

annd

Arab NGO Network for Development
شبكة المنظمات العربية غير الحكومية للتنمية



AMERICAN
UNIVERSITY OF BEIRUT
FACULTY OF HEALTH SCIENCES

من منظور الحماية الاجتماعية الحق في الصحة

2023



ولاء طلعت

محاضر في الاقتصاد

رنا جواد

متخصصة في السياسات الاجتماعية ونظام الرعاية
الاجتماعية

يُنشر هذا التقرير كجزءٍ من سلسلة تقارير الراصد العربي للحقوق الاقتصادية والاجتماعية (AWR) لشبكة المنظمات العربية غير الحكومية للتنمية (ANND). يُعدُّ تقرير الراصد العربي منشورًا دوريًا تصدره الشبكة ويركّز كلَّ إصدار على حقٍّ معيّن وعلى السياسات والعوامل الوطنية والإقليمية والدولية التي تساهم في انتهاكه. يتمُّ تطوير تقرير الراصد العربي من خلال عملية تشاركية تجمع ما بين أصحاب المصلحة المعنيين، بما في ذلك المجتمع المدني، والخبراء في المجال، والأكاديميين، وممثلي الحكومة في كلِّ من البلدان الواردة في التقرير، وذلك كوسيلةٍ لزيادة ملكية التقرير في ما بينهم وضمان توطينه وتعزيز صلته بالسياق.

يُركّز التقرير السادس للراصد العربي على موضوع الحقِّ في الصحة. ويمثّل تقرير الراصد العربي للحقِّ في الصحة للعام 2023 جهدًا مشتركًا بين شبكة المنظمات العربية غير الحكومية للتنمية، وكلية العلوم الصحية في الجامعة الأميركية في بيروت. وقد أعدَّ بهدف تقديم تحليل شاملٍ ونقديٍّ لوضع الحقِّ في الصحة في المنطقة والتوقعات لما بعد مرحلة كوفيد-19. ويُؤمل أن تُشكل المعلومات والتحليلات المقدّمة منصّة للدعوة إلى أعمال هذا الحقِّ للجميع.

تُعبر الآراء الواردة في هذه الوثيقة عن رأي المؤلف حصرا، ولا تعكس بالضرورة وجهات نظر شبكة المنظمات العربية غير الحكومية للتنمية، والجامعة الأميركية في بيروت، Brot für die Welt، دياكونيا، أو المساعدات الشعبية النرويجية.

بيروت، حقوق النشر © 2023. جميع الحقوق محفوظة.

التقرير صادر عن **شبكة المنظمات العربية غير الحكومية للتنمية**. يمكن الحصول عليه من الشبكة أو يمكن تحميله عن الموقع:
<http://www.annd.org>

يُحظر إعادة إنتاج هذا التقرير أو أي جزء منه أو استخدامه بأي طريقة كانت من دون إذن خطّي صريح من الناشر باستثناء استخدام الاقتباسات الموجزة.

بدعم من

Brot
für die Welt



Norwegian People's Aid

People
Change
the World
Diakonia

من منظور الحماية الاجتماعية الحق في الصحة

رنا جواد

متخصصة في السياسات الاجتماعية ونظام الرعاية الاجتماعية

رنا جواد قارئة في السياسة الاجتماعية بجامعة باث. وهي متخصصة في السياسات الاجتماعية ونظام الرعاية الاجتماعية في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا ونشرت على نطاق واسع حول هذا الموضوع في مجموعة من التقارير الأكاديمية والدولية. وهي مؤسس مشارك ومنظم لشبكة السياسة الاجتماعية في الشرق الأوسط وشمال إفريقيا.

ولاء طلعت

محاضر في الاقتصاد

ولاء طلعت محاضر في الاقتصاد بكلية الأعمال جامعة عين شمس. ولاء حاصلة على درجة الدكتوراه في اقتصاديات التنمية والتنمية الدولية من جامعة إيست أنجليا بالمملكة المتحدة. يتناول مجال بحثها الرئيسي السياسة الاجتماعية والحماية الاجتماعية والفقير والصحة في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا. لديها اهتمام كبير بالسياسة الاجتماعية وتغير المناخ.

المحتويات

06	المقدمة: تطوّر مفهوم الحماية الاجتماعية في المناقشات الدولية والعربية حول التنمية
07	• تعريفات المصطلحات الرئيسية
08	• الوضع التمويلي العالمي للحماية الاجتماعية، وانعكاس أولويات الدول العربية
10	• حوكمة الحماية الاجتماعية والنهج القائم على السلطة الأبوية في الدول العربية
12	• الطرق الرئيسية لتمويل أنظمة الحماية الاجتماعية في المنطقة العربية وقابليتها للتطبيق، مع الإشارة إلى نماذج بسمارك وبفيردج

14	نظرة عامة على الأحكام الصحيّة في أنظمة الحماية الاجتماعية القائمة في البلدان العربية
14	• نهج دورة الحياة للحماية الاجتماعية للجميع في المنطقة العربية: لمحة عامة
22	• نظام حماية الصّحة الاجتماعية في الدول العربية
24	• وصول المهاجرين واللاجئين إلى أنظمة الحماية الصحيّة الاجتماعية في المنطقة العربية
26	• الاستجابات لتغيّر الحقائق في المنطقة العربية: جائحة كورونا
27	• الإصلاحات الرئيسية الأخيرة في مجال حماية الصّحة الاجتماعية في المنطقة العربية

30	الدور المتعدّد الأبعاد للدول العربية والمسؤولية المتزايدة للجهات الفاعلة في المجتمع المدني
30	• أنواع المقاربات التي تعتمدها الدولة والقطاع الخاصّ في مختلف المناطق الفرعية
31	• الحماية الاجتماعية والسياسات الضريبية: استراتيجيات وأطر التمويل
35	• دور المجتمع المدني والمجموعات الدينية ومساهماتها

37	نقاش
37	• نحو أنظمة حماية اجتماعية شاملة في الدول العربية
38	• نحو أنظمة حماية صحيّة اجتماعية شاملة في الدول العربية

42 التوجهات المستقبلية: الخلاصات الرئيسية والتوصيات السياسية

- 42 • الخلاصة وخيارات السياسات المطلوبة للحماية الاجتماعية الشاملة
- 43 • الخلاصة وخيارات السياسات للحماية الصحية الاجتماعية

45

المراجع



المقدمة: تطوّر مفهوم الحماية الاجتماعية في المناقشات الدولية والعربية حول التنمية

إنّ العلاقة بين النتائج الصحيّة والنتائج الاجتماعية والاقتصادية، ولا سيما الفقر، معترف بها جيّداً في المناقشات بشأن السياسات والبحوث الدولية (IMF 2020)؛ (ILO 2008)، وتحتل مركز الصدارة في أطر كل من الأهداف الإنمائية للألفية وأهداف التنمية المستدامة (ILO 2008). في خطاب بشأن الحماية الاجتماعية، تمثل الصحة أوّل حالة طوارئ في دورة الحياة، إذ تجعل الخدمات الصحيّة الميسورة التكلفة، والكافية، والمتاحة ليس مؤشراً للرفاهية فحسب، إنّما نتيجة للنمو الاقتصادي الناجح في البلدان المرتفعة الدخل ومسار حيوي للتنمية في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل (ILO 2008). وللحماية الاجتماعية على وجه الخصوص، دوّر رئيسي في التخفيف من اعتلال الصحة ومعالجة المحددات الاجتماعية للصحة (ILO 2022). إزاء هذه الخلفية، يتمثّل الهدف الأساس لهذا التقرير في تقديم تحليل نقديّ للحالة الراهنة والآفاق المستقبلية للحق في الصحة من خلال منظور الحماية الاجتماعية في المنطقة العربية. يركّز التقرير على تدابير الحماية الاجتماعية الرئيسة والإصلاحات الاستراتيجية المدفوعة بتدابير تقشفية واعتبارات الميزانية في فترة ما بعد جائحة كورونا، في سياق سياسات الحماية الاجتماعية الإقليمية الضعيفة.

نظراً إلى افتراضات عالمية وكفاية المستحقات في إطار الحق في الصحة، يغطّي التقرير معضلة الاستهداف والتغطية الشاملة في المنطقة، بما في ذلك الاستجابات الفعلية خلال فترة انتشار جائحة كورونا وبعدها، وفلسفات الحكومة العربية بشأن الحماية الاجتماعية. ويقوم التقرير بذلك من خلال دراسة كيفية وصول السكان العرب إلى خدمات الحماية الصحيّة من خلال السبل التالية: أنظمة الصحة العامة التي تقدّمها الحكومة (والتي تعتمد على الضرائب والإيرادات الحكومية)؛ التأمين الاجتماعي للعاملين في القطاعين الخاص والعام المستخدمين رسمياً؛ شبكات الأمان الاجتماعي التي تتضمّن مكّوناً صحياً (مثل التحويلات النقدية)؛ الإنفاق الشخصي (والمعروف أنّه مرتفع للغاية في المنطقة)؛ وأخيراً، التأمين الصحيّ الطبيّ الخاص (من خلال البرامج المهنية أو الخدمات المشتركة من السوق، مثلاً). ولهذه الغاية، يفصل التقرير تركيزه عن التحليل القياسي للصحة العامة بالإشارة إلى حماية الصحة الاجتماعية المحدّدة أدناه (ILO 2008).

ومن بين البلدان المشمولة في التقرير، 22 دولة من جامعة الدول العربية، وتنقسم إلى ثلاث فئات وفقاً لدخلها القومي الإجمالي (Mokdad et al. 2014): البلدان المنخفضة الدخل (كجزر القمر، وجيبوتي، وموريتانيا، واليمن، والصومال)، والبلدان المتوسطة الدخل (كالجزائر، ومصر، والعراق، والأردن، ولبنان، وليبيا، والمغرب، وفلسطين، والسودان، وسوريا، وتونس)، والبلدان المرتفعة الدخل (كالبحرين، والكويت، وعمان، وقطر، والمملكة العربية السعودية، والإمارات العربية المتّحدة). فالمنطقة متنوّعة اقتصادياً واجتماعياً تماماً، ممّا يؤدّي إلى اختلاف الحالة الصحيّة ونتائج الصحة العامة. تختلف تقديرات الفقر بشكل كبير، غير أنّها تتجاوز نسبة 50% في البلدان الأكثر فقراً وفي بعض البلدان المنخرطة في نزاعٍ نشيطٍ (Mokdad et al. 2014).

قبل المتابعة، من المهمّ ملاحظة العائقيين الرئيسيين في التحليل المقدم في هذا التقرير. أولاً، يقدم هذا التقرير بيانات حول الهدف الأول من أهداف التنمية المستدامة ("القضاء على الفقر") والهدف الثالث ("الصحة الجيدة والرفاهية")، لا سيما في سياق المؤشر 1.3.1 ("القضاء على الفقر المدقع للناس أجمعين أينما كانوا")، والمؤشر 3.8.1 (تحقيق التغطية الصحية الشاملة). أكثر مصادر البيانات شمولاً وموثوقية التي يمكن أن نجد لها لهذا الغرض هي قاعدة بيانات الحماية الاجتماعية العالمية التابعة لمنظمة العمل الدولية باستخدام إحصائيات منظمة العمل الدولية. يعدّ قياس فعالية الحماية الاجتماعية من خلال التغطية الفعالة مهمة معقدة تتطلب النظر في أبعادٍ عدّة للوصول إلى تقييم شامل. من الناحية العملية، يتوفر لدى عدد قليل من الدول العربية بيانات إحصائية وطنية ضرورية لمثل هذا التقييم للتغطية، وكثيراً ما تكون البيانات متقادمة حيثما توقرت. علاوةً على ذلك، تتوفر معلومات جزئية حصراً لبعضها. على هذا النحو، وبهدف تحقيق الاتساق، اعتمد هذا التقرير على قاعدة بيانات الحماية الاجتماعية العالمية باستخدام إحصائيات منظمة العمل الدولية كمصدر رئيسي للبيانات العالمية المتعلقة بالحماية الاجتماعية، والتي يُبلغ عنها أو محسوبة. يُحسب المعدّل الإقليمي للبلدان العربية حسب البيانات المتاحة المبلغ عنها للبلدان الموجودة ضمن إحصائيات منظمة العمل الدولية كما هو موضح في كل شكل.

ثانياً، يركّز مفهوم الحماية الاجتماعية الشاملة المطبق في هذا التقرير على تغطية المستحقات وكفايتها. بعد تطوير هذا المفهوم خلال المناقشات السياسية والمفاهيمية في جميع أنحاء العالم، فهو لا يتناول الجوانب غير الملموسة للحرمان مثل الكرامة، والثقة، والحرية التي تعدّ بالفعل جزءاً أساسياً من حماية الناس وتمكينهم، بل يُفترض أنّها نتائج لسياسات الحماية الاجتماعية الفعالة حصراً. تقدّم بعض الدراسات في جميع أنحاء العالم أدلّة عن الآثار المفيدة للحماية الاجتماعية بشأن الرفاه الاقتصادي والاجتماعي، ولكن في هذا التقرير، ينصبّ التركيز على رسم خرائط للأنظمة والتغطية القائمة في البلدان العربية وتقييم الطرق التي يمكن من خلالها تحسينها. ومن ثمّ، يشدّد التقرير على مسألة وصول الفئات السكانية جميعها إلى الحماية الاجتماعية طوال دورة حياتها لتحقيق الشمولية.

تعريفات المصطلحات الرئيسية

الحماية الاجتماعية الشاملة: تتحقّق من خلال نظام محدّد وطنياً من السياسات والبرامج، يوفر وصولاً عادلاً إلى الأفراد جميعهم ويحميهم طوال حياتهم من الفقر والمخاطر التي تهدّد سبل عيشهم ورفاهيتهم. يمكن توفير هذه الحماية من خلال مجموعة من الآليات، بما في ذلك المستحقات النقدية أو العينية، والمخططات القائمة على المساهمات أو غير القائمة على المساهمات، والبرامج لتعزيز رأس المال البشري، والأصول المنتجة، والوصول إلى الوظائف (USP2030 2015).

حماية الصحة الاجتماعية: وهي عبارة عن سلسلة من التدابير العامة، أو المنظمة والمفوّضة بشكل عام في مواجهة الضائقة الاجتماعية والخسارة الاقتصادية الناتجتين عن انخفاض الإنتاجية، أو انقطاع الإيرادات المكتسبة أو تكلفة العلاج الضروري الذي يمكن أن يؤدي إلى اعتلال الصحة، أو انخفاض نسبتها. (ILO 2008, p.3).

الحماية الاجتماعية: ثمة مجموعة واسعة من التعريفات تتنوّع بين التركيز على الفئات المهمّشة والحق في حماية الدخل لأفراد المجتمع جميعهم. يعتمد هذا التقرير التعريف الأوسع نطاقاً الذي دعت إليه منظمة العمل الدولية، والذي بموجبه

تُعَدُّ الحماية الاجتماعية حقًا من حقوق الإنسان في ضمان الدخل والرعاية الصحيّة. وعليه، فهو يشمل المبادرات العامّة والخاصّة جميعها، التي توفر تحويلات الدخل أو الاستهلاك للفقراء، وتحمي الفئات الضعيفة من مخاطر سبل العيش، وتعزّز الوضع الاجتماعي وحقوق الفئات المهمّشة، بهدف عام يتمثل في الحدّ من الضعف الاقتصادي والاجتماعي للفئات الفقيرة، والضعيفة، والمهمّشة (UNDP 2016, p. 15). بالنسبة إلى باقي أفراد المجتمع، ترتبط الحماية الاجتماعية ارتباطاً وثيقاً بدورة الحياة وبالحالات الطارئة التي قد تسبّب ضائقة اقتصادية أو اجتماعية، مثل الأمومة، والتقاعد، والمرض.

الحدّ الأدنى للحماية الاجتماعية: يعزّز نهج الحدّ الأدنى للحماية الاجتماعية الوصول إلى التحويلات والخدمات الاجتماعية الأساس في المجالات التالية: الصحة، والمياه والصرف الصحي، والتعليم، والغذاء، والإسكان، والمعلومات المنقذة للحياة والأصول. وهو نهج يشدّد على الحاجة إلى تنفيذ سياسات حماية اجتماعية شاملة ومتناسكة ومنسّقة لضمان الخدمات والتحويلات الاجتماعية طوال دورة الحياة، مع إيلاء اهتمام خاصّ للفئات الضعيفة (ILO 2008).

مخططات قائمة على المساهمات: هي تلك التي يقدّم من خلالها المستفيدون مساهمات منتظمة في نظام يحميهم مثلاً في حالة الأمومة، أو البطالة، أو المرض. في بعض الأحيان، يتمّ مطابقة التكاليف أو دعمها من قبل الحكومة. يمكن توفير التأمين من خلال التأمين الاجتماعي العام أو شركات التأمين، أو من خلال الصناديق المشتركة. نظراً إلى أنّ استخدام الذكور غالباً ما يهيمن على العمالة في القطاع الرسمي في جميع أنحاء العالم، فإن العديد من المخططات القائمة على المساهمات تديم عدم المساواة بين الجنسين أو تعزّزها؛ ومع ذلك، تتضمّن نُظُم التأمين الاجتماعي أحكاماً تعمل على معالجة التفاوت بين الجنسين (UNPD 2016).

المساعدة الاجتماعية (والمخططات غير القائمة على المساهمات): تشير إلى النُظُم المستهدفة الممولة من الدولة، والتي تقدّم مجموعة من الخدمات تُسهم في الحدّ من الفقر إلى السكان الفقراء الذين في الغالب يعملون في قطاع غير رسمي و/أو لحسابهم الخاص. وتشمل هذه النُظُم التحويلات النقدية، والرواتب التقاعدية، والتغطية الصحيّة للرجال والنساء ذوي الدخل المنخفض غير مشمولين بأي مخطّط رسمي قائم على المساهمات مثل التوظيف القائم على العمل (UNDP 2016).

العقد الاجتماعي: كما لاحظ لوي وزينل (2020)، يشير هذا المفهوم إلى "مجمّل الاتّفاقات الصريحة أو الضمنية بين الفئات المجتمعية ذات الصلة جميعها والسياديّة منها (أي الحكومة أو أي جهة فاعلة أخرى في السلطة)، وتحديد حقوقها والالتزامات تجاه بعضها البعض".

الوضع التمويلي العالمي للحماية الاجتماعية، وانعكاس أولويات الدول العربية

i. **إعادة تخصيص الإنفاق العام:** ويشمل تقييم مخصّصات الميزانية الجارية من خلال آليات رسمية مثل مراجعات الإنفاق العام وأنواع أخرى من تحليلات الموازنة المواضيعية.

ii. **زيادة الإيرادات الضريبية:** ويتحقّق ذلك عن طريق تغيير أنواع مختلفة من معدّلات الضرائب - على سبيل المثال، على الاستهلاك، أو أرباح الشركات، أو الواردات، أو الصادرات، أو استخراج الموارد الطبيعية.

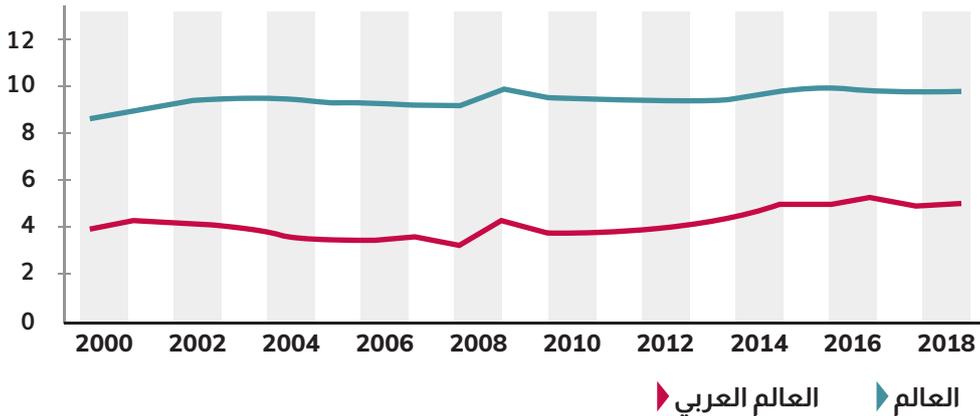
- iii. توسيع تغطية الضمان الاجتماعي والإيرادات القائمة على المساهمات:** زيادة التغطية، وبالتالي يحزّر تحصيل المساهمات مساحة للإنفاق الحكومي على الحماية الاجتماعية.
- iv. الضغط من أجل المساعدة والتحويلات:** ويتطلب التعامل مع الحكومات المانحة المختلفة أو المنظمات الدولية.
- v. القضاء على التدفقات المالية غير المشروعة:** ويتطلب رقابة أفضل على غسل الأموال، والرشوة، والتهرب الضريبي، وسوء التسعير في التجارة، والجرائم المالية الأخرى.
- vi. احتياطات النقد الأجنبي التابعة للمالية العامة والبنك المركزي:** ويشمل ذلك سحب مدخّرات دولة معيّنة وإيرادات دولة أخرى المخزّنة في صناديق خاصة، مثل الصناديق السيادية.
- vii. إدارة الديون (الاقتراض أو إعادة هيكلة الديون الحالية):** وينطوي ذلك على استكشاف نشط لخيارات الاقتراض المحلية والأجنبية بتكلفة منخفضة.
- viii. اعتماد إطار اقتصادي كلي أكثر ملاءمة:** ويستلزم ذلك السماح بمسارات عجز أعلى في الميزانية و/أو مستويات تضخم أعلى من دون المساس بالاستقرار الاقتصادي.

