computed using an asymptotic Chi-square distribution. All other tests assume asymptotic normality.</p>
--	--	--

9- معدل وفيات الاطفال اقل من خمس سنوات

عند المستوى											
None				Individual intercept and trend				Individual intercept			
<p>Panel unit root test: Summary Series: M_INDER_5 Date: 04/25/21 Time: 12:29 Sample: 1995 2015 Exogenous variables: None Automatic selection of maximum lags Automatic lag length selection based on SIC: 0 to 4 Newey-West automatic bandwidth selection and Bartlett kernel</p> <hr/> <p style="text-align: center;">Cross- Method Statistic Prob.** sections Obs</p> <p>Null: Unit root (assumes common unit root process)</p> <p>Levin, Lin & Chu t* -60.8254 0.0000 30 549</p> <p>Null: Unit root (assumes individual unit root process)</p> <p>ADF - Fisher Chi-square 385.803 0.0000 30 549</p> <p>PP - Fisher Chi-square 666.410 0.0000 30 600</p> <hr/> <p>** Probabilities for Fisher tests are computed using an asymptotic Chi-square distribution. All other tests assume asymptotic normality.</p>				<p>Panel unit root test: Summary Series: M_INDER_5 Date: 04/25/21 Time: 12:30 Sample: 1995 2015 Exogenous variables: Individual effects, individual linear trends Automatic selection of maximum lags Automatic lag length selection based on SIC: 0 to 4 Newey-West automatic bandwidth selection and Bartlett kernel</p> <hr/> <p style="text-align: center;">Cross- Method Statistic Prob.** sections Obs</p> <p>Null: Unit root (assumes common unit root process)</p> <p>Levin, Lin & Chu t* -6.18038 0.0000 30 553</p> <p>Breitung t-stat -2.61082 0.0045 30 523</p> <p>Null: Unit root (assumes individual unit root process)</p> <p>Im, Pesaran and Shin W-stat -1.59322 0.0556 30 553</p> <p>ADF - Fisher Chi-square 167.459 0.0000 30 553</p> <p>PP - Fisher Chi-square 148.114 0.0000 30 600</p> <hr/> <p>** Probabilities for Fisher tests are computed using an asymptotic Chi-square distribution. All other tests assume asymptotic normality.</p>				<p>Panel unit root test: Summary Series: M_INDER_5 Date: 04/25/21 Time: 12:30 Sample: 1995 2015 Exogenous variables: Individual effects Automatic selection of maximum lags Automatic lag length selection based on SIC: 0 to 4 Newey-West automatic bandwidth selection and Bartlett kernel</p> <hr/> <p style="text-align: center;">Cross- Method Statistic Prob.** sections Obs</p> <p>Null: Unit root (assumes common unit root process)</p> <p>Levin, Lin & Chu t* -35.8032 0.0000 30 564</p> <p>Null: Unit root (assumes individual unit root process)</p> <p>Im, Pesaran and Shin W-stat -34.7522 0.0000 30 564</p> <p>ADF - Fisher Chi-square 1338.47 0.0000 30 564</p> <p>PP - Fisher Chi-square 1926.19 0.0000 30 600</p> <hr/> <p>** Probabilities for Fisher tests are computed using an asymptotic Chi-square distribution. All other tests assume asymptotic normality.</p>			

10- معدل وفيات الاطفال الرضع

عند المستوى											
None				Individual intercept and trend				Individual intercept			
<p>Panel unit root test: Summary Series: M_INF Date: 04/25/21 Time: 12:32 Sample: 1995 2015 Exogenous variables: None Automatic selection of maximum lags Automatic lag length selection based on SIC: 0 to 4 Newey-West automatic bandwidth selection and Bartlett kernel</p> <hr/> <p style="text-align: center;">Cross- Method Statistic Prob.** sections Obs</p> <p>Null: Unit root (assumes common unit root process)</p>				<p>Panel unit root test: Summary Series: M_INF Date: 04/25/21 Time: 12:32 Sample: 1995 2015 Exogenous variables: Individual effects, individual linear trends Automatic selection of maximum lags Automatic lag length selection based on SIC: 0 to 4 Newey-West automatic bandwidth selection and Bartlett kernel</p> <hr/> <p style="text-align: center;">Cross- Method Statistic Prob.** sections Obs</p> <p>Null: Unit root (assumes common unit root process)</p>				<p>Panel unit root test: Summary Series: M_INF Date: 04/25/21 Time: 12:33 Sample: 1995 2015 Exogenous variables: Individual effects Automatic selection of maximum lags Automatic lag length selection based on SIC: 0 to 4 Newey-West automatic bandwidth selection and Bartlett kernel</p> <hr/> <p style="text-align: center;">Cross- Method Statistic Prob.** sections Obs</p> <p>Null: Unit root (assumes common unit root process)</p>			

قائمة الملاحق

<p>Null: Unit root (assumes common unit root process)</p> <p>Levin, Lin & Chu t* -33.8670 0.0000 30 547</p> <hr/> <p>Null: Unit root (assumes individual unit root process)</p> <p>ADF - Fisher Chi-square 352.606 0.0000 30 547</p> <p>PP - Fisher Chi-square 666.438 0.0000 30 600</p> <hr/> <p>** Probabilities for Fisher tests are computed using an asymptotic Chi-square distribution. All other tests assume asymptotic normality.</p>	<p>Null: Unit root (assumes common unit root process)</p> <p>Levin, Lin & Chu t* -3.98574 0.0000 30 561</p> <p>Breitung t-stat -6.45089 0.0000 30 531</p> <hr/> <p>Null: Unit root (assumes individual unit root process)</p> <p>Im, Pesaran and Shin W-stat -0.79412 0.2136 30 561</p> <p>ADF - Fisher Chi-square 127.570 0.0000 30 561</p> <p>PP - Fisher Chi-square 102.829 0.0005 30 600</p> <hr/> <p>** Probabilities for Fisher tests are computed using an asymptotic Chi-square distribution. All other tests assume asymptotic normality.</p>	<p>Levin, Lin & Chu t* -17.3190 0.0000 30 555</p> <hr/> <p>Null: Unit root (assumes individual unit root process)</p> <p>Im, Pesaran and Shin W-stat -18.6162 0.0000 30 555</p> <p>ADF - Fisher Chi-square 886.569 0.0000 30 555</p> <p>PP - Fisher Chi-square 1688.59 0.0000 30 600</p> <hr/> <p>** Probabilities for Fisher tests are computed using an asymptotic Chi-square distribution. All other tests assume asymptotic normality.</p>
--	--	--

