

Distr.
GENERAL

E/ESCWA/SD/1999/8
27 September 1999
ORIGINAL: ARABIC

اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا

UN ECONOMIC AND SOCIAL COMMISSION
FOR THE MIDDLE EAST
12 JAN 2000
LIBRARY + DOCUMENT SECTION

السياسات القطاعية لمكافحة الفقر في لبنان في منتصف التسعينات: قطاعا الصحة والتعليم

إعداد:

نجيب عيسى كمال حمدان
أديب نعمة عدنان الأمين

سلسلة دراسات مكافحة الفقر (٩)



الأمم المتحدة
نيويورك، ١٩٩٩

صدرت هذه الوثيقة بالشكل الذي قُدمت به دون تحرير رسمي. والآراء الواردة فيها هي آراء المؤلفين وليست بالضرورة آراء الإسكوا.

99-0883



المحتويات

الصفحة

١ السياسة الاجتماعية في لبنان (نجيب عيسى)
١	ألف - السياسة الاجتماعية في لبنان قبل منتصف السبعينات.....
٥	باء - المشاكل الاجتماعية الناتجة عن الحرب.....
٦	جيم - السياسة الاجتماعية في الوقت الحاضر.....
١٠	دال - المعالم الرئيسية للسياسة الاجتماعية الواجب اتباعها.....

الجزء الأول - القطاع الصحي والفقير في لبنان في منتصف التسعينات (كمال حمدان وأديب نعمة)

الفصل

١٢	أولاً - الوضع الصحي: مؤشر اجتماعي وتنموي.....
١٢	ألف - مقدمة.....
١٤	باء - التجليات العامة لترابط الوضعين الصحي والاجتماعي.....
١٨	ثانياً - السمات العامة للوضع الصحي في لبنان.....
١٨	ألف - مقدمة.....
٢٠	باء - الخصائص الديموغرافية والصحية العامة.....
٢٦	جيم - بنية القطاع الصحي والخدمات التي يوفرها.....
٤٢	دال - الجسم الطبي البشري في لبنان.....
٤٤	ملحق: بيان تفصيلي للجسم الطبي في لبنان.....
٤٦	ثالثاً - الوضع الصحي - الاجتماعي.....
٤٦	ألف - أنظمة التأمين الصحي في لبنان.....
٥٠	باء - أكلاف الرعاية الصحية.....
٥٥	جيم - الانفاق على الصحة.....

المحتويات (تابع)

<u>الصفحة</u>	<u>الفصل</u>
٦١	رابعاً- السياسات الصحية الحكومية.....
٦١	ألف- القطاع الصحي في الاستراتيجية الحكومية.....
٦٢	باء- مشاريع القطاع الصحي في خطة الإعمار.....
٦٥	جيم- جديد السياسة الصحية.....
٦٩	خامساً- ملامح المشكلات، والسلوك الصحي لدى الفئات الفقيرة: شهادات.....
٦٩	ألف- مقدمة.....
٦٩	باء- الحالة الصحية الاجتماعية والتعاون الاهلي الحكومي.....
٧٠	جيم- معاینات طبية لأطفال في مستوصف اهلي في ضاحية بيروت.....
٧٢	دال- نماذج من السلوك الصحي للأسرة اللبنانية.....
٧٧	سادساً- خلاصات واستنتاجات.....
٨٠	المراجع العربية (الجزء الأول).....
٨٢	المراجع الاجنبية (الجزء الأول).....
الجزء الثاني- التعليم والفقير في لبنان (عدنان الأمين)	
٨٣	مقدمة.....
٨٥	أولاً- الفرص الدراسية.....
٨٥	ألف- الالتحاق المدرسي.....
٩٩	باء- التعثر المدرسي.....
١٠١	جيم- الأمية.....

المحتويات (تابع)

<u>الصفحة</u>	<u>الفصل</u>
١٠٦	ثانياً- جودة التعليم
١٠٦	ألف- الخدمات التربوية.....
١١٠	باء- مستوى التحصيل
١١٥	ثالثاً- السياسة التربوية
١١٥	ألف- وثيقة الطائف.....
١١٦	باء- البيانات الوزارية
١١٩	جيم- موازنة وزارة التربية (١٩٩٥).....
١٢١	دال- الخطة ٢٠٠٠ للإعمار والإنماء
١٢٤	هاء- خطة النهوض التربوي
١٢٥	واو- خطة النهوض بالتعليم المهني والتقني
١٢٧	زاي- إصلاح الجامعة اللبنانية
١٣٠	رابعاً- مقترحات.....
١٣٣	المراجع العربية
١٣٥	المراجع الاجنبية

السياسة الاجتماعية في لبنان

إعداد
نجيب عيسى

استاذ في اقتصاديات التنمية في الجامعة اللبنانية

تميز النظام الاقتصادي - الاجتماعي في لبنان، منذ الاستقلال والى الان، بليبرالية مفرطة، لم تسمح بوجود سياسة فعلية تتصدى للمشاكل الاجتماعية التي كانت مطروحة باستمرار، مما جعل هذه المشاكل تتفاعل وتزداد حدة وتشكل عاملاً رئيسياً من عوامل الصراعات الأهلية الدامية التي شهدتها لبنان أكثر من مرة. وسنحاول فيما يلي توضيح هذا الاستنتاج من خلال التركيز على النقاط الرئيسية التالية.

ألف - السياسة الاجتماعية في لبنان قبل منتصف السبعينات

حتى بداية الستينات بقي النشاط الاقتصادي في لبنان، الى حد بعيد، من شأن المبادرة الفردية والقطاع الخاص. وكان هذا الاخير يتمتع بحرية شبه كاملة في تنظيم وادارة نشاطاته. واكتفت الدولة بدور "الشرطي" الذي يقوم بتأمين الامن وحماية حرية المبادرة الخاصة مع بعض الاجراءات الضرورية لنشاط القطاع الخاص والتي لا يستطيع تحقيقها بنفسه، من بنى تحتية، خصوصاً فيما يتعلق بشبكة المواصلات والاتصالات وعدد من الاشغال والخدمات العامة الاخرى. ولم تحاول الدولة حتى من خلال دورها التشريعي والتنظيمي، ان تعمل على تقويم او تعديل الاتجاهات التلقائية للمبادرات الخاصة، او تنسق فيما بينها، لتجعلها تصب في خدمة اهداف وطنية اقتصادية واجتماعية واضحة المعالم. وبعبارة اخرى لم يكن للدولة في لبنان من سياسة محددة لا في المجال الاقتصادي ولا في المجال الاجتماعي. حتى انه لم يكن لديها الحد الأدنى من الوسائل والادوات التي تتيح لها وضع مثل هذه السياسة. وتظهر خصوصية النظام الاقتصادي الاجتماعي اللبناني هذه على مستويين رئيسيين: الاطار المؤسسي التشريعي والتنظيمي العام، والدور الاقتصادي والاجتماعي للموازنة.

فيما يتعلق بالاطار المؤسسي التشريعي والتنظيمي العام: لا نجد في البيانات الوزارية للحكومات اللبنانية المتعاقبة، عدا فعل الايمان بالاقتصاد الحر والوعد بانجاز مشروع الموازنة وتحقيق توازنها، اي اهتمام آخر بالقضايا الاقتصادية والاجتماعية. وخارج البيانات الوزارية لا نقع على اي نص رسمي يحدد للحكومة معالم عامة لسياسة اقتصادية اجتماعية، ولا حتى على موقف من مشكلة معينة على هذا الصعيد. هذا مع العلم انه كان قد انشئ في سنة ١٩٥٣ مجلس للتصميم تحول في سنة ١٩٥٤ الى وزارة للتصميم العام. لكن هذه الاخيرة بقيت تفتقد الحد الأدنى من الامكانيات المادية والوسائل الفنية التي تمكنها من ممارسة اي دور تخطيطي أو توجيهي. وهنا نلاحظ ان لبنان

كان (ولا يزال الى الان) من البلدان الاكثر تخلفاً لناحية توفر المعطيات والبيانات الاحصائية المتعلقة باوضاعه الاقتصادية والاجتماعية والديمغرافية. وفيما يتعلق بواقع السياسة الاجتماعية تحديداً، ندرج الملاحظات التالية:

١- غياب اي نوع من شبكات الامان والحماية الاجتماعية، فمؤسسة الضمان الاجتماعي لم ترى النور الا في أواخر الستينات.

٢- بقاء تحديد اسعار السلع والخدمات خاضعاً بشكل كامل لآلية السوق دون اي تدخل من قبل السلطات المركزية او المحلية حتى فيما يتعلق باسعار بعض الخدمات الاساسية كالخدمات الصحية والتربوية.

٣- بالرغم من وجود نص قانوني يفرض الالتزام بحد ادنى للاجور، فإن القيمة الاسمية لهذا الحد بقيت طوال الخمسينات كما كانت قد حددت قبيل حصول لبنان على استقلاله في سنة ١٩٤٣.

اما بخصوص الدور الاقتصادي والاجتماعي للموازنة، فلم تشكل الموازنة العامة للدولة في اوائل الخمسينات اكثر من ٨ في المائة من الدخل الوطني، وارتفعت هذه النسبة في اواخر العقد المذكور الى نحو ١٣ في المائة. هذا مع العلم انه كان ينتج دائماً عن تنفيذها، فائض يرتفع باستمرار ويدور من سنة الى اخرى.

من ناحية الايرادات، شكلت الضرائب والرسوم المباشرة نسبة لا تقل في المتوسط عن ٧٥ في المائة من مجموع إيرادات الموازنة. وشكلت الرسوم الجمركية بمفردها نحو ٣٥ في المائة من مجموع الإيرادات. اما الضرائب والرسوم غير المباشرة بمختلف انواعها فلم تتجاوز نسبتها كمتوسط ٢٥ في المائة من مجموع الإيرادات. غير ان ما تجدر الاشارة اليه بشكل خاص هو ان حصيلة ضريبة الدخل بقيت نسبتها في حدود ١٠ في المائة من مجموع إيرادات الموازنة. هذا مع العلم ان الجزء الاكبر منها كان يستوفى من اصحاب المداخل المحدودة من موظفين ومستخدمين، لانه كان يقتطع عند المنبع.

من ناحية النفقات، بقيت الموازنة في طابعها الغالب موازنة تصريف اعمال الادارة العادية؛ فالنفقات الجارية من رواتب واجور وتعويضات كانت تبلغ في المتوسط نحو ٨٥ في المائة من مجموع النفقات. وإذا اخذنا بعين الاعتبار توزيع الموازنة حسب ابواب الانفاق، نلاحظ ان الاعتمادات المخصصة لنفقات السيادة (وزارات الدفاع والداخلية والخارجية ورئاسة الجمهورية...) كانت تستأثر بنسبة ٦٠ في المائة في المتوسط من مجموع النفقات. اما الانفاق على البنى التحتية (وزارات الاشغال العامة والبريد والبرق والهاتف) فكان متوسط نصيبه نحو ١٧٥ في المائة، من مجموع النفقات، هذا في حين ان الابواب ذات الطابع الاقتصادي (وزارتا الاقتصاد والزراعة تحديداً)

لم تتجاوز حصتها من مجموع النفقات ٤٥ في المائة فيبقى للابواب ذات الطابع الاجتماعي (وزارات التربية والصحة والشؤون الاجتماعية) نحو ١٨ في المائة من مجموع النفقات، واستحوذت وزارة التربية بمفردها على نحو ١٣ في المائة.

في اعقاب الاضطرابات الدامية في سنة ١٩٥٨ ومع مجيء الرئيس فؤاد شهاب الى الحكم جرت اول محاولة في لبنان لوضع مسألة التنمية الاقتصادية والاجتماعية الشاملة على جدول اعمال السلطات الرسمية بما يعني ذلك من وجوب احداث تحول جوهري في موقع الدولة ودورها في الحياة الاقتصادية والاجتماعية. ورغبة من الرئيس شهاب في وضع اطار عام متماسك للسياسة التي ينوي اعتمادها من اجل احداث تنمية متوازنة في البلاد، عُهد في سنة ١٩٥٩ الى مؤسسة ارفد IRFD الفرنسية "باجراء دراسة شاملة عن الازواضع الاقتصادية والاجتماعية وامكانات التنمية المتاحة". وجاءت الدراسة لتركز على خطورة الاختلالات التي تعاني منها البنية الاقتصادية الاجتماعية في لبنان. وتركز بشكل خاص على عمق التفاوتات بين قطاعات الانتاج وفئات المجتمع ومناطق البلاد. ومن ابرز ما اظهرته الدراسة هو ان نحو ٥٠ في المائة من اللبنانيين (وصفتهم الدراسة بالفقراء والمعوزين) كانوا لا يحصلون الا على نحو ١٨ في المائة من الدخل الوطني، في حين أن ٤ في المائة فقط من اللبنانيين كانوا يستأثرون بنحو ثلث الدخل الوطني. وعلى قاعدة النتائج التي توصلت اليها، خلصت الدراسة الى تحديد الاولويات بالنسبة للاجراءات الواجب اتخاذها وفي مقدمتها تجهيز الدولة بالمؤسسات المتخصصة التي تمكنها من التخطيط للتنمية وتنسيق الجهود في مجال تنفيذ الخطط ومتابعة هذا التنفيذ ومراقبته.

ولكن بالرغم من الانجازات اللافتة التي تحققت في النصف الاول من الستينات على صعيد اقامة الاطر المؤسسية، القانونية والادارية، اللازمة لاطلاق عملية التنمية الاقتصادية والاجتماعية الشاملة، باشراف وتوجيه وتشجيع ومراقبة من قبل الدولة (ومن اهمها فيما يعنينا هنا بشكل خاص، مديرية الاحصاء المركزي، مصلحة الانعاش الاجتماعي، المشروع الاخضر، الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي...)، فإن الدولة لم تتجح في وضع هذه الاطر في خدمة خطط متكاملة للتنمية تجتهد طريقها الى التنفيذ. جل ما أنجزته الدولة في ذلك الوقت هو التوسع في تنفيذ مشاريع البنية التحتية والخدمات الاساسية التي شملت جزءاً كبيراً من المناطق الريفية (توسيع شبكات الطرق والمياه والكهرباء، والتوسع في تقديم الخدمات الصحية والتعليمية الحكومية..). وهكذا كانت النتيجة في نهاية الامر، انه لم يحصل تغيير جوهري في دور الدولة وموقعها في الحياة الاقتصادية والاجتماعية. وكانت محصلة المرحلة الشهابية ان بقيت بنية القطاع العام وحجمه كما كانا في السابق. كذلك لم تتغير بنية الموازنة للاحية الإيرادات، فقد بقيت ضريبة الدخل تشكل نحو ١١ في المائة فقط من مجموع إيرادات الموازنة. اما للاحية النفقات. فقد ارتفعت حصة الابواب ذات الطابع الاجتماعي (وزارات التربية والصحة والشؤون الاجتماعية) من نحو ١٨ في المائة الى نحو ٢٤ في المائة من مجموع النفقات. ومع ذلك فقد ظل التعليم الخاص في مطلع السبعينات طاغياً. اذ كان يشمل نسبة تصل الى ٥٥ في المائة من مجموع التلاميذ في مراحل التعليم الثالث، اصف الى ذلك ان نسبة

الامية في مجموع السكان الذين تزيد اعمارهم عن عشر سنوات كانت في حدود ٣١ في المائة وان نسبة الاولاد خارج المدارس في فئة الاعمار ٦-١٤ سنة، كانت تصل الى ١٢ر٤ في المائة. وفي المجال الصحي كانت اسرة المستشفيات الحكومية (اي الاستشفاء المجاني) تشكل ١٢ في المائة فقط من مجموع اسرة المستشفيات في لبنان. وبالرغم من ان قيام مؤسسة الضمان الاجتماعي في اواخر الستينات شكل خطوة متقدمة على صعيد السياسة الاجتماعية الا ان الحرب لم تترك لهذه المؤسسة الوقت الكافي لتلعب الدور المنوط بها كما يجب. فبقيت خدماتها تقتصر على اقل من ٣٠ في المائة من القوى العاملة وعلى عدد محدود من التقديمات. وعلى صعيد الاسكان، كانت نسبة المساكن التي تعاني من حالة اكتظاظ شديد تصل الى ٤٢ في المائة من مجموع المساكن.

لقد استطاع الاقتصاد اللبناني أن يحقق، في ظل ليبراليته المفرطة وعلى امتداد ربع قرن (١٩٥٠-١٩٧٤)، معدلات نمو مرتفعة نسبياً، بلغت كمتوسط، وبالسعر الحقيقية، نحو ٥ في المائة سنوياً مصحوبة بتوازنات مالية ونقدية. داخلية وخارجية ملفتة. لكن هذا النمو الملحوظ في الناتج المحلي، لم يستطع ان يكبح سلسلة التفاوتات البنوية الخطيرة التي كان يشكو منها لبنان في اواخر الخمسينات: التفاوتات في توزيع الدخل الوطني والخدمات الاجتماعية على مختلف قطاعات الانتاج والمناطق والفئات والطبقات الاجتماعية. لا بل اضاف مشاكل اجتماعية جديدة؛ فقطاع الخدمات وصلت نسبته من الناتج المحلي الاجمالي الى اكثر من ٧٠ في المائة وفئة اصحاب الاعمال في التجارة والفنادق والمصارف التي كانت تشكل نحو ٢٥ في المائة من مجموع القوى العاملة في بداية السبعينات كانت تستأثر بثالث الدخل الوطني تقريباً. في حين ان فئة الاجراء والمياومين وصغار الحرفيين التي كانت تشكل حوالي ٦٨ في المائة من القوى العاملة لم تحصل على اكثر من ثلث الدخل الوطني. كذلك زادت كثيراً درجة تركيز النشاط الاقتصادي في بيروت ومحيطها القريب في جبل لبنان حيث استقطب هذا الحيز الجغرافي الضيق ما لا يقل عن ٧٠ في المائة من النشاط الاقتصادي (مقابل ٤٥ في المائة من السكان). وعلى صعيد الخدمات الاجتماعية، استقطبت بيروت وضواحيها ٨٠ في المائة من المدارس الخاصة، وجميع مؤسسات التعليم العالي، و ٧٧ في المائة من اسرة المستشفيات و ٨٠ في المائة من عدد الاطباء.

بالرغم من دفع الهجرة الكثيف نسبياً نحو الخارج (نحو ١٠ آلاف مهاجر في سن العمل، سنوياً) فإن معدل البطالة في اوائل السبعينات كان ٨١ في المائة من مجموع القوى العاملة.

وانتهى الأمر الى مناخ اجتماعي شديد التوتر في النصف الأول من السبعينات، وأخذت الحركة المطالبة تتصاعد لتشمل فئات اجتماعية كثيرة: طلاب، عمال، مزارعين، سكان مناطق محرومة... الخ وفي هذا المناخ انفجرت الحرب.

باء- المشاكل الاجتماعية الناتجة عن الحرب

في حين كان لبنان بحاجة الى سياسة تعمل على تحويل نموه الاقتصادي المميز الى تنمية اقتصادية اجتماعية شاملة، جاءت الحرب لتضع حداً لحركة النمو نفسها. وتراكم على الاختلالات السابقة كما من المشاكل الجديدة. ابرزها على الصعيد الاجتماعي:

- ١- آلاف الحالات من الاعاقة والتيتم والترمل.
- ٢- النزوح القسري الداخلي (التهجير) لما يقارب ربع السكان، فقد قدر عدد الذين تركوا اماكن اقامتهم العادية ما بين العامين ١٩٧٥-١٩٩١ بنحو ٨٠٠ الف نسمة (من نحو ٩٤٩ قرية ومدينة بينها ٨٢ دمرت كلياً و ٩١ دمرت جزئياً).
- ٣- دفع كثيف من الهجرة نحو الخارج. حيث قدر الرصيد الصافي للهجرة الخارجية ما بين العامين ١٩٧٥ و ١٩٩١ بنحو ٥١٧ الف مهاجر اي ما نسبته ١٦,٢ في المائة من المقيمين.
- ٤- تدهور على المستويين الكمي والنوعي للخدمات العامة، والاجتماعية منها على وجه الخصوص: (الخدمات التعليمية والصحية، والانارة والنقل ... الخ).
- ٥- تردي اوضاع البنى التحتية المادية والمرافق العامة (طرق، وسائل مواصلات واتصالات، شبكات مياه وكهرباء وصرف صحي ... الخ).
- ٦- معدل بطالة لا يقل في احسن التقديرات عن ١٥ في المائة من مجموع القوى العاملة. هذا عدا تضخم قطاع الاعمال الهامشية المنخفضة الانتاجية.
- ٧- التدهور المريع في مستوى معيشة فئات واسعة جداً في المجتمع اللبناني بسبب التضخم الناتج بدوره عن ضهور الانتاج والعجز المتزايد في المالية العامة وتدهور سعر صرف الليرة. والفئات المعنية التي تشمل ما لا يقل عن ٦٠ في المائة من مجموع القوى العاملة تتكون من اصحاب الاجور والرواتب. اما مدى ما لحق بمستوى معيشة هذه الفئات من تدهور فيُعبر عنه التراجع الكبير في مستويات الاجور. وبهذا الخصوص تفيد الدراسات المتاحة، ان نسبة التراجع في الحد الأدنى للاجور ما بين العامين ١٩٨٤-١٩٩٢ قد بلغت نحو ٨٠ في المائة، ووصلت نسبة التراجع في فئة الاجور العالية الى نحو ٩٠ في المائة، بحيث بلغت نسبة التراجع في الاجر الوسطي خلال الفترة المذكورة نحو ٨٧ في المائة. اضافة الى ذلك انه قد اصاب التقديرات الاجتماعية (التعويضات العائلية والصحية وسائر التعويضات الاخرى)، ما اصاب الاجور، إذ تقلصت قيمتها الفعلية الى النصف تقريباً.

وكانت المحصلة العامة لهذه المشاكل انهيار العمود الفقري للمجتمع اللبناني الذي هو الطبقة الوسطى، وتوسع كبير في دائرة الفقر. فالدراسات التي اجريها بهذا الخصوص تفيد بأن ٢٨ في المائة من اللبنانيين (اي نحو مليون نسمة) يعيشون تحت خط الفقر المطلق (في حين ان نسبة الذين يعيشون تحت خط الفقر المدقع تبلغ نحو ٧٥ في المائة من مجموع السكان). ودائرة الفقر هذه التي اصبحت تتسع لفئات كثيرة متنوعة الانتماء الاجتماعي والمهني والمناطق (مهجرون، عاطلون عن العمل، صغار مزارعين، موظفو دولة، عمال، سكان ارياف، سكان ضواحي بيروت، نساء ارامل، اطفال يتامى... الخ) اصبحت في الوقت نفسه وكما يظهر من الدراسات القطاعية التالية، بؤرة المعاناة من المشاكل الاجتماعية والموروثة عن الحرب وما قبلها. فهي التي تعاني اكثر من ارتفاع معدلات البطالة، وانتشار الاعمال الهامشية والتردي الحاصل على صعيد الخدمات الاجتماعية الاساسية. اما الصعيد الصحي، فقد عانى من تراجع دور القطاع الحكومي وارتفاع اكاليف العناية العلاجية وفقدان الوقاية والرعاية الصحية الاولية وانتشار بعض الامراض المعدية وارتفاع معدلات وفيات الاطفال والاعاقة وسوء التغذية. وعلى الصعيد التعليمي والتربوي كانت المعاناة من انخفاض معدلات الالتحاق المدرسي وارتفاع نسبة الامية ونسبة التعثر المدرسي (التسرب والرسوب) وانخفاض نوعية التعليم خصوصاً في القطاعين الرسمي والمجاني. وهذا ما أدى الى الآثار السلبية لبعض جوانب السياسة المالية والنقدية المعتمدة في الوقت الحاضر (النظام الضريبي والدين العام).

جيم - السياسة الاجتماعية في الوقت الحاضر

طبعاً كان لا يمكن ان ننتظر قيام سياسة اجتماعية رسمية خلال الحرب، بسبب الشلل الذي اصاب العمل الاداري الحكومي، من جهة، وتجريد الميليشيات وقوى الامر الواقع للدولة من جزء كبير من مهامها الاقتصادية والاجتماعية من جهة ثانية. بحيث انتقلت معظم نشاطات الرعاية الاجتماعية، وخصوصاً منها المتعلقة مباشرة بحوادث الحرب، من اعمال اغاثة وعناية صحية، ومساعدات اجتماعية... الى يد الهيئات والمنظمات الاهلية غير الحكومية. الا ان الدولة أخذت تضطلع ببعض المهام التي لا يمكن التقليل من اهميتها على الصعيد الاجتماعي، كدعم عدد من السلع الاستهلاكية الضرورية (القمح والمحروقات) وتغطية تكاليف الاستشفاء لقسم من غير المنتسبين للضمان الاجتماعي. وتحملت عملياً اعباء فواتير الكهرباء والمياه، عن قسم كبير من السكان. اضافة الى رفعها الحد الادنى للاجور من وقت الى آخر. هذا في فترة الحرب. أما الان وبعد مضي نحو ست سنوات على دخول لبنان مرحلة السلام، وبالرغم من كثرة وخطورة المشاكل الاجتماعية المطروحة، فاننا نلاحظ انه لم تتبلور بعد في هذا البلد، سياسة اجتماعية بالمعنى الفعلي محددة الاهداف والوسائل، ترمي الى معالجة المشاكل الرئيسية المطروحة في الوقت الحاضر على الصعيد الاجتماعي في لبنان، نعني مشاكل الافقار المتزايدة، والبطالة، والاندماج الاجتماعي.

لا يعني غياب سياسة اجتماعية فعلية في لبنان، عدم اعتراف من قبل المسؤولين بوجود هذه المشاكل وغياب النية عندهم لمواجهتها، وانما يأتي بالدرجة الاولى من تمسكهم باهداف النظام

الاقتصادي الاجتماعي الذي ساد قبل الحرب واصرارهم على استمراره بعدها، بالمواصفات عينها. وما يستتبع ذلك في اذهانهم، من جعل حل المسألة الاجتماعية، نتيجة تلقائية لحل المسألة الاقتصادية.

١- الموقع السياسي - الاجتماعي في الاولويات الرسمية

تعتبر السلطات المسؤولة ان المسألة الرئيسية المطروحة على الصعيد الاقتصادي والاجتماعي في لبنان بعد الحرب هي مسألة النمو الاقتصادي. وبهذا الخصوص وضعت لنفسها هدف مضاعفة متوسط دخل الفرد، بالاسعار الثابتة، بين عامي ١٩٩٤ و ٢٠٠٧ بحيث يرتفع من حوالي ٢١٨٠ دولاراً الى حوالي ٤٣٥٠ دولاراً سنوياً. ولبلوغ هذا الهدف اعتبرت ان الجهود يجب ان تصب في اتجاهين رئيسيين. من جهة اعادة اعمار ما هدمته وخربته الحرب من بنى تحتية مادية ومؤسسية وتحديث هذه البنى في مختلف القطاعات (الكهرباء، المياه، المواصلات والاتصالات، التربية، الصحة، الاسكان، الصرف الصحي ... الخ). ومن جهة ثانية تحقيق الاستقرار النقدي والاقتصادي من خلال تثبيت سعر صرف الليرة وتقليص العجز في الموازنة بشكل تدريجي، وصولاً الى تحقيق فوائض على الصعيد المالي. ذلك ان السير في هذين الاتجاهين هو وحده الكفيل، من وجهة النظر الرسمية، بخلق الظروف المواتية لكي يقوم القطاع الخاص بالاستثمار على نطاق واسع في مختلف القطاعات. ويضع بالتالي الاقتصاد اللبناني على سكة النمو المتواصل. ومتى سار لبنان على سكة النمو، تجد جميع المشاكل الاخرى، والمشاكل الاجتماعية من ضمنها، حلولاً لها بشكل تلقائي.

ليس هنا مجال الدخول في نقاش طويل حول صحة هذه المقولة بل نكتفي بالقول بهذا الخصوص ان تجارب النمو المختلفة خلال العقود القليلة الماضية اظهرت انه يمكن للنمو الاقتصادي ان يقترن بمعدلات عالية من البطالة والفقر وفروقات واسعة في توزيع الدخل وغير ذلك من الاختلالات الاجتماعية الخطيرة. المهم في الامر هنا هو ان هذه المقولة تقودنا في لبنان الى استنتاجين:

(أ) انه، في اطار هذا المفهوم للاولويات المطروحة على الصعيد الاقتصادي الاجتماعي في لبنان، لا يمكن ان ننتظر بلورة سياسة اجتماعية رسمية شاملة ومتكاملة. وفي جميع الاحوال، ليس هنالك من قاعدة بيانات كافية لوضع مثل هذه السياسة؛

(ب) ان حل المشاكل الاجتماعية المطروحة الان في لبنان، او على الاقل التخفيف منها، مادام مرهوناً بالانجازات الاقتصادية، وهو عملية قد تطول كثيراً، لأن برنامج اعادة اعمار البنى التحتية وتحديثها قد تأخر بالاقلاع بسبب الصعوبات التي تعترضه على الصعيد التمويلي. وهذه الصعوبات نفسها اضافة الى صعوبات اخرى تجعل مسيرته بطيئة. كذلك فالسياسة المالية لم تنجح الى الان في خفض مستوى العجز في الموازنات المتعاقبة. ولا تزال نسبة الدين العام بشقيه الداخلي

والخارجي الى الناتج المحلي الاجمالي تتصاعد. اما النجاح النسبي في تحسين سعر صرف الليرة فبقي هشاً يرتبط بالوضع السياسي المتقلب اكثر من ارتباطه بموقع اقتصادي متين.

طبعاً لا نعني بهذا الكلام ان السلطات المسؤولة في لبنان لم تقم حتى الان بأي اجراء على الصعيد الاجتماعي. على العكس فهي قد قامت ولا تزال تقوم بأخذ الكثير من الاجراءات التي تتعلق مباشرة او غير مباشرة بالشأن الاجتماعي. انما المقصود هو ان هذه الاجراءات بقيت في الاطار التقليدي العادي لمرحلة ما قبل الحرب، اجراءات جزئية متناثرة، لا تشكل سياسة متماسكة ترمي الى معالجة المشاكل الاساسية التي سبق وذكرناها. وبالرغم من وجود خطط خاصة ببعض القطاعات الاجتماعية (صحة، تربية) الا انها تفتقد (كما يظهر من الدراسات القطاعية التالية) الى الكثير من العناصر التي تجعل منها خطاً شاملاً للقطاع المعني تركز في توجهاتها على الفئات والمناطق الاكثر حاجة.

٢- مستويات العمل الاجتماعي الرسمي

(أ) في مجال التربية: حظي قطاع التربية باهتمام واضح على صعيد المبادئ العامة للسياسة الرسمية. فقد نصت وثيقة الوفاق الوطني (اتفاق الطائف) على ضرورة العمل من اجل توفير فرص التعليم للجميع وجعله الزامياً في المرحلة الابتدائية. والنهوض بالجامعة اللبنانية، وقد تبنت جميع البيانات الوزارية اللاحقة هذه المبادئ؛

(١) عملياً وعلى الصعيد التنظيمي فقد تفرعت وزارة التربية الى ثلاث وزارات، حيث استحدثت الى جانبها وزارة للتعليم المهني ووزارة للثقافة والتعليم العالي. وجرى وضع خطة للنهوض التربوي وخطة اخرى للنهوض بالتعليم المهني، في حين يجري العمل على وضع خطة للنهوض بالجامعة اللبنانية. وفي خطة النهوض الاقتصادي العشرية، حظي القطاع التربوي بنحو ١٣٪ في المائة من النفقات المتوقعة في اطار هذه الخطة والبالغة بمجموعها نحو ١٢ مليار دولار. وتوزعت حصة القطاع التربوي هذه على ثمانية مشروعات. واحد منها فقط يتناول النواحي النوعية في التعليم. اما باقي المشاريع فهي مخصصة لتأهيل البنى التحتية المادية (ترميم واقامة ابنية مدرسية جديدة)؛

(٢) اما في موازنة العام ١٩٩٥ فكانت حصة القطاع التربوي ٨٣٪ في المائة من مجمل اعتمادات الموازنة (٥٧٪ في المائة لوزارة التربية، ١٧٪ في المائة لوزارة التعليم المهني والتقني و ١٨٪ في المائة لوزارة التعليم العالي).

(ب) في المجال الصحي: جرى بالتعاون مع بعض الهيئات الدولية، وضع استراتيجية جديدة في هذا القطاع تعير اهتماما واضحا للرعاية الصحية الأولية وتقيم توازنا بين الاهتمام بالعناية العلاجية والعناية الوقائية. ومن جهتها، خصصت خطة النهوض الاقتصادي العشورية اعتمادات لترميم وتجهيز ١٣ مستشفى حكوميا اضافة الى بناء مستشفى جامعي كبير في بيروت؛

(ج) في مجال الاسكان: جرى تفعيل الصندوق المستقل للاسكان الذي اسندت اليه مهمة تقديم قروض سكنية لذوي الدخل المنخفضة. الا انه يشكو من ضعف قدراته التمويلية المتاحة. ففي عام ١٩٩٤ لم يستطع ان يقدم سوى ٣٣٠٠ قرضا من اصل ٤٠ الف طلب قرض متراكمة؛

(د) في مجال الخدمة والرعاية الاجتماعية: تم انشاء وزارة للشؤون الاجتماعية بعد فصلها عن وزارة الصحة. الا ان حصة هذه الوزارة في موازنة ١٩٩٥ تكاد لا تذكر. اما خطة النهوض الاقتصادي العشورية فقد خصصت مبلغ ١٥٠ مليون دولارا لانشاء وتجهيز ٧٥ مركزا اجتماعيا للخدمات الشاملة في مختلف المناطق ولدعم المؤسسات الاجتماعية وبرنامج المعاقين؛

(هـ) في مجال عودة المهجرين: تعتبر اعادة المهجرين الى اماكن اقامتهم الاصلية من الاولويات الرسمية. فقد انشئت لهذه الغاية وزارة خاصة بالمهجرين وصندوق وطني للمهجرين انيطت بهما مهمة تقديم تعويضات عن اخلاء المساكن المحتلة واعطاء مساعدات لترميم واعادة بناء المساكن المدمرة جزئيا او كليا. لكن عودة المهجرين لا تسير بالسرعة المطلوبة، فلم يرجع منهم حتى الان سوى نحو ٢٥ في المائة وذلك بسبب النقص في التمويل.

يظهر مما تقدم ان العمل الاجتماعي الرسمي ان كان على الصعيد التخطيطي او على الصعيد الاجرائي، لا يرتقي كما ونوعا الى مستوى المشاكل المطروحة. فمشكلة البطالة تكاد تكون غائبة كليا عن هموم المسؤولين، بالرغم من شروع المؤسسة الوطنية للاستخدام مؤخرا بالقيام بعملية مسح القوى العاملة. واذا كان من شأن خطط النهوض المتعددة في حال دخولها مجال التنفيذ الفعلي ان تحسن بعض الشيء من الوضع الحالي، الا انها لا يمكنها بحد ذاتها ان تشكل الاطار المطلوب لسياسة ترمي الى الحد من الفروقات الواسعة في توزيع الدخل الوطني ومكافحة الفقر. وهنا تقتضي الاشارة الى ان للسياسة النقدية والمالية المعتمدة حاليا مفاعيل سلبية على الصعيد الاجتماعي تلغي عمليا المفاعيل الايجابية للاجراءات المتخذة في المجالات الاخرى.

ونلاحظ في هذا الخصوص انه بعد ان رفعت الحكومة الدعم عن بعض المواد الاستهلاكية الضرورية (القمح والمحروقات)، قامت بتخفيض الضريبة على الدخل للأفراد والشركات بمختلف انواعها. بحيث اصبحت لا تتجاوز على الشطور العليا ١٠ في المائة بعد ان كانت تبلغ في تصاعدها ٤٢ في المائة في مقابل زيادة الضرائب غير المباشرة. هذا مع العلم ان الضرائب المباشرة كانت لا تتجاوز ١٧ في المائة من مجموع ايرادات الموازنة (قبل تخفيض الضريبة على

الدخل)، في حين ان الضرائب غير المباشرة كانت تزيد عن ٤٢ في المائة من مجموع الإيرادات (الرسوم الجمركية بمفردها نحو ٣٢ في المائة). ولكي تحد من العجز المتزايد في الموازنة، تعتمد الحكومة الى تقليص الانفاق على القطاعات المنتجة، وعلى الخدمات الاجتماعية. ففي موازنة عام ١٩٩٥ لم يتجاوز مجموع الاعتمادات المخصصة للوزارات ذات الطابع الاجتماعي (التربية، الصحة، الشؤون الاجتماعية، الاسكان والتعاونيات، العمل) ١١ في المائة من الاعتمادات الاجمالية للموازنة. في حين ان حصة وزارة الدفاع من هذه الاخيرة بلغت ١٢ في المائة. واذا كان لا بد من رفع الرواتب والاجور في القطاع العام فمقابل زيادة في الضرائب غير المباشرة (كما فعلت الحكومة مؤخراً عندما رفعت الحد الأدنى للاجور بنسبة ٢٠ في المائة مقابل زيادة سعر صفيحة البنزين بنسبة ٣٥ في المائة).

من ناحية ثانية نلاحظ انه من اجل تثبيت سعر صرف الليرة يلجأ المصرف المركزي الى وضع فوائد جد مرتفعة على سندات الخزينة الممولة للعجز في الموازنة. مما يحرف الرساميل عن التوظيف في القطاعات الاقتصادية المنتجة والمولدة لفرص العمل. مما يزيد في الوقت نفسه في مداخيل اصحاب الثروات الكبيرة على حساب مستوى معيشة اصحاب المداخيل المنخفضة والفقراء.

دال- المعالم الرئيسية للسياسة الاجتماعية الواجب اتباعها

في ضوء مجمل ما تقدم عرضه حول طبيعة المشاكل الاجتماعية المطروحة في لبنان في الوقت الحاضر، وواقع السياسة الاقتصادية الاجتماعية المعتمدة، هنالك استنتاج رئيسي يفرض نفسه، ويتلخص بضرورة اعادة النظر في هذه السياسة لناحية تحديد الاولويات. ويكون ذلك بادراج خطة النهوض الاقتصادي المعتمدة حالياً في سياق خطة اقتصادية اجتماعية شاملة ومتكاملة تضع هدفي اعادة اعمار البنى التحتية وتحقيق الاستقرار الاقتصادي جنباً الى جانب وعلى قدم المساواة مع الاهداف المتمثلة بردم الهوة الكبيرة في توزيع الدخل الوطني ومكافحة الفقر والبطالة. اما الوسائل التي تؤدي الى تحقيق هذه الاهداف بشقها الاجتماعي فيمكن تلخيصها على الوجه التالي:

١- اقتصار برامج البنية التحتية المادية في الوقت الحاضر على الملح منها وتوجيه ما يفيض من قدرة تمويلية نحو دعم اقامة المشاريع المنتجة والمولدة لفرص العمل خصوصاً منها المشاريع الصغيرة والمتوسطة الحجم.

٢- اعادة النظر بالنظام الضريبي بالتخفيف قدر الامكان من اللجوء الى الرسوم والضرائب على السلع والخدمات الاساسية والعودة الى اعتماد المزيد من التصاعدية في الضرائب على المداخيل والثروات المرتفعة.

٣- رفع حجم الإنفاق الاجتماعي في الموازنة الى نسبة لا تقل عن ٣٠ في المائة من مجمل الإنفاق، واعادة تصويب الخطط والسياسات المتعلقة بمختلف قطاعات الخدمات الاجتماعية (من صحة، وتعليم، واسكان ونقل...) بجعلها تستهدف بشكل رئيسي الفئات الفقيرة. بعد ان تكون قد جرت المسوحات اللازمة لتحديد هذه الفئات وتشخيص اوضاعها بدقة.

٤- تفعيل شبكات الأمان الاجتماعي القائمة وفي مقدمتها مؤسسة الضمان الاجتماعي. وتوسيع نطاق نشاطها ليشمل صغار المزارعين، والحرفيين، وصيادي الأسماك. واقامة شبكات امان اجتماعي خاصة بالفئات الأكثر تعرضاً، خصوصاً تلك التي عانت أكثر من آثار الحرب: اليتامى والأرامل المعاقين والمهجرين.

الجزء الأول

القطاع الصحي والفقير في لبنان في منتصف التسعينات

أولاً- الوضع الصحي: مؤشر اجتماعي وتنموي

إعداد

كمال جمدان

رئيس القسم الاقتصادي في مؤسسة البحوث والدراسات

وأديب نعمة

محام ومستشار التنمية البشرية لدى برنامج الأمم المتحدة الانمائي

ألف- مقدمة

يعتبر حق كل إنسان في حياة طويلة وصحية من أساسيات الفكر التنموي المعاصر. وعلى هذا الأساس يتشكل مؤشر التنمية البشرية من ثلاثة مكونات فرعية يقاس احدها بالدخل، والثاني بالمستوى التعليمي، والثالث بالحالة الصحية للناس في البلد المعين. وبهذا ترتبط المؤشرات الصحية الأساسية بتقييم مستوى التنمية البشرية، كما تسمح بقياس بعض جوانب الحياة الاجتماعية بما في ذلك معدلات الفقر والتفاوتات الاجتماعية والمناطقية.

والترابط بين الوضع الصحي والفقير عضوي. فحيث ترتفع معدلات الفقر في البلدان النامية، أو في أوساط الفئات الفقيرة في البلدان الصناعية المتقدمة، فإن الأوضاع الصحية المتردية بمختلف تجلياتها، تشكل احدى السمات الرئيسية الملازمة للفقير في كل مكان.

وكي نتلافى كل التباس منذ البداية، فإننا في تحديدها لمعنى الفقر الذي ننطلق منه في دراستنا هذه، لا نرى اقتضاره على الجانب البيولوجي البحت المعبر عنه في كمية من الوحدات الحرارية التي تسمح للإنسان بالبقاء على قيد الحياة الجسدية فقط. فنحن نميز بين الجوع والفقر، وإن كنا نرى في الأول حالة قصوى معبرة عن الفقر الشديد وانعدام الموارد، إلا أننا نعرف الفقر بصفته يجسد القصور عن تلبية الحاجات الأساسية التي تتحدد بمستويين بيولوجي مطلق، واجتماعي نسبي، فلا نرى إمكانية للفصل بينهما بشكل اعتباطي. كما إن المستوى البيولوجي نفسه لا يقتصر على الغذاء وحده بل يشمل المتطلبات الأساسية الأخرى للحياة في المجتمع المعاصر.

لقد تبنى التقرير الوطني اللبناني الى قمة التنمية الاجتماعية في كوبنهاغن^١ تحديد خطين أدنى وأعلى للفقر في لبنان. وعرف الخط الأول الأدنى (وسماه خط الفقر المدقع) باعتباره الحد الأدنى من الانفاق المطلوب لتأمين الغذاء للأسرة اللبنانية، وحدد هذا الخط بالنسبة لعام ١٩٩٣ بـ ٣٠٠ دولار اميركي شهريا لأسرة من خمسة أشخاص في المدينة، وحوالي ٢٥٥ دولار للأسرة الريفية. كما حدد خط الفقر الأعلى (وسماه خط الفقر المطلق) باعتباره الانفاق المطلوب لسد حاجات الأسرة الأساسية من غذاء ولباس وسكن وصحة وتعليم ونقل، باعتبارها حاجات أساسية غير قابلة للاستبدال أو الاختزال. وبلغت القيمة الرقمية لخط الفقر المطلق هذا ٦٠٠ دولار اميركي للأسرة المدنية الوسطية المكونة من خمسة افراد، وحوالي ٣٧٠ دولار للأسرة الريفية في العام نفسه. واستنادا الى هذه التقديرات قدر عدد اللبنانيين الذين يعيشون تحت خط الفقر المدقع بحوالي ٧ في المائة من السكان، والذين يعيشون تحت خط الفقر المطلق بحوالي ٢٨ في المائة من السكان.

وتعني هذه المعطيات ان نحو ٢٨ في المائة من الشعب اللبناني يعانون من صعوبات في تأمين الموارد اللازمة لسد حاجاتهم الأساسية، ومنها بشكل خاص اكلاف الرعاية الصحية، الأمر الذي يعكس على صحتهم باشكال مختلفة. وتتطابق هذه التقديرات مع تقديرات بعثة الأمم المتحدة الى لبنان التي قدرت بدورها أن ثلث الأسر اللبنانية مضطرة للاستدانة في نهاية كل شهر من اجل سد حاجاتها الأساسية ومنها الصحة^٢. كما تتوافق مع نتائج دراسة الاوضاع المعيشية للاسر في عام ١٩٩٧، الصادرة عن ادارة الاحصاء المركزي والتي بينت ان ٣٠٦ في المائة من الاسر المقيمة في لبنان تستدين لسد حاجاتها الأساسية^٣.

كما تتقاطع هذه التقديرات مع نتائج دراسة خارطة احوال المعيشة في لبنان الصادرة عن وزارة الشؤون الاجتماعية وبرنامج الامم المتحدة الانمائي عام ١٩٩٨، وفيها ان حوالي ٧ في المائة من السكان مصنّفون ضمن فئة الاحوال المعيشية المنخفضة جدا، بالاضافة الى حوالي ١٨ في المائة ضمن فئة الاحوال المعيشية المنخفضة، مما يجعل مجموع السكان المحرومين حوالي ٣٥ في المائة^٤.

هذا هو الاطار الاجتماعي والبشري الأعم لمشكلة الفقر والصحة في لبنان، وهو يشير الى مشكلة هامة على هذا الصعيد سوف نسعى لاستكشاف ملامحها بالتدرج.

١ وزارة الشؤون الاجتماعية - التقرير الوطني اللبناني الى القمة العالمية للتنمية الاجتماعية - بيروت

١٩٩٥.

٢ Assessment Mission to Lebanon. U.N. Inter-agency Needs, Final Report, August 1991

٣ الاوضاع المعيشية للاسر في عام ١٩٩٧، ادارة الاحصاء المركزي، بيروت ١٩٩٨.

٤ خارطة احوال المعيشة في لبنان، دراسة تحليلية لنتائج مسح المعطيات الاحصائية للسكان والمسكن.

وزارة الشؤون الاجتماعية، برنامج الامم المتحدة الانمائي، بيروت ١٩٩٨.

باء- التجليات العامة لترابط الوضعين الصحي والاجتماعي

يتجلى الترابط العضوي بين مستوى الفقر والحالة الصحية في البلد المعني، من خلال المؤشرات الصحية العامة فيه، مثل العمر المتوقع عند الولادة، ومستوى توفر الوحدات الحرارية أو سوء التغذية، ومعدلات وفيات الاطفال والأمهات، ومستوى انتشار الامراض والتلقيح وغيرها ... إلا أن هذه المؤشرات العامة التي تقتصر غالباً على المتوسطات الوطنية تخفي الكثير من التفاوتات الاجتماعية والمناطقية داخل البلد المعني، وهي بالتالي لا تعبر عن الترابطات الداخلية، وهو ما سنركز عليه في بحثنا هذا.

وسوف تواجهنا في الحالة اللبنانية صعوبات من نوع خاص ناجمة عن ضعف القاعدة الاحصائية، تحديدا فيما يتصل بمسح حقيقي وشامل للحالة الصحية للبنانيين، وكذلك للجوانب المتعلقة بالدخل والانفاق الاسريين وهو ما يسمح بتحديد مباشر لواقع الفقر استنادا الى معيار كمي اقل ارتباطا بالتقديرات الذاتية للباحث^٥. لذلك سوف يتم الاستدلال على وجود الفقر من خلال مؤشرات غير مباشرة ذات طابع اجتماعي. أو ثقافي - سلوكي في حال عدم وجود مؤشرات اخرى.

وتتلخص المشكلة الصحية - الاجتماعية في لبنان في واقع عدم تساوي الفرص أمام اللبنانيين في الحصول على الكمية والنوعية نفسها من الخدمات الصحية، الوقائية والعلاجية، وذلك وفق متغيرين، الأول حسب مستوى الدخل والانتماء الطبقي - الاجتماعي، والثاني، حسب الانتماء الجغرافي - المناطقية. ويتمشى هذا الانقسام برأينا مع تحديد خريطة انتشار الفقر في لبنان اجتماعيا حسب ترانجية الدخل والفئات الاجتماعية، ومناطقيا حيث أن التفاوت المناطقية في توفر الخدمات الأساسية ومؤشرات التنمية يعتبر ايضا من خصائص الفقر الأساسية في لبنان الذي يصح الحديث فيه عن فئات اجتماعية فقيرة وعن مناطق واحياء فقيرة ايضا. وسوف تعمل الدراسة على مقارنة ترابط الفقر/المؤشرات الصحية من خلال هذه الثنائية الاجتماعية - الجغرافية.

أما الوجه الآخر الذي يتم من خلاله استكشاف هذا الترابط فهو بعض المؤشرات الصحية - الاجتماعية، مثل الوضع الغذائي، والشروط الصحية في اماكن العمل والدراسة .. الخ، وهذه كلها مؤشرات على تفاوتات اجتماعية هامة ذات انعكاس كبير على الوضع الصحي.

