المؤتمر العربي الرابع عشر للأساليب الحديثة في إدارة المستشفيات
"الشراكة بين القطاعين العام والخاص في استدامة الخدمات الصحية"
عمان- المملكة الاردنية الهاشمية
7- 9 ديسمبر 2015م

المنظمة العربية للتنمية الإدارية

الشراكة بين القطاعين الخاص والحكومي لاستدامة الخدمات الصحية في الكويت: دراسة في المحددات والدوافع

د. عروب السيد يوسف الرفاعي
دكتوراه في الدراسات الادارية/ المسؤولية الاجتماعية
ايميل aroubalrifai@yahoo.com
الكويت

د. خالد الشطي
دكتوراه في مجال العمل التطوعي والخيري
ايميل dr.k.shatti@hotmail.com
الكويت

ملخص الدراسة

لعبت الشراكة بين القطاعين الخاص والعام دورا هاما في التنمية الصحية عبر تاريخ الكويت. ففي مرحلة ما قبل النفط قام التجار بدور اساسي في تقديم الخدمات الاجتماعية ومنها الصحية، ولعل التجربة الكويتية تتشابه في تلك المرحلة مع تجارب دول عديدة نامية قام خلالها المحسنون من التجار بمثل هذا الدور عند عجز الحكومة اقتصاديا عن القيام بمسؤولياتها. المثير للاهتمام هو استمرار تبرع القطاع الخاص (ونقصد به كلا من العوائل التجارية والشركات) في دعم الخدمات الصحية وذلك بالرغم من الوفرة المالية التي تمتلكها الحكومة الكويتية في مرحلة ما بعد النفط. فمثلا قام القطاع الخاص من سنة 1981 حتى الآن بانشاء أكثر من 60 مستشفى ومركز صحي حكومي، عدا تجديد وتأثيث عدد كبير من الأجنحة في المستشفيات الحكومية. وبالرغم من هذه التبرعات السخية من القطاع الخاص الا اننا نفتقر لدراسات تتساءل عن العوامل التي لعبت الدور الأكبر في تشكيل تلك الشراكة المجتمعية من حيث دوافع التبرعات وحجمها وشكلها. وتأمل هذه الورقة أن تكون اضافة لهذا المؤتمر الكريم من خلال عرض هذا الجانب من التجربة الكويتية الصحية.

1. مقدمة

يتصاعد الحديث اليوم عن اهمية الشراكة المجتمعية، وبالذات بين القطاعين الخاص والعام كما في هذا المؤتمر، بهدف تأمين تنمية مستدامة والنهوض باحتياجات المجتمع المختلفة. وتتناول هذه الورقة الشراكة المجتمعية التطوعية الخيرية بين القطاعين الخاص والعام في الكويت فيما يتعلق بالقضايا الصحية مركزة على بيئة تبرع القطاع الخاص للصحة ودوافع التبرع وشكله. ويرجع السبب في استخدام لفظي "التطوعية والخيرية" أن الادبيات تشير الى اكثر من ميدان (Arena) للشراكة المجتمعية بين القطاعين الخاص والعام، احدها شراكة تسمى public-private partnership (PPP) بمعنى ترتيبات تتعلق بعمل ما يلتزم به الطرفين يحقق نفعا ماديا لكلاهما ويكون القطاع الحكومي طرفا اول والقطاع الخاص هو الطرف الثاني كالخصخصة مثلا (Selsky and Parker, 2005) وهذا ليس مجال اهتمام هذه الدراسة. هذه الدراسة تهتم بتلك الشراكة المجتمعية التي هي شكل من اشكال "المسؤولية الاجتماعية للشركات" "Corporate Social Responsibility" والتي يحركها الوعي بقضايا المجتمع والرغبة في نفعه بعيدا عن تحقيق اهداف مادية مباشرة متفق عليها بين طرفي الشراكة.

واذ تتناول هذه الدراسة الشراكة المجتمعية على انها آلية من آليات تنفيذ مشاريع "المسؤولية الاجتماعية للشركات" كمصطلح معاصر، فانها تتناول ايضا تلك الشراكة عبر تاريخ الكويت كوسيلة لجأ لها التجار

سابقا -وقبل تبلور قطاعات المجتمع- للمشاركة بأفكارهم وأموالهم وجهدهم في حل المشكلات الاجتماعية التي واجهت مجتمعهم. وتستخدم الدراسة مصطلح القطاع الخاص ليشمل أولا: الشركات والبنوك المتبرعة، والتي عادة ما تكون شركات مساهمة. ثانيا: الأفراد المحسنين المتبرعين والذين عادة ما يكونوا من كبار التجار والمقتدرين، الا انهم آثروا التبرع بأسمائهم الشخصية لا بأسماء شركاتهم.

وتهدف هذه الورقة من خلال عرض التجربة الكويتية في استدامة الخدمات الصحية عبر الشراكة المجتمعية التطوعية بين القطاعين الخاص والعام الى الاجابة على اسئلة ثلاث: ماهي محددات الشراكة بين القطاع الخاص والحكومي في الكويت؟ وماهي دوافع االقطاع الخاص للتبرع للخدمات الصحية في الكويت؟ ولماذا أخذت العلاقة شكل تبرع القطاع الخاص بالمباني كالمستشفيات والمراكز الصحية الحكومية وتجهيزها؟

ان الدراسات حول محددات ودوافع القطاع الخاص للمساهمات الاجتماعية محدودة في الدول النامية (Jamali and Mirshak, 2007; Jamali, 2008; Jamali and Keshishian, 2009) ومنها دولة الكويت، وذلك بالرغم من ان فهم هذه الدوافع ضروري لبناء خطط شراكة استراتيجية افضل نوعا وكما مما هو قائم الآن، عدا أهمية هذه الدراسات في زيادة قدرة الحكومة على ان تكون اكثر جذبا لمساهمات القطاع الخاص. وتأمل هذه الورقة كذلك ان تنجح في فتح افاق جديدة للتعاون بين قطاعات المجتمع في الدول العربية الاخرى من خلال الاستفادة من التجربة الكويتية في الخدمات الصحية.

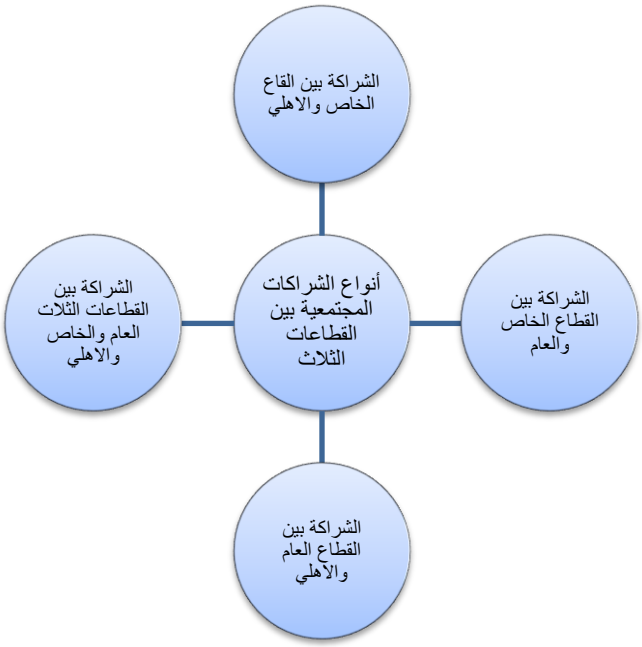
2. أشكال الشراكة المجتمعية ودوافعها

2. 1 تعريف الشراكة المجتمعية وأشكالها

ان البحوث والدراسات التي تتناول الشراكات المجتمعية تزاداد (Seitanidi, 2010) لتعكس اهتمام الباحثين بتلك العلاقة المجتمعية التي تهدف غالبا لأحداث تغيير في قضايا التعليم والصحة والبيئة. وترتكز هذه الورقة في تعريف الشراكة المجتمعية على دراسة (Waddock, 1988: 18) بانها قيام التزام تطوعي بين جهة او مجموعة جهات من قطاع اقتصادي على العمل مع جهة او مجموعة جهات من قطاع اقتصادي اخر من قطاعات المجتمع (القطاع العام والقطاع الخاص والقطاع الاهلي)، ويكون الالتزام بتقديم الموارد عبر افراد من كل جهة، يعمل هؤلاء الافراد بتعاون على حل مشكلة تمسهم جميعا

وينتفعون جميعا من حلها، علما بأن المشكلة لابد ان يكون لها جانب اجتماعي. وتستلزم الشراكة المجتمعية ادراك اطرافها ان هذه الشراكة تصل بهم لتحقيق اهداف لا يستطيع اي طرف ان يحققها منفردا، كما تستلزم الشراكة المشاركة في الاخطار والمنافع التي تترتب على المشروع .

وتأتي الشراكة المجتمعية التطوعية في أربع صور كما في الشكل 1. هي اما تكون شراكة بين القطاع الخاص والعام، أو بين الخاص والاهلي، أو بين الاهلي والعام، أو بين القطاعات الثلاث الخاص والعام والاهلي كما في الشكل 1 (Seitanidi, 2010) . هذه الدراسة هي شراكة بين القطاعين الخاص والعام.

