©istock, credit: Mihajlo Maricic

01

نُظُم الحماية الاجتماعية في المنطقة العربية: السياق والإطار المفاهيمي

ألف. مقدمة

منطقة الشرق الأوسط هي المنطقة الأكثر تفاوتاً في العالم. ففي عام 2016، بلغ دخل أغنى 10 في المائة و1 في المائة من السكان أكثر من 60 في المائة و25 في المائة من إجمالي الدخل في المنطقة، على التوالي[1] والبلدان التي لديها أداء سيء في هذا المجال هي البلدان العربية الغنية بالسكان والفقيرة بالنفط، حيث تكاد مستويات التفاوت في الدخل تقارب المستويات في البرازيل وجنوب أفريقيا. وعلى الرغم من تزايد عدد الإصلاحات الاجتماعية في العديد من بلدان المنطقة، فإن تجزؤ الخدمات الصحية، وضعف المؤسسات التعليمية، وعدم كفاية تدابير الحماية الاجتماعية، والتفاوت الاجتماعي، ما زالت مستمرة ومتفاقمة.

ومع أن المنطقة العربية شهدت تحسناً كبيراً في توسيع تغطية الحماية الاجتماعية خلال السنوات القليلة الماضية، لا تزال العديد من الثغرات والتحديات قائمة. وعموماً، تُعَدّ نُظُم الحماية الاجتماعية في المنطقة العربية مجزّأة، وتفتقر إلى الشمول والشفافية والاستثمار. وكان تسارع النمو السكاني، وزيادة الفقر، والسياق العالمي لرأس المال الحر، وتدفقات اليد العاملة الدولية، وهيمنة القطاع الخاص من العوامل التي قوّضت تطوير نُظُم الحماية الوطنية.

وقد سلّطت استجابة الحكومات العربية لجائحة كوفيد-19 الضوء على هذه التفاوتات، حتى لو كانت بعض التدابير فعالة على المدى القريب. وأتاحت جائحة كوفيد-19 فرصة لتقييم إصلاحات السياسات الاجتماعية السابقة وفعاليتها وتأثيرها، والتعلُّم من التجارب العالمية، ليس في معالجة تداعيات كوفيد-19 فحسب ولكن أيضاً في المجال الأوسع لتدخلات السياسات الاجتماعية.

وحققت البلدان العربية العديد من الإنجازات من خلال استجابتها لكوفيد-19، لا سيما في مجال توسيع نطاق الحماية الاجتماعية لتشمل المزيد من المستفيدين. وسهّل استخدام التكنولوجيا مثل المحافظ الإلكترونية والتسجيل الرقمي على نطاق واسع تقديم التحويلات النقدية. واستُخدمت التكنولوجيا والابتكار أيضاً للحد من أوجه عدم المساواة في الحصول على الخدمات الصحية والتعليمية.

استند هذا التقرير إلى بحوث عملية في مجال السياسات من أجل دراسة وتقييم التفاعل بين أبعاد السياسات الاجتماعية، والتجارب العالمية، والاستجابات الإقليمية للجائحة في المنطقة العربية. ومن خلال الاستفادة من إجراءات وأولويات مجموعة متنوعة من أصحاب المصلحة، يدعو التقرير إلى وضع سياسات لتحقيق أهداف التنمية المستدامة على نحو رشيد ومنهجي، ومكافحة عدم المساواة، ودعم الأجندة الخاصة بعدم إهمال أحد.

باء. الخطوط العريضة للتقرير

يتألف التقرير من الفصول التالية: يحدد **الفصل 1** سياق السياسات الاجتماعية العربية والإطار المفاهيمي للتقرير. ويتناول، أولاً، الوضع الحالي في البلدان في جميع أنحاء المنطقة ويقدم لمحة عامة عن الجهود السابقة لمعالجة أوجه عدم المساواة. ويقدم أيضاً الإطار المفاهيمي للتقرير الذي يستند إلى نهج مدى الحياة في وضع السياسات الاجتماعية ودراسة الهيكلية المؤسسية لعمليات الاستجابة لكوفيد-19 في مجال الحماية الاجتماعية. ويستند ذلك إلى تعاريف عملية للسياسات الاجتماعية والحماية الاجتماعية، وهي تعاريف واردة أيضاً في الفصول اللاحقة. ويقدم **الفصل 2** لمحة عامة عن الاستجابة الإقليمية لكوفيد-19. ويقيّم على نحو نقديّ أثر التدخلات والتدابير التي اتّخذتها الحكومات العربية للتصدي لجائحة كوفيد-19 في قطاعات الحماية الاجتماعية. ويتضمن دراستي حالة عن مصر والمغرب. ويركز **الفصل 3** على إعادة النظر في السياسات والاستدامة المالية وتخصيص الموارد، ويقيّم فعالية إعادة تخصيص الموارد واستدامتها بما يتجاوز التدابير المتخذة للتصدي لكوفيد-19. ويركز **الفصل 4** على الابتكار في قطاعات مختلفة إقليمياً وعالمياً، ويتناول التفاعل بين تدخلات السياسات، والأطر التنظيمية والحوكمة الأكثر فعالية، وتخصيص الموارد للتفكير في الابتكار المستقبلي اللازم في السياسات الاجتماعية. والهدف من الابتكار هو حل مشاكل السياسات الاجتماعية بفعالية أكبر في المنطقة العربية، نظراً للصعوبة التي تواجهها العديد من البلدان في تحقيق التوازن بين الإصلاح المالي وفعالية الحماية الاجتماعية وتغطيتها. ويلخّص **الفصل 5** النتائج الرئيسية للتقرير من أجل اقتراح توصيات مبتكرة لضمان استجابة حكومية فعالة تضمن العدالة الاجتماعية في أوقات الأزمات.

جيم. البيانات والأساليب

يستند التقرير إلى أدبيات وبحوث بيانات شاملة عن استجابات الحكومات العربية لكوفيد-19، فضلاً عن المؤشرات الاجتماعية الرئيسية. ومصادر البيانات الرئيسية هي أداة اللجنة الاقتصادية

والاجتماعية لغربي آسيا (الإسكوا) لمتابعة الحزم التحفيزية المنفّذة استجابةً لكوفيد-19 وبوابة بيانات الإسكوا. وشملت بحوث الأدبيات بيانات السياسات الحكومية المأخوذة من منصة ديفيكس (Devex) بشأن الاستجابة لجائحة كوفيد-19 في جميع البلدان العربية، ومنشورات عالمية حديثة صادرة عن البنك الدولي ومركز السياسات الدولية من أجل النمو الشامل ومنظمة العمل الدولية ووكالات الأمم المتحدة الأخرى المعنيّة. واستند التقرير أيضاً إلى مقابلات مع كبار مسؤولي الحماية الاجتماعية في مصر والمغرب. وأخيراً، استُخدمَت قاعدة بيانات منظمة الأمم المتحدة للتربية والعلم والثقافة (اليونسكو) لإثراء الفصل 5 الذي يركز على الابتكار في مجالات مختلفة.

