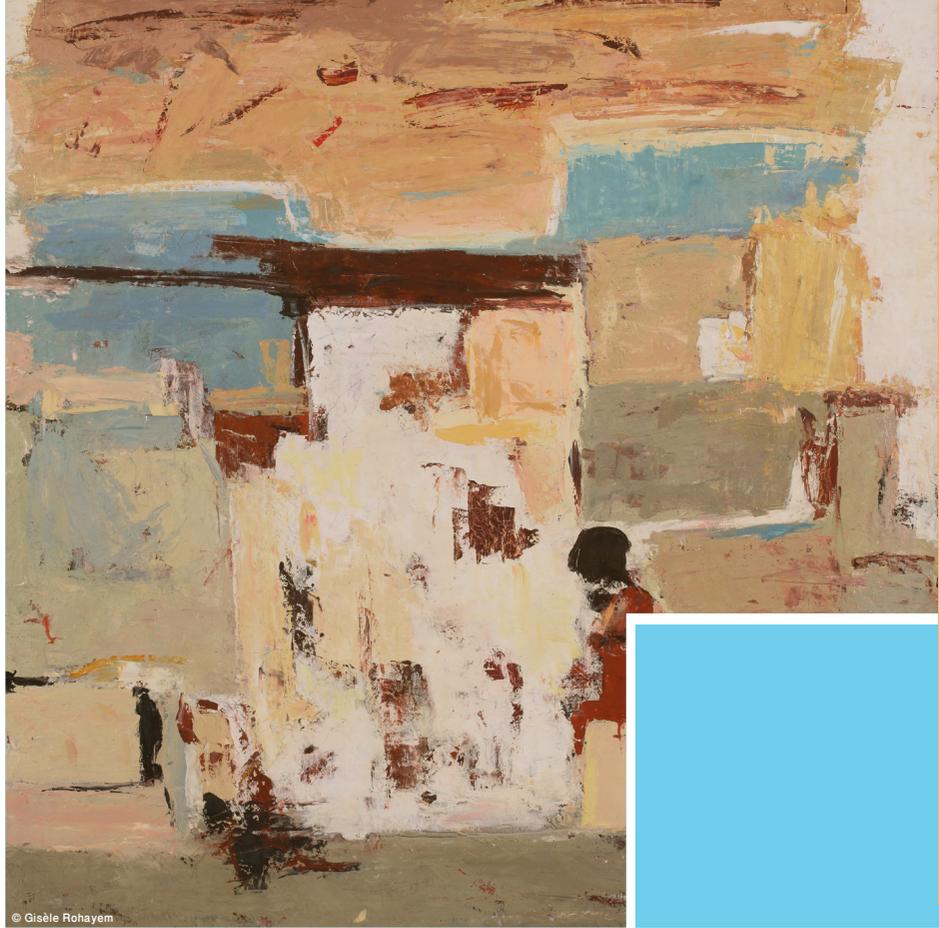


# السياسة الاجتماعية المتكاملة

نحو تحسين أنظمة الرعاية الاجتماعية  
إعادة النظر في دور الدولة والسوق والمجتمع المدني  
في توفير الحماية والخدمات الاجتماعية

## التقرير الخامس



الاسكوا

الأمم المتحدة - اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا

# السياسة الاجتماعية المتكاملة

نحو تحسين أنظمة الرعاية الاجتماعية  
إعادة النظر في دور الدولة والسوق والمجتمع المدني في  
توفير الحماية والخدمات الاجتماعية

## التقرير الخامس



الاسكوا

الأمم المتحدة - اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا



تراكمت أوجه القصور على الصعيد الاجتماعي لسنين في عدد من البلدان العربية وتحولت أزمات في عام 2011، فحولت الحكومات سريعاً اهتمامها من المجالات الاقتصادية إلى القضايا الاجتماعية. وصار من الواضح أنّ سنين من النمو الاقتصادي المتزايد لم تؤد إلى أي تحسّن على الصعيد الاجتماعي وسارعت الحكومات إلى زيادة فرص العمل في القطاع العام ورفع الأجور، وتحسين الخدمات، وزيادة التحويلات لأغراض اجتماعية والاستثمار في البنية التحتية الاجتماعية. غير أنّ الحكومات كما المجتمعات على بيّنة من حاجتها إلى إيجاد سبل أكثر استدامة لمواجهة المشاكل الهيكلية الاجتماعية والاقتصادية والمشاكل السياسية. فالتغيّرات في المجال السياسي يمكن أن تمهّد السبيل لنهج مختلف في التنمية الاجتماعية يكون شاملاً للجميع من دون تمييز على أساس العمر أو المنطقة أو الدخل ويتيح فرصاً أكثر إنصافاً للحصول على خدمات الحماية الاجتماعية والخدمات الاجتماعية عامةً.

ويستعرض هذا التقرير الازدواجية في نظم الرعاية الاجتماعية في البلدان العربية ومساهمة مؤسسات القطاع الخاص والجهات المعنية في المجتمع المدني في تأمين الحماية والخدمات الاجتماعية، ويسلّط الضوء على المزايا والصعوبات المرتبطة بهذه النظم. وهو لا يهدف إلى تقديم جرد شامل بل إنه يركّز على قضايا محدّدة كالتعليم وخدمات الرعاية الصحية انطلاقاً من أمثلة في بلدان مختارة. وعمل على إعداد هذا التقرير كل من السيدة جيسلا نوك، رئيسة قسم السياسة الاجتماعية في الإسكوا، والسيدة فانيسا ستينمار، الخبيرة في الشؤون الاقتصادية في القسم نفسه. ويستند التقرير إلى بحوث هي ثمرة جهود فريق من الخبراء هم: السيدة أليسا ماينور، والسيدة إيميلى دي كايزر، والسيد جوليو فيراريزي، والسيدة رشا جارهوم، والسيدة كاثرين بروكس، والسيد مانويل بوسر، والسيد محمد يوسف، والسيدة مونيكا موريس.

ويعرب فريق إعداد التقرير أيضاً عن تقديره لجهود السيدة آن ماري بيلوني، والسيدة ديما جمالي، ويشكر السيدة ميلاني كاميت لإتاحة كتابها والبيانات الواردة فيه، علماً أنه سينشر في عام 2014. وهو يشكر المشاركين في المنتدى العربي عن ازدواجية نظم الرعاية الذي عقد في بيروت في كانون الأول/ديسمبر 2012 على مدخلاتهم القيّمة، والزملاء من الإسكوا على استعراضهم التقرير. واستند إعداد التقرير أيضاً إلى مساهمة السيدة حنين سيّد من البنك الدولي، والسيدة أورشولا كولك من منظمة العمل الدولية، والسيد خالد البشارة من الأمانة العامة للأوقاف في الكويت، والسيد سمير فرح من مؤسسة فريدريش إيبيرت. واعتمد فريق إعداد التقرير في عمليتي الصياغة والبحث على دعم فريق البحوث الممتاز في قسم السياسة الاجتماعية، وهو يضم أليكسندرا هينسجو جاكسون، والسيدة تانيا سيجيرسن، والسيدة لبنا اسماعيل، والسيدة سلوى محمد، وعلى الإشراف العام والدعم الفعال من مدير شعبة التنمية الاجتماعية، السيد فريديريكو نيتو.

وترحب الإسكوا بملاحظات القراء على هذا التقرير، ويمكنهم إرسال التعليقات والاقتراحات عبر البريد الإلكتروني على العنوان التالي: [sps-escwa@un.org](mailto:sps-escwa@un.org).

اللوحات: جيزيل رحيم.

شكر خاص إلى Recto Verso لتنسيق اللوحات.



# المحتويات

ج	كلمة شكر
هـ	المحتويات
ح	مسرد المصطلحات والمؤشرات الأساسية
ك	موجز تنفيذي
3	مقدمة
7	<b>أولاً- لمحة عن سياسات الرعاية</b>
7	ألف- دور الدولة المتغير في السياسة الاجتماعية
9	باء- الترتيبات المؤسسية
11	جيم- الاقتصاد السياسي للرعاية
14	هاء- نهج حقوق الإنسان والحد الأدنى من الحماية الاجتماعية
19	<b>ثانياً- مساهمة القطاع العام في أنظمة الرعاية الاجتماعية</b>
19	ألف- العمل في القطاع العام
19	باء- الحماية الاجتماعية
25	جيم - الخدمات الاجتماعية العامة
32	دال- ملخص: المشاكل الهيكلية والانتقال السياسي
37	<b>ثالثاً- القطاع الخاص: تقديم الخدمات الاجتماعية مقابل رسوم والأعمال الخيرية للشركات</b>
37	ألف- كيفية مساهمة القطاع الخاص في تأمين الخدمات الاجتماعية في منطقة الإسكوا
46	باء- ما الذي يمكن للقطاع الخاص تقديمه في أنظمة الرعاية الاجتماعية؟
50	جيم- تأمين القطاع الخاص للخدمات الاجتماعية يطرح مسائل هامة
53	دال- مراقبة الخدمات الاجتماعية التي يقدمها القطاع الخاص وتنظيمها
56	هاء- ملخص
62	<b>رابعاً- المجتمع المدني وتقديم الخدمات الاجتماعية</b>
63	ألف- تصنيف منظمات المجتمع المدني في تأمين الخدمات الاجتماعية
74	باء- مساهمة المجتمع المدني في نظم الرعاية
78	جيم- قضايا أساسية في إطار مشاركة المجتمع المدني في تأمين الخدمات الاجتماعية
82	دال- تنظيم المجتمع المدني لعملية تأمين الخدمات الاجتماعية
83	هاء- ملخص

## 88 خامسا- نحو نظم متعددة الأطراف لتأمين الرعاية الاجتماعية

- 91 ألف- الآفاق المستقبلية  
95 باء- ضرورة إجراء مزيد من البحوث

- 124 الحواشي  
130 المراجع

## 96 الملحقات

### 98 الملحق الأول

لمحة عامة عن نُظم المعاشات التقاعدية في البلدان الأعضاء في الإسكوا

### 108 الملحق الثاني

معدلات تغطية المعاشات التقاعدية، وإعانات البطالة، والإصابة خلال العمل في عدد من البلدان الأعضاء في الإسكوا

### 109 الملحق الثالث

نسبة المشاركة في القوى العاملة في بلدان مجلس التعاون الخليجي، حسب الجنسية أحدث البيانات المتوفرة

### 110 الملحق الرابع

معدلات العمالة في عدد من بلدان مجلس التعاون الخليجي، أحدث البيانات

### 111 الملحق الخامس

النسبة المئوية لإيرادات الضرائب، حسب المصدر

### 112 الملحق السادس

الإنفاق العام

### 115 الملحق السابع

مبادرات عدد من البلدان العربية في تقديم الرعاية، 2010-2012

## الأشكال

- 14 الشكل 1 - الحد الأدنى للحماية الاجتماعي  
الشكل 2 - النسبة المئوية للعاملين في القطاع العام من مجموع العاملين في عدد من البلدان  
20 الأعضاء في الإسكوا  
الشكل 3 - النسبة المئوية للقوى العاملة غير المشتركة في الضمان الاجتماعي في عدد من البلدان  
21 الأعضاء في الإسكوا  
الشكل 4 - برامج المساعدة الاجتماعية في عدد من البلدان العربية  
23  
الشكل 5 - الدعم والتحويلات الأخرى في عدد من البلدان العربية  
25

- 30 الشكل 6 - توزيع الإنفاق على الصحة بين الجهات التي تقدم الخدمات في مصر، 2009
- 31 الشكل 7 - الإنفاق العام على التعليم في عدد من البلدان العربية والمناطق في العالم، 1965-2010
- 38 الشكل 8 - الالتحاق بالتعليم الخاص من مجموع الالتحاق بالمدارس الابتدائية والثانوية في عدد من البلدان الأعضاء في الإسكوا
- 40 الشكل 9 - توزيع الطلاب الملتحقين بالمدارس الخاصة في دبي في الفترة 2011-2012 حسب المنهج الدراسي
- 41 الشكل 10 - الإنفاق الخاص بالنسبة المئوية من مجموع الإنفاق على الصحة في عدد من البلدان الأعضاء في الإسكوا
- 51 الشكل 11 - الدخل الشهري للأشخاص الذين يستخدمون مرافق الرعاية الصحية الخاصة والذين شملهم المسح في الخرطوم
- 65 الشكل 12 - عدد التلاميذ المسجلين في مدارس خاصة تابعة للطوائف في لبنان، 2005-2006
- 67 الشكل 13 - توزيع المستشفيات في لبنان حسب الانتماءات الطائفية والاجتماعية، 2008
- 69 الشكل 14 - توزيع المستفيدين من صندوق الزكاة وصندوق المعونة الوطنية في الأردن حسب الفئات الخمسية للدخل، 2008
- 90 الشكل 15 - مجموعة من مؤشرات الحوكمة في عدد من البلدان العربية، 2011

## الجدول

- 27 الجدول 1 - مؤشرات الفوارق الصحية في عدد من البلدان الأعضاء في الإسكوا، لآخر سنة تتوفر عنها البيانات
- 29 الجدول 2 - الإنفاق على الصحة في عدد من البلدان العربية، ومناطق من العالم، وفي تركيا، لعام 2011
- 33 الجدول 3 - مجالات التدخل الاجتماعي في عدد من البلدان العربية، 2010-2012
- 39 الجدول 4 - الالتحاق بالمدارس الخاصة في عدد من المناطق، 2011

## الأطر

- 45 الإطار 1 - «مدرستي»: مبادرة لتشجيع القطاع الخاص على دعم المدارس الحكومية
- 47 الإطار 2 - مشاركة القطاع الخاص في تأمين الخدمات في الأردن يشجع الحكومة على تفعيل دورها
- 55 الإطار 3 - تنظيم التعليم الخاص والنتائج النوعية في دبي
- 68 الإطار 4 - المستشفيات التابعة للجان الزكاة في فلسطين
- 70 الإطار 5 - كيف تختار الجمعيات الخيرية الإسلامية وصناديق الزكاة المستفيدين؟
- 76 الإطار 6 - دور منظمات المجتمع المدني في التعليم الشامل في لبنان
- 79 الإطار 7 - استثمار الأوقاف في القطاعات الاجتماعية

# مسرد المصطلحات والمؤشرات الأساسية

فئات اجتماعية هدفها الدفاع عن مصالح محدّدة على أساس قيم مشتركة يمكن أن تنبثق من معتقدات دينية، أو أهداف سياسية، أو لأغراض خيرية بحتة، أو لمجموعة أهداف مختلفة.	المجتمع المدني:
تشمل بالمعنى الواسع جميع المنظمات التي تطبق عناصر معتقداتها الدينية أو تركزها في الأنشطة التي تضطلع بها؛ وهي تضم المنظمات التي تعمل بدوافع دينية، من بين دوافع أخرى، وتستمدّ جزءاً كبيراً من تمويلها من التبرعات التي يقدمها الناس انطلاقاً من المعتقدات الدينية.	منظمة دينية:
الأنشطة والإيرادات التي لا تخضع جزئياً أو كلياً للقواعد التنظيمية والضرائب والمراقبة المفروضة من الحكومة.	القطاع غير النظامي:
مجموع العاملين والعاطلين عن العمل، غير العاملين ولكنهم قادرين على العمل ويبحثون عن عمل.	القوى العاملة:
نسبة السكان في سن العمل (عادة ما فوق 15 سنة) الذين يشكلون جزءاً من القوى العاملة؛ وهو حجم العرض النسبي من اليد العاملة المتاحة للمشاركة في إنتاج السلع والخدمات.	معدّل المشاركة في القوى العاملة:
أي نفقات مباشرة تتكبّدها الأسر المعيشية بما فيها الإكراميات والمدفوعات العينية للعاملين في القطاع الصحي والجهات الموردة للمستحضرات الصيدلانية، وأجهزة العلاج والسلع والخدمات الأخرى التي تهدف إلى تحسين الوضع الصحي. وهي جزء من الإنفاق الخاص على الصحة.	النفقات من الأموال الخاصة على الصحة:
جميع المؤسسات التعليمية التي تديرها مؤسسات غير حكومية.	التعليم الخاص:
جميع النفقات على الصحة من مصادر خاصة، بما في ذلك الإنفاق على التأمين الصحي في الشركات الخاصة.	الإنفاق الخاص على الصحة:
الجهات الفاعلة غير الحكومية التي تعمل بمبادئ تجارية وتهدف إلى تحقيق الربح أو تغطية التكاليف.	القطاع الخاص:
جزء من اقتصاد البلد تتحكم به الحكومة من الناحية المالية أو تقدّم له الدعم المالي.	القطاع العام:
قدرة البلد على وضع قواعد متسقة وشفافة وعلى رصد الامتثال لهذه القواعد وفرضه.	القدرة التنظيمية:
نظام الحماية الاجتماعية الذي تحدد فيه حقوق الإنسان العلاقة بين أفراد وفئات ذات طلبات شرعية (أصحاب الحقوق) والجهات الفاعلة الحكومية وغير الحكومية التي تتوجب عليها الالتزامات المتصلة (أصحاب المسؤولية). ويحدد هذا النهج أصحاب الحقوق واستحقاقاتهم وأصحاب المسؤولية والتزاماتهم، ويهدف إلى تعزيز قدرات كل من أصحاب الحقوق على تقديم مطالبهم، وأصحاب المسؤولية على الوفاء بالتزاماتهم. وجميع الأفراد متساوون بوصفهم بشراً وبحكم كرامتهم المتأصلة في كل فرد. ولكل إنسان حق التمتع بجميع الحقوق الإنسانية دون أي تمييز على أساس العرق، أو اللون، أو الجنس، أو الأصل الإثني، أو السن، أو اللغة، أو الدين، أو الرأي السياسي أو أي رأي آخر، أو الأصل القومي أو الاجتماعي، أو الإعاقة، أو الملكية، أو المولد، أو أي وضع آخر على النحو الذي تبيّنه مجموعة معاهدات حقوق الإنسان.	نهج الحقوق:
مجموعة ضمانات الحماية الاجتماعية الأساسية التي تُحدد على الصعيد الوطني وتكفل، على الأقل، حصول المحتاجين خلال دورة الحياة على الرعاية الصحية الأساسية وتأمين الدخل الأساسي لإتاحة فرص الحصول على السلع والخدمات التي تعتبر ضرورة على الصعيد الوطني.	الحد الأدنى للحماية الاجتماعية:

الوقف:	هبة تمنح من منطلق المعتقد الديني وتكون جزءاً من ثروة الجهة المانحة على أن تحدد الغرض من هذه الهبة والجهات المستفيدة منها.
الزكاة:	ضريبة على الثروة، وهي من الواجبات الدينية في الإسلام ومن أركان الإسلام الخمسة. وهي تختلف بحسب الثروة ونسبتها حوالي 2.5 في المائة من الأصول الرأسمالية.



# موجز تنفيذي

وصلت أنظمة الرعاية الاجتماعية في البلدان العربية إلى حدود الإجهاد. فبعد النمو السكاني الكبير الذي شهدته تلك البلدان في الأعوام الماضية، لم تعد سوق العمل ولا أنظمة الرعاية الاجتماعية قادرة على استيعاب الجميع، من مختلف الأعمار والمناطق وفئات الدخل. وبعد فترة من التقدم الإنمائي، ما لبثت أن تراجعت الخدمات الاجتماعية العامة، من حيث الجودة والتغطية، وقصرت عن تلبية تطلعات السكان.

وقد ساهم النمو الاقتصادي القوي الذي شهدته العقود الماضية والإنجازات الإنمائية في الصحة والتعليم في نشوء طبقة وسطى جديدة سعت دون جدوى إلى تحسين وضعها الاجتماعي، وزيادة فرصها الاقتصادية.

وأدى هذان الاتجاهان إلى إضعاف دور الدولة في تلبية تطلعات المواطنين إلى حقوق إنسانية واجتماعية، تضمنها العديد من الدساتير العربية. فالدول تواجه تحديات متزامنة على الصعيد الاجتماعي والاقتصادي. والحاجة الملحة إلى زيادة الحماية الاجتماعية يقابلها ضعف شديد في القدرة المالية للقطاع العام. ويصرف الجزء الأكبر من الإنفاق الاجتماعي على الإعانات والخدمات الشاملة، مما يضعف تأثيره على عملية التوزيع.

وكثيرة هي الجهات الفاعلة غير الرسمية التي تشارك في المجال الاجتماعي، من خلال تأمين عدد من الخدمات الأساسية للسكان. وهذه المشاركة تزيد معدل التغطية، وتحسن إمكانات الحصول على الخدمات الاجتماعية، غير أن تنوع الجهات المعنية واختلافها يؤدي أحياناً إلى نشوء فوارق كبيرة بين السكان. وإذا لم تتح هذه الخدمات بالتساوي للجميع بالنوعية والكمية المطلوبة، تتفشى ظاهرة عدم المساواة المستترة بين السكان، فلا تُتخذ الإجراءات اللازمة لمعالجتها.

ويطرح هذا التقرير مجموعة من الأسئلة في ما يتعلق بأنظمة الرعاية الاجتماعية والخدمات التي يقدمها عدد من الجهات الفاعلة في البلدان العربية. فما مدى كفاءة نظم الرعاية الحالية؟ ومن هي الجهات الفاعلة الأساسية؟ وكيف يجري التنسيق في ما بينها؟ وما مدى فعاليتها في تأمين الحماية الاجتماعية لجميع السكان؟

ويتضمن **الفصل الأول** لمحة موجزة عن تطور نظم الرعاية الاجتماعية على مر الزمن، وعن مؤسساتها، والآليات الرئيسية التي تعتمدها الدولة لتحقيق المساواة في التكاليف التي تدفعها مختلف الفئات الاجتماعية لقاء خدمات الرعاية. ويبين أن نظم الرعاية الاجتماعية هي عادة جزء لا يتجزأ من الاقتصاد السياسي للمجتمعات التي تؤمنها، وأن التغيرات السياسية قد تتيح الفرصة لزيادة تغطية الحماية الاجتماعية، وتحسين إمكانات الحصول على خدمات الأساسية، والتوصل إلى تأمين الحد الأدنى من الحماية الاجتماعية.

ويتضمن **الفصل الثاني** عرضاً للطرق التي يعتمدها القطاع العام عادةً في تنظيم الحماية الاجتماعية وخدماتها. وهو يبين أن أثر برامج الرعاية الاجتماعية على الفقر محدود بسبب ارتفاع الإنفاق ولا سيما على دعم الوقود، وبسبب التجزؤ في برامج المساعدة الاجتماعية، وضعف عملية توجيه الخدمات نحو الأهداف الصحيحة. فنسبة 70 في المائة تقريباً من السكان من الفئات الخمسية الأكثر فقراً لا يحصلون على معونات من الدولة. وغالباً ما تعجز الأنظمة العامة للتعليم والصحة عن تحقيق النتائج المتوقعة هذا إن بقيت بمأمن من الفساد.

وخلاصة الفصل أن النقص في الرعاية العامة يؤدي إلى نوعين من النواقص: «نقص في النوعية» ينجم عن خدمات عامة تفتقر إلى الجودة، ولا تلبي توقعات المواطنين ولا تؤدي إلى بناء رأسمال بشري، و«نقص في الكمية» ينجم عن خدمات لا تغطي جميع السكان، ولا سيما في المناطق الريفية والمناطق الفقيرة.

ويتناول **الفصل الثالث** النمو في القطاع الخاص ومختلف أشكال هذا النمو في مجموعات البلدان العربية. فبلدان مجلس التعاون الخليجي طوّرت القطاع الخاص، بحيث يستطيع المساهمة في سد النواقص في نوعية الخدمات الصحية والتعليمية، وتوفير التأمين والخدمات الاجتماعية للعمال الوافدين. وترافقت هذه العملية مع سن تشريعات واضحة. وفي بلدان أخرى، يغطي القطاع الخاص النقص في تلبية الطلب في مجالات معينة ولا سيما على الخدمات. ففي البلدان المتضررة من النزاعات كلبنان، حاول القطاع الخاص مواجهة تراجع الدولة بتأمين الخدمات في أوقات الأزمات. أما في بلدان أخرى، فهو يلبي طلب فئات معينة على خدمات أفضل نوعية. وغالباً ما تكون التشريعات في مثل هذه الحالات أقل تطوراً. وقد يؤدي عدم التنظيم في تأمين الخدمات عبر القطاع الخاص وحصر الوصول إليها بمن يملكون القدرة على الدفع إلى ظهور حالة من عدم المساواة في الحصول على الخدمات من النوعية الجيدة، ولا سيما إذا لم يكن السكان مشمولين بأي تأمين لسداد كلفتها. فالقطاع الخاص قادر، إلى حد ما، على سد النقص في الخدمات التي يؤمنها القطاع العام من حيث النوعية، لكن لمجموعات معينة من السكان القادرين على دفع كلفة هذه الخدمات. وهو لا يلبي جميع الاحتياجات، لأن خطط التأمين الخاص أو المعاشات التقاعدية لا تستخدم على نطاق واسع.

ويتضمن **الفصل الرابع** عرضاً لمختلف المزودين بالخدمات والمساعدات الاجتماعية من المجتمع المدني. والمزود الأول في هذا الإطار هو المنظمات والمؤسسات الدينية كصناديق الزكاة. وتؤمن العديد من المنظمات الخدمات من خلال شبكات خاصة بها من المدارس والمستشفيات، كما توفر الأموال للأفراد أو المجموعات لشراء خدمات من مزودين آخرين. وتوجه بعض منظمات المجتمع المدني خدماتها إلى فئات معينة، فهي ترتبط في بعض الأحيان بجهات سياسية نافذة وغالباً ما تقدم خدمات تخص فئات معينة كذوي الإعاقات.

وباستطاعة المجتمع المدني سد بعض الثغرات، لكنه يعاني من نقاط ضعف شبيهة بتلك التي يعاني منها القطاع العام كالتجزئة، والنقص في التمويل، والازدواجية في تقديم الخدمات، وسوء توجيه الخدمات إلى أهداف محدّدة. ومن منظور الحقوق، يمكن القول إن الخدمات التي يؤمنها المجتمع المدني هي أفضل من خدمات القطاع العام، من حيث النوعية وإمكانية الحصول عليها. ومع ذلك، ليس المجتمع المدني الخيار الأفضل في تلبية احتياجات السكان الأشد فقراً، لأن هذه المهمة ليست من اختصاصه، ولا يملك الموارد المالية اللازمة لها.

أمّا **الفصل الخامس**، فيتضمن تلخيصاً للنقاش، ويسلط الضوء على النقاط التالية:

- الآثار الناتجة من ارتفاع النمو السكاني وارتفاع الطلب على الخدمات الاجتماعية من النوعية الجيدة قد أجهدت نظم الرعاية الاجتماعية، فسببت نقصاً كبيراً في التغطية، أدّى إلى «الازدواجية في الرعاية» أو إلى انقسام المجتمعات من حيث الدخل ورأس المال البشري.
- الجهات الفاعلة غير الرسمية قادرة على التخفيف من حدة هذا الوضع، وعلى سد بعض الفجوات، شرط توفر ظروف معينة. فالدولة يجب أن تنظم عمل هذه الجهات بما يضمن الالتزام بعدد من معايير الجودة، فضلاً عن تأمين الإنصاف والمساواة في الحصول عليها، ولا سيما في الحالات التي تكون فيها المؤسسات غير الحكومية هي المصدر الوحيد للخدمات وللحماية الاجتماعية.

- باستطاعة الحكومات أن تجري تقييماً شاملاً لنظم الرعاية من أجل تحديد أولويات القطاع العام ومواطن القوة فيه. وقد يكشف هذا التقييم في العديد من البلدان عن سبل تحسين نوعية الخدمات الأساسية في الرعاية الصحية والتعليم، وضمان أمن الدخل للأطفال والمسنين، وتقديم المساعدة للفقراء والعاطلين عن العمل. ويتوافق هذا النهج مع مبادرة الحد الأدنى للحماية الاجتماعية، التي تدعو لها الأمم المتحدة.
- التقييم الشامل قد يمكّن الحكومات من حل مشكلة التجزئة في الخدمات العامة، ومن توحيد البرامج وطرق التمويل. ولا بد في هذا الإطار من إصلاح برامج الضمان الاجتماعي وصناديق المعاشات التقاعدية، حيث لا تُعامل جميع الفئات المهنية معاملةً واحدة. وستسمح عملية التوحيد للحكومات بتوسيع نطاق الضمان الاجتماعي ليشمل المجموعات التي تحظى بالحماية.
- على الحكومات أن تضع ضمن أولوياتها وضع إطار للسياسات الاجتماعية يمكن الوصول من خلاله إلى جميع المناطق الجغرافية والفئات الاجتماعية. وبعد تحديد مجموعة معينة من أولويات السياسات الاجتماعية، يحدد القطاع العام أهدافاً واضحة، ويجمع الأموال المتاحة، ويحدد مهام واضحة للشركاء المحتملين من القطاع الخاص والمجتمع المدني.
- القدرة التنظيمية في معظم الأحيان لا تحظى بما تستحقه من أهمية. ويتطلب حسن تنظيم الأنشطة التي تقوم بها المؤسسات غير الحكومية توفر مجموعة من المهارات والقدرات الإدارية التي تفتقر إليها أحياناً بعض الإدارات العامة في البلدان العربية. والقدرة على صياغة تشريعات واضحة وشفافة وإنفاذها ورصدها هي عنصر أساسي من عناصر الكفاءة في إدارة الدولة، وبالغ الأهمية لضمان حسن الأداء في نظم الرعاية وفي التنمية الاقتصادية.
- معايير جودة الخدمات الاجتماعية في البلدان العربية غير محددة بوضوح. ومن الصعب تحديد هذه المعايير، لا سيما وأن النتائج المحققة على الصعيد الاجتماعي تكون عادة وليدة مجموعة من الظروف الفردية والاجتماعية والمؤسسية. ومع ذلك، يمكن للحكومات أن تعمل لضمان تأمين المرافق الكافية، وتزويدها بعاملين مؤهلين للعمل في القطاعين الصحي والتعليمي، يمارسون مبدأ العناية الواجبة في أداء عملهم.



# مقدمة





## مقدمة

عندما بدأ يسقط الرؤساء في بعض بلدان شمال أفريقيا في كانون الثاني/يناير وشباط/فبراير 2011، سارعت حكومات بلدان أخرى في المنطقة العربية إلى زيادة الأجور ومنح الإعانات للمستهلكين، وإلى إتاحة فرص العمل بأعداد كبيرة. وكان في التحويلات النقدية السخية، ومشاريع الإسكان، والاستثمارات في البنية التحتية الاجتماعية، دليل واضح على أن الحكومات رأت في الاستياء الشعبي نتيجة لأزمة اجتماعية، سعت إلى احتوائها بمساعدات اجتماعية.

وكان في النداء الذي أطلقته الشعوب من أجل الكرامة والعدالة الاجتماعية تأكيد على أن الذين نزلوا إلى الشوارع يعتبرون المشاكل الاجتماعية دافعاً من الدوافع الرئيسية للمطالبة بالتغيير السياسي. ففي ارتفاع معدلات البطالة وانخفاض الأجور خطر على الأمن الاجتماعي، وحرمان فئات اجتماعية كبيرة من الخدمات الاجتماعية الجيدة يعوق تكوين رأس المال البشري، ويضيق أمامها سبل العيش الكريم في مأمّن من الفقر.

وسرعان ما تبين أن المبالغ الكبيرة التي أنفقتها الحكومات طوال سنين على التحويلات النقدية الاجتماعية والإعانات والخدمات العامة في جميع البلدان العربية، إما أخطأت الهدف وإما أخفقت في منع الأزمة الاجتماعية. وقد بلغ متوسط الإنفاق على الإعانات والتحويلات النقدية الاجتماعية في البلدان العربية من الناتج المحلي الإجمالي ما يزيد على ضعف ما تنفقه بلدان نامية أخرى لهذا الغرض، لكن ذلك لا يظهر في النتائج الاجتماعية.

وأثارت التطورات التي شهدتها المنطقة العربية عدداً من الأسئلة الهامة: ما هي النواقص التي تشوب نظم الرعاية؟ كيف تعمل نظم الرعاية حالياً؟ إلى أي مدى تصل خدماتها إلى أشد الناس عوزاً؟ ما هي المؤسسات المعنية بتقديم خدمات الرعاية وكيف يجري التنسيق في ما بينها؟ هذه هي الأسئلة الرئيسية التي يتناولها التقرير. والهدف ليس إعداد مسح شامل بالسياسات الاجتماعية، بل تناول الجهات الفاعلة المعنية بتأمين الرعاية الاجتماعية.

ويعتمد التقرير نهجاً تحليلياً في موضوع الرعاية الاجتماعية، ويعرض عملية تأمين الحماية والخدمات الاجتماعية من منظور الحقوق، فيتناول هذه الخدمات من حيث الجودة، والإنصاف، والتغطية، والاستدامة. ويسلط الضوء على أبرز خصائص منظومة الرعاية الاجتماعية في البلدان العربية، وعلى نوع ومستوى خدمات الرعاية التي يؤمنها مجموع الجهات الفاعلة. ويحدد المجالات التي ينبغي تناولها بمزيد من البحوث والدراسات لتكوين القاعدة المعرفية اللازمة، وينتهي إلى استنتاجات وتوصيات أولية.

وهذا التقرير هو مطبوعة من سلسلة مطبوعات تصدرها الإسكوا عن السياسات الاجتماعية المتكاملة، وتدعو فيها إلى تنسيق السياسات عبر مختلف القطاعات، وتعميم القضايا الاجتماعية فيها. ويتضمن هذا التقرير مراجعة لمجموعة من السياسات الرئيسية، واستعراضاً لعدد من الوقائع والقضايا، ويؤكد الحاجة إلى إجراء المزيد من البحوث حولها.

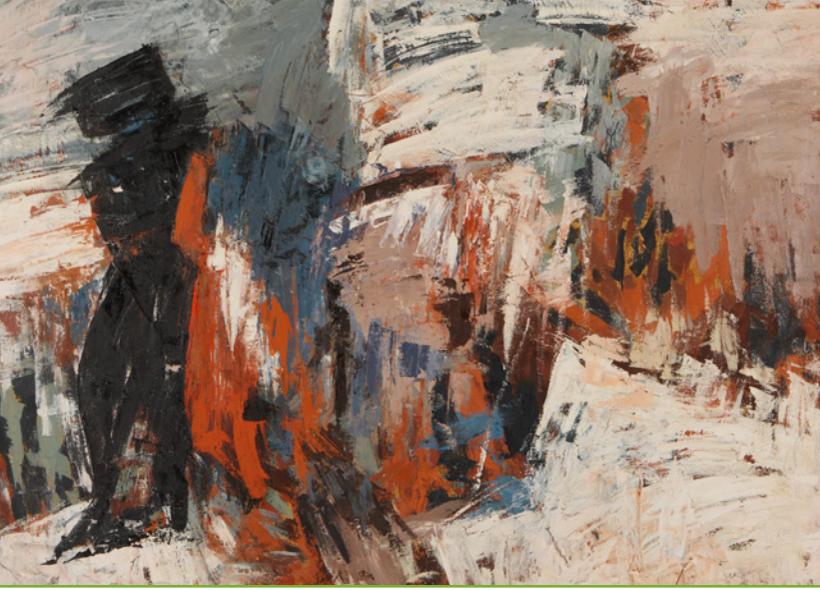
ويستند التقرير إلى عدد من الدراسات التي تناولت دور القطاع الخاص في تأمين الخدمات الاجتماعية في البلدان العربية، وأنشطة الرعاية الاجتماعية التي تقوم بها المنظمات غير الحكومية والمنظمات الدينية، وكذلك إلى دراسات ميدانية مختارة لعدد من المؤسسات الدينية كصناديق الزكاة أو الأوقاف. ويتوقف أيضاً عند الإجراءات التي اتخذتها الحكومات في مجال السياسات الاجتماعية في المنطقة في العامين الماضيين، بالتزامن مع التغيير السياسي.

# الفصل الأول





# أولاً- لمحة عن سياسات الرعاية



في حالات المرض، والشيخوخة، والإصابة، والبطالة؛ (2) تأمين خدمات عالية الجودة في الصحة والتعليم والتشغيل؛ (3) الوصول إلى أكثر الفئات عوزاً .

ويستعرض هذا الفصل مجموع المؤسسات التي تشكل «الاقتصاد المختلط للرعاية»<sup>2</sup>. وينظر في بعض التحولات النمطية التي طرأت خلال العقود الماضية، ويحدد آثار التوزيع التي أدت إليها أدوات السياسة الاجتماعية المختلفة، ويعرّف خصائص بعض الجهات الفاعلة ويناقشها. ويختتم بملاحظات حول سياسة الرعاية في البلدان النامية، مع التركيز على أهمية اعتماد نهج تأمين حد أدنى من الحماية الاجتماعية، وهو نهج حقوق الإنسان.

## الف- دور الدولة المتغير في السياسة الاجتماعية

تتفاوت مفاهيم نظم الرعاية بين مختلف مناطق العالم، وتتغير مع مرور الزمن عوامل عدة في هذا المجال، كالجهات المعنية ، ومدى مشاركتها في نظم الرعاية، ودور الدولة في تأمين الحماية والخدمات الاجتماعية.

فمرحلة الإعمار والإنماء بعد الحربين العالميتين الأولى والثانية في بداية القرن العشرين طُبعت بحس

الرعاية الاجتماعية هي في المفهوم العام مهمة الدولة، فهي المسؤولة عن حراسة المواطنين وحمايتهم، وعن ضمان حقوقهم الاجتماعية، التي تكفلها لهم الدساتير والاتفاقيات الدولية. وقد أظهر مسح، أجري مؤخراً في الأردن وتونس ولبنان ومصر، أن 90 في المائة من المواطنين يرون في الدولة المزود الأساسي بخدمات الضمان الاجتماعي<sup>1</sup>، ويتوقعون منها تحقيق المساواة في تأمين الحصول على التعليم والرعاية الصحية والخدمات الاجتماعية الأخرى.

إلا أن السياسة الاجتماعية وُجدت قبل نشوء ما يعرف «بدولة الرعاية» بالمفهوم التقليدي، فخدمات الرعاية الاجتماعية لم تكن يوماً محصورة بالقطاع العام، بل هي عبارة عن «مجموعة خدمات» تشارك في تقديمها عدة مؤسسات. وهذا أدى مع الوقت إلى حلول مفهوم «نظم الرعاية» محل «دول الرعاية». ففي نظم الرعاية، تكون رعاية المواطنين مسؤولية جميع المؤسسات، أي الأسرة، والهيئات المجتمعية والخيرية، والسوق أو الشركات التجارية، إضافة إلى الدولة التي تؤمن الخدمات والمستحقات الاجتماعية. وفي البلدان النامية، يتسع نطاق المسؤولية عن تقديم الخدمات الاجتماعية ليشمل المنظمات الدولية.

وتختلف الجهات المعنية بتأمين الخدمات الاجتماعية من حيث مواطن القوة والضعف، باختلاف قدرتها على (1) حماية الناس من المخاطر التي تتخلل حياتهم

التضامن الاجتماعي على أثر انتشار حالات البؤس، وبشعور من عدم الثقة في الأسواق إثر الأزمة الاقتصادية التي شهدتها العالم في عام 1929. وعقب إطلاق عدد من البرامج والقوانين كبرنامج «الاتفاق الجديد» (New Deal) في الولايات المتحدة الأمريكية (1935)، وقانون الضمان الاجتماعي (Social Security Act) في نيوزيلندا (1938)، وخطة بفريدج (Beveridge Plan) في بريطانيا العظمى (1942)، أصدرت منظمة العمل الدولية إعلان فيلادلفيا في عام 1944. وأدرج الحق في الضمان الاجتماعي في المادة 22 من الإعلان العالمي لحقوق الإنسان في عام 1948.

وانطلقت في أمريكا اللاتينية حركة التطور الصناعي بقيادة الدولة من خلال إحلال الواردات، ودعمتها حركات اجتماعية وعمالية كان لها دور أساسي في بناء دول الرعاية في هذه المنطقة. واتسع نطاق نظم الضمان الاجتماعي ليشمل الموظفين في القطاع العام والعاملين من الطبقتين الوسطى والعاملة في قطاعات منظمة واستراتيجية كالتعدين، والصناعات التحويلية<sup>3</sup>.

ورأت «الدول الإنمائية» في شرق وجنوب شرق آسيا في التعليم والرعاية الصحية وسيلة هامة لبناء قوة عاملة تتمتع بالمهارات اللازمة، لتتمكن هذه الدول من حجز مكان استراتيجي لها في السوق العالمية. وكان الاستثمار الاجتماعي عنصراً أساسياً من عملية التحديث، مع أن شبكات الأمان الاجتماعي ظلت محدودة النطاق حتى أواخر التسعينات<sup>4</sup>.

وفي المنطقة العربية، بدأ إنشاء نظم الضمان الاجتماعي القائمة على الاشتراكات منذ الخمسينات في العراق ومصر، حيث كان نظام الحكم اشتراكياً، ثم خلال السبعينات في البلدان ذات الأنظمة الملكية. وجرى تحسين الهياكل الأساسية وتوسيع نطاق الرعاية الصحية التي يقدمها القطاع العام، والتركيز على التعليم الرسمي باعتباره أساسياً لتكوين طبقة

من الموظفين الحكوميين من ذوي المهارات في مرحلة ما بعد الاستقلال. وقدمت معظم البلدان تحويلات اجتماعية غير مباشرة على شكل إعانات لدعم السلع والخدمات الأساسية، مثل الغذاء، والكهرباء، والوقود، والإسكان، وغيرها.

غير أن نظم الرعاية التي نشأت في فترة الازدهار الاقتصادي بعد الحرب واجهت أزمات في أواخر الثمانينات. فقد تعرضت الميزانيات العامة لضغوط جراء هبوط معدلات النمو في العالم، وانطلق نقاش إيديولوجي حول دور الدولة في المجال الاجتماعي. وبدلاً من أن تعوض الدولة عن عدم التكافؤ في نتائج السوق من خلال إعادة التوزيع، توجهت نحو تهيئة بيئة تشجع الأفراد على المبادرة في البحث عن الفرص في الحياة والعمل. واعثرت المبادرات الشعبية والمنظمات غير الحكومية أكثر قدرة على الاستجابة لشواغل المواطنين وعلى العمل بكفاءة بالمقارنة مع الدولة البيروقراطية البعيدة بعض الشيء عن هموم الشعب. وسعت المنظمات غير الحكومية وهيئات المجتمع المدني في جميع أنحاء العالم إلى ملء الفراغ الناتج من التقصير في تأمين الخدمات العامة. وقد تمحور النقاش الدولي حول خيارين لا ثالث لهما، إما نهج السوق أو نهج الحقوق.

أما نهج السوق فيركز على المنافسة في السوق العالمية كعامل حاسم في تحقيق التنمية الاقتصادية والاجتماعية الوطنية. ومع أن قوى العولمة تقيد السياسات الاجتماعية على الصعيد الوطني، نجحت في الحد من الفقر وعدم المساواة في الدخل على الصعيد العالمي. فآليات تخصيص الموارد ضمن السوق العالمية يمكن أن تكون وسيلة لتسهيل الاستثمارات المباشرة وجذب الموارد المالية إلى الأسواق الناشئة، على نطاق يفوق نطاق أي استراتيجية وطنية. ويصبح الدور الرئيسي الذي تضطلع به الحكومات في هذا الإطار توفير أطر مؤسسية سليمة وتهيئة بيئة ترعاها القواعد والقوانين. أما خصخصة المرافق العامة، وتأمين خدمات التعليم

والرعاية الصحية عن طريق القطاع الخاص، وزيادة مشاركته في نظم التأمين الاجتماعي، فاعتبرت وسيلة للتخفيف من الضغوط على الميزانيات العامة وتحسين نوعية الخدمات الاجتماعية وكفاءتها.

أما نهج الحقوق فلا يتفق مع الفكر الليبرالي الذي يبحر للجانب الاقتصادي، مع شيء من التركيز على التنمية البشرية. ويعتبر الأمن البشري، حسب نهج الحقوق، جزءاً أساسياً من العقد الاجتماعي الذي لا يمكن إخضاعه للمنافسة الاقتصادية العالمية. فالاستثمار في الموارد البشرية ضروري، ليس فقط لعملية التحديث والتنمية في أي بلد، بل لتحقيق التماسك الاجتماعي والاستقرار السياسي أيضاً. ولا تقتصر مسؤولية الدولة على تأمين إطار قانوني سليم، بل عليها أن تضمن للجميع المساواة في الفرص والإنصاف في النتائج الاجتماعية. والنقاش الذي يوازن بين «أصحاب المصلحة» و«أصحاب الأسهم» يهدف إلى تعميم المنظور الاجتماعي ضمن عمل السوق، حتى لا تقتصر غايته على تحقيق المزيد من الأرباح.

وشكلت الأزمات التي شهدتها العالم مؤخراً على سعيد المال والغذاء والنفط نقطة تحوّل هامة. فالقلق من تفاقم الاختلالات الاقتصادية، وضعف المؤسسات وعدم القدرة على التحكم بالأسواق العالمية والنتائج الاجتماعية، أدى إلى تركيز الإصلاحات في مجال السياسة العامة على القطاع العام والإدارة العامة للمؤسسات. وتشير البحوث الاقتصادية إلى أن اتساع الفوارق في توزيع الدخل وارتفاع مستويات الفقر هما من العوامل التي تؤثر سلباً على قدرة الاقتصادات على النمو على المدى المتوسط والطويل، في حين أن وجود طبقة متوسطة كبيرة يمكن أن يؤثر إيجاباً على النمو الاقتصادي. وتبين أن سياسات إعادة التوزيع ليست بالضرورة لتحقيق التوازن بين الكفاءة الاقتصادية والإنصاف، إنما يمكن أن تعود بالفائدة على الكفاءة الاقتصادية عموماً. فتحقيق المساواة في الفرص من خلال تحسين الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية

والتعليم يؤدي إلى تعزيز ثروة البلدان من الموارد وتحقيق مكاسب كبيرة في الإنتاجية، شرط أن تكون المؤسسات المنشأة والسياسات المعتمدة موجهة صوب هذا الهدف.

## باء- الترتيبات المؤسسية

قدرة الدول والمجتمعات على معالجة قضية عدم المساواة وتأمين الخدمات الاجتماعية بالكمية الكافية والنوعية الجيدة، فضلاً عن تحقيق نتائج في عملية التوزيع، إنما تتوقف على المؤسسات وأدوات السياسة العامة، بقدر ما تتوقف على الموارد المتاحة. ولا يمكن اختيار المزيج الأمثل من المؤسسات والأدوات بمعزل عن الهدف، أكان تحقيق المساواة في الدخل، أم في النتائج الاجتماعية، أم في الفرص الاجتماعية والاقتصادية.

### ١- الضمان الاجتماعي

الأدوات التي تستند إلى آليات السوق كحسابات الادخار الفردية في المصارف التجارية، والتأمين التجاري على الحياة، تنشئ علاقة مباشرة بين هذه المدخرات أو الاشتراكات الحالية والمستقبلية. ونتيجة لهذه العلاقة، ينشأ «تبادل في الدخل بين الفترات الزمنية» بين ما يكسبه الفرد حالياً وما سيحصل عليه في المستقبل، من غير أي نوع إعادة توزيع بين الأفراد. ولهذا السبب، لا يعتبر التبادل الزمني أداة من أدوات الضمان الاجتماعي، لكنه يساهم في مجموع نظم الرعاية، ولا سيما في حالات ضعف الدولة.

وترتكز أنواع أخرى من التأمين الخاص، كالتأمين الصحي والتأمين من المخاطر التجارية، على مبادئ التضامن، إذ يساهم جميع المشاركين في صندوق مشترك، يحصلون منه على التعويضات. وفي هذه الحالة، يكون التبادل أفقياً، ويجري توزيع الموارد بين جميع المشاركين في الصندوق. وتؤثر شركات

التأمين على مستوى إعادة التوزيع من خلال المعايير المحددة للمشاركة. فمبدأ انتقاء المشتركين بالاستناد إلى احتمالات تعرضهم للخطر يمكن أن يساهم في إبقاء المساهمات منخفضة.

أما نظم الضمان الاجتماعي، فلا تعمل بمبدأ الانتقاء. وتسمح هذه النظم بتغطية المشاركين الأكثر عرضة للخطر من غيرهم، ولا سيما الفقراء الذين يعملون في ظروف صعبة. فلا يكون التعادل في هذه النظم أفقياً بين الأفراد وحسب، بل يشمل أيضاً إعادة توزيع عمودية للثروات، من المشتركين الأكثر ثراءً إلى المشتركين الأكثر فقراً. وصناديق المعاشات التقاعدية التي تنشأ في إطار الضمان الاجتماعي هي دليل على الأفقي بين الأفراد، والتعادل العمودي، والتعادل بين الأجيال، إذ تدفع مساهمات العاملين الحاليين تعويضات للمتقاعدين الحاليين.

ومن وسائل إعادة التوزيع العمودي التحويلات النقدية المباشرة أو غير المباشرة، الممولة من الإيرادات العامة وليس من الاشتراكات. وتجرى هذه التحويلات إما مباشرة من الحكومات، أو من خلال منظمات المجتمع المدني التي تشرف عليها الحكومات، والتي يجري التعاقد معها لهذه الغاية. ويتوقف نجاح عملية إعادة التوزيع العمودي إلى حد كبير على نوعية هيكل السياسة العامة، وتحديد القنوات المؤسسية التي تُحوّل الأموال من خلالها، وعلى قدرة الحكومات على تحديد السكان الأكثر حاجة للمساعدة وعلى الوصول إلى الفئات الأكثر ضعفاً.

## ٢- الخدمات الاجتماعية

إضافة إلى أشكال الضمان الاجتماعي المذكورة، تؤثر الخدمات الاجتماعية، ولا سيما في مجالات الرعاية الصحية والتعليم والإمداد بالمياه، على النتائج الاجتماعية، وخاصة في تحقيق تكافؤ في الفرص بين مختلف فئات المجتمع. فمنظومة الخدمات الاجتماعية،

ودور القطاعين العام والخاص في تأمينها، ومشاركة مؤسسات المجتمع المدني فيها، وعمليات تنظيم الخدمات ورصد نوعيتها وكفاءتها جميعها عوامل تحدد مستوى المساواة بين جميع الفئات الاجتماعية في الحصول على الخدمات بالجودة المطلوبة.

وغالبا ما يكون التعليم الرسمي مجانياً في المرحلة الابتدائية، وفي الكثير من الأحيان في المرحلة الثانوية لتشجيع انتشار التعليم على نطاق واسع والمساهمة في تكوين قوى عاملة منتجة. والجدير بالذكر أن مجانية التعليم الجامعي تعود بالفائدة على الطبقة الوسطى. فهي تسمح لأبناء هذه الطبقة بمتابعة تحصيلهم العلمي لفترة أطول، لا سيما أن أسرهم لا تعتمد عليهم عادةً في دخل الأسرة. ففي البلدان التي يعتمد فيها التعليم الابتدائي على القطاع الخاص ويكون فيها التعليم الجامعي مجانياً، يستفيد أبناء الطبقة الوسطى المقيمون في المدن أكثر من أبناء الطبقات الفقيرة أو سكان المناطق الريفية.

والوضع مشابه في الرعاية الصحية. ومن منظور الإنصاف والكفاءة، يمكن القول إن توفر شبكة عامة تؤمن خدمات الرعاية الصحية الأولية بكلفة معقولة في المناطق الريفية والحضرية يعتبر أهم من توفر مستشفيات متخصصة تؤمن خدمات متطورة في المدن الرئيسية، لضعف احتمال استفادة سكان الأحياء الفقيرة منها. فخدمات الرعاية الصحية المرتفعة الكلفة يمكن أن يؤمنها القطاع الخاص بالفعالية المطلوبة، وخاصة في ظل وجود نظم قوية للتأمين الصحي الاجتماعي تغطي كلفة هذه الخدمات.

ولدى بعض البلدان نظام عام للرعاية الصحية ذو تغطية واسعة، ممول من الإيرادات العامة. وهذا النظام يسمح بتقديم الخدمات إما مجاناً وإما لقاء بدل رمزي (نظام بفريديج). ولدى بلدان أخرى نظام مختلط للرعاية الصحية، حيث يؤمن القطاع الخاص الخدمات من خلال صناديق للتأمين الصحي تمول من

اشتراكات الموظفين وأصحاب العمل، ومن الإيرادات العامة (نظام بسمارك).

ومن أهم مزايا نظام بفيريدج شموليته وقدرته على تقديم الخدمات لجميع المواطنين بغض النظر عن طبيعة عملهم ومركزهم الاجتماعي. أما نظام بسمارك فيعتمد على الوضع الوظيفي وعلى الاشتراكات، وفي حال لم تدعمه الإيرادات العامة، قد لا يغطي العاطلين عن العمل والعاملين لحسابهم الخاص. وقضية الازدواجية بين من هم داخل القطاع النظامي ومن هم خارجه تطرح إشكالية كبيرة في البلدان التي تضم قطاعاً كبيراً غير نظامي، حيث لا يشمل نظام التأمين الصحي العاملين خارج القطاع النظامي، فيضطرون إلى الحصول على خدمات الرعاية الصحية الخاصة لقاء مبالغ لا يمكنهم تحصيلها لاحقاً من أي مصدر.

وقد تجاوزت بعض البلدان، بناءً على نظام الرعاية المتوفر فيها، فتضع معايير مزدوجة في توفير الخدمات. فالنقص في الأموال العامة وعدم توفر الإرادة السياسية قد يؤديان إلى نظم تعليمية وصحية لا تؤمن سوى حدّ أدنى من الخدمات بنوعية متدنية. ونتيجةً لذلك، يقتصر الحصول على الخدمات التعليمية والصحية من النوعية الجيدة على القادرين على تحمل كلفتها. وللتعويض عن النقص في نوعية الخدمات العامة، قد يعطي بعض أصحاب العمل في القطاع الخاص تأميناً صحياً إضافياً لعمالهم.

## جيم - الاقتصاد السياسي للرعاية

يُقصد «بازدواجية الرعاية» انقسام المجتمع إلى مجموعات من القوى العاملة داخل النظم وخارجها. فالعاملون داخل النظم هم المجموعات التي تحظى بالتأمين ضد المخاطر التي قد تهدد حياتهم، ويمكنها الحصول على خدمات اجتماعية ذات نوعية جيدة. أما العاملون خارج النظم، فهم المجموعات التي لا تشملها

نظم الضمان الاجتماعي، فتكتفي بخدمات اجتماعية غير موثوقة دون النوعية المطلوبة. والازدواجية تكاد تكون أكبر التحديات التي تواجهها نظم الرعاية، وهي لا تقتصر على البلدان النامية.

والقرار الذي يحدّد نطاق التغطية، برسم الفاصل بين فئات اجتماعية تشملها الرعاية وأخرى لا تشملها الرعاية، هو نتيجة لعلاقات القوة في السياسة والاقتصاد في المجتمعات، أي ما يعرف بالاقتصاد السياسي. وما خصائص نظام الرعاية الاجتماعية في بلدان الشمال الأوروبي إلا نتيجة لتحالف سياسي بين الحركات العمالية المنظمة وحركات المزارعين، في ما يعرف بـ«التحالف الأحمر-الأخضر»<sup>6</sup>. وخلافاً للحالات الأخرى التي أدت فيها الحركات العمالية إلى إنشاء نظم للتأمين الاجتماعي يقتصر على أصحاب الوظيفة، أدى تحالف الأجراء مع المزارعين العاملين لحسابهم الخاص إلى إنشاء نظام رعاية شامل، يتساوى فيه جميع المواطنين في الحقوق، بغض النظر عن موقعهم في المجتمع أو في العمل<sup>7</sup>.

وتعزز نظم الرعاية الظروف السائدة في المجتمعات التي تنشأ فيها، وتعيد إنتاجها. فدول الرفاه المحافظة، التي هي وليدة اجتماعات تركز على الأوضاع والامتيازات، توسّع الفوارق الاجتماعية بين الموظفين الحكوميين وغيرهم من الأجراء العاملين في القطاع العام، إذ تضع خطط تأمين خاصة بكل فئة، تختلف من حيث الحقوق والمستحقات. أما برامج المساعدة الاجتماعية، فتوضع لصالح من هم خارج سوق العمل النظامية. وهذا التكوين الطبقي يعزز التجزئة الموجودة أصلاً في سوق العمل، ويحد من إمكانات تنقل القوى العاملة، ويعمّق انقسام المجتمع بين عمال داخليين تشملهم الحماية، وعمال خارجيين محرومين من أي حماية، أو يحصلون على مستوى لا يذكر من خدمات الضمان الاجتماعي والخدمات الاجتماعية.

ومشكلة الإقصاء تبدو واضحة في العديد من البلدان النامية (ولا سيما البلدان ذات الدخل المتوسط)، حيث

تعمل أعداد كبيرة في القطاع غير النظامي. ففي أمريكا اللاتينية مثلاً، وقبل الإصلاحات الأخيرة للحكومات اليسارية التوجه، كانت دول الرفاه «ربّما عميقة الجذور وضيقة النطاق.» بمعنى آخر، كانت الدول تنفق مبالغ طائلة على الضمان الاجتماعي، لكن التغطية كانت محدودة والخدمات لم تكن متاحة بالتساوي للجميع<sup>8</sup>. أما دول الرعاية في شرق آسيا التي كانت توفر الحد الأدنى من الخدمات حتى أواخر الثمانينات، فاستثمرت كثيراً في توسيع الهياكل الأساسية الاجتماعية وتحسين المستحقات بعد الأزمة المالية الآسيوية، لكنها لم توسّع التغطية بحيث تشمل أعداداً أكبر من السكان، ولا سيما في القطاع غير النظامي. وتواجه البلدان العربية اليوم مشاكل مماثلة في الازدواجية والإقصاء (الفصل الثاني).  
دال- منظمات الرعاية من خارج الدولة

أدت ازدواجية الرعاية ومحدودية تغطية نظم الضمان الاجتماعي النظامية وضعف نوعية الخدمات العامة في التعليم والرعاية الصحية إلى تقسيم المجتمعات في العديد من البلدان، ليس على أساس فئات الدخل فحسب، بل من حيث رأس المال البشري أيضاً.

وفي هذا السياق، لا بد من التساؤل حول مدى توفر طرق أخرى تلجأ إليها الفئات المحرومة لتلبية حاجاتها. فما هي المؤسسات البديلة التي تساعد الفئات الفقيرة من السكان على مواجهة المخاطر، وتأمين تعليم جيد لأولادها، والحصول على الرعاية الصحية؟ وإلى أي مدى يمكن الاعتماد على هذه المؤسسات؟ وما هي نقاط القوة التي قد ترغب الحكومات في استغلالها من خلال عقد شراكات مع هذه المؤسسات لدمجها في منظومة الرعاية من أجل توسيع التغطية وتحسين الحصول على الخدمات؟

## ١- الأسرة

الأسرة هي مصدر الرعاية الأساسي في أي مجتمع. وما تقدمه الأسرة من رعاية يميّز بدافع فردي،

ينطلق من أواصر عاطفية متينة. والأسرة، هي في نظر الكثيرين، بحكم الروابط المعنوية التي تكوّنها، أفضل من يقدّم الرعاية. وللدعم الذي تقدمه الأسرة أهمية خاصة في المجتمعات الإسلامية، حيث تعتبر التحويلات المالية وغير المالية بين أفراد الأسرة الواحدة (الأسرة الممتدة)، من عناصر الدعم بين الأجيال. ولأن الدعم الأسري يكون ضمن فئة اجتماعية واحدة، لا تمتد فوائده إلى فئات أخرى حيث يسهم في التخفيف من الفوارق الاجتماعية والحد من الإقصاء. ومن الصعب الحصول على معلومات كافية عن حجم خدمات الدعم والرعاية التي تقدّمها الأسرة وعن قيمتها، نظراً إلى الطبيعة غير النظامية لهذه الخدمات وعدم ارتباطها بحركة السوق<sup>9</sup>.

