

حمايةٌ غير متوقّرة.

تقرير حول تحديات نظام الحماية الاجتماعية الحالي
في لبنان في خضمّ الأزمة

تأليف

نزار الحريري

تطوير وتنفيذ الاستطلاع الكمي

ريمون بو نادر

تصميم

فاليري نصير

ترجمة

The Language Platform

تُعبّر وجهات النظر الواردة في هذا المنشور عن آراء الكاتبة حصراً، ولا تعكس بالضرورة وجهات نظر مركز العلوم الاجتماعية للأبحاث التطبيقية أو شركائه.

مركز العلوم الاجتماعية للأبحاث التطبيقية © بيروت، آذار/مارس ٢٠٢٣.

جميع الحقوق محفوظة. لا يجوز إعادة إنتاج أي جزء من هذا المنشور، أو توزيعه، أو نقله بأي شكل أو بأي وسيلة، بما في ذلك التصوير، أو التسجيل، أو أي وسائل إلكترونية أو ميكانيكية أخرى، من دون إذن خطي مسبق من الناشر، إلا في حالة الاقتباسات الموجزة والإشارة في المراجعات والمقالات النقدية، وبعض الاستخدامات غير التجارية الأخرى التي يسمح بها قانون حقوق النشر.

حماية غير متوقّرة.

تقرير حول تحديات نظام الحماية الاجتماعية الحالي في لبنان في خضمّ الأزمة

جدول المحتويات

٥	الملخص التنفيذي
١٠	المقدمة
١٦	لمحة عامة عن سياق نظام الحماية الاجتماعية اللبناني قبل وأثناء الانهيار الاقتصادي المستمر
٢٠	لمحة عامة عن تأثير الأزمة على الأسر اللبنانية
٢٤	مؤشرات حول مستويات تغطية اللبنانيين/ات
٢٥	١. خطط التأمين ومستويات التغطية للبنانيين/ات
٢٦	٢. الحماية الاجتماعية وفقاً لنوع العمل
٢٨	٣. السكان المضمونون: برنامج التأمين العام مقارنةً مع خطط التأمين والتغطية الخاصة
٢٩	٤. تغطية الأشخاص ذوي الإعاقة (بحسب النوع الاجتماعي والمنطقة)
٣٠	التغطية الفعلية لخطط التأمين الصحي
٣٢	١. تغطية التأمين الخاص وتحدياته
	٢. تغطية الضمان الاجتماعي العام وتحدياته (بحسب الوضع الوظيفي، والنوع الاجتماعي، والمنطقة)
٣٤	
٣٦	العائلة والتضامن: الفجوة بين الجنسين في الحماية الاجتماعية
٣٩	الخلاصة
٤٣	قائمة المراجع

قائمة الجداول والرسوم

- الجدول ١ - التوزيع الجغرافي للمُستطَلَعين/ات بحسب القضاء ١٢
- الجدول ٢ - مستويات التغطية بحسب نوع خطة التأمين ٣١
- الرسم ١ - الوضع العائلي للمُستطَلَعين/ات ١٣
- الرسم ٢ - التطور الفصلي للخسائر في الوظائف بعد العام ٢٠١٩ ٢١
- الرسم ٣ - إعادة الإدماج المهني للأشخاص الذين فقدوا وظائفهم بعد عام ٢٠١٩ ٢٢
- الرسم ٤ - الوضع الاجتماعي-الاقتصادي الملموس بحسب النوع الاجتماعي، قبل الأزمة وبعدها ٢٣
- الرسم ٥ - التأثير الملموس لجائحة كوفيد-١٩ والأزمة المالية على الوظيفة الشخصية والقطاع الاقتصادي ٢٣
- الرسم ٦ - اللبنانيون/ات المؤمن عليهم/هن من القطاع الخاص أو العام مقارنةً مع اللبنانيين/ات غير المؤمن عليهم/هن ٢٥
- الرسم ٧ - الوظائف بحسب نوع العمل في الوظيفة الرئيسية ٢٦
- الرسم ٨ - المضمونون/ات: التأمين العام مقارنةً مع التأمين الخاص ٢٨
- الرسم ٩ - السكان المشمولون بالتأمين العام بحسب النوع الاجتماعي: الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي مقارنةً مع تعاونية موظفي الدولة ٢٩
- الرسم ١٠ - هيكلية مستويات التغطية، قبل الأزمة وبعدها ٣٣
- الرسم ١١ - الدعم من أفراد الأسرة في لبنان والخارج ٣٧
- الرسم ١٢ - المدخرات والممتلكات بحسب النوع الاجتماعي ٣٨

الملخص التنفيذي

هذا التقرير عبارة عن دراسة تحليلية تتناول أثر الأزمة الاقتصادية اللبنانية المتعددة المستويات وتداعياتها على صعيد الحماية الاجتماعية في لبنان. ويهدف التقرير إلى دراسة آليات الحماية الاجتماعية وأنظمة الرعاية الصحية والتغطية الفعلية في لبنان في ظل أزمة اجتماعية واقتصادية مستمرة تعصف بالبلد منذ بدء الانهيار المالي في أواخر العام ٢٠١٩. تستند الدراسة إلى استطلاع أجري بين شهري تموز/يوليو وآب/أغسطس ٢٠٢٢، من خلال عينة تمثيلية تضم ١٣٢٧ مُستطَلَعًا/ة من الجنسية اللبنانية. لقد كانت العينة متوازنة بين الجنسين، وشملت ٢٦ من الأفضية الموزعة بين جميع المحافظات الثماني. يوفر الاستطلاع مؤشرات اجتماعية واقتصادية أساسية لفهم التأثير الفعلي للأزمة على إطار الحماية الاجتماعية اللبناني، ولا سيما البرامج القائمة على الاشتراكات (العامة والخاصة)، وكذلك توجيه السياسات القائمة على الأدلة.

المجموعة الأولى من النتائج تأثير الأزمة المتعددة المستويات على اللبنانيين/ات

٩%

من بين هذه المجموعة ذات الدخل الأدنى،
دخلهم/هن الشهري حاليًا لا يتجاوز
المليون ليرة (٥٠ دولارًا).

٦٢,٢%

من المُستطَلَعين/ات يتقاضى دخلًا شهريًا
لا يتعدى ٨ ملايين ليرة لبنانية (ل.ل.)،
المُشار إليها في ما يلي بالليرة)، أي ما
يساوي أقل من ٢٠٠ دولارًا.

٧٩,٢%

من المُستطَلَعين/ات يطال من هذا
التدهور المتصوّر في الوضع الاجتماعي-
الاقتصادي.

١٣,١%

من المُستطَلَعين/ات فقد فقدوا/
ن وظائفهم/هن بعد اندلاع الأزمة عام
٢٠١٩، وبلغت الخسائر في الوظائف ذروتها
في الربع الأول من العام ٢٠٢٠.

نتيجةً لذلك، أعلنت الأغلبية الساحقة
من المُستطَلَعين/ات أن وضعهم/هن
الاجتماعي-الاقتصادي قد تدهور منذ بداية
الأزمة اللبنانية.

المجموعة الثانية من النتائج مستويات التغطية ومعدلاتها للبنانيين/ات

٣٩,٦%

لا يتمتعون/يتمتعن بأي تغطية أو حماية
على الإطلاق.

فإن أكثر من نصف ربات المنازل (تتكون
هذه الشريحة من النساء بشكل شبه حصري)
وثالث المتقاعدين/ات **لا يستفيدون/
يستفدنَ حاليًا من أي برنامج تأمين عام**

٦٠,٤%

من المُستطَلَعين/ات **يستفيد حاليًا من
برنامج تأمين واحد على الأقل**، إما من
خلال شركات التأمين الخاصة أو برامج
التغطية العامة المختلفة.

انخفض مستوى التغطية العامة
للعاقلين/ات عن العمل بشكل ملحوظ
في أعقاب أزمة ٢٠١٩

٣٥%

المتقاعدين/ات

٥٣%

ربات المنازل
(تتكون هذه الشريحة من
النساء بشكل شبه حصري)

٣٤,٩%

عام ٢٠٢٢

٤٢,٢%

قبل الأزمة

المجموعة الثالثة من النتائج التغطية الصحية الخاصة مقابل التغطية الصحية العامة

١٦,٩%

الأشخاص المشتركون في الصندوق
الوطني للضمان الاجتماعي

٣٢,١%

الأشخاص المشتركون في التأمين
الخاص من إجمالي العينة، ولا تزال
شركات التأمين الخاصة هي المزود
الأساسي للتغطية الصحية في لبنان.

تمكنت غالبية المُستطَلعين/ات من الحفاظ على البرامج الصحية نفسها في ظل الأزمة. ومع ذلك، انخفضت معدلات التغطية بشكل ملحوظ نظرًا إلى أن البرامج العامة، وعلى عكس شركات التأمين الخاصة، لا تزال تُموَّل من الاشتراكات المحصلة بالليرة اللبنانية. لقد انتقل نصف الأشخاص الذين لديهم/ن تأمين خاص إلى البرامج الصحية المغطاة بالليرة أو «اللولا»، وبالتالي باتوا يقبلون بنسب مشاركة أعلى (النفقات التي يسدّونها على نفقتهم/ن الخاصة) وتغطيات ذات فعالية أقل. أما بالنسبة إلى التغطية الفعلية التي يقدمها الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي والتعاونيات التي تديرها الدولة، فشخص واحد من بين كل اثنين من المُستطَلعين/ات لم يستفد من الخدمات المقدمة على الإطلاق، خلال الأشهر الاثني عشر الماضية، فيما عبّر أقل من ٢٠% من المُستطَلعين/ات عن رضاهم/هن عن الخدمات التي حصلوا عليها.

المجموعة الرابعة من النتائج التضامن القائم على الأسرة والفجوات بين الجنسين في الحماية الاجتماعية

١٣,٨%

اعتبروا أن الأسرة ضرورية إلى حد ما لتقديم الدعم المالي والعيني.

٣١,٧%

صرحوا عن اعتمادهم/ن إلى حد كبير على دعم الأسرة.

في حين يبدو أن الرجال يستفيدون من التحويلات النقدية أكثر من النساء

في هذا الصدد، تبرز الاختلافات بين الجنسين. فالنساء يعتمدن على دعم الأسرة أكثر بكثير من الرجال، ويتلقين مساعدات عينية أكثر من الرجال.



٤٣,٦%

رجال



٤٠,٧%

نساء



٣٥%

رجال



٠%

نساء

أخيرًا، تعيش المرأة في ظروف أقل استقرارًا مقارنةً بالرجل، على الرغم من مستويات التغطية المتشابهة بينهما. وتمتلك النساء مستويات ادخار أقل بكثير من الرجال، ولديهنّ أصول أقل لاستخدامها في حالات الطوارئ الطبية أو لمواجهة التقلبات.



وصرّحت أكثر من امرأة واحدة من بين كل ثلاث نساء بأنها لا تمتلك أي مدخرات على الإطلاق، مقابل ٢٨.٧% من الرجال.

في الخلاصة، يتم حالياً إقصاء المزيد من المواطنين/ات اللبنانيين/ات في نظام كان يُعتبر في الأساس نظاماً نخبويًا وحصريًا للحماية الاجتماعية. فقد أظهر الاستطلاع الذي أجريناه أن نسبة كبيرة من اللبنانيين/ات لا تتمتع حالياً بأي تغطية خاصة أو عامة (حوالي ٣٩.٦٪). من ناحية، بيّن الاستطلاع أن ٢٧.٣٪ فقط من المُستطلّعين/ات يستفيدون/يستفدنَ من حماية اجتماعية واحدة على الأقل، وهي نسبة قد تكون أعلى من النسبة المُسجلة في البيانات الأخيرة المتاحة من العام ٢٠٢١ (١٣.٩٪)، لكنها تظل أقل من المتوسطات الإقليمية والعالمية، أي ٤٦.٩٪ من سكان العالم و٤٠٪ من سكان الدول العربية على التوالي (منظمة العمل الدولية، ٢٠٢١). من ناحية أخرى، انخفض معدل التغطية الفعلية بشكل ملحوظ بالنسبة إلى غالبية الأشخاص المضمونين، على الرغم من أن مستوى التغطية قد يبدو ثابتاً من الناحية النظرية.

إضافةً إلى ذلك، غالباً ما يكون تأثير إعادة التوزيع في نظام الحماية الاجتماعية اللبناني تنازلياً بشكل واضح، حيث يستفيد منه الأغنياء أكثر من الفقراء. ويبدو أن هذا الاتجاه التاريخي تضاعف حالياً في ظل الأزمات إذ لا يستفيد من التغطية الطبية الكاملة سوى الأقلية الثرية التي لديها تأمين خاص بالدولار (١٦٪ في العينة التي استندنا إليها). إن نظام الحماية الاجتماعية اللبناني الذي لطالما كان منحازاً نحو موظفي/ات الخدمة المدنية والعاملين/ات في القطاع العام والقوى العسكرية والأمنية (المعهد المالي، ٢٠٢١) يؤدي حالياً إلى حرمان هذه المجموعات من التغطية بعد أن كانت تتمتع سابقاً بامتيازات ملحوظة في هذا المجال، وذلك بسبب دلورة فاتورة الخدمات الطبية فيما لا يزال جدول الأسعار الرسمي بالليرة.

وحتى بالنسبة إلى الأشخاص الذين لديهم/ن تأمين خاص، تراجع معدل التغطية بشكل ملحوظ فيما تزايدت الأقساط. وبما أن ٣٨.٩٪ من المضمونين/ات اضطروا إلى دفع أقساطهم/ن بالليرة، و١٧.٤٪ دفعوا اشتراكهم/ن باللولار، يمكننا أن نستنتج أن أكثر من نصف الأشخاص الذين لديهم/ن تأمين خاص قد تحولوا من تغطية طبية شبه كاملة إلى برامج تغطية جزئية مختلفة، ما يشير إلى أن شركات التأمين الخاصة تزيد هوامش ربحها في ظلّ الوضع الحالي.

المقدمة

يسعى هذا التقرير إلى البحث في آليات الحماية الاجتماعية وأنظمة الرعاية الصحية والتغطية الفعلية في لبنان وسط أزمة اجتماعية وسياسية واقتصادية تعصف بالبلد منذ الدنهيار المالي الذي بدأ عام ٢٠١٩. وبناءً على الاستطلاع الذي أجري بين شهري تموز/يوليو وآب/أغسطس ٢٠٢٢، يقدم التقرير تقييماً سريعاً وموثوقاً حول التغييرات في مجال الحماية الاجتماعية في لبنان في ظل الأزمة الاقتصادية والاجتماعية الشديدة.

حتى قبل بداية الركود الاقتصادي اللبناني، كان قطاع الضمان الاجتماعي يتسم ببرامج مجزأة وغير كافية للتغطية الصحية، وهيمنت عليه البرامج القائمة على الاشتراكات (اليونيسف ووزارة الشؤون الاجتماعية، ٢٠١٩) التي تؤدي عادةً إلى إقصاء الأسر ذات الدخل المنخفض والفئات الأكثر هشاشة. ويتم دعم هذه الفئات من خلال العديد من برامج المساعدة الاجتماعية المخصصة والمحدودة والتي يعتبر تأثيرها ضئيلاً أو معدوماً من خلال التقييمات المتاحة (منظمة العمل الدولية، ٢٠٢١ب، منظمة العمل الدولية واليونيسيف، ٢٠٢١). بشكل عام، يُعدّ مجال الحماية الاجتماعية مُشرذماً إلى حد كبير في لبنان، وتُساهم هذه الشرذمة في انتشار حالة انعدام الأمن الاجتماعي في البلد (سكالا، ٢٠٢٢).

توجد في لبنان أنظمة متعددة للضمان الاجتماعي. من المفترض أن يُغطي الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي موظفي/ات القطاع الخاص، ومع ذلك فإن نسبة كبيرة من القوى العاملة في القطاع الخاص مُستبعدة عملياً من الصندوق (منظمة العمل الدولية ٢٠٢١ب). أما على صعيد القطاع العام، فتغطي «تعاونية موظفي الدولة» المعلمين/ات في المدارس الرسمية وموظفي/ات الخدمة المدنية في الإدارات العامة، في حين أن عناصر الجيش وقوى الأمن لديهم برامج وصناديق خاصة بهم. كما يُغطي الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي الموظفين/ات المتعاقدين/ات في الإدارات العامة، فيما الأساتذة المتعاقدون لا يتمتعون بأي تغطية من أي برنامج. ومع ذلك، يمكن للمواطنين/ات غير المشمولين/ات بأي ضمان اجتماعي رسمي الاستفادة من دعم وزارة الصحة التي تُغطي ٨٥٪ من تكلفة الاستشفاء لمعالجة بعض الحالات الخطيرة (وزارة الصحة العامة ٢٠١٦).

تشير التقديرات التي تعود إلى فترة ما قبل الأزمة إلى أن ٤٤٪ من الأسر المعيشية لم تكن تتمتع بأي نوع من التأمين وأن ٤٥٪ منها مرتبطة ببرامج الضمان الاجتماعي العام، أي الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي أو تعاونية موظفي الدولة أو الجيش وقوى الأمن (مصرف بلوم إنفست ٢٠١٥). فضلاً عن ذلك، لم تعمل الحكومات المتعاقبة خلال العقود الماضية على ضمان الحدود الدنيا للحماية الاجتماعية أو الحد الأدنى من الموارد للفئات الأكثر فقراً ضمن نظام شامل للمساعدات الاجتماعية غير القائمة على الاشتراكات. وفشلت بالتالي في حماية اللبنانيين/ات وغير اللبنانيين/ات الأكثر هشاشة من الصعوبات الاقتصادية والفقر المدقع. فقد كانت برامج المساعدة الاجتماعية في لبنان، مثل البرنامج الوطني لدعم الأسر الأكثر فقراً (NPTP)^٢ أو شبكة الأمان الاجتماعي، أقل بكثير من المتوسط لمنطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا كنسبة من الناتج المحلي الإجمالي (أقل من ١٪ في لبنان مقارنةً بنسبة ١.٧٪ في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا)، كما أن هذه البرامج ما زالت محدودة في نطاقها ولناحية الفئات المُستهدفة التي تغطيها (كرم وآخرون، ٢٠١٥). أخيراً، عمدت العديد من

٢- تم إطلاق «البرنامج الوطني لدعم الأسر الأكثر فقراً» في البداية في تشرين الأول/أكتوبر ٢٠١١ استجابةً لأزمة اللاجئين/ات. ولكن، مع استمرار الأزمة السورية، جرى تمديده كبرنامج طوارئ لدعم اللبنانيين/ات الأكثر فقراً وهشاشةً في العام ٢٠١٤ (كوكريتي، ٢٠١٦).