دال. الإطار المفاهيمي

ينبغي مراعاة نقطتين رئيسيتين في ما يتعلق بالإطار المفاهيمي المستخدَم في هذا التقرير. أولاً، يعتمد الإطار على النهج مدى الحياة، الذي يغلب على الأدبيات الخاصة بالسياسات الاجتماعية العالمية، والذي استُخدم لوضع إطار للمساعدة الاجتماعية وللتدخلات المتعلقة بكوفيد-19. ويتميز هذا النهج بأنه يتيح مسحاً شاملاً للفئات السكانية المتأثرة بتقلبات الدخل والطوارئ التي تحدث في مسيرة الحياة البشرية. وبالتالي، يسهّل هذا النهج تحليل التدخلات الرامية إلى التصدي لكوفيد-19 من حيث التغطية الأفقية والرأسية على حد سواء، حيث يكشف التقرير، وفقاً لتوفر البيانات، عن مدى زيادة عدد السكان المستفيدين من التدخلات و/أو اتّساع نطاق الفوائد المتاحة[2].

ثانياً، عند تصنيف التدخلات الرامية إلى التصدي لكوفيد-19، لا يعود النهج مدى الحياة كافياً للتحليل. فمن أجل تقديم رؤى طويلة الأمد بشأن الإجراءات التي ينبغي اتّخاذها على مستوى السياسات، يلزم إجراء تحليل مؤسسي أو سياسي يوفر نظرة أعمق للإصلاحات المقبلة في نُظُم السياسات الاجتماعية في البلدان العربية. ولذلك، يعتمد التقرير على أطر السياسات الاجتماعية، وفي المقام الأول النهج القائم على الحقوق الاجتماعية الذي يركز على ما سيترتّب على التدخلات الرامية إلى التصدي لكوفيد-19 من نتائج على مستوى إعادة التوزيع والمساواة. وسيتطلب ذلك النظر في الإصلاحات المؤسسية التي شهدتها البلدان حالياً خلال الجائحة ومدى مساهمتها في تحفيز الانتقال نحو نُظُم سياسات اجتماعية وحماية اجتماعية أكثر شمولاً (بما في ذلك "التوجّه إلى فئات محددة" في إطار النهج الشامل للجميع على النحو الذي دعا إليه خبراء في بلدان الدخل المنخفض والمتوسط). ويرد أدناه عرض لمختلف عناصر النهج مدى الحياة ومنظور التحليل السياسي المؤسسي.

1. النهج مدى الحياة

يهدف النهج مدى الحياة، الذي اعتمدته الأمم المتحدة، إلى ضمان حصول جميع الناس على الحماية الاجتماعية عند الحاجة في أي وقت خلال حياتهم، من الولادة إلى الوفاة. ويجسّد هذا النهج أيضاً مبدأ عدم إهمال أحد على النحو المبين في خطة التنمية المستدامة لعام 2030، لأنه يقلل من الاستبعاد من الاستحقاقات ومن الاستبعاد الاجتماعي ككل. والتصنيف الشائع لمراحل دورة الحياة هو ما يلي:

أ. الحوامل والرضع (أول 1,000 يوم، من الحمل وحتى الثانية من العمر).
ب. الأطفال (من الفئة العمرية 2-18 عاماً، وأحياناً يُفصَل الأطفال الذين تقل أعمارهم عن 5 أعوام).
ج. الشباب (من الفئة العمرية 18-25، 18-30 أو 18-35 عاماً، حسب تعريف كل بلد).
د. سن العمل (من الفئة العمرية 18-60 أو 25-65 عاماً، وتختلف هذه السن أيضاً من بلد إلى آخر).
هـ. الشيخوخة (60 سنة وما فوق أو 65 سنة وما فوق، وترتفع هذه السن في بعض البلدان وفقاً للتغيُّرات في سن التقاعد).

ولا بد من أن يلبي نظامٌ متكامل من السياسات الاجتماعية (أي النظام الذي يوفر التغطية الشاملة لمدى الحياة ويرتبط بالخدمات الاجتماعية الأخرى) احتياجات جميع المقيمين من الخدمات الاجتماعية الأساسية. ويُعتبر النهج مدى الحياة مفيداً ليس فقط لأنه يعزز مفهوم عدم إهمال أحد، بل أيضاً لأنه يتيح تصنيفاً منطقياً لتدخلات السياسات الاجتماعية وفقاً للفئة العمرية، مثل التغذية المدرسية للأطفال، والتأمين ضد البطالة للبالغين العاملين، والمعاشات التقاعدية لكبار السن، وغير ذلك.

2. التحليل المؤسسي السياسي

الهدف من هذا المستوى من التحليل في التقرير هو التعمّق في دراسة عمليات صنع القرار الرئيسية التي تضعها الحكومات العربية خلال الجائحة، وما إذا كانت هذه العمليات تدل على إعادة هيكلة جوهرية للسياسات الاجتماعية. وبما

أن معظم بلدان المنطقة العربية تضمّ مجموعةً من الجهات الفاعلة في مجال السياسات الاجتماعية والحماية الاجتماعية، بما في ذلك الدولة والسوق والمجتمع المحلي والمجتمع المدني والأسرة، يسلّط التقرير الضوء على الجهات الفاعلة التي هي في الطليعة في مجال توفير الاستحقاقات الأساسية، ويحلّل ما إذا كانت التدخلات توفر منافع كافية. وسيساعد ذلك على تحليل العواقب المحتملة على التفاوت في الدخل والفقر على المدى الطويل.

هاء. نُظُم الحماية الاجتماعية: السعي نحو المثالية

يسترشد هذا التقرير بمفهومين أساسيين، هما السياسات الاجتماعية والحماية الاجتماعية. تُعنى السياسات الاجتماعية بالطرق التي تلبي بها المجتمعات في جميع أنحاء العالم الاحتياجات الإنسانية من الأمن والتعليم والعمل والصحة والرفاه[3]. ويتناول التقرير كيفية استجابة الدول والمجتمعات للتحديات الوطنية والإقليمية والعالمية المتمثلة في التحديات الاجتماعية الديمغرافية والاقتصادية والفقر والهجرة والعولمة[4].