-11 معدل الاطباء

عند المستوى														
None				Individual intercept and trend				Individual intercept						
<p>Panel unit root test: Summary Series: PHYSICIANS Date: 04/25/21 Time: 12:34 Sample: 1995 2015 Exogenous variables: None Automatic selection of maximum lags Automatic lag length selection based on SIC: 0 to 3 Newey-West automatic bandwidth selection and Bartlett kernel</p>				<p>Panel unit root test: Summary Series: PHYSICIANS Date: 04/25/21 Time: 12:34 Sample: 1995 2015 Exogenous variables: Individual effects, individual linear trends Automatic selection of maximum lags Automatic lag length selection based on SIC: 0 to 4 Newey-West automatic bandwidth selection and Bartlett kernel</p>				<p>Panel unit root test: Summary Series: PHYSICIANS Date: 04/25/21 Time: 12:35 Sample: 1995 2015 Exogenous variables: Individual effects Automatic selection of maximum lags Automatic lag length selection based on SIC: 0 to 4 Newey-West automatic bandwidth selection and Bartlett kernel</p>						
Cross-				Cross-				Cross-						
Method	Statistic	Prob.**	sections	Obs	Method	Statistic	Prob.**	sections	Obs	Method	Statistic	Prob.**	sections	Obs
Null: Unit root (assumes common unit root process)				Null: Unit root (assumes common unit root process)				Null: Unit root (assumes common unit root process)						
Levin, Lin & Chu t* 6.61667 1.0000 30 583				Levin, Lin & Chu t* -5.20027 0.0000 30 590				Levin, Lin & Chu t* -1.92861 0.0269 30 588						
Null: Unit root (assumes individual unit root process)				Null: Unit root (assumes individual unit root process)				Null: Unit root (assumes individual unit root process)						
ADF - Fisher Chi-square 22.7972 1.0000 30 583				Im, Pesaran and Shin W-stat -4.32797 0.0000 30 590				Im, Pesaran and Shin W-stat -1.10828 0.1339 30 588						
PP - Fisher Chi-square 23.1970 1.0000 30 599				ADF - Fisher Chi-square 125.514 0.0000 30 590				ADF - Fisher Chi-square 92.2729 0.0047 30 588						
				PP - Fisher Chi-square 121.510 0.0000 30 599				PP - Fisher Chi-square 82.3800 0.0292 30 599						
** Probabilities for Fisher tests are computed using an asymptotic Chi-square distribution. All other tests assume asymptotic normality.				** Probabilities for Fisher tests are computed using an asymptotic Chi-square distribution. All other tests assume asymptotic normality.				** Probabilities for Fisher tests are computed using an asymptotic Chi-square distribution. All other tests assume asymptotic normality.						

-12 معدل الالتحاق بالتعليم الابتدائي

عند المستوى											
None				Individual intercept and trend				Individual intercept			
<p>Panel unit root test: Summary Series: S_P Date: 04/25/21 Time: 12:37 Sample: 1995 2015</p>				<p>Panel unit root test: Summary Series: S_P Date: 04/25/21 Time: 12:37 Sample: 1995 2015</p>				<p>Panel unit root test: Summary Series: S_P Date: 04/25/21 Time: 12:38 Sample: 1995 2015</p>			