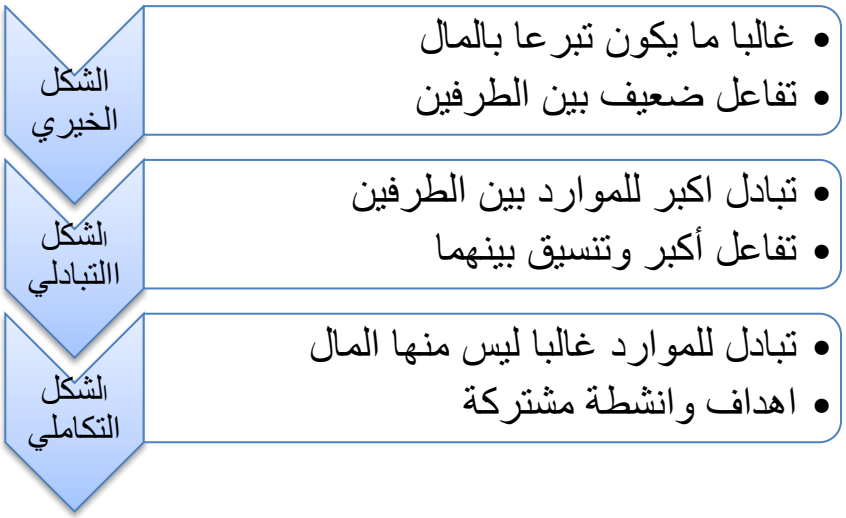


الشكل 1 اشكال الشراكات المجتمعية التطوعية بين القطاعات الثلاث العام والخاص والاهلي

المصدر بتصرف (Seitanidi, 2010)

ويشير نموذج (Austin, 2000) وهو من النماذج الشائعة في دراسة مراحل الشراكات المجتمعية (الشكل 2)، ان الشراكة المجتمعية قد تحتمل ثلاث مراحل، وسميت مراحل لان العلاقة بين الطرفين الخاص والعام قد تبدأ في مرحلة ثم تنتقل الى المرحلة التي تليها. المرحلة الاولى هي المرحلة الخيرية وهي الابسط، وتأخذ العلاقة بين المتبرع والمستلم غالبا شكل التبرع بالمال وتنتهي العلاقة بانتهاء التبرع، وتكون الانشطة المصاحبة للتبرع والاعمال الادارية المنظمة له قليلة، لذا تكون عوائد التبرع قليلة مقارنة

بالمراحل الاخرى الأكثر تعقيدا والتي تعود على المتبرع والمستلم والمجتمع بمنافع اكبر. اما المرحلة الثانية التبادلية Transactional Stage ففيها ينتفع الطرفان المتبرع والمستلم، اذ يكون فيها تبادل اكبر للموارد بين الطرفين كما هو الحال مع الرعايات للانشطة. المرحلة الثالثة هي المرحلة التكاملية Integrative Stage حيث يكون حجم التفاعل بين الطرفين الأكبر، ليشمل الاهداف والناس والانشطة في صورة تبادل الخبرات الادارية والمالية والتكنولوجيا، وغالبا ما يأخذ شكل مشروع مشترك يتساعد الطرفين في استمرار نجاحه.



الشكل 2 مراحل الشراكة المجتمعية

مقتبس بتصرف من (Austin, 2000)

وفي هذه الدراسة بين ايدينا تقع جميع التبرعات الصحية في الكويت في خانة المرحلة الاولى الخيرية. فجميع المساهمات الصحية محل الدراسة هي تبرعات يكون القطاع الخاص فيها هو المانح للمال والقطاع العام هو المتلقي، ويكون مسار المساهمة بأن تحدد الدولة المستشفيات المطلوب بناؤها وتخصص لها أرضا، أو تحدد الاجنحة المطلوب ترميمها واعادة تجهيزها، ثم تتقدم الشركة او المحسن برغبته في التبرع لوزارة الصحة، وبعدها يتم عرض رغبات التبرع للمشاريع الكبرى كبناء المستشفيات على مجلس الوزراء لاخذ الموافقة. ثم يقوم المتبرع بعد الحصول على الموافقة بالبناء عبر مقاوله الخاص، لكن حسب مواصفات وزارة الصحة، ثم يتم تسليم المبنى لوزارة الصحة بعد انتهاء المتبرع من بنائه. هذا وغالبا ما

يقوم المتبرع بتجهيز المستشفى بكامل احتياجاته من اجهزة وأسرة متطورة. وتقوم وزارة الصحة بتشغيل المشروع وينتهي دور المتبرع مع تسمية المشروع باسمه.

2. 2 محددات مساهمات القطاع الخاص ودوافعها

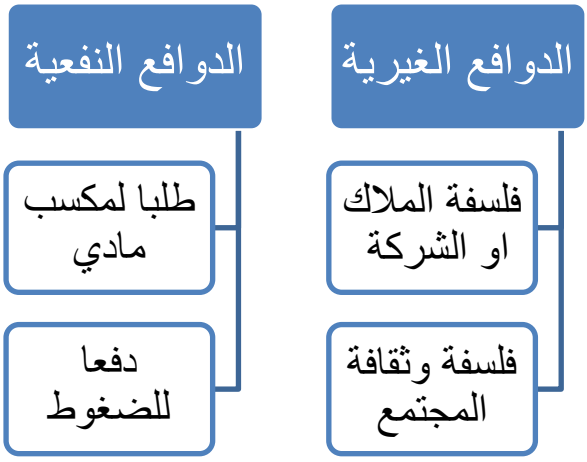
تتفاوت مساهمات القطاع الخاص الاجتماعية من بلد لآخر بحسب مجموعة عوامل منها ثقافة الدوله وتاريخها واقتصادها ونظامها التشريعي. الا ان الدراسات تشير الى وجود محددات تجعل مساهمات القطاع الخاص الاجتماعية في الدول المتقدمة مختلفة عن تلك في الدول النامية. من ذلك ان مساهمات القطاع الخاص الاجتماعية في الدول المتقدمة ترتكز على النظام القانوني الجيد للبلاد، والزام الشركات بالحوكمة، ووجود قطاع اهلي نشيط ومراقب، واستقرار بيئة من الاعراف على مستوى المؤسسات في القطاعات جميعها، عدا الحوارات المجتمعية بين مختلف القطاعات (Campbell, 2007)، وهذه المحددات ساهمت في انتاج شراكة بين القطاعات واضحة ومستقرة في تلك الدول.

اما في الدول النامية فتبدو المساهمات الاجتماعية مدفوعة بمحددات مختلفة عن الدول المتقدمة، ومن هذه المحددات عادات المجتمعات الثقافية، والاولويات الاقتصادية والاجتماعية، وتقصير الحكومات، والمعايير الدولية (Visser, 2008; Azmat and Samaratunge, 2009). اما العادات الثقافية فتعني قيم المجتمع والاخلاقيات التي ترسخت عبر تاريخه وفي الازمات التي مر بها وتشكلت حولها عادات وتقاليد جعلت مساهمات المقتدرين الاجتماعية تأخذ شكلا وزخما ودافعا خاصا. ويشير (Visser, 2008) ان العامل الاساسي الذي يغذي هذه العادات الثقافية بالقيم في الدول النامية هو اديان تلك الدول سواء الاسلام او المسيحية او البوذية وغيرها. ويكمل (Visser, 2008) انه من الصعب أن يتم فهم العلاقات الاجتماعية في المجتمعات النامية بعيدا عن تلك الاديان الشائعة بها، وكيف بنت تلك الاديان اعرافا وانماطا من العلاقات، وصنعت اشكال العطاء والتوقعات المرتبطة به.

ويكمل (Visser, 2008) ان ضعف اقتصاديات الدول النامية جعل الحاجات الاجتماعية شديدة الالحاح مما يجعل القطاع الخاص ملزما بأن يلعب دورا في تخفيف تلك الآلام الاجتماعية، او على الاقل مما يجعل أولويات العمل الاجتماعي واضحة بالنسبة للقطاع الخاص، عدا ان مثل هذه الحاجات اللصيقة بالناس تجعلهم يمارسون ضغطا غير مباشرا على الشركات لتلبيتها، فتجد الشركات انه من الصعب عليها أن تحقق ارباحا في بيئة فقيرة. أما تقصير الحكومات في تقديم الخدمات فقد يكون ناتجا اما عن تقصير اداري

كالبيروقراطية او بسبب الفساد، مما يجعل الحكومة غير قادرة على سد احتياجات الناس الاساسية. ويشير (Visser, 2008) الى اشكالية حقيقية تعكس حيرة المتبرعين في الدول التي تعاني من الفساد المالي او الادري حين يجد المتبرع نفسه وكأنه يغطي بتبرعاته فساد حكومته، وهذا ما يعد تحدي يستحق الدراسة والاستفاضة (Azmat and Samaratunge, 2009). أما العامل الآخر فهو انفتاح الشركات على المنظمات الدولية واشتراط تلك المنظمات ان يكون للشركات الوطنية مساهمة فاعلة في مجتمعاتها، اضف لذلك شيوع المعايير الدولية للمسؤولية الاجتماعية والتي خلقت وعيا والتزاما بالعمل الاجتماعي. وفي ظل المحددات السابقة تتشكل دوافع مساهمات القطاع الخاص الاجتماعية، فنراها وان كانت تتشابه في الدول النامية، الا ان كل دولة تحتفظ بخصوصيتها وتميزها. وتشير الدراسات أن محددات العمل الاجتماعي تشكل دوافع العمل الاجتماعي وشكله وحجمه ونوع الشراكات التي يدخل فيها (AlRifai, 2013).

وأما دوافع مساهمات القطاع الخاص الاجتماعية فقد قسمتها الدراسات السابقة الى أقسام من الممكن أن نجمعها تحت قسمين رئيسيين (AlRifai, 2013) كما في الشكل (3) . الاول الدوافع الغيرية: وهي ان يكون العطاء الاجتماعي مدفوعا بصواب العمل الاجتماعي ونفعه للمجتمع. من ذلك ان يكون العمل مدفوعا بفلسفة المتبرع، كفلسفة دينية تبتغي طلب الثواب والاجر، او فلسفة اجتماعية كالايمان بواجبه تجاه مجتمعه ووطنه، او ايمانه بان اسرته تميزت بالعطاء للصحة مثلا ويريد الاستمرار في نفس النمط. وقد يكون العطاء مدفوعا بفلسفة المجتمع نفسه والذي ترسخت فيه دوافع معينة للمساهمة الاجتماعية، وتأصلت خلال تاريخه قضايا اجتماعية يراها المجتمع اولى بالاهتمام كالصحة مثلا، أو وترسخ لديه صور معينة للعطاء كبناء المستشفيات او انشاء وحدات صحية او غيره، وهذا يتفاوت من مجتمع لآخر حسب دين المجتمع وتاريخه وثقافته.



الشكل 3 انواع دوافع العمل الاجتماعي

الثاني الدوافع النفعية: وهي ان يكون العطاء الاجتماعي مدفوعا بنفع العمل الاجتماعي للمتبرع وشركته. فقد يرى المتبرع **ان** العمل الاجتماعي سيحقق له مكاسب وله مردود مادي مباشر على أرباح الشركة المتبرعة او عليه شخصيا، من ذلك تحسين صورته أو صورة الشركة، اوزيادة قدرته أو قدرة الشركة التنافسية او قوتهما ومكانتهما السياسية، او لفت الانتباه لهما، او زيادة ولاء المستفيدين، او غيره من مكاسب للشركة او الفرد المتبرع. او قد يكون السبب دفعا لضغوط حكومية او التزاما بقانون معين او دفعا لضغوط جماعات اهلية ناشطة.