تعدّ البيانات الشاملة حول أنماط تمويل الحماية الاجتماعية في المنطقة العربية غير مكتملة. نعلم أنّ الإنفاق العام على الحماية الاجتماعية (باستثناء الصحة) يبلغ في المتوسط 4.6% في المنطقة العربية مقارنةً بالمتوسط العالمي الذي يزيد عن 12.9% (ILO 2022). تتخذ الحماية المالية للرعاية الصحيّة ثلاثة أشكال في الدول العربية: (1) التأمين الصحي الحكومي، (2) التأمين الصحي الخاص، (3) الحماية الصحيّة الاجتماعية (Alami 2017). تغطّي الحماية الصحيّة الاجتماعية المخطّطات القائمة على المساهمات (عادةً ما تُسمّى بالتأمين الصحي الاجتماعي) والمخطّطات غير القائمة على المساهمات، بما في ذلك أنظمة التضامن الاجتماعي أو المجتمعية. ينبغي على الأسر التي لا تغطّيها الفئات المذكورة أعلاه الدفع من النفقات المسدّدة من الجيوب الخاصة أو التخلّي عن الرعاية الصحيّة.

يتمثّل التحديّ في الدول العربية في أنّ توسيع نطاق تغطية الحماية المالية يعني توسيع نطاق المخطّطات في قطاعات العمل الرسمية، مع حماية صحيّة اجتماعية تستهدف العاملون في القطاع غير الرسمي والفقراء، من خلال عمل المنظمات الخيرية مثلًا أو الوكالات الإنسانية الدولية. كشفت جائحة كورونا عن بعض المبادرات الإيجابية، مثل إنشاء مخطّطات تأمين ضدّ البطالة في البحرين، والكويت، وعمان، والمملكة العربية السعودية، وتعزيز التغطية لحماية الأمومة والعاملين في القطاع غير الرسمي في الأردن. قدّرت منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي (2020) أنّ المصارف المركزية قد خصّصت نسبة 2.7% من الناتج المحلي الإجمالي في ضحّ السيولة، في جميع أنحاء المنطقة العربية خلال الأسابيع الأولى من الجائحة. كان من المتوقّع أن ترتفع نسبة العجز المالي في المنطقة (IMF 2022) إلى 10.8% من الناتج المحلي الإجمالي في العام 2020، ممّا يثير مخاوف بشأن استدامة الاستجابة الاقتصادية للبلدان في ضوء الاحتياجات الاجتماعية والاقتصادية المستمرّة في فترة التعافي. أظهرت دول الخليج أكبر حظة تحفيز مالي بلغت قيمتها 6.9 مليار دولار أمريكي، في حين سجّل الحافز المالي في البلدان المنخفضة الدخل قيمةً أقل أي بنحو 0.27 مليار دولار أمريكي (ESCWA 2022).

تساعد مستويات التغطية في توضيح صورة أولويات الإنفاق. وفقاً لمنظمة العمل الدولية (ILO 2022)، اعتباراً من العام 2020، جرى تغطية نسبة 40% من السكان العرب فعلياً بمستحقّ حماية اجتماعية واحدٍ على الأقل مقارنةً بالمتوسط العالمي البالغة نسبته 46.9%. تُخفي هذه المعدّلات عدم المساواة والتفاوت داخل البلدان العربية وفيما بينها، لا سيّما فيما يتعلّق بالحماية الصحيّة والوصول إليها: لدى 39.5% من السكان العرب تغطية صحيّة مقارنةً بالمعدّل العالمي البالغ 66%. تشمل الفئات التي تعاني من أعلى معدّلات الإقصاء الأشخاص ذوي الإعاقة، والعاطلين عن العمل، والأمّهات مع الأطفال حديثي الولادة (تسجّل نسبتهم جميعاً أقلّ من 12%). 8.6% من النساء فقط مشمولات قانونياً بالحماية الاجتماعية مقارنةً بالرجال (36.1%). تتمتع المنطقة أيضاً بحماية الأمومة بأدنى مستوياتها (12.2%) مقارنةً بالمتوسط العالمي الذي يقارب نسبة 50%. تحتلّ الدول العربية المرتبة الأدنى مع القارة الأفريقية في الإنفاق الصحيّ (5.2%) مقارنةً بالمتوسط العالمي (9.8%). يقدّم الشكل 1 بيانات عن نسبة الإنفاق على الصحة من إجمالي الناتج المحلي ويوضح أن متوسطات الدول العربية أقل بكثير من المتوسطات العالمية.

الشكل 1. الإنفاق الصحيّ الحالي (% من الناتج المحلي الإجمالي)



المصدر: مؤشرات بيانات البنك الدولي، متوفرة على الموقع الإلكتروني: <https://data.worldbank.org/indicator>

حوكمة الحماية الاجتماعية والنهج القائم على السلطة الأبوية في الدول العربية

استناداً إلى بطنجي وآخرين (2014)، يتشابك التوزيع العادل للسلع العامّة، مثل الرعاية الصحيّة، مع المساءلة لدرجةٍ أنّ بعض العلماء السياسيين يستخدمون تدابير توزيع هذه السلع العامّة كمقياسٍ للمساءلة السياسية للحكومة. في الجمهوريات، تبلغ تغطية خطة الرواتب التقاعدية ضعف تغطية الأنظمة الملكية في المنطقة العربية (44% مقابل 22%، على التوالي)، ممّا يشير إلى أنّ الأنظمة التي تعتمد على إنجازاتها الاجتماعية لتحقيق الاستقرار من المرجح أن توفر الدعم لسكانها. ومن المحتمل أن يكون الانقسام الاجتماعي، أو التجزئة الاجتماعية، القائم على أسس اجتماعية أو إثنية أو دينية، عاملاً آخر في تحديد توفير السلع العامّة. لدى البلدان ذات الانقسامات الاجتماعية الأكبر فرص أقل للحصول على الرعاية الصحيّة، ومعدّلات أعلى لوفيات الأطفال والأمّهات، واستثمار أقلّ في السلع العامّة.

غالباً ما توصف الدول العربية بأنّها ذات عقود اجتماعية ضعيفة من خلال إهمال الخدمات العامّة، واستبعاد فئات سكانية معيّنة، واستخدام العنف ضد مواطنيها.

ومن السمات المميّزة الأخرى للمنطقة العربية: مدى التدخّل الخارجي على هيئة استعمار، وعقوبات اقتصادية، ومساعدات خارجية، ومساعدات عسكرية، ونزاع عسكري. ساهمت هذه السمات في الفشل في إرساء أنظمة سياسية خاضعة للمساءلة وشاملة في العالم العربي، ولكنها لا توضح ذلك بشكل كامل. قد تفسّر هذه العوامل السياسية الاختلافات في الوصول إلى الخدمات الصحيّة وتناجها. إستناداً إلى جمالي وآخرين (2014)، تعاني النساء بشكل خاص من الحرمان في سوق العمل، ممّا يعني أنّهن يستفيدن أيضاً بدرجة أقل من أنظمة الحماية الاجتماعية إمّا لأنّ خبرتهنّ السابقة قليلة في العمل، أو يُنظر إليهنّ على أنّهن لا يتمتّعن بالقدرة البدنية، أو يتعيّن عليهنّ البحث عن عمل يناسب مسؤولياتهنّ في المنزل. وعليه، تتبع الدول العربية ما يسمّى بنموذج "المعيل الذكر" في السياسة الاجتماعية (Alami 2017).

طلت جهود الإصلاح غير منتظمة وجزئية ومتناقضة حتى بعد جائحة كورونا، إذ قام عدد قليل حصراً من البلدان مثل المغرب بتوسيع تغطية التأمين الصحيّ لتشمل العاملين في القطاع غير الرسمي، والتي تُموّل من خلال مجموعة من المساهمات والضرائب، على الرغم من استمرار ارتفاع عدد الأسر التي تنفق من أموالها الخاصّة (UN-ESCWA 2022). لا تزال أوجه عدم المساواة من السمات الرئيسة للنظم الصحيّة العربية، ولا تزال القطاعات الصحيّة تحتسب إلى حدّ كبير من حيث التأثير المالي بدلاً من مساهمتها في الرفاهية والعدالة الاجتماعية. تتأصّل هذه السياسات من أطر الاقتصاد الكلي غير الشاملة التي وّجّهت للاقتصادات العربية، والتي ركّزت على الاستفادة من شبكات الامتياز والأنظمة السياسية المتّسمة بالمحسوبية والإقصاء والإكراه. في هذا السياق، يحظى الحفاظ على الطاقة بالأولوية على أهداف التنمية، وخلق فرص عمل منتجة، والحماية الاجتماعية. فرضت جائحة كورونا مزيداً من الضغط على الأنظمة الصحيّة، مسلّطة بذلك الضوء على سنواتٍ من سحب الاستثمارات، مع تجاهل الحقّ في الصّحة الشاملة في بعض البلدان، مثل الأردن. أدّت الحرب، والاحتلال، والعقوبات، والحرب الأهلية، وانعدام الأمن، إلى الضغط على أنظمة الصّحة العامّة العربية. تضمّ هذه المنطقة أكبر عدد من اللّاجئين والنازحين داخلياً وعديمي الجنسية في العالم، والأعداد أخذت في الارتفاع.

يتجلى النهج القائم على السلطة الأبوية في مجموعة من أنظمة حكم أبوية واستبدادية: (1) النهج المتبقي إزاء قضايا الحماية الاجتماعية والرعاية الاجتماعية، والذي يفضل توفيره من خلال الهياكل المجتمعية غير الرسمية مثل المحسوبة، والأسرة، والمنظمات الخيرية والدينية، والهياكل القبلية والمجتمعية، يحدّ من الحريّات الاقتصادية والاجتماعية للمرأة والشباب وكبار السن، فضلاً عن الأشكال الأكثر تقدّمية لاستحقاق الحماية الاجتماعية على أساس المواطنة الاجتماعية: (2) على مستوى الدولة القومية، ثقة مجموعة ضيّقة من الجهات السياسية الفاعلة المهيمنة مثل النظام الملكي، والعسكري، والعائلات السياسية البارزة، وقادة الأعمال الذين يسيطرون على الهياكل الأساس لصنع القرار في الحكومة والتي تؤدّي إلى تركيز ضيق الأفق على الحماية الاجتماعية كحقّ اجتماعي.

كما لوحظ استناداً إلى جواد، والتون، ومرواني (2021)، فتتعلّق الدول العربية حديثاً بوراثة الأب. يستند هذا الشكل من الحكم السياسي إلى "هجين يجمع بين الممارسات من ميراث بناء الدولة ما قبل العصر الحديث في المنطقة، والهياكل البيروقراطية المستوردة جزئياً من الغرب" (Bacik 2008:51). "عادةً ما تُعتبر الدولة الموروثة الجديدة "ضعيفة" من حيث القدرة على تنفيذ السياسات (Bill and

(Springborg 1994)، وخاصةً من حيث تعزيز التنمية الاقتصادية، غير أنّها في الوقت نفسه قويّة جدًّا في دمجها لمختلف أنواع السلطة (الشخصية والبيروقراطية)“ (Hinnebusch & Gani 2019, p.4). يساعد نهج وراثه الألب الحديث للمنطقة في تفسير تشوّه حوكمة الحماية الاجتماعية من خلال مفهوم ”نظام محدودية فرص الوصول“ (North et al. 2009)، الذي تأسس على المحسوبية ويمكن الحكّام من السيطرة على المجتمع وتقديم الخدمات. يتمثل أكثر خصائص الحكم شهرةً في الدول العربية أيضًا بنموذج الدولة الريعية، الذي يساعد في تعزيز عمليات صنع القرار القائم على السلطة الأبوية حول الثروة الوطنية والنظام الاجتماعي. وبالتالي، يفسّر وجود دولة التخصيص، التي لا تستند إلى عقود استخراج الموارد، سبب عدم اتباع عملية تشكيل الدولة في الشرق الأوسط مسار التنمية الاقتصادية والإصلاح المستدام والتحوّل الديمقراطي (Schwarz 2008).

الطرق الرئيسية لتمويل أنظمة الحماية الاجتماعية في المنطقة العربية وقابليتها للتطبيق، مع الإشارة إلى نماذج بسمارك وبيفيردج

بحسب منظمة الصحة العالمية (إحاطة إعلامية في العام 2012)، تُعدّ السمة المميّزة بين «نموذج بسمارك» و«نموذج بيفيردج» أساس الحقّ في الحصول على مستحقات. في نموذج بسمارك، يرتبط الاستحقاق بمساهمةٍ يقدّمها العامل، وعلى هذا النحو، فإن العضوية في هيئة اعتبارية مهمة مثل تعامل العاملين مع صاحب العمل والانتساب إليه. في نموذج بيفيردج، يستند الاستحقاق إلى الجنسية أو الإقامة، وعلى هذا النحو، لا تعتمد المستحقات المتلقاة على المساهمات السابقة. لدى الدول العربية استراتيجياتٍ مختلفة لتوفير الحماية الاجتماعية لمواطنيها في حالات مثل الحمل والأمومة أو من العواقب المالية للمخاطر الصحية. وتختلف البلدان في مدى اعتمادها على أنظمة الرعاية الصحية الوطنية غير المساهمة (الممولة من الضرائب) (نموذج بيفيردج) أو أنظمة التأمين الصحي الاجتماعي القائمة على المساهمات (نموذج بسمارك) (Loewe 2013).

في العالم العربي، أثقلت ترتيبات الصحة العامة الحالية أعباء السكان العرب بشكل غير متناسب مع ارتفاع التكاليف المالية والمصاعب عند استخدام الرعاية الصحية، مع آثار فقر وردع ملحوظة (Alami 2017). مخظطات الحماية الصحية هي الأكثر شمولًا لمن يستطيع تحمّل تكاليف الرعاية الصحية؛ وتعتمد بشكل أساسي على المساهمات والعمالة الرسمية، وبالتالي تفشل في تلبية احتياجات الفقراء والقطاعات الريفية وغير الرسمية. تفتقر أنظمة التمويل أيضًا إلى الأسس التشغيلية والمتطلبات المؤسسية لتجميع الموارد وتقاسم المخاطر بشكلٍ فعّال، إذ يؤدي الانقسام والتفكيك إلى تفاقم أوجه عدم المساواة الأفقية والرأسيّة. أدّى إهمال أنظمة الصحة العامة إلى تعزيز أوجه عدم المساواة من خلال اتساع الفجوة بين الاحتياجات وتوفير الخدمات والتأكيد على القدرة على الدفع كأساس للحصول على رعاية جيّدة.

وجّهت الأطر التنموية المتمركزة حول الدولة، والتي ميّزت الدول العربية بعد الاستقلال في البداية معظم البلدان نحو نموذج بيفيردج - نظام صحي وطني لجميع المواطنين ممّول من الضرائب العامة. «تم تمويل معظم القطاعات العامة العربية من خلال مجموعة من الضرائب على الرواتب والإيرادات الحكومية (غالبًا من النفط)، وظلت الأخيرة مهيمنة في العراق وسوريا وليبيا. في دول الخليج ذات الدخل المرتفع، تهيمن عائدات النفط على الإنفاق الاجتماعي للدولة بدلًا من الضرائب مع

قاعدة الدعم السياسي الرئيسة بين الطبقات الوسطى الحضرية والنخب الحاكمة» (Alami 2017, p. 164). في محاولة لتوسيع نطاق التغطية من نقطة البداية هذه، أُكِّدَت معظم الأنظمة العربية على المساهمات و/أو سمحت بالانسحاب. بينما يبدو ذلك وكأنه انتقال نحو نموذج بسمارك (نظام صحي وطني ممول في الغالب من مساهمات الموظفين، وأصحاب العمل، والحكومة أحياناً)، إلا أن معظم هياكل التمويل مختلطة من الناحية العملية. تحتاج الأنظمة الصحية إلى التحديث، وإعادة التأهيل، والارتقاء بمستواها، والاستجابة للخدمات الجديدة، ليس أقلها تأثير الحرب أو الاحتلال فيما يتعلّق بالشعب الفلسطيني. على هذا النحو، من المرجّح أن يواجه التركيز المتزايد في المنطقة على تعزيز التأمين القائم على المساهمات (نموذج بسمارك) عوائق مالية مهمّة، من دون تعزيز المشاركة في تحقّل المخاطر أو مبادئ التضامن (نموذج بيفيردج). ستؤدّي الفجوات في التغطية والعوائق المالية التي تحول دون الحصول على الخدمات الصحية في المنطقة العربية إلى مزيد من التأخير في التأهب للتغطية الصحية الشاملة.

نظرة عامة على الأحكام الصحيّة في أنظمة الحماية الاجتماعية القائمة في البلدان العربية

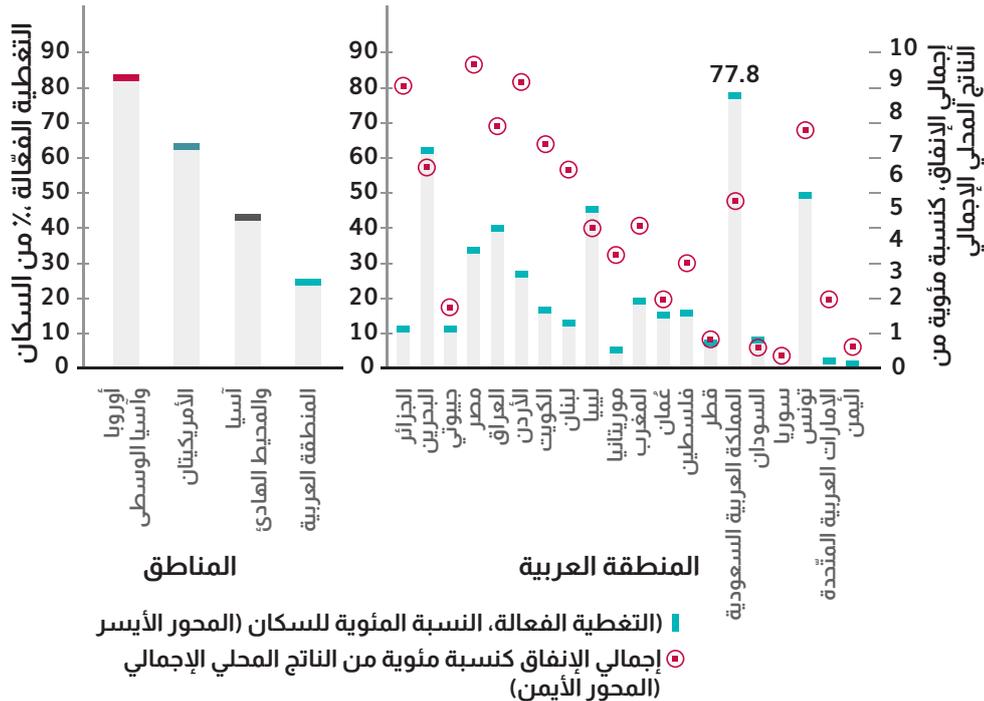
إنّ تغطية والإنفاق على الحماية الاجتماعية في البلدان العربية ليسا كافيين فحسب، إنّما هما موزّعين توزيعاً غير منصف، سواء عبر المناطق دون الإقليمية والبلدان، أو داخل البلد نفسه. تُستبعد شرائح كبيرة من السكان، بما في ذلك العاملين في القطاع غير الرسمي، والعاطلين عن العمل، أو خارج القوى العاملة، أو المستبعدين من الحماية الاجتماعية المتّصلة بالعمالة، ولا سيما النساء والشباب والعقّال غير الوطنيّين. لا تتاح لملايين الفئات السكّانية الرئيسة، مثل الأطفال والأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن، إمكانية الوصول إلى الآليات الفعّالة أو الحدّ الأدنى للحماية الاجتماعية لحماية دخلهم، ولا سيّما لتمويل الرعاية الصحيّة الخاصّة بهم. علاوةً على ذلك، فرضت الهشاشة المرتبطة بالنزاعات والأزمات الإنسانية التي طال أمدها في البلدان في جميع أنحاء المنطقة، عبئاً إضافياً على أنظمة الحماية الاجتماعية المتخلفة. ولتحقيق العدالة الاجتماعية في المنطقة العربية، ينبغي أن تنشئ الحكومات نظام حماية اجتماعية شاملة، بما في ذلك الصحة الاجتماعية، وإعمال حقّ الإنسان في الضمان الاجتماعي للجميع بشكل عاجل. من شأن تنفيذ ذلك أن يسهم في الحدّ من الفقر، واحتواء عدم المساواة، وتعزيز رأس المال البشري، وتعزيز الكرامة والإنصاف والتضامن، وتقوية العقد الاجتماعي (ILO 2021b).

