



معهد التخطيط القومي

سلسلة قضايا التخطيط والتنمية

رقم (٢٢٤)

نحو إصلاح نظم الحماية الاجتماعية
في مصر

سبتمبر ٢٠١٠

معهد التخطيط القومي
مركز دراسات التنمية البشرية

بحث

نحو إصلاح نظم الحماية الاجتماعية في مصر

الباحث الرئيسي

أ.د.0 خضر عبدالعظيم أبو قورة

فريق البحث " وفق الترتيب الأبجدي "

أد0د0 على عبد الــــرازق جـلبى	أد0د0 خـضر عبدالعـظيم أبو قـورة
أد0د0 على محمود ابو ليلــــة	أد0د0 زينات محمد طــــبــــالة
أد0د0 فوزى عبدالرحمن إسماعيل	أد0د0 عزة عمر الفــــنــــدرى
أد0د0 أحمد سليمان عــــلى	د0د0 مجدة إمام حسانيين

نحو إصلاح نظم الحماية الاجتماعية فى مصر

الصفحة	مدخل منهجى
ج-	هـ
	الفصل الأول : مقارنة منهجية
2	أولاً : القضية من المنطق السوسيولوجى
5	ثانياً : موضوع البحث .. الأبعاد والأهداف
8	ثالثاً : وسائل وأدوات جمع البيانات
	الفصل الثانى : الحماية الاجتماعية من المنظور السوسيولوجى
18	أولاً : حول مفهوم الحماية الاجتماعية
27	ثانياً : مبررات الحماية الاجتماعية
	الفصل الثالث:
	تمهيد
	44
45	أولاً : مسئولية الحماية الاجتماعية
58	ثانياً : آليات الحماية الاجتماعية
68	ثالثاً : غياب الحماية الاجتماعية وضعف الانتماء
	الفصل الرابع : الحماية الاجتماعية والعولمة فى عالم يتغير
76	تمهيد
79	أولاً : العولمة والحماية الاجتماعية .. رؤية نقدية .
85	ثانياً : إنعكاسات العولمة على شبكة الحماية الاجتماعية
90	ثالثاً : العولمة وكيف أدت إلى الإفكار التئوى .
97	رابعاً : العولمة أفرزت الأزمة الاقتصادية العالمية .
102	خامساً : ثم ماذا بعد .

الفصل الخامس : تحولات نظم الحماية الاجتماعية في مصر خلال العقود الأخيرة

- 112 أولاً: التحولات في نظم الحماية الاجتماعية
- 117 ثانياً: آليات الحماية الاجتماعية التقليدية و الحديثة
- 137 ثالثاً : التحولات في نظم الحماية الاجتماعية:
- 139 رابعاً: العوامل الداخلية و الخارجية للتحولات في نظم الحماية الاجتماعية:
- 159 خامساً : آثار التحول في نظم الحماية الاجتماعية في مصر خلال الألفية الثالثة
- 160 سادساً: الآثار غير المتوقعة التي تترتب على التحولات في نظم الحماية الاجتماعية:
- 166 سابعاً: تحولات نظم الحماية الاجتماعية في مصر خلال الألفية الجديدة:
- 179 ثامناً: نتائج أزمة الحماية الاجتماعية و تحولاتها:
- 183 تاسعاً: دروس التاريخ و خيارات المستقبل

الفصل السادس : واقع الحماية الاجتماعية وشبكات الأمان فى

- المجتمع المصرى (الحماية الاجتماعية والتنمية)
- 205 أولاً : تطور مستوى التنمية البشرية
- 210 ثانيا : الحرمان والحماية الاجتماعية
- 212 ثالثاً : الفقر والحماية الاجتماعية
- 218 رابعاً : واقع الحماية والتضامن الاجتماعى
- 221 خامساً : العلاقة بين برامج الحماية والحرمان
- 222 سادساً : موقع محافظات القرن الأكثر فقراً من برامج التضامن الاجتماعى

الفصل السابع : الحماية الاجتماعية من المنظور الصحى :

- 230 أولاً : نظم الرعاية الصحية
- 232 ثانيا : العدالة الصحية
- 234 ثالثاً : الصحة والفقر .
- 236 رابعاً : العوامل المحددة للصحة
- 242 خامساً : مؤشرات التغطية للخدمات الصحية .
- 244 سادساً : التأمين الصحى

246 سابعا : المؤشرات الديموجرافية والاجتماعية والاقتصادية

248 ثامنا : الإنفاق على الصحة

الفصل الثامن : الحماية الاجتماعية فى واقع المجتمع المصرى

" دراسة إستطلاعية على عينة ثنائية الأبعاد "

258 أولا : نتائج المقابلات المتعمقة مع الأسر .

265 ثانيا : رأى صفوة من العلميين فى مفهوم الحماية

274 ثالثا : تحليل نتائج الاستبيان

الفصل التاسع : شئ من الحصاد

290

II

مقدمة ومُدخل منهجى

من نوافل القول بأن منظومة الحماية الاجتماعية ذات تأثير عميق على البنية المجتمعية ودرجة تماسكها وفاعليتها فى حفظ وإتساق حركة المجتمع فى كل زمان ومكان . ولقد واجهت تلك المنظومة زخماً من التحديات والتغييرات التى تجرى بسرعة تسبب الدوران فى كافة المجتمعات وفى مختلف أرجاء المعمورة دفعت بالكثيرين من الباحثين فى العلوم الاجتماعية عامة وعلم الاجتماع خاصة الى محاولات بحثية لرصد وتقييم دور تلك المنظومة فى تقوية ودعم التنمية ومن ثم التأثير فى حركة تقدم المجتمع فى حالة ما إذا كانت فعالة وقادرة على تلبية حاجة المجتمع فى الحماية فى مجالات الرعاية الاجتماعية الرئيسية والتعليم والتربية والثقافة والصحة والإسكان والتى تسمح بتدفق عناصر القوة فى شرايين المجتمع تجعله يأمن الحاضر ويتطلع نحو مواعيد مع المستقبل .

فى العام الأول من الألفية الجديدة وتحديداً فى الفترة ما بين 25 - 27 سبتمبر لعام ألفين عقد بمدينة هلسنكى المؤتمر الدولى لبحوث الأمن والتضامن الاجتماعى تحت شعار "الأمن والضمان الاجتماعى فى القرية الكونية Social Security in the global village" وقدمت ثلاثة مؤسسات علمية فرنسية هى جامعة باريس السابعة وبنيس ديدرو Universite Parisvll Denis Diderot ومركز بحوث العمالة التابع لجامعة

باريس دوفين Centre d'etudes de L'emploi, Universite paris Dauphine ومركز البحوث الاجتماعية بالمركز القومى الفرنسى للبحث العلمى CNRS دراسة قيمة للغاية عن النظام الفرنسى للحماية الاجتماعية . الإستقلالية والاعتمادية والتناغم المجتمعى . طرحت أسئلة كثيرة للغاية قدّمت على البعض منها إجابات دقيقة . لكن اللافت للإنتباه هو أن تلك الدراسة أبرزت فى نتائجها وتوصياتها أن الحماية الاجتماعية القوية والفاعلة هى التى تساعد المجتمع تجاه الدولة على حسن تحديد أهدافه التنموية الكبرى وتكون فى المدى الوسيط والبعيد البوصلة التى توجهه . كما أنه إذا ضعفت منظومة الحماية الاجتماعية لأى سبب أدى ذلك الى حالة من الركود الاجتماعى والثقافى والعلمى بل والقيى مما يدفع الباب أمام تراجع فى الشعور بالإلتزام المدنية وانخفاض فى الثقة بالمؤسسات الاجتماعية وتدنى فى إهتمام الجماعات المتنوعة ببعضها البعض فى المجتمع مع زيادة فى تشكيلة الأمراض

العضوية والنفسية ثم حالات من الخلل فى الصحة العقلية والجريمة وتفكك الأسر وزيادة معدلات الطلاق .. الخ . كما أن إستعادة قوة المجتمع وعافيته تكون عبر قاطرة الحماية الاجتماعية . فأين نحن من نتائج هذه الدراسة ؟ كان ذلك واحداً من الأسئلة الكبرى التى طرحها كاتب هذه السطور على نفسه قبيل أن يطرحها على فريق البحث وهو يعد المراحل الأولى لمخطط تلك الدراسة . تقدم الحماية الاجتماعية نفسها كشبكة مليئة بالإحباط والسياسات التى لاتخلو من خلفيات سياسية واقتصادية وإدارية كثيراً ماتكون واضحة حيناً ومليئة بالألغاز حيناً آخر ولعل تضارب السياسات حول الحماية فى العقود الأخيرة لا ينبئ عن فهم لوظيفتها وتعاضدها فى حفظ البنية المجتمعية وسلامة مكوناتها بقدر مايشى بتكرار أفكار ورؤى قديمة خارج سياق العصر أو إستدعاء تجارب جاهزة صادرة عن ما لايعرف بدقة خصائص المجتمع وقيمه وثقافته ومعايير القيم والأخلاقية ، خاصة بعد أن تراجع دور الدولة فى ظل العولمة والتوسع فى سياسات الخصخصة ثم تزايد موجات الشك من الناس فى أن السياسيين يخدمون أغراضهم الخاصة قبل الأغراض الهامة وأنهم أميل الى خلق المشاكل بدلاً من حلها وأن مؤشرات العجز فى تقديم حلول حقيقية لتحسين نوعية الحياة أكبر من مؤشرات الإنجاز مما يجعل العمل البحثى القائم على أسس منهجية وجديدة فى آلياتها وقاعدة تنظيمية حديثة دقيقة مطلباً وطنياً هاماً وملحاً . وهذه الدراسة خطوة أولى فى الطريق

لقد تأثرت الحماية الاجتماعية بالعولمة - التى غدت خلال العقدين الأخيرين قضية العصر الذى نعيش والتى فرضت نفسها على كل مفاصل الحياة الاجتماعية فى جميع أرجاء القرية الكونية وقال دعائها وسندتها أن خيراتها - أى العولمة - سوف تنهمر على منظومة الحماية الاجتماعية ثم إكتشفنا وآخرون كثيرون غيرنا أن النتائج كانت سراًياً بقيعة يحسبه الظمان ماءً حتى إذا أتاه لم يجده شيئاً وكانت هذه المنظومة واحدة من الضحايا التى إفتستها ولاتزال مصيدة العولمة . فماذا نحن فاعلون إزاء هذه الإشكالية ؟

هل كنا هنا فى مجتمعنا ومؤسساتنا بمستوياتها المختلفة على دراية كافية بواقعنا وماسوف تحدثه العولمة فى مفاصله من تأثيرات ؟ وهل كنا مؤهلين للسباحة فى طوفان العولمة ؟ أم قديرون نعيش يومنا دون إهتمام بغدنا ؟

إذا كان القرن العشرون لم يكن قرن العرب ومصر فى قلبه وأحد أركانه . فهل يكون لنا نصيب واضح ومقعد محدد فى القرن الواحد والعشرين ؟ وماهو الدور الوظيفى الذى يمكن أن تؤديه منظومة الحماية الاجتماعية لتحقيق هذا الهدف ؟

أسئلة كثيرة تطرحها هذه الدراسة البحثية اجتهدت في تقديم بعض الإجابات عليها مصحوبة ببعض الرؤى من خلال ثمانية مباحث الأول عن المقاربة المنهجية للدراسة وقد صاغها وأعدّها كل من أ.د.0 خضر ابو قورة ، وأ.د.0 فوزى عبدالرحمن . والمبحث الثانى عن الحماية الاجتماعية والعولمة فى عالم يتغير أعده الأستاذ الدكتور خضور أبو قورة . والمبحث الثالث عن "الحماية الاجتماعية - رؤية سوسيولوجية أعده الأستاذ الدكتور على ليلة والمبحث الرابع عن تحولات نظم الحماية الاجتماعية فى مصر أعده الأستاذ الدكتور على جلى وساعده كلا من : د.0 هانى خميس ، وأ.0 مروة مصطفى أما المبحث الخامس فتناول واقع الحماية الاجتماعية وبعض مؤشرات الحرمان فى المجتمع المصرى وقامت بإعداده الأستاذة الدكتورة زينات طبالة . أما المبحث السادس فتناول الحماية الاجتماعية من المنظور الصحى وقامت بإعداده الأستاذة الدكتورة عزة الفندرى . أما المبحث السابع وهو الدراسة التطبيقية الميدانية وموضوعه "الحماية الاجتماعية فى الواقع المجتمعى " - دراسة إستطلاعية ثنائية الأبعاد وقام بإعداده الأستاذ الدكتور فوزى عبدالرحمن إسماعيل بمعاونة الدكتورة مجدة إمام والأستاذ أحمد سليمان . ثم المبحث الثامن وموضوعه " شئ من الحصاد" قام بإعداده الأستاذ الدكتور خضر ابو قورة والأستاذ الدكتور فوزى عبدالرحمن .

ولايسعنى فى هذا المقام إلا أن أقدم الشكر والإمتنان لفريق البحث من الإخوة والأخوات الذين تحملوا مراحل شاقة خلال الشهور الثمانية عمر هذه الدراسة وشاركوا مشاق الحرص على بعض أركان التجديد المنهجى والتأصيل العلمى فى قضيتى التنظير والتحديث لإخراج هذا العمل البحثى فى أفضل صورة ممكنة ما استطعنا إلى ذلك سبيلاً . وحسبنا فى التأصيل والتجديد على مستوى المنهج والتنظير صعود درجة أو درجات فى سلم التكامل حرصاً وأملاً على تحقيق المزيد فى أبحاث قادمة بمشيئة الله تعالى . فالكمال من صفاته جل فى علاه . ومثلنا فى هذا كباسط كفيه الى الماء ليبلغ فاه وما هو ببالغه .

والله سبحانه وتعالى ولى التوفيق ...

الباحث الرئيسى

ابريل 2010

أ.د.0 خضر عبدالعظيم ابو قورة

الفصل الأول : مدخل منهجى

أولاً : القضية من المنطق
السوسىولوجى
ثانياً : موضوع البحث .. الأبعاد
والأهداف
ثالثاً : وسائل وأدوات
جمع البيانات

أولاً : من المأثورات فى أدبيات علم إجتماع العلم La Sociologie de la science

أن إختراق حواجز الفكر يحتاج إلى تراكم معرفى ثرى وفق آليات منهجية واسعة الأطر متداخلة الوسائل ومتناسقة فى الأهداف وهذا الإختراق قد يشبه أحياناً إختراق حاجز الصوت الذى يحدث دويماً يصم الآذان ويحرر الإنسان من سرعة أرضية تقليدية ، كذلك إختراق حاجز الفكر يحدث أصداً تتجاوز نطاقها المكانى أى مجتمعها لتصل فى بعض الأحيان إلى مجتمعات أخرى كثيرة تجيد إستخدام أدوات الإستقبال وحسن الإستفادة منها بما يساعد على تحرير إنسانها وجماعاتها ومؤسساتها من أطر الفكر التقليدى الذى سار وبسط هيمنة على العقل زمنياً فلا يرى الناس حياتهم المجتمعية وحقيقة وجودهم إلا من خلاله . ولكن أدبيات ذلك العلم أى علم " إجتماع العام" نقول وتؤكد أن هذا الإختراق لا بد وأن ينطلق من ركائز منهجية دقيقة وقاعدة تنظيرية قوية وعدد من الحقائق الموثقة والمستخلصة من واقع المجتمع كما يعيشه الناس حتى بتجلى الواقع كما عاشه ويعيشه الإنسان والمجتمع إقتراباً من رصد بعض الحقائق وإزالة للحجب التى تحول بين العيون أن ترى والعقول أن تفهم .

والبحث الذى بين أيدينا عن "تحو إصلاح نظم الحماية الاجتماعية فى المجتمع المصرى المعاصر " محاولة جسورة فى هذا الإتجاه تسعى إلى الإستفادة ولو قليلاً من الجديد فى علم الإجتماع ، مناهجه ، نظرياته ، مدارسه وإتجاهاته .

إن السياقات الإجتماعية التى نجد أنفسنا فى داخلها تؤثر فى سلوكنا بل قد تتحكم فيه فى بعض الأحيان . ومن الوظائف الكبرى التى يضطلع بها علم الإجتماع الحديث بعد موجات التجديد التى نجح فى إنجازها وساعدت على القيام بدورها ونصيبها فى مسيرة التقدم التنموى الكبير خلال العقود الخمس الأخيرة - وللأسف الشديد أننا لم نلحق فى عالمنا العربى بوحدة من هذه الموجات وتلك قضية أخرى ليس مجالها هذا البحث .

فعلى سبيل المثال لا الحصر نجح علم الاجتماع الحديث فى بلدان مثل فرنسا ، ألمانيا ، المملكة المتحدة ، البلدان الإسكندنافية ، الولايات المتحدة ، الهند ، الصين ، ماليزيا ، البرازيل ، جنوب إفريقيا ... الخ فى رصد وقياس مايفعله المجتمع ومؤسساته الرسمية وغير الرسمية بالإنسان والجماعة ومايفعله الناس بأنفسهم وكيف يساهم ذلك العلم بوظيفته ورسالته فى صياغة وتشكيل البنية المجتمعية الهادفة من خلال عدد من السياقات الاجتماعية المنظمة المتعاونة فى جعل حياة الناس أحسن وأفضل وفق خط بيانى صاعد وبعيداً عن التشكيلات العشوائية من الأفعال والأحداث والسلوكيات . وذلك كما يقول ويؤكد عالم الإجتماع الفرنسى جان

ميشيل بيرتيلو J. Michel BERTHELOT فى مؤلف جماعى من تحريره ومشاركة فريق
من السوسولوجيين الفرنسيين عنوانه علم الاجتماع الفرنسى المعاصر

La Sociologie Francaise Contemporaine

حيث يقول فى الجزء الأول من ذلك السفر القيم " إذا كانت التنمية فعل إنسانى يصنع التقدم
الاجتماعى فلا بد أن تكون قاعدتها إيقاعات من السلوكيات والبرامج التى يقيمها المجتمع مع
بنيته ومؤسساته بدءاً من العلاقات التى يقيمها الإنسان مع الآخر والأسرة مع الآخرين ثم
مع المدرسة والمعهد والجامعة والمستشفى والمزرعة والمصنع... الخ . فالبنية الاجتماعية
لاتشبه وينبغى ألا تشبه البنية المادية الطبيعية التى نشاهدها فى العمارات فى الأحياء
السكنية مثلاً ، ذلك أن الأخيرة قائمة بنفسها بصورة مستقلة وبمعزل عن الفعل الإنسانى
بينما الأولى البنية المجتمعية الإنسانية فإنها فى حالة مستمرة من التفاعل والتشكل ، إنها
تبنى وتتفاعل وتتشكل من جديد كل لحظة من جانب من يصنعوها ويكونوها وهم نحن البشر
. وهم يحتاجون لمنظومة قوية ومتجددة من الحماية الاجتماعية (*) .

إن البحث الاجتماعى الرصين يوفر فهما أفضل لما يواجهه المجتمع من مشكلات ،
كما أنه يثير الطريق لوضعى السياسات كى يكونوا على وعى مباشر لمسارات حياة الناس
الذين تستهدفهم برامج الإصلاح كى يتوفر لها فرصاً طيبة للنجاح . كما أنه يساعد فى تقديم
المساعدات العملية فى تصميم نتائج المبادرات السياسية وتقويمها أولاً بأول .

ولقد تنوعت الوسائل المنهجية المستخدمة فى ذلك البحث حسب الموضوعات
والقضايا التى عالجتها الدراسة حيث تفاوتت ما بين المنهج الإستقرائى والفرض الإستنباطى
والنقدى التحليلى والمقارن والتاريخى والإحصائى ، والتطبيقى وبالعينة متعددة الأبعاد... الخ .
هذا فضلاً عن محاولات الإستفادة من البنائية الوظيفية فى كشف البنيات الأساسية
المسئولة عن التفاعل الاجتماعى والعلاقات الاجتماعية وما تقوم به من وظائف وأدوار ذات
صلة بمفردات منظومة الحماية الاجتماعية .

إننا نعيش آفة إجتماعية طاغية فى كل المجتمعات تقريباً حيث طغيان كاسح
للووسائل على الغايات مما أدى إلى اضطراب فى الرؤى ووهن فى شبكة العلاقات أدى بالتبعية
إلى تفاقم فى نوع وحجم المشكلات التى يواجهها المجتمع المعاصر وإنعكست بالضرورة على
منظومات الحماية الاجتماعية أدى أيضاً إلى تخلص فى الركائز الأساسية التى يقوم عليها
البناء الاجتماعى ومؤسساته الاقتصادية والثقافية والسياسية كشفت مدى العجز الذى أصاب
نظمه ومنظوماته ومدى الجمود الذى لحق بمنظومة قيمه وسلّم الأولويات فى حاجاته

* Jean – Michel- BERTHELOT " Sous la direction" la Sociologie Francaise Contemporaine,
Ed. P.U.F. Paris, 1900 P.21, 29, 47, 59 et suiv.

ومستوى وعيه بمستقبله وتطلعاته . وطريقة التعامل مع مظاهر تعقدها وتشابك مفرداتها سعياً للوصول إلى طرح بدائل جديدة ومبتكرة لكيفية التعامل معها . وهذه البدائل لن تؤتى تكنولوجيا المعلومات وطفرة الشبكة العنكبوتية " الإنترنت " قطافها دون منظومة معرفية وعلمية مغايرة تماماً لما هو سائد وتعتمد على منهج علمي جديد ، وتنظير سوسيولوجي جديد وتنظير إقتصادي وسياسي وثقافي جديد . لا يرى في نسق الثقافة المجتمعية مجرد عامل يدفع المجتمع صوب غاياته كما في نموذج ماكس فيبر ولا يجعل منه ناتجا فرعيا لتطور الإنتاج السائد كما في نموذج كارل ماركس ولا يختزل دوره في كونه مؤسسة ضمن مؤسسات إجتماعية عديدة كما في نموذج إميل دوركايم حيث موجات التغير ومستجدات تأثيراته في العقود الأربعة الأخيرة من القرن العشرين المنصرف والعقد الأول من القرن الجديد الواحد والعشرين قد أحرزت تناقضات بين ما هو محلي وما هو عالمي ، وبين ما هو عام وما هو خاص وحكومي وأهلي ، ونخبوي وجماهيري وتقليدي وحداثي .. الخ . ثم التعامل مع العقل الجماعي للكيان المجتمعي الذي يحتاج لخطاب مختلف وإعلام مختلف يستطيع مواكبة زيادة التفاعل وزيادة إنتاج المعرفة وسرعة تداولها وإستهلاكها والإستفادة منها والتعامل بمنطق العلم مع ثقافة عدم اليقين كعنصر جوهري جديد داخل العقل الجمعي للمجتمع .

ثانياً: (فى تحديد موضوع البحث) الأبعاد
والأهداف :

يتطلب تناول موضوع الحماية الاجتماعية بالدراسة فى المجتمع المصرى رؤيته فى أبعاده المتباينة والتي أسهمت فى تشكيله ، فبعض هذه الأبعاد يرتبط بالواقع الاجتماعى والسياسى والتاريخى لمجتمع الدراسة ، وبعضه الآخر يرتبط بالموثرات الإقليمية والعالمية ، ففلسفة الحماية الاجتماعية هى حصاد مرحلة طويلة من كفاح الإنسانية بالمجتمعات صاحبة السبق فى تحقيقها ، كما أنها إحدى ثمار الديمقراطية وجهود التنمية ، وإنعكاس للرغبة الصادقة من النظم السياسية فى كثير من البلدان لإرساء مبادئ العقد الاجتماعى ، والرغبة فى تحقيق الحياة الكريمة للأفراد ، وكسر حاجز العزلة الذى أفضى إليه الحرمان وأدى الى تهميش بعض القوى الاجتماعية وإزاحتها عن المشاركة الاجتماعية الفاعلة والموثرة ، كما يتطلب الأمر أيضاً ونحن بصدد الاهتمام بموضوع الحماية الاجتماعية الوعى بالتوجهات السياسية والفلسفات التى انتهجتها الحكومات المتعاقبة والتي صيغت فى غضون التشريعات والقوانين التى تنظم علاقة الدولة بالأفراد ونطاق الحماية الاجتماعية . التى تقدمها الدولة . كما يتطلب الأمر الوعى بالأحداث الاجتماعية التى شكلت البنية الاجتماعية ، وحددت خريطة الواقع الاجتماعى ، وكذلك التحولات الاجتماعية وتأثيراتها على بعض الفئات الاجتماعية ، يضاف الى ذلك ضرورة الوعى بالأحداث العالمية وأصدائها على المجتمع ، حيث أفضت الأحادية القطبية والعولمة الى وقوع العالم بأسره تحت طائلة المؤثرات القطبية والتي أصبح من الصعب الفكك منها وإستقبلت الكثير من الدول ومنها مصر نماذج حياتية قد لا تلائم ظروفها ويصعب الخيار بينها ، وأصبح الكون وكأنه مجتمع صغير تنتقل إليه كافة التأثيرات ومنها ما لم تكن بعض الدول مهياًة لاستقبالها ، فالأزمات الاقتصادية التى أصابت مناطق التأثير ألفت بظلالها على معظم المجتمعات المستقبلية وأسهمت فى توسيع نطاق الفقر والحرمان . وفى هذا السياق ظهرت الكثير من التوجهات التى تبنتها المؤسسات الدولية والتي روجعت بمقتضاها الكثير من السياسات التى أدت إلى إنسحاب الدولة من الأدوار التى ظلت تضطلع بها تجاه الأفراد ، وأهمية المشاركة المجتمعية ، ودور المجتمع المدنى ورجال الأعمال فى تحمل بعض التبعات مع الحكومات للوفاء بمتطلبات العقد الاجتماعى ، ومواجهة مشكلات الفقر والتهميش . ويفصح إستقراء التجارب العالمية عن أن هناك تطورات عملية متزايدة تبلورت فى برامج الحماية الاجتماعية بإعتبارها آلية للتخفيف من حدة هذه التأثيرات وبشكل خاص فى مجتمعات الجنوب ، الأمر الذى باتت معه قناعة لدى المنظمات الدولية نحو إعتبار الحماية الاجتماعية أداة جوهرية للتخفيف من حدة الفقر ، وتحقيق أهداف الألفية الثالثة التى وافقت عليها مصر عام 2000 .

وقد شهدت مصر خلال النصف الثانى من القرن الماضى العديد من الأحداث منها ثلاثة حروب متتالية ، إضافة الى التحول فى أيدولوجية الدولة وتوجهاتها السياسية والاقتصادية من الإشتراكية الى الليبرالية ، وكان لهذه الأحداث تأثير الصدمات على المجتمع وتتابعت المشكلات وتراكمت وازدادت الإختناقات والأزمات والتي تحمل وزرها القطاعات الأكثر هشاشة ، وسعت الحكومات المتعاقبة خلال هذه الفترة الى التخفيف من آثار هذه الأحداث ، من خلال التغييرات الهيكلية والتي أشرفت عليها المؤسسات الدولية ، إلا أن التحول الاجتماعى التلقائى وإنفلات حركة التاريخ الاجتماعى للمجتمع المصرى إنعكست سلباً على قطاعات عريضة من المجتمع ، فزادت معدلات الفقر وبدت مظاهر الأزمة الاجتماعية على التعليم والصحة ، ودخلت فئات من المجتمع دائرة الفقر حيث تآكلت دخولها المحدودة أمام موجات الغلاء والتضخم وعجزت عن مواجهة إحتياجاتها ، ويشير تقرير التنمية البشرية الصادر عن البرنامج الإنمائى للأمم المتحدة لسنة 2005 الى الإختلال الذى حدث بالمجتمع المصرى إلى أن أفقر 10% يحصلون على نحو 3.7% من الدخل القومى ، وأن أغنى 20% يحصلون على 41.2% من الدخل القومى . كما حوصرت قوى إجتماعية فى ظل هذه التحولات وإنزوت من ساحة المشاركة ، وظهرت قوى إجتماعية جديدة أكثر شراسة وأقل وفاءً لمجتمعها ، وغابت العدالة ، وتبدى الإختلال فى توزيعها فى كافة مقومات الحياة ، وبين القطاعات المختلفة ، وظهرت الكثير من الظواهر السلبية التى تعكس مظاهر الأزمة وضعف الإنتماء بين شرائح عمرية اجتماعية متنوعة لإحساس منهم بأنهم ليسوا شركاء فى واقعهم ، وفى ظل هذا الإحساس يصبح المناخ مهياً للصراع الاجتماعى وتتمزق فيه أوصال البناء الاجتماعى وتتسرب القيم الإيجابية من أركانه لتفسح المجال لقيم سلبية مكانها . فالبطالة والفقر وفقدان الأمان الاجتماعى والسعى المضمنى للبحث عن تحقيق الحاجات الأساسية تبدو كثقوب فى الطاقة المجتمعية تقود على إهدارها وضياعها ، وفى هذا السياق تصبح الحماية الاجتماعية ضرورة اجتماعية وسبيلا الى إستقطاب القطاعات المهمشة الى دائرة التنظيم الاجتماعى ، والحماية هنا لايقصد بها الإحسان والمساعدات التى تقدم من الدولة ولكن الحماية فى مثل هذه الظروف لكى تتحقق فينبغى أن تتم فى ضوء إعتبرات موضوعية وفى إطار السعى المجتمعى الذى يهدف الى تحقيق النمو والتقدم ، عندئذ تصبح الحماية الاجتماعية دافعا للتنمية الاجتماعية وسبيلا الى تحقيق إنسانية الانسان ودافعا لتقوية الإنتماء ، ولتماسك البناء الاجتماعى ، ولإعادة المهمشين إلى دائرة المشاركة والإستفادة من جهودهم ، ولتحقيق العدالة الاجتماعية .

إذن فموضوع الحماية الاجتماعية بالمجتمع المصرى يصبح من الموضوعات الجديدة بالاهتمام والتي تتطلب من الدراسات والجهد البحثى لكشف أبعادها ، وفى هذا الصدد يمكن تحديد الأهداف التي نسعى من خلال البحث إلى تحقيقها فى الكشف عن برامج الحماية الاجتماعية بالمجتمع المصرى وذلك من خلال التركيز على نظام الضمان الاجتماعى والتأمين الصحى .

(1) تسليط الضوء على تداعيات العولمة على نظم الحماية بالمجتمع المصرى ، وكيف أسهمت العولمة الى إتساع نطاق الفقر والتهميش ، وإنحسار دور الدولة فى تقديم بعض صور الحماية .

(2) الحماية الاجتماعية "رؤية سوسيولوجية" .

(3) تحولات نظم الحماية الاجتماعية فى مصر خلال العقود الأخيرة .

(4) تحديد الفئات الاجتماعية الأكثر إستهدافا للحماية من خلال مؤشرات التنمية البشرية للفقر والرعاية الصحية .

(5) إستطلاع رأى عينة محدودة النطاق من المستفيدين من برامج الحماية الاجتماعية والرعاية الصحية . وكذلك رأى بعض أفراد الصفوة العلمية فى مفهوم الحماية .

(6) بعض من الحصاد .

ولتحقيق الأهداف السابق ذكرها قسمت الدراسة على ستة فصول تناول الفصل الأول الإطار المنهجى للبحث وإجراءات الدراسة الميدانية .

وأفرد الفصل الثانى لمناقشة تأثيرات العولمة وإنعكاساتها على البنية الاجتماعية بصفة عامة وعلى برامج الحماية الاجتماعية بصفة خاصة فى عالم سريع التغير أفرز العديد من النماذج التي تبلور فى سياقها وعى المجتمعات ، فبعض هذه النماذج فاعل فى تحديد مصيره وبعضها متلقى للأحداث لاهثا وراء متابعتها ، بل وغير قادر على إستيعاب آثارها .

والفصل الثالث خصص لعرض موقف النظرية السوسيولوجية من الحماية الاجتماعية ، وتناول هذا الفصل بالمناقشة مفهوم الحماية الاجتماعية ومبرراتها وآلياتها ، وموقف التنظير الاجتماعى من هذا الموضوع .

وخصص الفصل الرابع لرصد التحولات فى نظم الحماية الاجتماعية بالمجتمع المصرى خلال العقود الأخيرة من خلال التحليل التاريخى لهذه النظم .

أما الفصل الخامس فقد تناول واقع الحماية الاجتماعية وشبكات الأمان بالمجتمع المصرى ، وناقش هذا الفصل الحماية والتنمية الاجتماعية ومؤشرات الحرمان ودور شبكات الأمان فى تحقيق جانب من الحماية الاجتماعية .

والفصل السادس يناقش الحماية الاجتماعية من المنظور الصحى من خلال المؤشرات المتاحة فى هذا الشأن حول مدى توفر الرعاية الصحية .
ثم خصص الفصل الأخير لعرض نتائج الدراسة الميدانية الإستطلاعية على عينة من المستفيدين من برامج الحماية الاجتماعية ، وكذلك عينة من الصفوة المتعلمة .

ثالثا : فى منهجية البحث :

يتطلب تشابك موضوع الحماية الاجتماعية تنوعاً فى الأساليب والوسائل والأدوات المنهجية عند تناوله بالدراسة ، حيث تسهم هذه الوسائل فى الكشف عن جوانب الواقع الذى تتفاعل على أرضه وتتشابك الظواهر الاجتماعية ، فعلم الاجتماع يهتم بالكلية الاجتماعية الدينامية للمجتمع الإنسانى بإعتباره نسق يستقبل التأثيرات المتنوعة ، ومن ثم يقتضى الأمر عند تناول أو تحليل جزء من مكونات هذا النسق الإقترب منه كجزء من كيان كلى تتفاعل مع المستويات الأخرى ، أو يعيش حالة من التوازن أو الصراع يتطلب الأمر رصدها فى سياقها . إذ أنه من الصعب فهم مايدور فى هذا الجزء وقد إنتزع من هذا السياق الذى يمثل بوتقة تنصهر فيه التفاعلات الاجتماعية المباشرة والتى تشكل الظواهر الاجتماعية ، وهناك إلى جانب ذلك بوتقة أكثر إتساعا تتجاوز فى تأثيرها الحدود الجغرافية للكيانات الاجتماعية . وبهذا المعنى يصبح المنهج مفهوما أكثر إتساعاً وشمولاً من أدوات جمع البيانات ومن أساليب التحليل المباشرة ليستوعب فى ثناياه أسلوب تناول القضايا ذات التأثير المباشر وغير المباشر على موضوع الدراسة ، ومناقشتها لتجيب فى النهاية على التساؤلات المطروحة سلفاً ، إضافة على توجهات النظرية التى يصاغ فى ضوءها القضايا التى تشكل جوهر البحث ، وتفسير هذه القضايا . عندئذ تصبح الوسائل والأساليب المستخدمة فى جمع بيانات من الواقع هى إستكمالاً منطقياً ومنهجياً للطرح الذى تم فى أجزاء البحث ، ومحاولة للإقترب من التفاعلات الاجتماعية التى شكلت الظاهرة موضوع الدراسة فى الواقع ، وإستخدام لوسائل منهجية فى جمع بيانات عن النشاط الإنسانى والذى له صلة بموضوع البحث . وفى هذا الصدد تعددت الوسائل والأساليب المنهجية التى استخدمت على المستويين ، وهما المستوى :

الأول: ويشمل التحليل الذى تناول بالمناقشة موضوع الدراسة فى أبعاده المختلفة ، وفى إطار تحليلى كلى وشمولى .

الثانى: رصد أشكال التفاعل الإنسانى والإقتراب من الواقع لاستكمال فهم تداعيات المشكلة موضوع الدراسة .

وفيما يلى نتناول المنهج والأدوات المستخدمة فى الدراسة :

1 - منهج التحليل التاريخى :
فالأحداث الاجتماعية لاتطويها ذاكرة التاريخ ، وان طوتها فلا تمحى من صفحاته ، ونظلم أصداءها تشكل توجهات الحاضر ، عندئذ تأتى أهمية هذا الفهم لدور التحليل التاريخى فى التعرف على القوى الاجتماعية التى فرضت نماذج وسياسات صيغت فى غضوننا السياسات الاجتماعية ، كما يسهم التحليل التاريخى للحماية الاجتماعية فى الكشف عن الضغوط والقوى الاجتماعية التى توجه عمليات الإختيار لنظم للحماية بعينها ، والعوامل التى تعوق تحمل قوى المجتمع فى المشاركة بدور فاعل وإقتصارها على الحكومة وجهودها . وأسباب عزوف المجتمع القادرة عن المساهمة وتحمل المسؤولية والمشاركة . والعوامل التى تقف عائقا أمام التغيير الاجتماعى ، ويتطلب التحليل التاريخى تحليل الوثائق والسجلات والخطط والسياسات والقرارات الوزارية والقوانين وذلك خلال عقود زمنية منصرمة .

2- المنهج الإحصائى :
وتم توظيفه فى الدراسة فى رصد مؤشرات الحرمان (الفقر والتعليم والصحة والبطالة) ، ورصد مستوى التنمية البشرية للمجتمع المصرى ، ومحاولة الإستفادة من هذه المؤشرات فى تحديد الفئات المستهدفة للحماية الاجتماعية ، كما تم توظيف المنهج الإحصائى فى تحليل المؤشرات الصحية والتى يمكن من خلالها الوقوف على الحالة الصحية لأفراد المجتمع ، والفئات المختلفة وللشرائح الاجتماعية .

3 - أدوات جمع البيانات :
أ - الإستبيان : وقد تضمن مجموعة من الأسئلة حول البيانات الأساسية وهى السن والنوع والحالة الزوجية والحالة العملية وحجم الأسرة ، ونوع المعاش الذى تستفيد منه الأسرة وقيمته وجهة صرفه ، ومدى وفاء المبلغ المنصرف من المعاش بحاجات

الأسرة السياسية ، وكيفية التصرف فى الحصول على الحاجات فى حالة قصور المبلغ المنصرف فى ذلك . وأشكال المساعدات التى تحصل عليها الأسرة ، ومصدرها ، ومدى الإنتظام فى الحصول عليها . كما إشتمل الإستبيان على أسئلة حول الرعاية الصحية ، والمشكلات الصحية التى يعانى أفراد الأسرة منها وأساليب مواجهة هذه المشكلات ، وكيفية الحصول على الدواء ، كما يتضمن الاستبيان مجموعة من الأسئلة حول رأى المبحوثون وإحساسهم باهتمام الدولة بهم ، وتوقعاتهم من الدولة لتحسين ظروفهم ورأيهم فىمن يتولى مسئولية رعاية الفقراء هل الدولة بمفردها أم تكون هناك مساهمات وممن تكون هذه المساهمات ثم رأيهم فى كيفية إصلاح ظروف الفقراء .*

ب- المقابلات المتعمقة مع مجموعة من الأسر المستفيدة من الضمان الاجتماعى : ويقصد بها تحقيق الإقتراب بشكل أعمق من مشكلات المستفيدين من برامج الحماية الاجتماعية (الضمان الاجتماعى) والرعاية الصحية ، فالمقابلة تتيح الفرصة للباحث للوقوف على الكثير من الحقائق التى قد يتعثر الاستبيان فى الكشف عنها بسبب لحظيته ومحدودية زمن اللقاء بين الباحث والمبحوث ، والذى يمتد فى المقابلات المتعمقة ، ويسمح بفتح قنوات للتفاعل الإنسانى بين أطراف العلاقة ، يفضى من خلالها المبحوث بالكثير من البيانات حول موضوع المقابلة . وقد أعد دليل بالموضوعات التى تتعلق بالبحث ، وبشكل خاص حول المشاكل التى تواجه الأسر خلال تعاملها مع الجهات التى تتولى صرف المعاش أو مع الجهات التى تقرر أحقية الأسر فى الإستفادة من المعاش ، وغير ذلك من الموضوعات حول معاناة الفقراء للحصول على الحاجات الأساسية ومواجهة مشكلات العلاج ، وتكاد تكون موضوعات المقابلة هى نفسها التى أثيرت فى الإستبيان ولكن الفرق بين دليل المقابلة والاستبيان هو مرونة قضايا الدليل بشكل يسمح للباحث بالحذف أو الإضافة ، كما أن محاورة هذه القضايا مع المبحوث تتم بشكل أعمق كما سبق أن أشرنا .*

ج- الحلقات النقاشية مع مجموعة من الصفوة المتعلمة :

* انظر الاستبيان فى ملحق الدراسة
* انظر دليل المقابلة بالملحق

وتعد الحلقات النقاشية من الأساليب المنهجية المتطورة والفعالة فى الحصول على معلومات وبيانات وفى الكشف عن اتجاهات وأفكار الأفراد حول موضوع من الموضوعات . وإنطلاقاً من الوعى لدى القائمين على البحث بأن الحماية الاجتماعية لا تقتصر على المساعدات التى تقدم فى صورة مبلغاً من المال بشكل منتظم ، فالمفهوم يحمل أبعاد أكثر إتساعاً ليشتمل على معنى إلى جانب البعد المادى ، كما أنه مفهوم نسبى يختلف حسب وعى الأفراد والوجود الاجتماعى الذى تشكل فيه هذا الوعى . ومن ثم كان التفكير فى إستخدام هذا الأسلوب المنهجى للكشف عن تصورات الصفوة للحماية الاجتماعية وقد أعد دليل بموضوعات المناقشة تضمن معنى الحماية الاجتماعية حسب تصورهم ، وهل الحماية تتمثل فى توفير الحدود الدنيا من أساسيات الحياة أم أنها إطار متسع يستوعب أشياء أخرى وماهى هذه الأشياء ، وهل يتساوى الجميع فى الحماية ، وهل تأخذ الحماية شكل تشريعات وقوانين ، وهل هى مسئولية الدولة فقط أم الدولة ومؤسسات أخرى ، وماهو المتحقق من الحماية وماهو ماالم يتحقق .**

د - المقابلات مع العاملين بوزارة التضامن الاجتماعى، والجمعيات الأهلية بمنطقة الدراسة :
وتضمنت المقابلات إجراء لقاءات متكررة مع المسئولين بوزارة التضامن الاجتماعى من القائمين على برامج الحماية الاجتماعية ، وقد تم التعرف من خلال هذه اللقاءات على أسلوب تحديد الفئات المستهدفة والمستحقة للمعاش ، وآلية الوزارة فى تحديد هذه الفئات وكيفية الوصول إليها ، والبرامج التى تقدمها الوزارة ، وحجم الإنفاق عليها والمشكلات التى تواجه العاملين بالوزارة مع المستفيدين ، كما تم مقابلة بعض المسئولين بالجمعيات الأهلية بمنطقة الدراسة للوقوف على أشكال المساعدات التى تقدم من قبل هذه الجمعيات لأهل المنطقة .

4 - العينة واسلوب إختيارها :
هذه الدراسة هى دراسة إستطلاعية لم يتسع الوقت فيها لإجراء مسح إجتماعى شامل لعينة ممثلة من الأسر المستفيدة من برامج الحماية الاجتماعى ، ومن الرعاية الصحية التى تقدمها الدولة ، ومن ثم استقرت هيئة البحث على إختيار 50 أسرة من المستفيدين بهذه البرامج من أكثر المناطق الحضرية فقراً وفقاً للمؤشرات التى وردت فى تقرير التنمية البشرية

** أنظر موضوعات الحلقة النقاشية بملحق الدراسة

عام 2003 والصادر من معهد التخطيط القومي ، وحسب هذه المؤشرات وقع الاختيار على منطقة منشأة ناصر ، وهي إحدى المناطق العشوائية بالقاهرة ، ويشير التقرير السابق الى انخفاض مستوى التنمية البشرية في هذه المنطقة الى أدنى قيمة على مستوى أحياء القاهرة وهي 0.620 . وتم إختيار الأسر منها لإجراء الدراسة الكمية التي استخدم فيها الاستبيان وكذلك الكيفية والتي أجريت من خلال المقابلات المتعمقة . وروعى أن تكون هذه الأسر من المنطقة المشار إليها أى مقيمة إقامة دائمة فيها ، وكذلك أن تكون مستفيدة من برامج الضمان الاجتماعى لوزارة التضامن الاجتماعى .

وإستكمالاً للدراسة الإستطلاعية تم اختيار 13 أسرة من نفس المنطقة ووفقاً للمحددات السابقة لإجراء المقابلات المتعمقة معها من خلال دليل يوجه الباحثين فى هذا الصدد للموضوعات المراد مناقشة الأسر فيها* .

أما مجموعة الحلقات البؤرية النقاشية فقد تم إختيارها من أعضاء هيئة التدريس بكلية البنات ، جامعة عين شمس ، وكذلك من خبراء معهد التخطيط القومي ، حيث شارك فى الحلقة النقاشية الأولى ثمانية من أعضاء هيئة التدريس ، وفى الحلقة النقاشية الثانية ستة من خبراء المعهد .

* انظر بيان ياسر ، الدراسة المتعمقة فى الملحق

الفصل الثاني

الحماية الاجتماعية من المنظور السوسيولوجي

أولا : حول مفهوم
الحماية الاجتماعية
ثانيا : مبررات
الحماية الاجتماعية

الحماية الاجتماعية من المنظور السوسيولوجي

مقدمة

برز الإهتمام بقضايا الحماية الاجتماعية إستجابة للنزعة التفكيكية التى تجتاح عالمنا المعاصر، حيث يتحرك عالمنا المعاصر على كافة الأصعدة بإتجاه الإستقطاب سواء على الصعيد العالمى أو القومى. فقد تعمق الأنفصال بين الشمال والجنوب، حيث تعيش دول الشمال فى حالة من اليسر الإقتصادي لا يعانى مواطنوها فى الغالب من المشكلات اليومية التى تتعلق بإشباع حاجاتهم الأساسية، ومن ثم نجد أنها مجتمعات تتمتع بدرجة عالية من التماسك الإجماعى. على خلاف ذلك نجد غالبية مجتمعات الجنوب التى بدأت تخضع لظاهرتين الأولى إستمرار آليات الإستقطاب الإجماعى، بحيث نجد شريحة عليا فى هذه المجتمعات تعيش حالة من الترف اللا أخلاقى وهو الأمر الذى يعنى إتجاه المجتمع إلى إستقطاب إجماعى حاد، من المحتمل أن تكون له آثاره السلبية على الإستقرار الإجماعى، خاصة إذا كان هذا التفاعل يودى إلى تآكل الطبقة الوسطى (1) التى تلعب دور الحاجز الذى يمنع تفجر الصراع الإجماعى.

تكامل مع ذلك تشير الظاهرة الثانية إلى وقوع حالة من الإستبعاد لشرائح واسعة أصبحت تعاني من عجز حقيقى عن إشباع الحاجات الأساسية التى تضمن لها مجرد إستمرار الوجود والبقاء، تردت أوضاعها حتى أصبحت تعيش فى ظل ظروف لا إنسانية، اضطرت أحيانا إلى بيع أولادها، أو أجزاء من أجسادها، حتى تظل الأجزاء الأخرى حية وياقية. وأمام الضغوط الحياتية، الإقتصادية والأخلاقية بالأساس، بدأت آليات الإستبعاد والتهميش تودى فعلها، فالكعكة الإجماعية محدودة، تسيطر عليها الطبقة العليا، ويتآكل نصيب الطبقة الوسطى والدنيا، التى بدأت تناضل للحصول على ما يضمن مجرد البقاء. وفى ظل هذه الحالة المأساوية يصبح المجتمع مفتوحاً أو معرضاً لإحتمالات كثيرة. من هذه الإحتمالات تآكل تماسك الإجماعى، وظهور شروخ فى بناء المجتمع على الفواصل الضعيفة، دينية كانت أم عرقية أو جغرافية أو حتى ثقافية. وتبلور جماعات مفككة تقف فى مواجهة بعضها البعض، حيث يتجه المجتمع إلى التشظى والتشردم توازياً مع مستوى فاعلية الإستقطاب والإستبعاد

الإجتماعى. من هذه الإحتمالات كذلك أنه إذا صبر المستبعدون على ظروفهم الإنسانية زمناً، فإن هذا الزمن لن يستمر طويلاً. فقد تشكل التوترات الناتجة عن الضغوط الإقتصادية وضعف الكوابح الأخلاقية طاقة دافعة لإنفجار الفوضى فى المجتمع، التى من المحتمل أن تاتى على الأخضر واليابس، إرتباطاً بذلك نستطيع أن نترصد عدة ملاحظات أساسية. حيث تؤكد الملاحظة الأولى على أن تنظير الحماية الإجتماعية من نمط تنظير الأزمات، يستدعى حينما يكون المجتمع مقبلاً على حالة من الفوضى التى لا يحمد عقباها. لذلك إستدعت الحماية الإجتماعية بمنطقها وآلياتها حتى تمنع إنهيار التماسك الإجتماعى على الصعيد العالمى والقومى على السواء. وفى هذا الإطار فإننا ننظر إلى سياسات الحماية الإجتماعية بإعتبارها من نموذج فكر إدارة الأزمات، حتى نستطيع الحفاظ على مجتمعنا القومى باقياً، إلى أن يبرأ من ظواهر الإستقطاب والإستبعاد الإجتماعى. وفى هذا الإطار فإننا إذا كنا ننظر إلى التنظير المتعلق بالحماية الإجتماعية بإعتباره من نمط فكر الأزمة، فإن ذلك يرجع إلى أن المجتمعات تلجأ إلى سياسات الحماية الإجتماعية حينما تبدأ آليات الإستبعاد والتهميش الإجتماعى فى أداء فعلها، حتى تستطيع سياسات الحماية الإجتماعية مواجهة قاعلية هذه الآليات. تأكيداً لذلك تنظير الحماية الإجتماعية الذى بدأ يتبلور فى أعقاب قيام الثورة الصناعية، كذلك التنظير الذى دعى إلى حماية بعض الفئات الإجتماعية، وإلا إندلعت حالة من الفوضى والتمرد الإجتماعى، بسبب قهر المجتمع التكنولوجى، الذى همش كثيراً من الفئات والشرائح الإجتماعية. يضاف إلى ذلك تنظير الحماية الإجتماعية الذى بدأ يطفو على سطح عالمنا المعاصر، بسبب الإستقطاب والإستبعاد الحادث على الصعيد العالمى والقومى، خوفاً من تهديد وإرهاب المهمشين لدول الشمال، وخشية من تفكك مجتمعات الجنوب الذى من المحتمل أن يشكل نقطة البداية لفوضى إجتماعية شاملة قد تهز أركان نظامنا العالمى⁽²⁾، وفى إطار واقعنا المصرى بدأنا الحديث عن الحماية الإجتماعية بعد أن بلغ زيد الإستقطاب والإستبعاد منتهاه، وتولد خوف عام من إنهيار التماسك الإجتماعى وترديه أو إنزلاقه إلى حالة من الفوضى الإجتماعية الضاربة.

بينما تشير الملاحظة الثانية إلى أن آليات الحماية الإجتماعية كانت حاضرة دائماً فى التاريخ الإجتماعى لغالبية المجتمعات باستثناء المرحلة الشاعية الأولى، حيث لم يكمن المجتمع بينيته المتبلورة قد تشكل بعد. غير أنه بعد تبلور بنية المجتمع برزت آليات الحماية الإجتماعية مصاحبة لوجوده، تسعى دائماً للحفاظ على تماسكه. فى هذا الإطار فإننا نستطيع أن نرصد ثلاثة مراحل لممارسات أو سياسات الحماية الإجتماعية. فى المرحلة الأولى لم تكن ممارسات الحماية الإجتماعية ذات طبيعة رسمية، حيث قامت بها القبيلة أو العائلة الأبوية حفاظاً على تماسك بنيتها. غير أنه فى مرحلة تالية من التاريخ الإجتماعى، مع ظهور المجتمع المحلى Community المنغلق على نفسه والمكتفى بذاته، ظلت إجراءات الحماية الإجتماعية ذات طابع غير رسمى، وإن تجاوزت إجراءات الحماية الإجتماعية حدود القبيلة والعائلة الأبوية. فظهر الطابع الرسمى على بعض مساحاتها، حتى يستطيع المجتمع المحلى الحفاظ على تماسكه ووحدته. وحينما تبلور المجتمعات الكبيرة Societies بدأت إجراءات الحماية الإجتماعية تتسم بالطابع الرسمى، فقد اصبح على الدولة الحديثة أن تحافظ على تماسك مجتمعاتها، التى تشكل قاعدة وأصل وجودها⁽³⁾، ومن ثم طورت آليات الحماية الإجتماعية التى تقلص مظاهر الإستبعاد والتهميش الإجتماعى حفاظاً على التماسك والإستقرار الإجتماعى.

وتتصل الملاحظة الثالثة بأن إستدعاء نظير الحماية الإجتماعية يقع كلما برزت المخاطر الإجتماعية وأصبحت أكثر حادة. أستناداً إلى أن الجماعات الإجتماعية التى تعيش فى ظل أوضاع خطرة، قد تتحرك بفعل وطاقة أوضاعها المتردية، لنشر مخاطر إنهيار التماسك وشيوع الفوضى فى فضاء المجتمع، وفى كل مساحاته. ويتضافر مع بروز المخاطر الإجتماعية الوعى بهذه المخاطر، من حيث تأثيراتها السلبية المحتملة على تماسك وإستقرار المجتمع⁽⁴⁾. ويشير تأمل هذا الوعى بالمخاطر، التى تستدعى الحماية الإجتماعية لمواجهتها إلى أن هذا الوعى يتطور فى إتجاهين. الأول تطور وعى الجماعات المستبعدة أو المهمشة أو الذين يعيشون الأوضاع الإجتماعية والإقتصادية والسياسية الخطرة، بأنه فى مرحلة معينة يكون الحفاظ على التماسك والإستقرار الإجتماعى يتضمن مزيداً من الأضرار والتردى لأوضاعهم، ومن ثم تصبح

نشر حالة الفوضى فى المجتمع، كما لو كانت صرخة مدوية تطالب بحق البقاء والوجود. والثانى وعى الدولة والنخبة الإقتصادية والإجتماعية والسياسية المتحالفة معها بأن تحرك التفاعلات المتعلقة ببعض الفئات المهمشة أو المستبعدة فيه خطوة على بقائها ووجودها وربما بقاء وجود المجتمع، ولذلك فهى تستدعى سياسات وآليات الحماية الإجتماعية فى محاولة للحفاظ على الفتنة مخدرة ونائمة. لذلك فإن وقوع المخاطر الإجتماعية والوعى بها يشكل دافعاً قويا لإستدعاء مختلف الأطراف لمنطق وآليات الحماية الإجتماعية.

وتؤكد الملاحظة الرابعة على أن تنظير الحماية الإجتماعية يرتبط بحالة العدالة الإجتماعية وحقوق الإنسان. حيث يعنى الأخلال بمبادئ العدالة الإجتماعية حرمان بعض الشرائح الإجتماعية من الحصول على مختلف فرص الحياة فى إشباع الحاجات الأساسية، والتعليم والصحة والعمل والدخل الملائم. فحرمان بعض شرائح المجتمع من الحصول على مختلف الفرص، وحصول شرائح أخرى على هذه الفرص بمستوى فائض يعنى مقدمة لإنهيار التجانس ومن ثم الإستقرار الإجتماعى. وعلى هذا النحو فإن إجراءات الحماية الإجتماعية تعمل فى هذه الحالة بإتجاه تحقيق قدر من العدالة فى توزيع مختلف الفرص، وإلا تمرد المهمشون والمستبعدون بإتجاه الحصول على نصيبهم من مختلف الفرص الإجتماعية، ولو عنوة وبالقوة. كما يعنى الإخلال بصيغة حقوق الإنسان فى الحصول على مختلف الفرص، وفى المشاركة فى القرار الإجتماعى والمجتمعى، وحرمان البعض من حقوقهم، بقاء هذا البعض منتظراً على هامش المجتمع محروماً، يتراكم توترة وحنقه وحقدة، ينتظر الفرصة التى قد تسنح للإنقضاء وإشاعة الفوضى فى مجتمع لا ناقة له فيه ولا جمل.

وتذهب الملاحظة الخامسة إلى أن إستدعاء الحماية الإجتماعية له علاقة بالمواطنة، حيث تعمل سياسات الحماية الإجتماعية بإتجاه الحفاظ على المواطنة سليمة ومتعافية. وذلك يرجع إلى أن آليات التهميش والإستبعاد الإجتماعى قد تدفع إلى عدة ظواهر تتعلق بالمواطنة أول هذه الظواهر تآكل المواطنة الذى يتجسد فى سلوكيات عدم الإلتواء للمجتمع وضعف الإرتباط به، مؤشرات ذلك إنتشار ظواهر الفساد، والهدر العام لموارد المجتمع، وعدم التزم الأطراف العقد الإجتماعى بمضامينه،

وكافة مظاهر إنتهاك الشرعية أو الخروج عليها. بينما تتجسد الظاهرة الثانية فى الهروب من المواطنة، حيث ينظر المواطن إلى وطنه بإعتباره أرضاً خراباً لم يبق فيها الفساد وغياب الإدارة الرشيدة على شئ، حيث ينظر المواطن إلى وطنه بإعتباره لم يعد مجتمعاً قادراً على توفير أساسيات الحياة فيه، ومن ثم أصبح الهروب منه فرض عين. مؤشراً ذلك الهجرة المشروعة وغير المشروعة التى أصبح لها وجودها البارز على ساحة تفاعلنا الإجماعى. ويعد تراجع المواطنة أو تقلصها الظاهرة الثالثة فى هذا الصدد. حينما يتآكل التماسك الإجماعى، وتقلص فرص الإشباع التى يحصل عليها المواطن من مجتمعه ودولته، فيتراجع إلى جماعته الإثنية، دينية كانت أم عرقية أم جغرافية، ليعمق إرتباطه بها، لكونها توفر له الحماية الإجماعية التى تيسر له إشباع حاجاته ولو فى حدودها الدنيا⁽⁵⁾. وإستناداً إلى مواظنته الضيقة والمتراجعة قد ينقض ليحطم بمعاولة ما بقى من مواظنته القومية الشاملة.

إستناداً إلى هذه الملاحظات نحاول فى الصفحات التالية فهم الأبعاد المختلفة لمنطق وتنظير الحماية الإجماعية.

أولاً: حول مفهوم الحماية الإجماعية.

فى محاولة تحديد مفهوم الحماية الإجماعية، فإننا نحاول تحديد المعانى الأساسية لمفهوم الحماية الإجماعية، من خلال التعريفات العديدة التى طرحت لهذا المفهوم. وإذا كان المفهوم هو رمز يخلع على متغير واقعى، فإننا سوف نحاول التعرف فى هذه الفقرة على العناصر الأساسية لمتغير الحماية الإجماعية. وفى أعقاب ذلك سوف نحاول إستكشاف ملامح المفهوم والمتغير الذى يشير إليه على خريطة التنظير السوسيولوجى.

1- فيما يتعلق بتعريف المفهوم، تحدد الحماية الإجماعية بإعتبارها "مجموعة الآليات والأنشطة المترابطة الهادفة إلى تحقيق الإستقرار الإجماعى، بتحرير الإنسان من ضغط الحاجة والعوز والحرمان، والحد من الخسائر التى يتعرض لها. كما تعنى حمايته من الأخطار الداخلية والخارجية التى تتهدده، كالأزمات الإقتصادية والمالية والحروب وحالات الحصار الإقتصادى والكوارث الطبيعية كالمجاعات والفيضانات والأمراض الوبائية"⁽⁶⁾. وهو ما يعنى أن مفهوم الحماية الإجماعية يحتوى على

مجموعة من التدابير الحمائية التي تؤهل الإنسان للحصول على إحتياجاته الأساسية من المأكل والمسكن والملبس، خاصة فى الظروف التي يواجه فيها كارثة طبيعية أو ضائقة إقتصادية، وضمان الحد الأدنى لمستوى المعيشة. بحيث يؤدى ذلك فى النهاية إلى تأسيس الأمان الإجتاعى والإقتصادى للناس" (7).

لذلك تتشكل الحماية الإجتاعية من مجموعة البرامج التي تهدف إلى تمكين الفقراء، من خلال تزويدهم بالمهارات المطلوبة والقدرة على المطالبة والضغط، بهدف تحقيق "التحرر من الحاجة والخوف، وتزويدهم بما يؤكد حقوقهم فى العيش بكرامة. وفى هذا السياق تتطرق الحماية الإجتاعية إلى المجموعات التي تتعرض لمخاطر كبيرة، وتهدف إلى حمايتها من نتائج العمليات الإقتصادية. وبذلك تشمل الحماية الإجتاعية الخدمات الإجتاعية المقدمة للعاطلين عن العمل، بحيث تيسر لهم الحصول على التعليم والخدمات الصحية وشبكات السلامة، التي تساهم فى تحقيق الإستقرار الإجتاعى والسواء النفسى (8).

ويشير تأمل مفهوم الحماية الإجتاعية إلى تضمينه لرؤيتين للحماية الإجتاعية. الرؤية الضيقة ذات الطبيعة التكتيكية والتي تنظر إلى الحماية باعتبارها أداة لتوفير الإعانات أو المساعدات قصيرة المدى لمساعدة الأفراد والأسر على مواجهة الصدمات. وفى ذات الوقت تطوير قدراتهم بما يساعدهم على إستتفار قدراتهم بإتجاه البحث عن فرص إقتصادية وإجتاعية جديدة، تتيح لهم إمكانية تحسين أوضاعهم. وبهذا التحديد تسعى الحماية الإجتاعية بالمعنى الضيق إلى الإرتقاء بالأوضاع الإنسانية، الإقتصادية والإجتاعية والصعود بهم من المستوى دون الإنسانى الذى يعجزهم عن التفاعل الإجتاعى السوى، وعدم القدرة على تطوير مبادرات ذاتية للإرتقاء إلى مستوى إنسانى يمتلكون فيه قدرة الحصول على الفرص التي تمكنهم من إشباع حاجاتهم الأساسية، والتفاعل بندية مع الآخرين. على حين تشير الرؤية الواسعة أو الشاملة للحماية الإجتاعية إلى تضمينها بعدين، الأول قصير المدى ويحتوى على مساعدة الأفراد بإتجاه الحصول على الفرص التي تيسر له المشاركة فى التفاعل الإجتاعى، ولو فى حدوده الدنيا، ورعايتهم حتى ينتقلوا إلى البعد الثانى طويل المدى. حيث يكونون فى إطاره قادرين على تعبئة مواردهم المعنوية والمادية، التي

تزودهم بالقدرة على الحصول على الفرص الإجتماعية والإقتصادية التي يحصل عليها الآخريين عادة، ومن ثم يصبحوا قادرين على شغل الأدوار الإجتماعية التي تؤهلهم للحصول على حقوقهم فى إشباع حاجاتهم الأساسية فى مقابل الوفاء بالالتزامهم تجاه المجتمع، وهو ما يؤدى إلى توسيع معانى المواطنة وتعميقها فى نفوس البشر على قاعدة من المساواة والتحرر من الخوف والعوز⁽⁹⁾.

ويشير تأمل تحديدهات الحماية الإجتماعية إلى تضمينها لأربع عمليات أساسية. حيث تحتوى العملية الأولى على تقليص مساحة التهميش الإجتماعى بدفع السكان المستبعدين أو المقصيين إلى التدفق بإتجاه المجرى الرئيسى للمجتمع. وفى هذا الإطار فإن تقليص مساحة التهميش الإجتماعى تعنى تقليص المصادر المحتملة لعدم الإستقرار الإجتماعى، بحيث يعتبر هذا الإجراء ذو طبيعة تنموية، لأنه يقلل من المخاطر المحتملة لتبديد موارد المجتمع ومصادره الأساسية. ويتحقق هذا البعد بطبيعة الحال على الأصعدة الإقتصادية والإجتماعية والسياسية والثقافية⁽¹⁰⁾. بينما يشير البعد الثانى إلى عملية مترتبة على العملية السابقة، وتتمثل فى الإدماج الإجتماعى بمعناه الشامل. أى الإدماج الإقتصادى والسياسى والثقافى والإجتماعى، وهى العملية التى تعنى تأهيل المهمشين أو المستبعدين من اجل التدفق فى المجرى الرئيسى للمجتمع، يساهمون فى بنائه وتطوير موارده. وبذلك يتحول هؤلاء البشر - ناقصى المواطنة - بإتجاه المواطنة الكاملة، وبذلك نجدهم يشكلون قيمة مضافة لقيم المجتمع الأخرى. ففى مقابل أنهم يحققون إشباعاتهم نجدهم يساهمون بقدراتهم لتحقيق أهداف المجتمع. ويتحقق إندماج الفئات المهمشة أو المستبعدة - وهى العملية الثانية - تبدأ العملية الثالثة، حيث يساعد الإندماج الإجتماعى فى تحقيق التماسك الإجتماعى، الذى يتحقق إستناداً إلى إمتلاك غالبية أفراد المجتمع القدرة على التفاعل والتبادل الإجتماعى. سواء التبادل بين الأنا والآخر على صعيد الأفراد، إستناداً إلى قاعدة فرص الإشباع المتساوى، أو المستند إلى قاعدة الإرتباط العضوى بين جماعات المجتمع التى تشعر كل منها بأنها تحصل على نصيبها العادل من الكعكة الإجتماعية، أو التبادل بين الفرد أو الجماعة من ناحية والمجتمع من ناحية ثانية، حيث أنه فى مقابل أن أعضاء المجتمع يحصلون على الفرص التى تحقق

إشباعاتهم المختلفة والحيوية أو الحياتية، فإنهم يرتبطون بالمجتمع ويساهمون في تطوير موارده والإرتقاء بأوضاعه، لأن تطوير هذه الأوضاع يساعد على مزيد من تحقيق الإشباع. ومن الطبيعي أن تقود عملية التماسك الإجتماعى إلى تقوية الروابط بين الأفراد وبعضهم البعض من ناحية، وتمتين روابطهم بالمجتمع من ناحية ثانية. وهو الأمر الذى يشكل جوهر الإلتناء الإجتماعى الذى يصبح قويا مستنداً إلى قوة الإرتباط بالمجتمع، وإلى السعى للحفاظ على وجوده مستمراً وفاعلاً، لأن فى ذلك ضمان للحصول على الفرص التى تحقق الإشباع فى جوانبه ومجالاته المختلفة.

على هذا النحو فنحن أمام دائرتين محتملتين فيما يتعلق بالحماية الإجتماعية، حيث تشير الأولى إلى أن غياب جهود الحماية الإجتماعية يؤدى إلى زيادة مساحة التهميش الإجتماعى. بدوره يؤدى إلى مزيد من ظواهر عدم الإستقرار الإجتماعى، الذى قد يأخذ شكل تناحر الجماعات مع بعضها البعض على الفواصل الدينية والعرقية والإجتماعية التطبيقية. ومن ثم تفكيك التماسك الإجتماعى، وتراجع المواطنة إلى مرجعيات إرثية أضيق كما هى الحال فى العراق والسودان، أو تذريها وتآكلها، وتآكل معانى الدولة والمجتمع كما هى الحال فى دولة كالصومال مثلاً، ومن ثم تآكل الإلتناء وتفكيك الروابط التى تربط الأفراد أو الجماعات ببعضهم البعض، أو تلك التى تربطهم بالمجتمع. وأمام غياب الحماية يبرز خطر تآكل المجتمع وفرار البشر من على ساحته فرارا من أرض خرب. على عكس ذلك نجد أن الدائرة الثانية تدور فى الإتجاه الإيجابى، حيث تبدأ هذه الدائرة من توفير الحماية الإجتماعية للفئات المهمشة بما يؤمن إشباع الحد الأدنى من حاجاتها الأساسية. الأمر الذى يساعد فى تدفقها إلى المجرى الرئيسى للمجتمع وإندماجها فيه. وسعيها بذاتها - لأمتلاك القدرات - للحصول على الفرص التى تيسر هذا الإشباع، فإذا ما تحقق لها ذلك فإنها تطور شبكة من العلاقات التبادلية. التى تتبادل عبرها المعانى والجوانب المادية، على أى مستوى من المستويات بما يساعد فى تأكيد التماسك الإجتماعى على مستوى الشبكات العلانقية للأفراد، لترتقى إلى مستوى الجماعات ومستوى المجتمع. وهو الأمر الذى يؤدى إلى إلتناء البشر لبعضهم البعض، كما يرسخ إلتئانهم للمجتمع ويعمق إرتباطهم به.

2- ذلك يفرض علينا محاولة التعرف على المكونات الأساسية لشبكات الحماية الإجتماعية، إرتباطا بذلك تذهب بعض الدراسات، إلى التأكيد على أن برامج الحماية الإجتماعية، تشمل عادة توسيع مظلة تغطية التقاعد وإحياجات المتقاعدين إضافة إلى تزويد العاطلين عن العمل بخيارات التأمين المختلفة وبرامج الضمان الإجتماعي. كما أنها تلبي إحتياجات بعض شرائح المجتمع من حيث توفير الأمن الغذائى والحصول على الخدمات والموارد الأساسية، إضافة إلى توفير إهتمام خاص بالمرأة باعتبار أن غالبية الثقافات التقليدية تنتقص الكثير من حقوقها الأساسية. إلى جانب توفير الإحتياجات الأساسية لإشباع حاجات الطفولة، حتى يمكن حمايتها من مختلف الصعوبات التى قد تتعرض لها، كالحرمان من الحقوق الصحية والتعليمية، ومواجهة مظاهر عمالة الأطفال وتجارة البشر وإستغلالهم فى البغاء⁽¹¹⁾.

وفى محاولة تحديد العناصر الأساسية لنظم الحماية الإجتماعية التى تضعها الدول لحماية مواطنيها من الأخطار الإجتماعية، فإننا نجد أن هناك مصطلحات عديدة تعبر عن طبيعة الحماية الإجتماعية. فقد يستخدم البعض مفهوم التقاعد، بينما يستخدم البعض الآخر مصطلح التأمين الإجتماعي، فى حين يستخدم البعض الثالث مصطلح الضمان الإجتماعي. غير أن تأمل هذه الإستخدامات جميعا يشير إلى نظام الحماية الإجتماعية فى كليته، أو إلى أحد جوانبه. وهو النظام - أى نظام الحماية الإجتماعية - الذى يسعى لحماية أفراد المجتمع من الآثار الإجتماعية السالبة، الناتجة عن عدم إشباع الحاجات الأساسية للشرائح الإجتماعية فى موضع الخطر. وهى الآثار التى تظهر بفعل أوضاع إجتماعية سالبة مفروضة عليها تتميز عادة بالقهر والأخلال بمبدأ العدالة الإجتماعية⁽¹²⁾. وإستخلاصا من ذلك يستعمل مصطلح الحماية الإجتماعية Social Protection من قبل خبراء منظمة العمل الدولية للدلالة على أى نظام يهتم بحماية أفراد المجتمع. على هذا النحو يضم مفهوم او نظام الحماية الإجتماعية العناصر الأساسية التالية:

أ- البعد الأول للحماية الإجتماعية يتمثل فى توفير الأمن. وتتسع مساحة الأمن الذى ينبغى أن يتوفر لأفراد المجتمع إبتداء من الأمن الذى يعنى حماية المجتمع من أى تهديد خارجي، يضع المجتمع بكل مواظنية فى موضع أو دائرة الخطر.

بالإضافة إلى ذلك يدخل فى هذا الإطار الحفاظ على أمن الإنسان داخل المجتمع، وحمايته من أى إعتداء يتصل بوجوده، سواء ذاته أو ملكيته أو حرّيته، بحيث ينبغى تقليص الخطر الداخلى من كل الساحات التى يتحرك فيها الإنسان⁽¹³⁾. ويتصل بذلك تحقيق الأمن الإقتصادي الذى يعنى توفير ما يشبع الحاجات الأساسية للمواطنين فى المجتمع. والأمن الإجتماعى، الذى يسعى إلى الحفاظ على التجمعات المحورية للمواطنين "كالأسرة" بما يجعلهم قادرين على إنتاج رأس المال الإجتماعى، يضاف إلى ذلك الأمن الثقافى الذى يعنى الحفاظ على هوية البشر وثقافتهم وتراثهم بما يحقق إنتمائهم لهذا المجتمع⁽¹⁴⁾.

ب- وتعتبر الرعاية الإجتماعية من خلال تقديم المساعدات للبشر الذين يحتاجونها العنصر الثانى فى شبكات الحماية الإجتماعية. ويقصد بالرعاية الإجتماعية تلك التدابير أو النظم الإجتماعية التى تستهدف حماية أفراد المجتمع من الآثار السلبية، نتيجة لتعرضهم لأحداث إجتماعية عارضة ومؤقتة. ويعد تقديم الخدمات الإجتماعية فى مثل هذه الحالات، من أهم صور تحقيق الرعاية الإجتماعية التى تستهدف تحقيق الحماية على المدى القريب أو البعيد. إرتباطاً بذلك تعرف نظم الخدمات الإجتماعية بأنها تتشكل من تلك التدابير أو النظم التى تستهدف توفير الرعاية الطبية والتربية والتعليم والأسكان ورعاية المسنين وذوى الحاجات الخاصة، وفى الغالب يتم تمويل هذه الخدمات الإجتماعية إما من الخزينة العامة للدولة، أو عن طريق المشاركة فى التكلفة⁽¹⁵⁾.

ج- وتعد نظم الضمان الإجتماعى المكون الثالث لشبكات الحماية الإجتماعية. ويعرف الضمان الإجتماعى Social Security بأنه الحماية أو التحرر من الخوف، وبذلك يستهدف الضمان الإجتماعى مساعدة البشر المعرضين لأخطار عارضة أو دائمة، بتوفير إحتياجاتهم الأساسية حتى يتمكنوا من التغلب على هذه المخاطر. وتضمن نظم الضمان الإجتماعى تأمين البشر عند التقاعد وكبر السن، أو العجز عن السعى لإشباع الحاجات الأساسية، أو التعرض لأحداث مفاجئة ذات آثار سلبية عليهم. كما يشمل الضمان الإجتماعى نظم المساعدات التى تمنح لبعض الشرائح الإجتماعية للحفاظ على قدراتها.

3- برغم أن إجراءات الحماية الإجتماعية، قد أصبحت متبعة في المجتمعات المتخلفة والنامية، التي أصبحت على وعى بذلك حفاظا على إستقرارها، فإن مبدأ الحماية الإجتماعية والإجراءات المتصلة به ظلت موضع حوار وجدل على ساحة التنظير الإجتماعى بإعتبارها من الإجراءات الإجتماعية التي طبقتها المجتمعات المتقدمة تاريخيا وما زالت تؤكد عليها حتى الآن. فإننا فى هذا الإطار نستطيع أن نرصد عدة تصورات للحماية الإجتماعية قدمتها النماذج النظرية المختلفة.

أ- ويشكل النموذج النظرى الذى قدمه عالم الإجتماع الفرنسى إميل دوركيم تصوراً أخرى لتحقيق الحماية الإجتماعية. فعلى خلاف ماركس، الذى أكد على إتساع الفجوة وتعميق التناقض بين الطبقة البرجوازية والطبقة العاملة نجد أن إميل دوركيم يبتكر عدة آليات لتوفير الحماية الإجتماعية للشرائح الإجتماعية المهمشة. وذلك حتى يقطع الطريق على أية نزعات راديكالية قد تشيع الفوضى الإجتماعية على حد تعبيره، أو تعمل على تفكيك التماسك الإجتماعى. وتتمثل الآلية الأولى فى تأسيس الجماعات المهنية التى تشكل بالنسبة لإميل دوركيم تصوراً للمجتمع المدنى. حيث تشكل هذه الجماعة ساحة مشتركة بين اصحاب الأعمال والعمال، فى إطارها يتحمل أصحاب الأعمال مسئولياتهم نحو العمال كشرائح إجتماعية ينبغى تخفيف حرماناتها بإشباع حاجاتها الإجتماعية، فى مقابل أن يقنع العمال بإشباع حاجاتهم دون شره. فى ذلك يؤكد إميل دوركيم أن "على أصحاب الأعمال أن يحففوا من غلوائهم فى مقابل أن يخفف العمال من حقدهم". وتتمثل الآلية الثانية فى الدولة التى تتولى ضبط التوازن الإجتماعى بين مختلف الفئات والطبقات الإجتماعية، بما يؤمن الحفاظ على الإنتاج وسوق تصريف السلع، وهو ما يعد لصالح رجال الأعمال، فى مقابل تأمين الحدود الملائمة لإشباع الحاجات الأساسية للفئات الإجتماعية المهددة بالتهميش الإجتماعى حتى لا تكون مصدراً لنشر الفوضى الإجتماعية. ويعد القانون هو الآلية الثالثة للحفاظ على مختلف الفئات الإجتماعية تؤدى أدوارها حسب متطلبات المجتمع، وبما لا يؤدي إلى فرض الحرمان على أى من الفئات الإجتماعية، فالدولة والقانون آليات للحفاظ على إستقرار المجتمع بحد أدنى من الحماية الإجتماعية للشرائح المعرضة للخطر⁽¹⁶⁾.

ب- ويشكل النموذج النظري لماكس فيبر التنظير الثالث فى هذا الصدد، وهو وإن كان لم يتحدث مباشرة عن الحماية الإجتماعية مباشرة، إلا أنه تحدث عن بناء القدرات المتعلقة ببعض الفئات الإجتماعية المعرضة للحرمان الإجتماعى. ونظراً لأن ماكس فيبر قد أسند تأسيس النظام الرأسمالى إلى القيم البروتستنتية، وهى مضامين معنوية. فإنه رأى أن بناء القدرات ينبغى أن يستند إلى مدخل تطوير المعانى. وإذا كانت المعانى والقيم الدينية البروتستنتية هى التى مكنت رجال الأعمال من بناء المجتمع الرأسمالى المعاصر. فإن هذه القيم والمعانى تصبح هى المتغير الفاعل فى الجهد الذى يستهدف إشباع الحاجات الأساسية فى حدودها الدنيا، وتأسيس النظام الرأسمالى فى جانب منه إستناداً إلى هذه المعانى. لذلك يرى ماكس فيبر أنه إذا كانت الطبقة العاملة لم تصبح طبقة مالكة مثل رجال الأعمال، فإن ذلك يرجع إلى نقص فى قناعاتها بالمعانى والقيم البروتستنتية. وترتيباً على ذلك نجده يرى أنه لى تطور قدراتها لترتفع إلى مستوى أعلى تشارك من خلاله فى بناء النظام الرأسمالى. فإنه من الضرورى أن ندرجها لتستوعب هذه المعانى البروتستنتية، لتصبح مرجعيتها للإسهام فى بناء النظام الرأسمالى يتضافر مع ذلك إنقاص أجرها لتبذل ساعات أعمل أكثر لتحصل على الأجر الذى يمكنها من إشباع حاجاتها الأساسية⁽¹⁷⁾. وإذا كان التراث النقدى قد إعتبر عدم إشباع الحاجات الأساسية حافزاً يدفع إلى الثورة، فإن تنظير ماكس فيبر قد رأى فى عدم إشباع الحاجات وإستيعاب المعانى الدينية الإيجابية حافزاً على المشاركة والإسهام فى العمل والإنتاج.

ج- ويعتبر التنظير الراديكالى، سواء فى بداياته الأولى التى إرتبطت بالنظرية الماركسية أو تنظير النقد الإجتماعى، الذى إستند إلى روحها وبعض مقولاتها، من نمط التنظير الذى طور رؤية خاصة لمنطق الحماية الإجتماعية، وهى الرؤية التى تراوحت بين رفضها وقبولها. إرتباطاً بذلك أدرك هذا التنظير وجود فئات إجتماعية مهمشة، يتضاعل نصيبها من الكعكة الإجتماعية، محرومة من إشباع حاجاتها الأساسية كالتبقة العاملة فى النظرية الماركسية، وفئات الزنوج والفقراء وبعض شرائح الشباب. الأولى تسعى بمرجواتية المجتمع الصناعى إلى فرض الحرمات عليها، حتى الوصول بها إلى حالة الإفكار، بينما يفرض المجتمع التكنولوجى صنوف القهر على

الفئات الثانية. فى هذا الإطار فإننا نجد أن الفكر الراديكالى - خاصة الماركسية - لا يميل إلى تبنى إجراءات الحماية الإجتماعية لأنها تفرغ الطاقة الثورية من مضامينها ومن ثم تعجز عن إنجاز التغيير الثورى المستهدف. وإذا كان ذلك هو الموقف الواضح والصريح للنظرية الماركسية، فإن تنظير النقد الإجتماعى الذى أسسته مدرسة فرانكفورت وإمتد عبر أجيال متتابعة إبتداء من ماكس هوكهايمر وتيودور أدورنو وحتى هابيرماس، رأى أن هذه الفئات غير مؤهلة للثورة ومن ثم فيمكن للمجتمع التكنولوجى أن يعمل على إستيعابها، تارة من خلال إعادة صياغتها وفرض الإغتراب الثقافى عليها، أو تارة ثانية بإشباع حاجاتها، ولو فى نطاق الحدود الدنيا، بما ينزع منها إمكانية الثورة ونشر الفوضى فى نطاق النظام الإجتماعى (18).

د- فإذا إنتقلنا إلى التراث الوظيفى الحديث فسوف نجد فى التنظير "البارسونزى" إضافة إلى الإسهامات المتبلورة لعالم الإجتماع "روبرت ميرتون" بعض القضايا التى تتصل ببعض جوانب الحماية الإجتماعية. حيث يرى "ميرتون" أن التناقض بين القيم والمبادئ والمثل الثقافية التى يؤكد عليها المجتمع من ناحية، وما يحدث فى الواقع الإجتماعى من ناحية ثانية. يؤدى إلى ظهور إستجابة رافضة من قبل بعض الشرائح الإجتماعية بسبب الفجوة بين المثل أو القيم المعلنة، وما يحدث فى الواقع. هذه الإستجابة الرافضة قد تأخذ أشكال سلبية عديدة مثل السلوك الإنتهازى المجدد، والسلوك المنسحب إلى هامش المجتمع والطقوسى. غير أنه إذا إتسعت الفجوة وإستمرت فإن السلوك المتمرد لبعض الشرائح الإجتماعية العاجزة عن إشباع حاجاتها الأساسية، من شأنه أن ينشر الفوضى فى المجتمع (19). وأن إصلاح هذه الأوضاع وتجنب الفوضى التى قد تقوم بها الشرائح الهامشية يستوجب ردم الفجوة بين المضامين التى تؤكد عليها المثل والقيم الثقافية، وبين الحرمان وعدم إشباع الحاجات الأساسية الواقعية لبعض الشرائح الإجتماعية، وذلك حتى يتحقق إستقرار المجتمع.

هـ - وأخيراً يأتى تنظير وتراث المجتمع المدنى، بخاصة المنظمات غير الحكومية التى تعبر عن روحه وجوهره. وإذا كانت نماذج التنمية التى بشر بها الفكر التنموى فيما بعد الحرب العالمية الثانية وحتى نهاية الستينيات، قد أكد على التنمية من أعلى، سواء تلك التى تقوم بها الدولة فى المجتمعات الإشتراكية أو القطاع الخاص بتنظيم

من الدولة فى المجتمعات الليبرالية. فإنه مع إنهيار الإشتراكية وتوحش الرأسمالية برزت تنظيمات المجتمع المدنى، وبخاصة المنظمات غير الحكومية لكى تعمل على تنمية المجتمع من أسفل، بواسطة المهمشين والعاجزين عن إشباع حاجاتهم، أو فاقدى القدرات. بحيث تسعى المنظمات غير الحكومية من خلال أنظمتها فى الحماية الإجتماعية، بإتجاه العمل على إشباع حاجاتهم فى حدودها الدنيا، إضافة إلى العمل بإتجاه تطوير قدراتهم، لتمكينهم من التدفق فى المجرى الرئيسى للمجتمع، بما يؤكد إنتمائهم وإرتباطهم بمجتمعهم (20). قد تنجز هذه المهمة المنظمات غير الحكومية وحدها، وقد تؤديها متضافرة جهودها مع جهود الدولة أو القطاع الخاص، أو الثلاثة معاً.

ثانياً: مبررات الحماية الاجتماعية

ظهرت برامج الحماية الاجتماعية فى المراحل المتتالية للتاريخ الإنسانى، حيث كانت هذه البرامج والسلوكيات تواجه المشكلات التى تؤثر على قطاع من السكان الذين يعيشون فى ظروف خطيرة، أو حرماوا من حقوقهم الأساسية فى الحصول على بعض فرص الحياة. ويدرك المتأمل للتاريخ الإنسانى يدرك أن المرحلة الوحيدة التى لم تظهر فيها الحاجة إلى الحماية الاجتماعية هى المرحلة المشاعية. حيث كان الإنسان يعيش على قطف الثمار ليشبع حاجته إلى الطعام أو إصطياد الحيوان، ومن ثم فلم يعرف الإنسان فى هذه المرحلة البدايات الجنينية لعدم العدالة الاجتماعية، والمتمثلة فى الملكية والإدخار. ومن ثم لم تشهد هذه المرحلة ظهور أى من الحالات التى تتطلب الحماية الاجتماعية. وقد بدأت الحاجة إلى الحماية الاجتماعية مع نشأة نظام الملكية الخاصة التى أدت إلى بروز مجموعة من الظواهر، أبرزها الإستحواز على قدر أكبر من الخيرات والغلة والثمار فى مقابل حرمان بعض الآخرين منها برغم حاجتهم إليها وعجزهم عن الوصول إليها. وقد تضافر مع ذلك بروز دوافع قوية تدفع هؤلاء الذين إستحوذوا على الخيرات إلى مد يد العون لأولئك المحرومين (21). وهو ما يعنى أن الأحسان إلى الآخر، وهو مقدمة حمايته لم يظهر إلا بعد ظهور الملكية الخاصة. إذ لم يكن للإحسان معنى فى ظل مشاعية التملك من قبل الجميع (22).

وإذا كانت الحماية الإجتماعية من قبل الآخر قد أخذت شكل الأحسان فى مرحلة تبلور الملكية الخاصة، فإنها قد بدأت تأخذ شكل الحماية الشاملة فى زمن التكوينات الجماعية وأبرزها جماعة القبيلة، حيث تميز أفراد هذه الجماعة بأنه تجمعهم قرابة دموية أو عاصبة إضافة إلى التجاور المكانى الأمر الذى أنعكس على توسعه نطاق الحماية الإجتماعية وشمولها. وهى الحماية المستندة بطبيعتها إلى العرف والتقاليد، ومنظومة القيم الجماعية والإيثارية التى تشكل قاعدتها، والتى كانت تؤكد على تقديم يد العون إلى أى من أفراد القبيلة متى برزت حاجته إلى ذلك، أى كانت طبيعة الحاجات المراد إشباعها (23). وحينما تفككت البنيات القبلية برزت العائلة الممتدة لكى تصبح الفاعل المسئول عن توفير الحماية الإجتماعية لأعضاء الأسرة، أو لأعضاء الجماعة القرابية الأوسع (24). وإذا كانت القبيلة تشكل وحدة بنائية لها قدر كبير من الإكتفاء الذاتى، فإن العائلة الأبوية أو الأسرة النووية لم يتحقق لهذا الإكتفاء الذاتى، الذى بدأ يتحقق على مستوى المجتمع المحلى الذى يضم أفراد متجانسين فى عضويته، وإستناداً إلى قاعدة التجانس فهم يشكلون كتلة واحدة، يتولى الأقوياء منهم حماية الضعفاء من الجوانب المختلفة الإجتماعية والإقتصادية والسياسية والثقافية. يؤكد ذلك طبيعة العلاقات الأولية التى تشكل أساس التفاعل داخل هذا النمط من المجتمعات، يدعم ذلك أن العلاقات القرابية تشغل الساحة الأوسع من هذه العلاقات. ويمكن القول أن الحماية الإجتماعية فى المرحلة القبلية ومرحلة الأسرة الأبوية كانت ذات طابع غير رسمى غير أن الحماية الإجتماعية فى مرحلة المجتمع المحلى فكانت ذات طبيعة إنتقالية تداخلت فى إطارها أنماط الحماية الإجتماعية الرسمية وغير الرسمية على السواء (25).

وحتى لا تسقط فى غواية السرد التاريخى، فإننا ننتقل مباشرة إلى المجتمعات الحديثة، وبصفة خاصة فى الثلث الأخير من القرن العشرين حيث فرضنا بداية إنهيار الأيودولوجيا الإشتراكية، فى مقابل إزدهار الأيودولوجيا الليبرالية وإنتشارها فى الفضاء العالمى، وهى الأيودولوجيا التى تؤكد بالأساس على الإقتصاد الحر، وعلى قيادة القطاع الخاص لعملية التنمية والتحديث، إضافة إلى الإحتكام لقوانين السوق، وهى الإجراءات التى تسببت فى كثير من الإختلالات الإجتماعية، سواء بسبب التحولات

الهيكلية التي وقعت في المجتمع، أو بسبب غياب العدالة الإجتماعية في توزيع الفرص الإجتماعية بما يحافظ على الحقوق الأساسية للإنسان.

1- الآثار السلبية للتحويلات الهيكلية: بانتصار الأيديولوجيا الليبرالية على الصعيد الدولي، إتجهت غالبية مجتمعات العالم الثالث التي كانت نتبنى نموذج التنمية وفق الأيديولوجيا الإشتراكية إلى إعادة توجيه جيادها إلى الطريق الليبرالية. وقد كان عليها أن تجرى تغييرات هيكلية ذات طبيعة جذرية أشرفت عليها المؤسسات الدولية وأبرزها صندوق النقد الدولي الذي تمت هذه التحويلات حسب وصفاته. غير أن هذه التحويلات الهيكلية كانت لها بعض الآثار السلبية، التي سعت الحماية الإجتماعية إلى مواجهة بعضها. من هذه الآثار أن هذه التحويلات أضعفت من قدرة الدولة على الأنفاق لضعف قدراتها المالية. تأكيداً لذلك أوضحت منظمة مؤتمر الأمم المتحدة للتجارة والتنمية "الأونكتاد" في تقريرها لعام 1989 أن برامج التكيف والتصحيح التي طبقت في الدول النامية المثقلة بالديون تؤدي عادة إلى حالة من الإنهيار المالي. ويرجع ذلك إلى أن إجراءات التكيف الإنكماشية أفضت إلى ضغوط على الأنشطة الاقتصادية، وبالتالي قلت حصيلة الدولة من الضرائب المفروضة على الدخل العالية وعلى الأرباح التجارية والصناعية الأمر الذي تسبب في زيادة عجز ميزانيات هذه الدول. إلى جانب ذلك فإن تخفيض الواردات كإجراء لتقليل عجز ميزان المدفوعات إضافة إلى تخفيض الرسوم الجمركية تفاديا لنزعات الحماية أدى في النهاية إلى تخفيض الضرائب، يضاف إلى ذلك التخفيض الحاد في قيمة العملة الوطنية الأمر الذي أدى إلى زيادة تكلفة خدمة الديون الخارجية، ومن ثم زيادة تكلفة واردات القطاع العام، كما دفع إلى تفاقم الضغوط التضخمية. بحيث أدى كل ذلك إلى إضعاف القدرات المالية للدولة (26).

يؤكد ما سبق مجموعة من الدراسات التي أجرتها الهيئات الدولية أولها الدراسة التأسرها صندوق النقد الدولي على 23 دولة في أفريقيا وآسيا وأمريكا اللاتينية خلال الفترة من 1986-1991 بينت نتائجها أن تحسنا ضئيلا قد حدث في المؤشرات المالية الرئيسية. وأن الأداء المالي الشامل للدول التي نفذت برامج الإصلاح الإقتصادي كانت مخيبة للتوقعات وتؤكد نفس المعاني دراسات قطرية أجراها خبراء من

الصندوق والبنك الدوليين حول سياسات التصحيح الإقتصادي نشرت في 1994. وجد أن إستجابة الإستثمارات الخاصة التي كان يعول عليها لتحقيق الإصلاح الإقتصادي كانت ضعيفة وبطيئة وقد تضافر مع ذلك الإنخفاض الكبير في الإستثمارات العامة، مما أدى في النهاية إلى تقليص الإنفاق على البنيات الأساسية، وهو ما كان له آثار سلبية على معدلات النمو (27).

ونتيجة لذلك برزت مجموعة من الظواهر الإجتماعية نذكر منها الإخفاقات التي حدثت في الأسواق وإرتفاع معدلات البطالة وإنخفاض الدخل، ومعاناة كثير من الفئات الإجتماعية من التهميش ومن ثم من مشكلات حادة أتخمت بها حياتها اليومية. الأمر الذي ولد آثار إجتماعية سلبية عديدة بالنسبة لبعض الشرائح والفئات الإجتماعية، التي كان عليها أن تتحمل أعباء التكيف الهيكلي وذلك تأكل القيمة الحقيقية لمنافع الضمان الإجتماعي بسبب التضخم، ومن ثم إنخفاض الدخل الحقيقي للفقراء، بحيث ظهرت شريحة جديدة تعيش في ظل حالة من الفقر المدقع يتسع حجمها باستمرار (28). وإرتباطاً بهذه الآثار السلبية للتغيرات الهيكلية في المجال الإقتصادي، شهدت سياسات الحماية الإجتماعية تحولاً في سياق هذه الأزمة الإقتصادية الطاحنة، بحيث أصبحت الحماية الإجتماعية أوسع نطاقاً من الضمان الإجتماعي أو المساعدة الإجتماعية أو شبكات الأمان الإجتماعية، وإن كان كل ذلك يدخل في إطارها. ويعد إعادة تحديد العلاقة بين السياسات الإجتماعية والنمو الإقتصادي من أبرز التحولات أو التغيرات الناتجة عن هذه الأزمة، فلم تعد السياسات الإجتماعية تشغل مكاناً ثانوياً بالنسبة للنمو الإقتصادي، أو أنها تتم منفصلة عنه. بل أصبح ينظر إلى السياسات الإجتماعية إستناداً إلى قيمتها الفعلية وقدرتها على تحقيق الآثار الإيجابية وتقرير النمو الإقتصادي والإجتماعي. وتولدت قناعة تنموية تؤكد على أن النمو الإقتصادي والتنمية الإجتماعية، ينبغي أن يسير جنباً إلى جنب. كما تأكد إعتراف بأن النمو الإقتصادي يتيح زيادة الإستثمارات في التنمية البشرية، بحيث تضافر ذلك مع إعتراف آخر يؤكد على أن التنمية الإجتماعية تعزز قدرات الأفراد، حتى يصبح بإمكانهم المشاركة المنتجة في عملية التنمية الإقتصادية (29).

فى هذا الوطن. فإذا حصل على هذه الحقوق، فإن ذلك يدعم قيامه بواجباته للإرتقاء بأوضاع الوطن بما يساعد على تأكيد إنتمائيه له وإرتباطه به. وأن الإخلال بالعدالة الإجتماعية من خلال إستحواذ بعض الفئات الإجتماعية على غالبية الفرص المتاحة وحرمان فئات أخرى من هذه الفرص، يعد إخلالاً بمبدأ العدالة الإجتماعية الأمر الذى يضعف إرتباط المواطنين جميعاً بوطنهم ويوهن إنتمائهم له. فالذين حصلوا على فرص أكبر، تتولد لديهم عادة "الأخذ" أو الحصول على الفرص دون تقديم عطاء مقابل للمجتمع. والذين حرّموا من هذه الفرص تتولد لديهم مشاعر الرفض والحنق لأنهم برغم قيامهم بمسئولياتهم الإجتماعية لم يحصلوا على حقوقهم أو نصيبهم من هذه الفرص. والتالى يضعف إنتمائهم لمجتمعهم وإرتباطهم به (32). وذلك يرجع إلى جوهر العقد الإجتماعى المؤسس لحالة الإجتماع الإنسانى تؤكد على مبدأ المساواة فى الفرص بحيث تشكل هذه المساواة أساساً قويا لحالة وعواطف المواطنة.

ونحن إذا تأملنا حالة العدالة الإجتماعية فى مجتمعنا فسوف نلاحظ إختلالا واضحا لمبادئ العدالة الإجتماعية فى مجالات عديدة، ويتمثل المجال الأول الذى يحتل فى إطاره مبدأ العدالة الإجتماعية لصالح الأغنياء وعلى حساب الفقراء فى نصيب مختلف الشرائح الإجتماعية من أجمالى الدخل القومى. فإستناداً إلى تقرير التنمية البشرية الصادر عن البرنامج الإنمائى للأمم المتحدة لسنة 2005 أن أفقر 10% يحصلوا على نحو 3,7 من الدخل القومى وان أغنى 20% يحصلون على نحو 41,2% من الدخل القومى. ومن شأن عدم التوازن فى توزيع الدخل القومى أن يؤدى، إذا إستمر على هذا النحو إلى تأسيس حالة من الإستقطاب الطبقي الذى تنهار فى إطاره الطبقة المتوسطة. وهو الإستقطاب الذى يؤدى فى بعض الأحيان إلى تفجر الصراع الطبقي، وفى أحيان أخرى قد يؤدى إلى ضعف الإلتئام الإجتماعى. فالأغنياء يحصلون على نصيب الأسد من الكعكة الإجتماعية، ولم يقوموا بمسئولياتهم الإجتماعية تجاه المجتمع، فإن ذلك يعد مؤشراً على ضعف إنتمائهم له ووهن إرتباطهم بهم. ولأن الفقراء فى المقابل محرومون من عديد من الفرص الإقتصادية، فإن ذلك من شأنه يؤثر على إنتمائهم الإجتماعى وإرتباطهم بمجتمعهم بطبيعة الحال

(33). وهو الأمر الذى يعنى أن غياب العدالة التوزيعية فيما يتعلق بتوزيع الفرص الاقتصادية يؤثر على العلاقة بين المواطنين والمجتمع.

بالإضافة إلى ذلك فقد تغيب العدالة الاجتماعية عن توزيع الفرص التعليمية، وترجع أهمية توفير الفرص التعليمية هنا إلى أن التعليم يشكل قاعدة الوعى. وإملاك الإنسان للوعى يجعله قادر على متابعة تطور المجتمع، بل المشاركة الإيجابية فى دفع عجلة تحديثه. يضاف إلى ذلك أنه من السهل تعبئة الشعب المتعلم فى اتجاه تحقيق أهداف مجتمعية أساسية، إضافة إلى أن التعليم يساعد فى فهم المواطن لتفاعلات وأحداث مجتمعه، ومتطلبات المشاركة والإسهام فى دفع حركته. وفى محاولة التعرف على توزيع الفرص التعليمية فى المجتمع المصرى فسوف نجد أنه إستناداً إلى بيانات تقرير التنمية البشرية فإن نسبة الأمية بين السكان البالغين فى المجتمع المصرى بلغت نحو 48,6%، كما بلغت معدلات القراءة بين السكان البالغين نحو 51,4%، وأن نسبة القيد الإجمالى فى مختلف المراحل التعليمية بلغت نحو 69%، وهو ما يعنى أن ثمة إختلال فى العدالة التوزيعية فيما يتعلق بتوزيع فرص التعليم (34). بحيث يشير ذلك إلى أن ما يقترب من نصف المجتمع لا يمتلك الوعى الكافى لمتابعة ما يحدث فيه، أو غير قادر على المشاركة الفعالة فى أحداثه. فالإنسان المتعلم والذى يمتلك الوعى يكون فى الحقيقة أميل إلى تكوين وجهة نظر فى الأحداث المحيطة به، ومن ثم الحرص على المشاركة الإيجابية فى دفع عجلة تحديثه. هذا بالإضافة إلى أن عدم العدالة فى توزيع الفرص التعليمية، إنما يعبر عن حالة من الظلم الاجتماعى الذى يصيب قطاع واضح من المواطنين ويهمشهم عن فهم ما يدور فى المجتمع وإتجاه حركته.

