بعض مؤشرات التعليم والصحة في إثيوبيا منذ عام 2001

أ. مرفت سعيد مبروك(*)
أ.د. سالي فريد(*G) د سماح المرسي(**)

مُلخص:

تهدف هذه الدراسة إلى تحليل الإنفاق العام على قطاع التعليم والصحة وتطوره منذ بداية تطبيق برامج الحد من الفقر في إثيوبيا في الفترة 2001–2020، وذلك باستخدام أسلوب التحليل الإحصائي للوقوف على مدى فعالية الإنفاق العام الاجتماعي في تطوير قطاع التعليم والصحة وتحقيق أكبر الاستفادة منها للوصول للاستخدام الأمثل، حيث أكدت النظريات الاقتصادية المفسرة للإنفاق العام الاجتماعي بأنها تساهم بشكل إيجابي في النمو الاقتصادي مما يؤدى إلى حدوث زيادة في حجم التوظيف والأرباح والاستثمار.

وقد توصلت الدراسة إلى: 1- ارتفاع حصة الإنفاقعلى التعليم من 2,122 مليار بر إثيوبي عام 2001 إلى 108,225 مليار بر إثيوبي، وبلغت أعلى نسبة للإنفاق العام على التعليم من حجم الناتج المحلى الإجمالي 5,7% عام 2017 ثم انخفضت إلى 5,1% عام 2018، وقد شهدت مرحلة التعليم الابتدائي زيادة في بناء المدارس التعليمية في إثيوبيا من 11,780 ألف مدرسة عام 2001 إلى 35,980 ألف مدرسة عام 2021 بنسبة 205%، بينما مرحلة التعليم الثانوي فقد زاد فيها بناء المدارس من 424 مدرسة منذ بداية الدراسة إلى 3,481 ألف مدرسة نهاية فترة الدراسة بنسبة 721%، وأيضاً زيادة عدد المعلمين وارتفاع معدل الالتحاق الإجمالي للطلاب بالمراحل الابتدائية والثانوية، إلا أن التعليم الابتدائي قد استحوذ على النصيب الأكبر من إجمالي الإنفاق العام، ويرجع ذلك إلى اهتمام الدولة بالتعليم الابتدائي لتحقيق هدف التعليم الشامل للجميع. 2- ارتفاع حصة الإنفاقعلى الصحة من 783،. مليار بر إثيوبي إلى 30,305 مليار بر إثيوبي، وبلغت أعلى نسبة للإنفاق العام على الصحة من حجم الناتج

(*) باحثة دكتوراه بقسم السياسة والاقتصاد كلية الدراسات الإفريقية العليا– جامعة القاهرة
(**) أستاذ الاقتصاد بكلية الدراسات الإفريقية العليا – جامعة القاهرة
(***) أستاذ الاقتصاد المساعد بكلية الدراسات الإفريقية العليا – جامعة القاهرة

المحلى الإجمالي 13% عام 2015، ثم انخفضت إلى 7,7% عام 2019. كما بلغ الإنفاق الحكومي على الرعاية الصحية نحو 42,67% عام 2001 من إجمالي الإنفاقعلى الصحة في حين كان نسبة الإنفاق الخاص يشكل نحو 40,26% من إجمالي الإنفاقعلى الصحة، ثم ارتفعت نسبة الإنفاق الخاص على الصحة وكانت أعلى نسبة من الإنفاق الحكومي بلغت نحو 58,84% عام 2014، ويرجع ذلك إلى وجود ضغط على القطاع الحكومي في المراكز والمستشفيات الصحية من طوال فترات الانتظار لتقديم الخدمات المطلوبة.

وأوصت الدراسة بالعديد من التوصيات، كان من أهمها تفعيل آلية العملية التعليمية وكذلك الصحية، من خلال إعطاء قدر كافي للمنظومة المالية والإدارية من ممارسة اختصاصاتها باتخاذ القرارات اللازمة حتى يتسنى تفعيل العملية التعليمية والصحية بشكل ملائم في إثيوبيا، معمراعاة إعادة النظر عند إعداد الموازنات العامة بالدولة بحدوث توازن في توزيع بنود الإنفاق المختلفة على التعليم والصحة.

الكلمات الدالة: تطور الإنفاقالعام الاجتماعي في إثيوبيا، تحليل الإنفاقعلى التعليم والصحة في إثيوبيا.

- **Abstract:**

This study aims to analyze public spending on the education and health sector and its development since the beginning of the implementation of poverty reduction programs in Ethiopia during 2001-2020, using the statistical analysis method to determine the effectiveness of social public spending in developing the education and health sector and to make greater benefit from reaching access to the best use, as the economic theories explaining social public spending confirmed that it contributes positively to economic growth, which leads to an increase in the volume of employment, profits and investment.

The study foundout that: 1- The share of spending on education increased from 2,122 billion Ethiopian birr in 2001 to 108.225 billion Ethiopian birr, and the highest percentage of public spending on education in terms of GDP was 5.7% in 2017, then decreased to 5.1% In 2018. the primary education stage witnessed an increase in the construction of schools in Ethiopia from 11,780 thousand schools in 2001 to 35,98 thousand schools in 2021 by 205%, while the secondary education schools increased from 424 schools since the beginning of the study to 3,481 A thousand schools at the end of the study period with a rate of 721%, as well as an increase in the number of teachers and an increase in the overall enrollment rate for students in the primary and secondary stages. However, primary education has acquired the largest share of total public spending, due to the state's interest in primary education to achieve the goal of inclusive education for all. 2- An increase in the share of spending on health from 783. One billion Ethiopian birr to 30,305 billion Ethiopian birr, and the highest percentage of public spending on health was 13% of the GDP in 2015, then decreased to 7.7% in 2019.The government spending on health care reached about 42.67% in 2001 of the total spending on health, while the percentage of private spending was about 40.26 percent of the total spending on health, then the percentage of private spending on health rose and the highest percentage of government spending was about 58.84 percent in 2014, this is due to the presence of pressure on The government sector, in health centers and hospitals, due to waiting periods to provide the required services.

The study recommended many recommendations, the most important of which was activating the educational and health process,

by giving a sufficient amount to the financial and administrative system to exercise its competencies by taking the necessary decisions so that the educational and health process can be activated appropriately in Ethiopia, taking into account the reconsideration when preparing public budgets in the state That There is a balance in the distribution of the various items of expenditure on education and health.

Keywords: development of social public spending in Ethiopia, education and health expenditure analysis in Ethiopia.

- **مقدمة:**

يعد الإنفاق العام أداة فعالة من أدوات السياسة المالية للدولة لتحقيق أهدافها سواء الاقتصادية أو الاجتماعية.وينقسم الإنفاق العام إلى: إنفاق عام رأسمالي، وإنفاق عام استهلاكي، حيث يؤدى النوع الأول إلى حدوث زيادة مباشرة في الدخل القومي، بينما يؤدى النوع الثاني إلى زيادة القدرات الإنتاجية (حيث يؤدى الإنفاق الاجتماعي على الخدمات التعليمية والصحية والثقافية والتدريب الفني للعمال للارتقاء بمستوى العمالة مما يؤدى إلى زيادة القدرات الإنتاجية لهم).

ويؤدي الإنفاق على التعليم إلى إدخال عوامل أخرى غير مباشرة في النظام الاقتصادي، متمثلة في التحصيل التعليمي، وتحسين صحة الأطفال وانخفاض معدل وفياتهم، وتحسين صحة الفرد وانخفاض عدد المواليد مما يؤدي بالتالي إلى زيادة الإنتاجية.

وتمتلك الدولة صحة الفرد حيث إنها ثروة حقيقية يجب مراعاتها والحفاظ عليها لأنها من أهم مقومات الحياة، حيث يعد العنصر البشرى هو الأساس في عملية التنمية ليس بسبب تحسين الصحة فقط بل نحو تحسين جودة الخدمات الصحية وكذلك تحقيق العدالة بين أفراد المجتمع من خلال تحسين حصول الأفراد على هذه الخدمات.

أولاً: أهمية الدراسة

تأتى أهمية الدراسة من التحقق منمدى مساهمةمؤشرات التعليم والصحة في الجودة والكفاءة الأكثر اتساعاً وعمقاً داخل الاقتصاد الإثيوبي، الذي يساهم في زيادة القدرات الإنتاجية للاقتصاد المحلى، ومدى اهتمام الحكومة بالقطاعين.

ثانياً: هدف الدراسة

تهدف الدراسة إلى تحليل بعض مؤشرات التعليم والصحة، للوقوف حول مدى مساهمة هذه المؤشرات في تطور التعليم والصحة في إثيوبيا منذ عام 2001.

ثالثاً: إشكالية الدراسة

تتمثل إشكالية الدراسة في أنه على الرغم من الجهود التي قامت بها الحكومة الإثيوبية بشأن تطور الإنفاق العام الاجتماعي والتي تكون ركيزتها الصحة والتعليم. إلا إنها لم تحقق أهدافها المنشودة.

رابعاً: الإطار المكاني والزماني للدراسة

حققت إثيوبيا تقدما كبيرا نحو الأهداف الإنمائية للألفية، وفي الحد من الفقر، وتبين أن اللامركزية تحدث تحسناً في مستوى الالتحاق بالتعليم والحصول على الخدمات الأساسية في الصحة، وقد بدأت إثيوبيا في وضع خطط استراتيجية عام 2001 لتنمية قطاع التعليم وتوفير الرعاية الصحية، وقد تم تقسيم الاستراتيجية إلى عدة برامج لتخطيط العملية التعليمية والصحية وتقيمها مع الشركاء وأصحاب المصلحة.

خامساً: تساؤلات الدراسة

تسعى هذه الدراسة إلى الإجابة على: ما أهم المؤشرات التعليمية والصحية في إثيوبيا؟

سادساً: منهج الدراسة

تعتمد الدراسة على أسلوب التحليل الإحصائي في تحليل مؤشرات التعليم والصحة في إثيوبيا.

بعض مؤشرات التعليم والصحة في إثيوبيا منذ عام 2001

حققت دولة اثيوبيا وفقاً لبيانات الحسابات القومية للبنك الدولي نمواً اقتصادياً، حيث بلغ 11% كمتوسط عام لمعدل نمو الناتج المحلى الإجمالي عن الفترة من عام 2003 – 2019 وذلك بالأسعار الثابتة للعملة المحلية، وحيث بلغ ما يقارب 16% عام 2004. ورغم الازمة المالية العالمية عام 2008 بلغ معدل نمو الناتج المحلى الإجمالي لإثيوبيا عام 2008 ما يعادل 10.79%، كما بلغ عام 2019 ما يعادل 8,36%[1].

وقد اقترن معدل النمو بارتفاع قيمة الاحتياطي النقدي شاملاً الذهب من 362 مليون دولار عام 2000 إلى 1.5 مليار دولار عام 2004، ثم إلى 2.84 مليار دولار عام 2011، وارتفع إلى 3.83 مليار دولار عام 2015 ثم إلى 4 مليار دولار عام 2018 وذلك بالأسعار الجارية للدولار الأمريكي، مما ساهم في توفير مصادر تمويلية ذاتية لزيادة الإنفاق العام على قطاعي التعليم والصحة[2].

ومن حيث الهيكل الاقتصادي فقد ارتفع قطاعي البناء والخدمات في نسبة المساهمة في الناتج المحلى الإجمالي خلال الفترة 2000–2020 بينما كان قطاعي التصنيع والزراعة هما الاقل من حيث المساهمة في الناتج المحلى الإجمالي، ويرجع ذلك الى التوسع في مشروعات البنية التحتية والخدمات، وقد حقق النمو الاقتصادي أثراً ايجابياً في الحد من انتشار الفقر فقد تراجعت نسبة السكان الذين يعيشون تحت خط الفقر من 30% عام 2011 الى 24% عام 2016، وحيث استمرت الحكومة في تنفيذ المرحلة الثانية من خطة النمو والتحول والمعروفة بـ GTP (II) 2016–2020[3].

(1) World Bank Online Data Base at: http:// data. World bank. Org.
(2) **Ibid**.
(3) **Ibid**.

متوسط سعر صرف العملة الإثيوبية في عام 2022 أن الدولار= 52,63 بير إثيوبي، وفى عام 2001 كان= 7,5030 بير إثيوبي، وفى عام 2009= 8,96 بير إثيوبي، أي أن سعر الصرف للعملة الإثيوبية اختلف خلال فترة الدراسة.

ويتناول هذا البحث تحليل الانفاق العام على قطاع التعليم والصحة في دولة اثيوبيا، باعتبارهما من المصادر الهامة التي تساعد على تحقيق واستدامة النمو الاقتصادي وهو ما أكدت عليه العديد من الادبيات الاقتصادية. وحيث يتطلب نمو وتطوير التعليم توافر البنية الاساسية من المدارس والجامعات ومراكز التدريب، كما يتطلب نمو وتطوير القطاع الصحي توافر البنية الأساسية من المستشفيات والمعاهد المتخصصة ومراكز الرعاية الصحية، وهو ما يتطلب الزيادة المستمرة في الانفاق العام على القطاعين لزيادة المساهمة في تحقيق النمو الاقتصادي.

وقد أكدت العديد من الدراسات الاقتصادية على أن الانفاق العام على قطاعي التعليم والصحة ينبغي أن يقترن بتوافر الموارد الحقيقية المادية والبشرية اللازمة حيث يلعب الانفاق العام على القطاعين دوراً هاماً ورئيسياً في تحقيق الأهداف الاجتماعية المتمثلة في توفير الخدمات للمواطنين، وتحقيق الأهداف الاقتصادية المتمثلة في المساهمة لتحقيق النمو الاقتصادي ورفع الانتاجية وتخفيض نسبة الأمية والحد من الفقر.