الدراسات إلى قياس الطابع التنازلي لنظام الحماية الاجتماعية قبل الأزمة (بستاني وآخرون ٢٠٢١، المعهد المالي ٢٠٢١، منظمة العمل الدولية ٢٠٢١ب). وبالفعل، كانت نسبة الاشتراك في التأمين الاجتماعي قبل الأزمة أعلى بالنسبة إلى السكان ذوي الدخل المرتفع (أكثر من ٦٥٪ للفئة العشرية الأعلى، مقارنةً بنسبة ٢٠٪ للفئة العشرية الأدنى)، في حين أن أكثر من ٦٠٪ من اللبنانيين/ات في الفئة العشرية الأدنى لا يستفيدون من أي شكل من أشكال الحماية الاجتماعية (منظمة العمل الدولية ٢٠٢١ب).

منذ بداية الأزمة اللبنانية، أصبحت الرعاية الصحية تُعد من الكماليات التي يصعب الحصول عليها حتى بالنسبة إلى الأشخاص المضمونين. ومع ارتفاع معدلات البطالة والهشاشة، يتم إقصاء المزيد من الأشخاص حاليًا في نظام للرعاية الصحية كان يُعتبر في الأساس نخبويًا وحصريًا (منظمة العمل الدولية واليونسيف ٢٠٢١).

في هذا الإطار، إلى أي مدى يعجز النظام الوطني اللبناني للحماية الاجتماعية عن توفير تغطية فعالة وشاملة للسكان المقيمين؟ وإلى أي مدى أثرت الأزمة اللبنانية المستمرة على إطار الحماية الاجتماعية؟ وكيف تؤثر البنية الحالية للحماية الاجتماعية على قدرة الأسر اللبنانية على التكيف، لا سيما تلك المهتدة أساسًا في سبل معيشتها والتي تعاني من ظروف اقتصادية غير مستقرة؟ تستند الدراسة إلى استطلاع أجري بين شهري تموز/يوليو وآب/أغسطس ٢٠٢٢، مع عينة تمثيلية على الصعيد الوطني من ١٣٢٧ مُستطلَّعًا/ة لبنانيًا/ة. وتهدف إلى فهم آليات الحماية الاجتماعية الحالية في لبنان، وتحديدًا البرامج القائمة على الاشتراكات في ظل الركود الاقتصادي الشديد والطويل الأمد، فضلًا عن التحديات العملية والراهنة التي يواجهها المنتسبون/ات إلى هذا النظام. وبالتالي، يوفر الاستطلاع مؤشرات اجتماعية واقتصادية أساسية لفهم التأثير الحقيقي للأزمة على نظام الحماية الاجتماعية في لبنان، وتوجيه السياسات القائمة على الأدلة.

١ - الاستبيان:

يتألف الاستبيان من ٥٦ سؤالًا ضمن ٥ أقسام: الوضع الوظيفي، والوضع الاجتماعي-الاقتصادي، وتغطية الحماية الاجتماعية، والمساعدة القائمة على الرابط العائلي ومبدأ التضامن، والبيانات الاجتماعية-الديموغرافية.

٢ - منهجية اختيار العينة:

بلغ حجم العينة الفعلي ١٣٢٧ مُستطلَّعًا/ة من الجنسية اللبنانية. ولم يتم شمل السكان غير اللبنانيين في هذه العينة. يعرض الاستطلاع تحليلاتٍ تقديرية على المستويين الوطني والمحلي. ولقد غطى التوزيع الجغرافي للعينة ٢٦ قضاءً في ٨ محافظات (بيروت، جبل لبنان، الشمال، عكار، البقاع، بعلبك-الهرمل، الجنوب، والنبطية). وتجدر الإشارة إلى أن كافة البيانات التي تم جمعها مصنفة بحسب النوع الاجتماعي والمحافظة.

التوزيع الجغرافي للعينة

القضاء	(%) الحجم في العينة	
١٠,٨	بعيدا	١
١٠,٢	المتن	٢
٧,٢	بيروت	٣
٦,٩	عكار	٤
٦,٠	عاليه	٥
٥,٨	الشوف	٦
٥,٨	كسروان	٧
٥,٨	صيدا	٨
٥,٢	صور	٩
٥,٠	طرابلس	١٠
٤,٧	بعلبك	١١
٣,٦	زحلة	١٢
٣,٣	النبطية	١٣
٣,١	المنية-الضنية	١٤
٢,٨	جبيل	١٥
٢,١	بنت جبيل	١٦
١,٩	البقاع الغربي	١٧
١,٨	مرجعيون	١٨
١,٨	زغرتا	١٩
١,٦	الكورة	٢٠
١,٥	البترون	٢١
٠,٧	جزين	٢٢
٠,٧	راشيا	٢٣
٠,٦	الهرمل	٢٤
٠,٥	بشري	٢٥
٠,٥	حاصبيا	٢٦

الجدول ١- التوزيع الجغرافي للمستطلعين/ات بحسب القضاء

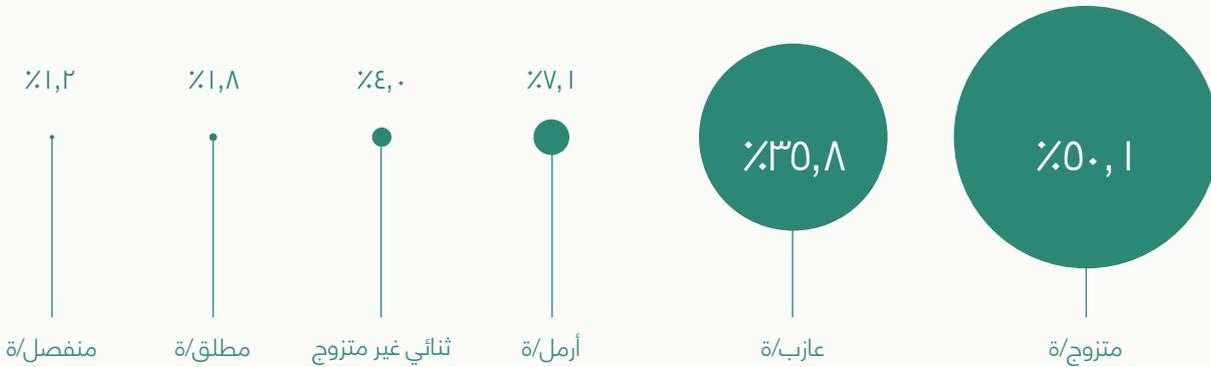
٣ - طريقة جمع البيانات:

جُمعت البيانات خلال شهري تموز/يوليو وآب/أغسطس ٢٠٢٢. لقد اعتمدت المنهجية على المقابلات الشخصية بمساعدة الكمبيوتر، وتم جمع البيانات وجهًا لوجه مع استخدام الأجهزة اللوحية والهواتف المحمولة لتسجيل الإجابات المقدمة خلال المقابلة. تضمن هذه الطريقة الحصول على بيانات ذات جودة أفضل من خلال تسهيل تسجيل البيانات بالإضافة إلى المراقبة (وقت بدء المقابلات ووقت الانتهاء، والموقع بحسب GPS، إلخ).

٤ - الوصف العام للعينة:

حققت عملية جمع البيانات عينةً متوازنة بين الجنسين، حيث شملت ٦٥٦ أنثى من أصل ١٣٢٧ شخصًا (٤٩.٤٪).

الرسم ١ - الوضع العائلي للمستطلعين/ات



جميع المُستطلعين/ات تتجاوز أعمارهم/هن ١٨ عامًا. وشكلت الفئة العمرية [١٨-٣٤] ٣٨.٣٪ من العدد الإجمالي، بينما شكلت الفئة العمرية [٣٥-٥٤] ٣٠.٢٪، وبلغت الشريحة العمرية [٥٥-٦٤] ١٣.٥٪ من العدد الإجمالي. علاوةً على ذلك، تجاوز حوالي ١٧.٩٪ من المُستطلعين/ات سن التقاعد البالغ ٦٤ سنة. أما بالنسبة إلى الوضع العائلي، صرح حوالي ٥٠.١٪ من المُستطلعين/ات بأنهم/هن متزوجون/ات، وحوالي ٣٥.٨٪ هم عازبون/ات، و٤٪ أعلنوا أنهم/ن ضمن ثنائي غير متزوج.

٥ - هيكلية التقرير:

يُقدم القسم الأول من هذا التقرير لمحة عامة سياقية حول ضعف نظام الحماية الاجتماعية الوطني في لبنان، فضلًا عن أبرز اتجاهاته قبل وبعد الانهيار المالي عام ٢٠١٩. ثم يُبرز القسم ٢ النتائج الرئيسية للاستطلاع لناحية الظروف الاجتماعية والاقتصادية المتدهورة للبنانيين/ات، ويحلل تأثير الأزمات على نظام الحماية الاجتماعية. أما القسم ٣ فيُحدد المؤشرات الرئيسية المتعلقة بالتدهور في نواتج سوق العمل. ويركز القسم ٤ على مستويات التغطية الصحية ومعدلاتها لمختلف البرامج العامة والخاصة، ويصف التحديات الرئيسية التي تواجه الأشخاص المضمونين. أخيرًا، يُسلط القسم ٥ الضوء بشكل خاص على تأثير أشكال التضامن غير المؤسساتية مقابل الثغرات في الآليات المؤسساتية للحماية الاجتماعية، وكذلك الفجوات بين الجنسين في الحماية الاجتماعية.

٦ - قيود الاستطلاع:

إن العينة المكونة من ١٣٢٧ مُستطَلَعًا/ة هي عينة تمثيلية على الصعيدين المحلي والوطني، وهي موزعة على ٢٦ قضاء في ٨ محافظات. ومع ذلك، تجدر الإشارة إلى بعض القيود في منهجية اختيار العينات. أولاً، تم اختيار عينات المُستطَلَعين/ات من السكان الذين يعيشون في مساكن نظامية. وتم إقصاء السكان الذين يعيشون في المخيمات أو شبه المخيمات، وكذلك السكان الذين يعيشون في الأحياء غير النظامية. من جهة، يعتمد استطلاعنا على المنهجية التي تطبقها عادةً الإدارة المركزية للإحصاء، وكذلك منظمة العمل الدولية أو غيرها من مزودي البيانات الدوليين الرئيسيين من أجل الوصول إلى مؤشرات ومقاييس قابلة للمقارنة. ومن جهة أخرى، إنّ البيانات التي تُجمَع من خلال هذه المنهجية تُقلل غالبًا من تقدير مستويات الفقر وتُبالغ في تقدير مستويات تغطية الحماية الاجتماعية لأنها فعليًا تستبعد بعض الفئات الأكثر هشاشة.

ثانيًا، يستهدف الاستطلاع بشكل أساسي برامج الحماية الاجتماعية ومستوى تغطية اللبنانيين/ات. بالتالي، هو يستبعد السكان غير اللبنانيين، وخصوصًا اللاجئين/ات وطالبي/ات اللجوء وعديمي/ات الجنسية والعاملين/ات المهاجرين/ات. لذلك، وعلى غرار الاستطلاعات والتقديرات الأخرى المبنية على دراسات وتقارير قائمة على منهجية مماثلة لاختيار العينة، فإنّ الأرقام والمؤشرات الواردة هنا لا تُمثل بشكل كامل حقيقة استبعاد نسبة كبيرة من المواطنين/ات والأجانب المقيمين/ات من نظام الحماية الاجتماعية، وهي لا تعكس هذا الواقع بشكل دقيق. على الرغم من هذه القيود (الشائعة في الدراسات الرئيسية المتوفرة حول إطار الحماية الاجتماعية اللبناني)، فإن البيانات التي تم جمعها من خلال هذا الاستطلاع توفر مقاييس موثوقة لمستويات ومعدلات تغطية السكان المشمولين في العينة، ما يوفر أدلة إضافية لناحية الضائقة الاجتماعية التي يعاني منها اللبنانيون/ات بسبب تدهور النظام الوطني للحماية الاجتماعية.

ثالثًا، يركز تقريرنا بشكل أساسي على البرامج القائمة على الاشتراكات التي تُهيمن على نظام الحماية الاجتماعية اللبناني، في حين كان من الصعب إدراج البرامج غير القائمة على الاشتراكات في الاستطلاع الذي أجريناه. بشكل عام، يجمع نظام الحماية الاجتماعية اللبناني بين ثلاث ركائز اقتصادية جزئية متكاملة هي:

البرامج القائمة على التأمين (مثل التأمين الصحي أو برامج نهاية الخدمة المقدمة عبر الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي، أو البرامج الأخرى القائمة على الاشتراكات والتي تقدم الدعم التعويضي للشخص المضمون)؛



برامج المساعدة الاجتماعية (التي ترتبط عادةً بالسياسات المالية وتكون ناتجة عن تأثيرات السياسات الاجتماعية لناحية إعادة التوزيع، مثل البرنامج الوطني لدعم الأسر الأكثر فقرًا أو غيره من البرامج المخصصة غير القائمة على الاشتراكات)؛



ومختلف أشكال المساعدة الاجتماعية القائمة على الأعمال الخيرية والمبينة على المبادرات التطوعية وأنظمة الحماية غير الرسمية، والتي تنشأ داخل الشبكات الاجتماعية ومنظمات المجتمع المدني (مثل شبكات المساعدات المتبادلة أو الدعم العائلي أو التدخلات المتعلقة بالمساعدة/دعم سبل المعيشة من جانب المنظمات غير الحكومية). في السياق اللبناني، عادةً ما يجمع هذا المنطق الطوعي للمساعدة بين أشكال التضامن القائمة على العائلة والطائفة والسياسة (عبدو ٢٠١٩، كاميت وآخرون ٢٠١٤، كاميت وآخرون ٢٠١٠).



ولكن، تبيّن أن البيانات التي تم جمعها في استطلاعنا حول برامج المساعدة الاجتماعية غير موثوقة، وذلك نظرًا لمعدل الاستجابة المنخفض ضمن هذه الفئة (بين ٩٠ و ١٢٠ استجابات، تمثل أقل من ١٠٪ من العينة). بالتالي، كان لا بد من استبعاد بعض مكونات الاستبيان من التحليل، ولا سيما تلك المتعلقة بالمساعدة الاجتماعية غير القائمة على الاشتراكات.

أخيرًا، على الرغم من أن نواتج سوق العمل وسياسات العمل تُعد مكونات أساسية لأي نظام حماية اجتماعية، لكننا لا ندعي أن الاستطلاع الذي أجريناه يوفر صورةً كاملة لسوق العمل في لبنان. لذلك، تجدر الإشارة هنا إلى اختلافين رئيسيين مع أحدث الاستطلاعات حول القوى العاملة (منظمة العمل الدولية وإدارة الإحصاء المركزي ٢٠١٨-٢٠١٩، ٢٠٢٢). أولًا، تم استبعاد السكان الذين تقل أعمارهم/ن عن ١٨ عامًا من العينة الخاصة بنا لاعتبارات أخلاقية تتعلق بعدم القدرة على جمع البيانات مع الأطفال والناصرين/ات من دون إشراف مجلس خاص للمراجعة المؤسسية أو لجنة معنية بالاعتبارات الأخلاقية. نتيجةً لذلك، تم استبعاد جزء لا يُستهان به من القوى العاملة اللبنانية من العينة. ثانيًا، لم يكن ممكنًا جمع أو قياس البيانات المتعلقة بما يسمى العمالة غير النظامية والقطاع غير النظامي من دون إجراء استطلاع مناسب للقوى العاملة. رغم ذلك، فإن ما يسمى «العمالة النظامية» التي يسهل قياسها (الموظفون/ات في القطاع النظامي الذين لديهم/ن عقود مسجلة وتقديمات اجتماعية) يُشكل نسبة ٢٥.٣٪ من القوى العاملة في استطلاعنا، وهو أقل بكثير مقارنةً بأرقام منظمة العمل الدولية وإدارة الإحصاء المركزي. لذلك، تشير البيانات التي تم جمعها من خلال الاستطلاع الحالي إلى نقصٍ في تقدير نسبة العمالة غير النظامية المتوقعة في الدراسات الأخرى المتاحة التي تقيس العمالة غير النظامية تحديدًا.

لمحة عامة عن
سياق نظام
الحماية الاجتماعية
اللبناني قبل وأثناء
الانهيار الاقتصادي
المستمر

من تأثير الأزمات (ستيغليتز ٢٠١٣، ستيغليتز وكالدور ٢٠١٣). بالتالي، باتت الحماية الاجتماعية المعززة مرتبطة بتحسين رفاه الأفراد والمجتمعات المحلية والمجتمعات العامة، كما أنها مرتبطة أيضًا بكفاءة اقتصادية أكبر على المستويين الوطني والعالمي (ستيغليتز ٢٠١٣، البنك الدولي ومنظمة العمل الدولية ٢٠١٦). ومؤخرًا، أظهرت جائحة كوفيد-١٩ أن برامج الحماية الاجتماعية المتينة والمنظمة بشكل جيد قد لعبت دورًا حاسمًا في ضمان وصول الناس إلى احتياجاتهم/ن الأساسية. وساعدت الأزمة الصحية العالمية في تسليط الضوء على أهمية التغطية الصحية الشاملة (منظمة العمل الدولية ٢٠٢١).

لذلك، يمكن اعتبار الحماية الاجتماعية على أنها "مطالبة إجرائية بالعدالة الاجتماعية" (كما يتضح من خلال أراضيات الحماية الاجتماعية التي وضعتها منظمة العمل الدولية على سبيل المثال) وكذلك "مطالبة أساسية" تنص على أن تحسين أدوات الحماية الاجتماعية يرتبط بتحسين المخرجات الاقتصادية (سان ١٩٩٢، ستيغليتز وآخرون ٢٠٠٩).