ويتضافر مع غياب العدالة الاجتماعية فى توزيع الفرص الاقتصادية والتعليمية غيابها كذلك عن توزيع الفرص الصحية. وتتجلى أهمية الفرص الصحية، فى أن حصول المواطنين على هذه الفرص، إلى جانب أنه يمنحهم إحساساً بتحقيق العدل الاجتماعى. فإنه يعمل على تطوير الحالة الصحية العامة للمجتمع، وهى الحالة التى إذا تحققت فإنها تعمل على الحفاظ على الصحة العامة. كما تعمل على زيادة المناعة الصحية للمجتمع بحيث يودى إرتفاع مستوى صحته العامة إلى عدم تهيئة

الظروف لانتشار الأمراض والأوبئة فى المجتمع. إضافة إلى وجود مواطنين أصحاء قادرين على دفع عجلة الإنتاج فى المجتمع. ونحن إذا تأملنا الخدمات الصحية فى المجتمع المصرى فسوف نجد أن توزيعها يخل بمبدأ العدالة الإجتماعية، فإلى جانب تردى أداء المؤسسات الصحية التى بدأ الفساد الأخلاقى يدب على ساحتها. مؤشر ذلك الأحداث التى بدأت حول سرقة أعضاء المواطنين أثناء إجرائهم للعمليات الجراحية، وهى وإن كانت حالات محدودة إلا أنه يمكن إعتبارها مؤشراً لفساد يصيب خدمة يحتاجها الجميع، بما فيهم البسطاء من البشر. فإذا تأملنا توزيع الخدمات الصحية فى مجتمعنا المصرى، فسوف نجد أن العمر المتوسط عند الولادة يصل إلى 64,8 سنة وأنه إن كان أعلى من المستوى العالمى المنخفض لهذه الخدمة (56,7) ، إلا أنه دون المستوى المتوسط (67,5). كذلك يصل عدد السكان الذين لا يحصلون على مياة صحية مأمونة 13%، والذين لا يحصلون على خدمات صحية 1% أخرى إضافة إلى عدد السكان الذين لا يحصلون على خدمات الصرف الصحى نحو 12% (35). وهو ما يعنى أن توزيع الخدمات الصحية وإن كان يقترب من تحقيق العدالة الإجتماعية، ألا أن نوعية الخدمات المقدمة لمختلف الشرائح الإجتماعية هو الذى يقلص فاعلية تحقق هذا المبدأ.

بالإضافة إلى ذلك فقد يحدث إخلال بمبدأ العدالة الإجتماعية فيما يتعلق بتوزيع الفرص وتحيزها نحو الحضر على حساب الريف. فبرغم أن الريف فى مختلف مجتمعات العالم الثالث يضم جملة السكان المنتجين فى المجتمع. لكون الريف الذى يتولى فى الغالب إعاشة الحضر على ما يذهب التراث الفكرى الإنسانى. إلا أننا نجد أن الحضر هو الذى يفوز عادة بنصيب الأسد فيما يتعلق بالخدمات الأساسية. وذلك يرجع بطبيعة الحال إلى أن أجهزة الدولة والسلطة قائمة فى الحضر، ومن ثم فهى تميل بدرجة أكثر إلى تطوير السياق الذى تعيش فيه. يضاف إلى ذلك أن سكان الحضر هم السكان الأعلى صوتاً من حيث المطالبة بحقوقهم فى الخدمات الأساسية. وفى محاولة تأمل تفعيل مبدأ العدالة الإجتماعية بين الريف والحضر فى المجتمع المصرى، فسوف نجد بداية أن سكان الريف بلغ تعدادهم الآن نحو 56% فى مقابل 44% للحضر. وبرغم ذلك نجد إستثمار الحضر بغالبية الخدمات على حساب الريف،

فمثلاً فيما يتعلق بالخدمات الصحية فسوف نجد أن هذه الخدمات متوفرة في الريف بنسبة 99% في مقابل 100% للحضر، بفجوة تصل إلى 1%. وفيما يتصل بمياه الشرب الآمنة والصحية نجد أنها متوفرة بنسبة 86% للريف في مقابل توفرها بنسبة 95% في الحضر بفجوة تصل إلى 9%. أما بالنسبة لتوفر الصرف الصحي فسوف نجد أنها متوفرة بالنسبة للريف بنسبة 26% وبالنسبة للحضر بنسبة 80% بفجوة تصل إلى 44%⁽³⁶⁾، وهو ما يشير إلى الإخلال النسبي بمبدأ العدالة الاجتماعية، وأن عانى بعض سكان الحضر من الإخلال النسبي بهذا المبدأ.

في هذا الإطار فإن عدم مراعاة مبدأ العدل الاجتماعي من شأنه أن يعمل على توسيع مساحة التهميش الاجتماعي في المجتمع، وهو ما يعنى دفع قطاع كبير من سكان المجتمع إلى هامشة. لا يتمتعون بمختلف الفرص التي ينبغي أن تكون متاحة لهم مقارنة بالآخرين الذين قد يحصلون على الفرص بوفرة أعلى من غيرهم. الأمر الذي يضعف الولاء والانتماء للوطن عند الجميع سواء الذي يحصلون على وفرة من الفرص، دون أن يسهموا في تحمل أعباء المجتمع، بما يتوازي مع الفرص التي يحصلون عليها. وهو ما يشكل قاعدة للسلوك الإنتهازي الذي يتعاملون به مع المجتمع ومن ثم بضرون بأوضاعه. أو المحرومين من الحصول على هذه الفرص وهي الحالة التي تدفعهم إلى الإنسحاب من تحمل مسئوليتهم تجاه المجتمع⁽³⁷⁾، بحيث يعانى المجتمع في جملته من خسارة إسهامات أبنائه في تطوير أوضاعه، نتيجة لعدم مراعاته لهذا مبدأ العدالة الاجتماعية والتوزيعية.

إرتباطاً بذلك تلعب إجراءات الحماية الاجتماعية دوراً محورياً في إعادة الإلتزان إلى مبدأ العدالة الاجتماعية، وذلك من خلال إجراءات عديدة. من هذه الإجراءات إعادة توزيع الفرص في مختلف المجالات بما يضمن أن يحصل هؤلاء المهمشين على قدر ملائم من هذه الفرص تؤهلهم للإندماج الاجتماعي في المجتمع، وهو الأمر الذي يقلص تهميشهم. أو أن تلجأ إلى إجراءات الحماية الاجتماعية إلى تأسيس فرص بديلة تلعب دورها كآليات لإعادة الإندماج الاجتماعي، بالإضافة إلى ذلك فقد تلعب آليات الحماية الاجتماعية لتطوير القدرات الأساسية للمهمشين والمستبعدين من

الحصول على الفرص، حتى يمكن تمكنهم بما يساعد على تحقيق الإدماج الإجماعى، والتدفق إلى المجرى الرئيسى للمجتمع.

3- الحماية الإجماعية لدفع عجلة التنمية: من الواضح أن إجراءات الحماية الإجماعية يمكن أن تلعب دوراً أساسياً فى دفع عجلة التنمية الإجماعية بما يودى إلى بناء مجتمعات أكثر إنتاجية. لكونها تعد آلية لبناء مجتمعات تسودها العدالة الإجماعية والإستقرار وتتوفر لها مقومات الإستدامة. وذلك يرجع إلى أن سياسات الحماية الإجماعية تعمل بإتجاه تأسيس الأطر المؤسسة الازمة لدمج مبادئ المساواة الإجماعية وحقوق الإنسان فى السياسات العامة للدولة، إضافة إلى تأسيس البرامج التى تعمل بإتجاه التخفيف من حدة الفقر والأقصاء الإجماعى وإخمد بؤر التوتر الإجماعى، وتحسين الرفاه العام لجميع المواطنين على إختلاف فئاتهم. وقد أظهرت التجارب فى المجتمعات ذات الدخل المرتفعة نذكر منها إستراليا ونيوزيلندا واليابان، إضافة إلى نماذج من أمريكا الشمالية وأوربا، أن الإستثمار فى التنمية الإجماعية، التى تشكل الحماية الإجماعية أحد أبعادها الأساسية يودى إلى بناء مجتمعات أكثر إنتاجية وقدرة على الإستدامة. وإرتباطاً بذلك فقد قامت مجتمعات عديدة من شرق أسيا بإستثمارات ضخمة فى مجالات إجماعية تسهم فى النهاية فى تعزيز إنتاجية التنمية الصناعية. وإستفادت بعض مجتمعات أمريكا اللاتينية من سياسات الحماية الإجماعية فى تخفيف حدة الفقر وتعزيز المساواة، ذلك أن سياسة الحماية الإجماعية السلمية من حيث التصميم والتنفيذ تعد أداة فعالة فى إستراتيجيات التنمية الوطنية الهادفة إلى بناء مجتمعات تسودها المساواة، وتوفير فرص العمل، وتعزيز النمو الإقتصادى، ومكافحة الإقصاء الإجماعى ودرء النزاعات. وبذلك فإن سياسات الحماية الإجماعية الفعالة ينبغى أن تتضمن أهدافاً إجماعية واضحة مثل التشغيل الكامل، وتخفيف حدة الفقر، والحماية الإجماعية وتوفير الخدمات الإجماعية الأساسية مثل التعليم والرعاية الصحية (38).

بالإضافة إلى ذلك يمكن أن تلعب برامج الحماية الإجماعية دورها فى إعادة تأهيل العنصر البشرى، بما يحقق التنمية البشرية المستدامة، التى أصبحت أحد الأبعاد

الهامة للتنمية الاقتصادية، بحيث يتحقق ذلك من خلال تأسيس الظروف الملائمة لزيادة إنتاجية عنصر العمل من خلال إجراءات عديدة. أول هذه الإجراءات تأهيل أو إعادة تأهيل عنصر العمل بما يساعد إمتصاص البطالة، ودفن طاقات عمل جديدة لسوق العمل تساعد فى تشغيل عجلة الإنتاج الإقتصادى، ولأن طاقة العمل عنصر إقتصادى فإن إعادة التأهيل يساعد فى إضافة قيم إقتصادية متجددة تؤكد غستدامة التنمية الإجماعية الإقتصادية (39). بالإضافة إلى ذلك فإن دفع قوى جديدة إلى سوق العمل تحصل على دخول من شأنه أن يدفع من القيمة الشرائية، وهو ما يساعد بصورة غير مباشرة فى دفع عجلة التنمية الإقتصادية التى تؤدى إزدهارها إلى توفير العوائد التى بواسطتها يمكن أن ترفع من فاعلية سياسات الحماية الإجماعية.

4- قطع الطريق على الإرهاب ومظاهر الإحتجاج الإجماعى: من الواضح أن ظواهر التطرف والعنف والإرهاب على الصعيد العالمى والإقليمى وظواهر الإحتجاج الإجماعى على الصعيد القومى من الظواهر والسلوكيات التى بدأت تقلق نظامنا العالمى المعاصر. وبرغم أن بعض الإرهاب يعبر عن مقاومة مشروعة تقوم بها جماعات وطنية وقومية ضد قوى القهر والطغيان العالمى، إلا أن نظامنا العالمى لم يعد يتحمل فاعلية أية جماعات تسعى إلى هز إستقراره. وإذا كانت ظواهر التطرف والإرهاب ترجع إلى ضغوط التوتر الذى يتراكم داخل أبنية المجتمعات المتخلفة والنامية، بسبب فشل الأداء افقتصادى، وتعثر التحول الديمقراطى، وعجز حكومات هذه المجتمعات عن إشباع الحاجات الأساسية لمواطنيها، إضافة إلى العنت الأمنى الذى تفرضه هذه الحكومات لفرض الإستقرار بقوة القانون وليس بتوفير إشباع الحاجات. ويزداد الطين بلة إذا تصورت بعض الشرائح أو الجماعات أن هذه الحكومات الفاشلة باقية بسبب دعم القوى العالمية لها، وهى ما يجعل ظواهر الإرهاب تطول عادة الحكومات الفاشلة فى مجتمعات العالم الثالث إضافة إلى القوى العالمية المتحالفة معها.

ذلك يعنى أن ظواهر الإرهاب والإحتجاج الإجماعى هى النتاج الطبيعى للظروف السياسية والإقتصادية فى بعض المجتمعات النامية والمتخلفة وذلك لأن التفاعل الإقتصادى والسياسى يؤدى إلى توسيع مساحة التهميش الإجماعى. فالتغيرات

الهيكلية التي يعنى التحول من القطاع الحكومى والعام إلى القطاع الخاص بإعتباره الذى يقود التنمية الإجتماعية الإقتصادية وهو قطاع لم ينم بالدرجة الكافية التى تجعله قادراً على توليد أو إنتاج فرص عمل تستوعب نسبة عالية من السكان فى سن العمل، إضافة إلى ممارسات الفساد والتحايل التى تسوده فى أحيان كثيرة، الأمر الذى يدفع هذا القطاع إلى الإستغناء عن عمالة يرى أنها زائدة عن حاجته، إضافة إلى عدم قدرته على إمتصاص عمالة جديدة، بحيث نجد أن ظاهرة البطالة على هذا النحو يتزايد حجمها، وبذلك يستبعد قطاع كبير من السكان فى العمل من إمكانية الحصول على فرصة عمل، وهى الحالة التى تعرف بالتهميش الإقتصادى مع ما يترتب على ذلك من سلوكيات إنحرافية عديدة (40).

بالإضافة إلى ذلك تلعب المتغيرات السياسية دورها فى توسيع حالة من التهميش السياسى، وذلك حينما يعمل النظام السياسى بإتجاه إعاقه التحول الديموقراطى من خلال مخالفته أو عصيانه إتباع مبادئ إدارة الحكم الرشيد Good Governance، وبديلاً لذلك تصبح الآلة الأمنية هى وسيلة فى السيطرة وفرض الإستقرار الإجتماعى. ويزداد الأمر سوءاً حينما يحدث تداخل بين الفساد الإقتصادى والسياسى بحيث تجد جماهير المواطنين فى شرائح كثيرة منها مهمشة، فمشاركتها شكلية وليست ذات فى سائر عمليات التفاعل السياسى والإقتصادى، والقرار السياسى من إختصاص الزعيم الأوحد والطمعة الفاسدة (41)، وأحوال الوطن تتحرك من سئ إلى أسوأ، وإن كل شئ يسير وتجسد بدون مشاركة شرائح واسعة من الجماهير، التى تشعر أنها إستبعدت وهمشت إلى ضفاف المجتمع. ومن الطبيعى أن يشكل ذلك وضع موتراً لها، ومن الطبيعى أيضاً أن يتراكم مخزون التوتر فى فضاء المجتمع. وحينما يتزايد مخزون التوتر فإنه قد ينفجر إحتجاجاً، فإذا لعبت العصا الأمنية دورها فإن الإحتجاج الصامت يتحول إلى إحتجاج صريح، والإحتجاج الصريح يتحول عنف، واضح وصريح أيضاً، أحيانا يكون لهذا العنف هدف وهو عنف ثورى يظهر النفس على ما يذهب قرانز فانون. وأحيانا يكون طرفاً وإرهاباً يدمر ذاته والقوى القاهرة له، كأنما يدمر المعبد على رأس أعدائه.

فى هذا الإطار يمكن لبرامج الحماية الإجتماعية أن تلعب دوراً أساسياً، بتوفير الحدود الدنيا لإشباع الحاجات الأساسية وبذلك تقطع الطريق على تراكم التوتر الإجتماعى، أو على الأقل التخفيف منه، بالإضافة إلى ذلك فقد تعمل برامج الحماية الإجتماعية بالإضافة إلى تحقيق إشباع الحاجات الأساسية، العمل بإتجاه بناء قدرات المهمشين والنتظرين على ضفاف المجتمع، حتى يمكنهم إستناداً إلى إمتلاكهم لهذه القدرات التدفق من جديد إلى المجرى الرئيسى والإسهام فى تفاعلاته وتأكيد إستقراره وإستمراره ودوام وجوده حياً وفعالاً. إرتباطاً بذلك فإنه على الموجهين لبرامج الحماية الإجتماعية أن يدرسوا السباب المسئولة عن التهميش الإجتماعى، وكذلك للإحتجاج الإجتماعى حتى يتمكنوا من تأسيس وتصميم برامج للحماية الإجتماعية القادرة والفعالة.

المراجع

1- على ليلة: الأمن القومى العربى فى عصر العولمة "الكتاب الثانى" تفكيك المجتمع وإضعاف الدولة، دار قرطبة للنشر والتوزيع، الرياض، تحت النشر، 2010 ص 211.

2- Sumarto, S & Suryahi, A and Bazzi S. : Indonesias Social Protection during and After The Gisis "in" A. Barriennetos and D. Hume (eds) Social Protection for The Poor and The Poorest, 2008, Basingstock Studies in Devel opment. P. 27.

3- Ibid, P. 36.

4- Ibid, P37.

5- زياد عبد الصمد: دور المجتمع المدنى فى الحماية الإجتماعية، المنتدى

العربى للسياسات الإجتماعية، بيروت، 28-29 أكتوبر 2009، ص 17.

6- دور شبكات الحماية الإجتماعية فى الحماية من مخاطر الخصخصة،

<http://www.ahewar.org/debat/show.art.asp.p.16>

7- نفس المرجع، ص 17.

8- زياد عبد الصمد: مرجع سابق، ص 13.

9- الحماية الإجتماعية، خدمة أم حق

<http://www.tymat.org/?9=node11844,P.1>

- 10- Baulch, Bob & Wood, Joe and Weber, Axel:
Developing social Protection Index for Asia,
Development Policy Review, 2006, Vol 24. No.1, Pp 2-29.
- 11- Ibid, P. 18.
- 12- Bob Baulch and Others: Op, Cit, Pp. 6-7.
- 13 – Ibid, P.g.
- 14- على ليلة: الأمن القومي العربي فى عصر العولمة، مرجع سابق ص
.183
- 15 – Stiglitz, Joseph: The Global Crisis, Social Protection
and Jobs, International Labor Review. Vol. 148, 2009,
No.2 P,13.
- 16- على ليلة: النظرية الإجتماعية المعاصرة، دراسة لعلاقة الإنسان
بالمجتمع، المكتبة المصرية للنشر والتوزيع، الطبعة الرابعة، 2002، ص
.196
- 17- نفس المرجع، ص 283.
- 18- زولتان تار: النظرية الإجتماعية ونقد المجتمع، "ترجمة" على ليلة،
المكتبة المصرية للنشر والتوزيع، الإسكندرية، 2002، ص 63.
- 19- Merton, Robert: K: Social Theory and Social
Structure. The Free Press of Glencose, 1962.Pp 43-45.
- 20- على ليلة: دور المنظمات الأهلية فى مكافحة الفقر، الشبكة العربية
للمنظمات الأهلية، 2002، ص 165.
- 21- Nolustshungu, Sam C. : Margins of Insecurity,
Mirorities and International Security, University of
Rochester Press, 1996, P, 38.
- 22- نشأة نظم الحماية الإجتماعية وأنماطها
. <http://www.swmsa.net/articles.php>
- 23- نفس المرجع.
- 24- نفس المرجع.
- 25- نفس المرجع.
- 26- صندوق النقد الدولى والدول النامية، تقييم التجربة.. بأقلام أصحابها
. <http://mdarik.islamonline.net/servlet/satellite.p13>

- 27- نفس المرجع.
- 28- نفس المرجع.
- 29- هل من سياسة إجتماعية بالمغرب.
- <http://www.ahewar.org/debat/show.art.asp>
- 30- دور شبكات الحماية الإجتماعية فى حماية الفقراء من مخاطر
الخصخصة، مرجع سابق، ص 20.
- 31- نفس المرجع.
- 32- على ليلة: دور المنظمات الأهلية فى مكافحة الفقر، مرجع سابق، ص
63.
- 33- على ليلة: الأمن القومى العربى فى عصر العولمة، مرجع سابق،
ص 123.
- 34- نفس المرجع، ص 127.
- 35- نفس المرجع، ص 133.
- 36- على ليلة: المسئولية الإجتماعية، تعريف المفهوم، وتعيين بنية
المتغير، المؤتمر السنوى للمركز القومى للبحوث الإجتماعية والجنايية
2009، تحت النشر ص 5.
- 37- على ليلة: العدالة الإجتماعية كمدخل لتأكيد الإنتماء الإجتماعى، مجلة
الديموقراطية، يناير 2009، ص ص 27-48
- 38- نفس المرجع.
- 39- على ليلة: الأمن القومى فى عصر العولمة، مرجع سابق ص 312.
- 40- أمانى قنديل، على ليلة: إدارة الحكم الرشيد، الشبكة العربية
للمنظمات الأهلية، 2008، ص 113، ص 213.
- 41- نفس المرجع، ص 217.

الفصل الثالث

تمهيد

- أولا : مسئولية الحماية الاجتماعية
ثانيا : آليات الحماية الاجتماعية
ثالثا : غياب الحماية الاجتماعية وضعف الانتماء

M

أشرنا فى الفصل السابق الى ارتباط ظهور مفهوم الحماية الاجتماعية بزيادة مساحة التهميش الاجتماعى ، الذى يعنى إستبعاد مجموعة من الفئات الاجتماعية من المجرى الرئيسى للمجتمع الى ضفافه . لأن إتساع مساحة التهميش فى المجتمع وزيادة الفئات المستبعدة سوف يعنى مواجهة المجتمع لأزمة ، وهو ما تحاول فلسفة الحماية الاجتماعية تجنبه . وذلك لاستعادة قدرات المجتمع وطاقاته للإنتلاق فى اتجاه عملية التنمية والتحديث . ولتحقيق الحماية الاجتماعية لدورها فى حماية المجتمع / فإننا نفهم الحماية باعتبارها تتضمن ثلاثة أبعاد أساسية .

يدور البعد الأول حول مسئولية الحماية الاجتماعية ، أى حول من الفاعل المسئول عن توفير الحماية الاجتماعية للفئات المهمشة . ويشير البحث فى هذا الصدد الى أن الفاعل المسبب لحالة التهميش الاجتماعى ، هو ذاته الفاعل الذى ينبغى أن يلعب دوراً أساسياً فى توفير الحماية الاجتماعية ، وفى هذا الإطار فإننا نعتقد أننا أمام خمسة فاعلين أولهم الفرد ذاته ، الذى ينبغى أن يعمل على تطوير قدراته فى الاتجاه الذى ييسر له أداء دوره الفعّال فى المجتمع . وفى هذا الإطار فإن الفرد مطالب بقدرة عالية على المرونة وإمكانية التحول ، حتى يضع ذاته فى المكان المناسب للإسهام فى حركة المجتمع . كذلك تقع على الجماعة المباشرة للفرد مسئولية حمايته إجتماعياً ، مستفيدة من رأس المال الاجتماعى المتيسر لديها ، والذى من الممكن أن تزود به الفرد لتطوير أوضاعه . إضافة الى الدولة التى ينبغى أن تطور السياسات الاجتماعية والاقتصادية التى تستهدف تقليص مساحة التهميش الاجتماعى ، وزيادة إمكانيات وموارد التمكين والإدماج الاجتماعى . فإذا تقاعست الدولة فى أداء دورها فى هذا الإتجاه ، فإن عليها أن تبذل جهداً واضحاً فى تحقيق الحماية الاجتماعية للفئات التى لم يستطع المجتمع إستيعابها فى مجراه الرئيسى فوقعت اسيرة للتهميش الاجتماعى . بالإضافة الى ذلك فإن على الدولة أن تعمل أيضاً بإتجاه صياغة التآزر بين الجهود التى تقوم بها الجهات المختلفة لتحقيق الحماية الاجتماعية للفئات المستبعدة أو المهمشة . يضاف على ذلك القطاع الهام ، الذى تقع عليه بعض مسئولية النتائج أو الآثار السلبية الناتجة . عن التغيرات الهيكلية ، والتى لعبت دوراً محورياً فى زيادة مساحة التهميش الاجتماعى . يضاف الى ذلك تنظيمات المجتمع المدنى التى برز دورها فى العقود الأخيرة ، والتى تؤدى دورها فى إتجاه تقليص التهميش الاجتماعى على الصعيد العالى . سواء التهميش الناتج على سلبين سياسات القوى العالمية أو عجز الدولة

أو سلبيات وأناية القطاع الخاص . ومن ثم فقد برز المجتمع المدني لى يتحمل أعباء القيام بمهمة القيام بدمج الفئات المهمشة بهدف تقليص مساحة التهميش الاجتماعى . ويتشكل البعد الثانى من الفئات التى تحتاج الحماية الاجتماعية . وإذا كانت المجتمعات الأولية ذات الطابع الجماعى تمتلك إمكانيات كبيرة لتحقيق التكامل الاجتماعى الذى يعنى بسط مظلة الحماية الاجتماعية لتشمل الذين يحتاجونها ، لذلك لم تعرف المجتمعات الأولية مساحات واسعة من التهميش الاجتماعى . غير أنه بدخول المجتمعات إلى ساحة التحديث وشيوع القيم الفردية ، بدأت ظاهرة التهميش والاستبعاد الاجتماعى تتسع ، خاصة أن المجتمعات التى تؤكد على القيم الفردية هى مجتمعات ليبرالية بالأساس ، يخضع التفاعل الاجتماعى لقانون السوق . ونتيجة لذلك بدأت مساحة التهميش والاستبعاد الاجتماعى الاجتماعى فى الإتساع ، خاصة فى المجتمعات المتخلفة والنامية الضئيلة الموارد ، والتى يدمر الفساد والحكومات العاجزة ، القدر الكبير من مواردها . بحيث خضع للتهميش الاجتماعى فئات كثيرة ، ابرزها الفئات الفقيرة ، والمرأة وسكان العشوائيات والطفولة ، وهى فئات تحتاج الى تقليص تهميشها وإعادة دمجها فى المجرى الرئيسى للمجتمع .

ويتصل البعد الثالث بعلاقة الإدماج الاجتماعى بالتنمية الاجتماعية والإنتماء الاجتماعى . وفى هذا الإطار من المعتقد أن الحركة بين الحالتين تمر بعده محطات أساسية . المحطة الأولى تتعلق بالسياسات والبرامج والبرامج الاجتماعية لتقليص مساحة التهميش الاجتماعى ، كمقدمة لتأسيس عملية الإدماج فى المجرى الرئيسى للمجتمع ، ولتحقيق ذلك فإنه يتطلب تطوير قدرات المهمشين ، حتى يمتلكوا إمكانيات المشاركة على الصعدة الاقتصادية والسياسية والاجتماعية والثقافية . ومن الطبيعى أنه إذا أتاحت لهم فرصة المشاركة وتقديم طاقاتهم الى التنمية فى مقابل الحصول على بعض فرصها ، فإن ذلك من شأنه أن يؤكد إرتباطهم بوطنهم وإنتمائهم القوى له ، فى زمن تحتاج فيه المجتمعات والدول القومية الى دعم عواطف وروابط المواطنة ، فى عالم تحكمه العولمة ، وتهدد بالقضاء على هذه العواطف والروابط ، وهو مانع عرض لمضامينه فى الصفحات التالية .

أولاً: مسؤولية الحماية الاجتماعية

من الطبيعى أن نتساءل عن الفاعل المنوط به تحمل عبئ الحماية الاجتماعية للمستبعدين أو المهمشين المنتظرين على ضفاف المجتمع . الإجابة نعر عليها إذا تأملنا مساحة المجتمع، بإعتباره الهدف التى تسعى كافة الأطراف إلى القيام بمسئولياتها الاجتماعية للحفاظ على تماسكه وإستقراره من خلال طرح برامج الحماية الاجتماعية فرادى أو مجتمعه، فإننا سوف نجد أنفسنا فى مواجهة خمسة أطراف أساسية. هم الفاعلون المنوط بهم القيام

بمسئولياتهم الاجتماعية تجاه المهتمين حتى نضمن استقرار المجتمع من ناحية، وإندماج المهتمين من أفراده لفاعلية برامج الحماية الاجتماعية من ناحية ثانية، وإملاكه القدرة والقابلية للتحديث والتطور من ناحية ثالثة. بيد أننا إذا تأملنا الأطراف التي عليها مسئوليات اجتماعية تجاه المجتمع، وقيامهم بفاعلية لإنجاز مسئولياتهم الاجتماعية فإننا نستطيع إلقاء الضوء على حقيقتين. الأولى أن تبلور المسئولية الاجتماعية لمختلف الفاعلين أو الأطراف لم تتحقق في معية واحدة أو في فترة تاريخية واحدة، بل إننا نجد بديلاً لذلك أن هناك تتابع في ظهور وتبلور الفاعلين المنوط بهم القيام بمسئوليات اجتماعية تجاه الحماية الاجتماعية للآخرين. وعلى هذا النحو، فإننا نجد أن المسئولية الفردية هي التي شكلت نقطة البداية في ظهور أنماط المسئولية الاجتماعية في هذا الاتجاه، وإن كان هناك خلاف بين الاتجاهات النظرية فيما يتعلق بذلك. وفي أعقاب ذلك برزت المسئولية الاجتماعية للجماعة، ثم المسئولية الاجتماعية للدولة كما يعبر عنها النظام السياسي، وأخيراً ظهرت المسئولية الاجتماعية للقطاع الخاص، ثم المسئولية الاجتماعية للمجتمع المدني الذي تبلور وجوده مع نهاية القرن العشرين. بحيث نستطيع القول بأن أداء هؤلاء الفاعلين لمسئولياتهم الاجتماعية، إنما يستهدف بالأساس تآزرها للإرتقاء بالواقع الاجتماعي وتقليص مساحة التهميش الاجتماعي، التي تعنى إستبعاد قيام بعض البشر بمسئولياتهم الاجتماعية. وسوف نعرض فيما يلي لطبيعة أنماط المسئولية الاجتماعية التي يقوم بها كل طرف من الأطراف الفاعلة على ساحة المجتمع.

1. المسئولية الاجتماعية للفرد: تشكل المسئولية الاجتماعية للفرد الدائرة الأولى من دوائر المسئولية. وهي الدائرة التي يصبح الفرد فيها هو الفاعل المحوري وحسبما يذهب "جون ستيورات مل" فإن الفعل الأخلاقي والمسئولية الأخلاقية لا تفرض على الإنسان من خارجة، ولكن المسئولية هي تعبير مقصد صاحبها، كما هي تعبير عن إرادته⁽¹⁾. ولأن الفرد كائن اجتماعي وأخلاقي فإن حالة الاجتماع تنبع من داخله، ومن داخله أيضاً تتشكل الأخلاق التي تنظم حالة الاجتماع. فإذا التزم الإنسان بهذه الأخلاق للمساهمة في بناء حالة الاجتماع فإن ذلك يعد تعبيراً عن مسئوليته الاجتماعية. وحتى تصبح الإرادة - أصل المسئولية الاجتماعية - مكتملة فلا بد أن تستند إلى قاعدة من المعرفة والخبرة والفترة الإيجابية الخيرة التي تنزع بالفرد تجاه الإرتقاء بالآخر. وهي المضامين المعنوية التي يصل إليها الإنسان وتحدد مسئوليته الاجتماعية. لذلك يرى هذا الموقف أن الفرد الذي يمتلك المعرفة، هو الفرد الذي يمتلك القدر الملائم من العقلانية، والعقلانية هنا تحدد غايات وأهداف المسئولية، كما تحدد أكثر الوسائل

ملائمة لتحقيق أو إنجاز أهداف هذه المسؤولية⁽²⁾. ولأن الفرد له طبيعته الإخلاقية، فإن المسؤولية التي تترتب على ذلك من الضروري أن تكون ذات طبيعة أخلاقية كذلك. وفي إطار المسؤولية الاجتماعية للفرد فإننا نجد أن الفرد عليه واجبات لكل دوائر المسؤولية الاجتماعية التي تتلو دائرة المسؤولية الفردية، فعليه مسؤولية تجاه الجماعة التي ينتمي إليها أيا كانت طبيعتها. ولما كان الفرد ينتمي إلى عدة جماعات، فإنه عادة ما يدرج هذه الدوائر حسب درجة إقترابها منه، وحسب مدى محوريتها في إشباع حاجاته الأساسية وهنا نجد أن الأسرة أو الجماعة القربانية هي الأكثر قترابا من الفرد، يتلو ذلك إتجاه المسؤولية الفردية بواجباتها وحقوقها إلى إطار الجماعة الإثنية، أيما كان المتغير الذي يحدد هوية الجماعة الإثنية، بالإضافة إلى ذلك تتجه بعد ذلك بواجباتها تجاه المجتمع المحلي ثم المجتمع العام⁽³⁾. وهو ما يعنى أن المسؤولية الفردية تحتوى على حزمة من الواجبات توزع على الدوائر الاجتماعية المتتابعة والمحيطة بالفرد، وفي مقابل ذلك تحتوى على حزمة من الحقوق التي يحصل عليها الفرد بالمقابل. بيد أنه كلما كانت الدائرة المحيطة بالفرد أقرب كلما كانت الحقوق والواجبات التي تشكل بنية المسؤولية موجهة بصورة مباشرة في إتجاهى الواجبات والحقوق. فى هذا الإطار فإننا إذا تأملنا المسؤولية الاجتماعية للفرد على مرجعية الحماية الاجتماعية فسوف تبرز أمامنا أربعة حقائق.

حيث تتمثل الحقيقة الأولى فى أن المسؤولية الاجتماعية للفرد ترتبط عادة بدورة حياته، فهي تنمو محدودة فى فترة الطفولة، ثم تبدأ فى الإتساع حتى تصل إلى أوجها فى عقدي منتصف العمر، ثم تبدأ فى التقليل فى مرحلة الكهولة والشيخوخة. يضاف إلى ذلك إهتزاز توازن بنية المسؤولية الاجتماعية حيث نجد أن حزمة الحقوق تتجاوز الواجبات، وهي ترتبط فى عدم توازنها بدورة الحياة كذلك. حيث نجد أنها تميل إلى بعد الحقوق على حساب الواجبات فى مرحلة الطفولة والشيخوخة إلا أنها تكون متوازنة عادة فى عقود منتصف العمر. وتتصل الحقيقة الثانية فى أننا إذا تأملنا المسؤولية الفردية فسوف نجد أنها غير محدده المعالم نسبيا فى الجماعات الأولية أو حتى المجتمعات الأولية كالريف، فالحدود غير واضحة بين مسؤولية الفرد ومسؤولية الجماعة، فى حين أننا نجد فى المجتمعات التي قطعت شوطا على طريق التحديث والتقدم، فإن المسؤولية الفردية تصبح متميزة عن المسؤولية الاجتماعية. إضافة إلى أن بنية الحقوق والواجبات تصبح متوازنة فى المجتمعات المتقدمة وإن جنحت إلى إتساع مساحة الحقوق على عكس نظيرتها فى المجتمعات الأولية حيث الجنوح بإتجاه الواجبات⁽⁴⁾. وتشير الحقيقة الثالثة أنه وإن كانت المسؤولية الفردية هي تولت إستناداً إلى المكون أو الميل الإجماعى بداخل الإنسان، تشكيل الجماعة، فإنه بمجرد إكتمال تشكل الجماعة والمجتمع، فإن المجتمع يتولى بعد ذلك تشكيل المسؤولية الاجتماعية للأفراد ويعين حدودها إستكمالاً لذلك تشير الحقيقة الرابعة إلى أن ثمة ميل

إيثارى لدى الإنسان إلى الإهتمام بالآخر، بعد أن يفرغ من الإهتمام بذاته. فى هذا السياق فإننا نجد أن الإحسان للأخر والدفاع عنه متى كان ضعيفاً إنما هو تعبير عن فطمة خيرة وإيجابية تجاه هذا الآخر. تأكيداً لذلك الجهود التى يبذلها العظماء وكل الآخرين للإرتقاء بأوضاع مجتمعاتهم، والأخرى من ذوى لحمتهم.

2. المسئولية الإجتماعية للجماعة: ينتمى الفرد بحكم المكون الإجتماعى بداخله إلى عضويته جماعات عديدة، كما يتشكل المجتمع من ذات الجماعات، التى قد تتسع لتأخذ شكل الفئات الإجتماعية، أو حتى الطبقات. ومن المتفق عليه أن أى جماعة إجتماعية تقع عليها مسئولية إجتماعية محددة تجاه الأفراد كمستوى أدنى، وتجاه المجتمع كمستوى أعلى، وفى هذا الإطار يمكن أن تبرز مجموعة من الحقائق الأساسية. وتشير الحقيقة الأولى إلى أن الجماعات المشكلة لبناء المجتمع تتباين عادة من حيث وظيفة المسئولية الإجتماعية التى تضطلع بها. وإذا افترضنا أن للمجتمع حاجات، فإن الجماعات والأفراد المشكلين لهذه الجماعات - حسبما يذهب إميل دوركايم - ما هم إلا ادوات لإشباع هذه الحاجات (5). وحسب محورية الوظائف التى تؤديها مختلف الجماعات بالنسبة للمجتمع، تتحدد مكانتها بنفس القدر، وعلى ذلك تتباين الجماعات من حيث درجة إرتباطها العضوى ببناء المجتمع. فجماعة الأسرة أو العائلة تشغل مكانة محورية فى بناء المجتمع، على خلاف جماعة النادى أو جماعة قضاء وقت الفراغ. وتتصل الحقيقة الثانية بأنه إذا كان بناء المجتمع متماسكا، ويعيش فى ظل حالة من التوازن أو الإستقرار الإجتماعى، كلما كانت الواجبات والحقوق المشكلة لبنية المسئولية الإجتماعية لهذه الجماعات متجانسة. فى حين أننا نجد أنه كلما سادت المجتمع حالة من الفوضى الإجتماعية، كلما تباينت الجماعات من حيث بنية المسئولية الإجتماعية التى تضطلع بها، فبعض الجماعات قد تحصل على حقوق أكثر بينما تضطلع بواجبات أقل. وهو الأمر الذى يؤدى بروز المسئولية الإجتماعية الناقصة فى مقابل المسئولية الإجتماعية الفائضة (6).

فالمسئولية الإجتماعية الناقصة للجماعة تتميز بأن توازن الحقوق والواجبات لغير صالح الحقوق ولصالح الواجبات، بمعنى أن الجماعة تقوم بواجبات أكثر من الحقوق التى تحصل عليها. أما المسئولية الإجتماعية الفائضة، فتعنى أن بعض الجماعات تحصل على حقوق أكثر مما تؤدى من واجبات. ذلك يعنى أن تباين الجماعات من حيث طبيعة المسئولية الإجتماعية، من المحتمل أن يكون سببا فى إندلاع حالة الصراع الإجتماعى بين الجماعات من ناحية، أو بينها وبين النظام السياسى من ناحية ثانية.

وتذهب الحقيقة الثالثة إلى تباين الجماعات المشكلة لبناء المجتمع إلى ثلاثة أنماط من الجماعات. أول هذه الأنماط هى الجماعات الإثنية أو الأثرية، حيث العضوية فى هذه الجماعات

تكون عادة بالمولد، كالجماعة القرابية والجماعة العرقية والجماعة الدينية. ونظراً لأن هذا النمط من الجماعات هو الذى يخلع على الفرد بعض هويته، فإن الإلتواء لهذا النوع من الجماعات يكون أقوى، إلى الدرجة التى يرى فيها الفرد أنه من الإيجابى أن يمنح الجماعة مضامين واجباته نحوها دون إنتظار للحصول على حقوق بنفس القدر، ومن ثم يكون إنتماؤه أقوى لهذا النمط من الجماعات. على خلاف ذلك نجد الجماعات ذات الطبيعة التنظيمية كالمدرسة والجامعة ومؤسسة العمل، حيث ينتظم الأفراد فى هذا النمط من الجماعات كمدخل لتنظيم المجتمع. وفى العادة نجد أن للإنسان حقوق تتوازى مع الواجبات التى يؤديها لهذه الجماعات، وفى العادة تكون الواجبات والحقوق مدونة وليست شفوية. وإذا كانت قيم العزوة والخصوصية هى ما يميز جماعات النمط الأول، فإن جماعات النمط الثانى تعتمد بالأساس على قيم الإنجاز. وإذا كان الفرد يعتمد على النمط الأول من الجماعات عاطفياً، لأنها التى تحدد له مكانته فى المجتمع، بإعتبار ان مكانتها مرجعية لذلك، فإن علاقته بالنمط الثانى ذو طبيعة مصلحة بالأساس، حيث يعتمد التفاعل فيها على تبادل القيم والمصالح (7).

على خلاف ذلك نجد النمط الثالث من الجماعات التى تتميز بأنها ذات طبيعة تطوعية، حيث يلتحق بها الإنسان لإحساس متزايد بالمسئولية الإجتماعية التى تفرض عليه مساعدة الآخرين وتمكينهم بالمنظمات غير الحكومية. أو أن الالتحاق بها يتم لعوامل وأسباب ثانوية كالنادى الرياضى، وجماعة قضاء وقت الفراغ. وفى العادة نجد أن المسئولية الإجتماعية لهذه الجماعات ذات طبيعة إثارية، لأن الجماعة ذاتها تهدف إلى الارتقاء بحياة الآخرين غير الممكنين من الضعفاء، والفقراء والشباب وسائر المهمشين فى المجتمع، حيث يؤدى الأفراد فى هذا النمط من الجماعات واجباتهم، غير أنهم لا يسعون كثيراً وراء الحصول على حقوق (8).

فإذا تأملنا دور الجماعة فى الحماية الإجتماعية للفرد، فإننا سوف نجد أنفسنا أمام نمطين من ممارسة الحماية الإجتماعية. النمط الأول ممارسة الجماعات الأولية أو الجماعات الإريثية، حيث يضمن هذا النمط من الجماعات الحماية لأفرادها ويستجيب لحاجاتهم متى كانوا فى حاجة إلى ذلك إبتداء من إعتقاد الفرد على هذه الجماعة عاطفياً فى إشباع حاجاته الأساسية وحتى الإعتقاد عليها مادياً. ويسود هذا النمط من الجماعات فى المجتمعات التقليدية، وتتحدد فاعلية هذا النمط فى الحماية الإجتماعية بحدود الجماعة ذاتها. وتشكل الجماعات الطوعية النمط الثانى من الجماعات وهى تتشكل إرادياً، وتلعب أدوار الحماية الإجتماعية بأبعادها المختلفة بالنسبة للأفراد المنتمين لها، أو للمهمشين بصفة عامة. ويدخل فى هذا النمط من الجماعات تنظيمات المجتمع المدنى بكل أطيافها.

3. المسؤولية الاجتماعية للقطاع الخاص: مع تحول مجتمعات العالم إلى الأيديولوجيا الليبرالية، حيث أصبحت الأيديولوجيا الليبرالية هي الموجه للفعل والآداء بالنسبة لغالبية مجتمعات الجنوب وأوروبا الشرقية منذ بداية الستينيات، بعد أن توارت إلى خلفية المسرح العالمي الأيديولوجيا الاشتراكية. فقد كان من الطبيعي أن يتضافر هذا التحول الأيديولوجي مع تحولات واقعية دفعت بالقطاع الخاص إلى مركز الصدارة في قيادة عملية التنمية والتحديث في هذه المجتمعات. في هذا الإطار بدأت مناقشة المسؤولية الاجتماعية للقطاع الخاص، خاصة بعد أن اتسعت فاعليته، لتصبح ذات طبيعة عالمية بانتشار صيغة الشركات المتعددة الجنسية، وتضافرها مع موجات العولمة. التي إنطلقت من السياقات الاجتماعية الاقتصادية للقوى الكبرى المسيطرة على النظام العالمي، مع ما صاحبها من إتساع رقعة التهميش الاجتماعي سواء على الصعيد العالمي أو على صعيد مجتمعات الجنوب. الأمر الذي أثرت معه قضية هامة تتمثل في أنه إذا كان العالم قد تحول إلى سوق كبيرة يجنى منها القطاع الخاص أرباحاً التي يحصل عليها من مصادر أو موارد أساسية في هذا العالم، فإن على القطاع الخاص مسؤولية اجتماعية بأن يعمل على توجيه جزء من أرباحه إلى السياقات الاجتماعية التي تشكل بيئته ليعمل على تطويرها، بما يجعلها باقية كبيئة مواتية له على الصعيد الاقتصادي والاجتماعي والسياسي والثقافي. على هذا النحو برزت أهمية المسؤولية الاجتماعية لرجال الأعمال أو القطاع الخاص على صعيد الفكر الاقتصادي والتنموي، وقيامهم بجهود الحماية الاجتماعية المتنوعة للمهمشين الذين تم إستبعادهم بفعل التحولات الهيكلية.

إستناداً إلى ذلك رأى التنظير الاجتماعي المهتم بالمسؤولية الاجتماعية أن القطاع الخاص تقع عليه المسؤولية الاجتماعية لتطوير أوضاع المهمشين والفقراء وأن عليه أخلاقياً أن يقوم بمطالبات هذه المسؤولية، التي تصدر مستندة إلى أهمية إدراك المسؤولين عن القطاع الخاص، أنه كلما إرتقت نوعية الحياة بالنسبة لمختلف فئات المجتمع، كلما أتسع نطاق السوق، الأمر الذي يعنى تدفقاً للسلع وعائداً أكبر من الأرباح، وهو ما يعنى أن جهود القطاع الخاص في تطوير نوعية الحياة في المجتمع من خلال الدفع بنسبة من أرباحه في إتجاه المساعدة في تمكين الفئات المهمشة من خلال برامج الحماية الاجتماعية حتى يحولها إلى قوى إقتصادية فاعلة حيث من المفترض أن يعود عليه ذلك بأرباح أكثر ومن ثم فإن قيامه بذلك يعد واجبا اجتماعياً مثلما هو واجب أخلاقى أن يعمل القطاع الخاص في إتجاه ترقية الأوضاع المجتمع الذي يعمل في إطاره، لأنه بذلك يؤسس البيئة الآمنة والمواتية لممارسة نشاطه⁽⁹⁾.

إستناداً إلى ذلك يعرف البنك الدولي المسؤولية الاجتماعية للقطاع الخاص أو الشركات باعتبارها " إلتزام أصحاب الشركات والمؤسسات الصناعية والتجارية بالمساهمة في التنمية المستدامة، من خلال العمل مع موظفيهم وعائلاتهم والمجتمع المحلي والمجتمع العام، لتحسين

مستوى معيشة الناس بأسلوب يخدم التجارة ويخدم التنمية فى آن واحد" (10). كما تعرف غرفة التجارة العالمية المسؤولية الإجتماعية للقطاع الخاص "بأنها تشتمل على جميع المحاولات التى تساهم فى تطوع الشركات لتحقيق تنمية بسبب إعتبرات أخلاقية وإجتماعية. وبالتالي فإن المسؤولية الإجتماعية للقطاع الخاص تعتمد على المبادرات الحسنة من الشركات، دون وجود إجراءات ملزمة قانونياً، وفى هذا الإطار فإن المسؤولية الإجتماعية تتحقق من خلال الإقناع والتعليم" (11). تعريف ثالث يعرف المسؤولية الإجتماعية للقطاع الخاص بأنها "تذكير للشركات بمسئولياتها وواجباتها إزاء مجتمعها الذى تنتسب إليه ... أو أنها مجرد مبادرات إختيارية تقوم بها الشركات صاحبة الشأن بإدارتها المنفردة تجاه المجتمع" (12). ويذهب تعريف رابع للمسؤولية الإجتماعية يحددها بأنها "الالتزام المسنمر من قبل شركات الأعمال بالتصرف أخلاقياً والمساهمة فى تحقيق التنمية الإقتصادية، والعمل على تحسين نوعية الحياة والظروف المعيشية للقوى العاملة وعائلاتهم والمجتمع المحلى والمجتمع العام" (13).

وإذا نحن قد تأملنا التعريفات السابقة فسوف نجد أن القطاع الخاص فى مجتمعات العالم الثالث ما زال متخلفاً فى وعيه، فيما يتعلق بمفهوم المسؤولية الإجتماعية بمعناها الواسع. حيث تشتمل هذه المسؤولية على جوانب عديدة منها، الالتزام بالأنظمة والقوانين المتبعة، والإهتمام بالجوانب الصحية والبيئية، ومراعاة حقوق الإنسان وخاصة حقوق العاملين، والعمل بإتجاه تطوير المجتمع المحلى والالتزام بالمنافسة العادلة، والبعد عن الإحتكار وإرضاء المستهلك. ويرى عدد من خبراء المسؤولية الإجتماعية، أن على القطاع الخاص أن يعى بأن الوفاء بالمسؤولية الإجتماعية له عائد إقتصادى على المدى الطويل. فيما يتعلق بهذه القضية أكدت دراسات كثيرة على أن الشركات التى تأخذ بمفهوم المسؤولية الإجتماعية يزيد معدل الربحية فيها على 18% ، عن تلك الشركات التى لا تقوم بمسئولياتها الإجتماعية (14). كما أوضحت الإحصاءات الدولية أن 86% من المستهلكين يفضلون الشراء من الشركات التى لديها دور فى خدمة المجتمع، وأن 70% من المستهلكين يرون أن المسؤولية الإجتماعية لها دور مهم جداً فى نجاح هذه الشركات فى مشروعاتها. وأن 64% من المستهلكين يشجعون فكرة أن يكون الوفاء بالمسؤولية الإجتماعية للشركات من معايير تقييم فاعلية آدائها على الصعيد الإقتصادى والإجتماعى (15).

وإذا كان القطاع الخاص فى المجتمعات الرأسمالية قد قطع شوطاً كبيراً على طريق التعرف على مسئولياته الإجتماعية وتأسيس لبرامج الحماية الإجتماعية الشاملة، وهو يؤديها بكفاءة عالية تساعد فى تحقيق درجة عالية من الإستقرار الإجتماعى. فإن القطاع الخاص فى مجتمعاتنا العربية أو مجتمعنا المصرى بالتحديد لم يتعرف فى الغالب على مسئولياته الإجتماعية بعد، وذلك يرجع بطبيعة الحال إلى عوامل عديدة من أهمها ما يلى:

أ. عدم وجود ثقافة المسؤولية الإجتماعية لدى معظم شركات القطاع الخاص، فقله من الشركات الكبرى هي التي تتبنى هذه الثقافة، في حين تجهل بقية الشركات هذا المفهوم. هذا بالإضافة إلى أن الحديث عن المسؤولية الإجتماعية للقطاع الخاص وتأسيسه لبرامج الحماية الإجتماعية، يتطلب مستوى من الوعي الإجتماعي الملتزم ومنظومة قيمية ذات طبيعة عصامية في الصعود الإجتماعي. هي التي ساعدت على تبلور مفهوم المسؤولية الإجتماعية لرجال الأعمال في التطور الغربي، ولم يتحقق ذلك لغالبية رجال الأعمال في مجتمعاتنا.

ب. أن غالبية شركات القطاع الخاص في محاولتها الأضطلاع بمسئولياتها الإجتماعية في الحماية الإجتماعية، تكون جهودها عادة مبعثرة ووقتية وعشوائية، الأمر الذي لا يتيح لها تحقيق الأهداف المتعلقة بالمسؤولية الإجتماعية، وتتداخل أحيانا مع السلوكيات الخيرية. في هذا الإطار تحتاج الجهود المجسدة لمعاني ومضامين المسؤولية الإجتماعية، حتى تصبح مؤثرة، إلى أن تأخذ الشكل التنظيمي والمؤسسي. الذي يتبنى خطة محددة وأهداف واضحة، حتى لا تتحول الجهود إلى الطبيعة العشوائية المبعثرة والتي لا تفيد في تحديث المجتمع.

ج. غياب ثقافة العطاء من اجل تحقيق التنمية أو الحماية الإجتماعية للمهمشين، حيث نجد أن معظم جهود مؤسسات القطاع الخاص تنحصر في أعمال ذات طبيعة خيرية - إن وجدت - غير تنموية مرتبطة بإطعام الفقراء أو توفير ملابس أو خدمات لهم. دون التطرق إلى القيام بتأسيس مشروعات تنموية، تلعب دوراً محورياً في حل مشكلات البطالة، وتساعد على تحسين نوعية حياة الفقراء. بما يساعد على إعادة إدماجهم في المجرى الرئيسي للمجتمع، وبما يجعلهم مشاركين فاعلين في عمليات التنمية المستدامة لمجتمعاتهم، الأمر الذي ينعكس على هيئة تحقيق درجة عالية من الإستقرار الإجتماعي⁽¹⁶⁾.

د. غياب الضغط الإجتماعي الذي يمكن أن يتنامى بواسطة النخبة الإجتماعية والثقافية، إضافة إلى الإعلام القومي الملتزم، الإنتاجي وليس الإستهلاكي. وهو الضغط الذي يمكن أن يتشكل من خلال تطوير الوعي بأهمية الدور الإجتماعي لرجال الأعمال. بحيث تصبح الشركات التي تقوم بمسئولياتها الإجتماعية في إتجاه تنمية المجتمع والحماية الإجتماعية لبعض شرائحه معروفة على المستوى الشعبي، وذلك حتى يمكن أن يشكل إبرزها إلى زيادة التعاملات الإقتصادية معها من قبل الجمهور. بحيث يمكن أن يشكل ذلك في حد ذاته عاملاً ضاغظاً يدفع رجال الأعمال الآخرين للقيام

بمسئولياتهم الاجتماعية، مع إدراك أن ذلك ليس عملاً خيراً وإحسانياً، ولكنه التزام
بمجتمع يشكل سوقاً لتطوير مؤسساتهم وزيادة أرباحهم.

5. المسؤولية الاجتماعية للمجتمع المدني: يعد المجتمع المدني آخر أشكال المجتمعات التي
تبلورت بحيث أصبح يشكل بيئة حاضنة لحياة الإنسان على أساس من قاعدة المواطنة
المتساوية. وإذا كان ظهور المجتمع المدني قد تضافر مع ظهور المجتمع السياسى فى
القرن السادس عشر، وهى المرحلة التى تعرض لها بعمق وإسهاب تنظير العقد الاجتماعى.
فإن المجتمع المدني قد أصبح أكثر بروزاً فى وجوده وفاعليته فى عصر العولمة، بسبب
ظروف عديدة، منها تراجع دور الدولة القومية، بحيث أصبحت هذه الدولة، بخاصة فى نطاق
مجتمعات الجنوب، عاجزة عن تنمية مجتمعاتها وإشباع حاجات مواطنيها. من هذه الظروف
أيضاً تخلف أداء القطاع الخاص على الصعيد الوطنى فى مجتمعات العالم الثالث، بحيث
إقتصرت وعية على مسؤولياته الاقتصادية، دون أن يتسع ليشمل مسؤوليته الاجتماعية.
خاصة إذا تصاحب تضافر أداة مع القطاع الخاص الأجنبى بحيث إستفحل إستغلال السوق
المحلية، يضاف إلى ذلك التغيرات التى طرأت على سوق العمل، الأمر الذى زاد من معدلات
البطالة. بحيث أدت هذه الظروف جميعاً إلى زيادة مساحة التهميش الاجتماعى، حتى أننا
نجد أن عدد السكان تحت خط الفقر فى مجتمعاتنا العربية تراوحت بين 34% و 50%، وأن
عدد السكان الذين يقعون تحت خط الفقر المدقع نحو 12.5% من هؤلاء⁽¹⁷⁾. ذلك
بالإضافة إلى إنتشار النظم الأبوية والإستبدادية فى مجتمعات الجنوب عموماً، وهى النظم
التي لا تعتقد فى حرية التعبير، ولا ترى جدوى فى مقولة الديمقراطية. وتعمل على سد أو
تضييق قنوات المشاركة الاجتماعية والسياسية، وتجعلها فى غالب الأحيان ذات طبيعة قهرية
ودعائية وسطحية.

إرتباطاً بذلك تبرز المسؤولية الاجتماعية للمجتمع المدني، بخاصة المنظمات غير
الحكومية، التى تؤسس سياساتها بإتجاه السعى لتطوير قدرات المهمشين الفقراء - الذين
عجزت الحكومة عن إشباع إحتياجاتهم الأساسية. فأستبعدوا إلى ضفاف المجتمع، وإنشغل
عنهم القطاع الخاص، بل سحق بعضهم بسبب سعيه المحموم من أجل الربح - والدفع بهم
مرة أخرى فى قلب المجرى الرئيسى للمجتمع. ولإنجاز هذه المهمة فإننا نجد أن المجتمع
المدنى يتبع ثلاثة أساليب للحماية الاجتماعية. من خلال الأسلوب الأول يسعى المجتمع
المدنى إلى تطوير قدرات المهمشين بالعمل على تمكينهم من الناحية الاقتصادية، من خلال
صيغ المشروعات الصغيرة تارة، أو إعادة تأهيلهم بحسب متطلبات وإحتياجات سوق العمل
الحديثة تارة أخرى. وفى هذا الصدد فإن تبنى المنطق الجديد للتنمية، وهى التنمية المستدامة

التي تتميز بأنها تبدأ التطوير من أسفل، أى من الجماهير المهمشة ذاتها بتحويلها من قوى عاطله، إلى قوى قادرة على الإنتاج والعطاء. وذلك من خلال تنظيمهم فى أطر إنتاجته تستوعب طاقة العمل التي لديهم، خاصة أن التنمية التي يشدها المجتمع المدنى، هى تنمية تعتمد على الخامات المحلية بالأساس. بالإضافة إلى ذلك يسعى المجتمع المدنى إلى تدبير تمويل مشروعاته التنموية هذه، من خلال مصادر عديدة، قد تكون الدولة، وقد تكون مؤسسات التمويل الدولية، وقد يكون القطاع الخاص. وقد يصدر التمويل عن بعض أهل الخير أو المستفيدين المهمشين والفقراء أنفسهم، حتى يشعروا بأنهم قد تحولوا إلى منتجين ولا يتلقون إحسانا (18).

ومن خلال الأسلوب الثانى للحماية الإجتماعية يعمل المجتمع المدنى بإتجاه تطوير القدرات السياسية والثقافية والإجتماعية للمهمشين الفقراء، وكذلك تطوير قدراتهم الإجتماعية بأن يجعلهم ينتظمون فى روابط وجماعات، قادرة على إنتاج رأس المال الإجتماعى، من خلال صيغ عديدة أبرزها صيغة العون المتبادل. ذلك بالإضافة إلى محو أميتهم وتطوير قدراتهم فيما يتعلق بمتابعة القضايا العامة سواء تلك الخاصة بالمجتمع المحلى أو المجتمع العام (19). يضاف إلى ذلك، فإن إنتظام هؤلاء المهمشين من خلال تنظيمات المجتمع المدنى يساعدهم فى التدريب على المشاركة السياسية والإجتماعية، بما يجعلهم مواطنين قادرين على تحمل مسئولياتهم الإجتماعية تجاه عائلاتهم، ومجتمعهم المحلى والعام، أى تكون فى مقدرتهم ممارسة المواطنة حسب متطلباتها ومعاييرها الأساسية.

ويتمثل الأسلوب الثالث للحماية الإجتماعية فى التبشير بصيغة الحكم الرشيد، لتصبح الصيغة التي تضبط معايير التفاعل السياسى والبيروقراطى والإجتماعى على السواء. بحيث يصبح التبشير بهذه الصيغة الحديثة للتفاعل مدخلا للتعبيل بالتحول الديموقراطى من ناحية، ولتطوير العلاقة بين المواطن والدولة من ناحية ثانية. ولإنجاز ذلك فإننا نجد أن تنظيمات المجتمع المدنى تضم دعوة بإتجاه اللامركزية فى الإدارة وممارسة السلطة، وذلك بإعتبار أنه إذا كانت تنظيمات المجتمع المدنى تبدأ عملها من ساحة الجماهير، فإنها تدرب هذه الجماهير على المشاركة فى إدارة شئونها. ولن يتحقق ذلك إلا من خلال تقليص المسافة بين المستويات العليا والدنيا للإدارة، والهبوط بالمستويات العليا من مركزيتها الإدارية فى العواصم إلى لا مركزية تقترب من الجماهير (20).

بالإضافة إلى ذلك تعمل تنظيمات المجتمع المدنى على نشر ثقافة إدارة الحكم الرشيد وهى الصيغة التي تضبط أداء السياسة والإدارة فى الدولة، أو تنظيم العلاقة بين المواطنين وسائر مؤسسات الدولة، حيث تستند هذه الإدارة الرشيدة إلى منظومة من القيم التي نعرض

لبعضها. في هذا الإطار تتمثل القيمة الأولى في الشفافية والقدرة على المحاسبة والقابلية لها، بحيث تتضمن هذه القيم أهمية ونشر المعلومات. بحيث يصبح الجمهور المتعامل مع الإدارة على وعى بها، ومن ثم يصبح قادراً على المساءلة والمحاسبة وأن تكون الإدارة ذاتها قابلة لهذا السلوك. يضاف إلى ذلك الإحتكام للقانون، حتى يصبح التعامل مع الإدارة محايداً لا يشكل تربة مواتية لإستنبات أى من سلوكيات الفساد. ذلك بالإضافة إلى التخلي عن النزعة الأبوية في ممارسة السلطة والإدارة، والقبول بآليات تداول السلطة على كافة المستويات. وإذا كان العصر التنموى الذى نعيشه هو عصر القطاع الخاص والمجتمع المدنى كفاعلين أساسيين، فإن جانب من المسؤولية الإجتماعية للمجتمع المدنى، تتمثل في ضرورة أن يعمل على نشر ثقافة التطوع فى المجتمع. بحيث تصبح هذه الثقافة المرجعية التى تتحقق إنطلاقاً منها ثقافة التنمية المستدامة التى تتحمل الجماهير أعباءها بالأساس.

إلى جانب ذلك يعمل المجتمع المدنى من خلال الأسلوب الرابع بإتجاه حراسة ومراقبة التحول الديموقراطى، حتى يمكن إنجاز هذا التحول وفق معايير الصحيحة. بحيث يساعد ذلك على قبول أصحاب القرار إمكانية المشاركة فى مقابل إقبال المواطنين على المشاركة، والعمل على تصحيح أى إنحراف عن الممارسة الديموقراطية من الطرفين وبذلك يعمل المجتمع المدنى من خلال إجراءات الحماية الإجتماعية بإتجاه تقليص التهميش السياسى.

6. الدولة فاعل يضطلع بمسئولية الحماية الإجتماعية: تعد الدولة فاعل محورى عليه مسئولية إجتماعية تجاه المجتمع والحماية الإجتماعية للمهمشين أو المستبعدين من مواطنيها. ونحن إذا تأملنا تاريخ الدولة فى تحملها لمسئولياتها المختلفة فى النهوض بالمجتمع والعمل على تحديثه فإننا سوف نجد أن وفاءها بهذه المسئوليات مر بعدة مراحل أساسية. فى المرحلة الأولى منذ إكتمال الدولة كضابط لإيقاع المجتمع القومى فى القرن السادس عشر تحملت الدولة أعباء الإستجابة لإحتياجات المجتمع القومى. وبغض النظر عن التوجه الأيديولوجى الذى تبنته الدولة، فإننا نجدها قد عملت على الدفع بإتجاه تحديث المجتمع، بحيث إعتبرت ذلك من مسئولياتها الأساسية. بل أننا إذا تأملنا حركة الإستعمار فى السياق الأوربى فسوف نجدها عبارة عن سعى الدولة لجلب موارد المستعمرات. للإستفادة بها فى تطوير المجتمع وتعظيم قدراته وإمكانياته، بغض النظر عن كون الدولة هى الفاعل المباشر الذى يتولى عملية التحديث، أو شاركها فى ذلك القطاع الخاص، القطاع العام، كما حدث فى بعض المجتمعات الأوربية. ومن خلال تاريخ طويل من النضال بين الجماهير والأنظمة السياسية، إستقرت العلاقة بين المواطن والدولة على أساس فتح الأخيرة لكل قنوات المشاركة أمام المواطنين، حسب ثقافة الحكم

الرشيد المتطورة. وهو ما يعنى أن الدولة القومية تجاوزت مرحلة الثقافة الأبوية، التي تنظر إلى المسؤولية الاجتماعية باعتبارها واجبات مفروضة على المواطنين، عليهم الوفاء بمتطلباتها.

وإذا كانت الدولة فى المجتمعات الأوربية قد قطعت شوطا بعيدا على طريق التحديث قد قبلت مشاركة المواطنين فى مختلف مجالات التقاء الدولة بهم، الأمر الذى عجل بالتطور الديمقراطى وجعله أكثر شفافية. فإن الدولة فى مجتمعات الجنوب، بغض النظر عن طبيعة النظام السياسى، ظلت أبوية، معانده وصعبة المراس، ترفض التخلّى عن الثقافة الأبوية. وإستناداً إلى هذه الثقافة فهى تنظر إلى المسؤولية الاجتماعية، من خلال نافذة فرض الواجبات على المواطنين دون الالتفاف إلى الإستجابة لآية حقوق لهم عليها. الثقافة والدولة الأبوية تبتعد قدر الأمكان عن الصيغ الحديثة لإدارة الحكم الرشيد فى ممارسة السلطة، قراراتها أبوية لا مراجعة لها، وما على الجميع سوى الخضوع لهذه القرارات. وقد يصل الأمر إلى حرمان الجماهير حتى من حقها فى المطالبة بالحقوق، بوسائل الخداع حيناً، وبالقهر الأبوى أحياناً، لذلك فشلت تجارب التحول الديمقراطى فى غالبية مجتمعات العالم الثالث. ولأن معادلة الوفاء بالمسؤولية الاجتماعية والقوة لصالح الدولة الأبوية ولغير صالح المواطنين، فقد أصبح مقدراً عليهم أن يقوموا بالواجبات دون أن يحصلوا على الحقوق، وهو ما دفع المواطنين فى أغلب دول الجنوب إلى العزوف عن المشاركة. الأمر الذى أضر بالمجتمع وأورثه كثيراً من الأمراض الاجتماعية، الناتجة عن عزوف المواطنين عن المشاركة فى مختلف المجالات الأمر الذى أدى إلى إنخفاض الإنتاج، وممارسة مظاهر الإحتجاج والتمرد والتخريب، طالبا للوفاء بجانب الحقوق فى بنية المسؤولية الاجتماعية.

غير أنه مع بروز عصر العولمة وإكتمال فاعليتها على ساحة النظام العالمى، تأثرت الدولة القومية فى مجتمعات العالم الثالث بفاعلية عاملين، الأول بروز سطوة وتأثير القوى العالمية والمؤسسات الدولية على سلوك الدولة، حتى فى داخل حدودها وبخاصة فى علاقتها بمواطنيها، فى ظل شعارات التأكيد على حقوق الإنسان والأقليات، ومن ثم المواطنين. بحيث لم تعد الدولة الأبوية مطلقة اليد فى تعاملها مع مواطنيها، يساعد فى ذلك دور بعض تنظيمات المجتمع المدنى التى أصبحت فى بعض الأحيان، حلقة صلة بين تفاعلات الداخل والضغط التى يمكن أن تفرض من الخارج. ويتصل العامل الثانى بتراجع دور الدولة عن أن تكون الفاعل المحورى فى عملية التحديث، حيث أسلم قيادها لفرسان القطاع الخاص. على هذا النحو وجدت دولة الجنوب نفسها، من حيث قدرتها على الاضطلاع بمسئولياتها فى موقف لا تحسد عليه. مقارنة بنظيرتها الغربية المتطورة، ونتيجة لذلك نجد أن دولة الجنوب، قد إنتقلت من حيث قدرتها على الوفاء بمسئولياتها الاجتماعية إلى مرحلة ثالثة ومعاصرة (21).

وإذا كانت الدولة الغربية المتقدمة ما زالت فاعلة، وإن تراجعت وظائفها إلى تأكيد التآزر بين العناصر والمؤسسات. التي تشكل بنية الدولة وتعمل على تحديث المجتمع، فهي تلعب دور "المايسترو" الذي يضبط الإيقاع وبخاصة فيما يتعلق ببرامج الحماية الإجتماعية. فهي تراقب الأداء الإقتصادي والسياسي والإجتماعي والثقافي، ليتدفق في قنواته الصحيحة والمساعدة في حل المشكلات التي قد تعترض هذا التدفق ولديها إحتياطي كاف من الإمكانيات التي يمكن أن تساعدها - كمورد - لآداء هذا الدور. على خلاف ذلك فإننا نجد أن الدولة في مجتمعات الجنوب قد أصبحت عاجزة، فقد إنتقلت عملية التحديث من يدها إما بإتجاه القطاع الخاص، أو بإتجاه المجتمع المدني، ولم يبق تحت سيطرتها سوى النذر اليسير. وبسبب هذا الإنتقال أصبحت مواردها محدودة، وبسبب النزعة الأبوية ذات المزاج المنحرف أحيانا نجدها قد فضلت أبناءها الأثرياء على أبنائها الفقراء، بحيث وقع تداخل وتزاوج نتيجة لذلك بين الإقتصاد والسياسة. وبسبب هذا التزاوج وقعت مظاهر تجاوز فساد عديدة، وأدير المجتمع بمنطق العائلة، ولم يعد مهما أن تفي الدولة بمسئولياتها الإجتماعية تجاه الفقراء وحمايتهم إجتماعية. ولو حتى من خلال القيام بدور المايسترو في إنجاز عملية التحديث، أو صياغة التآزر بين جهود التحديث التي تقع على ساحة المجتمع. الأمر الذي دفع إلى مزيد من تردى الأوضاع، بحيث شكل ذلك تربة خصبة لإستنبات كل مظاهر الرفض والإحتجاج الإجتماعي⁽²²⁾.

ونتيجة لعدم الوفاء بمسئولياتها الإجتماعية سقطت الدولة في بعض مجتمعات الجنوب أسيرة حالة من الضعف والوهن أو الهوان، فهناك ضغط له وطأته عليها من قبل القوى الخارجية دولا كانت أم مؤسسات، يشل يدها نسيبا عن قهر الجماهير. وهناك ضغط عاليتها من أسفل، من القطاع الخاص الذي يسعى إلى السيطرة عليها لتوجيه سياساتها الداخلية والخارجية بإتجاه تحقيق مصالحه، وضغط موازي من قبل الجماهير وتمرد عليها ورفض لها، لأنها لم تعد قادرة على الوفاء بالتزاماتها الأساسية نحو مواطنيها وحمايتهم إجتماعيا. هي دولة عاجزة تتلقى صدمات ضاربة ضاغطة، لكونها محاصرة بين مطرقة الخارج وسندان الداخل، هذه الدولة تعيش في الماضي تجتر العواطف الأبوية كمرجعية لممارسة السلطة، وتعجز عن الوفاء بمتطلبات القيام بمسئولياتها في الحماية الإجتماعية لمواطنيها. تخادع الجماهير وتكذب عليها حيناً، وتقهرها في أحيان أخرى، وتريد دوماً أن تبدو وكأنها تقوم بادوار دولة حقيقية، وهي في الحقيقة الأمر عاجزة عن الوفاء بأدنى مستويات مسئوليتها في الحماية الإجتماعية⁽²³⁾.

غير أنه امام مظاهر الإحتجاج الإجتماعي التي بدأت تتفجر داخل نطاق الدولة، وأمام الضغط العالمي لمراعاة قيم إدارة الحكم الرشيد فيما يتعلق بمواطنيها، وحتى تحافظ على بقائها لها هيئة الدولة القوية، فإننا نجدها قد بدأت تطور بعض سياسات الحماية الإجتماعية التي تتعامل مع

إحتياجات الشرائح المهمشة والمستبعدة، بمفردها أحياناً، وأحياناً بمشاركة مع المؤسسات المدنية والرسومية القومية والعالمية، وذلك فى محاولة يائسة لتقليص الإحتجاج الداخلى على سلوكها والإدانة الخارجية لها.

ثانياً : آليات الحماية الإجتماعية

من الثابت أن هناك إتفاق على أن الهدف الرئيسى من الحماية الإجتماعية يتمثل فى توفير الحد الأدنى الإنسانى لإشباع الحاجات الأساسية للمواطنين المستبعدة من الحصول على نصيبهم المفترض من الموارد الأساسية للمجتمع. بما يساعد فى دمجهم فى المجرى الرئيسى فى المجتمع، إضافة إلى تطوير قدراتهم بما يساعد على الإرتقاء بإمكانياتهم ليكونوا قادرين على الحصول على مختلف الفرص، بل والتحول إلى مستوى أرقى يساعدون من خلاله فى تمكين الآخرين، وتوفير إشباع لإحتياجاتهم الأساسية. ونظراً لحدثة الحماية الإجتماعية نسبياً فإننا نجد أن بنيتها النظرية لم تكتمل بعد، فهى ما زالت فى حالة تجريب تطور آلياتها للتعامل مع مشكلات الواقع الإجتماعى، ولذلك نجد أن التجارب الناجحة تتدفق عادة من مجتمعاتها إلى مجتمعات اخرى، ولكى يستمر نجاحها، فإننا نجد أن كل مجتمع يجرى تعديلات كثيرة عليها. إستناداً إلى ذلك فإننا إذا تأملنا آليات الحماية فسوف نجدها على النحو التالى.

1- إجراء المسوح والدراسات: تعتبر الدراسات والمسوح، سواء للفئات الإجتماعية المستبعدة أو المهمشة وأوضاعها الإجتماعية، من الآليات الأساسية لنجاح برامج الحماية الإجتماعية. وفى هذا الإطار تحاول الدراسات والمسوح الإجتماعية رصد الظواهر الإجتماعية السلبية التى تعانى منها بعض الفئات الإجتماعية⁽²⁴⁾. وذلك للتعرف على حجم هذه الظواهر او المشكلات، وما هى الحلول الأكثر ملاءمة لها، بهدف تطوير البرامج التى تساعد على تقليص مساحتها. لذلك نجد أنه فى بلد مثل "شيلي" تقوم السلطات بعمل مسح إجتماعى كل عامين، حيث يتم توجيه أسئلة مختلفة للعائلات، تتناول مختلف جوانب حياتها، مثل محاولة التعرف على الدخل العائلى ونوع ومستوى المسكن، ونوع وعدد الأجهزة الكهربائية المتوفرة بالمسكن. وإستناداً إلى معالجة هذه البيانات يتم تصنيف العائلات ضمن فئات محددة من حيث مستوى الدخل، ثم يتم تقييم ما تتلقاه كل فئة من هذه الفئات من الدعم الحكومى. وهذا المسح من شأنه أن يساعد على إعادة توجيه الدعم، بإعتبار الفلسفة الحاكمة للحماية الإجتماعية تتمثل فى توجيه الدعم للفئات الأكثر إحتياجاً له. ولهذا فإن الإحصاءات التى يمكن الحصول عليها من المسح هى التى توجه هذه السياسات⁽²⁵⁾. بحيث يتجمع الدعم إلى الفئات الأكثر إحتياجاً، والحاجات الأكثر إلحاحاً.

وبذلك تصبح هذه المسوح من نمط الدراسات التتبعية، التي تجرى على ثلاثة مراحل، فى المرحلة الأولى يتم التعرف على مساحة الظاهرة التي تعاني منها فئة إجتماعية معينة، وما هى الحاجات الأكثر إلحاحاً لوضع أولويات المواجهة. وفى المرحلة الثانية تقدم برامج المواجهة، ويتم دراسة أسلوب تفاعل الناس معها، هل كان التفاعل إيجابياً أم سلبياً. ومدى قدرة هذه البرامج على إستنفار قدراتهم. وفى المرحلة الثالثة بعد أن تقدم برامج المواجهة، تتم دراسة مساحة الظاهرة وليكن الفقر مثلاً، لنتعرف على ما بقى، حتى يمكن تطوير الآليات التي تحافظ على المستوى المحدود الذى وصلت إليه الظاهرة. فى هذه الحالة فإن الفئة التي تعاني من مشكلة معينة تكون كالمريض الذى ينبغي متابعة حالته بمختلف وسائل القياس، حتى يتمثل للشفاء.

2- الدفع من أسفل إلى أعلى: تصبح برامج الحماية الإجتماعية ضرورية فى المجتمعات التي تعاني نسبة عالية من سكانها من التهميش الإقتصادي، الذى يشير إلى أن عدد السكان تحت خط الفقر يزيد على 50% كما هى الحال فى مصر أو 42% من السكان كما فى مجتمع شيلى، إلى جانب التهميش التعليمى أو الصحى، والذى يشير إلى عدم حصول فئة من السكان على الفرص فى هذه المجالات. لذلك فإنه لما كانت أوضاع الطبقة الوسطى تشكل المعايير الموضوعية التي ينبغي أن تقترب منها أوضاع الطبقات الأخرى خاصة الطبقة الدنيا. وأنه إذا كانت التعديلات الهيكلية تعمل فى نطاق بعض المجتمعات فى إتجاه الدفع من أعلى إلى أسفل، بحيث يؤدي ذلك إلى تقليص الطبقة الوسطى نتيجة لذلك، فإن إجراءات الحماية الإجتماعية تعمل فى الإتجاه المضاد، أى فى إتجاه توسيع مساحة الطبقة الوسطى. وفى هذا الإطار نجد أن مختلف الدول تتخذ إجراءات عديدة. مثال على ذلك ما فعلته "شيلى" بتوجيه الدعم فى مرحلة التعليم للمرحلة قبل الإبتدائية والإبتدائية والثانوية، غير أن الدعم لا يطول التعليم العالى، لوجود مؤشرات تشير إلى أن هؤلاء الذين يتقدمون للتعليم العالى ينتمون إلى عائلات تصنف ضمن الشريحة العيا، وإستناداً إلى ذلك فإن الدعم الذى يوجه إلى التعليم العالى لا يؤدي فى هذه الحالة إلى الإرتقاء بأوضاع الطبقة الدنيا.

وفى فنزويلا بعد ان كانت توزع الأراضى لبناء مسكن، وكان الأغنياء هم المستفيدون، سواء من الأراضى أو من قروض البنوك غير الميسرة للفقراء. إتجهت الدولة إلى إعادة توجيه الدعم بحيث تقوم الحكومة ببناء مطبخ وحمام صغيرين على قطعة من الأرض، وتترك الأسرة بعد ذلك لتبنى حولها المسكن الذى تريده، لأن هذا ما كان ينقص الطبقات الفقيرة، ومن ثم يوجه الدعم للفئات الأكثر حاجة إليه، ولا ترضى به الطبقات الموسرة فى ذات الوقت (26).

ويتكامل مع ذلك دفع الشرائح المهمشة إقتصادياً إلى أعلى، وهو ما فعلته غالبية دول أمريكا اللاتينية وبخاصة البرازيل، حيث العمل بإتجاه زيادة الدخل المكتسب من الزراعة والإقتصاد الريفي

غير الزراعى كبديل للمساعدات الإجتماعية. حيث يدخل فى هذا الإطار التحول عن الزراعات العائلية المنخفضة الجدوى إلى زراعات السوق عن طريق تأسيس تنظيمات ومؤسسات زراعية، تتولى الإنتقال بصغار الزراع من الحالة الولى إلى الحالة الثانية. تأكيداً لذلك ما أنجزه برنامج PROLDAL فى الأكوادور الذى يعمل على زيادة قدرة الفقراء على الحصول على الأصول وتحسين إستغلالها ومن ثم تأكيد الحماية الإجتماعية لهم (27). وفى بيرو يقوم برنامج سييرا إكسپورتادورا Sierra Exportadora بمساعدة الفلاحين من أجل الحصول على الأصول، من خلال مساندة المؤسسات الريفية لرفع قدراتها التنافسية وتوفير الحماية الإجتماعية (28).

بالإضافة إلى ذلك يشكل الإرتقاء بالأوضاع الصحية للفقراء وحمايتهم صحياً أحد جهود الدفع بأوضاعهم من أسفل إلى أعلى. مثال على ذلك تهتم الحكومة الفنزويلية بمواجهة الفقر من خلال برامج الإهتمام بصحة الفقراء. حيث بلغ الإنفاق على الصحة نحو 3% من الناتج المحلى الإجمالى. ومن أجل الأرتقاء بالأوضاع الصحية للسكان توصلت الحكومة الفنزويلية إلى إتفاق مع كوبا على مدها بالأطباء، بحيث يوجد طبيب مقيم فى كل وحدة صحية بكل قرية، إضافة إلى السعى بإتجاه توفير مستشفى مجهز فى كل منطقة تضم عدة قرى بحلول عام 2005 (29). ذلك لأن الصحة السليمة تقود إلى الإنتاجية العالية، إلى الدخل الملائم والقادر على إشباع الحاجات الأساسية، بما يضمن حالة صحية سوية. بحيث تتصاعد فاعلية وقدرات الفقراء من خلال هذه الدائرة لتنتقلهم من أوضاعهم الإجتماعية المتردية إلى أوضاع إجتماعية تقترب من معايير المساحة الأوسط للطبقة الوسطى (30).

3- التمكين الإقتصادى لتحقيق التمكين الإجتماعى: وتشكل صيغة القروض الصغيرة لتحقيق التمكين الإقتصادى إحدى الآليات البارزة لتمكين الفقراء. مثال على ذلك ما تفعله "مؤسسة زاكورا" وهى من المنظمات غير الحكومية، التى تقتصر من البنوك بدون فوائد، لإعادة توزيع هذه المبالغ إلى قروض صغيرة على الفقراء، لتأسيس مشاريع إنتاجية أصبحت تتسع شيئاً فشيئاً، لتدفع بنسبة من السكان من شرائح الطبقة الدنيا إلى حافة الطبقة الوسطى، وربما إلى مساحات القلب فيها (31). ويتسق مع ذلك ما تفعله دولة فنزويلا فى عامى 2008-2009 حول تحقيق إستقرار أكثر للفقراء، من خلال منح الإئتمان على سبيل المثال، حيث بلغت القروض الصغيرة التى تم منحها لإقامة مشروعات خلال عامى 2000-2004 يزيد على ما تم منحه فى هذا الشأن خلال الخمسة والأربعين سنة الماضية (32). وفى المملكة المغربية تعمل العديد من الأجهزة تحت وصاية وزارة التشغيل والتكوين المهنى على توسيع فرص الشغل بالنسبة للشباب، ودعمهم فى تأسيس مشروعات صغيرة من خلال تدخلات الوكالة الوطنية للتشغيل ANAPEC وبرنامج "مقاولتى" لتشجيع إنشاء المشروعات الصغيرة للشباب حرفية كانت أم زراعية (33). إضافة إلى التأهيل

المهنى والحرفى، وبذلك إتسعت قائمة المستفيدين من هذا المشروع، حتى أصبح بإمكانهم الإستقلال عن المؤسسات الراعية أو المانحة، ومن ثم تضحى هذه المشروعات قاعدة لتطوير البناء الإقتصادي للمجتمع.

4- تأسيس المشروعات الإستراتيجية لتحقيق الحماية الإجتماعية: بديلاً لإنهاء عصر المشروع الإجتماعى الذى كان يستهدف النهوض بالمجتمع ككل، من خلال تنميته وتحديثه وفق خطط متفاوتة الزمن. حيث كانت الأيديولوجيا الإشتراكية هى المهيمنة حينئذ، وكانت الدولة هى التى تقود عملية التنمية الإجتماعية الإقتصادية. هذه الآمال المتفائلة التى سادت الفترة السابقة تراجعت إلى مشروعات إجتماعية، وإن كانت ذات طبيعة إستراتيجية، إلا أنها لم تعد تستهدف النهوض بالمجتمع ككل، ولكنها تسعى فقط إلى إدماج الفئات المقصاه أو المهمشة، خاصة أن مساحات التهميش الإجتماعى قد إتسعت بصورة واضحة. ذلك يعنى أنه تراجعت المشاريع الإجتماعية من آمال النهوض والتقدم، إلى مجرد دمج الفئات المهمشة، حفاظاً على التماسك الإجتماعى وخوفاً من الانفجار الإجتماعى الذى قد يقوده المهمشون الرابضون على ضفاف المجتمع. على هذا النحو أصبحت مشروعات دمج المهمشين والإرتقاء بأوضاعهم أحد الآليات الأساسية لتأكيد الإستقرار الإجتماعى. إستناداً إلى ذلك نعرض لبعض المشاريع الإجتماعية التى حاولت تحقيق هذه الأهداف المتواضعة فى نطاقها.

ويعد برنامج "بوليسا فاميليا Policia Familia" تعبير عن السياسات الإجتماعية التى إتبعها البرازيل لإدماج الفقراء والمهمشين، ودفعهم من على ضفاف المجتمع بإتجاه مجراه الرئيسى. وقد حظى هذا البرنامج بمساندة فنية ومالية كبيرة من قبل البنك الدولى. ويقوم هذا البرنامج بخدمة 11 مليون أسرة برازيلية يزيد عدد أفرادها عن 46 مليون نسمة. وهو ما يشكل نسبة كبيرة من السكان المحدودى الدخل فى البلاد، وقد بدئ فى هذا البرنامج فى البرازيل منذ أكثر من عشر سنوات مضت، ويجرى تطويره بصورة منتظمة.

وبموجب هذا البرنامج، تحصل الأسر الفقيرة التى تعول أطفالاً على تحويلات نقدية مباشرة تبلغ فى المتوسط "70" ريالاً برازيلياً أى ما يعادل حوالى 35 دولاراً أمريكياً. وتلتزم الأسر الفقيرة فى مقابل ذلك بالحفاظ على مواظبة أطفالها فى الدراسة، فضلاً عن إمتثالها لتطبيق مجموعة من الضوابط المتعددة فى إطار خدمات الرعاية الصحية الممنوحة لها. وإستناداً إلى ذلك فقد حقق البرنامج نتيجتين هامتين تتمثل فى المساعدة فى تخفيض أعداد الفقراء فى الوقت الراهن وتشجيع الأسر على الإستثمار فى أطفالها، وهو ما يؤدى بدوره إلى كسر حلقة توارث الفقر بين الأجيال، والحد من إنتشار الفقر وتفشية فى المستقبل. ويشير تقييم البرنامج إلى إعتباره البرنامج الوحيد فى البرازيل الذى أحدث تأثيراً إيجابياً هائلاً على حياة الملايين من محدودى الدخل.

وتشير التقييمات المختلفة لبرنامج "بولسا فاميليا" إلى إعتبره واحداً من أفضل البرامج في العالم من حيث قدرته في توصيل الدعم إلى مستحقة، حيث تذهب مساعدته مباشرة إلى من هم في أمس الحاجة إليها. إذ يتم توجيه ما نسبته 94% من أموال هذا البرنامج إلى 40% من أشد الشرائح فقراً في البرازيل. وتشير الدراسات التقييمية للبرنامج إلى أن معظم المساعدات تذهب إلى شراء الغذاء والأدوات المدرسية والملابس للأطفال. وتدل المؤشرات على قيام البرنامج بتقديم مساهمة بالغة الأهمية في مجالات تخفيض أعداد الفقراء والحد من عدم المساواة بشكل غير مسبوق في السنوات الأخيرة. وإذا كانت البرازيل من المجتمعات التي تصنف - تاريخياً - وبشكل دائم ضمن المجتمعات التي توجد فيها أعلى معدلات تركيز الدخل، حيث ظل 60% من السكان على مدى عقود طويلة هم أشد السكان فقراً يحصلون فقط على ما لا يتجاوز 4% من الدخل القومي. ونتيجة لتنفيذ برنامج "بوليسا فاميليا" وما سبقه من برامج، إنخفض معدل عدم المساواة والتفاوت في الدخل إلى نسبة 4.6% طبقاً لقياسة فيما بين عامي 1995 و2004، وعلى الرغم من بقاء معدل هذا التفاوت في الدخل عند مستويات مرتفعة للغاية، فإن برنامج "بوليسا فاميليا" حقق تقدماً ملموساً في هذا الصدد. وفيما يتعلق بهذا البرنامج تقول السيدة "Benedict de la Briere" لقد حققت البرازيل إستفادة جمة بفضل شراكائنا في هذه العملية في البرازيل. وها نحن اليوم نساعد بلدانا أخرى على تعميق فهمها وتجويد خبراتها وتجاربها من خلال الإسترشاد ببرنامج "بوليسا فاميليا" (34).

لقد حاكى هذا البرنامج ما يقرب من 20 بلداً، منها شيلي والمكسيك وأندونيسيا وجنوب أفريقيا وتركيا والمغرب. بل إننا نجد أن هناك بعض المجتمعات المتقدمة التي حاكت هذا البرنامج. مثال على ذلك إنشاء مدينة نيويورك بالولايات المتحدة الأمريكية برنامج بعنوان "الفرصة بمدينة نيويورك Opportunity NYC". وهو برنامج يستند إلى التحويلات النقدية المشروطة، والتي تستهدف تدعيم الدخل. وقد تم تصميمه على أساس إنتقاء بعض عناصر برامج كل من البرازيل والمكسيك وهي المرة الأولى التي تنقل فيها الدول المتقدمة برامج عن الدول النامية. وقد أهتم البرنامج الأمريكي بتطوير مجموعة من الحلول للإشكاليات والتحديات المطروحة، والتي تتمثل في أسلوب مواصلة تعزيز تأثير هذا البرنامج من خلال تبنية لإجراءات وتدابير خاصة بمجالات أخرى. مثل الوصول إلى أسواق العمل، وتوليد الدخل، ومساندة تخرج الشباب بعد إتمام الدراسة بالمرحلة الثانوية، مع القيام بنفس الوقت بدعم إمكانيات البلديات في مختلف المجالات (35).

ويعد مشروع الأكوادور في مواجهة الفقر أحد المشاريع الهامة لتقليص مساحة التهميش الإجتماعي، بأسلوب جديد في المواجهة، يتلاءم مع المجتمع الزراعي. حيث أسست الأكوادور برنامج الحد من الفقر والتنمية الريفية المحلية PROLOCAL والذي تأسس لتطوير قدرة فقراء

الريف من أجل الحصول على أصول الإنتاج وتحسين إستغلال هذه الأصول مع التركيز على تنمية هذه المناطق وتوفير الحماية الإجتماعية لسكانها. وعلى غرار هذا المشروع قام برنامج بيرو المسمى Sierra Exportadora.

وقد تحدد هدف هذه المشروعات أو البرامج فى إشراك أصحاب الحيازات الصغيرة فى أسواق المنتجات الزراعية - الغذائية- الحديثه. التى تتطلب زيادة قدرة الفلاحين على الحصول على الأراضى والمهارات اللازمة للزراعة الحديثه. فى إطار ذلك فقد كان بوسع أصحاب الحيازات الصغيرة، الذين لا يزالون على هامش الأسواق، الإستفادة من الفرص الجديدة من خلال زيادة قدرتهم على الحصول على الأراضى والتدريب ونتائج البحوث والمساعدة الفنية والخدمات المالية والعضوية فى منظمات المزارعين. وفى هذا السياق تعد منظمات المنتجين والزراعة بالتعاقد من الأدوات الأساسية اللازمة لتمكين أصحاب الحيازات الصغيرة من المشاركة فى عمليات التوزيع والوفاء بإحتياجات السوق، فى نطاق ذلك تلعب الشراكة بين القطاعين العام والخاص دوراً أساسياً فى تنظيم وتنشيط أصحاب الحيازات الصغيرة كموردين منافسين يمتلكون قدراتاً ملائمة من القوة فى تبادلات السوق⁽³⁶⁾.

بالإضافة إلى ذلك فقد إتجهت الجهود إلى زيادة الإنتاجية فى زراعات الكفاف وتوفير المساعدات الإجتماعية، إضافة إلى بذل الجهود للحفاظ على البيئة وتعزيز المهارات لتسهيل الحصول على الوظائف وفرص الإستثمار التى يتيحها نمو الإقتصاد الريفى غير الزراعى. وذلك عن قناعة بإمكانية ان يلعب تطوير زراعة الكفاف دوراً أساسياً فى عملية التحول، للخروج من حلقة الزراعة العائلية المنخفضة الإنتاجية. ووفقاً لهذه التدخلات أصبح فى مقدور بعض المزارعين المعتمدين على زراعة الكفاف، أن يصبحوا من أصحاب الحيازات الصغيرة ذات الجدوى، فضلاً عن تدريبهم على تنوع مصادر دخلهم لتحسين مستوى معيشتهم. إضافة إلى توجيه جزء من مخرجاتهم لتحسين إحتياجاتهم الغذائية إعتياداً على الإنتاج المنزلى. بحيث ساعد كل ذلك فى الحد من التحول عن العمل الزراعى، أو الهجرة من الريف الحضر. إضافة إلى مساعدة الأجيال الصغيرة فى الحصول على قطع من الأرض من خلال التعاقد، إلى جانب تطويرهم لبعض المشروعات فى نطاق القطاع الحر⁽³⁷⁾.

بالإضافة إلى ذلك قدمت المملكة المغربية نموذجاً لمشاريع النهوض بالفقراء والمهمشين ودمجهم فى الحياة الإجتماعية للمجتمع. حيث تبنى المغرب مع بداية التسعينيات حزمة من التدابير الإجتماعية، التى إحتوت على برنامج محورى أسسه المغرب مع البنك الدولى، سمي ببرنامج الأولويات الإجتماعية IPAI وتركز بالأساس على دعم التربية الأساسية، وبرنامج تأهيل الريف المغربى، من خلال تحسين مستوى المعيشة لسكان الريف، وتأسيس شبكة للماء الصالح

للشرب سمي ببرنامج PERG، ودفع العزلة عن الريف من خلال ربط الريف بشبكة كهربائية من خلال برنامج PERG وشبكة للطرق الممهدة والمسفلتة PNCRR، إلى جانب برنامج للسكن بدأ مع سنة 2002 وإستهدف القضاء نهائيا على السكن غير الملائم ومساكن العشوائيات بصورة نهائية خلال عشر سنوات.

وارتباطا بالاتفاقيات الدولية وإتجاه المغرب إلى الإستثمار فى البشر بدلا من الإقتصار على الإستثمار الإقتصادى، تم إنشاء وكالة وطنية للتنمية الإجتماعية عام 1999 كآلية لتأسيس التدابير الإجتماعية وإعداد مشاريع التدخل. بحيث إتجهت الوكالة لتأسيس 16 مؤسسة تنسيقية جهوية تسعى إلى تقوية قدرات البشر المهمشين من خلال العمل الجماعى، ودعم الأنشطة المولدة للدخل بالنسبة للفئات الفقيرة والمهمشة. إضافة إلى دعم تطوير البنية التحتية، وتطوير التنمية الإجتماعية للسياق الحضرى. ويتكامل مع أداء الوكالة الوطنية تم تأسيس "مؤسسة محمد الخامس للتضامن" التى حصلت على صفة النفع العام، وتقوم بحملات وطنية لجمع التبرعات، وتنفق مواردها فى برامج مختلفة لدعم السكان فى الأوضاع الإجتماعية الصعبة، إضافة إلى التدخل فى حالات الكوارث الطبيعية، إلى جانب بذل الجهود فى إتجاه تأسيس التنمية المستدامة من خلال بناء وتجهيز المؤسسات الإجتماعية، وتطوير شبكات البناء التحتى (38).

بالإضافة إلى ما سبق فقد أطلق الملك محمد السادس المبادرة الوطنية للتنمية البشرية فى عام 2005، التى دعمت بميزانية كبيرة وسخرت لتحقيق أهدافها أجهزة الدولة، وسعت لتحقيق أهداف عامة تتمثل فى محاربة الفقر ومحاربة الأقصاء الإجتماعى والهشاشة الإجتماعية. وحتى يتحقق لها النجاح دخلت هذه المبادرة فى شراكة مع شركاء محليين، كالجماعات المحلية والجمعيات وكذلك التعاونيات، وحتى تحقق إقترابا ناجحا رسمت خريطة وطنية للفقر حددت على أساسها المناطق الأكثر إحتياجاً، وتبنت مداخل مختلفة ومتعددة لمواجهة الفقر (39).

والى جانب هذا المدخل الكلى الشامل للإستثمار البشرى تبنت المملكة المغربية مديلاً أقل شمولاً، يتكون من إنشاء بعض المؤسسات التى لعبت دورها كوكالات تنموية فى بعض الجهات المغربية، كما هو الشأن فى وكالة إنعاش وتنمية أقاليم الشمال التى تأسست عام 1996. ووكالة الإنعاش والتنمية الإقتصادية والإجتماعية لأقاليم الجنوب بالمملكة، والتى تأسست عام 2002، وتعمل على تطوير نوعية الحياة فى نحو 52% من التراب الوطنى المغربى. وكذلك تأسيس وكالة التنمية للجهة الشرقية عام 2006 لتطوير أوضاع الجهة الشرقية للمجتمع المغربى. وفى نطاق السعى لتحقيق المصالحة الوطنية، تم رصد إعتمادات مالية خارج البرامج الحكومية، لدعم الجوانب الإجتماعية لضحايا فترات تاريخية سابقة سميت "بسنوات الرصاص" من المعتقلين والمختطفين

وعائلاتهم، شمل دفع بعض التعويضات، إضافة إلى الدعم الصحى، فى إطار علاج الأضرار الإجتماعية التى وقعت خلال هذه الفترة (40).

ويشير تأمل المشروعات المتنوعة التى تطرح على الصعيد العالمى إلى جهود دؤوبة من قبل الحكومات لتطوير بعض البرامج ذات الطبيعة التكتيكية فى محاولة للحفاظ على غالبية سكان المجتمعات النامية، من المهمشين والفقراء داخل نطاق الإهتمام. من قبل المجتمع والمشاركة الفعالة من قبلهم. وذلك فى مواجهة الفجوة التى تنتج عن الإستقطاب الذى يمتلك قوة إستراتيجية والذى يسعى إلى توسيع الفجوة بين الغنى والفقير المدقع. غير أنه يؤخذ على هذه المشروعات أنها تستهدف من ناحية تحقيق نوع من التسكين أو التخدير الإجتماعى، حتى تحافظ على إستقرار إجتماعى هش. وأن جهودها ما زالت متفرقة لم تستطع الالتئام فى نطاق مشروع إجتماعى شامل له طبيعته الإستراتيجية، ويعمل بجناحين، الأول تطوير اوضاع الفقراء والمهمشين من خلال آليات التنمية المستدامة لتأسيس تجانس على مستوى المجتمع، والثانى الإتجاه مباشرة إلى تقليص الفجوة بين الغنى والفقير من خلال إجراءات تفعيل مبادئ العدالة الإجتماعية، لدعم جهود التجانس الإجتماعى والمجتمعة.

5- الحماية الصحية، إحدى آليات الدمج الإجتماعى: لا تنفصل صحة الفرد عن صحة الجماعة، بإعتبار أن الجماعة تشكل السياق المباشر للفرد. ومن ثم فإن الحالة الصحية للجماعة ترتبط عادة بطبيعة المستوى الإجتماعى الإقتصادى الذى تعيشه هذه الجماعة، وهو المستوى الذى يتصل مباشرة بعدة أبعاد أساسية اولها حالة التغذية التى تحصل عليها الأسرة، ومن ثم النمو الصحى للأفراد. كما يتحدد البعد الثانى فى إمتلاك العائلة أو الفرد لإمكانية العلاج فى حالة الإصابة. يضاف إلى ذلك إمتلاك المجتمع لخدمة صحية متكاملة ومتناسكة، تشكل مظلة شاملة تحافظ على الصحة العامة. إضافة إلى أنه من الضرورى أن تتميز هذه الشبكة بمراعاة مبدأ العدالة الصحية (41)، لأن الصحة العامة للمجتمع لا يمكن أن تكون قوية فى ساحة معينة وضعيفة فى أخرى.

ونحن إذا تأملنا الحماية الصحية تاريخياً وإجتماعياً، فسوف نجد أن صحة الفرد والجماعة كانت دائماً موضع إهتمام. وإذا كانت السياقات الحديثة قد طورت الأنظمة الصحية التى بواسطتها تحافظ على صحة مواطنيها، فإننا نجد أن مختلف السياقات الإجتماعية تاريخياً وحاضراً، قد طورت أنظمة مناظرة من أجل الحفاظ على الصحة العامة. إرتباطاً بذلك طورت السياقات الإجتماعية التقليدية كثيراً من أساليب المحافظة على الصحة العامة، وإذا كانت هذه السياقات التقليدية قد إستندت إلى وسائل الثقافة التقليدية فى الحفاظ على الصحة العامة، فإن المجتمعات الإنتقالية تداخلت على ساحتها وسائل الثقافة الصحية التقليدية مع الأساليب الحديثة فى العلاج. فى مقابل

ذلك فإننا ما زلنا نجد أن السياق الريفي والبدوي ما زال يلجأ إلى الوسائل التقليدية لتحقيق هذه الحماية الصحية في مقابل السياق الحضري الذي تنتشر فيه الوسائل والثقافة الحديثة لتحقيق هذه الحماية.

ويدرك المتأمل لأوضاع الحماية الصحية أن المجتمعات الحديثة تسعى دائماً إلى المحافظة على الصحة العامة، لأن هذه المحافظة تعنى تنمية الموارد البشرية التي لديها، وهى الموارد التي تتحمل عبئ الإنتاج والإستهلاك معا حسبما يؤكد عالم الاجتماع "آلان مونجوى". مؤشر ذلك أن غالبية المجتمعات المتقدمة تؤكد على أهمية أن يكون الحفاظ على الصحة العامة من إختصاص الدولة أولاً، وليس القطاع الخاص أو المجتمع المدني، بينما نجد أن الدول المتخلفة ما زالت تفرط فى هذا الالتزام، ومن ثم توسع من نطاق إضعاف مواردها البشرية، بالتالى إضعاف قدراتها الإنتاجية (42). ويزداد الطين بله حينما ترصد الميزانيات المحدودة - عن غير وعى - لمجال الصحة العامة الأمر الذى يجعل الموارد البشرية للمجتمع فى موضع الخطر. وبتزايد الأمر سوءاً حينما يدرك الفساد ساحة الحفاظ على الصحة العامة، حيث تتراكم المخلفات فى شوارع المدينة ليؤدى تراكمها إلى تلوث البيئة وتولد الأوبئة وانتشارها، أو حينما يطول الأهمال المرافق الأساسية كتردى أوضاع شبكة المياه والصرف الصحى، فتؤثر فى النهاية على الصحة العامة للمواطنين، أو حينما تغيب العدالة الإجتماعية عن توزيع الفرص الصحية، فيحرم من الخدمات الصحية الملائمة غالبية أفراد المجتمع - فى مقابل التمتع الفائض بهذه الفرص من قبل فئة محدودة - تحتاج إلى الحماية الصحية لتأمين وجودها (43).