ويمكن تعريف الحماية الاجتماعية تعريفاً واسعاً بأنها مجموعة البرامج والتدخلات المصممة لمنع الفقر وقابلية التعرّض للمخاطر والاستبعاد الاجتماعي أو التخفيف من حدتها، وذلك بدعم وحماية الأفراد وأسرهم في حالة حدوث صدمات سلبية في الدخل، وتوفير إمكانية الحصول على الخدمات الاجتماعية الأساسية. وتعتبر أدوات الحماية الاجتماعية عنصراً أساسياً في سياسة الرعاية الاجتماعية[5]. وقد اتسع نطاق أدوات الحماية الاجتماعية في السنوات الأخيرة، ولكن يمكن تصنيفها عموماً إلى ثلاث فئات:

- نُظُم التأمين الاجتماعي وخطط معاشات التقاعد الممولة من المساهمات الطوعية أو الإلزامية للعمال (ومساهمات أصحاب العمل). وهدفها الرئيسي هو التخفيف من أثر الصدمات مثل البطالة، والمشاكل الصحية التي تحد من القدرة على العمل، والمزيد من التعديلات الدائمة في الدخل بسبب الشيخوخة والتقاعد. ويسهم الأفراد أو أصحاب العمل، طوال حياتهم العملية، بانتظام في صندوق ويمكن أن يطالبوا باستحقاقات في حالة المرض أو الإعاقة أو الإصابة المهنية أو البطالة أو الأمومة أو عند التقاعد.
- برامج المساعدة الاجتماعية الممولة من الموارد العامة (غير القائمة على الاشتراكات)، والتحويلات العينية أو النقدية. وهدفها هو الحد من الفقر وتخفيف حدته، وتوفير الخدمات الأساسية للأشخاص الذين يعيشون في حالات الفقر والمعرّضين للمخاطر، مثل كبار السن وذوي الإعاقة وذوي الدخل المنخفض. وبموجب هذه المخططات، يمكن أن تشمل التحويلات العينية تحويل الأغذية، أو استحقاقات الحد الأدنى للدخل، أو المنح الدراسية، أو بدلات السكن، أو إعانات السلع الأساسية مثل الغذاء أو النفط والغاز. وتشمل أيضاً الحصول على الخدمات الأساسية إما مجاناً أو بكلفة منخفضة، مثل الرعاية الصحية والتعليم والمياه. وتُقدَّم هذه الأنواع من المعونات إلى حد كبير إلى فئات معينة من السكان على أساس الدخل والسُّبُل الاقتصادية أو الموقع أو الخصائص الأسرية.
- برامج ولوائح سوق العمل المصممة لمساعدة العاطلين عن العمل في الوصول إلى سوق العمل وضمان الحد الأدنى من المعايير في مكان العمل. وتشمل هذه البرامج واللوائح خطط العمل والأشغال العامة المدعومة، وبرامج دعم العودة إلى العمل، ودعم أصحاب المشاريع الصغيرة، والتمويل البالغ الصغر، والتأمين المتناهي الصغر، وأنشطة التنمية المجتمعية[6].

وتعترف صكوك الأمم المتحدة، مثل الإعلان العالمي لحقوق الإنسان والعهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، بالحماية الاجتماعية كحق من حقوق الإنسان. وتُعتبر الحماية الاجتماعية أداة رئيسية لمعالجة الفقر المدقع والاستبعاد الاجتماعي، ولتعزيز الكرامة الإنسانية على امتداد دورة الحياة. وعلى الدول، في هذا السياق، الالتزام بتفعيل حق الناس في الحماية الاجتماعية. وتُعتبَر الحماية الاجتماعية أساسية لتحقيق خطة عام 2030. ومن خلال مساهمتها في الركائز الاجتماعية والاقتصادية للتنمية المستدامة، تنعكس بشكل مباشر أو غير مباشر في خمسة أهداف على الأقل من أهداف التنمية المستدامة السبعة عشر (الإطار 1).

وبالإضافة إلى الحد من الفقر، تُعتبَر نُظُم الحماية الاجتماعية أساسيةً لمنع عودة الناس إلى براثن الفقر طوال دورة الحياة. وهذا يدعم مبدأ الأمم المتحدة الأساسي المتمثل في عدم إهمال أحد، وهو ما يؤكد عليه المقصد 1.3 من أهداف التنمية المستدامة، مع تسليط الضوء، بصفة خاصة، على الالتزام العالمي بوضع حدود دنيا للحماية الاجتماعية باعتبارها عنصراً أساسياً في نظام الحماية الاجتماعية لكل بلد، من أجل ضمان

مستوى أساسي على الأقل من الضمان الاجتماعي للجميع وتوسيع نطاق تغطية الحماية الاجتماعية لتشمل المستبعدين.

وتُعرَّف الحدود الدنيا للحماية الاجتماعية وفقاً للتوصية 202 (2012) الصادرة عن منظمة العمل الدولية، التي ينبغي للدول بموجبها أن توفر استحقاقات الضمان الاجتماعي الأساسية لجميع المقيمين والأطفال على الأقل على النحو المحدد في القوانين واللوائح الوطنية[7]. وينبغي أن تشمل الحدود الدنيا للحماية الاجتماعية على الأقل استحقاقات الضمان الاجتماعي الأساسية التالية[8]:

أ. الحصول على مجموعة محددة وطنياً من السلع والخدمات، التي تشكل الرعاية الصحية الأساسية، بما في ذلك رعاية الأمومة، التي تفي بمعايير التوافر وإمكانية الوصول والمقبولية والجودة.

ب. ضمان الدخل الأساسي للأطفال، على الأقل على المستوى الأدنى المحدد وطنياً، لإتاحة الوصول إلى التغذية والتعليم والرعاية وأي سلع وخدمات أخرى ضرورية.

ج. تأمين الدخل الأساسي، على الأقل على المستوى الأدنى المحدد وطنياً، للأشخاص الذين هم في سن العمل ولكنهم غير قادرين على كسب الدخل الكافي لا سيما في حالات المرض والبطالة والأمومة والإعاقة.

د. تأمين الدخل الأساسي، على الأقل على المستوى الأدنى المحدد وطنياً، لكبار السن.

