2007 سبتمبر 15-10
موسكو

International Social Security Association
Association internationale de la sécurité sociale
Asociación Internacional de la Seguridad Social
Internationale Vereinigung für Soziale Sicherheit
الجمعية الدولية للضمان الإجتماعي

ISSA • AISS • IVSS
1927-2007

المنتدى العالمي للضمان الإجتماعي
الدورة التاسعة والعشرون للجمعية العمومية للجمعية الدولية للضمان الاجتماعي

التطورات والاتجاهات: دعم الضمان الإجتماعي الحيوي

تتقدم الجمعية الدولية للضمان الاجتماعي بجزيل الشكر والامتنان للمؤسسة العامة للتأمينات الإجتماعية في دولة الكويت على الدعم المادي الذي قدّمته لترجمة التقرير إلى اللغة العربية

جدول المحتويات

كلمات الشكر

تمهيد

المقدمة: دعم الضمان الاجتماعي الديناميكي 1
رولاند سيج Roland Sigg

الأمراض المهنية: تحديات جديدة أمام التأمينات الاجتماعية؟ 5
ستيفان زيمّر Stefan Zimmer

ازدياد منافع العجز: سعياً إلى تحقيق سياسات ابتكارية 13
رينك برنس Rienk Prins

تحفيز العاطلين عن العمل وإعادة دمجهم من خلال إدارة الحالة 19
الكساندرا فان نيين Alexandra Van Neyen

إدارة المخاطر، أداة للمدراء 25
فرانسوا كنتزلر François Kientzler

رواتب الشيخوخة الممولة من العوائد الضريبية في الدول ذات الدخل المنخفض 31
رودي مكينون Roddy McKinnon

التوسع في الحماية الصحية الاجتماعية من خلال ضبط الكلف ودمج البرامج 39
آفيفا رون Aviva Ron

مراجعة أنظمة الحسابات الفردية: أنظمة تقاعدية متعددة الدعائم 45
آرييل بينو Ariel Pino وديمتري كاراسيوف Dmitri Karasyov

نجاح السياسات الموجهة إلى تمديد فترات العمل 51
رولاند سيج Roland Sigg وفلنتينا دي لويجي Valentina De-Luigi

تكامل الضمان الاجتماعي ، الضمان الاجتماعي الديناميكي؟ 61
ماري فرانس لاروك Marie-France Laroque

حقوق التأليف محفوظة للجمعية الدولية للضمان الاجتماعي 2007 ©

منشورات الجمعية الدولية للضمان الاجتماعي تخضع لحقوق المؤلف. ولكن، بالإمكان إعادة إنتاج مقتبسات قصيرة منها دون تفويض بهدف استعمالها لأهداف غير ربحية شريطة توثيق المصدر. وبالنسبة لحقوق إعادة إنتاج هذه المنشورات أو ترجمتها، يقدم الطلب اللازم إلى الجمعية الدولية للضمان الاجتماعي، منشورات الجمعية الدولية للضمان الاجتماعي، صندوق بريد 1 Ch-1211 جنيف 22، سويسرا.

نشر لأول مرة عام 2007

ونشر أيضاً باللغات التالية:

الفرنسية: ***Développements et tendances: Une sécurité sociale dynamique***

الإسبانية: ***Evolución y tendencias: Una seguridad social dinámica***

الألمانية: ***Entwicklungen und Trends: Für eine dynamische soziale Sicherheit***

كلمات الشكر

لا بدّ من التوجه بالشكر إلى كاتبي التقرير: فالنتينا دي لويجي Valentina De-Luigi، ديمتري كاراسيوف Dmitri Karasyov، فرانسوا كينتزلر François Kientzler، ماري فرانس لاروك Marie-France Laroque، رودي مكينون Roddy McKinnon، آرييل بينو Ariel Pino ، رينك برينس Rienk Prins، آفيفا رون Aviva Ron، رولاند سيج Roland Sigg، آلكساندرا فان نيين Alexandra Van Neyen، وستيفان زيمر Stefan Zimmer.

وأثناء صياغة هذا التقرير، اعتمد الكتّاب على مجموعة واسعة من المراجع ومصادر المعلومات. ولعل أهمها المعلومات المتوفرة في "الضمان الاجتماعي حول العالم" من خلال الموقع الإلكتروني: (www.issa.int/ssw)، ومركز الوثائق التابع للجمعية الدولية للضمان الاجتماعي. كما أننا مدينون بالشكر إلى المؤسسات الأعضاء لدينا والتي من خلال وسائل عديدة يوفرون لنا المعلومات الخاصة بمختلف المواضيع، والبرهان العملي، وأمثلة من تعلّم السياسات والممارسات الجيدة. وهذه العناصر مع بعضها البعض، تسهم في تحقيق التطوير المستمر لقاعدة المعرفة الخاصة بالجمعية الدولية للضمان الاجتماعي والتي لولاها لكان هذا التقرير مهمة يصعب تحقيقها كثيراً.

ولا بد أيضاً من التوجه بالشكر إلى الأمانة العامة للجمعية الدولية للضمان الاجتماعي التي كانت وراء خروج هذا التقرير إلى حيّز الوجود؛ والمجموعة التوجيهية للتطور والاتجاهات (أوكتافيا جيمينيز-دوران Octavio Jiménez-Duran، ريتشارد ليفنسكي Richard Levinsky، ورودي مكينن Roddy McKinnon، وجينس شريمر Jens Schremmer، ورولاند سيج Sigg Roland، وباتريشيا وينيرت Patricia Weinert)؛ ونذكر أيضاً بيرجيت روشيه - جايجر Birgit Rochet-Jäger للدعم الإداري والإشراف الفني الذي قدمته؛ والشكر إلى تيريز جوتشمان Thérèse Goetschmann للدعم الفني.

مسؤولية الآراء الواردة في المقالات، والدراسات، وغيرها من المساهمات الموقعة تقع على عاتق مؤلفيها فقط، ولا يشكّل نشرها موافقة من الجمعية الدولية للضمان الاجتماعي على الآراء الواردة فيها.

طبع في فرنسا

تمهيد

تم إعداد التقرير-التطورات والاتجاهات: *دعم الضمان الاجتماعي الديناميكي/الحيوي* في إطار الاحتفال بالمنتدى العالمي الأول للضمان الاجتماعي الذي نظمته الجمعية الدولية للضمان الاجتماعي في الفترة ما بين 10-15 أيلول 2007 في موسكو.

وبموجب تفويض الجمعية الدولية للضمان الاجتماعي للتعاون في سبيل دعم وتطوير الضمان الاجتماعي في جميع أنحاء العالم، يبرز هذا العمل التطورات والاتجاهات السائدة في مجال الضمان الاجتماعي.

وفي مواكبة الأهداف الإستراتيجية الأوسع نطاقاً الهادفة إلى إعطاء شكل جديد للجمعية الدولية للضمان الاجتماعي، يأتي هذا التقرير كأداة أكثر أهمية لنقل المعرفة العالمية وتعميم الممارسات الجيدة. ومع التركيز على السعي إلى تلبية احتياجات الشركاء الاستراتيجيين بشكل أفضل من حيث حصولهم على المعلومات الجوهرية والدقيقة، تعكس الموضوعات الواردة في هذا التقرير البراهين العالمية التجريبية بالإضافة إلى حالات دراسية توضيحية على المستوى القطري. كما تؤكد الأمور التي تم التوصل إليها في هذا التقرير وبشكل مهم على الثقة التي أخذت تتبلور مؤخراً في الضمان الاجتماعي من خلال لفت الانتباه إلى الأدوار الاجتماعية والاقتصادية التي تؤديها أنظمة الضمان الاجتماعي في مختلف أنحاء العالم.

وتحديداً، تظهر التطورات الحالية أن إدارات الضمان الاجتماعي قد أصبحت الآن أكثر نظامية إذ أنها تعتمد على أجندات قائمة على خيارات السياسات المتكاملة، والمبادرة، والمقدامة. وفي جميع أنحاء العالم، ما زالت إدارات الضمان الاجتماعي تواصل سعيها إلى إدخال المزيد من التحسينات على الأداء المؤسسي والمالي لها بهدف تقديم خدمات ضمان اجتماعي أفضل للجميع. وبهدف بناء أنظمة حماية اجتماعية مستدامة ويمكن النفاذ إليها، يتبين وبكل وضوح من هذه التجديدات أنه لا بد للضمان الاجتماعي من أن يؤدي دوراً رئيسياً في ضمان أفضل لبناء مجتمعات منتجة اقتصادياً وتستوعب جميع أفرادها اجتماعياً. هذا مع العلم أن أنظمة الحماية الاجتماعية المذكورة لا توفر الحماية وحسب؛ بل أنها تشجع على الوقاية وعلى دعم إعادة التأهيل.

وعلى صعيد آخر، تمخضت الطبيعة التجديدية للعديد من هذه التغييرات عن طلب على وجود إطار مفاهيمي على الدرجة ذاتها من التجديد والابتكار بحيث تساعد محللي الضمان الاجتماعي والعاملين في مجاله على إدراك هذه التطورات وإتباعها بشكل أفضل. ولهذه الغاية، عملت الجمعية الدولية للضمان الاجتماعي على تطوير إطار مفاهيمي جديد يدعى *الضمان الاجتماعي الديناميكي*. وبالإضافة إلى توفير سياق تحليلي لهذا التقرير، سيسهم ذلك الإطار في تيسير العمل المتواصل الذي تقوم به الجمعية الدولية للضمان الاجتماعي في تعريف وتحليل الاتجاهات، وتعميم المعرفة بشأن التطورات الحالية والناشئة في مجال الضمان الاجتماعي.

ومن الجدير ذكره هنا هو أن الجمعية الدولية للضمان الاجتماعي تساعد على مواجهة التحديات التي غالباً ما تكون معقدة وتواجه الضمان الاجتماعي من خلال العمل على إدخال المزيد من التطوير على قاعدة المعرفة الخاصة بها والتي تعتبر على جانب كبير من الأهمية ومن خلال مواصلة تحسينها لعملية تقديم المعلومات عالية الجودة إلى المؤسسات الأعضاء فيها من مختلف أنحاء العالم. وهذا ما يتجلّى في جميع مجالات عمل الجمعية الدائبة على طرح وتطوير الأدوات المفاهيمية الابتكارية ومن ضمنها إطار عمل *الضمان الاجتماعي الديناميكي*.

وأتمنى أن تُحدث التطورات والاتجاهات الأخيرة التي شهدها قطاع الضمان الاجتماعي والتي تمّ تعريفها وعرضها في هذا التقرير مساهمة إيجابية ومهمة في هذا الإطار.

وبإشراف من يانيك دهاين Yannick D'Haene – مدير مرصد الضمان الاجتماعي، قامت الأمانة العامة في الجمعية الدولية للضمان الاجتماعي بإعداد هذا التقرير. وكان رتشارد ليفنسكي Richard Levinsky مسؤولاً عن إدارة المشروع، أما بيرجيت روشيه - جايجر Birgit Rochet-Jäger، فقد قدّمت الدعم الإداري المطلوب.

هانس-هورست كونكولويسكي Hans-Horst Konkolewsky

الأمين العام

دعم الضمان الاجتماعي الديناميكي/الحيوي

رولاند سيج Roland Sigg [1]

الارتقاء إلى التحدي

أصبح الضمان الاجتماعي يواجه العديد من التحديات في كل مكان.

ضمن السياق الحالي للعولمة الاقتصادية، أصبحت الحكومات والقطاعات تجد نفسها تحت وطأة ضغط كبير يدفعها إلى خفض تكاليف اليد العاملة لديها بما في ذلك المساهمات الاجتماعية التي ينظر إليها في أغلب الأحيان على أنها تهديد للتنافسية. وبدأ سوق العمل يشهد المزيد من عدم الاستقرار وبخاصة في إطار تداعيات تطور قطاع العمل غير المنظّم مما يعني أن العمال قد أصبحوا أكثر استضعافاً وأشد خطورةً. كما أن ما يعرف بالأسرة التقليدية أصبحت الآن تتلاشى لصالح مجموعة من الهياكل والمنظومات الأخرى. كما أن حركات الهجرة ما زالت تتزايد في كثافتها ما يعني المزيد من التشتت الاجتماعي. فضلاً عن الشيخوخة السكانيّة نتيجة لتحسّن معدلات توقع الحياة وانخفاض معدلات الخصوبة قد أصبحت حقيقة أكثر تكريساً على أرض الواقع في العديد من الدول. تمخضت هذه التغييرات عن أثر لا يختلف عليه اثنان على المجتمع بشكل عام وعلى مسارات الحياة الفردية بشكل خاص بالإضافة إلى إسهامها في نشوء حاجات ومخاطر جديدة. كما أنها تثير أسئلة معينة بشأن استدامة أنظمة الضمان الاجتماعي الخاضعة لمثل هذه الضغوطات وقدرتها على النهوض بعملها وأدائها لمجابهة هذه التحديات التي تواجهها.

وفي الدول النامية، ما زال الافتقار إلى تغطية الضمان الاجتماعي أحد التحديات الرئيسية التي تواجهها ناهيك عن استثناء عدد كبير من السكان من هذه الأنظمة إن وجدت. وحتى أولئك الذين يستطيعون الحصول على الحماية الاجتماعية، يعانون في الكثير من الأحيان من محدودية المنافع التي يتم توفيرها لهم. كما تسهم التحولات الحضرية والصناعية في التقليل من أهمية شبكات التكافل التقليدية. وهذا يعني أن أولئك الواقعين بين فكّي الحاجة لا يمكنهم الاعتماد بالكامل على مثل هذه الشبكات لمساعدتهم. وقد عملت العولمة على التسريع في نمو قطاع الاقتصاد غير المنظم؛ وهو ما أصبح يشغل نسبة آخذة بالتزايد من اليد العاملة في المناطق الحضرية.

هل يمكن للضمان الاجتماعي أن يرقى إلى هذه التحديّات التي لا تعدّ ولا تحصى؟

ورد في التقرير المقدّم في اجتماع الجمعية العمومية للجمعية الدولية للضمان الاجتماعي عام 2004 أن ثمة ثقة حديثة النشوء في قدرة الضمان الاجتماعي على الاستجابة إلى هذه التحديات (سيج Sigg، 2005). وثمة حقيقة ألا وهي أنه قد تم إدخال العديد من الإصلاحات في السنوات الأخيرة في العديد من الدول وفي جميع فروع الضمان الاجتماعي. ومثل هذه التغييرات التي يرد ذكرها بانتظام في أوساط الجمعية الدولية للضمان الاجتماعي من خلال "الضمان الاجتماعي حول العالم" لديها تؤكد على أن الضمان الاجتماعي قد استوعب الحاجة إلى توقع التغييرات كلما كان ذلك ممكناً والمبادرة إلى الاستجابة لها بهدف ضمان مستوى أفضل من الحياة الكريمة للسكان.

وقد أصبح الضمان الاجتماعي يحتل المزيد من مساحات النقاشات الدائرة حول كيفية القضاء على الفقر في العالم سواء من خلال تعريف "التغطية العالمية الاجتماعية الأساسية" "global social floor" كما هو مقترح من منظمة العمل الدولية، أو من خلال تنفيذ أهداف التنمية الألفية الصادرة عن الأمم المتحدة. وهذا يضفي شرعية جديدة على أنشطة مؤسسات الضمان الاجتماعي في بواكير القرن الحادي والعشرين.

وفي الكثير من الأحيان، يتهم الضمان الاجتماعي بإخفاقه في إحداث إصلاحات تسهم في ضمان استدامته بشكل أفضل. وفي هذا الإطار، يشتمل التقرير على أمثلة عديدة تبيّن، على النقيض من ذلك، أن مؤسسات الضمان الاجتماعي واعية تماما للتحديات التي تواجهها وأنها أصبحت تعدّل مسارها بناء عليه.

[1] الكاتب عضو في الأمانة العامة للجمعية الدولية للضمان الاجتماعي. ويود تقديم الشكر إلى فولاهانتا راهنجوآريفوني Volahanta Rahaingoarivony لمساهمتها في كتابة هذه المقدمة.

الضمان الاجتماعي الديناميكي

التطورات والاتجاهات الواردة في هذا التقرير تسلط الضوء على عدد من الملاحظات المهمة.

الاتجاه العالمي يسير حالياً نحو مفهوم أوسع للضمان الاجتماعي وما يجب أن يتكون منه. وقد تغير الضمان الاجتماعي بشكل جوهري في السنوات الأخيرة؛ ولم يعد دوره يقتصر على إعادة توزيع الدخل وتوفير المنافع الملاءمة لتحقيق الحد الأدنى من الحياة الكريمة وتلبية الاحتياجات الأساسية. كما توّسع مفهوم الضمان الاجتماعي وأصبح أكثر مبادرة، ويهدف الآن إلى توفير تدابير حماية أفضل وحماية الأفراد من المخاطر التي قد يتعرضون إليها في مسار حياتهم، وفي الوقت ذاته تعظيم إمكانياتهم وقدراتهم الإنتاجية بهدف تقويتهم في مواجهة المخاطر وتيسير اندماجهم في مجتمعاتهم. ويوضح هذا النهج الابتكاري ما تدعوه الجمعية الدولية للضمان الاجتماعي بـ "الضمان الاجتماعي الديناميكي" (مكينون McKinnon، 2007).

الهدف الرئيس للضمان الاجتماعي الديناميكي هو إنشاء أنظمة حماية اجتماعية مستدامة ويمكن الوصول إليها والاستفادة من خدماتها بناء على استجابات متكاملة، ومبادرة، ومبتكرة. ولا يركّز هذا النهج على توفير الحماية وحسب، بل وعلى التشجيع على إنشاء وتطبيق التدابير الوقائية بشكل أفضل وتيسير عملية إعادة الإدخال إلى سوق العمل بهدف بناء مجتمعات تحتوي أبناءها اجتماعياً وتكون منتجة اقتصادياً. وثمة عنصر رئيسي آخر، ألا وهو أن الشرعية السياسية الاجتماعية المستمرة لبرامج الضمان الاجتماعي أصبحت تعتبر أكثر اعتماداً على تلك البرامج التي تعمل بطريقة كفؤة وفاعلة.

الضمان الاجتماعي المستدام. المسألة هنا هي الحاجة إلى الاستجابة إلى التطور الديموغرافي المتمثل في الشيخوخة السكانية والعولمة؛ كونهما تحديّان رئيسيان يواجهان الضمان الاجتماعي حالياً. فنظام الضمان الاجتماعي غير المستدام لن يكون قادراً على الاستجابة إلى الاحتياجات الأبعد مدى للسكان، وتعزيز المنافع، أو التوسع بالحماية. العديد من التدابير المقدمة في هذا السياق تهتم بالتكيف مع حقائق سوق العمل الآخذة بالنشوء والتطور. وبالتالي، ثمة سبيل يعين على تعزيز تمويل برامج الضمان الاجتماعي ألا وهو تمديد سن العمل (أنظر الفصل 8)، سواء كان ذلك من خلال ترشيد التقاعد المبكر أو من خلال تقديم حوافز للعمال الأكبر سنّاً للبقاء في سوق العمل. وعلى العموم، توفير الدعم لخطط الإعادة إلى العمل (أنظر الفصل 2) لمختلف الفئات السكانية، سواء كانوا عاطلين عن العمل أو يحصلون على منافع بسبب المرض أو العجز ليس إلا طريقة من طرق زيادة نسب التشغيل والتوظيف. كما ينبغي أن يساعد ذلك على تقوية وتعزيز الموارد بالإضافة إلى التخفيف من الاعتماد على المنافع الاجتماعية، والذي ينبغي أن يساعد بدوره على خفض الإنفاق. وتظهر التطورات الأخيرة أن هذا النهج نفسه يمكن أن يطبّق على حوادث العمل وأمراض المهنة (أنظر الفصل 1).

ضمان اجتماعي يمكن النفاذ إليه. ينبغي أن يكون النفاذ إلى الضمان الاجتماعي شاملاً وعالمياً. غير أن الحقيقة في مختلف أنحاء العالم الآن تخالف هذا الافتراض. وكما جاء في تعريفات الجمعية الدولية للضمان الاجتماعي، فإن أحد أهداف الضمان الاجتماعي الديناميكي يجب أن يتمثل في التوسع في التغطية. وإدخال الأنظمة التقاعدية غير القائمة على الاشتراكات (أنظر الفصل 5) هو طريقة للتوسع في التغطية وخفض معدلات الفقر بين الفئات السكانية المستضعفة، وليس أقلها فئة كبار السن. وعلى الرغم من أنه ينظر إلى أنظمة التقاعد والرعاية الصحية على أنها أولويات كبرى لتوفير التغطية، إلا أن التطورات الآن تحدث في فروع أخرى أيضاً مثل: طرح التأمين ضد ا لبطالة في الدول ذات الدخل المنخفض والمتوسط. كما أن تطوير نظام ضمان اجتماعي يمكن النفاذ إليه بشكل أكبر ينطوي في أغلب الأحيان على فكرة تكامل الأنظمة. ومن الممكن تحقيق الادخار المالي بالإضافة إلى تحسين جودة وإمكانية النفاذ إلى المنافع المقدمة إذا تم التخفيف من تجزؤ التغطية (أنظر الفصل 9).

تحسين الأداء لضمان كفاية المنافع. لقد بذلت إدارات الضمان الاجتماعي وبرامجها جهوداً رئيسية جبّارة لتعزيز أدائها في جميع النواحي. وتشكّل إدارة المخاطر في هذا الإطار أداة أساسية لتحسين حوكمة الإدارات (أنظر الفصل 4)، وبشكل خاص لتيسير عملية التغيير وضمان توفير الخدمات الفضلى الممكنة للمستفيدين من خدمات الضمان الاجتماعي. وفي الحقل الصحي، الوصول بشكل أفضل إلى الرعاية الصحية يعني المزيد من النشر الكفؤ للموارد والتي تكون محدودة في أغلب الأحيان (أنظر الفصل 6). كما أن ترشيد الإنفاق الصحي يسير جنباً إلى جنب مع طرح تدابير رقابة الجودة بهدف ضمان الكفاءة القصوى. ومن الضرورة بمكان تحسين أداء وحوكمة برامج التقاعد بهدف ضمان كفاية المنافع (أنظر الفصل 7)،

وبخاصة في الدول حيث يعتمد تأمين الشيخوخة بشكل رئيس على الأنظمة القائمة على الحسابات الفردية. وقد يعني هذا مراجعة هيكلة النظام كما هو الحال في بعض دول أمريكا اللاتينية والتي طرحت "إعادة الإصلاحات" بهدف تعزيز أنظمة تأمين الشيخوخة بشكل أكبر سواء كان هذا التأمين قائماً على الاشتراكات أو غير معتمد عليها.

دعم النهج الوقائي والمبادرة. ينبغي ألاّ ينظر إلى الضمان الاجتماعي الديناميكي على أنه مجرد وسيلة لتوفير الحماية بعد أن يصبح الأمر الطارئ حقيقة واقعة. اليوم، هناك المزيد من التركيز على الوقاية بهدف المساعدة على التخفيف من المخاطر، كوسيلة للاستثمار في الأفراد، وهو ما يدعم عملية تنمية وتطوير رأس المال البشري. كما أن تحويل برامج التأمين ضد المرض إلى تأمين صحّي (أنظر الفصل 6) يشكل خطوة أخرى في هذا الاتجاه، ويشتمل على الاستثمار في التدابير الصحية بهدف التخفيف من الحاجة إلى الرعاية الاستشفائية. وفي الغالب، يركز مثل هذا الاستثمار على الترويج لأساليب حياة أكثر صحّة ودعمها. كما أنه يشتمل على تقوية حقوق المرضى بهدف تحويل العلاقة الهرمية التقليدية بين الأطباء والمرضى إلى علاقة شراكة. كما أن الاتجاه المتعلق بسياسات التوظيف (أنظر الفصلين 2 و 8) يسير الآن نحو البقاء في العمل بدلاً من التعويض، من خلال تنفيذ إجراءات إعادة التأهيل والتدريب في بداية التعرض لعجز وقبل إحالة الشخص إلى تقاعد العجز. ولعلّ تحريك السياسات التشغيلية من هذا النوع يعتمد على فكرة أن العمل هو الطريقة الفضلى للتأكد من توفير الأمان وأن الفرد ملتزم بالبحث عن عمل. من هذا المنطلق، تشكل طريقة إدارة الحالة (أنظر الفصل 3) أداة تحظى بالمزيد من القبول الشعبي، وبشكل خاص لإعادة الأشخاص الذين يبقون لفترة طويلة عاطلين عن العمل وعاجزين إلى إطار التشغيل ووضعهم في الوظيفة الملائمة لهم.

*

* *

لقد قطع الضمان الاجتماعي شوطاً كبيراً في مواجهة التحديات الجديدة الآخذة بالتطور. وفي مواجهة الشيخوخة السكانية والعولمة، بالإضافة إلى الابتكارات التكنولوجية وتغيير الهياكل الأسرية، ويجب أن يواصل الضمان الاجتماعي تطوره وتقدمه. والوصول إلى هذا الهدف لا بدّ من أن يكون من خلال طريق طويلة ناهيك عن عدم توفر الحلول البسيطة. ومن الممكن أن تكون بعض الإصلاحات إشكالية. وفي هذا السياق، وبمواجهة الحاجة المتزايدة على الدوام إلى الضمان الاجتماعي، يمكن للجمعية الدولية للضمان الاجتماعي أن تقدم مساهمة متفرّدة في تحسين نتائج الضمان الاجتماعي بناء على العدالة الاجتماعية. يتجذّر مفهوم الضمان الاجتماعي الديناميكي الذي تقترحه الجمعية الدولية للضمان الاجتماعي بشكل قوي في القدرة الملحوظة لمؤسسات الضمان الاجتماعي على توقع التغيير الاجتماعي للاستجابة إلى التحديات الجديدة وإدارة مختلف برامجها إدارة كفؤة وفاعلة. كما يوفر مفهوم الضمان الاجتماعي الديناميكي إطاراً لدعم تطوير ضمان اجتماعي أكثر ملاءمة وأكثر توسعاً. وفي نهاية المطاف، ليس الهدف سوى توفير الضمان الاجتماعي للجميع.

ويمثل الضمان الاجتماعي متطلباً مسبقاً لتحقيق تنمية أكثر إنصافاً واستدامة. إنه عنصر حيوي في تمكين المجتمعات من النهوض لمواجهة التحديات المستقبلية. وفي سياق العولمة والشيخوخة بسبب التطورات الديموغرافية، كما أنه عامل أساسي لتنمية اقتصاديات وطنية أكثر عدالة علاوة على كونه محوراً حيوياً للتماسك الاجتماعي والاستقرار الوطني والعالمي.

قراءات مقترحة

ISSA. الجمعية الدولية للضمان الاجتماعي، 2007- "*الضمان الاجتماعي حول العالم*" *Social Security Worldwide* خدمة المعلومات من الجمعية الدولية للضمان الاجتماعي. متاح مجاناً عبر الموقع الإلكتروني: www.issa.int/ssw.

ر. مكينون McKinnon, R. 2007. "الضمان الاجتماعي الديناميكي: إطار عمل لتوجيه التغيير وتوسعة الشمول،" *International Social Security Review*، المجلد 60، رقم 2-3.

ر. سيج Sigg, R. 2005. "الضمان الاجتماعي والتغيير: حالة للثقة" ر، ليفنسكي Levinsky, R و ر، مكينون McKinnon, R: "*الضمان الاجتماعي: نحو ثقة ذات أساس جديد*". جنيف، الجمعية الدولية للضمان الاجتماعي.

الأمراض المهنية:

تحديات جديدة أمام التأمينات الاجتماعية؟

ستيفان زيمّر Stefan Zimmer [1]

المقدمة

تشكّل الأمراض المهنية واحدة من المخاطر التي كانت تغطيها أنظمة الضمان الاجتماعي في مختلف أنحاء العالم ولعقود عديدة من الزمن. وهذا يعني أنه لا يمكن وصفها بأنها "جديدة" أو "ناشئة". غير أن ثمة اتجاهين جديدين يقفان كتحدّ أمام أنظمة الضمان الاجتماعي في العالم وبخاصة التأمين ضد إصابات العمل والأمراض المهنية. وأحد هذين الاتجاهين هو ارتفاع عدد الأمراض "الجديدة" أو الأمراض التي لم يتفق عليها بعد وما زالت موضع نقاش وخلاف إذ يصعب عزوها إلى مكان العمل (مثلاً: الاضطرابات العقلية المتعلقة بالعمل). وثانياً توسعة الشمول في أنظمة الضمان الاجتماعي تؤدي إلى مخاطر تأمينية أكثر والتي كانت تترك في الماضي دون تغطية تأمينية في القطاعات "غير المنظّمة". كما أن مطالبات التعويض عن الأمراض ذات فترات الحضانة الطويلة والتي كانت تصيب العمال الذين لم يكونوا مشمولين بالتغطية التأمينية من قبل قد تؤدي إلى تراكم عبء مالي كبير على أنظمة التأمين المهنية في المستقبل القريب، وبخاصة في الدول النامية حالياً.

تعريف

يختلف تعريف الأمراض المهنية باختلاف التشريعات آخذين بعين الاعتبار أن "المرض المهني" عبارة عن مصطلح قانوني لا مصطلح طبي (أنظر المربع رقم 1).

المربع رقم 1. *ما هو المرض المهني؟*

على العموم، مثل هذه الأمراض المزمنة التي يعرف عنها أنها تحدث لدى أوساط معينة من العمال في مجال عمل معين وبمعدل أعلى بشكل كبير مما يحدث للسكان بشكل عام تسمّى بـ "الأمراض المهنية". وهذه تشمل أيضاً الأمراض المعروفة بحدوثها فقط بين العمال في مجال معيّن من مجالات العمل وليس في أي مجال آخر، ومنها (مرض ذات الرئة) أو ما يعرف بمرض الرئة السوداء والذي يحدث في أوساط عمّال مناجم الفحم الحجري. في مثل هذه الحالات حيث تكون العوامل المتصلة بالعمل هي السبب الوحيد للمرض، يكون قبولها على أنها مرض مهني عادياً ولا يتسبب بأي مشكلة.

وقد تكون أسباب الأمراض المهنية معقدة جداً. وفي العديد من الحالات، تؤدي العوامل المتصلة بالعمل إلى زيادة مخاطر المرض تدريجياً إلى جانب العوامل الأخرى التي لا تتصل بالعمل. كما أن العوامل المتصلة بالعمل تؤدي في أغلب الأحيان إلى مفاقمة مرض قد بدأ مع العامل فعلاً في السابق. هذه الأسباب المتعددة والمعقدة للأمراض المهنية التي لا تجعل من الصعوبة بمكان التعرّف إليها وتوثيقها وحسب؛ بل أنه من الصعب الوقاية منها. ومن ناحية أخرى، يرى الخبراء أن الأمراض المهنية "الجديدة" أو "المثيرة للجدل" تفرض تحدّياً كبيراً على أنظمة تعويض العمّال حول العالم.

[1] الاتحاد الوطني لصناديق التأمين ضد حوادث العمل National Federation of Industrial Employment Accident Insurance Funds، ألمانيا.

البيانات

وفقاً لآخر التقديرات الصادرة عن منظمة العمل الدولية بالنسبة لإصابات العمل والأمراض المهنية، تحدث في العالم حوالي 2.2 مليون وفاة سنوياً لأسباب تتعلق بالعمل (منظمة العمل ا لدولية 2005). وحتى الآن كانت النسبة الكبرى من الوفيات بسبب أمراض المهنة: بين 1.7 إلى 2 مليون واقعة وفاة في السنة. غير أن الإحصاءات العالمية والتقديرات من هذا النوع تثير دوماً أسئلة حول المنهجية المستخدمة فيها وإن كانت هي الطريقة الوحيدة الممكنة للاقتراب من تقدير حقيقة الأمراض المهنية في يومنا هذا. إنها على الأقل، تعطينا فكرة عن ضخامة المشكلة وإن كانت لا توفر أي معلومات من حيث أنواع الأمراض المهنية الأكثر شيوعاً وانتشاراً في مختلف الدول. كما أن مفهوم الأمراض المهنية وطريقة توثيقها يعتمد على القرارات القانونية والإدارية في كل بلد. وهذا يجعل من عملية المقارنة بين الإحصاءات القطرية المتعلقة بالأمراض المهنية أمراً صعباً إن لم نقل مستحيلاً. وما قد يعتبر عادة مرضاً يتصدر قوائم الإحصاءات الوطنية في البلد (أ)، قد لا يعتبر مرضاً مهنياً في البلد (ب) حتى وإن كان ذلك البلد يعلن عن رقم شبيه من ضحايا هذا المرض. ومن المقارنة بين الإحصاءات القطرية حول الأمراض المهنية في البلدين (أ) و (ب)، يمكن للقارئ غير المحتكم إلى المعلومات الصحيحة أن يخرج بانطباع بأن البلد (ب) يوفر بيئة عمل أكثر آمنة بحيث تكافح مرضاً معيناً؛ وهذا ببساطة لأنه لا توجد حالات تم الإعلان والتعويض عنها.[2] وبالتالي، تظهر الأرقام الصادرة عن شركات التأمين التي تدفع التعويضات العمالية في مختلف الدول تصدّر الأمراض المهنية المختلفة قوائم إحصاءات المطالبات (أنظر الجدول 1). وقد يكون من الخطأ الفادح الخروج بأي نتائج سهلة من هذه البيانات المتعلقة بأسباب شيوع أمراض معينة. وسواء كان أحد البلدان يقرّ بحدوث حالات فقد السمع تكون أكثر نسبياً مما هو في بلد آخر قد يكون وببساطة نتيجة لمختلف الظروف القانونية والإدارية؛ وليس لأن هناك المزيد من العمّال الذين يتعرّضون للضوضاء والضجيج.

الجدول رقم 1. مطالبات الأمراض المهنية، دول مختارة

البلد	المطالبات الأكثر تكراراً	المطالبات التي تأتي في المرتبة الثانية من حيث التكرار
الأرجنتين	فقد حاسة السمع	أمراض الجهاز التنفسي
جمهورية الصين الشعبية	الالتهاب الرئوي (رسمياً 80% من إجمالي الأمراض المهنية).	تسمم حاد ومزمن
ألمانيا	أمراض الجلد	أمراض الظهر وفقد حاسة السمع
جمهورية كوريا	أمراض العضلات والعظام	الالتهاب الرئوي
البرتغال	فقد حاسة السمع	الأمراض الناتجة عن عوامل جسدية أخرى
الاتحاد الروسي	أمراض الجهاز التنفسي	أمراض العضلات والعظام
السويد	أمراض العضلات والعظام	الأمراض الناتجة عن المواد الكيماوية
الولايات المتحدة	الالتواءات، والسلالات (بما فيها الإصابات أثناء العمل)	أمراض وإصابات الظهر*
زمبابوي	أمراض الجهاز التنفسي	غير متوفرة

* المطالبات: تشمل إصابات العمل.

المصادر: Munich Re Group، 2002، *الأمراض المهنية: كيف تتم تغطيتها بموجب أنظمة التعويضات العمالية؟* ميونخ ري Munich Re، يوروجب Eurogip، 2002. *الأمراض المهنية في 15 دولة أوروبية*: باريس، يوروجيب: الجمعية الدولية للضمان الاجتماعي- اللجنة الفنية حول التأمين ضد إصابات العمل والأمراض المهنية، 2006. *حلقة النقاش الثالثة: أمراض الجهاز التنفسي في آسيا- وقائع الحلقة.*

التحدّي الأول: الاعتراف بالأمراض المهنية "الجديدة " والتعويض عنها

يشير المصطلح "المرض المتصل بالعمل" إلى مفهوم أوسع نطاقاً من "المرض المهني" حيث أنه يشير إلى جميع الأمراض التي يكون العمل أحد الأسباب المساهمة في حدوثها (أنظر المربع 2). ويجمع هذا المفهوم العوامل المتصلة بالعمل وتلك غير المتصلة بالعمل.

[2] بغض النظر عما إذا كان المرض مقبولاً على أن له صلة بالعمل أو ظهر في قوائم دولة معينة، هناك جملة من العوامل الأخرى التي تسهم في هذا الأمر مثل عدم كفاية التقارير والإبلاغ، وقدرات التشخيص الضعيفة، أو سياسات التوثيق المختلة (أنظر زيمّر Zimmer، 2004).

وقد قدّرت منظمة العمل الدولية نسبة الحدوث السنوية للأمراض غير المميتة المتصلة بالعمل على أنها 160 مليون حالة. وتشير المسوحات التي أجريت في بريطانيا وفنلندا حول الأمراض التي بلّغ عنها أصحابها وتتصل بالعمل إلى تشكيلها 7.3 و 8.3 %،على التوالي من مجموع عدد العاملين الذين يبلّغون سنوياً عن إصابتهم بمرض أو أكثر من الأمراض المتصلة بالعمل والتي تسببت في التغيب عن العمل. وهذا قد يعني بالنسبة لسكان العالم على افتراض أن العمال لا يتمتعون بصحة أفضل في أنحاء أخرى من العالم، أن بين 184 و 208 مليون عامل يعانون من الأمراض المتصلة بالعمل (منظمة العمل الدولية ILO، 2005).