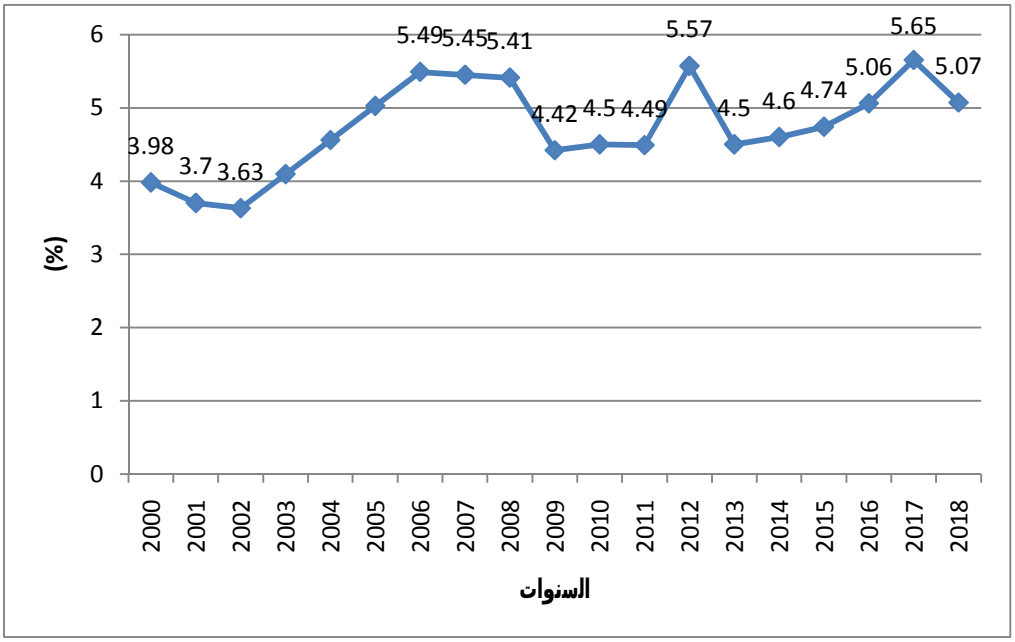
ويتناول هذا البحث تحليل بعض مؤشرات قطاع التعليم والصحة وتطورهما منذ بداية تطبيق برامج الحد من الفقر في اثيوبيا من عام 2001 حتى نهاية فترة الدراسة والتي تقع في فترة البرنامج الخامس (2015–2020).

وينقسم هذا البحث إلى مطلبين حيث يتناول المطلب الأول: تحليل مؤشرات قطاع التعليم في إثيوبياعلى حين يقدم **المطلب الثاني:** تحليل بعض مؤشرات التدريب والإنفاق على الصحة في إثيوبيا.

المطلب الأول: تحليل مؤشرات قطاع التعليم في اثيوبيا

يعد قطاع التعليم في أثيوبيا أحد القطاعات التي تحظى بتخصيص نسبة متزايدة سنويا من الموازنة وذلك مقارنة بالعديد من الدول الأفريقية، وذلك يدل على اهتمام الحكومة الإثيوبية بتعزيز التعليم وتأثيره الإيجابي على الفرد وعلى المجتمع الإثيوبي سواء من الجانب الاجتماعي أو من الجانب الاقتصادي.

شكل (1) تطور الانفاق على مراحل التعليم المختلفة في إثيوبيا كنسبة من الناتج المحلى الإجمالي (2000–2018)



Source: https://www.indexmundi.com/facts/ethiopia/public-spending-on-education

يوضح الشكل رقم (1) تطور الإنفاق على مراحل التعليم الجامعي بجانب التعليم ما قبل الجامعي في إثيوبيا كنسبة من الناتج المحلى الإجمالي خلال الفترة (2000–2018) كما هو موضح انخفاض النسبة المخصصة للإنفاق على التعليم من الناتج المحلى الإجمالي من 3,7% عام 2001 إلى 3,6% عام 2002، ثم ارتفعت نسبته إلى 5,6% عام 2012، إلا أن انخفضت مرة أخرى إلى 4,7% عام 2015، حيث شهد عام 2017 أعلى نسبة للإنفاق على التعليم خلال فترة الدراسة حيث بلغت النسبة المخصصة للإنفاق على التعليم من الناتج المحلى الإجمالي نحو 5,7%؛ويرجع سبب الزيادة إلى توجه الحكومة الإثيوبية إلى زيادة نسبة الإنفاق على التعليم وهى إحدى أهداف البرنامج الرابع من 2015–2020 والذى أطلق عليه خطة النمو والتحول الثانية التي تهدف إلى تحسين وضع الدخل بحلول عام 2025، ثم انخفضت بعد ذلك حتى وصلت إلى 5,1% عام 2018.

ويتناول هذا المطلب تحليل وتطور مؤشرات قطاع التعليم في إثيوبيا من خلال تحليل الجوانب المتعلقة بمختلف المراحل التعليمية سواء من جانب البنية الأساسية أو من جانب الأنفاق العام وذلك من خلال دراسة التطور في عدد المنشآت وزيادة اعداد التلاميذ بهذه المراحل وزيادة اعداد المدرسين ودراسة مدى تطور الانفاق العام على قطاع التعليم، وكيفية تمويله في إثيوبيا خلال فترة البرامج من 2001–2020.

أولاً: تطور البنية الأساسية لقطاع التعليم في إثيوبيا

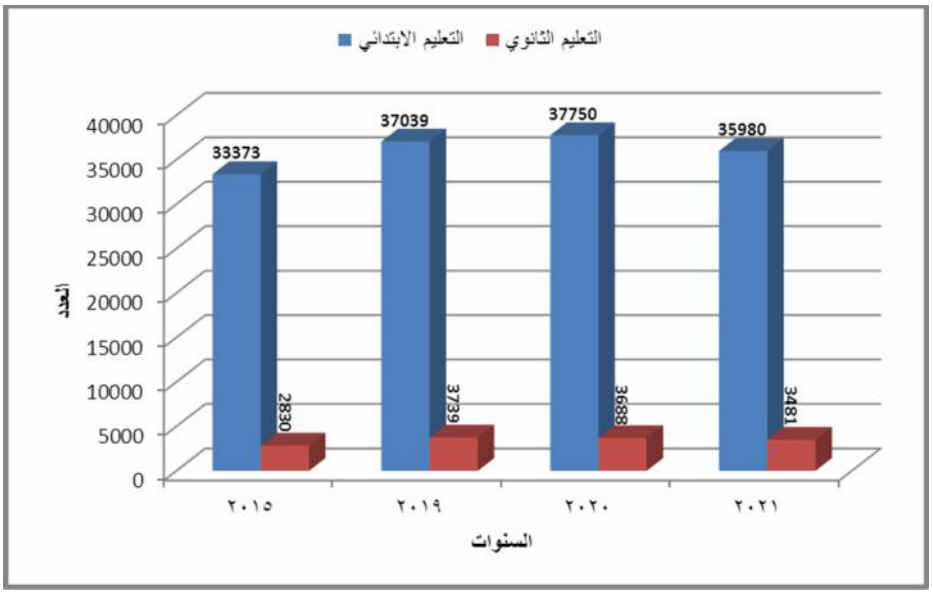
[1] تطور عدد المدارس في مراحل التعليم الإثيوبية

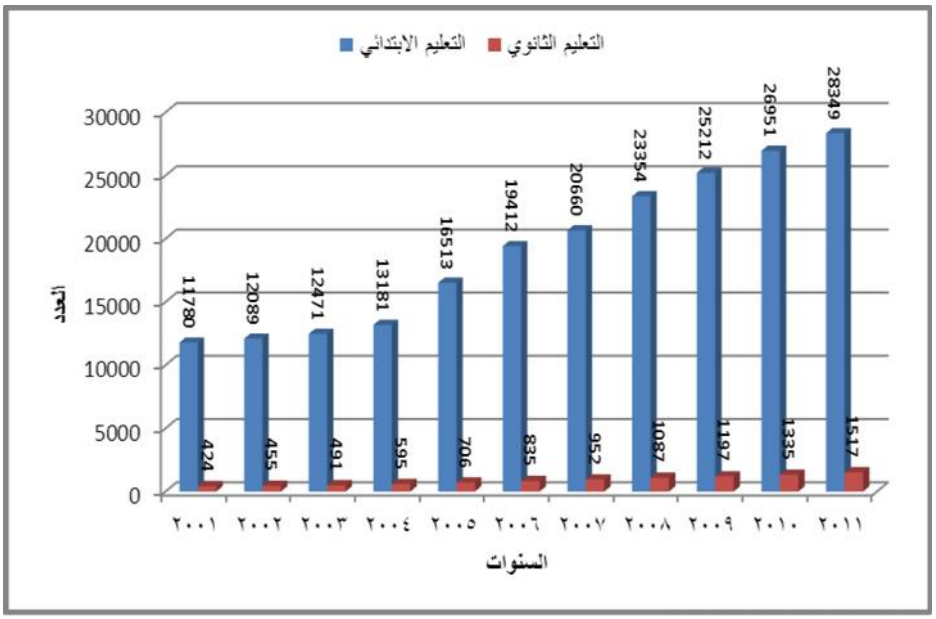
يعد التعليم الابتدائي قاعدة الهرم التعليمي وعصب العملية التعليمية وعمودها الفقري وعلى نجاحه يتوقف نجاح الطالب في المراحل التعليمية الأخرى، وتكمن أهمية هذه المرحلة في الوصول إلى التربية الحقيقية والتعليم الصحيح في بناء شخصية الطالب، من خلال إعدادهم للمشاركة الفعالة وتحمل المسئولية ومعرفة الحقوق والواجبات التي سوف تلقى على عاتقهم لتحقيق الأهداف المستقبلية في المجتمع، كما يعتبر التعليم الثانوي هو أساس اعداد الطالب للدراسة الجامعية[1].

(1) محمد السيد حسونة، **التعليم الابتدائي في بعض الدول – دراسة مقارنة** (القاهرة: المركز القومي للبحوث التربوية والتنمية، شعبة بحوث المعلومات التربوية، 2004)، ص2.

شكل (2)

(2001–عدد المدارس في مرحلتي التعليم الابتدائي والثانوي في اثيوبيا خلال الفترة من 2021)





المصدر: من إعداد الباحثة باستخدام بيانات الجدول رقم (م1) في ملحق الجداول.

يوضح الشكل رقم (2) تطور عدد المدارس في مرحلتي التعليم الابتدائي والثانوي في إثيوبياخلال الفترة من (2001 – 2021) كما هو موضح زيادة بناء المدارس التعليمية في إثيوبيا بالمرحلة الابتدائية من 11,780 الف مدرسة عام 2001 إلى 35,980 ألف مدرسة عام 2021 بنسبة 205%، وشهد عام 2019و2020 بناء أكثر عدد من المدارس بالمرحلة الابتدائية، وانخفض عدد المدارس الابتدائية في عام 2021، أما المرحلة الثانوية فقد زاد فيها بناء المدارس من424 مدرسة منذ بداية فترة الدراسة إلى 3,481 ألف مدرسة نهاية فترة الدراسة بنسبة 721%، هذه الزيادات الكبيرة تعكس بشكل واضح زيادة عدد الملتحقين بالتعليم بمرحلتي الابتدائي والثانوي وتعكس في نفس الوقت الزيادة الكبيرة في حجم المنشآت التعليمية. ويرجع ذلك إلى اهتمام الدولة بالتعليم لتحقيق هدف التعليم للجميع، وبالرغم من ذلك تناقص عدد المدارس الثانوية في عام 2020و2021 عما كان عليه في عام 2019.

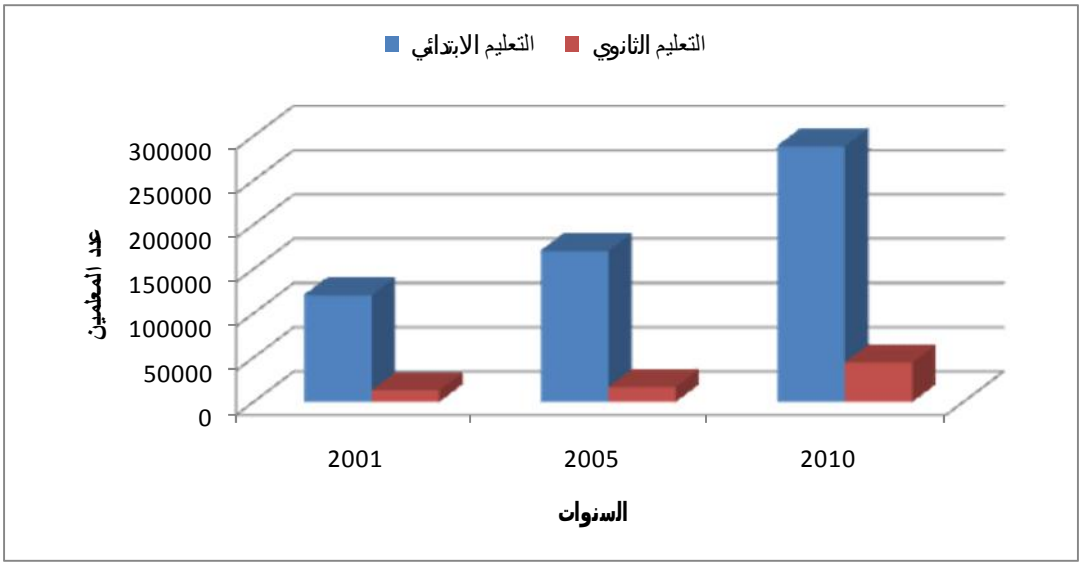
[2] زيادة عدد المعلمين في مراحل التعليم الإثيوبية

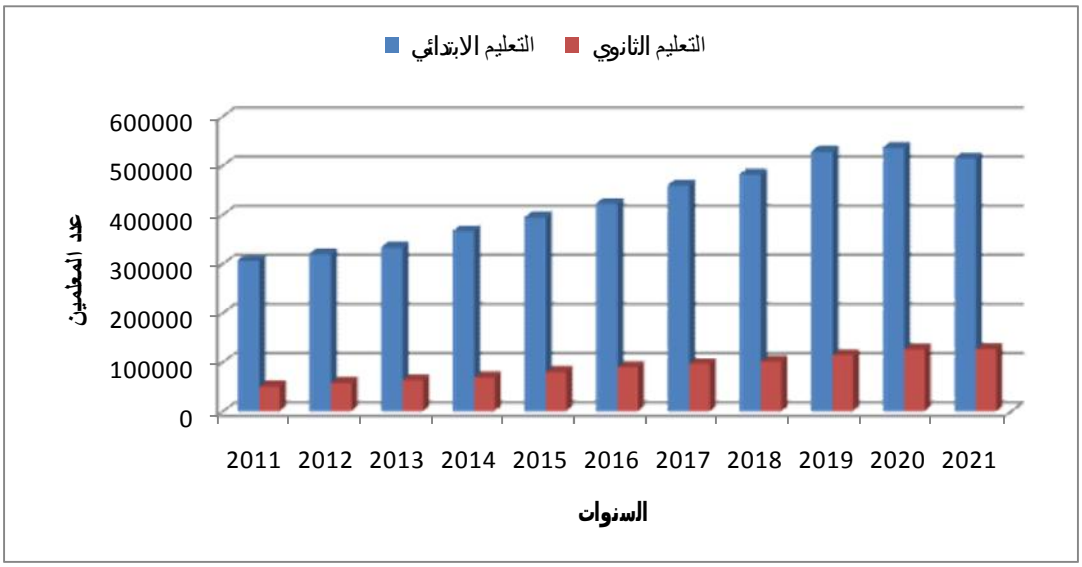
وقد اقترنت الزيادة في عدد المدارس في كلا المرحلتين الابتدائية والثانوية بزيادة عدد المعلمين، حيث يعتبر المعلم له دور حيوي ورئيسي يساهم في العملية التعليمية عبر العصور المختلفة وذلك باتباع الوسائل التكنولوجية الحديثة في التدريس التي تعطيه القدرة على المهارة والكفاءة والابداع في التدريس وبالتالي تؤهله إلى التقدم والرقى بالعملية التعليمية.