لذلك إتجهت غالبية الدول إلى تطوير شبكات الحماية الصحية التى تطول أغلب مواطنيها حفاظاً على الوجود الحاضر للمجتمع وتأميناً لمستقبله. فى هذا الإطار يعتبر الإهتمام بصحة المرأة من أولويات سياسة الحماية الصحية لأغلب الدول، وذلك لإعتبارات عديدة، أبرزها أن المرأة تشكل نصف المجتمع، ثم أنها التى تساهم بجهودها فى الحفاظ على النصف الآخر، ومن ثم فإن الحفاظ على صحة المجتمع يعنى الحفاظ فى الحقيقة على صحة المجتمع، إضافة إلى أن المرأة كانت دائماً الفئة المحرومة من مختلف الفرص الصحية فى ظل الثقافة التقليدية. ومن ثم فهى فئة مهمشة ومقصاه عن الحصول على الفرص الصحية اللائمة لإستمرار وجودها (44). يضاف إلى ذلك أنخفاض تغذية الإناث ورعايتهم صحياً مقارنة بالذكور سلبيات تفرضها الثقافة التقليدية، وهو الأمر الذى يعنى ضرورة تأسيس برامج الحماية الصحية حفاظاً على وجود الإناث وحفاظاً على إنتمائهن.

وتشكل الطفولة الشريحة التى ينبغى أن تتجه إليها الحماية الصحية كذلك، وإذا كانت مرحلة الطفولة قد إمتدت منذ الولادة وحتى سن الثامنة عشر فى غالبية المجتمعات، فإن ذلك يعنى أن

حماية الطفولة يشير إلى الحفاظ على فئة كبيرة من فئات المجتمع، وأن الحفاظ عليها حفاظاً على مستقبل المجتمع. يضاف إلى ذلك فإن مرحلة الطفولة هي المرحلة التي يكون فيها الكائن الإنساني في أضعف حلقاته، ومن ثم يحتاج إلى الرعاية الصحية سواء من البيئة العائلية المحيطة أو من قبل الدولة (45). بذلك تعتبر الرعاية الصحية من الآليات الأساسية لحماية الموارد البشرية للمجتمع والحفاظ عليها، ويرتبط بشريحة الطفولة شريحة الشباب التي تحتاج هي الأخرى للحماية الاجتماعية بوسائلها المختلفة. وذلك يرجع إلى أن شريحة الشباب في المجتمع العربي تشكل ثلث سكان العالم العربي، وهي تتعرض لنمطين من الأمراض او المشكلات المرضية. النمط الأول الأمراض الصحية التي تصيب غالبية السكان، إضافة إلى الأمراض المتصلة بمرحلة الشباب ذاتها، كمرض الأمراض الجنسية، والنفسية والأمراض الناتجة عن الأدمان وتعاطي المخدرات (46). وهو ما يعنى حاجة شريحة الشباب إلى حماية صحية مضاعفة، وتوفير الفرص الصحية القادرة على تطوير قدراتها كمورد بشري له أهمية محورية بالنسبة للمجتمع.

ويعد المهمشين والفقراء إحدى الفئات التي ينبغي أن تهتم بها آلية الحماية الصحية، حيث يشكل هؤلاء المهمشين جملة السكان تحت خط الفقر، والذين تتراوح نسبتهم في العالم العربي ما بين 34% و 50% من السكان، إضافة إلى سكان العشوائيات الذين أصبح لهم وجودهم الواضح في التكوين السكاني للعالم العربي. حيث تتردى الأوضاع الصحية بينهم، لكونهم يعيشون في حالة من غياب المرافق الأساسية الصحية "شبكات المياه والصرف الصحي" داخل السكن وخارجه. يضاف إلى ذلك انخفاض نصيب المهمشين والفقراء وسكان العشوائيات من فرص الصحة الفعالة. وهو الأمر الذي يجعل من هذه السياقات إطاراً لأمراض سوء التغذية، وانتشار الأوبئة، خاصة أن المؤسسات الصحية التي توفر فرص الحماية الصحية والمنتشرة في هذه السياقات، لا تمتلك الإمكانيات التي تيسر لها المواجهة الفعالة لهذه الأوضاع الصحية المتردية.

ثالثاً : غياب الحماية الاجتماعية وضعف الإنتماء : يرتبط مفهوم الإنتماء عضوياً بمفهوم المواطنة التي أصبحت تواجه تحدياً كبيراً في العقود الأخيرة بسبب عجز الدولة القومية عن حماية مواطنيها من خلال توفير مختلف فرص الإشباع بالنسبة لهم. فمنذ وقع التحول الليبرالي مع بداية العقود الأربعة الأخيرة من القرن العشرين، تراجعت الدولة تدريجياً عن مختلف وظائفها وأدوارها، لصالح القطاع الخاص الذي بدأ يقود عملية التنمية والتحديث وفق قيم وقواعد السوق. بحيث إتجه هذا النمط من التحديث إلى التأكيد على الأبعاد الإقتصادية دون الأبعاد الاجتماعية الأمر الذي أدى في النهاية ومع بداية الألفية الثالثة إلى بروز ثلاثة ظواهر.

الظاهرة الأولى تتمثل فى إتساع مساحة التهميش الإجتماعى بمغناه الواسع حيث التهميش الإقتصادى الذى يشير إلى أتساع نسبة السكان تحت خط الفقر بحيث بلغت هذه النسبة نحو 50% من السكان (47). يضاف إلى ذلك التهميش السياسى الذى يعنى عزوف غالبية السكان عن المشاركة، سواء فى المؤسسات السياسية القائمة كالأحزاب السياسية، أو المشاركة فى الإقتراعات العامة. إما بسبب إدراكهم لهشاشة هذه المؤسسات أو فساد هذه الإقتراعات أو بسبب ضعف إرتباطهم بالمجتمع الذى تتم فيه عمليات الإقتراع ووهن إرتباطهم به (48). بينما تشير الظاهرة الثانية إلى إنصراف البشر المواطنين عن الإهتمام بالقضايا العامة التى تتصل محوريا بوجود الوطن وسلامته وحتى مستقبله. تأكيداً لذلك أننا إذا تأملنا جملة الإحتجاجات والتظاهرات الأخيرة التى إمتلأ بها الشارع المصرى، فسوف نجد أنها فى غالبها إحتجاجات فئوية وموقفية، دون أن تتصاعد لتتحول إلى إحتجاجات عامة تتفاعل حول قضايا عامة، وهو الأمر الذى يشير إلى حالة من عدم الإنتماء وعدم الإرتباط بالوطن. بينما تشير الظاهرة الثالثة إلى إنبهار الطبقة الوسطى وتشردم بنيتها، بسبب إرهاب أبناء هذه الطبقة، وسحب إمتيازاتها ومواجهتها لعدد من المشكلات. الأمر الذى دفعها إلى الإنسحاب إما من خلال الهجرة المشروعة أو غير المشروعة، حتى ولو واجهت إحتتمالات الموت.

ذلك يعنى أن هناك جملة من المتغيرات التى لعبت دورها فى تهميش شرائح كبيرة فى المجتمع، ومن ثم أثرت على إنتماءها له وإرتباطها به. من هذه المتغيرات عجز شريحة كبيرة ومتزايدة من السكان عن إشباع حاجاتها الأساسية بحيث جعلها هذا العجز تعيش فى ظل حالة من عدم الأمان، سواء فيما يتعلق بإشباع حاجاتها الأساسية حاضراً، وإدراكها إحتتمالية إستمرار حالة عدم الأمان هذه حتى المستقبل. حيث تتوقع أن يستمر أبنائها فى نطاق نوعية الحياة هذه، التى تفرض عليها صنوف حرمان عديدة، ولذلك فهى لكونها تعاني من الحرمان من عدم إشباع حاجاتها الأساسية، ومن ثم عدم الأمان، فإنها تولد ثقافة رافضة للأوضاع التى تعيش فى إطارها. وهى الثقافة التى تنشئ أبنائها عليها، فيشبون رافضين لهذه الأوضاع، وللمجتمع الذى فرض عليهم هذه الأوضاع. وهو الرفض الصامت الذى يمزق فى هدوء جملة الروابط التى تربطهم بالمجتمع، لذلك نجدهم يعيشون فى المجتمع غير أنهم فى الحقيقة منسحبون من تفاعلاته.

ويتمثل المتغير الثانى فى إنتشار الفساد فى المجتمع، وهو الفساد الذى يبدد الثروة التى من المفترض أن تحقق الحماية والأمان لهم، إضافة إلى توفير ما يشبع حاجاتهم الأساسية. حيث يدرك الناس أن أموال البنوك تختلس، ثم الهروب بها إلى الخارج، بدون عقاب حقيقى وصارم، إضافة إلى تصفية أصول المجتمع وبيعها من خلال صفقات يشوبها الفساد وعدم الشفافية، إضافة إلى منح أصول المجتمع لرجال الأعمال كالأراضى ومواقع المنتجعات بأثمان بخسه تشير إلى

صفات مشبوهة. فى مقابل أن هناك من يعيشون فى العراء، أو فى العشوائيات التى إتسعت مساحتها. يدرك المواطنون السفة الذى يوجه لعلاج شريحة محدودة من النخبة أو رجال الأعمال، الذين يسافرون إلى الخارج ليعالجون على حساب الدولة فى أفضل المستشفيات ويقيمون فى أفخم الفنادق، كل ذلك على حساب المال العام، بينما الفقراء لم يعد لهم مكان فى مستشفى بالوطن، ولا يملكون ثمن الدواء. يضاف إلى ذلك الدور الذى تلعبه نخبة رجال الأعمال والسياسة فى تسريب المخدرات والمتاجرة بها وتدمير صحة المواطن والوطن. فى مواجهة هذه الأوضاع يشعر المواطنون بالغبرة فى مجتمعتهم، يعيشون بأجسادهم فى قلب تفاعلاته، أداروا ظهورهم للمجتمع وولوا وجوههم شطر ضفافة، أشبة ما يكون بالقوافل التى تغادر المجتمع إن ماديا أو معنويا.

ويشكل الإعلام وتكنولوجيا المعلومات المتغير الثالث الذى يلعب دورة فى إضعاف الإنتماء وتضخيم الأحساس بعدم الأمان. فقد أصبح عالمنا متماسكا الآن، أو لنقل قرية صغيرة، تتداخل فضاءاته لكى تشكل فضاء واحداً يستطيع المواطن من خلال الإعلام وتكنولوجيا المعلومات أن يتابع نوعيات الحياة المختلفة فى مختلف مجتمعات العالم، ويدرك أنه ما زال بعيد المنال أن يستمتع بمثل هذه النعم، فإذا تزوج هذا الأحساس، مع إدراك المواطن لكل الفساد والعجز عن الآداء المحيط به⁽⁴⁹⁾. فإن مشاعر الأحباط تتراكم لديه وتتكثف وتتصلب لتشكل حاجزاً يفصل بينه وبين وطنه، وتبدأ خصومة له مع الوطن، فهو لا يحميه ولا يقدم إشباعات له، ويستأثر بعض الفاسدين بكمته، أقل سلوكياته أن ينتظر على ضفاف المجتمع لا يشارك فيه، علّ الأقدار أن تتدخل لتحل مشكلاته، وفى أكثر هذه السلوكيات وأخطرها أن يشارك فى تخريبه ونشر الفوضى على ساحته، فهذا الوطن لا يقدم حماية له.

ويسبب الآثار السلبية لفاعلية المتغيرات السابقة يضعف إنتماء المواطن لوطنه كما تتأكل روابطة به. ولذلك مؤشرات عديدة، أول هذه المؤشرات الإنسحاب من التفاعل الإجتماعى الحادث فى المجتمع، حيث ينسحب المواطن من المشاركة فى الشأن العام، ويتراجع إلى حياته الفردية يسعى لأن يقدم حلاً فردية لها. تأكيداً لذلك اننا إذا تأملنا الإحتجاجات الأخيرة التى وقعت فى الشارع المصرى فسوف نجدها فى غالبيتها ذات طبيعة فردية وجزئية بينما إنصرف المواطن عن الإهتمام بالقضايا العامة ذات الصلة بالوطن. ويرتبط بذلك عدم المشاركة فى العملية الإنتاجية ذاتها، تأكيداً لذلك إنخفاض معدلات النمو فى الفترة الأخيرة، وإنكماش ثقافة التطوع من أجل هدف عام.

وتعد الهجرة الدائمة أو المؤقتة أو غير المشروعة من المؤشرات الأساسية لعدم الإنتماء وطلباً للحماية والأمان فى مكان آخر غير الوطن. حيث تزايدت فى السنوات الأخيرة الهجرة لدائمة لفئات معينة إلى المجتمعات المتقدمة بحثاً عن الفرص الأفضل لتحقيق الذات. بالإضافة إلى ذلك

إتجه البعض إلى الهجرة المؤقتة، إلى مجتمعات الخليج، والرضاء بأى فرصة عمل حتى ولو كانت أقل من مؤهلات الشخص وقدراته. فهو فى مجتمعه الذى خلفه وراء ظهره لم يعد يشعر بالإمان، ولا بإمكانية إشباع الحاجات الأساسية، لقد أصبح يشعر بأنه أصبح عاريا من أى حماية تأويه وتستره. ومن ثم فالبحث عن الأمان والحماية - ولو بصورة مؤقتة - فى مكان آخر يصبح فرض عين. وإلى جانب ذلك إنطلقت موجات الهجرة غير المشروعة، التى قد يواجه المهاجر خلالها الموت وهو على متن قواربه، يفر من وطنه فرارا من أرض خراب. يدرك أنه إذا بقى فى هذا الوطن فلا أمان ولا حماية، بل مواجهة الموت بصورة حتمية، وحينما يدرك المواطن بأن الوطن هو قاتله، وحينما يدرك أن الموت هو ما ينتظره فى وطنه تبدو مشروعية الهجرة غير المشروعة، ويصبح منطقيا أن يهرب المهاجر من الموت حتما إذا هو قد بقى فى وطنه إلى الموت إحتمالا إذا هو قد هاجر وواجه الموت غرقا⁽⁵⁰⁾، علّ فرصة تلوح فى الأفق أو شمعة تضيئ فتبدد كثافة ساحة من ظلام حالك.

وحينما يتآكل الإنتماء ويتحول الوطن إلى غابة لا أمان فيها ولا حماية على ساحتها، فإن الإيديولوجيات الفردية تتقدم على الأيديولوجيا العامة وثقافة المجتمع. وتصبح سلوكيات الإنسان فى المجتمع محكومة بمرجعياته الفردية النفعية والمصلحية، وحينما تتآكل أخلاق المجتمع، تصبح الأخلاق الفردية - أيا كانت طبيعتها - هى الضابطة للسلوك، وتتأسس فى المجتمع حالة من عشوائية السلوك والغابات، وتتجذر فى المجتمع حالة الأنومى الدوركيمياية. فى هذا الإطار يصبح التحرش العلنى فى الشارع وعنوه تعبيراً عن منطق القوة العارية من ضبط القاعدة، ويصبح تبادل الزوجات، تعبيراً عن البحث عن متعة أكثر ما دامت الأخلاق قد داستها السنايك. ويصبح قتل الأبناء حماية لهم من مجتمع لا امان فيه، ويصير بيع الأبناء بحثا عن تأمين وجود مؤقت للآباء وبقية الأبناء. فى مثل هذه الأوضاع يتآكل الإنتماء، ويتآكل الوطن كمرجعية له، ويصبح الفرار من الوطن مشروعاً، بل فى ذات الوقت مطلوبا، لأن الأمان مفقود فيه والحماية غائبة.

- 1- Martindale, Don, The Nature and Types of sociological Theory, London, Rautledge & Kegan Paul, 1961, P. 67.
- 2-توفيق الطويل، الفلسفة الخلفية، نشأتها وتطورها، منشأة المعارف الإسكندرية، الطبعة الأولى، 1960.
- 3-على ليلة، النظام العربى المعاصر، متغيرات الإصلاح وحدوده، مرجع سابق، ص 187.
- 4-Emma Harris, Op, Cit, P, 11
- 5- فيصل غرايية، المواطنة والشباب (2).. المسئولية الإجتماعية حاجة الفرد وحاجة المجتمع، <http://www.amanjordan.org/a-news/wmview.php> ?
- 6- نفس المرجع.
- 7- نفس المرجع.
- 8- المرجع.
- 9- حسين عبد المطلب الأسرج، المسئولية الإجتماعية للشركات ودورها فى مساندة المشروعات الصغيرة والمتوسطة فى مصر www.arabawinfo.com/Rsearches_ar522.doc
- 10- نفس المرجع.
- 11- نفس المرجع.
- 12- نفس المرجع.
- 13- نفس المرجع.
- 14- نفس المرجع.
- 15- نفس المرجع.
- 16- نفس المرجع.
- 17-على ليلة، الأمن القومى العربى فى عصر العولمة، مرجع سابق ص 235.
- 18- أمانى فتديل، على ليلة، مرجع سابق، ص 211.
- 19- نفس المرجع، ص 213.
- 20- نفس المرجع، ص 215.
- 21- نفس المرجع، ص 212.
- 22- نفس المرجع، ص 317.

- 46- نفس المرجع، ص ص 87.
- 47- على ليلة "تحرير" ثقافة المخدرات لدى الفقراء المهمشين، منشورات المركز القومي للبحوث الإجتماعية والجنائية، القاهرة، 2008، ص 33.
- 48- على ليلة: المجتمع المدني العربي، قضايا المواطنة وحقوق الإنسان، مكتبة الأنجلو المصرية، 2006، ص 175.
- 49- على ليلة: الأمن القومي العربي فى عصر العولمة، مرجع سابق، ص 179.
- 50- على ليلة، محمود عبد الفضيل، مصطفى علوى: قضايا ومشكلات عالمية معاصرة، تحرير "على ليلة" الجامعة العربية المفتوحة، 2005 ص 258.

الفصل الرابع : الحماية الاجتماعية والعولمة فى عالم يتغير

تمهيد

أولاً : العولمة والحماية الاجتماعية
.. رؤية نقدية .

ثانياً : العولمة والمجتمع ... علاقة
مركبة

ثالثاً : إنعكاسات العولمة على شبكة
الحماية الاجتماعية

رابعاً : العولمة وكيف أدت إلى
الإفقار التناموى .

خامساً : العولمة أفرزت الأزمة
الاقتصادية العالمية .

سادساً : ثم ماذا بعد .

الحماية الاجتماعية والعولمة فى عالم يتغير

M

من أبرز خصائص الظواهر الاجتماعية التى إستقرت عليها غالبية المدارس الاجتماعية المعاصرة العمومية والترابط والتأثير المتبادل وأحياناً الجبر والإلزام ...

وفى النصف الثانى من القرن العشرين المنصرف تعرضت المجتمعات البشرية فى قارات العالم الخمس لموجات من التغيرات الحادة والعنيفة حيناً والهادئة أو السلسة حيناً آخر . وقد وصلت تأثيرات هذه التغيرات إلى كل مناحى الحياه ، البنية المجتمعية والاقتصادية والسياسية والثقافية والأخلاقية . بل وشبكة العلاقات الدولية فى الغرب كما فى الشرق وفى الشمال إلى الجنوب .

قرباً ستة عقود والعالم يعيش درجات متصاعدة من التغير السريع والحاد فرضت تحديات كبيرة فى كافة شئون حياة المجتمع وفرضت أسئلة كبرى على الجميع . كيف يفكر الإنسان العادى والمواطن البسيط ، كيف تفكر النخبة ؟ كيف يفكر القادة . ماهى ضمانات إستقرار البناء الاجتماعى ؟ ماهى المرجعيات العلمية فى شئوننا الحياتية ؟ كيف نقيم المجتمع المدنى المحمى بمظلة واقية من الحماية الاجتماعية فى ظل ظاهرة عامة سيطرت على كافة مناحى الحياة ونقصد بها ظاهرة العولمة .

هل جاءت العولمة بالرخاء الذى يقوى شبكة الحماية الاجتماعية ويقوى بنية المجتمع المدنى ؟ أم العكس جاءت بالرخاء المفقر عن طريق الخصخصة العشوائية وما أدت إليه من بطالة وفقر وتردى فى خدمات الرعاية الاجتماعية الأولية ؟

كيف أدت العولمة إلى أزمة إقتصادية عالمية ضاغطة أصابت العالم أجمع وأوجدت حالات من الإرتباك والفوضى فى كافة مكونات المجتمعات الصناعية المتقدمة والنامية على حد سواء وإنعكاس تلك الأزمة على منظومة الحماية الاجتماعية عامة وعلى إهدار قيمة الإنسان وتسليعه أى تحويله إلى شبه سلعة ؟ وسبباً لإختلال مكونات الأنا الوطنية .

إن القضايا موضوع هذه الدراسة "الحماية الاجتماعية والعولمة فى عالم يتغير كثيرة ومتداخلة تفرض علينا أن نفكر فيها بمنطق العصر ومنهج العصر الذى يعتمد على قاعدة المنهج العلمى وأن تكون لدينا شجاعة العقول ونتساءل هل نفكر كما كان يفكر السلف فى ظواهر لم تكن فى حياتهم ولا فى مجتمعاتهم أم تكون فقهاء عصرنا وباحثى عصرنا نحن ومشكلاتنا نحن .

إن كاتب هذه السطور يرى الاجتهاد فى أن الرصد الدقيق لتأثير العولمة وأزماتها على البنية المجتمعية بصفة عامة ومنظومة الحماية الاجتماعية بصفة خاصة فى عالم سريع التغير قد أفرز عدة نماذج من العقل الجمعى والوعى المجتمعى نرصد منها حالتين الأولى مجتمعات فاعلة بوعى وناقدة بعلم ومعرفة ، شرائحها الاجتماعية منتجة نشطة وحصادها المعرفى راق ، متراكم ، غنى ، ووفير ورصيدها العلمى والثقافى يتسم بالمرونة والدينامية يؤهلها لآداء الواجبات ثم المطالبة بالحقوق والإصرار على الحصول عليها . بينما الثانية مجتمعات ساكنة مدجنة ، حصادها المعرفى والعلمى ضعيف هزيل حيناً ويكاد يكون معدوماً حيناً آخر . أما رصيدها الثقافى فجامد أو متحجر وقواها الإنتاجية شبه عاطلة أو ضعيفة ، هزيلة مشتتة فى أداء الواجبات ، قليلة الحيلة فى المطالبة بالحقوق . الأولى لديها قرون إستشعار قوية للتنبؤ بالمستقبل وكيف يكون أفضل من الحاضر ، كما تتصف بالقدرة على الإبداع والتجديد وسرعة التكيف مع المتغيرات ومن ثم فهى أقدر على قبول التحديات وإدارة عجلة التقدم باطراد . بينما الثانية عاجزة عن التغير ، ليس فى الإمكان لديها أحسن مما كان ، ترضى بالقليل ، ترى الماضى سيد الحاضر ، أسيرة التعصب للقديم ولا تتسامح مع الإبداع والتجديد ومن ثم فهى عاجزة على مواجهة التحديات وتحريك عجلة التغير نحو التقدم . المستقبل لايعنيها لأنها غارقة فى هموم ومشكلات الحاضر .

هل قام مجتمعنا بمؤسساته وهيئاته ومنظمات المجتمع المدنى كل فى مجال تخصصه ومسئوليته بمراجعة نقدية تستند إلى فكر منهجى عملى وسليم لمراجعة أمانة لأربعة عقود خلت منذ تطبيق سياسة الإنفتاح الإقتصادى منتصف السبعينات حتى وقوع الأزمة الاقتصادية العالمية فى صيف عام 2008 .

هل راجعنا موقفنا من العولمة وآثارها الاقتصادية والاجتماعية والسياسية بل والثقافية على حاضرنا ومستقبلنا .

لقد نجحت مجتمعات " كثيرة - كانت اقل منا تقدما ونمواً منذ نصف قرن تقريباً ما بين 1956 - 1966" ثم سبقتنا فى مضمار التنمية المتواصلة والمستدامة بل نجحت فى تحويلها - أى التنمية - إلى حالة تقدم حضارى واضح يعطى مؤشرات ذات صدقية عالية أنها لم تستسلم لوصفات صندوق النقد الدولى والبنك الدولى ومظمة التجارة العالمية بالكامل بل أخذت منها مايفيد وطرحت ما لايفيد خاصة مايتصل بدور الدولة الاجتماعى والثقافى وحافظت بحنكة على توازن وإتساق البناء الاجتماعى فى أوطانها فماذا فعلنا نحن

؟

من الحقائق الموضوعية أن العولمة كان ولا يزال لها كبير الأثر على كافة المجتمعات فى مختلف أرجاء المعمورة من الجوانب الاقتصادية والاجتماعية والسياسية والثقافية منها ماقد يكون إيجابياً نافعاً وما قد يكون سلبياً ضاراً . ويقدر سلامة البنية المجتمعية وقوة تماسكها حدثت المراوحات والتباينات بين الإيجابى النافع والسالب الضار حيث نجد من حصد خيارات الحالة الأولى ومن اكتوى بنيران الثانية .

هناك من أجاد استثمار العولمة التى يموج بها العالم فى تقوية حاضر مجتمعه وإجادة صياغة أفكار منهجية علمية وعملية تعتمد على الذات والمراجعة النقدية للإمكانيات والدور والعقل والفكر من أجل تحسين فرص الحياة للواقع الراهن وحسن البصيرة فى إستشراق المستقبل . فماذا فعل العالم العربى ومصر فى قلبه وهل إستوعب روح العصر ووضع مجتمعاته على الطريق السليم نحو مستقبل يصنعه بإرادته ؟ أم أن المستقبل يتبدد من بين يديه بعد أن أوشك العالم أو يكاد أن ينفذ يديه من كل ما هو عربى حينما تنضب فى غد قريب الموارد النفطية وتتلاشى المزايا النسبية لقيمة الموارد البشرية ؟

هل سننجح فى تحقيق حالة من التوازن بين ما هو إقتصادى مالى تجارى إستهلاكى وما هو إجتماعى ثقافى إنسانى فى منظومة حياتنا بالدرجة والمستوى الذى يساعدنا فى اللحاق بركب السباق الحضارى الضارى أم سنعجز عن ذلك كما يدعى البعض فى الغرب عن العرب وهم كثر أمثال توماس فريدمان الذى فى كتاب حديث له جعل عنوانه **The world is flat** العالم مُسطح يزعم فيه أن هناك أسبابا كامنة فى صلب ثقافة العالم العربى تحول بينه وبين الدخول فى سباق النهضة الحضارية المعاصرة ، والأمر الغريب والمريب أنه يستثنى من ذلك ثقافتى حضارتين قديمتين هما الصينية والهندية ويتهمنا نحن العرب بأن ثقافتنا الحضارية منغلقة أو متخلفة بالدرجة التى تعوق إنفتاحها على فضاءات العولمة ؟ وإذا كان لنا أن نجيب على تساؤل فريدمان فى هذا المدخل أو تلك المقدمة فالجواب هو بلا . الجامعة المانعة . فلقد هرب فريدمان أو امتنع عمداً عن إكمال الحقيقة والتلحى بالأمانة العلمية والموضوعية . حينما نسى أو تجاهل دور إسرائيل منذ ستين عاماً فى عملية الإعاقة المتعمدة والمبرمجة من قبل الإستعمار القديم " بريطانيا وفرنسا والإستعمار الجديد الولايات المتحدة الأمريكية وتابعها الاتحاد الأوربى والعولمة المأمركة فالصين والهند متحررتان من هذه الإعاقة تاريخياً وجغرافياً وثقافياً وسياسياً .. الخ .

تساؤلات كثيرة تحاول هذه الورقة الإجابة على الكثير منها مااستطعنا إلى ذلك سبيلاً ويبقى صلب الإشكالية واضحاً وهو كيف أن العولمة قد وضعت الحماية الإجتماعية

فى عدد من المشكلات المركبة بل وضعت معها سياسات الدولة نحو المواطن والمجتمع فى شبه مازق .

أولاً :

العولمة والحماية الإجتماعية : " رؤية نقدية "

العولمة قضية العصر الذى نعيش . مصطلح طاغ فى عالم السياسة والاقتصاد والاجتماع والإدارة والتجارة والمعلومات بل وعالم القيم والثقافات . فرضت نفسها على اقطاب السياسة ، ورجال الأعمال والأموال بل وكبار التكنولوجيا وعالم البنوك والبورصات وكبريات الشركات ذات الجنسيات المشتركة عابرة القارات والمحيطات . كما أنها "أى العولمة " ظاهرة كبرى فرضت نفسها على منظرى الثقافة والسياسة والاقتصاد والاجتماع بل وفلاسفة العلوم والفنون والقيم والأخلاق .

سعت العولمة وخطت وأولدت ونفذت أهدافها الساعية إلى احتواء كل المناشط المجتمعية التى تمس حياة الانسان وممارساته وشبكة علاقاته ، وأفكاره وقيمه ومعتقداته بل إتسعت دوائرها لتصل إلى التنمية والبيئة والصحة والتعليم والثقافة ، والرعاية الاجتماعية وشغل أوقات الفراغ . ثم إزدادت الدوائر إتساعاً لتصل إلى قضايا السيادة والأمن وحقوق الأقليات والملكية الفكرية بل وصلت إلى شبكات المعرفة وفرضت عليها تحديات جسام مما حدا بروبرت إسحاق فى كتابة مخاطر العولمة **The Globalization Gab** كيف أنها تجعل الأثرياء أكثر ثراء والفقراء أكثر فقراً⁽¹⁾ . بينما يرى فيها جيرالد بوكسبرجر ، وهارالد كليمنتا فى مؤلفيهما " الكذبات العشر للعولمة على أنها البديل لديكتاتورية السوق⁽²⁾ بينما نجد اربعة من الباحثين "جارى بيرتلس ، روبرت ز:لورانس روبرت ا.لينان ، روبرت ج شاميرو فى كتابهم جنون العولمة ز تفنيد المخاوف من التجارة المفتوحة يتحدثون فيه عن حالة التناقض التى تسيطر على سياسات الولايات المتحدة الأمريكية بينما هى تشجع العالم أجمع على الإندماج فى شبكات العولمة ومنظماتها فإن أعداداً متزايدة من الأمريكيين يعربون عن قلقهم وخوفهم من العولمة وشكوكهم فى آثارها على الإنسان والمجتمع بينما تناهضها منظمات كثيرة فى مجتمعات الاتحاد الأوربى خاصة فى فرنسا ، ألمانيا ، اسبانيا ، إيطاليا ، ، بريطانيا وبلجيكا .

ويتحدث الكتاب عن مخاطر العولمة على شبكات الحماية الاجتماعية خاصة مايتصل بالعدالة ، وحماية فرص العمالة ، الرعاية الاجتماعية الأساسية ، التأمين ضد المرض والبطالة ، التصدي لصور الظلم وعدم المساواة فى الحقوق والواجبات ... الخ (3)

ثانياً :

العولمة والمجتمع . . علاقة مُركبة :

إذا كانت الضرورة المنهجية تستوجب من الباحث أن يطرح مفهومه للمصطلحات التى يستخدمها حتى يكون التعامل مع مايطرحه على أساس هذا المفهوم ، ويتحاشى ماقد ينجم من إختلافات نتيجة تباين المفهوم .

وعلى الرغم من المحاولات الجادة والإجتهادات الرصينة لترجمة مصطلح Globalization كمفهوم الكوكبة الذى طرحه الكثيرون من الباحثين الثقة أمثال المفكر الراحل الدكتور إسماعيل صبرى عبدالله وآخرون . إلا أن الاجتهادات فى التعامل مع ذلك المفهوم أشبه ماتكون بموجات البحار والمحيطات كل موجه قد يكون فيها ماهو جديد ومفيد .

وإذا كان الباحث صاحب هذه الدراسة يحاول الاجتهاد فإنه يرى أن المفهوم الأكثر إنتشاراً فى مختلف المدارس الفكرية فى معظم أرجاء المعمورة هو أن "العولمة" مشتقة من العالم وترجمتها فى الفرنسية Le monde وهى شبكة العمليات التى تجرى فى مختلف بلدان العالم وتمس حياة الناس بدرجات متفاوتة .

وفى هذا الصدد نجد أن عالم الاجتماع الأمريكى الشهير أنتونى جيدنز Antony Giddens فى كتابه "عالم جامع" كيف تعيد العولمة تشكيل حياتنا Run way world How globalization is Reshaping our life الصادر سنة 2000 حيث يقول العولمة Globalization قولاً تكون كلمة أنيقة أو مهذبة لكننا لايمكن أن نتجاهلها وإذا كان الفرنسيون يطلقون عليها كلمة Mondialisation بينما فى اسبانيا ودول أمريكا اللاتينية الناطقة بالأسبانية يطلقون عليها Globalization أما الألمان فيطلقون عليها Globalisierung . فإن إنتشار المصطلح دليل على التطورات التى يرمز عليها والتأثيرات السريعة والعريضة التى يحدثها . ويقول جيدنز بأن هذا المصطلح لم يكن موجوداً أو متداولاً حتى حقبة الثمانينات من القرن العشرين ويكاد يكون متوارياً فى الدراسات الأكاديمية ، لقد هبط هذا المصطلح من حيث لانعلم ليصبح أماننا ومن فوقنا وتحتنا وبين أظهرنا من حيث لاندري ولا نعلم . ويستطرد جيدنز إن العولمة تتعلق بنظرية

تقول بأن العالم أصبح شبيها بقرية كبيرة واحدة ، الجميع يعيش فى عالم واحد . ولكن بأى صيغة يعيشون ؟ وعلى أى نحو يتكاملون وعلى أى صبغة على وجه التحديد . ويشبه عالم العولمة بالحصان الجامح الذى يحتاج لمن يكبح جماحه . إن العولمة فى رأيه عرضت المجتمعات الفقيرة لعمليات نهب منظم .

إن العولمة أوجدت حالة من الفوضى المنظمة على حد تعبير جیدنزادت إلى سيطرة عدد من الشركات متعددة الجنسيات على معظم الطاقات والإمكانات الاقتصادية فى العالم كله ويشير إلى أنه من الخطأ الكبير تعريف العولمة بالمعطيات الاقتصادية فحسب حيث أنها ذات أبعاد سياسية وثقافية بسبب أنها لا تقتصر فقط على عالم الأسواق وآلياتها بل بالطريقة التى يفكر بها الناس ويتعاملون ويتفاعلون بها فى حياتهم اليومية (4) .

وفى دراسة للمنظمة العالمية للتربية والثقافة والعلوم "اليونسكو" أشارت المنظمة أن العولمة تتجسد فى تطور البنية التحتية للمعلومات وحرية إنتقال السلع والبضائع والنشاطات الاقتصادية وزيادة تأثير أسواق المال والاقتصادات العالمية وتقليص دور الدولة وتخصيص معظم الخدمات العامة مما يشكل خطورة على مبادئ الميثاق الدولى لحقوق الإنسان ومظلة الحماية الاجتماعية العامة (5) .

ومن أبرز الوثائق المضادة للعولمة تلك التى قدمها رئيس وزراء ماليزيا الأسبق مهاتير محمد أمام إجتماع منظمة المؤتمر الإسلامى فى ماليزيا عام 1999 حينما تناول تقييم تجربة بلاده فى مواجهة العولمة مشيراً الى أن العولمة لم تتشكل لصالح دول العالم أجمع كما يدعى سدنتها والقائمون على شئونها فهى على مستوى النظرية والتطبيق تشكلت لصالح الدول والقوى الكبرى فى العالم التى تختلف أجندتهم ومصالحهم وأولوياتهم عن نظيرها فى البلدان النامية ويستطرد مهاتير محمد فى وثيقته تلك قائلاً " لقد كانت ماليزيا على شفا الإفلاس فى الأزمة الاقتصادية الأخيرة التى إجتاحت مجموعة دول النمرور الآسيوية فى عام 1997 والتى كانت على وشك أن تتحول الى مجموعة من المتسولين والفقراء العالة على غيرهم بسبب نظام العالم المعولم أو ضحية وحوش العولمة الذين حولوا الاقتصاد العالمى إلى غابة هم أسودها ونمورها وفهودها وفيلتها . إن أجندة ومصالح أباطرة العولمة فى الدول السبع الغنية فى العالم لم تغير أجندة الدول النامية ومصالحها . إن حرية تدفق المعلومات وسرعة إنتشارها ليس لهدف المعرفة ولكن أيضا لنشر الفحش والقذارة والكذب والهدف تدمير تنمية ونهوض المجتمعات الإنسانية (6) .

وهذا هو بيتر وايد فى مقاله بمجلة ، الإيكونوست بأن العولمة تسببت خلال عقد التسعينات الماضى فى إفقار المزيد من المجتمعات فى العالم كله ووسعت الهوة فيما بين

الشمال والجنوب وحتى داخل بلدان الشمال تعرض قطاع الخدمات للعديد من الأزمات التي أصابت شريحة الطبقة الوسطى ومادونها وأن المؤشرات الإحصائية لعدد من المنظمات الدولية المتخصصة والصادرة منذ عام 1998 تفيد تراجع حصص الفقراء من الدخل العالمي بنسبة الربع تقريبا ، بينما زادت حصة أغنى 10% من سكان العالم بنسبة 8% عن نفس الفترة مما يشير الى ظلم العولمة ومؤسساتها (7) .

إذا القينا نظرة إستقرائية موجزة لبعض المفكرين العرب من مختلف الإتجاهات والتخصصات فى علوم الاجتماع والاقتصاد والفلسفة والسياسة فإننا نجد أن برهان غليون وهو عالم الاجتماع السياسى السورى يتعامل مع العولمة من خلال تقديمه لمقاربة ثقافية للعولمة تتكون من ثلاثة أبعاد أ- البعد المالى الذى يجعل الناس يعيشون فى إطار سوق واحدة لرأس المال وبورصة عالمية واحدة ذات مراكز متعددة فى واشنطن ولندن وباريس وفرانكفورت وهونج كونج وشانغهاى .. الخ أما البعد الثانى فهو الإعلامى بكل مؤسسات ووسائل الإتصال والإعلام العالمية والبعد الثالث المعلوماتى المتمثل فى شبكة المعلومات المهيمنة والتي تتجسد فى الإنترنت . ويستطرد برهان غليون بأن المجتمعات البشرية التي كانت تعيش حالة من الخصوصية التاريخية لكل بلد حسب تراثها وأعرافها وتقاليدها ومرحلة تطورها ونموها أصبحت تعاني من حالة إضطراب تحتاج منها إلى تكيف من نوع جديد البعض قد يقدر عليه والآخر قد يعجز عنه . (8) وهاهو حسن حنفى المفكر المصرى المتخصص فى الفلسفة الإسلامية يتعامل مع العولمة بأنها تكتل إقتصادي للقوى العظمى يطلق يدها لإدارة وإستثمار ثروات العالم وموارده وأمواله وأسواقه وأن العولمة تعمل لصالح هذه القوى المهيمنة وعلى حساب الدول النامية وتقليل دور الدولة الوطنية (9) .

وهاهو سمير أمين عالم الاقتصاد السياسى المصرى فإنه يختلف مع برهان غليون وحسن حنفى وجيدنز حيث لا يرى جديداً فى العولمة سوى أنها موجة ثالثة من موجات التوسع الرأسمالى الاستعمارى لا يختلف كثيراً عن الموجات السابقة . ذلك أن النظام الرأسمالى العالمى المهيمن عن طريق الشركات العملاقة متعددة الجنسيات وعابرة القارات والمحيطات قد سيطرت على إدارة الاقتصادات الكبرى فى مراكز الدول الصناعية الكبرى المتقدمة وتمكنت من بسط نفوذها فى الأطراف (10) .

أما المفكر المصرى السيد يسين الذى اهتم بدراسة ظاهرة العولمة منذ بداية العقد الماضى فىرى فيها عملية مستمرة يمكن ملاحظتها وتتبعها بإستخدام عدد من المؤشرات الكمية والكيفية فى مجالات الاقتصاد والسياسة والاجتماع والثقافة والإتصالات . ويرى أنها أى العولمة ترتبط بثلاث عمليات الأولى إنتشار المعلومات والثانية تذويب الحدود بين الدول

والثالثة زيادة معدلات التقارب والتشابه بين الجماعات والمجتمعات والمؤسسات . وهذه العمليات قد تؤدي إلى نتائج إيجابية لبعض المجتمعات وأخرى سلبية لبعضها الآخر . والنتيجة أن جوهر العولمة يتمثل فى سهولة حركة الناس والمعلومات والسلع بين الدول على نطاق كوني فى مختلف أرجاء المعمورة (11) . أما المفكر البحريني محمد جابر الأنصاري فينظر للعولمة من منظور ثقافى واسع النطاق بإعتبارها آلية من آليات التطور الرأسمالى وهذه الآلية تطورت إلى حالة أيدلوجية تعكس رغبة الهيمنة والسيطرة من جانب مجموعة الدول الغنية الكبرى فى الغرب (12) .

أما صاحب هذه الدراسة فيرى فى العولمة موجة من موجات تطور النظام الرأسمالى العالمى يهدف إلى تبنى النموذج الأمريكى الذى أجاد إستخدام قوته الإقتصادية والعسكرية والسياسية الطاغية للهيمنة على الأسواق والبورصات وكبريات الشركات والمؤسسات المالية وهذا هو الضلع الأول فى مثلث العولمة أما الضلع الثانى فيتمثل فى ثورة تكنولوجيا المعلومات وشبكة الإتصالات المتقدمة والضلع الثالث شبكة الإتصالات والمعلومات ذات الإنتشار الواسع والسريع والمرونة الكبيرة والقوة الإدماجية التى تتمتع بها على مستوى الزمان والمكان . فإنه لم يكن للعولمة أن تتكرس وتمد جذورها قلبا وقالبا ، كما وكيفما على مستوى العالم مالم تتوافر أدوات ووسائل تكنولوجيا الإعلام والإتصال . يضاف الى ذلك تشجيع عدد كبير من البلدان وخاصة البلدان النامية على التوسع فى برامج الخصخصة وتقليص سيطرة الدولة على قطاعات واسعة من قطاعات الإنتاج والخدمات وكانت الضحية منظومة الحماية الاجتماعية (13) .

وهناك شواهد كثيرة تؤكد ما جاء فى التشخيص الوارد فى الفقرة السابقة يدل على ذلك ماكتبه كارلوس شواب المدير المؤسس لمنندى الإقتصاد العالمى والذى يعتبر واحداً من أهم تجمعات الرأسماليين فى العالم حينما انتقد العولمة فى مثال نشرته صحيفة هيرالد تريبون عام 1999 أوضح فيه أن العولمة تتسبب فى الكثير من الإضطرابات والإحتجاجات الاجتماعية ، كما أن الطفرة التكنولوجية الحديثة المصاحبة للعولمة قد أدت الى إضاعة الآلاف من فرص العمل التقليدية أكبر كثيراً مما أنتجت من فرص عمل جديدة . كما أن نمط التنافسية الشرسة الذى يسود النظام الإقتصادى العالمى يجعل الأقوياء يربحون كل شئ بينما يتعرض الضعفاء لخسارة كل شئ والوصول الى مايشبه الإفلاس وعدم القدرة على التكيف . وأشار إلى أن زيادة الأرباح لم يقابلها زيادة فى شبكات الأمان الاجتماعى والحماية الاجتماعية (14) .

وهناك ماسجلته ليزا أندرسون من أن مظاهر من سوءات العولمة ليس سوى النذر اليسير . حيث بدت بعض الظواهر السلبية المقلقة ، إذ أن المعرفة والتقنية والثروة والمال من جانب وفرص العمالة وكثافة التشغيل من جانب آخر بدأت ليس فقط فى التباعد بدلاً من الإدماج والتكامل ولكن بدأت الثروات تزداد وتتركز فى حوزة القلة من النخب المالية فى دول المركز "واشنطن ، نيويورك ، باريس ، فرانكفورت ، لندن ، هونج كونج، وبدأت كميات ضخمة من رؤوس الأموال تنتقل عبر الحدود دون ضوابط شفافة مما يهدد الإستقرار المالى للكثير من الدول ، كما بدأت أعداد متزايدة من الشركات الكبرى تنتقل من الشمال الى الجنوب كاسرة كل الحواجز فى ظل السياسات التى يطبقها ويفرضها صندوق النقد الدولى والبنك الدولى ومنظمة التجارة العالمية وقد ينذر ذلك بوقوع كارثة قد تعم العالم أجمع (15) .

فى هذا السياق ايضا نجد إدوارد هيرمان يرى فى العولمة أيديولوجية تعكس ذهنية السيطرة والإحتكار عن طريق الإدماج والتكامل شكلاً بينما فى الواقع سياسة مبرمجة لخدمة مصالح المؤسسات الاقتصادية العالمية الكبيرة والشركات متعددة الجنسيات على حساب مصالح الغالبية العظمى من المجتمعات الإنسانية فى العالم أجمع (16) . وفى نفس هذا السياق ايضا نجد المفكر المريكى المعاصر نعوم تشومسكى فى عدد كبير من دراساته وأبحاثه يؤكد على أن العولمة تمثل مصالح الشركات الكبيرة والمؤسسات المالية العملاقة ، وبالرغم من الترويج لفوائدها الاقتصادية إلا أنها تعمق الإنقسامات الاجتماعية وتزيد من حالة التباين فى الثروة على مستوى العالم حتى فى داخل مجموعة الدول الصناعية الكبرى وفى مقدمتها الولايات المتحدة الأمريكية والعديد من دول الاتحاد الأوربي حيث زيادة الفقر والتهميش الاجتماعى والاقتصادى ضد الشرائح الوسطى والدنيا وأن هاتين الطبقتين تتعرضان لحالات من الإهتزاز والخلخلة (17).

والمتمأل فى نظر مشروع التأمين الصحى الذى قدمته الإدارة الأمريكية الحالية ثم حركات الإضرابات فى كل من ألمانيا ، فرنسا ، إيطاليا فى الفترة الأخيرة وماتعكسه من قلق إجتماعى يؤكد التشخيص الذى قدمه نعوم تشومسكى ، وفى نفس المسار يذهب عالم الاجتماع الفرنسى بيير بوردييه والذى يعد واحداً من رموز الفكر الفرنسى المعاصر المناهض للعولمة فى نموذجها المأمرك على حد قوله أنها أى العولمة تؤدى الى تحويل مسار القوة وصنع السياسات فى المجتمع المدنى ومؤسساته وتنظيماته بل وأحياناً فى بعض الحكومات الى حفنة من الشركات العملاقة والمؤسسات المالية والمصرفية الكبرى والإبتعاد عن قيم الحماية الاجتماعية والرعاية الأخلاقية والثقافية التى تصون قيم الحياة

والتحول من الملكية العامة لأعمدة وأركان القوى الاقتصادية والاجتماعية والثقافية للمجتمع إلى الملكية الخاصة والمحتكرة من جانب مجموعة من النخب المالية الاقتصادية فى دائرة القطاع الخاص والشركات الكبرى (18) .

وفى نفس السياق فإن المفكر الفرنسى إجناسيو رامونيه رئيس تحرير مجلة " ل موند دبلوماسيك le Monde Diplomatique حيث يصف العولمة بوحش كاسر يملك رأسين الأول مالى إقتصادى والثانى معلوماتى تكنولوجى ، كما أنها أى العولمة تمثل نظاماً للشمولية والهيمنة الإحتكارية خاصة فى البلدان النامية حيث ضعف الإهتمام بحاجات المجتمع خاصة فى الرعاية الاجتماعية وشبكات الحماية والأمن الاجتماعى فى التعليم والصحة والتربية والثقافة والإسكان وخدمات الأسرة والأمومة والطفولة... الخ إن دور البشر فى العولمة أن يكونوا أدوات للربح الذى يصب فى خزائن القلة من الأغنياء الأقوياء فى دول الشمال (19) .

ثالثاً :

انعكاسات العولمة على شبكة الحماية الاجتماعية

1 - إضعاف روافد تقوية ودعم البنية المجتمعية :
نبدأ بالتساؤل المباشر هل أثرت العولمة بشكل مباشر أو غير مباشر أو الاثنين معاً على شبكات الحماية الاجتماعية ومظلة التأمين الاجتماعى ؟ وإذا كان الجواب بالتأكيد أى نعم . فما هو نوع الأثر وطبيعته ؟

ولكى الإجابة واضحة وضوح التساؤل فإننا سوف نستعين ببعض أدبيات علم اجتماع التنمية التى اقتربت من التحليل النقدى لعلاقة كل من الظاهرة الاقتصادية فى صورتها الكلية بشقيقتها الظاهرة الاجتماعية وكيف توحشت الأولى على الثانية منذ عقد الثمانينات والتى سادت إبان حكم كل من الرئيس الأسبق رونالد ريحان فى الولايات المتحدة الأمريكية ومارجريت تاتشر فى بريطانيا حيث التوسع الكبير والسريع فى الخصخصة وتقليص دور الدولة فى الاقتصاد والاعتماد على مايسمى قوانين السوق وآلية السوق وحرية السوق مما أدى الى ضعف الإهتمام بقطاع الخدمات بصفة عامة وخدمات الحماية الاجتماعية بصفة خاصة مما أدى إلى ضعف فى برامج التنمية المتواصلة خاصة فى بعدها الإنسانى الاجتماعى أثر بشكل مباشر على صلابة البنية المجتمعية الكلية خاصة وأن العولمة تتسبب فى زيادة التباين وعدم المساواة بين طبقات المجتمع وتركيز الموارد والقوة

فى أيدى مجاميع قليلة من المسيطرين على القطاعات الاقتصادية المختلفة وزيادة مساحات التهميش الاجتماعى والاقتصادى والثقافى والسياسى للعديد من الشرائح الإنسانية فى الطبقتين الوسطى والدنيا ويؤكد ذلك ما طرحه أمارتياسن الحاصل على جائزة نوبل فى الاقتصاد من أن العولمة وإن كانت فى حد ذاتها قد حققت الكثير من المكاسب على الصعيد العلمى والتقنى والاقتصادى . لكن مشكلتها الكبرى "أى العولمة " هى أنها زادت من حالات عدم العدالة فى توزيع مكاسبها بين الدول من جانب وبين طبقات المجتمع فى الدولة الواحدة من جانب آخر وأن الحاجة ماسة للبحث عن نمط جديد لإدارة مكتسبات العولمة والتى لاتزال متركزة فى يد وتحت سيطرة القوى النافذة فى مجموعة الدول السبع الصناعية الكبرى فى العالم وفى مقدمتها الولايات المتحدة الأمريكية التى تدير العولمة من أعلى (20)

تلك المعانى الذى أبرزها وأكدها بوضوح شديد مايكل ليند Michael lind حينما كتب يقول فى عام 1995 "إننا نعيش فى عالم عصر سريع التحول والتبدل ، يشبه العصور الوسطى بينما نحن على بعد خطوات من القرن الواحد والعشرين . عصر تهيمن فيه الولايات المتحدة على مجموعة الدول السبع الصناعية الكبرى ومن ثم على العالم أجمع حيث تجتمع أعلى درجات السيطرة على الاقتصاد العالمى بفعل آليات العولمة . حيث يشعر الأمريكيون أينما نظروا إلى أى بلد فى هذا العالم الواسع أنهم فى بلدهم . ويستترد ليند أنه فى حقبة كلينتون كان هناك درجة من درجات الحياء فى مراعاة نسبة ما من العدالة فى التعامل مع ثمار العولمة . لكن هذه الدرجة تلاشت وتبخرت فى حقبة بوش الابن حينما إنبثق مفهوم التجارة الحرة من كونه مجرد قاطرة للاقتصاد المعولم إلى مبدأ أخلاقى جديد (21) .

ويستترد ليند على أن العولمة قد تحولت بعد الحادى عشر من سبتمبر 2001 على يد الإدارة الأمريكية تحت رئاسة بوش الابن إلى صورة شبه كاريكاتيرية مريضة بهوس الثنائية محور الخير مقابل محور الشر ، العالم الموصول مقابل العالم المفصول وهناك صراع مستمر بين العالمين . وعلى العولمة أن تتقدم لتصل المفصولين . الذى هم بعيدين عن مناطق المركز فى شنطن ونيويورك ولندن وباريس ويون وفرانكفورت وهونج كونج وطوكيو .. الخ . وإذا بدت مقاومة شرسة من الصين أو الهند أو روسيا أو البرازيل وجنوب إفريقيا فيجب ترويضها حيناً وإغرائها أو تحذيرها حيناً آخر . أما البلدان النامية فى أقطار المعمورة عليها القبول بتبعية الأطراف للمركز . عليهم القبول بأن تقود العولمة إقتصاداتهم وفق منظور ورؤية المركز . وهكذا تتحول العولمة تدريجياً من ثورة تكنولوجية إلى تواصل

كثيف يتحول مجدداً في نظر كلينتون إلى آلية إقتصادية ومالية كبيرة تربط العالم كله من جانب ثم تُوَمَّن المصالح الأمريكية من جانب آخر . ثم تتحول جددا من دائرة خليفة كلينتون جورج بوش الابن الى نوع من العقيدة شبه الدينية التي لاينبغي ركوب موجتها فحسب بل تطبيقها في كل مكونات البناء الإقتصادي . أما البناء الإجتماعى وخاصة الرعاية الإجتماعية والحماية الإجتماعية والأمان الإجتماعى فيأتى فى مرتبة متدنية فى سلم الأولويات إلى الدرجة التي دفعت بالإقتصادى الفرنسى ريمون بار والذي شغل منصب رئيس الوزراء إبان فترة الرئيس الفرنسى الأسبق جسكار ديستان الى التصريح بأن العولمة ترهن النظام الإقتصادى الليبرالى فى قبضة وسطوة مجموعة الشركات الكبرى متعددة الجنسيات وإضعاف سلطة الدولة فى ضبط وتنظيم الإقتصاد الكلى تحت شعارات إقتصاد السوق الحر، والمنافسة . والضحية سوف تكون قطاع الخدمات العامة والرئيسة التي ينبغى على الدولة القيام على ضمانها والحفاظ على سلامتها كما وكيفاً ويأتى فى مقدمتها منظومة الرعاية الإجتماعية وشبكات الحماية الإجتماعية وأيده كثيرون من أعضاء فى الجمعية الوطنية الفرنسية "مجلس النواب" وأعضاء فى برلمان الاتحاد الأوربى (22) .

وهنا نعود مرة أخرى الى المفكر الأمريكى نعوم تشومسكى حيث يقول "فى اللحظة الذى كان فيها "تفاهم وشنطن" قد إبتدأينهار فيها بفعل الأزمات الإقتصادية العاصفة التي حلت بمجموعة النمور الاسيوية وروسيا وبعض دول أمريكا اللاتينية كانت إدارة ج دبليو بوش "الابن" تعمل على تكريسه كحجر زاوية فى عرض العولمة كنوع من الأمركة ولايتحرج بوش من التصريح "هناك نحن ومن يشبهوننا وهناك فى المقابل الآخرون الذين لا يؤمنون بقيم العولمة ، قيمنا ومؤسساتنا . وعلى العولمة أن تكون شرسة بل ومقاتله إن دعت الضرورة " (23) .

إن جوزيف ستيجلتز الذى كان المستشار الإقتصادى الأول للرئيس بيل كلينتون " 1993 – 1997" يعترف بأن الإزدواجية فى التعاطى مع قواعد العولمة أصبحت معروفة وأمثلة ذلك كثيرة ونختار منها . حيث أن واشنطن كانت اقترحت لحل أزمة 1997 الآسيوية اعتماد مناهج المحاسبة الأمريكية ، علماً بأنه لو كانت هذه المناهج مطبقة فى أمريكا ذاتها لما حصلت بعض أخطر الفضائح المالية الأمريكية . لقد كانت فضيحة شركة إمرن للكهرباء مدوية ، كان الإختلاس قد أصبح مؤسسة حقيقية مما أنتج إحتكارات فعلية فى توزيع التيار الكهربائى وصولاً إلى إستغلال كبير للمستهلك ، وفى النهاية أزمة كهرباء فى كاليفورنيا ثم تكتشف المحكمة فى 2005 أن الشركة كانت تعتمد إلى قطع تيار متعمد للتلاعب فى رفع الأسعار . والخلل وصل إلى الرعاية الصحية والتعليم والرعاية الإجتماعية

وخدمات الإسكان للشرائح الدنيا . ومايشير إليه ستيجلز هو التلاعب بالعولمة ليس لخدمة المصالح العامة للمجتمع الأمريكى ولكن بشكل أكثر دقة لخدمة المصالح الخاصة وإحتكارات الشركات الكبرى الذى يصرحون نعم لعولمة الخدمات المالية قرينة الاقتصاد المعولم وكلاولا لعولمة خدمات الرعاية الاجتماعية والصحية ، نعم لتصدير المنتجات الزراعية بكثافة وكلاولا لتحرير إستيرادها أو لدعم الدول الأخرى لمزارعيها (24) .

هكذا تتحول أنشودة وألحان إقتصاد السوق المعولم إلى نوع من فلسفة تجارية أمريكية تعتبر نمو البلدان النامية أمراً إيجابياً لهدف وحيد هو فتح أسواق تلك البلدان أمام الصادرات الأمريكية كما يرى ستيجليتز . أما أن تقوم هذه الدول بدعم الفئات الفقيرة فى الغذاء والدواء والرعاية الاجتماعية فأمر لايجوز ومناقض لقوانين العولمة .

إن إنتصار منطق السوق المعولم وتحريم أى تدخل للدولة فى آلياته قد أدى إلى أزمات اجتماعية حادة فى كوريا ، أندونيسيا ، تايلاند ، روسيا ، البرازيل ، وتباطأت الولايات المتحدة فى مساعدتها وتراخى البنك الدولى فى تقديم العون لها مما يعنى خللاً فى لعبة التوازن بين ما هو إقتصادى تجارى وما هو إنسانى إجتماعى ، التساهل والكرم مع الأغنياء والإحتكارات الكبرى والتشدد مع الفقراء (25) .

2- لقد أصبحت منظمة التجارة العالمية والتي تضم فى عضويتها ثلاثة أرباع العالم قوة إقتصادية فاعلة خاصة وأن إنضمام كل من الصين والسعودية إليها قد زاد كثيراً من وزنها . حيث أصبحت الولايات المتحدة الأمريكية تجد نفسها فى أحيان كثيرة مجبرة عل أن تدافع عن نفسها من خلال آليات التفاهم والتوافق Consensus وكذلك التحكم arbitration ويعيداً عن منطق القوة والجبروت والإكراه . ولربما لهذا السبب إبتدأت الولايات المتحدة تحاذر وتراجع حساباتها دون أن تلجأ إلى إستخدام حق الفيتو الحاسم كما تفعل فى مجلس الأمن ، أو الفيتو الواقعى كما تفعل فى صندوق النقد الدولى (26) مما حدا بـ فرد برجستن على أن يرصد تحولين هاميين يحدثان الأول بوادى إستغلال لمنظمة التجارة العالمية فى أن تكون أداة طيعة سهلة تابعة لمصالح الولايات المتحدة الأمريكية والثانى أن بعض بنود العولمة فى الخصخصة وحرية السوق وحرية حركة الشركات الكبرى دون ضوابط قد أدى إلى نتائج شبه كارثية من الناحية الاجتماعية والإنسانية ، والدليل على ذلك الرفض الواضح بل والعداء الصريح الذى تجابه به الولايات المتحدة وسياسات العولمة التى تستخدمها كأداة لخدمة مصالحها هى بالدرجة الأولى وكيف أنها " أى الولايات المتحدة الأمريكية " تتحايل على لوائح وقوانين منظمة التجارة العالمية بعدد من الإتفاقيات وخاصة بالطريقة التى تختار

بها الولايات المتحدة شركاءها . وفى هذا السياق يتساءل ياجويش بهاجواتى الأستاذ بجامعة كولومبيا والمعروف بحماسة للعولمة " هل من الصدفة أن يكون أول بلد مستفيد من هذه الإتفاقيات فى الشرق الأوسط هو إسرائيل؟ . والبلد الثانى هو الأردن الذى وقع معاهدة سلام مع إسرائيل الحليف الإستراتيجى للولايات المتحدة الأمريكية حتى وإن أدى ذلك إلى أضرار إجتماعية فى بعض البلدان فى مناطق كثيرة من العالم منها مصر ، المغرب ، سنغافورة ، المكسيك تتمثل فى خنق بعض الصناعات الناجحة المستقرة منذ زمن طويل بسياسات تؤدى إلى تسريح أعداد كبيرة من العمال وتعريضهم للبطالة فى صور متعددة مثل المعاش المبكر مما يعنى إضعاف قدرتهم أمام متطلبات إحتياجاتهم الحياتية الأساسية وإضافة أعداد جديدة من المحتاجين للرعاية والحماية الإجتماعية .

ماسبق أدى الى ظهور عدد من التجمعات الإقليمية الصغيرة مثل تجمع الميركوسود والذى يضم (البرازيل والأرجنتين والأوروغواي) بهدف حماية الفئات والشرائح الضعيفة فى مجتمعاتها من الآثار السالبة للعولمة خاصة ما يتصل بأبعادها . الإجتماعية ويجدر بالذكر أن واشنطن ناصبت هذه التجمعات العدا - ولقد شجع التجمع السابق بعض البلدان التى تعتبر من التلاميذ النموذجيين للولايات المتحدة والسائرين فى فلكها على التمرد عليها مثل المكسيك وشيلي وظهرت نماذج متمردة على العولمة المتوحشة بصفة عامة وسياسات الولايات المتحدة الأمريكية بصفة خاصة وأوضح نموذج على ذلك سياسات كل من الرئيس لولا فى البرازيل وشافيز فى فنزويلا اللذين تحديا علناً القوة الأعظم فى وشنطن لصالح الشرائح الواسعة فى المجتمع والحفاظ على تقوية ودعم شبكات الحماية الإجتماعية تلك الحالة التى عبر عنها المفكر الفرنسى J.DELORE جاك دبلور بالقول " إن تاريخ السياسة الخارجية للولايات المتحدة فى نصف الكرة الغربى كان على الدوام سياسة توسع وهيمنة وتدخل فى الشؤون الداخلية للآخرين ولم تتمكن أية منظمة دولية أو أى قانون دولى من النجاح يدفع الولايات المتحدة فى تقديم مصالحها هى والدفاع عنها بكل وسيلة تتوافر لها . أما الأمن المجتمعى والإنسانى ومتطلبات ذلك فلا يعنىها أو يهملها وإن ساعدت فى ذلك فى بعض الأحيان فمن قبيل تجميل القبيح وتخدير المريض وخدمة مصالحها هى بالدرجة الأولى (27).

رابعاً :

العولمة و كيف أدت إلى الإفكار التنموى

؟

1 - إتضح مما سبق أن عصر النهضة فى الغرب قد تزامن مع عصر الإنحطاط عند العرب ، فالأقوياء فى الغرب هم الذين يحكمون ويتحكمون فى مسارات التنمية والتقدم علميا وتقنيا وسادت ثقافتهم ومفاهيمهم الاقتصادية والسياسية والأيدلوجية . بالأمس كانت بريطانيا وفرنسا يتحكمان بخيوط العولمة ، أما اليوم فأمريكا منذ سقوط الاتحاد السوفيتى وحائط برلين تقوم بنفس العملية . وبعد غزو افغانستان وإحتلاله ثم غزو العراق وإحتلاله وتفكيكه بات واضحا الوجه الأمريكى القبيح للعولمة التى اصبح من أهم آلياتها منظمة التجارة العالمية ، البنك الدولى ، صندوق النقد . هذا الثالث غير المقدس سيطرت عليه الولايات المتحدة الأمريكية عن طريق مايعرف بالدولرة أى أن الدولار اصبح وسيط التبادل ومخزون القيمة وأساس الحساب بدلاً من غطاء الذهب . وأصبح الدولار المكون الأساسى للسيولة الدولية وأصبح العالم كله محيطا بلا حدود تسبح فيه الملاحاة الراسمالية الأمريكية . وفى هذا الصدد تجدر الإشارة على أن ثلاثة أرباع الإستثمار والإنتاج الذى تقوم به الولايات المتحدة الأمريكية فى الخارج يتركز فى أوربا الغربية ، كندا كما تقوم الشركات الكبرى غير الأمريكية متعددة الجنسيات بإستثمار رأسمالها داخل الولايات المتحدة نفسها . هذا من ناحية ومن الناحية الأخرى تتحكم الولايات المتحدة الأمريكية بما يقدر بـ 65% من المادة الإعلامية فى العالم ومايصحب ذلك من هيمنة للقيم والثقافة الأمريكية على الفضاء الإعلامى فى معظم مناطق العالم ثم إنها تتحكم فى قطاع كبير من شبكة الإنترنت INTRNET مما أعطى العولمة صفة الأمركة على حد تعبير زيججيوبريجتسكى مستشار الأمن القومى الأمريكى السابق فى عهد الرئيس الأسبق جيمى كارتر (28) مما أثار حفيظة شرائح كبيرة فى الرأى العام الأوروبى والكندى حيث ظهر الكثير من القوى المعارضة للهيمنة الأمريكية على العولمة فى كل من فرنسا ، ألمانيا ، أسبانيا ، سويسرا ، كندا . وظهرت أصوات النخبة التى تدعو إلى مبدأ الإستثناء الثقافى والاجتماعى من وحش العولمة الأمريكى فى فرنسا من أجل حماية اللغة الفرنسية من الهجمة الثقافية الأمريكية وحفظ المكاسب الاجتماعية لنقابات العمال والمزارعين وصغار الموظفين وانتقلت العدوى الى كثير من بلدان الاتحاد الأوربى ، أما كندا فتقوم بإستبعاد الصناعات الثقافية الأمريكية من إتفاقيات التبادل التجارى مع الولايات المتحدة الأمريكية ؟ فماذا فعل العالم العربى ؟ وماذا فعلنا نحن ؟ (29) .

2-الحماية الاجتماعية ومصيدة العولمة : بدأت آثار العولمة على البنية الاجتماعية تبدأ فى الظهور بدرجات وتأثيرات متفاوتة خلال العقدين الأخيرين 1990 - 2010 . وذلك فى

مختلف أرجاء المعمورة بدرجة يمكن معها القول بأن العالم يعيش حقبة زمنية مثيرة للإهتمام تتسم بالخطورة حيناً والغموض حيناً آخر ، مليئة بالإزدواجيات والمفارقات على حد تعبير الأديب والمفكر الكبير شارلزديكنز Charles Dickens فى مقدمة كتابه قصة

مدنيتين A Tale of tow cities

We live in the best of times, we live in the worst of times

إننا نعيش فى أفضل وأحسن العصور ، ونعيش فى أسوأ وأردأ العصور " فقد جلبت العولمة أموالاً طائلة فثروة العالم فى العام السابق للأزمة الاقتصادية العالمية التى لاحت علاماتها فى صيف 2008 قد زادت ثلاثة اضعاف عما كانت عليه منذ ثلاثين سنة . لكن ثلث البشرية فقط ينتفع بهذا الثراء . وثلثين يتعرض لأزمات الجوع ونقص الغذاء والتصحّر ونقص الماء والمرض والموت ونقص الدواء .

من المفارقات الأخرى أن العالم وقادته يتحدثون عن السلام وحقبة السلام بينما يتم تعريض دولتين إسلاميتين للأسف الشديد للغزو العسكرى والاحتلال هما أفغانستان والعراق وتحولتا إلى ساحة لحرب تدميرية تفكيكية لاتزال رجاها دائرة ليومنا هذا .

كما أن العالم أجمع يمر بفترة إختلال قوى الأمن هذا فضلا عن حركات الإحتجاج والإضرابات التى تعم أرجاء العالم بصفة عامة ومجموعة الدول السبع الغنية بصفة خاصة بين مطالبات بالحفاظ على وظائفهم أو مطالبه بزيادة أجورهم لمواجهة التضخم أو رافضة لبرامج الخصخصة أو حرية السوق ... الخ .

أما المنظمات الدولية مثل منظمة التعاون الاقتصادى والتنمية O.C.D.E ومنظمة الأمم المتحدة للتربية والعلوم والثقافة UNESCO ومنظمة الأغذية والزراعة العالمية FAO ومنظمة الصحة العالمية W.H.O ومنظمة التنمية الصناعية UNIDO فتحاول معالجة بعض مشكلات التنمية أو التعليم والتربية أو الغذاء أو الصحة أو التصنيع لكنها تنجح حيناً وتتعثر حيناً آخر . لكن العولمة أصبحت تفرز للعالم من المشكلات والأزمات مايفوق طاقة وقدرة هذه المنظمات بل مايفوق طاقة وقدرة الكثير من الحكومات فى مختلف أنحاء العالم .

لقد بدأ واضحا فى السنوات الخمس الأخيرة الإمتزاج والتداخل بين العولمة والأمركة وتشكل ما أسماه ريتشاردبيت R.PETT بالثالوث غير المقدس Unholy Trinity وهو صندوق النقد الدولى والبنك الدولى " والذى جعله عنواناً لكتاب من تحريره ومعه سبعة عشر باحثاً فى تخصصات متعددة بين السياسة

والاقتصاد والاجتماع والتربية وعلم النفس والرياضيات والحاسوب والمستقبلات والفيزياء والتاريخ والحضارة والجغرافيا... الخ . والذي صدر عن جامعة كلارك الواقعة فى مدينة وورسيستر التابعة لولاية ماسوشيتس بالولايات المتحدة الأمريكية وصدر فى ربيع 2003 أى منذ سبع سنوات . هذا التحالف الثلاثى غير المقدس على حد وصف أصحابه تحول إلى مربع متوحش حينما إنضمت إليه مؤسسات ولستريت المالية المسيطرة على كبريات البورصات العالمية فى لندن ، باريس ، فرانكفورت ، طوكيو ، هونج كونج بقيادة بورصة نيويورك وواشنطن . وهذا الوصف صكه المفكر الإستراتيجى الأمريكى المرموق نعوم تشومسكى الذى وصف مجموعة الدول السبع الغنية فى العالم G7 بعصابة السبع (الولايات المتحدة الأمريكية ، بريطانيا ، فرنسا ، ألمانيا ، كندا واليابان . وحذر من الكوارث التى سوف تتمخض عنها هذه السياسات خاصة فى إضعاف دور الدولة وتهميش وظائفها وتوغل الشركات الإحتكارية الكبرى بعدما غدت القوة المهيمنة فى الاقتصاد العالمى وسيطرة قوانين الربح والمنفعة والعائد وحرية السوق على كل شئ مما اضعف من مساهمات الدولة فى شبكة الحماية الاجتماعية الكبرى بدءاً من التعليم والصحة والتربية والثقافة والإسكان... الخ . حيث جرى التخلي عن السياسات التدخلية للدولة والعودة إلى آليات إقتصاد السوق بإعتبارها المدخل لإنعاش الإقتصاد ولو كان ذلك على حساب قطاع الخدمات . الأمر الذى جدد وضاعف من الأزمات الاجتماعية crises sociales التى بدأت مع فترة ريجان - تانتشر وكول واستمرت فى التفاقم والتعقيد وصولاً إلى فترة جورج دبليو بوش ، بليز ، ساركوزى - ميركل . ثم قيام كبريات الشركات الأمريكية المنافسة المسيطرة على قطاعات كبيرة من الاقتصادات الأوربية والكندية والآسيوية . وتحولت الشركات الإحتكارية إلى قوة هائلة ضاغطة تهيمن على الدول الرأسمالية السبع الكبرى G.7 أو دول المركز وتسيرها لخدمة مصالحها التى أدت إلى طغيان الأبنية الاقتصادية على البنية الاجتماعية .

وهذه القضية المتمثلة فى التأثير السالب للعولمة على شبكة الحماية الاجتماعية حظيت باهتمام كبير من قبل عالم الاجتماع السويسرى جان ريجلر J.zegler فى كتاب له بعنوان "سادة العالم الجدد ومن يقاومونهم Les Nouveaux Maitres du monde et ceux qui leur resistent

تحدث فى أجزاءه الأربعة عن العولمة والتاريخ والوحوش الضارية كرمز للعولمة المتوحشة والملوثة بدماء الضحايا فى إفريقيا وآسيا وأمريكا اللاتينية ثم مرتزة العولمة فى دول المركز وهى الولايات المتحدة الأمريكية وأوروبا الغربية ولقد وجه زيجلر اصابع الإتهام إلى إيضاح كيف أفسدت العولمة الرأسمالية المعاصرة وحولتها إلى رأسمالية بغيضة وغبية ، نسيت تماماً أصولها البروتستانتية بعد أن تم إختطافها من قبل الشركات الكبرى فى الولايات المتحدة الأمريكية وأوروبا الغربية وإضفاء آليات السوق على كل شئ حتى شبكة العلاقات الإنسانية والاجتماعية وإستبعاد قيم التنوير والعدل الاجتماعى وحق الشرائح الدنيا فى المجتمع فى رعاية اجتماعية وصحية وتعليمية وثقافية راقية ومحترمة من قبل الدولة مما يعنى أن شبكات الحماية الاجتماعية قد تم حصارها أسيرة داخل مصيدة العولمة (30) .

3- إن العولمة تقوم بحصار دولة الرعاية التى قامت بعد الثورة الصناعية الأولى والثانية وساهم فى تأطيرها المثقفون والعمال والفلاحون من أجل الإرتقاء بالوعى المجتمعى الكلى العام للدولة الخادمة لبنية المجتمع الكلية الحريضة على حل تناقضاته أولاً بأول من خلال مشاركة مختلف شرائحه فى إدارته سياسياً وإجتماعياً وإقتصادية وتعليمياً وثقافياً وصحياً من أجل تحقيق مجتمع الرفاه ، مجتمع الحماية الذى يعتمد على التنسيق والتناغم والتداخل بين دائرتين واسعتين الأولى دائرة الإنتاج ، صناعة ، زراعة ، تكنولوجيا ، معلومات " والثانية دائرة الخدمات (رعاية إجتماعية قوية فاعلة ، تعليم وتربية ، رعاية صحية ، إسكان ، مواصلات إتصالات ، وحماية الدائرة الثانية من طغيان الدائرة الأولى خاصة وأن كثيراً من قرون الإستشعار فى عدد من المراكز العلمية والمؤسسات البحثية قد تنبتهت مبكراً فى عدد من بلدان أوروبا الغربية (ألمانيا ، فرنسا تحديداً)، اليابان ، بعض بلدان أمريكا اللاتينية وآسيا وإفريقيا إلى أن الاقتصاد الرأسمالى المعولم سوف ينتج بالضرورة عدداً من الإخفاقات والعثرات والإنكسارات وعدداً من الظواهر الحبلى بالكوارث والإختلالات التى قد تضعف دور الدولة فى رعاية وصيانة مصالح المجتمع ، كما أن بعض الشركات الكبرى والمؤسسات العالمية قد يهيمن على دور الدولة خاصة فيما يتصل بعمليات الضبط والرقابة والمحاسبة والتوجيه وتكون الضحية شبكات الأمان والحماية الاجتماعية .

إن شبكات الحماية الاجتماعية فى ظل العولمة تحتاج بنية اجتماعية قوية ومؤسسات مجتمع مدنى منظم ومؤسسات دستورية وقانونية وديمقراطية فاعلة وقوية تضمن تحديث المجتمع وتنميته لخدمة المجتمع ككل فى جملة وكامل شرائحه وليس حفنة قليلة من أصحاب المصالح .

إن جاك ديلور Jacques Delore أستاذ الاجتماع الاقتصادى وعضو البرلمان الأوربى كتب منبها ومحذرا قادة وحكام دول الاتحاد الأوربى حينما أشار إلى التوازن الدقيق والحساس بين البعدين الاقتصادى والاجتماعى فى التنمية وأشار على خطورة أن تلعب الحكومات دور الحكم جزئيا والسمسار كليا ، كما حذر من التسرع فى بيع القطاع العام وإتلاف الكثير من إيجابياته والتسرع فى الخصخصة ، وعلاج عثرات وديون شركات ومؤسسات القطاع العام عن طريق وقف الديون تخفيفاً أو إعداماً من خلال إنشاء قطاعات منتجة كثيفة العمالة .

إن أهمية وخطورة دور الدولة يتأتيان من القيام بدورها الرقابى والتنظيمى والعلاجى ليس عن طريق الإكراه والسلطة ولكن عن طريق تقوية بنية المجتمع المدنى وتنمية الوعى الاجتماعى والثقافى والسياسى ولايتأتى ذلك إلا من خلال قيامها بالكثير من أعباء الضمانات الاجتماعية التى تكفل قوة وسلامة البنية الاجتماعية الحافظة للحياة الكريمة . وإذا لم تفعل الدولة ذلك وخضعت لآليات العولمة فسوف تكون التكلفة الاجتماعية باهظة حين يكون القانون فيه للريح على حساب الأوضاع الاجتماعية والإنسانية والثقافية .

وعند هذه النقطة نتساءل هل العولمة مصيدة .. ؟

لربما لاتمثل العولمة فى حد ذاتها مصيدة بالنسبة لمجموعة الدولة السبع الغنية فى العالم G7 لكنها بآلياتها المليئة بالعقبات والإدارة المالية الرديئة التى يتبعها الثالوث المقدس ثم المربع المتوحش والتى أشرنا إليه فى الصفحات السابقة قد تكون مليئة بالمصائب والكوارث التى تصيب البنية المجتمعية فى كثير من بلدان أمريكا اللاتينية وإفريقيا وآسيا بل وبعض بلدان الاتحاد الأوربى مثلما حدث فى اليونان فى الآونة الأخيرة وبولندا ورومانيا .. الخ .

إن العقد الاجتماعى القديم الذى ساد العالم إبان فترة الثورة الصناعية الأولى والثانية ومرحلة عصر النهضة والتنوير . قد وصل الى نهايته ولم تتمكن العولمة من إبتكار عقد إجتماعى جديد .

لقد وقع العالم أجمع أسير خطاب خادع ومزيف عقب تفكك وسقوط الاتحاد السوفيتى وإنهيار حائط برلين . فعاد هذا الخطاب الكاذب يُعلنُ من جديد أن الطريق الوحيد للتنمية والتقدم فى سباق نهاية الأيدلوجيات يتمثل فى حرية التجارة وتداول الأموال والسلع والبضائع والخدمات بلا عراقيل .

لقد شهد عقدي التسعينات من القرن العشرين المنصرف والعقد الأول من القرن الواحد والعشرين سلسلة من الأزمات والكوارث الكبرى مثال ذلك الأزمة الاقتصادية الآسيوية عام 1997 ، والأزمة الاقتصادية الحادة فى مجموعة دول الاتحاد الأوربي 1998 وسلسلة من الأزمات فى مختلف أرجاء المعمورة أندونيسيا ، كوريا الجنوبية ، البرازيل المكسيك ، فنزويلا ، الأرجنتين .. الخ . هذه الأزمات ذات التكلفة الاجتماعية الباهظة وجدتها قوى العولمة فرصة تتمثل فى نقض بنود العقد الاجتماعى القديم . وعدم التفكير أو السعى لبناء عقد إجتماعى جديد تحت حجة واهية أن الظروف لا تسمح فى ظل الأزمة لكن الظروف سانحة ومهيأة لمزيد من فرص كسب المال أثناء الأزمة ونموذج ذلك مانشرته جريدة "فايننشيل تايمز" حينما ناشدت الشركات الكبرى والمؤسسات المالية فى منطقة المحيط الهادى على الإستفادة القصوى من أزمة الإقتراض (³¹) غير مبالين بالكوارث الإجتماعية التى تتمخض عن ذلك .

خامسا :

العولمة افـرزت الأزـمة الاقتصـادية العالمية :

1- من الإنجازات الطبية فى ميدان فروع علم الاجتماع العام التقدم الذى تحقق فى الآونة الأخيرة فى ثلاثة افرع رئيسية الأول علم إجتماع العلم Sociologies de la science والثانى سوسولوجيا المستقبل Futurologie والثالث القياس الاجتماعى Sonimetric والقاسم المشترك بين هذه الفروع الثلاثة والتي حرصت المدارس الاجتماعية فى كل من فرنسا وألمانيا تحديداً وعدد آخر فى البلدان الصناعية المتقدمة حاولت محاكاتها (ألمانيا وفرنسا) هو إستخدام التفكير النقدي وإجادة توظيفه فى رصد وتحليل عدد من الظواهر والمشكلات الاجتماعية الكبرى القائمة أو المتوقعة فى المستقبل المنظور أو المتوسط والبعيد ، وذلك إنطلاقاً من أن التفكير هو تنفس العقل . إن توقف إختنق العقل - وياويل لمجتمع تتكاثر فيه ظاهرة العقول المختنقة ويأخذ وسعادة المجتمع الذى تتكاثر فيه العقول الحية الواعية الناقدة لظواهره ومشكلاته الإيجابية منها والسلبية على حد سواء (32) .

التفكير النقدي هو ما يمنح المعلومات معنى ويجعل للمعرفة مغزى فالمعرفة تكشف عن مغزاها من خلال التفكير . ويكون للمعلومات فائدة مجتمعية وجدوى من خلال ما يقوم به التفكير من عمليات التحليل والتنظيم والتقييم والتنبيه والتحذير ووضع عدد من البدائل والاختيارات أمام أصحاب القرار لاتخاذ الإجراء المناسب والسليم فى الوقت المناسب والسليم لصالح المجتمع لكل بما ينعكس على تحسين نوعية حياة الناس وتحقيق ما يرضيهم ويسعدهم فى شؤون حياتهم ومعاشهم حاضراً ومستقبلاً .

ماسبق تم توظيفه جيداً من قبل عدد من المؤسسات العلمية ومراكز الأبحاث التى إستنفرت قرون الإستشعار لديها وتوقعت إمكانية حدوث أزمة إقتصادية عالمية فى صورتها التى جرت بها وأعدت لنفسها العدة وعوامل الحيلة والحذر وكانت هاتان الدولتان رائدتان فى تجنب مجتمعهما الكثير والكثير من تبعات وآثار هذه الأزمة على الأمن الاجتماعى عامة وشبكة الحماية الاجتماعية خاصة . وتم التعامل مع الحقبة الزمنية السابقة للأزمة وما فيها من اضطراب وغموض من خلال التفكير النقدي والمعرفة المنظمة وحسن إستثمارها بما يوفر حاجة المجتمع وأمنه وأمانه (33) .

أما نحن فى عالمنا العربى ومصر فى قلبه فلقد إنتظرنا حتى وقعت القارعة وأدريك ما القارعة وتعاملنا معها بالصمت المريب لفترة ثم بالتلميح حيناً والتصريح حيناً آخر

بأننا بعيدين عن الأزمة وتداعياتها وأن الأمور طيبة وورديّة بفضل حكمة الساسة والسياسة وعلى الجميع الإطمئنان لسلامة البنيان . وسرعان ما بدأت القطع تتساقط تساقط الدومينو وابتدأت آثار الأزمة تضرب الجميع .

من الدروس والعبر المستفادة فى علم إجتماع التنمية Sociologies de
. development

إن التنمية هى عملية تغيير بنوى متكامل تؤدى إلى تحول جذرى فى كافة مناحى المجتمع وفق خريطة من المفاضلات بين عدد من الإختيارات وفق سلم واضح الدرجات من الأولويات تفضى بعد حقبة زمنية معينة إلى تكوين شريحة أو أكثر من شرائح التقدم فى حياة المجتمع وتراكم الشرائح وتكاملها يؤدى إلى ظاهرة التقدم الاجتماعى Le Progres
. Sociale

هذه الآلية المتمثلة فى شرائح التقدم التتموى الذى يفرخ ويولد ظاهرة التقدم الاجتماعى يعزز بالضرورة حالة مجتمعية تتمثل فى قدرة المجتمع على تجنب الأزمات . وهذا ما حدث بالفعل فى كل من ألمانيا ن فرنسا ، معظم البلدان الإسكنديتافية ، ماليزيا ، الصين ، جنوب إفريقيا ... الخ . فى الوقت الذى هرول فيه الجميع إلى ما يعرف بإجراءات إدارة الأزمات (34) .

وفارق كبير للغاية بين مجتمع لديه إمكانيات وآليات تجنب الأزمات ومجتمع آخر لايمك سوى الهرولة بحثا عن إجراءات طارئة لإدارة الأزمات . فى الحالة الأولى تكون السياسات التنموية متوازنة الأولوية فيها لصالح شرائح المجتمع الكبير وتوفير إحتياجاتهم الأساسية وتناسق قطاعى الإنتاج والخدمات بما يحقق التوازن الاجتماعى الكلى الذى يعطى الأولوية لصالح المجتمع ككل على الصالح الخاص ، شركات ، مؤسسات القطاع الخاص ، آليات السوق ... الخ .

مع منتصف العقد الأول من الألفية الثالثة كانت العولمة قد أدخلت العالم أجمع إلى مرحلة تحول أو إنتقال جذرى شامل فى كل مناحى الحياة ، الفكر والعلم والتكنولوجيا والاقتصاد والاجتماع والسياسة والثقافة والمال والعلاقات والبنية الدولية فى الغرب والشرق والشمال والجنوب . دخل العالم أجمع مرحلة بصدق معها وعليها مقولة عبدالرحمن خلدون " إن الأحوال إذا تبدلت جملة ، فكأنما تبدل الخلق من أصله ، وتحول العالم بأسره وكأنه خلق جديد " .

ومجتمعات العالم كافة منذ حقبة النصف الثانى من العقد الأول للألفية الثالثة يعيش أزمة وآلام مخاض وحالة تحول لم تتحدد قسمايتها بعد والجزء الظاهر هو الأزمة

المالية العالمية التي بدأت فى صيف 2008 ومع مجئ الخريف حتى عمت تأثيراتها القارات وعبرت المحيطات ووصلت مع شتاء 2008 الى معظم إن لم يكن كل المجتمعات كانت البدايات الأولى للأزمة متمثلة فى خفض أسعار الفائدة فى الولايات المتحدة الأمريكية وتبع ذلك انخفاض ملحوظ فى معدلات التضخم ، تلى ذلك تقديم تسهيلات غير ضرورة لمنح وقروض إئتمانية سهلة وذات أحجام كبيرة مصحوبة بروافع إئتمانية للمقرضين ، والتوسع فى الحصول على أموال إضافية لإقراضها ، ثم تفتقت الحيل عما يسمى بالمشتقات الإئتمانية المتنوعة وغير المسبوقه إما فى صورة ما أسماه فريق بالتوريق ، وأسماه فريق آخر بالتسنيذ والخطورة فى الحالتين أن "الدين الواحد يمكن أن يقلب مرات ومرات قد تصل الى ثمانية أو تسع أو أكثر ولا يحميه فى الحقيقة سوى أصل واحد . كل ذلك دون وجود ضمانات لأية عملية توريق أو تسنيذ . معنى هذا ببساطة أن هناك عمليات نصب واحتيال (35) .

2- كانت النتيجة خلل واضح أدى الى مايشبه الانقلاب فى الموازين حيث تحركت قيم الأصول بطريقة غير منطقية سواء " أكانت هذه الأصول فى صورة قيم عقارية (منازل ، شقق ، أراضى ، منتجات نفطية أو مشتقاتها ..الخ) . وقد وصف عدد " من خبراء الأوراق المالية هذه الحالة بالحمى التى تصيب الإنسان بارتفاع فى درجة الحرارة تجعله يعانى من حالة هذيان أو فقان للوعى . وقد بدت هذه الحالة واضحة حينما ارتفعت أسعار الفائدة بمعدلات غير مسبوقة . قفزت أسعار الأراضى والمنازل والشقق بنسب خيالية حيث صارت تباع بخمسة أضعاف أو يزيد عما كانت عليه اصلاً قبل الأزمة ، ثم إنتقلت الحمى إلى سوق النفط الذى كان يباع بأسعار معقولة إبان عام 2007 . (ما بين 65-75 دولار للبرميل) ثم بدأ يرتفع فجأة وبشكل غير منطقي ليتجاوز حاجز المائة وأربعين دولار للبرميل ثم يهوى فجأة إلى مادون السبعين ثم الإنهيار ثم الأزمة الكارثة ثم تداعياتها على جميع البلدان وكافة القطاعات ومنها شبكة الحماية الاجتماعية التى تعرضت للمخاطر المرتبطة بسياسات العجز فى الموازنة لدى كثير من الدول واللجوء إلى سياسات الإستدانة مما زاد الأوضاع سوءًا بالنسبة لتسريح أعداد كبيرة من العمال والموظفين وتعرضهم للبطالة ومخاطرها الاجتماعية وضعف موازنات الرعاية الاجتماعية والصحية والتعليمية والثقافية ... الخ (36) .

ويكفى فى هذا العدد شهادة واحد من كبار الاقتصاديين فى الولايات المتحدة الأمريكية حيث معقل الأزمة وهو "ستيجلز" الحاصل على جائزة نوبل فى الاقتصاد عام

2000 ومن الذين عملوا لفترة زمنية محدودة مع كبريات المؤسسات المالية حيث يقول " إن السوق التي لاتخضع لأية رقابة أو ضوابط حاكمة يمكن أن تقود إلى كارثة . ويستطرد قائلاً إن ما حدث فى خريف 2008 هو كارثة كبرى بالفعل لأن الاقتصاديات فى الولايات المتحدة الأمريكية قد تركت تعمل دون ضوابط كافية ودون رقابة وتنظيم من قبل إدارة الدولة المختلفة (37) .

وخلاصة القول أن الأزمة تمثل نموذجاً واضحاً للميكيا فيلية الاقتصادية التي انتشرت كالنار فى الهشيم بين شركات ومؤسسات القطاع الخاص والتي تقوم على أن الغاية تبرر الوسيلة . والغاية عند كبار المدراء الماليين والتنفيذيين الحصول على أكبر العوائد والمكاسب المالية ، حتى وإن أهملوا أية إستثمارات ناجحة وحقيقية من حيث كفاءة الإنتاج الفعلى الذى يفتح فرصاً جديدة للعمالة والتوظيف ويضع فى إعتباره كلياً أو جزئياً الوظيفة الاجتماعية للدورة الاقتصادية خاصة فى علاقتها بشبكات الحماية الاجتماعية والتي كانت ابرز ضحايا الأزمة على مستوى العالم .

2- الفراغ الاجتماعى الجديد : أسقطت الأزمة الاقتصادية العالمية الأئقعة الزائفة التى أطلقها دعاة ودهاقنة الليبرالية الجديدة تحت مقولة أنسنة العولمة . كيف يتسنى ذلك وأيدلوجية العولمة تستند على قاعدة عريضة تتمثل فى تهميش دور الحكومات ، تعزيز سطوة تكنوقراط القطاع الخاص ، وإطلاق حريات واسعة لرأسمالية القطاع الخاص وتقليص متعمد لحرية القطاع العام والأدهى وأمر إخضاع السياسات غير الاقتصادية مثل الرعاية الاجتماعية ، الرعاية الصحية ، التعليم والتربية والثقافة ، التأمين الاجتماعى ضد المرض والعجز والبطالة إسكان الفقراء ... الخ للإقتصاد وقوانين السوق وآليات العرض والطلب مما يعزز حالات التناقض داخل البنية الاجتماعية يوجد حالة من الفوضى ينتج عنها مناخاً من الإضطراب وعدم الرضا الاجتماعى لكثير من الشرائح يوجد مساحة من الفراغ الاجتماعى متعدد الأبعاد . فعلى سبيل المثال نجد أن منظمة العمل الدولية تحذر من خلل غير مقبول أخلاقياً واجتماعياً فى سياسات الخصخصة التى تتمخض فى إلغاء عشرات الآلاف من فرص العمل من الرجال والنساء فى الوقت الذى لم تنجح فيه العولمة فى توفير مستقبل أفضل لأبنائهم ثم من جانب منظمة الصحة العالمية عن تقلص فرص الرعاية الصحية الأولية لمئات الآلاف فى إفريقيا وآسيا وأمريكا اللاتينية ونفس الحال صدر من منظمة الأغذية والزراعة العالمية بالنسبة للغذاء والمنظمة العالمية للتربية والعلوم والثقافة بالنسبة لقضايا التعليم والثقافة والتربية مما يتولد عنه حالة فراغ إجتماعى حذر منها عالم الاجتماع الفرنسى

إدجار موران Edgar Morin بأن العولمة أنتجت للمجتمعات البشرية حالة من تقيية الخوف الاجتماعى نتيجة تآكل ثقة الناس فى قيام الدولة بواجباتها الاجتماعية وتآكل ثقة الناس فى مستقبل مجتمعهم مع ما يؤدى إليه ذلك من فقد الإيمان بالمؤسسات الحكومية وقادتها مما يمكن تلخيصه على أنه صعود نزعة الخوف من ضعف شبكة الأمان الاجتماعى والحماية الاجتماعية .

إن ما حدث من مظاهرات حاشدة أمام قادة العولمة وأنصارها فى دافوس "سويسرا" وفرساي (فرنسا) كانت أقرب الى متظاهرى باريس أمام قصر فرساي قبيل الثورة الفرنسية حيث لم تستطع السلطات السويسرية لاحجب المظاهرات ومطالب أصحابها فى الوصول الى آذان قادة دافوس الذين عجزوا عن تزيين واقع أضرار ومخاطر العولمة على أمن البشر والمجتمع .

لقد كان الظهور الظافر لمهاتير محمد عندما كان أول المتحدثين فى عام 2003 حيث اسهب فى عرض ونقد السياسات الاقتصادية للعولمة . وكان الحق له فى أن يتباهى بنجاح ماليزيا عقب إتباعها نموذجا وطنيا فى التنمية يخضع لضوابط الدولة من حيث النظام والسيطرة وحفظ حق الانسان المالىزى فى الحياة الكريمة فى مأكله ومشربه ومسكنه وتعليمه وثقافته ورعاية أسرته إجتماعيا وصحيا وقد حظى حديثه بإستقبال وحفاوة تؤكد أن إلزام الدولة بواجباتها الاجتماعية صمام أمان لاستقرار المجتمع وتقدمه

ثم تكرر نفس المشهد مع لويس أناسيو لولادى سيلفا رئيس البرازيل الذى أعلن رفضه للسياسات الاقتصادية التقليدية للعولمة إذا ما اضررت بأمن الإنسان واحتياجاته وسلامة المجتمع . ثم جاء النهج الصينى والنهج الهندى إبان العشر سنوات الأخيرة .

والخلاصة أن الدروس المستفادة من إخفاق العولمة فى توفير مجتمع الرفاه والحماية الاجتماعية ثم الكوارث الناتجة عن الأزمة الاقتصادية العالمية الأخيرة أعلنت بوضوح ضرورة العودة الى دور الدولة القومية ومراعاة صالح الإنسان والمجتمع والتخلى عن هيمنة الاقتصاد وسدنة العولمة وأمرء البورصات والمؤسسات المالية الجدد

وهاهو جوزيف ناى عميد كلية جون كيندى لأصول الحكم بجامعة هارفارد يقول " عندما بمسك الاقتصاديون بخناق بعضهم البعض ويتهم مدراء الشركات والمؤسسات المالية الكبرى بعضهم البعض وتصل المؤسسات الدولية الى حالة الفوضى وشبه العجز ويستبد الغضب بدروايش العولمة حدًا يقترب من السذاجة المؤسفة والتعصب المقيت فإننا نصل الى الحالة التى حذر منها أرسطو ، حالة غياب الحصافة التى تنذر بخطر داهم على الجماعة . وقد غابت الحصافة على مجموعة الثمانية فى عام 2004 ومجموعة السبع فى عام 2005

. غابت الحصانة عن الإدارة الأمريكية فى فترتى حكم الرئيس الأمريكى السابق جورج دبليو بوش الابن . حتى وقعت كارثة الأزمة الاقتصادية العالمية عام 2008 وكانت أبرز ضحايا شبكات الحماية الاجتماعية التى تصون أمن الانسان والمجتمع على حد سواء . (38) .

هذا المعنى سبق أن عبر عنه أيضاً بصورة أكثر وضوحاً كلا من المفكر الفرنسى ريجيس دوبريه Regis Debray وعالم الاجتماع السويسرى جان زيجلر Jean Zgler فى حوار أعدته ونفذته إذاعة فرنسا الثقافية France Culture تحت عنوان " لكيلا نستسلم Ils s'agit de nepas se rendre حذراً فيه من توحش آليات العولمة بصورها المتعددة وتعدها الفصل بين التقدم على المستوى التكني وتدفق المعلومات والإتصالات وسرعة نقل الخير والصورة فى تكريس إضعاف دور الدولة فيما يتصل بالرعاية الاجتماعية وأمن المجتمع وحرية الإنسان وكرامته والمشاكل التى سوف تنجم فى الفصل بين التقدم التكني والإقتصادى والتقدم الإنسانى والاجتماعى (39)

سادساً :

بعض من الحصاد

من كل ما سبق يمكن الوصول إلى نتيجة واضحة فى أن العولمة وضعت العالم كله الشرق والغرب فى أزمة بالرغم من تباين الخصوصيات التاريخية والثقافية السياسية والواقعية زماناً ومكاناً0 فقد سقطت بنوعات العولمة المتمثلة فى الليبرالية الجديدة وأن النظام العالمى الإقتصادى والسياسى سيؤدى إلى تحسين تدريجى لرفع المظالم بين الشمال والجنوب والشرق والغرب0

ففى سياسات التعليم مثلاً حدث ماأسماه الكثيرون من الباحثين المنصفين بزيادة إستعمار السياسة الإقتصادية لسياسات التعليم وأصبح النظر للتعليم يتم من خلال منظور إقتصادى كما أن المساواة فى فرص التعليم أصبحت قضية هامشية0 كما تعثرت فرص زيادة التعليم الإجارى0 كما زادت مساحة التجارة فى قطاع التعليم ونفوذ سلطة حاملى الأسهم فى التعليم مما يندر بعواقب وخيمة على أمن وسلامة البنية المجتمعية0

أما فى مجال التأمين الاجتماعى فقد أدت الليبرالية الجديدة التى تبنتها العولمة إلى معاداة نظم التأمين الاجتماعى التى تقدمها وترعاهاالدول وتفضيل حلول التأمين الفردية والحلول المتعلقة بالسوق وشركات التأمين الاجتماعى الخاصة بحجة تخفيف التكاليف على ميزانية الدولة حتى و إن كان على حساب زيادة الأعباء على المؤمن عليهم من المواطنين0

إن هناك أزمة واقعة أحدثتها التغييرات التي حدثت في تقديم وتوفير التأمين في جميع الحكومات (اليمن والوسط واليسار) بفضل تطبيق مجموعة سياسات أدت إلى تهميش دور الدولة في توفير التأمين الإجتماعي (40) حيث تم تصنيف شروط الإستحقاق وللحصول على الإعانات وتقليل نسب الإستبدال ، تقليل مبالغ ومدد إعانات العاطلين ، إطالة المدد التي يقضيها الفرد في العمل حتى يستحق المعاش ، تقليل مصروفات الدولة على إعانات كبار السن 00 الخ 0

أما ما أحدثته العولمة في زيادة معدلات البطالة فقد أظهرته عدداً من تقارير منظمة العمل الدولية والبنك الدولي والعديد من تقارير التنمية البشرية الإقليمية والمحلية ، كما أدت سياسات اللجوء إلى التقاعد المبكر في تفاقم المشكلة بما يهدد تماسك البناء الطبقي في كثير من المجتمعات بل ساعدت هذه المشكلة على تفريخ عدد آخر من المشكلات الإجتماعية ، بالتبعية مثل ارتفاع معدلات الجريمة والجناح ، وتعاطى المخدرات ، وزيادة حالات التفكك الأسرى والطلاق (41) 0

ومن الحصاد المر للعولمة أنها أدت في كثير من المجتمعات إلى حالة يمكن أن نطلق عليها وهن وتسليع الإنسان 0 الإنسان الذي كرمه الله سبحانه وجعله سيد مخلوقاته تعرض بفعل سوءات العولمة إلى إهدار قيمته الإنسانية بعد أن تحولت قارات العالم الخمس إلى ما يشبه السوق الكبير 0 سوق العالم المعلوم 0 الغلبة في ذلك السوق لمن يملك أكثر ولا مكان فيه لمن لا يملك 0

بدعون زوراً وبهتاناً أن كل المجتمعات سواسية أمام سوق العولمة وقوانينه 0 فإذا إعترضت أطراف من هنا ومؤسسات ونقابات من هناك على ارتفاع معدلات الفقر والبطالة وتآكل مظلات التأمين الإجتماعي والرعاية الصحية والتعليمية والثقافية 0 جاء الرد السريع ، مقتضيات السوق ، متطلبات السوق ونادى دهاقنة العولمة دعوا السوق تفعل ما تشاء وسوف توازن نفسها بنفسها 0 وبدأ هدر القيمة الإنسانية رويداً رويداً 0 وتحول البشر إلى سلعة وتحول التعليم والثقافة والعلاج في كثير من البلدان إلى سلعة أي جرى تسليع البشر ، وإخضاعهم لقوانين السوق 0 مما جعل الحاجة ماسة وبسرعة إلى سياسات بديلة لإصلاح وتقوية شبكة الحماية الإجتماعية للحفاظ على تماسك البناء الإجتماعي الكبير وإستمراره في ممارسة وظيفته وآداء رسالته 0

المراجع العربية والأجنبية

- 1- Robert A. TSAAK, the Globalization Gap, printichall, N.Y, 2005, p.15, 59
- 2- جيرالد بوكسبرجر ، هارالدكليمنتا " الكذبات العشر للعوامة " ، ترجمة عدنان سليمان ، دار الرضا للنشر، دمشق ، 1999 ، ص 19 ، 24 ، 65،
- 3- جبارى بيركس ،دورت زلورانس ، روبرت إ . لبنان ، روبرت ج.شابيرو "الكذبات العشر للعوامة ، ترجمة كمال السيد ، مركز الأهرام للترجمة والنشر ، القاهرة 1999 .
- 4- أنتونى جيدنز "عالم جامح ، كيف تعيد العوامة تشكيل حياتنا" ، ترجمة عباس كاظم وحسن ناظم ، المركز الثقافى العربى ، لبنان ، بيروت ، 2003 ص 23 ، 41 ، 61 ، 81
- 5- نصير عارورى "العوامة أو الهيمنة الشاملة ، الولايات المتحدة مقابل العالم ، فى الثقافة العربية وثقافات العالم ، حوار الأنداد ، المنظمة العربية للتربية للعلوم والثقافة ، تونس ، 1999 ص 87
- 6- مركز دراسات الوحدة العربية "العرب والعوامة" مجموعة من المؤلفين ، لبنان ، بيروت 1997 ص 23 ، 35 ، 38 ، 153 ، 209
- 7- العرب والعوامة ، مرجع سابق ، 297 ، 361
- 8- برهان غليون ، سمير أمين " ثقافة العوامة وعوامة الثقافة" ، دار الفكر ، دمشق 1999 ، ص 12 ، 31 .
- 9- حسن حنفى ، ، العوامة بين الحقيقة والوهم ، دار الفكر المعاصر ، بيروت 1999 .
- 10- برهان غليون ، سمير أمين " ثقافة العوامة " ، مرجع سابق .
- 11- السيد يسين ، الحوار الحضارى فى عصر العوامة ، دار نهضة مصر للطباعة والنشر ، القاهرة ، 2002
- 12- العرب والعوامة ، مرجع سابق .
- 13- خضر أبو قورة "المجتمع العربى وتحديات العوامة " ، المجلة المصرية للتنمية والتخطيط ، المجلد 14 ، العدد 2 ، القاهرة ، 2006، ص 7 ، 8،9 .
- 14- فريدريك جيسون "العوامة والإستراتيجية السياسية ، ترجمة شوقى جلال فى الثقافة العالمية العدد 104 يناير ، فبراير 2001.