المربع رقم 2. ***ما هي الأسباب المتصلة بالعمل وتسهم بحدوث الأمراض؟***

بشكل عام، العمّال الذين يتعرضون إلى المواد في مكان العمل والتي قد تتسبب في أمراض الرئة يتعرضون لمخاطر أعظم إن كانوا يدخّنون. فالعوامل المتصلة بالعمل مثل التهوية الرديئة، وأمكنة العمل المغلقة، أو الحرارة، يمكن أن تؤدي إلى المزيد من مخاطر الأمراض تماماً مثل العوامل الأخرى المساهمة بحدوث المرض ولا تتصل بالعمل بما فيها تلوّث الهواء الخارجي، أو غيره من العوامل البيئية. وبهدف إثبات أن المرض متصل بالعمل (مثلاً: في مطالبات التعويض عن الأمراض المهنية)، قد يكون من الصعوبة بمكان تعريف العوامل المتصلة بالعمل وتلك غير المتصلة بالعمل والفصل بينها، وقد يكون مثل هذا الأمر مستحيلاً في أحيان أخرى. لذلك، فإن تعريف حدود الكميات المسموح بها أو الحد المؤثر للمادة ويؤدي إلى المرض هو في غاية الأهمية ويشكل بحد ذاته تحدّ علمي. فسرطان الرئتين يمكن أن ينجم عن عدد من العوامل المتصلة بالعمل وأخرى غير متصلة بالعمل (مثلاً: التدخين أو حتى الحساسية). وفي ألمانيا، على سبيل المثال، تم تعريف الحدود المؤثرة للمادة لمادتين فقط على أنها تتصل بالعمل وتؤدي إلى سرطان الرئة (الأسبستوس، الهيدروكاربون العطري المتعدد الحلقات (asbestos and polycyclic aromatic hydrocarbon). أما الحدود المؤثرة للعوامل الأخرى مثل (غبار الكوارتز، والزرنيخ، والكروم، والنيكل)، فما زالت قيد النظر لتعريف حدودها المؤثرة. كما أن التزامن المحتمل لمختلف المواد المسرطنة (الملازمة للتسرطن) يؤدي إلى المزيد من التعقيدات عند محاولة تعريف العلاقة السببية للتعرّض أثناء العمل مما جعلها موضوع البحث في الوقت الحاضر.

وتقدّر منظمة الصحة العالمية أن 37% من آلام أسفل الظهر، و16% من حالات فقد السمع، 13% من الأمراض الرئوية المزمنة المعطلة عن العمل، 11% من حالات الأزمة، و8% من الإصابات هي لأسباب تتصل بالعمل. كما أن أمراض العضلات والعظام وأمراض جهاز التنفس هي من بين أكثر الأنواع شيوعاً للأمراض المتصلة بالعمل. ونادراً ما يكون بالإمكان إثبات أن هذه الأمراض تنشأ فقط عن العمل. وبالتالي، فإن الدول تختلف بشكل كبير من حيث الطرق التي تستخدمها في تناول موضوع مثل هذه الأمراض. وعلى سبيل المثال، فإن التدخين السلبي الذي تعتبره الدنمارك أحد الأمراض المهنية، ومتلازمة وتر الرسغ، والضغط النفسي بعد التعرض للأزمات، والكآبة، وبضعة أمراض أخرى التي يحتمل أن تنجم عن أسباب متصلة بالعمل هي التي تسيطر على النقاشات الدائرة الآن في العديد من الدول بشأن الأمراض المهنية الجديدة. وبخاصة دول الاتحاد الأوروبي (أنظر الجدول رقم 2). ووفقاً للمسوحات المتعلقة بظروف العمل والتي أجرتها المؤسسة الأوروبية لتحسين ظروف الحياة والعمل (يوروفاوند)، وعلى مدى السنوات الخمس عشرة الماضية، فإن عدد العمال في أوروبا الذين يعتبرون أن صحتهم معرضة للخطر لأسباب تتعلق بالعمل قد أصبح في تناقص مستمر. غير أنه وبالنظر إلى مخاطر وظيفية محددة، وبخاصة تلك التي تؤثر في الصحة النفسية، بقي التعرض الفعلي لمخاطر تتعلق بالعمل إما مستقراً (الضغط النفسي) أو ارتفع (الإرهاق، والصداع).

الجدول رقم 2. النسبة المئوية من قوة العمل الأوروبية المصابة صحيّاً بسبب العمل

	1996 (الاتحاد الأوروبي 15)*%	2000 (الاتحاد الأوروبي 15)*%	2001 الدول المرشحة للانضمام إلى الاتحاد الأوروبي (الدول المرشحة)**%
الصحة العامة ومخاطر السلامة في العمل	29	27	40
آلام الظهر	30	33	34
الضغط النفسي	28	28	29
الإرهاق العام	20	23.2	41
الصداع	13	15	20
مشاكل النوم	7	7.9	9

المصدر: www.eurofound.europa.eu/ewco/surveys/index.htm

* الاتحاد الأوروبي 15: بلجيكا، الدنمارك، ألمانيا، اليونان، إسبانيا، فرنسا، إيرلندا، إيطاليا، لوكسمبورغ، هولندا، النمسا، البرتغال، فنلندا، السويد، المملكة المتحدة.
** الدول المرشحة لعضوية الإتحاد الأوروبي 12: بلغاريا، قبرص، أستونيا، لتوانيا، لاتفيا، هنغاريا، مالطا، بولندا، رومانيا، سلوفانيا، سلوفاكيا، وجمهورية التشيك.

يؤكد خبراء الصحة والسلامة المهنية وجود توجه الآن نحو ارتفاع نسبة الأمراض التي تعزى إلى الضغط النفسي من بين الأمراض المتصلة بالعمل. وقد انتهى مسح أجراه خبراء السلامة المهنية في ألمانيا عام 2004 إلى أنه حيث تكون 31% من الأمراض جسدية بطبيعتها، 43% منها هي نفسية. وقبل خمس سنوات فقط، كانت النسب هي العكس.[3]

وعلى الرغم من الإجماع الواسع النطاق حول نشوء اضطرابات عقلية لأسباب تتصل بالعمل، يبقى السؤال هو إلى أي مدى يجب التعويض عن هذه الاضطرابات على اعتبار أنها أمراض مهنية. وتأتي الإجابة على هذا السؤال مختلفة باختلاف الأمكنة والتشريعات الوطنية. فالدول التي تعترف بالضغط النفسي على أنه مرض مهني قد شهدت زيادة في المطالبات على هذه الخلفية في السنة الماضية (أنظر الجدول رقم 3). وهذه الدول هي: بلجيكا، الدنمارك، إيطاليا، فرنسا، البرتغال، والسويد. وفي دول أخرى، ثمة توافق على العلاقات السببية المحتملة للسبب والنتيجة.

الجدول رقم 3. الاضطرابات العقلية المتصلة بالعمل والتي *تم التعويض عنها على أنها أمراض مهنية*

البلد	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	المجموع
بلجيكا	0	0	0	0	0	0	2	2
الدنمارك	3	9	8	18	11	38	32	119
فرنسا	0	0	0	0	2	6	6	14
إيطاليا	0	0	0	0	0	0	12	12
البرتغال	غير متوفر	غير متوفر	14	24	27	21	19	105
السويد	55	39	39	77	99	148	177	634

المصدر: يوروجيب Eurogip. 2004. *الاضطرابات العقلية لأسباب تتصل بالعمل. ما هو الاعتراف بها في أوروبا؟ باريس، يوروجيب Eurogip.*

ولجعل الأمور حتى أكثر تعقيداً، فإن النقاشات المكثفة التي تمت مؤخراً بشأن الأمراض المهنية لم تكن مستندة إلى عوامل علمية فقط؛ بل أيضاً إلى النواحي الاجتماعية والسياسية. وثمة جهات أخرى تلعب دوراً مهماً في هذا الإطار وهي من ضمن مختلف مجموعات المصالح مثل النقابات العمالية، وأصحاب العمل، وممارسي المهن الطبية، والمحامين، بالإضافة إلى وجود اتجاهات تتعلق بالمعيشة وأسلوب الحياة (سلامة ورفاه الحياة) وإمكانيات النشر من خلال وسائل الإعلام الجماهيرية. حتى أن العلماء الذين يفترضون أن نشوء ما يسمى ب "الأمراض الجديدة" هو بحد ذاته النتيجة الطبيعية لطرح تقنيات جديدة في مكان العمل.[4] هذا يقودنا إلى السؤال فيما إذا كان علينا أن نفترض أن هذه الأمراض المعدية "الجديدة" أو الأمراض الجدلية سوف تختفي وتعاود الظهور بعد التغييرات التكنولوجية.

والمصطلحان "جديد" أو "ناشئ" اللذان يصفان المرض المهني يستخدمان لأنواع مختلفة تماماً من الأمراض في مختلف أنحاء العالم. وخارج السياق الأوروبي، نجد أنه وفي الدول النامية والمتقدمة توجد أصناف مختلفة من الأمراض المتصلة بالعمل والتي تفرض تحديات أعظم في يومنا هذا. وتبيّن نتائج المسح الذي أجرته الجمعية الدولية للضمان الاجتماعي عام 2003 أن التحدّي الرئيسي في زيمبابوي بالنسبة للمرض المهني هو ذاك المتمثل في الالتهابات الرئوية، يتبعها الجمرة الخبيثة والتسمم بالرصاص. أما في راوندا، فالتحدي الرئيس هو السحار الرملي والذي يؤثر أيضاً على 37% من عمّال المناجم في أمريكا اللاتينية. وفي الجمهورية العربية السورية، تعتبر الأمراض السرطانية على أنها أكبر التحدّيات في العقد القادم من الزمن. كما يتوقع أن يكون السرطان أحد أكبر التحديات في الأرجنتين؛ وهذا ما ينطبق على آلام الظهر، والأمراض المهنية المتصلة بالعوامل النفسية. وفي اليابان، هناك ما يعرف بـ كاروشي Karoshi (حالات الانتحار نتيجة لظروف العمل القاسية)- والتي تحدث في الاقتصاديات الجيدة كما في السيئة وقد أصبح مبعثاً رئيسياً للقلق وخاصة بالنسبة لشاغلي وظائف الدرجات العليا من الهرم الوظيفي (زيمر Zimmer، 2004).

وعلى الرغم من كون الاضطرابات العقلية المتصلة بالعمل هي التي تحظى بالنصيب الأكبر من تركيز الاهتمام على الأمراض "الجديدة" في دول الاتحاد الأوروبي واليابان، إلا أنه من الخطأ الاعتقاد أن الضغط النفسي، والإنهاك، والكآبة لا

[3] www.iga-info.de/pdf/reporte/iga_report_5.pdf.

[4] أنظر ر.إيكسون Ericson, R؛ أ. دويل Doyle, A.، 2004. *العمل غير الثابت: المخاطر، والتأمين، وحدود المعرفة*. تورنتو، مطبعة جامعة تورنتو. هذه النظرية تؤدي إلى الأسئلة الملفتة والمثيرة. على سبيل المثال، هل متلازمة وتر الرسغ وإصبع الفأر هي أعراض مرتبطة بالعمل لفترات طويلة على الكمبيوتر- إنها ظاهرة جديدة تماماً في الواقع؟ أو هل هي مجرد رد فعل إلى التكنولوجيات الجديدة للعصر الرقمي، تماماً مثل "تشنج عامل التلغراف؛ وهو ما يمكن تفسيره على أنه رد فعل إلى التكنولوجيا الجديدة في نهاية القرن التاسع عشر؟

تتواجد إلا في الدول المتقدمة صناعياً ذات الدخول العالية. وفي الحقيقة، فإن الظروف العصبية-النفسية هي الأسباب الأكثر أهمية للعجز عن العمل في جميع أنحاء العالم، وهي التي تشكل 37% من سنوات الحياة الصحية المهدورة نتيجة للعجز بين الأفراد من سن 15 سنة فما فوق. ووفقاً لدراسة حول الأمراض العالمية وعوامل المخاطرة عالمياً بين 1990 و 2001، تشكل الكآبة السبب الرئيسي في العجز بالنسبة للرجال والنساء حول العالم. وتبيّن الدراسة ذاتها أن "أكثر من 85% من عبء المرض بسبب النتائج الصحية غير المميتة تحدث في الدول منخفضة ومتوسطة الدخل، وجنوب آسيا، وشبه الصحراء الأفريقية وتشكل 40% من إجمالي سنوات الحياة الصحية المهدورة بسبب العجز.[5] وهذه الدول هي على العموم الدول ذاتها التي فيها أدنى معدلات من أعداد العاملين الذين لديهم تغطية تأمينية ضد الحوادث؛ مما يفرض تحديّاً آخر.

التحدّي الثاني: تغطية القطاع غير المنظمّ

من حيث المصطلح القانوني، "المرض المهني" ينطبق فقط على الأمراض الخاضعة للتعويض والناجمة عن العمل. وبهدف التعويض عن أي مرض بسبب العمل، وبموجب التعريف، يجب أن يكون العامل مغطى بأحد برامج التعويض أو التأمين ضد الحوادث. وبالنسبة للتعويض، فإن الأمراض التي يتسبب بها العمل في القطاع غير المنظمّ (وبالتالي ليس له تغطية) لا تظهر في الإحصاءات القطرية المتعلقة بالصحة والسلامة المهنية. والعاملون في القطاع غير المنظم يبقون في العادة دون تغطية ودون تعويض. غير أنه وفي العديد من البلدان هم الذين يشكلون حتى الآن أعلى نسبة من قوة العمل الوطنية.(أنظر الجدول رقم 4)

الجدول رقم 4. التغطية في أنظمة تعويض العمال، بلدان مختارة

المصدر: مكتب العمل الدولي، 2006

الباكستان	مصر	بنغلادش	الهند	فنزويلا	الصين	تايلاند	كولومبيا
%2.3	%9.11	%10	%10	%12	%12.3	%15.7	%31

وفي حين أن الدراسات العالمية تقدّر قوة العمل غير الرسمية في الدول الصناعية بأنها نادراً ما تكون أعلى من 10% من إجمالي عدد السكان العاملين، فقد تصل على 70% في بلدان العالم النامي، وفي بعض الأحيان حتى أنها تسهم بالنسبة الأعلى من الناتج المحلّي الإجمالي.[6]

وممّا يتكرر قوله في أغلب الأحيان، ويصبغ كل عرض تقريباً من العروض التي يقدمها خبراء الضمان الاجتماعي العالميين هو أنه ربما يكون 80% من سكان الكرة الأرضية يعيشون دون تغطية اجتماعية ملائمة. وهناك العديد من الدول تعمل جاهدة على التوسع في تغطيتها بما فيها حقل التأمين ضد الحوادث الاجتماعية. فعلى سبيل المثال، كانت جمهورية الصين الشعبية تغطي 90 مليون عامل عام 2006 (20 مليون اكثر مما كان قبل سنتين فقط) وهي تهدف إلى تغطية 140 مليون عامل بحلول عام 2010. ومن بين العمال الـ 90 مليون الخاضعين للتغطية، هناك 19 مليون من العمال المهاجرين من الريف، الرقم الذي يشكل النسبة الكبرى من القطاع غير المنظم في الصين.[7] كما أن التوسع السريع في التغطية يأتي ليكون بمثابة الأخبار الجيدة للعمال سواء في القطاع المنظم أو غير المنظم. ولكن هذا الارتفاع المحتمل في المطالبات المستقبلية هو أيضاً بمثابة التحدّي للقدرات المتوافرة لدى نظام الضمان الاجتماعي من حيث قدرته على دفع التعويضات. ويتعين على الصين أن تقرّ بالعدد المتزايد من مطالبات التعويض عن الأمراض المهنية وبخاصة من قبل العمال الذين حتى مؤخراً لم يدخلوا في نطاق النظام. آخذين بعين الاعتبار أن أمراض الرئتين قد أصبحت هي الأكثر تكراراً ضمن الأمراض المهنية في الصين، ومتذكرين أن بعضها يحتاج لفترة حضانة طويلة (حتى لعقود طويلة من الزمن)، الاحتمال الأكبر هو أنه في 10-20 سنة، العمال الذين هم معرّضون حالياً للغبار في مناجم الفحم الحجري أو الأسبستوس في ساحات السفن سوف يتقدمون بمطالبات للتعويض عن أمراض مهنية أصابتهم. وعليه، يجب أن يصار إلى وضع الأحكام القانونية اللازمة اليوم بهدف بناء الاحتياطيات الملائمة للمطالبات المستقبلية.

[5] أ.د. لوبيز Lopez, A.D. وآخرون، 2006. "قياس العبء العالمي لعوامل الأمراض والمخاطر، 1990-2001"، في أ. لوبيز وآخرون. *العبء العالمي لعوامل الأمراض والمخاطر*. واشنطن، دي سي، مطبعة جامعة أكسفورد والبنك الدولي.

[6] ل. روزين ستوك Rosenstock, L.؛ م. كولن Cullen, M.؛ م. فنجرهيرت Fingerhut, M. 2006، "الصحة المهنية"، في د. جاميسون Jamison, D.T. وآخرون. *أولويات الحد من الأمراض في الدول النامية*، واشنطن، دي سي DC، مطبعة جامعة أكسفورد والبنك الدولي.

[7] عدد العمال المهاجرين من الريف في الصين يقدر بأنه يتراوح بين 140 مليون و 190 مليون شخص.

وضع الصين الآن وبوجود الملايين من العمال المهاجرين وغير النظاميين يقدم مثالاً على ما يمكن أن يكون التحدي الأكبر أمام أنظمة تعويض العمال بالنسبة للأمراض المهنية في العقود القادمة. وبهدف عدم الوصول إلى نقطة تكون بها أنظمة التأمينات المهنية غير مستعدة لمواكبة الأعداد السريعة التنامي من المطالبات وبخاصة في الدول النامية والدول في المراحل الانتقالية، لا بدّ من اتخاذ الاحتياطيات الضرورية اليوم. والعنصر الأكثر أهمية والذي يؤدي أيضاً إلى تحقيق أعظم قدر من التوفير في الكلفة هو الوقاية.

كيفية الاستجابة إلى هذه التحدّيات؟

الوقاية من الأمراض ذات فترات الحضانة الطويلة تشكل مهمّة صعبة. وفي الواقع، قد لا يكتشف المرض إلا بعد سنوات طويلة فقط من ظهوره للمرة الأولى بين الناس. وهذا ينطبق، على سبيل المثال، على الأمراض الناتجة عن التعرض إلى الأسبستوس (أنظر المربع رقم 3).[8]

المربع رقم 3. *الأسبستوس*

العمال المعرّضون إلى الأسبستوس معرضون لاحتمالات متزايدة لأن يصابوا بنوعين رئيسيين من السرطان: سرطان النسيج الرئوي نفسه وورم الظهارة المتوسطة mesothelioma، وهو نوع من السرطان يصيب الأغشية المحيطة بالرئة وغيرها من الأعضاء الداخلية. وهذه الأمراض لا تظهر مباشرة وفوراً بعد التعرّض للأسبستوس ذلك أنها تظهر بعد عدد من السنوات. وقد تمرّ عقود ثلاثة من الزمن بين المرة الأولى التي تم فيها التعرض إلى الاسبستوس وظهور أعراض المرض نفسه مما يطلق ما يشبه القنبلة الموقوتة في مجال الصحة العامة في جميع الدول التي ما زال العمال فيها غير محميين من الأسبستوس ومخاطره. ويقدر عدد الوفيات في أنحاء العالم ب 100,000 حالة وفاة سنوياً بين صفوف العمال نتيجة لتعرضهم إلى الأسبستوس في مكان العمل. وعلى الرغم من الأثر المدمّر الذي يحدثه الأسبستوس على حياة الناس وصحتهم ناهيك عن الخطر الاقتصادي الذي يتبلور. هناك حوالي 2.5 مليون طن من الأسبستوس التي ما زال يتم تصنيعها كل سنة.

واليوم، نحن نعرف كم من الأرواح يمكن إنقاذها وكم من الأموال التي من الممكن توفيرها من خلال تطبيق تدابير وقائية مبكرة وأكثر صرامة للحماية من التعرّض للأسبستوس. كيف يمكننا ان نعرّف ونتجنب مشكلة شبيهة بالأسبستوس مستقبلاً؟ فعلى سبيل المثال، ربما تخفي التقانة النانوية nanotechnology والتي تتمثل في هندسة الأنظمة الوظائفية على المستوى الجزيئي خطورات شبيهة بمخاطر الأسبستوس على العمّال وإن لم تكن قد اكتشفت بعد؟ وهل يمكن للنسبة المتنامية من الاضطرابات العقلية المتصلة بالعمل أن تنتهي بتراكمات هائلة للمطالبات؟ كما هو مذكور أعلاه، بعض الدول تعترف بالضغط النفسي والإنهاك على أنها أمراض مهنية، بينما لا تعترف بها بعض الدول الأخرى على هذا الأساس. وبغض النظر عن هذا الأمر، فإن الشركاء الاجتماعيين في الاتحاد الأوروبي على المستوى القطري والعالمي قد اتفقوا على تدابير للوقاية من مثل هذه الأمراض.[9]

وفي العديد من الدول، حيث لا تخضع بعض المخاطر إلى التغطية التأمينية، يمكن تفويض شركات التأمين ذاتها لتسهم في الوقاية من هذه المخاطر نفسها. ومن الممكن الاستنتاج هنا أن الوقاية "تؤتي ثمارها" حتى في مثل هذه الأسواق حيث أنها تسهم في تجنيب المجتمع المزيد من النفقات. وفي ألمانيا، على سبيل المثال، تُلزم شركات التأمين ضد الحوادث وبحكم القانون بأن يحاولوا الوقاية من جميع المخاطر الصحية المتصلة بالعمل بما فيها تلك التي لا تعرّف قانونياً على أنها "حوادث مهنية" أو "أمراض مهنية".[10] ولعل هذا مفيد أيضاً لمجالات التأمين الأخرى مثل التقاعد والتأمين الصحي العام حيث أنه ونتيجة للوقاية الفعالة من الحوادث، - هناك عدد أقل من العمال الذين يمرضون أو يتقدمون بطلب للتقاعد المبكر. كما أنه من خلال نظام التخفيضات والزيادات، من الممكن أن تتمكن شركات التأمين من تحفيز أصحاب العمل على أخذ موضوع الوقاية على محمل الجد. ومن الممكن للاستثمار في أماكن العمل الأكثر سلامة من قبل صاحب العمل- المدعوم بمعدلات اشتراك أقل- أن يكون مفيداً لكل من العمال وأصحاب العمل. وحتى أنظمة التأمين المهني الفتيّة أو التي تم إصلاحها وتطويرها حديثاً

[8] أنظر تقرير اللجنة الخاصة لدى الجمعية الدولية للضمان الاجتماعي حول الوقاية؛ 2004. *الإعلان حول الأسبستوس*. بكين (متاح في الموقع www.issa.int/pdf/GA2004/2DeclarationAsbestos.pdf)

[9] تم التوقيع على اتفاقية إطار العمل الخاص بالضغط النفسي لأسباب تتعلق بالعمل عام 2004 من قبل النقابات العمالية الأوروبية واتحادات أصحاب العمل. أنظر ec.europa.eu/employment_social/news/2004/oct/stress_agreement_en.pdf

[10] شركات التأمين ضد الحوادث في ألمانيا ملزمة بحكم القانون الفدرالي بـ "الوقاية من الحوادث المهنية، والأمراض المهنية، والمخاطر الصحية المرتبطة بالصحة وذلك من خلال الوسائل المناسبة" (أنظر www..hvbg.de/e/pages/praev/index.html).

قد تلتزم بهذه الإستراتيجية كما هو الحال في مثال جمهورية الصين الشعبية. أما خط الأساس، فهو يتمثل في أن الربط بين الوقاية والتعويض التأميني عن الأمراض المهنية يمكّن من تطبيق آليات فاعلة مما لا يؤدي إلى خفض الحوادث في مكان العمل والأمراض المهنية وحسب؛ بل أنه يوفر الحافز اللازم لأصحاب العمل لتقوية الأنشطة الوقائية في قطاع معين. وعليه، فإن الوقاية لا "تؤتي ثمارها" وحسب، بل أنها تعطيك المكافأة مضاعفة. إنها الإستراتيجية الأكثر ملاءمة للتعامل مع التحديات المتنامية سواء بسبب الأمراض المهنية "القديمة" أو "الجديدة" حول العالم.

النتائج

تمثل الأمراض "الجديدة" أو الجدلية تهديداً لأنظمة التأمين المهني حول العالم.

- تظهر المسوحات العالمية أن نسبة الاضطرابات العقلية المتصلة بالعمل آخذة بالازدياد.
- هناك المزيد من الدول التي تسمح بالتعويض عن الاضطرابات العقلية بصفتها أمراض مهنية.
- تزامن العوامل المتصلة بالعمل وتلك غير المتصلة بالعمل المؤدية إلى هذه الأمراض يتسبب بحدوث المشاكل في تحديد العلاقة السببية بين كونها تعزى إلى العمل وبين المخاطر غير المتصلة بالعمل، وفي تعريف الحدود المؤثرة للتعرض (أي حدود التعرض التي تؤدي إلى المرض).

والتوسع في تغطية التأمين الاجتماعي يؤدي إلى شمول المخاطر التي لم تكن مغطاة بالتأمين في السابق.

- العمّال المعرضون للمخاطر الصحية في القطاع غير المنظم سوف يتمكنون حالما تتم تغطيتهم بالتأمين من تقديم المطالبات لتعويضهم عن الأمراض المهنية التي أصيبوا بها.
- أنظمة التأمين المهني يجب أن تعدّ اليوم من خلال بناء احتياطيات ملائمة والأكثر أهمية من هذا وذاك هو تكثيف التدابير الوقائية.

باختصار، تعتبر الوقاية الإستراتيجية الفضلى؛ وربما تكون الإستراتيجية الوحيدة للتعامل مع هذين التحديين.

- يمكن لموفري خدمات التأمين المهني أن يسهموا مساهمة مهمة في تعزيز الوقاية على مستوى المنشأة.
- الشركات التي تؤدي عملها بشكل جيد من حيث الصحة والسلامة المهنية يمكن أن تمنح مكافآت عن مساهماتها التأمينية.
- يكسب موفر التأمين من العوائد على الاستثمار؛ ويكون هذا الكسب على شكل تعويضات أقل يتم دفعها.
- بالنسبة لأصحاب العمل، والعمّال، وشركات التأمين على حد سواء، الوقاية تؤتي ثمارها.

قراءات مقترحة

منظمة العمل الدولية، 2006. *الصحة والسلامة المهنية: عرض الدول*. جنيف، مكتب العمل الدولي، www.ilo.org/public/english/protection/safework/worldday/products06/report06_profiles_en.pdf.

منظمة العمل الدولية، 2005. *العمل النظيف - العمل الآمن*. تقرير تمهيدي إلى المؤتمر العالمي السابع عشر حول الصحة والسلامة في العمل. جنيف، مكتب العمل الدولي، www.ilo.org/public/english/protection/safework/wdcongrs17/intrep.pdf.

مجموعة ميونيخ ري Munich Re Group. 2002. الأمراض المهنية: *كيف تتم تغطيتها ضمن أنظمة تعويض العمال؟* ميونيخ، ميونيخ ري، www.munichre.com/publications/302-03056_en.pdf.

س. زيمر Zimmer, S. . 2004. "المشاكل والتحدّيات أمام الأنظمة القانونية للتأمين ضد الحوادث المرتبطة بالأمراض المهنية : التبليغ، التوثيق الإحصاءات"، في وقائع اجتماعات الجمعية العمومية الثامنة والعشرين للجمعية الدولية للضمان الاجتماعي. www.issa.int/pdf/GA2004/2zimmer .pdf

ازدياد منافع العجز:

سعياً إلى تحقيق سياسات ابتكارية

رينك برنس Rienk Prins [1]

المقدمة

على الرغم من أن البيانات الملائمة والقابلة للمقارنة حول العجز ما زالت غير متوافرة بين الدول، إلا أن العجز عبارة عن مسألة آخذة بالتفاقم. وفي تلك الدول، تظهر المسوحات، وإحصاءات الضمان الاجتماعي نموّاً في معدلات الإعالة. وفي الدول النامية، وعلى الرغم من ضعف مصادر البيانات، يبدو أن نسبة إجمالي السكان الذين لديهم عجز ما زال غير مقدّراً كما يجب. ومع تطوّر الدول، سوف تؤدي البيانات المحسّنة إلى زيادة نسبة اكتشاف حالات العجز وتعزيز البحث المستنير في هذه الظاهرة.

كما يمثل العجز مشكلة حرجة للمجتمع: إنه يقصي الأشخاص من المشاركة الكاملة في المجتمع، والتدريب، والتوظيف، ويزيد من اعتمادهم على الضمان الاجتماعي والرعاية. وفي حين أن العجز كان في الماضي يعتبر بشكل رئيس على أنه ظرف طبي مرتبط بفرد واحد، إلا أنه ولسنوات عديدة ا لآن أصبح الفهم الاجتماعي للعجز هو المطبق. وهذا الفهم الاجتماعي للعجز يجعل التمييز بين الضعف والعجز حيث أن العجز يأتي نتيجة للإخفاق المجتمعي في الاعتراف بالفروقات بين البشر واستيعابها. كما أن العجز يرتبط بالعوائق المتعلقة بالاتجاهات، والبيئة، والمؤسسات الموجودة في المجتمع.

وفي الدول النامية، هناك سبب رئيسي كامن وراء العجز ألا وهو الفقر، الذي يتصل بسوء التغذية، بالإضافة إلى الأسباب المتعلقة بالحروب (مثلاً: انفجار الألغام الأرضية) وحوادث السير. وثمة سبب آخذ بالتفاقم وهو العدد المتزايد للأشخاص الحاملين لفيروس نقص المناعة البشرية المكتسب/الإيدز. كما أن الأشخاص العاجزين هم الأشد اختطاراً بالنسبة لفيروس نقص المناعة البشرية المكتسب/ الإيدز؛ وفي الوقت ذاته ليس لديهم الإمكانيات اللازمة للحصول على المعلومات اللازمة للوقاية أو توفير الخدمات المطلوبة. وفي العديد من الدول النامية، ينظر إلى الإيدز على أنه إعاقة بسبب ما يتعرض له حامله من تمييز (توماس Thomas، 2005). ونادراً ما تشتمل حملات التوعية بهذا الحصوص على ما يلبّي حاجات الأشخاص الذين لديهم عجز.

ويواجه الأشخاص العاجزون في الدول النامية العديد من العوائق والحواجز مثل المستوى المنخفض من التعليم للأطفال ذوي الإعاقات، وعدم الحصول على ما يكفي من التدريب، والتوظيف أو الخدمات الصحية أو إعادة التأهيل بما فيها الوسائل المساعدة. وعند تحسين الطرق وأنظمة النقل العام، في الغالب يتم إغفال حاجات الأشخاص الذين لديهم عجز. كما أن الأشخاص العاجزين هم أيضاً الأقل حظّاً من حيث الحصول على المعلومات والتواصل. وأخيراً فإن العوائق الاجتماعية الأساسية هي التي تخلق نتيجة للآراء السلبية والاتجاهات السائدة حيث أن أصحاب حالات العجز يعتبرون لا حول لهم ولا قوة ولا قدرات متوافرة لديهم للتطور والنماء.

أبعاد الظاهرة المتنامية

تقدر منظمة الصحة العالمية أن 10% من سكان أي بلد سوف يكونوا عاجزين. كما يستشرف من البيانات الإحصائية والبحوث المسحية أن نسبة السكان العاجزين هي أقل في الدول النامية؛ غير أن هذا قد يكون نتيجة غير دقيقة بسبب الصعوبات الكامنة في جمع البيانات وأنظمة الكشف. كما أن الأفكار الدائرة حول شيوع العجز تبقى مقيدة بسبب العديد من العوامل. كما أن التعريفات والتصنيفات تختلف عبر الدول مما يؤدي إلى تباين واسع النطاق في الإحصائيات. وتواجه الدول النامية على وجه الخصوص محددات كثيرة في الجهود التي تبذلها للحصول على المعلومات الموثوقة حول نطاق، وأنواع، وأسباب المشكلة وتوزعها في مختلف المناطق والأقاليم.

[1] مجموعة أستري Astri للأبحاث والاستشارات، هولندا.

وبغض النظر عن أي شيء، فإن نطاق المشكلة سوف يتسع. كما أن العالم يواجه مراحل تحول ديموغرافي الآن، وهناك أعداد متزايدة من الأشخاص الذين سيصلون إلى سن الشيخوخة والذي يحمل معه في أغلب الأحيان مشاكل العجز. كما يظهر من إحصاءات الضمان الاجتماعي في الكثير من الدول المتقدمة ازدياد معدلات الإعالة. كما أن مستويات ومعدلات النمو يمكن أن تختلف بشكل كبير (كيمب Kemp، صندن Sunden، وبكر توريتس Bakker Taurits، 2006). وقد أظهر تحليل أجري مؤخراً على ست دول لاتجاهات الحصول على منافع العجز (للعام 2002) وجود زيادة متواضعة (لكل 1000 مؤمن عليه) ضمن برامج التقاعد بسبب العجز في بلجيكا، وكندا، وألمانيا، وسويسرا، في حين أن هولندا والسويد قد أظهرتا معدلات نمو أعلى تماماً (برنز Prins، 2006).

ويكاد يكون ارتفاع معدلات الإعالة المرتبطة بمنافع العجز هو السمة شبه الدائمة للظاهرة. كما لا تقتصر المشكلة على أن معدلات التدفق الداخل آخذة بالازدياد، بل ثمة ظاهرة أخرى شائعة في الدول المتقدمة ألا وهي الأعداد الضئيلة جداً من الأشخاص الذين يخرجون من برامج منافع العجز (منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية، 2003). وفي العديد من الدول، فقط الفئات العمرية الأصغر من متلقّي المنافع هم الذين يظهرون معدلات تدفق خارج (معتدلة). والسبب الرئيس لخروج المستفيدين من برامج تقاعد العجز له بعد ديموغرافي هو تحديداً الوصول إلى سن التقاعد القانوني.

وليس حجم حالات العجز آخذة بالازدياد وحسب، بل أنها تشهد تحولاً في نمطها. وفي الدول النامية، تبتعد الاتجاهات عن الأمراض المعدية وتتجه إلى الأمراض المزمنة مما يشكل المزيد من المحددات والمزيد من معدلات الإعالة (ثوماس Thomas، 2005). وفي العديد من الدول المتقدمة، هناك تحوّل ذو صلة بالنموذج يظهر جليّاً للعيان. وفي بعض الدول، وفي الأنماط التشخيصية للمتلقين الجدد لمنافع أو رواتب العجز، نجد أن العجز المتصل بمشاكل الصحة العقلية أصبح يشكل الآن النسبة الكبرى من إحصائيات التدفقات الداخلة متفوقاً بذلك على الاضطرابات العضلية والعظمية. وترتبط هذه الظاهرة بالتغييرات في الظروف الصحية بالإضافة إلى تنظيم العمل وظروفه. وفي الوقت الحالي تأتي مشاكل الصحة العقلية المنتهية بالاعتماد على منافع العجز لتكون أحد التحديات الأساسية أمام القائمين على برنامج منافع العجز والسياسات الوقائية.

الضمان الاجتماعي والعجز

تلعب برامج الضمان الاجتماعي أو شبكات الحماية الاجتماعية دوراً مهمّاً فيما يتعلق بالعجز: وقد تؤدي إلى التخفيف من حدة الفقر أو القضاء عليه وتسهم في الوقاية. من الممكن طرحها كبرامج تأمين اجتماعي (مثلاً: برامج التقاعد بسبب العجز)، والتحويلات الممولة من مصادر عامة (مثلاً: العلاوة العائلية)، والمساعدات العينية (مثلاً: الوسائل المساعدة)، أو برامج المعيشة (ميترا Mitra، 2005). وبالنسبة للدول النامية، هناك حل أكثر جدوى وقد يكون إنشاء شبكات حماية اجتماعية تغطي أصحاب حالات العجز. وبهذا النهج، يبقى السؤال كيف يمكن تصميم شبكات الحماية الاجتماعية وتنفيذها بطريقة لا تقصي الأشخاص العاجزين. وبالتالي، تتم تغطية أبعاد أخرى مثل النفاذ المادي والتواصل، والنفاذ الاجتماعي (تمكين العاجز من التفاعل مع مجتمعه)، والتغطية، والأثر على الفقر وعدم المساواة.

وتعتبر الأرقام المتزايدة لمتقاعدي العجز من التحديات لسببين اثنين. أولاً، إنها عبء اقتصادي على المجتمع إذا أنها تؤدي إلى رفع الإنفاق العام بطريقة غير متوازنة بسبب الحصول على مزايا أو رواتب تقاعدية مبكرة وطويلة المدى. وثانياً، التدفق الداخل إلى برامج المنافع وما له من تداعيات على سوق العمل حيث يترك العاملون وظائفهم قبل بلوغ سن التقاعد القانوني. ولا بدّ لنظام الضمان الاجتماعي من معالجة هذه الظاهرة من خلال إرساء قواعد سياسات اجتماعية أكثر حيوية بحيث تحقق هدفين قد يكونا متناقضين بطبيعتهما وهما: ينبغي لسياسات العجز أن توفر التعويض عن فقد القدرات التي تؤهل صاحبها على كسب معاشه، ولكنها في الوقت ذاته ينبغي أن توفر له الدمج في سوق العمل (مارين Marin، برنز Prinz، وكويسر Queisser، 2004؛ منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية، 2003). ومن الجدير بالذكر هنا أن تقرير منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية ينتهي إلى الخلاصة بأن التعويض السلبي لم يعد كافياً الآن؛ ولا بدّ من ربط المنافع ببرامج الدمج في سوق العمل مما يشجع الأشخاص على المشاركة في الحياة الاقتصادية والاجتماعية.

