

وضع المسنين

في البلدان الأعضاء
في منظمة التعاون الإسلامي

2023



منظمة التعاون الإسلامي

مركز الأبحاث الإحصائية والاقتصادية
والاجتماعية والتدريب للدول الإسلامية



وضع المسنين
في البلدان الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي
2023



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



© مايو 2023 | مركز الأبحاث الإحصائية والاقتصادية والاجتماعية والتدريب للدول الإسلامية (سيسرك)

Kudüs Cad. No: 9, Diplomatik Site, 06450 Oran, Ankara – Türkiye

+90-312-468 6172

الهاتف

www.sesric.org

الموقع الإلكتروني

pubs@sesric.org

البريد الإلكتروني

تخضع المادة المقدمة في هذا المنشور لقانون حقوق الطبع والنشر. يعطي المؤلفون الإذن بعرض أو نسخ أو تحميل أو طباعة المواد المعروضة على أن لا يتم إعادة استخدامها لأغراض تجارية، في أي ظرف كان. للحصول على الإذن لإعادة إنتاج أو طبع أي جزء من هذا المنشور، يرجى إرسال طلب يشمل جميع المعلومات لدائرة النشر بسيسرك.

وتوجه جميع الاستفسارات بشأن الحقوق والتراخيص إلى دائرة النشر بسيسرك على العنوان المذكور أعلاه.

ردمك: 978-625-7162-28-9

الغلاف من تصميم السيد سفاش بهليمان، دائرة النشر، سيسرك.

للمزيد من المعلومات، يرجى التواصل مع دائرة الأبحاث بسيسرك عن طريق البريد الإلكتروني:

research@sesric.org

المحتويات

المحتويات	I
المختصرات	III
توطئة	V
ملخص	1
1. مقدمة	5
2. الخصائص الديمغرافية للمسنين	9
1.2. المسنون في البنية الديمغرافية	10
2.2. العوامل الديمغرافية المحددة لشيخوخة السكان	14
3.2. التغيرات في بنية السكان	19
3. سوق العمل والإدماج الاقتصادي للمسنين	23
1.3. المسنون في سوق العمل	24
2.3. المعاشات وشبكات الأمان الاجتماعي	32
3.3. مقاربات بديلة لتعزيز مستوى الإدماج الاقتصادي	34
4. صحة ورفاهية المسنين	37
1.4. متوسط العمر المتوقع في صحة جيدة	38
2.4. الأمراض والإعاقات	41
3.4. سن الشيخوخة في صحة جيدة	44
4.4. السياسات المتعلقة بالشيخوخة في صحة جيدة	45
5. تمكين بيئة داعمة للمسنين	50
1.5. الشيخوخة النشطة والبيئة التمكينية	51
2.5. سياسات نظم الحماية الاجتماعية على الصعيد الوطني	55
6. الثقافة والمسنون	61
1.6. الإسلام والثقافة والمسنون	62
2.6. المؤسسات والثقافة والمسنون	63
3.6. دمج الثقافة في السياسات المتعلقة بالمسنين	67
7. توصيات متعلقة بالسياسات	69
الملحقات	74
المراجع	83

المختصرات

رابطة أمم جنوب شرق آسيا	ASEAN
محلل مالي معتمد	CFA
لجنة منظمة التعاون الإسلامي الدائمة للتعاون الاقتصادي والتجاري	COMCEC
مرض فيروس كورونا المستجد في 2019	COVID-19
منظمات المجتمع المدني	CSOs
أوروبا وآسيا الوسطى	ECA
شرق وجنوب آسيا وأمريكا اللاتينية	ESALA
الناتج المحلي الإجمالي	GDP
الأشخاص النازحون داخليا	IDPs
منظمة العمل الدولية	ILO
الاتحاد البرلماني الدولي	IPU
البنك الإسلامي للتنمية	IsDB
متوسط العمر المتوقع عند الولادة	LEB
معدل المشاركة في القوى العاملة	LFPR
الأهداف الإنمائية للألفية	MDGs
الشرق الأوسط وشمال أفريقيا	MENA
صحة الأمهات وحديثي الولادة والأطفال والمراهقين	MNCAH
رينغيت ماليزي	MYR
مكاتب الإحصاء الوطنية	NSO
منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي	OECD
منظمة التعاون الإسلامي	OIC
أهداف التنمية المستدامة	SDGs
مركز الأبحاث الإحصائية والاقتصادية والاجتماعية والتدريب للدول الإسلامية	SESRIC
لمشاريع الصغيرة والمتوسطة الحجم	SME
أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى	SSA
الأمم المتحدة	UN

إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية بالأمم المتحدة	UN DESA
برنامج الأمم المتحدة الإنمائي	UNDP
البنك الدولي	WB
منظمة الصحة العالمية	WHO
التوقعات السكانية في العالم	WPP
السنوات الضائعة بسبب العجز	YLD

توطئة

يشكل المسنونون في الوقت الحاضر نسبة مهمة من سكان العالم في ظل تحسن معدل طول العمر بفضل التقدم في العلوم وخدمات الرعاية الصحية. وباتت الزيادة المتواصلة لعدد السكان المسنين من القضايا الملحة التي تمثل تحدياً بالنسبة لصناع السياسات، خاصة وأن مستوى رفاه المسنين رهين بدرجة كبيرة بمدى توفير خدمات الرعاية الصحية والتأهيل المناسبة، فضلاً عن إدماجهم في مختلف المجالات الاجتماعية والاقتصادية والثقافية. فالمسنون قادرون على المساهمة بفعالية في تحقيق التنمية المستدامة في مجتمعاتهم إذا ما توفرت بيئة تمكينية ومحيط مشجع من خلال تدابير داعمة، وذلك بفضل ما راكموه من معرفة وخبرة ودراية في حياتهم فضلاً عن وضعهم الاجتماعي.

يقدم إصدار 2023 من تقرير "وضع المسنين في البلدان الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي" تحليلاً شاملاً للوضع الراهن للمسنين في بلدان المنظمة من خلال استعراض أحدث البيانات والمعلومات المتاحة. وتبرز نتائج التقرير أن زيادة متوسط العمر المتوقع وتراجع مستويات الخصوبة من العوامل المساهمة في الزيادة المطردة لأعداد المسنين في بلدان المنظمة، إذ ارتفعت نسبة سكان هذه البلدان من 3.6% في 1990 إلى 4.8% في 2021، ويتوقع أن تبلغ هذه النسبة 9.5% في 2050. غير أن بلدان المنظمة لا تزال بلداناً فتيّة حيث سجلت حصة أقل نسبياً من حيث عدد المسنين في مجموع سكانها بالمقارنة مع المتوسط العالمي (9.6%) ومتوسط البلدان المتقدمة (20%) في 2021. ويجسد هذا الوضع فرصة ثمينة لبلدان المنظمة وجب عليها تسخيرها استعداداً للأوقات التي قد تشكل فيها فئة المسنين من السكان عبئاً إضافياً على فئة السكان الذين هم في سن العمل في المستقبل. لهذا ثمة حاجة خاصة لتطوير وتعزيز نظم الضمان الاجتماعي في بلدان المنظمة من أجل توسيع نطاق تغطية الحماية الاجتماعية، لا سيما لصالح المسنين من السكان. ففي حدود عام 2020، استفاد ثلث المسنين فقط (33.2%) في بلدان المنظمة من المزايا التي تمنحها أنظمة المعاشات التقاعدية، بينما قُدّر المتوسط العالمي بهذا الخصوص بنسبة 77.5%.

معلوم أن الشيخوخة عملية بيولوجية طبيعية لا يمكن التحكم في مسارها، لكن يمكن التحكم في نسقتها وآثارها على المجتمعات من خلال الاعتماد على سياسات وبرامج حكيمة تطبق في الظرف والسياق الزمني المناسب. والأرقام تشير إلى أن العديد من بلدان المنظمة أحرزت تقدماً جديراً بالثناء خلال السنوات القليلة الماضية في مجال النهوض بمستوى رفاهية المسنين، وذلك من خلال وضع وتنفيذ مجموعة من السياسات والبرامج مثل خدمات التطبيب عن بعد ومجموعات الدعم النشطة في المجتمعات وخطط العمل المرنة المراعية لخصوصيات كبار السن. كما أن الجانب الثقافي والديني في بلدان المنظمة يلعب دوراً مهماً في هذا الباب، إذ أن المجتمعات تعتبر الأسرة المكون الأساسي في منظومة رعاية كبار السن، وهذا ما يجعل الرعاية غير الرسمية الممارسة الأكثر شيوعاً في بلدان المنظمة.

وعلى مستوى مجتمع منظمة التعاون الإسلامي، يعد اعتماد استراتيجية المنظمة بخصوص المسنين من الإنجازات الفارقة، وتضم أربعة مجالات مواضيعية للتعاون ويندرج تحتها 19 هدفاً استراتيجياً. لكن لتنفيذ

هذه الاستراتيجية، يتعين على بلدان المنظمة إيلاء أهمية خاصة لمسألة تعزيز سياسات وبرامج 'سليمة وفعالة بشأن الشيخوخة' بهدف أن تكون داعمة ليس فقط على مستوى صون القدرات البدنية والنفسية للمسنين بل أيضا لتشجيعهم على المشاركة الفعالة في مسار التنمية الاجتماعية والاقتصادية.

كلي يقين بأن نتائج هذا التقرير ستكون ذات فائدة كبيرة في فهم طبيعة أبرز التحديات التي يواجهها كبار السن في بلداننا ومعالجتها، وذلك من خلال تعزيز التعاون فيما بين بلدان المنظمة بما يتماشى وأهداف استراتيجية المنظمة بخصوص المسنين.

زهراء زمرد سلجوق

المديرة العامة

سيسرك

ملخص

يسلط هذا التقرير الضوء على دور المسنين في تنمية بلدان منظمة التعاون الإسلامي ويستعرض وضع هذه البلدان المتعلق بسوق العمل والإدماج الاقتصادي لكبار السن، وصحتهم ورفاهيتهم، وتمكين بيئة داعمة لهم، والثقافة وكبار السن. ويقترح التقرير في الأخير على صانعي السياسات مجموعة من التوصيات المتعلقة بالسياسات الرامية إلى التغلب على عدد من التحديات البارزة التي يواجهها كبار السن.

الخصائص الديمغرافية للمسنين

إن معدل الخصوبة ومتوسط العمر المتوقع إلى جانب الهجرة وعوامل أخرى، من أبرز المحددات للخصائص الديموغرافية للمسنين. ففي بلدان منظمة التعاون الإسلامي، تراجع متوسط معدل الخصوبة من 4.4 طفل لكل امرأة في 1995 إلى 3.2 طفل في 2021. لكن متوسط معدل الخصوبة في مناطق المنظمة أعلى بالمقارنة مع مجموعة البلدان النامية غير الأعضاء في المنظمة ومجموعة البلدان المتقدمة وسيظل مرتفعا نسبيا على امتداد المستقبل القريب. وارتفع متوسط العمر المتوقع عند بلوغ 65 عاما من العمر من 13 سنة إلى 13.5 سنة بين عامي 1995 و 2021. وجددير بالذكر أن جائحة كوفيد-19 أثرت سلبا على متوسط العمر المتوقع في صفوف المسنين في البلدان النامية، إذ أنه تراجع بما يناهز سنة واحدة في بلدان المنظمة والبلدان النامية غير الأعضاء في المنظمة في 2019. لكن التقديرات تشير إلى أن كل مجموعات البلدان ستكون قادرة على تعويض هذا التراجع بحلول نهاية عام 2023، وبوسعها أيضا أن تتجاوز المستويات المسجلة في فترة ما قبل ظهور الجائحة. لكن يبقى متوسط العمر المتوقع في بلدان المنظمة أقل من مقابله في مجموعة البلدان النامية غير الأعضاء في المنظمة وفي البلدان المتقدمة. ومن تجليات شيخوخة السكان في بلدان المنظمة ارتفاع حصة المسنين البالغة أعمارهم 65 عاما فما فوق من 3.7% المسجلة عام 1995 إلى 4.8% في عام 2021. وبحلول عام 2050، من المتوقع أن تبلغ هذه الحصة 9.5% في بلدان المنظمة. وهذا الاتجاه التصاعدي في الشيخوخة في منطقة المنظمة يستدعي تدخلات إضافية على مستوى السياسات.

سوق العمل والإدماج الاقتصادي للمسنين

يتمتع المسنون بإمكانية المساهمة في التنمية الاقتصادية والرفع من إنتاجية العمل من خلال مشاركتهم في القوى العاملة الرسمية وغير الرسمية. لكن بالرغم من الارتفاع النسبي لمعدل السكان الشباب، لا تزال معدلات إعالة المسنين تسير في منحى تزايدى مطرد في العديد من البلدان الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي بسبب التحول الديموغرافي. فقد ارتفعت نسبة إعالة المسنين في مجموعة بلدان المنظمة من 6.8 المسجلة عام 2010 إلى 7.8 في عام 2021، بينما زاد المتوسط العالمي بمعدل 3.1 نقطة ليبلغ نسبة 14.8 في 2021. وزيادة على ذلك، سجلت بلدان المنظمة تراجعا في متوسط معدل مشاركة المسنين في القوى العاملة من 29.6% المسجل في 2010 إلى 26.4% في 2021، وذلك راجع لعوامل متعددة من أبرزها قوانين سوق العمل

والتمييز على أساس السن. وهناك أيضا تفاوتات بين المسنين من الرجال والنساء من حيث حجم المشاركة في القوى العاملة في بلدان المنظمة.

صحة ورفاهية المسنين

حققت العديد من البلدان الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي تقدما ملحوظا خلال العقد الماضي من الزمن في مسار النهوض بصحة ورفاهية كبار السن، وذلك بفضل مجموعة من العوامل مثل تحسين البنية التحتية للرعاية الصحية وزيادة حجم الاستثمارات في الرعاية طويلة الأجل، فضلا عن الاستفادة من عدد من المبادرات الإقليمية والدولية بشأن تمتع المسنين بصحة جيدة. ونتيجة لذلك، ارتفع متوسط العمر المتوقع عند بلوغ 60 عاما في بلدان المنظمة من 13.3 المسجل عام 2010 إلى 13.8 في 2019. لكن تبقى معدلات الوفيات والإعاقات مرتفعة نسبيا في صفوف كبار السن في بلدان المنظمة مقارنة بالمتوسطات العالمية، وهو الأمر الذي يستدعي بذل جهود إضافية لتعزيز فرص استفادة المسنين من خدمات الرعاية الصحية والرعاية طويلة الأجل والقدرة على تحمل تكاليفها.

تمكين بيئة داعمة للمسنين

تنطوي البيئة الداعمة للمسنين على ثلاثة أبعاد. أولها بيئة مادية داعمة تركز على مجموعة من العوامل مثل قابلية الوصول إلى الخدمات الاجتماعية والسلامة الجسدية والوصول إلى وسائل النقل والحق في الهواء والماء والغذاء النظيف لكبار السن. ويتمثل البعد الثاني في توفر بيئة داعمة اجتماعيا لكبار السن، وذلك من قبيل تطوير برامج تعزز التفاعلات الاجتماعية وتحمي كبار السن من العنف وسوء المعاملة وتضمن وصولهم إلى برامج التعلم مدى الحياة وتساهم في النهوض بمستوى مشاركتهم في عمليات صنع القرار. وفي الأخير، توفر بيئة داعمة اقتصاديا، وهذا يستلزم بالضرورة تحسين مستوى دخل كبار السن وإمكانية الوصول إلى أنظمة الحماية الاجتماعية والتوظيف (بما في ذلك العمالة الرسمية وغير الرسمية والعمل الحر). والوضع القائم المتعلق بالبرامج والإجراءات التي تصب في إطار هذه الأبعاد الثلاثة يستلزم مزيدا من العمل للنهوض بها في العديد من بلدان المنظمة. ففي 2020 سجلت بلدان المنظمة أدنى المعدلات (33.2%) من حيث متوسط نسبة المسنين الذين يتلقون مزايا من مختلف أنظمة المعاشات التقاعدية، مقارنة بمتوسط مجموعات البلدان الأخرى والمتوسط العالمي (77.5%). ويختلف مستوى المزايا التي يستفيد منها المسنون (بالدولار الأمريكي) من بلد لآخر بصورة ملحوظة في مجموعة بلدان المنظمة التي تتميز بأنظمة معاشات تقاعدية غير قائمة على الاشتراكات.

الثقافة والمسنون

تؤثر المعتقدات والممارسات الثقافية على طبيعة الأعراف الاجتماعية المتعلقة بالمسنين والشيخوخة في بلدان منظمة التعاون الإسلامي. فالتعاليم الدينية بخصوص رعاية كبار السن والشيخوخة تجعل من الأسر محور أنظمة الرعاية، وهذا ما يجعل الرعاية غير الرسمية للمسنين الممارسة الأكثر شيوعا في بلدان المنظمة. ففي عام 2021 كان أكثر من نصف السكان المسنين يعيشون في كنف أسر ممتدة على صعيد 36 بلدا عضوا في

المنظمة من أصل 49 بلدا تتوفر البيانات بشأنها. ومن الممارسات السائدة أيضا عيش كبار السن مع الزوج في أسر معيشية متعددة الأجيال. ففي 18 بلدا عضوا في المنظمة يعيش أكثر من نصف كبار السن في كنف أسر معيشية كبيرة مكونة من ستة أفراد أو أكثر. وفي ظل غياب رعاية أسرية مناسبة وسط بيئة ثقافية سريعة التغير، باتت مسؤولية رعاية المسنين تقع على عاتق الخدمات الحكومية في بلدان المنظمة. وفي عملية صياغة السياسات التي تلبي احتياجات كبار السن ومتطلبات الشيخوخة، من المهم بالنسبة لصانعي السياسات في بلدان المنظمة الانتباه لمسألة القيم الثقافية لأن من شأن الاعتبارات الثقافية تحديد ما إذا كانت هذه السياسات محط قبول اجتماعي.

توصيات متعلقة بالسياسات

تشير النتائج التي توصل إليها هذا التقرير إلى ضرورة أن تولي مجموعة بلدان منظمة التعاون الإسلامي أولوية للقضايا المتعلقة بالشيخوخة والمسنين على مستوى أجندة سياساتها في ظل الزيادة التدريجية لمتوسط عمر السكان فيها. فالزيادة المتواصلة في عدد المسنين، إلى جانب التغيرات السريعة في طبيعة مجتمعات المنظمة بسبب العولمة وتغير بنية الأسرة، تستلزم تدخلات على مستوى السياسات الخاصة بمجموعة من المجالات. وينبغي أن تتم عملية وضع وتنفيذ سياسات ناجحة بشأن المسنين بالتنسيق بين مختلف الجهات المعنية على مختلف المستويات مثل المجتمع الدولي والمجتمع المدني. ومع تفشي جائحة كوفيد-19 بدى جليا مدى أهمية بذل مزيد من الجهود بخصوص القضايا التي تخص كبار السن. وعلى مستوى السياسات، من شأن العوامل المتمثلة في تطوير سياسات شاملة وقائمة على الأدلة، وإصلاح وإعادة هيكلة أنظمة الضمان الاجتماعي، ومناهضة التحيز ضد المسنين والتميز على أساس السن، والاستثمار في تعليم وتدريب المسنين، وتقديم حوافز لتوظيف كبار السن وإدماجهم في العملية الاقتصادية وتنفيذ استراتيجية منظمة التعاون الإسلامي بخصوص المسنين أن تساهم بصورة كبيرة في معالجة أبرز التحديات التي يواجهها كبار السن في بلدان المنظمة.

1

مقدمة

الشيخوخة عملية طبيعية ومرحلة عمرية يمر بها الجميع، ويمكن لعوامل عدة التأثير على وتيرتها سواء على المستوى الفردي أو الجماعي. فعلى المستوى الفردي، يمكن لنمط الحياة غير الصحي والمحيط السلبي، مثل كثرة التعرض للضغط، المساهمة بصورة كبيرة في إلی تسارع وتيرة الشيخوخة. وعلى المستوى المجتمعي، تساهم عوامل التقدم في الرعاية الصحية، وتراجع معدلات الخصوبة، والتوسع الحضري السريع، وزيادة متوسط العمر المتوقع في زيادة وتيرة الشيخوخة وعدد المسنين في بلدان منظمة التعاون الإسلامي والعالم. ويرجح أن يتواصل هذا النمط ويكتسب زخماً إضافياً خلال العقود القليلة القادمة. ووفقاً لتقديرات إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية بالأمم المتحدة، بحلول عام 2050 سيكون شخص واحد من كل 10 أشخاص في مجموعة بلدان المنظمة فوق سن 65 من العمر مقارنة بمعدل شخص واحد من كل 20 شخص المسجل عام 2021.

وعلى مستوى الرفاه الاجتماعي والاقتصادي، تشكل الزيادة في عدد المسنين وتيرة الشيخوخة تحديات إضافية لصانعي السياسات، وفي الوقت ذاته تزيد من تعقيد المشاكل القائمة التي يعاني منها كبار السن. ولشيخوخة السكان آثار كبيرة على الظروف المعيشية والترتيبات المعيشية للمسنين وعلى مستوى مساهمتهم في المجتمع واحتياجاتهم من الحماية الاجتماعية والرعاية الصحية. والهواجس المرتبطة بها لا تصب فقط فيما يتعلق بتوفير المعاشات التقاعدية والرعاية الصحية لكبار السن، بل لها أبعاد وأثار متعددة أكثر تعقيداً. وفي هذا الصدد، أصبحت مسألة تحقيق الإدماج الكامل للمسنين في الحياة الاجتماعية والاقتصادية وحماية حقوقهم ومكافحة التمييز على أساس السن وتمكين بيئة داعمة تضمن لهم الاستفادة من خدمات الرعاية الصحية من أبرز الشواغل الوطنية لواضعي السياسات.

إن التغيرات الديموغرافية التي تشهدها العديد من بلدان منظمة التعاون الإسلامي والعالم النامي تستلزم اعتماد مقاربات جديدة لفهم وقياس الشيخوخة والاستجابة لاحتياجات المسنين. وهذا ما يمكن أن يتحقق من خلال التعاون على الصعيدين الإقليمي والدولي. وفي هذا السياق، اعتمدت عدة منظمات إقليمية ودولية مجموعة من الوثائق الاستراتيجية للتصدي للتحديات التي يواجهها المسنون والاستجابة لاحتياجات المجتمعات المسجلة لمعدلات شيخوخة مرتفعة. وتعد خطة عمل فيينا الدولية للشيخوخة (1982) من أولى الخطط الدولية في هذا المجال. كما يعتبر الإعلان السياسي وخطة عمل مدريد الدولية للشيخوخة (2002) من أطر العمل الأخرى التي اعتمدها الأمم المتحدة في هذا المجال. ومن الوثائق الاستراتيجية المهمة أيضاً في هذا المجال الاستراتيجية وخطة العمل العالميتان المتعلقتان بالشيخوخة والصحة لفترة 2016-2020 لمنظمة الصحة العالمية، وهذه الاستراتيجية تغطي فترة السنوات الخمس الأولى من مسار تحقيق أهداف التنمية المستدامة. وكمثلها إعلان ذات المنظمة لفترة 2021-2030 عقداً للشيخوخة في صحة جيدة. وهي أحدث خطة عمل عالمية تغطي العقد الأخير من فترة تحقيق أهداف التنمية المستدامة، وتروم تحسين حياة ورفاهية كبار السن وأسرها ومجتمعاتهم. وتناولت خطة التنمية المستدامة لعام 2030 القضايا المتعلقة بالشيخوخة والمسنين ضمن عدد من الأهداف مثل القضاء على الفقر (الهدف 1)، وضمان تمتع الجميع بأنماط عيش صحية وبالرفاهية في جميع الأعمار (الهدف 3)، وتعزيز المساواة بين الجنسين (الهدف 5)، وتحقيق العمالة

الكاملة والمنتجة وتوفير العمل اللائق للجميع (الهدف 8)، والحد من انعدام المساواة داخل البلدان وفيما بينها (الهدف 10)، وجعل المدن والمستوطنات البشرية شاملة للجميع وأمنة وقادرة على الصمود ومستدامة (الهدف 11) (UN DESA, 2020).

واتخذت منظمة التعاون الإسلامي بدورها مجموعة من الإجراءات التي تروم إدراج المواضيع الخاصة بكبار السن والشيخوخة في جدول أعمالها. وفي هذا السياق، ينص برنامج عمل منظمة التعاون الإسلامي حتى عام 2025، الذي تم اعتماده في 2016، على أهداف محددة بشأن حماية الفئات الهشة والنهوض بوضعهم، بما في ذلك كبار السن (الإطار 1.1). وزيادة على ذلك، نظمت منظمة التعاون الإسلامي لأول مرة في تاريخها مؤتمرا على المستوى الوزاري بشأن التنمية الاجتماعية في 2019 (المؤتمر الوزاري الأول المعني بالتنمية الاجتماعية في الدول الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي)، وأدرج المؤتمر موضوع المسنين والشيخوخة في جدول الأعمال كبنود من بنوده الأربعة الرئيسية. واستعرض المؤتمر استراتيجية منظمة التعاون الإسلامي بخصوص المسنين واعتمدها (منظمة التعاون الإسلامي وسيسرك، 2019). وكان اعتماد هذه الاستراتيجية علامة فارقة بالنسبة لبلدان المنظمة لكونها تمثل أداة توجيهية لصناع السياسات في قياس حجم التحولات الديمغرافية خلال السنوات القادمة، بغرض رسم صورة عمّا سيترتب عن ذلك من آثار اجتماعية وصحية واقتصادية. وتنص الوثيقة على 19 هدفا استراتيجيا وعدد من الإجراءات العملية تحت كل من هذه الأهداف ضمن أربع ركائز أساسية تغطي مواضيع بدءا من الاقتصاد ووصولاً إلى الثقافة.

وعلى هذا الأساس، يهدف إصدار 2023 من تقرير وضع المسنين إلى تقديم تحليل مقارن بشأن وضع كبار السن في بلدان منظمة التعاون الإسلامي. يستعرض التقرير في البداية أحدث الاتجاهات الديموغرافية في بلدان المنظمة لوضع أساس للاستفاضة أكثر في الموضوع (القسم 2). وتسلط الأقسام الأربعة الموالية الضوء على أربعة مجالات، بما يتماشى مع استراتيجية المنظمة بخصوص المسنين، وتستعرض وضع هذه البلدان وأدائها بشأن سوق العمل والإدماج الاقتصادي لكبار السن (القسم 3) وصحتهم ورفاهيتهم (القسم 4) وتمكين بيئة داعمة لهم (القسم 5) والثقافة وكبار السن (القسم 6). ويقترح التقرير في الأخير مجموعة من التوصيات المتعلقة بالسياسات بشأن سبل معالجة التحديات المستمرة التي يواجهها كبار السن بما في ذلك المتعلقة منها بجائحة كوفيد-19، والتنفيذ الفعال لاستراتيجية منظمة التعاون الإسلامي بخصوص المسنين، وتعزيز التعاون فيما بين بلدان المنظمة في هذا المجال الهام، على أمل أن تقدم هذه التوصيات مساهمة لبلدان المنظمة من تحقيق تنمية شاملة ومستدامة دون إغفال أحد.

