

وضع المسنين في الدول الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي



سلسلة توقعات منظمة التعاون الإسلامي

يونيو 2015



منظمة التعاون الإسلامي

مركز الأبحاث الإحصائية والاقتصادية والاجتماعية
والتدريب للدول الإسلامية

منظمة التعاون الإسلامي
مركز الأبحاث الإحصائية والاقتصادية والاجتماعية والتدريب للدول الإسلامية
(SESRIC)

سلسلة توقعات منظمة التعاون الإسلامي
يونيو 2015

وضع المسنين
في الدول الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي



الفهرس

توطئة

ملخص

6	1 مقدمة
7	2 التركيبة السكانية للمسنين: الماضي والحاضر والمستقبل
7	1.2 المحددات الديمغرافية للشيخوخة
7	1.1.2 الخصوبة
9	2.1.2 متوسط العمر المتوقع للمسنين
11	2.2 تغيرات في البنية السكانية المؤدية إلى زيادة المسنين
15	3.2 مشاركة المسنين في القوى العاملة
16	3 الرفاه الاجتماعي والاقتصادي للمسنين
17	1.3 ترتيبات المعيشة للمسنين في دول منظمة التعاون الإسلامي
18	2.3 صحة المسنين في دول منظمة التعاون الإسلامي
18	1.2.3 الأسباب الرئيسية للوفاة
20	2.2.3 الأمراض المزمنة والإعاقات
22	3.2.3 الصحة العقلية
23	3.3 الضمان الاجتماعي للمسنين
23	1.3.3 سن التقاعد القانوني
25	2.3.3 الحماية الاجتماعية
27	4 مؤسسات خاصة بالمسنين
27	1.4 الإدماج والمشاركة الاجتماعية للمسنين
27	1.1.4 الترتيبات المؤسسية
28	2.1.4 الأمية والتعليم
29	2.4 تحليل السياسات الوطنية الخاصة بالمسنين
30	1.2.4 مستوى الاهتمام بالسكان المسنين
31	2.2.4 مستوى الاهتمام بحجم السكان في سن العمل
31	3.2.4 التدابير المتخذة لمعالجة شيخوخة السكان
32	3.4 حقوق الإنسان الخاصة بكبار السن
35	4.4 صناديق المعاشات التقاعدية للمسنين
37	5 ملاحظات ختامية وتوصيات سياساتية
40	ملحق
44	المراجع

توطئة

تعتبر شيخوخة السكان من الظواهر ذات النمو المستمر في العالم، وتشكل بذلك أحد أبرز التحديات على الصعيد الدولي بما في ذلك تأثيرها على الاقتصاد العالمي وأجندة الحكومات وأيضاً على جودة حياة كبار السن. وتعرف شيخوخة السكان بعملية الانتقال الديمغرافي من ارتفاع معدل الولادات والوفيات إلى انخفاضها. وبذلك يزداد عدد السكان المسنين بوتيرة متسارعة مقارنة مع مجموع السكان.

ففي الدول الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي، يتوقع أن يعيش المسنون مدة أطول مقارنة بما كان عليه الحال قبل عقدين من الزمن، بحيث يتوقع أن يزداد عدد الأشخاص ذوي الستين من العمر فما فوق في هذه البلدان بعد عام 2010. وبالرغم من ذلك فإن أنظمة دعم المسنين كالمعاشات والتقاعد ما زالت غير شائعة بما يكفي في الدول الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي مقارنة بالبلدان الأكثر تقدماً. فليس بالأمر الغريب إذن أن يتفاقم ارتفاع معدل الشيخوخة في سوق الشغل.

ورغم أن للأسرة دور أساسي في البلدان الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي، إلا أنه لم يتم بعد معالجة العواقب الاجتماعية والاقتصادية للشيخوخة بشكل إجمالي. وفي الحقيقة هناك حاجة إلى استجابة أكثر شمولاً من قبل صانعي السياسات وذلك بالتركيز على فوائد المجتمع المسن بدل التركيز التام على التحديات فقط. بهذا الشكل، ستكون السياسات والبرامج المحفزة للتضامن بين الأجيال ذات أثر جد إيجابي على الدول الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي في سعيها لإدماج المسنين اجتماعياً واقتصادياً.

وبناء على هذا الوضع، فإن هذا التقرير يسلط الضوء على بعض من القضايا المتعلقة بالمسنين في الدول الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي. ويقدم كذلك تحليلاً تفصيلياً لمؤشرين حول ديمغرافية المسنين، أي معدل الخصوبة والعمر المتوقع. ويركز التقرير على الرفاه الاجتماعي والاقتصادي للسكان المسنين في الدول الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي من خلال تسليط الضوء على الأوضاع المعيشية والصحة والتعليم والضمان الاجتماعي للمسنين. كما يشمل التقرير دراسة حول وضعية المؤسسات والإدماج الاجتماعي ومشاركة الساكنة المسنة في المجتمع. وينتهي التقرير بتقديم بعض الملاحظات الختامية والتوصيات.

السفير. موسى كولكليكايا

المدير العام

سيسريك

ملخص

لم يعد من الممكن تجاهل شيخوخة السكان، فمنذ منتصف القرن العشرين وسكان العالم يعانون من ارتفاع الشيخوخة بشكل كبير مع ارتفاع نسبة المسنين في مجموع السكان. الأمر الذي يعكس التقدم في مجال الصحة ونوعية الحياة عموماً في مجتمعات جميع أنحاء العالم، فالآثار الاجتماعية والاقتصادية لهذه الظاهرة عميقة وتمتد إلى ما هو أبعد من فرد مسن لتمس بالمجتمع بأكمله. وفي ضوء هذه الخلفية تختلف كثافة وعمق الشيخوخة اختلافاً كبيراً بين مجموعات البلدان، ويبرز هذا التقرير بعض قضايا الشيخوخة في بلدان منظمة التعاون الإسلامي، مثل ديمغرافية المسنين والرفاهية الاجتماعية والاقتصادية للمسنين والمؤسسات الخاصة بالمسنين..

ديمغرافية المسنين: اتجاهات الماضي والحاضر والمستقبل

تعتبر معدلات الخصوبة ومتوسط العمر المتوقع من المحددات الديموغرافية الرئيسية للشيخوخة. فعلى الرغم من أن معدلات الخصوبة قد انخفضت في دول منظمة التعاون الإسلامي في العقود الأخيرة، فقد ظلت، في المتوسط، أعلى من تلك الموجودة في البلدان النامية غير المنتمية إلى منظمة التعاون الإسلامي وأعلى بكثير من الدول المتقدمة. ومع ذلك، توجد تباينات كبيرة في معدلات الخصوبة فيما بين بلدان منظمة التعاون الإسلامي حيث يلاحظ وجود أعلى معدلات الخصوبة في دول منظمة التعاون الإسلامي التي تقع في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى. أما بالنسبة لمتوسط العمر المتوقع، يتوقع أن يعيش المسنون في دول منظمة التعاون الإسلامي لفترة أطول بالمقارنة مع العقدين الماضيين من الزمن. وكان معدل العمر المتوقع في سن 60 هو 16.5 سنة في الفترة 1990-1995، وزاد بنحو سنة إلى 17.4 في الفترة 2010-2015. وبحلول عام 2030، من المتوقع أن تزيد بمعدل سنة واحدة وأخرتصل إلى 18.4 سنة كمتوسط العمر المتوقع عند سن 60. ومع ذلك، فإن متوسط معدل العمر المتوقع في سن 60 بالنسبة لبلدان منظمة التعاون الإسلامي لا يزال أقل من كل البلدان النامية غير المنتمية لمنظمة التعاون الإسلامي والدول المتقدمة.

في هذا التقرير، تتم دراسة كيفية تحول البنية السكانية إلى بنى مسنة عن طريق تحليل مؤشرين، وهما: نسبة المسنين من السكان ونسبة إعالة المسنين. وفي هذا السياق، فقد لوحظ أن سرعة الشيخوخة في بلدان منظمة التعاون الإسلامي في الفترة 1990-2010 كانت أقل من نصف سرعة نسبة الشيخوخة في البلدان النامية غير المنتمية إلى منظمة التعاون الإسلامي وفي الدول المتقدمة أيضاً. ومع ذلك، فمن المتوقع أن تزيد سرعة الشيخوخة بعد سنة 2010، أما في 2030، من المتوقع أن تبلغ نسبة زيادة السكان الذين تتراوح أعمارهم من 60 عاماً فما فوق إلى 9.6%. ويمثل هذا زيادة بنسبة 50% بين عامي 2010 و 2030 وهي نسبة أعلى من زيادة بنسبة 33.2% المتوقعة للفترة نفسها في الدول المتقدمة، ولكنها أقل من 60.8%، وهي الزيادة المتوقعة للبلدان النامية غير المنتمية لمنظمة التعاون الإسلامي.

ومن ناحية أخرى، كان متوسط نسبة إعالة المسنين في دول منظمة التعاون الإسلامي مستقراً تقريباً خلال الفترة 1990-2015. وعلى الرغم من أنه من المتوقع أن يزداد هذا المعدل ابتداءً من سنة 2015، لا تزال دول منظمة التعاون الإسلامي في وضع متميز للغاية حيث أن عبئ ديموغرافية المسنين بقي ضعيفاً (10.7 في عام 2015 ويتوقع أن يتفح إلى 15.8 بحلول عام 2030). وفي المقابل، وبينما يلاحظ أن عبء التركيبة الديموغرافية للمسنين مرتفع في الدول المتقدمة (40.6 في عام 2015، ويتوقع أن يرتفع إلى 54.8 بحلول عام 2030)، فهو معتدل نسبياً في الدول النامية غير منظمة التعاون الإسلامي لنامية (18.3 في عام 2015، ويتوقع أن يرتفع إلى 26.6 بحلول عام 2030).

وعلاوة على ذلك، يعمل كبار السن في البلدان النامية في منظمة التعاون الإسلامي وغير منظمة التعاون الإسلامي حتى بعد بلوغهم أكثر الأعمار تقدماً ويرجع ذلك أساساً إلى التغطية المحدودة لبرامج الضمان الاجتماعي، فضلاً عن

الانخفاض النسبي لقيمة المعاشات التي يتلقاها المتقاعدون. ومع ذلك، فإن أرقام بلدان منظمة التعاون الإسلامي في انخفاض مما قد يشير إلى حدوث تحسن في مجال الحماية الاجتماعية لكبار السن.

الرفاهية الاجتماعية والاقتصادية للمسنين

تعتبر شيخوخة السكان من الظواهر التي تنتشر في كل مجموعات البلدان في جميع أنحاء العالم تقريبا. ويشكل حجم المسنين مقارنة بالفئات العمرية الأخرى تحديا أمام العلاقات الأسرية والخدمات الصحية والضمان الاجتماعي القائمة. وفي هذا السياق، هناك اختلافات كبيرة بين مجموعات البلدان فيما يتعلق بالترتيبات السكنية. ففي الوقت الذي تعتبر فيه المساكن المشتركة ومتعددة الأجيال أقل شيوعا بين الدول المتقدمة، فإن الأسرة الممتدة المكونة من الأجداد والأحفاد تعد أكثر شيوعا في العديد من البلدان النامية. وقد لوحظ أن كازاخستان هي الدولة المسجلة لأعلى المعدلات من حيث نسبة الرجال والنساء الذين يعيشون وحدهم في الدول الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي. كما لوحظ أيضا أن احتمال زواج المسنين من الرجال أكبر من احتمال النساء المسنات في دول المنظمة بمتوسط قدره 85.6%.

يمكن للأفراد المسنين الذين يتمتعون بصحة جيدة المشاركة بنشاط أكبر في الحياة الاقتصادية والاجتماعية والثقافية والسياسية للمجتمع. يعتبر كل من مرض القلب الإقفاري والسكتة الدماغية من الأسباب الرئيسية للوفاة، يليهما مرض الانسداد الرئوي المزمن والتهابات الجهاز التنفسي السفلي وسرطان الرئة. وعلى الصعيد العالمي، يعد سرطان الرئة السبب الأكثر شيوعا للوفاة من السرطان بين كبار السن من الرجال والنساء. وتشكل الأمراض غير المعدية في الدول الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي عنصرا رئيسيا للإعاقة المتوسطة والشديدة بين الأشخاص الذين تتراوح أعمارهم بين 60 سنة فما فوق.

لا يزال الضمان الاجتماعي عنصرا أساسيا لدعم الأشخاص المسنين. ويبلغ متوسط سن التقاعد القانوني الأكثر شيوعا في دول منظمة التعاون الإسلامي سن الستين. وفي هذا السياق، فقد لوحظ أن 13 دولة فقط من أصل 37 في المنظمة هي التي ينحصر فيها سن معاش التقاعد بين 55 و60. كما أن 87.5% من الدول الأعضاء في المنظمة تجعل من التقاعد الإلزامي الذي يستدعي الانسحاب التام من سوق الشغل شرطا أساسيا لتلقي معاش التقاعد. لكن أقل من نصف عدد كبار السن في دول المنظمة يحصلون على معاش الشيخوخة. وعلاوة على ذلك، فقد تم تخصيص 0.8% فقط من الناتج المحلي الإجمالي للإنفاق العام للحماية الاجتماعية لكبار السن في دول المنظمة خلال الفترة الممتدة بين 2008 و2012.

مؤسسات خاصة بالمسنين

يعد تشجيع تطوير المؤسسات الخاصة بكبار السن من بين الوسائل الفعالة لمنع إهمالهم. وتشكل الترتيبات المؤسسية مثل الوحدات والإدارات أبرز الأدوات لإدراج قضايا الشيخوخة في العمل الحكومي. وقد لوحظ أن عشرة دول في منظمة التعاون الإسلامي فقط، والتي تتوفر حولها البيانات، هي التي قامت بإجراء ترتيب مؤسسي محدد داخل وزارة أو قسم أو جهاز. فعلى سبيل المثال، شكلت إندونيسيا لجنة وطنية معنية بالشيخوخة بمثابة هيئة استشارية للمؤسسات الحكومية. كما أن التعليم ومحو الأمية يلعبان دورا رئيسيا في الاندماج والمشاركة الاجتماعيين لكبار السن في المجتمع. وتباين معدلات الإلمام بالقراءة والكتابة بين كبار السن على نطاق واسع بين مجموعات البلدان. في هذا السياق، تسجل دول منظمة التعاون الإسلامي، كمجموعة، أدنى معدلات الإلمام بالقراءة والكتابة بين كبار السن بنسبة تبلغ 46.9%.

وتتوفر دول منظمة التعاون الإسلامي منذ عام 2002 على استراتيجيات تخول إدماج القضايا المتعلقة بالشيخوخة في السياسات والبرامج. ومع ذلك، فإن معظم الدول الأعضاء في المنظمة لا تعتبر أن العدد المتزايد لكبار السن من السكان مصدر قلق كبير بالنسبة لها. فعلى سبيل المثال، لم تمرر أربعة وثلاثين دولة عضوا في المنظمة أي تدبير للتعامل مع شيخوخة السكان خلال الفترة الممتدة بين عامي 2007 و2013، في حين أن تسع دول من المنظمة فقط هي التي قامت

بإصلاح نظام المعاشات وتغيير السن القانونية للتقاعد. وعلى العكس من ذلك، اعتبرت كل الدول المتقدمة تقريبا مسألة شيخوخة السكان مصدر قلق كبير خلال نفس الفترة. إلا أنه يلاحظ في الآونة الأخيرة أن عددا كبيرا من الدول النامية غير الأعضاء في المنظمة شرعت في مراعاة مسألة شيخوخة السكان باعتبارها من بين القضايا الرئيسية للحكومة.

أصبحت المعاشات حلولا مؤسسية مهمة لتأمين الدخل في سن الشيخوخة. وبشأن دول منظمة التعاون الإسلامي، فإن خمسة وأربعين دولة من أصل ثمانية وأربعين التي تتوفر حولها البيانات، تعتمد نظام الدعامة الأولى للتقاعد كنظامه رئيسي لتخصيص معاشات التقاعد. في هذا السياق، يحق لكبار السن الذين بلغوا سنا معينة، يتحدد غالبا في حوالي ستين عاما للنساء وخمسة وستين عاما للرجال، والذين عملوا لعدد معين من السنوات، الحصول على معاشات التقاعد في إطار نظام الدعامة الأولى للتقاعد. وقد لوحظ أن خمسة دول فقط في منظمة التعاون الإسلامي هي التي تنفذ نظام الدعامة الثانية للتقاعد حيث يدفع الأفراد جزءا من أرباحهم كوفورات للمؤسسات المالية التي يديرها القطاع الخاص، وهذه الدول هي كازاخستان وقرغيزستان وطاجيكستان وجزر المالديف والنيجر.

1 مقدمة

على الرغم من أنها لحد الآن تشكل مصدر قلق بالنسبة للدول المتقدمة، فقد أصبحت مسألة شيخوخة السكان في الوقت الراهن تكتسب زخما في الدول النامية أيضا. فعلى الصعيد العالمي، تنمو نسبة كبار السن بمعدل أسرع من معدل نمو إجمالي عدد السكان، ولمثل هذا التحول الديموغرافي عواقب كبيرة على كل جوانب الحياة الفردية والمجتمعية والوطنية والدولية. وتشكل شيخوخة السكان أيضا تحديات كبيرة مثل استدامة صناديق التقاعد وقدرة أنظمة الرعاية الصحية على خدمة أعداد أكبر من الناس.

في هذا السياق، سجلت خطة عمل مدريد الدولية للشيخوخة (MIPAA)، التي اعتمدت خلال الجمعية العالمية الثانية للشيخوخة في عام 2002، نقطة تحول رئيسية في الكيفية التي يعالج بها العالم التحدي المتمثل في "بناء مجتمع لجميع الأعمار"، كما وفرت إطارا حول الفرص والتحديات التي تواجه الشيخوخة في القرن الحادي والعشرين.

وتركز خطة عمل مدريد الدولية للشيخوخة على ثلاثة مجالات ذات أولوية وهي كبار السن والتنمية، وتعزيز الصحة والرفاه في سن الشيخوخة إضافة إلى ضمان بيئة تمكينية وداعمة (أنظر المرفق 1). كما تقترح الخطة أيضا إجراءات تهم كبار السن على الحكومات والمنظمات غير الحكومية وغيرها من الجهات الفاعلة في المجتمعات.

وعلى الرغم من اعتماد خطة عمل مدريد الدولية للشيخوخة، إلا أن كبار السن لم ينالوا ما يكفي من الاهتمام في السياسات والبرامج والبحوث وجمع البيانات المتعلقة بالفقر والصحة والأمن الغذائي والمساواة بين الجنسين. ولذلك، أصبح من الواضح أنه يتعين التطرق لمسألة شيخوخة السكان بشكل كامل كجزء من جدول أعمال التنمية لما بعد 2015.

وتعتبر معظم الدول المتقدمة أن بلوغ سن الخامسة والستين هو بداية كبر السن. ويرتبط هذا التعريف بالسن التي يمكن للمرء أن يشرع فيه في تلقي استحقاقات المعاش التقاعدي. ومع ذلك، فمن الجدير بالذكر أنه ليس هناك إجماع عام حول السن التي يصبح عندها الشخص كبيرا في السن. فعلى سبيل المثال، تستخدم الأمم المتحدة +60 سنة للإشارة إلى كبار السن.

في ضوء ما سبق، يبرز هذا التقرير بعض قضايا الشيخوخة في الدول الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي، ويحلل التركيبة السكانية والرفاه الاجتماعي والاقتصادي للسكان المتقدمين في السن. كما يتناول التقرير أيضا موضوع المؤسسات المعنية بالمسنين ويحلل الاندماج الاجتماعي للسكان كبار السن ويوفر لمحة عامة عن الآليات الدولية لحقوق الإنسان التي تهم كبار السن. وينتهي التقرير ببعض الملاحظات الختامية والتوصيات المتعلقة بالسياسات.

2 التركيبة السكانية لكبار السن: التوجهات الماضية والراهنة والمستقبلية

يمر العالم اليوم بمرحلة تتميز بشيخوخة في السكان، بحيث أن نسبة كبار السن في تزايد مستمر مقابل تراجع في نسبة الشباب. فإذا كانت الشيخوخة قد بدأت في الدول المتقدمة منذ عقود خلت، نجد أنها لم تظهر سوى مؤخرا في دول منظمة التعاون الإسلامي والدول النامية غير الأعضاء في المنظمة. ولشيخوخة السكان آثار اجتماعية واقتصادية كبيرة، وهذا ما يحتم على الحكومات أن تكون مستعدة للتعامل مع هذه الآثار. ومن بين أهم الأمور التي يجب على الحكومات في منظمة التعاون الإسلامي التأهب والاستعداد للتعامل معها هي ضمان الرفاه الاجتماعي والاقتصادي لكبار السن. وبناء على هذه الخلفية، يعرض هذا القسم مقدمة حول التركيبة السكانية للمسنين في دول منظمة التعاون الإسلامي بالمقارنة مع مجموعات البلدان الأخرى، كما يسلط الضوء على المحددات الديمغرافية للشيخوخة والتغيرات التي تطرأ على البنية السكانية في اتجاه سكان أكثر شيخوخة. وأخيرا، يختتم القسم بالموضوع الخاص المتعلق بمشاركة كبار السن في القوى العاملة.

1.2 المحددات الديمغرافية للشيخوخة

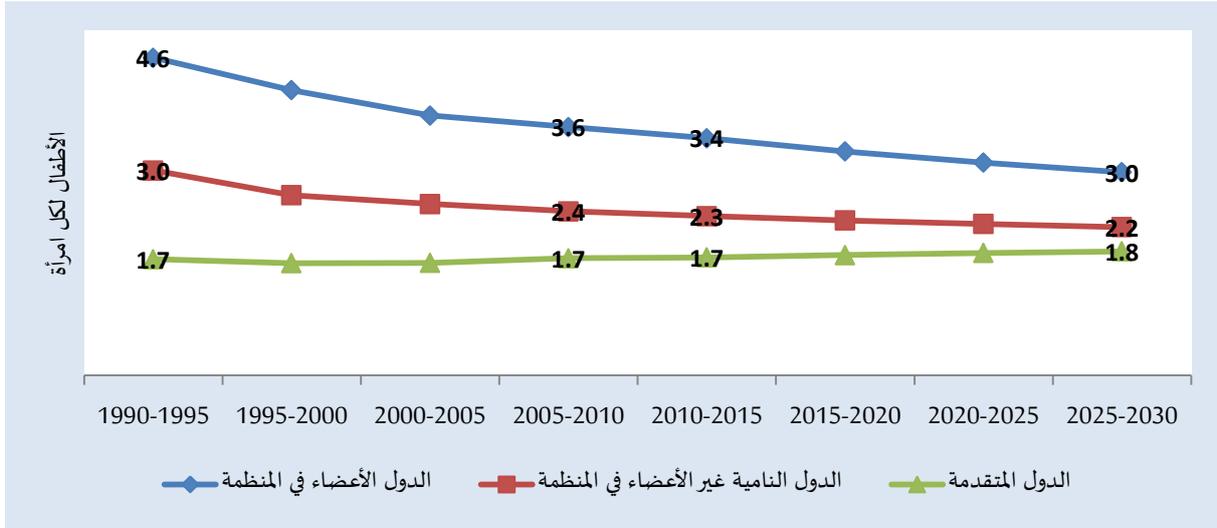
شيخوخة السكان ظاهرة تحصل عندما يرتفع متوسط عمر السكان نتيجة لانخفاض معدلات الخصوبة وارتفاع متوسط العمر. في هذا القسم سوف تناقش اثنين من العوامل المحددة للشيخوخة، وهي الخصوبة ومتوسط العمر المتوقع.