لقد طبّقت التدابير اللازمة على السياسات بشقيها لمواجهة الأعداد المتزايدة من الأشخاص الذين يدخلون إلى نظام مزايا العجز ويبقون فيه أو إلى برامج التقاعد: الاستراتيجيات لتعديل أو إصلاح برامج التأمين الاجتماعي؛ وتلك الهادفة إلى تعزيز عملية إعادة الدمج في سوق العمل. هذا هو الإصلاح الجوهري لبرنامج

مزايا العجز الذي نفّذته هولندا. وحتى عام 2006، عمل البرنامج على توفير المنافع في حالة فقد القدرة على الكسب سواء كان هذا الفقد كاملاً أو جزئياً. والبرنامج الجديد لا يقدم منافع العجز إلا إلى الأشخاص الذين ليس لديهم أي قدرة متبقيّة على العمل. أما أولئك الذين فقدوا القدرة على العمل جزئياً، فلم يعودوا مؤهلين للحصول على منافع العجز ويتعين عليهم أن يعتمدوا اعتماداً رئيسياً على أصحاب العمل ليبقوا في العمل، بالإضافة إلى تدابير الدعم الأخرى.

وتتسم إصلاحات التقاعد بسبب العجز في دول شمال أوروبا أيضاً بأنها تدابير تركز على سياسات أكثر تشدداً في الرقابة والتطبيق الموسع. ففي السويد، تم طرح منفعة جديدة للشباب العاجزين. وتهدف إلى دعم قدرات التعايش لدى الفرد وإعداده نفسياً للدخول إلى سوق العمل. وتؤكد الإصلاحات التي أدخلت على نظام التقاعد المعمول به في فنلندا على الحق في إعادة التأهيل المهني والتدخل المبكر من خلال تقييم القدرات الوظيفية للفرد. وتستند هذه الإصلاحات مثلها مثل تلك التي تمت في دول أخرى إلى وجهة النظر القائلة بأن النهج الرئيس في إدارة العجز ينبغي أن يتركز على القدرة المتبقية على العمل، والتي يجب تعزيزها بدلاً من التركيز على عدم القدرة.

وعلى مدى عقود عديدة، بُذلت الجهود الدولية، والوطنية، والإقليمية لمواجهة ظروف أصحاب حالات العجز في الدول النامية. وعلى الرغم من هذه الجهود، لم يتغير الوضع إلا قليلاً، وتبقى تحديات عديدة لا بدّ من مواجهتها. وعلى الرغم من أن أصحاب حالات العجز يمثلون نسبة أساسية من الفقراء، إلا أنهم لا تشملهم هذه البرامج في أغلب الأحيان.

السياسات المعمول بها في الدول النامية لمعالجة موضوع العجز

شهدت الدول النامية طرح العديد من الممارسات الجيدة والنهج الابتكارية. وفي العديد من الدول، ظهرت وكالات ومنظمات عديدة في العقد الماضي في المناطق الحضرية والإقليمية بهدف تلبية احتياجات الأشخاص العاجزين. كما يجري العمل على تطوير لجان التنسيق الوطنية، وشبكات العمل الإقليمية، والمنتديات الوطنية والهيئات ذاتية الدعم التي تعنى برعاية أصحاب حالات العجز في دول عديدة وإعادة التأهيل المجتمعي، والتثقيف الشامل، والتمكين قد أصبحت كلها مكوّنات أساسية لنماذج الممارسة الجيدة.

وثمة دور مهم للبرامج المتعددة الأطراف (تشارك بها دول عديدة) مثل العقد الآسيوي والباسيفيكي الثاني للأشخاص العاجزين 2003-2012. ويشتمل هذا البرنامج على إرشادات السياسات الإقليمية العريضة للتحرك نحو "مجتمع شمولي قائم على الحقوق وخالي من العوائق للأشخاص العاجزين". ويركّز البرنامج على الدور الأساس لمؤسسات المساعدة الذاتية لأصحاب حالات العجز، والمؤسسات ذات الصلة من "وسطاء التغيير" والتي تتكون من الأسرة والأهل. فهذه تعتبر الأكثر تأهيلاً والأفضل تجهيزاً لتقييم احتياجات السياسات وتنفيذها.

ويأتي القضاء على الفقر والجوع ليكون أحد المبادئ الأساسية في الكفاح ضد العجز؛ ويقترن به مبدأ التثقيف الذي يعتبر الأساس اللازم لتنمية أصحاب حالات العجز. بالإضافة إلى ذلك، هناك المساواة الجندرية، والتخفيف من وفيات الأطفال، ومكافحة فيروس نقص المناعة البشرية المكتسب/الإيدز وغيره من الأمراض والتي ينبغي أن تكون جزءاً من برنامج العمل لمواجهة العجز.

إدارة العجز

في العديد من الدول المتقدمة، تم طرح مجموعة من التدابير والسياسات أو اختبارها على مستوى تجريبي بهدف تغيير الاتجاهات المتمثلة في ارتفاع معدلات الإعالة في صفوف أصحاب حالات العجز. وهنا، من الممكن استقاء بعض الدروس من التجربة وبشكل خاص في دول الاتحاد الأوروبي. وفيما يلي استعراض لهذه وإن كانت القائمة لا تشملها كلها.

هناك تدبيران عبارة عن تدبيرين رئيسيين وهما التدريب المهني وتكييف المهام في مكان العمل. التدريب أمر معتاد بالنسبة لمجموعات محددة من أصحاب حالات العجز مثل الأفراد الذين لديهم مشاكل في حاستي النظر والسمع، أو إعاقات تمنعهم من التعلّم ويتقدمون

بطلب للعمل. ويبدو أن البرامج التدريبية المتاحة للمجموعات الأخرى أقل وبخاصة بالنسبة لأولئك الذين ليس لديهم إعاقات يمكن تحديدها. وهذا ما ينطبق بشكل خاص على الأفراد الذين يعانون من إعاقات عقلية. وفي الغالب، يشكل التدريب المهني جزءاً من برنامج متعدد الأوجه (المسارات) يتكون من أدوات وتسهيلات أخرى. ويمكن لدوائر التوظيف في القطاع العام ومؤسسات التأمينات الاجتماعية توفير التعديلات في مكان العمل لأصحاب حالات العجز. وقد تكون هذه التعديلات ذات كلفة منخفضة بشكل عام: ومن غير الضروري أن تكون التعديلات لجعل مكان العمل أكثر راحة من حيث الوصول إليه أو استخدام معدات معينة مرتفعة الكلفة. فالتعديلات الأكثر شيوعاً والمطبقة هي تعديل ساعات العمل، يتبعها التعديلات لجعل مكان العمل أكثر راحة.

وثمة عامل مفاهيمي يهدف إلى تحفيز أصحاب العمل على توظيف أصحاب حالات العجز وهو تشريعات عدم التمييز. فعلى سبيل المثال، قانون الأمريكيين ذوي الإعاقات (الولايات المتحدة) وقانون التمييز على أساس العجز (المملكة المتحدة)، بالإضافة إلى دعم "سياسات التنوّع" قد تؤدي جميعها إلى توعية أصحاب العمل حول الحاجة إلى تعديل متطلبات وظائف معينة. وقد يستدعي الأمر من أصحاب العمل تعديل متطلبات الوظيفة لضمان عدم تضاربها مع الأنظمة والتعليمات. وخلافاً لذلك، فقد يخشون رفع دعاوى عليهم من الموظفين الذين يشعرون بالتمييز ضدهم أثناء عمليات الاستقطاب، والترقية المهنية، أو ظروف العمل. غير أن النقاد يرون أن تشريعات عدم التمييز بهذه الطريقة قد لا تحدث الأثر الكافي على سلوك أصحاب العمل من حيث استقطاب الموظفين. كما ينبغي للنظام أن يشتمل على بعض الحوافز (مثلاً: المكافآت، والمعونات) بهدف تحفيز أصحاب العمل على تقديم وظائف وبالتالي تحسين فرص توظيف أصحاب حالات العجز.

وفي العديد من دول الاتحاد الأوروبي، أصبح الاهتمام أكثر تركزاً على تصميم استراتيجيات لدعم الأفراد المعتمدين على منافع العجز بسبب مشاكل الصحة العقلية لديهم. كما أن التدابير للتعامل مع عدم القدرة على العمل والتي تعزى إلى مشاكل الصحة العقلية ما زالت في مراحل التطور ومن الممكن تصنيفها في ثلاثة أصناف (برنز Prins، 2006). أولاً، بالنسبة *للتعريف المبكر* للعمال والمجموعات المعرضة لخطر الاعتماد على تقاعد العجز بسبب مشاكل في الصحة العقلية، تم وضع وتطوير أساليب لدراسة وفرز مختلف الحالات (بناء على بيانات الضمان الاجتماعي) أو قوائم المراجعة الخاصة بالموظفين (والتي يقدمها أطباء الصحة المهنية). وثانياً، تتكون تدابير العودة إلى العمل من مجموعة واسعة من الأدوات منها، على سبيل المثال، "دليل العودة إلى العمل" لأصحاب العمل والعمال (هولندا). وفي المملكة المتحدة، بيّنت الدراسات التجريبية بأن *نهج إدارة الحالة* هو الأكثر وعداً للحيلولة دون وجود مطالبات للحصول على مزايا طويلة المدى بسبب العجز. ويتكون النهج من عامل أساسي مركزي يعمل على تيسير وتوجيه عملية التواصل بين الموظف ذي المشاكل في الصحة العقلية وصاحب العمل أو المسئول عن العمل. ثالثاً، *التدابير الإدارية* المطبقة من قبل مدراء التأمينات الاجتماعية تشتمل على بلورة إرشادات محددة للتقييم لتعتمد في تقييم مشاكل الصحة العقلية (مثلاً: إرشادات التقييم البلجيكية للإرهاق المزمن). وقد لا تعنى مراجعة الإرشادات بأهلية الشخص القانونية للحصول على راتب تقاعدي بسبب العجز وحسب، بل أنها تشتمل في الغالب على تقييم الحاجة لإعادة التأهيل.

وفي العديد من الدول، يجري العمل على اختبار تدابير ابتكارية لمعالجة مسألة الشمول الاجتماعي لأصحاب حالات العجز ومشاركتهم في سوق العمل. فعلى سبيل المثال، في فنلندا، وألمانيا، والنرويج تم إنشاء ما يعرف بـ "المؤسسات الاجتماعية": إنها المؤسسات التي تعمل بموجب ظروف السوق حيث يتكون الكادر في جزء أساسي منه من أصحاب حالات العجز (في فنلندا، 30% على الأقل). وفي ألمانيا، في مجال تجارة التجزئة، هناك سلسلة من المحلات (السوبرماركت) التي تم إنشاؤها على هذا الأساس. وعلى الرغم من أن هذه المبادرات ما زالت جديدة، إلا أن النتائج الأولية لها أتت مشجعة وتبعث على الأمل.

وثمة تطور ابتكاري ثان ألا وهو *إنشاء برامج إعادة التأهيل حسب الطلب أو بناء على حاجات العملاء*؛ وبموجبها يتلقى أصحاب حالات العجز سنداً مالياً أو "موازنة شخصية" للإنفاق على إعادة التأهيل المهني، أو البحث عن عمل. وفي ضوء مثل هذه النماذج، يؤدي الإداريون دوراً متواضعاً: يتم تمكين العميل من بلورة خطة إعادة تأهيل أو البحث عن وظيفة لنفسه، ويحصل على الخدمات وهكذا. وقد جاءت التجارب التي تم تنفيذها في هذا المجال مشجعة وواعدة؛ في هولندا (مع "موازنة إعادة الدمج للشخص") والولايات المتحدة (مع "البطاقة للاستقلالية"). وفي هولندا تم البدء بتعميم هذا الحكم على مستوى البلد ككل: وكانت معدلات الإحلال للأشخاص الذين يستخدمون هذه السندات أفضل من تلك الموجودة ضمن خطط إعادة التأهيل.

ومن الممكن العثور على نهج شبيه على الرغم من وجوده في ظروف أكثر صعوبة في الترويج للمؤسسات ذاتية المساعدة للأشخاص ذوي الإعاقات في الدول النامية. وبسبب نقص البنية التحتية السهلة الوصول ، تعمل مؤسسات الحكومات المحلية والعملاء على اتخاذ المبادرات اللازمة مع أصحاب العمل ومحاولة إيجاد وظائف لأصحاب حالات العجز.

النظرة العامة

في العديد من الدول، ما زال العمل جار على وضع وبلورة التدابير الرامية إلى معالجة تنامي الاعتماد على المنافع؛ وفي دول أخرى، مرّت حتى الآن سنوات عديدة من التجارب الإيجابية والسلبية. وفي بعض الدول (مثل هولندا) تحققت بعض النتائج الملموسة للتدابير التي *تركز على الرقابة، وتشديد المعايير وتكييف طرق تقييم معدلات العجز*، والتي تحاول أن تضيق التدفق الداخل إلى برامج المنافع. غير أنه لا بدّ من التيقن أنه بموجب هذه البرامج والطرق الجديدة، قد يجد ذوو الإعاقات أنفسهم مجبرين على الاعتماد على مزايا أخرى (مثلاً: منفعة البطالة، والرفاه الاجتماعي)، إن لم يعد عقد العمل موجوداً.

ويبدو أن التدابير الرامية إلى التحفيز على *ترك المنافع* أكثر تعقيداً. وفي بعض الحالات، توقفت المنافع نتيجة لإجراءات إعادة التقييم التي تقيّم العملاء في ضوء معايير جديدة أكثر تشدداً لتحديد الأهلية القانونية للحصول عليها (انظر المربع). وتدابير تفعيل الإجراءات والتي تركز على "المسارات للعمل" كما في المملكة المتحدة أو توفير "مزايا إعادة التأهيل" كما في (فنلندا) تظهر نتائج واعدة. غير أن تضييق المعايير أو إعادة تقييم المتلقين في ضوء معايير الأهلية الجديدة قد لا تؤدي إلى حل تام للمشكلة. وقد يتعين على مقدمي المطالبات الذين لم يعودوا مؤهلين للحصول على منافع العجز أن يعتمدوا على برامج مزايا أخرى في حين يبقى وضعهم الصحّي والوظيفي على حاله دون تغيير.

مربع. *إعادة تقييم المنافع في هولندا*

تم إعادة تقييم وضع متلقي منافع العجز الذين هم تحت سن 45 سنة في هولندا بموجب معايير أهلية أكثر تشدداً لبرنامج المنافع الجديد. وقد فقد 35% من المتلقين الذين خضعوا لإعادة التقييم لمنافع العجز التي يتلقونها سواء كليّاً أو جزئيّاً. وعند تلك النقطة، خرج ثلثا هؤلاء من العمل. وعلى الرغم من تدابير إعادة التأهيل والتوظيف، بعد مرور سنة واحدة كان 20% منهم فقط قد وجدوا عملاً لهم؛ وكان على الآخرين أن يتقدموا بطلبات الحصول على منفعة البطالة والمساعدة الاجتماعية.

وفي دول الاتحاد الأوروبي، تنفذ هذه البرامج في سياق *دعم سياسات الدمج للشمول الاجتماعي والتوظيف*. وهناك توجه متزايد لأن تصبح التدابير التي تشجع أصحاب حالات العجز جزءاً من السياسات العامة بشأن المجموعات المستضعفة أو الأشد اختطاراً في سوق العمل. وبالتالي، يتعين على أصحاب حالات العجز أن يتنافسوا بشكل أكثر انفتاحاً مع الفئات الأخرى من الساعين للحصول على عمل مثل الفئات الأكبر سناً غير العاملة، والوالد/الوالدة الوحيد/الوحيدة أو المهاجرين، والأشخاص من الأقليات العرقية. وقد اتخذت بلجيكا والولايات المتحدة على سبيل المثال خطوات عديدة في هذا الاتجاه. وعليه، لم تعد جميع التدابير في متناول أصحاب حالات العجز وحسب، بل في متناول الأشخاص من بين الفئات الأخرى. وقد يؤدي هذا إلى تقييد تطبيق هذه التدابير أو أثرها على ذوي الإعاقات.

قراءات مقترحة

بي.أ. كمب Kemp, P.A.؛ **أ. صندن Sunden, A.**؛ **ب. باكر توريتس Bakker Taurits, B.**؛ 2006. *مجتمعات مريضة؟ اتجاهات في منافع العجز في الدول في مرحلة ما بعد الرفاه الصناعي*. جنيف، الجمعية الدولية للضمان الاجتماعي.

ب. مارين .Marin, B؛ **سي برنز .Prinz, C**؛ **م كويسر .Queisser, M** ؛ 2004. *التحول في سياسات العجز: نحو العمل والفرص المتساوية*، "السياسات العامة والرفاه الاجتماعي"، المجلد 29، آلدرشوت.

س. ميترا .Mitra, S، 2005. *العجز وشبكات الحماية الاجتماعية في الدول النامية*، ورقة نقاش حول الحماية الاجتماعية، رقم 0509. واشنطن، دي سي DC، البنك الدولي.

منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية. 2003 . *تحويل العجز إلى قدرة*. باريس.

ر. برنز .Prins, R، 2006. "مشاكل الصحة العقلية والتقاعد بسبب العجز: الاتجاهات والتدابير من منظور دولي " في *مجلة الصحة العامة*، المجلد (14)، رقم (6)، ص. 371-375

بي ثوماس .Thomas, P، 2005. *العجز، الفقر، والأهداف الألفية للتنمية*: الملاءمة، والتحديات والفرص أمام وزارة التطوير الدولي البريطانية United Kingdom Department for International Development DFID, *Disability KaR*، معرفة وأبحاث العجز، لندن.

تحفيز العاطلين عن العمل وإعادة دمجهم من خلال إدارة الحالة

الكساندرا فان نيين Alexandra Van Neyen [1]

المقدمة

إدارة الحالة ليست بالمفهوم الجديد، غير أن انتشار المصطلحات الواسع النطاق وتطبيقها في مجموعة واسعة من المجالات ما زال أمراً حديثاً تماماً.

وفي مواجهة البطالة طويلة المدى والمستمرة وارتفاع وتيرة الإنفاق على المنافع، شهدت العديد من الدول الصناعية تغييرات كبيرة في تقديم خدمات توظيف أكثر مبادرة وتفاعلاً بهدف الحيلولة دون الوصول إلى البطالة طويلة المدى. وقد تم تطوير النهج الفردي في التعامل مع العاطلين عن العمل لأول مرّة في الولايات المتحدة في أوائل التسعينيات مع التركيز بشكل أكبر على الحقوق والواجبات.

وتم تعديل دراسات الحالة لتناسب مجموعة واسعة من الأوضاع، على سبيل المثال الرعاية المجتمعية لكبار السن، وأصحاب حالات العجز والمرضى في المستشفيات بالإضافة إلى المسائل المتعلّقة بالتأمين ومجالات أخرى في إطار السياسات العامة.

يقدم هذا الفصل بداية تعريفاً لإدارة الحالة بشكل عام ومن ثمّ يركّز على الاتجاهات إزاء اعتماد إدارة الحالة ضمن أنظمة التأمين ضد البطالة.

تعريف إدارة الحالة

ثمة تعريف مقبول عالمياً لإدارة الحالة على الرغم من أنه يركّز على القطاع الصحّي وقد تم نشره من قبل الجمعية الأمريكية لإدارة الحالة عام 2004 ضمن المعايير الوطنية لممارسات إدارة الحالة: "إدارة الحالة هي عملية تعاونية للتقييم، والتخطيط، والتيسير، والدفاع عن الخيارات والخدمات لتلبية احتياجات الفرد الصحية من خلال التواصل والموارد المتاحة لدعم النتائج المتميزة التي تراعي الكلفة."

والمبادئ الكامنة وراء إدارة الحالة هي تقديم الخدمات المناسبة لحاجات الفرد بناء على التقييم الشامل لبلورة حالة خاصة أو خطة خدمة معينة. وتتم بلورة الخطة بالتعاون مع العميل وبما يعكس خياراته وتفضيلاته. والهدف هو تمكين العميل وضمان مشاركته في جميع مجالات التخطيط للخدمة والترتيب لها بطريقة حيوية. وهناك هدف آخر مهم- على مستوى المنظمة- وهو تقديم خدمات فاعلة وغير مكلفة مالياً وفي الوقت ذاته موجّهة إلى النتائج المحددة والمرغوب فيها.

لذا، تختلف إدارة الحالة تماماً عن النهج التقليدي "السالب/الساكن" للعملاء ضمن قطاع الضمان الاجتماعي حيث يكون التركيز على برامج المنافع والخدمات المعيارية دون التشاور مع العميل أو مشاركة حيوية منه.

[1] مكتب التشغيل الوطني، فريق إدارة التغيير، بلجيكا

إدارة الحالة بالنسبة للعاطلين عن العمل

بدأت معظم أنظمة التأمين ضد البطالة باتخاذ خطوات في النصف الثاني من التسعينيات من القرن الماضي وفي بدايات القرن الحادي والعشرين "لتفعيل" سياساتها. وإلى جانب إعادة الدمج في سوق العمل من خلال تفعيل الإرشاد الفردي ورفع مستواه، هناك مسؤولية أكبر تقع على عاتق الشخص العاطل عن العمل لأن واجبه هو البحث عن عمل له. وهذا البحث الفاعل عن عمل يخضع للرقابة ضمن عملية إدارة الحالة. وإذا تم الحصول على نتائج غير كافية، قد يتم منع الشخص العاطل عن العمل من قبل دوائر البطالة بخفض المنافع المقدمة له أو تعليقها إمّا مؤقتاً أو بشكل كامل. وفي الحقيقة، وبالنسبة لإدارة الحالة، هناك تغيير تشهده ثقافة المنافع التي تتجه إلى نهج جديد يتمحور حول الحقوق والمسؤوليات (أنظر المربع رقم 1).

المربع رقم 1. ***سياسات حيوية لسوق العمل في المملكة المتحدة***

رؤيا مركز Job Centre Plus- والتي تم طرحها في مختلف أنحاء المملكة المتحدة بحلول عام 2006 تشير بشكل واضح إلى تحول في نهج سوق العمل.

رؤيانا هي تقديم خدمة واحدة متكاملة لجميع مقدمي طلبات الحصول على منافع وهم في سن العمل- مساعدة أولئك الذين بإمكانهم العمل من الحصول عليه ودعم أولئك الذين لا يستطيعون العمل...

إننا نهدف إلى:

- التشجيع على العمل كونه الشكل الأفضل من أشكال الرفاه للأشخاص الذين هم في سن العمل مع زيادة سرعة انتقال الأشخاص من الاعتماد على الرفاه إلى العمل؛

- تغيير ثقافة المنافع ليحل محلها نهج جديد يتركز على الحقوق والمسؤوليات؛

- تحقيق تغيير نوعي في خدماتنا بحيث نستطيع معاملة كل عميل حسب احتياجاته الفردية وتقديم الدعم له والخدمات التي صممت لتلبية احتياجات معينة...

وحيث أن عملاءنا يبحثون عن وظيفة أو أنهم غير قادرين على العمل، سوف ندعمهم من خلال:

- ضمان توفير جميع المنافع إلى أولئك الذين يستحقونها بسرعة، ولباقة، ودقة.

- العمل مع المؤسسات الشريكة لتوفير مدخل للعملاء للحصول على المزيد من الموارد للمساعدة في...

المصدر: www.jobcentreplus.gov.uk.

الأوضاع المؤسسية

تتناسب إدارة الحالة مع الاتجاه المتحول إلى تعاون أوثق بين مختلف أطراف سوق العمل. ولا بد من وضع تعريف واضح للدور الدقيق لكل لاعب وتوزيع الكفاءات. وتشتمل إدارة الحالة على بعض التعديلات المؤسسية مثل الشراكات عن قرب أكثر بين المؤسسات التي تقدم منافع للعاطلين عن العمل ووكالات التشغيل، أو ايجاد شبكة مع أطراف ثالثة. ويمكن لهذا التعديل أن يتجلّى بأشكال عديدة.

وفي بعض الدول، تم إصلاح نظام التأمين ضد البطالة قبل طرح أسلوب إدارة الحالة. وفي ألمانيا، على سبيل المثال، القانون الاجتماعي 2 (والمعروف بـ هارتز Hartz IV 4) والذي دخل حيّز التنفيذ في كانون الثاني من عام 2005 مما أدّى إلى دمج النظامين (مخصصات البطالة والرفاه الاجتماعي)، والائتلاف بين مؤسسات التوظيف المحلية والبلديات.

وفي دول أخرى، طرحت هذه الأمثلة من إعادة التنظيم تحت شعار "محطة واحدة للتسوق". على العموم، تم اقتراح مثل هذه الإصلاحات لتحقيق أحد الأهداف التالية أو أكثر:

- كفاءة متزايدة للنظام من خلال التخفيف من تكرار الجهود عبر مختلف البرامج؛
- نفاذ أسهل إلى خدمات العملاء؛
- توفيق أفضل بين الخدمات واحتياجات العملاء.

ومن الأمثلة على نهج نافذة واحدة للتسوق موجود في هولندا (أنظر المربع رقم 2).

المربع رقم 2. *محطات التسوق الواحدة للوظائف في هولندا*

هناك ثلاث مؤسسات في هولندا تؤدي دوراً ما في إعادة الأشخاص إلى العمل. وهذه هي:

- المؤسسة المركزية للعمل والدخل (*Centrale Organisatie voor Werk en Inkomen, CWI*)
- مؤسسة برامج المنافع للعاملين (*Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen, UWV*)
- البلديات التي تطبق قانون الرفاه والعمل.

ومنذ عام 2002، عملت الوكالات الثلاث أعلاه على بلورة نموذج من التعاون الوثيق لتكوين سلسلة. وضمن هذه السلسلة تعنى المؤسسة المركزية للعمل والدخل بالاستقطاب لكل عميل يريد أن يعمل أو الميزة الموجودة لدى المؤسسة كنافذة واحدة للتسوق. وفي هذه المؤسسة، هناك تقييم يجرى لتحديد وضع العميل من حيث المسافة التي تفصله عن سوق العمل. وعلى العموم، وخلال الأشهر الستة الأولى من البطالة عن العمل، تتحمل المؤسسة مسؤولية الأنشطة الخاصة بإعادة التأهيل. وإذا لم يجد العميل خلال هذه الفترة وظيفة جديدة أو أنه لم يتم إدخاله ضمن أي برنامج من برامج إعادة الدمج، يتم تحويله إلى معهد برامج المنافع للعاملين أو إدارة البلدية المعنية بتطبيق قانون الرفاه والعمل. ولا تقدّم المؤسسة المركزية مزايا، بل هي تجمع البيانات الخاصة بمعهد برامج المنافع للعاملين وإدارة البلدية لتيسير عمليات تقييم استحقاقهم للمنافع. وهناك مكاتب أمامية لمؤسسة برامج مزايا الموظفين والبلدية في المبنى الموجودة فيه المؤسسة المركزية.

المصدر: هـ. بريوسما Breeuwsma, H. 2006. *العمل قبل الدخل في هولندا*. دراسة أجرتها الجمعية الدولية للضمان الاجتماعي حول القياس المقارن في إدارة الحالة، واللجنة الفنية حول التأمين ضد البطالة وإدامة التشغيل، الجمعية الدولية للضمان الاجتماعي، جنيف.

وهناك نموذج آخر وإن كان على درجة أقل من التعاون وفيه يحدد لكل لاعب دور يقوم به (أحدهم يقوم بعملية الاستيعاب والتقييم، والآخر يعرّف خطة العمل، وثالث يقوم بالرصد والمتابعة وإيقاع العقوبات...الخ). غير أنه لا توجد أي خدمة مدمجة ولا محطة واحدة للتسوق. كل لاعب يحوّل المعلومات الخاصة بالحالة من خلال النقل المهيكل للبيانات بحيث يستطيع اللاعب التالي الحصول على جميع المعلومات التي يحتاج إليها (البيانات الشخصية، والخبرة المهنية، وجهود العمل...الخ) وفقاً لكفاءة اللاعب في التعامل مع الحالة. وهذه هي الممارسة في فرنسا حيث جمعية التشغيل في قطاعي الصناعة والتجارة Assédic تعمل على تقييم مخاطر البطالة طويلة المدى خلال إدخال بيانات العميل ضمن السجلات الخاصة بالباحثين عن عمل. وتنقل هذه المعلومة إلى ANPE *المؤسسة الوطنية للتشغيل* والتي تقوم بإجراء المقابلة الشخصية بناء على المعلومات الواردة إليها من Assédic بهدف التثبّت من أو تعديل ملف الباحث عن عمل ووضع خطة خاصة بالباحث عن العمل للنفاذ إلى مشروع العمل.

وفي النماذج الأكثر تطرفاً في إدارة الحالة، تعتمد مؤسسات التشغيل العامة على التعاقد مع جهات خارجية للحصول على الخدمات الملائمة. وفي أستراليا قامت مؤسسة Centrelink وهي مؤسسة عامة للتشغيل أنشئت عام 1998 تحوّل العملاء إلى الجهات التي توفّر خدمات "شبكة الوظائف" وهي جهات خاصة، غير ربحية أو قد تكون ضمن القطاع العام. هذا نظام مرن جداً إذ يعمل على تحويل الأشخاص الذين تفصلهم مسافة كبيرة عن سوق العمل إلى مؤسسات التشغيل شبه الرسمية في سوق العمل والتي تتنافس مع بعضها بعض.

تنفيذ الأدوات المختلفة

تشتمل إدارة الحالة الفاعلة وبغض النظر عن القطاع الذي تطبق فيه على تنفيذ منظم للأدوات أو الخطوات التالية:[2]

[2] www.freetogrow.org (حرية النمو، مدرسة ميلمان للصحة العامة Free to Grow, Mailman School of Public Health ، جامعة كولومبيا، نيويورك).

1. **التجزئة:** لاستخدام موارد إدارة الحالة المتاحة بأكثر الطرق كفاءة، تحدد معظم الدول معايير موضوعية لانتقاء المجموعات المستهدفة التي سيتم تطبيق إدارة الحالة عليها. وهذا يعني أن إدارة الحالة تطبق في أغلب الأحيان فقط على مجموعات مختارة من مجموع السكان غير العاملين.

وعلى سبيل المثال، يمكن تطبيق إدارة الحالة على الأشخاص العاطلين عن العمل تحت سن الخامسة والعشرين والذين يستحقون منافع البطالة فقط لفترة معيّنة من الزمن.

2. **التقييم:** وهذه عملية لجمع وتنظيم المعلومات حول وضع الشخص العاطل عن العمل (المشاكل، والمخاطر، والفرص، ونقاط القوة، والأهداف). وفي هذه المرحلة، يتم إجراء تقييم عميق من قبل مدراء الحالة لتحديد نقاط القوة الحالية التي يمكن للشخص العاطل عن العمل البناء عليها والحاجات التي يجب تناولها لمساعدته في العودة إلى العمل. وتعتمد جودة التقييم ونوعيته على مهارات مدير الحالة، وجودة وشمول أداة التقييم، والعلاقة التي استطاع مدير الحالة إنشاءها مع العميل الفرد. ويشار في الكثير من الأحيان إلى التجزئة والتقييم بمصطلح "تكوين ملف المعلومات Profiling". (أنظر المربع رقم 3).

المربع رقم 3. ***تكوين ملف المعلومات لتقديم خدمات أفضل***

لقد أصبحت عملية تكوين ملف المعلومات الكلمة المفتاحية في تقييم الباحثين عن العمل ولإعداد خطط العمل الشخصية وتقييم مدى قابلية الباحثين عن العمل للتوظيف أو استعداده لشغل وظيفة ما. ويستخدم مصطلح "تكوين ملف المعلومات" بطرق عديدة. وتميّز البعثة الأوروبية بين ثلاثة أنماط مثالية لتكوين ملف المعلومات والتي تطبق في أغلب الأحيان ضمن الواقع العملي ضمن مجموعات مختلفة:

1)تكوين ملف المعلومات ليكون بمثابة الأداة التشخيصية لتقييم نقاط القوة، والضعف، والفرص المتاحة للأشخاص العاطلين عن العمل لاستهداف سياسات سوق العمل الرامية إلى الدمج - والتي تستند في أغلب الأحيان إلى المقابلة للكشف عن المهارات الفنية والاجتماعية التي يستخدم فيها مدير الحالة الاستبيانات والإرشادات المشددة؛

2)تكوين ملف المعلومات كأداة لتجزئة (تصنيف) العملاء وتحديد المساعدة الفردية لكل منهم بالاعتماد على المسافة التي تفصله عن سوق العمل ودرجة الاستقلالية في البحث عن وظيفة:

- بدلاً من القواعد الإدارية حول استحقاق المنافع بموجب القانون والتقييم الذاتي من قبل مدير الحالة، تستند طرق تخصيص خطط عمل مختلفة للباحثين عن العمل إلى العمليات الموجهة إلى أشخاص بعينهم إلى جانب انتقاء البرنامج القائم على الإحصاءات؛

3) تكوين ملف المعلومات كأداة لتخصيص الموارد المالية والبشرية الشحيحة المتاحة لوكالة التشغيل:

- الإحصاءات وبيانات ملف العميل يتم تحليلها واستخدامها لإجراء توزيع نظامي للموارد؛ وهذا النهج متكامل مع الملفات الشخصية والتصنيف.

المصدر: هـ. ردولف Rudolph, H.؛ ر. كونل-سيدل Konle-Seidl, R. 2005. *بلورة أدوات لتكوين ملفات المعلومات كونها أدوات لتكريس نهج وقائي للبطالة طويلة المدى*، التقرير حول حلقة النقاش الأوروبية حول تكوين ملف المعلومات، نورمبيرغ.

3. **وضع الأهداف وبلورة الخطط:** التقييم الجيد يتيح المجال أمام مدير الحالة لمساعدة العاطل عن العمل على تحديد الأهداف وبلورة خطة تفصيلية تغطّي الدعم والخدمات اللازمة والإجراءات التي سيتم اتخاذها. كما يتم وضع ا لأهداف وبلورة خطة العمل بالشراكة بين مدير الحالة والعميل.

4. **التعريف والربط مع الخدمات:** هذه هي المهمة المحورية في إدارة الحالة. فمدير الحالة يساعد الشخص العاطل عن العمل على الربط مع مختلف مزودي الدعم والخدمات التي تم تحديدها في خطة العمل (مثلاً: مؤسسات الإحلال لإيجاد عروض وظائف، والتدريب على البحث عن وظيفة، والتعاقد مع المؤسسات الخاصة بالتدريب المهني...الخ). وفي العادة، لا يكون مدراء الحالة هم أنفسهم مزودي الخدمة.

5. **الرصد:** وهذا يشتمل على تنسيق الخدمات بحيث يحصل الشخص العاطل عن العمل على ما يحتاج إليه. ومن ضمن التقييم مساعدة الشخص العاطل عن العمل على تقييم ملاءمة الخدمات والدعم، ومراجعة الخطة التي قد تصبح غير فاعلة في مرحلة ما. وهناك عنصر إضافي في هذه المرحلة وهو الاختبار المنتظم لالتزام الشخص العاطل عن العمل بالواجبات الواردة في خطة العمل (مثلاً: مستوى المشاركة في البرنامج، وتحسين مهارات البحث عن وظيفة، ونتيجة عمليات البحث عن وظيفة، وتطوير قدرات التوظيف الذاتي). وفي حالة عدم كفاية التعاون والجهود، يمكن لمدير الحالة (أو دائرة أخرى) فرض عقوبات معينة.

6. **الانفصال عن الدعم الرسمي:** يمكن لمدير الحالة أن يساعد الشخص على الانفصال عن الدعم الرسمي عندما يتم تحقيق الأهداف (إيجاد وظيفة والبقاء في العمل)، وفي الوقت ذاته مساعدته على مواصلة الخطة المستمرة لإدامة التقدم الذي تم إحرازه.

الدروس المستقاة:

حيث أن اعتماد أسلوب إدارة الحالة في برامج التأمين ضد البطالة ما زال حديثاً، وأساليب النهج المتبعة مختلفة تماماً وما زالت في مرحلة النشوء والتطور، لا تخلو عملية تقييم آثارها من التعقيدات. ووضع مؤشرات صادقة لقياس النتائج هو أحد أكبر التحديات في هذا الإطار. ومع ذلك، فإن بعض الدول مثل هولندا والمملكة المتحدة والتي لديها خبرة أطول نسبياً في إدارة الحالة، تعمل على تقييمه كأداة إيجابية. كما ترد تغذية راجعة إيجابية من العملاء، وأصحاب العمل والنقابات، كما أنها تمثل بعض أعلى معدلات التشغيل في أوروبا[3]. وحسب إحصائيات عام 2005 بين الأشخاص الذين هم في سن العمل (أي بين سن الـ 15 والـ 64)، كان معدل التشغيل في هولندا 73.1%، وفي المملكة المتحدة 71.6%.