نهج دورة الحياة للحماية الاجتماعية للجميع في المنطقة العربية: لمحة عامة

اعتباراً من العام 2020، جرى تغطية نسبة 46.9% فقط من سكان العالم فعلياً من خلال مستحقّ حماية اجتماعية واحد على الأقل باستثناء الصحة (هدف التنمية البشرية المستدامة 1.3.1: بما في ذلك، على سبيل المثال، إعانات الأطفال والأمومة، ودعم العاطلين عن العمل، والأشخاص ذوي الإعاقة، والعقّال المشمولين في حالة إصابة العمل، وكبار السن).، بينما ترك باقي السكان من دون حماية ويصل عدد هؤلاء إلى حوالي 4.1 مليار شخص، ويمثلون 53.1% من سكان العالم. يوضح الشكل 2 وجود تفاوتات كبيرة عبر المناطق وداخلها، إذ بلغ أعلى معدّل تغطية في أوروبا وآسيا الوسطى والأمريكتين نسبة 83.9% و64.3% على التوالي، وهو أعلى من المتوسط العالمي، بينما بلغت معدّلات التغطية في آسيا والمحيط الهادئ والمنطقة العربية 44.1% و26% على التوالي، مع وجود فجوات ملحوظة في التغطية. وفقاً لتقرير منظّمة العمل الدولية (2021)، تمثّل نسبة 30.6% فقط السكان في سن العمل المشمولين قانونياً بمخطّطات قائمة على المساهمات، تشمل بدورها مجموعة كاملة من المستحقّات، من مستحقّات الأطفال والأسرة إلى المعاشات التقاعدية لكبار السن، مع تخلف تغطية النساء عن تغطية الرجال بنسبة تبلغ ثماني نقاط مئوية. هذا يعني أنّ نسبة 69.4% من سكان العالم يتمتّعون بحماية جزئية أو لا يتمتّعون بالحماية على الإطلاق. ترتبط الفجوات في التغطية، وكفاية أنظمة الحماية الاجتماعية، والشمول ارتباطاً وثيقاً بنقص كبير في الاستثمار في الحماية الاجتماعية، لا سيّما في آسيا والمنطقة العربية.

يبين الشكل 2 اختلافات كبيرة في التغطية الفعّالة في جميع أنحاء المنطقة العربية. في الدول التابعة لمجلس التعاون لدول الخليج العربية، في المتوسط، يتمنّع 31% من السكان بالحماية من خلال شكل من أشكال الحماية الاجتماعية، مقارنةً بمتوسط يبلغ 85.4% في البلدان ذات الدخل المرتفع. تُظهر المملكة العربية السعودية والبحرين معدّلات تغطية فعّالة أعلى لأنها توفر تغطية تأمين اجتماعي للعاملين غير الوطنيين، أصحاب مجموعة محدودة من المستحقات. على سبيل المثال، في البحرين، يتم توفير التأمين الاجتماعي للمهاجرين ضد الشيخوخة والإعاقة والوفاة. تدلّ الاختلافات في التغطية عبر الدول التابعة لمجلس التعاون لدول الخليج العربية على مدى التغطية الممنوحة لغير الوطنيين، ونسبة غير الوطنيين المقيمين في كلّ دولة. يعدّ كلّ من الإنفاق والتغطية في البلدان الهشة والمتضرّرة من النزاع في المنطقة، مثل سوريا واليمن وفلسطين، محدودين للغاية إذ يتم تغطية أقل من 17% من السكان بشكلٍ فعّال من خلال برامج الحماية الاجتماعية القانونية. يستضيف الأردن ولبنان لاجئين بمعدّلات تغطية فعّالة منخفضة، ما يعكس مدى محدودية أو انعدام إمكانية وصولهما إلى مخططات الحماية الاجتماعية الوطنية القانونية. وفي بعض الحالات، يستفيد اللاجئون من الاستجابة لحالات الطوارئ، تتراوح التغطية عبر البلدان ذات الدخل المتوسط من الشريحة الدنيا ومن الشريحة العليا في المنطقة من 77.8% في المملكة العربية السعودية و50.2% في تونس إلى 13.9% فقط في لبنان و 2.8% في اليمن. تعود هذه الاختلافات إلى عمق تغطية الأنظمة القائمة على المساهمة وغير القائمة على المساهمة. فالاستثمار في الحماية الاجتماعية، باستثناء الصّحة، في المنطقة العربية غير كافٍ، بمتوسط 4.6% من الناتج المحلي الإجمالي، أي أقل من المتوسط العالمي البالغ 12.9%.

الشكل 2. السكان المشمولون بمستحقّ حماية اجتماعية واحد على الأقل، والإنفاق العام على الحماية الاجتماعية، باستثناء الصّحة، كحصة من الناتج المحلي الإجمالي، في العام 2020 أو آخر سنة متاحة



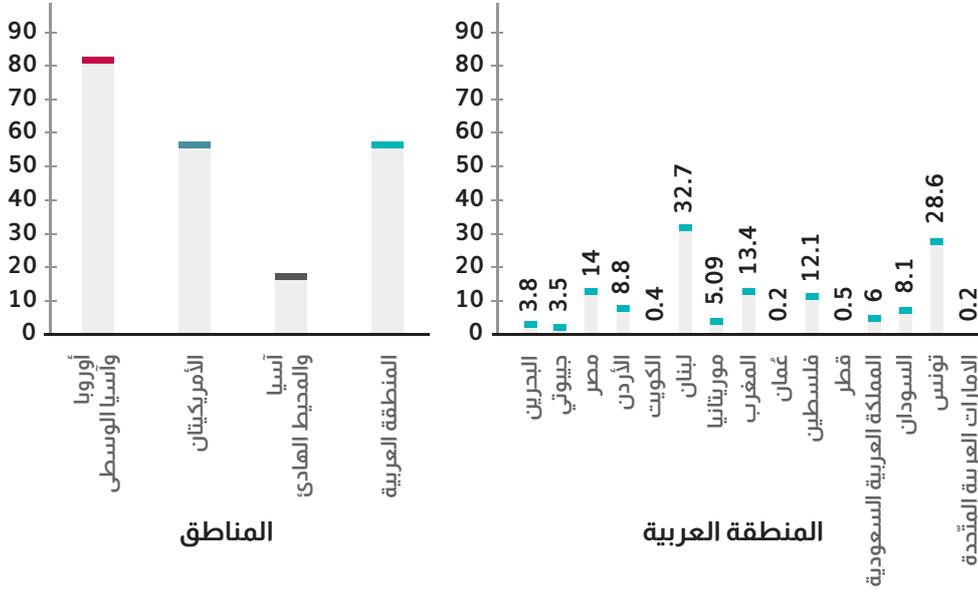
المصدر: إعداد المؤلف، استنادًا إلى منظّمة العمل الدولية للعام 2020، قاعدة بيانات الحماية الاجتماعية العالمية، استنادًا إلى دخل الضمان التكميلي؛ إحصائيات منظّمة العمل الدولية؛ مصادر وطنية.

■ مستحقات الأسر والأطفال

تسجل التغطية الأطفال من خلال أنظمة الحماية الاجتماعية نسبةً منخفضةً في المنطقة العربية، وخاصةً في الدول التابعة لمجلس التعاون لدول الخليج العربية ودول أخرى، كما هو موضح في الشكل 3. على الصعيد العالمي، يتم تغطية حوالي 26.4% من الأطفال بمستحقات الحماية الاجتماعية. تتراوح نسبة تغطية الأطفال في المنطقة العربية بين 0.2% في عُمان و32.7% في لبنان و57.4% و18% على التوالي. تؤدي إعانات الطفل والأسرة القائمة على المساهمات دوراً مهماً في تحسين تغطية الأطفال. تظهر هذه المخططات بشكل رئيسي في لبنان وتونس والمغرب، وتغطي نسب 32.7% و28.6% و13.4% على التوالي. كما تسهم بشكل كبير في تغطية الأطفال، على الرغم من اختلاف مستويات الكفاية اختلافاً كبيراً. مرّت تونس بإصلاحات لتعزيز الحماية الاجتماعية وزيادة الاستثمار في رفاهية الطفل، بهدف تحقيق التغطية الشاملة للأسر التي تضم أطفالاً من خلال نموذج متعدّد المستويات لتوسيع البرامج غير القائمة على المساهمات لتشمل جميع الأسر غير المشمولة بالمخططات القائمة على المساهمات (ILO 2021b).

مستحقات الأطفال غير القائمة على المساهمات ليست شائعة في المنطقة العربية. ففي حال إتاحتها، تُقدّم إلى فئات مستهدفة معيّنة، مثل الأطفال ذوي الإعاقة، والأيتام، والأطفال بالتبني. على هذا النحو، تُستبعد الغالبية العظمى من الأطفال من هذه البرامج، كما هو الحال في فلسطين والأردن. في مصر، يتم تغطية نسبة 14% فقط من الأطفال من خلال نظام الحماية الاجتماعية، إذ يستفيد مثلاً 4 ملايين طفل من برنامج التكافل النقدي الذي يستهدف الأسر الفقيرة التي تضم أطفالاً. ومع ذلك، فإن معايير الأهلية محدودة مما يقود إلى تغطية محدودة. في المغرب، جرى تصميم بعض البرامج، مثل خدمات التعليم والرعاية الصحية بهدف تلبية احتياجات الأطفال. لذلك، تثير التغطية المحدودة للحماية الاجتماعية للأطفال في المنطقة العربية القلق، بالنظر إلى أهمية الاستثمار في التنمية البشرية وحمايتهم من أوجه الهشاشة (Machado et al. 2018).

الشكل 3. مؤشر أهداف التنمية المستدامة رقم 1.3.1 بشأن التغطية الفعّالة للأطفال والأسر: النسبة المئوية للأطفال والأسر التي تتلقّى إعانات نقدية للأطفال والأسرة، في العام 2020 أو آخر سنة متاحة



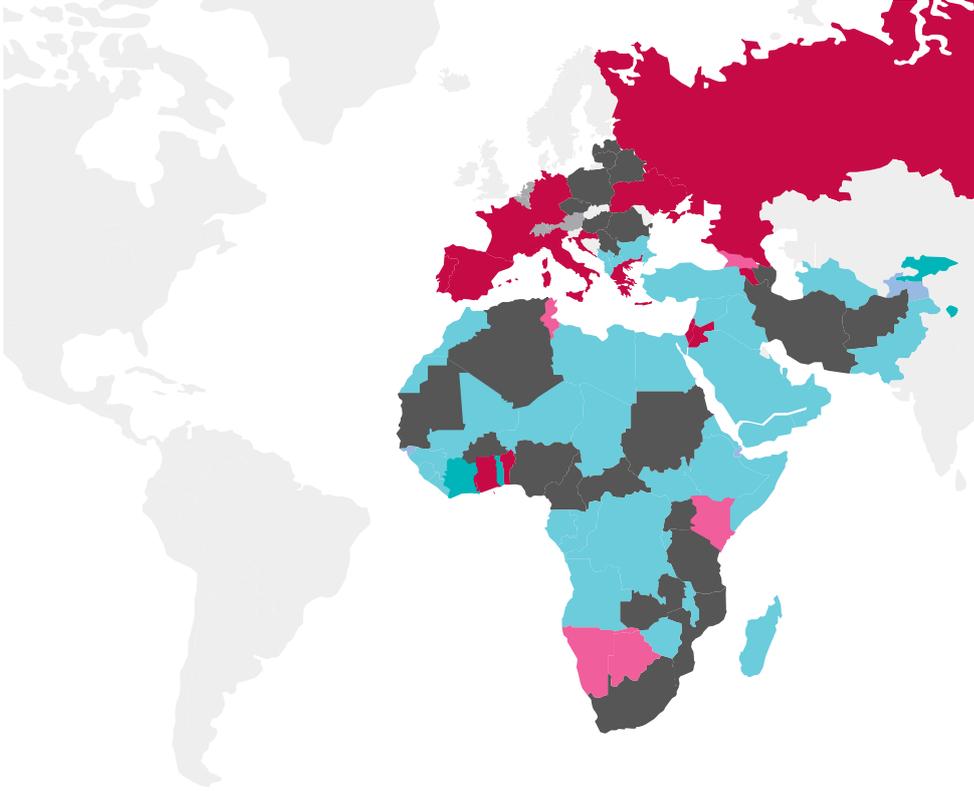
المصدر: إعداد المؤلف، استنادًا إلى منظّمة العمل الدولية للعام 2020، قاعدة بيانات الحماية الاجتماعية العالمية، استنادًا إلى دخل الضمان التكميلي؛ إحصائيات منظّمة العمل الدولية؛ مصادر وطنية.

■ مستحقات البطالة

في الدول العربية، يحصل أقل من 10% من العاطلين عن العمل على مستحقات البطالة، مقارنةً بنسبة 18.6% من العاطلين عن العمل في جميع أنحاء العالم، وفي مناطق أخرى مثل أوروبا وآسيا الوسطى، والأمريكيتين، وآسيا والمحيط الهادئ التي تسجّل 52.3% و16.4% و14% على التوالي كما هو ظاهر في الشكل 4. وتُمنح مستحقات البطالة للعاطلين عن العمل من خلال مخطّطات قائمة على المساهمات وأخرى غير قائمة على المساهمات في الجزائر، والبحرين، ومصر، والأردن، والكويت، والمغرب، والمملكة العربية السعودية. أمّا العمّال غير الوطنيين، فهم غير مؤهلين للحصول على هذه المستحقات في المملكة العربية السعودية، والكويت أو مع تقييد حصولهم عليها في البحرين والأردن. في البحرين، تصل نسبة العاطلين عن العمل الذين يتلقون مستحقات نقدية إلى 46.6%. مع تغطية العمّال غير الوطنيين قانوناً بمخطّطات التأمين ضد البطالة.

عندما انتشرت جائحة كورونا في العام 2020، كشفت عن الضعف والتخلف في أنظمة الحماية من البطالة وتنشيط سوق العمل في المنطقة (Bird & Silva 2020). وظهر نقص التضامن في التمويل والمشاركة في تحمّل المخاطر عبر مختلف قطاعات الاقتصاد. علاوةً على ذلك، تعاني آليات مسؤولية صاحب العمل من نقاط ضعف من حيث المراقبة والإنفاذ القانوني لحقوق العمّال، والتعرّض لمخاطر الإفلاس وسوء المعاملة. وجرى تقديم بعض المبادرات في المنطقة العربية لتوفير مخطّطات التأمين ضدّ البطالة، كما هو الحال في لبنان وتونس وفلسطين والإمارات العربية المتحدة. أمّا في الأردن، استُخدمت مخطّطات التأمين ضدّ البطالة كاستجابةٍ للأزمات.

الشكل 5. مؤشّر أهداف التنمية المستدامة رقم 1.3.1 بشأن التغطية الفعّالة لحماية الأمومة: النسبة المئوية للنساء اللواتي ينجبن ويتلقين مستحقات الأمومة النقدية، في العام 2020 أو آخر سنة متاحة



- ⦿ أكثر من 80%
- ⦿ 60 - 80%
- ⦿ 40 - 60%
- ⦿ 20 - 40%
- ⦿ أقل من 20%
- ⦿ بيانات غير متوفرة

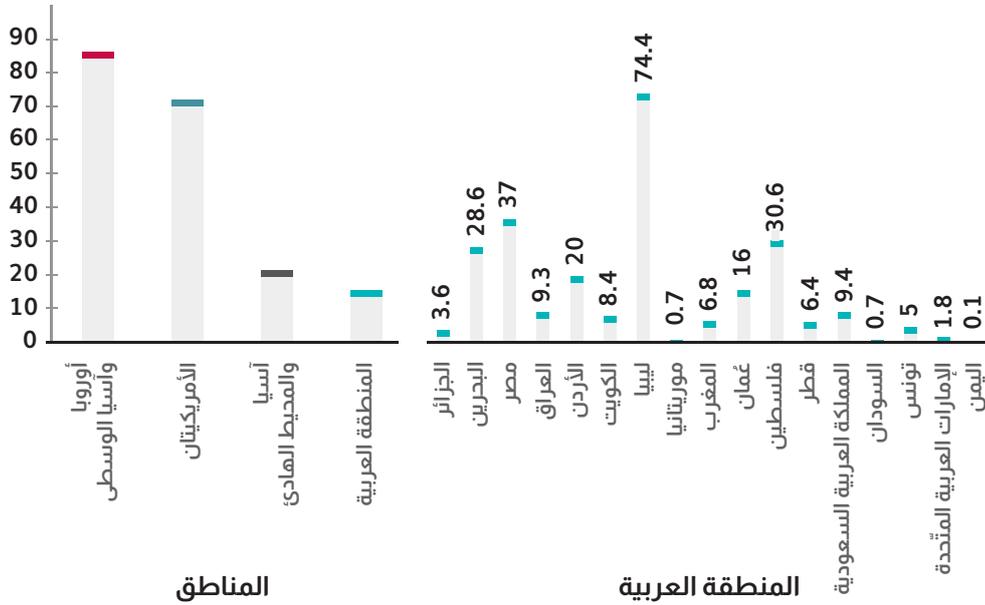
المصدر: منظّمة العمل الدولية، قاعدة بيانات الحماية الاجتماعية العالمية، استناداً إلى دخل الضمان التكميلي؛ إحصائيات منظّمة العمل الدولية؛ مصادر وطنية

■ مستحقات الإعاقة

يصل متوسط حصول الأشخاص ذوي الإعاقة على مستحقات الحماية الاجتماعية على مستوى العالم إلى 33.5%، مقارنة بالتغطية المنخفضة في المنطقة العربية التي تصل نسبتها إلى 15%، وهي الأدنى بين المناطق الأخرى مثل أوروبا وآسيا الوسطى، والأمريكيتين، وآسيا والمحيط الهادئ، على النحو المبين في الشكل 6. ويعود ذلك إلى التغطية المحدودة ومستويات الكفاية المنخفضة للمخططات القائمة على المساهمات وتلك غير القائمة على المساهمات في بلدان المنطقة، مثل السودان واليمن وموريتانيا. تغطّي المستحقات القائمة على المساهمة شريحة صغيرة من الأشخاص ذوي الإعاقة، ونادراً ما تتجاوز نسبتهم عن 10%. زادت كلّ من البحرين وفلسطين والأردن مؤخراً من تغطيتها للأشخاص ذوي الإعاقة الشديدة باستخدام المستحقات غير القائمة على المساهمات. في مصر، يتلقّى 37% من الأشخاص ذوي الإعاقة الشديدة مستحقات نقدية للإعاقة. على سبيل المثال، يُمنح برنامج كرامة للتحويلات النقدية من دون قيد أو شرط للأشخاص

ذوي الإعاقة. تُعدّ المخططات غير القائمة على المساهمات، المقدّمة من وزارات التنمية الاجتماعية، المصدر الرئيسي لتغطية منافع الأشخاص ذوي الإعاقة. ومع ذلك، فإنّ هذه الفوائد غير كافية ومجزأة ولا تعالج بشكل كافٍ أخطاء الاستبعاد بسبب عدم تمكّن المستفيدين المقصودين من المشاركة في البرنامج، على سبيل المثال، التكلفة الخاصّة، وتقنيّة الاستهداف، والإدارة، والحوافز المالية. تفتقر معظم بلدان المنطقة العربية إلى المخططات الشاملة المموّلة من الضرائب المقدّمة للأشخاص ذوي الإعاقة. لذلك، حدّدت بعض البلدان في المنطقة، كفلسطين ولبنان، الحاجة إلى إدخال مستحقات الإعاقة كجزءٍ من مخطّط الحماية الاجتماعية لذوي الإعاقة (UN-ESCWA 2017; ILO 2021b).