وكثيراً ما تقدّم الحكومات، اعترافاً منها بدور الأسرة كمصدر أساسي للرعاية الاجتماعية، إعانات يمكن أن تؤثر إيجاباً على الحالة الاجتماعية للمستفيدين. فالتحويلات النقدية المشروطة التي تقدم للأسر في حال زهاب الأولاد إلى المدرسة أو زيارة الطبيب بانتظام مثلاً، تدمج الرعاية الأسرية في الإطار الواسع للسياسة الاجتماعية، وتؤثر إيجاباً على توزيع الدخل وعلى تكوين رأس المال البشري.

## ٢- المجتمع المدني

تنشط عادةً مؤسسات المجتمع المدني والمنظمات التي لا تتوخى الربح للتعويض عن تقصير الدولة وعن إخفاق السوق، فتؤمن المنافع العامة في الحالات التي تكون فيها الدولة غير قادرة أو غير مستعدة لتأمين هذه المنافع، أو عندما يكون شراؤها من السوق غير ممكن أو غير مرغوب به<sup>10</sup>. فجمعيات الادخار التي توزّع المدخرات على المنتسبين مداورةً، هي من المنظمات الأهلية الأكثر شيوعاً في البلدان العربية، وهي تساعد في دعم المدخرات، ولا سيما في المناطق حيث إمكانات الحصول على الخدمات المصرفية النظامية محدودة.

وتتبع المنطق نفسه منظمات المجتمع المدني العاملة في نطاقات معينة، والمؤسسات الخاصة، والجمعيات الخيرية. فالجمعيات الخيرية التي تقدم الدعم والخدمات للفقراء تُموّل من هبات لا تمنح للشركات التي تتوخى الربح. ومؤسسات الرعاية والمدارس والمستشفيات تديرها عادة منظمات لا تتوخى الربح تعمل على أساس استرداد التكاليف. وتستفيد هذه المؤسسات، أحياناً، من بعض التسهيلات التي تقدمها الدولة كالإعانات المالية والإعفاءات الضريبية، وهي تسهيلات لا تقدم للشركات التي تتوخى الربح. ويعرض الفصل الرابع أهم الخدمات التي تقدمها المنظمات غير الحكومية والمعوقات التي تواجهها.

والحد الفاصل بين المؤسسات الخيرية والقطاع العام ليس واضحاً تماماً. فقد اعتُبرت مؤسسات الزكاة ومؤسسات الأوقاف الإسلامية في هذا التقرير ضمن مؤسسات المجتمع المدني لأن إدارتها هي مسؤولية المساجد أو مؤسسات مستقلة. غير أن الفصل الرابع يبيّن أيضاً أن الزكاة تجبى في عدد من البلدان كضريبة عامة وتعتبر جزءاً من الإيرادات العامة.

ويدل مصطلح «ريادة الأعمال الاجتماعية» على التداخل بين مؤسسات تجارية لا تتوخى الربح، ومؤسسات تجارية تتوخى الربح. ويشير إلى الأنشطة التي تهدف إلى إحداث أثر إيجابي على المجتمع، وإن اختلفت أشكالها القانونية. فهذه الأنشطة يمكن أن تكون غير ربحية، وربحية، ومختلطة، ولكنها ترتبط ببعضها من خلال عدد من القيم والمبادئ الاجتماعية، والالتزام بالممارسات المستدامة. ولعل تكاثر المؤسسات الخيرية في المنطقة العربية يأتي نتيجة لتراجع القطاع العام ولعدم استجابة القطاع الخاص لمشاكل التنمية الاجتماعية. والدعوة إلى إنشاء إطار إنمائي جديد هي أيضاً دعوة إلى الابتكار وإلى اعتماد نهج إستراتيجية لعمل المنظمات الخيرية في المنطقة<sup>11</sup>.

وللرعاية التي يوفرها المجتمع ومنظمات المجتمع المدني أثر إيجابي هام على السياسة الاجتماعية.

فالأعمال الخيرية تساعد في مواجهة المخاطر (ولو أنها لا تحمي منها) وفي إعادة توزيع الثروات عمودياً من الأغنى إلى الأفقر. ويمكن تصميم الخدمات حسب خصوصيات الهوية الثقافية للمجتمعات الصغيرة وحاجاتها، وشروط السرعة في تلبية الحاجات الناشئة والوصول إلى الفئات الضعيفة كالأشخاص ذوي الإعاقة أو اللاجئين. وباستطاعة رواد الأعمال الاجتماعية أيضاً تلبية الاحتياجات الناشئة.

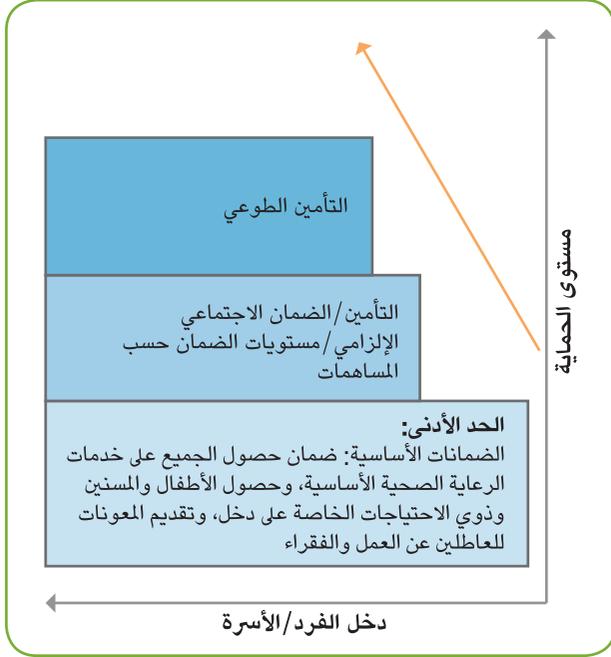
غير أن الرعاية التي يؤمنها المجتمع المدني تحتاج إلى تمويل طويل الأجل، وإلا فستكون آثارها محدودة في إعادة التوزيع، ولا تساهم في تكوين رأس المال البشري على المدى الطويل. وفي العديد من الحالات تكون الرعاية التي يؤمنها المجتمع المدني عملاً إنسانياً، وليس عملاً مؤسسياً يرتكز على سياسة اجتماعية ثابتة.

ويمكن أن تتغير طبيعة الرعاية التي تقدمها منظمات المجتمع المدني إذا قررت الدولة أن تدخل في شراكات رسمية مع هذه المنظمات للاستفادة من مرونتها ومهاراتها وكفاءاتها. ومن شأن هذه الشراكات أن تحسّن الاستقرار المالي لهذه المنظمات، وأن تدمجها في الإطار العام للسياسة الاجتماعية، وأن تسمح أيضاً للدولة برصد نوعية الخدمات المؤمّنة ومدى تلبيتها للاحتياجات الفعلية.

### 3- مقدمو الخدمات في السوق

تشمل الخدمات المقدّمة في السوق مجموعة من خدمات الادخار ومنتجات التأمين التي تسمح للمستفيدين بتوفير بعض الاحتياطي لأيام الشدة، سواء من خلال حسابات الادخار العادية أم من خلال المشاركة في صناديق التأمين. غير أن شركات التأمين الخاصة تعمل، عادة، بنهج انتقائي، فترفض تغطية الأشخاص المعرضين للخطر، أو تفرض عليهم رسوماً مرتفعة لا يتحملها الفقراء. غير أن هذه الشركات إذا ما نُظمت، تشكل عنصراً مهماً من عناصر منظومة الرعاية.

## الشكل 1 - الحد الأدنى للحماية الاجتماعي



المصدر: منظمة العمل الدولية، إستراتيجية توسيع نطاق الضمان الاجتماعي،

<http://www.social-protection.org/gimi/gess/ShowTheme.do?tid=2505>.

الاجتماعية عنصر التمكين الذي يتيح للأفراد بناء رأس مالهم البشري.

ويتطلب نهج حقوق الإنسان، المتجذر في مبادئ المساواة والمشاركة والإمكان، توفير السلع والخدمات الأساسية كالغذاء والتعليم والرعاية الصحية بكميات كافية للجميع دون تمييز، وبأسعار معقولة، وبالنوعية التي تلبي احتياجات الأفراد. وتشمل مسؤوليات الدولة في هذا الإطار إرساء الأسس القانونية، وتحديد أدوات السياسة العامة لإنفاذ الحقوق وقياس النتائج، إي تحويل الحق في الغذاء والتعليم والرعاية الصحية إلى واقع فعلي يعيشه الجميع.

وللدولة ملء الحرية في اختيار أدوات السياسة العامة التي تجدها مناسبة. فهي التي تحدد ما إذا كانت ستعتمد نظام الضمان الاجتماعي، أو ستؤمن

ومن الجهات الأخرى التي تؤمن الخدمات التجارية، الجهات التي تنشط في قطاعي الصحة والتعليم، وبشكل متزايد في تشغيل شركات المياه والكهرباء. ومن أبرز مزايا الجهات الفاعلة التجارية قدرتها على حشد موارد كبيرة للتقنيات المتطورة والباهظة الثمن، كالبنية التحتية للرعاية الصحية والمياه. وتعتبر الشركات الخاصة أكثر كفاءة وفعالية من حيث الكلفة، إذ يدفعها حافز المنافسة والحرص على الحفاظ على عملائها على تقديم خدمات ذات نوعية أفضل.

وتكمن مواطن القوة لدى مؤمني الخدمات من القطاع الخاص، ولا سيما في قطاعي الصحة والتعليم، في نوعية هذه الخدمات. غير أن ضمان جودة الخدمات التعليمية والصحية عملية معقدة، تواجه الدولة صعوبات في تنظيمها ورصدها. ويمكن للعقود التي تبرمها الدولة مع شركات خاصة (شركات بين القطاعين العام والخاص) أن توفر عليها الاستثمار بمبالغ كبيرة وأن تتيح الفرصة لاستقدام تقنيات وخبرات فنية متقدمة. فالفوائد الاجتماعية تعتمد إلى حد كبير على قدرة الإدارة العامة على توجيه الالتزامات التعاقدية على نحو يحقق التوازن بين مصالح القطاعين العام والخاص وعلى رصد العمليات بالفعالية المطلوبة.

## هاء- نهج حقوق الإنسان والحد الأدنى من الحماية الاجتماعية

تضطلع الجهات الفاعلة المذكورة بدور هام في نظم الرعاية، على ألا تكون وسيلة لاستمرار إزدواجية الرعاية، بل ضماناً لتحقيق المساواة بين الجميع في الحقوق والمستحققات. ويجمع نهج حقوق الإنسان في التنمية مبادئ الشمول والعدالة الاجتماعية، وينشئ علاقة بين السياسات الإنمائية والمعايير الدولية لحقوق الإنسان. وخلافاً لنهج الحاجات أو نهج الأعمال الخيرية، يُشمل نهج حقوق الإنسان في السياسة

الصحية الأساسية لجميع السكان، بغض النظر عن قدرتهم على دفع الكلفة (الشكل 1). ولتأمين الحماية الأساسية لا بدّ من إجراء إعادة توزيع عمودية للثروات تنظمها الدولة، وتؤمن للأفراد الحصانة اللازمة إزاء الصدمات والأزمات. وبعد ذلك، يمكن الحصول على مستويات أعلى من الحماية من خلال الضمان الاجتماعي الإلزامي للعاملين، أو غير ذلك من خطط الحماية على أساس الاشتراكات.

الخدمات الاجتماعية مباشرة، أو ما إذا كانت ستتعاقد مع مؤسسات أو منظمات أخرى. والدولة هي المسؤولة عن نتائج خياراتها، وتخضع للمساءلة عليها أمام المواطنين.

ويختصر مفهوم الحد الأدنى للحماية الاجتماعية الخيارات والتوصيات المتاحة في النهج التدريجي، حيث ينبغي تأمين خدمات الحماية الاجتماعية والرعاية



# الفصل الثاني





# ثانياً- مساهمة القطاع العام في أنظمة الرعاية الإجتماعية

## ألف- العمل في القطاع العام

كان العمل في القطاع العام المصدر الأول للرعاية الاجتماعية في المنطقة العربية لمدة طويلة، وكثيراً ما اعتُبر جزءاً أساسياً من العقد الاجتماعي. ومن الأمثلة الواضحة على هذا التوجه خطة ضمان العمل في القطاع العام التي اعتمدت في مصر خلال ستينات القرن العشرين وولدت شعوراً بالحقوق المكتسب، فألغتها الدولة تدريجياً في التسعينات. وفي الفترة نفسها، وضمن إطار الإصلاحات الاقتصادية والهيكلية، بذلت بعض البلدان كالأردن ومصر جهوداً حثيثة للحد من التوظيف في القطاع العام. ويوضح الشكل 2 أن نسبة العاملين في هذا القطاع مرتفعة.

ووضعت البلدان الأعضاء في مجلس التعاون الخليجي برامج متخصصة تهدف إلى زيادة عدد العاملين من المواطنين في القطاع الخاص وقد حققت نتائج متباينة. فلا تزال بلدان المجلس تسجل أعلى نسبة من العاملين في القطاع العام بين مواطنيها على الأقل، وتسجل تونس والمغرب أقل نسبة.

## باء- الحماية الاجتماعية

يرتبط التركيز على العمل في القطاع العام ببنية نظم الحماية الاجتماعية، حيث برامج التأمين الاجتماعي

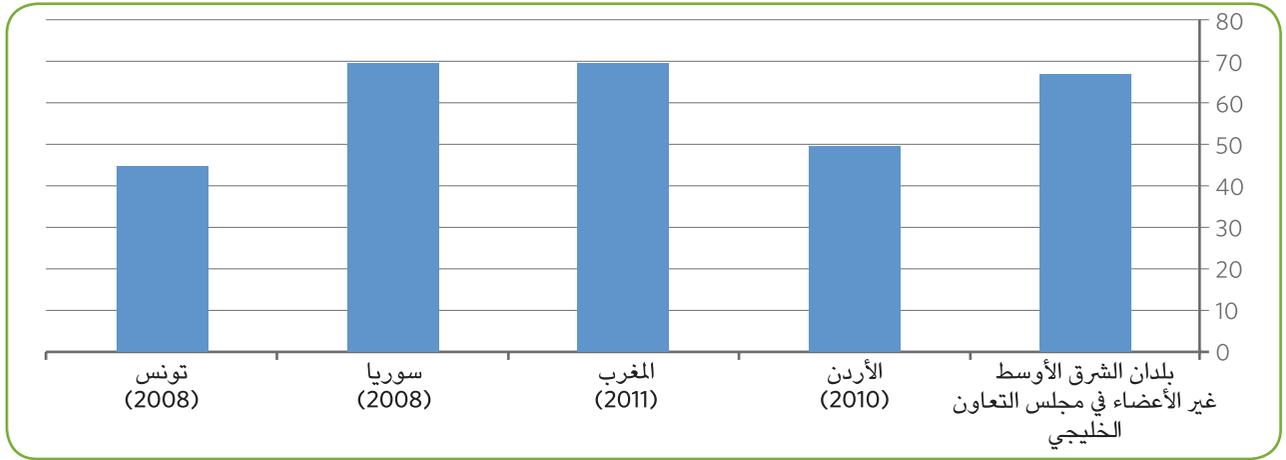
أنظمة الرعاية الاجتماعية هي انعكاس لطبيعة العلاقات بين مختلف القوى الاجتماعية ونتيجة له. وليست هذه الأنظمة مجرد حل تقني أو محايد للمشاكل الاجتماعية، بل هي آليات لتوزيع الموارد تخضع للتوجه السياسي، وتحدد الجهة الممولة والجهة المتلقية للتمويل، والفئات المستفيدة والفئات غير المستفيدة من الخدمات.

وهكذا قد يستتبع التحول السياسي تغييراً في أنظمة الرعاية الاجتماعية. فعندما يصبح لبعض الفئات الاجتماعية المستبعدة صوت في السياسة، وتبدأ بالمطالبة بمصالحها، قد تنشأ تكتلات جديدة تعمل من أجل تغيير الوضع الراهن واعتماد مبادئ جديدة في توزيع الموارد.

ويتناول هذا الفصل أنماط الرعاية الاجتماعية التي يؤمنها القطاع العام في البلدان العربية، ومساهمة هذا القطاع في الحماية الاجتماعية وتكوين رأس المال البشري لمختلف الفئات والطبقات الاجتماعية. ويستعرض هذا الفصل البرامج العامة القائمة التي تهدف إلى مساعدة المواطنين على مواجهة المخاطر في مختلف مراحل حياتهم، أو إلى الحد من الفقر، ويتناول أنماط الاحتواء والإقصاء. ويبحث أيضاً في دور أنظمة التعليم العامة والرعاية الصحية في مساعدة أفراد المجتمع في التحصيل العلمي والحماية الصحية بمعزل عن قدرتهم على دفع تكاليف هذه الخدمات.



### الشكل 3 - النسبة المئوية للقوى العاملة غير المشتركة في الضمان الاجتماعي في عدد من البلدان الأعضاء في الإسكوا



المصدر: Gatti and others, 2011, p.60 <http://www.ilo.org/dyn/ilossi/ssmain.home>.

في المائة (وخصوصاً بين النساء)، تصبح معدلات التغطية الفعلية للضمان الاجتماعي أقل بكثير. وفي بلدان مجلس التعاون الخليجي، تتراوح معدلات المشاركة في القوى العاملة بين المواطنين بين 32.1 و51.3 في المائة من مجموع السكان في سن العمل، وتتراوح معدلات التشغيل بين المواطنين بين 20.3 و48.6 في المائة<sup>14</sup>. وتغطي برامج التأمين جميع المواطنين العاملين، ويبقى النقص في التغطية في صفوف العاملين المقيمين، ومعظمهم لا يستفيد من برامج التأمين الاجتماعي.

وتعمل برامج التأمين الاجتماعي الرئيسية التي تغطي العاملين في القطاعين العام والخاص بنظام دفع الاشتراكات على أساس الدخل، وهو نظام يدفع العامل الحالي بموجبه المعاشات التقاعدية للمتقاعدين الحاليين. ويسمح هذا النظام بإعادة التوزيع بين الفترات الزمنية وبين الأجيال ويتيح بالمبدأ إعادة التوزيع العمودي من المساهمين الأكثر ثراءً إلى المساهمين الأكثر فقراً. ولكن إعادة التوزيع لصالح الفقراء لا تزال محدودة عملياً. وتساهم الحكومات باعتبارها أصحاب العمل، ويمكنها دعم برامج التأمين إن لزم الأمر كما هو الحال في العراق والمملكة

القوانين في جميع البلدان تشمل العاملين في القطاع الزراعي، والعاملين في الأسر، والعمال الأجانب.

ويُستبعد من التأمين الاجتماعي بحكم الواقع جميع العاملين من دون عقد عمل رسمي أي القطاع غير النظامي. ومن الصعب الحصول على معلومات دقيقة في هذا المجال ولكن التقديرات الحالية تشير إلى انتشار العمل في القطاع غير النظامي بمعدلات مرتفعة (الشكل 3). ففي بلدان الشرق الأوسط باستثناء مجموعة بلدان مجلس التعاون الخليجي، يشكل غير المشتركين في الضمان الاجتماعي حوالي 67 في المائة من مجموع القوى العاملة، وبالتالي لا تغطيهم أي برامج للتقاعد أو التأمين الصحي. وتضم هذه الفئة العاملين في القطاع الزراعي، والعاملين لحسابهم الخاص في المشاريع الصغرى والصغيرة، والعاملين لديهم. ويبين الشكل 3 أن نسبة القوى العاملة غير المشتركة في برامج التقاعد بلغت 50 في المائة في الأردن في عام 2010، و70 في المائة في الجمهورية العربية السورية في عام 2008 والمغرب في عام 2011، و45 في المائة في تونس في عام 2008.

وإذا أخذ في الحسبان تدني معدلات المشاركة في القوى العاملة، التي قد يصل متوسطها إلى 50

## ٢- الدعم العام

إلى جانب برامج التأمين الاجتماعي التي تغطي العاملين في القطاع النظامي، تعتمد جميع البلدان تقريباً برامج تدعم مجموعة من السلع الأساسية، منها الوقود والمواد الغذائية والإسكان. والهدف الرئيسي من هذه التحويلات غير المباشرة هو الحد من الفقر من خلال زيادة إمكانية حصول السكان على السلع والخدمات المدعومة من خلال تثبيت الأسعار. والدافع لهذا الدعم هو تعرّض البلدان العربية كافة لتقلبات أسعار المواد الغذائية بسبب كثرة اعتمادها على الاستيراد. وتتفق الدول العربية في المتوسط 5.7 في المائة من الناتج المحلي الإجمالي على دعم الوقود والمواد الغذائية<sup>16</sup>.

ويمكن أن يكون لهذا الدعم، من حيث المبدأ، أثر مباشر وواسع على أوضاع السكان الأكثر فقراً، وأن يغيّر وجهة التوزيع العمودي، من خلال تحويل الموارد من الأثرياء إلى الفقراء. ولهذه الغاية يجب أن يستوفي الدعم الذي يمول من الإيرادات الحكومية العامة، مجموعة من الشروط، كتوجيه الدعم إلى الفئات الأكثر حاجة، وإلى المنتجات التي يستهلكها الفقراء حصراً أو في الغالب. ويسعى العديد من البلدان العربية إلى تحقيق ذلك عن طريق إصدار بطاقات التموين (كما في العراق ومصر)، أو توفير المنتجات المدعومة في علب أو غلافات بسيطة (كالحليب والزيت في تونس)، أو دعم المنتجات من نوعية أقل جاذبية للمستهلكين (كأنواع معينة من الخبز في تونس ومصر)<sup>17</sup>. وتتوقف طبيعة إعادة التوزيع العمودي على المصادر الرئيسية للإيرادات الحكومية العامة. فيكون الأثر على توزيع هذا الدعم تصاعدياً (أي أن الأغنياء يمولون الفقراء) أو تنازلياً (أي أن الفقراء يمولون الأغنياء) وفقاً لما إذا كانت الدولة تمول هذا الدعم من الضرائب على دخل الشركات أو الضرائب التصاعديّة أو الضرائب على الاستهلاك.

والواقع أن النتائج التي تحقّقها المنطقة في الحالتين ليست مُرضية تماماً لأن توزيع الدعم ليس بالفعالية

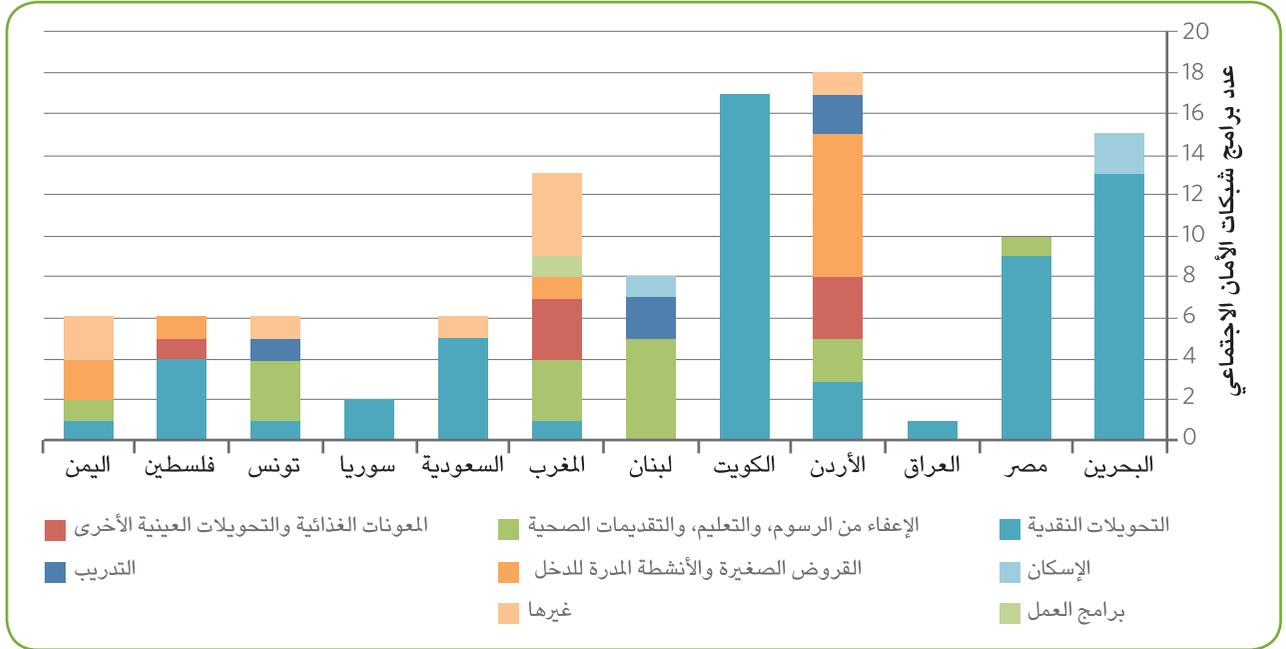
العربية السعودية. وفي الأردن، وقطر، ومصر، والمملكة العربية السعودية، تغطي الحكومة أي عجز قد يحدث في هذه البرامج وفي قطر تغطي الحكومة كل التكاليف الإدارية.

والتأمين الصحي هو جزء من برامج التأمين الاجتماعي في سبعة بلدان أعضاء في الإسكوا هي الأردن، وتونس، وفلسطين، ولبنان، وليبيا، ومصر، والمغرب. وتغطي صناديق التأمين الصحي تكاليف العلاج الطبي في المستوصفات العامة وفي العيادات الخاصة في بعض الأحيان (كما في لبنان مثلاً). ويمكنها أيضاً إدارة شبكة من مرافق الرعاية الصحية المتاحة للأعضاء المؤمنين فقط (كما في تونس ومصر).

أما تعويضات البطالة فتتخذ أشكالاً مختلفة. وحتى الآونة الأخيرة، كان النهج الأكثر شيوعاً يقضي بإلزام أصحاب العمل بدفع تعويضات مرتفعة للعاملين عند إنهاء عقود العمل<sup>15</sup>. ولكن هذا النهج يحتمل صاحب العمل تكاليف باهظة ويقيد حركة العمال في سوق العمل. وتعمل الحكومات على الاستعاضة عنه تدريجياً ببرامج التأمين. وتعتمد الأردن، والبحرين، وتونس، ومصر حالياً برامج التأمين ضد البطالة، التي تتيح نوعاً من إعادة التوزيع الأفقي ما عدا في الأردن حيث تقوم هذه البرامج على الحسابات الفردية، وهي بمثابة برامج ادخار تؤمن التكافؤ على الصعيد الفردي والزمني.

وفي البلدان العربية تساعد برامج التأمين الاجتماعي الأفراد على اكتساب بعض القدرة المالية التي تخفف عنهم آثار المخاطر المعروفة، وتتيح لهم الحصول على بعض المستحقات كضمان المرض والأمومة وغير ذلك. أمّا السكان الذين لا تغطيهم هذه البرامج، فمن المفترض أن يستفيدوا من المستوى الثاني من المساعدة الاجتماعية التي تعرف أحياناً بشبكات الأمان الاجتماعي، وهي تشمل في معظم البلدان تقديمات مثل دعم الأسعار والمساعدة الاجتماعية لفئات محددة.

#### الشكل 4 - برامج المساعدة الاجتماعية في عدد من البلدان العربية



المصدر: سيلفا وآخرون، 2013.

الاجتماعي في مصر، وشبكة الحماية الاجتماعية في العراق، وصندوق الضمان الاجتماعي وبرنامج الأشغال العامة الكثيفة العمالة في اليمن، وصندوق المعونة الوطنية في الأردن. وفي الأردن، ولبنان، ومصر، والمغرب، تتوفر برامج منح التعليم والدعم المدرسي لمساعدة الأسر المعيشية الفقيرة.

ومن السمات المشتركة بين هذه البرامج تعدد الصناديق، واختلاف نظام تحديد الأهداف والغايات. وهذا النمط من العمل يبطئ إدارة البرامج ويحد من كفاءتها. ففي مصر مثلاً، يتسبب تعدد صناديق التحويلات الطويلة الأجل (صندوق التأمينات الاجتماعية والمعاشات) أو المساعدة المؤقتة (الصندوق الخاص بالموظفين الحكوميين السابقين: بنك ناصر الاجتماعي) بصعوبة في المراقبة والرصد، تؤدي إلى شيء من الازدواجية والتداخل وهدر الموارد الشحيحة<sup>20</sup>. وفي المغرب يتوفر 12 برنامجاً مختلفاً تهدف جميعها إلى زيادة معدلات الالتحاق بالمدارس، وفي الأردن،

المطلوبة. فالفئة الخمسية الأكثر ثراءً في مصر واليمن مثلاً هي التي تستفيد من دعم الوقود لأنها تستهلك من الطاقة أكثر مما تستهلكه الفئات الأخرى<sup>18</sup>. وغالباً ما تقع المباني التي تستفيد من الدعم في أحياء تسكنها الطبقة الوسطى في المدن الكبرى حيث تكون كلفة المعيشة مرتفعة جداً على الفقراء<sup>19</sup>. وبما أن الضريبة على الاستهلاك والمبيعات هي المصدر الرئيسي للإيرادات العامة، يكون الأثر التوزيعي لدعم الوقود تنازلياً (الملحق 5). أما الأثر التوزيعي لدعم المواد الغذائية فقد يكون أكثر توازناً لأن الفقراء ينفقون نسبة أكبر من دخلهم على المواد الغذائية.

#### ٣- برامج المساعدة الاجتماعية والدعم الموجه

يحصل السكان المعوزون على أشكال محدّدة من الدعم في إطار برامج التحويلات النقدية أو العينية ودعم الإسكان وغيرها من الاستحقاقات (الشكل 4). وتشمل البرامج المعتمدة في هذا المجال برنامج الضمان

يُلاحظ نقص في التنسيق بين صندوق المعونة الوطنية والمساعدات التي تقدمها وزارة الشؤون الاجتماعية<sup>21</sup>.

ومن المثير للقلق أن تكون برامج المساعدة الاجتماعية على هذا المستوى من التجزئة، لا سيما وأن مجموع الموارد المتاحة لهذه البرامج بات محدوداً. وتنفق دول المنطقة، في المتوسط، 0.74 في المائة من ناتجها المحلي الإجمالي على الدعم الموجه، وتتراوح هذه النسبة بين 0.04 في المائة في الكويت و1.9 في المائة في العراق. ويعود الارتفاع في الإنفاق على المساعدة الاجتماعية إلى دعم الوقود والمواد الغذائية، الذي تبلغ حصته 5.7 في المائة من الناتج المحلي الإجمالي، وتبقى الفوائد الفعلية للبرامج الموجهة قليلة وغير كافية. ففي مصر، على سبيل المثال، كانت المساعدات الاجتماعية في عامي 2008 و2009 تغطي 93.8 في المائة من النفقات على المواد الغذائية، ولكن هذه النسبة لم تشمل سوى 64.6 في المائة من مجموع ما تنفقه الفئة السكانية في المستوى الأدنى من الاستهلاك<sup>22</sup>. أما في العراق، فيغطي هذا النوع من الإنفاق أقل من 10 في المائة من متوسط دخل الفئة الخمسية في المستوى الأدنى من الاستهلاك، وفي الأردن تشمل المساعدة 71 في المائة من السكان الذين يعيشون على خط الفقر<sup>23</sup>.

ويؤدي عدم الدقة في توجيه برامج المساعدة الاجتماعية إلى إضعاف مفعول هذه البرامج في الحد من الفقر. فمعظم برامج المساعدة الاجتماعية تستهدف فئات معينة من السكان، مثل الأيتام والمسنين والأرامل، وقد لا تشمل أسراً معيشية محتاجة، كالأسر التي يعيّلها رجل من العاملين الفقراء، وقد تستهدف أشخاصاً ليسوا فعلياً من الفقراء. وتبدو مشكلة إدماج الفئات الأكثر حاجة إلى المساعدة بوضوح في حالة البرامج الفردية. فثلثا المستفيدين من شبكة الحماية الاجتماعية في العراق مثلاً يعيشون فوق خط الفقر<sup>24</sup>. وفي عام 2004 غطى برنامج التأمينات الاجتماعية والمعاشات 18 في المائة من السكان الذين تتجاوز أعمارهم 65 سنة ولكنه لم يغط سوى 8 في المائة من الفئة الخمسية

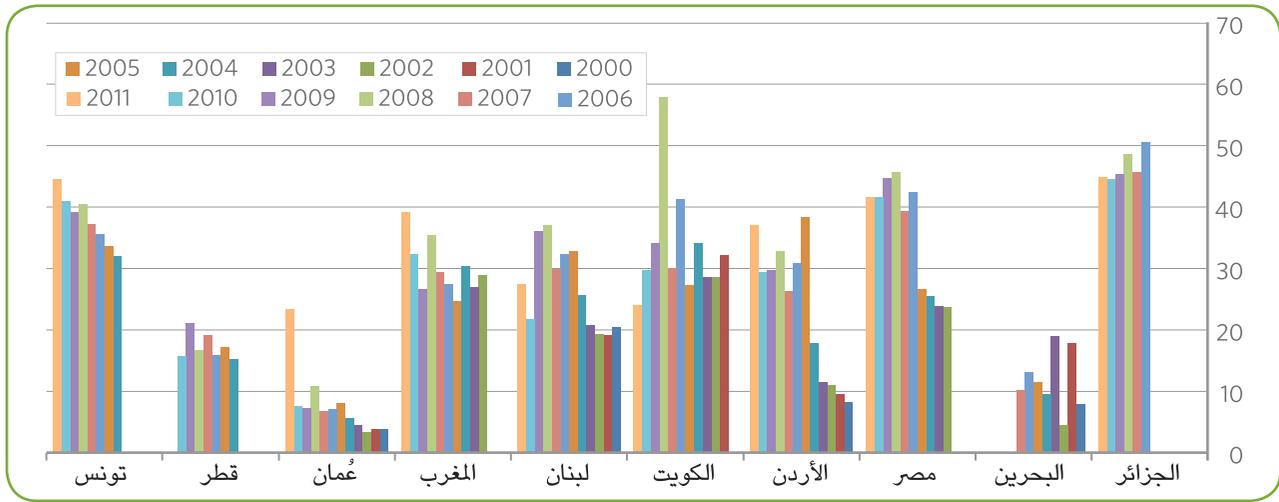
الأفقر<sup>25</sup>. وحتى نظام البطاقات التمويني في مصر لم يتمكن من تغطية حوالي 20 في المائة من الفئة الخمسية الأدنى من حيث توزيع الدخل<sup>26</sup>. ولا يشمل صندوق المعونة الوطنية في الأردن سوى 16.5 في المائة من الفئة الخمسية الأدنى. وتشير التقديرات إلى أن 70 في المائة من الأسر المعيشية الأكثر فقراً في المنطقة لا تحصل على تحويلات لدعم الدخل<sup>27</sup>. وبما أن مسوح الأسر المعيشية لا تعطي العدد الحقيقي للفقراء لا سيما سكان الأحياء العشوائية في المدن من المحتمل أن تكون التغطية على أرض الواقع أقل بكثير مما تبينه الأرقام.

وتستهلك برامج الدعم والمساعدة الاجتماعية الموجهة نسبة كبيرة من الناتج المحلي الإجمالي (الشكل 5، الملحق 6)، ولكنها تبدو غير كافية، باعتبارها تمثل مستوى ثانياً من الحماية الاجتماعية، لإنقاذ السكان من الفقر.

لبرامج الدعم تأثير كبير على الفقر. ففي العراق ومصر، أسهم دعم المواد الغذائية في الحد من الفقر بنسبة 30 في المائة، وفي الأردن أسهم دعم بعض المواد الغذائية والغاز والمياه في تخفيض الفقر بنسبة 15 في المائة. ومع ذلك، لا تزال معدلات النقص في التغذية والتقرّم بين الأطفال دون سن الخامسة مصدر قلق في المنطقة<sup>28</sup>. ويبدو أن تأثير دعم المواد الغذائية محدود وإن كان يخصص له جزء كبير من الإنفاق الحكومي. وهذا يعني أن هذا الدعم لا يشكل شبكات الأمان الأكثر فعالية. ولكن تغيير برامج الدعم على المواد الغذائية ليس سهلاً، لأنها تحظى بتأييد شرائح كبيرة من السكان تتمتع بصوت سياسي.

والواقع أن التمويل غير الكافي لبرامج المساعدة الاجتماعية وتعددتها والخلل في توجيهها كلها من العوامل التي تحد من كفاءتها وفعاليتها. وبعض هذه البرامج هي برامج تنازلية، إذ تستفيد منها الفئات الثرية أيضاً. وينحصر الدعم الذي تقدمه هذه البرامج غالباً بتغطية المخاطر التي يواجهها الفرد مع

## الشكل 5 - الدعم والتحويلات الأخرى في عدد من البلدان العربية (بالنسبة المئوية من الإنفاق الحكومي)



المصدر: البنك الدولي، قاعدة بيانات مؤشرات التنمية العالمية.

في خفض معامل جيني بنحو 7 في المائة، وفي العراق ومصر واليمن، كان تأثيرها أقل بكثير، إذ انخفض معامل جيني بأقل من 1 في المائة.

### جيم - الخدمات الاجتماعية العامة

على عكس برامج الحماية الاجتماعية التي تهدف إلى مساعدة الأفراد على مواجهة المخاطر الاقتصادية والحياتية، تضمن الخدمات الاجتماعية تكوين رأس المال البشري على المدى الطويل. فالمساواة في فرص الحصول على التعليم والرعاية الصحية هي من أهم الأدوات لمساعدة السكان على الخروج من دوامة الفقر، وزيادة القدرة على الحراك في المجتمع، والارتقاء بنوعية حياتهم. أمّا عدم التكافؤ في فرص الحصول على هذه الخدمات فيؤدي إلى تفاقم الفقر وزيادة الفوارق ويضعف التماسك الاجتماعي ويعوق النمو الاقتصادي. وهذه العوامل الخارجية السلبية أو الإيجابية هي الدافع إلى اضطلاع القطاع العام بدور فاعل، مباشر أو غير مباشر، في الخدمات الاجتماعية، فيما يتولى تأمين هذه الخدمات أو يتولى تنظيمها.

العمر، باستثناء الدعم المقدم إلى المناطق الريفية. ولا تغطي برامج الدعم الموجه عادة بشكل كافٍ المخاطر الاقتصادية كالبطالة أو أشكالاً أخرى من فقر الدخل. وبسبب الإجراءات الإدارية المعقدة التي تتطلب وقتاً طويلاً، لا تستطيع برامج الدعم تلبية احتياجات السكان الذين يختلف دخلهم اختلافاً كبيراً. وبين عامي 2005 و2008، كان 55 في المائة من السكان في مصر يعيشون في حالة الفقر أو قريبين منه<sup>29</sup>.

وتبيّن دراسات أجريت مؤخراً أن مساهمة برامج المساعدة الاجتماعية في الحد من الفقر وتقليص الفوارق بين السكان كانت محدودة. وقد اقتصر مساهمتها في الحد من الفقر على أقل من 5 في المائة في العراق ومصر واليمن، ونحو 10 في المائة في الأردن و18 في المائة في فلسطين. ولعل من الأمثلة الدالة على ضعف تأثير هذه البرامج حالة مصر، حيث سجل النمو ارتفاعاً كبيراً بين عامي 2000 و2005، قابله ارتفاع هائل في معدلات الفقر، وخاصة في المناطق الريفية<sup>30</sup>.

وتأثير هذه البرامج على الحد من عدم المساواة كان أيضاً محدوداً. فقد أسهمت المساعدات في فلسطين

تضم العاملين في القطاع العام والقطاع الخاص النظامي. وفي الأردن، وتونس، ومصر تتولى برامج التأمين الصحي تقديم خدمات الرعاية الصحية للمشاركين فيها. وفي مصر، كانت الهيئة العامة للتأمين الصحي، وهي الجهة الرئيسية التي تقدم التأمين الصحي، تغطي حوالي 57 في المائة من السكان في عامي 2008 و2009. وسجلت معدلات تغطية أعلى في تونس (99 في المائة) والأردن (83 في المائة)<sup>33</sup>. وفي لبنان تعتبر وزارة الصحة العامة الملاذ الأخير للحصول على التأمين الصحي وهي تغطي 53 في المائة من السكان، أي الفئة التي لا يشملها التأمين الصحي في إطار العمل أو مع الشركات الخاصة<sup>34</sup>. وتعود الفوارق في تغطية التأمين الاجتماعي بين مختلف الفئات الاجتماعية إلى اختلاف الأوضاع المهنية. فبرامج التأمين تغطي عادة الرجال أكثر من النساء والأثرياء أكثر من الفقراء. ومعظم الأفراد الذين تغطيهم برامج التأمين في مصر هم من الرجال الذين يعيشون في المناطق الحضرية<sup>35</sup>. وفي الأردن لم تكن تركيبة تقديم الخدمات الصحية في عام 2000 تشمل الأشخاص غير المؤمنين، وهم على الأرجح من الفئة الخمسية الأفقر من السكان<sup>36</sup>.

ومع أن الرعاية الصحية تبدو شاملة للجميع، تدل الفوارق الكبيرة في النتائج الصحية على نواقص واضحة في الخدمات الصحية، وعلى عدم المساواة بين السكان في الحصول عليها. ففي اليمن مثلاً تتباين المؤشرات الصحية كثيراً بين المناطق الريفية والحضرية، ومعدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة في الفئة الخمسية الأفقر يفوق بثلاثة أضعاف المستوى الذي هو عليه في الفئة الخمسية الأغنى. وفي تونس أيضاً فوارق كبيرة بين المناطق إذ تتوفر الخدمات الصحية بشكل جيد نسبياً في المناطق الساحلية في حين تفتقر مناطق أخرى إلى العدد الكافي من العاملين في القطاع الصحي<sup>37</sup>. وأشار مسح أجري مؤخراً حول إنفاق الأسر المعيشية على الخدمات الصحية والاستفادة من هذه الخدمات في مصر إلى أن المؤسسات والبرامج القائمة لا تستطيع تقديم الرعاية الصحية بالتساوي لمختلف الطبقات الاقتصادية<sup>38</sup>. ففي

وقد أحرز معظم البلدان العربية تقدماً ملحوظاً نحو تحقيق الأهداف الإنمائية للألفية. فارتفع متوسط العمر المتوقع عند الولادة بنسبة كبيرة خلال الأعوام الثلاثين الماضية، وتحسن مستوى صحة الأمهات، وتراجعت معدلات وفيات الأطفال، مع أن التقدم في أقل البلدان العربية نمواً ليس بالسرعة المطلوبة لتحقيق الغايات بحلول عام 2015<sup>31</sup>. وقد ارتفعت أيضاً معدلات الالتحاق بالمدارس، وبدأت تتقلص الفجوة بين الجنسين، وتحسنت معدلات إتمام مراحل التعليم المدرسي. وفي جميع أنحاء المنطقة العربية، سيتمكن 83 في المائة من الأطفال الملتحقين بالصف الأول من إتمام مرحلة التعليم الابتدائي. وسجلت أيضاً معدلات الإلمام بالقراءة والكتابة ارتفاعاً ملحوظاً، وهي تقارب نسبة 100 في المائة في بلدان مجلس التعاون الخليجي، و85 في المائة في أقل البلدان نمواً<sup>32</sup>. ولكن الفوارق الكبيرة على صعيد البلد الواحد تدل على عدم المساواة في الحصول على الخدمات الاجتماعية بين مختلف المناطق الجغرافية وبين فئات الدخل.

## ١- الرعاية الصحية

أنشأت جميع البلدان العربية أنظمة عامة للرعاية الصحية مهمتها تغطية جميع المناطق الجغرافية، وضمان المساواة بين جميع الفئات الاجتماعية في الحصول على الخدمات. وتمول هذه الأنظمة من الإيرادات الحكومية العامة، وتتولى تقديم خدمات الرعاية الصحية لقاء رسم رمزي أو من غير مقابل. وتتولى وزارة الصحة عادة إدارة خدمات الرعاية الصحية التي يقدمها القطاع العام وتنظيم الخدمات التي يقدمها القطاع الخاص، من عاملين في عيادات خاصة وأطباء. ويعتمد معظم البلدان في خدمات الرعاية الصحية على المستشفيات والعيادات والمراكز الصحية العامة، باستثناء لبنان حيث يركز نظام الرعاية الصحية، بمعظمه، على القطاع الخاص.

وبالإضافة إلى تلك الخدمات العامة الشاملة، أنشأ الكثير من البلدان برامج للتأمين الصحي الاجتماعي

**الجدول 1 - مؤشرات الفوارق الصحية في عدد من البلدان الأعضاء في الإسكوا، لآخر سنة تتوفر عنها البيانات (بالنسبة المئوية)**

الرعاية الصحية ما قبل الولادة- أربع زيارات على الأقل												
الولادات تحت إشراف إختصاصيين صحيين مدربين				اللقاح الثلاثي للأطفال البالغين من العمر سنة واحدة								
مكان الإقامة		الفئة الخمسية		مكان الإقامة		الفئة الخمسية		مكان الإقامة		الفئة الخمسية		
الأعلى	الأدنى	المناطق الحضرية	المناطق الريفية	الأعلى	الأدنى	المناطق الحضرية	المناطق الريفية	الأعلى	الأدنى	المناطق الحضرية	المناطق الريفية	
98	97	97.5	97	100	98	99	99	98	90	95	91	الأردن
..	..	..	..	..	..	98	89	..	..	75	55	تونس
80	62	76	74	99	78	98	88	..	..	68	59	سوريا
..	..	67	49	..	..	95	78	..	..	..	..	العراق
99	97	99	97	97	55	90	72	89	42	80	58	مصر
98	89	97	92	95	30	92	55	60	11	44	15	المغرب
86	35	69	47	74	17	62	26	..	..	33	8	اليمن
معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة (لكل 1 000 ولادة حية)						الأطفال دون سن الخامسة المصابون بالتقزم						
الفئة الخمسية		مكان الإقامة		الفئة الخمسية		مكان الإقامة		الفئة الخمسية		مكان الإقامة		
الأعلى	الأدنى	المناطق الحضرية	المناطق الريفية	الأعلى	الأدنى	المناطق الحضرية	المناطق الريفية	الأعلى	الأدنى	المناطق الحضرية	المناطق الريفية	
38	38	..	..	1.5	13	..	..	..	..	..	..	الأردن
..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	تونس
23	22	..	..	26	36	28	29	..	..	..	..	سوريا
..	..	..	..	..	..	25	31	..	..	..	..	العراق
19	48	29	36	27	30	27	30	..	..	..	..	مصر
27	30	21	27	9	18	14	17	..	..	..	..	المغرب
37	118	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	اليمن

المصادر: مصر: المسوح الديمغرافية ومسوح الصحة 2008؛ الأردن: المسوح الديمغرافية ومسوح الصحة 2007؛ المغرب: بيانات المرصد الصحي العالمي 2004-2003 للجمهورية العربية السورية: مسح المجموعات المتعدد المؤشرات 2006؛ تونس: مسح المجموعات المتعدد المؤشرات 2006؛ اليمن: مسح المجموعات المتعدد المؤشرات 2006.

ملاحظات: (..) تشير إلى عدم توفر أية معلومات. والأرقام عبارة عن نسب مئوية باستثناء الحالات المشار إليها بذلك.

أ/ [www.childinfo.org](http://www.childinfo.org), 2011.

ب/ [http://www.childinfo.org/antenatal\\_care\\_four.php](http://www.childinfo.org/antenatal_care_four.php), 2009-2011.

ج/ [http://www.childinfo.org/antenatal\\_care\\_four.php](http://www.childinfo.org/antenatal_care_four.php), 2004.

د/ Jordan: Health equity and financial protection datasheet، البنك الدولي، 2009.

هـ/ الإسكوا وجامعة الدول العربية، 2013.

عام 2008، سجل نقص كبير في ثلاثة من أصل سبعة مؤشرات لصحة الأطفال، خصوصاً بين الفقراء في مصر. وفي المغرب سجل نقص مماثل في أربعة مؤشرات بين عامي 2003 و2004<sup>39</sup>. وبسبب الصعوبات المالية أو المادية، بلغت نسبة الحرمان من الخدمات الصحية 54.9 في المائة من السكان الأكثر فقراً. وهذه النسبة تفوق بنحو مرتين نسبة عدم تلبية الحاجات الصحية ضمن الفئة الأكثر ثراءً، حيث لا تتجاوز نسبة غير الحاصلين على الخدمات الصحية 23.1 في المائة<sup>40</sup>. ويتضمن الجدول 1 لمحة عامة عن بعض مؤشرات الفوارق الصحية في عدد من البلدان الأعضاء في الإسكوا.

وتعود الفوارق في الحصول على الرعاية الصحية في الكثير من الأحيان إلى التمويل غير الكافي وغير المتوازن، وإلى ارتفاع نسبة الإنفاق من الأموال الخاصة. ففي المنطقة يغطي الإنفاق من الأموال الخاصة، في المتوسط، نحو ثلث الإنفاق على الصحة، وهذا المتوسط يقارب متوسط الإنفاق في أمريكا اللاتينية، ويفوق متوسطات جميع المناطق الأخرى في العالم باستثناء جنوب آسيا. وفي بعض البلدان، لا سيما أقل البلدان نمواً، يسجل الإنفاق من الأموال الخاصة نسبة مرتفعة من مجموع الإنفاق على الرعاية الصحية، تصل إلى 78 في المائة في اليمن وإلى 69 في المائة في السودان. وحتى في الجمهورية العربية السورية ولبنان ومصر والمغرب، تتجاوز هذه النسبة 50 في المائة (الجدول 2).

وفي معظم الأحيان، يكون السكان الأكثر فقراً هم المحرومون من برامج التأمين الصحي، وهم في الوقت نفسه الأكثر تعرضاً للمخاطر بحكم ظروف عملهم وظروف معيشتهم، ويشكل الإنفاق من الأموال الخاصة عبئاً ثقيلاً عليهم. ويؤدي الأثر المزدوج للصعوبات الاقتصادية والمشاكل الصحية بالأسر المعيشية إلى دوامة الفقر والإقصاء. وفي المنطقة، تتراوح نسبة الأسر المعيشية التي تتحمل «نفقات مرهقة» بين 7 و13 في المائة من مجموع السكان، ويسجل لبنان أعلى نسبة<sup>41</sup>.

ويترافق ارتفاع الإنفاق من الأموال الخاصة على الرعاية الصحية، عادة، مع انخفاض التمويل العام. ويبين الجدول 2 أن النفقات العامة تراوحت في عام 2011 بين 1.1 في المائة من الناتج المحلي الإجمالي (في اليمن)، و3 في المائة من الناتج المحلي الإجمالي (في ليبيا). أما في تونس (حيث بلغت نسبة الإنفاق العام 3.4 في المائة) والأردن (5.7 في المائة) والعراق (6.7 في المائة) فقط، فتغطي الموارد العامة النسبة الأعلى من الإنفاق على الصحة. وعلى سبيل المقارنة، أنفقت تركيا في العام نفسه نحو 5 في المائة من الناتج المحلي الإجمالي على الرعاية الصحية العامة. وعند مقارنة المعدلات المسجلة في المنطقة يتبين أن معدل الإنفاق على الصحة في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا (الذي يبلغ 2.8 في المائة من الناتج المحلي الإجمالي)، أقل من المعدلات المسجلة في جميع المناطق الأخرى في العالم باستثناء جنوب آسيا.

وكما ورد سابقاً تطرح تجزئة برامج الضمان الاجتماعي ونقص التمويل عوائق هيكلية تحول دون زيادة فعالية الرعاية الصحية العامة. ففي اليمن مثلاً، لا تراقب وزارة الصحة بما يكفي الأموال التي تتدفق عبر قنوات متعددة<sup>42</sup>. وفي لبنان ست وكالات عامة للتمويل تابعة لخمس هيئات حكومية، ولا شك في أن هذا الواقع يؤدي إلى ازدواجية في التمويل والإدارة<sup>43</sup>. وللهيئات العامة والخاصة التابعة لأنظمة الرعاية الصحية في قطر هياكل تمويل مستقلة تماماً قد تؤدي إلى الازدواجية ونقص الكفاءة<sup>44</sup>. وتعمل مصر في إطار برنامجها الإصلاحية الجاري على وضع برامج عدة لمعالجة التجزئة في قطاع الصحة العامة<sup>45</sup>. ويبين الشكل 6 مستوى التجزئة في أنظمة الرعاية الصحية في مصر بين مختلف الجهات التي تقدم الخدمات.

## ٢- التعليم

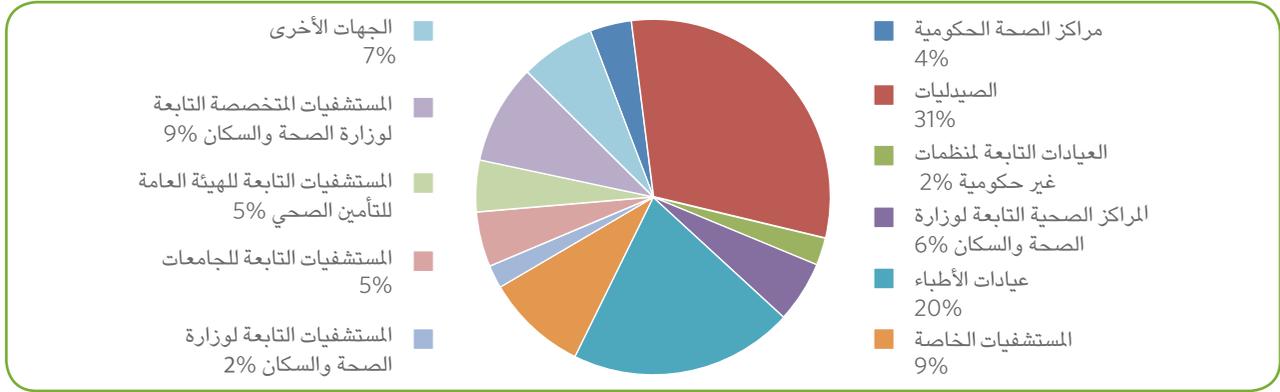
كان تأمين التعليم للجميع أحد أهم الأولويات في المنطقة العربية بعد الاستقلال، ونصت دساتير الكثير

الجدول 2 - الإنفاق على الصحة في عدد من البلدان العربية، ومناطق من العالم، وفي تركيا، لعام 1102

النفقات من الأموال الخاصة	النفقات من الأموال الخاصة	الإنفاق العام	الإنفاق الخاص	الإنفاق العام	المجموع	البلد
النسبة المئوية من الإنفاق الخاص	النسبة المئوية من مجموع الإنفاق	النسبة المئوية من الناتج المحلي الإجمالي				
76.5	24.7	67.7	2.7	5.7	8.4	الأردن
63.2	16.2	74.4	0.9	2.5	3.3	الإمارات العربية المتحدة
57.2	16.6	71.0	1.1	2.7	3.8	البحرين
87.9	39.5	55.1	2.8	3.4	6.2	تونس
100.0	51.0	49.0	1.9	1.8	3.7	الجمهورية العربية السورية
96.5	69.1	28.4	6.0	2.4	8.4	السودان
..	..	..	..	..	..	الضفة الغربية وغزة
100.0	19.3	80.7	1.6	6.7	8.3	العراق
59.7	11.4	80.8	0.4	1.9	2.3	عمان
63.8	13.6	78.6	0.4	1.5	1.9	قطر
90.6	16.1	82.2	0.5	2.2	2.7	الكويت
75.8	56.5	25.5	4.7	1.6	6.3	لبنان
100.0	31.2	68.8	1.4	3.0	4.4	ليبيا
97.7	58.2	40.5	2.9	2.0	4.9	مصر
88.3	58.0	34.3	4.0	2.1	6.0	المغرب
58.1	18.0	68.9	1.1	2.5	3.7	المملكة العربية السعودية
98.7	78.1	20.9	4.3	1.1	5.5	اليمن
74.4	33.9	50.3	3.8	3.8	7.6	أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي
74.8	16.1	75.4	2.4	7.2	9.6	أوروبا وآسيا الوسطى
88.6	59.7	31.2	2.6	1.2	3.8	جنوب آسيا
67.0	29.8	45.1	3.6	2.9	6.5	جنوب الصحراء الأفريقية الكبرى
72.9	25.3	67.6	2.2	4.6	6.8	شرق آسيا والمحيط الهادئ
73.2	33.7	59.3	1.6	2.8	4.4	الشرق الأوسط وشمال أفريقيا
67.3	14.1	76.0	2.5	8.1	10.6	منطقة اليورو
64.4	16.1	74.9	1.7	5.0	6.7	تركيا

المصدر: البنك الدولي، قاعدة بيانات مؤشرات التنمية العالمية.  
**Note:** Two dots (..) indicate that data are not available

## الشكل 6 - توزيع الإنفاق على الصحة بين الجهات التي تقدم الخدمات في مصر، 2009



المصدر: Nakhimovsky and others, 2011.

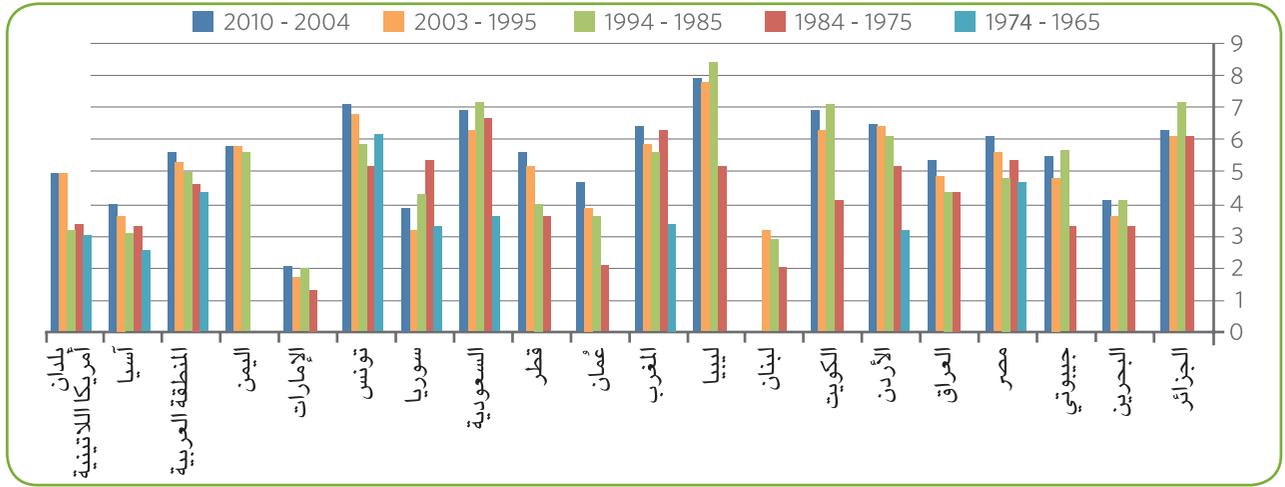
ولكن هذه الانجازات تتفاوت بين الجنسين وبين مختلف فئات الدخل. وحالياً، نحو 20 في المائة من الأطفال الأكثر فقراً في مصر غير ملتحقين بالمدارس الابتدائية، وفي الجزائر، والجمهورية العربية السورية، والعراق، وعمان، واليمن أكثر من ثلثي الأطفال غير الملتحقين بالمدارس هم من الفتيات<sup>48</sup>. و41 في المائة من المصريين الأكثر فقراً الذين تتراوح أعمارهم بين 23 و27 سنة أمضوا أقل من سنتين في المدارس و45 في المائة منهم التحقوا بالمدارس لأقل من أربع سنوات؛ وفي اليمن 60 في المائة من الشباب الأكثر فقراً من هذه الفئة العمرية تلقوا التعليم لأقل من سنتين و67 في المائة منهم أمضوا أقل من أربع سنوات في المدارس؛ وفي المغرب 71 في المائة من الشباب الأكثر فقراً من هذه الفئة العمرية تلقوا التعليم لأقل من سنتين، و78 في المائة منهم أمضوا أقل من أربع سنوات في المدارس<sup>49</sup>. وفي اليمن، هناك فصل بين الذكور والإناث منذ المرحلة الثانوية من مراحل التعليم وعدد مدارس الفتيان أكثر من مدارس الفتيات<sup>50</sup>.