وبناء على التجارب التي شهدتها مختلف الدول، هناك بضعة توصيات يمكن تقديمها لضمان إدارة الحالة بشكل فاعل:

- تعريف واضح لأدوار وكفاءات مختلف الأطراف المعنية التي يجب الاستعانة بها؛ والهياكل القائمة التي من الممكن مراجعتها.
- لا بد من وجود توازن جيد بين الحقوق والمسؤوليات. ولا بدّ من إعلام الشخص العاطل عن العمل منذ البداية بشأن حق الفرد في الحصول على الدعم والإرشاد، وواجبه في البحث الفعلي والنشط عن وظيفة (والذي يجب أن يرتبط بالعقوبات المناسبة في حال الإخفاق في تنفيذ الواجب المطلوب).
- يمكن استخدام عملية إدارة الحالة بهدف الوصول إلى المستوى الأمثل من العمليات ضمن نهج جودة شاملة، وبما يؤدي إلى خدمات أكثر كفاءة، و مستوى أعلى من الجودة، وموجهة إلى العملاء؛ وفي الوقت ذاته، يجب أن تبتعد العملية عن الإفراط في البيروقراطية.
- ينبغي استخدام إدارة الحالة بطريقة حيوية ونشطة مع مراجعة ملفات المعلومات وخطط العمل في فترات منتظمة.
- يجب أن يكون مدراء الحالة ملمّين بكل شيء ولديهم معرفة موسعة بسوق العمل وأنظمته، والعلاقات الجيدة مع الشركاء، والمهارات الاجتماعية التي بلورها بشكل جيد، والقدرة على الاحتفاظ بملاحظات موثقة توثيقاً جيداً حول الحالة.

وفي النهاية، حتى لو أخذت جميع هذه التوصيات بعين الاعتبار، لا يمكن لإدارة ا لحالة أن تنجح إلا إذا كانت الأدوات المستخدمة مقبولة من قبل جميع الشركاء: الموظفين، والباحثين عن العمل، وأصحاب العمل، والنقابات، والسياسيين.

[3] البعثة الأوروبية، *التشغيل في أوروبا*، 2005.

قراءات مقترحة

ر. إيبرتس؛ سي أوليري Eberts, R.; O'Leary, C.، 2003. *نموذج جديد لتكوين ملفات المعلومات في متشجان*. ورقة عمل مقدمة من معهد آبجون Upjohn Institute رقم 04-102، www.upjohninstit.org

البعثة الأوروبية، 2006. *نهج خدمات التشغيل العامة في البطالة طويلة المدى*. المديرية العامة للتشغيل، والشؤون الاجتماعية، والفرص المتساوية Directorate General Employment, Social Affairs and Equal Opportunities، مسودة التقرير من حلقة النقاش في بودابست، 22-24 آذار 2006. www.europa.eu

ن جورج Georges, N.، 2006. *تكوين ملفات المعلومات: أداة إحصائية و/أو طريقة للتنسيق outil statistique et/ou mode de coordination*. ورقة العمل رقم (72)، باريس، مركز دراسات التشغيل Centre d'études de l'emploi، www.cee-recherche.fr

ISSA، 2006. الأوراق والنتائج الصادرة عن ورشة عمل الخبراء الدوليين في الجمعية الدولية بشأن إدارة الحالة "*إدارة الحالة: وسيلة للتشغيل المستدام؟*"، بروكسل، بلجيكا، 10-11 نيسان 2006، اللجنة الفنية حول التأمين ضد البطالة وإدامة التشغيل، الجمعية الدولية للضمان الاجتماعي، جنيف، www.issa.int/meetings

هـ. ردولف Rudolph, H.؛ ر. كونل سيدل Konle-Seidl, R.، 2005. "*تطوير أدوات تكوين ملفات المعلومات كأدوات للنهج الوقائي لمعالجة البطالة طويلة المدى*"، تقرير حول حلقة النقاش الأوروبية لتكوين ملفات المعلومات. نورمبيرغ، www.iab.de

UNEDIC. 2006. *Evaluer les mesures pour l'emploi – Expériences et pratiques internationales*, (eds.), Délégation aux relations institutionnelles et internationales. Paris, www.assedic.fr.

إدارة المخاطر، أداة للمدراء

فرانسوا كنتزلر François Kientzler [1]

المقدمة

مصطلح "إدارة المخاطر" حسب استخدامه في هذا الفصل عبارة عن أداة إدارية يستخدمها المدراء في المنشآت الخاصة، أو الإدارات العامة للنجاح في تنفيذ المشاريع- كما أنه يوصف على أنه مبادرات- تشتمل على تغيير تشغيلي أو هيكلي. وفي 2006، قامت اللجنة الفنية في الجمعية الدولية للضمان الاجتماعي حول الإدارة، والتنظيم والأساليب وبالتعاون مع Accenture بإجراء دراسة على الممارسات الابتكارية في مجال إدارة المخاطر وإدارة التغيير. وقد كشفت الدراسة عن تزايد عدد مؤسسات الضمان الاجتماعي التي تدخل نهج إدارة المخاطر في تنفيذ مبادرات التغيير. والحقيقة أن إحداث التغيير في الإدارات العامة والمنشآت الخاصة يشتمل في الغالب على عدد كبير من المخاطر.

يعرّف هذا الفصل بعض المفاهيم الرئيسية بهدف توفير صورة أوضح لماهية "إدارة المخاطر". كما أنه يعطي أمثلة على تنفيذ هذا المفهوم، ويصف نواح عديدة في إدارة المخاطر في حقل الضمان الاجتماعي. ويربط الجزء الأول من الفصل بين مفهوم إدارة المخاطر وإدارة التغيير، والتي هي بحد ذاتها تدعو إلى اعتماد النهج الاستراتيجي والتعريف الواضح للأهداف الممكنة. ويصف الجزء الثاني مخاطر رئيسية معينة مرتبطة بمبادرات التغيير، وبخاصة في الدول النامية وخلال تنفيذ المشاريع التي تشتمل على معلومات وتقنيات الاتصال. أما الجزء الثالث، فيصوّر مراحل رئيسية معينة في عملية إدارة المخاطر، بناء على الأمثلة والمعلومات المقدمة من المؤسسات الأعضاء في الجمعية الدولية للضمان الاجتماعي. وينتهي الفصل بمقترحات للمستقبل.

لماذا نحتاج إلى نهج لإدارة المخاطر؟

الهدف الرئيسي من تطبيق نهج إدارة المخاطر في مؤسسات الضمان الاجتماعي هو زيادة احتمالات النجاح لمشروع ما، والتخفيف من مخاطر الخطأ والفشل، وتيسير عملية إعادة تهيئة المراحل المخطط لها في السابق إذا دعت الضرورة إلى ذلك. ومن الممكن تعريف إدارة المخاطر على أنها نهج نظامي يعمل على تيسير تعريف، وتحليل، الأحداث المنظورة وغير المنظورة والاستجابة لها والمشاكل التي يمكن أن تنشأ خلال تنفيذ مشروع أو مبادرة تغيير. وهناك مضامين سلبية لمصطلح "مخاطر" ولكن حيث أننا نستخدمه هنا في سياق الإدارة والتنفيذ، فإنه يصبح عاملاً إيجابياً. وحتى المواقف التي من الممكن وصفها كإخفاقات يمكن أن تصبح قصص نجاح على المدى البعيد.

ويشتمل نهج إدارة المخاطر على العوامل التي تيسّر تنفيذ جميع مبادرات التغيير. كما أنها توفر نظرة عالمية لمشروع ما وتساعد على تعريف الطرق البديلة الممكنة وطرق التنفيذ. كما أنها تمكّن من تحمل الطوارئ والمخاطر ودراستها بطريقة هيكلية ومنظمة. ومع تعريف الطوارئ والمخاطر، من الممكن توقع الأثر المحتمل لمشروع ما يتم البدء به، بالإضافة إلى آثاره على المؤسسة نفسها؛ وبكلمات أخرى، على قدرة المؤسسة مثلاً على توفير الخدمة إلى عملائها وإرضائهم ضمن حدود زمنية محددة. وعلى سبيل المثال، استطاع صندوق التأمينات الاجتماعية في نيجيريا من متابعة ورصد المخاطر التي يشتمل عليها المشروع المتعلق بدفع المنافع، من خلال المراجعة المتواصلة للتقدم في سير العمل بالمشروع ومشاركة جميع الوحدات المعنية فيه (أوسي Osei، 2005).

[1] الكاتب عضو في الأمانة العامة للجمعية الدولية للضمان الاجتماعي .

وينبغي ألا تدرس أي مخاطرة وتقبل على أنها مخاطرة ما لم تكن فرص النجاح لها فعلية وواقعية وأعلى من مخاطر الفشل. وهذا يشتمل على التحليل الإستراتيجي الجيد للآثار التي قد تتمخض عنها أي قرارات يتم اتخاذها. لماذا يجب أن تؤخذ مخاطرة معينة بعين الاعتبار؟ ما الذي يجب كسبه؟ ما هو الأثر السلبي المحتمل في حال الإخفاق؟ ما هي فرص النجاح واحتمالات الفشل؟ ما هي السيناريوهات البديلة في حال فشل التنفيذ؟ كما يمكن لخطة خاصة توضع لإدارة المخاطر أن تجعل بالإمكان ضمان أخذ جميع المخاطر بعين الاعتبار ورصد أثرها على مختلف مراحل وعناصر التغيير.

كما ينبغي للإدارات العليا وقادة المشاريع وضع طرق تعريف، ومتابعة، وتقييم للمخاطر. فمثل هذه الطرق تمكّن من توقع أثر القرارات أو السيناريوهات المخطط لها، وتساعد على اتخاذ أي تدابير يمكن أن تثبت ضرورتها لإعادة تهيئة المشروع. ويجب إدارة الأنشطة والموارد، والتخطيط لها ورصدها بطريقة تضمن بقاء أثر أي مخاطر تم تعريفها ضمن الحدود التي يمكن تحملها وقبولها بالنسبة لجميع ذوي المصالح. كما يجب أن تشتمل عملية إدارة المخاطر على تعريف المخاطر (أنظر الجدول)، وتقييمها، والاستجابة التي ينبغي القيام بها في حال دعت الحاجة إليها، ومتابعة المخاطر وتقييمها النهائي. ويتعين على كل مؤسسة من مؤسسات الضمان الاجتماعي طرح الإجراءات الخاصة بها لتقييم المخاطر، ومتابعتها، وإدارتها. وينبغي أن تكون هذه العملية مهيكلة رسمياً، ومطبقة ومختبرة بانتظام في ضوء نتائج المتابعة. كما ينبغي أن يحصل جميع أولئك المعنيين في مشروع التغيير على معلومات محدّثة بانتظام تبيّن التقدم بسير العمل في المشروع.

الجدول.

المصدر: وزارة التنمية الاجتماعية Ministry of Social Development، جنوب افريقيا، (ISSA الجمعية الدولية للضمان الاجتماعي، 2005).

المخاطر الرئيسية المرتبطة بمبادرات التغيير.

تنشأ مؤسسات الضمان الاجتماعي وتتطور ضمن بيئة تشتمل على العديد من عوامل المخاطر المرتبطة بالسياسات والبرامج بالإضافة إلى الأساليب والتقنيات. وفي الغالب، يجب أن يتم تنفيذ قرارات السياسات بسرعة ومن غير السهل على المدراء مقاومة الضغوطات التي يتعين عليهم تحملها هم أنفسهم وكذلك موظفيهم. وتشتمل هذه المخاطر على:

- **مخاطر تتعلق بالنتائج المرغوبة لبرنامج جديد**: الهدف لم يتحقق وسرعان ما عبّر ذوو المصالح عن عدم رضاهم؛
- **المخاطر السياسية**: تغيير حكومي قد يؤدي إلى إدخال تعديلات على مشروع يجري العمل به وعلى تنفيذه؛

- **المخاطر التشغيلية**: مخاطرة بألا يظهر التجديد الذي تم البدء به النتائج اللازمة خلال الوقت المتوقع؛
- **المخاطر التكنولوجية**: مخاطرة بألا تعطي التكنولوجيا النتائج المتوخاة منها؛
- **المخاطر المالية**: مخاطرة أن تكون كلفة المشروع أعلى من المتوقع؛
- **مخاطر الموظفين:** مخاطرة أن يكون التطور المهني لبعض الموظفين معرّضاً للخطر.

مربع. *مخاطر الموظفين*

شكل الموظفون المخاطرة الرئيسية للمكتب الوطني لعلاوات العائلة للموظفين (ONAFTS) في بلجيكا (الجمعية الدولية للضمان الاجتماعي/Accenture، 2006) من حيث بلورة المخطط الشمولي للموارد البشرية لأن الهدف الرئيس للخطة كان رفاه الموظفين. ولقد تم خفض هذه المخاطرة من خلال ضمان المشاركة التامة للموظفين في كل المراحل في المشروع بما فيه مرحلة التقييم. كما كان التركيز الرئيس للخطة على الموارد البشرية كونها العامل الرئيسي من العوامل التي تحكم عمل المؤسسة. وفي الحقيقة يشكل رأس المال البشري أعظم موجودات المؤسسة وأفضل ضمان للخدمة الجيدة، وبشكل خاص بالنسبة للهيئات التابعة لقطاع الضمان الاجتماعي.

وفي بعض الدول النامية، تتفاقم المخاطر القابلة للحدوث وتؤثر في مؤسسات الضمان الاجتماعي بسبب المخاطر ذات الطبيعة الدائمة والتي تؤثر في الإدارة اليومية للأنشطة. كما ترتفع المخاطر المرتبطة بتوفير خدمات الجودة بسبب رداءة نوعية المعلومات المتاحة والمتعلقة بالأعضاء، وتكرار التأخير في حساب الحقوق والدفعات، بالإضافة إلى الاحتيال وعدم تسديد الاشتراكات. أما النتيجة، فهي نقص الموارد المالية والخطأ في تسديد المنافع. كما أن تعطل خدمات الحاسوب وعدم كفاية الخبرة لحل المشكلة يمثل في الغالب المشكلة الأكثر تكراراً والتي يستعصي حلها.

كما أن مشاريع تطوير وتنفيذ تقنيات المعلومات والاتصالات تواجه المخاطر الخاصة بها. فمشروع طرح تطبيقات جديدة قد يتوقف إذا كان هناك نظام أكثر تطوراً ويمكن أن يؤدي وظائف جديدة. كما أن الإسراع في تنفيذ شيء ما يمكن أن يكون مخاطرة إذا حال دون أخذ الوقت اللازم لتنفيذ اختبار تجريبي أو محاكاة. وفي العادة، تعتبر مراحل هجرة المعلومات مخاطرة عالية مما يحتم اتخاذ جميع التدابير الممكنة لحماية البيانات القديمة. وقد أعطى مجلس التأمين الوطني في توباغو وترينداد اهتماماً خاصاً (ISSA/ Accenture,2006) للمخاطر الكامنة عند ترجيح مزايا الخدمات المحوسبة. كما كانت أهم المخاطر التي تم تحديدها هي تلك المرتبطة بأمن وحماية المعلومات، والوضع القانوني لوثائق معيّنة، والقبول الثقافي لهذه الطريقة الجديدة في تعاطي المعلومات. ولقد عملت المؤسسة العامة للتأمينات الاجتماعية في المملكة العربية السعودية على تحويل بيانات قديمة عمرها ثلاثين سنة إلى قاعدة بيانات أوراكل Oracle بعد أن كانت في النظام الأنالوج (ISSA/ IBM,2004). وبذلت جهود كبرى لتحقيق هذا الهدف؛ كما كان يجب أخذ تشريعات العمل والعمال الحديثة بعين الاعتبار بالإضافة إلى هياكل الأنظمة القديمة والأنظمة الجديدة، والحاجة إلى ترتيب الأوضاع وتحديث قاعدة البيانات، وحل المشاكل الناجمة عن استخدام رموز (كودات codes) معينة باللغة العربية في النظام القديم في حين أن النظام الجديد يعتمد على النماذج المعيارية ASCII.

المراحل المختلفة لإدارة المخاطر

تعريف المخاطر وتحديدها

عمل الصندوق السويسري الوطني للتأمين ضد الحوادث (ISSA/Accenture, OM Study, 2006) على تعريف المخاطر الكامنة في تنفيذ مشروع إدارة الحالة الجديد الخاص بها قبل المباشرة بالمشروع.

وتم توزيع استبانه على جميع الوحدات سواء كانت ستتأثر بالمشروع أو لا بهدف تعريف المخاطر المحتملة. وتم وضع قائمة بالمخاطر، وقياس احتمالات وقوعها، ومن ثمّ تم تصنيفها حسب النوع بالاعتماد على أهميتها. وتم تعريف التدابير اللازمة لاحتواء المخاطر وبناء على جدول زمني تم تحديده لمتابعة كل صنف من تصنيفات المخاطر.

إدارة المخاطر المتكاملة

طرح مكتب التشغيل الوطني في بلجيكا (ISSA/Accenture, OM Study, 2006) نظاماً لتحليل المخاطر وإدارتها عام 2002، والذي يطبّق بشكل نظامي. وتم إدخال إجراءات إدارة المخاطر ضمن أدوات الإدارة الحالية ويتحمل كل شخص مسؤولية تعريف المخاطر التي تؤثر على قطاع معين. ويستند تحديد المخاطر إلى احتمالات أن تصبح المخاطرة المعنية حقيقة، وأثرها الممكن على تحقيق الأهداف.

خطة إدارة المخاطر

وفقاً للخطوط العريضة والإرشادات التي وضعتها أمانة الإدارة العامة، أجرت إدارة وحدة الرصد والمتابعة في معهد الضمان الاجتماعي المكسيكي (ISSA/Accenture, OM Study, 2006) عدداً من الدراسات حول تعريف المخاطر، مع التركيز بشكل خاص على ناحيتين محددتين. أولاً، تعريف المخاطر ذات الطبيعة التشغيلية، بناء على المعلومات الواردة من الفروع المحلية. وثانياً، تعريف المخاطر التي قد تتضمن الفساد أو عدم كفاية الشفافية. وتم وضع قائمة تشتمل على 48 مخاطرة تشغيلية اشتملت على تلك التي تتطلب اهتماماً خاصاً بسبب أثرها الممكن أو ارتفاع درجة احتمالاتها. بالإضافة إلى ذلك، هناك 14 مخاطرة مرتبطة بالفساد أو عدم كفاية الشفافية تم إدراجها على القائمة؛ واستند تعريفها إلى المسح الذي شمل الفروع المحلية لـ IMSSوهيئة سكرتاريا الإدارة العامة، ووحدة الرصد الداخلي. وتم شمول هذين النوعين من المخاطر في خطة عمل 2006.

متابعة ورصد إدارة المخاطر

اعتبر مجلس التقاعد في كيوبك، كندا وظيفة متابعة ورصد المخاطر على أنها مراحل مهمة في تنفيذ مشروعها الهادف إلى تجديد منافع الخدمة (ISSA/Accenture, OM Study, 2006). وتمت متابعة المخاطر لضمان تنفيذ التدابير التي تم تعريفها في الوقت المناسب وتم أخذ المخاطر بعين الاعتبار من قبل أولئك المعنيين بها. كما وفرت مرحلة رصد المخاطر معلومات تتعلق بالمخاطر التي تم تعريفها، ووصفها وتحليلها، وعلى جانب كبير من الأهمية وقد أدّت إلى تعريف المزيد من المخاطر المرتبطة بالمشروع. وتم اختبار كل مخاطرة خلال مرحلة الرصد، وخضعت المعلومات التي تم جمعها خلال مرحلة المتابعة للمراجعة بهدف تعريف أي إجراء قد تدعو الحاجة إلى تنفيذه.

مقترحات للمستقبل

لا بد من شمول نهج متكامل لإدارة المخاطر في مرحلة التخطيط لأي مشروع والذي قد يحدث أثراً على هيكلية وعمليات المؤسسة وبشكل خاص إجراءات العمل أو سياسات الموظفين. ويجب على كبار المدراء تعريف المستويات المقبولة للمخاطر وشمولها في الإستراتيجية الإجمالية للمؤسسة.

كما يجب تحليل المخاطر في بداية مرحلة التغيير ضمن أي مشروع من المشاريع، وحقيقة أن عوامل المخاطر قد تتغير مع التقدم بالعمل في المشروع، وقد تظهر مخاطر جديدة لا بدّ وأن تحظى بالاهتمام المناسب.

وعلى صعيد آخر، ينبغي استشارة جميع الوحدات وتوعيتها بالمخاطر التي قد تظهر مع التقدم بسير العمل في المشروع؛ وهذا لا يشمل تلك الوحدات المعنية مباشرة بالعمل بل تلك التي ليس من الضروري أن تتأثر به. وعليه، ينبغي لخطة رصد المخاطر أن توزّع بشكل واسع النطاق على المؤسسة.

ومن الضرورة بمكان تنفيذ مراحل معينة مثل متابعة التقييم والرصد عند طرح وتنفيذ المشاريع الابتكارية ومشاريع التغيير.

وقد تتجاوز آثار التقييم الرديء للمخاطر الكامنة حدود المؤسسة لتحقق آثاراً حاسمة على البيئة الخارجية، أي في الأوساط السياسية.

وعليه، تبقى القيادة عنصراً أساسياً من عناصر النجاح في تنفيذ أي مشروع؛ ومحوراً حيوياً لجميع المشاريع عندما يتعلق الأمر بإدارة المخاطر.

قراءات مقترحة

سي. دي دايكن .Daykin, C. D، 2005. *إدارة المخاطر*، ورقة مقدمة إلى المؤتمر الأفريقي الإقليمي بعنوان "الضمان الاجتماعي في السياق الأفريقي"، 9-12 أيلول 2005- جنيف، الجمعية الدولية للضمان الاجتماعي.

مجموعة جارتنر Gartner Group، 2002. *تقرير التحليل الاستراتيجي*، أبحاث جارتنر، تموز 2002.

Accenture/ISSA. 2006. *إدارة التغيير وإدارة المخاطر في الضمان الاجتماعي*، دراسة للجنة الفنية "الإدارة؛ التنظيم والأساليب(OM)" للجمعية الدولية للضمان الاجتماعي بالتعاون مع Accenture، جنيف.

IBM/ISSA. 2004. *إدارة مشروع الضمان الاجتماعي لتكنولوجيا المعلومات والاتصالات* ، الدليل. جنيف.

كي. أوسيي .Osei, K. 2005."تجربة الضمان الاجتماعي والصندوق الوطني للتأمين"، ورقة مقدّمة إلى المؤتمر الأفريقي الإقليمي، "الضمان الاجتماعي في السياق الأفريقي"، 9-12 أيلول 2005. جنيف، الجمعية الدولية للضمان الاجتماعي.

دليل PMBOK.2000. *دليل إلى هيئة المعرفة في إدارة المشاريع*، معهد إدارة المشاريع Project Management Institute, طبعة 2000.

جيهوما، س .Jehoma, S 2005. *استراتيجية إدارة المخاطر*، وزارة التنمية الاجتماعية Ministry of Social Development، جنوب أفريقيا. جنيف، الجمعية الدولية للضمان الاجتماعي.

رواتب الشيخوخة الممولة من العوائد الضريبية في الدول ذات الدخل المنخفض

رودي مكينون Roddy McKinnon [1]

المقدمة

يظهر تحليل التطورات الأخيرة في ممارسات الضمان الاجتماعي اتجاهاً صغيراً ولكن دالاً نحو طرح برامج التقاعد للمسنين بتمويل من الضرائب في الدول ذات الدخل المنخفض. وهنا، تشير عبارة برامج التقاعد للمسنين بتمويل من ضريبة الدخل إلى المنافع النقدية التي يتم تقديمها من خلال البرامج الشاملة أو التي تقدم منافع مرتبطة بقياس الدخل. وعلى الرغم من أن أصول هذا الاتجاه قديمة، إلا أن بعض الأمثلة من الدول المنخفضة الدخل تعود إلى بدايات التسعينيات. ففي السنوات القليلة الماضية فقط، ظهر البرهان التجريبي التفصيلي على هذه التطورات في دائرة الضوء وأصبحت الدلالة العالمية لهذا الاتجاه تحظى بتقدير أكبر.

اتجاه رئيسي

يأتي الاتجاه الملحوظ في طرح برامج التقاعد الممولة من الضرائب في الدول المنخفضة الدخل ليكون عنصراً دالاً مقارنة بالنقاط العشرة التالية:

- كاتجاه مقبول شعبياً، فهو يعاكس الحكمة المقبولة والقائلة بأن طرح البرامج الواسعة النطاق والممولة من الضريبة مجد مادياً وإدارياً فقط في الدول ذات المستوى العالي من الدخل.
- إنه يؤكد على حقيقة مفادها أن الضمان الاجتماعي يمكن أن يكون أداةً في تحقيق أهداف التنمية الوطنية مستقبلاً، بدلاً من توفير الضمان الاجتماعي بالاعتماد على تحقيق الدولة بداية لمستوى معين من التنمية.
- إنه يعكس التوافق العالمي الحالي الذي "أعاد اكتشاف" الأدوار الحيوية للضمان الاجتماعي والمتمثلة بالحماية، والمبادرة، والوقاية التي يؤديها في الوصول إلى نقطة التوازن بين مختلف المتطلبات للتنمية الاجتماعية والاقتصادية.
- إنه يدعم الرأي القائل إن المنافع النقدية الصغيرة المدفوعة على أساس منتظم يمكن أن تحدث أثراً إيجابياً أكبر على الفرد إذ تحقق له الحياة الكريمة وتساعده على مكافحة الإقصاء الاجتماعي له.
- إنه يستجيب إلى الملاحظة بأن المسنين هم بين فئات المجتمع المستضعفة أو الأشد خطورةً وبخاصة في الدول النامية، يلاحظ انهيار الآليات التقليدية للتضامن الاجتماعي في حين أن كبار السن ما انفكوا يتحملون المزيد من المسؤوليات الإضافية مثل العناية بالأحفاد الذين فقدوا الوالدين بسبب فيروس نقص المناعة البشرية المكتسب/الإيدز.
- إنه يدعم الرأي القائل إن استهداف التحويلات النقدية لكبار السن وبخاصة في سياق موازنات الدولة المحدودة يمكن أن يؤدي إلى تحسينات أوسع نطاقاً لرفاه الأسر والعائلات بالإضافة إلى المساعدة على تطوير الاقتصاديات المحليّة.
- إنه يقرّ بأن الشيخوخة على المستوى الديموغرافي قد أصبحت ظاهرة عالمية، وأن عدد المسنين في العالم الآخذ بالازدياد سوف يستمر في الدول الأقل نمواً حيث سيبقى التوسع في التغطية تحت مظلة الضمان الاجتماعي التقليدي القائم على الاشتراكات منخفضاً.

[1] الكاتب عضو في الأمانة العامة للجمعية الدولية لمؤسسات الضمان الاجتماعي. ويشكر الكاتب ماريبل أورتيز Maribel Ortiz لمساعدته في البحث.

- إنه يتزامن مع الأهداف المحددة عالمياً للتخفيف من مستويات الفقر عالمياً.
- إنه يعكس اتجاهاً معيارياً يسعى إلى التأكيد على أن الضمان الاجتماعي حق للإنسان، كما هو وارد في الإعلان العالمي لحقوق الإنسان والذي وافقت عليه الجمعية العمومية للأمم المتحدة عام 1948.
- وفي عصر تزداد فيه وتيرة العولمة، يقدم هذا الاتجاه صوتاً متجدداً للقاعدة التي سادت في الستينيات بأن "الفقر في أي مكان يشكل خطراً على الازدهار والرفاه في كل مكان".

تغطية الضمان الاجتماعي في عالم الشيخوخة

نحن نعرف أن معظم برامج الضمان الاجتماعي تمول من خلال الإشتراكات التي تقتطع من المبالغ التي يتم اكتسابها. كما أننا نعرف أن الغالبية الواسعة من البرامج عبارة عن برامج تأمينات اجتماعية. ومع ذلك، يقدر بأن 20% فقط من سكان العالم يستطيعون الحصول على تغطية مناسبة في إطار الضمان الاجتماعي. وفي بعض الدول، من الممكن أن تكون مستويات التغطية في تراجع حقيقة.

ولقد لفتت الأبحاث السابقة التي قامت بها الجمعية الدولية للضمان الاجتماعي إلى التأثير الجماعي الذي تحدثه العوامل المؤسسية، والتشريعية، وتلك المتعلقة بسوق العمل على مستويات التغطية المتوفرة من خلال الضمان الاجتماعي. وثمة نتيجة يتم التوصل إليها هنا، وهي أن تحقيق التغطية الشاملة بموجب برامج الضمان الاجتماعي المعتمدة على الاشتراكات سوف تبقى غير محتملة بالنسبة للدول منخفضة الدخل على الأقل في المدى المتوسط. ولعل هذه النتيجة تحمل تحديّات مضاعفة في هذا الإطار.

أولاً، من بين العديد من ملايين البشر الذين ما زالوا دون تغطية ملائمة من خلال الضمان الاجتماعي أو أن مثل هذه التغطية لا تتوفر لهم البتة، معظم هؤلاء يعيشون في بلدان منخفضة الدخل. كما أن نمو التشغيل في القطاع غير المنظم والذي نشهده على وجه الخصوص في الدول المنخفضة الدخل يجعل من الصعوبة بمكان معرفة كيفية التوسع بشكل كبير في نطاق التغطية، وبسرعة في إطار الضمان الاجتماعي القائم على الاشتراكات. ومن خلال التغطية بموجب الضمان الاجتماعي القائم على الاشتراكات والمرتبط بتركيبته الداخلية بمستويات التشغيل المنظم، لا يمكن أن يكون الحال غير هذا.

أما التحدّي الثاني، فينبع من تراجع معدلات الولادة وارتفاع توقع الحياة. وفي الوقت الحالي، هناك نسبة أعلى من الأشخاص المسنين يعيشون في الدول الأكثر تقدماً. غير أنه وبالنسبة للاتجاهات الأطول مدى، تبقى نسبة الأشخاص المسنين في نمو أكثر تسارعاً حتى في الدول الأقل نمواً.

وبالتالي، وفي سياق الشيخوخة الديموغرافية، سوف تشهد العقود القادمة من الزمن الغالبية الساحقة من المسنين في العالم والذين تجاوزوا سن الـ 60 يعيشون في الدول الأقل نمواً والأخفض دخلاً. وما هو الأبعد من ذلك أن الاتجاه العالمي سوف يتسع ليشمل الأشخاص كبار السن، الذين وصلوا إلى سن الـ 80 فما فوق.

هكذا، إذن، أصبحت المضامين واضحة. وعلى مدى العقود القادمة من الزمن، سوف يرتفع عدد المسنين ضمن تلك المجموعات التي تفتقر إلى التغطية من خلال الضمان الاجتماعي وبخاصة من يعيش منهم في الدول ذات الدخل المنخفض.

رواتب تقاعد الشيخوخة الممولة من الضرائب

تلتزم مؤسسات الضمان الاجتماعي عادة بالبحث عن الطرق الجديدة لتحسين الأداء. ومن الممكن أن يتصل هذا باستخدام أفضل لمصادر الموازنة أو ضمان أولئك الذين سوف يسهمون بهذا الأمر بشكل أفضل. وبالمقابل، تسعى مؤسسات الضمان الاجتماعي إلى إدخال تحسينات في تقديم المنافع والخدمات. ولكن وعلى الرغم من الجهود الرامية إلى تحسين الأداء ضمن العديد من هيئات الضمان الاجتماعي القائمة على الاشتراكات، تملي حقائق سوق العمل نتائج معينة؛ مثلاً أن يبقى العديد من العمّال والمعالين من قبلهم دون حماية ملائمة.

بالإضافة إلى ذلك، من الواضح أن تحسين الأداء في مؤسسات الضمان الاجتماعي الحالية والقائمة على الاشتراكات لا يمكن أن يعالج الحاجات الفورية إلى الدخل النقدي بالنسبة لأولئك غير القادرين على العمل أو المهمّشين بالنسبة لسوق العمل والذين ليس لديهم أي تغطية في سياق الضمان الاجتماعي. وبشكل أكثر تحديداً، تنطبق هذه الملاحظة على العدد المتنامي من المسنين المستضعفين في الدول المنخفضة الدخل.

وكاستجابة لهذه الملحوظة الأخيرة، يركز انتباه السياسات على دور الرواتب التقاعدية للمسنين التي يتم تمويلها من الضرائب.

تكميل البرامج القائمة على الاشتراكات

في الوضع المثالي، ينبغي للبرامج التقاعدية لكبار السن الممولة من الضرائب أن تؤدي دوراً تكميلياً إلى جانب برامج الضمان الاجتماعي الحالية المعتمدة على الاشتراكات. وعلى الرغم من وجود بعض الاستثناءات الوطنية، كان هذا الدور التقليدي عالمياً للبرامج القائمة على الضرائب من حيث ضمان الحد الأدنى من الدخل. وبوضوح، بالنسبة للدول التي ليس لديها برامج تقاعد لكبار السن قائمة على الاشتراكات، سيكون دور توفير الدخل للرواتب التقاعدية الممولة من الضرائب دوراً أكثر أهمية.

كما أن طرح البرامج التقاعدية لكبار السن الممولة من الضرائب نادراً ما يكون حيادياً بالنسبة للبرامج القائمة على الاشتراكات المعمول بها حالياً. وبالتالي، يجب ألا يغفل تصميم السياسات وتنفيذ مثل هذه البرامج إمكانية الوصول إلى نتائج غير مرغوبة. وهذا ينطبق بشكل خاص على الضمان الاجتماعي في الدول التي يكون فيها التشغيل الرسمي في سوق العمل الأكثر تنظيماً هو الأقلية وحيث يمكن أن تكون هياكل الحوكمة وممارساتها الخاصة بمؤسسات الضمان الاجتماعي ضعيفة الأسس في العادة.

في مثل هذه الحالات، يمكن أن تنشأ المشاكل بسبب اتساع نطاق الأهلية القانونية للحصول على رواتب تقاعدية للمسنّين ممولة من الضرائب وتعتمد على قياس الدخل كما هو الحال من خلال تحقيق شرط الإقامة أو الجنسية،و حيث يوجد تفريق غير كاف بين مستويات المنافع النقدية للمنافع القائمة على الاشتراكات والمنافع الممولة من الضريبة والتي تعتمد على قياس الدخل. في مثل هذه الحالات، من الممكن أن يكون أكبر الخاسرين هي برامج التشغيل الرسمية وبرامج الضمان الاجتماعي القائمة على الاشتراكات. وقد يسعى العمّال إلى الخروج من القطاع الاقتصادي الرسمي المنظم لتجنب دفع اشتراكاتهم في الضمان الاجتماعي معتقدين أنهم سوف يستحقون المنافع التي تكاد تكون مساوية لتلك الممولة من الضريبة والتي تعتمد على قياس الدخل في المستقبل.

واستجابة إلى هذا كله، يجب أن تصمم البرامج الممولة من الضريبة وتنفّذ من خلال أخذ مثل هذه الثغرات بعين الحسبان. ولعل على المستوى ذاته من الأهمية، يجب أن يعكس تصميم البرنامج احتياجات السياسات الاجتماعية القطرية، بالإضافة إلى الإقرار بالقدرات المؤسسية والمالية لتلبية مثل هذه الاحتياجات. وهذه هي المسائل التي سوف نتطرق إليها الآن.

البرهان على الدول ذات الدخل المنخفض

هناك عدد من الدول ذات الدخل المتوسط التي تطبق برامج تقاعد الشيخوخة المموّلة من الضريبة. ومن بينها، البرنامج المطبق في جنوب أفريقيا والقائم على قياس الدخل وتاريخه الطويل (بدأ عام 1928)، ولكن من الملاحظ أنه قد دفع مستحقات تمييزية إلى نهاية عصر الفصل العنصري عام 1994. كما قررت موريشيوس توفير برامج تقاعدية شاملة ممولة من الضريبة لتكميل برامج التأمين الاجتماعية التي بدأت منذ 1950. أما برامج البرازيل، فيمكن تتبعها منذ بدايات السبعينيات، على الرغم من أنها وصلت إلى تمام تطورها عقب التغيير الدستوري عام 1988. وهناك البرنامج الشامل لبتسوانا وهي الدولة الوحيدة التي تقدم مزايا للمسنين في إطار الضمان الاجتماعي ويعود تاريخها إلى عام 1996.

لعل هذه الأمثلة من الدول المتوسطة الدخل معروفة نسبياً. أما تلك التي لا يعرف بها كثيرون فهي تلك التي شهدتها الدول المنخفضة الدخل. وهناك عامل يسهم في عدم درايتنا على العموم بالأمثلة من الدول المنخفضة الدخل ألا وهو النقص النسبي في بيانات البرامج. وللمساهمة في حل هذه الفجوة المعرفية، يقدم الجزء التالي من الفصل البرهان من سبع دول منخفضة الدخل.

تصميم البرامج وتنفيذها

الممارسات الجيدة الحالية نحو تصميم سياسات الضمان الاجتماعي وتنفيذها ترى أنه يجب الأخذ بعين الاعتبار الخصوصية القطرية. وعليه، من غير المدهش لنا أن نكتشف وجود تباين كبير في

آليات التصميم، والإدارة، والإنجاز عندما يتعلق الأمر بمنافع الشيخوخة الممولة من الضرائب في سبع دول منخفضة الدخل هي: سامو، ناميبيا، نيبال، الهند، بنغلادش، بوليفيا، وليزوثو[2](أنظر الجدولين 1 و 2).