كما يتبين من الأبحاث الجارية وكما تنص المعايير الدولية وأهداف التنمية المستدامة الحالية، يُعتبر نهج الحماية الاجتماعية القائم على حقوق الإنسان، وكذلك قيم العدالة الاجتماعية، رافعةً اقتصادية مهمة لتعزيز التنمية البشرية والاستقرار الاقتصادي في عالم تسوده حالات متزايدة من عدم الاستقرار (برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، ٢٠٢٢). بالفعل، إنّ التغطية الشاملة والوصول إلى الحماية الاجتماعية يُعتبران جزءًا أساسيًا من خطة التنمية، خاصةً بعد اعتماد أهداف التنمية المستدامة، وتحديداً الغايات والمؤشرات المشار إليها في الهدف ١، التي تدعو إلى القضاء على الفقر بكل أشكاله ومظاهره ولجميع الشعوب، بالإضافة إلى الغايات ١.٣ و ٣.٨ و ٨.ب. أخيرًا، سَكَلَ التلاقي بين النهج القائم على مبدأ الذرائعية ونهج حقوق الإنسان أحد إنجازات "الشراكة العالمية للحماية الاجتماعية الشاملة" التي أطلقتها منظمة العمل الدولية والبنك الدولي في عام ٢٠١٦. لقد استرشدت هذه المبادرة بمعايير الضمان الاجتماعي لمنظمة العمل الدولية، بما في ذلك التوصية رقم ٢٠٢ بشأن أراضيات الحماية الاجتماعية التي اعتمدها

يستند مبدأ الحماية الاجتماعية الشاملة إلى حق كل إنسان في الحماية من المخاطر الاجتماعية التي قد تطرأ خلال حياته (منظمة العمل الدولية ٢٠١٢). لا تُعد المخاطر الاجتماعية مجرد نتيجة للاختيارات الفردية إذ عادةً ما تتولد أو تتفاقم جراء السلوكيات الجماعية والتفاعلات الاجتماعية، كما هو الحال في القضايا المرتبطة بالصحة العامة أو البطالة. وليست المخاطر الاجتماعية مجرد مسؤولية فردية إذ عادةً ما تحركها عوامل خارجية سلبية ويمكن أن تنتج عن التقلبات الاقتصادية أو السياسات غير الفعالة، ما يستدعي تبني مسؤوليات جماعية وتغطية اجتماعية شاملة.

لا تشير شمولية الحماية الاجتماعية إلى حقوق الإنسان فحسب، بل تؤكد أيضًا على أنه ينبغي اعتبار المجتمع ككل مسؤولًا بشكل جماعي عن التقلبات التي يخلقها. فمن جهة، تُشدد الحماية الاجتماعية كحق من حقوق الإنسان على الواجب الأخلاقي للهيئات الحكومية والمنظمات غير الحكومية لناحية ضمان المستويات الأساسية من التغطية الاجتماعية لجميع السكان (البنك الدولي ومنظمة العمل الدولية ٢٠١٦، منظمة العمل الدولية واليونسيف ٢٠٢١). من جهةٍ أخرى، تُظهر التطورات الأخيرة في نظرية الاقتصاد العام أنه يمكن اعتبار برامج الحماية الاجتماعية وسيلةً أساسية لتحقيق مخرجات اقتصادية كلية أفضل. وبالفعل، عادةً ما تُترجم درجات انعدام الأمن الاقتصادي المرتفعة على المستوى الفردي إلى عدم استقرار أكبر في الاقتصادي الكلي، ما يستدعي اعتماد برامج تغطية تكون مُلزِمة قانونًا وقابلة للتنفيذ (ستيغليتز وكالدور ٢٠١٣). إضافةً إلى ذلك، أدى إضعاف أنظمة الحماية الاجتماعية الوطنية في العقود الماضية إلى بروز تقلبات أكبر على النطاق العالمي، وهي نظرية تدعمها في الوقت الراهن أدلة علمية كثيرة، وتجلت بوضوح في الأزمة المالية العالمية الأخيرة التي حدثت بين عامي ٢٠٠٧ و ٢٠٠٩ (ستيغليتز ٢٠١٣). في الواقع، ووفقًا لجوزيف ستيغليتز، أثبتت أنظمة الحماية الاجتماعية الوطنية الضعيفة أنها تتمتع بمرونة أقل وقدرات أقل على امتصاص الصدمات الخارجية، في حين أن الاقتصادات الوطنية التي تقترن مع أنظمة حماية اجتماعية قوية تستفيد عادةً من عوامل الاستقرار التلقائية والإيجابية التي تُعتبر أساسية للحد

٣-تحديدًا الغاية ١.٣، التأكيد على أن التمويل الكافي للحماية الاجتماعية أمر أساسي من أجل القضاء على الفقر وتعزيز الرفاه. لا سيما بالنسبة إلى الفئات السكانية الأكثر هشاشة. الغاية ١.٣: استحداث نظم وتدابير حماية اجتماعية ملائمة على الصعيد الوطني للجميع ووضع حدود دنيا لها، وتحقيق تغطية صحية واسعة للفقر والضعفاء بحلول عام ٢٠٣٠. المؤشر ١.٣.١: نسبة السكان الذين تشملهم حدود دنيا/نظم للحماية الاجتماعية، حسب الجنس، وحسب الفئات السكانية، كالأطفال، والعاطلين عن العمل، والمسنين، والأشخاص ذوي الإعاقة، والحوامل، والأطفال حديثي الولادة، وضحايا إصابات العمل، والفقر، والضعفاء. ٣.٨: 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 الأساسية المأمونة والجيدة والفعالة والميسورة التكلفة. - ٨.ب: بطول عام ٢٠٢٠، وضع وتفعيل استراتيجية عالمية لتنشغيل الشباب وتنفيذ الميثاق العالمي لتوفير فرص للعمل، الصادر عن منظمة العمل الدولية.

على الاشتراكات، فقد اكتفت الحكومات المتعاقبة خلال العقد الماضي^٥ بتنفيذ تدابير مساعدة اجتماعية محدودة وغير كافية وغير ملائمة لدعم الأسر التي تعيش في فقرٍ مدقع. غير أن هذه المبادرات تحرم نسبة كبيرة من السكان من الوصول إلى التقديرات الاجتماعية أو المساعدة الاجتماعية غير القائمة على الاشتراكات (سكالد ٢٠٢٢). كانت تقديمات المساعدة الاجتماعية (النقدية أو العينية) محدودة بالإجمال بسبب عدم كفاية النفقات الاجتماعية العامة (المفوضية الأوروبية ٢٠٢٠) و«الاستحواذ» الطائفي على الأموال (عبدو ٢٠١٩). وبصورةٍ عامة، لم يتجاوز الإنفاق العام على الحماية الاجتماعية (لا سيما على رواتب التقاعد وتعويضات نهاية الخدمة) نسبة ٢٥٪ من إجمالي الموازنة بين عامي ٢٠١٧ و٢٠٢٠، أي حوالي ٦٪ من الناتج المحلي الإجمالي، وهي نسبة أقل من متوسط إنفاق البلدان الأخرى ذات الدخل المتوسط من الشريحة الدنيا، كما ظهر في مقارنة مرجعية أجريت مؤخرًا. كذلك، فإن الإنفاق العام على الحماية الاجتماعية يشهد انخفاضًا حادًا منذ العام ٢٠٢٠ (المعهد المالي ٢٠٢١).

في الربع الأخير من عام ٢٠١٩، أدى تدهور قيمة الليرة اللبنانية ورفع الدعم عن بعض الأدوية إلى ارتفاع سريع في أسعار الأدوية. أصدر مصرف لبنان في ٣٠ أيلول/سبتمبر ٢٠١٩ التعميم الوسيط رقم ٥٣٠ لتنظيم وصول مستوردي القمح والمحروقات والأدوية إلى العمليات الأجنبية، ما تسبب بانقطاع المستحضرات الصيدلانية وتقنين الأدوية المدعومة ودولة الفواتير الطبية. وجاء ارتفاع الأسعار في سياق نقص الإمدادات والتقنين نظرًا إلى محدودية قدرات مستوردي الأدوية والمستحضرات الصيدلانية المحليين الذين يواجهون القيود المصرفية غير المنضبطة والرقابة غير المنظمة على رؤوس الأموال. نتيجةً لذلك، أصبح الوصول إلى الأدوية الأساسية أو الاستشفاء من الكماليات التي تعجز شريحة واسعة من اللبنانيين/ات على تحمل تكاليفها، في ظل نظام صحي أصبح مُكلّفًا ومُشردّمًا بشكلٍ متزايد. وحتى قبل اندلاع الأزمة، كانت المستشفيات الخاصة وشركات التأمين الخاصة تُهيمن على نظام الرعاية الصحية في

١٨٥ دولة في العام ٢٠١٢. إن مبادرة الحماية الاجتماعية الشاملة التابعة للبنك الدولي ومنظمة العمل الدولية تُسلط الضوء على أن الحماية الاجتماعية ليست وسيلة فعالة للحد من الفقر وحالات عدم المساواة في الدخل فحسب، بل هي أيضًا أساس للتنمية الاجتماعية والاقتصادية المستدامة (البنك الدولي ومنظمة العمل الدولية ٢٠١٦).

تعتمد الحماية الاجتماعية عادةً على البرامج القائمة على الاشتراكات (تُقابل الاشتراكات بمستحقات وتقديمات تعويضية) والبرامج غير القائمة على الاشتراكات (المساعدة الاجتماعية والبرامج المخصصة لحماية الفئات الهشة من الضائقة الاقتصادية) (منظمة العمل الدولية ٢٠٢١). ومع ذلك، يعتمد نظام الحماية الاجتماعية اللبناني في الغالب على البرامج القائمة على الاشتراكات وأنظمة التأمين التي أثبتت أنها غير متكافئة وتنازلية في السابق، ومتحيزة بشكلٍ أساسي لصالح موظفي/ات الخدمة المدنية وموظفي/ات القطاع العام والأسر المعيشية ذات الدخل المتوسط والمرتفع (المعهد المالي، ٢٠٢١).

في الواقع، حتى قبل بداية الأزمة المالية، كانت غالبية السكان المقيمين مُستبعدة من برامج الضمان الاجتماعي (منظمة العمل الدولية واليونسيف ٢٠٢١). بالتالي، حوالي نصف الشعب اللبناني لم يكن يتمتع بأي تغطية صحية على الإطلاق (ماركيز ٢٠٢١)، وخاصةً السكان غير الناشطين اقتصاديًا، فضلًا عن العاطلين/ات عن العمل^٤ أو العاملين/ات لحسابهم/هن الخاص أو أصحاب العمل الحر. إضافةً إلى ذلك، لم يُنشئ لبنان أي برنامج تأمين ضد البطالة أو أي برنامج لمساعدة الباحثين/ات عن عمل. وتقتصر برامج المعاشات التقاعدية على فئات اجتماعية-مهنية محددة (أبرزها المهن الحرة وموظفو/ات القطاع العام والقوى الأمنية)، في حين أن المواطنين/ات المشمولين/ات بالصندوق الوطني للضمان الاجتماعي لا يستفيدون من المعاشات التقاعدية، بل يحصلون فقط على تعويض نهاية الخدمة. أما بالنسبة إلى المساعدة غير القائمة

٤- السكان غير الناشطين اقتصاديًا هم مجموعة من الأشخاص خارج القوى العاملة، في حين يتم تعريف السكان العاطلين عن العمل على أنهم مجموعة الأشخاص العاطلين عن العمل الذين يبحثون عن وظيفة، وبالتالي فإن السكان الناشطين اقتصاديًا يشملون العاطلين/ات عن العمل والعاملين/ات.

٥- مثل «البرنامج الوطني لدعم الأسر الأكثر فقرًا» (NPTP)، و«مشروع شبكة الأمان الاجتماعي في حالات الطوارئ» (ESSN). لم يتم إطلاق برنامج «البطاقة التموينية» بعد بسبب نقص التمويل.

مما لا شك فيه أن هذين التأثيرين المضاعفين على الاقتصاد الكلي (ارتفاع معدلات البطالة والفقر) قد أضعفا نظام الحماية الاجتماعية اللبناني المُنهك والضعيف أساسًا. وبالتالي، يؤدي تناقص الحيز المالي للحماية الاجتماعية وتدهور نواتج سوق العمل إلى كبح مستويات ومعدلات التغطية في برامج الحماية الاجتماعية القائمة على الاشتراكات وغير القائمة على الاشتراكات.

أصبح الوصول إلى الأدوية الأساسية أو الاستشفاء من الكماليات التي تعجز شريحة واسعة من اللبنانيين/ات على تحمل تكاليفها، في ظل نظام صحي أصبح مُكلفًا ومُشردمًا بشكلٍ متزايد.

لبنان. وبعد تراجع قيمة الليرة، أُلقيت مسؤولية توزيع الأدوية والمعدات المدعومة من المصرف المركزي (أي السياسة النقدية) على عاتق مستوردي الأدوية من القطاع الخاص والنقابات.

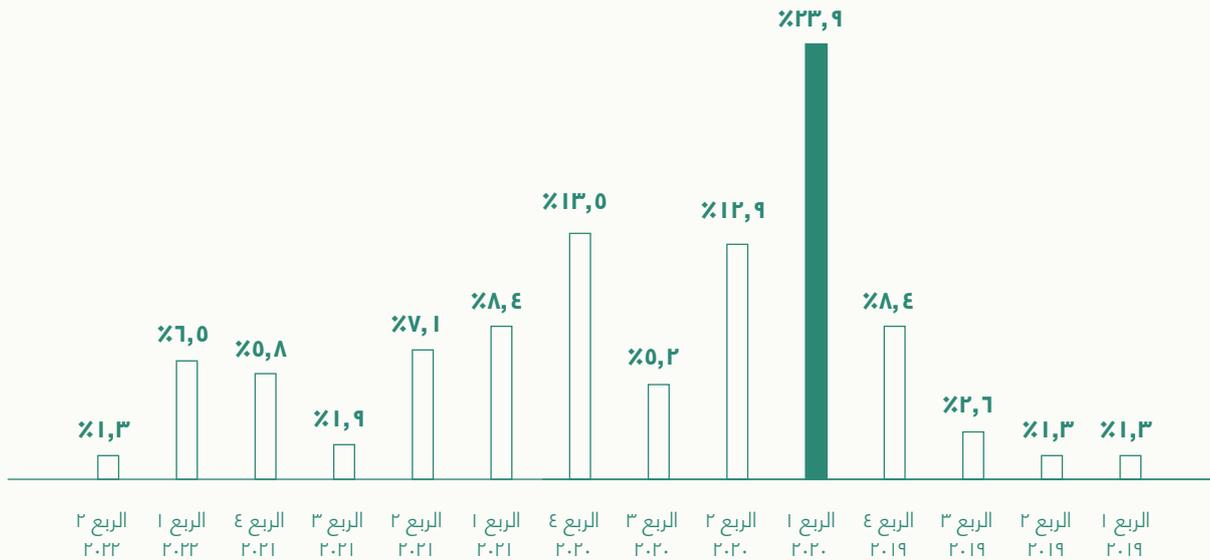
إضافةً إلى ذلك، واجه البلد في الوقت نفسه تفشي جائحة كوفيد-١٩ في شباط/فبراير ٢٠٢٠، وتخلفت الحكومة اللبنانية عن سداد ديونها السيادية في آذار/مارس ٢٠٢٠. وللمفارقة، بلغت الأزمة الصحية ذروتها فيما الانكماش الاقتصادي وتقلص الحيز المالي أجبر الحكومة على تجميع "مستحقات صامتة" غير مدفوعة لعدد من المؤسسات العامة، من بينها الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي أو تعاونية موظفي الدولة (بستاني وآخرون ٢٠٢١). وفي أعقاب انفجار مرفأ بيروت في ٤ آب/أغسطس ٢٠٢٠، والدمار الهائل الذي طال أجزاء كبيرة من العاصمة، اعتُبرت الأزمة اللبنانية المتعددة الأوجه من بين أشد عشر أزمات في التاريخ الحديث، وربما يمكن تصنيفها ضمن أبرز ثلاث أزمات بحسب البنك الدولي (البنك الدولي ٢٠٢١). في هذا السياق، عانى اللبنانيون/ات من ضعف أنظمة الحماية الاجتماعية العامة، وبرامج التغطية الطبية التي تديرها الدولة، بينما شهدوا/شهدن في الوقت نفسه ارتفاعًا غير مسبوق في معدلات الفقر والبطالة. في الواقع، ارتفعت معدلات البطالة بشكلٍ ملحوظ من ١١٪ في عام ٢٠١٨ (منظمة العمل الدولية وإدارة الإحصاء المركزي ٢٠١٨-٢٠١٩) إلى ٢٩٪ في عام ٢٠٢١ (منظمة العمل الدولية وإدارة الإحصاء المركزي ٢٠٢٢). وفي ما يتعلق بالفقر النقدي، كان حوالي ثلاثة أرباع السكان يعيشون بأقل من ٧٠٦,٠٥٠ ل.ل. لكل شخص بالغ في الشهر عام ٢٠٢١، في حين أن نسبة السكان الذين يعيشون بدخل منخفض للغاية (أقل من ٤٧٠,٧٠٠ ل.ل. لكل شخص بالغ في الشهر) شكلت أكثر من الثلث (٣٤.١٪) في العام ٢٠١٨ (منظمة العمل الدولية واليونيسف ٢٠٢١). علاوةً على ذلك، إذا أُخذت مختلف مظاهر الفقر بعين الاعتبار (وليس فقط مقياسه النقدي)، يتبين أن حوالي ٨٢٪ من الأسر المعيشية تقع تحت مقياس خط الفقر المتعدد الأبعاد (الإسكوا ٢٠٢١).