قائمة الملاحق

<p>Exogenous variables: None Automatic selection of maximum lags Automatic lag length selection based on SIC: 0 to 4 Newey-West automatic bandwidth selection and Bartlett kernel</p> <hr/> <p style="text-align: center;">Cross-</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Method</th> <th style="text-align: left;">Statistic</th> <th style="text-align: left;">Prob.**</th> <th style="text-align: left;">sections</th> <th style="text-align: left;">Obs</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="5">Null: Unit root (assumes common unit root process)</td> </tr> <tr> <td>Levin, Lin & Chu t*</td> <td>-0.77363</td> <td>0.2196</td> <td>30</td> <td>570</td> </tr> <tr> <td colspan="5">Null: Unit root (assumes individual unit root process)</td> </tr> <tr> <td>ADF - Fisher Chi-square</td> <td>62.4263</td> <td>0.3900</td> <td>30</td> <td>570</td> </tr> <tr> <td>PP - Fisher Chi-square</td> <td>45.4800</td> <td>0.9175</td> <td>30</td> <td>600</td> </tr> </tbody> </table> <p>** Probabilities for Fisher tests are computed using an asymptotic Chi-square distribution. All other tests assume asymptotic normality.</p>	Method	Statistic	Prob.**	sections	Obs	Null: Unit root (assumes common unit root process)					Levin, Lin & Chu t*	-0.77363	0.2196	30	570	Null: Unit root (assumes individual unit root process)					ADF - Fisher Chi-square	62.4263	0.3900	30	570	PP - Fisher Chi-square	45.4800	0.9175	30	600	<p>Exogenous variables: Individual effects, individual linear trends Automatic selection of maximum lags Automatic lag length selection based on SIC: 0 to 4 Newey-West automatic bandwidth selection and Bartlett kernel</p> <hr/> <p style="text-align: center;">Cross-</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Method</th> <th style="text-align: left;">Statistic</th> <th style="text-align: left;">Prob.**</th> <th style="text-align: left;">sections</th> <th style="text-align: left;">Obs</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="5">Null: Unit root (assumes common unit root process)</td> </tr> <tr> <td>Levin, Lin & Chu t*</td> <td>-1.82666</td> <td>0.0339</td> <td>30</td> <td>573</td> </tr> <tr> <td>Breitung t-stat</td> <td>1.98592</td> <td>0.9765</td> <td>30</td> <td>543</td> </tr> <tr> <td colspan="5">Null: Unit root (assumes individual unit root process)</td> </tr> <tr> <td>Im, Pesaran and Shin W-stat</td> <td>-4.14762</td> <td>0.0000</td> <td>30</td> <td>573</td> </tr> <tr> <td>ADF - Fisher Chi-square</td> <td>127.989</td> <td>0.0000</td> <td>30</td> <td>573</td> </tr> <tr> <td>PP - Fisher Chi-square</td> <td>58.3180</td> <td>0.5374</td> <td>30</td> <td>600</td> </tr> </tbody> </table> <p>** Probabilities for Fisher tests are computed using an asymptotic Chi-square distribution. All other tests assume asymptotic normality.</p>	Method	Statistic	Prob.**	sections	Obs	Null: Unit root (assumes common unit root process)					Levin, Lin & Chu t*	-1.82666	0.0339	30	573	Breitung t-stat	1.98592	0.9765	30	543	Null: Unit root (assumes individual unit root process)					Im, Pesaran and Shin W-stat	-4.14762	0.0000	30	573	ADF - Fisher Chi-square	127.989	0.0000	30	573	PP - Fisher Chi-square	58.3180	0.5374	30	600	<p>Exogenous variables: Individual effects Automatic selection of maximum lags Automatic lag length selection based on SIC: 0 to 4 Newey-West automatic bandwidth selection and Bartlett kernel</p> <hr/> <p style="text-align: center;">Cross-</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Method</th> <th style="text-align: left;">Statistic</th> <th style="text-align: left;">Prob.**</th> <th style="text-align: left;">sections</th> <th style="text-align: left;">Obs</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="5">Null: Unit root (assumes common unit root process)</td> </tr> <tr> <td>Levin, Lin & Chu t*</td> <td>-1.85949</td> <td>0.0315</td> <td>30</td> <td>577</td> </tr> <tr> <td colspan="5">Null: Unit root (assumes individual unit root process)</td> </tr> <tr> <td>Im, Pesaran and Shin W-stat</td> <td>-1.60289</td> <td>0.0545</td> <td>30</td> <td>577</td> </tr> <tr> <td>ADF - Fisher Chi-square</td> <td>77.8700</td> <td>0.0603</td> <td>30</td> <td>577</td> </tr> <tr> <td>PP - Fisher Chi-square</td> <td>64.0104</td> <td>0.3377</td> <td>30</td> <td>600</td> </tr> </tbody> </table> <p>** Probabilities for Fisher tests are computed using an asymptotic Chi-square distribution. All other tests assume asymptotic normality.</p>	Method	Statistic	Prob.**	sections	Obs	Null: Unit root (assumes common unit root process)					Levin, Lin & Chu t*	-1.85949	0.0315	30	577	Null: Unit root (assumes individual unit root process)					Im, Pesaran and Shin W-stat	-1.60289	0.0545	30	577	ADF - Fisher Chi-square	77.8700	0.0603	30	577	PP - Fisher Chi-square	64.0104	0.3377	30	600
Method	Statistic	Prob.**	sections	Obs																																																																																																							
Null: Unit root (assumes common unit root process)																																																																																																											
Levin, Lin & Chu t*	-0.77363	0.2196	30	570																																																																																																							
Null: Unit root (assumes individual unit root process)																																																																																																											
ADF - Fisher Chi-square	62.4263	0.3900	30	570																																																																																																							
PP - Fisher Chi-square	45.4800	0.9175	30	600																																																																																																							
Method	Statistic	Prob.**	sections	Obs																																																																																																							
Null: Unit root (assumes common unit root process)																																																																																																											
Levin, Lin & Chu t*	-1.82666	0.0339	30	573																																																																																																							
Breitung t-stat	1.98592	0.9765	30	543																																																																																																							
Null: Unit root (assumes individual unit root process)																																																																																																											
Im, Pesaran and Shin W-stat	-4.14762	0.0000	30	573																																																																																																							
ADF - Fisher Chi-square	127.989	0.0000	30	573																																																																																																							
PP - Fisher Chi-square	58.3180	0.5374	30	600																																																																																																							
Method	Statistic	Prob.**	sections	Obs																																																																																																							
Null: Unit root (assumes common unit root process)																																																																																																											
Levin, Lin & Chu t*	-1.85949	0.0315	30	577																																																																																																							
Null: Unit root (assumes individual unit root process)																																																																																																											
Im, Pesaran and Shin W-stat	-1.60289	0.0545	30	577																																																																																																							
ADF - Fisher Chi-square	77.8700	0.0603	30	577																																																																																																							
PP - Fisher Chi-square	64.0104	0.3377	30	600																																																																																																							