وقد تطوّر تطبيق الحماية الاجتماعية على مرّ السنين ليشمل توفير خدمات اجتماعية تتّسم إما بالشمولية أو بالانتقائية من خلال التوجّه إلى فئات معينة. وعندما تكون الخدمات شاملة، يستفيد جميع السكان من الاستحقاقات الاجتماعية باعتبارها حقاً أساسياً. أما بالنسبة للخدمات الاجتماعية الموجّهة إلى فئات معينة، تقتضي الأهلية للحصول عليها إجراء اختبار للسُّبُل المعيشية من أجل تحديد الفئات الأكثر استحقاقاً. ونادراً ما تكون أنظمة السياسات شاملة تماماً أو موجّهة تماماً إلى فئات محددة، فهي غالباً مختلطة[9]. وفي السبعينات والثمانينات من القرن الماضي، تحوّل العديد من البلدان النامية بعيداً عن السياسات الاجتماعية الواسعة التي تركز على المنافع الشاملة (ولكنها غالباً ما تغطي جزءاً صغيراً فقط من السكان) نحو البرامج التي تتطلب من المستفيدين تلبية معايير محددة[10].

الإطار 1. أهداف التنمية المستدامة ومقاصدها التي تشير على نحو مباشر أو غير مباشر إلى الحماية الاجتماعية

المقصد 1.3 — استحداث نُظُم وتدابير حماية اجتماعية ملائمة على الصعيد الوطني للجميع ووضع حدود دنيا لها، وتحقيق تغطية صحية واسعة للفقراء والضعفاء بحلول عام 2030.

المقصد 3.8 — تحقيق التغطية الصحية الشاملة، بما في ذلك الحماية من المخاطر المالية، وإمكانية الحصول على خدمات الرعاية الصحية الأساسية الجيدة وإمكانية حصول الجميع على الأدوية واللقاحات الجيّدة والفعالة والميسورة التكلفة.

المقصد 5.4 — الاعتراف بأعمال الرعاية غير مدفوعة الأجر والعمل المنزلي وتقديرها من خلال توفير الخدمات العامة والبنى التحتية ووضع سياسات الحماية الاجتماعية وتعزيز تقاسم المسؤولية داخل الأسرة المعيشية والعائلة، حسبما يكون ذلك مناسباً على الصعيد الوطني.

المقصد 8.5 — تحقيق العمالة الكاملة والمنتجة وتوفير العمل اللائق لجميع النساء والرجال، بما في ذلك الشباب والأشخاص ذوو الإعاقة، وتكافؤ الأجر لقاء العمل المتكافئ القيمة، بحلول عام 2030. (الحماية الاجتماعية هي أحد الركائز الأربع للعمل اللائق).

المقصد 10.4 — اعتماد سياسات، ولا سيما السياسات المالية وسياسات الأجور والحماية الاجتماعية، وتحقيق قدر أكبر من المساواة تدريجياً.

بيد أن توجيه الخدمات الاجتماعية إلى فئات محددة أثبت أنه ينطوي على تحديات مختلفة، مثل محدودية القدرة الإحصائية على تحديد الفئات المستحقة، وأخطاء الاستبعاد والإدماج في إدارة البرامج، والأعباء الإدارية المكلفة والمرهقة لتخطيط وتنفيذ هذه البرامج المستهدفة. وقد استُخدمت برامج الخدمات الموجّهة إلى فئات محددة كشكل من أشكال المحسوبيات في بعض البلدان، واعتُبرت أيضاً أداة انقسام في مجتمعات معينة، لا سيما عندما نُظر إلى بعض الفئات على أنها غير مستحقة للاستفادة من برامج معينة[11]. وكثيراً ما كان يطلق على هؤلاء اسم "الوسط المفقود" وكانوا فقراء وبحاجة إلى الحماية الاجتماعية. غير أنهم لم يستفيدوا قط من برامج الحماية الاجتماعية لأنهم لم يستوفوا معايير الأهلية التي وضعتها الحكومة، بما في ذلك المؤشرات الديمغرافية والاجتماعية والاقتصادية وغيرها.

وفي ظل هذه الظروف، يبدو أن هناك تحولاً عالمياً في إعادة التفكير في الخدمات الموجّهة إلى فئات محددة نحو الدعوة إلى سياسات شاملة مثل الدخل الأساسي الشامل[12]، وبدلات إعالة الطفل الشاملة، وإمكانية حصول الجميع على الرعاية الصحية، وغيرها. ومن شأن برنامج

الحماية الاجتماعية المثالي، كما تتوخاه الأمم المتحدة، أن يتيح للجميع الوصول إلى الخدمات على أساس الحقوق، وفصل الأهلية للحصول على التأمين الاجتماعي والرعاية الصحية عن الاشتراكات أو المدفوعات. ووفقاً لمبادئ حقوق الإنسان، يحق لكل شخص، حتى لو كان غير قادر على دفع الأموال أو المساهمة فيها، الحصول على استحقاقات مثل البطالة والرعاية الصحية على نحو مباشر من الدولة.

واو. نُظُم الحماية الاجتماعية قبل جائحة كوفيد-19 في المنطقة العربية: الثغرات والتحديات

مع أن بلداناً كثيرة في العالم شهدت تحسينات كبيرة في توسيع نطاق تغطية الحماية الاجتماعية، كان التقدم في بناء نُظُم الحماية الاجتماعية قبل الجائحة لا يزال متأخراً في بلدان أخرى. وعلى الصعيد العالمي، أنشأت العديد من بلدان الدخل المنخفض والمتوسط نُظُماً للحماية الاجتماعية ووسّعت نطاق التغطية، مما أتاح حماية 45 في المائة من سكان العالم في مجال واحد على الأقل من مجالات سياسات الحماية الاجتماعية. ومع ذلك، ظلت النسبة المتبقية من السكان، وهي 55 في المائة، من دون حماية. وبحلول عام 2017، كان 29 في المائة فقط من سكان العالم يتمتعون بإمكانية الوصول إلى أنظمة الضمان الاجتماعي الشاملة، في حين كان 71 في المائة من سكان العالم مشمولين جزئياً بأنظمة الضمان الاجتماعي أو غير مشمولين بها على الإطلاق[13].

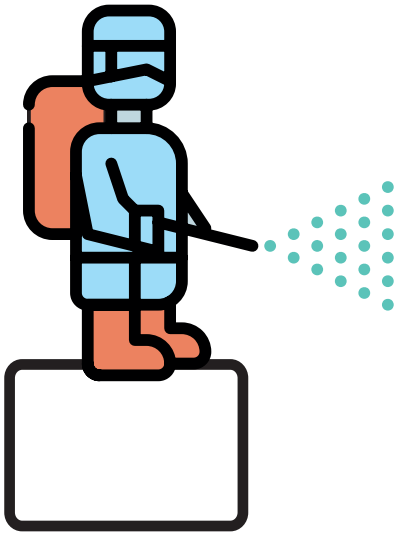
وفي الدول العربية، لا يتيح نقص البيانات سوى إجراء تقييم جزئي للتغطية الفعالة للحماية الاجتماعية[14]. بيد أن التقديرات تشير إلى أن أقل من 30 في المائة من الناس في المنطقة العربية كانوا مشمولين بأحد أشكال الحماية الاجتماعية قبل جائحة كوفيد-19[15]. وعموماً، كانت نُظُم الحماية الاجتماعية في المنطقة العربية مجزأة وتفتقر إلى الشمول والشفافية والاستثمار.