لمحة عامة عن تأثير الأزمة على الأسر الليبنانية

يصف هذا القسم التكوين العام للعينة، والوضع الاجتماعي-الاقتصادي للمستطلعين/ات من منظور شخصي، مع تركيز خاص على عوائدهم/هن ووضعهم/هن الوظيفي قبل الأزمة وبعدها. وهو بالتالي يصف تأثير الأزمة الاقتصادية والاجتماعية المتعددة المستويات على سبل معيشتهم/هن ووظائفهم/هن.

قبل العام ٢٠١٩، كانَ حوالي ٥٥.٢٪ من المُستطلعين/ات يتقاضون/ين دخلًا شهريًا يزيد عن مليوني ليرة لبنانية (ل.ل.)، المُشار إليها في ما بعد بالليرة، أي ما يقارب ١٣٢٠ دولارًا، وفقًا لسعر الصرف قبل الأزمة البالغ ١٥٠٧ ليرة للدولار الواحد). في الاستطلاع الذي أجريناه، يمكن اعتبار حوالي ٦٢.٢٪ من المُستطلعين/ات ضمن فئة الفقراء، بما أنهم/هن يصرحون/ن حاليًا عن دخل شهري أقل من ٨ ملايين ليرة، أي أقل من ٢٠٠ دولار شهريًا وفقًا لسعر الصرف الحالي. وضمن هذه المجموعة الأقل دخلًا، أعلن حوالي ٩٪ أن دخلهم/ن الشهري حاليًا لا يتجاوز المليون ليرة (٥٠ دولارًا)، بينما صرَّحَ ٣١.٤٪ عن دخل شهري يتراوح بين ٢ و ٥ ملايين ليرة (٥٠ دولارًا و ١٢٥ دولارًا)، وقال ٢١.٨٪ منهم/ن أن دخلهم/ن الشهري يتراوح بين ٥ و ٨ ملايين ليرة (١٢٥ دولارًا و ٢٠٠ دولار).

الرسم ٢ - التطور الفصلي للخسائر في الوظائف بعد العام ٢٠١٩

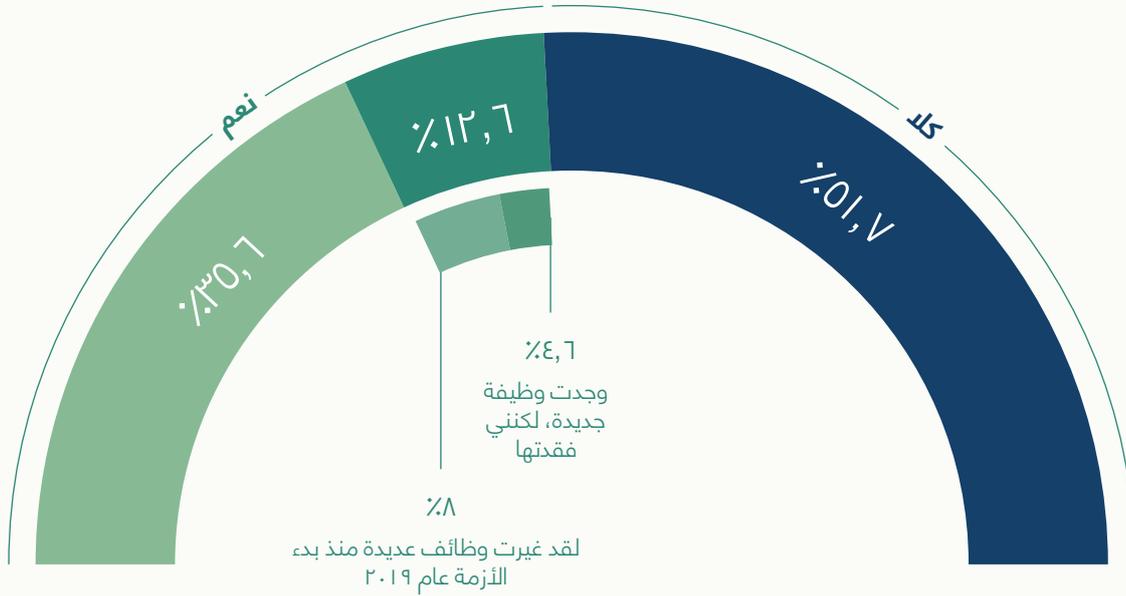


لقد فقدَ حوالي ١٣.١٪ من المُستطلعين/ات ووظائفهم/هن بعد أزمة ٢٠١٩، وبلغت خسائر الوظائف ذروتها في الربع الأول من العام ٢٠٢٠. بدأت موجة ثانية من خسائر الوظائف في الربع الثالث من العام ٢٠٢٠ وبلغت ذروتها خلال الربع الرابع من العام عقب انفجار مرفأ بيروت.

ويُعزى السبب الرئيسي لفقدان الوظائف إلى خطط التسريح في حوالي ٤٤.٨٪ من الحالات، يليها القرار الشخصي بالاستقالة من الوظيفة في ٣٥٪ من الحالات. غالبية الأشخاص الذين فقدوا وظائفهم/ن لم يستطيعوا العثور على عمل جديد، ويشكلون حوالي ٥١.٧٪ من الحالات. وهناك فئة إضافية نسبتها ٤.٦٪ ممّن وجدوا وظيفة أخرى لكن فقدوها في نهاية المطاف، واضطر حوالي ٨٪ إلى تغيير عدة وظائف بعد العام ٢٠١٩.

في حال فقدت وظيفتك بعد عام ٢٠١٩، هل وجدت وظيفة جديدة؟

الرسم ٣ - إعادة الإدماج المهني للأشخاص الذين فقدوا وظائفهم بعد عام ٢٠١٩



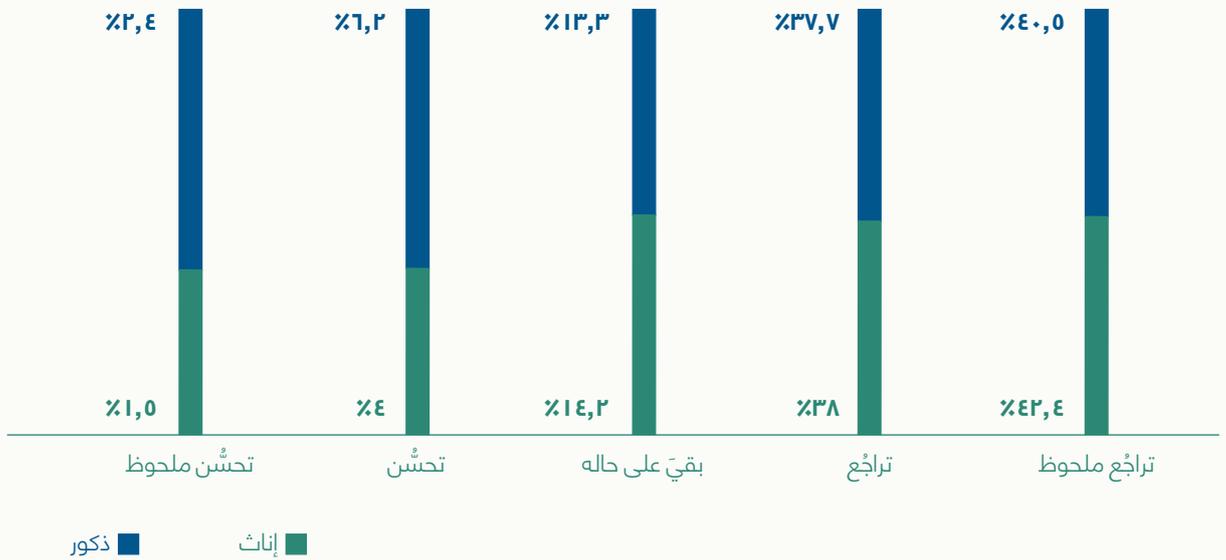
من بين مجموعة الأشخاص الذين تمكنوا من الاحتفاظ بوظائفهم/ن التي كانوا يشغلونها قبل الأزمة، اضطر حوالي ٢٢.٨% منهم/ن إلى خفض ساعات عملهم/ن.

أخيرًا، صرح حوالي ١٢.٨% من المُستطلّعين/ات بأنهم/هن اضطروا/ن إلى العمل في وظائف متعددة بعد أزمة ٢٠١٩، بينما اضطر ١٠.٣% من المُستطلّعين/ات إلى تغيير نشاطهم/هن المهني، حيث يعمل معظمهم/هن اليوم في قطاع اقتصادي مختلف.

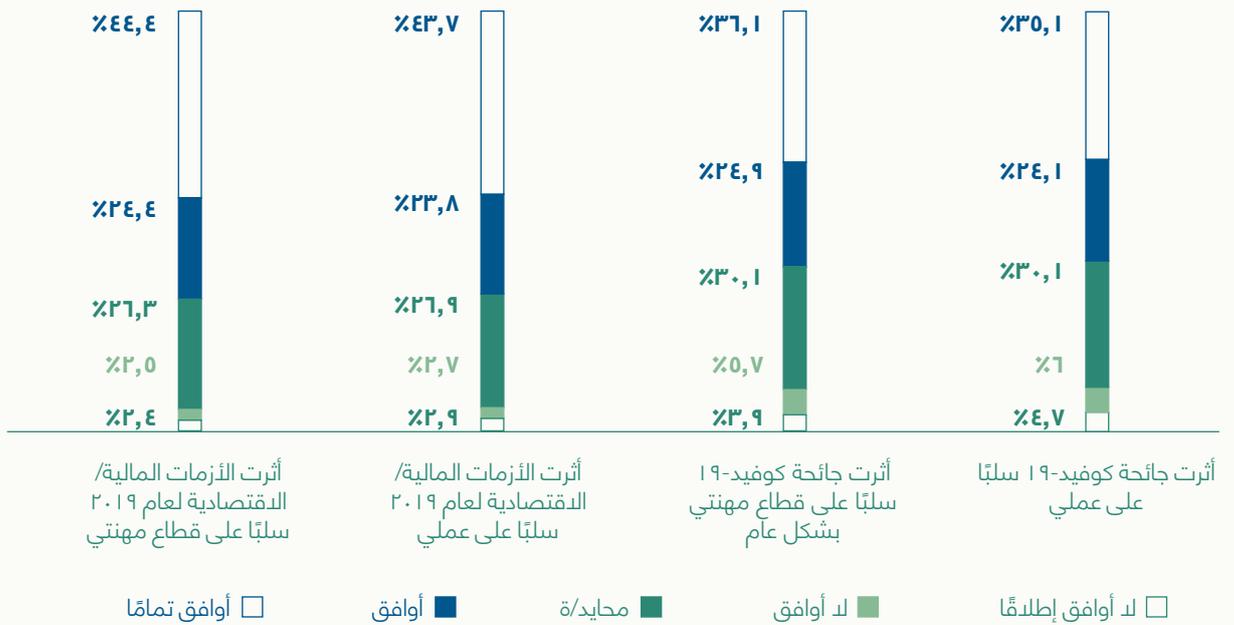
نتيجةً لذلك، أعلنت الغالبية الساحقة من المُستطلّعين/ات أن وضعهم/هن الاجتماعي-الاقتصادي قد تراجع مع اندلاع الأزمة اللبنانية. ويطال هذا التراجع في الوضع الاجتماعي-الاقتصادي من منظور ذاتي حوالي ٧٩.٢% من المُستطلّعين/ات، بينما اعتبر ١٣.٨% أنهم/هن حافظوا/ن على الوضع نفسه، و فقط ٧% شعروا/ن أن وضعهم/هن قد تحسّن. وتجدر الإشارة إلى أن النساء أكثر ميلًا إلى الشعور بتراجع وضعهن الاجتماعي-الاقتصادي مقارنةً بالرجال.

ختامًا، بالنسبة إلى المُستطلّعين/ات، كان للأزمة المالية تأثير سلبي أكبر من تأثير جائحة كوفيد-١٩ على النشاط المهني الفردي والقطاع الاقتصادي. وبالفعل، يوافق ٥٩.٢% من المُستطلّعين/ات أو يوافقون تمامًا على أن الجائحة أثرت سلبيًا على نشاطهم/هن الاقتصادي الشخصي، بينما يوافق ٧٧.٠% منهم/هن أو يوافقون تمامًا على أن الأزمة المالية أثرت سلبيًا عليه. وبالمثل، حوالي ٦١% من المُستطلّعين/ات إما يوافقون أو يوافقون تمامًا على أن الجائحة قد أثرت سلبيًا على قطاعهم/هن الاقتصادي، بينما يوافق ٦٨.٨% منهم/هن أو يوافقون تمامًا على تأثيره سلبيًا بالأزمة المالية. والأهم من ذلك، نجد الاختلاف في الرؤية بين مجموعة الأشخاص الذين يوافقون تمامًا على أنه كان للأزمة المالية تأثير أكثر شدة على الوظائف والقطاعات الاقتصادية. لذلك، نستنتج أن المواطنين/ات اللبنانيين/ات يعتبرون أنه للانهيار المالي لعام ٢٠١٩ تأثير أسوأ على الوظائف والمهن من تأثير الأزمة الصحية المرتبطة بجائحة كوفيد-١٩.

الرسم ٤ - الوضع الاجتماعي-الاقتصادي الملموس بحسب النوع الاجتماعي، قبل الأزمة وبعدها



الرسم ٥ - التأثير الملموس لجائحة كوفيد-١٩ والأزمة المالية على الوظيفة الشخصية والقطاع الاقتصادي



مؤشرات حول مستويات تغطية الليبنانيين/ات

على الصعيد العالمي، ٦٦٪ فقط من سكان العالم ينتمون بشكل فعلي إلى برنامج عام يضمن الوصول إلى الرعاية الصحية بتكلفة ميسورة. علاوةً على ذلك، ٤٧٪ فقط من سكان العالم مشمولون فعليًا بشكل واحد على الأقل من تقديمات الحماية الاجتماعية (باستثناء تقديمات الرعاية الصحية وتقديمات المرض)، وأقل من ٣٤٪ من الأشخاص ذوي الإعاقات الشديدة مشمولون بالتقديمات النقدية (منظمة العمل الدولية ٢٠٢٢).

وبالمقارنة، يُظهر الاستطلاع الذي أجريناه أن نسبة كبيرة من المواطنين/ات اللبنانيين/ات مُستبعدة من النظام الرسمي للحماية الاجتماعية، وبالتالي لا يستفيدون من أي نوع من التغطية الاجتماعية، كما أن مستويات تغطية العاطلين/ات عن العمل والأشخاص ذوي الإعاقة أقل من المتوسطات الدولية. إضافةً إلى ذلك، وبما أن الضمان الاجتماعي يُعد عنصرًا محوريًا في حقوق العمل، فمن المهم أن نفهم كيف يتفاوت مستوى التغطية بين مختلف الفئات الاجتماعية-المهنية. وتُعتبر البيانات المصنفة بحسب المنطقة والنوع الاجتماعي أساسية لقياس التفاوتات المحلية والفجوات بين الجنسين في الحماية الاجتماعية. بالتالي، ثمة أربعة مؤشرات رئيسية ذات أهمية خاصة لقياس مستوى التغطية في المشهد الحالي للحماية الاجتماعية، وفهم كيفية تطوره منذ بداية الأزمة:

١. «نسبة السكان غير المشمولين بأي تأمين صحي»؛
٢. «نسبة العاطلين/ات عن العمل المستفيدين/ات من التأمين الصحي»؛
٣. «نسبة المنتسبين/ات إلى برنامج عام يضمن الحصول على الرعاية الصحية بتكلفة ميسورة»؛
٤. «نسبة الأشخاص ذوي الإعاقة الذين يتلقون التقديمات».

١. خط التأمين ومستويات التغطية اللبنانيين/ات

ولكن، يُظهر الاستطلاع تباينًا مهمًا بين المناطق. فتصل نسبة اللبنانيين/ات الذين/اللواتي لا يحظون/ين بأي نوع من الحماية إلى أدنى مستوياتها في بيروت (٢٥٪)، وجبل لبنان (٢٨.٩٪)، في حين أن هذه النسبة تتضاعف في الجنوب (٥٧.٧٪) أو في بعلبك-الهرمل (٥٨.٦٪)، وتبلغ ذروتها في النبطية (٦٥.٧٪).

أظهر نظام الحماية الاجتماعية مستويات تغطية منخفضة جدًا حتى قبل اندلاع الأزمة الاقتصادية اللبنانية، إذ أن الكثير من العاملين/ات اللبنانيين/ات محرومون/ات قانونًا أو بحكم الواقع من الوصول إلى برامج وصكوك التغطية الأساسية (المعهد المالي ٢٠٢١). والواقع أن غالبية الشعب اللبناني لا تتمتع بحق الحصول على معاشات تقاعدية كما أن المنتسبين/ات إلى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي لا يستفيدون إلا من تعويض نهاية الخدمة. كذلك، فإن ٤٢.١٪ من الشعب اللبناني لا يحظى بتغطية مباشرة من أي خطة تأمين صحي (منظمة العمل الدولية وإدارة الإحصاء المركزي ٢٠١٨ - ٢٠١٩).

الرسم ٦ - اللبنانيون/ات المؤمن عليهم/هن من القطاع الخاص أو العام مقارنةً مع اللبنانيين/ات غير المؤمن عليهم/هن



كشفت الاستطلاع الذي قمنا به أن ٦٠.٤٪ فقط من المُستطلعين/ات يستفيدون/يستفدن حاليًا من خطة تأمين واحدة على الأقل (سواء كان التأمين خاصًا أو عامًا)، في حين أن ٣٩.٦٪ لا يحظون/ين بأي تغطية على الإطلاق ولا يتمتعون بأي نوع من الحماية. ويبدو أن الاختلاف بين الجنسين ضئيل رغم أن عدد النساء (٦٢٪) اللواتي يحظين بالتغطية أكبر بقليل من عدد الرجال الذي يحظون بالتغطية (٥٨.٩٪).