وفي ثلاث حالات هي: نيبال، والهند، وسامو، تعمل البرامج التقاعدية الممولة من الضريبة إلى جانب صندوق ادخار وطني. وبالمقابل، هناك برنامج التقاعد في بوليفيا، (البونوسول) والذي تم تثبيته أخيراً من خلال إصدار التشريعات اللازمة عام 2002؛ يكمل نظام الحسابات الفردية الإلزامي الذي تم تطبيقه عام 1997. كما يستكمل برنامج التقاعد الوطني لدى ناميبيا من خلال صندوق التقاعد الزراعي الذي أنشئ مؤخراً ويهدف إلى تغطية حوالي 50% من القوة العاملة الوطنية. وتبقى برامج التقاعد في بنغلادش وليسوثو متفردة وحدها حيث يقدم هذان البلدان فقط البرامج التقاعدية للمسنين.

الجدول رقم 1. *برامج تقاعد الشيخوخة الممولة من الضرائب في الدول ذات الدخل المنخفض، 2006*

البلد	تاريخ التشريع	سن التقاعد	السكان 65 سنة فأكثر	الأهلية القانونية	المنافع النقدية الشهرية (العملة المحلية)	المنافع النقدية (دولار أمريكي)[a]	تكرار الدفع	الكلفة % من الناتج المحلي الإجمالي
سامو	1990	65	4.6	شامل	WST100 تالا	37.87 دولار أمريكي	شهري	%0.3[b]
ناميبيا	1992[c]	60	5.3[d]	شامل	NAD 300 (دولار ناميبي)	45.04 دولار أمريكي	شهري	%1.9[b]
نيبال	1994	75	3.7	شامل	NPR 150 (روبيه)	2.03 دولار أمريكي	شهري	0.1
الهند	1995	65	5.3	اختبار الدخل	INR 75 (روبيه)	1.62 دولار أمريكي	شهري	0.01
بنغلادش	1998	6.5	5.7[d]	اختبار الدخل	200 BDT (تاكا)	2.90 دولار أمريكي	فصلي	0.03
بوليفيا	2002	65[e]	4.5	شامل[e]	BOB 1,800[f] (بوليفيانوس)	226[f] دولار أمريكي	سنوي	1.3
ليزوثو	2004	70	5.3	شامل	LSL 150 (مالوتي)	22 دولار أمريكي	شهري	1.43

المصادر: مؤسسة HelpAge العالمية. 2006. (متاح في www.helpage.org)؛ ISSA الجمعية الدولية للضمان الاجتماعي، 2007. *الضمان الاجتماعي حول العالم* (متاح في: www.issa.int/ssw)قسم السكان في الأمم المتحدة دائرة الشؤون ا لاقتصادية والاجتماعية، 2005. *احتمالات مستقبلية لسكان العالم: قاعدة بيانات مراجعة السكان 2004* (متاح في: esa.un.org/unpp)؛ إي شليبيرجر، 2002. برنامج التقاعد الشامل في ناميبيا. الورقة رقم 6 ، مكتب العمل الدولي، جنيف.

(a)بناء على معدل الصرف لدى الخزانة الأمريكية لشهر تموز 2006.
(b)رقم مقدّر
(c)البرنامج نشأ بداية منذ عام 1949 خلال فترة حكم جنوب إفريقيا.
(d) 60 سنة أو أكثر
(e) الأشخاص المستحقون يجب أن يكونوا قد ولدوا قبل 1 كانون الثاني 1974.
(f) الأرقام عبارة عن مبالغ سنوية.

وفي نيبال، وسامو، وناميبيا، وبوليفيا، يتم توفير التقاعد لكبار السن المستحقين له كحق من حقوق المواطنة. غير أن هذا يتطلب من المتقاعدين أن يقدموا برهاناً موثقاً على العمر والجنسية، وهذا ما لا يتم على أرض الواقع في أغلب الأحيان. وفي بوليفيا، على سبيل المثال، هناك حوالي 16 % من كبار السن المستحقين للتقاعد ولكنهم لا يحصلون عليه لأنهم لم يقدموا وثائق التعريف على هويتهم. أما في ليزوثو، فمن بين الـ 3.6 % من إجمالي السكان المستحقين، هناك نسبة كبيرة تصل على 96% منهم من يحصل على التقاعد وهو ما يعادل 72,000 شخصاً (مؤسسة HelpAge العالمية، 2006). وفي سامو، بالإمكان للوصي المكلف أن يجمع المنافع الشهرية نيابة عن المستفيد ولكن يجب عليه أن يبرز هويته الشخصية بالإضافة إلى هوية المستفيد.

[2] حسب تصنيف البنك الدولي: بنغلادش، الهند، ونيبال هي بلدان ذات دخل منخفض حيث يصل إجمالي الدخل القومي للفرد إلى 875 دولار أمريكي أو أقل؛ بوليفيا، وليزوثو، وناميبيا، وسامو هي دول متوسطة الدخل حيث إجمالي الدخل القومي للفرد هو ما بين 876 إلى 3,465 دولار أمريكي.

ويجدر الإنتباه إلى أن ناميبيا قد درست إصلاح برنامجها بإدخال قياس الدخل. وفي كل من الهند وبنجلادش، تتطلب الأهلية القانونية النجاح في اختبار الدخل. وفي كلا البلدين، يتم تقييم الأهلية القانونية على المستوى المحلي. وبسبب طبيعة شبه القارة الهندية المكتظة بالسكان والمستويات العالية من الفقر في صفوف كبار السن فإن حتى البرنامج المشددة والمطبقة بناء على اختبار الدخل يمكن أن تستقطب عددا كبيراً من المستفيدين. فعلى سبيل المثال، بوجود حوالي 1% من السكان يحصلون على مخصصات الشيخوخة القائمة على قياس الدخل في بنغلادش عام 2006، إلا أن هذا عادل أكثر من 1.6 مليون شخص.

وبعمومية أكثر، وبخاصة بالنسبة للدول المنخفضة الدخل التي ينتشر الفقر في صفوف كبار السن فيها، من الممكن الاختلاف على اختيار البرامج القائمة على قياس الدخل بدلاً من الشاملة، ولعل أهم الأسباب في ذلك هو التكاليف الإضافية للبرنامج التي تترتب على إدارته عادة.

وعبر الدول السبع، يختلف سن التقاعد بشكل كبير من 60 سنة (ناميبيا) إلى 75 (نيبال). وبغض النظر عن ذلك، سوف ترتفع النسبة المئوية للسكان الذين هم في سن التقاعد ؛ وفي بعض الحالات بشكل كبير على مدى العقود القادمة من الزمن.

البلد	اسم البرنامج	آلية تقديم الميزة	الإدارة	برامج وطنية أخرى لمزايا الشيخوخة
سامو	منفعة كبار المواطنين	أمكنة مخصصة للاجتماعات، غالباً منزل رئيس القرية أو الراهب، أو مكتب سامو الوطني لصندوق الادخار	دائرة برامج منافع كبار المواطنين (مكتب سامو الوطني لصندوق الادخار)	صندوق الادخار
ناميبيا	التقاعد الوطني	شركة تجارية تستخدم آلات النقد "المتحركة" والمؤتمتة؛ مكاتب بريد معينة؛ أو التحويلات المؤتمتة إلى حساب البنك.	وزارة الصحة والخدمات الاجتماعية	صندوق التقاعد الزراعي
نيبال	علاوة الشيخوخة	لجان تنمية القرى	وزارة التنمية المحلية	صندوق الادخار
الهند	الراتب التقاعدي للمساعدة الاجتماعية	مجالس القرى والبلديات	برنامج المساعدة الاجتماعية الوطني	صناديق الادخار دفعات الرواتب التقاعدية والهبات
بنغلادش	Boishka bhata	الفروع المحلية لبنك سونالي الذي تديره الحكومة	دائرة الخدمات الاجتماعية (وزارة الرفاه الاجتماعي)	لا يوجد
بوليفيا	تقاعد Bonosol	بنوك تابعة	مدراء صندوق التقاعد	حسابات فردية إلزامية
ليزوثو	التقاعد الاجتماعي	مكاتب البريد	دائرة التقاعد	لا يوجد

الجدول رقم 2. *برامج تقاعد الشيخوخة الممولة من الضرائب: الهياكل الإدارية*
المصدر: مؤسسة HelpAge العالمية، 2006. متاح في:www.helpage.org، ISSA الجمعية الدولية للضمان الاجتماعي 2007. الضمان الاجتماعي حول العالم، متاح في www.issa.int/ssw.

وفي حين أن تكلفة الناتج المحلي الإجمالي للمزايا الأساسية التي يتم توفيرها بموجب هذه البرامج الشاملة والقائمة على قياس الدخل، وهي في جميع الأحوال أقل من 2%، يتم تمويل هذه البرامج الوطنية على أساس نسب منخفضة

من الضريبة إلى الناتج المحلي الإجمالي. وفي ليزوثو على سبيل المثال، في حين أن تكاليف التقاعد تصل إلى 1.43% من الناتج المحلي الإجمالي، يعادل هذا 2.4% من الموازنة الوطنية (مؤسسة HelpAge العالمية، 2006). وهذا يساعد جزئياً على شرح ارتفاع سن الأهلية القانونية (الذي تم رفعه مؤخراً في بنغلادش) والقيمة النقدية المنخفضة نسبياً للمنافع المدفوعة؛ لضمان الاستدامة المالية والسياسية من خلال مراقبة التكاليف.

وعلى الرغم من المخاوف المتصلة بالتكاليف المستقبلية، إلا أن منافع الشيخوخة المموّلة من الضرائب تعتبر فعّالة في الدول المنخفضة الدخل. وبغض النظر عن القيمة النقدية الضئيلة، إلا أن هذه المنافع مهمة لتلك الدول. ففي بوليفيا على سبيل المثال، كان تقاعد البونوسول (Bonosol) هو مصدر الدخل النقدي الوحيد بالنسبة لـ 50% من متلقي الخدمة (HelpAge International, 2006). وكأداة للرفاه، لا تؤدي هذه المنافع إلى تحسين مستوى الحياة للمتقاعدين وحسب؛ بل ولعائلاتهم وأسرهم أيضاً. كما تستفيد الاقتصاديات المحلية من آثار توفير مثل ذلك الدخل.

وفي الحالات السبع جميعها، تقدم المنافع من خلال العين الفاحصة لمختلف الهيئات الرقابية الوطنية، وبشكل نموذجي من خلال الاعتماد بشكل خلاق على الهياكل المؤسسية المحلية القائمة. كما تستخدم الشبكات المصرفية على سبيل المثال لصرف المستحقات التقاعدية في بوليفيا وبنغلادش، في حين أن ليسوثو تعتمد على شبكتها من المكاتب البريدية لهذا الغرض. أما في نيبال، تقوم لجان تنمية القرى بهذا الدور وتصرف المستحقات في حين أن الهند تعهد بهذه المهمة إلى المجالس البلدية والقروية. وفي سامو، تصرف معظم المستحقات في أماكن معينة وهي في الغالب دارة عمدة القرية، أو لدى كاهن الكنيسة. وتعتمد ناميبيا على شركة تعاقدت معها لتكون هي الآلية الرئيسية لتسليم المستحقات حيث تعمل هذه الشركة على تشغيل آلات نقد متنقلة تصل إلى أماكن معينة في أيام محددة.

الفرص والتحديات

طرح برامج منافع الشيخوخة الممولة من الإيرادات الضريبية في الدول المنخفضة الدخل أمر مهم. ويسلط البرهان المتاح حالياً الضوء على النقاط التالية:

- الجدوى الإدارية والمالية لمثل هذه البرامج، و
- حيثما أمكن، أهمية الاعتماد على الهياكل المؤسسية الحالية.

ومع ذلك، لا بدّ من الاهتمام بالشكل اللازم بتصميم هذه البرامج وبخاصة فيما يتعلق بـ:

- تعزيز العمالة في الاقتصاد المنظم، و
- تعزيز نماذج الضمان الاجتماعي المعتمدة على الاشتراكات.

وعلى الرغم من هذه التحديات، إلاّ وأنه يبدو من المؤكد أن هذا الاتجاه في نظم تقاعد الشيخوخة الممولة من الضريبة سوف يستمر. ولهذه الغاية، يمكن أن تكون الخطوة الأولى هي طرح مشاريع تجريبية وتقييم أثرها. وبعد ذلك، وربما بالشراكة مع الوكالات الدولية والحكومية المتخصصة والمنظمات غير الحكومية، يمكن السير قدما بالمشاريع التجريبية الناجحة للارتقاء بها إلى المستوى الوطني.

وثمة برهان آخر في هذا المجال ألا وهو الاتحاد الأفريقي المعروف بـ Livingstone Call for Action الذي ظهر عام 2006. أنه دليل على الإرادة السياسية في العديد من الدول المنخفضة الدخل لبلورة برامج التحويلات النقدية. كما أنه وبازدياد احتمالات توجيه المساعدات الأجنبية للتنمية والمقدمة من الدول المرتفعة الدخل باتجاه نفقات الموازنة العامة للدول المتلقية، قد تصبح الدول المنخفضة الدخل أكثر قدرة على التوسع في تغطية الضمان الاجتماعي الممولة من الضريبة إلى الفئات السكانية المعوزة بمن فيها المسنّون.

وننهي بملاحظة جدلية ألا وهي استخدام المنافع النقدية الممولة من الضريبة كوسيلة لتحقيق التوسع السريع في الحصول على الضمان الاجتماعي يمكن أن يؤدي دوراً إضافيا من خلال المساهمة بالالتزامات السياسية المقطوعة على خلفية أهداف الألفية للتنمية الصادرة عن الأمم المتحدة – الهدف رقم (1) منها تحديداً لخفض نسبة الأشخاص الذين يعيشون في الفقر إلى النصف (لأصحاب الدخل الذي يقل عن دولار أمريكي واحد/يوم) بحلول 2015.

قراءات مقترحة

HelpAge International، 2006. *مراقبة التقاعد*. www.helpage.org

ISSA، 2007. "التوسع في الضمان الاجتماعي للجميع- إصدار خاص بمناسبة العيد الثمانين للجمعية الدولية للضمان الاجتماعي"، *"International Social Security Review"* المجلد 60، رقم 2-3، www.blackwellpublishing.com

كي. بال Pal, K. وآخرون،2005. *هل يمكن للدول المنخفضة الدخل أن توفر حماية اجتماعية أساسية؟ النتائج الأولى لتمرين إسقاط النموذج*. جنيف، مكتب العمل الدولي، www.ilo.org

ل. ويلمور Willmore, L.، 2001. *التقاعد الشامل في الدول المنخفضة الدخل*. نيويورك، مبادرة للحوار حول تلك السياسة، جامعة كولومبيا.

التوسع في الحماية الصحية الاجتماعية من خلال ضبط الكلف ودمج البرامج

أفيفا رون Aviva Ron [1]

المقدمة

تشكّل الكلفة بالإضافة إلى رقابة الجودة المرتبطتان بتوفير المنافع، التحديين الرئيسيين أمام استدامة برامج التأمين الصحي. ويكتسب هذا الأمر خصوصية معينة في حال وجود تغيير في الأنماط الديموغرافية، والأمراض، وفئات من القوى العاملة التي تمثل احتياجات جديدة بالإضافة إلى أفضليات المرضى. ويصبح التعامل مع هذه التغييرات أمر حرج عندما يتعلق الأمر بالتوسع بالتغطية إلى جانب التوسع بالمنافع المقدمة. وفي الدول المنخفضة والمتوسطة الدخل، ما زال التوسع في التغطية وصولاً إلى الشمولية بعيداً جداً عن التوقعات مما أدى إلى بروز محاولات لتغطية القطاع غير المنظّم أو الفئات السكانية التي كانت في الماضي مستثناة من هذه التغطية.

وقد تمخضت الجهود الرامية إلى التعامل مع هذه المخاوف إلى إدخال إصلاحات على نظم الضمان الاجتماعي ذات التاريخ الطويل وساعدت على الاتفاق بشأن تصميم البرامج الجديدة. وقد أدّت تدابير ضبط الكلفة الجديدة إلى التوسع في المزايا لا خفضها. كما تم إيجاد برامج وطنية فردية من خلال الدمج بين مئات أو حتى بين عدد أقل من البرامج. وللتعامل بشكل أكثر تحديداً مع الشيخوخة السكانية للمؤمن عليهم، كانت هناك تحرّكات لتغيير الاشتراكات المقتطعة والتخفيف من الاعتماد على الإيرادات التقليدية من هذه الفاتورة.

ضبط الكلفة من خلال منافع جديدة

ثمة تطور آخر يرتبط برقابة الأسعار وارتفاع نسبة انتشار الأمراض المزمنة وهو التوسع في المنافع. فبدلاً من وضع حدود للمنافع بهدف خفض التكاليف، عملت العديد من أنظمة التأمين الصحي الاجتماعي على إضافة رفع المستوى الصحي والوقاية لتكون منافع للأفراد والفئات السكانية المؤمنة بشكل عام أو لمجموعات مستضعفة بعينها مع التركيز بشكل أكبر على الأمراض المزمنة. يعكس مثل هذا التحول الفاعلية المثبتة لرفع المستوى الصحّي والوقاية في المجالين اللذين كانت فيهما الوقاية جزءاً لا يتجزّأ من الرعاية الصحية وهما: الصحة المهنية والوقاية من الأمراض المعدية.

ولقد واصلت الجمعية الدولية للضمان الاجتماعي مشوارها في تأدية دور حيوي في دعم هذا التوجه من خلال المبادرة التي أطلقتها بالتعاون مع منظمة الصحة العالمية عام 2004. وقد اشتملت الأنشطة التي أنجزت حتى تاريخه على اجتماع استشاري عقدته منظمة الصحة العالمية / الجمعية الدولية للضمان الاجتماعي بشأن التأمين الاجتماعي ورفع المستوى الصحي، ومشروع بحث مقارن بين منظمة الصحة العالمية والجمعية الدولية للضمان الاجتماعي تضمن تحليلاً لأنشطة الدعم الصحي التي أوجدتها برامج التأمينات الاجتماعية في خمسة بلدان.

ولقد عملت مبادرة منظمة الصحة العالمية/ الجمعية الدولية للضمان الاجتماعي على توثيق التغييرات الحاصلة حتى تاريخه في المنافع المقدمة ووضع الموازنات اللازمة لرفع المستوى الصحي والوقاية من خلال برامج التأمينات الصحية الاجتماعية، وإنشاء شراكات جديدة للتعامل مع مخاطر المرض. واشتملت الفئات المستهدفة لهذه الأنشطة الأفراد بحيث كان التركيز على الوقاية الثانوية بما في ذلك الكشف عن الأمراض المزمنة، ومن ثمّ الوقاية الرئيسية للتخفيف من مخاطر هذه الأمراض والحيلولة دون حدوثها أصلاً. وقد ركّزت الحملات التثقيفية التي تم تنفيذها من قبل برامج التأمين الصحي الاجتماعي في ألمانيا وجمهورية كوريا على تعزيز الثقافة الصحية وكذلك الوعي الصحي. وقد هدفت الجهود في هذا الإطار إلى التخفيف من الوضع السائد المتمثل بعدم المساواة في الحصول على الرعاية

[1] المؤلف مستشاراً في التأمين الصحي الاجتماعي، منظمة الصحة العالمية (WHO).

بالإضافة إلى التشجيع على الاستخدام المنطقي للخدمات مع التركيز على ملاءمة الرعاية وكذلك التكاليف. ولقد استندت هذه الجهود إلى المعلومات المتاحة حول استخدام الفئات المؤمنة لتلك الخدمات. وقد أدّت هذه المعلومات إلى تنفيذ حملات موجهة في صفوف الفئات السكانية الأكثر استضعافاً والمعرّضة لخطر الإصابة بأمراض مزمنة.

وفي المكسيك، على سبيل المثال، كان التركيز على الوقاية الأولية من خلال إنشاء بيئات داعمة للتخفيف من مخاطر المرض. وفي فنلندا وتايلاند، كانت الوقاية تأتي على المستوى الثالث من خلال إعادة التأهيل والتركيز على المتابعة الفاعلة لتطور المرض. وتشتمل طرق الدعم والوقاية الصحية الجديدة على عناصر تهدف إلى تحويل المسؤولية ليتحملها الأعضاء الأفراد، وليس فقط لإجراء فحوصات الكشف المبكر؛ بل والتخفيف من أو القضاء على استخدام المواد المرتبطة بالمرض بالإضافة إلى التوجه إلى العيش بأساليب أكثر صحّية من خلال رفع وتيرة النشاط البدني الذي يمارسه الشخص.

ولم يتم إغفال الأطفال والشباب في هذه الجهود الوقائية. ففي نيوزيلندا، هناك برنامج جديد بعنوان "السنوات المبكرة وبدايات العائلة"؛ وهو برنامج يوفر الخدمات الهادفة إلى تحسين صحة الأطفال وتعليمهم بالتركيز على الآباء المراهقين وأطفالهم. وقد جاءت هذه المبادرة لتحاكي برنامج "جذور التفهّم Roots of Empathy" الكندي والهادف إلى التخفيف من العنف والسلوك غير الاجتماعي بين الشباب. وبغض النظر عن الأهداف الصحية، تهدف هذه البرامج إلى التخفيف من الفرص المتاحة للأطفال لأن يتحوّلوا إلى العنف عندما يكبرون، أو الانضمام إلى صفوف العاطلين عن العمل لفترات طويلة.

لقد تمخّضت هذه الجهود الوقائية عن قيمة مضافة في النظم المتكاملة للضمان الاجتماعي مقارنة ببرامج التأمين الصحي المنفردة. فالإنفاق على الرعاية الوقائية في فرع واحد من المنافع ألا وهو الرعاية الصحية سوف يؤدي أيضاً إلى تحقيق وفورات في فروع أخرى من نظام الضمان الاجتماعي ذاته وبخاصة فيما يتعلّق بمزايا العجز والبطالة.

ضبط الكلفة بواسطة الدفع من خلال مزّود الخدمة

حتى وقت قريب، اعتمدت برامج عديدة من التأمين الصحي الاجتماعي على الدفعات المشتركة من قبل المريض كوسيلة لضبط الاستخدام. غير أن الدراسات قد أظهرت أن الدفعات المشتركة يمكن أن تعيق المرضى عن استكمال العلاج الذي يصفه لهم الطبيب ناهيك عن التوجه حالياً عن الابتعاد عن الدفعات المشتركة. أما السعي إلى ضبط الاستخدام وبالتالي ضبط نفقات الرعاية الصحية يتم بشكل رئيس من خلال آليات الدفع من خلال مزودّ الخدمة التي تهدف إلى تعزيز الاستفادة الملاءمة من الخدمة والتخفيف من الربط بين حجم الخدمات وبخاصة تلك ذات التكاليف المرتفعة وبين العوائد التي يحققها المزودّ.

وهناك رغبة متزايدة في تغيير طرق دفعات المزودّ بحيث تتحول من الآليات التقليدية المعتمدة على رسم مقابل الخدمة إلى الآليات القائمة على رسوم ثابتة لا تزيد ولا تنقص مثل فرض رسم عن كل مؤمّن عليه ودفعات الحالات لكل إدخال. ولإظهار الخدمات المقدمة، يمكن هيكلة دفعات الحالة وفقاً للمجموعات المشخصّة لكل إدخال. وما زالت معظم البرامج تعتمد على فرض رسم مقابل الخدمة حيث عملت طريقة الدفع من خلال مزودّ الخدمة على تطبيق آليات معيّنة للحد من الدفعات إلى موفرين معينين. والآليات التي طرحتها كندا وألمانيا على مدى العقد الماضي من الزمن حيث كانت الحدود العليا للمبالغ تحدد وفقاً لمعدلات الممارسة بالنسبة للاختصاصات ذاتها، والتي أصبحت تطبق الآن في اليابان وإن كان هذا التطبيق ما زال على أساس تجريبي. ويتم التفاوض على جداول الرسوم الثابتة بين القائمين على برامج التأمين الصحي ومزودّي الخدمات الصحية، كما يتم تطبيق السقوف المالية على مكاسب المزودّين الذين تتجاوز دخولهم من التأمين المستويات المحددة لها.

أما برامج التأمين الصحي الاجتماعي الحديثة العهد والتي كان أول ظهور لها في تايلاند عام 1991 وتبعتها كولومبيا، وبيليز، وجمهورية لاو الديمقراطية الشعبية في السنوات الخمس الماضية، فقد اختارت فرض رسم على كل مؤمّن عليه ليكون هو الآلية الرئيسية في دفعات المزودّ. وتمكّن هذه الآلية من توجيه الدفعات مسبقاً إلى مزودّي الخدمة بناء على قائمة معرّفة من الأعضاء وعلى قائمة أخرى معرّفة من الخدمات الصحية على مدى فترة ثابتة من الزمن. وفي حين أن آلية دفعة المزودّ هذه تتطلب نظام مراجعة أقل تعقيداً للمطالبات، مقارنة بنظام الدفع بطريقة الرسم المقابل للخدمة، إلا أنه يجب على برامج ضمان الجودة أن تركّز جهودها على الحيلولة دون انخفاض مستوى الخدمة.

المربع رقم 1.

لقد أظهرت برامج التأمين الصحي الاجتماعي وكذلك مؤسسات توفير الرعاية الصحية من القطاع العام تفضيلاً متزايداً لأسلوب فرض رسم على كلّ مؤمن عليه مقابل حصوله على الخدمات الصحية والذي جاء ضمن آلية لضبط الكلفة ودفع مبلغ لمزودّ الخدمة. فهؤلاء يعرفون قيمة الدخل المدفوع مسبقاً والمنتظم عن فئة معيّنة من السكان بغض النظر عما إذا استخدمه الأشخاص المؤمّنون فعلاً من الخدمات الموفرة لهم ودون ملاحقة المرضى الأفراد لدفع المبالغ المطلوبة منهم. وبمرور الوقت، أدخلت البرامج تعديلات على الرسم المفروض على المؤمن عليهم آخذة بعين الاعتبار التغييرات الديموغرافية، وأعباء الحالات الطبية بالإضافة إلى متطلبات النظم المعلوماتية من حيث إيجاد طرق أكثر قدرة على التعامل مع الدفع من خلال مزودّ الخدمة.

دمج البرامج

في السنوات الأخيرة، وجدت بعض حالات الدمج بين البرامج وتوحيدها في مختلف الدول التي كان لديها عادة نظام تأمين صحي اجتماعي تعددي. ولقد كانت عملية الدمج الأكثر بروزاً هي تلك التي تمّت في جمهورية كوريا، عندما توحّد 350 صندوقاً ضمن برنامج واحد يغطّي حوالي 48 مليون عضو من خلال قانون التأمينات الوطني لعام 2000.

وتعكف الحكومة اليابانية الآن على إنجاز مراحل توحيد جميع برامج التأمينات الاجتماعية ضمن برنامج واحد. وبالإضافة إلى النظام المركزي، ألزم أول قانون صدر في اليابان بشأن التأمينات الصحية الاجتماعية الشركات التي لديها أكثر من 300 عامل، إنشاء جمعية تأمين صحي خاصة بها. وتسمح الإصلاحات الأخيرة التي أجريت لهذه الشركات أن توحّد جمعيات التأمين لديها مع تلك الموجودة لدى شركات أخرى. وفي عام 2005، قررت جمهورية قيرغستان أن يكون لديها صندوق واحد بدءاً بتوحيد مختلف الصناديق على مستوى الأقاليم في ظل توسعة الشمول عبر مختلف أنحاء البلاد.

ولعل الإنفاق الإداري المخفّض في نظم الصناديق الموحدة هو أحد العوامل المهمة في اعتماد هذا الاتجاه لكنه لم يكن هو السبب الرئيس لتوحيد الصناديق. فالأسباب الرئيسية لنهج توحيد الصناديق هذا، هي احتمالات التوصل إلى تجمعات رأسمالية أعظم وقوّة أعظم في التفاوض مع مزودّي خدمات الرعاية الصحية.

ولم تلجأ النمسا إلى خيار توحيد الصناديق لكنها قررت عام 2006 أن تنشئ مؤسسات حكومية إقليمية لشراء الخدمات الصحية بحيث تكون بمثابة جهات لشراء الرعاية الصحية، والتصرف نيابة عن الصناديق. ويهدف هذا القرار إلى رفع القوة التفاوضية دون التأثير على استقلالية مختلف صناديق التأمين الصحي. وفي هولندا، عمل قانون التأمين الصحي الذي تم تطبيقه عام 2006 على إنهاء تشرذم الفئات السكانية التي تغطيها مختلف الترتيبات العامة والخاصة، والإلزامية والاختيارية لتوفير التأمين الصحي. وفي السابق، لم يكن أولئك الذين يحصلون على أجور أعلى خاضعين لنظام التأمينات الاجتماعية ولكنهم اعتمدوا على برامج التأمين التي يقدمها القطاع الخاص لتوفير الجزء الأكبر من الرعاية الصحية. والآن، جميع المواطنين خاضعون لنظام واحد معتمد قانونياً لتوفير الرعاية الصحية. وفي الوقت ذاته، ما زال بالإمكان اختيار الجهة التأمينية المرغوبة.

التحولات في نهج الإيرادات

في العديد من الدول في أوروبا، ثمة قلق متنام بشأن كفاية الإيرادات من الاشتراكات والتي ترتبط بالنماذج الديموغرافية وبنماذج الأمراض المتغيرة. وعلى العموم، يسهم الأعضاء المتقاعدون (وغير منتجون اقتصادياً) بنسبة مئوية من الرواتب التقاعدية لا بنسبة مئوية من الأجور. كما أن شيخوخة المؤمن عليهم من السكان يعني أنه توجد نسبة متزايدة من الأعضاء الذين يساهمون بمبالغ ضئيلة. ولقد انتهت دول عديدة من وضع ترتيبات تأمينية إضافية للرعاية طويلة المدى غير أن شيخوخة السكان تعني أيضاً زيادة في عدد السنوات التي تستدعي تلبية الحاجات المتزايدة الرعائية والحساسة لتلك الفئة. ولمعالجة هذا الوضع، عملت هولندا على تغيير نموذج الإيرادات المعمول به لديها. وفي حين أن إجمالي الاشتراكات التي جاءت في السابق من الاقتطاعات من أجور المؤمن عليهم والتي يشترك فيها صاحب العمل والعامل معاً، نصف الإيرادات الآن تتأتى من هذا المصدر في حين أن النصف الآخر يتأتى من مبالغ ذات نسب ثابتة يدفعها كل عضو. وقد عملت ألمانيا مؤخراً على اعتماد تدابير للتخفيف من مكوّن الاشتراكات القائمة على الأجور وأضافت مبلغاً ثابتاً يدفعه كل عضو من الأعضاء. وللتعامل بشكل محدد مع احتياجات

تمويل الرعاية للمسنين عملت فرنسا على زيادة في عوائد الاشتراكات من خلال تغيير قاعدة الاشتراك. وسيتعين على العمال الفرنسيين العمل ساعات إضافية (7 ساعات أخرى من العمل في كل عام)؛ وسوف ترتفع مساهمة أصحاب العمل في التأمين الصحي بنسبة 0.3% في حين أن الضريبة على الدخول الاستثمارية قد رفعت من 2.0 إلى 2.3% لتوفير تمويل إضافي للرعاية طويلة المدى.

توسعة الشمول

ما زالت تغطية التأمين الصحي الاجتماعي في الدول النامية بطيئة جداً وقد تناقصت في السنوات الأخيرة في الدول التي تشهد التحول إلى اقتصاديات السوق، مثل جمهورية الصين الشعبية، ومنغوليا، والعديد من الدول الأخرى في الاتحاد السوفييتي السابق. كما أن ترتيب أوضاع الخدمة المدنية والخصخصة للمنشآت التي تملكها الدولة قد أدّت إلى إقصاء فئات سكانيّة أخرى. وفي حين أن نظم الضمان الاجتماعي قد شقّت طريقها للوجود بداية في قطاع الاقتصاد المنظم، لم تبذل أي جهود للتشجيع على تسجيل العاملين في الاقتصاد غير المنظّم مما أدى إلى وضع أصبح فيه عدد العاملين في القطاع غير المنظّم لا يذكر كما هو الحال في العديد من الدول المتقدمة.

وثمة سبب كامن وراء هذه الرغبة في توسعة الشمول؛ إنه يتمثل في الاهتمامات السياسية والعدالة بالإضافة إلى الرغبة في الوصول إلى تجمع رأسمالي واسع النطاق في كل نظام من الأنظمة. وترغب جميع الحكومات في التخفيف من مخاطر الفقر مما تمخض عنه إدراك لحقيقة أن الدفع مقابل الرعاية الصحية هو السبب الرئيسي للأسر التي تندرج تحت خط الفقر. وهناك مسألة جديدة أخرى ترتبط بانتشار الأمراض المعدية التي ظهرت مؤخراً. ونحن نعرف أنه عند فرض الرسوم على المستفيد من الخدمة في المرافق الصحية العامة كما في الخاصة، ستظهر لدينا نسبة كبيرة من السكان الذين قد لا يستفيدوا من الخدمات على الإطلاق، أو فئة تسعى إلى الحصول على الرعاية الصحية في مرحلة متقدمة وحرجة من المرض ومن ثمّ قد لا تواصل العلاج لأسباب مالية. وهناك عامل آخر حرج يسهم في الضبط الفاعل للأمراض المعدية التي ظهرت حديثاً ألا وهو الاستجابة الطبية العاجلة؛ ومن هذه الأمراض متلازمة الجهاز التنفسي الخطرة (سارس) وإنفلونزا الطيور.

وقد تم انتهاج طرق مختلفة للتوسع في التغطية بحيث تكون مجموعات السكان ذوي الدخل المنخفض والقطاع غير المنظّم هي المجموعات السكانية المستهدفة. وعلى مدى السنوات الخمس الماضية، بدأت العديد من برامج التأمين الصحي الاجتماعي الوطنية بالاعتماد على صناديق المساعدة الاجتماعية لشراء البطاقات الصحية للأسر المعوزة؛ ومنها تلك البرامج الموجودة في كولومبيا، والمكسيك، والفلبين، وفيتنام. وفي هذا تحوّل مهم يتمثل بالابتعاد عن استخدام الأموال الحكومية لتسديد فواتير مزوّدي الخدمات الصحية مباشرة والتي توفر لأولئك الذين قد أعفوا من رسوم المستخدم. كما يمكن التخفيف من أثر الوصمة والتمييز عندما يسعى الفقراء إلى الحصول على الرعاية الطبية باستخدام بطاقة التأمين الصحي ذاتها التي يستخدمها المؤمن عليهم المشتركين.

وهناك جانب آخر بسيط ولكنه مهمل في إطار التوسع بالتغطية ألا وهو شمول المعالين لدى العاملين سواء كانوا ما زالوا على رأس عملهم أو متقاعدين. وبدأت دول آسيوية عديدة مثل جمهورية الصين الشعبية، ومنغوليا، وفيتنام بتوفير التغطية الصحية للعامل فقط. وهناك مشروع تشريعات جديدة في هذه الدول تدعو إلى شمول المعالين مما يعني زيادة تلقائية في عدد السكان المؤمن عليهم إلى درجة عالية وتقريب الدول من مستوى التغطية العالمية الشاملة.

وهذا يُغفَل العاملون في الاقتصاد غير الرسمي الذين قد لا تكون دخولهم مستقرة ولكنهم يصنّفون فوق خط الفقر. وتركز الفلبين جهودها على التوسع في التغطية لتشمل العاملين في الاقتصاد غير المنظم في التعاونيات ومؤسسات المجتمع المدني والتي يمكن أن تقوم بالتسجيل وجمع الاشتراكات للمجموعة. كما عملت فيتنام على زيادة الجهود الرامية إلى تسجيل العاملين لحسابهم الخاص بالإضافة إلى العاملين في المنشآت الصغيرة وذلك من خلال تعزيز ورفد المكاتب الموجودة في مختلف المقاطعات ومن خلال إتاحة المزيد من المرونة في دفع الاشتراكات. وعلى مدى السنوات العديدة الماضية، قامت جمهورية الصين الشعبية بإعطاء الأولوية لإعادة تطوير التأمين الصحي للسكان في المناطق الريفية وخصصت أموال من الحكومات المحلية كمعونات التأمين الصحي لسكان الريف.

وتشجع دول نامية عديدة على التطوير المتوازي للتأمين الصحي الاجتماعي الإلزامي لقطاع العمل المنظم من خلال برامج الضمان الاجتماعي الإلزامي، وفي الوقت ذاته، التشجيع على التأمين الصحي الاختياري على مستوى المجتمع بالنسبة للقطاع غير المنظّم. وهذا التطوير المتوازي الذي يجري العمل على تنفيذه الآن في الهند، وجمهورية لاو الديمقراطية الشعبية والعديد من الدول الإفريقية الأخرى يدرك الصعوبات التي تواجهها

نظم الضمان الاجتماعي الناشئة من حيث تغطية العاملين في الاقتصاد غير الرسمي الذين لا صاحب عمل لديهم يشارك في تكاليف الاشتراكات والمسؤولية.

المربع رقم 2.

