

## 22

## إضاءات على السياسات الاجتماعية



### برامج العودة إلى العمل: دعم الصحة والتشغيل

يواجه الضمان الاجتماعي تغيير هام في طبيعة العجز. حيث ينبغي على السياسات أن تعالج زيادة حدوث مطالبات لأسباب تتعلق بالصحة العقلية، وفي نفس الوقت دعم التحسينات في مجال الصحة وفرص العمل للسكان غير النشطين ممن هم في سن العمل. لقد أظهرت برامج التأهيل المهني وإعادة الإدماج فعاليتها في المساعدة على تمكين الأفراد. وفي هذا المضمار، يتزايد التركيز في كثير من الدول على برامج العودة إلى العمل (RTW) التي تستهدف متلقي منافع العجز على وجه التحديد.

وفي الاقتصاديات المتقدمة على وجه الخصوص، حيث تواجه العديد من برامج الضمان الاجتماعي تحديات مالية من خلال تنامي تكاليف الرعاية الصحية و التقاعد لارتباط ذلك بالشيخوخة السكانية، و ارتفاع معدلات البطالة وأعداد متلقي منافع العجز، فمن المتوقع أن تساعد التدابير التي تتخذها برامج العودة إلى العمل RTW في تلبية الطلب على احتواء التكاليف وضمان الصحة المالية لأنظمة الضمان الاجتماعي على المدى الطويل. وفي الوقت نفسه، فإن التدابير التي تتخذها هذه البرامج تعمل على تمكين أصحاب حالات العجز ومساعدتهم على إعادة إدماجهم في الحياة المهنية. يُسلط هذا العدد الضوء على التحول في السياسة النامية لصالح زيادة الاستثمار في إعادة تأهيل والإدماج في حين يُلفت الانتباه إلى الفرص والتحديات التي تجلبها لمؤسسات الضمان الاجتماعي.

هانس هورست كونكوليفسكي، الأمين العام للجمعية الدولية للضمان الاجتماعي

#### هذا العدد:

- التعريف بدور برامج العودة إلى العمل (RTW) في إدارة مطالبات منافع العجز
- مناقشة التكاليف المرتبطة بالعجز ومقارنتها بالتكاليف والمنافع المتوقعة من برامج العودة إلى العمل (RTW)
- الاقتراح بأن التدخل المبكر والعمل المنسق هو أمر أساسي لنجاح برامج العودة إلى العمل (RTW)
- التأكيد على تحديات التشغيل التي تواجه أصحاب حالات العجز من العاملين

#### ارتفاع التكاليف والطبيعة المتغيرة لمنافع العجز

عرّفت منظمة الصحة العالمية (WHO) العجز بوصفه كمصطلح جامع يغطي الإعتلال، ومحدودية النشاط، وقيود المشاركة. وتُدرّك منظمة الصحة العالمية أيضاً بأن العجز ظاهرة معقدة، تعكس التفاعل ما بين الملامح الجسدية للشخص و ملامح المجتمع الذي يعيش فيه. ويتزايد الاهتمام بضمن المعاملة العادلة والمنصفة للأشخاص ذوي العجز باعتبارها قضية تتعلق بحق من حقوق الإنسان، وبمقدور الضمان الاجتماعي أن يلعب دوراً هاماً في ضمان تحقيق الأهداف.

يُمثل توفير المنافع لأصحاب حالات العجز تحدياً متزايداً للضمان الاجتماعي (انظر الشكل 1). وتُمثل منافع العجز والمرضى نسبة عالية من مجموع نفقات الضمان الاجتماعي.

إن الأمراض المزمنة هي سبب رئيسي آخر للعجز، كما يمكن ملاحظة الارتفاع في حالات السكري، وأمراض القلب والشرابين والسرطان وأمراض الجهاز التنفسي في جميع الأقاليم حول العالم.