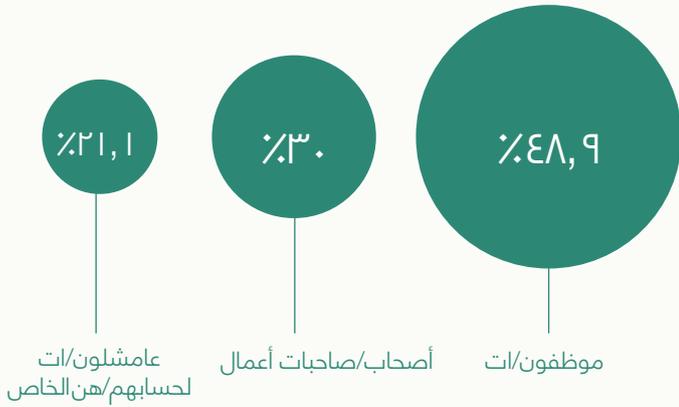


تعود هذه الفوارق بين المناطق إلى تقسيم سوق العمل على الصعيد المحلي. على سبيل المثال، تُعتبر نسبة ربات المنازل والعاملين/ات لحسابهم/هن الخاص أكثر ارتفاعًا أيضًا في النبطية (١٦.٣٪ و ٢٤.٧٪ على التوالي)، في حين أن نسب العاملين/ات المياومين/ات هي الأعلى في بعلبك-الهرمل (٧٨٪)، ثم في النبطية (٥٣.٨٪). أما نسبة العاملين/ات المياومين/ات في بيروت فهي الأدنى (٣.٩٪) كما هو الحال بالنسبة لربات المنازل (٣.٥٪).

٢. الحماية الاجتماعية وفقًا لنوع العمل

تتطوي برامج الحماية الاجتماعية على تدابير مختلفة مرتبطة بالتأمين الاجتماعي والمساعدة الاجتماعية وسياسات سوق العمل. ولكن في لبنان، لا تزال البرامج القائمة على الاشتراكات تُهيمن عليها، وبالتالي يختلف مستوى التغطية لدى اللبنانيين/ات بحسب نوع عملهم/هن. النظامية، وصرح ٢١.١٪ منهم/هن أنهم/هن عاملون/ات لحسابهم/هن الخاص، أما الموظفون/ات^٧ فشكّلوا لـ ٤٨.٩٪ من المُستطَلعين/ات.

الرسم ٧ - الوظائف بحسب نوع العمل في الوظيفة الرئيسية



اللافت هو تدهور مستوى التغطية العامة للعاطلين/ات عن العمل بشكل ملحوظ بعد أزمة ٢٠١٩، إذ كان ٤٢.٢٪ منهم/هن يحظون/ين بالتغطية قبل الأزمة (وذلك لأنهم مسجلون/ات على اسم أحد أفراد الأسرة) غير أن ٩.٣٤٪ منهم/هن فقط لا يزالون/يزلن يستفيدون/يستفدن في الوقت الحالي من التغطية العامة. وغالبية هؤلاء يحظون/ين بتغطية الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي (٢٠.٨٪ مقارنةً مع ٢٩.٧٪ قبل الأزمة)، تليها القوى العسكرية والأمنية إذ تقدم التغطية لـ ١٠.٤٪ من الأشخاص العاطلين عن العمل عن طريق أحد أقربائهم/ن، وأخيرًا تعاونية موظفي الدولة التي تغطي ٣.٨٪ من الأشخاص العاطلين عن العمل. وبشكل عام، ٦٥٪ تقريبًا من العاطلين/ات عن العمل لا يحظون/ين بأي شكل من أشكال التأمين العام.

يُشكّل أصحاب/صاحبات الأعمال ورواد/رائدات الأعمال المجموعة الأكبر التي تحظى بتغطية التأمين الخاص (دَكَرَ ٦٩.٨٪ منهم/هن أنهم/هن اشتركوا/اشتركن في تأمين خاص)، في حين أن الموظفين/ات الذين/اللواتي لديهم/ن عمل نظامي يعقد عمل مسجل يشكّلون/يشكلن المجموعة الأكبر التي تحظى بتغطية الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي (حوالي ٤٠.٥٪).

٣٤,٩٪

فقط لا يزالون/يزلن يستفيدون/يستفدن في الوقت الحالي من التغطية العامة

٤٢,٢٪

عاطلين/ات عن العمل يحظون/ين بالتغطية العامة قبل الأزمة

٧- تجدر الإشارة إلى أن ارتفاع نسبة أصحاب/صاحبات الأعمال في العينة التي استندنا إليها يعود إلى بعض القيود التي سبق وتم توضيحها في المقدمة في ما يتعلق بأخذ العينة (أي استبعاد المساكن غير النظامية، والسكان غير اللبنانيين/ات، والسكان دون ١٨ عامًا).

يمكن أن تندرج نسبة كبيرة من المُستطلّعين/ات الذين يعلنون أنهم/هن أصحاب/صاحبات عمل أو رواد/رائدات أعمال تحت مستويات مختلفة من العمالة غير النظامية (إما العمل في قطاع غير نظامي أو مؤسسة غير نظامية، وإما العمل بشكل غير نظامي في شركة نظامية أو في قطاعٍ نظامي).

بالتالي، قد تشير البيانات التي تم جمعها من خلال الاستطلاع الحالي إلى نقص في تقدير نسبة العمالة غير النظامية المتوقعة في الدراسات الأخرى المتاحة التي تقيس العمالة غير النظامية على وجه التحديد. أظهر آخر تحديث للمسح الوطني للقوى العاملة أن ٦٢.٤٪ من القوى العاملة اللبنانية تندرج تحت ما يسمى «فئة العمالة غير النظامية» في حين قدرت العمالة في القطاع غير النظامي بـ ٤٨.٣٪ من إجمالي العمالة (منظمة العمل الدولية وإدارة الإحصاء المركزي ٢٠٢٢). وعلى الرغم من أن الاستطلاع الذي أجريناه لم يهدف إلى تقدير العمالة غير النظامية إلا أنه يوضح أن مستوى التغطية العامة ينخفض بشكل كبير عندما لا ي/تكون الموظف/ة مسجلاً/ةً بشكلٍ نظامي في وظيفة نظامية. في الواقع، شكّل العاملون/ات لحسابهم/هن الخاص المجموعة الأكثر إقصاءً من تغطية الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي (٢٤.٨٪ فقط مقارنةً مع ٤٠.٥٪ من العاملين/ات نظامياً وفقاً لعقود عمل نظامية).

٦٢,٤٪

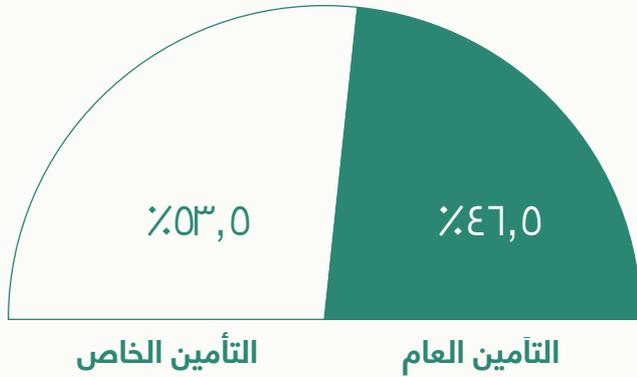
من القوى العاملة اللبنانية تندرج تحت ما يسمى «فئة العمالة غير النظامية»

كذلك، يُظهر الاستطلاع أنه بين السكان غير الناشطين اقتصادياً، أكثر من نصف (٥٣٪) ربات المنازل (تتكوّن هذه الشريحة من النساء بشكل شبه حصري) وثلاث المتقاعدات (٣٥٪) غير مشمولين/ات حالياً بأي برنامج للتأمين العام. وبعد أزمة العام ٢٠١٩، انخفضت نسبة ربات المنازل اللواتي يحظين بتغطية الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي من ٢٦.١٪ إلى ١٩.٨٪، أما المتقاعدون/ات الذين/اللواتي يحظون/يُنّ بتغطية الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي فانخفضت نسبتهم/هن من ١٦.٣٪ إلى ١٤.٨٪.

أخيراً، لم يستطع الاستطلاع قياس مستويات تغطية الموظفين/ات غير النظاميين/ات نظراً لأن العمالة غير النظامية تشمل ظروف عمل مختلفة لا يمكن رصدها إلا من خلال استطلاع للقوى العاملة. وفقاً للمبادئ التوجيهية لمنظمة العمل الدولية^٨، تشمل العمالة غير النظامية العدد الإجمالي للوظائف غير النظامية. ويُعتبر أن الموظفين/ات يعملون/يعملن في وظائف غير نظامية إذا كانت علاقة العمل الخاصة بهم/هن، سواء في القانون أو في الممارسة، لا تخضع لتشريعات العمل الوطنية أو ضريبة الدخل أو الحماية الاجتماعية أو الأحقية في التمتع ببعض التقديمات الوظيفية (إشعار مسبق بالفصل أو تعويض نهاية الخدمة أو إجازة سنوية مدفوعة الأجر أو إجازة مرضية مدفوعة الأجر، إلخ). وينطبق الأمر نفسه على العاملين/ات لحسابهم/هن الخاص، أو أصحاب العمل العاملين في المؤسسات الخاصة بهم في القطاع غير النظامي، أو العاملين/ات المساهمين/ات من الأسرة. استناداً إلى هذا التعريف،

٣. السكان المضمونون: برنامج التأمين العام مقارنةً مع خطط التأمين والتغطية الخاصة

الرسم ٨ - المضمونون/ات: التأمين العام مقارنةً مع التأمين الخاص



في لبنان، يُقدّم الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي التغطية للعاملين/ات النظاميين/ات في القطاع الخاص. ويتم تمويل الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي عن طريق اشتراكات تصل إلى ٢٣.٥٪ من رواتب العاملين/ات، مع تغطية من جانب صاحب العمل نسبتها ٢١.٥٪، أما العامل/ة فيتعين عليه/ا المساهمة بنسبة ٢٪ من الراتب. ويغطي الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي مخاطر اجتماعية عدة، مثل التأمين على المرض ورعاية الأمومة، ومخصصات العائلة والتعليم، وتعويض «نهاية الخدمة». ولكنّ الضمان لا يوفر معاشًا تقاعديًا، بل مبلغًا مقطوعًا يستند إلى عدد سنوات الخدمة، ما يؤدي إلى إبقاء الكثير من المتقاعدين/ات بدون راتب تقاعدي أو تغطية طبية^٩.

أظهر استطلاعنا أنه بين المستفيدين/ات من التغطية الطبية، ٦١.٥٪ فقط يتمتعون/يتمتعن بالتأمين العام (تعاونية موظفي الدولة أو الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي أو صناديق القوى العسكرية والأمنية)، في حين أن غالبية الأشخاص الذين يحظون بالتغطية يعتمدون على التأمين الخاص (٣٩.٥٪) من دون وجود اختلافات كبيرة بين الجنسين.

ولكن، بين الأشخاص المشمولين بالتأمين العام، يغطي الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي عددًا أكبر من النساء، في حين أن تعاونية موظفي الدولة تغطي عددًا أكبر من الرجال.



تعاونية موظفي الدولة
تغطي عددًا أكبر من
الرجال



يغطي الصندوق الوطني
للضمان الاجتماعي عددًا
أكبر من النساء

يمكن أن ينتمي موظفو/ات القطاع العام إلى مختلف صناديق التأمين الاجتماعي المخصصة للعاملين/ات، أي تعاونية موظفي الدولة من جهة والبرامج الخاصة بالجيش والأمن الداخلي وأمن الدولة والأمن العام من جهة أخرى. وعلى عكس السكان الذين يحظون بتغطية الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي، عند التقاعد عادةً يتمتع العاملون/ات في القطاع العام بحرية الاختيار ما بين تعويض نهاية الخدمة أو المعاش التقاعدي الدائم^{١٠}.

بحسب وزارة الصحة العامة، كانّ الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي المساهم الأول في النفقات الصحية في البلد قبل الأزمة، حيث شكلت مساهمته حوالي ٢٠٪ من إجمالي النفقات الصحية في العام ٢٠١٧، يليه التأمين الخاص (١٣.٦٪)، في حين أن صناديق القوى العسكرية والأمنية تساهم بأقل من ٥٪ من المبلغ الإجمالي^{١١} (وزارة الصحة العامة، ٢٠١٧).

٩- وإذا خسر الشخص وظيفته قبل إتمام ٢٠ عامًا على الأقل، يخضع لمعايير من الحقوق المخفضة (جارموزيك ونخلة، ٢٠١٨). في العام ٢٠١٧، تم توسيع نطاق تغطية الرعاية الصحية في الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي لتشمل المتقاعدين/ات (القانون رقم ٢٧/٢٠١٧). ولكن يتعين على المتقاعدة/أن ي/تكون قد أمضت/ت ٢٠ عامًا في وظيفته/ا ليُعتبر/ت مؤهل/ة للحصول على الرعاية الطبية (منظمة العمل الدولية ٢٠٢٠).

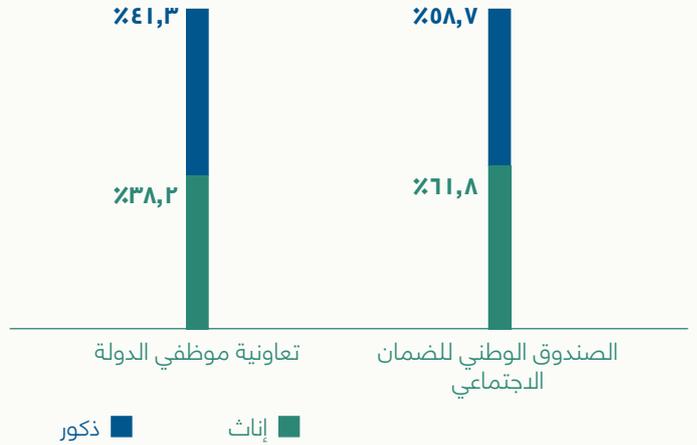
١٠- نظرًا إلى أن موظفي/ات القطاع العام يحصلون على معاش تقاعدي، كانوا/كن يُعتبرون/يُعتبرن «مجموعة مميزة»، على الأقل إلى حين نشوء الأزمة الحالية المتعددة المستويات وانخفاض قيمة العملة الوطنية، ما أدى إلى خفض تصنيف موظفي/ات القطاع العام (سكالا ٢٠٢٢).

١١- بعد الانهيار المالي الذي بدأ في العام ٢٠١٩، تغير المشهد الحالي للتغطية العامة بشكل كبير، وهذا ما سُنّطه في القسم الثاني، حيث لا تزال البرامج العامة تتبع جداول السداد باليرة اللبنانية، في حين أن الفواتير الطبية أصبحت كلها تقريبًا بالدولار، وبالتالي لا يتمتع الأشخاص الذين يحظون بتأمين عام بأي تغطية فعلية.

وتتركز في بيروت النسبة الأكبر من الأشخاص المعتمدين على التأمين الخاص (٦٣.٤٪) في حين أن الجنوب يضم النسبة الأكبر من الأشخاص المعتمدين على التأمين العام (٦٠.٢٪).

أخيرًا، وفقًا للعينة الإجمالية، حوالي ٢٨٪ من المُستطلّعين/ات ينتمون فعليًا إلى برنامج عام يضمن الحصول على الرعاية الصحية، مع الإشارة إلى أن هذه النسبة أقل من المتوسط العالمي البالغ ٦٦٪ (منظمة العمل الدولية ٢٠٢٢).

الرسم ٩ - السكان المشمولون بالتأمين العام بحسب النوع الاجتماعي: الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي مقارنة مع تعاونية موظفي الدولة



٤. تغطية الأشخاص ذوي الإعاقة (بحسب النوع الاجتماعي والمنطقة)

أظهر استطلاعنا أن ١٠.١٪ من المُستطلّعين/ات يصرحون/حن بأن فردًا واحدًا على الأقل من عائلتهم/هن هو/هي من ذوي الإعاقة. وتجدر الإشارة إلى أن هذه النسبة أعلى بكثير من الأرقام الرسمية الأخيرة المتوفرة (على الأرجح ١.٥٪) التي يتم فيها بالتأكيد التقليل من تقدير نسبة انتشار هذه الحالات من أجل تبرير الأموال العامة غير الكافية. وتُعدّ النسبة هي الأعلى في بعلبك-الهرمل (٢٠٪)، تليها بيروت (١٧.٩٪) ثم البقاع (١٣.٤٪)، أما النسبة الأدنى فهي في الجنوب (٣.٣٪).

وفي منطقة بعلبك-الهرمل والبقاع، غالبية الأشخاص ذوي الإعاقة لا يملكون بطاقة الإعاقة^{١٤}. وتُعتبر هذه النسبة هي الأدنى في جبل لبنان وبيروت، ما يدل على ضرورة بذل المزيد من الجهود من جانب وزارة الشؤون الاجتماعية من أجل شمل الأشخاص ذوي الإعاقة في المناطق النائية.

يشير مصطلح "الإعاقة" المستخدم في الاستطلاع إلى تعريف الأمم المتحدة الذي ورد كالتالي: "يشمل مصطلح "الأشخاص ذوي الإعاقة" كل من يعانون من عاهات طويلة الأجل بدنية أو عقلية أو ذهنية أو حسية، قد تمنعهم لدى التعامل مع مختلف الحواجز من المشاركة بصورة كاملة وفعالة في المجتمع على قدم المساواة مع الآخرين"^{١٥}. ويشكل الأشخاص ذوو الإعاقة ١٥٪ من سكان العالم. كذلك، تُظهر الإحصاءات الدولية بشكلٍ منتظم أن نسبة انتشار الإعاقة أكبر في البلدان ذات الدخل المنخفض (منظمة الصحة العالمية والبنك الدولي، ٢٠١١). ووفقًا لمنظمة الصحة العالمية، كانت نسبة الإعاقات في لبنان منخفضة جدًا في العام ٢٠٠٢ حيث شكّل الأشخاص ذوو الإعاقة ١.٥٪ من إجمالي السكان^{١٦}، مع العلم أن بعد العام ٢٠٠٢ لم تصدر أي بيانات رسمية عن لبنان. ومع ذلك، فإن معدل سنوات الحياة الصحية المفقودة بسبب الإعاقة أو اعتلال الصحة يبلغ حوالي ٩.١ سنوات، وهي من أعلى المعدلات في المنطقة (منظمة الصحة العالمية والبنك الدولي، ٢٠١١، ص. ٢٧٣).

