E

الأمم المتحدة

Distr.
LIMITED

E/ESCWA/SDD/2015/IG.1/4(Part II)
18 February 2015
ARABIC
ORIGINAL: ENGLISH

المجلس
الاقتصادي والاجتماعي

اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا (الإسكوا)

لجنة التنمية الاجتماعية
الدورة العاشرة
الرباط، 8-9 أيلول/سبتمبر 2015

البند 5 (ب) من جدول الأعمال المؤقت

قضايا ذات أولوية في تحقيق التنمية الاجتماعية في المنطقة العربية

توسيع نطاق الحماية الاجتماعية لتشمل الأشخاص ذوي الإعاقة والعاملين غير النظاميين في القطاع الزراعي

موجز

تتضمن هذه الوثيقة لمحة عامة عن الحماية الاجتماعية في البلدان العربية، وتركز على الصعوبات التي تواجهها بعض الفئات في الحصول على هذه الحماية، ولا سيما العاملين في القطاع الزراعي غير النظامي وأسرهم، والأشخاص ذوي الإعاقة. وتبيّن وجود تباين لصالح الرجل في الحصول على الرعاية الاجتماعية والتأمين الصحي. وتستعرض الوثيقة الأشكال الرئيسية للحماية الاجتماعية في المنطقة العربية وهي: برامج الحماية الاجتماعية القائمة على الاشتراكات للعاملين في القطاع النظامي؛ وأنظمة الدعم على غرار دعم الوقود والغذاء، والحماية الاجتماعية الموجهة غير القائمة على الدعم كبرامج التحويلات النقدية.

وتنطلق الوثيقة من أن الحماية الاجتماعية حق يقع في صلب خطة التنمية لما بعد عام 2015، وتبين أن الإخفاق في تأمين الحماية الاجتماعية الكافية والمعاشات التقاعدية والرعاية الصحية للفئات المهمشة هو مصدر خطر على التماسك الاجتماعي. وتنتهي الوثيقة إلى مجموعة من التوصيات الموجهة إلى الحكومات بشأن ضرورة مشاركة جميع الجهات المعنية في صنع سياسات الحماية الاجتماعية، وفي حوار وطني حول الإصلاح؛ والتصدي لمشكلة الحرمان الهيكلي؛ وتأمين التمويل الكافي للحماية الاجتماعية؛ والتخلص من الازدواجية والتجزئة في الخدمات؛ والعمل على جمع البيانات المفصلة والموثوقة؛ وتكثيف الجهود لإنفاذ التشريعات والسياسات المتعلقة بالحماية الاجتماعية.

المحتويات

	الفقرات	الصفحة
مقدمة	4-1	3
الفصل		
أولاً- الحماية الاجتماعية للفئات الضعيفة	7-5	3
ثانياً- الحماية الاجتماعية في المنطقة العربية	15-8	4
ثالثاً- العاملون في القطاع غير النظامي في المناطق الزراعية	23-16	7
ألف- المعاشات التقاعدية	19	8
باء- الرعاية الصحية	20	9
جيم- المساعدة الاجتماعية	23-21	9
رابعاً- الأشخاص ذوو الإعاقة	35-24	11
ألف- الإطار القانوني والمتعلق بالسياسات	28-25	11
باء- التأمين الاجتماعي والمساعدة الاجتماعية	32-29	13
جيم- الرعاية الصحية	35-33	14
خامساً- الخطوات المستقبلية	40-36	16
المراجع		19

مقدمـة

1- الضمان الاجتماعي هو حق من حقوق الإنسان وفقاً لما تنص عليه المادتان 22 و25 من الإعلان العالمي لحقوق الإنسان. وتوسيع نطاق الحماية الاجتماعية لتشمل الجميع، هو أداةً أساسية من أدوات السياسة العامة، تهدف إلى التخفيف من حدة الفقر، وبناء المنعة، والحد من عدم المساواة، ومعالجة الغبن، وبناء مجتمعات متماسكة ومستقرة.

2- ويقع تأمين الحماية الاجتماعية في صلب خطة التنمية لما بعد عام 2015، كما جاء في تقرير الفريق العامل المفتوح باب العضوية التابع للجمعية العامة المعني بأهداف التنمية المستدامة (A/68/970). وفي الغاية 1.3 المحددة ضمن أهداف التنمية المستدامة المقترحة دعوة إلى الدول "لاستحداث نظم وتدابير حماية اجتماعية ملائمة على الصعيد الوطني للجميع ووضع حدود دنيا لها، وتحقيق تغطية صحية واسعة للفقراء والضعفاء بحلول عام 2013". وتدعو الغاية 3.8 إلى "تحقيق التغطية الصحية الشاملة، بما في ذلك الحماية من المخاطر المالية، وإمكانية الحصول على خدمات الرعاية الصحية الأساسية الجيدة وإمكانية حصول الجميع على الأدوية واللقاحات الآمنة والجيدة والفعالة والميسورة التكلفة".

3- ويرتفع في المنطقة العربية خطر استبعاد فئات اجتماعية معينة من تغطية الضمان الاجتماعي. ومعظم العاملين في الزراعة فقراء، ويعملون في القطاع غير النظامي، ولا يحصلون على الرعاية الصحية. ويواجه الأشخاص ذوو الإعاقة حواجز كبيرة تحول دون حصولهم على الخدمات الاجتماعية وفرص العمل، تؤدي في نهاية المطاف إلى ارتفاع معدلات الفقر وضعف الوصول إلى الرعاية الصحية والتعليم. والحكومات العربية ملتزمة بتحقيق المساواة والإنصاف كشرط أساسي للأمن والسلام والتماسك الاجتماعي، كما يظهر بوضوح في المادتين 1 و16 من إعلان تونس لعام 2014 حول العدالة الاجتماعية في المنطقة العربية.

4- وفي تقرير قدمته لجنة التنمية الاجتماعية في دورتها التاسعة (E/ESCWA/SDD/2013/IG.1/6/Report) المعقودة في عمّان في 12 و13 تشرين الأول/أكتوبر 2013، طلبت من الأمانة التنفيذية للجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا (الإسكوا) "دعم الجهود التي تبذلها البلدان الأعضاء من خلال تركيز الأبحاث على وسائل الإدماج الاجتماعي، وخاصة لذوي الإعاقة، ودراسة سبل تقديم الحماية الاجتماعية للعاملين في القطاع غير النظامي". وتستعرض هذه الوثيقة الأبحاث حول نظم الحماية الاجتماعية الحالية التي تستفيد منها هاتان الفئتان في المنطقة العربية، وتقدم توصيات في السياسة العامة من منظور شامل وقائم على الحقوق.

أولاً- الحماية الاجتماعية للفئات الضعيفة

5- المقصود بالضمان الاجتماعي ضمان حصول الجميع على الدخل الأساسي والرعاية الصحية الملائمة كجزء من المسؤولية العامة. ويرى البعض أن الحماية الاجتماعية تشمل المساعدات التقليدية المقدمة على مستوى الأسرة أو المجتمع. ويستخدم هذان المصطلحان في هذه الوثيقة كمترادفين.

6- ومن أهداف الحماية الاجتماعية التخفيف من حدة المخاطر وحدة الفقر. والتأمين الاجتماعي هو الأداة الرئيسية لتخفيف المخاطر، ويتخذ عادة شكل برامج التأمين الإلزامي القائمة على الاشتراكات والمقتصرة على العمل في القطاع النظامي. وتؤمن هذه البرامج مجموعة من المنافع في حالات المرض، والشيخوخة، والبطالة. أما المساعدة الاجتماعية فتهدف إلى تخفيف حدة الفقر، وتشمل مجموعة من التدابير، كالإعانات

العامة، وبرامج التحويلات النقدية أو العينية، وخطط الرفاه الاجتماعي المشروط. واما الخدمات الاجتماعية، كخدمات الرعاية الصحية والتعليم التي يؤمنها القطاع العام، فتساهم في تحقيق أهداف الحماية الاجتماعية عن طريق الحد من خطر المرض، وبناء المهارات التي تتيح للأفراد تأمين الدخل.

الحد الأدنى للحماية الاجتماعية

7- تدعو مبادرة الأمم المتحدة حول الحد الأدنى للحماية الاجتماعية إلى ضمان استفادة الجميع من الأوجه الأساسية للضمان الاجتماعي، أي تأمين الدخل، والحصول على الخدمات الصحية. وتهدف إلى تحقيق تغطية شاملة لخدمات الحماية الاجتماعية الأساسية، وتكمّلها لاحقاً بمستويات أكثر تقدماً من الحماية، على غرار الاستحقاقات الإضافية وبرامج التأمين الطوعي (الشكل 1). وتدعو توصية منظمة العمل الدولية بشأن الأرضيات الوطنية للحماية الاجتماعية لعام 2012 (رقم 202) الدول الأعضاء إلى تحديد الثغرات التي تحول دون توسيع نطاق الحماية الاجتماعية، وإلى زيادة المشاركة في الضمان الاجتماعي من خلال أساليب عدة منها تشجيع العاملين على التحوّل إلى القطاع النظامي. ويجب اعتبار توسيع نطاق الضمانات الاجتماعية الأساسية لتشمل الفئات الضعيفة أداةً لتحقيق الحماية الاجتماعية الشاملة.

الشكل 1- الاستراتيجية ذات البعدين لتوسيع نطاق الضمان الاجتماعي

المصدر: International Labour Organization, 2012b, p. 3.