هذا التغيير في طبيعة منافع العجز يفرض بالتالي تحديات جديدة لبرامج الضمان الاجتماعي، وعلى وجه الخصوص، يرتبط بتصميم برامج مناسبة وفعالة للتأهيل وإعادة الإدماج.

وهناك أدلة تُشير إلى أن من الأسباب التي أسهمت بزيادة تكلفة البرامج في الماضي، هو التهاون في تطبيق الشروط المؤهلة للحصول على منافع العجز، والتي كانت تُتخذ كألية وحجة للحد من ارتفاع معدلات البطالة. وقد ثبت صعوبة إعادة دمج العديد من هؤلاء المنتفعين إلى سوق العمل.

وفي النهاية، فإن ارتفاع الإنفاق على منافع العجز قد تُهدد الاستدامة المالية لبرامج الضمان الاجتماعي، مما قد يؤدي إلى تخفيضات بالمنافع لمن هم أكثر هشاشة. وعلى المدى البعيد، فإن مواجهة هذا التحدي يتطلب اللجوء إلى دراسة كل حالة على حدة، واستحداث برامج إعادة التأهيل المهني والطبي وسياسات الإدماج وذلك بهدف دعم زيادة مشاركة القوى العاملة من قبل الأفراد الذين يعانون من مشاكل صحية مزمنة أو أصحاب حالات العجز.

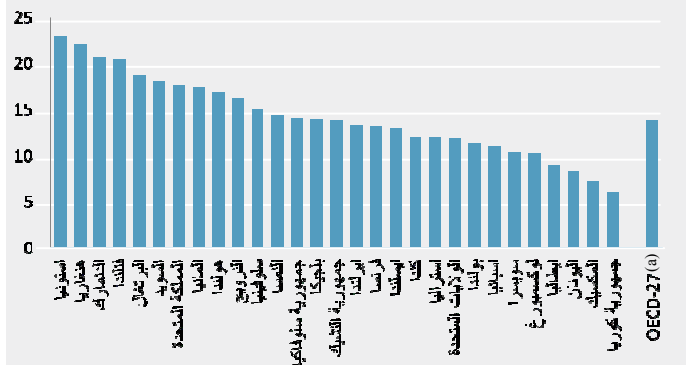
لقد اختلفت الوتيرة التي انتهجتها منظمات الضمان الاجتماعي نحو تطبيق برامج إعادة التأهيل المهني والطبي وسياسات إعادة الإدماج في كثير من الأحيان لارتباط ذلك بتكاليف بدء التشغيل على المدى القصير لبناء برنامج العودة إلى العمل RTW أو التحديات السياسية لتنفيذ الإصلاح. ومع هذا، فإن التكلفة المالية بعيدة المدى لأنظمة الضمان الاجتماعي بعدم دعم مثل هذه التدابير - نفقات أعلى للمنافع وعائدات تأمينية أقل - تشير إلى أنه من المرجح أن يزداد اتخاذ تدابير السياسات الفعالة الموجهة نحو سوق العمل. إن الفشل في دعم إعادة تأهيل وإدماج العمال لا يقل أهمية - إذ يمكن أن يُمثل فرصة ضائعة في الجهود المبذولة لمواجهة التحدي المتزايد للنقص في المهارات في بعض القطاعات، خاصة في الدول التي يكثر بها السكان المسنين. إن السعي نحو تحقيق مستويات أعلى من إعادة الإدماج، يؤدي أيضاً لتحفيز الاستهلاك وزيادة العوائد الضريبية، مما يجعل مثل تلك التدابير جذابة من وجهة نظر اقتصادية، ومالية، فضلاً عن دورها في سوق العمل.

### أرقام هامة متعلقة بالعجز

- يُقدر بأن نسبة 15 في المائة من سكان العالم يتعايشون مع شكل من أشكال العجز.
- إن أصحاب حالات العجز هم الأكثر عرضة للبطالة مقارنة ببقية السكان وهم أكثر عرضة لمواجهة الفقر.
- حوالي 6 في المائة من السكان في سن العمل يحصلون على منافع العجز، وقد ترتفع النسبة لتصل إلى 10 في المائة تقريباً في بعض الدول.
- يرتبط ما نسبته من 30 إلى 50 في المائة من جميع مطالبات منافع العجز الجديدة في دول منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية بمشاكل الصحة العقلية.
- في المتوسط، تنفق الاقتصاديات المتقدمة على العجز وبرامج RTW ضعفي ما تنفقه على برامج البطالة.