1.1.2 الخصوبة

تظهر معدلات الخصوبة إمكانية التغير على المستوى السكاني في البلاد. ويعتبر معدل الخصوبة 2.1 طفلا لكل امرأة بمثابة معدل الإحلال للسكان، وهو الحد الأدنى المطلوب للحفاظ على معدل مستقر للسكان. ومعدلات الخصوبة التي تتجاوز معدل الإحلال تشير إلى تزايد عدد السكان. كما أن معدلات الخصوبة العالية جدا توجي بوجود صعوبات بالنسبة للأسر، في بعض الحالات، بخصوص توفير الغذاء والتعليم لأبنائهم وأيضا بالنسبة لمشاركة المرأة في القوى العاملة. وعلى العكس من ذلك، تدل معدلات الخصوبة التي تقل عن معدل الإحلال على تراجع حجم عدد السكان وتقدمهم في السن، كما أن الأمر قد يعني وجود أزمة ديمغرافية ذات عواقب اجتماعية واقتصادية تستلزم تعديلات مؤسسية وسياساتية عامة للتعامل معها.

يظهر الشكل 1.2 توجهات معدل الخصوبة بالنسبة لدول منظمة التعاون الإسلامي مقارنة بمجموعات الدول الأخرى.

الشكل 1.2: معدلات الخصوبة

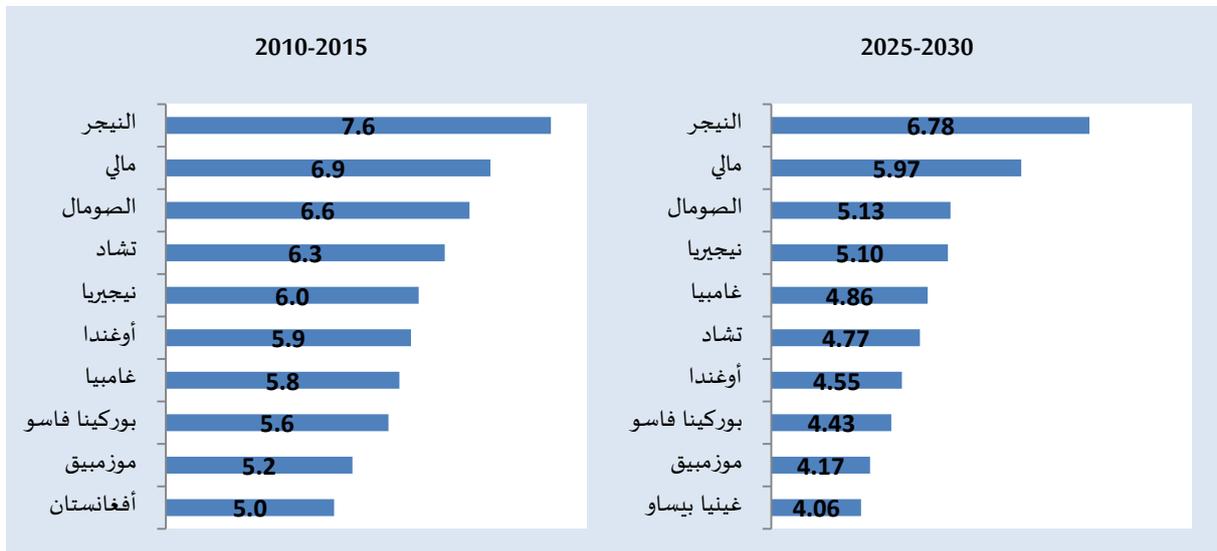


المصدر: حسابات موظفي أنقرة بناء على تقرير التوقعات السكانية العالمية للأمم المتحدة، تنقيح 2012. بيانات مرجحة حسب سكان البلد، لذا فإن البلدان الأكثر كثافة من حيث السكان تؤثر على المتوسط أكثر من البلدان الأقل كثافة.

وكما يظهر الشكل، فإن معدلات الخصوبة تراجعت في العقود الأخيرة في دول منظمة التعاون الإسلامي، ومع ذلك فهي تظل، في المتوسط، أعلى من تلك المسجلة في البلدان النامية غير الأعضاء في المنظمة وأعلى بكثير من معدلات الدول المتقدمة. وسيستمر متوسط معدل الخصوبة في دول المنظمة فوق معدل الإحلال، في حين من المتوقع أن يتراجع في الدول النامية غير الأعضاء في المنظمة حتى يكاد يتطابق مع معدل الإحلال بحلول عام 2030. أما بالنسبة للدول المتقدمة، فإن متوسط معدل الخصوبة دون مستوى معدل الإحلال وسيستمر على نفس الحال.

ومع ذلك، فإن متوسط معدل الخصوبة في دول منظمة التعاون الإسلامي لا يعكس الصورة بشكل شامل بحيث أن متوسط المعدل لا يظهر الاختلافات الكبيرة القائمة على مستوى معدلات الخصوبة بين دول المنظمة. ويبين الشكل 2.2 دول المنظمة ذات أعلى معدلات الخصوبة على الجانب الأيسر من الشكل مبرزاً المعدلات الراهنة للخصوبة (2010-2015)، بينما يظهر الجانب الأيمن التوقعات المستقبلية لمعدلات الخصوبة للفترة الممتدة بين عامي 2025 و2030.

الشكل 2.2: دول المنظمة العشر ذات أعلى معدلات الخصوبة

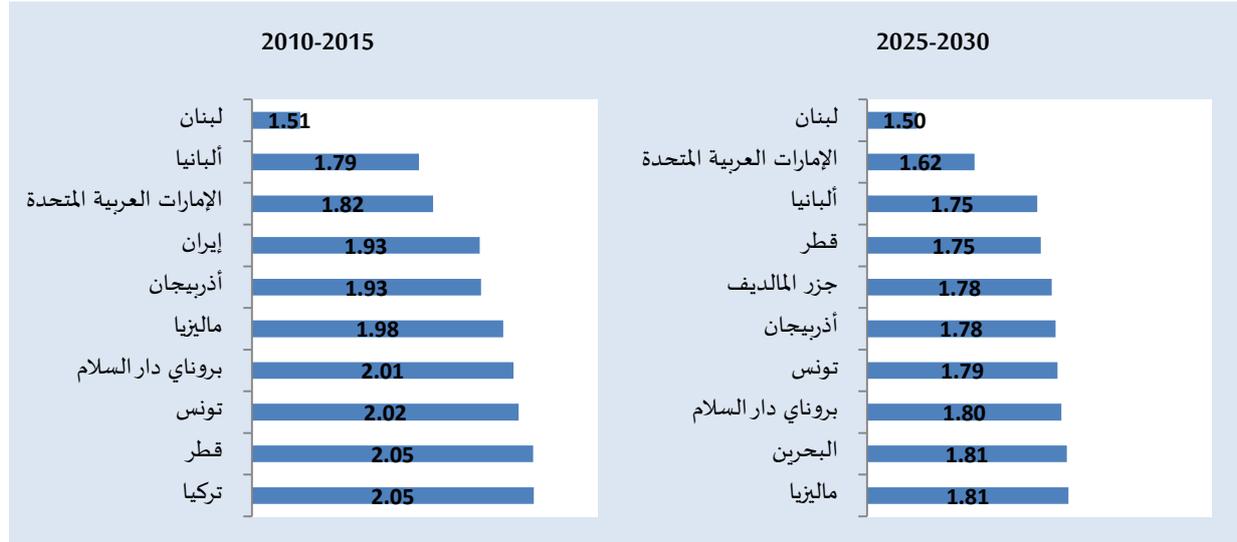


المصدر: تقرير التوقعات السكانية العالمية للأمم المتحدة، تنقيح 2012.

تتموقع الغالبية الساحقة من بلدان المنظمة العشر ذات أعلى معدلات الخصوبة خلال الفترة الممتدة بين عامي 2010 و2015 في منطقة أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى. ومع مرور الوقت سيقوى هذا الاتجاه، وبحلول عام 2030 ستتمركز كل دول المنظمة العشر ذات أعلى معدلات الخصوبة في أفريقيا جنوب الصحراء.

أما دول منظمة التعاون الإسلامي ذات أدنى معدلات الخصوبة فهي معروضة في الشكل 3.2، بحيث أن جميع هذه الدول تسجل معدلات خصوبة أقل من معدل الإحلال.

الشكل 3.2: دول المنظمة العشر ذات أدنى معدلات الخصوبة



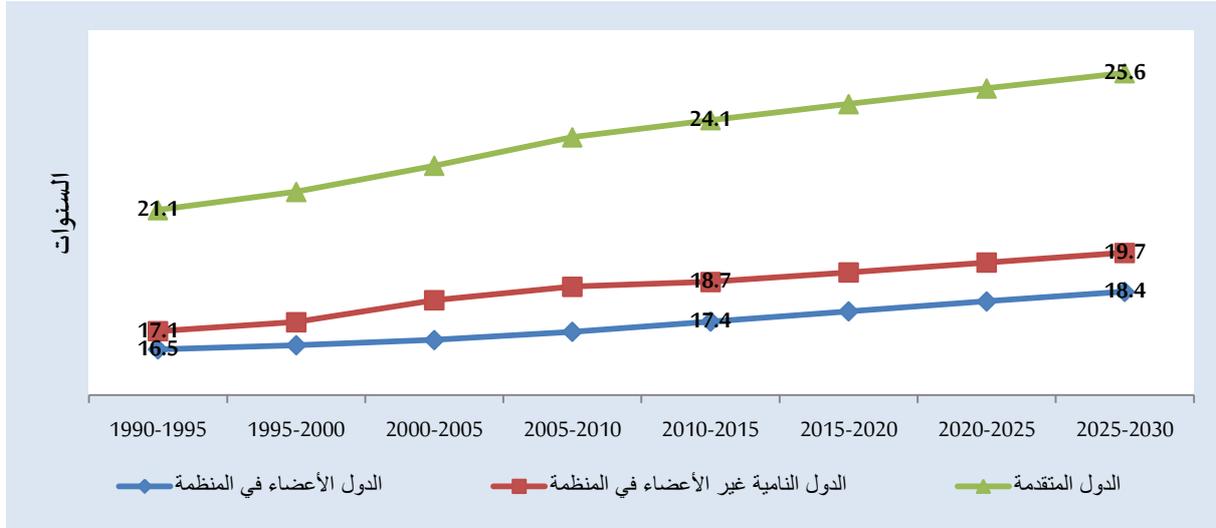
المصدر: تقرير التوقعات السكانية العالمية للأمم المتحدة، تنقيح 2012.

من بين هذه الدول، تبدو حالة تركيا مثيرة للاهتمام وبالتالي تجدر الإشارة إليها لأنها تثير مسألة السياسة العامة ومعدلات الخصوبة. لم يتحقق هدف تركيا بتسجيل معدل لا يقل عن ثلاثة أطفال لكل امرأة، كما عبر عنه الرئيس رجب طيب أردوغان، وذلك لأن المعدل لم يتجاوز 2.05 في الفترة الممتدة بين 2010 و2015. وعلاوة على ذلك، فإن التوقعات تشير إلى أن الأمور ستزداد سوءاً مع مرور الوقت بحيث يتوقع أن يسجل معدل الخصوبة في تركيا 1.84 طفل لكل امرأة بحلول عام 2030. وهذا ما يدل على أن السياسات العامة في تركيا الرامية إلى زيادة معدل الخصوبة لم تحقق النتائج المرجوة.

2.1.2 متوسط العمر المتوقع للمسنين

في وقتنا الحاضر، يعيش الناس حياة أطول، ومن المتوقع أن يستمر هذا الوضع على هذا النحو في المستقبل. إن زيادة متوسط العمر المتوقع انعكاس لمدى التقدم الذي وصل إليه الإنسان، فالناس يعيشون حياة أطول نظراً لتحسن الوضع من حيث التغذية والصرف الصحي والرعاية الصحية والتعليم والرفاه الاقتصادي. ويبين الشكل 4.2 متوسط العمر المتوقع للأشخاص المسنين.

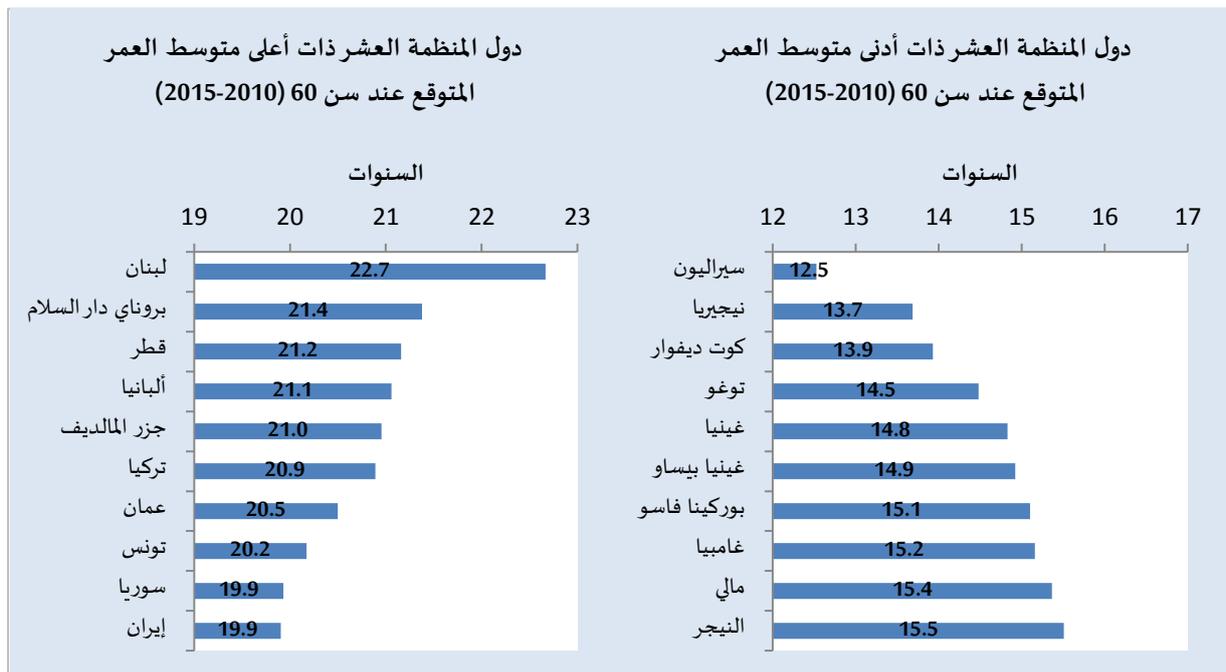
الشكل 4.2: متوسط العمر المتوقع عند سن 60



المصدر: حسابات موظفي أنقرة بناء على قاعدة بيانات الأمم المتحدة للشيخوخة وتنمية السكان 2014. بيانات مرجحة حسب سكان البلد، لذا فإن البلدان الأكثر كثافة من حيث السكان تؤثر على المتوسط أكثر من البلدان الأقل كثافة.

ومن المتوقع أن يعيش كبار السن في دول منظمة التعاون الإسلامي في الوقت الحاضر لفترة أطول مما كان عليه الوضع قبل عقدين من الزمن. وكان متوسط العمر المتوقع لدول المنظمة في عمر 60 سنة هو 16.5 سنة خلال الفترة الممتدة بين 1990 و1995، وزاد بنحو سنة ليصل إلى 17.4 سنة خلال فترة 2010-2015. وبحلول عام 2030، من المتوقع أن يزيد متوسط العمر المتوقع بالنسبة لدول المنظمة في سن 60 بمعدل سنة واحدة أخرى ليصل إلى 18.4 سنة. ومع ذلك، يبقى هذا المعدل أقل من ذلك المسجل في كل من الدول النامية غير الأعضاء في المنظمة وفي الدول المتقدمة. وعلاوة على ذلك، فإن الزيادة في متوسط العمر المتوقع في سن 60 تقل في دول منظمة المؤتمر الإسلامي إذا ما قارناها مع الدول

الشكل 5.2: متوسط العمر المتوقع عند سن 60



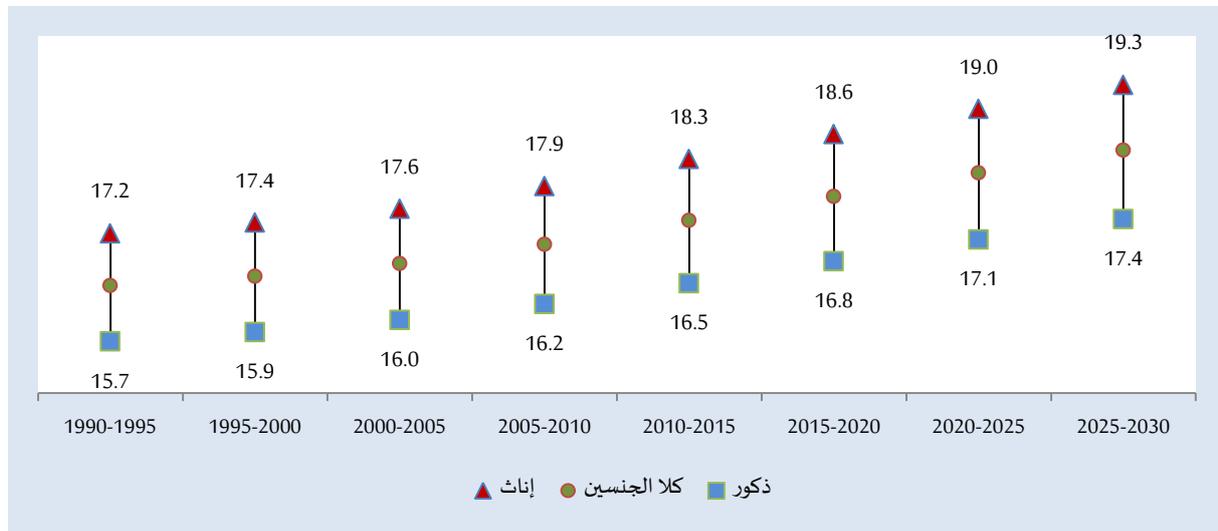
المصدر: قاعدة بيانات الأمم المتحدة للشيخوخة وتنمية السكان 2014.

النامية غير الأعضاء في المنظمة والدول المتقدمة. ومن عام 1990 إلى عام 2030 سيرتفع متوسط العمر المتوقع عند سن 60 بما قدره 4.5 سنوات للدول المتقدمة و 2.6 سنوات للدول النامية غير الأعضاء في المنظمة و فقط 1.9 سنة في دول المنظمة.

وعلى غرار حالة معدلات الخصوبة، فإن دول منظمة التعاون الإسلامي ليست مجموعة متجانسة عندما يتعلق الأمر بالعمر المتوقع عند سن 60. ويبين الشكل 5.2 دول المنظمة ذات أعلى (الجهة اليسرى) وأدنى (الجهة اليمنى) متوسط العمر المتوقع في سن 60 .

ومن حيث معدل العمر المتوقع في سن 60 بالنسبة للجنسين، يتوقع أن تعيش النساء لفترة أطول من الرجال في دول منظمة التعاون الإسلامي، وهذا يتماشى مع ما هو مسجل على المستوى العالمي. في هذا السياق، يبرز الشكل 6.2، الذي يعرض متوسط العمر المتوقع لكبار السن من كلا الجنسين، لمحة مهمة جدا عن الموضوع.

الشكل 6.2: متوسط العمر المتوقع عند سن 60 في دول المنظمة حسب الجنس



المصدر: حسابات موظفي أنقرة بناء على قاعدة بيانات الأمم المتحدة للشيخوخة وتنمية السكان 2014. بيانات مرجحة حسب سكان البلد. لذا فإن البلدان الأكثر كثافة من حيث السكان تؤثر على المتوسط أكثر من البلدان الأقل كثافة.

أولاً، من الواضح جداً أنه يتوقع أن تعيش النساء لفترات أطول من الرجال. ثانياً، اتسعت الفجوة في متوسط العمر المتوقع عند سن 60 بين الإناث والذكور خلال العقدين الماضيين. ففي الوقت الذي كان متوقفاً من الإناث المسنات العيش أكثر من الرجال بمعدل 1.5 سنة خلال فترة 1990-1995، ارتفع هذا الرقم إلى 1.8 سنة خلال الفترة الممتدة بين عامي 2010 و2015. وأخيراً، ستستمر الفجوة في التوسع ولكن بوتيرة أبطأ لتصل إلى 1.9 سنة بحلول عام 2030.

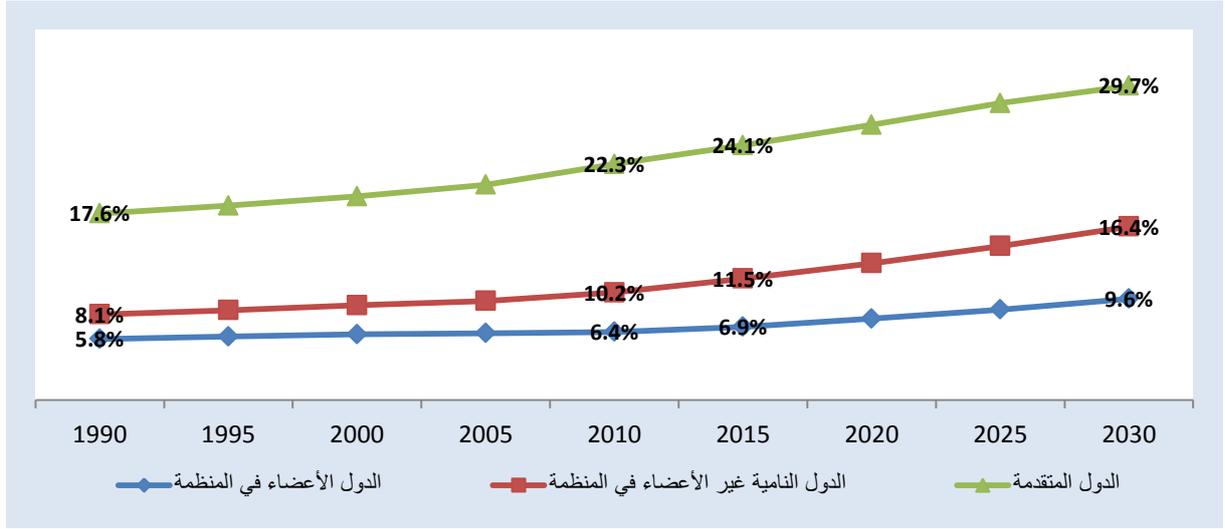
2.2 تحولات في البنية السكانية نحو عدد أكبر من المسنين

كما هو مبين في الفقرة الفرعية أعلاه، تؤدي التوجهات في الخصوبة والعمر المتوقع إلى تشكيل بنية سكانية أكثر شيخوخة. في هذا القسم الفرعي، يتم فحص التحول في البنى السكانية في اتجاه مزيد من المسنين عن طريق تحليل مؤشرين، وهما حصة الأشخاص المسنين من إجمالي عدد السكان ومعدل إعالة كبار السن.

1.2.2 حصة الأشخاص المسنين من إجمالي عدد السكان

مع تقدم المجتمعات في العمر، تخضع البنى السكانية لمجموعة من التغيرات ما يؤدي إلى زيادة في حصة السكان المسنين (البالغين من العمر 60 عاماً أو أكثر) على حساب الفئات العمرية الأخرى مثل السكان الذين هم في سن العمل (المتراوحة أعمارهم بين 15 و59 سنة) والأطفال (دون سن 15). ويبين الشكل 7.2 حصة الأشخاص المسنين من إجمالي عدد السكان في دول منظمة التعاون الإسلامي بالمقارنة مع مجموعات البلدان الأخرى.