عند الفرق الاول

<p>Panel unit root test: Summary Series: D(S_P) Date: 04/25/21 Time: 12:41 Sample: 1995 2015 Exogenous variables: None Automatic selection of maximum lags Automatic lag length selection based on SIC: 0 to 3 Newey-West automatic bandwidth selection and Bartlett kernel</p> <hr/> <p style="text-align: center;">Cross-</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Method</th> <th style="text-align: left;">Statistic</th> <th style="text-align: left;">Prob.**</th> <th style="text-align: left;">sections</th> <th style="text-align: left;">Obs</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="5">Null: Unit root (assumes common unit root process)</td> </tr> <tr> <td>Levin, Lin & Chu t*</td> <td>-21.5907</td> <td>0.0000</td> <td>30</td> <td>560</td> </tr> <tr> <td colspan="5">Null: Unit root (assumes individual unit root process)</td> </tr> <tr> <td>ADF - Fisher Chi-square</td> <td>461.283</td> <td>0.0000</td> <td>30</td> <td>560</td> </tr> <tr> <td>PP - Fisher Chi-square</td> <td>462.190</td> <td>0.0000</td> <td>30</td> <td>570</td> </tr> </tbody> </table> <p>** Probabilities for Fisher tests are computed using an asymptotic Chi-square distribution. All other tests assume asymptotic normality.</p>	Method	Statistic	Prob.**	sections	Obs	Null: Unit root (assumes common unit root process)					Levin, Lin & Chu t*	-21.5907	0.0000	30	560	Null: Unit root (assumes individual unit root process)					ADF - Fisher Chi-square	461.283	0.0000	30	560	PP - Fisher Chi-square	462.190	0.0000	30	570	<p>Panel unit root test: Summary Series: D(S_P) Date: 04/25/21 Time: 12:41 Sample: 1995 2015 Exogenous variables: Individual effects, individual linear trends Automatic selection of maximum lags Automatic lag length selection based on SIC: 0 to 3 Newey-West automatic bandwidth selection and Bartlett kernel</p> <hr/> <p style="text-align: center;">Cross-</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Method</th> <th style="text-align: left;">Statistic</th> <th style="text-align: left;">Prob.**</th> <th style="text-align: left;">sections</th> <th style="text-align: left;">Obs</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="5">Null: Unit root (assumes common unit root process)</td> </tr> <tr> <td>Levin, Lin & Chu t*</td> <td>-13.8531</td> <td>0.0000</td> <td>30</td> <td>547</td> </tr> <tr> <td>Breitung t-stat</td> <td>-6.06371</td> <td>0.0000</td> <td>30</td> <td>517</td> </tr> <tr> <td colspan="5">Null: Unit root (assumes individual unit root process)</td> </tr> <tr> <td>Im, Pesaran and Shin W-stat</td> <td>-13.5628</td> <td>0.0000</td> <td>30</td> <td>547</td> </tr> <tr> <td>ADF - Fisher Chi-square</td> <td>263.567</td> <td>0.0000</td> <td>30</td> <td>547</td> </tr> <tr> <td>PP - Fisher Chi-square</td> <td>294.156</td> <td>0.0000</td> <td>30</td> <td>570</td> </tr> </tbody> </table> <p>** Probabilities for Fisher tests are computed using an asymptotic Chi-square distribution. All other tests assume asymptotic normality.</p>	Method	Statistic	Prob.**	sections	Obs	Null: Unit root (assumes common unit root process)					Levin, Lin & Chu t*	-13.8531	0.0000	30	547	Breitung t-stat	-6.06371	0.0000	30	517	Null: Unit root (assumes individual unit root process)					Im, Pesaran and Shin W-stat	-13.5628	0.0000	30	547	ADF - Fisher Chi-square	263.567	0.0000	30	547	PP - Fisher Chi-square	294.156	0.0000	30	570	<p>Panel unit root test: Summary Series: D(S_P) Date: 04/25/21 Time: 12:42 Sample: 1995 2015 Exogenous variables: Individual effects Automatic selection of maximum lags Automatic lag length selection based on SIC: 0 to 4 Newey-West automatic bandwidth selection and Bartlett kernel</p> <hr/> <p style="text-align: center;">Cross-</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Method</th> <th style="text-align: left;">Statistic</th> <th style="text-align: left;">Prob.**</th> <th style="text-align: left;">sections</th> <th style="text-align: left;">Obs</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="5">Null: Unit root (assumes common unit root process)</td> </tr> <tr> <td>Levin, Lin & Chu t*</td> <td>-16.9191</td> <td>0.0000</td> <td>30</td> <td>554</td> </tr> <tr> <td colspan="5">Null: Unit root (assumes individual unit root process)</td> </tr> <tr> <td>Im, Pesaran and Shin W-stat</td> <td>-16.7662</td> <td>0.0000</td> <td>30</td> <td>554</td> </tr> <tr> <td>ADF - Fisher Chi-square</td> <td>364.508</td> <td>0.0000</td> <td>30</td> <td>554</td> </tr> <tr> <td>PP - Fisher Chi-square</td> <td>581.829</td> <td>0.0000</td> <td>30</td> <td>570</td> </tr> </tbody> </table> <p>** Probabilities for Fisher tests are computed using an asymptotic Chi-square distribution. All other tests assume asymptotic normality.</p>	Method	Statistic	Prob.**	sections	Obs	Null: Unit root (assumes common unit root process)					Levin, Lin & Chu t*	-16.9191	0.0000	30	554	Null: Unit root (assumes individual unit root process)					Im, Pesaran and Shin W-stat	-16.7662	0.0000	30	554	ADF - Fisher Chi-square	364.508	0.0000	30	554	PP - Fisher Chi-square	581.829	0.0000	30	570
Method	Statistic	Prob.**	sections	Obs																																																																																																							
Null: Unit root (assumes common unit root process)																																																																																																											
Levin, Lin & Chu t*	-21.5907	0.0000	30	560																																																																																																							
Null: Unit root (assumes individual unit root process)																																																																																																											
ADF - Fisher Chi-square	461.283	0.0000	30	560																																																																																																							
PP - Fisher Chi-square	462.190	0.0000	30	570																																																																																																							
Method	Statistic	Prob.**	sections	Obs																																																																																																							
Null: Unit root (assumes common unit root process)																																																																																																											
Levin, Lin & Chu t*	-13.8531	0.0000	30	547																																																																																																							
Breitung t-stat	-6.06371	0.0000	30	517																																																																																																							
Null: Unit root (assumes individual unit root process)																																																																																																											
Im, Pesaran and Shin W-stat	-13.5628	0.0000	30	547																																																																																																							
ADF - Fisher Chi-square	263.567	0.0000	30	547																																																																																																							
PP - Fisher Chi-square	294.156	0.0000	30	570																																																																																																							
Method	Statistic	Prob.**	sections	Obs																																																																																																							
Null: Unit root (assumes common unit root process)																																																																																																											
Levin, Lin & Chu t*	-16.9191	0.0000	30	554																																																																																																							
Null: Unit root (assumes individual unit root process)																																																																																																											
Im, Pesaran and Shin W-stat	-16.7662	0.0000	30	554																																																																																																							
ADF - Fisher Chi-square	364.508	0.0000	30	554																																																																																																							
PP - Fisher Chi-square	581.829	0.0000	30	570																																																																																																							