ولا تزال الفوارق كبيرة بين المناطق الريفية والمناطق الحضرية. وفي بعض البلدان، لا تزال معدلات الالتحاق بالمدارس لدى سكان المناطق الريفية من الفقراء أقل بكثير منها لغير الفقراء. ففي عام 2000، بلغ معدل الالتحاق بالمدارس في صفوف سكان المناطق الريفية

من البلدان بما فيها الأردن، والجزائر، والجمهورية العربية السورية، ولبنان، ومصر، والمغرب، واليمن على الحق في الحصول على التعليم المجاني<sup>46</sup>. وتدير وزارة التربية والتعليم وبرامج التعليم الرسمي، وقد صممتها بطريقة تلبي احتياجات جميع السكان في كل المناطق الجغرافية، فقامت ببناء المدارس وإصدار الكتب المدرسية وتدريب المعلمين، فأتاحت للجميع الإمكانيات المالية للحصول على التعليم. وأبقت مصر، والمغرب، واليمن على شبكات المدارس الإسلامية التقليدية وأنشأت إلى جانبها أنظمة تعليم حديثة (الفصل الرابع). ويبين الشكل 7 الإنفاق العام على التعليم بالنسبة المئوية من الناتج المحلي الإجمالي بين عامي 1965 و2010.

ومنذ عام 1965، كان متوسط الإنفاق العام على التعليم في بلدان الشرق الأوسط باستمرار أعلى منه في المناطق النامية الأخرى. وساهم الاهتمام السياسي الكبير والاستثمار المرتفع في التعليم في تحقيق إنجازات هامة. فبعد أن كانت نسبة السكان البالغين الذين لم يتلقوا التعليم الرسمي في تونس، والجزائر، والعراق، ومصر أكثر من 80 في المائة في سبعينات القرن العشرين، تراجع بمقدار 50 في المائة بحلول عام 2000<sup>47</sup>. وأحرزت بلدان المنطقة أيضاً تقدماً ملحوظاً نحو تحقيق التكافؤ بين الجنسين في التعليم.

الشكل 7 - الإنفاق العام على التعليم في عدد من البلدان العربية والمناطق في العالم، 1965-2010  
(بالنسبة المئوية من الناتج المحلي الإجمالي)



المصدر: الإسكوا وجامعة الدول العربية، 2013 بالاستناد إلى بيانات من البنك الدولي ومنظمة الأمم المتحدة للتربية والعلم والثقافة.

التعليم في المرحلتين الابتدائية والثانوية<sup>54</sup>. وتبين نتائج الاختبارات الدولية لتقييم التحصيل العلمي (اتجاهات الدراسة الدولية للرياضيات والعلوم، البرنامج الدولي لتقييم الطلبة) أن النقاط التي سجلتها البلدان العربية أدنى أقل من المتوسط الدولي. وهذا الواقع مثير للقلق، لأن نتائج التعليم تؤثر على الأوضاع الاجتماعية والاقتصادية للأسر المعيشية وتتأثر بها<sup>55</sup>.

ومع أن هذه الفوارق ليست مظاهر غريبة عن عملية التنمية، لا شك في أنها نتيجة لبعض القرارات المتعلقة بالسياسات التي ركزت على بعض الفئات الاجتماعية أكثر من غيرها. وقد اتجه الكثير من البلدان نحو زيادة الاستثمار في التعليم الثانوي أكثر منه في التعليم الابتدائي، ورفع مستوى التعليم الجامعي<sup>56</sup>. ولكن هذا القرار، على ما يبدو، ليس لصالح الفئات المنخفضة الدخل التي لا تملك الإمكانيات اللازمة لإيصال أبنائها إلى مرحلتين التعليم الثانوي أو العالي. ويؤثر تعدد الجهات التي تتولى تقديم الخدمات تأثيراً كبيراً على نتائج التعليم الذي تتلقاه مختلف الفئات الاجتماعية. لذلك من الأفضل تأمين التعليم الرسمي بنوعية جيدة للجميع في المرحلة الابتدائية، لأنه يضمن لجميع فئات

من الفقراء في تونس 67 في المائة، مقابل 82 في المائة من سكان المناطق الحضرية من غير الفقراء<sup>51</sup>. وفي عام 1998 بلغ معدل الالتحاق بالمدارس في أوساط سكان المناطق الريفية الفقراء في اليمن نحو 60 في المائة و92 في المائة لسكان المناطق الحضرية من غير الفقراء. وفي عام 2004، وصل معدل عدم الإلمام بالقراءة والكتابة في تونس إلى 30 في المائة في المناطق الريفية و15 في المائة في المناطق الحضرية<sup>52</sup>. وتسجل بعض المناطق الريفية في مصر، والمغرب، واليمن نسبة أعلى من السكان الذين لم يتلقوا إلا القليل من التعليم<sup>53</sup>.

ولنوعية التعليم أهمية بالغة أيضاً لأنها ترتبط ارتباطاً وثيقاً بعدد من النتائج الإنمائية. فالحصول على تعليم أفضل ليس فقط الأداة الرئيسية التي يكتسب بها الأفراد القدرة على الحراك في المجتمع ومؤهلات تحوّلهم الحصول على فرص عمل أفضل، بل هو أداة رئيسية تمكّن البلدان من زيادة الإنتاجية وتعزيز النمو الاقتصادي. ويؤدي رفع مستوى التعليم أيضاً إلى زيادة المشاركة المدنية وإتاحة فرص اجتماعية أفضل للأطفال للنمو بشكل أفضل وسط المجتمع. ولكن بعض البلدان، مثل مصر والمغرب واليمن، تشهد تدهوراً في نوعية

السكان فرص وصول متساوية إلى التعليم ويتيح لكل طفل فرصة لتنمية مواهبه. أما تأمين التعليم الرسمي المجاني في مرحلة التعليم العالي فيبدو لصالح الفئات الأكثر ثراءً. وبين عامي 1980 و2003 كان الالتحاق بالمدارس الخاصة في مرحلة التعليم الابتدائي مرتفعاً و/أو أخذاً في الارتفاع في الأردن، والإمارات العربية المتحدة، والبحرين، وقطر، والكويت، ولبنان، والمغرب، والمملكة العربية السعودية (الفصل الثالث)<sup>57</sup>.

وفي الأردن يساهم القطاع الخاص بنسبة مرتفعة في تأمين التعليم الابتدائي، ولكن معدل الالتحاق الصافي بالتعليم انخفض من 99 في المائة في عام 2005 إلى 91 في المائة في عام 2010. وفي فئة الشباب (بين 15 و19 سنة)، بلغ عدد غير الملتحقين بالتعليم 38 في المائة في الفئة الخمسية الأكثر فقراً و9 في المائة فقط في الفئة الخمسية الأكثر ثراءً<sup>58</sup>. وفي تونس والمملكة العربية السعودية، ازدادت الفوارق في التعليم نتيجة لارتفاع مشاركة المدرسين الخصوصيين والمدارس الخاصة<sup>59</sup>. وسجل لبنان أعلى معدل التحاق بالتعليم الخاص في جميع المراحل، ولكن 5 في المائة فقط من الطلاب من الأسر الفقيرة و66 في المائة من الطلاب من الأسر المعيشية الأكثر ثراءً ملتحقون بالمدارس الخاصة. والواقع أنه من بين كل 1,000 تلميذ ملتحقين بالمدارس الخاصة في الصف الأول، يصل 225 تلميذاً إلى صف البكالوريا من دون إعادة أي صف، ومن بين كل 1000 تلميذ ملتحقين بالمدارس الرسمية يصل تسعة تلاميذ فقط إلى صف البكالوريا من دون إعادة أي صف<sup>60</sup>.

## دال - ملخص: المشاكل الهيكلية والانتقال السياسي

تكمن قوة الدولة في مدى قدرتها على تأمين الحماية والخدمات الاجتماعية لجميع المواطنين مهما كانت إمكاناتهم المالية. ويمكن للحكومات وضع سياسات

اجتماعية تضمن المساواة في الحصول على الحماية وخدمات التعليم والرعاية الصحية بنوعية جيدة لكل فئات الدخل وفي كل المناطق الريفية والحضرية. ومن الضروري أن تولي الحكومات اهتماماً خاصاً بالفئات الأكثر ضعفاً وأن تتخذ إجراءات فعالة لصالحها ليس للوفاء بالتزاماتها الشاملة المتعلقة بصون حقوق الإنسان والحد من الفقر وحسب، بل أيضاً لأهمية الصحة العامة والتعليم الجيد في تحقيق التنمية الوطنية.

وما ينقص البلدان العربية، باستثناء بلدان مجلس التعاون الخليجي، هو تطوير القدرة على تحقيق تكافؤ الفرص بين مختلف فئات الدخل. وبشكل عام، تلبى الخدمات الاجتماعية وأنظمة الدعم احتياجات الطبقة الوسطى في المناطق الحضرية ولا تشمل جميع السكان لا سيما الفقراء والمعوزين. ويشوب أنظمة الرعاية الحالية الكثير من الفوارق والثغرات فنحو ثلثي القوى العاملة لا تشملها برامج المعاشات التقاعدية، و70 في المائة من الفئة الخمسية ذات الدخل الأدنى لا تحصل على تحويلات لدعم الدخل. وتشير نتائج التعليم ومؤشرات الرعاية الصحية إلى حرمان هيكلي بين سكان المناطق الريفية والسكان الأكثر فقراً.

وأنشئت أنظمة الرعاية بموجب عقد اجتماعي يقضي بإعادة توزيع الدخل بطريقة فعالة وبإحراز تقدم نحو تحقيق التنمية، ولكن قدرة هذه الأنظمة على استيعاب الأعداد المتزايدة من السكان والوصول إلى الطبقة الوسطى الناشئة حديثاً تتراجع. ولم تعد أنظمة التعليم قادرة على أداء دورها في إعادة التوزيع كما أن ارتفاع الإنفاق الخاص على خدمات التعليم والرعاية الصحية ينقض فكرة أن التعليم والرعاية الصحية هما من المنافع العامة. والواقع أن القطاعين، الخاص العام، لم يتمكنوا من استيعاب القوى العاملة المتزايدة وتوفير العمل اللائق لها.

وعندما علت أصوات الفئات المستبعدة تطالب بحقوق المواطنة السياسية والاجتماعية، استجابات

الجدول 3 - مجالات التدخل الاجتماعي في عدد من البلدان العربية، 2010-2102

البلد	الجزائر	البحرين	مصر	العراق	الأردن	الكويت	لبنان	ليبيا	الغرب	عمان	قطر	المملكة العربية السعودية	الجمهورية العربية السورية	تونس	الإمارات العربية المتحدة	اليمن
الأجور في القطاع العام	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
التوظيف في القطاع العام					X					X		X	X	X	X	X
معاشات التقاعد في القطاع العام				X						X					X	
الإعانات والتحويلات العينية				X		X	X	X	X	X		X	X	X	X	
التحويلات الاجتماعية						X		X		X		X	X	X		X
الصحة والتعليم					X					X		X	X			X
مبادرات أخرى	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X

المصدر: الملحق 7.

والإستثمار فيها لزيادة توفر هذه الخدمات وتحسين نوعيتها، ووضعت جميع البلدان تقريباً برامج خاصة لمساعدة المناطق المحرومة أو لتلبية احتياجات اجتماعية معينة مثل الإسكان (الجدول 3).

والواقع أن طريقة عمل أنظمة الرعاية القائمة حالياً لم تسمح لها بأن تكون عاملاً في تعزيز التكامل الاجتماعي. وعدد قليل من التدخلات شمل السكان الذين يعيشون في حالة فقر أو يواجهون خطر التدهور الاجتماعي. وخصصت الحكومات المزيد من الموارد للموظفين في القطاع العام الذين يتمتعون بأوضاع

الحكومات العربية بسرعة لهذه المطالب. وبين كانون الثاني/يناير وأيلول/سبتمبر 2011، رفعت كل الحكومات أجور العاملين في القطاع العام (لفئات محددة أو لجميع الفئات)، وسبعة بلدان على الأقل زادت التوظيف في القطاع العام. وقامت جميع البلدان باستثناء قطر واليمن بزيادة الإعانات التي تقدمها أو بخفض الضرائب على الوقود، عملاً بقرارات الإصلاح التي كانت قد اتخذتها. ورفعت البحرين وعمان والكويت والمملكة العربية السعودية التحويلات النقدية التي تقدمها للطلاب والباحثين عن عمل. وزادت بلدان مجلس التعاون الخليجي الإنفاق على الرعاية الصحية

جيدة نسبياً أو لتمويل برامج الدعم والتحويلات غير الموجهة، وبالتالي ساهمت في زيادة الفوارق الاجتماعية بدلاً من تقليصها.

ويؤدي غياب الكفاءة في تأمين الرعاية العامة حالياً إلى نوعين من الفجوات هما «الفجوة في النوعية» الناجمة عن توفير خدمات عامة بنوعية لا تلبي تطلعات المواطنين ولا تساهم في تكوين رأس المال البشري و«الفجوة في الكمية» الناجمة عن التغطية غير الكافية للخدمات العامة، فلا تشمل جميع السكان، وخاصة سكان المناطق الريفية والفقراء.

ومن منظور الحقوق، يعني هذا الواقع أن الإزدواجية المتزايدة في تأمين خدمات الرعاية أدت إلى تراجع في نوعية خدمات الرعاية الاجتماعية ومدى توفرها وإمكانية الحصول عليها لشرائح كبيرة من السكان. وبات الحد الأدنى للحماية الاجتماعية الذي

تؤمنه الخدمات العامة والتحويلات يشوبه الكثير من الثغرات ولم يعد قادراً على تأمين الأساس الذي يعتمد عليه السكان في أوقات الحاجة.

وقد باتت الموارد المتاحة محدودة لمعظم الحكومات في المنطقة، وأصبح عليها البحث عن سبل مبتكرة لتوسيع نطاق الهياكل الأساسية لسياساتها فتوسّع الشبكات القائمة لتشمل جميع المناطق أو الفئات الاجتماعية المهمشة. ويمكن للحكومات أن تبحث عن شركاء يساندونها من خلال التشارك في المسؤوليات والتآزر لسد الفجوات الاجتماعية القائمة.

ويتناول الفصلان التاليان كيفية مشاركة القطاع الخاص ومنظمات المجتمع المدني في تأمين الحماية والخدمات الاجتماعية، ويركز على القيود التي تواجه عمل القطاع الخاص على هذا الصعيد، وقدرته على سد الفراغ في الكمية والنوعية المتبقي من القطاع العام.

# الفصل الثالث





## ثالثاً- القطاع الخاص:

### تقديم الخدمات الاجتماعية مقابل رسوم والأعمال الخيرية للشركات

ويتناول هذا الفصل الخدمات الاجتماعية التي يؤمنها عادةً القطاع الخاص في البلدان الأعضاء في اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا (الإسكوا) ويبين سبل التعاون بين الدولة والقطاع الخاص في تأمين تلك الخدمات ويناقش الفرص التي تتيحها مشاركة القطاع الخاص في تأمين الخدمات الاجتماعية والمخاطر التي تطرحها هذه المشاركة، وذلك في إطار نهج الحقوق الذي يضمن التغطية الشاملة بتلك الخدمات، والمساواة في الحصول عليها، واستدامتها.

وغالباً ما يصعب التفريق بين أنشطة المجتمع المدني وأنشطة القطاع الخاص لا سيما في مجال تأمين الخدمات الاجتماعية. وتكون منظمات المجتمع المدني في بعض الأحيان منظمات تتوخى الربح أو منظمات لا تتوخى الربح تهدف إلى تأمين الخدمات الاجتماعية. ويتناول الفصل الرابع هذه المنظمات.

### الف- كيفية مساهمة القطاع الخاص في تأمين الخدمات الاجتماعية في منطقة الإسكوا

#### ١- دور القطاع الخاص في تأمين الخدمات الاجتماعية: لمحة عامة

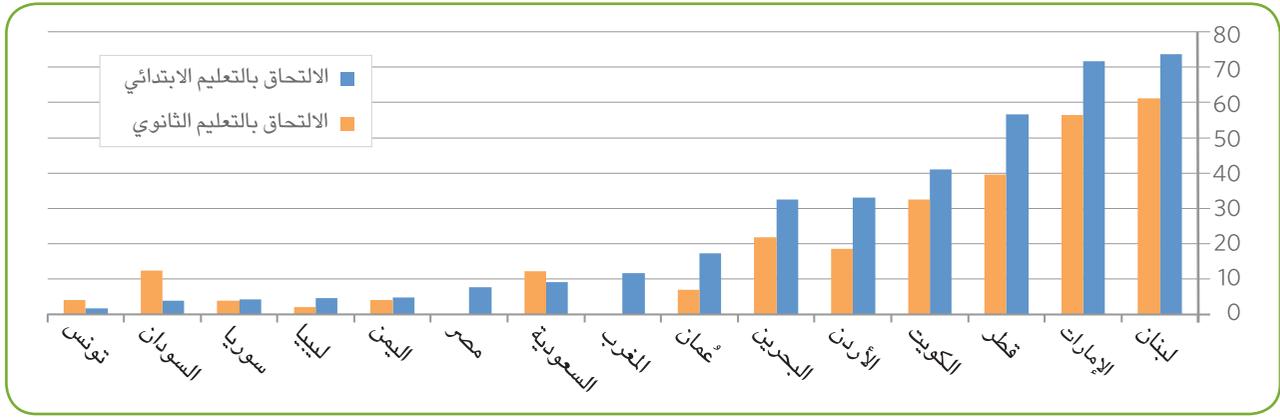
التزمت بلدان عدة أعضاء في الإسكوا بموجب دساتيرها بالحق في التعليم والصحة، واعتمدت

يبحث القطاع الخاص عن فرص لمزاولة الأعمال وأسواق متخصصة بهدف تحقيق الربح أو تغطية التكاليف على الأقل. وفي البلدان التي تشكو من نقص في تأمين الخدمات الاجتماعية، مثل الصحة والتعليم، ينظر القطاع الخاص إلى هذه النواقص باعتبارها أسواقاً متخصصة يسعى إلى الاستثمار فيها. وبما أن الخدمات الصحية والتعليمية هي احتياجات أساسية للإنسان، كثيراً ما يكون الأفراد على استعداد لتحمل تكاليف إضافية لقاء الحصول عليها بنوعية جيدة.

وللخدمات الاجتماعية، ولا سيما التعليم والصحة، أهمية استراتيجية لكل بلد، تدفع القطاع العام إلى تقديم هذه الخدمات وتنظيمها. ويعتبر العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية وهذه الخدمات من الحقوق الأساسية للإنسان، والدولة ملزمة بضمانها. وهنا تطرح الأسئلة التالية: ما هو الدور الذي يمكن للقطاع الخاص أن يضطلع به في الرعاية الاجتماعية؟ هل يمكن للقطاع الخاص تأمين الخدمات التي تعتبر من حقوق الإنسان الأساسية والدولة ملزمة بضمانها؟ وكيف يمكن للدولة ضمان حقوق الإنسان وتحقيق المساواة في الحصول على الخدمات، إذا كان القطاع الخاص هو الذي يتولى تأمين الخدمات الاجتماعية؟

ويمكن للقطاع الخاص المشاركة في تأمين الخدمات الاجتماعية باعتبارها نشاطاً أساسياً (مدرراً للربح) أو باعتبارها مسؤولية اجتماعية للشركات.

**الشكل 8 - الالتحاق بالتعليم الخاص من مجموع الالتحاق بالمدارس الابتدائية والثانوية في عدد من البلدان الأعضاء في الإسكوا (بالنسبة المئوية)**



المصدر: معهد اليونسكو للإحصاء، قاعدة بيانات مؤشرات التنمية العالمية. الملاحظات: البيانات غير متاحة عن العراق وفلسطين. وتعود البيانات المتاحة إلى عام 2011 باستثناء الأردن، والإمارات العربية المتحدة، 2010؛ والسودان، 2009؛ ومصر، 2007؛ وليبيا، 2006.

### (أ) التعليم

تتراوح مشاركة القطاع الخاص في تأمين التعليم بين مشاركة محدودة للغاية وتأمين معظم الخدمات والتمويل كما في الإمارات العربية المتحدة وقطر ولبنان (الشكل 8). وفي لبنان، 73 في المائة من طلاب المرحلة الابتدائية و61 في المائة من طلاب المرحلة الثانوية ملتحقون بالمدارس الخاصة. ويؤدي التعليم الخاص، لاسيما في المرحلة الابتدائية، دوراً هاماً في الكويت حيث يبلغ الالتحاق بالمدارس الخاصة 41 في المائة من معدّل الالتحاق الإجمالي بالمدارس؛ وفي الأردن يبلغ هذا المعدّل 33.1 في المائة، وفي البحرين 32.5 في المائة. في المقابل يؤدي التعليم الخاص دوراً محدوداً في تونس والجمهورية العربية السورية وليبيا حيث لا يتعدى معدل الالتحاق بالمدارس الابتدائية والثانوية الخاصة 5 في المائة. ولا تسمح الجمهورية العربية السورية وليبيا إلا بعدد محدود من المدارس الخاصة ومعظم المدارس القائمة هي مدارس رسمية. ودور التعليم الخاص محدود في السودان في المرحلة الابتدائية ويتنامى أكثر في المرحلة الثانوية حيث يستوعب 12.3 في المائة من معدّل الالتحاق.

أنظمة لتقديم الخدمات ضمن القطاع العام. ولكن التحديات التي تواجهها بعض البلدان تعوق تحقيق هذه الالتزامات، فتأتي الخدمات العامة بتغطية محدودة ونوعية متدنية. وقد أدى النمو السكاني والنزاعات المستمرة والصعوبات الاقتصادية التي تواجهها بلدان المنطقة إلى تقييد أداء أنظمة تقديم الخدمات العامة، فامتدت الفوارق بين السكان. وأفسحت هذه الظروف المجال لتدخل جهات فاعلة أخرى، أي القطاع الخاص.

وتختلف مستويات مساهمة القطاع الخاص في نظم الرعاية الاجتماعية في المنطقة وطرقها بين قطاع وآخر وبين بلد وآخر، وفقاً للسياسة العامة المعتمدة والوضع الاقتصادي السائد. وهناك اتجاه عام نحو زيادة مشاركة القطاع الخاص في تقديم الخدمات الاجتماعية. وهذه المشاركة، هي في بعض الحالات، لاسيما في بلدان مجلس التعاون الخليجي، نتيجة لسياسات شجعت بموجبها الحكومات مشاركة القطاع الخاص في تأمين الخدمات. وفي حالات أخرى، كما في لبنان ومصر، تدخّل القطاع الخاص لتلبية الطلب على الخدمات بمستوى من الجودة لم يؤمنه القطاع العام.

نسبة الالتحاق بالتعليم الخاص في المرحلة الابتدائية إلى توفر المدارس الخاصة المدعومة من الحكومة للأسر ذات الدخل المنخفض<sup>61</sup>، المنتشرة في مرحلة التعليم الابتدائي أكثر منها في مرحلة التعليم الثانوي. ويعود هذا الاتجاه في دبي، إلى مغادرة الأسر المهاجرة عندما يبلغ الأطفال سنًا معيَّنة<sup>62</sup>.

والتعليم الخاص الذي يضطلع منذ وقت طويل بدور هام في أنظمة الرعاية الاجتماعية في لبنان، لم يبدأ سوى مؤخراً بالتوسُّع في البلدان الأخرى. وخلال العقد الماضي، شهدت مشاركة القطاعين العام والخاص في أنظمة الرعاية تغيّرات كبيرة في بلدان مجلس التعاون الخليجي وشمال أفريقيا. ففي المغرب مثلاً ارتفعت نسبة الالتحاق بالمدارس الابتدائية الخاصة من 4.7 في المائة في عام 2000 إلى 11.8 في المائة في عام 2011<sup>63</sup>. وارتفعت هذه النسبة في بلدان مجلس التعاون الخليجي مع تزايد عدد السكان المقيمين فيها، وازدياد إقبال المواطنين على المدارس الخاصة.

وتختلف طبيعة المدارس الخاصة بين بلد وآخر. فالمدارس الخاصة في الإمارات العربية المتحدة تتوزع بين مدارس ربحية، تديرها عادةً شركات خاصة، ومدارس غير ربحية، تديرها مجموعات مصالح كمجلس الأهل أو مجموعة دينية أو منظمات المجتمع المدني. وتموّل هذه المدارس إمّا من الأقساط والرسوم، وإمّا من شريك خارجي من القطاع العام أو القطاع الخاص، وإمّا من المصدرين معاً. ومعظم المدارس الخاصة في دبي هي مدارس تتوخى الربح. وفي الفترة 2012-2013، بلغ عدد المدارس الخاصة 153 مدرسة، بما في ذلك رياض الأطفال، بينها 121 مدرسة تتوخى الربح وتضم 83 في المائة من الطلاب الملتحقين بالمدارس الخاصة. ومن أكبر الشركات التي تدير المدارس الخاصة التي تتوخى الربح مجموعة «جيمس» للتعليم التي تضم 19 مدرسة، تليها مؤسسة «تعليم» التي تضم سبع مدارس ثم مجموعة «إنوفنشرز» (Innoventures) التي تضم أربع مدارس. وتضم «المدرسة الهندية الثانوية» التي تتوخى الربح

**الجدول 4 - الالتحاق بالمدارس الخاصة في عدد من المناطق، 1102 (بالنسبة المئوية من مجموع الالتحاق)**

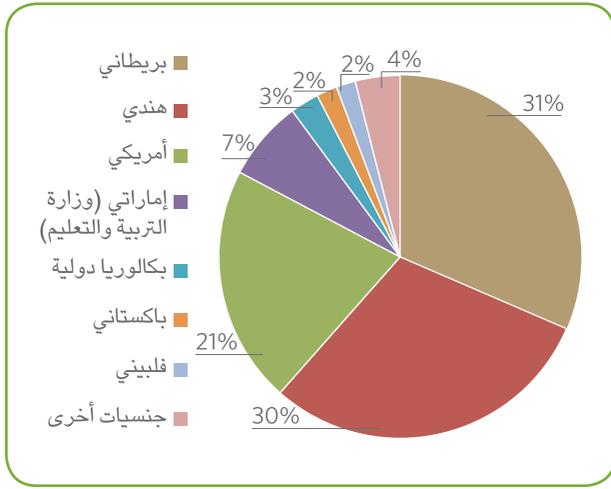
المنطقة	التعليم الابتدائي	التعليم الثانوي
المنطقة العربية	7.76	7.44
شرق آسيا والمحيط الهادئ	7.44	15.7
أوروبا وآسيا الوسطى	8.18	11.02
أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي	16.8	18.98
أمريكا الشمالية	8.59	8.24
جنوب الصحراء الأفريقية الكبرى	16.57	18.26
جنوب آسيا	20.4	45.07

المصدر: معهد اليونسكو للإحصاء، قاعدة بيانات مؤشرات التنمية العالمية.

وتعرّف منظمة الأمم المتحدة للتربية والعلم والثقافة (اليونسكو) المدارس الخاصة بأنها المؤسسات التي لا تديرها سلطة عامة إنما هيئة خاصة كالمنظمات غير الحكومية، أو المؤسسات الدينية، أو مجموعة ذات مصلحة خاصة، أو مؤسسات، أو مشاريع تجارية. ويصعب تحديد عدد الملتحقين بالمدارس الخاصة التي تديرها شركة خاصة تتوخى الربح، من أولئك الملتحقين بمدارس تديرها منظمة لا تتوخى الربح أغراضها التجارية، أو بتلك التي تديرها إحدى منظمات المجتمع المدني المعتمدة على الهبات.

وفي مناطق أخرى من العالم، يتجاوز معدّل الالتحاق بالتعليم الخاص في المرحلة الثانوية معدّل الالتحاق بالتعليم الخاص في المرحلة الابتدائية (الجدول 4) وهذا يعني الحرص على تأمين التعليم الأساسي للسكان ضمن القطاع العام. أما الاتجاهات في العديد من بلدان الإسكوا فتختلف عن الاتجاه العالمي، خاصة أن معدّل الالتحاق بالتعليم الخاص في المرحلة الابتدائية يفوق المعدل في المرحلة الثانوية كما في الأردن، والإمارات العربية المتحدة، وقطر، ولبنان. وفي لبنان، ربما تعود

**الشكل 9 - توزيع الطلاب الملتحقين بالمدارس الخاصة في دبي في الفترة 2011-2012 حسب المنهج الدراسي**



المصدر: هيئة المعرفة والتنمية البشرية، 2013.

149. وهناك خمسة مستشفيات حكومية والمستشفيات الأخرى تديرها منظمات المجتمع المدني (الفصل الرابع)<sup>68</sup>. وحتى قبل تلك الفترة، كان عدد كبير من الأطباء وأطباء الأسنان يعالجون المرضى الخارجيين في عيادات خاصة ويتقاضون أتعاباً مقابل الخدمات. ويتركز أطباء الأسنان بشكل رئيسي في المناطق الحضرية في بيروت وجبل لبنان<sup>69</sup>.

وفي بلدان المنطقة، لا سيما مصر، بدأ دور القطاع الخاص في مجال الرعاية الصحية عقب خفض الإنفاق الحكومي على الخدمات الاجتماعية في ثمانينات القرن العشرين خلال فترة تحرير التجارة ورفع الضوابط. وقد لاقت خدماته إقبلاً، إذ رأى المستهلكون فيها نوعية أفضل، من حيث مدة الانتظار ومعاملة الأطباء<sup>70</sup>. وفي المناطق الحضرية في السودان، تزداد مشاركة القطاع الخاص باطراد منذ تسعينات القرن العشرين مع تراجع الإنفاق العام على الصحة. وفي عام 2005، كانت جميع العيادات التي تعمل بدوام كامل في الخرطوم و58.3 في المائة من المستشفيات تابعة للقطاع الخاص. أمّا في المناطق الريفية فما من مرافق خاصة للرعاية صحية<sup>71</sup>.

وتعمل وفقاً للمبادئ التجارية، 4.9 في المائة من الطلاب الملتحقين بالمدارس الخاصة في دبي<sup>64</sup>. ويُسمح للمدارس الخاصة في الإمارات العربية المتحدة بتقديم مناهج تعليمية أجنبية تلبي احتياجات القوى العاملة الوافدة. ويبيّن الشكل 9 أن أغلبية الطلاب مسجلون في المدارس التي تعتمد المنهج الدراسي البريطاني، تليها المدارس التي تقدّم المنهج الدراسي الهندي. وهناك 13 مدرسة خاصة تلبي احتياجات أطفال الأسر العربية والإماراتية وتعتمد المنهج الوطني لوزارة التربية والتعليم في الإمارات العربية المتحدة<sup>65</sup>. وفي الفترة 2012-2013، بلغت نسبة الطلاب الإماراتيين الملتحقين بالمدارس الخاصة 56.6 في المائة، وهم يشكلون 13.4 في المائة من مجموع الطلاب الملتحقين بالمدارس الخاصة في دبي. ويبدو أن الإماراتيين يفضلون إرسال الفتيان إلى المدارس الخاصة والفتيات إلى المدارس الحكومية، إذ أن 57 في المائة من طلاب المدارس الخاصة هم من الفتيان<sup>66</sup>.

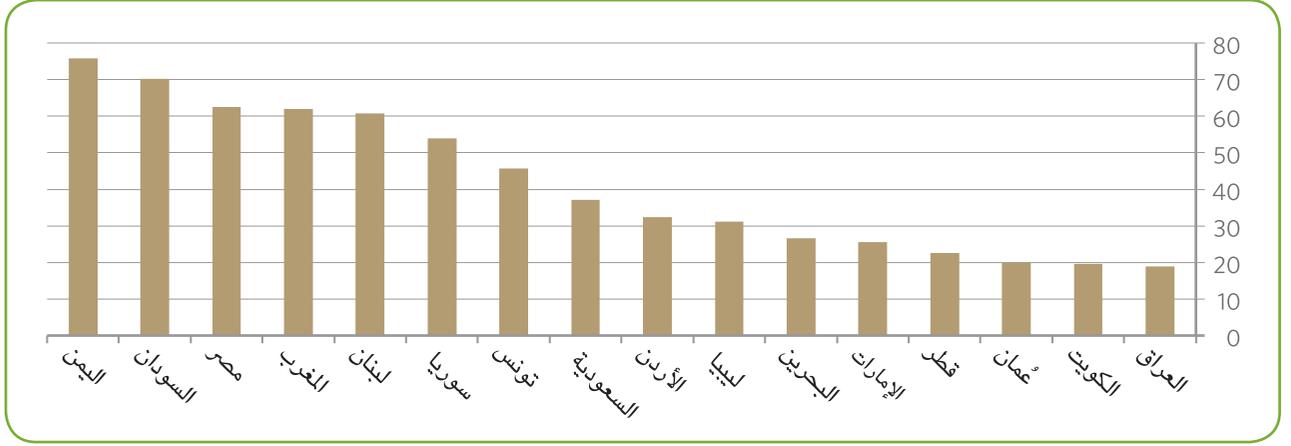
وفي لبنان، تشكل المدارس التي تتوخى الربح استثناءً. فنحو 41 في المائة من المدارس الخاصة تابعة للمجموعات الدينية<sup>67</sup>، وتؤدي منظمات المجتمع المدني الأخرى أيضاً دوراً هاماً في تأمين التعليم، إضافةً إلى عدد من المدارس التابعة لمنظمات لا تتوخى الربح ولكنها تعمل بمبادئ تجارية لاستعادة التكاليف بالكامل.

## (ب) الصحة

من الصعب قياس مشاركة القطاع الخاص في تأمين الرعاية الصحية في المنطقة العربية، ولكن هذه المشاركة شهدت على ما يبدو زيادة مطردة منذ ثمانينات القرن العشرين.

ويعتبر لبنان حالة استثنائية في المنطقة، حيث يضطلع القطاع الخاص بالدور الرئيسي في تأمين الرعاية الصحية. ففي عام 2008، بلغ عدد المستشفيات الخاصة التي تتوخى الربح 92 مستشفى من أصل

## الشكل 10 - الإنفاق الخاص بالنسبة المئوية من مجموع الإنفاق على الصحة في عدد من البلدان الأعضاء في الإسكوا



المصدر: البنك الدولي، قاعدة بيانات مؤشرات التنمية العالمية.  
ملاحظة: البيانات عن فلسطين غير متاحة. والبيانات لعام 2010.

وهناك عدد كبير من المستشفيات الخاصة التي تتوخى الربح والتي تعمل من دون تدخل الحكومة. ففي الأردن، والإمارات العربية المتحدة، ولبنان، ومصر نشأ قطاع خاص جديد يتوخى الربح ويؤمن الخدمات للمرضى في المستشفيات لقاء بدلات مالية معينة ويلبي طلب الأسر الغنية. وبعض هذه المستشفيات معتمدة على الصعيد الدولي وتعمل في مجال السياحة الطبية. وبالإضافة إلى العيادات المتخصصة الكبيرة، تتوفر مستشفيات خاصة صغيرة تقدم الرعاية للمرضى داخل المستشفيات، وذلك في لبنان ومصر بشكل خاص.

واتخذ بعض البلدان سياسات لزيادة مشاركة القطاع الخاص في أنظمة الرعاية الصحية. وهذا هو الحال في بلدان مجلس التعاون الخليجي، التي كانت تقدم خدمات الرعاية الصحية العامة مجاناً للمواطنين والمقيمين. وفي المملكة العربية السعودية، كانت تلك الخدمات تشمل حتى الزائرين كالحجاج. وكان القطاع العام يتولى الرعاية الصحية بجميع مراحلها، بما في ذلك التخطيط وتقديم الخدمات والتمويل والتنظيم. ولكن تزايد أعداد المغتربين المقيمين في بلدان مجلس التعاون الخليجي شكل ضغوطاً على قدرات القطاع العام.

ومنذ تسعينات القرن العشرين، تشجع تونس القطاع الخاص على المشاركة في تأمين خدمات الرعاية الصحية، وبحلول عام 2010، أصبح القطاع الخاص يؤمن 34 في المائة من الرعاية الصحية المقدمة. و84 في المائة من المرافق الخاصة تقدم الخدمات للمرضى الخارجيين وتقدم المرافق الأخرى الخدمات للمرضى في المستشفيات<sup>72</sup>.

ومنذ أن سُمح بمشاركة القطاع الخاص في الجمهورية العربية السورية في تقديم الخدمات الصحية في عام 2005، ارتفعت هذه المشاركة بنسبة 41 في المائة. وتفضل الطبقة الوسطى الناشئة الخدمات التي يقدمها القطاع الخاص<sup>73</sup>.

وفي جميع أنحاء المنطقة العربية، تتركز فعالية القطاع الخاص في تأمين الرعاية للمرضى الخارجيين، وفي الصيدليات، والرعاية المتخصصة مثل طب الأسنان. وتشير منظمة الصحة العالمية إلى أن القطاع الخاص في تونس كان في عام 2004 يضم 83 في المائة من الصيادلة و72 في المائة من أطباء الأسنان، وفي الأردن كان يضم 61 في المائة من الأطباء، و93 في المائة من الصيادلة، و71 في المائة من أطباء الأسنان<sup>74</sup>.

لذلك قررت الحكومات أن يقتصر العلاج المجاني على المواطنين، وشجعت القطاع الخاص على المساهمة في تقديم الرعاية الصحية، فعملت على تحسين البيئة التشريعية وقدمت الحوافر المالية لتشجيع المستثمرين من القطاع الخاص<sup>75</sup>.

ويبين الشكل 10 أن الأسر المعيشية في العديد من بلدان المنطقة كالسودان واليمن، تتحمل الجزء الأكبر من التكاليف المالية للرعاية الصحية ما يعني أن الخدمات العامة المجانية وتقديمات التأمين الصحي محدودة للغاية. وفي مصر، تتوفر خدمات الرعاية الصحية العامة المجانية ولكن أكثر من 60 في المائة من النفقات الصحية تتحملها الأسر المعيشية. ويدلّ الإرتفاع في نسبة الإنفاق الخاص، إمّا على أن تغطية القطاع العام لا تشمل جميع السكان وإمّا أن السكان لا يحبذون الخدمات العامة. وتعرف الحالة الأخيرة «بالخصخصة التلقائية» وهي التحوّل إلى القطاع الخاص بسبب نوعية الخدمات المتدنية في المرافق العامة. وفي المقابل، إن الإنفاق الخاص على الرعاية الصحية منخفض نسبياً في بلدان مجلس التعاون الخليجي على الرغم من تزايد الخصخصة.

## ٢- ترتيبات التعاون بين القطاعين العام والخاص

في الكثير من الحالات، لا يعمل القطاع العام والخاص واحدهما بمعزل عن الآخر في تقديم الخدمات، بل وفقاً لترتيبات تعاقدية أو ترتيبات تعاون أكثر مرونة. وفي هذه الحالة من الأهمية أن تملك الدولة القدرة التي تمكّنها من وضع سياسات ملائمة لمشاركة القطاع الخاص.

والشراكات الرسمية بين القطاعين العام والخاص، بما فيها الترتيبات التعاقدية الرسمية، هي أكثر الأشكال المؤسسية المعمول بها في مشاركة القطاع الخاص. ويملك القطاع العام عادةً البنى التحتية، ولكنه يلزم تشغيلها للقطاع الخاص من خلال الامتيازات، أو من خلال عقود

الإدارة أو الإيجار. وعند إنشاء البنية التحتية، غالباً ما تشير الترتيبات إلى أن الشريك من القطاع الخاص يعمل على إنشاء البنية التحتية ويشغل المشروع لمدة معينة يعيد بعدها الملكية إلى القطاع العام. وتنطوي عقود الإيجار والإدارة على أقل مستوى من الخصخصة.

وفي قطاع الصحة بعض الشراكات الرسمية بين القطاعين العام والخاص. وهذه الشراكات، مثلاً، تخوّل القطاع الخاص استخدام الأموال العامة لبناء مستشفيات تملكها الحكومة أو البلدية، ويمكن أن تكون الخدمات السريرية وغيرها من الخدمات الطبية بإدارة القطاع الخاص. وتشجع الإمارات العربية المتحدة بفعالية إقامة الشراكات بين القطاعين العام والخاص لتطوير البنية التحتية المادية وغير المادية في مجال الرعاية الصحية. فقد سبق ووقعت أبو ظبي عقود إدارة مع العديد من المستشفيات الدولية<sup>76</sup>. وتعترف البحرين أيضاً تلزيم بعض خدمات المستشفيات.

وفي قطاع التعليم، تتوفر خيارات مماثلة للتعاون بين القطاعين العام والخاص. وهذه الخيارات تتيح للقطاع الخاص، مثلاً، تشغيل المدارس الرسمية التي تملكها الدولة. وفي حالات أخرى يمكن أن تكون المدارس ملكية خاصة وإدارة خاصة، وتستفيد من دعم معين تقدمه الحكومة، على شكل قسائم تستفيد منها فئات معينة، أو منح دراسية، أو تحويلات نقدية، أو حوافز ضريبية. وقد اتبع هذه الاستراتيجية عدد من بلدان أمريكا اللاتينية. ففي عام 2003 في شيلي، كانت المدارس التي تعتمد على الحكومة بنسبة تفوق 50 في المائة من التمويل، تضم 37.9 في المائة من مجموع الطلاب الملتحقين بالمدارس الرسمية والخاصة في الصف الأول من المرحلة الثانوية<sup>77</sup>.

ومعظم المدارس في البلدان الأعضاء في الإسكوا هي إمّا رسمية بالكامل أو خاصة بالكامل. وفي مصر توزع الالتحاق بالتعليم في الصف الأول من المرحلة الثانوية في عام 2002 بين 94.6 في المائة في المؤسسات العامة،

يتحملها مستخدمو الرعاية الصحية<sup>84</sup>. وقامت وزارة الصحة العامة في تونس أيضاً بالتعاقد مع مستشفيات خاصة ليغطي التأمين العام العلاج المتخصص كعمليات القلب والأوعية الدموية وزرع الأعضاء<sup>85</sup>.

ويسعى بعض البلدان إلى دعم خدمات القطاع العام بخدمات القطاع الخاص من خلال السماح للأطباء باستخدام المرافق العامة لتقديم الخدمات الخاصة بعد ساعات العمل الرسمية. وتكون الرسوم على هذه الخدمات إذا قدمت في المرافق العامة أقل منها في المرافق الخاصة. ويتشارك في الإيرادات عادةً المرفق العام والطاقت الطبي الذي يقدم الخدمات. وعندما يحصل الأطباء على فرص لتحقيق دخل إضافي، لا يعود لديهم دافع قوي للعمل في القطاع الخاص. ويساهم اعتماد هذه الخطة في زيادة توفر الخدمات بشكل عام. وفي الماضي، نفذ العراق هذه الخطة فكانت تقدم الخدمات العامة حتى الساعة الثانية بعد الظهر فقط بسبب القيود المالية التي يواجهها<sup>86</sup>. واعتمدت الجمهورية العربية السورية، والسودان، ومصر نهجاً مماثلاً<sup>87</sup>.

### 3- تمويل القطاع الخاص للخدمات الاجتماعية: التأمين

تساهم شركات التأمين الخاصة التي تقدم التأمين الصحي في زيادة الحصول على الخدمات الاجتماعية وتأمين الحماية الاجتماعية. ولا تزال أنظمة التأمين في المنطقة العربية باستثناء بعض البلدان، غير متطورة بالمستوى الكافي بسبب غياب الإطار التنظيمي الذي يشجع الادخار الطويل الأمد، والاستثمار الطويل الأجل، وتسوية المطالبات<sup>88</sup>.

وينمو التأمين الصحي في القطاع الخاص في العديد من بلدان المنطقة. فبلدان مجلس التعاون الخليجي شجعت شركات التأمين الخاصة في تمويل الرعاية الصحية العامة والخاصة. فأنشأت المملكة العربية السعودية مجلس الضمان الصحي التعاوني في عام

و4.4 في المائة في المؤسسات الخاصة التي تحصل على أقل من نصف التمويل من المصادر العامة، وواحد في المائة في المؤسسات الخاصة التي تحصل على أكثر من نصف التمويل من المصادر العامة<sup>78</sup>. وفي لبنان، كان 14 في المائة من مجموع الطلاب للعام الدراسي 2007-2008 ملتحقين بالمدارس الخاصة المدعومة بتمويل من الدولة، و53 في المائة منهم ملتحقين بالمدارس الخاصة بالكامل، و33 في المائة ملتحقين بالمدارس الرسمية بالكامل<sup>79</sup>. وهذه الأرقام هي نتيجة لردة فعل الحكومة على سيطرة القطاع الخاص على التعليم. وتقدم الكويت أيضاً الدعم للتعليم الخاص ويستفيد منه المواطنون والمقيمون. ففي عام 2003، خصصت 17.7 في المائة من الدعم الحكومي لقطاع التعليم، واستفاد الأجانب من نحو 22 في المائة من هذا الدعم<sup>80</sup>. وتعيد حكومة الكويت حالياً النظر في نظام الدعم، ولا سيما الإعانات المقدمة للمقيمين، لأن الدعم الحكومي يشكل ضغوطاً متزايدة على الميزانية<sup>81</sup>.

وتلزم أحد العناصر من خدمة أو مشروع تملكه الدولة للقطاع الخاص هو من أضعف أشكال الشراكة بين القطاعين العام والخاص. ومع بدء برنامج تحديث قطاع الصحة بدعم من جهات مانحة أجنبية في عام 2008، قامت الجمهورية العربية السورية بتلزم الرعاية الصحية الأولية والخدمات السريرية في عدد من المستشفيات العامة إلى أطباء من القطاع الخاص<sup>82</sup>.

ومن أشكال التعاون الشائعة بين القطاعين العام والخاص التمويل العام لتأمين الرعاية الصحية في القطاع الخاص، إما من خلال دعم القطاع العام للقطاع الخاص أو من خلال تغطية نظام التأمين العام للعلاج الصحي في القطاع الخاص. ويُستخدم هذان الخياران، مثلاً، في لبنان<sup>83</sup>. وفي تونس، بدأ نظام التأمين الصحي العام يغطي العلاج في القطاع الخاص في عام 2008 لمواجهة التفاوت في إمكانية الحصول على الرعاية الصحية الجيدة ونتيجة لنمو القطاع الخاص. ومع أن المدفوعات المشتركة على الطبابة في القطاع الخاص أعلى، ساهمت تغطية نظام التأمين لهذا القطاع في تخفيف عبء التكاليف التي

1999 لوضع استراتيجية وطنية للتأمين الصحي وتنظيمها والإشراف على تنفيذها. وشركات القطاع الخاص هي التي تقدم خدمات التأمين. ونتيجة للجهود التي بذلتها المملكة العربية السعودية، بلغت الاشتراكات في برامج التأمين الخاصة 52.1 في المائة من الإنفاق الخاص على الرعاية الصحية في عام 2006<sup>89</sup>. وفي عام 2009، أصبح التأمين الصحي الخاص إلزامياً لجميع المقيمين وأسرهم، وتسعى المملكة العربية السعودية إلى فرضه في المستقبل على المواطنين والحجاج أيضاً<sup>90</sup>. وفي عام 2011، بلغ عدد الأشخاص الذين يشملهم التأمين في المملكة العربية السعودية حوالي 7.9 ملايين شخص، 71 في المائة منهم هم من المقيمين والنسبة المتبقية من المواطنين العاملين في القطاع الخاص<sup>91</sup>.

وفي عام 2006، بلغت حصة اشتراكات التأمين الصحي الخاص 19.9 في المائة من الإنفاق الخاص على الصحة في لبنان و22.7 في المائة في المغرب<sup>92</sup>. ويعود ارتفاع مساهمة التأمين الصحي الخاص في لبنان إلى مستوى تطوّر هذا القطاع بالمقارنة مع بلدان أخرى في المنطقة وإلى الدور الهام الذي يؤديه القطاع الخاص في الرعاية الصحية. أما في المغرب، فيعود ارتفاع حصة التأمين الخاص إلى عدد من العوامل منها الدور التاريخي الذي يضطلع به القطاع الخاص في التأمين الصحي الشامل، والقواعد التنظيمية التي واكبت التطورات في الاتحاد الأوروبي، وعزم الجهات المنظمة على السماح للشركات الأجنبية بدخول قطاع التأمين المحلي<sup>93</sup>.

#### ٤- المسؤولية الاجتماعية ونهج العمل الخيري في الشركات الخاصة

تأمين الخدمات الاجتماعية لقاء ربح معيّن ليس النهج الوحيد لمساهمة القطاع الخاص في هذا المجال. ولم يعد ينظر إلى القطاع الخاص على أنه قطاع يتوخى الربح فحسب، بل بات من المتوقع أيضاً أن يضطلع بمهام قانونية وأخلاقية وبأعمال خيرية. وتشمل هذه المهام ضمان الحد الأدنى من الحماية الاجتماعية

للعمال من خلال الأجور العادلة أو تجنّب إلحاق الضرر عند ممارسة الأعمال، والمساهمة في تنمية المجتمع من خلال العمل الخيري وحماية البيئة.

وفكرة تحميل القطاع الخاص مسؤوليات اجتماعية ليست جديدة في البلدان العربية. والواقع أن هناك تداخلاً بين مفهوم المسؤولية الاجتماعية للشركات ومفهوم ريادة الأعمال في الإسلام. فالمسلم والمسلمة مسؤولان دائماً عن أفعالهما أمام الله، وعلى صاحب العمل أن يتقيد بمبادئ الإسلام. فدعاة الاقتصاد الإسلامي استمدوا واجب دفع أجور عادلة من القرآن من السورة 17 الآية 35 التي تدعو إلى اعتماد مقياس ملائمة. ويوصي الحديث بحق العامل في الحصول على الغذاء والملابس<sup>94</sup>. ويوصي القرآن أيضاً بأعمال البر والإحسان وهي راسخة في الثقافة العربية.

ويمكن أن يشمل اهتمام الشركات بالمجتمع تقديم المساعدات والخدمات الاجتماعية، مثلاً من خلال الأعمال الخيرية. وابتاع التقاليد العريقة التي تقضي بالبر والإحسان، يشارك الكثير من رواد الأعمال بأنشطة خيرية فيقدمون التبرعات إنطلاقاً من مفهوم الإحسان وليس المسؤولية تجاه المجتمع. كما يمارسون هذه الأعمال ولا يبلغون صراحةً عنها لذا يصعب قياس حجمها أو قيمتها.

وفي عام 2012، قدمت المنظمة العربية للمسؤولية الاجتماعية جائزة لشركة زين الكويتية للاتصالات السلوكية واللاسلكية تقديراً لأنشطتها ومبادراتها في مجالات التعليم والرعاية الصحية والبيئة<sup>95</sup>. وقد ساهمت الشركة في تأهيل ثماني مدارس رسمية في الأردن من خلال مبادرة «مدرستي» (الإطار 1). وأنشئت في الكويت وحدة متنقلة لعلاج أمراض العيون، وعملت في العراق، بالتعاون مع مؤسسة عمار الخيرية، على تأمين برامج محو الأمية لحوالي 6,550 شخصاً من البالغين، وعلى إيجاد فرص عمل لنحو 50 امرأة بالتعاون مع مركز للأرامل<sup>96</sup>.

## الإطار 1 - «مدرستي»: مبادرة لتشجيع القطاع الخاص على دعم المدارس الحكومية

بما أن أن العديد من المدارس الحكومية في الأردن لا تملك التجهيزات الكافية أطلقت جلالة الملكة رانيا العبد الله مبادرة لتكريس المسؤولية الاجتماعية للشركات لتحسين خدمات التعليم في الأردن. ويتوجه هذا المشروع إلى المدارس الرسمية ذات الحاجة الماسة إلى التجهيزات. وتقضي المرحلة الأولى من المشروع بتطوير البنية التحتية المادية للمدارس، والثانية بتنفيذ البرامج التعليمية لتلبية احتياجات المجتمع المحلي. وتشجع هذه المبادرة الشركات الخاصة على توفير الدعم المالي للمدارس وتقديم التبرعات العينية (مثل مواد الترميم)، أو تشجيع العاملين في هذه الشركات الذين يتمتعون بالخبرة في التخطيط والإدارة أو في مجال التكنولوجيا على تبادل معارفهم مع المدرسين والتلاميذ. وتحفز هذه المبادرة أيضاً المدارس الخاصة على العمل بالشراكة مع عدد من المدارس الرسمية وتقديم الدعم لها، من خلال مبادرات جمع التبرعات وتدريب المعلمين وتشجيع التفاعل بين طلاب المدارس الرسمية والخاصة.

ويشارك في هذه المبادرة عدد من الشركات الكبرى في القطاع الخاص والمنظمات غير الحكومية. وعلى المدى البعيد يمكن لهذه الشركات أن تستفيد من تحسين نتائج التعليم في الأردن بحيث تتطابق مع احتياجات سوق العمل.

وبحلول عام 2012، أدت المبادرة إلى تحسين البنى التحتية في 500 مدرسة. وفي بعض المدارس تمكنت الجهات الراعية الخاصة من تأهيل المباني المدرسية لاستقبال الأشخاص ذوي الإعاقة.

المصدر: www.madrasati.jo

والملابس. وتبرع العاملون في العديد من المصارف المحلية في فلسطين بأجرة يوم كامل لصالح غزة<sup>97</sup>.

ويبين مسح أجري مؤخراً على 30 شركة خاصة تصدر تقارير عن الأنشطة التي تنفذها بدافع المسؤولية الاجتماعية أن معظم هذه الأنشطة كانت في مجالي الصحة والتعليم. وجميع هذه الشركات تؤدي هذا الدور بدوافع دينية وأخلاقية. وتؤمن 21 شركة منها بأن للفقراء الحق في مشاركة الأرباح التزاماً بالمعتقدات الدينية<sup>98</sup>. ولكن معدّي المسح لاحظوا سوء فهم عام للمفهوم الأساسي للمسؤولية الاجتماعية للشركات، فاعتبر بعض الشركات أن أنشطة التسويق، التي تشمل الرعاية للمعارض والمؤتمرات، هي جزء من برامج مسؤوليتها الاجتماعية<sup>99</sup>.

ويساهم العديد من الشركات في المنطقة في أنشطة خيرية خاصة. إلا أن نهج المسؤولية الاجتماعية

وتقوم شركات أخرى في المنطقة بمبادرات وأنشطة مماثلة تدرج في إطار المسؤولية الاجتماعية. فشركة النفط السعودية-الأمريكية (أرامكو) أسست مدارس خاصة تتبع المنهج الأمريكي لأبناء العاملين المقيمين في المملكة العربية السعودية، وأطلقت برنامجاً لتشجيع التعليم. ومن خلال البرنامج التحضيري لطلاب الجامعات السعوديين الذي يهدف إلى تزويدهم بالمهارات الحياتية، يمكن للطلاب العمل في شركة أرامكو خلال العطلة الصيفية، والحصول على دورات في اللغة الإنكليزية والرياضيات والمهارات الفنية والتدريب على الحاسوب وبرامج السلامة.

وفي فلسطين أثبتت شركات القطاع الخاص قدرتها على تأمين الخدمات الاجتماعية في أوقات الأزمات. فخلال الهجوم الإسرائيلي على غزة في عام 2008، قدم القطاع الخاص الإمدادات التي نفذت بسبب الحصار، فساهم في تقديم هبات عينية مثل المواد الغذائية، والإمدادات الطبية،

للشركات الذي يشمل الممارسة الداخلية، كدفع أجور لائقة للعاملين، لا يزال أقل شيوعاً في المنطقة.

ويعتبر عدم الاستدامة من السمات التي تعوق الأعمال الخيرية للشركات في المنطقة. وهذا العائق يمكن تذليله من خلال شراكات بين شركات القطاع الخاص، والمجتمع المدني والحكومة تكفل الاستدامة وتشجع الأنشطة التي تلبي الاحتياجات الاجتماعية. ومبادرة «مدرستي» في الأردن هي مثال عن النهج المنسق للمسؤولية الاجتماعية للشركات (الإطار 1).

ويمكن للدولة أن تشجع المسؤولية الاجتماعية للشركات من خلال القواعد التنظيمية، ونشر الوعي، وتقديم المكافآت والحوافز الضريبية، وحث الشركات على إصدار تقارير منتظمة<sup>100</sup>. فالمملكة العربية السعودية مثلاً أطلقت في عام 2008 مبادرة المنافسة المسؤولة لتشجيع عمل المواطنين السعوديين وخلق فرص العمل للمرأة، ورفع معايير الصحة والسلامة في القطاع الخاص، وتعميم أخلاقيات العمل في الشركات<sup>101</sup>.

## ه- ريادة الأعمال الاجتماعية

المشاريع ذات المسؤولية الاجتماعية هي شكل جديد من أشكال الشركات الذي يستثمر في التغيير الاجتماعي. وعلى عكس منظمات المجتمع المدني، من الأهمية أن تضع الشركات ذات المسؤولية الاجتماعية استراتيجية لتحقيق الاستدامة المالية، كتوليد الدخل، وأن تقود عملية التغيير وتساهم فيها<sup>102</sup>. والفرق بين الشركات التجارية الخاصة والمؤسسات ذات المسؤولية الاجتماعية هو في الأهداف. فهدف الشركات التجارية تحقيق الربح، أما هدف المؤسسات ذات المسؤولية الاجتماعية فهو التغيير الاجتماعي. ومن الممكن أن يكون تحقيق الربح وسيلة للوفاء بالمسؤولية الاجتماعية.

وتتخذ المؤسسات ذات المسؤولية الاجتماعية أشكالاً قانونية ونماذج تنظيمية مختلفة، منها شركات مسجلة

كمؤسسات تتوخى الربح، ومنها أيضاً منظمات لا تستهدف الربح ولا تتبع استراتيجية محددة لكسب الدخل، بل تعمل في إطار من الشراكات يؤمن لها التمويل المضمون والمستدام، على نحو يتجاوز النموذج التقليدي الذي يعتمد على الجهات المانحة<sup>103</sup>.

ومن الأمثلة على المؤسسات ذات المسؤولية الاجتماعية في المنطقة العربية مؤسسة التعليم من أجل التوظيف في الأردن وتونس وفلسطين ومصر والمغرب واليمن. وتختصر الرؤية التي تنطلق منها هذه المؤسسة بتزويد الشباب بالمهارات والفرص لحياة مهنية تثمر في الحد من الفقر وبناء مستقبل أفضل للفرد والمجتمع في العالم بأسره<sup>104</sup>. وتحدد المؤسسة أكثر المهارات التي يطلبها القطاع الخاص وتقدم التدريب اللازم للشباب لتطوير هذه المهارات. وقد التزم عدد من الشركات الخاصة بالتوظيف من خريجي هذه المؤسسة. وقامت المؤسسة منذ إنشائها في عام 2006، ببناء شراكات بين القطاعين العام والخاص لتحسين التعليم في البلدان التي تعمل فيها وقامت بتدريب 3,000 شاب في جميع أنحاء المنطقة العربية وساعدتهم في دخول سوق العمل.