الشكل 7.2: حصة السكان البالغين من العمر 60 عاماً أو أكثر



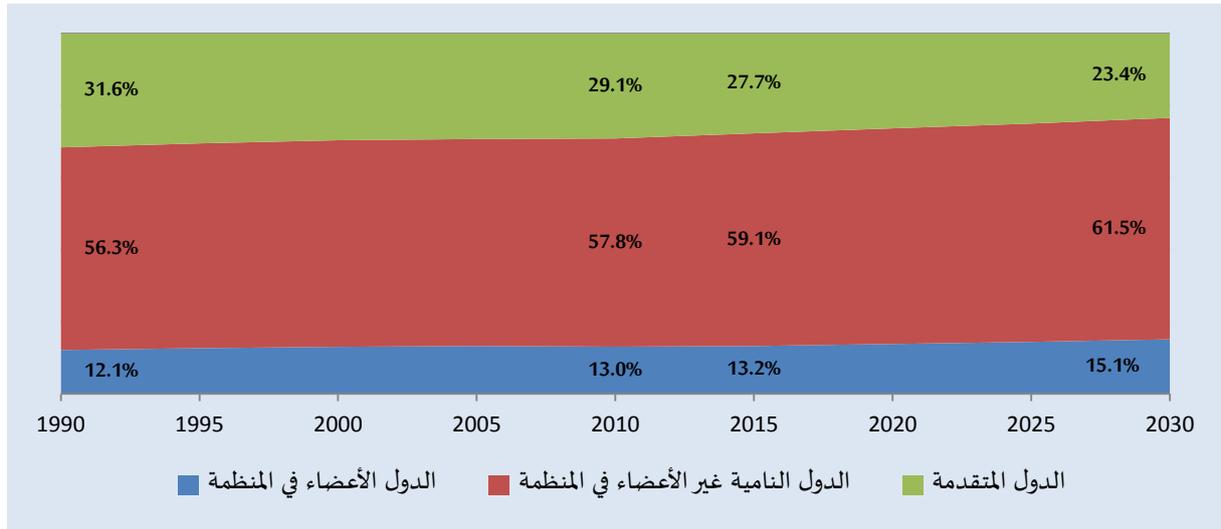
المصدر: حسابات موظفي أنقرة بناء على قاعدة بيانات الأمم المتحدة للشيوخة وتنمية السكان 2014. بيانات مرجحة حسب سكان البلد، لذا فإن البلدان الأكثر كثافة من حيث السكان تؤثر على المتوسط أكثر من البلدان الأقل كثافة.

وكما يكشف هذا الشكل، فإن شيخوخة السكان أمر موجود في جميع أنحاء العالم؛ لكن مراحل وسرعة الشيخوخة تختلف حسب مجموعات البلدان. فخلال الفترة الممتدة بين عامي 1990 و2010، كانت نسبة السكان البالغين من العمر 60 عاماً أو أكثر استقراراً إلى حد ما في دول منظمة التعاون الإسلامي، بحيث سجلت زيادة طفيفة من 5.8% لعام 1990 إلى 6.4% خلال عام 2010، وهو ما يمثل زيادة بنسبة 10.3%. وخلال نفس الفترة الزمنية، ارتفعت نسبة السكان البالغين من العمر 60 عاماً أو أكثر بنسبة 25.9% في الدول النامية غير الأعضاء في المنظمة (من 8.1% إلى 10.2%) وبنسبة 26.7% في الدول المتقدمة (من 17.6% إلى 22.3%). هذا يدل بوضوح على أن وتيرة الشيخوخة في دول المنظمة بين سنتي 1990 و2010 كانت أقل من نصف سرعة الشيخوخة المسجلة في الدول النامية غير الأعضاء في المنظمة والدول المتقدمة. ومع ذلك، وبعد عام 2010 أخذت وتيرة الشيخوخة في دول المنظمة في التسارع، وبحلول عام 2030 يتوقع أن تصل نسبة السكان البالغين من العمر 60 عاماً أو أكثر إلى 9.6%. وهذا ما يمثل زيادة بنسبة 50% بين عامي 2010 و2030 وهو معدل أعلى من زيادة 33.2% المتوقعة في الدول المتقدمة خلال نفس الفترة، ولكنه أقل من زيادة 60.8% المتوقعة في الدول النامية غير الأعضاء في المنظمة.

في عام 1990، 31.6% من كبار السن في العالم كانوا يعيشون في الدول المتقدمة، في حين أن النسبة في الدول النامية غير الأعضاء في المنظمة بلغت 56.3% و 12.1% في دول المنظمة (الشكل 8.2). ومع ذلك، مع مرور الوقت أصبحت نسب كبار السن تتزايد أكثر فأكثر في الدول النامية (سواء في دول المنظمة أو في الدول غير الأعضاء فيها) وتقل شيئاً فشيئاً في الدول المتقدمة. وفي عام 2015، قدرت نسبة الأشخاص المسنين الذين يعيشون في دول منظمة التعاون الإسلامي من إجمالي المسنين في العالم ب 13.2% (زيادة عن 12.1% لعام 1990)، وتشير التوقعات إلى أن هذا الرقم سيرتفع أكثر

ليسجل 15.1% بحلول عام 2030. ونفس الاتجاه عرفته الدول النامية غير الأعضاء في المنظمة، في المقابل سجلت الدول المتقدمة توجها معاكسا. ارتفعت نسبة كبار السن الذين يعيشون في الدول النامية غير الأعضاء في المنظمة من 56.3% المسجلة عام 1990 إلى 59.1% في عام 2015، ومن المتوقع أن تصل إلى 61.5% في عام 2030. من ناحية أخرى، فإن نسبة كبار السن الذين يعيشون في الدول المتقدمة من الإجمالي العالمي في تراجع مستمر، بحيث انخفضت من 31.6% المسجلة عام 1990 إلى 27.7% في المائة في عام 2015 ومن المتوقع أن تسجل 23.4% في عام 2030.

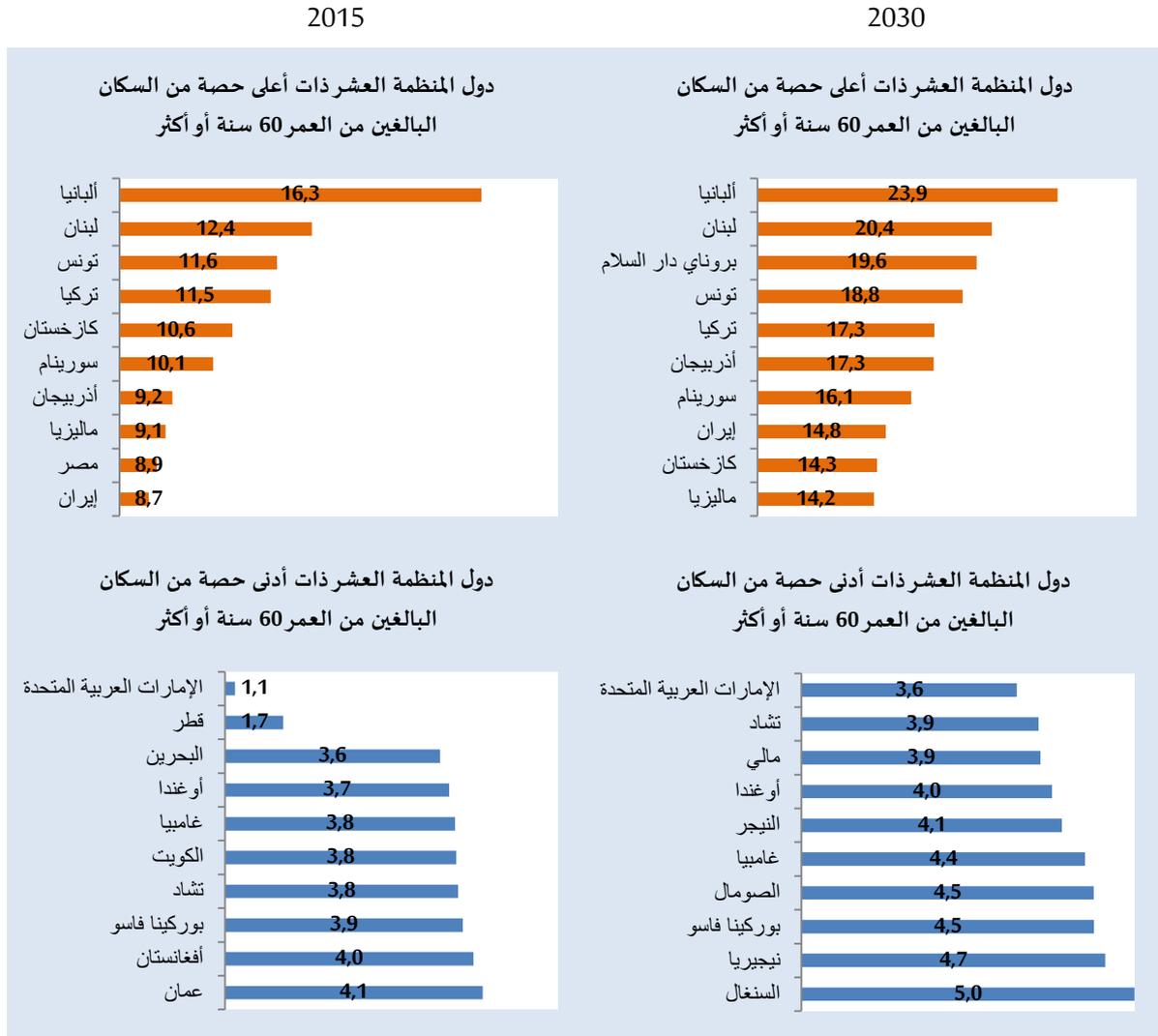
الشكل 8.2: التوزيع الجغرافي لكبار السن في العالم



المصدر: حسابات موظفي أنقرة بناء على قاعدة بيانات الأمم المتحدة للشيخوخة وتنمية السكان 2014. بيانات مرجحة حسب سكان البلد، لذا فإن البلدان الأكثر كثافة من حيث السكان تؤثر على المتوسط أكثر من البلدان الأقل كثافة.

كما يظهر الشكل 9.2، هناك قدر كبير من التباين في نسب الشيخوخة بين دول منظمة التعاون الإسلامي. ففي عام 2015، ضمت قائمة دول المنظمة العشر ذات أدنى حصة من السكان البالغين من العمر 60 عاماً أو أكثر مزيجاً من البلدان، بما في ذلك بعض دول مجلس التعاون الخليجي (GCC) وبعض الدول الأعضاء من منطقة أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى. ومع ذلك، فإنه بحلول عام 2030 ستتشكل القائمة في معظمها من دول المنظمة الواقعة في أفريقيا جنوب الصحراء مع استثناء واحد وهو دولة الإمارات العربية المتحدة. أما بالنسبة للدول ذات أعلى نسبة من السكان البالغين من العمر 60 عاماً أو أكثر، وبخاصة البلدان المتصدرة للقائمة مثل ألبانيا ولبنان، فهي في أمس الحاجة إلى وضع وتنفيذ سياسات وتعديلات مؤسسية للتعامل مع مسألة شيخوخة السكان التي تلوح في الأفق.

الشكل 9.2: دول المنظمة ذات أعلى وأدنى حصة من السكان البالغين من العمر 60 سنة أو أكثر، %



المصدر: قاعدة بيانات الأمم المتحدة للشيخوخة وتنمية السكان 2014.

2.2.2 معدل إعالة كبار السن

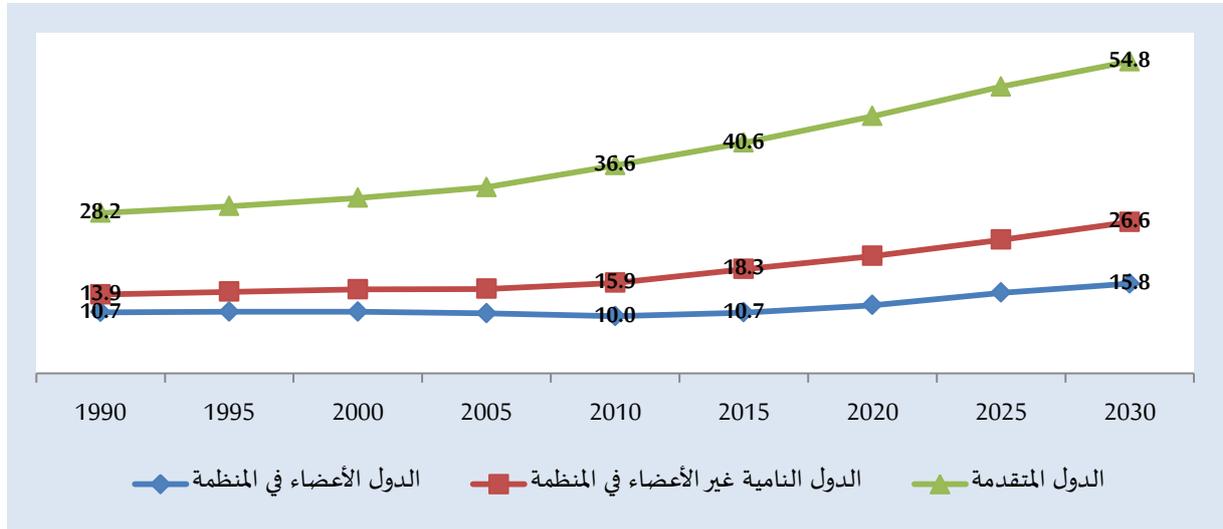
يشير معدل إعالة كبار السن إلى الآثار المحتملة للتغيرات في البنى العمرية للسكان على التنمية الاجتماعية والاقتصادية. موضحا التوجهات العامة في احتياجات الدعم الاجتماعي. يسلط المعدل الضوء على عبء الإعالة السكانية لكبار السن في مجموعة سكانية معينة، أو بعبارة أخرى، كم هو عدد "المعالين المسنين" الذين هم بحاجة لمساعدة كل شخص في سن العمل. وببساطة، فإن معدل إعالة كبار السن هو عدد المسنين البالغين من العمر 60 عاما أو أكثر لكل مائة شخص تتراوح أعمارهم بين 15 و59 سنة، وهو مبين في المعادلة التالية:

$$\text{معدل إعالة كبار السن} = \frac{\text{عدد الأشخاص البالغين من العمر 60 عاما أو أكثر}}{\text{عدد الأشخاص المتراوحة أعمارهم بين 15 و 59 عاما}} \times 100$$

ويظهر الشكل 10.2 معدل إعالة كبار السن في دول منظمة التعاون الإسلامي بالمقارنة مع مجموعات البلدان الأخرى، فيوضح أن نسبة إعالة كبار السن في تزايد مستمر منذ عام 1990 في الدول المتقدمة وفي الدول النامية غير الأعضاء في

المنظمة، ومن المتوقع أن تستمر هذه النسبة على نفس النحو حتى عام 2030. لكن بالمقابل، نجد أن الصورة مختلفة تماما في دول المنظمة، حيث ظل معدل إعالة كبار السن مستقرا على نفس الوتيرة تقريبا خلال فترة 1990-2015، لكن من المتوقع أن يأخذ منحى تصاعديا بدءا من العام 2015. وبدوره، يبرز الشكل 10.2 ارتفاع عبء التركيبة السكانية للمسنين في الدول المتقدمة (40.6 في عام 2015 ويتوقع أن يرتفع إلى 54.8 بحلول 2030)، في حين أن هذا العبء في الدول النامية غير الأعضاء في المنظمة معتدل نسبيا (18.3 في عام 2015 ويتوقع أن يرتفع إلى 26.6 بحلول 2030). من جهة أخرى، تتموقع دول منظمة التعاون الإسلامي في وضع متميز للغاية بحيث أن عبئها منخفض (10.7 في عام 2015 ويتوقع أن يرتفع إلى 15.8 بحلول 2030). ويعتبر هذا الأمر بمثابة فرصة تاريخية كبيرة بالنسبة لدول المنظمة والتي ستستمر حتى عام 2030 على الأقل، حسب ما هو وارد في الشكل، لتحقيق أهدافها الإنمائية وتضييق الفجوة بينها وبين الدول المتقدمة. في هذا الإطار، تتمتع دول المنظمة بنسبة كبيرة من السكان القادرين على العمل وانخفاض عبء التركيبة السكانية للمسنين.

الشكل 10.2: معدل إعالة كبار السن



المصدر: حسابات موظفي أنقرة بناء على قاعدة بيانات الأمم المتحدة للشيوخة وتنمية السكان 2014. بيانات مرجحة حسب سكان البلد، لذا فإن البلدان الأكثر كثافة من حيث السكان تؤثر على المتوسط أكثر من البلدان الأقل كثافة.

3.2 مشاركة المسنين في القوى العاملة

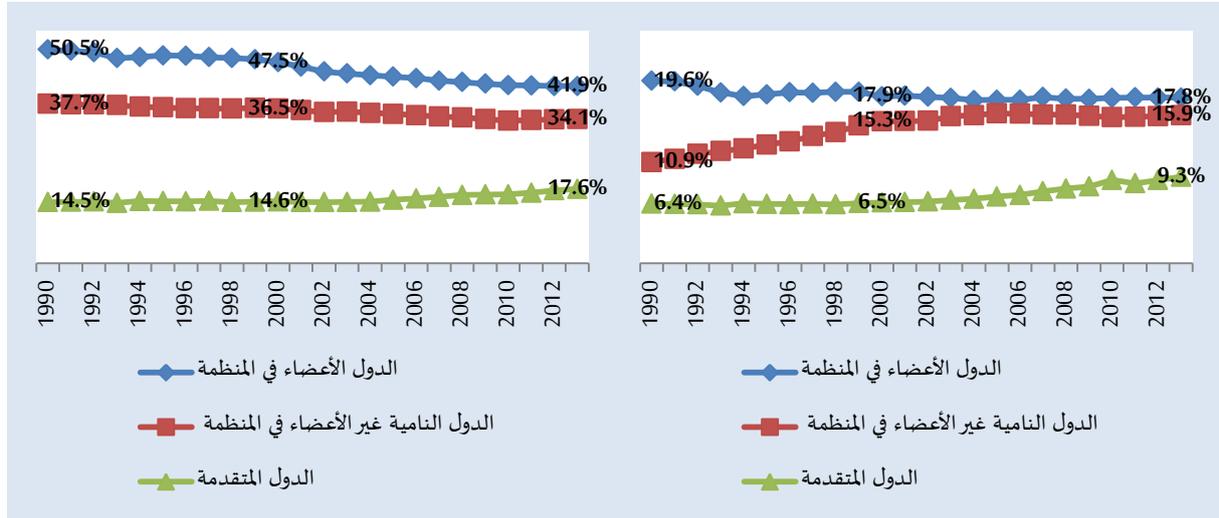
من المعلوم أنه حينما يكبر الأشخاص في العمر فإن الأمر الطبيعي هو أن يحالوا على التقاعد. لكن في واقع الأمر، وكما يكشف الشكل 2.11، يواصل العديد من كبار السن مزاوله العمل وخاصة في العالم النامي (بلدان المنظمة وغيرها).

يستخدم معدل المشاركة في القوى العاملة (LFPR) بالنسبة لكبار السن لتحديد مدى مشاركتهم في الحياة الاقتصادية. وبتعبير أدق، يقيس معدل المشاركة في القوى العاملة فئة كبار السن من السكان في سن العمل التي تشارك بنشاط في سوق الشغل. وبعبارة أخرى، يشير هذا المعدل إلى كبار السن الذين يشكلون يدا عاملة لإنتاج السلع والخدمات خلال فترة محددة.

يستمر كبار السن في الدول النامية الأعضاء في المنظمة وغير الأعضاء في العمل حتى سن متقدمة ويرجع ذلك أساسا إلى التغطية المحدودة لبرامج الضمان الاجتماعي، فضلا عن الانخفاض النسبي لقيمة المعاشات التي يتلقاها أولئك الذين تشملهم التغطية الاجتماعية. ومع ذلك، فإن الأرقام المسجلة في دول منظمة التعاون الإسلامي تسير في منحى تنازلي، مما

قد يدل على حصول تحسن في مجال الحماية الاجتماعية لكبار السن. من ناحية أخرى، فإن الأرقام تشير في منحنى تصاعدي في الدول المتقدمة، ما يشير إلى تدهور في نجاعة نظم الضمان الاجتماعي والمعاشات و / أو زيادة في السن القانونية للتقاعد.

الشكل 11.2: معدل مشاركة المسنين في القوى العاملة (البالغين من العمر +65)



المصدر: حسابات موظفي أنقرة بناء المؤشرات الرئيسية لسوق الشغل (KILM) الصادرة عن منظمة العمل الدولية، الطبعة الثامنة. بيانات مرجحة حسب سكان البلد، لذا فإن البلدان الأكثر كثافة من حيث السكان تؤثر على المتوسط أكثر من البلدان الأقل كثافة.

كما يكشف الشكل 11.2 مدى التباين القائم بين الجنسين فيما يخص المشاركة في القوى العاملة بالنسبة للمسنين. فنسبة مشاركة النساء المسنات في القوة العاملة تقل بكثير عن نسبة الذكور. وفي دول منظمة التعامل الإسلامي، يعد انخفاض مشاركة الإناث في القوة العاملة أبطأ بكثير من نظيرتها بالنسبة للذكور، فقد تراجع نسبة مشاركة الإناث في قوة العمل من 19.6% المسجلة عام 1990 إلى 17.8% في عام 2013، أي ما يعادل انخفاضا بنسبة 10.1%. بالمقابل، تراجع المعدل بالنسبة للذكور من 50.5% إلى 41.9% وهو ما يعادل انخفاضا بنسبة 17.0%. ويمكن تفسير ذلك بكون أن النساء عموما صرن يلجئن سوق الشغل بأعداد متزايدة منذ 1990 بغض النظر عن الفئة العمرية التي ينتمين إليها.

تتدخل عوامل كثيرة لتؤثر على المشاركة في القوى العاملة بين كبار السن، إذ تلعب الظروف الاقتصادية وسياسات التقاعد دورا رئيسيا في هذا الجانب. ومن ناحية أخرى، تدخل التحديات المرتبطة بالصحة والتراجع في القوة البدنية ضمن الأسباب الأخرى التي تفسر تراجع معدلات النشاط الاقتصادي مع تقدم العمر.

بالإضافة إلى ذلك، غالبا ما يلجأ العمال كبار السن إلى مزاولة الأعمال المرتبطة بالزراعة والأعمال غير الرسمية وكذلك العمل بدوام جزئي، مما يعني رداءة استحقاقات التقاعد وانخفاض معدلات الأجور الدنيا ومحدودية فرص التدريب.

كما أن كبار السن غالبا ما يواجهون مسألة التمييز في التوظيف والترقية والاستفادة من دورات تدريبية ذات صلة بالشغل. ولهذا فإن عدد البلدان التي تعتمد قوانين لمكافحة التمييز ضد العمال الأكبر سنا في تزايد مستمر. ووفقا لمنظمة العمل الدولية، فإن حوالي خمسين دولة حول العالم تتوفر على شكل من أشكال التشريع ضد التمييز القائم على العمر في التوظيف.