3. العوامل التي شكلت مفهوم الشراكة المجتمعية عند التجار الكويتيين في فترة ما قبل النفط

لقد لعبت مجموعة من المحددات الدور الاكبر في تشكيل مفهوم المسؤولية الاجتماعية عند الكويتيين عموما والتجار خصوصا. العامل التاريخي السياسي: ففي بدايات تأسيس الدولة اتفق الكويتيون عندما بايعوا الحاكم الاول للكويت "صباح الاول" على ان تكون الامور "شورى" بينهم، والشورى هي نظام اسلامي يعني ان يأخذ الحاكم رأي الناس في مختلف الامور، وفي المقابل اخذ الحاكم عليهم شرط السمع والطاعة، وكان الحاكم يعتمد على الشريعة الاسلامية والعرف كمصادر للتشريع (الجاسم، 1992). وبالرغم من ان هذا الاتفاق تم بين مجموعة قبائل الا انه لم يرتكز الى هيمنة قبيلة على اخرى، لذا فقد كان

اتفاقا مدنيا ولم يكن قبليا او عصبيا (الهاجري، 2009). ولم تكن سلطة الحاكم مطلقة كعادة شيوخ العرب في تلك الفترة وذلك أن قبائل الكويت كانوا من التجار المستقرين وليسوا من البدو الرحل، فكان الحاكم دائم الاستشارة لهم (ابو حاكمة، 1984). ان هذا الاتفاق السياسي المبكر ترك اثره الكبير على الكويتيين الذين اصبحوا يشعرون بأنهم شركاء في ادارة الوطن، وهي شراكة تلقي على كل منهم بالمسئوليه ليس فقط السياسية بل والاجتماعية كذلك. ث

أما العامل الجغرافي فان موقع الكويت الاستراتيجي في رأس الخليج العربي وكذلك كونها دوله صغيرة بين قبائل ودويلات كبيرة مجاورة تهدد استقرارها (عبد المالك، 2006) اكد للحاكم ضرورة ان تكون علاقته دائما طيبة مع شعبه رغبة منه في تحقيق التماسك الداخلي، وذلك لان أي فقدان لذلك التماسك كان مرصودا من جيرانها وقد يهدد وجودها، مما جعله يحرص دائما على مشاركة التجار والوجهاء ويعطيهم شعورا بالاهمية والمسؤوليه (الرشيد، 1978) . وهناك سبب اجتماعي حيث لعبت ثقافة القبيلة دورها في ترسيخ قيم المثابرة والتحمل والجماعة والولاء والتعاون، فقد لعبت ثقافة البحر التي رسخت التعاون والترابط والرضا بالقدر(منصور، 1995) . ولقد لعب السفر دورا هاما في اضطلاع التجار على تجارب الدول الاخرى كالهند مثلا والاصلاحات الاجتماعية والحراك الاجتماعي هناك (الصباح، 2000).

وتأتي العوامل الاقتصادية حيث ان عمل الكويتيين بالتجارة وكذلك بالغوص على اللؤلؤ -وهي جميعها مهن شاقة وخطرة وجماعية- انشأت عند التجار وعيا بأن كل منا معرض للخطر في حياته وتجارته، مما خلق لديهم روحا اجتماعية قوية (منصور، 1995). كما ان قلة الموارد في الكويت واعتمادها على التجارة وصيد اللؤلؤ جعل شريحة التجار اغنى من الحاكم آنذاك، مما اعطى للتجار دورا رئيسيا في ادارة البلاد (الهاجري، 2009) . بل لقد قام التجار بتخصيص جزء من اموالهم (4% ضريبة على تجارتهم) للحاكم ليصرف منها، وقد حصل ان طلب الحاكم في فترة من الفترات زيادة مخصصاته فرفض التجار وابدوا استعدادهم للمساعدة ان دعت الحاجة ولكن ليس بزيادة ثابته لمخصصات الحاكم. لقد كانت سلطة بعض التجار اكبر احيانا من سلطة الحاكم (الرشيد، 1978: 90)، مما جعلهم المفاعل الاقوى في المجتمع واعتمدت عليهم الكثير من الانجازات المجتمعية. واوردت الجاسم (1980: 109) ما يلي:

" حددت الاوضاع الاقتصادية في الكويت العلاقات الاجتماعية فكان هناك وعي بين افراده حول طبيعة العلاقات التي تربطهم والتي حددها واقعهم المادي، وشكلت فئة التجار القوة الاقتصادية، فهي التي تمتلك القدرة على فرض افكارها، وقد افادت هذه الفئة في تلك الفترة المجتمع الكويتي حيث ان عددا كبيرا من افرادها امتازوا بالوطنية والانتماء والولاء للكويت، وكانت تلك الفئة قوة اجتماعية واقتصادية لديها الرغبة القوية في ان يسود التماسك والتعاون هذا المجتمع، وطالبت بالاصلاح السياسي والاجتماعي، وباختصار فقد رفضت هذه الفئة ان تتجاهل مسؤلياتها تجاه المجتمع الكويتي في تلك الحقبة من الزمن"

وأما العامل الديني فلقد لعب الاسلام من خلال قيمه الداعية للتكافل المالي والاجتماعي والحاثة على العطاء دورا رئيسيا في تحريك التجار نحو العمل الاجتماعي. وكان التجار يلعبون دورهم الاجتماعي من خلال إخراج الزكاة والتبرع بالأوقاف والأثلاث والوصايا الخيرية (العبد المغني، 2007) وكان من النادر ان يخلوا العمل الخيري من البدأ بالتوجه لله للقبول وطلب الاجر. كما كان التجار يكنون لرجال الدين كل التقدير والثقة، وكانت المشروعات الاجتماعية في الكويت سواءا التعليمية أو الصحية او التربوية تنشأ بتعاون بين رجال الدين الذين هم غالبا ما يكونوا أصحاب الفكرة والمحرضين عليها وبين التجار الذين هم الممولين والمتابعين (AlRifai, 2013). لقد بنى الاسلام قيما مترسخة مفادها ان العطاء حق للمجتمع على كل مستطيع، وان العطاء يعود على المعطي بخيري الدنيا والاخرة، وانه كلما زاد نفع العمل زاد أجره، وهذا ما ترك أثره الواضح على العمل الاجتماعي كما سنراه لاحقا.

4. مساهمات التجار الاجتماعية في مرحلة ما قبل النفط

كان انشاء أي مؤسسة اجتماعية سواء كانت تعليمية او صحية او تنظيمية او ادبية في فترة ما قبل النفط يتم تمويله في جزء كبير منه ان لم يكن كله من قبل التجار. ومن ذلك المدرسة المباركية 1911، المدرسة الاحمدية 1921 والمكتبة الاهلية 1923 وانشاء النادي الادبي 1924 وانشاء مدرسة السعادة الخيرية 1924 وتأسيس البلدية 1930 حيث فرض التجار على انفسهم نص بالمئة من رسوم الجمارك تخصص للبلدية طواعية منهم واقتناعا بالفكرة، فكانت تلك الرسوم موردا رئيسيا للبلدية بالاضافة الى ضرائب اخرى. ثم مجلس المعارف 1936 حيث قرر التجار زيادة الرسوم المفروضة عليهم بقدار نص بالمئة تخصص للتعليم، فأصبحت مجموع الرسوم عليهم 5%. ويقول الهاجري (2009 :73) موضحا ذلك:

" كان التجار اساس الاقتصاد ولب المجتمع الكويتي، وشكلت تجارتهم اساس الدخل للامارة، فكانوا يقدمون للدولة التمويل اللازم، وهم اول من انشأ المدارس والصحف، وكانوا ايضا هم

اول من انشأ المكتبات، وشاركوا في دعم الانشطة الثقافية، كما حاولوا وضع الكويت في مصاف الدول المؤسساتية والارتقاء بها لتكوين شبكة من العلاقات الدولية عبر نقل المعارف واستيرادها من الخارج بما مثله اختلاطهم ببقية الشعوب والدول المختلفة الاخرى، فكل تلك العوامل وغيرها ادت الى ان تكون تلك الفئة او الطبقة نواة التحديث والنهضة بالكويت"

وفي مجال الخدمات الصحية فقد كان للرعاية الصحية النصيب الوافر من عطاء وتطوع أبناء الكويت في ذلك الزمان من خلال جهود تطوعية فردية قبل العمل المؤسسي وإنشاء المستشفيات (الشطي أ، 2013 ؛ الشطي ب، 2013؛ الرومي والمسباح والشطي، 2010). كان من ابرز الجهود التطوع بالرقية الشرعية على المرضى، والتطوع بالعلاج بالطب الشعبي، و التطوع بأضلع الأسنان والكي والخبير والحجامة. كما كان هناك التطوع بالتبرع بالمال لعلاج المرضى وشراء الأدوية وإرسالهم للعلاج في الخارج إلى إيران والعراق والهند على نفقة المحسنين ، و التطوع بالتطعيم ضد الجدري وهو ما قام به الشيخ مساعد العازمي ، بعدما تعلم هذا العلم في مصر أثناء دراسته فيها عام 1881م فبعد رجوعه للكويت قام هو وزوجته بالتطوع لتطعيم أبناء الكويت ضد مرض الجدري ، وتطوع النساء بتوليد النساء الحوامل وتطبيبهم وعلاج أبنائهم، حيث كان لنساء الكويت أيضا دور بارز في التبرع والتطوع لخدمة المجتمع الكويتي من خلال العديد من المساهمات والتبرعات والأعمال التطوعية (الشطي، 2007).