والمثال الآخر هو مبادرة الجسر في المغرب. وهي مبادرة تهدف إلى إصلاح النظام التعليمي من خلال إقامة شراكات بين القطاعين العام والخاص. وتتضمن هذه المبادرة برنامج كفالة المدارس، وفي إطاره تتعهد شركات من القطاع الخاص مدارس معينة، وتعمل على تحسين البنية التحتية فيها، وتحديث تجهيزاتها، والارتقاء بنوعية التعليم<sup>105</sup>.

## باء- ما الذي يمكن للقطاع الخاص تقديمه في أنظمة الرعاية الاجتماعية؟

يتمتع القطاع الخاص بالعديد من مواطني القوة التي يمكن أن تدعم أنظمة الرعاية الاجتماعية، لا سيما

القطاع العام. فمع أن معظم البلدان الأعضاء في الإسكوا تؤمن التعليم الرسمي في المرحلتين الابتدائية والثانوية، لا تتوفر رياض الأطفال الرسمية في الكثير منها. لذلك، بدأ القطاع الخاص بسد هذا النقص. ففي عُمان، على سبيل المثال، يتوفر التعليم ما قبل المدرسي في المدارس الخاصة فقط، وخاصة في الكبرى منها<sup>108</sup>. وفي الأردن، نشأ هذا التعليم، في الكثير من

إذا ترافقت مشاركته مع سياسات اجتماعية تؤدي إلى التخفيف من حدة المخاطر، ومع قواعد تنظيمية تكفل تقديم خدمات بنوعية جيدة وتتيح للجميع إمكانية الحصول عليها. وفي هذا القسم أمثلة توضح بعض نقاط القوة التي يتمتع بها القطاع الخاص في أنظمة الرعاية الاجتماعية في البلدان الأعضاء في الإسكوا.

## 1- القطاع الخاص يسد الفراغ عندما تكون قدرة القطاع العام محدودة

### الإطار 2- مشاركة القطاع الخاص في تأمين الخدمات في الأردن يشجع الحكومة على تفعيل دورها

يحفز القطاع الخاص في بعض الحالات عمل الحكومة. فنجاح مبادراته يشجع الحكومة على الاقتداء به. وكان القطاع الخاص في الأردن، بما في ذلك المجتمع المدني، رائداً في تأسيس رياض الأطفال. ومع ارتفاع الطلب على التعليم ما قبل المدرسي والأداء الجيد الذين يحققه في المرحلة الابتدائية الأطفال الذين تلقوا هذا التعليم، عمدت الدولة إلى توسيع نطاق التعليم ما قبل المدرسي، فوضعت في عام 1996 سياسات لتشجيع التعليم ما قبل المدرسي من خلال تأمينه في القطاع العام وتشجيعه في القطاع الخاص.

وأدرجت الحكومة أيضاً أن إمكانية الحصول على التعليم قبل المدرسي تنحصر بالفئات السكانية الأكثر ثراءً في المناطق الحضرية، فبذلت جهوداً حثيثة لإتاحة حصول الفئات المنخفضة الدخل على التعليم ما قبل المدرسي عن طريق إدراج هذا التعليم في منهج المدارس الرسمية. ومن الإجراءات التي اتخذتها الحكومة استخدام مرافق المدارس الرسمية غير المستغلة، كرياض الأطفال. ونتيجة لهذه الجهود بلغ عدد رياض الأطفال الرسمية، بحلول عام 2008، حوالي 600 روضة. وتسعى الحكومة إلى كفالة نوعية التعليم ما قبل المدرسي في القطاع الخاص من خلال وضع معايير الترخيص لمؤسسات هذا التعليم واعتمادها.

المصدر: منظمة الأمم المتحدة للطفولة (يونيسيف)، (2008)

في حالات النزاعات المسلحة أو الضغوط على الميزانية العامة، قد لا يملك القطاع العام القدرة الكافية على تأمين الخدمات الاجتماعية بالتنوع والكمية الكافية. ومع استمرار الطلب على هذه الخدمات يمكن للقطاع الخاص أن يتدخل لسد هذا الفراغ.

ففي لبنان مثلاً، شهد تقديم الخدمات العامة الاجتماعية تراجعاً كبيراً خلال الحرب الأهلية، فتولت هذا الدور جهات فاعلة أخرى من المجتمع المدني والقطاع الخاص، سدت الفراغ في تأمين خدمات الرعاية الصحية، والتعليم، والمياه، وخدمات الصرف الصحي، والإسكان. وللبنان تاريخ طويل يعود إلى ما قبل الحرب الأهلية في مشاركة المجتمع المدني في تقديم الخدمات الاجتماعية. وباستطاعة الجهات الفاعلة غير التابعة للدولة أن تتدخل عندما تعوق النزاعات عمل القطاع العام في تأمين الخدمات<sup>106</sup>.

ومن الأمثلة الأخرى في هذا المجال، القطاع الصحي في السودان، حيث أدى خفض الإنفاق العام منذ ثمانينات القرن العشرين إلى نقص في الخدمات العامة، فتولى القطاع الخاص سد جزء من هذا النقص وأصبحت مشاركة هذا القطاع ضرورية لتلبية الطلب على الرعاية الصحية لجميع فئات الدخل وليس للأكثر ثراءً وحسب<sup>107</sup>.

ويمكن للقطاع الخاص أن يضطلع بدور رائد في تأمين بعض الخدمات التي لم يشملها عمل

تكون مزودة بتجهيزات أفضل من المدارس الرسمية لأن قدرتها المالية أكبر.

ونوعية الخدمات الصحية المتدنية التي يقدمها القطاع العام تدفع طالبي الخدمات إلى القطاع الخاص، حتى ولو اضطروا للإنفاق على الخدمة من أموالهم الخاصة. وبين مسح أجري في السودان أن أهم ما يشكو منه الناس في الحصول على الخدمات في القطاع العام هو تدني عدد الأطباء المؤهلين وطول مدة الانتظار للحصول على الخدمات. وبين المسح أيضاً أن 72 في المائة من الأشخاص الذين يقصدون المستشفيات الخاصة أعربوا عن ثقتهم واطمئنانهم للخدمات التي تقدمها و60 في المائة منهم أشاروا إلى أن نوعية الخدمات التي تقدمها المستشفيات الخاصة أفضل نوعية من الخدمات التي تقدمها المستشفيات الحكومية<sup>112</sup>. وفي الجمهورية العربية السورية، تتميز المرافق الصحية الخاصة عن المرافق العامة بقصر فترة الانتظار في المستشفيات والعيادات الخاصة<sup>113</sup>. وفي مصر، يفضل السكان، من الجنسين ومن كل الفئات العمرية، التوجه إلى القطاع الخاص للحصول على خدمات من النوعية الجيدة وحسب الطلب<sup>114</sup>.

ومرافق الرعاية الصحية العامة في العديد من بلدان المنطقة غير مزودة بمعدات كافية. وبما أن القطاع الخاص يتمتع بقدرة مالية أكبر، فهو يوفر الرعاية المتخصصة. وتشير البيانات الخاصة بتونس لعام 2004 إلى أن التجهيزات التكنولوجية في القطاع الخاص أفضل منها في القطاع العام. فكانت المرافق الخاصة للرعاية الصحية تملك 54 مساحة ضوئية محوسبة ولا تملك المرافق العامة للرعاية الصحية سوى 20 مساحة<sup>115</sup>. وفي الأردن تكمن مواطن قوة القطاع الخاص في استخدام معدات متطورة. وفي كل من الأردن وتونس، تسعى الدولة إلى الاستفادة من الإمكانيات المتاحة للقطاع الخاص عن طريق التعاقد معه لتقديم خدمات معينة كي لا يتحمل القطاع العام أعباء الاستثمار الباهظة في التكنولوجيات الجديدة.

الأحيان، بمبادرة من القطاع الخاص تلبيةً لطلب الأهل. ومؤسسات التعليم قبل المدرسي هي بمعظمها منظمات لا تتوخى الربح وتعتمد على مواردها المالية الخاصة. وفي عام 2006، كان حوالي 77 في المائة من الأطفال ملتحقين برياض الأطفال الخاصة<sup>109</sup>. وشجع نجاح التعليم الخاص ما قبل المدرسي الحكومة على تأمين هذا التعليم في المدارس الرسمية (الإطار 2). وإدراكاً من المغرب أن القطاع العام لن يتمكن من تأمين التعليم ما قبل المدرسي، أصدر في عام 2003 قانوناً ينصّ على حصر مهمة التعليم ما قبل المدرسي بالقطاع الخاص، على أن تركز الحكومة على وضع القواعد التنظيمية، والتدريب، وتحقيق الابتكارات التربوية<sup>110</sup>. وفي الجمهورية العربية السورية، ارتفع الطلب على التعليم ما قبل المدرسي في العقود الأخيرة بسبب ارتفاع عدد العاملات لا سيما في المناطق الحضرية. وعمدت الحكومة السورية إلى تعديل القانون الصادر في عام 1991 الذي حدّ من إنشاء المدارس الخاصة وسمح بإنشاء رياض الأطفال الخاصة التي تستوفي رسوماً محددة<sup>111</sup>.

## ٢- القطاع الخاص يسد الثغرات في النوعية

يعتبر القطاع الخاص في الكثير من الحالات أكثر قدرة من القطاع العام على تأمين الخدمات بنوعية أفضل. وهذه القدرة ليست نتيجة للإمكانيات المالية التي يتمتع بها القطاع الخاص فحسب، بل نتيجة للكفاءة في الإدارة. وبما أن القطاع الخاص قادر على دفع أجور أفضل، فهو يستقطب عاملين يتمتعون بمؤهلات أفضل واندفاع أكبر.

ويتناول هذا الفصل أمثلة حيث يُعتبر القطاع الخاص أكثر قدرة من القطاع العام على تقديم خدمات ذات نوعية أفضل. ولا تعني النوعية بالضرورة نوعية الخدمات القابلة للقياس، بل النوعية حسبما يتصورها الناس، كخدمة العملاء مثلاً. وغالباً ما تستطيع المدارس الخاصة استخدام طرق تعليم مختلفة، أو

### ٣- خدمات القطاع الخاص تكمل الخدمات العامة بالنسبة إلى بعض الفئات

يمكن للقطاع الخاص تقديم الخدمات للأشخاص الذين لا تشملهم الخدمات العامة لأسباب مختلفة. ففي بلدان المغرب العربي مثلاً نشأت المدارس الخاصة التي تتوخى الربح لتوفر فرصة التعليم الثانوي للطلاب المستبعدة من التعليم الرسمي حيث المنافسة مرتفعة<sup>116</sup>. ومعظم المتحقيين بهذه المدارس هم من الطبقة المتوسطة. ولولا التعليم الخاص، لاضطر هؤلاء إلى البحث عن فرص عمل. وبما أن معدلات البطالة مرتفعة، قد يتجهون إلى مزاولة أي عمل في القطاع غير النظامي.

ويهدف الكثير من المؤسسات الاجتماعية، كمؤسسات المجتمع المدني، إلى تكملة الخدمات التي يقدمها القطاع العام. وتتوجه هذه المؤسسات إلى فئات معينة لا تحصل على الخدمات من القطاع العام ولا من المؤسسات التجارية التي تتوخى الربح. ومن الأمثلة على ذلك مركز «سكون» في لبنان، وهو المرفق الأول للمعالجة الخارجية، يقدم خدمات الوقاية والعلاج لمتعاطي المخدرات في العديد من مناطق بيروت. ومع أن المركز يتقاضى رسوماً لقاء الخدمات، كانت التبرعات من القطاعين العام والخاص، وحفلات جمع الأموال المصدر الرئيسي لموارده المالية في عام 2011<sup>117</sup>.

### ٤- القطاع الخاص يلبي بمرونته الاحتياجات الناشئة

لا يُسم التدريب المهني الذي يقدمه القطاع العام، في حالات كثيرة، بالفعالية اللازمة في تأمين المهارات التي يحتاج إليها القطاع الخاص. ومن أسباب ذلك اعتماد وزارات التعليم مناهج كثيراً ما تفتقر إلى المرونة ولا تلبي الاحتياجات الناشئة في سوق العمل. وللقطاع الخاص ميزة مقارنة في تأمين التدريب المهني تتمثل بإمكانية تكييف المناهج الدراسية لتتماشى مع

احتياجات سوق العمل<sup>118</sup>. وفي مصر، يوفر القطاع العام والخاص التدريب المهني. ولكن نوعية التدريب أفضل في القطاع الخاص لأنه يستخدم مناهج تتناسب مع احتياجات السوق، ويتبع أساليب تدريب حديثة، ويستعين بمدربين يتمتعون بمؤهلات فنية وتعليمية عالية<sup>119</sup>. وفي تونس، لاحظت الحكومة أن القطاع الخاص يتمتع بقدرة أكبر على سد الفجوة بين نتائج التعليم ومهارات العمل، فأصدرت المرسوم 2007-4174، وبدأت تدعم مشاركة القطاع الخاص في التدريب المهني، لا سيما في المناطق الأقل نمواً، وذلك من خلال المساهمة في جزء من التمويل عبر تقديم شيكات للتدريب، بدأ العمل بها للمرة الأولى في عام 2011<sup>120</sup>.

وتملك المدارس الخاصة، بما تتمتع به من مرونة، القدرة على التعليم باللغة الأجنبية والحرص على اكتسابها. ويتميز بذلك القطاع الخاص عن القطاع الرسمي، لا سيما بعد أن أصبح إتقان اللغات الأجنبية شرطاً أساسياً للحصول على فرص عمل بأجور جيدة في القطاع الخاص في العديد من البلدان العربية. ففي مصر ازداد الإقبال على مدارس اللغات التي تقدم دروساً باللغات الأجنبية (الإنكليزية عادةً) في الأعوام الأخيرة<sup>121</sup>. وفي تونس والمغرب، يزداد إقبال الطبقة العليا في المناطق الحضرية على مدارس البعثات الأجنبية التي تعتمد اللغة الفرنسية لغة التعليم الرئيسية<sup>122</sup>. وفي المغرب العربي، دفع ارتفاع عدد الشركات الخاصة الفرنسية، وكذلك معدلات النجاح المرتفعة التي تسجلها هذه المدارس في الإمتحانات الطلاب نحو هذه المدارس.

وتساهم المرونة التي تُعطى للتعليم الخاص في تحقيق التغيير في المجتمع. ففي الماضي، كان يُسمح ضمناً للفتيات بممارسة الرياضة في المدارس الخاصة في المملكة العربية السعودية، وفي أيار/مايو 2013، سمح بها رسمياً، مع أنها لا تزال محظورة في المدارس الرسمية. وتشير تقارير وسائل الإعلام إلى أن السماح للفتيات بممارسة الرياضة في المدارس الخاصة هو مشروع رياضي، تهدف الحكومة إلى توسيع نطاقه

ليشمل المدارس الرسمية في المستقبل. واتخذت وزارة التعليم قراراً يلزم المدارس الخاصة بتوفير المساحات والمعدات اللازمة لممارسة الألعاب الرياضية<sup>123</sup>.

## جيم- تأمين القطاع الخاص للخدمات الاجتماعية يطرح مسائل هامة

بيّن القسم السابق أنه يمكن للقطاع الخاص سد الثغرات التي يتركها القطاع العام في الخدمات من حيث الكمية والنوعية. ولكن من الضروري النظر في بعض القضايا الهامة التي تطرحها مشاركة القطاع الخاص في أعمال حقوق الإنسان.

### ١- الإنصاف في الحصول على الخدمات

عندما يتولى القطاع الخاص تأمين الخدمات الاجتماعية تبرز قضية المساواة في الحصول على الخدمات. فالأشخاص غير القادرين على دفع التكاليف لا يمكنهم الحصول على هذه الخدمات إلا عند توفر آليات تمويل أخرى مثل التأمين الصحي الاجتماعي أو الدعم الحكومي. لكن إمكانية الوصول إلى هذه الآليات تتفاوت بين السكان أيضاً. وتشير الأمثلة الواردة فيما يلي إلى أن الشرائح الأكثر ثراء هي التي يمكنها تحمل تكاليف الخدمات الاجتماعية التي يقدمها القطاع الخاص. وعندما تكون نوعية الخدمات في القطاع الخاص أفضل منها في القطاع العام قد يظهر مستويان في أنظمة الرعاية، حيث تحصل الفئة القادرة على دفع التكاليف على خدمات جيدة النوعية من القطاع الخاص، ويكون على الفئات الأخرى إما أن تقبل بالخدمات العامة ذات النوعية الأدنى، أو تقتطع من نفقاتها لتجمع الأموال الكافية لقاء الحصول على خدمات بنوعية أفضل.

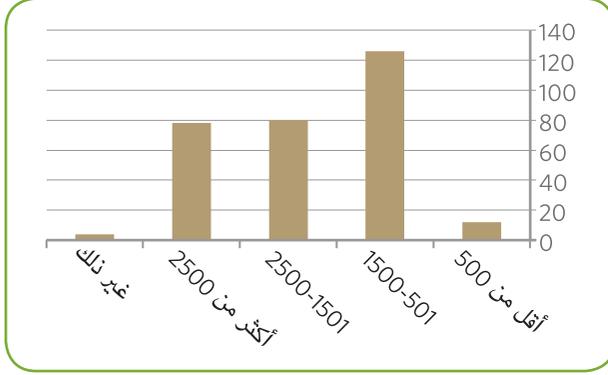
والتعليم الخاص امتياز تستفيد منه فئات الدخل العليا وهو يساهم في تكوّن الطبقات الاجتماعية

والاقتصادية المختلفة. ويشير مسح الأسر المعيشية الذي أجري في مصر في عامي 2005 و2006، إلى أن 24.3 في المائة من الفئة الخمسية ذات الدخل الأعلى و5 في المائة فقط من الفئات الخمسية الأخرى ملتحقه بالمدارس الخاصة. ومعظم طلاب الفئات المنخفضة ملتحقون بالمدارس الحكومية، بل يشكلون الجزء الأكبر من معدل الالتحاق بمدارس الأزهر الدينية الخاصة<sup>124</sup>. ويؤدي هذا الواقع إلى حصول الفئة الخمسية الأكثر ثراءً على نوع التعليم الذي يضمن الحصول على فرص عمل ذات أجر مرتفع. وفي الأردن، يشير مسح للأسر المعيشية بين عامي 2001 و2006، إلى أن 22 في المائة من الأطفال من الأسر المعيشية المرتفعة الدخل و10 في المائة من الأطفال من الأسر المعيشية ذات الدخل المتوسط الأعلى ملتحقون بالمدارس الابتدائية الخاصة، مقابل 2 في المائة من الأطفال فقط من الأسر المعيشية ذات الدخل المنخفض<sup>125</sup>. وأجرت منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية دراسة في الأردن وتونس وقطر، بيّنت أنّ احتمال التحاق الطلاب من المستوى الاجتماعي والاقتصادي العالي بالمدارس الخاصة أعلى من المتوسط الوطني<sup>126</sup>.

ولبنان من البلدان القليلة في المنطقة العربية التي تقدم بعض مدارسها الخاصة خدمات التعليم المجانية. وهذه المدارس إما مدعومة من الحكومة وإما ممولة من منظمات المجتمع المدني أو القطاع الخاص عن طريق الأعمال الخيرية التي تقوم بها الشركات. ويشمل التعليم الخاص المدعوم الأسر المنخفضة الدخل. ولكن بعض المدارس تفصل بين الطلاب المدعومين وغير المدعومين في صفوف أو حتى مبان مختلفة مما يندرج بنشوء مستويين مختلفين في التعليم. ومع الوقت انخفض عدد المدارس التي تدعمها الحكومة وارتفع عدد المدارس الخاصة<sup>127</sup>.

ولا يرتبط قبول الطلاب في المدارس الخاصة بالقدرة على دفع الأقساط وحسب، إنما بتوفر عدد من الشروط، كمستوى التحصيل الأكاديمي، أو موافقة الوالدين على نهج المدرسة، أو تقديم كتاب توصية. وأشارت منظمة

**الشكل 11- الدخل الشهري للأشخاص الذين يستخدمون مرافق الرعاية الصحية الخاصة والذين شملهم المسح في الخرطوم (جنه سوداني)**



المصدر: Saeed, 2011.  
ملاحظة: الدولار الأمريكي = 5.52 جنيه سوداني

الأشخاص الذين لا يغطيهم التأمين الصحي يفضلون التوجه إلى المرافق الخاصة، مع أنهم يستطيعون الحصول على خدمات مجانية أو مدعومة في المرافق العامة. وحتى الذين تشملهم أنظمة التأمين للطبابة العامة يختارون في الكثير من الأحيان المرافق الخاصة ويتحملون هم تكاليفها<sup>130</sup>.

### 3- الفوارق في تغطية الخدمات

يقدم القطاع الخاص عادةً الخدمات في المناطق التي يكون السكان فيها قادرين على دفع التكاليف، وهي المناطق الحضرية الغنية في أغلب الأحيان. وعندما تتركز تغطية مرافق الرعاية الصحية الخاصة في المناطق الحضرية الغنية تسود المخاوف من حرمان المناطق الريفية والفقيرة من المرافق الخاصة والعامة.

وفي العديد من بلدان المنطقة، تتركز مرافق الرعاية الصحية في المناطق الحضرية. وفي تونس، 79 في المائة من أطباء الصحة العامة في العيادات الخاصة يتمركزون في تونس الكبرى والمنطقة الشرقية الوسطى<sup>131</sup>، وثلاثا المستشفيات الخاصة في العراق تقع في بغداد<sup>132</sup>. وحتى الآن لا تزال مشاركة القطاع الخاص في مجال الرعاية

التعاون الاقتصادي والتنمية إلى أن الشبكات الاجتماعية والعلاقات الشخصية تؤدي دوراً كبيراً في قبول الطلاب في المدارس الخاصة<sup>128</sup>. وغالباً ما ترفض المدارس الخاصة استقبال الأطفال ذوي الاحتياجات التعليمية الخاصة، باعتبار أن المدرسة غير قادرة على تقديم الدعم لهم. ولكن اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة تنص على حق هؤلاء في دمجه في النظام التعليمي العام.

ويقدم القطاع الخاص غالباً الخدمات الاجتماعية لقاء رسوم معينة، ما قد يؤدي إلى إقصاء كل من لا يستطيع دفع هذه الرسوم. ولذلك عواقب خطيرة تحدّد صحة الذين يعانون من ظروف صحية حرجة ولا يملكون تأميناً صحياً، ويضطرون إلى الانتظار ريثما يجدون مستشفى مستعداً لاستقبالهم. وقد حدثت حالة من هذا القبيل في لبنان في شباط/فبراير 2013 عندما توفي طفل رضيع على باب أحد المستشفيات الذي رفض معالجته لأن والديه لم يدفعوا مسبقاً التأمين للمستشفى<sup>129</sup>.

### 2- يتطلب دفع التكاليف المرتفعة للخدمات ذات النوعية الجيدة اعتماد استراتيجيات سلبية أحياناً

الحصول على الرعاية الصحية الجيدة حاجة أساسية للإنسان. وعندما لا تتوفر مجاناً أو تكون نوعيتها متدنية في القطاع العام، تجد الأسر المعيشية الفقيرة نفسها مستعدة لتحمل التكاليف المرتفعة للحصول على رعاية جيدة النوعية. وتلجأ إلى الاستدانة أو إلى خفض نفقاتها الأخرى على التعليم مثلاً وهي استراتيجيات سلبية. وتعرض القيود المالية الأسر المعيشية لمزيد من التأثير بصدمات الأسعار.

ويبيّن الشكل 11 أن الاستفادة من الخدمات التي يقدمها القطاع الخاص لا تنحصر بالفئات المرتفعة الدخل. ولتتمكن الأسر المعيشية من دفع تكاليفها المرتفعة، تلجأ إلى طلب الدعم من أفراد الأسرة العاملين في الخارج، أو إلى الاستدانة من العائلة أو الجيران أو الأصدقاء، أو إلى بيع الأصول. وبيّن مسح في الأردن أن

الصحية في السودان تتركز في المناطق الحضرية الغنية في الجزيرة والخرطوم حيث تتجمع أيضاً المرافق العامة<sup>133</sup>. وفي مصر أيضاً يتفاوت توزيع الأطباء بين المناطق<sup>134</sup>.

وعلى العكس من ذلك، تشجع استراتيجية الحكومة في الأردن التكامل بين القطاعين العام والخاص. فقد شجعت القطاع الخاص على تحسين الخدمات التي يقدمها في المناطق الغنية ووسعت نطاق الخدمات العامة فشملت المناطق الريفية والمناطق الفقيرة عبر شبكة واسعة النطاق من عيادات القرى التي تقدم خدمات جيدة نسبياً<sup>135</sup>.

وتهدف أنشطة المسؤولية الاجتماعية للشركات إلى مساعدة فئات معينة تحدّد حسب المعايير الثقافية في المنطقة العربية. ولكن عدم توفر آليات لتنظيم هذه الأنشطة قد يؤدي إلى تركيزها ضمن مجالات محددة أو على فئات تحصل أصلاً على تغطية جيدة للخدمات، في حين تحرم منها فئات أخرى. وتدعم هذه الأنشطة الأراذل والأيتام، أو يكون الغرض من خدماتها تحقيق أهداف في التسويق.

#### ٤- تقويض فعالية أنظمة الرعاية

من المخاطر الأخرى التي قد تطرحها مشاركة القطاع الخاص خطر امتصاص الموارد البشرية من القطاع العام، وبالتالي تقويضه. وهذا ما حدث مثلاً في قطاع الصحة في تونس والعراق، حيث بدأ القطاع العام يواجه نقصاً في الموظفين لأن ارتفاع الأجور في القطاع الخاص جذبهم إلى العمل فيه. ولتشجيع الأطباء على البقاء في القطاع العام، سُمح لهم في الكثير من البلدان العمل في القطاع الخاص إلى جانب عملهم في القطاع العام<sup>136</sup>. ويمكن للدول اتخاذ ترتيبات تعاون بين القطاعين تسمح مثلاً للأطباء باستخدام المرافق العامة لتقديم الخدمات الخاصة كما هو مبين سابقاً. ولكن هذه الترتيبات قد تدفع الأطباء إلى الطلب من المرضى مراجعتهم خلال

ساعات العمل الخاص وليس ضمن مواعيد العمل العام، مما ينتقص من فعالية الخدمة العامة.

وفي قطاع التعليم في مصر والمغرب يطرح عمل المدرسين في المدارس الخاصة إلى جانب المدارس الرسمية شواغل متعلقة بالإنصاف، لأنه عملهم في المدارس الخاصة يضعف لديهم حافز العمل في القطاع العام. وفي المغرب، أثار عمل المدرسين في المدارس الخاصة بالإضافة إلى عملهم في المدارس الرسمية الكثير من الشواغل، لذا فرضت وزارة التعليم في عام 2012 ضوابط على عمل مدرسين المدارس الرسمية في المدارس الخاصة أيضاً، أدت إلى احتمال عدم توفر الأساتذة للعمل في المدارس الرسمية<sup>137</sup>. وفي مصر، يلجأ عدد كبير من مدرسي القطاع العام إلى إعطاء الدروس الخصوصية لزيادة دخلهم. وقد نمت هذه الممارسة كثيراً بسبب التركيز على نتائج امتحانات آخر السنة، واعتماد أسلوب التعلم عن ظهر قلب، وانخفاض أجور المدرسين في المدارس الرسمية. والأسوأ في بعض الحالات هو أن المدرسين يتعمدون عدم تعليم المنهج الدراسي الكامل في الصفوف الرسمية فيضطر الطلاب إلى تلقي الدروس الخصوصية<sup>138</sup>. وتؤدي هذه الظاهرة إلى تراجع نوعية التعليم في المدارس الرسمية وزيادة الفوارق في التعليم، وإلى تكبد الأسر المعيشية تكاليف إضافية لقاء الدروس الخصوصية.

#### ٥- الكفاءة والنوعية ليست دائماً مضمونة

غالباً ما يربط الرأي العام بين القطاع الخاص وارتفاع الكفاءة، ولكن لا يمكن التسليم بذلك مطلقاً. والواقع أنه عندما لا يعتمد القطاع الخاص نظام حوافز ملائم، من الممكن أن يفتقر إلى هذه الكفاءة. ففي مجال الرعاية الصحية مثلاً، يتجه القطاع الخاص نحو الإفراط في الاستثمار والتشخيص ووصف أدوية من أصناف باهظة الثمن. وتمويل القطاع العام لتكاليف الرعاية الصحية التي يقدمها القطاع الخاص من دون اعتماد قوانين صارمة يقوّض كفاءة الخدمات ونوعيتها، كما كان الحال في

أن المدارس الخاصة التي تبتغي الربح تحرص على أن يكون عدد العاملين فيها منخفضاً نسبياً.

والنتائج التعليمية التي تحققها المدارس الخاصة ليست دائماً أفضل من نتائج المدارس الرسمية. ففي دبي كان أداء الطلاب من الصف الرابع إلى الصف السابع في المدارس الخاصة التي تعتمد المنهج الدراسي الوطني أدنى بقليل من أداء الطلاب من المدارس الرسمية في الاختبارات الدولية الموحدة في الرياضيات والعلوم. ولكن أداء الطلاب من المدارس الخاصة والرسمية أدنى من أداء طلاب المدارس الخاصة التي تعتمد منهجاً دراسياً أجنبياً.

## دال- مراقبة الخدمات الاجتماعية التي يقدمها القطاع الخاص وتنظيمها

من الأهمية وضع القواعد التنظيمية للخدمات الاجتماعية التي يقدمها القطاع الخاص حتى تأتي مساهمته فعالة في أنظمة الرعاية الاجتماعية، وفي ضمان المساواة في الوصول إلى الخدمات الجيدة النوعية. ومن الضروري أيضاً تحقيق التوازن اللازم وعدم التشدد في هذه القواعد تلافياً لإعاقة عمل القطاع الخاص.

ويختلف مستوى مراقبة الخدمات الاجتماعية التي يقدمها القطاع الخاص وتنظيمها في المنطقة بين البلدان والقطاعات. ويمكن أن تكون القواعد التنظيمية صارمة في بعض القطاعات ومتساهلة في قطاعات أخرى في البلد الواحد. ويختلف نوع هذه القواعد ودرجتها حسب كون القطاع الخاص مكلفاً بتأمين خدمات الرعاية الاجتماعية أو مشاركاً في تأمين هذه الخدمات لسد الثغرات القائمة.

وقد يؤدي غياب الإطار التنظيمي في هذا المجال إلى نمو القطاع الخاص إلى حد كبير من دون أن يخضع

لبنان قبل إجراء الإصلاحات اللازمة واعتماد قوانين صارمة للحد من التكاليف. وفي عام 2005، بلغ الإنفاق على قطاع الصحة 11.9 في المائة من نفقات الحكومة بسبب المبالغة في الفواتير وفي تكاليف العلاج في القطاع الخاص<sup>139</sup>. وشجّع التمويل من القطاع العام أيضاً على إنشاء العديد من المستشفيات الخاصة، والكثير منها مستشفيات صغيرة لا يمكنها الاستمرار في العمل من دون تمويل عام إذ لا قدرة لها على تحقيق وفورات الحجم. لذلك تبقى نوعية العلاج في المستشفيات الصغيرة مصدر قلق ومعظم الأطباء فيها أطباء صحة عامة قليلو الخبرة في بعض العلاجات والعمليات المتخصصة<sup>140</sup>. وفي الإمارات العربية المتحدة، ازداد في السنوات الأخيرة الاعتماد على أنظمة التأمين وازداد استخدام الرعاية الطبية العالية التكاليف في القطاع الخاص، مما أدى إلى ارتفاع تكاليف الرعاية الصحية بين 30 و40 في المائة بين عامي 2008 و2011<sup>141</sup>.

ونوعية التعليم في المدارس الخاصة ليست دائماً أفضل من نوعية التعليم في المدارس الرسمية. وفي الكثير من بلدان المنطقة، لا سيما بلدان مجلس التعاون الخليجي، أصبح التعليم سوقاً استثمارية رائجة يبلغ العائد المتوقع على الاستثمار فيها 10 في المائة، لذا يخشى أن يصبح تحقيق الربح هو هدف المدارس الخاصة وليس مصلحة الطلاب<sup>142</sup>. وبيّن أحد تقارير التفتيش على المدارس في أبوظبي للفترة الممتدة بين عامي 2011 و2013، أن ثلثي المدارس بحاجة إلى تحسينات جذرية. فسلامة الأطفال مهمة في بعضها، والصفوف مكتظة، والمدرسون غير مؤهلين للتعليم. وأشار التقرير أيضاً إلى أن نوعية التعليم لا ترتبط بالضرورة بالأقساط المدرسية لأن أداء بعض المدارس ممتاز وأقساطها متدنية. وخلافاً للتصورات، يلاحظ أن عدد الطلاب لكل مدرس في المدارس الخاصة أعلى منه في المدارس الرسمية إذ بلغت نسبة الطلاب إلى المدرسين في العام الدراسي 2010/2011 في مرحلة التعليم الابتدائي، 6.3 في المائة في المدارس الرسمية مقابل 18.2 في المدارس الخاصة<sup>144</sup>. ومن التفسيرات الممكنة لهذا الواقع هو

لأنظمة عامة. ويبدو أن البلدان تبذل جهوداً لتنظيم نوعية الخدمات التي يقدمها القطاع الخاص فوضعت معايير الترخيص والاعتماد ولكنها لم تحدد القواعد التنظيمية الكافية لتضمن المساواة في الحصول على الخدمات. وفي بعض الحالات هناك قوانين لضبط الأسعار، ولكنها غالباً ما تكون لصالح الطبقة الوسطى وليس للفئات المنخفضة الدخل لأن أسعار الخدمات التي يقدمها القطاع الخاص تبقى مرتفعة جداً ولا يتحمل أعباءها الكثير من الأسر المعيشية المنخفضة الدخل.

وتعتمد بعض الدول قواعد تنظيمية تشجع القطاع الخاص على الاضطلاع بأنشطة خيرية، ومنها الحوافز الضريبية مثلاً. فالقانون الأردني يسمح باقتطاع التبرعات الخيرية من الدخل الإجمالي الخاضع للضريبة بنسبة تصل إلى 25 في المائة. وفي مصر يسمح قانون الضريبة لعام 1994 بخصم التبرعات والمساعدات المقدمة للحكومة والسلطات المحلية والهيئات العامة. وتهدف هذه الإجراءات إلى تشجيع القطاع الخاص على تمويل مشاريع المجتمع المحلي. ولكن الكثير من الشركات لا تستخدم إمكانية الخصم من الضريبة، لأسباب منها عدم المعرفة بها.

وفي أعقاب الحرب الأهلية في لبنان، كان القطاع الخاص، بما في ذلك المجتمع المدني، يوفر معظم خدمات الرعاية الصحية، أمّا المرافق العامة فكانت محدودة. ولزيادة المساواة في الحصول على الخدمات، أمّن القطاع العام التمويل لخدمات الرعاية الصحية التي يقدمها القطاع الخاص. ولكن المبالغة في فواتير القطاع الخاص شكّلت ضغوطاً على ميزانية الحكومة.

ولعالجة هذه المشكلة وضمان امتثال القطاع الخاص لمعايير النوعية، وضعت وزارة الصحة العديد من الإصلاحات والقواعد التنظيمية. ففي عام 2000 مثلاً، اعتمدت مبالغ مقطوعة للاستشارات الطبية والعمليات الجراحية. وفي عام 2005، وضعت حداً مالياً أقصى لأي عقد مع المستشفيات، وأدت هذه

الخطوة إلى زيادة الكفاءة في ضبط النفقات وإلى عدم مبالغة المستشفيات في العلاج، ممّا حسّن نوعية خدمات الرعاية التي يقدمها القطاع العام وحفّض إنفاق الدولة والأفراد على الصحة<sup>145</sup>.

وبعض بلدان المنطقة، لا سيما بلدان مجلس التعاون الخليجي، أسندت للقطاع الخاص دوراً هاماً في تأمين الصحة والتعليم وأنشأت سلطة تنظيمية مستقلة لضبط النوعية والأسعار في القطاعين. وتعزز البحرين إعطاء دور أكبر للقطاع الخاص في تأمين الرعاية الصحية في المستقبل على أن تركز الدولة عملها على تنظيم هذه الخدمات ورصدها. وقد أنشأت الهيئة الوطنية لتنظيم المهن والخدمات الصحية في عام 2009 لتقوم بأنشطة الرصد والتنظيم في القطاع الصحي<sup>146</sup>.

وأصدرت الإمارات العربية المتحدة المرسوم رقم 1 تاريخ 2007 الذي نص على إنشاء هيئتي الصحة في أبو ظبي ودبي. وتعمل هيئة الصحة في أبو ظبي على تحديد الإطار التنظيمي لقطاع الصحة، وتفعيل الرقابة للتحقق من الامتثال للقواعد التنظيمية، وفرض المعايير، وتشجيع مزودي خدمات الرعاية الصحية على اعتماد أفضل المعايير والممارسات العالمية. وتقوم الهيئة بضبط النوعية من خلال معايير الاعتماد الخاصة بمرافق الرعاية الصحية والعاملين في هذا المجال. فعلى سبيل المثال، يتعيّن على جميع العاملين في مجال الرعاية الصحية الحصول على ترخيص لمزاولة مهنتهم في مرافق الرعاية الصحية في أبو ظبي<sup>147</sup>. وشروط منح التراخيص للمستشفيات في دبي دقيقة للغاية، وهي تتضمن شروطاً خاصة بإتاحة إمكانية وصول المعوقين إليها ومعايير متعلقة بنوعية الرعاية<sup>148</sup>. ومن الأهمية توحيد معايير أنظمة الرعاية الاجتماعية في جميع الإمارات إذ لا يسمح حالياً للعاملين في المجال الطبي المرخص لهم في إمارة ما، بممارسة مهنتهم في إمارة أخرى. وتبدو عمليات إصدار التراخيص عبئاً ثقيلاً على المستشفيات، وقد ساهمت في زيادة تكاليف الرعاية الصحية<sup>149</sup>.

### الإطار 3 - تنظيم التعليم الخاص والنتائج النوعية في دبي

تأسست هيئة المعرفة والتنمية البشرية في دبي بموجب القانون رقم 30/2006 لتنظيم التعليم الخاص في دبي وتوجيهه وضمان نوعيته<sup>149</sup>.

ولمراقبة النوعية، تجري هيئة المعرفة والتنمية البشرية عمليات تفتيش سنوية على المدارس الخاصة. وتنتشر على شبكة الإنترنت تقارير الرقابة المدرسية التي تعدها. ومن ضمن معايير التقييم التي تعتمدها الإنجازات الأكاديمية للطلبة، وسلوكهم الاجتماعي، وكيفية دمج الأطفال ذوي الاحتياجات التعليمية الخاصة في المدارس.

وتقوم حكومة دبي بتنظيم الرسوم المدرسية بهدف حماية الأهل والطلاب، وإتاحة بيئة استثمارية مؤاتية للقطاع الخاص. وترتبط الهيئة التنظيمية الأقساط المدرسية بنوعية التعليم حسب تقييم جهاز الرقابة المدرسية في دبي وتحدد سقفاً للأقساط يستند إلى مؤشر تكلفة التعليم الذي يحتسبه مركز دبي للإحصاء ويعلنه سنوياً. وهناك ست مدارس خاصة مجانية وعدد قليل من المدارس ذات الأقساط الزهيدة التي تتقاضى سنوياً بمعدل 470 دولاراً أمريكياً تقريباً (أي 1 725 درهماً إماراتياً). وفي الفترة 2012/2013 بلغ متوسط الأقساط السنوية 4 954 دولاراً أمريكياً (أي 18 196 درهماً إماراتياً) <sup>150</sup>. ومع تحديد سقف الأقساط، لا تزال الفئات المنخفضة الدخل غير قادرة على الالتحاق بالمدارس الخاصة.

وتسعى هيئة المعرفة والتنمية البشرية أيضاً إلى تشجيع المدارس على دمج الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة. وبعد أن لاحظت أن مدارس كثيرة خاصة ترفض قبول هؤلاء، أدرجت في عام 2010 ضمن معايير النوعية إمكانية دمج هؤلاء الأطفال فزاد عدد المدارس الخاصة التي بدأت تقبلهم.

المصادر:

<http://www.khda.gov.ae/Pages/Ar/regulationsar.aspx/>

<http://www.khda.gov.ae/ar/DSIB/Reports.aspx>. ب/

ج/ هيئة المعرفة والتنمية البشرية، 2013.

د./ Ahmed, 2011.

الجودة<sup>151</sup>. ويمكن لوزارة الصحة أن تدعم مبادرات القطاع الخاص بدل أن تتفرد وحدها بتقديم خدمات الرعاية الصحية<sup>152</sup>.

ومع أن القواعد التنظيمية تهدف إلى ضمان المساواة في الحصول على الخدمات، يؤدي التشدد في هذه القواعد إلى الحد من فرص الاستفادة من مواطن القوة في القطاع الخاص. فقطاع التعليم في مصر مثلاً، هو قطاع مركزي وخاضع لوزارة التربية والتعليم التي تفرض على المدرسين وسائلها التعليمية ولا تتيح لهم المجال لإدخال طرائق مختلفة<sup>153</sup>. وقبول الطلاب في الجامعات لا سيما في الكليات المفضلة كلكيتي الطب والهندسة، يعتمد اعتماداً كلياً على نتائج إمتحانات الشهادة الثانوية

وفي لبنان، أصبح اعتماد المستشفيات شرطاً أساسياً للتعاقد مع وزارة الصحة العامة. ويقوم نظام الاعتماد بفحص نوعية الرعاية الطبية وإدارة المستشفيات. وأدى هذا النظام إلى تحسين نوعية الخدمات في المستشفيات. ولكن التحدي يكمن في المحافظة على هذه النوعية حتى بعد حصول المستشفيات على الاعتماد<sup>150</sup>.

واعتمدت دبي نهجاً مماثلاً لتنظيم التعليم الخاص فأنشأت هيئة تنظيمية مستقلة (الإطار 3).

وتسعى مصر أيضاً إلى إصلاح القواعد التنظيمية في قطاع الصحة، وإنشاء هيئة تنظيمية. وقد خطت في عام 2010 لإنشاء هيئة اعتماد تنظيمية مستقلة لضمان

ويرتكز النجاح في هذه الإمتحانات على الحفظ وليس على اكتساب المهارات المعرفية<sup>154</sup>. ولا تتمتع المدارس الخاصة بمجال واسع للابتكار، لأن القواعد التنظيمية تقيدّها وتحد من الحوافز لاستنباط طرائق تعليمية جديدة.

## هاء- ملخص

بيّن هذا الفصل انخراط القطاع الخاص في أنظمة الرعاية الاجتماعية في معظم البلدان الأعضاء في الإسكوا مع اختلاف في مستوى مساهمته ودرجتها.

وفي الماضي سعى الكثير من بلدان المنطقة إلى حصر تخطيط الخدمات الاجتماعية وتوفيرها وتمويلها وتنظيمها بالقطاع العام. ولكن هذا النظام يواجه تحديات متزايدة ذات آثار مختلفة على البلدان. وفي الأردن، والعراق، ومصر، ولبنان أدت الثغرات في توفير الخدمات إلى خصخصة تلقائية للخدمات الاجتماعية فبدأ القطاع الخاص بسد هذه الثغرات ولم تضع الحكومة في المقابل القواعد التنظيمية الكافية.

وفي بعض الحالات كما في لبنان وضعت الحكومة القواعد التنظيمية لتقليص الفوارق في الحصول على الخدمات أو ضبط نوعيتها. وتسعى البلدان الأخرى وخاصة بلدان مجلس التعاون الخليجي إلى إشراك القطاع الخاص في أنظمة الرعاية الاجتماعية بطريقة منهجية من خلال وضع سياسات تشجع المستثمرين من القطاع الخاص وتوفّر البيئة التنظيمية لمشاركتهم في تأمين الخدمات الاجتماعية. وبعض البلدان مثل تونس والمغرب تعتمد خطة أكثر منهجية تشجع مشاركة القطاع الخاص في بعض المجالات كالصحة وتحكم سيطرة القطاع العام على مجالات أخرى كالتعليم.

وازدادت مساهمة القطاع الخاص في توفير مجموعة أوسع ومستوى أعلى من الخدمات الاجتماعية خاصة في حالات النزاع المسلح. واقترح القطاع

الخاص أيضاً الأسواق المتخصصة فقدم خدمات لم يكن يشملها القطاع العام من قبل كالتعليم ما قبل المدرسي مثلاً. وبهذه الطريقة يمكن أن تكون أنشطة القطاع الخاص مشاريع ريادية قد تدفع القطاع العام إلى تغيير سياساته.

وفي معظم الحالات، يبدو أن الجهات المستفيدة من الخدمات الاجتماعية التي يقدمها القطاع الخاص هي فئات الدخل المرتفع في المناطق الحضرية. ونادراً ما يؤمن القطاع الخاص خدمات الصحة والتعليم في المناطق الريفية. ومن الأهمية إجراء المزيد من الأبحاث عن المستفيدين من الخدمات التي يقدمها القطاع الخاص بما فيه المؤسسات الاجتماعية لأن المعلومات المتوفرة حالياً محدودة جداً.

وفي الحالات التي لا يتوفر فيها الكثير من مرافق الرعاية الصحية الملائمة المجانية أو المنخفضة التكاليف، تستخدم الأسر المعيشية، حتى من فئات الدخل الأدنى، المرافق الصحية الخاصة لأن الرعاية الصحية من الحاجات الأساسية للإنسان. وتفضّل الأسر المعيشية المنخفضة الدخل الحصول على الرعاية الصحية من القطاع الخاص بسبب الثغرات في نوعية الخدمات التي يقدمها القطاع العام أو النقص في تغطيتها. ولدفع تكاليف هذه الخدمات تلجأ إلى الاقتراض أو إلى خفض نفقاتها على مجالات أخرى كالتعليم وهي استراتيجية سلبية أو إلى الطريقتين معاً. ومن الشواغل الأساسية التي تواجهها أنظمة الرعاية الاجتماعية الحالية في الكثير من بلدان المنطقة تفاقم مشكلة الازدواجية بين مستويين من الرعاية حيث تحصل فئات الدخل الأعلى في المناطق الحضرية على مجموعة واسعة من الخدمات ذات النوعية الجيدة في حين لا تتوفر لذوي الدخل الأدنى في المناطق الريفية سوى فرص محدودة للحصول على الخدمات الاجتماعية ذات النوعية المتدنية في معظم الأحيان. وتمكّن القطاع الخاص من سد بعض الثغرات في النوعية فظهرت اعتبارات جديدة يتناولها الفصل التالي.

ويصبح دور الدولة كجهة مسؤولة عن التخطيط عنصراً أساسياً في أنظمة الرعاية الاجتماعية. فمن خلال التخطيط، تستطيع الدولة أن تركز على توفير الخدمات الاجتماعية الأساسية في المناطق التي لا يغطيها القطاع الخاص كغيرها. وفي قطاع الصحة، يمكن أن يقدم القطاع الخاص الخدمات المتخصصة وأن تموّل الدولة العلاج للفئات المنخفضة الدخل. ويمكن للدولة تشجيع الشراكات بين القطاع العام والقطاع الخاص، والمجتمع المدني لتحسين تأمين الخدمات الاجتماعية وجمع مواطني القوة التي تميّز كل جهة لتساهم معاً في ضمان الحقوق للجميع.

ومن الخيارات الممكنة لتأمين الحماية الاجتماعية تشجيع الشركات على تحمل مسؤوليتها الاجتماعية من خلال تقديم الأجور اللائقة وتجنّب إيقاع الضرر. وفي إطار المسؤولية الاجتماعية للشركات، يمكن للقطاع الخاص اعتماد استراتيجية واضحة ومتناسكة لتمويل خدمات القطاع العام. ويتطلب ذلك إعداد خطط دقيقة وتنسيق المبادرات لتفادي حصر الأنشطة في المجالات التي لا تتعارض فيها المسؤولية الاجتماعية مع الأهداف التجارية. وقد يساهم بناء شراكات قويّة بين الحكومة والقطاع الخاص والمجتمع المدني في تحفيز الشركات على تحمل المسؤولية الاجتماعية ومساهمة القطاع الخاص.

وبما أن القطاع الخاص يؤدي دوراً هاماً من المتوقع أن يتّسع نطاقه في منظومة الرعاية الاجتماعية في البلدان، ولم يعد موضوع البحث يدور حول إمكانية مشاركة القطاع الخاص في الرعاية أو كيفية هذه المشاركة، بل كيفية تصميم منظومة الرعاية الاجتماعية لضمان المساواة بين الجميع في الحصول على الخدمات، والتغطية الكاملة لها، وجودتها. ويمكن للدول أن تأخذ في اعتبارها جميع الجهات الفاعلة، لا سيما منظمات المجتمع المدني التي تستطيع المشاركة في أنظمة الرعاية الاجتماعية وتقديم الخدمات للفئات السكانية المحرومة. ويتناول الفصل التالي هذه المواضيع.

وهكذا يصبح من الضروري أن تتدخل الحكومة لتوفير فرص متكافئة في الحصول على الخدمات ذات النوعية الجيدة. ويعتزم بعض البلدان تعزيز القواعد التنظيمية من خلال إنشاء هيئة تنظيمية مستقلة. ولغاية اليوم، تركز القواعد التنظيمية على ضمان النوعية من خلال إجراءات الترخيص والاعتماد أو من خلال المناهج التعليمية الوطنية في مجال التعليم. وفي حال كانت هذه المناهج غير مرنة ولا تلبي احتياجات سوق العمل، فهي لن تكسب الطلاب مهارات تلبي احتياجات أصحاب العمل في القطاع الخاص.

ويبقى الأصعب وضع قواعد تنظيمية لضمان المساواة في الحصول على الخدمات. وتقضي الإجراءات التي تتخذها الدولة عادةً لضبط الأسعار بوضع حد لها، كالحدا الأقصى لأقساط المدارس الخاصة في دبي أو اعتماد رسم موحد للخدمات الصحية كما في لبنان. ولكن قواعد ضبط الأسعار كثيراً ما تأتي لصالح الأشخاص الميسورين الذين يستطيعون تحمل تكاليف خدمات القطاع الخاص، التي لا تقوى على تحملها الفئات المنخفضة الدخل.

لذلك يبقى السؤال مطروحاً عن كيفية أداء القطاع الخاص دوره في ضمان الحق في الحصول على الخدمات الاجتماعية الأساسية. وعند النظر في كيفية وضع القواعد التنظيمية للقطاع الخاص من الأهمية أن تقيم البلدان قدرتها التنظيمية. وقد بيّنت تجارب مختلف البلدان في وضع القواعد التنظيمية ضعفاً نسبياً في آليات إنفاذ القوانين والأنظمة. ويتطلب إنشاء هيئة تنظيمية فريق عمل كافياً ومؤهلاً ولكن ذلك صعب في بعض البلدان. وغالباً ما تكون القدرة التفاوضية للدول ضعيفة أمام القطاع الخاص لا سيما في بيئات الأعمال العالية المخاطر التي تشهد عدم استقرار سياسي ويشوبها الروتين الإداري، فلا يعود فرض القواعد التنظيمية الجديدة لضمان تكافؤ الفرص في الحصول على الخدمات يشغل الحكومات بقدر ما يشغلها تهيئة بيئة تشجع القطاع الخاص على مواصلة الأعمال.



# الفصل الرابع





# رابعاً- المجتمع المدني وتقديم الخدمات الاجتماعية

للمساعدة، لأن طلب الدعم من الدولة لم يكن رائجاً في ذلك الحين. وبعد بناء الدول الحديثة، أصبحت الدولة المزود الأساسي بالخدمات الاجتماعية، في دور يُفترض أن يعزّز حسّ الانتماء للدولة، ونقل الولاء من الأسرة أو القبيلة إلى «الأمة». وقد أُشير في الفصل الثاني إلى أن هذا النمط في تأمين الخدمات لم يستوفِ آنذاك شروط النوعية والتغطية الكاملة. ونتيجة لما تعاقب على المنطقة من نزاعات مسلحة، وفترات التحرر الاقتصادي، وضغوطات مالية، اتسع دور الأسر والمؤسسات الدينية في تأمين الخدمات الاجتماعية، ولكن عملها اتخذ طابعاً مؤسسياً.

وقد وضعت الحكومات سياسات لتشجيع المجتمع المدني على تقديم الخدمات الاجتماعية في بعض البلدان، أما في بلدان أخرى فتطور نشاط المجتمع المدني بشكل تلقائي. ويبرز دور المجتمع المدني في تقديم الخدمات الاجتماعية في الأردن وفلسطين ولبنان ومصر. ففي لبنان برز دوره بعد توقّف الخدمات التي تؤمنها الدولة خلال الحرب الأهلية. وفي بلدان أخرى، شجعت الحكومات أحياناً، كما في مصر في الثمانينات، عندما رفعت الحكومة الضوابط عن تسجيل المنظمات غير الحكومية بعد أن أدركت أن تخفيض الإنفاق على الخدمات الاجتماعية سيؤدي إلى فجوات يمكن أن يملأها المجتمع المدني. غير أنها عادت وفرضت قيوداً صارمة على تسجيل هذه المنظمات في التسعينات<sup>155</sup>. وفي حالات أخرى، اتسع دور المجتمع المدني نتيجة لتدخل الجهات المانحة الأجنبية،

لمنظمات المجتمع المدني تاريخ عريق في تقديم الخدمات الاجتماعية في المنطقة العربية. وقد كان المصدر الرئيسي لهذه الخدمات قبل بناء الدول الحديثة، ذلك من خلال المساجد التي اضطلعت بدور هام في التعليم عن طريق تدريس القرآن، فأسهمت بذلك في نشر الإلمام بالقراءة والكتابة. أما التقدّم في مستويات التحصيل العلمي فكاد ينحصر بأبناء الطبقات الميسورة. وكانت مراكز الخدمات الاجتماعية كالمدارس، والمستشفيات، ودور الأيتام، ومطاعم الفقراء، وحتى البنى الأساسية، تنشأ من أموال الأوقاف الدينية.

وشكلت الزكاة (وهي الضريبة الإسلامية الإلزامية على الثروة) والوقف والصدقة نظاماً للعمل الخيري عزز المبادرات المجتمعية الهادفة إلى تأمين الحماية الاجتماعية. ويركز الوقف بشكل عام على تنمية المجتمع لأنه يُستخدم في إنشاء المستشفيات، ودور الأيتام، والمدارس، وشبكات المياه والصرف الصحي أو غير ذلك من البنى الأساسية. أما الزكاة والصدقة فتساهمان في تأمين المساعدة الاجتماعية للفقراء. وقد حدد القرآن الزكاة كحق لمجموعات محددة من المستحقين.

ولأواصر القرى أهمية بالغة في المجتمعات العربية كما في العديد من مجتمعات الدول النامية الأخرى. ففي المجتمعات العربية التقليدية، كان الأفراد يلجأون عند الحاجة إلى الأسرة، أو شيخ القبيلة، أو رجل الدين طلباً

كما حصل في فلسطين بعد قيام السلطة الفلسطينية. والسلطة الفلسطينية تقر بأهمية دور المجتمع المدني في تأمين الخدمات الاجتماعية<sup>156</sup>.

ودور المجتمع المدني في تأمين الخدمات الاجتماعية محدود نسبياً أيضاً في بلدان مجلس التعاون الخليجي، بالرغم من أن بعضها يسعى إلى تعزيز استخدام الأوقاف وحث المؤسسات الخاصة على دعم السياسات الحكومية.

ومنظمات المجتمع المدني التي تقدّم خدمات اجتماعية في البلدان الأعضاء في الإسكوا عديدة ومتنوعة، منها المؤسسات الدينية التقليدية ذات المسميات المختلفة، والحركات السياسية العقائدية، والمنظمات غير الحكومية العلمانية والدولية، وغيرها. ومؤسسات المجتمع المدني الدينية هي أكثر تأثير في المنطقة من المؤسسات العلمانية. فشبكاتها واسعة النطاق، والخدمات التي تقدمها هي في معظم الأحيان عالية الفعالية. وتعتبر مشاركة الأحزاب السياسية في تأمين الخدمات الاجتماعية، وخصوصاً في لبنان، ميزة خاصة بالمنطقة العربية.

وتؤمن معظم منظمات المجتمع المدني خدمات اجتماعية من غير توخي الربح، ودون السعي إلى تحقيق مصلحة تجارية. لذلك، فهي الجهة الأنسب لتقديم الخدمات بأسعار مقبولة للذين لا يصلون إلى خدمات القطاعين العام والخاص. ومعظم هذه المنظمات لديها أهداف خيرية، لذلك، هي فعالة نسبياً من حيث الكلفة، نظراً إلى استعداد بعض الأشخاص للعمل فيها لقاء رواتب متدنية نسبياً. والسؤال المطروح في هذا الإطار هو مدى قدرة المجتمع المدني على الوصول إلى الفئات التي لا تصل إليها خدمات القطاعين العام والخاص.

ويصعب تقدير حجم مساهمة المجتمع المدني في تأمين الخدمات الاجتماعية بسبب قلة البيانات المتاحة.

ويركز هذا الفصل على مساهمة منظمات المجتمع المدني في نظم الرعاية في البلدان العربية، وعلى مواطن القوة لديها، والتحديات التي تواجهها. ثم يناقش كيفية رصد الدولة وتنظيمها لعمل المجتمع المدني في تأمين الخدمات الاجتماعية، ويختتم بملخص.

وليس الهدف إعطاء معلومات مفصلة عن جميع الخدمات التي يؤمنها المجتمع المدني في المنطقة، ولا سيما أن هناك مجموعة واسعة من المنظمات، يصعب تصنيف العديد منها. ويكتفي التقرير بإعطاء أمثلة محددة عن عمل بعض جهات المجتمع المدني في تقديم الخدمات، ويناقش هذا العمل انطلاقاً من نهج الحقوق، ويبيّن أثره على مجمل نظم الرعاية. وبسبب قلة البيانات المتاحة، تركز الأمثلة المطروحة على بلدان معيّنة يؤدي المجتمع المدني فيها دوراً هاماً في تأمين الخدمات والمساعدات الاجتماعية، وتتوفر عنها بيانات ومعلومات وافية.

## الف- تصنيف منظمات المجتمع المدني في تأمين الخدمات الاجتماعية

### 1- المؤسسات الدينية

ليست الأديان نظماً عقائدية وحسب، بل هي أيضاً نظم اجتماعية لأنها تركز بشكل خاص على القيم الإنسانية كالرحمة ومحبة الغير، وتتضمّن دوافع قوية لممارسة هذه القيم. فمن غير المفاجئ إذاً أن تنشط المؤسسات الدينية في تأمين الخدمات الاجتماعية، ولا سيما للفقراء. فلطالما كانت تلبية الاحتياجات الإنسانية الأساسية كخدمات الرعاية الصحية على سبيل المثال ضمن مجالات اختصاص المؤسسات الدينية. فبناء المستشفيات كان في الأساس عملاً خيرياً بامتياز، لأن الاستشفاء لم يكن إلا للفقراء، فالأغنياء كانوا يستقدمون الأطباء للحصول على العلاج في المنزل.

معينة أو على أساس استرداد التكاليف. وفي بلدان أخرى، تضطلع المؤسسات الدينية بدور أساسي في تأمين التعليم الابتدائي والثانوي، والتدريب المهني، والدورات التعليمية والتدريبية الأخرى لمختلف المجموعات.