ثانياً- الحماية الاجتماعية في المنطقة العربية

8- تعتمد الحكومات العربية نهجاً متنوّعة للحماية الاجتماعية. فاعتباراً من خمسينات إلى سبعينات القرن الماضي، وضعت نظم للرعاية الشاملة، وأنشئ الضمان الاجتماعي والرعاية الصحية للجميع كركائز لبناء الدولة والتماسك الوطني. غير أن البلدان العربية، باستثناء بلدان مجلس التعاون الخليجي، شهدت حالة استنفاد في الموارد بفعل النمو السكاني والتعثر الاقتصادي، فأجهدت نظم الرعاية. وخلافاً لما توقعته الحكومات، لم يؤد النمو الاقتصادي الذي شهدته بعض البلدان إلى تقدّم موازٍ في التنمية الاجتماعية[1].

(1) الإسكوا، 2014ب؛ Karshenas et al., 2014, pp. 727-729.

9- ويشهد القطاع غير النظامي تضخماً منذ الثمانينات، من أهم أسبابه تزايد أعداد القوى العاملة وتراجع فرص العمل في القطاع العام[2]. ويقتصر الاشتراك في الضمان الاجتماعي في البلدان العربية على ثلث القوى العاملة[3]. ومعدلات البطالة مرتفعة باستمرار، لكن معدلات المشاركة في القوى العاملة منخفضة. والمرأة هي الأكثر تأثراً بهذا الواقع، إذ بلغت نسبة مشاركتها في القوى العاملة 26 في المائة، في عام 2010 بينما بلغت نسبة مشاركة الرجال 76 في المائة. وبلغت نسبة البطالة 17 في المائة من مجموع النساء المشاركات في القوى العاملة، في حين بلغت نسبة بطالة الرجال 8 في المائة[4]. ولكن النساء العاملات في العديد من البلدان العربية أوفر حظاً من الرجال في الحصول على وظائف نظامية، ولا سيما في القطاع العام، وفي الاشتراك في الضمان الاجتماعي[5]. ولكن المناطق الريفية تشهد واقعاً مغايراً، كما هو مبين في الفصل التالي.

10- وبالرغم من التراجع النسبي في معدلات العمل في القطاع النظامي، لا يزال التأمين الاجتماعي القائم على الاشتراكات الركيزة الأولى للحماية الاجتماعية في المنطقة العربية، من خلال برامج المعاشات التقاعدية والرعاية الصحية التي تشمل العاملين في القطاع النظامي[6]. وتبقى بعض أنماط العمل خارج نطاق هذه البرامج، فلا تشمل العاملين لحسابهم الخاص، والعاملين ضمن الأسر، والعاملين في الزراعة وصيد الأسماك. وتختلف تغطية الأشخاص من خارج القوة العاملة (كربّات البيوت) من بلد إلى آخر، إذ تتضمن بعض البرامج إعانات لأفراد أسرة الشخص المضمون. وقد بدأت بعض البلدان، كالأردن، والبحرين، والمملكة العربية السعودية، تعمل بنظام تأمينات البطالة[7].

11- وبقيت نظم الدعم والإعانات المكثفة والشاملة، حتى وقت ليس ببعيد، الركيزة الثانية للحماية الاجتماعية. فهذه الإعانات تستهلك نسبة كبيرة (85 في المائة) من ميزانيات المساعدة الاجتماعية، يُصرف معظمها دعماً للوقود[8]. وفي عام 2011، استأثرت البلدان العربية بنصف المبلغ العالمي المستهلك في دعم الطاقة[9]، إذ أنفقت ما متوسطه 3.6 في المائة من ناتجها المحلي الإجمالي على دعم الوقود، أي 12 مرة المتوسط العالمي البالغ 0.3 في المائة[10]. إلا أن بعض الدول بدأت بتخفيض هذا الدعم، مستفيدة من الانخفاض المطرد في أسعار النفط. فمصر على سبيل المثال، خفضت دعم الوقود إلى حد كبير في عام 2014، وهي تتجه إلى رفعه كلياً بحلول عام 2019[11]. ومن المسلم به اليوم أن دعم الطاقة هو خيار مرتفع الكلفة ولا يؤدي بالضرورة إلى الحد من الفقر، إذ تذهب معظم فوائده إلى غير الفقراء. ففي الأردن، ومصر، والمغرب، واليمن مثلاً، آلت نسبة 40 إلى 70 في المائة من مجموع إعانات الوقود إلى الخُمس الأغنى من السكان، الذين يستهلكون كميات كبيرة من الطاقة[12].

---

(2) Angel-Urdinola and Tanabe, 2012, p. 3. لأغراض هذه الدراسة، يُعتبر العاملون في القطاع غير النظامي من غير المساهمين في الضمان الاجتماعي.

(3) الإسكوا 2014ب.

(4) See, for example, International Labour Organization (ILO), 2012a, pp. 50-52.

(5) World Bank, 2013a, pp. 94-99, 109-111; Angel-Urdinola and Tanabe, 2012, p. 11.

(6) ILO, 2012a, pp. 85-96.

(7) International Social Security Association, Social Security Country Profiles.

(8) Silva et al., 2013, pp. 110-112.

(9) International Monetary Fund (IMF), 2013, p. 11.

(10) الحسابات بالاستناد إلى صندوق النقد الدولي، 2013. لم تتوفر إحصاءات عن الجمهورية العربية السورية ودولة فلسطين.

(11) World Bank, 2015, p. 7.

(12) الإسكوا 2014أ.

12- ومن أبرز السلع المدعومة بعد الطاقة الغذاء. وفي عام 2011، تراوحت كلفة دعم المواد الغذائية بين صفر تقريباً في الإمارات العربية المتحدة وأكثر من 3 في المائة من الناتج المحلي الإجمالي في العراق، أي بلغت قرابة 1 في المائة من الناتج المحلي الإجمالي في المنطقة[13]. ومن غير المرجح أن يتراجع دعم الغذاء مع دعم الطاقة، لأن الفقراء يستفيدون من الحصة الأكبر منه[14]، ولأنه يساهم في التخفيف من وطأة صدمات الأسعار في منطقة تعتمد بشدة على الواردات الغذائية.

13- ويؤدي إلغاء الإعانات العامة إلى عواقب وخيمة على الفئات الضعيفة في العديد من الحالات، لأن أي إضعاف لقدرتها الشرائية مهما كان بسيطاً سيدفعها إلى ما دون خط الفقر[15]. لذلك، يجب استخدام الحيز المالي الذي يمكن تحقيقه من تخفيض الإعانات في إنشاء نظم أكثر شمولاً للحماية الاجتماعية، للتخفيف من أثر إلغاء الإعانات على الفقراء.

14- والركيزة الثالثة للحماية الاجتماعية في المنطقة العربية هي المساعدة الاجتماعية من غير الدعم، التي تستهدف فئات اجتماعية محددة وتخصَّص لها نسبة 0.7 في المائة تقريباً من الناتج المحلي الإجمالي[16]. ومن الأدوات الأكثر شيوعاً لهذه الحماية التحويلات النقدية إلى المستفيدين[17]. ويمكن أن تكون هذه البرامج مشروطة، فيفرض على المستفدين الالتزام بشروط معيّنة لقاء الحصول على المساعدة، كإرسال أطفالهم إلى المدرسة بانتظام، أو إخضاعهم لفحوص صحية دورية. وقد وضع المغرب قيد الاختبار في عام 2007 برنامجاً للتحويلات النقدية المشروطة -برنامج تيسير- كان من نتائجه ارتفاع معدّلات الالتحاق بالمدارس، ولا سيما في صفوف الفتيات. وبعد انتهاء المرحلة التجريبية، واصلت الحكومة المغربية تطبيق البرنامج من دون فرض شروط صعبة. وهي اليوم تعتمد سياسات تشجيعية وليس إلزامية في ما يتعلق بالالتحاق بالمدارس، لأن التقييمات بينت أن البرامج التي لا تقيّد التحويلات بشروط، والأقل كلفة، لا تقل فعالية عن البرامج المشروطة[18]. ونفذ اليمن برنامجاً للتحويلات النقدية المشروطة أدى إلى نتائج إيجابية أيضاً[19]. واعتمدت بلدان عدة كتونس وفلسطين ومصر والمغرب واليمن برامج مشروطة للرعاية الاجتماعية، بهدف تأمين فرص عمل[20]. ويتناول الفصل التالي بالتفصيل آلية تطبيق أحد هذه البرامج.

15- وتقدّم بعض المشاكل التي تواجه برامج المساعدات الاجتماعية غير المرتبطة بالدعم، ومنها تجزئة المساعدات والازدواجية في تقديمها، دليلاً على ضرورة إعادة النظر في هذه البرامج في المنطقة العربية وتنظيمها. فالنقص الذي يعتري عملية الاستهداف والتغطية يؤدي إلى تسرب المساعدات إلى غير الفقراء. ووفقاً لبعض التقديرات، لا يستفيد من هذه المساعدات إلا ثلث الفئة الخمسية الأشد فقراً من السكان. غير أن

(13) Sdralevich et al., 2014, pp. 11-12.

(14) المرجع نفسه، الصفحات 13-18.

(15) See, for example, Zaid et al., 2014.

(16) الإسكوا 2014ب.

(17) Silva et al., 2013, p. 140.

(18) Benhassine et al., 2014.

(19) World Bank, 2013b.

(20) الإسكوا، 2013.