ووفقاً لمنظمة التعاون والتنمية الاقتصادية OECD (2009)، فإن التكلفة الإجمالية لهذه البرامج بالنسبة لدول المنظمة يُعادل عادة نحو 2 بالمائة من الناتج المحلي الإجمالي، وبالنسبة للبعض فهو أقرب إلى 5 بالمائة من الناتج المحلي الإجمالي - حيث يكون في كثير من الأحيان أعلى من تكاليف منافع البطالة. وفي المتوسط، فإن برامج العجز وحدها مسؤولة عن 10 في المائة تقريباً من كافة النفقات الاجتماعية العامة في دول منظمة التعاون والتنمية. إن أقل من نصف أصحاب حالات العجز يعملون، وتقريباً شخص من بين أربعة يعيشون تحت خط الفقر. ولهذا، فإن السياسات المتبعة لإدارة هذه البرامج بشكل يتصف بالكفاءة والفعالية يعتبر مساهمة هامة في بذل جهود أوسع للاستجابة للتحديات المالية التي تواجه العديد من أنظمة الضمان الاجتماعي، والميزانيات العامة الوطنية.

الشكل 1. تشخيص انتشار العجز، كنسبة مئوية للسكان الذين تتراوح أعمارهم ما بين 20-64، في أواخر الألفية الثانية (دول مختارة من منظمة التعاون والتنمية)

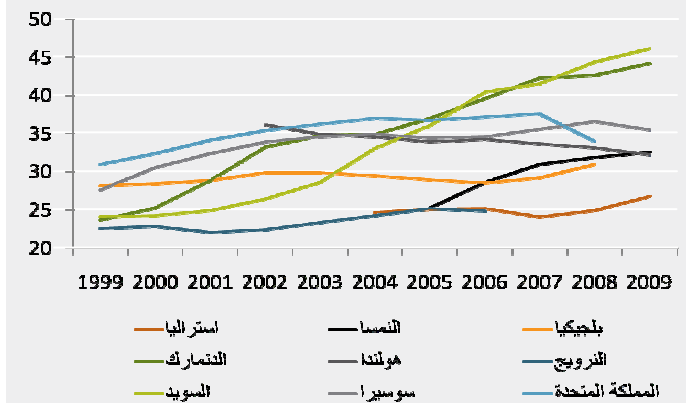


ملاحظة: (a) منظمة التعاون والتنمية الاقتصادية 27: هو المتوسط غير المرجح لـ27 دولة استونيا وسلوفينيا غير مشمولة في المتوسط OECD.

المصدر: قاعدة بيانات منظمة التعاون والتنمية الاقتصادية حول المرض والعجز، [http://www.oecd.org/document/20/0,3746,en\\_2649\\_33933\\_38887124\\_1\\_1\\_1\\_1,00.html#data](http://www.oecd.org/document/20/0,3746,en_2649_33933_38887124_1_1_1_1,00.html#data)

ومع ذلك، فإن طبيعة العجز تتغير أيضاً. تقليدياً، هناك عدد كبير من مطالبات منافع المرض والعجز كانت مرتبطة بمشاكل القلب والأوعية الدموية والعضلات والعظام. أما مطالبات العجز الجديدة فتتزايد نسبتها نتيجة لمشاكل الصحة العقلية، مع نمو مطالبات جديدة وخاصة في صفوف الشباب والنساء (انظر الشكل 2).