واستمر تطوع الكويتيين رجالاً ونساءً في تقديم الخدمات الصحية حتى قيام أول مستوصف يقدم خدماته للمرضى وهو المستوصف البريطاني الذي تم افتتاحه في عام 1910 عندما أسسته القنصلية البريطانية (الجارالله، 1996) وقد كان مقر المستوصف في دار الاعتماد البريطاني، ثم انتقل المقرليكون في بيت الشيخ عبدالله الصباح حيث استمر العمل في المستوصف يقدم خدماته للقنصلية البريطانية وللمجتمع الكويتي، فيما اقام طبيب المستوصف في بيت يملكه التاجر عثمان الراشد الحميدي (الجارالله، 1996). وفي عام 1910 زار الكويت د.بنيت من الإرسالية الأمريكية التبشيرية وساهم في علاج المرضى في الكويت، وكان في فترة وجوده يقدم خدماته الطبية في بيت احد الأهالي في وسط المدينة الكويت (قيل إن البيت هو ديوان آل بودي ...ويعتبر هذا البيت هو أول مستوصف للارسالية الأمريكية) (الجارالله، 1996). وفي عام 1912 تحول المستوصف الى المستشفى الأمريكاني، وتبرع الشيخ مبارك الصباح للمستشفى، وتبرع الشيخ سالم المبارك لتوسعتها، كما تبرع التاجر حمد الصقر بجزء من أرضه لتوسعتها ايضا عام 1913. وحينما أحس أبناء الكويت أن هذا المستشفى التابع للإرسالية الأمريكية يقوم بمحاولة الدعوة لتنصير عقيدة أبناء الكويت الإسلامية تداعى شباب كويتيون لصد العمل التبشيري وقاموا بانشاء

"الجمعية الخيرية العربية" اول جمعية نفع عام على مستوى الخليج العربي (قنديل، 2000: 136) وكان من أهداف الجمعية انشاء مستشفى وطني خيري يقدم خدماته العلاجية لأبناء الكويت وافتتح عام 1913، وقام المتطوعون يدعمهم التاجر فرحان الخالد ب"جلب طبيب وصيدلي مسلمين حاذقين لمداواة الفقراء والمساكين وإعطائهم العلاجات المقتضاة مجاناً، "وكان المبنى مؤلفاً من دورين، العلوي للمستوصف والصيدلية، والسفلي خصص للوعظ والإرشاد والمكتبة، وأحضرت الجمعية طبيباً تركياً مسلماً، وصيدلياً تركياً أيضاً (الجارالله، 1996، 155) . ويعتبر هذا المستشفى ثالث مستشفى يقام على ارض الكويت ، ذلك ان تلك المستشفيات الثلاثة لم تكن تفي بكل حاجات المجتمع الكويتي آنذاك. وقد تبرع الكثير من أهل الكويت للمستوصف الخيري وتم شراء الأدوية والأجهزة اللازمة، الا ان المستوصف لم يستمر سوى سنتين بسبب إغلاق الجمعية الخيرية لعدة أسباب منها وفاة مؤسسها فرحان الخالد.

كما أسس عبدالاله القناعي أول صيدلية في الكويت في نهاية عام 1919 وسافر إلى الهند لشراء الأدوية والأجهزة اللازمة وقام بعلاج أبناء الكويت وتوعيتهم فيكما يتعلق بنشر ثقافة التطعيم والوقاية لمرض الجدري والأمراض الأخرى وكان يقدم خدمات التطعيم بأجور رمزية وبعدها ظهرت صيدليات أخرى كالصيدلية الإسلامية الوطنية عام 1927 وغيرها من الصيدليات التي قدمت خدمات طبية جليلة لأبناء الكويت(الجارالله، 2005). وفي عام 1920 حدثت معركة الجهراء وعولج 120 جريح في المستشفى الأمريكاني -لان المستشفى البريطاني توقف- (الجارالله،1996) الأمر الذي دعا رجالات الكويت للاجتماع في ديوان حمد عبدالله الصقر لبناء مستشفى أهلي لكنه لم يسفر عن شيء للظروف السياسية للحرب العالمية الأولى وتردي الأوضاع الاقتصادية في الكويت بسبب الحصار الاقتصادي وكساد اللؤلؤ، واستمر أبناء الكويت في تطوعهم وجهودهم الفردية لتقديم الخدمات الصحية بالطب العربي التقليدي.

واستمر أبناء الكويت في تقديم الخدمات الصحية للمجتمع الكويتي حتى قيام الدولة بإنشاء دائرة البلدية عام 1930 لتشرف على الأمور الصحية، ثم أنشأت الحكومة الكويتية دائرة الصحة عام 1936م وهي بمثابة وزارة الصحة لتقديم خدماتها الصحية وكان مقرها في منزل الحاج إسماعيل معرفي. وتم افتتاح أول مستوصف حكومي يقدم خدماته المجانية للمرضى في عام 1939 وتم استئجار منزل الحاج إسماعيل معرفي ليكون مقرا له (الجارالله، 1996) ، كما تم إنشاء أول مستشفى حكومي عام 1949 وهو المستشفى الأميري ، وقد تبرع السيد حمد عبدالله الصقر بأرض المستشفى (الشهاب، 1992)، وفي الخمسينيات

قامت الدولة بإنشاء العديد من المراكز الصحية والمستشفيات ، واستمرت الدولة في تقديم خدماتها الصحية المتميزة داخل الكويت من خلال إنشاء العديد من المراكز الصحية والمستشفيات العامة والتخصصية.

5. منهج الدراسة

قامت هذه الدراسة برصد المباني الصحية التي تم انشاؤها بتعاون بين القطاع الحكومي من جهة والقطاع الخاص من جهة اخرى. ويأخذ التبرع للمباني عدة أشكال، فهو أما التكفل ببناء مستشفى عام، أو بناء مركز متخصص بمعنى مستشفى متخصص، أو بناء مركز صحي في أحدى المناطق السكنية والذي يسمى شعبيا بالمستوصف. أوربما يكون التبرع بترميم وتجهيز جناح من مستشفى حكومي قائم،علما بأن الترميم أقل تكلفة من الانشاء. ويحصل كذلك أن يقوم المتبرع بترميم المركز الذي سبق ان بناه بعد فترة من الزمن واضافة أجنحة وتجهيزات حديثة وغيره اذا طلبت منه الوزارة ذلك. ومن الضروري الاشارة ان التبرعات تأخذ صورا أخرى ايضا كالتبرع بالمعدات والتجهيزات الصحية، وهذا ما قام به أغلب المتبرعين من تجهيز المستشفيات بعد بنائها بالمعدات والاجهزة الحديثة. وهناك صورا أخرى للتبرع كاستضافة فرق طبية زائرة أو حملات صحية توعوية، لكن هذه الدراسة أكتفت بالمباني لما فيها من تحقيق لهدف الدراسة وهو دوافع التبرعات.

وقد قامت الدراسة بتقسيم المساهمات الصحية لبناء المراكز والمستشفيات عبر الشراكة مع الحكومة الى ثلاث اقسام: الاول هو التبرع العائلي، وهذا النوع هو تبرع المحسنين الأفراد. القسم الثاني هو تبرع المؤسسات وهي اما ان تكون شركات مساهمة كالبنوك او شركة اتصالات او شركات مساهمة أخرى، أو تبرعات من جهات غير ربحية كمؤسسة الكويت للتقدم العلمي التي تحصل على تمويلها من أرباح الشركات، ومن الهيئة الخيرية الاسلامية العالمية ومقرها الكويت وقد انشأت بمرسوم أميري، وجمعيتي نفع عام هما جمعية مكافحة التدخين وجمعية اعانة المرضى وهما متخصصتان بالعمل الصحي.

أما فيما يتعلق بمصادر الدراسة لرصد دوافع المتبرعين فهي كما يلي: أما المتبرعين العوائل فمصادرنا كانت كلمات المتبرعين الموثقة او مقابلاتهم. أما المقابلات فكانت في الغالب مع العوائل التي تبرعت في البدايات اي في الثمانينات حتى الألفين لانها شقت الطريق لمن بعدها، ولعدم توفر كلمات المتبرعين في حفلات افتتاح تلك المستشفيات عبر الانترنت لقدمها. أما كلمات المتبرعين فهي غالبا ما تكون في حفل

افتتاح المراكز الصحية والتي يوضح فيها المتبرع اسباب التبرع للحكومة والدوافع، علما بأن هذه الحفلات والكلمات تكون منشورة في الصحف اليومية.

أما تبرعات الشركات فقد تم الرجوع لتقاريرها الادارية ومواقعها الالكترونية لمعرفة دوافع التبرع، ومع هذا حرصت الدراسة على اجراء مجموعة من اللقاءات لمزيد من الوضوح والفهم.. وفي الجدول 1 توضح الدراسة ما تم اجراؤه من مقابلات وتوثيقه من مصادر مكتوبة.

نوع الجهة المتبرعة	عدد المقابلات	عدد الوثائق
التبرعات العائلية	10	15
الشركات	4	3

الجدول 1 مصادر جمع معلومات الدراسة

وقد واجه الباحثان صعوبة في رصد جميع المساهمات الصحية للقطاع الخاص لان كشوف التبرعات لم تكن مجموعة في مكان واحد منذ 2001 حين صدر كتيب من وزارة الصحة بذلك. واضطرت الدراسة لجمع التبرعات ما بعد 2001 عبر التواصل مع قيادي وزارة الصحة، وتعاون ادارة العلاقات العامة في الوزارة. وبالرغم من أن الجداول مازالت غير مكتملة الا انها تشمل أغلب التبرعات (جدول2 و 3).

سنة التبرع	نوع المشروع	قيمة التبرع بالدينار الكويتي	ملاحظات
1981	مركز عبد العزيز عبد المحسن الراشد لأمراض الحساسية	700.000	
1982	مركز حسين مكي الجمعة للجراحة التخصصية	7.500.000	
1987	مركز يوسف المرزوق وزوجته لولوة النصار للطب الإسلامي	7.700.000	
1987	مركز حامد العيسى لزراعة الأعضاء والكلى	2.700.000	
1989	مركز ثنيان الغانم لأمراض الجهاز الهضمي	1.700.000	
1993	مركز البابطين للحروق وجراحة التجميل	1.700.000	
1994	مركز الفهد للعلاج الطبيعي	300.000	
1996	مركز مراد يوسف بهبهاني وإخوانه للتصوير التشخيصي	2.500.000	
1996	مركز أسعد الحمد لعلاج الأمراض الجلدية	1.500.000	
1998	مركز الشيخ سالم العلي الصباح للسمع والنطق	1.000.000	
1999	مركزمحمد عبدالرحمن البحر للعيون	3.000.000	
2000	مركز حمد الصقر التخصصي	1.850.000	فبراير
2000	تجديد وتوسعة الجناحين السابع والثامن بمستشفى ابن سينا	300.000	أسرة/ فيصل وطيبة سعود الزبن
2001	مركز عبد الرحمن عبد المغني الصحي- منطقة الفيحاء	1.250.00	ابريل
	مركز شيخان أحمد الفارسي لعلاج الروماتيزم	1.000.000	
2003	تجديد وتوسعة الجناحين التاسع والعاشر بالمستشفى الأميري	300.000	أسرة/ يحيى زكريا الأنصاري
	تجديد وتوسعة الجناحين السابع والثامن بالمستشفى الأميري	300.000	
	مركز خالد عبد المحسن النفيسي لغسيل الكلى		
	مركز الاحقاقي الصحي- الدعية	1.800.000	تبرع من الطائفة الحساوية في الكويت القبس 11 يونيو 2012
معلومات ناقصة	تجديد وتوسعة الجناحين الأول والثاني (جراحة رجال) بالمستشفى الأميري	300.000	أسرة/ حصة بدر الساير – باسم ابنها المرحوم عبد المغني العبد المغني
	مركز خالد صالح الغنيم الصحي بمنطقة القادسية		
	تجديد وتوسعة الجناحين التاسع والعاشر (باطنية نساء) بالمستشفى الأميري	300.000	وضحة عبد المغني العبد المغني
	تجديد وتوسعة الجناحين الخامس عشر والسادس عشر بمستشفى مبارك الكبير	300.000	عبدالرزاق أحمد الفهد
	تجديد وتوسعة الجناح الخامس في مستشفى الأميري	150.000	مساعد الساير
	تجديد وتوسعة الجناحين العاشر والحادي عشر بمستشفى مبارك	300.000	أحمد زيد السرحان الخالد
	تجديد وتوسعة جناحين في مستشفى مبارك	300.000	جواد بوخمسين
	تجديد وتوسعة الجناح الخامس بالصباح		تبرع عائلة ابراهيم المعجل
	تجديد وتوسعة الجناح الخامس بالاميري		تبرع عائلة مساعد الشحنان
2008	مركز حمد الحميضي وشيخة السديراوي الصحي- بمنطقة الشويخ		
	مركز فيصل سلطان بن عيسى للتشخيص والعلاج الاشعاعي	15.000.000	فبراير
	مركز جاسم الوزان الصحي بالمنصورية	1.000.000	مارس
2008	مركز شيخة حسن الابراهيم الصحي- منطقة النزهة	2.000.000	نوفمبر تبرع من أسرة محمد عبدالرحمن البحر
2009	مركز الشيخة بدرية جابر الاحمد الصباح للعلاج الكيماوى - بمنطقة الصباح الطبية التخصصية		فبراير
	مركز الشيخة فتوح السلمان الصباح الصحى – بمنطقة الشامية		مارس
	مركز عبد الله وشريفة المحرى الصحى التخصصى - بمنطقة الخالدية	1.000.000	مايو
	مركز محمد الخزام لغسيل الكلى بمستشفى العدان		نوفمبر