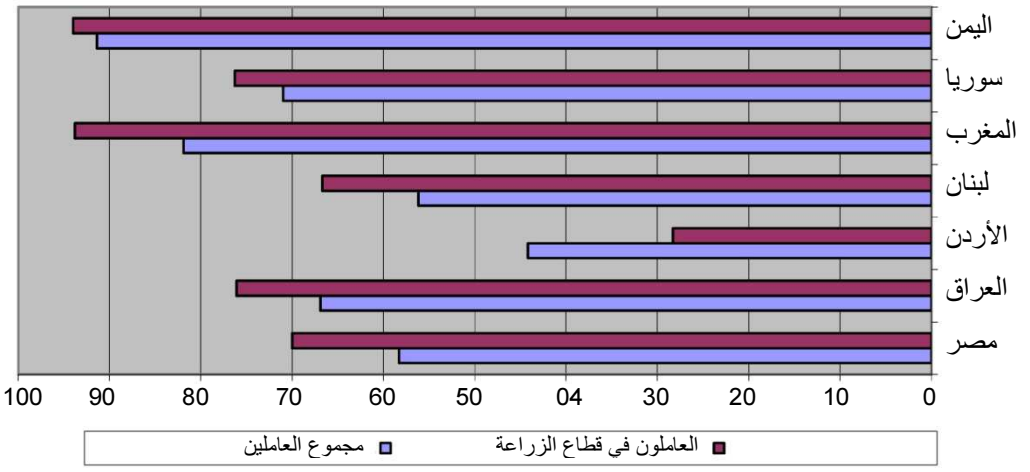
أداء بعض البلدان العربية في هذا المجال لا يقل عن أداء باقي بلدان العالم[21]. ومن الأمثلة الناجحة في المنطقة دولة فلسطين التي دمجت في عام 2010 برنامجين للتحويلات النقدية ضمن مشروع البرنامج الوطني الفلسطيني للتحويلات النقدية الذي يستخدم قاعدة بيانات موحدة لتقييم أهلية طالبي المساعدة. وقد كان هذا البرنامج محل تنويه لما حققه من دقة في توجيه المساعدة إلى من يحتاجها.

ثالثاً- العاملون في القطاع غير النظامي في المناطق الزراعية

16- يعمل خمس القوى العاملة في المنطقة العربية في الزراعة[22]. وقطاع الزراعة في بلدان مجلس التعاون الخليجي المصدّرة للنفط، هو أصغر منه في البلدان المستوردة للنفط، حيث يغلب الطابع الريفي. وتبيّن الإحصاءات المتاحة أن نسبة القوى العاملة في قطاع الزراعة من مجموع القوى العاملة تتراوح بين حد أقصى قدره 39.4 في المائة في المغرب حسب إحصاءات عام 2013، وحد أدنى قدره 1.1 في المائة في البحرين حسب إحصاءات عام 2010.

17- وإذ لا تتوفر بيانات كافية عن أسواق العمل في المنطقة، يبقى حجم قطاع الزراعة، حيث معظم العاملين في هذا القطاع غير مسجلين في الضمان الاجتماعي دليلاً واضحاً على حجم العمل غير النظامي (الشكل 2). وفي بعض البلدان، كالمغرب واليمن، حيث الزراعة تستوعب نسبة كبيرة من القوى العاملة، يرتفع معدل العمل غير النظامي. بينما ينخفض في حالات صغر حجم القطاع الزراعي. ففي بلدان مجلس التعاون الخليجي، بلغ معدل العمل غير النظامي 6.4 في المائة في عام 2010، بما يمثل عشر متوسط المنطقة. ولذلك يركز هذا الفصل على بلدان المجموعة الأولى. ويعمل عدد كبير من النساء في الزراعة، حيث النساء أكثر عرضة من الرجال للعمل في مجالات العمل غير النظامي، ومن دون مقومات الحماية الاجتماعية.

الشكل 2- معدّل العمل غير النظامي في المنطقة العربية
(بالنسبة المئوية)



المصدر: Angel-Urdinola and Tanabe, 2012, pp. 10, 14.

(21) الإسكوا 2014أ.

(22) World Bank, 2011, pp. 39-40.

18- ويتضح من الأرقام مدى ضعف العاملين في القطاع الزراعي غير النظامي، في العديد من البلدان العربية، إذ تبين أن نسبة الفقر في المناطق الريفية تبلغ ضعف نسبة الفقر في المناطق الحضرية. ففي مصر على سبيل المثال، يعيش نصف إجمالي السكان تقريباً في منطقة الصعيد، وهي بمعظمها ريفية، بينما تضم هذه المنطقة 80 في المائة من إجمالي السكان الذين يعيشون في حالة فقر مدقع في مصر[23]. وفي الأردن ومصر والمغرب، يتعرض العاملون في الأرياف من ذوي المهارات المتدنية لاحتمالات العيش في أسر فقيرة، وهم الأقل حظاً في الحصول على وظائف محمية بأجور مرتفعة[24]. وتسجل المناطق الريفية عادة تدنياً في مستويات التحصيل العلمي وارتفاعاً في معدلات التسرب من المدرسة، ولا سيما في صفوف الفتيات[25]. ومبادرات بناء المهارات لا تصل إلى العاملين في القطاع غير النظامي في المناطق النائية[26].

ألف- المعاشات التقاعدية

19- يستثني معظم نظم الضمان الاجتماعي في المنطقة العربية بعض الفئات كالعاملين لحسابهم الخاص، والعاملين المؤقتين، والعاملين ضمن الأسر، وصيادي الأسماك، والعاملين في الزراعة. وتفتقر بلدان عديدة إلى برامج للمعاشات التقاعدية للعاملين في الزراعة. ومما لا شك فيه أن تحديد نطاق التغطية لهؤلاء العاملين هو عملية معقدة، لأنهم غالباً ما ينتمون إلى فئات متعددة، مثل "العاملين لحسابهم الخاص" أو "العاملين في الزراعة". وفي اليمن، كان الاشتراك في أحد برامج المعاشات التقاعدية في عام 2011 يقتصر على 6.4 في المائة من العاملين الرجال و1.8 في المائة من النساء في صفوف القوى العاملة. وفي السودان، بلغت النسبة الإجمالية للمشتركين 4.9 في المائة في عام 2008. وفي تونس والجزائر ومصر حيث تتوفر برامج مستقلة للعاملين في الزراعة ولفئات أخرى لم تكن تشملها التغطية في السابق، تفوق معدّلات التغطية الإجمالية ما يمكن توقعه بالاستناد إلى مستويات الدخل الوطنية[27]. وتقييم برامج الضمان الاجتماعي، لا يقتصر على مستوى التغطية فحسب، بل ينبغي أن يشمل قياس مستوى الاستحقاقات. وتبين دراسة الحالة في الإطار 1 كيفية وصول تغطية التأمين الاجتماعي في تونس للعاملين في الزراعة بعد أن كانوا خارج هذه التغطية.

الإطار 1- الضمان الاجتماعي للعاملين غير النظاميين في القطاع الزراعي في تونس

أنشأت حكومة تونس في عام 1981 برنامجاً للضمان الاجتماعي للعاملين في الزراعة بدوام كامل، تلاها في عام 1982 برنامج آخر للعاملين في الزراعة لحسابهم الخاص. وبين عامي 1989 و1999، ازدادت معدلات الاشتراك في هذه البرامج في صفوف العاملين بدوام كامل من 20.7 في المائة إلى 46.6 في المائة، وفي صفوف العاملين لحسابهم الخاص من 13.9 في المائة إلى 56.1 في المائة. وخولت هذه البرامج المشتركين فيها، عند بلوغهم سن 60 أو 65 سنة، الحصول على معاشات تقاعدية بنسبة 30 إلى 40 في المائة من الحد الأدنى للأجر في القطاع الزراعي، وفي حالة العاملين لحسابهم الخاص، من الحد الأدنى للأجر المضمون. وتراوحت نسبة الاستحقاقات المرضية واستحقاقات الأمومة بين 50 و75 في المائة من الأجر أو الراتب، مع إمكانية تجديد إجازة الأمومة لشهر إضافي. ويحق للمشتركين أيضاً الاستفادة من الرعاية الصحية في المستشفيات والعيادات الحكومية بموجب ترتيب السداد المشترك.

(23) Ghanem, 2014, pp. 4-5.

(24) Gatti et al., 2013, pp. 7, 81.

(25) Silva et al., 2013, p. 76: الإسكوا، 2014ب.

(26) Gatti et al., 2011, pp. 30.

(27) Robalino et al., 2005, p. 56.

الإطار 1 (تابع)

وبهذه البرامج تكون تونس دولة رائدة على المستوى الإقليمي في مجال الحماية الاجتماعية. غير أن تطبيق هذه البرامج يصطدم ببعض العقبات بفعل تركز عمل المزارعين في مناطق نائية وانتشار مواقع العمل على مساحات كبيرة من الأراضي. ويتعذر أحياناً على أرباب العمل والعمال في المشاريع الزراعية الصغيرة، تسديد بدلات الاشتراك. ومن الأسباب المحتملة للانخفاض النسبي في معدل اشتراك العاملين لحسابهم الخاص في هذه البرامج خلوّها من إعانات الأسرة، حيث أن برامج مماثلة في الجزائر ومصر تؤمن إعانات للأسر وتفوق معدلات الاشتراك فيها المعدلات المسجلة في تونس بالرغم من ارتفاع بدلات الاشتراك.

المصادر: Chaabane, 2002, pp. 3, 6, 12, 25-28; Loewe, 2014, pp. 92-93.

باء- الرعاية الصحية

20- لا يستفيد العاملون في ظروف العمل غير النظامي في القطاع الزراعي من التأمين الصحي الاجتماعي، إذ لا تشملهم تغطية نظم الضمان الاجتماعي[28]. ففي مصر على سبيل المثال، لم تكن الهيئة العامة للتأمين الصحي تغطي سوى 57 في المائة من السكان في الفترة 2008-2009[29]. والعاملون في الزراعة ومعالوهم أقل حظاً في الحصول على الرعاية الصحية العامة. وفي البلدان العربية، تنفق الحكومات 2 في المائة تقريباً من ناتجها المحلي الإجمالي على الخدمات الصحية، تستفيد من معظمها المناطق الحضرية والمستشفيات المتخصصة والمجهزة، وتبقى المستشفيات الريفية ومستوصفات القرى في حالة من نقص في التمويل[30]. وتواجه المستشفيات والمرافق الصحية في الأرياف صعوبات في التوظيف وفي الاحتفاظ بالعاملين المؤهلين. ففي عام 2012، بلغت نسبة الولادات بإشراف اختصاصيين في المناطق الريفية 59 في المائة في مصر، و40 في المائة في المغرب، و10 في المائة في اليمن. أما في المناطق الحضرية، فبلغت هذه النسبة 87 في المائة في مصر و85 في المائة في المغرب، و46 في المائة في اليمن[31]. وينفق سكان الأرياف على الرعاية الصحية مبالغ مرتفعة نسبة إلى مستوى دخلهم[32].