ولبنان هو من البلدان التي تؤدي فيها المؤسسات الدينية دوراً أساسياً في تأمين التعليم. فالمادة العاشرة من الدستور اللبناني تضمن الحق لجميع الطوائف في إنشاء مدارسها الخاصة. وتدير المؤسسات الدينية من جميع الطوائف في لبنان 41 في المائة من المدارس الخاصة. أما المدارس الخاصة الأخرى فتديرها مجموعة متنوعة من منظمات المجتمع المدني، ومنها الأحزاب السياسية أو المنظمات ذات التوجه التجارية ولا تتوخى الربح. والكنيسة المارونية هي المزود الأول بالخدمات التعليمية بين المؤسسات الدينية. ففي الفترة 2005-2006، بلغت حصتها من مجموع المدارس الخاصة في لبنان 18,4 في المائة، ويرتادها 30 في المائة من مجموع تلاميذ المدارس الخاصة (الشكل 12). وتأتي في المرتبة الثانية من حيث العدد الطائفة السنية، لكن تزويد أبناء الطائفة السنية بخدمات التعليم يأتي من جهات وجمعيات متعددة. ومن هذه الجهات جمعية المقاصد الخيرية الإسلامية التي لديها أربع مدارس ابتدائية، وست مدارس ثانوية في بيروت، و35 مدرسة في المناطق الريفية ولا سيما في شمال لبنان ومنطقة البقاع.<sup>158</sup>

وتدير الأحزاب السياسية الدينية عدداً من المدارس. فحزب الله مثلاً لديه مدارس ابتدائية وثانوية في الضاحية الجنوبية لبيروت، وفي جنوب لبنان ومنطقة البقاع. ويصل عدد الملحقين بهذه المدارس حسب تقديرات عام 2006 إلى 14,000 تلميذ.<sup>159</sup>

ويتطلب تحصيل التعليم في معظم المدارس التابعة لمؤسسات دينية في لبنان دفع قسط مدرسي، ما عدا في القليل منها. وتتلقى بعض المدارس دعماً من الحكومة، أو تمويل من المؤسسات نفسها. أما في التعليم المجاني،

ومن المؤسسات الدينية الكنائس، والأحزاب السياسية أو التيارات الاجتماعية والسياسية التي تستند إلى العقيدة الدينية في العمل و/أو تستهدف فئات من دينها. ولدى المؤسسات الدينية أو الأحزاب السياسية شبكات من المنظمات التابعة لها حصراً. وقد لا تكون الحدود واضحة أحياناً بين المؤسسات الدينية ومنظمات المجتمع المدني الأخرى.

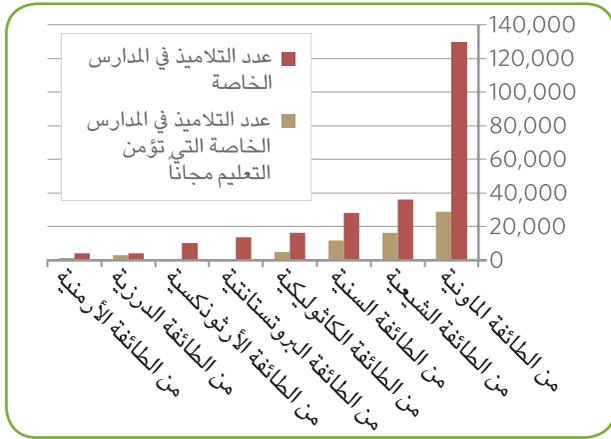
والتنوع في المؤسسات الدينية هو من الخصائص في منطقة الإسكوا. وينتج هذا التنوع من تعدد الطوائف، وكذلك من ارتباط الدين بالسياسة. وتتشابه أنماط تأمين الخدمات نسبياً بين جميع الطوائف: فمعظمها يقدم خدمات صحية وتعليمية أو تحويلات مالية وعينية، بهدف تلبية احتياجات المجتمع. ومن الفوارق بين المؤسسات الإسلامية والمؤسسات المسيحية في تقديم الرعاية أن المؤسسات الإسلامية تعتمد أكثر على التمويل المحلي و/أو على علاقاتها بمنظمات في بلدان عربية أخرى، أما المؤسسات المسيحية فتعتمد أكثر على شبكات دولية.<sup>157</sup>

وسيناقش هذا الفصل أولاً الخدمات المباشرة التي تؤمنها المنظمات، وهي في أكثر الأحيان خدمات تعليمية وصحية لقاء رسوم. ثم ينتقل إلى الأعمال الأخرى التي تقوم بها المؤسسات الدينية، وتشمل التحويلات النقدية والتقديمات العينية.

#### (أ) الخدمات المباشرة التي تقدمها المؤسسات الدينية في مجال التعليم

أشير في الفصل الثالث إلى أن التعليم الذي تؤمنه منظمات المجتمع المدني يصنّف ضمن التعليم الخاص. والإحصاءات القابلة للقياس المتاحة عن مساهمة المجتمع المدني في التعليم قليلة جداً، وتدلل على أن هذه المساهمة تختلف بين بلد وآخر. ففي بلدان مجلس التعاون الخليجي، تؤمن معظم خدمات التعليم الخاص مؤسسات تجارية، إما تعمل لقاء أرباح

**الشكل 12- عدد التلاميذ المسجلين في مدارس خاصة تابعة للطوائف في لبنان، 2006-2005**



المصدر: <http://www.localiban.org/spip.php?article5190>

الأولاد من سن الرابعة إلى العاشرة. والكتاتيب تابعة في معظم الحالات للمساجد، لكن بعضها أنشئ من أموال الأوقاف. وبعد اعتماد نظام المدارس الرسمية بعد الاستقلال، بدأ الكتاب يتخصص في التعليم قبل الابتدائي. وقد بلغت نسبة التلاميذ الملتحقين بالكتاتيب 88 في المائة في عام 1995، أما النسبة المتبقية فالتحقت بمدارس خاصة حديثة. ويرتاد عدد كبير من التلاميذ في المناطق الريفية الكتاب حتى اليوم بدلاً من المدارس الابتدائية الحكومية. ونوعية التعليم في كتاتيب المدن مختلفة عن نوعية التعليم في كتاتيب الريف. ففي حين تعتمد كتاتيب المدن حالياً طرقاً تربوية حديثة ومواد متنوعة إلى جانب تعليم القرآن، لا تزال كتاتيب الريف تتبّع طرقاً تقليدية، وتدرّس القرآن فقط<sup>164</sup>.

وفي الأردن، يدير الإخوان المسلمون عدداً من المدارس وجامعة من خلال جمعية المركز الإسلامي الخيرية. ومن هذه المدارس الكلية العلمية الإسلامية التي تعتبر نفسها معاهد تعليمية رائدة تنشئ التلاميذ على المبادئ التربوية الإسلامية المعتدلة، وتقدّم التعليم بلغتين وبأعلى المعايير<sup>165</sup>. والمدارس مجهزة بمرافق حديثة، كحوض سباحة، ومختبر كمبيوتر، وتجهيزات أخرى. ويبين موقع المدارس على الإنترنت أن القسط

فسجلت المدارس التابعة للطائفة الدرزية أعلى نسبة، بينما سجلت المدارس المارونية العدد الأكبر من التلاميذ، كما يظهر في الشكل 12. أما المدارس الممولة من صندوق وقف المقاصد فيكون الالتحاق بها لقاء دفع رسوم متدنية نسبياً، وهي لا تؤمن سوى عدد محدود من المنح التعليمية<sup>160</sup>. وتعتمد مدارس حزب الله السياسة نفسها.

وفي لبنان، حيث تكثُر المدارس الخاصة التابعة لمؤسسات دينية في قطاع التعليم، لا ينحصر رواد المدارس الخاصة بأولاد فئات أصحاب الدخل المرتفع. فالعديد من المدارس الخاصة التابعة لمنظمات المجتمع المدني تؤمن التعليم مجاناً. وأصحاب الدخل المنخفض إما يحصلون على منح دراسية أو يلتحقون بالمدارس المدعومة.

ولمصر أيضاً تاريخ طويل مع المدارس التابعة لمؤسسات دينية. فنظام مدارس الأزهر سبق نظام التعليم الرسمي في مصر، ولا يزال يعمل حتى اليوم إلى جانب المدارس الحكومية. وتمول الحكومة مدارس الأزهر التي تديرها جامعة الأزهر، وتستقبل طلاباً من المفترض أن يتابعوا تعليمهم في جامعة الأزهر بعد إنهاء المرحلة الثانوية<sup>161</sup>. وتدرّس مدارس الأزهر مناهج وزارة التعليم، مع التركيز على التعليم الديني. وفي الفترة 2007-2008، بلغت نسبة الملتحقين بمدارس الأزهر 10,99 في المائة من مجموع الملتحقين بالمدارس في مصر<sup>162</sup>. وفي مصر أيضاً عدد من المدارس التابعة للكنائس، ولا سيما الكنيسة الكاثوليكية، وبعضها يعود إلى القرن التاسع عشر. كذلك تشرف جماعة الإخوان المسلمين منذ عام 2011 على 30 مدرسة في مختلف المناطق المصرية، ولا سيما في المدن الكبرى<sup>163</sup>.

وفي المغرب، تؤمن المدارس القرآنية أو «الكتاب» التعليم في المرحلة قبل الابتدائية. وكان الكتاب، قبل إدخال النماذج التعليمية الغربية في القرن التاسع عشر، مصدر التعليم الوحيد في المغرب، إذ يلتحق به

مستوصفات صغيرة إلى مستشفيات كبيرة ومتطورة تضم اختصاصات متعددة، وتعمل بأحدث المعدّات. ومن الاتجاهات الحديثة اليوم أن التّنظيمات الدينية ذات الأجنّات الاجتماعية والسياسية كالإخوان المسلمين وحزب الله وحماس، أو التيارات السياسية (كما في لبنان بشكل خاص) بدأت تقدّم خدمات صحية.

ففي لبنان، تكثرت الجهات الفاعلة غير التابعة للدولة في القطاع الصحي، كما في حالة قطاع التعليم، ومعظمها من المؤسسات الدينية. وفي عام 2008، كانت 62 في المائة من مجموع مستشفيات لبنان البالغ عددها 149 مستشفيات خاصة تتوخى الربح، و43 في المائة منها تابعة لمؤسسات أو أحزاب دينية (الشكل 13). وكانت المؤسسات أو الأحزاب الدينية تدير 44 في المائة من مجموع المستوصفات<sup>169</sup>.

وقد بدأ حزب الله يُعنى بتأمين الخدمات في الثمانينات، معتمداً نهجاً «محكم التنظيم». وتتركز معظم الخدمات التي يقدمها الحزب في الضاحية الجنوبية لبيروت ومنطقة البقاع. والعديد من مؤسسات حزب الله مسجلة كمنظمات غير حكومية، ما يسهل تعاونها مع منظمات أخرى. وتدير الهيئة الصحية الإسلامية التابعة لحزب الله ثلاثة مستشفيات، و12 مركزاً صحياً، و20 مستوصفاً، و20 عيادة وأمراض الأسنان، وعشرة أقسام للدفاع المدني، وتشرف على عدد من برامج الصحة الاجتماعية. وتقدّم هيئة الصحة الاجتماعية التابعة لها العلاج مجاناً لفئات الدخل المنخفض. وبعد أن تبين أن إدارة الهيئة الصحية الإسلامية للمستشفيات كانت فعالة، لزمّت الحكومة اللبنانية إدارة عدد من المستشفيات الحكومية في جنوب لبنان ومنطقة البقاع<sup>170</sup>.

وفي مصر، ارتفع عدد الجمعيات الخيرية الدينية ولا سيما الإسلامية، واتسع دورها في تأمين الرعاية الصحية في الثمانينات. واليوم تتبع 20 في المائة منها

السنواتي للتلميذ الأردني في المرحلة الابتدائية بلغ 065 3 دولاراً (أي 2 170 ديناراً أردنياً) في عام 2013، وهو مبلغ يصعب على ذوي الدخل المنخفض تأمينه. وقد أنشأت المدارس صندوقاً للمنح، وتقدم حسومات لعدد من التلاميذ المتفوقين المعوزين. وتشرف جمعية الفاروق الخيرية للأيتام على مدارس تستقبل الأبناء من الأيتام وغير الأيتام<sup>166</sup>. وتغطي المدرسة تعليم الأبناء المعوزين من خلال الأقساط التي تدفعها الأسر الميسورة. فالرسوم المدفوعة عن كل أربعة أبناء تغطي تعليم ولد يتيم<sup>167</sup>.

وتؤمن المؤسسات الدينية التدريب المهني. وينشط العديد من الجمعيات الخيرية الإسلامية في الأردن في تأمين التدريب المهني لمختلف الفئات السكانية، ولا سيما للمرأة، للتعويض عن النقص في الفرص المتاحة لها في التدريب المهني الذي تؤمنه الدولة<sup>168</sup>.

#### (ب) الخدمات المباشرة التي تقدمها المؤسسات الدينية في الرعاية الصحية

أنشئت المستشفيات الأولى في التاريخ الإسلامي على غرار بيمارستان نور الدين في دمشق من أموال الأوقاف. ثم انتشرت المستشفيات المسيحية التابعة للكنيسة الكاثوليكية أو البروتستانتية في المنطقة خلال حقبة الانتداب، وبعضها لا يزال قائماً حتى اليوم. ومن هذه المستشفيات على سبيل المثال مستشفى أوتيل ديو دو فرانس في بيروت الذي تأسس في عام 1888 في إطار اتفاق بين حكومة فرنسا والآباء اليسوعيين. وظل المستشفى يؤمن خدمات الرعاية الصحية طيلة فترة الحرب الأهلية، ولا يزال حتى اليوم.

وقد تراجع دور المؤسسات الدينية في تأمين خدمات الرعاية الصحية بعد إنشاء نظم الرعاية الصحية الحكومية، لكنه استرجع نشاطه منذ الثمانينات. وتتنوّع الخدمات الصحية التي تقدمها المؤسسات الدينية اليوم ولا سيما في الأردن ولبنان ومصر، من



#### الإطار 4- المستشفيات التابعة للجان الزكاة في فلسطين

تتلقى لجان الزكاة في فلسطين قسماً كبيراً من تمويلها من الجهات المانحة العربية، بما فيها صناديق الزكاة في البلدان العربية. وذلك يزوّدها بطاقة مالية كبيرة نسبياً، تمكنها من إنشاء مشاريع ومن توسيع خدماتها كي لا تقتصر على التحويلات النقدية. فعندما تعذر الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية ذات النوعية الجيدة في الضفة الغربية خلال الانتفاضة الثانية، بدأت لجان الزكاة تؤمن الخدمات الصحية.

وفي عام 1990، أنشأت لجان الزكاة أول مستشفى لها هو مستشفى الرازي في جنين. وقد جرى توسيعه خلال السنوات العشر الأخيرة، وهو الآن يؤمن جميع الخدمات الصحية الأساسية ما عدا خدمات الأشعة لأنها ممنوعة في الضفة الغربية. ومنذ عام 2013، يتوفر في المستشفى 45 سريراً، و18 طبيباً أخصائياً، وخمسة أطباء عامين، و45 ممرضة، و25 مساعداً طبياً. والخدمات الطبية التي يقدمها المستشفى تفوق تلك المتوفرة في المستشفى العام المحلي، وقد تعاقدت معه وزارة الصحة. وهو مستشفى الإحالة بالنسبة إلى محافظات جنين ونابلس وطولكرم، والمزود الحصري بالخدمات للاجئين التابعين لوكالة الأمم المتحدة لإغاثة وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين في الشرق الأدنى (الأونروا) في جنين.

ويعتمد مستشفى الرازي سياسة دفع الرسوم مقابل الخدمات، لكنه لا يحتمل المرضى أكثر من الحد الأدنى للرسوم الذي حددته وزارة الصحة، كما يتقاضى رسوماً مخفضة من بعض الفئات. فالأسر الفقيرة المسجلة في لجان الزكاة لا تدفع سوى 40 في المائة من الرسوم العادية. ونتيجة لهذه السياسة، لا يستطيع المستشفى استرداد التكاليف التي يتكبدها، فيعتمد على الهبات.

والمستشفى الثاني التابع للجان الزكاة هو مستشفى الزكاة في طولكرم، وهو يعتمد السياسة نفسها وبمزيد من الحسومات. فالأسر الفقيرة المسجلة في لجان الزكاة تحصل على حسم بنسبة 60 في المائة والأيتام على حسم بنسبة 70 في المائة. أما الرسوم فهي لا تتجاوز الحد الأدنى المحدد. غير أن هذا المستشفى يعاني من نقص كبير في التمويل بسبب تراجع الهبات المقدمة من البلدان العربية، ما يمنعه أحياناً من دفع رواتب موظفيه.

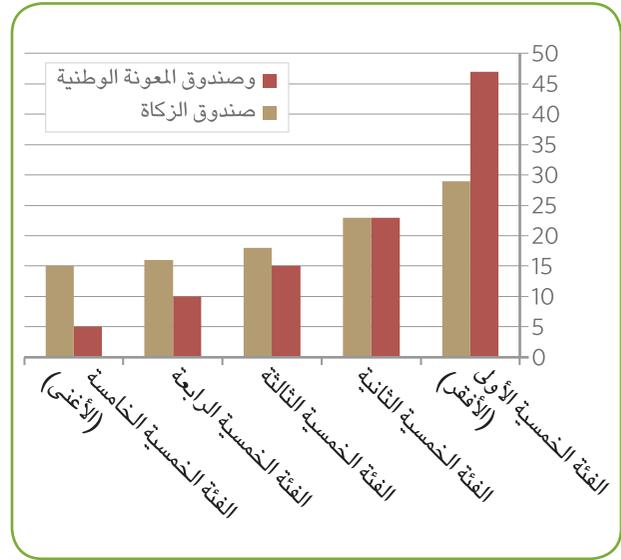
المصدر: بحث أجرته الإسكوا.

الزكاة يعتمد نهج الحقوق، وهو جزء من منظومة قيم تقليدية، لأن الحقوق التي يحددها ليست حقوقاً يجب إنفاذها في القانون.

والزكاة واجبة أيضاً على الثروة من الذهب والمعادن الأخرى، والمواشي والإنتاج الزراعي. وهي بذلك تسهم في إعادة توزيع عمودية للثروات. وتكمن الصعوبة في المجال المتروك للتفسير ولا سيما في ما يتعلق بأنواع الثروات الخاضعة للزكاة، وبالنسبة التي يجب اقتطاعها من كل نوع. وتحدد أنواع الثروات الخاضعة للزكاة باعتماد مبدأ القياس، ما

مجموع الثروة<sup>177</sup>. وقد حدد القرآن الكريم في الآية 60 من سورة التوبة مصارف الزكاة في ثماني فئات هي الفقراء، والمساكين، والعاملون على الزكاة (أي الذين يتولون جمعها)، والمؤلفة قلوبهم<sup>178</sup>، وفي الرقاب (أي تحرير الرق)، والغارمون، وفي سبيل الله، وابن السبيل. وهناك مجال لأكثر من تفسير في تحديد كل فئة، وما إذا ينبغي أن تصرف الزكاة على جميع الفئات بالتساوي. ففي بعض البلدان كالسودان، اتخذت الهيئات المسؤولة عن إدارة الزكاة قراراً بصرف الزكاة على الفقراء. ولأن المستفيدين من الزكاة محددون في القرآن، تصبح الزكاة من مستحقاتهم، ويحق لهم المطالبة بها. فنظام

**الشكل 14- توزيع المستفيدين من صندوق الزكاة  
وصندوق المعونة الوطنية في الأردن حسب الفئات  
الخمسية للدخل، 2008 (بالنسبة المئوية)**



المصدر: Social and Economic Development Group, World Bank, 2009.

وتترك بعض البلدان الأخرى لمواطنيها حرية إيتاء الزكاة، لكنها توفر صندوقاً مركزياً لإدارتها. ففي الأردن على سبيل المثال، أنشأت الحكومة صندوق الزكاة، لكنها لا تلزم الناس به، وهي تعتمد أشكالاً أخرى أيضاً من التحويلات الاجتماعية. وفي فلسطين، أدرجت الحكومة لجان الزكاة في استراتيجيتها للحماية الاجتماعية<sup>179</sup>. وأنشأت فلسطين وزارة الأوقاف للإشراف على لجان الزكاة وإدارة الأموال التي تجمعها، لكنها لا تزال مستقلة نسبياً<sup>180</sup>. وفي لبنان صندوق مركزي للزكاة يشرف عليه دار الفتوى التابع للطائفة السنية. ويدفع الشيعة في لبنان الزكاة والخمس لعدد من المنظمات الشيعية<sup>181</sup>.

وفي تونس والمغرب، تؤتى الزكاة وتدار أموالها بطريقة لا مركزية، من خلال المساجد، ويدرس بعض البلدان حالياً إمكانية إنشاء صندوق مركزي للزكاة.

ومن غير الممكن معرفة آثار الزكاة على إعادة توزيع الدخل في البلدان التي تترك لمواطنيها حرية إيتائها. أما في البلدان التي تفرضها، فيمكن إلى حد ما تحديد مؤتي الزكاة والمستفيدين منها. وتشير الدراسات التي أجريت في هذه البلدان، وتحديداً السودان واليمن، إلى عدم وجود أدلة واضحة على إعادة التوزيع. ففي السودان، ساهمت المؤسسات الصغيرة والمتوسطة بنسبة 49,9 في المائة من مجموع أموال الزكاة في عام 2011، في حين ساهم المزارعون بنسبة 35,2 منها. ويشير تقرير مراجع الحسابات العام إلى أن المؤسسات الصغيرة هي الأكثر تهرباً من إيتاء الزكاة<sup>182</sup>. وفي اليمن، ساهمت التجارة الخاصة بنسبة 40 في المائة من أموال الزكاة في عام 2011<sup>183</sup>.

وتقدم معظم صناديق الزكاة تحويلات نقدية شهرية للأسر التي تستحق الزكاة. وفي الإطار 5 عرض كيفية تحديد هذه الأسر والتحقق منها. فصندوق الزكاة في الأردن يوزع شهرياً ما يعادل 42 دولاراً (30 ديناراً أردنياً) على كل أسرة من فئات الدخل المنخفض

يترك بعضاً منها خارج نظام الزكاة، فيعوق عملية إعادة التوزيع.

وسعت بعض بلدان المنطقة إلى الاستفادة من إمكانيات الزكاة في تأمين المساعدة الاجتماعية من خلال إنشاء صناديق مركزية للزكاة. فالزكاة إلزامية في السودان والمملكة العربية السعودية واليمن، ويديرها عدد من المؤسسات بإشراف الحكومة. ففي المملكة العربية السعودية، يتولى إدارتها قسم ضمن وزارة المالية أنشئ لهذه الغاية. وفي السودان، يتولى جمعها وتوزيعها ديوان الزكاة، وهو مؤسسة حكومية أنشئت في عام 1986. أما في اليمن، فتتخصص مهمة ديوان الزكاة بجمع الزكاة. ثم تُوزع على مستوى المحافظات والأقاليم، وعلى صناديق الضمان الاجتماعي، فتضاف إلى أموال أخرى مرصودة للحماية الاجتماعية. وتترك للناس حرية توزيع نسبة 25 في المائة من زكاتهم مباشرة على من يجدونهم من المستحقين.

## الإطار 5- كيف تختار الجمعيات الخيرية الإسلامية وصناديق الزكاة المستفيدين؟

يجب أن يكون المستفيدون مسجلين لتلقي المساعدة من صناديق الزكاة في العديد من البلدان كالأردن وفلسطين. ولذلك، يقصد المحتاجون مركز الجمعية للتقدم بطلب للحصول على المساعدة، ويملؤون استمارةً يوضحون فيها أحوالهم المعيشية. ويعمل في العديد من الجمعيات وصناديق الزكاة كصندوق الزكاة وجمعية المركز الإسلامي الخيرية في الأردن مرشدون اجتماعيون يتابعون الملف من خلال زيارة طالب المساعدة في منزله. فيتحققون من أحواله المعيشية ويجمعون الأوراق الثبوتية عن وضعه الاجتماعي. وفي ما يتعلق بالأيتام، تجمع المعلومات والبيانات عن حياة الوالد ووفاته. ويتحقق المرشد الاجتماعي مما إذا كان المتقدم بالطلب يستفيد من مساعدات من مصادر أخرى، حكومية أو غير حكومية. وفي هذه الحال، تحدد أهليته لتلقي المساعدة بناءً على مجموع دخل الأسرة والدعم الذي تتلقاه. ويؤخذ سلوك الأسر في الاعتبار في عملية تحديد أهليتها. ويسعى المرشدون الاجتماعيون إلى التأكد من المعلومات التي جمعوها من خلال مقارنتها بالمعلومات التي يعرفها آخرون مطلعون على وضع الأسرة، كالجيران مثلاً<sup>(1)</sup>.

ولا ينحصر عمل موظفي لجان الزكاة في فلسطين والمتطوعين في ديوان الزكاة في السودان بقبول الطلبات والتحري عنها، بل هم ينشطون أيضاً في البحث عن مستفيدين محتملين يترددون في التقدم بطلبات للحصول على مساعدة.

Harmsen, 2008 /1

في المائة وحسب من أموال الزكاة كسلع وأموال، وإعطاء النسبة المتبقية إلى الديوان<sup>186</sup>. وفي فلسطين، تنشئ لجان الزكاة الكبرى مشاريع لتوليد الدخل. فلجنة الزكاة في نابلس على سبيل المثال أنشأت مصنعاً لمنتجات الألبان

(من دون تركيز خاص على الأيتام)، ومساعدات خاصة للأيتام، ومساعدات طارئة، وتقديمت عينية، وغير ذلك<sup>184</sup>. وتؤمن لجان الزكاة في فلسطين تحويلات نقدية شهرية بقيمة 27 دولاراً للأسر التي ليس لديها معيل رجل، ولأسر فقيرة أخرى، كما تؤمن هبات موسمية ومساعدات في حالات الطوارئ. وإلى جانب صناديق الزكاة، تؤدي بعض الجمعيات الخيرية الدينية دوراً فاعلاً في تأمين مساعدات موسمية كالمساعدات الغذائية في مواسم الأعياد. والمساعدات النقدية والعينية غالباً ما تكون موسمية لأن الأفراد يقبلون على أعمال الصدقة في فترات الأعياد. وبعض الجمعيات تقدم تحويلات نقدية بشكل غير منتظم، وفقاً لحجم الهبات التي تتلقاها<sup>185</sup>.

والمعلومات المتوفرة عن المستفيدين من صناديق الزكاة قليلة. فصناديق الزكاة تنشر معلومات حول ما أنفقت في إطار البرامج التي تنفذها، لكنها لا تنشر بيانات مفصلة عن المستفيدين منها، بالرغم من إمكانية توفر هذه البيانات نتيجة للإجراءات الدقيقة التي تتخذها هذه الصناديق، والمعلومات المفصلة التي تجمعها عن المستفيدين. وتشير دراسة للبنك الدولي ودائرة الإحصاءات العامة في الأردن إلى أن النسبة الكبرى من المستفيدين من أموال الزكاة في عام 2008 (29 في المائة) كانت من الفئة السكانية الخمسية الدنيا من حيث مستوى الدخل. ويبدو من الشكل 14 أن المستفيدين الآخرين موزعون بنسب متساوية على فئات الدخل. أما المستفيدون من صندوق المعونة الوطنية فينتهي نصفهم تقريباً إلى الفئة الخمسية الدنيا من حيث مستوى الدخل (الشكل 14). وفي عام 2011، بلغت نسبة الفقراء المستفيدين من صندوق الزكاة في السودان 68 في المائة، وكانوا من الأسر التي يقل دخلها الشهري عن 22 دولاراً (120 درهماً). لكن لا تتوفر إحصاءات مفصلة عن دخلهم الفعلي.

وإلى جانب التحويلات النقدية والتقديمت العينية، تنفذ بعض صناديق الزكاة مشاريع لتوليد الدخل. ففي السودان، اعتمد ديوان الزكاة سياسة تقضي بتوزيع 40

لتأمين فرص عمل ثابتة للسكان وتوليد الدخل للمجتمع لتأمين الاستمرار في المشاريع الخيرية.

وتختار صناديق الزكاة ومنظمات الرعاية الإسلامية المستفيدين منها على أساس نهج يجمع بين المخاطر الحياتية والمخاطر الاقتصادية. وهذا النهج يتضح في فئات المستهدفين، من أيتام ومعوزين. فصندوق الزكاة في السودان يحدد معايير الاستحقاق على أساس مجموعة من المخاطر الاقتصادية والحياتية، كبطالة رب الأسرة وعدم وجود فرد آخر قادر على العمل؛ وانخفاض مجموع دخل الأسرة الشهري إلى ما دون 45 دولاراً (250 جنيه سوداني)؛ أو إصابة رب الأسرة المتقاعد الذي لا يملك دخلاً بمرض مزمن على أن تضم الأسرة ما لا يقل عن ستة أولاد في سن الدراسة<sup>187</sup>.

ولا شك في أن الحالة الاقتصادية للأفراد هي العنصر الأساسي في اختيارهم ضمن المستفيدين من أموال صناديق الزكاة والجمعيات الخيرية الإسلامية، لكن لسلوكهم أيضاً دوراً كبيراً في هذا الإطار، كما يظهر في الأمثلة المختارة من الأردن وفلسطين. فبعض الجمعيات الخيرية الإسلامية تعلن أن الهدف الأساسي من عملها هو بناء مسلمين صالحين، وأنها لا ترغب في إنفاق مالها على أشخاص يهملون واجباتهم الدينية، إلا إذا لمست فيهم نية للعودة إلى الطريق الصحيح<sup>188</sup>. والتركيز على السلوك قد يؤثر سلباً على المساواة في الحصول على الخدمات، ويؤدي إلى نوع من الاستنساب في التوزيع.

وتعتمد صناديق الزكاة والجمعيات الخيرية الأخرى إجراءات متشابهة ونظماً ثابتة في اختيار المستفيدين (الإطار 5). وهي تتعاون في بعض الحالات في ما بينها ومع الحكومة لتجنب الازدواجية في الخدمات.

وتختلف آليات تسليم المساعدات بين منظمات المجتمع المدني. ففي حين تعتمد بعض المنظمات

على المصارف المحلية في إجراء التحويلات النقدية (كصندوق الرعاية الاجتماعية في اليمن أو لجان الزكاة في فلسطين) أو تسلم هذه التحويلات أو المساعدات الغذائية إلى المستفيدين في منازلهم، تطلب منظمات أخرى من المستفيدين الحضور إلى مراكزها للاستلام. وهذا الإجراء مكلف من الناحية الإدارية ويستهلك الكثير من وقت المنظمة والمستفيدين، وهم في غالبيتهم من النساء، إذ عليهم الانتظار في صف طويل حاملين المستندات التي تثبت حاجتهم إلى المساعدة<sup>189</sup>، إلى أن يحين دورهم، فيتحقق المتطوعون من مستنداتهم ويسلمونهم التحويلات النقدية أو التقديمات العينية.

### (ب) تمويل الرعاية الصحية

تساهم المؤسسات الدينية أيضاً في تمويل خدمات الرعاية الصحية، وتعتبر مساهمتها بالغة الأهمية نظراً إلى المبالغ الكبيرة التي يدفعها سكان المنطقة على الخدمات الصحية. وتضمن العديد من الجمعيات الخيرية، كجمعية المركز الإسلامي الخيرية في الأردن، حصول الأيتام على العلاج في المستشفيات والعيادات الحكومية، فتغطي 75 في المائة من تكاليف الخدمات الصحية الجسدية والنفسية<sup>190</sup>. غير أن هذه التغطية غير متوفرة في المستشفيات الخاصة التي تديرها الجمعية المذكورة. ويساهم صندوق الزكاة في فلسطين وصندوق الزكاة في لبنان التابع لدار الفتوى السنوية في دفع النفقات الطبية للمستفيدين منه<sup>191</sup>. وتستخدم جمعيات أخرى، كجمعية أنوار الهدى في الأردن، شبكاتها الاجتماعية المحلية لتوزيع الأدوية مجاناً للمستفيدين منها<sup>192</sup>. وتوفر الهيئة الصحية الإسلامية التابعة لحزب الله للسكان من ذوي الدخل المنخفض، ولا سيما من الطائفة الشيعية، خدمات الضمان الصحي وتكاليف الدواء من خلال شبكة من الصيدليات المحلية<sup>193</sup>.

وفي بلدان مجلس التعاون الخليجي، تؤمن بعض المؤسسات الدينية الممولة من الأوقاف، كمؤسسة زايد بن سلطان آل نهيان للأعمال الخيرية والإنسانية في

الإمارات العربية المتحدة، العلاج الطبي للمصابين بالأمراض المزمنة. ويمكن أن يستفيد من خدمات هذه المؤسسة الإماراتيون والعمال المقيمون في البلد منذ ما لا يقل عن عشر سنوات.

### ٣- الجمعيات الأسرية

الأسرة هي الحلقة الرئيسية في شبكة السلامة الاجتماعية في البلدان العربية. ففي أوقات الضائقة الاقتصادية، يلجأ الأفراد إلى خطوط الإمداد التقليدية، أي أواصر القربى، لإنشاء أنظمة من الدعم المتبادل توفر الخدمات الاجتماعية عند الحاجة.

وتهدف الجمعيات الأسرية في الأردن ولبنان إلى التعويض عن النقص في الخدمات الاجتماعية. ومن الشروط الأساسية أن يكون الأعضاء في هذه الجمعيات من ذوي القربى. ويدفع هؤلاء الأعضاء بدل اشتراك، ويستفيدون وحدهم من الخدمات التي تؤمنها جمعيتهم. ولا يمكن مقارنة الجمعيات الأسرية بالجمعيات الخيرية، لأنها تعمل كمؤسسات التأمين المتبادل أو التعاونيات.

وتوفر الجمعيات الأسرية مجموعة من الخدمات الاجتماعية تُحدّد على أساس أهم احتياجات الأعضاء. فعندما حَقَّض الأردن الإنفاق للأغراض الاجتماعية بعد عام 1989، أنشأ الأردنيون مجموعات قائمة على علاقات القربى لتأمين الحماية الاجتماعية الذاتية. والجمعيات الأسرية متوفرة في لبنان منذ بداية القرن العشرين، لكن عددها ازداد كثيراً منذ نهاية الحرب الأهلية. وكانت الميليشيات تؤمن الخدمات الاجتماعية خلال الحرب، لكنها خففت من أنشطتها الاجتماعية تدريجياً مع بداية عودة الاستقرار. وتوفر معظم الجمعيات الأسرية في الأردن ولبنان خدمات في حالات الطوارئ. فهي تؤمن في الأردن مجموعة من الخدمات في الأعراس والجنائز، ولديها أيضاً دور حضانة<sup>194</sup>.

وفي لبنان، تقدم الجمعيات الأسرية الدعم المالي لأفرادها في قطاعي الصحة والتعليم، كما تقدم مساعدات مالية إما على شكل قروض وإما هبات. ومن المساعدات الأخرى التي تقدمها في لبنان شبكات من العلاقات العامة من أجل التوظيف. وأكثر الجمعيات الأسرية نجاحاً هي الجمعيات المتوسطة الحجم، التي تكون فيها العضوية كافية لجمع الأموال اللازمة، وصغيرة نسبياً للتمكن من رصد عملها. والأعضاء في الجمعيات الناجحة هم من أبناء الطبقة الوسطى القادرين على دفع رسوم العضوية التي تكون أعلى نسبياً من رسوم العضوية في الجمعيات الفقيرة التي تواجه مشاكل مالية في معظم الحالات<sup>195</sup>. والجمعيات الأسرية تهدف إلى تحقيق تعادل أفقي لأنها تساهم في إعادة توزيع الدخل بين أفراد متقاربين في مستوى الدخل.

### ٤- مبادرات المجتمع المدني الأخرى في تقديم الخدمات الاجتماعية

ينشط عدد من المنظمات العلمانية في مجال تأمين الخدمات الاجتماعية في البلدان الأعضاء في الإسكوا. والخدمات التي تقدمها هذه المنظمات بالغة الأهمية بالنسبة إلى بعض المجموعات التي لا تستفيد من مصادر دعم أخرى كالأشخاص ذوي الإعاقات واللاجئين.

ففي لبنان على سبيل المثال، تدير منظمات علمانية عشرة في المائة تقريباً من مجموع مستوصفات البلد، ومستشفى واحد من مجموع المستشفيات البالغ عددها 149. وفي هذا المثل دليل على ضعف قدرة المنظمات العلمانية بالمقارنة مع المؤسسات الدينية في لبنان.

إحدى هذه المنظمات هي مؤسسة عامل التي تركز على هويتها العلمانية وتعمل على التغلب على الانقسامات الطائفية. والصليب الأحمر اللبناني هو من الجهات الفاعلة الأخرى المحايدة والتي ليس لديها توجه طائفي وسياسي. وتتعاون مؤسسة عامل مع جهات مانحة

الخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة مجزأة لا تخضع لنهج شامل.

وفي المغرب، لا يستفيد الأشخاص ذوو الإعاقات من خدمات التعليم الحكومي والرعاية الصحية إلا بشكل محدود، بسبب مشاكل في التمويل. ولا تتوفر خدمات إعادة التأهيل لهؤلاء الأشخاص إلا في عدد محدود من المستشفيات. وهذا النقص في الخدمات تسده منظمات المجتمع المدني كمؤسسة محمد الخامس للتضامن، التي توفر التعليم وخدمات إعادة التأهيل للأطفال ذوي الإعاقة<sup>198</sup>، ومركز النور وهو مركز إعادة التأهيل الأكبر في المغرب للأشخاص ذوي الإعاقات. وتدفع منظمة الودادية المغربية للمعاقين جزءاً من كلفة المعدات المستخدمة في مركز النور (تقويم العظام والأطراف الصناعية) وتمول كلفة الكراسي المتحركة والمعدات الأخرى التي يستخدمها الأشخاص ذوو الإعاقات<sup>199</sup>.

وتوفر مؤسسة ساويرس للتنمية الاجتماعية في مصر أنشطة لبناء الرأسمال البشري كالتدريب المهني، وتؤمن منحاً دراسية للتعليم الجامعي والمهني، وخدمات الرعاية الصحية الوقائية، ولديها برنامج لمنح قروض صغيرة. وتشكل أنشطة بناء الرأسمال البشري 40 في المائة من مجموع أنشطة هذه المؤسسة، وأنشطة المساعدة الاجتماعية 60 في المائة منها. وقد أنشئت المؤسسة في عام 2001 بهبة من أسرة ساويرس، وهي من المؤسسات الأسرية الأولى في مجال التنمية الاجتماعية التي أنشئت في مصر، وتعمل مع عدد من الشركاء بالمنظمات غير الحكومية، والقطاع الخاص، والدولة<sup>200</sup>.

ومن منظمات المجتمع المدني التي تقدم خدمات الرعاية الصحية العالية النوعية مجاناً مستشفى سرطان الأطفال. هذا المستشفى هو الأول من نوعه في مصر بل في أفريقيا، وقد أصبح المركز الأكبر لسرطان الأطفال في العالم، ويتضمن 179 سريراً. بُني هذا المستشفى بأموال التبرعات التي وفرت 90 في المائة

ثنائية ومتعددة الأطراف، ومع منظمات أخرى من المجتمع المدني. وكانت معظم خدمات هذه المؤسسة، في الأصل، تركز على اللاجئين، لكنها تؤمن حالياً خدمات لجميع الفئات السكانية في لبنان، ولا سيما الفئات الأكثر حرماناً. ولدى المؤسسة عدد من المستوصفات في مناطق مختلفة من لبنان، وهي توفر الرعاية الوقائية من خلال التثقيف الصحي، والرعاية الصحية وخدمات الطوارئ للمواطنين واللاجئين، والأشخاص ذوي الإعاقة. وتؤمن برامج التدريب المهني للجميع، ولا سيما اللاجئين، وتعمل على تمكين الأفراد بطرق عدة منها التثقيف في مجال الحقوق، وتؤمن التعليم الموجه لأطفال اللاجئين العراقيين لتمكينهم من الاندماج في نظام التعليم في لبنان<sup>196</sup>.

وفي جميع بلدان منطقة الإسكوا تقريباً، توفر اللجان المحلية لجمعية الهلال الأحمر خدمات الرعاية الصحية والإغاثة في حالات الكوارث. ففي المغرب على سبيل المثال، لديها عدد من المستوصفات، بما في ذلك في المناطق الريفية، وتؤمن خدمات للفقراء بأسعار مخفضة أو مجاناً. وفي مصر، تدير عدداً من مراكز الرعاية الصحية الأولية التي تقدم الخدمات مجاناً أو بأسعار رمزية. وفي الكويت، تدعم الجمعية المحتاجين من جميع الجنسيات والانتماءات الدينية من خلال التحويلات المالية والعينية خلال أوقات الشدة.

ويضم الأردن 136 منظمة من منظمات المجتمع المدني التي تؤمن الخدمات للأشخاص ذوي الإعاقات<sup>197</sup>، وبعضها متخصص في مساعدة ذوي الاحتياجات الخاصة كالصم والمكفوفين وذوي الإعاقة العقلية. ومعظم منظمات المجتمع المدني تؤمن التدريب للأشخاص ذوي الإعاقات بالإضافة إلى خدمات النقل. وتتعامل المنظمات مع مشاكل العجز من وجهات نظر مختلفة. ففي حين يركز بعضها على الجوانب الطبية، ينطلق البعض الآخر من خلفية العمل الخيري أو من خلفية دينية. ويمكن القول باختصار إن عملية تأمين

## باء- مساهمة المجتمع المدني في نظم الرعاية

تتضح من الأمثلة المعروضة أنفاً قدرة المجتمع المدني على تأمين مجموعة متنوعة من الخدمات الاجتماعية، تشمل الأعمال الخيرية الصغيرة كالحصص الغذائية، كما تشمل التحويلات النقدية الشهرية، وخدمات التعليم والرعاية الصحية. وتستمد هذه القدرة من نقاط القوة التي يتناولها هذا القسم من التقرير.

### ١- المجتمع المدني قادر على تقديم الخدمات عندما تضعف قدرة الدولة

يسدّ المجتمع المدني في الكثير من الأحيان الفراغ الناجم عن ضعف قدرة الدولة، ولا سيما بسبب النزاعات المسلحة.

فخلال الحرب الأهلية في لبنان، قام المجتمع المدني بسد الفراغ الناتج من عجز القطاع العام، وأحياناً من غيابه. فنشأت منظمات جديدة واتسع نطاق الخدمات التي كانت تؤمنها المنظمات القائمة. ولا يزال المجتمع المدني حتى اليوم يؤدي دوراً بالغ الأهمية في تأمين الحماية الاجتماعية في لبنان، ولا سيما في الرعاية الصحية والتعليم. ويؤمن المجتمع المدني حلاً وسطاً بين خدمات القطاع العام المحدودة جداً في لبنان، وخدمات القطاع الخاص المرتفعة الكلفة، التي لا يستطيع معظم السكان الحصول عليها. وللمجتمع المدني دور مشابه في مصر، فهو يؤمن خدمات بديلة بأسعار معقولة في مجال الرعاية الصحية، يمكن تصنيفها في موقع وسط خدمات القطاع العام ذات النوعية الرديئة وخدمات القطاع الخاص الباهظة الكلفة.

وفي فلسطين، تؤمن 1 500 منظمة من المنظمات غير الحكومية المسجلة، ومجموعها 2 445 القسم الأكبر من الخدمات الاجتماعية، معتمدة على دعم الجهات الدولية المانحة<sup>202</sup>. ومساهمة المجتمع المدني بالغة الأهمية في

منها جهات مصرية. وينظم حملات تبرّع بشكل مستمر لتمويل أعماله، ويشجع القطاع الخاص على التبرع له من خلال برنامج التبرع الخاص بالشركات. ويهدف المستشفى إلى توفير مرافق وعلاجات تستوفي أرفع المعايير الدولية، وإلى أن يصبح مثلاً في تأمين وصول الرعاية الصحية إلى الجميع، مهما كان وضعهم المالي.

وفي لبنان العديد من المؤسسات الخاصة التي تقدم خدمات اجتماعية تتنوّع بين الرعاية الصحية والتعليم والأنشطة المدرة للدخل كالمشاريع الزراعية. ومنشئو هذه المؤسسات هم من رجال الأعمال الميسورين والشخصيات السياسية البارزة. ومن هذه المؤسسات مؤسسة رينيه معوض التي تقدم خدمات الرعاية الصحية مجاناً للمحتاجين من المناطق النائية في شمال لبنان، ومؤسسة الصفدي في شمال لبنان أيضاً وهي تطلق مشاريع زراعية لدر الدخل، بالإضافة إلى عدد من الأنشطة الثقافية والتعليمية. وتركز مؤسسة الحريري للتنمية البشرية المستدامة على مجالات عدة أبرزها التعليم والزراعة وتمكين المرأة. وتتضمن مشاريعها التعليمية مدرستين في مدينة صيدا، ويبلغ القسط السنوي في المدرسة الابتدائية 3 066 دولاراً، وهي تقدم منحاً دراسية كاملة وجزئية.

وظلت المؤسسات الدينية والسياسية لسنوات طويلة المزود الرئيسي في لبنان بالخدمات للأشخاص ذوي الإعاقات. وبسبب ارتفاع عددهم بسبب الحرب الأهلية، افتتحت زوجة رئيس حركة أمل نبيه بري في عام 1984 مركزاً لتأهيلهم في الضاحية الجنوبية لبيروت. وتطوّر هذا المشروع التجريبي ليصبح الجمعية اللبنانية لرعاية المعوقين التي افتتحت عدة مراكز تأهيل في جنوب لبنان. وفي مرحلة لاحقة، نظّمت الجمعية دورات في أمانة السر والخياطة للنساء المعوّقات<sup>201</sup>. ثم افتتحت مجمع نبيه بري لتأهيل المعوّقين وهو مركز حديث لتأهيل الأشخاص ذوي الإعاقات من خلال توفير الخدمات الطبية والتأهيلية ودورات التدريب المهني.

تأمين الحماية الاجتماعية في فلسطين، حيث محدودة موارد السلطة الفلسطينية.

خاصاً تُنشأ في إطاره البنية الأساسية للمستشفى من أموال الوقف، ويدفع القطاع العام التكاليف التشغيلية.

## ٢- المجتمع المدني قادر على حشد موارد مالية ضخمة لتأمين الخدمات الاجتماعية

تفوق ثقة المجتمعات في منظمات المجتمع المدني عموماً ثقتها في مؤسسات القطاع العام لأن المجتمع المدني أثبت قدرته على تأمين الخدمات. وفي بعض الحالات، يفضل الناس تسليم الأموال إلى منظمات المجتمع المدني على شكل تبرعات وهبات لأعمال الخير على تسليمها إلى الدولة على شكل ضرائب.

وفي بلدان مجلس التعاون الخليجي، تستخدم أموال الأوقاف في تأمين الخدمات الاجتماعية. ونظراً إلى أهمية هذا المصدر التمويلي، تسعى الحكومات جاهدة إلى تطوير إمكانياته. والمؤسسات الخاصة المنشأة من أموال الأوقاف تستكمل سياسات الحكومات، من خلال تعزيز عمالة الشباب أو تأمين الخدمات الاجتماعية للأشخاص ذوي الإعاقات. ويمكن أن تساهم الأوقاف أيضاً في إعادة توزيع الدخل، لأن الطبقة الأكثر ثراءً هي التي تقدم من أصولها لأعمال الخير.

والمبالغ الضخمة التي تُمنح كأوقاف في بلدان مجلس التعاون الخليجي تدل على قدرة المجتمع المدني الكبيرة على جمع الموارد المالية، وهي قدرة يمكن استخدامها في تأمين الخدمات الاجتماعية. فعلى سبيل المثال، بلغت قيمة المبالغ التي استثمرتها الهيئة الخيرية الإسلامية العالمية في الكويت 118 مليون دولار في عام 2008، أدت إلى توليد مداخيل بقيمة 4 ملايين دولار تقريباً<sup>203</sup>.

وفي لبنان، يدير المجتمع المدني بعض المدارس الخاصة التي لا تستوفي أقساطاً من الأسر ذات الدخل المنخفض. وفي هذه الحالة، يكون التمويل من الأوقاف، حتى في المدارس المسيحية، ومن أموال التبرعات والهبات.

## ٣- المجتمع المدني هو مصدر الخدمات الوحيد لبعض الفئات الضعيفة

وباستطاعة صناديق الزكاة أيضاً جمع الموارد المالية وتوزيعها لأغراض الحماية الاجتماعية.

المجتمع المدني هو الجهة الأكثر قدرة على الوصول إلى الفئات المهمشة. وهدفه إلى جانب تحقيق الأهداف الخيرية، هو الوصول إلى الفئات التي لا تستفيد من مصادر أخرى للخدمات. والعديد من منظمات المجتمع المدني تُنشأ على مستوى القاعدة الشعبية لتلبية احتياجات فئات معينة.

وتعتمد منظمات المجتمع المدني طرقاً ابتكارية في التمويل لضمان الاستدامة. ففي مصر على سبيل المثال، أنشئ العديد من المستشفيات والمستوصفات التي تديرها المؤسسات الدينية من أموال الهبات التي قدمها أشخاص مقربون منها. وتصبح المستشفيات بعد استكمال عمليات البناء والتجهيز قادرة على الاعتماد على نفسها، فتعمل على تأمين الخدمات مقابل رسوم، وبما أنّ هذه المستشفيات تغطي تكاليف الإنشاء من المنح، تكون رسومها دون رسوم القطاع الخاص، الذي يحسب تكاليف الاستثمار الأولية ضمن تركيبة الرسوم. وتعمل دولة الكويت على استخدام أموال الأوقاف لتمويل عدد من المستشفيات، وقد طوّرت نموذجاً

وتؤمن صناديق الزكاة المساعدة الاجتماعية للعديد من الفئات ذات الدخل المنخفض، خاصةً في البلدان التي لا تتوفر فيها آليات أخرى للتحويلات الاجتماعية. ففي اليمن على سبيل المثال، بينت مسح الأسر المعيشية أن 35 في المائة من الفئة الخمسية الأكثر انخفاضاً في الدخل تستفيد من أموال الزكاة. وقد يعتبر البعض أن هذه التغطية متدنية، غير أنها أعلى مما تؤمنه برامج أخرى

## الإطار 6- دور منظمات المجتمع المدني في التعليم الشامل في لبنان

يواجه ذوو الإعاقات في منطقة الإسكوا حواجز عديدة تعرقل حصولهم على التعليم. وتشير البيانات المتاحة من البلدان الأعضاء في الإسكوا إلى أن معدلات تحصيلهم العلمي أدنى بكثير من المعدلات العادية.

وفي لبنان، تُحدد حقوق الأشخاص ذوي الإعاقات في الحصول على التعليم بموجب القانون 2000/220 الذي يُعتبر من أكثر القوانين تقدماً في موضوع الإعاقة في بلدان الإسكوا. ويتضمن هذا القانون مواداً تدعم التعليم الشامل، إذ تنص على تكافؤ فرص التعليم للجميع في جميع المدارس، أيّاً كان نوعها (المادة 59)، وتدعو إلى تأمين الظروف التي تسمح لكل معوق بالمشاركة في الامتحانات الرسمية (المادة 62). وبالرغم من جميع الضمانات القانونية المذكورة، ظل القسم الأكبر من الأطفال ذوي الإعاقة مستبعدين من التعليم العادي في لبنان. ولا تموّل الحكومة إلا المدارس المتخصصة التي تديرها المنظمات غير الحكومية برعاية وزارة الشؤون الاجتماعية<sup>(أ)</sup>، وما من موجب قانوني يلزم المدارس العادية بقبول التلاميذ ذوي الإعاقات في صفوفها، أو بتأمين الاحتياجات الخاصة بهم<sup>(ب)</sup>.

ونتيجةً لهذا الواقع، يعتمد التلاميذ ذوو الإعاقات وأسرهم على منظمات المجتمع المدني، ومنظمات الأشخاص ذوي الإعاقة للحصول على فرص التعليم. ومن الجهود المبذولة في هذا الإطار المشروع الوطني للدمج، وهو مبادرة أطلقها اتحاد مؤلف من أربع منظمات غير حكومية (اتحاد المقعدين اللبنانيين، وجمعية الشبيبة للمكفوفين، والجمعية اللبنانية لتثالث الصبغية، ومنظمة غوث الأطفال السويدية). وقد اختار الاتحاد عشر مدارس استقبلت أكثر من 100 تلميذ من ذوي الاحتياجات الخاصة لتعزيز التعليم الشامل ودعمه. وخضع 120 معلماً تقريباً من هذه المدارس لدورات تدريبية، وتجري متابعة تدريبهم طيلة العام الدراسي. وعينت المدارس عدداً من الاختصاصيين في تعليم التلاميذ ذوي الاحتياجات الخاصة والمرشدين الاجتماعيين لتسهيل عملية الدمج. ووُزعت مطبوعات عن التعليم الشامل، وأطلقت حملات توعية وصلت إلى 300 من الأسر التي تضم أولاداً معوقين وأكثر من 2000 تلميذ<sup>(ج)</sup>. وسعى الاتحاد إلى تعزيز الحصول على المواد التعليمية، فأمنت جمعية الشبيبة للمكفوفين الكتب المدرسية بطريقة «بريل» وبأحرف كبيرة لمساعدة التلاميذ الضعيفي البصر.

(أ) بالاستناد إلى مقابلات أجرتها الإسكوا، 5 حزيران/يونيو 2013.

(ب) Khochen and Radford, 2012.

(ج) Youth Association of the Blind, 2007.

وتتجه بلدان مجلس التعاون الخليجي إلى استخدام أموال الأوقاف بشكل متزايد في تقديم الخدمات لذوي الإعاقات. فالمدرسة الأولى لأطفال التوحد في الكويت أنشئت بمبادرة من الأمانة العامة للأوقاف، إثر إجراء تقييم للاحتياجات بيّن أن الأطفال الذين يعانون من التوحد لا يتلقون ما يحتاجون إليه من خدمات.

ولا يحق للاجئين داخل المنطقة في معظم الأحيان الاستفادة من الخدمات العامة التي تؤمنها الدولة التي يقيمون فيها. فاللاجئون الفلسطينيون يستفيدون من خدمات وكالة الأمم المتحدة لاغاثة وتشغيل

للتحويلات الاجتماعية. وأثر الزكاة كبير على المستفيدين منها، إذ تشكل 25 في المائة من دخلهم الأساسي<sup>204</sup>.

ولا يستفيد الأشخاص ذوو الإعاقات كفاية من خدمات القطاعين الخاص والعام، فيعتمدون على عدد من منظمات المجتمع المدني، في الحصول على خدمات خاصة كالتعليم الخاص للأطفال المعوقين أو الرعاية الطبية الخاصة بأنواع معينة من الإعاقات (الإطار 6). وينشئ الأشخاص ذوو الإعاقات منظمات تعرف بمنظمات المجتمع المدني لذوي الإعاقات بهدف المطالبة بحقوقهم وتأمين خدمات محددة للمنتسبين.

اللاجئين الفلسطينيين في الشرق الأدنى (الأونروا)، أما اللاجئون الآخرون كالعراقيين والسوريين فليس من السهل أن يحصلوا على الخدمات. ويركز العديد من منظمات المجتمع المدني الوطنية والدولية على تقديم الخدمات الصحية والتعليمية للاجئين، وتأمين العمل للشباب منهم، بهدف تكملة الخدمات التي تقدّمها الأونروا. والسكان الذين لا يحملون جنسية في العديد من بلدان مجلس التعاون الخليجي لا يحصلون على خدمات التعليم الحكومي، ولا يملكون المال للالتحاق بالمدارس الخاصة. لذلك يتلقون التعليم أحياناً في المدارس التابعة للمجتمع المدني والتي تمولّها صناديق الزكاة كما في الكويت. وفي السودان، تدير المنظمات غير الحكومية مدارس في مخيمات في جنوب دارفور للنازحين داخلياً<sup>205</sup>.

ولا تتاح للمرأة عموماً فرص متكافئة في التدريب المهني الذي يؤمنه القطاع العام في المنطقة العربية. لذلك، تنظم المؤسسات الدينية أحياناً دورات في التدريب المهني خاصة بالمرأة. وفي العمل على سد النقص في فرص التدريب المتاحة للمرأة، توجه الجمعيات الخيرية الإسلامية المرأة إلى مجالات معينة ترتبط بدور المرأة التقليدي كالخياطة والطبخ، وتنسجم مع أفكار هذه الجمعيات.

#### ٤- المجتمع المدني أكثر مرونةً في تلبية الاحتياجات الناشئة

بيّنت أمثلة عديدة أن المجتمع المدني يتميز، بفعل السرعة في اتخاذ القرار، بالفعالية في تلبية الاحتياجات الناشئة.

فمنظمات المجتمع المدني في لبنان، كمؤسسة عامل، استطاعت أن تلبية احتياجات اللاجئين السوريين بسرعة نسبية. فقد أنشأت المؤسسة صندوقاً خاصاً باللاجئين، وأمّنت لهم خدمات الرعاية الصحية عبر عيادات متنقلة. وبدون هذا الدور، لم يكن اللاجئون ليتمكنوا من

الاستفادة من خدمات نظام الرعاية الصحية في لبنان حيث الحضور الأكبر للقطاع الخاص.

وبيّنت التجربة أن بعض المؤسسات الدينية والأحزاب السياسية كانت أول من بادر إلى التحرك في أوقات الأزمات. فعقب حرب تموز 2006، أمّن حزب الله المياه والغذاء والملجأ للنازحين، ووعده بالتعويض على الذين دُمّرت منازلهم. ويعتبر حزب الله أن قدرته على معالجة المشاكل الناشئة هي موطن قوته الرئيسية<sup>206</sup>.

وسارع الإخوان المسلمون بعد الزلزال الذي شهدته مصر في عام 1992 والفيضانات العارمة في عام 1994 إلى تأمين الملجأ والغذاء للمتضررين، في حين لم تكن مواجهة الحكومة للكارثة على هذا المستوى من الزخم<sup>208</sup>.

وخلال الحراك الشعبي في ليبيا، سارعت الحركات الكشفية إلى تأمين الخدمات الاجتماعية الأساسية التي كان الناس بأمر الحاجة إليها في مدينة بنغازي، من تنظيف الشوارع إلى تقديم المساعدة الطبية كالإسعافات الأولية ومساعدة الأطباء<sup>208</sup>.

#### ٥- للمجتمع المدني قدرة تنظيمية كبيرة

تتمتع منظمات عديدة من المجتمع المدني، ولا سيما المؤسسات الدينية، بقدرة تنظيمية كبيرة، تظهر في السرعة في تلبية الاحتياجات الناشئة، وفي النهج المنظم الذي تعتمده، كما في حال صناديق الزكاة والجمعيات الخيرية، في التحقق من أهلية المستفيدين.

وهذه القدرة التنظيمية هي حصيلا لعوامل عدة. وتستفيد منظمات عديدة من شبكة واسعة من المتطوعين. فديوان الزكاة في السودان على سبيل المثال، يضمّ عدداً من العاملين لقاء أجر ويساندهم عدد كبير من المتطوعين في جمع الزكاة وتوزيعها<sup>209</sup>. ويرتبط هؤلاء المتطوعون بشبكة واسعة من المعارف يستخدمونها للوصول إلى المساهمين والتعرّف على

المستفيدين المحتملين، والتحقق من أهليتهم. والشبكات الكبيرة الموجودة على مستوى القاعدة الشعبية والتي تؤدي فيها النساء دوراً مهماً هي التي تسمح لحزب الله بتحديد المستفيدين من خدماته ومن خدمتهم بالسرعة المطلوبة<sup>210</sup>.

ومن المعروف أيضاً عن الإخوان المسلمين قدرتهم التنظيمية في مختلف القطاعات، ولا سيما في عملهم في نقابات الأطباء والمحامين والمهندسين. وقد ساهمت التجارب التي اكتسبوها من العمل في النقابات في بناء المهارات التنظيمية والإدارية للجيل الجديد من الناشطين. وخير دليل على القدرة التنظيمية لدى الإخوان المسلمين العمليات التي قاموا بها عقب الزلزال الذي ضرب مصر، ولم تقتصر على تقديم خدمات الرعاية الصحية بل شملت عمليات الإنقاذ<sup>211</sup>.