- Virilio p. Un monde euexpose, le monde Diplo وأنظر أيضا
matique Aout, 1997
- 15- Lisa ANDERSON, Shock and Awe: interpretations of the
Events of septmber11, world polities, Janvier 2004.
- 16- UNESCO, statement on Globalization, paris mai, 1998
- 17- N. Chomsky, Hegemony or survival, H.Holt and company,
2003.
- 18- Pierre BOURDIEU. La structure sociale de leconomie, f.d.
Misnit, paris, 2003
Le monde Diplomatique, Aout, 2002
- 19 - I bid
- 20 - Naom chomesky, Hegemony or survival, Metropolitan
Books, 2003 op-cit
- 21 - Michael LIND "In De fense of liberal Natianalism", foreign
Affairs, marijuana, 1994.
- وانظر أيضا لنفس المؤلف :
- Michael LIND "The next American Nation, free press, 1995
Michael LINDR ein renting America" wpj. 1997.
Michael LIND L'Amique et ses Tribes le Decade Paris, may-
Out 2001 +Avil 2002.
- 22- Thodore lowi, "Avant le consesvatisme et au – dela, Revue
francaise de science politique, octobre, paris, 1990
- وانظر أيضا :
- Michael Hirsh "Bush and the world, foreign Affaiss, sepat-oct.
2002
- 23- Naom chomesky, Hegemony or survival, op-cik.
- 24 - جودان توربون "العولمات ، الأبعاد والموجات التاريخية ، ترجمة بدر الرفاعي ،
الثقافة العالمية ، العدد 106 ، بيروت ، مايو ، يونيو 2001 .
- 25- Fred BER GSTEN " The dollar and Euro. " foreign Affaiss,
Juillet- aut 1997
- 26- Bruno TERITRAIS " Faut-il croire ala revolution dans les
affaires Militaire Politque Etrangere, n-3, 1998.
- وانظر أيضا :
- Fred BERGSTEN The terror, Numero hors serie, nov. 2001.
- 27- A Renaissance pour US. Trade policy? Foreign Affairs, nov-
deo. 2002.
- 28 - J.SNYDER " Imperial Temptations" The national interest,
printemps, 2003.

وأنظر أيضا لنفس المؤلف

F. ZAKARIA, from wealth to power, the unusual origins of Ameucan world Role princiton Unv. Press1998

29- عصام سور ، العولمة ، حول الرأسمال والسياسة، مكتبة الفقيه ، بيروت ط1 -
2004 ص 116 ، 117 ، 127

وأنظر أيضا :

نايف على عيد العولمة والعرب ، المستقبل العربي ، بيروت 1997 العدد 121 .

Robert BATBERG. Knowledge as power exe, 2004

Pierre BOURDIEV, Repenses, Ed-Seuil, Paris 1992 p16,17

30-Jean ZEGLER, les nouveaux maitres du monde et ceux qui leur resistant, fd.du Minuit, pavis, 2002.

Jay.R. MANDLE, Globalization and the poor the pross of the university of Cambridge, England, 2003.

31- سلامة كيلة ، العولمة الراهنة - آليات إعادة إنتاج النمط الرأسمالي العالمي ،
التحور الرأسمالي ومصر الدولة الأقل ، العدد من السلسلة السياسية الفكرية ، بنيوى
للدراستات والنشر والتوزيع ، دمشق ، 2003 ص 59 ، 91 ، 111 .

وانظر ايضا :

الفضل شلبي " عودة الإستعمار والحماية الأمريكية على العرب " ، دائرة النقاش ،

لبنان - بيروت ، 2004 ص 159 ، 220

32- Dominique Vinck, sociologie des sciences, fd. Armand colin,
paris, 1995, p.83, 92, 195 et suiv.

33- Ibid, 2001

34- Ibid, p. 203, 204.

35- باتريل أورثو ، مارى بول فيرار ، الرأسمالية تدمر نفسها - ترجمة سعد الطويل ،
المركز القومى للترجمة ، العدد 1229 ، مكتبة الشروق الدولية ، القاهرة - ط 1 ،
نوفمبر 2009 . ص 29 ، 40 ، 59 ومابعدها .

وأنظر أيضا :

روبين ، الفيل والتنين ترجمة شوقى جلال ، سلسلة عالم المعرفة العدد 359 ،

يناير 2009 - الفصل الخامس ص 141-168 .

- 36- الرأسمالية تدمر نفسها ، مرجع سابق ، الفصل الرابع ، الأخطار المختبئة خلف الجرى وراء الأرباح ص 59 - 70.
- 37- باتريل ارثو " الاقتصاد الجديد ، دار نشر لاديكوفيرت ، باريس 2001م " بالفرنسية".
وأنظر أيضا :
- 38 - توماس سز باتيرسوف " التغير والتنمية فى القرن العشرين ، ترجمة عزة الخميسى ، المجلس الأعلى للثقافة ، القاهرة 2005 ، ص 97 - 140
- 39- William E.HALAL, Kenneth. B. TAVLOR Twenty first century fconomics, N.Y. 19999.p.17,123
- 40 -Alber,J. & and Standing,social dumping catch up or conver gence ?Europe in a cooperatire global context, Jaurnal of European social Policy, no,2000, P.99-119.
- 41- تقرير التنمية الإنسانية العربية للعام 2009 ، تحديات أمن الإنسان فى البلدان العربية - برنامج الأمم المتحدة الإنمائى المكتب الإقليمى للدول العربية لبنان - بيروت 2009 ، ص 99 ، 121 ، 165 0

الفصل الخامس
تحولات نظم الحماية الاجتماعية في مصر خلال العقود الأخيرة
تحليل تاريخي

تحولات نظم الحماية الاجتماعية في مصر خلال العقود المعاصرة

M

لم يعد من المنطقي التفكير في إصلاح نظم الحماية الاجتماعية بعيداً عن دروس التاريخ، وتجارب الأمم الأخرى؛ لأنه إذا كان هناك اعتراض شائع أثير حول إدخال نظم الأمن الاجتماعي في بلدان الجنوب، استناداً إلى أن هذه البلدان لم تنضج بعد اقتصادياً أو تنمو بالمستوى الكافي؛ لكي تكون قادرة على الاضطلاع بالأعباء المالية اللازمة لإنجاز متطلبات الأمن الاجتماعي، وأنه ينبغي أن تنصرف كافة الجهود نحو ضمان نمو اقتصادي كبير أولاً، ثم التفكير في إدخال نظم الأمن الاجتماعي التي تحتاج إلى تكاليف باهظة. لكن، عند النظر إلى تاريخ بلدان الشمال، و تتبع تطور نظم الحماية الاجتماعية في أوروبا و العالم الصناعي، يمكن أن نلاحظ بزوغ و انتشار نظم للحماية الاجتماعية لم تكن دائماً مرتبطة بالمستويات العليا للنمو الاقتصادي على المستوى الأكبر.

و من ناحية أخرى، لم يعد الجدل الدائر في العالم ينظر إلى الحماية الاجتماعية على أنها تناسب فقط المجتمعات الصناعية؛ لأن هناك تطورات عملية متزايدة في برامج الحماية الاجتماعية، جعلتها أكثر جماهيرية و انتشاراً في دول العالم، و خاصة في مجتمعات الجنوب؛ الأمر الذي تحول معه المانحون من أمثال البنك الدولي، و بنوك التنمية الإقليمية، و الاتحاد الأوروبي، و المنظمات الدولية؛ مثل منظمة العمل الدولية، و منظمة الصحة العالمية، تحولوا تجاه اعتبار الحماية الاجتماعية أداة جوهرية لتخفيف حدة الفقر، و تحقيق أهداف الألفية الثالثة، التي وافقت عليها مصر عام (2000).

و في هذا السياق، يمكن فهم دوافع و مبررات الاهتمام بإصلاح نظم الحماية الاجتماعية في مصر، و ضرورة أن نفكر في هذا الأمر من خلال دوائر أكبر تتشابه مع الحماية الاجتماعية؛ مثل السياسة الاجتماعية، و استراتيجيات التنمية، و التوازن بين نظم التأمين الاجتماعي، و المساعدات الاجتماعية، و شبكات الأمان الاجتماعي، و مبادئ الشراكة و المسؤولية الاجتماعية.

و لما كان إصلاح نظم الحماية الاجتماعية في مصر يتطلب استيعاب دروس التاريخ، و الاستفادة من تجارب الماضي؛ بحثاً عن القوى الاجتماعية، و العوامل المختلفة، التي أسهمت في تكريس و استمرار الوضع الحالي لنظم الحماية، و دعم اتجاهاته، و فهم أسباب الشكوى منه. عُقدت النية على إجراء تحليل تاريخي للتحولات التي شهدتها نظم الحماية الاجتماعية في مصر خلال الحقب الأخيرة. و قد تطلب هذا التحليل، بلورة لأهدافه في صياغة

تصورية، و فروض، ومزاعم محددة؛ توجه عمليات التنقيب عن البيانات، و تصنيفها، و عرضها، و الانتهاء إلى استخلاصات توجز هذه التحولات، و عواملها، و نتائجها، خلال فترة التحليل المذكورة.

و قد استلزم التحليل تحقيق هذه الفترة إلى مرحلتين، يفرق بينهما تصديق مصر على أهداف الألفية الثالثة عام (2000)؛ بحيث تمتد الفترة الأولى لتشمل السنوات السابقة على ذلك، و تبدأ الفترة الثانية من عام (2000) حتى اليوم. و قد كانت محصلة التحقيق و التحليل بلورة مجموعة نتائج عامة، تلقي الضوء على مجموعة من الدروس المستفادة من هذا التحليل التاريخي، و تكشف عن مثالب نظم الحماية الاجتماعية في مصر خلال الحقب الأخيرة، و صياغة مجموعة خيارات للمستقبل؛ ترسم معالم نظم الحماية الاجتماعية المرغوب فيها، و التي تستهدف الصالح العام.

و ربما كان مبعث التفكير في إصلاح نظم الحماية الاجتماعية في مصر ليس فقط الإحساس بأنها لم تعد نظماً كافية أو مناسبة لتطلعات الفئات المختلفة في المجتمع، و إنما أيضاً لأنها نظم بعيدة بشكل ظاهر عن ما تقرّه الاتفاقيات الدولية؛ و بخاصة أهداف الألفية الثالثة، و ما يؤكد عليه الدستور و القوانين المحلية، كما يدل على ذلك التراث و الدراسات السابقة . و ربما يتطلب مثل هذا الإصلاح التعرف على الواقع الحاضر لنظم الحماية الاجتماعية في مصر، و المؤكد أن رصد اتجاهات الحاضر، و الكشف عن القوى الفاعلة التي أكدت هذه الاتجاهات، ليس كافياً في تصور بدائل الإصلاح في المستقبل؛ لأنه يتطلب إلى جانب ذلك استيعاب دروس التاريخ، و البحث عن القوى الاجتماعية و العوامل المختلفة التي أسهمت بدور واضح في تكريس الوضع الحاضر و تعزيز اتجاهاته.

و استناداً إلى هذه الأهمية، فإن التحليل التاريخي لنظم الحماية الاجتماعية في مصر خلال العقود الأخيرة يتجه نحو الكشف عن التحولات التي طرأت على هذه النظم، و العوامل الداخلية والخارجية التي دفعت إليها، و الآثار المترتبة عليها.

و يقتضي هذا التحليل تصور يُسَلَّم بأن التفكير في إصلاح نظم الحماية الاجتماعية يتطلب استدعاء دوائر أكبر تتشابه مع هذه النظم؛ مثل السياسة الاجتماعية، و استراتيجيات التنمية، و التوازن بين نظم التأمين، و المساعدات الاجتماعية، و شبكات الأمان الاجتماعي، و مبادرات الشراكة و المسؤولية الاجتماعية.

و هو تصور يفترض أنه إذا كانت هناك مثالب في نظم الحماية الاجتماعية في مصر يمكن أن يكشف عنها التحليل التاريخي؛ فإن ذلك مرجعه إلى اتباع مصر لاستراتيجيات في التنمية تتبنى نموذج قائد تابع؛ الذي لا يستند إلى عمليات التمكين، أو تحقيق العدالة

الاجتماعية والإنصاف. و لأن صياغة أهداف السياسة الاجتماعية و تنفيذها كان يتم من خلال نموذج الصفة؛ حيث تتجه السياسات من أعلى إلى أسفل، هذا فضلاً عن غياب التوازن بين آليات التأمين والمساعدات، و تراجع الشراكة في تحمل تبعات المسؤولية الاجتماعية من جانب القطاعات المختلفة في المجتمع.

و يهدف البحث التاريخي إلى رصد التحولات في نظم الحماية الاجتماعية في مصر خلال العقود الأخيرة، و الكشف عن العوامل الخارجية و الداخلية التي أحدثت هذه التحولات، و تسليط الضوء على النتائج المتوقعة و غير المتوقعة لها على المستويات العامة و الخاصة. حيث يهتم رصد التحولات في نظم الحماية الاجتماعية، بالتركيز على آليات الحماية الاجتماعية التقليدية والحديثة، و التعرف على ما تم إنجازه من برامج و جهود في مجال تقديم المساعدات الاجتماعية؛ المنح، و القروض، و الإعانات و غيرها من أشكال رعاية المواطنين، سواءً من جانب الحكومة، أو المجتمع المدني، أو مؤسسات القطاع الخاص و الجماهير. و كذلك، الوقوف على ما تم إنجازه من برامج و جهود في مجال التأمين الاجتماعي، و ما اتبع من نظم قانونية ووسائل إلزامية لمواجهة المخاطر الاجتماعية على اختلافها؛ كالتأمين الصحي، و التأمين ضد الشيخوخة و العجز، و إصابات العمل، و الوفاة، و الترميل، و اليتيم، و البطالة، و غيرها. كما يسعى إلى الكشف عن العوامل الخارجية و الداخلية التي تقف وراء هذه التحولات، و إلى تتبع تأثير القوى الخارجية ممثلة في تداعيات العولمة و تكثيف الوعي الكوني بحقوق الإنسان بأن يعيش حياة كريمة خالية من المرض، و يتمتع بحقوق إنسانية في تشكيل قدراته في التعليم، و الاستفادة منها في العمل ... الخ، و تسليط الضوء على العوامل الداخلية ذات الأثر الأكبر في إحداث تحولات في نظم الحماية الاجتماعية؛ مثل تغيير أهداف السياسة الاجتماعية في هذا الاتجاه، و وضع استراتيجيات تنمية تحرص على تنفيذ برامج عمل تحقق التوازن بين آليات الحماية الاجتماعية من التأمين و المساعدات، و كذلك نمو و تزايد الوعي بأهمية الشراكة المجتمعية، و تحمل المسؤوليات الاجتماعية لقطاعات المجتمع المختلفة (حكومية / مجتمع مدني / قطاع خاص) في نشر مظلة حماية اجتماعية تتسع للجميع. هذا فضلاً عن تتبع الآثار المترتبة على التحولات في نظم الحماية الاجتماعية في مصر، سواءً أكانت نتائج متوقعة أو غير متوقعة، و ذلك على المستويات العامة و فئات المجتمع المصري، أو المستويات الخاصة؛ و نعني فئة المستبعدين و المهمشين في المجتمع، و مدى مناسبة آليات الحماية الاجتماعية (التأمينات و المساعدات) لاحتياجات السكان، و قدرتها على تغطية ما تتطلع إليه جميع الفئات على اختلاف مستوياتها، و ظروفها، و معاناتها، و العوامل الاجتماعية و القوى التي كانت تحول دون ذلك.

و ربما كانت المحصلة من هذا التحليل التاريخي لنظم الحماية الاجتماعية في مصر خلال العقود المذكورة، الإجابة على عدة تساؤلات: هل فعلاً شهد نظام الحماية الاجتماعية في مصر إصلاحات جوهرية؟ و إلى أي حد لا يزال في مرحلة تحول؟ و هل حدثت إصلاحات مؤثرة في نطاق التغطية؟ و هل حقق فعلاً توسع في مستويات التغطية، و الموارد الممنوحة، و تحسين في نظم تقديم و إدارة برامج تلقي الحماية، و الاهتمام بقضايا الاحتياجات المالية المستقبلية؟ و هل هذه النظم مناسبة و كافية تماماً لمواجهة التحديات المحتملة في المستقبل المنظور و البعيد؟ و هل يمكن بلورة عدد من القضايا في حاجة إلى عناية باعتبارها ضرورية لكل إصلاح في المستقبل؟ و ما أوجه القصور في نظم الحماية في مصر مقارنة بالنظم المماثلة في بلدان أخرى في الجنوب، و أيضاً الوطن العربي؟ و ماذا يكشف عنه مناقشة هذه النظم للحماية الاجتماعية في مصر في سياق تحولات السياسة الاجتماعية الكونية، و دور المنظمات العالمية؟ و ما المداخل الممكنة للتعامل مع تحديات المستقبل في هذا الصدد؟

إن اهتمامنا بالتعرف على القوى الاجتماعية التي فرضت نموذجاً تُصاغ على أساسه السياسة الاجتماعية في مصر، و اهتمامنا أيضاً بالكشف عن الضغوط و القوى التي تواجه عمليات اختيار نظم معينة للحماية الاجتماعية، و العوامل التي تعوق تحمل قوى المجتمع المختلفة (القطاع الخاص، و المجتمع المدني، و الجماهير) لمسؤولياتها الاجتماعية عن نظم الحماية الاجتماعية، و تطلعا نحو تسليط الضوء على القوى الاجتماعية و العوامل التي تعوق التغيير، و تعرقل جهود الإصلاح. يتطلب منا كل هذا، الاهتمام بالبحث في التاريخ، و تحليل الوثائق، و السجلات، و الخطط، و السياسات، و القرارات الوزارية، و المواثيق، و القوانين، و غيرها، و أن يغطي التحليل العقود الأخيرة.

و قد أجرى التحليل التاريخي طبقاً لعدة خطوات، هي:

1- التنقيب عن المصادر الأولية التي تتعلق بنظم الحماية الاجتماعية في مصر، و البحث عن الوثائق و السجلات ذات الصلة، و النظر في الوثائق الرسمية من قوانين و قرارات وزارية، و مواثيق محلية و دولية، و استكمال البيانات من خلال تحليل المصادر الثانوية، و ما توافر من كتابات في هذا الصدد. و بحيث يعتمد التحليل على الوثائق الرسمية ممثلة في قوانين الضمان الاجتماعي، و المساعدات، و المنح، و القروض، و القوانين الخاصة بأشكال التأمين المختلفة (صحي / شيخوخة / عجز / إصابة عمل / بطالة / وفاة / ترميل / يتم ... الخ) والتي صدر بها مرسوم في الجريدة الرسمية، و كذلك القرارات الوزارية و التشريعات ذات الصلة، و خطط التنمية، و استراتيجيات السياسة الاجتماعية، و تقارير المجالس النيابية (الشعب و الشورى)،

والمجالس القومية المتخصصة، و وثائق المؤتمرات القومية خلال هذه الفترة، والكتابات والمقالات ذات الصلة، و تقارير البحوث المهمة بالحماية الاجتماعية (المحلية والدولية)، والمواثيق والاتفاقيات الدولية و المحلية (الإعلان العالمي لحقوق الإنسان، و أهداف الألفية الثانية، و الدستور المصري، و وثيقة المواطنة التي أصدرتها الحكومة و الحزب الوطني)، ومع الأخذ في الاعتبار أن يكون الجانب الغالب في هذا التحليل منصباً على (التأمين الصحي والضمان الاجتماعي).

2- تصنيف البيانات، و عرضها، و استخلاص النتائج؛ حيث تم تصنيف بيانات الفترة الأولى التي تنتهي مع بداية الألفية؛ إلى جانب يتعلق بنظم الحماية التقليدية و الحديثة، و آخر يكشف عن التحولات في هذه النظم، و ثالث يسلط الضوء على العوامل الداخلية والخارجية التي أفرزت هذه التحولات، و رابع يوضح الآثار التي ترتبت على التحولات في نظم الحماية. و قد أعقب ذلك، تصنيف بيانات الفترة الثانية و التي تبدأ مع بداية الألفية، و عرضها، و استخلاص نتائج لها.

3- بلورة مجموعة من النتائج العامة، بناءً على أهداف الألفية، و استخلاص بعض الدروس التاريخية؛ التي تكشف عن مطالب نظم الحماية الاجتماعية في مصر في الحقبين السابقين، و تفسير ذلك في ضوء الفروض المقترحة مقدماً، ثم التقدم بمجموعة اقتراحات، و احتمالات، و خيارات، تسلط الضوء على نظم الحماية الاجتماعية المرغوب فيها مستقبلاً، و تحقق الصالح العام.

أولاً: التحولات في نظم الحماية الاجتماعية في مصر:
هناك دوائر أكبر تتشابه مع نظم الحماية الاجتماعية؛ باعتبارها جزءاً مكوناً في استراتيجية التنمية، و هدفاً أصيلاً في السياسة الاجتماعية، و آليات متوازنة في التأمين الاجتماعي، و المساعدات الاجتماعية، و أساساً جوهرياً لشبكات الأمان الاجتماعي، و محصلة طبيعية للأخذ بمبادئ الشراكة و المسؤولية الاجتماعية. و ربما ساعدنا هذا التصور في رصد التحولات في نظم الحماية الاجتماعية، و التعرف على عواملها، و تتبع النتائج المترتبة عليها.

1- نظم الحماية الاجتماعية و السياسة الاجتماعية:

يصعب تصور نظم الحماية الاجتماعية بعيداً عن السياسة الاجتماعية لأي بلد؛ فقد تتبنى البلدان نموذج الصفوة في صياغة السياسة و تنفيذها؛ حيث تتجه السياسات من أعلى إلى

أسفل، ويكون للبيروقراطية دور واضح، و تكون المساءلة في يد الصفوة فقط؛ و بالتالي تكون أقل تجاوباً مع قطاعات السكان الأكثر تضرراً. و قد تأخذ البلد بنموذج توازن المصالح؛ الذي يُبنى على مجتمع مدني قوي، و مجموعات مصالح جيدة التنظيم؛ تكون هي الجسر بين الفرد والحكومة؛ و هو نموذج يسمح بالتوصل إلى حلول وسط، و التنازلات اللازمة للنجاح في تنفيذ السياسات و الالتزام بالبرامج. و الملاحظ أن الفقراء و المحرومون هم أقل القطاعات قدرة على تنظيم الموارد و تعقبها للتأثير في السياسات، و يتركون لغيرهم التعبير عن مصالحهم و وضعها أمام مُتخذ القرار. و قد تؤسس بلدان أخرى سياساتها طبقاً لنموذج العقلانية و العلمية؛ الذي يفترض توافر معرفة تامة بقيم المجتمع، و بدائل السياسات و نتائجها؛ لضمان تحقيق توازن مقبول بين مكاسب السياسات و بين التضحيات المطلوبة أثناء تنفيذها، و يندر أن تتوافر مثل هذه المعرفة؛ و ينتهي الأمر إلى تعبير المخططين عن مصالح الصفوة، و إحلال قيم المخططين محل قيم الصفوة (1).

2- نظم الحماية الاجتماعية و التنمية:

و كذلك، ليس من المنطقي التفكير في نظم الحماية الاجتماعية بمعزل عن التنمية؛ لأنه اتضح أن الاستمرار في بناء التنمية الاقتصادية على غرار نموذج قائد/تابع؛ بمعنى البدء بتحديد السياسة الخاصة بالاقتصاد الكلي، و التي تهتم بالنمو الاقتصادي، و تترك السياسة الاجتماعية لكي تهتم و تُعنى بالآثار الاجتماعية لهذا النمو؛ لا يوفر الحماية الاجتماعية الكافية لجميع الفئات بالتساوي. و بناء عليه، أصبح من الضروري تفعيل التعاون بين الإجراءات التي تعزز الرفاه والنمو الاقتصادي، و اعتبارها عناصر متفاعلة و مكاملة لبعضها بعضاً؛ لأنه ينبغي الربط بينها في نفس الوقت؛ حيث أن التنمية ليست فقط مجرد تنمية صحية، أو تنمية تعليمية؛ و إنما هي استراتيجية تنمية تجمع بين عناصر متباينة على أساس متماسك، و أن غياب هذا الفهم الكلي للتنمية يهدد بالخطر، و يدفع بالهيئات المتخصصة، و المتباينة، و الوزارات، و منظمات المجتمع المدني إلى النقاط متغيرات خاصة بها، و إغفال أو تناسي علاقتها بالمتغيرات الأخرى (2).

3- نظم الحماية الاجتماعية و ضمان حقوق الإنسان:

و يتجه التفكير في الآونة الأخيرة - بين الأكاديميين و صنّاع السياسة - إلى النظر إلى التنمية في علاقتها بحقوق الإنسان، و اعتبارها حقاً أساسياً. و برز في التراث تيار واضح يعطى الأولوية للأمن الإنساني، و يرى أن الأمن هو التنمية، و أخذت البلدان تتبنى

استراتيجيات تنموية تستند إلى عمليات التمكين، و تحقيق الإنصاف و العدالة الاجتماعية (3).

4- نظم الحماية الاجتماعية بين التأمين الاجتماعي و المساعدة الاجتماعية:

هناك اعتقاد في أن سياسات الحماية الاجتماعية تُعد بمثابة صورة من صور إعادة التوزيع، وهذا اعتقاد مهم بالتأكيد، غير أن الجهود الإمبريقية و النظرية الحديثة قد سلطت الأضواء على ضرورة الاهتمام بتعزيز الفرص من أجل تحقيق الحماية الاجتماعية، و أنه من خلال مساعدة الفقراء على إدارة و التعامل مع المخاطر؛ يمكن توسيع مجال الفرص أمامهم، و رفع مستويات الكفاية الشاملة. والواقع أن كل برامج إعادة التوزيع الأصلية لها نتائج هامة على تعزيز الفرص، وبإمكان نظم الحماية الاجتماعية أيضاً أن تساعد المجتمعات على أن تباشر الإصلاحات التي قد يكون لها عائدات منصفة. و من الجدير بالذكر، أن الحماية الاجتماعية الدائمة تساعد على تقليل الحاجة إلى برامج تعويضية خاصة.

و عموماً، تشتمل الحماية الاجتماعية على مجموعتين من صور التدخل:

أ- نظم التأمين الاجتماعي: و يكون التركيز فيها على إدارة المخاطر؛ من خلال الخصم من دخول الفرد عبر الزمن، و في مواجهة المصاعب. و غالباً ما يشارك في مخاطر هذه البرامج أعداد كبيرة تضم؛ كبار السن، و تعويضات العجز، و التأمين الصحي، و التأمين ضد البطالة.

ب- نظم المساعدة الاجتماعية: و التي تمول من تحويلات الضرائب العامة؛ و يكون التركيز فيها على إعادة التوزيع بين الأغنياء إلى الفقراء، و تشتمل على مجموعة متباينة من برامج التنمية العينية و النقدية و التي تستهدف الفقراء (4).

و تواجه الكثير من البلدان النامية ضغوطاً كثيرة على اختيار نظم الحماية الاجتماعية؛ نتيجة لقدرتها المالية و الإدارية المحدودة. و يفتقر كثير من الفقراء و حتى ذوي الدخل المتوسطة إلى القدرات الإدارية، و مستويات التحضر، و فرص التشغيل الرسمي المطلوبة لإدارة نظم التأمين الاجتماعي. و قد عملت ضرائب التأمين الاجتماعي العالية على شردمة سوق العمل، و شجعت الاتجاه نحو النظم غير الرسمية (5).

و قد يُنظر إلى شبكات الأمان الاجتماعي باعتبارها حلاً لمشكلة الفقر، و تحسين موقف الأصول البشرية و المادية للفقراء. و قد سلطت دراسة سابقة (عام 2003) الضوء على دور شبكات الأمان الاجتماعي في صعيد مصر، و كيف أسهمت في إشباع الحاجات الأساسية

وتحسين ظروف بعض الشرائح الاجتماعية وخاصة الفقراء، و أوضحت إلى أي حد عملت على تطوير بعض قدرات جماعات الفقراء على العمل، والكسب، و الاعتماد على نفسها. و انتهت الدراسة إلى أن الحكومة تتحمل العبء الأكبر في إقامة شبكات الأمان الاجتماعي لإشباع الحاجات الأساسية في صعيد مصر؛ حيث تُقدم المعاشات، و التأمينات، و المساعدات، بأنواعها المختلفة، بينما يتراجع إسهام القطاع الخاص ليقصر على بعض التأمينات، و يتركز إسهام المجتمع المدني، و الجمعيات الأهلية، و المواطنين على بعض المساعدات. و يحتاج الأمر إلى تفعيل مبدأ المسؤولية الاجتماعية، و زيادة الشراكة بين قطاعات المجتمع المختلفة في بناء شبكات الأمان الاجتماعي؛ من أجل إشباع الحاجات الأساسية للسكان في صعيد مصر، واستدامة التنمية. كما انتهت الدراسة إلى أن الحكومة هي التي تتحمل بمفردها مسؤولية إقامة شبكات الأمان الاجتماعية؛ لتطوير قدرات الجماعات الفقيرة، و تمكينهم من التكسب، و العمل، و الاعتماد على النفس؛ فأنشأت الصندوق الاجتماعي للتنمية، و مشروع شروق، و مشروع بناء القرية، و الأسر المنتجة، و أقامت البنوك العامة و الاجتماعية، و بنك الائتمان الزراعي، و بنك ناصر الاجتماعي، و لم يظهر للقطاع الخاص، أو المجتمع المدني، أو المواطنين، أي دور في توفير فرص عمل و حل مشكلة البطالة؛ و من ثم هناك حاجة في ضوء مبدأ المسؤولية المجتمعية إلى توسيع نطاق المشاركة في بناء شبكات أمان اجتماعية مهمة بتوفير فرص التكسب والعمل⁽⁶⁾.

5- الحماية الاجتماعية و التشبيك والترابط بين الأنساق و النظم:

تدير منظمة العمل الدولية حملة تحت عنوان "التغطية تشمل الكل" Cover for all؛ من أجل مد مظلة الحماية الاجتماعية إلى البلدان النامية، و أصبحت تمثل واحدة من أهم المحاولات الجارية للدفع بهذه القضية إلى مستوى أعلى على أجندة الحكومات و صنّاع السياسة. و إذا كانت للبلدان النامية خصوصيتها، فإنه علينا أن نتخطى وراء الممارسات التقليدية لمفاهيم الحماية الاجتماعية؛ كي تواجه بشكل كافٍ تلك التحديات الخاصة بالبلدان النامية. و هناك مفاهيم جديدة وآليات خلاقة ساعدت على الوصول إلى هدف التغطية التي تشمل الجميع؛ من أهمها استراتيجية التشبيك و الترابط بين الأنساق و نظم المجتمع المختلفة؛ من خلال ربط نظم الحماية الاجتماعية التي تنتمي إلى مصادر متباينة (العام / الخاص) ببعضها معاً، و يساعد هذا المبدأ على مواجهة تحديات قلة الموارد المالية، و يعتبر مدخلاً معضداً للفقراء، و يتعامل مع جذور المعضلات، ودوائر الفقر الخبيثة. و من أهم أمثله؛ إمكانية أن تشمل التغطية التأمينية المستويات الدنيا من السكان (كإنشاء صندوق أمن

اجتماعي يستهدف الفقراء كما حدث في الهند)، أو إدماج القطاع غير الرسمي في نظم التأمين الصحي وغيرها بواسطة الجماعات الرسمية، كما حدث في الفلبين.

و يفيدنا هذا التصور النظري الذي يقوم على ربط نظم الحماية الاجتماعية باستراتيجيات التنمية، و أهداف السياسة الاجتماعية، و التوازن بين التأمينات الاجتماعية، و المساعدات، و ضمان حقوق الإنسان، و تقرير المسؤولية الاجتماعية؛ في بلورة مجموعة من الفروض توجه التحليل التاريخي، و تساعد على جمع البيانات و تصنيفها، و استخلاص النتائج و تفسيرها فيما بعد. و هذه الفروض، هي:

أ- كان لاتباع مصر خلال هذه الحقبة الزمنية لاستراتيجية في التنمية تتبنى نموذج قائد تابع؛ انعكاسه على نظم الحماية الاجتماعية.

ب- إن صياغة أهداف السياسة الاجتماعية و تنفيذها في ضوء نموذج الصفوة؛ أثر بالسلب على نظم الحماية الاجتماعية.

ج- إن غياب التوازن بين آليات التأمين و المساعدات؛ كان من نتائجه تراجع جهود التمكين، و تحقيق العدالة الاجتماعية، و الإنصاف.

د- أثر تراجع الشراكة و تحمل تبعات المسؤولية الاجتماعية من جانب قطاعات المجتمع المختلفة على ظهور مثالب عديدة في نظم الحماية الاجتماعية.

ثانياً: آليات الحماية الاجتماعية التقليدية و الحديثة :

قبل أن نعرض لآليات الحماية الاجتماعية بنوعها التقليدي و الحديث، يتوجب علينا أولاً تعريف (الحماية الاجتماعية)^(*)؛ و هي " مجموعة البرامج العامة و الخاصة التي يتبناها المجتمع لمواجهة عدم توافر الدخل أو انقطاعه، و كذلك توفير الخدمات الصحية، و التعليمية، والإسكانية، للسكان على النحو المطلوب؛ بما يؤدي إلى تنمية المجتمعات الإنسانية ، و الحد من مشكلة الفقر⁽⁷⁾".

و يجدر بنا في هذا السياق، أن نُعرّف شبكات الأمان الاجتماعي، و الضمان الاجتماعي. و(شبكات الأمان الاجتماعي)؛ هي " تلك الشبكات التي تهدف إلى تحسين معيشة الفئات الفقيرة أو الفئات المعدمة دون النظر إلى مساهمتهم في تمويل هذه البرامج⁽⁸⁾".

أما (الضمان الاجتماعي)؛ فهو " مجموعة البرامج التي تتوقف فيها قيمة المساعدات التي تحصل عليها الفئات المستهدفة على قيمة مساهماتها السابقة في تلك البرامج؛ مثل المعاشات، و غالباً ما ترتبط هذه البرامج بترتيبات مؤسسية معقدة⁽⁹⁾".

كما يُعرّف (الضمان الاجتماعي) أيضاً على أنه " تعبير شامل يعني كل أنواع الحماية الاجتماعية التي تُقدم للمواطنين؛ سواءً عن طريق التأمين الاجتماعي، أو المساعدات الاجتماعية، أو غيرها من صنوف الخدمات و الرعاية؛ التي تكفل رفاهية المجتمع، و أمنه الاقتصادي؛ و على الأخص بالنسبة للأطفال، و كبار السن، و المعاقين، و غير من ذلك من الجهود التي تبذلها الدولة في الحقل الاجتماعي⁽¹⁰⁾."

بناءً على التعريفات السابقة، يمكننا تحديد أنواع آليات الحماية الاجتماعية من حيث التقليدية والحداثة؛ حيث يتمثل النوع التقليدي في المساعدات الاجتماعية - و التي يتضمنها تعريف شبكات الأمان الاجتماعي أيضاً - و يتمثل النوع الحديث في التأمين الاجتماعي.

1- آليات الحماية الاجتماعية التقليدية:

" تُمنح المساعدات الاجتماعية لغير المستفيدين من أحد قوانين التأمينات الاجتماعية، أو في الحالات الطارئة. و تكون بأحد الأشكال الآتية: المساعدات النقدية (المعاشات/ المساعدات الشهرية/ مساعدات الدفعة الواحدة/ الإغاثات/ إعانات العاملين السابقين و أسرهم من بعدهم/ رعاية أسر المقاتلين/ رعاية المهاجرين)، و المساعدات العينية، و القروض⁽¹¹⁾."

و سوف نقوم بعرض المساعدات الاجتماعية من خلال، القوانين الخاصة بها، و مصادرها، و كيفية الإنفاق عليها، و الفئات المستفيدة منها.

أ- النظم القانونية الخاصة بالمساعدات الاجتماعية:

هناك العديد من القوانين التي اهتمت بتقنين و توضيح المساعدات الاجتماعية، و نوضح أهم ما نصت عليه فيما يلي:

" حدد (القانون رقم 32 لسنة 1964) الميادين المصرح للجمعيات و المؤسسات الخاصة العمل بها، و أوردتها على سبيل الحصر في اثني عشر ميداناً، إلا أن ذلك لا يمنع من إضافة ميادين أخرى كلما دعت الحاجة إلى ذلك. و البيان التالي يوضح هذه الميادين: ميدان المساعدات الاجتماعية، ميدان رعاية الطفولة و الأمومة، ميدان رعاية الأسرة، ميدان رعاية الشيوخ، ميدان رعاية الفئات الخاصة و المعاقين، ميدان الخدمات الدينية، ميدان الخدمات الدينية و العلمية و الثقافية، ميدان الإدارة و التنظيم، ميدان رعاية المسجونين و أسرهم، ميدان تنظيم الأسرة، ميدان الصداقة بين الشعوب، ميدان النشاط الأدبي، ميدان الدفاع الاجتماعي⁽¹²⁾."

و ينص (القانون رقم 112 لسنة 1980 الخاص بمعاش السادات) على أنه " يُمنح معاشاً طبقاً لأحكام القانون المرافق يُطلق عليه معاش السادات لكل من بلغ الخامسة و الستين و ثبت عجزه الكامل، أو وقعت وفاته قبل العمل بهذا القانون و لم يستحق معاشاً بصفته من الفئات

المؤمن عليها وفقاً لأحكام قوانين التأمين الاجتماعي أو التأمين والمعاشات السارية، و يكون صرف هذا المعاش وفقاً للأولويات التي يحددها قرار من وزير التأمينات (13) .

ب- مصادر المساعدات الاجتماعية:

يمكننا تقسيم الجهات التي تمنح المساعدات الاجتماعية إلى الآتي:

(1) " الجهات الحكومية: و هي الجهات التي تعتبر الرعاية الاجتماعية أحد أو كل اختصاصاتها، و هي:

أ- وزارة الشؤون الاجتماعية: و تقدم خدماتها من خلال الإدارات و الوحدات الاجتماعية.

ب- بنك ناصر الاجتماعي: و يقدم خدماته من خلال إدارته و فروع، و أيضاً من خلال لجان الزكاة المنتشرة في أرجاء الجمهورية.

ج- وزارة الأوقاف: و تقدم خدماتها عن طريق صندوق القرض الحسن.

د- وزارة الصحة: و تصرف معونات عينية و نقدية في بعض الحالات المرضية.

هـ - وزارة التعليم: و تصرف معونات من صندوق كفالة طلبة الجامعات و المدارس.

(2) البنوك الإسلامية: و تقدم خدماتها في حدود النسبة المخصصة للزكاة في ميزانياتها.

(3) الجهات الأهلية: و هي الجهات التي أنشأت خصيصاً لتقديم الرعاية الاجتماعية لفئة من الفئات، أو للمواطنين بصفة عامة؛ و من أمثلتها الجمعيات و المؤسسات الخاصة، و صناديق الزمالة و التكافل الاجتماعي، بالإضافة إلى النقابات المهنية، و الاتحادات العمالية والفئوية (14) .

و لمزيد من التوضيح، " تقوم وزارة الشؤون الاجتماعية بتنفيذ عدد من البرامج بشكل مباشر عن طريق؛ برامج الضمان الاجتماعي، و صندوق السادات للمعاشات، و مشروع مبارك للتكافل الاجتماعي، و مشروع الأسر المنتجة، و البرامج الموجهة للمرأة الفقيرة، و بنك ناصر الاجتماعي؛ و الذي يدير عدداً كبيراً من لجان الزكاة، بالإضافة إلى نشاط الوزارة بشكل غير مباشر عن طريق الجمعيات الأهلية التي تعمل في المجال الرعائي و التنموي، أو عن طريق الصندوق الاجتماعي للتنمية؛ الذي أنشئ كمبادرة مشتركة بين الحكومة المصرية، و البنك الدولي، و برنامج الأمم المتحدة الإنمائي (15) .

ج - الإنفاق على المساعدات الاجتماعية:

في حالة تتبعنا لتطور الدعم الحكومي و نسبته من إجمالي النفقات العامة خلال الأعوام من (1987/1986 - 1994/1993)، سنجد أنه على النحو التالي: " في عام (1987/1986) كانت نسبة الدعم إلى إجمالي النفقات (11.2%)، و في عام (1988/1987) كانت النسبة

(15.2%)، و خلال (1989/1988) انخفضت النسبة إلى (13.7%)، و في عام (1990/1989) واصلت النسبة الانخفاض لتصل إلى (12.7%)، ثم عادت للارتفاع خلال عام (1991/1990) لتصل إلى (13.5%)، ثم عادت الانخفاض عام (1992/1991) لتصل إلى (11%)، و واصلت الانخفاض خلال عام (1993/1992) لتصل إلى (9%)، ثم واصلت الانخفاض أيضاً خلال عام (1994/1993) لتصل إلى (6.3%)⁽¹⁶⁾.

" و بالمقارنة بين معدلات الزيادة السنوية في مخصصات الدعم من جهة، و معدلات التضخم و ارتفاع الأسعار من جهة أخرى؛ تشير إلى تآكل في قيمتها الحقيقية عاماً بعد آخر؛ بحيث تصل نسبة التخفيض لأكثر من (10%) سنوياً في هذه المخصصات. في الوقت الذي تتزايد فيه مخصصات فوائد الديون المحلية و الأجنبية التي تذهب لجيوب أصحاب عوائد التملك من أفراد، و مؤسسات، و بنوك محلية و أجنبية؛ حيث بلغت هذه الزيادة السنوية (53.3%) عام (1993/1992)، و (17.6%) عام (1994/1993)، ثم عادت و انخفضت عام (1995/1994) إلى (6.5%)، ثم عادت الزيادة مرة أخرى في الأعوام التالية إلى (5%) و(3.6%) على الترتيب.

كما أن الانخفاض المستمر في نسبة الدعم إلى إجمالي النفقات الحكومية الواردة في الموازنة العامة، يؤكد الاتجاهات الحكومية الضارة بالحقوق الاقتصادية و الاجتماعية للفئات محدودة الدخل، و التي تمثل حالياً نحو (75%) من سكان البلاد⁽¹⁷⁾.

" و من الجدير بالملاحظة، أن أصحاب المعاش، و المستحقين لمعاش السادات، و الذي سجل نسبة (11.9%) من إجمالي أصحاب المعاشات و المستحقين، قد شهد انخفاضاً ليصل إلى (0.387) مليون فرد عام (2003/2002) مقارنة بنحو (1.14) مليون فرد عام (1992/1991)، على العكس من أصحاب المعاشات و المستحقين الخاضعين للقوانين الأربعة المنظمة للتأمينات الاجتماعية في مصر⁽¹⁸⁾.

د- الفئات المستفيدة من المساعدات الاجتماعية:

سوف نقوم بتحديد الفئات المستفيدة من المساعدات الاجتماعية طبقاً لأشكالها على النحو التالي:

(1) " المساعدات النقدية: تُمنح في حالة فقد الدخل، أو انخفاضه نهائياً أو مؤقتاً، أو التعرض لظروف يترتب عليها نفقات ضرورية لا قدرة للفرد أو الأسرة على تحملها، و تنقسم إلى التالي:

(أ) المعاشات: و تُمنح للأفراد أو للأسر التي تتعرض لفقد الدخل أو انخفاضه نهائياً أو لفترة طويلة؛ مثل فئات الشيوخ، و الأرامل، و المطلقات، و العوانس، و الأيتام، و حالات العجز الكلي، و تُصرف مدى الحياة، و تُورث بعد موت مستحقيها.

(ب) المساعدات الشهرية: و تُمنح للأفراد أو الأسر التي تتعرض لفقد الدخل أو انخفاضه لفترة مؤقتة، و تُصرف مساعدات للطلبة، و أسر المسجونين، و للمرأة الحامل حتى تضع، و الرضيع حتى يكبر، و حالات العجز الجزئي، و المرض، و حالات الهجرة.

(ج) مساعدات الدفعة الواحدة: و تُصرف للطلبة، و المتعطلين الخارجين من السجون، و لحالات الوضع، و لنفقات الجنازة.

(د) الإغاثات: و تُمنح دفعة واحدة فقط في الحالات الطارئة؛ كالكوارث و النكبات التي تلحق بالفرد، أو الأسرة، أو المجتمع؛ مثل وفاة رب الأسرة، أو إجراء العمليات الجراحية، أو الفيضانات، أو انهيار المساكن.

(هـ) إعانات العاملين السابقين و أسرهم من بعدهم: و تُصرف لحالات الزواج، و الطلاق، و التعليم، و المرض، و قلة الدخل، و الانهيار المفاجيء الذي يُخشى منه على كيان الأسرة و الفرد.

(و) رعاية أسر المقاتلين: مادياً و معنوياً، و تكون المساعدات شهرية أو من دفعة واحدة.

(ز) رعاية المهاجرين: من مدن القناة و من أهالي النوبة الذين مازالوا في مدن الإيواء.

(2) المساعدات العينية: و تكون في شكل ملابس، أو أطعمة، أو مستلزمات إنتاج، أو أجهزة تعويضية، أو معدات، أو آلات.

(3) القروض: و تُمنح للأعضاء المنضمين لمشروعات الأسر المنتجة، أو لخدمات إعادة التأهيل⁽¹⁹⁾.

و من الضروري أن ننوه، أنه " يستحق معاش السادات من لم يستفد من نظام التأمين الاجتماعي من خلال قوانينه المختلفة و التي تنحصر في الفئات التالية: من بلغ سن (65) سنة قبل 1980/7/1، و من ثبت عجزه الكامل قبل 1980/7/1، و فئة من توفي قبل 1980/7/1؛ أي الفئات التي لم ينطبق عليها قانون التأمين الشامل و الصادر في 1980/7/1⁽²⁰⁾."

و لمزيد من التوضيح، تذكر برامج وزارة الشؤون الاجتماعية بعض الفئات تفصيلاً، و هذه البرامج هي:

(1) " الضمان الاجتماعي و الإغاثة: يهدف هذا البرنامج إلى تحقيق الاستقرار الاجتماعي والمادي للأسر الفقيرة التي لا يشملها نظام التأمينات الاجتماعية؛ وذلك بصرف مبالغ نقدية لهم في صورة دائمة (معاش شهري)، أو متقطعة (مساعدة أو إعانة لمدة محددة أو مقطوعة). و يستفيد من هذا البرنامج الأيتام، و الأرملة، و المطلقات، و أولاد المطلقات، إذا توفيت، أو تزوجت، أو سجن، و العاجز عجزاً كلياً، و الإناث اللاتي بلغن سن الخمسين و لم يتزوجن و يحتجن إلى المساعدة، و أسرة المسجون الذي حكم عليه لمدة لا تقل عن (10) سنوات.

(2) الرعاية الاجتماعية للأطفال المحرومين من الرعاية: تقوم المؤسسات التابعة لوزارة الشؤون الاجتماعية بإيواء الأطفال المحرومين من الرعاية الأسرية؛ بسبب اليتيم، أو التفكك الأسري، أو العجز، و قد تمتد فترة الرعاية إلى سن الزواج بالنسبة للأنثى، أو الانتهاء من التعليم بمراحله المختلفة. و يقدم هذا البرنامج الرعاية الإيوائية، و المهنية، و التعليمية، و الصحية.

(3) برنامج الرعاية البديلة: يهدف هذا البرنامج إلى توفير الرعاية الاجتماعية، و الصحية، و التربوية، للأطفال مجهولي النسب؛ و ذلك عن طريق تربيتهم و تعويضهم عن الرعاية داخل أسرة بديلة يتم اختيارها وفق معايير و ضوابط تضعها الوزارة.

(4) رعاية المسنين: يهدف هذا النشاط إلى توفير رعاية اجتماعية، و صحية، و نفسية للمسنين، و توفير الخدمات المختلفة لهم.

(5) رعاية الأحداث: يعد هذا النشاط من أهم أنشطة الوزارة، و ينقسم إلى نشاط يتعلق بالإيداع للأحداث المنحرفين أو المعرضين للانحراف، و الذين صدرت ضدهم أحكاماً قضائية بالإدانة كتدبير تقويمي، و تقوم مؤسسات الرعاية برعايتهم اجتماعياً، و صحياً، و مهنياً، و تعليمياً. و يتعلق النشاط الثاني بالمؤسسات الشاملة لرعاية الأحداث؛ و هي مؤسسات تهدف إلى تكامل الخدمة التي تُقدم للحدث من خلال الاستقبال، و الملاحظة، و المراقبة، و التوجيه.

(6) برامج أنشطة المرأة: تنفذ الوزارة بالتعاون مع الجمعيات الأهلية، أو جمعيات تنمية المجتمع، عدداً من المشروعات؛ بهدف تحسين مستويات معيشة الأسر الفقيرة، و منها:

(أ) مشروع تدريب المرأة الريفية في السكان و التنمية.

(ب) مشروع تنمية المرأة الريفية.

(ج) تدريب المرأة على مهارات الحياة الأساسية.

(د) مشروع تطوير دور المرأة في إنتاج الغذاء.

(هـ) مشروع مبادرة المرأة (21) .

2- آليات الحماية الاجتماعية الحديثة:

تتمثل آليات الحماية الاجتماعية الحديثة في (التأمين الاجتماعي)، و " تعتبر التأمينات الاجتماعية أحد وسائل الضمان الاجتماعي في مجال تحقيق الحماية و الأمن الاجتماعيين، و هي تقتصر على تلك النظم التي تستهدف تغطية خطر اجتماعي معين في مقابل تجميع اشتراكات يودونها المؤمن عليهم و أصحاب الأعمال، ثم إعادة توزيع هذه الاشتراكات على من يتحقق بالنسبة لهم وقوع الخطر المؤمن منه؛ و من ثم فإذا ما تحملت الدولة في نظام معين عبء المزايا دون مقابل من الاشتراكات؛ انتفى عن النظام صفة التأمين، و أصبح نظاماً للضمان الاجتماعي(22) .

و سوف نقوم بعرض التأمين الاجتماعي كآلية حديثة للحماية الاجتماعية، من خلال عرض القوانين و القرارات الوزارية الصادرة بخصوصه، و مصادر التأمين، و كيفية الإنفاق عليه، وأخيراً الفئات المستفيدة منه.

أ- النظم القانونية الخاصة بالتأمين الاجتماعي:

(1) القوانين الخاصة بالتأمين الاجتماعي:

" أصدرت مصر منذ ما يقرب من قرن و نصف أول تشريع خاص بالمعاشات بتاريخ 1854/12/26 (بقانون سعيد) نسبة إلى حاكم مصر في ذلك الحين، تلاه الأمر الصادر بتاريخ 1871/1/11 و المعروف (بقانون إسماعيل)، و من بعده صدر (قانون توفيق) في 1887/6/21، و لكن هذه القوانين لم يكن لها هدف اجتماعي، بقدر ما كان الهدف منها رعاية بعض طوائف معينة؛ مثل الذات، و العاملين بالجيش البري و البحري، و كافة طوائف الخدمة الملكية، و بتاريخ 1909/4/15 صدر (القانون رقم 5 لسنة 1909) بشأن المعاشات الملكية، و كان يسري على الموظفين و المستخدمين الملكيين الذين يدخلون في خدمة الحكومة، و يعينون على وظائف دائمة. و بتاريخ 1929 /5/28 صدر (القانون رقم 37 لسنة 1929) متضمناً تعديلات هامة لبعض أحكام (القانون رقم 5 لسنة 1909)؛ و كان الهدف منها رفع المعاناة عن الموظفين، مع عدم إرهاب خزانة الدولة، كما صدر خلال تلك الفترة (القانون رقم 59 لسنة 1930) الخاص بمعاشات العسكريين، ثم صدر المرسوم (بقانون رقم 37 لسنة 1929) الذي حصر المستفيدين من أحكامه في الموظفين و المستخدمين المربوطة ماهياتهم في ميزانية الحكومة؛ أي الموظفون و المستخدمون المثبتون، أما غير المثبتين فقد ظلوا محرومين من أي نظام معاش يؤمن مستقبلهم و مستقبل أسرهم من بعدهم. كما كانت تسري أحكام هذا المرسوم بقانون بصفة استثنائية على موظفي الخاصة الملكية، و مجلس

الصحة البحرية، و الجامعة المصرية، و دار الكتب الملكية، و العاملين بمصلحة الري بالسودان.

صدر بعد ذلك المرسوم (بقانون رقم 316 لسنة 1952) بإنشاء صندوق للتأمين و آخر للدخار و المعاشات لموظفي الحكومة المدنيين، و قد خضع لنظام الادخار بمقتضى هذا المرسوم الموظفون بالحكومة غير المثبتين، و كذا العاملون بالجهات ذات الميزانية المستقلة؛ كالجامعات، و الأزهر، و المعاهد الدينية، و موظفي وزارة الأوقاف، و مجالس المديریات، و المجالس البلدية. أما نظام التأمين، فإنه شمل بالإضافة إلى هذه الفئات؛ الموظفين المعاملين (بقوانين المعاشات رقم 5 لسنة 1909، و 37 لسنة 1929).

و لما كان (القانون رقم 316 لسنة 1952) لا يعدو أن يكون نظاماً ادخارياً؛ فقد صدر (القانون رقم 394 لسنة 1956) ليعالج حالات العجز و الوفاة، و حالة الموظفين غير المثبتين الذين ظلوا محرومين من أي نظام معاشي مماثل للنظام المقرر (بالقانون رقم 5 لسنة 1909) و (القانون رقم 37 لسنة 1929).

و قد أنشأ (القانون رقم 394 لسنة 1956) صندوقين للتأمين و المعاشات؛ أحدهما لموظفي الدولة، و الثاني لموظفي الهيئات ذات الميزانية المستقلة، و شملت أحكامه جميع موظفي الدولة المثبتين منهم و غير المثبتين. إلا أن هذه الأحكام لم تشمل المعينون بمربوط ثابت، أو بمكافآت شاملة، أو على درجات شخصية خصماً على بند اليومية، و كذا العمال و المستخدمين.

كما أنه اعتباراً من 1964/4/1 بدأ العمل بقانون التأمينات الاجتماعية الصادر (بالقانون رقم 63 لسنة 1964)، و تسري أحكامه على العاملين بالقطاع العام، و القطاع الخاص، و كذا المتدرجين منهم، كما تسري أحكامه على العاملين مع أعضاء الجمعيات التعاونية الإنتاجية، و أيضاً على أصحاب الأعمال الذين يباشرون نشاطاً تجارياً، أو صناعياً، أو في مجال الخدمات؛ و ذلك بموجب (القانون رقم 61 لسنة 1973). و قد استثنى القانون من الخضوع لأحكامه العاملين في الحكومة، و الهيئات العامة، و المؤسسات العامة، و وحدات الإدارة المحلية؛ حيث أنهم منتفعون بأحكام (قانون التأمين و المعاشات رقم 50 لسنة 1963)، و كذا عمال الزراعة، و خدم المنازل⁽²³⁾.

و يمكننا القول، بأن " هناك أربعة قوانين رئيسة تحكم منظومة التأمين الاجتماعي في مصر، و هي: (قانون رقم 79 لسنة 1975)؛ و يُعد هذا القانون هو النواة الأولى التي يقوم عليها نظام التأمين الاجتماعي في مصر؛ و يخص هذا القانون العاملين في القطاع الحكومي، و قطاعي الأعمال العام و الخاص. و وفقاً لهذا القانون، هناك أربعة أشكال رئيسة للتأمين

هي؛ تأمين الشيخوخة، و العجز، و الوفاة، و تأمين إصابات العمل، و تأمين المرض، و تأمين البطالة. ويتضمن القانون إنشاء صندوقين للتأمين هما؛ صندوق التأمينات للعاملين بالجهاز الإداري للدولة و بالهيئات العامة، و صندوق التأمينات للعاملين بالمؤسسات العامة و بالوحدات الاقتصادية بالقطاعات التعاونية و الخاص. و تتولى الهيئة القومية للتأمين الاجتماعي إدارة الصندوقين؛ وهي هيئة ذات شخصية اعتبارية و موازنة خاصة تلحق بالموازنة العامة للدولة، و تسري عليها القواعد و الأحكام الخاصة بالهيئات القومية، و تتبع وزير التأمينات.

و القانون الثاني، (القانون رقم 108 لسنة 1976)؛ و يخص هذا القانون أصحاب الأعمال؛ و من ثم يضم كل من الأفراد الذين يزاولون أنشطة تجارية، أو صناعية، أو زراعية، لحساب أنفسهم، إضافة إلى الحرفيين و غيرهم ممن يؤدون خدمات لحساب أنفسهم، و حائزو الأراضي الزراعية التي تبلغ مساحتها عشرة أفدنة فأكثر؛ سواء كانوا ملاكاً أو مستأجرين بالأجرة، أو بالمزارعة، أو كليهما.

أما القانون الثالث، فهو (القانون رقم 50 لسنة 1978)؛ و يخص هذا القانون التأمين على العاملين المصريين بالخارج.

و أخيراً، (القانون رقم 112 لسنة 1980)؛ و يخص هذا القانون العمالة غير المنتظمة؛ حيث يتناول ضمانات معاشات التقاعد للفئات التي لم تتعرض لها القوانين التأمينية السابقة. و يُعرف هذا القانون باسم (قانون التأمين الشامل)، و يمنح (معاش السادات)؛ و الذي يتوقف على الأولويات التي يحددها وزير التأمينات (24).

هذا بالإضافة إلى (القانون رقم 112 لسنة 1980 الخاص بمعاش السادات)، و يشمل نظام التأمين الاجتماعي بمقتضى هذا القانون؛ "تأمين الشيخوخة، و العجز، و الوفاة، و يجوز أن تسرى على المؤمن عليهم بعض أنواع التأمين الأخرى المنصوص عليها في قانون التأمين الاجتماعي الصادر (بالقانون رقم 79 لسنة 1975)؛ و ذلك بالشروط و الأوضاع التي يصدر بها قرار من رئيس الجمهورية بناء على عرض وزير التأمينات (25).

و لدينا أيضاً، (القانون رقم 119 لسنة 1980)؛ و الذي "يُلزم صندوقي التأمينات الاجتماعية (صندوق التأمينات الاجتماعية على العاملين في الحكومة، و صندوق التأمينات الاجتماعية على العاملين في قطاعي الأعمال العام و الخاص)؛ بتحويل فوائض الاشتراكات عن المصروفات إلى بنك الاستثمار القومي بسعر فائدة تحدده الحكومة، و هو سعر كان دائماً أقل كثيراً من سعر الفائدة في السوق المصرفية (26).

(2) القرارات الخاصة بالتأمين الاجتماعي:

نبدأ في عرض القرارات طبقاً للتسلسل الزمني من السلطة الأعلى، فنبدأ أولاً بقرارات (رئيس الجمهورية)، و التي كان أولها (قرار رئيس الجمهورية رقم (1209) لسنة 1964 في شأن الهيئة العامة للتأمين الصحي و فروعها للعاملين في الحكومة، و وحدات الإدارة المحلية، و الهيئات العامة، و المؤسسات العامة)؛ و الذي تضمن في مادته رقم (1) " تنشأ هيئة عامة تسمى الهيئة العامة للتأمين الصحي للعاملين في الحكومة، و وحدات الإدارة المحلية، و الهيئات العامة، و المؤسسات العامة لها الشخصية الاعتبارية، و مقرها مدينة القاهرة، و تكون تحت إشراف وزير الصحة (27)". أما المادة رقم (2) فتتضمن " الغرض من إنشاء هذه الهيئة هو القيام بالتأمين الصحي للعاملين في الحكومة، و وحدات الإدارة المحلية، و الهيئات العامة، و المؤسسات العامة، بذاتها أو عن طريق فروعها، و كذلك التنسيق فيما بين تلك الفروع، و التفتيش على أعمالها للوقوف على مدى تنفيذها للوائح:

(أ) تقديم الرعاية الطبية للمؤمن عليهم طبقاً للأوضاع و المستويات المقررة.
(ب) إنشاء المستشفيات، و العيادات الشاملة، و غيرها من المؤسسات العلاجية، و تجهيزها، و إدارتها.

(ج) استئجار المستشفيات أو غيرها من المؤسسات العلاجية، و كذا التعاقد معها لتحقيق أغراضها.

(د) التعاقد مع الممارسين العاملين، و الأخصائيين، و غيرهم من أرباب المهن المرتبطة بمهنة الطب، و تحديد المرتبات، و الأجور، و المكافآت الخاصة بهم.

(هـ) توفير الأدوية و المستلزمات الطبية للمؤمن عليهم؛ بما في ذلك إنشاء العيادات الخاصة بها، و عقد الاتفاقات مع الصيدليات الأخرى.

(و) صرف الأجهزة التعويضية على النحو المبين في اللائحة التنفيذية، و ذلك كله في حدود السياسة العامة التي يضعها المجلس الأعلى للتأمين الصحي (28)".

يلي ذلك، (قرار رئيس الجمهورية رقم (2323) لسنة 1967 في شأن الترخيص للهيئة العامة للتأمين الصحي بأداء خدمات طبية و صيدلية مقابل أجر)؛ و الذي ينص في مادته رقم (1) على " يُرخص للهيئة العامة للتأمين الصحي بأداء خدمات طبية و صيدلية مقابل أجر للمواطنين الذين لا يتمتعون بنظام التأمين الصحي المنصوص عليه بالقانون رقم (63) لسنة (1964)، و القانون رقم (75) لسنة (1964) (29)". كما تنص مادته رقم (2) على أنه " تُعتبر الأجور التي تتقاضاها الهيئة مقابل الخدمات المشار إليها في المادة السابقة مالاَ خاصاً، و تخصص حصيلته للصرف على هذه الخدمات، دون أن تتحمل الخزنة العامة أية أعباء

إضافية، ويكون للحصيلة المذكورة استقلال مالي عن أموال الهيئة، و تودع في حساب خاص بالبنك المركزي أو غيره من البنوك (30) .

أما بالنسبة (للقرارات الوزارية)، فلدينا (قرار وزير الصحة رقم (253) لسنة 1974 لائحة القومسيونات الطبية)؛ و ينص في المادة رقم (1) أن " تقوم الجهات الطبية الآتية ، كل فيما يخصه بالكشف بهم. على العاملين في الحكومة و الهيئات و المؤسسات العامة عند إبلاغهم بالمرض للنظر في مدى جواز منحهم إجازات مرضية؛ أطباء مكاتب الصحة بالنسبة لجميع العاملين المذكورين الذين لا يتبعون جهات طبية خاصة بهم، و أطباء الإدارات الطبية بالنسبة للعاملين في الجهات التي بها إدارات طبية، و في دائرة المحافظة التي يتوفر بها أطباء لهذه الإدارات، و هم:

(أ) أطباء الصحة المدرسية بالمحافظات بالنسبة للعلاج بوزارة التربية و التعليم.

(ب) أطباء المستشفيات، و الوحدات الطبية الحكومية، و المستشفيات التابعة للمؤسسة العلاجية بالنسبة للعاملين بهذه المستشفيات و الوحدات، و كذا بالنسبة للعاملين المرضى المقيمين بها تحت العلاج (31) .

و تنص المادة رقم (2)، بأن " تختص القومسيونات الطبية وحدها بالكشف على صدورهما المنصوص عليهم في المادة (1)؛ الذين يبلغون عن مرضهم عن طريق الجهة الرئاسية التي يتبعونها مباشرة (32) .

أما المادة رقم (9)، ففحواها أنه " إذا طرأت على العامل الموجود خارج الجمهورية حالة مرضية تمنعه من العودة إلى البلاد؛ و جب عليه أن يُخطر الجهة الرئاسية التابع لها مباشرة فوراً بنتيجة الكشف الطبي عليه يتم بمعرفة طبيبين، و أن يُرفق بهذا الإخطار شهادة مصدق عليها من القنصلية المصرية أو من الإدارة الصحية الأجنبية المختصة، و على الجهة الرئاسية إرسال النتيجة إلى القومسيون الطبي المختص للنظر في اعتمادها (33) .

و تتضمن المادة رقم (17)، " الإجازات المرضية الاستثنائية؛ و هي الإجازات التي تُمنح للعامل المريض بأجر كامل و لا تُحتسب من إجازاته المرضية أو الدورية، و هي:

(أ) الإجازة التي تُمنح للعامل وفقاً لأحكام القانون رقم 112 لسنة 1963.

(ب) الإجازة التي تُمنح للعامل المخالط للمريض بمرضٍ معدٍ، و ترى الجهة الطبية المختصة منعه من مزاولة أعماله للمدة التي تحددها.

(ج) الإجازة التي تُمنح للعامل الذي يصاب بجرح أو مرض بسبب تأدية عمله و تقرر الجهة الطبية المختصة مدة لعلاجه.

(د) إجازة الوضع التي تُمنح للعاملة في حالة الانقطاع للوضع و تكون لمدة شهر، على ألا تُمنح لأكثر من ثلاث مرات طوال مدة خدمتها، أما إذا زادت على ذلك؛ تُعتبر إجازة مرضية عادية، و يتبع في شأنها أحكام هذا القرار⁽³⁴⁾.

أما المادة رقم (22)، فتري أن " تختص القومسيونات الطبية بتقرير ارتباط الإصابة بالمرض بطبيعة العمل، و تقرير النسب المئوية للعاهة الناشئة عن إصابة العمل، و تقدير نفقات العلاج طبقاً للقواعد المقررة⁽³⁵⁾".

و لدينا أيضاً، (قرار وزير الصحة رقم (695) لسنة 1984، المعدل بالقرار رقم (259) لسنة 1995 في شأن تحديد الأمراض المزمنة التي يُمنح عنها المريض إجازة استثنائية بأجر كامل، أو يُمنح عنها تعويضاً يعادل أجره كاملاً طوال مدة مرضه إلى أن يشفى أو تستقر حالته)؛ الذي ينص في المادة رقم (2) على أنه " يُشترط في الحالة المرضية التي تكون سبباً في منح العامل الأجر الكامل الآتي :

(أ) أن يكون المرض ضمن الأمراض المزمنة.

(ب) أن يكون مانعاً من تأدية العمل.

(ج) أن تكون قابلة للتحسن أو الشفاء⁽³⁶⁾".

و ينص القرار في المادة رقم (3)، على أن " يستمر منح تعويض الأجر الكامل إلى أن يُشفى أو تستقر حالته استقراراً يُمكنه من العودة إلى مباشرة عمله أو يتبين عجزه عجزاً كاملاً، و في هذه الحالة الأخيرة يظل العامل إذا كان من العاملين المدنيين بالدولة في إجازة مرضية بأجر كامل حتى بلوغه سن الإحالة للمعاش⁽³⁷⁾".

أما المادة رقم (4)، فتتضمن على أن " تتولى اللجان التابعة للهيئة العامة للتأمين الصحي، والمجالس الطبية التابعة لوزارة الصحة، و أية لجان طبية عامة تتبع جهات رسمية كل في حدود اختصاصه؛ الكشف على العاملين الخاضعين لأحكام القانونين المشار إليهما؛ لتقرير ما إذا كان المرض مزمناً من عدمه⁽³⁸⁾".

و هناك، (قرار وزير الصحة رقم (179) لسنة 1985 بشأن قواعد تنفيذ تأمين المرض، والإصابة، و الإخطار بانتهاء العلاج، و العجز المتخلف، و نسبته، و بيان أيام التخلف عن العلاج في حالتي الإصابة و المرض)؛ و ينص في المادة رقم (1) أن " تختص الهيئة العامة للتأمين الصحي بالكشف الطبي و منح الإجازات المرضية للعاملين المنتفعين بنظام العلاج التأميني المنصوص عليه بالقانون رقم (32) لسنة 1975 المشار إليه، و المنتفعين بأحكام تأمين المرض و إصابات العمل المنصوص عليها بالقانون رقم (79) لسنة 1975 المشار إليه، والقوانين المعدلة له⁽³⁹⁾".

و ينص في المادة رقم (3)، على أنه " بالنسبة للأماكن التي لا يوجد بها وحدات أو لجان طبية تابعة للهيئة العامة للتأمين الصحي بالمحافظة؛ يقوم أطباء الوحدات الريفية، و المجموعات الصحية، و مفتشو الصحة، و المجالس الطبية المحلية كل في نطاق اختصاصه؛ بمنح الإجازات المرضية للمتفاعين، و في حدود السلطات المخولة لهم بمقتضى القرارات الوزارية الصادرة في هذا الشأن (40)".

أما المادة رقم (6)، فتنص على أن " تتولى الهيئة العامة للتأمين الصحي تحديد جهات علاج المؤمن عليهم؛ و يُقصد بجهات العلاج مراكز إصابات العمل، و عيادات الممارسين، و العيادات الشاملة، و المستشفيات، و المراكز التخصصية. كما يجوز للهيئة أن تُجري العلاج الطبي في العيادات و المستشفيات العامة أو الخاصة في الجهات التي لا تتوافر لها إمكانيات لتقديم الرعاية الطبية التأمينية؛ و ذلك بمقتضى اتفاقيات خاصة تُعقد لهذا الغرض، و على أن تكون الإقامة بالمستشفيات التي تعينها الهيئة العامة للتأمين الصحي بالدرجة التأمينية المقررة أو ما يعادلها من الدرجات، و على الهيئة العامة للتأمين الصحي وضع اللوائح اللازمة التي تُحدد إجراءات عرض المتفاعين على جهات العلاج المقررة و إجراءات صرف الأدوية لهم، كما أن عليها إخطار أصحاب الأعمال أو الجهات التي يتبعها هؤلاء المتفاعون بتلك الإجراءات، و بالجهات التي تُحدد لعلاجهم (41)".

و أخيراً، لدينا (قرار وزير الصحة رقم (219) لسنة 1993)؛ و الذي ينص في المادة رقم (7) على أنه " إذا طلب العامل امتداد الإجازة المرضية التي مُنحت له؛ وجب عليه أن يتبع في نهاية مدة الإجازة ذات الإجراءات المنصوص عليها في المادتين (3 ، 4) من اللائحة، و يُعتبر يوم الانقطاع عن العمل هو اليوم التالي لانتهاؤ الإجازة المرضية السابقة، و على الجهة الرئاسية التابع لها العامل طلب توقيع الكشف الطبي عليه بمعرفة أحد أطباء الجهات الطبية المختصة المنصوص عليها بالفقرتين (أ) ، (ج) من المادة (1) من اللائحة، و يكون امتداد الإجازة لمدة لا تتجاوز خمسة عشر يوماً من تاريخ انتهاء الإجازة المرضية السابقة و لمدة واحدة، و في حالة طلب العامل امتداد الإجازة المرضية للمرة الثانية؛ يُحول إلى المجلس الطبي العام للكشف عليه (42)".

ب- مصادر التأمين الاجتماعي:

يُمنح التأمين الاجتماعي عن طريق الجهات الحكومية؛ و هي " الجهات التي تعتبر الرعاية الاجتماعية أحد أو كل اختصاصاتها. و تتمثل في (هيئة التأمين الاجتماعي)، التي تقدم خدماتها التأمينية من خلال المناطق، و المكاتب التأمينية، و منافذ الصرف (43)".

كما تُمنح " المزايا التأمينية (**) عن طريق:

- (1) صندوق التأمين الاجتماعي للعاملين بالقطاع الحكومي.
 - (2) صندوق التأمين الاجتماعي للعاملين بصندوق قطاع الأعمال العام و الخاص.
 - (3) إدارة التأمين و المعاشات للقوات المسلحة.
 - (4) الجهات المنشأ بها نظم معاشات بديلة⁽⁴⁴⁾.
- ج- كيفية الإنفاق على التأمين الاجتماعي:

" لما كان نظام معاشات التقاعد في مصر يعتمد على أسلوب التمويل الكامل Fully Funded؛ فإنه يتسم بارتفاع أموال الاحتياط التي يتم توفيرها من خلال كل من صندوق التأمين للعاملين بالقطاع الحكومي، و صندوق التأمين للعاملين بقطاع الأعمال العام و القطاع الخاص؛ حيث تشير البيانات إلى أن الفترة (1992/1991 - 2003/2002) قد شهدت ارتفاعاً مضطرباً ليصل إجمالي أموال الاحتياط لنظام التأمين الاجتماعي في مصر؛ حيث يعتمد تكوين الاحتياطي على أسلوب التمويل الكامل إلى نحو (222.3) مليار جنيه في نهاية الفترة، مقارنة بنحو (40.4) مليار جنيه في بداية الفترة، و ذلك بارتفاع قدره (450%) . إضافة إلى ذلك، فقد شهدت نفس الفترة ارتفاعاً مضطرباً لأموال الاحتياط لدى صندوق التأمين الاجتماعي كنسبة من الناتج المحلي الإجمالي لتصل إلى (53.2%) عام (2003/2002)، و ذلك مقارنة بنحو (38.9%) عام (1998/1997)، و حوالي (29%) من الناتج المحلي الإجمالي لعام (1992/1991)⁽⁴⁵⁾ .

د- الفئات المستفيدة من التأمين الاجتماعي:

يمكن تقسيم المؤمن عليهم، و الذين تشملهم مظلة التأمين الاجتماعي بصورة مباشرة على النحو الآتي:

(1) " فئات المؤمن عليهم الذين تسري عليهم أحكام قانون التأمين الاجتماعي الصادر بالقانون رقم (79) لسنة 1975:

تنص المادة (2) من قانون التأمين الاجتماعي المشار إليه على أنه تسري أحكام هذا القانون على العاملين من الفئات التالية:

(أ) العاملون المدنيون بالجهاز الإداري للدولة، و الهيئات العامة، و المؤسسات العامة، والوحدات الاقتصادية التابعة لأي من هذه الجهات و غيرها من الوحدات الاقتصادية بالقطاع العام.

(ب) العاملون الخاضعون لأحكام قانون العمل.

(ج) المشتغلون بالأعمال المتعلقة بخدمة المنازل، فيما عدا من يعمل منهم داخل المنازل الخاصة الذين يصدر بتحديدهم قرار من وزير التأمينات.

و تنص المادة (3) على ذات القانون على أنه: استثناءً من أحكام المادة (2) تسري أحكام هذا القانون على العاملين الذين سبق التأمين عليهم وفقاً لقوانين التأمينات الاجتماعية و التأمين والمعاشات المشار إليهما بالمادة الثانية من قانون الإصدار.

كما تسري أحكام تأمين إصابات العمل على العاملين الذين تقل أعمارهم عن (18) سنة، والمتدرجين، و التلاميذ الصناعيين، و الطلاب المشتغلين في مشروعات التشغيل الصيفي، والمكلفين بالخدمة العامة، وفقاً (للقانون رقم 76 لسنة 1973) في شأن الخدمة العامة للشباب الذي أنهى المراحل التعليمية.

و بناءً على ما تقدم، تتحدد الفئات التي يسري عليها أحكام قانون التأمين الاجتماعي المشار إليه في الآتي:

(أ) العاملون المدنيون بالجهاز الإداري للدولة، و الهيئات العامة، و المؤسسات العامة، والوحدات الاقتصادية التابعة لأي من هذه الجهات، و غيرها من الوحدات الاقتصادية بالقطاع العام:

رغبة من المشرع في توحيد المعاملة التأمينية لجميع العاملين لدى الغير؛ فقد صدر (القانون رقم 79 لسنة 1975) شاملاً الفئات التي كانت خاضعة لكل من (قانون التأمين و المعاشات لموظفي الدولة، و مستخدميها، و عمالها المدنيين رقم 50 لسنة 1963)، و (قانون التأمينات الاجتماعية رقم 63 لسنة 1964)؛ فكل من يعمل بالحكومة، أو القطاع العام، أو قطاع الأعمال العام - بما في ذلك رؤساء و أعضاء مجالس إدارة الشركة القابضة و التابعة الذين لا يُعتبرون من العاملين بهذه الشركات في مفهوم القانون رقم 203 لسنة 1991- و تربطه بإحدى هذه الجهات علاقة عمل؛ سواءً كانت علاقة لائحية أو عقدية، و سواءً كان العمل المكلف به عمل دائم، أو مؤقت، أو عرفي، أو موسمي، يخضع لأحكام هذا القانون.

(ب) العاملون الخاضعون لأحكام قانون العمل:

و العامل في مفهوم قانون العمل؛ هو كل شخص طبيعي يعمل لقاء أجر لدى صاحب عمل، و تحت إدارته و إشرافه.

أما بالنسبة لسريان قانون التأمين الاجتماعي على العمال الأجانب، فإنه وفقاً لأحكام البند (ب) من المادة (2) من القانون؛ فإذا استفاد العمال الأجانب من قانون التأمين الاجتماعي، يختلف حكمها بحسب ما إذا كانوا يعملون في الحكومة، أو القطاع العام، أو القطاع الخاص.

• فبالنسبة للعاملين الأجانب في الجهاز الإداري للدولة، و الهيئات العامة، و وحدات القطاع العام، لا تتور أية مشكلة بالنسبة لخضوعهم لأحكام القانون؛ حيث أن المُشرع لم يضع أي شروط خاصة لخضوع الأجانب لأحكام قانون التأمين الاجتماعي، بل ساوى في هذا الشأن بينهم و بين العاملين المصريين متى توافرت فيهم الشروط التي يتطلبها القانون بالنسبة للمصريين.

• أما بالنسبة للأجانب الذين يعملون في القطاع الخاص، فيشترط لخضوعهم لأحكام قانون التأمين الاجتماعي في القطاع الخاص - بالإضافة إلى الشروط الواجب توافرها بالنسبة للعامل المصري؛ و هي التبعية، و الأجر، و السن، و انتظام العلاقة - ألا تقل مدة عقد العمل عن سنة، و أن توجد اتفاقية بالمعاملة بالمثل.

(ج) المشتغلون بالأعمال المتعلقة بخدمة المنازل، فيما عدا من يعمل منهم داخل المنازل الخاصة:

و يُقصد بهم العاملون الذين تتعلق أعمالهم بخدمة المنزل ككل، و ليس داخل منزل خاص معد للسكنى؛ مثل البواب، و البستاني، و السائق الخاص؛ حيث لا يؤديون أعمالهم داخل المنازل، و إنما في أماكن ملحقة بها.

و بذلك، يتم استبعاد فئة العاملين داخل المنازل الخاصة من الخضوع لأحكام قانون التأمين الاجتماعي المشار إليه الذين تتوافر في شأنهم الشروط التي وردت في (قرار وزير التأمينات رقم 149 لسنة 1975)، و هي:

1- أن يكون محل مزاولة العمل داخل منزل معد للسكن الخاص.

2- أن يكون العمل الذي يمارسه يدوياً ل قضاء حاجات شخصية للمخدوم أو ذويه.

(د) العاملون السابق التأمين عليهم وفقاً لقوانين التأمينات الاجتماعية و التأمين و المعاشات السابقة على تاريخ العمل بالقانون رقم 79 لسنة 1975:

و الحكمة من هذا النص، أن التأمين على العامل بموجب قوانين سابقة قد أكسبه حقاً في الاستمرار في الانتفاع بنظام التأمين الاجتماعي، و بذلك فإن من سبق التأمين عليهم وفقاً لأحكام القانونين المشار إليهما يظل منتفعاً بأحكام (القانون رقم 79 لسنة 1975) حتى لو لم تتوافر في شأنه الشروط المطلوبة بالمادة (2) من هذا القانون؛ مثل العاملين بالقطاع الخاص الذين تقل سنهم عن الثامنة عشرة في 1/9/1975، و كذلك العمال الأجانب من العاملين في القطاع الخاص الذين توافرت فيهم الشروط وفقاً (لقانون التأمينات الاجتماعية رقم 63 لسنة 1964)، حتى لو لم تكن الدولة التي ينتمون إليها قد وقعت مع مصر اتفاقية معاملة بالمثل.

2- الفئات الخاضعة لتأمين إصابات العمل فقط:

وفقاً لنص المادة الثالثة من قانون التأمين الاجتماعي الصادر (بالقانون رقم 79 لسنة 1975)؛ فإن الفئات الخاضعة لتأمين إصابات العمل فقط خمس، و هم:

(أ) العاملون الذين تقل سنهم عن (15) سنة:

يُشترط لخضوع العاملين بالقطاع الخاص لجميع أنواع التأمينات؛ ألا تقل السن عن (18) سنة، أما بالنسبة لمن تقل سنه عن (18) سنة، فقد استثناهم القانون من الخضوع لأحكام القانون، فيما عدا تأمين إصابات العمل؛ حيث ينتفعون بأحكام هذا التأمين.

(ب) العاملون المتدرجون:

العامل المتدرج هو؛ كل من يتعاقد مع صاحب عمل بقصد تعلم مهنة أو صناعة، سواءً كان بأجر أو بدون أجر في بداية تعلمه المهنة، و لكن يتعين ألا يقل أجره في المرحلة الأخيرة للتدرج عن الحد الأدنى للأجور، كما يُشترط سناً معينة للتدرج، و يخضع المتدرج لأحكام تأمين إصابات العمل فقط دون أنواع التأمينات الأخرى.

(ج) التلاميذ الصناعيون:

المقصود بهم الطلبة الملحقون بأحد مراكز التدريب المهني الخاضعون لنظام التلمذة الصناعية، و يتدرجون خلال فترة الالتحاق بالمركز في المشروعات أو المنشآت المختلفة بموجب عقود تلمذة تُبرم بين كل من مركز التدريب و ولي أمر التلميذ من جهة، و بين الشركات من جهة أخرى؛ لتدريبهم عملياً و نظرياً؛ و على ذلك فهم ليسوا عمالاً؛ و بالتالي تسري في شأنهم أحكام تأمين إصابات العمل فقد دون باقي أنواع التأمينات الأخرى.

(د) الطلاب المشتغلون في مشروعات التشغيل الصيفي:

و هم أيضاً ليسوا عمالاً؛ إذ أن الهدف من تشغيلهم في فترة الإجازة هو استغلال وقت فراغهم، و الاستفادة بنشاطهم في العمل المفيد نظير مكافأة مالية تعاونهم على السير في دراستهم؛ و بالتالي تسري في شأنهم أحكام تأمين إصابات العمل فقط.

(هـ) المكلفون بالخدمة العامة: وفقاً (للقانون رقم 76 لسنة 1973) في شأن الخدمة العامة للشباب الذي أنهى المراحل التعليمية.

أما بالنسبة للفئات الخاضعة لتأمين المرض، فهم كالتالي:

- العاملون لدى أصحاب الأعمال: الذين يصدر بتحديدهم قرار من وزير الصحة تدريجياً، و قد صدرت تدريجياً قرارات عديدة لسريان أحكام المرض على العاملين لدى أصحاب الأعمال منذ بداية تطبيق هذا النوع من التأمين عام (1964) حتى الآن، و قد شملت التغطية الغالبية العظمى من العاملين لدى الغير؛ سواءً بالحكومة، أو القطاع العام، أو القطاع الخاص.

- أصحاب المعاشات: تسري أحكام العلاج و الرعاية الطبية المنصوص عليها في تأمين المرض على أصحاب المعاشات اعتباراً من 1975/9/1؛ حيث اشترط القانون في بداية التطبيق أن يتقدم صاحب المعاش بطلب الانتفاع بهذا التأمين قبل تاريخ انتهاء الخدمة بثلاثة أشهر على الأقل.
 - زوج و أولاد المؤمن عليه أو صاحب المعاش: أجاز قانون التأمين الاجتماعي أن تسري أحكام تأمين المرض على زوج المؤمن عليه، أو صاحب المعاش و من يعول من أولاد؛ و ذلك بقرار من رئيس مجلس الوزراء، و قد صدر في هذا الشأن:
 - أ- قرار رئيس مجلس الوزراء (رقم 1 لسنة 1981) بشأن انتفاع الأرملة بحق العلاج و الرعاية الطبية.
 - ب- قرار رئيس مجلس الوزراء (رقم 10 لسنة 1981) بشأن انتفاع أسر المؤمن عليهم و أصحاب المعاشات من مواطني محافظة الإسكندرية بحق العلاج والرعاية الطبية.
- 3- الفئات الخاضعة لأحكام قانون التأمين الاجتماعي على أصحاب الأعمال و من في حكمهم الصادر بالقانون رقم 108 لسنة 1976:
- بدأ المُشرِّع المصري في مد مظلة التأمين الاجتماعي إلى أصحاب الأعمال اعتباراً من 1964/4/1 تاريخ العمل بقانون التأمينات الاجتماعية الصادر (بالقانون رقم 63 لسنة 1964)، ثم (بالقانون رقم 61 لسنة 1973) بسريان بعض أحكام قانون التأمينات الاجتماعية على أصحاب الأعمال و من في حكمهم، ليحل محل (القانون رقم 61 لسنة 1973) المشار إليه.
- و قد حددت المادة (3) من (القانون رقم 108 لسنة 1976) الفئات الخاضعة لأحكامه، في الآتي:
- (أ) الأفراد الذين يزاولون لحساب أنفسهم نشاطاً تجارياً، أو صناعياً، أو زراعياً، و الحرفيون، وغيرهم ممن يؤدون خدمات لحساب أنفسهم.
 - (ب) الشركاء المتضامنون في شركات الأشخاص.
 - (ج) المشتغلون بالمهن الحرة، و يحدد تاريخ بدء انتفاع كل مهنة من هذه المهن بأحكام هذا التأمين بقرار من وزير الشؤون الاجتماعية و التأمينات.
 - (د) الأعضاء المنتجون في الجمعيات التعاونية الإنتاجية الذين يشتغلون لحساب أنفسهم.
 - (هـ) مالكو الأراضي الزراعية التي تبلغ مساحتها عشرة أفدنة فأكثر.

- (و) حائزو الأراضي الزراعية التي تبلغ مساحتها عشرة أفدنة فأكثر سواء كانوا ملاكاً، أو مستأجرين بالأجرة، أو بالمزارعة، أو بهما معاً.
- (ز) ملاك العقارات المبنية التي يبلغ نصيب كلٍ منهم (250) جنيهاً فأكثر سنوياً من قيمتها الإيجارية المتخذة أساساً لربط الضريبة العقارية.
- (ح) أصحاب وسائل النقل الآلية للأشخاص أو البائع.
- (ط) المأذونون الشرعيون، و الموثقون المنتدبون من غير الرهبان.
- (ي) الأدباء و الفنانون.
- (ك) العمد و المشايخ.
- (ل) المرشدون و الأدلاء السياحيون.
- (م) الوكلاء التجاريون.

4- الفئات الخاضعة لأحكام قانون التأمين الاجتماعي الصادر بالقانون 50 لسنة 1978:

بدأ المُشرِّع في مد مظلة التأمين الاجتماعي إلى العاملين المصريين في الخارج بموجب أحكام (القانون رقم 74 لسنة 1973) باشتراك المصريين الذين يعملون بعقود عمل شخصية في الخارج في نظام التأمينات الاجتماعية، و قد حل محله قانون التأمين الاجتماعي للعاملين المصريين في الخارج الصادر (بالقانون رقم 50 لسنة 1978)، و تسري أحكام هذا النظام في شأن العاملين المصريين في الخارج من غير الخاضعين لأحكام (القانونين رقم 79 لسنة 1975، و 108 لسنة 1976)، و الآتي بيانهم:

- (أ) العاملون المرتبطون بعقود عمل شخصية.
- (ب) العاملون لحساب أنفسهم.
- (ج) العاملون بوحدة المنظمات الدولية و الإقليمية داخل جمهورية مصر العربية المرتبطون بعقود عمل شخصية.

(د) المهاجرون من الفئات المشار إليها في البنود السابقة المحتفظ لهم بالجنسية المصرية.

5- الفئات الخاضعة لأحكام قانون التأمين الاجتماعي الشامل الصادر بالقانون رقم 112 لسنة 1980:

بدأ نظام التأمين الاجتماعي الشامل اعتباراً من 1/1/1976 بموجب (القانون رقم 112 لسنة 1975)، و قد حل محله (القانون رقم 112 لسنة 1980)، و قد حددت اللائحة التنفيذية (للقانون رقم 112 لسنة 1980) الفئات الخاضعة لأحكام هذا النظام بالفئات التي لم تشملها قوانين المعاشات و التأمين الاجتماعي، و تتمثل في الآتي:

(أ) العاملون المؤقتين في الزراعة سواءً في الحقول، و الحدائق، و البساتين، أو في مشروعات تربية الماشية، أو الحيوانات الصغيرة، أو الدواجن، أو في المناحل، أو في أراضي الاستصلاح و الاستزراع. و يُقصد بالعاملين المؤقتين؛ من تقل مدة عمالتهم لدى صاحب العمل عن ستة أشهر متصلة، أو كان العمل الذي يزاولونه لا يدخل بطبيعته فيما يزاوله صاحب العمل من نشاط.

(ب) حائزو الأراضي الزراعية الذين تقل مساحة حيازتهم عن عشرة أفدنة؛ سواءً كانوا ملاكاً، أو مستأجرين بالأجرة، أو بالمزارعة.

(ج) ملاك الأراضي الزراعية (غير الحائزين لها) ممن تقل ملكيتهم عن عشرة أفدنة.

(د) ملاك المباني الذين يقل نصيب كل مالك في ريعها عن مائتين و خمسين جنيهاً سنوياً.

(هـ) العاملون في الصيد لدى أصحاب الأعمال في القطاع الخاص.

(و) عمال التراحيل.

(ز) صغار المشتغلين لحساب أنفسهم؛ كالباعة الجائلين، و منادي السيارات، و موزعي

الصحف، و ماسحي الأحذية المتجولين، و غيرهم من الفئات المماثلة، و الحرفيين؛ متى

توافرت في شأنهم الشروط الآتية:

(1) عدم استخدام عمال.

(2) عدم ممارسة النشاط في محل عمل ثابت له سجل تجاري، أو تتوافر في شأنه

شروط القيد في السجل التجاري، أو لا يكون محل النشاط خاضعاً لنظام الترخيص

من جانب أي من الأجهزة المعنية.

(ح) المشتغلون داخل المنازل الخاصة، الذين يتوافر في شأنهم الشروط الآتية:

(1) أن يكون محل مزاولة العمل داخل منزل معد للسكن الخاص.

(2) أن يكون العمل الذي يمارسه يدوياً لقضاء حاجات شخصية للمخدوم أو ذويه.

(د) أصحاب المراكب الشراعية في قطاعات الصيد و النقل النهري و البحري، و أصحاب

وسائل النقل البسيطة، و يُشترط في هؤلاء جميعاً ألا يستخدموا عمالاً.

(هـ) المتدربون بمراكز التدريب المهني لمرضى الجذام.

(و) المرتلون و القيمة و غيرهم من خدام الكنيسة غير الخاضعين لقانون التأمين الاجتماعي

على أصحاب الأعمال.

(ز) الناقهون من مرضى الدرن الملحقون بمراكز التدريب التابعة للجمعيات المختلفة لمكافحة

الدرن.

(ح) الرائدات الريفيات، و الرائدات الحضريات.

(ط) محفظو و قرآء القرآن الكريم من الدرجة الثانية.
(ي) ورثة أصحاب الأعمال في المنشآت الفردية الذين لا تسري في شأنهم أحكام قانون التأمين الاجتماعي على أصحاب الأعمال و من في حكمهم الصادر (بالقانون رقم 108 لسنة 1976) وفقاً للبند (د) من (القرار الوزاري رقم 76 لسنة 1994) المشار إليه.
(ك) أصحاب الصناعات المنزلية، و الريفية، و الأسرية، و ذلك إذا كان المنتفع لا يستخدم عاملاً.
و يستمر انتفاع من يقضي فترة عقوبة داخل السجن من الفئات المشار إليها بأحكام القانون المشار إليه⁽⁴⁶⁾.

ثالثاً : التحولات في نظم الحماية الاجتماعية :
تتمثل التحولات في نظم الحماية الاجتماعية، فيما يلي:

1- التعديلات التي تم إدخالها على القوانين:
بالنسبة للتحولات في التعديلات التي تم إدخالها على القوانين، هناك (القرار الوزاري رقم 261 لسنة 75 بشأن تعديل لائحة المجالس الطبية)؛ و ينص على " تعديل المادة (5) من الفقرة (ب) من القرار الوزاري رقم 253 لسنة 1974 لتصبح على الوجه التالي: إذا اتضح أن العامل مريض يُمنح إجازة مرضية لا تتجاوز سبعة أيام من تاريخ الانقطاع عن العمل، و يؤخذ عليه إقرار كتابي بالعلم⁽⁴⁷⁾."
تلا ذلك، (القرار الوزاري رقم 292 لسنة 1976 بشأن تعديل لائحة المجالس الطبية)؛ حيث نص على أن " تُعدل الفقرة (ب) من المادة (5) من القرار الوزاري رقم 253 لسنة 74 على الوجه التالي: إذا اتضح أن العامل مريض يُمنح إجازة مرضية لا تتجاوز سبعة أيام من تاريخ الإبلاغ عن المرض لرئاسته، و لا تُحسب أيام الانقطاع عن العمل السابقة لتاريخ الإبلاغ، و لا يؤخذ على العامل إقرار كتابي بالعلم⁽⁴⁸⁾."
2- الفئات التي تمت إضافتها:

تمت إضافة مجموعة من الفئات الخاضعة للتأمين الاجتماعي، حيث " صدر (القانونين رقمي 36، 37 لسنة 1960)؛ حيث حل (القانون رقم 36) محل (القانون رقم 394 لسنة 1956) و كانت أحكامه تسري على ذات الفئات. أما (القانون رقم 37 لسنة 1960)، فامتدت لأول مرة في مصر إلى المستخدمين و العمال الدائمين، إلا أنه لم يشمل العمال المؤقتين.
و اعتباراً من 1963/6/1 بدأ العمل بقانون التأمين و المعاشات لموظفي الدولة، و مستخدميها، و عمالها المدنيين، الصادر (بالقانون رقم 50 لسنة 1963)، و قد تدارك هذا القانون القصور الذي شاب النظام السابق؛ فشملت أحكامه فئات لم تكن منتفعة بأحكام

القوانين السابقة. وقد جاء هذا القانون بنظام تأميني متكامل للعاملين بأحكامه. و قد تمثلت فئات المؤمن عليهم الذين تسري عليهم أحكام هذا القانون في الآتي:

أ- موظفو، و مستخدمو، و عمال الدولة المدنيين.

ب- موظفو، و مستخدمو، و عمال الهيئات و المؤسسات العامة (49) .

كما تمت إضافة مجموعة من الفئات الأخرى أيضاً، حيث " حددت المادة رقم (3) من (قانون التأمين الاجتماعي على أصحاب الأعمال و من في حكمهم الصادر بالقانون رقم 108 لسنة 1976)، الفئات الخاضعة لأحكامه، و قد تم إضافة مجموعة من الفئات إلى الفئات الموجودة في القانون سلفاً بموجب قرارات جمهورية، و هذه الفئات هي:

أ- القساوسة، و الشمامسة، و المكرسون.

ب- الشركاء المتضامنون في شركات التوصية البسيطة، و التوصية بالأسهم.

ج- أعضاء مجالس الإدارة، و الأعضاء المنتدبون في شركات المساهمة بالقطاع الخاص.

د- المديرون في الشركات ذات المسؤولية المحدودة.

كما أضيفت الفئات الآتية بموجب (اللائحة التنفيذية للقانون رقم 108 لسنة 1976 المعدلة):

أ- أصحاب الصناعات المنزلية، و البيئية، و الريفية، و الأسرية؛ و ذلك إذا كان المنتفع يستخدم عاملاً أو أكثر.

ب- أصحاب المراكب الشراعية في قطاعات الصيد، و النقل النهري و البحري؛ إذا كان المنتفع يستخدم عاملاً أو أكثر.

ج- صغار المشتغلين لحساب أنفسهم؛ إذا كان المنتفع يستخدم عاملاً أو أكثر، أو كان يباشر العمل في محل عمل ثابت له سجل تجاري، أو تتوافر في شأنه شروط القيد في السجل التجاري، أو يكون محل النشاط خاضعاً لنظام الترخيص من جانب أي من الأجهزة المعنية (50) .

رابعاً: العوامل الداخلية و الخارجية للتحويلات في نظم الحماية الاجتماعية:

1- العوامل الداخلية للتحويلات في نظم الحماية الاجتماعية:

تتكون العوامل الداخلية للتحويلات في نظم الحماية الاجتماعية في مصر في الفترة السابقة على الأفية، من مجموعة من العوامل السياسية و الاقتصادية، نوضحها على النحو التالي:

أ- العوامل السياسية:

تتمثل العوامل السياسية للتحويل في نظم الحماية الاجتماعية في الدستور، و تغير الدور الاجتماعي للدولة، كما يلي:

(1) الدستور المصري:

نص (دستور جمهورية مصر العربية) عام (1971) في المادة رقم (7) في الفصل الأول من الباب الثاني و الخاص بالمقومات الاجتماعية و الخلفية؛ على أن " يقوم المجتمع على التضامن الاجتماعي⁽⁵¹⁾". كما نص في المادة رقم (16) من نفس الفصل على أن " تكفل الدولة الخدمات الثقافية، و الاجتماعية، و الصحية، و تعمل - بوجه خاص - على توفيرها للقريبة في يسر و انتظام؛ رفعا لمستواها⁽⁵²⁾". و نص أيضاً في المادة رقم (17) من ذات الفصل على أن " تكفل الدولة خدمات التأمين الاجتماعي، و الصحي، و معاشات العجز عن العمل، و البطالة، و الشيخوخة، للمواطنين جميعاً، و ذلك وفقاً للقانون⁽⁵³⁾".