شكل (3)

عدد المعلمين في مرحلتي التعليم الابتدائي والثانوي بإثيوبيا

خلال الفترة من (2001 – 2021) (بالألف)





المصدر: إعداد الباحثة باستخدام بيانات الجدول رقم (م2) في ملحق الجداول.

ويوضح الشكل رقم (3) عدد المعلمين في مرحلتي التعليم الابتدائي والثانوي بإثيوبيا خلال الفترة 2001 –2021، فقد تبين الآتي:

أ- بلغ إجمالي عدد المعلمين بمرحلة التعليم الابتدائي 121,077 ألف عام 2001، وكان هو الأعلى وقد بلغ إجمالي عدد الذكور 84,402 ألف مقابل 36,675 ألف للإناث، وكان إجمالي عدد الذكور هو الأعلى في كل الأعوام حتى نهاية فترة الدراسة.

ب- ارتفع إجمالي عدد المعلمين في المرحلة الابتدائية عام 2020 إلى 537,596 ألف وهى الأعلى خلال فترة الدراسة، سجل إجمالي عدد الذكور 316,554 ألف مقابل 221,042 ألف للإناث، انخفضإجمالي عدد المعلمين عام 2021 إلى 516,403 مقارنة بالسنتين السابقين، ونلاحظ انخفاض إجمالي عدد الإناث خلال فترة الدراسة مقارنة بالذكور وذلك لوجود العديد من العوامل:أن الذكوريهيمنون على المناصب القيادية في جميع المجالات، وعدم قدرة الإناث على تأديب الطلاب، والإشراف وإدارة الشؤون المالية ساهمت هذه التحديات الرئيسية في التأثير على المعلمات بعدم الالتحاق بمناصب قيادية تعليمية. الأمر الذي يؤكد عدم المساواة بين الجنسين[1]. أما في المرحلة الثانوية ارتفع إجمالي عدد المعلمين من 14,029 ألف عام 2001 إلى 129,033 ألف عام 2021 أي بزيادة قدرها 820%، كما ظل وجود عدم المساواة بين الذكور والإناث بالمعلمين في مرحلة التعليم الثانوي.

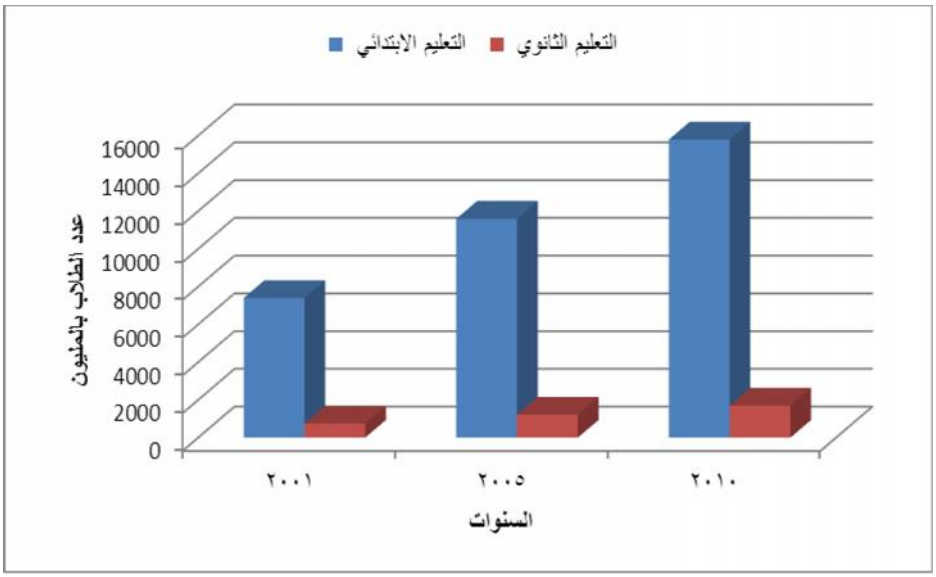
[3] زيادة إجمالي عدد الملتحقين بالمدارس الابتدائية والثانوية

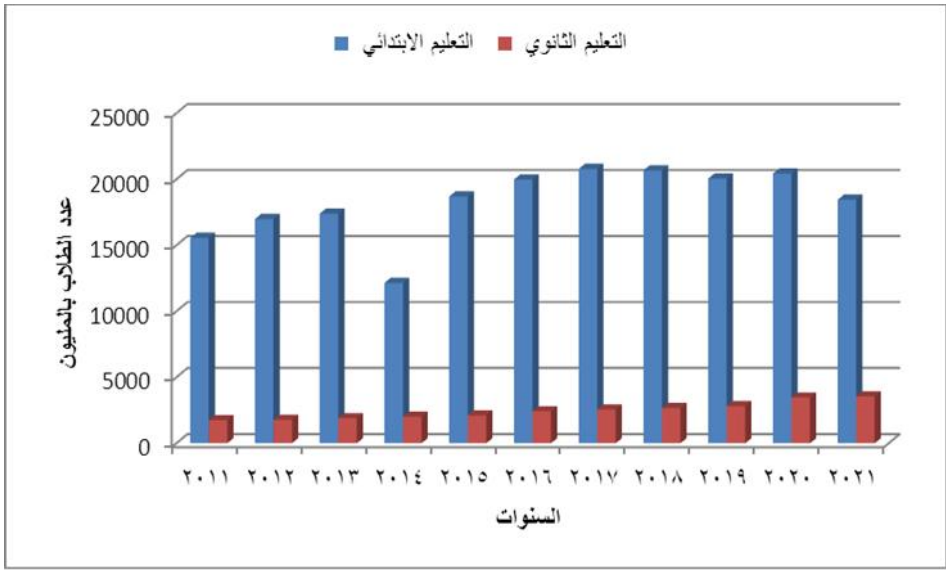
وقد صاحب التوسع في انشاء المدارس الابتدائية والمدارس الثانوية وزيادة عداد المعلمين فيهما تنفيذا لخطط تنمية وتطوير قطاع التعليم خلال العقدين الأخيرين (2001-2020) زيادة في معدلات الالتحاق بالتعليم الابتدائي وزيادة اعداد الطلاب الملتحقين بالمدارس الثانوية، وحيث تعكس زيادة معدلات الالتحاق بالمدارس بشكل عام تخفيض معدلات الأمية وتخفيض معدلات الفقر ورفع درجة الوعي والتعليم وتوفير

(1) Hana ChernetHelelo, **Factors Affecting Female Teachers Participation in Educational Leadership: The Case of Secondary Schools in Addis Ababa Kirkos Sub City** (Addis Ababa:Indira National Open University, 2016) pp 19-20.

العمالة المدربة وزيادة المساهمة في النشاط الاقتصادي وتحسين أوضاع المرأة من حيث مساهمتها في النشاط الاقتصادي والاجتماعي.

شكل (4) إجمالي عدد الطلاب الملتحقين بالمدارس في مرحلتي التعليم الابتدائي والثانوي بإثيوبيا في الفترة (2001 – 2021) (بالمليون طالب)





المصدر: إعداد الباحثة باستخدام بيانات الجدول رقم (م3) في ملحق الجداول.

يوضح الشكل رقم (4) إجمالي عدد الطلاب الملتحقين بالمدارس في مرحلتي التعليم الابتدائي والثانوي بإثيوبيا خلال الفترة من (2001 –2021) فقد تبين الآتي: ارتفع عدد الطلاب الملتحقين الإجمالي بالتعليم الابتدائي من 7.401 مليون طالباً عام 2001 إلى 18,447 مليون طالباً عام 2021، وأيضاً ارتفع عدد الطلاب الملتحقين لكل من الذكور والإناث بمرحلة التعليم الابتدائي من 4,416 مليون طالباً و2,985 مليون طالبة على الترتيب عام 2001 إلى9,753 مليون طالباً و8,694 مليون طالبة على الترتيب عام 2021.

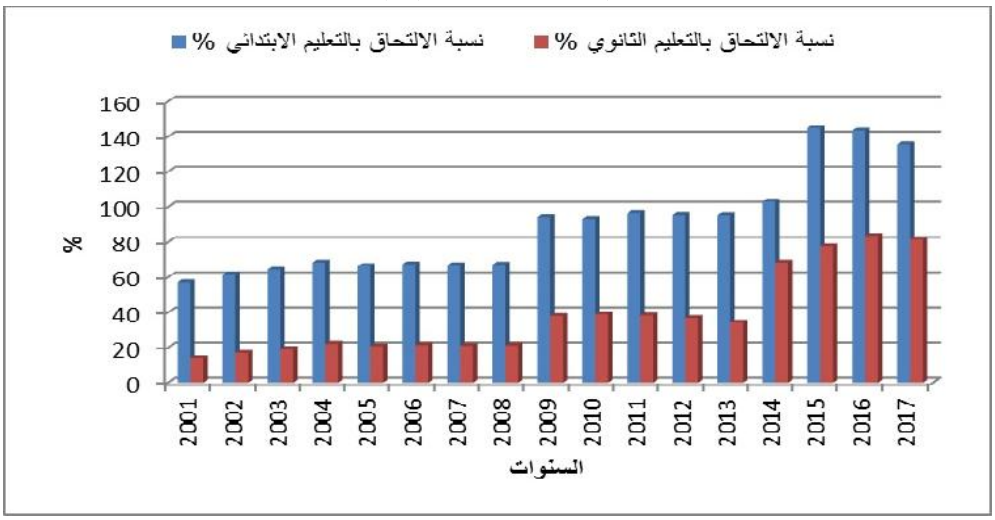
كان أعلى عدد للطلاب الملتحقين الإجمالي عام 2017 فقد بلغ 20,783 مليون طالباً، كذلك بالنسبة لعدد الطلاب الملتحقين لكل من الذكور والإناث في هذا العام، ويرجع السبب في ذلك إلى سياسة التعليم التي تمت في عام 2002 حيث أشارت إلى أن الغرض الرئيسي للمدارس الابتدائية هو توفير التعليم الأساسي للطلاب لمواصلة التعليم المتقدم وإعفاء المدارس من رسوم التعليم ومساهمة المجتمع في التعليم هو وسيلة مهمة لتمويل التعليم، لكن انخفض عدد الطلاب الملتحقين الإجمالي في السنوات التالية خلال فترة الدراسة وأيضا بالنسبة للذكور والإناث. كما نلاحظ تقارب عدد الطلاب الملتحقين بالنسبة للذكور والإناث خلال فترة الدراسة.

بالنسبة لمرحلة التعليم الثانوي، فقد بلغ أعداد المقيدين بالتعليم الثانوي 736 ألف طالباً عام 2001 ارتفع إلى 3,540 مليون طالب عام 2021 أي بزيادة قدرها 381% أي اقترب من 5 أضعاف ما كان عليه في 2001 وزاد بـ 3,8 مرة ما كان عليه في 2001، وذلك لزيادة عدد السكان إلى 118مليون نسمة عام 2021 وقيام الدولة ببذل المجهود للتوسع في التعليم الثانوي من خلال انخفاض عدد المتسربين من الطلاب بالمرحلة الابتدائية حتى يزداد عدد الملتحقين بالمرحلة الثانوي، كما يلاحظ أيضاً أن عدد الذكور الملتحقين بالمرحلة الثانوي، فقد بلغ 431 ألف طالباً عام 2001 ليرتفع إلى 1.874 مليون طالب عام 2020، ولكنه انخفض في نهاية فترة الدراسة، كما انخفض عدد الإناث الملتحقين عن الذكور خلال فترة الدراسة، بالرغم من ارتفاع قيد الإناث بصفة مستمرة من عام 2001 حتى عام 2021[1].

(1) MiressaYadessa&MatheasShemelis, "In-depth analysis of primary schools performance, financial strength and challenges in Bench-Sheko,

[4] نسبة الطلاب الملتحقين بالمدارس الابتدائية والثانوية

شكل (5) تطور نسب الالتحاق بكل من التعليم الابتدائي والثانوي في إثيوبيا خلال الفترة (2001 – 2017)(%)



المصدر: إعداد الباحثة باستخدام بيانات الجدول رقم (م4) في ملحق الجداول.