3 الرفاه الاجتماعي والاقتصادي للمسنين

حسب ما تم التطرق إليه في القسم السابق، تعد شيخوخة السكان ظاهرة منتشرة في جميع أنحاء العالم. وفي هذا السياق، فإن حجم السكان المسنين نسبة إلى الفئات العمرية الأخرى يشكل تحدياً للعلاقات الأسرية القائمة والخدمات الصحية والضمان الاجتماعي. لذلك، يتطلب فهم إمكانات كبار السن للمساهمة في أسرهم ومجتمعاتهم المحلية والمجتمع عموماً معلومات أكثر من مجرد تحديد الخصائص الديموغرافية لوضعهم.

في ضوء ما سبق، يقدم هذا القسم لمحة عن كبار السن من السكان في دول منظمة التعاون الإسلامي فيما يتعلق بخصائصهم الاجتماعية والاقتصادية مثل ترتيبات المعيشة والصحة وكذلك الضمان الاجتماعي.

1.3 الترتيبات المعيشية للمسنين في دول منظمة التعاون الإسلامي

تعتبر المعايير الثقافية والدعم العائلي من العوامل الرئيسية التي تحدد الترتيبات المعيشية للمسنين. ففي المجتمع المسن، يحظى كبار السن بعدد أقل من الأبناء والأحفاد نسبياً مقارنة مع ما هو عليه الحال في مجتمع أكثر شبابية. ونتيجة لذلك، فإن حظوظ كبار السن في المجتمع المسن في العيش في أسر متعددة الأجيال قليلة، بينما تزداد في المقابل إمكانية عيشهم بشكل مستقل، أي العيش لوحدهم أو مع الزوج فقط.

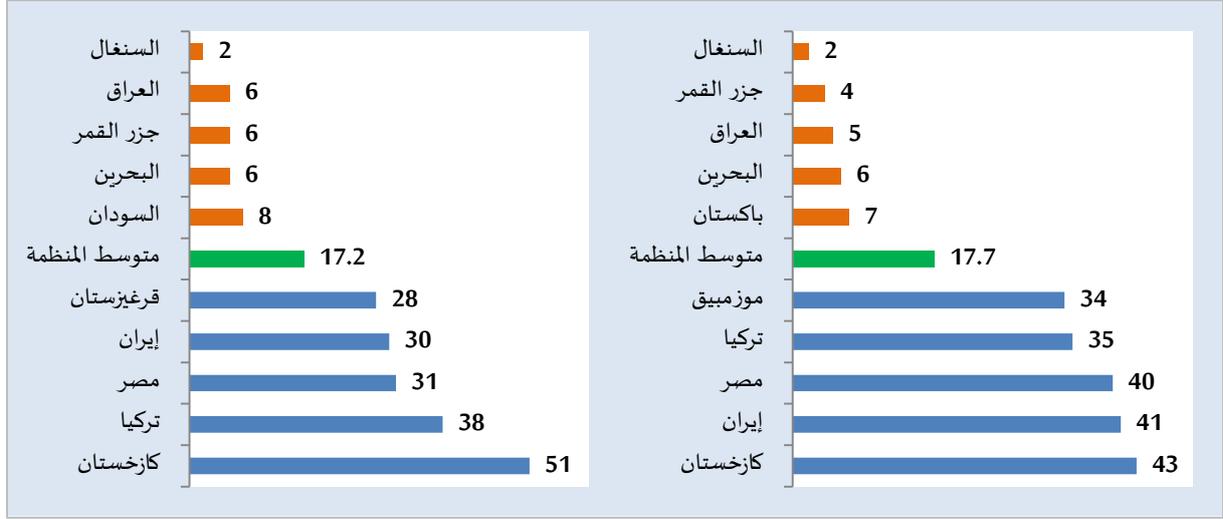
قد يكون العيش بشكل مستقل الترتيب الأفضل لبعض كبار السن. ففي الدول المتقدمة حيث يتمتع كبار السن بموارد اقتصادية كافية، بما في ذلك المعاشات والدخل، يدل العيش بصورة مستقلة على الاكتفاء الذاتي من الناحية الاقتصادية وارتفاع مستويات المعيشة. وعلى العكس من ذلك، قد يكون هذا النوع من الترتيب المعيشي وضعا غير مرغوب فيه بالنسبة لكبار السن ذوي الدخل المحدود والمعتمدين على أبنائهم لحد كبير.

وفي هذا السياق، يذكر أن هناك اختلافات كبيرة بين البلدان فيما يتعلق بالترتيبات السكنية لكبار السن. ففي الوقت الذي تعتبر فيه المساكن المشتركة متعددة الأجيال أقل شيوعاً بين الدول المتقدمة، فإن الأسرة الممتدة المكونة من الأجداد والأحفاد تعد أكثر شيوعاً في العديد من الدول النامية. وقد ظهرت هذه الترتيبات كنتيجة للعديد من التحديات. فقد يقيم الأطفال مع أجدادهم إذا مات أحد الوالدين أو كليهما أو إذا هاجرا للعمل أو إذا جعل الطلاق إمكانية تربية الوالدين لأبنائهما عملية صعبة. لذلك، فإن النساء المسنات أكثر عرضة للعيش في هذا النوع من الأسر المعيشية.

ويظهر الشكل 1.3 دول منظمة التعاون الإسلامي العشر وفقاً لأعلى المعدلات من حيث نسبة الرجال والنساء الذين عاشوا بمفردهم خلال عام 2012. وكانت كازاخستان هي الدولة المسجلة لأعلى معدلات الرجال والنساء الذين يعيشون بمفردهم ضمن جميع الدول الأعضاء وذلك بنسبة 51% و 43% على التوالي. من ناحية أخرى، تسجل السنغال أدنى هذه المعدلات وذلك بنسبة 2% فقط.

وبدورها، تحمل الحالة الزوجية تداعيات هامة على مستوى العديد من جوانب رفاهية كبار السن. فعلى سبيل المثال، يمكن للأزواج أن يكونوا المصادر الأساسية للدعم المادي والاجتماعي والعاطفي في أوقات المرض والمصاعب، لذلك يكون كبار السن الذين يعيشون بمفردهم أكثر عرضة للوحدة والاكنتاب من أولئك الذين يعيشون مع شريك. والنتيجة هي أن العيش مع زوج له مزايا عديدة بالنسبة لكبار السن.

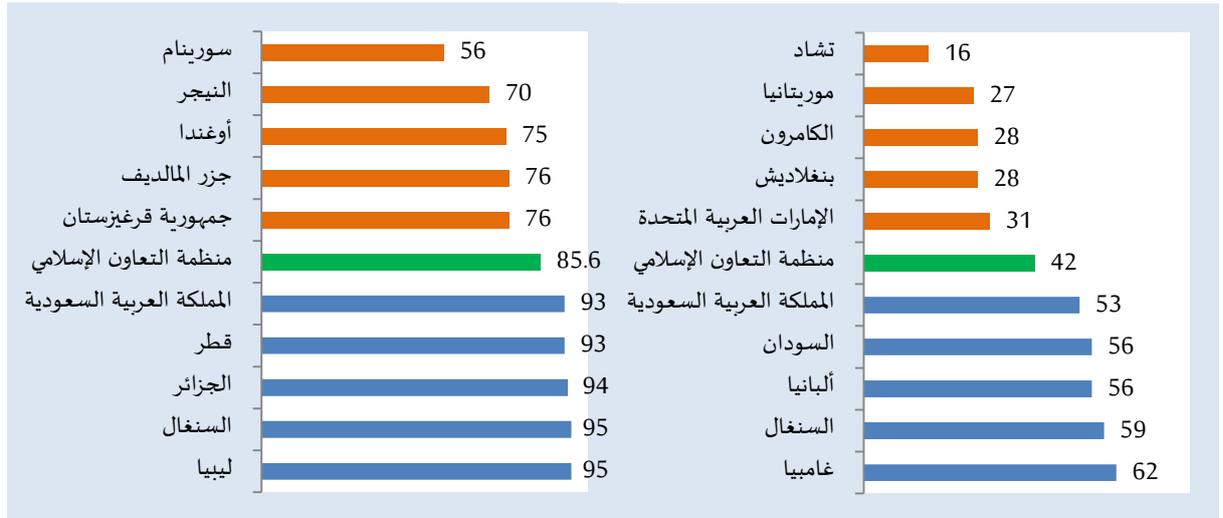
الشكل 1.3: دول المنظمة العشر ذات أعلى وأدنى حصة من الأشخاص الذين يعيشون مستقلين، 60 سنة أو أكثر، رجال (يسار) ونساء (يمين)، (%،) 2012



المصدر: الأمم المتحدة، إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية

وكما هو مبين في الشكل 2.3، فإن سورينام هي الدولة ذات أدنى حصة من كبار السن من الرجال المتزوجين في الوقت الراهن (56%) في عام 2012، فيما عادت أعلى حصة لليبيا بنسبة بلغت 95%. ومن ناحية أخرى، تم تسجيل أقل نسبة من النساء المسنات المتزوجات حاليا في تشاد بنسبة 16% فقط، في حين أن أعلى معدل عرفته غامبيا بنسبة 62%. وبالتالي، وبمتوسط قدره 85.6%، فإن احتمال زواج المسنين من الرجال أكبر منه بالنسبة للنساء المسنات في دول منظمة التعاون.

الشكل 2.3: دول المنظمة العشر ذات أعلى وأدنى حصة من المتزوجين حاليا، 60 سنة أو أكثر، رجال (يسار) ونساء (يمين)، (%،) 2012



المصدر: الأمم المتحدة، إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية

2.3 صحة المسنين في دول منظمة التعاون الإسلامي

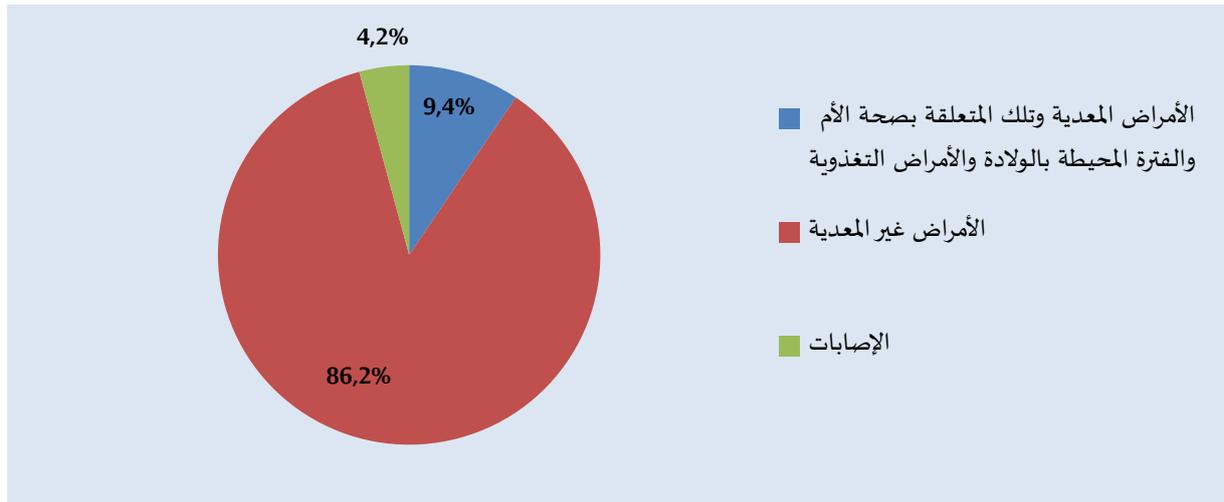
كما تم التطرق إليه في المقدمة، يعد تعزيز الصحة والرفاه في سن الشيخوخة من بين التوجهات ذات الأولوية في خطة عمل مدريد الدولية للشيخوخة (MIPAA). فيمكن للأفراد المسنين الذين يتمتعون بصحة جيدة التمتع أيضا بقدر أكبر من الرفاهية والمشاركة بنشاط أكبر في الحياة الاقتصادية والاجتماعية والثقافية والسياسية للمجتمع. وفي هذا الصدد، يبرز هذا القسم الأسباب الرئيسية للوفاة والحالات والعاهات المزمنة وكذلك الصحة العقلية.

1.2.3 الأسباب الرئيسية للوفاة

شهد القرن العشرين انخفاضا في معدلات الوفيات، بحيث تحسنت فرص البقاء على قيد الحياة بشكل ملحوظ بالنسبة لكبار السن بين عامي 1950 و2015 في كل مجموعات البلدان. في الوقت الراهن، يمكن للأفراد الذين ظلوا على قيد الحياة حتى سن 60 عاما أن يعيشوا لفترة أطول مقارنة مع ما كان عليه الحال في السنوات الماضية. وفي هذا السياق، بلغ متوسط العمر المتوقع عند سن 60 سنة 16.5 خلال الفترة الممتدة بين 1990 و1995 ليرتفع بمعدل يقرب من سنة واحدة خلال فترة 2010-2015. ومع ذلك، فإن عدد السنوات الإضافية التي يعيشها المسن بصحة جيدة يبقى غير واضح.

وقد أدى النجاح المحقق على مستوى مكافحة الأمراض المعدية إلى انخفاض معدلات الوفيات وتحول في الأسباب الرئيسية للوفاة. وفي الوقت الذي انخفضت فيه حصة الوفيات الناجمة عن الأمراض المعدية (9.4%)، صارت تشكل الأمراض غير المعدية مثل أمراض القلب والأوعية الدموية والسكتة الدماغية والسرطان نسبة أكبر من أسباب الوفاة بين كبار السن. ففي عام 2012، تسببت الأمراض غير المعدية بنسبة مقدرة بـ 86.2% من الوفيات بين الأشخاص البالغين من العمر 60 عاما أو أكثر في جميع أنحاء العالم (الشكل 3.3). كما أن 4.2% فقط من الوفيات بين المسنين في العالم حدثت بسبب الإصابات في عام 2012.

الشكل 3.3: أسباب الوفاة بين الأشخاص البالغين من العمر 60 عاما أو أكثر على مستوى العالم، 2012

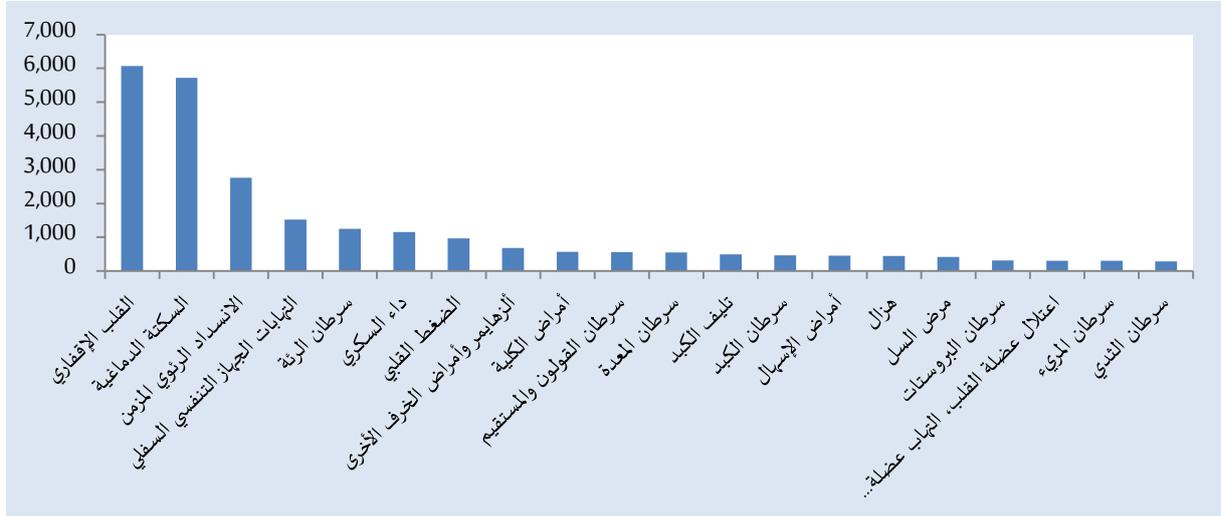


المصدر: تقديرات الصحة العالمية، 2014

في هذا السياق، يبرز الشكل 4.3 الأسباب العشرين الأكثر فتكا بالأشخاص البالغين من العمر 60 عاما أو أكثر. فمرض القلب الإقفاري والسكتة الدماغية يعتبران السببين الرئيسيين للوفاة، يليهما كل من مرض الانسداد الرئوي المزمن والتهابات الجهاز التنفسي السفلي وسرطان الرئة. في حين أن داء السكري ومرض القلب الضغطي يحتلان المرتبة

السادسة والسابعة على التوالي كأكثر الأسباب المؤدية للوفاة ، إذ تسببا كلهما في وفاة أكثر من 2.1 مليون مسن في عام 2012.

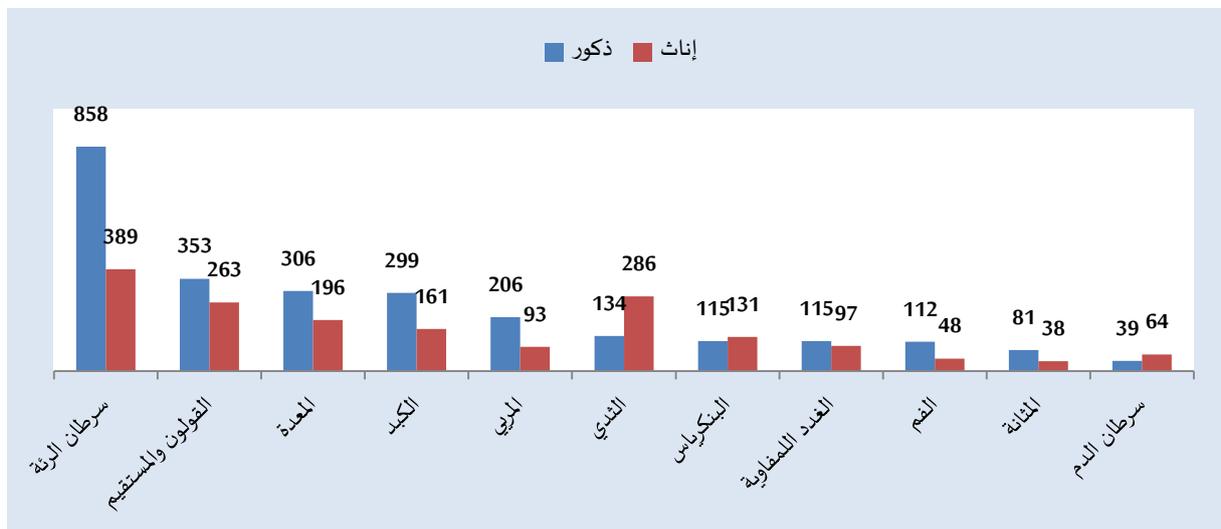
الشكل 4.3: أسباب الوفاة الرئيسية بين الأشخاص البالغين من العمر 60 عاما أو أكثر على مستوى العالم، 2012 (بالآلاف)



المصدر: تقديرات الصحة العالمية، 2014

ويخلص الشكل 5.3 الأهمية النسبية لأنواع السرطانات الأكثر شيوعا، من حيث أعداد الوفيات بين الأشخاص البالغين من العمر 60 عاما أو أكثر في العالم. وعلى الصعيد العالمي، يبقى سرطان الرئة السبب الأكثر شيوعا للوفاة بسبب السرطان بين الرجال والنساء، بينما يحتل سرطان القولون والمستقيم الرتبة الثانية كأكثر مسببات الوفاة المرتبطة بالسرطان عموما. وبالنسبة للرجال، يحتل سرطان المعدة الرتبة الثانية في الترتيب العام كمسبب للوفيات، في حين أن سرطان الثدي هو ثاني سبب رئيسي للوفاة بالنسبة للنساء. وتعد سرطانات المعدة السبب الرئيسي الثالث للوفاة على الصعيد العالمي، يليها سرطان الكبد في الرتبة الرابعة ثم سرطان البروستات خامسا.

الشكل 5.3: الوفيات بسبب السرطان بين الأشخاص البالغين من العمر 60 عاما أو أكثر على مستوى العالم، 2012 (بالآلاف)



المصدر: تقديرات الصحة العالمية، 2014

وبالنسبة للنساء، يعد سرطان القصبة الهوائية أكثر أنواع السرطانات شيوعاً على المستوى العالمي، سرطان القصبات الهوائية والرئة، يليه سرطان الثدي وسرطان القولون والمستقيم. وتشكل أنواع أخرى من السرطان مثل سرطان المعدة والكبد والبنكرياس الأسباب الرئيسية لوفيات السرطان على الصعيد العالمي.

2.2.3 الأمراض المزمنة والإعاقات

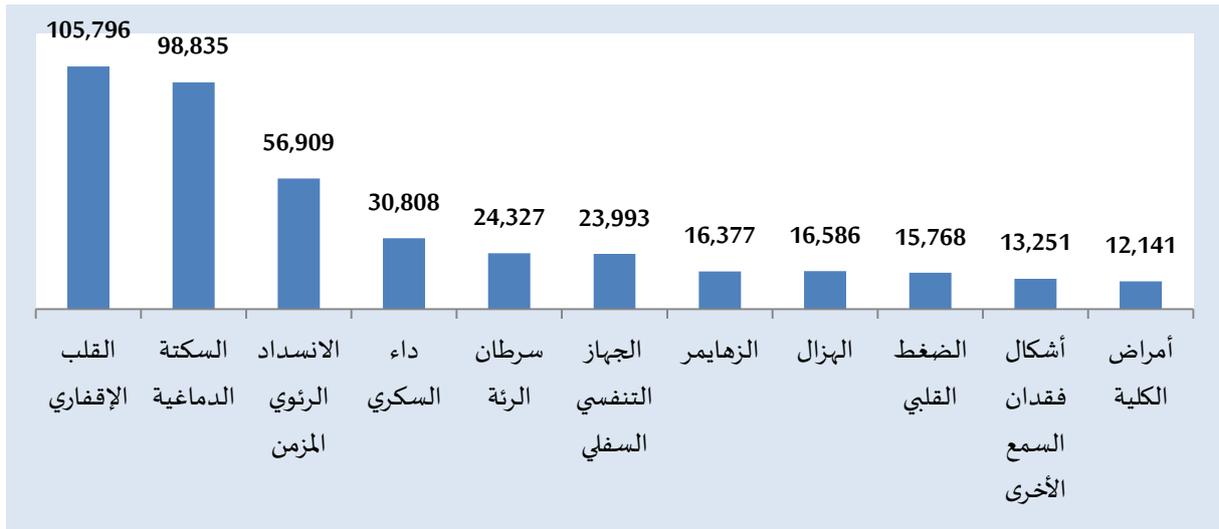
يعتبر متوسط الانتشار العالمي للعاهات المتوسطة والخطيرة مضاعفاً بمقدار ثلاث مرات بين الأشخاص البالغة أعمارهم 60 عاماً أو أكثر عن معدل انتشارها بين المتراوحه أعمارهم بين 15 و59 عاماً. ففي كل من الدول المتقدمة والدول النامية يرافق ميزة تفوق المرأة في العمر المتوقع عبئاً أكبر من الأمراض المزمنة والعاهات في سن الشيخوخة. وبعبارة أخرى، النساء يعشن أطول من الرجال ولكنهن يعشن فترة الشيخوخة في حالة صحية سيئة.

يستخدم معدل السنة الحياتية للإعاقة (DALY) لقياس عبء المرض العام، ويعبر عنه بعدد السنوات الضائعة بسبب اعتلال الصحة أو الإعاقة أو الموت المبكر. تم تطويره في التسعينيات باعتباره وسيلة للمقارنة بين الصحة والعمر المتوقع عموماً لبلدان مختلفة.