الشكل 6. مؤشّر أهداف التنمية المستدامة 1.3.1 بشأن التغطية الفعّالة للأشخاص ذوي الإعاقة الشديدة: النسبة المئوية للأشخاص ذوي الإعاقة الشديدة الذين يتلقّون مستحقات نقدية للإعاقة، في العام 2020 أو آخر سنة متاحة



المصدر: إعداد المؤلف، استناداً إلى منطّمة العمل الدولية للعام 2020، قاعدة بيانات الحماية الاجتماعية العالمية، استناداً إلى دخل الضمان التكميلي؛ إحصائيات منطّمة العمل الدولية؛ مصادر وطنية

■ مستحقات الشيخوخة: نظام التقاعد

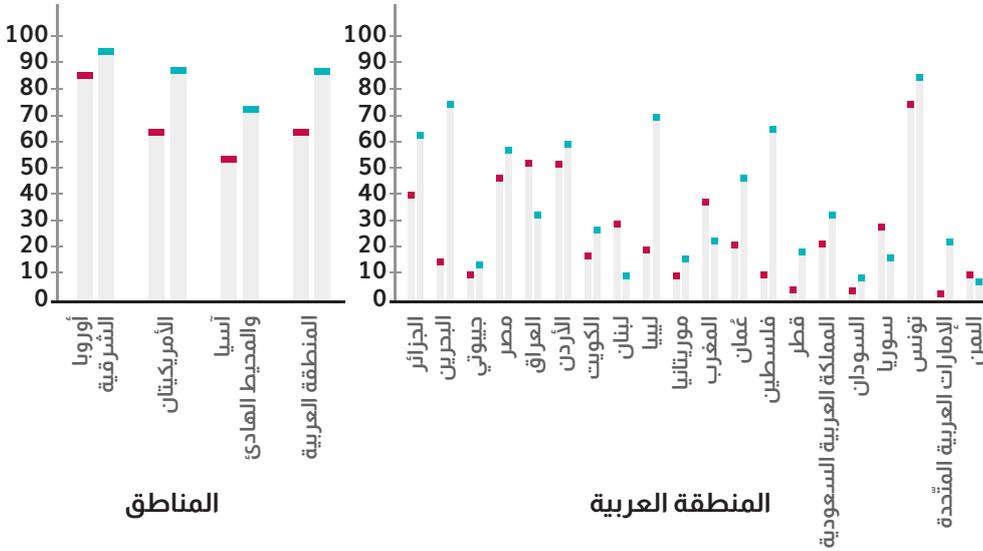
يستخدم مؤشّران هامان لفهم تنفيذ المخططات القانونية: النسبة المئوية للأشخاص الذين تجاوزوا سن التقاعد القانوني ويتلقّون المعاش التقاعدي لكبار السن، والمساهمين النشطين كنسبة مئوية من القوى العاملة. يوفّر هذان المؤشّران مؤشراً لأولئك الذين يستفيدون من أنظمة المعاشات التقاعدية القائمة على المساهمات وتلك غير القائمة على المساهمات وتغطية المعاشات التقاعدية المستقبلية للنشطين اقتصادياً في القوى العاملة. ومن دواعي القلق المهمّة أنّ نسبة 53.7% من القوى العاملة العالمية، على المستوى العالمي، تساهم في أنظمة التقاعد مقابل نسبة 25.6% في المنطقة العربية. يشير ذلك إلى أنّه من المتوقّع أن تتلقّى التغطية المحدودة راتباً تقاعدياً قائماً على المساهمات عند التقاعد، كما هو ظاهر في الشكل رقم 7. ويعود ذلك إلى ارتفاع مستويات الطابع

غير الرسمي في المنطقة، إلى جانب الافتقار إلى القدرة المؤسسية لضمان إنفاذ القوانين والحوكمة الهشة.

يتلقى حوالي 40% فقط من كبار السن على راتب تقاعدي في المنطقة العربية، وهو أقل من المتوسط العالمي البالغ 77.5%. وتعدّ معدلات التغطية مرتفعة بشكل ملحوظ في البلدان التي تتبع أنظمة تأمين اجتماعي، الدول التابعة لمجلس التعاون لدول الخليج العربية، وتونس، والأردن. مع ذلك، لا وجود في لبنان وفلسطين لأيّ مخطّط يوفر مستحقات تقاعدية دورية للعاملين في القطاع الخاص، وهو أمر غير مستدام (ILO 2021b). توّفر بعض البلدان في المنطقة شروط تقاعد سخية للعاملين في القطاع العام ومستويات المستحقات لأنظمة التقاعد. على العكس، لا تقدّم بعض البلدان ضمانات الحد الأدنى المناسب من المستحقات في غياب التضخم التلقائي المرتبط بالرواتب التقاعدية. أجرت بعض البلدان، كمصر، والأردن، وعمان، والسودان، إصلاحات في دمج أنظمة التقاعد للعاملين في القطاع العام والخاص من خلال مجموعة من الإصلاحات المؤسسية والنظامية والبارامترية. ومع ذلك، ما زالت عملية التقارب بطيئة. فقد تأخر الإصلاح في العراق.

الشكل 7. مؤشر أهداف التنمية المستدامة 1.3.1 بشأن التغطية الفعّالة

لكبار السن: النسبة المئوية للسكان الذين تجاوزوا السن القانوني للتقاعد والذين يتلقون راتب التقاعد لكبار السن، البلدان المحدّدة، في العام 2020 أو آخر سنة متاحة.



■ القوى العاملة المشمولة بنظام التقاعد (المساهمون النشطون)

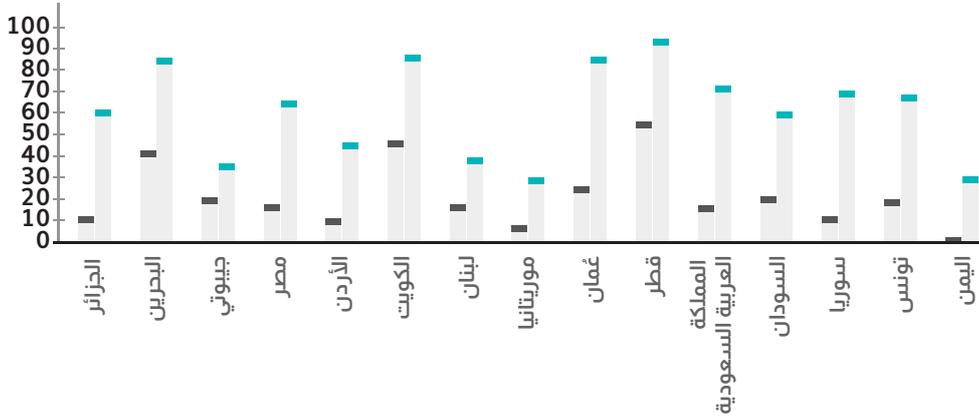
■ مؤشر أهداف التنمية المستدامة 1.3.1 بشأن التغطية الفعّالة لكبار السن: النسبة المئوية للسكان الذين تجاوزوا السن القانوني للتقاعد والذين يتلقون راتب التقاعد لكبار السن، البلدان المحدّدة، في العام 2020 أو آخر سنة متاحة.

المصدر: إعداد المؤلف، استنادًا إلى منظّمة العمل الدولية للعام 2020، قاعدة بيانات الحماية الاجتماعية العالمية، استنادًا إلى دخل الضمان التكميلي؛ إحصائيات منظّمة العمل الدولية؛ مصادر وطنية

تتميّز أنظمة الرواتب التقاعدية القائمة على المساهمات أيضًا بتحيّز كبير بين الجنسين، كما هو ظاهر في **الشكل 8**. على سبيل المثال، في الكويت، تقلّ احتمالية استفادة النساء من مجموعة مختارة من أنظمة الرواتب التقاعدية

القائمة على المساهمات عن الرجال بنسبة 40 نقطة مئوية على الأقل. يدل ذلك على انخفاض مشاركة المرأة في القوى العاملة في المنطقة. لذلك، فإن أنظمة الرواتب التقاعدية مصمم مصممة خصيصاً لمن يشغل وظائف مستقرّة وطويلة الأجل ويعمل مقابل أجر (ILO 2021a). المستحقات غير القائمة على المساهمات لكبار السن نادرة في المنطقة. ومع ذلك، توفّر عُمان والبحرين ضمان الدخل في سن الشيخوخة، وخاصّة للنساء. وعادةً ما تكون المخططات غير القائمة على المساهمات التي تغطّي الأسر التي تضمّ أفراداً أكبر سنّاً غير كافية، ولا يمكن أن تحلّ محل الرواتب الفردية على أساس التغطية الواسعة والاستحقاق الشامل.

الشكل 8. مؤشر أهداف التنمية المستدامة 1.3.1 بشأن التغطية الفعّالة لكبار السن: النسبة المئوية للسكان الذين تجاوزوا السن القانوني للرواتب التقاعدية التقاعدية والذين يتلقون راتباً تقاعدياً مسدّداً للشيخوخة، حسب الجنس في البلدان المحدّدة، في العام 2020 أو آخر سنة متاحة



■ مساهمة الإناث من الإناث

■ مساهمة الإناث من الذكور

المصدر: إعداد المؤلف، استناداً إلى منظّمة العمل الدولية للعام 2020، قاعدة بيانات الحماية الاجتماعية العالمية، استناداً إلى دخل الضمان التكميلي؛ إحصائيات منظّمة العمل الدولية؛ مصادر وطنية

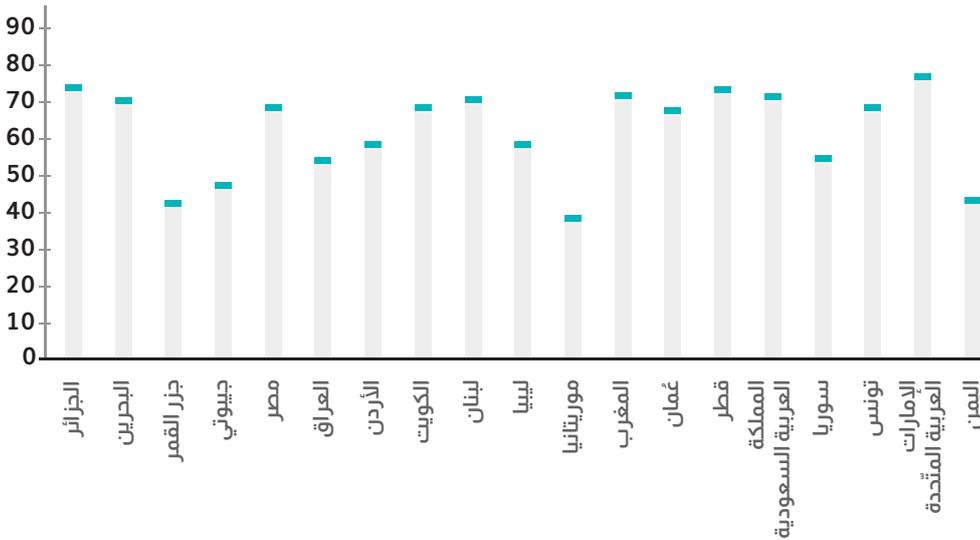
نظام حماية الصحة الاجتماعية في الدول العربية

تُقاس حماية الصحة الاجتماعية من خلال الهدف رقم 3.8 من أهداف التنمية المستدامة لتحقيق التغطية الصحيّة الشاملة، بما في ذلك الوصول إلى خدمات الرعاية الصحيّة الرئيسيّة الجيدة، والحماية من المخاطر المالية، وإمكانية الحصول على الأدوية واللقاحات الرئيسيّة الآمنة والفعّالة وذات الجودة المعقولة للجميع؛ وتوصية منظّمة العمل الدولية بشأن الحدّ الأدنى من الحماية الاجتماعية، 2012 (رقم 202) التي ينبغي أن تضمن أوّلاً: الوصول إلى الرعاية الصحية الأساسية، من ضمنها رعاية الأمومة، ثانياً: تأمين الدخل الأساسي للأطفال، وتوفير التغذية والتعليم والرعاية وأي سلع وخدمات أخرى ضرورية، ثالثاً: ضمان الدخل الأساسي للأشخاص الذين ينتمون إلى الفئة العمرية النشطة غير القادرين على كسب الدخل الكافي، ولا سيّما في حالات المرض والبطالة والأمومة والإعاقة، وأخيراً: ضمان الدخل الأساسي لكبار السن. إنّه عنصر أساسي من حقّ الإنسان في الصحة والضمان الاجتماعي. يعدّ النظام الصحيّ في المنطقة العربية معقّداً وتعدّدياً، ويجمع بين مقدّمي الخدمات والممولين من القطاعين العام والخاص. يتنافس مقدّمو الخدمات، ويمكن للمواطنين اختيار الخدمات بناءً على احتياجاتهم وقدرتهم على الدفع. وبالتالي، يعتمد النظام على أربعة وكلاء تمويل رئيسيين يقدمون خدمات صحيّة في إطار

مخططات قائمة على المساهمات وأخرى غير قائمة على المساهمات: القطاع الحكومي، والقطاع العام، والقطاع الخاص، ومنظمات المجتمع المدني، والنفقات المسددة من الجيوب الخاصة للأسر عند عدم توفر التغطية الكافية.

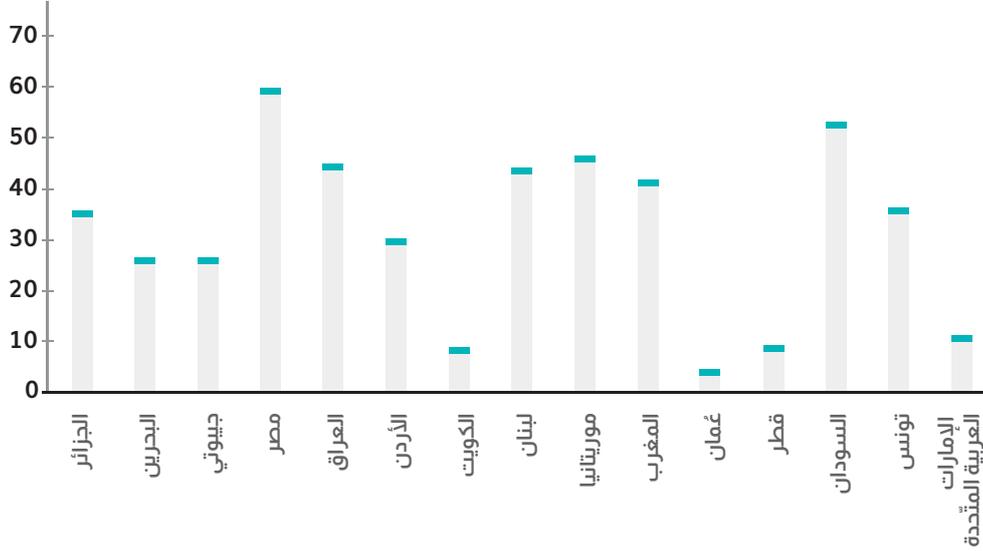
تتميز الحماية الصحية الاجتماعية في المنطقة العربية بتدني جودة الخدمات المقدمة بتغطية محدودة، كما هو ظاهر في الشكل 9. تختلف معدلات التغطية الصحية الشاملة بشكل كبير بين دول المنطقة، من نسبة 78% في الإمارات العربية المتحدة إلى نسبة 40% في موريتانيا. لا تزال النفقات المسددة من الجيوب الخاصة المحدودة للوصول إلى الخدمات الصحية مرتفعة في المنطقة العربية، كما هو ظاهر في الشكل 10، ما يعني أن الأسر مسؤولة عن معظم تكاليف الرعاية الصحية، مما يعكس عدم المساواة في الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية بين المناطق الحضرية والريفية (ILO 2021). ويختلف توزيع الإنفاق على النفقات المسددة من الجيوب الخاصة كنسبة مئوية من الإنفاق الصحي بشكل ملحوظ عبر بلدان المنطقة. تسجل النفقات المسددة من الجيوب الخاصة في معظم الدول التابعة لمجلس التعاون لدول الخليج العربية، نسبة منخفضة مقارنة بالدول العربية الأخرى. تمثل النفقات المسددة من الجيوب الخاصة في مصر والسودان حوالي 59.3% و53% على التوالي من الإنفاق الصحي مقارنة بـ 5% في عُمان. فالاعتماد على النفقات المسددة من الجيوب الخاصة يقلل من التكافل الاجتماعي ويزيد من عدم المساواة في الوصول إلى نظام الرعاية الصحية. بعد الربيع العربي، أعطت مجموعة من البلدان الأولوية للتغطية الصحية في الدساتير الجديدة والحوارات السياسية الوطنية. ومع ذلك، لا تزال معظم الدول العربية متخلفة عن تحقيق أهداف التغطية الصحية الشاملة. على سبيل المثال، تواجه المنطقة حسابات صحية وطنية قديمة، فضلاً عن ضعف مشاركة البيانات عبر مستويات النظام (Alami 2022).

الشكل 9. مؤشر تغطية خدمات التغطية الصحية الشاملة (الهدف رقم 3.8.1 من أهداف التنمية البشرية المستدامة) (%، 2019)



المصدر: البيانات المستخرجة من قاعدة البيانات العالمية لمنظمة الصحة العالمية بشأن الإنفاق على الصحة: آخر سنة متاحة تم تعديلها في العام 2021

الشكل 10. النفقات المسدّدة من الجيوب الخاصة كنسبة مئوية من الإنفاق الصحي الجاري (%، 2020)



المصدر: البيانات المستخرجة من قاعدة البيانات العالمية لمنظمة الصحة العالمية بشأن الإنفاق على الصحة: آخر سنة متاحة تم تعديلها في العام 2021

وصول المهاجرين واللاجئين إلى أنظمة الحماية الصحية الاجتماعية في المنطقة العربية

استضيف أكثر من 40 مليون مهاجر ولاجئ في المنطقة العربية في العام 2019، أي ما يعادل نسبة 15% منهم في جميع أنحاء العالم. وبقي حوالي 50% منهم من الدول العربية في المنطقة (UN-ESCWA 2020). وفقاً للبنك الدولي (2016)، دفعت النزاعات والحروب في العراق وليبيا وسوريا واليمن، ملايين الأشخاص إلى مغادرة منازلهم والفرار إلى دول تعاني بالفعل من أعباء اقتصادية، مثل مصر والأردن وتونس، ولبنان، وجيبوتي. على الرغم من الموارد المخصصة من الحكومات المضيفة والهيئات الدولية، إلا أنها معرّضة بشكل كبير للمخاطر. فكلما زاد عدد المهاجرين واللاجئين، ارتفعت نسب الفقر والتعرّض للمخاطر فيما بينهم. إذا نظرنا إلى البلدان الفردية، قد تتضح الصورة: في اليمن، منذ بداية النزاع في آذار/مارس 2015، فرّ حوالي 190 ألف شخص من البلاد، ما يقرب من 25% منهم من الصومال، وتشرد أكثر من 2.1 مليون شخص داخلياً، مع تقدير أن حوالي 80% من السكان بحاجة إلى مساعدة إنسانية. عاد عدد كبير من اللاجئين إلى الصومال، وانتقل الباقون إلى دول أخرى في المنطقة، لا سيّما جيبوتي وإثيوبيا، حيث يتم استضافتهم كلاجئين مع محدودية الوصول إلى الخدمات الأساسية (UNHCR 2019).