تم احتساب عام 2005 – 2008 بواسطة الباحثة باستخدام طريقة المتوسط المتحرك

يوضح الشكل رقم (5) نسب الالتحاق بكل من التعليم الابتدائي والثانوي بالمقارنة بعدد الأطفال في كل مرحلة عمرية مقابلة للتعليم الابتدائي والثانوي خلال الفترة من (2001–2017)، حيثأدت زيادة الانفاق على التعليم في اثيوبيا إلى زيادة البنية الأساسية في المدارس والخدمات التعليمية، فقد ارتفع نسبة الطلاب الملتحقين في المراحل التعليمية قبل الجامعي، وتشير مرحلة التعليم الابتدائي إلى تحقيق زيادة عاماً تلو الآخر، منذ عام 2001 من نسبة 57,4% (67,3% ذكور و47% إناث) لتصل إلى 135,9% (126.1% ذكور و145,6% إناث) في عام 2017، ويلاحظ من الجدول (م5) ارتفاع نسبة الذكور الملتحقين بالتعليم عن الإناث حتى عام 2014، إلا

Kafa and ShekaZones,Ethiopia", **Article** (Addis Ababa:MizanTepi University, 2022) p 2.

أن نسبةالالتحاق بالتعليم زادت للإناث عن الذكور منذ عام 2015 حتى عام 2017، ويرجع ذلك إلى تحقيق أهداف الألفية الإنمائية من خلال الجهود المبذولة تجاه البرنامج الرابع لتطوير قطاع التعليم 2015–2020.

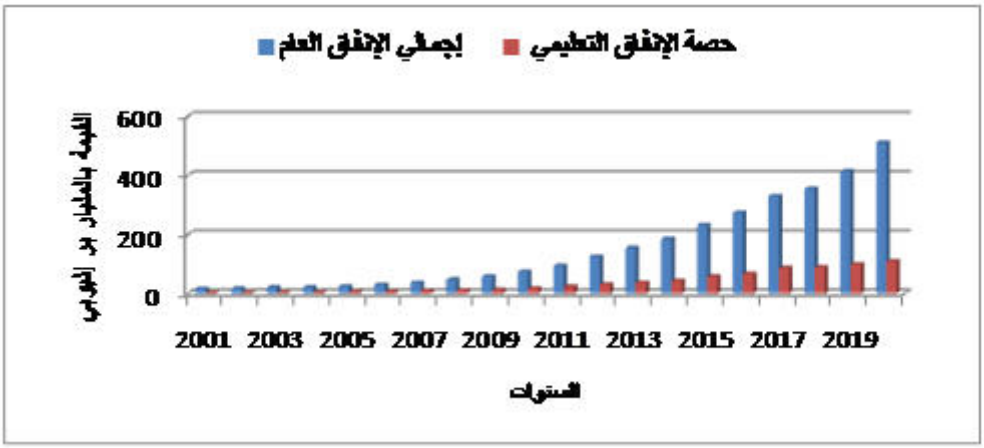
أما في مرحلة التعليم الثانوي، فقد اتخذ نسبة الطلاب الملتحقين اتجاهاً متزايداً خلال الفترة من 2001 – 2017، وارتفعت نسبة الطلاب المقيدين بهذه المرحلة من 14,1% (16,1% ذكور و12,1% إناث) في عام 2001، لتصل إلى 81,5% (77,8% ذكور و85,3% إناث) في عام 2017.

وبصفة عامة نلاحظ تزايد نسبة الذكور المقيدين عن نسبة الإناث في مراحل التعليم المختلفة، ويرجع هذا التفاوت بين النوعين، إلى تفضيل الأسر حصول الذكور على التعليم أكثر من الإناث لعدة أسباب منها، المعتقدات الثقافية التي تعوق الفتيات من الالتحاق بالتعليم الثانوي، والزواج في سن مبكرة قبل إتمام المرحلة الابتدائية.

ثانياً: تطور الإنفاق العام على التعليم في ضوء برامج التعليم خلال الفترة من (2001–2020)

[1] حصة الإنفاق التعليمي خلال الفترة (2001–2020)

شكل (6) تطور الانفاق العام على التعليم وإجمالي الانفاق العام في إثيوبيا خلال الفترة



المصدر: إعداد الباحثة باستخدام بيانات الجدول رقم (م5) في ملحق الجداول.

يوضح الشكل رقم (6) تطور الانفاق العام على التعليم بالمقارنةبإجمالي الانفاق العام في إثيوبيا خلال الفترة (2001 –2020)، فقد تبين الآتي:

- بلغ الإنفاق على التعليم قيمة 2,122 مليار بر إثيوبي عام 2001 ارتفع إلى 108,225 مليار بر إثيوبي بنهاية الفترة عام 2020.وذلك بسبب السياسة المتبعة منذ عام 2001 وهو بداية تطبيق برامج الحد من الفقر فقد خصصت الحكومة الإثيوبية أعلى قيم للإنفاق على قطاع التعليم[1].
- كانت أعلى نسبة للإنفاق على التعليم إلى إجمالي الإنفاق العام 26,1%، حيث ارتفعت حصة الإنفاق التعليمي من 66,455 مليار بر إثيوبي عام 2016 إلى 85,979 مليار بر إثيوبي عام 2017، وترجع سبب الزيادة إلى فترة البرنامج الرابع لتطوير قطاع التعليم من (2015–2020) محققا لهدف التعليم للجميع الذي تبنته خطط تطوير قطاع التعليم، وهو الهدف الأساسي المحدد أيضا في برامج التنمية المستدامة والحد من الفقر التي تركز على تطوير قطاع التعليم من خلال التزام الحكومة بالأهداف الإنمائية للألفية لبناء الدولة في إثيوبيا لتحسين نوعية التعليم[2].
- وكانت أقل نسبة للإنفاق على التعليم إلى إجمالي الإنفاق العام 13,8%، حيث ارتفعت حصة الإنفاق التعليمي من 2,122 مليار بر إثيوبي عام 2001 إلى 2,317 مليار بر إثيوبي عام 2002، بالرغم من تحقيق زيادة عدد الملتحقين بالمدارس وارتفاع معدل التعليم العام إلا أن ضعف قدرة العنصر البشرى على إدارة البرامج وتنفيذها قد ساهم في سوء استخدام التدابير المناسبة لميزانية البرنامج، حيث يعد أول برنامج تقوم به الحكومة الإثيوبية[3].

---

(1) The Federal Democratic Republic of Ethiopia, **Selected Issues and Statistical Appendix, Annual Report** (Washington, D.C.: International Monetary Fund, No. 05/28, January 2005) p 67.

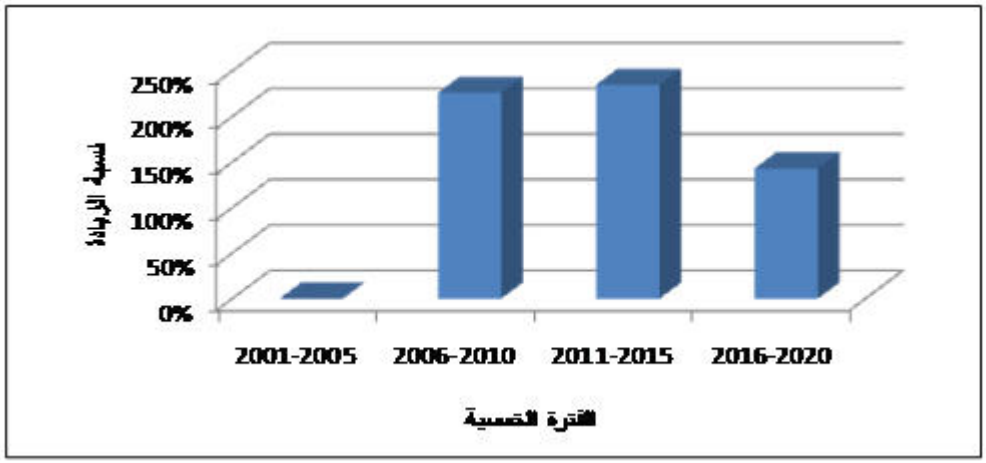
(2) Ministry of Finance and Economic Development (MOFED) ،**Report** (Cap Town: Department Nation Treasury, November 2011) p4.

(3) Shoko Yamada, " Educational Finance and Poverty Reduction: The Cases of Kenya, Tanzania, and Ethiopia", **Discussion Paper No.8** (Hong Kong: National Graduate Institute for Policy Studies, March 2005) p16.

[2] معدل زيادة الإنفاق التعليمي خلال الفترة الخمسية (2005/2001 حتى 2020/2016)

شكل (7)

الزيادة في المتوسط السنوي للإنفاق على التعليم في الفترات الزمنية المختلفة



المصدر: إعداد الباحثة باستخدام بيانات الجدول رقم (م5) في ملحق الجداول.

يوضح الشكل رقم (7) الزيادة في المتوسط السنوي للإنفاقعلى التعليم خلال الفترات الخمسيةمن 2001–2020في اثيوبيا فقد تبين الآتي:

1- أن معدل الزيادة في المتوسط السنويللإنفاق العام على التعليم قد بلغ 226% خلال الفترة الخمسية 2006–2010 حيث بلغت قيمته 10964 مليار بر إثيوبي بالمقارنةبالفترة الخمسية السابقة لها 2001–2005 والتي بلغ متوسط قيمة الإنفاق العام على التعليم فيها 3357 مليار بر إثيوبي.

2- وبلغ معدل الزيادة في المتوسط السنويللإنفاق العام على التعليم 235% خلال الفترة الخمسية 2011–2015 حيث بلغت قيمته 36732 مليار بر إثيوبي بالمقارنةبالفترة الخمسية السابقة لها 2006–2010 والتي بلغت قيمة الانفاق العام على التعليم فيها 10964 مليار بر إثيوبي.

3- كما بلغ معدل الزيادة في المتوسط السنويللإنفاق العام على التعليم 143% خلال الفترة الخمسية الأخيرة 2016–2020 حيث بلغت قيمته 89620 مليار بر إثيوبي

عن الفترة الخمسية السابقة لها 2011–2015 والتي بلغت قيمة الانفاق العام على التعليم فيها 36732 مليار بر إثيوبي.

المطلب الثاني: تحليل بعض مؤشرات التدريب والإنفاق على الصحة في إثيوبيا

فيما يلي عرض تحليل بعض مؤشرات التدريب في الإرشاد الصحي، والإنفاق الاجتماعي على قطاع الصحة.

أولاً: التدريب في الإرشاد الصحي لتحقيق الخدمات المرجوة

تتصدى اثيوبيا لتحديات رئيسية في قطاع الصحة بما في ذلك نقص الموارد البشرية وانخفاض استخدام الخدمات الصحية من خلال برنامج الارشاد الصحي وتوسيع نطاق تنظيم الأسرة، حيث تقوم مؤسسة التعليم العالي بتدريب العاملين في الإرشاد الصحي لتقديم مجموعة أساسية من الخدمات الصحية والوقاية العلاجية بما في ذلك خدمات صحة الأم والطفل في المناطق الحضرية والريفية، وقد قامت المؤسسة التعليمية بتدريب أكثر من 38 ألف عامل صحي وتم انشاء ما يقرب من 16 ألف مركز صحي و3 آلاف مستوصف صحي لزيادة فرص الحصول على الخدمات الصحية.

[1] المعوقات الصحية التي تواجهها الدولة في البرنامج الأول:

بلغت نسبة المعوقات الصحية في إثيوبيا نحو 80% عام 2002، وذلك يرجع للعديد من الأسباب منها: الأمراض المعدية والغير معديةومشكلة الغذاء، وكانت نسبة الخدمات الصحية 51,8%، ومعدل وفيات الأطفال الرضع 113 لكل 1000 مولود حي، وقد بلغ معدل وفيات الأمهات 871 لكل مائة ألف مولود حي، وان معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة بلغ 188 لكل ألف مولودحي، أما متوسط العمر المتوقععند الميلاد فقد بلغ (53,4 سنة للذكور، 55,4 سنة للإناث)، بالإضافةإلى نسبة الأطباء إلى السكان 1: 35604، وبالمثل نسبة التمريض 1: 5263، وفني تمريض من 1: 8249، كما بلغت نسبة الصيادلة للسكان 1: 569661، وفني صيدلي 1:

84767[1]، كما يعد معدل وفيات الرضع أعلى من المتوسط في جنوب الصحراء، وفى الوقت نفسه كان معدل وفيات الأمهات أعلى المعدلات على المستوى العالمي، كما تعتبر نسبة الأطباء إلى السكان هي أقل بكثير من معيار منظمة الصحة العالمية البالغ 1: 10000 مما يدل على عدم حصول الكثير من الأفراد على الخدمات الصحية الحديثة[2]، وتدل هذه المؤشرات على وجود نقص في العاملين بالقطاع الصحي لسد احتياجات الأفراد، وبالتالي يكون عائقاً نحو تطور هذا القطاع، وهذا يشير إلى ضرورة الاهتمام بارتفاع نسبة التعليم والدخل، لما له من أثر واضح في التعامل مع الأساليب العلمية الحديثة للصحة، التي تحقق المزيد من الإيجابيات في مجال الأمومة والطفولة، مما يؤدى للحد من المخاطر التي تتعرض لها الأم أثناء الحمل والولادة، وبالتالي خفض معدلات الوفاة للأمهات والرضع.

[2] جودة الرعاية الصحية:

ويرجع إلى استخدام العديد من البرامج متمثلة في: برنامج الإرشاد الصحي الذى يعد من أكثر البرامج الصحية المتميزة في إثيوبيا، فقد تمتحسين الوصول للرعاية الصحية الأولية وجودتها في المجتمعات الريفية من خلال نقل المعرفة والمهارات الصحية إلى الأسر، ومنذ أن بدأ تشغيله في الفترة 2004–2005 وهي نهاية مرحلة البرنامج الأول الذي بدأ في 2003/2002، وكان للبرنامج تأثير ملموس على تفكير سكان الريف فيما يتعلق بالوقاية من الأمراض وصحة الأسرة والنظافة الصحية والبيئية، وقد تمكنت إثيوبيا من زيادة تغطية الرعاية الصحية الأولية إلى 76.9 ٪ في عام 2005[3].