وبشكل عام، فإن المؤشرات الصحية الوطنية في لبنان جيدة مقارنة بالدول المشابهة. إلا أن هذه المؤشرات الوطنية تخفي تفاوتات هامة على الصعيدين المناطقية والاجتماعية. فعلى سبيل

٥ انجزت هذه الدراسة قبل اتمام عدد من الدراسات الاحصائية التي سدت بعض الثغرات المشار اليها هنا. كما ان دراسة عن توفر الخدمات الصحية للاسرة هي قيد التنفيذ اعتبارا من عام ١٩٩٨.

المثال، بلغ معدل وفيات الاطفال الرضع (دون السنة) في لبنان للفترة ١٩٨٦-١٩٩٥ نسبة ٣٣ر٥ لكل الف مولود حي، ولمن هم دون الاربعة اسابيع بلغت النسبة ٢٤ر٩ لكل الف مولود حي^٦. الا ان دراسة التوزع الداخلي لهذه النسب قد اظهرت تفاوتات كبيرة حسب مستوى تعليم الام. ويعتبر مستوى التعليم هذا مؤشراً غير مباشر على الحالة الاجتماعية (تدني مستوى التعليم مؤشر على الفقر):

الجدول ١ - العلاقة بين مستوى التعليم عند الامهات ومعدل الوفيات عند الاطفال
(لكل الف مولود حي)
خلال السنوات العشر السابقة على المسح (١٩٨٦-١٩٩٥)

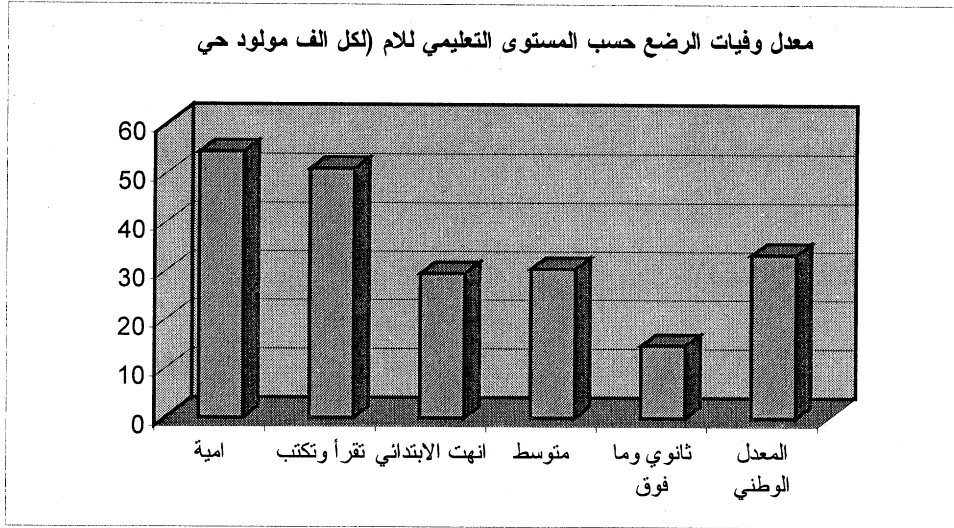
معدل وفيات حديثي الولادة (دون ٢٨ يوماً)	معدل وفيات الرضع (دون السنة)	مستوى تعليم الأم
٣٨,٢	٥٤,٥	امية
٣٣,٣	٥١,١	تقرأ وتكتب
٢٣,٤	٢٩,٦	انتهت الابتدائي
٢٣,٦	٣٠,٥	متوسط
١٢,٨	١٤,٨	ثانوي وما فوق
٢٤,٩	٣٣,٥	المعدل الوطني

المصدر: المسح اللبناني لصحة الام والطفل، ١٩٩٦.

ويظهر هذا الجدول ان احتمال وفاة الاطفال الرضع المولودين لأمهات أميات او يقرأن ويكتبن فقط (وهن فقيرات عموماً)، هو ٣ر٥ اضعاف هذا الاحتمال بالنسبة للاطفال المولودين لامهات حصلن على تعليم ثانوي وما فوق. هذا مع العلم ان متوسط عدد الاولاد المولودين احياء للنساء الاميات هو ٦ر٩، في حين ان هذا المتوسط هو ٢ر٩ للحاصلات على تعليم ثانوي وما فوق^٧.

٦ المسح اللبناني لصحة الام والطفل، التقرير الرئيسي - الجمهورية اللبنانية، جامعة الدول العربية، ١٩٩٦. اما نسبة وفيات الاطفال دون السنة ودون الخمس سنوات ١٩٨٨-١٩٩١ فقد بلغت على التوالي ٣٨,٩ بالالف و ٤٠,٦ بالالف.

٧ المسح اللبناني لصحة الام والطفل، ١٩٩٦ - مصدر مذكور.



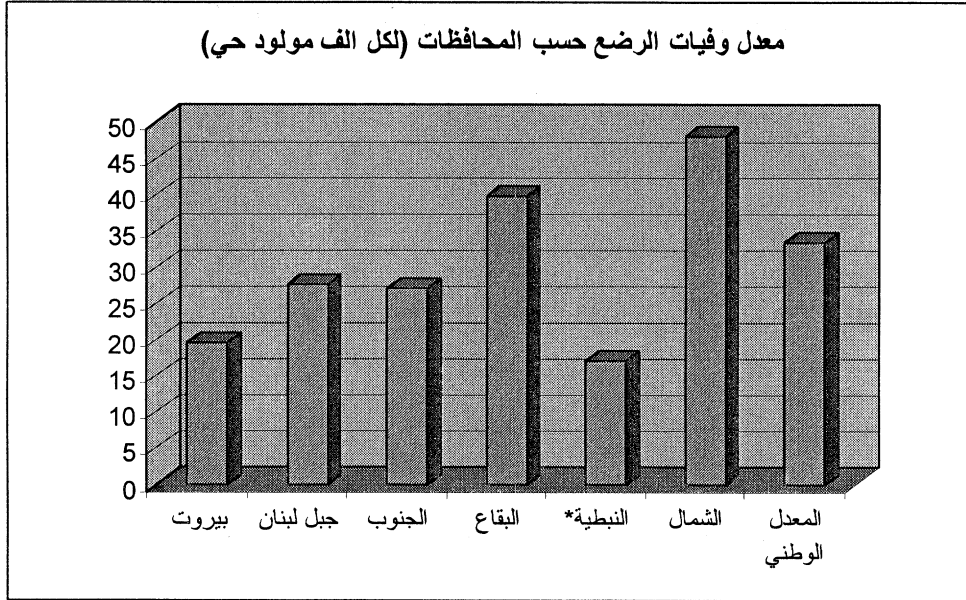
ويلاحظ المستوى نفسه من التفاوت بين العاصمة والمناطق المدنية، وبين المناطق الريفية النائية كما يبدو من الجدول التالي:

الجدول ٢- معدل وفيات الاطفال حسب المحافظات (لكل الف مولود حي) خلال السنوات العشر السابقة على المسح (١٩٨٦-١٩٩٥)

المحافظة	معدل وفيات الرضع (دون السنة)	معدل وفيات حديثي الولادة (دون ٢٨ يوماً)
بيروت	١٩,٦	١٧,٥
جبل لبنان	٢٧,٦	٢١,٦
الجنوب	٢٧,٢	١٦,٤
البقاع	٣٩,٨	٣٢,٢
النبطية ^(١)	١٧,٢	١٧,٢
الشمال	٤٨,١	٣٢,٧
المعدل الوطني	٣٣,٥	٢٤,٩

المصدر: المسح اللبناني لصحة الام والطفل، ١٩٩٦.

(١) تبدو ارقام محافظة النبطية غير منطقية، وغير منسجمة مع باقي المحافظات ذات الظروف المشابهة، ويعود السبب الى هامش الخطأ المرتفع بحكم صغر حجم العينة في هذه المحافظة.



وينتج عن هذا التفاوت المناطقي - الجغرافي أن ٦٠ في المائة من وفيات الاطفال يسجل في محافظتي البقاع والشمال رغم انهما لا تحويان سوى ٢٥ في المائة من اطفال لبنان^٨.

هذا التفاوت الذي نلاحظه في المؤشرات الصحية العامة هي بدورها تعبير مكثف عن الفعل المندمج لعدد من العناصر الاخرى (سوء تغذية، ضعف الخدمات الصحية أو عدم توفرها،..).

ثانياً - السمات العامة للوضع الصحي في لبنان

ألف - مقدمة

سجل في لبنان، تحسن ملحوظ في الاوضاع الصحية للسكان بسبب جملة عوامل مارست تأثيرها الايجابي بشكل تراكمي خلال العقود الماضية. وبرزت هذه العوامل^٩:

١- النمو الاقتصادي الذي بدأ في الخمسينات والذي انعكس في زيادة عرض السلع والخدمات، بما فيها الخدمات الصحية.

٢- تحسن مستوى الحياة وشروط السكن، والتوجه نحو تنمية المناطق في الستينات.

٣- انشاء نظام التأمينات الاجتماعية والصحية اعتباراً من النصف الثاني من الستينات، ثم بداية السبعينات.

٤- توفر الخدمات الصحية وتحسن امكانية الوصول اليها.

٥- النجاح في السيطرة على الامراض المعدية والابوية، التي لا يزال بعضها منتشرًا في البلدان المجاورة، وذلك من خلال اعتماد برامج وحملات متخصصة لهذه الغاية.

٦- ارتفاع الوعي الشعبي وتطور السلوك الصحي للأفراد والأسر اللبنانية، مع لحظ دور ايجابي لوسائل الاعلام، وللجهات الدولية والوطنية، الحكومية وغير الحكومية على هذا الصعيد.

لقد تجلّى التحسن في الاوضاع الصحية بشكل خاص في ارتفاع معدل العمر المتوقع عند الولادة، وفي انخفاض وفيات الاطفال، وفي الميل المتزايد الى اعتماد وسائل تنظيم الاسرة وتقليص عدد الولادات. ومما يلفت النظر ان الحرب الطويلة الممتدة من عام ١٩٧٥ الى عام ١٩٩١، لم تؤثر بقوة على الاوضاع الصحية العامة للمواطنين، رغم ما تسببت به من خسائر مادية وبشرية ومؤسسية. ويعود ذلك الى الاسباب التالية:

١- ثقافة الاعتماد على الذات التي يتميز بها الشعب اللبناني.

٩ جيهان طويلة، Revealing facts on health in Lebanon، ورقة عمل مقدمة الى ورشة عمل عن التنمية البشرية المستدامة نظمها برنامج الامم المتحدة الانمائي في لبنان، بيروت، كانون الاول/ديسمبر ١٩٩٦.

٢- الدور النشط والمبادر الذي قامت به الجمعيات غير الحكومية في توفير الخدمات الصحية والقيام باعمال الاغاثة.

٣- استمرار القطاع الخاص في اداء دور كبير ونشط في المجال الصحي.

٤- المساعدات الخارجية، ولا سيما في الحالات الطارئة.

٥- انخراط المنظمات الدولية، ولا سيما وكالات الامم المتحدة المختصة (اليونيسف، منظمة الصحة العالمية) في برامج شاملة وميدانية في معالجة الامراض المعدية والابئة، من خلال حملات التلقيح، والوقاية والمراقبة، بالتعاون مع الجهات الوطنية.

على هذا الاساس اظهرت الدراسات الحديثة تحسنا مستمرا في عدد من المؤشرات الصحية رغم سنوات الحرب الطويلة، كما سيرد لاحقا. الا ان ذلك لا يلغي وجود مشكلات عديدة في النظم الصحي اللبناني، وهو ما تلخصه استراتيجية القطاع الصحي لخطة عام ٢٠٠٠ الحكومية، وملاحظات البنك الدولي حول اوضاع هذا القطاع. ويمكن اختصار الوضع الصحي في لبنان على النحو التالي: غياب الانصاف والنوعية المتدنية، والكلفة المرتفعة للخدمات الصحية.

ينتم الوضع الصحي في لبنان بالسمات الأساسية التالية:

١- انه يمر بمرحلة انتقالية على الصعيدين السكاني والصحي.

٢- انه يسجل تراجعا كبيرا في دور القطاع العام لصالح القطاع الخاص والاهلي.

٣- غياب التخطيط والارتفاع الكبير في اكاليف الخدمات الصحية والاعتماد على التكنولوجيات الصحية الحديثة والمكلفة.

وهذه المشكلات تصبح اكثر حدة في المناطق التي تتدنّى فيها مؤشرات توفر الخدمات الصحية. كما من الضروري التشديد على أن ضخ المزيد من التمويل في النظام الصحي لن يحل هذه المشكلات، بل أن ذلك من شأنه أن يضاعفها ويزيد من ارتفاع اكاليف الرعاية الصحية ما لم تتخذ اجراءات تصحيحية لمعالجة الاختلالات البنوية في هذا النظام^١.

وسوف نتعرض فيما يلي لأبرز سمات القطاع الصحي تحت ثلاثة عناوين فرعية: الخصائص الديموغرافية والصحية الأساسية، بنية القطاع الصحي ومؤسساته، الجسم الطبي البشري.

باء- الخصائص الديموغرافية والصحية العامة

يمر لبنان بمرحلة انتقالية على الصعيدين الديموغرافي والصحي:

١- على الصعيد الديموغرافي

بلغ عدد سكان لبنان المقيمين (دون احتساب المخيمات الفلسطينية)، حسب مسح المعطيات الاحصائية للسكان والمساكن (١٩٩٦)، حوالي ٣ ار ١ مليون نسمة، ٢٩٢ في المائة منهم تحت سن الخمس عشرة سنة بما في ذلك ٥٨ في المائة تحت سن الخمس سنوات (مقارنة بما بين ١٢-١٣ في المائة في منطقة الشرق الاوسط وشمال إفريقيا)، و ٦٩ في المائة فوق الـ ٦٥ سنة. ويبلغ متوسط حجم الاسرة ٤٧٤ افراد مع تفاوتات تتراوح بين حد ادنى في بيروت هو ٤٤٤ افراد، وحد اقصى في محافظة الشمال يبلغ ٥٣٥ افراد. وحسب المسح اللبناني لصحة الام والطفل (١٩٩٦)، فقد بلغ معدل الخصوبة الكلية خلال السنوات الخمس السابقة على المسح، ٢٥ ولادة حية للمرأة الواحدة، مقابل ٤٦٤ ولادات عام ١٩٧١. ويعود ذلك الى جملة اسباب بينها الميل المسجل الى ارتفاع معدلات العزوبية ومتوسط سن الزواج. وقد انخفضت معدلات وفيات الاطفال وبلغت - خلال الفترة نفسها- ٢٨ بالالف بالنسبة الى الرضع (دون السنة)، و ٣٢٢ بالالف لمن هم دون الخمس سنوات. وقد كانت محصلة هذه التطورات، وغيرها من العوامل (كالهجرة)، انخفاض معدل النمو السكاني الذي بلغ ١٦٤ في المائة سنويا في الفترة الممتدة بين ١٩٨٧ و ١٩٩٦^{١١}.

الجدول ٣- تطور مؤشرات الصحة في سنوات مختارة

السنة	العمر المرتقب عند الولادة	معدل وفيات الاطفال (لكل الف مولود حي)
١٩٦٠	٥٩,٦٠	٦٧,٥٠
		دون السنة
		دون الخمس سنوات
٩١		
		دون السنة
اواخر الستينات	٦١,٠٠	-
١٩٨٠-١٩٧٥		
١٩٨٧-١٩٨٠	٦٦,٠٠	٤١,٢٠
		دون السنة

١١ مسح المعطيات الاحصائية للسكان والمساكن، والمسح اللبناني لصحة الام والطفل، مصدران مذكوران.

الجدول ٣ (تابع)

السنة	العمر المرتقب عند الولادة	معدل وفيات الاطفال (لكل الف مولود حي)
		دون الخمس سنوات
١٩٩٠	٦٦,١	دون السنة
		دون الخمس سنوات
١٩٩٦	٦٨	دون السنة
		دون الخمس سنوات

- المصادر: ١- مصرف لبنان - التقرير السنوي ١٩٩٣.
٢- تقرير التنمية البشرية ١٩٩٣، و ١٩٩٦ (العمر المتوقع عند الولادة).
٣- الاوضاع الصحية في لبنان، النجدة الشعبية، ١٩٨٤.
٤- المسح اللبناني لصحة الام والطفل، ١٩٩٦.

٢- على الصعيد الصحي

اما ما يتصل بالطابع الانتقالي للحالة الصحية بمعناها المباشر فبالامكان الاشارة الى السمات التالية:

(أ) تنتقل بنية الامراض في لبنان من طور غلبة الامراض المعدية الى طور باتت تحتل فيه الامراض غير المعدية المراتب الاكثر اهمية بين اسباب وفيات البالغين. وتشكل امراض القلب والاورعية الدموية السبب الاول لوفيات البالغين اذ تبلغ نسبتها ٢٩٢ في المائة من اجمالي الوفيات، يليها من حيث الاهمية الامراض السرطانية (٩٨ في المائة)، والحوادث (٩ في المائة). وكذلك تزداد اهمية الامراض المزمنة للفئات العمرية الكبيرة. ووفق هذه الصورة، تقترب بنية الامراض في لبنان مما هي عليه في الدول الصناعية؛

(ب) لا تزال الامراض المعدية تحتل مكانا هاما في بنية الامراض على الرغم من السيطرة عليها على نحو افضل من السابق وخاصة الامراض الانتقالية المعدية لدى الاطفال، واستمرار انتشار حالات الاسهال الحاد والامراض التنفسية الجرثومية الحادة. كما ويسجل في هذا الصدد عودة بعض الامراض الى البروز مجددا، مثل السل، بسبب تدهور الاوضاع المعيشية خلال سنوات الحرب، وكذلك بروز بعض الامراض المعدية الجديدة، مثل مرض نقص المناعة المكتسبة (السيدا)؛

(ج) نجاح حملات التحصين الشامل للاطفال ضد عدد من الاوبئة، وهو ما حسن الصورة العامة للوضع الصحي في لبنان. وقد تعمد التلقيح الثلاثي وضد الشلل بشكل شبه كامل في لبنان حسب المعطيات الحديثة، في حين سجل تقدم ملحوظ في معدل التلقيح ضد الحصبة الا انه لم يبلغ بعد مداه الاقصى اذ لا تزال نسبة ١٤ر٣ في المائة من الاطفال دون عمر السنة دون تلقيح ضدها، وهي لا تزال من الأسباب الهامة لوفيات الاطفال. وتجدر الإشارة الى أن المنظمات الدولية قد لعبت دورا أساسيا في تنظيم حملات التلقيح هذه، ولا سيما اليونيسيف ومنظمة الصحة العالمية بالتعاون مع وزارة الصحة والمنظمات غير الحكومية اللبنانية. وهذه التعبئة للجهود مقرونة بحملات إعلامية كثيفة وبتوفير اللقاحات مجانا، وبجهود الكادر البشري المتطوع هو الذي مكن من تحقيق هذا التقدم:

الجدول ٤ - معدلات التحصين الكامل للأطفال دون السنة (كنسبة مئوية)

(٤)	(٣)	(٢)	(١)	
١٩٩٦	١٩٩٢	١٩٩١	١٩٨٩	
٧٩ر١	٥٨	٧٧ر٨	٢٨	الشلل والثلاثي
٥٨ر٧	٥٥ر٨	٥٤ر٧	٩٣	الحصبة

- المصادر: ١- وضع الأطفال في العالم ١٩٩٢ UNDP.
٢- التقرير الأولي لنتائج الدراسة الوطنية حول بعض المؤشرات الصحية الأساسية لصحة الطفل في لبنان - اليونيسيف ١٩٩١.
٣- Preliminary report on national immunization coverage survey, March 1992 UNICEF.
٤- المسح اللبناني لصحة الأم والطفل، ١٩٩٦.

كما وتجدر الإشارة إلى ان القطاع الخاص يؤمن التلقيح لنسبة كبيرة من الأطفال (اكثر من ٤٠ في المائة) حيث يتم ذلك في العيادات والمؤسسات الخاصة وحيث يلحق الأطفال بلقاحات إضافية غير واردة في الروزنامة الوطنية.

لقد سجلت معدلات الوفيات انخفاضا ملحوظا خلال السنوات العشر الاخيرة، فتدنى معدل وفيات الرضع احدى عشرة نقطة، ومعدل وفيات الاطفال دون الخمس سنوات ثمان نقاط الا ان ما يلفت الانتباه هو النسبة العالية لمعدل وفيات حديثي الولادة (اقل من ٢٨ يوما)، التي تشكل ٢٠ر٣ في الالف (من اصل ٢٧ر٩ في الالف معدل وفيات الرضع)، مما يحيل الى شروط الرعاية الصحية المتدنية في الفترة التي تلي الولادة مباشرة، والى الثقل الذي تمثله الامراض الوراثية.

الجدول ٥ - معدلات وفيات الأطفال بين ١٩٨٦-١٩٩٥ (لكل الف مولود حي)

١٩٩٥-١٩٩١	١٩٩٠-١٩٨٦	
٧٢٫٩	٨٣٫٩	معدل وفيات الرضع (دون السنة)
٢٣٫٢	٠٫٤٦	معدل وفيات الاطفال (دون الخمس سنوات)

المصدر: المسح اللبناني لصحة الام والطفل، ١٩٩٦.

لكن التحسن الملحوظ في التحصين الشامل ومعدل وفيات الاطفال، لا يقابله تقدم بالمستوى ذاته بالنسبة للاوضاع الصحية للاطفال عموماً. اذ لا تزال معدلات اصابتهم بالامراض المختلفة مرتفعة كما يبدو من الجدول التالي:

الجدول ٦ - نسب اصابة الاطفال دون الخمس سنوات بالامراض المختلفة

النسبة المئوية	المرض
١١٫٧	الاسهال
٦٥٫٨	امراض الجهاز التنفسي
٣٫٧	الحمى
٧٫٧	صديد في الاذن
٧٫٦	قيح في العين
٨٫١	الحصبة
٣٫٦	امراض اخرى

المصدر: المسح اللبناني لصحة الام والطفل، ١٩٩٦.

وقد أفاد بحث ميداني نفذ عام ١٩٩٠ أن معدل تكرار اصابة الطفل دون الخمس سنوات بأمراض الجهاز التنفسي تبلغ ٧ مرات سنوياً. كما أن الاسهال يعتبر السبب الرئيسي لـ ٣٫٧٥ في المائة من وفيات الاطفال دون الخمس سنوات عام ١٩٩٠ (مقابل ٦ في المائة عام ١٩٧٩). كما أن معدل اصابة الاطفال بحالات الاسهال تبلغ ٣٫٦ مرات في السنة مع ملاحظة تفاوتات هامة حسب المناطق حيث أن النسبة أعلى في المناطق الريفية في الشمال والبقاع والجنوب. ويعكس ذلك مرة اخرى تطابقاً مع الخريطة الجغرافية لتوزيع الفقر والتفاوت الحاصل في توفير الخدمات الأساسية وسبل الوقاية حيث أن المياه غير الآمنة هي من الأسباب الرئيسية لحالات الاسهال، كما أن الظروف

السكنية المتردية وعدم وجود وسائل للتدفئة هي من الأسباب الرئيسية للأمراض الصدرية وتكرارها الشديد^{١٢}.

وتبقى مشكلة وفيات الامهات. ففي عام ٦٩٩١، بلغ معدل وفيات الامهات ٤٠١ حالة وفاة لكل مئة الف ولادة، علما ان ٨٨ في المائة من الولادات تتم في احدى المؤسسات الصحية (مستشفى، دار توليد، عيادة...). وهذا رقم عال نسبيا مقارنة مع الدول الاخرى التي تتمتع بمستوى شبيه من التنمية وتوفر الخدمات الصحية.

ومن السمات الاخرى للوضع الصحي الحجم الكبير الذي تمثله المشكلات الصحية المتصلة بالاوضاع الاجتماعية والاقتصادية والموروث الثقافي. ويمكن على هذا الصعيد الاشارة الى عدد من الامثلة:

(أ) انتشار الامراض المنقولة عبر الماء او الحيوانات (Zoonosis) وخاصة في المناطق النائية والتي لا تزال مهمشة وذلك كنتيجة لتردي الوضع الصحي البيئي الناتج عن تدهور الاوضاع الاقتصادية وعن عدم توفر شبكات المياه والصرف الصحي الملائمة؛

(ب) عودة مرض السل الى البروز مجددا. إن آخر الدراسات عن انتشار هذا المرض تعود لعام ١٩٧٤ وكانت هذه الدراسة قد أشارت حينها إلى تزايد حالات السل في لبنان اعتبارا من ١٩٧١ وخصوصا عند الاولاد بين الخامسة والـ١٤ سنة. وعلى الرغم من عدم توفر معطيات جديدة موثوق بها، فإن المعنيين يعترفون بأن الوضع بعد ١٩٧٥ أسوأ مما كان عليه قبل الحرب اللبنانية. ويعتقد مسؤولو برنامج مكافحة السل ان عدد الاصابات حاليا يفوق الـ ٩٠٠ اصابة، ذلك أن عوامل التهجير والسكن في اماكن مكتظة وتدهور مجمل الشروط الاقتصادية والاجتماعية للأسر اللبنانية يسهم في توسيع دائرة انتشار هذا المرض؛

(ج) عودة ظهور بعض الامراض المعدية الى الظهور، وكان لبنان قد اعتبر خاليا منها مثل الملاريا وبعض حالات شلل الاطفال في السنتين الماضيتين ١٩٩٦-١٩٩٧؛

(د) مسألة المعاقين في لبنان، وكان تقرير اعدته كاريتاس عام ١٩٨١ قد قدرهم بـ ١٠٦٣٥٥ حالة، في حين ان مسح المعطيات الاحصائية للسكان والمساكن الذي نفذته وزارة الشؤون الاجتماعية عام ١٩٩٦، قدر هذا العدد بـ ٢٩٨٦٦. والسبب الاول للاعاقة هو المرض اذ يشكل ٣٥ في المائة من اجمالي الاعاقات، يليه العوامل الوراثية التي تمثل ٣٢٢ في المائة، ثم الحوادث

(١٤٩ في المائة)، فالحرب (١١٩٩ في المائة). (لا بد من الإشارة الى التفاوت الكبير بين رقم كاريثاس ورقم وزارة الشؤون، الذي قد يكون حسب بعض الباحثين اقل من الرقم الحقيقي دون ان يعني ذلك بلوغ الرقم المتداول سابقاً)؛

(هـ) تزايد معدلات الزواج بين أقارب تربطهم قرابة دم من ١٨ في المائة عام ١٩٧١ الى ٢٦ في المائة عام ١٩٨٦. ويعتبر ذلك من الأسباب الرئيسية لارتفاع نسبة الامراض الوراثية التي سجل منها ١٦٤ مرضاً مختلفاً أبرزها التخلف العقلي، والتلسميا، وارتفاع معدل الكوليسستيرول، والغدة الدرقية، وأمراض العيون الوراثية. وقد سجل بين المرضى الذين يدخلون الى مستشفى الجامعة الاميركية نسبة ١٧ في المائة ممن يعانون من امراض وراثية مباشرة أو غير مباشرة^{١٣}؛

(و) ظهور مرض السيدا حيث يقدر البرنامج الوطني لمكافحة السيدا عدده المصابين بالفيروس بحوالي ٢٠٠٠ شخص وتقع الاصابات خاصة بين الرجال المهاجرين وزوجاتهم، علماً بان انتشار السيدا يتصل اتصالاً وثيقاً بالسلوك والوعي الصحي والاجتماعي؛

(ز) اما فيما يختص بالوضع الغذائي، فان معدل التغذية بالبروتينات والوحدات الحرارية في لبنان أعلى من المتوسط المطلوب (١٢٧ في المائة من الوحدات المطلوبة يوميا). ويعني ذلك اننا لا نعاني حالات جوع بالمعنى المباشر. إلا أن نتائج المسح اللبناني لصحة الام والطفل اشارت الى نسبة ٣ في المائة من الاطفال الذين يعانون من نقص الوزن (نقص الوزن نسبة الى العمر)، و ١٢٢ في المائة من الاطفال الذين يعانون من قصر القامة (نقص الطول نسبة الى العمر، وهو يعبر عن سوء تغذية مزمن)، مع لحظ تفاوتات مناطقية هامة (نقص الوزن ١ في المائة في جبل لبنان، و ٩٨ في المائة في الجنوب. وقصر القامة ٤٩ في المائة في بيروت وجبل لبنان، و ٣١٢ في المائة في البقاع)^{١٤}. ويعاني من سوء التغذية بشكل خاص بعض الفئات التي تعيش في ظروف صعبة كلاجئين (هناك في لبنان حوالي ٣٠٠٠٠٠ فلسطيني يعيش أكثر من نصفهم في المخيمات في ظروف صعبة كما أن هناك حوالي ١٢٠٠٠ أسرة لبنانية مهجرة تعيش في ظروف بائسة وفي أماكن غير مخصصة للسكن)^{١٥}. كما تبرز المشكلة الغذائية بأشكال أخرى أقل حدة ولكن أوسع إنتشاراً، ولا سيما ما يرتبط منها بنوعية وتنوع الغذاء وهو ما تعبر عنه معدلات هامة في نقص الحديد واليود والفيتامين أ.

١٣ المصدر نفسه سابقاً. اما حسب المسح اللبناني لصحة الام والطفل، فان معدل زواج الاقارب يبلغ ١٨ في المائة (عام ١٩٩٦)، مع تفاوتات حسب المستوى التعليمي للمرأة، وحسب المدة منذ الزواج الاول، اذ ارتفعت النسبة في سنوات الحرب لتعود الى الانخفاض بعد توقفها (راجع المسح اللبناني لصحة الام والطفل، مصدر مذكور).

١٤ المسح اللبناني لصحة الام والطفل، ١٩٩٦.

١٥ وزارة الشؤون الاجتماعية - التقرير الوطني الى قمة كوبنهاغن، ١٩٩٥. وايضا التقارير الصادرة عن وزارة المهجرين.

جيم - بنية القطاع الصحي والخدمات التي يوفرها

يمكن التمييز بين أربعة مستويات من البنى والخدمات الصحية:

- ١- المستشفيات والاستشفاء.
- ٢- المستوصفات والرعاية الصحية الأولية.
- ٣- العيادات الخاصة والخدمات الطبية للأفراد.
- ٤- الطب الوقائي وحملات التلقيح والتوعية الصحية.

ويعاني القطاع الصحي في بنيته وفي التكوين العضوي للخدمات والوظائف التي يؤديها من جملة اختلالات بنيوية أبرزها ما يلي:

- (أ) هيمنة القطاع الخاص، وتراجع دور القطاع الحكومي في مجالي انتاج الخدمات الصحية، والتخطيط والرقابة، الى ما دون المستوى المطلوب. حيث تحول من دور الموجه الاساسي لنشاط هذا القطاع الى ممول للخدمات العلاجية التي يقدمها القطاع الخاص، دون قدرة فعلية منه على ممارسة رقابة جدية على عمله؛
 - (ب) تفاوت في توزيع الخدمات الصحية كما ونوعا بين مختلف المناطق اللبنانية لصالح تركز شديد في بيروت وجبل لبنان، وتركز داخلي لحجم الأسرة ونوعية الخدمات والتجهيزات المتطورة في عدد محدود من المستشفيات الكبيرة؛
 - (ج) تشوه في تكوين الخدمات الصحية من حيث غلبة الجانب العلاجي على الجانب الوقائي الضعيف جدا، وعلى الرعاية الصحية الأولية بالنسبة للانفاق الحكومي؛
 - (د) ارتفاع اكلاف العناية الصحية بمعدلات تفوق معدلات التضخم وارتفاع مؤشر أسعار الاستهلاك، الأمر الذي يجعل من اكلاف الرعاية الصحية عبئا كبيرا على انفاق الاسرة اللبنانية؛
 - (هـ) التعددية والفوضى وضعف الرقابة على القطاع الصحي، مع وجود ازدواجية في نظام تسعير الخدمات الطبية بين ما يدفع فعليا وبين ما تدفعه مؤسسات الضمان الصحي الأساسية.
- وسوف ننبين تباعا هذه السمات في المستويات الأربعة المحددة أعلاه.

١- المستشفيات والاستشفاء

(أ) الاستشفاء بين القطاعين العام والخاص

تشكل المستشفيات الخاصة الحقل الأمثل لنشاط القطاع الخاص في المجال الصحي، إذ تهيمن على أكثر من ٨٨٪ في المائة من إجمالي الأسرة الاستشفائية (دون احتساب أسرة الإقامة الطويلة المخصصة للمعاقين جسدياً وعقلياً والأمراض المزمنة). وقد تراجع دور القطاع الحكومي في مجال الاستشفاء خلال سنوات الحرب التي أدت إلى تعطيل معظم المستشفيات الحكومية كلياً أو جزئياً، حيث كان يعمل ٤ مستشفيات حكومية فقط عام ١٩٩٦، من أصل ٢٥، و١٧ مستشفى عام ١٩٩٧. وتبلغ طاقتها الفعلية ما يتراوح بين ٥٠٠ و ٩٠٠ سريراً حسب التقديرات المختلفة^{١٧}، من أصل ما مجموعه ١٨٠٠ سرير تشكل الطاقة الاسمية للقطاع الحكومي.

مقابل هذا الواقع بلغ عدد المستشفيات الخاصة عام ١٩٩٦ حسب مصادر نقابة المستشفيات ١٢٩ مستشفى تحتوي على ٧٧٩٨ سريراً، يضاف إليها ٢٨ مستشفى للأمراض الخاصة المزمنة تعد ٣٦٠٦ أسرة. وكانت قد بلغت الذروة عام ١٩٧٥ مع ١٨٠ مستشفى خاصاً الأمر الذي يشير إلى حماس القطاع الخاص للعمل في هذا الميدان المربح اقتصادياً.

الجدول ٧- تطور عدد المستشفيات الخاصة والحكومية في لبنان

١٩٩٦	١٩٩١	١٩٨١	١٩٧٥	١٩٧٤	١٩٦٩	١٩٥٩	١٩٥٠	
١٤	٢٥	٢٥	٢٤	٢٢	١٨	٦	٤	حكومية
١٣٩	١٣٦	١٢٨	١٨٠	١٧٤	١٢١	٦٤	١٦	خاصة
١٥٣	١٦١	١٦٦	٢٠٤	١٩٦	١٣٩	٧٠	٢٠	مجموع

المصادر: ١- القطاع الصحي في لبنان - ١٩٩٣^{١٧}.

٢- نقابة المستشفيات في لبنان، لعام ١٩٩٦.

٣- وزارة الصحة.

١٦ يعود التفاوت الكبير في تقدير عدد الأسرة الحكومية العاملة إلى تحديد المقصود بالسرير العامل. فبعض الأسرة الموجودة في المراكز الصحية والمستشفيات الحكومية غير مستخدم فعلياً رغم الوجود المادي للسرير، كما أن بعض هذه المراكز يعمل كمستوصفات بسيطة أو كمراكز متخصصة. ويرى المعنيون في وزارة الصحة، أن ما تنطبق عليه مواصفات سرير في مستشفى لا يتجاوز ٥٠٠ أو ٦٠٠ سرير حكومي من أصل العدد الإجمالي المسجل.

١٧ القطاع الصحي في لبنان، مؤشرات، وآفاق وحلول. مؤسسة البحوث والاستشارات، النجدة الشعبية اللبنانية، بيروت ١٩٩٣.

(ب) القطاع الخاص

لقد نما دور المستشفيات الخاصة تدريجياً عبر السنين، إلا أن هذا التطور لم يكن متنسقاً من حيث حجم المؤسسات ومستوى تجهيزها، حيث أن ثلث عدد الأسرة موجود في حوالي ٢٥ مستشفى كبيراً، كما تفيد المعطيات أن أكثر من ٦٠ في المائة من المستشفيات الخاصة هي من الحجم الصغير (أقل من ٥٠ سريراً)^{١٨}.

وكذلك بالنسبة إلى التوزيع المناطقي حيث تتركز غالبية المستشفيات الخاصة في بيروت وجبل لبنان (٦٠ في المائة من المستشفيات وحوالي ٧٠ في المائة من الأسرة)، هذا دون نسيان واقع أن الأجهزة المتطورة والعمليات الطبية الدقيقة متوفرة في عدد أكثر محدودية من مستشفيات العاصمة وحدها.

الجدول ٨- توزيع عدد المستشفيات والأسرة حسب المحافظات (١٩٩٦)

عدد الأسرة لكل الف مواطن	عدد الأسرة			عدد السكان	المحافظة
	المجموع	الخاصة	الحكومية		
٥,٧	٢٣٥١	٢٣٥١	-	٤٠٧٤٠٣	بيروت
٢,٣	٢٦٦٦	٢٤٨٠	١٨٦	١١٥٤٥٨٠	جبل لبنان
١,٧٨	١١٩٣	١٠٠٣	١٩٠	٦٧٠٦٠٩	الشمال
٣,٠	١٤٤٦	١١٩١	٢٥٥	٤٨٨٤٦٧	الجنوب والنبطية
٢,٣	٩٢٣	٧٧٣	١٥٠	٣٩٩٨٩٠	البقاع
٢,٨	٨٥٧٩	٧٧٩٨	٧٨١	٣١١١٨٢٨	المجموع

المصادر: ١- عدد السكان، مسح المعطيات الإحصائية للسكان والمساكن، ١٩٩٦.

٢- عدد الأسرة الخاصة، نقابة المستشفيات.

٣- عدد الأسرة الحكومية، وزارة الصحة.

من جهة أخرى، إن المعدل الوطني لا يشمل الأسرة المخصصة للاقامة الطويلة والبالغ عددها ٣٣٠٦ أسرة، وإن لحظها يرفع المعدل إلى ٣,٨ سريراً لكل الف مواطن.

ويلاحظ من هذا الجدول وجود تفاوتات مناطقية، ولا سيما بالنسبة للشمال والبقاع، إلا أن هذه المعطيات على أهميتها غير كافية، فهي لا تكشف التفاوتات الكبيرة أيضاً داخل هذه المناطق بين

مراكز المحافظات، ثم مراكز الأضية، وبين غالبية قرى الريف اللبناني. والواقع أنه إذا أردنا دراسة الترابطات بين خريطة الفقر والأوضاع الصحية، لا بد من أن ينزل البحث الى مستوى القرى نفسها (أو مجموعة القرى المتقاربة) حيث يتم وضع الفقر ماديا، وحيث تتخذ المشكلات الصحية طابعا حادا يبدأ من انعدام التسهيلات الصحية المحلية، وصولا الى المسافة التي يجب أن يقطعها المريض الى أقرب مستشفى في مركز القضاء، أو المحافظة، وحتى نقل المريض الى العاصمة نفسها في بعض الأحيان.

سمة أخرى للاستشفاء في لبنان هي ارتفاع كلفته بشكل كبير في السنوات الاخيرة (سننتاول هذا الامر لاحقا)، وأحد أسباب ذلك هو إفراط المستشفيات في الاعتماد على التجهيزات الباهظة الثمن الأمر الذي يرفع كلفة العلاج في المستشفيات دون أن يكون ذلك ضروريا لحالات مرضية كثيرة. وينتج عن مثل هذا التشوه تحميل غالبية المرضى نفقات اضافية لتغطية الانفاق الترسلي الكبير على تجهيزات لا تستخدم إلا في علاج حالات معقدة فتننتشر ظاهرة الاكثار من استعمال الاجهزة الباهظة الثمن في التشخيص والعلاج غالبا بدون مبرر طبي اكيد، مما يرفع من الكلفة الاجمالية للاستشفاء.

الجدول ٩- بعض التجهيزات في القطاع الخاص ١٩٩٦

التجهيزات	عدد المراكز الاجمالي	عدد المراكز في بيروت وجبل لبنان
التمويل	١٥	١٠
عمليات القلب المفتوح	١٠	٦
غسل الكلى	٣٢	٢٠
CT Scanner	٤٦	٢٧
MRI	٦	٥

المصدر: نقابة المستشفيات الخاصة ومنظمة الصحة العالمية، ١٩٩٦.

(ج) التعاقد الحكومي مع القطاع الخاص

خلال سنوات الحرب تلازمت ثلاث ظاهرات ذات علاقة مباشرة بقطاع الاستشفاء: الاولى، هي العدد الكبير للاصابات بسبب الاعمال العسكرية وزيادة معدلات الامراض بسبب التدهور الحاصل في مجمل ظروف الحياة. والثانية، هي تقلص امكانيات المستشفيات الحكومية على تقديم خدمات الاستشفاء في معظم المناطق، لا بل انعدام هذه الامكانية في بعض المناطق الأكثر حاجة اليها. والثالثة، هي انهيار قيمة الليرة وقدرتها الشرائية الامر الذي جعل الخدمات الاستشفائية بعيدة المنال بالنسبة لشرائح هامة من اللبنانيين. إزاء هذا الواقع تم اعتماد اسلوب خاص في معالجة هذه المسألة تحت عنوان تأمين الاستشفاء للبنانيين في حالات الطوارئ الناجمة عن الاعمال الحربية،

وبالنسبة لمن لا تشملهم أنظمة الضمان الصحي المختلفة. ويكمن هذا الأسلوب في قيام وزارة الصحة بالتعاقد مع المستشفيات الخاصة بحيث تتولى الوزارة تسديد نفقات عدد من الاسرة التي يحال اليها المرضى الذين تنطبق عليهم مواصفات الافادة من خدمات الوزارة. ولا يزال هذا النظام معمولاً به اليوم بحكم قصور المستشفيات الحكومية عن تقديم الخدمات العلاجية التي توفرها المستشفيات الخاصة. وقد نتج عن ذلك نمو تدريجي في أسرة التعاقد هذه حيث باتت تشكل حوالي ٢٠ في المائة من اجمالي الاسرة في المستشفيات الخاصة (١٨٤١ سريراً). وحسب احصاءات وزارة الصحة فان عدد المعالجين على نفقة الوزارة عام ١٩٩٦، بلغ ١٠٤٨٩٠ مريضاً، في حين اظهرت دراسة الاوضاع المعيشية للاسر في عام ١٩٩٧، ان ١٢٦ في المائة من الاسر قد استفادت من خدمات وزارة الصحة^{١٩}.

ويشكو توزيع اسرة التعاقد كما سائر القطاع الصحي من التشوهات الناجمة عن توزيع جغرافي متفاوت بناء على افتراضات سكانية غير دقيقة، تتداخل مع كوتا مناطقيه وسياسية لا تراعي التوازن بين المستشفيات، مما يجعلها تتعد عن ادائها وظيفة التكامل وسد الثغرات، إن لم نقل تعويض الاختلالات والتشوهات الموجودة اصلاً. وقد كان عدد اسرة التعاقد عليها مع وزارة الصحة حوالي ٤٠٠ سريراً فقط عام ١٩٧٥، ليصل الى ١٢٣٩ عام ١٩٨٢، و١٨٤١ سريراً عام ١٩٩٦، ويبقى قريباً من هذا الرقم طوال التسعينات.

الجدول ١٠- تطور اسرة التعاقد وتوزعها المناطقي (سنوات مختارة)

١٩٩٨	١٩٩٦	١٩٩٥	١٩٩٤	١٩٩٠	١٩٨٤	
٢٩٨	٣٦٦	٣٢٥	٤٧٤	٥٤٧	٤٨٢	بيروت
٤٨٥	٦٠٢	٥٥٤	٣٧٤	٤٦٤	٣٩٣	جبل لبنان
٢٣٠	٢٦٤	٢٤٢	٢١٨	٢٢٤	٢٠٦	الشمال
٢٦٠	٣٢١	٢٧٣	٢٣٥	٢١٤	١٦٥	الجنوب
٢٤١	٢٨٨	٢٢١	١٦٨	١٠٧	٨٦	البقاع
١٥١٤	١٨٤١	١٦١٥	١٤٦٩	١٥٥٩	١٣٣٢	المجموع

المصادر: ١- القطاع الصحي في لبنان ١٩٩٣.

٢- المراسيم الحكومية العائدة للسنوات ١٩٩٤-١٩٩٨.

وهذا الواقع هو الذي يشكل أساس الاستنتاج في التحول الذي طرأ على وظيفة وزارة الصحة نحو تمويل القطاع الخاص. وقد تفاقمت مشكلة عجز الوزارة عن تسديد فواتير المستشفيات

١٩ الاوضاع المعيشية للاسر في عام ١٩٩٧، مصدر مذكور.

الخاصة، او التأخر في ذلك، مما ادى الى نزاعات عدة بين الوزارة والمستشفيات الخاصة، مما كان يدفع الوزارة دائما الى طلب رصد اعتمادات اضافية غير ملحوظة في موازنتها الاصلية.

وتسعى الوزارة حاليا الى تقليص الاعتماد على التعاقد مع القطاع الخاص، وتطوير امكاناتها كمنتج للخدمات الصحية، ولو جزئيا، وزيادة عدد الاسرة التابعة لها الى ٢٨٨٦ سريرا بحلول العام ٢٠٠١، وذلك من خلال بناء وإعادة تأهيل ٢٧ مستشفى وسطي وريفي على مستوى الاقضية وبناء مستشفى جامعي (٥٠٠ سرير) في بيروت. وهذه الخطوة، ان تم تحقيقها، سوف تؤدي الى إعادة التوازن من حيث توفر الخدمات في المناطق الاكثر فقرا، مع الاشارة الى ضرورة ان لا تزيد تكلفة تشغيل هذه الاسرة عن تكلفة الاسرة المتعاقد عليها مع القطاع الخاص، كي يكون الاستبدال مجديا، مع الاشارة الى ضرورة توفير الجهاز الطبي والمساعد الضروري لتشغيلها. وقد تبين وجود ثغرات جدية على هذا الصعيد، حيث ان عددا من المراكز الصحية والمستشفيات الريفية التي تم بناؤها وتجهيزها وفق المواصفات الحديثة خلال الاعوام ١٩٩٦-١٩٩٨، لم تبدأ العمل بعد بسبب عدم توفر الكادر البشري ومستلزمات التشغيل الادارية.

(د) الاستشفاء والقطاع الاهلي

لم تول عناية كافية لدراسة دور القطاع الاهلي في الاستشفاء في لبنان، ويقتضي تحديد هذا الدور في واقعه الراهن والمستقبلي القيام بجهد خاص يتجاوز حدود هذه الدراسة. إلا أنه تجدر الإشارة الى أن ما يصنف غالبا تحت عنوان أسرة الإقامة الطويلة المخصصة لعلاج الامراض المزمنة والاعاقات، هو مؤسسات أهلية للرعاية الاجتماعية الخاصة بالمعاقين أو ببعض الحالات الخاصة. كما تجدر الإشارة الى تجربة بعض المستشفيات التابعة لمؤسسات غير حكومية (مستشفى المقاصد، المستشفى الخيري الاسلامي في طرابلس، مستشفى النجدة الشعبية اللبنانية في النبطية...).

وإذا كنا لا نملك معطيات خاصة حول هذه المستشفيات واحتمال قيامها بدور متميز عن دور القطاع الخاص على صعيد تقديم الخدمات الاستشفائية، فإننا نكتفي بالإشارة الى مثل هذا الاحتمال، والى ضرورة دراسته بشكل مفصل (كما يقتضي دراسة التجربة الخاصة بآدارة الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي لمستشفى البترون باعتباره صيغة خاصة)، هذا مع العلم ان بعض الهيئات الاهلية تقوم بتقديم المعونات المادية للمرضى ذوي الدخل المحدود للإستشفاء في مستشفيات القطاع الخاص.

٢- المستوصفات والرعاية الصحية الاولية

تشكل المستوصفات المنتشرة في مختلف المناطق اللبنانية البنية التحتية لتوفير خدمات الرعاية الصحية الأولية. وحسب معطيات وزارة الصحة لعام ١٩٩٤، فقد بلغت حصة القطاع

الاهلي من هذا القطاع حوالي ٨٠ في المائة من أصل ٧٦٠ مستوصفا عاملا في لبنان^{٢٠}، فيما يتولى القطاع الحكومي ادارة الـ ٢٠ في المائة الباقية. وقد انخفض هذا العدد في السنوات الفائتة لعدة اسباب منها توقف الدعم المادي الخارجي للمؤسسات الاهلية مع نهاية الحرب الاهلية، وتوقف الدعم للمستوصفات والمراكز الصحية بالادوية. هذا مع العلم ان العديد من المستوصفات والمراكز الصحية كانت تابعة لجهات سياسية ومع انحسار دور هذه الجهات فقد توقف عملها الاجتماعي بما فيه الخدمات الصحية.

إن العدد الدقيق للمستوصفات العاملة متغير بسبب الحركة السريعة نسبيا في فتح مستوصفات جديدة أو توقف بعضها عن العمل، وذلك بحكم العدد الكبير للمؤسسات الأهلية التي تتعاطى العمل الصحي، ومرونة الحركة التي تملكها في افتتاح مستوصفات في المناطق. (يقدر عدد الجمعيات الأهلية في لبنان بما يزيد عن ١٥٠٠ جمعية عاملة في مختلف المجالات، واغلبية هذه المؤسسات عملت في مجال الخدمات الصحية لا سيما خلال سنوات الحرب وما تلاها).