الإطار 1.1: استراتيجية منظمة التعاون الإسلامي بخصوص المسنين

اعتمد المؤتمر الوزاري الأول المعني بالتنمية الاجتماعية في الدول الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي (إسطنبول، 07-09 ديسمبر 2019) استراتيجية منظمة التعاون الإسلامي بخصوص المسنين. ورحب مجلس وزراء خارجية دول المنظمة في دورته السادسة والأربعين (نيامي، نوفمبر 2020) بهذه الاستراتيجية. فمن خلال تحليل المؤشرات النوعية والكمية ذات الصلة بالمسنين في بلدان المنظمة وتقييم مجموعات البيانات الدولية واستعراض الخطط الوطنية والإقليمية والدولية في هذا المجال، تحدد الاستراتيجية في البداية أبرز القضايا والتحديات في المجالات ذات الصلة بالحقل الاجتماعي والاقتصادي والصحة والرفاهية والثقافة. وفي ضوء مجموعة التحديات المحددة التي يواجهها كبار السن في بلدان المنظمة، تحدد الاستراتيجية مجالات التعاون الأربعة التالية و 19 هدفاً استراتيجياً تحتها:

I. سوق العمل والتكامل الاقتصادي

- الهدف الاستراتيجي 1.1: تطوير واعتماد أنظمة عمل بديلة
- الهدف الاستراتيجي 2.1: تشجيع التكامل الاقتصادي للسكان المسنين
- الهدف الاستراتيجي 3.1: تعزيز تنمية مهارات السكان المسنين وفقاً لاحتياجات سوق العمل
- الهدف الاستراتيجي 4.1: تعزيز التنسيق الفعال بين أصحاب المصلحة الرئيسيين وتعزيز التعاون فيما بين الدول الأعضاء في المنظمة
- الهدف الاستراتيجي 5.1: تحسين نطاق خدمات الضمان الاجتماعي وسبل تقديمها
- الهدف الاستراتيجي 6.1: التعامل مع التمييز في العمل

II. الصحة والرفاه

- الهدف الاستراتيجي 1.2: تحسين الوقاية من الأمراض
- الهدف الاستراتيجي 2.2: الاستثمار في خدمات إعادة التأهيل والرعاية الطويلة الأجل
- الهدف الاستراتيجي 3.2: تحسين الآليات العامة بما في ذلك نظم الضمان الاجتماعي
- الهدف الاستراتيجي 4.2: ضمان الحصول على الخدمات الصحية
- الهدف الاستراتيجي 5.2: تشجيع التعاون فيما بين القطاعات وفيما بين دول منظمة التعاون الإسلامي

III. تمكين بيئة داعمة

- الهدف الاستراتيجي 1.3: تطوير سياسات لضمان بيئة داعمة للسكان المسنين
- الهدف الاستراتيجي 2.3: تحسين تنقل المسنين عبر جميع مجالات الحياة
- الهدف الاستراتيجي 3.3: تشجيع العمل التطوعي للمسنين لتحسين رفاهيتهم وتيسير عملية مساهمتهم في المجتمع
- الهدف الاستراتيجي 4.3: تحسين المقاربات المعنية بشؤون المسنين القائمة على أساس علمي من أجل تلبية احتياجات المسنين بشكل أفضل وتهيئة الدول الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي لاستقبال التغيرات الديمغرافية المستقبلية

IV. الثقافة

- الهدف الاستراتيجي 1.4: مناهضة التحيز ضد المسنين في المجتمع ككل وتعزيز الصور الإيجابية للشيوخة والمسنين
- الهدف الاستراتيجي 2.4: تعزيز التضامن من خلال الإنصاف والمعاملة بالمثل بين الأجيال
- الهدف الاستراتيجي 3.4: القضاء على العنف ضد المسنين والإساءة لهم وإهمالهم
- الهدف الاستراتيجي 4.4: دعم وتعزيز العائلات والمؤسسات المضطلة بشؤون الرعاية

المصدر: منظمة التعاون الإسلامي وسيسرك (2019)

2

الخصائص الديمغرافية
للمسنين

تشير تقديرات إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية للأمم المتحدة (2022) إلى أن عدد السكان البالغة أعمارهم 65 عاما فما فوق في تزايد مستمر وبوتيرة أسرع من باقي الفئات العمرية على مدار العقد الماضي. وهذا النمو، مصحوبا بتراجع معدلات الخصوبة والمستوى المرتفع لمعدل العمر المتوقع، يساهم في تسجيل زيادة في نسبة كبار السن في العالم. لطالما كانت الوتيرة المتسارعة للشيخوخة نمطا تتميز به البلدان المتقدمة لعدة عقود مضت، لكنها لم تكتسب زخما يذكر في العالم النامي، بما في ذلك مجموعة من بلدان المنظمة، إلا حديثا.

شيخوخة السكان ظاهرة طبيعية لا يمكن مقاومتها في أي مكان في العالم. لكن من المتوقع أن تصبح الشيخوخة "من أبرز التحولات الاجتماعية في القرن الحادي والعشرين، مع ما يترتب على ذلك من آثار على جميع القطاعات في المجتمع" (UN, 2020). فالبلدان ذات الأعداد الكبيرة من المسنين، من جهة، تواجه تحديات اجتماعية واقتصادية فريدة تتطلب استجابات فورية على صعيد السياسات. وتتمثل أبرز التحديات المرتبطة بالشيخوخة في تراجع عدد السكان الذين هم في سن العمل وتدني مستوى الإنتاجية وزيادة عدد المتقاعدين والضغط على أنظمة الحماية الاجتماعية وتنامي المخاطر المحدقة باستدامة النظم المالية وتغير أنماط الاستهلاك وارتفاع مستويات عدم المساواة... إلخ (Asian Development Bank Institute, 2019). ومن جهة أخرى، يتمتع كبار السن بالقدرة على المساهمة في تنمية مجتمعاتهم من خلال انخراطهم الاستباقي في المساهمة في تدبير شؤون أسرهم ومجتمعاتهم وحتى أسواق العمل وأسواق المال (Cox, Henderson, & Baker, 2014). لذلك تتمثل أبرز الشواغل على مستوى السياسات بالنسبة لبلدان المنظمة في ضمان توفير ظروف ينعم فيها المسنون بالرفاه الاجتماعي والاقتصادي.

وفي هذا الصدد، يستعرض هذا القسم الخصائص الديمغرافية للمسنين في بلدان المنظمة مقارنة بالبلدان النامية غير الأعضاء في المنظمة والبلدان المتقدمة. ويسلط الضوء على العوامل المحددة للخصائص الديموغرافية للشيخوخة والتغيرات في الهيكل السكاني، وذلك استنادا إلى البيانات المتاحة.

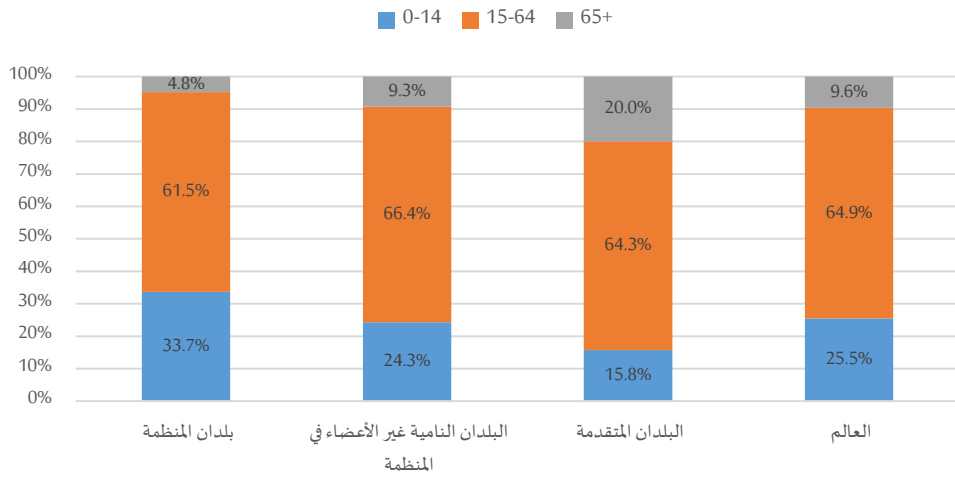
1.2. المسنون في البنية الديمغرافية

يستخدم مفهوم البنية الديموغرافية للدلالة على توزيع السكان حسب فئات العمر العريضة ونوع الجنس وخصائص أخرى. وتحليل التركيبة السكانية أمر حتمي لإدراك مدى قدرة السكان على التطور وقابليتهم للتغيير، فضلا عن احتياجاتهم المستقبلية والتحديات المحتملة. ومن شأن هذا التحليل أن يساهم بصورة كبيرة في اتخاذ قرارات سياسية مستنيرة.

والتوزيع العمري من السمات الأساسية للبنية السكانية. فعدد الأفراد المسنين (65 فما فوق) في العديد من الدول في تزايد مستمر، وهذا ما قد يكون له تداعيات على الرعاية الصحية والضمان الاجتماعي والاقتصاد عموما. فالمجتمع المتسهم بارتفاع حصة المسنين من السكان بحاجة لموارد أكبر لضمان تقديم خدمات الرعاية الصحية، وقد لا تتمتع هذه الفئة بفرص أكبر للتوظيف والإنتاج الاقتصادي.

وفئة السكان في سن العمل (15-64 سنة) من الفئات العمرية ذات الأهمية الخاصة، فهم عادة أكثر الفئات فعالية من حيث الإنتاجية الاقتصادية والمشاركة في القوى العاملة. وهذه الفئة دعامة لكبار السن والصغار أيضا، وهما مكونان مهمان كذلك ضمن التركيبة السكانية. ويتطرق هذا التقرير أيضا لحصة كبار السن في القوى العاملة ومسألة إدماجهم الاقتصادي (القسم 3). وتجدر الإشارة أخيرا إلى أن فئة الأطفال (0-14 سنة) بدورها من الفئات المهمة للغاية ضمن التركيبة السكانية للمجتمعات لأنها تجسد مستقبل السكان. لذلك، رغم ما يبدو أن الأطفال وكبار السن يشكلونه اليوم من عبء كبير على أنظمة الرعاية الاجتماعية، فإنهم - الأطفال - مستقبلا سيصبحون شبابا في سن العمل وبهم ينهض الاقتصاد والمجتمع.

الشكل 1.2: حصة السكان في المجموع حسب فئات العمر العريضة، 2021.



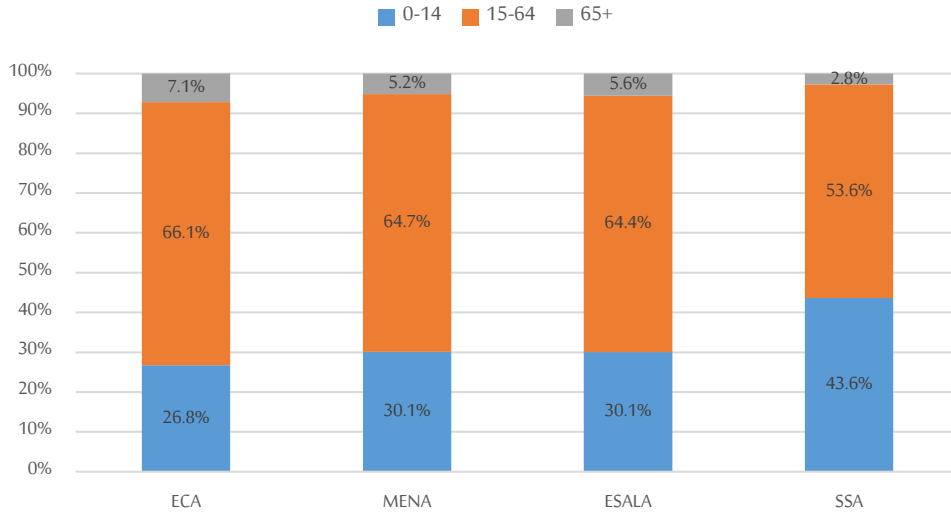
المصدر: حسابات موظفي سيسرك بناء على البيانات المطلع عليها في قاعدة بيانات إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية للأمم المتحدة، شعبة السكان (2022). التوقعات السكانية العالمية لعام 2022.

تشهد البلدان المتقدمة ارتفاعا كبيرا في معدلات شيخوخة السكان وبوتيرة سريعة مقارنة مع باقي مجموعات البلدان. فلحدود عام 2021، بلغت نسبة السكان البالغين من العمر 65 عاما فما فوق في العالم المتقدم ما يقرب من 20% من إجمالي السكان. وبالمقابل، بلغت النسبة 9.6% على الصعيد العالمي و 9.3% في البلدان النامية غير الأعضاء في المنظمة. ولم تتعدى هذه النسبة في مجموعة بلدان المنظمة 4.8% عام 2021. لكن حصة الأطفال دون سن 15 من العمر في بلدان المنظمة أعلى بكثير، ويقدر بنسبة 33.7%، مقارنة بنسبة 24.3% في البلدان النامية غير الأعضاء في المنظمة و 15.8% في البلدان المتقدمة. وتسجيل منطقة المنظمة لحصة أقل نسبيا من المسنين وأكبر من الأطفال دون سن 15 من العمر مرده لعدد من العوامل، ومنها انخفاض متوسط العمر المتوقع عند الولادة وارتفاع معدلات الخصوبة على مدى العقود القليلة السابقة، كما هو موضح بالتفصيل في القسمين 2.2 و 3.2.

وعلى صعيد المناطق الفرعية لمنظمة التعاون الإسلامي، سجلت منطقة أوروبا وآسيا الوسطى (ECA) أعلى حصة لكبار السن من إجمالي عدد السكان (7.1%)، بينما سجلت منطقة أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى

(SSA) أدنى معدل على هذا المستوى (2.8%) في 2021. وفي منطقتي شرق وجنوب آسيا وأمريكا اللاتينية (ESALA) والشرق الأوسط وشمال إفريقيا (MENA)، استأثر المسنون البالغة أعمارهم 65 عاما فما فوق بحصتي 5.6% و 5.2% من إجمالي السكان، على التوالي (الشكل 2.2).

الشكل 2.2: حصة السكان في المجموع حسب فئات العمر العريضة في المناطق الفرعية لمنظمة التعاون الإسلامي، 2021.



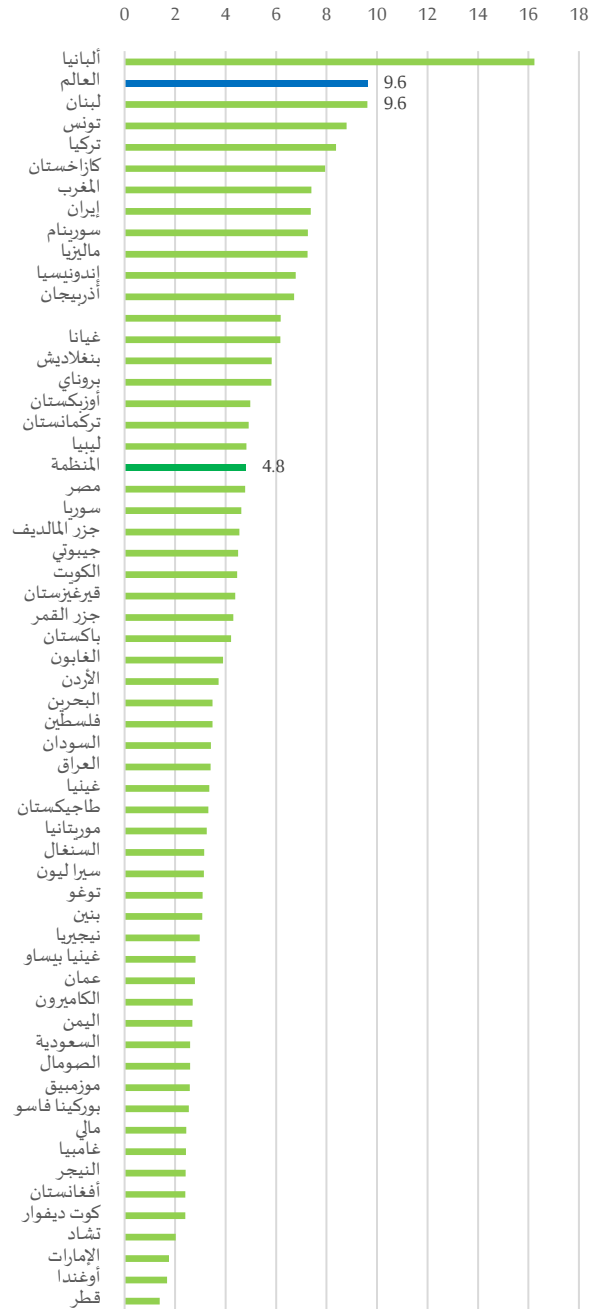
المصدر: حسابات موظفي سيسرك بناء على البيانات المطع عليها في قاعدة بيانات إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية للأمم المتحدة، شعبة السكان (2022). التوقعات السكانية العالمية لعام 2022.

ومن بين كل بلدان منظمة التعاون الإسلامي، سجلت ألبانيا في 2021 أعلى حصة لكبار السن (البالغة أعمارهم 65 فما فوق) من إجمالي عدد السكان، بلغت 16.2%. وتعدى هذا الرقم المتوسط العالمي (9.6%) ومتوسط البلدان النامية غير الأعضاء في المنظمة (9.3%). لكنه ظل دون متوسط البلدان المتقدمة (20%). وتلها لبنان في المرتبة الثانية بمعدل 9.6% كنسبة لكبار السن من إجمالي عدد السكان في نفس العام. وهذه النسبة في باقي البلدان الأعضاء الـ 55 دون المتوسط العالمي والبلدان النامية غير الأعضاء في المنظمة والبلدان المتقدمة (الشكلان 1.2 و 3.2).

ويوضح الشكل 3.2 أن 18 بلدا عضوا في المنظمة، من مناطق أوروبا وآسيا الوسطى، والشرق الأوسط وشمال إفريقيا، وشرق وجنوب آسيا وأمريكا اللاتينية، سجلت معدلات مرتفعة نسبيا تعدت متوسط المنظمة (4.8%) من حيث حصة المسنين من إجمالي السكان.

وبالمقابل، سجلت بعض بلدان المنظمة مثل قطر (1.4%) وأوغندا (1.7%) والإمارات العربية المتحدة (1.8%) وبلدان أخرى، معظمها من منطقة أفريقيا جنوب الصحراء، حصصا متدنية نسبيا من السكان المسنين البالغة أعمارهم 65 فما فوق من إجمالي عدد السكان.

الشكل 3.2: النسبة المئوية للسكان البالغين من العمر 65 عاماً فما فوق في بلدان منظمة التعاون الإسلامي، 2021



المصدر: حسابات موظفي سيسرك على أساس البيانات المستمدة من التوقعات السكانية في العالم (2022) لإدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية التابعة للأمم المتحدة.

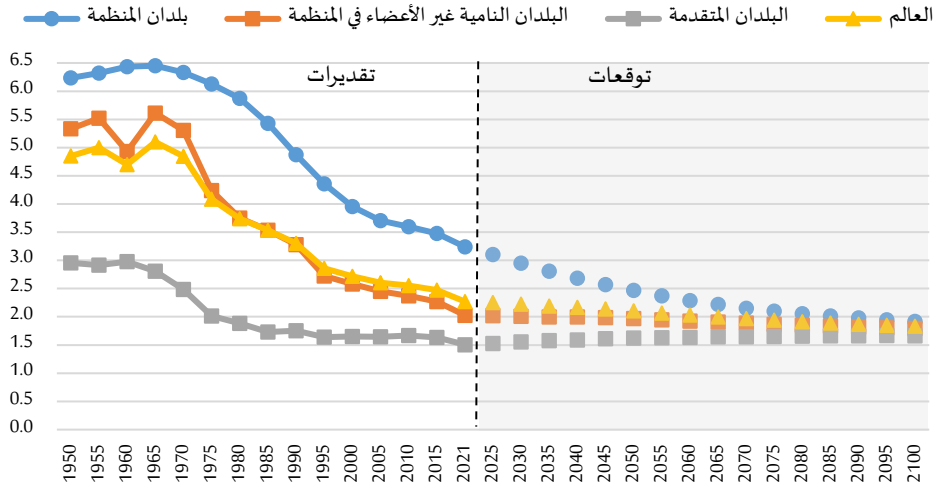
2.2. العوامل الديمغرافية المحددة لشيخوخة السكان

شيخوخة السكان ظاهرة تتجلى عندما يرتفع متوسط عمر السكان نتيجة لتراجع معدلات الخصوبة وارتفاع متوسط العمر المتوقع. ويحلل هذا القسم الفرعي هذين المؤشرين باعتبارهما عاملين رئيسيين من العوامل المحددة للشيخوخة. وتجدر الإشارة إلى أن مستوى تأثير هذين المتغيرين على شيخوخة السكان يختلف حسب البلد أو المنطقة، وأن بعض العوامل قد تكون ذات صلة في أماكن متعددة. ويمكن للهجرة أيضا أن تساهم في شيخوخة السكان. فقد تزيد التركيبة السكانية لشيخوخة إذا كان صافي تدفق الشباب نحو الخارج مرتفعا (Zaiceva 2014). ومن شأن أيضا ارتفاع صافي معدل استقبال كبار السن أن يزيد من حصة المسنين. لهذا قد يكون للهجرة تأثير إيجابي أو سلبي على حجم الشيخوخة بناء على الظروف والسياسات المعمول بها. ومن العوامل الأخرى هناك التقدم الاقتصادي والاجتماعي، الذي يؤدي إلى تعزيز مجالي التعليم والرعاية الصحية وظروف المعيشة. ويمكن للقيم الثقافية السائدة في المجتمع وبنية الأسرة وحجمها ونوع الأسرة المعيشية أن تسهم أيضا في شيخوخة السكان (راجع القسم 6 لمزيد من الاستفاضة). وفي الوقت ذاته، من شأن الحروب والكوارث والنزاعات أن تؤثر بصورة كبيرة على التغيرات في التركيبة السكانية والشيخوخة في جميع أنحاء العالم، وبلدان منظمة التعاون الإسلامي ليست استثناء من ذلك (SESRI, 2019b).

وتشير معدلات الخصوبة إلى عدد المواليد الأحياء في بلد معين لكل امرأة في سن الإنجاب (15-49 سنة). وتسجيل معدل 2.1 طفل لكل امرأة كمعدل خصوبة بمستوى الإحلال يعدل كافيا للقول بأن هناك توازن على مستوى السكان (Searchinger et al., 2013). وفي حين أن معدلات الخصوبة فوق مستوى الإحلال تدل على وجود نمو سكاني، نجد أن معدلات الخصوبة المرتفعة جدا قد تؤدي إلى خلق صعوبات اجتماعية واقتصادية بالنسبة للأسر. وبالمقابل، تشير معدلات الخصوبة التي لا ترقى لمعدل الإحلال إلى وجود منحنى نحو الشيخوخة السكانية وبالتالي حصول تراجع في عدد السكان. وكما هو الشأن بالنسبة لمعدلات الإحلال السكاني المرتفعة جدا، يمكن أن ينجم عن معدلات الإحلال المنخفضة عواقب اجتماعية واقتصادية تستلزم تدخلات على مستوى السياسات وعمل مؤسسي لمعالجتها. ويعد معدل الخصوبة بمستوى الإحلال البالغ 2.1 هو معيارا مرجعيا نظريا يعتمد لتحديد ما إذا كان الإنجاب في مجتمع معين يحصل بوتيرة كافية للحفاظ على التوازن. لكن هذا الرقم المعياري قد يختلف في بلدان المنظمة والبلدان النامية غير الأعضاء فيها بسبب ارتفاع معدل وفيات الأطفال وتدني متوسط العمر المتوقع (SESRI, 2019).

وبخصوص الديناميات، طرحت العديد من النظريات لتفسير العوامل المؤثرة على معدلات الخصوبة. فتمودج التحول الديموغرافي الثاني (SDT)، على وجه الخصوص، يشير إلى أن القيم الفردية أصبحت طاغية وأكثر تأثيرا مقارنة بقيم الأسرة والمجتمع. في حين يرى مان وبرينتون (Han and Brinton, 2022) أن نظرية المساواة بين الجنسين تؤكد على التغيرات في الأدوار الاقتصادية للمرأة كأحد برز أسباب تراجع معدل الخصوبة وليس التغيرات في المعايير الاجتماعية أو الأسرية في البلدان الصناعية.

الشكل 4.2: معدلات الخصوبة، 1950-2100



المصدر: حسابات موظفي سيسرك بناء على البيانات المطلاع عليها في قاعدة بيانات إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية للأمم المتحدة، شعبة السكان (2022). التوقعات السكانية العالمية لعام 2022. القيم المقدمة عن فترة 2100-2025 فُدرت استناداً إلى توقعات السيناريو المتوسط.

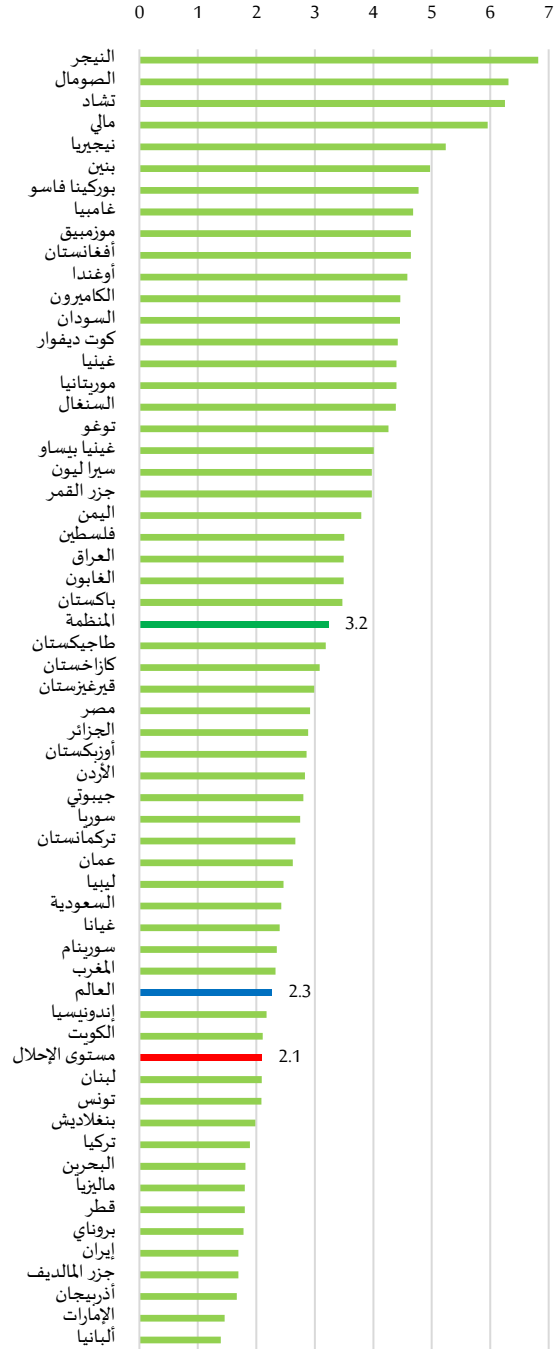
وعلى الصعيد العالمي، معدلات الخصوبة أخذت في التراجع على نحو مطرد خاصة منذ منتصف ستينيات القرن الماضي ومن المتوقع أن تواصل تراجعها في المستقبل القريب. فعلى سبيل المثال، في 1950 بلغ معدل الخصوبة في مجموعة بلدان منظمة التعاون الإسلامي 6.2 طفل لكل امرأة، وهذا الرقم أعلى من متوسط البلدان النامية غير الأعضاء في المنظمة (5.3) ومتوسط البلدان المتقدمة (2.8) والمتوسط العالمي (4.9). وفي عام 1975 تراجع في البلدان المتقدمة إلى ما دون معدل الخصوبة بمستوى الإحلال البالغ 2.1 طفل لكل امرأة. ولحدود 2021 تراجع معدل الخصوبة في البلدان النامية غير الأعضاء في المنظمة إلى ما تحت معدل الإحلال.

لكن مع ذلك يبقى متوسط معدل الخصوبة في بلدان المنظمة أعلى من متوسط البلدان النامية غير الأعضاء في المنظمة وأعلى بكثير من متوسط البلدان المتقدمة على امتداد فترة 1950-2021. وبناء على سيناريو المتغير المتوسط المتوقع من شعبة السكان في إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية التابعة للأمم المتحدة (2022)، سيبقى المعدل أعلى من 2.1 حتى عام 2075. وبعد 2050 سينخفض متوسط معدل الخصوبة العالمي إلى ما دون معدل الإحلال النظري المتمثل في 2.1 طفل (الشكل 4.2). لكن جدير بالإشارة إلى أن معدل الخصوبة في منطقة منظمة التعاون الإسلامي أخذ في التراجع منذ ستينيات القرن الماضي وسيبلغ 2.5 بحلول عام 2050 (مقارنة بقيمته المقدرة بـ 3.2 في عام 2021).

الشكل 5.2: معدلات الخصوبة في بلدان منظمة التعاون الإسلامي، 2021

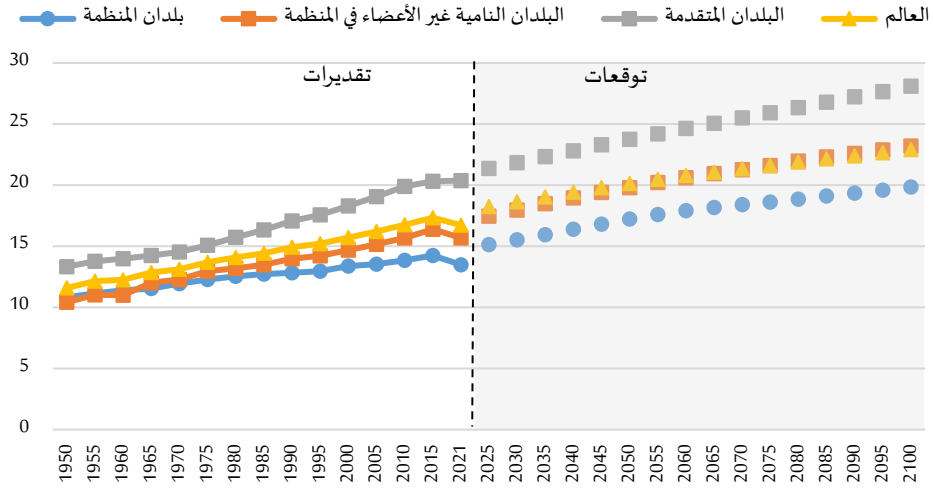
وعلى مستوى فرادى البلدان، هناك تفاوتات كبيرة في معدلات الخصوبة. ومن بين بلدان المنظمة، تسجل منطقة أفريقيا جنوب الصحراء أعلى معدلات الخصوبة، حيث تتراوح بين 4 أطفال لكل امرأة (جزر القمر) و 6.8 أطفال لكل امرأة (النيجر). وسجلت على وجه الخصوص كل من النيجر (6.8) والصومال (6.3) وتشاد (6.3) أعلى معدلات الخصوبة. وبالمقابل، البلدان الأعضاء المسجلة لأدنى معدلات الخصوبة هي ألبانيا (1.4) والإمارات العربية المتحدة (1.5) وأذربيجان (1.5). وبصورة عامة، قدر معدل الخصوبة في 13 بلدا عضوا في المنظمة في 2021 بأقل من عتبة 2.1 طفل لكل امرأة (الشكل 5.2).