ويعتبر مرض القلب الإقفاري والسكتة الدماغية وأمراض الانسداد الرئوي المزمن من أكثر الأسباب شيوعاً للإعاقة بين الأشخاص البالغة أعمارهم 60 عاماً أو أكثر (الشكل 6.3). كما أن الأمراض المزمنة مثل مرض السكري وسرطان الرئة والتهابات الجهاز التنفسي السفلي شائعة بصفة خاصة عند التقدم أكثر في العمر.

في هذا السياق، غالباً ما تسجل الدول النامية معدلات عالية من العاهات المرتبطة بأسباب يمكن الوقاية منها مثل الإصابات، بالإضافة إلى الافتقار إلى التدخلات الطبية الأساسية مثل النظارات الطبية وجراحة الساد وأجهزة السمع أو الأجهزة المساعدة التي من شأنها حماية وظائف الجسم من الإعاقة.

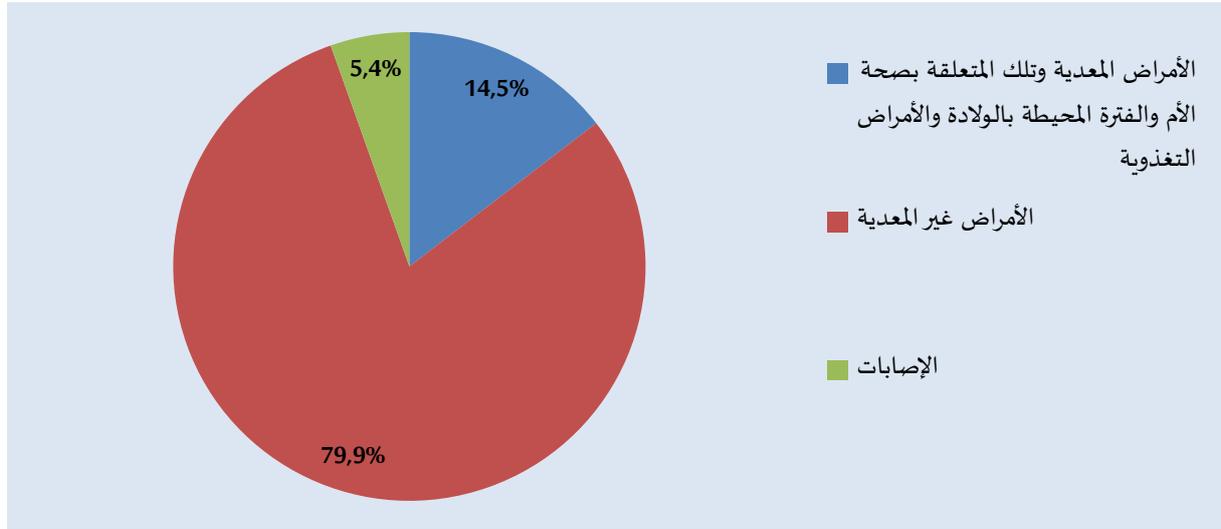
الشكل 6.3: الأسباب العشر الرئيسية للإعاقة المعتدلة والحادة بين الأشخاص البالغين من العمر 60 عاماً أو أكثر على مستوى العالم، 2012 (بالآلاف)



المصدر: تقديرات الصحة العالمية، 2014

وبنسبة 79.9%، تشكل الأمراض غير المعدية في الدول الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي عنصراً رئيسياً للإعاقة المعتدلة والشديدة بين الأشخاص البالغة أعمارهم 60 عاماً أو أكثر، تليها الأمراض المعدية وتلك المتعلقة بصحة الأم والفترة المحيطة بالولادة والأمراض التغذوية (الشكل 7.3).

الشكل 7.3: أسباب الإعاقة المعتدلة والحادة بين الأشخاص البالغين من العمر 60 عاماً أو أكثر في الدول الأعضاء في المنظمة، 2012



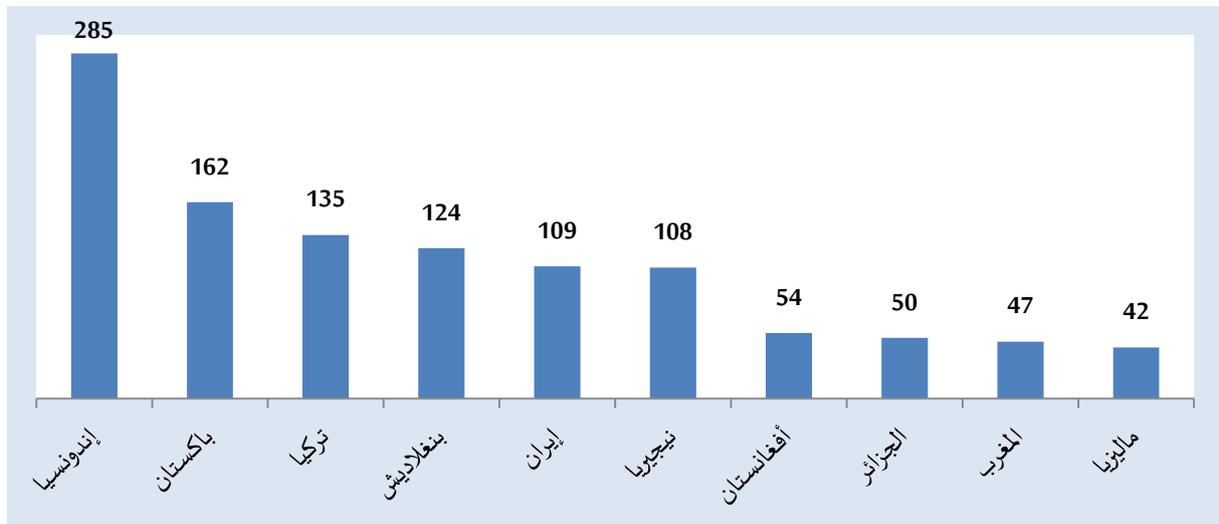
المصدر: تقديرات الصحة العالمية، 2014

وعلاوة على ذلك، فإن ارتفاع مستويات السمنة وزيادة استهلاك التبغ والكحول لدى بعض السكان وظهور أمراض معدية جديدة بما في ذلك فيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز وعودة الملاريا كلها أمور تقوض التقدم الحاصل في مجال الصحة بين المسنين.

3.2.3 الصحة العقلية

تبين الدراسات القطرية في الدول النامية أن نسبة عالية من كبار السن يعانون من الاكتئاب والشعور بالوحدة والقلق. وتنشأ هذه المشاكل نتيجة تغييرات رئيسية في الحياة مثل وفاة أحد الزوجين أو التراجع المفاجئ في الحالة الصحية. وغالبا ما تكون إصابة الفرد بالاكتئاب مصحوبة باضطرابات أخرى مثل الخرف أو أمراض القلب أو السكتة الدماغية أو مرض السكري أو السرطان. وعلى الرغم من أن الاكتئاب غالبا ما يتحسن مع العلاج، إلا أنه غالبا ما يتم تجاهله في

الشكل 8.3: دول المنظمة العشر ذات أكثر حالات الاضطرابات العقلية والسلوكية بين الأشخاص البالغين من العمر 60 عاماً أو أكثر (بالآلاف)، 2012



المصدر: تقديرات الصحة العالمية، 2014

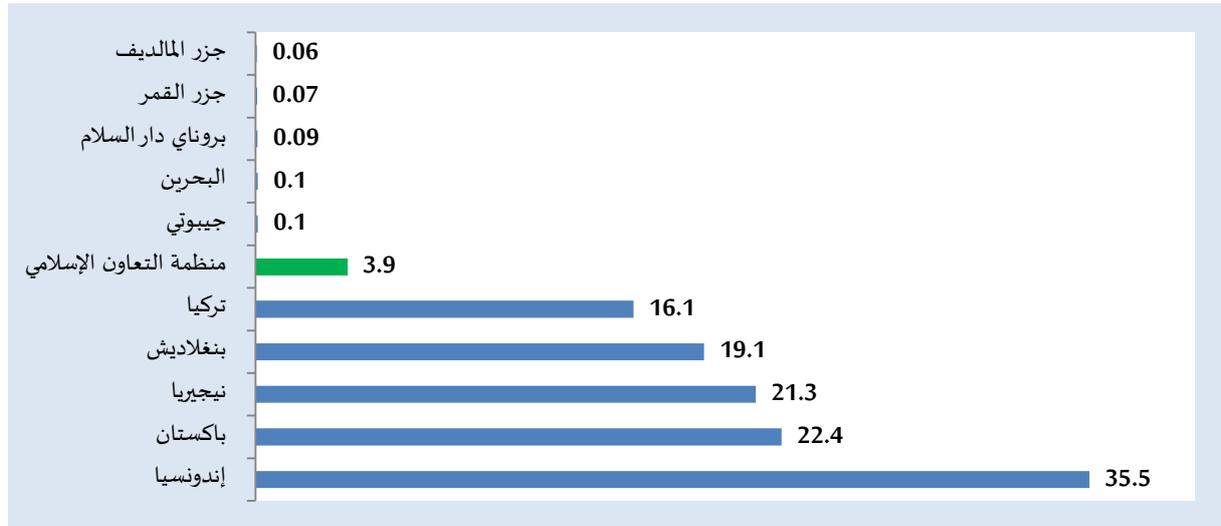
حالة كبار السن بسبب نقص المعرفة بين مقدمي الرعاية والعاملين في مجال الصحة. ففي الدول المتقدمة، يعاني ما يقدر بنحو 1-3% من الأشخاص البالغين أكثر من 65 سنة من اكتئاب حاد ويعاني 10-15% آخرون من أشكال أكثر اعتدالا (الأمم المتحدة، 2011).

وبين الشكل 8.3 دول منظمة التعاون الإسلامي العشر ذات أكبر رقم من حيث عدد حالات الاضطرابات العقلية والسلوكية بين الأشخاص البالغة أعمارهم 60 عاما أو أكثر في عام 2012. ونلاحظ أن أكبر عدد لحالات الاضطرابات العقلية والسلوكية مسجلة بإندونيسيا بحيث بلغت 285.000 من كبار السن، تليها كل من باكستان وتركيا.

وعلاوة على ذلك، يتسبب الزهايمر وأشكال الخرف الأخرى في حالات عجز عميق. ففي عام 2010، قدر عدد الأشخاص المصابين بالخرف حول العالم بحوالي ستة وثلاثين مليون، ومن المتوقع أن يتضاعف هذا العدد كل عشرين سنة (الأمم المتحدة، 2011). وفي الغالب، يستبعد الأشخاص المصابون بالخرف من الرعاية السكنية كما يحرمون أحيانا من ولوج المستشفيات.

وضمن دول منظمة التعاون الإسلامي، يوجد أكبر عدد المصابين بالزهايمر وأشكال الخرف الأخرى في إندونيسيا وباكستان ونيجيريا وبنغلاديش وتركيا (الشكل 9.3). وبالمقابل، تتوفر كل من جيبوتي والبحرين وبروناي دار السلام وجزر القمر وجزر المالديف على أقل عدد من مرضى الزهايمر وأشكال الخرف الأخرى.

الشكل 9.3: دول المنظمة العشر ذات أعلى وأدنى رقم من حيث عدد مرضى الزهايمر وأشكال الخرف الأخرى (بالآلاف)، 2012.



المصدر: تقديرات الصحة العالمية، 2014

3.3 الضمان الاجتماعي للمسنين

كلما تقدم الفرد في السن وصار مسنا، كلما قل اعتماده على العمل كمصدر للدخل. وعموما، فإنه أغلبية الأشخاص لا يستطيعون غالبا الحصول على وظائف جيدة الأجر في الأعمار المتقدمة. وبالنسبة لغالبية كبار السن، تبقى المدخرات الخاصة والتحويلات المالية بين أفراد العائلة غير كافية لضمان مستوى لائق من أمن الدخل حتى نهاية حياتهم.

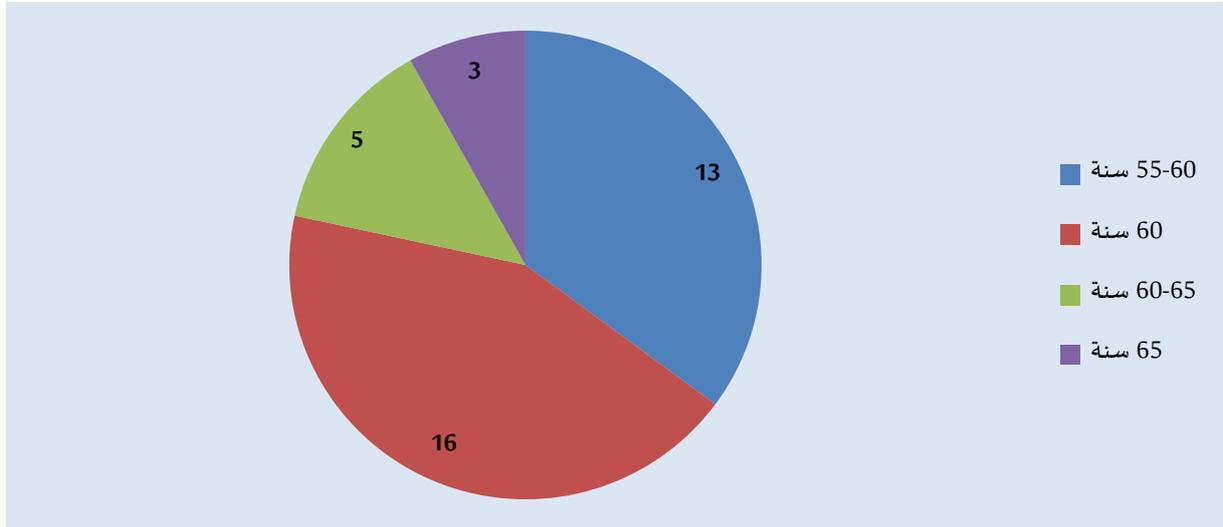
ونظرا لهذه التحديات، تبقى معاشات الضمان الاجتماعي العمومية عنصرا أساسيا لدعم المسنين. في معظم البلدان، للاستفادة من المعاش، يتعين توفر شرط المشاركة لفترة معينة في العمل. إلى جانب ذلك، يعتمد تأمين الدخل في سن

الشيخوخة على الولوج للخدمات الاجتماعية مثل الرعاية الصحية والرعاية على المدى الطويل، وفي حالة عدم توفر هذه الخدمات بأسعار معقولة فإنه يتم الدفع بكبار السن إلى الفقر المدقع. في هذا السياق، يتناول هذا القسم مسألة السن القانونية للتقاعد وكذلك الحماية الاجتماعية لكبار السن.

1.3.3 سن التقاعد القانونية

تعتمد معظم البلدان سنا قانونيا للتقاعد بحيث يحصل العمال الذين يشملهم النظام على معاش تقاعدي واستحقاقات أخرى متعلقة بالتقاعد عند بلوغ هذا السن. وسن التقاعد القانونية الأكثر شيوعا في دول منظمة التعاون الإسلامي هي بلوغ ستين سنة (الشكل 10.3). وفي هذا السياق، ينحصر سن الاستفادة من المعاش والإحالة على التقاعد بين خمسة وخمسين وستين سنة في سبعة عشر من أصل سبعة وثلاثين دولة عضوا في المنظمة. ويمكن للعمال الذين يتقاعدون في وقت سابق عن السن المحددة الاستفادة من فوائد مخفضة. وفي حالة عدم الاستفادة من أية مستحقات تقاعدية، يتعين على العديد من كبار السن الخروج للعمل طالما هم قادرين على ذلك بدنيا.

الشكل 10.3: الأعمار القانونية للتقاعد في الدول الأعضاء في المنظمة، عدد الدول

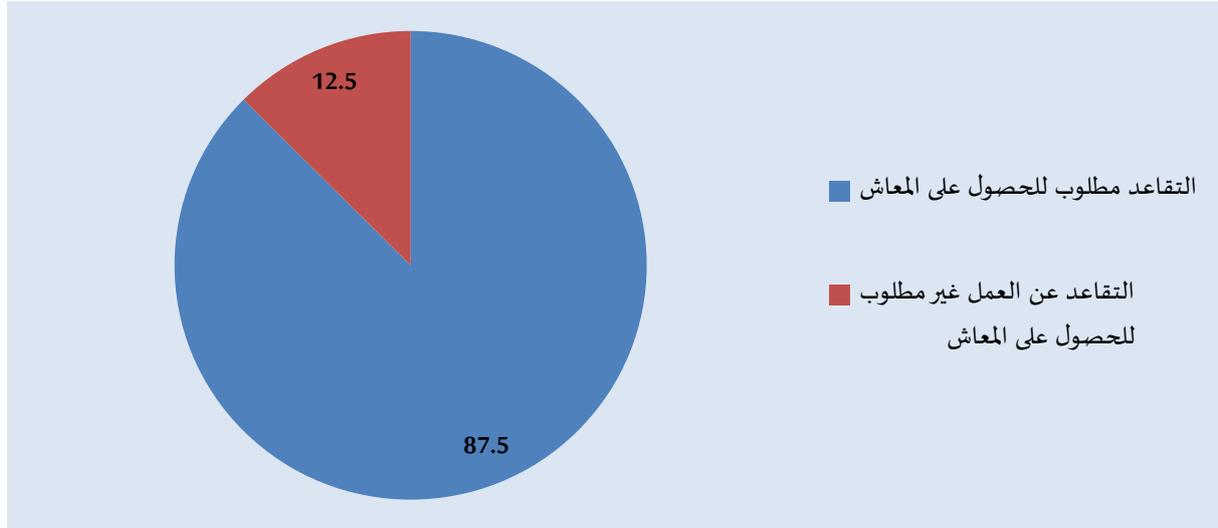


المصدر: منظمة العمل الدولية (2014b)

ويكشف الفحص الدقيق للمتطلبات في دول منظمة التعاون الإسلامي (الشكل 11.3) أن 87.5% من هذه الدول تعمل بمبدأ التقاعد الإلزامي الذي يستلزم الانسحاب الكامل من كافة أشكال العمل كشرط لتلقي معاش التقاعد، ومن بين هذه الدول هناك الجزائر والبحرين وبنين ولبنان والنيجر وتركيا وأوزبكستان. ومن ناحية أخرى، لا تشترط 12.5% من دول المنظمة أي التزام كشرط للحصول على معاش التقاعد عند بلوغ السن القانونية للتقاعد.

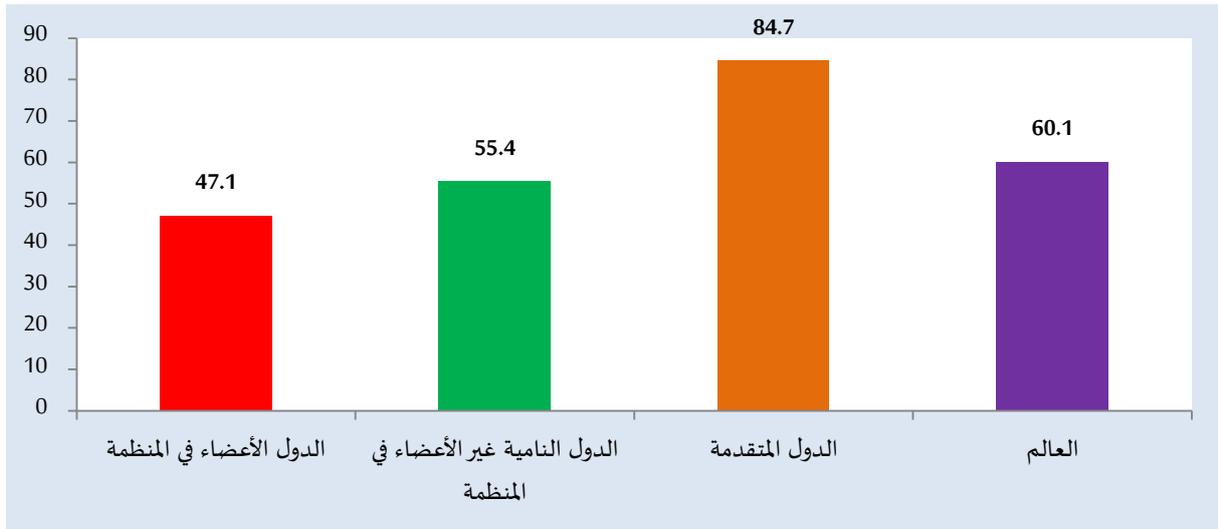
وعلى الصعيد العالمي، فقط 60% من كبار السن الذين تجاوزوا سن المعاش القانوني هم من يستفيدون من معاش الشيخوخة (الشكل 12.3). وعلى الرغم من توسيع نطاق تغطية المعاشات التقاعدية في العديد من البلدان، إلا أن الفوارق بين مجموعات البلدان لا تزال كبيرة. فعلى سبيل المثال، يستفيد أقل من نصف كبار السن من معاش الشيخوخة في دول منظمة التعاون الإسلامي، وهذا من شأنه أن يوفر لهم مستوى معين من أمن الدخل. أما في الدول النامية غير الأعضاء في المنظمة، تبلغ نسبة كبار السن المستفيدين من المعاش 55%. وفي المقابل، تبلغ النسبة ذاتها ما يقرب من 85% في الدول المتقدمة. وتشير هذه الأرقام إلى أن ضمان الدخل في سن الشيخوخة يرتبط ارتباطا وثيقا بظروف سن التقاعد القانونية، فضلا عن التفاوت القائم في سوق وظروف العمل.

الشكل 11.3: التقاعد في الدول الأعضاء في المنظمة، %



المصدر: منظمة العمل الدولية (2014b)

الشكل 12.3: حصة السكان فوق سن التقاعد القانونية الذين يحصلون على معاش الشيخوخة بالمساهمة (%)، 2012-2008



المصدر: قاعدة بيانات منظمة العمل الدولية

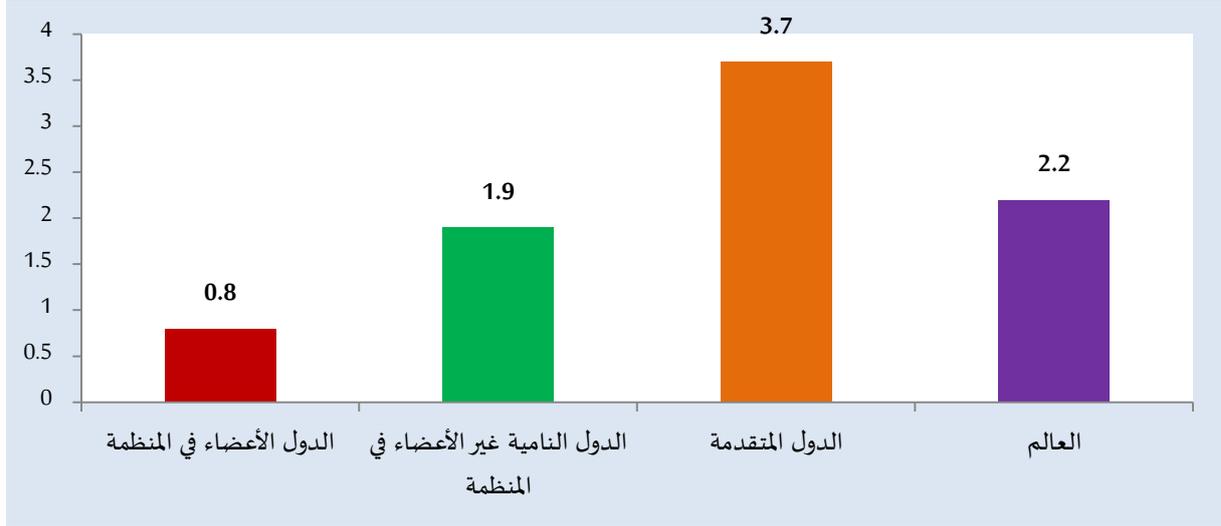
2.3.3 الحماية الاجتماعية

الهدف من الحماية الاجتماعية عموما هو الوصول إلى جميع الأشخاص المسنين الذين هم في حاجة وذلك بمستوى نقدي مناسب لتوفير المنافع.