(1) World Health Organization, "Assessment of The Pharmaceutical Sector in Ethiopia", **Report** (Addis Ababa: Ministry of Health, October, 2003) p2.
(2) Richard G. Wamai, "Reforming health systems: the role of NGOs in Decentralization – lessons from Kenya and Ethiopia" Article (Boston: Harvard School of Public Health, 19 May 2014) p.4.
(3) HailomBanteyerga, "Ethiopia's Health Extension Program: Improving Health through Community Involvement", **Article Vol. 13, No. 3** (Addis Ababa: Miz-Hasab Research Center, June 28, 2011) p1.

[3] أسباب عدم تلبية احتياجات الرعاية الصحية في إثيوبيا:

فى إطار تخطيط البرنامج الثاني في الفترة من 2006/2005 – 2010/2009 وبالرغم من تطور البرامج الصحية إلا أنه مازال عدد العاملين المدربين في مجال الصحة غير كافٍ لتلبية احتياجات الرعاية الصحية، ولم يكن هناك سوى 2152 طبيباً في عام 2009[1]، ويبلغ متوسطنسبة الأطباء إلى السكان على المستوى الوطني 1: 34986[2]، ونلاحظ انخفاض هذه النسبة مقارنة بالبرنامج الأول، وفى عام 2006 تم إقامة 76 مستشفى حكومي خارج أديس أبابا، معظمهم لا يعملون كأطباء وغير متخصصين في فريق العمل على الإطلاق، وذلك يرجع إلى العديد من الأسباب منها: إقامة غالبية الأطباء في المناطق الحضرية، وارتفاع معدل هجرة الأطباء حيث غادر أكثر من 70 ٪ خلال الفترة من 1986 إلى 2006، بالإضافة إلى النمو السكاني السريع، وبالتالي أدى إلى انخفاض معدلات إنتاج الطبيب[3]، غير أنإثيوبيا فقدت استثماراً يعادل 260 مليون دولار تقريباً من خلال تدريب الأطباء الذين هاجروا منذ ذلك الحين إلى خارج الدولة[4].

[4] تنظيم الأدوية في إثيوبيا:

تمت إعادة هيكلة إدارة الأدوية والرقابة على الغذاء والرعاية الصحية في إثيوبيا عام 2010، التي أدت إلى النمو والتطور السريع لقطاع الأدوية فى توفير غالبية الإمدادات

(1) BerhanuFeysia (et al.), **The Health Workforce in Ethiopia: Addressing The Remaining Challenges** (Washington, DC: The World Bank Study, No. 66218, 2012) pp5-6.

(2) Federal Democratic Republic of Ethiopia, " Health Sector Development Program IV ", Report op.**,** cit., p19.

(3) YifruBerhan, "Medical Doctors Profile IN Ethiopia: Production, Attrition and Retention, IN Memory OF 100-YeARS Ethiopian Modern Medicine & The New Ethiopian Millennium", **Article Vol. 46** (Addis Ababa: Hawassa University, Medical faculty, 2008) pp1-2.

(4) Edward J Mills (et al), "The financial cost of doctors emigrating from sub-Saharan Africa: human capital analysis", **Article** (Ottawa: Faculty of Health Sciences, University of Ottawa, April 17, 2011) p12.

الطبية من قبل كل من القطاعين العام والخاص، كما يشارك 32 مصنعًا في تصنيع المنتجات والمستحضرات الصيدلانية، ويوجد 133 مستوردًا و272 تاجر جملة و377 صيدلية و1699 متجرًا للأدوية و1392 تاجر تجزئة في إثيوبيا[1].

[5] أسباب عدم جودة المنتجات الصيدلانية:

تكشف بعض مصادر البيانات الأولية عن وجود منتجات صيدلانية رديئة الجودة في السوق بسبب عدم الكفاءة في الوظائف التنظيمية الصيدلانية في إثيوبيا[2]، كما فشل أكثر من 60 ٪ من الشركات المصنعة الأجنبية في الأدوية، وتُظهر نتيجة تحليل الاختبارات المعملية لمراقبة الجودة على الأدوية التي أجريت في إثيوبيا للعينات المقدمة من عام 2007–2011 أن معظم حالات فشل العينات المقدمة التي تم رصدها ما بعد التسويقكانت أعلى من العينات المقدمة بغرض ترخيصها فى التسويق[3]،وبالتالي ينبغي التحقيق في مشاكل الصحة العامة من خلال التقييم النقدي للأساس القانوني وتنفيذ الإطار التنظيمي الصيدلاني في إثيوبيا.

[6] منع الأدوية التي لا يتم ضمان سلامتها:

يعد تقييم الأنظمة التنظيمية المنتظم أمرًا مهمًا لصانعي السياسات في تصميم أو تحديث السياسات والاستراتيجيات لمنع الصحة العامة من الأدوية التي لا يتم ضمان سلامتها وفعاليتها وجودتها والمصرح لها بالتداول في السوق .تمت مراجعة الأساس القانوني للنظام التنظيمي الصيدلاني في إثيوبيا بالمقارنة مع الأنظمة التنظيمية الجيدة

(1) Sultan Suleman (et al.), "Pharmaceutical Regulatory Framework in Ethiopia: A Critical Evaluation of Its Legal Basis and Implementation" **Article, Vol. 26, No. 3** (Addis Ababa: Jimma University, School of Pharmacy, 2016) p. 261.

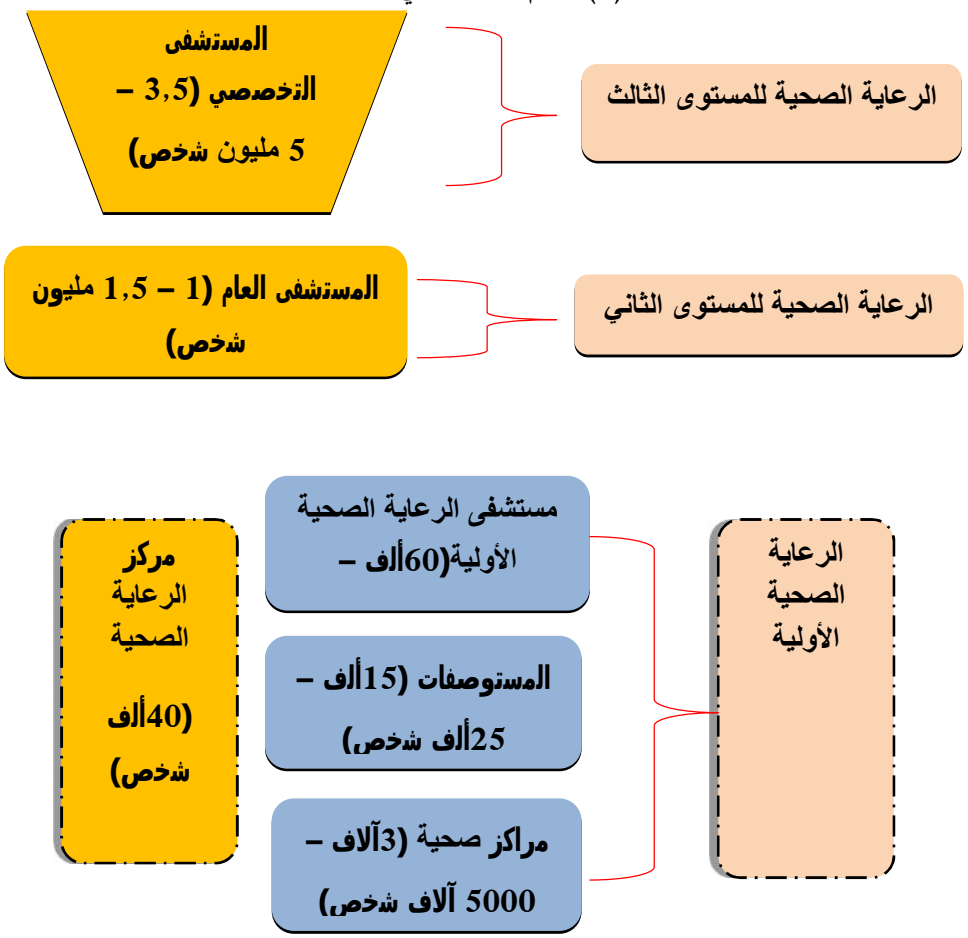
(2) Federal Democratic Republic of Ethiopia, "Health and health related Services and Products quality regulation Core process", **Report** (Addis Ababa: Ministry of Health, 2009) p. 11.

(3) Federal Democratic Republic of Ethiopia, "Food, Medicine and Health Care Administration and control Authority of Ethiopia", **Report** (Addis Ababa: Strategies for Marketing Authorization ofpharmaceuticals,2012) p,25.

نسبياً لثلاث دول أفريقية: (جنوب إفريقيا وتنزانيا وأوغندا) والنظام التنظيمي الحالي للاتحاد الأوروبي .تم تقييم التشريعات لحماية الصحة العامة وتم تقييم تنفيذها العملي من خلال المسح القائم على مؤسسات الأدوية[1].

[7] إعادة هيكلة الخدمات الصحية الإثيوبية خلال الفترة (2011–2015):

شكل (8) نظام الصحة في إثيوبيا



Source: Federal Democratic Republic of Ethiopia, "Health Sector Development Program IV", Report Op. Cit., p83.

(1) Ashigbie PG., "Pharmaceutical regulation" A Pharmaceutical Assessment Management and Policy practicum **Report** (washton: Boston University, School of Public Health; 2011) p. 25.

يوضح الشكل رقم (8) إعادة هيكلة الخدمات الصحية الإثيوبية: والذى يتضمن ثلاثة مستويات للرعاية الصحية، حيثيتكون المستوى الأولمن الرعاية الصحية الأولية وتحتوى على:مستشفى الرعاية الصحية الأولية وتقدم خدمات للسكان حوالي 100 ألف شخص وتحتوى على 35 سريراً ويعملفيالمستشفى 53 شخصاً، والمستوصفات توفر الرعاية الصحية للمرضى ويوجد بها حوالى 11سريراً لخدمة سكان الريف الذى يصل إلى 25 ألف شخص وسكان الحضر الذى يصل إلى 40 ألف شخص، والمراكز الصحية تقدم رعاية إلى 5 ألاف شخص، أما الرعاية الصحية للمستوى الثاني تتضمن المستشفيات العامة: وتوفر خدمات للمرضى تصل إلى 1,5 مليون شخص ومزودة بحوالي 50 سريراً للمرضى ويعمل بها 234 شخص من العاملين الصحيين، أما الرعاية الصحية للمستوى الثالث تتكون من المستشفيات المتخصصة وتخدم 5 مليون شخص وتستوعب 110 سريراً لخدمة المرضى ويعمل بها 440 متخصصاً من الأطباء والتمريض. مما يدل على الدور الهام الذي قامت به الحكومة الإثيوبية في المنظمة الصحية من توسيع خدمات الرعاية الصحية المجتمعية.

[8] جهود الدولة نحو تحسن القطاع الصحي خلال الفترة من 2011–2015:

قامت وزارة الصحة الفيدرالية الإثيوبية في معالجة النقص الحاد في الموارد البشرية الصحية من خلال برنامجها طويل الأجللتطوير القطاعالصحي (HSDP)، عبر زيادة التسجيل السنوي لطلاب الطب؛ وتثقيف ونشرالعاملين في مجال الإرشاد الصحي؛ وتدريب المسؤولين الصحيين لحالات الطوارئ[1]، وتهدف هذه الجهود إلى تعزيز قدرة العاملين الصحيين للوصول لمستوى أفضل في المناطق الريفية، بما في ذلك المستشفيات الأولية ومراكز الرعاية الصحية، فقد أدى البرنامج – إلى توفير التدريب

(1) Global Health Workforce Alliance, "Task Force on Scaling Up Education and Training for Health Workers" **Report** (Geneva: World Health Organization, 2008) p52.

لمدة سنة واحدة لخريجي المدارس الثانوية لتقديم التوعية الصحية العامة في المجتمع – إلى تحسينات ضعيفة في الوقاية من الأمراض المعدية، ومعدلات التحصين وغيرها[1].

[9] برنامج طب الأسرة الإثيوبي:

قد تم تطوير أول برنامج تدريبي في طب الأسرة الإثيوبي والذي تم إطلاقه في 4 فبراير 2013، بجامعة أديس أبابا، وسوف يقوم البرنامج بإعداد أطباء مدربين على أحسن مستوى في جميع انحاء الدولة، بالإضافة إلى أن هناك العديد من الاستراتيجيات التي تم استخدامها بالبرنامج متضمنة استمرار فعاليات التعليم الطبي، والمناقشات مع أصحاب المصلحة، والتعاون الدولي، وتقييم وتصميم المناهج، وتطوير أعضاء هيئة التدريس، فضلاً عن المعوقات التي تواجه البرنامج منها: عدم وضوح دور طبيب الأسرة في نظام الرعاية الصحية الإثيوبي، وعدم تأكد الطبيب حول حصوله على فرصة الوظيفة من خلال تقديم المناهج الدراسية لتلبية الاحتياجات المحلية، وتوسيع برامج التدريب لإنتاج أعداد أكبر من أطباء الأسرة، ويعد تطويرالبرنامج مثال على وجود علاقة ناجحة في المؤسسات بين الشركاء المحليين والدوليين لإنشاء برنامج تدريبي مستدام في إثيوبيا[2].وهذا يدل على اتخاذ خطوة مثيرة إلى الأمام في تعزيز نظام الرعاية الصحية الأولية في الدولة بعد سنوات من التخطيط والعمل الجاد، على الرغم من وجود العديد من التحديات، إلا أن البرنامج بدأ بداية فعالة.