ويعد ارتفاع متوسط العمر المتوقع من مؤشرات التقدم في العلوم والطب وما يترتب عن ذلك من تحسن في الثقافة الغذائية وخدمات المرافق الصحية والرعاية الصحية والتعليم والرفاه الاقتصادي. وعلى المستوى العالمي، تحسن بصورة كبيرة متوسط العمر المتوقع بالنسبة للأشخاص البالغة أعمارهم 65 عاما خاصة خلال العقود القليلة المنصرمة. وحققت العديد من بلدان المنظمة تحسنا في متوسط العمر المتوقع عند بلوغ 65 من العمر، وذلك من خلال تعزيزها للخدمات الاجتماعية والصحية التي يستفيد منها السكان (الشكل 6.2).



المصدر: حسابات موظفي سيسرك على أساس البيانات المستمدة من التوقعات السكانية في العالم (2022) لإدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية التابعة للأمم المتحدة.

الشكل 6.2: متوسط العمر المتوقع عند بلوغ 65 عاما، كلا الجنسين، (سنوات)، 1950-2100



المصدر: حسابات موظفي سيسرك بناء على البيانات المطلاع عليها في قاعدة بيانات إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية للأمم المتحدة، شعبة السكان (2022). التوقعات السكانية العالمية لعام 2022. القيم المقدمة عن فترة 2100-2025 فُدرت استنادا إلى توقعات السيناريو المتوسط.

وخلال فترة 1950-2021، ارتفع متوسط العمر المتوقع لكبار السن في منطقة منظمة التعاون الإسلامي بمعدل 2.7 سنة. لكن رغم هذا الاتجاه التصاعدي، سجلت بلدان المنظمة في 2021 نقصا في متوسط العمر المتوقع عند بلوغ سن 65، قدر بنحو 13.5 سنة، مقارنة بمجموعات البلدان الأخرى. وهذا المتوسط حتما أقل بكثير من متوسطات البلدان المتقدمة (20.4 سنة) والبلدان النامية غير الأعضاء في المنظمة (15.7 سنة) والمتوسط العالمي (16.7 سنة). وجدير بالذكر أن جائحة كوفيد-19 كان لها تأثير بالغ على متوسط العمر المتوقع لكبار السن في البلدان النامية (SESRI, 2022). فقد تراجع المتوسط في مجموعة بلدان المنظمة من 14.7 سنة في 2019 إلى 13.5 سنة في 2021.

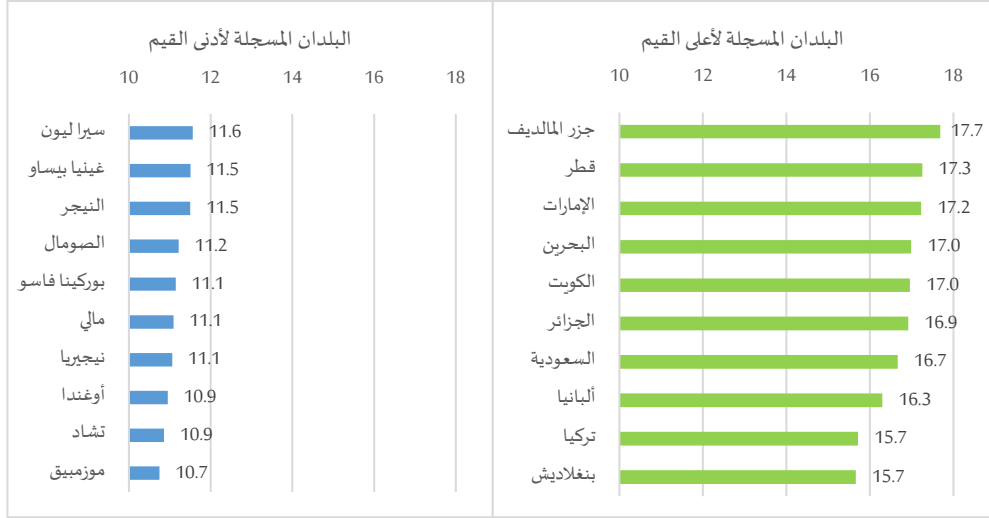
ويقدر أن يبلغ متوسط العمر المتوقع عند بلوغ 65 عاما من العمر في بلدان المنظمة 17.2 سنة بحلول عام 2050. وفي نفس العام من المتوقع أن يبلغ متوسط العمر المتوقع لكبار السن 20.1 سنة على مستوى العالم، و 19.8 سنة كمتوسط للبلدان النامية غير الأعضاء في المنظمة، و 23.7 سنة كمتوسط للبلدان المتقدمة. وسيبقى متوسط بلدان المنظمة بعيدا كل البعد عن متوسطي البلدان النامية غير الأعضاء في المنظمة والبلدان المتقدمة، ما لم تسجل تغييرات كبيرة. ويقدر أن يبلغ متوسط العمر المتوقع لكبار السن في بلدان المنظمة في 2100 ما يقرب من 19.8 سنة (الشكل 6.2).

وعلى مستوى فرادى البلدان، تفاوت بشكل كبير متوسط العمر المتوقع عند بلوغ سن 65 من العمر بين البلدان الأعضاء في المنظمة. فمن ناحية، تسجل بلدان المنظمة الواقعة في منطقة أفريقيا جنوب الصحراء أدنى المعدلات في العالم. فعلى سبيل المثال، يبلغ متوسط العمر المتوقع عند بلوغ 65 عاما من العمر 10.7 سنة في موزمبيق و 10.9 سنة في تشاد و 10.9 سنة في أوغندا و 11.1 سنة في نيجيريا و 11.1 سنة في مالي. ومن

ناحية أخرى، سجلت جزر المالديف أعلى متوسط من حيث العمر المتوقع عند بلوغ 65 عاما من العمر (17.7 سنة)، تلتها قطر (17.3) والإمارات العربية المتحدة (17.2) والبحرين (17) والكويت (17) (الشكل 7.2).

الشكل 7.2: متوسط العمر المتوقع عند بلوغ 65 عاما في بلدان منظمة التعاون الإسلامي، كلا الجنسين، (سنوات).

2021

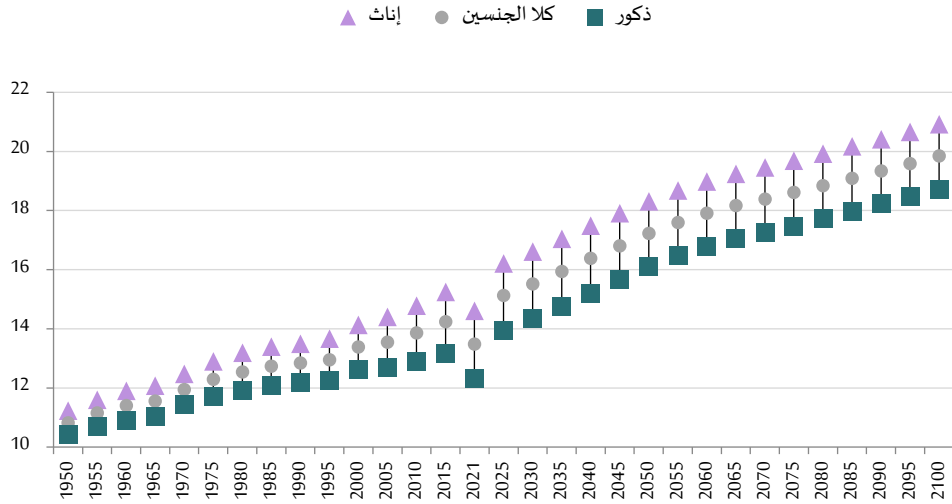


المصدر: حسابات موظفي سيسرك بناء على البيانات المطع عليها في قاعدة بيانات إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية للأمم المتحدة، شعبة السكان (2022). التوقعات السكانية العالمية لعام 2022.

ومن منطلق التفاوت بين الجنسين، عادة ما تعيش النساء أكثر من الرجال. ويبين الشكل 8.2 توزيع متوسط العمر المتوقع عند بلوغ 65 عاما من العمر بالنسبة للرجال والنساء من السكان في بلدان المنظمة خلال الفترة الممتدة بين عامي 1950 و 2100. فعلى مدى الفترة قيد الاستعراض، اتسعت الفجوة بين النساء والرجال من حيث هذا المتوسط. ففي عام 1950، كانت المسنات تعيش 0.8 سنة أطول من الرجال في منطقة المنظمة. ولحدود عام 2021، تعيش الإناث المسنات 2.3 سنة أطول من نظرائهن الذكور. لكن ليس من المتوقع أن تزيد هذه الفجوة اتساعا، وستظل في حدود هذا المستوى حتى عام 2100. وجدير بالذكر أن الذكور والإناث من المسنين تأثروا بجائحة كوفيد-19، التي بدأت في عام 2020¹، بمستويات مماثلة. فقد تراجع متوسط العمر المتوقع في صفوف الرجال من 13.5 سنة المسجل في 2019 إلى 12.3 سنة في 2021. كما تراجع ذات المتوسط بالنسبة للنساء المسنات من 15.7 سنة إلى 14.6 سنة خلال الفترة نفسها (الشكل 8.2).

¹ في تاريخ 11 مارس 2020، أعلنت منظمة الصحة العالمية تصنيف تفشي فيروس كورونا المستجد (كوفيد-19) جائحة عالمية.

الشكل 8.2: متوسط العمر المتوقع عند بلوغ 65 عاما من العمر، حسب نوع الجنس، في بلدان منظمة التعاون الإسلامي، 1950-2100

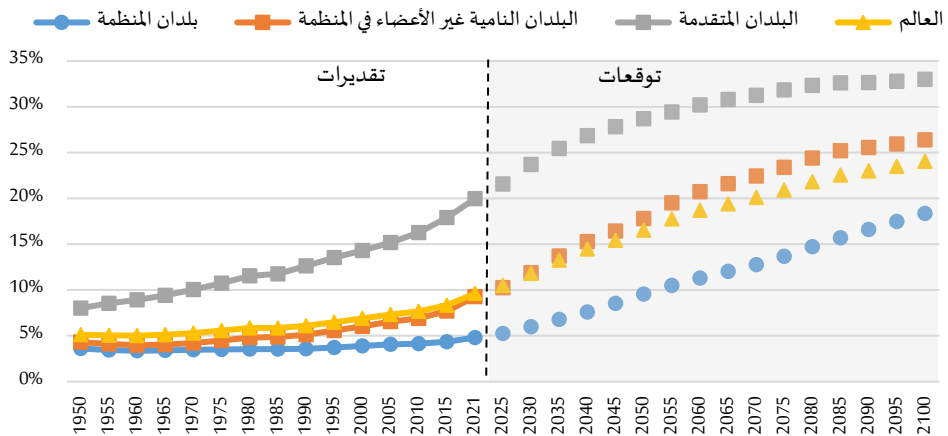


المصدر: حسابات موظفي سيسرك بناء على البيانات المطلع عليها في قاعدة بيانات إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية للأمم المتحدة، شعبة السكان (2022). التوقعات السكانية العالمية لعام 2022. القيم المقدمة عن فترة 2100-2025 قُدرت استنادا إلى توقعات السيناريو المتوسط.

3.2. التغيرات في بنية السكان

تعد الشيخوخة حالة حاضرة في كل مجتمعات العالم، لكن لكل بلد ومنطقة نمط ديمغرافي خاص بشأن الشيخوخة، وهذا ما يفضي لتنوع في توزيع الأفراد المسنين ضمن إجمالي التركيبة السكانية.

الشكل 9.2: النسبة المئوية للسكان المسنين البالغين من العمر 65 عاما فما فوق ، 1950-2100

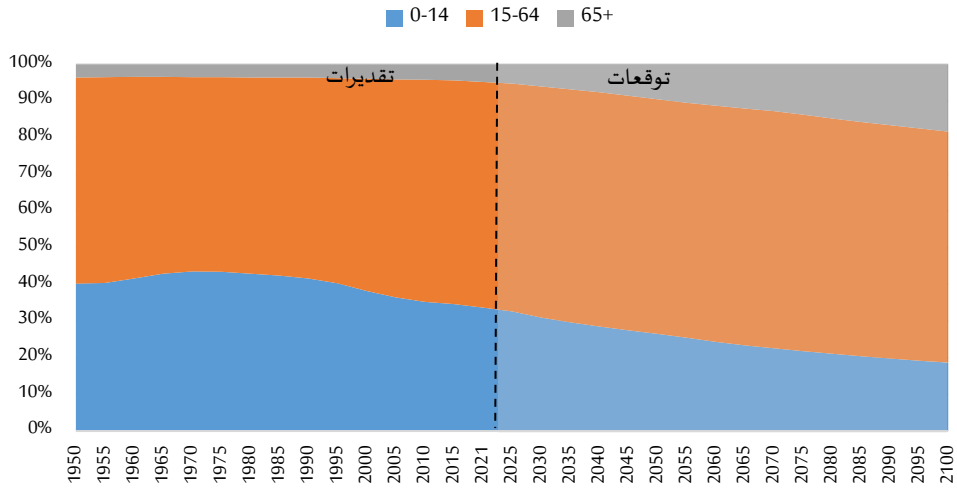


المصدر: حسابات موظفي سيسرك بناء على البيانات المطلع عليها في قاعدة بيانات إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية للأمم المتحدة، شعبة السكان (2022). التوقعات السكانية العالمية لعام 2022. القيم المقدمة عن فترة 2100-2025 قُدرت استنادا إلى توقعات السيناريو المتوسط.

ففي بلدان منظمة التعاون الإسلامي، زادت حصة السكان البالغة أعمارهم 65 عاما من 3.9% المسجلة عام 2001 إلى 4.8% في 2021 (الشكل 9.2). وهذا يدل على تسجيل زيادة ملحوظة في نسبة الأفراد المسنين من إجمالي السكان خلال العقود الماضية، مقارنة بمعدل الزيادة المسجل خلال نصف القرن السابق. وللتخصيص، زادت حصة المسنين البالغين من العمر 65 فما فوق في إجمالي عدد السكان في بلدان المنظمة من 3.6% المسجلة عام 1950 إلى 3.9% في 2000.

فيما زادت حصة السكان البالغة أعمارهم 65 عاما فما فوق من 6.1% إلى 9.3% في البلدان النامية غير الأعضاء في المنظمة، ومن 14.5% إلى 20% في البلدان المتقدمة خلال الفترة الممتدة بين عامي 2001 و 2021. وهذا ما يبرز جليا أن وتيرة الشيخوخة، في المتوسط، في بلدان المنظمة على امتدادا العقدين المنصرمين من الزمن قد اتسمت بالبطء بالمقارنة مع البلدان النامية غير الأعضاء في المنظمة والبلدان المتقدمة. لكن من المتوقع أن تبلغ هذه الحصة في مجموعة بلدان المنظمة 9.5% عام 2050، وهذا ما يعكس تسارع وتيرة الشيخوخة في العقود القادمة من الزمن، وهذا ما يحتم على صناعات السياسات التحرك والعمل من اليوم على تطوير السياسات والتدابير الملائمة (الشكل 2.9). وبعبارة أخرى، البنيت الديمغرافية في بلدان المنظمة آخذة في التغير وستتغير أكثر مستقبلا.

الشكل 10.2: التغيرات في البنية السكانية في بلدان منظمة التعاون الإسلامي، 1950-2100

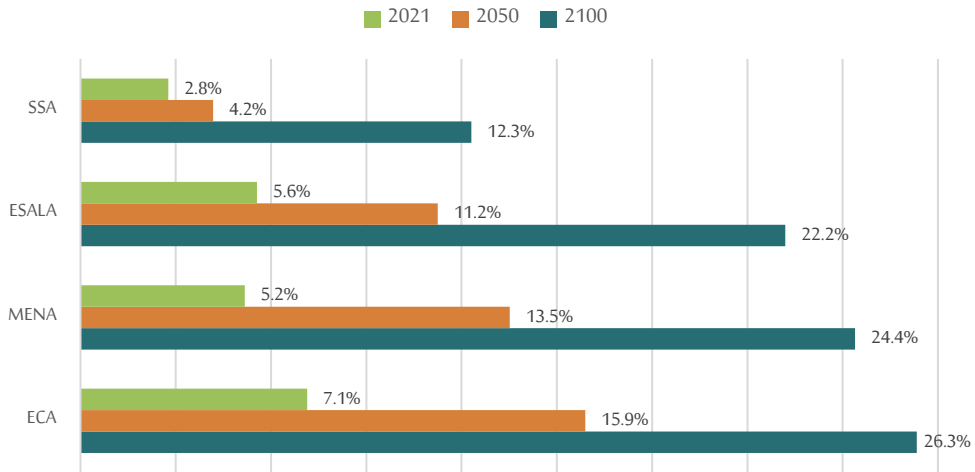


المصدر: حسابات موظفي سيسرك بناء على البيانات المطع علما في قاعدة بيانات إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية للأمم المتحدة، شعبية السكان (2022). التوقعات السكانية العالمية لعام 2022. القيم المقدمة عن فترة 2025-2100 قُدرت استنادا إلى توقعات السيناريو المتوسط.

ستشهد قادم العقود زيادة سريعة ليس فقط في عدد كبار السن في بلدان المنظمة ولكن أيضا في حصتهم من إجمالي السكان. فيحلول عام 2100 ستشكل نسبة كبار السن البالغين من العمر 65 عاما فما فوق 18.3% من إجمالي سكان بلدان المنظمة، أي ما يعادل تقريبا نسبة الأطفال من الفئة العمرية 0-14 (18.7%).

(الشكل 10.2). وبتعبير آخر، ستزيد نسبة كبار السن (+65) بنسبة 13.5 نقطة مئوية في مجموعة المنظمة بين عامي 2021 و 2100، وهذا ما يعني الحاجة إلى مصادر مالية كبيرة وخدمات اجتماعية إضافية لتلبية احتياجات هذه الشريحة المهمة من المجتمعات المتمثلة في المعاشات التقاعدية وخدمات الرعاية الصحية وغيرها.

الشكل 11.2: النسبة المئوية للسكان المسنين البالغين من العمر 65 عاما فما فوق في المناطق الفرعية لمنظمة التعاون الإسلامي، سنوات 2100-2050-2021



المصدر: حسابات موظفي سيسرك بناء على البيانات المطع علها في قاعدة بيانات إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية بالأمم المتحدة، شعبة السكان (2022). التوقعات السكانية العالمية لعام 2022. القيم المقدمة عن فترة 2100-2025 قُدرت استنادا إلى توقعات السيناريو المتوسط.

وبخصوص حصة المسنين من إجمالي السكان على صعيد المناطق الفرعية لمنظمة التعاون الإسلامي، فإن أعلى حصة لعام 2021 سجلتها منطقة أوروبا وآسيا الوسطى. فخلال نفس العام، بلغت حصة البالغين من العمر 65 عاما فما فوق في هذه المنطقة 7.1% من إجمالي عدد السكان، ومن المتوقع أن تزيد هذه الحصة لتبلغ 15.9% بحلول 2050 و 26.3% بحلول عام 2100. وفي منطقتي الشرق الأوسط وشمال أفريقيا وشرق وجنوب آسيا وأمريكا اللاتينية، بلغت في 2021 حصة السكان البالغة أعمارهم 65 عاما فما فوق 5.2% و 5.6%، على التوالي. ومن المرجح أن تشهد المنطقتان زيادة كبيرة في حصة السكان المسنين بحلول عام 2050، أي تسجيل 13.5% في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا و 11.2% في شرق وجنوب آسيا وأمريكا اللاتينية. وبالمقابل، لم يتعدى متوسط هذه الحصة في 2021 معدل 2.8% في بلدان المنظمة الواقعة في منطقة أفريقيا جنوب الصحراء، ويتوقع أن تبلغ 4.2% بحلول عام 2050. وبحلول عام 2100، من المتوقع أن تسجل منطقتي شرق وجنوب آسيا وأمريكا اللاتينية والشرق الأوسط وشمال أفريقيا معدلا يقرب من معدل منطقة أوروبا وآسيا الوسطى من حيث حصة كبار السن من إجمالي السكان (الشكل 11.2).

وفي ضوء المشهد الديموغرافي المتغير، ستصبح مسألة الشيخوخة في القريب العاجل من المسائل الاجتماعية والاقتصادية الحاضرة بقوة في برامج صانعي السياسات في بلدان منظمة التعاون الإسلامي. وفي الواقع، باتت قضية الشيخوخة من العناصر الهامة في مجال السياسات في بعض المناطق الفرعية والبلدان التابعة للمنظمة، وذلك بحكم الارتفاع النسبي لحصة كبار السن والاتجاهات التصاعدية المتعلقة بالشيخوخة. وكان أمام البلدان المتقدمة متسع من الوقت وما يكفي من الموارد لإدارة كل ما يتعلق بالشيخوخة على أحسن وجه في مجتمعاتها. لكن الشيخوخة في العديد من البلدان النامية أخذت تسير في منحنى متسارع، وهذا يعني بالضرورة أنه يتعين على بلدان المنظمة صياغة سياسات كفيلة بمعالجة القضايا التي تخص المسنين على وجه السرعة. وبحكم أن هناك نقص في الوعي بالقضايا المتعلقة بالشيخوخة وكبار السن في أوساط صانعي السياسات في جميع مناطق المنطقة، فإن الإقرار بأهمية إدراج موضوع الشيخوخة ضمن قضايا السياسات العامة وصياغة الإجراءات الملائمة بهذا الخصوص بات يستدعي بذل المزيد من الجهود.

لكن بالرغم من ذلك، تتمتع بلدان منظمة التعاون الإسلامي بفرصة لإدارة مسألة الشيخوخة على أحسن وجه في مجتمعاتها من خلال الاستفادة من تجارب بعض البلدان المتقدمة والنامية. وبصورة عامة، تعد المقاربات المتعلقة بالسياسات المعتمدة في الوقت الراهن لمعالجة قضايا الشيخوخة إلى حد كبير مزيجاً من "السياسات المتعلقة بالتعبئة والتجارب وأدوار المسنين وتلبية احتياجاتهم الصحية والاجتماعية، وسياسات إعادة توزيع الأدوار والموارد والمسؤوليات عبر الأجيال، والسياسات المصممة خصيصاً لمجموعات متنوعة من المسنين وإدماجهم" (Cox, Henderson, & Baker, 2014). هذه المقاربات تتجسد في وثائق رفيعة المستوى متعلقة بالسياسات العامة، إقليمية ودولية، تعنى بهذا المجال مثل استراتيجية منظمة التعاون الإسلامي بخصوص المسنين، والاستراتيجية وخطة العمل العالميتان للأمم المتحدة بشأن الشيخوخة والصحة، وخطة التنمية المستدامة لعام 2030 (الإطار 1.2).

الإطار 1.2: اتخاذ إجراءات صوب تنفيذ استراتيجية منظمة التعاون الإسلامي بخصوص المسنين

من شأن استراتيجية منظمة التعاون الإسلامي بخصوص المسنين توجيه البلدان الأعضاء في سعيها لمعالجة العديد من القضايا المتداخلة التي تعتبر مهمة للنهوض بوضعية كبار السن. وتركز الاستراتيجية في المقام الأول على "تحسين الظروف المعيشية لكبار السن وإحداث بيئة داعمة لهم، مع الحرص على مشاركتهم النشطة في تنمية المجتمع". وتهدف الاستراتيجية كذلك إلى تحفيز التعاون فيما بين بلدان منظمة التعاون الإسلامي لمعالجة القضايا المتعلقة بسوق العمل والإدماج الاقتصادي للمسنين، وصحتهم ورفاهيتهم، وتمكين بيئة داعمة لهم، وما لا يتعلق بالثقافة والمسنين، وتدعو لإذكاء الوعي في الوقت ذاته بشأن الشيخوخة في بلدان المنظمة. فمن خلال اعتماد هذه الاستراتيجية كمرجع توجيهي في مجال السياسات، بوسع بلدان المنظمة خلق بيئة شاملة ومنصفة لكبار السن من خلال معالجة مجموعة من القضايا مثل التمييز على أساس السن، وتعزيز التعلم مدى الحياة في صفوف كبار السن، وإدارة تكاليف الرعاية الصحية المخصصة للمسنين المتعلقة بالمجتمعات ذات الحصص المرتفعة من المسنين، وتوفير الحماية الاجتماعية المستدامة لكبار السن، وتخفيف العبء الذي يمكن أن تشكله الشيخوخة على الموارد والأنظمة والمؤسسات الوطنية.

المصدر: منظمة التعاون الإسلامي وسيسرك (2019)

3

سوق العمل والإدماج الاقتصادي للمسنين

إن عدد كبار السن أخذ في الزيادة بوتيرة مستمرة في جميع أنحاء العالم وفي العديد من بلدان منظمة التعاون الإسلامي، مقارنة بباقي الفئات العمرية، كما ورد في القسم السابق. ومن شأن مثل هذا التحول الديموغرافي أن يخلف تداعيات حتمية على أسواق العمل وأنظمة الضمان الاجتماعي ومستوى الرفاهية الاقتصادية للمسنين. ويعد إدماج كبار السن في أسواق العمل من العوامل المساهمة ليس فقط في تمكهم من دخل محترم، بل يضمن لهم في الوقت ذاته تعزيز فرص ازدهار أسرهم من خلال التحويلات النقدية والتقليل من معدل الإعالة داخل الأسر. وهذا بدوره يساهم في خفض مستوى الفقر ويحفزهم على تكوين ثروة في مجتمعاتهم. لذلك من المهم الاستفادة من الإمكانيات التي يتمتع بها كبار السن وخبراتهم في أسواق العمل لتحقيق تنمية مستدامة وشاملة للجميع.

تعد مسألة التمكين الاقتصادي للمسنين وإدماجهم في أسواق العمل من العناصر المهمة ضمن بنود جدول أعمال مجموعة من المؤسسات الدولية والإقليمية، مثل الأمم المتحدة ومنظمة العمل الدولية والبنك الدولي ومنظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي ومنظمة التعاون الإسلامي. وتنص مجموعة من الوثائق الإقليمية والدولية المتعلقة بالسياسات على أهداف محددة بخصوص هذا الموضوع الهام. فعلى سبيل المثال، يتطرق جدول أعمال التنمية المستدامة للأمم المتحدة لمسألة القضاء على الفقر في صفوف المسنين من خلال الحماية الاجتماعية، وذلك ضمن الهدف 1 من أهداف التنمية المستدامة. وعلى نفس النحو، تحدد استراتيجية منظمة التعاون الإسلامي بخصوص المسنين مسألة سوق العمل والإدماج الاقتصادي للمسنين كواحدة من المجالات الأساسية للتعاون وتقدم ستة أهداف استراتيجية و 49 إجراء عمليا في هذا المجال. كما يولي برنامج عمل منظمة التعاون الإسلامي حتى عام 2025 عناية خاصة لمسألة الازدهار الاقتصادي لكبار السن.

وفي هذا السياق، يستعرض هذا القسم أحدث التطورات في أسواق العمل في بلدان منظمة التعاون الإسلامي مع التركيز بصورة خاصة على المسنين، كما يحلل الوضع المتعلق بإدماجهم الاقتصادي في بلدان المنظمة.

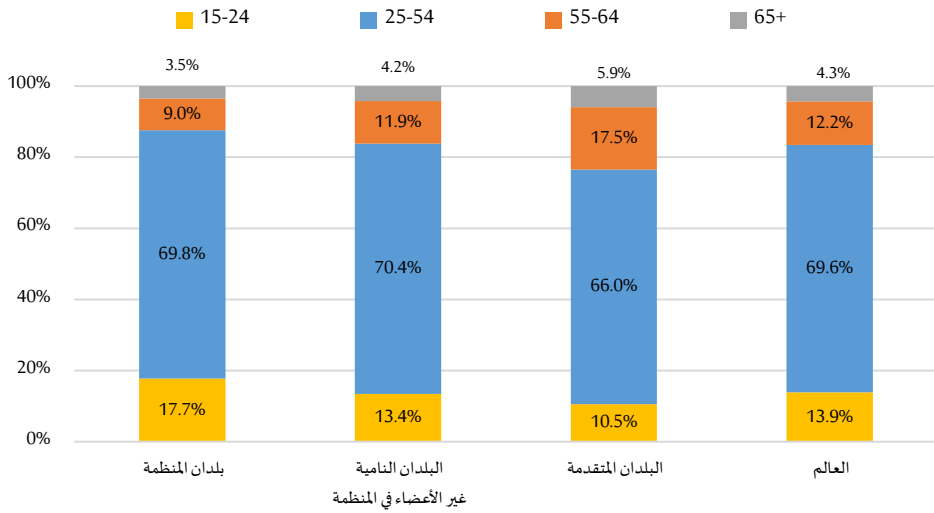
1.3. المسنون في سوق العمل

لا شك أن مساهمة كبار السن في القوى العاملة والتنمية الاقتصادية مهمة وذات قيمة كبيرة. ويهدف إلقاء نظرة شاملة على بنية القوى العاملة، يصنفها هذا القسم على أساس فئات عمرية عريضة، بما في ذلك الشباب المتراوحة أعمارهم بين 15 و 24 سنة، والكبار المتراوحة أعمارهم بين 25 و 54 سنة، والفئة المقبلة على التقاعد المتراوحة أعمارهم بين 55 و 64 سنة، وفئة المسنين البالغة أعمارهم 65 سنة فما فوق.