(2) الدور الاجتماعي للدولة:

يمكننا التعرف على التحولات في نظم الحماية أيضاً؛ من خلال تتبعنا " لتطور الدور الاجتماعي للدولة - عبر الزمن - حيث يلاحظ أنه لم يكن هناك دور ثابت للدولة في هذا الصدد، بل تباينت ملامح و طبيعة هذا الدور بصورة ملموسة من مجتمع لآخر، و من فترة لأخرى داخل نفس المجتمع، و ذلك في ضوء المعطيات الحاكمة للعلاقة بين المجتمع و الدولة، وما يترتب عليها من التزامات تقع على طرفي هذه العلاقة.

فمن الملاحظ أن دور الدولة قد اتخذ عدة أشكال من بينها؛ الدولة الرعائية، و دولة الرفاه الاجتماعي، و دولة العقد الاجتماعي. و قد اختلفت الوظائف الاجتماعية للدولة وفقاً لكل شكل من هذه الأشكال. و فيما يلي استعراض الأشكال المختلفة للدور الاجتماعي للدولة فيما يخص الفترة الزمنية الخاصة بهذا الجزء؛ و هما الدولة الرعائية، و دولة الرفاه.

• الدولة الرعائية: ظهر الدور الرعائي للدولة في القرنين الماضيين خلال الفترة التي امتدت من أعقاب الثورة الصناعية و حتى بداية الحرب العالمية الأولى، مقترناً بالمفهوم الخيري للمسؤولية الاجتماعية الواقع على عاتق الدولة نحو بعض الفئات الفقيرة في المجتمع، و في إطار غلبة الوظيفة الاقتصادية و الأمنية للدولة على الوظيفة الاجتماعية. حيث شهدت بعض ملامح المسؤولية الاجتماعية الرعائية أبرزها؛ التشريع الذي سنّه (أتوفون بسمارك) خلال سبعينيات القرن التاسع عشر الخاص بصندوق المرض الذي صدر في عام (1883). و في هذا السياق، برز مفهوم (الدولة الرعوية) عندما قامت الدول الأوروبية بفرض سلطاتها على أمراء

الإقطاع و قلصت نفوذهم، و تزامن هذا التطور مع الفصل بين سلطة الكنيسة و سلطة الدولة؛ و هو ما أسهم في نشأة الرأسمالية و تطورها.

و قد حدث تطور كبير في الدور الرعائي للدولة عندما تبنى المؤتمر الدولي الأول للوزراء المكلفين بالسياسات الاجتماعية الذي عقده الأمم المتحدة في عام (1968) مفهوماً أوسع (لرعاية الاجتماعية) يستند إلى الوظائف الفعلية التي تؤديها السياسات الاجتماعية، و هي: الوظيفة التنموية، و الوظيفة الوقائية، و الوظيفة العلاجية، و وظيفة الإدماج.

لهذا، شهدت الفترة - التي امتدت منذ الكساد الكبير في أواخر عشرينيات القرن العشرين وحتى منتصف السبعينيات من القرن ذاته - جدلاً حول ضرورة قيام الدولة بدور أكبر في المجال الاجتماعي؛ يشمل التوظيف الكامل، و رفع مستوى الرفاهة الاجتماعية لمواطنيها؛ و هو ما تطلب إطاراً مؤسسياً لنظام الأمن الاجتماعي، و توفير التعليم المجاني، و تحسين خدمات الصحة العامة. لهذا، بدأ المفهوم الرعائي الخيري للدولة في التراجع و بروز مفهوم دولة الرفاه Welfare State⁽⁵⁴⁾.

و بالنسبة لمصر، فقد مرت أيضاً بمرحلة الدولة الرعائية كمرحلة من مراحل تطور السياسة الاجتماعية فيها؛ حيث " شهدت مصر فيما قبل (1952) بدايات العمل الاجتماعي بمفهومه الضيق، و الذي يمكن تلخيصه في غلبة الجانب الرعائي اقتصاداً على تقديم المساعدات النقدية والعينية للفئات الفقيرة؛ و كان المبرر لتلك السياسات هو الحفاظ على درجة من الاستقرار والتوازن الاجتماعي ما تراه النخبة الحاكمة ضرورة لاستمرار المجتمع.

و كانت السياسة الاجتماعية - خلال تلك الفترة - تقوم على تعدد مجالات اهتمام وزارة الشؤون الاجتماعية بين الإشراف على مصلحة العمل، و الإشراف على عمل الإذاعة السلوكية؛ مما يعني عدم وجود فلسفة واضحة للسياسات الاجتماعية. هذا، بالإضافة إلى سطوة الجانب الإصلاحية و الرعائي في مجال العمل الاجتماعي، دون محاولة إحداث تنمية اجتماعية بالمفهوم العام للتنمية. و لم تتسع قاعدة الاستفادة من العمل الاجتماعي - الحكومي و الأهلي - لقطاع كبير من الفئات المستهدفة؛ و ذلك بسبب ضعف التمويل، و التفاوت الإقليمي و النوعي بين الريف والحضر، و بين الوجهين القبلي و البحري، و بين الرجل و المرأة. و في إطار عجز البرامج والسياسات الاجتماعية خلال تلك الفترة؛ تم رفع شعار القضاء على ثلاثية البؤس: الفقر، والجهل، و المرض، كأحد التحديات التي تواجه المجتمع⁽⁵⁵⁾.

• " دولة الرفاه الاجتماعي: عُرِّفت دولة الرفاه الاجتماعي بأنها الدولة التي تتبنى مجموعة من السياسات الحكومية و الخدمات الاجتماعية التي تهدف إلى تحسين رفاه المواطنين؛ من خلال برامج الصحة العامة، و الإسكان العام، و توفير معاشات

التقاعد، بالإضافة إلى توفير إعانات للبطالة، و غيرها من السبل لزيادة رفاهية كافة المواطنين. و لا يعني ذلك وجود نموذج واحد للرفاه، بل هناك صور متعددة لدولة الرفاه تختلف باختلاف تجربة كل دولة في تنمية رأس المال البشري. و من أبرز هذه الصور و أكثرها انتشاراً؛ تجربتا بريطانيا، والولايات المتحدة في الرفاه. تُعد بريطانيا أكثر البلدان ارتباطاً بالمفهوم الكلاسيكي لدولة الرفاه؛ الذي يجعل الرفاه حقاً وليس إحساناً؛ و يتمثل ذلك في ثلاثة مبادئ محددة، و هي:

• تخفيف حدة الفقر؛ عن طريق ضمان حد أدنى للمعايير في مجالات الصحة، و التعليم، والعمالة.

• توفير الحماية الاجتماعية في حالة انعدام الأمن.

• تقديم الخدمات على أفضل مستوى ممكن؛ و هو ما يعني توزيع الخدمات بالتساوي دون الحد من أوجه عدم المساواة بين الطبقات.

أما نموذج الرفاه في الولايات المتحدة الأمريكية، فيتسم بالليبرالية إلى حد كبير؛ حيث أنه في ظل نظام الدولة الاتحادي فإن كل ولاية على حدة توفر المساعدة العامة و الرعاية الاجتماعية (النهج الفردي)، و تؤدي الحكومة المركزية دوراً محدوداً في تقديم الرعاية الاجتماعية مقارنة بالبلدان المتقدمة الأخرى. و يجري عادة تقديم الخدمات الاجتماعية من خلال القطاع الخاص أو برامج محدودة للتضامن الاجتماعي. و على ذلك، يمكن القول أن نموذج الرفاه الاجتماعي الأمريكي في عهد الليبرالية الجديدة يقوم على المبادئ التالية:

• رعاية الفئات الأكثر احتياجاً في المجتمع؛ و ذلك من خلال برامج الاستحقاقات للمسنين، و المعاقين، و المعالين، و الأطفال.

• تحديد اشتراطات تتعلق بالعمل (لا تقل فترة العمل عن سنتين، و ذلك قبل تلقي المساعدات الاجتماعية، و ذلك بالنسبة للتأمينات الاجتماعية للعاملين).

• وضع حد أعلى لفترة تلقي المساعدة الاجتماعية (خمس سنوات في حياة الشخص) (56)».

و في مصر، بدأت المرحلة الثانية من تطور السياسة الاجتماعية، و هي " مرحلة التدخل المباشر للدولة (1952-1970)، و في هذه المرحلة تم دمج دور الدولة في الدعم الاجتماعي؛ فالسياسة الاجتماعية في هذه المرحلة كانت بمثابة هم قومي. لذا، أعلنت الدولة عام (1966) عن مجموعة متكاملة من القوانين و الإجراءات التي كانت تهدف إلى إحداث تغييرات متعددة في توزيع الدخل و مصادر القوة في المجتمع المصري. و تميزت هذه المرحلة بتطور مفهوم السياسة الاجتماعية و العمل الاجتماعي؛ حيث أصبحت الدولة هي الفاعل

الرئيس في حقل العمل الاجتماعي؛ من خلال تصدرها للأنشطة المرتبطة بالخدمات الاجتماعية؛ خاصة التعليم، والصحة، و الثقافة، و الرياضة، و رعاية الشباب. و من خلال ما اعتمده من سياسات لتوزيع الدخل، و تكافؤ الفرص، و العدالة الاجتماعية، بالإضافة إلى كفاءة تشغيل الخريجين، و ضمان الحد الأدنى للأجور، و تحقيق زيادة دورية في المستوى العام للأجور؛ ليتناسب مع المستوى العام للأسعار، مع التوسع في الدعم السلمي و الخدمي الموجه للاستهلاك الأساسي، و تقديم زيادة مباشرة في الدخل للفئات الفقيرة و الضعيفة. و قد قامت الدولة - في إطار هذه الرؤية - بوظيفة اجتماعية رئيسة؛ تتمثل في مباشرة دور المنتج من خلال القطاع العام، و دور الموزع من خلال التخصيص المباشر للموارد و الدخل (57).

تلت ذلك، المرحلة الثالثة و هي " مرحلة التحرر الاقتصادي، و في هذه المرحلة تم إنجاز برامج إعادة الهيكلة مع عملية التنمية المؤسسية Institutional و التغيرات في الدور الذي تؤديه منظمات المجتمع المدني (NGOs). و لقد كان لسياسات التحرر مضامين و انعكاسات على الأوضاع السياسية، و الاقتصادية، و الاجتماعية، و لا تزال الأزمة التي تسببت فيها هذه السياسة باقية في الميدان الاقتصادي؛ بما في ذلك التضخم، و نقص التشغيل، و معدل التبادل المتقلب، و الزيادة في أعداد الفقراء، و مستويات البطالة، و التدهور الواضح في العلاقة بين السياسات ذات الصلة بالتعليم، و الصحة، و التشغيل؛ لذا كانت سياسة الرفاه الاجتماعي بمثابة استجابة دقيقة محددة هدفت إلى التخلص من بعض التبعات التي فرضها الإصلاح الاقتصادي.

و تميزت هذه الفترة بتغيرات ملحوظة على المستوى الاقتصادي و الاجتماعي، و ارتبط بهذا مجموعة من السياسات في الاستثمار، و التمويل، و تحرير الأسعار، و ما إلى ذلك من سياسات و آليات أدت إلى الانفصال التاريخي عما تم إنجازه في المرحلة السابقة، و لم تعد الدولة هي الفاعل الرئيس، أو صاحبة الدور الاجتماعي المتميز في مجال الرعاية الصحية، و تشغيل الخريجين، و العدالة الاجتماعية، و تمخض عن هذا التغير كثير من المشكلات؛ كالفقر، و البطالة، و إخفاقها الواضح تجاه تحقيق العدالة الاجتماعية، و تكافؤ الفرص في المجتمع، و أوضحت فئات كثيرة في المجتمع تعاني من الاستبعاد و الحرمان الاجتماعي؛ كالمهمشين، و المرأة الفقيرة، و المسنين، و ذوي الاحتياجات الخاصة (58).

(3) سياسات التنمية و التشغيل:

إن أوضاع التشغيل هي نتاج لسياسات التنمية المطبقة من ناحية، و للإطار التنظيمي و البناء المؤسسي الذي يُنظم استخدام العمالة من ناحية أخرى. و يمكننا تتبع سياسات التنمية و التشغيل التي اتبعتها الحكومة عبر المراحل التالية:

(أ) الفترة من يوليو 1952 – 1973:

" سعت حكومة الثورة إلى تحقيق الاستقلال الوطني، و بناء تنمية اقتصادية و اجتماعية مستقلة. و كانت هذه الفترة بداية لتغيرات عميقة في الاقتصاد المصري؛ حيث زاد تدخل الدولة في النشاط الاقتصادي؛ من خلال عملية تمصير ممتلكات الأجانب التي بدأت بعد حرب السويس، ثم عمليات التأميم الواسعة عام (1961)، و التي استهدفت الرأسمالية الوطنية. كما تميز النصف الأول من عقد الستينيات بتبني التخطيط الشامل من خلال الخطة الخمسية الأولى في الفترة من (1961/1960 – 1965/1964)، و تحول النظام تدريجياً إلى رأسمالية دولة؛ تسيطر فيها الدولة على عجلة الإنتاج، و تدير قطاعاً عاماً متسارع النمو؛ يتكون من الوحدات المؤممة، بالإضافة إلى الاستثمارات الجديدة المنفذة من خلال خطط التنمية.

و قد تداخلت خلال الفترات السابقة كثير من السياسات الاقتصادية مع الأهداف السياسية للدولة؛ خاصة بالنسبة للسياسة التوزيعية التي كان لها أيضاً تأثيرات مباشرة و غير مباشرة على العمالة. من أهم تلك السياسات؛ تلك التي استندت إلى قوانين الإصلاح الزراعي المتتالية بدءاً من عام (1952)، و أيضاً السياسات التي هدفت إلى تحقيق الرفاهية و العدالة الاجتماعية، و تحقيق قاعدة عريضة من المؤيدين في نفس الوقت؛ مثل سياسات دعم الغذاء و الخدمات الأساسية، مع تبني سياسة مجانية التعليم، و التوسع في إنشاء المدارس، و وضع حد أدنى للأجور، بالإضافة إلى سياسة ضمان تشغيل الخريجين التي بدأ الأخذ بها في بداية الستينيات؛ وقد ساعدت هذه الأخيرة على زيادة حجم و تأثير الجهاز البيروقراطي للدولة؛ خاصة مع زيادة تدخل الدولة في النشاط الاقتصادي.

و كان من المزايا العينية التي حصل عليها العمال مبكراً في عام (1952)؛ حقهم في التمتع بإجازة مدفوعة الأجر لمدة (14) يوماً، كما تم تطبيق نظام للتأمين ضد الحوادث في عام (1958). و حظيت التأمينات الاجتماعية باهتمام الحكومة؛ حيث تم رفع نسب التأمين عدة مرات في عام (1952، 1961) التي وصلت طبقاً لها حصة صاحب العمل في التأمينات إلى (17%) مقابل حصة للعامل تبلغ (7%) من الأجر المدفوع. كما أصبحت التأمينات إجبارية، ثم تم رفع هذه الحصص - مرة أخرى - لتبلغ حصة صاحب العمل في عام (1964) نحو (23%) مقابل (10%) للعامل⁽⁵⁹⁾.

(ب) الفترة من 1974 – 1989:

"شهد عام (1974) تحولاً كبيراً في السياسات الاقتصادية المصرية؛ بتطبيق سياسة الانفتاح الاقتصادي. و قد تنوعت السياسات و البرامج الفرعية المكونة لسياسة الانفتاح الاقتصادي، فبالنسبة للسياسة الاقتصادية التوزيعية؛ تم التوسع في الدعم السلمي، و استمر التزام الدولة بسياسة مجانية التعليم، و سياسة ضمان تشغيل الخريجين، على الرغم من التزايد السكاني المستمر، و تزايد أعداد الخريجين؛ بما يمثله ذلك من أعباء على ميزانية الدولة، إلا أنه تم وقف هذه السياسة في القطاع العام منذ صدور (القانون 48 لسنة 1978)، و لكنها استمرت مطبقة بالنسبة للقطاع الحكومي. و شهدت هذه الفترة صدور عدد من تشريعات العمل؛ من أهمها (قانون العمل رقم 37 لسنة 1981)؛ و الذي يوفر حماية شبة كاملة للعمال ضد الفصل بعد مضي فترة الاختبار، و حدد القانون الإجازات مدفوعة الأجر.

و شهدت بداية الفترة صدور (قانون التأمينات الاجتماعية رقم 79 لسنة 1975)، و الذي عدل (بالقانون رقم 47 لسنة 1984)؛ و الذي مد مظلة التأمينات إلى فئات متعددة في ظل نظم تأمين متنوعة. و يحمي نظام التأمينات الأفراد عند التقاعد، و في حالات العجز و الوفاة، و يتحمل كل من صاحب العمل و العامل جزءاً من المساهمة في هذا النظام، كما تغطي نظم التأمينات كلاً من القطاع الحكومي، و العام، و الخاص (60).

(ج) الفترة من 1990 – 2002:

"شهدت هذه الفترة التطبيق الرسمي لسياسات التكيف الهيكلي و الإصلاح الاقتصادي في مصر، و إن كان التطبيق الحقيقي قد بدأ تدريجياً منذ أواخر الثمانينيات. و تهدف سياسة التكيف الهيكلي و الإصلاح الاقتصادي إلى تقليص دور الدولة في النشاط الاقتصادي، و يستتبع ذلك تخلي الدولة عن سياسة ضمان تعيين الخريجين، كما يستلزم تطبيق برنامج الخصخصة الاستغناء عن العمالة الزائدة بشركات القطاع العام. و قد حاولت الحكومة التخفيف من الآثار الاجتماعية لهذه السياسات خاصة على العمالة؛ عن طريق إنشاء الصندوق الاجتماعي للتنمية؛ الذي يهدف إلى توفير قروض ميسرة للشباب لإنشاء مشروعات صغيرة؛ كوسيلة لامتناس العمالة، و زيادة الدخل.

و استلزم ذلك، التخلي عن سياسة ضمان تشغيل الخريجين – كما أشرنا – و تقييد التعيين بالحكومة، إلا أن تزايد معدلات البطالة خلال عقد التسعينيات؛ دفع الحكومة في عام (2001) للتدخل عن طريق الإعلان عن نحو (170.000) فرصة عمل في القطاع الحكومي للمساهمة في حل مشكلة البطالة. و يُعد ذلك تراجعاً عن المنهج العام لسياسة التكيف الهيكلي و الإصلاح الاقتصادي، إلا أن الآثار الاجتماعية و السياسية للبطالة – خاصة بين المتعلمين

- جعلت تدخل الحكومة أمراً حتمياً، و إن كان ليس في الاتجاه الصحيح المتسق مع سياسة الإصلاح؛ أي ليس عن طريق خلق فرص عمل حقيقية (61)." .
ب- العوامل الاقتصادية:

تتمثل العوامل الاقتصادية للتحويل في نظم الحماية الاجتماعية في تطبيق سياسة الخصخصة، و الإنفاق على نظم الحماية الاجتماعية، كما يلي:
(1) الخصخصة:

و تظهر التحولات أيضاً في تطبيق الخصخصة؛ حيث " حُسم أمر القطاع العام في سنة (1991)؛ بصور القانون (203) الذي وضع الأساس التشريعي لعملية الخصخصة، و ذلك في السياق العام لبرنامج التثبيت الاقتصادي و التكيف الهيكلي الذي جرى التوصل إليه مع البنك الدولي و صندوق النقد الدولي في تلك السنة (و يُشار إليه رسمياً على أنه برنامج الإصلاح الاقتصادي). و بدأت عملية البيع في (1994)، و تصاعدت معدلات البيع الجزئي أو الكلي للشركات حتى بلغت ذروتها في سنة (1998)، ثم تراجعت وتيرة الخصخصة بعض الشيء في السنتين التاليتين. و في آخر سنة (2000) كان عدد الشركات التي خضعت للبيع الكلي أو الجزئي (بيع بعض الأصول - تأجير خطوط إنتاج ... الخ) قد بلغ (172) شركة من أصل (314) شركة؛ أي حوالي (55%) من عدد الشركات العامة، كما بلغت حصيلة مبيعات هذه الشركات (15.7) مليار جنيه. و من اللافت للنظر، أن هذه الحصيلة في حدود ثلث القيمة المقدرة للشركات المبيعة؛ حيث كانت قيمة أصول القطاع العام قد قُدرت في أوائل التسعينيات بنحو (80) مليار جنيه؛ و من ثم فالقيمة التي كانت متوقعة لشركات المبيعة تقرب من (44) مليار جنيه. و قد ارتفع عدد الشركات المبيعة إلى (194) شركة في مايو (2003)، كما زادت الحصيلة إلى (16.6) مليار جنيه، لا تمثل أكثر من (20%) من قيمة أصول القطاع العام. و مع تسارع خطوات الخصخصة في السنوات (2004 - 2006)، قفزت حصيلة بيع الشركات إلى (35.7) مليار جنيه في نهاية يونيو (2006) (62)." .

و قد " أوضحت الحكومة المصرية منذ البداية أن خصخصة الشركات المملوكة للدولة يمكن أن تتم من خلال خيارات مختلفة، و أحد هذه الاختيارات كان بيع معظم الشركات وفقاً لجدول زمني و على أن تُباع كل منها دفعة واحدة، و كان هناك اختيار آخر يتمثل في دعوة مستثمرين كبار لحقن هذه الشركات برؤوس أموال جديدة تُستخدم في إعادة تأهيلها و تحديثها. و لكن بطء خطى التوسع من جانب القطاع الخاص؛ أدى بالحكومة إلى تغيير مدخلها إلى الخصخصة؛ فأصبحت الطريقة المفضلة حالياً هي بيع أسهم المشروعات المختارة إما من خلال أسواق المال، أو بزيادة رؤوس أموال المشروعات، و لهذه السياسة مزايا ثلاث:

- إنها تحاول أن تجتذب المدخرات الصغيرة للقطاع العائلي، كما أنها تشجع هذه المدخرات من خلال حصص الأرباح التي تقابل مساهمتها في رؤوس أموال الشركات.
 - إن الإجراءات التي تقتضيها هذه السياسة تتصف بالسهولة، خاصة عندما تكون الشركة مسجلة بالفعل في سوق رأس المال، فمن المتفق عليه أن بيع مجموعات صغيرة من الأسهم؛ يؤدي إلى التغلب على صعوبات تقييم أصول الشركات، و سوف يتوقف سعر السهم على حركة السوق، و ربما تبيع الحكومة شرائح متزايدة من الشركات عندما ترتفع أسعار الأسهم.
 - إن هذه السياسة ستكتسب تأييد العاملين؛ باعتبار أن نسبة (10%) من أسهم الشركات ستخصص لهم بشروط تفضيلية.
- و مع ذلك، فإن مؤيدي الخصخصة السريعة يرون أن هذه التحركات الحذرة لا تلبى متطلبات التحول في الاقتصاد المصري؛ حيث لا يمكن تجنب قضية التغيير في الإدارة، فما لم يتم بيع (51%) من أسهم الشركة؛ فإنها تبقى خاضعة لقواعد الإدارة الحالية⁽⁶³⁾.

(2) الإنفاق على نظم الحماية الاجتماعية:

(أ) أعداد المؤمن عليهم:

شهدت الفترة من " عام 1992/1991 – 2003/2002 ارتفاعاً مضطرباً في عدد أصحاب المعاشات و المستحقين لها، حيث وصل إلى ما يقارب (7.4) مليون فرد في العام المالي 2003/2002، مقارنة بنحو (6.1) مليون فرد عام 1996/1995، ونحو (5.7) مليون فرد عام 1992/1991⁽⁶⁴⁾."

" و على الرغم من ارتفاع إجمالي عدد أصحاب المعاشات و المستحقين، إلا أن التوزيع النسبي لهم وفقاً لقوانين التأمينات الاجتماعية الخاضعين لها قد شهد استقراراً نسبياً خلال نفس الفترة؛ حيث بلغت نسبة أصحاب المعاشات و المستحقين الخاضعين (للقانون رقم 79 لسنة 1975) للعاملين في القطاع الحكومي، و قطاعي الأعمال العام و الخاص (50.4%) من إجمالي أصحاب المعاشات و المستحقين خلال الفترة، في حين انخفضت هذه النسبة لتصل إلى (30.2%) من إجمالي أصحاب المعاشات للخاضعين (للقانون رقم 112 لسنة 1980)⁽⁶⁵⁾."

كما " تشهد مظلة التأمينات الاجتماعية تزايداً في إجمالي عدد المؤمن عليهم، و تشير البيانات إلى ارتفاع إجمالي عدد المؤمن عليهم ليصل إلى حوالي (18.6) مليون فرد عام

(2003/2002)، مقارنةً بنحو (16.5) مليون فرد عام (1996/1995)، و حوالي (15) مليون فرد عام (1992/1991).

و من الجدير بالذكر، أن توزيع المؤمن عليهم وفقاً للقوانين الخاضعين إليها شهد استقراراً نسبياً خلال نفس الفترة؛ حيث بلغت نسبة المؤمن عليهم وفقاً للقانون رقم 79 لسنة (1975) والخاص بالعاملين بالدولة و القطاع العام و الخاص نحو (57.2%)، أما قانون التأمين الشامل؛ و هو (القانون رقم 122 لسنة 1980) فقد بلغت نسبة المؤمن عليهم به نحو (32.2%) من إجمالي عدد المؤمن عليهم، في حين تنخفض هذه النسبة لتصل إلى (10.6%) للمؤمن عليهم وفقاً للقانون رقم 108 لسنة (1976) و الخاص بأصحاب الأعمال، بينما لا تتجاوز نسبة المؤمن عليهم وفقاً للقانون رقم 50 لسنة (1978) ما يُقدر بنحو (0.1%) فقط⁽⁶⁶⁾.

(ب) الإنفاق:

يمكننا تتبع تطور الإنفاق على نظم الحماية الاجتماعية في مصر خلال الفترة السابقة على الألفية، من خلال ما يلي:

(1) تطور المخصصات المالية لقطاع الشؤون الاجتماعية:

تطورت نسبة المخصصات المالية لقطاع الشؤون الاجتماعية في الموازنة العامة للدولة على النحو التالي: " في عام (1992/1991) كانت نسبة المخصصات من إجمالي استخدامات الموازنة (0.2%)، ثم ارتفعت إلى (0.3%) خلال الأعوام (1993/1992)، و (1994/1993)، و (1995/1994)، و (1996/1995)، ثم واصلت الارتفاع لتصل إلى (0.4%) خلال عام (1997/1996)⁽⁶⁷⁾.

(2) تطور الإنفاق على المعاشات:

يتضح تطور الإنفاق على المعاشات على النحو التالي: " في عام (1982) كانت النسبة (4.3%)، وفي عام (1987) كانت النسبة (7.3%)، أما في عام (1992) فقدرت النسبة بنحو (8.3%)، كما قدرت النسبة في عام (1993) بنحو (8.5%)، و كانت النسبة في عام (1994) (8.4%)⁽⁶⁸⁾.

و " شهد الإنفاق العام على المعاشات ارتفاعاً مضطرباً خلال الفترة (1991/1990) - 1996/1995 ليصل إلى (4.3) مليار جنيه، مقارنةً بنحو (2.04) مليار جنيه للعام المالي (1991/1990)، كما ارتفع الإنفاق على المعاشات كنسبة من إجمالي الإنفاق العام لتصل إلى (6%) عام (1996/1995)، مقارنةً بحوالي (5%) عام (1991/1990).

و استمر هذا الارتفاع ليصل إلى نحو (8.5%) من إجمالي الإنفاق العام عام (2005/2004) و هو ما يُقدر بنحو (15) مليار جنيه. و من الجدير بالملاحظة، أن معدل نمو الإنفاق على المعاشات خلال الفترة من عام (1991/1990) إلى عام (2005/2004) بلغ نحو (634%)، في حين بلغ معدل نمو إجمالي الإنفاق العام الحكومي (330%) فقط⁽⁶⁹⁾.

(3) تطور مخصصات الدعم و خفض تكاليف المعيشة:

تطورت مخصصات الدعم و خفض تكاليف المعيشة في الموازنة العامة للدولة على النحو التالي: " في عام (1992/1991) كانت مخصصات الدعم (4469.1) مليون جنيه، و في عام (1993/1992) بلغت المخصصات (4059.0) مليون جنيه، أما في عام (1994/1993) فبلغت المخصصات (3417.6) مليون جنيه، كما بلغت المخصصات في عام (1995/1994) نحو (3939.1) مليون جنيه، أما في عام (1996/1995) فبلغت (4716.7) مليون جنيه، وبلغت في عام (1997/1996) نحو (4478.9) مليون جنيه، كما بلغت في عام (1998/1997) نحو (4726.1) مليون جنيه، و وصلت المخصصات في عام (1999/1998) إلى (4906.4) مليون جنيه، كما وصلت في عام (2000/1999) إلى (5387.0) مليون جنيه⁽⁷⁰⁾."

(4) تطور الإنفاق على الصحة:

من خلال تتبعنا لنسبة موازنة وزارة الصحة و هيئاتها من نسبة استخدامات الموازنة العامة للدولة خلال الفترة من (1981/1980 - 1991/1990)، نجدها على النحو التالي: "في عام (1981/1980) كانت النسبة (2.8%)، ثم ارتفعت عام (1982/1981) لتصل إلى (3.3%)، ثم انخفضت خلال الأعوام (1983/1982)، و (1984/1983) لتبلغ (2.5%)، ثم ارتفعت قليلاً عام (1985/1984) لتصل إلى (2.7%)، ثم عاودت الانخفاض عام (1986/1985) لتعود إلى (2.5%)، و واصلت النسبة انخفاضها لتصل في عام (1987/1986) إلى (1.8%)، ثم عادت للارتفاع مرة أخرى خلال عام (1988/1987) لتصل إلى (2.6%)، ثم انخفضت مرة أخرى لتبلغ (2.2%) في عام (1989/1988)، ثم ارتفعت ارتفاعاً طفيفاً في عام (1990/1989) لتصل إلى (2.4%)، ثم انخفضت لتصل إلى (1.9%) عام (1991/1990)⁽⁷¹⁾."

أما بالنسبة لتطور مخصصات القطاع الحكومي الصحي و المديرية الصحية من إجمالي استخدامات الموازنة العامة خلال الأعوام من (2002/1997)، فكان على النحو التالي: " كانت النسبة عام (1998/1997) حوالي (2.8%)، ثم ارتفعت خلال عام (1999/1998)

لتصل إلى (3.0%)، وواصلت ارتفاعها عام (2000/1999) لتبلغ (3.3%)، و استمرت في الارتفاع عام (2001/2000) لتصل إلى (3.7%)، ثم انخفضت انخفاضاً طفيفاً عام (2002/2001) لتبلغ (3.6%)⁽⁷²⁾.

(ج) الأموال الاحتياطية:

" من الجدير بالملاحظة، أن هناك اتجاهاً تصاعدياً لنسبة أموال الاحتياط الخاصة بصندوق التأمين الاجتماعي للعاملين بالقطاع الحكومي؛ حيث بلغت (53.2%) من إجمالي أموال احتياط نظام التأمين الاجتماعي عام (2003/2002)، و هو ما يُقدر بحوالي (119) مليار جنيه، و ذلك مقارنة بنحو (18) مليار جنيه عام (1992/1991) و التي مثلت حوالي (44.8%) من إجمالي أموال الاحتياط لنظام التأمين الاجتماعي في مصر. على العكس من ذلك، أخذت أموال الاحتياط الخاصة بصندوق التأمين الاجتماعي للعاملين بقطاع الأعمال العام و الخاص في الانخفاض كنسبة من إجمالي أموال الاحتياط لنظام التأمين الاجتماعي؛ لتتخفف من نحو (55%) عام (1992/1991) لتصل لنحو (46.6%) عام (2003/2002)؛ مما يدل على زيادة الأهمية النسبية لصندوق التأمين الاجتماعي للعاملين بالقطاع الحكومي في تكوين أموال الاحتياط لنظام التأمين الاجتماعي في مصر⁽⁷³⁾."

2- العوامل الخارجية للتحويلات في نظم الحماية الاجتماعية:

تتمثل العوامل الخارجية للتحويلات في نظم الحماية الاجتماعية في الاتفاقيات الدولية، والإقليمية، و العربية التي وقعت عليها مصر، و التي نعرضها على النحو التالي:
أ- الاتفاقيات الدولية:

بدأت الاتفاقيات الدولية (بالاتفاقية رقم (52) لمنظمة العمل الدولية بشأن الإجازات السنوية مدفوعة الأجر المؤرخة في 1936/6/24)، و التي دخلت حيز النفاذ في 1939/9/22، و " تنص المادة رقم (2) في الاتفاقية على الآتي:

(1) لكل شخص تنطبق عليه هذه الاتفاقية و قضى سنة من الخدمة المتصلة، الحق في إجازة سنوية مدفوعة الأجر من ستة أيام عمل على الأقل.

(2) للأشخاص الذين يقل سنهم عن السادسة عشرة، بما فيهم التلاميذ الصناعيين، و قضوا سنة من الخدمة المتصلة، الحق في إجازة سنوية مدفوعة الأجر من اثني عشر يوم عمل على الأقل.

(3) لا تُدرج الفترات التالية في الإجازة السنوية مدفوعة الأجر:

(أ) العطلات الرسمية و القانونية.

(ب) الانقطاع عن العمل بسبب المرض.

(4) يجوز للقوانين أو اللوائح الوطنية أن تسمح في ظروف استثنائية؛ بتقسيم أي جزء من الإجازة السنوية مدفوعة الأجر يتجاوز المدة الدنيا التي تقرها هذه المادة.

(5) يزداد طول الإجازة السنوية مدفوعة الأجر بازدياد مدة الخدمة؛ وفقاً لشروط تقرها القوانين أو اللوائح الوطنية.

كما تنص المادة رقم (3)، على أن يتلقى كل شخص يقوم بإجازة بمقتضى المادة (2) من هذه الاتفاقية عن الفترة الكاملة للإجازة، إما:

(أ) أجره المعتاد، محسوباً بطريقة تقرها القوانين أو اللوائح الوطنية، بما في ذلك المقابل النقدي لأجره العيني، إن وجد مثل هذا الأجر.

(ب) أو الأجر المحدد بالاتفاقات الجماعية.

و تنص المادة رقم (6)، على أن يتقاضى كل شخص يُفصل من عمله لسبب يرجع إلي صاحب العمل، قبل أن يأخذ الإجازة المستحقة له الأجر الذي تنص عليه المادة رقم (3) عن كل يوم إجازة تحق له بموجب هذه الاتفاقية (74).

ثم ظهر، (الإعلان العالمي لحقوق الإنسان المؤرخ في 10/12/1948)، و الذي ينص في المادة رقم (22) على أن " لكل شخص - وبوصفه عضواً في المجتمع - حق الضمان الاجتماعي، و من حقه أن توفر له - من خلال المجهود القومي و التعاون الدولي - وبما يتفق مع هيكل كل دولة و مواردها؛ الحقوق الاقتصادية، و الاجتماعية، و الثقافية، التي لا غنى عنها لكرامته و لتنامي شخصيته في حرية (75)". كما ينص في المادة رقم (23) على أن " لكل شخص حق العمل، و في حرية اختيار عمله، و في شروط عمل عادلة و مرضية، و في الحماية من البطالة. كما أن لكل فرد يعمل حق في مكافأة عادلة و مرضية؛ تكفل له و لأسرته عيشة لائقة بالكرامة البشرية، و تستكمل - عند الاقتضاء - بوسائل أخرى للحماية الاجتماعية (76)". و ينص أيضاً في المادة (25) على أن "لكل شخص حق في مستوى معيشة يكفي لضمان الصحة والرفاهة له و لأسرته، و خاصة على صعيد الأكل، و الملابس، و المسكن، و العناية الطبية، و صعيد الخدمات الاجتماعية الضرورية، و له الحق فيما يأمن به الغوائل في حالات البطالة، أو المرض، أو العجز، أو الترميل، أو الشيخوخة، أو غير ذلك من الظروف الخارجة عن إرادته والتي تفقده أسباب عيشه (77)".

يلي هذا الإعلان، (اتفاقية العمل الدولية رقم (102) لعام 1952)، و التي " تكفلت ببيان الحدود الدنيا التي تلتزم بها الدول الموقعة عند إصدارها لقوانين التأمينات الاجتماعية، و عدت المخاطر التي يجب تغطيتها على النحو التالي:

(أ) المرض (التأمين الصحي) (ب) المرض (تعويضات الدخل المفقود بسبب التوقف عن العمل) (ج) البطالة. (د) الشيخوخة. (هـ) إصابات العمل و الأمراض المهنية. (و) الولادة. (ز) العجز. (ح) الوفاة. (ط) الأعباء العائلية⁽⁷⁸⁾.

تلا ذلك، (إعلان حقوق الطفل المؤرخ في 1959/11/20)، و ينص في المبدأ الرابع على أنه "يجب أن يتمتع الطفل بفوائد الضمان الاجتماعي، و أن يكون مؤهلاً للنمو الصحي السليم. وعلى هذه الغاية؛ يجب أن يُحاط هو و أمه بالعاية و الحماية الخاصتين اللازمتين قبل الوضع و بعده. ولطفل حق في قدر كافٍ من الغذاء، و المأوى، و اللهو، و الخدمات الطبية"⁽⁷⁹⁾.

ثم، (العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية، و الاجتماعية، و الثقافية المؤرخ في 1966/12/16)، و الذي دخل حيز النفاذ في 1976/1/3، و ينص في المادة رقم (9) بأنه "تُقر الدول الأطراف في هذا العهد بحق كل شخص في الضمان الاجتماعي؛ بما في ذلك التأمينات الاجتماعية"⁽⁸⁰⁾.

يليه، (إعلان القضاء على التمييز ضد المرأة المؤرخ في 1967/12/7)، و الذي ينص في مادته رقم (10) على أن:

(1) "تتخذ جميع التدابير المناسبة لكفالة تمتع المرأة، متزوجة أو غير متزوجة، بحقوق مساوية لحقوق الرجل في ميدان الحياة الاقتصادية والاجتماعية، ولا سيما:

(أ) الحق، دون تمييز بسبب الحالة الاجتماعية أو أي سبب آخر، و في تلقي التدريب المهني، وفي العمل، وفي حرية اختيار المهنة ونوع العمل، وفي نيل الترقية في المهنة والعمل.

(ب) حق تقاضي مكافأة مساوية لمكافأة الرجل، و التمتع بمعاملة متساوية عن العمل ذي القيمة المساوية.

(ج) حق التمتع بالإجازات المدفوعة الأجر، و بالاستحقاقات التقاعدية، و الضمانات الاجتماعية المؤمنة ضد البطالة، أو المرض، أو الشيخوخة، أو غير ذلك من أسباب العجز عن العمل.

(د) حق تقاضي التعويضات العائلية علي قدم المساواة مع الرجل.

(2) بُغية منع التمييز ضد المرأة بسبب الزواج أو الحمل، وكفالة حقها الفعلي في العمل؛ تُتخذ التدابير اللازمة لمنع فصلها في حالة الزواج أو الحمل، و لإعطائها إجازة أمومة مأجورة مع ضمان عودتها إلي عملها السابق، و لتوفير الخدمات الاجتماعية اللازمة لها بما في ذلك خدمات الحضانه.

(3) لا تُعتبر التدابير التي تُتخذ لحماية المرأة تدابير تمييزية في بعض أنواع الأعمال؛ لأسباب تتعلق بصميم تكوينها الجسدي (81).

و أيضاً، (إعلان حول التقدم و الإنماء في الميدان الاجتماعي المؤرخ في 1969/12/11)، و كان من أهم ما نص عليه في المادة رقم (10) ما يلي:

(1) "تأمين الحق في العمل على جميع المستويات، و القضاء على البطالة و العمالة الناقصة، وتهيئة شروط و ظروف العمل العادلة و الملائمة للجميع؛ بما في ذلك تحسين الظروف المتعلقة بالصحة و السلامة، و كفالة العدل في المكافأة على العمل دون أي تمييز، و ضمان أجر أدنى يكون كافياً لتوفير العيش الكريم، و حماية المستهلك.

(2) الوفاء بأعلى المعايير الصحية، و توفير الحماية الصحية لمجموع السكان مجاناً عند الإمكان.

(3) تزويد الجميع، و لا سيما ذوي الدخل الصغير و الأسر كثيرة الأفراد؛ بالمساكن، و بالخدمات المجتمعية الكافية (82).

كما كانت أهم العناصر التي نص عليها في المادة رقم (11) ما يلي:

(1) "توفير نظم ضمان اجتماعي شاملة، و خدمات رعاية اجتماعية، و إنشاء و تحسين نظم الضمان و التأمين الاجتماعيين لصالح جميع الأشخاص الذين يكونون بسبب المرض، أو العجز، أو الشيخوخة؛ غير قادرين بصورة مؤقتة أو مستمرة على الارتزاق؛ و ذلك لتأمين مستوى معيشي سليم لهم، و لأسرهم، و لمعاليتهم.

(2) حماية حقوق الأم و الطفل، و الاهتمام بتربية الأولاد و بصحتهم، و توفير التدابير اللازمة لحماية صحة و رفاه النساء؛ و لا سيما الأمهات العاملات أثناء حملهن و باكورة سن أطفالهن، و كذلك صحة و رفاه الأمهات اللواتي يكون أجرهن المصدر الوحيد لرزق الأسرة، و منح النساء إجازات و علاوات حمل و أمومة، مع ضمان عدم تعرضهن لفقد العمل أو الأجر.

(3) حماية حقوق الأطفال، و المسنين، و العجزة، و تأمين رفاههم، و توفير حماية لذوي العاهات البدنية أو العقلية (83).

كما نجد (اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة المؤرخة في 1979/12/18)، و التي دخلت حيز النفاذ في 1981/9/3، و كان من أهم ما نصت عليه في المادة رقم (11) ما يلي: "تتخذ الدول الأطراف جميع التدابير المناسبة للقضاء على التمييز ضد المرأة في ميدان العمل؛ لكي تكفل لها - على أساس المساواة بين الرجل و المرأة - نفس الحقوق، و لا سيما:

(1) الحق في العمل بوصفه حقاً ثابتاً لجميع البشر.

(2) الحق في الضمان الاجتماعي، و لا سيما في حالات التقاعد، و البطالة، و المرض، والعجز، و الشيخوخة، و غير ذلك من حالات عدم الأهلية للعمل، و كذلك الحق في إجازة مدفوعة الأجر.

(3) الحق في الوقاية الصحية، و سلامة ظروف العمل؛ بما في ذلك حماية وظيفة الإنجاب⁽⁸⁴⁾.

و لدينا (إعلان الحق في التنمية المؤرخ في 1986/12/4)، و الذي ينص في المادة رقم (2) على أنه "من حق الدول و من واجبها وضع سياسات إنمائية وطنية ملائمة؛ تهدف إلى التحسين المستمر لرفاهية جميع السكان و جميع الأفراد على أساس مشاركتهم النشطة، و الحرة، و الهادفة، في التنمية و في التوزيع العادل للفوائد الناجمة عنها⁽⁸⁵⁾". كما ينص في المادة رقم (6) على أنه "ينبغي للدول أن تتخذ خطوات لإزالة العقبات التي تعترض سبيل التنمية، و الناشئة عن عدم مراعاة الحقوق المدنية و السياسية، فضلاً عن الحقوق الاقتصادية، و الاجتماعية، و الثقافية⁽⁸⁶⁾". و ينص أيضاً في المادة رقم (8) على أنه "ينبغي للدول أن تتخذ - على الصعيد الوطني - جميع التدابير اللازمة لإعمال الحق في التنمية، و يجب أن تضمن في جملة أمور تكافؤ الفرص للجميع في إمكانية وصولهم إلى الموارد الأساسية، و التعليم، و الخدمات الصحية، و الغذاء، و الإسكان، و العمل، و التوزيع العادل للدخل. و ينبغي اتخاذ تدابير فعالة لضمان قيام المرأة بدور نشط في عملية التنمية، و ينبغي إجراء إصلاحات اقتصادية و اجتماعية مناسبة؛ بقصد استئصال كل المظالم الاجتماعية⁽⁸⁷⁾".

كما أن لدينا، (الاتفاقية رقم (168) لمنظمة العمل الدولية بشأن النهوض بالعمالة والحماية من البطالة المؤرخة في 1988/6/21)، و التي دخلت حيز النفاذ في 1991/10/17، و تنص في المادة رقم (7) على أن "تضع كل دولة عضو - كهدف له الأولوية - سياسة ترمي إلى النهوض بالعمالة الكاملة، و المنتجة، و المختارة بحرية، بجميع الوسائل المناسبة؛ بما فيها الضمان الاجتماعي. و تتضمن هذه الوسائل فيما تتضمنه؛ خدمات التوظيف، و التدريب المهني، و التوجيه المهني. كما تنص في المادة رقم (8) على:

(1) تسعى كل دولة عضو - مع مراعاة القوانين و الممارسات الوطنية - إلى وضع برامج خاصة تعزز إمكانات إضافية للعمالة، و تعين علي إيجاد عمل، و تيسر العمالة المنتجة والمختارة بحرية لفئات محددة من الأشخاص المتضررين الذين يواجهون أو يمكن أن يواجهوا صعوبات في العثور علي عمل دائم؛ مثل النساء، و الشباب، و المعاقين، و

المسنين من العمال، والمتعطلين عن العمل لفترات طويلة، و العمال المهاجرين المقيمين في البلد بصورة قانونية، و العمال المتأثرين بالتغيرات الهيكلية.

(2) تُحدد كل دولة عضو فئات الأشخاص التي تتعهد بتعزيز برامج استخدامها.

(3) تسعى كل دولة عضو إلى توسيع النهوض بالعمالة المنتجة بالتدرج؛ لتشمل عدداً من الفئات أكبر من العدد المغطى أصلاً.

و تنص في المادة رقم (13) على أنه يجوز ربط الإعانات المقدمة للعاطلين عن العمل في شكل مدفوعات دورية بنوع الحماية. كما تنص في المادة رقم (14) على أن تُدفع الإعانات في حالة البطالة الكاملة، في شكل مدفوعات دورية تُحسب بطريقة تتيح للمستفيد تعويضاً جزئياً مؤقتاً عن فقد كسبه، و تحول - في الوقت نفسه - دون حدوث آثار تنثني عن العمل أو عن توفير وظائف.

أما المادة (24) من الاتفاقية، فتتضمن على أن تبذل كل دولة عضو جهودها لكي تضمن للمستفيدين من إعانات البطالة بشروط مقررّة؛ أخذ الفترات التي تُدفع خلالها هذه الإعانات في الاعتبار:

(1) لاكتساب الحق في إعانات العجز، و الشيخوخة، و الورثة، و عند الاقتضاء لحسابها.

(2) لاكتساب الحق في الرعاية الطبية، و في إعانات المرض، و الأمومة، و الأسرة، بعد

انتهاء

البطالة؛ و ذلك عندما ينص تشريع الدولة العضو المعنية على الحق في هذه الإعانات، ويُخضعها بطريقة مباشرة أو غير مباشرة لشروط ممارسة نشاط المهني.

و تنص المادة (25) على أن تكفل كل دولة عضو تكييف نظم الضمان الاجتماعي

القانونية التي تستند إلى نشاط مهني مع ظروف النشاط المهني للعاملين لبعض الوقت، ما لم يكن في الإمكان أن تُعتبر ساعات عملهم و كسبهم - بشروط مقررّة - ضئيلة (88).

و لدينا (اتفاقية حقوق الطفل المؤرخة في 1989/11/20)، و التي دخلت إلى حيز النفاذ

في 1990/9/2، و تنص في المادة رقم (26) على أن:

(1) تعترف الدول الأطراف لكل طفل بالحق في الانتفاع من الضمان الاجتماعي؛ بما في ذلك

التأمين الاجتماعي، و تتخذ التدابير اللازمة لتحقيق الأعمال الكامل لهذا الحق وفقاً لقانونها الوطني.

(2) ينبغي منح الإعانات عند الاقتضاء، مع مراعاة موارد و ظروف الطفل، و الأشخاص

المسؤولين عن إعالة الطفل، فضلاً عن أي اعتبار آخر ذي صلة بطلب يُقدم من جانب الطفل أو نيابة عنه للحصول على إعانات (89).

ب- الاتفاقيات الإقليمية:

على المستوى الإقليمي، نجد لدينا (الميثاق الأفريقي لحقوق الإنسان و الشعوب المؤرخ في 1981/6/18)، و ينص في مادته رقم (16) على أن " لكل شخص الحق في التمتع بأفضل حالة صحية بدنية و عقلية يمكنه الوصول إليها. و تتعهد الدول الأطراف في هذا الميثاق باتخاذ التدابير اللازمة لحماية صحة شعوبها، و ضمان حصولها على العناية الطبية في حالة المرض⁽⁹⁰⁾". كما تنص المادة رقم (22) من الميثاق على أن " لكل الشعوب الحق في تمتعها الاقتصادية، والاجتماعية، و الثقافية، مع الاحترام التام لحريتها و ذاتيتها، و التمتع المتساوي بالتراث المشترك للجنس البشري. و من واجب الدول بصورة منفردة أو بالتعاون مع الآخرين، ضمان ممارسة حق التنمية⁽⁹¹⁾".

ج - الاتفاقيات العربية:

بالنسبة للاتفاقيات العربية، نجد لدينا (الاتفاقية العربية رقم (3) لعام 1971 بشأن المستوى الأدنى للتأمينات الاجتماعية)، و قد حددت الاتفاقية " ملامح نظام عربي موحد للتأمينات الاجتماعية، يشمل بالحماية و الرعاية كل من يعمل بأجر، مع مرونة في التدرج الذي يراعي ظروف كل دولة و قدرتها المالية و الإدارية على مد مظلة الضمان الاجتماعي لتشمل كل فئات العمال، كذلك التدرج في تطبيق فروع التأمينات التي حددتها الاتفاقية بثمانية فروع، هي:

- (1) تأمين إصابات العمل و الأمراض المهنية. (2) التأمين الصحي. (3) تأمين الأمومة.
- (4) التأمين ضد العجز. (5) تأمين الشيخوخة. (6) التأمين ضد الوفاة. (7) التأمين ضد البطالة. (8) تأمين المنافع العائلية⁽⁹²⁾.

و كذلك، هناك (الاتفاقية العربية رقم (14) بشأن حق العامل العربي في التأمينات الاجتماعية عند تنقله للعمل في أحد الأقطار العربية المؤرخة في مارس 1981)، و التي صدقت عليها مصر عام (1996)، و من أهم ما تتضمنه هذه الاتفاقية:

- (1) " يؤمن تشريع كل دولة للعمال العرب الاستفادة من النظام التأميني النافذ في البلد المنتقل إليه، و على الأخص الحصول على:

- (أ) الرعاية الطبية في حالات العمل، و الحمل و الولادة، و خدمات التأهيل المهني، و تقديم الأطراف الصناعية، و الأجهزة التعويضية.
- (ب) المعونة المالية في حالات العجز المؤقت، و المرض، و الإصابات، و الحمل والولادة، و البطالة.

- (ج) المعاش في حالات العجز و الوفاة الناتجة عن إصابات العمل، و المرض المهني، وحالات الشيخوخة، و العجز، و الوفاة.
- (د) تعويض الدفعة الواحدة (المكافآت) في حالات إصابة العمل، و المرض المهني، والشيخوخة، و العجز، و الوفاة، في حالة عدم توفر شروط استحقاق المعاش.
- (2) يكفل تشريع كل دولة للعمال العرب الوافدين الحقوق التالية:
- (أ) الحق في تحويل المعاش المستحق للعامل إلى أسرته في حالة مغادرته للقطر الذي يعمل فيه.
- (ب) تحويل اشتراكات تأمين العامل في فروع الشيخوخة، و العجز، و الوفاة، إلى جهاز التأمينات الاجتماعية في دولته أو أي قطر يطبق أحكام التأمين المذكور ويقرر الإقامة فيه بصورة نهائية.
- (3) تلتزم الدولة التي تصدق على هذه الاتفاقية بأن يضمن تشريعها الأحكام التالية:
- (أ) احتساب مدة الخدمة التي يؤديها المؤمن عليه خارج قطره في الوطن العربي ضمن خدماته المؤمن عليها، و المؤداة لغرض تكامل مدد الخدمة في بلده الأصلي أو في البلد الذي يستقر فيه بصورة نهائية، بعد تحويل الاشتراكات المدفوعة لحسابه وفقاً للأصول والشروط التي ينظمها التشريع الوطني.
- (ب) الحق في اختيار احتساب المعاش المستحق وفق أحكام النظام التأميني المطبق في الدولة التي انتقل إليها و انتهت خدمته فيها، أو النظام التأميني في بلده الأصلي.
- (ج) اعتبار مدة عمل العامل العربي في أي قطر عربي لم يأخذ بنظم التأمينات الاجتماعية خدمة مضمونة (مؤمن عليها) في بلده الأصلي أو في القطر الذي انتقل إليه و انتهت خدمته فيه و احتسابها لغرض الحصول على المعاش المستحق؛ بشرط سداد العامل الاشتراكات المستحقة وفقاً للأصول و الشروط التي يقرها التشريع الوطني.
- (4) في حالة تعدد المعاشات المستحقة للمؤمن عليه؛ تسوى تلك المعاشات طبقاً لأحكام التشريع الوطني في البلد الذي انتهت خدمته فيه.
- (5) تتخذ الدول العربية الإجراءات التشريعية و التنظيمية التي تكفل عدم تحمل العامل العربي الاشتراكات عن نفس مدة الخدمة؛ منعاً من الازدواجية في الأداء.
- (6) يحق للمؤمن عليه جمع المعاشات دون حد أقصى؛ في حالة توفر شروط استحقاقها؛ نتيجة تعدد شموله بالأنظمة التأمينية العربية، و استفادته من أكثر من معاش واحد عن الخدمات المتلاحقة و المؤداة في أكثر من قطر واحد⁽⁹³⁾.

كما نجد لدينا (الاتفاقية العربية رقم (16) بشأن الخدمات الاجتماعية العمالية المؤرخة في مارس 1983)، و التي صدقت مصر عليها عام (1991)، و " يُقصد بالخدمات الاجتماعية العمالية (التغذية - الإسكان - الانتقال - تنظيم أوقات الفراغ - التثقيف - دور الحضانة - التعاونيات - الخدمات الصحية) و غيرها من الخدمات التي ترفع المستوى الصحي، و الثقافي، والاجتماعي للعمال، و التي تيسر التكيف بين العامل و البيئة التي يعمل فيها؛ بما يحقق الصالح المشترك لكل من العامل، و المنشأة، و المجتمع. و تسري أحكام هذه الاتفاقية على جميع العمال الخاضعين لقوانين العمل و التأمينات الاجتماعية السارية في كل قطر، و يجوز التدرج في تطبيق أحكامها وفقاً للتطور الاقتصادي (94)".

و لدينا أيضاً (إعلان القاهرة حول حقوق الإنسان في الإسلام المؤرخ في 1990/8/5)، والذي ينص في المادة رقم (17) على أن " لكل إنسان على مجتمعه و دولته حق الرعاية الصحية والاجتماعية؛ بتهيئة جميع المرافق العامة التي يحتاج إليها في حدود الإمكانيات المتاحة. كما تكفل الدولة لكل إنسان حقه في عيش كريم يحقق له تمام كفايته و كفاية من يعول؛ و يشمل ذلك المأكل، و الملبس، و المسكن، و التعليم، و العلاج، و سائر الحاجات الأساسية (95)".

خامساً : آثار التحول في نظم الحماية الاجتماعية في مصر خلال الألفية الثالثة

ينقسم هذا الجزء إلى ثلاثة محاور أساسية؛ نلقي الضوء في المحور الأول على

الحماية الاجتماعية كما بدت في الاتفاقيات الدولية و التشريعات المحلية، و نعرض في المحور الثاني لأزمة نظم الحماية الاجتماعية في المجتمع المصري خلال الألفية الجديدة في ضوء تناول أزمة التأمين الاجتماعي و الصحي، مع توضيح لملاح و عوامل كل أزمة على حدة، و نستعرض في المحور الثالث نتائج أزمة الحماية و تحولاتها؛ من خلال الإشارة إلى العقد الاجتماعي، و أبرز الآليات التي طُرحت لتلبية متطلبات هذا العقد، و أهم المشروعات التي تم الاتفاق عليها لتحقيق الأهداف المرجوة للعقد، كما نختم هذا المحور بإلقاء الضوء على مشكلة الفقر في المجتمع المصري.

أولاً: الآثار المتوقعة التي ترتبت على التحولات في نظم الحماية الاجتماعية :

بالنظر إلى القوانين و القرارات الوزارية التي حددت الفئات المستفيدة من نظام الحماية الاجتماعية في مصر؛ بشقيه التقليدي (متمثلاً في المساعدات الاجتماعية)، و الحديث (متمثلاً في التأمين الاجتماعي)، نجد أن القوانين في مصر قد اتسعت لتشمل جميع فئات المجتمع؛ حيث مدت المساعدات مظلتها إلى الأسر على اختلاف ظروفها، و المقاتلين، و المهاجرين، و الأطفال، والأحداث، و المسنين، و المرأة. كما اتسعت مظلة التأمين الاجتماعي لتشمل فئاتاً أوسع من المواطنين مدنيين و عسكريين؛ كضباط القوات المسلحة، و العاملين في الخارج، و أصحاب الأعمال، و خدم المنازل، و الطلاب في مشروعات التشغيل الصيفي، و غيرهم من الفئات، حتى أن القوانين بسطت مظلة الحماية لفئات أوسع قامت بإضافتها. من هنا، نجد أن مظلة الحماية الاجتماعية في مصر اتسعت لتغطي كافة الفئات في المجتمع.

أما بالنسبة للاتفاقيات التي صدقت عليها مصر؛ سواءً على المستوى الدولي كالإعلان العالمي لحقوق الإنسان، و اتفاقية منظمة العمل الدولية، و إعلان حقوق الطفل، اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة، و إعلان الحق في التنمية، أو على المستوى الإقليمي كالميثاق الأفريقي لحقوق الإنسان و الشعوب، أو على المستوى العربي كالاتفاقية العربية بشأن المستوى الأدنى للتأمينات الاجتماعية، و الاتفاقية العربية بشأن الخدمات الاجتماعية العمالية، وإعلان القاهرة حول حقوق الإنسان في الإسلام؛ فإننا بتتبع القوانين و القرارات الوزارية الصادرة في مصر؛ نجد أن هناك انعكاساً واضحاً لتصديق مصر على هذه الاتفاقيات. على سبيل المثال؛ نجد انعكاساً لتصديق مصر على (الاتفاقية رقم 52 لمنظمة العمل الدولية بشأن الإجازات السنوية مدفوعة الأجر)، و (قرار وزير الصحة رقم (695) لسنة 1984، المعدل بالقرار رقم (259) لسنة 1995 في شأن تحديد الأمراض المزمنة التي يُمنح

عنها المريض إجازة استثنائية بأجر كامل، أو يُمنح عنها تعويضاً يعادل أجره كاملاً طوال مدة مرضه إلى أن يشفى أو تستقر حالته). و بذلك، و نتيجة لتنفيذ مصر للاتفاقيات التي صدقت عليها، و ظهور ذلك في صورة قوانين و قرارات وزارية؛ فإنه من المتوقع أن تكون مظلة الحماية الاجتماعية قد حققت أهدافها.

سادسا: الآثار غير المتوقعة التي تترتبت على التحولات في نظم الحماية الاجتماعية:

على الرغم من شمول مظلة الحماية الاجتماعية في مصر لجميع فئات المواطنين، و ظهور انعكاس واضح لتصديق مصر على الاتفاقيات الدولية، و الإقليمية، و العربية، و انعكاس ذلك على القوانين و القرارات الوزارية بهدف تحقيق الحماية الاجتماعية - على اختلاف أشكالها - لجميع المواطنين. و لكن، و على الرغم من ذلك، فلم تحقق نظم الحماية الاجتماعية في مصر أهدافها بالشكل المناسب؛ و يتضح ذلك في ارتفاع معدلات البطالة، و الفقر، و المرض، و نوضح ذلك على النحو التالي:

يعتبر معدل البطالة في مصر في ثمانينيات القرن الماضي معدل مرتفع من المستوى الثاني، "حيث أن هناك معدل مرتفع من المستوى الأول على رأسه الجزائر بنسبة (16.5%)، أما مصر فتبلغ نسبة البطالة فيها (7.6%) بعد المغرب و تونس. و في التسعينيات، بلغ معدل البطالة في مصر (9.6%) بعد الأردن و تونس، و هو المعدل الثالث في الارتفاع؛ و هكذا ارتفع معدل البطالة خلال هذين العقدين. و في الفترة الممتدة بين (1980 - 2002) وصل معدل اتساع البطالة في مصر إلى (2.2%). إن العدد الأكبر من فرص العمل و الوظائف المطلوبة هي لاستيعاب الشباب الداخلين إلى سوق العمل، و الذين سيواجهون مستقبلاً قاتماً في حال لم يتوافر لهم مجال للعمل⁽⁹⁶⁾".

و قد مرت أوضاع التشغيل و العمالة في مصر بمجموعة من التطورات عبر المراحل التاريخية المختلفة، والتي نوجزها على النحو التالي:

1- الفترة من 1952 - 1973:

" إذا حاولنا تتبع أوضاع التشغيل خلال الفترة من (1952 - 1973) من خلال بيانات تعدادات السكان، نجد أن البيانات لم تشر إلى وجود بطالة صريحة. و قد شهد عام (1960) معدلات منخفضة من البطالة الصريحة قُدرت بنحو (2.2%)، إلا أن معدلات البطالة ارتفعت عام (1976) لتصل إلى (7.7%)، و ظلت أكثر ارتفاعاً في الحضر و بلغت (9.5%)، عنها في الريف و بلغت (6.4%)⁽⁹⁷⁾".

2- الفترة من 1974 - 1989:

" أثر قانون الاستثمار الجديد على سوق العمل المصري من عدة جوانب، و من أهم الآثار غير المباشرة لسياسات التنمية المطبقة خلال هذه الفترة على العمالة كان من خلال تأثير التضخم الكبير الحادث في هذه الفترة؛ و الذي نتج عنه انخفاض في أسعار الفائدة الحقيقية؛ مما خفض من تكلفة الاقتراض من البنوك؛ و ساهم بالتالي في خفض تكلفة رأس المال في المشروعات الاستثمارية؛ مما شجع على استخدام فنون إنتاجية كثيفة الاستخدام لرأس المال، قليلة الاستخدام للعمالة.

و على الرغم من الانخفاض النسبي الواضح في نصيب قطاع الخدمات الاجتماعية من الاستثمارات، إلا أن نصيبه النسبي من العمالة قد ارتفع، و يرتبط ذلك بسياسة ضمان تشغيل الخريجين؛ التي ساعدت على تكديس العمالة في هذا القطاع، دون زيادة حقيقية في الإنتاجية.

و يلاحظ ارتفاع نسبة الفئات التي يصعب تصنيف المهن التي يمتثلونها من (5.8%) إلى (13.1%)؛ في إشارة إلى انتشار البطالة الجزئية، و الأنشطة الهامشية.

و على الرغم من تطبيق سياسة الإصلاح الاقتصادي، إلا أن القطاع الحكومي قد استمر المشغل الرئيس للعمالة الوافدة إلى سوق العمل؛ و يرجع ذلك - مرة أخرى - لالتزام الحكومة بسياسة ضمان تشغيل الخريجين، و انخفاض قدرة القطاعات النامية خلال فترة الانفتاح على استيعاب العمالة.

و من سمات هذه الفترة، ارتفاع معدلات البطالة؛ حيث قدر معدل البطالة للسكان (6 سنوات فأكثر) في تعداد (1986) بنحو (10.5%) مقابل (7.7%) في تعداد عام (1976)، و يرتفع هذا المعدل إلى (11.1%) في حالة حساب معدل البطالة للسكان (15 سنة فأكثر)، و يُلاحظ زيادة كبيرة في معدلات البطالة في الحضر لتصل إلى (12.4%) مقارنة بـ (9.5%) في تعداد (1976)، كما ارتفعت في الريف لتصل إلى (9.2%) مقارنة بـ (6.5%) في تعداد (1976).

و يرجع ارتفاع معدلات البطالة في هذه الفترة إلى التزايد السكاني مع تزايد أعداد الخريجين من ناحية، و إلى اختلال نمط التنمية و استناده إلى قطاعات منخفضة الاستخدام للعمالة بطبيعتها؛ مثل قطاع البترول، و الخدمات الإنتاجية، مع تناقص الأهمية النسبية

للقطاعات السلعية الأخرى بخلاف البترول، و زيادة اعتمادها على أنماط إنتاجية كثيفة رأس المال (98)." .

3 - الفترة من 1990 - 2002:

" إذا أردنا تقييم أثر الإصلاح الاقتصادي على مستويات التشغيل و العمالة؛ فإن من أفضل المصادر لذلك مسحي القوى العاملة بالعينة لعامي (1988، 1998). و قد ظلت الحكومة هي المُشغل الرئيس، و تشير بيانات المسحين إلى ارتفاع معدل البطالة السافرة من (5.4%) عام (1988) إلى حوالي (7.9%) عام (1998)، و ارتفعت نسب البطالة بين فئات المتعلمين وفقاً لتعداد عام (1996) (99)." .

أما فيما يخص الفقر، " فيمكن قياس عدم الاستقرار الاقتصادي الملازم للفقر من منظورين: الأول هو فقر الدخل الذي يحدد مستوى رفاه الأفراد على أساس دخلهم (يُعرّف فيه رفاه الفرد بما يتوافر له من سلع و خدمات و ذلك بناءً على الإنفاق الاستهلاكي الحقيقي للفرد)، و الثاني هو الفقر البشري الذي يذهب إلى ما هو أبعد من الناتج المحلي الإجمالي ليشمل مفهوماً أوسع للرفاه (يُعرّف فيه رفاه الفرد بما يحصل عليه من دخل، و بأبعاد حياتية أخرى ذات قيمة مثل؛ التعليم، والصحة، و الحرية السياسية). و فيما يظل فقر الدخل هو المقياس المعتمد أكثر من سواه لدى واضعي السياسات في كل أنحاء العالم، فإن استخدام الفقر البشري و ما يتعلق به من مؤشرات التنمية البشرية يعطي صورة أكثر شمولاً عن العلاقة المركبة المتعددة الجوانب بين الدخل ومستوى الرفاه.

إن مقارنة فقر الدخل هي المقاربة المتبناة على أوسع نطاق في وضع السياسات و رسم مساراتها. و المقياس الأوسع استخداماً لتحديد الفقر في نطاق هذه المقاربة يعتمد على النسبة العددية؛ أي إجمالي نسبة السكان التي تعيش دون مستوى معيشي متفق عليه اصطلاح على تعريفه بخط الفقر. من هنا، فإن النسبة العددية هي معيار لقياس انتشار الفقر أو المدى الذي بلغه في مجتمع معين، و يمكن اعتماده كمقياس واضح نسبياً لعدم الاستقرار الاقتصادي.

و على الرغم من اختلاف مستويات الدخل، و تقلب النمو الحقيقي للفرد، و ارتفاع معدلات البطالة في البلدان العربية، تُعد درجة فقر الدخل فيها - على العموم - منخفضة نسبياً (100)." .

على ذلك، " نجد أن مدى الفقر المدقع قياساً إلى الحدود الدنيا لخط الفقر الوطني في مصر خلال عام (1999) قد بلغ (16.70%)، و بلغ معدله بين السكان في الفترة من (1995 - 2000) (63.60) مليوناً، و بلغ تقدير عدد الفقراء ب (10.60) مليون فقير (6) ".
أما بالنسبة للفقر البشري، " فيمكن قياسه - و هو مفهوم أشاع استخدامه برنامج الأمم المتحدة الإنمائي - للتعبير عن حرمان المرء من القدرات و الفرص، باستخدام (دليل الفقر البشري). هذا الدليل؛ و هو مجموعة مركبة من المعايير، قوامه ثلاثة مكونات: أ- طول العمر، ب- المعرفة، ج- مستوى المعيشة. يتعلق المكون الأول باحتمالات البقاء على قيد الحياة، و يقاس بنسبة الذين لا يتوقع أن يبلغوا الأربعين من العمر. و يشير المكون الثاني إلى عدم إلمام المرء بالقراءة و أساليب التواصل، و يقاس بمعدل الأمية بين البالغين. أما المكون الثالث، فهو قيمة مركبة تقاس بنسبة السكان الذين لا يحصلون على المياه النظيفة، و نسبة الأطفال ناقصي الوزن ممن هم دون الخامسة من العمر. و بموجب دليل الفقر البشري، تصنف البلدان التي تحصل على أقل من (10%) في مرتبة متدنية على سلم الفقر البشري، و البلدان التي تحصل على أكثر من (30%) في مرتبة مرتفعة. أما النسب المئوية الواقعة بين هذين المعيارين؛ فتشير إلى درجة ما من حالات الفقر البشري المتوسطة (101) ".

" و تشهد البلدان العربية ذات الدخل المنخفض أعلى مستويات من الفقر البشري. و يؤثر الفقر البشري - بصورة خاصة - في التحاق الأطفال بالمدارس الابتدائية، و بمستوى متابعتهم الدراسة بعد مرحلة التعليم الابتدائي. ففي مصر، تقل نسبة الأطفال الفقراء المنتظمين في المدارس الابتدائية (7%) عن أقرانهم الميسورين، و تقل (12%) في مرحلة الدراسة المتوسطة، و (24%) في مرحلة الدراسة الثانوية.

و تشير الدلائل التي يقدمها العقدان الماضيان إلى أن نسبة عدم المساواة في الدخل انخفضت في مصر؛ حيث شهدت مصر انخفاضاً ملموساً في عدم المساواة في غضون خمس سنوات. وعلى الرغم من المستويات المعتدلة لعدم المساواة في الدخل، فإن الإقصاء الاجتماعي قد تزايد خلال العقدين الماضيين في معظم البلدان العربية. أضف إلى ذلك، أن ثمة دلائل توحي أن عدم المساواة في الثروة قد ازدادت سوءاً؛ ففي العديد من البلدان العربية يظهر جلياً - على سبيل المثال - تركيز ملكية الأرض و الأصول الاقتصادية مطلقاً العنان لإثارة مشاعر الإقصاء لدى الفئات الأخرى، حتى إذا لم يتزايد الفقر المطلق بينها. و يفاقم في هذا الإقصاء، اكتظاظ الأزقة المفتقرة إلى وسائل الصرف الصحي، و المياه النظيفة، و مرافق التسلية، و التيار الكهربائي المعقول، و الخدمات الأخرى بالسكان الفقراء. و تتضافر هذه

الأوضاع مع معدلات البطالة المرتفعة لتولد ديناميات التهميش المنذرة بالسوء؛ و التي تتجلى في تعاظم نسبة القاطنين في الأزقة المحيطة بالمراكز الحضرية العربية؛ و قد بلغت هذه النسبة (42%) في العام (2001)⁽¹⁰²⁾.

من خلال ما سبق، نجد أن " أنماط انعدام الأمن الاقتصادي سألقة الذكر هي محصلة ثغرات عديدة في السياسات المعتمدة. أولاً، إن الضعف البنوي في الاقتصاديات العربية كان من النتائج الواضحة للاستمرار في الاعتماد على النمو المتقلب المدفوع بقوة النفط. و اتسم النمو الاقتصادي نفسه بالتعثر و الهبوط، و بموازاة ذلك كان أداء القطاعات الإنتاجية - و خاصة التصنيع - ضعيفاً و غير تنافسي.

ثانياً، أثر نموذج النمو هذا سلباً في سوق العمل؛ بحيث باتت البلدان العربية تعاني أعلى معدلات البطالة في العالم أجمع. يضاف إلى ذلك، أن هذا النموذج غير ملائم في بيئة معولمة أصبحت فيها المعرفة - أكثر من رأس المال أو القوى العاملة - هي التي تشكل الركن الأكبر للقيمة المضافة في الاقتصاديات التنافسية. و لم تتحرك البلدان العربية - في معظمها - بالسرعة اللازمة لتحسين نوعية التعليم، و الارتقاء بما لديها من أصول معرفية، و تحفيز الابتكار المحلي، و الانتقال إلى نماذج تنموية تركز على التقانة. و بذلك، غدت عاجزة عن توفير فرص عمل كافية أو مرضية، و بأجور مناسبة، لملايين العرب و جلمهم من الشباب.

ثالثاً، إن درجة الفقر، الذي يُعرّف بأنه نصيب السكان تحت خطوط الفقر الوطني العليا، هي أعلى بكثير من المستوى الذي يعكسه استخدام خط الفقر الدولي المعادل لدولارين في اليوم، أو خطوط الفقر الوطني الدنيا. و من ثم، فإن الفقر في البلدان العربية ظاهرة أكثر جلاءً و بروزاً مما يفترض في العادة، على الرغم من المعدلات المرتفعة نسبياً للإنفاق الفردي في تلك البلدان. ولذلك تفسير بسيط، فالقطاع الأكبر من الفقراء يتركز في بلدان مثل السودان، و سورية، و الصومال، و العراق، و مصر، و المغرب، و موريتانيا، و اليمن، و هي ذات أحجام سكانية مرتفعة نسبياً، و مستويات منخفضة من معدل الإنفاق الفردي.

و بصرف النظر عن خط الفقر الذي يقع عليه الاختيار - سواءً أوطنياً كان أم عالمياً - فإن المنطقة العربية لم تحقق تقدماً ذا قيمة على جبهة تخفيف وطأة الفقر في العقد الأول من القرن الجديد؛ إذا اعتبرنا تسعينيات القرن الماضي قاعدة للقياس.

و أخيراً، إن جهود إنشاء و تفعيل شبكات الأمان الاجتماعي، التي تُعد ضرورية للتخفيف من عبء الانتكاسات الاقتصادية على الفئات الضعيفة، غير متوازنة بين مختلف فئات البلدان العربية. و يجري التمييز عادة بين الترتيبات غير النظامية، أو التقليدية من جهة، و التي يتبادل فيها الأقارب أو أفراد العشيرة الدعم الاجتماعي و الاقتصادي في حالة الضيق من

جهة، و بين البرامج الرسمية من جهة أخرى، و التي تتولاها عادة الحكومات أو المنظمات غير الحكومية في الآونة الأخيرة. و تُقدم شبكات الأمان الاجتماعي النظامية - على العموم - المعونات النقدية أو العينية المباشرة، و الدعم لضرورات الحياة الأساسية (و خاصة الغذاء)، و التشغيل في مشروعات الأشغال العامة. و يشمل التعريف الموسع لشبكات الأمان الاجتماعي؛ الضمان الاجتماعي الحديث، و برامج التأمين الاجتماعي الشائعة في البلدان النامية. و يرتبط الضمان الاجتماعي على العموم - و لكن ليس بصورة حصرية - بتقديم دخل للفقراء، بينما يتعلق التأمين الاجتماعي بالادخار، و هو اكتتابي بطبيعته.

و قد تكون شبكات الأمان الاجتماعي وسيلة فعّالة لمكافحة الفقر في بلدان الدخل المرتفع والمتوسط المرتفع؛ حيث يمثل الفقراء شريحة صغيرة نسبياً من السكان. إلا أن هذه الأدوات التقليدية في سياسة مكافحة الفقر لا تناسب حالات الفقر الواسع و المنتشر (103).

أما بالنسبة للصحة، " فتشير إحصاءات منظمة الصحة العالمية، إلى أن أهم العوامل التي تسبب التفاوت في المستوى الصحي في البلدان العربية هي مستوى الدخل، و مكان السكن (في المناطق الحضرية أو الريفية)، و مستوى التحصيل العلمي للأُم. و من أهم المؤشرات على تأثير هذه العوامل، احتمال بقاء الطفل على قيد الحياة حتى ما بعد السنة الخامسة من العمر، و عدد حالات التقزم، و احتمال إشراف متخصصين على الولادة، و توافر اللقاح ضد الحصبة خلال السنة الأولى من العمر. و بالنسبة لمصر، كانت العوامل الأكثر تأثيراً هي؛ مستوى الدخل، و التحصيل العلمي للأُم. و بعبارة أخرى، فإن الأطفال العرب في الأسر ذات الدخل الأعلى، أو التي تكون فيها الأم ذات مستوى تعليمي أعلى؛ يتمتعون - وفقاً لمؤشرات منظمة الصحة العالمية - بعناية صحية أفضل ثلاث مرات أو أربعاً منها لدى الأطفال في العائلات ذات الدخل الأقل، أو الذين تكون أمهاتهم على مستوى تعليمي أدنى (104).

" و ينتشر التهاب الكبد الفيروسي (ج) في مصر على نطاق واسع، مع نسبة عالية من تواتر المرض و الوفيات بسبب الكبد المزمن. إن ما يقارب (20%) من المتبرعين بالدم المصريين مصابون بهذا المرض، و تشهد مصر نسبة مرتفعة لانتشار هذا المرض تفوق النسب المسجلة في البلدان المجاورة، و كذلك في بلدان العالم الأخرى التي تسود فيها أوضاع مماثلة من حيث الظروف الاجتماعية و الاقتصادية، و المعايير الصحية في العمليات الجراحية الباطنية الطبية، و الإجراءات شبه الطبية، أو المتعلقة بطب الأسنان (105).

بناءً على ما سبق، يتضح لنا إخفاق نظم الحماية الاجتماعية في مصر خلال الفترة السابقة على الألفية في تحقيق أهدافه المنوطة به؛ مما يعني الحاجة الملحة لإصلاح هذه النظم.

سابعاً : تحولات نظم الحماية الاجتماعية في مصر خلال الألفية الجديدة :

1- الحماية الاجتماعية بين الاتفاقيات الدولية و التشريعات المحلية:

بدأت الحماية الاجتماعية في أوائل القرن العشرين على شكل تأمينات اجتماعية؛ من خلال الاقتصار على تأمين الفرد ضد مخاطر العمل، ثم بدأت فكرة التأمينات الاجتماعية تتبلور و تزداد فروعها لتصل إلى الضمان الاجتماعي الشامل؛ و الذي شمل كل فروع التأمينات التي امتدت مظلتها لتوفر الحماية الاجتماعية لكل الأفراد داخل المجتمع، و يمكن القول أنه بانتهاء القرن العشرين لم يتحقق الضمان الاجتماعي الشامل إلا في الدول الصناعية المتقدمة (106).

أما في البلدان النامية، فمازالت نظم الحماية الاجتماعية مقصورة على بعض فروع و أنظمة التأمينات الاجتماعية داخل قطاع العمل النظامي؛ إذ لم تمتد مظلتها لتشمل قطاع العمل غير الرسمي و الذي يزيد تعداده على (50 %) من مجموع القوى العاملة في غالبية هذه الدول. وهكذا، تتجسد أهمية الحماية الاجتماعية في ظل تعاظم آثار الخصخصة على البلدان النامية؛ من خلال زيادة نسبة الفقر، و ارتفاع معدلات البطالة، و التضخم، و غياب الدعم الحكومي للسلع الغذائية للمواطنين (107).

و في ضوء ما سبق، نجد أنه تم التأكيد على أهمية الحماية الاجتماعية في المواثيق والإعلانات الدولية، و القومية، و المحلية، فعلى سبيل المثال؛ جاءت (الأهداف الألفية للتنمية) (Millennium Development Goals (MDGS) لتؤكد على ضرورة القضاء على الفقر، والجوع، و توفير فرص العمل، و تعزيز المساواة بين الجنسين، و تمكين المرأة، و تخفيض معدل وفيات الأطفال، و مكافحة الأمراض⁽¹⁴⁾. كما يشير (الميثاق العربي لحقوق الإنسان) الذي اعتمد في (تونس) خلال الألفية الجديدة إلى أهمية الحماية الاجتماعية؛ و ذلك كما ورد في المادة (36) من الإعلان بضرورة أن " تضمن الدول الأطراف حق كل مواطن في الضمان الاجتماعي؛ بما في ذلك التأمين الاجتماعي"⁽¹⁰⁸⁾.

كما أشارت (وثيقة الإسكندرية) - الصادرة عن مؤتمر قضايا الإصلاح العربي لعام (2004) - إلى ضرورة قيام المجتمعات العربية بالعمل على تحقيق الاستقرار الاجتماعي؛ من خلال صياغة سياسات و برامج فعالة تضمن عدالة توزيع الثروة؛ و بالتالي القضاء على

ظاهرة التهميش الاجتماعي لفئات المجتمع المختلفة، كما تتطلب المواجهة الفعالة لسلبات الممارسات الاقتصادية والاجتماعية؛ ضرورة صياغة عقد اجتماعي جديد بين الدولة و المواطن في المجتمع العربي؛ و هذا العقد من شأنه أن يُحدد حقوق الدولة و التزاماتها تجاه المواطن، كما يحدد حقوق المواطن و كيفية الحفاظ عليها (109).

و بالإضافة إلى ما سبق، فإنه على مستوى المجتمع المصري، جاءت التعديلات الدستورية لتؤكد على مبدأ الحماية الاجتماعية؛ و ذلك كما ورد في المادة (7)؛ و التي تشير إلى أن المجتمع يقوم على التضامن الاجتماعي، و كذلك المادة (17)؛ و التي توضح أن الدولة تكفل خدمات التأمين الاجتماعي، و الصحي، و معاشات العجز عن العمل، و البطالة، و الشيخوخة، للمواطنين جميعاً، و ذلك وفقاً للقانون.

2- أزمة نظم الحماية الاجتماعية في المجتمع المصري خلال الألفية الجديدة:

سوف يُخصص هذا المحور لإلقاء الضوء على أزمة نظم الحماية الاجتماعية في مصر خلال الألفية الجديدة؛ من خلال تناول كل من أزمة التأمين الاجتماعي، و أزمة التأمين الصحي، و ذلك على النحو التالي:

أ- أزمة التأمين الاجتماعي:

في البداية، يجب أن نشير إلى أن نظم التأمين الاجتماعي في مصر تهدف إلى توفير الحماية الاجتماعية من خلال ضمان الدخل Income Security؛ عن طريق نظم ممولة على أساس مبادئ التأمين الاجتماعي، و باشتراكات كنسبة من إجمالي دخل الفرد، يدفعها كل من أصحاب الأعمال، و المؤمن عليهم، و نسبة ضئيلة من الدعم الحكومي تزداد تدريجياً (110). كما تهدف نظم الضمان الاجتماعي إلى توفير الحماية لأفراد المجتمع؛ من خلال توفير المساعدات المالية لأفراد المجتمع؛ لحمايتهم من أخطار المرض، و البطالة، و العجز، و الشيخوخة.

و تشير البيانات إلى أن الحد الأدنى للمعاش الشهري المستحق لمن كانوا يعملون لدى الغير (الحكومة - القطاع العام - القطاع الخاص) بلغ (40 جنيهاً)، كما أن الحد الأدنى للمعاش الشهري المستحق لمن كانوا يعملون لحسابهم إنما يبلغ (35 جنيهاً)، أما عن الضمان الاجتماعي، فإن قانون التأمين الاجتماعي الشامل على العمالة غير المنتظمة يمنح المشترك معاشاً شهرياً مقداره (80 جنيهاً)، في حين يتقاضى المستحقون لمعاش السادات و الذين لا يدفعون أي اشتراك معاشاً شهرياً قدره (68 جنيهاً) (111).

و يُخصص المحور القادم لإلقاء الضوء على أزمة التأمين الاجتماعي؛ و نقصد بها بأن هناك تباينات بين ما تم التصديق عليه من اتفاقيات و تشريعات، و بين ما يحدث عملياً في المجتمع، وهذا ما سوف نتناوله فيما يلي:

(1) ملامح أزمة التأمين الاجتماعي:

خلال الألفية الجديدة، بدأ يلوح في الأفق ما يُطلق عليه (أزمة التأمينات الاجتماعية)؛ و التي تجسدت ملامحها في ازدياد أعداد المستحقين للمعاشات؛ بسبب زيادة عدد السكان الذين تزيد أعمارهم على (60) عاماً إلى (9%) من إجمالي سكان مصر، و كذلك المعاش المبكر الذي أدى إلى رفع نسبة المتقاعدين من إجمالي المؤمن عليهم بصورة مفاجئة؛ مما أدى إلى زيادة مصروفات التأمينات الاجتماعية على الاشتراكات المتدفقة إليها. و في ظل هذا التغير، و مع التقديرات التي تشر إلى استمرار تزايد نسبة من تزيد أعمارهم على (60) عاماً بصورة تدريجية حتى تصل حسب التقديرات الأولية إلى (18%) من عدد السكان عام (2035)؛ فإن الحكومة بدأت تطرح قضية التأمينات الاجتماعية كأزمة⁽¹¹²⁾. و هكذا، تبرز لنا ملامح نظام التأمين الاجتماعي في ضوء نقص الموارد المالية المتاحة أمام الأعداد المتزايدة المستحقة لتلك المساعدات (المعاشات).

(2) عوامل أزمة التأمين الاجتماعي:

و نتساءل هنا، ما عوامل تلك الأزمة المثارة حول التأمينات الاجتماعية؟ ففي البداية صدر بيان في ديسمبر عام (2003) حول مبادلة ديون الحكومة لهيئة التأمينات بأصول مملوكة للدولة، كما طُرحت فكرة استثمار أموال التأمينات في البورصة، و لقد تم توظيف نحو ما يقرب من (900 مليون) جنيه من أموال التأمينات في البورصة، و لكنها تعرضت لخسائر فادحة؛ و فقدت نحو ما يقرب من (500 مليون) جنيه، بدلاً من أن تحقق عائداً لصالح المؤمن عليهم؛ فقد تم إدارة تلك الأموال و التلاعب بها ممن لا يملكونها، و لا يملكون تفويضاً و آلية للمحاسبة من قبل المالكين لهذه الأموال؛ و هم المؤمن عليهم؛ و بالتالي فإن هذه الاستثمارات كانت بمثابة مال لا صاحب له؛ مما سهل التلاعب به في البورصة، و في ضوء رفض المسؤولين لاستثمار تلك الأموال في البورصة؛ فإنه قد تم إلحاق التأمينات الاجتماعية بوزارة المالية⁽¹¹³⁾.

و استناداً لما سبق، صدر (قرار رئيس الجمهورية رقم (422) لسنة 2005) بضم وزارة التأمينات إلى وزارة المالية، و أن يكون وزير المالية هو الوزير المختص بتنفيذ تشريعات

التأمين الاجتماعي و يحل محل وزير التأمينات؛ و يجسد لنا ذلك العامل الثالث لأزمة التأمينات الاجتماعية؛ حيث قام وزير المالية بإنشاء حساباً موحداً أضاف فيه العمليات المالية الخاصة بصناديق التأمين الاجتماعي إلى العمليات المالية لقطاع الموازنة العامة للدولة و بنك الاستثمار القومي، تُجمع فيه كل مدخرات العاملين الذين يشتركون في صناديق التأمين الاجتماعي؛ بهدف إحكام السيطرة على هذه الأموال، و استغلالها بأقل تكلفة ممكنة⁽¹¹⁴⁾.

و تشير التحليلات إلى عدم مسايرة السياسات الحالية لاستثمار أموال التأمينات مع متطلبات النظام القائم؛ و من ثم عدم القدرة على تحقيق أهداف نظم التأمين الاجتماعي؛ نظراً لإيداع نسبة كبيرة منها لدى بنك الاستثمار القومي؛ و الذي يقوم بتوظيف الأموال المودعة لديه في تمويل عجز الموازنة العامة، و إقراض المؤسسات الاقتصادية، و وحدات القطاع العام؛ حيث يقوم البنك بدور الوسيط بين الهيئة و الخزانة العامة للدولة⁽¹¹⁵⁾.

و قد بلغ رصيد المال الاحتياطي لنظام التأمين الاجتماعي (307.8 مليار) جنيه في 2006/6/30، مقابل (277.1 مليار) جنيه في 2005/6/30. و تُعتبر أموال نظم التأمين الاجتماعي أهم مصادر أموال بنك الاستثمار القومي؛ حيث تمثل نسبة (63.6%) من موارد البنك عام (2003)، كما اقتربت نسبتها من (80%) في 2007/6/30، و بلغت نسبة أموال التأمينات الاجتماعية المُستثمرة لدى البنك (91.4%) من إجمالي الاستثمارات المالية للهيئة⁽¹¹⁶⁾.

و هكذا، تزايدت حجم أموال التأمينات الاجتماعية لدى البنك؛ حيث ارتفعت من نحو (4.5 مليار) جنيه عام (1981) إلى نحو (91.8 مليار) جنيه عام (1998)، ثم إلى (136 مليار) جنيه عام (2001) و (154.7 مليار) جنيه عام (2002)، ثم (174.8 مليار) جنيه عام (2003)، ثم (241.437 مليار) جنيه عام (2007). و يرجع السبب في تضخم أموال التأمين الاجتماعي دفترياً إلى عدة أسباب؛ أهمها رفع معدل العائد على هذه الأموال أكثر من مرة خلال تسعينيات القرن الماضي، كما أن بنك الاستثمار القومي لا يقوم بسداد العائد المستحق على هذه الأموال سنوياً؛ بل يقوم بتعليقها دفترياً فقط؛ أي أن العائد نظري، و يحتفظ به ضمن أمواله، هذا في الوقت الذي تتزايد فيه الاحتياطات النقدية للهيئة القومية للتأمين الاجتماعي التي تحولها إلى البنك؛ نتيجة التوسع في معدل الاشتراك، و إدخال فئات جديدة في نظام التأمين الاجتماعي⁽¹¹⁷⁾.

و نجد أنه في الوقت الذي كان يُصرف عائد استثمار بنسبة (17.5%) لشهادات الاستثمار ذات العائد الجاري، كان يُحدد معدل العائد بنسبة (7.5%) فقط لأموال التأمينات

الاجتماعية المودعة لدى بنك الاستثمار القومي؛ مما يعنى ضياع عائد محتمل كان يمكن أن تحصل عليه الهيئة القومية للتأمين الاجتماعي، بالإضافة إلى أن البنك لم يُمكن الهيئة القومية للتأمين الاجتماعي من عوائد استثماراتها لديه؛ مما كان له أثر كبير على القدرة التمويلية للنظام⁽¹¹⁸⁾. حيث أن البنك لا يُمكن الهيئة من عوائد استثماراتها؛ مما يؤثر على التوازن المالي لها، و على قدرتها على الاستمرار في أداء وظائفها المنوطة بها.

و تجدر الإشارة، إلى أن أسلوب التمويل الكامل المتبع في النظام المصري؛ يفترض أن يسمح بزيادة مستوى المزايا التأمينية إذا ما أحسن استثمار الأموال المتراكمة لصالح المؤمن عليهم و أصحاب المعاشات، إلا أن طبيعة الارتباط بين الهيئة القومية للتأمين الاجتماعي، و بنك الاستثمار القومي، و وزارة المالية؛ قد خلق صعوبات أمام آلية عمل النظام؛ حيث تعجز الهيئة عن تنمية مواردها بالمعدلات المطلوبة⁽¹¹⁹⁾.

و من تحليل السياسة الحالية أيضاً، نتبين ضآلة نسبة الأموال المسموح للهيئة القومية للتأمين الاجتماعي باستثمارها خارج بنك الاستثمار القومي؛ مما يُضَيِّع عليها عوائد استثمار يمكن أن تحقق لها الدخل الذي يعوضها عن العائد الدفئري لدى البنك⁽¹²⁰⁾.

و إذا كان نظام التأمين الاجتماعي في مصر يعتمد في تمويل التزاماته على الاشتراكات المحصلة، و عوائد الاستثمارات خارج بنك الاستثمار القومي؛ يتضح لنا الأثر السلبي للسياسة الحالية على قدرة هذه النظم على الاستمرار في أداء رسالته، فضلاً عن أن نظام التأمين الاجتماعي يعاني انخفاض قيمة الاشتراكات المحصلة؛ بسبب انتشار ظاهرة التهرب من الاشتراك في التأمين كلياً أو جزئياً في منشآت القطاع الخاص، و صعوبة تحصيل الاشتراكات من المؤسسات الصحافية و شركات القطاع العام؛ حيث ترتفع مديونيات تلك المؤسسات للهيئة، بالإضافة إلى خروج أعداد كبيرة من العاملين للمعاش المبكر في إطار سياسة الخصخصة وإعادة هيكلة القطاع العام، و يؤثر انخفاض قيمة الاشتراكات المحصلة سلباً على التوازن المالي الذي تفرضه طبيعة النظام و أسلوب التمويل المتبع، و يحد من قدرة النظام على الوفاء بالتزاماته المالية تجاه أصحاب المعاشات و المستحقين عنهم⁽¹²¹⁾.

و جدير بالذكر، أن هناك قيود على السياسة الاستثمارية؛ تتمثل في عدم السماح لهيئة التأمين الاجتماعي بالاستثمار في شراء شهادات الاستثمار ذات العائد الصادرة عن البنك الأهلي المصري؛ بدعوى أنها مخصصة للأشخاص الطبيعيين، فضلاً عن صعوبة الحصول على جزء من العائد المتحقق سنوياً لمواجهة التزامات الهيئة المتزايدة⁽¹²²⁾.

و نشير أيضاً، إلى أن السياسة الاستثمارية للهيئة قد عجزت عن بلوغ هدف تخفيف أعباء الاشتراكات لكل من العامل، و صاحب العمل، و الدولة، في الأجل الطويل، و الذي كان يمكن تحقيقه إذا تمكنت من عوائد استثماراتها؛ و بالتالي تخفيض أعباء الاشتراكات معتمدة على فوائضها و زيادة قدرتها المالية؛ و الذي قد ينعكس على تخفيض تكاليف صاحب العمل (123).

و بالإضافة إلى ما سبق ذكره فيما يتعلق بأسباب أزمة التأمينات الاجتماعية في المجتمع المصري خلال الألفية الجديدة، فإنه يمكن القول بأن ضعف الأداء الاقتصادي يجعل الإيرادات العامة الناجمة عن النشاط الاقتصادي غير كافية لمواجهة متطلبات الإنفاق العام؛ لذا تحتاج الدولة إلى اللجوء للاقتراض من أموال التأمينات الاجتماعية بشروط لا تتفق مع مصالح هؤلاء الأفراد المؤمن عليهم، كما أن ارتفاع معدلات البطالة في مصر إنما يعني ضعف تدفق الاشتراكات الجديدة للتأمينات؛ مما يؤثر على التوازن بين الاشتراكات و المصروفات، كما أن نسبة البطالة داخل الفئة العمرية التي تقع ما بين (15-40) سنة إنما تشكل (99%) من إجمالي العاطلين في مصر حسب البيانات الرسمية؛ و يعني هذا أن من يلتحقون بالعمل في أعمار متقدمة، فإنهم سوف يصبحون مستحقين للمعاش بعد سنوات قليلة من الخدمة، بالإضافة إلى أن حصة اشتراكات التأمينات الاجتماعية تتأثر سلبياً من انتشار التهرب التأمين لدى أصحاب الأعمال؛ و الذين يستغلون ارتفاع معدل البطالة و يقومون بتوظيف العمالة دون تأمين عليها (124).

ب- أزمة التأمين الصحي:

إذا كان حق المواطن المصري في الرعاية الصحية قد تم إدراجه في الدستور المصري؛ وذلك كما ورد في المادتين (16) و (17)؛ انطلاقاً من تأكيد الدولة على هذا الحق لجميع المواطنين دون تمييز فيما بينهم، إلا أن هناك تساؤلات تثار في الأذهان، و منها: كيف تم ضمان هذا الحق؟ أو بصورة أخرى هل نظام التأمين الصحي المعمول به حالياً يحقق ذلك؟ و ما الفئات المستفيدة من هذا النظام؟

في البداية، يجب أن نشير بصورة موجزة إلى أن هدف السياسة الصحية Health Policy لأي بلد من بلدان العالم إنما يتمثل في الارتقاء بالحالة الصحية للمواطن، و دعم تقديم الخدمات الصحية، و يحتاج تحقيق هذا الهدف إلى وضع مجموعة من الأهداف الفرعية، التي قد تتمثل فيما يلي (125):

(1) القضاء على التباينات في المؤشرات الصحية ما بين المناطق الجغرافية داخل الوطن الواحد، و أيضاً ما بين طبقات المجتمع المختلفة.

(2) تعظيم الاستفادة من الموارد المتاحة، و رفع كفاءة آليات و سبل التمويل.

(3) خفض عبء الحصول على الخدمات الطبية للمواطنين؛ و خاصة الفقراء، و محدودي الدخل.

و في ضوء ما سبق، يمكن القول بأن مصر قد خطت خطوات إيجابية في سبيل ضمان الحق في الصحة؛ من خلال سياسة صحية في ضوء الأهداف السابقة الذكر؛ و ذلك عن طريق توفير الرعاية الصحية المجانية؛ حيث شهدت مصر طفرة في تقديم تلك الرعاية في الستينيات والسبعينيات من القرن العشرين - و ذلك بعد عقود طويلة لم تكن الرعاية الصحية إلا من خلال جهود بعض المنظمات الأهلية، و قوافل العلاج التابعة للهيئات الدولية في حالة حدوث الأزمات، وانتشار الأوبئة و الأمراض - من خلال إنشاء المستشفيات، و المؤسسات العلاجية، و المؤسسات التعليمية في مجال الطب، و نشر التعليم الطبي، و أيضاً إنشاء المستشفيات التعليمية التابعة لكلية الطب - و التي أنشئت في تلك الفترة - بالإضافة للمؤسسات الحكومية التي تُقدم الرعاية الصحية للمواطنين مجاناً⁽¹²⁶⁾.

و كما سبقت الإشارة، فلقد تم وضع نظام للتأمين الصحي لتقديم الرعاية الصحية و الذي شمل عدداً كبيراً من العاملين بالجهات المختلفة في الدولة، و تم إصدار (القانون رقم 63 لسنة 1964) للتأمين الصحي للعاملين في المؤسسات و الهيئات الحكومية و القطاع العام، و كذلك (القانون رقم 75 لسنة 1964) لتقديم الرعاية الطبية الكاملة للعاملين بالمؤسسات و الهيئات الحكومية و وحدات الحكم المحلي، كما صدر (قرار رئيس الجمهورية العربية المتحدة رقم 209 لسنة 1964) بإنشاء (الهيئة العامة للتأمين الصحي) لتقوم بتقديم الرعاية و العلاج الطبي للعاملين المنتفعين بالتأمين الصحي و تقديم مستوى متقدم من تلك الرعاية بأقل تكلفة ممكنة⁽¹²⁷⁾.

و إذا تساءلنا عن نوعية الفئات التي يشملها هذا النظام التأميني؛ فسوف نجد أنها تتضمن موظفي الحكومة، و أصحاب المعاشات، و الأراذل، و طلاب المدارس، و كذلك المواليد قبل السن المدرسي. كما تنوعت الخدمات الصحية التي يشتمل عليها هذا النظام؛ بدءاً من خدمات وقائية لطلاب المدارس، و مروراً بالخدمات العلاجية؛ و التي تشمل الخدمات التي تقدمها العيادات الشاملة، و عيادات المدارس، و المراكز المتخصصة، و الصيدليات، و

المستشفيات، ومراكز تنظيم الأسرة، و انتهاءً بتقديم خدمات أخرى متميزة؛ و تتمثل في علاج الأمراض المزمنة التي يحتاج علاجها إلى تكلفة مرتفعة (128).

(1) ملامح أزمة التأمين الصحي:

على الرغم من وجود نظام للرعاية الصحية الحكومية في المجتمع المصري - على النحو سالف الذكر - إلا أنه يلاحظ انخفاض مستوى جودة الخدمات التي يقدمها هذا النظام الحكومي؛ مما أدى إلى زيادة الإقبال على الخدمات التي يقدمها القطاع الخاص، و إهدار مبالغ هائلة تُنفق على قطاع الصحة الحكومي دون تحقيق الأهداف المنشودة منه (129).