جيم- المساعدة الاجتماعية

21- تنفق البلدان التي تضمّ أعداداً كبيرة من العاملين في الزراعة في ظروف غير نظامية مبالغ هائلة على دعم الطاقة. فاليمن على سبيل المثال خصص في عام 2008 مجمل ميزانيته للمساعدة الاجتماعية للتحكم بسعر الوقود عند مستوى متدن، لكنّ ذلك لم يحقق تغييراً يذكر في حالة الفقر[33]. وعندما ترتفع كلفة الوقود، في اليمن، يتحمّل فقراء الريف جلّ أضراره. فبارتفاع أسعار الديزل، يعجز العديد من المزارعين عن تحمل كلفة

(28) See Loewe, 2013b, pp. 147-149, for an overview of social health protection arrangements in Arab countries.

(29) الإسكوا، 2014ب.

(30) Loewe, 2013a, pp. 200-201.

(31) Silva et al., 2013, p. 75.

(32) Loewe, 2013b, p. 152.

(33) Silva et al., 2013.

الجرارات ومولدات الكهرباء لمضخات المياه، فينخفض دخلهم نتيجةً لتناقص الغذاء ومياه الشرب. وترتفع كلفة النقل ويصعب توفره أحياناً في المناطق النائية، فيتعذر على الفقراء الوصول إلى المراكز الصحية والمستشفيات.

22- وتؤول فوائد دعم المواد الغذائية في الغالب إلى غير الفقراء، وإلى المناطق الحضرية. فسكان القاهرة يستفيدون بدرجات متفاوتة من دعم المواد الغذائية[34] الذي كان متاحاً عام 2011 لنسبة 70 في المائة من السكان من خلال بطاقات الإعاشة، ولكنه لم يغطِ خمس الأسر الفقيرة[35]. وتنفق الأسر في صعيد مصر على المواد الغذائية المدعومة 8.7 في المائة من مجموع نفقاتها على المواد الغذائية، أي ما يوازي ضعف نفقات الأسر في المناطق الحضرية، البالغة 4.7 في المائة. ومن هنا يمكن الجزم بأن رفع الدعم بشكل غير تدريجي عن المواد الغذائية يلحق الضرر بسكان المناطق الريفية الذين يعيشون على خط الفقر[36].

23- ويتفاوت مستوى توزيع المساعدة الاجتماعية من غير الدعم بين الفقراء، وبالتالي بين العاملين في الزراعة. فالعديد من برامج التحويلات النقدية موجه إلى فئات محددة كالأرامل وكبار السن، ما يعني أن هؤلاء يتلقون الإعانات بغض النظر عن وضعهم الاقتصادي[37]. وتستهدف برامج أخرى مناطق جغرافية محددة، فيستفيد منها العاملون في القطاع الزراعي في ظروف غير نظامية، شرط أن يكونوا متمركزين في مناطق معينة. ويمكن أن يكون هذا الاستهداف قائماً على المشاركة، ما يعني أنه يمكن تحديد الفئات الأكثر حاجة للإعانات من خلال التحاور مع المجتمعات المحلية. ويمكن أن تكون بعض برامج الرعاية الاجتماعية المشروطة قائمة على الاستهداف الذاتي، وهي طريقة ملائمة للوصول إلى العاملين في القطاع الزراعي غير النظامي. ويتبين من تجربة برنامج الاشغال الكثيفة العمالة في اليمن (الإطار 2) إمكانية الجمع بين العديد من طرق الاستهداف للوصول إلى الفئات المعوزة والمعرضة للعوز.

الإطار 2- برنامج الاشغال الكثيفة العمالة في اليمن

تتفشى البطالة والبطالة الجزئية في أرياف اليمن، حيث يعمل العديد في الزراعة الموسمية وفي أنماط أخرى من العمل المؤقت. وقد أطلق اليمن في عام 2008 برنامج الاشغال كثيفة العمالة الذي يضمن تأمين عدد من فرص العمل سنوياً لمجموعة من الأسر المستهدفة. ويكون الاستهداف عادة على أساس جغرافي، لأن الخيار يقع على أشد القرى فقراً. ويتم اختيار الأسر الأكثر ضعفاً من خلال الاستهداف الذاتي، لأن معدل أجور العمال يحدد ضمن البرنامج بحد أدنى من متوسط الأجور، وبالاستناد كذلك إلى مسوح الأسر المعيشية والمشاركة المجتمعية. ويؤخذ رأي المجتمعات المحلية بشأن المشاريع المحتملة. وينفق القسم الأكبر من الدخل المكتسب على الغذاء. ولا تتوقف فرص العمل التي أنشأها البرنامج على الفرص المباشرة، فقد أنشأ العديد من الفرص غير المباشرة من خلال الحوافز الاقتصادية التي تتلقاها القرى. وتساهم المرافق المنشأة من خلال المشاريع في تحسين الكفاءة في القطاع الزراعي. وقد بلغت كلفة البرنامج 0.056 من الناتج المحلي الإجمالي لليمن في عام 2012، بينما أنفق البلد أكثر من 13 في المائة من الناتج المحلي الإجمالي على الإعانات في الفترة من 2008 إلى 2011.

(34) Mahfouz et al., 2014, pp. 89-90.

(35) World Food Programme, 2013, pp. 25, 28.

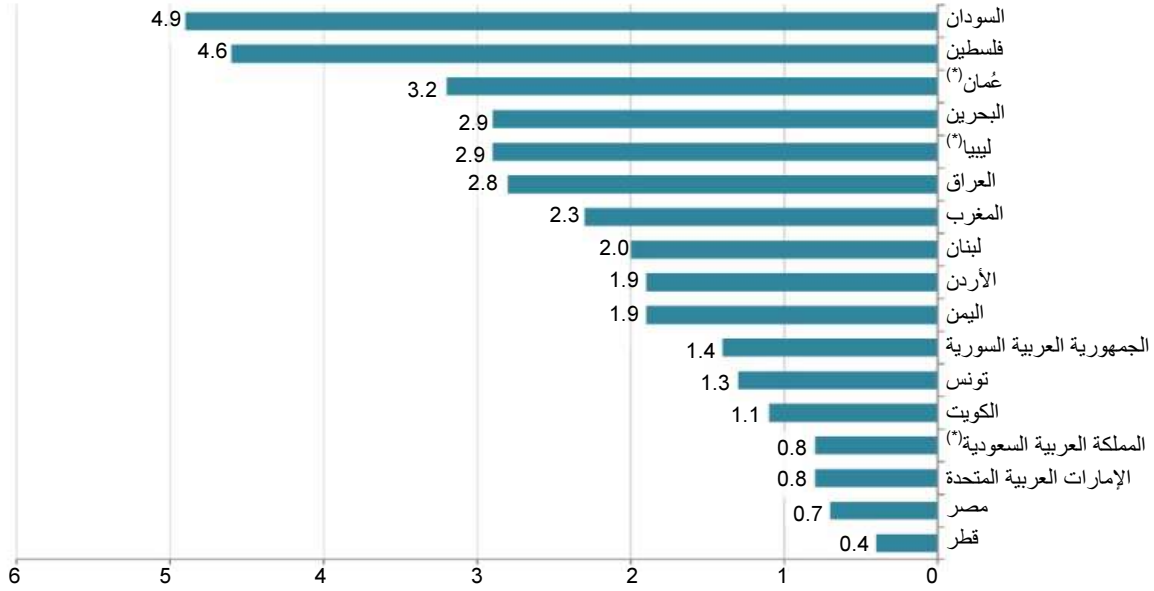
(36) المرجع نفسه، 2013.

(37) Silva et al., 2013, p. 106.

رابعاً- الأشخاص ذوو الإعاقة

24- تشير التقديرات إلى أنّ 15 في المائة من سكان العالم، أي مليار شخص تقريباً، لديهم شكل من أشكال الإعاقة. وفي المنطقة العربية، تتراوح نسبة الأشخاص ذوي الإعاقة بين 0.4 في المائة من السكان في قطر و4.9 في المائة في السودان (الشكل 3). ويُرجّح أن تكون هذه الأرقام أدنى من واقع الإعاقة في المنطقة، نظراً لعوامل الخطر السائدة، مثل النزاعات المسلحة، والمخاطر البيئية، وحوادث المرور، والفقر. وفي عدد من البلدان العربية، يشوب القصور عملية جمع بيانات الإعاقة وتحليلها ونشرها. والأشخاص ذوو الإعاقة لا يُدمجون بكفاءة في أسواق العمل العربية، الأمر الذي يجعلهم أكثر عرضة للفقر من غيرهم، بفعل الأعباء المالية الإضافية المترتبة عن شراء أجهزةٍ مساعِدة والحصول على رعاية طبية متخصصة. وفي المقابل، يكون الفقراء أكثر عرضة للإصابة بالإعاقة من غيرهم. فغالباً ما يعملون لساعات طويلة في ظروف خطرة، ولا يستطيعون الحصول على الخدمات الأساسية، مثل الرعاية الصحية الوقائية وخدمات الصرف الصحي المناسبة. ولذلك، ينبغي أن يكون الأشخاص ذوو الإعاقة من الفئات المستفيدة من الحماية الاجتماعية.