آخر المعطيات الدقيقة المتوفرة تعود لدراسة اجرتها اليونيسيف عام ١٩٩١ وفيها تناول لتطور عدد المستوصفات وتوزعها ومواصفاتها. وتلاحظ على هذا الصعيد السمات الأساسية التالية:

(أ) لقد تطور عدد المستوصفات خلال سنوات الحرب وذلك لتلبية حاجة ملحة فرضتها التطورات الامنية والاقتصادية - الاجتماعية. فالحاجة الى تقديم خدمات الرعاية الصحية الأولية في أقرب مكان ممكن الى مكان تواجد المريض كانت لها الأولوية بسبب صعوبة أو استحالة التنقل احيانا كثيرة، هذا عدا الكلفة المتصاعدة للخدمات الصحية وعدم توزع الاطباء العاملين في عياداتهم الخاصة بشكل متناسب مع احتياجات المناطق. إن مجمل هذه الاعتبارات، مقرونا بالاضرار والتفكك الذي لحق بالمستوصفات الحكومية خلال الحرب، دفع الجمعيات الاهلية الى سد هذا الفراغ، والى تأسيس ٤٢٩ مستوصفا جديدا في الفترة الممتدة بين ١٩٧٤ و ١٩٩١ (هذا دون احتساب اعداد كبيرة من المستوصفات التي توقفت عن العمل، أو المستوصفات والمستشفيات الميدانية التي كانت تفتح في حالات الطوارئ). وقد نتج عن ذلك تبدل في أهمية الادوار التي كان يلعبها كل من القطاعين الحكومي والاهلي على هذا الصعيد؛

(ب) لقد تطورت حصة القطاع الاهلي من ٤٢ في المائة من المستوصفات عام ١٩٧٤ (مقابل ٥٧ في المائة للقطاع الحكومي)، الى ٧٥ في المائة عام ١٩٩١ (مقابل ٢٥ في المائة للقطاع الحكومي) وهي تزايد. وتشير خريطة الانتشار الى تفاوت بينها وبين خريطة انتشار خدمات القطاع الخاص بشقيه: المستشفيات والعيادات الخاصة. ففي حين كان معدل عدد الاسرة لكل الف مواطن اعلى في بيروت وجبل لبنان مقارنة بالمناطق الاخرى، فان عدد السكان الذين يخدمهم المستوصف الواحد كان الافضل في الجنوب (وهو اكثر تعرضا للاعمال العسكرية بفعل الغارات الاسرائيلية المتكررة) تليها المناطق الاخرى (الجبل والشمال والبقاع) في حين جاءت بيروت في

المرتبة الاخيرة. ولذلك اكثر من دلالة، بينها تركيز الجمعيات الاهلية على تقديم الخدمات الصحية في الارياف اكثر من تركيزها على المدن، فالاهتمام بالفقر المدني لا يزال عموما دون مستوى الاهتمام بالفقر الريفي. ولذلك اسباب عدة منها طبيعة الجمعيات الاهلية نفسها حيث أن معظمها يقوم على أساس قروي محلي أو عائلي، وهذه الاشكال هي الأكثر انتشارا وفعالية في المناطق الريفية.

الجدول ١١- تطور عدد المستوصفات في سنوات مختارة

	١٩٩١		١٩٨٢	١٩٧٧		١٩٧٤				
	مجموع	غير حكومي	مجموع	مجموع	غير حكومي	مجموع	غير حكومي			
بيروت			٤٨	٢٤	١٣	١١	٢٢	١١	١١	
جبل لبنان	٢٦٠	١٩٢	٦٨	١٨٧	١٢١	٧٠	٥١	٨٣	٣٨	٤٥
الشمال	١٤٥	١٠٠	٤٥	٦١	٦١	٢٩	٣٢	٣٦	٧	٢٩
الجنوب	١٧٩	١٣٩	٤٠	١٣٣	٤٩	٢٦	١٣	٢٧	١٤	١٣
البقاع	٩٦	٨٠	١٦	٧٨	٣٣	٢٠	١٣	٢٨	١٥	١٣
المجموع	٦٨٠	٥١١	١٦٩	٥٠٧	٢٧٨	١٥٨	١٢٠	١٩٣	٨٢	١١١

المصدر: القطاع الصحي في لبنان ١٩٩٣.

الجدول ١٢- متوسط عدد السكان الذين يخدمهم مستوصف واحد^{٢١}

	عدد السكان	المستوصفات غير الحكومية	المستوصفات الحكومية	نسبة عدد السكان لكل مستوصف
الشمال	٤٤٠٠٠٠	١٠٠	٤٥	٣٠٣٤
البقاع	٣٥٠٠٠٠	٨٠	١٦	٣٦٤٦
المناطق الشرقية	٦١٠٠٠٠	٨١	٤٠	٥٠٤١
بيروت	٦٥٠٠٠٠	٦٢	٦	٩٥٥٩
الجبل	٢١٠٠٠٠	٤٩	٢٢	٢٩٥٨
الجنوب	٤٥٠٠٠٠	١٣٩	٤٠	٢٥١٤
المجموع	٢٧١٠٠٠٠	٥١١	١٦٩	٣٩٨٥

المصدر: اليونيسيف، القطاع الصحي في لبنان ١٩٩٣.

٢١ تتفاوت تقديرات عدد السكان بشكل ملحوظ حسب المصادر المختلفة. ولا تزال هذه المشكلة مثارة حاليا بعد صدور دراستي وزارة الشؤون الاجتماعية (١٩٩٦)، وإدارة الاحصاء المركزي (١٩٩٧). لذلك نورد تقديرات السكان كما جاءت في مصادرها الاصلية دون تعديل.

يبدو من الجدول اعلاه، أن توزع المستوصفات أكثر عدالة وتوازناً، إلا أن ذلك يخفي تفاوتات كبيرة بين القرى من جهة أولى، بالإضافة الى التفاوت في نوعية الخدمات التي تقدمها هذه المستوصفات ومستوى تجهيزها.

وفي تصنيف أولى لفئات المستوصفات يتبين غلبة المستوصفات ذات التجهيز البدائي:

الجدول ١٣- تصنيف المستوصفات حسب مستوى الخدمات

المجموع	فئة ٣	فئة ٢	فئة ١	
١٤٢	٢٤	٢٥	٦٨	الشمال
٩٥	٦	٢٥	٦٤	البقاع
١٢٠	٢٧	٣٠	٦٣	المناطق الشرقية
٦٧	٢٣	٢٥	١٩	بيروت
٧١	٨	١٥	٤٨	الجبل
١٧٨	٣٥	٦٥	٧٨	الجنوب
٦٧٥	١٢٣	٢١٢	٣٤٠	لبنان

المصدر: اليونسيف ١٩٩١، كما ورد في تقرير المؤتمر الأول للصحة، القطاع الصحي في لبنان ١٩٩٣. (الفئة الأولى: مستوصفات تقدم خدمات بسيطة، الفئة الثانية: مستوصفات تقدم خدمات مقبولة، الفئة الثالثة: مستوصفات تقدم خدمات جيدة).

وتكون معظم المستوصفات الصغيرة عبارة عن غرفة او غرفتين صغيرتين خاليتين من التجهيزات او الادوية وتديرها عادة مساعدة ممرضة ذات خبرة محدودة ولا يزور طبيب المستوصف للمعاينات الا بضع ساعات اسبوعيا وعادة في ايام محددة.

وتبرز هذه المشكلة بشكل خاص على صعيد المستوصفات الحكومية حيث أن ١٣ مستوصفا حكوميا فقط من أصل ١٦٩ تقدم خدمات صحية متوافقة مع المقاييس المعتمدة.

وتقوم وزارة الصحة حاليا بتأهيل بعض المستوصفات والمراكز الصحية التابعة لها من خلال برنامج اعادة تأهيل القطاع الصحي الممول بموجب قرض من البنك الدولي. ومن المتوقع ان ترمم الابنية وتؤمن التجهيزات والمعدات اللازمة لاعمال الرعاية الصحية الاولية التي تحاول الوزارة التشديد عليها. كما وتقوم الوزارة ببناء وتجهيز ١٢ مركزا صحيا نموذجيا (١ في بيروت و ١١ في المناطق) بتمويل كويتي وسعودي. لكن عددا من المراكز التي تم بناؤها وتجهيزها حتى

الآن لا تزال مغلقة لعدم توفر الكادر البشري او الميزانية الكافية لشراء الضروريات لتشغيلها، كما سبقت الإشارة الى ذلك.

ولكن على الرغم من الانتشار الواسع نسبيا للمستوصفات، فان ٣٣ر٩ في المائة من الاسر المقيمة افادت من وجود مستوصف في جوار مكان سكن الاسرة، كما ان نسبة ٢٨ر٥ في المائة فقط من الاسر صرحت انها استفادت من خدمات احد المستوصفات^{٢٢}. أما عن مستوى تلبية الحاجات الصحية للمناطق الأكثر حرماناً، فنكتفي بتقديم مثالين: الأول، في استطلاع بالعينة لمنطقة بعلبك - الهرمل، تبين أن ٦٠ر٥ في المائة من العينة المستطلعة اجابت بعدم توفر خدمات صحية قريبة^{٢٣}. كما أن بحثاً أجري لصالح الهيئة العليا للإغاثة، شمل ٣٠ قرية في كل لبنان، افاد عن عدم توفر مستوصفات في ١٣ قرية. أما المستوصفات العاملة في ١٥ قرية أخرى، فإن ٨ منها غير مجهزة أو تجهيزاتها قديمة^{٢٤}.

ويمكن تلخيص أبرز المشكلات التي تواجه قطاع المستوصفات بما يلي:

- ١- عدم توفر مواصفات جيدة في غالبية المستوصفات.
- ٢- وجود بعض أوجه الاختلال في التوزيع الجغرافي.
- ٣- غلبة الطابع العلاجي على عمل المستوصفات الذي بات يشبه الى حد كبير العيادات الخاصة.
- ٤- الازدواجية والتنافس لاسباب لها علاقة بالحالة الصحية، ودخول العوامل السياسية كعنصر قوي لانشاء المستوصفات في القرى لاغراض سياسية أو انتخابية رغم عدم الحاجة اليها.
- ٥- اعتماد المستوصفات والمراكز الصحية بشكل اساسي على مساعدات الممرضات لعدم توفر العدد الكافي من الممرضات المجازات مما يؤثر سلباً على نوعية الخدمة والعلاج المتوفرة في المراكز.

٢٢ الاوضاع المعيشية للاسر في عام ١٩٩٧، مصدر مذكور.

٢٣ دراسة ميدانية غير منشورة عن منطقة الهرمل - بعلبك - مؤسسة البحوث والاستشارات.

٢٤ CDF rapid needs capacity assesment study. phase II-CRI S.P.L. July 1995

٦- غياب نظام إحالة فاعل ينظم العلاقة ما بين المستوى الأول من الخدمة والمستويين الثاني والثالث.

٧- غياب العنصر الوقائي وغياب المشاركة الفاعلة من قبل الاهالي والمجتمع المحلي واللذين هما من اسس الرعاية الصحية الاولية.

٨- عدد كبير من الاطباء العاملين في المستوصفات الحكومية يعمل ايضا في عيادات او مستشفيات خاصة ويستخدم المستوصف "جلب الزبائن" الى العيادات والمستشفيات الخاصة من اجل المتابعة او العلاج الحقيقي.

٣- العيادات الخاصة

يصعب تقدير العدد الدقيق للاطباء العاملين في لبنان، لعدم وجود ادوات احصاء ومتابعة مستمرة. فالارقام المتداولة هي للاطباء المسجلين في نقابتي الاطباء (واطباء الاسنان) في لبنان، إلا أن عددا غير معروف من هؤلاء قد يكون خارج البلاد أو قد توقف عن ممارسة المهنة. وتتراوح تقديرات عدد الاطباء العاملين بين ٦٠٠٠ و ٧٠٠٠ طبيب، اغليبتهم من ذوي الاختصاص، يمارسون نشاطهم على الاراضي اللبنانية مع ميل نحو التركز في العاصمة وجبل لبنان والمدن. وتشير التقديرات الى أن حوالي ٧٥ في المائة منهم يعملون في بيروت وجبل لبنان، و١٠ في المائة في الشمال، و٧ في المائة في كل من الجنوب والبقاع.

وتشير دراسة - CDF التي سبق الإشارة إليها الى أن ٢ فقط من أصل ٣٠ قرية شملها البحث فيها عيادات خاصة^{٢٥} وهذه نسبة ضئيلة جدا نظرا لعدد الاطباء الكبير نسبيا. وهذا يعني أن الاطباء يفضلون استخدام مراكز المستوصفات التابعة للقطاع الاهلي والقطاع العام على تأسيس عيادات خاصة في القرى. وهذا ما يتوافق مع الاستنتاجات الواردة في الفقرة السابقة. ولا شك أن هذا النقص أكثر حدة بالنسبة لطب الاسنان بسبب ارتفاع كلفة تجهيز العيادات الخاصة، مما يجعلها تقتصر على المدن والبلدات الكبيرة، حيث يتوافر عدد كاف من السكان لتأمين العائد الاقتصادي الضروري لاستمرار عمل الطبيب، علما ان الكشوفات الطبية على طلاب المدارس وجدت ان الاغلبية (٩٠ في المائة) تعاني من التسوس وامراض الفم (راجع مقابلة الدكتور نبيل خراط في القسم الاخير من هذه الدراسة).

أما المشكلات الإضافية التي تثيرها بنية الخدمات الطبية في العيادات الخاصة فهي إضافة الى التفاوت الجغرافي، تتلخص في ما يلي:

- ١- التشتت والفردية مما يضعف امكانيات الافادة من شبكة العيادات الخاصة لمعرفة الوضع الصحي ورسم السياسات المطلوبة لمعالجته.
- ٢- ارتفاع اكلاف المعاينة عموما، مع تفاوتات كبيرة بين طبيب وآخر.
- ٣- التفاوت الحاصل بين التعريفات التي تضعها النقابة للمعاينة، والتعريفات التي تحدها مؤسسات الضمان.
- ٤- التشتت وتعدد المدارس والمنافسة بين الاطباء، بدل التنسيق والتكامل.
- ٥- لا توجد بروتوكولات وطنية للعلاج مما يفسح المجال للطباء بوصف العلاج الذي يرونه مناسباً. وتظهر التعددية هذه حتى في انواع ومواعيد اللقاحات التي تعطى للاطفال.
- ٦- العدد الكبير من الاطباء درس وتمرن خارج لبنان وبالتالي فالخبرة والتدريب يختلفان من طبيب الى آخر و لا يوجد برامج تدريب لتوحيد المفاهيم.

٤- الحملات والطب الوقائي

ثمة إجماع أن الحيز المخصص للطب الوقائي ولحملات التوعية الصحية وضمنان بيئة صحية للمواطن، يبدو ثانويا لا بل هامشيا، مقارنة بالحيز الذي يحتله الطب العلاجي على كافة المستويات، بما في ذلك في عمل المستوصفات والعيادات الخاصة.

إن الاهتمامات البيئية - الصحية تكاد تكون مهملة تماما، ما عدا بعض المبادرات والمطالبات التي تبقى غالبا دون فعالية، وتداوى في أحسن الاحوال باجراءات ادارية أو اعلامية أو علاجات مؤقتة (مشكلة النفايات السامة، مشكلة التلوث المزمن في بعض المناطق - شكا سلعاتنا - سبلين - تكرار ظاهرة تلوث مياه الشفة سنويا في أكثر من منطقة... الخ)، أما بعض الجوانب الاخرى التي تلقى الاهتمام، فهي بعض البرامج الواسعة الانتشار الممولة من قبل الوكالات الدولية (UNICEF, WHO)، والهيئات الاهلية، والقطاع الحكومي. وتشير النتائج المحققة على هذا الصعيد الى الفائدة المباشرة والبعيدة الامد لمثل هذه البرامج، والى الامكانيات الكبيرة التي تختزنها وأثرها المباشر على معالجة المشكلات الصحية المرتبطة بالفقر والاوزاع الاقتصادية والاجتماعية المتدنية.

والامثلة الابرز هي حملات التلقيح، وبرنامج الطب المدرسي، وبرنامج الصحة الانجابية وتنظيم الاسرة.

حملات التلقيح، تركز بالدرجة الاولى على الشلل واللقاح الثلاثي، وقد حقق هذا البرنامج تقدما ملموسا وبلغت نسبة تحصين الاطفال ١٠٠ في المائة للجرعتين الاولى والثانية، و ٩٧ للجرعة الثالثة. كما سجل تحسن في معدل التحصين ضد الحصبة الذي بلغ ٨٥٧ في المائة^{٢٦}. ان النجاح المحقق في برامج التحصين الشامل بات يتطلب الانتقال الى مرحلة اخرى تجمع بين سد الفجوات الجغرافية، ومعالجة الامراض الاكثر انتشارا بين صفوف الاطفال (الجهاز التنفسي، السيل، الاسهال) بفعالية اكبر من السابق.

أما برامج الصحة الانجابية، وتنظيم الاسرة، فقد بدأت مؤخرا حملات لتعميم الفحوصات المخبرية للنساء. هذا بالاضافة الى التوعية الصحية فيما يتعلق بتنظيم الاسرة وصحة المرأة والطفل. وهناك برامج على هذا الصعيد لم تصل بعد الى مستوى الحملات الوطنية للتحصين الشامل.

اما البرنامج الوطني لمكافحة السيدا فهو برنامج تابع لوزارة الصحة ويتلقى الدعم من منظمة الصحة العالمية. والبرنامج يتحلى بشبه استقلال اداري ويقوم باحصاء المصابين بالسيدا وبالعامل على تحسين ظروف العمل والنظافة في المختبرات والمستشفيات والتأكد من اتمام الفحوصات الروتينية للدم ومشتقاته. كما ويركز البرنامج على نشر المعرفة عن سبل انتقال السيدا وسبل الوقاية. وقد دلت دراسة اجراها البرنامج مؤخرا الى ان نسبة المعرفة لسبل الانتقال والوقاية عالية بين السكان.

أما برنامج الطب المدرسي فهو يفتح أفقا لبرنامج وطني شامل يجمع بين الوقاية والعلاج والتوعية والاحصاء الصحي. وقد بدأ هذا البرنامج بمبادرة من المنظمات غير الحكومية، ثم انضمت اليه الجهات الحكومية فشكلت لجنة وطنية مختلطة لبرنامج الطب المدرسي (شباط/فبراير ١٩٩٣) ضمت الى جانب القطاع الاهلي ممثلين عن وزارات الصحة والتربية والشؤون الاجتماعية، بالاضافة الى المنظمات الدولية (UNICEF, WHO) وقد شمل هذا البرنامج اجراء كشف طال ١٠٨٠٠٠ تلميذا في المرحلة الابتدائية في المدارس الرسمية عام ١٩٩٣-١٩٩٤ و(١٢٠ الف تلميذا عام ١٩٩٤-١٩٩٥). وقد أشارت المعلومات المتراكمة منذ عام ١٩٨٩-١٩٩٠، أن حوالي ٦٠ في المائة من التلاميذ يشكون من مرض ما، وأن ٩٠ في المائة منهم يشكون من تسوس الاسنان، و ٢٠ في المائة يشكون من مرضين أو أكثر في الوقت نفسه. وتبين أن مستوى انتشار الامراض في البيئة المدينية الفقيرة أعلى مما هو في الريف (٧٦٩ في المائة في بيروت).

الجدول ١٤ - نسبة الإصابة بالامراض حسب نتائج حملة الطب المدرسي (١٩٩٥/١٩٩٤)

المنطقة	النسبة المئوية للتلاميذ المرضى
بيروت	٧٦,٩
الجنوب	٤٦,٨٠
البقاع	٦١,٧٠
الشمال	٥٦,٠٠
جبل لبنان	٥٩,٠٠
كل لبنان	٦٠,١٠

المصدر: التقارير الاولى لحملة الطب المدرسي.

وبالطبع تشمل هذه العينة الفئات الفقيرة والمحدودة الدخل من الشعب اللبناني التي ترسل ابناؤها الى المدارس الرسمية. ونسبة المرض مرتفعة كما هو واضح.

هذا البرنامج، بحكم اتساعه واستمراره، كشف السمات الأساسية للواقع الصحي، وقاس التقدم الحاصل عبر الزمن. فقد أشارت مقارنة نتائج الكشف لعام ١٩٩٣-١٩٩٤ مع كشف عام ١٩٩٠-١٩٩١، حصول تراجع في نسبة المشاكل الصحية المسجلة بنسبة ١٤ر في المائة، وهو ما يؤكد ما توصلت اليه دراسات على نطاق دولي، من أن الوقاية والعلاج المبكران أقل كلفة ويحققان نتائج ملموسة في فترات زمنية قصيرة نسبياً.

أما الوجه الآخر لمثل هذا البرنامج (وغيره من البرامج المشابهة) فهو أنه أبرز الحاجة الى تشكيل وحدات صحية في وزارة التربية ومرشدين صحيين في المدارس، بالإضافة الى بدء العمل على الزامية بطاقة صحية لكل تلميذ. وهذا بدوره يفتح امكانيات لا حدود لها لمعالجة صحيحة وعلمية للمشكلات الصحية - الاجتماعية^{٢٧}.

الا ان برامج التوعية والتثقيف الصحي تبقى ضعيفة جداً. فحصة دائرة التثقيف في وزارة الصحة العامة مثلاً ضئيلة جداً من الميزانية السنوية ولا يوجد فيها الجهاز البشري المدرب والمؤهل للقيام برصد الاولويات والتخطيط والتنفيذ للبرامج التوعوية والتثقيفية الصحية. وتقوم بمعظم الجهود

٢٧ المعلومات عن الطب المدرسي من اوراق قدمت في ورشة عمل لجمعية النجدة الشعبية اللبنانية عن الطب المدرسي، الاشرافية تشرين الثاني/نوفمبر ١٩٩٦. الاوراق تقديم د. نبيل خراط.

في هذا المجال المؤسسات الدولية (WHO, UNICEF, UNFPA) والمؤسسات الالهية والخاصة مما ينتج عنه التفاوت في الاولويات وغيات التنسيق وهدر الجهود.

وقد بدأ في عام ١٩٩٦ توزيع "السجل الصحي" وهو بمثابة كتيب لكل طفل يحمله من الولادة وحتى سن الـ ١٨ عاماً يسجل فيه تاريخ الطفل الصحي من تلقيح وامراض معدية ومزمنة وعمليات جراحية وادوية مزمنة الخ...

ويوجد في وزارة الصحة حالياً جهاز من المهندسين الصحيين والمراقبين الصحيين ولكن الاغلبية من هؤلاء اصبحوا قريبين من سن التقاعد ومعظمهم خريجو مدرسة الهندسة الصحية التي توقفت عن العمل في منتصف السبعينات، أي ان آخر دفعة تخرجت كانت منذ ربع قرن تقريباً وهؤلاء لم يلتحقوا بأية دورات تدريبية جدية لتحديث المفاهيم والمعلومات الصحية وهناك الآن مشروع لاعادة احياء المدرسة ومن المتوقع ان يبدأ التدريب فيها خلال العام الحالي.

خلاصة

لقد استعرضنا اعلاه المستويات الاربعة لبنية القطاع الصحي، وتناولنا خصائصه ومشكلاته بشكل مستقل. إلا أن المشكلة الأهم لمجمل البنية، تكمن في انعزال هذه المستويات بعضها عن البعض الآخر، بحيث انها لا تشكل نظاماً (Systeme) متكاملًا في علاقته الداخلية عبر نظام من الاحالات من مستوى الى آخر، وعبر تكامل كل مستوى داخلياً ومع المستويات الاخرى. كما أنه يفترق الى الهدفية الموحدة والموحدة، أي خلق بيئة صحية ورفع مؤشرات الوضع الصحي عبر تكامل التوعية والوقاية والعلاج.

الجدول ١٦ - تلخيص سمات ومشكلات البنية الصحية

القطاعات الاساسية	ابرز الخصائص والمشكلات
١- الاستشفاء والمستشفيات	١- أهمية القطاع الخاص. ٢- كثرة عدد المؤسسات. ٣- تمركز جغرافي في بيروت وجبل لبنان. ٤- تركيز نوعية الخدمات المقدمة في عدد قليل من المستشفيات الكبيرة مع غلبة عددية للمستشفيات الصغيرة. ٥- كلفة الاستشفاء مرتفعة. ٦- القطاع الحكومي يمول ما بين ٢٠ في المائة و ٣٠ في المائة من اسرة القطاع الخاص. ٧- الرقابة الحكومية ضعيفة جداً.

الجدول ١٦ - (تابع)

القطاعات الأساسية	أبرز الخصائص والمشكلات
٢- المستوصفات والرعاية الصحية الأولية	١- القطاع الأهلي (٨٠ في المائة). ٢- القطاع الحكومي (٢٠ في المائة). ٣- دعم من المؤسسات الدولية (UNICEF, WHO).
٣- العيادات الخاصة	١- تمركز جغرافي في بيروت وجبل لبنان، والمدن ومراكز الاقضية، وابتعاد عن القرى النائية. ٢- ضعف الرقابة على نوعية الخدمات. ٣- غياب التنسيق وعدم توفر امكانية تجميع معلومات صحية ولا توحيد اسس العلاج والوقاية. ٤- تفاوت بين كلفة المعاينة الفعلية، والتسعيرات الموضوعة من قبل مؤسسات الضمان.
٤- الطب الوقائي والحملات الصحية	١- حملات التلقيح: دور اساسي للمنظمات الدولية، والقطاع الأهلي، والحكومي، تغطية واسعة للشلل والثلاثي. ٢- برنامج الطب المدرسي، مشاركة القطاع الحكومي مؤخرًا. ٣- الحاجة الى توسيع جغرافي ونوعي للحملات وردم التفاوتات. ٤- استمرارية وتطوير البرامج الأساسية (الطب المدرسي، ... الخ). ٥- الحاجة الى تقوية برامج التوعية والتنقيف الصحي. ٦- الحاجة الى تدريب عدد من المهندسين والمراقبين الصحيين للعمل في المناطق.

دال - الجسم الطبي البشري في لبنان

تتكون القوى البشرية العاملة في حقل الصحة من الفئات الأساسية التالية: اطباء، اطباء اسنان، ممرضين، اخصائيين، فنيين. وهم موزعون كالتالي^{٢٨}:

الجدول ١٧ - القوى العاملة الصحية في لبنان (آخر عام ١٩٩٤)

٥٨٧٣	اطباء عاملون
٢٧٠٢	اطباء اسنان عاملون
٣٤٥٣ منهن (١٥٠٥ ممرضات مساعدات)	ممرضات
٨٠٠	صيادلة (اصحاب صيدليات)
٤٠٤	صيادلة (اعمال صحية اخرى)
٩٢٤	فنيون

المصدر: وزارة الصحة.

وإذا حصرنا بحثنا بالفئتين الأساسيتين (الاطباء، والممرضات) لتبينت لنا الخصائص والمؤشرات التالية:

١- الاطباء

ليس هناك احصاء دقيق لعدد الاطباء العاملين في لبنان، فالمصدر الاكثر وثوقا على هذا الصعيد هو سجلات نقابتي الاطباء في لبنان (نقابة اطباء طرابلس والشمال، ونقابة اطباء لبنان التي تشمل بيروت والمناطق الاخرى ما عدا الشمال)، حيث ان القانون اللبناني لا يجيز للطبيب ان يمارس الطب إلا اذا كان مسجلا في احدى النقابتين. الا ان الثغرة هنا هو ان سجلات النقابتين لا تفيدان اذا كان الطبيب موجودا فعليا في لبنان ويمارس مهنة الطب، او انه مسافر او غير ممارس. كما ان هناك عددا من الخريجين الجدد من معاهد الطب الذين يمارسون الطب قبل انجاز اجراءات التسجيل في النقابة.

وحسب مصادر النقابات فان عدد الاطباء عام ١٩٩٢ كان يبلغ ٤٨٣٧ طبيبا، وبلغ ٧٣٠٤ اطباء عام ١٩٩٦. وطوال فترة التسعينات، سجل نمو في عدد الاطباء الجدد المسجلين يتراوح بين ٦٠٠ و ٧٠٠ طبيب، مما يعني ان عدد الاطباء المسجلين سيتجاوز ٩٥٠٠ طبيب مع حلول عام ٢٠٠٠.

^{٢٨} في نهاية هذه الفقرة بيان تفصيلي بالقوى البشرية الطبية، حسب مذكرة صادرة عن المديرية العامة لوزارة الصحة، عام ١٩٩٤.

الجدول ١٨ - تطور عدد الاطباء بين ١٩٦٢ و ١٩٩٦

السنة	عدد الاطباء
١٩٦٢-١٩٦٣	١,٦٩١
١٩٦٥	١,٥٣٩
١٩٨١	٢,٤٠٤
١٩٨٤	٢,٧١٨
١٩٩٢	٤,٨٣٧
١٩٩٦	٧٣٠٤
١٩٩٧	٧٨٨٨

المصدر: نقابتا الاطباء في لبنان.

استناداً الى هذه التقديرات، ومع احتساب عدد السكان ا٣ مليون مقيم عام ١٩٩٦، فان متوسط عدد السكان الذين يخدمهم طبيب واحد يبلغ طبيياً واحداً لكل ٤٢٥ مواطن. وهذا الرقم مرتفع جداً مقارنة مع سائر دول المنطقة وحتى مقارنة مع الدول الصناعية حيث بلغ متوسط عدد السكان الذين يخدمهم طبيب واحد ٤٤٦ في الولايات المتحدة الامريكية للعام ١٩٩٣ مثلاً. واذا كان هذا المتوسط مرتفعاً بشكل عام، الا انه يخفي، كسائر المتوسطات الوطنية، تفاوتات غير قليلة الاهمية بين المناطق المدنية والريفية، كما انه يخفي نوعاً خاصاً من التشوه في بنية الجسم الطبي، حيث ان حوالي ٦٠ في المائة من الاطباء هم اصحاب اختصاصات، في حين أن هناك نقصاً في اطباء الصحة العامة والطب العائلي والاختصاصات الاكثر تلبية لاحتياجات الرعاية الصحية الاولية والوقاية. وقد لوحظ نقص في بعض الاختصاصات الاساسية مثل الامراض النسائية والتوليد في المناطق الريفية والنائية.

٢- الممرضات

وعددهن أقل من عدد الاطباء، ويبلغ معدل عدد المواطنين الذين تخدمهم كل ممرضة (أو مساعدة ممرضة) ٨٨٦ مواطناً (عدد الممرضات ٣٥٠٠) ويبلغ معدل طبيب/ممرضة ١٧ طبيب لكل ممرضة عام ١٩٩٤ وقد لوحظ نقص في بعض الاختصاصات الاساسية مثل الامراض النسائية والتوليد في المناطق الريفية والنائية.

وتتماشى هذه النتيجة مع غلبة الطابع العلاجي على النظام الصحي في لبنان، وضعف الرعاية الصحية الاولية والعلاجية الاساسية لمصلحة الاستشفاء والعلاج من الدرجة الثالثة.

أما الوجه الآخر لمشكلة النقص الكبير في عدد الممرضات فهو نابع من الحجم المتزايد للممرضات المساعدات ١٥٠٥، واللواتي لا يحملن أية شهادة (٨١٧)، مع هجرة مستمرة للممرضات المجازات الى الخارج بسبب تدني الرواتب وصعوبة شروط العمل، الأمر الذي يدفع للاستعانة بممرضات آسيويات غير اللبنايات.

الجدول ١٩ - عدد الممرضات حسب نوع الشهادة

الشهادة / التخصص	العدد
ممرضات مجازات ليسانس	٧٥٤
TS	٤٣٧
BT	٧٥٧
مساعدات ممرضات	٦٨٨
قابلات قانونيات	٣٠٣
ممرضة مساعدة دون شهادة	٨١٧
المجموع	٣٧٥٦

المصدر: وزارة الصحة العامة، منظمة الصحة العالمية ١٩٩٥.

ويظهر من الجدول اعلاه ان اكثر من نصف الممرضات اللواتي يعملن في لبنان لم يتلقين تدريباً مهنيّاً كافياً يؤهلهن للعمل، مما له دلالات خطيرة بالنسبة لنوعية الخدمة والرعاية التي يتلقاها المرضى، خاصة في المراكز الصحية والمستوصفات.

ملحق: بيان تفصيلي للجسم الطبي في لبنان

حددت مذكرة صادرة عن المديرية العامة لوزارة الصحة تكوين القوى العاملة الصحية في نهاية ١٩٩٤ على الشكل التالي:

الجدول ٢٠ - عدد الاطباء واطباء الاسنان العاملين وغير العاملين ١٩٩٤

اطباء	عاملون	شطب قيدهم	متقاعدون	المجموع
٥٨٧٣	١٤٠٠	٥٤١	٧٨١٤	
اطباء اسنان	٢٧٠٣	٢٥٢	٤٦	٣٠٠١

الصيدلة في لبنان عام ١٩٩٤:

صيدلي: اصحاب صيدليات مرخصة	=	٨٠٠
يعملون في مستودعات الادوية	=	١٣٢
يعملون في المستشفيات الخاصة والعامة والهيئات غير الحكومية	=	٨٢
اصحاب مستودعات لاستيراد الادوية	=	٧٠
اصحاب مختبرات خاصة	=	٥٠
يعملون في مصانع الادوية	=	٣٢
اصحاب مستودعات لتوزيع الادوية داخل البلاد	=	١٦
يعملون في مختبرات المستشفيات	=	٥
يعملون في مكاتب علمية	=	٦
يملك مصنع ادوية	=	١
مسافراً أو لا يمارس الصيدلة	=	٤٣
متقاعداً	=	١٢٢
مشطوبون لاسباب ادارية	=	٣
المجموع العام	=	٢١٢٣

الجدول ٢١- قوى عاملة صحية فنية

مستقل	يعمل في	شهادة معهد	شهادة جامعية	المجموع	
-	-	١٩٥	٢٠٥	٤٠٠	الفنيون المخبريون
١٥٠	١٥٠	-	-	٣٠٠	المعالجون الفيزيائيون
-	-	١١٧	٥١	١٦٨	فنيو الاشعة
-	-	-	-	٥٦	اختصاصيو الاطراف

ثالثاً- الوضع الصحي - الاجتماعي

ألف- أنظمة التأمين الصحي في لبنان

تتوزع الضمانات الصحية للمواطنين اللبنانيين على مجموعة من المؤسسات المتفاوتة الأهمية، بالإضافة الى أنظمة المساعدة المؤقتة في الحالات الطارئة. والاجهزة الأساسية هي التالية^{٢٩}:

١- الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي

بدأت التقديمات الصحية عام ١٩٧١ بصورة ضمان المرض والأمومة للمستخدمين في القطاع الخاص، ويغطي جزئياً الطلاب الجامعيين، وبعض أصحاب الأعمال الصغيرة. تمويل الصندوق يتم من مصادر ثلاثة: الحكومة، اشتراكات ارباب العمل، واشتراكات المستخدمين المسجلين. المريض يدفع ١٥ في المائة من كلفة الاستشفاء حسب التسعيرة المحددة من قبل الصندوق، و ٣٠ في المائة من كلفة الطبابة العادية. بلغ عدد المسجلين في الضمان حتى شهر كانون الاول/ديسمبر ١٩٩٦، وحسب احصاءات الصندوق ٣٠٨٥٩١ مضمونا، (وبلغ ٢٤١٣٣٠ مضمونا عام ١٩٩٧ حسب فريق عمل البنك الدولي).

٢- القطاعات العسكرية

وتشمل الجيش، وقوى الامن الداخلي، والاجهزة الامنية الاخرى (الامن العام، امن الدولة)، تؤمن الخدمات الصحية للعسكريين العاملين والمتقاعدين من خلال اللواء الطبي، ومن خلال تسديد اكلاف الرعاية الصحية في القطاع الخاص. ويقدر عدد المضمونين في القطاعات العسكرية - حسب مصادر هذه القطاعات نفسها - بحوالي ١٣٣٠٠٠ مضمون.

٣- تعاونية موظفي الدولة

تسدّد تكاليف الرعاية الصحية في القطاع العام على اساس تسعيرة تضعها التعاونية. عدد المنتسبين يقدر بـ ٦٥ الف موظف يستفيدون واسرهم من خدمات التعاونية.

^{٢٩} تقدير عدد المضمونين في كل مؤسسة يستند الى مصادر المؤسسة الضامنة نفسها. الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي استنادا الى احصاءات وحدة المكننة، والمؤسسات الاخرى استنادا الى تقديراتها كما وردت الى فريق عمل البنك الدولي لتأهيل القطاع الصحي - وزارة الصحة - عن عام ١٩٩٧.

٤ - وزارة الصحة

تشمل خدماتها الاستشفاء في المستشفيات الحكومية وأسرة التعاقد التي تمولها وزارة الصحة في المستشفيات الخاصة بنسبة ٨٥ في المائة و ١٠٠ في المائة لعلاج بعض الامراض مثل السرطان و عمليات القلب المفتوح وغسل الكلى. بالاضافة الى خدمات المراكز الصحية التابعة للوزارة. هذا مع الإشارة الى ان وزارة الشؤون الاجتماعية تسهم ايضاً في تقديم خدمات صحية للمواطنين من خلال المراكز التابعة للوزارة، او من خلال دعم عدد من الجمعيات الاهلية التي تقدم خدمات صحية عامة في مستوصفاتها، او من خلال مراكز رعاية صحية خاصة بالمعاقين او الحالات الخاصة.

وفي عملية احتساب لنسبة تغطية كل انواع أنظمة التأمين في لبنان، بما في ذلك شركات التأمين الخاصة، يقدر تقرير للبنك الدولي الذي نفذ بالتعاون مع وزارة الصحة عام ١٩٩٤ هذه النسب على أساس عدد سكان لبنان ٣٨٥٠٠٠٠ لبناني، بـ ٥٦ في المائة، ما عدا وزارة الصحة التي تؤمن نظريا التغطية الصحية لـ ٤٤ في المائة من اللبنانيين لا تشملهم التأمينات الاخرى.

واستنادا الى معطيات راهنة، يقدر فريق عمل البنك الدولي ان نسبة التغطية العامة للبنانيين من قبل مختلف المؤسسات لا يزال ثابتا ويبلغ حوالي ٥٥ في المائة من السكان و (٤٥ في المائة نسبة السكان الذين يفترض شمولهم بتغطية وزارة الصحة). وقد توزع المضمونون والمستفيدون على مختلف المؤسسات على النحو التالي:

الجدول ٢٢- توزيع المضمونين والمستفيدين على المؤسسات الضامنة - ١٩٩٧

الجهة الضامنة	عدد المضمونين	% من الاجمالي	عدد المستفيدين	معدل مستفيد/مضمون	% للمستفيدين من السكان
الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي	٣٤١٣٣٠	٦٥,٦	١١٩٤٠٠	٣,٥	٢٤,١
تعاونية موظفي الدولة	٦٥٠٠٠	١٢,٥	٣٢٥٠٠٠	٥,٠	٩,٤
الجيش	٨٥٠٠٠	١٦,٤	٣٢٥٠٠٠	٣,٨	٩,٤
القطاعات العسكرية الاخرى	٢٨٣٦٣	٥,٥	٩٤٩٧٧	٣,٣	٢,٧
مجموع	٥١٩٦٩٣	١٠٠	١٩٣٨٩٧	٣,٧	٥٥,٤
غير المضمونين والمشمولين نظريا بتغطية وزارة الصحة					٤٤,٦

المصدر: وزارة الصحة - فريق عمل البنك الدولي.

الا ان المسوحات الوطنية التي اجريت حديثا، اظهرت ان هذه النسب كانت متفائلة جدا. فقد بينت نتائج دراسة الاوضاع المعيشية للاسر في عام ١٩٩٧، الصادرة عن ادارة الاحصاء المركزي، ان نسبة تغطية السكان الاجمالية، وبمختلف انواع مؤسسات التأمين، تبلغ ٤٢ في المائة فقط من

^{٢٠} لقد تم وضع هذا الجدول استنادا الى تصريح الجهات الضامنة نفسها لعدد المضمونين وعدد المستفيدين، واحتسبت نسبة التغطية للسكان على اساس عدد اجمالي للسكان ٣,٥ ملايين. ويظهر الجدول تفاوتات كبيرة لجهة معدل مستفيد/مضمون اذ يتراوح بين حد ادنى هو ٣,٣ مستفيد مقابل المضمون الواحد في القطاعات العسكرية الاخرى غير الجيش (امن داخلي، وامن عام، وامن دولة)، وحد اقصى هو ٥ بالنسبة لتعاونية موظفي الدولة. هذا التفاوت غير منطقي وهو يؤدي الى رفع نسبة التغطية بالتأمينات الى ٥٥ في المائة وهي نسبة اعلى مما هو مسجل في المسوحات الوطنية التي نفذت عامي ١٩٩٦ و١٩٩٧، والتي تقدر نسبة المشمولين بالتأمين بـ ٤٢ في المائة من السكان فقط. وهذا الفارق ناجم بالدرجة الاولى عن المبالغة في تقدير عدد المستفيدين. ففي حالة الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي، على سبيل المثال، كان المعدل المعتمد لتقدير عدد المستفيدين نسبة الى المنتسبين الى الضمان هو ٢,٨ مستفيد لكل منتسب. وباختبار هذا المعدل على بيانات وحدة المكننة نهاية عام ١٩٩٦، تبين انه اكثر واقعية من المعدل المقترح في الجدول وهو ٣,٥ (راجع بهذا الصدد دراسة اديب نعمه - شبكات الامان الاجتماعية في لبنان، معدة لصالح برنامج الامم المتحدة الانمائي في بيروت). فاذا اعتمد هذا المعدل (٢,٨) لتقدير عدد المستفيدين وتم احتساب نسبة التغطية الاجمالية للسكان، فاننا نحصل على نسبة تغطية اجمالية تساوي ٤١,٦ في المائة وهي مساوية تقريبا للنسبة المقدرة استنادا الى دراسة الاوضاع المعيشية للاسر في لبنان ١٩٩٧.

السكان. ويلاحظ هنا نوعان من التفاوت، الاول هو في نسب التغطية بين المؤسسات الضامنة المختلفة حيث يمثل الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي الحصة الاكثر اهمية (١٥٢ في المائة)، ويليه من حيث الاهمية التأمين من خلال القطاع العام، الذي يتشكل من تعاونية الموظفين وانظمة التأمين في الاجهزة العسكرية والامنية (الاجمالي ١٣١ في المائة). اما التفاوت الثاني، فهو في نسبة التغطية المختلفة بين المناطق. وتبلغ هذه النسبة ادناها في محافظة الجنوب حيث لا تزيد عن ٢٣ في المائة من السكان فقط^{٣١}.

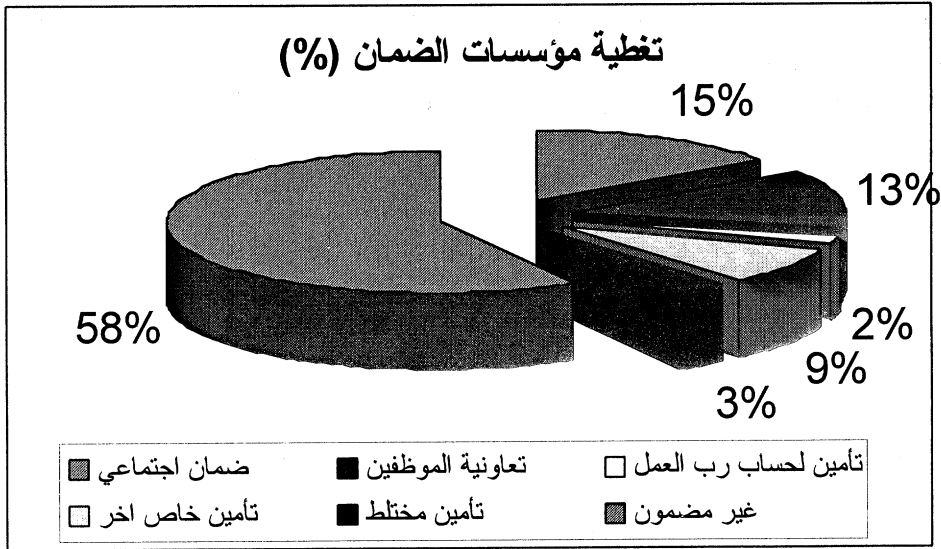
الجدول ٢٣ - نسب التغطية بانظمة التأمين الصحي حسب المحافظات (كنسبة مئوية)

البقاع	النيطية	الجنوب	الشمال	جبل لبنان ما عدا الضواحي	ضواحي بيروت	بيروت	لبنان	
٣٥,٦	٣٦,٦	٢٣,٥	٣٤,٦	٥٣,٢	٥٠,٢	٥٥,٣	٤٢,٠	مضمون
١١,٧	١١,٥	١٠,٥	١٢,٤	١٦,٩	١٩,٧	٢١,٠	١٥,٢	ضمان اجتماعي
١٨,٤	١٤,٦	٨,٨	١٦,٨	١٣,٣	١٠,٨	٨,١	١٣,١	تعاونية الموظفين
١,٥	١,١	١,٤	٠,٩	٢,٣	٢,٢	٤,٣	١,٩	تأمين لحساب رب العمل
٣,٢	٨,٤	٢,١	٣,٣	١٦,٥	١٢,٣	١٥,٤	٨,٧	تأمين خاص آخر
٠,٩	١,٠	٠,٦	١,٢	٤,٢	٥,٣	٦,٥	٢,٩	تأمين مختلط
٦٤,٤	٦٣,٤	٧٦,٥	٦٥,٤	٤٦,٨	٤٩,٨	٤٤,٧	٥٨,٠	غير مضمون
١٣,٩	١٦,٢	١٨,٥	١٣,١	٨,٣	١٢,٩	٧,٨	١٢,٦	مستفيدون من وزارة الصحة

المصدر: الاوضاع المعيشية للاسر في عام ١٩٩٧.

ويتبين من هذا الجدول ايضا، ان ثمة مركزية جغرافية في نسب التغطية الصحية لصالح بيروت وجبل لبنان، ولا سيما فيما يتعلق بالصندوق الوطني للضمان الاجتماعي (والمنتسبون اليه اساسا من اجراء القطاع الخاص)، والتأمين الخاص. اما لجهة التأمين من خلال القطاع العام، فاهميته النسبية اكبر في المحافظات الطرفية. وكذلك الامر بالنسبة لخدمات وزارة الصحة، التي تشمل نظريا السكان غير المضمونين (ونسبتهم ٥٨ في المائة من السكان)، الا ان نسبة المستفيدين فعليا هي ١٢٦ في المائة على مستوى لبنان، وتسجل اعلى نسبة في الجنوب وهي ١٨٥ في المائة (للتذكير فقط ان محافظة الجنوب تسجل ادنى مستوى في نسبة السكان المضمونين في المؤسسات الضامنة المختلفة).

^{٣١} الاوضاع المعيشية للاسر في عام ١٩٩٧، ادارة الاحصاء المركزي، شباط/فبراير ١٩٩٨.



باء- اكاليف الرعاية الصحية

يتميز النظام الصحي في لبنان بالارتفاع المستمر في اكاليف الرعاية الصحية. بدءاً من المعاينة وصولاً الى الاستشفاء واسعار الدواء. ويعتبر ذلك أكثر العوامل المباشرة تأثيراً على الوضع الصحي لذوي الدخل المحدود، والفئات الفقيرة، التي يتحول المرض بالنسبة اليها الى ما يشبه الكابوس الحقيقي. فمن شأن أي إصابة غير متوقعة، أو حالة إعاقة، أو مرض مزمن، أو عملية جراحية معقدة، أن تتحول الى مصدر أساسي لاستنزاف دخل الاسرة، وعامل افقار مؤقت أو دائم احياناً.

وتبدو هذه السمة - ارتفاع الاكاليف - بنوية في نظام صحي علاجي الطابع، ويلعب فيه القطاع الخاص الدور الأول في ظل ضعف رقابة الدولة. ويؤدي خضوع هذا القطاع الهام الى قانون الربح، الى حدوث تشوهات فيه، تجعل ارتفاع الاسعار عملية مستمرة تجري بمعدلات تفوق المعدلات الوسطية لارتفاع اسعار الاستهلاك، ويزيد من الهوة بين اكاليف العناية الطبية ومستوى دخل شرائح واسعة من المجتمع اللبناني. الامر الذي ينعكس بدوره في نشوء سلوكيات صحية جديدة لدى المواطنين الافراد والاسرة، تزيد بدورها من تدهور الاحوال الصحية. وحسب مركز الاحصاءات الطبية في الجامعة الاميركية بلغ متوسط كلفة الاستشفاء ليوم واحد في المستشفيات

الخاصة عام ١٩٩٤، حوالي ٣٠٥ دولارات، مقابل ٢٨٢ دولاراً عام ١٩٩٣ و ٢٤٥ دولاراً عام ١٩٩٢ و ١٩٩٣.^{٣٢}

الجدول ٢٤ - متوسط كلفة اليوم الاستشفائي (بالدولار)

متوسط	درجة ثالثة	درجة ثانية	درجة أولى	
٢٨٢	١٨٣	٣٢٢	٤٣٠	١٩٩٣
٣٠٥	١٨٣	٣٥٠	٤٥٨	١٩٩٤

المصدر: Hospitalization in Lebanon. June 1994, AUB-Seminar.

وهذا المستوى من الكلفة مرتفع جداً مقارنة بمدخيل الأسرة اللبنانية، حيث أن الحد الأدنى للأجور كان حوالي ٦٨ دولاراً عام ١٩٩٣ و ١١٩ دولاراً عام ١٩٩٤.

