

التمويل الخاص وتوفيره الرعاية الصحية والتعليم والمياه



لعدد من الأسباب، غالباً ما تتولى الحكومات تمويل الخدمات الاجتماعية الضرورية - الرعاية الصحية الأساسية والتعليم الابتدائي والمياه والصرف الصحي - وتوفيرها. ويعود أحد تلك الأسباب إلى أن هذه الخدمات سلعة عامة، ولهذا فإن سعرها في الأسواق وحده لا يمثل قيمتها الحقيقية ولا منافعتها الاجتماعية. فالتعليم الأساسي لا يفيد الشخص الذي اكتسب المعرفة بمفرده، وإنما ينفع كذلك جميع أفراد المجتمع عبر تحسين السلوك المتعلق بالصحة والنظافة، وزيادة إنتاجية العامل.

هناك سبب آخر للتمويل العام هو ضمان توفير الخدمات الاجتماعية الأساسية على نحو منصف. فالفقراء في المعتاد تنقصهم هذه الخدمات؛ وإذا ما اضطروا إلى الدفع لقاءها، فقد لا يستعملونها - مما يجعل التخلص من الفاقة أمراً عسيراً.

إضافة إلى ذلك، تقوم الدولة في كثير من الأحيان بدور مهيمن في توفير هذه الخدمات؛ لأن تعدد الجهات التي تقدمها (عامّة أم خاصّة) قد يؤدي إلى ازدواجية في الخدمة وارتفاع في التكلفة. علاوة على ذلك، فإن الحصول على هذه الخدمات الاجتماعية يُعتبر حقاً أساسياً من حقوق الإنسان - نصّ عليه عهد الأمم المتحدة حول الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية - والحكومات ملزمة بضمان تأمين هذه الخدمات لمواطنيها. وما تعهدت الحكومات بإعلان الأمم المتحدة للألفية وأهداف التنمية للألفية إلا تجسيد لهذا الالتزام.

بيد أن توفير القطاع العام للخدمات الاجتماعية ليس بالحل الأفضل دائماً، وبخاصّة حينما تكون المؤسسات ضعيفة والمساءلة عن استعمال الموارد العامة متدنيّة؛ كما هي الحال غالباً في البلدان النامية. (يصف الفصل السابع كيفية جعل الحكومات أكثر عرضة للمحاسبة عن استعمال الموارد العامة للخدمات الاجتماعية).

هيمن المزودون الخاصون في معظم البلدان الفنية على خدمات الصحة والتعليم والمياه خلال النصف الأول من القرن التاسع عشر، لكن تلك الخدمات كانت محدودة. في النصف الثاني من القرن، ساد تمويل القطاع العام وتأمينه لهذه الخدمات. وبالفعل، لم

تصبح هذه الخدمات في كندا وأوروبا الغربية والولايات المتحدة عموميّة - خلال الربع الأخير من القرن التاسع عشر والنصف الأول من القرن العشرين - إلا بعد تدخل الحكومات.

في البلدان الفقيرة، ظهرت المدارس الخاصة، ومؤسسات القطاع الخاص لتوفير الخدمات الصحية، جنباً إلى جنب مع قطاع عام متنامٍ خلال العقود القليلة التي أعقبت الحرب العالمية الثانية. لكن تأمين القطاع الخاص للخدمات أخذ يزداد بسرعة خلال الثمانينات، وخصوصاً خلال التسعينات. ومع التوجّه إلى خصخصة المؤسسات الخاسرة، التي تملكها الدولة، في قطاعات منتجة - مثل مجاليّ الصناعة والخدمات معاً - تمّ تشجيع الاتجاه نفسه في مجال الخدمات الاجتماعية.

وتوحي تجارب الدول الغنية بأن تسلسل الخدمات الاجتماعية ينبغي أن يبدأ أولاً بتوفير الدولة الشامل لها، تليه تدخلات أكثر استهدافاً؛ ومن ثمّ قيام شراكات بين القطاعين العام والخاص ترمي إلى خدمة أسواق مختلفة - تبعاً لطبيعة الخدمات في القطاعات المختلفة.

لِمَ ازداد تأمين القطاع الخاص للخدمات في البلدان الفقيرة؟

هناك ثلاثة عوامل دفعت إلى تنامي دور القطاع الخاص في مجاليّ الصحة والتعليم، وحثّت على خصخصة الخدمات الاستشفائية والمائية في البلدان النامية، هي: الافتقار إلى الموارد الحكومية، والتنوعية المتدنيّة لتوفير الخدمات العامة، والضغط لتحرير الاقتصاد.

الافتقار إلى الموارد الحكومية

لا يسع العديد من حكومات البلدان الفقيرة المتفجرة إلى المال - سواء عبر الموارد المحلية أم المعونات الخارجية - أن يؤمّن الخدمات الاجتماعية بفعالية أو أن يمول استثمارات كبرى في البنية التحتية. وكثيراً ما يتمّ اللجوء إلى الخصخصة بهدف الحصول على العائدات، لكن العائدات الأكبر للحكومات تتأتى من إلغاء المعونات المالية للمؤسسات العامة الخاسرة.

لم تصبح خدمات الصحة والتعليم والمياه في كندا وأوروبا الغربية والولايات المتحدة عموميّة إلا بعد تدخل الحكومات

زيادة مداخيلهم ببيعهم العقاقير الطبية المرصودة للتوزيع المجاني². نتيجة لذلك، يُرغم الفقراء (وغير الفقراء) على اللجوء إلى مزودي الخدمات الطبية في القطاع الخاص، لأن الوصول إليهم أسهل؛ ولأنهم يوزعون العقاقير مجاناً كجزء من معاييرهم (على عكس المنشآت الحكومية التي قد لا تتوفر العقاقير فيها).

كثيراً ما يُضطر الفقراء الراغبون في الحصول على كمية أكبر وأفضل من المياه إلى شرائها بمبالغ باهظة من الصهاريج الخاصة التي يملكها صغار البائعين. فغالبية السكان في مدن جنوبي آسيا يتلقون المياه لمدة ساعتين فقط في كل مرة، ولكن ليس يومياً. وعلى الرغم من أنهم يحصلون على الكهرباء لساعات قليلة أكثر من ذلك في اليوم، غير أن انقطاعها يزداد في أيام الصيف الأكثر حرّاً - عندما قد ترتفع الحرارة إلى 48 درجة مئوية.

الضغط لتحرير الاقتصاد

جاء الحافز الثالث لقيام القطاع الخاص بتوفير الخدمات، من سياسات المانحين التي تحض على تحرير الاقتصاد والأسواق كسبيل لتعجيل النمو الاقتصادي والتنمية البشرية. وتعتبر الخدمات الاجتماعية في طليعة هذه النقلة نحو توسيع دور القطاع الخاص. فخلال التسعينات، دعم العديد من مانحي الهبات توسيع القطاع الخاص وتمويله للخدمات الاجتماعية، لا سيما إمدادات المياه في المدن. كما تُشجع الاتفاقية العامة، التي أعدتها منظمة التجارة

في بعض الحالات، كمياه الخدمة المنزلية والصرف الصحي (ومياه الري وتوليد الطاقة)، توافقت التمويلات الحكومية غير الفعالة مع هيكلية مشوهة للرؤوسم. فالتعرفات على الخدمات في ظل ملكية الدولة غالباً ما تكون متدنية جداً، بحيث لا تسترد التكاليف؛ وغالباً ما يُصرف النظر عن مستعملي الخدمات الذين يقصرون عن الدفع. وفي الجوهري، يؤدي هذا المنهج إلى دعم الأغنياء مادياً - فيما يعاني الفقراء من صعوبة الحصول على الخدمات. أكثر من ذلك، أنه مع تزايد سكان المدن لا يعود في مقدور السلطات المحلية، المفتقرة إلى المال، أن توسع خدماتها لتشملهم جميعاً. لذلك تتدنى خدمات المياه كمّاً ونوعاً في أحياء الطبقة الوسطى - وتعجز عن الوصول إلى الأحياء الفقيرة الحديثة النشأة.

النوعية المتدنية لتوفير الخدمات العامة

في بلدان عديدة، يرتبط ضعف سجل القطاع العام في توفير الخدمات بالافتقار إلى الموارد. وهناك أمثلة كثيرة عن الحكومات التي تُخفق في تزويد مواطنيها، ولا سيما الفقراء منهم، بالخدمات الاجتماعية الأساسية أو بنوعية جيدة من الخدمات.

ففي الهند وباكستان، مثلاً، أرجعت الأسر المعيشية الفقيرة السبب الرئيسي في اختيارها المدارس الخاصة إلى تغيّب المعلمين في مدارس القطاع العام³. وغالباً ما يعتمد أطباء القطاع العام الذين يتلقون رواتب متدنية إلى

الإطار 5.1

الخدمات الاجتماعية والاتفاقية العامة حول التجارة في الخدمات

الحكومات نادراً ما تؤمن الخدمات الاجتماعية حصرياً، وإنما عبر مزيج من الفاعلين العاميين-الخاصين الذين يتنافسون على الزبائن؛ فيما يبقى النطاق المحدد للخدمات، التي تنطبق عليها معايير الاستثناء، نطاقاً غامضاً. وما لم تُنطّق التشريعات التي تستعملها الحكومات لضمان الإيصال المنصف والفعال لهذه الخدمات بالاستثناءات، فمن الممكن تحيّل إمكانية تضاربها مع «الغاس». كما يمكن الاعتراض على المعونة التي تقدمها الدولة حصرياً للمنظمات للأحكومة المشغلة للمدارس والعيادات في المناطق المحرومة، إذا ما حرّرت الحكومة قطاعها الصحي والتعليمي ولم تكن شروط السوق هذه مدرجة رسمياً في الاتفاقية.