2010	مركز صباح الاحمد للقلب - بالمستشفى الاميرى		فبراير
	مركز سلمان عبد الله الدبوس للقلب - بمستشفى العدان		فبراير
	مركز محمود حاجي حيدر – بمنطقة الجابرية - قطعة 6		مارس
	مركز منيرة العيار الصحى - بمنطقة كيفان		مارس
	مركز عبد الله يوسف العبد الهادى - بمنطقة اليرموك		مارس
	مركز مناحى صنهات العصيمى - بمنطقة خيطان		ابريل
	مركز محمد الخزام لغسيل الكلى بمستشفى الفروانية		ابريل
	مركز غنيمة احمد الغانم للاطفال الخدج والامراض الوراثية – مستشفى الولادة	4.000.000	ابريل
	مركز بدر النفيسى الصحى التخصصى – ضاحية عبد الله السالم		اكتوبر
2012	مركز بتول العيبان لهشاشة العظام والسجلات الطبية بمستشفى الولادة	300.000	مايو
	مركز ابراهيم حاجي حسين معرفى الصحى بمنطقة بنيد القار قطعة 2		سبتمبر
	مركز على محمد ثنيان الغانم الصحى المؤقت بمنطقة الصليبخات – قطعة 5 –		اكتوبر
	مركز المرحوم / عبد العزيز عبد المحسن الراشد الصحى بمنطقة بنيدر	1.000.000	نوفمبر
	مركز صحى بمنطقة اشبيليه – تبرع ورثة المرحوم / متعب عبيد الشلاحى		نوفمبر
	مركز هيا عبد الرحمن الحبيب التخصصى للجهاز الهضمى بمستشفى مبارك	2.388.000	ديسمبر
2013	مركز صباح الاحمد لجراحة الكلى والمسالك البولية – بمنطقة الصباح الطبية	14.802.000	فبراير
	مركز المرحوم الشيخ / جابر الاحمد الجابر الصباح التخصصى لغسيل الكلى - بمستشفى الجهراء		ابريل
	مركز المرحوم / عبد الرحمن يوسف الزبن التخصصى للعلاج الطبيعى – بمستشفى الطب الطبيعى	750.000	ديسمبر
2014	مركز عبد الكريم ناصر السعيد التخصصى للامراض الجلدية – ضاحية عبد الله السالم قطعة 4	1.000.000	مايو
	مركز يعقوب بهبهاني لزراعة النخاع والمختبرات التخصصية بمنطقة الصباح الطبية التخصصية	4.000.000	يونيو
	مركز هيا المعجل التخصصى لغسيل الكلى – بمنطقة الشويخ – قطعة 6	1.750.000	
	مركز شيخان الفارسى وزوجته شريفة العوضى- منطقة السرة	1.050.000	
2015	مركز المرحوم الشيخ / مبارك العبد الله الجابر الصباح التخصصى لغسيل الكلى – بمستشفى مبارك الكبير	4.250.000	مارس
	مركز على محمد ثنيان الغانم الصحى – بمنطقة الصليبخات – قطعة رقم 5	2.500.000	
	مبنى هشام عبد الله حمد الصقر للقلب – بمنطقة الصباح الطبية التخصصية	4.000.000	نوفمبر

جدول 2 التبرعات العائلية

تم تجميع الجدول من وزارة الصحة الكويتية ومن الصحف ومازال غير مكتمل

سنة التبرع	نوع المشروع	قيمة التبرع بالدينار الكويتي	ملاحظات
2000	مستشفى بنك الكويت الوطني للاطفال	4.000.000	
2001	مستشفى زين لعلاج الانف والاذن والجنجرة	4.000.000	شركة الاتصالات
2002	مركز بيت التمويل لعلاج الادمان	4.000.000	
2003	تجديد وتوسعة الجناح الرابع بمستشفى الاميري	150.000	الشركة الاهلية الاستثمارية
2008	مركز التعاونيات للقلب	12.500.000	
2011	مبنى التعقيم المركزى		مؤسسة الكويت للتقدم العلمي
2011	مستشفى الرعاية الصحية		الهيئة الخيرية الاسلامية العالمية
2012	مركز المعلومات والتقدم التكنولوجى بمنطقة الصباح الطبية التخصصية	1.620.000	مؤسسة الكويت للتقدم العلمي مارس
2012	مركز التأهيل الرئوى بمنطقة الصباح الطبية التخصصية		مؤسسة الكويت للتقدم العلمي ابريل
2013	مبنى العناية المركزة بمستشفى العدان – الدور الارضى		مؤسسة الكويت للتقدم العلمي مارس
2014	مركز الروضة الصحى الجديد – بمنطقة الروضة – قطعة رقم 4 – تبرع السادة / جمعية الروضة التعاونية	1.500.000	

جدول 3 تبرعات الشركات والمؤسسات الغير ربحية

تم تجميع الجدول من وزارة الصحة الكويتية ومن الصحف وهو شبه مكتمل

5. تحليل البيانات

5. 1 دوافع المحسنين للتبرعات الصحية

بدأت الدراسة بالاستفهام من المتبرعين عن سبب اختيارهم للدخول في شراكة مع الحكومة وبناء المراكز الصحية الحكومية مع أن الحكومة غنية وقادرة على ذلك، ومع ان بامكانهم ان يتبرعوا بصور اخرى وعبر جهات اخرى، وقد كان جواب المتبرعين أن عدة اسباب ساعدت في أن تصوغ هذا التوجه. أولا وجود تراجع في الخدمات الحكومية وبالتالي عجز عن سرعة تلبية الامراض المستجدة وبناء مراكز متخصصة وتقديم الخدمات على الوجه الأكمل، وثانيا ما تعود عليه الكويتيون -والتجار بالذات لوفرة المال

لديهم - خلال تاريخهم من تحمل أعباء الوطن عند حاجته والشعور بالمسؤولية المشتركة تجاهه، وثالثا أن الخدمات الصحية جذابة بطبيعتها لمن أراد عمل الخير فهي تمس شريحة واسعة وأجرها كبير.

ووجدت الدراسة ان بداية التبرعات كانت حين شهدت فترة الثمانينات وما بعدها "عجزا حكوميا عن تلبية الحاجة المتزايدة للخدمات الصحة" ليس بسبب نقص المال لدى الحكومة وانما بسبب "البيروقراطية وطول الدورة المستندية" (مقابلات). فقد أشار بعض المتبرعين أنه اختار التبرع لمرض معين لحداثة المرض آنذاك، وان اجراءات الحكومة الطويلة جعلت افتتاح مركز من هذا النوع غير ممكن في الآمد القريب، مما جعل المتبرع يسابق الزمن ويتبرع للبناء والتجهيز، كمركز الحساسية والسرطان وزراعة الاعضاء. فالمتبرع يقول في تبرعه لمبنى علاج السرطان 1982 في ذلك الوقت المبكر أن "السرطان اسم مخيف يتصدر قائمة الامراض التي تهدد سعادة الانسان" ثم يكمل ان انشاء هذا المستشفى كان بهدف "التخفيف عن كل من داهمهم هذا المرض الخبيث" " وانه اراد ان تكون للكويت الريادة على دول الخليج جميعها في افتتاح مركز لمثل هذا المرض" (وثائق ومقابلة). أما أسرة المتبرع لمركز زراعة الاعضاء فقد أشارت أن المتبرع باسمه عانى قبل وفاته من مرض بكليته وكان من أوائل الكويتين الذين تمت لهم عملية زراعة كليه، فأراد اهله أن يكون هناك مبنى متخصص لهذا النوع من الخدمات الصحية (الخرافي، 2004). هذا التراجع الحكومي في تزويد المواطنين بالمراكز المتخصصة والخدمات الصحية جعل المتبرعين يستأنفوا ما تعودوا عليه من مساهمة في بناء وطنهم وتنميته كما ترسخ عبر تاريخ الكويت. فالمتبرعون يرون أن الكويت "مسؤوليتنا جميعا" والتبرع للكويت "من صفات اهل الكويت الذين جبلوا على العطاء" والذين هم "مجبولون على عمل الخير فكيف والكويت هي من تحتاج لتبرعاتنا" (من مقابلات المتبرعين وكلماتهم).