وحسب التقديرات المتداولة في تلك الفترة (١٩٩٣-١٩٩٤) والمستندة الى دراسات محدودة بالعينة، ثمة شريحة واسعة من السكان يتدنى دخلهم عن ٣٠٠ دولار شهرياً لاسرة من خمسة اشخاص. إذ تقدر دراسة لمؤسسة ريتش-ماس أن حوالي ٣٦ في المائة من الأسر اللبنانية يتدنى دخلها عن ٣٠٠ دولار أي ما يعادل متوسط يوم استشفائي واحد^{٣٣}. وحسب تقديرات أكثر تفأؤلاً، يقدر أن ما يتراوح بين ١٨ و ٢٠ في المائة من العاملين في الادارة العامة والخدمات المختلفة (ما عدا التجارة)، و ٢٠ في المائة من العاملين في الصناعة، و ٣٥ في المائة من العاملين في الزراعة هم دون مستوى خط الفقر المطلق، أي من الذين لا يستطيعون تلبية حاجاتهم الأساسية، بما فيها الرعاية الصحية من خلال مداخيلهم الشهرية الدائمة، التي لا تكفي لتغطية يومي استشفاء^{٣٤}.

اما حسب اخر التقديرات، فان توزع الاسر المقيمة حسب اجمالي دخلها الشهري يشير بدوره الى تدرج عام في مستوى المداخيل، مما يعطي مصداقية عالية للتقديرات السابقة، رغم استنادها الى عينات صغيرة، او اسقاطات حسابية. واستنادا الى دراسة الاوضاع المعيشية للاسر في عام ١٩٩٧، فان ٦٠ في المائة من الاسر في لبنان تستدين، وتأتي الاستدانة للاستشفاء رابع الاسباب الأساسية للاستدانة (نسبة ٥٠ في المائة من الاسر) بعد الاستدانة لتأمين المعيشة، فالدراسة، فالسكن. والسبب الاساسي في ذلك هو الهوة بين المداخيل واكلاف المعيشة، حيث ان متوسط الدخل الشهري للاسرة هو ١٥٤ مليون ليرة، ومتوسط الدخل الذي يعتبر ضروريا لسد احتياجات الاسرة

^{٣٢} ايكوشيفر، و Rou'a Hijazi-Hospitalization in Lebanon. June 1994-AUB-Seminar.

^{٣٣} عبدو قاعي 1995 Liban Marketing et opportunités. Reach - Mass - Seminaire-

^{٣٤} انطوان حداد: الفقر في لبنان، الاسكوا، كانون الثاني/يناير، ١٩٩٦.

يبلغ ١٧٣ مليون ليرة. هذا مع العلم ان ٥٨ في المائة من الاسر دخلها الشهري هو اقل من ٣٠٠ ألف ليرة، و ١٨٨ في المائة تحت الـ ٥٠٠ ألف ليرة، و ٣٩٨ في المائة تحت الـ ٨٠٠ ألف ليرة ٦٠٩ في المائة تحت ١٢ مليون ليرة^{٣٥}. وتعطي هذه الارقام فكرة عن المرونة شبه المعدومة في مداخيل الاسر، وبالتالي حجم العبء الذي يمكن ان تشكله اكلاف الرعاية الصحية عليها، والاستشفاء على نحو خاص، لا سيما بالنسبة لغير المضمونين.

**الجدول ٢٥ - توزيع الاسر المقيمة (كنسبة مئوية) حسب فئات الدخل
(بالآلاف الليرات اللبنانية) - لبنان**

فئة الدخل الشهري	اقل من ٣٠٠	٣٠٠ الى ٥٠٠	٥٠٠ الى ٨٠٠	٨٠٠ الى ١٢٠٠	١٢٠٠ الى ١٦٠٠	١٦٠٠ الى ٢٤٠٠	٢٤٠٠ الى ٣٢٠٠	٣٢٠٠ واكثر
نسبة الاسر	٥,٨	١٣,٠	٢١,٠	٢١,١	١٣,٤	١٢,١	٥,٩	٧,٤

المصدر: الاوضاع المعيشية للاسر في عام ١٩٩٧.

تفاوتت كلفة الاستشفاء بشدة بين مستشفى وآخر. ومن خلال معلومات عن متوسط اكلاف يوم الاستشفاء في ٥٤ مستشفى تعاملت معها تعاونية الموظفين خلال عام ١٩٩٤، تبين ما يلي:

الجدول ٢٦ - متوسط كلفة الاستشفاء عام ١٩٩٤ (تعاونية الموظفين)

متوسط الكلفة لليوم الواحد (بالآلاف الليرات)	العدد
أكثر من ٥٠٠	٢
من ٤٠٠ الى ٥٠٠	٣
من ٣٠٠ الى ٤٠٠	٦
من ٢٠٠ الى ٣٠٠	٢٥
من ١٠٠ الى ٢٠٠	١٦
اقل من ١٠٠	٢
مجموع	٥٤

المصدر: تعاونية الموظفين، التقرير السنوي عام ١٩٩٤.

وتبلغ حصة المستشفيات الخمسة الأكثر اهمية التي تعاملت معها التعاونية ٤٧ في المائة من اجمالي ما دفعته تعاونية الموظفين للاستشفاء عام ١٩٩٤، و(٣٧ في المائة حصة مستشفيات فقط).

^{٣٥} الاوضاع المعيشية للاسر في عام ١٩٩٧.

وتفيد معطيات وزارة الصحة - فريق عمل البنك الدولي - عن وجود تفاوت مشابه، إذ تتراوح كلفة اليوم الاستشفائي الذي سددته الوزارة للمستشفيات الخاصة بين حد أقصى هو ٣٥٦.٠٠٠ ليرة لبنانية، وحد أدنى هو ٥٠.٠٠٠ ليرة لبنانية فقط (!).

ويشمل ارتفاع الاسعار كل مجالات الرعاية الصحية، وبمعدلات تتجاوز ارتفاع أسعار الاستهلاك وسعر صرف الدولار مقابل الليرة اللبنانية:

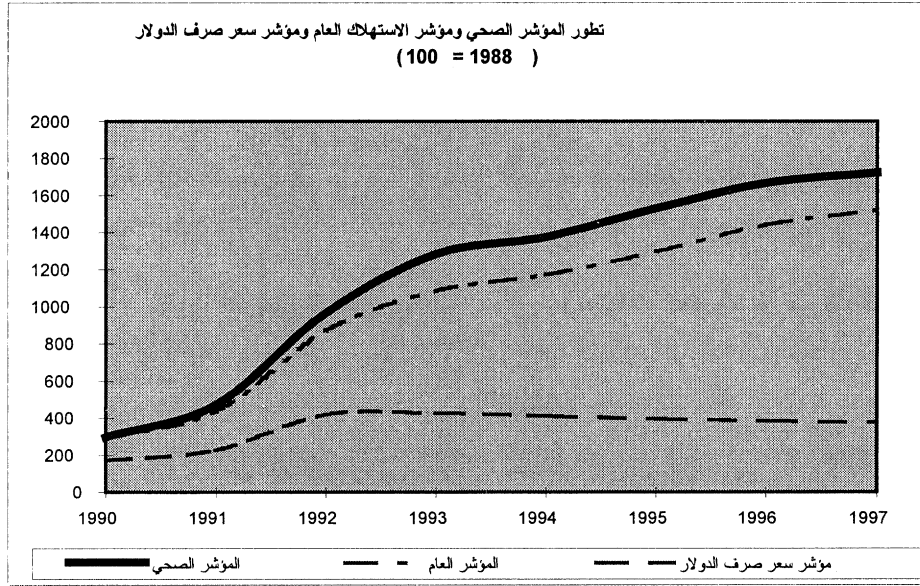
الجدول ٢٧ - تطور المؤشر الصحي، مقارنة بمؤشر الاستهلاك العام وسعر صرف الدولار (١٠٠=١٩٨٨)

١٩٩٧	١٩٩٦	١٩٩٥	١٩٩٤	١٩٩٣	١٩٩٢	١٩٩١	١٩٩٠	
١٧٢٣	١٦٦٨	١٥٣٠	١٣٧٥,٥	١٢٨٢,٦	٩٦٦,٦	٤٧٣	٢٩٧	المؤشر الصحي
١٥٢١	١٤٤١	١٢٩٦	١١٧١,٧	١٨٥,٨	٨٧٠,٥	٤٣٥,٦	٢٩٠	المؤشر العام
								مؤشر سعر صرف
٣٧٦,٧	٣٨٤	٣٩٦	٤١٠,٦	٤٢٦,١	٤١٨,٧	٢٢٦,٧	١٧١,٥	الدولار

المصدر: مؤسسة البحوث والاستثمارات.

إن هذه الارتفاعات الكبيرة لا تجد ما يبررها في المؤشرات الاقتصادية الكلية (تضخم، ...)، بل في الآليات الداخلية الخاصة بالقطاع الصحي الذي يجري التعامل معه مثل أي قطاع اقتصادي هدفه الأول والأخير هو الربح. ويزيد من تشوّه آلياته الداخلية اندفاع اصحاب المستشفيات نحو المبالغة في الانفاق الترسلي التجهيزي، الذي يزيد في اكلاف الاستشفاء بشكل غير مبرر. والسمة نفسها تبرز بصيغة اخرى فيما يتعلق بالدواء، حيث أن السعي الى زيادة الربح هو السبب الرئيسي الذي يفسر تداول حوالي ٢٢ الف صنف من الدواء في لبنان^{٣٦} بالإضافة الى ارتفاع اسعاره والفوضى وانعدام الرقابة على نوعيته. وقد بلغ الانفاق على الدواء حوالي ٣٠٠ مليون دولار سنوياً.

^{٣٦} القطاع الصحي في لبنان، ١٩٩٣. حسب مصادر منظمة الصحة العالمية في بيروت، فإن عدد الادوية المسجلة رسمياً يبلغ ٧٠٠٠ صنف مختلف، يضاف اليها الادوية غير المسجلة، وتلك التي ترد مباشرة من جهات دولية الى مستويات المنظمات غير الحكومية العاملة في لبنان، وتوزع للمواطنين.



إن الكلفة هذه تسهم في تعديل السلوك الصحي للبنانيين، بدءاً من الاستغناء عن المعاینات الدورية، الى التأخر في مراجعة الطبيب، الى استبداله باستشارة الصيدلي، وصولاً الى دخول المستشفى بعد استفحال المرض بسبب عدم معالجته في مراحله المبكرة. ويمكن الاستدلال على هذه الظاهرة بشكل مباشر، أو بشكل غير مباشر، حيث سجل أن كلفة استشفاء المرضى الذين يعالجون في المستشفيات في الدرجتين الثانية والثالثة اعلى من مرضى الدرجة الاولى رغم الفارق الهام في الاسعار. وتفيد دراسة اجريت على عينة من الفواتير، ان متوسط كلفة الاستشفاء كان على النحو التالي:

الجدول ٢٨ - متوسط كلفة الاستشفاء

الدرجة	الاولى	الثانية	الثالثة
الكلفة بالليرة اللبنانية	١٥٧٣٣٧	٢١٧٤٢٧	٢٢٣٢٢٨

المصدر: ايكوشيفر ١٩٩٣.

مما يشير بوضوح الى اكتمال حلقة التغذية المتبادلة بين الفقر والمرض.

جيم - الاتفاق على الصحة

١- التكوين العام للاتفاق

تبلغ حصة انفاق الاسر والافراد على الصحة في لبنان حوالي ٦٢% من اجمالي الانفاق على الصحة فيه، اي ضعف الانفاق الحكومي في هذا الميدان. وقد توزع الاتفاق على الصحة علم ١٩٩٢ على النحو المبين في الجدول التالي:

الجدول ٢٩- توزع الاتفاق على الصحة حسب جهة الاتفاق (١٩٩٢)

النسبة المئوية من اجمالي الانفاق	النسبة المئوية من الناتج المحلي القائم	
٣١,٣	١,٧	الاتفاق الحكومي
٧,٦	٠,٤١	المانحون
٦١,٦	٣,٢٦	الاتفاق الخاص
١٠٠	٥,٣٧	مجموع

المصدر: Health sector rehabilitation project - Staff appraisal report - WB 1994 .

لا يحيط هذا الجدول بكل انواع الاتفاقات بشكل كامل، وذلك بسبب تعدد المؤسسات والجهات التي تقدم الخدمات، ومجانية بعضها، أو عدم وجود ادوات لاحتسابها بدقة (خدمات المستوصفات المدفوعة جزئياً على سبيل المثال... الخ)، إلا أنه يعطي فكرة واضحة عن الاوزان النسبية لمساهمة القطاع الحكومي (٣١ في المائة) مقارنة بمساهمات الاسر اللبنانية (٦٢ في المائة). ويمكن بالتالي تقدير حجم العبء الذي تتحمله هذه الاسر ومحدودية الدور الذي تلعبه السياسات الحكومية في تمويل الخدمات الصحية بمختلف انواعها.

وهناك الآن كما ذكر في بداية هذا الفصل اعتراف بخطورة هذا الوضع ومحاولة لاصلاح النظام الصحي القائم وخاصة نظام التمويل والاتفاق.

٢- الاتفاق الحكومي

خلال السنوات الخمس عشرة الاخيرة، تراوحت حصة وزارة الصحة من اجمالي الموازنة العامة، بين ٣ في المائة و ٦ في المائة، وذلك على الرغم من الحاجات المتزايدة:

الجدول ٣٠- تطور الموازنة السنوية لوزارة الصحة

السنة	النسبة المئوية من الموازنة العامة
١٩٨٠	٢,٩٩
١٩٨١	٣,٠١
١٩٨٢	٣,٨٢
١٩٨٣	٢,٧٣
١٩٨٤	٣,١٦
١٩٨٥	٣,١٧
١٩٨٦	٣,٢٢
١٩٨٧	٣,١٣
١٩٨٨	٢,٩٦
١٩٨٩	٢,٨٥
١٩٩٠	٣,٩٣
١٩٩١	٤,٣٩
١٩٩٢	٥,٤٠
١٩٩٣	٣,٢
١٩٩٤	٣,١
١٩٩٥	٢,٨
١٩٩٦	٤,٦
١٩٩٧	٢,٥
١٩٩٨	٣,٦

المصادر: ١- مصرف لبنان - التقرير السنوي لعام ١٩٩٣.

٢- موازنات الاعوام ١٩٩٣ - ١٩٩٨.

ولا تعكس هذه الموازنة كامل الانفاق الحكومي الحقيقي على القطاع الصحي، إذ ان وزارة الصحة العامة تطلب كل عام (ابتداء من منتصف العام تقريباً) زيادة كبيرة على الموازنة المرصودة، وذلك لتغطية كلفة الاستشفاء في القطاع الخاص. كما ان هذه الموازنة لا تعكس الانواع الأخرى من الانفاق على القطاع الصحي، ولا سيما ما يتعلق منه بالانفاق على اعادة تأهيل القطاع وتجهيزه والخطط المستقبلية، التي تخصص لها برامج انفاق خاصة خارج الموازنة من خلال القوانين والبرامج المستخلصة من الخطة العشرية (خطة عام ٢٠٠٠). مع ذلك، فان دلالة هذه النسب هامة لسببين، الاول: انها تعكس الوزن النسبي لموازنة الصحة مقارنة بالوزارات الأخرى، والثاني: لأن هذا الانفاق يشمل التغطية الصحية الحكومية لاستشفاء المواطنين غير المشمولين بأنظمة الضمان الأخرى، أي أنه يتصل اتصالاً وثيقاً بموضوعنا.

ففي الوجه الاول، لم تكن موازنة وزارة الصحة تشكل سوى أقل من نصف موازنة وزارة الداخلية، وحوالي خمس وزارة الدفاع الوطني. أما في الوجه الثاني، فقد سبقت الإشارة الى التشوه البنيوي في توزيع هذه الموازنة الصغيرة على الابواب المختلفة، حيث أن القسم الأكبر منها (بين ٧٥ في المائة و ٨٠ في المائة) يذهب لتغطية نفقات الاستشفاء في القطاع الخاص، في حين ان حصة برامج الرعاية الصحية الاولية والعلاجية الاساسية التي تشمل قطاعات واسعة من الفقراء قليلة الاهمية.

الجدول ٣١- توزع موازنة وزارة الصحة على مختلف ابواب الاتفاق ١٩٩٣-١٩٩٧

بند الاتفاق	١٩٩٣	١٩٩٤	١٩٩٥	١٩٩٦	١٩٩٧
رواتب واجور	٧,٥	٨,٣	٧,٢	٧,٤	٥,٧
ادوية	٤,٣	٥,٤	٦,٩	٦,٩	٨,١
مساهمات ومساعدات واشتراكات	١,١	٣,٠	٢,٩	٢,٢	٤,٦
نفقات الاستشفاء	٨٣,٩	٧٥,٨	٧٢,٢	٧٦,٩	٧٧,٨
مصاريف اخرى	٣,٣	٧,٥	١٠,٨	٦,٥	٣,٧
مجموع	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠

المصدر: وزارة الصحة العامة.

وما تجدر الإشارة اليه هنا هو ان الوزارة تلعب على هذا الصعيد دور شبكة امان لتأمين استشفاء غير المضمونين، اكثر مما تلعب دور المخطط والمشرف على تنفيذ سياسة صحية لا يزال القطاع الخاص يلعب دورا حاسما فيها. وتعتبر الوزارة المساهم الاكثر اهمية في الاتفاق الحكومي، اذ تسهم بما نسبته ٣٦٣ في المائة من اجمالي الاتفاق الحكومي على الاستشفاء الخاص (البالغ حوالي ٥٣٤ مليار ليرة عام ١٩٩٧)، وقد سددت اكلاف استشفاء ١٠٤٨٩٠ مريضا (عام ١٩٩٦).

الجدول ٣٢- حصة المؤسسات الضامنة من الاتفاق الحكومي على الاستشفاء عام ١٩٩٧

المؤسسة الضامنة	حصتها من الاتفاق الحكومي على الاستشفاء
وزارة الصحة	٣٦,٣
الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي	٣٣,٢
تعاونية موظفي الدولة	٧,٥
الجيش	١٠,٧
القطاعات العسكرية الاخرى	١٢,٣
مجموع	١٠٠

المصدر: وزارة الصحة العامة.

٣- الانفاق الخاص على الصحة

يشكل الانفاق على الصحة احد البنود الاكثر اهمية في موازنة الاسرة. وحسب دراسة الاوضاع المعيشية للاسر في عام ١٩٩٧، يأتي هذا الانفاق في المرتبة الثالثة (وكذلك المواصلات) حيث تبلغ حصته ٨٦ في المائة بعد الانفاق على المواد الغذائية، والدراسة.

الجدول ٣٣- توزيع موازنة الاسر حسب ابواب الاتفاق والمحافظات، ١٩٩٧ (كنسبة مئوية)

باب الانفاق	لبنان	البقاع	النيبطية	لبنان الجنوبي	لبنان الشمالي	جبل لبنان عدا الضواحي	ضواحي بيروت	بيروت
الغذاء	٣٣,٩	٣٧,٩	٣٧,٧	٣٧,٠	٣٣,٨	٣٣,٦	٣١,٨	٣١,٩
الدراسة	١٣,١	١٢,٩	١٠,٢	١٠,٣	١٢,٥	١٣,٦	١٤,٢	١٤,١
المواصلات	٨,٦	٩,٢	٩,٠	٨,٠	٩,١	٩,٣	٨,٠	٧,٧
الصحة	٨,٦	٨,٦	٧,٥	٨,٩	٧,٨	٨,٤	٨,٦	١٠,١
غيره	٣٥,٨	٣١,٤	٣٥,٦	٣٥,٨	٣٦,٨	٣٥,١	٣٧,٤	٣٦,٢
مجموع	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠

المصدر: الاوضاع المعيشية للاسر، ١٩٩٧.

وتفيد دراسة موازنة الاسرة اللبنانية التي نفذتها مديرية الاحصاء المركزي عام ١٩٦٦، ان ٦٠,٦ في المائة من موازنة الاسرة اللبنانية تخصص للصحة. وقدرتها دراسة نفذها الاتحاد العمالي العام عن موازنة الاسرة عام ١٩٨٥، ب ٩٩٨ في المائة^{٣٧}.

إن مشكلة الانفاق الاسري على الرعاية الصحية لا تكمن في القيمة المطلقة لكلفة الخدمة الصحية (وهي مرتفعة دون شك) فحسب، بل في كونها تتجاوز عتبة الاحتمال بالنسبة للاسرة الفقيرة بسبب مدخولها المحدود والذي لا يكفي لتأمين حاجاتها الاساسية غير القابلة للاستبدال أو الاختزال.

وتفيد دراسة حول الانفاق الاسري على الصحة قامت بها وزارة الصحة العامة ومنظمة الصحة العالمية عام ١٩٩٥ ان معظم انفاق الاسرة على الصحة يكون على الخدمات التالية: الاستشفاء، المعاينة الخارجية، الدواء، طب الاسنان. علماً بأن معظم نظم التأمين العام والخاص لا تشمل عادة تغطية كلفة المعاينات الخارجية او الادوية او طب الاسنان.

^{٣٧} ايكوشيفر ١٩٩٣.

الجدول ٣٤- الاتفاق على الصحة حسب نوع الخدمة

الخدمة	نسبة الانفاق (كنسبة مئوية)
استشفاء	١٥,٢
اطراف	٠,٦
معاينات خارجية	١٣,٣
مختبر	٦,٠
اشعة	٤,٤
علاج فيزيائي	١,٢
دواء	٢٧
طب اسنان	٣٢

المصدر: وزارة الصحة العامة، منظمة الصحة العالمية^{٢٨}.

كما وتدلل هذه الدراسة على التفاوت في الأولويات ونسب الاستخدام، وبالتالي الاتفاق على الخدمات الصحية المختلفة بين الاسر من خلال مستويات الدخل المختلفة على النحو التالي:

الجدول ٣٥- معدل استخدام الخدمات الصحية حسب نوعها، وحسب فئات الدخل*

الدخل الشهري (بالآلاف الليرات)	استشفاء	اطراف	معاينات	مختبر	اشعة	علاج فيزيائي + خدمات ترميضية	دواء	اسنان
< ١٨٥	١,٠٦	١,١٢	١,٠٠	١,٠٢	١,٠٩	٠,٥٥	١,٠٣	٠,٨٨
١٨٥-٤٣١	١,٠٧	٠,٠٨	١,٠٤	١,٠٣	١,٠٩	١,٢٠	١,٠٠	١,٠٣
٤٣٢-٩٢٥	٠,٩١	١,٠٢٨	٠,٦٥	٠,٩٢	٠,٩١	٠,٩٨	٠,٩٨	١,٠٩
٩٢٦-٣,٠٨٦	٠,٩٦	٠,٦٢	٠,٩٨	٠,٩٩	٠,٧٧	٠,٧٢	٠,٩٦	١,٠٦
> ٣,٠٨٦	٠,٨٨	٠	٠,٩٣	٠,٧٤	٠,٤٥	٢,٣٠	٠,٨٦	٠,٨٢
بدون اجابة	٠,٦٤	٠,٥٤	٠,٩١	١,٠٨	٠,٧٨	٠,٣٩	١,٠١	٠,٦٤

المصدر: وزارة الصحة العامة، منظمة الصحة العالمية^{٢٩}.

* يدل المعدل الذي يزيد عن الواحد، الى ان الفئة المعينة تستخدم الخدمة الصحية اكثر من المعدل المتوقع.

^{٢٨} National Household Survey of Health Care expenditures ,WHO, 1995

^{٢٩} المصدر السابق نفسه.

ومن الجدول يظهر ان الفئات ذات الدخل المحدود تستخدم خدمات الاستشفاء وخدمات المعاینات الخارجية والدواء اكثر من الفئات الميسورة. بينما تستخدم الفئات الميسورة خدمات العلاج الفيزيائي والخدمات التمریضية الاخرى بنسبة اعلى بكثير من الفئات الفقيرة.

ولهذا دلالة كبيرة في توجيه السياسات والاصلاح نحو الخدمات التي تُقدّم للفئات ذات الدخل المحدود.

رابعاً- السياسات الصحية الحكومية

ألف- القطاع الصحي في الاستراتيجية الحكومية

تسير الخطة الحكومية في القطاع الصحي وفق خطوط اربعة متوازية يمكن تلخيصها على النحو التالي:

١- تعزيز قدرات وزارة الصحة بحيث تتمكن من القيام بدور قيادي موجه في المجال الصحي. وقوام هذا الدور يتجلى أولاً في مسؤوليتها عن تحديد السياسات والأولويات "البرنامجية"، ثم في الاشراف والمتابعة وتقييم الموارد المتوفرة في القطاع، بالإضافة الى دورها التنظيمي ومراقبة نوعية الخدمات الصحية في القطاعين الحكومي والخاص. أما في مجال تأمين الخدمات الصحية، فإن دور القطاع الحكومي سوف يتركز في مجالي الطب الوقائي والرعاية الصحية الأولية والعلاجية الأساسية، مع اعطاء الأولوية للمناطق التي تعاني من نقص في توفر الخدمات الصحية. المدة الزمنية لانجاز هذه المهام ٣ سنوات.

وتعمل وزارة الصحة على تصحيح الاختلال على المستوى المركزي من خلال:

(أ) مشروع الاصلاح الاداري، وقد وضعت هيكلية جديدة للوزارة تتلاءم مع دورها المستقبلي بالتعاون بين وزارة الصحة ووزارة الاصلاح الاداري؛

(ب) من خلال جلب القدرات والكوادر البشرية عبر مشروع إعادة تأهيل القطاع الصحي الممول بموجب قرض من البنك الدولي. ولكن للأسف لا يحظى المشروع ببرامج او خطط لاستقطاب الكوادر البشرية على المستوى اللامركزي او على مستوى تقديم الخدمات؛

(ج) التعاون مع المنظمات الدولية خاصة UNFPA, UNICEF, WHO لتعزيز قدرات الوزارة المادية والبشرية.

٢- تحسين مستوى الخدمات الصحية الوقائية والأولية من خلال حزمة متكاملة من التدابير التي تحسن الاداء والتعاون المشترك بين القطاعين الحكومي والاهلي في هذا المجال. مدة تنفيذ هذا البرنامج ثلاث سنوات وقد ضم التعاقد مع مؤسسات اهلية مختارة، واجراء دورات تدريب للعاملين في المراكز الصحية التابعة للمنظمات الاهلية. كما ويضم المشروع استحداث نظام معلوماتي على مستوى المراكز الصحية وعلى مستوى الاقضية، يعزز امكانية الوزارة في التخطيط ووضع الاولويات الصحية.

٣- إعادة تأهيل المستشفيات الحكومية. وسوف تستغرق ٦ سنوات وتطال المستشفيات الحكومية في المناطق المحتاجة، وحيث سيلعب المستشفى دور عقدة الاتصال والتنسيق في شبكة المستوصفات

في المنطقة المعنية. كما وتشمل خطة الوزارة بناء عدد من المستشفيات الجديدة اهمها مستشفى بيروت الجامعي والذي من المتوقع ان تكون سعته ٥٠٠ سرير تقريبا. كما سيجري تطوير أنظمة ادارة حديثة وذاتية للمستشفيات الحكومية لكي تتمكن من التعامل بمرونة مع احتياجاتها، وتوفير وادارة مواردها المالية على نحو افضل. وفي هذا المجال وافق مجلس الوزراء مؤخرا على قانون وضعته وزارة الصحة يسمح باستقلالية إدارة المستشفيات العامة. ومن المتوقع ان يسهم تطبيق هذا القانون في جعل المستشفيات اكثر فعالية، وان يؤدي الى تحسين نوعية الخدمات المقدمة. وتلحظ الخطة أن دور القطاع الحكومي في الاستشفاء المتخصص الذي يوفر الخدمات العلاجية من المستوى الثالث سوف يبقى ضعيفا حيث الاولوية هنا للقطاع الخاص على أن تضع الوزارة نظاما ملائما لمراقبته وتسيير الخدمات الصحية فيه.

٤- تهدف السياسة الحكومية الى معالجة الخلل الكبير الناتج عن تخصيص القسم الاكبر من مواردها المالية من اجل تغطية خدمات علاجية يستفيد منها عدد محدود من المرضى الذين يعالجون في المستشفيات الخاصة، الامر الذي يحرم قطاعات واسعة من الفقراء وغير المضمونين من خدمات الرعاية الصحية الاولية والاساسية التي يحتاجون اليها. على هذا الاساس سوف تعمل الوزارة خلال اثني عشر شهرا على تعزيز قدراتها البشرية من اجل تقوية قدرتها على معالجة الجوانب التمويلية، على ان تضع خلال ثلاث سنوات نظاما متكاملًا على هذا الصعيد.

تعود هذه التوجهات الى بداية وضع خطة النهوض الاقتصادي التي بدأت تصدر صيغها الاولى اعتبارا من عام ١٩٩٢ بشكل برنامج عاجل للنهوض الاقتصادي (خطة ثلاثية) ثم خطة خمسية، فخطة عشرية (الخطة ٢٠٠٠ للانماء والاعمار). والخطوط الاربعة للسياسة الحكومية في القطاع الصحي الواردة اعلاه مأخوذة من تلخيص لوزير الصحة صادر في اواخر عام ١٩٩٤، ويعطي ذلك فكرة عن المدى الزمني المنقضي بين وضع التصورات الاولى (١٩٩١ - ١٩٩٢) وبين البدء بالتنفيذ (عام ١٩٩٤) كانت الخطوات الاولى لم تؤخذ بعد، بل يخطط لاتخاذها خلال سنة - تعزيز الكادر البشري العامل في الوزارة-، أو ثلاث سنوات - اعادة تأهيل الوزارة والنظام المالي، وست سنوات - اعادة تأهيل قطاع الاستشفاء.

باء- مشاريع القطاع الصحي في خطة الاعمار

بلغت حصة القطاع الصحي من اجمالي الانفاق الملحوظ في الخطة العشرية حوالي ٥٠٠ مليون دولار اميركي بالاسعار الثابتة لعام ١٩٩٢، أي ما نسبته ٤ر٤ في المائة من اجمالي الانفاق. (تجدر الإشارة الى أن هذه الارقام تتعرض لتعديل مستمر بحيث بات يتعذر معرفة الارقام النهائية

المعتمدة، خصوصاً بعد تجزئة الخطة العشرية الى قوانين برامج مستقلة، وبعد التعديلات الاضافية على ارقام الخطة وازافة مشاريع جديدة عليها، على الرغم من ذلك، فان النسب ومضمون المشاريع لم تدخل عليها تعديلات نوعية تغير من جوهر السياسة والاولويات المعتمدة). وتتضمن الخطة ١١ مشروعاً تتراوح بين الدراسات والتطوير الاداري، وبين اعادة تجهيز الهيكل المادي للقطاع الصحي الحكومي ولا سيما اعادة تأهيل المستشفيات الحكومية وانشاء مستشفيات ومراكز صحية جديدة، وقدرت كلفة هذه المشاريع بحوالي ٤٥٠ مليون دولاراً اميركياً أي ما نسبته ٩٣ في المائة من اجمالي الانفاق المخصص للقطاع الصحي.

الجدول ٣٦- توزيع برنامج نهوض القطاع العام على مشاريع قطاع الصحة للسنوات العشر (ملايين الدولارات بأسعار عام ١٩٩٢)

المشروع	السنوات ٣-١		السنوات ٥-١		السنوات ١٠-٦		مجموع السنوات ١٠-١	
	توظيف ^(١)	مختلف ^(٢)	توظيف	مختلف	توظيف	مختلف	توظيف	مختلف
اعادة تأهيل المستشفيات	٤٤,٢						٤٤,٢	٠
دراسة تقديم وتنفيذ مشاريع			٦,٥	٠,٥	٩,٥	٠,٥		١٠
تطوير الادارة في وزارة الصحة	٥,٧	٣,٨	١١,٩	٠,٦	٢٤,٩	٦,١		٣١
اعادة تأهيل المراكز الطبية	٧,٣				٧,٣			٧,٣
انشاء مراكز طبية جديدة	١٥		٣٠		٦٥			٦٥
انشاء وتطوير مستشفيات جديدة	٨٠		١٢٢		٢٦٠			٢٦٠
برنامج الرعاية الصحية الاولية	٤,٥	٠,٥	٧,٥	٠,٥	٢٩,٥	٠,٥		٣٠
برنامج خدمات الطوارئ	٢	٠,٢	٧		٢٠			٢٠
برنامج الابحاث (ابحاث عامة)	٠,٨		٥,٨	٠,٢	٩,٥	٠,٦		١٠,١
مشاريع اخرى			١٠	٥	١٥	٧,٧		٢٢,٧
المجموع	١٥٩,٥	٤,٥	٢٦٣,٠	٩,١	٤٨٤,٩	١٥,٤		٥٠٠,٣
الخطة ٢٠٠٠	٣٢٦٢,٢	٨١٢,٥	٩٦٦,٠	٥٠٨٤,٤	٤٨٣٢,٤	١٣٦٩		١١٢٨٦
النسبة المئوية	٤,٩	٠,٥	٥,٢	٠,٩	٤,٦	١,٦		٤,٤

المصدر: مصرف لبنان - التقرير السنوي - ١٩٩٣.

(١) = توظيفات القطاع العام وتشمل كلفة الدروس والهندسة والاشراف.

(٢) = التسليفات وتكاليف الادارة وتنفيذ الخطة والمساعدات الفنية الاخرى.

وتكمن الصعوبات الاساسية التي تواجه هذا المشروع في صيغته المعلنة في امرين:

العائق الاول، هو توفير التمويل اللازم لتحقيق هذه المشاريع والذي يتوقف عليه التنفيذ الفعلي وفي المواعيد المحددة. وصعوبة توفير التمويل نابعة من كون هذه المشاريع ليست ذات طبيعة ربحية أو تجارية، الأمر الذي يجعلها عموماً غير مشمولة بالقروض الثنائية التجارية الطابع، ويحصر مصادرها في صناديق المساعدات أو التنمية العربية والدولية، أو في بعض برامج البنك الدولي ومؤسسات دولية متعددة الاطراف. ومن الصعب توقع توفير كامل هذه المبالغ أو القسم الاكبر منها من هذه المصادر دون غيرها، في وقت تبدو فيه الموارد الداخلية محدودة. وفي هذا السياق قدم الصندوق الكويتي للتنمية الاقتصادية هبة قدرها ٢٥ مليون دولار الى لبنان لتنفيذ مشروع تطوير الخدمات الصحية في مختلف المناطق اللبنانية، وقد تم التوقيع على مذكرة التفاهم بشأنه في ٢١ تموز/يوليو ١٩٩٤، ويتضمن المشروع انشاء مستشفيات ومراكز صحية في مختلف المناطق بالإضافة الى ٦٠ سيارة اسعاف وشبكة اتصال لاسلكي. ويعطي هذا المشروع أولوية للمناطق الريفية ولا سيما البقاع والشمال، في محاولة لسد النواقص الكبيرة في توفر الخدمات الصحية في هذه المناطق.

العائق الثاني، يكمن في ضعف الإدارة وفي التشابك السياسي/الاداري الذي قد يتسبب بهدر كبير في الموارد المالية، وفي نوعية ومواصفات التنفيذ، بالإضافة الى التشوه الذي يحدثه ارقام المصالح السياسية المباشرة في الاولويات لدى اختيار الجهات المنفذة إن كان للدراسات او للتنفيذ الفعلي حيث تدخل "الوسائط" و "المحسوبيات" في عملية الاختيار، غالباً على حساب فعالية المشروع والخدمات تتأخر مهل التنفيذ.

الجدول ٣٧ - المشاريع المقرر تنفيذها بتمويل من الصندوق الكويتي

المحافظة	الموقع	المشروع
المنطقة	المنطقة	انشاء وتجهيز مستشفى جديد سعة ٧٠ سريراً
البقاع	بر الياس	انشاء وتجهيز مركز رعاية صحية اولية
"	عرسال	انشاء وتجهيز مركز رعاية صحية اولية
"	دير الاحمر	انشاء وتجهيز مركز رعاية صحية اولية
"	اللبوة	انشاء وتجهيز مركز رعاية صحية اولية
"	شمسطار	انشاء وتجهيز مركز رعاية صحية اولية
"	راشيا	انشاء وتجهيز مستشفى ريفي سعة ٤٠ سريراً
جبل لبنان	قرطبا	انشاء وتجهيز مركز رعاية صحية اولية
"	حمانا	انشاء وتجهيز مركز رعاية صحية اولية
الشمال	تنورين	انشاء وتجهيز مستشفى ريفي سعة ٤٠ سريراً
الشمال	تنورين	انشاء وتجهيز مستشفى ريفي سعة ٤٠ سريراً
"	سير الضنية	انشاء وتجهيز مستشفى ريفي سعة ٤٠ سريراً
"	عكار العتيقة	انشاء وتجهيز مركز رعاية صحية اولية

المصدر: صحيفة السفير، ٢٢ تموز/يوليو ١٩٩٤.

جيم- جديد السياسة الصحية

مرت اكثر من خمس سنوات على وضع التصورات العامة عن الاستراتيجية الصحية المشار اليها في الفقرة السابقة. وبعد انقضاء هذا الوقت، تم انجاز عدد من المشاريع المقررة، وبعضها الاخر قيد التنفيذ. ولكن لا يمكن القول ان وزارة الصحة، ومعها الحكومة، قد انتقلت من مرحلة الاستجابة الفورية للاحتياجات الصحية، الى مرحلة التخطيط ووضع سياسة صحية ذات طابع متكامل وقابلة للديمومة، ومنسجمة مع الاسس التي سبق ان اعلنت نيتها الالتزام بها.

ففي شهر آب ١٩٩٧، وضع وزير الصحة العامة تقريراً ضمنه تصور الوزارة لدورها وللمبادئ السياسية الصحية المطلوبة. وقد جاء في التقرير:

"تنطلق وزارة الصحة من المبادئ الآتية: ان الصحة حق عام لا يجوز السماح بسوء استغلاله تحت شعار حرية الصناعة والتجارة. ان للمواطن الحق بالرعاية الصحية وعلى الدولة ان تسهر على تأمين السلة المناسبة من الخدمات الصحية لجميع المواطنين. ان الصحة العامة تتطلب تضافر جهود كل الوزارات والمؤسسات المعنية بالحقل الصحي مباشرة او غير مباشرة كالتشؤون الاجتماعية والتربوية والبيئية والغذاء والمياه... ان المقاربة المتعددة القطاعات هي الكفيلة بتأمين محيط بيئي واجتماعي وثقافي يعزز صحة المواطن ويحافظ عليها من الاوبئة والآفات. ان الانفاق على الصحة لا ينطلق من الشعور بالشفقة بل هو استثمار للوطن في صحة ابنائه، وهذا الاستثمار اساسي في عملية الانماء".

ويعتبر معدل الانفاق على الصحة في لبنان من اعلى المعدلات في العالم. فقد قدرت دراسة قام بها فريق من منظمة الصحة العالمية (١٩٩٦) الانفاق على الصحة بما يتراوح بين ٨,٤ و ١٢,١ في المائة من الناتج المحلي القائم، أي ما بين ٩٢٩ و ١,٣٤٠ مليون دولار للعام ١٩٩٥.

ويشمل تزايد الانفاق ما تنفقه وزارة الصحة لتغطية كلفة استشفاء غير المضمونين في المستشفيات الخاصة، حيث بلغ ما انفقته الوزارة عام ١٩٩١ في هذا الميدان، ١٤ مليون دولار ارتفعت الى ٦٠ مليون دولار عام ١٩٩٤ لتبلغ ١٠٠ مليون دولار عام ١٩٩٦. ولكن يضيف تقرير الوزير الجديد أن "كلفة الاستشفاء لا يقابلها تحسن بالنوعية، بل على العكس، فنوعية الخدمات، وخصوصاً تلك المقدمة الى المرضى المعالجين على نفقة وزارة الصحة، او المشمولين بخدمات الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي هي في تدهور مستمر، في حين ان للفقراء كما لجميع المواطنين الحق بالحصول على خدمات لائقة". ويؤكد ان وزاره تعمل على برنامج اصلاحي هدفه تحسين النوعية وترشيد الانفاق "يحافظ على المكتسبات التي حققها الشعب اللبناني، ويؤمن الرعاية الصحية الوقائية والعلاجية والتأهيلية للمواطنين كافة خصوصاً المعرضون منهم من نساء واطفال ومسنون وفقراء".

وإستناداً الى هذه المبادئ فإن الوزارة تعتبر ان دورها ومسؤوليتها تكمن في التالي:

- ١- المحافظة على صحة المواطنين ان كان من ناحية تعزيز الصحة، الوقاية، العلاج، أو التأهيل.
- ٢- اكتشاف ومنع ما يمكن ان يضر بالصحة العامة.
- ٣- الاهتمام بنوع خاص بالفئات المهمشة من فقراء ونساء واطفال.
- ٤- السهر على ان يتمكن كل مواطن من الوصول الى الخدمات التي يجب ان توزع بعدالة على جميع المناطق وان تكون فعالة وبنوعية جيدة.
- ٥- تنظيم القطاعين العام والخاص لتطوير الخدمات وتحسين نوعيتها مع ضرورة ضبط كلفتها.
- ٦- تنظيم المهن الصحية والطبية والطبية المساعدة والتخطيط للقوى العاملة الصحية بالتعاون مع التعليم المهني والجامعي.
- ٧- اعتماد سياسة دوائية تتشدد في مواصفات الدواء المسموح استيراده واعتماد لائحة بالادوية الاساسية.
- ٨- مراقبة كل ما يوضع في متناول المستهلك ويمكن ان يؤثر على الصحة.
- ٩- اعتماد السياسات الكفيلة بترشيد الانفاق على الصحة من خلال تنظيم العلاقة بين الجهات الضامنة ومقترحي الخدمات.
- ١٠- تقويم البرامج الصحية عن طريق مراقبتها، وإعتماد مؤشرات تبين انتاجيتها وفعاليتها ووقعها على الصحة العامة.

وفي هذا السياق، تقوم الوزارة حالياً بتنفيذ مشروع طموح لتعزيز دور القطاع الحكومي في ميدان الاستشفاء من خلال اعادة تأهيل المستشفيات الحكومية القائمة، وانشاء مستشفيات جديدة، يفترض ان ينتهي عام ٢٠٠٠ ويؤدي الى رفع الطاقة الاستيعابية للمستشفيات الحكومية الى ٢٨٦٦ سريراً.

الجدول ٣٨ - خطة تطوير الاستشفاء في القطاع العام (عدد الأسرة)

٢٠٠٠-١٩٩٨	٢٠٠٠	١٩٩٩	١٩٩٨	المستشفى
٧٣٠	-	٧٣٠	١٢	بيروت
٥٣٠	-	٥٣٠	-	بئر حسن الجامعي
٢٠٠	-	٢٠٠	١٢	الكرنتينا
٧٢٠	٤٠٠	٤٢٠	٢٨٦	جيل لبنان
٣٦٠	٣٦٠	١٠٠	١٠٠	بعيدا الجامعي
١٢٨	-	١٢٨	٨٦	ضهر الباشوق
٧٠	-	٧٠	٧٠	سيلين
٥٢	-	٥٢	٣٠	الشحار الغربي
٧٠	-	٧٠	-	فتوح كسروان
٤٠	٤٠	-	-	جيبيل
٥٣٠	١٤٠	٣٩٠	٣٤٠	الشمال
٢٠٠	-	٢٠٠	١٥٠	طرابلس-القبّة
٤٠	-	٤٠	٤٠	اورانج ناسو
٤٠	-	٤٠	٤٠	تتورين
٧٠	٧٠	-	-	الكورة
٧٠	٧٠	-	-	زغرتا
٤٠	-	٤٠	٤٠	سير الضنينة
٧٠	-	٧٠	٧٠	حلبا
٥٢٢	١٢٠	٤٧٢	٣٩٧	الجنوب
١٢٠	١٢٠	٧٠	٥٠	صيدا
٧٠	-	٧٠	٦٥	صور
٧٦	-	٧٦	٧٦	النيطية
٧٠	-	٧٠	٤٠	تبينين
٩٦	-	٩٦	٩٦	مرحبيون
٤٠	-	٤٠	٤٠	حاصبيا
٥٠	-	٥٠	٣٠	جزين
٣٨٤	١٢٠	٣٣٤	١٧٠	البقاع
١٢٠	١٢٠	٧٠	٥٠	زحلة
١١٤	-	١١٤	٥٠	بعلبك
٧٠	-	٧٠		الهرمل
٤٠	-	٤٠	٤٠	راشيا
٤٠	-	٤٠	٣٠	خرية قنفار
٤٠	-	٤٠	٣٠	خرية قنفار
٢٨٨٦	٢٨٨٦	٢٣٤٦	١٢٠٥	المجموع

المصدر: وزارة الصحة.

وما يمكن استنتاجه من تقرير وزير الصحة عام ١٩٩٧، هو ان ما تحقق خلال السنوات التي تلت توقف الاعمال العسكرية، يمكن تقييمه كمتقدم كمي، اكثر مما يمكن اعتباره تقدما او تحولا نوعيا في سياسة الوزارة ووظائفها وممارستها العملية. فالتصورات المشار اليها عام ١٩٩٧، هي بدورها مبادئ عامة تشبه تلك التي قالت الوزارة انها ستعتمدها في بداية التسعينات، وهي لم تتحول بعد الى واقع فعلي.

خامساً- ملامح المشكلات، والسلوك الصحي لدى الفئات الفقيرة: شهادات

ألف- مقدمة

نستعرض في هذا الفصل خلاصة ما جاء في عدد من المقابلات التي اجريناها مع بعض الاطباء وبعض الاسر. إن العدد المحدود للمقابلات، وطبيعة هذه التقنية البحثية، لا تسمح لنا باستخلاص استنتاجات قابلة للتعميم، لذلك فإن فائدتها الاساسية تكمن في تبيان بعض الجوانب النوعية في الحالة الصحية، ولا سيما لجهة العلاقة بين المؤسسات الحكومية والاهلية المعنية بالعمل الصحي، وبعض الجوانب المتصلة بالسلوك الصحي للأسرة اللبنانية والعوامل المؤثرة فيه. إن من شأن هذه المقاربة أن تضيف لمسة واقعية على الاستنتاجات وتسهم في جعل المشكلات من لحم ودم، لكي يجري تدقيق المعالجات المطلوبة.

باء- الحالة الصحية الاجتماعية والتعاون الاهلي الحكومي

المقابلة مع د. نبيل الخراط (طبيب اطفال، وممثل القطاع الاهلي في اللجنة الوطنية للطب المدرسي) ركزت على خصائص الوضع الصحي العام استناداً الى برنامج الطب المدرسي الذي ينفذ في المدارس الرسمية الابتدائية منذ سنوات عديدة (تعود البدايات الاولى لهذا البرنامج الى سنوات الحرب الاولى، واتخذ شكل مبادرات متفرقة ثم تطور الى عمل تنسيقي بين المؤسسات الاهلية العاملة في الحقل الصحي، واكتسب شكلاً مستقراً ابتداء من عام ١٩٨٩، ثم انضمت اليه وزارة الصحة بشكل رسمي اعتباراً من ٨ شباط/فبراير ١٩٩٣ حين شكلت اللجنة الوطنية للطب المدرسي). ويقول د. خراط إن هذا البرنامج بالغ الاهمية لانه يطال تقريباً كامل التلاميذ في المرحلة الابتدائية في المدارس الرسمية (شمل حوالي ١٢٠ الف تلميذ عام ١٩٩٥، و١٠٨ آلاف تلميذ عام ١٩٩٤)، وهو أوسع كشف طبي احصائي ينفذ في لبنان يمكن من خلاله رصد تطور الوضع الصحي لدى الاطفال، واستطراداً الاوضاع الصحية للأسر اللبنانية.

إن نتائج هذا البرنامج كشفت وجود انواع كثيرة من الامراض المتصلة بالوضع الاجتماعي للبنانيين، ولا سيما أوضاع الفئات الفقيرة الذين يرسلون اولادهم الى المدارس الرسمية بشكل خلص، أو الى المدارس الخاصة ذات الطابع التجاري أو الخيري التي تشبه أوضاعها اوضاع المدارس الرسمية على هذا الصعيد.

وقد تبين لنا أن الأمراض الأكثر انتشاراً هي التالية:

١- امراض الجلد والشعر والاذفار، وهي تعكس مشكلة النظافة والمياه والتغذية والسلوك الصحي.

- ٢- مشاكل الفم والاسنان، وتعكس الحاجة الى الرعاية الصحية الاولية في صحة الاسنان، ومشكلة التغذية والنقص في الفلور والتوعية الصحية.
- ٣- امراض الانف والاذن والحنجرة والجهاز التنفسي، وهي تعكس مشكلة التلوث والاهمال الصحي، وشروط السكن من تدفئة ورطوبة وعدم توفر اللباس المناسب للطقس البارد.
- ٤- امراض العيون، وهي تعكس مشاكل الاضاءة ومشاكل غذائية (نقص في بعض الفيتامينات).
- ٥- امراض الجهاز الهضمي، وتعكس مشكلة الغذاء عموماً، كما ونوعاً، والعادات الغذائية وظروف حفظ الاطعمة والنظافة الشخصية وتلوث المياه.