وشكلت فئة 25-54 سنة أغلبية القوى العاملة في 2021، بمعدل 69.8% من القوى العاملة في مجموعة بلدان منظمة التعاون الإسلامي، ومعدل 70.4% من القوى العاملة في البلدان النامية غير الأعضاء في المنظمة، و معدل 66% من إجمالي القوى العاملة في البلدان المتقدمة، و 69.6% من القوى العاملة العالمية (الشكل 1.3). وكانت فئة الشباب (15-24) ثاني أكثر الفئات حضورا في القوى العاملة في بلدان المنظمة بحصة 17.7%. ولم تمثل الفئة المقبلة على التقاعد (55-64) سوى 9% من القوى العاملة في بلدان المنظمة. ونسبة

3.5% المتبقية من القوى العاملة استأثرت بها فئة المسنين البالغة أعمارهم 65 سنة فما فوق في 2021. وبالمقابل، كانت فئة المقبلين على التقاعد ثاني أكبر المساهمين في القوى العاملة في البلدان المتقدمة في 2021، بحصة بلغت 17.5%، بينما شكل الشباب 10.5% فقط. كما أن السكان المسنين أكثر حضوراً نسبياً في سوق العمل في البلدان المتقدمة مقارنة ببلدان المنظمة، إذ بلغت النسبة 5.9% في نفس العام.

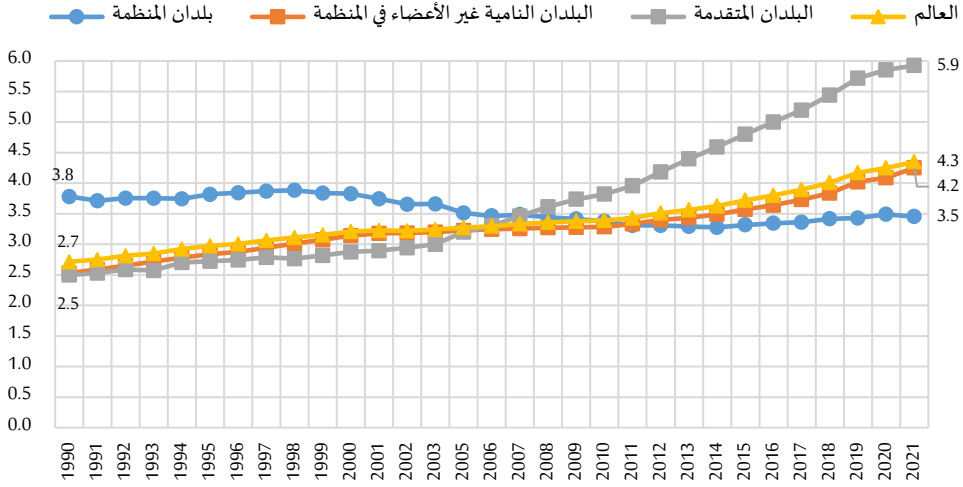
الشكل 1.3: القوى العاملة حسب الفئات العمرية (% من الإجمالي)، 2021



المصدر: حسابات موظفي سيسرك بناء على البيانات المستقاة من قاعدة البيانات الإحصائية لمنظمة العمل الدولية (ILOSTAT): التقديرات النمذجة لمنظمة العمل الدولية، نوفمبر 2022.

وعلى امتداد العقود الثلاثة الماضية، ظلت معدل مشاركة المسنين في القوى العاملة في بلدان المنظمة مستقرة نسبياً، على النقيض تماماً من الاتجاهات العالمية. ففي عام 1990، لم تضم القوى العاملة في البلدان المتقدمة ومجموعة البلدان النامية غير الأعضاء في المنظمة سوى 2.5% من المسنين من فئة 65 عاماً فما فوق. وفي مجموعة بلدان المنظمة، بلغت حصة المسنين في القوى العاملة خلال نفس العام 3.8% مقارنة بحصة 2.7% كمتوسط عالمي. ولكن منذ منتصف العقد الأول من القرن الحادي والعشرين، شهدت البلدان المتقدمة زيادة ملحوظة في عدد كبار السن النشطين في سوق العمل، تليها البلدان النامية غير الأعضاء في المنظمة وهذا اثر أيضاً على متوسط القيم المسجلة عالمياً. وكنتيجة طبيعية، لحدود عام 2021 تراجعت حصة كبار السن في إجمالي القوى العاملة في بلدان المنظمة بصورة طفيفة وبلغت 3.5% فقط مقارنة بمعدل 5.9% في البلدان المتقدمة و 4.3% على الصعيد العالمي و 4.2% في البلدان النامية غير الأعضاء في المنظمة (الشكل 2.3).

الشكل 2.3: حصة المسنين في القوى العاملة، 1990-2021



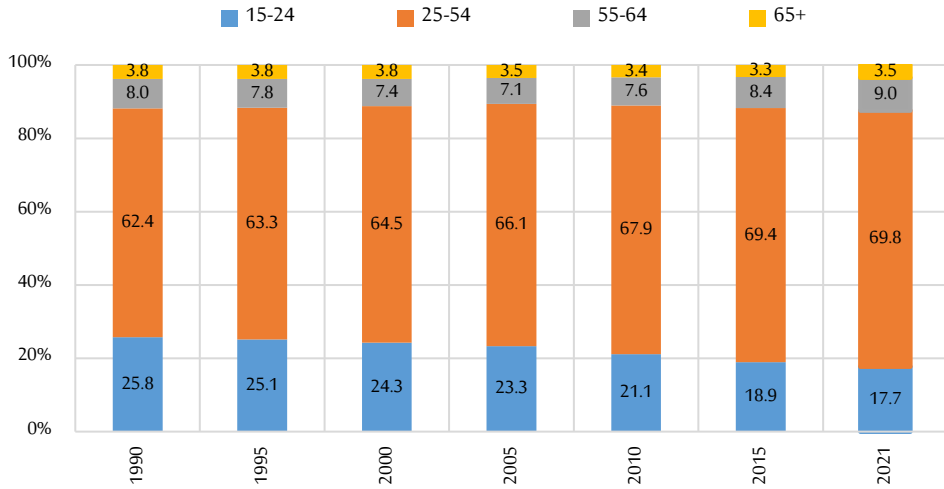
المصدر: حسابات موظفي سيسرك بناء على البيانات المستقاة من قاعدة البيانات الإحصائية لمنظمة العمل الدولية (ILOSTAT): التقديرات النمذجة لمنظمة العمل الدولية، نوفمبر 2022.

وتشير توقعات منظمة العمل الدولية إلى أن حصة المسنين (+65 سنة) في القوى العاملة ستترفع على الصعيد العالمي وتصل إلى 5.3% في 2030. وفي الوقت ذاته، ستراجع حصة الشباب النشطين في سوق العمل (15-24 سنة) إلى 13.6% في 2030 (ILO, 2018).

وتشير أحدث الاتجاهات إلى أن القوى العاملة في بلدان منظمة التعاون الإسلامي أخذت منذ تسعينيات القرن الماضي في اكتساء طابع الشيخوخة شيئاً فشيئاً. فنسبة القوى العاملة الشابة (15-24 سنة) آخذة في التراجع مقابل الزيادة المطردة للمسنين (55-64 و +65) في القوى العاملة (الشكل 3.3). فعلى سبيل المثال، ارتفعت حصة المسنين من إجمالي القوى العاملة في مجموعة المنظمة من 11.8% في 1990 إلى 12.5% في 2021. ومن أبرز الأسباب الكامنة وراء هذا التحول انخفاض معدلات الخصوبة (ILO, 2022). وزيادة على ذلك، بما أن عدد متزايد من بلدان المنظمة ترفع من سن التقاعد القانوني (راجع الملحق الثاني)، فمن الطبيعي توقع زيادة حصة كبار السن في القوى العاملة خلال قادم العقود.

والزيادة في عدد العمال المسنين يثير بعض المخاوف من حيث معدل الإعالة، وهو عدد الأشخاص في الشرائح العمرية التي تعتبر غير نشطة نسبة إلى عدد الأشخاص في الشرائح العمرية النشطة. ومعدل الإعالة من المؤشرات الهامة لقياس مدى قدرة السكان الذين هم في سن العمل على دعم الفئات السكانية غير النشطة. وبعبارة أخرى، يفسر هذا المقياس مستوى العبء الذي يفرضه السكان الذين هم خارج نطاق سن العمل على السكان الذين هم في سن العمل (ILO, 2018). فارتفاع معدل إعالة كبار السن دليل على وجود عبء ثقيل على السكان الذين هم في سن النشاط الاقتصادي.

الشكل 3.3: القوى العاملة حسب الفئات العمرية (% من الإجمالي) في بلدان منظمة التعاون الإسلامي، 1990-2021



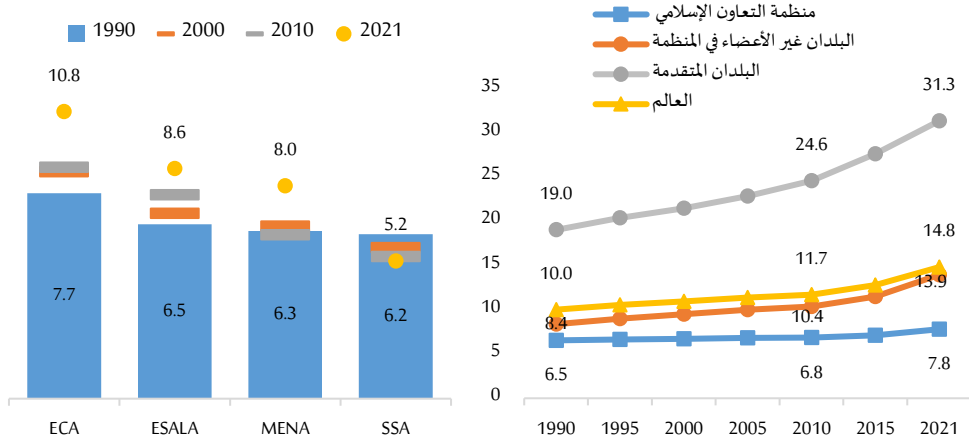
المصدر: حسابات موظفي سيسرك بناء على البيانات المستقاة من قاعدة البيانات الإحصائية لمنظمة العمل الدولية (ILOSTAT): التقديرات النمذجة لمنظمة العمل الدولية، نوفمبر 2022.

شهد العالم على مدى العقود الثلاثة المنصرمة اتجاها تصاعديا من حيث نسبة إعالة كبار السن، وذلك بحكم التغيرات الديموغرافية وتراجع معدلات الخصوبة. فقد ارتفعت من 10 إلى 14.8 خلال فترة 1990-2021 (الشكل 4.3، يسار). وخلال الفترة ذاتها، ارتفع أيضا متوسط بلدان المنظمة من 6.5 المسجل عام 1990 إلى 7.8 عام 2021، بينما بلغ المتوسط العالمي معدل 14.8 في 2021. وفي 2021 كذلك، سجلت أعلى معدلات إعالة المسنين في البلدان المتقدمة (31.3)، وذلك راجع بالأساس إلى تسجيل زيادة في متوسط العمر المتوقع وتراجع معدلات الخصوبة.

وبصورة عامة، تبقى بلدان المنظمة في وضع أفضل نسبيا، في المتوسط، من حيث تدني معدلات إعالة المسنين. لكن مع ذلك، يبقى الاتجاه العام متصاعدا في مجموعة بلدان المنظمة، ومن المتوقع أن يبلغ معدل إعالة المسنين 9.6 بحلول عام 2030 (SESRIC, 2018). والحصة المتدنية نسبيا للمسنين مقارنة بمن هم في سن العمل في بلدان منظمة التعاون الإسلامي فرصة سانحة أمامها، وينبغي لها استغلالها لمواءمة سياساتها المتعلقة بكبار السن مع استراتيجياتها الوطنية للتنمية. ومن خلال ذلك يمكنها الاستعداد للأوقات التي قد تشكل فيها فئة المسنين من السكان عبئا إضافيا في المستقبل على فئة السكان الذين هم في سن العمل. فقد بدأ هذا العبء يتجلى فعليا في بعض المناطق الفرعية للمنظمة اعتبارا من عام 2021. فعلى سبيل المثال، بلغ معدل إعالة المسنين في منطقتي أوروبا وآسيا الوسطى وشرق وجنوب آسيا وأمريكا اللاتينية 10.8 و 8.6 على التوالي (الشكل 4.3، يمين). لذلك يتعين على بلدان المنظمة في هاتين المنطقتين مراجعة سياسات سوق العمل الخاصة بكبار السن على وجه السرعة لتجنب صعوبات متعلقة بخدمات الضمان الاجتماعي والمعاشات التقاعدية. ومن ناحية أخرى، حافظت منطقة أفريقيا جنوب الصحراء على معدلات متدنية نسبيا من حيث

إعالة المسنين، إذ أنها تراجعت من 6.2 إلى 5.2 بين عامي 1990 و 2021. وهذا راجع في المقام الأول لقصر متوسط العمر المتوقع وارتفاع معدلات الخصوبة في المنطقة.

الشكل 4.3: معدل إعالة المسنين، 2021-1990



المصدر: حسابات موظفي سيسرك بناء على بيانات مستمدة من البنك الدولي (WB)، قاعدة بيانات مؤشرات التنمية العالمية (WDI) على الإنترنت.

يتمتع المسنون بقدرة على المساهمة في التنمية الاقتصادية والرفع من إنتاجية العمل من خلال مشاركتهم في القوى العاملة الرسمية أو غير الرسمية (UN, 2017). وبالإضافة إلى ذلك، يلعب كبار السن، ولا سيما النساء، دوراً مهماً في توفير رعاية غير مدفوعة الأجر للأزواج والأحفاد وباقي الأقارب داخل الأسرة (UN Women, 2015). إذ يشارك العديد من المسنين بفعالية في المجتمع والحياة المدنية ويستطيعون تعزيز رأس المال الاجتماعي. وزيادة على ذلك، يزيد مستوى رضاهم في الحياة كلما كانوا أكثر نشاطاً في الحقل الاقتصادي (Celik et al., 2018).

تساهم مجموعة من العوامل في التأثير على مستوى مشاركة المسنين في القوى العاملة، ونذكر منها، على سبيل المثال لا الحصر، الظروف الاقتصادية وقوانين العمل وسياسات التقاعد والحالة الصحية (Samorodov, 1999). فهناك احتمالية كبيرة بأن يزاوّل كبار السن أعمالاً لها علاقة بالزراعة أو في الاقتصاد غير الرسمي، وهذا ما يؤدي عادة إلى الحرمان من مزايا التقاعد وتدني الأجور ومحدودية فرص التدريب، لا سيما في البلدان النامية. وهذا الأمر قد يدفع بكبار السن للوقوع في براثن الفقر ويجعلهم في وضع هش من حيث الأمن الاقتصادي (OECD, 2015). بالإضافة إلى ذلك، يواجه المسنون عوائق متعلقة بالتمييز في التوظيف والترقية والحصول على تدريب متعلق بالعمل. وهذا بدوره يثبط من عزمهم على المشاركة النشطة في سوق العمل.

ويقل معدل مشاركة كبار السن في القوى العاملة (LFPR) في البلدان المتقدمة بسبب قوة أنظمة الضمان الاجتماعي واستفادتهم من مجموعة المزايا التي تقدمها شبكات الأمان الاجتماعي. وحتى الثروة المتراكمة خلال

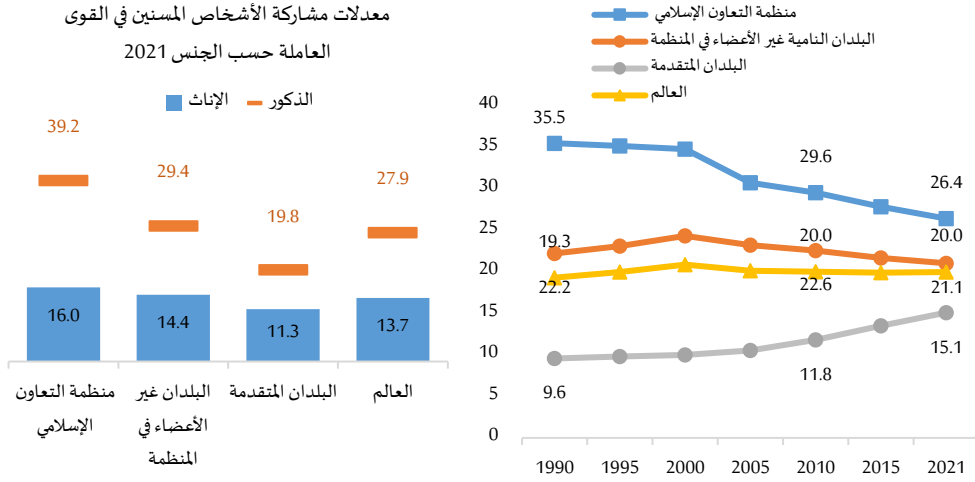
سنوات النشاط الاقتصادي (15-65) تعد بدورها مصدر دخل مهم في مرحلة الشيخوخة في البلدان ذات الدخل المرتفع (UN, 2017).

يوضح الشكل 5.3 التباين في معدل مشاركة كبار السن في القوى العاملة بين مختلف مجموعات البلدان وحسب نوع الجنس. في البلدان المتقدمة، أدت شيخوخة السكان وارتفاع معدل إعالة كبار السن إلى ارتفاع ملموس في معدل مشاركة كبار السن في القوى العاملة، خصوصاً منذ 2010، إذ ارتفع من 11.8% المسجلة في 2010 إلى 15.1% في 2021. عرفت دول منظمة التعاون الإسلامي، في المتوسط، انخفاضاً في معدل مشاركة كبار السن في القوى العاملة من 29.6% إلى 26.4% خلال نفس الفترة. كما شهدت البلدان النامية غير الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي انخفاضاً في هذا المعدل من 22.6% إلى 21.1%. وتعكس البيانات أن بلدان المنظمة سجلت أعلى نسبة في معدل مشاركة كبار السن في القوى العاملة خلال الفترة بأكملها، إلا أنها أظهرت اتجاهات تنازلياً. وبالمقابل، أخذت البلدان المتقدمة، التي عرفت أقل معدل مشاركة كبار السن في منحنى تصاعدي. وبعبارة أخرى، يمكن القول أن هنالك قدر من التقارب بين مجموعات البلدان فيما يتعلق بالمسنين ومعدل مشاركتهم في القوى العاملة.

وفيما يتعلق بالتباينات بين الجنسين، كان معدل مشاركة المسنات في القوى العاملة أقل بكثير من معدل مشاركة المسنين في جميع مجموعات البلدان. إلا أن الفجوة بين معدلات مشاركة المسنين من الرجال والنساء في القوى العاملة كانت الأوسع في منظمة التعاون الإسلامي. ففي 2021، لم تبلغ نسبة مشاركة المسنات في القوى العاملة سوى 16%. بينما بلغت نسبة مشاركة المسنين الرجال 39.2% في مجموعة المنظمة. وبالمقابل، بلغت نسبة معدل مشاركة المسنات في القوى العاملة في البلدان المتقدمة حوالي 11.3% مقارنة بـ 19.8% لنظرائهن الرجال. ولم يكن هذا التفاوت واضحاً في البلدان النامية غير الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي كما هو الحال في بلدان المنظمة، إذ بلغ هذا المعدل نسبة 29.4% في صفوف المسنين و14.4% في صفوف المسنات (الشكل 5.3، اليمين). وتساهم كل من الأعراف المحلية وأنظمة سوق العمل والتصورات النمطية الخاطئة والتمييز القائم على الجنس بشكل كبير في ثني المسنات من المشاركة النشطة في سوق العمل في بلدان منظمة التعاون الإسلامي (SESRIC, 2018b and 2021).

كما يتأثر اتخاذ المسنين لقرار العمل بأسباب اجتماعية واقتصادية أخرى مثل الالتزامات الأسرية. فعلى سبيل المثال، أجرى معهد معلومات وتحليل سوق العمل (ILMIA) التابع لوزارة الموارد البشرية الماليزية استطلاعاً شمل 4832 مجيب لجمع آراءهم بشأن أولويات العمل لمن يبلغون من العمر 40 عاماً فما فوق. وكشف تحليل الاستطلاع أن أكبر نسبة من المجيبين (40%) يعتمرون ترك القوى العاملة في المستقبل لأنهم ليسوا مهتمين بالمشاركة في القوى العاملة عند بلوغهم سن التقاعد بينما يخطط 32% للعمل لحسابهم الخاص، ويرغب 25% أن يشغلوا وظائف مدفوعة الأجر، ويفكر 2% في العمل غير مدفوع الأجر/التطوعي (ILMIA, 2019). وتتمثل الأسباب الرئيسية لاختيار هذه الفئة العمرية التوقف عن العمل في الالتزامات والقيود المتعلقة بالأسرة والاكتفاء المالي.

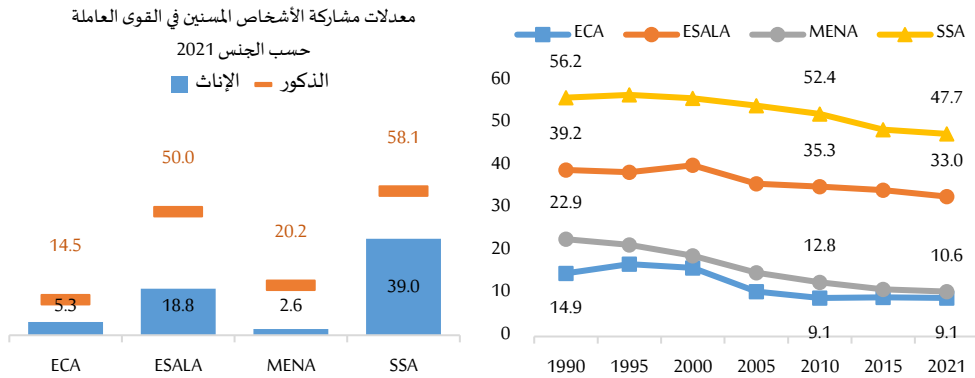
الشكل 5.3: معدلات مشاركة الأشخاص المسنين في القوى العاملة (+65)، 2021-1990



المصدر: حسابات موظفي سيسرك بناء على البيانات المستقاة من قاعدة البيانات الإحصائية لمنظمة العمل الدولية (ILOSTAT) التقديرات الممنجة لمنظمة العمل الدولية، نوفمبر 2022.

تعد التفاوتات الإقليمية للمناطق الفرعية لمنظمة التعاون الإسلامي فيما يتعلق بمعدلات مشاركة الأشخاص المسنين في القوى العاملة لافتة للنظر. وفي المتوسط، سجلت بلدان المنظمة الواقعة في منطقة أفريقيا جنوب الصحراء أعلى مشاركة للمسنين في القوى العاملة خلال الفترة قيد الاستعراض بسبب عدم وجود أنظمة ضمان اجتماعي وتقاعد ملائمة. وفي عام 2021، لوحظت أكبر فجوة بين الجنسين (حوالي 31,2 نقطة مئوية) فيما يخص مشاركة المسنين في بلدان المنظمة الواقعة في منطقة شرق وجنوب آسيا وأمريكا اللاتينية (الشكل 6.3، اليمين).

الشكل 6.3: معدلات مشاركة الأشخاص المسنين في القوى العاملة (+65) في المناطق الفرعية لمنظمة التعاون الإسلامي، 2021-1990

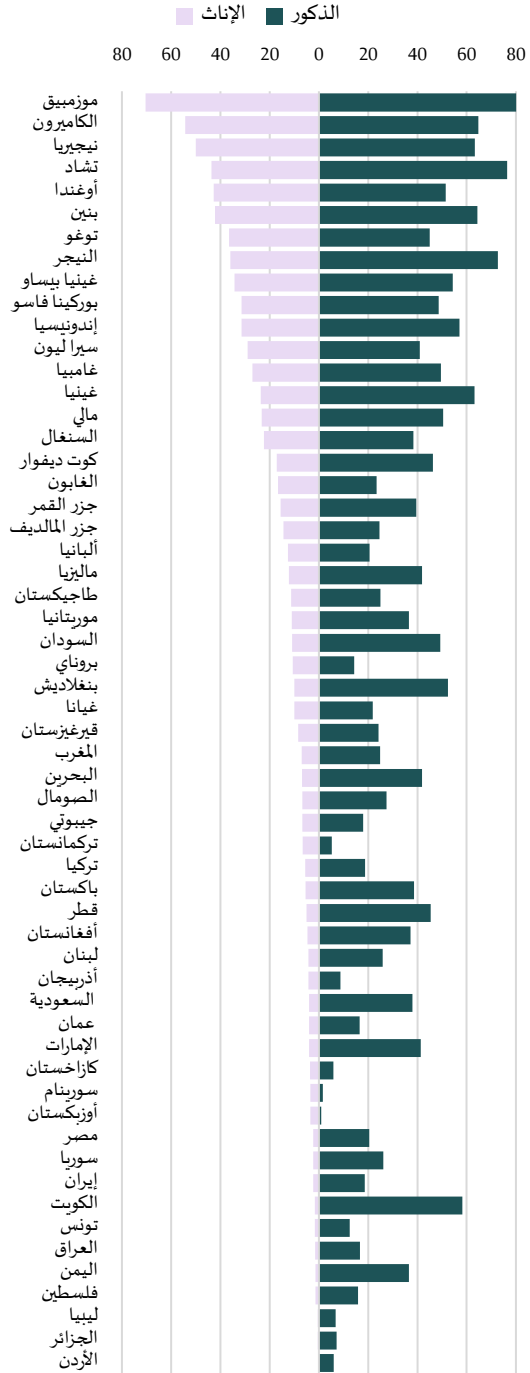


المصدر: حسابات موظفي سيسرك بناء على البيانات المستقاة من قاعدة البيانات الإحصائية لمنظمة العمل الدولية (ILOSTAT) التقديرات الممنجة لمنظمة العمل الدولية، نوفمبر 2022.

الشكل 7.3: معدل مشاركة المسنين في القوى العاملة حسب نوع الجنس في بلدان منظمة التعاون الإسلامي، 2021

وعلى الصعيد الوطني، أبلغت بلدان المنظمة الواقعة في منطقة أفريقيا جنوب الصحراء عن ارتفاع مشاركة الأشخاص المسنين في القوى العاملة، ولا سيما المسنات. إذ سجلت موزمبيق أعلى نسبة مشاركة للمسنات في القوى العاملة بنسبة 70.4%، تليها الكاميرون (54.2%) ونيجيريا (49.9%) وتشاد (43.7%) وأوغندا (42.7%). وبالمقابل، عرفت بلدان منظمة التعاون الإسلامي في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا بما في ذلك الأردن والجزائر وليبيا وفلسطين واليمن والعراق وتونس والكويت وإيران مستويات منخفضة لمشاركة المسنات في القوى العاملة في عام 2021. وسُجّلت أعلى نسبة مشاركة المسنين الرجال في موزمبيق (80.1%) وتشاد (76.5%) والنيجر (72.7%). ومع ذلك، في عام 2021، عرف هذا المؤشر مستويات متدنية جدا في بعض من دول المنظمة مثل أوزبكستان (0.9%) وسورينام (1.6%) وتركمانستان (5.2%) (الشكل 7.3).

ويعد التمييز على أساس العمر في العمل من الممارسات المجحفة في حق العمال المسنين من كلا الجنسين



المصدر: منظمة العمل الدولية، قاعدة البيانات الإحصائية لمنظمة العمل الدولية (ILOSTAT)، التقديرات المنمجة لمنظمة العمل الدولية.

والمثبطة لعزيمتهم. ويعتمد عدد متزايد من البلدان قوانين خاصة لمناهضة التمييز ضد العمال المسنين. وما يقارب 50 دولة حول العالم تعتمد شكلا من أشكال التشريع المناهض للتمييز على أساس السن في العمل (SESRIC, 2018).

وقد اتخذت بعض بلدان منظمة التعاون الإسلامي خطوات للمضي قدما في هذا الاتجاه. فعلى سبيل المثال، أدخلت كل من الإمارات العربية المتحدة والمملكة العربية السعودية في 2019 مجموعة من التعديلات على قوانين العمل وأصبحت متضمنة، إلى جانب عدد من العناصر الجديدة، لأحكام مناهضة للتمييز بما في ذلك التمييز على أساس السن في أماكن العمل (CLYDECO, 2020). وفي عام 2020، عقد المجلس الوطني لشؤون الأسرة الأردني (NCFA) والرابطة الدولية لمساعدة المسنين (HelpAge International) سلسلة من مجموعات التركيز وعمليات المؤازرة تهدف إلى تحديد احتياجات المسنين في إطار جهود أصحاب المصلحة المتعددين للهوض بجودة حياة كبار السن ورعايتهم الصحية بالأردن.