وفي محاولة لربط الماضي بالحاضر، لابد من الاشارة ان بعض الاسر أشارت أن لديها تاريخ في التبرع للصحة بالذات وان هذا التبرع امتداد للماضي ويشجع عليه. من تلك العوائل عائلة الصقر التي ساهمت في خدمة الرعاية الصحية في الكويت كما اشرنا سابقا، حيث تبرع التاجر حمد الصقر بجزء من أرضه لتوسعة المستشفى الامريكاني عام 1913، ثم اجتمع تجار الكويت في مطلع العشرينات في ديوان حمد عبدالله الصقر للتشاور حول إنشاء مستشفى أهلي، كما تبرع الصقر بأرض يملكها لبناء أول مستشفى حكومي (المستشفى الأميري) عليها ، وحينما سمحت الدولة لمشاركة التجار والشركات لبناء مستشفيات ومراكز صحية ساهمت عائلة الصقر بالتبرع لإنشاء مركز حمد الصقر التخصصي 2000 تلاه مركز

هشام الصقر الصحي 2015. كما ساهمت أيضا عائلة معرفي قديما في تقديم خدمات صحية من خلال تخصيص منزل الحاج إسماعيل معرفي ليكون مقرا لدائرة الصحة عام 1936 ثم استئجار منزله ليكون مقرا لأول مستوصف حكومي عام 1939 وحديثا ساهمت العائلة ببناء مركز إبراهيم حاجي حسين معرفي الصحي في منطقة بنيد القار عام 2012 .كما ساهمت أسرة آل الصباح بتقديم الخدمات الصحية منها تبرع الشيخ مبارك الصباح والشيخ سالم مبارك الصبح بأرض للمستشفى الأمريكاني واستمر عطاء الأسرة للمساهمة في بناء مراكز صحية متخصصة كمركز السمع والنطق لسمو الشيخ سالم العلي الصباح ومركز الشيخة بدرية الأحمد الجابر الصباح وغيرهم .

ويتضح كذلك ان التبرع للخدمات الصحية جاء مرتبطا بطبيعتها التي تمس شريحة كبيرة من الناس ونفعها طويل الأمد، مما يجعلها ذات تأثير وثواب أكبر. يقول أسرة أحد المتبرعين في مقابلة "انه كان يرغب ببناء مركز صحي لما في ذلك من أجر مستدام وعمل ينال نفعه أناس كثيرون"، ويقول آخر "الرغبة في تقديم الرعاية الصحية لقطاع عريض من المواطنين" (مقابلات)

وأما دوافع التبرع فيأتي الدافع الديني الانساني في مقدمة أسباب التبرع للمحسنين. هذا الدافع يبدو واضحا في كلمات بعض المتبرعين صراحة ان هذا التبرع "من نبع الايمان الواثق بالله وبهدي من الله وتوفيقه وتكريما للانسان واستجابة لداعي التكافل الذي يجمع المسلمين في ظل التراحم الانساني" (وثيقة متبرع). وأشار متبرع أن والده كان كل ما يصبو اليه هو "الدعوات الطيبة من الناس وخدمتهم" (مقابلة مع متبرع). يضاف الى ذلك أن التبرع قد يكون لمتوفى كما في حال أسرة الحمد التي أطلقت أسم ابنها أسعد على مركز صحي لانه توفى في حياة والده الذي قرر أن يبنى المركز بالمبلغ الذي كان من نصيب الولد لو كان حيا رغبة في الأجر والثواب له (الخرافي، 2004). ويؤكد الدافع الديني الاسلامي ان الكثير من المتبرعين له باع طويل في الخير، وان التبرع للمستشفيات الحكومية هو حلقة في تلك السلسلة داخل وخارج الكويت، بل وبعضهم خصص ثلثا من ماله أو أنشأ مبرة لذلك ابتغاء للأجر والثواب. فالمحسن يتبرع للحكومة كما يتبرع للعمل الأهلي ويتبرع داخل الكويت كما يتبرع خارج الكويت، ويكون التبرع لجميع أوجه الخير كالصحة والتعليم ورعاية القرآن وكفالة الايتام وغيرها، وهذا يبدو جليا في سير المحسنين المطولة في كتب صدرت بهذا الشأن. وكمثال على ماسبق فان الباحث الخرافي (2004)، والذي استعرض في كتابه سير المحسنين المتبرعين للخدمات الصحية، أشار مثلا أن الراشد -صاحب أول تبرع لبناء مستشفى 1981- قام ببناء مسجدين في الكويت ويتبرع بارسال 50 حاج سنويا ولديه مشروع

ولائم افطار عدا تبعاته الكثيرة الأخرى، أما خارج الكويت فقد قام الراشد ببناء مراكز اجتماعية في مصر والسعودية وألبانيا وباكستان وبنغلادش والبحرين وموزنبيق وكازاخستان وغيرها، وكل ذلك من ثلث ماله الذي خصصه للخير. أما المحسين احمد ويوسف الفهد فان أحمد الفهد بنى في حياته مسجد في الكويت وآخر في مصر وفي باكستان واليمن بالاضافة لدار تحفيظ قرآن في القاهرة، أما أخاه فبنى مسجد في مصر وثلاث مساجد في باكستان ودار تحفيظ قرآن في مصر عدا كفالة الايتام وتعليمهم وولائم الافطار. أما المحسن الخرافي فقد بنى عشر مصليات ومساجد داخل الكويت و ثلاثة عشر مسجدا خارجها في افريقيا واسيا واوربا بالاضافة لبناء سبع مراكز اسلامية حول العالم عدا اعمال كثيرة من الخير والاحسان من الصعب حصرها. وفي كتاب الباحث الخرافي (2004) قصص من التبرع للمحسنين تثلج الصدر وتسعد القلب.

كما أشار المتبرعون تكرارا لحب الوطن والرغبة في رد جميله كدافع للعمل الخيري. ان جمل مثل "رد جميل الوطن" أو "مهما قدمنا من عطاء فمازال بعيدا عما يستحقه وطننا" أو "هذا المركز يعتبر القليل من الكثير الذي قدمته لنا الكويت الحبيبة على مدى سنوات ونحن نرد لها الجميل اقوال لا افعال" (من كلمات المتبرعين). كما أشار أحد المتبرعين "اننا لا ندفع ضرائب في الكويت، لذا فقد كان والدي يشعر أنه يريد أن يرد للوطن شيئا من جميله". ولعل التنافس في خدمة الكويت ومحبتها يفسر تعدد تبرعات بعض المحسنين للصحة واستمرارها، فبعض المتبرعين يتبرع مرة ثم يعود لتسجيل اسمه ليتبرع مرة أخرى لمركز جديد ومراجعة جدول التبرعات تعطي صورة واضحة على ذلك. وكذلك فبعض المتبرعين لا يكتفي بالبناء وتجهيز المبنى بالمعدات كاملة، بل وانه يتكفل بعد فترة بترميم المبنى وتوسعته وامداده بتجهيزات جديدة وأثاث مما أثار اهتمام هذه الدراسة لالتزام المتبرعين بما قدمونه ورغبتهم الناس الصادقة في العطاء المستمر.

ومن دوافع التبرع كذلك دور بعض وزراء الصحة شخصيا أو عبر حملات في التشجيع على هذه التبرعات. فقد ذكر بعض المتبرعين انه التقى بالوزير في ديوانية وشجعه على التبرع لبناء مستشفيات فلاقت دعوة الوزير قبولا لديه. وقد يكون التشجيع من خلال حملات تقوم بها وزارة الصحة كما حصل في فترة الوزير الجارالله حين اصدرت كتيبا بعنوان "ياأهل الخير كويت الخير تناديكم"، وفي هذا الكتيب تم ذكر اسماء من تبرع، ثم الدعوة لمزيد من التبرع مع تحديد للمشاريع التي تحتاجها الوزارة وتكلفة كل مشروع (كتيب كويت الخير، وزارة الصحة، التاريخ غير موجود لكنه غالبا 2001).

والجدير بالملاحظة انه سبق أن تم سؤال وزراء الصحة المتوالون عن سبب تبرع المحسنين لدعم الخدمات الصحية، فكانت الدوافع التي أشارت لها الحكومة لا تختلف عما أشار له المتبرعون. فقد أوضح كتيب وزارة الصحة الداعي للتبرع 2001 ان التبرعات تأتي لان هذه المشاريع الصحية ذات أهمية خيرية دينية، فالاسلام حثنا على فعل الخير ووعد الله بمضاعفة أجر المحسنين، كما أن هذه المشاريع تحقق التكافل بين أفراد المجتمع وقد تعود أهل الكويت على التنافس على العطاء باشكاله. كما أشار الوزير الجارالله ان دوافع التبرع ترجع لطبيعة الكويتين و"مشاعرهم النبيلة والخيرة تجاه المرضى وحرصهم الشديد على الاسهام البناء في النهوض بالخدمات الصحية واللحاق بركب استراتيجيتنا الصحية الطموحة" (كونا 2 مارس 2003). وفي 2009 عندما سئلت وزيرة الدولة لشؤون الاسكان ووزير الصحة بالانابة د. موضي الحمود عن تبرعات القطاع الخاص للصحة بالرغم من ان الدولة غنية ولا ينقصها المال صرحت ان هذه التبرعات لا ترتبط بنقص في امكانيات الدولة او جهودها الاجتماعية، بل ان دافعها حب الكويتيين لوطنهم وتنافسهم في خدمته، وان اهل الكويت جبلوا على التطوع لمثل هذه المؤسسات مما يعكس تعاضد الشعب مع حكومته لرفعة وازدهار المجتمع (الوطن 2009/5/28). وأما وكيل الصحة 2010 فقد أكد ان تلك التبرعات تعود لما جبل عليه الكويتيين من حب للخير واستكمالا لعمل الايادي البيضاء التي يقوم بها اهل الكويت بالتبرع للصحة" (الانباء 22 اكتوبر 2010).

وقد يكون التبرع له دوافع نفعية قد يحققها المتبرعين من تبرعاتهم في قضيتين: الاولى انهم يضعون أسماءهم على المركز الصحي محل التبرع مما يجعل انتفاع المتبرع من الحصول على ثناء الناس والسمعة الطيبة، وان كان البعض يعتقد أن الهدف ليس نفعيا بقدر ما هو الممايزة بين ما قدمه الكويتيون للبلد وما قدمته الحكومة. ثانيا تشير المقابلات أن بعض المتبرعين يشترط منطقة معينة ولا يقبلون أن يتبرعوا لغيرها والسبب الغير معلن هو ان أسرة المتبرع تتركز هناك أو قبيلته أو طائفته أو مصلحة انتخابية يريدها. وقد أشارت بعض كلمات التبرع علانية لتلك الرابطة بين المتبرع والمنطقة كقول أحد المتبرعين "ان المركز معد لخدمة اهالي الكويت عامة، واهالي هذه المنطقة خاصة"، وقول آخر هذا المركز هو "رد الجميل لهذا الوطن المعطاء، ولأهالي هذه المنطقة والمواطنين المستفيدين من الخدمات الصحية المقدمة فيه". ما سبق يفيد أن التبرعات قد يكون فيها نفع للمتبرع الا ان هذا النفع يصعب اثباته بوضوح. وعلى أي حال فالعمل الخيري بطبيعته لا بد ان يترك مردودا طيبا على من اداه، ولعله مطلوب من التجار ان يذكروا اعمالهم لانهم محل متابعة من مجتمعهم، ولانهم قدوة لمن خلفهم.