هذه الامراض هي الاكثر تكراراً وكلها امراض من الممكن تفاديها او تفادي تفاقمها من خلال التوعية وتغيير السلوك الصحي. ولكن لا يجوز نسيان الحالات الأكثر خطورة مثل امراض القلب والشرايين، وفقر الدم، والكلية والمسالك البولية، وبعض الحالات الحادة من الامراض الصدرية... الخ. إلا أن هذه المعطيات المترامية لدى الاجهزة الحكومية ولدى المؤسسات الاهلية غير مبرمجة بحيث يمكن الاستفادة منها بشكل علمي ودقيق وهذا ما يجب أن يتحول الى اولوية للجنة الطب المدرسي والمؤسسات الاهلية حسب د. خراط، وقد اتخذت عدة خطوات على هذا الصعيد لتحويل برنامج الطب المدرسي الى برنامج وطني شامل للمدارس الخاصة والزامية البطاقة الصحية لكل تلميذ، بحيث يتحول البرنامج الى قناة احصائية لدراسة الوضع الصحي بشكل مستمر.

عن المعوقات المؤسسية، ثمة حاجة الى تطوير قدرات المؤسسات الاهلية نفسها ومكنة عملها للاستفادة من المعطيات المتجمعة لديها، كما أن التفاوت في قدراتها البشرية يشكل عائقاً امام التعاون وان كان عائقاً ثانوياً. من جهة اخرى لا تزال هناك معوقات ادارية تؤخر ايفاء الوزارة بالتزاماتها تجاه المؤسسات الاهلية المشاركة في البرنامج رغم تواضع الكلفة، وهذا الامر يؤثر سلباً على المؤسسات المتواضعة الامكانيات اصلاً.

جيم- معاينات طبية لأطفال في مستوصف اهلي في ضاحية بيروت

جمهور المستوصف من الموظفين والاجراء بنسبة ٩٥ في المائة، وبدل المعاينة عشرة الاف ليرة، ولا يشتمل ذلك على الدواء. (بعض المستوصفات التابعة للصليب الاحمر أو وزارة الصحة توفر الدواء مجاناً للمريض لقاء بدل معاينة لا يتجاوز ٣٠٠٠ ليرة لبنانية، وتؤمن بالتالي تغطية الفئات الاشد فقراً).

تتوزع الحالات المرضية التي تعابنها الطبيبة في المستوصف على النحو التالي:

- ١- الامراض السارية الناجمة عن قلة النظافة والعناية، بنسبة ٥٠ في المائة.
- ٢- امراض الرئة الناجمة عن الظروف السكنية والمعيشية للولد، بنسبة ٣٠ في المائة.
- ٣- الامراض الناجمة عن سوء التغذية، بنسبة ٢٠ في المائة.

وتشير الطبيبة الى أن القمل متفش جداً بين الاولاد، حتى الذين لا يذهبون الى المدرسة، ويقل عمرهم عن سنة. وغالبا ما يتم اكتشاف وجود القمل بالصدفة إذ تأتي الأم الى المستوصف لسبب آخر، وتقدر الطبيبة ان حوالي ٥٠ في المائة من الاطفال لا تتوفر لهم شروط النظافة الدائمة، ولا سيما الاستحمام الدائم. ودائرة الاهمال وعدم الاهتمام بالنظافة الشخصية تطال الام احيانا كثيرة، الامر الذي يلاحظ من خلال وجود حالات من الديدان لدى اطفال رضع، وكذلك بعض حالات الاسهال الناجمة عن عدم عناية الام بنظافة اظافرها ويديها، أو عدم غسل الاطعمة جيداً.

وتكشف مراقبة انواع الامراض لدى المترددين على المستوصف بعض جوانب السلوك الصحي لدى الاسرة، وظروف معيشتها. فامراض الجهاز التنفسي غالباً ما تكون ناجمة عن البيئة الصحية غير الملائمة، وعن عدم توفر التدفئة أو اللباس المناسب لمختلف الفصول، أو عدم امكانية توفير هذا اللباس. والمرضى عموماً عندهم ثقة بالاطباء العاملين في المستوصف، إلا أنهم لا يأتون لاستشارتهم إلا عند الضرورة، وغالباً بعد محاولة القيام بمعالجة المرض ذاتياً بالاستعانة بادوية محفوظة في المنزل من حالات مشابهة، أو بعد استشارة الصيدلي. ويسجل حالات من الجهل وعدم الالتزام بتعليمات الطبيب بالنسبة للعلاج المقرر، على سبيل المثال حالة روماتيزم تحتاج الى علاج طويل، اوقفت الدواء بعد ثلاثة اشهر، بعد ان شعرت المريضة بتحسن ودون مراجعة الطبيب. أو حالة اخرى لطفل يعاني من اسهال وصف له الطبيب ماء الارز لثلاثة ايام، فمددت الام العلاج خمسة اشهر عادت بعدها الى الطبيب لتعالج ابنها من سوء التغذية.

أما بالنسبة الى التلقيح، فان مشاهدات المستوصف تفيد ان الحملة المكثفة من اجل تلقيح الاطفال قد نجحت، وتسجل حالات نادرة لا تزيد عن ٢ في المائة من الاهالي الذين صرحوا انهم لا يلحقون اولادهم كونهم لم يلحقوا في طفولتهم ولم يصابوا بأي مرض. إلا أن بعض اللقاحات الضرورية لا تزال غير متوفرة في المستوصف وليس بإمكان الاهل تأمينها بسبب ارتفاع كلفتها (٢٠ دولاراً اميركياً للقاح)، مثل لقاح الحصبة، و ابو كعيب، والسحايا، والتهاب الكبد، والسل.

وترى الطبيبة اخيراً أن تأمين الطبابة المجانية لجميع الموظفين والاجراء وتقلص الضغوط المعيشية على المواطنين، من شأنه أن يعدل السلوك الصحي لديهم، ويجعلهم يقبلون على استشارة الطبيب ومتابعة العلاجات بصورة افضل.

دال - نماذج من السلوك الصحي للأسرة اللبنانية

سوف نستعرض فيما يلي نماذج من السلوك والمشاكل الصحية لست عائلات لبنانية في منطقة بيروت وضواحيها.

١- الحالة الاولى

أرملة قتل زوجها في بداية الحرب، من مواليد ١٩٤٧، أمية تعيش مع اولادها الثلاثة (بنتين وصبي). تعيش الاسرة في مسكن محتل في ضاحية بيروت الجنوبية، نظيف، ومتواضع الاثاث والتجهيز. الام تعمل عاملة تنظيفات في شركة تأمين، غير مضمونة، راتبها ٢٠٠ دولار، والابنة الكبيرة تعمل بدوام جزئي في مجلة لقاء ٢٠٠ الف ليرة لبنانية. الصبي يعمل في محل للحلاقة ويتقاضى ٢٥٠ الف ليرة شهريا، غير مضمون.

تنفق الاسرة حوالي ١٥٠ الف ليرة شهريا على النقل للوصول الى اماكن العمل (اجمالي الدخل الشهري حوالي ٧٧٠ الف ليرة)، ويعتبر اللباس من الامور القابلة للتأجيل إلا عند الضرورات. القسم الاكبر من المصروف يذهب للغذاء ومصاريف البيت الضرورية (ومصاريف التسجيل في المدارس والجامعة). المواد الاساسية لغذاء الاسرة هي الحبوب والارز والبطاطا (حوالي ٢٠ كيلو غرام بطاطا في الشهر) أما اللحوم فقليلة وكذلك الفواكه والخضار.

عن الحالة الصحية، لا وجود لامراض مزمنة أو اعاقات، ولم يدخل احد افراد الاسرة مؤخراً الى المستشفى. لكن الابن عانى من وجود رمل في المسالك البولية والكليتين، فاجرى فحوصات طبية منذ شهرين في المستوصف، لكن المعاينة تمت في عيادة خاصة وقد كلفه ذلك ٢٥ الف ليرة للمعاينة و٤٥ الف ليرة ثمن الدواء. الام عانت من امراض في معدتها لكنها كانت تستشير احد الاقرباء وهو طبيب صحة عامة، كما انها تسأل احيانا طبيب شركة التأمين التي تعمل فيها، كما انها تستشير الصيدلي. الام تقول انها لا تثق كثيرا بالاطباء في المستوصفات، وهي لا تذهب عموماً الى الطبيب الا عندما يصبح الالم لا يطاق. ورغم انها تعلم بضرورة اجراء كشوفات دورية للامراض النسائية الا انها توجلها باستمرار وتقول "امي لم تذهب الى الطبيب في حياتها وصحتها جيدة". وتؤكد انها في حال انتسبت الى الضمان الصحي فان العناية الصحية بالاسرة سوف تتحسن بالتأكيد، وهي في كل حال تحتفظ بعلب الادوية الفارغة عليها تستفيد منها في حال انتسبت الى الضمان مستقبلاً.

٢- الحالة الثانية

اسرة من سبعة اشخاص، الاب والام وخمسة اولاد تتراوح اعمارهم بين ٢١ سنة و١٤ سنة. الوالد يعمل حمالاً (عتالاً) في سوق الخضرة، ويتقاضى اجره بشكل عيني بصورة اساسية

(يأكل ويشرب، ويحصل على كمية من الخضار والفواكه في نهاية اليوم). العمل مرهق ويستمر حتى ساعات الليل المتأخرة، والوضع المعيشي للأسرة مترد كما لاحظناه من خلال حالة المنزل الذي تتعدم فيه شروط النظافة، وتغطية الأرض بحرام، واثاث البيت الفقير. تتلقى الأسرة مساعدات صحية وعينية من جمعية كاريتاس، وكذلك من أهل الأم.

الطعام يتكون بالدرجة الأولى من البطاطا والحبوب والخضار التي يأتي بها الزوج، أما الفواكه فعندما تتوفر من المصدر نفسه فهي غير جيدة عموماً. الأولاد الثلاثة الصغار في المدرسة. أما الكبيران، فالأول عمره ٢١ سنة يعاني من مرض السرطان وهو يعالج على حساب وزارة الصحة التي تغطي كامل نفقات العلاج. والابنة -٢٠ سنة- متخلفة عقلياً، وهي في المنزل ولا تخضع لأي عناية خاصة بعد ان رفضتها المدرسة العادية التي امضت فيها ثلاث سنوات. وتفيد الام ان هناك الكثير من زواج الاقارب في عائلتها، فهي متزوجة من ابن عمها، وامها متزوجة من ابن عمها ايضاً.

لاحظنا وجود بثور كثيرة في وجه الصبي الصغير (٤ اسنة)، ولدى سؤال الأم قالت انها لاحظت ذلك وانها ستأخذه الى المستوصف. لكن ملاحظتنا ان هذه الحالة قديمة وأنه لم يخضع لأي علاج سابق.

٣- الحالة الثالثة

اسرة من خمسة اشخاص. الاب مدرس موسيقى في مدرسة خاصة، راتبه ٦٠٠ الف ليرة لبنانية في الشهر ويعطي دروساً خصوصية احياناً تدر ١٥٠ الف ليرة شهرياً، غير مضمون رغم انه يعمل في المدرسة منذ سنتين. عمره ٤١ سنة، الام ربة منزل عمرها ٣٨ سنة، الأولاد الثلاثة (١٢ و ١٠ و ٨ سنوات) يدرسون في مدرسة خاصة. المصاريف الثابتة للأسرة موزعة بين اقساط مدرسية ٢١٠٠٠٠ ليرة لبنانية شهرياً، مصروف سيارة ١٠٠٠٠٠، بدل ايجار وكهرباء ٥٠٠٠٠٠ طعام ومصروف المنزل ٤٠٠٠٠٠. تستغرق هذه النفقات كامل الدخل تقريباً وذلك دون احتساب الطوارئ. أما اللباس فهو في المناسبات فقط.

الحالة الصحية للأسرة تتميز بحالة ربو لدى الولد الصغير الذي يحتاج الى علاج دائم، ادوية ومعاينات وادخاله الى الطوارئ بين فترة واخرى. ويرتب هذا الامر انفاقاً دائماً يبلغ ٧٥ الف ليرة شهرياً. البنت الكبرى كانت تعاني من الربو وشفيت منه منذ ثلاث سنوات. الأسرة تتحمل كل نفقات العلاج، وهي تقع في عجز عن تغطية نفقاتها مما يدفعها الى طلب مساعدة شقيق الزوج او والده بين الحين والآخر.

يقتصر العلاج على الولد فقط، أما البنات فتقول الام انها اصبحت ذات خبرة وانها قادرة على معالجة الامراض العادية في المنزل دون حاجة الى مراجعة الطبيب الا في الحالات غير العادية.

٤- الحالة الرابعة

عائلة من ستة اشخاص، الاب مدرس ثانوي راتبه ٨٠٠ الف ليرة شهريا، ومنتسب الى تعاونية الموظفين في القطاع العام. الام لا تعمل، والاولاد اربعة، صبي وبنات (١٩ و ١٧ سنة) في المدارس الرسمية، وصبي وبنات (١٤ و ١٢ سنة) في مدرسة خاصة. متوسط الانفاق الشهري على التعليم ٢٣٧ الف ليرة شهريا، وبدل ايجار البيت ٧٠ الف ليرة و ٤٠ الف للنقل. الملابس في المناسبات وفي بداية العام الدراسي للاولاد، أما الاهل فلم يشتروا لباسا جديدا منذ سنتين.

عادات الطعام تتبدل خلال الشهر الواحد. تصف الاسرة عاداتها هذه على النحو التالي "في النصف الاول من الشهر نأكل الى جانب اللحم (٤ مرات اسبوعيا)، الحبوب والبطاطا، والخضار والفواكه. في النصف الثاني من الشهر يخف استهلاك الخضار ويتوقف استهلاك الفواكه تقريبا". وتضيف الام ان طعام الاسرة غير مغذ لان الولدين الصغيرين يعانيان من فقر الدم وهما بحاجة الى فيتامينات وصفها الطبيب. أما الكبار فلم يعاينهما الطبيب ولكن لا تبدو عليهما علامات فقر الدم.

ظروف السكن المنزلي صحية عموماً. والملفت انه رغم شمول الاسرة بخدمات تعاونية الموظفين فان الاهل لا يقومون بمراجعة الطبيب بشكل دوري. الاب مصاب بارتفاع في الضغط ويحتاج الى دواء دائم، والام عندها قرحة في معدتها. الكلفة الشهرية للدوية ٥٠ الف ليرة، يتم استيفاء ٨٠ في المائة منها بعد بعض الوقت من خلال التعاونية. السبب الاساسي لعدم استشارة الطبيب هو عدم توفر قيمة المعاينة رغم انه بالامكان استيفاؤها لاحقا. وتلجأ العائلة الى استشارة الصيدلي مرات كثيرة.

٥- الحالة الخامسة

عائلة من ستة اشخاص. الاب يعمل بلاطاً قبل الظهر، ومستخدماً في فندق بعد الظهر. الام عاملة تنظيفات في احدى المؤسسات. دخل الاسرة ١ مليون ليرة شهريا، والوالدان منتسبان الى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي. الولدان الكباران رسبا في امتحانات المدرسة المهنية التي كانا يدرسان فيها وهما في المنزل يبحثان عن عمل (بنات وصبي)، والولدان الصغيران في مدرسة خاصة.

الولد الصغير كان عنده روماتيزم عولج منه وشفى، إلا أن البنت الكبيرة كانت تعاني من المشكلة نفسها ولم تعالج، وهي لا تزال تشكو من المرض. الام تأخذ الاولاد الى المستوصف، وتستشير الصيدلي اغلب الاحيان، وتؤجل المعالجة كلما كان ذلك ممكناً. الاسرة لا تستفيد عمليا من الانتساب الى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي إذ ليس لدى الاهل وقت لانجاز المعاملات الادارية كما تقول الام، ولكن الضمان يشكل ضمانا للاسرة في حال اضطر احد افرادها دخول المستشفى.

٦- الحالة السادسة

عائلة من خمسة اشخاص، الام واربع بنات. الزوج توفي بنوبة قلبية عام ١٩٨٧، كان يبيع ملابس في محل مستأجر، باعت الام البضاعة واستخدمت قيمتها لترتيب شؤون الاسرة في السنة التي تلت الوفاة. احدى البنات تزوجت وتركت العائلة. البنت الكبرى تعمل موظفة ادارية في احدى الشركات وتتقاضى راتبا شهريا قدره ٣٥٠ دولارا ولكنها غير مضمونة. البنت الثالثة تعمل ايضا وتتقاضى ٢٤٠ الف ليرة شهريا. والبنت الصغيرة تتابع دراستها الجامعية. الام من مواليد عام ١٩٤٦.

تعاني الام من قصور في عمل الكلى وتحتاج الى غسل كلى بشكل دوري منذ علم ١٩٨٦. وزارة الصحة تؤمن كلفة عملية الغسل وتغطي قيمة احد الادوية اللازمة للعلاج. أما الادوية الاخرى فعلى المريض ان يؤمنها على نفقته. وتعاني الام من اضطرابات في الضغط وعمل القلب وتحتاج الى ادوية دائمة. وقدرت قيمة الادوية الدائمة كلها واستشارة الطبيب الدورية بما يقارب ١٠٠ الف ليرة شهريا. وكانت الام قد خضعت منذ ٤ سنوات لعملية جراحية في يدها على نفقة وزارة الصحة ايضا، الا انها تكلفت مبلغ ٤٠٠ دولار اضافي للطبيب و ١٥٠ الف ليرة تأمين للمستشفى قبل اجراء العملية رغم تغطية الوزارة. وهي بحاجة لاجراء عملية لعينها (الماء الزرقاء) الا انها تؤجلها باستمرار.

البنت الكبرى راجعت الطبيب منذ اشهر من الاحساس باضطرابات بالقلب، تبين انها ناجمة عن ضغوط عصبية ونفسية. البنت الاخرى تشكو من الام في رجليها ناجمة عن ارتفاع نسبة "العصبي" في الدم. ورغم حاجتها الى عناية دائمة وادوية، تهمل العلاج وتكتفي بالمهدئات العادية (اسبيرين). البنت الثالثة تعاني من عسر هضم دائم، الطبيب وصف لها بعض الادوية وطلب منها مراجعة اخصائي في الجهاز الهضمي، لكن ذلك لم يحصل لعدم توفر الامكانيات المادية.

فكرة الذهاب الى المستوصف غير مطروحة بالنسبة الى هذه العائلة، وافرادها يدركون مخاطر التأخر في كشف الامراض والعلاج ولكنهم يؤجلون حل المشكلة ويكتفون بالمسكنات. الامراض العادية تعالجها الام استنادا الى خبرتها وتستشير الصيدلي احيانا.

غذاء الأسرة متواضع وقد تراجع استهلاك اللحوم والخضار في السنوات الأخيرة. الأم تحتاج إلى اعتماد نظام غذائي معين هي عاجزة عن توفير مستلزماته. وفي الشتاء يزداد مصروف الأسر لتأمين التدفئة.

الأسرة في حالة عجز دائم، ورغم أن هناك ابنتين تدفعان رسوم الاشتراك في الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي في الجامعة، إلا أنهما لا تستفيدان منه في العلاج أو شراء الأدوية. أما الابنة الكبرى فهي تخشى أن ضغطت على الإدارة لتسجيلها في الضمان من أن تخسر وظيفتها.

سادساً- خلاصات واستنتاجات

تدرك الجهات الحكومية المعنية بالشأن الصحي طبيعة المشكلات الصحية في لبنان، كما ان المبادئ العامة لمعالجتها ليست خافية عليها، بما في ذلك ادراكها للدور النشط الذي لا بد أن يلعبه القطاع الحكومي على الصعيد الصحي. فقد جاء في الدراسات الاولية التي استندت اليها الحكومة في وضع "خطة القطاع الصحي" ان القطاع الخاص لن يوفر الخدمات الصحية لكل قطاعات المجتمع لثلاثة اسباب:

١- لان اكلاف الخدمات الصحية في بعض المناطق لا يمكن ان تضمن شروط الربح الضرورية لجذب القطاع الخاص اليها.

٢- لان القطاع الخاص سوف يهمل الجانب الوقائي وخدمات الرعاية الصحية الاولية بسبب انخفاض ربحيتها.

٣- لان السعي الى تحقيق معدلات ربح مرتفعة يدفع القطاع الخاص الى المبالغة في اللجوء الى الفحوصات المرتفعة الكلفة في وقت قد تكون فيه هذه الفحوصات غير ضرورية ان لم تكن مضررة بعض الاحيان^{٤١}.

على هذا الاساس وضعت وزارة الصحة خطتها لزيادة دورها التنظيمي واشرافها على اسعار الخدمات الصحية، بالإضافة الى العمل على زيادة دورها في انتاج الخدمات الصحية عبر شبكة المستشفيات والمراكز الصحية الحكومية. إلا أن هذه الخطة هي أهداف أكثر من ان تكون خطة بمعنى خطة متكاملة تعتمد استراتيجية واضحة او خطوات عملية واضحة للتنفيذ او استهداف واضح لاولويات صحية او اجتماعية، وهي بالتالي معرضة لتشوهات قد تحول دون نجاحها في معالجة الاختلالات البنوية في القطاع الصحي التي سبق وصفها. واذا كانت بعض هذه المعوقات ناجمة عن الخلل في الاداء (التأخر وعدم القدرة على توفير الموارد الضرورية، اقحام المصالح السياسية في تقرير الاحتياجات والتنفيذ)، فان بعضها الآخر ناجم عن عدم التركيز في هذه الخطط على الجوانب الاجتماعية وافادة الفقراء بشكل خاص منها. ان استهداف هذه الفئات بشكل عام من خلال القطاع الحكومي، أو من خلال تغطية نفقات العلاج في المستشفيات الخاصة غير كاف، ولا سيما بالنسبة لمعالجة الاحتياجات الفورية بانتظار اعادة أو استكمال شبكة المستشفيات الحكومية التي لا يتوقع ان تنجز قبل عام ٢٠٠٠، هذا إن تم التنفيذ في مواعيده، وتم تأمين الكوادر البشرية اللازمة لتشغيلها.

^{٤١} Health sector rehabilitation project - Staff appraisal report - WB 1994

لقد اكتشفنا من خلال الاستعراض السابق العناوين والتجليات الأكثر الحاحا في الوضع الصحي للبنانيين، وبيّنا الارتباط الوثيق بين الوضع الصحي، والسلوك الصحي للأسرة من جهة، وجملة عوامل بينها بشكل خاص: (١) مستوى الدخل؛ (٢) نوعية الغذاء؛ (٣) ظروف السكن؛ (٤) كلفة العناية الصحية؛ (٥) السلوك الصحي. والتوجه المطلوب لتحسين مؤشرات الوضع الصحي للفقراء في لبنان لا بد أن ينطلق من حزمة متكاملة من التدابير لموازنة أثر هذه العوامل كلها.

إن هذا الأمر ليس من اختصاص وزارة الصحة وحدها، ولكن في المقابل إن التعامل مع الوضع الصحي باعتباره احد مؤشرات التنمية البشرية الأساسية يتطلب أيضا تجاوز النظرة العلاجية الضيقة التي تحصر دور القطاع الصحي في الشأن العلاجي والأمراض والأدوية. إن النظرة الحديثة، وهي النظرة المتبناة رسميا من قبل الوزارة، تتجاوز هذا الفهم التقليدي، ومن هنا تشديدها على الطب الوقائي، وعلى برامج الرعاية الأولية (تشديد نظري مع سعي لتغيير الأولويات الحالية في خطتها المستقبلية) وهذا يعني ارتباطا وثيقا بالوضع الاقتصادي والاجتماعي للسكان. وبهذا المعنى، فإن المؤشرات الصحية هي مؤشرات اقتصادية واجتماعية لا بد من لحظ دلالاتها لدى وضع السياسات الاقتصادية، وهي احد المعايير التي لا بد من الاستناد إليها في تصحيح الاختلالات والأولويات تماما مثل مؤشرات الاقتصاد الأخرى.

وبالتالي فمن الضروري ان يكون توجه القطاع الصحي توجهاً يعتمد مقارنة شاملة تتجاوز التخصص القطاعي الضيق، الذي ما يزال ضعيفاً جداً بل شبه مفقود فيما يخص الصحة في لبنان، وهذا التوجه يتطلب تركيز جهود عدة جهات منها الصحة والتربية والشؤون الاجتماعية والضمان والزراعة والمالية والمنظمات الأهلية والقطاع الخاص والمنظمات الدولية لتحقيق اهداف السياسة الصحية المرجوة. ويشكل المجلس الصحي الأعلى نواة فريق عمل كهذا، يمكن الاستناد إليه مستقبلاً لضمان تخطيط صحي شامل.

إن المشكلة الأساسية التي يواجهها الفقراء على صعيد العناية بصحتهم نابعة من تدني مداخيلهم وعدم مرونة بنية الانفاق الاسري، حيث أنه يقتصر على الأساسيات غير القابلة للاختزال أو الاستبدال. فقد بينت الشهادات الحية التي عرضنا نماذج عنها اعلاه ان الانفاق يتوجه اولاً نحو تأمين الغذاء، والسكن، والتعليم، فالنقل حيث هناك حاجة. أما اللباس فيقلص الى الحد الأدنى الممكن ولم يعد من الأولويات الا في المناسبات الضرورية. أما الرعاية الصحية، فيجري التحايل عليها طالما امكن ذلك، الى حين استفحال المرض ودخوله مرحلة العلاج الضروري. أي أنه بالإمكان اختصار هذا السلوك في تصميم اولويات خاصة بالأسرة تجعل امر تأمين استمرار الحياة الجسدية امراً مستقلاً عن الصحة الجيدة. فالأسرة عليها ان تبقى على قيد الحياة أولاً، ثم تأمين استمرار العمل المستقبلي (من هنا اولوية التعليم)، ثم الصحة تأتي ثالثاً بمعنى الوقاية والعناية، ولا تتقدم مرتبتها الا في حالات الامراض التي يهدد عدم علاجها الحياة او القدرة على العمل او الدراسة.

هذا هو اخطر ما في السلوك الصحي للأسرة، وهو سلوك مفروض موضوعيا لعدم توفر المداخل اللازمة لسد الحاجات الأساسية للأسرة التي لا تملك اي هامش في اعادة توزيع انفاقها بشكل طوعي. وبالتالي فان هذا الجانب من السلوك الصحي غير قابل للتغيير من خلال التوعية والارشاد الصحي، بل هو رهن بالغاء اسبابه. واذا كان امر زيادة المداخل ليس شأن وزارة الصحة، إلا أن تمكين الاسر من تحسين شروطها الصحية يمر عبر مربع مترابط:

(أ) توفير البيئة الصحية لحياة الأسرة مما يخفف من احتمال تعرضها للأمراض (المياه الآمنة غير الملوثة، الصرف الصحي...) وتوفير الخدمات الأساسية في شروط ملائمة (كهرباء وتدفئة وشروط صحية في اماكن العمل والدراسة)؛

(ب) توفير خدمات الرعاية الصحية الأولية بشكل واسع عبر شبكة المستوصفات الأهلية والحكومية، وتوسيع رقعة تغطيتها ودعمها بشريا وماديا وتمويلا. بالاضافة الى اعطاء اولوية لبرامج الرعاية الأولية والوقاية من خلال الحملات الوطنية (توسيع نطاق حملات التلقيح لتشمل امراضا جديدة غير مشمولة بالحملات السابقة) أو توسيع نطاق برنامج الطب المدرسي ودعمه، وبرنامج صحة المرأة؛

(ج) اتخاذ تدابير فورية لخفض ما يمكن خفضه من تكاليف الرعاية الصحية، ولا سيما وضع حد لفوضى سوق الدواء في لبنان وخفض اسعاره، وازالة الفروقات بين تسعير الخدمات الصحية من قبل مؤسسات الضمان وتسعيرات الاطباء والمستشفيات الخاصة، وتبسيط المعاملات الادارية التي تتسبب بالتأخير في استرداد المضمونين للتكاليف التي دفعوها؛

(د) تطوير حملات التوعية والارشاد الصحي من اجل التأثير على السلوك الصحي للأسر فيما يتصل بالنظافة والوقاية من الامراض قبل حصولها.

ان هذه التدابير قابلة للتنفيذ في المدى المباشر، وهي لا تتطلب موارد مالية كبيرة بسبب طبيعتها الوقائية والاولوية بالدرجة الاولى، وبالامكان الاستفادة من الطاقات البشرية الكبيرة ومن خبرة المؤسسات الأهلية ودورها وانتشارها من اجل وضع شبكة متكاملة وفعالة من الخدمات الصحية الأساسية في كل المناطق اللبنانية. وهذه الخطوات ضرورية مكتملة لمخططات الوزارة في اعادة تأهيل المستشفيات والمراكز الصحية الحكومية وبرامجها، لاعادة تنظيم الوزارة وتحويل الانفاق نحو برامج اكثر فائدة للجمهور الواسع من نمط الانفاق الحالي.

المراجع العربية

- الجمهورية اللبنانية، مجلس الانماء والاعمار، الخطة ٢٠٠٠ للاعمار والانماء، التقرير التنفيذي.
- الجمهورية اللبنانية، مجلس الانماء والاعمار، خطة النهوض الاقتصادي للبنان، خلاصة المرحلة الاولى. المجلد الرابع، خلاصات المشاريع، شركة بكتل الدولية، دار الهندسة للتصميم والاستشارات الفنية، كانون الاول/ديسمبر ١٩٩١.
- القطاع الصحي في لبنان، مؤشرات - مشكلات وآفاق حلول. مؤسسة البحوث والاستشارات بالتعاون مع جمعية النجدة الشعبية اللبنانية. بيروت ١٩٩٣.
- مصرف لبنان - التقرير السنوي للاعوام ١٩٩٠، ١٩٩١، ١٩٩٢ - والتقرير السنوي لعام ١٩٩٣.
- ايكوشيفر ١٩٩٣، و١٩٩٤. تصدر عن مؤسسة ايكوشيفر لبنان، بيروت.
- تعاونية موظفي الدولة، التقرير السنوي لعام ١٩٩٤.
- الاحصاءات الاولى الصادرة عن الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي (ارقام غير معالجة وغير مبوبة صادرة في كانون الاول/ديسمبر ١٩٩٦).
- القوى العاملة الصحية في لبنان حتى ٣١ كانون الاول/ديسمبر ١٩٩٤، مذكرة صادرة عن المديرية العامة لوزارة الصحة في تموز/يوليو ١٩٩٥.
- جمعية النجدة الشعبية اللبنانية، ورشة عمل حول الطب المدرسي، الاشرافية ٥ تشرين الثاني/نوفمبر ١٩٩٥.
- النتائج الاولى لحملة الطب المدرسي لعام ١٩٩٣-١٩٩٤ المقدمة الى اللجنة الوطنية.
- النتائج الاولى لدراسة ميدانية قيد التنفيذ من قبل مؤسسة البحوث والاستشارات في منطقة بعلبك - الهرمل. غير منشورة.
- التقرير الوطني اللبناني الى قمة التنمية الاجتماعية - بيروت ١٩٩٥.
- التقرير النهائي لبعثة الامم المتحدة الى لبنان ١٩٩١.

- تقرير التنمية البشرية لعام ١٩٩٣ برنامج الامم المتحدة الانمائي.
- وزارة الصحة العامة، الجامعة العربية: المسح اللبناني لصحة الام والطفل، التقرير الرئيسي، ١٩٩٦.
- ادارة الاحصاء المركزي: الاوضاع المعيشية للاسر في عام ١٩٩٧، سلسلة دراسات احصائية، العدد ٩، شباط/فبراير ١٩٩٨.
- وزارة الشؤون الاجتماعية، برنامج الامم المتحدة الانمائي: خارطة احوال المعيشة في لبنان - دراسة تحليلية لمسح المعطيات الاحصائية للسكان والمساكن، ١٩٩٨.
- انطوان حداد: الفقر في لبنان، الاسكوا، ١٩٩٦.
- الصحف اللبنانية: النهار، السفير، الانوار. (مواد تتعلق بالقطاع الصحي).

المراجع الاجنبية

- Recovery planning for the reconstruction and development of Lebanon, Working paper, 29, Health sector strategy briefing paper. International Bechtel Inc. - Dar Alhandasah consultants, August 1992.
- Health sector rehabilitation project, Staff appraisal report, WB 1994.
- Letter on health sector policy, Minister of health, October, 1994.
- Republic of Lebanon, The high relief committee, Community Development Fund Project. Phase 2. Secours populaire libanais-Consultation and Research Institute, July 1995.
- 1994 Rou'a Hijazi, Hospitalization in Lebanon, AUB - Seminar 1994.
- Liban Marketing et Opportunités, Reach – Mass, séminaire, 1995.
- National Household Survey of Health Care Expenditure, WHO, 1995.

الجزء الثاني

التعليم والفقير في لبنان

إعداد

عدنان الأمين

استاذ في العلوم التربوية في الجامعة اللبنانية ورئيس الهيئة اللبنانية للعلوم التربوية

مقدمة

يشمل مفهوم الفقر الفئات الإجتماعية التي تقع في أدنى السلم الإجتماعي، كما يشمل الفئات المهجرة والمهمشة في جزر نشأت وتوسعت ابان الحرب في قلب بيروت وضواحيها، والفئات المقيمة في المناطق الطرفية. والسؤال الذي يحاول هذا التقرير الإجابة عليه ثلاثي الأبعاد:

١- ما الفرص الدراسية المتاحة لأبناء الفقراء بالمقارنة مع غيرهم من الفئات الإجتماعية من الناحيتين الكمية والنوعية؟.

٢- ما المشكلات التربوية التي يعانون منها في محاولة الحصول على هذه الفرص؟.

٣- وما الخطط والمشاريع والأعمال الحكومية التي تجري لتحسين شروط هذه الفئات في الحصول على هذه الفرص من الناحيتين الكمية والنوعية؟.

وللإجابة على هذا السؤال نعالج تباعاً الموضوعات التالية: الفرص الدراسية المتاحة، جودة التعليم، والسياسة الرسمية المعتمدة تجاه توسيع فرص الفقراء الدراسية وتحسين نوعية التعليم الذي يحصلون عليه. وثمة موضوع آخر كان يمكن طرحه وهو يتعلق بنشاط الهيئات غير الحكومية في مساعدة أبناء الفقراء. ولكن ذلك كان متعذراً بسبب عدم وجود كتابات عنه، وعدم إمكانية القيام بجولة على الهيئات، لا تكون مفيدة إلا إذا كانت شاملة. وهذا يحتاج إلى دراسة قائمة بذاتها. أما الهيئات الدولية التي كانت حتى سنوات خلت تقدم مساعدات لترميم المدارس في المناطق الفقيرة والبعيدة والمتضررة كاليونيسيف، فقد أوقفت هذا النوع من البرامج، واتجهت إلى برامج ذات بعد دولي، كالدعوة الى السلام والتربية الشمولية ونوعية التعليم في إطار مساعدة الإدارة التربوية أو النظام التربوي بصورة عامة.

إن الهدف الأخير من هذا التقرير هو تقييم أوضاع الفقراء التعليمية، وتقييم السياسة التربوية المعتمدة، من حيث إهتمامها بهذا الموضوع، وبما يسمح بتقديم بعض الإقتراحات.

ولا بد من الإقرار على كل حال بأن العرض المقدم أدناه يستند أحيانا إلى إشارات أكثر مما يقدم مؤشرات متبلورة، بسبب غياب الدراسات الوطنية حول جميع النقاط المطروحة. ويجدر بالتالي أخذ هذا القيد بعين الاعتبار عند قراءة التقرير، بحيث تقرأ الاستنتاجات في حدود المعطيات المتاحة.

أولاً- الفرص الدراسية

نعني بالفرص الدراسية معدلات الالتحاق المدرسي (أو معدلات القيد أو الانتساب) وحظوظ المتابعة (رسوب، تأخر، تسرب)، ومعدلات الأمية.

ألف- الالتحاق المدرسي

١- سبق وأظهرت دراسة وطنية في أوائل السبعينات (١٩٧٣/١٩٧٢) أن معدلات الالتحاق كانت على النحو التالي^{٤٢} :

- ٣٤,٣ في المائة في المرحلة ما قبل الابتدائية (عمر ٦-٢)؛
- ٩٣,٧ في المائة في المرحلة الابتدائية (عمر ٦-١١)؛
- ٨١,٣ في المائة في المرحلة المتوسطة (عمر ١١-١٥)؛
- ٥٨,٣ في المائة في المرحلة الثانوية (عمر ١٥-١٨).

وتظهر هذه الأرقام أن الالتحاق كان عاليا في لبنان منذ السبعينات، ذلك أن معدل الدول العربية كان في تلك الفترة ٦٢ في المائة عام ١٩٧٠ و ٧٣ في المائة عام ١٩٧٥ في المرحلة الابتدائية و ٣٠ في المائة في المرحلة الثانوية^{٤٣}

أما بالنسبة للمعطيات الاجتماعية حسب نوع التعليم فقد بين توزيع الجمهور المدرسي للعام الدراسي نفسه (١٩٧٣/٧٢) أن أبناء العمال والمزارعين والعمال الزراعيين كانوا يشكلون ٥٩ في المائة من تلاميذ المدارس الرسمية فيما لا يشكل أبناء المهن الحرة والأطر العليا سوى ٣,٠٥ في المائة منهم. فيما كانت المدارس المجانية أقرب إلى المدارس الرسمية : ٥٥,٥ في المائة و ٢,٦٥ في المائة تباعا^{٤٤}. أما معدلات الالتحاق بحسب المنشأ الاجتماعي فلم تحتسب في تلك الدراسة الوطنية الوحيدة في السبعينات التي جرت حول الانتساب المدرسي أخذة المعطى الاجتماعي بعين الاعتبار.

والسؤال المطروح يتعلق بما إذا كانت الفرص الدراسية عموما وفرص الفئات الدنيا والمهمشة خصوصا قد نقصت بسبب امتداد الحرب خلال السبعينات والثمانينات وما رافقها من

^{٤٢} أنطون، جوزيف، و خليل رجيلي: عائدات النظام التربوي في لبنان للسنة الدراسية ١٩٧٢/١٩٧٣، بيروت، المركز التربوي للبحوث والإنماء، لات.

^{٤٣} UNESCO: Statistical Yearbook, 1991.

^{٤٤} أبو رجيلي، خليل: الخلفية الاجتماعية للتلاميذ ونجاحهم المدرسي عام ١٩٧٢-١٩٧٣، بيروت، المركز التربوي للبحوث والإنماء، لات.

تهجير قسري ونزوح وإقامة في مناطق ومبان لا تتوافر فيها دائما الخدمات الأساسية الضرورية وما رافقها من أضرار في الأبنية المدرسية القائمة.

فالنزوح القسري طال قطاعات واسعة من السكان. ويقدر البعض أن ٢١٠ آلاف شخصاً نزحوا في بيروت وضواحيها بين المنطقتين "الشرقية" و"الغربية" أو إلى خارجها خلال عامي ١٩٧٥ و١٩٧٦ وان عدد الذين انتقلوا إليها وصل إلى ٤٦٥ ألفاً وعدد الذين تركوها إلى ٣٥ ألفاً ما بين عامي ١٩٧٥ و١٩٨٦. بل إن أكثر من مليوني شخص عرفوا نزوحاً ما في لبنان، من منطقة إلى أخرى ومن حين إلى آخر طوال فترة الحرب (١٩٧٥-١٩٩٠) إذا احتسب الانتقال لأكثر من مرة شمالاً وجنوباً، شرقاً وغرباً^{٤٥}.

أما المدارس فقد أصيبت بأضرار أكثر من غيرها من المباني، لأنها فضلاً عن تعرضها للقصف، لاسيما تلك الواقعة على خطوط النار، فإنها كانت مقصداً للنازحين. وقد تعرضت لخسائر جسيمة من جراء إقامة هؤلاء فيها وبصورة خاصة المدارس الرسمية التي تعرضت للقصف والنهب والتخريب. فمن أصل ١٣٨٠ مبنى مدرسياً رسمياً تضرر خمسون بصورة كاملة وخمسة وثلاثون بصورة جزئية، وفقدت التجهيزات المدرسية من مقاعد وكراسي وخزائن ومكاتب ووسائل إيضاح وأدوات مخبرية ومصنوعات وسجلات وكتب في الفترة الأولى من الحرب. وتكرر الأمر في المناطق التي طالتها الاجتياح الإسرائيلي عام ١٩٧٨. وكذلك خلال الاجتياح الواسع عام ١٩٨٢. وخلال عامي ١٩٨٣ و١٩٨٥ دمرت المدارس الرسمية في أكثر من مائة قرية في أفضية بعبدا وعاليه والشوف وصيدا وجزين والنبطية. وكما في التعليم الابتدائي كذلك حدث في التعليم الثانوي والمهني وفي الجامعة اللبنانية. وأبرزها كلية العلوم في الحدث التي كانت حديثة المبنى والتجهيز (١٩٧٠) وتحولت إلى أطلال. أما المدارس الخاصة من جهتها فلم تكن الحرب قاسية عليها بهذا المقدار بسبب تمتعها بحماية الجماعات المحلية والمليشيات. لكن المباني الواقعة على خطوط التماس لم تسلم، لاسيما معهد الطب الفرنسي ومدرسة الآداب العليا، أو المباني الجامعية في كفر فالوس، وغيرها^{٤٦}.

خلاصة الأمر أن الحرب أملت نزوحات سكانية كثيفة وخربت الخدمات التربوية بصورة يستنتج منها أن الفرص الدراسية ربما تناقصت في تلك الفترة.

واقع الحال أن المعطيات التربوية مفقودة عن تلك الفترة، وما هو متوافر اليوم، والمستمد من دراسات متفرقة، يتعلق بسنوات تتسم بالاستقرار النسبي، حيث استطاع الأهالي إرسال أولادهم

^{٤٥} Labaki, Botros et Khalel Abou Rjeili: bilan و Paris, L'Harmattan, 1993, pp.52—81 des guerres au Liban 1975 – 1990.

^{٤٦} معلوف، نايف، و خليل أبو رجيلي: الوضع التربوي في لبنان، واقع ومعاناة، بيروت، وزارة التربية الوطنية والفنون الجميلة، ١٩٨٧، ص ٩٣-٩٩.

إلى المدارس. تبين التقديرات المتفرقة عن هذه السنوات أن معدلات الالتحاق المدرسي لم تنخفض على مستوى لبنان ككل، بل تشير إلى تحسن هذه المعدلات في المرحلتين الابتدائية والمتوسطة.

٢- بينت تقديرات متفرقة عن بيروت الكبرى ولبنان ككل ما بين ١٩٨٦ و ١٩٩٦ أن نسبة الالتحاق المدرسي في السن المقابل للمرحلة الابتدائية (٦-١١) يتراوح بين ٩٤ و ٩٦ في المائة وان نسبة الالتحاق في المرحلة المتوسطة (١٢-١٥) تتراوح بين ٧٢ و ٩٠,٣ في المائة (جدول ١) وهي نسبة عالية إجمالاً إذا ما قورنت بمعدلات الدول العربية (٧٧,١ في المائة في الابتدائي و ٤٨,١ في المستوى الثاني أي المتوسط والثانوي عام ١٩٩٤).

إلى أي حد يمكن تصديق هذه التقديرات؟ إلى حد كبير. السبب الأول منطقي والسبب الثاني إحصائي. السبب المنطقي يعود إلى أن اللبنانيين كانوا يسعون إبان الحرب في كل مرة ينزحون فيها أو يهاجرون، أو تتعطل ظروف تعليم أولادهم، إلى توجيه معظم جهودهم نحو تعليم أولادهم، مفتشين عن مدارس بديلة في المنزح أو في المهجر. وربما يكون النزوح والهجرة عائدين أولاً إلى النقتيش عن مكان آمن لتعليم أولادهم. وهذا من قيم المجتمع اللبناني. وقد أدى انتشار التعليم الخاص في الحقبة نفسها إلى سد النقص الذي شهدته المدارس الرسمية في فترة الحرب وهذا ما سنبينه لاحقاً. ولا شك أن الأمور لم تكن تجري كما يشتهي الأهالي ولا سيما الفقراء منهم، في المناطق السلخنة أو المهملة، مما أفضى إلى نشوء جيوب تتسم بالنقص الحاد في الخدمات، ولا سيما التربوية منها، وهذا ما سنبينه لاحقاً أيضاً.

الجدول ٣٩ - معدلات الإلتحاق المدرسي بحسب تقديرات متفرقة (بالنسبة المئوية)

المصدر	النطاق	السنة	الجنس	ما قبل الابتدائي	ابتدائي (٦-١١)	متوسط (١٢-١٥)	ثانوي (١٥-١٨)
ماس ^(١)	بيروت الكبرى	١٩٨٦	ذ	٩٧-٦٢	٩٤-٩٧	٧٢-٩٢	٦٢ ^(أ)
كسباريان ^(٢)	لبنان	١٩٨٧	ذ	٩٧-٦٤	٩٥-٩٦	٧٤-٩١	٦٤
			م	-	٩٦,٨ ^(ب)	٩٠,٣ ^(ب)	٥٩,١
			م	-	٩٦,٦	٨٨,٩ ^(ج)	٥٥,٧
			م	-	٩٦,٦	٨٩,٦ ^(ج)	٥٧,٤
مجلس الإنماء والاعمار ^(٣)	لبنان	١٩٩٣	م	٤٣	٩٦	٨٩	٥٩

المصادر: (١) Population et conditions de vie dans la région metropolitaine de Beyrouth Beyrouth, Mass Institute, 1988, pp. 46, 136-137.

(٢) كسباريان، روبرير (إشراف): مهجرو الحرب في لبنان (١٩٧٥-١٩٨٧)، جامعة القديس يوسف، ١٩٩٢، ص ٢٠٣.

(٣) مجلس الإنماء والاعمار، الخطة ٢٠٠٠ للإعمار والإنماء، ملحق ٧: التعليم ص ٥-٧.

(أ) عمر ١٦ فقط؛

(ب) الفئة العمرية: ٥-٩؛

(ج) الفئة العمرية: ١٠-١٤.

أما السبب الثاني، الإحصائي، فهو البرهان الذي قدمته دراسة "مسح المعطيات الإحصائية للسكان والمساكن" (وزارة الشؤون الاجتماعية، ١٩٩٤ - ١٩٩٦). فقد أظهرت نتائج هذه الدراسة أن معدل الالتحاق الإجمالي هو بمقدار ٩٦،٢٣ في المائة في سن ٦-١١، وبمقدار ٨٧،٧ في المائة في سن ١٢-١٥، وبمقدار ٦١،٢٥ في المائة في سن ١٦-١٨ المقابل للمرحلة الثانوية. علما بان معدل الالتحاق الخام يظهر نسباً أفضل بقليل في المرحلتين الابتدائية والمتوسطة، كما يبين ذلك الجدول (٤٠).

لكن ما يبينه هذا الجدول أيضا أن نسبة الالتحاق الصافي هي أدنى بصورة واضحة من نسبتي الالتحاق الإجمالي والخام. ومع أن هذا الالتحاق الصافي تبقى نسبته مرتفعة بالمقارنة مع الدول العربية، فإن الفارق الكبير بينه وبين معدلي الالتحاق الآخرين يكشف عن مشكلة مستترة في الالتحاق المدرسي، وهي مشكلة التأخر المدرسي، أي وجود نسبة عالية من التلاميذ من الذين يتجاوز عمرهم ١١ سنة في المرحلة الابتدائية، أو ١٥ سنة في المرحلة المتوسطة، الأمر الذي يجعل معدل الالتحاق أعلى من معدل الالتحاق الصافي. ويظهر الفارق في أوجه في المرحلة الثانوية حيث يشكل الطلاب الملتحقون بها وهم في العمر المقرر لها ثلث السكان من الفئة العمرية المقابلة لهذه المرحلة (١٦-١٨) والباقيون متأخرون، أي أنهم في عمر أعلى من عمر المرحلة الثانوية (أو أنهم متقدمون بالعمر، وهذا في الأقل، كما سنرى). ولا يخفى أن المتأخرين هؤلاء هم غالبا من الفئات الاجتماعية الدنيا ولا سيما الفقراء منهم.

الجدول ٤٠ - معدلات الالتحاق المدرسي بحسب دراسة مسح المعطيات (١٩٩٧)

معدل الالتحاق الصافي ^(٣)	معدل الالتحاق الخام ^(٢)	معدل الالتحاق الإجمالي ^(١)	
٨٢،٨٨	٩٧،٥٦	٩٦،٢٣	المرحلة الابتدائية ٦-١١ سنة
٦٣،٥٦	٨٨،٢٩	٨٧،٦٦	المرحلة المتوسطة ١٢-١٥ سنة
٣٥،٨٩	٥٨،٠٦	٦١،٢٥	المرحلة الثانوية ١٦-١٨ سنة

المصدر: دراسة مسح المعطيات الإحصائية للسكان والمساكن ١٩٩٤-١٩٩٦.

- (١) معدل الالتحاق الإجمالي Total Enrollment Ratio، وهو يساوي نسبة الملتحقين بالمدرسة إلى السكان من فئة عمرية معينة بغض النظر عن المرحلة الدراسية؛
- (٢) معدل الالتحاق الخام Gross Enrollment Ratio، وهو يساوي نسبة الملتحقين بالمدرسة في مرحلة معينة إلى السكان من الفئة العمرية المقابلة لهذه المرحلة، بغض النظر عن عمر الملتحقين بالمرحلة الدراسية المقصودة؛
- (٣) معدل الالتحاق الصافي Net Enrollment Ratio، وهو يساوي نسبة الملتحقين بالمدرسة في مرحلة معينة من الفئة العمرية المقابلة لهذه المرحلة، إلى جميع السكان في الفئة العمرية نفسها.