و يمكن الاستدلال على التنمية الصحية؛ من خلال التعرف على مستوى جودة الخدمات الصحية التي يقدمها النظام الحكومي في ضوء عدد من المؤشرات الصحية في المجتمع المصري، و ذلك طبقاً لتقرير الأوضاع الصحية في الريف المصري لعام (2008) والصادر عن مركز الأرض لحقوق الإنسان في القاهرة (130)، و كذلك تقارير التنمية الصادرة عن الأمم المتحدة، و تتمثل تلك المؤشرات فيما يلي:

(أ) معدل وفيات الرضع:

تشير البيانات الصادرة عن الأمم المتحدة، إلى أن معدل الوفيات الرضع لكل ألف ولادة حية يبلغ (37) حالة في مصر بالمقارنة بعدد من الدول العربية مثل اليمن، و المغرب، و السودان، و العراق، و التي جاء ترتيبها على التوالي (69)، (38)، (72)، (94). و تُظهر لنا تلك البيانات مدى تقدم الأوضاع الصحية في المجتمع المصري فيما يتعلق بانخفاض نسبة معدل وفيات الرضع بالمقارنة بعدد من الدول العربية، و لكن على الرغم من ذلك فإن تلك النسبة ربما تبدو مرتفعة بالمقارنة بدول أخرى مثل عمان، و قطر، و لبنان، و ماليزيا، و التي كان ترتيبها على التوالي (16)، (12)، (22)، (10) (131).

(ب) معدل الإصابة بالأمراض:

تمثل نسبة الإصابة بأمراض السرطان في مصر حوالي (150) حالة لكل (100.000) نسمة سنوياً، و كما تشير الأرقام الرسمية إلى وجود ربع مليون مصاب بالسرطان سنوياً؛ أي ما يقرب من حوالي (6 إلى 7) ملايين أصيبوا بالسرطان خلال العشرين عاماً الماضية، بالإضافة إلى زيادة معدلات الإصابة بأورام الكبد و البنكرياس؛ حيث بلغت نسبة الزيادة (60%) خلال الخمس سنوات الماضية، كما بلغت نسبة أمراض السرطان بين أطفال مصر حوالي (8%) من إجمالي أعداد المصابين بها. و كذلك، نجد انتشار الإصابة بأمراض القلب و السكر في الأعمار الصغيرة، كما تؤكد التقارير الصحية أن حوالي (18) مليون نسمة؛ أي ما

يمثل (26%) من نسبة السكان في مصر مصابين بأمراض البلهارسيا و مضاعفاتها، بينما لا تتعدى هذه النسبة في العالم (5%).

و يشير تقرير التنمية الإنسانية لعام (2009) إلى انتشار مرض الكبد الفيروس (ج) في مصر على نطاق واسع، كما أن ما يقرب من (20%) من المتبرعين بالدم من المصريين مصابون بهذا المرض، و تشهد مصر نسبة مرتفعة لانتشار هذا المرض تفوق النسب المسجلة في البلدان المجاورة، و كذلك في بلدان العالم الأخرى التي تسود فيها أوضاع مماثلة من حيث الظروف الاجتماعية، و الاقتصادية، و المعايير الصحية (132).

كما كشفت وزارة الموارد المائية عام (2005)، أن (90.000) مواطن يموتون سنوياً بسبب الأمراض الناتجة عن تلوث المياه؛ و من بينهم (19.000) طفل، و أضافت أن (98%) من القرى في ريف مصر تعاني من عدم وجود شبكات صرف صحي.

أما فيما يتعلق بتصنيف منظمة الصحة العامة (WHO) لأداء النظام الصحي في عدد من بلدان العالم النامي، جاء ترتيب مصر في المرتبة (63)؛ و هو ما يجعلها تتقدم على دول عربية مثل الجزائر، و ليبيا، و سوريا، و السودان، و العراق، و اليمن، و التي جاء ترتيبها على التوالي (81)، (87)، (108)، (134)، (103)، (120)، بينما تراجعت مصر أمام بعض الدول العربية مثل المغرب، و عمان، و قطر، و الكويت، و التي كانت ترتيبها على التوالي (29)، (8)، (44)، (45) (133).

(2) عوامل أزمة التأمين الصحي:

نتساءل هنا، لماذا حدث هذا التدهور في الأوضاع الصحية على الرغم من إقرار ضمان حق الرعاية الصحية للمواطن داخل الدستور المصري، و وجود نظام للتأمين الصحي؟ و للإجابة على هذا التساؤل، نذكر الأسباب التالية:

(أ) تقليل حجم الإنفاق على الصحة:

يؤدي الإنفاق على الصحة أدواراً هامة؛ إذ يساهم في توصيل الخدمات الصحية إلى كافة المناطق، و يعزز من قدرة الأفراد على تحمل تكاليف العلاج، و مكافحة الأمراض، و توفير خدمة التطعيمات ضد الأمراض و الأوبئة، بالإضافة إلى تسهيل حصول الأفراد على الخدمات الصحية وفقاً للمستوى الاقتصادي لهم. و هكذا، يُعد الإنفاق العام أحد الأدوات الأساسية لتحقيق أهداف السياسة الاقتصادية للدولة؛ من خلال ضمان مستويات التشغيل و الدخل للفرد داخل المجتمع؛ في ضوء توفير خدمات الرعاية الصحية و كذلك المهنية.

من خلال ما سبق، سوف نطرح في هذا المحور تساؤلات عدة منها: ما حجم الإنفاق على الصحة في مصر؟ و هل حدث تغير في معدلات الإنفاق على الصحة في السنوات الأخيرة

في ضوء تطبيق سياسات الإصلاح الاقتصادي؟ و هل إهدار الحق في الصحة يتأثر فقط في ضوء خفض معدلات الإنفاق أم أن هناك مشكلات أخرى متعلقة بالإنفاق؛ و بالتالي يكون لها تأثير على مستوى تقديم خدمات الرعاية الصحية للمواطن المصري؟

في البداية، يمكن القول بأن الخدمات الصحية في بلدان العالم النامي تُعد قليلة جداً، و موزعة توزيعاً ضعيفاً، حتى أن النفقات العامة على الخدمات الصحية في هذه الدول تُعد أقل بكثير عنها في الدول المتقدمة؛ إذ تبلغ نسبة الإنفاق على الخدمات الصحية في بلدان العالم النامي نسبة (1% - 4%) من إجمالي الناتج القومي⁽¹³⁴⁾. و يبلغ إنفاق العالم سنوياً نحو (3) تريليون دولار أمريكي على الخدمات الصحية، بينما في الولايات المتحدة - وهي أكثر الدول الصناعية إنفاقاً على الرعاية الصحية - يتم إنفاق ما يعادل (15.3%) من إجمالي الناتج المحلي الأمريكي على تمويل خدمات الرعاية الصحية⁽¹³⁵⁾.

و بالنظر إلى مستوى الإنفاق على الصحة داخل المجتمع المصري، يتبين لنا ارتفاع نسبة الإنفاق على الصحة من (7.6) مليار جنيه تقريباً عام (2003/2002) إلى (8) مليارات جنيه عام (2004/2003)، ثم إلى (10.6) مليار جنيه في عام (2008/2007). و يمكن القول بأن ارتفاع نسبة الإنفاق لا تمثل مؤشراً حقيقياً على حرص الدولة على تقديم تلك الخدمات الصحية وضمن هذا الحق؛ بل يمكن إرجاع هذا الارتفاع إلى الزيادة السكانية، و ارتفاع أعداد المرضى، وأيضاً ارتفاع تكاليف الخدمات الصحية. و تأكيداً لذلك القول، فإن حصة الإنفاق المخصصة للصحة كنسبة من الإنفاق العام انخفضت من (5.9%) عام (2003/2002) إلى (5.5%) في عام (2004/2003)، ثم إلى (4.4%) عام (2007/2006)⁽¹³⁶⁾.

و على الجانب الآخر، يصل نصيب الفرد من الإنفاق الحكومي على الصحة حوالي (117) جنيه سنوياً عام (2008) بعد أن كان (434) جنيه عام (1998)⁽¹³⁷⁾. كما يُلاحظ تفاوت الإنفاق العام على الصحة للفرد بين الريف و الحضر؛ حيث يزيد في الثانية عن الأولى بما يقرب من (67%)، و يُلاحظ أن الشريحة الدنيا من الدخل لا تحصل إلا على (16%) من الإنفاق الصحي العام، بينما تحصل الشريحة العليا من الدخل على (24%) من الإنفاق العام بخلاف نصيبها من الإنفاق الخاص. بالإضافة إلى ما سبق، نلاحظ أن الاستثمارات العامة في قطاع الصحة قد تراجعت من (20%) من إجمالي الإنفاق العام على الصحة عام (2005/2004) إلى ما يقرب من (15.6%) عام (2006/2005)، ثم إلى (9.5%) عام (2007/2006)⁽¹³⁸⁾.

و تشير تلك البيانات السابقة، إلى تراجع نصيب الفرد في مصر بالمقارنة بما تنفقه عدد من الدول العربية؛ ومنها الجزائر، و ليبيا، و سوريا، و المغرب؛ حيث بلغ نصيب الفرد في السنة من مجموع المصروفات بالدولار (73)، (143)، (65)، (59) على التوالي⁽¹³⁹⁾.

و عليه، في ضوء الأرقام والإحصاءات السابقة حول مؤشرات الإنفاق على الصحة في المجتمع المصري فإنه يمكن الاستدلال على عدد من المؤشرات التي توضح لنا عدداً من التحديات التي أصبحت تواجه الفرد داخل المجتمع في ضوء تخفيض معدلات الإنفاق، و من أبرز تلك التحديات؛ ارتفاع الإنفاق الخاص على الصحة من (50%) في عام (1996) إلى (60%) في عام (2004)؛ مما يعني أنه أصبح أكثر من الإنفاق الحكومي؛ فالأسر أصبحت تمثل أهم مصادر تمويل الرعاية الصحية؛ إذ تعد هذه النسبة في الزيادة خصماً من معدلات الادخار العائلي؛ مما يمثل عبئاً إضافياً على الأسر؛ و بالأخص الأسر الفقيرة⁽¹⁴⁰⁾. و في حالة تقديم الدعم الصحي، نجد التمييز في تقديم هذا الدعم بين الأغنياء و الفقراء، بالإضافة إلى سوء ترتيب أولويات الإنفاق على الخدمات الصحية في وزارة الصحة؛ حيث يتم توجيه الجزء الأكبر من الإنفاق على الرعاية الصحية العلاجية المكلفة على حساب الرعاية الصحية الوقائية، بالإضافة إلى توجيه أكثر من ثلث الإنفاق على الصحة لشراء الدواء، و تفوق هذه النسبة المعدلات الدولية التي تتراوح ما بين (20% - 25%) من الإنفاق الكلي على الصحة⁽¹⁴¹⁾.

في ضوء الطرح السابق، بدءاً من تناول أهمية الإنفاق على الصحة، و مروراً بحجم ومعدلات الإنفاق على الخدمات الصحية على مستوى العالم - و من بينها الولايات المتحدة و عدد من البلدان العربية و مصر - و انتهاءً بتوضيح أهم التحديات المترتبة على انخفاض معدلات الإنفاق على طبعة، و مستوى، و جودة، الخدمات الصحية التي تُقدم للفرد داخل مجتمعه؛ يمكن القول بأن تلك التحديات السابق ذكرها لا تنشأ فقط نتيجة لعدم ملائمة مستوى الإنفاق، و لكن أيضاً نتيجة للمشاكل الإدارية في السيطرة على الإنفاق؛ و نقصد بذلك هنا الفساد **Corruption** داخل قطاع الصحة، و هنا نتساءل: ما أشكال الفساد داخل قطاع الصحة؟ و من الذي يتأثر به؟

يجب أن نشير إلى أن الفساد إنما يؤثر على السياسة الصحية **Health Policy** و أولويات الإنفاق، و تشير الأمثلة الواردة في تقرير الفساد العالمي إلى استغلال المسؤولين في كل من المكسيك و كينيا لسلطاتهم في تحويل الموارد المالية لتمويل بعض المشروعات، و ذلك بغض النظر عما إذا كانت تلك المشروعات متفقة مع السياسة الصحية التي تم اعتمادها

من جانب صانعي القرار في الدولة⁽¹⁴²⁾. و بذلك، فإن من أبرز أنماط أو أشكال الفساد في قطاع الصحة ما يلي⁽¹⁴³⁾:

(1) الاختلاس و السرقة من الميزانية المخصصة للرعاية الصحية، أو الموارد الناشئة عن رسوم الخدمات الصحية، و كذلك سرقة الأدوية، و المستلزمات الطبية، أو الأجهزة والمعدات؛ بهدف الاستخدام الشخصي، أو بغرض استخدامها لتحقيق مكاسب مادية، أو إعادة بيعها لحساب بعض الأشخاص العاملين في قطاع الصحة؛ مما يشكل إهداراً للمال العام.

(2) الفساد في أنظمة الدفع؛ و تشمل الممارسات المتعلقة بإعفاء مرضى بعينهم من الرسوم، أو التزوير في المستندات الخاصة بالتأمين الصحي لبعض المرضى، أو استغلال ميزانيات المستشفيات لخدمة مصالح أشخاص بعينهم.

(3) ممارسة الفساد في الإمدادات الخاصة بالمستحضرات الدوائية؛ حيث يمكن التلاعب في منتجات الأدوية؛ إذ يُعد الدواء من أكثر الأشياء حساسية لأي مظهر من مظاهر الفساد وأكثرها تأثيراً على صحة المواطن؛ لأن الدواء أو الأمصال من السلع التي لا يكون لمشتريها أي اختيار، بالإضافة إلى أنه يمكن سرقة الأدوية أثناء التوزيع، أو قيام بعض المسؤولين بطلب دفع رسوم مقابل اعتمادهم لبعض المنتجات، أو تقديم تسهيلات للإفراج الجمركي، أو تحديد الأسعار.

و على ذلك، فالفقراء هم الأكثر تأثراً بالممارسات السابقة الذكر؛ إذ يؤثر الفساد بصورة أوبأخرى على هؤلاء الأفراد الأقل قدرة على تقديم الرشاوي مقابل الحصول على خدمات صحية من المفترض أنها تقدم مجاناً، حتى و إن حصلوا عليها، فقد يتأثرون بسوء مستوى الخدمة الصحية؛ بدءاً من زيادة عدد ساعات الانتظار في المستشفيات العامة، و مروراً بالحرمان من الأمصال الوقائية و جودة الخدمات الصحية، و انتهاءً بتناول أدوية و أمصال مغشوشة و غير صالحة للاستخدام؛ و بالتالي تؤثر سلبياً على حياتهم⁽¹⁴⁴⁾.

(ب) خصخصة الخدمات الصحية:

تنعكس سياسات العولمة - و منها سياسة الخصخصة - على مجال تقديم الخدمات الصحية بشكل عام، و التأمين الصحي بشكل خاص؛ في صورة ابتعاد الدولة عن أداء دورها في تحمل أعباء الخدمات الصحية؛ من خلال خصخصة قطاع الصحة و التأمين الصحي بإسناده إلى هيئة مستقلة تدير الخدمة، و تتعاقد مع مؤسسات تجارية لتقديم الخدمات الصحية، و تعمل وفق حافز أو دافع الربح⁽¹⁴⁵⁾.

و مع الأخذ بسياسات الخصخصة و التحول نحو اقتصاد السوق؛ فقد تم طرح مجموعة من الرؤى و التصورات بشأن تحمل المواطن نفقات العلاج؛ و تجسد ذلك الأمر في تقديم الدولة لمشروع جديد للتأمين الصحي يستهدف مساهمة المواطن بنسبة تصل إلى أكثر من (30%) من نفقات العلاج؛ مما يجعل مبدأ الدفع مقابل الخدمة بدلاً من أن يكون نظاماً يفترض أنه قائم على مبدأ التكافل. و لقد بدأت الدولة بالفعل في اتخاذ الخطوات التنفيذية نحو تعديل النظام الحالي؛ بإصدارها قراراً بإنشاء الشركة المصرية القابضة للرعاية الصحية، و التي حلت محل الهيئة العامة للتأمين الصحي في شهر ديسمبر (2007)؛ و ذلك بصدر (قرار مجلس الوزراء رقم 2007/637)؛ و يبين لنا ذلك أن مشروع القانون الجديد إنما يُلغى مبدأ التكافل الاجتماعي الذي تقوم عليه قوانين التأمين الصحي في أغلب دول العالم، و يعزز من دور القطاع الخاص في مجال تقديم الخدمات الصحية، و السعي نحو تخلي الدولة عن إدارة، و تمويل، و دعم هذه الخدمات (146).

و يمكن القول، بأن الدعاوى و الرؤى السابقة حول خصخصة الخدمات الصحية، إنما انطلقت تأكيداً - من جانب البعض - على ضرورة اقتصار دور الحكومات على تهيئة المناخ المناسب للنمو الاقتصادي، أما غير ذلك فإنما يجب أن يُترك للقطاع الخاص؛ و ذلك استناداً إلى أن ارتفاع معدلات النمو سوف يؤدي تلقائياً إلى زيادة الأجور، مع ما يرتبط بها من تحسين في أوضاع المعيشة؛ و بالتالي تحسين الحالة الصحية، و خفض معدلات الأمراض و الوفيات داخل المجتمع ككل، و لكن هذا الزعم السابق يجانبه الصواب في جوانب عدة، و منها (147):

(1) إن زيادة النمو في حد ذاتها لا تعني زيادة الدخل لجميع أفراد المجتمع؛ إذ قد يتحقق معدل نمو مرتفع دون أن يصاحبه عدالة في توزيع الناتج القومي بين مختلف فئات المجتمع؛ وبالتالي حرمان فئة كبيرة من الأفراد من قدرتهم على تحمل تكاليف العلاج و الرعاية الصحية.

(2) إن الخدمات الاجتماعية كالصحة إنما تقع ضمن ما يُطلق عليه السلع العامة **Public Goods**؛ و هي السلع التي لا تحقق حافزاً اقتصادياً للقطاع الخاص لإنتاجها؛ لذا فهي تتطلب التدخل الحكومي المباشر.

(3) أثبتت التجارب الدولية - بما لا يدع مجالاً للشك - أن السوق تفشل كثيراً في مجال تقديم الخدمات الاجتماعية، و تزداد خطورة هذا الأمر عندما لا تعمل الأسواق بشكل جيد؛ مما يؤدي إلى سوء توزيع الثروات على الأفراد، و أيضاً توجيه الاستثمارات في بعض المجالات دون الأخرى.

(ج) تحرير أسعار صرف الدواء:

حدثت تطورات في سوق الدواء داخل المجتمع المصري منذ عام (1991)؛ حيث تم تقديم (قانون رقم 203 لعام 1991) الذي ينظم عمل الشركات العامة العاملة في مجال صناعة الدواء، كما تم إنشاء الشركة القابضة للأدوية، والتي حلت محل (الهيئة العامة للصناعات الدوائية)؛ وذلك كخطوة في برنامج التحول نحو السوق الحر من خلال خصخصة عدد من شركات القطاع العام، بالإضافة إلى التوقيع على اتفاقية التجارة الحرة و حماية حقوق الملكية الفكرية (تريبس) في مجال صناعة و تجارة الدواء.

ثامنا : نتائج أزمة الحماية الاجتماعية و تحولاتها :
سوف نلقى الضوء في هذا المحور على نتائج الأزمة؛ من خلال إبراز تحولات نظم الحماية الاجتماعية؛ و التي تجسدت في دعوة مصر عام (2006) لمفهوم جديد للعقد الاجتماعي، ثم تلقي الضوء على معدلات الفقر في المجتمع المصري؛ و ذلك كمثال لاستمرار النتائج غير المتوقعة، على الرغم من حدوث تحسينات في نظم الحماية الاجتماعية.

1- العقد الاجتماعي:

تجسدت دعوة مصر عام (2006) لصياغة مفهوم جديد للعقد الاجتماعي يعتمد على صياغة للعلاقة بين الدولة و المواطنين، و يحصل بمقتضاه المواطن على حقوقه، و يلتزم تجاه الدولة بتنمية قدراته للخروج من دائرة الفقر؛ و بالتالي يستفيد من هذا العقد الاجتماعي الجديد جميع فئات المجتمع؛ و لاسيما الفقراء. و لقد طرح تقرير التنمية البشرية في مصر مفهومين شاملين للعقد الاجتماعي؛ يتضمن الأول أن صياغة العلاقة بين الدولة و المواطنين تقوم على برنامج متكامل لحماية الحقوق و الحريات، و يستهدف أساساً الفقراء، أما الثاني؛ فيتضمن برنامجاً يجمع بين الإصلاح على كافة المستويات من أجل تعزيز مسيرة التنمية، و الارتقاء بالمواطنين؛ مما يمكنهم من تحقيق و إشباع احتياجاتهم. و في ضوء ما سبق، يتبين لنا بأن العقد الاجتماعي يستند إلى مجموعة من الأسس، و منها⁽¹⁴⁸⁾:

أ- الشراكة بين مختلف قطاعات المجتمع.

ب- تمكين الفئات المهمشة من إشباع حاجاتها.

ج - عدالة توزيع الثروة بين الفئات الاجتماعية المختلفة.

د- تطبيق سياسة عدم المركزية؛ من خلال منح صلاحيات أوسع للمحليات، مع العمل على بناء قدراتها Capacity Building؛ لتكون أكثر قدرة على الوفاء باحتياجات الأفراد.

هـ - المساواة و الشفافية؛ من خلال تطبيق مبادئ الحكم الرشيد.

استناداً إلى ما سبق، طُرحت مجموعة من المشروعات ربما تُعد استجابة لمتطلبات العقد الاجتماعي؛ وذلك من خلال وزارة التضامن الاجتماعي، و التي تمثلت فيما يلي (149):

أ - مشروع الوحدات السكنية للأسر الأولى بالرعاية الاجتماعية: و يهدف إلى توفير وحدات سكنية، و ذلك حرصاً من الوزارة على رفع المعاناة عن الأسر محدودة الدخل. و لقد تم توفير عدد (539) وحدة سكنية من قِبَل وزارة الإسكان و المرافق، و سوف يتم تسليمها لوزارة التضامن الاجتماعي.

ب- مشروع الحد من الفقر: و ذلك في محافظات أسيوط، و سوهاج، و قنا؛ من خلال توفير دعم مالي بلغ ما يقرب من خمسة وعشرون مليوناً؛ لتمويل مشروعات زراعية، و صناعية، و تجارية، و خدمية. و لقد بلغ عدد المستفيدين من المشروع حتى 2009/10/31 (56807) مستفيداً، و جاءت نسبة الذكور (32066) مستفيداً، في مقابل (24741) من الإناث المستفيدات.

ج - مشروع الفئات الأولى بالرعاية الاجتماعية: و يهدف إلى تحديد الفئات الأولى بالرعاية والمستحقة لها؛ من خلال إعداد قاعدة بيانات يمكن الاستفادة بها في تطوير سياسات الرعاية الاجتماعية. و يُسهم المشروع في تعزيز و تنمية الأسرة المصرية؛ عن طريق دعم قدرتها الذاتية، و تعزيز استقلالها الاقتصادي، بالإضافة إلى توفير برامج الحماية و الرعاية للأسر ذات الموارد المادية و البشرية المحدودة، كما يسهم المشروع في توسيع مظلة شبكات الأمان الاجتماعي القائمة، مع ضمان توصيلها إلى مستحقيها؛ من خلال إجراء المسوح الميدانية للتعرف على الظروف و الاحتياجات المعيشية للأسر.

د - معاش الضمان الاجتماعي و الخدمات الاجتماعية: إذ تتولى وزارة التضامن الاجتماعي مسؤولية تقديم الحماية الاجتماعية و الرعاية لبعض الفئات في المجتمع من الأسر، و كذلك الأفراد غير القادرين على إيجاد مصدر للدخل يعيشون منه و لا يستفيدون من خدمات التأمينات الاجتماعية. و لقد كانت محدودية الأعداد المستفيدة من برامج و خدمات الضمان الاجتماعي، و تزايد أعداد المستحقين لتلك المساعدات و الإعانات المالية؛ سبباً رئيساً لإعادة النظر في سبل ووسائل تقديم هذه المساعدات؛ و لذلك تم التخطيط للوصول إلى برنامج متكامل (معاش من لامعاش له)؛ و بالتالي بدأت الوزارة في وضع خطة تهدف إلى توسيع المزايا و الخدمات المقترحة للأسر، و إيجاد نظام فعال لاستهداف

الأسر الأولى بالرعاية، والعمل على زيادة أعداد المستفيدين من برامج وخدمات الضمان الاجتماعي لتصل إلى نحو (2.5) مليون أسرة، وكذلك العمل على رفع قيمة المبالغ المنصرفة شهرياً للأسر.

و تجدر الإشارة، إلى أن ما تم تنفيذه في هذا المشروع إنما تجسد فيما يلي:

أ- رفع قيمة ما يُصرف للأطفال كمنحة دراسية في مقابل الانتظام في التعليم للمراحل الدراسية المتوسطة و الثانوية لأبناء الأسر المستفيدة من المعاشات و المساعدات الشهرية و ذلك بنسبة (100%)؛ بحيث تصبح (40) جنيهاً بدلاً من (20) جنيهاً، تُصرف لكل ابن بحد أقصى (200) جنية للأسرة.

ب- رفع القيمة الشهرية للمبالغ المستحقة للأسر المستفيدة لتبلغ (100) جنية شهرياً للمساعدات.

ج - بلغ عدد الأبناء المستفيدين من المنحة الدراسية (435) ألف طالب، و بلغت القيمة الإجمالية ما يقرب من (122) مليون جنية، بعد أن كانت (62.8) مليون جنية.

د- زيادة أعداد المستفيدين من الضمان الاجتماعي لتصل إلى مليون أسرة في (2007/6)، بعد أن كانت (650) ألف أسرة في (2005)، و من المستهدف الوصول إلى (2.5) مليون أسرة في عام (2011).

هـ - صياغة العديد من القرارات التي تيسر الحصول على معاشات الضمان الاجتماعي، و قانون الطفل، و مساعدات التعليم للأبناء المستفيدين من برامج الضمان الاجتماعي، و كذلك المساعدات الشهرية الدائمة و المؤقتة، و الإعانات الفورية في حالات الكوارث و الأزمات التي ينتج عنها خسائر في الأرواح و الممتلكات، بالإضافة إلى تقديم المساعدات التي تيسر تنفيذ الأسر لمشروعات متناهية الصغر للعمل على رفع قدرتها المهنية و الإنتاجية، و زيادة قدرتها على إشباع حاجاتها الأساسية؛ تمهيداً لخروجها من دائرة الاعتماد المستمر على المساعدات الحكومية.

2- استمرار النتائج غير المتوقعة:

في ضوء العرض السابق لملاح العقد الاجتماعي، تبين لنا أن ثمة مشكلات مجتمعية مازالت موجودة في المجتمع؛ و من أبرزها مشكلة الفقر، و سوف نقوم بتوضيح ذلك من خلال الاستدلال على تلك المشكلة في ضوء البيانات و الإحصاءات المتاحة حول معدلات الفقر

وانتشاره، و ذلك كما ورد في التقارير الرسمية المحلية؛ و نعى بذلك تقرير الاتجاهات الاقتصادية الاستراتيجية لعام (2008).

بدايةً، يستند التقرير إلى تصنيف أكثر موضوعية للفقراء؛ يقوم على تحديد نصيب كل فرد من الدخل، و ذلك على أسس واقعية ترتبط بالأجور السائدة، و معدل الإعالة داخل المجتمع المصري، و إذا كان عدد السكان قد بلغ (75) مليون نسمة في منتصف عام (2007)، و بلغ عدد العاملين نحو (20.1) مليون عامل؛ و يعني ذلك أن معدل الإعالة في مصر بلغ (3.73) شخص؛ أي أن كل من يعمل يعول (2.73) شخص إلى جانب إعالتة لنفسه، و من ناحية أخرى يتبين أنه من بين (5.58) مليون فرد يعملون في الجهاز الحكومي، تعتبر الغالبية منهم في حالة فقر؛ و ذلك بسبب ثبات الأجور، و ارتفاع أسعار السلع و الخدمات الأساسية بمعدلات تفوق الأجر الذي يحصل عليه الفرد⁽¹⁵⁰⁾.

و يمكن الاستدلال على مستوى الفقر داخل المجتمع المصري؛ من خلال الإشارة إلى أن حالة الموظف الذي عمل منذ عام (1977) و حتى عام (2007) (أي لمدة ثلاثين عاماً)، و حصل على امتياز، و أصبح مديراً عاماً، ثم مديراً للإدارة، و أصبح راتبه (730) جنيهاً شهرياً - و ذلك بعد ثلاثة عقود من العمل - فإنه وفقاً لمعدل الإعالة يصبح دخله الشخصي و متوسط دخل كل فرد ممن يعولهم نحو من (195.7) جنيه شهرياً؛ أي نحو (35.6) دولار شهرياً؛ أي أقل من (1.2) دولار للفرد يومياً؛ أي يعيش في فقر مدقع. و وفقاً لمعدل الإعالة، فإن تعداد العاملين في الجهاز الحكومي و من يعولونهم يزيد على (20.8) مليون نسمة؛ و لذلك يمكن اعتبار ما يقرب من (20) مليون في حالة فقر إذا لم يكن لديهم أي مصدر آخر للدخل، أو مدخرات من العمل في الخارج⁽¹⁵¹⁾.

كما تشير البيانات الرسمية، إلى أن عدد العاملين في القطاع الخاص بلغ نحو (14.04) مليون عامل، و نظراً لفساد نظام الأجور، و عدم عقلانية الحد الأدنى؛ فإن القطاع الخاص يبدو مطلق اليد في تحديد أجور شديدة التدني للعاملين لديه؛ خاصة أنه يستخدم مخزون العاطلين الضخم في الضغط على الأجور؛ و لذلك فإن هناك أعداداً كبيرة ممن يعملون في هذا القطاع تحت خط الفقر؛ الأمر الذي يجعلهم مستحقين للدعم و الحماية الاجتماعية، و ذلك ماعداً قلة من العمالة الماهرة فنياً و إدارياً⁽¹⁵²⁾.

تاسعاً: دروس التاريخ و خيارات المستقبل:

يصعب الجزم بأن الخبرة و التجربة المصرية في مجال نظم الحماية الاجتماعية التي تشكلت خلال العقود الأخيرة لم تسفر عن دروس نجاح أو تحقق إنجازات متعددة؛ و التي ربما

كان أهمها نمو إطار مؤسسي لنظم الحماية الاجتماعية، و اتساع نطاق الفئات المستفيدة من هذه النظم. و أنه ليس هناك شك في أن هذه التجربة قد شهدت - عبر العقود الأخيرة - عدة تحولات انعكست على هذا الإطار المؤسسي، و على نطاق الفئات المستفيدة، و أنه كانت هناك قوى اجتماعية، و عوامل داخلية و خارجية؛ أسهمت في دعم النتائج المتوقعة، و عملت - في نفس الوقت - على تكريس النتائج غير المتوقعة لنظم الحماية الاجتماعية في مصر خلال هذه الفترة الزمنية الطويلة نسبياً.

1- الإنجازات و دروس النجاح:

أ- شهدت مصر بدايات العمل الاجتماعي فيما قبل عام (1952) بمفهومه الضيق؛ و الذي تلخص في غلبة الجانب الرعائي، و الاقتصار على تقديم المساعدات النقدية و العينية للفئات الفقيرة؛ حيث صدر أول تشريع خاص بالمعاشات عام (1854)، و قد استمر الاهتمام بنظم الحماية الاجتماعية و تطور عبر التاريخ، و تشكل إطار مؤسسي قانوني، و مالي، و إداري، يحدد أهدافه و يتابع إنجازاته، على النحو التالي:

ب- تجسد الإطار القانوني في شكل زخم من القوانين و التشريعات التي تُحدد الحق في الحماية الاجتماعية؛ بدأت بعضها (قانون سعيد، و قانون إسماعيل، و قانون توفيق) دون هدف اجتماعي عام، بقدر ما كان هدفها رعاية بعض الطوائف. و جاءت قوانين (1909) و (1929)؛ لتحصر المستفيدين من الموظفين في الحكومة و المثبتين، و ظل غير المثبتين محرومون من أي نظام معاش يؤمن مستقبلهم و مستقبل أسرهم. ثم جاءت قوانين (1952، و 1956، و 1964، و 1975، و 1976، و 1978، و 1980)؛ لتضع النواة الأولى التي يقوم عليها نظام التأمين الاجتماعي في مصر الذي استمر حتى اليوم؛ حيث يُمنح التأمين الاجتماعي عن طريق صناديق التأمين الاجتماعي للعاملين بالحكومة، و قطاع الأعمال العام، و الخاص، و الجيش، أو الجهات المنشأ بها نظم معاشات بديلة، بالإضافة إلى جهات الرعاية الاجتماعية في الحكومة، و القطاع الخاص، و الجمعيات الأهلية.

ج- اعتمد الإطار الإداري لنظم الحماية الاجتماعية في مصر على قرارات رئيس الجمهورية، و القرارات الوزارية المتباعدة؛ حيث جاء قرار رئيس الجمهورية عام (1964) لإنشاء الهيئة العامة للتأمين الصحي؛ بغرض تقديم الرعاية الطبية، و توفير الأدوية، و صرف الأجهزة التعويضية للمؤمن عليهم، و قرار آخر عام (1967) لتقديم خدمات طبية و صيدلانية مقابل أجر، و تبع ذلك قرارات وزير الصحة أعوام (1974، و 1984، و 1985، و 1993)؛

لينظم اختصاصات القومسيونات الطبية، والأجازات المرضية، وإصابات العمل،
والتعويضات ... الخ.

د- يقوم الإطار المالي و الإنفاق على التأمين الاجتماعي على أسلوب التمويل الكامل من
اشتراكات المستفيدين، و نسبة مئوية من الإنفاق الجاري بالموازنة العامة للدولة؛ وذلك
في صورة تأمينات، و معاشات، و مساعدات شهرية، أو دفعة واحدة، أو إغاثات، أو
إعانات أسر العاملين، و المقاتلين، و المهاجرين، و المساعدات العينية، والقروض. و قد
بلغ رصيد المال الاحتياطي لنظام التأمين الاجتماعي (308.7 مليار) جنيه في عام
(2006)، و ارتفع مستوى الإنفاق على الصحة ليصل إلى (10.6 مليار) جنيه خلال عام
(2008).

هـ اتسع نطاق الفئات المستفيدة من نظم الحماية الاجتماعية في مصر خلال العقود الأخيرة؛
سواءً من حيث حجم هذه الفئات، أو نوعيتها. و لقد شهدت الفترة من عام (1991 -
2003) ارتفاعاً مضطرباً في أعداد أصحاب المعاشات و المستحقين وصلت إلى ما يقارب
(7.4) مليون فرد في العام المالي (2003/2002)، و وصل إجمالي عدد المشتركين في
نظام التأمين الصحي في عام (2006) إلى (36.929) مليون مشترك بنسبة (51 %) من
إجمالي عدد السكان.

و كذلك، شمل نظام الحماية الاجتماعية في مصر فئات عديدة؛ العاملون المدنيون
بالجهاز الإداري للدولة، و الهيئات العامة، و المؤسسات العامة، و الوحدات الاقتصادية، و
الخاضعون لقانون العمل، و المشتغلون بخدمة المنازل، و الخاضعون لتأمين إصابات العمل،
و أصحاب الأعمال. و قد اتسع نطاق الفئات المستفيدة من نظم الحماية الاجتماعية في مصر
ليشمل؛ القساوسة، و الشاماسة، و المكرسون، و أصحاب الصناعات المنزلية، و المراكب
الشراعية، والمشتغلون لحساب أنفسهم.

2- التحولات في نظم الحماية الاجتماعية في مصر خلال الحقبة الأخيرة:

رصد التحليل التاريخي عدة تحولات طرأت على نظم الحماية الاجتماعية في مصر؛ حيث
دخلت تعديلات و إضافات على القوانين و التشريعات، و حدثت إضافة لفئات جديدة استفادت

من هذه النظم، و كذلك تم رصد تعديلات و إضافات في نظم الإدارة، و تخصيص الأموال للإنفاق على هذه النظم، كما يلي:

أ- صدرت قوانين عام (1960، و 1963، و 1976)؛ لتعالج جوانب القصور التي شابته القوانين السابقة بخصوص فئات المؤمن عليهم، و كذلك صدرت قرارات وزارية لتعديل لائحة المجالس الطبية، و معالجة بعض ثغرات نظام التأمين الصحي؛ و ذلك في الأعوام (1975، و 1976). ثم جاءت التعديلات الدستورية خلال عام (2005)؛ لتؤكد على مبدأ الحماية الاجتماعية، و توضح أن الدولة تكفل خدمات التأمين الاجتماعي، و الصحي، و معاشات العجز عن العمل، و البطالة، و الشيخوخة، للموظفين جميعاً؛ و ذلك وفقاً للقانون.

ب- من التحولات التي تم رصدها في إدارة نظم الحماية الاجتماعية في مصر؛ بيان عام (2003) حول مبادلة ديوان الحكومة لهيئة التأمينات بأصول مملوكة للدولة، و تم توظيف (900) مليون جنيه من أموال التأمينات في البورصة المصرية، و صدر قرار رئيس الجمهورية بضم وزارة التأمينات إلى وزارة المالية، و أقام وزير المالية حساباً موحداً أضاف فيه العمليات المالية الخاصة لصناديق التأمين الاجتماعي إلى العمليات المالية لقطاع الموازنة العامة و بنك الاستثمار القومي.

ج- اتسع نطاق الفئات التي تشملها نظم الحماية؛ حيث امتدت مظلة المساعدات لتشمل الأسر -على اختلاف ظروفها - و المقاتلين، و المهاجرين، و الأطفال، و الأحداث، و المسنين، و المرأة. و اتسعت مظلة التأمين الاجتماعي لتشمل فئات المواطنين المدنيين، و العسكريين، و العاملون بالخارج، و أصحاب الأعمال، و خدم المنازل، و الطلاب في مشروعات التشغيل الصيفي، و غيرهم من الفئات.

د- استجابت نظم الحماية الاجتماعية في مصر للعديد من الاتفاقيات الدولية التي تم التصديق عليها، و جاء تعديل قرار وزير الصحة عام (1995) في شأن تحديد الأمراض المزمنة التي يُمنح عنها المريض أجازة استثنائية بأجر كامل، متطابقاً مع الاتفاقية (52) لمنظمة العمل الدولية التي دخلت حيز التنفيذ عام (1991).

هـ- تم رصد التطور في الإنفاق على المعاشات خلال الأعوام (1983، و 1994، و 2004)؛ حيث شهد الإنفاق على المعاشات ارتفاعاً مضطرباً من (2.004) مليار جنيه خلال العام المالي (1991/1990) إلى ما يُقدر بنحو (15) مليار جنيه خلال العام المالي

(2005/2004). بينما تراجع نصيب الفرد من الإنفاق على الصحة من (434) جنيهاً عام (1968)، إلى (117) جنية سنوياً عام (2008).

و- شهدت نظم الحماية الاجتماعية في مصر أزمة انعكست على التأمين الاجتماعي و التأمين الصحي في مصر خلال الألفية الجديدة؛ و التي ترتبت على التباعد الواضح بين ما تم التصديق عليه من اتفاقيات دولية، و إقراره في صورة قوانين، و تشريعات، و دساتير محلية، و بين ما يُمارس على أرض الواقع. و قد تجسدت ملامح أزمة التأمين الاجتماعي في؛ ازدياد أعداد المستحقين للمعاشات، و زيادة مصروفات التأمين الاجتماعي على الاشتراكات المتدفقة، و بدأت الحكومة تطرح قضية التأمينات الاجتماعية كأزمة. و اتضحت ملامح أزمة التأمين الصحي في؛ انخفاض مستوى جودة الخدمات التي يقدمها النظام الحكومي، و زيادة الإقبال على الخدمات التي يقدمها القطاع الخاص، و إهدار مبالغ تنفق على قطاع الصحة الحكومي دون تحقيق الأهداف المنشودة، و ارتفاع معدلات وفيات الرضع بالمقارنة بدول عربية أخرى، و زيادة نسبة الإصابة بأمراض السرطان، و الكبد الفيروسي (ج)، و الوفاة بسبب الأمراض الناجمة عن تلوث المياه ... الخ.

ز- تم رصد تحول آخر في نظم الحماية الاجتماعية في مصر استجابة لهذه الأزمة؛ تجسد في دعوة مصر عام (2005) لمفهوم جديد للعقد الاجتماعي؛ يعتمد على إعادة صياغة للعلاقة بين الدولة و المواطنين، و يحصل بمقتضاه المواطن على حقوقه، و يلتزم تجاه الدولة بتنمية قدراته للخروج من دائرة الفقر. و يستفيد من هذا العقد جميع فئات المجتمع - و لاسيما الفقراء - و هذا ما طرحه تقرير التنمية البشرية في مصر عام (2006)، و أكدته مشروعات وزارة التضامن الاجتماعي فيما بعد حول الوحدات السكنية للأسر الأولى بالرعاية الاجتماعية، و الحد من الفقر، والفئات الأولى بالرعاية، و معاش الضمان الاجتماعي، و الخدمات الاجتماعية، و رفع قيمة ما يُصرف للأطفال كمنحة دراسية، و مساعدات الأسر، و غيرها من برامج الضمان الاجتماعي.

ح- على الرغم من التحولات التي شهدتها نظم الحماية الاجتماعية خلال العقود الأخيرة؛ و كان من نتائجها شمول مظلة التأمين الاجتماعي لجميع الفئات، و ظهور انعكاس واضح لتصديق مصر على الاتفاقيات الدولية، و الإقليمية، و العربية، و على القوانين، و القرارات الوزارية؛ إلا أن هذه النظم لم تحقق أهدافها المتوقعة، بقدر ما ظهر لها من آثار غير متوقعة؛ اتضحت في ارتفاع معدلات البطالة، و الفقر، و نسبة الإصابة بالمرض. إذ يُعتبر معدل البطالة في مصر في ثمانينيات القرن الماضي معدل مرتفع بلغ (7.6 %)، ثم

ارتفع إلى (9.6%) في التسعينيات. أما مدى الفقر المدقع في مصر عام (1999)؛ فقد بلغ (16.7%)، و تقدير عدد الفقراء (10.6) مليون فقير. هذا عن فقر الدخل، أما الفقر البشري، فيظهر في مجالات الصحة، والتعليم، والحصول على المياه النظيفة، والأطفال ناقصي الوزن، والأمية؛ مما يشير إلى تزايد الإقصاء الاجتماعي خلال العقدين الماضيين، و تضافر هذه الأوضاع مع معدلات البطالة المرتفعة لتولد ديناميات التهميش المنذرة بالسوء. كما أن جهود إنشاء و تفعيل شبكات الأمان الاجتماعي كانت غير متوازنة بين مختلف الفئات، و بين الترتيبات غير النظامية، و البرامج الرسمية، هذا فضلاً عن انتشار مرض التهاب الكبد الفيروسي (ج) في مصر على نطاق واسع، مع نسبة عالية من تواتر المرض، و الوفيات بسبب مرض الكبد المزمن.

ط- لا تزال نظم الحماية في مصر خلال العقود الأخيرة في مرحلة تحول، و لم تشهد إصلاحات جوهرية؛ لأنه لم يحدث إصلاحات مؤثرة في نطاق التغطية - على الرغم من توسعه - و لم تُحدث زيادة الموارد نقله نوعية، و لم تساعد التعديلات في نظم الإدارة على تحسين برامج تقديم وتلقي الحماية؛ و يعني هذا أنها غير كافية، و غير مناسبة لمواجهة التحديات المتتالية الحالية والمستقبلية، و انطوت على العديد من أوجه القصور مقارنة بالنظم المماثلة في بلدان أخرى في الجنوب و الوطن العربي.

3- عوامل تحولات نظم الحماية الاجتماعية في مصر خلال الحقب الأخيرة:

كنا قد افترضنا - في البداية - وجود حزمة عوامل و قوى متداخلة؛ بعضها داخلي، وأخرى خارجية، قد تضافرت على إحداث التحولات في نظم الحماية الاجتماعية، و قدمنا بلورة لهذه الافتراضات؛ في القول بأن اتباع مصر - خلال الحقب الأخيرة - لاستراتيجية تنموية تُبنى على أساس نموذج قائد/ تابع، أو نموذج ما تبقى، قد ترك أثراً واضحاً على نظم الحماية الاجتماعية، وأن اتباع نموذج الصفوة في صياغة أهداف السياسة الاجتماعية و تنفيذها؛ قد أثر بالسلب على هذه النظم، و أن غياب التوازن بين آليات المساعدة الاجتماعية و التأمين الاجتماعي كان من نتائجه تراجع جهود التمكين، و تحقيق العدالة الاجتماعية، و الإنصاف، و الإخلال بمبادئ حقوق الإنسان، و كذلك أثر تراجع الشراكة، و تحمل المسؤوليات الاجتماعية من جانب قطاعات المجتمع المختلفة على ظهور مطالب أخرى في نظم الحماية الاجتماعية.

أ- الاستراتيجيات التنموية و نظم الحماية الاجتماعية:

تنقلت مصر خلال العقود الأخيرة بين استراتيجيات تنمية مختلفة؛ حيث أعلنت الدولة خلال مرحلة التدخل المباشر (1952 – 1970) عن مجموعة متكاملة من القوانين و الإجراءات التي كانت تهدف إلى إحداث تغييرات متعددة، و عرفت المرحلة بأن الدولة هي الفاعل الرئيس في حقل العمل الاجتماعي؛ من خلال تصدرها للأنشطة المرتبطة بالخدمات الاجتماعية، و ما اعتمدته من سياسات لتوزيع الدخل، و تكافؤ الفرص، و العدالة الاجتماعية، و كفالة تشغيل الخريجين، و التوسع في الدعم السلمي و الخدمي، و الزيادة المباشرة في الدخول للفئات الفقيرة. و كانت هذه الاستراتيجية التنموية تهدف إلى تحقيق الاستقلال الوطني، و بناء تنمية اقتصادية و اجتماعية مستقلة، و تبنى أساليب التخطيط الشامل و الخطط الخمسية، و تحقيق الرفاهية و العدالة الاجتماعية، و التوسع في مجانية التعليم، و التأمينات الاجتماعية و الصحية، و لم تظهر مع هذه الاستراتيجيات التنموية أية مؤشرات تدل على وجود بطالة صريحة، و قد ظلت منخفضة إلى أن ارتفعت من (2.2 %) إلى (7.7 %).

و هكذا، تبنت مصر خلال هذه المرحلة مدخلاً خاصاً و فلسفة في التنمية؛ جمعت بين النمو الاقتصادي، و التوزيع المنصف للعائدات، و استندت إلى مجموعة مبادئ و قيم الاستقلال الوطني، و العدالة الاجتماعية، و الالتزام السياسي، و تكامل السياسات الاقتصادية و الاجتماعية، و الخطط القومية في التنمية؛ و يدل هذا على أن الاستراتيجية التنموية المستقلة و المتكاملة؛ تنعكس بالإيجاب على نظم الحماية الاجتماعية.

ثم شهدت الفترة من عام (1974) حتى اليوم تحولاً في استراتيجيات التنمية في مصر؛ حيث كانت بداية تطبيق سياسة الانفتاح الاقتصادي، مع التوسع في الدعم السلمي، و استمرار الالتزام بمجانبة التعليم، و ضمان تشغيل الخريجين، و حماية العمال من الفصل، و مد مظلة التأمين الاجتماعي إلى فئات متعددة، ثم حدث تطبيق رسمي لسياسات التكيف الهيكلي، و الإصلاح الاقتصادي، و ما استتبعه من تخلي الدولة عن تعيين الخريجين، و أنشأت الدولة الصندوق الاجتماعي للتنمية؛ للتخفيف من الآثار الاجتماعية لهذه السياسة، و في السياق العام لبرنامج التثبيت الاقتصادي، و التكيف الهيكلي، ثم تطبيق الخصخصة، و تسارعت خطواتها في السنوات (2004 – 2006). و قد صاحب هذه الاستراتيجية التنموية؛ انخفاض واضح في نصيب قطاع الخدمات الاجتماعية، و ارتفاع معدلات البطالة لتصل إلى (10.5 %)، و كذلك ارتفعت نسبة البطالة بين فئات المتعلمين.

و هكذا، كان تحول استراتيجية التنمية في مصر إلى مدخل يبني على أساس نموذج قائد/ تابع أو نموذج ما تبقى؛ بمعنى البدء في تحديد السياسة الخاصة بالاقتصاد الكلي، و الاهتمام

بالنمو الاقتصادي، و ترك ما يخص الحماية الاجتماعية لما تبقى، و جعلها تابعة و تالية، لا تحظى بالعناية الكافية؛ و ما ترتب على ذلك من الاهتمام بالتنمية القطاعية، و عدم الحرص على التنسيق والتكامل، و تفعيل التعاون بين الإجراءات التي تعزز الحماية الاجتماعية، و تلك التي تدفع النمو الاقتصادي، و غياب الفهم الكلي للتنمية. و قد انعكس ذلك بالسلب على فعالية نظم الحماية الاجتماعية، و حال دون حدوث إصلاحات جوهرية و مؤثرة في نطاق التغطية، و زيادة الموارد، و تحسين برامجها. و يبرهن هذا كله، على صدق القول بأن استراتيجية التنمية التي تقوم على ما تبقى، و غير المتكاملة؛ قد انعكست بالسلب على نظم الحماية الاجتماعية في مصر.

ب- السياسة الاجتماعية و نظم الحماية الاجتماعية:

شهدت الفترة التي تلت الألفية الجديدة، إعادة لصياغة أهداف السياسات الاجتماعية، وتنفيذها، و التي صدرت من أعلى إلى أسفل؛ حيث كان بيان الحكومة في عام (2003) حول مبادلة ديون الحكومة لهيئة التأمينات إلى أصول مملوكة للدولة، و تم تنفيذ فكرة استثمار أموال التأمينات في البورصة، و فقدت ما يقرب من (500) مليون جنيه، و صدر قرار ضم وزارة التأمينات إلى وزارة المالية و إنشاء حساب موحد، و تجميع كل مدخرات العاملين الذين يشتركون في صناديق التأمين الاجتماعي؛ بهدف إحكام السيطرة على هذه الأموال؛ و كانت النتيجة عدم القدرة على تحقيق أهداف نظم التأمين الاجتماعي، و برزت أزمة التأمينات الاجتماعية في المجتمع المصري خلال الألفية الجديدة. و من ناحية أخرى، تراجعت الاستثمارات العامة في قطاع الصحة من (20%) عام (2005) إلى (9.5%) عام (2007). و تراجع نصيب الفرد من الإنفاق الحكومي على الصحة من (434) جنيه عام (1998) إلى (117) جنيه عام (2008)، و تراجع معه هذا النصيب في مصر بالمقارنة بما تنفقه دول عربية أخرى، و قد أتاحت هذه السياسات الاجتماعية من حيث أهدافها، و تنفيذها الفرصة لظهور أنماط من الفساد في قطاع الصحة؛ تمثلت في الاختلاس، و السرقة من الميزانية المخصصة للرعاية الصحية، أو الموارد الناشئة عن رسوم الخدمات الصحية، و سرقة الأدوية، و المستلزمات الطبية، و الأجهزة، و المعدات؛ لتحقيق مكاسب شخصية، و إهدار للمال العام. و هكذا، كان لتبنى مصر لنموذج في صياغة السياسة الاجتماعية و تنفيذها الذي يتجه من أعلى إلى أسفل، و قيام الصفوة البيروقراطية بدور واضح في صياغة أهدافه و مراقبة تنفيذها، و هيمنتها على آلية المساءلة؛ أثره السلبي على تجاوب قطاعات السكان معه، و تضررها من عيوب تنفيذه.

ج- التوازن بين آليات المساعدة الاجتماعية و التأمين الاجتماعي، و تراجع جهود التمكين،

والإخلال بمبادئ حقوق الإنسان:

إن اعتماد نظام الحماية الاجتماعية على شبكات للأمان الاجتماعي تحرص على تحقيق التوازن بين آليات المساعدة الاجتماعية و التأمين الاجتماعي؛ من شأنه أن يدعم جهود التمكين، ويساعد على تحقيق مبادئ حقوق الإنسان؛ ذلك لأن شبكات الأمان الاجتماعي تُعد أحد مجالات الإنفاق الاجتماعي الحكومي و الأهلي؛ التي تهدف إلى تحسين أوضاع الشرائح الاجتماعية والفئات، و تمكينها من إشباع حاجاتها الأساسية في ظروف طارئة؛ مثل البطالة، و المرض، أو ظروف مستمرة مع الوقت؛ مثل الشيخوخة، و التقاعد. كما تهدف شبكات الأمان الاجتماعي في نفس الوقت إلى؛ الإنفاق في تطوير بعض قدرات الجماعات الفقيرة و المهمشة على العمل، و التكسب، و الاعتماد على نفسها، و في الوقت نفسه تخفيف حدة الخلل الاجتماعي في توزيع بعض الفرص الاقتصادية و الاجتماعية؛ تحسباً لتأثيراتها المحتملة على الاستقرار الاجتماعي؛ كأحد الشروط الجوهرية لتواصل التنمية باعتبارها حقاً أصيلاً من حقوق الإنسان.

و قد كشف التحليل التاريخي لنظم الحماية الاجتماعية في مصر عن حالة عدم التوازن في جهود إنشاء و تفعيل شبكات الأمان الاجتماعي بين مختلف الفئات؛ حيث جرى التمييز بين الترتيبات غير النظامية و التقليدية التي يتبادل فيها الأقارب الدعم الاجتماعي و الاقتصادي في حالة الحاجة و الضيق، و بين البرامج الرسمية التي تتولاها الحكومة و المنظمات غير الحكومية؛ حيث تُقدم شبكات الأمان الاجتماعي النظامية المعونات النقدية أو العينية المباشرة، و الدعم لضرورات الحياة الأساسية (و بخاصة الغذاء)، و التشغيل في مشروعات الأشغال العامة. و لقد شغلت المعاشات الحكومية المرتبة الأولى في بناء شبكات الأمان الاجتماعي، و تضاعلت نسبة استفادة الفقراء منها، و انخفضت نسبة الاستفادة من المعاشات الأخرى (معاش السادات، و معاش الضمان الاجتماعي)، كما تضاعلت نسبة استفادة الفقراء من التأمينات الاجتماعية؛ و خاصة سكان صعيد مصر⁽⁶⁰⁾.

و لوحظ أن الحكومة تتحمل بمفردها مسؤولية إقامة شبكات أمان اجتماعي؛ لتطوير قدرات الفقراء، و تمكينهم من التكسب، و العمل، و الاعتماد على النفس. و قد أنشأت الصندوق الاجتماعي للتنمية، و مشروع شروق، و مشروع بناء القرية، و الأسر المنتجة، و أقامت البنوك الاجتماعية و العامة؛ مثل بنك ناصر الاجتماعي، و بنك الائتمان الزراعي، لكن لا يزال برنامج شروق يواجه معوقات كثيرة، و تأثيره متواضع في مجال مواجهة البطالة، و انخفضت

نسبة المستفيدين من قروض الأسر المنتجة؛ لعدم المعرفة بنشاطاته، و صعوبة إجراءاته، و كذلك انخفضت نسبة المستفيدين من قروض بنك الائتمان الزراعي بين سكان ريف الصعيد، و أيضاً تضاءلت نسبة الاستفادة من قروض بنك ناصر الاجتماعي في ريف الصعيد و الدلتا (153).

و تدلل هذه النتائج، على أن عدم التوازن بين آليات المساعدات الاجتماعية و التأمين الاجتماعي، و بين جهود إشباع الحاجات الأساسية، و تطوير قدرات الفئات المتغيرة و المهمشة على العمل، و التكيف، و الاعتماد على النفس؛ قد ترتب عليه خلل اجتماعي في توزيع الفرص، و تمكين الفقراء، و غياب الالتزام بأهم مبادئ حقوق الإنسان في التنمية و الاستقرار الاجتماعي.

د - المسؤولية الاجتماعية و الشراكة في نظم الحماية الاجتماعية:

أكدت التعديلات الدستورية عام (2005) على مبدأ الحماية الاجتماعية، و أن يقوم المجتمع على التضامن الاجتماعي؛ مما يعني أنه إذا كانت الحكومة تتحمل المسؤولية الاجتماعية في كفاءة خدمات التأمين الاجتماعي و الصحي، فإن الاتفاقيات الدولية، و المواثيق، و أهداف الألفية الثالثة؛ قد وضعت على عاتق قوى المجتمع المختلفة (قطاع خاص، و مجتمع مدني) إلى جانب الحكومة مسؤولية الشراكة في تحقيق التضامن الاجتماعي.

و قد كشف التحليل التاريخي لنظم الحماية الاجتماعية في مصر، عن أن الحكومة تتحمل العبء الأكبر في تقديم المعاشات، و التأمينات، و المساعدات، بأنواعها المختلفة، و يتراجع إسهام القطاع الخاصة ليقصر على بعض التأمينات، و يتركز إسهام المجتمع المدني، و الجمعيات الأهلية، و المواطنين، على بعض المساعدات الاجتماعية من الأقارب و أهل الخير. كما تتحمل الحكومة بمفردها مسؤولية تطوير القدرات، و تمكين الفئات الفقيرة من التكسب، و الاعتماد على النفس، و لم يظهر للقطاع الخاص، أو المجتمع المدني، أو المواطنين، ما هو متوقع منهم، و تحمل مسؤولياتهم الاجتماعية، و الشراكة في توفير فرص عمل كافية، و الإسهام بجدية في حل مشكلات البطالة (154).

و في كل ذلك، دليل واضح على أن تراجع المسؤولية الاجتماعية و الشراكة في نظم الحماية الاجتماعية؛ انعكس بالسلب على هذه النظم.

سادساً: خيارات المستقبل و نظم الحماية الاجتماعية المرغوب فيها:

ربما أفادنا التحليل التاريخي و نتائجه السابقة؛ من حيث دروس النجاح و الإنجازات، و رصد التحولات، و التعرف على العوامل الداخلية و الخارجية لها؛ في بلورة مجموعة قضايا ضرورية لإصلاح نظم الحماية الاجتماعية، و توضيح أجندة عمل، و مداخل ممكنة للتعامل مع تحديات المستقبل، نوجزها على النحو التالي:

1- الإسراع في تحويل المفهوم الجديد للعقد الاجتماعي من تصور دعت إليه مصر عام (2005)؛ و الذي يوضح العلاقة بين الدولة و جميع المواطنين، إلى سياسات تنموية و برامج عمل؛ حيث يحصل بمقتضاه المواطن على حقوقه، و حرياته، و يخضع لإرادة السلطة، و يلتزم تجاه الدولة بتنمية قدراته، و الخروج من دائرة الفقر، و أن تقوم الدولة بتنظيم برنامج متكامل لحماية الحقوق و الحريات؛ يستهدف كافة المواطنين و الفقراء في الأساس، و كذلك برنامج متكامل اجتماعياً، و سياسياً، و اقتصادياً، يزوج بين الإصلاح على كافة المستويات؛ من أجل تعزيز مسيرة التنمية و الارتقاء بالمواطنين؛ مما يمكنهم من تحقيق احتياجاتهم، في ضوء عدالة توزيع الثروة بين الفئات الاجتماعية المختلفة و عدم المركزية، و تطبيق مبادئ الحكم الرشيد⁽⁶³⁾.

2- ضرورة تجاوز المفهوم الضيق للسياسة الاجتماعية؛ الذي يقف عند مجرد صياغتها و تنفيذها، و تفعيل النموذج العقلاني و العلمي في وضع السياسة الاجتماعية؛ و الذي يتسع ليشمل متابعة تنفيذ السياسة، و تقييمها، و إعادة صياغة أهدافها، و جودة إنجازاتها. ذلك لأن السياسة العقلانية تعمل على تعظيم القيمة الصافية للإنجاز، و يفترض بأن كل قيم المجتمع تكمل بعضها الآخر، و أن التضحية بواحدة منها أو أكثر بسبب أي سياسة، يجد تعويضاً و زيادة في تحقيق قيم أخرى. حيث يدخل في حساب كفاءة السياسة، كل القيم الاجتماعية، و السياسية، و الاقتصادية. و لذلك، فإن اختيار السياسة العقلانية يتطلب معرفة جميع القيم التي يفضلها المجتمع، و أهمية كل منها، و معرفة جميع السياسات البديلة و المتاحة، و معرفة جميع النتائج المترتبة على كل سياسة منها، و حساب نسبة القيم المجتمعية التي تتحقق إلى القيم المجتمعية التي يتم التضحية بها مع كل سياسة بديلة، ثم اختيار أكثر البدائل السياسية كفاءة⁽⁶⁴⁾. و يتطلب هذا النوع من السياسة؛ أن تشارك جميع الشخصيات العامة، و المنظمات الأهلية، و الحكومية (خاصة تلك التي تقوم على تنفيذ تلك السياسة)، و وسائل الإعلام، و الأحزاب السياسية، في مناقشة و صياغة هذه السياسة، و أخيراً تُعرض على المجالس البرلمانية ليناقشها؛ تمهيداً لإقرارها من السلطات الرسمية⁽¹⁵⁵⁾، على أن يتولى إدارة السياسات التأمينية مجلس من الخبراء مشهود لهم بالكفاءة و النزاهة، و يتم تغييرهم كل خمس

سنوات، و مهمته تحديد التوظيف الأمثل لأموال التأمينات في أوعية تحقق عائداً جيداً وبعيدة عن المخاطر، و هو مجلس منوط به اقتراح السياسات التي تنظم الموارد، و تقلل التكاليف، و ترشد حجم الإنفاق في الجهاز البيروقراطي الذي يتولى التنفيذ، و كذلك يتولى اقتراح التطوير، و كيفية مد مظلة التأمينات لتشمل الجميع، و بحيث يُشكل من خلاله لجنة مراقبة كل التصرفات المالية و نتائجها؛ لتجنب حدوث تلاعب في أموال المؤمن عليهم، و يدخل في تشكيل اللجنة ممثلين من الأحزاب السياسية، و النقابات المهنية و العمالية، وغيرها، و تكون اللجنة حريصة على تطوير آليات لمكافحة كل صور الفساد و التهرب التأميني؛ لزيادة حصيلة الاشتراكات، و حماية العاملين الذين لا يتم التأمين عليهم من قبل أصحاب الأعمال⁽¹⁵⁶⁾.

3- إن تأسيس نظم حماية اجتماعية للجميع؛ يتطلب الاستناد إلى مبدأ التشبيك و الترابط بين مختلف آلياته و نظمه. و يساعد تطبيق هذا المبدأ في التغلب على تحديات الموارد المالية المحدودة، و يعزز مدخل مناصرة الفقراء، و التعامل مع معضلات دوائر الفقر الخبيثة؛ خاصة وأن الفقر - بمفهوم اليوم - يشمل نطاقاً واسعاً من الأبعاد؛ تضم الاستهلاك، و الخدمات الاجتماعية، و النشاط، و الكرامة، و الاستقلال، و القابلية للسقوط. و يستفيد مدخل التشبيك من مجموعة وفيرة من الآليات؛ تضم التأمينات، و المساعدة المستهدفة، و التحويلات المدفوعة و القابلة لإعادة التوزيع، و أشكال الدعم الاجتماعي ... الخ، و يتجه نحو بناء نظم للحماية الاجتماعية، و آليات لضمان دعم الفقراء؛ بمعنى النمو الاجتماعي. و يُعتبر مدخل التشبيك؛ بمثابة تصور يشتمل على مجموعة من الممارسات الجديدة التي تعمل تجاه أهداف التغطية الشاملة للجميع. نفترض أن التشبيك و الربط بين مختلف النظم القائمة يمكن أن يمدنا بآليات -مؤقتة أو دائمة - من أجل الدعم التدريجي للحماية الاجتماعية لصالح المجتمع في جملته؛ منها الدمج بين المداخل التي تبدأ من أعلى إلى أسفل، و تلك التي تبدأ من أسفل إلى أعلى؛ بحيث يمكن تصنيف المداخل التي تبدأ من أعلى، إلى تلك التي تحاول مد مظلة التأمين الاجتماعي القائمة لتشمل الجماعات ذات الدخل الأقل، أو تعمل على توسيع نطاق التحويلات الاجتماعية (النظم التي تعتمد على الضرائب)، و المساعدات الاجتماعية، و الصحة العامة، و الخدمات المجانية، وغيرها. و تعمل المداخل التي تبدأ من أسفل إلى أعلى على دعم الجماعات، و تمكينها من إدارة المخاطر التي تتعرض لها، و تناضل من أجل تمكين الجماعات المستهدفة؛ و بخاصة الفقراء⁽¹⁵⁶⁾. و يضم التشبيك أيضاً، تعزيز الشراكة بين القطاع العام و الخاص؛ من خلال علاقات نظامية بين الدولة و القطاع الخاص الذي

يهدف إلى الربح، و ذلك الذي لا يحقق أرباحاً، ليعملاً معاً على تحديد الأهداف، و المناهج، و الإجراءات، و إنجاز ما تم الاتفاق على التعاون بصدده. ويفيد التعاون بين المنظمات غير الحكومية و الهيئات التي تقدم التأمينات؛ في التقليل من التكاليف، و تجنب مخاطر التأمين؛ بحيث تُقدم المنظمات غير الحكومية ما لديها من بنية تحتية لخدمة إنتاج هذه الهيئات، في التسويق، و التجميع، و الإدارة؛ لأنها على بينة من حاجات العملاء، و بإمكانها ضمان رضائهم. و يتسع التشبيك لصالح الحماية الاجتماعية للفقراء، ليضم في إطاره الحكومة، و المجتمع المدني، و الفقراء، و أسواق التأمين، و نظم الحماية الاجتماعية، و المانحين؛ على نحو يشكل أداة قوية تحقق التغطية لكل المحتاجين، و تعود بالفائدة على الجماعات المستهدفة. و يعمل تمكين الفقراء على جعل نظم الحكومة أكثر قابلية للمساعدة، و حرصاً على تقديم الرعاية و الفوائد على مستوى عالي الجودة، بينما تحرص على تقليل التكاليف. و هذه النظم في الأمن الاجتماعي التي تقوم على التشبيك؛ تجعل الجماهير تنعم بشبكة أمان، و تؤدي دوراً فاعلاً، و تمكنهم من المشاركة في المجتمع، و مواجهة الاستبعاد الاجتماعي، و تسهم في تعزيز رأس المال البشري، و تزيد من التماسك الاجتماعي، و تدعم رأس المال الاجتماعي⁽⁶⁸⁾.

4- ترشيد جهود التعاون الدولي، خاصة بعدما أسهمت العولمة في إسقاط الحواجز بين الدول، و أصبحت كل مشكلة محلية مشكلة عالمية بالضرورة، و أصبح التصدي لمشكلة الفقر يحتاج إلى تعاون دولي؛ خاصة و أن التجارب قد أكدت على عدم كفاية الإجراءات الوطنية والمحلية في تخفيض الفقر، و تحقيق الحماية الاجتماعية، و قد جاءت أهداف الألفية الثالثة؛ لتدعم أهمية التعاون مع المنظمات الدولية، و تجعل الشراكة العالمية هدفاً من أهدافها. و عليه، زادت فعاليات التعاون الإنمائي، و تدفقت المساعدات المختلفة، و إجراءات سد الفجوة في المعلومات و المعارف، و تحسين الفرص المتاحة أمام الفقراء، و تمكينهم من أسباب القوة؛ و يحتاج هذا إلى تهيئة بيئة سياسية سليمة لمساندة هذه الأهداف، و زيادة قدرة البلدان المتلقية على التصرف بعقلانية في هذه المساعدات، و توجيهها لبرامج الحماية الاجتماعية، و تخفيض أعداد الفقراء؛ خاصة بعدما ظهر - في الواقع - من أن ما تقدمه الهيئات المانحة من مساعدات، و تمويل، و قروض، قد وصل مبالغ تتجاوز المليارات، لكنها تُنفق على الندوات، و المؤتمرات، و الترويج للدول المانحة، و طباعة الكتيبات، و غيرها من تصرفات غير رشيدة، و التي ربما قد تفكر معها هذه الجهات في الاتجاه بها لصالح دول أخرى في المنطقة⁽¹⁵⁷⁾.

المراجع والهوامش

- (1) اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغرب آسيا (الإسكوا). نحو سياسات اجتماعية متكاملة في الدول العربية. (نيويورك: الأمم المتحدة، 2005) ص ص 7-9.
- (2) المرجع السابق. ص 5.
- (3) Cornall A. "Macking Spaces, Changing Places, Situating Participation in Development". In: **IDS Working Paper**, No 17, Oct 2002, PP. 4-5.
- (4) The World Bank. **World Development Report: Equity and Development**. (New York: The World Bank - Oxford University Press, 2006) PP. 148-149.
- (5) المرجع السابق. ص ص 149، 150.
- (6) علي عبد الرازق جلبي. "استراتيجية للتنمية المستدامة في صعيد مصر: رؤية مستقبلية". في: "المؤتمر السنوي السادس" - المركز القومي للبحوث الاجتماعية و الجنائية، 2003.
- (*) من الضروري أن ننوه أن مصطلحات الضمان الاجتماعي، و الرعاية الاجتماعية، و الحماية الاجتماعية تُستخدم بنفس المعنى في سياق هذا البحث.
- (7) سعيد المصري و آخرون. سياسات و برامج التضامن الاجتماعي في ضوء التجارب الدولية. (القاهرة: مركز المعلومات و دعم اتخاذ القرار بمجلس الوزراء، يوليو 2007) ص 9.
- (8) المرجع السابق. ص 10.
- (9) المرجع السابق. ص 10.
- (10) الهيئة القومية للتأمين الاجتماعي. "هيئة التأمين الاجتماعي". 18 يناير 2010. <<http://nosi.gov.eg/word.html>>.
- (11) نبيل محمود حكم. "أهمية التنسيق بين نظم و مؤسسات الحماية الاجتماعية في مصر". في: مؤتمر التأمينات الاجتماعية بين الواقع و المأمول - جامعة الأزهر - مركز صالح عبد الله كامل للاقتصاد الإسلامي، في الفترة من 13 - 15 أكتوبر 2002.
- (12) المرجع السابق.
- (13) "قانون رقم 112 لسنة 1980". 24 ديسمبر 2009. <<http://legan-hio.org/fatwa.aspx>>.
- (14) نبيل محمود حكم. مرجع سابق.
- (15) المرجع رقم 1 بدون توثيق ص 115.
- (16) عبد الخالق فاروق. الموازنة العامة للدولة و حقوق الإنسان. (الجيزة: جمعية المساعدة القانونية لحقوق الإنسان، 2002) ص 148.
- (17) المرجع السابق. ص 148.
- (18) أحمد رشدي محمد، هبة عبد المنعم علي، رانيا جمال جودة. إصلاح نظام المعاشات في مصر: الخيارات و السياسات. (القاهرة: مركز المعلومات و دعم اتخاذ القرار بمجلس الوزراء، أغسطس، 2005) ص ص 26، 27.
- (19) نبيل محمود حكم. مرجع سابق.
- (20) أحمد رشدي محمد، هبة عبد المنعم علي، رانيا جمال جودة. مرجع سابق. ص 27.
- (21) المرجع رقم 1 بدون توثيق ص ص 116، 117.
- (22) الهيئة القومية للتأمين الاجتماعي. "هيئة التأمين الاجتماعي". 18 يناير 2010. <<http://nosi.gov.eg/word.html>>.
- (23) أحمد عمر سعد الله. "واقع التأمينات الاجتماعية في مصر: مظلة التأمينات الاجتماعية - الفئات المستفيدة من أموال التأمينات الاجتماعية". في: مؤتمر التأمينات الاجتماعية بين الواقع و المأمول - جامعة الأزهر - مركز صالح عبد الله كامل للاقتصاد الإسلامي، في الفترة من 13 - 15 أكتوبر 2002.
- (24) أحمد رشدي محمد، هبة عبد المنعم علي، رانيا جمال جودة. مرجع سابق. ص ص 20، 21.
- (25) "قانون رقم 112 لسنة 1980". 24 ديسمبر 2009. <<http://legan-hio.org/fatwa.aspx>>.

- (26) أحمد إبراهيم محمود و آخرون. **تقرير الاتجاهات الاقتصادية الاستراتيجية 2006**. (القاهرة: مركز الدراسات السياسية و الاستراتيجية " الأهرام "، 2006) ص 361.
- (27) " قرار رئيس الجمهورية رقم 1209 لسنة 1964 " . 24 ديسمبر 2009.
<<http://legan-hio.org/fatwa.aspx>>.
- (28) **المرجع السابق**.
- (29) " قرار رئيس الجمهورية رقم 2323 لسنة 1967 " . 24 ديسمبر 2009.
<<http://legan-hio.org/fatwa.aspx>>.
- (30) **المرجع السابق**.
- (31) " قرار وزير الصحة رقم (253) لسنة 1974 " . 24 ديسمبر 2009.
<<http://legan-hio.org/fatwa.aspx>>.
- (32) **المرجع السابق**.
- (33) **المرجع السابق**.
- (34) **المرجع السابق**.
- (35) **المرجع السابق**.
- (36) " قرار وزير الصحة رقم (695) لسنة 1984 المعدل بالقرار رقم (259) لسنة 1995 " . 24 ديسمبر 2009.
<<http://legan-hio.org/fatwa.aspx>>.
- (37) **المرجع السابق**.
- (38) **المرجع السابق**.
- (39) " قرار وزير الصحة رقم (179) لسنة 1985 " . 24 ديسمبر 2009.
<<http://legan-hio.org/fatwa.aspx>>.
- (40) **المرجع السابق**.
- (41) **المرجع السابق**.
- (42) " قرار وزير الصحة رقم (219) لسنة 1993 " . 24 ديسمبر 2009.
<<http://legan-hio.org/fatwa.aspx>>.
- (43) نبيل محمود حكم. **مرجع سابق**.
- (**) المزايا التأمينية هي التي تُمنح للخاضعين لأي من قوانين التأمينات و المعاشات السارية، وفقاً للشروط و القواعد، و في الحدود المبينة فيها، و بصرف النظر عن مدى حاجة المؤمن عليه للميزة التأمينية المستحق لها. **انظر: نبيل محمود حكم. مرجع سابق**.
- (44) **المرجع السابق**.
- (45) أحمد رشدي محمد، هبة عبد المنعم علي، رانيا جمال جودة. **مرجع سابق**. ص ص 29، 30.
- (46) أحمد عمر سعد الله. **مرجع سابق**.
- (47) " القرار الوزاري رقم 261 لسنة 1975 بشأن تعديل لائحة المجالس الطبية " . 24 ديسمبر 2009.
<<http://legan-hio.org/fatwa.aspx>>.
- (48) " القرار الوزاري رقم 292 لسنة 1976 بشأن تعديل لائحة المجالس الطبية " . 24 ديسمبر 2009.
<<http://legan-hio.org/fatwa.aspx>>.
- (49) أحمد عمر سعد الله. **مرجع سابق**.
- (50) **المرجع السابق**.
- (51) " دستور جمهورية مصر العربية " . 8 أبريل 2009.
<http://www.egypt.gov.eg/arabic/laws/constitution/chp_two/part_one.aspx>.
- (52) **المرجع السابق**.
- (53) **المرجع السابق**.
- (54) سعيد المصري و آخرون. **مرجع سابق**. ص ص 13، 14.
- (55) علي جلبي، أميمة أبو الخير، رانيا عامر. " السياسة الاجتماعية و التنمية الإنسانية في مصر: رؤية مستقبلية " . **في: المؤتمر السنوي العاشر "السياسة الاجتماعية و تحقيق العدالة الاجتماعية في مصر" - للمركز القومي للبحوث الاجتماعية و الجنائية. المجلد الثاني، 26-29 مايو 2008، ص ص 1228، 1229**.
- (56) سعيد المصري و آخرون. **مرجع سابق**. ص ص 12، 13.
- (57) علي جلبي، أميمة أبو الخير، رانيا عامر. **مرجع سابق**. ص ص 1230، 1231.

- (58) المرجع السابق. ص ص 1229، 1230.
- (59) ابتسام الجعفر اوي. " تطور أوضاع التشغيل في مصر خلال خمسين عاماً ". في: المؤتمر السنوي الخامس " التغيير الاجتماعي في المجتمع المصري خلال خمسين عاماً " - المركز القومي للبحوث الاجتماعية و الجنائية. المجلد الأول، 20-23 أبريل 2003، ص ص 145 - 148.
- (60) المرجع السابق. ص ص 154 - 156.
- (61) المرجع السابق. ص ص 165 - 167.
- (62) إبراهيم العيسوي. الاقتصاد المصري في ثلاثين عاماً: تحليل التطورات الاقتصادية الكلية منذ عام (1974)، و بيان تداعياتها الاجتماعية، مع تصور لنموذج تنموي بديل. (القاهرة: المكتبة الأكاديمية، 2007) ص ص 104، 105.
- (63) معهد التخطيط القومي. مصر: تقرير التنمية البشرية 1995. (القاهرة: معهد التخطيط القومي - البرنامج الإنمائي للأمم المتحدة، 1995) ص 29.
- (64) أحمد رشدي محمد، هبة عبد المنعم علي، رانيا جمال جودة. مرجع سابق. ص ص 26، 27.
- (65) المرجع السابق. ص ص 26، 27.
- (66) المرجع السابق. ص 26.
- (67) عبد الخالق فاروق. الموازنة العامة للدولة و حقوق الإنسان. (الجيزة: جمعية المساعدة القانونية لحقوق الإنسان، 2002) ص 222.
- (68) معهد التخطيط القومي. مصر: تقرير التنمية البشرية 1995. (القاهرة: معهد التخطيط القومي - البرنامج الإنمائي للأمم المتحدة، 1995) ص 78.
- (69) أحمد رشدي محمد، هبة عبد المنعم علي، رانيا جمال جودة. مرجع سابق. ص 25.
- (70) عبد الخالق فاروق. مرجع سابق. ص 223.
- (71) المرجع السابق. ص 195.
- (72) المرجع السابق. ص 246.
- (73) أحمد رشدي محمد، هبة عبد المنعم علي، رانيا جمال جودة. مرجع سابق. ص ص 29، 30.
- (74) الأمم المتحدة. " الاتفاقية رقم (52) لمنظمة العمل الدولية بشأن الإجازات السنوية مدفوعة الأجر ". 13 فبراير 2010.
- <<http://www1.umn.edu/humanrts/arab/ilo52.html>>.
- (75) الأمم المتحدة. " الإعلان العالمي لحقوق الإنسان ". 2 يناير 2010.
- <<http://www.hrw.org/legacy/arabic/un-docs/text/udhr.htm>>.
- (76) المرجع السابق.
- (77) المرجع السابق.
- (78) منظمة العمل العربية. " الحماية الاجتماعية حق لكل مواطن ". في: مؤتمر العمل العربي الدورة الثامنة و العشرون من 2 - 9 أبريل 2001. (عمّان: المنظمة، 2001) ص ص 16، 17.
- (79) الأمم المتحدة. " إعلان حقوق الطفل ". 13 فبراير 2010.
- <<http://www1.umn.edu/humanrts/arab/b025.html>>.
- (80) الأمم المتحدة. " العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية، و الاجتماعية، و الثقافية ". 2 يناير 2010.
- <<http://www.hrw.org/legacy/arabic/un-files/text/icescr.htm>>.
- (81) الأمم المتحدة. " إعلان القضاء على التمييز ضد المرأة ". 13 فبراير 2010.
- <<http://www1.umn.edu/humanrts/arab/b021.html>>.
- (82) الأمم المتحدة. " إعلان حول التقدم و الإنماء في الميدان الاجتماعي ". 2 يناير 2010.
- <<http://www.amanjordan.org/un/un48.htm>>.
- (83) المرجع السابق.
- (84) الأمم المتحدة. " اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة ". 25 ديسمبر 2009.
- <<http://www.amanjordan.org/cedaw.htm>>.
- (85) الأمم المتحدة. " إعلان الحق في التنمية ". 2 يناير 2010.
- <<http://www1.umn.edu/humanrts/arab/b075.html>>.
- (86) المرجع السابق.
- (87) المرجع السابق.
- (88) الأمم المتحدة. " الاتفاقية رقم (168) لمنظمة العمل الدولية بشأن النهوض بالعمالة و الحماية من البطالة ". 13 فبراير 2010.
- <<http://www1.umn.edu/humanrts/arab/b062.html>>.

- (89) الأمم المتحدة. " اتفاقية حقوق الطفل " . 13 فبراير 2010.
<<http://www1.umn.edu/humanrts/arab/b026.html>>.
- (90) مجلس الرؤساء الأفارقة. " الميثاق الأفريقي لحقوق الإنسان والشعوب " . 2 يناير 2010.
<<http://www.amanjordan.org/un/un41.htm>>.
- (91) المرجع السابق.
- (92) منظمة العمل العربية. " الحماية الاجتماعية حق لكل مواطن " . في: مؤتمر العمل العربي الدورة الثامنة و العشرون من 2 - 9 أبريل 2001. (عمّان: المنظمة، 2001) ص ص 18، 19.
- (93) الدورة التاسعة لمؤتمر العمل العربي/ بنغازي. " الاتفاقية العربية رقم (14) بشأن حق العامل العربي في التأمينات الاجتماعية عند تنقله للعمل في أحد الأقطار العربية " .
- (94) الدورة الحادية عشرة لمؤتمر العمل العربي/ عمان. " الاتفاقية العربية رقم (16) بشأن الخدمات الاجتماعية العمالية " .
- (95) مجلس وزراء خارجية منظمة مؤتمر العالم الإسلامي. " إعلان القاهرة حول حقوق الإنسان في الإسلام " . 2 يناير 2010.
<<http://www.amanjordan.org/un/un39.htm>>.
- (96) مصطفى السيد و آخرون. تقرير التنمية الإنسانية العربية للعام 2009: تحديات أمن الإنسان في البلدان العربية. في: جاك الأسود، شكري رحيم (محرران). ترجمة: فايز صياغ. (نيويورك: برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، 2009) ص ص 109، 110.
- (97) ابتسام الجعفرابي. مرجع سابق. ص ص 152 - 154.
- (98) المرجع السابق. ص ص 158 - 163.
- (99) المرجع السابق. ص ص 170 - 175.
- (100) مصطفى السيد و آخرون. مرجع سابق. ص ص 112، 113.
- (101) المرجع السابق. ص 113.
- (102) المرجع السابق. ص ص 115، 116.
- (103) المرجع السابق. ص 117.
- (104) المرجع السابق. ص ص 118، 119.
- (105) المرجع السابق. ص 153.
- (106) المرجع السابق. ص 153.
- (107) منظمة العمل العربية. " الحماية الاجتماعية حق لكل مواطن " . في: مؤتمر العمل العربي الدورة الثامنة و العشرون من 2 - 9 أبريل 2001. (عمّان: المنظمة، 2001) ص 9.
- (108) المرجع السابق. ص 9.
- (109) مركز الدراسات السياسية و الاستراتيجية. تقرير الاتجاهات الاقتصادية الاستراتيجية 2008. (القاهرة: المركز، 2008) ص 131.
- (110) " الميثاق العربي لحقوق الإنسان " . 13 فبراير 2010.
<<http://www1.umn.edu/humanrts/arab/a003-2.html>>.
- (111) مكتبة الإسكندرية - الأكاديمية العربية للعلوم و التكنولوجيا - مجلس الأعمال العربي - منتدى البحوث الاقتصادية - المنظمة العربية لحقوق الإنسان - منظمة المرأة العربية. " وثيقة الإسكندرية: مارس

- 2004". في: مؤتمر قضايا الإصلاح العربي: الرؤية والتنفيذ من 12-14 مارس 2004. ط 3 الإسكندرية: مكتبة الإسكندرية، 2008) ص ص 23، 24.
- (112) مركز الدراسات السياسية و الاستراتيجية. تقرير الاتجاهات الاقتصادية الاستراتيجية 2008. مرجع سابق. ص 314.
- (113) مركز الدراسات السياسية و الاستراتيجية. تقرير الاتجاهات الاقتصادية الاستراتيجية 2006. (القاهرة: المركز، 2006) ص 362.
- (114) المرجع السابق. ص 362.
- (115) مركز الدراسات السياسية و الاستراتيجية. تقرير الاتجاهات الاقتصادية الاستراتيجية 2008. مرجع سابق. ص 309.
- (116) المرجع السابق. ص 309.
- (117) المرجع السابق. ص 310.
- (118) المرجع السابق. ص 310.
- (119) المرجع السابق. ص 310.
- (120) المرجع السابق. ص 311.
- (121) المرجع السابق. ص 312.
- (122) المرجع السابق. ص 312.
- (123) المرجع السابق. ص 313.
- (124) المرجع السابق. ص 313.
- (125) المرجع السابق. ص 314.
- (126) مركز الدراسات السياسية و الاستراتيجية. تقرير الاتجاهات الاقتصادية الاستراتيجية 2006. مرجع سابق. ص 364.
- (127) مركز المعلومات و دعم اتخاذ القرار برئاسة مجلس الوزراء. التحديات التي تواجه قطاع الصحة في مصر وسياسات التغلب عليها. (القاهرة: المركز، مارس 2005) ص 70.
- (128) مركز الدراسات السياسية و الاستراتيجية. تقرير الاتجاهات الاقتصادية الاستراتيجية 2008. (القاهرة: المركز، يناير 2008) ص 298.
- (129) المرجع السابق. ص 298.
- (130) مركز المعلومات و دعم اتخاذ القرار برئاسة مجلس الوزراء. دراسة مقترح شراء الحكومة للخدمات الصحية من القطاع الخاص. (القاهرة: المركز، أبريل 2005) ص ص 10، 11.

- (131) المرجع السابق. ص ص 1، 8.
- (132) مركز الأرض لحقوق الإنسان. " تقرير الأوضاع الصحية في الريف المصري ". في: سلسلة الأرض و الفلاح. العدد (46)، يونيو 2008، ص ص 28 - 36.
- (133) اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا (الإسكوا). نحو سياسات اجتماعية متكاملة في الدول العربية: إطار و تحليل مقارن. (نيويورك: الأمم المتحدة، 2005) ص ص 56، 57.
- (134) مصطفى السيد و آخرون. مرجع سابق. ص 153.
- (135) اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا (الإسكوا). مرجع سابق. ص 57.
- (136) حسام بدرأوي، محسن يوسف (محرران). تقرير الشفافية و محاربة الفساد في قطاع الصحة. (الإسكندرية: مكتبة الإسكندرية، 2007) ص 130.
- (137) مركز الدراسات السياسية و الاستراتيجية. تقرير الاتجاهات الاقتصادية الاستراتيجية 2008. مرجع سابق. ص 300.
- (138) مركز الأرض لحقوق الإنسان. تقرير الأوضاع الصحية في الريف المصري. مرجع سابق. ص 280.
- (139) مركز الدراسات السياسية و الاستراتيجية. التقرير الإستراتيجي العربي 2007 / 2008. (القاهرة: المركز، 2008) ص 464.
- (140) اللجنة الاقتصادية و الاجتماعية لغربي آسيا (الإسكوا). مرجع سابق. ص ص 56-57.
- (141) حسام بدرأوي، محسن يوسف (محرران). مرجع سابق. ص 44.
- (142) مركز المعلومات و دعم اتخاذ القرار برئاسة مجلس الوزراء. التحديات التي تواجه قطاع الصحة في مصر و سياسات التغلب عليها. مرجع سابق. ص 160.
- (143) حسام بدرأوي، محسن يوسف (محرران). مرجع سابق. ص 140.
- (144) المرجع السابق. ص ص 17، 18.
- (145) المرجع السابق. ص 140.
- (146) المرجع السابق. ص 141.
- (147) مركز الدراسات السياسية و الاستراتيجية. تقرير الاتجاهات الاقتصادية الاستراتيجية 2008. مرجع سابق. ص 301.
- (148) مركز الدراسات السياسية و الاستراتيجية. التقرير الإستراتيجي العربي 2007 / 2008. مرجع سابق. ص ص 460، 461.
- (149) مركز المعلومات و دعم اتخاذ القرار برئاسة مجلس الوزراء. الأزمة الراهنة لسوق الدواء في مصر. (القاهرة: المركز، سبتمبر 2003) ص ص 8 - 28.

- (150) أحمد كمال و آخرون. سياسات و برامج التضامن الاجتماعي في ضوء التجارب الدولية. (القاهرة: مركز المعلومات و دعم اتخاذ القرار برئاسة الوزراء، 2007) ص 15.
- (56) < <http://www.mss.gov.eg> >.
- (151) مركز الدراسات السياسية و الاستراتيجية. تقرير الاتجاهات الاقتصادية الاستراتيجية 2008. مرجع سابق. ص 201.
- (152) المرجع السابق. ص ص 201، 202.
- (153) المرجع السابق. ص 202.
- (154) علي عبد الرازق جليبي. "استراتيجية للتنمية المستدامة في صعيد مصر: رؤية مستقبلية". مرجع سابق.
- (155) المرجع السابق.
- (156) المرجع السابق.
- (157) أحمد كمال و آخرون. مرجع سابق. ص 15.
- (158) اللجنة الاقتصادية و الاجتماعية لغرب آسيا (الإسكوا). مرجع سابق. ص 71.
- (159) أحمد كمال و آخرون. مرجع سابق. ص 46.
- (160) مركز الدراسات السياسية و الاستراتيجية. تقرير الاتجاهات الاقتصادية الاستراتيجية: أموال التأمينات و ضرورة الإدارة المستقلة لمصلحة المؤمن عليهم. (القاهرة: المركز، 2006) ص ص 364، 365.
- (161) Schmidt, Jean-Oliver, et al. **Linking up Social Protection Systems in Developing Countries: Overview of Some Experiences and Approaches.** (Germany: GTZ, 2005) PP. 3-7.
- (162) المرجع السابق. ص ص 8، 9.
- (163) علي عبد الرازق جليبي. "استراتيجية للتنمية المستدامة في صعيد مصر: رؤية مستقبلية". مرجع سابق.

الفصل السادس : واقع الحماية الاجتماعية وشبكات الأمان فى
المجتمع المصرى
(الحماية الاجتماعية والتنمية)

- أولاً : تطور مستوى
التنمية البشرية
ثانياً : الحرمان
والحماية الاجتماعية
ثالثاً : الفقر والحماية
الاجتماعية
رابعاً : واقع الحماية والتضامن
الاجتماعى
خامساً : العلاقة بين برامج الحماية
والحرمان
سادساً : موقع محافظات القرن الأكثر
فقراً من برامج
التضامن الاجتماعى

واقع الحماية الاجتماعية وشبكات الأمان فى المجتمع المصرى (الحماية الاجتماعية والتنمية)

M

تستدعى دراسة واقع الحماية الاجتماعية وشبكات الأمان فى المجتمع المصرى التعرف على دور وهدف وزارة التضامن الاجتماعى ، بصفتها المؤسسة الأولى المعنية برفع الأعباء عن كاهل الأسرة المصرية ، من خلال تركيزها على العوامل التى تحول دون نمو المجتمع وتقدمه ، وتسعى نحو إختيار أنسب الوسائل الفعالة فى المجتمع من خلال مجموعة من البرامج للقضاء على هذه العوامل والحد من آثارها الضارة .

ويتركز النشاط الموجه للحماية الاجتماعية من قبل وزارة التضامن نحو شريحة بعينها تتصدر قائمتها الأسر الأولى بالرعاية ، وهى تلك الأسر التى تعاني من شكل من أشكال الحرمان . وتتولى وزارة التضامن الاجتماعى مسئولية مساعدة الأسر الأولى بالرعاية من خلال مراكز الخدمات الاجتماعية ، وهى بديل لما كان يطلق عليه قديما الوحدات الاجتماعية ، ويعد مركز الخدمات الاجتماعية الجهاز التنفيذى المنوط به أن يكون حلقة الوصل بين الأسرة مستحقة الخدمة وبين الوزارة باعتبارها المقدمة لها ، وتيسير الحصول على هذه الخدمات أيا كان شكلها خدمات مالية ، عينية ، صحية ، تنموية ، ثقافية ، إجتماعية . وذلك عن طريق دراسات متعمقة لحالات الأسر ، يتولى إعدادها الأخصائى الاجتماعى .

ومع تنامى أعداد الأسر الأولى بالرعاية ، يزداد العبء الملقى على عاتق وزارة التضامن الاجتماعى . ومع ما تشهده الجهود التنموية داخل المجتمع يفترض أن يتم تحجيم أعداد المستحقين ... لكن ما يتاح من مؤشرات عن مستوى التنمية البشرية فى السنوات الأخيرة يشير إلى تزايد أعداد المحرومين من الأشكال المختلفة للحرمان (فقراء - بطالة - فئات مهمشة - حرمان من تعليم ... الخ) ومن ثم فإن واقع الحماية الاجتماعية وشبكات الأمان فى المجتمع المصرى تستدعى دراسة كل من :

- 1- تطور مستوى التنمية البشرية .
- 2- تطور مؤشرات الحرمان (من حيث الفقر - التعليم - الصحة - البطالة - المرأة .. الخ) .
- 3 - إستعراض الجهود والبرامج المقدمة للحماية الاجتماعية .
- 4 - إستعراض تطور الإنفاق على بعض صور الحماية الاجتماعية .

- 5 - دراسة الفجوة بين مايقدم من برامج ومستويات الحرمان المختلفة
- 6 - الإشارة إلى الفقر فى المجتمع كقضية حاكمة فى موضوع الحماية الاجتماعية وشبكات الأمان الاجتماعى . وبناء على مؤشرات الفقر ، والجهود والبرامج الموجهة للحد منه ، سيتم دراسة مدى تناسق الجهود المبذولة مع حدة الفقر فى المحافظات المختلفة .
- 7 - برامج الحماية الاجتماعية وتحقيق أهداف الألفية ، إشارة سريعة للتعرف على دور الحماية الاجتماعية فى تحقيق أهداف الألفية .

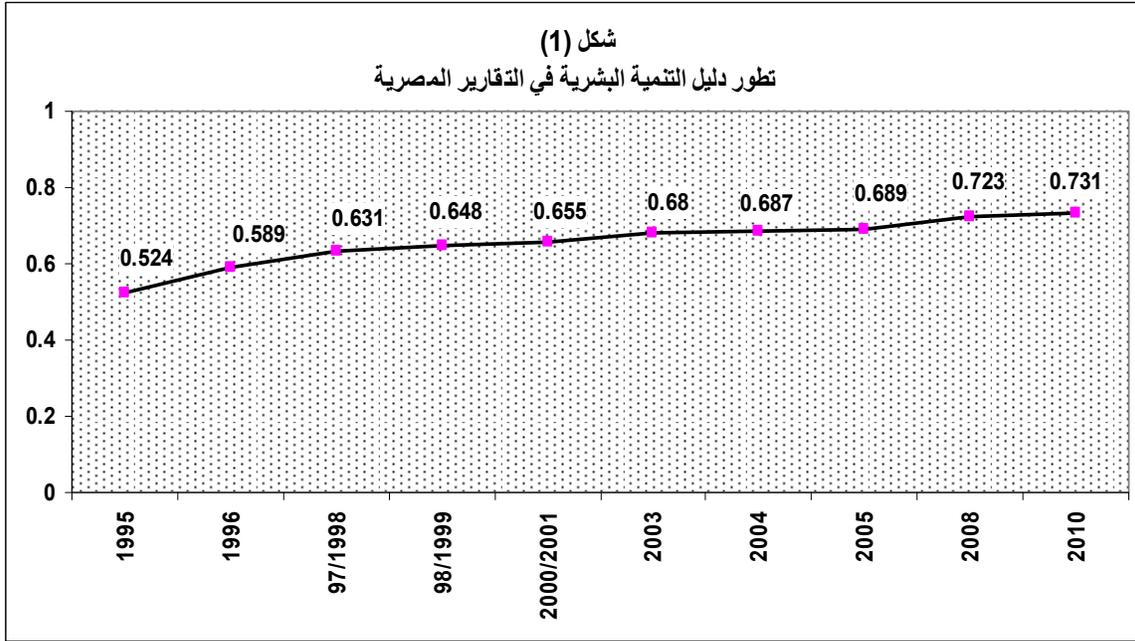
تطور مستوى التنمية البشرية :

تبذل الجهود فى كل المجالات سعياً نحو تحقيق تقدم فى مستوى التنمية المحقق ، وقياس ذلك من خلال دليل التنمية البشرية الذى رصدته تقارير التنمية البشرية الدولية والمصرية التى اتفقت أحياناً واختلفت فى أحيان أخرى ، إلا أنها تشير بشكل عام الى تحسن فى مستوى التنمية البشرية ، من خلال تتبع تطور مستوى التنمية البشرية فى التقارير المصرية سيتم الإشارة إلى الواقع الفعلى للحاجة إلى الحماية الاجتماعية ومدى إتساق اتجاه كل من الجهود المبذولة لرفع مستوى التنمية البشرية مع تلك الجهود والبرامج التى توجه للحماية الاجتماعية ، إنطلاقاً مما إتفقت عليه منهجية حساب دليل التنمية البشرية فى التقارير على أن هناك ثلاث شرائح للتصنيف حيث يصنف مستوى التنمية البشرية بأنه ضعيف إذا كان أقل من 0.5 ، ومتوسط إذا كان 0.5 حتى أقل من 0.8 ، ثم مرتفع إذا حقق 0.8 فأكثر .

ومن خلال تتبع تطور دليل التنمية البشرية على مدى عشرة تقارير يتضح ارتفاع مستوى التنمية البشرية الذى بدأ بقيمة 0.524 فى تقرير 1995 ، ووصل إلى 0.731 فى تقرير 2010 محققاً نقلة من مستوى يكاد يكون اقل من المتوسط إلى قيمة قاربت إلى الوصول إلى نهاية المستوى المتوسط .

شكل رقم (1)

تطور دليل التنمية البشرية في التقارير المصرية

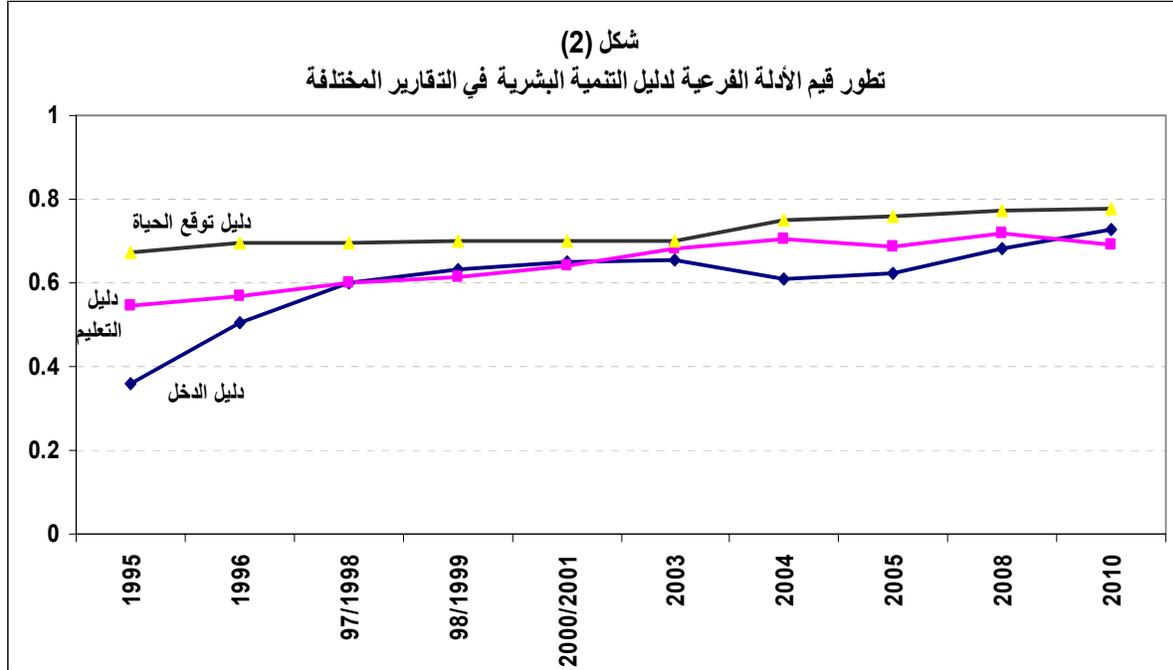


ومع هذا التحسن الظاهر في دليل التنمية البشرية ، إلا أن رصد تطور قيم الأدلة الفرعية الثلاثة لدليل التنمية البشرية يشير إلى أنه فيما عدا دليل توقع الحياة - فإن دليل الدخل ودليل التعليم تعرضا إلى تذبذب نحو الإرتفاع أحيانا والانخفاض أحيانا أخرى عاكسا مايعتري الأحوال الاقتصادية من تأثيرات واضحة على متوسط دخل الفرد من الناتج المحلي الإجمالي ومايرتبط به من تشغيل وبطالة وإنتاجية... الخ ، وما يؤدي إليه من ارتفاع نسبة الفقراء ، وكذلك منظومة التعليم وماتشده من تغيرات في القيد وما ينتج عنها من إحجام عن الالتحاق والتسرب من التعليم الأساسي ... ومايؤدي إليه كل ذلك من ارتفاع أعداد الأميين .