وخلاصة ما سبق أن قراءة دوافع المحسنين في الكويت للتبرع للخدمات الصحية يجب أن تقرأ منذ مرحلة ماقبل النفط حين ترسخ لدى التجار والمواطنين شعور بالمسؤولية تجاه وطنهم والخدمات المختلفة، وخلق الشخصية الكويتية المهتمة باحتياجات الوطن المحبة للخير والعطاء والتبرع. وعندما عادت الحاجة للخدمات الصحية بالظهور في الثمانينات عاد التجار مرة أخرى للتبرع للحكومة لسد الفراغ الذي نشأ من نقص الخدمات الصحية المتخصصة الحكومية. وتوصلت الدراسة أنه مما جذب المتبرعين للخدمات الصحية ايضا هو طبيعة الخدمات الصحية اللصيقة بالناس والضرورية لهم، فتأثيرها واسع وأهميتها كبيرة. واما دوافع المتبرعين من المحسنين فهي غالبا مزيج من الدوافع الدينية والوطنية والانسانية، وكلها دوافع غيرية تكونت عبر عناصر تاريخية واجتماعية واقتصادية متنوعة.

5. 2 دوافع الشركا ت المساهمة للتبرعات الصحية

لتبرعات الشركات المساهمة قيمة خاصة في الدراسات الادارية. فالشركات المساهمة تتخذ قراراتها عبر اشخاص متعددين مساهمين، بخلاف الشركات العائلية التي يكون القرار فيها بيد افراد الاسرة المتجانسين في ثقافتهم وفكرهم. لذا فان قرار الشركات المساهمة في التبرع للعمل الصحي ودخولها في شراكات حكومية يعكس تراضي بين افراد المساهمين وهم شريحة واسعة اجتماعية بهذا العمل الخيري، ويعكس بالتالي صورة أوضح لتفضيلات المجتمع وثقافته الاجتماعية.

لا تختلف العوامل التي دفعت الشركات للدخول في شراكة مع الحكومة عن تلك التي دفعت المحسنين من التجار. وهذه العوامل هي تراجع في الخدمات الحكومية وبالتالي عجز عن سرعة تلبية الامراض المستجدة وتقديم الخدمات على الوجه الأكمل، وثانيا ما تعود عليه الكويتيون التجار خلال تاريخهم من تحمل أعباء الوطن عند حاجته والشعور بالمسؤولية المشتركة تجاهه، وثالثا أن الخدمات الصحية جذابة بطبيعتها لمن أراد عمل الخير فهي تمس شريحة واسعة وأجرها كبير. ويلخص أحد المتبرعين من الشركات ذلك: "الصحة اولوية وهناك شكوى من الناس، والناس بحاجة لمستشفى متخصص، والبيروقراطية الحكومية تجعل مثل هذا المستشفى يحتاج 15 سنة لتبنيه الحكومة عبر وزارة الاشغال، فتبرعات القطاع الخاص تجعل الامور اكثر سلاسة" (مقابلة مع متبرع من شركة). فالبنك الوطني يقوم بتقديم المساهمات الصحية المتنوعة للدوافع التالية:"تفاعلا مع قضايا المجتمع، وبهدف تعزيز الخدمات الصحية" (البنوك الكويتية..مسيرة نصف قرن، 1992- 2006، صادر عن اتحاد المصارف الكويتية).

كما بيت التمويل قام بتقديم المساهمات الصحية المتنوعة للدوافع التالية: "مساهمة في حل بعض المشاكل الصحية في الكويت"، "وخدمة لجهود التنمية"، "ودعما لانشطة الجهات الرسمية التي تخدم شرائح متعدده من المواطنين والمقيمين في مواجهة المشاكل التي تؤثر على خدمة المجتمع" (البنوك الكويتية..مسيرة نصف قرن، 1992- 2006، صادر عن اتحاد المصارف الكويتية). وقد جاء في الموقع الرسمي لشركة زين الكويت ما يلي "قامت زين ببناء مستشفى تخصصي للأنف والأذن والحنجرة في الكويت كمبادرة من الشركة لسد حاجة ماسة استشعرتها لأهمية وجود مثل هذا المركز التخصصي في الكويت، وحرصت زين على تجهيز المستشفى بأحدث وأفضل التجهيزات الطبية المتطورة لعلاج أمراض الأنف والأذن والحنجرة وهو يخدم عددا كبيرا من المرضى والمراجعين. (المصدر موقع شركة زين للاتصالات المتنقلة، تم الاسترجاع في 9 نوفمبر 2015).

ويؤكد المتبرعون من الشركات على ان الدوافع هي نفع المجتمع بالدرجة الاولى، اذ انه لا ضغوط تمارس عليهم كشركات للتبرع لا من الحكومة ولا من الناس. وتلعب هوية الشركة واعضاء مجلس ادارتها دورا كبيرا في التبرع، ويوضح أحدهم بقوله "أعضاء مجلس الادارة يؤمنون بالعمل الاجتماعي لا يجب أن يكون بهدف الربح، بل بسبب الدين والقيم الاجتماعية التي تربوا عليها، هم يرون انه (لازم) نقوم بأعمال الخير داخل وخارج الكويت. اعضاء مجلس الادارة اعمارهم كبيرة وقيمهم عالية ومن الصعب تعويضهم، وهم يقدمون التبرعات من خلال الشركة او من خلال مؤسساتهم الاخرى الخاصة او باسمائهم الشخصية، ومما ساعدنا على العطاء هو استقرار مجلس الادارة واستقرار الادارة" (مقابلة). اما الشركة ذات الطابع الاسلامي فتجد أن "لدينا مال مخصص للزكاة، وقد انتشر الادمان فدعمنا لجنة غراس لمكافحة الادمان وانشأنا مستشفى متخصص للادمان. نحن نتعبد الله بهذا العمل، فالصحة اعمار للارض، وانعاش القطاع الصحي ينعش البلد ويعمرها. المستشفى لعلاج المدمنين فيه جانب روحاني ديني وفيه تنمية للمجتمع ومحاربة فساد" (مقابلة مع متبرع).

ومن الجدير بالانتباه أن فترة الالفين وما بعدها كانت فترة بداية الالتفات لمفهوم "المسؤولية الاجتماعية للشركات" كمفهوم معاصر يدل على ايجابية الشركة ويخصص له بند في تقريرها المالي والاداري ويزيد من مكانتها، مما جعل "هناك مال لدينا كجهة مخصص للعمل الاجتماعي وكان علينا صرفة في خدمة المجتمع، وقررنا أن يكون على شكل مستشفى" (مقابلة مع متبرع).

ويبدو ان تبرعات الشركات أخذت شكل التبرع لانشاء مستشفى لان هناك عرفا استقر في الكويت ان هذا النوع من التبرع لبناء المستشفيات مطلوب ومقبول، وهو العرف الذي بدأه المحسنون الافراد. ولقد كان أول تبرع من شركة بانشاء مركز صحي عام 2000، اي بعد عشرين عاما من تبرعات التجار كأفراد، مما يدل أن العرف قد ترسخ. ويبدو كذلك ان قيام الشركات الكبرى كالبنوك بالتبرع قبل غيرهم شجع باقي الشركات، اذ يقول المتبرع الممثل لاتحاد الجمعيات التعاونية: "كان لدينا مخصصات للعمل الاجتماعي، ولما شاهدنا ما قدمته الشركات لبناء المستشفيات فكرنا ان نخصص المبلغ لبناء مستشفى، اذ ان اموال التعاونيات أولى بخدمة الناس وصحتهم" (مقابلة).

وتشير الشركات انه تم تعاملها مع الحكومة "لغياب العمل المؤسسي لدى أغلب جمعيات النفع العام مما جعل الحكومة هي الشريك الموجود" (متبرع). ما سبق لا ينفي الشكوى من الشريك الحكومي، وهي شكوى اتفق عليها المحسنون كافراد وكشركات، "مشكلتنا مع الشريك الحكومي ان يصير بينا عدم ارتياح، يتغير الوزير تكرارا، لوزير يتغير فتتغيير الاستراتيجية، ويطالبون بتعديل اثناء البنيان، وتغيير اختصاص للمستشفى، وافكار جديدة وتغييرات، فيتأخر تنفيذ المستشفى بدال سنتين وتزيد تكلفته علينا كشركة لاننا من يقوم بالبنيان" (متبرع).

وخلاصة ما سبق أن قراءة دوافع الشركات في الكويت للتبرع للخدمات الصحية ينطبق عليها الكثير مما ينطبق على دوافع المحسنين من وجود تقصير في الخدمات الصحية يقابله وجود مال خصصته الشركات للعمل الاجتماعي، فاستقطبت الحاجة في المجتمع ذلك المال. أضف لما سبق فان هوية الشركة ونمط عضوية مجلس ادارتها وشيوع مفهوم المسؤولية الاجتماعية كلها اسباب شجعت الشركات على دعم القطاع الصحي. ولا تختلف الدوافع الدينية والانسانية والوطنية في دفع الشركات للعمل الصحي كما يمكن قصر انتفاع الشركات من التبرع في بناء سمعة طيبة عبر وضع اسمها على المبنى.

6. نتائج الدراسة

استعرضت هذه الدراسة دوافع اسهام التجار الكويتيين افرادا وشركات ومشاركتهم في دعم الخدمات الصحية الحكومية في المرحلة المعاصرة من 1981 الى الآن، وتوصلت الدراسة للنتائج التالية:

أولا **ترسخ في ثقافة المجتمع الكويتي قبل النفط قيم راقية مفادها ان خدمات المجتمع مسؤولية جميع أفراده من أفراد وتجار كل حسب قدرته.** هذه القيم الراقيه التي غذاها الدين الاسلامي والوضع الاقتصادي والسياق التاريخي هي التي خلقت لدى المجتمع توقعات بأن يقوم الافراد بسلوكيات ما، في موقف ما، وتجعل المجتمع ينظر لهذه السلوكيات على انها صحيحة ومنتظرة (Galaskiewicz 1991; Marquis et al., 2007). لذا فما ان اعتقد التجار ان الحكومة لم تعد قادرة على ان تقدم الخدمات الصحية التي يتوقعونها منها، بادروا بأنفسهم بالتحرك للمساهمة في تقديم تلك الخدمات في بادرة كريمة بدأها المرحوم الراشد ثم المرحوم مكي جمعة وهكذا. لقد هدأت الشراكة المجتمعية الصحية ثلاثين عاما من الخمسينات الى الثمانينات من القرن الماضي، لكنها كانت كامنة تنتظر الفرصة السانحة، وعادت للظهور في الوقت المناسب.