ويرى البعض أن التدريب على القيادة يساهم في تعزيز القدرة التنظيمية للمنظمات. فمديرو المؤسسات التابعة لحزب الله يتبادلون الأدوار بانتظام، ما يساهم في بناء قدراتهم الإدارية<sup>212</sup>.

## جيم- قضايا أساسية في إطار مشاركة المجتمع المدني في تأمين الخدمات الاجتماعية

لا شك في أن لمنظمات المجتمع المدني دوراً أساسياً في تأمين الخدمات الاجتماعية، إلا أن هذا الدور لا يخلو من المخاطر، وفي المنطقة أمثلة كثيرة على ذلك.

### ١- تركيز الخدمات على مجموعات محددة و/أو في قطاعات معينة

يستهدف المجتمع المدني الطبقة الوسطى بالعديد من الخدمات التي يؤمنها، وذلك لسببين: السبب الأول هو

أن أبناء الطبقة الوسطى قادرون على مساعدة أنفسهم، فباستطاعتهم إنشاء جمعيات أسرية ينضمون إليها مقابل بدل اشتراك، ويمكنهم دفع مبالغ معقولة لقاء الحصول على الخدمات الاجتماعية. والسبب الثاني هو أن معظم المنظمات لا تستطيع توفير الخدمات دون مقابل. فهي تحتاج إلى مستفيدين قادرين على دفع الرسوم لاستخدامها في تمويل خدمات مستفيدين آخرين من ذوي الدخل المنخفض. فلا بد إذناً من خدمات تلبي احتياجات فئة أصحاب الدخل المتوسط للمحافظة على استدامة الخدمات الاجتماعية. ولا تعتبر المنظمات أن خدمة الطبقة الوسطى تتناقض مع أهدافها، لأنها تصمم أنشطتها بناءً على «احتياجات» المجتمع. فما دامت المستلزمات الأساسية كالرعاية الصحية والتعليم غير متوفرة بال نوعية اللازمة، سيبقى العدد الأكبر من السكان، وضمنه الطبقة الوسطى، «بحاجة» إلى خدماتها<sup>213</sup>.

ويبدو أيضاً أن العديد من منظمات المجتمع المدني، ولا سيما المؤسسات الدينية، توجه نشاطها إلى فئات سكانية تتلقى مساعدة اجتماعية من القطاع العام. والعديد منها يخصص أمواله للأيتام، وليس لكبار السن، أو الأشخاص ذوي الإعاقات، أو أي مجموعات أخرى. ففي بحث أجرته الإسكوا عن توزيع أموال الزكاة في فلسطين، تبين أن نسبة 40 في المائة منها في عام 2011 أنفقت على الأيتام، إضافة إلى هبات أتت خصيصاً للأيتام من جهات أخرى. وفي الأردن، بلغت نسبة التحويلات النقدية إلى مستفيدين من غير الأيتام 7,4 في المائة من مجموع الأموال الموزعة، مقابل 22,1 في فلسطين<sup>214</sup>. أما في السودان، فمعيار الحصول على المساعدة هو مستوى الدخل وليس الفئة الاجتماعية. ولم تتوفر معلومات وافية عما إذا كانت الجمعيات الخيرية السودانية تجري تقييماً للاحتياجات قبل تقديم المساعدة.

ويمكن أن يؤدي نظام الأوقاف أيضاً، حيث أصحاب الوقف يحددون كيفية استثماره والجهات المستفيدة منه، إلى تركيز الخدمات في قطاعات محددة. والأوقاف

## الإطار 7- استثمار الأوقاف في القطاعات الاجتماعية

أنشأت الكويت آلية تهدف إلى زيادة الاستفادة من الأوقاف في تأمين الخدمات الاجتماعية من خلال توجيهها نحو تلبية احتياجات السكان.

وقبل اكتشاف النفط في الكويت في الستينات، كانت الأوقاف هي الجهة الأساسية المسؤولة عن تأمين الخدمات الاجتماعية. ثم انتقلت هذه المهمة إلى الدولة. وبما أن الأوقاف مرتبطة بالثقافة والدين، لم يُلغ دورها بل تحوّل معظمه إلى بناء المساجد كما جرت العادة في الكويت، وفي عدد من البلدان الفقيرة في آسيا وأفريقيا.

وإدراكاً من حكومة الكويت لقدرة الأوقاف على تأمين الخدمات الاجتماعية، سعت إلى تعزيز دورها. فأنشأت في عام 1993 الأمانة العامة للأوقاف كسلطة مستقلة لإدارة الأوقاف واستثمارها. ومن الأهداف الأخرى للمؤسسة إطلاق مشاريع للحصول على التمويل. وهي تشرف اليوم على 80 في المائة تقريباً من أوقاف السنّة في البلد، وعلى جزء من أوقاف الشيعة.

فمن خلال تخصيص الأموال للمشاريع في مجموعة متنوعة من القطاعات، تحوّل نظام الأوقاف من نظام قائم على العرض إلى نظام قائم على الطلب. فالمؤسسة تجري دراسات لتحديد الاحتياجات الاجتماعية وتطلق المشاريع بناءً عليها. والجدير بالذكر أن هذه الآلية الجديدة لا تلغي حق صاحب الوقف في تحديد أهداف الوقف والمستفيدين منه. ومن المشاريع القيّمة التي قامت بها المؤسسة معهد تعليمي للأطفال المصابين بالتوحد، هو الأول من نوعه في الكويت، أنشئ على أساس دراسة تقييمية للاحتياجات من الخدمات في البلد. وتنظم المؤسسة حملات إعلامية لتوعية الجمهور بضرورة المساهمة في تحسين القطاعات الاجتماعية.

وقد نجحت بالفعل في زيادة التوعية بقدرة الأوقاف على المساهمة في التنمية الاجتماعية. ففي عام 2013، حوّلت نسبة 65 في المائة من أموال الأوقاف عبر المؤسسة إلى المساجد، وحوّلت النسبة المتبقية إلى القطاعات الاجتماعية.

المصدر: معلومات من الأمانة العامة للأوقاف في الكويت للإسكوا.

فلسطين، افتتحت منظمتان مختلفتان عبادتين متعددي الاختصاصات في القرية الصغيرة نفسها. ولا بد من التعاون بين المؤسسات العلمانية والدينية، حتى ولو اختلفت أهدافها، على كيفية تقديم الخدمات الاجتماعية وكيفية خدمة المستفيدين بالفعالية المطلوبة. والتعاون ضعيف في معظم الأحيان حتى بين المؤسسات ذات التوجه الديني نفسه. وتتنافس المؤسسات الدينية أحياناً في ما بينها على صعيد الأهداف الاجتماعية والسياسية أو طريقة تفسير الدين<sup>215</sup>.

اليوم تستخدم لغايات دينية بحت، كبناء المساجد وصيانتها. وفي الماضي أيضاً لوحظ تركيز الأوقاف في قطاعات محددة. ففي عهد العثمانيين، أنشئ عدد فاق الحاجة من مطاعم الفقراء بأموال الأوقاف. وتسعى بعض بلدان المنطقة كالإمارات العربية المتحدة وقطر والكويت إلى تحسين توزيع أموال الأوقاف على القطاعات وإلى تشجيع استثمارها في القطاعات الاجتماعية (الإطار 7).

## ٢- تجزئة الخدمات وازدواجيتها

ففي الأردن، على سبيل المثال، تجرى التحويلات النقدية عبر عدة نظم: تحويلات من صندوق المعونة الوطنية، ومن صندوق الزكاة، ومن الجمعيات الخيرية

يؤدي عدم التنسيق بين منظمات المجتمع المدني إلى تجزئة الخدمات وازدواجيتها. ففي إحدى الحالات في

حتى بين المؤسسات ذات الانتماء الديني الواحد، نتيجة للاختلاف في الفلسفة وفي مستوى الخبرة.

ولا تتعاطى الجمعيات الخيرية مع المستفيدين بالطريقة نفسها، وبعضها يعتمد نهجاً أبوي النزعة، لا يخلو من التسلط. فمعظم المتطوعين الذين يعملون فيها ينتمون إلى الطبقة الوسطى ويستخفون بقدرة الطبقات الدنيا على تقييم احتياجاتهم. وبدلاً من سؤال المستفيدين عن احتياجاتهم لتحسين وضعهم، يصرون على أن يشارك هؤلاء في الدورات التي تؤمنها المؤسسة<sup>217</sup>.

وتتوجه مؤسسات عديدة نحو خدمة الأيتام، أي الذين توفي والدهم. والنساء لا يعتبرن معيلات، حتى لو كان لديهن مدخول<sup>218</sup>. وهذا الواقع يطرح مسألتين: أولاً، تعميم مفهوم عدم قدرة المرأة على تأمين دخل كاف؛ ثانياً، التعامل مع الأم التي تأتي إلى المؤسسة لاستلام المساعدة كوكيلة عن أصحاب الحق الأساسيين، أي الأيتام، وليس كصاحبة حق.

ولا تراعي النهج التي تعتمدها بعض المؤسسات المساواة بين الجنسين. فترئاسة المؤسسات الدينية وجمعيات ذوي القربى شبه محصورة بالرجال. ولجان الزكاة في فلسطين يترأسها رجال، مع أن هذا الدور غير ممنوع صراحة على المرأة. وتوزيع التحويلات النقدية الذي يتم بإشراف جمعية المركز الإسلامي الخيرية في الأردن يقوم به الرجال، مع أن النساء هن من يتلقى المساعدة. أما في ما يتعلق بتوزيع الأدوار بين الجنسين في المؤسسات الدينية، فالموظفون الرجال يؤدون عادة مهام فرض النظام واستثناء الأشخاص الذين لا تعتبرهم المؤسسة مؤهلين للاستفادة من المساعدات. والتعامل بين الموظفين الرجال والمستفيدات النساء يجري وفقاً لهرمية محددة<sup>219</sup>. والرجال هم المستفيدون الأساسيون من بعض الخدمات كعقود العمل التي تؤمنها جمعيات ذوي القربى<sup>220</sup>.

الإسلامية المتعددة. ومع أن المؤسسات تتحقق مما إذا كان المستفيدون منها يتلقون المساعدة من مزودين آخرين، يؤدي عدم التنسيق والتعاون إلى تجزئة نظم التحويلات النقدية، مع العلم أن المبالغ المقدمة ضئيلة جداً لانتشار المستفيدين من حالة الفقر، حتى إذا ما تلقت الأسرة الواحدة تحويلات من عدة مؤسسات. وتستغرق إجراءات تقديم الطلبات والتحقق منها الكثير من وقت المانحين والمستفيدين على حد سواء. والمؤسسات تدرك هذا الواقع، لكن العدد المتزايد من الطلبات يحول دون زيادة قيمة التحويلات النقدية، فتضطر المؤسسات إلى التآني في انتقاء المستفيدين<sup>216</sup>.

ويعمل العديد من منظمات المجتمع المدني على تأمين خدمات الرعاية الصحية لفئات الدخل المنخفض مجاناً. وفي بعض الحالات، يسعّر المزودون الخدمات بناءً على قدرة المريض على الدفع، ويغطون التكاليف المتبقية من أموال الزكاة أو الهبات. وهناك العديد من المؤسسات التي تموّل خدمات الرعاية الصحية لأصحاب الدخل المنخفض. وهذه الخدمات يؤمنها أطباء من القطاعين العام والخاص. فأصحاب الدخل المنخفض أمام نظام مجزأ في تغطية تمويل خدمات الرعاية الصحية، وعليهم في معظم الحالات تأمين التمويل أولاً للاستفادة من الخدمة.

وتعاني أيضاً المؤسسات التي تؤمن خدمات لذوي الإعاقات من مشكلة التجزئة. وتوجه منظمات عديدة من المجتمع المدني خدماتها نحو أنواع معيّنة من الإعاقة وتؤمن الخدمات الطبية المرتبطة بها. وهذه التجزئة تمنع المؤسسات من إحداث تغيير فعلي، إذ يصعب على المعوّق وأسرته إيجاد المنظمة المختصة في حالته.

### ٣- النهج الخيرية أو الأبوية أو القائمة على الحقوق

تعمل منظمات المجتمع المدني بمبادئ وأهداف شتى، تؤثر في تحديد النهج الذي تتبعه وفي علاقتها بالمستفيدين منها. والنهج المتبعة يمكن أن تختلف

وقد أجري بحث تناول مؤسسات دينية تقدّم خدمات في أحياء عشوائية في القاهرة، بيّن أن المستفيدين يشعرون بالإهانة من طريقة استلام المساعدات النقدية، ولاسيما أنهم يقفون في صف أمام مركز المؤسسة، ولا يتلقى المساعدة منهم إلا الذين يحضرون دروس التعليم الديني. والمستفيدون غير راضين عن هذه الظروف إلا أنهم لا يستطيعون الوصول إلى خدمات أخرى<sup>221</sup>. لكن هذه الحالة لا يمكن أن تعمم على جميع المؤسسات الدينية. فقد أجرت جامعة بيرزيت مسحاً في عام 2004 بيّن أن لجان الزكاة في فلسطين حائزة على مستوى عال من ثقة الجمهور، يفوق ثقته بالمؤسسات المدنية والجمعيات الخيرية واتحادات العمال والأحزاب السياسية<sup>222</sup>.

ويمكن القول باختصار إن منظمات المجتمع المدني تعتمد نهجاً مختلفة في تعاطيها مع المستفيدين. ولا تتوفر معلومات كافية عن مدى اعتماد هذه المنظمات، العلمانية منها والدينية، نهج الحقوق. وتبيّن الأمثلة أن بعض المنظمات تعلمت من تجاربها فتخلت عن النهج الخيرية أو الأبوية واعتمدت نهجاً تهدف إلى تمكين الأفراد.

#### ٤- خطر تعميق الشرخ الطائفي أو حصول المؤسسات على نفوذ غير مبرّر

يزداد خطر تعميق الشرخ الطائفي عندما يزداد دور المؤسسات الدينية في تأمين الخدمات الاجتماعية. فمعظم مدارس القطاع التعليمي في لبنان تابعة لطوائف دينية أو أحزاب سياسية. ويؤدي ضعف إنفاذ القوانين نسبياً إلى تأثير بعض الجماعات ذات الأجندات الخاصة على السياسات. فالمناهج تحددها الطوائف الدينية أو قادتها<sup>223</sup>، وتدرّس مدارس البلد الواحد مناهج مختلفة في مادة التاريخ.

ويرتبط الحصول على الخدمات الصحية التي تؤمنها المؤسسات الدينية في لبنان بالانتماء المذهبي. ومع أن معظم المجموعات تؤكد أن خدمات الرعاية

الصحية التي تؤمنها متاحة للجميع، بيّن توزيع هذه الخدمات أن المستفيدين الرئيسيين منها هم أبناء الطائفة. فمعظم المستشفيات التي تديرها مؤسسات دينية أو أحزاب سياسية تميّز أبناء طائفتها في العلاج الذي تؤمنه. ويرتبط الحصول على المساعدات الصحية بالانتماء السياسي. فمنظمات المجتمع المدني ذات الانتماء المذهبي أو السياسي في لبنان تعتبر أن عليها في الدرجة الأولى أن تخدم أبناء المذهب الذي تنتمي إليه. فمراكز الرعاية الصحية التابعة لحزب الله على سبيل المثال تعمل في الضاحية الجنوبية لبيروت، مركز الحزب.

ويؤدي تأمين الخدمات الأساسية ولا سيما الصحية إلى تعزيز الولاء للجهة التي تؤمنها، كما في حالتي الإخوان المسلمين وحزب الله. فالجهة التي تؤمن الخدمات تكتسب دعم المستفيدين بفعل قدرتها على تقديم الخدمات الاجتماعية بنوعية جيدة وبأسعار معقولة.

وتؤمن بعض المؤسسات الدينية التعليم الديني وتربطه بأنشطتها الخيرية. فجمعية المركز الإسلامي الخيرية في الأردن على سبيل المثال، تعتبر أن الأنشطة التعليمية التي تقوم بها تسهم في تحسين حياة الفئات المستفيدة من الخدمات. أما مضمون المواد التي تعلمها فتختاره بناءً على احتياجات المجتمع ومواطن الضعف فيه، كالتوجيه الأخلاقي، والتوعية الدينية<sup>224</sup>. وتحرص بعض المؤسسات الدينية العاملة في الأحياء العشوائية في القاهرة تحويلاتها النقدية بالذين يستوفون شروطاً معينة، كحضور الدروس الدينية، وبعضها يربط المساعدة بالامتثال لقواعد معينة، مثل الالتزام بزبي معيّن. ومن أهم أهداف هذه المؤسسات الترويج لتفسيرها الخاص للعقيدة الدينية<sup>225</sup>.

#### ٥- ضرورة تحسين آليات المساءلة في منظمات المجتمع المدني

يفتقر معظم المؤسسات إلى آليات لتقديم الشكاوى، ما عدا في بعض الحالات الاستثنائية، كصندوق الرعاية

## دال - تنظيم المجتمع المدني لعملية تأمين الخدمات الاجتماعية

تخضع الجهات الفاعلة غير التابعة للدولة في تأمين الخدمات الاجتماعية، سواء أكانت من منظمات المجتمع المدني أم من الشركات الخاصة، لقواعد تنظيمية تضعها الوزارات المعنية. فالمدارس التي تتوخى الربح وتلك التابعة للمجتمع المدني تخضع للقواعد نفسها التي تفرضها وزارة التربية. وتسري قواعد مماثلة على منظمات المجتمع المدني التي تعمل في مجال الرعاية الصحية.

وفي معظم البلدان، ينبغي أن تكون منظمات المجتمع المدني حاصلة على ترخيص. وكثيراً ما تكون إجراءات الترخيص معقدة، حتى في البلدان التي يكون فيها القطاع الخاص قوياً وفعالاً كالأردن ومصر.

ففي مصر، يخضع نشاط المجتمع المدني لقانون الجمعيات والمؤسسات الأهلية (رقم 84 لعام 2002)، ولا يمكنها العمل بدون الحصول على إذن وترخيص من وزارة الشؤون الاجتماعية أو وزارة الصحة. ولوزارة الشؤون الاجتماعية صلاحية تخولها حل منظمة معينة إذا كانت تهدد الوحدة الوطنية أو تخرق النظام أو الآداب العامة. وتستفيد المنظمات من عدد من المزايا كتخفيض فواتير الهاتف والكهرباء والماء والغاز، والإعفاء من رسوم الدمغة، والرسوم الجمركية، ورسوم تسجيل العقود.

وفي لبنان، لا تزال المنظمات غير الحكومية خاضعة للقانون العثماني للجمعيات لعام 1909. فعلى المنظمات غير الحكومية إعلام وزارة الداخلية بوجودها فحسب، ولا حاجة إلى أن تحصل على إذن أو ترخيص<sup>230</sup>. ويعتمد حزب الله على هذا القانون لسجل المنظمات التابعة له كمنظمات غير حكومية لتسهيل التعاون مع منظمات أخرى<sup>231</sup>.

الاجتماعية في اليمن. وقد أنشأ هذا الصندوق آلية لتقديم الشكاوى، لكن المستفيدين لا يدرون بوجودها وبالتالي لا يستخدمونها<sup>226</sup>.

ومن غير الواضح من الجهة المعنية بمساءلة المجتمع المدني، ومن يرصد امتثالها لمعايير الأداء، ولا سيما في غياب ما يلزمها بتقديم خدمات إلى جمهور أوسع من المستفيدين.

وتعمل منظمات عديدة على تحسين معايير المساءلة فيها. فمعظم الجمعيات الخيرية الإسلامية، بما فيها صناديق الزكاة، تصدر تقارير سنوية عن أنشطتها، لكن هذه التقارير لا تسمح بإجراء تحليل مفصل لمصادر التمويل والجهات المستفيدة. وتتضمن التقارير التي تصدر عن صناديق الزكاة في السودان والكويت أرقاماً عن عدد الأسر التي تلقت تحويلات نقدية، لكنها لا تتضمن معلومات عن حالة هذه الأسر. وتعطي الأمانة العامة للأوقاف في الكويت معلومات مفصلة عن الأوقاف وليس عن المستفيدين. وتعتمد صناديق الزكاة في السودان والكويت في مراجعة حساباتها على مراجعين مستقلين.

وفي اليمن، تدمج أموال الزكاة في الميزانيات المخصصة لكل محافظة أو إقليم، وفي ميزانية صندوق الرعاية الاجتماعية، فيصعب جمع معلومات عن كيفية توزيعها<sup>227</sup>. ومن الصعب كذلك جمع معلومات عن مصادر تمويل العديد من المؤسسات الدينية في مصر، وعن كيفية إنفاق الأموال<sup>228</sup>.

والجدير بالذكر أن التكاليف الإدارية في بعض صناديق الزكاة مرتفعة نسبياً، مما قد يحد من فعاليتها في تأمين الخدمات. والعاملون على الزكاة هم من أصحاب الحق فيها حسب القرآن الكريم، وتصرف لهم نسب منها كما في فلسطين، حيث بلغت هذه النسبة العائدة لهم 27 في المائة في عام 2011، وفي السودان، حيث بلغت النسبة 14 في المائة، مع أن جامعي الزكاة الأساسيين هم من المتطوعين<sup>229</sup>.

وللأوقاف دور بارز في بلدان مجلس التعاون الخليجي حيث ينظم القانون عملها. أما في بلدان أخرى، فما من إطار قانوني يرمى تأمين الخدمات الاجتماعية من أموال الأوقاف. وفي مصر مثلاً، أُمتت جميع الأوقاف الخاصة في عام 1954 ووضعت تحت إشراف وزارة الأوقاف التي أنشئت لهذه الغاية. ولا تزال البيئة القانونية الحالية غير مشجعة لاستخدام الأوقاف في تأمين الخدمات الاجتماعية، لذلك تسجل معظم المنظمات القائمة على أوقاف كجمعيات خيرية.

## هاء- ملخص

يصعب قياس مساهمة المجتمع المدني في نظم الرعاية بسبب قلة البيانات المتوفرة. والمتاح من هذه البيانات والمعلومات يبيّن أن مساهمة المجتمع المدني تختلف بين بلدان المنطقة، وأنها تؤدي دوراً هاماً في لبنان وفلسطين. ففي لبنان، ينشط المجتمع المدني في التعليم، من خلال الكنائس المسيحية والمؤسسات الخيرية المسيحية والإسلامية. وفي حين أن مساهمة الكنائس المسيحية هي الأقدم تاريخياً، ازداد عدد منظمات المجتمع المدني الإسلامية وازدادت فعاليتها خلال القرن العشرين. وفي فلسطين، بدأ المجتمع المدني ينشط بتشجيع من الجهات المانحة الأجنبية بعد اتفاقية أوسلو الثانية، بعد أن تبين أن قدرة السلطة الفلسطينية على تأمين الخدمات الاجتماعية ستكون محدودة.

واتسع دور المجتمع المدني في الأردن ومصر في النصف الثاني من القرن العشرين، في موازاة تقليص الإنفاق الاجتماعي. فأثبتت المؤسسات الدينية قدرتها على تأمين خدمات اجتماعية ذات نوعية جيدة، بما في ذلك خدمات الرعاية الصحية والتعليم، وبأسعار تنافس أسعار القطاع الخاص. وأثبتت هذه المؤسسات أيضاً قدرة مالية وتنظيمية تسمح لها بتنسيق المساعدات النقدية، مع أن المساعدات تكون مشروطة

واعتمدت فلسطين القانون رقم (1) لعام 2000 بشأن الجمعيات الخيرية والهيئات الأهلية، وهو القانون الأكثر تحرراً في المنطقة في ما يتعلق بالمنظمات غير الحكومية. ومع أن شرط الحصول على ترخيص من وزارة الداخلية إلزامي، فعملية الترخيص سهلة نسبياً. ولا يحق لوزارة الداخلية رفض الترخيص لأي جمعية بحجة أنها تخالف الآداب العامة أو المصلحة الوطنية.<sup>232</sup>

وعدد المنظمات غير الحكومية في بلدان مجلس التعاون الخليجي محدود نسبياً، ومعظمها نشأ بمبادرة من الحكومات، أو المؤسسات الخاصة أو أفراد العائلات المالكة. ويشار إلى هذه المنظمات أحياناً باسم الرديفة أو المنظمات غير الحكومية التابعة للحكومات.<sup>233</sup> وهي تؤمن خدمات اجتماعية في البلدان التي تقيد مشاركة المجتمع المدني، كما في الجمهورية العربية السورية.

ويختلف تنظيم صناديق الزكاة بين بلد وآخر، حسب الشكل الذي تتخذه، من منظمة حكومية، أو منظمة مستقلة من منظمات المجتمع المدني، أو منظمة غير حكومية تابعة للحكومة، أو منظمة رديفة. فنظام الزكاة في فلسطين له طابع حكومي وخاص بالمجتمع المدني في آن، ويخضع لضوابط خاصة. وفي حين تُعتبر لجان الزكاة من المنظمات الأهلية التي تنشأ على مستوى القاعدة، يتخذ صندوق الزكاة الذي يشرف عليه صفة المنظمات غير الحكومية التي تنظم الحكومة عملها. ووزارة الأوقاف هي التي تشرف على لجان الزكاة وليس وزارة الشؤون الاجتماعية، كما في حال المنظمات غير الحكومية الخيرية الأخرى.<sup>234</sup>

وتفتقر بعض البلدان إلى بيئة تنظيمية لعمل المنظمات التي لا تتوخى الربح. ففي لبنان مثلاً، ترى المؤسسات الخاصة في عدم إمكانية حصولها على حوافز حكومية أو على تمويل من الحكومة ما يحث من فعالية خدماتها.<sup>235</sup>

في بعض الحالات، إما بحضور دروس دينية، وإما بارتداء زي محدد.

لا تعتبر صاحبة الحق. وهذا النهج يساهم في إدامة الاعتماد على الغير.

وتضطلع المؤسسات الخاصة والجمعيات الخيرية الإسلامية القائمة على الأوقاف بدور هام في تأمين الخدمات الاجتماعية في بلدان مجلس التعاون الخليجي، وأحياناً في بلدان أخرى، من المنطقة العربية وخارجها. وتعتمد هذه المؤسسات على ثروة البلدان ووفرة أموال الأوقاف لحشد مبالغ مالية كبيرة تستخدم في بناء المساجد كما في تأمين الخدمات الاجتماعية من رعاية صحية إلى تعليم وإسكان ومياه وصرف صحي. والعمل جار على زيادة استثمار أموال الأوقاف في تأمين الخدمات الاجتماعية. كذلك أنشأ العديد من البلدان أجهزة مركزية لتعزيز دور الأوقاف في دعم القطاعات ذات الأولوية.

ويمكن أن تؤدي الأدوات التقليدية للحماية الاجتماعية كالزكاة والأوقاف إلى إعادة توزيع الثروات. فالأوقاف يوقفها الأغنياء لصرف مواردها في خدمة المجتمع. والزكاة تهدف إلى إعادة توزيع الثروات من خلال الضرائب. غير أن الآثار التوزيعية المرجوة لا تتحقق أحياناً، لأن بعض أصحاب الدخل المرتفع يتهربون من إيتاء الزكاة.

وقد بين هذا الفصل أن قدرة المجتمع المدني على حشد الموارد تفوق قدرة القطاع العام، ولا سيما في ظل القيود المالية والدعوة إلى تخفيض عدد العاملين في القطاع العام، لأن المجتمع المدني يعتمد على مجموعة المتطوعين.

ويتكوّن المجتمع المدني من مجموعة غير متجانسة من المؤسسات الدينية والعلمانية، ذات أهداف متعارضة أحياناً. وهذا التناقض يعرقل تنسيق أنشطتها فيما بينها. وذلك يؤدي إلى تداخل في بعض الخدمات التي يقدمها المجتمع المدني، تماماً كما تتداخل أحياناً الخدمات التي يقدمها القطاع العام.

وقد يتوقع البعض أن المجتمع المدني، ولا سيما المؤسسات الدينية، تركز على الفئات السكانية الأكثر فقراً. أما في الواقع، فيركز العديد من منظمات المجتمع المدني على الطبقة الوسطى، إذ يؤمن مجموعة من الخدمات ذات النوعية الجيدة ولا سيما الصحية، لقاء رسوم محددة. ثم تضاف هذه الرسوم إلى المساهمات الخيرية لتمويل عدد من الخدمات المقدمة إلى الفقراء، وتسمح بتقديم الرعاية الصحية لذوي الدخل المنخفض. ويؤدي توجه المؤسسات الدينية نحو فئات معينة، كالأيتام مثلاً، إلى تركيز المساعدة عليها وحرمان فئات أخرى فقيرة. وتركز معظم صناديق الزكاة والجمعيات الخيرية الإسلامية، بما فيها مؤسسات الأوقاف، على الأسر التي ليس لها معيل رجل. ومع أن هذه المساعدات موجّهة إلى ربة الأسرة، من منظور نهج الحقوق،

وفي بعض الحالات، ترتبط خدمات المجتمع المدني ببرامج سياسية، تهدف إلى زيادة نفوذ مؤسسة معينة في المجتمع. فمشاركة المجتمع المدني الكثيفة في تأمين الخدمات الاجتماعية يمكن أن تسهم في تعزيز نفوذ جهة سياسية ما وأن تعزز الانقسامات العنصرية. ويخشى أحياناً من تأثيرات بالغة، ولا سيما عندما يُشترط للحصول على الخدمات أن يتلقى المستفيدون أو أولادهم دروساً معينة، أو أن يلتزموا بقواعد محددة.

والخلاصة أن المجتمع المدني يساهم مساهمة كبيرة في تأمين الخدمات الاجتماعية، لكن اعتماد الدولة الكبير عليه يهدد بتوسيع الهوة بين مختلف الفئات المجتمعية، وبإضعاف قدرة الدولة على المدى الطويل، إذ تتخلى عن دورها في تأمين الخدمات، فتتحوّل منظمات المجتمع المدني إلى المصدر الرئيسي لتأمينها. والمشكلة الأساسية في تولّي المجتمع المدني تأمين الخدمات الاجتماعية هي الصعوبة في تنظيم هذا الدور وضمان التغطية الشاملة على نحو منصف ومستدام. وخلافاً لوضع الدولة، لا

يمكن محاسبة المجتمع المدني على عدم الإنصاف في تقديم الخدمات.

ويتبيّن من الأنماط التي يعتمدها المجتمع المدني في تأمين الخدمات الاجتماعية أنه يلبي احتياجات المحسوبين عليه، في حين لا تبقى هذه الخدمات بعيدة عن متناول فئات عديدة أخرى. والخدمات التي تحصل عليها الطبقة الوسطى جيدة نسبياً، لأنها قادرة على دفع رسوم لقاءها، وعلى تأمين المساعدة الذاتية من خلال إنشاء جمعيات لتبادل المساعدة. ويعتمد أصحاب الدخل المنخفض على المؤسسات الدينية أو المؤسسات الخيرية العلمانية، غير أن المؤسسات الدينية بشكل خاص يمكن أن تشتت للحصول على الخدمات الالتزام بمعايير معينة كالقواعد السلوكية.

ومن هنا الحاجة إلى وضع سياسات اجتماعية متكاملة تحدد دور المجتمع المدني وتطور مواطن القوة فيه، وتترك التنظيم وتأمين الخدمات الأساسية للدولة. ويمكن أيضاً الاستعانة بالمجتمع المدني باعتباره شريكاً إستراتيجياً، أو الاعتماد عليه باعتباره الوكالة المنفذة لسياسات الحكومة. ويعتمد نجاح هذه الإمكانيات على قدرة الدولة على مراقبة نوعية الخدمات وتأمين الحصول عليها بإنصاف. ويمكن أيضاً أن تعمل الدولة مع المجتمع المدني للانتقال من التركيز على الفئات المعرضة للمخاطر الحياتية إلى التركيز على الفئات المعرضة للمخاطر الاقتصادية. ويمكن أيضاً إنشاء نظام

لتشجيع المجتمع المدني على خدمة الفئات السكانية والقطاعات الاجتماعية التي لا تحصل على خدمات كافية في إطار السياسات الحالية.

وقد نشأت فعلاً بعض الشراكات بين الدولة والمجتمع المدني لتأمين الخدمات الاجتماعية، فعلى سبيل المثال:

تشتري السلطة الفلسطينية خدمات من مستشفيات تابعة للجان الزكاة الفلسطينية.

تموّل الحكومة المصرية مدارس الأزهر التي تعمل إلى جانب المدارس الرسمية، والتي تعتمد مناهج وزارة التربية والتعليم مع التركيز على تعليم الدين.

تدعم الحكومة اللبنانية مدارس المجتمع المدني مع أنها لا تراقب المناهج وطرق التعليم وتموّل عدداً من المستشفيات والمستوصفات التي يديرها المجتمع المدني؛ وفي بعض الحالات أوليت إدارة مستشفيات حكومية إلى منظمات المجتمع المدني.

تستعين الحكومة الكويتية بأموال الأوقاف في تأمين الخدمات الاجتماعية.

ولوضع سياسات لإشراك المجتمع المدني في تأمين الخدمات الاجتماعية لا بدّ من إجراء بحوث مفصلة في هذا المجال، ومن الحصول على مزيد من المعلومات عن الفئات التي تستفيد من الخدمات المقدمة من المجتمع المدني.

# الفصل الخامس





# خامسا- نحو نظم متعددة الأطراف لتأمين الرعاية الاجتماعية

الأجور، وعدم وجود وسائل لدعم الدخل، وقلّة فرص الحصول على خدمات تعليمية وصحية جيدة. وتؤدي هذه النواقص إلى تفاوت كبير في المجتمعات، ليس في مستويات توزيع الدخل فحسب، بل أيضاً في مستويات رأس المال البشري. ولا يمكن الاستمرار بهذه الازدواجية في الرعاية الاجتماعية، لأنها تقوّض أسس التماسك الاجتماعي والتنمية الاقتصادية والاجتماعية.

وأدى عجز القطاع العام عن تقديم الخدمات الاجتماعية، بالكميّة والنوعية المطلوبة، إلى تشجيع القطاع الخاص والمجتمع المدني على التّدخل، في اتجاه يؤدي إلى خصخصة تلك الخدمات. وهذا التّدخل كان لأغراض استراتيجية في بعض الحالات، بينما كان عفويّاً، هدفه استكمال دور الدولة، في حالات أخرى.

وفي بلدان مجلس التعاون الخليجي، بدأت الدولة تتحوّل من جهة تتولّى تأمين الخدمات إلى جهة تتولّى تنظيمها. وباتت الخدمات العامة المجانية تقتصر تدريجياً على المواطنين، بينما يُستعان بالقطاع الخاص تلقائياً لتأمين الخدمات للمقيمين. ويطلب من القطاع الخاص تقديم خدمات تكميلية للمواطنين، في حين تتولّى الحكومة ضبط نوعية هذه الخدمات وضبط كلفتها. ويبدو أن حكومات بلدان مجلس التعاون الخليجي تتبع نموذج الحد الأدنى الأساسي من الحماية الاجتماعية للمواطنين، حيث يحصلون على حد أدنى من الخدمات العامة التي يمكن استكمالها بخدمات أكثر تخصص

أسفرت الضغوط المتزايدة على أسواق العمل النظامية، ومعدلات البطالة المتفاقمة لا سيما بين الشباب، عن نشوء نوع من الازدواجية في نظم الرعاية في البلدان العربية. فنظم الحماية الاجتماعية التي تركز على العمل تفقد من قدرتها على استيعاب الأعداد المتزايدة من الشباب وذوي التحصيل العلمي المتقدّم. وفي المتوسط، لا تتجاوز نسبة العاملين المشتركين في نظم معاشات التقاعد الثلث، وكذلك المستفيدين من التأمين الصحي الاجتماعي.

وللتعويض عن هذا العجز، تلجأ الحكومات إلى دعم الدخل بتحويلات نقدية أو بخدمات أخرى. غير أنّ خطط المساعدة الاجتماعية المجرّأة والتي تفتقر إلى التمويل اللازم لا تكفي لتغطية جميع الأفراد المعوزين والأسر المحتاجة. وتشير التقديرات إلى أن 70 في المائة من الأسر الأكثر فقراً لا تحصل على دعم للدخل من الحكومة.

وتفقد الخدمات الاجتماعية الحكومية من قدرتها على تلبية احتياجات السكان في التعليم والرعاية الصحية. ويدلّ التفاوت الكبير في مستويات التحصيل العلمي والصحة إلى نقص في التغطية ورداءة في النوعية، ولا سيما في المناطق الريفية والأحياء الفقيرة في المناطق الحضرية، وإلى تدني جودة الخدمات المتوفرة.

ومن مساوئ العمل الكثيرة في العمل في القطاع غير النظامي عدم الاستقرار في ظروف العمل، وانخفاض في

من القطاع الخاص. ولنموذج الحد الأدنى من الحماية الاجتماعية آثار مختلفة على المقيمين. إذ يحصل ذوو الدخل المرتفع منهم على الخدمات من شركات التأمين الخاصة، بينما يواجه ذوو الدخل المنخفض صعوبات حتى في الحصول على خدمات الرعاية الصحية.

وفي بلدان أخرى، استجاب مقدمو الخدمات الاجتماعية من المجتمع المدني والشركات الخاصة تلقائياً لسدّ عجز الدولة وتلبية الاحتياجات الناشئة. ومع أن الشركات الخاصة تقدم خدمات التعليم والرعاية الصحية بنوعية جيدة لمن يستطيع تسديد الكلفة، قد تكون أحياناً الملاذ الأخير للحصول على هذه الخدمات، كما في حالات الصراع، التي تجرّد الدولة والجهات الفاعلة الأخرى من قدرتها، كما حصل في لبنان إبان الحرب.

وفي بلدان مثل فلسطين ومصر، وأيضاً في بلدان مثل الأردن والكويت، تؤدي المؤسسات الدينية دوراً هاماً في سدّ النقص في كمية الخدمات وفي نوعيتها. فبالإضافة إلى دور هذه المؤسسات في تقديم خدمات التعليم والرعاية الصحية للفئات المتوسطة الدخل، توزع المساعدات على الفئات الفقيرة والضعيفة من السكان، لا سيما من خلال صناديق الزكاة وغيرها من المؤسسات. وللدعم الذي تقدمه هذه المؤسسات للسكان أهمية حيوية لا يُستهان بها.

غير أن تعدّد هذه المؤسسات وآليات عملها في التركيز على فئات معيّنة تؤدي إلى المشاكل ذاتها التي يواجهها القطاع العام. ونتيجة لهذه التجزئة، تبقى المؤسسات الفردية من غير قدرة على التمويل، وتركز على فئات اجتماعية محددة، كالأيتام، يركز عليها القطاع العام أصلاً. وبذلك قد لا تنجح مؤسسات المجتمع المدني في التعويض عن قصور القطاع العام، فتبقى مشاكل اجتماعية مثل فقر الدخل وفقر العمال معلقة من دون حلّ. وتتمتع منظمات عديدة في المجتمع المدني بكفاءة تنظيمية عالية، وتملك شبكات توصلها إلى مختلف الفئات الاجتماعية، وتساعد على تحديد

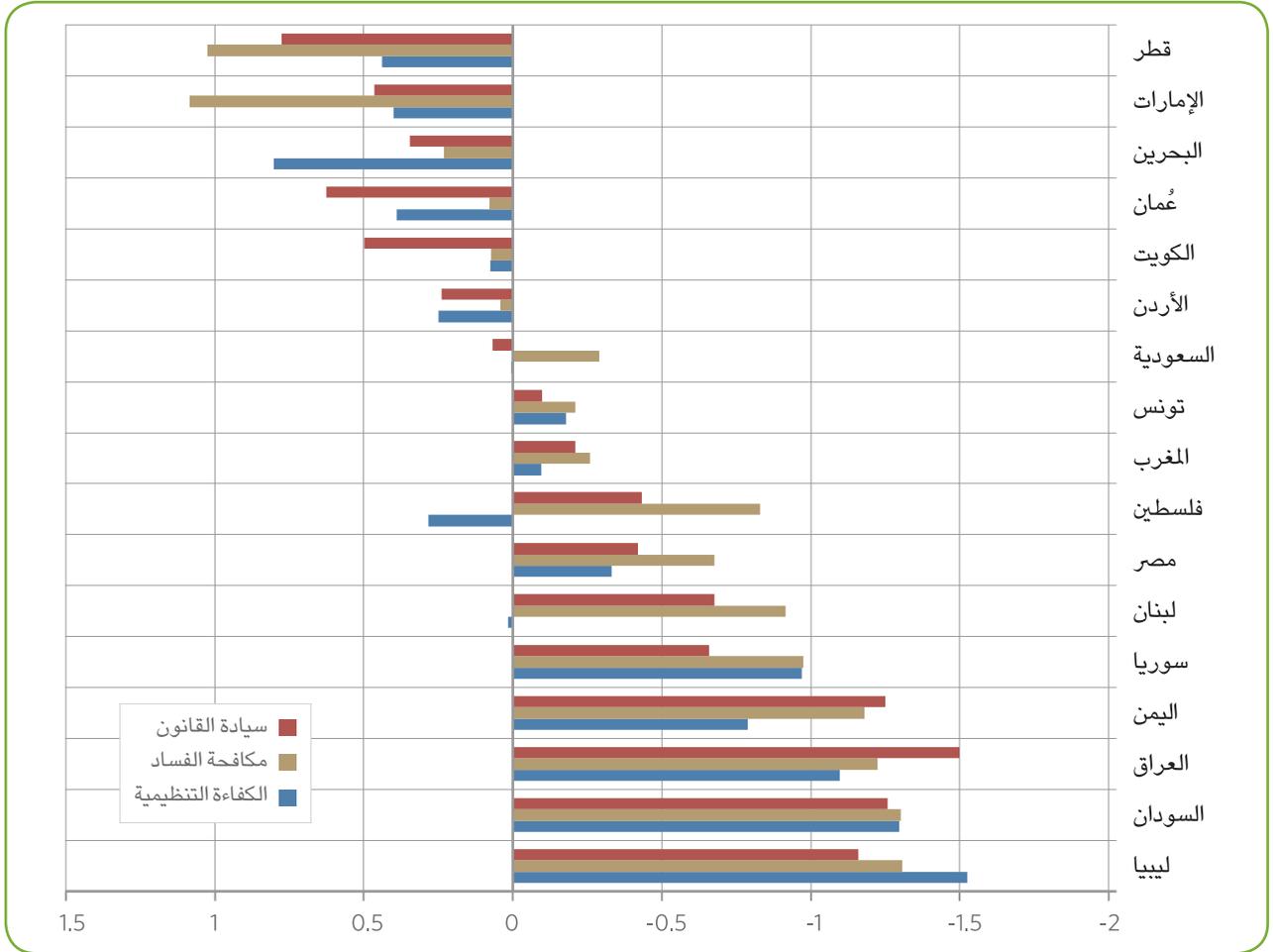
المؤهلين للاستفادة من خدماتها. غير أن طرق عملها تعتبر مهينة في نظر البعض، والمساعدة التي تقدمها تكون عادةً مشروطة. وليس من الواضح إلى أي مدى يلتزم عمل هذه المنظمات بنهج الحقوق.

والحصول على أموال الزكاة هو حق مشروع للفقراء، بمقتضى منظومة القيم لدى المسلمين، لا يُترجم بالضرورة إلى حق قانوني تلتزم الدولة بإنفاذه، في ما يُشبه نهج الحقوق. وهكذا، لا يمكن اعتبار المؤسسات الدينية وغيرها من منظمات المجتمع المدني جزءاً من نظام الحماية الاجتماعية أو من منظومة الرعاية الفعالة، ما لم تعمل بالتنسيق والشراكة مع الدولة، في إطار يضمن استدامة الخدمات وجودتها وكفاءتها.

وباستطاعة القطاع الخاص أن يساهم في منظومة الرعاية المتعددة الأطراف، بما يملكه من مرونة، وقدرة على التمويل، وكفاءة في تحديد موقع مميّز في السوق. وفي بعض الحالات، يستطيع القطاع الخاص أن يؤدي دوراً رائداً في تأمين الخدمات الاجتماعية، وأن يدفع الحكومة إلى اتخاذ إجراءات حاسمة، مثل تعميم التعليم ما قبل المدرسي، وحتى أن يحدث تغييراً في المجتمع، مثل السماح للفتيات بممارسة الألعاب الرياضية في المدارس كما في المملكة العربية السعودية. وتكمن ميزة القطاع الخاص في قدرته على تأمين الخدمات المدرجة في سلم منظومة الرعاية الاجتماعية. ولعل من المجدي أن يعمد القطاع العام إلى بناء شراكات مع القطاع الخاص للاستفادة من قوته في منظومة الرعاية الاجتماعية، والحرص على إيصال الخدمات بالتساوي إلى الجميع، وذلك من خلال تنظيم مساهمة هذا القطاع أو تقديم الدعم الحكومي له، عند الاقتضاء.

ويتوقف إشراك جهة معيّنة دون سواها في منظومة الرعاية الاجتماعية على عدة عوامل، منها الهيكل الاجتماعي القائم والاعتبارات الثقافية السائدة والعلاقات بين المواطنين والدولة. ففي حالات انعدام الثقة بالخدمات العامة، بفعل تفشي الفساد وتردي جودة

الشكل 15- مجموعة من مؤشرات الحوكمة في عدد من البلدان العربية، 2011



المصدر: البنك الدولي، قاعدة بيانات مؤشرات الحوكمة على الصعيد العالمي.  
 ملاحظة: هذه المؤشرات هي أرقام قياسية كلية تستند إلى وجهات نظر المحللين والخبراء وأوساط الأعمال، وتتراوح قيمتها بين (-2) و(+2). يقيس مؤشر الكفاءة التنظيمية الآراء في قدرة الحكومة على وضع وتنفيذ سياسات وأنظمة فاعلة تشجع تنمية القطاع الخاص، وذلك حسب وجهات النظر العامة؛ ويقيس مؤشر مكافحة الفساد الآراء في مدى استغلال السلطة العامة لتحقيق مكاسب خاصة، بما في ذلك أشكال الفساد بالمعنى الضيق أو الواسع، وهيمنة الطبقات الحاكمة والمصالح الخاصة على الدولة؛ ويقيس مؤشر سيادة القانون الآراء في مدى ثقة المعنيين في نظم وقوانين المجتمع والتزامهم بها، ولا سيما مستوى تنفيذ الاتفاقات، وحقوق الملكية، والشرطة، والمحاكم، واحتمال وقوع الجرائم واللجوء إلى العنف.

ويتضح من ذلك أن الدول التي تشكو من ضعف في الكفاءة التنظيمية وفي القطاع العام لا تستطيع بالضرورة الاستعانة بالقطاع الخاص أو بالمجتمع المدني لتأمين الحماية الاجتماعية. فإذا كان ضعف الكفاءة الإدارية والقدرة على تحديد الفئات المؤهلة للحصول على المساعدة وتفشي الفساد هي العوامل التي أدت إلى قصور الخدمات العامة، فقد لا يكون الحل في مجرد تلزيم هذه الخدمات إلى جهات خارجية متعددة،

الخدمات وضعف أخلاقيات العمل لدى موظفي القطاع العام، قد تعمد الحكومة إلى إبرام الشراكات مع منظمات موثوقة من القطاع الخاص أو المجتمع المدني لتقديم خدمات الرعاية الاجتماعية. ولا بد من الحرص في الوقت نفسه على تنظيم عمل هذه المنظمات، كي لا تُعمق الهوة بين مختلف شرائح المجتمع أو تقوّض أساس التماسك في النسيج الاجتماعي، وحالة المنظمات الدينية التي تعنى بتأمين الخدمات في لبنان هي من الأمثلة على ذلك.

ذات غايات ومقاصد مستترة. فهذا يمكن أن يؤدي إلى مزيد من الازدواجية في الرعاية، ما لم تفرض الحكومة معايير لعمليات تقديم خدمات الرعاية، ورصدها وضمن المساواة في الحصول عليها.

ولا يمكن التسليم بتوفر شروط الكفاءة التنظيمية في الدول العربية. فوفقاً لمؤشرات الحوكمة التي وضعها البنك الدولي، يتراوح مستوى التنظيم ومكافحة الفساد وحكم القانون بين «جيد» في بلدان مجلس التعاون الخليجي «ومنخفض إلى حد ما» في السودان والعراق وليبيا واليمن (الشكل 15). ويؤدي ضعف قدرة الدولة على مكافحة الفساد إلى تقويض قدرتها على تنظيم الجهات الفاعلة غير الحكومية ونسف نظام تقديم الخدمات بأسره.

والحالات التي نجحت فيها مشاركة القطاع الخاص في منظومة الرعاية الاجتماعية هي تلك التي تستوفي شروط الكفاءة التنظيمية العالية، ومن الأمثلة مجلس الضمان الصحي التعاوني في المملكة العربية السعودية؛ والهيئة الوطنية لتنظيم المهن والخدمات الصحية في البحرين؛ وهيئة الصحة في أبو ظبي؛ وهيئة الصحة في دبي. وتقدم المدارس الخاصة في أبو ظبي، مثلاً آخر على كفاءة القطاع الخاص في تأمين الخدمات الجيدة في التعليم.

أما البلدان التي تكون فيها مشاركة الجهات الفاعلة غير التابعة للدولة تلقائية في تقديم الخدمات الاجتماعية بهدف التعويض عن ضعف الخدمات الحكومية، فكثيراً ما تشكو من ضعف الكفاءة التنظيمية. ويخشى ألا تكون هذه البلدان قادرة على الإشراف على أنشطة الجهات الفاعلة غير التابعة أو ضمان الإنصاف في تقديمها. فهي قد لا تستطيع أن تتأكد من أن تقديم خدمات الحماية الاجتماعية عن طريق هذه الجهات، بالرغم من الحاجة الملحة إليها، لن يؤدي إلى زيادة الازدواجية وإطالة أمدتها بين من هم داخل نطاق التغطية ومن هم خارجها.

ويتضح مما سبق أنه على معظم الحكومات في المنطقة العربية إعادة النظر في طبيعة وعمل الأطراف المتعددة المشاركة في منظومة الرعاية الاجتماعية، وفي سبل الوفاء بوعودها بضمن حصولهم على الحق في الضمان الاجتماعي، الذي وافق على تنفيذه 12 بلداً من أصل 17 بلداً أعضاء في الإسكوا عند توقيع العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية<sup>236</sup>. وتوصي منظومة الأمم المتحدة بتوفير حد أدنى من الحماية الاجتماعية، باعتبار هذا النهج خطوة هامة نحو مواجهة تحديات الحماية الاجتماعية في البلدان النامية، وذلك لأنه يهدف إلى تغطية الأشخاص الذين لا تغطيهم نظم الضمان الاجتماعي الحالية، وإلى توسيع هذه التغطية وتقويتها.

## أ- الآفاق المستقبلية

من أجل تحسين نظم الحماية والخدمات الاجتماعية، على الحكومات أن تضطلع بدور أكثر فعالية في تحديد منظومة الرعاية الاجتماعية، وأن توضح دورها باعتبارها المسؤولة عن ضمان الحقوق الاجتماعية لمواطنيها.

### 1- تحديد أولويات السياسات العامة فيما يتصل بتحسين الحماية والخدمات الاجتماعية الأساسية

تتوزع جهود الحكومات في الوقت الحاضر على مهام متعددة، إذ تتحمل مسؤوليات متشعبة في ضمان الخدمات والحماية الاجتماعية وتنظيمها وتأمينها. وإزاء هذا الواقع، يستحسن أن تعمد الحكومات إلى توضيح أولويات السياسات العامة وتوضيح دور القطاع العام في منظومة الرعاية الاجتماعية. ويمكن أن تركز الحكومة جهودها، مثلاً، على تأمين الخدمات الأساسية في جميع المناطق الجغرافية وجميع الفئات الاجتماعية، على أن تكون جيدة النوعية وأن تتوافق مع مفهوم الحد الأدنى الأساسي من الحماية الاجتماعية. فالتركيز على تطوير مراكز الرعاية الصحية

كفاءة خطط الرعاية بدمج البرامج المتعددة، وفرض معايير موحدة لتحديد أهلية الحصول على المساعدة، وإنشاء نظم لتبادل البيانات والمعلومات. وقد يكون تأثير الدولة على المجتمع المدني محدوداً في بعض الحالات، لكنه كثيراً ما يكون قوياً على الهيئات غير الحكومية التي تنظمها الدولة، مثل صناديق الزكاة في بعض البلدان. غير أن الخيار الأفضل هو توثيق التنسيق بين المجتمع المدني والدولة.

وقد بدأت فلسطين السير في هذا الاتجاه. وتكاثفت الحكومة مع منظمات غير حكومية، وشكلت معها فريقاً لتقديم الحماية الاجتماعية وسد احتياجات الفئات الضعيفة، من المسنين والنساء وذوي الإعاقة. وتقضي رؤية وزارة الشؤون الاجتماعية أن تكون هي الهيئة الرئيسية المسؤولة عن تنسيق جميع جهود الحماية الاجتماعية، وذلك ضمن إطار مؤسسي رسمي للتنسيق بين مختلف الوزارات والجهات الفاعلة غير الحكومية. ومن عناصر هذه الرؤية أن تتبادل جميع المنظمات المعلومات الأساسية، وأن يجري التنسيق بينها ضمن سلسلة من مذكرات التفاهم تحدد بوضوح الأدوار والمسؤوليات العائدة إلى كل جهة. وهذه المبادرة التي لا تزال في مرحلة التخطيط، هي في الواقع خطوة نحو حل مشكلة التجزئة والازدواجية في الخدمات الاجتماعية وتحسين الكفاءة في تقديمها.

وتجني نظم الرعاية الصحية فوائد كبيرة من معالجة التجزئة، ودمج الهياكل الأساسية المتعددة وترشيدها، وتنسيق مصادر التمويل.

### ٣- تحسين تغطية نظم التأمين الاجتماعي وتعزيز فرص الوصول إليها

يمكن وضع حد لتجزئة جهود تأمين الخدمات الاجتماعية من خلال توسيع نطاق نظم التأمين الاجتماعي. ويعني ذلك إتاحة شروط العمل التعاقدية للعاملين في القطاع غير النظامي، بحيث يستفيد عدد

الأولية التي تتبع معايير جودة عالية وواضحة، وعلى تأمين التعليم الابتدائي والثانوي المجاني، يتيح فرصاً متساوية لجميع المواطنين، بصرف النظر عن ظروفهم الاجتماعية، ويساعدهم في تكوين رأس مالهم البشري. وينبغي ضمان جودة هذه الخدمات من خلال الإدارة على أساس النتائج ووضع معايير واضحة للمساءلة وآليات لرصد التنفيذ.

وإذا ما ركز القطاع العام على تأمين خدمات الرعاية الصحية الأساسية، فيمكن للدولة عندئذ أن تعمل على تحسين فرص الحصول على الخدمات التكميلية، من خلال شراء هذه الخدمات من جهات غير تابعة للدولة، مثل القطاع الخاص أو المجتمع المدني، كما هي الحال في الأردن وتونس وفلسطين.

وحتى الخدمات الأساسية لا يمكن تأمينها بكفاءة ما لم تخصص لها ميزانية كافية. ولهذه الغاية، على الحكومات أن تعدّ جردة بالحقوق والمستحقات الأساسية وحساب تكاليفها، على أن يمهد ذلك لإجراء حوار وطني مع جميع أصحاب المصلحة، بهدف مناقشة حدود قدرة الدولة على تأمين الحماية والخدمات الاجتماعية.

### ٢- وضع حد لتجزئة الجهود والازدواجية في تأمين الخدمات

في منظومة الرعاية الاجتماعية الحالية، تعتمد المساعدة الاجتماعية العامة على الدعم الحكومي. وخارج هذا الإطار، تتعامل فئات الدخل المنخفض مع نظم مجزأة للمساعدة الاجتماعية، هي عبارة عن مزيج من المنظمات الدينية ومنظمات المجتمع المدني العاملة في الحقل الاجتماعي، وكلها لا تقدم سوى دعم محدود للدخل. ويؤدي هذا الوضع إلى ازدواجية وضعف في الكفاءة في تقديم الخدمات، ويضع عوائق أمام الاستفادة منها. ولتحسين كفاءة نظام الرعاية الاجتماعية ككل، وتعزيز فرص الحصول عليها، على القطاع العام تعزيز

أكبر من العاملين من نظم المعاشات التقاعدية والتأمين الصحي الاجتماعي.

ومن العقبات التي تعترض توسيع نطاق تغطية هذه النظم أن الشركات الخاصة مكلفة بدفع اشتراكات مرتفعة للضمان الاجتماعي، تزيد كلفة اليد العاملة وتفرض أعباء إضافية على الشركات، ولا سيما الصغيرة منها. ومن المقترح أن ترفع الحكومات الدعم عن الوقود، الذي يعود بالمنفعة على المؤسسات التجارية والشرائح الأقل فقراً من السكان، وأن تستعيز عن هذا الدعم بتخصيص هذه الأموال لدعم نظم التأمين الاجتماعي بهدف خفض قيمة الاشتراكات المفروضة على أصحاب العمل والعاملين.

وفي الأعوام الأخيرة، اعتمدت المؤسسة العامة للضمان الاجتماعي في الأردن نهجاً مختلفاً، وأطلقت مشروعاً وطنياً لتوسيع تغطية الضمان الاجتماعي بحيث يشمل عدداً أكبر من العاملين، والعاملين في القطاع غير النظامي، ومدبرات المنازل، والعاملين في الزراعة. وقد نُفذ المشروع على مراحل. في المرحلة الأولى، جرى توسيع التغطية بإلزام الشركات التي يتراوح عدد العاملين فيها بين عامل وأربعة عمال بالاشتراك في الضمان الاجتماعي. وقد تحقق ذلك في الفترة بين 2008 و2011. وبعد ذلك، في عام 2010، جرى تعديل التشريعات للسماح لأي شخص يرغب في الانتساب إلى الضمان بالقيام بذلك من خلال دفع اشتراكات اختيارية. وقد أتاح ذلك خدمات الضمان للعاملين في القطاع غير النظامي والعمال الزراعيين والعاطلين عن العمل. وجرى تشجيع المغتربين الأردنيين على الاشتراك الاختياري في الضمان، وفق نظام أنشئ في عام 2005. وقبل بدء المشروع في تشرين الثاني/نوفمبر 2008، كان 53.4 في المائة من العاملين المقيمين في الأردن مسجلين في الضمان الاختياري. وأوضح بحث أجرته الإسكوا إلى أن هذه النسبة ارتفعت إلى 62.4 في المائة بحلول أيلول/سبتمبر 2011.<sup>237</sup>

#### ٤- توسيع وتحسين الهياكل الاستراتيجية الأساسية لتحديد الفئات المحتاجة وتفاذي وصول الخدمات إلى غير المستحقين

تتطلب السياسات الاجتماعية الموجهة وجود هياكل استراتيجية أساسية، لا سيما في المناطق الريفية والمناطق ذات الدخل المنخفض، والقدرة على تحديد كل من يستحق الرعاية الاجتماعية وعلى منع وصولها إلى من لا يستحق. وفي هذا المجال، يمكن للقطاع العام أن يستفيد من منظمات المجتمع المدني. فعبر الشبكات الموسّعة، تستطيع منظمات المجتمع المدني أن تتحقق من أهلية طالبي الرعاية الاجتماعية، وأن تحدد الذين يستحقون هذه الرعاية، ولا يطلبونها.

وكثيرة هي البلدان التي عمدت إلى تحسين هياكلها الأساسية الاستراتيجية من أجل تحديد المحتاجين. وقد طوّر لبنان، مثلاً، البرنامج الوطني لدعم الأسر الأكثر فقراً، بهدف إنشاء نظام لدعم المحتاجين يؤمن جميع التحويلات النقدية والخدمات الاجتماعية اللازمة لتحسين مستوى معيشة الفئات الفقيرة والضعيفة.