كذلك يمكن تقوية «الغاس» بإزالة استثناء السلطة الحكومية أو إعادة صياغة النص لضمان أن تُفهم الخدمات المؤمّنة من خلال «ممارسة السلطة الحكومية» على أنها متصلة بأداء العمل وليست وسيلة للإيصال.

بالتحرير أو تعديلها. إضافة إلى ذلك، تتضمن الاتفاقية استثناء «السلطة الحكومية»، وهو الاستثناء الذي يحدّد الخدمات المشمولة بموجب اتفاقية «الغاس» على أنها «أي خدمة في أي قطاع باستثناء الخدمات المؤمّنة عبر ممارسة السلطة الحكومية». أخيراً، تستطيع البلدان أن تضع موضع التنفيذ استثناءات عمومية لحماية المصالح العامة؛ بما في ذلك الأمن القومي والصحة العامة. من جهة أخرى، تُلزم «الغاس» أعضائها بإجراء «جولات متعاقبة من المفاوضات التي تهدف إلى تحقيق مستويات أعلى من التحرير على نحو تصاعدي». وسوف تتعرّض البلدان لضغوط متزايدة كي تحرّر مجالات جديدة من توفير الخدمات العامة. وأكثر ما يُقَلق في الأمر هو أن الشروط غير المعرفة في الاتفاقية يمكن أن تُبطل الإجراءات الوقائية المذكورة أعلاه. يطبّق استثناء السلطة الحكومية فقط على الخدمات التي يجري تأمينها على أساس غير تجاري أو تافسي. لكن

تضع الاتفاقية العامة حول التجارة في الخدمات «غاس»، إطاراً قانونياً للتجارة الدولية في الخدمات، سواء تلك التي تتم عبر قوانين التجارة العامة أم للالتزامات الوطنية المحددة، من أجل الوصول إلى الأسواق المحلية. وقد طالبت مدن عدة بأن تمضي «الغاس» في تأمين حماية كافية لقدرات البلدان على تقرير الطريقة الأفضل لتوفير الخدمات الاجتماعية - بما في ذلك قدرتها على أن تقرّر إلى أي مدى ينبغي إشراك المزوّدين الأجانب في تلك الخدمات.

من جهة، تمنح الاتفاقية حكومات البلدان قدراً مهماً من حرية التصرف في تقرير كيفية فتح الخدمات على التجارة الدولية، وما إذا كانت ستعمل ذلك أم لا ومتى. وليس مطلوباً من أي بلد فتح أي قطاع محدد للمنافسة الأجنبية؛ إذ تستطيع البلدان وضع الشروط حول طبيعة مثل هذا النوع من التحرير وسرعة انطلاقه. كما تستطيع الحكومات، عبر تعويضات ملائمة، إيقاف الالتزامات القائمة المتعلقة

المصدر : WTO 2003 ; UNHCHR 2003; Canadian Centre for Policy Alternatives 2003; Save the Children 2001; Mehrotra and Delamonica forthcoming.

العالمية حول التجارة في الخدمات، على دخول القطاع الخاص إلى مجال الخدمات الاجتماعية (الإطار 5.1).

الصحة

يملك العديد من البلدان النامية - في أميركا اللاتينية وجنوب آسيا وجنوبي شرق آسيا - قطاعات خاصة ضخمة مزدهرة. بالإضافة إلى ذلك، فإن جزءاً كبيراً من الإنفاق على الصحة في المناطق كافة يأتي من القطاع الخاص؛⁴ كما أن أكثر من نصف الخدمات الصحية الأساسية في البلدان المتدنية الدخل يؤمنها مزودون من القطاع الخاص.⁵ وهناك نسبة هامة من المستشفيات والمنشآت الصحية في آسيا وأميركا اللاتينية يملكها القطاع الخاص، مع أن الإجراءات الوقائية هي من مسؤوليات القطاع العام إلى حد كبير.⁶

شهدت أميركا اللاتينية، أكثر من أي منطقة نامية أخرى، نقلة ضخمة نحو الرعاية الصحية الخاصة منذ أن فتحت إدارة قطاعها الصحي أمام الشركات الدولية في التسعينات. فهناك شركات عديدة متعددة الجنسيات (أيتنا، سِنغا، بُردانثل، أميركان إنشورانس غروب - المتمركزة كلها في الولايات المتحدة) تزود المنطقة بالتأمين الصحي والخدمات الصحية. كما تتمتع هذه الشركات وتولي مسؤوليات إدارية في المؤسسات الصحية العامة وتأمين الوصول إلى صناديق الضمان الاجتماعي في مجال الرعاية الطبية. وتستثمر هذه الشركات أموالها في:

- شراء شركات قائمة بتبيع خدمات التأمين ضد الخسارة أو التأمينات الصحية المدفوعة سلفاً.
- المساهمة مع شركات أخرى في مشاريع مشتركة.
- الموافقة على إدارة الضمان الاجتماعي والمؤسسات الصحية العامة.⁷

يتلقى نحو مائتين وسبعين مليون شخص في أميركا اللاتينية - أي ستين بالمئة من السكان - فوائد نقدية وخدمات في مجال الرعاية الصحية تدفعها صناديق الضمان الاجتماعي (وغالباً ما يقوم بها موظفو هذه الصناديق). والتفغل الأكثر تقدماً للشركات المتعددة الجنسيات، في صناديق الضمان الاجتماعي، هو في الأرجنتين وتشيلي، لكنه يتزايد في البرازيل، ويبدأ الآن في الإكوادور.⁸

وقع الرعاية الصحية المنهجة

ينبغي أن تتوفر لجميع المواطنين فرص الحصول على الخدمات الصحية الأساسية، ويستطيع القطاع الخاص أن يفي باحتياجات مختلفة في هذا المجال. ولكن، هل يتم تجاهل الإنصاف في سياق هذه العملية؟

تعتمد أميركا اللاتينية منذ زمن بعيد على صناديق الضمان الاجتماعي العامة لتأمين الخدمات الصحية، غير أن أمر إدارة العديد من الصناديق خلال التسعينات ترك لشركات تأمين صحي أجنبية [تطبق نظام رعاية صحية (managed care) يقوم على التأمين الطبي والاستشفائي المدفوع سلفاً بأقساط متساوية، ويتحكم بالتكاليف عبر تحديده أجور الأطباء المشاركين فيه وتقييده اختيار المرضى المضمونين للأطباء. واخترنا لترجمة المصطلح: «رعاية صحية منهجة»- م.]. نتيجة لذلك، أنفق مزيداً من الأموال لتغطية التكاليف الإدارية العالية وعائدات المستثمرين، مما خفض من إمكانية حصول الجماعات المستضعفة على هذه الخدمات، وقلل من الإنفاق على خدمات العيادات الطبية. ففي نهاية التسعينات، أثر ربع المرضى المتلقين للرعاية الصحية المنهجة في تشيلي الحصول على هذه الرعاية من العيادات العامة؛ ذكروا أن دافعهم الرئيسي هو ارتفاع الرسوم الثابتة التي يدفعها المرضى للرعاية المنهجة لدى كل زيارة أو خدمة أو معاملة.⁹

في الأرجنتين، تواجه المستشفيات العامة، التي لم تتحول إلى الرعاية الصحية المنهجة، مشكلة تدفق المرضى الذين تغطي نفقات علاجهم صناديق الضمان الاجتماعي المخصصة. ويجد هؤلاء المرضى أنفسهم مضطرين إلى اللجوء إلى المستشفيات العامة لأنهم لا يقدررون على تحمل الرسوم الثابتة، أو لأن أطباء القطاع الخاص يرفضون معيشتهم (بسبب عدم دفع صناديق الضمان الاجتماعي المستحقات المالية).

وتطالب المستشفيات العامة في الأرجنتين والبرازيل اليوم بتعويضات من صناديق الضمان الاجتماعي ومن شركات التأمين الخاصة، كما تطالب بالرسوم الثابتة من المضمونين. ولكي يتلقى المرضى الفقراء العناية الصحية المجانية من المؤسسات العامة، يتوجب عليهم الخضوع لتحقيقات مطولة عن مداخيلهم - مع معدلات رفض تتراوح بين 30 و 40 بالمئة في بعض المستشفيات¹⁰. ولأن منظمات الرعاية الصحية المنهجة تجتذب إليها المرضى الأحسن حالاً على الصعيد الصحي، فإن المرضى الأسوأ حالاً ينقلون إلى القطاع العام. ويقال لهذا النظام ذو الطبقتين من فعالية التحمل المشترك للمخاطر الصحية، ويؤوض المعونات المتداخلة بين المجموعات الأكثر صحة وتلك الأكثر عرضة للأمراض.