ورغما عن هذا التذبذب ، فإن دليل الدخل ارتفع من (0.357 في تقرير 1995 إلى 0.727 في تقرير 2010 وكذلك دليل التعليم من 0.544 إلى 0.689 .

شكل رقم (2)

تطور قيم الأدلة الفرعية لدليل التنمية البشرية في التقارير المختلفة



ومع التسليم بأن هناك إتجاه عام لمستوى التنمية البشرية نحو الارتفاع ، إلا أن هناك مجموعة من الملاحظات يمكن الخروج بها من تحليل هذا التباين منها :

1 - أن المحافظات الحضرية تحتل الصدارة فى قائمة ترتيب المحافظات من حيث مستوى التنمية حيث احتفظت بالمراكز الخمسة الأولى كل من بورسعيد - السويس - القاهرة - الإسكندرية - دمياط . حتى تقرير 2008 ، كما احتلت المراكز الخمسة الأخيرة كل من : الفيوم - أسيوط - المنيا - بنى سويف - سوهاج .

إلا أن مؤشرات تقرير 2010 تشير إلى دخول محافظة الإسماعيلية فى القائمة الأولى وخروج محافظة القاهرة من هذه القائمة ، مع حدوث بعض التحرك البسيط داخل المجموعة الأخيرة وإستبدال الرتب فيما بينها .

وبالتحليل المتعمق للمؤشرات الفرعية الداخلة فى حساب الأدلة يتضح أن مؤشرات دليل التعليم تلعب الدور الأساسى فى تراجع الترتيب فى المجموعة الأولى ، وهذا ما تؤكدته المؤشرات فى محافظتى القاهرة والإسماعيلية اللتان تبادلتا مواقعهما الترتيبية . كما أن مؤشرات دليل الدخل ، التى لعبت دوراً كبيراً فى احتفاظ المحافظات المجموعة الأخيرة بترتيبها ، أحرزت تقدماً واضحاً فى التقرير الأخير 2010 بين محافظات الوجه القبلى مقارنة بما حققته المحافظات الحضرية - ومحافظات الوجه البحرى ومحافظات الحدود بل وعلى مستوى جمهورية مصر العربية كلها كما هو واضح من الجدول التالى .

جدول رقم (1)
الزيادة فى قيمة دليل التنمية البشرية
بين تقريرى 1995 ، 2010

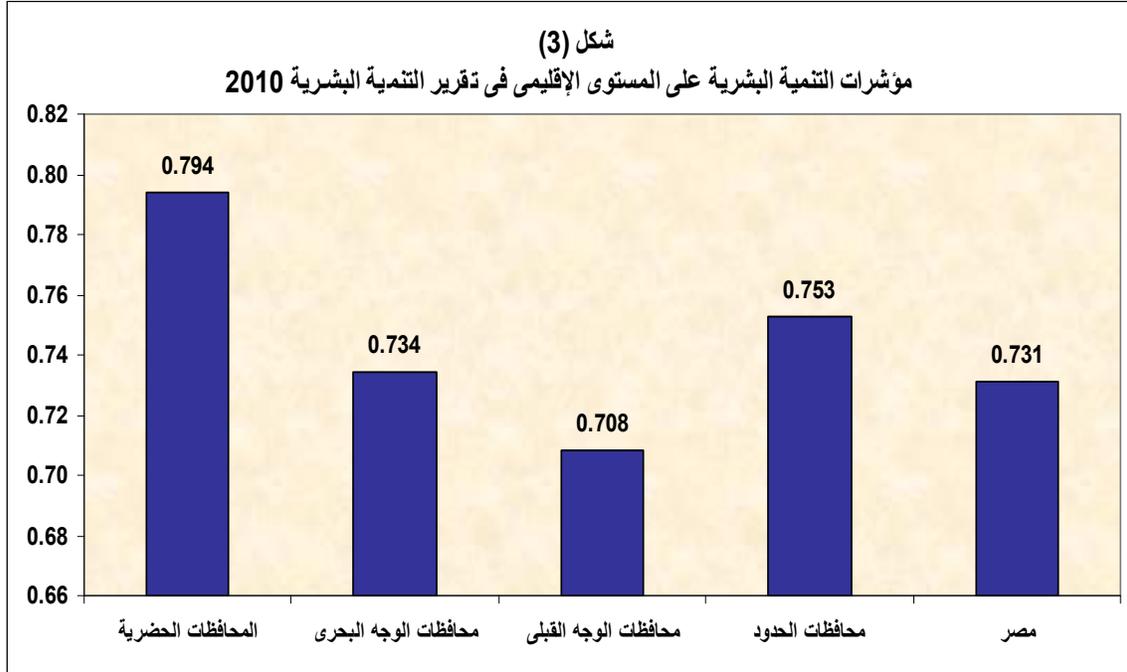
مقدار الزيادة فى				
المحافظات	دليل التنمية البشرية	دليل الدخل	دليل التعليم	دليل توقع الحياة
المحافظات الحضرية	0.187	0.281	0.053	0.092
محافظات الوجه البحرى	0.206	0.370	0.157	0.092
محافظات الوجه القبلى	0.247	0.445	0.192	0.103
محافظات الحدود	0.210	0.428	0.174	0.73
مصر	0.207	0.370	0.145	0.106

المصدر : تم حساب مقدار الزيادة بمعرفة الباحثة من تقارير التنمية البشرية .

ومع التأكيد على ماتم إحرازه على مستوى محافظات الوجه القبلى من تقدم فى مستوى التنمية البشرية إلا أنه بمقارنة مستوى التنمية البشرية بين الأقاليم المختلفة ، يتضح أنها على الترتيب : المحافظات الحضرية 0.794 - محافظات الحدود 0.753 - محافظات الوجه البحرى 0.734 محافظات الوجه القبلى 0.708 . فتقرير التنمية البشرية 2010 (عن بيانات عام 2007/2008).

أى أن محافظات الوجه القبلى مازالت الأقل فى مستوى التنمية البشرية .

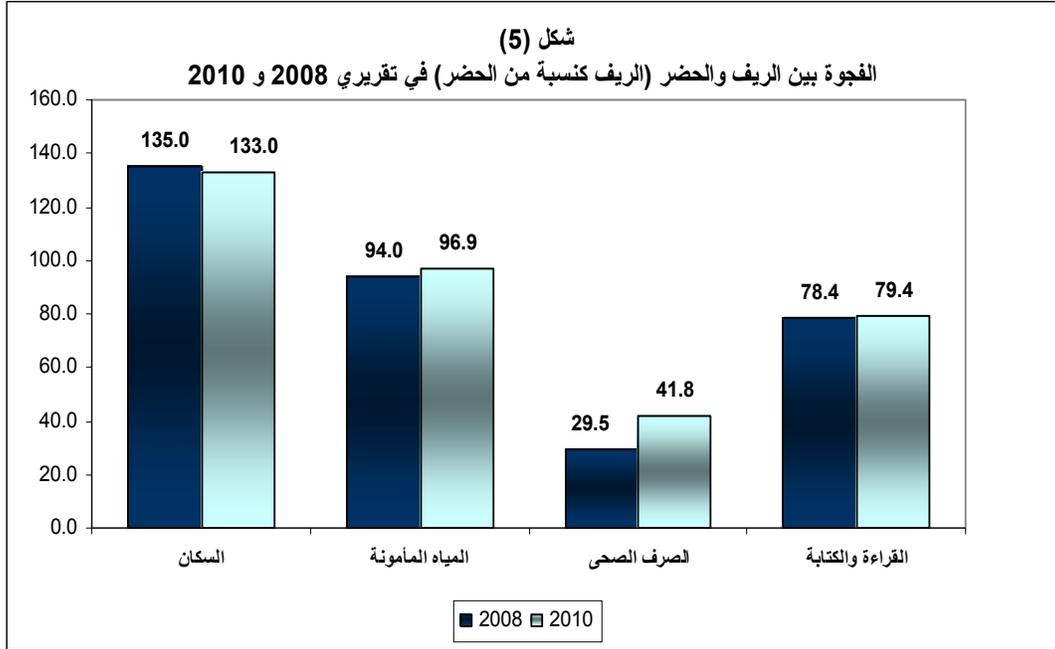
شكل رقم (3)
مؤشرات التنمية البشرية على المستوى الإقليمى
فى تقرير التنمية البشرية 2010



وكما حدث تباین بين المحافظات المختلفة ، وبين الأقاليم المختلفة تشير الفجوة بين الريف والحضر (الريف كنسبة من الحضر) إلى أنه على الرغم من ارتفاع نسبة ساكنى الريف إلى الحضر (133 فى الريف لكل 100 فى الحضر) ، وشبه تقارب بينهما فيما يخص الإمداد بالمياه المأمونة (97 فى الريف لكل 100 فى الحضر) ، إلا أن هناك فجوة على مستوى الإلمام بالقراءة والكتابة (79.4 فى الريف لكل 100 فى الحضر) ، وكانت الفجوة أشد وضوحا فى الإمداد بخدمة الصرف الصحى (حيث كانت 41.8 فى الريف لكل 100 فى الحضر) .

شكل رقم (4)

الفجوة بين الريف والحضر (الريف كنسبة من الحضر) فى تقرير 2010،2008



وتشير الفجوة النوعية بين الإناث والذكور إلى أن هناك 80.7 أنثى تجيد القراءة والكتابة لكل 100 ذكر أى أن أمية الإناث مازالت فى حاجة إلى مزيد من الجهود كجزء من مشكلة الأمية التى يجب التصدى لها بشكل عام ، وأن هناك 31.3 أنثى فى قوة العمل مقابل 100 ذكر . وباستقراء مؤشرات حالة المرأة يمكن الوقوف على أسباب هذا الوضع حيث أنه من بيانات تقرير التنمية البشرية 2008 يتضح أن نسبة القيد الإجمالية للإناث فى الإبتدائى 94.5% ، وفى الثانوى 70.3% . وأن نسبة الحاصلات على تعليم ثانوى أو أعلى 22.7% . ومع دخول صيغ جديدة للتعليم ربما يتحسن الوضع مستقبلا (ظهور مدارس الفصل الواحد ، ومدارس المجتمع ، والمدارس الصغيرة ، ومبادرة تعليم الفتيات ... الخ) .

الحرمان والحماية الاجتماعية :

يقتضى الحرمان وجود الحماية الاجتماعية للفئات المحرومة وحيث تتجلى صور الحرمان

كما سجلتها تقارير التنمية البشرية فى مصر فى :

- 1 - الحرمان من الإمداد بالمياه المأمونة والصرف الصحى .
- 2 - الوفيات من الأطفال دون سن الخامسة وكذلك الأطفال الذين يعانون من سوء التغذية .
- 3 - الحرمان من خدمة التعليم الأساسى والثانوى والأمية .
- 4 - البطالة

5 - الفقر .

- فإن مؤشرات التنمية البشرية تشير إلى أنه على الرغم من كل الجهود المبذولة لرفع مستوى التنمية البشرية ، وماسجلته المؤشرات من تطور وتحسن إلا أن :
- هناك 341.3 الف أسرة لاتحصل على مياه مأمونة ، 6964.3 ألف أسرة محرومة من الصرف الصحى عام 2008 .
 - يوجد 44.2 الف طفل يموتون دون سن الخامسة ، 435.1 ألف طفل دون سن الخامسة يعانون من سوء التغذية عام 2008 .
 - هناك 4706.8 ألف طفل خارج التعليم الأساسى والثانوى ، 17023.5 الف أمى (15 سنة فأكثر) عام 2008 .
 - بلغ عدد المتعطلين 2135 الف متعطل منهم 1057 ألف من الإناث عام 2007 .
 - كما بلغ عدد الفقراء (تحت خط الفقر) 16191 الف ، والأشد فقرا (الفقر المدقع) 4543.4 الف عام 2009/2008 .

جدول رقم (2)

تطور مؤشرات الحرمان

تقرير * 2010 بالآلاف	تقرير 2008 بالآلاف	صور الحرمان
341.3	771.6	الأسر التى لا تحصل على مياه مأمونة
6964.3	8553.6	الأسر التى لاتحصل على صرف صحى
44.2	217.9	أطفال يموتون دون سن الخامسة
435.1	554.5	أطفال دون الخامسة يعانون من سوء التغذية
4706.8	3737	أطفال خارج التعليم الأساسى والثانوى
17023.5	17494.1	أميون (15سنة فأكثر)
2135	2040.1	المتعطلون
16191	13974.1	الفقراء

المصدر : تقرير التنمية البشرية، مصر 2008 .

- تم حساب هذه المؤشرات لحساب تقرير التنمية البشرية مصر 2010 (تحت النشر).

ومن الجدول السابق رقم (2) يتضح أن هناك زيادة واضحة فى كل من :

عدد الفقراء - - عدد المتعطلين - عدد الأميين - عدد الأطفال خارج التعليم الأساسى والثانوى .

وأن هناك إنخفاض فى كل من أعداد الأسر التى لا تحصل على مياه مأمونة ، وعدد الأسر التى لا تحصل على صرف صحى ، وعدد الأطفال دون سن الخامسة الذين يعانون من سوء التغذية ، وعلى الرغم من هذا الإنخفاض إلا أن أعداد المحرومين مازالت كبيرة ، أى أنه بعبارة أخرى على الرغم من التحسن فى هذه المؤشرات إلا أنها تدل على مدى الحاجة لمزيد من الاهتمام فى هذه المجالات .

وحيث أن موضوع الفقر يعد قضية حاکمة فيما آلت إليه جميع هذه المؤشرات السابقة ، لذا فإن إلقاء مزيد من الضوء على هذا الموضوع يعد مطلباً أساسياً لتحديد شكل وحجم الحماية المطلوبة .

الفقر . . والحماية الاجتماعية :

تناولت دراسات عديدة عن الفقر ، مفهومه ، وأبعاده ، والعوامل التى تؤثر فيه والتى منها سوء توزيع الدخل والثروات ، وسوء إدارة الموارد ، والتدهور البيئى ، والضغط السكانى ، والكوارث الطبيعية ، وتهميش دور فئات معينة فى المجتمع كالمراة وسكان الريف ... الخ ، واتفقت هذه الدراسات على أن الفقر يختلف باختلاف الزمان والمكان ، كما اتفقت على أنه حالة من الحرمان المادى تتجلى أهم مظاهرها فى :

- 1 - انخفاض إستهلاك الغذاء كماً ونوعاً .
- 2 - تدنى الحالة الصحية .
- 3 - تدنى المستوى التعليمى .
- 4 - تدنى الوضع السكنى .
- 5 - الحرمان من تملك السلع المعمرة والأصول المادية الأخرى .
- 6 - فقدان الاحتياطى لمواجهة الحالات الصعبة كالمرض والإعاقة والبطالة والأزمات .

كل هذا إلى جانب فقر القدرات متمثلاً فى الإنعزال والإغتراب وضعف القدرة على اتخاذ القرارات وعدم الشعور بالأمان .

جدول رقم (3)

تطور حالة الفقر

عام 2009/2008	عام 2005/2004	
22.3	23.5	نسبة أدنى 40% من الأشخاص من الدخل
4.4	3.9	نسبة أعلى 20% إلى أدنى 20%
%31	%33.2	معامل جيني
%21.6 16191.0 %6.1 4543.4 ألف	%19.6 13974.1 %3.9 2762.4 ألف	الفقراء % من السكان % إجمالي الفقراء عدد الفقراء % الفقراء المدقون عدد الفقراء فقرا مدقعا
%15.2 %41.3	%9.5 %49.2	إجمالي الأسر الفقيرة % من إجمالي الأجور % من دخولهم

المصدر : تم حسابها من بيانات مسح الدخل والإنفاق والإستهلاك 2005/2004 ، 2009 / 2008 لحساب تقارير التنمية البشرية 2008 ، 2010

وبمقارنة حالة الفقر طبقا لبيانات مسح الدخل والإنفاق والإستهلاك عامي 2005/2004 و 2009/2008 يتضح ارتفاع نسبة الفقراء من 19.6% إلى 21.6% ، وكذلك الفقر المدقع من 3.9% إلى 6.1% ، ومن ثم ارتفع عدد الفقراء من 13974.1 الف إلى 16191.0 ألف ، والأشد فقرا من 2762.4 ألف إلى 4543.4 ألف .

ومن جدول تطور حالة الفقر رقم (3) يتضح أن أدنى 40% من الأشخاص يحصلون على 23.5% من الدخل عام 2005/2004 ، وانخفض عام 2009 /2008 الى 22.3% . ومع حدوث انخفاض طفيف للغاية في قيمة معامل جيني الذي يعكس التباينات من 33.2% على 31% إلا أن نسبة أعلى 20% ارتفعت من 3.9 إلى 4.4 . وهو ما يشير إلى ارتفاع الفجوة بينهما من 3.9 مثل إلى 4.4 أمثال .

وهكذا تؤكد أجور الأسر الفقيرة كنسبة من دخولهم ، والتي انخفضت من 49.2% إلى 41.3% إلى إستمرار وجود الخصائص العامة التي تجمع الفقراء والتي تتمثل في أنهم أميون ، ويعملون بأعمال هامشية منخفضة الأجر أو عاطلون .

وبدون سرد تفصيلات عديدة توضح اثر الفقر على التعليم والصحة والتشغيل والإنتاجية... الخ يمكن الرجوع إلى الدراسات (1) التي تناولت هذا الأمر بقدر من التحديد والتي منها يمكن الخروج بأهم نتيجة يجب أن تكون محل إعتبار عند دراسة الحماية الاجتماعية وهي

أن الفقر يؤدي إلى ظهور مشكلة الإحجام عن الالتحاق بالتعليم ، والتسرب منه في المرحلة الأساسية ، والإتجاه نحو التعليم النظري على حساب التعليم العملي ، وعدم تحقيق العدالة بين أفراد المجتمع .

ونتيجة لهذه الأوضاع ، وحرصاً على الحد من الفقر كأحد الأهداف الإنمائية للألفية كان مشروع الإستهداف الجغرافي للحد من الفقر خطوة نحو الطريق الصحيح لتحديد مناطق تركيز الفقر .

ويهدف مشروع الإستهداف الجغرافي (2) للحد من الفقر بالمحافظات التي ظهر من تقارير التنمية البشرية إرتفاع نسبة الفقراء بها ، وتم اختيار عدد 1000 قرية تمثل القرى الأكثر فقراً وبها حوالي 5 مليون من الفقراء ، موزعة على هذه المحافظات بنسب الفقر بينها ، واحتلت صدارة هذه القائمة كل من محافظات أسيوط ، المنيا وسوهاج وقنا والتي تمثل نسبة الفقراء بهذه القرى 29.4% ، 26% ، 26% ، 12% على الترتيب من إجمالي الفقراء المستهدفين في الألف قرية .

وقد إستهدف مشروع الحد من الفقر في هذه القرى (3) ، تمويل مشروعات صغيرة ومشروعات متناهية الصغر ومشروعات البنية الأساسية المجتمعية حيث توجه إلى تمويل مشروعات المرأة المعيلة وأصحاب الدخل المنخفضة من النساء بنسبة 50% من إجمالي التمويل . وذلك على مرحلتين :

المرحلة الأولى 54.03 مليون جنيه منها 28.75 مليون جنيه للمشروعات الصغيرة ، 25.28 مليون جنيه للمشروعات متناهية الصغر ، ويقدر أن توفر الأولى 2500 فرة عمل ، والثانية 10100 فرصة عمل .

أما المرحلة الثانية فيبلغ تمويلها 1423 مليون جنيه ، منها 1029 مليون جنيه مشروعات صغيرة ، 344 مليون جنيه مشروعات متناهية الصغر ، 50 مليون جنيه مشروعات البنية الأساسية والمجتمعية ، ومن المتوقع أن توفر هذه المشروعات 2635709 فرصة عمل ، منها 134000 فرصة في المشروعات الصغيرة ، 126200 فرصة عمل في المشروعات متناهية الصغر ، 3370 فرصة عمل في مشروعات البنية الأساسية والمجتمعية .

جدول رقم (4)

توزيع الألف قرية الأكثر فقراً

المحافظة	عدد القرى	عدد الفقراء في هذه القرى	%
أسيوط	234	1436795	29.4

26.0	1270324	310	المنيا
26.0	1268608	250	سوهاج
12	587743	112	قنا
4.7	227576	55	الشرقية
1.0	48.811	18	الجيزة
0.6	31162	13	بنى سويف
0.1	5839	4	البحيرة
0.0	2391	4	أسوان
100	4879249	1000	الجملة

المصدر : برنامج الإستهداف الجغرافى لمكافحة الفقر (الألف قرية الأكثر فقراً فى مصر) ، وزارة التنمية الاقتصادية بالتعاون مع البنك الدولى ، 2007 .

ويشير الجدول رقم (4) الخاص بتوزيع الألف قرية الأكثر فقراً أن محافظة أسيوط التى أظهرتها تقارير التنمية البشرية الأكثر فقراً ، تم إختيار عدد 234 قرية بلغ عدد الفقراء بها 1436795 يمثلون 29.4% من الإجمالى على مستوى القرى المختارة تليها محافظة المنيا ثم محافظة سوهاج ، وبلغ عدد الفقراء بالقرى المختارة من هذه المحافظات الثلاث حوالى 4 مليون نسمة تمثل أكثر من 81% من الفقراء بمجموع القرى المختارة .
وإذا كانت المحافظات المختارة والتى منها تم اختيار الألف قرية الأكثر فقراً تمثل فى غالبيتها محافظات الوجه القبلى نظراً لتركز الفقر فى هذا الإقليم بالدرجة الأولى ، إلا أن الفقر موجود أيضاً فى باقى الأقاليم كما هو واضح من الجدول التالى رقم (5) .

جدول رقم (5)

مقارنة بين عدد الفقراء بالآلاف

2009/2008 – 2005/2004

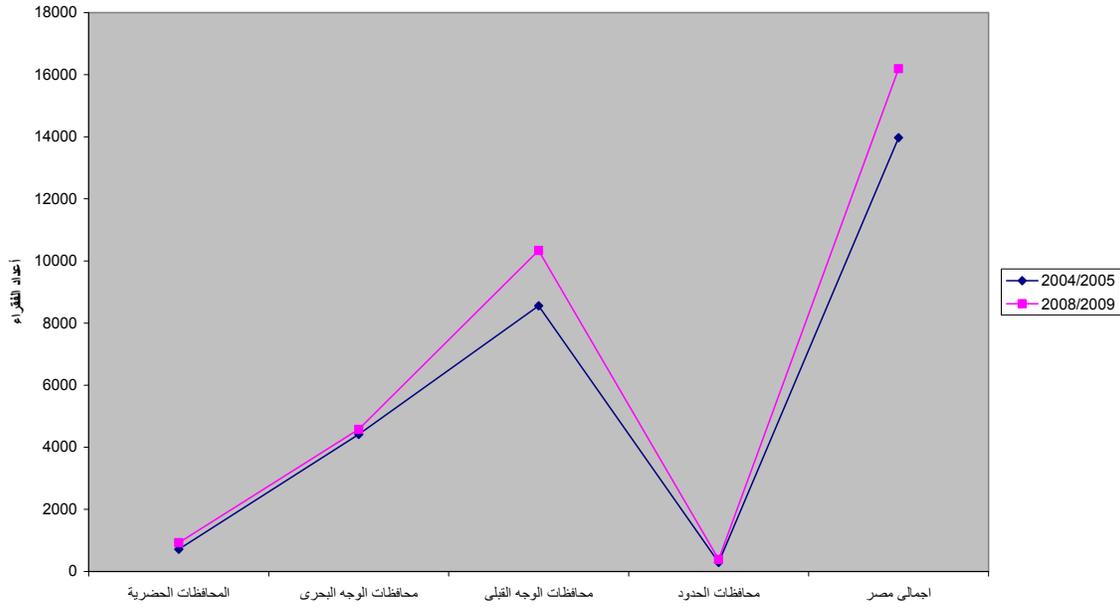
2009/2008	2005/2004	
927.0	716.1	المحافظات الحضرية
4575.1	4411.5	محافظات الوجه البحرى
10339.8	8553.9	محافظات الوجه القبلى
387.1	292.6	محافظات الحدود

16191.0	13974.1	إجمالي مصر
%21.6	%19.6	نسبة الفقر

تم حساب هذه الأعداد من بيانات مسح الدخل والإنفاق والإستهلاك 2008/2004، 2009/2005 الأولى منشورة بتقرير التنمية البشرية مصر 2008، والثانية تقرير 2010 تحت النشر .

شكل رقم (5) تطور أعداد الفقراء

تطور أعداد الفقراء



وبمراجعة توزيع الفقراء على أقاليم جمهورية مصر العربية من جدول (5) يتضح أن محافظات الوجه القبلى كانت ومازالت تحتل المرتبة الأولى فى عدد الفقراء حيث ارتفع العدد من 8553.9 ألف إلى 10339.8 ألف خلال مسحى الدخل والإنفاق والإستهلاك ، تليها محافظات الوجه البحرى (ارتفع بمعدل أقل من 4411.5 ألف إلى 4575.1 ألف) ، ثم تأتى المحافظات الحضرية (التي ارتفع بها من 716.1 ألف إلى 927.0 ألف) . وأخيرا محافظات الحدود (من 292.6 ألف إلى 387.1 ألف) .

وعلى الرغم من أن ارتفاع أعداد الفقراء بالمحافظات الحضرية كان أقل من الوجه القبلى والبحرى ، إلا أن وضع محافظة القاهرة يستدعى إلقاء الضوء عليه .

جدول رقم (6)

حالة الفقر في محافظة القاهرة

مسح الدخل والإنفاق عام	نسبة أدنى 40% من الأشخاص من الدخل	نسبة أعلى 20% إلى أدنى 20%	معامل جيني	الفقر كنسبة من السكان	الأشد فقرا كنسبة من السكان	أجور الأسر الفقيرة كنسبة من دخولهم	أجور الأسر الفقيرة % من الأجور
2005/2004	18.7	6	37.8	4.6	0.5	65.4	1.7
2009/2008	18.8	6.1	38	7.6	1.7	43.2	4.9

المصدر : محسوبة من مسوح الدخل والإنفاق والاستهلاك 2005/2004 ، 2009/ 2008 .

وتشير مسوح الدخل والإنفاق والاستهلاك الى ارتفاع عدد الفقراء في محافظة القاهرة من 356400 نسمة عام 2005/2004 الى 619400 نسمة عام 2009/2008 . ومن الجدول رقم (6) يتضح أن حالة الفقر بمحافظة القاهرة واضحة حيث لم يتحسن بشكل ملموس نسبة أدنى 40% من الأشخاص من الدخل ، بل يدور حول 19% ، وأن أعلى 20% يحصلون على حوالى 6 أمثال ما يحصل عليه أدنى 20% ، وأن نسبة الفقراء من السكان ارتفعت من 4.6% إلى 7.6% أى أننا اليوم أمام ما يقرب من 535 ألف أسرة ، وكذلك الأشد فقراً من 0.5% إلى 1.7% . وربما يرجع ذلك إلى إنتشار المناطق العشوائية وارتفاع نسبة سكان العشوائيات بالقاهرة إلى إجمالى سكان العشوائيات حيث بلغ عدد سكان العشوائيات بمحافظة القاهرة 3125994 نسمة فى 2008/1/1 من إجمالى العشوائيات على مستوى الجمهورية 11058095 نسمة بنسبة أكثر من 28% وذلك فى 81 منطقة عشوائية منها 13 منطقة مطلوب إزالتها تماما تم إزالة 8 منها حتى الآن وجرى إزالة 4 مناطق وتوجد 3 مناطق لم تبدأ خطوات الإزالة بها بعد .

واقع الحماية والتضامن الإجتماعى :

تقدم وزارة التضامن الاجتماعى مجموعة من برامج الحماية الاجتماعية (4) تستهدف بها الفئات الأولى بالرعاية ، تتمثل هذه البرامج فيما يلى :

برامج الحماية الاجتماعية

الفئات المستهدفة	البرنامج
الأرامل - المطلقات - الأيتام - أولاد المطلقة إذا توفيت أو تزوجت أو سجت - العجز - الشيخوخة - البنت التى بلغت سن الخمسين ولم تتزوج - أسرة المسجون لمدة لا تقل عن 3 سنوات .	(1) معاش الضمان الاجتماعى : معاش شهري للأسر التى ليس لها أى مصدر من مصادر الدخل أو الأسر ذات الدخل المحدود

<p>الأطفال في الحالات الآتية :</p> <p>- طلاق الوالدين ثم زواج كل منهما - وفاة الوالدين . وفاة الأب ثم زواج الأم .</p> <p>أصحاب المعاشات بالقطاع الحكومي أو قطاع التأمينات الاجتماعية .</p> <p>منحة المدارس - الحامل - الرضيع - حالات المرض - حالات هجر عائل الأسرة - الأسرة التي يكون عائلها مسجوناً - الطفل المعاق ذهنياً .</p> <p>حالات فريدة سواء كانت من مستحقي المعاش الضماني أو الأسر محدودة الدخل التي لا يتجاوز دخلها الشهري 300 جنيه</p> <p><u>مصاريف التعليم</u> : أن يكون الطالب بالأسرة المستحقة مقيداً في إحدى المراحل التعليمية على ألا يزيد نصيب الفرد من مجموع دخل الأسرة إذا وزع بالتساوي على أفرادها على مائة جنيه .</p> <p><u>مصاريف الجنائز</u> : تصرف لأصحاب المعاشات والمساعدات وأسرههم .</p> <p><u>مصاريف الوضع</u> : تصرف لأصحاب المعاشات والمساعدات وغيرهم على ألا يزيد دخل الأسرة لغير أصحاب المعاشات والمساعدات عن 300 جنيه.</p> <p>رعاية أسر المجندين وحل مشكلاتهم وخاصة الأسر التي تأثرت أحوالها الاجتماعية والاقتصادية نتيجة تجنيد العائل .</p> <p>مساعدات مالية عاجلة وآجلة في حالة تعرض الأفراد والأسر لنكبات عامة أو فردية وينتج عنها إصابات أو وفيات للأفراد أو خسائر في الأموال والممتلكات .</p> <p>رعاية أسر الشهداء والمصابين المدنيين نتيجة العمليات الحربية وإنفجار الألغام .</p>	<p>(2) <u>خدمة معاش الطفل</u> : معاش شهري للأطفال الأقل من 18 سنة بمقدار عشرين جنيهاً لكل طفل .</p> <p>(3) <u>المعاش الإستثنائي</u>: هو زيادة قيمة المعاش الأساسي "الحكومي والتأمينات لمواجهة متطلبات الحياة المتغيرة مثل حالات المرض ومصاريف الزواج.</p> <p>(4) <u>المساعدات الاجتماعية</u> : وتقدم للأسر التي ليس لها أي مصدر للدخل .</p> <p>أ- المساعدات الشهرية</p> <p>ب - خدمة مساعدات الدفعة الواحدة</p> <p>ج- الخدمات المقدمة لأسر المجندين</p> <p>د- خدمة صرف المساعدات في حالات الكوارث والنكبات العامة والفردية .</p> <p>هـ- مساعدة أسر الشهداء والمصابين المدنيين.</p>
--	---

<p>المصاب - زوجة المصاب - ابناء المصاب - والد المصاب ووالدته - أشقاء المصاب بشرط تواجدهم وقت حدوث الإصابة (شرط الإعاقة).</p> <p>الذين قضوا بالخدمة مدة لا تقل عن ثلاث سنوات متتالية ، من الصندوق المحلى لإعانات العاملين السابقين . فى حالات المرض - التعليم - الزواج .</p> <p>أسرة المريض بأمراض مزمنة أسرة المسجون خريج الجامعة المتراكمة عليه مصروفات المحتاجون للأجهزة التعويضية.</p> <p>يقوم البنك بصرف نفقة المطلقة / الأبناء / الوالدين التى يدر بها حكم قضائى على أن يتولى البنك مهمة تحصيل هذه المبالغ من المحكوم عليه حفاظا على كرامة الأسرة . الزوجة - المطلقة - الأولاد - الوالدين .</p> <p>جميع مستحقى الزكاة (الفقراء / المساكين / المرضى / الأيتام / الأرمال / طلاب العلم)</p>	<p>و - منح إعانات للعاملين السابقين بالحكومة والقطاع العام وقطاع الأعمال العام وأسرههم.</p> <p>(5) خدمات بنك ناصر الاجتماعى أ - المساعدات الاجتماعية</p> <p>ب - خدمات صندوق تأمين الأسرة</p> <p>ج- مساعدة الزكاة</p>
--	--

ومع تزايد حالات الحرمان السابق الإشارة إليها فإن الحالات المستفيدة من التضامن الاجتماعى تتزايد بالقطع ، كما يتضح من الجدول رقم (7) الذى تظهر فيه بالمقارنة بين عامى 2006/2007 ، 2007/2008 . ارتفاع عدد الحالات المستفيدة من البرامج المختلفة .

جدول رقم (7)

تطور إجمالى عدد الحالات المستفيدة من التضامن الاجتماعى

2008/2007	2007/2006	
915285	864154	المعاشات
106947	66130	المساعدات الشهرية
201129	155529	مساعدات الدفعة الواحدة
4905	4095	العاملون السابقون

49807	43738	معاش الطفل
75352	55469	الكوارث والنكبات

المصدر : الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء ، الكتاب الإحصائي السنوي 2009/2008 ، عن وزارة التضامن الإجتماعي 0

ويلاحظ أن عدد الحالات المستفيدة من المعاشات هي أعلى نسبة من عدد الحالات المستفيدة من برامج التضامن الاجتماعي ، حيث بلغت نسبة هؤلاء 72.7% من إجمالي عدد الحالات عام 2006 / 2007 ، 67.7% عام 2008/2007 ومقابل هذا الارتفاع في عدد الحالات المستفيدة من برامج التضامن الاجتماعي لمواجهة تزايد عدد حالات الحرمان ، اقتضى الأمر زيادة المنصرف على هذه البرامج من حوالي 892 مليون جنيه عام 2007/2006 الى أكثر من مليار جنيه عام 2008/2007 ، كما هو واضح في الجدول رقم (8).

جدول رقم (8)

تطور إجمالي عدد الحالات المستفيدة من التضامن الاجتماعي

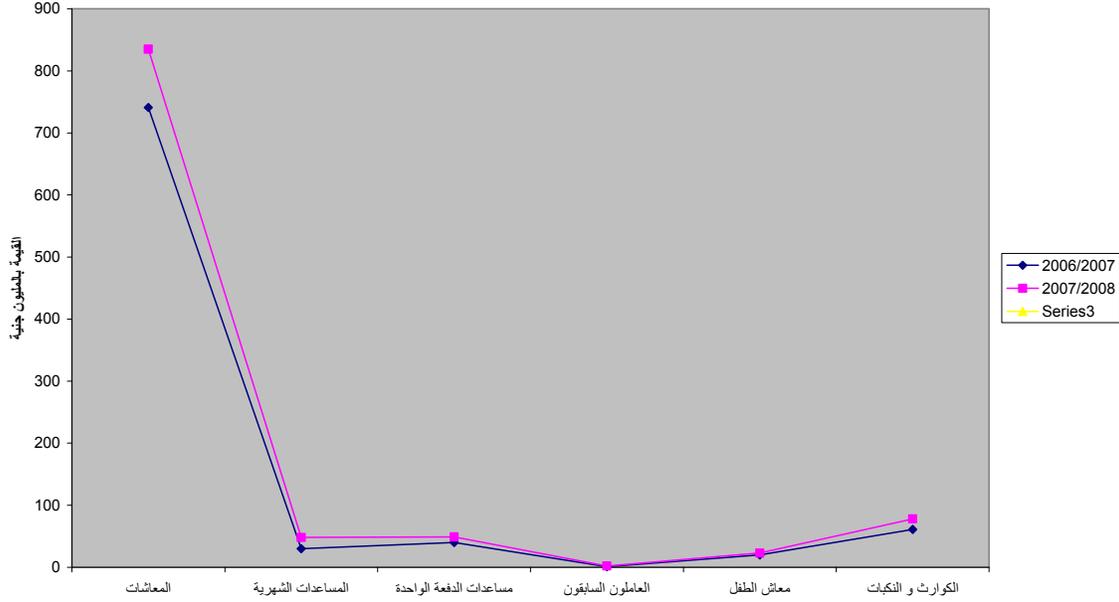
2008/2007	2007/2006	
835370740	740821314	المعاشات
47746383	29619685	المساعدات الشهرية
49134275	39604802	مساعدات الدفعة الواحدة
1838975	1258798	العاملون السابقون
23162211	20031612	معاش الطفل
77681388	60698849	الكوارث والنكبات
1034933972	892035060	الإجمالي

المصدر : الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء ، الكتاب الإحصائي السنوي 2009/2008 .

ومن الجدول السابق يتضح أن حالات المعاشات تستفيد بنسبة 83% من إجمالي المنصرف على برامج التضامن الاجتماعي عام 2007/2006 ، 80.7% عام 2008/2007

شكل رقم (6)

المنصرف على الحالات المستفيدة من التضامن الاجتماعي



العلاقة بين برامج الحماية والحرمان :

وفي محاولة لرصد مدى الارتباط بين بعض صور الحماية التي تقدمها وزارة التضامن الإجتماعي وبعض صور الحرمان بالمحافظات المختلفة⁰ خرجت الدراسة بالمصفوفة التالية لمجموعة من معاملات الارتباط (معامل إرتباط الرتب) والتي ظهر منها بشكل عام ضعف الارتباط فيما عدا حالتين كان الارتباط فيهما متوسطا وهما :

(1) المعاشات وأعداد ساكنى العشوائيات (0.619)

(2) معاش الطفل وأعداد ساكنى العشوائيات (0.613)

وهو ما يشير إلى أن الإستهداف لم يتحقق بالدرجة المطلوبة فعلى سبيل المثال فيما يخص العلاقة بين المعاشات والفقراء كانت قيمة معامل الارتباط 0.200 وهو ما يدل على إرتباط طردى ضعيف وكان من المتوقع أن يكون أكبر من ذلك للدلالة على قوة إرتباط حجم ما يوجه من المبالغ المنصرفة للمعاشات إلى المحافظات التي بها عدد أكبر من الفقراء ، كذلك الحال فيما يخص العلاقة بين معاش الطفل وعدد الأطفال خارج التعليم الأساسى والثانوى كانت 0.357 ، وكان من المتوقع إرتفاعها عن هذه القيمة حتى يكون الإستهداف على النحو المأمول⁰

جدول رقم (9)

مصفوفة معاملات الارتباط

(بين المنصرف على بعض صور الحماية وبعض صور الحرمان)

أطفال خارج التعليم الأساسي والثانوي	متوسط نصيب الفرد من الإنفاق	أعداد ساكنى العشوائيات	الفقر	
0.324	0.168-	0.619	0.200	المعاشات
0.401	0.334-	0.450	0.412	المساعدات الشهرية
0.357	0.260	0.613 -	0.178-	معاش الطفل

المصدر : تم حسابها بمعامل ارتباط الرتب بمعرفة الباحثة

موقع محافظات القرى الأكثر فقراً من برامج التضامن الإجتماعي

يشير الجدول رقم (10) إلى عدد الحالات المستفيدة من التضامن الإجتماعي عام 2008/2008 فى محافظات القرى الأكثر فقراً 0

جدول رقم (10)

عدد الحالات المستفيدة من التضامن الاجتماعى عام 2008/2007

(فى المحافظات التى بها أعلى نسب للفقر)

المحافظة	الكوارث والنكبات	المعاشات	المساعدات الشهرية *	مساعدات الدفعة لواحدة*	معاش الطفل
أسيوط	6938	48673	3508	15410	4200
المنيا	6110	58396	10751	5760	5328
سوهاج	5603	44487	3918	12533	711
قنا	4412	69256	1785	25706	567
الشرقية	4327	62917	3277	10436	2561
الجيزة	3420	56272	34675	7569	7051
بنى سويف	11135	38191	3346	23230	1356
البحيرة	2588	81643	3742	8916	1839
أسوان	1648	25651	5176	10956	1041

المصدر : الجهاز المركزى للتعبئة العامة والاحصاء ، الكتاب الإحصائى السنوى 2009 ، عن وزارة التضامن الاجتماعى .

• عدد الأسر المستفيدة .

وكما يبدو من الجدول فإن هناك تباين واضح فى عدد الحالات المستفيدة بهذه المحافظات طبقاً لنوع وشكل الحماية المقدمة ، فعلى حين كان لمحافظة قنا أعلى عدد حالات معاشات (69256 حالة) ، كان لمحافظة الجيزة أعلى عدد فى حالات المساعدات الشهرية (34675 أسرة) ، وحصلت قنا على أعلى عدد حالات فى مساعدات الدفعة الواحدة (25706 أسرة) ،

وإستفادت محافظة بنى سويف بأعلى عدد حالات للمستفيدين فى الكوارث والنكبات (11135 حالة) والجيزة أعلى حالات معاش الطفل (7051 حالة) 0 وفى دراسة عن العلاقة الترابطية بين عدد الفقراء بالقرى الأكثر فقراً بهذه المحافظات وكل من عدد الحالات المستفيدة من المعاشات ، وعدد الحالات المستفيدة من المساعدات الشهرية ومعاش الطفل ، كانت النتائج التالية :

جدول رقم (11)

مصفوفة معاملات الإرتباط

بين المنصرف على بعض صور الحماية وبعض صور الحرمان

بمحافظات القرى الأكثر فقراً

أطفال خارج التعليم الأساسى والثانوى	متوسط نصيب الفرد من الإنفاق	أعداد ساكنى العشوائيات	الفقر	
0.017	0.05 -	0.483	0.183	المعاشات
0.324 -	0.983	0.533	0.567 -	المساعدات الشهرية
0.033	0.533	0.750	0.183 -	معاش الطفل

تم حسابها بمعامل إرتباط الرتب ، بمعرفة الباحثة 0

من مصفوفة معاملات الإرتباط فى جدول رقم (11) يتضح أن الوضع فى حالة القرى الأكثر فقراً كان افضل حالاً من حيث الإستهداف فى بعض الحالات مثل أعداد ساكنى العشوائيات وكل من المعاشات والمساعدات الشهرية ومعاش الطفل والتي كانت (0.483 - 0.533 - 0.750) على الترتيب ، كما أن المساعدات الشهرية لعبت دوراً فى رفع متوسط نصيب الفرد من الإنفاق ، فكانت قيمة معامل ارتباط الرتب 0.983 وهو معامل طردى قوى ، وكذلك معاش الطفل الذى ارتبط بمتوسط نصيب الفرد من الإنفاق بدرجة متوسطة ، أما فيما عدا ذلك فليست لها دلالة على حسن الإستهداف .

موقع محافظة القاهرة من برامج التضامن الاجتماعى:

حيث تحتل محافظة القاهرة موقعا لا يستهان به من حيث عدد الفقراء ، كان لابد من إلقاء الضوء على واقع مايقدم لسكانها من التضامن الاجتماعى والذى يشير إليه الجدول التالى رقم (12) .

جدول رقم (12)

نصيب محافظة القاهرة من برامج
التضامن الاجتماعي 2008/2007

النسبة من الإجمالي	إجمالي المنصرف على جميع المحافظات	نصيب محافظة القاهرة بالجنيه	نوع المساعدة
8.7	835370740	72539823	المعاشات
7.2	47746383	3450215	المساعدات الشهرية
3.0	49134275	1451600	مساعدات الدفعة الواحدة
6.5	1838975	119650	معاش العاملون السابقون
11.8	23162211	2735976	معاش الطفل
7.1	77681388	5476723	الكوارث والنكبات

المصدر : تم حسابها من بيانات الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء ، الكتاب الإحصائي السنوي 2009

ومن الجدول يتضح أن محافظة القاهرة تحصل على 8.7% من قيمة المنصرف على المعاشات ، 7.2% من المساعدات الشهرية ، 3% من مساعدات الدفعة الواحدة ، 6.5% من برامج العاملين السابقين ، 11.8% من معاش الطفل ، 7.1% من قيمة المنصرف على الكوارث والنكبات .

وبمقارنة ذلك بالبيانات التي تم حسابها عن العام السابق 2007/2006 كانت هذه النسب على الترتيب 8.3% ، 6.7% ، 5.4% / 15.5% ، 11.2% ، 5.8% وهو مايلفت الإنتباه إلى أنه على الرغم من تزايد ما تحصل عليه محافظة القاهرة من قيمة المنصرف على برامج التضامن الاجتماعي إلا أنه دلالة على زيادة الحرمان الذي ظهر في مؤشرات الحرمان بشكل عام وذلك لأن مستوى التنمية البشرية بها لم يحرز تقدماً كبيراً مما جعل ترتيبها يتراجع بين المحافظات الأخرى وربما يرجع ذلك إلى مجموعة أسباب منها إنتشار العشوائيات .

ومن ثم فإن مؤشرات وضع محافظة القاهرة تستدعي مزيد من التركيز عليها ، حيث أنه إذا كانت برامج الحماية الاجتماعية التي تقدمها وزارة التضامن الاجتماعي توجه بالدرجة الأولى إلى الأسر التي تعولها نساء ، وحيث أن هناك 15% من الأسر تعولها نساء على مستوى الجمهورية بلغت نسبة الأمية بينهن 66% ، فإن محافظة القاهرة بها 18% من الأسر تعولها نساء نسبة الأمية بينهن 41.8% .

كما تشير النتائج النهائية لتعداد السكان 2006 إلى أن محافظة القاهرة بها 11.5% من إجمالي الإناث الأرامل ، 15.4% من إجمالي المطلقات ، 10.4% من إجمالي ذوى الاحتياجات الخاصة .

كما أن بالقاهرة 10.3% من إجمالي الأسر على مستوى الجمهورية عام 2008 ، ويشير توزيع الأسر وأفرادها طبقا لنوع سكن الأسرة إلى أن بالقاهرة 80.7% من إجمالي الأسر التي تقيم بالأحواش والمدافن ، وبها 19.4% من إجمالي الأسر التي تقيم فى غرفة مستقلة أو أكثر ، وبها 6.1% من إجمالي الأسر التي تقيم فى غرفة أو أكثر فى وحدة سكنية ، وايضا 4.1% من إجمالي الأسر التي تعيش فى عشة أو خيمة .

ويشير توزيع المطلقات حسب الحالة التعليمية 2008 إلى وجود نسب كبيرة منهن يقرأن ويكتبن فقط بلغت 30.8% ، بينما الأميات تماما 19% ، والحاصلات على شهادة متوسطة 25.6% . أى أن هذه النوعية فى حاجة إلى شكل من أشكال الحماية الاجتماعية يتلائم مع ظروفهن .

الخلاصة :

إذا كان الإستعراض السابق أوضح حقيقة وواقع الحرمان داخل المجتمع المصرى ومايستلزمه من صور للحماية الاجتماعية ، ومع كل مايقدم من برامج للحماية الاجتماعية وماينفق عليها من وزارة التضامن الاجتماعى وحدها والذى يفوق المليار جنيه (1.03 مليار) إلا أن الإستهداف فى حاجة إلى ترشيد ، وقد تظهر الدراسة الميدانية الحاجة لمساهمة شركاء التنمية فى هذا المجال .

كما أن هذا التحليل يظهر حقيقة واقع الفقر ، وصور الحرمان التى تستدعى بشكل أو آخر برامج الحماية الاجتماعية ، لكن وضع محافظة القاهرة يجعل من الأهمية بمكان التركيز فى الدراسة الميدانية على محافظة القاهرة وإحدى المناطق العشوائية بها .

المراجع والهوامش

- 1 - زينات طبالة ، ، التعليم وأثر الفقر ، من الأوراق الخلفية لتقرير التنمية البشرية مصر 1998/97 ، برنامج الأمم المتحدة الإنمائي ، ومعهد التخطيط القومي .
- 2 - برنامج الإستهداف الجغرافى لمكافحة الفقر (الألف قرية الأكثر فقرا فى مصر) ، وزارة التنمية الاقتصادية بالتعاون مع البنك الدولى ، 2007 .
- 3 - الجهاز المركزى للتعبئة العامة والإحصاء عن الصندوق الاجتماعى للتنمية ، الإستهداف الجغرافى للحد من الفقر ، موقع الجهاز على شبكة المعلومات الدولية .
- 4 - دليل وزارة التضامن الاجتماعى ، 2008 .
- 5 - محيا زيتون ، التعليم ومدى إستفادة الفقراء ، من الأوراق الخلفية لتقرير التنمية البشرية مصر 1998/97 ، برنامج الأمم المتحدة الإنمائي ، ومعهد التخطيط القومي .

الفصل السابع : الحماية الاجتماعية من المنظور الصحى

أولا : نظم الرعاية الصحية

ثانيا : العمد الصحية

ثالثا :
الصحة والفقر

رابعا : العوامل المحددة للصحة

خامسا : مؤشرات التغطية للخدمات الصحية

سادسا : التأمين من الصحة

سابعا : المؤشرات الديموجرافية والاجتماعية

والاقتصادي

ثامنا : الإنفاق على الصحة

الحماية الاجتماعية من المنظور الصحى

M

الصحة هى نتاج تفاعل بين المحددات الاجتماعية والاقتصادية والسياسية ، فهى فى المقام الأول قضية إجتماعية وإقتصادية وسياسية⁰

وقد أكدت منظمة الصحة العالمية على أن الصحة ليست مجرد قضية من قضايا حقوق الإنسان ، بل لبنه أساسية فى التنمية المستدامة والتخفيف من وطأة الفقر والإزدهار الإقتصادى أيضاً⁰ ففى المجتمعات الناضجة وجود نظام صحى فعال وقوى هو أمر أساسى لا يقل أهمية عن وجود النظام القضائى العادل ، أو النظام السياسى الديمقراطى⁰

فالعلاقة بين الحالة الإقتصادية والإجتماعية وبين الحالة الصحية لأفراد المجتمع هى علاقة طردية قوية فكما يرتفع أحدهما يرتفع الآخر والعكس بالعكس صحيح⁰ فالنمو الإقتصادى ، بدون إتباع السياسات الإجتماعية الملائمة التى تهدف إلى ضمان العدالة فى توزيع الثمار ، لا يعود على العدالة والإنصاف فى المجال الصحى إلا بفائدة قليلة⁰ وبناءً على ذلك ، فإن درجة تطور أى مجتمع ، سواء كان غنياً أم فقيراً ، يمكن الحكم عليه من حيث صحة أفراده ، ومدى عدالة توزيع التمتع بالصحة على جميع شرائح المجتمع ودرجة الحماية المقدمة للمهمشين لحمايتهم عند إعتلال الصحة⁰

و قد أشار دستور منظمة الصحة العالمية⁽¹⁾ فى ديباجته إلى أن التمتع بأعلى مستوى من الصحة هو أحد الحقوق الأساسية للإنسان⁰

أكدت المادة (25) من الميثاق العالمى لحقوق الإنسان على أن " لكل شخص حق فى مستوى معيشة يكفى لضمان الصحة والرفاهه له ولأسرته ، وخاصة على صعيد العناية الطبية وصعيد الخدمات الإجتماعية الضرورية ، وله الحق فى ما يأمن به الغوائل فى حالات البطالة أو المرض أو العجز أو الترميل أو الشيخوخة أو غير ذلك من الظروف الخارجة عن إرادته والتى تفقده أسباب عيشه"⁰

كما تؤكد المادتين (9) ، (12) من العهد الدولى بالحقوق الاقتصادية والإجتماعية والثقافية إلى "حق كل شخص فى الحصول على الضمان الإجتماعى وحق كل إنسان فى التمتع بأعلى مستوى من الصحة الجسمية والعقلية يمكن بلوغه"⁰

وقد رسخت منظمة الصحة العالمية (2) منذ إنشائها سنة 1948 ، مفهوم الصحة بأنه "حالة من السلامة البدنية والنفسية و الإجتماعية التامة ، وليست مجرد الخلو من العلل والأسقام"0 ثم أعلن شعار " الصحة حق للجميع" فى مدينة آما آتا بالإتحاد السوفيتى عام 1978 ، وتم إعتقاد مبادئ الرعاية الصحية الأولية بإعتبارها الوسيلة الأساسية نحو تحقيق الصحة الجيدة والمنصفة على مستوى العالم - ليس عن طريق مجرد الخدمات الصحية على مستوى الرعاية الأولية (رغم أهميتها) وإنما من خلال نموذج للنظام الصحى يتطرق أيضاً إلى الأسباب الإجتماعية والإقتصادية والسياسية الكامنة لإعتلال الصحة0

بالرغم من تصديق جميع دول العالم على إعلان آما آتا عام 1978 ، إلا أن التنفيذ على أرض الواقع إصطدم فى الثمانينات بنموذج للتنمية إقتصادى ينتهج سياسات تتوجه نحو تصاعد قوى السوق وتراجع وإنحسار دور الدولة فى مستويات الإنفاق والإستثمار العام0 وإعتمدت برامج التكيف الهيكلى التى أعقبت إجماع واشنطن إعتقاداً مفرطاً على الأسواق فى حل المشكلات الاجتماعية ، وهو الأمر الذى ثبت ضرورة الكبير على التنمية الإجتماعية0 فسياسات التكيف الهيكلى والخصخصة والإتفاقيات الدولية وعلى رأسها إتفاقيات تحرير التجارة العالمية ، وحماية الملكية الفكرية ، أدت إلى تزايد المحددات السلبية على صحة الإنسان مثل إزدياد البطالة ، وتسليع الموارد والخدمات (خاصة التعليم والصحة ومياه الشرب والصرف الصحى 00 الخ) ، بما يجعلها أقل إتاحة للغالبية العظمى من المواطنين ، خاصة الفئات الفقيرة والمهمشة0 كما أدت تلك السياسات إلى تدهور وتدنى شروط الصحة العامة ومنها بيئة العمل وشروط الصحة والسلامة المهنية0

فى مقابل تلك القوى الإقتصادية والسياسات ظهرت حركات مؤيدة للحق فى الصحة (خاصة تحت مظلة منظمة الصحة العالمية) أكدت كلها على الأهمية المحورية للصحة ، وعلى ضرورة العمل الإجتماعى والتشاركى بشأن الصحة وعلى القيمة الإنسانية الجوهرية للعدالة فى الصحة0

وفى هذا الصدد أشار برنامج العمل التاسع (3)(1996 - 2001) لمنظمة الصحة العالمية إلى أن " الصحة جزء لا يتجزأ من التنمية الاقتصادية والاجتماعية 00 فإذا كانت الصحة غاية أساسية من غايات التنمية ، فإن القدرة على التنمية نفسها تتوقف على الصحة"0 فالإعتقاد على الإستثمار فى رأس المال البشرى عن طريق الصحة والتعليم محور أساسى لتحقيق تنمية متوازنة ومستدامة0

كما أشارت اللجنة المعنية بالمحددات الإجتماعية للصحة بمنظمة الصحة العالمية⁽⁴⁾ إلى أن المحددات الإجتماعية للصحة هي المسئول الأول عن التباين في المؤشرات الصحية سواء داخل البلد أو بين البلدان وبعضها البعض 0 ومن أهم تلك المحددات : مستوى الدخل والسلع والخدمات ، ومدى إتاحة خدمات الرعاية الصحية والتعليم ، وظروف العمل والترفيه وحالة الإسكان والبيئة 0 بمعنى آخر : المحددات الإجتماعية هي إختزال للعوامل الإجتماعية والسياسية والإقتصادية والبيئية والثقافية التي تؤثر على الحالة الصحية للفرد والمجتمع 0

هذا الجزء من الدراسة يحاول إلقاء الضوء على بعض العوامل التي تؤثر على المستوى الصحى وبالتالي قدرة قطاع الصحة فى تدعيم مظلة الحماية الإجتماعية ، وذلك بعرض ورصد ومناقشة :

- نظم الرعاية الصحية : من حيث المفهوم والفاعلية 0
- العدالة الصحية : من حيث الحق فى الحصول على أعلى مستوى من الخدمات الصحية دون أى محدّدات إجتماعية ، أو إقتصادية ، أو سياسية 000 الخ 0
- الصحة والفقير : من حيث العلاقة التبادلية بينهما وأثر كل منهما على الآخر 0
- واقع قطاع الصحة : من خلال عرض سريع لأهم المؤسسات التى تقدم الخدمة الصحية ، ثم إلقاء الضوء على أهم العوامل المحددة للصحة من خلال عرض ومقارنة ومناقشة لأهم المؤشرات ذات الصلة والتى تم رصدها فى ثلاث مجموعات من المؤشرات :

أولاً : المؤشرات الحيوية 0

ثانياً : مؤشرات التغطية بالخدمات الصحية 0

ثالثاً : مؤشرات ديموجرافية وإجتماعية وإقتصادية 0

نظم الرعاية الصحية :

أشارت شبكة معرفيات العولمة GKN عام 2007 إلى أن⁽⁵⁾ نظم الرعاية الصحية تستحوذ على حوالى 10% من الناتج المحلى الإجمالى ، وتوفر فرص عمل لحوالى 59 مليون شخص ، فالنظام صحى⁽⁶⁾ عبارة عن مجموعة من الأنشطة البشرية الموجهه بمجموعة من التدخلات (ذات العلاقة بالصحة) تسهدف الوقاية من الأمراض ، وتعزيز الصحة ، وتحسينها أو إستعادتها فى حالة وقوع الضرر 0

وقد عرفت منظمة الصحة العالمية (7) عام 1991 النظام الصحى بأنه " العناصر المعقدة والمتداخلة التى تساهم (تؤثر) فى الصحة فى البيت والمؤسسة التعليمية ومكان العمل والمجتمع المحلى فى البيئة المادية ، والنفسية ، والصحية ، والقطاعات ذات العلاقة"0 أيضاً فى عام 2007 إعتمدت منظمة الصحة العالمية التعريف التالى " النظام الصحى هو جميع المنظمات والأشخاص والإجراءات التى تهدف فى المقام الأول إلى النهوض بالصحة أو إستعادتها أوالحفاظ عليها"0

النظام الصحى الفعال يوفر حزمة أساسية من الخدمات الصحية المضمونة الإستمرار والميسورة التكلفة والتى تركز على قدرة الأسر على الدفع بغض النظر عن حاجتها إليها وما تنطوى عليه من مخاطر0 والإطار العام للعناصر الأساسية للنظام الصحى الفعال يتكون من (8) :

- إعداد خطة شاملة ووطنية لإنشاء نظام صحى0
- ضمان الحصول على الخدمات الصحية والوصول إلى المرافق الصحية دون تمييز0
- ضمان توزيع الخدمات والمرافق الصحية توزيعاً عادلاً0
- وضع آليات للمساءلة تكون فعالة وشفافة وفى المتناول ومستقلة بشأن الواجبات الناشئة من الحق فى التمتع بأعلى مستوى صحى ممكن0
- تكمن فاعلية النظام الصحى فى تحديد حزمة من التدخلات لمواجهة التحديات الصحية ، إعتياداً على أولويات المجتمع0 وتشمل حزمة التدخلات على : الخدمات أو المرافق الصحية بما فيها الغذاء ، والمياه النقية ، والأدوية الأساسية ، والتحصين من أهم الأمراض المعدية التى تصيب المجتمع ، وخدمات الصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة ، وخدمات ما قبل الولادة وما بعدها ، والرعاية الطبية الولادية الطارئة0
- وفاعلية النظام الصحى وكفاءته تتأثر بمحددات من خارج إطار النظام الصحى من أهمها المحددات السياسية والإجتماعية والإقتصادية ، والبيئية والحضارية0
- كما أن النظام الصحى (9) الفعال والكفء يعتمد على مجموعة من التدخلات الوقائية والعلاجية والتأهيلية لتحقيق الصحة0 وتتمثل هذه التدخلات فى :
- مشاركة جميع أفراد المجتمع فى تحديد أولوياته الصحية ، ومراقبة أداء النظام الصحى0
- تحقيق السلوك الصحى لتجنب عوامل الخطر المهينة للمرض والحوادث0
- تحقيق السلوك البيئى السليم لتحقيق سلوكاً صحياً إيجابياً للفرد والمجتمع0
- تحقيق السلوك البيئى السليم مما ينعكس على التفاعل الإيجابى المتبادل بين الفرد والمجتمع0

فاعلية النظام الصحى (10) تلبى إحتياجات المجتمع وتلتزم بمبدأ العدالة فى الإسهامات المالية للأفراد 0 والعدالة فى المساهمة المالية مبنية على مفهوم : أن كل أسرة تدفع قسطاً عادلاً من دخلها للصحة 0 وما يعتبر قسطاً عادلاً يعتمد على النظرة المرجعية للأفراد حول كيفية تمويل النظم الصحية 0 وبصفة عامة ، فإن العدالة فى المساهمة المالية تتضمن عنصرين هامين ، الأول : أن تعتمد مساهمة الأفراد فى تمويل النظام الصحى على دخل الفرد والثانى : أن لا تكون متوقفه على حالتهم الصحية 0

وقد أشار تقرير منظمة الصحة العالمية إلى أن النظام الصحى الفعال (11) يحقق العدالة فى إتاحة الخدمات الصحية إذا تحقق شرطان أساسيان ، الأول : أن يتم تخطيط المؤسسات العلاجية والخدمات المعنية على أساس مبدأ التغطية الشاملة (أى مد نفس نطاق الخدمات الجيدة إلى جميع المواطنين حسب إحتياجاتهم وأولوياتهم بغض النظر عن قدرتهم على السداد) ، والثانى : أن يتم تخطيط نظام ككل على أساس الرعاية الصحية الأولية (بما فى ذلك نموذج الرعاية الصحية الأولية للإجراءات المخططة محلياً عبر المحددات الإجتماعية للصحة ، والمستوى الأولى من الوصول إلى الرعاية ثم التصعيد إلى مستويات الإحالة الأعلى) 0

العدالة الصحية :

نظراً لتغير المفاهيم الاقتصادية نحو تسليع الخدمات ، تحولت الخدمات الإجتماعية خاصة الصحية - إلى مشروعات أهدافها تجارية وإستثمارية وبمدخلات ومخرجات إقتصادية لها أولوية التحقيق على حساب المدخلات والمخرجات والأهداف الإجتماعية والتي تنحت وأصبحت تمثل عبئاً على المشروعات الخدمية 0

وقد عُرست تلك المفاهيم فى نظم الخدمات الصحية - حديثاً - وأصبحت ذات توجه أهدافه إقتصادية وصناعية وخدمية 0 كما زاد من عمق ترسيخ تلك المفاهيم إتباع سياسات العولمة التى تشجع على فتح الأسواق ، وأيضاً سياسات المؤسسات العالمية مثل البنك الدولى ، وصندوق النقد الدولى ، والإتفاقيات الدولية مثل إتفاقيات تحرير التجارة العالمية ، وحماية الحرية الفكرية 0 ونتج عن تلك السياسات آثار سلبية على النظم الصحية أدت إلى اللاعدالة فى إتاحة الحصول على الخدمات الصحية بين الدول وبعضها البعض وأيضاً داخل الدولة الواحدة 0 وإنعكس ذلك سلبياً على المحددات الصحية مثل : إرتفاع معدلات البطالة ، وضعف فرص العمل المتاحة ، والعمل فى بيئة عمل غير صحية ، وتسليع الخدمات مثل التعليم والمياه والصرف الصحى ، وأصبح إتاحتها والحصول عليها شبه مستحيل للفئات الفقيرة والمهمشة 0

وفى هذا المجال ، أكدت المديرية العامة لمنظمة الصحة العالمية عام 2007 (12) على أنه لا ينبغي أن يحرم أى إنسان حق الوصول إلى التدخلات المنقذة للحياة أو المعزز للصحة لأى دواع غير منصفة ، ومنها الدواعى المتعلقة بأسباب إقتصادية أو إجتماعية 00 وعندما يتعلق الأمر بالصحة فإن العدالة الصحية حقاً مسألة حياة أو موت"0

فالصحة ليست سلعة أساسية يمكن الإتجار بها ، بل هى حق أساسى ومسئولية من مسئوليات الحكومات التى يجب عليها أن تعمل على توزيع الموارد المخصصة لها توزيعاً عادلاً منصفاً على جميع شرائح المجتمع دون تمييز من أى نوع0 وقد أكدت الخبرات فى هذا المجال على أنه إذا ما تم التعامل مع الخدمات الإجتماعية (خاصة التعليم والصحة) على أساس أنها سلعة تجارية ، فإن ذلك يؤدى إلى عدم العدالة فى الحصول على تلك الخدمات0 لذلك يجب على الحكومات أن يكون لها اليد العليا فى توفير هذه السلع ، وعدم ترك شأنها لقوى العرض والطلب بالأسواق0 بل يجب - أيضاً - على الحكومات أن تكون قوية وقادرة ولديها آليات لتوفير وضمان الخدمات الضرورية اللازمة لتحقيق الصحة مثل : المياه والصرف الصحى ، وظروف العمل الملائمة ، والمؤسسات التى تقدم الخدمات الصحية بالإضافة على القدرة على مراقبة تداول السلع الأساسية التى تلحق الضرر بالصحة ، أيضاً التوعية بالسلوكيات سلبية الآثار على الصحة مثل نمط التغذية غير المتوازن ، وإدمان المواد المخدرة وحوادث الطرق0 وبذلك فإن عدالة التغطية الصحية ترتبط بمحددات إجتماعية وإقتصادية وثقافية فى جميع بلدان العالم سواء كان غنياً أو فقيراً0 وتبرز عدالة توزيع تلك المحددات فى التباين بين الريف والحضر ، وبين الذكر والأنثى ، وبين الأقليات والأغلبية0

يقتضى تحقيق وتعزيز العدالة الصحية زيادة الإستثمار فى المناطق الريفية والنائية وعدم حرمان الفئات المهمشة والشرائح الدنيا بالمجتمع من حقهم فى الحصول على فرص عمل آمن ومستقر على مدار العام مقابل أجر منصف ، مما يعزز من قدراتهم الجسمانية والسيكولوجية ، ويعزز فرص التمتع بالصحة والحياة الكريمة ، وضعاً فى الإعتبار بأن تمتع القوى العاملة بالصحة ينعكس إنعكاساً إيجابياً على الإنتاجية0

تمثل نظم الرعاية الصحية بما تشمله من تدخلات - على مستوى الرعاية الأولية والثانية والثالثة - للأفراد والمجتمع محدداتاً جوهرياً للصحة ، خاصة فى مواجهة تحديات عدالة التغطية وإستدامة التمويل0 وتقتضى التغطية الشاملة أن يكون بمقدور كل مواطن فى المجتمع إستخدام نفس حزمة الخدمات (بذات الجودة) حسب إحتياجاته وتفضيلاته بغض النظر عن مستوى الدخل أو المكانة الإجتماعية أو محل الإقامة0

والنظم الصحية التي تقوم على مبادئ الرعاية الصحية الأولية تستطيع أن تحقق أهداف صحية من شأنها رفع المستوى الصحى للأفراد والمجتمع 0 ويتم ذلك من خلال برامج وخدمات متكاملة عالية الجودة وذات صلة بالواقع و بالإحتياجات الصحية المحلية ، مما يعزز العدالة الصحية والحياة الكريمة للمجتمع 0 ويمكن لهذا المنهج من الرعاية الصحية أن يكون قاعدة مشتركة للضمان والترابط الإجتماعى عبر المجتمعات والجماعات 0

الصحة والفقير :

يرى بعض الباحثين أن الفقر⁽¹³⁾ يؤدي إلى إعتلال الصحة ، لأن الأسرة الفقيرة لا يمكنها الوصول للرعاية الصحية الجيدة ، كما أنها قد تسلك - بحكم فقرها - سلوكيات سلبية صحياً ، وبذلك فإن مستوى الدخل والنمو الإقتصادي هما المحددين الرئيسيين للصحة 0 ولكن يرى البعض الآخر من الإقتصاديين أن إعتلال الصحة هو الذى يؤدي إلى الفقر ويؤثر سلباً على دخل الأسرة ومعدل النمو الإقتصادي 0 فإعتلال الصحة يحد من قدرة الأسرة على إكتساب الدخل وتجميع الثروة ، وذلك لمحدودية القدرة على العمل وزيادة الإنفاق على العلاج وتقليل المدخرات 0

وقد أكدت الكثير من الدراسات والإحصاءات والتقارير⁽¹⁴⁾ على قوة العلاقة الطردية بين الصحة والفقير 0 فالفقر عامل أساسى أو ثانوى أو محفز للإصابة بالأمراض وتكرار الإصابة بها ، والوفيات أعلى بين الشرائح الفقيرة مقارنة بتلك الغنية 0 فالفقر أكبر عدو للصحة فى الدول النامية لما ينجم عنه من إعتلال فى الصحة جسدياً ونفسياً مما يحد من قدرة الشخص على العمل وعلى الإنتاجية 0 ومعدلات البطالة بين الفقراء مرتفعة أو هم يعملون فى مهن هامشية قد تضر بصحتهم خاصة أن معظمهم أميون وغير واعيين للأخطار المهنية 0

كما أكد السيد / كوفى عنان الأمين الأسبق للأمم المتحدة على أن الفقر أكبر عدو للصحة فى الدول النامية 0 وأشار تقرير عن الرعاية الصحية فى جنوب أفريقيا إلى أن الفقر أكبر مسبب لإعتلال الصحة 0 أيضاً أظهر إستطلاع للفقراء فى (41) دولة نامية ، أن أكبر مكرر لحياتهم هو إعتلال صحتهم 0 ومن أهم السمات الصحية التي تتصف بها المجتمعات الفقيرة :

- إنخفاض المأمول من العمر المتوقع ما بين 20% - 25% من سنوات العمر 0

- إرتفاع معدل وفيات الأطفال الرضع فى الدول الفقيرة حوالى خمس مرات أكثر من الدول الغنية⁰
- إرتفاع معدل وفيات الأمهات حول الحمل ، وولادة أطفال ناقصى الوزن ، وإنخفاض مستوى التحصينات فى الأطفال⁰
- زيادة الوفيات بسبب الأمراض المعدية والطفيلية كالإسهال ، والملاريا ، والدرن والإيدز ، وأمراض سوء التغذية ، والأمراض الناتجة عن نقص الإتاحة لمياه الشرب الآمنة ومرافق الإصحاح الملائمة⁰
- الفقراء عموماً أقل إتاحة للخدمات الصحية ، وأقل إستخداماً لها ، وأقل صرفاً عليها ، خاصة للحصول على الأدوية⁰
- الفقراء أقل إشتراكاً فى برامج التأمين الصحى⁰
- الفقراء أقل وعياً بالمخاطر الصحية نظراً لتفشى الأمية بينهم⁰

بالرغم من أن الخبرات الدولية⁽¹⁵⁾ تشير إلى أن البلدان المتقدمة التى أحرزت تنمية صحية قد إعتمدت على الإلتزام بالسياسات الشاملة القائمة على اساس المساواة فى الحقوق ، وفى المزايا والخدمات ، والتوظيف الكامل ، والمساواة بين الجنسين ، وإنخفاض مستويات الإستبعاد الإجتماعى مع العدالة فى توزيع الدخل وعدم وجود فروق كبيرة فى مستويات المعيشة بين فئات المجتمع ، إلا أن بعض البلدان المنخفضة الدخل (كوستاريكا - سريلانكا - كويا - الهند) قد نجحت فى تحقيق مستوى مرتفع من الصحة لجميع مواطنيها قياساً على مستوى الدخل القومى للبلدان المتقدمة⁰ بما يعنى أن الصحة الجيدة والعدالة لا تتوقف على المستوى المرتفع نسبياً من الثروة القومية ، ولكن هناك إعتبرات أخرى ساعدت فى ذلك مثل :

- الإلتزام التاريخى بالصحة كهدف إجتماعى⁰
- تأصيل قضية الرفاهة الإجتماعية فى عملية التنمية⁰
- مشاركة المجتمع فى عمليات صنع القرارات المتعلقة بالصحة⁰
- تغطية الخدمات الصحية لكافة الفئات الإجتماعية تغطية شاملة⁰
- الترابط بين القطاعات فيما يتعلق بالصحة⁰

حول واقع القطاع الصحى :

النظام الصحى المصرى من أقدم النظم الصحية فى القارة الأفريقية والمنطقة العربية وفى العصر الحديث بدأت ملامحه فى عهد محمد على باشا فى النصف الأول من القرن التاسع عشر ، إلى أن أنشأت وزارة الصحة عام 1936 ، وأصبح بها عدد من المديريات الصحية (بكل محافظة مديريةية) بالإضافة إلى عدد من الإدارات الصحية فى مراكز المحافظات وشبكة مترامية الأطراف من الوحدات الصحية الريفية والحضرية تغطى جميع المحافظات 0

تقدم الخدمات الصحية للمواطن المصرى فى إطار الدستور من خلال المادتين (16) و (17) والتي بمقتضاها تلتزم الدولة بتوفير وإتاحة الرعاية الصحية لجميع المواطنين داخل وخارج الوطن دون النظر إلى أى تباينات إجتماعية ، أو إقتصادية ، أو سياسية أو ثقافية 0 وتتاح الخدمات الصحية عن طريق :

- الدولة ممثلة فى وزارة الصحة ، ووزارات أخرى مثل التعليم العالى (المستشفيات الجامعية) ، الزراعة ، التعليم ، الدفاع ، والداخلية ، هيئة السكك الحديدية 0 ويتم تمويل الخدمات الصحية التى تقدم من خلال وزارة الصحة من وزارة المالية ، بالإضافة إلى ما يسمى بالتمويل الذاتى عن طريق تحصيل رسوم من المرضى فى أقسام العلاج الإقتصادى 0

- القطاع العام المؤسسى : ويشمل المؤسسة العلاجية والهيئة العامة للتأمين الصحى ، ويتم تمويله من وزارة المالية ، بالإضافة إلى إشتراكات المؤمن عليهم أو جهات عملهم ومن خلال مشاركة المؤمن عليهم من تحمل جزئى أو كلى لتكاليف الخدمة 0

- القطاع الخاص : ويشمل جميع أنواع الخدمات الخاصة كالعيادات والمستشفيات الهادفة للربح ، والجمعيات الأهلية والمؤسسات الخيرية غير الهادفة للربح ، ويمول هذا القطاع من الأسر والأفراد 0

العوامل المحددة للصحة :

تندرج المحددات الصحية فى صلب برامج الحماية الإجتماعية ، وهى عنصر أصيل من عناصرها المؤثرة ، من هذا المنطلق سوف يتم رصد وتحليل مؤشرات الوضع الصحى والتعرف على مواطن القوة أو الضعف لمواجهتها بما يعزز من برامج الحماية الإجتماعية وذلك على النحو التالى 0

أولاً : المؤشرات الحيوية : ومن أهمها معدلات وفيات الأطفال الرضع والأطفال دون سن الخامسة ووفيات الأمهات الناتجة عن الحمل والولادة ، ونقص وزن الأطفال دون سن الخامسة 0

ثانياً : مؤشرات التغطية بالخدمات الصحية : والتي من أهمها ، نسبة التغطية بخدمات الرعاية أثناء الحمل (زيارة واحدة على الأقل) ونسبة الولادات بإشراف عاملين صحيين مدربين ومعدل إنتشار إستعمال موانع الحمل ومعدل الأطباء لكل 10000 نسمة ومعدل العاملون بالتمريض لكل 10000 نسمة ومعدل أسرة المستشفيات لكل 10000 نسمة والتغطية بالتأمين الصحي 0 المؤشرات السابق الإشارة لها يمكن أن تلقى بالضوء على التباينات فى توزيع الموارد الصحية ، وضعاً فى الإعتبار أنه لا يوجد معيار دولى يمكن القياس عليه فيما يتعلق بمعدل مدى كفاية القوى العاملة الصحية أو نسبة أسرة المستشفيات إلى السكان 0

ثالثاً : مؤشرات ديموجرافية و إجتماعية وإقتصادية : والتي من أهمها معرفة القراءة الكتابة ، والحصول على مياه مأمونة وخدمات الصرف الصحى والبطالة ، والإنفاق الصحى 0 وتتداخل تلك العوامل وتؤثر فى بعضها البعض ، فعدم معرفة القراءة والكتابة يؤدي إلى صعوبة الحصول على فرص عمل تدر دخلاً يوفر ويتيح الحصول على الحاجات الأساسية للإنسان ، كما أن حرمان نسبة كبيرة من السكان من المياه المأمونة وخدمات الصرف الصحى⁽¹⁶⁾ يعتبر من أهم عوامل الإختطار التى تصيب الأطفال و تسبب الإصابة والوفاة بأمراض الإسهال والكوليرا والعدوى بالديدان وإلتهاب الكبد 0

وسوف نعرض المؤشرات السابق الإشارة إليها مع إجراء مقارنة لتطورها بين عامى 2001 ، 2005 فى مصر ، بالإضافة إلى مقارنة بعضها دولياً (كلما أتاحت بيانات كاملة) من خلال المؤشرات المثيلة لأقاليم منظمة الصحة العالمية (الإقليم الأفريقى - الأمريكتين - جنوب شرق آسيا - الأوروبى - شرق المتوسط - غرب المحيط الهادى) 0

أولاً : المؤشرات الحيوية :
يرصد جدول (1) مقارنة بين عامى 2001 ، 2005 لبعض المؤشرات الحيوية ،
وأوضح منها الآتى :

- مؤشر توقع الحياة عند الميلاد (بالسنوات) : تحسن هذا المؤشر خلال عامى المقارنة سواء على مستوى إجمالى مصر (67.1 سنة عام 2001 - 71.3 سنة عام 2005) أو على مستوى جميع المحافظات 0 وقد شهدت المحافظات الحضرية أعلى المعدلات سواء عام 2001 (68.1 سنه) أو عام 2005 (71.8 سنة) أما أدنى المعدلات فقد كانت بمحافظات الوجه القبلى سواء فى عام 2001 (66.2 سنة) أو عام 2005 (69.8 سنة)0

وفى هذا السياق أشارتقرير الإحصاءات الصحية العالمية لأقاليم منظمة الصحة العالمية لعام 2007⁽¹⁷⁾ إلى أن مؤشر توقع الحياة عند الميلاد قد تباين بين شدة الإنخفاض فى الإقليم الأفريقى (49 عاماً) والإرتفاع فى إقليم الأمريكتين (75 عاماً)0 أما إقليم شرق المتوسط (مصر أحد أعضائه) فقد كان مؤشر توقع الحياة عند الميلاد (63 عاماً) وهو منخفض مقارنة بنظيره بكل من الإقليم الأوروبى وإقليم غرب المحيط الهادى (73 عاماً لكل من الإقليمين) و إقليم جنوب شرق آسيا (64 عاماً) ، وأيضاً على مستوى إجمالى العالم (66 عاماً)0

- مؤشر معدل وفيات الأطفال الرضع لكل 1000 مولود حى : تحسن هذا المؤشر على مستوى إجمالى مصر (1000/30.0 مولود حى عام 2001 - 1000/20.5 مولود حى عام 2005) ، وأيضاً على مستوى المحافظات 0 وقد شهدت محافظات الوجه البحرى والحدود أقل معدلات لوفيات الأطفال الرضع ، بينما شهدت المحافظات الحضرية والوجه القبلى أعلى معدلات وفيات الأطفال الرضع0

جدول (1) : مقارنة لبعض المؤشرات الحيوية

بين عامى 2001 - 2005

توقع الحياة	معدل وفيات الأطفال	معدل وفيات الأطفال دون	معدل وفيات الأمهات لكل	معدل وفيات					

الخامسة %	100000 مولود حتى	الخامسة لكل 1000 مولود حتى	الرضع لكل 1000 مولود حتى	عند الميلاد (سنوات)	
					المحافظات الحضرية :
11.5	88.9	41.3	36.6	68.1	2001
8.2	63.4	33.0	29.6	71.8	2005
					الوجه البحرى :
4.8	41.8	32.8	22.2	67.5	2001
4.0	46.9	19.1	14.3	71.1	2005
					الوجه القبلى :
10.2	61.8	44.9	35.7	66.2	2001
7.5	54.5	31.4	24.0	69.8	2005
					محافظات الحدود :
6.6	50.3	36.1	25.9	67.2	2001
4.3	59.3	22.6	16.5	70.7	2005
					إجمالى مصر :
8.8	60.7	39.1	30.0	67.1	2001
6.2	52.9	26.4	20.5	71.3	2005

المصدر: معهد التخطيط القومى - تقريرى التنمية البشرية لمصر - 2003 ، 2008

أيضاً أشار تقرير الإحصاءات الصحية العالمية عام 2007 إلى التباين بين أقاليم منظمة الصحة العالمية فيما يتعلق بمعدل وفيات الأطفال الرضع لكل 1000 مولود حتى عام 2005 حيث كان أفضل معدل في الإقليم الأوروبي (16 لكل 1000 مولود حتى عام 2005) بينما كان أسوأ معدل في الإقليم الأفريقي (99 لكل 1000 مولود حتى عام 2005) وكان ترتيب باقي أقاليم منظمة الصحة العالمية من الأفضل إلى الأسوأ على النحو التالي : الأمريكتين ، ثم غرب المحيط ، ثم جنوب شرق آسيا ، ثم شرق المتوسط (20،23،51، 66 لكل 1000 مولود حتى عام 2005 على التوالي) ، وقد كان المعدل على مستوى العالم 51 لكل 1000 مولود حتى عام 2005 0

- مؤشر معدلات وفيات الأطفال دون سن الخامسة لكل 1000 مولود حتى : أيضاً شهد هذا المؤشر تحسناً ملحوظاً ، وأيضاً على نفس النمط الذي تحسن به مؤشر وفيات الأطفال الرضع 0 حيث تحسن المؤشر على مستوى إجمالي مصر (1000/39.1 مولود حتى عام 2001 - 1000/26.4 مولود حتى عام 2005) ، وأيضاً على مستوى جميع المحافظات 0 وقد شهدت محافظات الوجه البحري والحدود أقل معدلات ، بينما شهدت المحافظات الحضرية والوجه القبلي أعلى معدلات لوفيات الأطفال دون سن الخامسة 0

بمقارنة معدل وفيات الأطفال دون الخامسة بمصر وأقاليم منظمة الصحة العالمية ، يتضح أن المعدلات عام 2005 في مصر تقريباً في مستوى أقاليم الأوربي ، والأمريكيتين ، وغرب المحيط الهادي (19 ، 24 ، 28 لكل 1000 مولود حتى) 0 أما باقي الأقاليم فمعدلاتها الأسوأ مقارنة بمعدلات مصر ، وترتيبها على النحو التالي : جنوب شرق آسيا ، ثم شرق المتوسط ، ثم الأفريقي (68 ، 90 ، 165 لكل 1000 مولود حتى عام 2005 على الترتيب) 0 أيضاً المعدلات في مصر تعتبر الأفضل مقارنة بالمستوى العالمي (74 لكل 1000 مولود حتى عام 2005) 0

ترجع الأسباب الرئيسية (18) لتحسن معدلات الوفيات الأطفال (الرضع ودون سن الخامسة) إلى عدة أسباب رئيسية أهمها : توسيع نطاق التغطية بالتمنيع ضد الأمراض القاتلة ، وعلاج الإرواء الفموي في حالات الإسهال ، بالإضافة إلى تحسن المياه والإصحاح البيئي 0

- مؤشر معدل وفيات الأمهات الناتج عن مضاعفات الحمل والولادة لكل 100000 مولود حتى : أيضاً تحسن هذا المؤشر وبنفس النمط الذي تحسن به المؤشرين السابقين 0 حيث تحسن المؤشر على مستوى إجمالي مصر (100000/60.7 مولود حتى عام 2001 - 100000/52.9 مولود حتى عام 2005) ، وقد كان أفضل تحسن

فى المؤشر بمحافظات الوجه البحرى والوجه القبلى ، بينما أقل تحسن بالمحافظات الحضرية والحدود0

يتضح من البيانات السابقة أن معدلات وفيات الأمهات الناتجة عن الحمل والولادة قد تحسنت كثيراً فى مصر ومن أفضل المعدلات عالمياً مقارنة بأقاليم منظمة الصحة العالمية(19) حيث كان المعدل على مستوى العالم 400 لكل 100000 مولود حتى عام 2005 0 وقد كانت المعدلات عام 2005 على مستوى كل إقليم من أقاليم منظمة الصحة العالمية مرتبة من الأفضل إلى الأسوأ على النحو التالى: الأوروبى ثم غرب المحيط الهادى ، ثم الأمريكتين ، ثم شرق المتوسط ، ثم جنوب شرق آسيا ثم الأفريقى (27 ، 82 ، 99 ، 420 ، 450 ، 900 لكل 100000 مولود حتى على الترتيب) 0

يتوقف تحقيق إنخفاض فى معدلات وفيات الأمومة على تحسين وإتاحة خدمات جيدة لرعاية صحة الأمومة والصحة الإنجابية مثل الرعاية أثناء الحمل والولادة تحت إشراف مهنيين صحيين مدربين بالإضافة إلى إتاحة وسائل آمنة لتنظيم الأسرة0

- مؤشر النسبة المئوية للأطفال دون الخامسة ناقصو الوزن :
شهد هذا المؤشر تحسناً سواء على مستوى إجمالى مصر (8.8% عام 2001 - 6.2% عام 2005) أو على مستوى جميع المحافظات0 وقد شهدت محافظات الوجه البحرى (4.8% عام 2001 - 4.0% عام 2005) والحدود (6.6% عام 2001 - 4.3% عام 2005) أقل نسبة من الأطفال ناقصو الوزن ، بينما شهدت المحافظات الحضرية(11.5% عام 2001 - 8.2% عام 2005) والوجه القبلى (10.2% عام 2001 - 7.5% عام 2005) أعلى نسبة من الأطفال دون الخامسة ناقصو الوزن0
يعتبر معدل الأطفال دون الخامسة ناقصو الوزن عام 2005 فى مصر من أفضل المعدلات مقارنة بنظيرتها على مستوى العالم (20) (17.8%) وأيضاً مقارنة ببعض أقاليم منظمة الصحة العالمية مثل : شرق المتوسط (15.1%) الأفريقى (23.1%) ، جنوب شرق آسيا (33.3%) ، أما إقليم الأمريكتين فقد كان الأفضل مقارنة بمصر أو باقى الأقاليم حيث كان المعدل (4.9%)0

ثانياً : مؤشرات التغطية بالخدمات الصحية :
يستعرض جدول (2) بعض أهم مؤشرات التغطية بالخدمات الصحية في مصر ومقارنتها بمثيلاتها في أقاليم منظمة الصحة العالمية والعالم ، حيث تم إستعراض المؤشرات التالية :

- النسبة المئوية للتغطية بخدمات الرعاية أثناء الحمل (زيارة واحدة على الأقل) :
يشير هذا المؤشر إلى أن نسبة التغطية في مصر هي نفس نسبة التغطية بإقليم جنوب شرق آسيا (74%) و أعلى من الإقليم الأفريقي (73%) وإقليم شرق المتوسط (61%) وأقل من نسبة التغطية على مستوى كل من إقليم الأمريكتين (94%) و إقليم غرب المحيط الهادى (89%) ، وأيضاً على مستوى العالم (77%)0

- النسبة المئوية للولادات بإشراف عاملين صحيين مدربين :
يشير مؤشر النسبة المئوية للولادات بإشراف عاملين صحيين مدربين إلى أن هذا المؤشر في مصر (79%) أعلى من مثيلة على مستوى العالم (65%) وأيضاً على مستوى كل من الإقليم الأفريقي (46%) وإقليم جنوب شرق آسيا (48%) وإقليم شرق المتوسط (59%) ، ولكنه أقل من مثيله بإقليم الأمريكتين (92%) والإقليم الأوروبى (96%)0

- معدل إنتشار إستعمال موانع الحمل :
يشير هذا المؤشر إلى أن معدل إنتشار إستعمال موانع الحمل في مصر (59.2%) أعلى من مثيلتها في كل من الإقليم الأفريقي (24.4%) وإقليم جنوب شرق آسيا (57.2%) وأيضاً إقليم شرق المتوسط (43.0%) ، وأقل من مثيلتها في كل من إقليم الأمريكتين (70.0%) وإقليم غرب المحيط الهادى (85.5%) وأيضاً على مستوى العالم (63.3%)0

- معدل الأطباء لكل 10000 نسمة :
يشير هذا المؤشر إلى إرتفاع معدل طبيب لكل 10000 نسمة في مصر (10000/24) نسمة) مقارنة بالمستوى العالمى (10000/13) نسمة) ، وأيضاً جميع أقاليم منظمة الصحة العالمية ، ما عدا الإقليم الأوروبى (10000/32) نسمة) 0

- معدل العاملون في التمريض لكل 10000 نسمة :
يشير هذا المؤشر إلى إرتفاع معدل العاملون في التمريض لكل 10000 نسمة في مصر (10000/34) نسمة) مقارنة بالمستوى العالمى (10000/28) نسمة) وكل من الإقليم جدول (2) التغطية بالخدمات الصحية في كل من

مصر وأقاليم منظمة الصحة العالمية والعالم

العالم	اقاليم منظمة الصحة العالمية							مصر	الخدمات الصحية
	البحر المتوسط	الهادى	شرق المتوسط	الأوروبى	جنوب شرق آسيا	الأمريكيتين	الأفريقى		
77	89	61	00	74	94	73	74	% التغطية بخدمات الرعاية أثناء الحمل (زيارة واحدة على الأقل) 2008	
65	92	59	96	48	92	46	79	% الولادات بإشراف عاملين صحيين مدربين 2008-2000	
63.3	85.5	43.0	00	57.2	70.0	24.4	59.2	% معدل إنتشار إستعمال موانع الحمل 2006-2000	
13	14	10	32	5	19	2	24	معدل الأطباء/10000 نسمة 2007-2000	
28	20	15	79	12	49	11	34	معدل العاملون فى التمريض لكل/10000 نسمة 2007-2000	
25	33	14	63	9	24	10	21	معدل أسرة المستشفيات/10000 نسمة 2008-2000	

المصدر : منظمة الصحة العالمية ، الإحصاءات الصحية العالمية ، 2009 ، جدول (4) ، (6)0

الأفريقى وجنوب شرق آسيا وشرق المتوسط وأيضاً غرب المحيط الهادى 0 كما توضح المقارنة إنخفاض هذا المؤشر فى مصر مقارنة بكل من إقليم الأمريكتين والإقليم الأوروبى 0

- معدل أسرة المستشفيات لكل 10000 نسمة :
يشير هذا المؤشر إلى ارتفاع المعدل في مصر (10000/21 نسمة) عن مثيله بكل من الإقليم
الإفريقي وجنوب شرق آسيا وشرق المتوسط ، ولكنه منخفض مقارنة بإقليم الأمريكتين
والأوروبي وغرب المحيط الهادى وأيضاً على مستوى العالم (10000/25 نسمة) 0

التأمين الصحى :

يستعرض جدول (3) بعض أهم المؤشرات التى تعكس ملامح قطاع التأمين الصحى
في مصر والتي تقدم خدماته من خلال ثلاثة عشر فرع موزعة جغرافياً على محافظات مصر
(بلغ عدد الفروع بعد عام 2006 ثمانية عشر فرعاً) تشير البيانات إلى :

- مؤشر نسبة التغطية التأمينية : يشير هذا المؤشر إلى أن إجمالي التغطية
التأمينية قد وصل إلى 50.9% من إجمالي السكان عام 2006 0 وقد بلغت أعلى نسبة
تغطية بالتأمين الصحى بفروع شمال غرب الدلتا (56.3%) والقنال وسيناء (56.2%)
والسويس (54.2%) 0 أما أقل تغطية تأمينية فكانت بفروع شرق الدلتا (47.4%) وشمال
شرق الدلتا (47.9%) والمنيا (48.3%) 0

- مؤشر عدد المستشفيات : بلغ إجمالي عدد المستشفيات المملوكة للهيئة العامة
للتأمين الصحى 38 مستشفى موزعة على ثلاثة عشر فرع 0 يخص فروع الصعيد منها
سبعة مستشفيات ، وفروع الدلتا اثنتى عشر مستشفى ، ويخص كل من فرعى دمياط
والسويس مستشفى واحدة لكل منهما 0 بينما يستحوذ فرع القنال وسيناء على ثلاث
مستشفيات كما يستحوذ فرع المنوفية على أربعة مستشفيات 0 أما فرع القاهرة فيستحوذ
منفرداً على ثمانية مستشفيات 0

- مؤشر معدل الأسرة لكل 1000 منتفع : بلغ إجمالي نصيب كل 1000 منتفع
من المشتركين بالتأمين الصحى 0.26 سرير 0 وكان أعلى معدلات بفروع السويس
والقاهرة والقنال وسيناء (0.90 - 0.49 - 0.46 لكل 1000 منتفع على التوالي) 0 بينما
كان أقل المعدلات بفروع دمياط وجنوب الصعيد ووسط الصعيد (0.07 - 0.08 - 0.12
لكل 1000 منتفع على التوالي) 0

- مؤشر متوسط نصيب المنتفع من الدواء (بالجنيه) : بلغ متوسط نصيب
المنتفع من الدواء 46.0 جنيه على مستوى إجمالي الفروع 0 أما أعلى متوسط لنصيب المنتفع من

الدواء فكان بفروع القاهرة (60.5 جنيه) ووسط الدلتا (51.9 جنيه) وشمال غرب الدلتا (50.8 جنيه) أما أدنى متوسط لنصيب المنتفع من الدواء فكان بفروع جنوب الصعيد (23.9 جنيه) ووسط الصعيد (30.8 جنيه) والقنال وسيناء (39.3 جنيه) 0

جدول (3) نسبة التغطية التأمينية وعدد المستشفيات ومعدل الأسره لكل 1000 منتفع ومتوسط نصيب المنتفع من الدواء (بالجنيه) في 2006/6/30

متوسط نصيب المنتفع من الدواء (بالجنيه)	معدل الأسره لكل 1000 منتفع	عدد المستشفيات	نسبة التغطية التأمينية (%)	
50.8	0.42	5	56.3	شمال غرب الدلتا
51.9	0.29	4	51.6	وسط الدلتا
41.8	0.19	4	49.2	المنوفية
44.6	0.18	2	47.4	شرق الدلتا
40.0	0.13	1	47.9	شمال شرق الدلتا
39.7	0.07	1	53.2	دمياط
39.3	0.46	3	56.2	القنال وسيناء
42.6	0.90	1	54.2	السويس
60.5	0.49	8	52.3	القاهرة
45.7	0.18	2	49.1	شمال الصعيد
48.5	0.20	4	48.3	المنيا
30.8	0.12	2	51.0	وسط الصعيد
23.9	0.08	1	51.7	جنوب الصعيد
46.0	0.26	38	50.9	الإجمالي

المصدر:

ثالثاً : المؤشرات الديموجرافية والاجتماعية وإقتصادية :
يشير جدول (4) إلى مقارنة بين عامي 2001 ، 2005 لبعض مؤشرات الديموجرافية والاجتماعية المؤثرة على الصحة على النحو التالي :

- مؤشر معدل معرفة القراءة والكتابة (15 +) :

شهد هذا المؤشر تحسناً على مستوى إجمالي مصر (65.6% عام 2001 - 69.5% عام 2005) وأيضاً في جميع المحافظات ، مع ملاحظة الإنخفاض الطفيف في المحافظات الحضرية والتي في نفس الوقت شهدت أعلى نسبة من السكان الذين يعرفون القراءة والكتابة (+15) خلال عام 2001 (80.7%) وعام 2005 (80.5%) أما أقل نسبة من السكان في معرفة القراءة والكتابة فكان في محافظات الوجه القبلي (56.4% عام 2001 - 63.6% عام 2005) 0

- مؤشر نسبة الأسر التي تحصل على مياه مأمونة : زادت نسبة الأسر التي تحصل على مياه مأمونة على مستوى إجمالي مصر من عام 2001 (91.3%) إلى عام 2005 (95.5%) بينما شهدت هذه النسبة إنخفاض طفيف في المحافظات الحضرية (99.9% عام 2001 - 99.1% عام 2005) ، وأيضاً محافظات الحدود ولكن الإنخفاض كان كبيراً (90.0% عام 2001 - 84.5% عام 2005) وفي ذات الوقت شهد هذا المؤشر ارتفاعاً في محافظات الوجه البحري (89.6% عام 2001 - 95.0% عام 2005) والوجه القبلي (85.9% عام 2001 - 94.7% عام 2005) 0

- مؤشر نسبة الأسر التي تحصل على صرف صحي: شهد هذا المؤشر إنخفاضاً كبيراً على مستوى إجمالي مصر والمحافظات خلال عامي المقارنة 0 فعلى مستوى إجمالي مصر إنخفضت نسبة الأسر التي تحصل على صرف صحي من 93.6% عام 2001 إلى 50.5% عام 2005 وشهدت المحافظات الحضرية أعلى نسبة من الأسر التي تحصل على صرف صحي (99.9% عام 2001 - 90.8% عام 2005) 0

- مؤشر إجمالي الفقراء كنسبة مئوية من السكان : شهد هذا المؤشر تحسناً طفيفاً ، فأنخفض من (20.1%) عام 2001 إلى (19.6%) عام 2005 0 شهدت المحافظات الحضرية أقل نسبة من السكان الفقراء سواء عام 2001 (9.0%) أو عام 2005 (5.7%) ، أما محافظات الوجه القبلي فقد شهدت أعلى معدلات من السكان الفقراء سواء خلال عام 2001 (35.2%) أو عام 2005

جدول رقم (4)

مقارنة لبعض المؤشرات الديموجرافية والاجتماعية والإقتصادية بين عامي 2001-2005

معدل البطالة % من قوة العمل (+ 15)	إجمالي الفقراء (%)	الأسر التي تحصل على (%)	معدل معرفة القراءة

	من السكان)	صرف صحى	مياه مأمونة	والكتابة %(+15)	
					<u>المحافظات الحضرية</u>
7.5	9.0	99.9	99.8	80.7	2001
10.8	5.7	90.8	99.1	80.5	2005
					<u>الوجه البحرى :</u>
10.2	13.1	98.2	89.6	64.8	2001
9.3	14.5	48.5	95.0	69.4	2005
					<u>الوجه القبلى:</u>
8.7	35.2	84.9	85.9	56.4	2001
19.4	32.5	30.5	94.7	63.6	2005
					<u>محافظات الحدود :</u>
5.3	10.7	91.6	90.0	70.2	2001
6.3	14.5	49.5	84.5	76.2	2005
					<u>إجمالى مصر :</u>
9.0	20.1	93.6	91.3	65.6	2001
9.3	19.6	50.5	95.5	69.5	2005

المصدر : معهد التخطيط القومى ، تقريرى التنمية البشرية لمصر - 2003 ، 2008 0

0(32.5%) كما يلاحظ أن نسبة السكان الفقراء قد زادت بين عامى 2001، 2005 فى كل من محافظات الوجه البحرى والحدود0

- مؤشر معدل البطالة كنسبة من قوة العمل (+15) :
شهد هذا المؤشر إرتفاعاً طفيفاً على مستوى إجمالى مصر (9.0% عام 2001 - 9.3% عام 2005) ، وأيضاً على مستوى المحافظات ما عدا محافظات الوجه البحرى التى شهدت إنخفاضاً بسيطاً (10.2% عام 2001 0 9.3% عام 2005) 0 وقد شهدت

محافظات الوجه القبلى إرتفاعاً شديداً فى معدل البطالة (8.7% عام 2001 - 19.4% عام 2005) ، أما محافظات الحدود فقد شهدت أدنى معدلات للبطالة سواء عام 2001 (5.3%) أو عام 2005 (6.3%)

الإنفاق على الصحة :

يوضح جدول (5) بعض أوجه الإنفاق على الصحة فى مصر مقارنة بأقاليم منظمة

الصحة العالمية والعالم على النحو التالى :

- إجمالى الإنفاق على الصحة كنسبة مئوية من الناتج المحلى الإجمالى :

إرتفع هذا المؤشر فى مصر من 5.6% عام 2000 إلى 6.3% عام 2006 إلا أنه مازال دون المستوى العالمى (8.2% عام 2000 - 8.7% عام 2006) ، وأيضاً دون مستوى إقليم الأمريكتين والإقليم الأوروبى ، ولكنه يقترب من المستوى بإقليم غرب المحيط الهادى ، وهو أفضل من الإقليم الأفريقى وإقليم جنوب شرق آسيا وإقليم شرق المتوسط - الإنفاق العام على الصحة كنسبة مئوية من إجمالى الإنفاق على الصحة :