13- معدل الالتحاق بالتعليم الثانوي

عند المستوى		
None	Individual intercept and trend	Individual intercept
Panel unit root test: Summary Series: S_S	Panel unit root test: Summary Series: S_S	Panel unit root test: Summary Series: S_S

قائمة الملاحق

Date: 04/25/21 Time: 12:43 Sample: 1995 2015 Exogenous variables: None Automatic selection of maximum lags Automatic lag length selection based on SIC: 0 to 4 Newey-West automatic bandwidth selection and Bartlett kernel	Date: 04/25/21 Time: 12:44 Sample: 1995 2015 Exogenous variables: Individual effects, individual linear trends Automatic selection of maximum lags Automatic lag length selection based on SIC: 0 to 4 Newey-West automatic bandwidth selection and Bartlett kernel	Date: 04/25/21 Time: 12:44 Sample: 1995 2015 Exogenous variables: Individual effects Automatic selection of maximum lags Automatic lag length selection based on SIC: 0 to 4 Newey-West automatic bandwidth selection and Bartlett kernel
Cross- Method Statistic Prob.** sections Obs	Cross- Method Statistic Prob.** sections Obs	Cross- Method Statistic Prob.** sections Obs
Null: Unit root (assumes common unit root process)	Null: Unit root (assumes common unit root process)	Null: Unit root (assumes common unit root process)
Levin, Lin & Chu t* 8.64819 1.0000 30 584	Levin, Lin & Chu t* -2.34333 0.0096 30 567	Levin, Lin & Chu t* -1.79915 0.0360 30 582
Null: Unit root (assumes individual unit root process)	Null: Unit root (assumes individual unit root process)	Null: Unit root (assumes individual unit root process)
ADF - Fisher Chi-square 16.7473 1.0000 30 584	Im, Pesaran and Shin W-stat -1.89445 0.0291 30 567	Im, Pesaran and Shin W-stat 1.79620 0.9638 30 582
PP - Fisher Chi-square 8.39021 1.0000 30 600	ADF - Fisher Chi-square 85.5234 0.0169 30 567	ADF - Fisher Chi-square 54.0156 0.6929 30 582
	PP - Fisher Chi-square 46.0103 0.9083 30 600	PP - Fisher Chi-square 47.7692 0.8730 30 600
** Probabilities for Fisher tests are computed using an asymptotic Chi-square distribution. All other tests assume asymptotic normality.	** Probabilities for Fisher tests are computed using an asymptotic Chi-square distribution. All other tests assume asymptotic normality.	** Probabilities for Fisher tests are computed using an asymptotic Chi-square distribution. All other tests assume asymptotic normality.

عند الفرق الاول

Panel unit root test: Summary Series: D(S_S) Date: 04/25/21 Time: 12:47 Sample: 1995 2015 Exogenous variables: None Automatic selection of maximum lags Automatic lag length selection based on SIC: 0 to 4 Newey-West automatic bandwidth selection and Bartlett kernel	Panel unit root test: Summary Series: D(S_S) Date: 04/25/21 Time: 12:47 Sample: 1995 2015 Exogenous variables: Individual effects, individual linear trends Automatic selection of maximum lags Automatic lag length selection based on SIC: 0 to 3 Newey-West automatic bandwidth selection and Bartlett kernel	Panel unit root test: Summary Series: D(S_S) Date: 04/25/21 Time: 12:48 Sample: 1995 2015 Exogenous variables: Individual effects Automatic selection of maximum lags Automatic lag length selection based on SIC: 0 to 4 Newey-West automatic bandwidth selection and Bartlett kernel
Cross- Method Statistic Prob.** sections Obs	Cross- Method Statistic Prob.** sections Obs	Cross- Method Statistic Prob.** sections Obs
Null: Unit root (assumes common unit root process)	Null: Unit root (assumes common unit root process)	Null: Unit root (assumes common unit root process)
Levin, Lin & Chu t* -15.4979 0.0000 30 561	Levin, Lin & Chu t* -13.2791 0.0000 30 557	Levin, Lin & Chu t* -17.0141 0.0000 30 559
Null: Unit root (assumes individual unit root process)	Null: Unit root (assumes individual unit root process)	Null: Unit root (assumes individual unit root process)
ADF - Fisher Chi-square 386.130 0.0000 30 561	Im, Pesaran and Shin W-stat -11.7226 0.0000 30 557	Im, Pesaran and Shin W-stat -15.3859 0.0000 30 559
PP - Fisher Chi-square 403.851 0.0000 30 570	ADF - Fisher Chi-square 239.430 0.0000 30 557	ADF - Fisher Chi-square 321.760 0.0000 30 559
	PP - Fisher Chi-square 299.582 0.0000 30 570	PP - Fisher Chi-square 507.069 0.0000 30 570
** Probabilities for Fisher tests are computed using an asymptotic Chi-square distribution. All other tests assume asymptotic normality.	** Probabilities for Fisher tests are computed using an asymptotic Chi-square distribution. All other tests assume asymptotic normality.	** Probabilities for Fisher tests are computed using an asymptotic Chi-square distribution. All other tests assume asymptotic normality.