وكما كان توالي وتكرار التبرع من المحسنين فيما قبل النفط كان قدوة لمن بعدهم، **فقد كان تبرع أوائل المحسنين في الثمانينات لبناء مراكز صحية قدوة لمن بعدهم، حتى اصبح التطوع ببناء مراكز صحية بميزانية معينة وشكل محدد هو أول ما يخطر في ذهن باقي المحسنين والشركات،** بل واصبح هناك تنافس في هذا المجال. وفي هذا يقول وزير الصحة الجارالله "لقد أرسى السيد عبدالعزيز الراشد نواة التبرع ببناء مركز عبدالعزيز الراشد لامراض الحساسية عام 1981 وتلاحقت بعده البرعات لاعمال الخير دون توقف" (كتيب وزارة الصحة). **وتتفق هذه الدراسة بذلك مع دراسات أخرى أشارت أن تاريخ المجتمع ونماذج التبرع الأولى في المجتمع لها دور رئيسي في تشكيل دوافع العمل الخيري وشكله وحجمه وتفاعل المجتمع معه لاحقا،** وهي ظاهرة تعرف ب "community isomorphism" وهو ما يجعل الدول تتمايز في أشكال العطاء الاجتماعي وتفاعل القطاع الخاص المحلي معه (Marquis et al., 2007).

ثانيا بالاضافة لما سبق من شعور التجار بالواجب تجاه الوطن، فان عجز الحكومة عن القيام بالخدمات الصحية على الوجه الأكمل هو الذي وجه المحسنين لهذا الشكل من العطاء الصحي في فترة الثمانينات وما بعدها. ان تعثر الحكومات عن القيام بدورها يخلق فراغ يجد التاجر نفسه متوجها اليه، اذ من الصعب أن تنجح وتربح كتاجر دون ان ترد جميل وطنك ايام تعثره، وهذا ما صرح به الكثير من المتبرعين. وبذلك فان **هذه الدراسة تتفق مع دراسات سابقة أشارت أن من ابرز اسباب التبرع في الدول النامية هو**

تعثر الحكومات وأن شكل التبرع ودوافعه تتشكل ايضا بشكل الفراغ والعجز في تلك الدولة (Visser, 2008) .

ثالثا فيما يتعلق بدوافع التجار المحسنين والشركات **فالواضح ان الدافع الخيري الغيري هو الغالب اذ ان مردود التبرع لا يتناسب مع المال والجهد الذي قده المتبرعون**. وقد أشارت المقابلات مع ذوي المتبرعين ان ما حركهم للتبرع هو رغبتهم في الآجر والثواب، وشعورهم بالمسؤولية تجاه وطنهم، وطبيعة الخدمات الصحية النافعة لشريحة كبيرة من المجتمع. ان ومما يؤكد خيرية الدوافع ليس فقط ما أكده المتبرعون في خطابات التبرع وفي المقابلات، بل مجموعة شواهد أخرى على رأسها تبرعات المحسنين المتكررة الخيرية المتزامنة كبناء المساجد ومراكز حفظ القرآن ودور الأيتام ومراكز اجتماعية خارج الكويت بالتعاون مع جمعيات خيرية ذات صبغة دينية كثيرة.

رابعا فيما يتعلق بدوافع الشركات **فقد لعبت عوامل اضافية دورها في دفع الشركات للعمل الاجتماعي منها هوية الشركة وتاريخ اعضاء مجلس ادارتها واقرار المسؤولية الاجتماعية ضمن التقارير الادارية والمالية للشركات**. وتأتي هذه الدراسة متفقة مع دراسات أخرى أشارت الى اهمية اقرار المسؤولية الاجتماعية في تشجيع الشركات على العطاء لمجتمعها، وان الشركات الأكثر ظهورا والتصاقا بالمواطنين ستكون الاحرص على العطاء الاجتماعي والاسبق (Visser, 2008).

ختاما نتمنى أن تكون هذه الدراسة قد أضافت للجانب النظري المتعلق بتفسير تشكيل دوافع العمل الاجتماعي للقطاع الخاص وشكله، كما تكون قد أضافت الى معرفةمؤتمركم بالتجربة الكويتية في الشراكة المجتمعية.

References

AlRifai, Aroub. (2013). “Corporate philanthropy in a developing country of intense Islamic believes, values and norms: an institutional framework”. Ph.D., University of Brunel, unpublished thesis.

Austin, J. E. (2000). "Strategic collaboration between nonprofits and business". **Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly**, *29*(1), 69-97.

Azmat, Fara and Samaratunge, Ramanie. (2009). 'Responsible Entrepreneurship in Developing Countries: Understanding the Realities and Complexities'. **Journal of Business Ethics,** 90:437–452.

Campbell, J. L. 2007. "Why would corporations behave in socially responsible ways? An institutional theory of corporate social responsibility". **Academy of Management Review**, 32(3):945-967.

Galaskiewicz, J. (1991). "Making corporate actors accountable: Institution-building in Minneapolis-St. Paul". **The New Institutionalism in Organizational Analysis,** 293-310.

Galaskiewicz, J. (1997). "An urban grants economy revisited: Corporate charitable contributions in the twin cities, 1979-81, 1987-89". **Administrative Science Quarterly,** 42, 445- 471.

Jamali, Dima and Keshishian, Tamar. (2009). "Uneasy Alliances: Lessons Learned from Partnerships Between Businesses and NGOs in the context of CSR". **Journal of Business Ethic**s, 84:277–295

Jamali, Dima. (2008). 'A Stakeholder Approach to Corporate Social Responsibility: A Fresh Perspective into Theory and Practice'. **Journal of Business Ethics**, 82:213–231.

Jamali, Dima. and Mirshak R. (2007). 'Corporate Social Responsibility: Theory and Practice in a Developing Country Context'. **Journal of Business Ethics**, 72: 243–262.

Marquis , C., Glynn , M . A ., and Davis , G. F. (2007). "Community isomorphism and corporate social action". **Academy of Management Review**, 32 (3), 925 – 945.

Seitanidi, M.M., 2010. **The Politics of Partnership. A Critical Examination of Nonprofit-Business Partnerships**, Springer, The Netherlands.

Selsky, J. W. & Parker, B. (2005). "Cross-sector partnerships to address social issues: Challenges to theory and practice". **Journal of Management**, 31 (6), 1–25.

Visser, W. (2008). "Corporate social responsibility in developing countries". In: Crane, A., McWilliams, A., Matten, D., Moon, J., and Siegel, D. S. (Eds.), **The Oxford handbook of corporate social responsibility** (pp. 473-479). New York: Oxford University Press.

Waddock, S.A. (1988), **Building Successful Social Partnerships**, Sloan Management Review, Vol. 29 No. 4, pp. 17-23

المراجع العربية

ابو حاكمة، احمد مصطفى. (1984). **تاريخ الكويت الحديث**. ذات السلاسل.

البنوك الكويتية..مسيرة نصف قرن، 1992- 2006 .(2013). صادر عن اتحاد المصارف الكويتية

الجارالله، خالد فهد. (1996). **تاريخ الخدمات الصحية في دولة الكويت**. الكويت: مركز البحوث والدراسات الكويتية.

الجارالله، خالد فهد.(2005). **دوا خانه ، دراسة توثيقية في تاريخ الكويت الصحي من خلال دفاتر عبدالاله القناعي.** ط1

الجاسم، محمد. (1992). **الكويت: مثلث الديمقراطية**. مطبعة الشروق.

الجاسم، نجاة.(1980). **بلدية الكويت في خمسين عاما**. بلدية الكويت.

الجاسم، نجاة.(1989). **الشيخ يوسف بن عيسى القناعي: دوره في الحياة الاجتماعية والاقتصادية.** مطبوعات كاظمة.

الخرافي، عبدالمحسن عبدالله. (2004). **الأيادي البيض: سجل الوفاء للمحسنين الكويتيين في مجال دعم الخدمات الصحية.** دراماتك للانتاج والتوزيع: الكويت.

الرشيد، عبد العزيز. (1978). **تاريخ الكويت**. دار الحياة.

الرومي، عدنان؛ المسباح، صالح؛ الشطي، خالد. (2010). **حملات الحج الكويتية عبر التاريخ** . دار إقرأ للنشر والتوزيع

الشطي، خالد. (2007). **المرأة والعمل التطوعي في دولة الكويت: تاريخ وانجازات، واقع وتطلعات.** الملتقى الخليجي الثالث للعمل الاجتماعي بكلية العلوم الاجتماعية – جامعة الكويت.ابريل

الشطي، خالد. (2013 أ). **جهود أبناء الكويت في سقاية الماء قديما وحديثا.** بدون دار نشر

الشطي، خالد. (2013ب).**الأعمال الخيرية الكويتية قديما في المناسبات الموسمية.** بدون دار نشر

الشهاب، يوسف. (1992). **الكويت عبر التاريخ** . مطبعة حكومة الكويت ط2

الصباح، ميمونة. (2000). **الكويت في ظل الحماية البريطانية: القرن العشرين**. سلسلة تاريخ الكويت. الجزء الثالث.

عبد المالك خلف التميمي. (2006). **ابحاث في تاريخ الكويت**. دار قرطاس. الطبعة الثانية.

العبد المغني،عادل. (2007). **وثائق الوقف الكويتية: دراسة تراثية**. الكويت

قنديل، أماني (2000). "تفعيل دور المؤسسات الاهلية المدنية في دول الخليج العربية". **ندوة واقع ومستقبل مؤسسات المجتمع المدني في دول مجلس التعاون الخليجي،** ابريل 2000. مركز دراسات الخليج والجزيرة العربية.

كويت الخير.(2001). صادر عن ادارة العلاقات العامة في وزارة الصحة الكويت.

منصور، طلعت. (1995). دراسة في الآثار النفسية والاجتماعية للغزو العراقي لدولة الكويت. في الغزو العراقي للكويت: المقدمات- الوقائع وردود الفعل- التداعيات. ندوة بحثية. **مجلة عالم المعرفة**.

الهاجري، عبدالله.(2009). تطور العلاقة التاريخية بين آل الصباح والتجار في الكويت منذ النشأة حتى عهد الشيخ عبدالله السالم. **المجلة العربية للعلوم الانسانية**. العدد 106. السنه 27 ربيع. ص 45- 97.