الشكل 2. مطالبات منافع العجز المرتبطة بالاضطرابات النفسية: كنسبة من جميع المطالبات الجديدة (دول مختارة من منظمة التعاون والتنمية)



المصدر: قاعدة بيانات SOECD حول المرض والعجز، [http://www.oecd.org/document/20/0,3746,en\\_2649\\_33933\\_38887124\\_1\\_1\\_1\\_1,00.html#data](http://www.oecd.org/document/20/0,3746,en_2649_33933_38887124_1_1_1_1,00.html#data)

## برنامج ماليزيا للعودة إلى العمل

منذ إنطلاقه في عام 2007، برنامج العودة إلى العمل الخاص بمؤسسة الضمان الاجتماعي في ماليزيا (SOCOS) ساعد المؤمن عليهم الذين يعانون من البطالة المرتبطة بالإصابة والمؤمن عليهم المستحقين لراتب عجز إلى العودة إلى العمل عبر استخدام منهاج إدارة الحالات. يغطي البرنامج العلاج، وإعادة التأهيل وتقويم العظام والأطراف الصناعية والتعديلات في تجهيزات بيئة العمل وإعادة التدريب المهني والتنسيب لشغل الوظائف. تعامل البرنامج حتى عام 2010 مع 4,256 حالة، استطاع حوالي 75% منهم العودة إلى العمل، أما البقية منهم فلا يزالون يبحثون عن عمل أو لا يزالون في برامج إعادة التأهيل. وعلى الرغم من أن مؤسسة SOCOS لا تزال تعمل على أساس نظام إدارة الحالة، تنوي التحول كلياً بنظام إدارة حالات العجز والذي يغطي أيضاً قضايا الوقاية وإعادة التأهيل والتعويض للتركيز بشكل أفضل على الشمول وإعادة الدمج. علماً بأن مؤسسة SOCOS قد طورت نظامها الخاص بهم بالتعاون مع المنظمة الألمانية الاجتماعية للتأمين ضد الحوادث (DGUV) ومجلس المعايير العالمية لإدارة العجز.

كذلك، فإن تحديد نسبة القدرة على العمل المتبقية للفرد لم تعد معتمدة على أساس القرار الطبي وحده، بل ينطوي على تقييم أكثر شمولية لمؤهلات الفرد للعمل والحالة الاجتماعية. ويتطلب مثل هذا النهج الشامل من أنظمة الضمان الاجتماعي تطوير القدرات المؤسسية والكفاءات المهنية للتدخل على مختلف المستويات لدعم الأفراد.

### الوقاية من العجز: التدخل على ثلاثة مستويات

هدف المستوى الأول من التدخل هو وقاية الأشخاص من الإصابة التي تضطره إلى ترك القوى العاملة وذلك أولاً عبر وسائل إدارة الصحة والسلامة المهنية المبنيّة على تقييم مخاطر بيئة العمل. ويمكن أن يؤثر تأمين الإصابات والأمراض المهنية إيجابياً على مكان العمل عبر تطوير نظام الحوافز لأصحاب العمل وترويج وتوفير النصائح الوقائية للعاملين، وإجراء جولات تفتيشية لهدف الحد من خطر الحوادث واعتلال الصحة. يمكن تطوير البرامج المفصلة حسب الحاجات خاصة للفئات الهشة، مثل العمّال الشباب أو كبار السن، أو الذين يتعرضون لخطر البطالة والاستبعاد من سوق العمل لمدة طويلة.

وفي المستوى الثاني، يمكن تطبيق التدخلات على الأفراد والفئات المعرضة للخطر الذين هم مركز الاهتمام، بما في ذلك الترويج للصحة والفحوصات الطبية الوقائية وتطوير المهارات والتدريب على العمل. والتنسيق ما بين الفروع المختلفة للضمان الاجتماعي، وعلى وجه الخصوص، التأمين الصحي والتأمين ضد إصابات العمل والأمراض المهنية وخدمات التشغيل.