[10] استثمار الحكومة الإثيوبية في تعزيز النظام الصحي:

استثمرت الحكومة الإثيوبية في تعزيز النظام الصحي بشكل كبير مسترشدةً بالسياسات والاستراتيجيات لصالح للفقراء، والتي أسفرت عن مكاسب كبيرة في تحسين الوضع الصحي، مماأدى إلى تحقيق أداءً ملحوظ في تحقيق معظم الأهداف الإنمائية للألفية، ومن بين الإنجازات البارزة في تحقيق هذه الأهداف هو انخفاض معدل وفيات

(1) Hailom Banteyerga, "Ethiopia's Health Extension Program: Improving Health through Community Involvement",**Op., Cit.,** pp7-8.

(2) Jane Philpott (et al.), " The Dawn of Family Medicine in Ethiopia ", **Article in Family medicine, VOL. 46, NO. 9** (Markham: University of Toronto, October 2014) p 685.

الأطفال دون الخامسة من 188 حالة كما سبق وأشرنا إليه وفقاً لتقديرات 2002/2001 إلى 67 حالة وفاة لكل ألف مولود حي في عام 2014، وبالتالي ساهم في زيادة متوسط العمر المتوقع عند الولادة من 53,4 سنة للذكور و55,4 سنة للإناث إلى 64 سنة؛ وقد انخفضت نسبة وفيات الأمهات بـ 69%، بالإضافة إلى التحسن في معدل انتشار وسائل منع الحمل وانخفاض في معدل الخصوبة الكلي إلى 4.1 في عام 2014،فضلاً عن انخفاض معدل الوفيات والأمراض الناجمة عن انخفاض معدل الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز بنسبة 90 ٪، وتعد إثيوبيا واحدة من الدول الأفريقية التي تعاني من "انخفاض سريع" في انتقال الفيروس، مع تحقيق الأهداف المحددة للوقاية من السل والسيطرة عليه،حيث يوجد انخفاض كبير في معدل الوفيات بأكثر من 50%، ويرجع ذلك في توسيع نطاق خدمات العلاج المضادة للفيروسات[1].وهذه النتائج تدل على الالتزام القوى من قبل الحكومة الإثيوبية، وكذلك الدعم التقني وغيرها من الموارد من شركاء التنمية، ومدى التزام وزارة الصحة أيضاً في الوصول للتدخلات الفعالةلتحسين النتائج الصحية للأمهات والأطفال حديثي الولادة.

[11] أهداف خطة تحويل النظام الصحي:

تهدف خطة تحويل النظام الصحي لعام 2020 إلى: خفض معدلات وفيات الرضع، وتقليل فيروس نقص المناعة البشرية بنسبة 60 ٪ على الأقل مع عدم وجود إصابات جديدة بين الأطفال،وتقليل معدل الوفيات من الإصابة بمرض السل والملاريا بنسبة 35 ٪ و40 ٪ على التوالي، وأيضاً تعمل الحكومة على تقديم أكثر من 16 ألف مركز صحي يقوم بأفضل الخدمات الصحية في إثيوبيا، بالإضافة إلى تشجيع مشاركة القطاع الخاص لبناء مستشفيات متقدمة في الرعاية الصحية[2]. يتطلب مساعدة الحكومة ما بعد خطة تحويل القطاع الصحي لمعالجة القضايا المتعلقة بالتكاليف الصحية، وطرق الاستخدام وفعاليتها، بما في ذلك تقييم الانفاق المباشر على الصحة، والعقبات التي تحول دون الوصول للصحة.

(1) The Federal Democratic Republic of Ethiopia, "Health Sector Transformation Plan (HSTP) " Report in 2015/16 - 2019/20 (2008-2012 EFY) op. cit., p12.

(2) Idem, pp12-13.

ثانياً: الإنفاق الصحي في إثيوبيا

[1] حصة الإنفاق الصحي من إجمالي الإنفاق العام في إثيوبيا

جدول رقم (1)

نسبة الإنفاق الصحي من إجمالي الإنفاق العام في إثيوبيا خلال الفترة من (2001–2020)

السنة	حصة الإنفاق الصحي (بالمليار بر إثيوبي)	* الإنفاق على الصحة إلى إجمالي الإنفاق العام (%)	السنة	حصة الإنفاق الصحي (بالمليار بر إثيوبي)	* الإنفاق على الصحة إلى إجمالي الإنفاق العام (%)
2001	0,783	5,1	2011	6,307	6,7
2002	0,795	4,8	2012	5,500	4,4
2003	0,824	4,2	2013	5,903	3,8
2004	0,878	4,3	2014	13,641	7,4
2005	1,201	4,9	2015	18,950	8,2
2006	1,341	4,6	2016	21,280	7,8
2007	2,350	6,6	2017	25,738	7,8
2008	3,405	7,3	2018	31,828	9
2009	3,873	6,7	2019	28,783	7
2010	4,693	6,5	2020	30,305	5,9

المصدر: تم احتساب نسبة الإنفاق على الصحة إلى إجمالي الإنفاق العام بواسطة الباحثة، بالاعتماد على:

The Federal Democratic Republic of Ethiopia, Selected Issues and Statistical Appendix, Annual Report (Washington, D.C.: International Monetary Fund), Different years and numbers.

يوضح الجدول رقم (1) نسبة الإنفاق الصحي من إجمالي الإنفاق العام في إثيوبيا خلال الفترة من (2001–2020) حيث شهدت مخصصات الانفاق العام على الصحة زيادات متتالية خلال فترة الدراسة (2001–2020)، كما بلغت نسبة الإنفاق الصحي من إجمالي الإنفاق العام 5,1% عام 2001، ثم ارتفعت عام 2008 إلى 7,3%،

وبدأت نسبة الإنفاق الصحي يشهد تذبذباً إلى أن ارتفع مرة أخري إلى 9% عام 2018، ثم انخفض إلى 7% عام 2019، و5,9% عام 2020 نهاية فترة الدراسة.

[2] حصة الإنفاق الصحي كنسبة من الناتج المحلى الإجمالي

شكل (9) تطور حصة الإنفاق الصحي كنسبه من الناتج المحلى الإجمالي في إثيوبيا خلال الفترة من (2001–2019)

المصدر: من اعداد الباحثة بالاعتماد على:

Source: National Bank of Ethiopia, Annual Report- Quarterly Bulletin (Addis Ababa: National Bank of Ethiopia,) Different years and numbers.

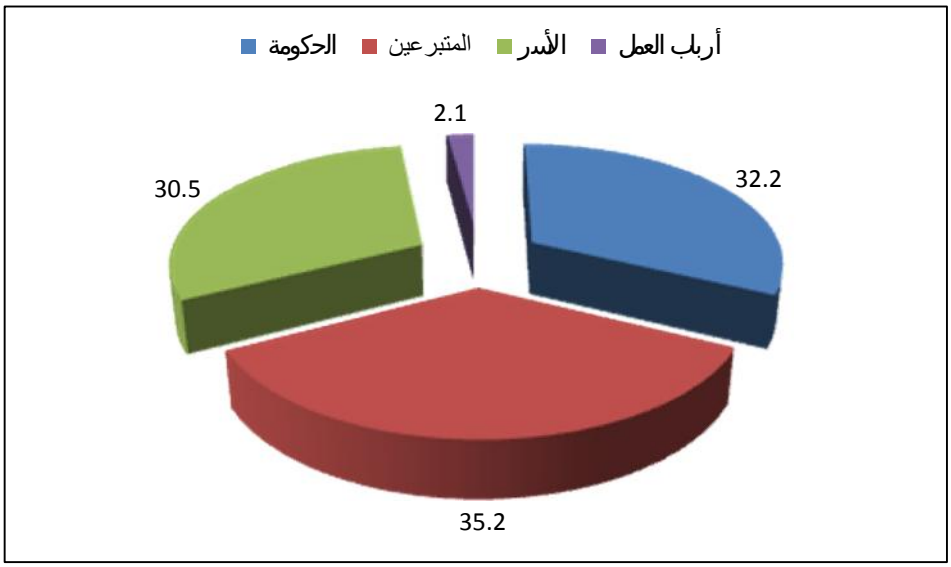
وتبين من الشكل (9) أن نسبة الإنفاق على الصحة في إثيوبيا تمثل جزءاً بسيطاً جداً بالنسبة للناتج المحلى الإجمالي، حيث ارتفعت النسبة المخصصة للإنفاق على الصحة من الناتج المحلى الإجمالي من 1,4% عام2001 إلى 1,5% عام 2002، ثم انخفضت إلى 1% عام 2012، إلا أن ارتفعت مرة أخرى إلى 1,5% عام 2015، وهى فترة البرنامج الرابع لتطوير قطاع الصحة من (2015–2020)اذ نلاحظ زيادة في الموارد المالية المخصصة لهذا القطاع مقارنة بالسنوات السابقة وهذا دائماً في إطار برنامج الإنعاش الاقتصادي، مما يدل على أن البرامج على مدار السنوات السابقة التي

قامت بها الدولة حققت الهدف المنوط بها، ولكن يتضح من فترة البرنامج الرابعبوجود زيادة مقابلة في الناتج المحلى الإجمالي، وذلك يرجع الى التحسينات في نصيب الفرد من الناتج المحلى الإجمالي التي أسهمت في تحسين الصحة والتنمية واستفادة كل القطاعات من هذه الوفورات المالية[1]، ثم انخفضت النسبة المخصصة للإنفاق على الصحة من الناتج المحلى الإجمالي لتصل إلى 1,1% عام 2019.

ثالثا: إجمالي الإنفاق على الصحة وفقاً لمصادر التمويل

شكل (10)

إجمالي الإنفاق الصحي حسب مصدر التمويل في إثيوبيا عام 2017/2016 (%)



المصدر: إعداد الباحثة باستخدام بيانات الجدول رقم (م6) في ملحق الجداول.

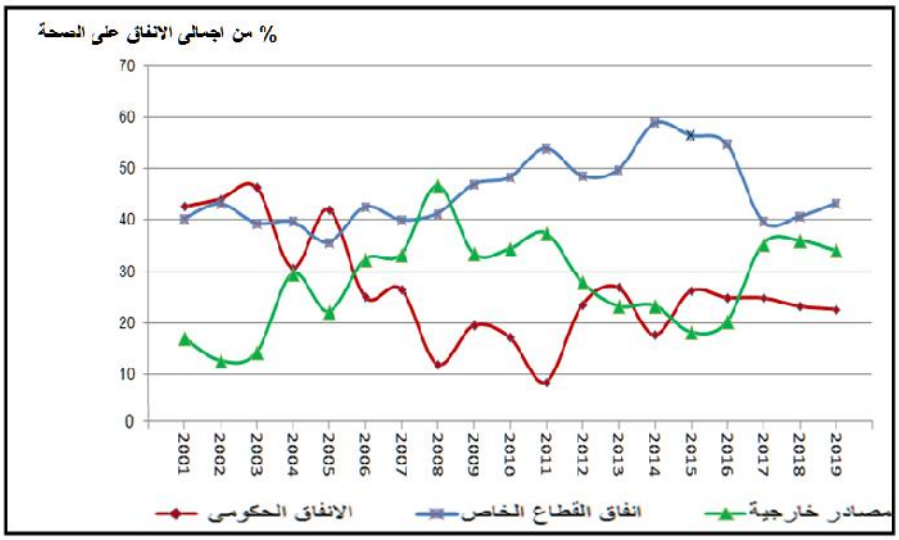
يوضح الشكل رقم (10) إجمالي الإنفاق الصحي حسب مصدر التمويل لعام 2017/2016 تبين ارتفاع حصة المتبرعين، حيث بلغت 35,2% من إجمالي الإنفاق

1- World Health Organization, "Success Factors for Women's and Children's Health" **Article** (Genève: World Health Organization Library,2015).

على الصحة، وهي أعلى نسبة مساهمة بالنسبة للمصادر الأخرى، يليها الحكومة الذي ساهمت 32,2%، ثم يليها الأسر التي تأتى في المرتبة الثالثة حيث قدمت 30,5%، وأخيراً يأتي أرباب العمل في القطاع الخاص والمنظمات غير الحكومية وغيرها بنسبة 2,1% على التوالي.ارتفعت حصة الإنفاق الصحي الجاري في (فترة البرنامج الرابع) عام 2017/2016 إلى 87,95% بعد أن كانت 86,3% في 2014/2013 (فترة البرنامج الثالث)، بينما ظلت حصة الإنفاق على التدريب والبحث كما هي تقريباً 3,5% عام 2017،و 3,3% عام 2014، ومن ناحية أخرى انخفضت حصة الإنفاق الرأسمالي إلى 8,6% في 2017/2016 من 10,4% في 2014/2013[1].

رابعاً: مصادر التمويل كنسبة من إجمالي الانفاق على الصحة في إثيوبيا

شكل (11) مصادر التمويل كنسبة من إجمالي الانفاق على الصحة في إثيوبيا خلال الفترة من (2001–2019)



المصدر: إعداد الباحثة باستخدام بيانات الجدول رقم (م7) في ملحق الجداول.

(1)Federal Democratic Republic of Ethiopia, **Ethiopia Health Accounts, 2016/17** (Addis Ababa: Ministry of Health, September 2019) P, 5.

(*) تم افتتاح 1839 مرفقاً صحياً يتضمن (مراكز صحية ومستشفيات ومستوصفات) وما يصاحب ذلك من زيادات في التوظيف وميزانية الدولة.

يوضح الشكل رقم (11) مصادر التمويل كنسبة من إجمالي الانفاق على الصحة في إثيوبيا خلال الفترة من(2001–2019)، كما هو مبين منذ عام 2001 إلى 2003 كان الإنفاق الحكومي على الصحة أعلى من الإنفاق الخاص، ويرجع ذلك أساساً إلى التوسع السريعفي المراكز الصحية في جميع أنحاء الدولة في تلك الفترة [*]، حيث بلغ الإنفاق الحكومي على الرعاية الصحية عام 2001 نحو 42,67% من إجمالي الإنفاق على الصحة، في حين كانت نسبة الإنفاق الخاص من إجمالي الإنفاق على الصحة تشكل نحو 40,26%، وكانت نسبة الإنفاق الخاص على الصحة أعلى من نسبة الإنفاق الحكومي على الصحة حيث بلغت 58,84% و56,49% و54,77% على الترتيب وذلك من عام 2014 إلى عام 2016، ويرجع السبب إلى وجود ضغط على القطاع الحكومي في المراكز والمستشفيات الصحية من طول فترات الانتظار لتقديم الخدمة المطلوبة لذلك يتم اللجوء للقطاع الخاص، كما شهدت نسبة المصادر الخارجية على الصحة تزايداً من 17,07% عام 2001 إلى 34,1% عام 2019.