وباستطاعة الأسر المعيشية أن تقصد مراكز هذا البرنامج المنتشرة في مختلف أنحاء البلد للتقدم بطلب للحصول على الخدمات. ويجري استعراض الطلبات المقدّمة عبر نظام آلية لاتخاذ قرارات صائبة حيادية بشأن قبولها أو رفضها وتجنب القرارات الاستثنائية<sup>238</sup>.

#### ٥- تحديد شركاء استراتيجيين لتأمين الخدمات الاجتماعية

يجب استعراض أهم مواطن قوة الحكومة ومسؤولياتها، والالتزام بتنفيذ سياسات اجتماعية تتيح لجميع الفئات أياً كان مستوى دخلها وبصرف النظر عن قدرتها على الدفع، فرصاً متكافئة للحصول على الحماية وعلى خدمات جيدة فس التلقيم والرعاية الصحة في

المناطق الريفية والحضرية. ويتطلب تحسين الخدمات تعزيز قدرات الدولة، ببناء شراكات قوية وشفافة وموثوقة مع الجهات الفاعلة. وينبغي أن تتمتع الدولة بالكفاءة اللازمة لممارسة الرقابة لتحديد مواطني قوة والقصور لدى الجهات الفاعلة، ولتنظيمها على هذا الأساس، ورصد أنشطتها وفقاً لمعايير واضحة للجودة.

### (أ) القطاع الخاص

مبادرات القطاع الخاص هي مكون أساسي من مكونات منظومة الرعاية الاجتماعية. ويستطيع هذا القطاع أن يكون شريكاً فاعلاً للحكومة بفعل قدرته على الابتكار وعلى حجز مكان له في السوق، وعلى العمل بكفاءة، وحشد رأس المال البشري والموارد المالية اللازمة. وتتميز الشركات الخاصة في الكثير من الأحيان بالكفاءة في تقديم خدمات تتجاوز نطاق تلبية الاحتياجات الأساسية، مثل التأمين الخاص أو التعليم العالي أو الخدمات الطبية المتقدمة،. وكثيراً ما تكمل هذه الشركات دور القطاع العام بتطبيق مبدأ المسؤولية الاجتماعية.

ويجب على الدولة أن تحرص على أن تعمل المؤسسات الخاصة بمبدأ المسؤولية الاجتماعية. ويقتضي ذلك أن تدفع أجوراً عادلة للعاملين فيها وتؤمن لهم ظروف عمل لائقة، كما يقتضي حصول ذوي القدرة المحدودة على ما يحتاجونه من خدمات القطاع الخاص. وتشمل الأنظمة التي يمكن أن تفرضها الدولة تحديد سقف للأسعار، ومنح الامتيازات لإدارة المستشفيات، فقط في حال تطبيق نظام دعم تناقلي قابل للاستمرار. ويمكن أيضاً أن تقدم الدولة الدعم للقطاع الخاص، على غرار بعض دول أمريكا اللاتينية التي تدعم مشاركة القطاع الخاص في التعليم.

### (ب) المجتمع المدني

بإمكان منظمات المجتمع المدني أن تكون جهات شريكة مثالية للدولة في حال نشوء احتياجات غير

متوقعة تتطلب معالجتها مرونة في التدخل، و عندما يكون من الضروري الوصول إلى بعض الفئات الضعيفة، أو عندما تحتاج الشبكات القائمة إلى المزيد من الكفاءة التنظيمية لتقديم الخدمات. وعن طريق الشراكات، تستطيع للدولة أن تستفيد من الهياكل الأساسية الاستراتيجية للمجتمع المدني، ومن قدرته على كسب ثقة الفئات الضعيفة والوصول إلى المناطق النائية. وبإمكان الدولة أن تشجع على تأمين الخدمات الاجتماعية، من خلال تقديم حوافز ضريبية أو غير ضريبية للمجتمع المدني، وفي الوقت نفسه السهر على ضمان جودة الخدمات.

وتعمل فلسطين ضمن استراتيجية الحماية الاجتماعية بنهج بناء الشراكات. وبمتضى هذا النهج، يضطلع المجتمع المدني بدور في تقديم الخدمات الاجتماعية، وكذلك القطاع الخاص، ولو بدرجة أقل.

ويبقى من الضروري الاحتراز من أي احتمال لتعميق الفوارق في البلد قد تتسبب به مشاركة المجتمع المدني في تأمين الخدمات، والحرص على أن تراعى في هذه الخدمات معايير حقوق الإنسان. وإذا ما اختارت الحكومات التعاون مع منظمات المجتمع المدني في الشأن الاجتماعي، فعليها أن تحسن اختيار الشركاء.

### ٦- تقييم الكفاءة التنظيمية للدولة واتخاذ خطوات تدريجية لتحسينها

تبين التوصيات الواردة في هذا الفصل أن نظم الرعاية الاجتماعية التي تشارك فيها أطراف متعددة تستدعي اضطلاع الحكومة بدور رئيسي، باعتبارها الجهة المسؤولة عن تنظيم آليات الرعاية و ضمان حصول ذوي الحقوق على حقوقهم والتأكد من تأمين خدمات عالية الجودة للجميع. وكفاءة الحكومة هي شرط أساسي لكفاءة منظومة الرعاية الاجتماعية. وإذا ما افتقرت الدولة إلى الكفاءة التنظيمية اللازمة، فلن

تستطيع تنظيم الترتيبات المؤسسية اللازمة ولا تفعيل آليات المساءلة لضمان خدمات جيدة النوعية<sup>239</sup>.

وعلى الدولة تقييم قدراتها التنظيمية قبل تكليف جهات أخرى بتقديم الخدمات الاجتماعية. ويتطلب وجود القدرات التنظيمية إنشاء هيئة تنظيمية مزودة بالموارد المالية والكفاءات البشرية؛ ووضع إطار تنظيمي وقضائي سليم ومتناسك. وقد أنشأت بعض بلدان المنطقة، مثل الإمارات العربية المتحدة والبحرين، هيئات للرقابة. غير أن الافتقار إلى الكفاءات الإدارية اللازمة قد يفضي إلى مأزق. فالدول التي يتعذر عليها القيام بدورها في تأمين الخدمات الاجتماعية بسبب ضعف قدراتها، من المرجح أيضاً أن تواجه صعوبات في تنظيم الجهات الأخرى التي يُستعان بها في تأمين هذه الخدمات. ولذلك، يجب تطوير قدرات الدولة عموماً وتدعيم عناصر قوتها. وكثيراً ما يكون بناء الكفاءات التنظيمية عملية طويلة الأجل، من المجدي التقدّم فيها بخطوات تدريجية ثابتة. ومن هذه الخطوات نهج الحقوق في مراقبة مدى الإنصاف في تأمين الخدمات الاجتماعية؛ ومكافحة الفساد؛ والتأكد من أن أجور العاملين تحدّد حسب مؤهلاتهم.

## باء- ضرورة إجراء مزيد من البحوث

يهدف هذا التقرير إلى تبيّن مدى انتشار مفهوم منظومة الرعاية الاجتماعية في المنطقة، والوضع الحالي للرعاية الاجتماعية على مستوى نهج الحقوق. ويوصي التقرير بإجراء مزيد من البحوث في المجالات التالية:

- مساهمة المجتمع المدني والقطاع الخاص في تأمين الخدمات الاجتماعية. وعلى وجه الخصوص، يجب إجراء مزيد من البحوث حول الفئات المستفيدة في الواقع من خدمات القطاع الخاص والمجتمع المدني.

- الجهات المتعددة المشاركة في تأمين خدمات التعليم؛ وجودة الخدمات المقدمة من جميع الجهات الفاعلة ضمن منظومة الرعاية الاجتماعية. فبيانات الالتحاق بالمدارس الخاصة تغطي جميع المدارس غير التابعة للدولة، من دون أي تمييز بين المدارس التي تديرها شركات خاصة، أو المنظمات التي لا تتوخى الربح؛ أو مؤسسات المجتمع المدني، بما في ذلك المدارس القرآنية. وبما أن فئة المدارس الخاصة تشمل مجموعة واسعة من مؤسسات التعليم، فمن الصعب تناولها بتحليل واف. وكثيراً ما يفضل الراغبون في التعليم الحصول عليه من القطاع الخاص أو من مؤسسات المجتمع المدني، بدافع الحصول على نوعية أفضل. ولا تتوفر بيانات مؤكدة حول نوعية الخدمات التي يقدمها كل من هذين القطاعين. ويتعيّن إجراء مزيد من البحوث حول النهج التي تعتمد عليها منظمات المجتمع المدني لتحديد الجهات المستحقة للمساعدة، وحول درجة التزامها بمعايير نهج الحقوق في تقديم الخدمات. ومن المجدي أيضاً إجراء تقييم واف للسبل التي يمكن للدولة من خلالها أن تشرك المجتمع المدني في تنفيذ استراتيجية للحماية الاجتماعية تركز على نهج الحقوق.

- جدوى تنفيذ إصلاحات ضريبية ووضع آليات لتوزيع الدخل عمودياً من خلال النظام الضريبي.
- دور الجهات المانحة الأجنبية في تأمين الخدمات الاجتماعية، لا سيما من خلال المجتمع المدني. فالجهات المانحة أطراف فاعلة في عدد من الدول الأعضاء، وينبغي إعداد دراسة وافية عن نفوذها ودورها في منظومة الرعاية المتعددة.
- الدور الفعلي للأسرة في الحماية الاجتماعية، وتغيّر هذا الدور مع الوقت. فالأسرة لم تعد كما في السابق إحدى الدعائم الأساسية للحماية الاجتماعية، وهذا التغيّر يستحقّ بتداعياته بحثاً وافياً.

# الملحقات





# الملحق الأول

لجنة عامة عن نظم المعاشات التقاعدية في البلدان الأعضاء في الإسكوا							
البلد	تاريخ إصدار أول قانون للمعاشات التقاعدية	تاريخ إصدار القوانين المعمول بها حالياً	الجهة المسؤولة عن دفع الاشتراكات	الفئات المستهدفة	سنة التقاعد	قيمة معاش التقاعد	تفاصيل ضمان الأهمية
الأردن	1978	2010: إصدار تشريع حول الضمان الاجتماعي	الأخير: نعم؛ صاحب العمل؛ نعم؛ الحكومة؛ نعم؛ تغطي العجز.	موظفو القطاعين العام والخاص، والوطنيون الأوردنيون العاملون في المعاشات في البلديات أو الوزارات أو المنظمات الحكومية أو الوزارات. ضمان: اختياري لجميع المقيمين والوطنيين والمغتربين.	تقاعد الشيخوخة: 60 سنة للرجال و 55 سنة للنساء، بعد الاستقالة من تقديرات الضمان لمدة 15 سنة على الأقل، وتسييد الاشتراكات لمدة 84 شهراً.	على أساس الأجر الخاضع للضمان خلال السنتين الأخيرتين وسنوات الاشتراك. يمكن دفع معاش تقاعدي ولكن مخفض في حالة التقاعد المبكر. يمكن صرف مبلغ مقطوع متوافق عليه، تحدّد قيمته حسب الاشتراكات المدفوعة.	يشترط الاستقالة من خدمات الضمان لمدة لا تقل عن 9 أشهر قبل ولادة الطفل. قيمة التقديرات تساوي قيمة الدخل خلال الأشهر الأخيرة. قد تُمنح لغاية 10 أسابيع.
الإمارات العربية المتحدة <sup>(9)</sup>	1971	2000	الأخير: نعم؛ صاحب العمل؛ نعم؛ الحكومة؛ نعم	المواطنون العاملون في الحكومة أو في القطاع الخاص	لا تقل عن 25 سنة للرجال و 22 سنة للنساء. دفع الاشتراكات لفترة لا تقل عن سنة	تقديرات إضافية لأفراد من الأسرة.	لا توجد معلومات حول التقديرات المنوحة للعاملين لحسابهم الخاص.

خطة عامة عن نظم المعاشات التقاعدية في البلدان الإسكندنافية (تابع)							
البلد	تاريخ إصدار أول قانون للمعاشات التقاعدية	تاريخ إصدار القوانين المعمول بها حالياً	الجهة المسؤولة عن دفع الاشتراكات	المستهدفة	سن التقاعد	قيمة معاش التقاعد	تقديرات ضمان الأهمية
البحرين	1976	1976: قانون التأمين الاجتماعي؛ 2006: قانون التأمين ضد البطالة.	الأخير: نعم صاحب العمل؛ نعم؛ الحكومة؛ لا.	جميع العاملين بأجر في دول مجلس التعاون الخليجي؛ ضمان اختياري لفئات محددة.	60 عاماً للرجال و55 عاماً للنساء، بعد الاشتراك لفترة لا تقل عن 10 سنوات؛ أو بعد الاشتراك 20 سنة (رجال) أو 15 سنة (نساء)، بصرف النظر عن السن.	تُحسب على أساس متوسط قيمة الأجر الخاص للضمان خلال السنتين الأخيرتين، ومدة الاشتراك. يمكن دفع بدل مقطوع، تُحدد قيمته حسب الاشتراكات.	تقديرات ضمان الأهمية
تونس	1960	1960: التشريع الخاص بالعاملين في القطاعات غير الزراعية، بدأ نفاذه في عام 1974؛ 1981: التشريع الخاص بالعاملين في الزراعة؛ 1985: التشريع الخاص بالعاملين الحكوميين؛ 1989: الخطة الزراعية الحسنة؛ 1995: التشريع الخاص بالعاملين لحسابهم الخاص؛ 2002: التشريع الخاص بالعمال ذوي الدخل المنخفض؛ 2002: التشريع الخاص بالفئاتين.	الأخير: نعم صاحب العمل نعم؛ الحكومة؛ كلا. تدعم الحكومة الاشتراكات، بهدف تعزيز النشاط الاقتصادي في المناطق المنخفضة الدخل، وتشجيع توظيف الخريجين من الشباب، والأشخاص ذوي الإعاقة، وفئات أخرى من العاملين.	موظفو القطاع الخاص باستثناء القطاع الزراعي. ضمان اختياري للتوسمين العاملين في الخارج.	تقاعد الشيخوخة: 60 سنة للرجال بعد دفع الاشتراكات لمدة 120 شهراً على الأقل، و50 سنة للنساء بعد دفع الاشتراكات لمدة 180 شهراً على الأقل. يُدفع المعاش بعد انتهاء الخدمة فقط. التقاعد المبكر: عند سن 55 سنة على الأقل، بعد دفع الاشتراكات 14 لا يقل عن 30 سنة. معاش جزئي: بعد دفع الاشتراكات لمدة 60-119 شهراً. إذا دفع المؤمن الاشتراكات لأقل من 60 شهراً، بُرد له المبالغ التي دفعها هو من الاشتراكات.	المعاش التقاعدي للشيخوخة: يُحسب على أساس متوسط الدخل خلال آخر 10 سنوات، وحسب مدة الاشتراك المدفوع. تُدفع مستحقات المعاش شهرياً، حسب حد أدنى واحد أقصى. يجوز دفع معاش مبكر لكن مخفض، حسب سن المؤمن، ومعاش جزئي مخفض حسب الاشتراكات التي سددتها. فإذا كان قد دفع الاشتراكات المترتبة عليه لمدة لم تبلغ 5 سنوات في حين تقاعد، يُصرف له مبلغ مقطوع بقيمة اشتراكاته.	برامج خاصة للموظفين الحكوميين، وأعضاء البرلمان، وأفراد القوات المسلحة، والعاملين في الزراعة، والعاملين لحسابهم الخاص، والعاملين في المنزل، والفنانين، وبعض فئات الصيادين وأصحاب الدخل المنخفض.



خطة عامة عن نظم المعاشات التقاعدية في البلدان الأعضاء في الإسكوا (تابع)							
البلد	تاريخ إصدار أول قانون للمعاشات التقاعدية	تاريخ إصدار القوانين المعمول بها حالياً	الجهة المسؤولة عن دفع الاشتراكات	المستهدفة	سن التقاعد	قيمة معاش التقاعد	تقديرات ضمان الأهمية
السودان	1974	1974 : قانون التأمين الاجتماعي 2004 : تعديل قانون 1974 .	الأجبر: نعم صاحب العمل: نعم الحكومة: لا	الوظفون والعاملون لحسابهم الخاص.	تقاعد الشيخوخة: 60 سنة بعد دفع الاشتراكات لمدة 20 سنة على الأقل. يتم تخفيض سن التقاعد في حالة العاملين في مهنة شاقة. يُصرف هذا المعاش عند نهاية الخدمة فقط. سن التقاعد المبكر: الحد الأدنى 50 سنة، بعد دفع الاشتراكات لمدة 20 سنة على الأقل.	معاش تقاعد الشيخوخة: بناء على متوسط الدخل خلال السنوات الثلاث الماضية، ومدة الاشتراك، وذلك اعتباراً من حد أدنى ولغاية حد أعلى. يجوز دفع جزء من المعاش التقاعدي كمبلغ مقطوع من دون أية فوائد. يجوز دفع معاش مبكر مخفض، على أساس الاشتراكات المدفوعة. تصحيح معاش الشيخوخة: تُدفع الاشتراكات التي سددتها صاحب العمل والأجير، ويتم دفع قيمة معاملة للاشتراكات في حال استقالة المؤمن أو صرفه من العمل.	لا يتيسر القانون على أية تقديرات
العراق	1956 : قانون صندوق الادخار	1971	الأجير: نعم؛ صاحب العمل: نعم؛ الحكومة: تقدم الإعانات.	المؤسسات الخاصة المؤلفة من 5 عاملين وأكثر.	..	..	العاملون المؤقتون، وفي الزراعة، وفي المنزل، ومع العائلة. لا توجد معلومات حول التقديرات المنوحة للعاملين لحسابهم الخاص. ترتيبات خاصة للعاملين في القطاع العام والوكالات شبه الحكومية والحامين والصحفيين.

لجنة عامة عن نظم المعاشات التقاعدية في البلدان الأعضاء في الإسكوا (تابع)

البلد	تاريخ إصدار أول قانون للمعاشات التقاعدية	تاريخ إصدار القوانين المعمول بها حالياً	الجهة المسؤولة عن دفع الاشتراكات	الفئات المستهدفة	سن التقاعد	قيمة معاش التقاعد	تقديرات ضمان الأهمية	الفئات المستهدفة من نظم الحماية الاجتماعية: الفئات الخاضعة لترتيبات خاصة
عمان	1992	1992: قانون التأمين الاجتماعي	الأجبر: نعم؛ صاحب العمل: نعم	المواطنون بين 15 و59 سنة، الموظفون في القطاع الخاص بموجب عقد عمل دائم، أو العاملون في أحد بلدان مجلس التعاون الخليجي.	تقاعد الشيخوخة: 60 سنة للرجال بعد دفع الاشتراكات لمدة 180 شهراً على الأقل و 55 سنة للنساء بعد دفع الاشتراكات لمدة 120 شهراً على الأقل. معاش مبكر: 45 - 59 سنة بعد دفع الاشتراكات لمدة 240 شهراً على الأقل (للرجال) و 180 شهراً (للنساء).	على أساس متوسط الأجر الخاضع للضمان خلال السنوات الخمس الأخيرة، ومدة الاشتراك. الحد الأدنى للمعاش التقاعدي هو 390 دولاراً أمريكياً (150 ريالاً عمانياً). الحد الأقصى للمعاش هو 80 في المائة من الراتب الخاضع للضمان.	لا يوجد.	العاملون الأجانب، العاملون في المنزل، الحرفيون، العاملون لحسابهم الخاص.
فلسطين <sup>(ع)</sup>	1954	1954: نظام قانون المعاشات التقاعدية للموظفين الحكوميين في غزة؛ 1959: نظام المعاشات التقاعدية للموظفين الحكوميين في الضفة الغربية؛ 2005: قانون التقاعد العام.	الأجبر: نعم؛ صاحب العمل: نعم؛ الحكومة: نعم؛ لوظفي القطاع العام، ولأسد العجز.	(د) يستفيد منه 15 في المائة من القوى العاملة، حسب التقديرات.	في الضفة الغربية: 60 سنة، بعد دفع الاشتراكات لمدة 40 سنة. في غزة: 60 سنة، بعد دفع الاشتراكات لمدة 15 سنة. قوات الأمن: 60 سنة، بعد دفع الاشتراكات لمدة 15 سنة.	يمكن دفع مبلغ مقطوع، حسب الاشتراكات. يمكن صرف معاش تقاعدي مبكر ولكن مخفض، على أساس الاشتراكات المدفوعة. يمكن دفع مبلغ مقطوع، حسب الاشتراكات.	....	أربعة برامج مختلفة، حسب القطاع والوقت الجغرافي. من المقرر توحيد هذه البرامج بحلول عام 2020.



لجنة عامة عن نظم المعاشات التقاعدية في البلدان الأعضاء في الإسكوا (تابع)

البلد	تاريخ إصدار أول قانون للمعاشات التقاعدية	تاريخ إصدار القوانين المعمول بها حالياً	الجهة المسؤولة عن دفع الاشتراكات	الأنشطة التجارية والصناعية والزراعية	سن التقاعد	قيمة معاش التقاعد	تقديمات ضمان الأمومة	الفئات المستهدفة	الجهة المسؤولة عن دفع الاشتراكات	الأجبر: لا؛ صاحب العمل: نعم؛ الحكومة: لا.	تاريخ إصدار القوانين المعمول بها حالياً	تاريخ إصدار القوانين للمعاشات التقاعدية	الفئات المستهدفة
لبنان	1963	1963	الأجبر: لا؛ صاحب العمل: نعم؛ الحكومة: لا.	الأجبر: لا؛ صاحب العمل: نعم؛ الحكومة: لا.	تقاعد الشيخوخة: 60 سنة. التقاعد الإزاعي عند عمر 64 سنة. يجب أن يكون التقاعد قد انتهى خدمته بعد العمل لمدة 20 سنة عن الأقل؛ أو إذا كان التقاعد امرأة، فيجب أن تكون قد تركت العمل في غضون سنة بعد زواجها. يمكن دفع تعويض مخفض، بصرف النظر عن عمر المستقبل. المطلوب أن يكون قد ترك عمله بشكل نهائي ودائم، بعد اللقاء فيه لفترة تتراوح بين 5 سنوات و 19 سنة.	يُصرف مبلغ مقطوع على أساس الدخل الذي تقاضاه المستفيد عن آخر شهر قضاة في الخدمة، أو على أساس متوسط دخله الشهري خلال السنة الأخيرة، وحسب مدة الاشتراك. قد يُدفع معاش تقاعدي مبكر ولكن مخفض، على أساس الاشتراكات المدفوعة.	تقدم الرعاية الصحية إنا كانت المستفيدة مسجلة في الضمان لمدة 3 أشهر على الأقل خلال فترة الستة أشهر السابقة.	الفئات المستهدفة من نظم الحماية الاجتماعية: الفئات الخاصة لترتيبات خاصة	جميع التقاعدين في ليبيا.	الأجبر: نعم؛ صاحب العمل: نعم؛ الحكومة: نعم.	(ب) 1980: قانون الضمان الاجتماعي؛ 1987: تشريع حول البرامج الضمان الخاصة بالأشخاص ذوي الإعاقة؛ 1998: قانون صندوق الضمان الاجتماعي.	1957	الفئات المستهدفة من نظم الحماية الاجتماعية: الفئات الخاصة لترتيبات خاصة
ليبيا	1957	1957	الأجبر: نعم؛ صاحب العمل: نعم؛ الحكومة: نعم.	جميع التقاعدين في ليبيا.	تقاعد الشيخوخة: 65 سنة للرجال و 60 سنة للنساء؛ 62 سنة للحكوميين؛ 60 سنة للعاملين في المهن الخطرة أو الضررة بالصحة، وذلك بعد دفع الاشتراكات لمدة 20 سنة. يُدفع عند نهاية الخدمة فقط.	على أساس متوسط الأجر الخاضع للضمان خلال السنوات الثلاث الأخيرة، وسنوات الاشتراك. ولا تقل قيمته عن 80 في المائة تقريباً من الحد الأدنى للراتب (200 دولار أمريكي 250 ديناراً ليبيا).	دفع أجر كامل لمدة 3 أشهر، بالإضافة إلى تقديمات أخرى.	برامج خاصة لأفراد القوات المسلحة.	الأجبر: نعم؛ صاحب العمل: نعم؛ الحكومة: نعم.	(ب) 1980: قانون الضمان الاجتماعي؛ 1987: تشريع حول البرامج الضمان الخاصة بالأشخاص ذوي الإعاقة؛ 1998: قانون صندوق الضمان الاجتماعي.	1957	الفئات المستهدفة من نظم الحماية الاجتماعية: الفئات الخاصة لترتيبات خاصة	

## خطة عامة عن نظم المعاشات التقاعدية في البلدان الإيسكوا (تابع)

البلد	تاريخ إصدار أول قانون للمعاشات التقاعدية	تاريخ إصدار القوانين المتعلقة	تاريخ إصدار القوانين المتعلقة	الجهة المسؤولة عن دفع الاشتراكات	الفئات المستهدفة	سن التقاعد	قيمة معاش التقاعد	تقديرات ضمان الأهمية	الفئات المستهدفة من نظم الحماية الاجتماعية؛ الفئات الخاضعة لترتيبات خاصة
مصر <sup>(١)</sup>	1950 : قانون الساعة الاجتماعية.	1975 : للموظفين الحكوميين والأجراء؛ 1976 : لأصحاب العمل؛ 1978 : العمال المهاجرين؛ 1980 : قانون حول توسيع نطاق التغطية.	1972 : قانون الضمان الاجتماعي؛ 1981 : تشريع لتوسيع نطاق تقديمات الضمان لتشمل العاملين في الزراعة والحراثة؛ 2004 : قانون التقاعد المبكر.	الأخير: نعم؛ صاحب العمل: نعم؛ الحكومة: نعم، لتغطية الحجز.	الأجراء (18 سنة وما فوق)، الموظفون الحكوميين (16 سنة وما فوق).	60 سنة للرجال والنساء، بعد دفع الاشتراكات لفترة لا تقل عن 10 سنوات؛ أو بعد دفع الاشتراكات 20 سنة على الأقل، بصرف النظر عن سن التقاعد.	تُحسب على أساس الكسب في ستة الأساس، ومدة الاشتراك. يُحصر معاش تقاعدي أعلى للعاملين في المهن الشاقة والخطرة. يمكن دفع معاش تقاعدي ولكن مخفض في حالة التقاعد المبكر. يمكن صرف مبلغ مقطوع، تحدد قيمته حسب الاشتراكات المدفوعة.	لغاية 3 أشهر، بمعدل 75 في المائة من الأجر الشهري.	برامج خاصة لبعض العاملين لحسابهم الخاص، وأصحاب العمل، والعاملين المهاجرين، والعمال المؤقتين والعرضيين في القطاع الزراعي، والحرفيين، وأصحاب الحيازات الصغيرة والعقارات، والعاملين في المنزل.
المغرب	1959 : قانون التأمين الاجتماعي	1972 : قانون الضمان الاجتماعي؛ 1981 : تشريع لتوسيع نطاق تقديمات الضمان لتشمل العاملين في الزراعة والحراثة؛ 2004 : قانون التقاعد المبكر.	الأخير: نعم؛ صاحب العمل: نعم؛ الحكومة: لا.	العاملون بأجر والتدريجون في معظم المهن والمجالات.	تقاعد الشيخوخة: 60 سنة (أو أقل للعاملين في المناجم). يُدفع عند نهاية الخدمة فقط. سن التقاعد المبكر: 55 سنة، بعد الاستقالة من الضمان. لا يقل عن 3240 يوماً، إذا وافق صاحب العمل على أن يدفع للصندوق الوطني للضمان الاجتماعي مبلغاً يعادل قيمة المعاش التقاعدي.	على أساس متوسط الأجر الخاضع للضمان خلال آخر 8 سنوات، ومدة الاشتراك. تُسند المستحقات شهرياً أو فصلياً. تصحح قيمة المستحقات دورياً.	راتب كامل لفترة قد تصل إلى 14 أسبوعاً	العاملون لحسابهم الخاص. برامج خاصة للموظفين الحكوميين ولفئات أخرى من الأجراء.	

لجنة عامة عن نُظم المعاشات التقاعدية في البلدان الأعضاء في الإسكوا (تابع)

البلد	تاريخ إصدار أول قانون للمعاشات التقاعدية	تاريخ إصدار القوانين المعمول بها حالياً	الجهة المسؤولة عن دفع الاشتراكات	القطاع المستهدفة	سن التقاعد	قيمة معاش التقاعد	تقديرات ضمان الأهمية	الفئات المستهدفة من نظم الحماية الاجتماعية: الفئات الخاضعة لترتيبات خاصة
المملكة العربية السعودية	1969	نقذ قانون عام 1969 في عام 1973 ؛ 2001: قانون التأمين الاجتماعي	الأخير: نعم؛ صاحب العمل: نعم؛ الحكومة: نعم؛ لتسديد التكاليف الإدارية وسد العجز.	القطاع الخاص وبعض فئات السعوديين العاملين في القطاع العام، ضمان اختياري للعاملين لحسابهم الخاص، والعاملين في الخارج، أو غير المؤهلين للاستفادة من خدمات الضمان الإلزامي.	تقاعد الشيخوخة: 60 سنة للرجال و55 سنة للنساء، بعد دفع الاشتراكات أو تقديدها لحساب المؤمن له لا يقل عن 120 شهراً. مدة الاشتراك المطلوبة أقصر للعاملين في مهام شاقة أو خطيرة. يُدفع المعاش عند نهاية الخدمة فقط.	معاش الشيخوخة: بناء على متوسط المكاسب خلال السنتين الأخيرتين، ومدة الاشتراك، وذلك لغاية حد أقصى، الحد الأدنى للمعاش هو 460 دولاراً أمريكياً (1725 ريالاً سعودياً) شهرياً. يجوز صرف مبلغ مقطوع كتسوية بدل معاش تقاعد الشيخوخة، حسب الاشتراكات المدفوعة.	---	العاملون في الزراعة ومصائد الأسماك، العاملون في المنزل، والعاملون مع العائلة، العمال الأخانب. برامج خاصة للموظفين الحكوميين وأفراد المؤسسة العسكرية. لا تتوفر معلومات حول معاش الشيخوخة لفئة العاملين لحسابهم الخاص.
اليمن	1980	1991: التشريعات الخاصة بنظم المعاش؛ 2000 و2008: تعديل التشريعات.	الأخير: نعم؛ صاحب العمل: نعم الحكومة: لا.	الموظفون الدائمون في القطاع العام، وبرامج خاصة لأفراد المؤسسة العسكرية والشرطة. موظفو القطاع الخاص، واليمنيون والعاملون في الخارج.	في القطاع العام: تقاعد الشيخوخة: 60 سنة للرجال بعد دفع الاشتراكات لمدة 15 سنة على الأقل، و55 سنة للنساء بعد دفع الاشتراكات لمدة 10 سنوات على الأقل؛ أو 50 سنة للرجال بعد دفع الاشتراكات لمدة 26 سنة على الأقل، و46 سنة للنساء بعد دفع الاشتراكات لمدة 20 سنة على الأقل. يجوز دفع هذا المعاش للمتقاعد	قيمة المعاش التقاعدي للشيخوخة: تُحسب على أساس الراتب الشهري الإجمالي، وسنوات الاشتراك المدفوع. تدفع المستحقات شهرياً، وفقاً لحد أدنى (93 دولاراً أمريكياً، أي 20000 ريال يعني)؛ وحد أقصى يعادل نسبة 100 في المائة من آخر راتب شهري إجمالي تقاضاه المؤمن، بعد تسديد اشتراكاته	..	العمال العرضيون والعمال الزراعيون والعاملون في المنزل والجارحة والصيادون والعاملون لحسابهم الخاص.



## الملحق الثاني

معدلات تغطية المعاشات التقاعدية، وإعانات البطالة، والإصابة خلال العمل في عدد من البلدان الأعضاء في الإسكوا						
البلد	نسبة السكان الذين جاوزوا السن القانونية للتقاعد ويحصلون على معاشات تقاعدية	السنة	النسبة المئوية للعاطلين عن العمل الذين يتلقون إعانات البطالة (حسب نُظم التأمين القائمة على الاشتراكات وغير القائمة عليها)	السنة	الإصابة خلال العمل: النسبة المئوية للمشاركين الفعليين/الأشخاص المشمولين بالضمان من السكان في سن العمل	السنة
الأردن	42.9	2008	..	-	17.3	2007
البحرين	36.5	2006	34.2	2008	..	..
تونس	55.1	2006	3	2008	18.7	2005
الجمهورية العربية السورية	30.5	2005	0	-	13.3	2007
السودان	3.8	2005	0	-	..	..
العراق	79.5	2004	0	-	..	..
عُمان	3.5	2008	0	-	8.3	2007
فلسطين	..	..	0	-	..	..
الكويت	43.1	2006	0	-	..	..
لبنان	23.1	2003	0	-	..	..
ليبيا	..	-	0	-	..	..
مصر	..	-	..	-	..	..
المغرب	16.0	2003	0	-	..	..
المملكة العربية السعودية	..	-	0	-	..	..
الجمهورية اليمنية	19.2	2004	0	-	4.4	2006

المصدر: International Labour Office, 2010. ملاحظة: (..) تعني عدم توفر أية بيانات؛ (---) تعني أن البلد غير معني بهذا البند.

## الملحق الثالث

نسبة المشاركة في القوى العاملة في بلدان مجلس التعاون الخليجي، حسب الجنسية أحدث البيانات المتوفرة							
البلد	المواطنون (الرجال)	الرجال من غير المواطنين	المواطنات	النساء من غير المواطنين	مجموع المواطنين	مجموع غير المواطنين	المجموع
البحرين (2010)	63.2	99.6	32.3	63.4	47.8	90.4	72.0
الكويت (2011)	37.0	83.0	27.4	58.5	32.1	73.4	58.7
عُمان	..	..	..	..	..	..	..
المملكة العربية السعودية (2012)	62.6	94.5	15.7	35.4	39.1	79.4	54.1
الإمارات العربية المتحدة (2009)	62.5	93.7	27.5	47.7	45.1	79	72.4
قطر (2012)	68.1	97.7	34.6	58.4	51.3	90.7	86.5

المصادر: الإمارات العربية المتحدة 1850: <http://www.uaestatistics.gov.ae/ReportDetailsEnglish/tabid/121/Default.aspx?ItemId=1850> &  
<http://www.qsa.gov.qa/eng/GeneralStatistics.htm>؛ قطر: حسابات الإسكوا، استناداً إلى المصادر التالية: PTID=104&MenuId=1  
[http://www.cio.gov.bh/cio\\_eng/SubDetailed.aspx?subcatid=563](http://www.cio.gov.bh/cio_eng/SubDetailed.aspx?subcatid=563)؛ الكويت: [http://www.cio.gov.bh/cio\\_eng/SubDetailed.aspx?subcatid=563](http://www.cio.gov.bh/cio_eng/SubDetailed.aspx?subcatid=563)؛  
 المملكة العربية السعودية، الإدارة المركزية للإحصاءات والمعلومات، 2012. [http://www.csb.gov.kw/Socan\\_Statistic\\_ID=18-EN.aspx](http://www.csb.gov.kw/Socan_Statistic_ID=18-EN.aspx)؛  
[http://www.csb.gov.kw/Socan\\_Statistic\\_EN.aspx?ID=18](http://www.csb.gov.kw/Socan_Statistic_EN.aspx?ID=18).  
 ملاحظة: (..) تعني عدم توفر أية بيانات؛ (---) تعني أن البلد غير معني بهذا البند.



## الملحق الخامس

النسبة المئوية لإيرادات الضرائب، حسب المصدر (آخر سنة تتوفّر عنها البيانات)				
ضرائب أخرى	الضرائب على التجارة الدولية	الضرائب على السلع والخدمات	الضريبة على الدخل، وعلى المكاسب، وعلى الأرباح الرأسمالية	
2.4	9.4	66.4	21.8	الأردن (2011)
42.0	58.0	-	-	الإمارات العربية المتحدة (2007)
0.0	85.6	3.3	11.1	البحرين (2007)
6.1	7.9	42.6	43.4	تونس (2011)
36.7	10.7	-	52.5	الجمهورية العربية السورية (2009)
8.1	28.8	51.7	11.4	السودان (2010)
0.0	0.0	40.6	59.4	العراق (2006)
22.3	30.0	0.0	47.8	عمان (2012)
0.2	31.2	62.4	6.2	فلسطين (2008)
0.0	6.0	0.0	94.0	قطر (2010)
9.1	65.6	25.3	0.0	الكويت (2011)
15.5	7.5	53.4	23.5	لبنان (2011)
6.8	14.1	-	79.0	ليبيا (2008)
6.5	7.2	39.6	46.6	مصر (2011)
7.2	7.1	49.8	35.8	المغرب (2011)
41.0	38.1	-	20.9	المملكة العربية السعودية (2011)
0.0	14.6	33.1	52.3	اليمن (2011)

المصادر: الأردن، البحرين، تونس، عمان، فلسطين، قطر، الكويت، لبنان، مصر، المغرب/ <http://databank.worldbank.org/data/views/>؛ العراق: [http://www.cbi.iq/documents/variableSelection/selectvariables.aspx?source=world-development-indicators#c\\_b](http://www.cbi.iq/documents/variableSelection/selectvariables.aspx?source=world-development-indicators#c_b)؛ ليبيا: صندوق النقد الدولي، 2009؛ المملكة العربية السعودية: صندوق النقد الدولي، 2011؛ السودان: [http://www.cbos.gov.sd/sites/default/files/annual\\_e\\_10.pdf](http://www.cbos.gov.sd/sites/default/files/annual_e_10.pdf)؛ الجمهورية العربية السورية: <http://www.banquecentrale.gov.sy/main-eg.htm>؛ الإمارات العربية المتحدة: <http://www.centralbank.ae/en/pdf/ebulletin/ebulletin2008-E.pdf>؛ اليمن: <http://www.cso-yemen.org/content.php?lng=english&id=598>. ملاحظة: (---) تعني أن البلد غير معني بهذا البند.

# الملحق السادس

الإضافات العام  
(بالنسبة المئوية من الناتج المحلي الإجمالي)

البلد	رؤاي القطاع العام <sup>(ب)</sup>	معايشات القطاع في العام <sup>(ب)</sup>	الإعانات والتحويلات الأخرى			التحويلات الاجتماعية						الرعاية الصحية <sup>(ب)</sup> 2011		التعليم الرسمي <sup>(ب)</sup>	الضمان الاجتماعي <sup>(ج)</sup>		
			معايشات القطاع في العام <sup>(ب)</sup>			معايشات القطاع في العام <sup>(ب)</sup>											
البحرين	10.2 (2007)	0.9 (2004)	2.3 (2010/2011)	0.7 (2010/2011)	0.0	0.1	0.8	3.8	2.7	2.9 (2008)	1.3 (2005)	3.8 (2006)	2.7	2.9 (2008)	2.9 (2008)	2.9 (2008)	2.9 (2008)
مصر	7.1 (2011)	3.0 (2010)	6.0 (2009)	2.0 (2009)	..	..	..	4.9	2.0	3.8 (2008)	11.5 (2007)	..	2.0	3.8 (2008)	3.8 (2008)	3.8 (2008)	3.8 (2008)
العراق	..	3.9 (2009)	1.5 (2009)	5.4 (2009)	..	..	..	..	6.7	..	..	..	6.7	..	..	..	..
الأردن	14.0 (2011)	2.0 (2005)	2.5 (2011)	1.0 (2011)	..	0.3	1.6	8.4	5.7	..	8.4 (2006)	..	8.4	..	..	..	..
الكويت	7.8 (2011)	2.7 (2007)	5.7 (2010)	0.1 (2010)	..	0.2	2.4	2.7	2.2	3.8 (2006)	9.4 (2007)	..	2.2	3.8 (2006)	3.8 (2006)	3.8 (2006)	3.8 (2006)
لبنان	8.4 (2011)	2.1 (2003)	0.1 (2008)	0.3 (2008)	..	..	..	6.3	1.6	1.6 (2011)	2.8 (1996)	..	1.6	1.6 (2011)	1.6 (2011)	1.6 (2011)	1.6 (2011)
ليبيا	..	2.1 (2001)	..	..	..	..	..	4.4	3.0	..	1.23 (2000)	..	3.0	..	..	..	..
المغرب	13.0 (2011)	2.9 (2011)	4.0 (2008/09)	1.2 (2008/09)	..	..	..	6.0	2.1	5.4 (2009)	3.0 (1999)	..	2.1	5.4 (2009)	5.4 (2009)	5.4 (2009)	5.4 (2009)
عمان	7.0 (2011)	..	..	..	..	..	..	6.6	..	..	..	..	1.9	4.3 (2009)	4.3 (2009)	4.3 (2009)	4.3 (2009)
فلسطين	..	4.0 (2009)	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
قطر	5.2 (2010)	..	..	..	..	..	..	2.9 (2010)	1.5	2.5 (2008)	..	..	1.5	2.5 (2008)	2.5 (2008)	2.5 (2008)	2.5 (2008)

الإيفاق العام (تابع)  
بالنسبة الثبوتية من الناتج المحلي الإجمالي

البلد	الرعاية الصحية		التحويلات الاجتماعية		الإعانات والتحويلات الأخرى		معايشات التقاعد في القطاع العام <sup>(ب)</sup>		رواتب القطاع العام <sup>(ب)</sup>	البلد	
	2011 <sup>(هـ)</sup>	القطاع العام	التحويلات الاجتماعية	الإعانات والتحويلات الأخرى	معايشات التقاعد في القطاع العام <sup>(ب)</sup>	رواتب القطاع العام <sup>(ب)</sup>					
الجمهورية العربية السورية	5.6 (2008)	2.5	3.7	..	1.1% <sup>(و)</sup> (2011)	0.2 (2010)	9.7 (2010)	..	..	الجمهورية العربية السورية	
السعودية	..	..	..	..	..	..	..	..	..	السعودية	
السودان	0.3 (2003)	..	2.4	8.4	..	..	..	..	..	السودان	
الجمهورية العربية السورية	1.2 (1999)	5.1 (2009)	1.8	3.7	..	..	..	..	1.3 (2004)	الجمهورية العربية السورية	
تونس	7.5 (2007)	6.2 (2010)	3.4	6.2	3.3	1.5 (2011)	2.6 (2011)	14.6 (2011)	4.3 (2003)	10.6 (2011)	
الإمارات العربية المتحدة	..	1.1 (2004)	2.5	3.3	..	..	..	..	..	الإمارات العربية المتحدة	
اليمن	4.7 (2004)	5.2 (2008)	1.1	5.5	0.7	0.1 (2008)	13.6 (2008)	..	1.5 (2004)	..	
منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية	..	5.6 (2009)	7.6	12.3	6.0 <sup>(د)</sup> (2009)	1.6 <sup>(د)</sup> (2009)	1.4 <sup>(د)</sup> (2009)	..	18.9 (2011)	7.7 (2005-2012)	3.7 (2011)

الانفاق العام (تابع)  
بالنسبة للتوبة من النسخ الخلى الإجمالي

	الرعاية الصحية		التحويلات الاجتماعية						الإعانات والتحويلات الأخرى		معايشات التقاعد في القطاع العام <sup>(ب)</sup>	رواتب القطاع العام <sup>(ب)</sup>	البلد
	2011 <sup>(ا)</sup>	القطاع العام	التحويلات الاجتماعية	التحويلات الاجتماعية									
الشرق الأوسط وشمال أفريقيا	7.6 (2006-2008)	4.7 (2008)	2.8	4.4	..	..	..	..	..	2.4 (2001-2011)	..	الشرق الأوسط وشمال أفريقيا	
المنطقة العربية	..	4.3 (2008)	2.6	4.2	..	..	..	..	..	2.4 (2001-2011)	..	المنطقة العربية	
بلدان أمريكا اللاتينية	7.1 (2006-2008)	4.7 (2010)	3.8	7.6	..	..	..	..	..	2.7 (2006-2011)	..	بلدان أمريكا اللاتينية	
الاتحاد الأوروبي	..	5.7 (2009)	7.8	10.2	..	..	..	..	..	25.7 (2011)	9.3 (2007-2009)	الاتحاد الأوروبي	
العالم	5.7 (2006-2008)	5.0 (2009)	6.0	10.1	..	..	..	..	..	13.5 (2011)	4.1 (2001-2012)	العالم	

ملاحظات: (..) تدل على عدم توفر أية معلومات.

(أ) البنك الدولي، بنك البيانات العالمي، 2013؛

(ب) البنك الدولي، قاعدة بيانات المعاشات التقاعدية، الإلتحاق على المعاشات التقاعدية (الربع الثالث)، <http://databank.worldbank.org/data/views/variableselection/selectvariables.aspx?source=world-development-indicators>؛

(ج) هذا الرقم لا يشمل بيانات الصحة، منظمة العمل الدولية، 2010، <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTENSIONS/0,contentMDK:23231994~menuPK:8874064~pagePK:148956~piPK:216618~thesitePK:36253,00.html>؛

(د) سيلفا وأخرون، 2013،

(هـ) بالاستناد إلى بيانات من منظمة العمل الدولية.

(و) <http://stats.uis.unesco.org>؛

(ز) صندوق النقد الدولي، 2011

(ح) <http://stats.oecd.org>؛

## الملحق السابع

### مبادرات عدد من البلدان العربية في تقديم الرعاية، 2010-2012

البلد	رواتب القطاع العام	العمل في القطاع العام	المعاشات التقاعدية	الإعانات والتحويلات العينية	التحويلات الاجتماعية	خدمات الرعاية الصحية والتعليم	المبادرات الأخرى
الأردن	كانت: الثاني/يناير 2011 الإعلان عن زيادة الأجور <sup>24</sup> ؛ آب/أغسطس 2011	آثار/مارس 2011 قررت الحكومة 21000 استحداث عمل، فرصة عمل، منها 6 000 في إدارتي الأمن العام والدرك <sup>26</sup> .	زيادة المعاشات التقاعدية لأفراد المؤسسة العسكرية بنسبة 70 في المائة <sup>27</sup> .	كانت: الثاني/يناير 2011 إلغاء الضرائب على الكيروسين والديزل، وخفضها على الغازولين، ودعم السكر وزيوت الطبخ <sup>27</sup> ؛ أيلول/سبتمبر 2011 الاستمرار في دعم الخبز <sup>28</sup> .	تموز/يوليو 2011 تمويل المشاريع الهادفة إلى تطوير خدمات الرعاية الصحية والتعليم في محافظة الكرك <sup>29</sup> ؛ تموز/يوليو 2011 تخصيص 14 مليون دولار أمريكي (10 ملايين دينار أردني) لدعم جامعة مؤتة، وبدء تنفيذ مسح للطاعين الطبي والتعليمي بهدف تحسين نوعية الخدمات <sup>30</sup> .	آثار/مارس 2011: تخصيص 57 مليون دولار أمريكي (40 مليون دينار أردني) لتنفيذ المشاريع في أشد المناطق فقراً في البلد <sup>31</sup> ؛ حزيران/يونيو 2011: تخصيص 21 مليون دولار (15 مليون دينار أردني) لإنشاء صندوق الطفلة الإنمائي، لتنفيذ مشاريع إنمائية ومشاريع لتوليد فرص العمل في محافظة الطفلة <sup>32</sup> ؛ إنشاء صندوق بقيمة 212 مليون دولار أمريكي (150 مليون دينار أردني) لتنمية المحافظات. ومن المقرر أن يتول كل من الحكومة والجمع الذي إدارة الصندوق الذي يهدف إلى إيجاد فرص عمل وتحسين الظروف المعيشية للمواطنين <sup>33</sup> .	تنفيذ برنامج لتعزيز البنى الأساسية للإمارات الشمالية خصوصاً <sup>90</sup> .
الإمارات العربية المتحدة	كانت: الأول/ديسمبر 2011: زيادة الرواتب في القطاع العام بنسبة 45 في المائة <sup>85</sup> .	آيار/مايو 2011: أيار/مايو قرار باستحداث 150 وظيفة حكومية <sup>86</sup> .	زيادة المعاشات التقاعدية لأفراد المؤسسة العسكرية بنسبة 70 في المائة <sup>87</sup> .	دعم الخبز والأرز <sup>88</sup> ؛ تشرين الأول/أكتوبر 2011: زيادة حصص المياه الجوفية الموزعة على المواطنين المؤهلين <sup>89</sup> .			

مبادرات عدد من البلدان العربية في تقديم الرعاية، 2010-2012 (تابع)

البلد	رواتب القطاع العام	العمل في القطاع العام	المعاشات التقاعدية	الإعانات والتحويلات الاجتماعية	خدمات الرعاية الصحية والتعليم	المبادرات الأخرى	
البحرين	آب / أغسطس 2011: الإعلان عن رفع الحد الأدنى للأجور؛ آب / أغسطس 2011: زيادة الأجور فعلياً؛ أيلول/سبتمبر 2011: تخصيص 1031 مليون دولار أمريكي (388.5) مليون دينار بحريني) لزيادة أجور موظفي الحكومة. <sup>7</sup>	2011: وضع خطة لاستحداث وظائف دائمة. وهدفتها استحداثات حكومية و 24 000 وظيفة و 10 وظيفية في الهيئات شبه الحكومية. <sup>80</sup>	آب / أغسطس 2011: زيادة دعم المواد الغذائية. <sup>81</sup>	تقديم إعانات لجميع الأسر بقيمة 2650 دولاراً أمريكياً. <sup>11</sup>	آب / أغسطس 2011: تقديم الخدمات في مجال خدمات التنمية لصالح الأطفال، والتعليم، وتأهيل العوقين، وخدمات التنمية، وصالح الأسرة، وذلك برعاية الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي. <sup>12</sup>	آازار/ مارس 2011: تبرعت بلدان مجلس التعاون الخليجي بقيمة 20 مليار دولار أمريكي (75 مليار ريال سعودي) لتنفيذ مشاريع إنمائية ولتعزيز فرص العمل في البحرين وقمان؛ <sup>13</sup> كانون الثاني/يناير 2012: تخصيص 551 مليون دولار أمريكي من أجل بناء مساكن بأسعار ميسورة. <sup>14</sup>	
تونس	آب / أغسطس 2011: زيادة الأجور بنسبة 4:7 في المائة. <sup>79</sup>	2011: وضع خطة لاستحداث وظائف دائمة. وهدفتها استحداثات حكومية و 24 000 وظيفة و 10 وظيفية في الهيئات شبه الحكومية. <sup>80</sup>	2011: إطلاق برنامج جديد لتوفير فرص للعمل نصف ساعات العمل المقررة في وظائف حكومية؛ منح بل شهري قدره 91 دولاراً أمريكياً (150 ديناراً)، <sup>82</sup> وتقديم خدمات التأمين الصحي، وخفض رسوم النقل العام. <sup>82</sup>	2011: إطلاق برنامج جديد لتوفير فرص للعمل نصف ساعات العمل المقررة في وظائف حكومية؛ منح بل شهري قدره 91 دولاراً أمريكياً (150 ديناراً)، <sup>82</sup> وتقديم خدمات التأمين الصحي، وخفض رسوم النقل العام. <sup>82</sup>	آب / أغسطس 2011: تقديم الخدمات في مجال خدمات التنمية لصالح الأطفال، والتعليم، وتأهيل العوقين، وخدمات التنمية، وصالح الأسرة، وذلك برعاية الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي. <sup>12</sup>	كانون الثاني /يناير 2012: إقامة 14 مليار دولار تقريباً (23 مليار دينار)، أي بزيادة قدرها 7.5 في المائة مقارنة بالسنة الماضية، وتخصيصها للتنمية الاجتماعية بشكل رئيسي. <sup>88</sup> آب / أغسطس 2011: زيادة الأجور في القطاع الخاص بنسبة 4.7 في المائة. <sup>84</sup>	

مبادرات عدد من البلدان العربية في تقديم الرعاية، 2010-2012 (تابع)							
البلد	رواتب القطاع العام	العمل في القطاع العام	المعاشات التقاعدية	الإعانات والتحويلات العينية	التحويلات الاجتماعية	خدمات الرعاية الصحية والتعليم	المبادرات الأخرى
الجزائر	أيار/مايو 2011: الإعلان عن زيادة الأجور <sup>1</sup> .	أيار/مايو 2011: انتخاب قرار باستحداث 50000 وظيفة للشباب ووظيفة العام؛ في القطاع العام؛ ومنح وظائف دائمة لـ 105000 موظف حكومي <sup>23</sup> .	التقاعدية	كانون الثاني/يناير 2011: الإعفاء مؤقتاً من الضرائب على السكر وزيوت الطبخ <sup>2</sup> ؛ أيار/مايو 2011: زيادة دعم المواد الغذائية <sup>3</sup> .	زيادة تمويل الصندوق الاجتماعي المخصص للفقراء <sup>76</sup> .	أيار/مايو 2011: تدفق الحكومة راتب ستة لكل عقد توظيف في المؤسسات الخاصة لمدة 5 سنوات <sup>77</sup> .	تخصيص 156 مليار دولار أمريكي لتنفيذ مشاريع بنى أساسية جديدة <sup>4</sup> .
الجمهورية العربية السورية	أيار/مايو 2011: انتخاب قرار باستحداث 50000 وظيفة للشباب ووظيفة العام؛ في القطاع العام؛ ومنح وظائف دائمة لـ 105000 موظف حكومي <sup>73</sup> .	أيار/مايو 2011: انتخاب قرار باستحداث 50000 وظيفة للشباب ووظيفة العام؛ في القطاع العام؛ ومنح وظائف دائمة لـ 105000 موظف حكومي <sup>73</sup> .	التقاعدية	شباط/فبراير 2011: زيادة بدل التقاعد <sup>74</sup> ؛ شباط/فبراير 2011: خفض الرسوم المحرمة على الضرائب على بعض المواد الغذائية <sup>75</sup> .	زيادة تمويل الصندوق الاجتماعي المخصص للفقراء <sup>76</sup> .	أيار/مايو 2011: تدفق الحكومة راتب ستة لكل عقد توظيف في المؤسسات الخاصة لمدة 5 سنوات <sup>77</sup> .	تموز/يوليو 2011: إطلاق مشروع الحكومة للإسكان، وهدفة إيجاد مساكن مقبولة الكلفة للمواطنين وتعزيز فرص العمل <sup>78</sup> .
العراق	تشرين الثاني/نوفمبر 2011: زيادة الرواتب <sup>20</sup> .	تشرين الثاني/نوفمبر 2011: زيادة المعاشات التقاعدية <sup>21</sup> .	التقاعدية	شباط/فبراير 2011: العودة إلى تقديم الحمص الغذائية <sup>22</sup> .	شباط/فبراير 2011: العودة إلى تقديم الحمص الغذائية <sup>22</sup> .	أيار/مايو 2011: تخصيص ملياري دولار أمريكي من أجل بناء مساكن منخفضة الكلفة <sup>23</sup> .	أيار/مايو 2011: تخصيص ملياري دولار أمريكي من أجل بناء مساكن منخفضة الكلفة <sup>23</sup> .

مبادرات عدد من البلدان العربية في تقديم الرعاية، 2010-2012 (تابع)

البلد	رواتب القطاع العام	العمل في القطاع العام	المعاشات التقاعدية	الإعانات والتحويلات العينية	التحويلات الاجتماعية	خدمات الرعاية الصحية والتعليم	المبادرات الأخرى
عمان	كانون الثاني/يناير 2012: زيادة رواتب المدرسين. <sup>50</sup>	شباط/فبراير 2011: استحداث 50000 وظيفة حكومية. <sup>51</sup>	شباط/فبراير 2011: تحسين المعاشات التقاعدية في القطاع العام. <sup>52</sup>	كانون الأول/ ديسمبر 2011: دعم الوراق العائلية. <sup>53</sup>	شباط/فبراير 2011: دفع بدل شهري بقيمة 390 دولاراً أمريكياً للباحثين عن عمل. <sup>54</sup>	تشرين الأول/ أكتوبر 2011: إطلاق البرنامج الوطني للمستين (الرعاية المنزلية) <sup>55</sup> ؛ شباط/فبراير 2012: زيادة التمويل المخصص للمستشفيات. <sup>56</sup>	شباط/فبراير 2011: زيادة الحد الأدنى للأجور. <sup>57</sup> آذار/مارس 2011: تعهدت بلدان مجلس التعاون الخليجي بالتبرع بقيمة 20 مليار دولار أمريكي (75 مليار ريال سعودي) لاستحداث فرص العمل وتنفيذ مجموعة من المشاريع الإنمائية في البحرين وعمان. <sup>58</sup> تشرين الثاني/نوفمبر 2011: إطلاق برنامج ضمان القروض لأصحاب المؤسسات الصغيرة والمتوسطة. <sup>59</sup> نيسان/أبريل 2012: زيادة تمويل برنامج الإسكان الاجتماعي. <sup>60</sup>
قطر	أيلول/سبتمبر 2011: الإعلان عن زيادة كبيرة في الرواتب. <sup>61</sup>					نيسان/أبريل 2011: زيادة فرص تقديم قروض الإسكان للرعائيا. <sup>62</sup>	

مبادرات عدد من البلدان العربية في تقديم الرعاية، 2010-2012 (تابع)							
البلد	رواتب القطاع العام	العمل في القطاع العام	المعاشات التقاعدية	الإعانات والتحويلات العينية	التحويلات الاجتماعية	خدمات الرعاية الصحية والتعليم	المبادرات الأخرى
الكويت	تموز/ يوليو وأيول/ سبتمبر 2011: زيادة الأجور <sup>34</sup> ، آثار/ مارس 2012 زيادة الأجور بنسبة 40 في المائة <sup>35</sup> .			شباط/ فبراير 2011: توزيع الرواتب العائلية الحائية للمواطنين المؤهلين لذلك، لمدة 14 شهرًا <sup>36</sup> ؛ تقديم الإعانات العائلية للبدو <sup>37</sup> .	شباط/ فبراير 2011: مصرف مبلغ مالي لرّة واحدة بقيمة 3540 دولاراً أمريكياً (1000 دينار كويتي) لجميع المواطنين الكويتيين <sup>38</sup> ، تشرين الثاني/ نوفمبر 2011: زيادة الإعانات القدمة للطلاب <sup>39</sup> .		
لبنان	أيلول/ سبتمبر 2012: الإعلان عن زيادة الأجور <sup>40</sup> .		نيسان/ أبريل 2011: زيادة دعم الطحين <sup>41</sup> ؛ أيار/ مايو 2011: زيادة دعم الوقود للعمالين في مجال التعل <sup>42</sup> .	كانون الثاني/ يناير 2011: إلغاء الضرائب والرسوم الجمركية على الرواد العائلية <sup>43</sup> .	شباط/ فبراير 2011: صرف بدل بقيمة 450 دولاراً أمريكياً لأسر تساعدها في ظل ارتفاع أسعار الرواد العائلية <sup>46</sup> .		تشرين الأول/ أكتوبر 2011: الإعلان عن رفع الحد الذي للأجور بنسبة 40 في المائة (لم يُطبق هذه الزيادة حتى الآن) <sup>43</sup> .
لبنان	شباط/ فبراير 2011: زيادة أجور بعض فئات العاملين بنسبة 150 في المائة <sup>44</sup> .						