وترتبط نُظُم الحماية الاجتماعية بالعقد الاجتماعي السائد. وتشتهر الدول العربية خصوصاً باعتماد نوع من العقود الاجتماعية التي توصف عموماً بأنها "مقايضة استبدادية". واستند هذا النوع من الترتيبات السياسية تاريخياً إلى توفير الرعاية الصحية والتعليم مجاناً، وتوفير الوظائف الحكومية إلى جميع الخريجين، وتخفيض أسعار السلع الضرورية مثل الخبز والوقود، بفضل الإعانات، ولكن مقابل تقييد الحريات السياسية والمدنية، وتعود هذه الخدمات بالفائدة أساساً على الطبقات الوسطى في المناطق الحضرية. ويدل استمرار نُظُم الرعاية الاجتماعية المنحازة لمصالح النخب السياسية والحضرية على أن الأنظمة السياسية في هذه البلدان لم تتمكن من تقديم خدمات عالية الجودة في ظل تسارع النمو السكاني وتزايد الفقر، وفي سياق عالمي يسوده رأس المال الحر وتدفقات اليد العاملة الدولية ويهيمن عليه القطاع الخاص.

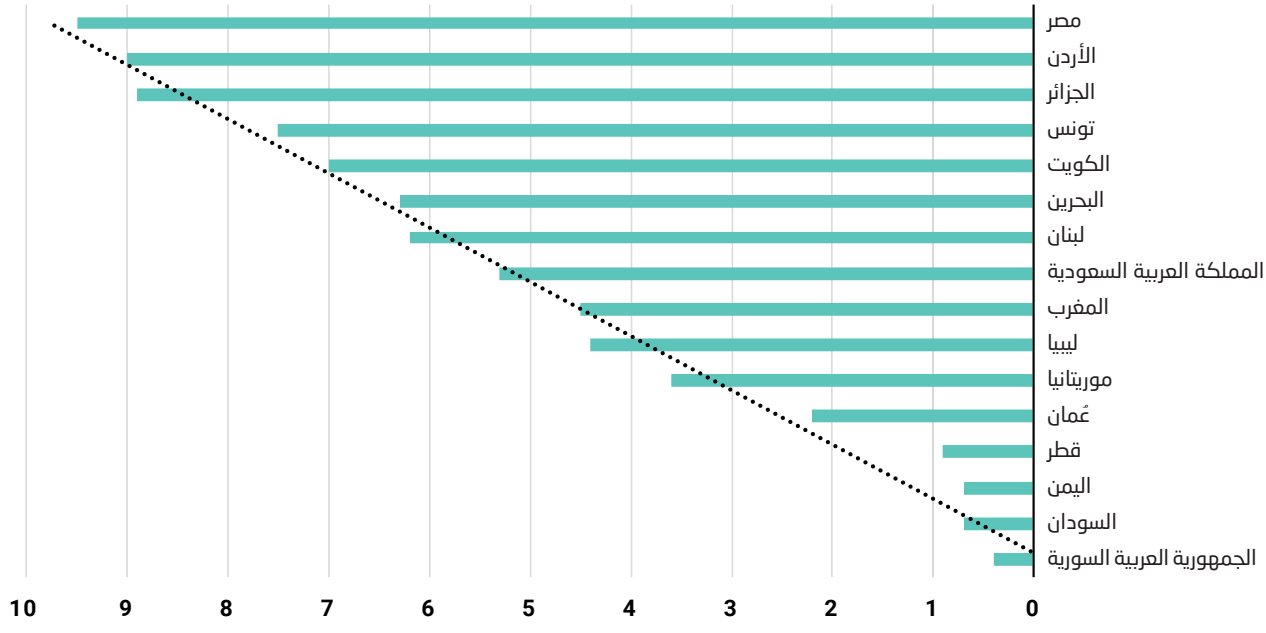
وقد أعاقت جميع هذه العوامل في المنطقة برامج الحماية الاجتماعية الوطنية التي تطبق مبادئ شمولية السياسات الاجتماعية، ولا سيما في ما يتعلق بإعانات السلع الأساسية أو الوقود. وظل التركيز منصبّاً على الحماية الاجتماعية الموجّهة إلى فئات معينة والقائمة على اختبار السُبُل المعيشية أو المتصلة بالدخل، وكلها أمثلة على نُظُم السياسات الاجتماعية الموجّهة إلى فئات محددة. وفي حالة نُظُم التأمين الاجتماعي، مثل التأمين الصحي، فإن موظفي القطاع النظامي هم المستفيدون الرئيسيون. وهم، على الأرجح، من الذكور في سن العمل ومقيمون في المناطق الحضرية. بالإضافة إلى ذلك، في مرحلة ما قبل الجائحة، لم تكن خطط معاشات التقاعد تشمل سوى ثلث القوى العاملة في المنطقة العربية، وظل 70 في المائة من الشريحة الخمسية للدخل الأدنى بدون تحويلات لدعم الدخل[16]. وفي معظم البلدان، كان العمال الزراعيون، وعمال الأسر المعيشية والعائلات، والعمال المهاجرون الأجانب أكبر المجموعات المستبعدة قانوناً. ويطال الاستبعاد بحكم الواقع جميع العمال الذين لا يملكون عقد عمل نظامي، أي القطاع غير النظامي بأكمله. ونظراً لارتفاع مستوى العمل غير النظامي، يقدّر في المتوسط أن حوالي 67 في المائة من القوى العاملة في البلدان العربية، باستثناء البلدان الأعضاء في مجلس التعاون الخليجي، لا تسهم في الضمان الاجتماعي، وبالتالي فهي غير مشمولة بأي نظام للمعاشات التقاعدية أو التأمين الصحي[17]. ويتعلق هذا الأمر في الغالب بالعمال الزراعيين والعاملين لحسابهم الخاص في المؤسسات المتناهية الصغر والصغيرة وموظفيهم. وفي دول مجلس التعاون الخليجي، تغطي النُظُم ذات الصلة جميع المواطنين العاملين، وبالتالي تتعلق فجوة التغطية الرئيسية بالعمال المهاجرين الأجانب الذين يتعرّضون للاستبعاد في أغلب الأحيان.[18]