14- معدل الالتحاق بالتعليم العالي

عند المستوى		
None	Individual intercept and trend	Individual intercept

قائمة الملاحق

Panel unit root test: Summary Series: S_T Date: 04/25/21 Time: 12:50 Sample: 1995 2015 Exogenous variables: None Automatic selection of maximum lags Automatic lag length selection based on SIC: 0 to 3 Newey-West automatic bandwidth selection and Bartlett kernel	Panel unit root test: Summary Series: S_T Date: 04/25/21 Time: 12:50 Sample: 1995 2015 Exogenous variables: Individual effects, individual linear trends Automatic selection of maximum lags Automatic lag length selection based on SIC: 0 to 4 Newey-West automatic bandwidth selection and Bartlett kernel	Panel unit root test: Summary Series: S_T Date: 04/25/21 Time: 12:50 Sample: 1995 2015 Exogenous variables: Individual effects Automatic selection of maximum lags Automatic lag length selection based on SIC: 0 to 4 Newey-West automatic bandwidth selection and Bartlett kernel
Cross- Method Statistic Prob.** sections Obs	Cross- Method Statistic Prob.** sections Obs	Cross- Method Statistic Prob.** sections Obs
Null: Unit root (assumes common unit root process)	Null: Unit root (assumes common unit root process)	Null: Unit root (assumes common unit root process)
Levin, Lin & Chu t* 13.4007 1.0000 30 581	Levin, Lin & Chu t* 1.23796 0.8921 30 574	Levin, Lin & Chu t* 3.44919 0.9997 30 583
Null: Unit root (assumes individual unit root process)	Null: Unit root (assumes individual unit root process)	Null: Unit root (assumes individual unit root process)
ADF - Fisher Chi-square 7.80540 1.0000 30 581	Im, Pesaran and Shin W-stat 1.78825 0.9631 30 574	Im, Pesaran and Shin W-stat 6.58987 1.0000 30 583
PP - Fisher Chi-square 5.57404 1.0000 30 598	ADF - Fisher Chi-square 61.0899 0.4366 30 574	ADF - Fisher Chi-square 47.8636 0.8709 30 583
	PP - Fisher Chi-square 31.8980 0.9989 30 598	PP - Fisher Chi-square 49.0669 0.8424 30 598
** Probabilities for Fisher tests are computed using an asymptotic Chi-square distribution. All other tests assume asymptotic normality.	** Probabilities for Fisher tests are computed using an asymptotic Chi-square distribution. All other tests assume asymptotic normality.	** Probabilities for Fisher tests are computed using an asymptotic Chi-square distribution. All other tests assume asymptotic normality.

عند الفرق الاول

Panel unit root test: Summary Series: D(S_T) Date: 04/25/21 Time: 12:52 Sample: 1995 2015 Exogenous variables: None Automatic selection of maximum lags Automatic lag length selection based on SIC: 0 to 4 Newey-West automatic bandwidth selection and Bartlett kernel	Panel unit root test: Summary Series: D(S_T) Date: 04/25/21 Time: 12:52 Sample: 1995 2015 Exogenous variables: Individual effects, individual linear trends Automatic selection of maximum lags Automatic lag length selection based on SIC: 0 to 3 Newey-West automatic bandwidth selection and Bartlett kernel	Panel unit root test: Summary Series: D(S_T) Date: 04/25/21 Time: 12:52 Sample: 1995 2015 Exogenous variables: Individual effects Automatic selection of maximum lags Automatic lag length selection based on SIC: 0 to 4 Newey-West automatic bandwidth selection and Bartlett kernel
Cross- Method Statistic Prob.** sections Obs	Cross- Method Statistic Prob.** sections Obs	Cross- Method Statistic Prob.** sections Obs
Null: Unit root (assumes common unit root process)	Null: Unit root (assumes common unit root process)	Null: Unit root (assumes common unit root process)
Levin, Lin & Chu t* -7.66093 0.0000 30 547	Levin, Lin & Chu t* -10.9602 0.0000 30 554	Levin, Lin & Chu t* -8.94266 0.0000 30 547
Null: Unit root (assumes individual unit root process)	Null: Unit root (assumes individual unit root process)	Null: Unit root (assumes individual unit root process)
ADF - Fisher Chi-square 245.735 0.0000 30 547	Im, Pesaran and Shin W-stat -11.4286 0.0000 30 554	Im, Pesaran and Shin W-stat -9.56941 0.0000 30 547
PP - Fisher Chi-square 281.401 0.0000 30 567	ADF - Fisher Chi-square 227.702 0.0000 30 554	ADF - Fisher Chi-square 226.094 0.0000 30 547
	PP - Fisher Chi-square 257.192 0.0000 30 567	PP - Fisher Chi-square 382.775 0.0000 30 567
** Probabilities for Fisher tests are computed using an asymptotic Chi-square distribution. All other tests assume asymptotic normality.	** Probabilities for Fisher tests are computed using an asymptotic Chi-square distribution. All other tests assume asymptotic normality.	** Probabilities for Fisher tests are computed using an asymptotic Chi-square distribution. All other tests assume asymptotic normality.