ملاءمة الرعاية الصحية وتنظيمها

تبدو الفوائد المفترضة لخصخصة الخدمات الاجتماعية محيرة، في ظل غياب أدلة قاطعة على الفعالية ومعايير الجودة في القطاع الخاص مقارنة بالقطاع العام¹¹. في

تبدو الفوائد المفترضة

لخصخصة الخدمات الاجتماعية

محيرة، في ظل غياب أدلة

قاطعة على الفعالية ومعايير

الجودة في القطاع الخاص

مقارنة بالقطاع العام

أثناء ذلك، تُقدّم السوق أمثلة غزيرة عن الإخفاقات في مجال الرعاية الصحية الخاصة.

تُعتبر الخدمات الطبية والعقاقير، جوهرياً، من السلع الخاصة؛ وثمة أدلة كثيرة على إخفاقات السوق في ما يتعلق بهما. ومما يضاعف من تعقيد المشكلة، القدرة التنظيمية المحدودة. على سبيل المثال، يُعدّ الإفراط في العلاج في البلدان النامية مشكلة رئيسية يعاني منها قطاع الرعاية الصحية الخاصة. ففي البرازيل، تشيع عمليات الولادة القيصرية في القطاع الخاص أكثر مما في القطاع العام، لأن أجر الأطباء في العمليات الجراحية أعلى من أجرهم للولادات الطبيعية¹². وفي مدينة مومباي الهندية، يُجري المزودون الخاصون فحوصات وإحالات غير ضرورية للمرضى - لأن المزودين المُحوّلين يحصلون على حصة من أجور الأطباء المُحوّلين إليهم¹³. في المغايرة، وعلى الرغم من أن معظم الأطباء في كندا والولايات المتحدة والعديد من بلدان أوروبا ينتمون إلى القطاع الخاص، تضمن مراعاة الضوابط المهنية المتينة عدم وجود أزمة ناجمة عن الإفراط في العلاج.

في البلدان النامية، يُفرض أيضاً قطاع الصيدلة الخاص، غير الخاضع للتنظيم، في معالجة الأمراض أو في الوصفات الطبية الباهظة الثمن. ويؤدي مثل هذا الاستعمال غير السليم للعقاقير إلى ممارسات علاجية خطيرة وتكاليف أعلى في الرعاية الصحية، وإلى تزايد مقاومة الأمراض للعقاقير. ويبلغ الإنفاق على العقاقير ما بين 30 و 50 بالمائة من مخصصات الرعاية الصحية في البلدان الفقيرة، بالمقارنة مع 15 بالمائة في البلدان الغنية¹⁴. كما يضطرّ المرضى العاجزون عن تحمل كلفة الخدمات الطبية الاحترافية إلى اللجوء إلى الصيدليات، التي لا تلتزم غالباً بتنظيمات الوصفات الطبية - وبخاصة في الصين وجنوبي آسيا وأجزاء من إفريقيا. وفي الهند، تستهلك العقاقير وأجور الاستشارات الطبية أكثر من نصف الإنفاق الصحي الشخصي، ونحو ثلاثة أرباع الإنفاق على مرضى المستشفيات¹⁵.

التكاليف

في العديد من البلدان النامية، تزداد التكاليف وتتراكم التّقانة في قطاع الرعاية الصحية الخاصة. ففي تايلاند، يملك القطاع الصحي الخاص قدراً مماثلاً لما تملكه القطاعات الصحية الخاصة في معظم البلدان الأوروبية من المعدات العالية التّقانة أو أكثر؛ على الرغم من أن معدل الدخل الفردي في تايلاند أدنى بكثير مما هو عليه في تلك البلدان، وأن أعباءها المرضية تختلف كثيراً¹⁶.

ومنذ بدء الإصلاحات الاقتصادية في الصين، أحدثت تحوّل التركيز من الخدمات الوقائية إلى العلاجية زيادة كبيرة في مبيعات العقاقير الطبية؛ كما استثمر الأجانب في نحو ألف وخمسمئة مشروع لتصنيع الدواء على امتداد الصين¹⁷. وفي ظلّ محدودية الحصول على الخدمات المهنية، وغزارة الانتاج للدواء في سوق غير منظمّة، كانت النتيجة استعمالاً لا عقلانياً للدواء - لا سيما بين الفقراء. فقد بلغ معدّل الإنفاق على الدواء عام 1993 ما نسبته 52 بالمائة من معدّل الإنفاق الصحي في الصين، بالمقارنة مع معدّل يتراوح بين 15 و 40 بالمائة في معظم البلدان النامية¹⁸. وفي بعض المناطق الريفية، يزيد إنفاق المزارعين الصينيين على الوصفات الطبية المعتادة ما بين مرتين وخمس مرّات على معدّل الدخل اليومي الفردي. وبصرف النظر عن أن وصف الدواء في المناطق الريفية بشكلٍ مفرط وغير ملائم يساهم في تكاليف طبية عالية على نحوٍ لا ضرورة له، فإنه يعرّض المرضى إلى مخاطر علاج غير فعّال وأعراض جانبية معاكسة¹⁹.

كما أُشير سابقاً، تولّت منظمات الرعاية الصحية المنهّجة في أميركا اللاتينية أمر إدارة المؤسسات الصحية العامة - محوّلّة التمويلات من خدمات العيادات لتغطية تكاليف إدارية أعلى. ولاجتذاب المرضى ذوي التأمين في القطاع الخاص والضمان الاجتماعي، وظّفت المستشفيات العامة في بوينس آيرس بالأرجنتين شركات إدارية تتقاضى نسبة مئوية ثابتة من الفواتير؛ مما أدى إلى زيادة التكاليف الإدارية بنسبة 20 بالمائة من الإنفاق الصحي²⁰. وفي تشيلي، تبلغ نسبة التكاليف الإدارية والترويجية 19 بالمائة من الإنفاق على الرعاية الصحية المنهّجة²¹.

نزوح الأدمغة

في البلدان النامية، كثيراً ما يؤدي تنامي الرعاية الصحية في القطاع الخاص إلى اجتذاب الموارد البشرية التي يكون البلد في أمس الحاجة إليها، وإبعادها عن الأنظمة الهشّة للرعاية الصحية العامة - كما حدث في تايلاند خلال الثمانينات والتسعينات²². ويتركّ للعيادات العامة، التي يعمل فيها عدد أقلّ من الأطباء المدربين جيداً، أمر رعاية الجماعات الأكثر عُرضة للتأدّي - الفقراء والمستنّين والمعوقين.

التعليم

في معظم بلدان منظمة التعاون والإنماء الإقتصادي، يقصد نحو عشرة بالمائة من الطلاب مدارس ابتدائية

لا يؤدي إلزام الأسر الفقيرة بدفع رسوم التعليم (الخاص أو العام) إلى تحقيق تعليم ابتدائي شامل، وبالتالي فمتم غير المرجح أن يساعد ذلك على تحقيق أهداف التنمية للألفية

مسائل الجودة

خاصة (المستقلة عن الحكومة والمعتمدة عليها، على حد سواء). وتميل هذه النسبة إلى الارتفاع أكثر من ذلك في البلدان النامية. ففي أميركا اللاتينية، تنال المدارس الخاصة أكثر من 14 بالمئة من معدل الالتحاق الابتدائي، مع أن النسبة في كوستاريكا الرفيعة الإنجاز هي 7 بالمئة فقط²³. وبين 22 من بلدان إفريقيا جنوب الصحراء التي تتوافر فيها البيانات، تتراوح حصة هذه المدارس في عشرة منها بين 10 و40 بالمئة وتقل في الاثني عشر الأخرى عن عشرة بالمئة²⁴. أما حصة المدارس الخاصة في الهند فتبلغ حدّها الأعلى في الولايات التي ينخفض فيها الالتحاق بالمدارس الابتدائية إلى حدّه الأدنى (بيهار، أوتر براديش)؛ مما يشير إلى أن القطاع الخاص يشكل مهرباً لقطاع عام ضعيف الأداء²⁵.

يزداد الالتحاق بالمدارس الخاصة في العديد من البلدان النامية (وإن لم يكن في معظمها) مع ارتفاع مستوى التعليم²⁶. غير أن هناك افتقاراً إلى البيانات الحديثة العهد في عدد كبير من البلدان، في جميع الأقاليم، حول معدلات الالتحاق الخاص في جميع المراحل التعليمية - مما يجعل هذه الناحية جديرة باهتمام الحكومات ومناحي الهبات.

ثمة ثلاث مسائل حاسمة في ما يتعلق بتمويل القطاع الخاص للتعليم وتأمينه، تؤثر أولاً على الطلب؛ إذ تؤدي تكاليف المعيشة الباهظة للأسرة إلى تقليل فرص التحاق الجميع بالتعليم الأساسي. أما المسألتان الأخريان فترتبطان بإتاحة التعليم وتؤثران على الإنصاف والفعالية. وتتصل إحدى هاتين المسألتين بمقارنة الأداء في المدارس الخاصة والمدارس العامة، فيما تتعلق الثانية بالإعانات المالية العامة للمدارس الخاصة.