وفي هذا السياق، لم يتم تخصيص سوى 0.8% من الناتج المحلي الإجمالي في دول منظمة التعاون الإسلامي بين عامي 2008 و 2012 للإنفاق العام على الحماية الاجتماعية لكبار السن (الشكل 13.3). وفي المقابل، سجلت الدول المتقدمة تخصيص أعلى نسبة من الناتج المحلي الإجمالي للإنفاق العام على الحماية الاجتماعية إذ بلغت 3.7%. وجدير بالذكر أن الاختلافات بين مجموعات الدول تتأثر بشكل مباشر بالاختلافات المتواجدة على مستوى البنية الديموغرافية للسكان كما تتأثر أيضا بالتنوع في السياسات التي تمنح بين التوفير العام والخاص لمعاشات التقاعد والخدمات الاجتماعية

وتعكس هذه الاختلافات بين مجموعات الدول في مستويات الإنفاق ما يتمتع به معظم كبار السن في الدول المتقدمة من حق في التقاعد وضمان الدخل في سن الشيخوخة. وفي المقابل، لا يتمتع بهذه الحقوق إلا فئة قليلة من كبار السن في الدول النامية.

الشكل 13.3: الإنفاق العام على الحماية الاجتماعية للمستحقات كنسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي عند +65، 2008-2012

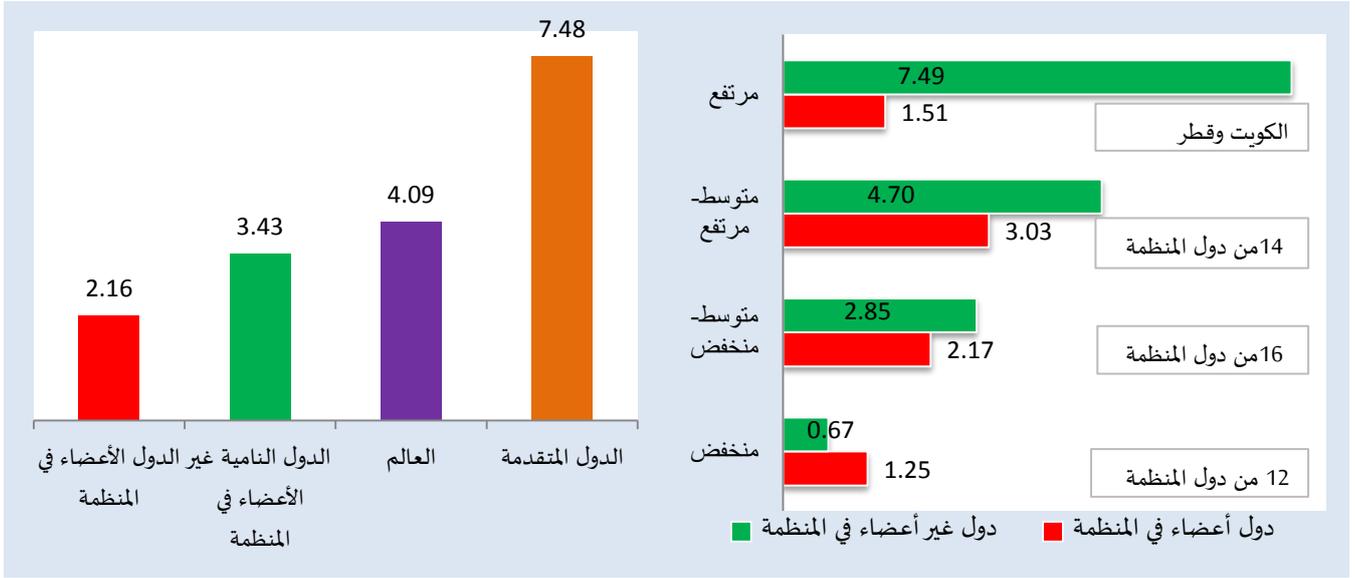


المصدر: قاعدة بيانات منظمة العمل الدولية

شهدت العديد من دول منظمة التعاون الإسلامي زيادة كبيرة في التغطية التقاعدية بين عامي 2000 و 2013. فعلى سبيل المثال، أقيمت تونس في عام 2002 على تحسين تغطية المعاشات التقاعدية بالنسبة للعاملين لحسابهم الخاص والعمال المنزليين والمزارعين والصيادين وغيرهم من الفئات ذات الدخل المنخفض، كما زادت أيضا من نسبة الأشخاص البالغين من العمر 60 عاما أو أكثر المستفيدين من معاش التقاعد، لتصبح النسبة 68.8% سنة 2006 عوض 33.9% المسجلة عام 2000 (الأمم المتحدة، 2011). وفي هذا الصدد، يعرض الشكل 14.3 (يسار) مقارنة بين مختلف مجموعات البلدان من حيث الإنفاق على معاشات التقاعد كنسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي. ويشكل هذا الإنفاق في دول منظمة التعاون الإسلامي نسبة 2.16%، وهو أقل بكثير من النسبة المسجلة في باقي مجموعات البلدان. وتبقى أعلى نسبة من الناتج المحلي الإجمالي المخصصة للإنفاق على المعاشات هي التي سجلتها الدول المتقدمة (7.48%)، أي حوالي مرتين أكثر من المتوسط العالمي (4.09%) ومتوسط الدول النامية (3.43%).

ويمكن القول أن الدخل حسب الفرد في معظم دول منظمة التعاون الإسلامي منخفض إذا ما تمت مقارنته مع الدخل في الدول النامية غير الأعضاء في المنظمة. وبما أن هناك العديد من القضايا الاجتماعية الأخرى التي يتعين معالجتها في الدول النامية، فإن مدفوعات المعاشات التقاعدية لا تمثل سوى حصة ضئيلة جدا من الناتج المحلي الإجمالي مقارنة مع الدول المتقدمة.

الشكل 14.3: الإنفاق على المعاشات كحصة من الناتج المحلي الإجمالي (يسار) ومجموعات الدخل (يمين)، %، 2013 أو آخرها بعد 2002



المصدر: قاعدة بيانات البنك الدولي للمعاشات

ويعرض الشكل 14.3 (يمين) مقارنة بين مجموعات الدخل المختلفة في دول منظمة التعاون الإسلامي ونظيراتها في الدول غير الأعضاء في المنظمة. فأداء دول المنظمة ذات الدخل المنخفض، الواقعة معظمها في أفريقيا جنوب الصحراء، يفضل أداء نظيراتها من الدول غير الأعضاء في المنظمة. وفي الوقت نفسه، بلغ مجموع الإنفاق على المعاشات كحصة من الناتج المحلي الإجمالي في جميع مجموعات الدخل الأخرى لدول المنظمة نسبة أقل من تلك المسجلة في نظيراتها من الدول غير الأعضاء في المنظمة. وبالنسبة لدول المنظمة ذات الدخل المرتفع، فالبيانات متوفرة حول دولتين فقط، وهما الكويت (2.7%) وقطر (0.31%). ومن الجدير بالذكر أن متوسط هذين البلدين، 1.51%، يفوق المتوسط المسجل في دول المنظمة ذات الدخل المنخفض (1.25%) بشكل طفيف فقط.

4 مؤسسات خاصة بالمسنين

ما يزال كبار السن مستبعدين في العديد من دول العالم من وضع وتنفيذ السياسات والبرامج. ويعد تشجيع تنمية المؤسسات التي تمثل مصالحهم من بين الوسائل المتاحة لحمايتهم من الإهمال.

ولإدماج قضايا الشيخوخة في السياسات الإنمائية الوطنية، يتعين على الحكومات إدراك أهمية التعامل مع هذه التحديات بطريقة متكاملة. فعلى سبيل المثال، لا يمكن اعتبار المعاشات التقاعدية على أنها تدخل في إطار اهتمام كبار السن فقط، بل إن القوى العاملة الحالية تدعم المتقاعدين، وهذا ما يمثل مبدأ "الدفع أولاً بأول". ولأن أي تغيير في السياسات سوف يستغرق وقتاً ليُدخل حيز التنفيذ، فإن الأثر المرتقب لن يشمل فقط كبار السن من الأشخاص اليوم ولكن أيضاً أولئك الذين سيصبحون كباراً في السن مستقبلاً.

وفي هذا السياق، يبرز هذا القسم قضايا الإدماج والمشاركة الاجتماعية لكبار السن وتحليل السياسات الوطنية الخاصة بالمسنين وحقوق الإنسان وصناديق المعاشات لكبار السن.

1.4 الإدماج والمشاركة الاجتماعيين للمسنين

ينبغي أن تتاح لكبار السن إمكانية المشاركة بنشاط في عملية التنمية وفي المجتمع حتى يستفيد باقي المجتمع من مهاراتهم ومعارفهم. وفي هذا الصدد، سلطت خطة عمل مدريد الدولية للشيخوخة الضوء على أهمية مشاركة كبار السن في عملية صنع القرار. وشجعت على "إنشاء مؤسسات لكبار السن على جميع المستويات لتمثيل كبار السن في صنع القرار".

وتتوقف المشاركة النشطة من جانب كبار السن في المجتمع على منحهم فرصة المساهمة فيه. وعموماً، تتجاوز إسهامات كبار السن عتبة الأنشطة الاقتصادية فقط، بل تمتد إلى دورهم في الأسر والمجتمع مثل تقديم الرعاية لأفراد الأسرة والصيانة المنزلية والأنشطة التطوعية في المجتمع. من ناحية أخرى، تساهم المشاركة في الأنشطة الاجتماعية والاقتصادية والثقافية في الرفاه الشخصي لكبار السن.

1.1.4 الترتيبات المؤسسية

تمثل مجموعة متنوعة من الترتيبات المؤسسية مثل الوحدات والإدارات الوسائل الرئيسية لإدراج قضايا الشيخوخة في العمل الحكومي. وتدخل هذه الترتيبات في معظم البلدان في نطاق عمل وزارات العمل والصحة والشؤون الاجتماعية. وبقى الهدف منها هو تزويد الحكومات بتفاعلات متسقة حول الشيخوخة. ويمكن أن تشمل هذه الترتيبات أيضاً الأجهزة بين إدارية وبين الوكالات وبين وزارية، ونقاط الاتصال الوطنية الخاصة بالشيخوخة والمجالس واللجان. ومع ذلك، فإن مسؤولية قضايا الشيخوخة غير موكلة لأية هيئة تنسيق في بعض الدول.

في هذا السياق، فقط عشر دول أعضاء في منظمة التعاون الإسلامي، التي تتوفر حولها البيانات، هي التي قامت بترتيب مؤسسي معين داخل وزارة أو قسم أو هيئة لمعالجة قضايا الشيخوخة (الجدول 1.4). فعلى سبيل المثال، يعد "كبار السن" في تونس جزءاً من عنوان الوزارة. وعلى نحو أدق، فإن هذا الترتيب المؤسسي يروم إلى وضع استراتيجية مشتركة بين الإدارات لمعالجة قضايا الشيخوخة.

ولا تتوفر تسع دول من المنظمة على أي جهاز معني بشؤون الشيخوخة يعمل تحت أية وزارة. ومع ذلك، عادة ما تتكلف وزارة واحدة على الأقل بأمور الشيخوخة. فعلى سبيل المثال، يدخل الجهاز المتخصص المكلف بقضايا الشيخوخة ضمن اختصاصات وزارة الشؤون الاجتماعية في كل من البحرين والكاميرون ولبنان. وكمثال آخر، أنشأت إندونيسيا اللجنة

الوطنية للشيخوخة التي تعمل كهيئة استشارية مع المؤسسات الحكومية، ويمكن اعتبار هذا الجهاز كخطوة أولى نحو ضمان مراعاة شؤون كبار السن عند وضع السياسات. ولإنشاء المؤسسات دور مهم في تمكين الشباب من المشاركة في تطوير التعلم على مدى الحياة الذي يخدم بدون شك مصالح المجتمعات المحلية. وفي الوقت ذاته، تفتح هذه العملية المجال لتعزيز العلاقات بين الأجيال.

الجدول 1.4: الترتيبات المؤسسية الوطنية حول الشيخوخة

الدولة	المؤسسات الوطنية
البحرين	جهاز متخصص في عدة وزارات (وزارة الصحة ووزارة الشؤون الاجتماعية)
الكامرون	جهاز متخصص في وزارة الشؤون الاجتماعية، مديرية للحماية الاجتماعية للأشخاص المعاقين والمسنين
غيانا	جهاز متخصص في وزارة العمل، الخدمات الإنسانية والضمان الاجتماعي، الضمان الاجتماعي وقسم رفاه المسنين
إندونيسيا	جهاز متخصص، اللجنة الوطنية للشيخوخة
الأردن	جهاز متخصص في وزارة التنمية الاجتماعية، قسم تعزيز صحة المسنين في وزارة الصحة
لبنان	جهاز متخصص في وزارة الشؤون الاجتماعية
موزمبيق	جهاز متخصص في وزارة شؤون المرأة والعمل الاجتماعي، قسم المسنين
السنغال	جهاز متخصص في وزارة العمل الاجتماعي والتضامن الوطني، قسم المسنين
تونس	وزارة شؤون المرأة والأسرة والأطفال والمسنين
أوغندا	جهاز متخصص في وزارة النوع الاجتماعي والعمل والتنمية الاجتماعية، قسم الأشخاص ذوي الإعاقة والمسنين

المصدر: صندوق الأمم المتحدة للسكان، لمحة عامة عن السياسات والتشريعات والبيانات والبحوث والترتيبات المؤسسية المتعلقة بكبار السن المتاحة - التقدم المحرز منذ مدريد، 2011

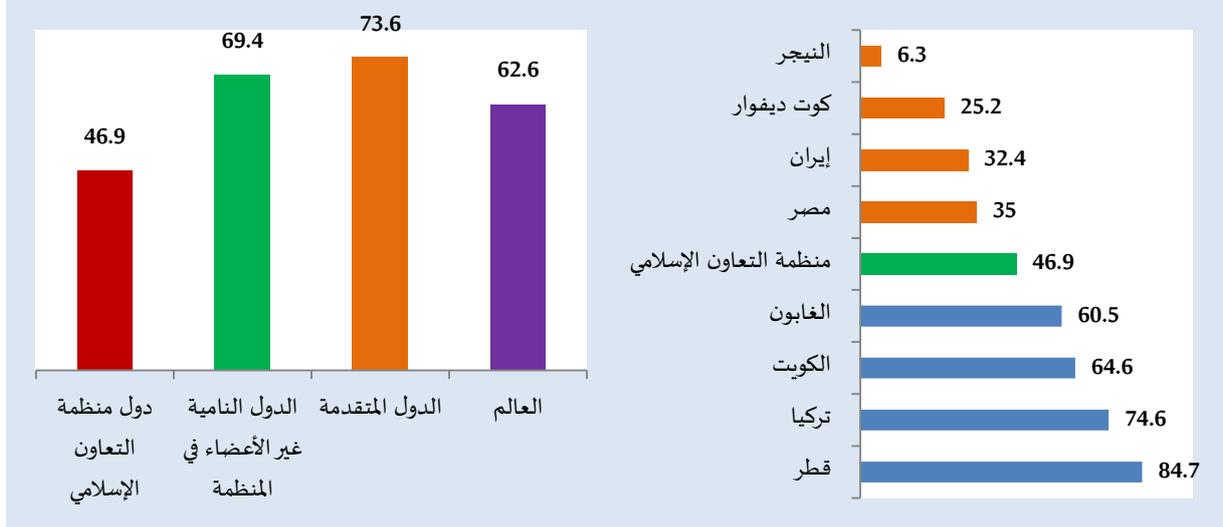
2.1.4 محو الأمية والتعليم

يلعب كل من التعليم ومحو الأمية أيضا دورا رئيسيا في الإدماج والمشاركة الاجتماعية لكبار السن. وعلى الرغم من أن مستويات التعليم ومحو الأمية قد ارتفعت بشكل كبير في العالم خلال القرن الماضي، إلا أن حصة المسنين منها غالبا ما تقل عن حصة الفئات الأكثر شبابا.

كما هو مبين في الشكل 1.4 (يسار)، تختلف معدلات الإلمام بالقراءة والكتابة بين السكان المسنين بشكل كبير بين مجموعات البلدان. فخلال الفترة الممتدة بين عامي 2008 و 2012، سجلت الدول المتقدمة أعلى معدلات الإلمام بالقراءة والكتابة بين الأشخاص البالغين من العمر 65 عاما أو أكثر (73.6%). تلتها الدول النامية غير الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي (69.4%). في المقابل، لم تسجل دول المنظمة، كمجموعة، سوى نسبة 46.9% كمعدل الإلمام بالقراءة والكتابة بين المسنين، وهو أدنى معدل بين كل مجموعات البلدان.

وعلى مستوى كل دولة على حدة في المنظمة (الشكل 1.4، يمين)، يلاحظ أن أعلى معدل للإمام بالقراءة والكتابة بين كبار السن هو الذي سجلته دولة قطر (84.7%) تليها تركيا (74.6%)، وبالمقابل سجلت النيجر أدنى نسبة بلغت 6.3% فقط تليها كوت ديفوار (25.2%).

الشكل 1.4: معدلات الإمام بالقراءة والكتابة بين الأشخاص البالغين من العمر 65 عاماً أو أكثر (يسار)، و دول المنظمة ذات أعلى وأدنى هذه المعدلات (يمين) (%، 2008-2012)



المصدر: اليونسكو

في هذا السياق، تجدر الإشارة إلى أن كبار السن، وخاصة أولئك الذين يقيمون في المناطق الريفية، هم أكثر عرضة للأمية من باقي الفئات من السكان. وبسبب العوائق الاقتصادية والثقافية، لم يتمكن معظم كبار السن في المناطق الريفية من الالتحاق بالمدرسة عندما كانوا صغاراً. وترتفع نسبة الأمية أكثر بين النساء المسنات لأنهن "لم يستفدن من فرص للتعليم في الوقت الذي كانت التقاليد أكثر ما يسيطر على حياتهن، ما أدى إلى حرمانهن من الحق في التعليم" (الأمم المتحدة، 2013b).

من ناحية أخرى، عدم توفر فرص كافية للتعليم بالنسبة للشباب قد ينتج عنه بعض الآثار الجانبية التي ستصاحبهم طوال حياتهم. وفي هذا السياق، فإن الشخص الذي لم يتعلم القراءة والكتابة ينتهي به المطاف في وظيفة ذات أجر منخفض لا تسمح له بالاستفادة من مزايا الضمان الاجتماعي والرعاية الصحية. وعدم توفر الرعاية الصحية المناسبة ودخل التقاعد يزيدان من احتمال معاناة الفرد صحياً ومادياً في سن الشيخوخة.

كما أن الأشخاص الأميين من كبار السن ليسوا واعيين بحقوقهم ومستحقاتهم، بما في ذلك استحقاقات الضمان الاجتماعي. وبالتالي فإن التعليم ومحو الأمية عنصرين مهمين جداً لتمكين كبار السن وضمان حصولهم على مستحقاتهم. إلى جانب ذلك، غالباً ما تصير وظائف الأشخاص ذوي المستويات العالية من التعليم أكثر استدامة، مادياً واقتصادياً.

2.4 تحليل السياسات الوطنية الخاصة بالمسنين

منذ عام 2002، أدخلت بعض دول منظمة التعاون الإسلامي سياسات واستراتيجيات تخول ترجمة الاهتمامات المتعلقة بالمسنين إلى قوانين وسياسات وبرامج (الملحق، الجدول أ.1.4) قائمة وجديدة.

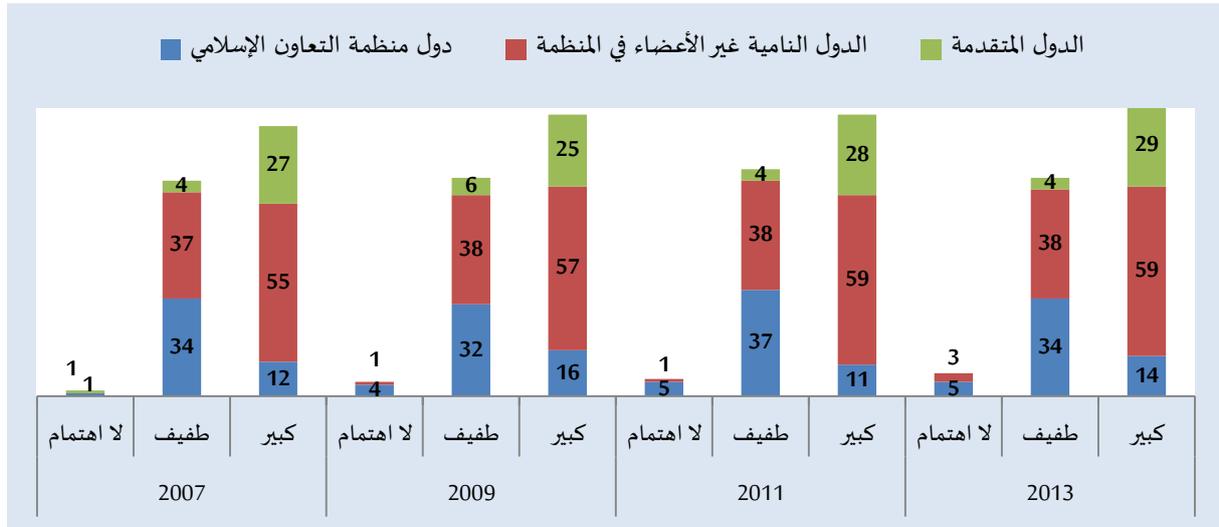
تعكس السياسات التي تنفذها الحكومة مستوى الحماية الاجتماعية ورفاهية كبار السن. ولكن نظراً لهيمنتها الاقتصادية والتاريخية، تتوفر الدول المتقدمة على خطط ومؤسسات الدعم الاجتماعي لصالح المسنين أفضل بالمقارنة

مع الدول النامية، بما في ذلك الدول الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي. وفي هذا الصدد، تبرز الأقسام القادمة مدى اهتمام الحكومات بالفئات المسنة من شعوبها وحجم السكان في سن العمل والتدابير المتخذة لمعالجة شيخوخة السكان.

1.2.4 مستوى الاهتمام بالسكان المسنين

يدل مستوى الاهتمام بالسكان المسنين على مدى اهتمام الحكومة بتزايد حجم أو نسبة المسنين بين السكان وآثاره على أحكام الصحة والرعاية الاجتماعية. ويصنف هذا الاهتمام في ثلاث أقسام: اهتمام كبير واهتمام طفيف وعدم الاهتمام مطلقاً.

الشكل 2.4: مستوى الاهتمام بمسألة شيخوخة السكان، 2007-2013 (عدد الدول)



المصدر: قاعدة بيانات سياسات السكان - قسم السكان بإدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية للأمم المتحدة

خلال الفترة بين عامي 2007 و 2013، اعتبرت غالبية الدول الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي أن مسألة تزايد حجم أو نسبة المسنين بين السكان لا تستحق اهتماماً بالغاً أو لا تستحقه البتة. وفي عام 2013، أربعة عشر فقط من أصل سبعة وخمسين دولة في منظمة التعاون الإسلامي هي التي رأت تزايد حجم أو نسبة المسنين بين السكان وآثاره على أحكام الصحة والرعاية الاجتماعية مصدراً رئيسياً للقلق. بالمقابل، لا تبدي خمس دول من المنظمة أي اهتمام بموضوع شيخوخة السكان أو التحديات التي قد تبرز مستقبلاً بسبب تزايد حجم الشيخوخة، وهذه الدول هي الكاميرون وجيبوتي والنيجر وعمان واليمن.