خلاصة الأمر أنه في لبنان، لا يكشف التفتيش في فرص الالتحاق المدرسي عامة عن قلة حظوظ الفقراء، لأن هذه الفرص متاحة في المرحلة الابتدائية، على الأقل، على نطاق واسع. بل يجب التفتيش عن حظوظ هؤلاء في ثلاثة مجالات: المجال الأول يتعلق بالجيوب. ذلك أن المعدل الوطني للالتحاق المدرسي يخفي تفاوتات بين مناطق يكون فيها الالتحاق المدرسي كاملاً، ومناطق أدنى بقليل من المعدل العام، و"جيوب" ينخفض فيها المعدل بشكل واضح. والجيوب هي التي يكثر فيها الفقراء. ولسوف نتعرف إليها. والمجال الثاني يتعلق بأنواع المدارس التي يلتحق بها أبناء الفقراء. وهي تعريفاً مجانية من جهة، وفي الأغلب ذات نوعية متدنية. والمجال الثالث يتعلق بالتعثر الدراسي، وأبناء الفقراء هم الأكثر تعرضاً للرسوب والتأخر الدراسي، ثم التترك المدرسي المبكر، بسبب الخلفية الثقافية التي ينطلقون منها، وبسبب نوعية التعليم المتدنية في المدارس التي يرئادونها.

هذا من الناحية الافتراضية النظرية، أما من الناحية البرهانية ومن ناحية الأدلة فسوف نعرضها تباعاً.

٣- أظهرت الدراسات التي شملت المهجرين بعض الفروقات بينهم وبين مجمل السكان، وهذه الفروقات تبلغ أقصاها في مرحلة التعليم ما قبل الابتدائي، كما يبين الجدول (٤١).

الجدول ٤١ - معدلات الالتحاق المدرسي لدى أبناء المهجرين ومجمل السكان (١٩٨٧)^{٤٧}

الفئة العمرية	نسبة الالتحاق لدى أبناء المهجرين	نسبة الالتحاق لدى مجمل السكان
٤-٥	٣١,٢	٤٠,٨
٩-١٠	٩٥,٣	٩٦,٦
١٤-١٥	٨٨,٩	٨٩,٦
١٩-٢٥	٥٨,٦	٥٧,٤

وطبقاً لمعلومات الدراسة التي أخذت منها هذه التقديرات، فإن ثقل الفئات الدنيا هو أقوى لدى المهجرين مما لدى مجمل السكان، فالمهجرون يشكلون ٢٢,٢ في المائة من مجمل السكان، لكن النسبة ترتفع إلى ٢٣,٨ في المائة في فئة العاطلين عن العمل وإلى ٢٤,٢ في المائة في فئة العمال وإلى ٢٨,٢ في فئة المهن غير المحددة و٢٩,٧ في المائة في فئة القوات المسلحة و٣٠,٢ في المائة في فئة العاملين في الخدمات، لتتخفف من جديد إلى ما دون ٢٢ في المائة في الفئات الوسطى والعليا من عاملين مستقلين وكوادر^{٤٨}. لذلك يصبح مفهوماً ملاحظة أن ٥٠ في المائة ممن لا

^{٤٧} كسباربان، روبرير (إشراف)، المرجع المذكور، ص ٢٠٣.

^{٤٨} المرجع نفسه، ص ١٥٣.

يلتحقون بالمدارس إنما يقومون بذلك لأسباب إقتصادية و ٢٠ في المائة من أجل ممارسة مهنة، علما بأن "عدم توفر مقعد دراسي" لم يذكر كسبب إلا عند عدد ضئيل جدا (٦ من ٦١٣)، وأن المشكلات عندهم هي المال والخدمات الطبية، قبل تعليم الأولاد^{٤٩}. وهذا ما يظهر بأن وجود مدرسة أو مقعد دراسي لم يعد مشكلة ذات شأن في لبنان عموما، وبأن الفروقات بين المهجرين عموما ومجموع السكان فيما يتعلق بالفرص الدراسية محدودة.

لكن هناك بين المهجرين مجموعات أقامت، وما تزال، في أماكن لم تكن معدة أصلا للسكن وكان من الصعب تأمين الخدمات الصحية والتربوية وغيرها بشكل ملائم فيها. وفي هذه التجمعات تبرز ظواهر من نوع عدم وجود مدرسة، وإنخفاض ملفت في معدلات الالتحاق. هذا على الأقل ما تقيده دراسة أجريت عام ١٩٨٧ على مناطق خطوط التماس والأكواخ (حرش ثابت - الغبيري، حرش القنيل - بئر حسن، المسابح - الجناح)، حيث تقدم معدلات لا عهد لنا بها في سائر الدراسات. وفيها أن معدل الالتحاق في المرحلة الابتدائية في مناطق الأكواخ تنخفض إلى ما بين ٤١ و ٦٨ في المائة وإلى ما بين ١١ في المائة و ٣٠ في المائة في المرحلة المتوسطة وإلى ما بين صفر و ١٧ في المائة في المرحلة الثانوية تبعا للمنطقة والجنس^{٥٠}. ولا ندري مدى دقة هذه الأرقام، ولكن مهما يكن فإنها تعطي إشارة إضافية حول أوضاع سكان هذه التجمعات، التي تستحق الدراسة والتفكير. وفي زيارة ميدانية قمنا بها لمنطقة الجناح (حريف ١٩٩٥) ثمة صورة يقدمها الأهالي ملخصها أن الكثيرين من الأولاد لا يذهبون إلى المدرسة، وأن المدرسة الوحيدة الموجودة تقع في حي السان ميشيل وهي مدرسة خاصة قسطها السنوي ٥٠٠ ألف ليرة للمرحلة الابتدائية و ٧٥٠ ألف ليرة للمرحلة المتوسطة. والمدرسة نفسها "مهجرة" من منطقة المسلخ، يحشر التلاميذ في صفوفها حشرا، تضم طلابا فلسطينيين ولبنانيين وأكرادا، والعلاقات ما بين المعلمين والتلاميذ سيئة. أما في حي السان سيمون فلا يوجد مدرسة. في حين أن المدرسة الرسمية الأقرب تقع على بعد ٢ كلم وطاقتها الاستيعابية محدودة، والمواصلات فيها وإليها غير ميسرة للصغار. لكن زيارة منطقة حرش القنيل أظهرت أنها تختلف عن منطقة الجناح، فهي أرض للدولة أي أن سكانها بنوا منازلهم على "أرض الغير" وينتمون إلى فئات إجتماعية متنوعة وفيها مدرسة في قلب الحي ومدرسة على مدخلها ومعظم الأولاد يذهبون إلى المدرسة بخلاف ما تقوله الدراسة السابقة.

بالإضافة إلى هذه الجيوب التي نشأت أو تطورت في ظروف الحرب، في العاصمة والضواحي، وربما في ضواحي مدن أخرى، ثمة جيوب أخرى قامت بسبب الإهمال المزمن في أطراف لبنان. ويدل عليها كل من قضاء الهرمل و عكار. ونبين في الجدول ٤ أن معدل الالتحاق

^{٤٩} المرجع نفسه، ص ٢٠٥ - ٢٠٦.

^{٥٠} فاعور، علي: بيروت ١٩٧٥-١٩٩٠، التحولات الديموغرافية والاجتماعية والاقتصادية، بيروت، المؤسسة الجغرافية، ١٩٩١. ص ٢٥٢ و ٢٨٦.

المدرسي المقابل للمرحلة الابتدائية هو دون معدل لبنان بست نقاط مئوية. ونجد في العمر المقابل للمرحلة المتوسطة أن ربع الأولاد غير ملتحقين بالمدارس في قضاء عكار. أما في العمر المقابل للمرحلة الثانوية فإن ثلثي الأولاد في قضاء عكار وأكثر من نصف الأولاد في قضاء الهرمل غير ملتحقين بالمدارس. وبالإجمال يصبح الفارق بين كل من هذين القضاءين ومعدل لبنان ٢٥ نقطة مئوية تقريبا، إذا شملنا مجموع الأولاد الذين هم في عمر التعليم العام: ثمة ٤٠ في المائة تقريبا غير ملتحقين بالمدارس هنا مقابل ١٥ في المائة في كل لبنان.

هذه المعطيات تكشف بوضوح عن الفروقات الحادة بين عدد من المناطق وسائر مناطق لبنان من حيث مقدار الفرص الدراسية المتاحة.

٤- لقد حدث إنتقال كثيف للتلاميذ من المدارس الرسمية نحو المدارس الخاصة، أدى إلى إنخفاض حصة التعليم الرسمي في المرحلة الابتدائية من ٤٥,٧ في المائة عام ١٩٧٢/ إلى ٣١,٦٥ عام ١٩٩٢/١٩٩١ إلى ٢٩,٨ في المائة عام ١٩٩٣/١٩٩٤. ومن ٤٤,٨ في المائة إلى ٣٠,٢ في المائة في مجمل التعليم العام في الفترة نفسها. وما زال هذا الإتجاه قائما حتى آخر عام أتاحت لنا معلومات عنه (١٩٩٦/١٩٩٥) (أنظر الجدول ٥).

الجدول ٤٢ - معدلات الالتحاق المدرسي الإجمالي في قضائي عكار والهرمل مقارنة بمعدلات كل لبنان

معدلات قضاء الهرمل	معدلات قضاء عكار	معدلات لبنان	
١١,٩	٢٣,٤	٣٢,٩٨	أقل من ٦
٨٩,٣	٩٠,٥٥	٩٦,٢٣	١٢-٦
٨٢,١	٧٤,٥	٨٧,٦٦	١٥-١٢
٤٤,٨٨	٣٦,٥	٦١,٢٥	١٨-١٦
٥٩,٨٧	٥٨,٤٣	٨٥,٤٧	مجموع ١٨-٦

المصدر: دراسة مسح المعطيات الإحصائية للسكان والمساكن، ١٩٩٤ - ١٩٩٦.

من المرجح أن هذا التحول الكثيف يعود للانخفاض المتزايد لتقنة الأهالي بالمدارس الرسمية. سواء بسبب تعرضها للاضرار الناجمة عن العمليات الحربية، أو الاحتلال من قبل المهجرين، أو بسبب تردي الرقابة فيها.

وفي موازاة ذلك كانت المدارس الخاصة تؤمن الحماية لنفسها عن طريق الجماعات والميليشيات من جهة، وهي من جهة ثانية تدير أمورها بنفسها، أي باستقلالية عن إدارات الدولة وما

اعترى هذه الأخيرة من تراخ. ويتصاحب ذلك مع وهم شعبي مفاده أن التعليم الخاص هذا أفضل بالمطلق من التعليم الرسمي.

أن هذا النزوح المدرسي الكثيف يفسر بقاء معدلات الالتحاق المدرسي عالية، ويفضي إلى الاعتقاد بأنه طال جميع الفئات الاجتماعية التي كانت تتراد المدارس الرسمية بمن فيهم قسم من الفقراء.

لقد عرف التعليم الابتدائي في لبنان تناقضا خلال الفترة المنصرمة، بلغ حوالي ٧ نقاط مئوية حتى عام ٩٤/٩٣، ولم يعد بعد إلى الحجم الذي كان عليه عام ٧٣/١٩٧٢. فهو لم يزد بصورة طبيعية بين منتصف السبعينات ومنتصف الثمانينات، ثم عرف هبوطا ملفتا بعد عام ١٩٨٧، أي بسبب الحربين الأخيرتين في مسلسل الحرب الأهلية اللبنانية (عامي ١٩٨٨ و١٩٨٩)، حتى بلغت خسارته فوق العشر نقاط مئوية، ثم استرد بعضا من خسارته بعد عودة الأمن إلى لبنان ابتداء من عام ١٩٩٠/١٩٩١. وبالتالي فإن هذا التناقص يعزى بصورة نسبية إلى الهجرة السكانية إلى خارج لبنان في عدد المسجلين.

لكن التعليم الرسمي عرف هبوطا منذ بداية الحرب الأهلية (١٩٧٥) واستمر ذلك حتى يومنا هذا بحيث خسر أكثر من ثلاثين نقطة مئوية، وانخفضت حصته من جملة المسجلين في التعليم الابتدائي من ٤٥,٧ في المائة إلى ٢٩,٨ في المائة. وبالمقابل كان التعليم الخاص غير المجاني يتوسع باستمرار، بحيث تضاعف عدد تلاميذه خلال الخمس عشرة سنة الماضية، وزادت حصته من جملة المسجلين في المرحلة الابتدائية خمسا وعشرين نقطة مئوية، أكثر من خمس نقاط تقريبا كل خمس سنوات، كما يبين الجدول (٤٣).

هذا النزوح المدرسي يعني كما ذكرنا سابقا تراجعا تراكميا لتقّة الأهالي بالتعليم الرسمي، وبما إن النزوح نحو التعليم الخاص يعني الانتقال من مجانية التعليم إلى التعليم المدفوع، فهذا يدفع إلى الاعتقاد أن الشرائح الوسطى والميسورة هي التي تركت التعليم الرسمي. لكن إذا تأملنا أحوال التعليم المجاني في الفترة نفسها نجد انه كان متقلبا في أوضاعه حتى عام ٨٧/١٩٨٦ ثم هبط التسجيل فيه بقوة بعد ذلك، وما زال مستمرا في تراجع. والتعليم المجاني يستقبل أيضا، مثله مثل التعليم الرسمي، الفئات الاجتماعية الدنيا. مما يفضي إلى الاعتقاد أيضا أن شرائح من الفئات الدنيا تركت أيضا التعليم المجاني فكيف نفسر ذلك؟

من المؤسف أننا لا نجد دراسات وطنية حول الإبعاد الاجتماعية للالتحاق المدرسي للمقارنة بين أمس واليوم. والدراسة الوحيدة هي التي أجريت في بداية السبعينات من قبل خليل أبو رجيلي (المركز التربوي للبحوث والإنماء). وبحسب نتائج هذه الدراسة فإن الجمهور الاجتماعي لأنواع التعليم الثلاثة تتوزع على الشكل المشار إليه في الجدول رقم (٤٤). وفيه نتبين التشابه الكبير بين

القطاعين الرسمي والمجاني، ونتبين أيضا أن الفئات الوسطى (والصغرى) تشكل حوالي ربع التلاميذ في هذين القطاعين مقابل ٤٣،٦٦ في المائة في التعليم المدفوع. وبالتالي يصح الاعتقاد أن الفئات الوسطى وما فوق بالإضافة إلى شرائح من الفئات الدنيا تركت التعليم الرسمي، لكي نفهم كيف انه خسر اربعين بالمائة من تلاميذه خلال الخمس والعشرين سنة الاخيرة. كما يمكن الظن ان الثلاثين بالمائة التي خسرها التعليم المجاني تضم ايضا الفئات الوسطى وما فوق.

ليس لدينا ما نؤكد به هذا الاعتقاد. فقد قام المركز التربوي للبحوث والانماء مؤخرا (١٩٩٤/١٩٩٥) بدراسة وطنية (بالعينة) حول التحصيل العلمي في المرحلة الابتدائية، تضمنت معلومات عن خلفيات التلاميذ الاجتماعية وانواع المدارس وغيرها، لكن نتائج الدراسة عرضت بطريقة "تجريبية مجردة" كما يقول ميلز^{٥١}، بحيث لا يعرف القارئ الماهية الاجتماعية للجمهور الذي استهدفته.

وفي الاستقصاء الذي أجريناه بدورنا خلال العام الدراسي نفسه (١٩٩٤/١٩٩٥) على عينة من تلاميذ الصف الخامس الابتدائي، انما في بيروت وضواحيها فقط، تكونت لدينا صورة عن التركيب الاجتماعي لهذا الجمهور، ولكنه جمهور حصري لا تصح مقارنته مع جمهور كل لبنان، ولا سيما اذا اخذنا بعين الاعتبار التركيب الاجتماعي لسكان الريف. وفي مطلق الاحوال، فان توزيع الـ ١٠٨٣ تلميذا الذين شملتهم العينة بحسب مهن آبائهم كان على

الجدول ٤٣- تطور عدد المسجلين بين العاميين ١٩٧٢/١٩٧٣ و ١٩٩٥/١٩٩٦ في المرحلة الابتدائية

رسمي	خاص		غير		المجموع
	معدل	عدد	معدل	عدد	
معدل التطور	معدل التطور	معدل التطور	معدل التطور	معدل التطور	
١٧٥٩٧٣	١٠٠	١٢٩٣٩٠	١٠٠	٧٩٨٢٥	٣٨٥١٨٨
٧٣/١٩٧٢					١٠٠
٤٥,٣		٣٣,٦		٢٠,٧	١٠٠
%					

^{٥١} إهتم مؤلفو الدراسة بالدرجة الاولى بالجدول والمعاملات الاحصائية المتعلقة بمستوى التحصيل وكان الدراسة أجريت في مختبر بحيث تبدو الارقام وكأنها هي الحقائق. وبحيث يفوت القارئ أي فهم وتفسير للنتائج، ولا يستطيع النفاذ من النتائج إلى آليات عمل النظام التربوي وآليات عمله في علاقته بالمحيط الاجتماعي. أنظر حول "التجريبية التجريدية": L'ampirisme 1971 Maspero Paris, L'imagination sociologique, Mills, C. wright: abstrait.

الجدول ٤٣ - (تابع)

	رسمي	خاص مجاني	خاص غير مجاني	المجموع	
١٩٧٧/٨*	١٦٣٤٦١	٩٢,٩	٩١,٥	٣٨٠٦٩٥	٩٨,٥٧
%	٤٢,٩٤	٣١,١	٢٥,٩٦	١٠٠	
١٩٨١/٨٢	١٤٨٥٧٣	٨٤,٤	٩٥,٣	٣٩٨٩٧٧	١٠٣,٦
%	٣٧,٢٣	٣٠,٩	٣١,٨٤	١٠٠	
١٩٨٦/٨٧	١٢٥٨٥٨	٧١,٥	١٠١,٨	٣٩٩١٣٦	١٠٣,٦
%	٣١,٥٣	٣٣,٠	٣٥,٤٦	١٠٠	
١٩٩١/٩٢	١٠٩٤٢٩	٦٢,٢	٧٢,٢٦	٣٤٥٦٦٢	٨٩,٧٧
%	٣١,٦٥	٢٧,٠٥	٩١,٢٩	١٠٠	
١٩٩٣/٩٤	١٠٧٧٠٨	٦١,٢	٦٨,٨	٣٦٠٨٥٨	٩٣,٧
	٢٩,٨	٢٤,٧	٤٥,٥	١٠٠	
١٩٩٥/٩٦	١٠٩٨٢٦	٦٢,٤	٦٤,٩٥	٣٧٨١٨٦	٩٨,١٨٣
	٢٩,٠٤	٢٢,٢٢	٤٨,٧٣	١٠٠	

- المصادر:
- ١- الامين، عدنان: التعليم في لبنان، زوايا ومشاهد، المرجع المذكور ص ص ١٧٥، ١٧٩.
 - ٢- المركز التربوي للبحوث والإنماء: الإحصاء التربوي للعام ١٩٧٢/١٩٧٣.
 - ٣- النشرة الإحصائية للعام ١٩٧٧/١٩٧٨.
 - ٤- الإحصاءات الأولية للعام الدراسي ١٩٨١/١٩٨٢.
 - ٥- الإحصاءات الأولية للعام الدراسي ١٩٩٣/١٩٩٤.
 - ٦- إحصاءات غير منشورة عن العام ١٩٩٥/١٩٩٦.
 - ٧- الجباعي، يوسف، وأبو رجيلي خليل: التعليم الأساسي في لبنان، واقعه ومشاكله والحلول المقدمه لتحسينه، صيدا- بيروت=المكتبة العصرية، ١٩٩٦، ص ١٦٠.

الجدول ٤٤ - المساهمة الاجتماعية في أنواع التعليم

تعليم رسمي	تعليم مجاني	تعليم خاص غير مجاني	المعدل	
٥٩,٢٤	٥٥,٤٩	٢٤,٤٦	٤٧,٩٢	عمال وعمال زراعيون ومزارعون
٢٣,٥٦	٢٧,١٧	٤٣,٦٦	٣٠,٥١	مستخدمون وحرفيون وتجار وأطر وسطي
٣,٠٥	٢,٦٥	١٥,٩	٦,٧٣	مهن حرة وأطر عليا
١٤,١٥	١٤,٦٧	١٥,٩٨	١٤,٨٤	القوات المسلحة ومهن اخرى
١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	المجموع

المصدر: أبو رجيلي، خليل الخلفية الاجتماعية للتلاميذ ونجاحهم المدرسي عام ١٩٧٢/١٩٧٣، المركز التربوي للبحوث والإنماء (ص ٥٤).

الشكل المبين في الجدول ٤٥. حيث يبدو جليا الشبه القوي بين المدرستين الرسمية والمجانية في التكوين الشعبي لجمهورهما. اما من حيث المستوى التعليمي للآباء فان خمس هؤلاء هم أميون أو دون الابتدائي في القطاعين الرسمي والمجاني مقابل ٢-٦ في المائة في التعليم الخاص المدفوع. وبالعكس تماما فان ٢-٦ في المائة من آباء التلاميذ في الحالة الاولى هم جامعيون مقابل ٢٩ في المائة في الحالة الثانية^{٥٢}.

إذ تؤكد هذه المعطيات الشبه الاجتماعي بين تلاميذ القطاعين الرسمي والمجاني وإنحسار الفئات العليا (غياب شبه تام) والفئات الوسطى (نقصت حصتها ثلاث مرات) وإقتصارها تقريبا على أولاد الموظفين الصغار والحرفيين والعمال والعسكريين، فإننا نتحفظ على هذه المقارنة لاختلاف طبيعة الاستقصاء الذي أجريناه هنا مع ذلك الذي أجريناه في بداية السبعينات. لكن ما عرضناه حتى الآن يرجح حصول ما يلي:

(أ) أن النزوح من المدرسة الرسمية شمل بالدرجة الأولى أبناء الفئات الوسطى والميسورة بإتجاه التعليم الخاص غير المجاني؛

(ب) أن النزوح المذكور شمل أيضا شرائح من الفئات الاجتماعية الدنيا، حيث اتجه البعض خلال السبعينات وحتى منتصف الثمانينات نحو التعليم المجاني، والبعض الآخر إتجه نحو التعليم الخاص غير المجاني؛

(ج) أن التعليم المجاني توقف عن التوسع في نهاية الثمانينات، إثر اتفاق الطائفتين (١٩٨٩)، بعد توقف إعطاء الرخص بإنشاء مدارس مجانية جديدة، وهذا ما حول شريحة من "النازحين" نحو التعليم الخاص غير المجاني.

^{٥٢} الأمين، عدنان وغيره: مستوى تحصيل طلبة الصف الابتدائي الخامس، دراسة ميدانية في بيروت وضواحيها، كلية التربية - الجامعة اللبنانية. ٢٠٠ صفحة، قيد الاعداد للنشر في مجلة الأبحاث التربوية. كما كنا قد أجرينا دراسة أخرى في السنة الدراسية التي قبلها (٩٤/٩٣) حيث لم نجد أبا جامعيا واحدا بين آباء تلاميذ المدارس الرسمية فيما شكل الآباء الجامعيون ١٣.٣ في المائة في المدارس الخاصة. علما بأن الآباء الأميين والابتدائيين شكلوا نصف آباء تلاميذ التعليم الرسمي. أجريت الدراسة في ٤٨ مدرسة مختارة عشوائيا من اللائحة الكاملة للمدارس العاملة في بيروت وضواحيها (لائحة المركز التربوي للبحوث والانماء) وشملت ١١٢٢ تلميذا. وقد رفع تقرير عنها (٣٣ صفحة) وأرسل الى المسؤولين التربويين، ونشر موجز عنه: الأمين عدنان: 'دراسة ميدانية في ٤٨ مدرسة في العاصمة والضواحي حول التعليم الابتدائي'، جريدة السفير (بتاريخ ١٢/١/١٩٩٥) وسوف ينشر التقرير قريبا في مجلة الأبحاث التربوية.

الجدول ٤٥ - توزيع التلاميذ: عينة عشوائية في مدارس بيروت وضواحيها بحسب مهنة الأب

	مدارس رسمية		مدارس مجانية		مدارس غير مجانية		المجموع
	عدد	%	عدد	%	عدد	%	
فئات عليا	١	٠,٥	١	٠,٧	٦٠	٩,٦	٦٢
فئات وسطى	١٦	٧,٧	١٢	٨,٤	١٧٦	٢٨,١	٢٠٤
وظائف صغرى	٣٩	١٨,٧	٢٣	١٦,٢	١١٣	١٨,٠	١٧٥
حرفيون ومستقلون							
صغار	٩٨	٤٦,٩	٧٠	٤٩,٣	١٧٧	٢٨,٢	٣٤٥
عمال وغيرهم	٢٢	١٠,٥	١٧	١٢,٠	٢٤	٣,٨	٦٣
عسكريون وغيرهم	٣٣	١٥,٧	٢٩	١٣,٤	٧٧	١٢,٣	١٢٩
المجموع	٢٠٩		١٤٢		٦٢٧		٩٧٨
غير محدد	٢٨		٢٢		٥٥		١٠٥

(د) استطاع التعليم الخاص غير المجاني إستقبال شرائح من الفقراء عبر أسلوبين: الأسلوب الأول من خلال تقديم "منح" مدرسية^٣ والأسلوب الثاني عن طريق توفير تعليم "شبه مجاني" بأقساط مدرسية منخفضة، إما من خلال مدارس الجماعة (إحتضان سياسي) أو من خلال توفير تعليم متدن (النوعية)، أي بكلفة منخفضة.

تفيد دراسة صدرت مؤخرا عن المركز التربوي للبحوث والانماء حول أكلاف التعليم وإنفاق الأهل في المدارس الخاصة غير المجانية^٤، أن نسبة المنح من إجمالي الإنفاق الافرادى على التلامذة في المرحلة الابتدائية تبلغ ١٠,٤ في المائة، علما بأن أكثر المستفيدين من المنح هم صغار الموظفين، وفي ضواحي بيروت، حيث بلغت نسبة المنحة الوسطية ٢١,٢ في المائة مما خفض نسبة الإنفاق الصافي الافرادى الى ما دون الـ ٨٠ في المائة من الإنفاق القائم الافرادى.

^٣ ذكر الأب فواد الحاج مثلا في مقابلة تلفزيونية بتاريخ ١٩٩٧/٨/٢٩ (تلفزيون النور) أن كاريئات وزعت ٧٠٠ ألف منحة تعليمية بين عامي ١٩٨٧ و ١٩٩٣ على طلاب في مختلف المراحل التعليمية. هذا عدا المساعدات الصحية والاجتماعية.

^٤ حمدان، كمال، وغيره. أكلاف التعليم وإنفاق الأهل على التلامذة في المدارس الخاصة غير المجانية لسنة ١٩٩٣/١٩٩٢، بيروت، المركز التربوي للبحوث والإنماء، لات.

كما تفيد الدراسة المذكورة أن الفئات الوسطى (صغار أرباب العمل، كادرات وسطي، صغار الموظفين) تشكل نسبة ٧٥ في المائة من جمهور هذه المدارس مقابل ١٦ في المائة للفئات العليا، و٩ في المائة للباقي (العاملون في الخدمات، من هم بلا عمل، وغيرهم). أما بالنسبة للأقساط فالمعدل الوسطي لها هو ٧٢٠ ألف ليرة سنويا للتلميذ الواحد في المرحلة الابتدائية. ولكن الدراسة لا تعطينا صورة عن توزيع فئات الأقساط، ولا عن الانحراف المعياري لكي نتبين حصة الأقساط الدنيا وحصة الأقساط العليا. لكن في مكان آخر تفيدنا الدراسة بأن "نصف عدد تلامذة المدارس الخاصة غير المجانية في لبنان سنة ١٩٩٢/١٩٩٣ بقي ضمن حدود ٦٠٠ ألف ليرة (ص ٦٠). وهي تشير إلى "التفاوت" والاستقطاب الاجتماعي في البلاد" عندما ننظر إلى الفارق بين نسب المشاركة الاجتماعية في التعليم الخاص غير المجاني (حصة كل فئة إجتماعية) وحصة كل فئة من الإنفاق (الفئات العليا مشاركتها أقل وتدفع أكثر، والفئات الدنيا مشاركتها أكثر وتدفع أقل). ولاظهار واقع التفاوت في الأقساط المدرسية نعود إلى دراسة قديمة (١٩٨٧) نشرتها وزارة التربية الوطنية وتبين فيها أن نصف الأقساط تقع دون المعدل الوسطي، أما الأقساط التي تقع فوق هذا المعدل فتقع بعيدا عن هذا المعدل^{٥٥}.

تجتمع هذه الاشارات على إستنتاج ثلاثة أمور:

(أ) أن هناك إنقساماً إجتماعياً حاداً بين التعليم الرسمي والمجاني من جهة والتعليم الخاص غير المجاني من جهة ثانية، بحيث أن صغار الموظفين وصغار أرباب العمل صاروا من زبائن التعليم الخاص غير المجاني، وبحيث صارت المدارس الرسمية والمجانية ذات أغلبية ساحقة من الفقراء والعمال وأشباههم، والعاطلين عن العمل، وغيرهم؛

(ب) أن هناك إستقطاباً داخل التعليم الخاص غير المجاني، تبعاً لقيمة القسط السنوي، بحيث أن المدارس المنخفضة الأقساط صارت تملأ الفراغ الذي تركه التعليم الرسمي والتعليم المجاني، وتكملهما، وبحيث صارت المدارس العالية الأقساط تشكل جزءاً مخصوصة، تقع في معظمها في بيروت وجبل لبنان، فيما الفئات الاجتماعية الوسطى - الصغرى تشكل الجسم الأكبر لجمهور المدارس الخاصة. وهذه الفئات تتخلى عملياً عن الكثير من حاجاتها الأخرى من أجل تأمين تعليم مقبول لأولادها. وهذا بذاته نوع من الإفكار؛

(ج) أن النظام الاجتماعي - السياسي يسمح بتوليد آليات إحتضان (عصبية) تفضي إلى دعم بعض الشرائح الفقيرة من خلال توفير منح تعليمية، وهي آليات تفضي بدورها كما لا يخفى إلى تعزيز هذا النظام نفسه (إعادة توليد العصبية).

^{٥٥} معلوف، نايف، وأبو رجيلي، خليل: الوضع التربوي في لبنان، واقع ومعاناة، بيروت، وزارة التربية الوطنية، ١٩٨٧، ص ص ١٥٦-١٥٨.

هذه الصورة تصح على التعليم الابتدائي، أما التعليم الثانوي فشأنه مختلف، بل هو " يخلط الأوراق" مجدداً: فإرتياد المدارس الابتدائية الرسمية والمجانية يرجح التأخر والترك المدرسي المبكر، والتعليم "المجاني" ينتهي مع نهاية المرحلة الابتدائية، والتعليم الثانوي الرسمي يدار بطريقة مختلفة عن التعليم الابتدائي، وهي أمور تفضي إلى أن يتشكل جمهور هذا التعليم الثانوي الرسمي من المصطفين الآتين من التعليم الابتدائي الرسمي والمجاني، ومن أبناء الفئات الوسطى والدنيا المصطفين في المدارس الخاصة غير المجانية^{٥٦}. فجمهوره متنوع إجتماعيا وحجمه لم يعرف الهبوط الذي عرفه التعليم الابتدائي الرسمي كما يبين الجدول ٨.

والمثير للدهشة أن التعليم الرسمي لم يعرف تراجعاً (في مواجهة التعليم الخاص) إلا بعد عودة السلم (١٩٩٣/١٩٩٤). والملفت أيضاً أن نسبة الطلاب الثانويين (جدول ٨) إلى الطلاب الابتدائيين (جدول ٤٣) ما زالت في حدود الخمس (٢٠ في المائة) عام ١٩٩٥/١٩٩٦. صحيح أن هناك تحسناً ملحوظاً بالمقارنة مع عام ١٩٧٢/١٩٧٣ (٩,٢ في المائة) إلا أنها ما زالت متدنية، وتشير إلى الحجم الكبير للترك المدرسي.

والسؤال الذي يطرح نفسه هو من هم الذين يتعثرون دراسياً ويتركون المدرسة باكراً؟ فقولنا أن المدارس الرسمية والمدارس المجانية هي مدارس الفقراء لا يعني شيئاً إذا لم نبرهن أن نوعية التعليم في هذه المدارس أدنى من غيرها وأن جمهور هذه المدارس هو الذي يتعثّر أكثر من غيره ويترك المدرسة باكراً وتصبح حظوظه في الدخول إلى المرحلة الثانوية ثم المرحلة الجامعية أقل من غيره بكثير.

الجدول ٤٦ - تطور عدد المسجلين بين ١٩٧٣/١٩٧٢ و ١٩٩٥/١٩٩٦ في المرحلة الثانوية

١٩٩٦/١٩٩٥	٩٤/١٩٩٣	٨٧/١٩٨٦	٨٢/١٩٨١	٧٨/١٩٧٧	٧٣/١٩٧٢	
٣١٤٣٩	٢٥٥٦٦	٤١٢٠٠	٣٤٤٣٧	٣٨٢١٢	١٨٢٤٠	رسمي عدد
١٧٢,٤	١٤٠,٢	٢٢٦	١٨٩	٢٠٩,٥	١٠٠	معدل التطور
٤١,٦	٤٠	٥٠,٣	٤٨,٤	٥٧	٥١,٥	النسبة المئوية
٤٤٢١٠	٣٨٣٧٨	٤٠٦٤٨	٣٦٦٨٣	٢٨٨١٠	١٧١٨٧	خاص عدد
٢٥٧,٢٣	٢٢٣,٣	٢٣٦,٥	٢١٣,٤	١٦٧,٦	١٠٠	معدل التطور
٥٨,٤	٦٠	٤٩,٧	٥١,٦	٤٣	٤٨,٥	النسبة المئوية
٧٥٦٤٩	٦٣٩٤٤	٨١٨٤٨	٧١١٢٠	٦٧٠٢٢	٣٥٤٢٧	المجموع عدد
٢١٣,٥	١٨٠,٥	٢٣١	٢٠٠,٧	١٨٩,٢	١٠٠	معدل التطور

المصدر: الأمين، عدنان: التعليم في لبنان، زوايا ومشاهد، المرجع المذكور.

^{٥٦} الأمين، عدنان: التعليم والتفاوت الاجتماعي في مدينة صيدا، المركز الثقافي للتعليم والدراسات الجامعية، صيدا، ١٩٨١.

باء- التعثر المدرسي

نقصد بالتعثر المدرسي حدوث رسوب فتأخر يؤدي إلى التسرب أو الترك المدرسي المبكر.

كانت دراسة عائدات النظام التربوي في لبنان قد بينت أن نسبة الراسبين تراوحت عام ١٩٧٣/١٩٧٢ بين ١٣ و ٢٠,٩ في المائة في المرحلة الابتدائية (تبعاً للصف) وما بين ٧ و ١٥ في المائة في المرحلة المتوسطة. لكن بما أن الرسوب قد يتكرر عدة مرات خلال مرحلة معينة، عبر الزمن، فإن نسبة المتأخرين في كل مرحلة كانت أعلى من ذلك بكثير. والجدول رقم ٩ يبين أن أكثر من ثلثي التلاميذ كانوا في عمر أعلى من العمر المناسب، في المراحل الثلاث على التوالي.

الجدول ٤٧ - مقارنة بين نسب التأخر الدراسي في السبعينات والتسعينات (كنسبة مئوية)

أنطوان أبو رجيلي ^(١)	مسح المعطيات الاحصائية للسكان والمسكن ^(٢)
(١٩٧٣/١٩٧٢)	(١٩٩٥)
٦٥,١٩	١٤,٧٩ ^(*)
٨٠,٦٧	١٩,٢ ^(*)
٨٢,٥٢	٢٧,٩ ^(*)

المصدر: (١) المرجع المذكور، ص ١٠٠.

(٢) المرجع المذكور سابقاً.

لكن الجدول رقم (٤٧) يبين أن الوضع تحسن كثيراً خلال خمس وعشرين سنة، آخذين بعين الاعتبار الطبيعة المختلفة للاحصاءين المذكورين. وأولى مسببات هذا التحسن التحاق التلاميذ في الصف الأول الابتدائي في العمر المقرر: عام ٧٢/٧٣ كان نصف التلاميذ الذين يلتحقون بالصف الأول ابتدائي أكبر من ٦-٧ سنوات، وفي عام ١٩٨٧ كانوا يشكلون ١٧,٩ في المائة فقط طبقاً لدراسة المهجرين^{٥٧}.

ولا شك أن التأخر الدراسي يرتبط أكثر ما يرتبط بالمنشأ الاجتماعي. وقد قام خليل أبو رجيلي بتحليل الخلفية الاجتماعية للراسبين والمتأخرين دراسياً في دراسة ٧٣/١٩٧٢ وتبين له أن نسبة الراسبين في الابتدائي ترتفع من ١٣,٠٨ - ٢٠,٩ في المائة كمعدل عام إلى ٨-٣٢ في المائة لدى أبناء العمال الزراعيين وإلى ١٥,٩-٢٩ في المائة لدى أبناء المزارعين وإلى ١١-٢٤ في المائة

^{٥٧} كسباريان، المرجع المذكور، ص ٢٠٨-٢١٢.

لدى أبناء العمال. وتنخفض إلى ٢,٥-١٧ في المائة لدى الأطر الوسطى وإلى ٣-١٤ في المائة لدى أبناء أصحاب المهن الحرة.

أما بالنسبة للتأخر، أي الارتفاع في عمر التلاميذ بالنسبة للعمر المناسب للصفوف التي ينتسبون إليها، فحظوظ أبناء العمال الزراعيين والمزارعين والعمال في التأخر هي أعلى بعشرين نقطة مئوية من حظوظ أبناء الأطر الوسطى والعليا في مختلف صفوف المرحلة الابتدائية.

والتأخر يفضي إلى الترك (التسرب) فتتخفف حصة أبناء الفقراء كلما ارتفعنا في السلم الدراسي: بينما كان أبناء الفئات الدنيا المذكورة يشكلون معا ٥٧,٨ في المائة من تلاميذ الصف الأول ابتدائي، فإن حصتهم نقصت بسبب الرسوب والتأخر خلال الصفوف التالية لتصبح: ٤٠,٧ في المائة في الأول متوسط، و ٢١,٥ في المائة في الأول الثانوي. في هذا الوقت ارتفعت حصة الأطر الوسطى والمهن الحرة والأطر العليا من ٧ في المائة إلى ١٥ في المائة إلى ١٧,٧ في المائة في الصفوف الثلاثة المذكورة تباعا^{٥٨}. في تلك الفترة بينت دراسات أخرى أن "صمود" أبناء الفئات الدنيا خلال التعليم، وبعد قدر من التأخر يفضي إما إلى التسرب لاحقا أو إلى التحول نحو التعليم المهني والتقني^{٥٩}.

المعلومات التي تتناول التأخر عند أبناء الفقراء في الثمانينات والتسعينات قليلة ومتناثرة. ودراسة المهجرين تظهر أن ثلث من هم في سن ١١-١٤ كانوا ما يزالون في المرحلة الابتدائية، و ٤٣ في المائة ممن هم في سن ١٥-١٧ كانوا ما يزالون في المرحلة المتوسطة^{٦٠}. وفي دراستنا عن بيروت وضواحيها ربيع ١٩٩٥ تبين أن نسبة المتأخرين ترتفع من ٧ في المائة لدى أبناء الوظائف العليا و ١١ في المائة لدى أبناء الأطر الوسطى، إلى ٢٧,٨ في المائة لدى أبناء الفئات الدنيا (حرفيون وعمال). كما يتسع الفارق إلى ٢٩ نقطة مئوية ما بين الأب الجامعي والأب الأمي (من ٥٨ بالمائة إلى ٨٧ بالمائة)، وكذلك الحال وبالمقدار نفسه ما بين الأم الجامعية والأم الأمية^{٦١}.

ولا شك أن التأخر يتزايد مع تضافر العوامل التربوية والاجتماعية لدى جمهور المدرسة الرسمية. فعند دراسة أحوال تلاميذ مدرستين رسميتين في بيروت تبين أن نسبة المتأخرين في إحداهما هي بمقدار ٢٢ في المائة في الأول الابتدائي، و ٤٦,٧ في المائة في الثاني الابتدائي، و ٤٢,٨ في الثالث الابتدائي، و ٤٨,٣ في الرابع الابتدائي، و ٥٦ في المائة في الخامس الابتدائي.

^{٥٨} أبو رجيلي، خليل، المرجع المذكور، ص ٨٣، ١٠٩، ١٢٣.

^{٥٩} الأمين، عدنان، التعليم والتفاوت الاجتماعي في مدينة صيدا، المرجع المذكور.

^{٦٠} كسباريان، روبر (إشراف)، المرجع المذكور ص ٢٠٨-٢١٢.

^{٦١} الأمين، عدنان وغيره (١٩٩٥)، المرجع المذكور.

بحيث يصبح المعدل العام ٤٣,٢ في المائة في هذه المدرسة، مقابل ٦٠ في المائة في المدرسة الثانية. وهي نسب عالية بالمقارنة مع معطياتنا، أو بالمقارنة مع معطيات كسباريان أو معطيات المسح السكاني، وهي أقرب إلى معطيات السبعينات. وهذا يكشف أن التحسن المسجل على المستوى الوطني يحجب إستمرارية إنتشار التأخر في المدارس التي تضم تلاميذ من الفئات الاجتماعية الدنيا (التعليم الرسمي). وعند البحث في أحوال التأخر في المدارس الخاصة تبين على كل حال أن التأخر الدراسي يصيب بشكل أساسي أولاد الفئات الاجتماعية الأدنى^{٦٢}. أما في الريف فتشير دراسة أجريت على قرية سبلين أن نسبة التأخر الدراسية فيها كانت عام ١٩٨٠/١٩٨١ ٤٩,٥ في المائة مقابل ٥٨,٣ في المائة في المرحلة المتوسطة^{٦٣}، وهذا مثال آخر على التفاوت في حظوظ المتابعة الطبيعية.

خلاصة الأمر بالنسبة لموضوع المتابعة الدراسية، أن هناك تحسنا ملحوظا على المستوى الوطني في معدلات الرسوب والتأخر، لكن هذا التحسن مبني على تقدم متفاوت بين السكان بحسب إنتمائهم الاجتماعي وتوزيعهم الجغرافي ونوع التعليم الذي يتلقونه. ومن الواضح أن المتابعة الدراسية تتعثر مع سكان الريف، والفئات الاجتماعية الدنيا، وتلاميذ المدرسة الرسمية والمدرسة المجانية.

جيم - الأمية

كانت معدلات الأمية قد وصلت عام ١٩٧٠ إلى ٣١ في المائة من السكان (٢١ في المائة من الذكور و٤٢ في المائة من الإناث) بحسب دراسة القوى العاملة الشهيرة. أما معطيات اليوم فتشير إلى أنها إنخفضت إلى ١٥ في المائة وما دون (١٠ في المائة للذكور و ٢٠ في المائة للإناث)، كما يظهر الجدول أدناه.

^{٦٢} أحمد الدالاتي، ناهد: العوامل الاجتماعية المؤثرة في التأخر المدرسي على صعيد المدرسة والأسرة - دراسة ميدانية، رسالة لنيل شهادة الاختصاص في الديموغرافيا، معهد العلوم الاجتماعية، ١٩٨٥.

^{٦٣} عياش، على، دراسة ميدانية سكانية للمرحلة ما قبل الجامعية في التعليم الرسمي في لبنان - حالة سبلين، رسالة لنيل شهادة دبلوم الدراسة المعمقة، معهد العلوم الاجتماعية (١) ١٩٨١ ص ٤٧-٤٨.

الجدول ٤٨ - معدلات الأمية في لبنان

المصدر	النطاق	السنة	ذكور	إناث	المجموع
ماس ^(١)	بيروت الكبرى	١٩٨٦	١١,٤٥	١٩,٢	١٥,٣٢
اللجنة الوطنية ^(٢)	لبنان	١٩٩٣	-	-	٧,٣٧
كسباريان ^(٣)	لبنان	١٩٨٧	١٠,٥	٢٠,٥	١٥,٨

المصدر: (١) Population et Conditions، المرجع المذكور ص ١٤٣.

(٢) اللجنة الوطنية لليونسكو: واقع الأمية في لبنان، دراسة ميدانية (بإشراف فادية كيوان)، ١٥ حزيران/يونيو ١٩٩٣ (تقرير غير منشور).

(٣) كسباريان، روبير (إشراف)، المرجع المذكور ص ١٤٨.

ان عدم دقة دراسة اللجنة الوطنية لليونسكو وعدم وضوح منهجيتها يجعلاننا نعزف عن تبني الرقم الذي توصلت إليه (٧,٣٧ في المائة) رغم أنها أحدث من غيرها، ونميل إلى الافتراض أن المعدل اليوم هو ما دون الـ ١٥ في المائة ولكنه ما زال فوق الـ ١٠ في المائة، وقد نشرنا هذه الفرضية وتبيراتها عام ١٩٩٢^{٦٤}.

وقد جاءت نتائج دراسة مسح المعطيات للسكان والمساكن لتؤكد فرضيتنا. فقد بينت هذه الدراسة أن نسبة الأمية في لبنان عام ١٩٩٥ هي ١٣ر٥٥ في المائة كما يبين الجدول ٤٩ أدناه.

أما مبرر انخفاض نسبة الأمية فهو ببساطة استمرار معدلات الالتحاق المدرسي، وعدم تناقصها بل ميلها إلى الازدياد كما بينا أعلاه رغم التناقص في عدد المسجلين بسبب الأحداث الأمنية. ولأسباب الأنفة الذكر عينها، يمكن الافتراض أن نصيب الفقراء من الأمية هو أعلى من نصيب سائر الناس.

الجدول ٤٩ - توزيع السكان (١٠ سنوات وأكثر) حسب المستوى التعليمي

المستوى التعليمي	عدد	(بالنسبة المئوية)
أمي	٣٢٩٩٦٥	١٣,٥٥
يقرأ ويكتب	٢٣٨٠٣٠	٩,٧٧
مستوى ابتدائي	٨٥٤١٣٤	٣٥,٠٧
أنهى المتوسط والثانوي	٨٢٦٨٧١	٣٣,٩٦
أنهى الجامعة/دراسات عليا	١٨٥٨٥٢	٧,٦٣
المجموع	٢٤٣٤٨٥٢	١٠٠

المصدر: مسح المعطيات ...، الجدول ٣٠٣.

^{٦٤} الأمين، عدنان، "هل زادت نسبة الأمية في لبنان"، النهار، ١٧/٤/١٩٩٢.

١- تظهر دراسة كسباريان حول المهجرين أن معدل الأمية عندهم شبيه بمعدل مجمل السكان لكنه يزيد عن هؤلاء لدى الفئات العمرية التالية: ١٠-١٤ (٣,٠ في المائة مقابل ٢,١ في المائة)، ٢٠-٢٤ (٦,١ في المائة - ٥,٠ في المائة)، و ٢٥-٢٩ (٨,٢ في المائة - ٦,٩ في المائة). كذلك ثمة فروقات تبعا للفئة الاجتماعية، فتزيد الأمية لدى الفئات الدنيا: ٣٥ في المائة لدى العمال الزراعيين و ١٧,٦ في المائة لدى العمال في القطاع الخاص و ١٤,٧ في المائة لدى عمال القطاع العام و ٣٧ في المائة لدى الخدم والنواظير. ويشكل أميو هذه الفئات ٦٣ في المائة من مجموع الأميين، فيما تشكل هذه الفئات ٣١ في المائة من مجموع المقيمين^{٦٥}.

٢- أما دراسات الحالات فمنها ما يلتقي مع المعدل العام، ومنها ما يتجاوزه تبعا للشريحة الاجتماعية والمنطقة الجغرافية المدروسة، لكنها تكشف عن أماكن وجود الجيوب المشار إليها سابقا.

ففي دراسة على عينة صغيرة من المتسولين من الأطفال المشردين من عمر ١٢-١٥ (الثلاثان) و ٧-١٢ (الثلاث)، هم في أغليبيتهم من غير اللبنانيين، تبين أن ٢٠ في المائة من هؤلاء الأطفال لم يتجاوزوا الصف الثالث الابتدائي، فيما معظمهم (٨٢ في المائة) لديه شقيق أو أكثر يمارس التسول، علما بأن رب الأسرة هو في ٨٢ في المائة من الحالات أمي^{٦٦}. لكن في دراسة أخرى عن الأطفال الذين يشتغلون ومعظمهم من اللبنانيين تبين أن جميعهم التحقوا بالمدارس لكن ٥٣ في المائة منهم لم ينهوا المرحلة الابتدائية، فيما أكثر من ثلث المعيلين لأسرهم (٣٧,٥ في المائة) هم أميون، أو لم يصلوا إلى نهاية المرحلة الابتدائية (٣٧,٥ في المائة أيضا)^{٦٧}.

ولكن في دراسة جامعية (١٩٩٣) على ثمانية قرى في الضاحية الشمالية الشرقية لمدينة بيروت تمتد من الربوة حتى قرنة شهبان (الربوة، البيضاة، قرنة شهبان، عين عار، بيت الككو، مزرعة يشوع، زكرين، ديك المحدي)، وتشمل ٢٠٠ أسرة، ٧ في المائة منها ذات مستوى إجتماعي متدن و ٥١ في المائة منها ذات مستوى إجتماعي وسط، والباقي فوق الوسط، تبين أن نسبة الأمية تتراوح بين ١٠,٥ في المائة للذكور و ١٨,٤ في المائة للإناث، وبمعدل عام دون ال ١٤ في المائة فيما ٢٥ في المائة أنهوا دراساتهم الجامعي^{٦٨}. وهي معدلات قريبة مما ظهر بالنسبة للبنان ككل، ويرتبط ذلك كما هو واضح بفئة إجتماعية منوالية أعلى مما هو الحال في لبنان ككل، مما يكشف الفروقات الحادة بين المناطق.