أن الزيادة في التمويل الحكومي ونصيبها من الإنفاق الصحي خلال البرنامج الثالث والرابع يدفع قطاع الصحة الإثيوبي نحو الاستدامة المالية. وبالرغم من ذلك لا تزال الحكومة بحاجة إلى اتخاذ تدابير لتحقيق التنمية المستدامة. بالإضافة إلى أن المتبرعين يمثلون 33٪ في المتوسط من إجمالي الإنفاق الصحي للدولة، وبلغ نصيب المتبرعين من الإنفاق الصحي ذروته إلى 50٪ تقريبًا (في بداية البرنامج الثالث) عام 2011/2010، بعد أن كان 8٪ عام 1996/1995. إلا أن لاتزال حصة المتبرعينمرتفعة بنسبة 36% في عام (2014/2013)[1].

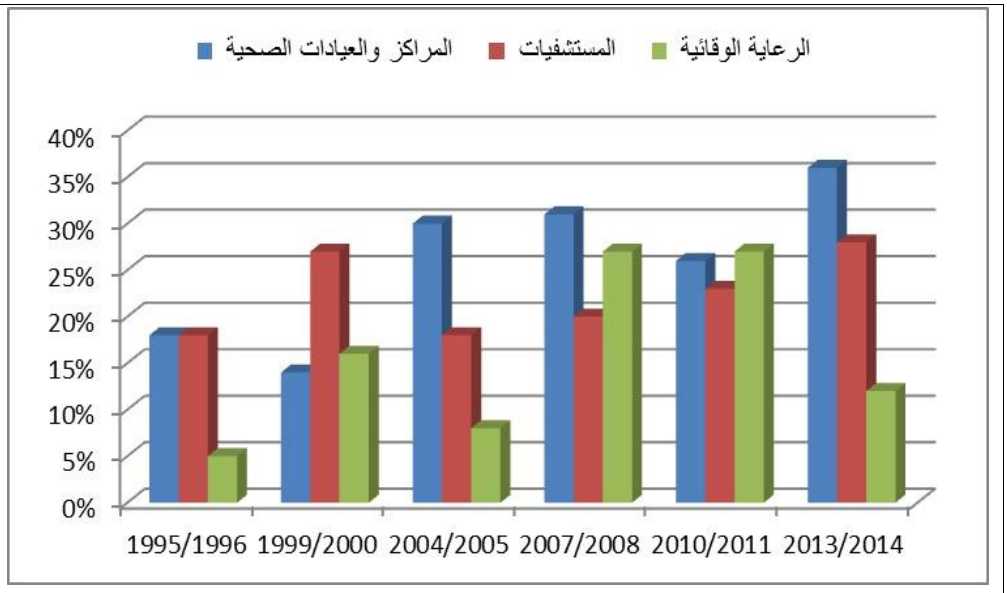
ونظرًا لعدم القدرة على التنبؤ بتمويل المتبرعين في المستقبل، والفجوة الكبيرة في التمويل التي يمكن أن تواجهها إثيوبيا إذا توقف تمويل المتبرعين، من المهم النظر في آليات / موارد التمويل المحلية الأخرى من أجل تقليل الاعتماد على المتبرعين وتأمين

(1)United States Agency for International Development (USAID), **Ethiopia's Health Financing** (Washington, DC: United States Agency for International Development, development Institute, June 2018) P 3.

مصادر أكثر استدامة، وكان المصدر الرئيسي الأخيرللتمويل الصحي هو الإنفاق الشخصي للأسر، والذي شكل حوالي 37% من إجمالي الإنفاق الصحي خلال الفترة من 1996/1995 إلى 2013/ 2014[1].

خامساً: نسبة الإنفاق على الصحة حسب مقدمي الخدمة الصحية

شكل (12) نسبة الإنفاق الصحي حسب مقدمي الخدمة الصحية في إثيوبيا خلال فترة البرامج المستهدفة (1995/1996-2013/2014) (%)



المصدر: إعداد الباحثة باستخدام بيانات الجدول رقم (م8) في ملحق الجداول.

يتضح من الشكل رقم (12) نسبة الإنفاق الصحي حسب مقدمي الخدمة الصحية في إثيوبيا خلال فترة البرامج المستهدفة (1995/1996-2013/2014)، أن المستشفيات قد استهلكت في المتوسط حوالي 22% من إجمالي الإنفاق الصحي في إثيوبيا خلال الفترة من (1995-2014)، وما يقرب من 26%من الإنفاق في المتوسط

(1)HelinaWorku, " Health Finance and Governance (HFG)- Ethiopia Final Report" **Article** (Washington: Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, 2018) p.3.

خلال نفس الفترة يستهلكها المراكز والعيادات الصحية، حيث ساهمت هذه الزيادة في عدد مرافق الرعاية الصحية لتحسين الوصول إلى الخدمات الصحية والاستفادة منها. كما تتماشى زيادة نسبة الإنفاق على الرعاية الوقائية خلال نفس الفترة مع السياسة الصحية للحكومة الإثيوبية، والتي تركز على خدمات الوقاية والتعزيز المقدمة على مستوى الرعاية الصحية[1]، وبالرغم من ذلك نجد تذبذباً في الرعاية الوقائية بين الارتفاع إلى 27% في عامي 2007 و2011 على التوالي انتهى بالانخفاض الذي بلغ 12% عام 2013 بمتوسط 16% وهي أقل من متوسط المستشفيات والمراكز الصحية، مما يدل على أنه تم تقليل الإنفاق الموجه إلى الرعاية الوقائية.

- **الخاتمة**

تناول البحث بعض مؤشرات التعليم والصحة في إثيوبيا وأشار إلى تحليل الإنفاق على قطاع التعليم والصحة للوصول إلى مدى توافر البنية والمستلزمات الأساسية لكل قطاع، ومدى مساهمة الإنفاق العام على التعليم والصحة لزيادة المساهمة في تحقيق النمو الاقتصادي، وذلك من خلال تحليل وتطور الإنفاق على التعليم والصحة في إثيوبيا.

بالنسبة إلى بعض مؤشرات التعليم والصحة في إثيوبيا، يلاحظ قلة الموارد البشرية والمالية وسوء توزيعها لقطاعي التعليم والصحة، فضلاً عن الاعتماد على التمويل الحكومي يواجه قصور نحو الوفاء بالتزامات كل قطاع في إثيوبيا، وسوف يتم عرض نتائج التحليل لكل قطاع على حدة:

شهد قطاعي التعليم والصحة في إثيوبيا نمواً كبيراً في الإنفاق وتوسعات كبيرة في البنية الأساسية لكل قطاع ويرجع ذلك لوضع السياسة الشاملة للتعليم والصحة عام 1994 ومن خلال إطلاق برامج التعليم والصحة منذ عام 1997 التي تحولت إلى

(1)Sameh El-Saharty (et al.), "Ethiopia: Improving Health Service Delivery", Health, **Nutrition and Population (HNP) Discussion Paper** (Washington, DC: (HNP) the World Bank's Human Development Network, August 2009) p28.

سلسلة من البرامج مدتها 5 سنوات وتم اطلاقها منذ عام 2001 وهو تاريخ بدء الدراسة، وبالرغم من ذلك لايزال التعليم والصحة يواجه مجموعة من التحديات التي يجب على الدولة التغلب عليها والتي يمكن إيجازها في:

1- بالنسبة للتعليم

زيادة بناء المدارس التعليمية في إثيوبيا بالمرحلة الابتدائية بنسبة 205%، وشهد عام 2019و2020 بناء أكثر عدد من المدارس بالمرحلة الابتدائية، وانخفض عدد المدارس الابتدائية في عام 2021، أما المرحلة الثانوية فقد زاد فيها بناء المدارس من424 مدرسة منذ بداية فترة الدراسة إلى 3,481 ألف مدرسة نهاية فترة الدراسة بنسبة 721%، هذه الزيادات الكبيرة تعكس بشكل واضح زيادة عدد الملتحقين بالتعليم بمرحلتي الابتدائي والثانوي وتعكس في نفس الوقت الزيادة الكبيرة في حجم المنشآت التعليمية.ويرجع ذلك إلى اهتمام الدولةبالتعليم لتحقيق هدف التعليم للجميع، وبالرغم من ذلك تناقص عدد المدارس الثانوية في عام 2020و2021 عما كان عليه في عام 2019.

2- بالنسبة للصحة

انخفاض نسبة الإنفاق على الصحة طوال فترة البرامج الاستراتيجية المستهدفة لهذا القطاع بنسب متدنية، ما عدا فترة البرنامج الرابع، حدث ارتفاع في هذه النسبة بلغت 1,5% عام 2015 وذلك لتحسين نصيب الفرد من الناتج المحلى الإجمالي الذي أسهم في تحسين الصحة، ومع ذلك حدث تذبذب في هذه النسبة حتى عام 2019 ولكنها تعتبر مرتفعة جداً مقارنة بفترة البرامج السابقة.

ارتفع نصيب المتبرعين من الإنفاق الصحي إلى 50% عام 2011 من 8% عام 1996 ولاتزال هذه النسبة مرتفعة بنسبة 36% عام 2014، مما يحتم على إثيوبيا ان تتجه إلى الاعتماد على موارد التمويل المحلية حتى تتمكن من تأمين مصادر أكثر استدامة، ومن بينها الانفاق الشخصي للأسر الذي شكل 37% من إجمالي الإنفاق

الصحي خلال الفترة من 1995 حتى 2014، وذلك من أجل تفليل الاعتماد على المتبرعين، منعاً من حدوث فجوة كبيرة يمكن أن تواجهها الدولة.

يتبين من إجمالي الإنفاق الصحي حسب مقدمي الخدمة الصحية زيادة استهلاك المراكز والعيادات الصحية والمستشفيات والرعاية الوقائية إلى 36% و28% و12% عام 2014 بعد أن كانت 18% و18% و5% عام 1995 على التوالي، إلا أن نسبة الرعاية الوقائية تعتبر منخفضة مقارنة بكل من عام 2007 و2010 حيث بلغت 27%، وهذا يدل على قلة الإنفاق الموجه لهذه الرعاية، على عكس المستشفيات والمراكز الصحية وترجع الزيادة إلى سياسة الصحة الإثيوبية من خلال برامج استراتيجية الحد من الفقر بهدف تعزيز الخدمة المقدمة للصحة.

- **توصيات الدراسة**

في ظل دراسة إثيوبيا نحو إنفاقها على التعليم والصحة وتحليل أهم العواقب التي لا تحقق الأهداف المرجوة من هذا الإنفاق، وفى ضوء النتائج السابقة قدمت الدراسة توصيات تجاه تحسين الإنفاق العام الاجتماعي والذي يشمل (قطاعي التعليم والصحة) في إثيوبيا ومن أهمها ما يلي:

1- ينبغي أن تشمل الجهود المستقبلية ببذل جهود متواصلة نحو تحقيق أهداف الصحة، وتحسين قدرة كل من الحكومة والمجتمع المدني لتنمية الدولة.

2- ضرورة اتباع سياسات لتدبير موارد إضافية تؤدى إلى تحسن قطاعي التعليم والصحة الإثيوبي. وبالتالي تحقق تقدم وازدهار في تنمية المجتمع.

3- إعادة النظر عند إعداد الموازنات العامة بالدولة ومراعاة حدوث توازن في توزيع بنود الإنفاق المختلفة على التعليم والصحة.

4- العمل على تطوير النظم التعليمية في الدولة للوفاء باحتياجات ومتطلبات سوق العمل، وإعادة هيكلة الانفاق الاجتماعي بما يؤدى إلى زيادة الانفاق الرأسمالي على التعليم والصحة ويعزز من كفاءة تخصيص الانفاق الاجتماعي.

ملحق الجداول

جدول رقم (م1)

عدد المدارس في مرحلتي التعليم الابتدائي والثانوي

خلال الفترة من 2001–2021 في اثيوبيا

السنوات	عدد المنشآت في المراحل التعليمية			
	التعليم الابتدائي		التعليم الثانوي	
	عدد المدارس		عدد المدارس	
2001	11,780		424	
2002	12,089		455	
2003	12,471		491	
2004	13,181		595	
2005	16,513		706	
2006	19,412		835	
2007	20,660		952	
2008	23,354		1,087	
2009	25,212		1,197	
2010	26,951		1,335	
2011	28,349		1,517	
2015	33,373		2,830	
2019	37,039		3,739	
2020	37,750		3,688	
2021	35,980		3,481	

Source: Ethiopian Federal Ministry of Education, Education Statistics Annual Abstract (Addis Ababa: Education Management Information System (EMIS) Ministry of Education) Different Numbers.

جدول رقم (م2)

عدد المعلمين في مرحلتي التعليم الابتدائي والثانوي بإثيوبيا

خلال الفترة من (2001 – 2021) (بالألف)

السنوات	عدد المعلمين في المراحل التعليمية					
	التعليم الابتدائي			التعليم الثانوي		
	ذكور	إناث	الإجمالي	ذكور	إناث	الإجمالي
2001	84,402	36,675	121,077	12,883	1,146	14,029
2005	110,177	60,902	171,079	16,141	1,498	17,639
2010	183,887	105,401	289,288	41,078	4,385	45,463
2011	193,599	114,687	308,286	42,862	9,663	52,525
2012	203,676	118,218	321,894	50,525	8,824	59,349
2013	210,816	124,076	334,892	55,380	9,759	65,139
2014	230,413	137,576	367,989	59,625	11,362	70,987
2015	242,329	153,770	396,099	68,182	13,750	81,932
2016	256,528	168,032	424,560	75,354	16,114	91,468
2017	277,407	183,657	461,064	80,368	18,562	98,930
2018	295,047	188,292	483,339	83,663	19,657	103,320
2019	309,668	220,298	529,966	93,912	22,433	116,345
2020	316,554	221,042	537,596	102,733	25,008	127,741
2021	307,948	208,455	516,403	103,735	25,298	129,033

Source: Ethiopian Federal Ministry of Education, Education Statistics Annual Abstract (Addis Ababa: Education Management Information System (EMIS) Ministry of Education) Different Numbers.