2.3. المعاشات وشبكات الأمان الاجتماعي

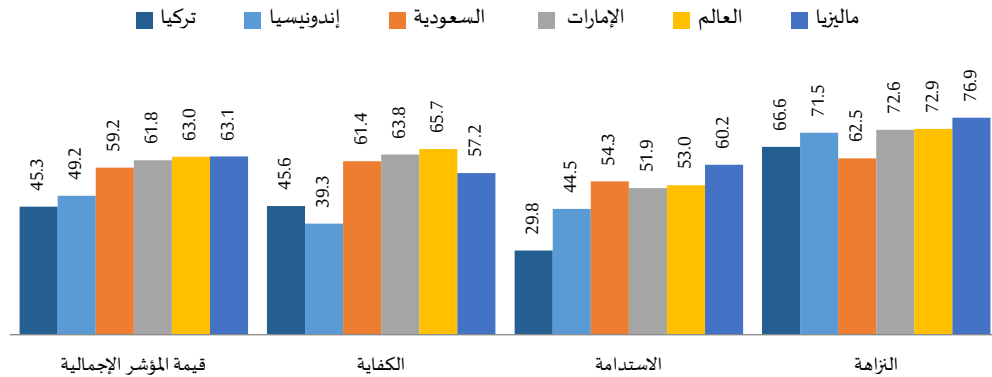
مع تزايد أعداد المسنين باتت فئة عريضة منهم غير قادرين على إيجاد وظائف. لذلك يضطر الكثير منهم للخروج من سوق العمل إما طواعية (أي العمال المسنين المصابين بالإحباط) أو بسبب سن التقاعد القانوني. ونتيجة لذلك، عادة ما تكون معدلات المشاركة في القوى العاملة محدودة في البلدان النامية حيث أسواق العمل ليست بالمثالية واستشراء مظاهر العمل غير الرسمي بصورة كبيرة وضعف أنظمة الضمان الاجتماعي (ILO, 2018). وبالنسبة لكبار السن، تعد المدخرات الخاصة والتحويلات العائلية جد هامة لضمان تأمين دخل قار حتى نهاية حياتهم. لكن في سياق البلدان النامية، غالبا ما لا تكون المدخرات الخاصة منخفضة بسبب انخفاض مستويات دخل الفرد. لذلك يبقى الضمان الاجتماعي والمعاشات الحكومية الوسيلة الرئيسية لدعم المسنين (UN, 2017). تعتمد معظم بلدان العالم مبدأ الاشتراكات الإجبارية لفترة زمنية محددة للاستفادة من مزايا التقاعد. بالإضافة إلى ذلك، يعتمد تأمين دخل الشيخوخة إلى حد كبير على الولوج إلى الخدمات الاجتماعية مثل الرعاية الصحية والرعاية طويلة الأجل. وعندما تكون الاستفادة من مثل هذه الخدمات غير مضمونة يصير كبار السن أكثر عرضة للفقر (OECD, 2015).

ويشير سيسرك (2018) إلى أن 87.5% من بلدان منظمة التعاون الإسلامي، التي تتوفر حولها البيانات، تطبق مبدأ التقاعد الإلزامي الذي يقتضي من المستفيد الانسحاب التام من جميع أشكال الوظيفة كشرط للحصول على معاش التقاعد. وتشير هذه الحصبة المرتفعة من البلدان التي تعتمد أنظمة التقاعد الإلزامي إلى أهمية المعاشات التقاعدية لتحقيق الرفاهية الاقتصادية لكبار السن. لكن هناك عدم توازن بين بلدان المنظمة من حيث حصبة السكان الذين يتلقون معاشات الشيخوخة. على سبيل المثال، تعرف منطقة أفريقيا جنوب الصحراء نسب إنفاق على معاشات التقاعد منخفضة إلى حد كبير. وبالمقابل، استفاد جميع الأشخاص الذين تجاوزوا سن التقاعد القانوني من معاشات التقاعد في سبعة دول أعضاء واقعة في منطقتي

أوروبا وآسيا الوسطى وشرق وجنوب آسيا وأمريكا اللاتينية (انظر الشكل 5.4 في القسم التالي لمزيد من التفاصيل).

وتشير الأرقام إلى أن أنظمة معاشات التقاعد في العديد من بلدان المنظمة ذات المستويات المرتفعة نسبياً من حيث دخل الفرد من مختلف المناطق الفرعية للمنظمة لا تسجل أداء متميزاً مقارنة بالمتوسط العالمي. على سبيل المثال، سجلت كل من تركيا (45.3) وإندونيسيا (49.2) والمملكة العربية السعودية (59.2) والإمارات العربية المتحدة (61.8) درجات دون المتوسط العالمي البالغ 63 (متوسط 44 أنظمة معاشات التقاعد حول العالم) في عام 2022 وفقاً لمؤشر المعاشات التقاعدية العالمي الصادر عن معهد "ميرسر سي إف إيه". وكانت ماليزيا (63.1) البلد الوحيد الذي سجل معدلاً أعلى نسبياً من المتوسط العالمي عام 2022. وبشكل عام، تُظهر البيانات أن أنظمة معاشات التقاعد في العديد من بلدان المنظمة بحاجة لإدخال تحسينات على مستوى جميع الأبعاد الثلاثة التي يغطيها مؤشر ميرسر العالمي للمعاشات التقاعدية (CFA): الكفاية والاستدامة والنزاهة (الشكل 8.3). وهذه الطريقة، تستطيع بلدان منظمة المؤتمر الإسلامي أن توفر بشكل كامل معاشات تقاعدية كافية ومستدامة تحمي بها كبار السن من الفقر وتوفر لهم دخلاً لائقاً.

الشكل 8.3: قيم مؤشر ميرسر العالمي للمعاشات التقاعدية الصادر عن معهد (CFA) في بعض بلدان منظمة التعاون الإسلامي، 2022



المصدر: مؤشر ميرسر للمعاشات التقاعدية العالمي الصادر عن معهد "ميرسر سي إف إيه" لعام 2022. ملاحظة: كل قيمة على المؤشر تمثل نتيجة من 0 إلى 100. وتسجيل نتيجة عالية يدل على جودة نظام المعاشات.

عادة ما يفضي ضعف تغطية المعاشات التقاعدية ومحدوديتها في العالم النامي إلى زيادة معدلات الفقر في صفوف كبار السن. وتوصل سيسرك (2018) إلى أن متوسط الإنفاق على المعاشات التقاعدية (% من الناتج المحلي الإجمالي) في بلدان منظمة التعاون الإسلامي كان أقل بمعدل 3.4 أضعاف بالمقارنة مع متوسط البلدان المتقدمة خلال الفترة 2006-2016. وفي هذا السياق، من المهم للغاية تطوير وتنفيذ شبكات أمان اجتماعي بديلة لدعم المسنين. ومع ذلك، ليس في وسع جميع بلدان منظمة التعاون الإسلامي توفير شبكات الأمان الاجتماعي هذه، كما أن نطاق تغطية هذه البرامج أو الأنظمة يختلف من بلد لآخر.

ويعرض الشكل 9.3 بيانات تغطية برامج التأمين الاجتماعي المتاحة في 39 دولة من دول منظمة التعاون الإسلامي. وسجلت تسعة من بلدان منظمة التعاون الإسلامي الواقعة في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا ومنطقة أوروبا وآسيا الوسطى مستوى تغطية برامج التأمين الاجتماعي أعلى نسبيا من متوسط البلدان النامية غير الأعضاء في المنظمة (23.7%)، حيث تراوحت بين 53.7% (لبنان) و 26.4% (العراق). وبالمقابل، يعد مستوى التغطية متدن جدا في 11 بلدا عضوا في المنظمة، وهي: أفغانستان، أوغندا، سيراليون، بنغلاديش، مالي، النيجر، غامبيا، جزر القمر، غينيا، تشاد، وبوركينا فاسو، ففي عام 2019، لم ترق نسبة السكان الذين تشملهم برامج التأمين الاجتماعي حتى لنسبة 3%. ومستوى التفاوت الكبير بين بلدان المنظمة من حيث تغطية برامج التأمين الاجتماعي يستدعي بلورة مقاربات بديلة لدعم المسنين اقتصاديا وإدماجهم في سوق العمل. ولكون المسنين من أكثر الفئات الاجتماعية هشاشة بحكم ما تمليه طبيعة التقدم في العمر (مثل تراجع القدرات البدنية)، عادة ما يعانون بدرجات أكبر بسبب إقصائهم من برامج التأمين الاجتماعي وباقي شبكات الأمان الاجتماعي (UN DESA, 2019).

الشكل 9.3: تغطية برامج التأمين الاجتماعي (% من السكان) في بلدان منظمة التعاون الإسلامي، 2019*



المصدر: حسابات موظفي سيسرك بناء على بيانات مستمدة من البنك الدولي (WB)، قاعدة بيانات مؤشرات التنمية العالمية (WDI) على الإنترنت. ملاحظة: *بيانات آخر سنة متاحة للفترة 2000-2019.

3.3. مقاربات بديلة لتعزيز مستوى الإدماج الاقتصادي

على الرغم من أن البطالة لا تؤثر بصورة مفرطة على كبار السن، إلا أن العاطلون عن العمل منهم عرضة للاستمرار على حالهم (ILO, 2017). وبعبارة أخرى، بمجرد أن يكون العامل المسن بدون عمل، يصبح من الصعب عليه إيجاد فرصة عمل جديدة بسبب نقص الإلمام بطرق البحث عن عمل واعتماد مهارات لم تعد تجدي نفعاً في القيام بذلك وأيضا بسبب التمييز القائم على العمر.

تهدف مجموعة من الإجراءات والترتيبات البديلة المعتمدة مؤخرا في بعض البلدان في مختلف مناطق العالم في مجال التوظيف إلى زيادة قابلية توظيف كبار السن من خلال توفير فرص مثل التدريب في سوق العمل للعمال المسنين ومساعدتهم في البحث عن فرص عمل واعتماد ترتيبات مرنة بشأن العمل والتشجيع على العمل عن بعد. ولجأت بعض بلدان منظمة التعاون الإسلامي، مثل ماليزيا، إلى إطلاق مبادرات مماثلة، حيث

يقدم برنامج حوافز التوظيف (Penaja Kerjaya) الذي دخل حيز التنفيذ في 01 يوليو 2020 ما بين 600 و1000 رينغيت ماليزي على كل موظف لمدة تصل إلى ستة أشهر لأصحاب العمل الذين يوظفون الماليزيين من بين الفئات الضعيفة بما في ذلك العمال المسنون وذوي الإعاقة (SME Malaysia, 2020).

كما شرعت مجموعة من بلدان منظمة التعاون الإسلامي في النظر في مقاربات بديلة وتوسيع نطاق برامج الضمان الاجتماعي القائمة التي تستهدف كبار السن. فعلى سبيل المثال، يهدف "البرنامج الحكومي لتعزيز الحماية الاجتماعية لكبار السن في أذربيجان" (2017-2021) إلى توفير حماية اجتماعية أوسع للعمال المسنين. وسجلت كل من بنين وإندونيسيا وفلسطين زيادة في الخدمات الاجتماعية وتوسع نطاق شمول برامج أنظمة الحماية الاجتماعية المستهدفة لكبار السن. واعتمدت مصر برنامجي "تكافل" و "كرامة" للتحويلات النقدية. بينما أطلقت نيجيريا برنامجاً جديداً "للتحويل النقدي غير المشروط" (UCT)، الذي يوفر الضمان الاجتماعي للمسنين (UN, 2019).

وعلى وجه الخصوص، منذ بداية جائحة كوفيد-19، تتبع عدد من بلدان منظمة التعاون الإسلامي سياسات مبتكرة لتشجيع مشاركة المسنين في القوى العاملة. ويعتبر المسنون، إلى جانب الأشخاص ذوي الإعاقة والذين يعانون من أمراض مزمنة، من بين أكثر الفئات السكانية عرضة للإصابة بكوفيد-19 عن طريق الاتصال الجسدي. وبالتالي، كانت هذه الشرائح أكثر عزلة، حيث حرمت من التفاعل الاجتماعي مع الأصدقاء والأسرة، كما أن العاملين منهم لم يتمكنوا من الذهاب إلى مقر عملهم. وفي هذا الصدد، اعتمدت العديد من دول منظمة التعاون الإسلامي تقنية العمل عن بعد بالإضافة إلى جداول عمل مرنة للمسنين مثل ماليزيا وإندونيسيا والمملكة العربية السعودية وتركيا والإمارات العربية المتحدة التي كانت رائدة في هذا الصدد (SESRIC, 2022). وحري بالذكر أن طبيعة العمل كان لها دور مهم، لأن الوظائف التي يمكن أداؤها من المنزل عن طريق الأنترنت، كانت أسهل في التكيف مع واقع الجائحة من تلك التي تستوجب الحضور الفعلي والتفاعلي للموظفين (Okuyan and Begen, 2022).

واتخذت الإمارات العربية المتحدة، عن طريق هيئتها الحكومية المخولة، أي الهيئة العامة للمعاشات والتأمينات الاجتماعية (GPSSA)، نهجاً بديلاً لتقديم الدعم وتعزيز اندماج مواطنيها المسنين. فبعد 20 عاماً من الخدمة/العمل وبلوغهم عمراً يناهز 50 عاماً على الأقل، يمكن للمواطنين المسنين الاستفادة من هذا المخطط الشامل. ويشمل المخطط تقديم حوافز اقتصادية تصاعدياً لصالح كبار السن لمواصلة مشاركتهم في القوى العاملة (UAE, 2022). ويمكن للعديد من بلدان منظمة التعاون الإسلامي النظر في هذه النهج البديلة لمساعدة سكانها الأكبر سناً على البقاء نشطين. ومن شأن مثل هذه المقاربات أن تسهم في التقليل من اعتماد كبار السن على برامج الأمان الاجتماعي والتأمين. فهذه المبادرات والبرامج قادرة على تعزيز الإدماج الاقتصادي لكبار السن في بلدان منظمة التعاون الإسلامي في أسواق العمل مع توفير حافز لهم ليكونوا أعضاء فاعلين في مجتمعاتهم. وبحكم المهارات والخبرات التي يتمتع بها كبار السن، بوسعهم أن يكونوا من أبرز روافد التنمية المستدامة في مجتمعاتهم إذا ما توفر الدعم اللازم على مستوى سياسات سوق العمل.

4

صحة ورفاهية المسنين

يساهم الأشخاص الأصحاء، بغض النظر عن نوع جنسهم أو عمرهم، بصورة كبيرة في تحقيق التقدم الاقتصادي والتنموية، ذلك لأنهم عادة ما يعيشون لفترة أطول ويساهمون في المجتمع لمدة طويلة. ويتمتع المسنون، على وجه الخصوص، بحقوق متساوية في العيش بصحة جيدة، لكن التغيرات الطبيعية التي تطال الجانب البدني والنفسي تستلزم تلبية احتياجات خاصة من حيث الرعاية الصحية.

تعد صحة كبار السن ورفاهيتهم من أبرز روافد التنمية. لهذا تولي خطة التنمية المستدامة للأمم المتحدة عناية خاصة بمسألة تحسين صحة جميع شرائح المجتمع. وفي هذا الصدد، يرمي الهدف 3 من أهداف التنمية المستدامة إلى ضمان الصحة والرفاهية لجميع الفئات العمرية بما في ذلك كبار السن. وحتى برنامج عمل منظمة التعاون الإسلامي حتى عام 2025 لتنمية بلدان المنظمة يسלט الضوء على أهمية صحة ورفاهية الفئات الهشة وكبار السن. فيما حددت استراتيجية منظمة التعاون الإسلامي بخصوص المسنين خمسة أهداف استراتيجية و 38 إجراء عمليا مفصلا ضمن مجال الصحة والرفاهية، الذي يعد واحدا من الأسس الأربعة الرئيسية التي تركز عليها الاستراتيجية.

ورغم كون فئة المسنين من العناصر الهامة لتحقيق التنمية المستدامة، إلا أنهم لا يزالون يعانون من مجموعة من التحديات المتعلقة بصحتهم ورفاهيتهم. كما أن قلة الموارد المالية وضعف البنية التحتية للرعاية الصحية وعدم كفاية عدد المهنيين العاملين في قطاع الصحة بدورها من أبرز العوامل التي تؤثر على النتائج الصحية للمسنين في العديد من البلدان النامية بما في ذلك الكثير من بلدان منظمة التعاون الإسلامي (SESRIC, 2019). وعلى هذا الأساس، يعرض هذا القسم لمحة عامة بشأن الوضع المتعلق بصحة ورفاهية كبار السن في بلدان منظمة التعاون الإسلامي من خلال النظر في مجموعة من المؤشرات مثل متوسط العمر المتوقع عد بلوغ 60 عاما من العمر وأسباب الوفاة في صفوف كبار السن، وذلك من خلال منظور مقارنة.

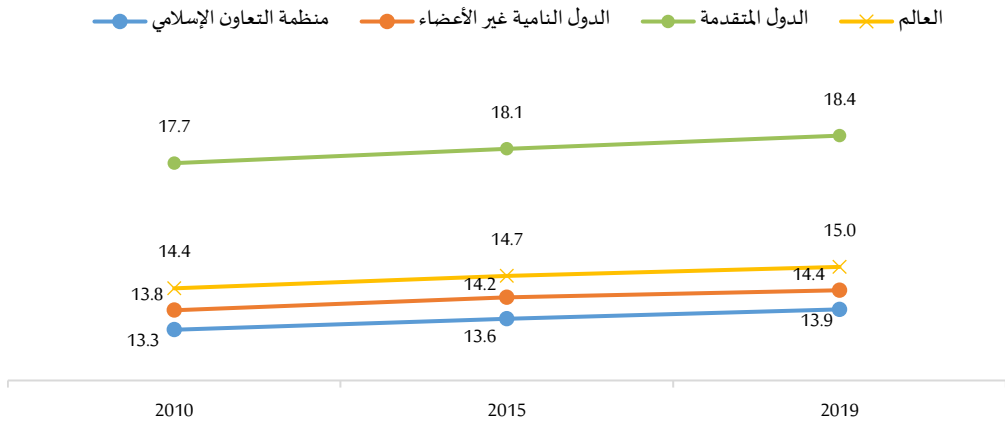
1.4. متوسط العمر المتوقع في صحة جيدة

حققت بلدان منظمة التعاون الإسلامي تقدما ملموسا فيما يتعلق برفع متوسط العمر المتوقع في صفوف المسنين، كما ورد في القسم الثاني من هذا التقرير. وقد تعزى هذه الاتجاهات التصاعدية في بلدان المنظمة إلى مجموعة من العوامل، ومن ذلك تحسن البنية التحتية للرعاية الصحية وزيادة الاستثمارات في الرعاية طويلة الأجل، إلى جانب المبادرات الإقليمية والدولية بشأن الشيخوخة في صحة جيدة (SESRIC, 2019). لكن الأهم ليس العيش لفترة أطول فحسب، لكن العيش لفترة أطول وبصحة جيدة. وبهذا الخصوص، يعطي متوسط العمر المتوقع بصحة جيدة عند بلوغ 60 عاما من العمر تقديرا بخصوص عدد السنوات التي يُتوقع أن يعيشها النساء والرجال وهم ينعمون بصحة جيدة من خلال مراعاة السنوات الضائعة بسبب العنف أو المرض أو سوء التغذية أو عوامل أخرى ذات صلة. ويسلط هذا المؤشر الضوء على الوضع العام للسياسات والخدمات المخصصة للمسنين في بلد معين (WHO, 2015). وعلى الرغم من الاتجاه التصاعدي المسجل خلال الفترة الممتدة بين عامي 2010 و 2019، ظل متوسط العمر المتوقع بصحة جيدة عند بلوغ 60 عاما

من العمر (13.9 سنة في 2019)، أقل من متوسطات مجموعات البلدان الأخرى والمتوسط العالمي البالغ 15 سنة (الشكل 1.4).

وعلى غرار الوضع متعلق بعدد من المؤشرات المتعلقة بالصحة، تسجل مجموعة بلدان المنظمة أرقاماً متفاوتة من حيث متوسط العمر المتوقع بصحة جيدة عند بلوغ 60 عاماً من العمر. ويعد مستوى الدخل والتعليم والاستفادة من خدمات الرعاية الصحية وتوفير الرعاية طويلة الأجل من أبرز العوامل المؤثرة على متوسط العمر المتوقع وأنماط الوفيات في صفوف كبار السن (UN, 2018). وسجلت بلدان منظمة التعاون الإسلامي الواقعة في منطقة أفريقيا جنوب الصحراء أدنى متوسط من حيث العمر المتوقع بصحة جيدة عند بلوغ 60 عاماً من العمر (12.8) في 2019. وأعلى متوسط (14.7) في العام ذاته هو الذي سجلته منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا. وعلى مستوى فرادى البلدان، بلغ متوسط العمر المتوقع بصحة جيدة لشخص في الـ60 من عمره في دولة الكويت 17.8 عاماً. وبالمقابل، سجلت أفغانستان أدنى متوسط (10.8 عاماً) في 2019.

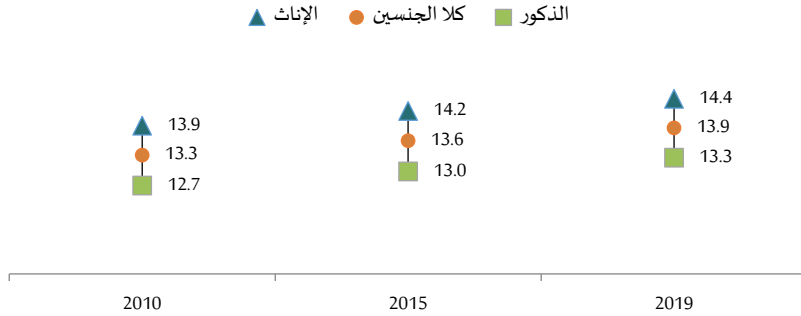
الشكل 1.4: متوسط العمر المتوقع في صحة جيدة عند بلوغ 60 عاماً (كلا الجنسين، الأعمام)



المصدر: منظمة الصحة العالمية، مستودع بيانات المرصد الصحي العالمي

ومن منطلق التفاوت بين الجنسين، تشير الأرقام الخاصة بفترة 2010-2019 إلى أن النساء يعشن أطول وبصحة أفضل من الرجال في بلدان منظمة التعاون الإسلامي، وهذا ما لا يتعارض مع الاتجاهات العالمية بهذا الخصوص (الشكل 2.4). لكن الفجوة بين المسنين من الرجال والنساء تراجع نسبياً من معدل 1.2 المسجل في 2010 إلى 1.1 في 2019. وبعبارة أخرى، تشير الأرقام الخاصة بعام 2019 إلى أن المرأة البالغة من العمر 60 عاماً يتوقع أن تعيش بمعدل 1.1 عاماً أطول من الرجل وهي تتمتع بصحة جيدة في مجموعة بلدان المنظمة.

الشكل 2.4: متوسط العمر المتوقع في صحة جيدة عند بلوغ 60 عاما حسب الجنس في بلدان منظمة التعاون الإسلامي، (الأعوام)



المصدر: منظمة الصحة العالمية، مستودع بيانات المرصد الصحي العالمي

ووفقًا لتقرير إحصاءات الصحة العالمية (2021)، قبل تفشي جائحة كوفيد-19، سُجل تحسن كبير على مستوى الصحة العالمية، لا سيما من حيث متوسط العمر المتوقع ومتوسط العمر المتوقع عند الولادة. ويعزى ذلك بالأساس لانخفاض معدلات الوفيات الناجمة عن الانتحار والقتل والتسمم غير المقصود وحوادث المرور. غير أن ظهور جائحة كوفيد-19 حرف مسار هذا التقدم، حيث كان له تأثير مدمر خاصة على كبار السن لأنهم أكثر عرضة للإصابة بالأمراض الخطيرة والمضاعفات الصحية. وتنتج عن وفيات كبار السن جراء الإصابة بكوفيد-19 إلى الزيادة في حدة انخفاض متوسط العمر المتوقع عند بلوغ 60 سنة من

الإطار 1.4: تأثير كوفيد-19 على المسنين



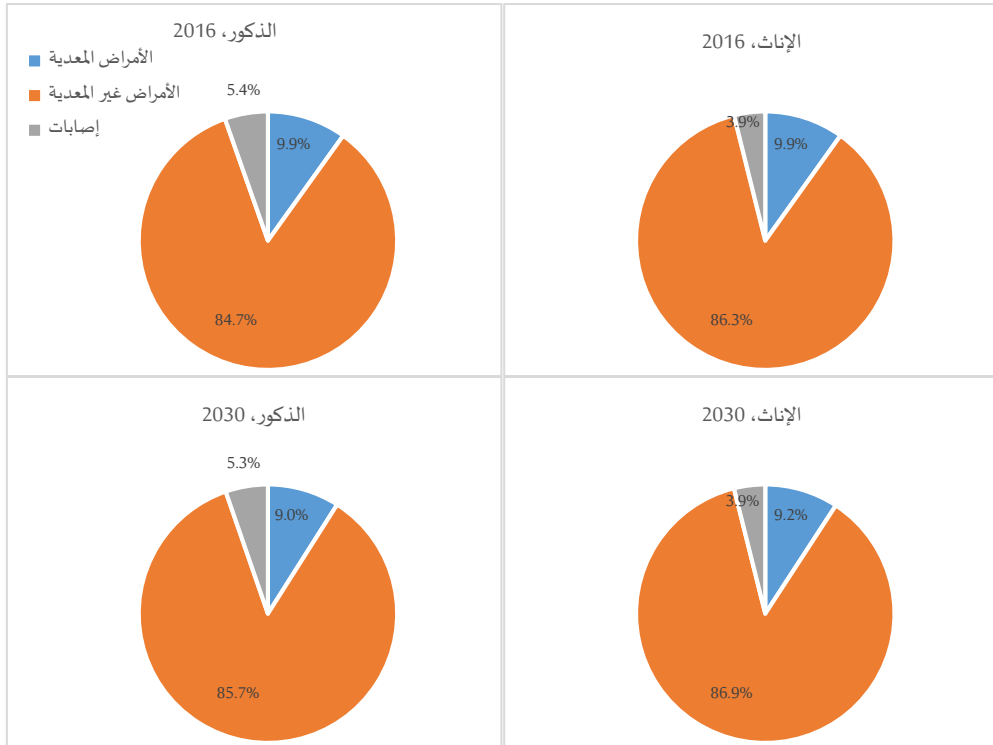
المصدر: سيسرك (2020)، والأمم المتحدة (2020).

العمر في أجزاء كثيرة من العالم. وأفادت التوقعات السكانية العالمية للأمم المتحدة (2022) أن الوفيات الناجمة عن الإصابة بكوفيد-19 أدت إلى انخفاض متوسط العمر المتوقع عند الولادة لسكان العالم من 72.8 عامًا في عام 2019 إلى 71 عامًا في عام 2021. وعلى نفس المنوال، توقعت دراسة حالة أجرتها رازغي وساساني پور (Razeghi, & Sasanipour, 2022) في إيران أن الوفيات الناجمة عن الإصابة بكوفيد-19 ستقلل متوسط العمر المتوقع عند الولادة بأكثر من عام واحد. وبما أن نسبة كبار السن من إجمالي سكان العالم في تزايد، فإنه من المرجح أن تدوم الآثار المتعددة القطاعات للجائحة على متوسط العمر المتوقع لكبار السن ورفاههم لسنوات في جميع أنحاء العالم (الإطار 1.4).

2.4. الأمراض والإعاقات

لا يتحقق مبتغى تحسين متوسط العمر المتوقع وضمان تمتع الأفراد بصحة جيدة في حياتهم إلا من خلال الفهم الجيد للأسباب الجذرية للوفاة. فقد ساهمت الجهود الوطنية والدولية لمكافحة الأمراض المعدية في تراجع معدلات الوفيات في صفوف مختلف الشرائح العمرية بما في ذلك كبار السن وتغير في منحنى أبرز أسباب الوفاة على مدى العقود الماضية (SESRIC, 2019).

الشكل 3.4: أسباب الوفاة في صفوف السكان البالغين من العمر +50 على المستوى العالمي

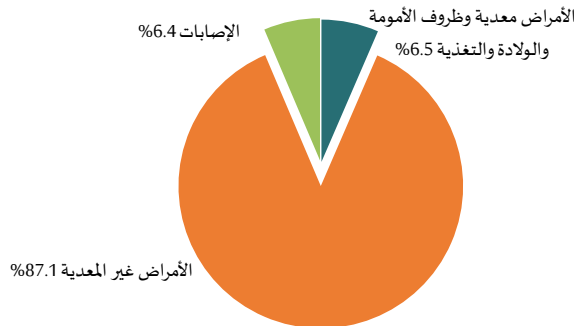


المصدر: تقديرات الصحة العالمية، منظمة الصحة العالمية. ملاحظة: نظرا لمحدودية البيانات، يغطي الشكل السكان الذين هم أكبر من 50 عاما من العمر.

وفي عام 2016، توفي 9.9% من الرجال المسنين في العالم بسبب الأمراض المعدية. ومن المنتظر أن تنزل هذه النسبة لمعدل 9.0% في 2030 (الشكل 3.4). واستأثرت الأمراض غير المعدية في 2016 بحصة كبيرة من الوفيات في صفوف كبار السن في جميع أنحاء العالم (84.7% بالنسبة للرجال و 86.3% بالنسبة للنساء). ويتوقع أن تزيد هذه النسبة بحلول عام 2030 في صفوف الجنسين. وكانت أمراض القلب الإقفارية والسكتة الدماغية من بين أبرز الأمراض غير المعدية المتسببة بما يقارب ربع الوفيات في صفوف كبار السن عام 2016. ومن المتوقع أن يزيد إلى حد كبير مستوى تأثير هذه العناصر على كبار السن بحلول عام 2030 (WHO, 2018). وفي عام 2016، كانت 5.4% من الوفيات في صفوف المسنين من الرجال ناجمة عن إصابات. ومن المتوقع أن تتراجع هذه النسبة بصورة طفيفة عام 2030 لتبلغ 5.3%. ويمكن أن تُعزى نسبة 3.9% من الوفيات في صفوف كبار السن إلى الإصابات في عامي 2016 و 2030.