أما المستوى الثالث، ففي حال فقد العامل وظيفته وأصبح عاطلاً أو مصاباً أو مريضاً أو عاجزاً، يمكن تطبيق الإجراءات الاستباقية لدعم الصحة والتشغيل المعتمدة على برامج العودة إلى العمل، ليتم الاستعانة بفروع الضمان الاجتماعي أعلاه مجدداً.

وبالإضافة إلى ذلك، يظهر عدد من المنافع الفردية من العودة إلى العمل. وفي تقرير عام 2006 لوزارة العمل والتقاعد في المملكة المتحدة، خلص كل من بيرتون واديل Burton and Waddell إلى أن العمل بشكل عام مفيد للصحة البدنية والعقلية والرفاه. إذ أن العمل لا يسمح للأفراد بتأمين موارد اقتصادية كافية لتحسين رفاههم وحسب، بل أنه يلبّي احتياجات نفسية هامة، وهو أمر أساسي لهوية الفرد ووضعه الاجتماعي. وبإمكان العمل أن يقاوم الآثار الصحية الضارة الناجمة عن البطالة، ليس فقط بالنسبة للأشخاص الأصحاء في سن العمل ولكن أيضاً بالنسبة لأصحاب حالات العجز.

### التطورات في إدارة العجز

لقد شهد العقدان الماضيان تغييرات كبيرة، إذ أصبح من غير المقبول عالمياً أن يتم منح منافع نقدية لأصحاب حالات العجز، دون التوقع بأن يتم مساعدتهم على العودة إلى سوق العمل. ولقد تطورت كذلك التوقعات حول الأدوار التي يمكن أن يقوم بها أصحاب حالات العجز في المجتمع أيضاً. إن التوجه الحالي هو التركيز بشكل إيجابي على القدرة المتبقية للأشخاص ذوي حالات العجز للعمل، وليس فقط تقييم مدى العجز.

ونتيجة لذلك، فإن العديد من أنظمة الضمان الاجتماعي قامت بتحديث هيكله وإدارة برامج منافع العجز، مع زيادة التأكيد على التعامل مع كل حالة على حدا وتقديم خدمات تركز على أصحاب حالات العجز لدعم إعادة التأهيل الطبي والمهني، وزيادة فرص العمل والتأمين لأصحاب منافع العجز.

التحدي اليوم هو استيعاب العدد المتزايد من أصحاب حالات العجز من السكان ممن هم في سن العمل. إن برامج العودة إلى العمل كالمطبقة في ماليزيا مثلاً (راجع المربع) تهدف لدعم الأفراد ذوي نسبة العجز من أجل إعادة دخولهم إلى سوق العمل في نهاية المطاف.

تبيّن الاتجاهات الأخيرة بأن تدابير السياسة العامة في بعض الدول، مثل هولندا والسويد، قد ذهبت خطوة أبعد، من خلال التركيز بشكل أكثر على الحد من انتشار حالات ومدة غياب المرضى. وذلك لأن ما بين 50 و 90 في المائة من أولئك الذين يحصلون على منافع المرض في دول منظمة التعاون والتنمية يتحولون لاستحقاق منافع العجز على المدى الطويل.

تظهر تجارب الدول إمكانية إعادة الإدماج في سوق العمل ولكن يتفاوت نجاحه إلى حد كبير من دولة إلى أخرى. ويسجل متوسط معدلات التشغيل لأصحاب حالات العجز ما نسبته 40 في المائة أقل من نسبة تشغيل بقية السكان، وعادة ما تكون معدلات البطالة في صفوفهم مضاعفة.

ومن المعروف، بأن النجاح يرتبط بضرورة التدخل السريع والمبكر لأنظمة الضمان الاجتماعي. فكلما زادت فترة الغياب عن العمل، كلما ازدادت صعوبة إعادة إدماج أصحاب حالات العجز في سوق العمل مما يزيد من احتمالية استحقاقهم لمنافع العجز طويلة المدى.

وثمة عاملاً آخر يدعم التدخل المبكر وهو زيادة انتشار الأمراض غير المعدية، والذي يؤدي عادةً إلى الغياب عن العمل على المدى الطويل.