وعلى النقيض من ذلك، شكلت شيخوخة السكان مصدر اهتمام كبير بالنسبة لجميع الدول المتقدمة تقريباً خلال نفس الفترة. وفي عام 2013، اعتبرت تسعة وعشرون دولة من أصل ثلاثة وثلاثين دولة متقدمة القضية كمصدر رئيسي للقلق، في حين أن أربعة فقط منها، وهي الأرجنتين وأيسلندا وليختنشتاين وسوازيلاند، هي التي تعتبر الموضوع مصدر قلق طفيف فقط.

أما بالنسبة للدول النامية، فنسبة كبيرة من هذه الدول غير الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي تعتبر شيخوخة السكان بين القضايا الرئيسية للحكومة. ومع ذلك، لا يزال هناك عدد كبير منها ترى أن المسألة لا تشكل مصدر قلق كبير. فمنذ عام 2007، لم يكن هناك سوى تغيرات طفيفة فيما يتعلق بمستوى القلق. في عام 2013، استوعبت حكومات تسعة وخمسين دولة نامية غير عضو في المنظمة أن الحجم المتزايد للمسنين من السكان والعواقب ذات الصلة

أحد التحديات الرئيسية، فيما اعتبرته ثمانية وثلاثون حكومة بمثابة تحدٍ طفيف أما ثلاثة منها فلا تولي أي اهتمام بالموضوع على الإطلاق.

2.2.4 مستوى الاهتمام بحجم السكان في سن العمل

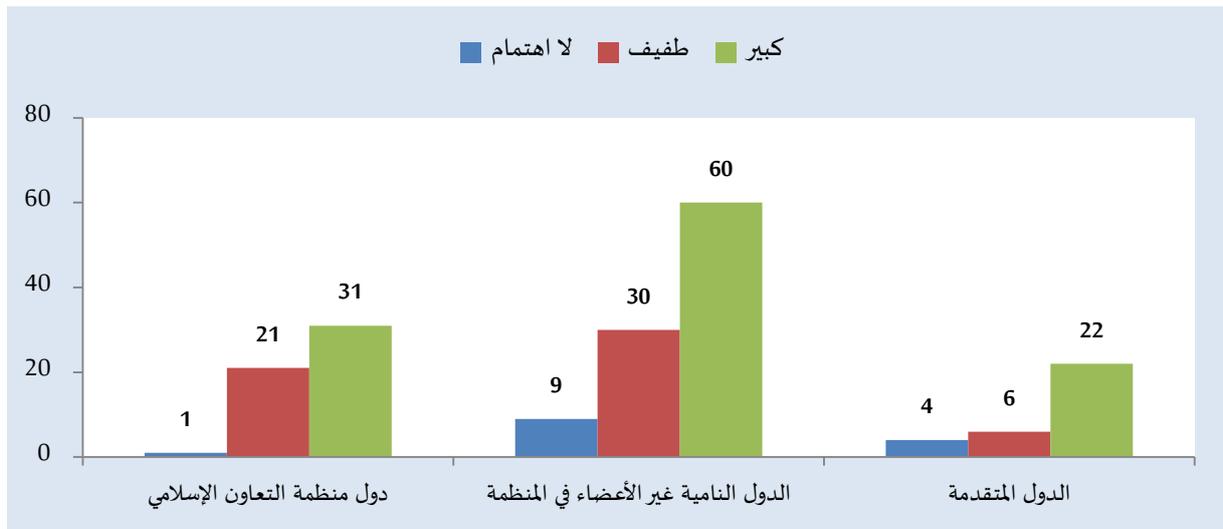
تتباين أعمار السكان في سن العمل بين مختلف المناطق والبلدان، ولكنها تتراوح عموماً بين 20 و65 عاماً. قد يؤدي تغير في نسبة السكان في سن العمل في القوى العاملة إلى آثار اقتصادية كبيرة وله القدرة أيضاً على التأثير على رفاهية كبار السن. ولسن العمل فضل كبير على النمو الاقتصادي للبلد، وبتعبير أدق، إذا تراجعت نسبة السكان في سن العمل نسبياً لتلك الخاصة بالمتقاعدين والشباب، فإن الاقتصاد سيعتمد على نسبة صغيرة من السكان في سن العمل.

وفي هذا السياق، لوحظ أن خمسة وأربعين دولة في منظمة التعاون الإسلامي تنفذ أنظمة استحقاق محددة حيث تأتي المعاشات اليوم من مساهمات عمال اليوم. وهكذا تسقط في نسبة السكان في سن العمل ذات القدرة على التأثير سلباً على برامج رفاه المسنين بما في ذلك المعاشات.

ليس هناك سن محدد يمكن من خلاله اعتبار الناس من المسنين. ومع ذلك، وبعد سن معينة، عادة بعد سن الخمسين، قد يبدأ الناس في مواجهة التمييز على أساس السن في مكان العمل. قد يعاني الناس في هذا السن من مشاكل صحية وتراجع في الدافع نحو آفاق التطور، ما قد يؤدي إلى نشوء سلوكيات تمييزية من جهة أرباب العمل. وكل هذا يؤدي إلى تراجع مشاركة كبار السن في القوى العاملة. يمكن لتوظيف كبار السن أن يكون من بين أكثر الأدوات فعالية لرفاههم الاجتماعي وأيضاً للتنمية الاقتصادية الشاملة للبلد. فالعمل يخول لكبار السن أن يكونوا أكثر استقلالية من الناحية الاقتصادية بدلاً من مجرد تلقي المعاشات التقاعدية، كما يساعدهم أيضاً على البقاء أكثر نشاطاً في المجتمع.

واستناداً إلى قواعد بيانات السياسات السكانية لإدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية التابعة للأمم المتحدة، يشير مستوى القلق إزاء حجم السكان في سن العمل إلى مستوى الاهتمام الحكومي بشأن الحجم الحالي للسكان في سن العمل وعلاقته بسوق العمل المحلي أو بحجم السكان المعالين.

الشكل 3.4: مستوى الاهتمام بحجم السكان في سن العمل سنة 2011 (عدد الدول)



المصدر: قاعدة بيانات سياسات السكان - قسم السكان بإدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية للأمم المتحدة

وكما هو مبين في الشكل 3.4، ليست هناك فجوة كبيرة بين نسب الدول المتقدمة ودول منظمة التعاون الإسلامي والدول النامية غير الأعضاء في المنظمة فيما يتعلق بمدى اهتمام الحكومات بحجم السكان في سن العمل. ومع ذلك، تنظر

النامية غير الأعضاء في المنظمة فيما يتعلق بمدى اهتمام الحكومات بحجم السكان في سن العمل. ومع ذلك، تنظر نسبة أعلى من الدول المتقدمة للقضية بوصفها مصدر قلق كبير (تقريباً 70%) تليها الدول النامية غير الأعضاء في المنظمة ودول المنظمة بنسبتي 60% و 58.5% على التوالي. وفي الوقت نفسه، حوالي 40% من دول منظمة التعاون الإسلامي (21 دولة) تعتبر الحجم الحالي للسكان في سن العمل مصدر قلق طفيف ليس إلا.

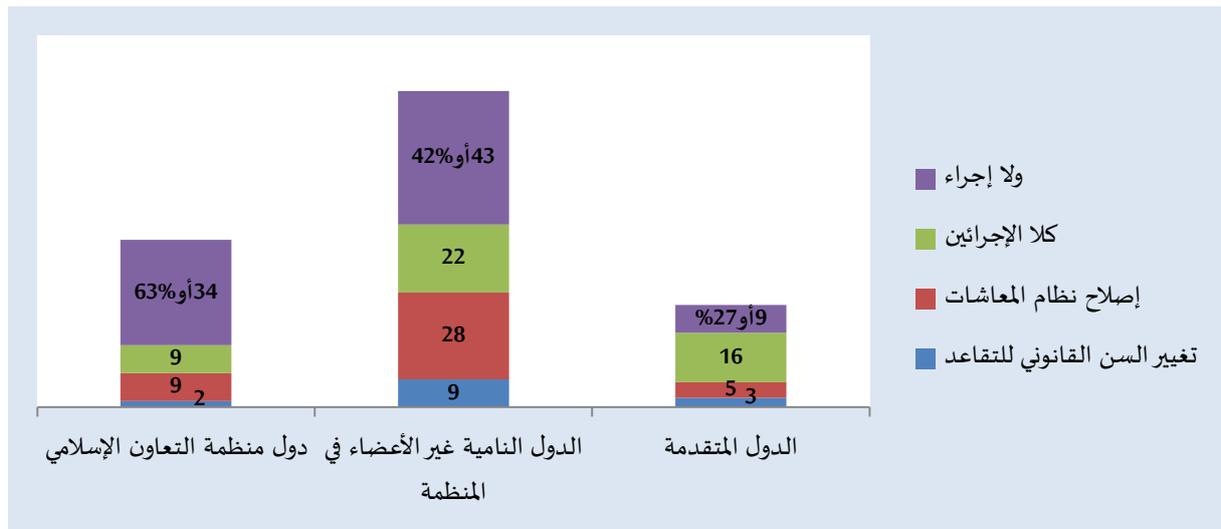
3.2.4 التدابير المتخذة لمعالجة شيخوخة السكان

تعتمد التدابير والسياسات المعتمدة على المحددات الاقتصادية واستراتيجيات الحكومات في كل بلد. فعلى سبيل المثال، ماذا سيكون رد فعل الحكومة إذا كانت أرقام الشباب القريبين من بلوغ سن العمل أعلى بكثير من عدد الأشخاص المتقاعدين؟ يعتمد ذلك على ما إذا كان وجود بعض الزيادة في عدد العاطلين عن العمل له تأثير سوسيواقتصادي أقل أو أكثر سلبية من زيادة المتقاعدين. إذا سمحت الميزانية، قد تقبل الحكومة هذه السياسة من أجل خفض السن القانونية للتقاعد. ستؤدي هذه السياسة إلى زيادة في إنفاق الحكومات على المعاشات، بينما تتناقص نسبة البطالة. وعملياً، يبقى الهدف الاستراتيجي لمعظم الدول هو تحقيق انخفاض معدل البطالة.

من ناحية أخرى، قد يكون التقاعد المبكر غير مفضلاً لرفاهية كبار السن إذا كان الدعم الاجتماعي كمدفوعات المعاشات التقاعدية أقل بكثير من فوائد أرباب العمل. ومن خلال إصلاح أنظمة التقاعد، يمكن لدول منظمة التعاون الإسلامي الاقتراب من خطط المعاشات التقاعدية للدول المتقدمة. وبهذه الطريقة، سيكون أمام الأشخاص خيارات لادخار واستثمار جزء من أرباحهم للحصول على مزيد من الاستقلال المالي بعد التقاعد.

ويقدم الشكل 4.4 معلومات حول ما إذا تبنت الحكومة تدابير محددة في السنوات الخمس الماضية لمعالجة شيخوخة السكان في البلاد. وتشمل هذه التدابير تغيير السن القانونية للتقاعد وكذلك إصلاح نظام المعاشات.

الشكل 4.4: التدابير المتخذة للتعامل مع شيخوخة السكان، 2013 (عدد الدول)



المصدر: قاعدة بيانات سياسات السكان - قسم السكان بإدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية للأمم المتحدة

في عام 2013، لم تقبل أربعة وثلاثون دولة في منظمة التعاون الإسلامي بأي إجراء لمعالجة مسألة شيخوخة السكان. وقامت تسع دول من المنظمة بإصلاح في نظام المعاشات وتغيير السن القانونية للتقاعد.

في المقابل، فإن الدول المتقدمة تتقدم في خططها المتعلقة بمعاشات المسنين التقاعدية. ولم تقم 27% من الدول المتقدمة و 42% من الدول النامية غير الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي بأية إجراءات. وبعبارة أخرى، أجرت 73% من الدول المتقدمة و 58% من البلدان النامية غير الأعضاء في المنظمة إصلاحات في أنظمة المعاشات التقاعدية أو على الأقل غيرت سن التقاعد القانونية في عام 2013.

3.4 حقوق الإنسان الخاصة بكبار السن

حقوق الإنسان مبدأ كوني، ويخضع كل أفراد المجتمع بما فيهم المسنين لكل الآليات الدولية التي تم وضعها لحماية حقوق الإنسان.

تطبق المعايير في المعاهدات الدولية لحقوق الإنسان على كبار السن كما تطبق على باقي شرائح المجتمع. وبتعبير أدق، ليست هناك آليات عالمية لحقوق الإنسان العالمية أو أحكام شاملة تركز تحديداً على كبار السن. ومع ذلك، تشير وثيقتين عالميتين لحقوق الإنسان بشكل واضح لمسألة للشيوخوخة. أولاً، تشمل المادة السابعة من اتفاقية الأمم المتحدة الدولية لحماية حقوق جميع العمال المهاجرين وأفراد أسرهم "العمر" في قائمة الأسباب المحظورة للتمييز. ثانياً، تتضمن اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة إشارات إلى العمر في المواد 8 و 13 و 25 على الحق في الصحة، وكذلك في المادة 28 على الحق في مستوى معيشي لائق والحماية الاجتماعية. على سبيل المثال، تنص المادة 25 من الاتفاقية المذكورة أعلاه على أنه يتعين على الخدمات الصحية أن تكون "مصممة لتقليل ومنع المزيد من الإعاقات، بما في ذلك بين كبار السن".

ويشمل كل من العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية والعهد الدولي الخاص بالحقوق المدنية والسياسية الأحكام ذات الصلة بحماية حقوق الإنسان للأشخاص المسنين، بما في ذلك حق جميع الأفراد في صحة جيدة ومستوى معيشي لائق والتحرر من التعذيب والأهلية القانونية والمساواة أمام القانون.

وقد أوصى العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية أنه يتعين على السياسات الصحية أن تأخذ في الاعتبار احتياجات كبار السن، "المتراوحة بين الوقاية وإعادة التأهيل لرعاية المرضى الميؤوس من شفائهم"، وسلط الضوء على أهمية "الفحوصات الدورية لكلا الجنسين، وتدابير التأهيل الجسدي والنفسي التي تهدف إلى الحفاظ على وظائف واستقلالية كبار السن، والاهتمام والرعاية للأشخاص ذوي الأمراض المزمنة والمرض الميؤوس من شفائهم، وذلك بتقليل ما يمكن من حجم الألم وتمكينهم من الموت بكرامة".

كما تحتوي اتفاقية أيضا على أحكام تهدف بالقضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة والاتفاقية الدولية للقضاء على جميع أشكال التمييز العنصري على أحكام تعزز وتحمي حقوق الإنسان للأشخاص المسنين.

من ناحية أخرى، اعتبرت آليات حقوق الإنسان كبار السن من الرجال والنساء كمجموعة معرضة لخطر انتهاكات حقوق الإنسان وبالتالي تتطلب اتخاذ تدابير محددة للحماية. فعلى سبيل المثال، يمكن استشفاف المخاطر التي يتعرض لها كبار السن بوضوح من المادة السادسة عشر من اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة. وفي هذا السياق، تشير تقديرات منظمة الصحة العالمية (2008) أن ما بين 4% و 6% من كبار السن عانوا من شكل من أشكال الاعتداء في المنزل وفي المجتمع.

وقد حددت اللجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية أيضا إمكانية الولوج باعتبارها عنصرا أساسيا من الحقوق الواردة في العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية. وفي هذا الصدد، سهولة الولوج تخول لكبار السن الممارسة الكاملة لحقوقهم، بما في ذلك مستوى لائق من المعيشة والصحة والتعليم..

4.4 صناديق المعاشات التقاعدية للمسنين

أصبحت المعاشات من بين الحلول المؤسسية المهمة لضمان الدخل في سن الشيخوخة. وتعد مدخرات التقاعد إلزامية لجميع القوى العاملة ويتم خصمها من أرباح العامل. ويصنف البنك الدولي أنظمة التقاعد الإلزامية حسب ثلاث دعومات: الدعامة صفر والدعامة الأولى والدعامة الثانية (الشكل 5.4). وفي هذا السياق، وكما هو مبين في الشكل 5.4، فإن اثنتي عشرة دولة من أصل ثمانية وأربعين عضواً في منظمة التعاون الإسلامي، والتي تتوفر حولها البيانات، تلجأ إلى الاعتماد على عدة دعومات في نفس الوقت مثل الدعامة الأولى والدعامة الثانية. فقط كازاخستان وقيرغيزستان وطاجيكستان هي البلدان التي تعتمد نظام التقاعد الطوعي بالإضافة إلى الإلزامي.

الشكل 5.4: تصميم أنظمة المعاشات في دول منظمة التعاون الإسلامي، عدد الدول



المصدر: قاعدة بيانات البنك الدولي للمعاشات
ملاحظة: تتوفر البيانات حول 48 من دول المنظمة والتي تعتمد 12 منها نظم متعددة الدعومات (انظر الجدول 2.4)

وتسمى الدعامة صفر أيضاً بنظام المعاشات الاجتماعي. وحسب تعريف البنك الدولي، فإنه يمكن إحالة نظام المعاش على الدعامة صفر حين تكون المعاشات مخصصة لتقليص حدة الفقر بين المسنين. في هذا النظام، قد يعتمد حجم المعاشات على تاريخ الفرد في العمل، ولكن عموماً لا يكون الأمر كذلك، لأن الهدف يكون واضحاً وهو استهداف كبار السن ذوي مداخيل الشيخوخة المتدنية. ويمكن للمستفيدين أن يكونوا من كبار السن غير المؤهلين للاستفادة من المعاشات التقاعدية للدعامة الأولى والدعامة الثانية. وقد استخدمت اثنتي عشرة دولة عضواً في منظمة التعاون الإسلامي هذا النظام بالإضافة إلى نظام الدعامة الأولى و/أو الدعامة الثانية باستثناء بنغلاديش التي تعتمد نظام الدعامة صفر فقط (الشكل 5.4).

ويمكن تصنيف معظم أنظمة التقاعد الإلزامية في العالم (حوالي 80%) في خانة الدعامة الأولى. ومن بين دول منظمة التعاون الإسلامي، تعتمد خمسة وأربعون دولة من أصل ثمانية وأربعين أو حوالي 94%، التي تتوفر حولها البيانات، نظام الدعامة الأولى للتقاعد كنظامها الرئيسي لتوليد المعاشات التقاعدية (الشكل 5.4). في هذا النظام، تخصص الحكومات المعاشات التقاعدية لجميع المواطنين. ويعتمد مقدار المعاش الذي يحصل عليه الأفراد على مساهمتهم الخاصة خلال فترة العمل، فيحق لكبار السن الذين بلغوا سناً معينة، عادة حوالي 60 عاماً للنساء و 65 للرجال، وعملوا لسنوات معينة، وعادة 25-35، الحصول على معاشات في إطار نظام الدعامة الأولى للمعاشات التقاعدية.

أما بالنسبة لنظام الدعامة الثانية، فيدفع الأفراد جزءاً من أرباحهم كوفورات لمؤسسات مالية محددة يديرها القطاع الخاص. وفي الحدود التي تسمح بها القوانين واللوائح، يمكن لمدير صندوق استثمار المدخرات الجماعية. ولحماية المواطنين، يرصد المنظمون صناديق التقاعد والمؤسسات المماثلة بدقة للحد من حجم استثماراتها في الأصول المحفوفة بالمخاطر. تعتمد خمس دول أعضاء في منظمة التعاون الإسلامي هذه الدعامة ولكن بالاقتران مع الدعامة صفر و/أو الدعامة الأولى، وهذه البلدان هي كازاخستان وقيرغيزستان وطاجيكستان وجزر المالديف والنيجر.

كما هو مبين في الجدول 2.4، اعتمدت ما مجموعه اثني عشرة دولة عضواً في منظمة التعاون الإسلامي أنظمة تقاعد متعددة الدعامات. وكما ذكر أعلاه، تشكل كازاخستان وقيرغيزستان الاستثناء بحيث تعتمدان كل الدعامات الثلاث (الجدول 2.4).

الجدول 2.4: دول المنظمة التي اعتمدت نظام المعاشات متعدد الدعامات

الرقم	الدول	الدعامة 1	الدعامة 0	الدعامة 2	تطوعي
1	ألبانيا	✓	✓		
2	أذربيجان	✓	✓		
3	بروناي دار السلام	✓	✓		
4	مصر	✓	✓		
5	كازاخستان	✓	✓	✓	✓
6	قيرغيزستان	✓	✓	✓	✓
7	ماليزيا	✓	✓		
8	جزر المالديف		✓		
9	نيجيريا		في كلا الحالتين	✓	
10	طاجيكستان	✓	✓	✓	✓
11	تركمانستان	✓	✓		
12	أوزبكستان	✓	✓		

المصدر: قاعدة بيانات البنك الدولي للمعاشات (الملحق، الجدول 2.4.أ)

ويمكن أيضاً تصنيف أنظمة التقاعد إلى مجموعات مختلفة استناداً إلى نوع الإدارة وآلية التمويل. وعموماً، فإن المؤسسات العمومية هي التي تتكلف بإدارة أنظمة التقاعد. إلا أنه منذ العقد الماضي زادت حصة صناديق المعاشات التقاعدية الخاصة في السوق بشكل كبير. ووفقاً للبنك الدولي، فإن 82% من صناديق المعاشات في جميع أنحاء العالم تتكلف المؤسسات العمومية بإدارتها، في حين تدخل 18% منها فقط في إطار القطاع الخاص.

ووفقاً لتصنيف البنك الدولي، يدخل نظام الدعامة الأولى للتقاعد في إطار النظام الإلزامي الذي يديره القطاع العام. وبناء على آلية التمويل، تعتمد أنظمة الاستحقاق المحددة (DB) صيغاً خاصة أو نقاطاً مختلفة أو آليات للتصنيف التي تساعد على تحديد المعاش التقاعدي على أساس التاريخ الوظيفي للفرد. وتعني أنظمة التقاعد المحددة الاشتراكات الافتراضية (NDC) أن الفوائد تعتمد على قدر المساهمات ومعدل الفوائد الافتراضية التي تتوافق مع متوسط نمو الأجور. ومن خلال صناديق الادخار / أنظمة التقاعد المحددة الاشتراكات (PF) التي يديرها القطاع العام، تتوقف الفوائد على حجم المساهمات وعائدات الاستثمارات التي يكسبها الأشخاص.