١٢- اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة - المادة ١.

<https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities/article-1-purpose.html>

١٣- فُدرت نسبة حاملي/ات بطاقة الإعاقة الشخصية بـ ٢.٦٪ في العام ٢٠١٩ (اليونيسف ووزارة الشؤون الاجتماعية ٢٠١٩). وفي تقريرٍ حديثٍ، فُدرت نسبة الأشخاص ذوي الإعاقة بـ ٤٪ (منظمة العمل الدولية ٢٠٢٠، ص. ٩).

١٤- تمنح بطاقة الإعاقة الشخصية إمكانية الحصول على الرعاية من خلال المؤسسات المتخصصة التي تقدم حزمة من أنواع الرعاية، فضلًا عن خدمات العلاج والمعدات المتخصصة. ومع ذلك، يجب معالجة الثغرات الرئيسية في التشريعات والخدمات الخاصة بطاقة الإعاقة الشخصية من أجل زيادة تغطيتها الفعلية. وكما سبق وتبين في تقريرٍ حديثٍ، «أسباب عدة أودت إلى ظهور معدلات منخفضة من حالات الإعاقة المبلغ عنها. وتمت مناقشة هذه الأسباب بالتفصيل أدناه مع العلم أنها تشمل تعريف وتصنيف الإعاقات ١٤، والوصمة المرتبطة بالإعاقة، وانخفاض الإقبال على بطاقة الإعاقة الشخصية» (اليونيسف ووزارة الشؤون الاجتماعية ٢٠١٩، ص. ٤٦).

التغطية الفعلية لخطط التأمين الصحي

تُقاس التغطية الفعلية للحماية الاجتماعية عادةً بعدد الأشخاص المشتركين فعليًا في برنامج التأمين الاجتماعي أو الذين يستفيدون من التقديمات (القائمة أو غير القائمة على الاشتراكات). يتناول هذا القسم مستوى تغطية برامج التأمين الصحي (الخاصة أو العامة)، وتحديدًا معدلات تغطية خطط التأمين المختلفة. في الحالة اللبنانية، هناك العديد من برامج التأمين العامة والخاصة غير الفعّالة حاليًا، وذلك بسبب الآثار الجانبية السلبية لناحية الطلب والعرض. في الواقع، هناك أقلية محظوظة تشترك حاليًا في التأمين الخاص بالدولار الفريش^{١٥}، في حين أن نسبة كبيرة من السكان المضمونين مغطاة جزئيًا أو شبه غير مغطاة حاليًا بسبب عدم وضوح العملة التي ي/تستخدمها المشترك/ة لتغطية الاشتراك (الدفع باللولر^{١٦} أو بالليرة).

إضافةً إلى ذلك، يضطرّ المضمونون/ات إلى مواجهة قطاع التأمين المُجرَّب إلى حدّ كبير، مع وجود إخفاقات مؤسسية كبيرة من جانب المُزوِّدين الذين يتمتعون بسلطة غير متكافئة (سواء شركات التأمين الخاصة، أو الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي، أو تعاونية موظفي الدولة، أو الصناديق المشتركة، إلخ.)، كما أن المواطنين/ات غير قادرين/ات على تغيير شروط العقود من جانب واحد (عدم تغطية الأدوية أو العلاجات ذات الثمن الباهظ، أو عدم التعامل مع مستشفيات ومراكز طبية محددة، إلخ.).

خطة التغطية	مستوى التغطية
لا تغطية على الإطلاق	٣٩,٦٪
الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي (القطاع الخاص)	١٦,٩٪
القوى العسكرية والأمنية	٦٪
موظفو/ات القطاع العام/المعلمون/ات	٥,٤٪
التأمين الخاص	٣٣,١٪
اشتراك بالليرة	١١٪
اشتراك باللولر	٥,١٪
اشتراك بالدولار الأمريكي الفريش	١٦٪
المجموع	١٠٠٪

الجدول ٢ - مستويات التغطية بحسب نوع خطة التأمين

١٥ - تُشير عبارة «الدولار الفريش» إلى المعاملات النقدية بالدولار الأمريكي (الاوراق النقدية) و/أو الودائع النقدية أو التحويلات بالدولار الأمريكي، التي حصلت (سواء تم تحويلها أو استلامها) بعد ١٧ تشرين الأول/أكتوبر ٢٠١٩. وينطبق هذا التمييز نفسه على العملات الأجنبية الأخرى (وخاصةً للحسابات المصرفية باليورو الفريش). في المقابل، تدرج الودائع المصرفية بالدولار الأمريكي التي يعود تاريخها إلى ما قبل ١٧ تشرين الأول/أكتوبر ٢٠١٩ ضمن فئة «اللولر»، ما يعني أنها نظريًا بالدولار الأمريكي، ولكنها تخضع لقيود في التحويل والسحب، ويتم تنظيم سعر صرفها بالكامل من جانب المصرف المركزي اللبناني (راجع/ي الملاحظة التالية).

١٦ - «اللولر» هي تسمية ساخرة ابتكرها المحلل دان قزي للإشارة إلى الودائع المصرفية بالعملات الأجنبية التي تعود إلى ما قبل الأزمة، ما يعني في الوقت نفسه أن هذه الودائع هي للمفارقة «دولارات لبنانية» تخضع للنظام المالي اللبناني (في إشارة إلى المصطلح «LOL» المُستخدَم في لغة الإنترنت، ومعناه «الضحك بصوت عالٍ»). من الناحية العملية، أصبح «اللولر» عملة ذات سعر صرف أقل لجميع الودائع المصرفية بالعملات الأجنبية التي يعود تاريخها إلى ما قبل ١٧ تشرين الأول/أكتوبر ٢٠١٩، ما أدى إلى خفض قيمة هذه الودائع بحُكم الأمر الواقع نظرًا لزيادة الفارق مقارنة بسعر السوق.

١. تغطية التأمين الخاص وتحدياته

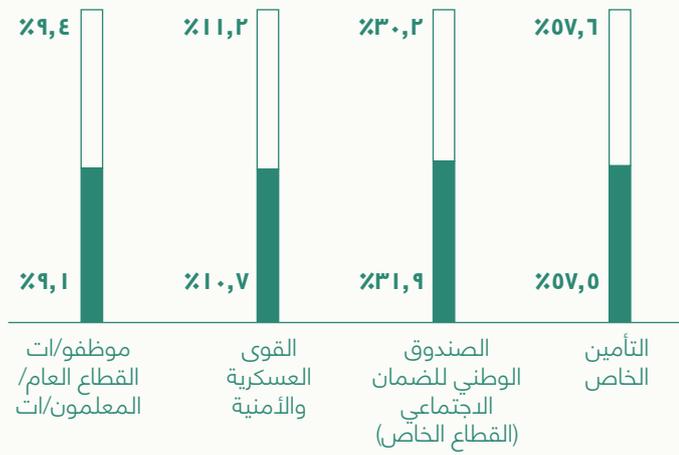
حتى قبل الأزمة، لم يكن معظم المواطنين/ات اللبنانيين/ات قادرين/ات على دفع تكاليف التأمين الخاص، وذلك لأن خطة التأمين الصحي الخاصة كانت مكلفة مقارنةً بدخل الأسرة المعيشية (وزارة الصحة العامة، ٢٠١٧). وأظهرت آخر البيانات المتاحة عن فترة ما قبل الأزمة أن ١٠.٥٪ من السكان لديهم/ن بوليصة تأمين صحي خاصة، وقد ارتفعت هذه النسبة بعد أن كانت تُساوي ٦.٥٪ في ٢٠٠٥ (منظمة العمل الدولية وإدارة الإحصاء المركزي ٢٠١٨-٢٠١٩).

وأظهرت دراسة حديثة أن أقل من ٢٠٪ من اللبنانيين/ات اعتمدوا حصريًا على شركات التأمين الخاصة (بما في ذلك الصناديق المشتركة) في عام ٢٠٢٢، واستفاد حوالي ١٠٪ من التأمين الخاص التكميلي لتغطية فارق الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي (للافلين وسعد ٢٠٢٢).

في الاستطلاع الذي أجريناه، شكّل المضمونون/ات عبر القطاع الخاص ٣٢.١٪ من مجموع العينة، أي ما يُمثّل ٥٧.٦٪ من المشمولين/ات بخطة معينة للتأمين الصحي. بالتالي، تظل شركات التأمين الخاصة هي المزود الأساسي للتغطية الصحية في البلد، يليها الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي.

في أعقاب أزمة عام ٢٠١٩ وبعد تدهور قيمة الليرة اللبنانية، باتت بالإمكان دفع قسط التأمين الصحي الخاص بالليرة أو بالولدر أو بالدولر الأمريكي الفريش، ويعتمد مستوى التغطية على العملة التي يُسدّد بها الاشتراك. بشكل عام، بالإضافة إلى القسط، يجب على المشترك/ة عادةً دفع تكاليف أخرى للرعاية الصحية، بما في ذلك الخدمات غير المغطاة، فضلًا عن المشاركة في تسديد جزء من التكاليف و/أو دفع مبلغ ثابت على حساب الشخص المضمون من أجل الحصول على الخدمات المغطاة. لذلك، حتى لو سدّد الشخص قسط التأمين بالدولر الأمريكي، أصبح المبلغ المتوجّب عليه/ا مكلفًا للغاية مقارنةً بمتوسط الدخل الشهري. أما الأشخاص الذين يشتركون في خطة التأمين الخاصة بهم/ن بالليرة أو اللولدر، فقد زادت النسبة التي يجب أن يغطيها المضمون/ة بشكل ملحوظ (للافلين وسعد ٢٠٢٢).

الرسم ١٠ - هيكلية مستويات التغطية، قبل الأزمة وبعدها



□ مستفيد/ين حاليًا من أي شكل من أشكال التأمين الاجتماعي

■ مشمول/ة بأي شكل من أشكال التأمين الاجتماعي قبل بداية الأزمات المتعددة عام ٢٠١٩

فحتى لو بقي هيكل خطط التأمين على حاله تقريبًا، قبل أزمة ٢٠١٩ وبعدها، إلا أن التغطية الفعلية للأشخاص المضمونين/ات قد انخفضت بشكل كبير. وفي الواقع، يبدو أن غالبية المُستطَلعين/ات استطاعوا الحفاظ على الخطط الصحية نفسها في أوقات الأزمات.

٣٩,٦٪

لا يتمتعون/يتمتعن بأي تغطية أو حماية على الإطلاق.

٦٠,٤٪

يستفيد حاليًا من برنامج تأمين واحد على الأقل، إما من خلال شركات التأمين الخاصة أو برامج التغطية العامة المختلفة.

المشاركة قبل الأُزمة. إضافةً إلى ذلك، قام ١٧.٤٪ من المُستطلّعين/ات بدفع اشتراكهم/ن باللولار، ما يعني أن تغطيتهم/ن الفعلية باتت مقسومة على ٥. فمثلاً، إذا كان/ت المضمون/ة مُغطى/مغطاةً بنسبة ٨٥٪ للأدوية قبل الأُزمة، فإن شركة التأمين اليوم ستغطي ١٧٪ فقط من الفاتورة إذا كان الاشتراك باللولار، وحوالي ٣.٥٪ إذا كان الاشتراك بالليرة. عملياً، أصبحت التغطية شبه معدومة بالنسبة إلى المشتركين/ات الذين/اللواتي يُسدّدون/ن أقساطهم/ن بالليرة، والذين يمثلون/ن حوالي ثلث المضمونين/ات، وأصبح واحد من كل ٥ أشخاص مغطى جزئياً.

ومع ذلك، انتقلَ نصف المشتركين/ات في التأمين الخاص إلى خطط صحية مغطاة بالليرة أو اللولار، وبالتالي يقبلون/لنَ بنسب مشاركة أعلى وتغطيات فعلية أقل. بالفعل، من بين مجموعة الأشخاص المشمولين/ات بخطط التأمين الخاصة، يدفع شخص واحد من كل شخصين قسط التأمين بالدولار، فيما يتوجب على النصف الآخر أن يدفع جزئياً بالليرة أو باللولار. وبحسب حساباتنا، كان على ٣٨.٩٪ من المضمونين/ات دفع أقساطهم/ن بالليرة، ما يعني أن تغطيتهم/ن الفعلية قد انخفضت بشكل ملحوظ، وباتت مقسومة على ٢٥ إذا ما قورنت بنسبة

إذا كان الاشتراك بالليرة.
عملياً، أصبحت التغطية
شبه معدومة بالنسبة
إلى المشتركين/ات الذين/
اللواتي يُسدّدون/ن
أقساطهم/ن بالليرة.

٢. تغطية الضمان الاجتماعي العام وتحدياته (بحسب الوضع الوظيفي، والنوع الاجتماعي، والمنطقة)

تعاونية موظفي الدولة أقل من ٦٪ في بيروت وجبل لبنان والبقاع وبعلمك-الهرمل. وبعد الأزمات، بقيت هذه الأرقام من دون تغيير يُذكر، باستثناء ارتفاع طفيف في النبطية (٢٧٪) وانخفاض طفيف في الجنوب (٦٪).

أخيرًا، لم يُسجَل أي تغيير في توّج مستويات التغطية عبر القوى العسكرية والأمنية بين المناطق. في عام ٢٠٢٢، سجّلت النسبة الأعلى في بعلمك-الهرمل (٢٢.٦٪)، ثمّ الجنوب (١٥.٢٪)، ثمّ الشمال (١٠.٥٪)، ثمّ جبل لبنان (١٠٪)، ثمّ البقاع (٩.١٪)، ثمّ النبطية (٨.١٪)، وصولًا إلى أدنى مستوى في بيروت (٥.٥٪).

وعلى عكس شركات التأمين الخاصة، لا تزال البرامج العامة ممولّة بالكامل من الاشتراكات المحصلة بالليرة اللبنانية، ومن خلال الموازنة العامة المتدهورة. وبما أن المراكز الطبية والمستشفيات الخاصة تتجه نحو الدولة الكاملة للفاتورة الطبية، لم تعد البرامج التي تديرها الدولة قادرة على تغطية فواتير المستشفيات ذات القيمة العالية، وخصوصًا في المستشفيات من الدرجة الأولى.

بالتالي، فإن العاملين/ات في القطاع العام، أو الموظفين/ات في الخدمة المدنية، أو العسكريين/ عناصر القوى الأمنية الذين كانوا يُعتبرون من بين الفئات الأكثر امتيازًا في معدلات التغطية قبل الأزمة (عبدو ٢٠١٩) يعانون حاليًا من علامات استفهام كبيرة لناحية تغطيتهم/ن الصحية، حيث يتعين عليهم/ن دفع مبالغ كبيرة من حسابهم/ن الخاص لقاء دخولهم/ن إلى المستشفى (سكالا ٢٠٢٢).

كذلك، فإن الفوارق الكبيرة بين الفاتورة الفعلية بالدولار وجدول الأسعار الرسمية القديمة للأدوية تدفع نسبة كبيرة من المضمونين/ات في القطاع العام إلى الاستغناء عن سداد فاتورة الأدوية الخاصة بهم/ن من خلال مؤسسات الضمان الاجتماعي الرسمي. في هذا

بحسب السجلات الإدارية للصندوق الوطني للضمان الاجتماعي، بلغ عدد المسجلين/ات في الصندوق ٦٢٠٦٥٦ شخصًا، واستفاد ٧٨٧٤٢٩ شخصًا من هذه التغطية في عام ٢٠١٤ (عبدو، ٢٠١٩)، فيما أظهرت آخر البيانات المتوفرة أن عدد المنتسبين/ات في برنامج الرعاية الصحية بلغ ٦٩٦٩٩٢ شخصًا، بالإضافة إلى أفراد العائلة الإضافيين البالغ عددهم/ن ٨٤٨٧٦١ (منظمة العمل الدولية، ٢٠٢٠).

في عينتنا، شكّل المُستطَلعون/ات المستفيدين/ات من الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي ١٦.٩٪ من إجمالي العينة، ويمثلون/ن ٣٠.٢٪ من المجموعة المستفيدة من التغطية الصحية. لذلك، يُعتبر الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي ثاني أكبر خطة تأمين صحي بعد شركات التأمين الخاصة. لا يوجد فرق ملحوظ بين الجنسين لناحية مستوى التغطية من الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي، غير أنّ الفوارق بين المناطق جديرة بالذكر. في الواقع، قبل الأزمة، كان مستوى تغطية الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي هو الأعلى في البقاع (٣٩.٧٪ من سكان البقاع الذين يستفيدون/يستفذن من التأمين الصحي هم مشمولون بالصندوق الوطني للضمان الاجتماعي)، يليه الجنوب (٣٨.٥٪)، ثم بعلمك-الهرمل (٣٢.٣٪)، ثم بيروت وجبل لبنان (٢٩٪)، في حين سجّلت أدنى مستويات التغطية بالصندوق الوطني للضمان الاجتماعي في الشمال وعكار (٢١.٦٪). بعد الأزمة، بقيت هذه المستويات من دون تغيير يُذكر في جميع المناطق، باستثناء بعلمك-الهرمل، مع انخفاض في تغطية الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي (من ٣٢.٣٪ إلى ٢٩٪). وبزيادة من ٣٨.٥٪ إلى ٤٣.٩٪، أصبح الجنوب هو المنطقة التي تتمتع بأعلى تغطية للصندوق الوطني للضمان الاجتماعي بعد الأزمة.

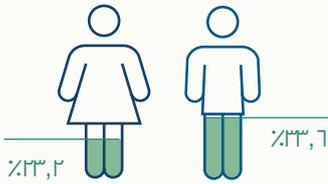
قبل الأزمة، سجّل كلٌّ من الشمال وعكار ثاني أعلى نسبة اعتماد على تعاونية موظفي الدولة (١٨٪)، بعد النبطية (٢٢.٥٪)، يليهما الجنوب (٩٪)، فيما بلغ مستوى تغطية

١٧-٨٠٪ من المستشفيات و٧٦٪ من شبكة مراكز الرعاية الصحية الأولية هي مؤسسات خاصة (جردي وآخرون ٢٠١٧)، وتصل النسبة إلى ٩٠٪ تقريبًا إذا أُضيفت إليها المراكز التي تديرها المنظمات غير الحكومية (منظمة العمل الدولية، ٢٠٢٠).