## الانتقال من مرحلة المعرفة إلى التطبيق: تعزيز إجراءات العودة إلى العمل

في الحالات المناسبة، تهدف هذه الإجراءات إلى دعم العودة والمساعدة على الوفاية من الغياب لمدة طويلة عن سوق العمل. عادةً ما تكون العناصر الأساسية لإدارة العجز هي إدارة الحالة وتقييم المراقبين وتطوير تجهيزات بيئة مكان العمل والعودة المبكرة إلى العمل مع توفير الدعم الكافي. ومع هذا، يبقى المستوى الثالث أقل تطوراً نسبياً في العديد من الدول. حيث أن معظم الدول لا تتفق أكثر من 0.1 إلى 0.2 بالمئة من الناتج المحلي الإجمالي على إجراءات إعادة التأهيل.

قامت المنظمات التي لديها برامج إدارة العجز بتحسين نسب العودة إلى العمل. وتقوم نجاحاتهم على العديد من العوامل:

- تتطلب تحديات المعالجة الناجحة وإعادة التأهيل وإعادة العامل إلى سوق العمل بنجاح إلى درجة عالية من التعاون والشراكة بين جميع الشركاء الاستراتيجيين. يمكن أن يضم الشركاء الاستراتيجيون العمال وأصحاب العمل والشركاء الاجتماعيين ومنظمات الضمان الاجتماعي (على سبيل المثال، هؤلاء المسؤولين عن التأمين الصحي، والشيخوخة والعجز وتأمين البطالة والتأمين ضد الإصابات والأمراض المهنية).  
- في هذه الشراكة، التدخل المبكر هو مفتاح النجاح، ولكن أولاً ما دام جميع الأطراف الفاعلون في تطوير الصحة وتشغيل المرضى والمصابين والعاجزين والعاطلين عن العمل يعملون معاً بشكل مترابط ومتكامل. وقد أدت هذه التحديات المؤسسية والإدارية إلى خلق مؤسسات "المحطة الواحدة" في بعض الدول لتلبية الحاجات المختلفة للمتقاعدين. (النرويج والمملكة المتحدة على سبيل المثال).

- يمكن زيادة عدد المشمولين ببرامج العودة إلى العمل في حال إزالة العائق المشترك المتمثل بشرط التقدم بطلب للمشاركة في هذه البرامج.  
- تتضمن المكونات الأخرى الرئيسية للنجاح؛ تحديد إجراءات إعادة التأهيل المصممة حسب الحاجات والتقدير الفردي للحالة وتقديم الدعم للمساعدة في إعادة الاندماج في مكان العمل. كما أن مدراء الحالات المدربين ومدراء برامج العودة إلى العمل الذين يساعدون المتقاعدين على تحديد الأهداف الخاصة بهم آخذين بعين الاعتبار أيضاً قدراتهم المحدودة على العمل من المكونات المهمة أيضاً. تبنت بعض الدول مثل ألمانيا وهولندا والنرويج برامج منافع العجز (المحددة زمنياً) لزيادة نسب تشغيل العاجزين خاصة صغار السن منهم. (ميترا 2009)

من خلال عمليات إعادة التأهيل، نعمل على تحويل "عدم-القدرة" إلى "إعادة القدرة" على العمل. يمكن أن يعني هذا للشخص ذاته اكتساب مؤهلات جديدة سعياً للحصول على وظيفة جديدة؛ أما لأصحاب العمل يمكن أن يعني هذا توفير بيئة عمل مناسبة لأصحاب حالات العجز.

### فوائد برامج العودة إلى العمل

تتعدد فوائد برامج العودة إلى العمل. فبالإضافة إلى تسهيل عمليات إعادة التأهيل وإعادة مثلي المنافع إلى العمل، نذكر هنا أيضاً هدف العديد من برامج العودة إلى العمل وهو تعزيز زيادة تمكين الأفراد (والذي عادةً ما يعززها تشريعات محاربة التمييز) وفي الوقت ذاته يتم الحد من أو القضاء على التأثيرات السلبية للإعالة طويلة الأمد.