يعتبر هذا المؤشر فى مصر متدنياً (40.1% عام 2000 - 41.4% عام 2006) مقارنة بالمستوى العالمى (56.6% عام 2000 - 57.6% عام 2006) وجميع أقاليم منظمة الصحة العالمية ما عدا إقليم جنوب شرق آسيا

- الإنفاق الخاص على الصحة كنسبة مئوية من إجمالى الإنفاق على الصحة :

يشير هذا المؤشر إلى أن القطاع الخاص يستحوذ على حوالى ثلثى نسبة الإنفاق على الصحة (59.9% عام 2000 - 58.6% عام 2006) وهى نسبة كبيرة مقارنة بالمستوى العالمى وجميع أقاليم منظمة الصحة العالمية ما عدا إقليم جنوب شرق آسيا يعتبر إنفاق المواطن المصرى على الصحة من الجيب كنسبة مئوية من الإنفاق الخاص على الصحة من أعلى النسب (94.1% عام 2000 - 94.9% عام

جدول (5) : مقارنة بعض أوجه الإنفاق على الصحة

بين مصر وأقاليم منظمة الصحة العالمية والعالم خال الفترة 2000 - 2006

العالم	أقاليم منظمة الصحة العالمية						مصر	الإنفاق على الصحة
	غرب المحيط الهادى	شرق المتوسط	الأوروبى	جنوب شرق آسيا	الأمريكيتين	الأفريقى		
8.2	6.0	4.3	8.0	3.6	11.3	5.5	5.6	- إجمالى الإنفاق على الصحة كنسبة مئوية من الناتج المحلى الإجمالى :
8.7	6.1	4.5	8.4	3.4	12.8	5.5	6.3	عام 2000
								عام 2006

								- الإنفاق العام على الصحة كنسبة مئوية من إجمالي الإنفاق على الصحة : عام 2000 عام 2006
56.6 57.6	63.9 61.0	47.1 50.9	73.6 75.6	28.0 33.6	45.7 47.7	44.8 47.1	40.1 41.4	
								- الإنفاق الخاص على الصحة كنسبة مئوية من إجمالي الإنفاق على الصحة: عام 2000 عام 2006
43.3 42.4	36.1 39.0	52.9 49.1	25.8 24.4	72.0 66.4	54.3 52.3	55.2 52.9	59.9 58.6	
								- الإنفاق من الجيب كنسبة مئوية من الإنفاق الخاص على الصحة : عام 2000 عام 2006
51.5 49.3	88.9 80.7	88.0 87.0	68.6 70.8	88.7 88.3	33.7 30.6	55.9 49.8	94.1 94.9	
								- إنفاق الضمان الإجتماعى على الصحة كنسبة مئوية من الإنفاق الحكومى العام على الصحة: عام 2000 عام 2006
43.9 41.1	65.6 63.1	15.0 19.7	50.0 49.2	6.3 8.5	32.2 27.7	8.2 7.6	23.8 26.4	
								- نصيب الفرد من إجمالي الإنفاق على الصحة حسب متوسط معدل سعر الصرف (بالدولار الأمريكى) : عام 2000 عام 2006
473 716	290 361	69 116	936 1756	19 31	1799 2636	33 38	82 92	
								- نصيب الفرد من الإنفاق الحكومى على الصحة بمتوسط سعر الصرف (بالدولار الأمريكى): عام 2000 عام 2006
276 429	212 246	36 65	704 1350	6 11	815 1252	15 27	33 38	

المصدر: منظمة الصحة العالمية ، الإحصاءات الصحية العالمية ، 2009 ، جدول (7) 0

2006 مقارنة بمستوى إجمالي العالم (51.5% عام 2000 – 49.3% عام 2006) ، وأيضاً على مستوى جميع أقاليم منظمة الصحة العالمية 0

- إنفاق الضمان الإجتماعى على الصحة بنسبة مئوية من الإنفاق الحكومى العام على الصحة :
يعتبر إنفاق الضمان الإجتماعى على الصحة كنسبة مئوية من الإنفاق الحكومى على الصحة ، (23.8% عام 2000 إلى 26.4% عام 2006) دون المستوى العالمى)

43.9% عام 2000 - 41.1% عام 2006) وأيضاً دون مستوى أقاليم منظمة الصحة

العالمية المنتمية إلى دول العالم مرتفعة الدخل⁰

- نصيب الفرد من إجمالي الإنفاق على الصحة حسب متوسط معدل سعر الصرف (بالدولار الأمريكي) :-

يعتبر نصيب الفرد في مصر من إجمالي الإنفاق على الصحة حسب متوسط معدل الصرف (بالدولار الأمريكي) (82 دولار عام 2000 إلى 92 دولار عام 2006) ضعيفاً ومتدنياً مقارنة بالمستوى العالمي (473 دولار عام 2000 - 716 دولار عام 2006) و بعض أقاليم منظمة الصحة العالمية المنتمية إلى دول العالم المتقدم 0 حيث كان أعلى نصيب للفرد بإقليم الأمريكتين (1799 دولار عام 2000 - 2636 دولار عام 2006) ، أما أدنى نصيب فكان للفرد بإقليم جنوب شرق آسيا (19 دولار عام 2000 - 31 دولار عام 2006) 0

- نصيب الفرد من الإنفاق الحكومي على الصحة بمتوسط سعر الصرف (بالدولار الأمريكي) :

أيضاً يعتبر نصيب الفرد من الإنفاق الحكومي على الصحة من أدنى المعدلات (33 دولار عام 2000 - 38 دولار عام 2006) مقارنة بالمستوى العالمي (276 دولار عام 2000 - 429 دولار عام 2006) وأقاليم منظمة الصحة العالمية من البلدان المتقدمة مثل إقليم الأمريكتين والإقليم الأوروبي وإقليم غرب المحيط الهادئ وإقليم شرق المتوسط⁰

وفي هذا الصدد أشارت أحد الدراسات⁽²¹⁾ إلى أن الارتفاع في نسبة الإنفاق الخاص على الصحة في مصر - في مجتمع يعاني من الفقر- ، يزيد من العبء على ميزانية الأسر الفقيرة التي لا تحصل إلا على نسبة 16% من تمويل الخدمات الصحية مقارنة بالأسر صاحبة أعلى شرائح الدخل والتي تحصل على 24% من تمويل الخدمة⁰ وهذا الارتفاع في معدلات الإنفاق الخاص على الصحة⁽²²⁾ ، يؤدي إلى إضطرار بعض مستخدمي الخدمات الصحية إلى دفع جزء كبير من دخلهم ، مما يدفع البعض إلى الفقر ، أو يزيد البعض الآخر فقراً على فقرهم⁰

يعتبر الإنفاق الخاص على الرعاية الصحية مرتفعاً عندما تضطر الأسرة لتقليص إنفاقها على البنود الأساسية مثل الغذاء لتوفير التكاليف الصحية⁰ وفي تقرير لمنظمة الصحة العالمية أشارت إحدى الدراسات ، إلى أن الإنفاق الصحي يوصف بأنه مرتفعاً إذا كانت نسبة الإنفاق الصحي المباشر للأسرة تمثل 40% على الأقل من الدخل المتبقى بعد سد احتياجات الكفاف⁰

وفي هذا الصدد نشير إلى أن الإنفاق المباشر هو كل الأنواع المباشرة من النفقات التي لها صلة بالصحة ، والتي يتم دفعها في نقاط تلقي الخدمة (مثل رسوم الكشف والإستشارات ، وشراء الأدوية والمستلزمات الطبية ، والخدمات المختبرية ، والخدمات التشخيصية 000 الخ) بعد خصم كل المبالغ المسدده من أطراف أخرى⁰ أما الإنفاق غير المباشر للحصول على الخدمات الصحية فيمثل المواصلات ، والدخل الضائع نتيجة المرض وتلقى العلاج⁰ أما مستوى الكفاف للأسرة فيحسب لكل مجتمع على أساس إجمالي الإنفاق على الغذاء مصححاً بما يتواءم مع حجم الأسره⁰

مما لا شك فيه فإن إرتفاع حجم العبء الاقتصادي الذي تتحمله الأسره للحصول على الخدمات الصحية سوف يؤثر على المؤشرات الصحية لأفراد الأسرة خاصة الأطفال⁰ وقد أشار تقرير لمركز المعلومات ودعم إتخاذ القرار بمجلس الوزراء⁽²³⁾ إلى أن هناك علاقة بين الرعاية الصحية التي يحصل عليها الطفل وبين مستوى معيشة الأسرة بالإعتماد على مؤشر الثروة ، وهذا ما يتضح في جدول (6) حيث يلاحظ أن هناك إرتباط بين الحصول على الرعاية الصحية للأم أثناء الحمل وأثناء الولادة ومستوى معيشة الأسرة ، فكلما إرتفع مستوى معيشة الأسرة إرتفعت النسبة المئوية للحصول على الرعاية الصحية أثناء الحمل وأثناء الولادة⁰ أيضاً كلما إرتفع مستوى معيشة الأسرة إنخفضت نسبة الإصابة بالأنيميا ، وأيضاً معدل وفيات الأطفال الرضع والأطفال دون سن الخامسة من العمر⁰

جدول (6) : العلاقة بين مؤشر الثروة وبعض المؤشرات الصحية

عام 2005

معدل وفيات الأطفال دون الخامسة / 1000 مولود حتى	• معدل وفيات الأطفال الرضع/ 1000 مولود حتى	الإنيميا	الرعاية الصحية أثناء الولادة	الرعاية الصحية أثناء الحمل	مؤشر الثروة*
74.6	59.2	55.2	50.5	46.7	أدنى مستوى
55.1	43.0	55.8	63.5	59.0	المستوى الثانى
46.8	38.8	48.6	78.2	71.0	المستوى المتوسط
41.1	32.7	44.9	78.4	84.2	المستوى الرابع
25.1	23.0	36.9	95.7	92.1	أعلى مستوى

المصدر : المسح السكانى الصحى - مصر ، 2005 0

* مؤشر الثروة : مقياس تقريبي لمستوى معيشة الأسرة ، ويتم حسابه باستخدام بعض البيانات مثل ملكية الأسرة للسلع المعمرة ، وبعض الخصائص المتعلقة بالمستوى الاقتصادى ، وطبقاً لهذا المؤشر يتم تقسيم الأسر المعيشية إلى خمسة مستويات 0

أكدت بعض دراسات منظمة الصحة العالمية (24) على أنه كلما زاد الإنفاق فى القطاع الخاص مقارنة بإجمالى النفقات الصحية ، فإن العمر المتوقع عند الميلاد سوف ينخفض ، بينما كلما زاد الإنفاق العام ومستوى التأمين الاجتماعى مقارنة بالناتج المحلى الإجمالى ، فإن العمر المتوقع عند الميلاد سوف يرتفع 0 كما أنه كلما زاد الإنفاق العام على الصحة إنخفضت معدلات وفيات الأطفال دون سن الخامسة خاصة من الشرائح الفقيرة من المجتمع 0

خاتمة

الحماية الاجتماعىة حق تكلفة الدولة لجميع المواطنين دون النظر إلى أى اعتبارات اجتماعية أو إقتصادية أو ثقافية أو سياسية 00 الخ 0 الصحة أحد أهم ركائز الحماية الاجتماعىة ، وكلما إستطاع النظام الصحى الكفاء أن يحقق مستوى صحى يرضى طموحات المواطنين كلما إنعكس ذلك على كفاءة نظم الرعاية الصحية 0

فى ضوء ذلك حاول هذا الجزء من الدراسة التعرف على أهم ملامح قطاع الصحة من خلال رصد لبعض المؤشرات التى تعكس نقاط القوة أو الضعف لمواجهتها بما يعزز من نظم الحماية الاجتماعىة 0

ولمتطلبات التعرف على ملامح قطاع الصحة تم رصد بعض المؤشرات الحيوية ، ومؤشرات التغطية بالخدمات الصحية ومؤشرات ديموجرافية واجتماعية وإقتصادية ذات الصلة ،

ثم إجراء مقارنات لتلك المؤشرات على مستوى إجمالى مصر والمحافظات وأقاليم منظمة الصحة العالمية وإجمالى العالم 0 وفى ضوء ما تم رصده من مؤشرات إتضح ما يلى:
يتضح من قراءة المؤشرات السابق الإشارة إليها أن هناك بوادر تحسن فى بعضها ، مما يدل على الجهود الإيجابية التى تبذل فى هذا الشأن ، سواء على مستوى إجمالى مصر أو على مستوى إجمالى مجموعات المحافظات خلال الفترة من عام 2001 إلى عام 2005 أيضاً يتضح أن هذا التحسن فى المؤشرات لم يكن على نفس القدر إذا ما قارنا بين مؤشرات مجموعات المحافظات وبعضها البعض ، أو على مستوى إجمالى مصر مقارنة بأقاليم منظمة الصحة العالمية 0

وبوجه عام ، فإن مجموعة محافظات الوجه القبلى - غالباً - تحقق أدنى مستوى للمؤشرات - خاصة الديموجرافية والإجتماعية والإقتصادية - عند مقارنتها بباقى مجموعات المحافظات أو إجمالى مصر 0

محافظات الوجه القبلى تعانى من إنتشار الأمية ، مما يدل على عدم العدالة فى توفير خدمات التعليم 0 كما أن هناك تدنى فى الإمداد بالمياه المأمونة للشرب والصرف الصحى الآمن مما يؤدى إلى إرتفاع معدلات الإصابة بالأمراض وإنتشارها خاصة بين الأطفال 0 أيضاً تنتشر البطالة (حوالى ثلث قوة العمل) والفقر (حوالى خمس السكان) ، وعندما تنتشر البطالة والفقر ويصاحب ذلك تحمل المواطن العبء الأكبر من الإتفاق على الصحة - نظراً لتدنى الإنفاق الحكومى - فإنه من المتوقع أن تنتشر الأمراض الإجتماعية (عنف أسرى - إدمان - زواج قاصرات - عمالة أطفال - أطفال شوارع - 000الخ) ، كما ينخفض المستوى الصحى وتنتشر الأمراض خاصة بين الفئات الضعيفة من أطفال وسيدات ومسنين ومعاقين 0

أيضاً عند رصد المؤشرات الحيوية إتضح أن المحافظات الحضرية قد حققت أدنى مستوى من المؤشرات مقارنة بباقى المحافظات ويمكن أن يرجع السبب فى ذلك إلى أن المحافظات الحضرية لديها عوامل جذب للهجرة الداخلية لما يتوفر بها من خدمات (تعليم - صحى - مياه مأمونة للشرب - صرف صحى آمن) ومشروعات إستثمارية تتيح فرص عمل حقيقية مما يحفز المواطنين قاطنى المناطق ذات المستوى المتدنى من الخدمات إلى الهجرة إليها مصحوبين بخصائص سكانية متدنية تنعكس على مؤشرات المحافظات الحضرية 0

كما تدل مؤشرات التغطية بالخدمات الصحية فى مصر مقارنة بأقاليم منظمة الصحة العالمية ، إلى أنها تقترب من المعدلات العالمية خاصة فيما يتعلق بالقوى العاملة الصحية وأسرة المستشفيات ، ولكن على الجانب الآخر هناك حاجة إلى بذل المزيد من الجهود لتحسين التغطية بالخدمات الصحية خاصة فيما يتعلق بتنظيم الأسرة 0

- أيضاً فى سياق رصد مؤشرات التغطية بالخدمات الصحية ، تم الإشارة إلى نظام التأمين الصحى الحالى (ليس هنا مجال دراسته بعمق) حيث إتضح :
- النظام الحالى للتأمين الصحى يشمل حوالى نصف المواطنين وهو نظام يبحاز للعاملين بالحكومة والقطاع العام وطلاب المدارس والمواليد الجدد ، وبمقتضاه يتم حرمان باقى فئات الشعب من الحصول على حقهم فى رعاية صحية مجانية (شبه مجانية) 0
 - بالرغم مما يعانى به نظام التأمين الصحى من سلبيات وتحديات خاصة فيما يتعلق بضعف مصادر التمويل وعدم رشادة الإنفاق بالإضافة إلى سوء نظمه الإدارية ، إلا أنه ما زالت هناك إيجابيات يجب الحفاظ عليها ، ومن أهمها مجانية (شبه مجانية) إجراء العمليات الجراحية الكبرى وعلاج الأمراض المزمنة والخطرة وتقديم خدمات العيادات الخارجية والفحوصات الطبية0
 - إمتلاك ثروة من الموارد البشرية الصحية والبنية الأساسية من مستشفيات وعيادات خارجية وصيدليات 000 الخ ، يجب الحفاظ عليها 0

ما سبق يدعو إلى ضرورة إصدار نظام جديد للتأمين الصحى يشمل جميع المواطنين ، يتم بمقتضاه توفير جميع خدمات الرعاية الصحية بمستوياتها الثلاثة (الأولية والثانية والثالثة) لجميع المواطنين بنفس المستوى من الجودة0

فى ظل ما تم إستخلاصه من المؤشرات التى تم رصدها يتضح أن قطاع الرعاية الصحية يحتاج إلى إعادة ترتيب أولوياته والتوجه بآليات أكثر عدالة وفاعلية إلى المواطنين بالمناطق الأشد إحتياجاً للخدمات الصحية ، بالإضافة إلى أهمية القضاء على الأمية والفقر والبطالة وتدنى الإصحاح البيئى ، وذلك حتى يكون قادراً على أن يقوم بدوره كأحد ركائز الحماية الإجتماعية0

المراجــــــــــــــــع

- 1- مكتبة الأسكندرية ، منتدى الإصلاح العربى ، الشفافية ومحاربة الفساد فى قطاع الصحة ، الرعاية الصحية حق من حقوق الإنسان (ورقة خلفية) ، 2007 0

- ² - منظمة الصحة العالمية ، تضيق الفجوة فى غضون جيل واحد ، اللجنة المعنية بالمحددات الإجتماعية للصحة ، 2008 ، ص ص 33-34 0
- 3- محمد عثمان عبد المالك ، الصحة والتنمية والفقير ، جريدة الصحة العامة السودانية ، المجلد (2) رقم (4) ، عام 2007 ، ص 232 0
- 4- منظمة الصحة العالمية ، تقرير اللجنة المعنية بالمحددات الإجتماعية للصحة ، المجلس التنفيذى ، الدورة (124) البند (4-6) من جدول الأعمال المؤقت ، 2008 ، ص 1 0
- 5- منظمة الصحة العالمية ، تضيق الفجوة فى غضون جيل واحد ، مرجع سبق ذكره ، ص 95 0
- 6 - سمير فياض ، دراسة النظام الصحى فى مصر ومشروع الإصلاح الصحى ، 2005 ، ص 3 0
- 7- منظمة الصحة العالمية ، تضيق الفجوة فى غضون جيل واحد ، مرجع سبق ذكره ، ص 10 0
- 8- الأمم المتحدة ، تعزيز وحماية جميع حقوق الإنسان المدنية والسياسية والإقتصادية والإجتماعية والثقافية ، الجمعية العامة - مجلس حقوق الإنسان - لدورة (7) البند (3) من جدول الأعمال ، 2008 ، ص 14- 15 0
- 9 - سمير فياض ، مرجع سبق ذكره ، ص ص 3 - 4 0
- 10 - منظمة الصحة العالمية ، تأثير الإنفاق الصحى على الأسره ، والخيارات البديلة لتمويل الرعاية الصحية - اللجنة الإقليمية لشرق المتوسط ، الدورة (51) البند (6 أ) من جدول الأعمال ، 2004 ، ص 5 0
- 11- منظمة الصحة العالمية ، تضيق الفجوة فى غضون جيل واحد ، مرجع سبق ذكره ، ص 95 0
- 12- منظمة الصحة العالمية ، تضيق الفجوة فى غضون جيل واحد ، مرجع سبق ذكره ، ص ص 27 ، 33 - 34 ، 82 - 83 ، 94 0
- 13- منظمة الصحة العالمية ، تأثير الإنفاق الصحى على الأسرة والخيارات البديلة لتمويل الرعاية الصحية ، مرجع سبق ذكره ، ص ص 2-3 0
- 14- محمد عثمان عبد المالك ، مرجع سبق ذكره ، ص 232 0

-
- 15- منظمة الصحة العالمية ، تضيق الفجوة فى غضون جيل واحد ، مرجع سبق ذكره ،
ص 33 0
- 16- منظمة الصحة العالمية ، الإحصاءات الصحية العالمية ، 2009 ، ص 12 0
- 17- منظمة الصحة العامة ، الإحصاءات الصحية العالمية ، 2007 0
- 18- منظمة الصحة العالمية الإحصاءات الصحية العالمية ، 2009 ، ص 10 0
- 19- **World Health Organization, Maternal Mortality in 2005, Estimates developed by WHO, UNICEF and the World Bank, 200 t, P3H.**
- 20- منظمة الصحة العالمية - الإحصاءات الصحية العالمية ، عام 2007 0
- 21- مكتبة الإسكندرية - منتدى الإصلاح العربى - حسام بدرأوى - محسن يوسف ،
الفساد والهدر فى الإنفاق العام ، 2007 ، ص 44 0
- 22- منظمة الصحة العالمية ، تأثير الإنفاق الصحى على الأسره ، والخيارات البديلة لتمويل
الرعاية الصحية ، 2004 ، ص ص 1 - 9 00
- 23- مجلس الوزراء المصرى - مركز المعلومات ودعم إتخاذ القرار ، الملامح الصحية
للأطفال فى مصر ، تقارير معلوماتية ، عدد (20) ، 2008 ، ص 11 0
- 24- منظمة الصحة العالمية ، تضيق الفجوة فى غضون جيل واحد ، مرجع سبق ذكره ،
ص 95 0



M

يهدف هذا الجزء من الدراسة فى جانب منه إلى الكشف عن رؤية الفقراء لأشكال الحماية المقدمة لهم من الدولة والممثلة فى معاش الضمان الإجتماعى ، وفى الرعاية الصحية ، ومدى كفاية هذه الجهود المجتمعية فى سد إحتياجاتهم الأساسية اليومية ، والوقوف على المشاكل التى تواجه بعض الأسر المستفيدة من الضمان الإجتماعى مع الجهات التى تتولى تقديم هذه المساعدات ، وكذلك تلك التى تواجهه الأسر ذاتها فى مجال العلاج ، وتطلعات هذه الأسر للحماية الإجتماعية ، وللمتوقع من الدولة لحمايتهم إجتماعياً ولتحقيق ذلك تم مقابلة (13) أسرة من منطقة منشأة ناصر بالقاهرة وذلك لإجراء الدراسة المتعمقة عليها 0

إضافة إلى إستخدام الإستبيان على عينة إستطلاعية عددها 50 أسرة من نفس المنطقة للوقوف على الجوانب التى ذكرت سابقاً حول الحماية الإجتماعية لدى الفقراء 0 وعلى الجانب الآخر كان سعى فريق العمل نحو رؤية الحماية الإجتماعية من منظور الصفوة المتعلمة فتم إجراء لقاءات مع مجموعة خبراء معهد التخطيط القومى من خلال الحلقات النقاشية 0

ونعرض فى هذا الجزء نتائج الدراسة الميدانية بشقيها الكيفى والكمى من خلال الجوانب التالية :

- 1 - نتائج المقابلات المتعمقة مع أسر الدراسة وعددها (13) 0
- 2 - نتائج اللقاءات مع الصفوة المتعلمة التى تمت من خلال الحلقات النقاشية 0
- 3 - نتائج الإستبيان الذى تم على 50 أسرة بمنطقة الدراسة 0

أولاً : نتائج المقابلات المتعمقة مع الأسر :
أفصحت المقابلات المتعمقة مع ثلاثة عشر أسرة بمنشأة ناصر عن مشكلات إجتماعية متنوعة تعانى منها هذه الأسر ، فبالرغم من إستفادتها من برنامج الحماية الإجتماعية والمتمثل فى معاش الضمان الإجتماعى ، إلا أن هذه الإستفادة بدت محدودة للغاية ، وكأنها قطرة ماء فى رمال صحراء الحاجات الأساسية ، ومن ثم فلم تنعكس تأثيرها بشكل واضح على حياتهم ، وظلت معاناتهم ومتاعبهم فى شتى مجالات الحياة متروكة للصدفة المجتمعية البحتة خارج إطار السياسات الاجتماعية المخططة التى تسعى إلى إيجاد حلول

علمية 0 ولقد ظهر ذلك فى أقوالهم التى عبروا عنها والتى تعكس إحساسهم المرير بأنهم فى حاجة إلى المزيد من الإهتمام من الجهود الرسمية 0 وفيما يلى تحليل لنتائج المقابلات المتعمقة مع الأسر التى شملتها الدراسة:

1- المسكن وظروفه :

وضح من الدراسة المتعمقة سوء حالة المسكن والظروف البيئية التى تحيط به وهو المكان الذى تقيم فيه هذه الأسر ، حيث تقطن 8 أسر من 13 أسرة شملتها الدراسة - فى غرفة واحدة بحمام مشترك مع أسرة أخرى فى المسكن ذاته 0 وتشير الحالة رقم (3) إلى هذه المعاناة بقولها:

" معقول يسكن راجل وزوجته وأبناؤه وبناته فى أوده واحدة ، يعيشوا إزاي ، ياريت الدولة تنظر إلينا لتعرف المعيشة إللى إحنا عايشينها شكلها إية"0

وإذا أضيف إلى مشكلة المسكن المزدهم والذى يفتقد إلى الخصوصية وإلى المقومات الأساسية للإنسانية ، وإلى التسهيلات الصحية كالماء والصرف الصحى وسوء حالة البيئة المحيطة لاحظنا الشكل اللا آدمى لحياة الفقراء 0 فمساحة المسكن لا تتلاءم بأى حال من الأحوال مع عدد أفراد الأسرة فغرفة واحدة يقيم فيها 6 أفراد كما هو فى الأسر رقم 11،6،3 ويعبر آخر عن هذه الأزمة قائلاً :

"أتمنى وهذه أمتبى الوحيدة فى الدنيا أن أحصل على مسكن مناسب آمن أحمى فيه أبنائى لأنى فى ساكن فى مسكن وكأنى قاعد فى الشارع ، وأريد مسكن فيه حمام ومطبخ"0

2- معاش الضمان والوفاء بالحاجات اليومية المحدودة :

تراوح المبلغ المنصرف للأسر التى شملتها الدراسة المتعمقة ما بين 120 - 85 جنيهاً وهذا المبلغ بالرغم من أهميته الشديدة والبالغة للأسرة إلا أنه زهيد للغاية ولا يكف أيام معدودة كما أشارت الأسر وتعتبر الحالة رقم (7) عن ذلك بقولها " المعاش لا يكفى خمسة أيام من الشهر ولا توجد أى مساعدات من مكان ثان - الجمعيات الأهلية أو أهل الخير إلا فى المناسبات ولا يوجد وظروفنا صعبة جداً"0

وتواجه الأسر الفقيرة فى المنطقة احتياجاتها اليومية من خلال آليات وسبل متنوعة منها عمل الأبناء إذا كان للأسرة أبناء ، حيث يلحقون بالورش الكائنة بالمنطقة ، أو عمل الإناث فى خدمة المنازل بالمناطق المحيطة ، ويصبح الأمر صعباً إذا كانت الأسرة ليس لديها هذه الحلول لمواجهة أعباء الحياة وتشتد المعاناة للوفاء بالحاجات الأساسية من مأكّل وملبس وعلاج وغير ذلك 0 وتظل هذه الأسر فى إنتظار ما يوجد به أهل الخير على سكان المنطقة ، أو يأتى من الجمعيات الأهلية التى تعمل بالمنطقة وإن كانت تحدد مجالات المساعدة فى مجال

الأيام فقط وتسقط من برامج مساعداتها الأسر المحتاجة وكبار السن 0 وفى هذا الصدد تقول الحالة رقم (8) عن المعاناة التى تتكبلها خلال أيام الشهر وعن صعوبة الإنفاق على متطلبات الحياة " معاش الضمان والآجر الذى يحصل عليه الإبن الذى يعمل يوم ويبطل يومين وأهل الخير الطبيين ، وتساهيل ربنا إالى ما بنساش حد هى إالى بتخلينا نكمل الشهر ومصاريفه"0

- الخطوات التى أتبعته للإستفادة من برنامج الضمان الإجتماعى والمشاكل التى توجه الأسر مع الجهات التى تتولى تقديم المساعدات :

تحدد الجهات المسؤولة عن إلحاق الأسر بالبرنامج عدد من الشروط التى تحتاج إلى وثائق لأبنائها كوثيقة الطلاق للمطلقة ، وكشهادة الوفاة لزوج الأرملة ، وتم إجراء بحث لحالة الأسرة للتأكد من إستحقاقها ، ولا شك أن هذه الوثائق والأوراق تحتاج إلى جهد وسعى ولكنها أسلوب لتتأكد به الجهات الرسمية من مدى إستحقاق الأسرة لمعاش الضمان الإجتماعى0

وتوضح إحدى الحالات وهى الحالة رقم (3) خبرته مع هذا الموقف بقوله " كنت مريض بمرض فى إحدى قدامى وذهبت إلى الشئون الإجتماعية فطلبت منى الذهاب إلى التأمين الصحى وإحضار تقرير طبي بنسبة العجز وفعلت ذلك من خلال عدة محاولات وقدمت التقرير ومعه شهادات ميلاد أولادى وشهادة بعدم وجود دخل وعملت بحث إجتماعى وكله إستغرق وقت لإتمام هذه الإجراءات"0

الحالة رقم (5):

" أن إجراءات الحصول على معاش الضمان إستمرت شهرين " بعدها تم صرف

المعاش0

أما عن المشكلات التى تواجه معظم الأسر التى تحصل على معاش الضمان الإجتماعى مع الجهات التى تقدمها فتكاد تجمع كل الأسر على مشكلة تعقد الإجراءات والتردد لفترات طويلة ، والحاجة إلى وساطة ، والزحام الشديد والإحساس بعدم الإهتمام بالمتريدين على هذه الجهات من قبل المشتغلين فيها ، وعدم الإحساس بالمشاكل الصحية لكبار السن والمرضى 0

- المتوقع من الدولة لحماية الفقراء من منظور الفقراء

يتطلع الفقراء إلى إهتمام الدولة بهم للخروج من حصار الفقر والحاجة وجدير بالذكر أن هذا الإهتمام وطلب الحماية يبدو مشروعاً إلى حد كبير فمنهم من وجده فى إيجاد فرصة لعمل الأبناء أو فى زيادة المعاش أو توفير فرص لعمل النساء المعيلات من الأرامل أو المطلقات ، والبحث عن أسلوب لتحقيق الإستفادة من الدعم بالنسبة لهذه الأسر بإعتبارها أشد فقراً وإحتياجاً0 وتذكر الحالة رقم (3) وهو رب أسرة حجمها 6 أفراد قائلاً فى هذا الصدد " نحن

أسرة من ضمن أسر الدولة وإحنا جزء منها ونحن مسئولين من الحكومة أولاً وأخيراً والحكومة
بتصرف كثير على حاجات تانية ومطلوب الدولة تهتم بنا شوية"0

وتذكر الحالة رقم (4) وهو رب أسرة فى سن 65 سنة المتوقع من الدولة بقوله " نحن
نعيش والحمد لله قبل كل شئ حياة صعبة قاسية لا يشعر أحد بنا ولا أحد يحس بنا ، ويجب
على الدولة أن تهتم بنا أكثر من ذلك وتزود المعاش علشان يناسب الغلا إالى إحنا فيه"0

- الدولة وشركاء الحماية ودور الأغنياء تجاه
الفقراء من منظور حالات الدراسة :
ترى الغالبية من الأسر أن الدولة هى المسئولة الأولى عن رعايتهم ولا يجب أن يترك
الأمر لغيرها حتى ولو كانوا رجال أعمال أو أغنياء ويرى البعض منهم أن دور رجال الأعمال
يمكن أن يأتى مساعداً لدور الدولة ، ومن أهم مظاهر الإهتمام أو جوانبه أن تكفل لهم الحدود
المقبولة من الحماية من خلال زيادة المعاش الشهري حتى يتمكنوا من مواجهة أعباء الحياة ،
وكذلك توفر لهم مساكن آدمية ليقيموا فيها ، وفرص للعمل للأبناء لحمايتهم من الانحراف فى
أعمال شاقة للحصول على أقواتهم ويلخص رب الأسرة فى الحالة رقم (5) توقع هذه الأسر من
الدولة فى قوله " الناس الغلابة هم مسئولية الدولة أولاً ثم رجال الأعمال ثانياً لأن الدولة فيها
قلوس كثير وبتساعد دول زى فلسطين والعراق وأحنا أحق وأولى بالرعاية"0

وترى بعض الأسر التى أجرى عليها البحث أن الأغنياء لا يشعرون بالفقر وأن مهمهم
الأكبر مصالحهم الخاصة ولذلك لا يجب أن تتخلى الدولة عنهم أو تتركهم للأغنياء ليساعدوهم
، ويمكن أن تجبر الدولة الأغنياء للقيام بدور تحدده لمساعدة الفقراء لكن لا يترك الأمر إلى
الأغنياء دون تدخل الدولة ، إذ أن توفير الطعام والملبس والسكن للفقراء هو مسئولية الدولة
ولا يجب أن تتخلى عن هذا الدور وعلى العكس من ذلك يرى البعض الآخر من الأسر أن
الدولة لا بد أن تشرك رجال الأعمال والأغنياء والقادرين فى تحمل المسئولية الإجتماعية نحو
الفقراء وتخفيف العبء عن الدولة0 كما أظهرت بعض الأسر عدم ثقتهما فى الأغنياء أو فى
القيام بدور مساعدة الفقراء حيث تشير إحدى الأسر إلى ذلك بقولها :

"باريت المسئولين فى الدولة بيحبوا ويشوفوا أحوال الفقراء وكيف يعيشون وكيف يديرون
طعامهم وكيف ينامون ، ونقول أن الغرفة التى نعيش فيها لا تصلح كمكان للحيوانات0
والأغنياء مشغولين عن الفقراء والأغنياء إذا أحبوا أن يعطوا صدقات تذهب صدقاتهم على من
لا يستحق ويقصدون بها الدعاية"0

- المشكلات الصحية وأساليب مواجهتها :

تكاد تعاني كل الأسر التي شملتها الدراسة من مشكلات صحية سواء منها المزمنة أو التي تحتاج إلى مواجهة عاجلة⁰ فالحالة رقم (3) يعاني عائلها من مرض مزمن في قدمه أصابها بنسبة عجز تتجاوز 90% حسب التقارير الطبية والحالة رقم (5) يعاني فيها رب الأسرة من مرض السرطان والحالة رقم (6) لها ابن مصاب بالصرع ، والحالة رقم (8) تعاني ربة الأسرة من ضغط الدم المرتفع ، والحالة رقم (9) والتي تعولها أرملة لها ابن مصاب بضمور في العضلات وهي مصابة بالسكر ، والحالة رقم (10) الأرملة التي تمثلها تعاني من الروماتيزم والأسرة رقم (11) لها ابن معاق ذهنياً والحالة رقم (13) يعاني الزوج والزوجة من أورام سرطانية ، وتتطلب هذه الحالات أشكال متباينة من الرعاية الصحية والإجتماعية ، ويسؤال هذه الأسر عن المشكلات التي تواجههم عند طلب العلاج ، أكدت بعض هذه الأسر المعاناة التي تواجهها عند مواجهة مشكلاتهم الصحية مشيرين إلى أن مستوى الخدمة الصحية بالمستشفيات الحكومية التي يلجأون لها سئ للغاية ويتأخر فيها الشفاء بل وتسوء حالة المرضى الذين يترددون عليها ولكن ليس للفقراء سبل لمواجهة مشكلاتهم المرضية إلا هذه المستشفيات ، وفي كل الأحوال غالباً ما يقوم المريض بصرف الدواء على نفقته من الصيدلية لعدم توفره في الكثير من المستشفيات الحكومية ، وتقصد بعض الأسر العيادات التي توجد بالمساجد والتي تقدم خدمات الرعاية الصحية بأسعار مقبولة تناسب ظروف الفقراء ، وفي هذه الحالات أيضاً يتطلب الموقف شراء الدواء إذ أن الخدمات الصحية التي تقدم من قبل الجمعيات الأهلية تقوم بدور الفحص فقط ، كما تقصد بعض الأسر الصيدليات مباشرة إختصاراً للوقت والجهد الذي يبذل في الذهاب إلى المستشفيات بلا جدوى ، وهذا السلوك الذي يستشير فيه الفقراء الصيدلي يكون مكلفاً عندما يضطر لشراء الدواء لتخفيف آلام المرض⁰

والملاحظ أن السياسات الصحية في مصر تسعى جاهدة إلى تحقيق الحماية الصحية للمستويات الطبقة المختلفة ، ولكن يبدو أن الأمر شاقاً في ظل النظم الصحية القائمة سواء التأمين الصحى أو المستشفيات الحكومية فبالرغم من الإنفاق الهائل من قبل الدولة على الخدمة الصحية إلا أن المردود الإيجابي لهذه التكلفة لا يتناسب مع حجم الإنفاق وتكاد تشكو الغالبية العظمى من أفراد المجتمع من سوء أداء مؤسسات المعنية بهذا الشأن ممثلة في المستشفيات الحكومية والتأمين الصحى والوحدات الصحية الريفية والمراكز الطبية⁰ ويحمل الناس في أذهانهم الخبرات السيئة نحو أداء هذه المؤسسات ومن ثم فالأمر يحتاج إلى رغبة صادقة من الدولة في تحقيق الحماية الصحية لأفرادها وإعادة الثقة المفقودة بينهم وبين مؤسسات العلاج⁰

- تطلعات الأسر التي شملتها الدراسة ونظرتهم إلى ظروفهم :

أبدت الأسر في تطلعاتهم طموحات مشروعة ومتواضعة للغاية وإن كانت تبدو صعبة المنال فيطلبون الحياة الكريمة والتي تحفظ لهم ولذويهم كرامتهم سواء في مسكن ملائم يحفظ آدميتهم أو يلائمها وعلاج يمكن أن يخفف آلامهم دون معاناة ودون أن يضطروا إلى بيع بعض أثاث البيت 0 وزيادة قيمة المعاش بشكل يقترب من متطلبات الحياة الأساسية اليومية ، فليس من المقبول أن يشعر الفقراء بأن الأيام طويلة وحاجاتهم الأساسية مرجأة وإذا أرجأت بالنسبة لبعض الحاجات الأساسية فيصعب إرجائها بالنسبة للطعام والملبس والعلاج ، وقد انعكست هذه التطلعات في أقوالهم فالحالة رقم (8) وهي مطلقة ولا تعمل تعول تطلعاتنا " نحن لا نطلب سوى الحياة الكريمة للفقراء فمنظقتنا فيها الكثير من المحتاجين وغير القادرين على العمل" 0

وكذلك الحالة رقم (9) وهي أرملة تقول كلمات تحمل المعنى السابق ذاته فتقول " إحنا عايزين الحياة الكريمة إللى تحفظ كرامتنا ، عايزين الأكل والشرب والعلاج وزيادة المعاش ولازم الدولة تهتم بالفقراء أكثر من كده" 0

والحالة رقم (10) تتمنى أن تزيد الدولة قيمة المعاش ليكفيها على مدار الشهر وأن توفر لها الدولة مسكناً به ماء جارى لأنها لم تعد تتحمل مشقة حمل المياه يومياً للإستهلاك فالغرفة التي تقيم فيها ليست بها مصدراً للماء 0 وتذكر الحالة رقم (12) في تطلعاتها أنها تتمنى أن يزيد المعاش الشهري حتى يتلاءم مع ظروف الغلاء لأنه بقيمته المحدودة لا يكفي أى شئ " وأنا أعرف هنا في منطقتنا ناس فقراء جداً لا يجدون قوت يومهم "

وتذكر الحالة رقم (11) في تطلعاتها المستقبلية :
" الحكومة لابد أن تزود المعاش فنحن نحتاج إلى مساكن بدل المساكن إللى إحنا فيها والتي لا تليق ابدأ بالإنسان فنحن 7 أفراد نقيم في شقة مكونة من غرفة وصالة ، والحكومة بتقول أنها بتهتم بالفقراء ، ووزير المالية بيقول أنه عارف مين إللى بيتعشى ومين إللى مش بيتعشى بيحى الوزير يشوف أحوالنا - الحكومة لا تشعر بالفقراء والأغنياء مشغولين بأحوالهم ومشاعلهم" 0

وتقول الحالة رقم (3) :

"الدولة مشكورة توفر لنا معاشات شهرية ، ولكن هذا الدخل لا يكفي نظراً لارتفاع الأسعار ونحن لا نستطيع أن نواجه هذه الأسعار المتوحشة بهذه الدخل البسيطة جداً " وتزداد المعاناه للأسر التي يوجد بها أبناء صغار يحتاجون إلى الكثير من المصروفات 0

وقد أفصحت المقابلات المتعمقة مع هذه الأسر عن الظروف الصعبة التي تحاصرهم فإنخفاض قيمة المساعدة التي يقدمها لهم الضمان الإجتماعى بالرغم من أهميتها 0 إلا أنها تتآكل فى ظل ارتفاع الأسعار والتضخم ، وثقافة الإستهلاك الطاغية والتي تداعب رغباتهم زادت من شقائهم وحاصرتهم بين جدران الحاجة 0

كما أن تطلعات هذه الأسر الفقيرة نحو الدولة تفوق بشكل كبير ما تقدمه ، فأقامتهم تحتاج إلى تغير ، حيث تفتقر إلى وجود المياه الصالحة للشرب أو هى موجودة ولكن على مسافة من المسكن وتحتاج إلى جهد لإستحضارها كما أن ظروف المسكن بشكل عام لا يتوفر فيها الحد الأدنى ومشكلات للحياة منها المرض تورق الكثير منهم ، فما من أسرة ألا ولديها مشكلة مرضية تحتاج إلى المتابعة المستمرة فى العلاج ، وتلجأ هذه الأسر إلى المستشفيات الحكومية والتي تقدم العلاج بالمجان ، ولكن هذه المستشفيات تنوء هى الأخرى بالمشكلات التي تجعلها غير قادرة على تحمل تبعات العلاج للفقراء ، وفى حالات كثيرة إن لم يكن فى كل الحالات يتحمل هؤلاء الفقراء نفقات الدواء والتي لا توفرها هذه المستشفيات 0 وجدير بالذكر أن هؤلاء الفقراء الذين شملتهم الدراسة يشعرون بالتناقضات الإجتماعية التي يعيشها المجتمع المصرى ، ويشيرون إلى أشكال الرفاهية والرخاء التي يحياها آخرون على مقربة منهم ، وهنا تكمن خطورة هذه الأحاسيس والتي يتولد فى سياقها مشاعر الحقد ، والإحساس بالحرمان والتهميش ، ومن شأن هذه المشاعر السلبية أن تفضى إلى حالة من القنوط والتي ينمو فى رحمها أشكال العنف والإرهاب 0

وفى هذا السياق الإجتماعى الذى يحاصر الفقراء يتطلب الأمر إلى المزيد من الحماية ، والتي لا يجب إختزالها فى معاش يقدم إلى هذه الأسر ، ولكن يتطلب الأمر مظلة للحماية أكثر إتساعاً تحقق لهم الحدود الأساسية الدنيا للحياة ومتطلباتها من مسكن ومأكل وملبس وعلاج وتعليم ، وإذا كانت المتغيرات المحلية والعالمية قد ألقت بظلالها على أرض الواقع ، وفرضت الكثير من التوجهات التي من شأنها أن تضيف إلى طائفة الفقراء أعداد جديدة فالأمر يصبح أكثر إلحاحاً للبحث عن آلية للحماية أكثر فعالية من معاش الضمان الإجتماعى تتصافر فيه القوى الإجتماعية مع الدولة ، كرجال الأعمال والمجتمع المدنى لأعداد هؤلاء الفقراء تتحول إلى قوى منتجة وفاعلة حتى يخفف العبء عن كاهل الدولة ، فمن خلال هذا الإعداد سيدخلون

دائرة المشاركة المجتمعية ويتحقق لهم جزء من مقومات العدالة الإجتماعية فى توزيع فرص الحياة التعليمية والصحية والعملية ، إذ أن غياب ذلك يحمل فى طياته الكثير من المخاطر 0

إذن فالحاجة ماسة إلى تجاوز المفهوم الضيق للحماية الإجتماعية وصياغة سياسات إجتماعية وتنموية تسهم فى إعداد المهمشون والفقراء لتدفع لهم إلى دائرة العطاء والأخذ حتى لا يكون الإعتماد التام على الدولة فى الأخذ فقط ، وتأخذ فى إعتبارها كافة القوى الإجتماعية 0

عندئذ سيصبح هدف الحماية الاجتماعية هو السعى نحو تغيير ظروف الفقراء المادية والإنسانية وأسلوب حياتهم والحد من وطأة تأثير ثقافة الفقر فى تفكيرهم ، كما تصبح التنمية الإجتماعية المستدامة هى السبيل الفعال لتحقيق هذه الحماية ، وإلى إخراجهم من حالة اليأس إلى حالة الأمل والمشاركة ، فالتنمية المستدامة تتضمن فى سعيها جهود لكسر حواجز العزلة المجتمعية وحصار التهميش الإجتماعى ويسهم ذلك بدوره فى تحقق الإنتماء المفقود والذي تآكل فى ظل المعاناة 0

ثانياً : رأى صفة من العلميين فى مفهوم الحماية :

ما هى الحماية الإجتماعية التى يجب أن يحققها المجتمع ؟

- على المجتمع أن يحقق الحماية للأفراد فبدون هذه لحماية يشعر الأفراد أنهم عزل ، والمجتمعات التى تحترم مواطنيها قدمت خدمة من أشكال الحماية تجاوزت الجوانب الأساسية لتأمين الحياة والتى ما زلنا نتطلع إليها فى مجتمعنا 0

- فنحن على سبيل المثال ننظر إلى الحماية على أنها تحقيق بعض الحاجات الأساسية كالمسكن والمأكل ، والتعليم و العلاج ، وحتى هذه الجوانب تعثر المجتمع فى تحقيقها وقدمت الحكومات مبررات متنوعة فى عدم تحققها منها الزيادة السكانية وعجز الموازنات إلا أن للحماية مفهوماً أكثر إتساعاً بحيث يغطى كافة الفئات الإجتماعية وتحقق لها الإستقرار الإجتماعى 0

- المجتمع المصرى يقع فيه نسبة كبيرة تحت خط الفقر ، ويعانى من مشكلات متنوعة فهناك البطالة التى تهدد الشباب ، وهناك أشكال كثيرة من المشكلات التى تهدد إستقرار الأسرة ، وتأخر سن الزواج لعدم توفر المسكن أو توفره بصعوبة ، وقد أدى ذلك بدوره إلى مشاكل يعانى منها الشباب أو غالبية 0 فى ظل حالة الزيف الإعلامى وهنا ينبغى على الدولة التدخل لحماية الشباب من مغبة الإنحراف لأن الشباب هم عماد الأمة ومستقبلها ، وإذا لم يتحقق له الحماية المطلوبة من قبل المجتمع فسوف ينحرف لا محالة 0 والحماية لا بد أن تتكون فى تعليم جيد متطور يعد عقل الشباب ويهيئه لمواجهة المستقبل وتوفير فرص الحياة وتوسيع الخيارات أمامه ، وحتى يتمكن من كسر الحصار المفروض عليه وحمايته من الغزو

الثقافى ومن كافة أشكال الإنحراف التى يقع فيها الشباب فريسة دون وعى منه كالمخدرات ، والعزلة عن الواقع الإجتماعى ولا بد أن تتضمن الحماية أعداد الشباب أو دعوتهم لكى يكونوا مشاركين فى أمور الحياة لا منعزلين عنها وتوفير المسكن والحياة الكريمة0 فقدان هذه الجوانب معناها أن تضحي الأمة بمواردها البشرية أو جزء كبير منها فهى تهدر طاقة أبنائها ، إذن فأهمية برامج الحماية هو إعادة إدماج هذه الفئة العمرية فى إطار مجتمعى مشروع تكون فيه فاعلة ومشاركة تتفاعل فيه مع مجتمعها مشاركة بكل طاقتها ، محققة لها الحدود الأساسية للحياة الكريمة ، فى ظل الخيارات التى يوفرها المجتمع لها0

الحماية المفهوم المتسع :

- ليس من الملائم ونحن فى الألفية الثالثة أن نتحدث عن الحماية بإعتبارها حدود أساسية لتوفير متطلبات الحياة ، فالمجتمعات خلال سعيها فى رحلة التطور الإجتماعى قد تجاوزت هذه المتطلبات المادية المحدودة وبدأت تتحرك فى إطار أكثر إتساعاً لمفهوم الحماية يرتبط بإنسانية الفرد وبحياة كريمة يعبر فيها عن رأيه دون مصادره أو حصار أو قهر أو خوف ، فحرية التعبيرأعتبرها بعض المشاركون هى جزء من الحماية الإجتماعية ، وحفظ كرامة الشخص فى عمله وبيته وفى الشارع وفى علاقته بمؤسسات الدولة كلها إمتداد لتحقيق مفهوم الحماية الإجتماعية ، وهذه هى مشكلتنا فى مصر أننا نفسر الحماية فى ضوء الإشباع المادية الأساسية بينما نجد أن هذا المفهوم أصبح أكثر إتساعاً ولذلك فالمفهوم هنا لا يجب أن يفصله عن ركب التنمية الإجتماعية وما تحقق منها وموقف الإنسان وظروفه فى نظام إجتماعى معين 0

- مشكلة أخرى وهى أن المجتمع المصرى قد إستغرق فى تحويل الحماية إلى عطاء مادي متمثلة فى معاشات الضمان الإجتماعى وبعض المساعدات التى تقدم فى شكل عيني ولكن الحماية الإجتماعية هى منظومة متكاملة هدفها تحقيق إنسانية الأفراد فى مجتمعاتهم ومن ثم فإذا كنا بصدد السعى لتحقيق الحماية الإجتماعية فعلياً أن نسعى إلى توسيع هذه الرؤية الضيقة للحماية ، لأنها إذا تمثلت فيما تقدمه من دعم مادي لبعض الفئات المستحقة أو المهمشة تكون محدود بالنسبة لأعباء الحياة ، كما أنه من غير المقبول فى المجتمع الواحد أن تتباين هذه الحماية بمعنى ضرورة وجود إطار فلسفى مجتمعى محققة للأفراد درجات من الحماية من خلال الحياة الكريمة سواء فى شكل تشريعات غير مجحفه أو من خلال إجراءات فعلية لتحقيق هذه الحماية الإجتماعية0

- نحن نسمع عن مجتمعات يقاضى فيها الفرد النظام السياسى لأنه إرتكب خطأ فى حقه أو يقاضى الحكومة لأنها ظلمته أو تعاملت معه من خلال السلطة التنفيذية بشكل غير لائق0

معنى ذلك أن الإنسان فى هذه المجتمعات له مكانته والقانون يحقق له الحماية وهذا الأمر قد لا نجده فى الكثير من المجتمعات النامية إذن فالحماية هنا يمكن أن تتجاوز هذه المبالغ البسيطة التى يقدمها المجتمع لفقراءه أو لمحتاجيه ، بشكل يشتمل على إطار تشريعى فعال يحدد علاقة الأفراد بالمجتمع 0 ولكن كيف يحدث ذلك فى ظل هذه الظروف المادية المتردية وفى ظل فقدان المقومات الأساسية للحياة ، ويصبح تحقيقها أو تحقيق هذه المقومات هو الشغل الشاغل لبرامج الحماية الإجتماعية ، بالرغم من أن قيمة ما تقدمه إذا تأملناه يختزل أيضاً معنى الحماية الإجتماعية ، ويوضح أشكال التفاوت الإجتماعى فى الحقوق وفى الحاجات 0 إذن فالحماية الإجتماعية بمفهومها المتسع غير محققة فى المجتمع المصرى 0

من المسئول عن تحقيق الحماية الإجتماعية :
بعض الحضور يرون أنها مسئولية الدولة أولاً وأخيراً حتى وأن شارك فى ذلك بعض القوى الإجتماعية كرجال الأعمال فىكون ذلك بتوجيه من الدولة أو بفرض ضرائب تصاعدية ومبررهم فى ذلك أن حالة مصر تحتاج إلى ذلك ، ربما لإنهيار منظومة الحماية وحاجاتها إلى جهد منظم لكى تتحقق وهذا الجهد لا يستطيع أن تقوم به منظمات المجتمع المدنى وحدها ولا يستطيع أن يقوم به رجال الأعمال أو بالأحرى لن يقدموا عليه طواعيه إذن فلا بد من أن تنظم الدولة هذه الأدوار والإسهامات التى يجب أن تعكس مشاركة أطراف أخرى ولكن عن طريق الدولة والتى تعد المسئولة عن ذلك لأن الحماية الإجتماعية تتطلب سياسات إجتماعية واضحة توجه إلى كافة قطاعات المجتمع وهو أمر صعب التحقق دون تدخل الدولة والتى سوف تراعى فى ذلك توجيه برامج الحماية والسياسات الإجتماعية لأكثر الفئات إحتياجاً 0

مفهوم الحماية مفهوم يتباين وفقاً لتباين الفئات الإجتماعية :

هو بالفعل كذلك فى مجتمعنا ، ولكنه لا يجب أن يعكس ذلك التباين الإجتماعى أو بالأحرى لابد أن يتحقق لكل أفراد المجتمع حدود دنيا للحماية لا تختلف بين هذه الفئات الإجتماعية 0 فالتعليم - والعلاج - والحدود الدنيا لمتطلبات الحياة - والحماية الإنسانية - وحقوق المواطنة ، والمشاركة السياسية والسكن والعمل 0 هى الحدود الدنيا المشتركة للحماية الإجتماعية 0 ولكن ليس من المقبول إذا كنا بصدد مناقشة مفهوم الحماية الإجتماعية أن نقول أن هناك حماية إجتماعية للفقراء وحماية إجتماعية لغير الفقراء تختلف عنها لدى الفقراء ، فهذا الإقرار بتباين أشكال الحماية يتنافى مع مفهوم الحماية الإجتماعية الذى يجب أن تحققه الدولة أو المجتمع لأبنائه ، فإذا إترفنا بأن هناك تمايزات إجتماعية وهى موجودة بالفعل فى

التكوين الإجماعى للمجتمع المصرى فلا يجب أن نعكسها فى برامج للحماية يخصص بعضها بشكل معين للفقراء وآخر لغير الفقراء 0 إذ أن ذلك سوف يفقد الحماية مضمونها الإجماعى ويسقط الأساس الذى سعت المجتمعات من أجله إلى صياغة هذه البرامج 0

هل يتساوى الجميع فى هذه الحماية
لقد ناقشنا ذلك من قبل وقلنا أن الحماية هى إطار فلسفى يجعل الأفراد فى مجتمع من المجتمعات يشعرون بإنسانيتهم وأن لهم حقوق وعليهم واجبات ، وهم فى ذلك متساوون ، ولكن تدعيماً لهذه الإنسانية التى يجب أن يتمتع بها الأفراد فمن المهم يتم دعم هذه الحماية أو التركيز فيها على بعض الفئات حتى لا تسقط من مسيرة الحياة ومنها كما ذكرنا على سبيل المثال الشباب والأطفال والفئات المهمشة 0

فدنيا مشكلة أطفال الشوارع والحاجة إلى حمايتهم وإدراجهم فى مضمار الحياة وتوفير حاجاتهم ووضع تشريعات ونظم لحمايتهم وإلى تحويلهم إلى أطفال أسوياء فهناك المواثيق الدولية والمحلية التى تنص على ذلك وعلى حماية الأطفال من العمل فى أعمال ضارة بهم ولكن ذلك لا يحدث أو أن الذى يحدث هو أن هذه المشكلة تنمو فى ظل غياب مشروع لحمايتهم والحفاظ عليهم وبالتالي فالمشكلة تتعقد ويزيد عددهم بشكل مستمر 0

وكذلك فئة كبار السن وهى أيضاً تحتاج إلى حماية ورعاية فليس من المقبول بعد رحلة طويلة أن يكون مصيرهم الإهمال ، فلهم حاجات ومتطلبات كالعلاج والرعاية الإجماعية وغير ذلك من الفئات التى تتطلب حماية أكثر كالنساء المعيلات والفقيرات والفقراء وكل هذه الفئات هى فى حاجة إلى برامج لحمايتها تتلائم وإحتياجاتها وظروفها 0

كذلك الشباب كما سبق أن ذكرنا 0 والمهم فى هذه البرامج ألا تركز على الحاجات الأساسية المحدودة ولكن عليها أن تشعر هذه الفئات بإنسانيتها وبأنهم أفراد فى المجتمع 0 ولكن ما يحدث فى مجتمعنا أن هذه الفئات تواجه الكثير من المشكلات والمتاح من البرامج لا يحقق لها الحماية المطلوبة 0

الحماية الإجماعية والقوانين
أكد المشاركون على وجود قوانين ومواثيق محلية وعالمية للحماية بالنسبة لبعض الفئات كالأطفال مثلاً ولكن هذه القوانين معطلة أمام ظروف المجتمع وحاجة الأسر الفقيرة إلى عائد جهد أبنائها ، وأيضاً أمام ظاهرة التسرب من التعليم لمشاكل يعانى منها نظام التعليم ، وهناك فى مجال الصحة التأمين الصحى وهو نظام يعانى أيضاً من مشكلات ، وهناك أيضاً ما نص عليه الدستور فى حق المواطن فى التعليم المجانى ، والعلاج المجانى والمسكن الذى يؤويه ولكن هذه التشريعات والقوانين فقدت فعاليتها لحماية أفراد المجتمع فالتعليم ليس مجانى

ولكى يحصل الطفل على حقوق التعليم يحتاج إلى جهد وتكلفة للدروس الخصوصية وبذلك فقد هذا الحق كسبيل للحماية وكذلك العلاج المجانى وما تعانية مؤسسات الدولة الخاصة بالعلاج من إهمال شديد وضعف للإمكانيات ، ونظام التأمين الصحى هو نظام لا يؤدى دور الرعاية الصحية للمشاركين فيه وتكاد تكون هذه المظاهر التى تعكس أشكال الحماية فى حاجة إلى زيادة فعاليتها لى تؤدى دورها ، فالأمر يصبح فى ظل فقدان الدور مجرد شكل للحماية الإجتماعية فاقد الجوهر والمضمون سواء بالنسبة للتعليم أو الصحة0

وما نود قوله هو أن القوانين والتشريعات لن تؤدى دور الحماية فهى موجودة ولكنها بغير فعالية ، والأمر يصبح فى النهاية مرتبط بمسيرة المجتمع وبالتنمية الاجتماعية وبموقف الإنسان فيه وبنظرة الدولة لأفرادها وبمفهوم الحياة الكريمة ، وسعى النظم المتعاقبة إلى تحقيق هذه الحياة الكريمة0 والحرص على ذلك بأساليب متنوعة ويؤكد ذلك أن هناك مجتمعات لعبت فيها قوانين وتشريعات الحماية دوراً فعالاً فى تحقيق إنسانية الإنسان ومجتمعات أخرى بها نفس التشريعات ولكنها لم تحقق للإنسان ما تحققه فى المجتمعات الأخرى0 إذن فمن الضروري ترجمة هذه التشريعات إلى برامج واضحة وملموسة حتى تحقق الهدف منها0

الدولة والحماية الإجتماعية

تباينت آراء المشاركون فى حلقة النقاش بين من يرى أن الحماية مسؤلية الدولة فالدولة خلال مراحل تاريخية مختلفة لم تسعى إلى تحقيق الحاجات الأساسية وأفراد المجتمع يعانون من مشكلات لا قبل لهم بها مثل التضخم وإنخفاض قيمة النقود الشرائية وعدم ملائمة الدخول مع الحاجات أو المتطلبات الأساسية0 وهذه كلها إنعكست بشكل أو بآخر على إحساس الأفراد فى كافة المستويات الإجتماعية بعدم الأمان0 ومن رأى الذين يرون أنها مسؤلية الدولة أيضاً0 أن تحقق الدولة الحد الأدنى من هذه الحاجات الأساسية ، ثم تبحث عن وسيلة أو آليه لإستكمال الحماية يشارك فيها المجتمع المدنى ورجال الأعمال0

بينما رأت مجموعة أخرى من المشاركين أن الدولة فى ظل هذه الظروف غير قادرة على الوفاء بالمتطلبات المادية لبرامج الحماية الإجتماعية ومن ثم فهى مسؤلية الدولة مع القادرين منها ورجال الأعمال ومؤسسات المجتمع المدنى0

وأتفق الجميع على أن هناك جوانب سبق الإشارة إليها حول الحماية الاجتماعية وإحساس الفرد بالأمان الاجتماعى وحرية التعبير والرأى وغير ذلك من الجوانب غير المادية التى تتعلق بإنسانية الإنسان فى مجتمعه لا يمكن تحقيقها إلا عن طريق حرص الدولة على ذلك ومن خلال إحترام حقوق الأفراد ، وإشراكهم فى الكثير من الأمور التى تهمهم0

ويضرب بعض المشاركين مثالا لإنتهاك الدولة للحماية الإجتماعية على المستوى المادى وغير المادى بقانون الضريبة العقارية ، وكيف أن الدولة لم تسعى إلى إستطلاع رأى المواطنين فيه ، وكيف أن الدولة لم تراعى أبسط قواعد الدستور وتقرر أن تؤجر المسكن الذى هو حق من حقوق الأفراد تؤجر المسكن لساكنه 0

إذن فالحماية فى جانب كبير منها هى مسئولية الدولة وفيما تسنه من قوانين وتشريعات تحفظ للأفراد كرامتهم وعزتهم فى مجتمعهم 0

ثم يأتى دور المجتمع المدنى ورجال الأعمال فى الإضطلاع بدورهم ومشاركة الدولة فى الإسهام بدور فى تحمل هذه التبعات 0

المحقق من الحماية الإجتماعية وما لم يتحقق ما تحقق بإتفاق المشاركون هو القدر الضئيل من الإنجازات للفقراء والمحتاجين وكما سبق أن ذكرنا ، أن مسئولية الدولة وفقاً لمتطلبات العقد الإجتماعى هى أن يتوفر لكل إنسان فيها المتطلبات الأساسية للحياة وهى المأكل والمسكن والملبس والعلاج والتعليم ، فكون هذه الأساسيات لم تتحقق أو تحققت لبعض الفئات دون الفئات الأخرى ، فقد سعت الدولة إلى تقديم بعض أشكال الدعم المادى المحدودة للغاية بالنسبة لحاجات الأفراد ، وبهذا المعنى يرى بعض المشاركين أن ما تحقق من الحماية المادية هو جزء محدود للغاية ويحتاج إلى إعادة النظر لأنه لا يفى بمتطلبات الفقراء الأساسية 0

ويرى البعض الآخر أن الجانب الإنسانى من الحماية والمتمثل فى الديمقراطية وحرية الرأى وحرية التعبير والإحساس بالأمان وحقوق الإنسان بإعتباره إنسان يعيش فى مجتمع لم يتحقق إذ أن هذا الجانب فى حاجة إلى أن تراجع الدولة فيها موقفها كى يتحقق ويشعر الإنسان بإنسانيته وبأنه مشارك فى تقرير مصيره وفاعل إيجابى فى التنمية الإجتماعية ، وشريك فى عائدها 0

تصور الصفوف العلمية لأشكال الحماية ومجالاتها :
تصورنا للحماية هو أن يتحقق للفرد كما سبق أن ذكرنا من الحدود الأساسية للحياة الكريمة المادية وغير المادية ، وذلك فى مجال متطلبات الحياة والمسكن والملبس والمأكل والعلاج والتعليم والعمل ، وحرية التعبير دون قهر أو حصار للرأى ، معنى ذلك أن الحماية سوف يشترك فى جانب كبير منها كل الأفراد بالمجتمع وهو الجزء الأساسى وسوف تنفرد بعض الجماعات إلى جانب الجزء الأساسى بحاجات أخرى للحماية وبشكل خاص إذا كانت من الصفوة وأصحاب الفكر والرأى فيجب أن تضمن القوانين والتشريعات لهؤلاء التعبير عن آرائهم دون حصار ، فليس من المقبول أن تكون الحماية منصبية على الحاجات الأساسية وتحقيقها ولكن

المجتمعات تتقدم من خلال حرية التعبير بأشكالها المختلفة وحرية الرأي والديمقراطية الحقيقية سواء فى مجال الحياة السياسية أو فى مجال الحياة بشكل عام حيث يكون للفرد الحق فى إبداء الرأى فى كافة الأمور المتعلقة بحياته كمواطن فى علاقته بالنظام دون أن يشعر أنه مهدداً لأنه خالف فى الرأى رموز الدولة والمجتمع 0 ولا شك أنه من الصعب أن تتحقق الحماية الخاصة بحرية الرأى والتعبير دون أن تتحقق الأشكال الأساسية للحماية والمتعلقة بالحاجات الإجتماعية فقد كان الرئيس الراحل جمال عبد الناصر يقول (لا كرامة لجائع ولا حرية لمظلوم) 0 إذن ما نقصده هنا أن الحماية الإجتماعية هى تشريعات منظمة تحمى الأفراد من كافة أشكال الظلم والقهر سواء فى تلك التى تتولد عن الحاجة أو الحرمان أو تلك التى تحدث عند ما يبدى الأفراد خلاف فى الرأى مع رموز الدولة 0 أو عند محاولة التعبير عن الرأى فى القضايا والأمور ذات الصلة بحياة الأفراد فى علاقتهم بالدولة تلك القضايا التى تحمل الخلاف أو الإتفاق 0

كما أن الحماية أيضاً هى حماية الأفراد فى المراحل العمرية المختلفة سواء فى مرحلة الطفولة وما يرتبط بها من حاجات وأشكال للحماية و للشباب أيضاً كمرحلة يتحقق لهم فيها التعليم الملائم والذى يتيح لهم الخيارات المتعددة فى سوق العمل وتوفير فرص للعمل تتلاءم مع قدراتهم وإعدادهم وحمايتهم من الإنحراف والإدمان وغير ذلك من أشكال تزييف الوعى والذى يتم من خلال الإعلام ، وكذلك توفير فرص الحصول على مسكن دون معاناه 0 وحماية الأسرة من خلال توفير متطلباتها الحياتية دون سعى مضمّن أو حثيث حتى تتمكن من أداء رسالتها فى تنشئة الأبناء ورعايتهم ، وحماية المرأة من الممارسات التى تنال من إنسانيتها وإعطائها الحق فى حرية إختيار شريك الحياة بشكل فعلى وليس بشكل غير حقيقى 0 وضمان حقوقها فى حالات تعثر الحياة مع الشريك 0 وكذلك الحماية للمسنين وتوفير مأوى ملائم ورعاية صحية وحياة كريمة يحميهم من الإحساس بالمذلة 0

الإنتماء والحماية :

من الطبيعى أن يزداد الإنتماء إذا ما سعى المجتمع إلى تحقيق الإستقرار لأفراده ، وتخفيف حدة المعاناة عن الفئات الإجتماعية المختلفة ، والسعى نحو إشراك القوى الإجتماعية المختلفة فى إدارة شئون حياتها وأنها ليست فى معزل عن مساندة الدولة لها - وأن الدولة تسعى إلى تحقيق الرعاية لها سواء الصحية أو الإنسانية أو الإجتماعية - فهذه الأيام يشعر الفرد أن عليه أن يواجه الكثير من المشكلات بمفرده وعليه أن يذلل صعاب حياته بنفسه وذلك لغياب دور الدولة أو عدم وضوحه فى تحقيق الحماية للأفراد ففى حالة المرض عليه أن يواجه الأمر بنفسه إذ أن أشكال الحماية التى تقدمها الدولة فى مجال الحماية الصحية غير فعالة

وتحتاج إلى رعاية ، وكذلك فى مجال التعليم عليه أن يسعى إلى تلقين الأبناء الدروس خارج مؤسسات التعليم وفى معظم المجالات يشعر الفرد بتقاعس دور الدولة أو غيابه أحياناً وكأنما على المواطن أن يتولى كافة الأمور الخاصة ببقائه فى المجتمع ويضعف ذلك من إنتمائه للمجتمع الذى يوجد فيه ، فشعوره بأن المجتمع يتخلى عنه فى كثير من الأدوار ويتركه منفرداً لمواجهةها يشكل داخله الكثير من المشاعر السلبية والتي تنعكس فى الكثير من المظاهر الحياتية وأهمها الإحساس أن المكان ليس مكانه أو المجتمع ليس له وإنما هو لغيره ، والعزوف عن المشاركة والتي تولدت عن هذا الإحساس أيضاً ، وما تفرضه الدولة من أعباء ضريبية على الأفراد وإستنثار القلة بالرأى والبطش بمن يعارض 0 كل هذه الممارسات التي تعنى إندام الحماية تقلل إنتماء الأفراد أو تضعف من الإنتماء 0

مجتمع بلا حماية أو بحماية شكلية :

إذا كان الهدف هو تحقيق الحماية للإنسان بالفعل فعلينا أن نأخذ بتجارب الدول التي قطعت شوطاً فى هذا المجال 0 والتي يعيش فيها الإنسان حياة كريمة تحميه القوانين والتشريعات ، وتتحقق له الحدود الدنيا من الحاجات الأساسية وقياساً على ذلك فإن مجتمعنا يفتقد الأفراد فيه إلى الحماية الحقيقية ، فالتشريعات لا تؤدى دور الحماية والحاجات الأساسية مفقودة لدى الغالبية العظمى من الناس 0 فهي ليست مفقودة لدى الفقراء فحسب ، بل وأيضاً هناك حاجات مفقودة من غير الفقراء أفصحت عنها الحلقات النقاشية مع الصفوة المتعلمة 0 وقد تجاوزت ما يتطلع إليه الفقراء لنجدها ترتبط بمفهوم الحياة الكريمة ، وحرية التعبير عن الرأى وحماية الشخص فى بيته وفى عمله وفى الشارع وفى علاقته بمؤسسات الدولة ، وذهب المشاركون فى الحوار إلى مشكلتنا فى مصر أننا نفسر الحماية فى ضوء الإشباع المادية الأساسية ، ولكنهم من خلال وعيهم بمضمون مفهوم الحماية الإجتماعية يربطون بينه وبين التنمية الإجتماعية وبين ما تحقق منها للفرد فى مجتمعه وموقف الإنسان وطرق المعيشة فى نظام إجتماعى معين 0

كما أشار المشاركون فى الحوار إلى أن جزء من الحماية الإجتماعية أن الدولة لا يجب أن تصدر بعض القوانين دون الرجوع إلى المواطنين وإستطلاع رأيهم وذلك طبقاً لقواعد الدستور ، كما أتفق رأى الصفوة المتعلمة مع رأى الفقراء حول تردى مؤسسات الرعاية الصحية ، بالرغم من أنهم يخضعون للتأمين الصحى ، ألا أنهم إستعادوا فى حلقات النقاش خبراتهم المؤلمة التي مروا بها فى المواقف المختلفة ، وكيف أن الشخص يذهب للشكوى من مشكلة صحية واحدة فيخرج من الموقف بعدة مشكلات صحية وأيضاً نفسية بسبب سوء المعاملة والرعاية الصحية المتواضعة والتي تدعو إلى القلق ، واللجوء إلى مصادر الرعاية الصحية

الخاصة حرصاً على سلامتهم وإن كانت تكلفهم مبالغ طائلة ، ووقد أجمع الذين شاركوا في النقاش على ضعف مظلة الرعاية الصحية بشكل واضح بالمجمع المصري 0

ثالثاً : تحليل نتائج أستبيان
- خصائص العينة :

بلغ حجم العينة 50 مفردة، معظمها من الإناث التي بلغ عددها 38 بنسبة 76% بينما بلغ عدد الذكور 12 بنسبة 24%. بالنسبة لفئات العمر يتضح من الجدول التالي أن النسبة الكبرى (34%) من أفراد العينة من كبار السن (60 سنة فأكثر)، يليهم الأفراد في الفئة (40-50) و(50-60) بنسب متساوية (20%). كما يتضح من الجدول أيضاً أن غالبية الإناث كانوا في الفئة العمرية (50 سنة فأكثر) بينما غالبية الذكور يبلغون من العمر 60 سنة فأكثر). وهذا يتناسب منطقياً مع الهدف من إجراء المسح الذي يشمل الأفراد الذين يحصلون على معاشات الضمان الإجتماعي.

جدول (1)

التوزيع النسبي لأفراد العينة حسب النوع وفئات العمر %

الإجمالي		النوع				فئات العمر
		إناث		ذكور		
النسبة	العدد	النسبة	العدد	النسبة	العدد	
16.0	8	15.8	6	16.7	2	30-20
10.0	5	13.2	5	.	.	40-30
20.0	10	21.0	8	16.7	2	50-40
20.0	10	15.8	6	33.3	4	60-50
34.0	17	34.2	13	33.3	4	60 فأكثر
100	50	100	38	100	12	الإجمالي

- الحالة الاجتماعية :

بالنسبة للحالة الاجتماعية، أظهرت نتائج العمل الميداني أن أكثر من نصف المبحوثين أرامل بينما 16% منهم متزوجين و16% أيضاً متزوج في حين أن 14% منهم أعزب. كما يتضح أيضاً من خلال الجدول التالي أن ثلثي المبحوثين الذكور متزوجين بينما الثلث الآخر منهم أعزب. على الجانب الآخر نجد أن غالبية الإناث أرامل (70%) يليهم المطلقات بنسبة 21.1%، بينما لم تشمل العينة إناث متزوجات.

جدول (2)

التوزيع النسبي لأفراد العينة حسب النوع والحالة الإجتماعية %

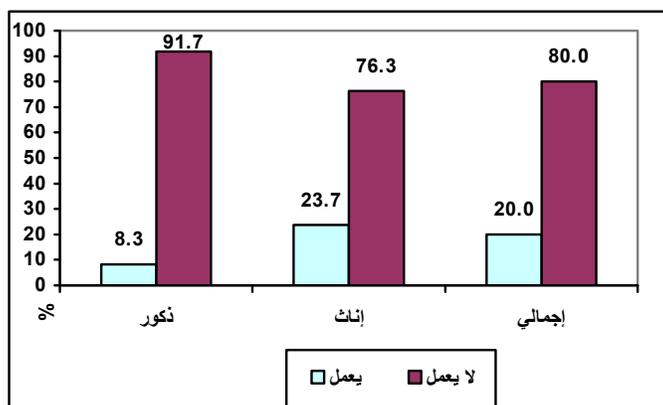
الإجمالي	النوع		الحالة الاجتماعية
	إناث	ذكور	
14.0	7.9	33.3	أعزب
16.0	.	66.7	متزوج
16.0	21.1	.	مطلق
54.0	71.0	.	أرمل
100	100	100	الإجمالي

- الحالة العملية

بالنسبة للحالة العملية، يتضح من الشكل التالي أن أربعة أخماس المبحوثين لا يعملون، كما يتضح أيضاً أن الذكور الذين لا يعملون أكثر من الإناث (91.7% للذكور مقابل 76.3% للإناث). كما أن الأعمال الحرفية مثل الحدادة والخياطة بالإضافة إلى أعمال البقالة والنظافة هي أكثر الأعمال الشائعة بين المبحوثين العاملين.

شكل (1)

التوزيع النسبي لأفراد العينة حسب النوع والحالة العملية



- عدد افراد الأسرة

تشير نتائج المسح كما يوضحها الجدول التالي إلى أن النسبة الكبرى من الأسر المبحوثة لديها طفل واحد بنسبة 26%، تليها الأسر التي لديها 5 أطفال بنسبة 22%، بينما الأسر التي لديها 6 أطفال على الأقل بلغت نسبتها 8%.

جدول (3)

التوزيع النسبي للأسر حسب عدد أفراد الأسرة %

عدد أفراد الأسرة	النسبة
1	26.0
2	18.0
3	14.0
4	12.0
5	22.0
+6	8.0
الإجمالي	100

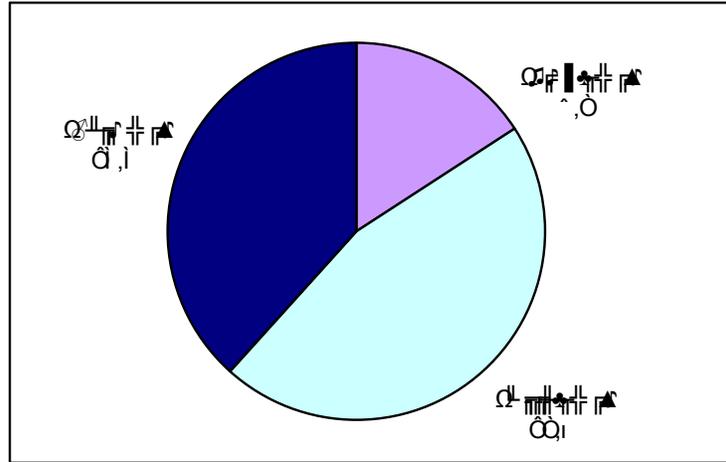
كما تشير نتائج المسح إلى أن حوالي ثلثي الأسر المبحوثة ليس لديها أطفال في سن التعليم، أما من بين الأسر التي لديها أطفال في مراحل التعليم المختلفة 60% من يحصلون على معاش الطفل بينما النسبة الباقية لا تحصل عليه.

- معاش الضمان

بالنسبة لنوع المعاش الذي يحصل عليه المبحوثون الذين شملهم المسح من برامج الضمان الإجتماعي، يتضح من الشكل التالي أن معاش الضمان الاجتماعي هو أكثر المعاشات التي تحصل عليه الغالبية العظمى من الأسر التي شملها المسح بنسبة (90%) من إجمالي الأسر، يليه معاش السادات بنسبة 6% ثم معاش مبارك بنسبة 4%. بالنسبة لنوع الأفراد نجد أن جميع الذكور الذين شملتهم العينة حصلوا على معاش الضمان الاجتماعي، أما بالنسبة للإناث نجد أن 86% من الإناث يحصلون على هذا المعاش، بينما حوالي 8% منهم يحصلون على معاش السادات في حين أن 5.3% منهم يحصلون على معاش مبارك.

شكل (2)

التوزيع النسبي لأفراد العينة حسب نوع المعاش



بالنسبة لقيمة معاشات الضمان الإجتماعي كما يوضحها الجدول التالي، نجد أنه يتراوح بين 80 جنيه و200 جنيه. كما يوضح الجدول أيضاً أن أكثر من نصف الأسر تحصل على معاش قيمته 85 جنيهاً شهرياً، بينما 18% من هذه الأسر تحصل على 120 جنيهاً. أما بالنسبة لاختلاف قيمة المعاش باختلاف نوع الأفراد، نجد أن نصف الذكور يحصلون على معاش قيمته 120 جنيهاً بينما الثلث منهم يحصلون على معاش قيمته 85 جنيهاً شهرياً، أما بالنسبة للإناث نجد أن ما يقرب من ثلثي الإناث يحصلون على معاش قيمته 85 جنيهاً، وما يقرب من 16% منهن يحصلون على معاش قيمته 110 جنيهاً، بينما حوالي 13% منهن يحصلن على معاش تتراوح قيمته بين 120 و200 جنيهاً.

جدول (4)

التوزيع النسبي للأفراد حسب قيمة المعاش %

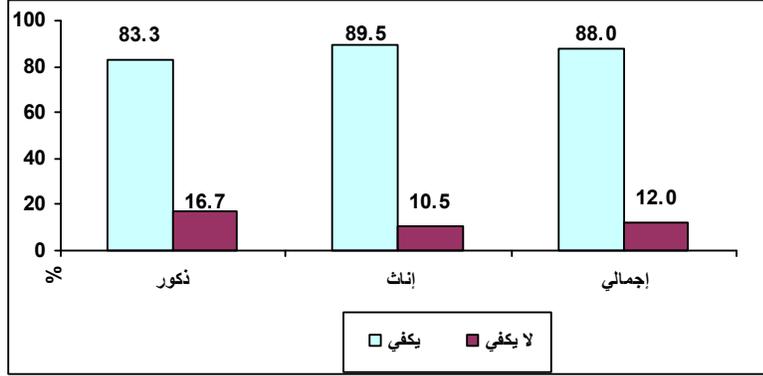
الإجمالي	النوع		قيمة المعاش بالجنيه
	إناث	ذكور	
2.0	.	8.3	80
56.0	63.2	33.3	85
6.0	7.9	.	100
14.0	15.8	8.3	110
18.0	7.9	50.0	120
2.0	2.6	.	180
2.0	2.6	.	200
100	100	100	الإجمالي

كما أوضحت نتائج الدراسة أن جميع المبحوثين يقومون بصرف قيمة المعاش من مكتب البريد التابع لمنطقة إقامتهم. ويسؤال المبحوثين عن وجود بعض المتاعب التي يواجهونها عند صرف قيمة المعاش، أشار أكثر من نصف المبحوثين أنه لا توجد أي متاعب، بينما أشار 46% منهم أنهم يعانون من مشاكل متعلقة بالزحام. ولم يختلف الوضع كثيراً بين الذكور والإناث عن النتيجة الإجمالية.

وإذا نظرنا إلى مدى كفاية معاش الضمان الإجتماعي الذي تحصل عليه الأسر لمواجهة احتياجاتهم الشهرية، يتضح من خلال الشكل التالي أن غالبية الأسر (88%) أقرت بعدم كفاية المعاش لاحتياجاتهم الشهرية، بينما أشار 12% إلى أنه يكفي إلى حد ما، بينما لم يقر أحد بكفاية المعاش، وتتناسب هذه النتيجة منطقياً مع القيمة المتدنية لمعاشات الضمان الاجتماعي الذي لا تتجاوز قيمته المائتي جنيه، كما أن غالبية الأسر تحصل على معاش قيمته 85 جنيهاً كما تم الإشارة سابقاً. ولا يختلف الوضع كثيراً بين الذكور والإناث حيث أشار غالبيتهم إلى عدم كفاية المعاش لاحتياجاتهم، حيث بلغت هذه النسبة 83.3% للذكور و89.5% للإناث، بينما أشارت النسب الباقية إلى كفاية المعاش إلى حد ما.

شكل (3)

التوزيع النسبي لأفراد العينة حسب كفاية المعاش لاحتياجاتهم

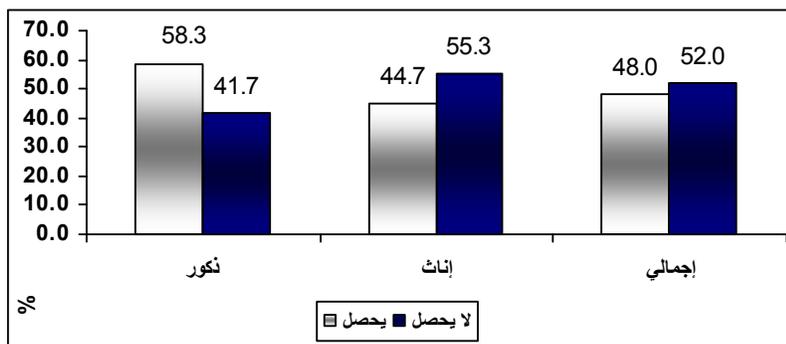


وبسؤال المبحوثين عن الأساليب التي يلجأون إليها لسد احتياجاتهم، أشار أكثر من نصف المبحوثون إلى أنهم يحصلون على مساعدات من أهل الخير بينما يحصل 16% منهم على مساعدات من جمعيات أهلية بالمنطقة التي يقيمون بها أو المناطق المجاورة، كما أشار 12% منهم إلى أنهم يحصلون على مساعدات من الأقارب. أما بالنسبة لنوع الأفراد نجد أن غالبية الذكور 83.3% منهم يحصلون على مساعدات من أهل الخير، وبالنسبة للإناث نجد أن 42.1% من الإناث يحصلن على مساعدات من أهل الخير، بينما 21.1% يحصلن على مساعدات من جمعيات أهلية بالمنطقة التي يقيمون بها أو المناطق المجاورة، بينما يحصل 13.2% منهن على مساعدات من الأقارب.

بالنسبة للحصول على مساعدات مالية من جهات أخرى، يوضح الشكل التالي أن ما يقرب من نصف المبحوثين (48%) يحصلون على مساعدات من جهات أخرى، كما بلغت هذه النسبة 44.7% للإناث، أما بالنسبة للذكور نجد أن أكثر من نصف الذكور (58.3%) يحصلون على مساعدات من جهات أخرى. أما بالنسبة لأكثر الجهات التي يحصل منها المبحوثون على مساعدات نجد أنها المساجد بنسبة 34% تليها أهل الخير بنسبة 6%. من ناحية أخرى نجد أن قيمة المساعدات التي يحصل عليها المبحوثون تتراوح قيمتها بين 10 جنيهاً و300 جنيهاً، كما أن ما يقرب من ربع هذه المساعدات تتم بشكل منتظم.

شكل (4)

التوزيع النسبي لأفراد العينة حسب حصولهم على مساعدات من جهات أخرى



- الحالة الصحية

بالنسبة للحالة الصحية للمبحوثين وما هو التصرف في حالة المرض أو التعب، يتضح من خلال الجدول التالي أن ما يقرب من نصف المبحوثين (48%) يحصلون على خدمات طبية على نفقة الدولة أو بمستشفيات حكومية، بينما 38% منهم يتوجهون إلى المراكز الطبية المتخصصة أو الشاملة الموجودة بالمنطقة التي يقيمون بها أو المناطق المجاورة، في حين أن 6% فقط منهم يتوجهون إلى الصيدليات مباشرة وذلك يكون في حالة التعب أو المرض البسيط أو الأمراض التي لها بعض الأدوية الشائعة مثل الصداع والإنفلونزا. أما بالنسبة للتصرف في حالة المرض حسب نوع الأفراد نجد أن 58.3% من الذكور يحصلون على علاج على نفقة الدولة في مستشفيات حكومية بينما 25% منهم يتوجهون إلى المراكز الطبية، في حين 8% منهم يتوجهون إلى دور العلاج بالكائنس أو المساجد. أما بالنسبة للإناث نجد أيضاً أن النسبة الكبرى منهن (44.7%) يحصلن على علاج على نفقة الدولة في مستشفيات حكومية، بينما 42.1% منهن يتوجهن إلى المراكز الطبية في حين ما يقرب من 8% يتوجهن إلى دور العلاج بالكائنس أو المساجد.

جدول (5)

التوزيع النسبي للأفراد وفقاً للتصرف في حالة الإصابة بمرض أو تعب %

الإجمالي	النوع		التصرف في حالة المرض
	إناث	ذكور	
38.0	42.1	25.0	التوجه إلى المركز الطبي الموجود بالمنطقة
8.0	7.9	8.3	التوجه إلى دور العلاج الموجودة بالمساجد والكنائس
6.0	5.3	8.3	التوجه إلى الصيدلية مباشرة
48.0	44.7	58.3	علاج على نفقة الدولة أو مستشفيات حكومية
100	100	100	الإجمالي

وبالنسبة لكيفية الحصول على الأدوية للعلاج، أشار أكثر من نصف المبحوثون أنهم يحصلون على الأدوية بالشراء من الصيدليات على نفقتهم، بينما أشار ما يقرب من ربعهم إلى أنهم يحصلون عليه على نفقة الدولة، في حين أن 22% منهم يحصلون عليه بالمجان بمساعدة بعض الجهات. أما بالنسبة لنوع الأفراد، نجد أن النسبة الكبرى من الذكور يحصلون على الدواء بالمجان على نفقة الدولة، بينما 33.3% منهم يحصلون عليه بالمجان بمساعدة بعض الجهات. وبالنسبة للإناث نجد أن ما يقرب من الثلثي يحصلون على الدواء بالشراء من الصيدليات على نفقتهم، بينما 18% منهم يحصلون عليه على نفقة الدولة.

جدول (6)

التوزيع النسبي للأفراد وفقاً لكيفية الحصول على الدواء %

الإجمالي	النوع		كيفية الحصول على الأدوية
	إناث	ذكور	
54.0	63.2	25.0	الشراء من الصيدلية
22.0	18.4	33.0	الحصول عليه بالمجان من بعض الجهات
24.0	18.4	41.7	الحصول عليه على نفقة الدولة
100	100	100	الإجمالي

ويسؤال المبحوثين عن مدى قدرتهم على تحمل تكاليف الخدمة الصحية الخاصة بالعلاج والأدوية، يوضح الجدول التالي أن غالبية الأفراد (84%) أشاروا إلى ارتفاع تكلفة الخدمة الصحية مقارنة بقدرتهم المادية، بينما أشار 16% منهم فقط إلى أن أسعار الخدمة الصحية مناسبة. وإذا نظرنا إلى نوع الأفراد نجد الإناث أكثر قدرة من الذكور على تحمل تكاليف الخدمة الصحية، حيث أشار 18.4% منهن بأن أسعار الخدمة الصحية مناسبة مقارنة بـ 8.3% فقط للذكور حيث أشار 91.7% منهم إلى عدم قدرتهم على تحمل تكاليف الخدمة الصحية.

جدول (7)

التوزيع النسبي للأفراد وفقاً لملائمة تكلفة الخدمة الصحية لقدراتهم %

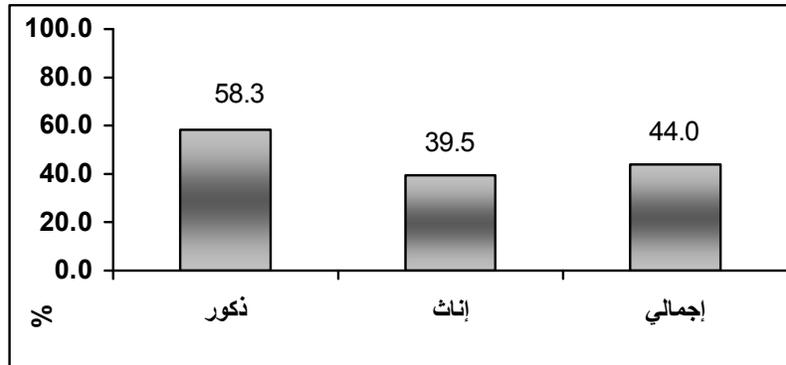
ويوضح الشكل التالي نسبة الأفراد الذين يعانون من مرض مزمن، حيث يتضح أن

الإجمالي	النوع		
	إناث	ذكور	
16.0	18.4	8.3	الحصول على الخدمة الصحية بسعر مناسب
84.0	81.6	91.7	الحصول على الخدمة الصحية بتكلفة عالية
100	100	100	الإجمالي

44% من الأفراد الذين شملهم المسح يعانون من أمراض مزمنة. كما يوضح الشكل أيضاً أن نسبة الإصابة بمرض مزمن منتشرة بين الذكور أكثر من الإناث، حيث أشار أكثر من نصف الإناث (58.3%) أنهم يعانون من مرض مزمن مقابل 39.5% للذكور.

شكل (5)

نسبة الأفراد الذين يعانون من مرض مزمن حسب النوع



أما بالنسبة للأفراد المصابين بمرض مزمن، يوضح الجدول التالي أن أكثر الأمراض المنتشرة بينهم هي أمراض السكر وضغط الدم والصدر وذلك بنسبة تقترب من 32%، تليها أمراض المخ والأعصاب بنسبة 22.7%، ثم السرطان والدوالي والغضروف بنسب متساوية (18.2%)، بينما أقل الأمراض المزمنة انتشاراً هي العجز الكلي أو الجزئي بنسبة 9.1%. وإذا

أخذنا نوع الأفراد في الاعتبار نجد أن الإناث أكثر إصابة بأمراض السكر وضغط الدم وحساسية الصدر من الذكور (40% للإناث مقابل 14.3% للذكور)، كما أنهن أكثر إصابة بأمراض الدوالي المزمنة والغضروف من الذكور (20% للإناث مقابل 14.3% للذكور. في المقابل نجد أن الذكور أكثر إصابة بأمراض المخ والأعصاب من الإناث (42.8% للذكور و13.3% للإناث، كما أنهم أكثر إصابة أيضاً بأمراض السرطان من الإناث (28.6% للذكور و13.3% للإناث.

جدول (8)

التوزيع النسبي للأفراد المصابين بمرض مزمن حسب نوع المرض %

الإجمالي	النوع		نوع المرض المزمن
	إناث	ذكور	
31.8	40.0	14.3	سكر - ضغط دم - حساسية الصدر - قرحة في المعدة
18.2	13.3	28.6	سرطان
18.2	20.0	14.3	دوالي مزمنة - غضروف - ميكروب في الدم
22.7	13.3	42.8	مخ وأعصاب
9.1	13.4	.	عجر كلي - جزئي
100	100	100	الإجمالي

وبسؤال الأفراد المصابين بأمراض مزمنة عن كيفية متابعة المرض، أشار ما يقرب من 32% منهم أنهم يقومون بمتابعة المرض إما من عن طريق المراكز الطبية أو على نفقة الدولة وذلك بنسب متساوية، بينما أشار 22.7% منهم أنهم لا يقومون بمتابعة المرض، في حين أن حوالي 9% منهم فقط يلجأون إلى التأمين الصحي. وإذا نظرنا إلى نوع الأفراد، نجد أن النسبة الكبرى من الذكور يقومون بمتابعة المرض على نفقة الدولة في مستشفيات حكومية، بينما 28.6% لا يقومون بمتابعة المرض، ونسبة مماثلة منهم يتابعون المرض من خلال

المراكز الطبية. أما بالنسبة للإناث، نجد أن 13.3% منهن لا يقمن بمتابعة المرض المزمن، بينما النسبة الكبرى منهن يتابعن المرض من خلال المراكز الطبية، كما أن 26.7% منهن يتابعن المرض على نفقة الدولة، في حين أن 13.3% منهن يلجأن لخدمات التأمين الصحي.

جدول (9)

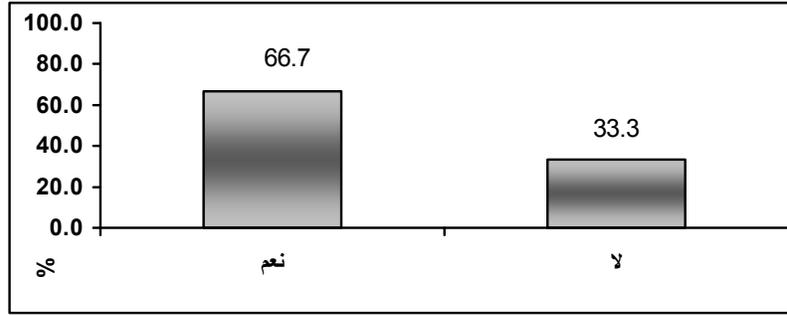
التوزيع النسبي للأفراد المصابين بمرض مزمن حسب كيفية متابعة المرض
%

الإجمالي	النوع		متابعة المرض المزمن
	إناث	ذكور	
22.7	13.3	28.6	لا تتم متابعته
31.8	40.0	28.6	بالمركز الطبي
9.1	13.3	.	من خلال التأمين الصحي
31.8	26.7	42.8	على نفقة الدولة
4.6	6.7	.	بالمراكز الطبية الموجودة بدور العبادة
100	100	100	الإجمالي

أما بالنسبة لخدمات التأمين الصحي المدرسي، يوضح الشكل التالي أن ثلثي الأسر التي لديها أطفال في سن التعليم يحصل أبنائها على خدمات التأمين الصحي في حالة المرض بينما الثلث الآخر لا يحصل على هذه الخدمات.

شكل (6)

التوزيع النسبي للأسر التي يلجأ أبنائها للتأمين الصحي في حالة المرض



- دور الدولة نحو مساعدة الفقراء

وبسؤال المبحوثين عن آرائهم حول قيام الدولة بدورها نحو مساعدة الفقراء ومحدودي الدخل، من خلال الشكل التالي يتضح أن النسبة الكبرى (60%) من المبحوثين يرون أن الدولة لا تقوم بدورها لمساعدة الفقراء. وإذا نظرنا إلى اختلاف الآراء حسب نوع الأفراد، نجد أن الذكور أكثر تعبيراً من الإناث عن عدم قيام الدولة بدورها نحو الفقراء حيث أشار ثلثي الذكور بأن الدولة لا تقوم بدورها نحو مساعدة الفقراء مقابل ما يقرب من 58% للإناث.

شكل (7)

نسبة الأفراد الذين وفقاً لآرائهم حول قيام الدولة بواجبها نحو مساعدة الفقراء



وبسؤال المبحوثين عن توقعاتهم أو ما تمنون أن تقوم به الحكومة المصرية لمساعدتهم على مواجهة ظروف الحياة، يوضح الجدول التالي أن الغالبية العظمى (72%) من المبحوثين يتمنون من الدولة بأن تقوم بزيادة قيمة معاشات الضمان الشهرية التي لا تكفي حتى مصايرف العلاج أو إيجار السكن الذي يقيمون فيه على حد قولهم، بينما أشار 18% منهم إلى رغبتهم في أن توم الدولة بتحسين مستوى الخدمات الصحية المقدمة لهم، كما أشار 7% منهم إلى رغبتهم في توفير سكن مناسب لهم ولأسرهم. وإذا نظرنا إلى اختلاف التوقعات حسب نوع الأفراد، نجد أن الإناث أكثر رغبة من الذكور في زيادة قيمة معاشات الضمان

الإجمالي (76.3% للإناث مقابل 58.3% للذكور)، كما أشار 18.4% من الإناث إلى رغبتهم في قيام الدولة بتحسين مستوى الخدمات الصحية وذلك في مقابل 16.7% للذكور، بينما أشار 8.3% من الذكور إلى رغبتهم في قيام الدولة بتوفير سكن مناسب لهم.

جدول (10)

توقعات المبحوثين حول قيام الدولة بمساعدتهم %

الإجمالي	النوع		توقعات المبحوثين حول دور الدولة تجاههم
	إناث	ذكور	
72.0	76.3	58.3	زيادة قيمة معاشات الضمان
18.0	18.4	16.7	توفير الخدمة الصحية بشكل مناسب
6.0	5.3	8.3	تحسين ظروف المعيشة بصفة عامة
7.0	.	8.3	توفير سكن مناسب لهم
2.0	.	8.3	عدم توقع شيء
100	100	100	الإجمالي

بالنسبة لآراء المبحوثين حول قيام شركاء آخرين مثل الأغنياء أو رجال الأعمال بمشاركة الدولة في مساعدة الفقراء ومحدودي الدخل، يتضح من خلال الجدول التالي أن أكثر من نصف المبحوثين (53.3%) يرون أن مساعدة الفقراء هي مسئولية الدولة وحدها، بينما أشار 44.4% منهم أن الأغنياء يجب أن يقوموا بدورهم نحو مساعدة الفقراء ولا يكون العبء على الدولة وحدها. وإذا نظرنا إلى اختلاف الآراء حسب نوع الأفراد نجد أن ثلثي الذكور يرون أن مساعدة الفقراء هي مسئولية الدولة وحدها، بينما الثلث الآخر يرى أن الأغنياء أيضاً يجب أن يقوموا بمساعدة الفقراء. أما بالنسبة للإناث نجد أن نصفهن ترون أن مساعدة الفقراء هي مسئولية الدولة وحدها بينما النصف الآخر ترون أن مساعدة الفقراء أيضاً من مسئوليات الأغنياء ورجال الأعمال وليس الدولة وحدها.

جدول (11)

آراء المبحوثين حول مشاركة شركاء آخرين للدولة في مساعدة الفقراء %

الإجمالي	النوع		آراء المبحوثين حول مشاركة شركاء آخرين لمساعدة الفقراء
	إناث	ذكور	
44.4	47.2	33.3	الأغنياء
53.3	50.0	66.7	مسئولية الدولة وحدها
2.3	2.8	.	رجال الأعمال
100	100	100	الإجمالي

وفي نهاية المسح تم توجيه سؤال مفتوح للمبحوثين حول احتياجاتهم الملحة، يوضح الشكل التالي أن النسبة الكبرى (78%) من المبحوثين أشاروا إلى رغبتهم الملحة في زيادة قيمة معاشات الضمان الشهرية والتي يعتبرونه أهم مطلب ملح بالنسبة لهم حتى يستطيعوا مواجهة تكاليف الحياة المرتفعة، يليه توفير فرص عمل لهم ولأبنائهم وخاصة الذكور وذلك بنسبة 28%، ثم تحسين الخدمات الصحية (24%)، ثم تخفيض الأسعار وخاصة المواد الغذائية (20%)، ثم توفير سكن مناسب لهم (10%).

شكل (8)

أهم احتياجات المبحوثين