فيما يتعلّق بتأثير النزاع على صحة السكان النازحين قسراً بين البلدان وداخلها، أدّى ذلك إلى ارتفاع معدلات الوفيات والاعتلال لأسباب يمكن الوقاية منها، لا سيّما بين الفئات الضعيفة سواء حسب العمر أو الجنس. بالإضافة إلى ذلك، ثقة عدد من التحدّيات في توفير الحماية الصحية الاجتماعية لهم باستثناء منطقة الخليج، والمتعلّقين بالسياسات والقدرات البرامجية والمؤسسية؛ ومن هذه التحدّيات نذكر: ضعف الأنظمة، والتمويل، والحوافز الإدارية، والتنسيق، والتخلّلات المستدامة، وغيرها من التحدّيات. لذلك، يمثل توفير الحماية الصحية الاجتماعية

لللاجئين والمهاجرين تحدياً على جانبي العرض والطلب. من ناحية العرض، تُعزى محدودية الوصول إلى الخدمات الصحية إلى ضعف النظم الصحية التي تختلف باختلاف البلدان في المنطقة. ومن ناحية الطلب، تؤدي السلامة، جنباً إلى جنب مع القضايا الوبائية والديموغرافية، إلى عبءٍ ثقيلٍ لكلٍ من الأمراض المعدية وغير المعدية والأمراض العقلية فيما بينها، جنباً إلى جنب مع الأمراض الشائعة الأخرى المتعلقة بضعف محددات الصحة والوضع الاجتماعي وعدم الحصول على الخدمات الصحية الأساسية. وبالتالي، لا تكفي الموارد المخصصة للصحة لتلبية احتياجاتهم. يؤكد وضع المهاجرين واللاجئين على الحاجة الملحة لتطوير استراتيجية إقليمية شاملة ومتكاملة لحماية الصحة الاجتماعية لدعم احتياجاتهم وتقوية أنظمة الرعاية الصحية في البلدان المضيفة ودعمها. ينبغي أن تهدف هذه الاستراتيجية إلى زيادة قدرة أنظمة الرعاية الصحية ومرونتها واستعدادها لتعزيز استجابة مستدامة من شأنها أن تلبي الاحتياجات الصحية لكلٍ من المهاجرين واللاجئين وعامة الناس على حدٍ سواء. كما ينبغي أن تستند إلى السياق القانوني المحلي لكلٍ دولة في المنطقة مع ضمان حقوق الوصول إلى الرعاية الصحية للمهاجرين واللاجئين. إنه الوقت المناسب لمراجعة الأطر القانونية ذات الصلة بحقوق الحماية الصحية الاجتماعية (UNHCR 2019).

تؤدي المنظمات الدولية دوراً محورياً في دعم الوصول إلى الرعاية الصحية وتوفير الحماية الصحية الاجتماعية في المنطقة العربية للمهاجرين واللاجئين. تدرج بعض البلدان العربية حق اللاجئين في قوانينها وسياساتها الوطنية. في المقابل، صاغ آخرون سياسات مثل مذكرات التفاهم بين المنظمات الدولية والحكومات المضيفة لضمان وصولهم إلى خدمات الرعاية الصحية الأساسية. حددت خطة العمل العالمية لمنظمة الصحة العالمية بين عامي 2019-2023 مجموعة من الأولويات لتوجيه المنظمات الدولية (بما في ذلك منظمة الصحة العالمية نفسها، والمنظمة الدولية للهجرة، ومفوض الأمم المتحدة السامي لشؤون اللاجئين)، والدول الأعضاء، والجهات الفاعلة غير الحكومية في تعزيز صحة اللاجئين والمهاجرين. وتشمل هذه الأولويات ما يلي: تعزيز صحة المهاجرين واللاجئين من خلال تدخلات قصيرة وطويلة الأجل في مجال الصحة العامة؛ الدعوة إلى دمج صحة المهاجرين واللاجئين في جداول الأعمال العالمية والإقليمية والقطرية؛ تعزيز السياسات الصحية المراعية للاجئين والمهاجرين والحماية القانونية والاجتماعية، التي تشمل صحة النساء والأطفال والمراهقين ورفاهيتهم، والمساواة بين الجنسين، وتمكين النساء والفتيات المهاجرات واللاجئات؛ تعزيز استمرارية الرعاية الصحية الأساسية وجودتها، مع تنفيذ تدابير الصحة والسلامة المهنية وتطويرها؛ تسريع التقدم نحو تحقيق أهداف التنمية المستدامة بما في ذلك التغطية الصحية الشاملة من خلال تعزيز القدرة على معالجة المحددات الاجتماعية للصحة؛ تعزيز أنظمة المراقبة الصحية والمعلومات؛ دعم تدابير تحسين الاتصالات الصحية القائمة على الأدلة لمواجهة المفاهيم الخاطئة حول صحة المهاجرين واللاجئين (Onarheim & Rached 2020).

يحتاج المهاجرون واللاجئون والسكان النازحون إلى حماية صحية اجتماعية تركز بشكل أساسي على حماية الصحة العقلية ودعمها بسبب نقاط الضعف التي يتعرّضون لها، بدءاً من الخدمات الأساسية، مثل الوصول إلى الغذاء والماء والمأوى والرعاية الصحية وغيرها من الخدمات الرئيسية. ومن الأمثلة على ذلك معايير الصحة العقلية لمشروع سفير (2018)، المكتوبة بالاشتراك مع منظمة الصحة العالمية والمطورة بالتعاون مع اليونيسف وشركاء آخرين لدعم المهاجرين واللاجئين. ومع ذلك، تكافح النظم الصحية في المنطقة العربية لتلبية احتياجاتها، ومن الآن فصاعداً،

تواجه النساء والأطفال بشكلٍ أساسي تحديات خطيرة. على سبيل المثال، يبلغ العدد الإجمالي لجميع الولادات في لبنان 73000 ولادة سنوياً في صفوف السكان اللبنانيين، مقارنةً بـ 39000 ولادة في صفوف اللاجئيين السوريين. تضغط هذه الأعداد الكبيرة من الولادات على النظم الصحية الوطنية، ولا سيما خدمات الصحة الإنجابية وصحة الأم والطفل. وللحدّ من حالات الوفيات التي يمكن الوقاية منها بين النساء والأطفال والمراهقين جميعهم، ولتحسين صحتهم ورفاهيتهم بشكلٍ كبير، ينبغي على البلدان اتباع الإرشادات والمعايير الخاصة بخدمات الصحة الإنجابية وصحة الأمهات والمواليد والأطفال والمراهقين (RMNCAH). ومع ذلك، فهي غير موجودة أو مجزأة أو سيئة التنفيذ في أماكن النزوح. علاوةً على ذلك، لا تزال البيانات والمعلومات المتوفرة لدى RMNCAH بين المهاجرين واللاجئين والسكان النازحين، والتنسيق والتكامل في البيئات الإنسانية غير كافية، وكذلك الحماية الاجتماعية والمالية. ينبغي أن تكون الحلول الممكنة كاملة في دمج RMNCAH مع خطط التأهب للأطر الوطنية لضمان تقديم خدمات رعاية صحية عالية الجودة للنساء والأطفال والمراهقين، والتي يجب أن تكون حساسة لاحتياجاتهم ووضعهم (WHO 2019).

الاستجابات لتغير الحقائق في المنطقة العربية: جائحة كورونا

قبل جائحة كورونا، شمل برنامج الحماية الاجتماعية نسبة أقل من 30% من سكان المنطقة العربية، بما في ذلك الصحة. جرى تمويل معظم هذه البرامج من خلال الميزانيات الحكومية أو المساعدة الخارجية وليس من خلال مساهمات المستفيدين أو أصحاب العمل. سلط الوباء الضوء على مشاكل العقد الاجتماعي بين الناس والحكومات. وتفاوتت مستويات الإنفاق على جائحة كورونا في المنطقة العربية إلى حدٍ كبير من بلدٍ إلى آخر، غير أنها ظلت أقل من الإنفاق العالمي. في المنطقة، جرى إنفاق نسبة 3.9% من الناتج المحلي الإجمالي على الوباء مقارنةً بالمتوسط العالمي البالغ 22.6%. تعدّ دول الخليج الأكثر إنفاقاً، إذ بلغت نسبة الإنفاق حوالي 69.9 مليار دولار، مقابل 24.78 مليار دولار أنفقتها باقي الدول العربية جميعها. لم يقتصر الأمر على تفاوت مستويات الإنفاق في جميع أنحاء المنطقة، إنما اختلفت مصادر الإنفاق من دولة إلى أخرى. في المغرب وتونس، قدّم القطاع الخاص مبلغاً مالياً بقيمة 104.5 مليون دولار أمريكي و410 مليون دولار أمريكي على التوالي. في حين أن معظم الدول العربية أعادت ترتيب أولويات إنفاقها العام أو أنشأت صناديق خاصة، اعتمدت البلدان المتنازعة بشكلٍ أساسي على تمويل المانحين والمساعدات الإنسانية.

فضلاً عن ذلك، جرى إنفاق المبالغ المخصصة للوباء في مجالات مختلفة، بما في ذلك التأمين الاجتماعي، والقروض والمستحقات الضريبية، والمساعدة الاجتماعية، وتدخلات سوق العمل، والدعم المتعلق بالصحة، والدعم المالي والسياسات العامة. في هذا السياق، خصّصت الدول العربية قرابة 18% من الدعم المالي للحماية الاجتماعية. على سبيل المثال، خصّصت الصومال حوالي 100%، تليها لبنان بنسبة 96.8% ثم العراق بنسبة 95%. أعطت البلدان المصدّرة للنفط الأولوية للتخفيضات الضريبية المؤقتة، وتمديد المواعيد النهائية للمدفوعات، وزيادة إنفاق المبالغ الأخرى للحفاظ على الوظائف، بينما ركّزت البلدان المستوردة للنفط إنفاقها على الصحة والتحويلات الاجتماعية المستهدفة (UN-ESCWA 2021).

قبل انتشار جائحة كورونا في العام 2018، تراوح الإنفاق الصحي كنسبة مئوية من

الناتج المحلي الإجمالي من 1% في السودان إلى 4.4% في الكويت، بمتوسط إقليمي تبلغ نسبته 2.9%. يعدّ هذا المستوى من الإنفاق معتدلاً نسبياً مقارنةً بالمتوسط العالمي البالغة نسبته 5.87% للعام نفسه. بشكل عام، كان الإنفاق في المنطقة على الصحة بين عامي 2015-2018 ثابتاً نسبياً، إذ يمثل نسبة 3% من الناتج المحلي الإجمالي. والجدير بالذكر أنه من المفترض أنّ صانعي السياسات على زيادة الإنفاق على الصحة لتحسين الخدمات الصحية، وهو أمر ضروري خاصةً مع ارتفاع مستويات الفقر والبطالة في المنطقة. بعد أن انتشرت جائحة كورونا في العالم، كشفت عن مدى تشتت الأنظمة الصحية في المنطقة العربية وعدم توفير الرعاية الأولية. وسلط الضوء على قدرة النظم الصحية غير المتكافئة وأوجه التفاوت العميقة في عدم المساواة (UN 2020). وفقاً لمؤشر الأمن الصحي العالمي (2021)، تملك ثلث الدول العربية أقل من 10 مقدّمي رعاية صحية من بين 10000 شخص، بينما تملك أغنى البلدان الأغنى على الأقل نطاق من 50 إلى 70 مقدّم خدمة من بين 10000 شخص.

سجّل عدد الأطباء بالنسبة إلى السكان الإقليميين نسبة 2.9 من بين 1000 شخص، وهي أقل من النسبة العالمية البالغة 3.42 من بين 1000 شخص. وبالمثل، لوحظ هذا الاتجاه في وحدات العناية المركزة، وأُسرة المستشفيات والرعاية الأولية، مع تباين كبير بين البلدان وداخلها بالنسبة للمناطق الريفية والحضرية. في المتوسط، يمكن لنسبة 61% من سكان المنطقة الوصول إلى الخدمات الصحية، ومع ذلك، فقد تفاوت هذا المعدل بشكل كبير بين البلدان وحتى داخل البلدان الفردية، من 77% في الكويت إلى 22% في الصومال. وبالمثل، تراوحت الإنفاقات على النفقات المسدّدة من الجيوب الخاصة على الصحة من 37% من التكلفة إلى 88% في البلدان الفقيرة، مما يهدّد قدرة الأسر على تلبية احتياجاتها الأساسية. علاوةً على ذلك، غالباً ما تكون مخضّطات الحماية الصحية الاجتماعية مجرداً ولا تغطّي العاطلين عن العمل والعاملين في القطاع غير الرسمي. على الرغم من الاستجابة الصحية الطارئة المستمرّة والجهود المبذولة في المنطقة لتعزيز الوصول إلى الخدمات الصحية، فمن المرجّح أن يكون لتكاليف الفحص والرعاية الصحية، فضلاً عن المرض، عواقب وخيمة على الأسر الفقيرة التي لديها القدرة على دفع عشرات الملايين من الناس في حالة صحية سيئة وفق (UN 2020).

الإصلاحات الرئيسية الأخيرة في مجال حماية الصحة الاجتماعية في المنطقة العربية

بهدف تنفيذ التأمين الصحي القائم على المساهمات، تواجه الحكومات تحدياً يتمثّل بتحسين استدامة صناديق التأمين الصحي وتوسيع نطاق تغطية هذه الأموال، لا سيّما للعاملين في القطاع غير الرسمي والفئات ذات الدخل المنخفض لحمايتهم بشكل أفضل من تأثير مخاطر الحياة. ومع ذلك، يصعب تحقيق هذين الهدفين، الضغط المالي وفجوة التغطية، وبالتالي تتوفّر مخضّطات غير قائمة على المساهمات للحدّ من تحدّيات التغطية والاستدامة والشمول ومستوى كفاية الفوائد الصحية. أدخلت بلدان المنطقة العربية إصلاحات عدّة للتغلب على التحديّات المذكورة أعلاه.

■ الحماية الصحية القائمة على المساهمات

في الأردن، وسّعت الحكومة نطاق تغطية التأمين الصحي في العام 2004 من خلال اعتماد قانون التأمين الصحي المدني ليشمل كبار السن، بدءاً من أولئك الذين

تزيد أعمارهم عن 80 عاماً وعن 70 عاماً، وصولاً إلى كلِّ من يزيد عمره عن 60 عاماً في العام 2017 (135000 شخصاً). كما توسع نطاق التغطية في العام 2018 ليشمل الوصول المجاني إلى الرعاية الصحية للمستفيدين من صندوق المعونة الوطنية والأطفال دون سن السادسة والأشخاص ذوي الإعاقة. وبالمثل، في السودان وفي العام 2015، وسَّع البرنامج الوطني للتأمين الصحي نطاق تغطيته لدعم كبار السن والأسر الفقيرة والأشخاص ذوي الإعاقة (UN-ESCWA 2019).

من العام 2000 لغاية العام 2005، وسَّعت الحكومة الفلسطينية نطاق التغطية المجانية من خلال نظام التأمين الصحي للعاطلين عن العمل وأسره جميعهم. ونتيجة لذلك، ارتفع معدّل تغطية التأمين الصحي من 204350 مستفيداً إلى 343318 مستفيداً. في العام 2007، صدر مرسوم يقضي بإعفاء جميع الأسر في قطاع غزة من دفع الاشتراكات. يقدّم التأمين الصحي للمستفيدين من المساعدة الاجتماعية والسجناء. ارتفع عدد المستفيدين من المساعدات الاجتماعية في الضفة الغربية من التأمين الصحي على هذا الأساس من 10942 في العام 2008 إلى 41198 أسرة مؤمنة في العام 2017. ارتفع عدد أسر السجناء المشمولين بالتأمين الصحي من صفر إلى 17882 بين عامي 2009 و2017 على التوالي. يبدو أنّ هذه الإصلاحات نجحت من حيث التغطية، إذ ارتفعت نسبة الأسر الفلسطينية التي يغطيها التأمين الصحي من 48.6% في العام 1997 إلى 66.2%.

في العام 2004، اعتمدت تونس قانوناً يؤسس نظاماً جديداً للتأمين الصحي يجمع فيه التأمين الاجتماعي والتأمين الصحي معاً. أسفر هذا الإصلاح عن تغطية العاملين في القطاع العام والخاص على حدّ سواء. على هذا النحو، ارتفعت تغطية عمال القطاع الخاص بشكل ملحوظ منذ ذلك الحين من 1,162,446 في العام 2002، أي نسبة 54% من هؤلاء العمال جرت تغطيتهم، إلى 2,362,839 في العام 2017، ممّا رفع معدّل التغطية إلى 81% (UN-ESCWA 2019).

في مصر، أكّد الدستور الصادر عام 2014 على الحقّ الشامل في الرعاية الصحية. ويتحقّق ذلك من خلال إنشاء وصون نظام رعاية صحية فعّال يشمل الجميع. وضعت الحكومة خطة طموحة طويلة الأجل لإصلاح النظام الصحي الوطني وصادق عليها البرلمان في عام 2017. ولتحقيق الهدف 3.8 حول التغطية الصحية الشاملة، يتعيّن على الحكومة تخصيص ما لا يقلّ عن 3% من الناتج المحلي الإجمالي للصحة بعد أن باتت التكلفة المتزايدة للرعاية الصحية في مصر تحدّيّاً لا يُستهان به. ففي عام 2018، سُدّد 62.8% من النفقات الصحية من الجيوب الخاصة. بدوره، يشكّل تشرذم الخدمات تحدّيّاً آخر، إذ يسمح لفردٍ من الأسرة نفسها بالاستفادة من خطط متعدّدة في إطار برامج مختلفة، لكلِّ منها لوائحه الخاصة، ما يصعّب توحيد الخدمات الصحية. إلى ذلك، لا يحظى بعض العمال بأيّ نظام تأمين صحي في ظلّ انتشار الأعمال غير الرسمية الطابع. تتفاقم هذه المشكلة بشكل خاصّ في ريف صعيد مصر حيث نجد الشرائح الأقلّ تعليماً والأكثر حرماناً.

اعتمدت مصر أيضاً القانون رقم 2 لسنة 2018 الذي يلحظ التأمين الصحي الشامل للتعامل مع تحديات الرعاية الصحية. بدأت المرحلة الأولى في خمس محافظات تجريبية، هي بورسعيد والسويس والإسماعيلية وشمال سيناء وجنوب سيناء، على أن يتوسّع ليشمل كامل الدولة على مدى عشر سنوات. نصّ القانون الجديد على توفير تأمين صحي لجميع المواطنين باستثناء المقيمين في الخارج، ويتعيّن بموجبه على أصحاب العمل المساهمة بنسبة 4% من راتب الموظف أو ما لا يقلّ عن 50 جنيهاً مصرياً، في حين يساهم الموظفون بنسبة 1% من أجرهم، يُضاف إليها 1% عن كلّ طفل أو مُعالٍ و3% عن الزوج (ة) غير العامل(ة). أمّا الذين يحصلون

على معاشات تقاعدية، فيساهمون بنسبة 2% من معاشهم التقاعدي الشهري. علاوةً على المساهمات، سيُمَوَّل التأمين الصحيّ الشامل من الضرائب المفروضة على السجائر، ورسوم الطرق السريعة، وإيرادات الشركات، ورسوم تقديم وتجديد التراخيص المختلفة، والمدفوعات المسدّدة للاشتراك في نظام التأمين الصحيّ، فضلاً عن المنح والقروض الخارجية والداخلية. يُوَمِّر القانون الجديد دعماً صحياً للعاجزين عن دفع الاشتراكات، فتساهم الحكومة بنسبة 5% من الحد الأدنى للأجور لكل فرد من أفراد الأسرة، على أن يتمّ تحديد أهليّة الحصول على الدعم الصحيّ وفقاً لمعايير الاستهداف. وتخطّط الحكومة لتغطية ما يتراوح بين ربع وثالث السكّان، في ظلّ تحديات عدة متوقّعة (Talaat 2022).

■ الحماية الصحيّة غير القائمة على الاشتراكات

تتيح بعض الدول في المنطقة العربية تغطية فئات معيّنة من خلال خطط التأمين الصحيّ القائمة على الاشتراكات إمّا مجاناً أو على أساس مدعوم، في حين عزّزتها دول أخرى بخطط رعاية صحيّة محدّدة غير قائمة على الاشتراكات تستهدف الشرائح الفقيرة والضعيفة. تعتمد هذه الخطط، التي تشترك مع برامج التحويلات النقدية في العديد من الخصائص، بشكل أساسي على الدعم الموجه. ففي لبنان، يُمكن للمستفيدين من البرنامج الوطني لدعم الأسر الأكثر فقراً (NPTP) الوصول إلى المستشفيات الخاصّة والحكومية بتكلفة مخفّضة إذ تدفع وزارة الصحة نحو 90% من رسومها.