مبادرات عدد من البلدان العربية في تقديم الرعاية، 2010-2012 (تابع)

البلد	رواتب القطاع العام	العمل في القطاع العام	المعاشات التقاعدية	الإعانات والتحويلات العينية	التحويلات الاجتماعية	خدمات الرعاية الصحية والتعليم	المبادرات الأخرى	
مصر	حزيران/ يونيو 2011: زيادة أجور الموظفين الحكوميين <sup>15</sup> ؛ تموز/ يوليو 2011: رفع الحد الأدنى للأجور <sup>16</sup> .	تراجع معدلات العمل في القطاع العام (2010- /2011- <sup>17</sup> ، 2011-2012) <sup>17</sup> .	المعاشات التقاعدية	كانون الثاني/يناير 2011: صدرت الحكومة الجديدة أمر بالإبقاء على الإعانات <sup>18</sup> .	شباط/ فبراير 2011: تقديم إعانات بقيمة ملياري دولار أمريكي للحد من الارتفاع الحاد في أسعار المواد الغذائية الأساسية <sup>48</sup> .	شباط/ فبراير 2011: تقديم مساعدة مالية لجميع التلاميذ لدة شهرين، وتقديم مساعدة مالية شهرية قدرها 533 دولاراً (2000 ريال سعودي) لجميع الباحثين عن عمل <sup>67</sup> ؛ آذار/ مارس 2012: يحصل اليوم أكثر من مليون شخص سعودي على إعانات البطالة <sup>68</sup> .	شباط/ فبراير 2011: تخصيص 4.3 مليار دولار أمريكي (16 مليار ريال سعودي) لوزارة الصحة، لزيادة نطاق الخدمات الطبية التي تشمل جميع المحافظات، وإنشاء مراكز صحية جديدة لتقديم العلاج	خصص مجلس الوزراء 71 مليار دولار أمريكي (490.6 مليار جنيه مصري) من ميزانية السنة المالية 2011-2012 لتنفيذ برامج اجتماعية <sup>19</sup> .
المغرب	نيسان/ أبريل 2011: زيادة رواتب الموظفين الحكوميين بقيمة 73 دولاراً أمريكياً (600 دينار مغربي) <sup>47</sup> .	شباط/ فبراير 2011: استخدام 60000 وظيفة جديدة في القطاع العام <sup>65</sup> .	المعاشات التقاعدية	شباط/ فبراير 2011: تقديم إعانات بقيمة ملياري دولار أمريكي للحد من الارتفاع الحاد في أسعار المواد الغذائية الأساسية <sup>48</sup> .	شباط/ فبراير 2011: تقديم مساعدة مالية لجميع التلاميذ لدة شهرين، وتقديم مساعدة مالية شهرية قدرها 533 دولاراً (2000 ريال سعودي) لجميع الباحثين عن عمل <sup>67</sup> ؛ آذار/ مارس 2012: يحصل اليوم أكثر من مليون شخص سعودي على إعانات البطالة <sup>68</sup> .	شباط/ فبراير 2011: تخصيص 4.3 مليار دولار أمريكي (16 مليار ريال سعودي) لوزارة الصحة، لزيادة نطاق الخدمات الطبية التي تشمل جميع المحافظات، وإنشاء مراكز صحية جديدة لتقديم العلاج	تشريع الأول/ أكتوبر 2011: الإعلان عن الخطط المتصلة بمساهمة الشركات في صندوق جديد للتضامن الاجتماعي <sup>49</sup> .	
المملكة العربية السعودية	تحديد الحد الأدنى للأجور بقيمة 800 دولار أمريكي (3 000 ريال سعودي)؛ منح مكافأة قيمتها راتب شهرين <sup>63</sup> ؛ تقديم بدل تضخم لوظفي الدولة إلى أجل غير مسمى <sup>64</sup> .	شباط/ فبراير 2011: استخدام 60000 وظيفة جديدة في القطاع العام <sup>65</sup> .	المعاشات التقاعدية	شباط/ فبراير 2011: تقديم إعانات بقيمة ملياري دولار أمريكي للحد من الارتفاع الحاد في أسعار المواد الغذائية الأساسية <sup>48</sup> .	شباط/ فبراير 2011: تقديم مساعدة مالية لجميع التلاميذ لدة شهرين، وتقديم مساعدة مالية شهرية قدرها 533 دولاراً (2000 ريال سعودي) لجميع الباحثين عن عمل <sup>67</sup> ؛ آذار/ مارس 2012: يحصل اليوم أكثر من مليون شخص سعودي على إعانات البطالة <sup>68</sup> .	شباط/ فبراير 2011: تخصيص 4.3 مليار دولار أمريكي (16 مليار ريال سعودي) لوزارة الصحة، لزيادة نطاق الخدمات الطبية التي تشمل جميع المحافظات، وإنشاء مراكز صحية جديدة لتقديم العلاج	شباط/ فبراير 2011: تخصيص 66.7 مليون دولار أمريكي تقريباً (250 مليون ريال سعودي) لإنشاء 500 وحدة سكنية للعاملين السعوديين لزيادة قروض الإسكان التي يقدمها صندوق التنمية العقارية من 80 000 دولار أمريكي إلى 133 000 دولار (من 500 000 إلى 300 000 ريال سعودي) <sup>70</sup> .	

## مبادرات عدد من البلدان العربية في تقديم الرعاية، 2010-2012 (تابع)

البلد	رواتب القطاع العام	العمل في القطاع العام	المعاشات التقاعدية	الإعانات والتحويلات العينية	التحويلات الاجتماعية	خدمات الرعاية الصحية والتعليم	المبادرات الأخرى	
اليمن	شباط/فبراير 2011: زيادة رواتب موظفي القطاع العام وأفراد الجيش بنسبة 30 في المائة. <sup>91</sup>	شباط/فبراير 2011: إعطاء تعليمات بتوظيف 25 في المائة من خريجي الجامعات (نحو 60000 شخص) في القطاع العام. <sup>92</sup>			توسيع نطاق صندوق الضمان الاجتماعي ليشمل 500000 عائلة إضافية. <sup>93</sup> صرف راتب شهري مؤقت للمتخرجين حديثاً. <sup>94</sup>	شباط/فبراير 2011: إعفاء الطلاب من دفع رسوم الدراسة. <sup>95</sup>	ضخ الرساميل في المؤسسات الائتمانية المتخصصة من أجل تيسير شطب الديون وزيادة الأقران بضمان الرهن العقاري. <sup>71</sup>	كانون الثاني/يناير 2011: تخفيض الضرائب على الرواتب بنسبة 50 في المائة. <sup>96</sup>

# الحواشي





- Al-Halawani and others, 2006. .36
- African Development Bank, 2012. .37
- Nakhimovsky and others, 2011. .38
- World Bank, 2012a. والمؤشرات هي: معدل وفيات الرضع والأطفال دون سن الخامسة، والتقزم، ونقص الوزن، والإسهال، والتهابات الجهاز التنفسي الحادة، والحمى. .39
- Partnerships for Health Reform, 2001. .40
- حدد البنك الدولي عتبة النفقات في حال الكوارث بنسبة 10 في المائة من الدخل الإجمالي للأسر المعيشية. وشمل التقييم تونس، والضفة الغربية وقطاع غزة، ولبنان، ومصر، واليمن. Elgazzar and others, 2010. .41
- Yemen National Health Accounts Team and Partners for Health Reformplus, 2006. .42
- WHO, 2006b. .43
- Qatar, Supreme Council of Health, 2011. .44
- Nakhimovsky and others, 2011. .45
- البنك الدولي، 2009. .46
- المرجع نفسه. .47
- الإسكوا وجامعة الدول العربية، 2013. .48
- منظمة الأمم المتحدة للتربية والعلم والثقافة، التقرير العالمي لرصد التعليم للجميع. .49
- USAID, 2004. .50
- البنك الدولي، 2009. .51
- African Development Bank, 2012. .52
- منظمة الأمم المتحدة للتربية والعلم والثقافة، التقرير العالمي لرصد التعليم للجميع. .53
- USAID, 2004. .54
- Salehi-Isfahani and others, 2012. .55
- البنك الدولي، 2009. .56
- المرجع نفسه. .57
- منظمة الأمم المتحدة للتربية والعلم والثقافة، التقرير العالمي لرصد التعليم للجميع. .58
- ، 2012. .59
- Kawar and Tzannatos, 2012. .60
- Cammett, 2013. .61
- هيئة المعرفة والتنمية البشرية، 2013. .62

## الفصل الثالث

- البنك الدولي، قاعدة بيانات مؤشرات التنمية البشرية، 2012. .63
- هيئة المعرفة والتنمية البشرية، 2013. .64
- المرجع نفسه. .65

## الفصل الأول

1. سيلفا وآخرون، 2013. .1
- Powell, 2007. .2
- Huber, 1996. .3
- Haggard and Kaufmann, 2008. .4
- Schwartz and Ter-Minassian, 2000. .5
- Esping-Anderson, 1990. .6
- المرجع نفسه. .7
- Haggard and Kaufmann, 2008. .8
- لهذا السبب، لم تناقش قضية الرعاية الأسرية بالتفصيل في هذا التقرير، بل هي مشروع دراسة منفصلة. انظر أيضاً: ESCWA, 2013a. .9
- Hansmann, 1987. .10
- Abdou and others, 2010. .11

## الفصل الثاني

12. لمزيد من المعلومات يمكن مراجعة الملحق 1. .12
- يتضمن الملحق 2 بيانات عن معاشات التقاعد. .13
- الملحقان 3 و4. .14
- للإطلاع على البيانات المتعلقة بتعويضات إنهاء الخدمة وفترة الإشعار يمكن مراجعة البنك الدولي، 2011 أ. .15
- ، 2013. .16
- هـ. .17
- هـ. .18
- Loewe, 2004. .19
- Nasr, 2001. .20
- ، 2013. .21
- Korayem, 2011. .22
- ، 2013. .23
- El Mekkaoui and Johnson, 2012. .24
- Palacios and Sluchynsky, 2006. .25
- ، 2013. .26
- هـ. .27
- ، 2013. .28
- Marotta and others, 2011. .29
- الإسكوا وجامعة الدول العربية، 2013. .30
- المرجع نفسه. .31
- المرجع نفسه. .32
- Nakhimovsky and others, 2011. .33
- WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean, 2010a. .34
- WHO, 2006a. .35

- .about-us/publications/the-saudi.html .66 المرجع نفسه.
- Abdou and others, 2010. .102 <http://www.localiban.org/spip.php?article5190>. .67
- .103 المرجع نفسه. .68 Cammett, 2013. ويمكن الاطلاع على الفصل الخامس الذي يشرح بالتفصيل الخدمات التي يقدمها المجتمع المدني.
- <http://www.efe.org/internal.php?url=about-us>. .104 .69 Kronfol, 2004.
- <http://www.aljisir.ma/qui-sommes-nous/presentation-dal-jisir>. .105 .70 Kronfol, 2012b.
- html. .106 Harik, 1994. .71 Saeed, 2011.
- .107 Saeed, 2011. .72 Arfa and Elgazzar, 2013.
- .108 UNESCO, 2011a. .73 Sen and Faisal, 2012.
- UNESCO International Bureau of Education, 2006. .109 .74 WHO, 2006c; WHO, 2006d.
- .110 UNESCO, 2004. .75 Kronfol, 2012b.
- .111 UNESCO, 2011b. .76 ديلاويت، 2011.
- .112 Saeed, 2011. .77 اليونسكو، مسح مؤشرات التعليم في العالم.
- .113 Sen and Faisal, 2012. .78 المرجع نفسه.
- .114 Nandakumar and others, 2000. .79 Lebanon, Ministry of Education and Higher Education, 2010.
- .115 WHO, 2006c. .80 El-Katiri and others, 2011.
- .116 Akkari, 2010. .81 Garcia, 2013.
- .117 Skoun, 2011. .82 Sen and Faisal, 2012.
- .118 الإسكوا، 2012. .83 WHO, 2006b.
- .119 UNDP and the Institute of National Planning, Egypt, 2010. .84 International Social Security Association, 2008.
- .120 <http://www.pm.gov.tn/pm/actualites/actualite.php?id=4153&lang=en>. .85 WHO, 2006c.
- .121 Hartmann, 2008. .86 IRIN. 2004.
- .122 Akkari, 2010. .87 WHO, 2006e; WHO, 2006f.
- .123 <http://www.theguardian.com/world/2013/may/05/saudi-arabia-allows-women-sport>. .88 Robalino, 2005.
- .124 El-Zanaty and Gorin, 2007. .89 يشمل الإنفاق الخاص على الرعاية الصحية النفقات المباشرة للأسر المعيشية (الإنفاق من الأموال الخاصة)، والتأمين في الشركات الخاصة، والتبرعات الخيرية، والمدفوعات المباشرة من الشركات الخاصة لقاء الخدمات. والنسبة المئوية لخطط التأمين المسبقة الدفع هي أحد مؤشرات تمويل أنظمة الرعاية الصحية. .90 Almalki and others, 2011.
- .125 Tiltnes and others, no date. .91 مجلس الضمان الصحي التعاوني، التقرير السنوي، 2011.
- .126 OECD, 2012. .92 <http://www.data.un.org>.
- .127 Cammett, 2013. .93 Lester, 2011.
- .128 OECD, 2012. .94 Yusuf and Bahari, 2011.
- .129 Daily Star, 2013. .95 [www.ameinfo.com/zain-kuwait-awarded-special-recognition-corporate-323228](http://www.ameinfo.com/zain-kuwait-awarded-special-recognition-corporate-323228).
- .130 Brosk and others, 2000. .96 Zain, 2013.
- .131 WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean, 2010b. .97 (خ).
- .132 WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean, 2006. .98 المرجع نفسه.
- .133 Saeed, 2011. .99 المرجع نفسه.
- .134 WHO, 2006a. .100 Jamali, 2009.
- .135 [www.kinghussein.gov.jo/resources4.html](http://www.kinghussein.gov.jo/resources4.html). .101 مؤسسة الملك خالد الخيرية، <http://www.accountability.org/>.
- .136 WHO, 2006c; WHO, 2006g. .102
- .137 [http://magharebia.com/en\\_GB/articles/awi/features/2012/10/19/feature-02](http://magharebia.com/en_GB/articles/awi/features/2012/10/19/feature-02). .103
- .138 Hartmann, 2008. .104
- .139 <http://apps.who.int/gho/data/view.main>. .105
- .140 Kronfol, 2004. .106

141. ديلويت، 2011.
142. Oxford Business Group, 2011.
143. Nereim, 2013.
144. دولة الكويت، الإدارة المركزية للإحصاء، 2012.
145. WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean 2010a.
146. Bahrain, Economic Development Board, 2013.
147. www.haad.ae/haad/tabid/59/Default.aspx.
148. Dubai Health Authority, 2012.
149. ديلويت، 2011.
150. Akoum, 2012.
151. El Hosseiny, 2010.
152. Kohl and Hunter, 2013.
153. Loveluck, 2012.
154. World Bank, 2007.
- أنهم جميع من يمكن أن يفيد الأمة الإسلامية. Kahf, no date.
179. السلطة الفلسطينية، وزارة الشؤون الاجتماعية، 2010.
180. Alterman and Hippel, 2007.
181. الخمس هو خمس المال الذي يغنمه المسلم ويزيد عن مؤنثه السنوية. والخمس واجب عند الشيعة فقط وليس عند السنة.
182. Almustafa (forthcoming).
183. Jarhum (forthcoming).
184. http://www.social-protection.org/gimi/gess/ShowWiki.action?wiki.wikild=1207
185. Harmsen, 2008, p. 249.
186. Almustafa (forthcoming).
187. المرجع نفسه.
188. Harmsen, 2008.
189. المرجع نفسه.
190. المرجع نفسه.
191. www.zakat.org.lb
192. Harmsen, 2008.
193. Flanigan and Abdel-Samad, 2008.
194. Baylouny, 2010.
195. المرجع نفسه.
196. ESCWA, 2013b. www.amelassociation.org
197. http://www.civilsociety-jo.net/en/index.php/about
198. Morocco, Conseil Economique et Social, 2012.
199. http://amh.ma/decouvrir/services-et-programmes
200. http://www.sawirisfoundation.org
201. Harik, 1994.
202. NGO Development Center, 2012.
203. الهيئة الخيرية الإسلامية العالمية، 2010.
204. سيلفا وآخرون، 2013.
205. World Bank, 2012b.
206. Flanigan and Abdel-Samad, 2008.
207. Benthall, 2009.
208. Fletcher, 2011.
209. Almustafa (forthcoming).
210. Flanigan and Abdel-Samad, 2008.
211. Pioppi, 2011.
212. Harb, 2008.
213. Jawad, 2009.
214. ESCWA, 2013b.
215. المرجع نفسه.
216. Harmsen, 2008.
217. المرجع نفسه.
218. Lundblad, 2011.
219. Harmsen, 2008.
220. ديلويت، 2011.
221. Oxford Business Group, 2011.
222. Nereim, 2013.
223. دولة الكويت، الإدارة المركزية للإحصاء، 2012.
224. WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean 2010a.
225. Bahrain, Economic Development Board, 2013.
226. www.haad.ae/haad/tabid/59/Default.aspx.
227. Dubai Health Authority, 2012.
228. ديلويت، 2011.
229. Akoum, 2012.
230. El Hosseiny, 2010.
231. Kohl and Hunter, 2013.
232. Loveluck, 2012.
233. World Bank, 2007.
- الفصل الرابع**
155. Pioppi, 2007.
156. NGO Development Center, 2012.
157. Jawad, 2009.
158. http://www.makassed.org.lb/education.html#n4
159. Flanigan and Abdel-Samad, 2009.
160. www.makassed.org.lb/donation.html#2
161. Hartmann, 2008.
162. UNDP, 2010.
163. Pioppi, 2011.
164. Bouzoubaa, 1998.
165. http://english.islamic-ec.edu.jo/en-us/theworldofiec/mission.aspx.
166. "اليتيم" في اللغة العربية هو الذي توفي والده، وهذا هو التحديد الذي تستخدمه الجمعيات الخيرية الإسلامية. و"الأُسرة اليتيمة" هي المؤلفة من أم وأطفال دون السن القانونية.
167. Harmsen, 2008.
168. المرجع نفسه.
169. Cammett, 2013.
170. Flanigan and Abdel-Samad, 2008.
171. Sen, 1994.
172. http://www.bbc.co.uk/news/world-middle-east-12504820.
173. Sen, 1994.
174. Farag, 2009.
175. http://islamicc.org/ar/.
176. الإسكوا، 2013، ب، الفقرة 40.
177. يرتفع المقدار بالنسبة إلى المحاصيل الزراعية والمعادن.
178. يعتبر بعض العلماء أن هؤلاء هم الذين دخلوا في الإسلام حديثاً، يعطون من الزكاة تأليفاً لقلوبهم، في حين يرى آخرون

- Baylouny, 2010. .220  
ESCWA, 2013b. .221  
<http://sites.birzeit.edu/cds/opinionpolls/list.html>. .222  
Frayha, 2010. .223  
Harmsen, 2008. .224  
ESCWA, 2013b. .225  
Jarhum (forthcoming). .226  
المرجع نفسه. .227  
ESCWA, 2013b. .228  
Almustafa (forthcoming) and Minor (forthcoming). .229  
Elbayar, 2005. .230  
Harb, 2008. .231  
Elbayar, 2005. .232  
Benthall, 2009. .233  
Lundblad, 2011. .234  
ESCWA, 2013b. .235

### الفصل الخامس

- .236 الأردن والبحرين وتونس الجمهورية العربية السورية والسودان  
والعراق والكويت ولبنان وليبيا ومصر واليمن.  
.237 بالاستناد إلى تحليل أجرته الإسكوا في عام 2012 حول توسيع  
نطاق الحماية الاجتماعية في الأردن.  
.238 البنك الدولي، 2011، ب.  
.239 البنك الدولي، 2004.

# المراجع





## المراجع باللغة العربية:

- الدستور. (2011). البخيت: «أحداث الداخلية» خروج عن المؤلف من قبل القلة وسنواجه الأمر بمنتهى الجدية. 26 آذار/ مارس. [www.addustour.com](http://www.addustour.com).
- جريدة الغد (2011). البخيت: «الحكومة ملتزمة باستحداث 21 ألف وظيفة وفرصة عمل العام الحالي». 4 آذار/ مارس. [www.alghad.com/index.php/article/418688.html](http://www.alghad.com/index.php/article/418688.html).
- الملا، أ. (2012). توحيد مزايا التقاعد للقطاعين العام والجاري. الأيام، 31 آذار/ مارس. [www.alayam.com/News/](http://www.alayam.com/News/) [www.alayam.com/News/First/58027](http://www.alayam.com/News/First/58027).
- الناس. (2011). زيادة في رواتب المتقاعدين بداية 2012. 19 تشرين الثاني/ نوفمبر. <http://www.alnaspaper.com/inp/view.asp?ID=5543>.
- الوسط. (2011). الحد الأدنى للرواتب سيرتفع من 300 دينار إلى 402 دينار. 2 آب/ أغسطس. [www.alwasatnews.com/3251/news/read/575592.html](http://www.alwasatnews.com/3251/news/read/575592.html).
- عسير. (2011). نص كلمة خادم الحرمين الشريفين والأوامر الملكية للشعب السعودي الكريم. 18 آذار/ مارس. [www.1asir.com/as/showthread.php?t=159360](http://www.1asir.com/as/showthread.php?t=159360).
- بيبرس، س. (2011). إطلاق برنامج دعم المشاريع الصغيرة والمتوسطة خلال أسابيع. جريدة الغد، 22 تشرين الثاني/ نوفمبر. [www.mop.gov.jo/arabic/pages.php?menu\\_id=local\\_type=1&local\\_id=854&local\\_details=1&local\\_details1&141](http://www.mop.gov.jo/arabic/pages.php?menu_id=local_type=1&local_id=854&local_details=1&local_details1&141).
- ديلويت (2011). استطلاع ديلويت 2011 لقطاع الرعاية الصحية في الإمارات العربية المتحدة: التحوّل إلى مركز للرعاية المتخصصة يوفر للإمارات فوائد تنافسية مستدامة. بيروت: ديلويت أند توش.
- اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا (الإسكوا) وجامعة الدول العربية (2013). التقرير العربي أهداف الإنمائية للألفية. بيروت.
- الإسكوا (2011). مجموعة الاحصاءات والمؤشرات الاجتماعية، 2010-2011: المجتمع العربي، العدد 10.
- الإسكوا (2012). السياسة الاجتماعية المتكاملة، التقرير الرابع: أسواق وسياسات سوق العمل في منطقة الإسكوا. بيروت.
- البيار، ك. (2005). قوانين المنظمات غير الحكومية في دول عربية مختارة. مجلة الدولي لقوانين المنظمات غير الهادفة للربح، العدد 7، المجلد 4، سبتمبر.
- غانمي، م. (2011). تونس ترفع الأجور. مغربية. 3 آب/ أغسطس. [http://magharebia.com/ar/articles/awi/feature-02?change\\_locale=true/04/08/features/2011](http://magharebia.com/ar/articles/awi/feature-02?change_locale=true/04/08/features/2011).
- غانمي، م. (2012). تونس تصادق على الموازنة العامة لعام 2012. مغربية. 3 كانون الثاني/ يناير. [http://magharebia.com/ar/articles/awi/features/2012/feature-03?change\\_locale=true/03/01/magharebia.com/ar/articles/awi/features/2012](http://magharebia.com/ar/articles/awi/features/2012/feature-03?change_locale=true/03/01/magharebia.com/ar/articles/awi/features/2012).
- منظمة العمل الدولية وبرنامج الأمم المتحدة الإنمائي. (2012). نظرة جديدة إلى النمو الاقتصادي. جنيف.
- صندوق النقد الدولي. (2009). الجماهيرية العربية الليبية الشعبية الاشتراكية، التقرير القطري رقم 294/09. واشنطن العاصمة. <http://www.imf.org/external/arabic/pubs/ft/scr/2009/cr09294a.pdf>.
- صندوق النقد الدولي. (2011). المملكة العربية السعودية: مشاورات المادة الرابعة- تقرير خبراء الصندوق. واشنطن العاصمة.

الخليبي، أ. (2011). الأردن: تفاصيل زيادة رواتب موظفي الحكومة. عرب توب 2 حزيران / يونيو. [www.toparabics.com/2731](http://www.toparabics.com/2731).

الخليبي، أ. (2011ب). الأردن: أنباء عن 100 دينار مكرمة ملكية للعسكريين والموظفين المدنيين والمتقاعدين. عرب توب. 15 آب / أغسطس. [www.toparabics.com/4153](http://www.toparabics.com/4153).

هيئة المعرفة والتنمية البشرية. (2013). المدارس الخاصة بدبي: إحصائيات و أرقام 2012-2013. دبي.

دولة الكويت، الإدارة المركزية للإحصاء. (2012). اللوحة الإحصائية 2012. الإدارة المركزية للإحصاء، الكويت.

مركز تطوير المؤسسات الأهلية الفلسطينية. (غير مؤرخ). المؤسسات الفلسطينية غير الحكومية والقطاع الخاص، فرص التعاون والشراكة.

جهاز الإحصاء في قطر. (2010). تعداد السكان والسكان والمنشآت في قطر.

المملكة العربية السعودية، مجلس الضمان الصحي التعاوني. (2011). التقرير السنوي لعام 2011.

المملكة العربية السعودية، مصلحة الإحصاءات العامة والمعلومات. (2012). نشرة مسح القوى العاملة 1433 هـ - 2012م الدورة الثانية. [http://www.cdsi.gov.sa/arabic/index.php?option=com\\_docman&task=cat\\_view&gid=86&Itemid=113](http://www.cdsi.gov.sa/arabic/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=86&Itemid=113).

سانا، الوكالة العربية السورية للأنباء. (2011). برنامج تشغيل الشباب في القطاع العام يوفر 50 ألف فرصة عمل. 25 أيار / مايو. <http://sana.sy/ara/2/348643/25/05/2011/>.

سيلفا وآخرون. (2013). الدمج والمرونة، الطريق للأمام لشبكات الأمان الاجتماعي في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا. واشنطن العاصمة: البنك الدولي.

منظمة الأمم المتحدة للطفولة (يونيسف). (2008). المبادرة الأردنية لتنمية الطفولة المبكرة: جعل الأردن جديراً بالأطفال. مكتب اليونيسف الإقليمي للشرق الأوسط وشمال أفريقيا سلسلة التعلم رقم 2. عمان.

البنك الدولي. (2009). طريق لم يسلك بعد: الإصلاح التعليمي في الشرق الأوسط وشمال أفريقيا. واشنطن العاصمة.

البنك الدولي. (2011). تقرير ممارسة أنشطة الأعمال في العالم العربي 2012. واشنطن العاصمة: البنك الدولي ومؤسسة التمويل الدولية.

البنك الدولي. (2011ب). تحسين الظروف المعيشية للفئات الأشد فقراً في لبنان. البنك الدولي 28 تشرين الأول / أكتوبر. <http://www.albankaldawli.org/ar/news/feature/2011-better-living-conditions-for-28/10/>

lebanons-poorest

الهيئة الخيرية الإسلامية العالمية (2010). التقرير السنوي.

## المراجع باللغة الإنكليزية:

- Abdou, E. and others (2010). Social Entrepreneurship in the Middle East. Toward Sustainable Development for the Next Generation. Wolfensohn Center for Development at Brookings, Dubai School of Government and Silatech.
- African Development Bank (2012). Tunisia: Economic and Social Challenges Beyond the Revolution. Tunis.
- African Development Bank and others (2012). African Economic Outlook. Paris. Available from [www.afdb.org/fileadmin/uploads/afdb/Documents/Generic-Documents/Tunisia%20Full%20PDF%20Country%20Note.pdf](http://www.afdb.org/fileadmin/uploads/afdb/Documents/Generic-Documents/Tunisia%20Full%20PDF%20Country%20Note.pdf).

- Ahmed, A. (2011). Increase in Private School Acceptance of Special Needs Children. National. 10 September. Available from [www.thenational.ae/news/uae-news/education/increase-in-private-school-acceptance-of-special-needs-children](http://www.thenational.ae/news/uae-news/education/increase-in-private-school-acceptance-of-special-needs-children).
- Ahram Online (2012). Egypt's state bureaucracy shrinks in 2012. 11 November. Available from <http://english.ahram.org.eg/NewsContent/3/12/57816/Business/Economy/Egypt's-state-bureaucracy-shrinks-in-.aspx>.
- Akkari, A. (2010). Privatizing Education in the Maghreb: A Path for a Two-Tiered Education System. In *World Yearbook of Education 2010: Education and the Arab World: Political Projects, Struggles, and Geometries of Power*, A. E. Mazawi and R. G. Sultana. New York and London: Routledge.
- Akoum, S (2012). Regulation of Non-State Actors in Health in Lebanon. Accreditation of Hospitals. Presented at the Arab Forum Towards a New Welfare Mix. Beirut, 19-20 December. Available from <http://css.escwa.org.lb/sdd/1980/p8.ppsx>.
- Al-Halawani, F. and others (2006). *Jordan National Health Accounts, 2000 and 2001*. Bethesda, Maryland: The Partners for Health Reformplus Project.
- Ali, M. S. (2011). National Geriatric Care Programme Launched. Muscat Daily News, 31 October. Available from [www.muscatdaily.com/Archive/Oman/National-geriatric-care-programme-launched](http://www.muscatdaily.com/Archive/Oman/National-geriatric-care-programme-launched).
- Almalki, M. and others (2011). Health Care System in Saudi Arabia: an Overview. *Eastern Mediterranean Health Journal*, Vol. 17, No. 10, pp. 784-793.
- Almustafa, M. (forthcoming). *Zakat Fund in Sudan: A Study on its Present Role and Potentials*. University of Khartoum.
- Alterman, J. B. and K. von Hippel (2007). *Understanding Islamic Charities*. Washington D.C.: Center for Strategic and International Studies.
- Arab Times (2011). Govt Starts Giving Citizens Free Food: Prices Under Strict Check. 1 February. <http://www.arabtimesonline.com/NewsDetails/tabid/96/smld/414/ArticleID/165064/reftab/96/t/Govt-starts-giving-citizens-free-food/Default.aspx>.
- Arfa, C. and H. Elgazzar (2013). *Consolidation and Transparency: Transforming Tunisia's Health Care for the Poor*. Washington D.C.: World Bank.
- Arraf, J. (2011). Iraqi Officials bend to protesters' demands. *The Christian Science Monitor*, 22 February.
- Aswat al-Iraq (2011). 2 billion dollars allocated for low-cost housing units. 31 May. Available from [http://en.aswataliraq.info/Default1.aspx?page=article\\_page&id=142873&l=1](http://en.aswataliraq.info/Default1.aspx?page=article_page&id=142873&l=1).
- Bahrain, Economic Development Board (2013). *Bahrain: Healthcare. Factsheet March*.
- Baylouny, A. M. (2010). *Privatizing Welfare in the Middle East. Kind Mutual Aid Associations in Jordan and Lebanon*. Bloomington: Indiana University Press.
- Benthall, J. (2009). NGOs in the Contemporary Muslim World. In *The Charitable Crescent: Politics of Aid in the Muslim World*, J. Benthall and J. Bellion-Jourdan, London: I.B. Tauris.
- Bloomberg (2011). Jordan cuts taxes on food, fuel after global prices increase. 12 January. Available from [www.arabianbusiness.com/jordan-cuts-taxes-on-food-fuel-after-global-prices-increase--373125.html](http://www.arabianbusiness.com/jordan-cuts-taxes-on-food-fuel-after-global-prices-increase--373125.html).
- Bouzoubaa, K. (1998). *An Innovation in Morocco's Koranic Pre-Schools. Working Papers No. 23. The Hague, The Netherlands: Bernhard van Leer Foundation*.
- Brosk, H. and others (2000). *Jordan National Health Accounts. Technical Report No. 49*. Bethesda, Maryland, United States: Partnerships for Health Reform.
- Cammett, M. (2013). *Compassionate Communalism: Welfare and Sectarianism in Lebanon*. Boston, Massachusetts, United States: Cornell University Press.

- Daily News (2011a). Green Light For Change. 8 August. Available from [www.gulf-daily-news.com/NewsDetails.aspx?storyid=311383](http://www.gulf-daily-news.com/NewsDetails.aspx?storyid=311383).
- Daily News (2011b). National Social Fund to boost development. 9 August. Available from [www.gulf-daily-news.com/NewsDetails.aspx?storyid=311459](http://www.gulf-daily-news.com/NewsDetails.aspx?storyid=311459).
- Daily Star (2013). Infant dies on hospital doorstep in North Lebanon. 20 February 2013. Available from [www.dailystar.com.lb/News/Local-News/2013/Feb-20/207150-infant-dies-on-hospital-doorstep-in-north-lebanon.ashx#axzz2QjLG9Yem](http://www.dailystar.com.lb/News/Local-News/2013/Feb-20/207150-infant-dies-on-hospital-doorstep-in-north-lebanon.ashx#axzz2QjLG9Yem).
- Dajani, H. (2011). Pay raises of up to 45% for all federal government employees. National, 1 December. Available from [www.thenational.ae/news/uae-news/pay-rises-of-up-to-45-for-all-federal-government-employees](http://www.thenational.ae/news/uae-news/pay-rises-of-up-to-45-for-all-federal-government-employees).
- Derhally, M. (2011). Syria Must Change to Avoid Regional Turmoil, Assad's Cousin Says. Bloomberg, 7 March. [www.bloomberg.com/news/2011-03-07/syria-must-change-to-avoid-regional-turmoil-assad-s-cousin-says.html](http://www.bloomberg.com/news/2011-03-07/syria-must-change-to-avoid-regional-turmoil-assad-s-cousin-says.html).
- Dubai Health Authority (2012). Hospital Regulation.
- Economist (2011). Throwing money at the street. 11 March. Available from [www.economist.com/node/18332638?story\\_id=18332638](http://www.economist.com/node/18332638?story_id=18332638).
- ESCWA (2013a). A Review of Literature on the Changing Role of Family and Care in the ESCWA Region. Beirut.
- ESCWA (2013b). Report on the Arab Forum Towards a New Welfare Mix: Rethinking the Roles of the State, Market and Civil Society in the Provision of Basic Social Services. Beirut, 19-20 December 2012.
- Elgazzar, H. and others (2010). Who Pays? Out of Pocket Health Spending and Equity Implications in the Middle East and North Africa. Health Nutrition and Population Discussion Paper 58014. Washington D.C.: World Bank.
- El-Hosseiny, N. (2010). The Egyptian Health Care System Past and Future. Presented at the Sixth International Conference of the Egyptian Society for Quality, 24-25 May. <http://www.esq-eg.org/new/tsarticals.php?catid=76>.
- El-Katiri, L. and others (2011). Anatomy of an oil-based welfare state: Rent distribution in Kuwait. Oxford: LSE Global Governance. Kuwait Programme on Development, Governance and Globalisation in the Gulf States, No. 13.
- El Mekkaoui, N. and H. Johnson (2012). Formal and Informal Social Protection in Iraq. Economist Research Forum, Working Paper 739. Giza, Egypt.
- El-Zanaty, F. and S. Gorin (2007). Egypt Household Education Survey (EHES) 2005-2006. Cairo: El-Zanaty and Associates and Macro International.
- Emirates News (2011). Mohammed doubles free water quota for nationals. 6 October. Available from [www.emirates247.com/news/government/mohammed-doubles-free-water-quota-for-nationals-2011-10-06-1.422212](http://www.emirates247.com/news/government/mohammed-doubles-free-water-quota-for-nationals-2011-10-06-1.422212).
- Esping-Anderson, G. (1990). The Three Worlds of Welfare Capitalism. New Jersey: Princeton University Press.
- Farag, N. (2009). Between Piety and Politics: Social Services by the Muslim Brotherhood. Available from [www.pbs.org/wgbh/pages/frontline/revolution-in-cairo/inside-muslim-brotherhood/piety-and-politics.html](http://www.pbs.org/wgbh/pages/frontline/revolution-in-cairo/inside-muslim-brotherhood/piety-and-politics.html).
- Flanigan, S. T. and M. Abdel-Samad (2009). Hezbollah's Social Jihad: Nonprofits as Resistance Organizations. Middle East Policy, vol. 26, No. 2. Available from <http://www.mepc.org/journal/middle-east-policy-archives/hezbollahs-social-jihad-nonprofits-resistance-organizations>.

- Fletcher, M. (2011). The Hero Scouts of Libya. *The Times*, Middle East. 6 April.
- Frayha, N. (2010). Pressure Groups, Education Policy, and Curriculum Development in Lebanon: A Policy Maker's Retrospective and Introspective Standpoint. In *World Yearbook of Education 2010. Education and the Arab 'World': Political Projects, Struggles, and Geometries of Power*, A. E. Mazawi and R. G. Sultana, eds. New York and London: Routledge.
- Garcia, B. (2013). Govt plans to cut subsidies to all Kuwaitis, expats – VAT, income taxes soon. *Kuwait Times*.
- Gatti, R. and others (2011). *Striving for Better Jobs: The Challenge of Informality in the Middle East and North Africa Region*. Washington D.C.: World Bank.
- Global Subsidies Initiative (2011). *Subsidy Watch*. Issue 43, 11 April. Available from [www.globalsubsidies.org/subsidy-watch/analysis/arab-governments-turn-subsidies-quell-popular-unrest](http://www.globalsubsidies.org/subsidy-watch/analysis/arab-governments-turn-subsidies-quell-popular-unrest).
- Gulf News (2011). Sharjah ruler to create 150 new jobs for Emiratis. 18 May. Available from <http://gulfnews.com/news/gulf/uae/sharjah-ruler-to-create-150-new-jobs-for-emiratis-1.814437> Accessed on 06-08-2013.
- Haggard, S. and R. R. Kaufmann (2008). *Development, Democracy and Welfare States*. New Jersey: Princeton University Press.
- Hall, C. and V. Salama (2011). Bahrain's King Orders Increase in Main Food Subsidies. *Bloomberg*, 3 February. Available from [www.bloomberg.com/news/2011-02-03/bahrain-s-king-orders-increase-in-main-food-subsidies-update1-.html](http://www.bloomberg.com/news/2011-02-03/bahrain-s-king-orders-increase-in-main-food-subsidies-update1-.html).
- Hansmann, H. (1987). *Economic Theories of Nonprofit Organizations*. In *The Nonprofit Sector: A Research Handbook*, W. W. Powell ed. New Haven, Connecticut: Yale University Press.
- Harb, M. (2008). Faith-Based Organizations as Effective Development Partners? Hezbollah and Post-War Reconstruction in Lebanon. In *Development, Civil Society and Faith-Based Organizations*. G. Clarke and M. Jennings, eds. New York: Palgrave Macmillan.
- Harik, J. (1994). *The Public and Social Services of the Lebanese Militias*. Papers on Lebanon No. 14. Oxford: Centre for Lebanese Studies.
- Harmsen, E. (2008). *Islam, Civil Society and Social Work. Muslim Voluntary Welfare Associations in Jordan Between Patronage and Empowerment*. Leiden: Amsterdam University Press.
- Harrigan, J. and H. El-Said (2009). *Economic Liberalisation, Social Capital and Islamic Welfare Provision*. New York: Palgrave Macmillan.
- Hartmann, S. (2008). *The Informal Market of Education in Egypt. Private Tutoring and its Implications*. Working Paper No. 88. Institut fuer Ethnologie und Afrikastudien. Mainz: Johannes-Gutenberg-Universitaet; Department of Anthropology and African Studies.
- Huber, E. (1996). Options for Social Policy in Latin America: Neoliberal versus Social Democratic Models. In *Welfare States in Transition: National Adaptations in Global Economies*. G. Esping-Andersen ed. Geneva: United Nations Research Institute for Social Development.
- Hussein, M. (2011). Egypt sets minimum wage at LE700, private and other public sectors workers excluded. *Ahram Newspaper*, 1 June. Available from <http://english.ahram.org.eg/~NewsContent/3/12/13449/Business/Economy/Egypt-sets-minimum-wage-at-LE,-private-and-other-p.aspx>
- Integrated Regional Information Networks (IRIN) (2004). Iraq: Interview with Minister for Health in Sulaymaniyah. Available from [www.irinnews.org/printreport.aspx?reportid=24131](http://www.irinnews.org/printreport.aspx?reportid=24131).
- International Labour Office (2010). *World Social Security Report: Providing coverage in times of crisis and beyond*. Geneva
- International Monetary Fund (IMF) (2011). *Regional Economic Outlook, Middle East and Central Asia. World Economic and Financial Surveys*. Washington D.C.

- International Social Security Association (2008). Tunisia: Reform of the Health Insurance System. Available from [www.issa.int/News-Events/News2/Tunisia-Reform-of-the-health-insurance-system](http://www.issa.int/News-Events/News2/Tunisia-Reform-of-the-health-insurance-system).
- International Social Security Association (2013). Toward an Overhaul of the pension system. Available from: [www.issa.int/Observatory/Country-Profiles/Regions/Asia-and-the-Pacific/Palestine-State-of-Reforms2/\(id\)/4202](http://www.issa.int/Observatory/Country-Profiles/Regions/Asia-and-the-Pacific/Palestine-State-of-Reforms2/(id)/4202).
- Jacob, J. (2011). Gulf monarchs on the back foot: Oman offers 50,000 jobs to citizens. IB Times, 28 February. Available from <http://www.ibtimes.com/gulf-monarchs-back-foot-oman-offers-50000-jobs-citizens-271495>.
- Jamali, D. (2009). The Role of Governments in CSR: Implications for Arab States. Presented at a regional meeting on “The Role of the State in Social Development”. Beirut, 1-2 October.
- Jarhum, R. (forthcoming). Zakat in Yemen. Beirut: ESCWA.
- Jawad, R. (2009). Social Welfare and Religion in the Middle East. Bristol: The Policy Press.
- Jordan Times (2011). No delays will be accepted in launching governorates’ fund, King tells gov’t. 26 December. Available from <http://jordantimes.com/no-delays-will-be-accepted-in-launching-governorates-fund-king-tells-govt>.
- Kahf, M. (n. d.). Waqf: A Quick Overview. Available from <http://monzer.kahf.com/papers.html>.
- Karam, S. (2011). Morocco wants companies to contribute to new social fund. Reuters, 20 October. Available from <http://af.reuters.com/article/moroccoNews/idAFL5E7LK42020111020>.
- Kawar, M. and Z. Tzannatos (2012). The Private Sector Does not Demand Enough Skilled Labor. Beirut: Lebanese Centre for Policy Studies.
- Kawas, N. and H. Dakroub (2012). Cabinet approves public sector salary increase. Daily Star, 7 September. Available from [www.dailystar.com.lb/News/Politics/2012/Sep-07/187042-cabinet-approves-public-sector-salary-increase.ashx#axzz2XzqaEbQg](http://www.dailystar.com.lb/News/Politics/2012/Sep-07/187042-cabinet-approves-public-sector-salary-increase.ashx#axzz2XzqaEbQg).
- Khaleej Times (2011a). New steps good but more are needed, say Omanis. 28 February. Available from [www.khaleejtimes.com/kt-article-display-1.asp?section=middleeast&xfile=data/middleeast/2011/february/middleeast\\_february788.xml](http://www.khaleejtimes.com/kt-article-display-1.asp?section=middleeast&xfile=data/middleeast/2011/february/middleeast_february788.xml).
- Khaleej Times (2011b). Oman Cabinet approves food subsidy scheme. 13 December. Available from [www.khaleejtimes.com/displayarticle.asp?xfile=data/middleeast/2011/December/middleeast\\_December316.xml&section=middleeast](http://www.khaleejtimes.com/displayarticle.asp?xfile=data/middleeast/2011/December/middleeast_December316.xml&section=middleeast).
- Khaleej Times (2011c). Destruction by rioters in Oman condemned. 1 March. Available from [www.khaleejtimes.com/kt-article-display-1.asp?section=middleeast&xfile=data/middleeast/2011/march/middleeast\\_march3.xml](http://www.khaleejtimes.com/kt-article-display-1.asp?section=middleeast&xfile=data/middleeast/2011/march/middleeast_march3.xml).
- Khan, G. A. (2011). GCC foreign ministers pledge SR75 billion aid to Oman and Bahrain. Arab News, 10 March. Available from [www.arabnews.com/node/370696](http://www.arabnews.com/node/370696).
- Khochén, M. and J. Radford (2012). Attitudes of teachers and head teachers towards inclusion in Lebanon. International Journal of Inclusive Education, vol. 16 No. 2, pp. 139-153.
- Khraiche, D. (2011). Ministry increases subsidies on wheat flour. Daily Star, 19 April. Available from [www.dailystar.com.lb/Business/Lebanon/Apr/19/Ministry-increase-subsidies-on-wheat-flour.ashx#axzz2XzqaEbQg](http://www.dailystar.com.lb/Business/Lebanon/Apr/19/Ministry-increase-subsidies-on-wheat-flour.ashx#axzz2XzqaEbQg).
- Kohl, T. and M. Hunter (2013). Private Sector Involvement in Healthcare in Egypt. Cairo: Health Finance and Investment Forum. Available from <http://www.hfff.org/Publications.aspx>.
- Korayem, K. (2011). Food Subsidy and Social Assistance Programmes in Egypt. Comparative Research Programme on Poverty (CROP) Poverty Brief, March.
- Kronfol, N. (2004). Case Study Lebanon. In Long-Term Care in Developing Countries. Ten case studies. J. Brodsky and others (eds.) Geneva: World Health Organization.

- Kronfol, N. (2012b). Delivery of health services in Arab countries: a review. *Eastern Mediterranean Health Journal*, Vol. 18, No. 12, pp. 1229-1238.
- Kuwait News Agency (2011). NA passes teachers allowance, student allowance bills. 14 November. Available from [www.kuna.net.kw/ArticlePrintPage.aspx?id=2202232&language=en](http://www.kuna.net.kw/ArticlePrintPage.aspx?id=2202232&language=en).
- Kuwait Times (2012). Draft law for minimum 40 percent pay raise to public sector employees. 19 March. Available from [http://gitm.kcorp.net/index.php?m=politics&id=594372&lim=40&lang=en&tblogpost=2012\\_03](http://gitm.kcorp.net/index.php?m=politics&id=594372&lim=40&lang=en&tblogpost=2012_03).
- Lebanon, Ministry of Education and Higher Education (2010). *Quality Education for Growth. National Education Strategy Framework*. Beirut.
- Lester, R. (2011). *The Insurance Sector in the Middle East and North Africa: Challenges and Development Agenda*. Policy Research Working Paper 5608. Washington D.C.: World Bank.
- Loewe, M. (2004). *Reform der sozialen Sicherung in den arabischen Ländern*. In *Islamische und westliche Welt*, M. Hauff, and U. Voigt, Marburg, Germany: Metropolis Verlag.
- Loveluck, L. (2012). *Education in Egypt: Key Challenges*. Background paper prepared for “Education in Egypt” round table. Chatham House, London, 19 January.
- Lowe, C. (2011). Algeria Govt approves big hike in public spending. Reuters, 3 May. Available from <http://af.reuters.com/article/topNews/idAFJJOE74201S20110503>.
- Lundblad, L. G. (2011). *Islamic Welfare in Palestine. Meanings and Practices: Process of institutionalization and politicization of Zakat, the third Pillar of Islam*. Saarbruecken: Lambert Academic Publishing.
- Marotta, D. and others (2011). *Was Growth in Egypt between 2005 and 2008 Pro-Poor: From Static to Dynamic Poverty Profile*. Policy Research Working Paper 5589. Washington D.C.: World Bank.
- McDowall, A. (2012). More than 1 million Saudis on unemployment benefit. Reuters, 28 March. Available from [www.reuters.com/article/2012/03/28/saudi-unemployment-subsidy-idUSL6E8ES2S020120328](http://www.reuters.com/article/2012/03/28/saudi-unemployment-subsidy-idUSL6E8ES2S020120328).
- McGinley, S. (2010). Bahrain looks to reduce food and fuel subsidies. *Arabian Business*, 24 November. Available from [www.arabianbusiness.com/bahrain-looks-reduce-food-fuel-subsidies-363865.html](http://www.arabianbusiness.com/bahrain-looks-reduce-food-fuel-subsidies-363865.html).
- Minor, A. (forthcoming). *Zakat in the West Bank*. Beirut: ESCWA.
- Mohammed, B. (2011). Minimum pension raised to BD275 from this month. *Daily News*, 9 August. Available from [www.gulf-daily-news.com/NewsDetails.aspx?storyid=311449](http://www.gulf-daily-news.com/NewsDetails.aspx?storyid=311449).
- Morocco, Conseil Economique et Social (2012). *Respect des droits et inclusion des personnes en situation de handicap*. Rabat.
- Nakhimovsky, S. and others (2011). *Egypt National Health Accounts: 2008/09*. Bethesda, Maryland, United States: Health Systems 20/20 project, Abt Associates Inc.
- Nandakumar, A. K. and others (2000). Utilization of Outpatient Care in Egypt and its Implications for the Role of Government in Health. *World Development*, vol. 28, No. 1, pp. 187-196.
- Nasr, S. (2001). *Issues of Social Protection in the Arab Region*. Cooperation South. No. 2.
- Neimat, K. (2011). Jordanian government to maintain bread subsidies for all citizens – premier. *Jordan Times*. 9 September.
- Nereim, V. (2013). Abu Dhabi Inspectors Place 100 Schools in Lowest Grade. *National*. 30 July.
- NGO Development Center (2012). *Social Accountability Innovations in the NGO Sector in West Bank and Gaza*. Social Development Notes. Washington D.C.: World Bank and NGO Development Center.
- Organisation for Economic Co-operation and Development (2012). *Public and Private Schools. How Management and Funding Relate to their Socio-Economic Profile*. OECD.

- Oxford Business Group, (2011). The Report: Kuwait 2011.
- Palacios, R. and O. Sluchynsky (2006), Social Pensions Part I: Their Role in the Overall Pension System. SP Discussion Paper No. 0601. Washington D.C.: World Bank.
- Palestinian Authority, Ministry of Social Affairs (2010). Social Protection Sector Strategy. First Draft. Ramallah.
- Panapress (2011). Moroccan workers get salary increases. 27 April. Available from [www.panapress.com/Moroccan-workers-get-salary-increases--13-770202-18-lang2-index.html](http://www.panapress.com/Moroccan-workers-get-salary-increases--13-770202-18-lang2-index.html).
- Partnerships for Health Reform (2001). Morocco: National Health Accounts 1997/98. Special Initiatives Report No. 37. Bethesda, Maryland, United States: Morocco Ministry of Health/Health Economics Unit.
- Pioppi, D. (2007). Privatization of Social Services as a Regime Strategy: The Revival of Islamic Endowments (Awqaf) in Egypt. In *Debating Arab Authoritarianism*. Schlumberger, O. (pp. 129-142). Stanford: Stanford University Press.
- Pioppi, D. (2011). Is There an Islamic Alternative in Egypt? IAI Working Papers 11. Instituto Affari Internazionali.
- Portland Trust (2007). Developing a private sector pension system in the West Bank and Gaza Strip. OECD. Available from <http://www.oecd.org/countries/palestinianadministeredareas/49333349.pdf>.
- Powell, M. (ed.) (2007). *Understanding the Mixed Economy of Welfare*. Bristol: Policy Press.
- Qatar, Supreme Council of Health (2011). Qatar National Health Accounts, 2009 and 2010. Doha: Policy Affairs Directorate
- Qiblawi, T. (2011). Cracks appear in Lebanon fuel subsidy agreement. Daily Star, 21 May. Available from [www.dailystar.com.lb/Business/Lebanon/2011/May-21/Cracks-appear-in-Lebanon-fuel-subsidy-agreement.ashx#axzz2XzqaEbQg](http://www.dailystar.com.lb/Business/Lebanon/2011/May-21/Cracks-appear-in-Lebanon-fuel-subsidy-agreement.ashx#axzz2XzqaEbQg).
- Rahman, S. (2012). Bahrain awards \$551m contract to build affordable housing, following uprising. Gulf News, 4 January. Available from <http://gulfnews.com/news/gulf/bahrain/bahrain-awards-551m-contract-to-build-affordable-housing-following-uprising-1.961061>.
- Razeq, M. A. (2011). Minimum wage at LE708 per month. Egypt Independent, 11 July. Available from [www.almasryalyoum.com/en/node/476580](http://www.almasryalyoum.com/en/node/476580).
- Reuters (2011). Mubarak tells new PM to keep subsidies, cut prices. 30 January. Available from [www.reuters.com/article/2011/01/30/us-egypt-government-idUSTRE70T3T220110130](http://www.reuters.com/article/2011/01/30/us-egypt-government-idUSTRE70T3T220110130).
- Robalino, D. (2005). *Pensions in the Middle East and North Africa: Time for Change*. Washington D.C.: World Bank.
- Saeed, Y. A. (2011). *The Potentialities of the Private Health Sector and its Role in Health Services Provision in the Sudan*. Dakar: Investment Climate and Business Environment Research Fund, Trust Africa and IDRC.
- Salama, V. (2011). Saudi Arabia boosts subsidies on Animal Feed to control Prices. Bloomberg. Available from <http://www.bloomberg.com/news/2011-07-21/saudi-arabia-boosts-subsidies-on-animal-feed-to-control-prices.html>.
- Salehi-Isfahani, D. and others (2012). *Equality of Opportunity in Education in the Middle East and North Africa*. Cairo: Economic Research Forum.
- Schwartz, G. and T. Ter-Minassian (2000). The Distributional Effects of Public Expenditure. *Journal of Economic Surveys*, vol. 14, No. 3, pp. 337-358.
- Sen, K. and W. Al Faisal (2012). Syria: Neoliberal Reforms in Health Sector Financing: Embedding Unequal Access? *Social Medicine*, Vol. 6, No. 3 (March), p. 171-182.
- Sen, P. D. (1994). *Case Studies of Mosque and Church Clinics in Cairo, Egypt*. USAID.

- Shibaniya, M. (2012). Rise in Job allowance for teachers. Observer, 3 January. Available from <http://main.omanobserver.om/node/77907>.
- Skoun (2011). Annual Report. Beirut.
- Social and Economic Development Group and World Bank (2009). Hashemite Kingdom of Jordan Poverty Update. Washington D.C.: World Bank.
- Tiltnes, A. A. and others (n. d.). Strengthening Social Statistics and Monitoring Living Conditions in Jordan. Household Survey 2001-2006. Amman: Department of Statistics. Available from: [www.fao.no/ais/middeast/jordan/sss/index.htm](http://www.fao.no/ais/middeast/jordan/sss/index.htm).
- United Nations Development Programme and the Institute of National Planning, Egypt (2010). Egypt Human Development Report. Cairo.
- UNESCO International Bureau of Education (2006). Jordan. Early Childhood Care and Education (ECCE) Programmes. Geneva.
- UNESCO (2004). Encourage Private Sector: Pre-school Education Reform in Morocco. UNESCO Policy Brief on Early Childhood. Paris.
- United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO) (2011a). World Data on Education, 7th Edition 2010/11: Oman. Available from <http://www.ibe.unesco.org/en/services/online-materials/world-data-on-education/seventh-edition-2010-11.html>.
- UNESCO (2011b). World Data on Education, 7th Edition 2010/11: Syrian Arab Republic. Available from <http://www.ibe.unesco.org/en/services/online-materials/world-data-on-education/seventh-edition-2010-11.html>.
- USAID (2004). Strengthening Education in the Muslim World. PPC Issue Working Paper No. 1. Silver Spring, Maryland, United States: Bureau for Policy and Program Coordination.
- Valdini, C. (2012). Oman sets aside US\$208m for affordable housing (April). Arabian Business, 17 April. Available from: [www.arabianbusiness.com/oman-sets-aside-us-208m-for-affordable-housing-454279.html](http://www.arabianbusiness.com/oman-sets-aside-us-208m-for-affordable-housing-454279.html).
- World Bank (2004). Making Services Work for Poor People. Washington D.C.
- World Bank (2007). Arab Republic of Egypt: Improving Quality, Equality, and Efficiency in the Education Sector. Fostering a Competent Generation of Youth. Report No. 42863-EG. Washington D.C.
- World Bank (2012a). Health Equity and Financial Protection Datasheet: Morocco. Washington D.C.
- World Bank (2012b). The Status of the Education Sector in Sudan. Washington: International Bank for Reconstruction and Development.
- World Health Organization (WHO) (2006a). Health System Profile: Egypt. Regional Health Systems Observatory. Cairo.
- WHO (2006b). Health System Profile: Lebanon. Regional Health Systems Observatory. Cairo.
- WHO (2006c). Health System Profile: Tunisia. Regional Health Systems Observatory. Cairo.
- WHO (2006d). Health System Profile: Jordan. Regional Health Systems Observatory. Cairo.
- WHO (2006e). Health System Profile: Sudan. Regional Health Systems Observatory. Cairo.
- WHO (2006f). Health System Profile: Syria. Regional Health Systems Observatory. Cairo.
- WHO (2006g). Health System Profile: Iraq. Regional Health Systems Observatory. Cairo.
- WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean (2006). Country Cooperation Strategy for WHO and Iraq 2005 -2010. Cairo.
- WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean (2010a). Country Cooperation Strategy for WHO and Tunisia 2008-2013. Cairo.
- WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean (2010b). Country Cooperation Strategy for WHO and Lebanon 2010-2015. Cairo.

- Yali, J. (2011). CSC approves salary increase of Oil sector staff. Kuwait News Agency, 7 September. [www.kuna.net.kw/ArticleDetails.aspx?language=en&id=2188838](http://www.kuna.net.kw/ArticleDetails.aspx?language=en&id=2188838).
- Yemen National Health Accounts Team and Partners for Health Reformplus. 2006. Yemen National Health Accounts: Estimate for 2003. Bethesda, Maryland, United States: Partners for Health Reformplus Project.
- Youth Association of the Blind (2007). National Inclusion Project Final Report. Beirut.
- Yusuf, M. Y. and Z. n. Bahari (2011). Islamic Corporate Social Responsibility in Islamic Banking: Towards Poverty Alleviation. Presented at the eighth International Conference on Islamic Economics and Finance. Doha, 19-21 December.
- Zain (2012). Growth for a Wonderful World: Sustainability Report 2011. Available from [www.zain.com/social-responsibility/](http://www.zain.com/social-responsibility/).

تفاقمت الأزمات الاجتماعية المزمنة في البلدان العربية فتأججت في عام 2011 انتفاضات حولت اهتمام الحكومات من المجالات الاقتصادية إلى الاجتماعية. وأدركت الحكومات عقب هذه الأحداث أن النمو الاقتصادي الذي تحقّق في السنوات الماضية لم يسهم في تحسين الأوضاع الاجتماعية، فسارعت إلى زيادة فرص العمل ورفع الأجور في القطاع العام، وتحسين الخدمات، وزيادة التحويلات الاجتماعية والاستثمار في البنية التحتية الاجتماعية. وصارت الحاجة ملحة، بالنسبة إلى الحكومات والمجتمعات، إلى إيجاد حلول أكثر استدامة لمعالجة المشاكل الاجتماعية والاقتصادية والسياسية الهيكلية. وقد تتيح التغيرات في مجال السياسة العامة اتباع نهج مختلف للتنمية الاجتماعية يشمل السكان من جميع الأعمار والمناطق وفئات الدخل، ويحقق الإنصاف في الحصول على الحماية الاجتماعية والخدمات الاجتماعية.

ويتناول هذا التقرير أنظمة الرعاية الاجتماعية في البلدان العربية، ومساهمة مختلف مؤسسات القطاع الخاص ومنظمات المجتمع المدني في الحماية والخدمات الاجتماعية، ومزايا هذه الأنظمة والتحديات التي تطرحها. ولا يهدف هذا التقرير إلى تقديم جرد شامل لهذه الأنظمة بل إنه يركّز على بعض القضايا المحددة مثل التعليم وخدمات الرعاية الصحية بناءً على أمثلة من عدد من البلدان.



الاسكوا

بيت الأمم المتحدة، ساحة رياض الصلح

صندوق بريد: ٨٥٧٥-١١، بيروت، لبنان

هاتف: +٩٦١ ١ ٩٨١٣٠١ فاكس: +٩٦١ ١ ٩٨١٥١٠

[www.escwa.un.org](http://www.escwa.un.org)

Copyright © ESCWA 2014

Printed at ESCWA, Beirut

E/ESCWA/SDD/2013/1

United Nations Publication

13-0202 – May 2014