رسوم عالية، إلتحاق أدنى

لا يؤدي إلزام الأسر الفقيرة بدفع رسوم التعليم (الخاص أو العام) إلى تحقيق تعليم ابتدائي شامل، وبالتالي فمن غير المرجح أن يساعد ذلك على تحقيق أهداف التنمية للألفية. ففي غانا، لا تستطيع ثلثا الأسر الريفية تحمل نفقات إرسال أطفالها إلى المدارس على نحو مطّرد. والسبب الرئيسي لتسرّب ثلاثة أرباع أطفال الشوارع في العاصمة أكرا من المدارس هو انعدام القدرة على دفع الرسوم المدرسية²⁷. أما في المناطق الإفريقية التي ألغيت فيها الرسوم المدرسية، فقد تدفّق الأولاد على المدارس.

يزعم العديد من مؤيدي التعليم الخاص أن المدارس الخاصة تتفوّق في أدائها على المدارس العامة، وأنها في طبيعتها الأساسية أكثر عرضة للمحاسبة؛ كما أنها تساعد التلاميذ على تنمية مهارات إدراكية أقوى والشعور على نحو أكبر بأنهم يمتلكون معارفهم²⁸. لكن الأدلة التي تدعّم مثل هذا الزعم قليلة²⁹، لأن المدارس الخاصة لا تتفوّق دائماً على المدارس العامة ذات الموارد المشابهة. ففي البيرو، على سبيل المثال، يتفوّق تلامذة المدارس الابتدائية الخاصة على نظرائهم في المدارس العامة - لكنهم يدفعون لقاء تعليمهم ما يصل إلى عشرة أضعاف ما يدفعه تلاميذ المدارس العامة³⁰.

في البرازيل، تُرَجَّح معدلات تقدّم الطلاب في الرياضيات واللغة كمنفعة تلامذة المدارس الخاصة، بحيث تصل إلى الدرجة نفسها الموجودة في بضعة بلدان تابعة لمنظمة التعاون والإنماء الاقتصادي (اليونان وإيرلندا وإسبانيا) ١٣. لكن هذا الامتياز يرتبط بالتلاميذ أنفسهم في كل نوع من المدارس. ففي جميع البلدان التي تمّت دراستها، يتحدّر تلاميذ المدارس الثانوية الخاصة من أسر أغنى من أسر تلاميذ المدارس العامة.

التمويل العام للمدارس الخاصة - عوائق وفوائد محتملة

يقوم التسويغ المنطقي الرئيسي للدعم الحكومي على أساس أن التعليم الخاص يلبي الطلب الزائد على التعليم. لكن التعليم الخاص، القائم على أساس الرسوم، يستجيب في معظم الحالات لمتطلبات مختلفة، لا للطلب الزائد على التعليم - لا سيما في البلدان المتدنية الدخل، حيث تكون إمكانات الأسر الفقيرة محدودة حتى لدفع رسوم التعليم العام. وبالتالي، فإن الدعم الحكومي للتعليم الخاص قد يكون غير منصف، إن لم يستهدف الأسر الفقيرة. في بلدان منظمة التعاون والإنماء الاقتصادي، يبلغ الدعم الحكومي المباشر للمدارس الخاصة الابتدائية والثانوية نسبة 10 بالمئة من الإنفاق الحكومي على التعليم. في المغايرة، يذهب نحو ثلث الإنفاق المباشر على التعليم في الهند إلى دعم المؤسسات الخاصة - مع أن هذا البلد موطن أكثر من ثلث تلاميذ العالم في سن التعليم الابتدائي الذين ليسوا في المدارس³². وفي إندونيسيا، تعتمد معظم المدارس الريفية الخاصة على معونات الدولة، بالقدر نفسه الذي تعتمد عليه المدارس العامة³³.

توصلت دراسة أجريت على

16 بلداً نامياً إلى أن البلدان التي

لديها نسب الالتحاق الأعلى

بالتعليم الثانوي الخاص لديها

أيضاً نسب الالتحاق الإجمالي

الأدنى بالتعليم الثانوي (الهند،

إندونيسيا، زيمبابوي)

الجدول 5.1		
إستثمارات في مشاريع المياه والصرف الصحي تشمل مشاركة القطاع الخاص في بلدان متعددة، 1990-1994 و 1995-2000 (بملايين الدولارات الأميركية)		
البلد	1994-1990	2000-1995
الإرجنتين	4,075	4,173
إندونيسيا	4	883
البرازيل	3	2,891
تشيلي	128	3,720
الجمهورية التشيكية	16	37
جنوب إفريقيا	لا تطبق	209
رومانيا	لا تطبق	1,025
الفلبين	لا تطبق	5,820
مالي	0	697
ماليزيا	3,977	1,116
المكسيك	295	277

المصدر: World Bank 2002j

الحضرية، وجزت كلها تقريباً في بلدان ذات نسبة عالية من المدّنة خلال التسعينات (الجدول 5.1).

من غير المرجح أن تهتم الشركات الخاصة بتأمين خدمات المياه في المناطق الريفية من البلدان المتدنية الدخل - لأن هذه المناطق تعتبر عموماً غير مربحة. أما في مجال الصرف الصحي، فتتنظر الشركات بين القطاعين العام والخاص أيضاً إلى الفقراء في بعض الأحيان بوصفهم غير مربحين. وأظهرت بعض شركات المياه الخاصة هذا التمييز بإيجاد طرق لاستثناء الفقراء من خدماتها، حتى في المناطق الحضرية. ففي مدينة كارتاغينا الكولومبية، لم يحصل حي كبير من الأكواخ على خدمات المياه لأن الشركة اعتبرته خارج منطقة المدينة³⁷. وأكثر من ذلك، أن إمدادات المياه قد حُدّت في بعض البلدان. ففي داكار بالسنغال، كان نحو 80 بالمائة من السكان يحصلون على مياه الشرب المأمونة في العام 1994؛ وبعد أربع سنوات من خصخصة خدمات المياه، بلغت النسبة 82 بالمائة فقط³⁸. يظلّ عمل القطاع الخاص الدولي في مجالَي المياه والصرف الصحي محدوداً في المناطق الحضرية من البلدان المتدنية الدخل. وحتى في البلدان المتوسطة الدخل، حيث يعيش معظم السكان في المناطق الريفية، فإن الشركات الخاصة الدولية قد لا تجد تشجيعاً بسبب حجم الاستثمارات المطلوبة. وتعتبر جهود الجماعات والمؤسسات المحلية (الخاصة والعامّة) الوسيلة الأنجع لتحقيق توفير مستدام لهذه الخدمات، وبالتالي فإن بناء هذه القدرات هو دور هام من أدوار الحكومة.

أداء متفاوت، وتمويل غير مؤكّد

ثمة سجلّ متفاوت لأداء الشركات بين القطاعين العام والخاص في مجالَي المياه والصرف الصحي - وهي شركات نمت من لاشيء تقريباً في بداية التسعينات

يدفع العديد من حكومات البلدان النامية أيضاً رواتب معلّمي القطاع الخاص، مما يجعلهم أقل عرضة للمحاسبة من جانب الأهل ومديري المدارس³⁴. بل إن معونات كهذه تمارس ضغطاً أعظم على الأنظمة العامة الضعيفة أصلاً، المضطّرة إلى أن تؤمّن، بموارد بشرية ومالية أقل، خدمات لغالبية المجموعات المستضعفة. توصلت دراسة أجريت على 16 بلداً نامياً إلى أن البلدان التي لديها نسب الالتحاق الأعلى بالتعليم الثانوي الخاص لديها أيضاً نسب الالتحاق الإجمالي الأدنى بالتعليم الثانوي (الهند، إندونيسيا، زيمبابوي)³⁵. أما في الصين وجامايكا وماليزيا وتايلاند - التي لديها معدلات التحاق مرتفعة نسبياً - فإن أكثر من 90 بالمائة من الإنفاق العام على التعليم يصل إلى المدارس العامة.

جعل التعليم الخاص في خدمة الفقراء

على الرغم من المعوّقات المحتملة، يستطيع التمويل العام للمدارس الخاصة أن يساعد في ظروف معيّنة - وبخاصة إذا كانت الحكومات تعاني من مشكلة في دفع التكاليف الكاملة (بناء المدارس، دفع رواتب المعلمين) المطلوبة لتوفير التعليم الابتدائي للجميع. فقد أدى نقص المدارس العامة في بعض البلدان إلى توسّع المدارس الخاصة. ولكي تضمن الحكومات تمكّن التلاميذ الفقراء غير القادرين على دفع الرسوم المدرسية من دخول المدارس الخاصة، فإنها تستطيع تمويل تعليمهم من خلال قسائم نقدية تقلّ قيمتها عن الرسوم العادية. مثلاً، وضعت كولومبيا نظام القسائم النقدية لمواجهة نقص في مدارس التعليم الثانوي. ويستطيع هذا النهج من التمويل العام للتعليم الخاص أن يساعد على توسيع نطاق التعليم بتكلفة أقل على الحكومة، لأن كلفتها الوحيدة هي القسيمة. ويختلف هذا النظام قليلاً عن نظام القسائم النقدية الذي يمكن الأسر من تسجيل أولادها في المدارس التي تختارها، سواء كانت عامة أم خاصة. ولتجنّب منح مكاسب غير متوقّعة للطبقة الوسطى، التي تدفع عادة ثمن التعليم الخاص، فإنه ينبغي حصر القسائم النقدية بالأسر الفقيرة - كما في بنغلادش وتشيلي وكولومبيا وبويرتوريكو والمملكة المتحدة³⁶.