التشجيع على برامج التأمين الصحي على مستوى المجتمع يؤدي أيضاً إلى تسهيل عملية التوسع في التغطية لتشمل المناطق الريفية حيث لا يوجد لبرنامج القطاع المنظم أي أنشطة. كما يمكن أن تشتمل العملية على المخاطر في بعض الأحيان من حيث استدامة برامج المجتمعات الصغيرة، لكنها على الأقل تمكّن من الحصول على الرعاية الصحية للسكان الخاضعين للتغطية وخلق الوعي بشأن منافع الدفعات المسبقة للتأمين الصحي الاجتماعي. ومن الأهمية بمكان، ضمان الروابط والتنسيق بين مختلف البرامج داخل الدولة بالإضافة إلى الأنظمة والتعليمات الحكومية الملائمة، والتنسيق والدعم الفني بينها حيث يمكن لهذه البرامج على مستوى المجتمع أن تدمج في نهاية المطاف ضمن أو مع الأنظمة الوطنية. وسوف تشير الدراسة التي أجرتها منظمة العمل الدولية (ILO) بالتعاون مع الجمعية الدولية للضمان الاجتماعي (ISSA) والجمعية الدولية للتبادل (AIM) بشأن الروابط بين الضمان الاجتماعي التشريعي وآليات الحماية الاجتماعية على مستوى المجتمع إلى الوسائل الفاعلة للدفع بهذا التنسيق قدماً.

النتائج

من غير الممكن أن يحدث الإصلاح بسهولة دوماً عندما يتعلق الأمر ببرامج التأمين الصحي الاجتماعي وهذا يعود في جزء منه إلى عدم كفاية الدليل الموثق على أثر التغييرات وفي جزء آخر بسبب عملية الإصلاح في المؤسسات المعقدة التي تشتمل على التمثيل الثلاثي (العامل، صاحب العمل، والحكومة). وبعد الانتهاء من النقاش الداخلي، لا بدّ للإصلاحات من أن تقترن بالتشريعات اللازمة مما قد يعني المرور عبر عملية برلمانية مطولة. غير أن الإصلاحات تنفّذ وفي العادة تحقق نتائج إيجابية. وإذا لم يتم تعديل التشريعات، ستكون هناك تغييرات رئيسية في المنافع وعلاقات مزودّ الخدمة والتي من الممكن طرحها من خلال البحث، والتحليل، والنقاش مع الشركاء الداخليين والخارجيين. كما يتبيّن من مراجعة الاتجاهات في هذا الفصل، أهميّة وجود ملتقى (منتدى) لبرامج التأمين الصحي الاجتماعي حسبما تيسّره الجمعية الدولية للضمان الاجتماعي لمتابعة مثل هذه التطورات، وفي بيئة من الشفافية لا تقتصر على مناقشة المشاكل وحسب؛ بل والحلول أيضاً.

قراءات مقترحة

جي. كارين .Carrin, G؛ سي جيمس .James, C 2004. *الوصول إلى تغطية شاملة من خلال التأمين الصحي الاجتماعي.* جنيف، منظمة الصحة العالمية، تمويل النظام الصحي، الإنفاق والموارد، www.who.int/health_financing/discussion_papers/en/index.html

دي بي جولدمان .Goldman, D.P؛ جي إف جويس .Joyce, G.F؛ جي لولس .Lawless, G؛ دبليو.إتش كراون .Crown, W.H؛ في ويلي .Willey, V 2006."تصميم المنافع واستخدام الأدوية المتخصصة". *الشؤون الصحية*، المجلد 25، رقم 5؛ rand.org/publications و www.healthaffairs.org

كي دي هنك .Henke, K.D، جي شريوج .Schreyögg, J 2005: *نحو أنظمة رعاية صحية مستدامة*، www.issa.int/pdf/publ/henkeed2.pdf

سي جيمس .James, C؛ جي شريمر .Schremmer, J، 2005. "السياسات الحديثة في توفير الخدمات الصحية: مسار أوسع نحو أنظمة الرعاية الصحية المستدامة؟" *في الضمان الاجتماعي: نحو ثقة حديثة التأسيس*. جنيف، الجمعية الدولية للضمان الاجتماعي، www.issa.int/pdf/publ/2DT.pdf (متاح أيضاً باللغات الفرنسية، والإسبانية ، والألمانية ، واليابانية: www.issa.int.

أ. رون .Ron, A، د. بايرسايخان .Bayarsaikhan, D؛ س. ثان .Than, S، 2005. التأمين الصحي الاجتماعي: *دراسات حالات مختارة من آسيا والباسيفيك*. منظمة الصحة العالمية مكاتب الباسيفيك الإقليمية لجنوب شرق وغرب آسيا ، رقم التصنيف العالمي 5 239 9022 92 .

أ. واجستاف .Wagstaff, A، 2007. *إعادة فحص التأمين الصحي الاجتماعي*، مجموعات بحوث التنمية لدى البنك الدولي، ورقة عمل بحث سياسات البنك الدولي رقم 4111 ، واشنطن، دي سي DC.

مواقع إلكترونية مفيدة:

الشبكة الأوروبية لتعزيز الصحة في مكان العمل: www.enwhp.org

منظمة العمل الدولية: www.ilo.org و www.ilo.org/step

الجمعية الدولية للضمان الاجتماعي: www.issa.int

منظمة الصحة العالمية: www.who.int/health_financing

ائتلاف منظمة الصحة العالمية/منظمة العمل الدولية/الوكالة الألمانية للمساعدات الفنية: www.socialhealthprotection.org

مراجعة أنظمة الحسابات الفردية:
أنظمة تقاعدية متعددة الدعائم

آرييل بينو Ariel Pino وديمتري كاراسيوف Dmitri Karasyov [1]

المقدمة

بناء على المعلومات التي وردت من الجمعية الدولية للضمان الاجتماعي (شريمرSchremmer، 2005)، فيما يلي دليل نورده هنا حول الاتجاهات التي ظهرت مؤخراً في برامج الحسابات الفردية في أمريكا اللاتينية ودول أوروبا الوسطى والشرقية، ودول الاتحاد السوفييتي سابقاً.

وفي بعض الدول هناك برهان على التطورات الأخيرة مما يؤدي إلى ترجيح أكبر للاتجاه الذي ورد سابقاً في التقارير من حيث تنقيح وتهذيب العمليات الخاصة ببرامج الحسابات الفردية. كما أن الهدف من هذه العملية هو في جزئيته وفي كليّته تحسين أداء مثل هذه البرامج وحوكمتها بهدف كفاية الدخل التقاعدي للمشتركين.

وفي عدد لا بأس به من دول أمريكا اللاتينية، تكشف الاتجاهات الحديثة عن تطور جديد مهم. وسيتوجه تركيز الاهتمام في هذه الورقة على هذا التطور الجديد. وبعبارات عامة، يفهم من هذا الاتجاه الجديد أن دور برامج الحسابات الفردية يخضع للمراجعة الجادة الآن ذلك أن هذه البرامج يمكنها وينبغي لها أن تؤدي دوراً كلياً وجزئياً في تحقيق استراتيجيات السياسات الخاصة بالنظم التقاعدية المتعددة الأركان والسائرة نحو المزيد من الدمج والتكامل. وعلى الرغم من أن الفروقات بين مختلف الدول هي بمثابة التحذير الكامن ضد المبالغة بالتعميم، إلا أنه من الثابت أن ثمة مراجعة جديدة تأخذ مجراها الآن للمسائل الجوهرية المتعلقة بالقدرات النسبية لبرامج الحسابات الفردية مقابل إدارات التأمينات الاجتماعية التابعة للقطاع العام لتكون قادرة على توفير منافع ملائمة ومرضية لجميع الفئات السكانية وبطريقة منصفة ومستدامة.

الإصلاحات حتى تاريخه

بناء على المثال الذي شهدته تشيلي عام 1981 من حيث إجراء الإصلاحات الإحلالية، بدأت تشيلي في التسعينيات وتبعها في ذلك عدد من دول أمريكا اللاتينية إما بإلغاء أنظمتها العامة المعرقة المنافع والقائمة على تأدية المنافع عند استحقاقها (Pay As You Go) (بوليفيا عام 1997، والمكسيك عام 1997، السلفادور عام 1998 وجمهورية الدومينيكان عام 2006) أو تكميل تلك البرامج مع أنظمة الحسابات الفردية الإلزامية (الأرجنتين عام 1994، الأوروغواي عام 1996، كوستا ريكا عام 2001). وهناك دول أخرى في المنطقة مثل البيرو عام 1993، وكولومبيا عام 1994 عملت على إنشاء نظم يتم فيها التنافس بين برامج التأمينات الاجتماعية المعرفة المنافع وبرامج الحسابات الفردية سعياً لاستقطاب المزيد من المساهمين (ميسا-لاغو Mesa-Lago 1996؛ ميولرMüller، 2003، ص. 22).

غير أنه لم يتم تطبيق جميع الإصلاحات التي تم تشريعها، كما هو الحال في الإكوادور (حيث تم سن التشريع عام 2001) ونيكاراغوا (قانون عام 2002). وفي الإكوادور، تم الإعلان عن عدم دستورية القانون بموجب قرار اتخذته المحكمة العليا في البلاد. وفي نيكاراغوا، وبعد تأخير في التطبيق، تم إلغاء القانون في شباط 2006 خشية أن يؤدي العجز الناجم عن تنفيذ البرنامج إلى تعريض الاستقرار على مستوى الاقتصاد الكلي للبلاد إلى الخطر.

[1] الكاتبان عضوان في الأمانة العامة للجمعية الدولية للضمان الاجتماعي.

وفي دول أوروبا الوسطى والشرقية كما في دول الاتحاد السوفيتي السابق، تم طرح الحسابات الفردية الإلزامية في هنغاريا (1998)، وبولندا (1999)، ولاتفيا (2001)، وإستونيا (2002)، وبلغاريا (2002)، وكرواتيا (2002)، والاتحاد الروسي (2002)، وجمهورية يوغسلافيا السابقة- مكدونيا (2004)، وأوزبكستان (2005)، وسلوفاكيا (2005)، ورومانيا (2007). وكان من ضمن هذه الإصلاحات برامج الحسابات الفردية الإلزامية كونها عناصر رئيسية ضمن نظم التقاعد المتعددة الأركان. وعليه، فقد انتظمت هذه البرامج مساراً إصلاحياً مشابهاً لذلك الذي تم إتباعه أصلاً في الأرجنتين والأوروغواي. وبالمقابل، أجرت كازاخستان تحوّلاً تاماً في برامج الحسابات الفردية الإلزامية عام 1998 ويظهر أنها قد استلهمت بذلك من النموذج التشيلي. وتقف لتوانيا على مسافة بعيدة عن غيرها من دول الاتحاد السوفييتي السابق التي انتهت من تنفيذ الإصلاحات بأن طرحت عنصر التمويل الاختياري عام 2004.

وهناك ثلاث دول أخرى هي أرمينيا، وأذربيجان، وأوكرانيا تعكف الآن على التخطيط لطرح برامج تقاعدية تعتمد على الحسابات الفردية الإلزامية بحيث يتم العمل بها قبل نهاية 2010.

وعلى الرغم من اختلاف السياقات الاجتماعية-الاقتصادية، والجغرافية، والسياسية، من الممكن تعريف عدد من التحديات التي تواجه الضمان الاجتماعي والتي مهّدت الطريق أمام إصلاح أنظمة التقاعد العامة في أمريكا اللاتينية، وفي دول أوروبا الوسطى والشرقية، ودول الاتحاد السوفييتي السابق. فعلى سبيل المثال، هناك تحديّات متصلة بـ:

- الاستدامة وفقد الملاءة المالية لبرامج التأمينات الاجتماعية؛
- التغييرات الديموغرافية؛
- المخاوف بشأن كفاية الرواتب التقاعدية؛
- مستويات التغطية الضعيفة؛
- التهرب من تأدية الاشتراكات؛
- تنامي وتوسع قطاع العمل غير المنظم؛
- أسواق العمل.

وثمة توقع يسبق الإصلاحات يتم التعبير عنه عادة في أمريكا اللاتينية وفي دول أوروبا الوسطى والشرقية، ودول الاتحاد السوفييتي السابق ألا وهو أن إصلاح نظام التقاعد الذي يشتمل على طرح حسابات فردية إلزامية لن يؤدّي إلى تحسين الضمان الاجتماعي وحسب للفئات السكانية المشمولة بتغطيته؛ بل انه سيحدث أثراً إيجابياً على تطوير القطاع الاقتصادي والمالي. كما يمكن للنمو الاقتصادي بالمقابل أن يشجع على رفع معدلات التشغيل والتخفيف من مستويات الفقر المرتفعة وغير المقبولة.

الحاجة إلى إعادة مراجعة الإصلاحات

حيث أن الإصلاحات في تشيلي قد دخلت الآن عقدها الثالث في حين أن دولاً أخرى من أمريكا اللاتينية قد دخلت عقدها الثاني من تجربتها الإصلاحية هذه، فقد مرّ ما يكفي من الوقت لتوجيه الانتباه في عدد من الدول الآن إلى بعض العيوب المدركة في نتائج إصلاح النظم التقاعدية. فمن ناحية، تبقى معدلات التغطية المنخفضة بموجب برامج الشيخوخة الإلزامية واحدة من المشاكل المستمرة. ومن ناحية أخرى، تواجه الحكومات المزيد من المطالبة بالتوسع في دور منافع المساعدات الاجتماعية التي تموّل حالياً من الضرائب بالإضافة إلى دمج مثل هذه البرامج دمجاً أفضل مع نظم التقاعد القائمة على الاشتراكات بهدف مواجهة مشكلة الفقر عند الشيخوخة. ومن بين المسائل الأخرى، مثل التوسع في التشغيل في القطاع غير المنظم، أدّت هذه الحقائق إلى إعادة عملية إصلاح النظم التقاعدية لتظهر على الأجندة السياسية من جديد.

التعديلات اللاحقة (بعد الإصلاح)

مع إدراكنا لحقيقة أن التحديات تبقى قائمة بالنسبة لكفاية الرواتب التقاعدية، إلا أن توافقاً بدأ يظهر الآن بين مختلف اللاعبين في المضمار الاجتماعي كما في المضمار السياسي في بعض دول أمريكا اللاتينية. واليوم، قد أصبح من المقبول أكثر فأكثر أن تتطلب نظم التقاعد التي تشتمل على برامج تقاعدية تعتمد على الحسابات الفردية المزيد من تدخل الدولة وصولاً إلى مستوى أفضل من ضمان دمج جميع الأركان الملائمة بشكل جيد ومتكامل. ونتيجة لذلك، يخضع عدد من الإصلاحات التقاعدية التي تمت في عدد من الدول في الثمانينيات والتسعينيات من القرن الماضي للمراجعة الآن.

وها هي تشيلي والأرجنتين تفتحان الطريق أمام الإصلاحات بحكم أدوارهما الرائدة وذات الأهمية الكبرى في هذا المجال[2] وفي كلتي الدولتين، قامت لجنة من الخبراء بتقييم واقتراح البدائل على نظام التقاعد "الذي تم إصلاحه". ومن الواضح وربما لأسباب ليس أقلها الأسباب التاريخية أن الحوار الاجتماعي في هاتين الدولتين قد لعب دوراً رئيسياً في أنه أتاح المجال لسماع جميع الأصوات التي ارتفعت أثناء النقاشات.

وعليه، وفي نيسان 2007، قامت الأرجنتين "بإصلاح" نظامها التقاعدي. والأرجنتين هي أول دولة في العالم قامت بتنفيذ إصلاح رئيسي لنظم الحسابات الفردية لديها. أما العمل الأساسي الذي أدى إلى الإصلاح، فقد بدأ باقتراح الإصلاح والذي قدّم عام 2003[3] وقد هدف بشكل رئيس إلى التوسع في التغطية من خلال توزيع أفضل للأدوار التي يؤديها كل محور من محاور نظام الضمان الاجتماعي. وبدوره، استكمل هذا المقترح عام 2005[4] بتقييم إكتواري معمق للنظام.

فيما يلي التجليات الرئيسية للإصلاحات التي أجرتها الأرجنتين عام 2007 وظهرت عقب عملية المشاورات الطويلة المدى:

- إدخال المنافسة بين برنامج التأمينات الاجتماعية وبرنامج الحسابات الفردية- يمكن للمؤمن عليهم الآن أن يقرروا تغيير البرنامج التابعين له كل خمس سنوات.
- يجب على مديري صندوق التقاعد الآن أن يضعوا سقفاً للرسم الإداري الذي يفرض على الأعضاء بنسبة 1% من الرواتب.
- يستطيع الذكور الذين بلغوا 55 سنة من العمر وكذلك الإناث اللواتي بلغن 50 سنة من العمر والذين/اللواتي لا يكفي ما تجمّع لهم / لهن من أموال للحصول على منافع ملائمة للشيخوخة بأن يتحولوا/يتحولن تلقائياً إلى برنامج التأمين الاجتماعي.

وقد دفعت العملية الرسمية "لإعادة الإصلاح" في تشيلي بداية بلجنة من الخبراء لأن تقترح على الحكومة مشروع إصلاح في نهاية عام 2005[5] ومنذ ذلك الحين، تحول هذا المقترح إلى مرسوم أو قانون للإصلاح[6] وقدّم إلى البرلمان لدراسته.

وكما هو مقترح، سوف يقوم نظام التقاعد التشيلي الذي تم تعديله وإصلاحه على هيكلية من ثلاثة محاور: محور التكافل؛ ومحور الحساب الفردي؛ والمحور الاختياري. أما أهداف مشروع الإصلاح، فهي: (i) توفير التغطية الشاملة؛ (ii) رفع متوسطات معدّلات الإحلال للرواتب التقاعدية؛ (iii) القضاء على مخاطر الفقر عند الشيخوخة؛ و (iv) الحفاظ على هذه الأهداف على المدى البعيد.

فيما يلي الأهداف الرئيسية للمقترح التشيلي:

- إنشاء محور للتكافل؛
- توفير تغطية إلزامية للعاملين لحسابهم الخاص؛
- تحسين الحوافز المتاحة للادخار؛
- طرح التدابير اللازمة لتعزيز المساواة في النوع الاجتماعي؛
- تحقيق تحسينات على كفاءة الاستثمارات، وشفافيتها، وأمانها، وإدارتها.

وفي الوقت الحاضر، هناك ثلاث دول أخرى في أمريكا اللاتينية تعمل حالياً على مناقشة ما يتعلق بمستقبل نظم التقاعد الوطنية.

وهناك تقرير صدر في 2005 عن مراقب أعمال المصارف، ومدراء صناديق التقاعد والتأمين في بيرو اشتمل على تحليل الوضع الحالي لنظام التقاعد القائم على الحساب الفردي والتأكد من صحّته؛ وقد جاء في التقرير أن نظام التقاعد في البيرو يؤمن معدلات تغطية منخفضة ويخفق في تحقيق احتياجات الضمان الاجتماعي للعديد من العمال في بيرو. وبعد إجراء حوار اجتماعي، تم وضع مشروع مقترح للإصلاح. وكما هو الحال في تشيلي، من المتوقع أن يضيف هذا المشروع المقترح محوراً للتكافل ضمن النظام الحالي.

[2] لمزيد من المعلومات حول هذه الإصلاحات وغيرها من الإصلاحات في الضمان الإجتماعي، أنظر نظام معلومات الجمعية الدولية للضمان الإجتماعي *الضمان الإجتماعي حول العالم*، خاصة قاعدة معلومات *الإصلاحات* (الدخول مجاناً) في: www-ssw.issa.int/.

[3] سكرتاريا الضمان الاجتماعي في الأرجنتين. 2003. *Libro blanco de la previsión social*. بيونس ايريس

[4] سكرتاريا الضمان الاجتماعي في الأرجنتين. 2005. *Valuación financiera actuarial del SIJP 2005/2050*. بيونس ايريس

[5] Consejo Asesor Presidencial Para la Reforma Previsional. 2006. *El derecho a una vida digna en la vejez: Hacia un contrato social con la previsión en Chile*. Santiago de Chile.

[6] حكومة تشيلي، مرسوم الإصلاح (*منساج Mensaje*) رقم 354-558 تاريخ 15 كانون الأول 2006.

فيما يلي الأهداف الرئيسية لمشروع بيرو:

- التوسع في التغطية؛
- التشجيع على رفع الكفاءة التشغيلية وفي الوقت ذاته خفض التكاليف؛
- تحسين المنافع؛

وكخطوة أولى ملموسة لعملية الإصلاح في بيرو، سمح لبعض الأعضاء في نظام التقاعد الإلزامي القائم على الحساب الفردي بأن يعودوا وبدءاً من آذار 2007 إلى نظام التأمين الاجتماعي.

وهناك بند خاص للإصلاح على أجندة بوليفيا. وفي نيسان 2007، عملت الحكومة البوليفية على إطلاق الحوار الاجتماعي بهدف الوصول إلى توافق بشأن مشروع إصلاح يقترح تأميم نظم التقاعد الإلزامية القائمة على أساس الحسابات الفردية. وإذا تم إنجاز الإصلاح بنجاح، قد تنتقل مسؤولية النظم إلى خزينة الدولة على حساب مدراء صناديق التقاعد الحالية.

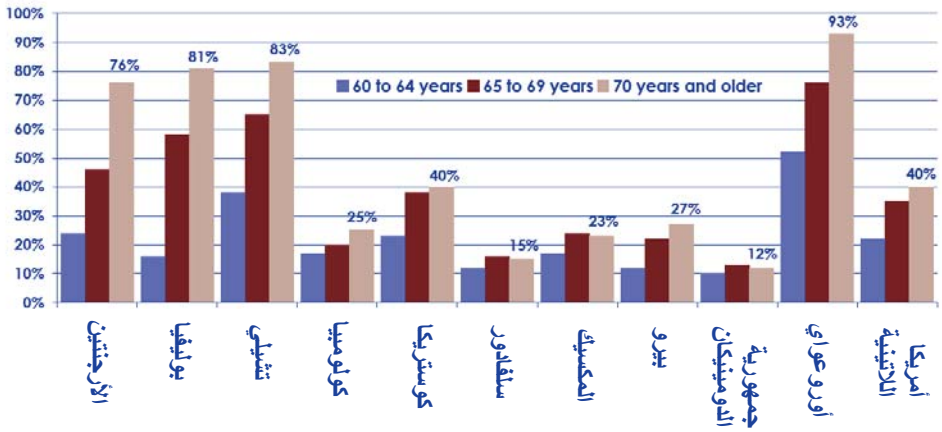
وتعمل حكومة الأوروغواي على دراسة إصلاح نظام التقاعد الوطني فيها. ومن المسائل المهمة في أوروغواي هي طريقة تحسين التغطية وتوفير المنافع الملائمة. بالإضافة إلى ذلك، التركيز الآن هو على الحاجة لتعزيز وتقوية مبدأ التكافل وتوفير المزيد من حرية اتخاذ القرارات لأعضاء نظام الحسابات الفردية. ومن المتوقع البدء بعملية إصلاح رسمي عام 2007 مما سيتيح المجال أيضاً أمام إجراء إصلاح باراميتري لنظام التأمين الاجتماعي العام.

من الأهمية بمكان التأكيد على حقيقة أنه ضمن مقترحات الإصلاح هذه، بما فيها "إعادة الإصلاح" التي تم تنفيذها في الأرجنتين، لا تقتصر الفكرة على إلغاء نظم التقاعد القائمة على الحسابات الفردية. فالهدف هو التوصل إلى تعريف أفضل لدورها وحجمها النسبي ضمن إجمالي رواتب الشيخوخة.

ومن منظور أوسع نطاقاً، تسعى الإصلاحات أو الإصلاحات المقترحة إلى تحقيق توازن أفضل بين أدوار النظم القائمة على الاشتراكات وتلك غير القائمة على الاشتراكات بهدف التوسع في توفير التغطية الملائمة من الضمان الاجتماعي لكافة العاملين ومن يعيلون بطريقة يمكن دفع تكاليفها ومستدامة بالنسبة لأموال الدولة.

وكما يبيّن الجدول رقم 1، تبقى مستويات التغطية الضعيفة مشكلة رئيسية لدول أمريكا اللاتينية التي طرحت نظم التقاعد القائمة على الحسابات الفردية. ودون تحسينات في التغطية بموجب البرامج القائمة على الاشتراكات، وتحسينات أخرى مرتبطة بكفاية المنافع المتوفرة لأولئك المشمولين في التغطية، فإن الحكومة هي التي سوف تتحمل كلفة تمويل الضمان الملائم من الدخل عند التقاعد. وعليه، من صالح جميع ذوي المصالح تحسين فاعلية وكفاءة برامج الضمان الاجتماعي القائمة على الاشتراكات سواء كانت ضمن القطاع الخاص أو القطاع العام.

الشكل رقم 1. *التغطية عند سن التقاعد (نسبة مئوية) حسب الفئة العمرية، دول أمريكا اللاتينية*



المصدر: CEPAL, 2006. *La protección social cara al futuro: Acceso, financiamiento y solidaridad*; Santiago de Chile.

النتائج

يمكن لنا اعتبار إصلاح نظام التقاعد و"إعادة إصلاحه" في أمريكا اللاتينية حالات دراسية مفيدة للدول الأخرى التي تسعى إلى وضع السياسات اللازمة في هذا المجال وبخاصة في دول أوروبا الوسطى والشرقية ودول الاتحاد السوفيتي السابق حيث إصلاحات برامج الحسابات الفردية الإلزامية قد نفّذت عموماً في مرحلة لاحقة. وتعكف دول أوروبا الوسطى وأوروبا الشرقية ودول الاتحاد السوفييتي السابق حالياً على التركيز على مختلف النواحي المتعلقة بالإصلاح. فعلى سبيل المثال، تصبّ بولندا اهتمامها الآن على تحرير الاستثمار ووضع سقف للرسوم الإدارية. أما أستونيا والاتحاد الروسي فالاهتمام منصب فيهما على تحرير الاستثمار في حين أن كازاخستان تصب اهتمامها على توفير تقاعد أساسي تقدمه الدولة كدعم لجميع المواطنين. وتبيّن الأدلّة المتوفرة في دول أوروبا الوسطى وأوروبا الشرقية ودول الاتحاد السوفييتي السابق أن العمل ما زال جارياً على وضع اللمسات النهائية على عمليات وهياكل برامج الحسابات الفردية. وبالمثل، وفي دول أمريكا اللاتينية، ما زالت الجهود تبذل لوضع اللمسات النهائية على توفير المنافع (في بوليفيا عام 2005) و ممارسات الاستثمار (في بيرو والمكسيك عام 2005). وفي هذا الإطار، يؤدي التعاون مع الجمعية الدولية للضمان الاجتماعي إلى توفير فرص محتملة للمزيد من نقل المعرفة بناء على "الممارسات الفضلى".

وفي السنوات الأخيرة، وجد توافق في أوساط اللاعبين الاجتماعيين والسياسيين حول دور برامج الحسابات الفردية. ومن الأمور المقبولة على نطاق واسع هي أنه وبهدف تحقيق الأهداف الاجتماعية، يجب تكامل برامج الحسابات الفردية مع المنافع التقاعدية العامة القائمة على الاشتراكات أو تلك غير القائمة على الاشتراكات. وفي سبيل ذلك، تم إدراك الحاجة لإجراء إصلاحات جديدة تعامل برامج الحسابات الفردية على أنها مصدر جيد ربما ولكن غير كاف لتحقيق دخل التقاعد.

قراءات مقترحة

مؤسسة كالوند للاستشارات .Callund Consulting، 2004. *حماية الحقوق الفردية بموجب نظم التقاعد التي يديرها القطاع الخاص: دراسة عالمية*. جنيف، الجمعية الدولية للضمان الاجتماعي. (تقرير حول مبادرة الجمعية الدولية للضمان الاجتماعي "تعزيز الضمان الاجتماعي"، (www.issa.int/engl/initiative/projects/2callund.pdf

سي ميسا لاغو .Mesa-Lago, C، 2006. "مقارنة بين نظم التقاعد في القطاعين العام والخاص: تقييم لتجربة أمريكا اللاتينية". *Review of Political Economy*، المجلد 18، رقم (3) ص. 317-334.

سي. ميسا لاغو .Mesa-Lago, C، 1996.
"Las reformas de pensiones de seguridad social en América Latina: Sistemas públicos, privados, mixtos y paralelos" *Estudios de la Seguridad Social,*

رقم (80)، جنيف، الجمعية الدولية للضمان الاجتماعي (بالإسبانية فقط).

كي. مولر .Müller, K، 2003. *خصخصة تأمين الشيخوخة: أمريكا اللاتينية وأوروبا الشرقية- مقارنة*. تشيلتنهام، إدوارد إلجار Edward Elgar.

جي. شريمر .Schremmer, J، 2005. "اتجاهات السياسات الحديثة في أنظمة التقاعد التي يديرها القطاع الخاص: ما هي الحماية للأفراد؟"، في ر. لفنسكي .Levinsky, R و ر. مكينون McKinnon, R، *الضمان الاجتماعي: نحو ثقة حديثة التأسيس*. جنيف، الجمعية الدولية للضمان الاجتماعي.

نجاح السياسات الموجهة إلى تمديد فترات العمل

رولاند سيج Roland Sigg[1] وفالنتينا دي لويجي Valentina De-Luigi[2]

المقدمة

عقب عقود عديدة ساد خلالها توافق يشجع على التقاعد المبكر، وجدت دول صناعية عديدة نفسها في مواجهة تحدٍّ آخر ألا وهو السبيل إلى النجاح في الحفاظ على العاملين الذين تجاوزوا سن الخمسين للبقاء على رأس عملهم. وأصبح تمديد عمر العمل هو الهدف الاستراتيجي وبخاصة في ضوء التقدم بالسن لأسباب ديموغرافية. ولقد عمل الاتحاد الأوروبي إلى جانب منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية على التشجيع على هذا الاتجاه الجديد من خلال نشر التقارير، وتقديم التوصيات، وفي بعض الأحيان وضع أهداف محددة (أنظر المربع رقم 1).

المربع رقم 1. ***أهداف العمل للعمال الأكبر سناً في أوروبا***

تشكل الزيادة في مشاركة المتقدمين بالسن في القوة العاملة جزءاً لا يتجزأ من إستراتيجية التشغيل الأوروبية. وفي آذار 2001، وضع المجلس الأوروبي لستوكهلم هدفاً وهو زيادة معدل التشغيل بين العاملين الذين تتراوح أعمارهم بين 55 و 64 سنة في دول الاتحاد الأوروبي وبنسبة 50%. وفي عام 2005، كان هناك ثمانية من أصل 25 دولة عضو قد حققت هذا الهدف.

أما السبب الرئيسي لهذا التغيير في السياسات، فيتعلق بالاعتبارات الخاصة بالموازنة والتي تواجه الدول الصناعية على الأقل في سياق العولمة. وتواجه الدول مستويات مرتفعة تماماً من الإنفاق على الضمان الاجتماعي، وبشكل خاص برامج التقاعد والتقاعد المبكر. وفي وضع يشهد تنافسية عالمية، يصبح العمل على استقرار الإنفاق هدفاً حرجاً ومهماً. وثمة سبب آخر يرتبط باستدامة برامج التقاعد. وعلى مدى السنوات الخمسين الماضية، واصل توقع الحياة ارتفاعه في حين تناقصت معدلات الولادات. ووفقاً لتوقعات صادرة عن الأمم المتحدة، سيكون 26% من إجمالي السكان في الدول الأكثر تقدماً قد بلغوا سناً يتجاوز الخامسة والستين بحلول عام 2050، ولكل متقاعد سيكون هناك عاملان فقط (عام 1950، كانت النسبة متقاعداً واحداً لكل 10 عاملين؛ مقابل واحد إلى أربعة هي النسبة الآن). وعليه، لا بدّ من إجراء الإصلاحات لأنها ضرورية بهدف معالجة وضع سوف يشهد المزيد من حالات التقاعد والاعتماد على الراتب التقاعدي الذي سيدفع لفترات أطول. وأخيراً، ثمة سؤال يتعلق بالنمو الاقتصادي. في سياق العولمة، وبهدف الحفاظ على النمو وتحفيزه، من الضرورة بمكان زيادة معدلات التوظيف. ولقد أصبحت الحكومات متفهمة لحقيقة أن العمال غير الفاعلين اقتصادياً وتتراوح أعمارهم بين 55-64 سنة يمثلون نسبة عالية من القوة العاملة التي لم تستغّل طاقاتها بالكامل. ومع ذلك، وفي عام 2005، وضمن منطقة منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية، كان هناك واحد فقط من شخصين مسنّين ما زال يعمل.

وعليه، فقد أصبح العمال الأكبر سناً هدفاً للتدخلات العامة. كما أن التشجيع على استقطاب وتوظيف العمال الأكبر سناً والاحتفاظ بهم في العمل يؤدي إلى تحسين المالية (النفقات العامة المرتبطة بتناقص أعداد الأشخاص المتقاعدين تقاعداً مبكراً، في حين أن الإيرادات الضريبية آخذة بالازدياد)؛ كما أنه يساعد على التعويض عن الأثر السلبي الذي يتعرض له النمو الاقتصادي بسبب التقدم بالسن؛ ناهيك عن أنه يزيد من عدد السكان العاملين.

[1] الكاتب عضو في الأمانة العامة للجمعية الدولية للضمان الاجتماعي

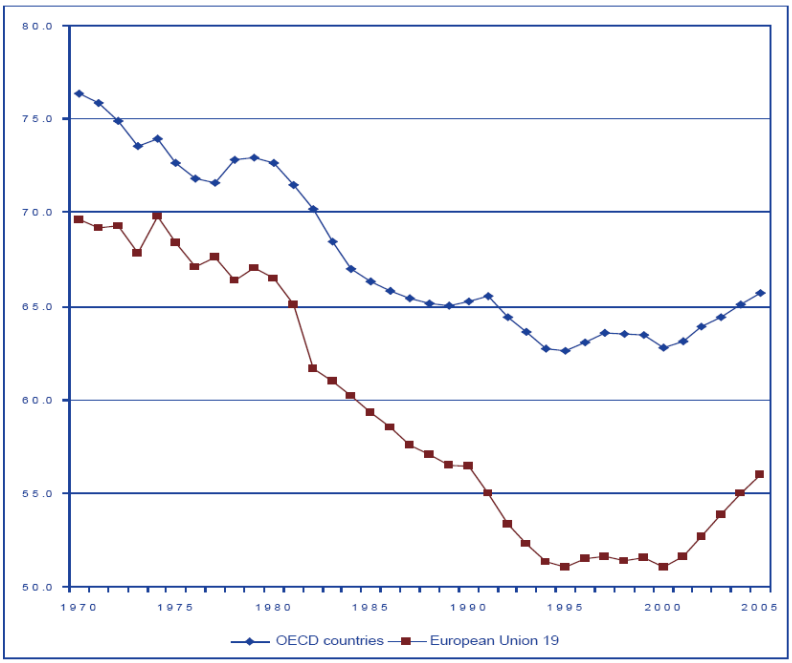
[2] خبيرة علمية متعاونة مع المكتب الفدرالي للإحصاءات: نيوشاتيل، سويسرا ومستشارة في الجمعية الدولية للضمان الاجتماعي.

انعكاس الاتجاه

في فترة السبعينيات، كان 80% من الذكور الذين تتراوح أعمارهم بين 55 و 64 سنة في جميع دول منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية يعملون. ومنذ السبعينيات، تراجعت مشاركة العمال الذكور المتقدمين بالسن في القوة العاملة[3] (أنظر الشكل رقم 1)، وقد وصلت أدنى نقطة لها عام 1995 (62.7 بالمائة). كما أن انخفاض النشاط الاقتصادي بعد سن الـ 55 يشكل إحدى أهم الظواهر على مدى السنوات الـ 25-30 الماضية في دول منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية (أنظر الشكل رقم 2). ولعل السبب الرئيس لهذا الانخفاض هو الاستخدام الواسع النطاق لإمكانية اللجوء إلى التقاعد المبكر؛ فمنذ السبعينيات فصاعداً، ُنظر إلى التقاعد المبكر على أنه حل لمشاكل التشغيل (وبشكل خاص البطالة في صفوف الشباب) ولاقى القبول في أوساط الشركاء الاجتماعيين. وفي عدد من الدول في أوروبا القاريّة حيث نظم الضمان الاجتماعي قد أصبحت على جانب كبير من السخاء، انخفضت مشاركة الذكور بين سن 55 و 64 سنة في قوة العمل إلى النصف عملياً.

وقد ظهر هذا التراجع في مشاركة العمال كبار السن في قوة العمل وكأنه أمر غير قابل للانعكاس. غير أنه ومنذ منتصف التسعينيات، لوحظ انعكاس هام في الاتجاه. ويصبح هذا التغير في الاتجاه أكثر وضوحاً عندما تخضع كل دول منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية للتحليل (أنظر الشكل رقم 1): في عام 1995 تقريباً، تبدأ مشاركة القوة العاملة بالارتفاع بشكل طفيف، وتستمر في الارتفاع بثبات من عام 2000 فصاعداً. وفي الحقيقة، بين عامي 1995 و 2000، كان هناك ما مجموعه 21 دولة من أصل 30 ضمن منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية قد نجحت في زيادة مشاركة العمال الذكور بين سن 55 و 64 في القوة العاملة (أنظر الشكل 3). وهذا الانعكاس في الاتجاه يصبح ملحوظاً أكثر فأكثر في بعض الدول (جمهورية التشيك، وفنلندا، وهنغاريا، وهولندا، وسلوفاكيا)، حيث المشاركة في القوة العاملة ارتفعت بنسبة أكثر من 10% في العقد الماضي. كما أنها ظاهرة وواضحة في بعض الدول ضمن أوروبا القاريّة حيث كان هناك انخفاض كبير في المشاركة في القوة العاملة على مدى أكثر من 25 عاماً (بلجيكا، فرنسا، ألمانيا، وإسبانيا). غير أنه في الدول التي شهدت معدلات عالية من النشاط (آيسلندا، واليابان، وسويسرا)، لم يشهد هذه الاتجاه انعكاساً من هذا النوع إذا أن هذه الدول ما زالت تشهد أعلى معدلات من النشاط بين دول منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية.