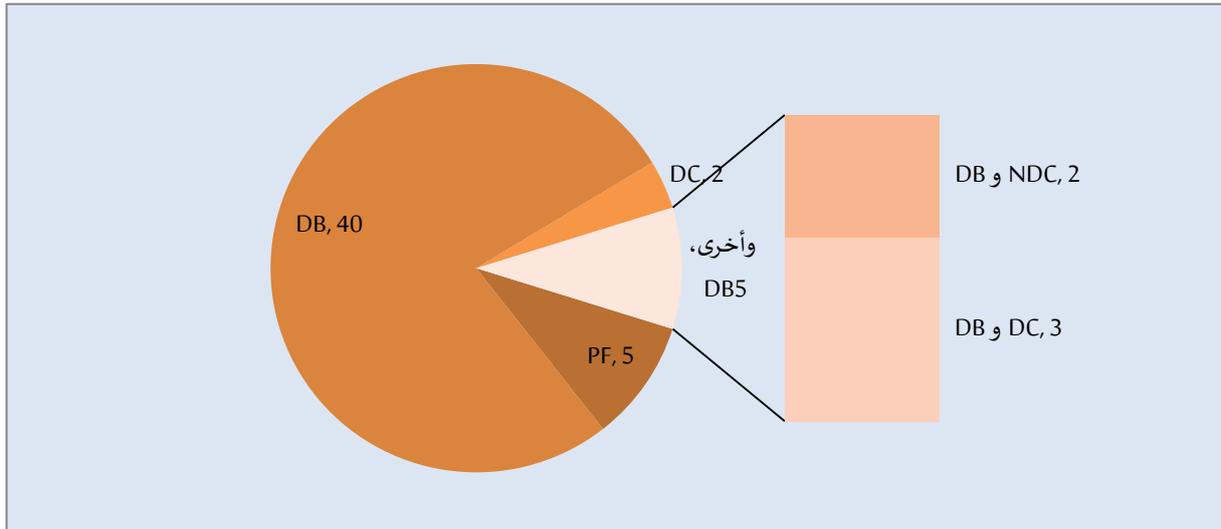
ويشير نظام الدعامة الثانية إلى الأنظمة الإلزامية التي يديرها القطاع الخاص والتي تتخذ شكلين مثل الاستحقاق المحدد (DB) أو التقاعد محدد الاشتراك (DC) الممولين بالكامل.

وكما هو مذكور أعلاه، فإن الدعامة الصفر لا تعتمد على المساهمات الفردية والأرباح. وبالتالي، فإنها لا تتوفر على آلية تمويل كما في الدعامات الأخرى. فيتم تخصيص المعاشات من خلال تقديرات حول دخل الأفراد واحتياجاتهم. وعموماً، تستخدم هذه المعاشات سعراً موحداً.

تعتمد خمسة وأربعون دولة في منظمة التعاون الإسلامي نظام الاستحقاق المحدد (DB)، وخمسة من بينها تعتمد هذا النظام بالاقتران مع أنظمة التقاعد المحددة الاشتراكية الافتراضية (NDC) أو أنظمة التقاعد محدد الاشتراك (DC) (الشكل 6.4). معاشات أنظمة الاستحقاق المحدد (DB) غير ممولة، ما يعني أن معاشات التقاعد اليوم لا تدفع من مساهمات العاملين اليوم. في الوقت الراهن، 48% من إجمالي المعاشات التقاعدية غير الممولة في جميع أنحاء العالم (Montserrat et al, 2012).

وتعتمد اثنتان فقط من دول منظمة التعاون الإسلامي نظام التقاعد محدد الاشتراك (DC) حصرياً وثلاثة بالاقتران مع نظام الاستحقاق المحدد (DB) (الشكل 6.4). يمكن لنظام التقاعد محدد الاشتراك (DC) أن يمول بالكامل، مما يعني أن المعاشات تدفع من مساهمات الفرد من خلال التاريخ الوظيفي. وعلى الصعيد العالمي، تمول بالكامل 27% من نظم المعاشات التقاعدية. ويمكن لنظام التقاعد محدد الاشتراك (DC) أن يمول جزئياً أيضاً، مما يدل على أن الحكومة تساهم بقدر معين ويتم تجميع جزء آخر من دخل الفرد خلال فترة العمل النشطة. وفي هذا السياق، 25% من إجمالي نظم المعاشات التقاعدية في جميع أنحاء العالم يتم تمويلها جزئياً (Montserrat et al, 2012).

الشكل 6.4: نظم المعاشات في الدول الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي، عدد الدول



المصدر: قاعدة بيانات البنك الدولي للمعاشات (الملحق، الجدول أ.2.4)

5 ملاحظات ختامية وتوصيات سياساتية

تناول هذا التقرير حالة كبار السن في الدول الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي، كما سلط الضوء على بعض المسائل المتعلقة بالشيخوخة مثل التركيبة السكانية والرفاه الاجتماعي والاقتصادي وكذلك المؤسسات الخاصة بالمسنين.

تكشف التركيبة السكانية للشيخوخة في دول منظمة التعاون الإسلامي عن عدد من الخصائص التي تستلزم انتباه السلطات المعنية بوضع السياسات الاجتماعية والاقتصادية والصحية لهذه المجموعة من الدول. فما بين عامي 1990 و2010، كانت وتيرة الشيخوخة في دول المنظمة أقل من نصف الوتيرة التي لوحظت في مجموعات البلدان الأخرى. ومع ذلك، بعد عام 2010، بدأت شيخوخة السكان في دول المنظمة تأخذ مسارا تصاعديا. وبحلول عام 2030، يقدر أن تصل نسبة كبار السن من السكان إلى 9.6%. وهذه الظاهرة تعكس الانخفاض في معدلات الخصوبة خلال العقود القليلة الماضية. اليوم، من المتوقع أن يعيش كبار السن لفترة أطول بما يقرب من سنة واحدة أطول مما كان عليه الحال قبل عقدين في دول منظمة التعاون الإسلامي. ففي الوقت الذي يتوقع أن تزداد نسبة إعالة المسنين في دول المنظمة بدءا من عام 2015، تسير مشاركة كبار السن في القوى العاملة في دول المنظمة في منحى تنازلي. ولذلك، فإن التغيرات في الهيكل العمري للسكان ستكون ذات أثر عميق في دول المنظمة.

ويؤكد تحليل الوضع الاجتماعي والاقتصادي الحالي لكبار السن في دول منظمة التعاون الإسلامي على درجة عالية من التجانس والتغيرات السريعة والمعقدة. وبالمقارنة مع النساء المسنات، حظوظ كبار السن من الرجال في الزواج أكبر، ولكن النساء يحظن بفرصة عيش لفترة أطول وغالبا كأرامل. وبشكل عام، عادة ما يعيش كبار السن في الدول النامية في أسر متعددة الأجيال. في المقابل، يرجح أن يعيش كبار السن في الدول المتقدمة إما بمفردهم أو مع الزوج على أن يعيشوا مع أبنائهم.

وتسبب الأمراض غير المعدية في نسبة كبيرة من الوفيات بين كبار السن. مرض القلب الإقفاري والسكتة الدماغية وأمراض انسداد الشعب الهوائية المزمنة هي أكثر الأسباب شيوعا للعجز بين الأشخاص البالغة أعمارهم 60 عاما أو أكثر. وتختلف الحالة الصحية لكبار السن في دول منظمة التعاون الإسلامي بين المناطق إلى حد كبير. وضمن الدول الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي، تتوفر كل من إندونيسيا وباكستان ونيجيريا وبنغلاديش وتركيا على أكبر عدد من مرضى الزهايمر وأشكال الخرف الأخرى.

من ناحية أخرى، ما زالت الصور النمطية في حق المسنين وارتفاع مستويات البطالة تقوض ولوج كبار السن إلى سوق العمل. ويعتبر بلوغ 60 عاما هو السن القانوني للتقاعد الأكثر شيوعا في الدول الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي، ومع ذلك فإن نسبة المسنين الذين يستفيدون من معاش الشيخوخة في هذه البلدان يقل عن نصف مجموع كبار السن.

وما يزال كبار السن في دول منظمة التعاون الإسلامي يواجهون عددا من التحديات الاجتماعية والاقتصادية الرئيسية. وكمجموعة، تسجل دول المنظمة أدنى معدلات الإلمام بالقراءة والكتابة. وكانعكاس مباشر لتدني مستويات الإلمام بالقراءة والكتابة والتحصيل العلمي، يصعب على المسنين المشاركة الكاملة في المجتمع. فبين عامي 2007 و 2013، اعتبرت غالبية الدول الأعضاء في المنظمة الحجم المتزايد لكبار السن مصدر قلق طفيف فقط أو حتى كونه لا يشكل أي قلق. وفي هذا السياق، ويهدف معالجة قضايا الشيخوخة، عشر دول فقط من المنظمة هي التي أحدثت ترتيبا مؤسسيا داخل وزارة أو إدارة أو جهاز.

وعموما، تتوافق أنظمة التقاعد في دول منظمة التعاون الإسلامي مع الأرباح الإلزامية. في هذا النظام، يعتمد مبلغ المعاش التقاعدي الذي يحصل عليه الأفراد على مساهمتهم الخاصة خلال فترة العمل. وعلاوة على ذلك، فقط عدد

قليل من دول المنظمة هي التي وضعت استراتيجيات للانتقال من مؤسسات المعاش المملوكة للدولة بالكامل إلى تلك التي يديرها القطاع الخاص.

تشكل شيخوخة السكان تحديات بالنسبة للحكومات والمجتمع على حد سواء. ولذلك، ينبغي الاهتمام بالموضوع والتخطيط له لتحويل هذه التحديات إلى فرص. وفي هذا الصدد، لوضع سياسات وبرامج فعالة، يتعين الأخذ بعين الاعتبار الحقائق المتعلقة بالميزانية وكذلك فهم كيفية عمل البيروقراطية الحكومية.

في الواقع، بالمقارنة مع التغييرات الرئيسية الأخرى في المجتمع، تبقى الشيخوخة السكانية أمراً يمكن التنبؤ به. ولذلك، فإن أمام الحكومات فرصة كبيرة بحيث يمكنها معرفة تداعيات الشيخوخة في وقت مبكر جداً، وبالتالي يمكنها أن تخطط لذلك. ولوضع السياسات والبرامج الملائمة في دول منظمة التعاون الإسلامي، يتعين بناؤها على أدلة دامغة بشأن الوضع الديموغرافي والاقتصادي والاجتماعي لكبار السن.

وعموماً، فإنه على صناعات السياسات في دول منظمة التعاون الإسلامي مراعاة كل القضايا التي تم التطرق إليها في هذا التقرير من أجل وضع سياسات وإجراءات محددة للتصدي للتحديات المتعلقة بالمسنين.

والحصول على التعليم والعمل والرعاية الصحية والخدمات الاجتماعية الأساسية سيمنح كبار السن من العيش حياة كريمة. وفي هذا الصدد، يمكن لإنشاء مجموعات عمل ولجان من الأكاديميين وصانعي السياسات والبيروقراطيين المكلفين بتنفيذ قضايا الشيخوخة أن يلعب دوراً رئيسياً. وفي الواقع، تشكل هذه المجموعات المحفل الأنسب لتطوير السياسات والتوصيات.

وتشكل الأمور المتعلقة بضمان الدخل وفرص العمل المرنة والحصول على الرعاية الصحية والأدوية بأسعار معقولة والإسكان والنقل والقضاء على التمييز والعنف والاعتداء الذي يستهدف كبار السن أبرز التحديات التي ينبغي على الحكومات التصدي لها. ولذلك، فإن المجتمع الدولي بحاجة إلى بذل المزيد من الجهود لصالح قضايا الشيخوخة في مجال التنمية. وفي هذا السياق، يجب مراعاة أهداف تنمية واضحة فيما يتعلق بكبار السن. إلى جانب ذلك، فإنه من الضروري تحسين مستوى البحث والتحليل المتعلقين بأمور الشيخوخة في دول منظمة التعاون الإسلامي، وذلك بالاستناد إلى بيانات ذات جودة. بالإضافة إلى ذلك، ينبغي لدول المنظمة التوفر على آليات رصد جيدة وأن تعمل بمرونة لاعتماد أنظمة وأدوات جديدة لخلق الظروف الاجتماعية والاقتصادية المواتية لكبار السن.

ومن منظور حقوق الإنسان، توصي دول منظمة التعاون الإسلامي باتخاذ التدابير التشريعية والإدارية والاجتماعية والتعليمية وغيرها من التدابير الملائمة لمكافحة العنف وحماية كبار السن في المجالين الخاص والعام بما في ذلك السلوكات التعسفية لأسرهم وأقاربهم ومقدمي الرعاية.

كبار السن بحاجة للمزيد من خدمات الرعاية الصحية وعلى المدى الطويل. ولذلك، ينبغي لأرضيات الحماية الاجتماعية الوطنية ضمان الحد الأدنى من "الوصول إلى مجموعة محددة من السلع والخدمات على الصعيد الوطني، التي تشكل الرعاية الصحية الأساسية". وهذا الأمر مهم جداً بالنسبة لكبار السن لأن له دور في الحماية من الفقر المتعلق بالصحة.

على مستوى التعاون في منظمة التعاون الإسلامي، ينبغي بذل الجهود لتسهيل تبادل الخبرات وأفضل الممارسات بين الدول الأعضاء في مجال الشيخوخة. لذلك يجب استكشاف والاستفادة بشكل كامل من فرص التعاون من أجل التعلم والتعاون المتبادل في هذا المجال من حيث أنشطة التدريب والبحوث. وفي هذا السياق، فإن تبادل المهارات والمعارف والخبرات بين الدول الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي سيكون شكلاً مفيداً من التعاون. وعلى سبيل المثال، يمكن اعتبار تجربة تركيا في إنشاء مؤسسات لكبار السن كنموذج ناجح ليتم نقله إلى الدول الأعضاء الأخرى. بالإضافة إلى ذلك، يمكن لتنظيم اجتماعات فريق الخبراء وحلقات دراسية حول القضايا ذات الصلة بالشيخوخة توفير فرص لتبادل

المعرفة والدراية بين الدول الأعضاء.

إن مشكلة تدهور معدلات إعالة كبار السن ستكون ذات أثر بالغ في المناطق الريفية، وخاصة في المناطق الزراعية الأقل إنتاجية في الدول الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي. لذلك، يمكن اعتماد سياسات ومشاريع التنمية الريفية كوسائل مهمة للمساهمة في التغلب على التحديات المرتبطة بالشيخوخة في الدول الأعضاء في المنظمة. وفي هذا السياق، ينصح بوضع سياسات لتحسين الإنتاج والإنتاجية وتحفيز الاستثمار وإدخال التكنولوجيات الملائمة إلى المناطق الريفية. وبالنظر إلى كون الأمراض غير المعدية تمثل سببا رئيسيا للعجز المعتدل والشديد بين الأشخاص البالغين من العمر 60 عاما أو أكثر في دول منظمة التعاون الإسلامي، ينبغي إيلاء اهتمام خاص لمسألة تطوير التشخيص المبكر والتدابير الوقائية المناسبة والخدمات العلاجية لكبار السن، بما في ذلك أولئك الذين يعانون من مشاكل الصحة العقلية.

ملحق

الملحق 1: بنية خطة عمل مدريد الدولية للشيخوخة

خطة عمل مدريد الدولية للشيخوخة	
<u>كبار السن والتنمية</u>	
القضية 1: المشاركة النشطة في المجتمع والتنمية (هدفين، 13 إجراء)	
القضية 2: العمل والقوى العاملة المسنة (هدف واحد، 14 إجراء)	
القضية 3: التنمية القروية والهجرة والتحضر (3 أهداف، 20 إجراء)	
القضية 4: الولوج للمعرفة والتعليم والتدريب (هدفين، 14 إجراء)	
القضية 5: التضامن بين الأجيال (هدف واحد، 7 إجراءات)	
القضية 6: القضاء على الفقر (هدف واحد، 8 إجراءات)	
القضية 7: ضمان الدخل والحماية الاجتماعية/الضمان الاجتماعي والوقاية من الفقر (هدفين، 13 إجراء)	
القضية 8: حالات الطوارئ (هدفين، 18 إجراء)	
<u>النهوض بالصحة والرفاه عند التقدم في السن</u>	
القضية 1: تعزيز الصحة والرفاهية في جميع مراحل الحياة (3 أهداف، 27 إجراء)	
القضية 2: الولوج الشامل والعادل لخدمات الرعاية الصحية (4 أهداف، 22 إجراء)	
القضية 3: كبار السن وفيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز (3 أهداف، 9 إجراءات)	
القضية 4: تدريب مقدمي الرعاية والعاملين في مجال الصحة (هدف واحد، 3 إجراءات)	
القضية 5: احتياجات الصحة النفسية لكبار السن (هدف واحد، 10 إجراءات)	
القضية 6: كبار السن والإعاقة (هدف واحد، 10 إجراءات)	
<u>ضمان بيئة تمكينية وداعمة</u>	
القضية 1: السكن والبيئة والمعيشة (3 أهداف، 17 إجراء)	
القضية 2: الرعاية والدعم لمقدمي الرعاية (هدفين، 14 إجراء)	
القضية 3: الإهمال وسوء المعاملة والعنف (هدفين، 12 إجراء)	
القضية 4: الصور المتعلقة بالشيخوخة (هدف واحد، 8 إجراءات)	
المصدر: صندوق الأمم المتحدة للسكان، لمحة عامة عن السياسات والتشريعات والبيانات والبحوث والترتيبات المؤسسية المتعلقة بكبار السن المتاحة - التقدم المحرز منذ مدريد، 2011	

الملحق 2: جداول إضافية

الجدول أ.1.4: السياسات الوطنية حول الشيخوخة في الدول الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي المعتمدة منذ 2002

الدولة	السياسات الوطنية
ألبانيا	وثيقة السياسات الشاملة لعدة قطاعات حول الشيخوخة 2008
البحرين	استراتيجية ووثيقة وطنية لحقوق المسنين
بنغلاديش	سياسة وطنية حول الشيخوخة
مصر	استراتيجية وخطة عمل وطنية 2007
الأردن	استراتيجية لكبار السن "شيخوخة ورعاية كبار السن نشطة وسليمة في الأردن" 2008
موزمبيق	سياسة وطنية حول الأشخاص المسنين 2002، خطة وطنية للأشخاص المسنين 2006-2010
عمان	استراتيجية وخطة عمل وطنية 2007-2008
فلسطين	خطة استراتيجية وطنية لرعاية المسنين وخطة عمل خطة مدريد
قطر	استراتيجية وطنية حول الشيخوخة 2007
السعودية	خطة استراتيجية وطنية من أجل شيخوخة سليمة 2010-2015
تونس	الخطة العشرية لرعاية المسنين 2003
تركيا	وضع الأشخاص المسنين في تركيا، خطة العمل الوطنية حول الشيخوخة 2007
أوغندا	سياسة وطنية للأشخاص المسنين 2009

المصدر: صندوق الأمم المتحدة للسكان، لمحة عامة عن السياسات والتشريعات والبيانات والبحوث والترتيبات المؤسسية المتعلقة بكبار السن المتاحة - التقدم المحرز منذ مدريد، 2011

الجدول أ.2.4: أسلوب نظم المعاشات في الدول الأعضاء بمنظمة التعاون الإسلامي

الدولة	الدعم 1	النظام	الدعم 0	النظام	الدعم 2	النظام
ألبانيا	✓	DB	✓	T		
الجزائر	✓	DB				
أذربيجان	✓	DB, NDC	✓	T		
البحرين	✓	DB				
بنغلاديش			✓	T		
بنين	✓	DB				
بروناي دار السلام	✓	PF	✓	U		
بوركينافاسو	✓	DB				
الكاميرون	✓	DB				
تشاد	✓	DB				
كوت ديفوار	✓	DB				
جيبوتي	✓	DB				
جمهورية مصر العربية	✓	DB	✓	U		
الغابون	✓	DB				
غامبيا	✓	PF				
غينيا	✓	DB				
غيانا	✓	DB				
إندونيسيا	✓	PF				
جمهورية إيران الإسلامية	✓	DB				
العراق	✓	DB				
الأردن	✓	DB				
كازاخستان	✓	DB	✓	U	✓	DC
الكويت	✓	DB				
جمهورية قيرغيزستان	✓	DB, NDC	✓	B	✓	DC
ليبيا	✓	DB				
ماليزيا	✓	PF	✓	T		
مالي	✓	DB				
جزر المالديف					✓	DC
موريتانيا	✓	DB				
المغرب	✓	DB				
النيجر	✓	DB				
نيجيريا			✓	U في الحالتين	✓	DC
سلطنة عمان	✓	DB				
باكستان	✓	DB				
المملكة العربية السعودية	✓	DB				
السنگال	✓	DB				
سيراليون	✓	DB				
السودان	✓	DB				
الجمهورية العربية السورية	✓	DB				
طاجيكستان	✓	DB			طاجيكستان	DC
توغو	✓	DB				
تونس	✓	DB				
تركيا	✓	DB				
تركمانستان	✓	DB	✓	T		
أوغندا	✓	PF				
الإمارات العربية المتحدة	✓	DB				
أوزبكستان	✓	DB	✓	T		
جمهورية اليمن	✓	DB				

المصدر: قاعدة بيانات المعاشات للبنك الدولي

- B: المعاشات الأساسية تشير إما لمعدل ثابت أو تعتمد على سنوات العمل.
- T: برامج هادفة تدفع المستحقات فقط لأولئك الذين يحصلون على دخل منخفض في سن الشيخوخة.
- U: شامل: المعاش الاجتماعي بدون مساهمة، بدون ربح ينطبق على كل السكان فوق سن معينة.
- DB: أنظمة استحقاق محددة ذات صيغ مرتبطة بشكل مباشر بمداخيل الأشخاص.
- NDC: تعتمد استحقاقات أنظمة التقاعد المحددة الاشتراكات الافتراضية على مقدار المساهمات والفائدة الإسمية المودعة في الحسابات فردية.
- PF: من خلال ادخار الأموال/ تتوقف استحقاقات أنظمة التقاعد المحددة الاشتراكات على مقدار المساهمات وعائدات الاستثمارات التي يكسبها الأفراد.

تعتمد كل من طاجيكستان وقرغيزستان وكازاخستان على نظام المعاشات الإلزامي.

المراجع

- ILO (2008), Conditions of Work and Employment Program, Geneva.
- ILO (2013), Key Indicators of Labour Market (KILM), 8th edition, Geneva.
- ILO (2014a), World Social Protection Report 2014/2015, Geneva.
- ILO (2014b), Social Protection for Older Persons: Key Policy Trends and Statistics, Geneva.
- Institute for Health Metrics and Evaluation (2013), The Global Burden of Disease: Generating Evidence, Guiding Policy, University of Washington, Seattle.
- John, K., and N. Chayovan (2008), Population Ageing and the Wellbeing of Older Persons in Thailand, University of Michigan, Ann Arbor.
- Montserrat, P.-M., C. Romero, and E. Whitehouse (2012), International Patterns of Pension Provision II: A Worldwide Overview of Facts and Figures, World Bank.
- UN (2002), Political Declaration of the Second World Assembly on Ageing, New York.
- UN (2007), Major Developments and Trends in Population Ageing, Department of Economic and Social Affairs, Division for Social Policy and Development, New York.
- UN (2011), Current Status of the Social Situation, Wellbeing, Participation in Development and Rights of Older Persons Worldwide, Department of Economic and Social Affairs, Division for Social Policy and Development, New York.
- UN (2013a), World Population Prospects: The 2012 Revision, Department of Economic and Social Affairs, Division for Social Policy and Development, New York.
- UN (2013b), World Population Ageing 2013, Department of Economic and Social Affairs, Division for Social Policy and Development, New York.
- UN (2013c), Neglect, Abuse, and Violence against Older Women, Department of Economic and Social Affairs, Division for Social Policy and Development, New York.
- UNFPA (2011), Overview of Available Policies and Legislation, Data and Research, and Institutional Arrangements Relating To Older Persons - Progress Since Madrid, New York.
- UNFPA (2012), Ageing in the Twenty-First Century: A Celebration and a Challenge, New York.
- WHO (2008), The Global Burden of Disease: 2004 Update, Geneva.



مركز أنقرة

Kudüs Caddesi No: 9, 06450 ORAN, Ankara, Turkey

Tel: +90-312-468 6172 Fax: +90-312-467 3458

E-mail: oi ankara@sesric.org Web: www.sesric.org