من جهتها، تقدّم تونس نظاماً للرعاية الصحيّة غير قائم على الاشتراكات للأسر الفقيرة والضعيفة المسجّلة في برنامجي المساعدة الطبية المجّانية الأول والثاني، اللذين يتيحان الوصول المجّاني إلى الرعاية في المستشفيات الحكومية والتغطية الصحيّة المدعومة إلى حدّ كبير. وقد استفادت 622 ألف أسرة في عام 2018 من التقديمات الصحيّة. أما في المغرب، فنص القانون الصادر عام 2002 على ضرورة قيام نظام خاصّ غير قائم على الاشتراكات لتوفير الرعاية الصحيّة. حمل النظام اسم RAMED (نظام التغطية الصحيّة الطبية)، ويقدم تغطية صحيّة للفقراء مجاناً، في حين يتعيّن على الأسر الضعيفة دفع مساهمة صغيرة. عمل نظام RAMED منذ عام 2008 في أجزاء من البلاد، وفي عام 2012 شمل الدولة بأكملها، وتمكّن في عام 2018 من تغطية 11,866,735 مستفيداً (UN-ESCWA 2019).

الدور المتعدّد الأبعاد للدول العربية والمسؤولية المتزايدة للجهات الفاعلة في المجتمع المدني

شهدت الأنظمة الصحيّة العربية تحولات مماثلة لتلك التي شهدتها دولٌ أخرى نامية من حيث الاعتماد بشكلٍ أكثر على القطاعين الخاص والخيري، في ظلّ الإصلاحات الاقتصادية النيوليبرالية التي شهدتها ثمانينيات وتسعينيات القرن الماضي وتدابير التقشف التي تلتها في العقد الأول من القرن الحادي والعشرين. إلا أنّ إضفاء الطابع التجاري على الرعاية الصحيّة في الدول العربية لم يسر على خطى الاتجاهات الدولية في الحد من الإنفاق من الجيوب الخاصّة عن طريق الاستثمار في الصحة العامّة. نتيجةً لذلك، لم تخفّ الأعباء المالية عن كاهل المواطنين في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا، حتى عندما توسّع الحيز المالي للحكومة في العقد الثاني، الذي عرّضته جائحة كوفيد-19 لاحقًا للاختبار، كما أسلفنا.

أنواع المقاربات التي تعتمد عليها الدولة والقطاع الخاصّ في مختلف المناطق الفرعية

تعتمد معظم الدول العربية نظامًا عامًّا للرعاية الصحيّة مموّلًا بشكلٍ أساسي من خزينة الدولة. تختلف معايير الأهليّة وأنماط الوصول باختلاف الدول، ولا تتسّق بالضرورة مع الأنظمة السياسية أو مع مستويات الدخل القومي. فعلى سبيل المثال، قدّمت عُمان والسودان وسوريا واليمن تاريخيًا رعايةً صحيّةً مجانيّةً لجميع السكّان. في المقابل، لا تتوفّر الرعاية الصحيّة المجانيّة في البحرين وقطر والكويت والمملكة العربية السعودية والإمارات العربية المتحدة إلّا لأبناء البلد والمواطنين (Loewe 2013). أمّا في الأردنّ والعراق، فيتلقّى الموظّفون المدنيون والعسكريون دون سواهم العلاج مجانيًا، في حين يدفع الآخرون رسومًا، علمًا أنّها مدعومة بشكلٍ كبير. تعتمد كلّ من تونس والصفّة الغربية أنظمة تأمين صحيّ اجتماعي تتولّى إدارة أنظمة الرعاية الصحيّة فيهما. تُموّل أنظمة الرعاية الصحيّة هذه بشكلٍ أساسي من أقساط أنظمة التأمين الصحيّ وتتلقّى أيضًا إعانات من الخزينة (Loewe 2013)، وهي متاحة مجانيًا فقط للأعضاء المشتركين في نظام التأمين الصحيّ، فيما يتعيّن على غير الأعضاء دفع رسوم متواضعة مقابل الخدمات. تعتمد كلّ من الجزائر وليبيا نظامًا عامًّا للرعاية الصحيّة ونظام رعاية صحيّة تملكه مؤسسة التأمين الصحيّ الاجتماعي. يغطّي نظام الرعاية الصحيّة العامّ تكاليفه بشكلٍ أساسي من خلال عائدات الضرائب، وتشارك في تمويله مؤسسة التأمين الصحيّ الاجتماعي من خلال الأقساط المحصّلة من الأعضاء. إلا أنه يحقّ للمؤمن وغير المؤمن عليهم من عليهم على حدّ سواء الحصول على علاج طبيّ مجاني. يتشابه النظامان في البلدين، ولكن في الجزائر، يجوز للمؤمن عليه أيضًا التوجّه إلى مقدّم رعاية صحيّة من القطاع الخاصّ، ثمّ يسترجع لاحقًا 80% من النفقات التي تكبّدها.

بدورها، تعتمد مصر نظامًا عامًّا للرعاية الصحيّة ونظام تأمين صحيّ اجتماعي. تتولى وزارة الصحة تشغيل النظام العامّ وتموّلّه الخزينة من الضرائب العامّة، وهو مفتوح لجميع المقيمين مجانيًا. في الوقت نفسه، يدير نظام التأمين الصحيّ الاجتماعي نظام الرعاية الصحيّة الخاصّ به الذي يستفيد منه أعضاؤه فقط - دون أقاربهم. يُموّل

النظام من اشتراكات التأمين الاجتماعي ومن الخزينة، ويتمتع بمعايير أعلى بكثير مقارنةً بالنظام العام. بدوره، يعتمد لبنان نظام تأمين صحي اجتماعي ونظام رعاية صحية عامًا. يُمكن للمؤمن عليهم وغير المؤمن عليهم الاستفادة من نظام الرعاية الصحية العام ومقدمي الخدمات من القطاع الخاص. ولكن يتعين عليهم في كلتي الحالتين تسديد رسوم عالية. في المقابل، نجد في المغرب وموريتانيا أنظمة رعاية صحية عامة تموّل جزئيًا فقط من الخزينة، من الضرائب العامة على الدخل، وتفرض رسومًا مرتفعة نسبيًا على المستفيدين من الخدمات. شرع المغرب بإنشاء نظام تأمين صحي اجتماعي يتولى إدارة الرسوم المدفوعة لخدمات الرعاية الصحية، ويزوّد أيضًا الأسر المحتاجة ببطاقات تعريف تمنحها الحق بالاستفادة مجانًا من نظام الرعاية الصحية العام. شهدت هذه الجهود تسارعًا حثيثًا خلال جائحة كوفيد-19 (ESCWA 2022).

ما زالت هناك تباينات كبيرة في حزم المنافع والوصول إلى المرافق، بما فيها تلك التي تتولّاها الحكومة، وأدى ذلك إلى الإضرار بالمساواة الأفقية. فعلى سبيل المثال، يغطّي التأمين الصحي المدني في الأردنّ الوزراء والموظّفين. ولكن يحقّ للوزراء فقط دون سواهم الوصول إلى خدمات الدرجة الأولى (التي تشمل الخدمات التي يقدّمها القطاع الخاص) ويحظون بحزمة منافع شاملة (خلال المكوث في المستشفى، وفي العيادات الخارجية، وعند الخضوع للفحوصات وإعادة التأهيل، وما إلى ذلك). كذلك الأمر في لبنان، حيث تعتمد درجة الاستشفاء على فئة التأمين الصحي، بل ويُعفى بعض كبار المسؤولين من دفع الاشتراكات، ولكن يحقّ لهم مع ذلك الحصول على حزمة شاملة (El Khoury 2012). سُجّل في مصر مستوى أعلى من التشرذم، حيث تُخصّص أفضل المستشفيات الحكومية للنخب الحاكمة التي يُمكنها أيضًا استخدام مرافق الرعاية الخاصة (El Laithy 2011).

الحماية الاجتماعية والسياسات الضريبية: استراتيجيات وأطر التمويل

في المناقشات الأخيرة التي دارت حول السياسات، برزت الحماية الاجتماعية والضرائب باعتبارهما اثنتين من الأدوات السياساتية الرئيسية المتاحة للحكومات في إطار سعيها لتحقيق أهداف التنمية (Bastagli et al. 2021)، كما أنهما محوران حاضران بقوة في عمليات تمويل التطوير وأهداف التنمية المستدامة. تتفاعل الحماية الاجتماعية والضرائب وتؤثران بشكل مباشر على توزيع وإعادة توزيع الدخل والثروة، من خلال فرض الضرائب والتحويلات، وتؤثران أيضًا على تحديد الموارد المتاحة للإنفاق الاجتماعي، من خلال التأثير على عمليات مساءلة الحكومة وشرعيّتها، وجودة تقديم الخدمات، واستعداد الناس لدفع الضرائب. تحكّم ذلك مجموعة من المبادئ الأساسية، من بينها:

1. يُمكن للضرائب والتحويلات أن تكون أداة قوية لإعادة التوزيع؛
2. تمثّل تفاصيل تصميم وتنفيذ الضرائب والتحويلات عاملًا هامًا؛ و
3. تنعكس الاختلافات في مستويات الإيرادات وتركيباتها، أو ما يُعرّف بـ "مزيج التمويل"، على النتائج التوزيعية واستدامة السياسات.

في ما يلي عرضٌ ملخّص لنقاط القوة والضعف الرئيسية في نظام الضرائب في ما يتعلق بالآليات تمويل الحماية الصحية الاجتماعية الأخرى. يوضح الجدول 1 أدناه الأنواع المختلفة لآليات تمويل الرعاية الصحية، في حين يوضح الجدول 2 نقاط القوة والضعف في كلّ منها، بما في ذلك الضرائب.

الجدول 1. نطاق آليات تمويل الرعاية الصحية

عائدات الحكومة	الضرائب على الأجور والرواتب	الأقساط / نظام التأمين / الصحي القائم على الاشتراكات	الأقساط / نظام التأمين الصحي العام	النفقات المسدّدة من الجيوب الخاصة
تتوقّف العدالة على تصميم النظام الضريبي	تغطّي الاقتصاد الرسمي	تُجمع الموارد من غير الموظفين الذين يتقاضون رواتب	تزيد الحيز المالي	تسهل إدارتها
التغطية والانتشار	تزيد الحيز المالي	تتيح توجيه الأموال العامّة إلى الفقراء	تتيح توجيه أموال الحكومة إلى الفقراء	
الاستدامة	تعزيزّ الدعم الحكومي	تزيد الحيز المالي		
إمكانية لتحقيق الفعالية	تتسم بالسلامة المالية	تتيح الوصول إلى الأشخاص القادرين على الدفع أو الذين يتلقون الدعم		
	تتيح توجيه أموال الحكومة إلى الفقراء			

المصدر: منظمّة العمل الدولية 2008

الجدول 2. سلبيات وإيجابيات آليات الحماية الصحية الاجتماعية المختلفة

السلبيات	الإيجابيات	الآلية
خطر التمويل غير المستقرّ وعدم توفر التمويل الكافي في الكثير من الأحيان بسبب تنافس النفقات العامّة	تجمع المخاطر على مستوى السكّان أجمعين	الحماية الصحية القائمة على الضرائب
غير فعّالة نظرًا لنقص الحوافز والإشراف العامّ الفعال	تتيح الفعالية الإدارية وضبط التكاليف	
	تعيد التوزيع بين المجموعات المختلفة، على اختلاف مستوى المخاطر والمداخل في الشرائح السكّانية التي تغطّيها	

<p>قد تُؤدّي إلى إقصاء الفقراء ما لم يتمّ دعمهم</p>	<p>تنتج عائدات ثابتة</p>	<p>الحماية الصحيّة الاجتماعية</p>
<p>يمكن للمساهمة في الرواتب أن تقلّل من القدرة التنافسية وتؤدّي إلى ارتفاع معدلات البطالة</p>	<p>تحظى غالبًا بدعم السكّان</p>	
	<p>تتيح الوصول إلى حزمة واسعة من الخدمات</p>	
	<p>تُشرك الجهات الشريكة في المجتمع</p>	
<p>إدارتها صعبة، وقد تلبّس فيها الحوكمة والمساءلة</p>	<p>تعيد التوزيع بين المجموعات المختلفة، على اختلاف مستوى المخاطر والمدخيل، في الشرائح السكّانية التي تغطّيها</p>	
<p>قد تُؤدّي إلى تصاعد التكاليف ما لم توضع آليات تنفيذ فعّالة</p>		
<p>قد تُؤدّي إلى إقصاء الفقراء ما لم يتمّ دعمهم</p>	<p>يمكنها الوصول إلى العمّال في الاقتصاد غير الرسمي</p>	<p>خطط تأمين مصعّرة وقائمة على المجتمع المحلي</p>
<p>قد تكون ضعيفة ماليًا ما لم تدعمها الإعانات الوطنية</p>	<p>يمكنها الوصول إلى شرائح السكّان الأقرب إلى الفقر</p>	
<p>تغطّي عادةً نسبة صغيرة من السكّان</p>	<p>تحدّ الرقابة الاجتماعية القويّة من الاستغلال والاحتيال وتسهم في بثّ الثقة في الخطّة</p>	
<p>حافز قوي للاختيارات غير الموفّقة</p>		
<p>قد تُربط بغياب المهنية في الحوكمة والإدارة</p>		
<p>تكاليف إدارية مرتفعة</p>	<p>أفضل من النفقات المسدّدة من الجيوب الخاصّة</p>	<p>التأمين الصحيّ الخاصّ</p>
<p>غير فعّالة في التخفيف من ضغط النفقات على أنظمة تمويل الصّحة العامة</p>	<p>تزيد الحماية المالية وتعزّز الوصول إلى الخدمات الصحيّة للقادرين على دفع رسومها</p>	
<p>غير منصفة بدون أسياس مدعومة أو محتوى وأسعار للتأمين خاضعة للرقابة</p>	<p>تشجّع تحسين جودة الرعاية الصحية وفعاليتها من حيث التكلفة</p>	
<p>تتطلّب بنية تحتية وقدرات إدارية ومالية</p>		

يلفت ميجيرسا (Megersa 2019) إلى أنّ الحماية الاجتماعية والضرائب تشكّلان أداتين مترابطتين للسياسات تؤدّيان دورًا رئيسيًا في تعزيز قدرة السياسة المالية على التأثير في التنمية والمساواة وأهداف التنمية المستدامة. تواجه البلدان النامية خيار زيادة الإيرادات الحكومية لأغراض الحماية الاجتماعية من خلال الضرائب واشتراكات الضمان الاجتماعي، مع صعوبة القيام بذلك في ظلّ ضعف قدرات السلطات الضريبية وافتقارها إلى الشفافية. في الوقت نفسه، تعمل نسبة كبيرة من السكّان بشكل غير رسمي، ما يجعل من العسير والمكلف على الحكومة تحصيل اشتراكات الضمان الاجتماعي أو فرض الضرائب على الموظفين. وبحسب منظمّة العمل الدولية، تحدّ هذه الصعوبات من وسائل إعادة توزيع الدخل وتطوير أنظمة حماية اجتماعية فعّالة (ILO 2016). يتمثّل أحد الإجراءات الرئيسية للتوسّع المالي المستخدم بالفعل في الدول العربية في إلغاء سياسات الدعم الضريبي غير الفعّالة (على سبيل المثال، في الأردن ومصر والمغرب وعمّان ولبنان). إلى ذلك، من شأن الضرائب على الموارد الطبيعية في البلدان الغنية بها دعم الإنفاق الاجتماعي وتوليد النمو الاقتصادي العام، ولعلّ هذه المقاربة قابلة للتطبيق في دول المنطقة الغنية بالنفط والغاز.

غالبًا ما تتم مناقشة الضرائب والتحويلات الاجتماعية بشكل منفصل على الرغم من ترابطها الواضح على أرض الواقع، وتؤثران على توزيع الدخل والثروة وإعادة توزيعهما. ووفقًا لباستاغلي (2015) (Bastagli)، فإنّ الدراسات التي تبحث في الحماية الاجتماعية بشكل مستقلّ عن السياسة الضريبية تُفضي إلى إعطاء صورة منقوصة لتأثير السياسة المالية (Bastagli 2015a; 2015b) توحى بأن الآثار المترتبة على الإنفاق الحكومي والضرائب تجعل الفقراء أسوأ حالًا. من هنا تبرز الحاجة إلى تطبيق مقاربة شاملة تشمل الضرائب والإنفاق معًا (كما هو مبين في الأردن ودول عربية أخرى أدناه).

تبدو الضرائب مهمّة بشكل خاصّ- عند مقارنتها بدائل تمويل الحماية الاجتماعية الأخرى، مثل إعادة توزيع النفقات والاعتماد على التمويل الخارجي- إذ إنها تتميز بقدرتها على إعادة توزيع الثروة بطريقة أعمق، ودعم المواطنة الاجتماعية. كما يُمكن للضرائب أن تعزّز شرعية الحكومة والعلاقات بين الدولة والمواطنين وتوظفها (UNRISD, 2019). شكّل التمويل الخارجي والإيرادات المتولدة من الموارد الطبيعية وضرائب الاستهلاك عوامل حاسمة في دعم إنشاء برامج الحماية الاجتماعية أو توسيعها. تعاني الدول العربية من نسبة ضرائب إلى الناتج المحلي الإجمالي متدنّية نسبيًا، ما يجعلها أكثر اعتمادًا على الدعم المالي والمساعدات الدولية. ويثير ذلك مشاكل على مستوى الإنصاف والاستدامة، يُمكن معالجة بعضها من خلال الإدارة الشفّافة للموارد وعن طريق وضع سياسات ضريبية وتحولية تراعي الإنصاف وتعالج الهواجس الإنمائية الأوسع نطاقًا (Bastagli 2015a).

قاربت دول عربية عدة موضوع الإصلاح الضريبي بطرق مختلفة، كما هو مبين أدناه:

- في الأردن: أدّى خفض الدعم على أنواع مختلفة من المنتجات النفطية، وفي بعض الحالات إلغاؤه، إلى تخفيف العبء المالي عن كاهل الحكومة، وإلى تحسين تغطية الحماية الاجتماعية إلى حدّ ما، مثل برامج التحويلات النقدية التي تستهدف الأسر الضعيفة. ولكنّ هذا الإصلاح أثار بعض المعارضة، وربّما زاد أيضًا من نسبة التهرب الضريبي.

- في مصر: أدت زيادة الضرائب الحكومية ورفع الدعم عن الطاقة (من بين سياسات أخرى) إلى ولادة برامج "التضامن" الاجتماعي الموجه - بما في ذلك خطط التقاعد، وتوفير الرعاية الصحية، والتعليم. إلا أن معدلات الفقر ما زالت تتفاقم، وقد أثرت الإصلاحات الأخيرة (زيادة الضرائب وتخفيض الدعم) على تكاليف المعيشة بالنسبة إلى العديد من الأسر.
- خفضت عُمان الإعانات الضريبية غير الفعّالة على بنود مختلفة، مركّزة على تنويع اقتصادها (ومصدر الضرائب) - بعيدًا عن النفط. اعتمدت الدولة أيضًا نظامًا متكاملًا للحماية الاجتماعية يلحظ الرعاية الطبية الشاملة، والبرامج الخاصة بذوي الإعاقة، والأطفال، والعمّال المهاجرين، والتعليم المجّاني/الإلزامي.
- سعت الجزائر إلى تعزيز الحماية الاجتماعية من خلال فرض ضرائب على التبغ والكحول وواردات الأدوية.