الشكل 3- نسبة الإصابة بالإعاقة في المنطقة العربية
(نسبة مئوية من مجموع السكان)



المصدر: الإسكوا وجامعة الدول العربية (2014).

ملاحظة: (*) هذه الإشارة تعني أن البيانات تتعلق بالمواطنين فقط.

ألف- الإطار القانوني والمتعلق بالسياسات

25- خلال العقد الماضي، بدأ العمل على الصعيد الدولي والإقليمي والوطني، بإطار قائم على الحقوق، يتضمّن تدابير لتأمين الحماية الاجتماعية للأشخاص ذوي الإعاقة. وأطلقت جامعة الدول العربية، خلال القمة العربية لعام 2004، العقد العربي للأشخاص ذوي الإعاقة. وفي عام 2006، اعتُمدت اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، وهي أول اتفاقية لحقوق الإنسان تركّز على الإعاقة (الإطار 3). وحتى اليوم، انضمت إلى الاتفاقية أو صادقت عليها 15 دولة عضو في الإسكوا، آخرها دولة فلسطين في نيسان/أبريل 2014.

الإطار 3- الحماية الاجتماعية واتفاقية الأمم المتحدة بشأن حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة

تتضمن اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة عددا من المواد بشأن الحماية الاجتماعية.

المادة 25 بشأن الصحة: تكرّس هذه المادة حق الأشخاص ذوي الإعاقة في التمتع بأعلى مستويات الصحة دون تمييز على أساس الإعاقة. كما أنها تحدد التزامات الدول الأطراف، بما في ذلك توفير رعاية وبرامج صحية مجانية أو معقولة الكلفة للأشخاص ذوي الإعاقة تعادل في نطاقها ونوعيتها ومعاييرها تلك التي توفرها للآخرين؛ وتوفير ما يحتاج إليه الأشخاص ذوو الإعاقة تحديدا بسبب إعاقتهم من خدمات صحية، تشمل الكشف المبكر وخدمات الرعاية الصحية الوقائية؛ وحظر التمييز ضد الأشخاص ذوي الإعاقة في توفير التأمين الصحي.

المادة 28 حول مستوى المعيشة اللائق والحماية الاجتماعية: تكرّس هذه المادة حق الأشخاص ذوي الإعاقة في التمتع بمستوى معيشي لائق لهم ولأسرهم، بما في ذلك ما يكفيهم من الغذاء والملبس والمسكن. كما أنّها تنص على الحق في الحماية الاجتماعية، وتلزم الدول الأطراف باتخاذ التدابير الهادفة إلى ضمان استفادة الأشخاص ذوي الإعاقة، خصوصاً النساء والفتيات وكبار السن، من برامج الحماية الاجتماعية وبرامج الحد من الفقر؛ وضمان استفادة الأشخاص ذوي الإعاقة الذين يعيشون في حالة فقر وأسرهم من المساعدة التي تقدمها الدولة لتغطية النفقات المتعلقة بالإعاقة؛ وضمان استفادة الأشخاص ذوي الإعاقة، على قدم المساواة مع الآخرين، من استحقاقات وبرامج التقاعد.

26- واتخذت الدول العربية خطوات هامة لحماية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة وتلبية احتياجاتهم. فقد اعتمدت 15 دولة عضواً في الإسكوا قوانين شاملة بشأن الإعاقة، في حين أنشأت 12 دولة آليات وطنية للتنسيق في قضايا الإعاقة، ووضعت عشر دول على الأقل استراتيجيات وطنية للإعاقة أو شرعت بذلك. وتنص معظم التشريعات التي اعتمدتها الدول العربية بشأن الإعاقة على حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة في التعليم والرعاية الصحية والعمل وخدمات الرعاية النفسية والاجتماعية، وحقهم في الحصول على الأجهزة التي تيسر تعلّمهم وحركتهم وتنقلهم. وفي بلدان مثل عُمان وفلسطين وقطر، يحدد القانون مسؤولية الدول في تقديم العديد من هذه الخدمات مجاناً. ويقدم الأردن والبحرين والكويت تأميناً صحياً مجانياً للأشخاص ذوي الإعاقة. وفي بلدان أخرى، لا سيما بلدان مجلس التعاون الخليجي، تُقدّم هذه الخدمات أيضاً، ولكن ما من إشارة واضحة إلى تأمينها مجاناً.

27- قامت بعض البلدان بإسقاط شرط الحدّ الأدنى لسن الأشخاص ذوي الإعاقة المؤهلين للحصول على مستحقات المعاشات التقاعدية. ففي الكويت، على سبيل المثال، يحق للمستفيد من التأمين الاجتماعي، إذا ما كان شخصاً ذا إعاقة أو شخصاً يقدّم الرعاية لشخص ذي إعاقة خطيرة أو متوسطة، الحصول على معاش تقاعدي قدره 100 في المائة من مرتبه، وذلك في حال بلغت السنوات المتراكمة للخدمة 20 سنة للرجال و15 سنة للنساء. والبحرين أيضاً لم تفرض حدّاً أدنى لسن الأشخاص ذوي الإعاقة المؤهلين للحصول على مستحقات المعاشات التقاعدية، لكنها خفضت الحد الأدنى لعدد سنوات الخدمة، لغاية 15 سنة للرجال وعشر سنوات للنساء. ويمنح القانون النساء العاملات من ذوات الإعاقة في البحرين والكويت الحق في الحصول على إجازة خاصة مدفوعة الأجر في حال الحمل وكلما كان التوقف عن العمل ضرورياً لأسباب طبية[38].

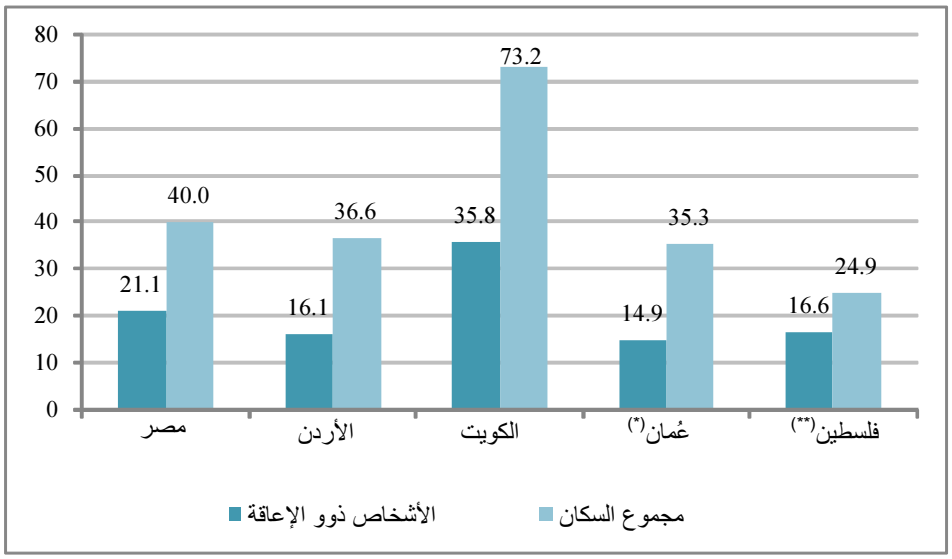
(38) القانون رقم 8 لسنة 2010 في شأن حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، المادتان 41 و42 (الكويت)؛ القرار رقم 6 لسنة 2011 بشأن شروط وضوابط استحقاق المكلف برعاية معاق للمعاش التقاعدي (الكويت)؛ القانون رقم 74 لسنة 2006 بشأن رعاية وتأهيل وتشغيل المعاقين، المادة 6 (البحرين).

28- غير أن التغيّرات التشريعية والسياساتية لم تترافق دائماً مع تدابير عمليّة للتنفيذ. فالنقص في البيانات المفصّلة والموثوقة، وعدم وجود تعريف موحّد وواضح للإعاقة، هما من العقبات التي تعوق تنفيذ السياسات والقوانين المعتمدة.

باء- التأمين الاجتماعي والمساعدة الاجتماعية

29- تطبق 16 دولة عضواً في الإسكوا نظام الحصص في مجال العمل. غير أن الإحصاءات تشير إلى أن معدلات تشغيل الأشخاص ذوي الإعاقة منخفضة جداً (الشكل 4). وغالباً ما تكون الفوارق بين الرجال والنساء من ذوي الإعاقة أكبر منه بين الرجال والنساء من غير ذوي الإعاقة. وفي ذلك دليل على أن الإعاقة تمعن في إضعاف موقع المرأة في سوق العمل[39].

الشكل 4- معدلات تشغيل الأشخاص ذوي الإعاقة ومجموع السكان (من الفئة العمرية 15 سنة وأكثر) في مجموعة من البلدان العربية
(بالنسبة المئوية)



المصدر: الإسكوا وجامعة الدول العربية (2014).

ملاحظات: علامة (*) تعني أن البيانات تتعلق بالمواطنين فقط. (**) هذه الإشارة تعني أن البيانات تتصل بالأشخاص البالغين من العمر عشر سنوات وما فوق.

30- تؤدي المشاركة المتدنية للأشخاص ذوي الإعاقة في منطقة الإسكوا في القوى العاملة إلى استبعاد كثير منهم من برامج التأمين الاجتماعي وحرمانهم من معاشات العجز. فالعاملون في القطاع النظامي هم عادةً من يستفيدون من هذه البرامج. وقد يخضع حصول الأشخاص ذوي الإعاقة العاملين في القطاع النظامي على مستحقات المعاش لشروط الأهلية. فمجموعة كبيرة من برامج التأمين الاجتماعي تشترط إصابة الشخص المعني بإعاقة جسيمة أو بعجز شبه كامل عن العمل (غالباً ما يُشترط أن تكون نسبة هذه الإصابة 100 في

(39) الإسكوا وجامعة الدول العربية (2014).