المياه والصرف الصحي

يحصل نحو خمسة بالمائة فقط من سكان العالم (أي 300 مليون تقريباً) على مياههم من شركات خاصة. وقد تم معظم خصخصة خدمات المياه والصرف الصحي عبر شركات بين القطاعين العام والخاص في المناطق

ثمة سجلّ متفاوت لأداء الشركات بين القطاعين العام والخاص في مجالَي المياه والصرف الصحي - وهي شركات نمت من لاشيء تقريباً في بداية التسعينات إلى أكثر من 2350 شركة في وقتنا الحالي

رسوم المستهلك في جنوب إفريقيا وبوليفيا

في أميركا الجنوبية، يتضمن بناء سدّ كلفته 130 مليون دولار، ومحطة لتوليد الكهرباء من القوة المائية، ونفق يبلغ طوله عشرين كيلومتراً بكلفة سبعين مليون دولار لنقل المياه من نهر ميسيكوني إلى كوتشابامبا.

تطوي رسوم الاستهلاك على إمكانية كبيرة لإفقر المستهلكين وردّع الناس عن استعمال خدماتهم في أمس الحاجة إليها. لذلك يجب على الحكومات، حينما تتوجب زيادة رسوم الخدمات الاجتماعية الأساسية، أن تضمن ملاءمة الزيادة لأوضاع المستعملين. أولاً، ينبغي أن تكون الحكومات صريحة مع المواطنين حول سبب الحاجة إلى الزيادة، كما ينبغي أن يكون هناك تواصل واضح بين مزودي الخدمات ومستعملها في هذا الخصوص. ثانياً، ينبغي أن تثبت الحكومات تعرفاتها استراتيجياً، بحيث تستطيع الأسر الأيسر حالاً تقديم العون للأفقر منها؛ كما ينبغي السعي وراء وسائل أخرى لإعانة الفقراء. مثلاً، طالب الكثيرون من منظمي الحملات في جنوب إفريقيا الحكومة بتأمين خمسين لتراً مجاناً من المياه يومياً للأسر الفقيرة - وهو الحد الأدنى من المياه الذي تعينه منظمة الصحة العالمية للحفاظ على الصحة والنظافة. ثالثاً، ينبغي إدخال الزيادات في فواتير المياه تدريجاً، وليس بين ليلة وضحاها.

استعادة التكاليف فاقمت من وباء الكوليرا، وأجبرت الأسر على البحث عن مصادر بديلة للمياه. خلال عملية التحضير لخصخصة خدمات المياه، نقضت جنوب إفريقيا سياستها القائمة على حفظ التعريفات منخفضة وغيض النظر عن عدم السداد، لكن هذا النقض حصل بين عشية وضحاها - ومن دون أن ترافقه إجراءات لتخفيف العبء المالي عن كاهل الفقراء.

بوليفيا

اندلعت الاحتجاجات في أوائل العام 2000 في مدينة كوتشابامبا البوليفية رداً، إلى حد كبير، على مضاعفة تعرفه المياه للأسر ثلاث وأربع مرّات. جاءت هذه الزيادة المفاجئة في التعريفات بعد أسابيع قليلة فقط من تولّي شركة أغواس ديل توناري، وهي شركة خاصة مركزها لندن، أمر شبكة المياه في المدينة. وقد أفضلت الاحتجاجات تلك المدينة فعلياً لمدة أربعة أيام. ومع انتشار الاحتجاجات في بوليفيا كلها، اعتُقل خمسون شخصاً وجرح العشرات ومات ستة بسبب العنف. يوافق محللون كثيرون على أن الكلفة الباهظة لإنشاء المشروع دفعت إلى الزيادة الكبيرة التي فُرضت على تعرفات الماء التي أُجبر الناس على سدادها. فمشروع ميسيكوني، وهو أحد أعقد المشاريع الهندسية

غالباً ما قادت خصخصة خدمات المياه إلى زيادة التعريفات بشكل كبير يفوق احتمال الأسر الفقيرة. وقد تمتعت الأسر في ظل بعض الأنظمة العامة برسوم منخفضة على المياه - تحت مستوى سعر استرداد التكاليف بكثير - وكان يتم التفاوضي بشكل كبير عن عدم دفع الفواتير. وهذا النهج غير مستحب، لأن الشركات العامة المفتقرة أصلاً إلى المال تقدّم العون بالضرورة إلى الأغنياء والفقراء على حدّ سواء. لكن القفزة السريعة بين عشية وضحاها من فواتير منخفضة بصورة استثنائية إلى أخرى باهظة، كانت لها أيضاً عواقب وخيمة على الأسر الفقيرة.

جنوب إفريقيا

حققت جمهورية جنوب إفريقيا تطوراً مذهلاً في تأمين إمدادات المياه لسكانها، مع أن معالجة هيكلية الرسوم يشكّل تحدياً. لكنّ وباء الكوليرا انتشر خلال شهر أغسطس/آب عام 2000 في مقاطعة كوازولو ناتال - حيث أصاب نحو 14 ألف شخص وأزهق أرواح أكثر من 250 شخصاً. بدأ الوياء بعد أن قطعت السلطات المحلية إمدادات المياه عن أناس يعيشون في مستوطنة غير رسمية وليس في وسعهم تحمّل كلفة رسوم جديدة. وقد اعترف وزير الشؤون المائية والحراجه بأن سياسة

المصدر : ICJ 2003; Lobina 2000; Sidley 2001, p. 71

وخيمة (الإطار 5.2). ولكنّ إذا كان النجاح يتطلب تعريفات أعلى، فقد أظهرت شركات المياه التابعة للدولة أنه يمكن استعمال الدخل الإضافي لتحسين الخدمات وتوسيع نطاقها.

التوفير الخاص الإيجابي

لم تنته كل مشاريع خصخصة المياه والصرف الصحي إلى الفشل. ففي إفريقيا جنوب الصحراء، على سبيل المثال، أدت الشراكة بين القطاعين العام والخاص إلى تحسين نوعية المياه⁴⁰. وعلى نحو أعم، يعتمد نجاح خصخصة خدمات المياه إجمالاً على التنظيم الحكومي ومصلة المستثمر والحالة الأولية للمؤسسة⁴¹. وغالباً ما تستمر البلدان ذات الخدمات اللائقة قبل الخصخصة في الأداء الجيد بعد الخصخصة. حيثما حصد الفقراء فوائد الخصخصة في خدمات المياه، فإنهم تمكنوا من ذلك بفضل الإرادة السياسية. ففي بوليفيا، مُنحت الامتيازات في مدينتي لاباز وإل ألتو للمناقص الذي وعد بإنجاز معظم التمديدات الجديدة في الأحياء الفقيرة. وأجبر عندها المناقص الفائز على إمداد 72 ألف أسرة بإمدادات المياه، و38 ألف أسرة بتمديدات الصرف الصحي، خلال فترة خمس سنوات.

إلى أكثر من 2350 شراكة في وقتنا الحالي. فإحدى أهم الحجج الداعمة للخصخصة هي أنها تؤمّن رساميل جديدة، مما يسمح لهذه الشراكات بين القطاعين بتحريك موارد إضافية للخدمات الأساسية. لكنّ التمويل الخاص الدولي للمياه والصرف الصحي الذي بلغ ذروته عام 1996 قد أخذ في الهبوط، ومن المتوقع أن يستمر كذلك³⁹.

رسوم الخدمات

يؤدي عزوف القطاع الخاص عن تمويل استثمارات أقل ربحاً في المناطق الريفية الفقيرة إلى إيذاء مستعملي الخدمات. لكنّ الشراكات العامة-الخاصة كثيراً ما تفضل الأمر نفسه، وحتى بشكل مباشر؛ من خلال الرسوم التي تُصيب الفئات الفقيرة على نحو أكثر تفاوتاً. وينبغي موازنة هذه الحقيقة حتى مع أعلى الأسعار التي كان الفقراء يدفعونها سابقاً لصغار البائعين بغية الحصول على المياه.

تقوم الشراكات العامة-الخاصة على افتراض أن الزبائن يدفعون لقاء الخدمات. وقد أدت خصخصة خدمات المياه والصرف الصحي إلى أسعار أعلى بكثير، أحياناً بين عشية وضحاها - وأحياناً مع نتائج

الأساسية لمعظم (إن لم يكن لجميع) مواطنيها. أما المؤسسات الخاصة، فكان لها دور محدود فقط. نجح عددٌ كبير من البلدان النامية العالية الأداء في تحسين مؤشرات الصحة في وقت مبكر من عملية تميمتها، فوفرت رعاية صحية شاملة تُدفع نفقاتها من مداخل الحكومات. ولم يعتمد المواطنون الأيسر حالاً في العديد من البلدان (مثل بوتسوانا وكوستاريكا وزيمبابوي) على ذلك، مختارين التأمين الصحي عبر القطاع الخاص⁴³. أما في حال عدم توافر التأمين الخاص (كما في سريلانكا وولاية كيرالا الهندية)، فقد دفعوا للمزوّدين من القطاع الخاص مباشرة⁴⁴. ولكنّ بالنسبة إلى معظم سكان هذه البلدان، فإن وضعهم الصحي الجيد كان نتيجة رعاية صحية شاملة ومحتملة التكاليف - ممولةً من مداخل الحكومات، ومُعلّمة عبر توزيع الموارد على المستويات الأدنى من النظام الصحي⁴⁵.