وفقًا لصندوق النقد الدولي (2022)، يساعد تصميم السياسة الضريبية في توسيع القاعدة الضريبية وزيادة قدرة الدولة على إعادة التوزيع، وهو منظور ينطبق على الدول العربية من خلال عناصر رئيسية عدّة. أولها تخفيض الإعفاءات الضريبية على الدخل الشخصي ودخل الشركات، وهو إجراء قد يساعد في توسيع القاعدة الضريبية من خلال تقييد "الإعفاءات الضريبية المتساهلة والمشوّهة - بما فيها تلك التي استُحدثت في أثناء جائحة كوفيد-19"، وما ينتج عن ذلك من تحسينات، مثل زيادة كفاءة التوزيع وتبسيط إدارة الضرائب وتخفيض نسبة عدم الامتثال. ومن الأمثلة على ذلك مصر، حيث يجري إصلاح قانون ضريبة الدخل لتبسيط الإطار القانوني وترشيد الإعفاءات. ثانيًا، يُعدّ تحسين تصميم ضريبة القيمة المضافة إجراءً آخر مهمًا في عملية الإصلاح الضريبي. يرى صندوق النقد الدولي (2022) أن الإعفاءات على السلع والخدمات الأساسية، بما فيها المواد الغذائية والأدوية، التي تهدف إلى خفض العبء الضريبي عن كاهل الأسر الضعيفة، يفيد في الواقع الأسر ذات الدخل المرتفع ويؤدّي إلى تشويه أسعار السوق. يُمكن استبدال هذه الإعفاءات بتحويلات نقدية موجهة ممولة من خلال عائدات ضريبة الاستهلاك (Warwick and others 2022). ومن الممكن أيضًا تحسين تدرّج ضريبة القيمة المضافة في حال استخدام الإيرادات الإضافية لتمويل الإنفاق على البرامج الاجتماعية والتعليم والصحة والبنية التحتية (IMF 2020).

برزت مكامن الضعف في الأنظمة الضريبية في الدول العربية إلى الواجهة في أعقاب الاستجابة لجائحة كوفيد-19. ورغم أن دولاً في المنطقة العربية، مثل المغرب ومصر، سارعت إلى تفعيل خطط التحويلات النقدية الممولة بالضرائب، فإن المستويات المرتفعة من الوظائف غير الرسمية السائدة في سوق العمل تعني أن قاعدة التأمين الاجتماعي للحماية الاجتماعية محدودة وغير كافية في حالات الطوارئ. وفي هذا السياق، يُمكن أن يساهم الإدماج المنتج للشباب في توسيع قاعدة الحماية الاجتماعية القائمة على الاشتراكات والقاعدة الضريبية للبرامج غير القائمة على الاشتراكات.

دور المجتمع المدني والمجموعات الدينية ومساهماتها

أطلقت منظمة الصحة العالمية والدول العربية (2015) على السنوات 2015-2025 اسم "العقد العربي لمنظمات المجتمع المدني" عقب مشاورات جرت عام 2015 على مستوى المنطقة. يوفّر هذا العقد منضّة لتعزيز وحشد منظمات المجتمع المدني في المنطقة العربية في إطار شراكة فاعلة لتحقيق أهداف التنمية المستدامة.

تتعاون منظّمة الصحة العالمية مع هذه المبادرة، من خلال المساعدة في تحديد الدور الذي يُمكن أن تقوم به منظّمات المجتمع المدني في تحقيق الهدف الثالث من أهداف التنمية المستدامة (المتعلّق بالصحة).

تضطلع منظّمات المجتمع المدني بدور رئيسي في التقدّم المحرّز على مستوى أجندة أهداف التنمية المستدامة المعنيّة بالصحة، بما في ذلك التوعية الصحيّة، والمناصرة، والتعبئة الاجتماعية، وتقديم الخدمات، لا سيّما في البلدان التي تمرّ بأزمات وأوضاع طارئة. تقدّم حركات ومنظّمات الرعاية الدينية بالفعل خدمات صحيّة للسرائح الفقيرة ولقاعدة أعضائها (Jawad, 2009; 2019)، ولكنّ دور تلك الجمعيات يبقى مثيّرًا للجدل نظرًا لانتساع نطاق خدماتها وحجم تأثيرها في مفاصلة الانقسامات الاجتماعية والتمييز. ويصّحّ ذلك على وجه الخصوص في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا، حيث الانقسامات الدينية عميقة وقد تكون في بعض الأحيان سببًا في الانقسام السياسي. يختلف عدد منظّمات المجتمع المدني بين الدول في المنطقة العربية، وهو يتزايد من حيث العدد والنفوذ. تجدر الإشارة إلى أنّ منظّمات المجتمع المدني هي الأضعف في دول الخليج العربي والدول الخاضعة للحكم العسكري، مثل مصر وليبيا. تؤدّي هذه المنظّمات دورًا حاسمًا في التصديّ لمشاكل صحتة السكّان، وتتيح أدوات مؤسسية تعمل على تلبية احتياجات المجتمع وتوقعاته، وتكملة العمل الحكومي من خلال تنفيذ برامج لا تعتبرها الحكومات أولوية، أو من خلال استهداف الفئات المهمّشة. تقدّم منظّمات المجتمع المدني أيضًا خدمات في الخطوط الأمامية في الدول التي تعاني من أزمات حادة والتي تكون الحكومات فيها ضعيفة أو غائبة جزئيًا (أكثر من نصف دول المنطقة). فهي تسهّل التفاعل المجتمعي مع خدمات مثل النظافة الصحيّة والمياه والصرف الصحيّ، وتدعم الوصول إلى اللقاحات وتقوم بالتوعية الصحيّة من خلال نشر المعلومات ذات الصلة، عند تفشي مرض فيروس الإيبولا والكوارث الطبيعية على سبيل المثال، وللوقاية من التدخين وتعزيز النظام الغذائي الصحيّ والنشاط البدني. وتؤثر أيضًا في وضع السياسات، من خلال الاتفاقية الإطارية بشأن مكافحة التبغ وفيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز، وتسهم في حشد الموارد، من أجل القضاء على شلل الأطفال وتعليم الفتيات وقضايا عديدة أخرى.

لا تقرّ معظم الحكومات في المنطقة العربية بمدى أهمية دور منظّمات المجتمع المدني والشراكة معها، في ما خلا مؤسّسات الرعاية الدينية، حيث تعتمد العديد من الحكومات إلى جمع الزكاة رسميًا وتوزيعها على شكل مساعدات اجتماعية. ما تزال الأطر القانونية التي ترعى إنشاء منظّمات المجتمع المدني غائبة أو معقدة في العديد من الدول، مثل مصر. وأدّى ذلك إلى تراجع الثقة بين الحكومات والمجتمع المدني، وإلى صعوبة التنسيق بينهما. بالإضافة إلى ذلك، ما تزال ثقافة العمل التطوّعي وإدراك أهميته في التنمية ضعيفًا في المنطقة، حيث تحول الأعراف الثقافية والاجتماعية أحيانًا دون مشاركة مجموعات معيّنّة في المجتمع المدني، ناهيك عن التحدّيات المتصلة بمنظّمات المجتمع المدني، ومنها ضعف التخطيط الاستراتيجي، وقصور إمكانيات الموظّفين، وضعف الحوكمة والإدارة، تضاف إليها شفافية محدودة في أغلب الأحيان في مسألة التمويل.

نحو أنظمة حماية اجتماعية شاملة في الدول العربية

- i. قبيل تفشي جائحة كوفيد-19، عجزت المنطقة العربية عن توفير الحماية الاجتماعية الكافية والمتكاملة لنسبة كبيرة من سكانها. عانت أنظمة الحماية من التشرذم، إذ شملت التأمين الاجتماعي للعاملين في الاقتصاد الرسمي (بتغطية محدودة) إلى جانب البرامج غير القائمة على الاشتراكات ذات الاستهداف الضيق النطاق. نتجت عن ذلك فجوات عدّة في تغطية الحماية الاجتماعية، والشمولية، والكافية على صعيد الوصول إلى الرعاية الصحية، وإعانات البطالة والمرض، بالتزامن مع نقص كبير في الاستثمار في الحماية الاجتماعية. ونتيجة لذلك، لا يزال حق الإنسان في الضمان الاجتماعي في المنطقة العربية غير متوفّر لمعظم السكّان.
- ii. لا تزال الحماية الاجتماعية المتوفّرة لنسبة كبيرة من الأطفال غير كافية أو غير فعّالة، إذ يستفيد نحو 26.4% من الأطفال حول العالم من برامج الحماية الاجتماعية. تتراوح نسبة تغطية الأطفال في المنطقة العربية بين 32.7% في لبنان و0.2% في عُمان، علماً أن المنطقة لا تزال متخلفة على مستوى تغطية الأطفال، التي لا تتجاوز نسبتها 9.2%، مقارنةً بالمناطق الأخرى، ما يستدعي من صانعي السياسات تنفيذ نظام حماية اجتماعية متكاملًا، يشمل برامج التقديرات التي تستهدف الأطفال وخدمات رعاية الأطفال، والإجازة الوالدية، والوصول إلى الرعاية الصحية.
- iii. على الصعيد العالمي، تناهز التغطية الفعّالة للحماية من البطالة 18.6% من مجموع العمّال العاطلين عن العمل. أما في الدول العربية، فيحصل أقل من 10% من العاطلين عن العمل على إعانات البطالة، وهي مسألة مثيرة للقلق، خاصّة بعد أن سلّطت جائحة كوفيد-19 الضوء على الدور الحيويّ لبرامج الحماية من البطالة في حماية الوظائف والمداخيل.
- iv. حقّقت بعض الدول حول العالم تقدّمًا ملحوظًا في توفير تغطية شاملة أو شبه شاملة للأُمومة. وبالرغم من الآثار الإيجابية لدعم النساء المقبلات على الإنجاب على مستوى التنمية، فإنّ بعض دول المنطقة العربية توفّر تقديرات محدودة للأُمومة نظرًا لارتفاع مستويات العمل في الاقتصاد غير الرسمي وتدني مشاركة الإناث في سوق العمل.
- v. سجلت نسبة الوصول إلى تقديرات الحماية الاجتماعية بين الأشخاص ذوي الإعاقة 33.5% في المتوسط على مستوى العالم، مقارنةً بالتغطية المتدنية المسجّلة في المنطقة العربية التي لا تزيد عن 15%. إثر تفشي جائحة كوفيد-19، قدّمت العديد من دول العالم برامج تقديرات شاملة للأشخاص ذوي الإعاقة. مع ذلك، غالبًا ما يُقصى هؤلاء من الحماية الاجتماعية القائمة على الاشتراكات في المنطقة العربية. ما يؤكّد على الحاجة الملحة لإدخال برامج المنافع الخاصّة بالأشخاص ذوي الإعاقة لتكون جزءًا أساسيًا من خطط الحماية الاجتماعية لذوي الإعاقة، التي لا تقلّ أهمية عن الوفاء بالالتزامات الأخرى، مثل إنهاء الفقر.

vi. يستفيد 77.5% من الأشخاص فوق سنّ التقاعد على مستوى العالم من مستحقات التقاعد. ومع ذلك، لا تزال هناك اختلافات كبيرة بما في ذلك في المنطقة العربية، بين المناطق الريفية والحضرية، وبين النساء والرجال. يحصل فقط نحو 40% من كبار السن في المنطقة العربية على معاشات تقاعدية، حيث توّفر بعض الدول ظروف تقاعد سخية للعاملين في القطاع العام ولأصحاب المعاشات التقاعدية. في المقابل، تتخلف بعض الدول عن تقديم الحد الأدنى من الضمانات والمنافع، في ظل غياب أيّ ربط تلقائي لمعاشات التقاعد بمعدّلات التضخم. فرضت جائحة كوفيد-19 ضغوطًا مالية إضافية على أنظمة المعاشات التقاعدية، لكنّ تأثيرها على المدى البعيد لن يكون كبيرًا. تواجه المنطقة العربية العديد من التحدّيات لإصلاح أنظمة المعاشات التقاعدية، وأبرزها تراجع مستويات التنمية الاقتصادية، وارتفاع مستويات الطابع غير الرسمي للأعمال، وانخفاض القدرة على دفع الاشتراكات، ناهيك عن الفقر، وعدم كفاية الحيز المالي.

نحو أنظمة حماية صحّية اجتماعية شاملة في الدول العربية

في ما يلي عرض للتحدّيات والفرص المتاحة لتوسيع تغطية الحماية الصحيّة الاجتماعية في الدول العربية:

i. التأكيد على الحاجة إلى تقليص المدفوعات المسدّدة من الجيوب الخاصّة

والقيود على كفاية المنافع، خاصّة بعد تفشي جائحة كوفيد-19. تعاني الحماية الصحيّة الاجتماعية في المنطقة العربية من تدني جودة الخدمات ومحدوديّة التغطية التي تختلف بشكل كبير بين دولة وأخرى في المنطقة. قد يكون لمحدوديّة الوصول إلى الخدمات الصحيّة تأثير كبير على صحّة الأسرة، ما يؤدي إلى مشاكل صحيّة خطيرة. بالإضافة إلى ذلك، لا تزال المدفوعات المسدّدة من الجيوب الخاصّة مرتفعة في المنطقة العربية، أي أنّ الأسر مسؤولة عن تغطية معظم تكاليف الرعاية الصحيّة، ما ينعكس تفاوتاً في الوصول إلى الخدمات بين المناطق الحضرية والريفية. ثقة عوائل أخرى تحول دون الوصول إلى الرعاية الصحيّة، ومنها المسافة الماديّة، وجودة الخدمات الصحيّة ومقبوليّتها، وأوقات الانتظار الطويلة.

ii. يستلزم دعم الحماية الصحيّة الاجتماعية الشاملة للجميع في المنطقة

العربية توافر شروط أساسية: الاستحقاقات القائمة على الحقوق، وتجميع المخاطر على نطاق واسع، والتمويل الجماعي باستخدام بيانات أكثر وأفضل لرصد التقدّم المحرز على مستوى الإنصاف والتغطية. كشفت جائحة كوفيد-19 عن الحاجة إلى الاستثمار في جودة خدمات الرعاية الصحيّة، الأمر الذي يتطلّب توظيف العاملين الصحيّين ونشرهم وتدريبهم وتحفيزهم لضمان تقديم خدمات رعاية صحيّة عالية الجودة. يوجد ارتباط وتنسيق قويّان بين ضمان الدخل والحصول على الرعاية الطبيّة عند النظر في المحدّدات الرئيسيّة للصحة الأكثر فعالية. سلّطت الجائحة الضوء على الدور الحاسم الذي تؤدّيه الحماية الصحيّة الاجتماعية في تشكيل السلوكيات لتعزيز الوقاية والتكامل بين خطط إعانات المرض والرعاية الصحيّة. بالإضافة إلى ذلك، فإن الحاجة الملحة لتلبية الاحتياجات الناشئة والخاصّة تتطلّب مقاربات جماعية لتحسين خدمة الرعاية الصحيّة، بما في ذلك شيخوخة السكّان، والتنقلّ البشري، والعبء المتزايد للأمراض المستمرّة والمزمنة.

iii. تطوير منافع ومزايا التأمين الاجتماعي: على الدول العربية أن تضمن تغطية جميع السكان (المواطنين والمقيمين على حدّ سواء- بما في ذلك المهاجرون واللاجئون، وخاصّة النساء والأطفال والأسر الفقيرة والأشخاص ذوو الإعاقة والعاملون في القطاع الزراعي وغير الرسمي) من خلال حزمة خدمات فعّالة من حيث التكلفة، مع استهلاك الخدمات المخصّصة وفقاً لاحتياجات الناس الصحيّة - وليس بحسب استعدادهم أو قدرتهم على الدفع. سيطلب ذلك تركيزاً أولياً على توفير حزمة من تقديمات الرعاية الصحيّة العامّة لجميع المقيمين غير المؤمن عليهم حالياً، وليس فقط للأكثر فقراً أو الأكثر ضعفاً. وتجدر الإشارة إلى الضغوط المالية التي تواجه أبناء الطبقة العاملة الفقيرة والمتوسطة في الدول العربية، الذين وإن كانوا يتقاضون أجوراً إلا أنهم يظلّون عرضة للصدمات المفاجئة جرّاء نقص المدّخرات أو المديونية.

iv. تبسيط الإجراءات للاستفادة من التأمين الاجتماعي (وتسهيل فهم الاستحقاقات): تشمل العوائق التي تحول دون التغطية الفعّالة، الحواجز الإدارية أو الجغرافية، وعدم الامتثال لإجراءات التسجيل، ونقص الوعي (ILO، 2022). تتأثر التغطية ذات الفعاليّة المتدنيّة في الدول العربية بجملة من العوامل، منها مثلاً انتشار الاقتصاد غير الرسمي، وعدم اقتران آليات التفتيش على العمل والضمان الاجتماعي بقدرات إنفاذ فعّالة، وتدني قدرة أصحاب العمل على المساهمة في الاشتراكات، والقصور في فهم التأمين الاجتماعي، وعدم التوافق بين المنافع والاحتياجات، وتعقيد الإجراءات الإدارية. وبالتالي يتعيّن على الدول العربية تذليل العوائق التي تحول دون الوصول إلى الحماية الاجتماعية - مثل المسافة الماديّة، ونقص المعلومات البسيطة والملائمة، وغياب الشمول المالي، والإجراءات الإدارية المرهقة والمعقدة. يساهم رفع وعي الموظّفين، وتصنيف البيانات بحسب الإعاقة، وتوافر الأحكام المتعلقة بإمكانية الوصول وعدم التمييز في اللوائح والأنظمة، وإجراءات التشغيل القياسية بشكل فعّال في تعزيز التوعية بتحسين متطلبات الإدماج. من الضروري أيضاً زيادة الوعي العامّ بالحقوق والاستحقاقات والجهود المبذولة لتحسين المعارف الصحيّة بين السكان المحليين، من أجل تمكين الناس من المطالبة بالخدمات الصحيّة. يجب أن ترافق هذه الخطوات مع مبادرات تتخذها البيئة السياسية والمؤسّسية لتحسين كفاية المنافع ومساءلة الخطط والبرامج والتصورات ذات الصلة بالعدالة والثقة. يُمكن للعَمال المهاجرين المساهمة بدور مهمّ في معالجة النقص في اليد العاملة، لا سيّما في الاقتصادات التي ترتفع فيها نسبة القوى العاملة المتقدّمة في السن، والمساهمة بالتالي في استدامة أنظمة الضمان الاجتماعي.

v. تعزيز مساهمة استثمارات صندوق الضمان الاجتماعي في التنمية الاقتصادية والاجتماعية: يتعيّن على الدول العربية العمل على تحسين تعديل آليات وطرق التمويل بما يتلاءم مع الأوضاع المتباينة للعَمال والمؤسّسات، بشكل يضمن التقاسم العادل للمسؤوليات بين العَمال وأصحاب العمل، والمستفيدين من عملهم، والحكومة، عند الضرورة. ثمة حاجة في الوقت الحالي إلى المزيد من الاستثمار في الحماية الاجتماعية لسدّ فجوات التمويل. وبالتحديد، يُعدّ إعطاء الأولوية للاستثمارات في مستويات الحدّ الأدنى من الحماية الاجتماعية المحدّدة وطنياً أمراً حيويّاً للوفاء بوعود أجندة عام 2030. يتوفّر حيز مالي حتى في أفقر البلدان العربية، ويُعدّ حشد الموارد المحليّة أمراً أساسياً. مع ذلك، يبقى الدعم الدولي المنسق ضرورياً أيضاً لتسريع التقدّم في تلك الدول التي تفتقر إلى القدرات المالية والاقتصادية، لا سيّما في البلدان ذات

الدخل المنخفض المتأثرة بالنزاعات، مثل ليبيا واليمن والسودان، التي تعاني من تدن ملحوظ في الاستثمار في الحماية الاجتماعية. وفي غياب الدعم المستمر لنفقات الحماية الاجتماعية وإطالة أمد تدابير الطوارئ، تواجه العديد من الدول سيناريوهات لا تُحمد عقابها.

vi. توسيع نطاق الحماية الاجتماعية بوصفها أداة لمعالجة الأزمات (النزاعات المسلحة، والأزمات الاقتصادية والمالية، وجائحة كوفيد-19):

تتطلب جهود العمل على تأمين الحماية الاجتماعية المستجيبة للصدمات الموازنة بين المنظورات الإنسانية والإنمائية. ومن الضروري بالتالي العمل مع الشركاء الآخرين والاستفادة من نقاط قوة جميع الأطراف لدعم الحكومات في تطوير أنظمة الحماية الاجتماعية القادرة على الاستجابة للصدمات بشكل أفضل. وتبرز الحاجة إلى هذا التعاون والتنسيق على مستويات مختلفة: (1) التعاون مع مختلف الوزارات / الإدارات (التنمية الاجتماعية، وإدارة مخاطر الكوارث، والتمويل، والتخطيط)؛ (2) التعاون مع أصحاب المصلحة المعنيين بالتنمية والعمل الإنساني على أساس جدول أعمال مشترك، والعمل جنباً إلى جنب مع شركاء التنمية الآخرين (مثلاً، برنامج الأغذية العالمي، والبنك الدولي، ومفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين) لتجنب الازدواجية أو الثغرات في تقديم الخدمات؛ (3) هناك حاجة أيضاً إلى التعاون على المستوى الوطني مع الفرق العاملة في مجال الاستجابة للطوارئ والقطاعات الأخرى. وهذا يستلزم بشكل عام تحديد أصحاب المصلحة ودوائر نفوذهم ودوافعهم وقدراتهم، وتطوير فهم مشترك للمفاهيم والعمليات المتعلقة بالحماية الاجتماعية المستجيبة للصدمات، ووضع خارطة طريق مشتركة مع توضيح الأدوار والمسؤوليات على أساس الاهتمام والقدرة، والتأثير على البرامج الإنسانية لتواكب بشكل أفضل الجهود المقررة والمستمرة المعنية بالاستجابة للصدمات.