يمكن لأصحاب العمل المشاركين في برامج العودة إلى العمل أن يساعدوا في التحكم في تكاليف المنافع المدفوعة مع المحافظة في الوقت ذاته على الموظفين ذوي الخبرات. فمن خلال إجراءات برامج العودة إلى العمل، ينتختم على أصحاب العمل والمتابعين لحالات العجز العمل معاً للوصول إلى فكرة أشمل وتوقع المصاعب التي يمكن أن يواجهها المتقاعدين في مكان العمل خلال الفترة الانتقالية للعودة إلى العمل.

## الخروج من منافع العجز

- تصل نسبة الذين يتوقفون عن استحقاق منافع العجز حالياً حوالي 1 بالمئة أو أقل من إجمالي مستحقي تلك المنافع  
- الدول التي تبني سياسات فعالة لإعادة التأهيل وبرامج العودة إلى العمل ترتفع فيها معدلات الخروج من حالات العجز. ففي هولندا، تم إجراء مراجعة شاملة للاستحقاقات لجميع المتقاعدين تحت عمر 45 عاماً على مدى السنوات القليلة الماضية مما أدى إلى ارتفاع معدلات الخروج من حالات العجز بنسبة 5 بالمئة. كما حققت السويد زيادة في معدلات الخروج.  
- تشير بيانات الخروج من حالات العجز إلى أن حوالي ثلث الذين تتوقف عنهم منافع العجز ينتقلون إلى العمل، وواحد من أربعة ينتقلون إلى البطالة وواحد من ستة ينتقلون إلى أحد المنافع الأخرى أو إلى إلحاقهم بالتعليم بدوام كامل.

كما تستفيد منظمات الضمان الاجتماعي عبر تحقيق مهمتها الأساسية في توفير الحماية الاجتماعية اللازمة، بما في ذلك مساعدة الأشخاص في سن العمل لإعادة دمجهم في سوق العمل والتحكم الأفضل بتوزيع المستحقات المرتبطة بأنظمة تأمين إصابات العمل والتقاعد المبكر والعجز والصحة.

### ازدياد أهمية برامج العودة إلى العمل

عالمياً، كلما ازدادت شيخوخة السكان وظهر النقص في العمالة الماهرة في بعض القطاعات، يصبح من اللازم الحفاظ على العمال كبار السن - بما في ذلك المصابين بالعجز- في النشاط الإنتاجي لمدة أطول بهدف دعم نمو الاقتصاد الوطني. في هذا الخصوص، سترداد أهمية الفكرة الساندة "إعادة التأهيل قبل التقاعد" أو "العمل قبل التقاعد". تتركز الجهود في العديد من الدول النامية أكثر على تسهيلات العاملين لحسابهم الخاص للمصابين، حيث نادراً ما يشمل العاجزين بالحماية الكافية من خلال الضمان الاجتماعي وحتى "التقاعد" قد لا يكون خياراً متاحاً.

### الخلاصة

يُظهر الإصرار على تبني التوجه نحو الاستفادة بشكل أكبر من برامج العودة إلى العمل خصوصاً مع ظهور التحديات الهيكلية المرتبطة بشيخوخة السكان، واختلالات أسواق العمل بما في ذلك النقص في المهارات وازدياد وتطور الأعباء المالية على أصحاب العمل وأنظمة الضمان الاجتماعي والحكومات. وفي الوقت ذاته، يتزايد أعداد الأشخاص المعرضين لخطر الاستبعاد الاجتماعي والفقر بسبب البطالة طويلة الأمد والمرض والعجز، بالإضافة إلى الزيادة السكانية في مشاغل الصحة العقلية خاصة في صفوف الشباب.