كذلك بدأت البلدان النامية الرفيعة الإنجاز بالسعي إلى تحقيق تعليم ابتدائي شامل منذ المراحل الأولى لعملية نموّها، عندما كانت مداخلها أدنى. وكانت لدى البلدان ذات معدلات القراءة والكتابة الأعلى من جاراتها عام 1980 نسبٌ أقلّ من التلاميذ في المدارس الخاصة خلال الخمس عشرة سنة التي سبقت 1980. ففي جنوبي آسيا، مثلاً، كانت نسبة الإلمام بالقراءة والكتابة في سريلانكا عام 1980 تصل إلى 85 بالمئة - بينما النسبة في الإقليم متدنية على نحوٍ استثنائي، أي 38 بالمئة⁴⁶. كذلك كانت نسبة سريلانكا من التلاميذ في التعليم الابتدائي والثانوي الخاصّ منخفضةً في الخمسة عشر عاماً التي سبقت 1980.

بالإضافة إلى إلزام المزوّدين من القطاع الخاص بتوسيع الخدمات حسب العقود معهم، استخدمت الحكومات مداخل الخوصصة للوصول إلى هذا الهدف؛ كما قدّمت المحفّزات المالية، مثل الهبات الرأسمالية، للمزوّدين الذين يخدمون الأحياء الفقيرة. إضافة إلى ذلك، يمكن التعويض عن التعريفات العالية التي ترافق الخوصصة في المعتاد بمعونات مالية موجهة إلى الفقراء. ففي تشيلي، ضمنت المعونات المالية الحكومية ألاّ تتفق الأسرة أكثر من 5 بالمئة من مدخلها على المياه⁴².

نُهْجٌ واعدَةٌ بالخير

سجّلت البرامج الحكومية نجاحاتٍ عديدة في إيصال الخدمات الاجتماعية الأساسية إلى جميع المواطنين. وبالتالي، ليس من الضروري رؤية الخوصصة كخيار وحيد لإصلاح خدمات عامة تُدار بصورة سيئة.

الاعتماد على أنظمة حكومية فعّالة

تُنتج نشاطات عديدة في القطاعات الاجتماعية سلماً عامة، أو يكون لها العديد من العواقب الثانوية؛ مما يتطلّب تدخل الدولة لتأمين الخدمات الأساسية للجميع. وقد تجاهل الاندفاع الأخير نحو خوصصة الخدمات الاجتماعية التجارب الماضية التي خاضتها دول غنية - وتخوضها اليوم أيضاً بلدان نامية عديدة - واعتمدت إبان نموّها على أنظمة الدولة لتأمين الخدمات الاجتماعية

الإطار 5.3

شبكات ناجحة للمياه تديرها الدولة

الموضوعي للتعرف على مساهمة أساسية في النجاح الذي تحقق في إدارة خدمات المياه والصرف الصحي منذ 1990. قام القطاع الخاص بدور في مجال المياه والصرف الصحي لتشيلي، لكن هذا الدور كان محدداً ومنظماً بصرامة من جانب الحكومة المركزية. وقد حدثت زيادة كبرى في تنفيذ العديد من النشاطات بالتعاون مع جميع الشركات، بما في ذلك نشاطات التشغيل والإدارة وتوظيف رأس المال لشبكات ومنظومات بأكملها؛ بالإضافة إلى صيانة جميع أوجه الشبكات وقراءة العدادات والنواتير. وقد أدى التشغيل بالعقود إلى تخفيض عدد العمال للإمداد الواحد. وفي العام 1995، كان معدل الذين لا يتلقون خدمة المياه 31 بالمئة، أي أقل بكثير مما هو عليه في أميركا اللاتينية؛ حيث يتراوح بين 40 و60 بالمئة. في بوغوتا عاصمة كولومبيا، رُفضت الخوصصة في أواخر التسعينات؛ كما رُفضت المدينة أموال البنك الدولي، واستطاعت جعل مرافقها العامة أكثر المرافق نجاحاً في كولومبيا.

تُظهر الجهود التي بذلتها الحكومة التشيلية في مجال المياه أن بإمكان الشبكات التي تديرها الدولة تحقيق نتائج إيجابية. فعَم حلول العام 1990، أصبح 97 بالمئة من سكان المدن في تشيلي يحصلون على المياه المأمونة، وصار لدى 80 بالمئة خدمات الصرف الصحي. وكان حجر الزاوية في نجاح هذا البلد يقوم على:

- فصل التنظيم المركزي عن عمليات المناطق.
- زيادة الاستثمارات المالية في قطاع المياه.
- تطوير نظام لتثبيت التعريفات بصورة موضوعية.
- إدخال المحفّزات للعمل بفعالية.

وبين عامي 1988 و1990، أسست السلطات التشيلية نظاماً جديداً لتثبيت التعريفات بصورة موضوعية - وهو نظام جوهري لإعادة إحياء الصناعة. فقد وضع المنظم تعرفه قصوى بناء على مزود فعّال نموذجي، وأي اختلافات في الرأي بين الشركة التي تتعاقد مع الحكومة والمنظم تُحلّ عبر لجنة ثلاثية الأطراف من الخبراء. وقد سمح الإصلاح بالتعديل التدريجي للتعريفات حتى تصل إلى مستويات جديدة أعلى من السابق. وساهم التثبيت

المصدر : ICJ 2003a; Mehrotra and Delamonica forthcoming

مانبلا الكبرى وبوينس أيرس: سجلٌ متفاوت في تجربة خصخصة المياه

للخصخصة؛ حيث لاحظ 33 بالمئة من المقيمين على أسئلة الاستقصاء تحسّن الخدمة، ولم يلحظ 55 بالمئة أيّ تغيير، فيما لاحظ 12 بالمئة تدهوراً في الخدمة.

بوينس أيرس

في العام 1993، خصّصت الحكومة الأرجنتينية مرفق المياه في بوينس أيرس، وزادت نوعية الخدمة وتوسّعها تدريجاً، وتُظهر أرقام الشركة أنها وصلت ما يقارب من مليون مستعمل إضافي بنظام خدمات المياه، كما حقّقت خلال السنة الأولى رسوم المياه بنسبة 27 بالمئة. لكن هذا التبدّل لم يكن سوى تخفيض الزيادات الكبرى التي فرضها مرفق المياه قبل الخصخصة. وخلال السنوات التالية، رفعت الشركة تكراراً رسوم المياه؛ وحصلت في العام 1996 احتجاجات على الفواتير المرتفعة للمياه في بوينس أيرس.

وأكثر من ذلك، وجدت مراجعة حكومية أنه بحلول عام 1997، لم تبين الشركة سوى ثلث محطات الضخّ والخطوط الرئيسية تحت الأرض التي وعدت بإنجازها بحلول ذلك العام؛ وبلغ مجموع الاستثمارات في شبكات الصرف الصحي تسعة ملايين وأربعمئة ألف دولار - وهو حُصص المبلغ الموعد. وبحسب تقديرات حديثة العهد، فإن الصورة مختلفة جداً عند النظر إلى البلد ككلّ. ففي النصف الثاني من التسعينات، حققت البلديات ذات الخدمات المائية الخاصة نتائج أفضل من تلك التي يديرها القطاع العام، وبخاصة في المناطق الفقيرة، مما أسهم في تخفيضات أسرع في وفيات الأطفال.

المصدر: ICJ 2003b; Galiani, Gertler, and Schargrotsky 2002; ICJ 2003d

مانبلا

في عام 1995، أعلنت الفلبين حالة طوارئ مائية. فقد تركت مرفق المياه العامة ثلاثة ملايين وستمئة ألف شخص من دون إمدادات مياه، كما كانت الخدمة للذين يملكون الإمدادات غير منتظمة. وفي العام 1997 فازت شركتان خاصتان بالامتيازات لإدارة شبكة مانبلا للمياه؛ وقسمتا المدينة وضواحيها إلى منطقتين غربية وشرقية. وتمكّنت الشركتان، خلال خمس سنوات، من وصل نحو مليوني شخص إضافي بالشبكة وتحسّنت نوعية الخدمة بصورة كبيرة. خلال هذا الوقت، تضاعفت توصيلات الخدمة الجديدة ثلاث مرات في العام، من 17040 (قبل الخصخصة) إلى 53921 (بعدها).

ولكن بعد ست سنوات من الخصخصة، كان أداء شركتي المياه دون مستوى أهدافهما - بل إنهما طالبتا بالانسحاب من الامتياز. بحلول العام 2001، أمّنت إحداهما المياه إلى 85 بالمئة من السكان الذين تستهدفهم، أي أقل بنسبة اثنين بالمئة من توقّعاتها؛ في حين تجاوزت الأخرى هدفها. غير أن نقاشاً كثيراً يدور حول كيفية حساب تلك الأرقام، مما يقود على الأرجح إلى تقليص نسب النجاح المبلّغ عنها. وعلى الرغم من أن إحدى الشركتين لم تشهد هبوطاً في عدد الأنايب الراشحة وسرقات المياه، فإن الأخرى شهدت ارتفاعاً في هذه الأرقام. وبحلول يناير/كانون الثاني 2003، ارتفعت تعرفات المياه ما بين مرتين وخمس مرات ما كانت عليها خلال العام 1997 في المنطقتين. وبالفعل، كشفت دراسة استقصائية لأوضاع المقيمين في مئة منطقة فهماً متبايناً

هناك أدلة كثيرة في مجالَي المياه والصرف الصحي على الشركات الأفعالة والفاصلة والمتضخمة التي تملكها الدولة، لكنّ هناك أيضاً أنظمة عامة ناجحة يتجاهلها كثيراً مؤيدو الخصخصة. فقد تمكنت تشيلي، مثلاً، من توفير المياه المأمونة إلى 97 بالمئة من سكانها الحضريين بحلول العام 1990، وتوفير الصرف الصحي إلى 80 بالمئة منهم. وفي بوغوتا بكولومبيا، هُدد مرفق المياه التابع للبلدية بالخصخصة - ولكن بعد إصلاحه كلياً، توسّعت خدماته (الإطار 5.3).