^{٦٥} المرجع نفسه، الملحق، الجدول ١١.

^{٦٦} بلوط، علي وغيره: واقع الأطفال المشردين، دراسة أولية، اليونيسف، كانون الثاني/يناير ١٩٩٥.

^{٦٧} بلوط، علي وغيره: دراسة أولية لواقع الأطفال العاملين في لبنان، اليونيسف، كانون الثاني/يناير ١٩٩٥.

^{٦٨} شقير، ليال: خصائص السكان والبيئة في لبنان، دراسة حالة لمجموعة قرى في الضاحية الشمالية الشرقية لمدينة بيروت من الربوة حتى قرنة شهبان، تحقيق بالعينة، رسالة لنيل شهادة الاختصاص في الديموغرافيا، معهد العلوم الاجتماعية (١) ١٩٩٥.

وفي دراسة جامعية أخرى (١٩٨٧) على أهالي قرية جنوبية (ياطر) يقيمون في العاصمة وضواحيها شملت ١٥٤ أسرة تبين أن ٤٨ في المائة من الذكور و ٤٩ في المائة من الإناث مستواهم التعليمي هو الابتدائي وما دون، لكن الذين لا يعرفون القراءة والكتابة هم ثلاثة ذكور وخمسة إناث فقط^{٦٩}، وفي دراسة ثالثة حول قرية سبلين تبين أن نسبة الأمية هي بمقدار ١٩,٥ في المائة، علماً بأن الأميين نجدهم في سن ٤٠ وما فوق (٨٩ في المائة من مجموع الأميين)^{٧٠}. وفي دراسة رابعة لأحد أحياء المهجرين (حي الزيتون- بيروت) شملت ١٥٧ أسرة، تبين أن معدل الأمية وصل إلى ٣٠ في المائة علماً بأن الغالبية الساحقة من سكان الحي تتكون من الفئات الدنيا: صغار البائعين، حرفيون، مستخدمون، أجراء، عمال بلدية، سائقون (ويشكلون ٧٩ في المائة من المجموع)^{٧١}. أما دراسة مناطق التهجير والأكواخ التي أتينا على ذكرها سابقاً فهي تظهر أن نسبة الأمية ترتفع إلى ٣٧,٩ في المائة في منطقة الجناح، وتنخفض إلى ٣٠,٥ في المائة في حرش ثابت، فالإلى ٢٤ في المائة في كل من حي ماضي ووادي أبو جميل وميناء الحصن، وإلى ١٧ في المائة في حي السلم، ولا يصل إلى المعدل اللبناني العام سوى حي واحد صغير (الصغير)، ويكون المعدل العام لهذه المناطق ٢٣,٤ في المائة^{٧٢}.

٣- على أن دراسة مسح المعطيات تقدم لنا بيانات أخرى على التفاوت بين المناطق الجغرافية فيما يتعلق بمعدلات الأمية، ولا سيما على ارتفاع هذه المعدلات في المناطق الطرفية ولاسيما في قضائي الهرمل و عكار المذكورين سابقاً.

لنبدأ بالمحافظات. يذكر أن نسبة الأمية في محافظة بيروت تقترب من نصف المعدل الوطني (٨,٨٨ في المائة)، فيما ترتفع إلى ١٦ بالمائة وعشرين بالمائة في المحافظات الأبعد (الشمال والبقاع والجنوب). وفي هذه المناطق تحديداً تنخفض بصورة ملفتة نسب الجامعيين (من ١٥,٢٣ بالمائة في بيروت إلى ٣,٢٩ بالمائة في البقاع و ٣,٨٩ بالمائة في الجنوب و ٤,٦ بالمائة في الشمال).

ولاحقاً في الجدول ٥٠ سيتبين لنا أن هناك تفاوتاً ملفتاً بين الأفضية، وإذا وضعنا بعض أفضية الجنوب وقضاء البقاع الغربي جانبا بسبب وقوعها تحت الاحتلال الإسرائيلي، أي بسبب انخفاض نسبة الشباب فيها، فإنه يلاحظ أن قضاء جبيل الذي نجد فيه أعلى نسبة للأمية في جبل لبنان (١١,٥٣ بالمائة) هو دون المعدل الوطني، ودون المحافظات الأخرى. لا سيما وأن جميع الأفضية

^{٦٩} كوراني، مريم: الوضع الاقتصادي الديموغرافي للمقيمين من قرية ياطر في بيروت وضواحيها، رسالة لنيل شهادة إختصاص في الديموغرافيا، معهد العلوم الاجتماعية (١) ١٩٩٥.

^{٧٠} عياش، علي، المرجع المذكور سابقاً.

^{٧١} الأمين، نزيهة: التهجير في لبنان - دراسة ميدانية لأحد أحياء المهجرين، رسالة لنيل شهادة دبلوم الدراسات المعمقة، معهد العلوم الاجتماعية (١) ١٩٨٧.

^{٧٢} فاعور، علي، المرجع المذكور، ص ٢٨٠.

الأخرى هي فوق المعدل الوطني ما عدا قضاء الكورة في الشمال وقضاء صيدا في الجنوب وقضاء زحلة في البقاع. أما أعلى نسبة للأمية فنجدها في قضاء عكار في الشمال (بليه قضاء المنية) وفي قضاء الهرمل في البقاع (بليه قضاء بعلبك). وفي هذه الأقسية تحديدا يصل الفارق بين الذكور والاناث إلى أكثر من ١٠ نقاط مئوية، وهذا مؤشر إضافي على تردي الفرص الدراسية المرتبط بالفقر. لأن الفقر يزيد من الهوة بين فرص الاناث وفرص الذكور الدراسية.

خلاصة الأمر بالنسبة لموضوع الأمية، أنه في الوقت الذي ينخفض فيه المعدل العام على مستوى لبنان إلى ١٥ ما دون في المائة لمن هم في سن العاشرة وما فوق، فإن نسبة الأمية هي أدنى من ذلك بكثير (دون ٥ في المائة) في العديد من المناطق ولدى الفئات الاجتماعية الميسورة؛ بينما يرتفع إلى ما فوق ٣٥ في المائة لدى الفئات التي تقع في أدنى السلم الاجتماعي (العمال الزراعيون، أشباه العمال من خدم ونواطير) ولدى المهجرين الذين يعيشون في الأكوخ وضمن شروط حياة قاسية. كما ترتفع بصورة قوية في المناطق "الجيوب"، أي في ضواحي بيروت وأحياء البؤس، وفي المناطق الطرفية المهملة (كالهرمل وبعلمك والمنية وعكار).

وفي حين انخفاض نسبة الأمية من ٣١ في المائة في السبعينات إلى ١٣ر٥٥ في المائة في التسعينات يحجب الفروقات الكائنة بين مناطق الفقر وأهله وغيرهم، فإنه يجب أن لا يحجب أيضا أنه ما زال معدلا مرتفعا نسبيا، إذا ما قورن بمعدلات أي بلد متقدم (١-٢ في المائة). والمهم في ذلك أن هذه النسبة تشمل تحديدا فئات معينة ممتدة على المستوى الوطني وأماكن تركز هذه الفئات التي تضم فقراء الناس. كما يتضح حجم الجهد المطلوب لتأمين قدر من المساواة بين اللبنانيين في الفرص الدراسية (معدل أمية دون ٥ في المائة) وتخفيض العوائق الثقافية عن الفقراء. هذه العوائق إذا استمرت فإنها سوف ترخي بتقلها على الأجيال اللاحقة، من خلال تدني فرص الالتحاق المدرسي وارتفاع معدلات الرسوب والتأخر المدرسي والترك المبكر، كما بينا سابقا.

ثانياً - جودة التعليم

قلنا سابقاً أن البحث عن تدني فرص الفقراء التعليمية يجب أن لا يتم في لبنان اليوم في معدلات الالتحاق العامة فهي مرتفعة عموماً، بل يجب التفتيش عنه في جيوب معينة، ولدى فئات معينة وفي مدارس معينة. هذه المدارس (الرسمية والمجانية) التي يغلب فيها أبناء الفقراء، تتردى فيها الخدمات التربوية، ويكون الحاصل مستوى تحصيلي متدن، وهذا ما سنبيّنه في الفقرة التالية.

ألف - الخدمات التربوية

تجاوزت المدارس الرسمية الأزمة الحادة التي تعرضت لها خلال سنوات الحرب جزئياً على الأقل. بحيث يمكن القول أنه جرى إصلاح الغالبية الساحقة لأبنيتها، ولو بشيء من السرعة، وأصبحت صالحة للعمل نتيجة أعمال الترميم الأولية التي نفذها مجلس الانماء والاعمار خلال السنوات الخمس الماضية.

أما العمل فقد تنظم فيها وإن شكلاً، من حيث دوام أفراد الهيئة التعليمية أو من حيث إنتظام التلاميذ في الصفوف وإختفاء مظاهر العنف التي سادتها سابقاً بسبب تداخل التعليم مع الصراعات القائمة وتكوين الميليشيات^{٧٣}.

رغم ذلك ما زالت هذه المدارس تعاني من مشكلات عميقة تفسر بقاء الثقة بها منخفضة وإستمرار الإقبال على التعليم الخاص وإن لم تكن أحوال مدارس هذا الأخير أفضل من أحوال المدارس الرسمية في أحيان كثيرة.

١- المشكلة الأولى تتعلق بالبنى المادية. ذلك أن الإصلاحات التي أجريت هي من نوع التأهيل أي سد الثغرات فيما هو قائم، مع زيادة غرفة أو أكثر هنا أو هناك أحياناً، وهذا النوع من الأعمال يقوم به عادة مهندسون ومقاولون، وهو لا يتعلق بأي حال من الأحوال بالتصميم المناسب للمدرسة، ولا بجدوى وجودها. فالتصميم والمكان المناسبين يحتاجان إلى خطة أو خريطة مدرسية وإلى تصاميم تأخذ بعين الاعتبار الشروط التربوية والفنية الملائمة لأنواع التعليم والمناطق وأعمار التلاميذ والمنهج وإدارة المدرسة وما إلى ذلك. وتتفرع عن البنى المادية شؤون التجهيز، حيث تشير التقارير أيضاً إلى فقر حاد في التجهيزات والوسائل، والمدارس الرسمية تعمل اليوم بقدر من التجهيز أضعف مما كان عليه الحال في السبعينات، علماً بأن التطور التربوي عبر العالم زاد من نوعية وكمية التجهيزات التي يجب توفيرها في المدارس ولاسيما الحاسوب. وفي هذا الصدد يشار إلى أن

^{٧٣} المفتشية العامة التربوية: التقرير السنوي للعامين ١٩٩٢-١٩٩٣.

اليونسكو وزعت عام ١٩٩٣ مختبرات علمية على المدارس الثانوية، ولكن هذه المختبرات ظلت حتى وقت قريب في صناديقها لم تفتح^{٧٤} ، بسبب عدم جهوزية المدارس إداريا وفنيا.

٢- المشكلة الثانية تتعلق بالموارد البشرية وبالهيئتين التعليمية والإدارية. وتشير تقارير التفتيش التربوي بهذا الصدد إلى زيادة الفائض في الهيئة التعليمية فيما جمهور التعليم الرسمي إلى تناقص. هذا الفائض الذي يضمهدرا في الأموال العامة بدل أن يستفاد منه في تحسين نوعية التعليم، يلقي بظله على العمل اليومي من عدوى الإقلال من العمل. وهو فائض مصاحب بنقص في بعض المناطق وفي بعض المواد التعليمية، وبنزف ولبلة في نقل المعلمين وتحريكهم بين المدارس، ونحو الإدارات العامة. إلى جانب ذلك تشير هذه التقارير أيضا إلى موضوع مديري المدارس، وطرق إختيارهم وصلاحياتهم. الأمر الذي ينعكس سلبا على أداء المدارس عموما^{٧٥} . ويقدر الفائض العام بنصف أفراد الهيئة التعليمية، إذا أخذنا بعين الاعتبار أن عدد التلاميذ للمعلم الواحد هو ٨ في التعليم الرسمي. وهذا الفائض "تراكم" مع الاستمرار في تعيين المعلمين الجدد ومع التناقص المستمر في أعداد التلاميذ. ومن الطبيعي أن حل هذه المشكلة المعقدة يكمن في تطوير التعليم الرسمي وزيادة استيعابه للتلاميذ لكي يرتفع عدد التلاميذ للمعلم الواحد مجددا إلى ١٦. وهذا يستلزم طبعا مشروعا متكاملا للتطوير يشمل البناء والتجهيزات، كما يشمل تدريب المعلمين وتحسين الإدارة وطرق التعليم. وسنعود إلى هذه النقطة لاحقا.

الجدول ٥٠ - توزيع السكان الأميين (١٠ سنوات وأكثر) حسب المحافظة والقضاء

المحافظة	القضاء	مجموع الجنسين	ذكور	إناث	ف/إ
جبل لبنان	بعيدا	١١,٠٦	٦,٤٣	١٥,٥٨	٩,١٤+
	المتن	٩,١٩	٦,٢٦	١١,٩٩	٥,٧٣+
	الشوف	١١,٤٠	٦,٢١	١٦,٤٢	١٠,٢١+
	عاليه	٧,١٩	٣,٦٥	١٠,٥٦	٦,٩١+
	كسروان	٧,٨٢	٥,٧٦	٩,٨٨	٤,١٣+
	جبيل	١١,٥٣	٨,٦٥	١٤,٣٥	٥,٧+
	المجموع	٩,٨١	٦,١٧	١٣,٣٤	٧,١٧+
الشمال	طرابلس	١٤,١٣	١١,٢٠	١٦,٨٩	٥,٦٩+
	المنية	٢٤,٨١	٢٠,١٠	٢٩,٦٥	٩,٥٥+

^{٧٤} المفتشية العامة التربوية: التقرير السنوي لعام ١٩٩٤.

^{٧٥} المفتشية العامة للتربية، المرجعان المذكوران أعلاه.

الجدول ٥٠ - (تابع)

المحافظة	القضاء	مجموع الجنسين	ذكور	إناث	ف/إ
الجنوب	الكورة	٨,٥٢	٥,٨٥	١١,٠٨	٥,٢٢+
	زغرتا	١٤,٤٨	١٠,٤١	١٨,١٧	٧,٧٦+
	البترون	١٥,٠٦	١١,٨٤	١٨,١١	٦,٢٨+
	عكار	٣١,١٥	٢٣,٦٣	٣٨,٦٢	١٤,٩٩+
	بشري	١٥,٦٦	١٢,٦٥	١٨,٧٥	٦,١+
	المجموع	٢٠,٠٤	١٥,٦٠	٢٤,٣٦	٨,٧٦+
	صيدا	١١,٩٠	٨,٠١	١٥,٥٦	٧,٥٤+
	صور	١٦,٦٥	١١,٨٠	٢١,٤٣	٩,٦٤+
	جزين	١٤,٢٢	٨,٣٢	١٩,٨٢	١١,٤٩+
	النبطية	١٥,٤٢	٨,٨٣	٢١,٤٠	١٢,٥٦+
	بنت جبيل	١٩,٦٥	١١,٨٥	٢٦,٦٢	١٤,٧٦+
	مرجعيون	٢٣,٦٣	١٣,٩٢	٣٢,٣٢	١٨,٢٤+
	حاصبيا	١٦,١٧	٩,٦٨	٢٢,٥٧	١٢,٩+
	المجموع	١٦,٠٧	١٠,٢٤	٢١,٥٥	١١,٣١+
البقاع	زحلة	١١,٦٨	٧,٠٧	١٦,٣٣	٩,٢٦+
	البقاع الغربي	١٦,٢٣	٨,٨٢	٢٣,٨٢	١٤,٩٩+
	بعلبك	١٨,٢٩	١١,٩٣	٢٤,٧٠	١٢,٧٧+
	الهامل	٢٣,١٧	١٣,٣٤	٣٢,٧٣	١٩,٣٨+
	راشيا	١٣,٩٢	٦,٩١	٢٠,٩٦	١٤,٠٦+
	المجموع	١٦,١٧	٩,٨١	٢٢,٥٦	١٢,٧٥+

المصدر: مسح المعطيات...، الجدول ٣٠٣.

٣- المشكلة الثالثة تتعلق بتسيير التعليم الرسمي عموماً. ذلك أن الهدر في استخدام المعلمين ونقلهم وتحريكهم وعدم استخدام المختبرات ليست إلا مؤشرات جزئية على حالة عامة عنوانها إدارة شؤون التعليم الرسمي ضمن قوالب (بنى وعدد وظائف) تنتمي إلى الستينات "معززة" بمفاعيل الزمن والحرب (شواغر وتقاسم نفوذ).

إن هذه الأسباب مجتمعة تقضي إلى أداء في المدارس الرسمية يتسم بضعف شديد في الانتاجية، خاصة في المرحلة الابتدائية، ضعف يفسر الانخفاض الشديد في ثقة الاهالي بها، واتجاههم كلما تسنى لهم ذلك إلى إرسال أولادهم إلى المدارس الخاصة.

اما المدارس المجانية، وهي نظام أنشئ في نهاية الخمسينات بهدف توفير تعليم خاص مدعوم من الدولة لأبناء الفقراء، فكانت تتوسع بضغط مزدوج: نزعة الأهالي ونزعة "المقاولة" لدى أصحاب هذه المدارس. و"المقاولة" النموذجي هو الذي يستقبل أكبر عدد من التلاميذ لأنه يتقاضى معونة مالية مبنية على أساس عدد تلاميذه، وتحسب هذه المعونة على أساس الحد الأدنى للأجور. و"المقاولة" هنا يسعى إلى إنفاق أقل ما يمكن لكي يجني أعلى ربح ممكن. ويكون ذلك بضغط التلاميذ في الصفوف، في مبنى ضيق أصلا، وبتوظيف هيئة تعليمية متدنية الكفاءة والأجور (ما دون الحد الأدنى للأجور). ويمكن القول أن نظام التعليم المجاني هي النقطة الأكثر سوادا في نظام التعليم في لبنان، والتي يدفع ثمنها الفقراء أساسا. وعلى سبيل المثال نورد ما شاهدته أحد المحققين في دراستنا حول التحصيل المدرسي عام ١٩٩٣/١٩٩٤ في مدرسة مجانية:

" من أجل إجراء الاختبار في مدرسة (...) نقلت الإدارة التلاميذ إلى غرفة أوسع، لكن الغرفة الجديدة كانت أضيق من أن تتسع لهم. المقاعد صغيرة وقديمة ومتلاصقة، ومختلفة الأشكال والأنواع وبعضها مكسر. طاولة المعلم بدون كرسي. والمرور بين التلاميذ شبه متعذر. ولم يكن ممكنا إقفال الباب لأن الحر شديد في الغرفة، وإبقاؤه مفتوحا يعني سماح ما يجري في الصفوف الأخرى. والصفوف ملاصقة لبعضها البعض. تمر من أحدها إلى الأخرى. بعد قليل دخل أحد المعلمين وكان سعيدا بإجراء الاختبار. أخبرني عن ضعفهم وبأنهم سوف ينالون أصفارا. وعندما سألته كيف وصلوا إلى الصف الخامس قال: إذا لم نضع ١٦ أو ١٧ على ٢٠ نخسر عملنا. وعندما كان التلاميذ يعيدون الأوراق لاحظت أن بعضهم ذكر اسم مدرسة كذا وبعضهم الآخر إستعمل إسما آخر. سألت المعلم عن تفسيره قال أنها مدرسة بمدريستين. إستنتجت لاحقا أن الأهال يدفعون بإعتبارها مدرسة خاصة وأن الإدارة تقدم الأسماء للوزارة بإعتبارها مدرسة مجانية. وفيما كنت في أمانة السر أنتظر إعادة إستمارات المعلمين إنقطعت الكهرباء وعم الظلام. فقامت أمينة السر بإشعال شمعة وإتجهت بها نحو صف الروضة، لكي تطلب من باقي الصفوف إشعال الشمع". أيار/مايو ١٩٩٤.

والمشكلة ليست في وجود صيغة "المدرسة المجانية" بذاتها بل في طريقة التعامل مع هذه المدارس من قبل وزارة التربية التي من حقها أن تراقب، ومع التراخي التام في هذه الرقابة تحول عدد كبير من هذه المدارس إلى "مصالح" تجارية. لكن يمكن التمييز بين نوعين من المدارس المجانية ولو كان هذا التصنيف غير رسمي: المدارس التجارية، والتي ينطبق عليها نموذج المقاولة على غرار المثال المذكور أعلاه، والمدارس التابعة لجمعيات كبرى. ذلك أن هذا الصنف الثاني ترعاه جمعيات لديها مدارس من مختلف المستويات، وذات إلتزام إجتماعي تجاه جماعة معينة عادة ما تضخها بالمساعدة المالية والتوجيه. والفارق مزدوج: فهي من جهة لا تضع الربح كهدف لها، وتوفر بالتالي شروطا مادية وبشرية أفضل للتعليم، ومن جهة ثانية تفسح المجال أمام إختلاط التلاميذ من مختلف الفئات الاجتماعية. وهو إختلاط ضروري لأبناء الفقراء يساعد على التعرف إلى نماذج إجتماعية أخرى وعلى التفاعل والاكْتساب منها. وقد بينت الدراسات العالمية أهمية الإختلاط

الاجتماعي في المدارس لصالح أبناء الفئات الدنيا^{٧٦}. وهذا الصنف ينطبق على المقاصد والعملية والمدارس الكاثوليكية والانجيلية وغيرها. وحظوظ أبناء الفقراء الدراسية في هذه المدارس هو عموماً أفضل من حظوظ الفقراء في المدارس الرسمية، والمجانية التجارية على السواء^{٧٧}.

باء- مستوى التحصيل

في دراسة حول التحصيل العلمي أجريتها في ربيع ١٩٩٣ وشملت ٨٩٠ تلميذاً في ٢٩ مدرسة (رسمية وخاصة ومجانية) في الصف الخامس الابتدائي تبين أن ٦٧,٤ في المائة من التلاميذ نالوا علامات دون الوسط. طبقاً لما تتطلبه المناهج. وأن هذا التدني في العلامة يشمل ٩٠ في المائة من التلاميذ في اللغة العربية، و ٥٠ في المائة في اللغة الانكليزية و ٦٥ في المائة في الرياضيات و ٧١ في المائة في العلوم^{٧٨}.

وفي دراسة ثانية أجريتها في ربيع ١٩٩٤، وشملت ١١٢٢ تلميذاً في ٤٨ مدرسة في الصف الخامس الابتدائي أيضاً تبين أن ٧٥ في المائة نالوا دون الوسط (دون ٥٠ من ١٠٠ علامة) وأن المعدل العام كان ٤٠,٥ في المائة، مع فروقات ضعيفة بين المواد (٤٠,٥ في الرياضيات، ٤١,٦٢ في العلوم، ٣٧ في اللغة الانكليزية، ٤٢,٥ في المائة الفرنسية، ٣٩,٧ في اللغة العربية). وقد تعمقنا في التحليل هذه المرة فتبين لنا أن نسبة الناجحين (في مجموع المواد) تنخفض إلى ٦ في المائة في المدارس الرسمية مقابل ٢٨ في المائة في المدارس الخاصة و ٢٧ في المائة في المدارس المجانية. والأبرز في هذه النتائج الفروقات الكائنة بين الفئات الاجتماعية. ذلك أن نسبة الناجحين تهبط من ٤٧,٩ في المائة لدى أبناء الفئة العليا إلى ١٤,٢ في المائة لدى أبناء العمال، ومن ٥٣,٤ في المائة لدى أبناء الجامعيين إلى ٧,٣ في المائة لدى أولاد الأميين، ومن ٦٧ في المائة لدى أبناء الجامعيين إلى ١٠,٦ في المائة لدى أولاد الأميات. علماً أن الفوارق بين الفئات الاجتماعية تزيد بشكل خاص في اللغات الأجنبية^{٧٩}.

لقد أدهشنا في الدراستين المذكورتين التدني العام في مستوى التحصيل الذي قسناه إستناداً إلى ما تتطلبه المناهج الرسمية في مختلف المواد، وفاجأنا الضعف العام في اللغة العربية، ولو كنا قد تأكدنا من فرضيتنا حول إنخفاض مستوى التحصيل في المدارس الرسمية - على ضوء معرفتنا

^{٧٦} Coleman, I.S. The Equality Of Educational Opportunity, Washington D. C, Government Office, 1966.

^{٧٧} الأمين عدنان: التعليم والتفاوت الاجتماعي في مدينة صيدا، المرجع المذكور.

^{٧٨} الأمين، عدنان: "مستوى التعليم الابتدائي في لبنان مقلق جداً"، السفير: ١٩٩٣/٩/٢٩.

^{٧٩} الأمين، عدنان، دراسة ميدانية....، ١٩٩٥، المرجع المذكور.

المعروضة أعلاه- ولدى أبناء الفقراء. لذلك عدنا وكررنا الدراسة للمرة الثالثة في ربيع ١٩٩٥، وضمن النطاق الجغرافي نفسه (بيروت وضواحيها).

لكن قبل أن نعرض نتائج الدراسة الثالثة نتوقف عند دراسة مشابهة قام بها المركز التربوي للبحوث والإنماء في العام الدراسي نفسه (١٩٩٤/١٩٩٥) على الصف الرابع الابتدائي. وميزة هذه الدراسة أنها وطنية، أي شملت عينة ممتدة على مناطق لبنان ككل، بحيث طالت ٢٠٠ مدرسة (٥١,٨ في المائة منها رسمية، و ١٧,٥ في المائة منها مجانية و ٣٠,٨ في المائة منها غير مجانية) و ٧٠٥٩ تلميذاً^{٨٠}.

الملفت في نتائج دراسة المركز التربوي للبحوث والإنماء أن ٦٥,٤ في المائة من التلاميذ نالوا ٥٥ في المائة من العلامات وما فوق، وأن هذه النسبة ارتفعت إلى ٧١,٤ في المائة في اللغة العربية وإلى ثلثي العلامة في اللغة الفرنسية، و ٦٠,٦ في المائة في الرياضيات و ٦٤,٤ في المائة في العلوم، وهبطت إلى ٣٦,٦ في المائة في اللغة الإنكليزية^{٨١}. وهي نتائج تختلف تماماً عن النتائج التي توصلت إليها الدراسات السابقة، علماً بأن المدارس الرسمية هنا تشكل نصف العينة، وتلاميذها يشكلون ٣٤,٢ في المائة منها، فيما لم تشكل هذه المدارس في عينتنا (بيروت وضواحيها) سوى ٢١ في المائة (مقابل ٦٣ في المائة للتعليم الخاص غير المجاني). وإذا ما صدق برهاننا حول المدارس الرسمية الابتدائية فكان يجب أن تكون معدلات الدراسة المذكورة أدنى من معدلاتنا. لكن تجدر الإشارة إلى أن هناك اتفاقاً في النتائج حول أمرين: نتائج التعليم الرسمي أدنى من نتائج التعليم الخاص غير المجاني (٥٠,٤ في المائة مقابل ٧٧,١ في المائة تبعاً) والتعليم المجاني يقع بين الاثنين (٦٤,٨ في المائة). ومستوى التحصيل يختلف باختلاف مستوى تعليم الأبوين.

ليس لدينا معطيات حول بنية الاختبارات والاستمارات المستعملة وطريقة تمريرها وكيفية التصحيح والتمرير، لكي نجد تفسيراً لهذه الفروقات. لكن من الواضح أن هناك أولاً مشكلة قياس. وهذه المشكلة تتبدى بالاعتقاد بأن الإجابة على سؤال تعني السلوك ذاته^{٨٢} كما تتبدى بالاعتقاد أن

^{٨٠} المركز التربوي للبحوث والإنماء: دراسة قياس التحصيل التعليمي في لبنان للسنة الرابعة الابتدائية العام الدراسي ١٩٩٤/١٩٩٥، بيروت ١٩٩٦.

^{٨١} المرجع نفسه، ص ٣١-٣٢.

^{٨٢} مثال: "تصرف الأهل عند إعتراض ولدهم مشكلة: التوبيخ والقصاص، تكثيف المساعدة في البيت، الاستعانة بدروس خصوصية، تفهم الوضع والتشجيع على تكثيف الجهود، تجاهل الأمر وعدم التدخل". فهل أجوبة الأهل على هذا السؤال هي حقائق سلوكية، أو أنها أجوبة مرتجلة، وماذا فهم الأهل منها؟ كذلك السؤال المتعلق بما يخططه الأهل لمستقبل أولادهم، وعدد الساعات التي يصرفها التلميذ على فروضه.

الأهل يجيبون على السؤال بنفس الطريقة، وبالوضوح والتجاوب نفسه^{٨٣}، وغير ذلك. والمشكلة الثانية تتعلق بتحليل الإحصائي للنتائج^{٨٤}، هذا بالإضافة إلى " التجريبية التجريدية" التي أشرنا إليها سابقا، بحيث تطرح أسئلة (والأسئلة تتحول إلى متغيرات) دون أن يكون هنالك ما يبرر نظريا هذه الأسئلة ودون أخذ واقع المدارس والتلاميذ في لبنان بعين الاعتبار^{٨٥}، وكذلك دون أخذ الأدبيات والاتجاهات العالمية بعين الاعتبار، كجنس المدير ومستواه الإقتصادي وسنوات الخبرة لديه وجنس المعلم وعموه ووضعه الوظيفي.

أما فيما له علاقة حصرية بموضوعنا (الوضع الاجتماعي) فالدراسة تفيدنا أن ٦٠ في المائة من أبناء أصحاب المهن الحرة والكادرات العليا حصلوا على مستوى متدن مقابل ٧,٤ في المائة من أبناء العمال والمزارعين (!) وأن ٩,٤ في المائة من الذين يتراوح دخلهم الشهري بين ١٥٠ و ٣٠٠ ألف ليرة حصلوا على مستوى متدن، مقابل ٦٠ في المائة من يتجاوز دخلهم مليوني ليرة (!) علما أن مربع كاي هو في الحالتين ذو دلالة "معبرة".

هذه المشكلات التي تكشف عن لا مبالاة في القياس والتحليل وبناء الإطار النظري، وعن تلفيق إحصائي، تدفع إلى الشك بأدوات القياس وبالعمل الميداني نفسه والتحضير له وترمي ظلالة من الشك على الدراسة برمتها.

أما دراستنا الثالثة حول التحصيل التعليمي فقد جرت كما قلنا عام ١٩٩٤/٩٥ وقد تبين لنا فيها، للمرة الثالثة على التوالي، أن المعدل العام (في بيروت وضواحيها) هو ٣٩,٥ بالمائة، بحيث

^{٨٣} كالسؤال عن الدخل الشهري للعائلة.

^{٨٤} ذلك أن مستوى التحصيل موزع على أربع فئات (متدن، وسط، عال، عال جدا)، وهو يشبك عادة مع متغير آخر (له فئاته)، لذلك فإن معدل الدلالة من مربع كاي قد لا ينبج عن فئات المتغير، بل عن فئات مستوى التحصيل، بحيث أنه لو تم ضم هذه الأخيرة في ثلاث (متدن، وسط، فوق الوسط) لزالنا ربما العلاقة الدالة. يضاف إلى ذلك أن التحليلات الإحصائية تجري مع وجود مربعات فارغة، والمجموع قد ينقص حتى يصل إلى ما دون نصف العينة، دون أي تعليق أو ملاحظة أو اعتبار لهذا النقص على قيمة النتائج الإحصائية. أنظر على سبيل المثال جدول ١٠-٥ ص ٢٢١.

^{٨٥} لا ندري ما الخلفية النظرية للسؤال عن أثر وسيلة النقل على تحصيل التلاميذ، وما معنى الاكتشاف أن "أدنى مستويات التحصيل (نجدها) لدى التلاميذ الذين يأتون مشيا على الأقدام" (ص ١١٨)، فهل الذين يأتون مشيا على الأقدام هم في المدرسة نفسها مع الذين ينتقلون إليها بالحافلة؟ وما معنى أن الذين يقضون وقتا أطول يكون مستوى تحصيلهم أدنى؟ كل هذه القضية غير ذات موضوع إذا ما عرفنا أن المدارس البعيدة عن بيروت مثلا يذهبون إليها بالحافلات، ويقضون وقتا أطول، وهذه المدارس بالذات مرغوبة، رغم بعدها لأنها ذات سمعة جيدة، هل تريدنا هذه الدراسة أن ندعو إلى استعمال الحافلات لأن المشي يدنى النتائج؟ ومن النتائج أيضا ان الأهل الذين يستعينون بمعلم هم أفضل من الأهل الذين "يغضبون"، وأن الذين يهنتون أولادهم هم أفضل من الذين يكافئون بلعبة أو مال، الخ.

أن ٧٦,٧ في المائة من التلاميذ نالوا هنا أيضا دون ٥٠ بالمائة (أي لم ينجحوا في مجموع الإختبارات الخمسة). أما الفروقات العائدة إلى الفئات الإجتماعية فظلت قوية. لم ينجح سوى ١٨,١٣ في المائة من أبناء العمال والحرفيين، مقابل ٤٩,٦ في المائة من أبناء أصحاب الوظائف الوسطى والعليا. ثم أن ٨ في المائة من أبناء الفئات العليا نالوا فوق ٧٠ علامة، بينما لم ينل هذه العلامة أحد من أبناء العمال، ولا من أبناء صغار العسكريين. وإذا أخذنا العنصر الثقافي بعين الاعتبار نجد أن حظ ابن الأمي ينقص ٢,٦ مرتين عن ابن الجامعي في النجاح، ويرتفع الفارق إلى ٣,٦ مرات مقارنة بين الأم الأمية والأم الجامعية، كذلك تزيد فرص النجاح كلما إتجهنا نحو الأسرة الأصغر حجما والمنزل الأوسع. وهي كلها عناصر متكاملة تفصح عن الأثر التراكمي للخلفية الإجتماعية والحظوظ المتدنية لأبناء الفئات الأدنى اجتماعيا، حيث الدخل الأدنى والمهنة الأدنى في السلم الاجتماعي والتعليم الأقل والمنزل الأصغر، والأسرة الأوسع. لكن من بين جميع هذه العناصر يبقى مستوى تعليم الأم هو الأقوى تأثيرا على الاطلاق. وهذه النتيجة جديرة بالتوقف عندها: إن تدني حظوظ أبناء الفقراء المدرسية (التحاق مدرسي، والآن تحصيل مدرسي)، يرتبط بصورة عضوية بتدني حظوظ الاناث التعليمية، الواحد منهما يعزز الثاني. وبالتالي فإن أي مشروع أو جهد لتحسين الفرص التعليمية، يجب أن يستهدف الفقراء والاناث معا، وداخل مجموعة الفقراء الاناث بالدرجة الأولى، فهن يشكلن الجمهور المستهدف، وهن العنصر الذي تنطبق عليه صفة " العامل ذي المفعول المضاعف".

كذلك يؤدي انخفاض المستوى الاجتماعي إلى زيادة معدلات التأخر الدراسي (فوق العمر المقرر) من ١٠ في المائة إلى ٢٧ في المائة، وهذه المعدلات تزيد احصائيا مع انخفاض المستوى التعليمي للأب (بفرق ٢٩ نقطة مئوية بين الأب الأمي والأب الجامعي والأم الأمية والأم الجامعية).

وما قلناه عن نوع المدرسة (رسمية، مجانية، خاصة غير مجانية) نجده هنا مرة ثانية. تزيد نسبة الناجحين من ٧,٦ في المائة في المدارس الرسمية و ١١,٦ في المائة في المدارس المجانية إلى ٢٣ في المائة في المدارس غير المجانية. وتعتبر التسهيلات التربوية من العوامل المفسرة لارتفاع مستوى التحصيل وإنخفاضه. والتسهيلات تشمل التجهيزات (الحاسوب والمختبرات)، كما تشمل المساحات (مساحة الصف ومساحة الملعب للتلميذ الواحد) والكتب (عدد الكتب للتلميذ الواحد)، وعند فحص جميع العوامل التربوية عن طريق إختبار الانحدار Regression، تبين أن هذه العوامل الثلاثة هي الأكثر تفسيراً، وهي بالتحديد ما يشكل الفارق ما بين المدارس الرسمية/المجانية والمدارس الخاصة المدفوعة. لذلك يمكن القول أن المدارس الرسمية والمجانية هي مدارس الفقراء، وهي مدارس فقيرة في تسهيلاتهما المادية، ونفترض أنها فقيرة في إدارتها. ولا يخفى بالتالي أن تحسين شروط الفقراء التعليمية ليس أمرا شديدا الصعوبة. إنه مادي من جهة (تحسين بنية المدارس) وإداري من جهة ثانية. فهل تهتم السياسات التربوية المعتمدة بهذين الجانبين؟

الجدول ٥١ - توزيع التلاميذ في المدارس الاثنتي عشرة ذات العلامات
الأعلى والأدنى في متوسطاتها

العوامل	الفئات العليا	المدارس الاثنتي عشرة الأعلى (%)	المدارس الاثنتي عشرة الأدنى (%)
مهنة الأب	الفئات الوسطى والعليا:	٣٣,١	١١,٣
المستوى التعليمي للأب	جامعي:	٢٧,٧	١١,٣
المستوى التعليمي للأم	جامعية:	١٨,١	٦,٣
حجم الأسرة	١-٣ أولاد:	٦٤,٠	٢٨,٠
نوع المدرسة	خاصة غير مجانية:	٨٥,٣	٢٦,٦
الكتب للتلميذ الواحد	٦ كتب وأكثر:	٦٠,٤	صفر
المساحات للتلميذ	٢م,٥ + في الصف و٢م٤ + في الملعب:	١٠	صفر
التسهيلات	أكثر من حاسوب ومختبر:	٥٢,٨	٨,٧
شهادة المدير	دبلوم وما فوق:	٢٤,٥	٢٣,٢
شهادة المعلم	إجازة وما فوق:	٧٤,٦	٤١,١
موقف المعلمين	إيجابي:	٣٧,١	٣,٣
	المجموع	٢٥٩	٢٥٢

المصدر: الأمين، عدنان وغيره: مستوى تحصيل طلبة الصف الابتدائي الخامس، المرجع المذكور.

قبل الانتقال إلى محاولة الجواب على هذا السؤال نذكر بإختصار أهم صفات المدارس الاثنتي عشرة التي كانت نتائجها الأعلى مقارنة بالاثنتي عشرة مدرسة التي كانت نتائجها الأدنى، في دراستنا حيث نلمس التضافر بين التركيب الاجتماعي ونوع المدرسة والتسهيلات المدرسية/نوعية التعليم (الجدول ٥١). كما تجب الإشارة إلى أنه رغم كل الاحتياطات التي إتخذناها لضبط هذه الدراسة تقنيا وعمليا، وربطها بما كان قبلها^{٨١}، فإن نتائجها لا تتمتع بالقابلية للتعميم بسبب حصر نطاقها في بيروت وضواحيها. لكن نتائجها، بسبب تكرارها للمرة الثالثة على التوالي، وأخذاً بعين الاعتبار هامش الخطأ، مثيرة للقلق الشديد: فبدل أن يكون ٩٠ في المائة من التلاميذ في هذا الصف مستواهم فوق الوسط، فإن المعدل هو حوالي الـ ٤٠ في المائة. والدلالة التي نستنتجها، كمحصلة عامة، هي أن إرتفاع الفرص الدراسية الذي لحظناه في الجزء الأول من هذا التقرير، على المستوى الوطني، يتصاحب بإنخفاض عام على المستوى الوطني أيضاً لنوعية التعليم ولمستوى تحصيل التلاميذ، بحيث يمكن القول أنه يجب التفطيش من الآن وصاعداً عن فئة إضافية هي فئة أشباه الأميين فضلاً عن الأميين. وهذه الفئة سوف نجدتها بتوسع لدى أبناء الفقراء ولو كانوا في معظمهم ملتحقين بالمدارس على ما بين الجزء الأول أيضاً. وهذه الفئة يجب أن تضاف إلى الفئات المستهدفة في السياسة التربوية في لبنان.

^{٨١} أنظر الأمين، عدنان (تحرير): التخطيط لتحسين نوعية التعليم الأساسي في إطار التعليم للجميع في الدول العربية، بيروت، اليونسكو، ١٩٩٥.

ثالثاً- السياسة التربوية

تتجسد السياسة التربوية في الخطاب الرسمي في الانفاق وفي الخطط والبرامج والمشارع الرسمية المتعلقة بالتعليم. وتبعاً لما هو متاح فإننا نتناول " المواد" التالية:

- ألف- وثيقة الطائف.
- باء- البيانات الوزارية (١٩٩٠ حتى اليوم).
- جيم- موازنة وزارة التربية (١٩٩٥).
- دال- الخطة ٢٠٠٠ للإعمار والإنماء .
- هاء- خطة النهوض التربوي.
- واو- خطة النهوض بالتعليم المهني والتقني.
- زاي- اصلاح الجامعة اللبنانية.

وفي مراجعتنا لهذه "المواد" انما نبحت عن ثلاثة معايير:

(أ) وجود نوايا وبرامج خاصة بالفئات المستهدفة التي يشملها الفقر، كالأطفال المتسربين العاملين والمشردين وغيرهم، والأميين، واشباه الأميين والمتعثرين دراسياً، إن على المستوى الوطني أو على مستوى الجزر والجيوب التي يتسع فيها نطاق هذه الفئات؛

(ب) وجود اتجاه ملموس لضبط التعليم المجاني وتحسين نوعيته؛

(ج) وجود اتجاه ملموس لتحسين نوعية التعليم الرسمي، من حيث الخدمات أو من حيث مستوى التحصيل، باعتبار أن هذا التعليم يشكل الرافعة التي من خلالها يتم توفير التعليم الجيد للجميع، وأولهم أولاد الفقراء، وبحيث ترفع عن كاهل هؤلاء أعباء التعليم الخاص، وتسمح لهم فرصة التعليم الجيد فرصة الاختلاط بالفئات الاجتماعية الأخرى، بما يؤدي إلى زيادة حقيقية في الفرص التعليمية تساهم بدورها في زيادة فرص الحركة الاجتماعية والاندماج الإجتماعي.

ألف- وثيقة الطائف

نص اتفاق الطائف في قسمه الأول (تحت عنوان المبادئ العامة والإصلاحات)، تحت الفقرة ٣ (الإصلاحات الأخرى) حول التربية والتعليم (هـ) على ما يلي:

- ١- "توفير العلم للجميع وجعله إلزامياً في المرحلة الابتدائية على الأقل.
- ٢- التأكيد على حرية التعليم وفقاً للقانون والأنظمة.

٣- حماية التعليم الخاص (...).

٤- اصلاح التعليم الرسمي والمهني والتقني وتعزيزه وتطويره بما يلبي حاجات البلاد الإنمائية والإعمارية. وإصلاح أوضاع الجامعة اللبنانية وتقديم الدعم لها وبخاصة في كلياتها التطبيقية.

٥- إعادة النظر في المناهج بما يعزز الانتماء والإنصهار الوطني، والإنتفاخ الروحي والثقافي وتوحيد الكتاب في مادتي التاريخ والتربية".

هكذا يكون موضوع التربية واحداً من خمس قضايا اهتم اتفاق الطائف بإصلاحها، بعد الإصلاح السياسي، وهي: اللامركزية الإدارية، المحاكم، قانون الإنتخاب، إنشاء المجلس الإقتصادي والإجتماعي للتنمية، والتربية والتعليم، وهذا دليل على الأولوية التي يعطيها الإتفاق لموضوع التربية.

هذا من جهة، ومن جهة ثانية فإننا نجد في البنود الخمسة المذكورة أعلاه إحاطة بمسألتين أساسيتين عالجنهما سابقاً: فتوفير الفرص الدراسية لجميع أبناء اللبنانيين أكانوا فقراء أم أغنياء، نجده في البند الأول (توفير التعليم للجميع وجعله إلزامياً)، وتحسين نوعية التعليم في التعليم الرسمي خصوصاً نجده في البندين الرابع والخامس.

لكن تأمين التعليم للجميع عن طريق الإلزام، لا يعني عن التفكير بالسكان، أطفالاً وبالغين، الذين تركوا التعليم باكراً أو لم يلتحقوا أصلاً، والذين يشكل بقاؤهم أميين مؤشراً على عدم التكافؤ، وتقللاً سلبياً في سياسة الإنماء والأعمار. بمعنى آخر إن الاتفاق لم يلحظ الفئات الفقيرة التي يجدر أن تستهدفها برامج خاصة في نطاق وزارة التربية أو غيرها من الوزارات.

أما حول التعليم المجاني فالنص صامت، وإذا أمكن اعتبار البندين ٢ و ٣ يشملانه فهذا يعني عدم وجود أي اتجاه لضبط التعليم المجاني وتحسين نوعيته. أي أن شريحة من الأطفال سوف تبقى معرضة للحصول على تعليم متدن في نوعيته، وأن اعداد أشباه الأميين سوف تستمر.

باء- البيانات الوزارية

تمكنا من الحصول على أربعة بيانات من أصل خمسة عرضتها الحكومات المتعاقبة في الجمهورية الثانية، ونستخرج منها أدناه العناصر المتعلقة بالتربية والتعليم.

١- حكومة عمر كرامي، تاريخ ٧ كانون الثاني/يناير^{٨٧} ١٩٩١ .
اعتمد بيان هذه الحكومة عدداً من العناصر الواردة في اتفاق الطائف وهي:

- (أ) توفير العلم للجميع؛
- (ب) تطبيق إلزامية التعليم بدءاً من المرحلة الابتدائية؛
- (ج) تكريس حرية التعليم وحماية التعليم الخاص؛
- (د) رفع مستوى التعليم الرسمي والمهني والتقني وتطويره؛
- (هـ) إعادة النظر في المناهج التربوية؛
- (و) دعم الجامعة اللبنانية وكلياتها التطبيقية.

وأضاف عناصر جديدة، هي:

- (أ) معالجة مشكلة الأقساط المدرسية؛
- (ب) إعادة تأهيل الكوادر العليا في الإدارة التربوية والتفتيش وإدارة المدارس الرسمية؛

٢- حكومة رشيد الصلح - تاريخ ٢٨ أيار/مايو ١٩٩٢^{٨٨} .
لم يأت بيان هذه الحكومة على ذكر الشأن التربوي.

٣- حكومة رفيق الحريري الأولى - تاريخ ٩ تشرين الثاني/نوفمبر ١٩٩٢^{٨٩} .
اعتمد البيان عدداً من العناصر الواردة في وثيقة الطائف:

- (أ) تعميم التعليم؛
- (ب) الإهتمام بالمدرسة الرسمية.

وأضاف بيانها عناصر جديدة هي:

- (أ) رفع مستوى التعليم؛
- (ب) الإهتمام بالأقساط المدرسية وكلفة التعليم؛
- (ج) استحداث وزارة التعليم العالي؛

^{٨٧} النهار، ٨ كانون الثاني/يناير، ١٩٩١.

^{٨٨} النهار، ٢٩ أيار/مايو ١٩٩٢.

^{٨٩} النهار، ١٠ تشرين الثاني/نوفمبر ١٩٩٢.

(د) استحداث وزارة التعليم المهني والتقني.

٤- حكومة رفيق الحريري الثانية (الحكومة الخامسة) تاريخ ٢٠ أيار/مايو ١٩٩٥.

توسعت هذه الحكومة في الشأن التربوي بخلاف الحكومة السابقة، ومما جاء في بيانها تكرارا لما سبق:

- (أ) ديموقراطية التعليم وتكافؤ الفرص؛
- (ب) تنشئة وطنية سليمة؛
- (ج) ضرورة تعزيز المدرسة الرسمية؛
- (د) التمسك بحرية التعليم؛
- (هـ) تعزيز التعليم المهني والتقني؛
- (و) تطوير المناهج وتحديثها؛
- (ز) تعزيز أوضاع الجامعة اللبنانية ماديا وأكاديميا.

وأضاف بيانها العناصر التالية:

- (أ) تأهيل المعلمين والمدراء؛
- (ب) تضافر الجهود بين مختلف القطاعات والفعاليات التربوية؛
- (ج) الحرص على استقلالية الجامعة اللبنانية عن طريق إحياء مجلس الجامعة والمجالس الأكاديمية؛
- (د) دعم مشروع تحديث قوانين الجامعة اللبنانية وأنظمتها؛
- (هـ) توجيه التخصص الجامعي وربطه بالعمل.

تستعيد البيانات الوزارية عموما عددا من القضايا الواردة في إتفاق الطائف والتي تدخل في صلب موضوع تعليم الفقراء والفقر التعليمي، وهذه القضايا هي:

- (١) توفير التعليم للجميع - تعميم التعليم - ديموقراطية التعليم وتكافؤ الفرص.
- (٢) إصلاح التعليم الرسمي - الإهتمام بالمدرسة الرسمية - ضرورة تعزيز المدرسة الرسمية.