ومع مواجهة مثل هذه التحديات المعقدة، تقدم الإصلاحات الكبرى تحولات مفاهيمية جذرية بحيث تروج للقدرة بدلاً من فقدان القدرة وللعمل بدلاً من التقاعد. وأخيراً تم الاعتراف بالأثر المفيد للعمل على صحة ورفاه الأشخاص والذي يقودنا إلى فهم أفضل لأهميته حتى في حال تعرض الفرد إلى تدهور في قدرته على العمل سواء أكان بشكل دائم أو مؤقت بسبب المرض أو الإصابة أو العجز.

## المصادر

**DRC. 2006 المساواة في المعاملة: تقليص الفجوة: تحقيق رسمي حول تجارب عدم المساواة الصحية في صفوف الأشخاص الذين يعانون من الصعوبات التعليمية و/أو المشاكل العقلية.** لندن، لجنة حقوق العجز.

**Mirta, S. 2009** "برامج العجز الجزئي أو الدائم في تسع دول: ماذا يمكن للولايات المتحدة الأمريكية التعلم من الدول الأخرى؟"، في مجلة دراسات سياسات العجز المجلد 20 العدد 1

**OECD. 2010** المرض والعجز والعمل: تحطيم الحواجز. باريس، منظمة التعاون والتنمية الاقتصادية.

**Prinz, C.; Tompson, W. 2009**. "برامج منافع المرض والعجز: ما الذي يقود سياسات التجمع؟" في مجلة التأمينات الاجتماعية الدولية، المجلد 62 العدد 4

**Waddell, G.; Burton, A. K. 2006** هل العمل جيد لصحتك ورفاهك؟ نوريچ، المكتب الدائم.

**WHO; World Bank. 2011**. التقرير العالمي حول العجز. جنيف، منظمة الصحة العالمية.

في حين أن الأهمية واضحة للتدخل المبكر، إلا أن لا يزال هناك العديد من العوائق للتغلب عليها عندما ننظر إلى السلوكيات بين أصحاب العمل والعاملين في المهن الطبية ومؤسسات الضمان الاجتماعي. حيث لا بد من إنشاء منظومات تعاونية ما بين الجهات الفاعلة المختلفة، ولا بد من بناء القدرات التأهيلية والمهنية التي تعتمد على الحالات الممنهجة أو منهجيات إدارة العجز. يجب أن تكون الأدوار الهامة في بناء الوعي العام وتشكيل سلوكيات جديدة ايجابية في المجتمع مرتبطة بأشكال الدعم والحوافز، خاصة لأصحاب العمل.

واستناداً إلى الرؤية الخاصة بالضمان الاجتماعي الحيوي، تركز الجمعية الدولية للضمان الاجتماعي وأعضاؤها حول العالم على إجراءات الضمان الاجتماعي الوقائية والاستباقية خاصة تلك المرتبطة بترويج التشغيل والصحة، أي مثل برامج العودة إلى العمل. وللمزيد من الترويج للممارسة الجيدة في تصميم وتنفيذ برامج العودة إلى العمل، تعمل الجمعية بالتعاون الوثيق مع المؤسسات الأعضاء والشركاء مثل منظمة التأهيل العالمية Rehabilitation International والمجلس الدولي لمعايير إدارة العجز International Disability Management Standards Council وهي حالياً في خضم عملية تطوير الخطوط الإرشادية لبرامج العودة إلى العمل لمؤسسات الضمان الاجتماعي.

الجمعية الدولية للضمان الاجتماعي (إيسا) هي المنظمة الدولية الرائدة في جمع إدارات ووكالات الضمان الاجتماعي معاً. توفر الجمعية المعلومات والبحوث والنصح والإرشاد والملتقيات للأعضاء من أجل بناء ودعم سياسات وأنظمة الضمان الاجتماعي الحيوية حول العالم.

T: +41 22 799 66 17  
F: +41 22 799 85 09  
E: [issacomm@ilo.org](mailto:issacomm@ilo.org) | [www.issa.int](http://www.issa.int)

4 route des Morillons  
Case postale 1  
CH-1211 Geneva 22