لا يفترض في كبار السن أن يعيشوا لفترة أطول فحسب، بل يتعين أن تكون حياتهم بصحة جيدة ودون إعاقات، لأن الإعاقات تحد من إمكانياتهم وقدراتهم وتقلل من مستوى رضاهم عن الحياة (Celik et al., 2018). لكن متوسط الانتشار العالمي للإعاقات من المستوى المتوسط والحاد في صفوف الأشخاص البالغين من العمر 60 عاما فأكثر يفوق نظيره في صفوف من تتراوح أعمارهم بين 15 و 59 عاما بحوالي ثلاثة أضعاف (SESRIC, 2018). لذلك من شأن الفهم الجيد لأبرز الأسباب الكامنة وراء السنوات الضائعة بسبب الإعاقة (YLD)، أي عدد السنوات ذات الجودة المتدنية بسبب الأمراض، أن يساعد في تحديد المجالات ذات الأولوية على مستوى السياسات في بلدان منظمة التعاون الإسلامي. ففي عام 2019 كانت 87.1% من حالات السنوات الضائعة بسبب الإعاقة ناجمة عن الأمراض غير المعدية، في حين أن 6.5% منها كانت بسبب الأمراض المعدية (بما في ذلك الحالات التنفسية وفترة ما قبل الولادة وحالات متعلقة بالتغذية). ونسبة 6.4% أخرى من السنوات الضائعة بسبب الإعاقة في مجموعة بلدان المنظمة خلال نفس العام تعزى للإصابات.

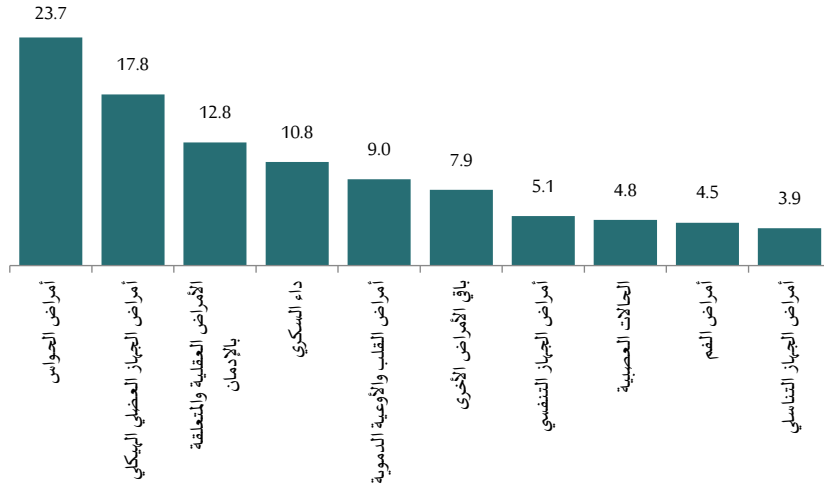
الشكل 4.4: أبرز أسباب السنوات المفقودة بسبب الإعاقة في صفوف المسنين في بلدان منظمة التعاون الإسلامي، 2019



المصدر: تقديرات الصحة العالمية، منظمة الصحة العالمية. ملاحظة: نظرا لمحدودية البيانات، تمت دراسة الفئة العمرية 60-69 الخاصة بمجموعة من 54 بلد عضو في منظمة التعاون الإسلامي.

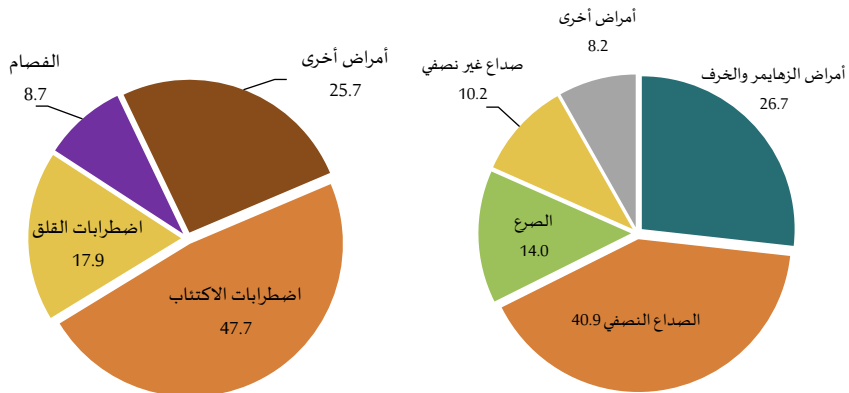
كانت الأمراض ذات الصلة بالأعضاء الحسية (23.7%) وأمراض الجهاز العضلي والهيكل العظمي (17.8%) والاضطرابات النفسية والناجمة منها عن تعاطي مواد الإدمان (12.8%) من أبرز الأمراض غير المعدية المتسببة في الإعاقة في صفوف كبار السن في بلدان منظمة التعاون الإسلامي خلال عام 2019 (الشكل 5.4). ويلهما كل من داء السكري (10.8%) ثم الأمراض القلبية الوعائية (9.0%).

الشكل 5.4: أبرز الأمراض غير المعدية المسببة للإعاقة في صفوف المسنين في بلدان منظمة التعاون الإسلامي، (%). 2019



المصدر: تقديرات الصحة العالمية، منظمة الصحة العالمية.

الشكل 6.4: أبرز الأمراض العصبية والاضطرابات النفسية والناجمة منها عن تعاطي مواد الإدمان (يمين) المتسببة في الإعاقة في صفوف المسنين في بلدان منظمة التعاون الإسلامي، (%). 2019



المصدر: تقديرات الصحة العالمية، منظمة الصحة العالمية. ملاحظة: نظرا لمحدودية البيانات، تمت دراسة الفئة العمرية 60-69 الخاصة بمجموعة من 54 بلد عضو في منظمة التعاون الإسلامي.

وبخصوص الصحة العصبية، كان الصداع النصفي (40.9%) ومرض الزهايمر وأشكال الخرف الأخرى (26.7%) من أبرز مسببات الإعاقة في صفوف كبار السن في بلدان منظمة التعاون الإسلامي عام 2019 (الشكل 4.6، يسار). وبالإضافة إلى ذلك، تعزى نسبة 47.7% من الاضطرابات النفسية والناجمة منها عن تعاطي مواد الإدمان المسببة للإعاقة في 2019 إلى الاضطرابات المرتبطة بالاكتئاب. وتسببت اضطرابات القلق في 17.9% من الاضطرابات العقلية وتلك الناجمة عن تعاطي المخدرات والمؤدية إلى إعاقات في صفوف كبار السن في دول منظمة التعاون الإسلامي في عام 2019 (الشكل 6.4، اليمين).

3.4. سن الشيخوخة في صحة جيدة

بلوغ سن الشيخوخة في صحة جيدة معناه تطوير القدرة الوظيفية التي تمكن من التمتع بالرفاهية عند التقدم في السن. فاعتلال الصحة في سن الشيخوخة لا يعني بالضرورة أنه ناجم عن التقدم في العمر، بل هو نتيجة لتراكم مجموعة من العوامل مثل سوء التغذية والسمنة وقلة النشاط البدني والإجهاد وتعاطي مواد الإدمان. فعلى سبيل المثال، تنخفض احتمالية الوفاة في صفوف الأشخاص الذين يزاولون نشاطا بدنيا بمعدل 150 دقيقة في الأسبوع وبوتيرة معتدلة بنسبة 31% مقارنة بالأشخاص الأقل حركية. وتتجلى مزايا ذلك بنسبة أكبر في صفوف من تزيد أعمارهم عن 60 عاما (WHO, 2015).

وفي هذا السياق، يساهم تقدم الأفراد في العمر بصحة جيدة في تمتعهم بوضع صحي جيد طوال فترة حياتهم ويقلل من المخاطر الصحية المصاحبة للتقدم في العمر (الإطار 2.4).

الإطار 2.4: عقد الشيخوخة في صحة جيدة 2021-2030

أعلنت الأمم المتحدة فترة 2030-2021 عقدا للشيخوخة في صحة جيدة، مع أخذ منظمة الصحة العالمية بزمام العمل الدولي للهبوط بجودة حياة كبار السن وأسرههم ومجتمعاتهم. بلوغ سن الشيخوخة في صحة جيدة هو عملية تطوير القدرة الوظيفية التي تمكن من التمتع بالرفاهية في المراحل المتقدمة من العمر. والقدرة الوظيفية تتعلق بالتمتع بالقدرة التي تمكن الأشخاص من أن يقوموا بما يرونه ذا قيمة بالنسبة لهم وينخرطوا فيه.

وهذا العقد يجمع بين مختلف الجهات المعنية لحشد جهود العمل المشترك من أجل:

- ◀ تغيير طريقة تفكير الناس وشعورهم وتصرفهم تجاه التقدم في السن والشيخوخة،
- ◀ تنمية المجتمعات على أساس يساهم في تعزيز قدرات المسنين،
- ◀ تقديم رعاية متكاملة تركز على الفرد وخدمات صحية أولية تستجيب لاحتياجات المسنين،
- ◀ إتاحة الفرصة أمام المسنين للوصول إلى رعاية طويلة الأمد عندما يكونون بحاجة إليها.

وستتوخى المبادرات التي يتم إطلاقها في إطار برنامج عقد الشيخوخة إلى مشاركة المسنين، الذين سيشكلون العنصر المحوري وسيشاركون كليا في هذا الجهد التعاوني المتعدد الأطراف. وبحكم أهمية هذه المبادرة، فإن بلدان منظمة التعاون الإسلامي مدعوة للمشاركة بفعالية في الأنشطة ذات الصلة خاصة لإذكاء الوعي بمفهوم الشيخوخة في صحة جيدة في مجتمعاتها.

المصدر: منظمة الصحة العالمية (2020)

شرعت العديد من البلدان في توجيه بوصلة الاستثمارات صوب النهوض بصحة المسنين ورفاههم وتعزيز الصحة الجيدة (أي الشيخوخة بصحة جيدة) على امتداد دورة الحياة (UN, 2018). وبهذا فإنها تسعى إلى تقليل مستوى الإنفاق على الصحة مع مرور الوقت والنهوض بصحة المتقدمين في العمر الذين بإمكانهم الحفاظ على كونهم أعضاء مفيدون في المجتمع لفترة أطول من الوقت.

فقد اتخذت مجموعة من بلدان منظمة التعاون الإسلامي خطوات في سبيل الحد من عوامل الخطر المرتبطة بكبار السن وتعزيز الشيخوخة بصحة جيدة من خلال تحسين الوضع التغذوي للمسنين. وبهذا الخصوص، يعالج لبنان مسألة الجوع وتغذية الأسر المعيشية من خلال توفير وجبة ساخنة مجانية للمسنين والفقراء مرة واحدة في الأسبوع من خلال الجمعيات الخيرية وقوائم الطعام المتاحة. وطورت السنغال "البرنامج الوطني لدعم الأمن الغذائي والاستراتيجية الوطنية للأمن الغذائي والقدرة على الصمود" للفترة 2018-2022 لضمان الأمن الغذائي لجميع الناس، بمن فيهم المسنون. وتبنت المملكة العربية السعودية، في ضوء "رؤية 2030"، نهجًا أكثر شمولاً للرعاية الصحية، حيث يعالج هذا النهج العوامل الطبية والمجتمعية مثل الوقاية من الأمراض المزمنة، والرعاية الصحية العقلية الفعالة، وتحسين الرعاية الصحية لكبار السن (Saudi Vision 2030, n.d).

4.4 السياسات المتعلقة بالشيخوخة في صحة جيدة

يعد تقدم الأفراد في العمر بصحة جيدة عملية متواصلة؛ فمع استمرار تقدم السكان في السن، يزداد الطلب على خدمات الرعاية طويلة الأجل. والرعاية الصحية هي إحدى خدمات الرعاية الحيوية التي يحتاج إليها كبار السن الذين يعانون من حالات مزمنة مثل الخرف أو من عدم اللياقة الصحية (WHO, 2015; UN 2018). كشفت دراسة حديثة أن الشيخوخة تعتبر المسبب الرئيسي للعديد من الأمراض غير المعدية. وهذا يعني أنه عوض التركيز فقط على أمراض محددة غير معدية كالسرطان، قد يكون من الأفضل إعطاء الأولوية للتدخلات والسياسات التي من شأنها أن تبطئ عملية الشيخوخة. لذلك يتزايد التركيز على دراسة الآليات الأساسية للشيخوخة واكتشاف العلاجات التي يمكن أن تؤثر بشكل كبير على كيفية تأثير العمر على أجسامنا (Ellison, Sinclair, and Scott 2020; Sinclair 2019, as cited in Scott, 2020). لكن ما ترتب عن جائحة كوفيد-19 من آثار متباينة على السكان الأكبر سنًا، والتي قد تكون السبب في تفاقم الحالات المزمنة الحالية، قد تعيق سير هذه الجهود، حيث قد يكون من الصعب التمييز بين الأعراض طويلة المدى لكوفيد-19 وتلك التي يُعتقد أنها ناتجة عن الشيخوخة، خاصة لدى كبار السن (Mansell et al 2022). ووفي العموم، يواجه كبار السن مجموعة من التحديات لا سيما فيما يتعلق بالاستفادة من خدمات الرعاية الصحية والرعاية طويلة الأجل في جميع أنحاء العالم (الإطار 3.4).

وفي البلدان النامية على وجه الخصوص، عادة ما يزيد مستوى إنفاق الأفراد من مالهم الخاص كلما تقدموا في السن. لذلك فإن قدرة كبار السن على تحمل تكاليف الرعاية الصحية وخدمات الرعاية طويلة الأجل من القضايا المثيرة للقلق في معظم البلدان النامية - بما في ذلك العديد من بلدان منظمة التعاون الإسلامي.

وكشفت دراسة استقصائية أجرتها منظمة الصحة العالمية (2015) بهدف تحديد أبرز الأسباب التي تحول دون تمكن كبار السن من الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية أن 60.2% من المسنين في البلدان منخفضة الدخل لا يقدرّون على تحمل تكاليف الزيارة.

الإطار 3.4: الرعاية طويلة الأجل والمستنون

تنطوي الرعاية طويلة المدى على الأنشطة التي يجريها أفراد محدودون لضمان أن يتمتع الأشخاص الذين يعانون من نقص دائم في القدرة البدنية أو العقلية بقدر من القدرة على أن يفعلوا ما يرونه ذا قيمة بالنسبة لهم، وذلك بما يتفق مع حقوقهم الأساسية والحريات الأساسية وكرامة الإنسان. لكن نوع ومقدار الرعاية طويلة الأجل اللازمة أمر يتوقف على الوضع الصحي للفرد المستفيد بسبب مستوى الرعاية الصحية التي يتلقاها والتجارب الاجتماعية والاقتصادية على مدار حياته. ومن الناحية العملية، تغطي الرعاية طويلة الأجل مجموعة من الخدمات التي قد تتراوح بين ما يتعلق بالمساعدة في المنزل بشأن أنشطة الحياة اليومية مثل الاستحمام وارتداء الملابس والوجبات و/ أو الخدمات المعقدة ذات الصلة بالرعاية الصحية والحضور إلى مراكز الرعاية النهارية، والرعاية في إطار بيئة مؤسسية. ويتلقى معظم كبار السن في جميع البلدان خدمات الرعاية في منازلهم ومن مقدمي رعاية غير رسميين (الإناث من أفراد الأسرة في غالب الحالات وبدون مقابل مالي).

وعلى الصعيد العالمي، يعد مستوى توافر خدمات الرعاية طويلة الأجل الرسمية متدنياً. لكن أعلى مستوياته تستأثر بها البلدان منخفضة ومتوسطة الدخل وفي أعمار أصغر نسبياً بسبب تدني معدلات طول العمر إلى جانب ارتفاع معدلات الأمراض المزمنة غير المعدية فضلاً عن ضعف الخدمات الصحية.

المصدر: منظمة الصحة العالمية (2015) ومنظمة العمل الدولية (2011)

وفي بلدان منظمة التعاون الإسلامي، غطى التمويل الحكومي عام 2016 ما متوسطه 52% من إجمالي النفقات الصحية مقارنة بحصة 74.2% كمتوسط عالمي و 80.2% كمتوسط في البلدان المتقدمة (SESRI، 2019). فضعف التمويل لا يقلل فقط من فرص الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية فحسب، بل عادة ما يساهم في انتشار الفقر في صفوف كبار السن لأنهم يجدون أنفسهم مضطرين للاقتراض أو استخدام مدخراتهم لتغطية نفقات الرعاية الصحية. وفي هذا الصدد، من شأن إصلاح النظم الصحية العامة (الشاملة) في بلدان منظمة التعاون الإسلامي أن يلعب دوراً محورياً في تحسين إمكانية الوصول والقدرة على تحمل تكاليف مؤسسات وخدمات الرعاية الصحية، خاصة بالنسبة لكبار السن.

ونظراً لوجود بعض القيود في مجال خدمات الصحة العامة، تسعى العديد من بلدان منظمة التعاون الإسلامي إلى تعزيز عملية تقديم خدمات الرعاية الصحية لكبار السن من خلال زيادة الشراكات. فعلى سبيل المثال، أطلقت إندونيسيا "حركة مجتمع نمط الحياة الصحي"، وهي حركة متعددة القطاعات تهدف إلى تحسين نمط الحياة الصحي في المجتمع. ومن الأمثلة على جهود الحركة إحداث المركز الإقليمي المتكامل لرعاية المسنين للأمراض غير المعدية. وعلى نفس المنوال، أقامت ماليزيا شراكة مع مجموعة من المنظمات غير الحكومية لخدمة الفئات الاجتماعية ذات الاحتياجات المحددة، بما في ذلك كبار السن. وما تؤكده هذه

الأمثلة هو أن العديد من بلدان المنظمة تدرك جيدا مدى أهمية المجتمع المدني والتدخلات المجتمعية للنهوض بمستوى رفاهية المسنين (UN, 2019).

ووسط كل التحديات، تجدر الإشارة إلى أن بعض دول منظمة التعاون الإسلامي لديها سياسات جيدة بشأن الشيخوخة بصحة جيدة. ففي تركيا، على سبيل المثال، يحق للأفراد البالغين من العمر 65 سنة أو أكثر، الذين لا يتوفرون على دعم مالي والذين ليس لديهم أفراد أسرة يعتمدون عليهم، الحصول على معاش تقاعدي بموجب القانون رقم 2022 الصادر في يوليو 1976 (ILO, n.d). كما أطلقت تركيا برنامج تحت عنوان "برنامج دعم المسنين (YADES)" في عام 2016 تحت إشراف وزارة الأسرة والخدمات الاجتماعية التركية، لزيادة الوعي حول الشيخوخة ولتقديم الدعم لكبار السن في منازلهم. كما أنه يشجع فكرة عيش المسنين في كنف أسرهم وفي محيط مألوف، ومشاركتهم بنشاط في مختلف مناحي الحياة المجتمعية (Ministry of Family and Social Services, 2016). وفي ألبانيا، تلبية للحاجة المتزايدة للرعاية طويلة الأجل للسكان المسنين، شرعت الحكومة في استبدال خدمات كبار السن القائمة وغير الكافية بخدمات فعالة وجيدة في عامة بلديات البلاد (ILO, 2022). وفي نفس السياق، وضعت ماليزيا سياسة وطنية متينة لكبار السن بهدف تمكين المسنين والأسر والمجتمعات المحلية من خلال تقديم خدمات مُوجهة تحديدا للمسنين وتمهينة بيئة تُحسن رفاههم فيما تبقى من حياتهم. كما أنشأت مراكز توفر أنشطة اجتماعية لكبار السن في كافة أرجاء البلاد (Ministry of Women, Family and Community Development, 2017).

لا تقتصر التحديات المتعلقة بمؤسسات وخدمات الرعاية الصحية التي يعاني منها المسنون على بعدي قابلية الوصول والقدرة على تحمل التكاليف، فحتى مع وجود إمكانية سهولة وصولهم لهذه الخدمات والاستفادة منها، قد تجدهم يواجهون تحديات متعلقة بسوء المعاملة والتمييز بسبب عمرهم. لذلك تنفذ العديد من البلدان مجموعة من السياسات التي تروم تعزيز إمكانية وصول المسنين إلى خدمات الرعاية ومناهضة سوء معاملتهم، وذلك من خلال آليات من قبيل إطلاق برامج توعوية لمقدمي الرعاية وتنظيم دورات تثقيفية بشأن حقوق المسنين وتنفيذ برامج بناء القدرات لصالح مقدمي الرعاية. كما نفذت العديد من بلدان منظمة التعاون الإسلامي برامج على هذه الشاكلة للحيلولة دون سوء معاملة المسنين والتقليل من مستوى هذه الممارسة. وحسب مجموعة بيانات تغطي 40 بلدا عضوا في المنظمة لفترة 2012-2014، نفذ 15 بلدا من هذه البلدان برامج دعم على مستوى عال لمقدمي الرعاية للحيلولة دون سوء معاملة المسنين (الشكل 7.4). لكن 16 بلدا منها لم ينفذ أي برامج على الإطلاق، بينما نفذت 4 بلدان أعضاء عددا محدودا من هذه البرامج. وتشير الأرقام إلى أن بلدان منظمة التعاون الإسلامي بحاجة إلى بذل جهود إضافية وتكثيف أنشطتها للقضاء على حالات إساءة معاملة المسنين وخاصة الصادرة منها من مقدمي الرعاية.

الشكل 7.4: مدى تنفيذ برامج دعم لمقدمي الرعاية للجيلولة دون سوء معاملة المسنين (عدد من بلدان منظمة التعاون الإسلامي)، 2012-2014

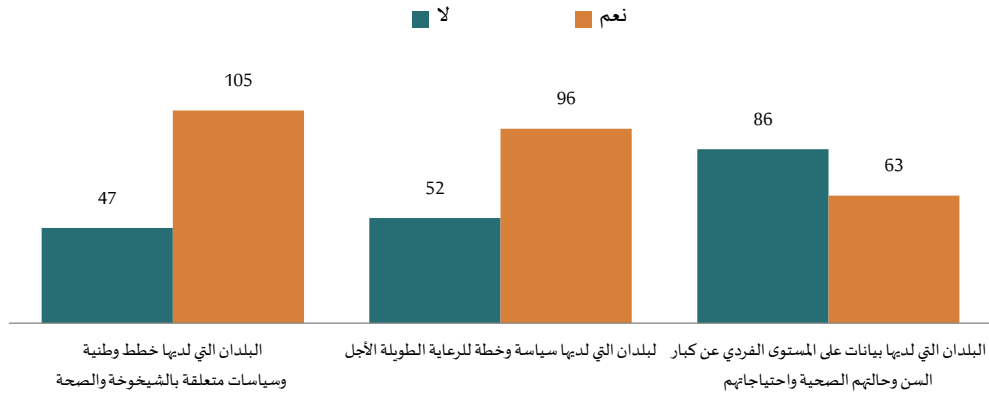


المصدر: منظمة الصحة العالمية، ملاحظة: تغطي مجموعة البيانات 40 بلدا عضوا في المنظمة.

وباللقاء نظرة شاملة على وضع السياسات والبيانات المتعلقة بالمسنين يمكن استنباط معلومات بخصوص الأهمية التي توليها البلدان لموضوع رفاهية المسنين والشيخوخة. ومع تزايد نسبة السكان المسنين، شرعت البلدان المتقدمة وعدد متزايد من البلدان النامية في إيلاء مزيد من الاهتمام للسياسات الخاصة بكبار السن وإحداث مجموعات بيانات خاصة بالوضع الصحي لكبار السن واحتياجاتهم. وفي هذا الصدد، لحدود عام 2020 طورت 105 بلدا فعليا خططًا وسياسات وطنية بشأن الشيخوخة والصحة (الشكل 8.4). لكن 47 بلدا لم يعد لحد الآن أي خطط وسياسات، وذلك راجع لعوامل مثل انخفاض نسبة المسنين أو عدم اهتمام صانعي السياسات بهذا الموضوع بدرجة كبيرة. وعلى نفس المنوال، أفاد 96 بلدا في جميع أنحاء العالم أنها تعتمد سياسة رعاية طويلة الأجل وخطة بشأن كبار السن في عام 2020، كميكون رئيسي من مكونات السياسات الصحية الخاصة بكبار السن.

ومن أبرز التحديات التي يواجهها صانعو السياسات والبلدان بشأن الوضع الصحي لكبار السن هو الافتقار إلى البيانات والمعلومات الخاصة بكل فئة عمرية. فبدون توفر البيانات المناسبة وبالقدر الكافي، يستحيل تطوير سياسات فعالة بشأن صحة كبار السن ورفاههم وتنفيذها. لكن اعتبارا من 2020، فقط 63 بلدا هي التي أفادت بتوفرها على بيانات على المستوى الفردي لكبار السن ووضعهم الصحي واحتياجاتهم، في حين أن الغالبية منها (83 بلدا) لم تكن تتوفر على مثل هذه البيانات (الشكل 8.4). لذلك من المهم بالنسبة لبلدان منظمة التعاون الإسلامي التي تفتقر إلى بيانات تفصيلية أن تولي مزيدا من الاهتمام لهذه الإشكالية والشروع في بناء مجموعات بيانات بغرض تصميم وتطوير وتنفيذ الخطط والسياسات الوطنية المتعلقة بالشيخوخة والصحة والرعاية طويلة الأجل للمسنين. ومن شأن هذا الأمر أيضا أن يدعم بلدان المنظمة في عملية تنفيذ الأهداف الوطنية والإقليمية (مثل استراتيجية منظمة التعاون الإسلامي بخصوص المسنين) والعالمية (مثل أهداف التنمية المستدامة) بشأن رفاهية كبار السن.

الشكل 8.4: الأفاق العالمية بشأن السياسات والبيانات المتعلقة بالمسنين (عدد من البلدان)، 2020



المصدر: البوابة الإلكترونية لمنظمة الصحة العالمية الخاصة بالبيانات المتعلقة بصحة الأمهات وحديثي الولادة والأطفال والمراهقين. ملاحظة: مجموعة البيانات لا توفر معلومات على المستوى الوطني.

5

تمكين بيئة داعمة
للمسنين

إن تهيئة بيئة داعمة للمسنين أمر مفيد لصحتهم ورفاهيتهم وتحسين مستوى مشاركتهم في المجتمع. فمثل هذه البيئة تجعل الخدمات سهلة المنال وعادلة وشاملة وآمنة بالنسبة للمسنين (WHO, 2021). كما أنها تعزز الممارسات الصحية والنشطة في مراحل الشيخوخة ويقلل من الآثار السلبية لهذه الأخيرة من خلال توفير الدعم الوظيفي لكبار السن. ويتطلب توفير بيئة مواتية للمسنين نهجا متعدد القطاعات لمعالجة أبعاد السياسة المختلفة مثل الصحة، والرعاية طويلة الأجل، والنقل، والإسكان، والمشاركة في سوق العمل، والحماية الاجتماعية، والوصول إلى المعلومات والتكنولوجيا (WHO, 2021).

تؤكد الوثائق الاستراتيجية الدولية والإقليمية المتعلقة بالمسنين على أهمية وجود بيئة تمكينية لكبار السن باعتبارها جزء من الجهود التنموية. وعلى وجه الخصوص، يشدد جدول أعمال التنمية المستدامة للأمم المتحدة على أن وجود بيئة تمكينية للمسنين من شأنه أن يساعد البلدان في تحقيق التنمية المستدامة وإنجاز العديد من المقاصد في إطار أهداف التنمية المستدامة 1 و 2 و 3 (UNDP, 2017). وعلى المستوى الإقليمي، تشير استراتيجية منظمة التعاون الإسلامي بشأن المسنين إلى "تمكين بيئة داعمة للمسنين" كإحدى الركائز الأساسية وتطرح أربعة أهداف استراتيجية بغية "تعزيز الظروف البيئية المادية والاجتماعية التي تحيط بالمسنين" (OIC and SESRIC, 2019).

في هذا السياق، يسلط القسم التالي الضوء على التدابير والسياسات التي اعتمدها بلدان منظمة التعاون الإسلامي من أجل تمكين بيئة داعمة للمسنين. كما يناقش استخدام نهج "الشيخوخة النشطة" لتمكين بيئة داعمة للمسنين، وينظر في وضع أنظمة الضمان الاجتماعي وأنظمة المعاشات التقاعدية في بلدان المنظمة.

1.5 الشيخوخة النشطة والبيئة التمكينية

تعرف منظمة الصحة العالمية الشيخوخة النشطة² بأنها "عملية تحسين فرص الصحة والمشاركة والأمن من أجل تحسين نوعية الحياة مع تقدم الناس في السن" (WHO, 2002). وقد أكد مفهوم الشيخوخة النشطة، منذ التسعينات، على أهمية السياسات والبرامج التي تعزز الرعاية الذاتية لدى كبار السن، والبيئات الملائمة للمسنين، والتضامن بين الأجيال. ومن أجل بناء بيئات تمكينية، يستدعي نهج الشيخوخة النشطة تصميم سياسات وبرامج تراعي المحددات الجسدية والصحية والاجتماعية والاقتصادية التي تؤثر على جودة حياة كبار السن (الإطار 1.5). ويركز النهج بشكل خاص على "الثقافة" و "النوع الاجتماعي" باعتبارهما مسألتين شاملتين تؤثران على كل محدد رئيسي.