الشكل رقم 1. *مشاركة الذكور في سن 55-64 سنة في القوة العاملة، 1970-2005، دول منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية والاتحاد الأوروبي (19 دولة)*

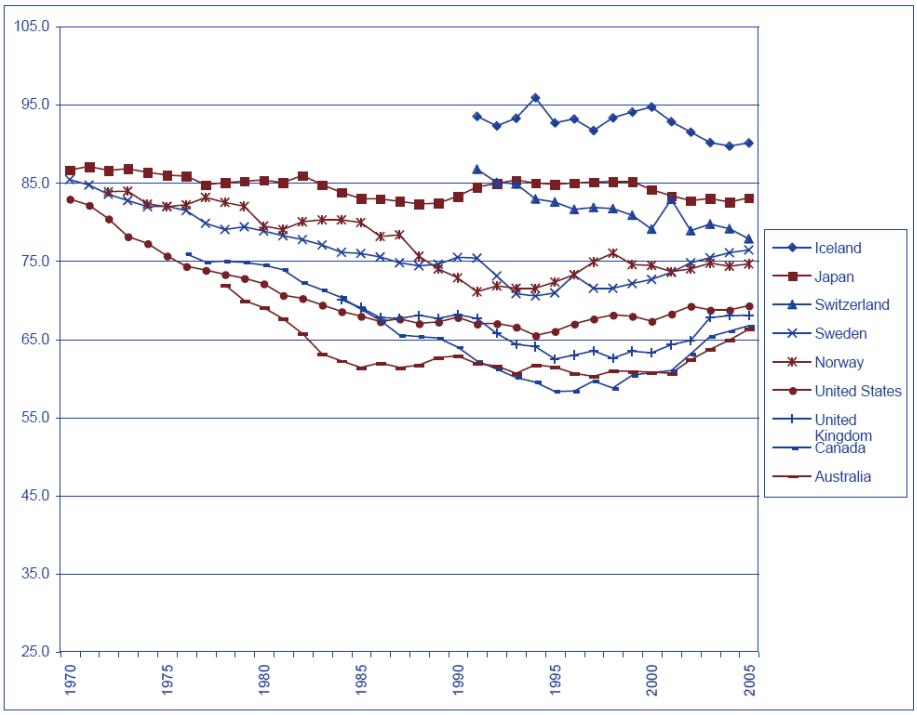


المصدر: منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية: *قاعدة بيانات السكان العاملين.*

[3] النقطة المرجعية هنا هي مشاركة الذكور في القوة العاملة لأن مشاركة الإناث المتقدمات بالسن في القوة العاملة لم ترتفع إلا منذ السبعينيات. تزامنت ظاهرة التقاعد المبكر مع نشوء جيل جديد من العاملات النساء في سوق العمل. ولهذا السبب، من الصعوبة بمكان شرح الاتجاه في مشاركة القوة العاملة من الإناث (والنسبة العالمية، التي تتكون من الذكور والإناث).

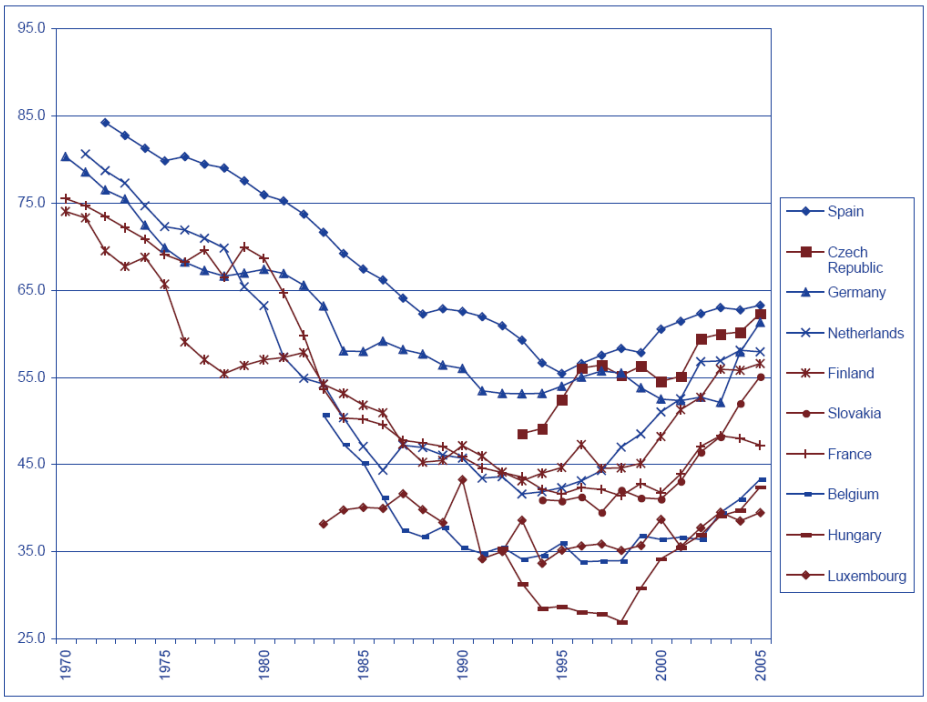
الشكلان2أ و 2ب . *مشاركة العمال الذكور في سن 55-64 سنة في القوة العاملة ضمن مجموعة مختارة من دول منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية والتي سجّلت زيادة في نسبة العمال الذكور الأكبر سناً منذ 1995.*

2أ



المصدر: منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية: *قاعدة بيانات السكان العاملين*

2ب



المصدر: منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية: *قاعدة بيانات السكان العاملين.*

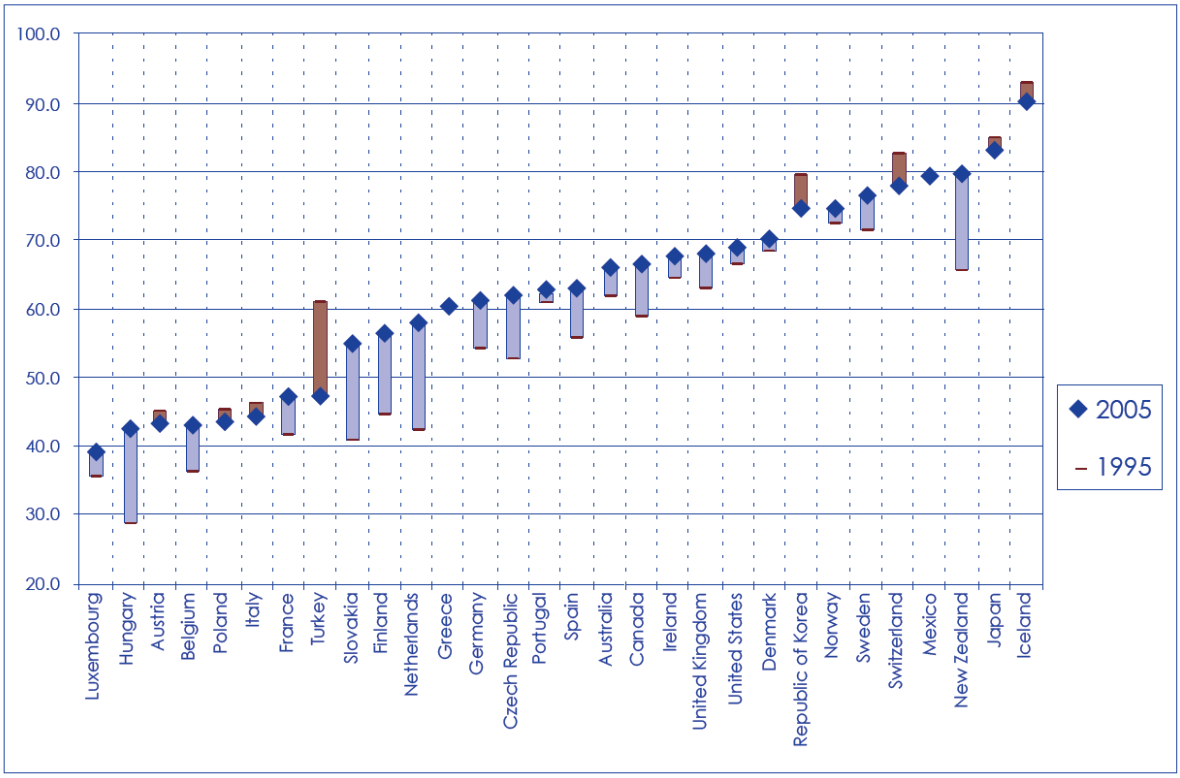
ما من شك أن هناك تغييراً في الاتجاه سوف يظهر عاجلاً أو آجلاً. ومع ذلك، هناك ثلاث نواح تتطلب تسليط المزيد من الضوء عليها:

- حجم زيادة المشاركة في القوة العاملة يعتمد على مشاركة القوة العاملة الأولية في الدولة: زيادة "محدودة" بمقدار نقطتين مئويتين للدنمارك (حيث مشاركة الذكور الأكبر سناً في القوة العاملة تصل إلى حوالي 70%) وهذا لا يعطي الأهمية ذاتها من حيث الزيادة التي تصل إلى حوالي 14 نقطة مئوية لهنغاريا (حيث المشاركة في القوة العاملة هي 40 %).

- ما زالت هناك دول حيث أقل من ذكر واحد متقدم بالسن من أصل اثنين مازال يعمل (بلجيكا، فرنسا، هنغاريا، ولوكسمبورغ)؛ هذا على الرغم من ازدياد المشاركة في القوة العاملة.

- وأخيراً، وعلى الرغم من الانعكاس الواضح في الاتجاه، إلا أن غالبية الدول لم تنجح في الوصول إلى مستويات المشاركة في القوة العاملة التي شهدتها حقبة السبعينيات من القرن العشرين.

الشكل 3. *التغييرات في مشاركة الذكور في سن 55-64 في القوة العاملة، 1995-2005*



المصدر: منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية *قاعدة بيانات السكان العاملين*

شرح انعكاس الاتجاه

التغيير في الاتجاه ليس بالظاهرة المعتادة في الضمان الاجتماعي. لماذا بقي العمال الأكبر سناً في العمل لفترات أطول منذ منتصف التسعينيات من القرن الماضي؟ لعل أحد التفسيرات التي تساق في الكثير من الأحيان لتسليط الضوء على هذا الأمر هي أثر النمو الاقتصادي. فالاقتصاد القوي يؤدي إلى زيادة فرص التشغيل لجميع العاملين (وبالتالي، للعاملين المتقدمين بالسن) في حين أن الأزمة الاقتصادية وارتفاع معدلات البطالة يؤدي إلى خفض الفرص المتاحة للعاملين للبقاء في العمل مما يدفع بهم إلى التقاعد.

ومنذ منتصف التسعينيات من القرن العشرين، كانت غالبية الدول الصناعية قد شهدت فترة من النمو النسبي والتي يمكن أن تشرح مشاركة العاملين الأكبر سناً المتزايدة في القوة العاملة. وثمة تفسير آخر محتمل ألا وهو

الفئات العمرية: زيادة في عدد السكان ضمن فئة عمرية معينة من العمال الأكبر سناً قد تحدث أثراً على مشاركة العاملين في سن 55-64 في القوة العاملة الإجمالية. وبكلمات أخرى، زيادة مشاركة العمال الأصغر سناً في الفئة العمرية 55-64 سنة في القوة العاملة سوف يؤدي إلى زيادة مشاركة العمال الأكبر سناً من إجمالي القوة العاملة. ولقد بيّنت دراسة أجريت من قبل يوروستات أن زيادة 20% في معدلات التشغيل للعمال الذين هم في سن 55-64 سنة بين عامي 2000 و 2005 قد عزيت إلى التغيير في هيكلية أعمار سكان أوروبا.

ولا يقدم هذان العاملان سوى شرحاً جزئياً للتغيير في الاتجاه. كما لا يمكن للنمو الاقتصادي أن يشرح بشكل كاف الزيادة التي تجاوزت أكثر من 10 نقاط في بعض الدول. وفي حين أنه توجد بعض الآثار الهيكلية التي تتصل بالعمر، إلا أنها تختلف من دولة إلى الدولة التي تليها في الدول التي شهدت زيادة واضحة في مشاركة العمال الأكبر سناً في القوة العاملة. وعليه، يحتم الأمر علينا أن ننظر إلى ما هو أبعد من هذه العوامل لاستجلاء الأسباب الكامنة وراء هذا الانعكاس في الاتجاه.

والتفسير الأول هو تغيير في الاتجاه نحو العمال المسنّين. وبالنسبة للجهات الرسمية، زيادة مشاركة العمال المتقدمين بالسن في القوة العاملة تحدث عدداً من الآثار الإيجابية، ولعل أهمها خفض نفقات التقاعد. ويبدو أن أصحاب العمل قد أدركوا أن تسريح العمال المتقدمين بالسن قبل الموعد اللازم يرتّب تكاليف على المنشأة من حيث التخطيط الاجتماعي. كما أنه من الصعوبة بمكان استبدال العمال المتقدمين بالسن بعمال أصغر سناً.[4] وأخيراً، هناك مؤشرات قوية على وجود تغيير كبير في الاتجاه بين العمال المتقدمين بالسن أنفسهم. كما أن الإصلاحات التي تم إدخالها على نظم التقاعد لم تعد تسمح بالتقاعد المبكر لتوفير مستويات معيشة كافية. كما أن الدخول المتأخر إلى سوق العمل والناجم عن الفترات الأطول للتعليم والتدريب، يجعل الأمر أكثر صعوبة لجمع العدد المطلوب من سنوات الاشتراك للتمكن من التقاعد قبل سن الستّين.

والتفسير الثاني لهذا الانعكاس في الاتجاه يكمن في الإصلاحات الأخيرة التي أجرتها الدول. وكما سنرى، الزيادة في المشاركة في القوة العاملة قد استهدفت بالسياسات العامة التي سعت، بشكل أو بآخر، إلى فرض المزيد من الصعوبات فيما يخص اللجوء إلى التقاعد المبكر وجدوى مالية أكبر ناتجة عن البقاء في العمل.

السياسات الهادفة إلى تمديد الحياة العملية

يمكن تصنيف السياسات التي تطرحها المنشآت للحفاظ على العاملين المتقدمين بالسن فيها إلى ثلاثة بنود رئيسية: السياسات المقيّدة؛ والسياسات التحفيزية؛ والسياسات الرامية إلى عكس صورة أكثر إيجابية عن العمال المتقدمين بالسن.

السياسات المقيّدة

السياسات المقيّدة التي تستهدف الرواتب التقاعدية المدفوعة بموجب النظم التقاعدية لخفضها وجعلها أقل سخاءاً. وثمة سياسة يتم تنفيذها في الكثير من الأحيان وهي رفع سن التقاعد كما هو الحال في اليابان حيث سيرتفع سن التقاعد من 60 إلى 65 سنة بحلول عام 2030، والولايات المتحدة حيث سن التقاعد الرسمي سوف يرتفع إلى 67 سنة بحلول عام 2027. وثمة طريقة أخرى لخفض الرواتب التقاعدية ألا وهي إدخال العامل الديموغرافي في معادلة احتساب الراتب التقاعدي. على سبيل المثال، عملت كل من فنلندا، وألمانيا، وإيطاليا، والنرويج، والسويد على طرح آليات تعدّل حقوق التقاعد لتعكس الزيادة في معدلات توقع الحياة. بالإضافة إلى ذلك، هناك العديد من الدول التي تعمل حالياً على اعتماد نظم تأخذ بعين الاعتبار وعند حساب الرواتب التقاعدية الأجر المدفوع على مدى فترة الحياة العملية بمجملها وليس فقط الأجر الأفضل أو النهائي (النمسا، والبرتغال، والسويد من بين دول أخرى). والهدف الرئيسي لهذه الإصلاحات هو تحديد سقف للإنفاق بالإضافة إلى وجود أثر مباشر لها على التقاعد.

[4] تبين البيانات المعروضة في مختلف الدراسات وجود علاقة إيجابية لا سلبية بين التغييرات في معدلات التشغيل في صفوف العمال الشباب والمتقدمين بالسن والتي تشير إلى أنه لا يمكن إحلال مجموعة محل الأخرى. أنظر منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية، 2006. *عش فترة أطول، اعمل فترة أطول*، باريس، منشورات منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية.

ولقد استهدفت تدابير أخرى مقيّدة بشكل خاص نظم التقاعد المبكر. ولقد أوقفت دول عديدة إمكانية التقاعد المبكر أو أنها جعلته أكثر تعقيداً (ومنها على سبيل المثال، بلجيكا، والدنمارك، وفنلندا، وألمانيا). كما فرضت دول كثيرة المزيد من الصعوبات على التقاعد المبكر بحكم الواقع من خلال فرض قيود على النفاذ إلى منافع البطالة، ومنافع العجز أو منافع المرض طويل المدى والتي تستخدم في الكثير من الأحيان كدفعات انتقالية تؤدي إلى التقاعد المبكر (الدنمارك، وهولندا من بين دول أخرى).

سياسات تحفيزية

الهدف من تدابير الحوافز أو التنشيط هو تقديم إطار عمل يشجع العاملين كبار السن على البقاء في العمل لفترة أطول. ومن التدابير التي تنفّذ في أغلب الأحيان هو ذلك التدبير الذي يقدم الحوافز لتأخير التقاعد. على سبيل المثال، في إيطاليا، وحتى عام 2008 يعفى العاملون في القطاع الخاص الذين يحق لهم الحصول على تقاعد كامل ولكنهم يختارون البقاء في العمل من دفع الاشتراكات المستحقة عليهم عند التقاعد الأساسي. وثمة طريقة أخرى لتشجيع العاملين الأكبر بالسن للبقاء في العمل ألا وهي التقاعد المرحلي مع وجود فترة انتقالية بين العمل بالكامل والتقاعد بالكامل، وهذا ما سوف يسمح للعاملين بخفض عدد الساعات التي يقضونها بالعمل وفي الوقت ذاته يمكّنهم من الحصول على التقاعد التعويضي. وقد قامت النمسا، والنرويج، وإسبانيا مؤخراً بطرح نظم التقاعد المرحلي.

كما أن هناك تدابير تنشيطية تسعى إلى تحسين ظروف العمل لكبار السن أو تدريب العاملين المتقدمين بالسن لتمكينهم من النفاذ إلى العمل المستدام. وفي أستراليا، كان الهدف من الإستراتيجية الوطنية للصحة والسلامة المهنية (والمعمول بها في الفترة من 2002 إلى 2012) هو خفض عدد الوفيات والحوادث المهنية. وفي فرنسا، أبرم الشركاء الاجتماعيون اتفاقية وطنية عام 2003 لزيادة المساهمات المالية التي تدفعها المنشآت لأهداف التدريب.

وهناك سياسات تحفيزية أخرى تؤثر على سوق العمل وتعمل في الغالب بموجب مبدأ "الالتزامات المتبادلة": العاملون - المتقدمون بالسن والعاطلين عن العمل يلزمون بالبحث الحثيث عن عمل. واستجابة لذلك، تعمل الحكومات على توفير خدمات التوظيف لهم وكذلك الإرشاد المهني لتوجيههم إلى المهنة الملائمة لهم ولقدراتهم. وقد قامت كل من أستراليا، وكندا، والجمهورية التشيكية بتشغيل برامج تجريبية (ريادية) لتمكين الأشخاص المتقدمين بالسن من النفاذ بشكل أكبر إلى خدمات التوظيف في حين عمدت اليابان ومعها جمهورية كوريا إلى إنشاء مؤسسات تخصصية لمساعدة العاملين المتقدمين بالسن على العودة إلى العمل. أما في المملكة المتحدة، يقدم برنامج مساعدة العاملين غير الموظفين وهم في سن الخمسين من العمر أو أكبر مستشارين أفراد وخدمات إرشاد مهني للأفراد الذين يشتركون في البرنامج.

كما تشجع سياسات التنشيط أصحاب العمل على استقطاب وتعيين عمال أكبر بالسن من خلال دعم رواتب العمال الأكبر بالسن أو السماح بخفض اشتراكات الضمان الاجتماعي. أما في السويد، فأصحاب العمل الذين يستقطبون عاملين أكبر بالسن بموجب عقود طويلة المدى يستحقون دعماً يصل إلى 75% من أجر العامل المتقدم بالسن. وفي النمسا، يعفى أصحاب العمل من اشتراكات التأمين ضد البطالة عندما يعملون على استقطاب وتوظيف عامل عمره 50 سنة فأكثر. وإذا افترضنا أن العمال المتقدمين بالسن يجدون صعوبة أكبر في العودة إلى العمل وشق طريقهم فيه، فرضت بعض الحكومات عقوبات مالية على المنشآت التي تطرد العاملين الأكبر سناً: دفع الضريبة أو زيادة اشتراكات الضمان الاجتماعي (على سبيل المثال، في هولندا، وإسبانيا) أو المساعدة المالية لمساعدة العاملين على إيجاد عمل (مثلاً: بلجيكا وجمهورية كوريا).

السياسات الهادفة إلى تعزيز صورة أكثر إيجابية عن العاملين المتقدمين بالسن

هناك نوع ثالث من التحديات أمام السياسات ألا وهو الصورة النمطية للعاملين المتقدمين بالسن. وثمة تدبير يعتمد في الكثير من الأحيان وهو الحملات الإعلامية أو التوعية العامة مثل الحملة الإعلامية الكبيرة التي أطلقت في فرنسا عام 2006 لتغيير صورة العاملين المتقدمين بالسن وتطويق ثقافة التقاعد المبكر تطويقاً كاملاً. ولاستكمال

هذه الحملات الإعلامية العامة، تم إصدار مدوّنات السلوك التي تستهدف بشكل محدد أصحاب العمل وتقترح الممارسات الجيدة لإدارة السن في مختلف المنشآت. وفي عام 1999، على سبيل المثال، نشرت حكومة المملكة المتحدة مدوّنة *الممارسات حول تنوع الفئات العمرية في العمل*. وكان الهدف من هذه المدوّنة هو مساعدة أصحاب العمل على فهم مزايا وجود قوة عاملة تتكون من عاملين متقدمين بالسن. ومن الطرق الأخرى الكفيلة بمعالجة الصور النمطية أن يتم إصدار تشريعات التمييز بالعمر. هناك العديد من الدول حالياً التي لديها تشريعات خاصة بها في هذا المجال أصدرتها بعد ظهور هذا الاتجاه الخاص بتمييز العمر الصادر عن البعثة الأوروبية عام 2000 والذي يتعين على جميع دول الاتحاد الأوروبي اعتماده والعمل بموجبه.

نجاعة التدابير الوطنية

يظهر تحليل التدابير المطروحة على المستوى الوطني أو القطري نوعين من الإصلاحات:

- النوع الأكثر شيوعاً من التدخل تمثّل في إصلاح نظام التقاعد من خلال السياسات الساعية إلى تحديد سقوف للإنفاق من خلال تدابير هي في أساسها تقييدية ولا تحدث سوى أثراً هامشياً على سياسات قطاع التشغيل. ظهر هذا النوع من الإصلاح في دول تعاني من عجز في نظمها التقاعدية. وتمكّن، هذه التدخلات من زيادة المشاركة في القوة العاملة، وتبيّن أن مؤسسات الضمان الاجتماعي متنبّهة لهذه القضايا والمسائل. لكنها تبقى غير كافية لإزالة العقبات أمام تشغيل عاملين متقدمين بالسن.

- النوع الثاني من الإصلاحات والذي هو أكثر طموحاً والذي تم البدء به في عدد صغير من الدول فقط يسعى إلى إطلاق ثورة ثقافية فعلية من خلال سياسة تشغيل شاملة توفر الدعم العالمي للعاملين المتقدمين بالسن. ومثل هذا الإصلاح يشتمل على سياسات التقاعد والتشغيل، ويعتمد على التعاون بين الشركاء الاجتماعيين. أما الدول التي تبعت هذا المسار، فقد عملت في الوقت ذاته على إصدار سياسات عقابية، وحوافز، وسياسات تميّز إيجابياً لصالح المتقدمين بالسن التي تستهدف العاملين، وأصحاب العمل، والناس بشكل عام. وفي حين أنه توجد صعوبات أكبر في تطبيق هذه الإستراتيجية إلا أنها تبدو أكثر فاعلية: الدول التي نفّذت هذه السياسات لديها مشاركة أعلى بكثير للعمال المتقدمين بالسن في القوة العاملة (أنظر المربع 2).

المربع رقم 2. ***فنلندا وهولندا: إصلاحات شاملة وناجحة***

فنلندا

في منتصف التسعينيات من القرن العشرين، كانت مشاركة العاملين المتقدمين بالسن في القوة العاملة في فنلندا منخفضة لا تتعدى نسبة 40-45% تقريباً. أما أسباب انخفاض مستوى هذه المشاركة، فقد كانت عبارة عن سلسلة من العوامل المتعلقة بالركود الاقتصادي الذي شهده عقد التسعينيات من جهة وفرص التقاعد المبكر التي يتيحها نظام الضمان الاجتماعي من جهة أخرى. لكن، وبين 1995-2005، ارتفعت نسبة مشاركة الرجال في سن 55 و 64 سنة في القوة العاملة أكثر من 12 نقطة مئوية (أنظر الشكلين 2(ب) و 3). وقد ارتبط هذا الارتفاع في نسبة المشاركة في القوة العاملة ارتباطاً مباشراً بالنمو الاقتصادي والأهم من هذا وذاك، كما في حالة هولندا، بالإستراتيجية الشاملة الصادرة عن الجهات الرسمية.

وكان التدخل الرئيسي الذي قامت به الحكومة الفنلندية بالتعاون مع الشركاء الاجتماعيين هو إنشاء برنامج وطني لدعم العاملين المتقدمين بالسن (البرنامج الوطني للعاملين المتقدمين بالسن). وتم العمل بالبرنامج من 1998 وحتى 2002، وكان الهدف منه هو الحفاظ على القدرة الإنتاجية للعاملين المتقدمين بالسن مع إدراك حقيقة أنهم يمثلون مورداً أساسياً لتنافسية الدولة. وقد تكوّن البرنامج من حوالي 40 تدبيراً استهدف كلا من العامة بشكل عام وأصحاب العمل. واشتملت هذه التدابير على حملة إعلامية موسعة للترويج لمزايا تشغيل أشخاص متقدمين بالسن، والتعديلات على تشريعات الصحة والسلامة المهنية، والتدابير الهادفة إلى دعم التدريب المهني، والإجراءات الخاصة بإعادة تأهيل الأشخاص المتقدمين بالسن العاطلين عن العمل. وفي عام 2003، قامت الحكومة بإجراء إصلاحات رئيسية على نظام التقاعد بهدف زيادة الحوافز المالية لتأخير التقاعد وخفض

الفرص المتاحة للحصول على تقاعد مبكر. ولقد جاءت التدابير التي اعتمدتها فنلندا ملفتة للنظر لأنها عقابية، وحافزية، وطويلة المدى في الوقت ذاته. ويظهر أنها قد حولّت خيار تمديد فترة المشاركة في القوة العاملة إلى خيار مغر.

هولندا

لم تسجل هولندا أحد أشد الإخفاقات في مشاركة الرجال المتقدمين في السن في القوة العاملة منذ السبعينيات من القرن العشرين (من 81% عام 1971 إلى 42% عام 1993) فحسب، بل أنها سجلت الزيادة الأعلى من بين الدول الأعضاء في منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية منذ عام 1995 (أكثر من 16 نقطة مئوية). ويعزى هذا الانخفاض في المشاركة في القوّة العاملة إلى نظام الضمان الاجتماعي السخي الذي عمل على دعم التقاعد المبكر دعماً كبيراً من خلال مجموعة من المسارات. وفي حين أن التغيير في الاتجاه في التسعينيات قد ارتبط بالنمو الاقتصادي وجاء نتيجة الإصلاحات في القطاعات التي سعت إلى الابتعاد عن حقوق التأمين الجماعية لتطبق آليات تشجع المشاركة في القوة العاملة والحيلولة دون فقد العمل. وبدأ العمل بالإصلاحات عام 1995 واشتملت على سلسلة من الإجراءات الشاملة التي استهدفت أصحاب العمل، والعاملين، والجمهور بشكل عام: تشريعات عدم التمييز، الحملات الإعلامية، وإدارة الموارد البشرية بطريقة تراعي السن، والتشجيع على الدوام الجزئي، والتخلي عن خيارات التقاعد المبكر، وتقييد عملية الاستفادة من منافع البطالة والعجز. ولقد تميّز النهج الهولندي بالتعاون الوثيق بين السلطات الرسمية، وأصحاب العمل، والنقابات العمالية. وهذا ما عمل على تيسير عملية وضع تدابير عملية بالإضافة إلى إحداث تغيير في اتجاهات أصحاب العمل نحو العاملين الكبار بالسن.

الفرص والتحديات

يعتبر تمديد فترة حياة العمل بالإضافة إلى تدابير أخرى من الأمور الضرورية لمواكبة تحديات التقدم بالسن لأسباب ديموغرافية. ولعل تحليل الانعكاس في اتجاه مشاركة العاملين المتقدمين بالسن في القوة العاملة يبين أهمية تحقيق خمسة أهداف للنجاح في تمديد حياة العمل وهي:

- يجب على الدول أولاً أن تستشرف إصلاحاً شاملاً ومتكاملاً يؤثر على جميع النواحي المتعلقة بالضمان الاجتماعي (العجز/البطالة..الخ) كما يؤثر على ما هو أكثر من هذه النواحي مثل (سوق العمل، والتدريب، والتمييز، وبيئة العمل..الخ). كما يطرح التقدم بالسن ديموغرافياً على أنه مشكلة عالمية لا يمكن أن تقتصر الاستجابة لها على تغيير نظام التقاعد.

- من الممكن للتدخلات أن تكون عقابية (لتشجيع العمال على البقاء في العمل لفترة أطول) ولكنها فوق هذا وذاك يمكن أن تتحول إلى حوافز. وحيث تحقق التدابير كلاً من هذه الشروط، تصبح النتائج أكثر وضوحاً ليس فقط من النواحي المالية ولكن أيضاً ما ينعكس منها على سلوك العاملين المتقدمين بالسن.

- من الأهمية بمكان وضع هدف طويل المدى، وبكلمات أخرى، عدم استهداف العاملين المتقدمين بالسن في يومنا هذا وحسب، بل والعاملين الذين سيصبحون متقدمين بالسن في القادم من الأيام. ولا بدّ من اعتماد نهج جديد يمكّن من الحفاظ على القدرة على العمل والقابلية للتوظيف عبر فترة حياة العمل.

- يجب ألا ننسى أن العاملين المتقدمين بالسن يشكلون نوعاً متبايناً غير متجانس من حيث المهنة، والتعليم، والفئة العمرية، والصحة، والوضع العائلي، والبدلات. وبالتالي، فإن السياسات التي توفّر الحوافز للبقاء في العمل يجب أن توفر أيضاً استراتيجيات للخروج منه بالإضافة إلى شبكات الأمان.

- وأخيراً، يمكن للقطاعات أن تؤدي دوراً كبيراً في تشجيع العاملين المتقدمين بالسن على البقاء في العمل واستقطاب العاملين الذين يتجاوزون الخمسين من العمر. وفي المستقبل، سيتطلب الأمر الاعتماد على التعاون بين أصحاب العمل لوضع السياسات في إطارها المفاهيمي وتنفيذها.

يتبين من تحليل السياسات أن مؤسسات الضمان الاجتماعي قد نشطت في التكيّف مع الحقائق الاجتماعية الجديدة. وفي غالبية دول منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية، عكست الإصلاحات التراجع في مشاركة العاملين المتقدمين بالسن في القوة العاملة وأدت إلى توجيه هذا التراجع بطريقة أخرى. غير أنه ما زال الطريق أمامنا طويلاً في هذا المجال. ويتعين على غالبية الدول أن تلزم نفسها بإجراء إصلاحات شاملة حيث أن مشاركة المتقدمين بالسن في القوة العاملة ما زالت منخفضة جداً على المستوى العالمي.

قراءات مقترحة

أ-م. جويلمار .Guillemard, A.-M، 2003.
L' âge de l'emploi. Les sociétés à l'épreuve du vieillissement. باريس، آرمن كولان .Armand Colin.

منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية. 2006. *عش أطول، اعمل فترة أطول Live longer, work longar*. باريس، من منشورات منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية.

جي. ميلفي - ريدي .Reday-Mulvey, G، 2005. *العمل بعد سن الستين؟: سياسات وممارسات رئيسية في أوروبا Working Beyond 60? : Key policies and practices in Europe*. نيويورك، بالجراف مكميلان .Palgrave Macmillian

تكامل الضمان الاجتماعي، الضمان الاجتماعي الديناميكي؟

ماري فرانس لاروك Marie-France Laroque [1]

المقدمة

لقد أصبح الاتجاه نحو تكامل نظم الضمان الاجتماعي واضحاً وملموساً لعدد من السنين. وهناك الكثير من الأمثلة عليها في جميع أنحاء العالم بغض النظر عن الطبيعة المؤسسية لنظم الحماية الاجتماعية ومستوى الحماية الذي توفره. وهذا ما يثير عدداً من الأسئلة التي يسعى هذا الفصل للإجابة عليها. وهل ينبغي النظر إلى الاتجاه نحو الدمج على أنه عامل قادر على جعل الضمان الاجتماعي أكثر حيوية وديناميكية؛ وبالتالي يصبح أكثر قدرة على معالجة التحديات التي تواجهه؟ كيف يمكن لنظم الضمان الاجتماعي المتكاملة أن تحسّن من فاعلية وحوكمة الإدارات المسؤولة عن إدارتها؟ وهل ينطوي التكامل على مخاطر ما؟

أنواع مختلفة من التكامل

تحليل التطور الأخير الذي شهدته نظم وبرامج الضمان الاجتماعي يكشف عن أن مفهوم التكامل قد طبّق على مختلف الحالات. فعلى سبيل المثال، ينبغي أن يؤدي الضمان الاجتماعي الأكثر تكاملاً إلى المزيد من التغطية الموحدة للسكان. وبكلمات أخرى، ينبغي له أن يؤدي إلى نظم أقل تشرذماً وتجزئة (بناء على التصنيفات الاجتماعية-المهنية، على سبيل المثال) وإلى ضغط المزايا الخاصة الممنوحة إلى مجموعات معينة بموجب القانون العام. هكذا، يكون يتجه نحو المزيد من الحماية الاجتماعية الموحدة للسكان بشكل عام.

وقد يعني الضمان الاجتماعي المتكامل أيضاً شمول المخاطر العدة والتي كانت في السابق تندرج تحت فروع متنوعة ليتم شمولها تحت فرع واحد.

كما أن الروابط الأوثق بين التأمينات الاجتماعية ونظم المساعدة الاجتماعية، أو دمج هذه النظم مع بعضها بعض قد ينظر إليها أيضاً على أنها أحد أشكال التكامل. وأخيراً، من الممكن أن تؤدي التغييرات في طريقة تعريفنا للمخاطر الاجتماعية في أغلب الأحيان إلى دمج الهياكل الإدارية بعضها مع بعض.

ضمان اجتماعي أقل تجزئة

دمج النظم

بغض النظر عن عمر نظام الضمان الاجتماعي الوطني أو السياق التاريخي الذي أدّى إلى تطوره وبلورته، هناك العديد من النظم التي تسير جنباً إلى جنب في أغلب الأحيان، وكل منها يغطي فئة معينة من السكان. وهذه التجزئة الاجتماعية المهنية

[1] الكاتبة هي مديرة المكتب الإقليمي لأوروبا التابع للجمعية الدولية للضمان الاجتماعي، باريس، فرنسا.

والتي نشأت لمواجهة خصوصية سوق العمل والتي لم تعد قائمة أو غير قابلة للتبرير بعد اليوم لا يمكن أن تضمن المعاملة المنصفة بسهولة. كما أن الفصل بين الأنظمة العديدة ينطوي على سلبيات أخرى. فهذا الفصل قد لا يساعد على بقاء النظم ذات القواعد السكانية الضيقة لفترات طويلة. كما أن التعقيد الإداري النسبي للنظم المشرذمة يتطلب استثماراً ضخماً في المعلومات، وتكنولوجيا الحاسوب، وآليات التنسيق القانوني والإداري بهدف ضمان ألا يفقد الأعضاء الذين تشملهم التغطية في النظم العديدة حقوقهم المكتسبة.