Dependent Variable: CPIB_H
 Method: Panel Least Squares
 Date: 01/21/20 Time: 11:20
 Sample: 1995 2015
 Periods included: 21
 Cross-sections included: 30
 Total panel (unbalanced) observations: 628

Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
DEPENSES_E	-0.190690	0.109692	-1.738404	0.0826
DEPENSES_S	-0.251962	0.137268	-1.835552	0.0669
FERTILITY	-1.132133	0.325292	-3.480364	0.0005
GOV	0.007699	0.016128	0.477353	0.6333
LETERACY_A	0.067550	0.031026	2.177247	0.0298
LETERACY_Y	0.004830	0.047623	0.101412	0.9193
LIFE_EXPACTANCY	-0.014127	0.081316	-0.173727	0.8621
M_INDER_5	-0.415956	0.163768	-2.539907	0.0113
M_INF	0.563678	0.206153	2.734273	0.0064
PHYSICIANS	0.424455	0.179784	2.360920	0.0185
S_P	-0.019554	0.019345	-1.010802	0.3125
S_S	-0.009055	0.016167	-0.560112	0.5756
S_T	-0.001805	0.013910	-0.129735	0.8968
C	2.365833	8.530548	0.277337	0.7816
R-squared	0.113336	Mean dependent var	3.281707	
Adjusted R-squared	0.094563	S.D. dependent var	4.595387	
S.E. of regression	4.372715	Akaike info criterion	5.810686	
Sum squared resid	11740.07	Schwarz criterion	5.909723	
Log likelihood	-1810.555	Hannan-Quinn criter.	5.849160	
F-statistic	6.037183	Durbin-Watson stat	1.018410	
Prob(F-statistic)	0.000000			

Dependent Variable: CPIB_H
 Method: Panel Least Squares
 Date: 01/21/20 Time: 17:36
 Sample: 1995 2015
 Periods included: 21
 Cross-sections included: 30
 Total panel (unbalanced) observations: 628

Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
DEPENSES_E	-0.337973	0.181227	-1.864912	0.0627
DEPENSES_S	-0.071643	0.187220	-0.382668	0.7021
FERTILITY	-2.065134	0.833130	-2.478766	0.0135
GOV	0.023223	0.025746	0.902014	0.3674
LETERACY_A	-0.085096	0.081601	-1.042831	0.2975
LETERACY_Y	-0.010600	0.047608	-0.222660	0.8239
LIFE_EXPACTANCY	-1.157295	0.312850	-3.699205	0.0002
M_INDER_5	-0.531750	0.335757	-1.583732	0.1138
M_INF	0.458985	0.472253	0.971905	0.3315
PHYSICIANS	0.560859	0.492780	1.138154	0.2555
S_P	-0.058144	0.028774	-2.020672	0.0438
S_S	0.038272	0.022324	1.714368	0.0870
S_T	0.034994	0.019452	1.798957	0.0725
C	104.3159	24.29785	4.293215	0.0000

Effects Specification

Cross-section fixed (dummy variables)			
R-squared	0.265346	Mean dependent var	3.281707
Adjusted R-squared	0.212602	S.D. dependent var	4.595387
S.E. of regression	4.077738	Akaike info criterion	5.714976
Sum squared resid	9727.348	Schwarz criterion	6.019163
Log likelihood	-1751.502	Hannan-Quinn criter.	5.833147
F-statistic	5.030794	Durbin-Watson stat	1.232341
Prob(F-statistic)	0.000000		

الملحق 04: نموذج التأثيرات العشوائية

Dependent Variable: CPIB_H
 Method: Panel EGLS (Cross-section random effects)
 Date: 01/21/20 Time: 18:00
 Sample: 1995 2015
 Periods included: 21
 Cross-sections included: 30
 Total panel (unbalanced) observations: 628
 Swamy and Arora estimator of component variances

Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
DEPENSES_E	-0.287118	0.137969	-2.081033	0.0378
DEPENSES_S	-0.092694	0.155009	-0.597990	0.5501
FERTILITY	-1.034229	0.466858	-2.215299	0.0271
GOV	0.008878	0.019843	0.447429	0.6547
LETERACY_A	0.013251	0.043859	0.302121	0.7627
LETERACY_Y	-0.006371	0.046236	-0.137804	0.8904
LIFE_EXPACTANCY	-0.194610	0.114125	-1.705233	0.0887
M_INDER_5	-0.692765	0.206380	-3.356747	0.0008
M_INF	0.860698	0.267223	3.220904	0.0013
PHYSICIANS	0.428388	0.256396	1.670802	0.0953
S_P	-0.040286	0.022953	-1.755117	0.0797
S_S	0.007129	0.018146	0.392862	0.6946
S_T	0.005181	0.015553	0.333139	0.7391
C	21.90608	10.76317	2.035280	0.0423

Effects Specification

	S.D.	Rho
Cross-section random	1.361875	0.1003
Idiosyncratic random	4.077738	0.8997

Weighted Statistics

R-squared	0.060178	Mean dependent var	1.796755
Adjusted R-squared	0.040279	S.D. dependent var	4.245820
S.E. of regression	4.159524	Sum squared resid	10623.21
F-statistic	3.024243	Durbin-Watson stat	1.126985
Prob(F-statistic)	0.000245		

Unweighted Statistics

R-squared	0.089665	Mean dependent var	3.281707
Sum squared resid	12053.49	Durbin-Watson stat	0.993256

Correlated Random Effects - Hausman Test
Equation: Untitled
Test cross-section random effects

Test Summary	Chi-Sq. Statistic	Chi-Sq. d.f.	Prob.
Cross-section random	37.920446	13	0.0003

Cross-section random effects test comparisons:

Variable	Fixed	Random	Var(Diff.)	Prob.
DEPENSES_E	-0.337973	-0.287118	0.013808	0.6652
DEPENSES_S	-0.071643	-0.092694	0.011024	0.8411
FERTILITY	-2.065134	-1.034229	0.476150	0.1352
GOV	0.023223	0.008878	0.000269	0.3819
LETERACY_A	-0.085096	0.013251	0.004735	0.1529
LETERACY_Y	-0.010600	-0.006371	0.000129	0.7094
LIFE_EXPACTANCY	-1.157295	-0.194610	0.084850	0.0010
M_INDER_5	-0.531750	-0.692765	0.070140	0.5432
M_INF	0.458985	0.860698	0.151615	0.3022
PHYSICIANS	0.560859	0.428388	0.177093	0.7529
S_P	-0.058144	-0.040286	0.000301	0.3034
S_S	0.038272	0.007129	0.000169	0.0166
S_T	0.034994	0.005181	0.000137	0.0107