في دبريس، هنغاريا، احتاجت شركة المياه التي تديرها الدولة إلى استثمار كبير في منتصف التسعينات. وجرّت محاولة للتعاقد على هذه الخدمة مع شركة للمياه ذات مصالح في أكثر من دولة، ثم مع شركة أخرى - لكنّ المحاولتين باءتا بالفشل. وفي 1995، قرر مجلس المدينة أن مديري المياه المحليين يملكون الخبرات التي تؤهلهم للقيام بالعمل. وقد أمّنت شركة محلية عامة جديدة الاستثمارات المطلوبة بتكاليف تقلّ كثيراً عن مناقصات الشركات الخاصة؛ ويرجع ذلك جزئياً إلى تأمين الإمدادات من مصادر محلية، بدلاً من استيرادها. ومن جرّاء ذلك، انخفضت الأسعار بنسبة 75 بالمئة عما تكهّنت به الشركات الخاصة.

تقوية الدولة

ينبغي تعزيز القدرة التنظيمية في البلدان النامية بحيث يعمل القطاعان العام والخاص على توفير كل الخدمات، لجميع المستعملين، بنجاح؛ وإحدى السياسات الأساسية التي يوصى بها، هي إعادة تدريب موظفي الحكومة. هذا لا يعني بالضرورة أن تؤمّن البلدان الغنية مساعدةً تقنية إضافية أو تعاوناً تقنياً أكبر - بل يعني أن تدفع أجور انتقال المهارات وتبادل الخبرات بين البلدان الفقيرة.

وفي مجال الصحة، تطبق الحاجة إلى التنظيم على الشركات المخصّصة والخدمات الخاصة القائمة فعلياً، بهدف حماية المستهلكين واحتواء التكاليف في أن واحد. ولدى معظم وزارات الصحة في البلدان النامية أنظمة معلومات ضعيفة جداً، مما يقلّل من قدراتها (أو ربما يشير إلى عدم رغبتها) في ضبط المزوّدين من القطاع الخاص. ففي جنوبي آسيا، وعلى الرغم من الخدمات الخاصة المنتشرة على نحو واسع وارتفاع نسبة الإنفاق الخاص، أخفق ضبط الإنفاق كلياً في ضمان رعاية نوعية لمعظم المستفيدين من خدمات القطاع الخاص⁴⁷.

يتطلّب تنظيم خدمات العيادات الصحية، مثلاً، وقف تكاثر المزوّدين في القطاع الخاص الذين غالباً ما

يكونون غير مدرّبين، غير مرخّصين، غير منضبطين. ويتعيّن على الحكومات أن تجلب هؤلاء الفاعلين إلى المجال العام، الأمر الذي سيخضعهم للحصول على الترخيص ويُدربهم بشكل منتظم لتحسين معارفهم ومهاراتهم. فقد زاد التدريب من نسبة توفير العقاقير المضادة للملاريا في كينيا، وحسّن من معالجة الأمراض التنفسية الحادة والإسهال في المكسيك⁴⁸. إضافة إلى ذلك، تبنت الرابطة الطبية الريفية لغربي البنغال لائحة الأربعمائة عقاراً جوهرياً، التي اختارتها منظمة الصحة العالمية وأوصت أعضاءها باستعمالها. وسوف يؤدّي حمل الأطباء على تقييد استعمالهم لهذه الأدوية إلى تحسين الجودة وضبط الأمور. كما تشمل الإجراءات الأخرى لتنظيم عملية توفير الخدمات الخاصة على سنّ تشريعات لحماية المستهلك والحضّ على الأخلاقيات المهنية وتأمين محفّزات معنوية غير مالية، كالتكريم ونحوه.

وغالباً ما يكون تنظيم كل من التعليم وخدمات المياه ضعيفاً. ففي عمليات تخصيص المياه، كثيراً ما تتولى السلطات العامة المسؤولة عن المياه دور المنظم؛ ولكن نادراً ما يلتزم المزودون الدوليون في القطاع الخاص باتفاقياتهم مع الحكومات المضيفة (الإطار 5.4)⁴⁹. وثمة حاجة إلى دعم دولي أكبر بكثير لبناء القدرات التنظيمية في هذه المجالات وغيرها من مجالات البنى التحتية، إذا كان للقطاع الخاص أن يقوم بدور أكبر في إنجاز أهداف التنمية للألفية.

إشراك المنظمات اللأحكومية

يُنظر إلى قيام المنظمات غير الحكومية بتوفير الخدمات الاجتماعية على أنه «الطريق الوسط» بين السوق وتوفير الدولة للخدمات. وبالنسبة إلى بعض المحللين، فإن هذا النوع من المشاركة يوفر ذريعة لزيادة دور منظمات المجتمع المدني في تأمين هذه الخدمات. فالمنظمات اللأحكومية غالباً ما تتجح في ملء الثغرات التي يخلفها النظام العام وراءه (كما في المدارس الابتدائية التي أنشأتها لجنة ترقية الريف البنغلاديشية). وهذه المنظمات مفيدة أيضاً في الإفصاح عن اهتمامات أفراد المجتمع، لا سيما الفقراء، لجعل المؤسسات تؤدي دورها بصورة أفضل. وقد استفادت المناطق الريفية في مجالي المياه والصرف الصحي، على خير وجه، من لجان المستهلكين المدعومة من المنظمات غير الحكومية. لكن هذه المنظمات ينبغي أن تكون تكميلية لنشاطات الدولة، لا أن تقوم مقامها.

إنضمت المنظمات اللأحكومية أيضاً إلى شراكات بين الحكومات ومنظمات المجتمع المدني والأعمال التجارية. وحين تفوز الشركات الخاصة بعقود طويلة الأجل لتأمين المياه والصرف الصحي للمدن، فإن هذه العقود تتطلب في المعتاد تغطية متزايدة بصورة كبيرة. وقد يستلزم تحقيق ذلك مهارات وموارد تتجاوز نطاق الشركات الخاصة، لا سيما الأجنبية منها. كما يستطيع الشركاء من المنظمات غير الحكومية أن يحسنوا فهم شركة ما لزبائنها الفقراء (توسيع قاعدة الزبائن وتحسين تصميم المشروع)، مما يخفّض تكاليف رأس المال والتشغيل والصيانة؛ كما في عقود المياه في لا باز وإل ألتو في بوليفيا. ويمكن للمنظمات اللأحكومية أيضاً أن توفر المصداقية والامتداد لحمولات التعليم والتوعية. فقد بادرت شركة المياه الفرنسية «فيفندي» إلى عقد شراكة مع منظمة غير حكومية لمشروعها في كوازولوناتال؛ لكي تتفهم احتياجات المجتمعات الفقيرة في جنوب إفريقيا على نحو أفضل⁵⁰.

ويمكن استعمال نظام الاعتماد لإعلام المستهلكين بأصحاب الخدمات الطبية المعتمدين في القطاع الخاص. ومن شأن هيئة مهنية تمنح الاعتمادات وتدرّب المزودين غير المسجلين أن تفيد المزودين والجمهور على حد سواء؛ كما يمكنها الاستفادة من رغبة المزودين في الحصول على اعتراف المجتمع بفضلهم وتكريمه لهم. وقد تساعد هذه الهيئة المهنية على نشر استعمال العقاقير الأساسية عبر حملات إعلامية عامة.

إن تحسين سلوك المستهلك هو أيضاً أمر هام لتنظيم الرعاية الصحية، وقد يشمل ذلك تحسين معرفة المستهلك أو تأمين المعونات لتوفير الخدمات النوعية على نطاق أوسع. كما تستطيع الحكومات إنشاء مؤسسات تمكّن المستهلكين من تحديّ المزودين الخاصين الذين يقدمون رعاية سيئة.

الإطار 5.5

مبادرة بـمأكو: حشد الموارد المجتمعية للرعاية الصحية

غايات الصحة للجميع بحلول عام 2000. وتعتبر الرسوم المتواضعة التي يدفعها المستعملون في بعض الحالات أنها الخيار الأفضل الذي يستطيع الناس الأشد فقراً تحمّله، والذي لولاه لاضطروا إلى استعمال بدائل أعلى كلفة - مع أن من غير الواضح ما إذا كانت هناك آليات لحماية أبناء المجتمع المعوزين.