فيما يتعلق ببناء بيئة مادية داعمة للمسنين، فإن إمكانية الوصول إلى الخدمات والسلامة البدنية تحظى بأهمية قصوى. وقد تم تصميم البيئات المادية الملائمة للأعمار (في المنزل أو في المرافق السكنية) بهدف تقليل الحواجز المادية مثل الإضاءة السيئة وأسطح المشي غير المنتظمة ونقص الدرابزين الذي يمكن أن يؤدي إلى مخاطر وإصابات بيئية بين المسنين (Kerr, Rosenberg, & Frank, 2012). وبصرف النظر عن الحد من

² تشير كلمة "نشطة" إلى "استمرار المشاركة في الشؤون الاجتماعية والاقتصادية والثقافية والروحية والمدنية، وليس فقط إمكانية ممارسة النشاط البدني أو الانخراط في القوى العاملة" (WHO, 2002).

الإصابات - التي يمكن أن يكون لها عواقب وخيمة على المسنين - فإن وجود مساحة معيشية ملائمة لهم من شأنه أن يسهل أيضا تنقل المسنين ذوي الإعاقة والأمراض المزمنة وأولئك الذين يخضعون لإعادة التأهيل (Levasseur et al., 2017).

الإطار 1.5: بيئات ملائمة للمسنين قادرة على الصمود خلال جائحة كوفيد-19

واجهت المدن والمجتمعات والمؤسسات الصحية تحديًا إبان جائحة كوفيد-19. أبانت البيئات الملائمة للمسنين عن أهمية البالغة في أخذ الاحتياطات اللازمة في وقتها المناسب من أجل مساعدة كبار السكان وتقليل المخاطر التي قد يتعرضون لها. وقد كان للجائحة تأثير كبير على كبار السن الذين عانوا أيضًا بشكل كبير من استراتيجيات الوقاية من انتشار الفيروس.

فقد لجأت المدن لتغيير المنصات وصيغ دعم مشاركة الناس في الأنشطة الاجتماعية والثقافية والترفيهية وتمكينهم من التفاعل مع الأصدقاء والعائلة والجيران. وزادت قدرة المدن والمجتمعات المحلية على التكيف بسرعة ومساعدة كبار السن من خلال الاستثمارات المخصصة لهيئة بيئات ملائمة للمسنين قبل تفشي الوباء. ويعد دليل المدن الصديقة للمسنين على المستوى العالمي الذي أعدته منظمة الصحة العالمية والذي يعنى بتنفيذ برامج مختلفة في ثمانية مجالات عمل، مصدر إلهام للبيئات الملائمة للمسنين. وتشمل هذه المجالات أنشطة لتحسين الخدمات البلدية، وتغيير البيئات المادية والاجتماعية، وتلبية احتياجات كبار السن. ومن شأن الاستثمار في أي من مجالات العمل هذه أن يساعد كبار السن ويشجع تقدم الأفراد في العمر بصحة جيدة طيلة فترة حياتهم.

المصدر: منظمة الصحة العالمية (2022)

وعندما تتاح للمسنين إمكانية الوصول المناسبة إلى المياه والهواء والغذاء النظيف في بيئتهم المادية، فمن غير المرجح أن يتعرضوا لتدهور لا داعي له في صحتهم بسبب أمراض يمكن الوقاية منها (WHO, 2002). كما يعد الوصول إلى وسائل النقل الميسورة التكلفة (العامة أو الخاصة) عنصرا مهما في البيئات المادية الداعمة للمسنين الذين يعانون من مشاكل في التنقل. ومن شأن إتاحة وسائل النقل أن يحدد ما إذا كان كبار السن يتوفرون على إمكانية الوصول إلى الخدمات الصحية والاجتماعية الضرورية، لا سيما في المناطق الريفية (Mattson, 2011). وبالتالي، فإن البيئة المادية الداعمة تستأثر بالقدرة على تحويل عزلة المسنين إلى مشاركة اجتماعية (Tomaszewski, 2013).

من المرجح أن يكتسب تعزيز الإسكان الملائم والأمن للمسنين في عدد من البلدان النامية وبلدان منظمة التعاون الإسلامي أهمية أكبر باعتباره أحد الاهتمامات على مستوى السياسات في المستقبل القريب. ويرجع ذلك إلى تراجع أنظمة الرعاية الأسرية الذي يمكن أن يؤدي إلى زيادة عدد المسنين الذين يعيشون بمفردهم أو في مرافق مؤسسية/ سكنية. وللسياسات التي تتيح بيئة مادية داعمة أهمية خاصة بالنسبة للفئات الضعيفة مثل فئة الأرامل التي تعيش مع أسرهم الممتدة بشكل غير طوعي، والمسنين الأكثر فقرا الذين يعيشون في الأحياء العشوائية في المناطق الحضرية، واللاجئين والمهاجرين المسنين الذين يقيمون في المخيمات.

بالإضافة إلى المحددات المادية، تعتبر عملية بناء أنظمة صحية عادلة، ميسورة الوصول وبأسعار معقولة أمراً حاسماً كذلك لنجاح مبادرات الشيخوخة النشطة - كما نوقش في القسم الرابع من هذا التقرير. وتهدف النظم الصحية الفعالة إلى تشجيع المسنين على الاستقلالية فيما يتعلق بالقرارات ذات الصلة بصحتهم ورعايتهم الصحية. كما أنها تشجع على الوقاية من الأمراض من الدرجة الأولى³ والثانية⁴ والثالثة⁵، التي من المعروف أنها تكافح الأمراض والتدهور الوظيفي، وتطيل العمر، وتحسن جودة حياة المسنين (WHO, 2002). وتؤكد هذه الأنظمة أيضاً على الحاجة إلى رعاية علاجية متخصصة للمسنين تشمل خدمات إعادة التأهيل وتتضمن وجهات نظر مقدمي الرعاية الرسميين مثل المهنيين في مجال الصحة ومقدمي الرعاية غير الرسميين مثل عمال الرعاية المنزلية والمعالجين التقليديين/الروحانيين.

يتعين على الأنظمة الصحية التي تعزز الشيخوخة النشطة أن تُكمل تدابير مثل القوانين واللوائح التي تتناول الاحتياجات الناشئة للمسنين من خلال التصدي للصعوبات التي يواجهونها في الوصول إلى الخدمات الصحية، وبناء المعرفة والفلسفة المتعلقة بالمسنين في خدمات الرعاية الطبية والصحية، واستيعاب أهمية رعاية الصحة النفسية كجزء من رعاية المسنين طويلة الأمد (WHO, SESRIC, 2002; WHO, 2018).

ومن شأن إنشاء نموذج رعاية صحية متكامل لدول منظمة التعاون الإسلامي أن يسمح بالابتعاد عن الاعتماد المفرط على أنظمة الرعاية الأسرية غير الرسمية، مع القدرة أيضاً على الاستفادة من دور الأسرة في رعاية الأقارب الأكبر سناً واحتضان مقدمي الرعاية غير الرسميين باعتبارهم أحد موارد الرعاية (SESRIC, 2018). ويمكن لمثل هذا النموذج أن يعزز توافر الرعاية الرسمية داخل البيئة المنزلية ويشجع على إزالة الوصم عن المرافق المؤسسية/السكنية. ومع تدهور أنظمة الرعاية الأسرية في دول منظمة التعاون الإسلامي، تعد المرافق المؤسسية (العامة أو الخاصة) بديلاً قابلاً للتطبيق يمكن للدول من خلاله تقديم الرعاية الكافية للمسنين في المستقبل⁶.

تشمل السياسات والبرامج التي يمكن أن تحسن البيئة الاجتماعية للمسنين البرامج التي تعزز الشبكات الاجتماعية لكبار السن من خلال "دعم المجموعات المجتمعية التقليدية، والعمل التطوعي، ومجموعات الأحياء، وتوجيه الأقران، ومقدمي الرعاية الأسرية، والبرامج المشتركة بين الأجيال، وخدمات التوعية" (WHO, 2002). وتعتبر حماية المسنين من العنف والإيذاء، الذين يشمان الإساءة الجسدية أو الجنسية أو النفسية أو المالية والإهمال، من المحددات المهمة للبيئة الاجتماعية الصحية (WHO, 2020). كما يشكل كل من الإقصاء والهجور الاجتماعي، وانتهاكات الحقوق الإنسانية والقانونية والطبية، وعدم القدرة على اتخاذ قرارات واختيارات مستقلة إساءة معاملة للمسنين (Perel-Levin, 2008).

³ تشير الوقاية الأولية من الأمراض إلى إدارة العوامل السلوكية مثل الأكل الصحي، وتجنب المواد الضارة مثل التبغ والكحول، إلخ.

⁴ تشير الوقاية الثانية من الأمراض إلى استخدام الفحوصات للكشف المبكر عن المرض.

⁵ تشير الوقاية الثالثة من الأمراض إلى الإدارة السريرية المناسبة وفي الوقت المناسب للمرض.

⁶ راجعوا القسم السادس للاطلاع على مناقشة مفصلة حول العلاقة بين الأسرة والثقافة.

ومن بين العوامل البالغة الأهمية الأخرى التي تتيح بيئة اجتماعية داعمة للمسنين إمكانية وصولهم إلى برامج التعلم مدى الحياة. فوفقاً لمنظمة الصحة العالمية (2002)، "قضايا العمالة فيما بين المسنين من العمال غالباً ما تكون متجذرة في مهارات القراءة والكتابة المنخفضة نسبياً، وليس في الشيخوخة في حد ذاتها". وبرامج التعلم مدى الحياة تضمن للمسنين استمرار مشاركتهم في الأنشطة الهادفة مع تقدمهم في السن من خلال تعريفهم بأحدث المهارات والتقنيات (Kelly, 2007). وعلى وجه الخصوص، يمكن لبرامج التعلم بين الأجيال (في مكان العمل أو المجتمع) أن تشجع التعلم مدى الحياة لدى المسنين مع تعزيز تبادل القيم والخبرات الثقافية بين الأجيال المسنة والأجيال الأصغر سناً (Newman & Hatton-Yeo, 2008).

وعلاوة على ذلك، يواجه المسنون الذين يعانون من التمثيل الناقص في عمليات صنع القرار والسياسة العامة احتمال التعرض للاستبعاد أو عدم التمتع بالحماية الكافية (Bastagli, 2013). وفي العديد من البلدان النامية، يرتبط التمثيل الناقص للمسنين بحقيقة أن الشيخوخة لا يتم تناولها على أنها شغل رئيسي على مستوى السياسة العامة.

وتعتبر الإرادة السياسية لدعم الحماية الاجتماعية للمسنين أمراً هاماً في حشد الدعم العام لمثل هذه البرامج وتسهيل صياغة وتنفيذ سياسات فعالة (Bastagli, 2013). إذ يمكن أن يترجم الافتقار إلى الإرادة السياسية وانخفاض مستوى تمثيل المسنين في عملية صنع القرار إلى تغطية أقل للحماية الاجتماعية. ونظراً لأن الشيخوخة لم تكن شاغلاً سياسياً رئيسياً في العديد من دول منظمة التعاون الإسلامي في العقود الماضية، فإن مستوى القلق بشأن الشيخوخة منخفض نسبياً بين صفوف صنّاع السياسات. على سبيل المثال، كشفت دراسة استقصائية أجريت عام 2015 أن 12 دولة فقط من بين 52 دولة عضو في المنظمة تعتبر الشيخوخة شاغلاً رئيسياً (SESRIC, 2018).

ويشكل اعتماد مختلف المبادرات الإقليمية والدولية بشأن الشيخوخة نقطة انطلاقاً لبلدان منظمة التعاون الإسلامي نحو تحسين رفاه المسنين. ويمثل اعتماد استراتيجيات منظمة التعاون الإسلامي بخصوص المسنين في عام 2019 على وجه الخصوص خطوة مهمة لتعزيز التعاون داخل المنظمة وتشجيع تبادل الخبرات والممارسات الجيدة في مختلف المجالات بدءاً من الشيخوخة في صحة جيدة إلى الحماية الاجتماعية. وتحقيقاً لهذه الغاية، يجب على بلدان المنظمة إعطاء زخم لتنفيذ هذه الوثائق الاستراتيجية الإقليمية والدولية. ويتطلب تعزيز البيئة الاقتصادية للمسنين تحسينات على مستوى دخلهم، وإمكانية الوصول إلى أنظمة الحماية الاجتماعية، والتوظيف (بما في ذلك العمالة الرسمية وغير الرسمية والعمل الحر). ولدى هذه المحددات الأساسية الثلاثة - التي تمت مناقشتها بمزيد من التفصيل في القسم التالي - تأثير مباشر على ما إذا كان المسنون قادرون على تحمل تكاليف الضروريات مثل الرعاية الصحية والإسكان والغذاء والرعاية/ المساعدة.

وهناك مجموعة واسعة من السياسات والتدابير المعمول بها لتمكين بيئة داعمة للمسنين والشيخوخة النشطة في دول منظمة التعاون الإسلامي، فعلى سبيل المثال، تعمل الإمارات العربية المتحدة على تحويل المشاركة إلى "أول مدينة عربية ملائمة للمسنين" تماشياً مع خطتها الاستراتيجية لإمارة المشاركة 2017-2020

(Sharjah Government Media Bureau, 2019). ويتمثل أحد العناصر المهمة في هذه الخطة في توفير خدمة إسكان حكومية مجانية للمسنين من خلال: (1) بناء وحدات سكنية على نفس الأرض التي يعيش فيها أبناء أو أحفاد المسنين لتعزيز العلاقات الأسرية بين الأجيال؛ (2) بناء وحدات سكنية على أرض جديدة لإيواء المسنين وأفراد أسرهم بالقرب من الخدمات والمرافق الاجتماعية المعنية بالمسنين؛ و (3) تحسين الوحدات السكنية القائمة بما يتماشى مع احتياجات المسنين من خلال إضافة مرافق خاصة في المنزل (مثل المصاعد والدرايزين وغيرها) لتحسين تنقل سكان المنزل وسلامته.

وفي الكاميرون، تهدف مختلف الصكوك القانونية إلى حماية حقوق المسنين، ولا سيما لضمان بيئة مواتية لهم. فعلى سبيل المثال، ينص قانون العقوبات - القسم 28 على عقوبة بالسجن من 1 إلى 3 سنوات وغرامة من 2500 إلى 5000 FRS في حق الأفراد المسؤولين عن تشريد المسنين الذين يعانون من مشاكل صحية (Nangia, Margaret, Emmanuel, 2015).

2.5. سياسات نظم الحماية الاجتماعية على الصعيد الوطني

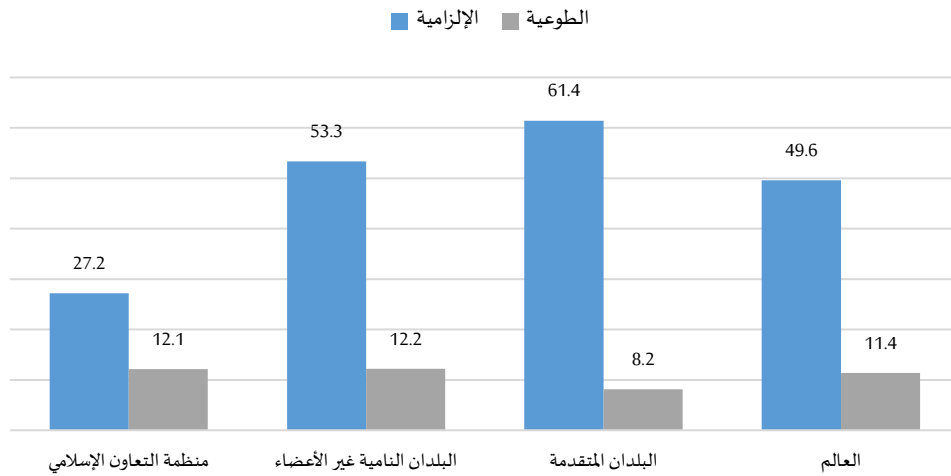
يواجه المسنون عددا من مواطن الضعف على شكل عدم استقرار الدخل، وانعدام الأمن الصحي، والاعتماد على الرعاية البدنية. وفي جميع أنحاء العالم، يقل احتمال حصول المسنين - في المتوسط - على وظائف مدفوعة الأجر، مما يجعلهم يعتمدون على الدخل الذي يحصلون عليه من برامج الضمان الاجتماعي والمعاشات التقاعدية أو على أفراد أسرهم. وهم أكثر عرضة لعدم كفاية سبل الوصول إلى مرافق الرعاية الصحية أو يكونون غير قادرين على دفع تكاليفها بسبب نقص التأمين الصحي، وخاصة في العالم النامي. وعلاوة على ذلك، هناك عدد من العوامل مثل التحول الديموغرافي والتوسع الحضري والتغيرات في الهياكل الأسرية التقليدية التي تهدد بشكل أكبر توافر آليات الدعم الحالية مثل الرعاية البدنية والمساعدة الأسرية للمسنين.

ويمكن تجنب كل هذه التحديات إذا كان المسنون يتوفرون على إمكانية الوصول إلى نظم الحماية الاجتماعية المناسبة. وكما نوقش في القسم الثالث من هذا التقرير، يمكن لأنظمة الضمان الاجتماعي أن تدعم الاستقلالية الاقتصادية لسكان المسنين. وعلى وجه الخصوص، تعد المعاشات التقاعدية للمسنين أحد أكثر أشكال الحماية الاجتماعية انتشارا في جميع أنحاء العالم. ولكن الحق في الحماية الاجتماعية للمسنين لا يتم إعماله بسهولة في عدد من البلدان النامية، حيث لا تزال نسبة كبيرة من المسنين تعتمد على أنظمة الرعاية والدعم الأسري (ILO, 2017).

ويعد نقص الموارد المالية في البلدان النامية السبب الرئيسي وراء انخفاض التغطية في برامج الحماية الاجتماعية. وترتبط هذه الأخيرة ارتباطا مباشرا بنقص الموارد المالية أو عدم كفاية البنية التحتية المالية في العديد من البلدان النامية لأن المعاشات التقاعدية والتأمين الصحي وأنواع أخرى من برامج الحماية الاجتماعية تتطلب إنفاقا مباشرا من الحكومة (Bloom, Jimenez, & Rosenberg, 2011; Bastagli, 2013).

وعلى الرغم من الاتجاه العالمي نحو توسيع نطاق التغطية القانونية والفعالية للمعاشات التقاعدية، لا تزال هناك تفاوتات وثغرات كبيرة داخل نظم المعاشات التقاعدية في بلدان منظمة التعاون الإسلامي ومجموعات البلدان الأخرى. فحوالي 27.2% من الأشخاص في سن العمل في بلدان المنظمة مشمولون بنظم المعاشات التقاعدية الإلزامية القائمة على الاشتراكات حتى عام 2020، و 12.1% مشمولون بنظم الاشتراكات الطوعية؛ ونتيجة لذلك، بمجرد بلوغهم سن الأهلية، يصبح لديهم الحق في الحصول على معاش تقاعدي. وكانت أقل من تغطية المخططات الطوعية القائمة على الاشتراكات الإلزامية والطوعية في البلدان النامية غير الأعضاء في المنظمة، والتي بلغت 53.3% و 12.2% من السكان في سن العمل، على التوالي. وفي البلدان المتقدمة، بلغت هذه النسبة 61.4% و 8.2%، في حين بلغ المتوسط العالمي المقدر 49.6% و 11.4% (الشكل 1.5). ومع ذلك، هناك حالات استثناء واسعة النطاق على المستوى القطري في المنظمة بشأن تغطية الحماية للشيخوخة. وعموماً، تعتبر نسبة الأشخاص الذين يتلقون معاشات تقاعدية للشيخوخة وتغطية برامج التأمين الاجتماعي، في بلدان منظمة التعاون الإسلامي، غير متسقة ومرتبطة ارتباطاً وثيقاً بدخل البلد ومستوى التنمية - حيث تستطيع البلدان ذات مستويات الدخل المرتفعة تكريس المزيد من الموارد المالية لرعاية المسنين (SESRIC, 2018). كما يؤثر السياق المحلي والسياسات التقليدية القائمة لرعاية المسنين الموجهة نحو الأسرة على هيكل هذه البرامج وتغطيتها.

الشكل 1.5: التغطية القانونية لحماية الشيخوخة: النسبة المئوية للسكان في سن العمل الذين تزيد أعمارهم عن 15 عاماً المشمولين بنظم المعاشات التقاعدية القائمة على الاشتراكات، 2020



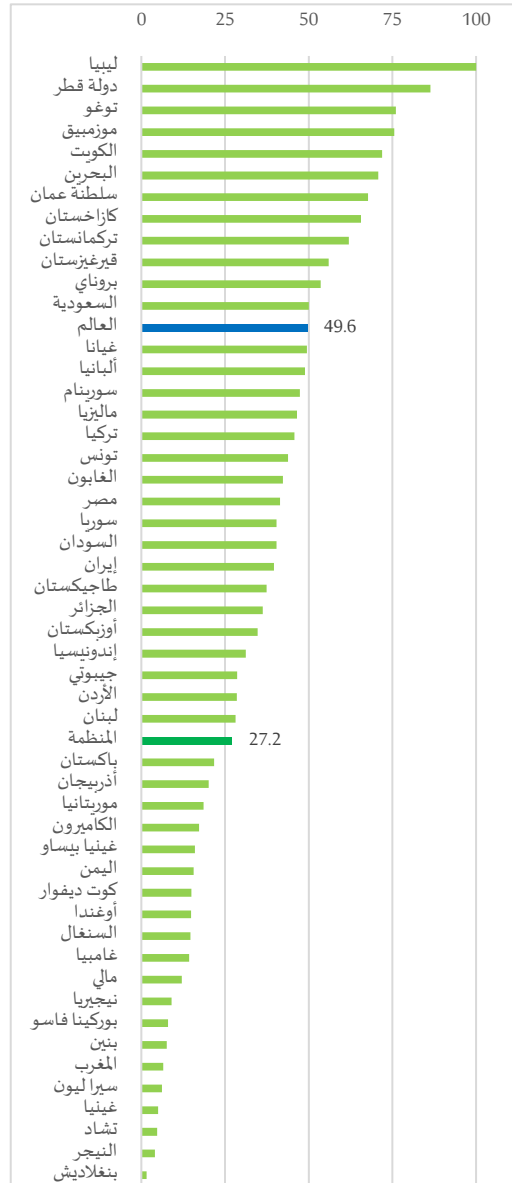
المصدر: حسابات موظفي سيسرك استناداً إلى البيانات المستمدة من قاعدة بيانات منظمة العمل الدولية العالمية بشأن الحماية الاجتماعية. وبالإضافة إلى المخططات القائمة على الاشتراكات، تُقدّم التغطية الطوعية للمعاشات التقاعدية في إطار الأطر التشريعية الوطنية بسبب العبء المالي الكبير والتصور الذي مفاده أن المعاشات التقاعدية أقل أهمية من الاحتياجات المعيشية العاجلة. ومن بين 50 بلداً عضواً في منظمة التعاون الإسلامي تتوفر بيانات بشأنها، تتوفر 20 بلداً على نظم معاشات تقاعدية طوعية فعالة. وتُستخدم نظم المعاشات التقاعدية الطوعية

القائمة على الاشتراكات بدرجات متفاوتة في جميع أنحاء المنظمة، تتراوح من 2% من السكان في سن العمل في البحرين إلى 59.6% في السودان (ILO, World Social Protection Database, 2022).

الشكل 52.5: النسبة المئوية للمثوبة للسكان في سن العمل الذين تزيد أعمارهم عن 15 عاما المشمولين بنظم المعاشات التقاعدية الإلزامية القائمة على الاشتراكات حسب بلدان منظمة التعاون الإسلامي، 2020

وعلى نفس المنوال، تتأثر برامج المعاشات التقاعدية الإلزامية القائمة على الاشتراكات بتوافر الموارد المالية في بلدان منظمة التعاون الإسلامي. وتستخدم جميع بلدان المنظمة الـ 50 التي تتوفر بيانات بشأنها نظم معاشات تقاعدية إلزامية قائمة على الاشتراكات إلى حد ما (الركيزة 17). ومن بين تلك البلدان، تزيد التغطية عن المتوسط العالمي في 12 بلدا عضوا (الشكل 2.5). وتكمن المشكلة في مخططات التأمين الاجتماعي القائم على الاشتراكات في أنها تلبى بشكل أساسي احتياجات الأفراد الذين لديهم عمل ثابت أو مستمر أو يعملون لحسابهم الخاص طوال سنوات نشاطهم. يتعين على صناع السياسات والمشرعين العمل على إرساء نظام حماية اجتماعية شامل يتضمن خيارات معاشات تقاعدية قائمة على الاشتراكات وغير قائمة على الاشتراكات، إذ تدعو توصية منظمة العمل الدولية بشأن أسس الحماية الاجتماعية لعام 2012 (رقم 202) إلى العمل بأفضل مزيج من هذه البرامج لضمان عدم تخلف أي من كبار السن عن الركب.

وأفيدَ بأن 57 بلدا في العالم تتوفر على تغطية قانونية بنسبة 100% تجعل جميع سكانها مؤهلين للحصول على نظم معاشات تقاعدية غير قائمة على الاشتراكات عند بلوغ سن التقاعد. ومن بين بلدان منظمة التعاون الإسلامي، أفادت أذربيجان

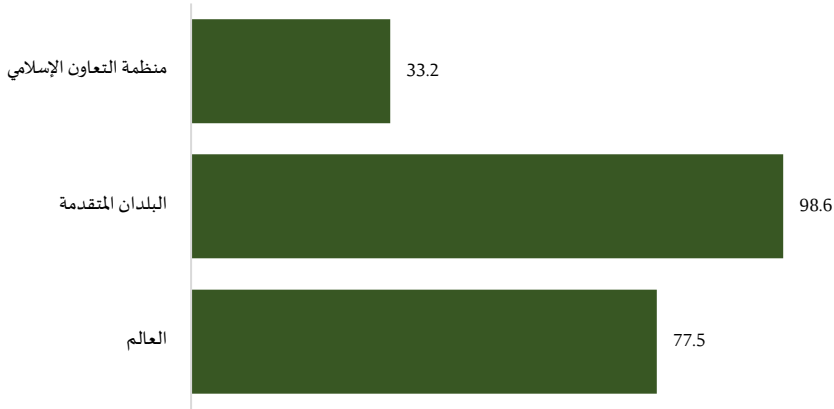


المصدر: حسابات موظفي سيسرك استنادا إلى البيانات المستمدة من منظمة العمل الدولية، قاعدة البيانات العالمية للحماية الاجتماعية.

⁷ في أنظمة الركيزة 1، تخصص الحكومات معاشات تقاعدية لجميع المواطنين ويتوقف مقدار المعاش الذي يتقاضاه الفرد على مساهمتهم الشخصية خلال فترة العمالة (SESRIC, 2018).

وألبانيا وبروناي دار السلام وغيانا وكازاخستان وقيرغيزستان وسورينام أن لديها تغطية قانونية بنسبة 100% مصحوبة بمخطط معاشات تقاعدية غير قائم على الاشتراكات في عام 2020، تلتها موزمبيق بتغطية نسبتها حوالي 83% (ILO, World Social Protection Database, 2022). وبالإضافة إلى ذلك، أعلنت بنغلاديش في بداية 2022 عن استعدادها لإطلاق مخطط للمعاشات التقاعدية الشاملة في غضون الأشهر الستة حتى 12 التالية (الملحق الثاني). وتنفذ 14 من بلدان المنظمة نوعاً من أنظمة المعاشات التقاعدية غير القائمة على الاشتراكات التي تدعم المسنين الذين لا يتلقون معاشاً تقاعدياً قائماً على الاشتراكات أو الذين يقل معاشهم التقاعدي عن الحد الأدنى. ولا يقدم سوى عدد قليل من هذه البلدان معاشات تقاعدية غير قائمة على الاشتراكات على الصعيد العالمي، والباقي يحدد الأهلية من خلال قياس مستوى الدخل⁸، أو المعاش الخاضع لتقصي الموارد⁹، أو كليهما (ILO, 2017). ومع ذلك، فإن تحديد أهلية المستفيدين من خلال تقصي الموارد، أو قياس الدخل، أو قياس المعاشات التقاعدية يمكن أن يحد من مشاركة بعض الفئات. على سبيل المثال، بالنسبة للمسنات اللاتي يعملن في القطاع غير الرسمي أو في المنزل، يمكن لعملية تحديد الأهلية بناءً على أجور يومية/ شهرية غير قابلة للتنبؤ أو متفاوتة أن تثني مشاركتهن القانونية في أنظمة الحماية الاجتماعية. وبالمثل، قد لا يكون المهاجرون المسنون مؤهلين للحصول على الحماية الاجتماعية من خلال مخططات المعاشات التقاعدية الخاضعة لتقصي الموارد لأنهم لم يساهموا في صندوق المعاشات التقاعدية للبلد المضيف في الماضي. وفي العديد من الحالات، قد يساعد إدخال نظم معاشات تقاعدية شاملة أو غير قائمة على الاشتراكات (بالإضافة إلى خطط قائمة على الاشتراكات) في سد الفجوة القائمة على مستوى التغطية في الحماية الاجتماعية.

الشكل 3.5: النسبة المئوية للأشخاص فوق سن التقاعد الذين يتلقون معاشاً تقاعدياً، 2020*



المصدر: حسابات موظفي سيسرك استناداً إلى البيانات المستمدة من قاعدة بيانات منظمة العمل الدولية العالمية بشأن الحماية الاجتماعية. ملاحظة: *بيانات آخر سنة متاحة للفترة 2000-2020.