Cross-section random effects test equation:
Dependent Variable: CPIB_H
Method: Panel Least Squares
Date: 01/21/20 Time: 18:22
Sample: 1995 2015
Periods included: 21
Cross-sections included: 30
Total panel (unbalanced) observations: 628

Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
C	104.3159	24.29785	4.293215	0.0000
DEPENSES_E	-0.337973	0.181227	-1.864912	0.0627
DEPENSES_S	-0.071643	0.187220	-0.382668	0.7021
FERTILITY	-2.065134	0.833130	-2.478766	0.0135
GOV	0.023223	0.025746	0.902014	0.3674
LETERACY_A	-0.085096	0.081601	-1.042831	0.2975
LETERACY_Y	-0.010600	0.047608	-0.222660	0.8239
LIFE_EXPACTANCY	-1.157295	0.312850	-3.699205	0.0002
M_INDER_5	-0.531750	0.335757	-1.583732	0.1138
M_INF	0.458985	0.472253	0.971905	0.3315
PHYSICIANS	0.560859	0.492780	1.138154	0.2555
S_P	-0.058144	0.028774	-2.020672	0.0438
S_S	0.038272	0.022324	1.714368	0.0870
S_T	0.034994	0.019452	1.798957	0.0725

Effects Specification

Cross-section fixed (dummy variables)

R-squared	0.265346	Mean dependent var	3.281707
Adjusted R-squared	0.212602	S.D. dependent var	4.595387
S.E. of regression	4.077738	Akaike info criterion	5.714976
Sum squared resid	9727.348	Schwarz criterion	6.019163

الملحق 06: التأثيرات الثابتة للدول

	COUNTRY	Effect
1	Albania	4.213303
2	Algeria	0.340540
3	Armenia	0.171209
4	Azerbaijan	3.569308
5	Belarus	-6.895922
6	Brazil	-1.047468
7	Bulgaria	-4.347137
8	China	6.742595
9	Colombia	-0.751985
10	Costa Rica	5.496718
11	Cuba	2.703414
	Dominican	
12	Republic	2.768025
13	Ecuador	2.668233
	Iran,	
14	Islamic	
	Rep.	-2.449090
15	Jamaica	-3.088528
16	Jordan	1.277054
17	Kazakhstan	-5.208838
18	Lebanon	-1.307991
19	Malaysia	0.546641
20	Mauritius	-2.258454
21	Mexico	1.940945
22	Mongolia	-2.092567
23	Oman	-1.507979
24	Panama	5.832357
25	Peru	3.031683
26	Thailand	-2.158808
27	Tunisia	1.701156
28	Turkey	0.278955
29	Ukraine	-9.881269
30	Uruguay	-0.308626

ملخص

تهدف هذه الدراسة إلى محاولة تقييم السياسات الاجتماعية في قطاعي الصحة والتعليم في مجموعة من الدول ذات تنمية بشرية مرتفعة، تضمنت الدراسة تحليلاً نظرياً لمختلف المقاربات التي تهتم بتقييم السياسات الاجتماعية وكذلك بعض التجارب الدولية في هذا المجال. كما شملت الدراسة القياسية محاولة تحديد أثر المؤشرات الصحية والتعليمية على النمو الاقتصادي خلال الفترة 1995-2015 باستعمال بيانات البانال لعينة مكونة من 30 دولة. النتائج أشارت إلى أن النموذج الأمثل هو نموذج الانثار الثابتة، وأن هناك تأثيراً إيجابياً ومعنوياً لمعدل الالتحاق بالتعليم الثانوي، معدل الالتحاق بالتعليم العالي على معدل النمو الاقتصادي، وتأثيراً معنوياً وسلبياً لمعدل الانفاق على التعليم، معدل الخصوبة، معدل العمر المتوقع للولادة، معدل الالتحاق بالتعليم الابتدائي على معدل النمو الاقتصادي. الكلمات المفتاحية: السياسات الاجتماعية، الصحة، التعليم، التقييم، النمو الاقتصادي، بيانات البانال

Résumé :

Cette étude tente d'évaluer les politiques sociales dans les secteurs de la santé et de l'éducation dans un échantillon de pays à fort développement humain. L'étude comprend une analyse théorique de diverses approches concernant l'évaluation des politiques sociales et de certaines expériences internationales dans ce domaine. L'étude économétrique essaye de déterminer l'impact des indicateurs de santé et d'éducation sur la croissance économique au cours de la période 1995-2015, en utilisant les données panel pour un échantillon de 30 pays. Les résultats ont indiqué que le modèle adapté est le modèle à effets fixes, et qu'il existe un effet positif et significatif du taux de scolarisation dans l'enseignement secondaire, du taux de scolarisation dans l'enseignement supérieur sur le taux de croissance économique, et un effet significatif et négatif du taux de dépenses d'éducation, le taux de fécondité, le taux d'espérance de vie, le taux de scolarisation dans l'enseignement primaire sur le taux de croissance économique.

Mots clés : politiques sociales, santé, éducation, évaluation, croissance économique, données de panel.

Abstract:

This study tries to evaluate social policies in health and education sectors in a sample of countries with high human development. The study embraces a theoretical analysis of various approaches to the evaluation of social policies and some international experiences in this field. The econometric study attempts to determine the impact of health and education indicators on economic growth over the period 1995-2015, using panel data for a sample of 30 countries. The results indicated that the model of fixed effects is adapted model for our study, and there is a positive and significant effect of the enrollment rate in secondary education, the enrollment rate in tertiary education on the economic growth rate, and there is a significant and negative effect of the education expenditure rate, the fertility rate, the life expectancy rate, the enrollment rate in primary education on the economic growth rate.

Keywords: social policies, health, education, evaluation, economic growth, panel data.