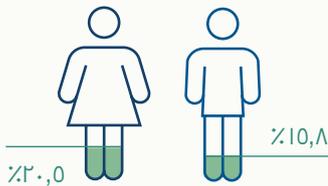
١٨- خلصت دراسة حديثة أيضًا إلى أن عمليات السداد من البرامج التي تديرها الدولة - التي لا تزال مرتبطة بسعر الصرف الرسمي قبل الأزمة - لا تمثل سوى حوالي ٤٪ من إجمالي فواتير المستشفيات (لافلين وسعد، ٢٠٢٢).

١٩- تجدر الإشارة إلى أنه يمكن العثور على حالات مماثلة في بعض صناديق التعااضد المهنية المتاحة لمختلف المجموعات المهنية أو النقابات التي تتعاقد عادةً مع شركات التأمين الخاصة. في الواقع، قررت بعض صناديق التعااضد أيضًا فسخ عقودها مع المستشفيات ذات التكاليف الباهظة بالدولار، وباتت تغطيتها تقتصر على مستشفيات أو مراكز طبية أو مختبرات محددة (للاستشفاء والخدمات الطبية الخارجية). رسميًا، كان هناك ٤٦ صندوق تعاضد، بما يُغطي ٩٪ من السكان (حوالي ٣٥٠ ألف مستفيد/ة) قبل الأزمة، مع أحجام متنوعة وتقديمات مختلفة (اتحاد صناديق التعااضد الصحية في لبنان، ٢٠١٩). وفي إحدى الدراسات الحديثة، تم إحصاء ٦٤ جمعية مشتركة تغطي حوالي ٣٤٠ ألف فرد (لافلين وسعد، ٢٠٢٢).

لا تزال البرامج العامة ممولة بالكامل من الاشتراكات المحصلة بالليرة اللبنانية، ومن خلال الموازنة العامة المتدهورة. وبما أن المراكز الطبية والمستشفيات الخاصة تتجه نحو الدولة الكاملة للفاتورة الطبية، لم تعد البرامج التي تديرها الدولة قادرة على تغطية فواتير المستشفيات ذات القيمة العالية، وخصوصًا في المستشفيات من الدرجة الأولى .



نسبة الأشخاص الذين لم يستخدموا خدمات التعاونيات في الأشهر الاثني عشر الماضية أعلى بكثير في صفوف الرجال مقارنة بالنساء



تعتمد النساء بشكل أكبر على التعاونيات في الاستشفاء والفحوصات الطبية والأدوية

الصدد، ارتأى شخص واحد من بين كل شخصين من المُستطلّعين/ات المضمونين/ات من خلال الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي والتعاونيات التي تديرها الدولة عدم الاستفادة من هذه الخدمات على الإطلاق في الأشهر الاثني عشر الماضية، وأعلن أقل من 20% من المُستطلّعين/ات أنهم راضون عن الخدمات. وتجدر الإشارة إلى أن النساء أكثر ميلًا للاستياء من خدمات التعاونيات التي تديرها الدولة والصندوق الوطني للضمان الاجتماعي مقارنةً بالرجال، ودرجة عدم الرضا هي الأعلى في البقاع وبعبلبك-الهرمل، بينما سُجّلت أدنى مستويات عدم الرضا في جبل لبنان.

أخيرًا، تقل احتمالية استخدام النساء لخدمات الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي مقارنةً بالرجال، وذلك لأن 38.5% من النساء لم يستخدمن خدمات الصندوق على الإطلاق في الاثني عشر شهرًا الماضية، مقارنةً بـ 35.5% للرجال. يميل الرجال بشكل خاص أكثر من النساء إلى استخدام خدمات الصندوق لتغطية أتعاب استشارة الأطباء (14.7% للرجال مقارنةً بـ 10.7% للنساء) ولتسديد ثمن الأدوية (18.2% للرجال مقابل 16.6% للنساء)، بينما سجّلت النساء مستوى أعلى في استخدام الفحوصات الطبية (16.6% للنساء مقارنةً بـ 14.8% للرجال). وأظهر الاستطلاع عدم وجود فوارق بين الجنسين لناحية الاستشفاء. تُلاحظ الفوارق بين الجنسين بنسبة أكبر ضمن الفئة التي تغطيها تعاونيات الدولة. فنسبة الأشخاص الذين لم يستخدموا خدمات التعاونيات في الأشهر الاثني عشر الماضية أعلى بكثير في صفوف الرجال (33.6%) مقارنةً بالنساء (33.2%). إضافةً إلى ذلك، تعتمد النساء بشكل أكبر على التعاونيات في الاستشفاء (20.0% للنساء مقابل 10.8% للرجال)، والفحوصات الطبية (21.4% للنساء مقابل 17.8% للرجال)، والأدوية (19.7% للنساء مقابل 16.4% للرجال).

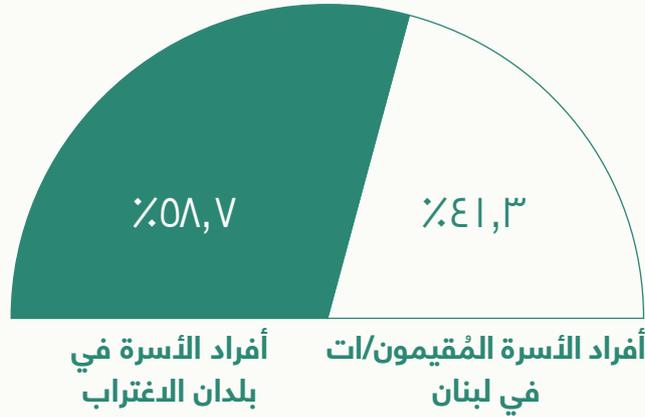
العائلة والتضامن: الفجوة بين الجنسين في الحماية الاجتماعية

في سياق الحماية الاجتماعية الضئيلة التي توّقرها الدولة، ي/تعتمد المواطنون/ات اللبنانيون/ات على المساعدة العائلية والشبكات الاجتماعية القائمة على التضامن لحماية أنفسهم/ن والآخرين من مختلف المخاطر الاجتماعية.

على الرغم من أن شخصًا واحدًا من بين كل شخصين قد صرّح بأنه لا يتلقّى أي نوع من المساعدة من عائلته، قال حوالي ٣١.٧٪ إنهم/ن يعتمدون/ن بشكل كبير على دعم العائلة، بينما أشار ١٣.٨٪ إلى أن العائلة ضرورية إلى حد ما لتقديم الدعم المالي والعيني.

ويبدو أن الدعم العائلي يعتمد إلى حد كبير على أفراد الأسرة المقيمين/ات في لبنان، على الرغم من أن ٤١٪ من المُستطلّعين/ات أعلنوا أنهم/ن يتلقون دعمًا من الأقارب المقيمين/ات في الخارج.

الرسم ١١ - الدعم من أفراد الأسرة في لبنان والخارج

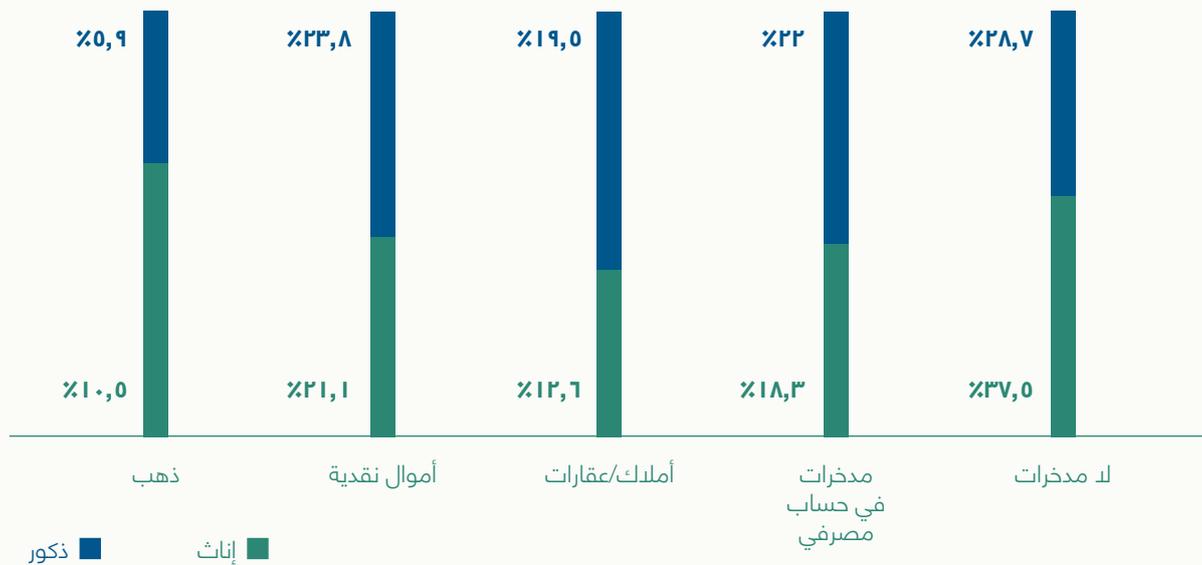


اللافت أن الاستطلاع لم يُظهر اختلافات كبيرة بين المناطق الجغرافية. ومع ذلك، فإن الفوارق بين الجنسين بارزة. تعتمد النساء بشكل كبير على دعم العائلة أكثر من الرجال (٥٥٪ للنساء مقابل ٣٥٪ للرجال). ويُعدّ هذا الدعم ضروريًا لتلبية الاحتياجات المعيشية لأكثر من ٥٦.٦٪ من المُستطلّعين/ات، كما أن النساء أكثر ميلًا إلى اعتبار هذا الدعم ضروريًا لتلبية احتياجاتهن الأساسية أكثر من الرجال (٦١.٥٪ و ٤٩.٢٪ على التوالي). كذلك، يبدو أن النساء أكثر اعتمادًا على الدعم الذي يقدمه أفراد الأسرة الذين يعيشون في لبنان (٦٠.٧٪ للنساء مقابل ٥٦.٤٪ للرجال)، بينما يبدو أن الرجال يستفيدون أكثر من دعم أفراد الأسرة الذين يعيشون في الخارج (٤٣.٦٪ للرجال مقابل ٣٩.٣٪ للنساء). وهذا قد يُفسّر أيضًا سبب حصول النساء على مساعدات عينية أكثر من الرجال، في حين يبدو أن التحويلات النقدية تعود بالفائدة أكثر على الرجال (٤٣.٦٪) أكثر من النساء (٤٠.٧٪). ويبدو أن المساعدة المقدمة من خلال التحويلات النقدية هي الأعلى في بيروت، بينما المساعدة العينية هي الأعلى في الجنوب.

اللافت أن الاستطلاع لم يُظهر اختلافات كبيرة بين المناطق الجغرافية. ومع ذلك، فإن الفوارق بين الجنسين بارزة. تعتمد النساء بشكل كبير على دعم العائلة أكثر من الرجال (٥٥٪ للنساء مقابل ٣٥٪ للرجال). ويُعدّ هذا الدعم ضروريًا لتلبية الاحتياجات المعيشية لأكثر من ٥٦.٦٪ من المُستطلعين/ات، كما أن النساء أكثر ميلًا إلى اعتبار هذا الدعم ضروريًا لتلبية احتياجاتهن الأساسية أكثر من الرجال (٦١.٥٪ و ٤٩.٢٪ على التوالي). كذلك، يبدو أن النساء أكثر اعتمادًا على الدعم الذي يقدمه أفراد الأسرة الذين يعيشون في لبنان (٦٠.٧٪ للنساء مقابل ٥٦.٤٪ للرجال)، بينما يبدو أن الرجال يستفيدون أكثر من دعم أفراد الأسرة الذين يعيشون في الخارج (٤٣.٦٪ للرجال مقابل ٣٩.٣٪ للنساء). وهذا قد يُفسّر أيضًا سبب حصول النساء على مساعدات عينية أكثر من الرجال، في حين يبدو أن التحويلات النقدية تعود بالفائدة أكثر على الرجال (٤٣.٦٪) أكثر من النساء (٤٠.٧٪). ويبدو أن المساعدة المقدمة من خلال التحويلات النقدية هي الأعلى في بيروت، بينما المساعدة العينية هي الأعلى في الجنوب.

بشكل عام، يُظهر الاستطلاع أن النساء يعشن في ظروف أقل استقرارًا من الرجال، على الرغم من مستويات التغطية المتشابهة بينهما، حيث يبدو أنهن يمتلكن أصولًا ومدخرات أقل لمساعدتهن في مواجهة المخاطر الاجتماعية والاضطرابات الاقتصادية وإدارتها. أولًا، تملك النساء مستويات ادخار أقل بكثير من الرجال. وصرّحت أكثر من امرأة واحدة من بين كل ثلاث نساء بأنها لا تملك أي مدخرات على الإطلاق، مقارنةً بـ ٢٨.٧٪ من الرجال. ثانيًا، تتمتع النساء بإمكانية أقل في الوصول إلى الممتلكات العقارية مقارنةً بالرجال (على التوالي، ١٢.٦٪ مقابل ١٩.٥٪). أخيرًا، يميل الرجال إلى امتلاك مدخرات نقدية أكثر من النساء (٢٣.٨٪ للرجال مقابل ٢١.١٪ للنساء)، وكذلك بالنسبة إلى المدخرات في الحسابات المصرفية (٢٢٪ للرجال مقابل ١٨.٣٪ للنساء).

الرسم ١٢ - المدخرات والممتلكات بحسب النوع الاجتماعي



من جهة أخرى، لدى النساء مدخرات من الذهب (غالبيتها عبارة عن مجوهرات) أكثر من الرجال، لكنّ وزنها النسبي لا يكاد يذكر (١٠٪ من إجمالي العينة) مقارنةً بفئات الادخار الأخرى.

الخلاصة

أظهر استطلاعنا أن ٢ من بين كل ٣ لبنانيين/ات يكسبون حاليًا أقل من ٢٠٠ دولار شهريًا، ويشعر أكثر من ٧٩٪ من المُستطلّعين/ات أن وضعهم/ن الاجتماعي-الاقتصادي (بحسب تصوّراتهم/ن الشخصية) قد تراجع في السنوات الثلاث الماضية. لا شك في أن هذه الأرقام لا تعكس بالكامل واقع الصعوبات الاقتصادية التي اندلعت في أعقاب الانهيار المالي عام ٢٠١٩. في الواقع، عند النظر إلى مظاهر الفقر المتعددة، كشفت الدراسات أن حوالي ٤ من بين كل ٥ لبنانيين/ات يعيشون حاليًا في فقرٍ متعدد الأبعاد (الإسكوا ٢٠٢١).

وقد كانَ للانهيار الاقتصادي في لبنان أثرٌ سلبي على إطار الحماية الاجتماعية في لبنان، مُسلّطًا الضوء على ما فيه من أوجه قصور هيكلية.

كشفَ هذا التقرير أنّ الطابع التوزيعي التنازلي الذي لطالما اتّصف به نظام الحماية الاجتماعية الوطني قد تفاقم بسبب الأزمة اللبنانية بأبعادها المتعددة. في الواقع، ٣٩.٦٪ من السكان لا يحصلون على أيّ تقديمات متعلقة بالحماية الاجتماعية ولا يحصلون على أيّ حماية على الإطلاق، ويتم حاليًا إقصاء المزيد من المواطنين/ات اللبنانيين/ات من نظام كان يُعتبر في الأساس نظامًا نخبويًا وحصريًا للحماية الاجتماعية. من ناحية أخرى، تبقى نسبة السكان اللبنانيين/ات الذين لا يستفيدون من أيّ حماية اجتماعية أقل من المتوسطات الإقليمية والعالمية، وهي على التوالي ٥٣.١٪ من سكان العالم و ٦٠٪ من سكان الدول العربية (منظمة العمل الدولية ٢٠٢١). في المقابل، أظهر استطلاعنا أن معدل التغطية قد انخفض بشكل ملحوظ بالنسبة لغالبية المضمونين/ات (في القطاع الخاص أو العام)، على الرغم من أن مستوى التغطية قد يبدو غير متغيّر نظريًا. في الواقع، في عينتنا، لم يكن لدى ٣٩.٦٪ من المُستطلّعين/ات أي تغطية على الإطلاق، وكانَ لدى ٢٨.٣٪ تغطية من خلال برامج عام باليرة، في حين اشترك ٣٢.١٪ من المُستطلّعين/ات في التأمين الخاص، إلّا أنّ ١٦٪ فقط دفعوا الاشتراك بالدولار الفريش.

٢ من ٣

لبنانيين/ات يكسبون حاليًا أقل من ٢٠٠ دولار شهريًا

٧٩٪

من المُستطلّعين/ات أن وضعهم/ن الاجتماعي-الاقتصادي (بحسب تصوّراتهم/ن الشخصية) قد تراجع في السنوات الثلاث الماضية

٣٩.٦٪ من السكان لا يحصلون على أيّ تقديمات متعلقة بالحماية الاجتماعية ولا يحصلون على أيّ حماية على الإطلاق، ويتم حاليًا إقصاء المزيد من المواطنين/ات اللبنانيين/ات من نظام كان يُعتبر في الأساس نظامًا نخبويًا وحصريًا للحماية الاجتماعية.

يتوزع قطاع الرعاية الصحية المُشْرذم بين مختلف برامج الضمان الاجتماعي العامة، والصناديق المشتركة، والتأمينات الخاصة. وجاءت الأزيمة الاقتصادية وجائحة كوفيد-١٩ لتزيد من هذه الشدمة المفرطة.

سكّل الأشخاص الذين لديهم/ن تأمين خاص حوالي ٣٢.١% من إجمالي عدد السكان، غير أنّ فئة الدخل المرتفع هي وحدها القادرة على الاشتراك بالدولار الفريش في خطة التأمين، بينما قام أكثر من النصف بتغطية اشتراكاتهم/ن باللولار حيث تُعتبر التغطية جزئية، أو بالليرة حيث تُعتبر التغطية شبه معدومة.