ولطالما أنفقت الحكومات العربية الكثير على سياسات التخفيف من حدة الفقر على المدى القصير، بما في ذلك الإعانات، التي لا تؤدي إلى تحقيق مكاسب اقتصادية طويلة الأجل وتحفيز الاستثمار الاجتماعي، ولا تعالج الأسباب الهيكلية للفقر والتنافر الاجتماعي. وفي الواقع، ثبت أن الإعانات والمساعدات النقدية على حد سواء غير فعالة في التصدي للفقر المتزايد وعدم المساواة. فعلى سبيل المثال، تستولي الشريحة الخمسية الأغنى بين السكان على إعانات الوقود لأنها تستهلك المزيد من الطاقة[19]. وبالمثل، تقع المباني السكنية المدعومة في أحياء الطبقة الوسطى في المدن الكبرى والتي تكون باهظة الكلفة بالنسبة للفقراء في المدن[20]. وقد واجهت برامج المساعدات الاجتماعية، ولا سيما التحويلات النقدية، تحديات في التوجّه إلى السكان المحتاجين وشهدت مستويات مرتفعة من التجزؤ، حيث كان لكل برنامج أمواله الخاصة ونظامه الخاص باختيار الفئات المحددة والتوجّه إليها، وكانت إدارة هذه البرامج معقدة. وشكّلت برامج التحويلات النقدية الموسعة نوعاً من إصلاح للحماية الاجتماعية، وتوجّهت إلى المناطق الريفية والمناطق المهمشة. وعلى النقيض من البرامج التي ركّزت تاريخياً على التوجه إلى فئات محددة، شملت البرامج الجديدة اختبارات للسُبُل المعيشية، التي اعتمدت إلى حد ما على مؤشرات تقريبية بسبب التحديات المتمثلة في عدم فعالية البيانات المتاحة وعدم كفاية القدرة على إجراء اختبار مباشر للسُبُل المعيشية. وكان يلزم أيضاً تنسيق التدخلات تنسيقاً جيداً بين الوزارات ومختلف مستويات الحكومة. وكانت التحويلات النقدية المشروطة أساسية للإصلاحات في مصر والمغرب، وجرى التخطيط لإجراء إصلاحات مماثلة في بلدان أخرى. ومنذ عام 2011، استمر الاتجاه نحو إصلاح الدعم ووضع برامج أوسع نطاقاً لتوفير المساعدة الاجتماعية الموجّهة إلى فئات محددة في حين لا تزال البلدان تواجه عجزاً متزايداً في الميزانيات وتضخماً.

وفي هذا السياق، حدثت تغييرات ملحوظة في السياسات الاجتماعية في الدول الأعضاء في الإسكوا في أعقاب الأحداث السياسية التي شهدتها المنطقة العربية في عام 2011. فقد كانت ردة فعل البلدان سريعة في تهدئة الاستياء الاجتماعي، وكثيراً ما استخدمت أدوات الحماية الاجتماعية لتحقيق الإصلاح الذي تأخر بعضه كثيراً. وفي مجال الحماية الاجتماعية، زاد العديد من البلدان الإنفاق الاجتماعي، مع أن أثر ذلك على الفقر وعدم المساواة لا يزال موضع نقاش. وشرع العديد من البلدان في إجراء تخفيضات كبيرة في إعانات الأغذية والوقود لصالح توسيع نطاق التحويلات النقدية الموجّهة إلى فئات محددة. وأضاف بعضها إلى نُظُم الحماية الاجتماعية تحويلات نقدية مشروطة بالإضافة إلى المعاشات الجديدة أو المعدلة للشيخوخة والمنح المقدمة إلى ذوي الإعاقة (كما في دول الخليج العربية والأردن والجمهورية العربية السورية ومصر مثلاً). وفي جميع البلدان العربية، أدخلت مجموعة من المنافع الأخرى مثل المعاشات التقاعدية والرواتب والإعانات والتحويلات، بما في ذلك التخفيضات الضريبية. وتفتقر برامج الحماية الاجتماعية إلى الاستثمار إلى جانب كونها مجزأة وغير شاملة. ويبين الشكل 1 حصة الإنفاق الاجتماعي كنسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي. ويشير الرسم البياني إلى أن الإنفاق على الحماية الاجتماعية بلغ أعلى مستوياته في مصر (9.5 في المائة) والأردن (9 في المائة) والجزائر (8.9 في المائة) وتونس (7.5 في المائة)، في حين تمثل مستويات الإنفاق الاجتماعي في الجمهورية العربية السورية والسودان وقطر واليمن أقل من 2 في المائة من الناتج المحلي الإجمالي. ويقدم الشكل 2 مزيداً من التفاصيل عن الإنفاق على المساعدة الاجتماعية حسب نوع البرنامج، ويبين اعتماداً شديداً على التحويلات النقدية غير المشروطة في جميع البلدان وعلى الدعم الغذائي والعيني في البلدان المتأثرة بالنزاعات مثل دولة فلسطين واليمن، ولكن أيضاً في مصر وموريتانيا. ويبين الشكل 3 النفقات الصحية كنسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي حسب البلدان وبالمقارنة مع المتوسطات دون الإقليمية. وبالنسبة لآخر سنة متاحة (2018)، يتراوح الإنفاق بين أدنى نسبة، وهي 1 في المائة في السودان، وأعلى نسبة وهي 4.4 في المائة في الكويت، بمتوسط قدره 2.9 في المائة.