المائة)، وذلك ليكون مؤهلاً للاستفادة من المعاشات التقاعدية الممنوحة للمصابين بالعجز الكلي. غير أنّ بعض البلدان تطبّق نظام المعاشات التقاعدية لذوي الإعاقة الجزئية أيضاً[40].

31- يعتمد الأشخاص ذوو الإعاقة، الذين لا يمكنهم الحصول على فرصة عمل، على برامج المساعدة الاجتماعية، التي عادة ما تشمل التحويلات النقدية، والإعفاءات من بعض الضرائب والرسوم، والمساعدات العينية مثل الأجهزة المساعِدة. وفي معظم البلدان العربية، ينص القانون على تقديم مجموعة متكاملة من خدمات المساعدة الاجتماعية، تتراوح بين الإعفاءات من الرسوم الجمركية وغيرها من الرسوم، وتقديم مستحقات شهرية. وفي الأردن والبحرين وعُمان وقطر والكويت والمملكة العربية السعودية، يشمل هذا الإعفاء الأطراف الاصطناعية والأجهزة والأدوات والمعدات الضرورية التي تستخدم لتأهيل الأشخاص ذوي الإعاقة ومساعدتهم، ولتمكينهم من التعلّم والحركة والتنقل. وفي بلدان أخرى، تشمل تلك الإعفاءات الرسوم المتصلة بشراء سيارة مجهزة للأشخاص ذوي الإعاقة (في الأردن والكويت)، وتلك المترتبة على توظيف عامل منزلي أو سائق لمساعدتهم (في الأردن وعُمان). وتُدفع مستحقات شهرية للأشخاص ذوي الإعاقة أو من يرعاهم في عدد من البلدان، مثل البحرين وقطر. وفي الكويت، تشتمل المساعدة الاجتماعية على تقديم منح سكنية. كما تقدَّم قروض ميسرة للأشخاص ذوي الإعاقة لتنفيذ مشاريع تجارية خاصة بهم، وذلك بموجب التشريعات المعنية بالإعاقة في المملكة العربية السعودية. وفي قطر، تتولى السلطات مسؤولية توفير مساكن للأشخاص ذوي الإعاقة مصممة وفقا لاحتياجاتهم[41].

32- لا تزال المعلومات المتوفرة بشأن أثر برامج المساعدة الاجتماعية محدودة، ولذلك يجب إجراء مزيد من البحوث حول تغطية هذه البرامج وجودتها وحالة تنفيذها.

جيم- الرعاية الصحية

33- يواجه الأشخاص ذوو الإعاقة صعوبات متعددة في سعيهم إلى الحصول على الرعاية الصحية. فغالباً ما تكون قدرتهم على الحصول على الرعاية الصحية الأولية محدودة، وذلك بفعل صعوبة الوصول إلى المرافق الصحية والنقص في العاملين الصحيين المدرّبين. وغالباً ما يحتاجون أيضاً إلى تأهيل طويل الأمد ورعاية متخصصة إما لمعالجة الإعاقة نفسها، أو لمعالجة المشاكل أو الأمراض الأخرى الناتجة من تلك الإعاقة. وما لم يحصل الأشخاص ذوو الإعاقة على التأمين الصحي الملائم، فسيواجهون أعباء مالية ثقيلة. ووفقا لدراسة استقصائية أعدتها منظمة الصحة العالمية، ينفق الأشخاص ذوو الإعاقة في البلدان المنخفضة الدخل مبالغ طائلة على الخدمات الصحية تفوق نفقات الأشخاص من غير ذوي الإعاقة بنسبة 50 في المائة. وهذه الأمور تسلط الضوء على ضرورة أن تبذل الحكومات الجهود اللازمة لتوفير الرعاية الصحية للأشخاص ذوي الإعاقة.

---

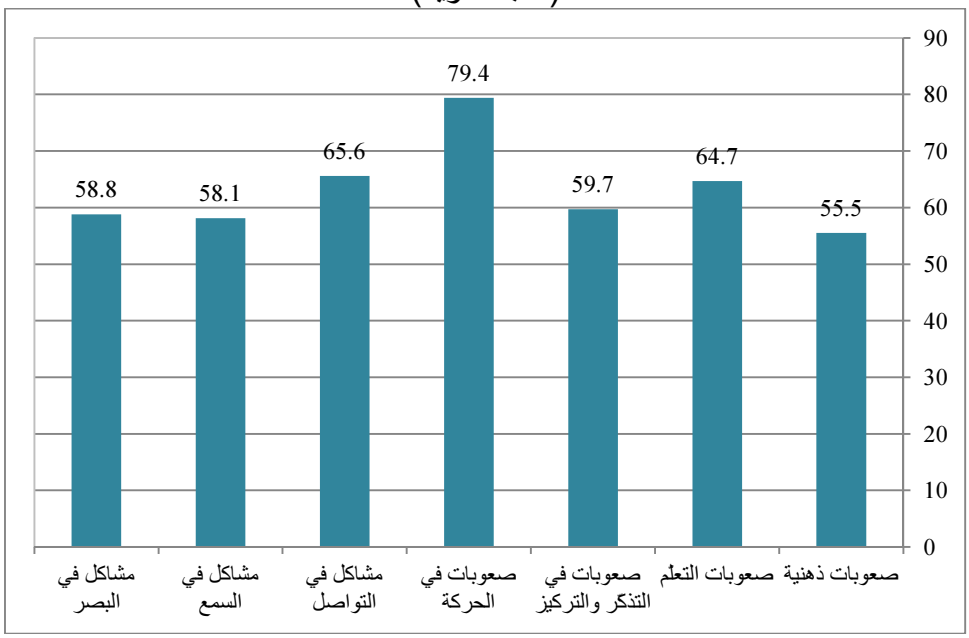
(40) الرابطة الدولية للضمان الاجتماعي 2013a و2013b.

(41) القانون رقم 74 لسنة 2006 بشأن رعاية وتأهيل وتشغيل المعاقين، المادة 3 (البحرين)؛ القانون رقم 31 بشأن حقوق الأشخاص المعوقين لسنة 2007 (الأردن)؛ القانون رقم 40 لسنة 2010 بتعديل بعض أحكام القانون رقم 74 لسنة 2006 (البحرين)؛ الاستراتيجية الوطنية للأشخاص ذوي الإعاقة، المرحلة الثانية 2010-2015 (الأردن)؛ القانون رقم 8 لسنة 2010 في شأن حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة (الكويت)؛ المرسوم السلطاني رقم 2008/63 بإصدار قانون رعاية وتأهيل المعاقين (عُمان)؛ نظام رعاية المعوقين الصادر بموجب المرسوم الملكي رقم م/37 لسنة 2000 (المملكة العربية السعودية)؛ القانون رقم 2 لسنة 2000 بشأن ذوي الاحتياجات الخاصة (قطر).

34- وتشير البيانات القليلة المتاحة إلى أنّ حالة الأشخاص ذوي الإعاقة في المنطقة العربية لا تختلف عنها على المستوى العالمي. فهم يفتقرون إلى الخدمات الصحية الملائمة في المنطقة والعالم على السواء. وفي عام 2006، أشارت دراسة استقصائية أجريت في المغرب إلى أنّ المجيبين من الأشخاص ذوي الإعاقة أعربوا عن حاجتهم الماسّة إلى الرعاية الصحية وخدمات إعادة التأهيل المحسّنة (55.3 في المائة من المجيبين) والأدوية (21.3 في المائة)[42]. كذلك، خلصت دراسة استقصائية حول الإعاقة أجريت في فلسطين في عام 2011 إلى أنّ معظم الأشخاص ذوي الإعاقة، بصرف النظر عن نوع إصابتهم، يواجهون صعوبات في الحصول على الخدمات الطبية (الشكل 5). ويزداد الحصول على الرعاية الصحية وخدمات إعادة التأهيل صعوبة في حالات النزاع المسلح والتهجير، التي قد تتضرر في أثنائها المرافق، وتتدهور الخدمات، وينقص العاملون الصحيون المؤهلون. وفي دراسة لها، نقلت المنظمة غير الحكومية Handicap International عن 88 في المائة من المشرّدين داخلياً في الجمهورية العربية السورية الذين أصيبوا بفعل النزاع السوري تأكيدَهم أنّهم يفتقرون إلى خدمات إعادة التأهيل اللازمة[43].

الشكل 5- الأشخاص ذوو الإعاقة (18 سنة وما فوق) الذين يواجهون صعوبات بسيطة أو كبيرة في الحصول على الخدمات الطبية (حسب نوع الإعاقة) في دولة فلسطين

(نسبة مئوية)



المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني ووزارة الشؤون الاجتماعية، 2011.

35- تنص معظم الأطر التشريعية في المنطقة العربية على حق الأشخاص ذوي الإعاقة في الحصول على الرعاية الصحية وخدمات إعادة التأهيل. فالتشريعات في الأردن والعراق، مثلاً، تضمن حصول هؤلاء الأشخاص على تأمين صحي مجاني. ويحدد القانون 220/2000 في لبنان والقانون رقم 29/2006 في الإمارات العربية المتحدة مجموعة من خدمات الرعاية الصحية وخدمات إعادة التأهيل التي يحق للأشخاص ذوي الإعاقة الاستفادة منها على نفقة الدولة. ومع ذلك، يبقى ارتفاع معدّلات الإقصاء في صفوف الأشخاص ذوي الإعاقة

(42) Silva and others, 2013, p. 94.

(43) Handicap International 2014, p. 2.