جدول رقم (م3)

إجمالي عدد الطلاب الملتحقين بالمدارس في مرحلتي التعليم الابتدائي والثانوي بإثيوبيا في الفترة من (2001 – 2021) (بالمليون طالب)

سنوات	عدد الطلاب في المراحل التعليمية					
	التعليم الابتدائي			التعليم الثانوي		
	ذكور	اناث	إجمالي	ذكور	اناث	إجمالي
2001	4.416	2.985	7.401	،431	،305	،736
2005	6.363	5.233	11.596	،702	513,	1.215
2010	8.310	7.482	15.792	،974	،721	1.695
2011	8,196	7,356	15,553	976,822	773,312	1,750
2012	8,865	8,124	16,989	960,353	805,658	1,766
2013	9,112	8,276	17,388	1,010	888,910	1,899
2014	9,507	8,631	12,139	1,057	941,331	1,998
2015	9.846	8.845	18.691	1.110	،998	2.108
2016	10,569	9,407	19,976	1,276	1,145	2,421
2017	11,029	9,753	20,783	1,358	1,201	2,559
2018	10,981	9,679	20,661	1,430	1,235	2,666
2019	10,654	9,392	20,046	1,526	1,293	2,820
2020	10,824	9.594	20.419	1.874	1.592	3,466
2021	9,753	8,694	18,447	1,858	1,681	3,540

Source: Ethiopian Federal Ministry of Education, Education Statistics Annual Abstract (Addis Ababa: Education Management Information System (EMIS) Ministry of Education) Different Numbers.

جدول رقم (م4)

تطور نسب الالتحاق بكل من التعليم الابتدائي والثانوي في إثيوبيا خلال الفترة (2001–2017) (%)

السنوات	نسبالالتحاق بالتعليمالابتدائي %			نسب الالتحاق بالتعليم الثانوي %		
	ذكور	إناث	الإجمالي	ذكور	اناث	الإجمالي
2001	67,3	47	57,4	16,1	12,1	14,1
2002	71,7	51,2	61,6	20,4	13,7	17,1
2003	74,6	53,8	64,4	24	14,3	19,3
2004	77,4	59,1	68,4	28,2	15,9	22,1
2005	76	56,5	66,4	26,1	15,1	20,7
2006	76,7	57,8	67,4	27,2	15,5	21,4
2007	76,4	57,2	66,9	26,7	15,3	21,1
2008	76,6	57,5	67,2	27	15,4	21,3
2009	97,6	90,7	94.4	43,7	32,4	38,1
2010	96,6	90.1	93.4	43,5	34.7	39,1
2011	99,5	93,2	96,4	41,8	34,9	38,4
2012	97.9	92.9	95.4	39,1	34,6	36,9
2013	98.2	92,4	95.3	39,9	36,9	34,4
2014	107,7	99,1	103,1	79,6	77,1	68,4
2015	134,8	154,6	144,9	76,7	78,7	77,8
2016	131,4	155,3	143,5	80,9	85,7	83,5
2017	126,1	145,6	135,9	77,8	85,3	81,5

المصدر: الجدول من تصميم واعداد الباحثة بالاعتماد على المصادر التالية:

– بيانات عام 2001 –2004، 2009– 2017 مصدرها من:

Source: Ethiopia federal ministry of education, "Education Statistics Annual Abstract" Report Annual 1996 E.C. (2003/2004), 2005 E.C. (2012/2013), 2009 E.C. (2016/2017) (Addis Ababa: Ministry of Education, EMIS, Planning and Resource Mobilization Directorate, November 2013, January 2018) p 28, pp26, 40, pp23, 34.

تم احتساب عام 2005 – 2008 بواسطة الباحثة باستخدام طريقة المتوسط المتحرك.

جدول رقم (م5) تطور الإنفاق العام على التعليم وإجمالي الانفاق العام بدولة إثيوبيا خلال الفترة (2001 – 2020)

السنوات	إجمالي الإنفاق العام (مليار بر إثيوبي) (1)	حصة الإنفاق التعليمي(مليار بر إثيوبي) (2)	نسبة الإنفاق على التعليم إلى إجمالي الإنفاق العام (%) (3)= (2) ÷ (1)
2001	15,382	2,122	13,8
2002	16,681	2,317	13,9
2003	19,849	3,293	16,6
2004	20,232	4,177	20,6
2005	24,572	4,877	19,8
2006	29,275	6,385	21,8
2007	35,607	8,411	23,6
2008	46,915	10,012	21,3
2009	57,774	12,761	22,1
2010	72,598	17,249	23,8
2011	93,832	23,345	24,9
2012	124,425	30,377	24,4
2013	153,927	36,054	23,4
2014	185,470	42,514	22,9
2015	230,520	57,290	24,9
2016	272,929	66,455	24,3
2017	329,286	85,979	26,1
2018	354,205	88,659	25
2019	413,105	98,781	23,9
2020	509,794	108,225	21,2

الجدول من تصميم واعداد الباحثة بالاعتماد على المصادر التالية:

Source:(2006 − 2001) الفترة :The Federal Democratic Republic of Ethiopia, Selected Issues and Statistical Appendix, **Annual Report** (Washington, D.C.: International Monetary Fund, No. 05/28, January 2005, 2008) p 67, p 16.

Source:(2011 − 2007) الفترة: Ministry of Finance and Economic Development (MOFED), **Report**(Cap Town**:** Department Nation Treasury, November 2011) p4.

Source:(2013 − 2012) الفترة: UNICEF Ethiopia, National Education Sector Budget Brief: 2006-2016 in Ethiopia, **Budget Brief**(Addis Ababa: United Nations Children's Fund (UNICEF), Ethiopia, 2017) p10.

Source:(2017 − 2012) الفترة : National Bank of Ethiopia, **Annual Report** (Addis Ababa: National Bank of Ethiopia, Volume 34, No. 1, First Quarter 2014/2015, 2017/2018, 2018/2019 Fiscal Year Series)p17, pp iii,74, ppii,72.

Source:(2020 − 2019) الفترة :The Federal Democratic Republic of Ethiopia, "Education Sector Development Programme V (ESDP V) 2008 - 2012 E.C. 2015/16 - 2019/20 G.C.", **Programme Action Plan** (Addis Ababa**:** federal ministry of Education, 2015) p 130.

جدول رقم (م6) إجمالي الإنفاق الصحي حسب مصدر التمويل في إثيوبيا عام 2017/2016 (%)

مصادر التمويل الحكومي				
2017/2016	الحكومة	المتبرعين	الأسر	أرباب العمل في القطاع الخاص والمنظمات غير الحكومية وغيرها
	32.2	35,2	30,5	2,1

المصدر: تم حساب النسب المئوية بواسطة الباحثة بقسمة كل من مصدر التمويل على إجمالي الإنفاق بالاعتماد على:

Source: Federal Democratic Republic of Ethiopia, Ethiopia Health Accounts, 2016/17 (Addis Ababa: Ministry of Health, September 2019) P, 5.

جدول رقم (م7) مصادر التمويل كنسبة من إجمالي الانفاق على الصحة في إثيوبيا خلال الفترة من(2001–2019)

السنة	الانفاق الحكومى % من اجمالىالانفاق على الصحة	القطاع الخاص % من اجمالى الانفاق على الصحة	مصادر خارجية % من اجمالى الانفاق على الصحة
2001	42.67	40.26	17.07
2002	44.16	43.14	12.7
2003	46.46	39.35	14.2
2004	30.73	39.63	29.65
2005	42.14	35.62	22.24
2006	25.13	42.52	32.36
2007	26.65	40	33.35
2008	12.01	41.23	46.76
2009	19.51	46.9	33.59
2010	17.27	48.29	34.44
2011	8.53	53.94	37.53
2012	23.5	48.56	27.94
2013	26.99	49.74	23.27
2014	17.72	58.84	23.43
2015	26.25	56.49	18.26
2016	25	54.77	20.23
2017	24.94	39.7	35.36
2018	23.3	40.6	36.1
2019	22.7	43.19	34.1

https://www.indexmundi.com/facts/ethiopia/domestic-private-health-expenditure
https://www.indexmundi.com/facts/ethiopia/domestic-general government-health-expenditure
https://www.indexmundi.com/facts/ethiopia/external-health-expenditure

جدول رقم (م8)

نسبة الإنفاق الصحي حسب مقدمي الخدمة الصحية في إثيوبيا خلال فترة البرامج المستهدفة (1995/1996–2013/2014) (%)

مقدمي الخدمات الصحية	نسبة مئوية (%)						
	1995/ 96	1999/ 00	2004/ 05	007/ 08	2010/ 11	2013/ 14	المتوسط
المراكز والعيادات الصحية	%18	%14	%30	%31	%26	%36	%26
المستشفيات	%18	%27	%18	%20	%23	%28	%22
الرعاية الوقائية	%5	%16	%8	%27	%27	%12	%16

Source: Federal Democratic Republic of Ethiopia, "Ethiopia's National Health" Accounts Reports, (Addis Ababa: Ministry of Health) Different Year.

- **قائمة المراجع**

1. محمد السيد حسونة، **التعليم الابتدائي في بعض الدول – دراسة مقارنة** (القاهرة: المركز القومي للبحوث التربوية والتنمية، شعبة بحوث المعلومات التربوية، 2004).

1. Ashigbie PG., "Pharmaceutical regulation"A Pharmaceutical Assessment Management and Policy practicum **Report** (washton: Boston University, School of Public Health; 2011) .
2. Banteyerga, Hailom "Ethiopia's Health Extension Program: Improving Health through Community Involvement", **Article Vol. 13, No. 3** (Addis Ababa: Miz-Hasab Research Center, June 28, 2011).
3. Berhan, Yifru "Medical Doctors Profile IN Ethiopia: Production, Attrition and Retention, IN Memory OF 100-YeARS Ethiopian Modern Medicine & The New Ethiopian Millennium", **Article Vol. 46** (Addis Ababa: Hawassa University, Medical faculty, 2008).
4. El-Saharty, Sameh "Ethiopia: Improving Health Service Delivery", **Health, Nutrition and Population (HNP) Discussion Paper** (Washington, DC: (HNP) the World Bank's Human Development Network, August 2009).
5. Feysia, Berhanu**The Health Workforce in Ethiopia: Addressing The Remaining Challenges** (Washington, DC: The World Bank Study, No. 66218, 2012).
6. Federal Democratic Republic of Ethiopia, Selected Issues and Statistical Appendix, **Annual Report** (Washington, D.C.: International Monetary Fund, No. 05/28, January 2005).
7. _____,**Ethiopia Health Accounts, 2016/17** (Addis Ababa: Ministry of Health, September 2019).
8. _____, "Health and health related Services and Products quality regulation Core process", **Report** (Addis Ababa: Ministry of Health, 2009).
9. _____, "Food, Medicine and Health Care Administration and control Authority of Ethiopia", **Report** (Addis Ababa: Strategies for Marketing Authorization ofpharmaceuticals,2012).

10. Global Health Workforce Alliance, "Task Force on Scaling Up Education and Training for Health Workers" **Report** (Geneva: World Health Organization, 2008).
11. Helelo, Hana **Factors Affecting Female Teachers Participation in Educational Leadership: The Case of Secondary Schools in Addis Ababa Kirkos Sub City** (Addis Ababa: Indira National Open University, 2016).
12. Mills, Edward "The financial cost of doctors emigrating from sub-Saharan Africa: human capital analysis", **Article** (Ottawa: Faculty of Health Sciences, University of Ottawa, April 17, 2011).
13. Ministry of Finance and Economic Development (MOFED)،**Report**(Cap Town**:** Department Nation Treasury, November 2011).
14. Philpott, Jane " The Dawn of Family Medicine in Ethiopia ", **Article in Family medicine, VOL. 46, NO. 9** (Markham: University of Toronto, October 2014).
15. Suleman,Sultan "Pharmaceutical Regulatory Framework in Ethiopia: A Critical Evaluation of Its Legal Basis and Implementation" **Article, Vol. 26, No. 3** (Addis Ababa: Jimma University, School of Pharmacy, 2016).
16. United States Agency for International Development (USAID), **Ethiopia's Health Financing** (Washington, DC: United States Agency for International Development, development Institute, June 2018).
17. Wamai, Richard "Reforming health systems: the role of NGOs in Decentralization – lessons from Kenya and Ethiopia" **Article** (Boston: Harvard School of Public Health, 19 May 2014).
18. Worku, Helina " Health Finance and Governance (HFG)-Ethiopia Final Report" **Article** (Washington: Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, 2018).
19. World Health Organization, "Success Factors for Women's and Children's Health" **Article** (Genève: World Health Organization Library,2015).

20. _____, " Assessment of The Pharmaceutical Sector in Ethiopia", **Report** (Addis Ababa: Ministry of Health, October, 2003).
21. World Bank Online Data Base at:http:// data. World bank. Org.
22. Yadessa,Miressa&MatheasShemelis, "In-depth analysis of primary schools performance, financial strength and challenges in Bench-Sheko, Kafa and ShekaZones,Ethiopia", **Article** (Addis Ababa: MizanTepi University, 2022).
23. Yamada,Shoko " Educational Finance and Poverty Reduction:The Cases of Kenya, Tanzania, and Ethiopia", **Discussion Paper No.8** (Hong Kong**:** National Graduate Institute for Policy Studies, March 2005).