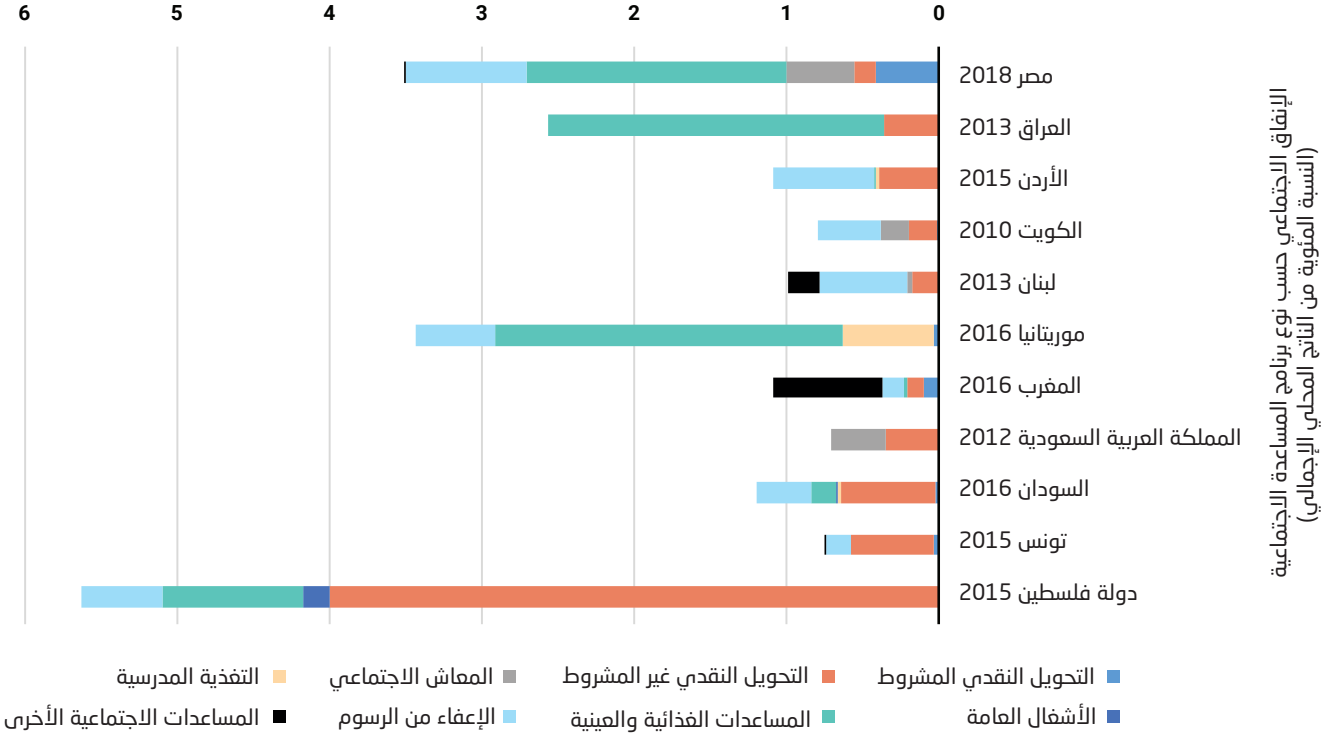


الشكل 1. نفقات الحماية الاجتماعية كنسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي (باستثناء الصحة)، استناداً إلى أحدث البيانات المتاحة



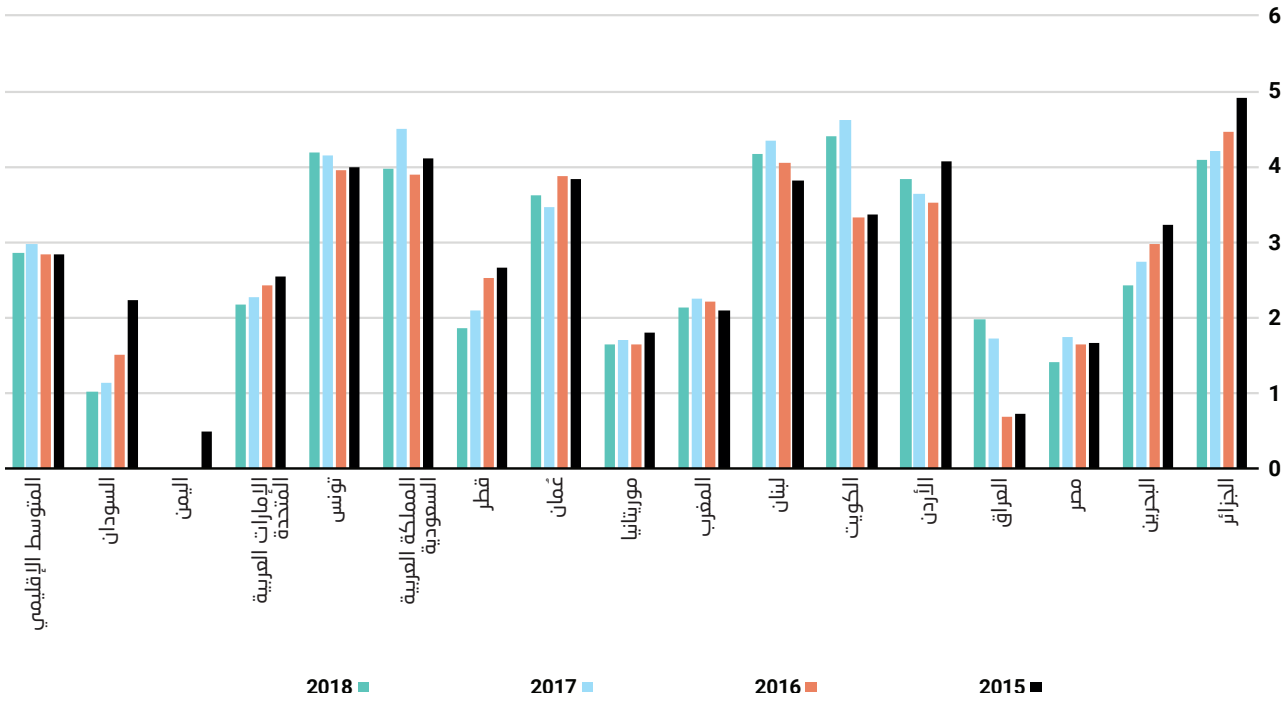
المصدر: https://data.unescwa.org/portal/e68647fb-ea6d-488d-a6f5-2024b080c2cc.

الشكل 2. الإنفاق حسب نوع برنامج المساعدة الاجتماعية ، للعام الأخير (النسبة المئوية من الناتج المحلي الإجمالي)



المصدر: https://data.unescwa.org/portal/e68647fb-ea6d-488d-a6f5-2024b080c2cc.

الشكل 3. الإنفاق الحكومي على الصحة ، 2015-2018 (النسبة المئوية من الناتج المحلي الإجمالي)



المصدر: https://data.unescwa.org/portal/8c972cac-a80c-4bd4-8208-74c6a092e225.

يُعتبر هذا الرقم معتدلاً نسبياً مقارنة بالمتوسط العالمي الذي بلغ 5.87 في المائة في العام نفسه. وعموماً، كان الإنفاق الحكومي على الصحة في المنطقة خلال الفترة 2015-2018 ثابتاً نسبياً (حوالي 3 في المائة). ويشهد العراق والكويت إنفاقاً ملحوظاً مع ارتفاع الإنفاق على الصحة من 0.7 في المائة إلى 2 في المائة في العراق ومن 3.4 في المائة إلى 4.4 في المائة في الكويت. وشهد السودان أكبر تراجع في الإنفاق الذي انخفض من 2.2 في المائة إلى 1 في المائة. وهذا يدعو إلى زيادة الإنفاق على الصحة في السياسات العامة بهدف توفير خدمات صحية محسّنة، وهو أمر ضروري، لا سيما في ظل ارتفاع الفقر والبطالة في المنطقة.