- (٣) إعادة النظر في المناهج التربوية، رفع مستوى التعليم، تطوير المنهج وتحديثه، تأهيل المعلمين والمدارس (جودة التعليم).
- (٤) إعادة تأهيل الكوادر العليا في الإدارة التربوية والتفتيش وإدارة المدارس الرسمية وتأهيل المدراء والمعلمين.
- (٥) دعم الجامعة اللبنانية وكلياتها التطبيقية، وتعزيز أوضاع الجامعة اللبنانية ماديا وأكاديميا، الخ.

ومثل اتفاق الطائف، لم تلحظ البيانات الوزارية في الجمهورية الثانية، أمورا ستة تطورت مع الحرب وأصبحت ذات أهمية حصرية: (١) الفقراء عموما، (٢) الجيوب في بيروت وضواحيها والمناطق الطرفية، (٣) النساء، (٤) الأميين، (٥) أشباه الأميين، (٦) المتأخرين دراسيا. كما لم تلحظ بوضوح بالنسبة للتعليم الرسمي زيادة قدرته الاستيعابية، ولا، بالنسبة للتعليم المجاني، ضبطه وتحسين نوعيته. أما القضايا الخمس التي ذكرتها فهي ليست جديدة، بل لازمت تتكرر منذ السبعينات في البيانات الوزارية. أما الفرق فيجب التفتيش عنه في البرامج والخطط ومجموع التدابير المتخذة.

جيم - موازنة وزارة التربية (١٩٩٥)

شكلت موازنة وزارة التربية الوطنية والشباب والرياضة ما نسبته ٥,٧ في المائة من مجموع الموازنة العامة لعام ١٩٩٥. وإذا أضفنا إليها موازنتي وزارتي التعليم المهني والتقني (١,٧ في المائة) والتعليم العالي (١,٨٧ في المائة) ترتفع حصة القطاع التربوي من الموازنة العامة إلى ٨,٣ في المائة. هذه النسبة الأخيرة هي دون ما كان عليه الحال عام ١٩٩٢ (١٢,٥ في المائة)، و ١٩٩٠ (١١ في المائة) و ١٩٨٦ (١٦,٩ في المائة) وما قبلها. علما بأن حصة موازنة وزارة التربية قبل الحرب (١٩٧٤ - ١٩٧٥) كانت بحدود ١٦ - ٢٢ في المائة، ثم نزلت بعد ذلك إلى السهوط فتراوحت بين ١٦ في المائة و ١٣ في المائة خلال الفترة ١٩٧٥ - ١٩٨٦.

هذه الأرقام تقدم مؤشرا أوليا حول عدم توافق الانفاق مع مضمون النوايا المعلنة في الخطاب الرسمي (اتفاق الطائف)، حتى لو سلمنا جدلا أن مشاريع تطوير التعليم الرسمي سوف تمول من خارج الموازنة أو من خلال برامج خاصة، كما سنبين لاحقا.

واقع الحال أن القيمة الإجمالية لموازنة وزارة التربية لعام ١٩٩٥ هي ٣٢٦,٦ مليار ليرة لبنانية، أي ما يعادل مئتي مليون دولار أميركي تقريبا. من هذا المبلغ يذهب ٩١,٧ في المائة للرواتب والأجور (الجزء الأول من الموازنة) ويذهب من هذا الجزء ١٠,٧ مليار ليرة كمساهمة من الوزارة لدعم التعليم المجاني. أما الجزء الثاني - النفقات التشغيلية والتجهيزية - فيحصل على ٤,٩

في المائة من المجموع، علما بأن ١٠ مليارات منه مخصصة لمجلس الإنماء والإعمار من أجل إنشاءات رياضية. أما باقي الموازنة - النفقات الإستثمارية - فلا يبقى لها سوى ١١ مليار ليرة (أي ٣,٤ في المائة من المجموع)، وهي في معظمها (٨ مليارات) مخصصة لخطة النهوض التربوي التي يتحمل مسؤوليتها المركز التربوي للبحوث والإنماء.

إذا في الوقت الذي تنخفض فيه حصة موازنة التربية من الموازنة العامة إلى نصف الحصة التي كانت لها في الثمانينات، وربع حصتها في السبعينات، فإنها مخصصة بصورة شبه كلية لتسيير التعليم الرسمي (أجور ورواتب) ودعم التعليم المجاني. أو أن التسيير نفسه صار ينفق عليه أقل مما كان عليه الحال بالأمس (زمن الحرب) وما قبله (قبل الحرب)، رغم كل ما أصاب هذا التعليم من ضرر خلال فترة الحرب، ورغم كل ما يمليه الزمن والتطور من موجبات. وعلى الأقل ورغم ما يرد في نص إتفاق الطائف من نوايا إصلاحية. وإذا أخذنا بعين الإعتبار تقدير المفتشية التربوية أن هناك خمسة آلاف معلم فائض من أصل ٢٥ ألف يكون خمس الإنفاق يذهب هدرا^{٩١}. وقيمة هذا الهدر توازي أربعة أضعاف ما هو مخصص للإستثمار، وثلاثة أضعاف ما هو مخصص للتشغيل. وهذا يعني ضمنا أن تطوير التعليم يعني ضمنا إنشاء مدارس جديدة دون أن يفهم على أنه إعادة النظر في بنية وزارة التربية وخريطة إدارتها للتعليم ولا سيما التغيير في وظائف التسيير الذي يتطلب نفقات إضافية.

أما إذا دققنا النظر في كلفة التعليم في المدرسة الرسمية استنادا إلى موازنة وزارة التربية (الجزء الأول) وإلى أعداد التلاميذ في العام الدراسي ١٩٩٣/١٩٩٤ الوارد في الجدول ٥ تكون كلفة التلميذ الواحد ٧٧١ دولارا أميركيا أي تكون ستة أضعاف منحة التلميذ في المدارس المجانية وضعفي كلفة التعليم الفردية في المدارس الخاصة غير المجانية. وهذا أمر ملفت: فالأهالي ينزحون بأولادهم نحو التعليم الخاص، ومستويات الإنجاز في المدارس الرسمية والمجانية متقاربة، فيما التعليم الرسمي يكلف الدولة أضعاف ما يكلفها التلميذ في المدرسة المجانية. وكأن الدولة لا تكتفي بأن لا تطور بنيتها ومدارسها، بل تتقبل الهدر الحاصل فيها وتمضي في تقديم إنتاجية ضعيفة.

أما إذا صعدنا نحو التعليم العالي ونظرنا في أمر الجامعة اللبنانية فإننا نسجل أن موازنة هذه الجامعة بلغت في العام المذكور (١٩٩٥) ٨٥ مليار ليرة أي ما يوازي ٥٣ مليون دولارا أميركيا. علما بأن حصتها من الموازنة العامة انخفضت من ٣٣ في المائة عام ١٩٩٣ إلى ١,٦ في المائة عام ١٩٩٤. نظريا يمكن القول أن هذا التناقص سوف يفضي إلى نسبة صفر في المائة عام

^{٩١} أما بحسب تقديرنا، فإن الهدر يطال اليوم نصف أفراد الهيئة التعليمية (وعددتها ٣٢ ألف معلما ومعلمة في جميع مراحل التعليم العام).

٢٠٠٢. وهذا ما يقدم صورة كاريكاتورية حول طبيعة التوافق بين نوايا وثيقة الطائف، والإعمار والإعمار، وتطور دور الجامعة اللبنانية وإصلاحها. أما من حيث طبيعة النفقات فيستدل من الموازنة أن الرواتب والأجور كانت تستحوذ على ٦٢ في المائة منها عام ١٩٩٠/١٩٩١ ثم زادت هذه الحصة إلى ٨٦ في المائة عام ١٩٩٢/١٩٩٣ إلى ٧٩ في المائة عام ١٩٩٣/١٩٩٤. فيما النفقات التشغيلية شكلت ٢٦ في المائة في العام الأخير، والنفقات الإستثمارية ٣ في المائة. علما بأن معظم النفقات التشغيلية تذهب لدفع إيجارات الأبنية الجامعية غير المملوكة.

هنا أيضا تتبين النزعة الثابتة نحو تدني الانفاق وتركزه على الرواتب والأجور التي تزيد نسبيا مع زيادة العاملين ولاسيما أفراد الهيئة التعليمية، فيما الانفاق على التطوير "محول" إلى مشاريع الإعمار المركزة على البنى التحتية (الأبنية) كما سنرى. والانفاق على البحوث والمكتبات والبنى والأنظمة الجديدة هو إلى تدن يقارب العدم.

نستخلص مما سبق أننا لا نلمس شيئا في الموازنات يظهر أن السياسة التربوية تتجه إلى تطوير التعليم بصورة تخدم جملة الجمهور المدرسي أو الفقراء منهم على وجه التحديد. فنحن لم نجد أثرا لبرامج خاصة أو مشاريع تهتم بالفئات المستهدفة. ولا وجدنا ما يوحي بوجود جهد ملموس لتحسين نوعية التعليم في القطاع الرسمي الجامعي وما قبل الجامعي. ولم نجد في الموازنة ما يؤكد النوايا المعلنة في اتفاق الطائف. وكان السياسة التربوية المعتمدة تقوم ضمنا على استمرار الوضع على حاله الذي يتسم بزيادة التفاوت الإجتماعي واستمرارية تهميش الفئات الدنيا.

لكن الموازنة العادية ليست هي المحل الوحيد الذي يجسد هذه السياسة التربوية. فهناك خطط وبرامج قد أطلقت على هامش هذه الموازنة يجب النظر فيها.

دال- الخطة ٢٠٠٠ للإعمار والإعمار

تسجل الخطة ٢٠٠٠ للإعمار والإعمار (الملحق ٧ المتعلق بالتعليم، ١٩٩٢) التدهور الذي حصل في التعليم الرسمي خلال السنوات الماضية المصحوب بزيادة الهدر، وتضع لنفسها استراتيجية تقوم على:

١- تمكين القطاع التربوي الرسمي من استعادة طاقة استيعابه التي فقدها، بحيث ترتفع نسبة الالتحاق به إلى ٤٠ أو ٥٠ في المائة خلال السنوات العشر القادمة؛

٢- تحسين نوعية التعليم من حيث مستوى التعليم وإعداد المعلمين والإنصهار الوطني.

أما برنامج النهوض بالقطاع التربوي الذي تتضمنه الخطة فيمتد على عشر سنوات، الخمس الأولى منه تتضمن المشروعات ذات الطابع العاجل، والسنوات ٦ - ١٠ تشكل مرحلة "إنشاء المؤسسات الجديدة لتلبية الطلب الإقتصادي والإجتماعي للتعليم ومواكبة التطور الحاصل في العالم". وتبلغ الكلفة الإجمالية للبرنامج ١,٥٢٩ مليار دولار، منها أقل من مليار بقليل للتعليم العام، و ١٤٥ مليوناً للتعليم المهني والتقني و ٤٢٠ مليوناً للتعليم العالي، وهذا ما يشكل ١٣,١ في المائة من مجمل الخطة التي تبلغ كلفتها الإجمالية ١١,٦ ملياراً. علماً بأن التقديرات تشير إلى ارتفاع هذه الكلفة إلى ١٨ ملياراً مع الزمن بسبب تطور الأسعار والأجور.

لا شك أن البرنامج المذكور طموح وشامل (إذ يشمل ١٩ قطاعاً). ولكن يلاحظ أن ٩٠ في المائة من إجمالي التوظيفات موجهة نحو البنى التحتية، بما في ذلك الأبنية المدرسية والجامعية، والتجهيزات. وفيما يتعلق بالقطاع التربوي فإن البرنامج يحدث إذا ما نفذ تغييراً جذرياً في الصورة المادية للتعليم الرسمي والمؤسسات الثقافية العامة.

وإذا حصرنا النظر في القطاع التربوي، فإن برنامج الإنفاق في الخطة - كما هو مبين في الجدول ١٤ المتعلق بوزارة التربية الوطنية والشباب والرياضة - يركز على التعليم الرسمي من جهة، وعلى البنى التحتية لهذا القطاع من جهة ثانية. وهذا يعني أن السياسة المعتمدة في الإنفاق تقوم على التركيز على تحسين شروط استيعاب التلامذة في التعليم الرسمي، دون النظر في قضايا القطاع التربوي ككل، ودون النظر في برامج خاصة بالفئات الإجتماعية الدنيا والأميين وأشباه الأميين والنساء والأطفال.

فمن أصل المشروعات الثمانية الظاهرة في الجدول، هناك مشروع واحد، هو الثامن، يتعلق بالنواحي النوعية في التعليم، فيما المشاريع السبعة الباقية تتعلق بالإنشاءات والتجهيزات. أما المشروع الثامن فيشتمل على:

- (أ) إعادة النظر في المناهج؛
- (ب) توفير المواد والأدوات التعليمية؛
- (ج) تدريب المعلمين.

وبحسب الخطة فإن هذا المشروع "يعكس الخطوات المنوي تنفيذها في خطة النهوض التربوي والمتعلقة بالمناهج المدرسية والوسائل التعليمية والكتب المدرسية والمعلم والتعليم المختص" فيما فوائده تكمن في "تحسين جدوى مستويات التعليم في المدارس الرسمية". علماً بأن منفذ المشروع هو المركز التربوي للبحوث والإنماء.

الجدول ٥٢ - برنامج التربية الوطنية والشباب والرياضة في خطة ٢٠٠٠
الإتفاق بملايين الدولارات (بأسعار عام ١٩٩٢)

المشروع	المرحلة الأولى ٥ - ١ سنوات	المرحلة الثانية ٦ - ١٠ سنوات	المجموع
١- تأهيل وتجهيز مبنى الوزارة وتقوية إدارتها	٤	-	٤
٢- إعاجة تأهيل وتجهيز المدارس الرسمية	٨٤,٦	-	٨٤,٦
٣- إعادة تأهيل دور المعلمين وبناء دور جديدة	٦,٠	-	٦,٠
٤- إعادة تأهيل وبناء المرافق الرياضية	١٢٠	-	١٢٠
٥- إنشاء اندية رياضية	٦	-	٦
٦- وضع برامج للإعلام والتوجيه التربوي	١٠	-	١٠
٧- مشروع تجميع المدارس ^(١) ماهية هذا المشروع	٣١	٦٩٣	٧٢٤
٨- رفع مستوى برامج التدريس	١٠	-	١٠
المجموع	٢٧١,٦	٦٩٣	٩٦٤,٦

المصدر: برنامج ٢٠٠٠ للإتفاء والأعمار، القسم ٧.

(١) وزارة التربية الوطنية تجميع المدارس - الخريطة المدرسية الجديدة، الكتاب (٣)، ١٩٨٣: يقوم هذا المشروع على إنشاء شبكة جديدة من المدارس الإبتدائية والمتوسطة في سائر المناطق اللبنانية وفقاً لاحتياجاتها التعليمية الحالية المرتقبة، وتتركز في المدن وفي مواقع وسطى بين كل مجموعة من القرى، وتؤمن لها أبنية ملائمة وتجهيزات تربوية حديثة وهيئة تعليمية كفؤة. أقر المشروع رسمياً في مجلس الوزراء بتاريخ ٢٢ آذار/مارس ١٩٧١ وصدر مرسوم بتأليف لجنة متابعة المشروع واستكمال دراساته عام ١٩٧١ (مرسوم رقم ١٠٧٧ بتاريخ ١١ أيار/مايو ١٩٧١). أجريت مناقصة دولية لتلزم الدفعة الأولى من مدارس المشروع (٦٣ مدرسة) وكلفتها حوالي ٦٦ مليون ليرة لبنانية، وتمثل ١٠ في المائة من الشبكة، وقد رفع ملف التلزم إلى مجلس الوزراء في أيلول/سبتمبر ١٩٧٥، ولكن التلزم لم يصدق بسبب الأحداث. وقد رفع وزير التربية في حكومة الحريري الأولى شعار تنفيذ هذا المشروع بكلفة مليار دولار. وارتفع الرقم لاحقاً إلى ١,٣ مليار دولاراً، وأجريت جلسات عمل مع النواب لتحديد مواقع المدارس، لكن لم تجر - على حد علمنا - أية دراسة تتظر في هذا المشروع مجدداً على ضوء التغيرات السكانية والإجتماعية التي حصلت في لبنان بين ١٩٧٥ و ١٩٩٠.

تعوض خطة العام ٢٠٠٠ للإتفاء والإعمار إذا ما نقص في صورة السياسة التربوية المأخوذة من الموازنة، إذ تخصص أموالاً كبيرة ستتنفق على الأبنية المدرسية، وهذا ما يتفق مع المعيار الثالث الذي اعتمدهناه أعلاه (وجود اتجاه ملموس لتحسين نوعية التعليم الرسمي...)، وهو يتفق معه تحديداً في الجزء الخاص بالخدمات التربوية (أبنية، تجهيزات). أما الجزء الثاني الخاص بالشأن التربوي (معلمون ومناهج وكتب) فهو ملقى على عاتق خطتي النهوض في التعليم العام وفي التعليم المهني، الملحوظتين في البرنامج. ويصير السؤال هنا عن طبيعة هاتين الخطتين وإمكانية تحقيقهما للأهداف المرغوبة. نلاحظ أيضاً أن خطة ٢٠٠٠ للأعمار لم تلحظ حالها في ذلك، كحال

الموازنة، ما يشير إلى وجود برامج خاصة بالفئات المستهدفة التي تعيننا في هذا التقرير، ولا بالنسبة لتطوير التعليم المجاني وحل مشكلاته.

هاء- خطة النهوض التربوي

يمكن القول أن "خطة النهوض التربوي" التي أقرها مجلس الوزراء في ١٧ آب/أغسطس ١٩٩٤ هي برنامج إنفاق للمركز التربوي للبحوث والإنماء تشمل وظائفه الأساسية: الإدارة المدرسية، المناهج، الكتاب المدرسي، الوسائل التعليمية، تدريب المعلمين، الأبنية المدرسية، التعليم المختص، النشاطات الشبابية والرياضية، الخدمات التربوية، التوجيه والإعلام التربويان. ومن أصل هذه "المجالات" الثمانية ثمة مجالان هما أصلا في عهدة مجلس الإنماء والإعمار وقد ورد ذكرهما سابقا: الأبنية المدرسية، والتوجيه والإعلام التربويان. والمجالات الستة الباقية وضعهما المجلس في عهدة المركز التربوي. وبهذا المعنى فإن خطة النهوض محصورة بالتعليم الرسمي، خاصة أنه لم ترد كلمة "التعليم الخاص" فيها أساسا. ولم ترد طبعاً كلمة "التعليم الخاص المجاني". علماً بأن هذه المجالات الستة الباقية تشمل كما هو واضح مختلف عناصر العملية التعليمية، وهي تؤدي إذا ما نفذت بصورة جيدة إلى تطوير جدي في نوعية التعليم الرسمي، في الوقت الذي يكون مجلس الإنماء والإعمار يطور البنى التحتية في هذا التعليم.

لكن ما يثير القلق في الخطة هو ضعفها الفني. فهي غير مبنية على أي تشخيص لما هو قائم. إذ لا يكفي الإنطلاق من الحس العام، ومن اعتبار الكتاب المدرسي الحالي سيئاً لكي نبرر إنفاق ١,٨ مليون دولار على وضع كتب مدرسية جديدة. فالتشخيص كلما كان موجوداً وواضحاً ودقيقاً، أوضح ضمناً ما سيعتمد وما سيبعد في الكتب الجديدة. والخطة الموضوعية ليس فيها أي تشخيص لا في ممتها ولا في أي ملحق لها. ومع أن الخطة تشتمل على "دراسات تحضيرية" إلا أن البرنامج الزمني لتنفيذها يظهر أن هذه الدراسات ستحصل وتنتهي إبان الوقت نفسه الذي توضع فيه المناهج الجديدة.

وما يثير القلق أيضاً، أن الأهداف الموضوعية لكل من المجالات الستة صيغت بأسلوب عام، فيما "الإجراءات" (التي توضح ما سينفذ فعلاً) هي تكرار للأهداف. وعلى سبيل المثال فإن هدف "تطوير المناهج التعليمية" إجراءاته "وضع صيغ جديدة للأهداف". وهناك أحياناً نشاط لا علاقة له بالهدف، فإجراءات "تطوير مفهوم التقويم التربوي والإمتحانات" هي "تدريب أفراد الهيئة التعليمية". الخ. ولا شيء في الخطة يشير إلى الطريقة التي ستعتمد والخيارات التي ستؤخذ في تطوير المناهج والكتب وغيرها.

وفوق غياب التشخيص وعدم وضوح الطريقة، تبدو مخارج الخطة غير محددة أيضاً. ومع هذه الفراغات الثلاثة (في التشخيص وفي أسلوب العمل وفي المخارج) تصبح الكلفة المقدرة للخطة

(٣٤,٩ مليون دولار) غير مبررة. الحال أن الكلفة الحقيقية لتطوير المناهج والكتب وأساليب التعليم وإعداد المعلمين والإدارة وغيرها يمكن أن تكون أكثر من ذلك بكثير، إذا كان المطلوب تحسين النوعية. وعلى سبيل المثال فإن معدل كلفة وضع كتاب واحد في التربية المدنية تقدر بـ ١٣ ألف دولار في الخطة. وهذا المبلغ غير كاف بتقديرنا إذا أخذنا بعين الاعتبار دليل المعلم وكتاب التلميذ ودفتر التمرينات، وبطارية اختبارات ولوائح بالمهارات والقيم والمفردات الخ. وإذا ما افترضنا أن كتاب التلميذ ليس مجموعة نصوص يكتبها شخص بصورة مكتبية لكي يشرحها المعلم ويحفظها التلميذ.

بناء على هذه الملاحظات السريعة يمكن القول أن تطوير نوعية التعليم الرسمي غير مضمونة من خلال خطة النهوض التربوي. إن وجود الخطة بحد ذاته يغطي النقص الذي لاحظناه سابقا حول تحسين نوعية التعليم، ولكن ضعفها الفني يثير علامات شك واستفهام حول "اداء" الخطة، خشية أن يتأثر باداء وزارة التربية الحالي في تسيير شؤونها اليومية. وبكلام آخر إن وجود هذه الخطة إلى جانب خطة عام ٢٠٠٠، يغطي نظريا وتقريبا كامل المعيار الثالث المتعلق بتحسين نوعية التعليم. ولكن ينقصه أمران: غياب الجزء المتعلق بتحديث الإدارة التربوية نفسها (التسيير) ووضوح الإجراءات التنفيذية للخطة. ويبقى المعياران الأول والثاني معلقين: البرامج الخاصة بالفئات المستهدفة، والإتجاه الملموس لمعالجة وضع التعليم المجاني.

أين أصبحت خطة النهوض التربوي اليوم؟

لقد صدرت "الهيكلية الجديدة للتعليم في لبنان"^{٩٢} التي تضع إطارا جديدا للتعليم من حيث المراحل والصفوف والشعب، ثم صدرت الخطوط العامة للمناهج الجديدة^{٩٣} وشرح المركز التربوي للبحوث والإنماء في ورشة تأليف الكتب المدرسية وفي ورشة تدريب المعلمين. وسيبدأ التطبيق في العام الدراسي ١٩٩٧/١٩٩٨ في الروضتين الأولى والثانية، وفي الصفوف الأولى والرابع والسابع والأول ثانوي، تجريبيا.

واو- خطة النهوض بالتعليم المهني والتقني

تتضمن "خطة النهوض بالتعليم المهني والتقني" خلال عقد التسعينات في مقدمتها، عرضا لأبرز المشكلات التي يعاني منها التعليم المهني ككتبه وزير التعليم المهني والتقني في حينه (١٩٩٣) وجاء فيها:

^{٩٢} قرار مجلس الوزراء رقم ٢٢، تاريخ ٢٥ كانون الثاني/يناير ١٩٩٥.

^{٩٣} مرسوم رقم ١٠٢٧٧، تاريخ ٨ أيار/مايو ١٩٧٧ (تحديد مناهج التعليم العام ما قبل الجامعي وأهدافها).

- ١- غياب الأهداف التربوية وعناصر السياسة التي تجسدها (...).
- ٢- جمود المناهج التعليمية، وتخلف أغلبيتها (...).
- ٣- الخلل البارز في التوازن (بين التعليم المهني والتعليم العام...).
- ٤- عدم توافر الشروط التعليمية في مباني المدارس (...) وتعرض معظمها لأضرار مادية خاصة خلال الحروب المتتابة (...).
- ٥- افتقار معظم مدارس التعليم المهني والتقني الخاص إلى الإمكانيات التربوية والشروط والمعايير (...).
- ٦- معاناة الإدارة المركزية (...).
- ٧- معاناة الهيئة التعليمية من عدة مشكلات (...).
- ٨- تدني مستوى مخرجات التعليم المهني والتقني (...).
- ٩- فقدان توافر المستندات التعليمية الموثوقة (...).
- ١٠- فقدان المتابعة لأوضاع الخريجين (...).

لن نزيد على هذه المشكلات فهي كثيرة، وتطال مجمل بنية التعليم المهني والتقني الذي يستقبل عادة أبناء الفقراء - الفئات الدنيا - الذين صمدوا في التعليم المنتظم حتى ما بعد منتصف التعليم العام (متوسط - ثانوي). وهي تبرر الخطة الموضوعية.

والخطة تشبه في ترتيبها وصياغتها خطة النهوض التربوي مع تحديد أكثر في وصف المشروعات. وهي تركز على تحسين النوعية، وتبلغ كلفتها ٤٥ مليون دولارا منها ٣٥ مليون دولارا للأبنية والتجهيزات، والباقي للدراسات التشخيصية وللتدريب والمناهج والكتب والإعلام والتوحيد التربوي.

وكل ما يمكن قوله حول هذه الخطة شبيه بما قلناه عن خطة النهوض التربوي، أي ما يتعلق بالتحفظ على الناحية الفنية في صياغة الخطة. وعلى الخشية من التنفيذ الذي قد لا يكون بمستوى الطموحات العالية التي تعلنها الخطة. علما بأنه من غير المعروف أن هذه الخطة لم يبدأ تنفيذها، بخلاف ما هو حاصل في خطة النهوض التربوي التي انطلقت واجتازت خطوتين أساسيتين وشرعت في خطوتين أخريين كما أوضحنا أعلاه.

زاي - إصلاح الجامعة اللبنانية

ليس هناك مشاريع معروفة "لإصلاح الجامعة اللبنانية وتقديم الدعم لها وبخاصة في كلياتها التطبيقية" (الميثاق الوطني)، عدا مشروع بناء المدينة الجامعية في الحدث الذي تقرر له مائة وخمسون مليون دولاراً أميركياً. ونفذ جزء منه مع افتتاح كلية العلوم ومبنى المكتبة هناك بتاريخ ٢٨ تشرين الأول/أكتوبر ١٩٩٥، وتوقف كل شيء بعد هذا التاريخ. في هذا الوقت حصل جدل وتضارب مواقف حول المدينة الجامعية: هل تضم كل الكليات، أم كل الفروع، أم بعضها؟ وهل يكون هناك حرم واحد للجامعة أو عدة جامعات ومجمعات أم تبقى الفروع هي هي؟ ولم تقيم تجربة توحيد ثلاث كليات ولم تعرف الخطوات اللاحقة. صحيح أنه تم تعيين رئيس أصيل للجامعة وعمداء لكلياتها الثلاث عشرة (صيف ١٩٩٣) لكن تعيين هؤلاء العمداء، ثم تعيين فوج آخر من العمداء (والمدراء) أو التجديد لهم، تم بطريقة كانت مثيرة للجدل طيلة شتاء ١٩٩٧، وجمد في هذا الوقت عمل مجلس الجامعة الذي بدأ بدوره ذات إنتاجية منخفضة^{٩٤}. أما تعديل قانونها الأساسي (٦٧/٧٥)، فهو ما زال قيد التداول بين رئاسة الجامعة ومجلس الجامعة، ووزارة التعليم العالي، وليس معلوماً متى سيرى القانون الجديد النور. وهذه المعطيات السريعة تسمح بالإستنتاج أنه ليس هناك تطوير جدي للجامعة اللبنانية في المستقبل القريب.

خلاصة القول بالنسبة للسياسة التربوية أنه يمكن تمييز خمسة اتجاهات مترافقة:

١- الشروع في خطط وبرامج على المستوى الوطني وعلى مستوى كل من وزارتي التربية الوطنية والتعليم المهني بتطوير قطاعي التعليم العام والتعليم المهني. تغطي هذه الخطط والبرامج ثلاثاً من القضايا الخمس التي أتى على ذكرها اتفاق الطائف والبيانات الوزارية: توفير التعليم للجميع، إصلاح التعليم الرسمي وتطويره، تحسين نوعية التعليم (المناهج والكتب والمعلمين) (القضيتان الباقيتان هما إصلاح الإدارة التربوية وإصلاح الجامعة اللبنانية).

٢- الشروع في تنفيذ هذه الخطط والبرامج، وأبرز ما نفذ تأهيل الأبنية في المدارس الرسمية على جميع الأراضي اللبنانية وأبنية الوزارات، وبناء المدينة الرياضية (مجلس الإنماء والإعمار). هذا من جهة الإنشاءات التي يفترض أن تحسن القدرة الإستيعابية للتعليم الرسمي (التعليم للجميع). أما بالنسبة لتحسين نوعية التعليم فقد أنجزت المراحل الأولى من خطة النهوض التربوي ولا سيما وضع الهيكلية الجديدة للتعليم في لبنان، وصدرت الخطوط العامة للمناهج الجديدة. وتقدم العمل في تأليف الكتب المدرسية. أما بالنسبة لإصلاح التعليم الرسمي فخطة النهوض تشتمل على تدريب المعلمين

^{٩٤} أنظر الأمين عدنان: "حول هيكلية الجامعة اللبنانية وإدارتها"، الدفاع الوطني، (عدد ١٥، كانون الثاني/يناير ١٩٩٦)، ص ١٠١ - ١٢٨.

والمديرين، وعلى تعديل صلاحيات المديرين، والمركز التربوي للبحوث والإنماء هو بصدد التحضير لهذه الأمور.

٣- ما زالت الإدارة التربوية على حالها، وليس هناك ما يدل على أن هناك مشروعاً واضحاً لإصلاحها رغم أن أوراقاً وتقارير متعددة كتبت، منذ عام ١٩٩١ عن هذا الموضوع، ورغم أن وزارة الإصلاح الإداري وضعت مشاريعاً، لم تر النور بعد. ومشكلات الإدارة التربوية متنوعة وعميقة، لا مجال لذكرها هنا. لكن بيت القصيد أن الخطط والبرامج التي وضعت أو التي يوشع بتنفيذها في القضايا الثلاث التي شرعت الوزارات المعنية بها سوف تكون أسيرة لطريقة عمل هذه الإدارة، أي أنها ستكون معرضة للتشويه المتراكم كلما ذهبنا من رأس الهرم المقرر إلى أدنى الهرم المنفذ (في المدرسة والصف) مروراً بواضعي المناهج ومؤلفي الكتب ومدربي المعلمين وبالمعلمين.

لذلك، ليس مستغرباً أن المبادرة المضيفة التي قامت بها مديرية التوجيه والإرشاد في السنتين الأخيرتين، هي موضع نقد (باعتبارها غير قانونية)، وهي على الأقل موضع محاصرة وصمت^{٩٥}. وفي مطلق الأحوال فإن هناك انطباعات قوية بوجود مسافة شاسعة بين ما تقوله وسائل الإعلام عن تطوير التعليم الرسمي والنهوض به، وما يجري في المدارس الرسمية عموماً، وبين ما تقوم به الإدارة هنا (من تزيين المستقبل)، وما تقوم به إدارة أخرى، داخل الوزارة نفسها، من أعمال بذهنية الماضي وأدواته.

وما زالت الجامعة اللبنانية على حالها، وربما يقول البعض أن هذه الجامعة هي اليوم دون ما كانت عليه بالأمس. ولا يخفى ما تتركه الجامعة اللبنانية، في الشهادات التي تضخها، من آثار على المجتمع اللبناني ككل وعلى القطاع التربوي تحديداً.

٤- إن الأجزاء التي نفذت من الخطط والبرامج الموضوعية متفاوتة في حجمها ونوعيتها، من حيث تطابقها مع ما هو معلن في الخطط والبرامج. فما يتعلق بالإنشاءات المدرسية ما زال مقتصرًا على تأهيل الأبنية المدرسية الرسمية. لكن المشروع الأصلي - الوارد في خطة الأعمار لعام ٢٠٠٠ - لم يجد بعد طريقه إلى التنفيذ. وقد جرى كلام كثير حول مشروع تجميع المدارس من قبل وزير

^{٩٥} صدر قانون إنشاء "مديرية التوجيه والإرشاد عام ١٩٧٢، لكنها لم تنشأ فعلاً إلا منذ سنتين، وبقرار من الوزير وليس بمرسوم، كما ينص القانون. وهي تقوم بإرشاد المعلمين، بواسطة مرشدين (معلمين مدربين ومؤهلين) كل في اختصاصه بطريقتين: "الأيام التربوية" والمتابعة في المدارس. والأيام التربوية عبارة عن ورش عمل، كل ورشة تتناول قضية ملحة في أداء المعلمين وتجري هذه الورش في مختلف المناطق اللبنانية لجميع معلمي الصف المختار. وقد شهدت هذه الورش إنخراطاً قوياً وتطوعياً من قبل المعلمين، ونظمت في جو من روح الفريق وبكفاءة من جهة المرشدين التربويين.

التربية في الحكومة الحزبية الأولى، لكن المشروع وضع أخيراً في الأدرج. لا هو أقر، ولا عدل ولا وضع بديل عنه، كخريطة مدرسية، وما شابه. وما وضع من مناهج من قبل المركز التربوي متفاوت في نوعيته.

٥- في الوقت الذي تبدو فيه الأعمال الموجهة إلى الجمهور الواسع قاصرة في كميتها ونوعيتها (راجع أعلاه ٣ و ٤)، فإن الجمهور المعني يبدو غائبا عن الاستهداف في جميع النصوص والخطط والبرامج، ولم يوضع له ما يحتاجه من برامج. وهذا الجمهور يضم سكان الجيوب والأطراف (الأرياف البعيدة، كالهمل وعمار) من جهة والإناث داخل هذه الجيوب من جهة ثانية، أكانوا أطفالاً لم يلتحقوا بالمدرسة أصلاً، أو تعثروا فيها - المتأخرون دراسياً - أو تركوها باكراً (المتسربون وأشباه الأميين)، أو كانوا بالغين (الأميون والأميات) .

لا شك أن معالم السياسة التربوية، سياسة التطوير، في الجمهورية الثانية أوضح بما لا يقاس مما كان عليه الحال قبلها، بسبب برنامج العام ٢٠٠٠ وما تفرع عنه من خطط نهوض مشاريع شرع بتنفيذها. لكن التحفظ الأول يتأتى من التفاوت الكبير بين طموحات الخطط والبرامج من جهة، والإمكانات المالية والفنية والإدارية المتاحة من جهة ثانية. والتحفظ الثاني يتأتى من إزدياد التفاوت والإسقاط الاجتماعي، فيما السياسات التربوية لا تعند بالتعليم كأداة مساعدة للتخفيف من هذا التفاوت، وتساهم في الاندماج الاجتماعي، إعتقاداً، ربما، بأن الاندماج الاجتماعي وسيلته الخطاب والتوجيه القيمي.

رابعاً - مقترحات

إن العلاقة بين التعليم والفقير علاقة مركبة، فانخفاض الفرص التعليمية جزء من وضعية الفقر، ولو أن الفقر له سمة اقتصادية غالبية، هذا من جهة. ومن جهة ثانية يؤمن التعليم، الجيد خصوصاً، فرص حركية اجتماعية لمرتادي المدارس، مما يساهم في التخفيف من الفقر وفي زيادة احتمالات الإدماج الاجتماعي.

لذلك، وعلى ضوء العرض الوصفي والتحليلي المقدم أعلاه، واستناداً إلى المعطيات المتناثرة التي تم تجميعها، يمكن تقديم المقترحات التالية:

١- تجميع معلومات بصورة منظمة (مضبوطة ودورية) عن أوضاع الفقراء وأحوالهم، وأحجامهم، والفئات العمرية والجنس ومناطق الإقامة، والفرص التعليمية المتاحة. وهذا العمل يصعب أن يجري إلا على مستوى وطني أي، استناداً إلى دراسات واسعة النطاق، ترعاها جهة رسمية تشارك فيها وزارات التربية أو إحداهما، وبالتعاون مع هيئات دولية أو محلية.

٢- إعادة صياغة الخطاب الخاص بالسياسة التربوية في لبنان بصورة يجري فيها:

(أ) الإقرار بواقع التفاوت الاجتماعي القوي في لبنان وأبعاده التربوية، على مستوى الفرص المتاحة كمياً ونوعياً، والسعي إلى تجاوز هذا التفاوت وتوضيح أهمية مواجهته في تحقيق الإدماج وزيادة فرص الحركية الاجتماعية. خاصة وأن "الوحدة الوطنية" لا تتحقق فقط من خلال تشريب قيم وطنية واحدة. وقد حاولنا أن نبين أن بعض التجمعات السكنية ينقصها الكثير من الفصوص الدراسية، إن على مستوى تعليم الأطفال أو على مستوى أمية الكبار، وإن هناك فروقات على المستوى الوطني في معدلات الالتحاق المدرسي أو في معدلات الأمية، في مجمل مراحل التعليم ما قبل الابتدائي، والتعليم الثانوي. وهذه الفروقات تظهر بين المهجرين وسائر السكان، وبين الفئات الدنيا والعليا. وحاولنا أن نبين أيضاً أن الإلتحاق المدرسي يختلف نوعياً من قطاع إلى آخر، وأن القطاعات التي تستقبل الفقراء (الرسمية والمجانية) هي أدنى نوعياً من غيرها، من حيث الخدمات التربوية والتسهيلات، وهذا ما ينعكس على مستوى تحصيل التلاميذ. الأمر الذي يؤدي إلى تغليب التعليم المحصل بشبه الأمية؛

(ب) توضيح أنواع التدابير اللازمة لمواجهة التفاوت المذكور، إن على مستوى القطاع التربوي ككل أو على مستوى القطاع الرسمي خاصة، وفي هذا الأخير يجب التمييز بين تحسين الخدمات التربوية، والمدى الزمني لهذا التحسين، وتحسين مواصفات هذا التعليم، من حيث إعداد المعلمين وتدريبهم، وتطوير المناهج وغيرها. وهذا يفترض استغلال فرصة إجراء بحث وطني حول

مستوى الإنجاز في لبنان بدعم من اليونيسف والبنك الدولي (١٩٩٥) باتجاه يجعل هذا البحث أمرا منظما ودوريا، مع إيضاح الأبعاد الفنية والإدارية والاجتماعية لإنجاز التلاميذ ومضاعفاته؛

(ج) وضع قانون عام للتعليم في لبنان تتجسد فيه السياسة التربوية في خططها العامة، ويكون "القانون" هو الذي يعمل على إيقاعه الوزراء الذين يتبدلون عادة وتبدأ الطروحات مع كل منهم من جديد.

٣- مواجهة مشكلات الفقر والتعليم في الإتجاهات التالية:

(أ) وضع برامج مخصصة للفئات المهمشة من الناحية التعليمية، أقصد الأطفال المتسربين باكرا من المدرسة أو الذين لم يلتحقوا بها أصلا، إن في المدن أو في الأرياف، وكذلك الأميين من الذكور والإناث. بعض هذه البرامج يمكن أن يكون نطاقها جغرافيا (مناطق الأكواخ والأرياف)، ومنها ما يمكن أن يكون نطاقها فنويا (الإناث، البالغين) ومنها ما يمكن أن يكون نطاقها مهنيا (في مؤسسات العمل، أو موجهة لشرائح مهنية معينة) وذلك تبعا لتقديرات أحجام هذه الفئات (طبقا لما هو مقترح في أعلاه). وإنشاء أجهزة أو إدارات ثابتة لهذا الغرض في وزارة التربية أو غيرها، وإجراء الدراسات التي تساعد على فهم أفضل للتدني فرص الإلتحاق في بعض المناطق والفئات الاجتماعية؛

(ب) إعادة النظر في وضع المدارس المجانية المدعومة من الدولة، وخاصة لجهة وضع شروط واضحة لتقديم المعونة، وأجهزة رقابة فنية مؤهلة، وذلك بهدف تحسين نوعية التعليم في هذه المدارس ومنع المدارس من التدني في شروط عملها دون الحد المطلوب في أي مدرسة لبنانية؛

(ج) وضع مخطط توجيهي للقطاع التربوي ككل، يشمل مجموع البرامج التي وضعت حتى اليوم، زائد توضيح الأهداف المرجوة اجتماعيا وإقتصاديا، والأهداف التي يجب تحقيقها على مستوى تطوير القطاع التربوي، وبصورة يكون فيها تطوير التعليم الرسمي حجر الرchy لعملية التطوير ككل. على أن ترتب فيه الأمور التالية على نحو واضح:

(١) تحديث الإدارة التربوية، وجعلها فعالة قادرة على التسيير والبحث والتخطيط والإستقصاء وجمع المعلومات وإدارة شؤون الموظفين وتدريبهم وإعدادهم، بصورة متفاعلة ومنظمة وفي نطاق زمني واضح؛

(٢) تأسيس البرامج الموضوعية حاليا على قواعد واضحة، اجتماعيا وسكانيا وإقتصاديا، (مشروع تجميع المدارس أو خطة النهوض التربوي، أو خطة النهوض بالتعليم المهني والتقني) وتطوير ملفاتها الفنية بصورة تتحقق فيها

الأهداف بأعلى جودة ممكنة. فبناء المدارس (في مشروع تجميع المدارس) ليس مسألة هندسية ولا سياسية فحسب بل هو أولا مسألة إجتماعية وسكانية وإقتصادية وفنية تربوية. وتعديل المناهج ووضع كتب جديدة ليس عملا مكتنبا، ولا يخطط له باعتباره إعادة صياغة للنصوص طبقا لقيم جديدة أو معارف جديدة فقط، وكأن المناهج والكتب الحالية هي "بالية" فقط؛

(٣) وضع برنامج واضح المعالم لتطوير التعليم الرسمي، يشمل مختلف عناصر العملية التعليمية، بصورة مبرمجة، البناء والتجهيزات، وإعداد المعلمين وتدريبهم، وأدائهم، في منظور منطور للمناهج الدراسية، أي بما يعني الناحية الفنية والمعرفية فيها؛ وبما يعني فهم الجمهور المستهدف (ثقافيا). ويمكن أن يسير البرنامج استنادا إلى نقاط معينة (مائة مدرسة مثلا) ولكنه يجب أن يسير بالتساوق مع إصلاح الإدارة التربوية، بحيث يصبح تحديث التعليم الرسمي تقليدا معمما في فترة زمنية محدودة؛

(٤) تأمين حد أدنى من التكامل والتناسق بين البرامج والخطط والمشاريع التابعة للوزارات الثلاث، وداخل نشاطات كل وزارة على حدة.

(د) إعادة النظر في أنظمة التقييم والإمتحانات المدرسية والرسمية، للدخول أو الترفع أو التخرج، وبطرق التعليم بصورة تقضي إلى مساعدة المتعلمين أكثر من الحكم عليهم، ولا سيما أولئك الذين يحملون معهم إلى المدرسة أعباء وضعهم الإجتماعي، وبصورة تخفف من حالات الرسوب والتأخر والتسرب المبكر.

المراجع العربية

- أبو رجيلي، خليل: الخلفية الإجتماعية للتلاميذ ونجاحهم المدرسي عام ١٩٧٢ - ١٩٧٣، بيروت، المركز التربوي للبحوث والإنماء، لات.
- انطون، جوزيف، و خليل ابو رجيلي: عائدات النظام التربوي في لبنان للسنة الدراسية ١٩٧٢/١٩٧٣، بيروت، المركز التربوي للبحوث والانماء، لات.
- الأمين، عدنان، التعليم والتفاوت الإجتماعي في مدينة صيدا، المركز الثقافي للتعليم والدراسات الجامعية، صيدا، ١٩٨١.
- _____: هل زادت نسبة الامية في لبنان؟، النهار، ١٧/٤/١٩٩٢.
- _____: مستوى التعليم الابتدائي في لبنان مقلق جدا، السفير، ٢٩/٩/١٩٩٣.
- _____: التعليم في لبنان، زوايا ومشاهد، بيروت، دار الجديد، ١٩٩٤.
- _____: دراسة ميدانية في دعم المدارس في العاصمة والضواحي، حول التعليم الابتدائي، السفير، ١٢ كانون الثاني/يناير ١٩٩٥.
- _____: (تحرير): التخطيط لتحسين نوعية التعليم الاساسي في إطار التعليم للجميع في الدول العربية، بيروت، اليونيسكو ١٩٩٥.
- _____، وغيره: مستوى تحصيل طلبة الصف الابتدائي الخامس، دراسة ميدانية في بيروت وضواحيها، ١٩٩٦ (تقرير غير منشور).
- الأمين، نزيهة: التهجير في لبنان - دراسة ميدانية لأحد أحياء المهجرين، رسالة لنيل شهادة دبلوم الدراسات المعمقة، معهد العلوم الإجتماعية (١) ١٩٨٧.
- بلوط، علي وغيره: دراسة اولية لواقع الاطفال العاملين في لبنان، اليونيسيف، كانون الثاني/يناير ١٩٩٥.
- _____: واقع الاطفال المشردين: دراسة اولية، اليونيسيف، كانون الثاني/يناير ١٩٩٥.
- الجباعي، يوسف، و ابو رجيلي خليل: التعليم الاساسي في لبنان، إحصاءات غير منشورة عن العام ١٩٩٥/١٩٩٦ والحلول المقدمه لتحسينه، صيدا - بيروت، المكتبة العصرية، ١٩٩٦، ص ١٦٠.
- حمدان، كمال وغيره: اكاليف التعليم وإنفاق الاهل على التلامذة في المدارس الخاصة غير المجانية لسنة ١٩٩٢/١٩٩٣، بيروت، المركز التربوي للبحوث والانماء، لات.
- وزارة الشؤون الاجتماعية: دراسة مسح المعطيات الاحصائية للسكان والمساكن، ١٩٩٤-١٩٩٦.
- احمد الدالاتي، ناهد: العوامل الاجتماعية المؤثرة في التأخر المدرسي على صعيد المدرسة والاسرة - دراسة ميدانية، رسالة لنيل شهادة الاختصاص في الديموغرافيا، معهد العلوم الاجتماعية، ١٩٨٥.

- شقير، ليال: خصائص السكان والبيئة في لبنان، دراسة ميدانية لمجموعة قرى في الضاحية الشمالية الشرقية لمدينة بيروت من الربوة حتى قرنة شهوان، تحقيق بالعينة، رسالة نيل شهادة الاختصاص في الديموغرافيا. معهد العلوم الاجتماعية (١) ١٩٩٥.
- عياش، علي: دراسة سكانية للمرحلة ما قبل الجامعية في التعليم الرسمي في لبنان - حالة سبلين، رسالة لنيل شهادة دبلوم الدراسات المعمقة، معهد العلوم الاجتماعية (١) ١٩٨١.
- فاعور، علي: بيروت ١٩٧٥ - ١٩٩٠، التحولات الديمغرافية والاجتماعية والاقتصادية، بيروت، المؤسسة الجغرافية، ١٩٩١. ص.ص. ٢٥٢ و ٢٨٦.
- كسباريان، روبر (إشراف): مهجرو الحرب في لبنان (١٩٧٥ - ١٩٨٧) جامعة القديس يوسف، ١٩٩٢، ص ٢٠٣.
- كوراني، مريم: الوضع الاقتصادي الديمغرافي للمقيمين من قرية ياطر في بيروت وضواحيها، رسالة لنيل شهادة دبلوم الدراسات المعمقة، معهد العلوم الاجتماعية (١) ١٩٩٥.
- اللجنة الوطنية لليونسكو: واقع الامية في لبنان، دراسة ميدانية، (بإشراف فاديا كيوان)، ١٥ حزيران/يونيو ١٩٩٣ (تقرير غير منشور).
- مجلس الانماء والاعمار، الخطة ٢٠٠٠ للاعمار والانماء، ملحق ٧: التعليم، ص. ٥-٧.
- المركز التربوي للبحوث والانماء: دراسة قياس التحصيل التعليمي في لبنان للسنة الرابعة الابتدائية، العام الدراسي ١٩٩٤/١٩٩٥، بيروت ١٩٩٦.
- معلوف، نايف، و خليل ابو رجيلي: الوضع التربوي في لبنان، واقع ومعاناة، بيروت، وزارة التربية الوطنية والفنون الجميلة، ١٩٨٧، ص ٩٣-٩٩.
- المفتشية العامة التربوية: التقرير السنوي للعامين ١٩٩٢-١٩٩٣.
- _____: التقرير السنوي لعام ١٩٩٤.
- وزارة التربية الوطنية: تجميع المدارس - الخريطة المدرسية الجديدة، الكتاب (٣)، ١٩٨٣.

المراجع الأجنبية

- Mills, C. Wright: L'imagination sociologique, Paris, Maspero, 1971.
- Coleman, I. S. The Equality of Educational Opportunity, Washington D.C., Government Office, 1966.
- Population et conditions de vie dans la region metropolitaine de Beyrouth, Mass Institute, 1988, p.p. 46, 136-137.
- LABAKI, Botros et KHALIL ABOU RJEILI: Bilans des guerres au liban 1975 - 1990, Paris, L'Harmattan, (1993, p.p. 52-81).
- UNESCO: Statistical Yearbook, 1991.