vii. الفرص والتحديات المرتبطة بالحماية الاجتماعية الرقمية: أدت استجابات

الحماية الاجتماعية في بعض الحالات إلى تضخيم التحديات التي تواجه الأشخاص الذين يصعب في الأصل الوصول إليهم، كالأشخاص غير القادرين على استخدام التقنيات الرقمية على سبيل المثال، في الوصول إلى المنافع. أبرزت أزمة جائحة كوفيد-19 الحاجة إلى بناء أنظمة شاملة لتأمين الخدمات. وقد واجهت الدول العربية صعوبات شديدة من أجل تحديد من هم في حاجة ماسة إلى حماية إضافية لمواجهة المخاطر الصحية والاقتصادية - وخاصة العاملين في الاقتصاد غير الرسمي - وصرف الإعانات لهم بسرعة وأمان. كانت التقنيات الرقمية في العديد من الدول العربية عاملاً حاسماً لتحديد هوية المستفيدين وتقديم الإعانات لهم، وقد استخدمت بالفعل بطرق إبداعية ومبتكرة. تمكنت الدول التي امتلكت بالفعل سجلات اجتماعية رقمية، مثل الأردن ومصر ودول الخليج العربي، من الاستجابة بشكل أسرع وأكثر كفاءة خلال الجائحة. مع ذلك، تنطوي التقنيات الرقمية على مخاطر الإقصاء. فعندما لا يتمكن الأشخاص من الوصول إلى المصارف والخدمات المالية، وفي حال افتقارهم إلى المعرفة الرقمية و/أو عدم تمكّنهم من الوصول إلى الهواتف الذكية، قد تتفاقم المشكلة أكثر. بالإضافة إلى ذلك، فإن الدول التي وسعت نطاق الخدمات لتصل إلى مجموعات السكان التي لم تسبق تغطيتها، بما في ذلك من خلال التكنولوجيا الرقمية، وأدرجتهم في السجلات الوطنية، نجحت في صنع أساس قادر على توسيع نطاق الحماية الاجتماعية. فعلى سبيل المثال، قد يؤدي الاعتماد على الطرق الرقمية للتواصل والتسجيل والدفع إلى إقصاء النساء -

كما هو الحال بالنسبة إلى الفئات الضعيفة الأخرى - بسبب الطبيعة الجنسانية للفجوة الرقمية، وتحديدًا التوزيع غير المتكافئ لملاكية التقنيات الجديدة وإمكانية الوصول إليها ومعرفتها. تنطبق هذه الاستثناءات نفسها على الأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن.

viii. إنشاء آليات تظلم تدعم المساواة: لم تراعى سياسات الحماية الاجتماعية في المنطقة العربية بما فيه الكفاية ظروف الفئات المهمشة، مثل النساء والمهاجرين واللاجئين والأقليات العرقية وكبار السن والأشخاص ذوي الإعاقة. ففي الكثير من الحالات، قد لا يكون لدى أفراد هذه المجموعات معلومات كافية حول حقوقهم. من هنا، تبرز الحاجة إلى الشفافية وإيجاد آليات فعّالة للتظلم والمطالبات للتأكد من أنّ جميع الجهات الفاعلة على دراية كاملة بحقوقها ومسؤولياتها، وأنّ الأطر القانونية تنصّ على استحقاقات واضحة، ويمكن التنبؤ بها، وأنّ الإجراءات الإدارية بسيطة وشفافة قدر الإمكان، وتسخر كامل إمكانات التقنيات الرقمية، بالتوازي مع حماية البيانات الشخصية، واحترام الخصوصية، وضمان إبقاء الطول غير الرقمية لأولئك الذين قد لا يكونون قادرين على استخدام التكنولوجيا الرقمية. يجب أن يطمئن المواطنون والمقيمون إلى أنّ مطالباتهم تلقى أذانًا صاغية وتعالج بإنصاف، وأنّ مصادر الدعم البديلة متوفرة عند عدم اعتماد الأهلية للحصول على ميزة الحماية الاجتماعية.

التوجهات المستقبلية: الخلاصات الرئيسية والتوصيات السياسية

الخلاصة وخيارات السياسات المطلوبة للحماية الاجتماعية الشاملة

- i. في الأساس، يتعيّن على الحكومات في المنطقة العربية معالجة القضايا الهيكلية الأساسية ووضع الحماية الاجتماعية في صميم النموذج الاجتماعي والاقتصادي الجديد. ويستدعي ذلك تحسين الإنفاق على الحماية الاجتماعية والمحافظة عليه وتوسيع نطاق هذه الحماية وضمان كفايتها وتغطيتها وإنشاء مجتمعات أكثر عدلاً وشمولية لإتاحة فرص النموّ الشامل، والتصديّ بفعالية للفقر وعدم المساواة، وتجنّب الإفقار التدريجي للطبقة الوسطى المتلاشية.
- ii. على مستويات الحدّ الأدنى من الحماية الاجتماعية في المنطقة العربية أن تؤمّن على الأقلّ ضمان الدخل الأساسي والوصول إلى خدمات الرعاية الصحية للجميع. ولتحقيق تغيير منهجي، تؤدّي منافع الحماية الاجتماعية القائمة على الحقوق والتي تعالج المخاطر المرتبطة بمراحل دورة الحياة دورًا حاسمًا في سدّ فجوات التغطية. يجب استخدام البرامج غير القائمة على الاشتراكات للتقليل من أخطاء الإقصاء، ومع ذلك، لا يُمكن النظر إلى هذه البرامج بوصفها بديلاً عن نظام حماية اجتماعية قائم على الاشتراكات. يُمكن تحقيق الحماية الاجتماعية الشاملة عبر الجمع بين التأمين الاجتماعي والبرامج الممولة من الضرائب، من خلال أنظمة مصمّمة بعناية ونماذج أكثر تكاملاً للحوكمة والإدارة المؤسسية.
- iii. سلّطت جائحة كوفيد-19 الضوء على فجوات التغطية في حالات العمّال المؤقتين وغير الدائمين والعاملين بدوام جزئي والعاملين لحسابهم الخاص، بما فيهم العمّال الموسميون والعمّال الزراعيون والعاملون في المنازل، والعاملون في القطاع غير الرسمي. ينبغي على الحكومات في المنطقة العربية أن توفر لجميع العمّال وأسرهم إمكانية الوصول إلى ضمان الدخل الأساسي على الأقلّ لإنشاء قاعدة تمويل أكثر تنوعًا واستدامة للحماية الاجتماعية.
- iv. يجب إيلاء اهتمام خاصّ للعمّال المهاجرين واللاجئين، الذين يتعرّضون للتمييز والمعاملة غير المتكافئة، لتمكينهم من الوصول إلى نظام الحماية الاجتماعية، بما في ذلك الرعاية الصحية. ومن الضروري بذل الجهود اللازمة لمواءمة برامج الحماية الاجتماعية مع المشاريع الإنسانية والتنمية وتعزيز استجابة الأنظمة في جميع أنحاء المنطقة للصدمات.
- v. ينبغي أن تهدف الإصلاحات التدريجية للخطط القائمة على الاشتراكات، بما في ذلك أنظمة المعاشات التقاعدية في المنطقة العربية، إلى تحسين العدالة في مختلف قطاعات سوق العمل وبين الأجيال. وعلى الرغم من العبء المالي لهذه الإصلاحات، عليها ضمان توازن عادل بين الاستدامة والتغطية والكفاية.

.vi. يتطلب الاستثمار في الحماية الاجتماعية تحولات هيكليّة في نماذج التوظيف والنماذج الاقتصادية السائدة في المنطقة العربية. وعلى خطط الحماية الاجتماعية، سواء كانت قائمة أو غير قائمة على الاشتراكات، أن تتوجّه نحو تعزيز الطابع الرسمي وتسهيل مشاركة الشباب والنساء في سوق العمل. من الأهمية بمكان أيضًا تعزيز منافع الحماية الاجتماعية طوال مراحل الحياة العملية وفي خطط الرعاية الطبية.

.vii. يتطلب التوسّع في الإنفاق على الحماية الاجتماعية زيادة كفاءة الإنفاق وتصميم خيارات لحشد الموارد المالية من خلال تعزيز التدرّج في النظام الضريبي، وإعادة تخصيص الإنفاق العامّ للاستثمار في القطاعات الاجتماعية، والتصديّ للتهرب الضريبي ومكافحته.

.viii. يُعَدّ الدعم الدولي وآليات التمويل المبتكرة للحماية الاجتماعية ضرورية لتجنّب الهشاشة، وضمان القدرة على سداد الديون ومعالجة محدودية القدرات.

.ix. تُعَدّ المشاركة والحوار الاجتماعي مع جميع أصحاب المصلحة المعنيين شرطًا ضروريًا من شأنه جعل نموذج الحماية الاجتماعية الجديد مستدامًا وعادلًا ومقبولًا، لا سيّما بالنسبة للعقّال والفئات الضعيفة.

.x. تُؤدّي أنظمة المعلومات الإدارية والرصد والتقييم دورًا محوريًا في بناء أنظمة حماية اجتماعية شاملة. وهذا يتطلب إنشاء مستودعات مركزية للمعلومات، والجمع الفعّال للبيانات، من أجل تعزيز التنسيق والتكامل في تقديم الخدمات.

الخلاصة وخيارات السياسات للحماية الصحيّة الاجتماعية

i. ستعتمد استراتيجيات تنفيذ الرعاية الصحيّة الشاملة على السياقات الخاصّة بكل دولة، وآليات النظام الصحيّ القائمة، والقدرة المالية للدولة وقيمتها العامّة. وسيكون على الدولة الجمع بين آليات التمويل الصحيّ المختلفة للإسراع في تحقيق التغطية الشاملة والموازنة بين الإنصاف والكفاءة وجودة الرعاية (ILO 2008). أحرزت الدول العربية بعض التقدّم في زيادة التغطية السكّانية، ومع ذلك، ما زالت هناك حواجز كبيرة تعترض الوصول إلى الرعاية الصحيّة، منها على سبيل المثال المدفوعات المسدّدة من الجيوب الخاصّة على الخدمات الصحيّة، والمسافة الماديّة، ومحدوديّة نطاق الخدمات الصحيّة وجودتها ومقبوليتها، وأوقات الانتظار الطويلة، وتكاليف الفرص الضائعة، مثل وقت العمل المهدور. سلّطت أزمة جائحة كوفيد-19 الضوء على عدم كفاية المنافع والحاجة إلى تقليل المدفوعات المسدّدة من الجيوب الخاصّة. من هنا، على الدول العربية اعتماد مبدأ رئيسي مفاده أن الوصول الشامل إلى الحماية الاجتماعية يحتاج إلى تمويل جماعي، وتجميع واسع النطاق للمخاطر، واستحقاقات قائمة على الحقوق بوصفها شرطًا أساسيًا لدعم الوصول الفعّال إلى الرعاية الصحيّة للجميع بطريقة تستجيب للخدمات.

ii. أجمع بيانات أكثر وأفضل عن التغطية القانونية لرصد التقدّم المحرز في التغطية والإنصاف واعتبار ذلك من الأولويّات. بدوره، يُعَدّ الاستثمار في توافر خدمات رعاية صحيّة جيدة أمرًا بالغ الأهمية. كشفت جائحة كوفيد-19 أيضًا عن الحاجة إلى الاستثمار في خدمات الرعاية الصحيّة، وتحسين التنسيق داخل الأنظمة الصحيّة، وتوفير تدريب وتوظيف مناسبين للعاملين في الرعاية الصحيّة. يُمكن أن تُؤدّي الإصلاحات الشفافة والمستدامة لأنظمة الحماية

الاجتماعية في الدول العربية على المدى الطويل إلى التوسّع التدريجي في التأمين الاجتماعي والتغطية الصحيّة، كما هو موضح في إطار الحد الأدنى للحماية الاجتماعية. إنّ نقطة البداية لمثل هذه الإصلاحات هي التغطية القانونية الشاملة من خلال كفالة الدساتير الوطنية للحق في الصحة.

iii. نلعلّ التحدّي الرئيسي الذي تواجهه وزارات الصحة في الدول العربية يكمن في تطبيق السياسات والقوانين. فقد سمح الفساد والأوضاع السياسية المتوتّرة للكثيرين بتجاهل القوانين أو السياسات. من جهةٍ أخرى، ينبغي أن تكون الوقاية جزءاً من الإصلاح الصحيّ في العالم العربي وتطوير الطرق الآيلة إلى دمج الوقاية في خطط الحماية الصحيّة الاجتماعية. لسوء الحظ، تستثمر العديد من الدول العربية في العلاج بدلاً من الوقاية والتخطيط الطويل الأمد، وتفتقر معظم هذه الدول إلى أنظمة معلومات صحيّة فعّالة، وتتعدّم فيها الإحصاءات الحيوية، ما يشكّل تحدياً يعيق السياسات السليمة وبرامج الوقاية. وفي واقع الأمر، فإنّ بعض مسؤوليات المعلومات الصحيّة تقع خارج إدارة وزارات الصحة. فعلى سبيل المثال، وزارة الداخلية مسؤولة عن سجلّات الوفيات في بعض دول المنطقة. ومن الضروري الدعوة لإنشاء أنظمة للمعلومات الصحيّة (في معظم الدول) وتحسينها (في بعض الدول).

iv. أمّا في ما يتعلّق بالمجتمع المدني، قدّمت منظمّة الصحة العالمية وجامعة الدول العربية (2015) توصيات أشارت فيها إلى ضرورة عمل الدول العربية على بناء الثقة وتعزيز بيئة تشريعية أكثر تمكيناً لمنظمات المجتمع المدني وورش العمل والدورات التدريبية في الدول العربية. سعياً لزيادة الوعي بأهداف التنمية المستدامة وتعزيز مشاركة المجتمع المدني فيها. هناك حاجة إلى المزيد من الدعم في وضع معايير لتقييم منظمات المجتمع المدني، ولا سيّما تلك المعنيّة بالصحة. من الضروري أيضاً دعم بناء قدرات منظمات المجتمع المدني من خلال تنظيم دورات تدريب المدربين لضمان الاستدامة وبناء القدرات في الأولويات الصحيّة، وكتابة مقترحات المشاريع، وتخطيطها وتنفيذها، والحملات الترويجية. قد يكون هناك خيار آخر يتمثّل في إنشاء مكاتب اتصال في وزارات الصحة للعمل كحلقة وصل مع منظمات المجتمع المدني.

المراجع

- Alami, R. 2022. "Towards a "new normal" in health policies in the Arab countries." Economic Research Forum, Working Paper, (1537). [Link](#).
- Alami, R. 2017. "Health financing systems, health equity and universal health coverage in Arab countries." Development Change, 48(1): 146-179. [Link](#).
- Batniji, R. et al. 2014. "Governance and health in the Arab world." The Lancet, 383(9914): 343-355. [Link](#).
- Bird, N., & Silva, W. 2020. "The role of social protection in young people's transition to work in the Middle East and North Africa." IPC-IG Research Report, 41. [Link](#).
- Food and Agriculture Organization of the United Nations (FAO). 2013. "FAO Statistical Year Book 2013 World Food and Agriculture." Food and Agriculture Organization, United Nations. [Link](#).
- International Labour Organization (ILO). 2021a. "World Social Protection Report 2020-2022: Social protection at the crossroads – in pursuit of a better future." International Labour Organization (ILO). [Link](#).
- International Labour Organization (ILO). 2021b. "World Social Protection Report 2020–22: Regional companion report for the Middle East and North Africa (MENA) region." International Labour Organization (ILO). [Link](#).
- International Labour Organization (ILO). 2020. "World employment and social outlook." International Labour Organization (ILO). [Link](#).
- International Labour Organization (ILO). 2017. "Fiscal space for social protection and the SDGs: Options to expand social investments in 187 Countries." International Labour Organization (ILO), ESS Working Paper 48. [Link](#).
- International Labour Organization (ILO). 2008. "Social Health Protection: An ILO strategy towards universal access to health care." International Labour Organization (ILO). [Link](#).
- International Monetary Fund (IMF). 2022. "Revenue mobilization for a resilient and inclusive recovery in the Middle East and Central Asia." Departmental Paper, DP/2022/013. [Link](#).
- Machado, A. C., et al. 2018. "Overview of non-contributory social protection programmes in the Middle East and North Africa (MENA)

region through a child and equity lens." International Policy Centre for Inclusive Growth United Nations Development Programme and the United Nations Children's Fund, p. 348. [Link](#).

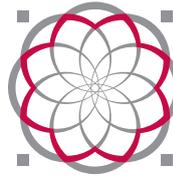
- Megersa, K. 2019. "Lessons learned from linking social protection to taxation." Institute of Development Studies, Helpdesk report. [Link](#).
- Onarheim, K. H., & Rached, D. H. 2020. "Searching for accountability: Can the WHO global action plan for refugees and migrants deliver?" *BMJ Global Health*, 5(6): 3–7. doi: 10.1136/bmjgh-2019-002095. [Link](#).
- Talaat, W. 2022. "Social protection as a budget priority." In Mohieldin, M. "Financing Sustainable Development in Egypt", League of Arab States. [Link](#).
- United Nations (UN). 2020. "Policy brief: The impact of COVID-19 on the Arab Region: An opportunity to build back better." United Nations, p. 27. [Link](#).
- United Nations Economic and Social Commission for Western Asia (UN-ESCWA). 2021. "The COVID-19 pandemic in the Arab region: An opportunity to reform social protection systems." United Nations Economic and Social Commission for Western Asia (ESCWA). [Link](#).
- United Nations Economic and Social Commission for Western Asia (UN-ESCWA). 2019. "Social protection reform in Arab countries." United Nations Economic and Social Commission for Western Asia (ESCWA). [Link](#).
- United Nations Economic and Social Commission for Western Asia (UN-ESCWA). 2017. "Strengthening social protection for persons with disabilities in Arab countries." United Nations Economic and Social Commission for Western Asia (ESCWA), p. 91. [Link](#).
- United Nations Economic and Social Commission for Western Asia (UN-ESCWA). 2020. "Impact of COVID-19 on migrants and refugees in the Arab Region." United Nations Economic and Social Commission for Western Asia (ESCWA), p. 1–25. [Link](#).
- United Nations Development Program (UNDP). 2016. "Leaving no one behind: A social protection primer for practitioners." [Link](#).
- Universal Social Protection 2020 (USP2030). 2015. "Together to achieve universal social protection by 2030 (USP2030)." Global Partnership for Universal Social Protection, Geneva. [Link](#).
- World Health Organization (WHO). 2019. "Report: Regional meeting to develop a regional action plan to promote the health of migrants, refugees and displaced populations." Cairo: WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean, license: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.



AMERICAN
UNIVERSITY OF BEIRUT
FACULTY OF HEALTH SCIENCES

تهدف كلية العلوم الصحيّة في الجامعة الأميركية في بيروت منذ إنشائها إلى وضع مسار للصحة العامة من خلال إعداد المهنيين ليكونوا صانعي التغيير ويعملوا على البحوث التي تؤثر على الممارسات والسياسات وبالتالي على صحة السكان.

الجامعة الأميركية في بيروت
ص.ب 11-0236 / كلية العلوم الصحيّة
رياض الصلح / بيروت 1107 2020
لبنان



annd

Arab NGO Network for Development
شبكة المنظمات العربية غير الحكومية للتنمية

تعمل شبكة المنظمات غير الحكوميّة العربيّة للتنمية في 12 دولة عربيّة، مع 9 شبكة وطنيّة (وعضويّة ممتدة لـ 250 منظمة مجتمع مدني من خلفيات مختلفة) و 25 عضو من منظمات غير حكوميّة.
ص.ب المزرعة 14/5792 بيروت، لبنان