يعود معظم النجاح إلى ضمان توافر الأدوية الجوهرية المحمولة الثمن في المراكز الصحية، تحت مراقبة الجمعيات. وثمة عامل آخر للنجاح هو تحسّن تصرف العاملين الصحيين - الذي كان تقليدياً أحد أسباب عدم استعمال الناس، وبخاصة النساء، للخدمات الصحية.

توحي هذه التجربة بأنه في غياب تمويل حكومي ملائم للرعاية الصحية، يكون تجميع موارد المجتمع، مع بعض الدفعات المسبقة من جانب الفقراء، آلية عادلة وفعالة لتأمين خدمات الرعاية الصحية للفقراء. فالأنظمة الصحية التي تتطلب من الأفراد أن يدفعوا نقداً ثمن العديد من تكاليف الخدمات الصحية تقيد فرص الذين ليس في وسعهم دفعها، وتقصي على الأرجح الناس الأشد فقراً. ولهذا، يتطلب الإنصاف الذي تقتضيه الحماية من المخاطر المالية أقصى فصل ممكن بين المساهمات والاستعمال؛ وهناك إجماع حول الدور المركزي للتمويل العام في الرعاية الصحية العامة. أما بالنسبة إلى الرعاية الصحية الشخصية، فالأكثر أهمية في تحديد أداء النظام الصحي ليس ثنائياً القطاع العام في مقابل القطاع الخاص، وإنما الفرق بين الدفع المقدم والإنفاق النقدي.

تقوم مبادرة بـمأكو على تجميع موارد المجتمع لتمويل الرعاية الصحية المحلية. وقد طبقت المبادرة بدرجات متفاوتة في أكثر من 40 بلداً متدنّي الدخل، نصفها في إفريقيا جنوب الصحراء. ولم تؤد هذه المبادرة فقط إلى حماية الأسر من تكاليف صحية باهظة، وإنما نظمت أيضاً المجتمعات للمساعدة في تقوية الخدمات الصحية المحلية واستدامتها. وتساهم هذه المجتمعات بالموارد المالية لعيادات الخدمات الصحية، ولها كلمة في إدارة هذه الخدمات.

بُنيت استراتيجية المبادرة على أساس إعادة إحياء الأنظمة الصحية العامة من خلال لامركزية صنع القرار ونقله من المستوى القومي إلى المحلي، مؤسسةً بذلك تمويلاً مجتمعياً وإدارة تعاونية لحزمة أدنى من الخدمات الجوهرية على مستوى الوحدات الصحية الأساسية. والهدف هو تحسين الخدمات من خلال ضخّ التمويل الكافي لتغطية بعض تكاليف التشغيل المحلي؛ مثل إمدادات الأدوية الضرورية، ورواتب بعض الموظفين المساعدين، والمحفظات للعاملين الصحيين. ولا تعود الأموال المتأتية من التمويل المجتمعي المحلي إلى الخزينة المركزية، بل تبقى للمجتمع المحلي؛ الذي يتحكّم بها عبر لجنة صحية منتخبة محلياً. وقد تحوّل المستهلكون من مجرد متلقين للرعاية الصحية إلى شركاء فعّالين يؤخذ صوتهم في الحسبان.

بعد عشر سنوات من تطبيق المبادرة في بنين وغينيا، مكّن العمل المجتمعي في معظم المراكز الصحية الريفية قرابة نصف السكان من أن يصبحوا مستعملين دائمين لهذه الخدمات؛ كما رفع مستويات التلقيح المستدامة لتصبح أقرب إلى

المصدر : Mehrotra and Delamonica forthcoming

معالجة مخاطر الخصخصة

تحتاج المؤسسات الدولية التي تروّج لخصخصة الخدمات الاجتماعية إلى تأمين دعم أكبر بكثير من الدعم الحالي لبناء قدرات تنظيمية. وقد أطلق البنك الدولي بعض المبادرات في هذا المجال، مثل المنتدى الدولي لتنظيم المنافع العامة الذي أُسس عام 1996 كهيكلية شاملة للتعلّم وبناء شبكات المبادرات لمنظّمي المنافع العامة. لكنّ على الوكالات الدولية أن تقوم بما هو أكثر من تقديم النصّح؛ إذ عليها أيضاً أن تمكّن المنظمين في البلدان النامية من القيام بزيارات ميدانية إلى بلدان أخرى أكثر خبرة في تنظيم القطاع الخاص. كما أن هناك حاجة لإعداد مواد قانونية نموذجية للشراكات بين القطاعين العام والخاص في مجال المياه. وسوف تستفيد موادّ كهذه من الدروس المشروحة في هذا الفصل، بحيث تستطيع العقود المستقبلية تفادي أضرار العقود الماضية ومآزقها.

في مجال المياه، تأتي كل العائدات بالعملية المحلية؛ ولذا فإنّ تسديد خدمة دين القروض الأجنبية ينطوي على مخاطر تبديل العملة بالنسبة إلى المستثمرين والمستدينين على حدّ سواء. وقد أصبحت هذه المسألة مشكلةً في الأرجنتين وإندونيسيا والفلبين بعد خفض قيمة العملة المحلية، مما شكّل ضغطاً على الشركات الفرعية للمياه كي ترفع التعريفات على مستعملي المياه من أجل تسديد خدمة دينّ القروض. وبالتالي، ينبغي على الحكومات المركزية أن تشجّع السلطات المحلية، المسؤولة عادة عن خدمات المياه، على الاقتراض محلياً - من مصارف الإنماء الوطنية.

يُفترض في الغالب الأعمّ أن إشراك القطاع الخاص في خدمات المياه يعني ضمناً إشراك شركات أجنبية متعددة الجنسيات. وفي العديد من مدن البلدان النامية، يؤمّن صغار المزوّدين خدمات المياه لشرائح كبيرة من السكان: ففي دلهي بالهند، 6 بالمئة؛ وفي داكا ببنگلادش 10 بالمئة؛ وفي هوشي منه بفييتنام 19 بالمئة؛ وفي جاكرتا بإندونيسيا 44 بالمئة⁵⁴. ينبغي بناء القدرات التنظيمية في جميع القطاعات قبل الشروع في الخصخصة، وإلا فقد يكتفي القطاع الخاص بالاستجابة لمطالب مختلفة، وليس لتأمين الخدمات؛ سواء في التعليم أو الرعاية الصحية العيادية أو المياه والصرف الصحي. وفي ظلّ توافر معلومات أفضل حول القطاع الخاص وقدرات تنظيمية أقوى، تستطيع الدولة ضمان قيام القطاع الخاص بدور تكميلي في تأمين هذه الخدمات الاجتماعية الأساسية وتمويلها.

تضع المنظمات اللاكوميّة برامج زمنية جديدة لأعمال الشركات، من خلال سياسات الضغط والإلزام؛ كما تخلق سلسلةً متصلةً من الاحتجاجات والشراكات بين مؤسسات الأعمال والمنظمات اللاكوميّة شكلاً جديداً من التنظيم للأعمال التجارية العالمية - هو التنظيم المدني⁵¹.

التعرّف على طرق أفضل لتمويل الخدمات

فضلاً عن زيادة عائدات الضريبة للحكومة، فإنّ هنالك طرقاً لتحسين تعريفات الخدمات وأجورها؛ بغية جعلها أكثر عقلانية وإنصافاً. ففي مجال الصحة، يمكن أن تدفع التكاليف الشخصية الباهظة المفاجئة بالمرضى إلى الفقر (أو تزيد من إغراقهم فيه). وتدلّ إحصاءات شملت المجموعات الفقيرة في ستين بلداً على أن غالبية الأسر الفقيرة تتحمّل مستويات عالية من الإنفاق الصحي⁵². وفي غياب التمويل العام، فإنّ مخططات الدفع المسبق - التي تتضمن تكاليف صحية عالية من خلال توزيع المخاطر على مجموعات من الأفراد - يمكن أن تساعد على التعامل مع هذه المشكلة. فالمخططات كهذه لم تساعد فقط في حماية الأسر الفقيرة من تكاليف صحية كارثية، بل ساعدت أيضاً على تكوين جمعيات لاستدامة الأنظمة الصحية العامة المحلية (الإطار 5.5).

في التعليم الحكومي، ثمة مجال كبير جداً لاسترداد تكاليف التعليم على المستويات الأعلى في معظم البلدان النامية. ففي التسعينات، زادت إفريقيا والهند من نسبة استرداد تكاليف التعليم العالي في الجامعات العامة⁵³. ومع ذلك، فإنّ هذه النسبة ليست قريبة على الإطلاق من امكانيّتها المحتملة: إذ يقدم التعليم العالي فوائد خاصة لا تحصى، ومعظم الناس الذين يستطيعون الحصول عليه ليسوا فقراء. وبالتالي، فإنّ هناك حاجة إلى معالجة أكبر بكثير للتكلفة المستردة (مصحوبة بإعفاءات للفقراء).

في المياه والصرف الصحي، يُعتبر تثبيت التعريفات الاستراتيجية (سواء أكان المزوّد عاماً أم خاصاً)، الذي يرفع الأجر على المستهلك تمشياً مع زيادة الاستهلاك - مصحوباً بمعونات هادفة - طريقةً جيدة لتوفير الخدمات المائتية لمزيد من الناس. ويرجع أن الاستهداف الموجه جغرافياً (إلى الأماكن التي يسكن فيها الفقراء) سوف ينجح أكثر من ذلك القائم على الدخل.