في المنطقة وتهميشهم دليلاً على تحديات تعترض تطبيق النصوص في الواقع. ويُعزى النقص في التغطية إلى مجموعة من العوامل، منها اعتماد تعاريف ضيقة للإعاقة؛ وفرض شروط مشدّدة لأهلية الحصول على المستحقات؛ ووجود عوائق وحواجز مادية، مثل ضعف الاتصال بين الجهات المعنية في قطاع الصحة؛ وقصور آليات الرصد والإنفاذ.

خامساً- الخطوات المستقبلية

36- لا يزال العاملون في القطاع الزراعي غير النظامي والأشخاص ذوو الإعاقة خارج نطاق نظم الحماية الاجتماعية، وهم يفتقرون إلى الحماية اللازمة، شأن فئات أخرى، كالعاطلين عن العمل، وغير المسجّلين من العاملين في المناطق الحضرية، والعمال المياومين. وفي ظروف معينة، قد تتعرض المرأة المطلقة لمخاطر جسيمة ما لم تشملها الحماية في ظل تشريعات نافذة.

37- وتعتري القطاع غير النظامي شوائب كثيرة، منها عدم الاستقرار، وتدنّي الأجور، وعدم كفاية دعم الدخل أو تسهيل الحصول على التعليم والرعاية الصحية. وتؤدي هذه الشوائب إلى انقسام داخل المجتمعات، ليس من حيث توزيع الدخل والحماية الاجتماعية فحسب، بل أيضاً من حيث رأس المال البشري. ولا تقوى المجتمعات على الاستمرار في ظل هذه الازدواجية في الرعاية، التي تعرض للمخاطر أسس التماسك في المجتمع وآفاق التنمية الاقتصادية والاجتماعية.

38- وتؤكد خطة الأمم المتحدة للتنمية لما بعد عام 2015 على أن ما يُقصد من السياسات والاستراتيجيات، ليس تقليص الفوارق في الدخل والثروة فحسب، بل معالجة عدم تكافؤ الفرص والتصدي لأبعاد الحرمان التي تواجهها بعض الفئات الاجتماعية بفعل الهياكل القائمة. وتدعو أهداف التنمية المستدامة الحكومات إلى عدم حصر الاهتمام بالكمية في تأمين الخدمات الاجتماعية بل التركيز على الجودة أيضاً. فكثيراً ما تثقل الخدمات الاجتماعية ضمن القطاع العام بأعباء تفوق طاقتها، فتفقدها القدرة على تأمين الخدمات اللازمة للفئات المحتاجة وبالجودة المطلوبة. فمن الأهمية مثلاً إنشاء مراكز صحية في المناطق الريفية. لكن الأهم هو الحرص على أن تؤمن هذه المراكز الرعاية اللازمة والميسرة الكلفة، ولا سيما للذين يعيشون حالة فقر.

39- وكثيراً ما تحول اعتبارات غير مادية، مثل التحيّز لفئات معيّنة والوصم الاجتماعي لفئات أخرى والتمييز ضدّها، دون تحقيق المساواة في حصول الجميع على الخدمات الاجتماعية. وتجنباً للوصم الاجتماعي لذوي الإعاقة من الأطفال، كثيراً ما يمتنع ذووهم عن تسجيلهم ضمن هذه الفئة. وكثيراً ما تمعن الأنماط الثقافية المتجذرة في المجتمع في تضييق الفرص أمام فئات معيّنة، مثل البدو الرحّل في السودان، والأخدام في اليمن، والبدون في عدد من بلدان مجلس التعاون الخليجي.

40- ولمعالجة هذه القضايا، توصَى الحكومات باتخاذ التدابير التالية:

(أ) تحديد أولويات واضحة ضمن السياسات العامة من أجل تأمين الحد الأدنى من الحماية الاجتماعية وتحسين الخدمات الأساسية

يشمل ذلك توضيح دور الدولة ودور الجهات الأخرى المعنية بتأمين الخدمات، سواء أكانت من القطاع الخاص، أم منظمات غير حكومية، أم مؤسسات دينية. وقد تختار الدولة التركيز على توفير مساعدات

وخدمات أساسية جيدة النوعية لجميع المناطق والفئات الاجتماعية، وذلك على النحو المتوخى في مبادرة الحد الأدنى للحماية الاجتماعية، مما من شأنه تمكين الجميع من أن يكونوا جزءاً من رأس المال البشري في مجتمعاتهم، بصرف النظر عن خلفيتهم الاجتماعية. وبعد ضمان توفير الخدمات الاجتماعية الأساسية، يمكنِ للقطاع الخاص أو المجتمع المدني تقديم خدمات أكثر تنوعاً وتطوّراً وأوسع نطاقاً.

(ب) معالجة أوجه الحرمان الهيكلية

يتخذ الحرمان الذي تعاني منه الفئات الاجتماعية المهمشة أوجهاً متعددة، منها النقص في فرص العمل، والفقر، والوصم الاجتماعي، وصعوبة الحصول على مسكن لائق، والافتقار إلى رأس المال الاجتماعي. وبالتزامن مع المساعي الرامية إلى دمج هذه الفئات في المجتمع ومنحها فرصاً متساوية مع غيرها من الفئات، ينبغي تقديم مساعدة موجّهة لها. ويعني ذلك مثلاً دعم تعليم الأطفال، وتقديم الدعم السكني للأسر، والتوعية بالقضايا الصحية. وقد يحتاج الأشخاص ذوو الإعاقة أيضاً إلى أجهزة مساعِدة، ومساعدَة متخصصة، وإلى دعم لأسرهم والمعتنين بهم.

(ج) إطلاق حوار وطني بشأن إصلاح نظم الحماية الاجتماعية

أيّاً كانت آليات إصلاح نظم الحماية الاجتماعية، يجب أن تتناول قضايا ضحايا الإقصاء وأصحاب الامتيازات. وقد خلصت مساعي إصلاح نظم المعاشات التقاعدية في عدد من البلدان إلى أنّ إلغاء الامتيازات الممنوحة لبعض الفئات تدريجياً مهمة صعبة. غير أنّ المعنيين قد يتقبّلون خفض الامتيازات الممنوحة لهم، إذا ما نوقش الموضوع معهم في إطار حوار صريح، لإحاطتهم بأهداف الإصلاحات، وبدوافعها المنطلقة من نهج الحقوق، والأعباء التي تفرضها امتيازاتهم على قدرة الدولة على توفير الحماية والخدمات الاجتماعية، وبالأثر الإيجابي لهذه الإصلاحات على العدالة والتماسك الاجتماعيين. وقد يسفر هذا الحوار الوطني عن استراتيجية وخطة عمل للحماية الاجتماعية يوافق عليهما جميع أصحاب المصلحة.

(د) توفير التمويل اللازم لتوسيع نطاق الحماية الاجتماعية

استفادت مجموعة كبيرة من البلدان، بما في ذلك عُمان والكويت ومصر، من الانخفاض الكبير في أسعار النفط، وخففت دعمها للمنتجات النفطية. ونتيجة لذلك، يمكن استخدام الموارد الموفرة نتيجية لهذا الإجراء لتوسيع نطاق الحماية الاجتماعية. فيمكن للحكومات، مثلاً، أن تستخدم جزءاً من هذه الموارد بصفة مؤقتة لدعم نظم الضمان الاجتماعي. وقد لا تقتصر فوائد هذه الخطوة على مساعدة المؤسسات الصغيرة والمتوسطة خصوصاً على تسجيل العاملين فيها في الضمان الاجتماعي، بل قد تؤدي أيضاً إلى دعم توسّع هذه المؤسسات.

(هـ) الحد من تجزئة الخدمات والازدواجية في تأمينها

تعدّد الجهات الفاعلة في مجال الحماية الاجتماعية بين وكالات حكومية ومؤسسات دينية وهيئات مدنية ومؤسسات خاصة، يجعل من تقييم المستوى العام للخدمات وتحديد أوجه القصور فيها مهمة صعبة. ويمكن تعزيز كفاءة الحماية الاجتماعية من خلال تنسيق البرامج العامة، وتطبيق معايير موحّدة لأهلية الحصول على

الخدمات، وإنشاء نظم لتبادل البيانات والمعلومات. وقد يكون توحيد قواعد البيانات خطوة إيجابية أولى في هذا الاتجاه.

(و) تعزيز القدرة على إنتاج بيانات آنية وموثوقة حول الحماية الاجتماعية

من الضروري الإسراع في توفير بيانات وطنية أكثر دقة وتفصيلاً وقابلية للمقارنة وأفضل توقيتاً، للاستناد إليها في وضع البرامج والسياسات، وتخصيص الموارد، وتحسين الرصد لتحديد ما إذا كانت الخدمات تصل إلى من هم بحاجة. وينبغي أيضاً وضع مؤشرات واضحة ومتسقة، على أساس تعاريف موحدة، من أجل تعزيز كفاءة رصد التقدم المحرز وقابلية المقارنة بين البلدان. وتشكل الأسئلة الموجزة الستة التي وضعها فريق واشنطن المعني بإحصاءات الإعاقة، والتي أدرجتها مجموعة من بلدان الإسكوا ضمن أدوات تعداداتها، نقطة انطلاق جيدة لجمع بيانات حول الإعاقة تكون أكثر موثوقية وقابلية للمقارنة[44]. كذلك، ينبغي إجراء بحوث وافية حول الحواجز الاجتماعية، البيئية أو الثقافية أو السلوكية، من أجل تصنيفها وتحليلها. ويمكن للحكومات أن تعزز التعاون مع الجهات المعنية الأخرى، عن طريق تدابير عدة منها بناء القدرات وتبادل الممارسات الجيدة، وذلك من أجل تعزيز القدرات الوطنية في مجال جمع وتحليل ونشر البيانات بشأن الفئات الضعيفة، وذلك بما يتفق مع المعايير الدولية.