وعلى الرغم من أن الاتجاه نحو توحيد النظم ليس بالاتجاه العالمي، إلا أنه قد أصبح واضحاً في عدد كبير من الدول. وفي بعض الحالات، من الممكن دمج النظم التي تغطي مجموعات مختلفة تحت المخاطرة ذاتها وإن كان ذلك لا يصل إلى حد توفير نظام واحد للسكان جميعاً. وفي 2006 على سبيل المثال، اعتمد البرلمان الفنلندي تشريعاً بهدف توفير قانون واحد لجميع نظم التقاعد المطبقة في القطاع الخاص. وقد حلّ التشريع الجديد محل القوانين الثلاثة السابقة ولكنه أبقى على نظم التقاعد الخاصة للأشخاص العاملين لحسابهم الخاص، والعاملين في مجال الزراعة، والنقل البحري، والحكومة، وموظفي القطاع العام المحليين. وفي نيجيريا، أنشأ قانون إصلاح نظم التقاعد لعام 2004 نظام تقاعد جديد يعتمد على الحسابات الفردية الممولة من الاشتراكات؛ والمستفيدون من هذا النظام هم العاملون برواتب في كل من القطاعين العام والخاص. وهذا النظام يحل محل نظام التقاعد في الخدمة المدنية وصندوق التأمينات الاجتماعية في نيجيريا والذي كان يدير نظام الضمان الاجتماعي القائم على الاشتراكات في القطاع الخاص علماً بأن لجنة وطنية للتقاعد هي التي سوف تعمل على تنسيق عمله. وفي زامبيا، كانت نظم التقاعد للموظفين في القطاع الخاص بمن فيهم العاملين في الزراعة، وموظفي القطاع العام، والسلطات المحلية قد دمجت لتعمل جميعها برعاية السلطة الوطنية للنظام التقاعدي. وفي السابق، تحديداً عام 2000، عملت زامبيا على دمج صندوق تعويض المصابين بذات الرئة مع صندوق تعويض العمال ووحدت التشريعات لدعم هذا الدمج. وكما هو مبيّن أعلاه، يشتمل الاتجاه في معظم الأحيان على دمج النظم التي كانت في السابق توفر تغطية منفصلة لكل من القطاعين العام والخاص.

وهناك دول أخرى متحمسة للتحول إلى التغطية الشاملة وهي تدرس الإصلاحات التي تشتمل على طرح نظام واحد يغطي جميع السكان. وفي غانا عام 2004، على سبيل المثال، أوصت لجنة رئاسية باستبدال كل من الضمان الاجتماعي والصندوق الوطني للتأمين الذي يغطي العاملين في القطاع الخاص وبعض الموظفين من القطاع العام، ونظام التقاعد الذي وضع في السابق بموجب التشريعات الاستعمارية الأولى لموظفي الخدمة المدنية. وكما هو مقترح، سيكون لجميع سكان غانا الاستفادة من خدمات النظام الجديد الخاضع لإدارة جهة وطنية واحدة.

وهناك مثال آخر ألا وهو تونس والتي اعتمدت عام 2005 قانوناً لإعادة هيكلة نظام التأمين الصحي لديها. وسيصار إلى استبدال النظم القانونية الحالية بنظام أساسي إلزامي ونظم تكميلية اختيارية، بهدف توفير نظام أكثر تماسكاً للحماية الأساسية والتكميلية. أما الصندوق الوطني للتأمين الصحي، فهو الذي سيتحمل مسؤولية إدارة كل من النظام الجديد والنظام الذي يغطّي إصابات العمل والأمراض المهنية. وفي ظروف معيّنة، من الممكن أن يعمل أيضاً على إدارة النظم التكميلية. وتبقى عملية تحصيل الاشتراكات غير متأثرة بالإصلاح حيث أنها ستبقى من مسؤولية صناديق الضمان الاجتماعي المسؤولة عن القطاعين العام والخاص، على التوالي.

إغلاق النظم الخاصة

قد يقرر المشرّع إغلاق نظم كانت توفر مزايا خاصة لمجموعات معيّنة؛ على سبيل المثال خفض سن التقاعد أو طرق مجزية أكثر في احتساب الرواتب التقاعدية بطريقة توفر المزيد من المزايا؛ والسبب في ذلك أن مثل هذه النظم لم تعد مقبولة. ومن هذا المنطلق، ينص قانون إصلاح نظم التقاعد في كولومبيا على التوقف مبكراً عن العمل في النظم الخاصة باستثناء ذلك النظام الذي يوفر التغطية للقوات المسلحة. ففي الأردن مثلاً، المجنّدون الذين انضموا إلى صفوف القوات المسلحة بعد عام 2003 أصبحوا مشمولين بتشريعات الضمان الاجتماعي بدلاً من قانون التقاعد العسكري. وفي بيرو، ترتب على اعتماد قانون التقاعد عام 2004 ليصبح قانوناً دائماً، إلغاء نظم التقاعد الخاصة لأولئك المستجدين في الخدمة المدنية. وفي أواخر التسعينيات، عملت لوكسمبورغ على دمج صناديق التقاعد الخاصة بالخدمة المدنية ضمن نظام التقاعد الذي يقدم الرواتب التقاعدية للعاملين في القطاع الخاص مع الاستمرار في احترام بعض الخصوصيات.

ومن الأوجه الأخرى لهذا الموضوع هو استيعاب نظام لنظام آخر. ويتبع هذا النهج أكثر ما يتبع لضمان مستقبل نظم التقاعد التي أصبحت قاعدتها السكانية ضيقة أو أنها آخذة بالضيق نتيجة لعدم كفاية عدد المشتركين مقابل المستفيدين. كما أن التوسع في نطاق التغطية يمكن أن يؤدي إلى مشاكل إذ قد تنطبق على النظام الذي سيتم استيعابه قواعد أفضل أو أقل جودة. ويتطلب الأمر إجراء تقييم إكتواري متأن بهدف الحفاظ على الحقوق المكتسبة للأعضاء وفي الوقت ذاته تجنّب الفروقات غير المقبولة بين الأعضاء الذين يشتركون في النظام قبل وبعد الإصلاح، وكذلك بين أولئك الذين يخضعون للنظامين المختلفين عن بعضها البعض. وعليه، تقود عمليات الدمج في الكثير من الأحيان إلى دفع التعويضات لمعالجة الفروقات في المستحقات القانونية. وفي فرنسا حيث يتسم النظام بشكل كبير بوجود عدد كبير من برامج التقاعد المتراصة، حصلت عمليات دمج عديدة في السنوات الأخيرة.

جمع المخاطر تحت فرع واحد

هدفت السياسات إلى تشجيع العاملين على الدخول إلى سوق العمل أو العودة له بعد فترة من الإجازة المرضية، العجز، أو عدم القدرة على العمل مما قد يؤدي إلى عدم وضوح الخطوط التقليدية الفاصلة بين معاني برامج منافع المرض، والعجز، والبطالة. ويأتي برنامج المملكة المتحدة المعروف بـ "مسارات نحو العمل" ليكون مثالاً توضيحياً لهذا الأمر (أنظر المربع رقم 1). ومن الأمثلة الأخرى على ذلك، الإصلاحات التي أجرتها السويد وقد ألغت بموجبها التأمين ضد العجز، أو لنقُل إنها شملته في التأمين الصحي (أنظر المربع رقم 2).

المربع رقم 1. ***إصلاح إدارة الضمان الإجتماعي في المملكة المتحدة***

أنشئت وزارة العمل والتقاعد في المملكة المتحدة عام 2001 من خلال دمج الوزارة القديمة للضمان الاجتماعي مع إدارة التشغيل في وزارة التعليم والتشغيل. وتتحمل الوزارة الجديدة مسؤولية التشغيل، والمساواة، والمنافع، والرواتب التقاعدية، ورفاه الأطفال.

وبالإضافة إلى إجراء تغييرات هيكلية، يتجلى هذا الإصلاح في سعي الإدارة السياسية للوصول إلى نهج مختلف لقضية التشغيل. والهدف هو إنشاء نافذة تسوق واحدة بحيث يحصل من خلالها الشخص على خدمات التشغيل، والمشورة بشأن المنافع، والرفاه. كما يهدف برنامج Jobcenter Plus والذي يتم تطبيقه على مستوى المملكة المتحدة إلى توفير: خدمة كفؤة لملء الشواغر؛ وخدمة التقاعد لتوفير المعلومات والمساعدة للمتقاعدين الحاليين ومن سوف يتقاعدون مستقبلاً؛ ونظام كفؤ لرفاه الأطفال. ومع بدء العمل بتوفير هذه الخدمة، تم استبدال نظام المنافع حسب الفئات بنهج حل المشاكل الذي يشتمل على التوظيف، واستبدال الدخل في غياب الوظيفة، والمساعدة المباشرة وغير المباشرة في البحث عن عمل.

ويقدم Jobcenter Plus الدعم لبرنامج المسارات نحو العمل الذي أنشئ عام 2003 وسيتم طرحه عالمياً عبر مختلف أنحاء البلاد عام 2008. والهدف من هذا البرنامج هو إعادة دمج نسبة كبيرة من أولئك الذين يحصلون على منافع العجز في سوق العمل إذ ارتفع عددهم بشكل كبير على مدى العقد الماضي. ولقد تم استبدال رواتب العجز السابقة والدخل المضمون بمنافع التشغيل والمساعدة التي تختلف بمرور الوقت ووفقاً للقدرة على العمل التي تم تقييمها لدى الفرد المعني. وفي هذا الإطار، تتم مساعدة المستفيدين من خلال تقييم المهارات، والمتابعة والمساعدة الفردية. وتخفض المنافع إذا أخفق هذا الشخص في الإيفاء بالتزاماته فيما يتعلق بالمقابلات وخطط العمل. وقد جاء هذا البرنامج على عكس النهج التقليدي؛ فمبلغ المساعدة لم يعد يحسب وفقاً لدرجة عدم قدرة المستفيد على العمل بل على قدرته المتبقية والتي تساعده على العمل. ويوفر البرنامج مزيجاً من المزايا النقدية والعينية.

المربع رقم 2. *إصلاح التأمين الاجتماعي في السويد 2003، و 2005:*
أهداف واضحة وطموحة تتعلق بالهياكل الإدارية وإدارة المنافع

في عام 2005، قامت السويد بإجراء إصلاحات طموحة للهيكل الإداري لنظام التأمينات الاجتماعية لديها. وقد جاءت وكالة التأمينات الاجتماعية السويدية وهي مؤسسة عامّة واحدة لتحل محل المكتب الوطني للتأمينات الاجتماعية ومكاتبه الواحد والعشرين المستقلة على مستوى الأقاليم هناك. وقد هدف هذا الإصلاح إلى تحقيق مجموعة من الغايات منها: ضمان تماسك أعظم في معالجة المطالبات من خلال تطبيق أكثر تساوياً للتشريعات؛ وبلورة ثقافة الخدمة العامة في أنشطتها؛ وتعزيز المتابعة وتحسين الشفافية؛ وخفض عدد الأيام التي يتلقى فيها المستفيد تعويضاً عن إجازته المرضية إلى النصف في الفترة ما بين 2003 إلى 2008.

ولم تكن هذه المحاولة هي الأولى من نوعها في إطار صناديق التأمين شبه الوطنية والمدمجة مع بعضها؛ وقد جاء زخم هذه المناسبة من زيادة هائلة في عدد المستفيدين من الإجازات المرضية طويلة المدى.

تواجه المؤسسة العديد من التحديات. فمن حيث التنظيم، يجب عليها أن تتخلص من الفروقات في الأسلوب الإداري بين الإدارات السابقة التي دمجت مع بعضها، كما يجب عليها أن تصدر سياسات مشتركة لإدارة الموارد البشرية. وفي الوقت ذاته، يجب عليها أن تراجع طريقة التعامل مع مزايا الإجازات المرضية طويلة المدى من خلال دراسة متأنية للحقوق وبلورة السياسات اللازمة لمساعدة المستفيدين على العودة إلى سوق العمل؛ وبالتالي، المساعدة على التخفيف من الإقصاء الاجتماعي.

وفي 2003، تم جمع منافع العجز مع التأمين الصحي وربطها بشكل أقرب مع فقد الدخل. وعلى خلاف النظام السابق وما كان يعمل به، أصبحت منافع المرض الآن تدفع إلى جانب "منافع الأنشطة" إلى أولئك الذين هم تحت سن الثلاثين من العمر. وتقترح المؤسسة أو تنسّق الأنشطة لإعداد المستفيدين للدخول إلى سوق العمل أو العودة إليه.

وهناك دول أخرى مثل لوكسمبورغ وهولندا عملت على تعديل نظام تأمين العجز لديها من خلال طرح المنافع المحدودة الوقت والتي من الممكن أن تتراكم بشكل جزئي مع الأجر أو تدفع إلى جانب مزايا إعادة التأهيل. وقد أدت الإصلاحات التي نفذتها هولندا على وجه الخصوص إلى التعتيم على الحدود الفاصلة بين تأمين المرض والعجز بحلول عام 1996 من خلال التزام صاحب العمل في دفع الأجور في حال العجز من ثلاثة أو ستة أسابيع إلى 52 أسبوعاً. وقد تم رفع هذه الفترة عام 2004 لتصبح 104 أسبوعاً أو حتى ثلاث سنوات تحت ظروف معينة. بالإضافة إلى هذا، هناك إصلاحات أخرى تم تنفيذها عام 2006 كانت نتيجتها الفصل الجزئي بين مبلغ التقاعد المستحق بسبب العجز الجزئي عن الأجر السابق. وكان أثر هذا التغيير هو جعل تقاعد العجز أقرب إلى الدخل المضمون، وبخاصة بالنسبة للعاطلين عن العمل.

وفي جميع الدول الصناعية التي لديها تأمين خاص للأمراض المهنية، كان النمو السريع لمثل هذه الأمراض- والصعوبات المتعلقة بأسباب هذه الأمراض وجزم ارتباطها بالعوامل المهنية (وبخاصة بعض أنواع السرطان أو الضغط النفسي) كلها تحث على التفكير بالتغيير الممكن في ممارسات المنافع المختلفة والمعتمدة على فيما إذا كانت المخاطر المؤمن ضدها ذات منشأ مهني أو لم تكن كذلك.

الجمع بين الضمان الاجتماعي والمعونة الاجتماعية

في الدول التي يعتمد نظام الضمان الاجتماعي فيها على مبادئ بسمارك Bismarck، يكون الفصل بين الضمان الاجتماعي والمساعدات الاجتماعية واضحاً. غير أن الحال لا يكون هكذا وفي أماكن أخرى. وبشكل محدد، هناك تطورات عديدة قد أدت إلى الخلط بين هذين المفهومين. فمن جانب، يتم تطبيق اختبار الإمكانات بشكل تدريجي على العديد من منافع الضمان الاجتماعي أو مبالغ المنافع التي قد تتباين وفقاً لدخل المستفيد من الضمان. ومن ناحية أخرى، وفي سبيل الاستجابة بشكل أفضل وتلبية احتياجات السكان، أصبح هناك المزيد من التوجه نحو الجمع بين المنافع التي توفر أنواع عديدة من المزايا.

وعملت ألمانيا على إصلاح نظام التعويض عن البطالة ودمجت برنامج المعونة الاجتماعية لديها مع التأمين ضد البطالة لتخرج بنظام ثان يقتصر على منافع البطالة فقط (*Arbeitslosengeld II*). ويتم تمويل هذا النظام من الإيرادات الضريبية ويعمل به بدلاً من النظام السابق المعتمد على الاشتراكات. ونتيجة لهذا الإصلاح، أصبح الحق في الحصول على المعونة الاجتماعية مشمولاً في القانون الاجتماعي.

وهناك مثال آخر ساد مؤخراً وهو جمهورية الصين الشعبية حيث تم عام 2005 دمج نظام توفير الحد الأدنى من دخل المعيشة للعاملين في القطاع العام والذين تم الاستغناء عن خدماتهم مع نظام التأمين ضد البطالة. وعليه، فقد تم دمج برنامج المعونة الاجتماعية مع برنامج التأمين بهدف ضمان الحصول على الموارد المالية الكافية ذلك أن نظام التأمين لم يكن لديه ما يكفي من الموارد لتغطية الأعداد الكبيرة من أولئك المسرّحين من العمل.

وأنشئت مديرية العمل والرفاه (Arbeids-og velferdsdirektoratet) في النرويج عام 2006 لتحل محل إدارة التأمين الوطني وإدارة سوق العمل. وكانت هذه هي الخطوة الأولى لعملية يتوقع لها أن تصبح في مقدّمة المؤسسات المعنية بهذا المجال بحلول عام 2010 وذلك وصولاً إلى مؤسسة مشتركة تجمع بين الخدمات الاجتماعية المحلية مع خدمات التشغيل الوطني وخدمات التأمين الاجتماعي. وسوف تكون هذه الخدمات المشتركة حاضرة في كل بلدية وسوف توفر المعونة الاجتماعية، والمساعدة للعاطلين عن العمل، ومنافع الضمان الاجتماعي.

هياكل الإدارة المجتمعة

دمج الهياكل

على الرغم أنه دون تعديل الأنظمة والقوانين الخاصة بالمنافع، أدى الإصلاح الرئيسي الذي نفذته ألمانيا عام 2005 إلى تغيير هيكل تأمينات التقاعد المعمول بها تغييراً كاملاً ووضع حداً للفصل التاريخي بين الأنظمة الخاصة بموظفي المكاتب والعمال الميدانيين. ونتيجة لذلك، فإن جميع أولئك المشمولين بتغطية التأمينات الاجتماعية قد أصبحوا الآن جزءاً من مجموعات التأمين نفسها على الرغم من أن المطالبات تنجز من خلال صناديق مختلفة وضمن إطار عمل الإصلاحات، تم جمع مختلف الأنظمة على المستوى الفدرالي تحت رعاية مؤسسة التأمينات التقاعدية الفدرالية واسمها *Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV Bund)*. وتشتمل هذه المؤسسة على الهيئة المشتركة التي تجمع بين ثلاثة صناديق سابقة متخصصة لعمال المناجم، والعاملين في النقل البحري، وعمال سكة الحديد بالإضافة إلى الهيئة المشتركة التي تجمع معهد التأمين الفدرالي للعاملين بأجور (*Bundesversicherungsanstalt für Angestellte*) والجمعية الألمانية للتأمين التقاعدي (*Verband Deutscher Rentenversicherungsträger*)وفي الوقت الحالي، ما زالت الصناديق الإقليمية في ألمانيا باقية لكنها لا بدّ أن تنتهي بالدمج. ويتوزع الأشخاص المؤمن عليهم بموجب هذا القانون على مختلف الهيئات حسب النسب التالية: 55% على الصناديق الإقليمية؛ 40% على مؤسسة التأمينات التقاعدية الفدرالية؛ و 5% على الصندوق المشترك لعمال المناجم، وعمال سكة الحديد، والعاملين في النقل البحري.

وفي عام 2006، اعتمد البرلمان التركي إصلاحاً يشتمل على دمج ثلاث هيئات رئيسية للضمان الاجتماعي وهي: صندوق التقاعد لموظفي الخدمة المدنية، ومؤسسة التأمينات الاجتماعية للعاملين في القطاعين العام والخاص، ومؤسسة التأمينات الاجتماعية للعاملين لحسابهم الخاص. كما وافق ذلك البرلمان على التشريعات الهادفة إلى طرح نظام التأمين الطبي الشامل والذي سوف يحل محل الأنظمة المتعددة.

وفي هذا الإطار، بدأت سلوفانيا بدراسة موضوع إنشاء هيكلية مستقلة لإدارة التأمين ضد المخاطر المهنية. وتغطى هذه المخاطر الآن من قبل مؤسسة التقاعد والتأمين ضد العجز وهيئة التأمين الصحي.

أما وكالة التأمينات الاجتماعية السلوفاكية والتي تدير التأمينات الاجتماعية، فقد عهد إليها عام 2004 بمسؤولية إدارة برنامج منافع البطالة. وقد كان هذا البرنامج في السابق من مسؤولية مكتب العمل الوطني.

وعقب الإصلاح الذي نفّذ عام 2005 والذي أنشئت بموجبه وكالة عامة واحدة هي الوكالة السويدية للتأمينات الاجتماعية (*Försäkringskassan*)، تقوم الحكومة السويدية الآن بدراسة أمر دمج الإدارات المسؤولة عن

إدارة نظم التقاعد الإلزامي التي تندرج تحت الركن الأول، أي الحسابات الفردية التي تدار الآن من قبل السلطة العليا للتقاعد (*Premiepensionsmyndigheten*) أما برنامج التأمينات الاجتماعية، فتديره وكالة التأمينات الاجتماعية (*Försäkringskassan*).

وهذا الاتجاه الملحوظ لا يؤثر على الهيئات الإدارية الخاضعة إلى إشراف الوزارات وحسب، بل على الوزارات أنفسها (أنظر المربع 3).

المربع رقم 3. ***إعادة هيكلة إدارات الضمان الإجتماعي***

في عام 2005، قامت أستراليا بإجراء إصلاح هيكلي بهدف تحسين الكفاءة من خلال تجميع ست وكالات تحت إدارة الخدمات الاجتماعية: سنترلنك؛ وهيئة التأمين الصحي؛ ووكالة دعم الأطفال؛ والخدمات الصحية الأسترالية؛ وخدمات إعادة التأهيل للكمنولث؛ ومؤسسة السمع الأسترالية. ولقد كان الهدف الرئيس هو زيادة تدفق العملاء لدى سنترلنك Centrelink إلى شبكة الوظائف Job Network، وهي شبكة وطنية تتكون من مؤسسات التشغيل للعاطلين عن العمل، والإسراع في الإجراءات التي تدعم الموظفين الذين هم ضحايا لحوادث العمل.

وفي النرويج، تم جمع مسؤوليات وزارة الشؤون الاجتماعية ووزارة العمل تحت سلطة واحدة هي وزارة العمل والشؤون الاجتماعية الجديدة.

وفي البرتغال، تتحمل وزارة العمل والتكافل الاجتماعي مسؤولية جميع المسائل المتعلقة بالتوظيف، والعمل، والتدريب المهني، والضمان الاجتماعي، والعمل الاجتماعي.

طرح الآليات الإدارية المشتركة

دون الوصول إلى مرحلة دمج الهياكل الإدارية، كان الهدف من بعض التغييرات هو الجمع بين العمليات الإدارية لمختلف الأنظمة والبرامج. وبربط مختلف الأنظمة بشكل أفضل، لا تساعد هذه التغييرات على تمهيد السبيل أمام عمليات الدمج المستقبلية وحسب، بل أنها تساعد على تبسيط الإجراءات المطلوبة من المؤمن عليهم والمشتركين وضمان خدمة أفضل. وفي كولومبيا، على سبيل المثال، تم طرح نموذج واحد في تموز 2005 لدفع اشتراكات أصحاب العمل إلى نظم التقاعد العامة والخاصة، والنظم الصحية، ونظم المخاطر المهنية، وبرامج التلمذة المهنية بالإضافة إلى صناديق العلاوات العائلية. ومن المتوقع لهذا الإجراء المتكامل بالإضافة إلى الترتيبات الإدارية المصاحبة له خفض حجم الاشتراكات غير المسدّدة.

ويوفر النظام الاجتماعي الفرنسي للعاملين لحسابهم الخاص (*Régime social des independents (RSI)*) مثالاً آخر لنا في هذا المجال. كما أنه يتكون من دمج الأنظمة، وتجميع الهيئات الإدارية مع بعضها البعض وإصدار إجراءات إدارية مشتركة مع النظم الأخرى (أنظر المربع رقم 4).

المربع رقم 4. ***فرنسا: دمج رمزي ومعقد***

في عام 2006، صدر النظام الاجتماعي للعاملين لحسابهم الخاص (*Régime social des independents (RSI)*) في فرنسا ليحل محل النظامين التقاعديين للحرفيين وأصحاب المتاجر، ونظام التأمين الصحي للعاملين لحسابهم الخاص. ولم يؤد الإصلاح إلى تغيير وضع نظام التقاعد والعجز للعاملين لحسابهم الخاص أو نظام الضمان الاجتماعي للعمال في قطاع الزراعة، وبالتالي لم يهدف إلى إنشاء نظام واحد لجميع العمال الذين لا يتقاضون رواتب. غير أنه وفي دولة حيث الوضع المهني الاجتماعي ما زال يشكّل أحد النواحي الجوهرية لنظام الحماية الاجتماعية، فإنه هو يشكّل تطوراً رئيسياً بحتاً.

ويشكّل إنشاء النظام الاجتماعي للعاملين لحسابهم الخاص مثالاً ملفتاً على التكامل المتعدد. وبالإضافة إلى دمج ثلاثة أنظمة توفر التأمين الصحي، ومنافع العجز، والوفاة، والتقاعد، تتجه الخطة الموضوعة الآن إلى نقل مسؤولية تحصيل الاشتراكات من العاملين لحسابهم الخاص إلى الهيئات التي تحصّل الاشتراكات من العاملين بأجر. وسيترك أمر الإلزام بتأدية الاشتراكات لإدارة (RSI). ولعل ميزة هذه الترتيبات تكون واضحة من حيث أنها تحترم خصوصيات المجموعة المهنية التي ينظر إليها على أنها بحاجة إلى الحماية الاجتماعية والتي تختلف عن حاجات مماثلة لدى العاملين بأجر؛ وفي الوقت ذاته الاستفادة من المزيد من الموارد من نظام العاملين بأجر.

نجاح مؤهل

مرونة إدارية متزايدة لجعل الضمان الاجتماعي أكثر استجابة

لا حاجة بنا إلى تكرار ما قلناه بأن إنشاء نظام ضمان اجتماعي يمكن لجميع السكان الاستفادة منه هو أمر محبّذ. ومهما يكن المستوى الفعلي للحماية التي يتم توفيرها، الحقيقة هي كونه لا يوجد تمييز بناء على الأولويات بين الفئات الاجتماعية يرتب درجة معينة من الاستقرار والتكافل، وفي الوقت ذاته يتم العمل على التخفيف من أو حتى تجنّب مخاطر عدم المساواة في التعامل. وينبغي أن تساعد عملية الدمج بين مختلف النظم على جعل الحقوق والالتزامات أكثر سهولة من حيث فهمها، وينبغي أيضاً أن تجعل النظم مستدامة أكثر من الناحية المالية.

كما يعمل نظام الضمان الاجتماعي المتكامل على تحقيق إدارة أكفأ للسياسات من حيث أنه يمكن أن يقدم مجموعة أوسع نطاقاً من الوسائل التكاملية للعمل وتحقيق المزيد من التكامل بين السياسات. كما أنه يؤدي إلى صعوبة في تنفيذ السياسات ذات الهدف الواحد دون الأخذ بالحسبان النتائج الجانبية العكسية المحتمل حدوثها والتي قد تحدث في مكان آخر. على سبيل المثال، محاولة توحيد نظام التقاعد المستقبلي من خلال رفع سن التقاعد قد يعني أيضاً الحرص على عدم زيادة أعداد العاطلين عن العمل من كبار السن، والمتقاعدين بسبب العجز، أو الأشخاص الذين هم في إجازة مرضية طويلة المدى.

وأخيراً، ينبغي لمركزية اتخاذ القرارات والهياكل الإدارية تحسين الاستجابة، وضمان تماسك عملية صنع القرارات عموماً.

العمل الأكثر فاعلية

توحيد النظم ضمن إدارة واحدة ليس هو المصدر البحت للوفورات المالية. وينبغي أيضاً أن يحسّن من نوعية الخدمات المقدمة من خلال تقصير الوقت اللازم للعمليات والتخفيف من مخاطر تكرار العمل وحدوث فجوات. كما أن تقنيات الاتصالات والمعلومات التي تيسّر تطوير نافذة واحدة للخدمات يمكن أن تعمل على تيسير حصول المستفيدين على الخدمات وتساعد على ضمان حصولهم على جميع المزايا التي يستحقونها.

ومن أهداف إعادة هيكلة نظام التأمينات التقاعدية الألمانية هو تحسين الكفاءة من خلال شمول جميع المؤمن عليهم ضمن هيكل واحد وفي الوقت ذاته الحفاظ على درجة من الاستقلالية للمؤسسة واستخدام الموارد البشرية المتاحة في مختلف أنحاء البلاد. ولعل الهدف الأبعد هو خفض التكاليف التشغيلية بنسبة 10%. وقد هدفت الإصلاحات الهيكلية في السويد أيضاً إلى زيادة الكفاءة في إنجاز مطالبات المنافع ودفعها لمستحقيها.

المخاطر والمحددات

إلى جانب العديد من الأمثلة على عمليات دمج النظم، وتجميع الهياكل الإدارية ودمج المخاطر، هناك بعض الأمثلة التي قد تشير إلى التحرك في الاتجاه المعاكس. فرومانيا، على سبيل المثال، قد قررت أنه منذ عام 2006 فصاعداً، ينبغي أن تدار بعض المنافع النقدية التي تتوفر من خلال نظام التقاعد العام وتموّل من خلال الهياكل المختلفة: الصندوق الوطني للتأمين الاجتماعي الوحيد والذي تديره الدولة؛ والإدارات الإقليمية للتوظيف، والتكافل الاجتماعي والأسرة. وكمثال آخر، عملت سلوفاكيا على تقسيم نظام التأمين التقاعدي الموحد إلى جزئين منفصلين: الشيخوخة والعجز.

ومن الأهمية بمكان ملاحظة أنه لم تكن جميع عمليات الدمج نجاحات. فبعضها قد واجهت صعوبات (أنظر المربع رقم 5). وثمة مخاطرة أخرى ألا وهي أن الأحكام التشريعية قد تتغير في حالات الدمج؛ وهذا ما يؤدي بدوره إلى خفض المستويات السابقة من الحماية.

المربع رقم 5. *عمليات الدمج الإشكالية: النمسا وأندونيسيا كمثال*

لا يمكن لدمج مختلف الأنظمة التي توفر التغطية لمختلف الفئات السكانية أن يكون بالمسألة السهلة في جميع الأوقات. ففي أندونيسيا، على سبيل المثال، اشترط قانون نظام الضمان الاجتماعي الوطني والذي تم وضعه عام 2005 استكمال العديد من التحضيرات المطولة. وقد كانت الخطة الأولى، وبكل بساطة، دمج أربعة أنظمة قائمة مع بعضها (PT JAMSOSTEK) للقطاع الخاص المنظم، (PT ASABRI) للقوات المسلحة والشرطة، و (PT ASKES) و (PT TASPEN) للتأمين الصحي وتأمين التقاعد لموظفي الخدمة) المدنية ضمن مؤسسة وطنية واحدة. غير أن النقاشات البرلمانية تشير إلى أنه ينبغي الاستمرار في هذه النظم والحفاظ عليها على الرغم من خضوعها للتشريعات الجديدة.

وفي النمسا، تم دمج نظم التأمين ضد الشيخوخة للعاملين بأجر ووضعها تحت هيكلية إدارية واحدة عام 2003. وهناك عملية إصلاح ثانية، وعلى الرغم من إعدادها بشكل مطوّل، قد واجهت صعوبات أكبر. إنها دمج مؤسسة الضمان الاجتماعي للتجارة والصناعة (*Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft*)، ومكتب التأمينات الاجتماعية لعمال الزراعة (*Sozialversicherungsanstalt der Bauern*)؛ وقد تمت الموافقة على هذا الدمج غير أن الهيكلية الجديدة، ومكتب التأمينات الاجتماعية للعاملين لحسابهم الخاص (*Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen*) يواجهان وقتاً عصيباً في الظهور في الصيغة الجديدة. ولقد تم التخطيط بداية لهذا الدمج عام 2006 ولكنها تأجلت حتى عام 2009 بسبب معارضة الجمعية الطبية النمساوية (*Österreichische Ärztekammer*) للتدابير الإضافية التي تؤثر على الاتفاقيات الحالية بشأن التعرفة الطبية.

أما المخاطر الرئيسية الكامنة في تجميع الهياكل تبدو مرتبطة بالحجم. وقد يشكل الحجم الكبير للهياكل المدمجة عقبة أمام الإدارة الكفؤة على الرغم من كونها أحد الاهداف الرئيسية لعمليات الدمج. كما أن دمج المخاطر التي تغطيها هذه الهياكل قد يفرض مشكلة مختلفة تماماً. فالمعايير التي تم وضعها ضمن اتفاقية منظمة العمل الدولية 102 وقانون الضمان الاجتماعي الأوروبي تستند إلى نهج " تقليدي" إزاء تعريف المخاطر. وقد تصبح هذه المعايير غير ملائمة إذا أُعيد تعريف بعض المخاطر.

النتائج

يشهد العالم الحديث تغييرات سريعة بحتة، وأثرها على السكان لا يكون أثراً إيجابياً كل الوقت. وحيث أن الضمان الاجتماعي هو أحد الأدوات الفاعلة لمعالجة هذه الآثار المعاكسة، فيجب عدم إعاقة قدرته على التكيف السريع مع السياقات الجديدة. إنّ الخصائص الرئيسية لما تعرّفه الجمعية الدولية للضمان الاجتماعي على أنه الضمان الاجتماعي الديناميكي هي خصائص متكاملة، وعملية، وتتبنى السياسات التي تستشرف المستقبل و تهدف إلى بناء نظم حماية اجتماعية يمكن النفاذ إليها واستدامتها والتي لا توفر الحماية وحسب؛ ولكنها تشجع على الوقاية

ودعم إعادة التأهيل. وثمة أهمية كبرى تعلّق على هذه السياسات وصولاً إلى مجتمعات منتجة اقتصادياً وتحتوي جميع عناصرها وتوفر لهم الضمان الاجتماعي. كما أن مختلف نماذج التكامل الموصوفة في هذا الفصل هي أحد عناصر الضمان الاجتماعي الديناميكي الذي سوف يتطلب الانتباه الحذر في السنوات القادمة.

قراءات مقترحة

أ. بوكتنج. Bockting, A.، 2007. *التغيرات في تشريعات العجز في هولندا* *Changes in the legislation of disability in the Netherlands*، وثيقة مُقدمة في الإجتماع الإقليمي لأوروبا الذي عقدته الجمعية الدولية للضمان الإجتماعي، "الشمول في الحياة العملية"، أوسلو 15-16 أيار 2006، ومتاح أيضاً باللغة الفرنسية:
Changements dans la législation sur l'invalidité aux Pays-Bas www.issa.int/fren/homef.htm;
www.issa.int/engl/homef.htm ؛ ومتاح أيضاً باللغة الألمانية:
Veränderungen der niederländischen Gesetzgebung zur Erwerbsunfähigkeit;
www.issa.int/germ/homef.htm

المجلس الأوروبي، لجنة الخبراء للضمان الإجتماعي (CS-SS) Council of Europe, Committee of Experts for social security، 2006 "الضمان الإجتماعي في أوروبا في فجر القرن الجديد" *ملحق لتقرير منظمة العمل الدولية، مرجع،3 (2006) Réf* المجلس الأوروبي، ستراسبورغ.
www.coe.int/t/dg3/socialpolicies/socialsecurity/default_fr.asp;، متاح أيضاً بالفرنسية
"Sécurité sociale en Europe à l'aube du nouveau siècle".
www.coe.int/t/dg3/socialpolicies/socialsecurity/default EN.asp?

س. دان Dünn, S.، 2006: الإصلاح التنظيمي للتأمين التقاعدي النظتمي في ألمانيا Organizational reform of the statutory pension insurance in Germany، وثيقة مقدمة إلى الإجتماع الإقليمي لأوروبا- الجمعية الدولية للضمان الإجتماعي بعنوان: "إصلاحات الضمان الإجتماعي: تمكين المدراء Social security reforms: Empowering the administrators". فيلنيوس 17-19 أيار 2006، متاح أيضاً باللغة الفرنسية:
La réforme de l'organisation de l'assurance pension en Allemagne,
www.issa.int/fren/homef.htm;، متاح أيضاً بالألمانية:
Die Organisationsreform der gesetzlichen Rentenversicherung Deutschland,
www.issa.int/germ/homef.htm.

سي.فور Fort, C.، 2006. "La prise en charge du handicap aux Pays-Bas" "في هولندا"، دراسات ونتائج *Etudes et résultats*، رقم 468، www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er468/er468.pdf

أ. لندر Lender, A.، 2006. من 22 إلى 1. *وكالة الضمان الإجتماعي السويدية الجديدة* *The new Swedish Social Insurance Agency*، وثيقة مقدمة في الإجتماع الإقليمي لأوروبا- الجمعية الدولية للضمان الإجتماعي: "إصلاحات الضمان الإجتماعي : تمكين المدراء"، فيلنيوس 17-19 أيار 2006، متاح أيضاً باللغة الفرنسية:
De 22 à 1. La nouvelle Agence suédoise de la sécurité sociale
www.issa.int/fren/homef.htm; متاح أيضاً بالألمانية:
Von 22 auf 1. Das neue schwedische Sozialversicherungsamt, www.issa.int/germ/homef.htm.

وزارة العمل والتقاعد Department for Work and Pension (DWP)، 2005. *استراتيجية لخمس سنوات- الفرص والأمان عبر الحياة* *Five Year Strategy – Opportunity and security throughout life*. لندن، وزارة العمل والتقاعد، لندن،
www.dwp.gov.uk/publications/dwp/2005/5_yr_strat/pdf/chapter8.pdf.

وزارة العمل والتقاعد Department for Work and Pension (DWP)، 2002. *مسارات العمل : مساعدة الأشخاص على العمل* *Pathways to work: Helping people into employment*، لندن؛ وزارة العمل والتقاعد
www.dwp.gov.uk/consultations/consult/2002/pathways/pathways.pdf.

ISSA • AISS • IVSS
1927-2007

ISSA - Case postale 1
CH - 1211 Geneva 22
T. (+41-22) 799 66 17
F. (+41-22) 799 85 09
E-mail: issa@ilo.org

www.issa.int