بالتالي، تبقى شركات التأمين الخاصة هي المزود الرئيسي لتغطية الرعاية الصحية، حيث تغطي ٣٢.١% من العينة بأكملها، يليها الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي (١٦.٩%) والتعاونيات الحكومية (١١.٤%). وعلى الرغم من أن مستوى التغطية لم يُسجّل أي تغيير نسبي بعد الأزيمة، فقد انخفض معدل التغطية بشكل ملحوظ. وبالفعل، فإن نصف الأشخاص الذين لديهم/ن تأمين خاص يشتركون حاليًا في خطة تأمين بالليرة أو اللولار، ما يعني أنهم/ن يستفيدون من تغطية جزئية فقط، في حين أن نسبة اللبنانيين/ات الذين قد يستفيدون من تغطية طبية شبه كاملة لا تتجاوز ١٦% من إجمالي عدد السكان.

إضافةً إلى ذلك، يختلف مستوى التغطية كثيرًا وفقًا للوضع الوظيفي، كما أنّ بعض الأشخاص غير الناشطين قد يبقون مشمولين بالتغطية من خلال أحد أفراد الأسرة العاملين/ات. ولا يستفيد حوالي ٦٥% من العاطلين/ات عن العمل من أي تأمين عام، وكذلك ٥٣% من ربات المنازل (جميعهنّ تقريبًا من النساء)، و٣٥% من المتقاعدين/ات. بعد أزمة عام ٢٠١٩، انخفضت نسبة ربات المنازل المشمولات بالصندوق الوطني للضمان الاجتماعي من ٢٦.١% إلى ١٩.٨%، في حين انخفضت تغطية الضمان للمتقاعدين/ات من ١٦.٣% إلى ١٤.٨%.

أدى تقلب سعر الصرف بين الليرة اللبنانية والدولار الأمريكي في ما يُسمى بـ«السوق السوداء» إلى ارتفاع كبير في الكلفة الفعلية للأدوية وخدمات الرعاية الصحية، مع زيادة هائلة في النفقات التي يُسددّها المواطنون/ات على حسابهم/ن الخاص، حتى بالنسبة للمضمونين/ات. وبالنسبة للمضمونين/ات من القطاعين العام والخاص، ربما بقيت مستويات التغطية من دون تغيير يُذكر، إلا أنّ المعدل الفعلي للتغطية قد انخفض بشكل ملحوظ نظرًا لأن النفقات التي تُسدد من جيوب المواطنين/ات بالدولار الأمريكي الفريش باتت أعلى بكثير، خاصةً عند مقارنتها بالإيرادات الحقيقية الآخذة في التراجع.

في هذا السياق، تعجز مؤسسات الضمان الاجتماعي العامة عن دعم ارتفاع التكاليف بسبب التدهور العام لميزانياتها وجداول السداد القديمة التي لا تزال مرتبطة بسعر الصرف الرسمي قبل الأزيمة. على سبيل المثال، قبل الأزيمة، كان الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي يُغطّي ٩٠% من كلفة الفاتورة الطبية، بينما كان يتوجب على الشخص المضمون أن يدفع ١٠% فقط من المبلغ. أما اليوم فقد انعكس الوضع رأسًا على عقب حيث يتوجب على الشخص المضمون أن يُغطّي حوالي ٩٠% من الفاتورة الطبية. بالتالي، فإن الأفراد الذين لديهم/ن ضمان عام يتحملون عبء الفاتورة الطبية من خلال الاستعانة بمدخراتهم/ن وأصولهم/ن - إن وجدت - وقد توقّف شخص واحد من بين كلّ شخصين منهم/ن عن الاستفادة من خدمات مؤسسات التأمين العامة.

بالنسبة لموظفي/ات الخدمة المدنية وموظفي/ات القطاع العام، أصبحت المصاريف التي عليهم/ن تسديدها مضخمة بشكل غير منطقي مقارنةً برواتبهم/ن، ما يشير إلى تراجع مكانة العاملين/ات والموظفين/ات في القطاع العام الذين كانوا يُعتبرون في السابق من الفئات الاجتماعية الأكثر حمايةً.

إضافةً إلى ذلك، يعاني المضمونون/ات (سواء في القطاع الخاص أو العام) من التوزيع غير المتكافئ للسلطة في سياقٍ من الإخفاقات المؤسسية المتزايدة. بالتالي، يُترك الأمر إلى الجهات الضامنة (الشركات الخاصة، ومؤسسات التأمين العامة، والصناديق المشتركة، إلخ) لإعادة تحديد شروط العقد، وفقًا لمصالحها، من دون أي معارضة من السلطات العامة (مثلًا: لجنة مراقبة هيئات الضمان) أو أي معارضة اجتماعية بارزة. فيمكن للجهات الضامنة أن تُعيد التفاوض بشأن معدلات التغطية بشكل عشوائي. ويمكنها أيضًا أن ترفض تغطية و/أو سداد تكاليف الأدوية أو الخدمات الصحية ذات الثمن الباهظ.

ختامًا، يعاني المضمونون/ات من نقصٍ في الأدوية والاستشفاء بسبب الدعم النقدي غير الفعال للمنتجات الصيدلانية (الذي يعود بالنفع على المستورد وليس المريض/ة أو المستخدم/ة النهائي/ة)، وعدم كفاية الميزانية الاجتماعية.

في الواقع، أثبتت آليات الدعم المالي والنقدي أنها غير فعالة وتأتي بنتائج عكسية. فالأولى كانت تُعاني في الأساس من عدم كفاية الأموال العامة ومن انخفاض الحيز المالي للحماية الاجتماعية. وبعد عام ٢٠١٩، تم تنفيذ الدعم العام بشكل أساسي من خلال السياسة النقدية لمصرف لبنان، ما أدى إلى تقويض ما تبقى من الإنفاق العام التضامني على الحماية الاجتماعية. من استفاد من إعانات مصرف لبنان هم مستوردو الأدوية والمنتجات الصيدلانية، وليس المستخدم/ة النهائي/ة (أي المريض/ة)، ففرض هذا الأمر نقصًا حادًا في الإمدادات. وهكذا، منذ أيلول/سبتمبر ٢٠١٩، عمل مصرف لبنان على توفير الدعم المالي لمستوردي الأدوية والمواد الطبية الأولية التي تستخدمها الصناعات الدوائية المحلية^{٢٠}. نتيجةً لذلك، شهدت السوق المحلية نقصًا في الأدوية بلغ ذروته في فضائح التقنين، والتسعير العشوائي، ومعاملات السوق السوداء المشبوهة. واضطرت مجموعات مختلفة من المرضى إلى اللجوء إلى منافسة السوق السوداء من أجل الحصول على الأدوية الأساسية أو استيراد الأدوية اللازمة بوسائلهم/ن الخاصة.

تُرجم هذا التحول نحو الإعانات النقدية إلى انخفاضٍ حاد في دخول المستشفى للمرضى الذين ليس لديهم/ن خطط تأمين بالدولار الفريش، أي الأشخاص الذين لديهم/ن ضمان عام، وبدرجة أقل الأشخاص الذين لديهم/ن تأمين خاص والذين يسدون خطة التأمين الخاصة بهم/ن بالليرة أو باللولار. حتى قبل الأزمة، كان كل من وزارة الصحة العامة والصندوق الوطني للضمان الاجتماعي يدينان للمستشفيات بفواتير متأخرة واشترابات غير مسددة. وبما أن هذه الفواتير المتأخرة هي بالليرة اللبنانية، وبالتالي تخضع لتداعيات انخفاض قيمة العملة الوطنية، فإن المستشفيات باتت تتردد حاليًا في قبول المرضى الذين لديهم/ن ضمان عام، وبدرجة أقل المرضى الذين لديهم/ن تأمين خاص والذين لا يسدون مدفوعاتهم/ن بالدولار الفريش. وإلا، قد تتعرض المستشفيات والمراكز الطبية للتقلبات في سعر الصرف وإمكانية عدم استيفاء الرسوم إلى حين تسوية الحسابات من جانب الجهات الضامنة. وبالتأكيد، سيكون لهذه التأخيرات آثار سلبية أخرى على القدرات المالية لهذه المستشفيات، الأمر الذي يُولد حلقة مفرغة في نظام الرعاية الصحية الذي بات شبه مخصص في لبنان. وفي ظلّ الفواتير الطبية الباهظة في المستشفيات الخاصة وعدم وجود بنى تحتية صحية كافية وملائمة في القطاع العام، أدت مستويات ومعدلات التغطية الطبية المنخفضة حاليًا إلى تراجع عدد المرضى في المستشفيات، في حين تعتمد شركات التأمين الخاصة إلى زيادة أقساطها المُكيفة بانتظام.

٢٠- نَظَّم التعميم الوسيط ٥٣٥ (٢٠١٩/١١/٢٦) الإعانات النقدية لمستوردي المنتجات الطبية والصيدلانية، من خلال توفير ٨٥٪ من العملة الأجنبية اللازمة لاستيراد الأدوية بسعر الصرف الرسمي المحدد سابقًا، و٥٠٪ للمستلزمات الطبية.

في هذا السياق، إذا تم بيع خطط التأمين الخاصة بسعرها الأكتواري، من المتوقع حصول انخفاض جذري في الأقساط، وذلك لأن شركات التأمين تواجه عملياً مستويات أقل من المطالبات ومستويات أقل من الاسترداد.

ومع ذلك، فإن مستويات التغطية التي لم تتغير نسبياً والزيادة في أقساط شركات التأمين الخاصة تشير إلى أن شركات التأمين الخاصة تعمل حالياً على زيادة هوامش ربحها، ما يشير إلى انتقال المنافع من المرضى المضمونين إلى شركات التأمين الخاصة، وتحويل الرفاه من الأشخاص المضمونين بالليرة إلى الأشخاص المضمونين بالدولار. نتيجةً لذلك، تعاني فئات اجتماعية مختلفة حالياً من انخفاض مستوى التغطية، وخصوصاً ربات المنازل (انخفضت نسبة ربات المنازل اللواتي يغطيهن الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي من ٢٦.١٪ إلى ١٩.٨٪)، والمتقاعدين (انخفضت نسبة المتقاعدين المشمولين بالصندوق من ١٦.٣٪ إلى ١٤.٨٪) والعاطلين/ات عن العمل (انخفضت نسبة العاطلين/ات عن العمل المشمولين ببرنامج تأمين عام من ٤٢.٢٪ إلى ٣٤.٩٪). فضلاً عن ذلك، يعاني بعض الذين حافظوا على نفس مستويات التغطية من انخفاض معدلات السداد وارتفاع النفقات المترتبة عليهم/ن، مثل الأشخاص الذين لديهم/ن ضمان عام (٢٨.٣٪)، والأشخاص ذوي الإعاقة (١٠.١٪)، والأشخاص الذين لديهم/ن تأمين خاص بالليرة أو اللولار (١٦.١٪). وفي حين أن الشراكة المفرطة تحدّ من الطابع الشمولي لنظام الحماية الاجتماعية اللبناني، فهي تؤدي حالياً إلى تعزيز التوزيع التنازلي (من الفئات الأكثر فقراً إلى الفئات الأكثر ثراءً) للسياسات الاجتماعية وآليات الدعم العامة.

قائمة المراجع

- Abdo, Nabil. 2019. "Social protection in Lebanon: From a System of Privileges to a System of Rights." Beirut: Arab NGO Network for Development.
- Abdo, Nabil. 2018. "The Quest for Social Justice in Lebanon: The need for fair taxation." Beirut: Arab NGO Network for Development.
- BLOMINVEST Bank. 2015. "The Saga of the Lebanese Healthcare Sector: Reforms on the Run amid Persistent Challenges." Beirut: BLOMINVEST Bank, 2015, May 23.
- Boustani, Iskandar, Sabine Hatem and Tonia Salameh. 2021. "Exploring Budget Transparency in the Middle East and North Africa. A Study of Jordan, Lebanon, Morocco and Tunisia." Beirut: Transparency International
- Cammett, Melanie. 2015. "Sectarianism and the Ambiguities of Welfare in Lebanon." *Current Anthropology*, 56 (S87-76), (11).
- Cammett, Melani. 2014. *Compassionate Communalism: Welfare and Sectarianism in Lebanon*, Ithaca: Cornell University Press.
- Cammett, Melani and Issar Sukriti. 2010. "Bricks and Mortar Clientelism: Sectarianism and the Logics of Welfare Allocation in Lebanon." *World Politics* 421-381 : (3) 62.
- ESCWA (United Nations Economic and Social Commission for Western Asia). 2021. "Multidimensional Poverty in Lebanon (2021-2019). Painful Realities and Uncertain Prospects." https://www.unescwa.org/sites/default/files/news/docs/-00634-21_multidimensional_poverty_in_lebanon_policy_brief_-_en.pdf
- European Commission. 2020. "Targeting poor households in Lebanon - The National Poverty Targeting Program." Beirut: European Commission · Knowledge for policy. https://ec.europa.eu/knowledge4policy/publication/targetingpoor-households-lebanon-national-poverty-targeting-program_en
- Institut des Finances Basil Fuleihan. 2021. "Social Protection Spending in Lebanon: A deep dive into State Financing of Social Protection." Partnership with UNICEF, Beirut: Budget Review policy Brief. <http://institutdesfinances.gov.lb/publication/socialprotection-spending-in-lebanon-a-dive-into-the-state-financing-of-social-protection/>
- International Labor Organization (ILO). 2022. *World Social Protection Data Dashboard*, www.social-protection.org/gimi/WSPDB.action?id=32
- ILO. 2021a. "World social Protection report 22-2020. Social Protection at the Crossroads – in Pursuit of a Better Future." Geneva: ILO.
- ILO. 2021b. "Vulnerability and Social Protection Gaps Assessment – Lebanon." ILO Prospects.
- ILO. 2020. "Extending Social Health Protection in Lebanon: The Role of the National Social Security Fund (NSSF) in Achieving Universal Health Coverage." Regional Office for Arab States Social Protection Department International Labour Organization. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---arabstates/--ro-beirut/documents/publication/wcms_780987.pdf
- ILO. 2012. "Social Security for all: Building social protection floors and comprehensive social security systems". Geneva: ILO.
- ILO. 1952. *Social Security (Minimum Standards) Convention, No 102*. ILO.
- ILO & CAS. 2019-2018. "Labor Force and Household Living Conditions Survey 2019-2018, Lebanon."
- ILO & CAS. 2022. "Lebanon Follow-up Labour Force Survey".

- ILO & CAS. 2020. "Vulnerability and Social Protection Gaps Assessment in Lebanon. A Microdata. Analysis based on the Labour Force and Household Living Conditions Survey 19/2018." Beirut: ILO Prospects.
- ILO & UNICEF. 2021. "Towards a Social Protection Floor for Lebanon. Policy options and costs for core life-cycle social grants" Policy note, Beirut: March, 2021.
- Jarmuzek, Mariusz and Najla Nakhle. 2018. "Sustainability and equity challenges to pension systems: The case of Lebanon." *Journal of Banking and Financial Economics* 66–52 :(10)2.
- Jardali, Fadi, Racha Fadlallah and Linda Matar. 2017. "Primary Health Care Systems (PRIMASYS). Comprehensive Case Study from Lebanon." Geneva: World Health Organization.
- Karam, Aimee, Ghaith Zuraikat and Nizar Rammal. 2015. "Social Protection and Safety Nets in Lebanon." Beirut: World Food Programme.
- Kukrety, Nupur. 2016. "Poverty, inequality and social protection in Lebanon." Beirut: Oxfam and the Issam Fares Institute at the American University of Beirut (AUB).
- Laughlin, Shaya and Guy Saad. 2022. "Nowhere to heal: The growing Luxury of Medical cover in Lebanon. Broadening private insurance ahead of universal health care." Lebanon: Triangle.
- Marquis, Clotilde. 2021-2019". 2021 : Le système de santé libanais à l'épreuve de la crise économique." Beirut: CCIA-BML (Chamber of Commerce and Industry and Agriculture, Beirut and Mount-Lebanon).
- Ministry of Public Health (MoPH). 2017a. "National Health Accounts (NHA)" Beirut: Lebanese Republic.
- Ministry of Public Health (MoPH). 2017b. "Statistical Bulletin 2017." Beirut: Lebanese Republic.
- Ministry of Public Health (MoPH). 2016. Health strategic plan: Strategic plan for the medium term (2020–2016). Beirut: Lebanese Republic.
- Scala, Michele. 2022. "An Intersectional Perspective on Social (in)Security. Making the Case for Universal Social Protection in Lebanon." Centre for Social Sciences Research & Action, Beirut: Lebanon.
- Sen, Amartya. 1992. "The Political Economy of Targeting." Annual Bank Conference on Development Economics, World Bank Publication.
- Stiglitz, Joseph. 2013. "The global crisis, social protection and jobs", *International Labor review* 106-93 :151
- Stiglitz, Joseph and Mary Kaldor. 2013. *The Quest for Security: Protection Without Protectionism and the Challenge of Global Governance*, Columbia: University Press.
- Stiglitz, Joseph, Amartya and Jean Paul Fitoussi. 2009. "Report by the Commission on the Measurement of Economic Performance and Social Progress." Paris: France
- United Nations Children's Fund (UNICEF) and the Ministry of Social Affairs (MOSA). 2019. "Social Protection in Lebanon: A Review of Social Assistance." Beirut: December.
- UNDP. 2022. "Human Development Report 2022/2021: Uncertain Times, Unsettled lives, Shaping our Future in a Transforming World." New York.
- World Bank (WB). 2022. "Assessing the Impact of the 2017 PPPs on the International Poverty Line and Global Poverty." Policy Research Working Paper. WPS9941. Washington, D.C. : World Bank Group
- WB. 2021. "Lebanon Economic Monitor. Lebanon Sinking (to the top 3)". Spring.
- WB. 2020. "Lebanon Economic Monitor. The Deliberate Depression." Beirut.
- WB & ILO. 2016. "Concept Note." The World Bank Group and ILO Universal Social Protection Initiative. http://www.ilo.org/global/topics/social-security/WCMS_378991/lang--en/index.htm
- World Health Organization (WHO) & WB. 2020. "World report on disabilities." Geneva: Switzerland.