(ز) تعزيز الهياكل الأساسية للسياسات وتحسينها

نظراً إلى أنّ كثيراً من العاملين في القطاع غير النظامي يدخلون دائرة الفقر ويخرجون منها حسب توفّر فرص العمل أو غيابها، ينبغي أن تسعى الحكومات إلى تحسين قدرتها على متابعة أوضاع هؤلاء الأشخاص وتقييم احتياجاتهم وتحديد القصور في السياسات المعنية بهم. ولتحقيق ذلك، لا بدّ من تحسين جودة البيانات الإحصائية، وتدريب الموظفين الحكوميين في مجالات متنوّعة، وزيادة نقاط الحصول على الخدمات، بالإضافة إلى تكثيف الجهود المتضافرة لضمان تنفيذ القوانين والسياسات المتعلقة بالأشخاص ذوي الإعاقة. غير أنّ البيانات المتوفرة تشير إلى أنّ التقدم المحرز على مستوى التشريعات والسياسات لم يقابله أي تغيير حقيقي في واقع هؤلاء الأشخاص. ولذلك، على الحكومات العربية أن تستمر في مواءمة أطرها المؤسسية والقانونية والسياساتية مع اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، وتحسين تنفيذ هذه الأطر ورصد أثرها على أرض الواقع. بالإضافة إلى ذلك، يتعيّن إجراء مزيد من البحوث واتخاذ مزيد من التدابير السياساتية للقضاء على الحواجز البيئية والاجتماعية والثقافية السلوكية التي تحدّ جميعها من مشاركة الأشخاص ذوي الإعاقة في المجتمع وتضعف إمكانيات حصولهم على الحماية الاجتماعية.

(44) يرجى الاطلاع على: Centers for Disease Control and Prevention, 2009.

المراجع

الإسكوا (2014)، الطبقة الوسطى في البلدان العربية: قياسها ودورها في التغيير، E/ESCWA/EDGD/2014/2. http://www.escwa.un.org/information/pubaction.asp?PubID=1654.

_____ (2013)، السياسة الاجتماعية المتكاملة، التقرير الخامس، E/ESCWA/SDD/2013/1. http://www.escwa.un.org/information/pubaction.asp?PubID=1443.

_____ (2009)، السياسة الاجتماعية المتكاملة: رؤى واستراتيجيات في منطقة الإسكوا، التقرير الثالث، E/ESCWA/SDD/2009/4. http://www.escwa.un.org/arabic/information/pubaction.asp?PubID=675.

الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني (2011)، وزارة الشؤون الاجتماعية، مسح الأفراد ذوي الإعاقة، تقرير النتائج الرئيسية، كانون الأول/ديسمبر 2011. pcbs.gov.ps/Downloads/book1812.pdf.

Benhassine, Najy and others (2014). Turning a shove into a nudge? A "labeled cash transfer" for education. NBER Working Paper, No. 19227. http://www.nber.org/papers/w19227.pdf.

Centers for Disease Control and Prevention (2009). Washington Group on Disability Statistics: Background Information. 22 July 2009. www.cdc.gov/nchs/washington_group/wg_background.hm.

Elwan, Ann (1999). Poverty and disability: A survey of the literature. SP Discussion Paper, No. 9932. Washington, D.C.: World Bank .

ESCWA and League of Arab States (2014). Disability in the Arab Region: An Overview. www.escwa.un.org/divisions/div_editor/Download.asp?table_name=divisions_other&field_name=ID&FileID=1658.

ESCWA, Report of the Sub-Regional Consultation on Labour Intensive Work Programmes as a Tool for Extending Social Protection. Beirut, 2013. http://css.escwa.org.lb/SDD/3219/finalreport.pdf.

Gatti, Roberta and others (2011). Striving for Better Jobs: The Challenge of Informality in the Middle East and North Africa Region. Overview. Washington D.C.: World Bank. http://documents.worldbank.org/curated/en/2011/09/15957082/striving-better-jobs-challenge-informality-middle-east-north-africa-region-overview.

Ghanem, H. (2014). Improving Regional and Rural Development for Inclusive Growth in Egypt. Global Economy & Development Working Paper, No. 67. Washington D.C.: Brookings. http://www.brookings.edu/research/papers/2014/01/29-regional-rural-development-growth-egypt-ghanem.

Handicap International (2014). Causes and types of injuries encountered by Handicap International while working with Internally Displaced Persons in Syria: A focus on the impact of explosive weapons. http://www.handicapinternational.be/sites/default/files/bijlagen/nieuws/hi_factsheet-syria-_21_01_2014_en.pdf.

International Labour Office (ILO), Mohamed Chaabane (2002), Towards the universalization of social security: The experience of Tunisia. http://www.ilo.org/secsoc/information-resources/publications-and-tools/Workingpapers/WCMS_207716/lang--en/index.htm.

_____ (2012a). Rethinking Economic Growth: Towards Productive and Inclusive Arab Societies. Beirut. www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---arabstates/---ro-beirut/documents/publication/wcms_208346.pdf.

_____ (2012b). The Strategy of the International Labour Organization. Social Security for All: Building Social Protection Floors and Comprehensive Social Security Systems. Geneva. www.social-protection.org/gimi/gess/RessourcePDF.action?ressource.ressourceId=34188.

International Monetary Fund (IMF) (2013). Energy Subsidy Reform: Lessons and Implications. Washington D.C. www.imf.org/external/np/pp/eng/2013/012813.pdf.

_____ (2014). Energy Subsidies in the Middle East and North Africa: Lessons for Reform. Washington D.C. www.imf.org/external/np/fad/subsidies/pdf/menanote.pdf.

International Social Security Association. Social Security Country Profiles. www.issa.int/country-profiles. Accessed February 2015.

_____ (2013a). Social Security Programs Throughout the World: Africa, 2013. SSA Publication No. 13-11803. www.ssa.gov/policy/docs/progdesc/ssptw/2012-2013/africa/ssptw13africa.pdf.

_____ (2013b). Social Security Programs Throughout the World: Asia and the Pacific, 2012. SSA Publication No. 13-11802. www.ssa.gov/policy/docs/progdesc/ssptw/2012-2013/asia/ssptw12asia.pdf. J. Schreiber and others (2013). Social health protection in the Arab world. In Conference Proceedings of the International Conference: Health Related Issues and Islamic Normativity. Halle: Universitäts- und Landesbibliothek Sachsen-Anhalt. http://menadoc.bibliothek.uni-halle.de/menalib/content/titleinfo/1411834.

Karshenas, Massoud and others (2014). Social policy after the Arab Spring: States and social rights in the MENA region. World Development, vol. 64 .

Loewe, Markus. (2013a) Caring for the urban middle class: the political economy of social protection in Arab countries. In Social Protection in Developing Countries: Reforming Systems, K. Bender and others, eds. London: Routledge.

Mahfouz, Roba Ehab and others (2014). The impact of new governmental food subsidies strategy on customer's current economic conditions. The Business & Management Review, vol. 5, no. 3.

Robalino, David A. and others (2005). Pensions in the Middle East and North Africa: Time for Change. Washington D.C.: World Bank. http://siteresources.worldbank.org/INTMENA/Resources/MENA_Pension_Reform_Complete.pdf.

Sdralevich, Carlo and others (2014). Subsidy Reform in the Middle East and North Africa: Recent Progress and Challenges Ahead. Washington D.C.: IMF. www.imf.org/external/pubs/ft/dp/2014/1403mcd.pdf.

Silva, Joana and others (2013). Inclusion and Resilience: The Way Forward for Social Safety Nets in the Middle East and North Africa. Washington D.C.: World Bank. http://elibrary.worldbank.org/doi/book/10.1596/978-0-8213-9771-8#.

The World Bank (2013), Jobs for Shared Prosperity: Time for Action in the Middle East and North Africa. Washington D.C.: World Bank. http://documents.worldbank.org/curated/en/2003/01/17570471/jobs-shared-prosperity-time-action-middle-east-north-africa-vol-4-4-full-report.

_____ (2012). Micro-determinants of informal employment in the Middle East and North Africa region. http://documents.worldbank.org/curated/en/2012/01/15763718/micro-determinants-informal-employment-middle-east-north-africa-region.

_____ (2011). Middle East and North Africa Region: Economic Developments and Prospects. Washington D.C.: World Bank. http://siteresources.worldbank.org/INTMENA/Resources/World_Bank_MENA_Economic_Developments_Prospects_Sept2011.pdf.

_____ (2013a). Opening Doors: Gender Equality and Development in the Middle East and North Africa. Washington D.C. http://documents.worldbank.org/curated/en/2013/02/17235637/opening-doors-gender-equality-development-middle-east-north-africa.

_____ (2013b). In Yemen, Breaking Barriers to Girls' Education. 15 April. www.worldbank.org/en/news/feature/2013/04/11/yemen-breaking-barriers-to-girls-education.

_____ (2015). Plunging oil prices. MENA Quarterly Economic Brief, Issue 4. Washington D.C. www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2015/01/26/000350881_20150126110740/Rendered/PDF/938470Box385410c0Biref0January02015.pdf.

World Food Programme (2013). The Status of Poverty and Food Security in Egypt: Analysis and Policy Recommendations. Preliminary Summary Report. Cairo. http://documents.wfp.org/stellent/groups/public/documents/ena/wfp257467.pdf.

Zaid, Abdulla and others (2014). Arab Uprisings & Social Justice: Implications of IMF Subsidy Reform Policies. Washington D.C.: New America Foundation. http://middleeast.newamerica.net/sites/newamerica.net/files/policydocs/Policy_Paper_Arab_Uprisings_and_Social_Justice.pdf.