وفي هذا الصدد، تجدر الإشارة إلى أن الدولة ليست المزوّد الوحيد لبرامج الحماية الاجتماعية في المنطقة العربية. فالسياسات الاجتماعية في الدول العربية تقوم على مجموعة من المؤسسات التي تركّز عملياً على أنواع محددة من برامج الرعاية الاجتماعية، وهذه المؤسسات هي: الدولة والأسرة والسوق والمجتمع. ويرتبط تقسيم الأدوار هذا أيضاً بشرائح سكانية محددة. فعلى سبيل المثال، من المرجح أن يتم تغطية العمال النظاميين في المدن بنُظُم التأمين الاجتماعي الحكومية أكثر من العمال الريفيين غير النظاميين. والنمط العام في البلدان العربية هو أن تشرف مؤسسات الدولة على نُظُم التأمين الاجتماعي المتصلة بالعمل النظامي، ولا سيما العاملين في القطاع العام الذين يحصلون على استحقاقات عامة. وتميل الدولة أيضاً إلى أن يكون لديها نُظُم للتعليم العام والصحة العامة. وفي حالة الرعاية الصحية، قد تعتمد النُظُم في كثير من الأحيان على الشراكات مع مقدمي الرعاية الصحية من القطاع الخاص. وفي الواقع، يُعتبَر نمو خدمات التأمين الصحي والرعاية الطبية التي يقدمها القطاع الخاص في المنطقة ناجماً إلى حد كبير عن غياب المرافق الحكومية أو انعدام الثقة فيها. ويُلاحَظ هذا الأمر بشكل أوضح في اقتصادات السوق غير المنظمة مثل لبنان.

ولطالما اضطلعت الأسر النواة والأسر الممتدة بدور رئيسي في الدعم الاجتماعي، ولا سيما في رعاية المعالين مثل الأطفال الصغار أو الأقارب المسنين أو ذوي الإعاقة في الأسرة. إنما يتعرض نموذج الرعاية الاجتماعية القائم على الأسرة لضغوط متزايدة بسبب ارتفاع تكاليف المعيشة وضرورة أن يكسب أفراد الأسرة لقمة العيش في كثير من الأحيان عن طريق العمل في أكثر من وظيفة واحدة، مما يقلل من احتمال تقديم الرعاية الأسرية للأطفال وكبار السن، أو ينبغي توفير دخل إضافي لمساعدة أفراد الأسرة المحتاجين. وفي هذا الصدد، هناك أدبيات متزايدة عن التوازن

بين العمل والحياة الأسرية وحالة الأسر المعيشية التي تعيلها إناث، والتي تضررت بشكل خاص من الفقر بسبب استمرار نموذج السياسات الاجتماعية القائم على المعيل الذكر في البلدان العربية.

ويمكن القول إن أهم مصدر للرعاية الاجتماعية غير الحكومية للسكان المعرّضين للمخاطر، ولا سيما العاملين في القطاع غير النظامي، هو منظمات الرعاية الدينية. وينطبق هذا على جميع المجتمعات في المنطقة العربية. وقد يكون لدى منظمات الرعاية الاجتماعية الكبيرة، مثل كاريتاس، ميزانيات بعشرات الملايين (من الدولارات) وقد تصل إلى عشرات الآلاف من المستفيدين. وظلت هذه المنظمات تعمل لعقود حتى أصبحت راسخة في مجتمعاتها. وكثيراً ما تكون مرتبطة بشبكات أكبر من المدارس والمستشفيات. ومع أنها قد تفرض رسوماً على بعض خدماتها، تقدم خدمات نقدية وعينية إلى الذين يعانون من الفقر المدقع. وتميل الجماعات الدينية إلى الاعتماد على الأنشطة الدينية الرئيسية لجمع التبرعات، كما هو الحال خلال شهر رمضان، أو تسترشد بالتعاليم الدينية بشأن دفع الزكاة، ومساعدة الأيتام، ودعم الأسرة كوحدة أساسية في المجتمع. وفي المجتمعات الطائفية مثل العراق ولبنان، غالباً ما ترتبط منظمات الرعاية الاجتماعية بالزعماء والأحزاب الدينية والسياسية، وبالتالي، تعمل على ترسيخ الانقسامات الاجتماعية حتى لو كانت تقدم خدمات إلى المحتاجين أو من هم خارج طائفتها.

قدم هذا الفصل لمحة عامة عن الإطار المفاهيمي الذي يوجه هذا التقرير وعن سياق السياسات الاجتماعية الذي سيتم من خلاله تقييم التدخلات الرامية إلى التصدي لجائحة كوفيد-19. ومن خلال الجمع بين النهج مدى الحياة وتحليل كيفية تقديم الحماية الاجتماعية من الناحية المؤسسية، سيقيّم التقرير مدى إمكانية إجراء إصلاحات أكثر جوهرية. ويوفر هذا التحليل الصورة الأكثر شمولاً لسياسات الحكومة من أجل تلبية الاحتياجات المتغيرة للمواطنين والمقيمين في البلدان العربية وتفعيل حقوقهم الاجتماعية. ويعكس النهج مدى الحياة هدف السياسات الاجتماعية المتمثل في دعم الرعاية الاجتماعية للسكان منذ الولادة وحتى الوفاة، من خلال تحليل التقلبات في الدخل عبر مختلف مراحل حياة الرجال والنساء والأطفال. ومن خلال إدراج تحليل دورة الحياة في دراسة النواحي السياسية والمؤسسية لسياق السياسات الاجتماعية في البلدان العربية، من الممكن أن نفهم على نحو أفضل الطريقة التي يمكن أن تعتمدها الحكومات وجماعات المجتمع المدني لمعالجة الثغرات والتحديات في نُظُم الحماية الاجتماعية خلال جائحة كوفيد-19 وفي فترة التعافي.

وقد أظهرت اللمحة العامة في هذا الفصل أن نُظُم الحماية الاجتماعية في المنطقة العربية مجزأة وتفتقر إلى الشمول والاستثمار. وهذا ليس إلا نتاج العقد الاجتماعي السائد الذي استفادت منه أساساً الطبقة الوسطى في المدن. وفي كل مجموعة بلدان في المنطقة، تختلف معدلات الإنفاق الاجتماعي العام اختلافاً كبيراً حسب البلدان لكنّها أقل من المتوسط العالمي في جميع البلدان العربية.