⁸ المعاشات التقاعدية المستندة لقياس الدخل "تقدم فقط للمسنين الذين يظل معاشهم التقاعدي ودخلهم الآخر أقل من عتبة معينة" (ILO, 2017).

⁹ المعاشات التقاعدية غير القائمة على الاشتراكات الخاضعة لتقصي الموارد "تقدم للمسنين الذين لا يحصلون على معاش تقاعدي قائم على اشتراكات على الإطلاق، أو الذين يقل معاشهم التقاعدي القائم على اشتراكات عن حد أدنى معين" (ILO, 2017).

وكنتيجة لذلك، سجلت بلدان منظمة التعاون الإسلامي أدنى المعدلات (33.2%) من حيث متوسط نسبة المسنين الذين يتلقون حاليا مزايا من مختلف مخططات المعاشات التقاعدية، بالمقارنة مع متوسط مجموعات البلدان الأخرى والمتوسط العالمي (77.5%). وفي مجموعة البلدان المتقدمة، يتلقى نحو 100% من السكان المسنين استحقاقات تقاعدية (الشكل 3.5). وعلى المستوى شبه الإقليمي، توجد اختلافات كبيرة في مجموعة المنظمة. وعلى وجه الخصوص، تجاوزت المنطقة الفرعية للشرق الأوسط وشمال أفريقيا متوسط مجموعة المنظمة، بينما يتلقى جميع السكان المسنين تقريبا في المنطقة الفرعية لأوروبا آسيا الوسطى معاشات تقاعدية.

وقد يرجع السبب الذي يجعل الأرقام الفعلية للمستفيدين المسنين من المعاشات التقاعدية في العديد من بلدان منظمة التعاون الإسلامي أقل بكثير من مجموعات البلدان الأخرى إلى عدد من العوامل الاجتماعية والاقتصادية. فعلى سبيل المثال، قد يثني الهيكل الحالي لنظم الحماية الاجتماعية بعض المسنين الذين كانوا يعملون بصورة غير رسمية في مؤسسات القطاع الخاص، مما يجعلهم مؤهلين للحصول على مخططات معاشات تقاعدية غير قائمة على الاشتراكات وشاملة فقط. ومن المهم الإشارة إلى أن مخطط المعاشات التقاعدية غير القائم على الاشتراكات ينطوي في العموم على إجراءات منفصلة بالمقارنة مع مخطط المعاشات التقاعدية القائم على الاشتراكات من حيث الأهلية إلى جانب معايير سن التقاعد. والروابط الاجتماعية والأسرية قوية جدا في بعض المجتمعات، الأمر الذي يشجع أيضا بعض المسنين على الابتعاد عن نظم الحماية الاجتماعية الرسمية.

وإن مستوى الاستحقاقات التي يتلقاها المسنون (بالدولار الأمريكي) يختلف بشكل ملحوظ فيما بين بلدان منظمة التعاون الإسلامي التي تقدم مخططات معاشات تقاعدية غير قائمة على الاشتراكات¹⁰. فعلى سبيل المثال، يصل مستوى الاستفادة من برنامج معاشات الشيخوخة في بروناي دار السلام إلى 179.2 دولار أمريكي شهريا، كما أنه أعلى نسبيا في بلدان مثل سورينام (159.1 دولار أمريكي)، وجزر المالديف (150.3 دولار أمريكي)، وغيانا (83.7 دولار أمريكي) وماليزيا (72.3 دولار أمريكي). وفي المقابل، يقل هذا المبلغ عن 10 دولارات أمريكية شهريا في كل من بنغلاديش وموزمبيق وأوغندا وباكستان، (راجع الملحق الأول). وتختلف تكلفة التقاعد أو تكلفة عيش حياة مريحة بعد التقاعد اختلافا كبيرا في جميع أنحاء العالم وفيما بين بلدان المنظمة.

في السنوات الأخيرة، اتخذ عدد متزايد من بلدان منظمة التعاون الإسلامي خطوات كبيرة نحو النظر في مواضيع الشيخوخة والحماية الاجتماعية ورفاه المسنين باعتبارها شاغلا سياسيا وطورت عدة تدابير لتمكين بيئة داعمة بشكل أكبر للمسنين. على سبيل المثال، تهدف الاستراتيجية الوطنية للمسنين (2018-2022) في الأردن إلى تعزيز "الشيخوخة الإيجابية" من خلال ضمان حماية حقوق المسنين بموجب القانون، وزيادة إمكانية الوصول إلى الخدمات التي تستهدفهم وكذا نطاقها، وتيسير مشاركة المسنين في صنع القرار والمجتمع المدني (Help Age International, 2018). وبالمثل، تهدف الخطة المالية الحادية عشرة (2016-2020) إلى تعزيز البيئات المعيشية للمسنين في ماليزيا من خلال توفير بنية تحتية ملائمة للمسنين، وتحسين خدمات

¹⁰ راجع الملحق الأول للحصول على توزيع مفصل للبيانات على المستوى القطري.

الرعاية، وإنشاء مراكز رعاية نهائية لهم، وتوسيع خدمات المساعدة المنزلية، وتحسين الحماية الاجتماعية للمسنين، وإطلاق برامج توعية حول رعاية المسنين والعمل التطوعي الموجه لرعايتهم (Office of the Prime Minister of Malaysia, 2015). ومع مثل هذه السياسات القطرية وتنفيذ الاستراتيجيات الإقليمية مثل استراتيجية منظمة التعاون الإسلامي بشأن المسنين، من المرجح أن تسير بلدان المنظمة على المسار الصحيح لتحقيق المزيد من التقدم نحو تمكين بيئة داعمة للمسنين في المستقبل القريب. وتبذل بلدان منظمة التعاون الإسلامي جهوداً لتغيير نظم المعاشات التقاعدية وإصلاحها، ولا سيما لزيادة استحقاقاتها، وتكييفها مع التضخم وغيره من تقلبات الأسعار في المنتجات والخدمات الاستهلاكية. وبشكل عام، تم الإعلان عن 680 إجراء فيما يتعلق بالمسنين في الفترة ما بين 1 يناير 2010 و 31 يناير 2023 على صعيد العالم. ومن بين تلك الإجراءات، 81 منها مرتبطة بشكل خاص بكوفيد-19 والبقية (599) كلها تدابير اعتيادية تتناول كبار السن. واستناداً إلى البيانات المتاحة عن 27 بلداً عضواً في المنظمة في "مرصد الحماية الاجتماعية" التابع لمنظمة العمل الدولية، أُعلن عن 72 تدبيراً فيما يتعلق بالمسنين، 12 منها مرتبطة بدعمهم خلال جائحة "كوفيد-19" (الجدول 1.7 والملحق الثاني). على سبيل المثال، في موزمبيق، أدى الحكم القانوني الجديد المعتمد عام 2017 إلى زيادة مبلغ الحد الأدنى للمعاش التقاعدي، من 60% إلى 90% من الحد الأدنى الوطني للأجور. وينص هذا الحكم أيضاً على إمكانية دفع الحكومة لفرق الاشتراكات المفقودة لحصول المسنين على المعاش التقاعدي، والتي كان يتعين دفعها خلال فترة العمل. وأعلنت قطر زيادة المعاشات التقاعدية للمتقاعدين من القطاعين العام والخاص في أبريل 2022. وأعلنت السنغال زيادة المعاشات التقاعدية بنسبة 10-25% للمتقاعدين المدنيين والعسكريين في عام 2014. وفي عام 2018، أعلنت أوغندا زيادة عدد المسنين المؤهلين للحصول على منح تمكّنهم من شراء الغذاء والأدوية ودفع أسعار النقل.

إلى جانب تزايد العمر المتوقع، أعلن عدد من بلدان منظمة التعاون الإسلامي رفع سن التقاعد القانوني (المرفق الثاني). وبعبارة أخرى، تحاول العديد من البلدان الإبقاء على المسنين في الوظائف التي يزاولونها من خلال رفع عتبات سن التقاعد ووضع شروط تقييدية للتقاعد المبكر وتقديم حوافز من أجل التقاعد المؤجل. وهذه الممارسات تساعد البلدان في التخفيف من الضغوط على أنظمة الضمان الاجتماعي. ووفقاً لمرصد الحماية الاجتماعية التابع لمنظمة العمل الدولية، أُجري 291 إصلاحاً بهدف ترشيد الإنفاق على نظم المعاشات التقاعدية، ومعظمها من نظم المعاشات التقاعدية القائمة على الاشتراكات، في جميع أنحاء العالم، خلال الفترة 2010-2020. ومن بين تلك الإصلاحات، كان 150 منها متعلقاً بتأخير استلام المعاش التقاعدي (ILO, 2022).

6

الثقافة والمسنون

تعتبر الثقافة محددًا مهمًا لكيفية معاملة المسنين في المجتمع، وذلك لأن المعتقدات والممارسات الثقافية تؤثر على الأعراف والقيم الاجتماعية المتعلقة بالمسنين والشيخوخة (باعتبارها ظاهرة). ويعد التحيز ضد المسنين الصورة النمطية للمسنين والتمييز ضد الأفراد أو الجماعات على أساس سنهم الذي يمكن أن يتخذ أشكالًا عديدة بما في ذلك، على سبيل المثال لا الحصر، المواقف المتحيزة أو الممارسات التمييزية أو السياسات والممارسات المؤسسية التي تديم المعتقدات النمطية. وتؤيد المواقف المتحيزة ضد المسنين الصور النمطية عن كبار السن، وتحد من السبل التي يُنظر من خلالها إلى المسنين اجتماعيًا، وتخلق بيئة يتعرض فيها كبار السن بشكل كبير لنقاط الضعف النظامية والاجتماعية (Chonody & Teater, 2018). كما تؤثر نقاط الضعف هذه بشكل مباشر وسلبى على المسنين لأنها تؤثر على كيفية معاملة هذه الفئة من قبل الأفراد والمؤسسات، والفرص التي يتم منحها لهم، والفوائد التي يمكنهم تقديمها لمجتمعاتهم.

وإن صناعات السياسات في بلدان منظمة التعاون الإسلامي يدركون أهمية استخدام "منظور ثقافي" لضمان رفاه سكانهم المسنين. ومن خلال استراتيجية منظمة التعاون الإسلامي بشأن المسنين، تهدف بلدان المنظمة إلى "التعامل مع المعايير الثقافية التي تستبعد المسنين أو تصدر أحكام مسيقة في حقهم، لخلق بيئة يمكن استيعابهم والترحيب بهم فيها" (OIC and SESRIC, 2019). وتحدد وثيقة الاستراتيجية أربعة أهداف استراتيجية رئيسية للتصدي للتحديات الثقافية التي يواجهها المسنون في بلدان المنظمة، وهي كالتالي: (1) مكافحة التمييز ضد المسنين في المجتمع ككل وتعزيز الصور الإيجابية للشيخوخة والمسنين، (2) تعزيز التضامن من خلال الإنصاف والمعاملة بالمثل بين الأجيال، (3) القضاء على العنف وسوء المعاملة ضد المسنين وإهمالهم، و (4) دعم وتقوية الأسر والمؤسسات المقدمة للرعاية.

وفي هذا السياق، ينظر هذا القسم في الدور الذي تلعبه الثقافة والمعتقدات الدينية في تشكيل المواقف والممارسات تجاه المسنين وكيفية تلبية المؤسسات لمتطلباتهم وتدبير ترتيبات معيشتهم.

1.6. الإسلام والثقافة والمسنون

إن من شأن التعاليم الدينية أن تؤثر على الممارسات الثقافية وتوجه السياسة العامة. وفي بلدان منظمة التعاون الإسلامي، تؤثر التعاليم الإسلامية على الثقافة بدرجات متفاوتة. على سبيل المثال، تدعم هذه التعاليم الممارسة الثقافية لأنظمة الرعاية بين الأجيال أو رعاية ذوي القرابى للمسنين (Asadullahi, 2019). فرعاية المسنين مثل حُث عليه في القرآن الكريم وأحاديث النبي محمد (صلى الله عليه وسلم) وأفعاله، وكذا في الشريعة الإسلامية.

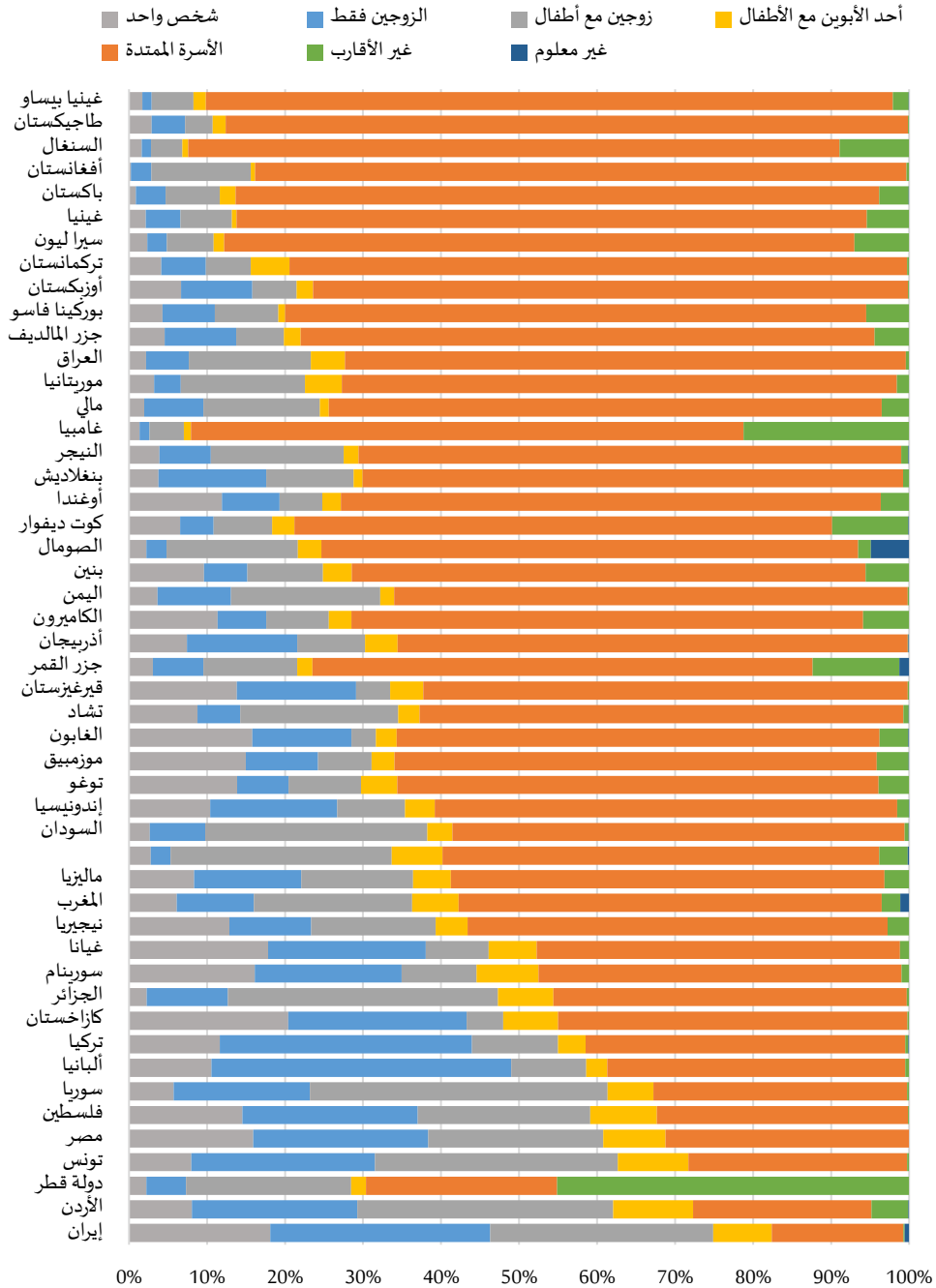
ويتم تأطير جزء كبير من رعاية المسنين في سياق خلية الأسرة من خلال العلاقات بين الأجيال وروابط القرابة. و"الإسلام يشدد الوعيد عندما يتعلق الأمر بإساءة معاملة الوالدين والمسنين" (Abu Sway, as cited in Abdullah, 2016). ففي القرآن الكريم، تدعو الآيات 36 من سورة النساء، و 151 من سورة الأنعام، و 8 من سورة العنكبوت، و 14 من سورة لقمان، و 15 من سورة الأحقاف إلى التعامل بلطف ومودة مع الآباء المسنين والرفق بهم ورعايتهم. وبشكل خاص، قال الله تعالى في سورة الإسراء (الآية 23):

"وَقَضَى رَبُّكَ أَلَّا تَعْبُدُوا إِلَّا إِيَّاهُ وَبِالْوَالِدَيْنِ إِحْسَانًا إِمَّا يَبُلُغَنَّ عِنْدَكَ الْكِبَرَ أَحَدُهُمَا أَوْ كِلَاهُمَا فَلَا تَقُلْ لَهُمَا أُفٍّ وَلَا تَهْزُهُمَا وَقُلْ لَهُمَا قَوْلًا كَرِيمًا". كما يؤكد الرسول محمد (صلى الله عليه وسلم) أن "أفضل الأعمال الصلاة لوقتها وبر الوالدين" (صحيح مسلم) وعقوق الوالدين من الكبائر كما جاء في صحيح البخاري. وبالمثل، فإن الشريعة الإسلامية توجه رعاية المسنين على أساس ثلاثة مبادئ: الإحسان، والاحترام، والدعم والإعالة (Abdullah, 2016). فمبدأ الإحسان يوجه الأبناء لتبني "علاقات أخلاقية سليمة مع والديهم المسنين"، بينما يعتبر مبدأ الاحترام "حقاً للمسنين على أبنائهم"، كما يجب على الأبناء ضمان الدعم للوالدين وإعالتهم سواء كان ذلك بالدعم المادي أو العاطفي أو الاجتماعي أو الاقتصادي (Abd al'Ati, as cited in Abdullah, 2016). لذلك، يجب أن تأخذ السياسات والبرامج التي تهدف إلى تعزيز العلاقات بين الأجيال في المجتمع وزيادة الوعي بالثقافة المحيطة بمفهوم الشيخوخة في الاعتبار التعاليم الإسلامية بشأن هذا الموضوع.

2.6. المؤسسات والثقافة والمسنون

ترتبط الترتيبات المؤسسية الموجهة نحو المسنين في عدد من بلدان منظمة التعاون الإسلامي ارتباطاً وثيقاً بالأسرة. ففي العديد من المجتمعات التي تركز على مفهوم الأسرة في بلدان المنظمة، غالباً ما يعتبر أمرًا مخزيًا إرسال أحد الأيوين المسنين إلى دار المسنين، وذلك لأنه سيخالف المشاعر الاجتماعية والدينية العامة للالتزام بالأسرة والمجتمع (SESRIC, 2018). ووفقاً لقاعدة بيانات شعبة السكان بشأن المسنين في أماكن المعيشة الجماعية لعام 2022 التابعة لإدارة الأمم المتحدة للشؤون الاقتصادية والاجتماعية (UNDESA)، تعتبر 12 من أصل 20 بلداً على الصعيد العالمي ذات أدنى نسبة من المسنين المقيمين في مأوى أو في مؤسسة أو مساكن تعليمية أو دينية بلدانا أعضاء في منظمة التعاون الإسلامي. ويجعل هذا الإقامة المشتركة كأحد الترتيبات الرئيسية التي تدعم الأسرة من خلالها أقاربهم المسنين وتعتني بهم. وفيما يتعلق بالترتيبات المعيشية للمسنين في بلدان المنظمة، تلقي مجموعة بيانات مستمدة من إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية التابعة للأمم المتحدة لعام 2019 بعض الضوء على كيفية ومكان إقامة المسنين في 49 بلداً عضواً في المنظمة. وفي أغلب الحالات، يظهر أن المسنون يعيشون مع أسرهم الممتدة. ففي 36 من أصل 49 بلداً عضواً في المنظمة، يعيش أكثر من نصف السكان المسنين مع أسرهم الممتدة. وثاني أكثر الترتيبات المعيشية شيوعاً بالنسبة للزوجين المسنين هو الإقامة مع أبنائهم، وأقل أنواع الأسر المعيشية شعبية بين المسنين هي الأسر المعيشية "غير الأقارب" (الشكل 1.6).

الشكل 1.6: المسنونون من الفئة العمرية +65 حسب النوع الأساسي للأسر المعيشية (%)

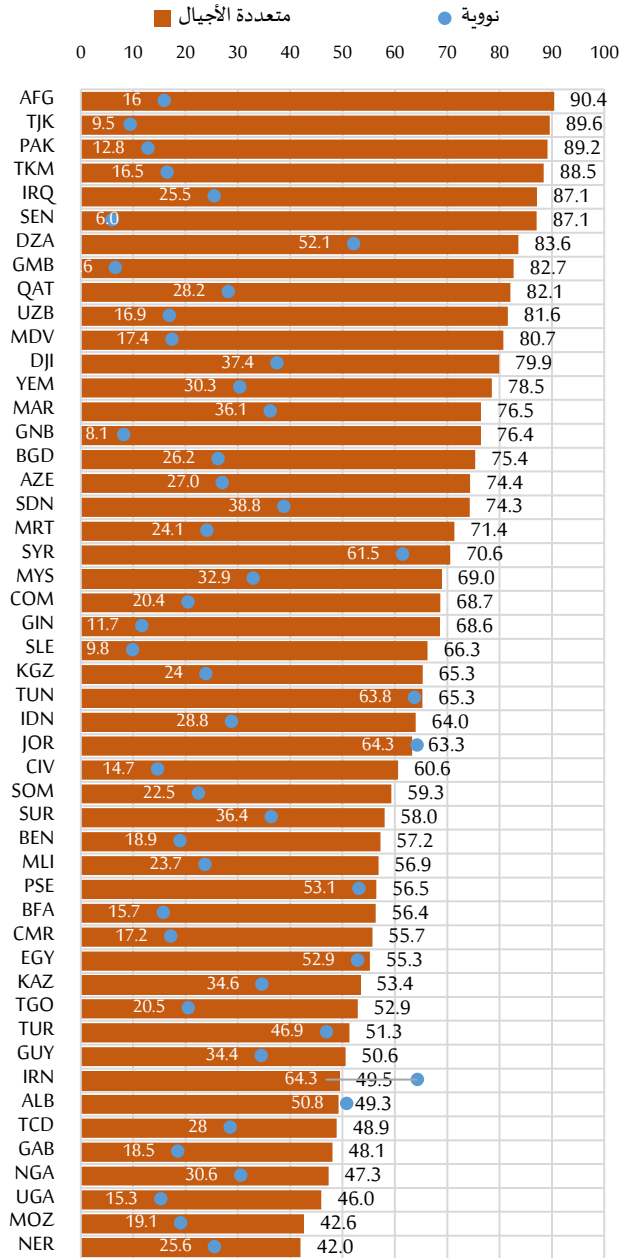


المصدر: الأمم المتحدة، إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية، شعبة السكان (2022). قاعدة بيانات الأسر المعيشية والترتيبات المعيشية لكبار السن لعام 2022. ملاحظة: آخر البيانات المتاحة بين عامي 2000 و 2021.

الشكل 2.6: الترتيبات المعيشية للمسنين حسب أنواع الأسر المعيشية المشتركة بين الأجيال (% المسنين من الفئة العمرية +65)

ولدى حجم الأسرة المعيشية التي يقيم فيها المسنون تأثيراً على رفاههم. ففي بلدان منظمة التعاون الإسلامي، من السائد عيش المسنين مع عائلاتهم الممتدة في أسر معيشية أكبر. على سبيل المثال، في 18 من أصل 49 بلداً عضواً في المنظمة، يعيش أكثر من نصف السكان المسنين في كنف أسر معيشية تتكون من ستة أفراد أو أكثر. ويتألف حجم الأسرة المعيشية في بلدان المنظمة في المتوسط من 5-6 أشخاص (UN DESA, 2022).

والبلدان ذات الأسر المعيشية الكبيرة الحجم في المتوسط هي غامبيا بـ14 فرداً، وأفغانستان (9)، وباكستان (8)، والسنغال (12)، وغينيا-بيساو (9). وفي المقابل، أصبحت الأسر ذات الحجم الصغير التي يبلغ عدد أفرادها حوالي 3 حتى 4 أفراد منتشرة على نطاق واسع في بلدان المنظمة، على سبيل المثال، في إيران وألبانيا وغيانا وكازاخستان وتونس وسورينام والأردن وتركيا وفلسطين وإندونيسيا (UN DESA, 2022).



المصدر: الأمم المتحدة، إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية، شعبة السكان (2022). قاعدة بيانات الأسر المعيشية والترتيبات المعيشية لكبار السن لعام 2022. ملاحظة: آخر البيانات المتاحة بين عامي 2000 و 2021.

وبالإضافة إلى العيش مع الأسر الممتدة وفي الأسر المعيشية الكبيرة، من الشائع أيضا أن يعيش المسنون في أسر متعددة الأجيال¹¹ بدلا من الأسر النووية.¹² على سبيل المثال، في 41 من أصل 49 بلدا عضوا في منظمة التعاون الإسلامي تتوفر بشأنها البيانات، يعيش أكثر من 50% من المسنين في أسر متعددة الأجيال (الشكل 2.6). في حين أن أكثر من نصف السكان المسنين يعيشون في أسر نووية في 8 فقط من أصل بلدان المنظمة الـ49 المعنية.

يعود العيش المشترك بالنفع المتبادل على المسنين وغيرهم من أفراد الأسرة المعيشية لأنه ينطوي على إمكانية استفادة المسنين من الدعم الاجتماعي والمالي من الأجيال الشابة. وفي المقابل، يكون لدى المسنين فرصة المساهمة في الأسرة من خلال المساعدة في رعاية الأطفال الأصغر سنا، وتسهيل ترتيبات الزواج، والتوسط في النزاعات الأسرية، وحتى في إعادة ترسيخ الهويات التقليدية (Sibai & Yamout, 2012; Abdullah, 2016). وبهذا، يكون بوسع المسنين المساهمة بنشاط في خدمة أسرهم ومجتمعاتهم من خلال المشاركة في الأدوار الاجتماعية مثل رعاية أفراد الأسرة الأصغر سنا (Abdullah, 2016).

ونظرا للاتجاهات السائدة في الترتيبات المعيشية لكبار السن، فإن عدد المسنين المقيمين في مؤسسات الرعاية منخفض نسبيا في عدد من بلدان منظمة التعاون الإسلامي (SESRIC, 2018). وتستأثر مسألة تفضيل أنظمة الرعاية الأسرية بدعم المعتقدات الثقافية والتعاليم الدينية والاتجاهات الديموغرافية. ومع ذلك، على الرغم من أهميتها وقيمتها الثقافية، فإن أنظمة الرعاية الأسرية تتراجع عبر المجتمعات النامية بسبب عدد من العوامل مثل العيش المشترك المحدود، وانخفاض حجم الأسرة، والتوسع الحضري، وتغير المفاهيم حول فئة المسنين.

ويتوقع أن يعاني كبار السن الذين ينتمون إلى مجموعات الأقليات (بما في ذلك النساء والمهاجرين والأشخاص ذوي الإعاقة وذوي الاحتياجات الخاصة، وما إلى ذلك) من تراجع على مستوى أنظمة الرعاية الأسرية غير الرسمية (Abdullah, 2016). وتعتبر فئة الإناث من المسنين، على وجه الخصوص، أقرب إلى المعاناة من هذا التراجع بسبب التفاوتات بين الجنسين. على سبيل المثال، يكون لدى فئة الذكور من المسنين، مقارنة بالإناث، معدلات وفيات أعلى، مما ينطوي على قضاء المسنات سن الشيخوخة بمفردهن، بحيث يصبحن أراملا ويواجهن صعوبات مالية، ويعتمدن بشكل أكبر على المساعدة من الأقارب أو مقدمي الرعاية (UN DESA, 2020). كما تؤثر الحواجز الثقافية في الوصول إلى الموارد على المسنات بشكل كبير - خاصة في المجتمعات الذكورية (الأبوية) - حيث قد تواجه المسنات قيودا على التنقل والمشاركة في المجتمع (Latham, Clarke, & Pavela, 2015). واعتمادا على الطبيعة الهرمية للخلية الأسرية التي يقمن فيها، قد تتعرض المسنات أيضا للإهمال والعزلة بسبب العمر أو الحالة الاجتماعية.

¹¹ تشمل الأسر المعيشية المتعددة الأجيال جيلين أو أكثر من الأفراد ذوي القرابة الذين تبلغ أعمارهم 20 سنة أو أكثر.

¹² تشمل الأسر المعيشية النووية الزوجين فقط، أو الزوجين مع الأطفال، أو أحد الأبوين مع الأطفال.

3.6. دمج الثقافة في السياسات المتعلقة بالمسنين

يؤثر السياق الثقافي المتغير على التقاليد والأعراف في العديد من بلدان منظمة التعاون الإسلامي التي لها آثار على المسنين وجودة حياتهم. على سبيل المثال، تعد أنظمة الرعاية الأسرية ضرورية للتخفيف من المخاطر المحتملة على صحة المسنين ورفاههم النفسي والدعم الاجتماعي والاقتصادي الذي يتلقونه. ويمكن لشبكات الأسرة أو القرابة أن تتعامل بشكل أفضل مع عوامل الشعور بالوحدة والفقر والضييق النفسي (القلق والاكتئاب) التي تعاني منها فئة كبار السن الضعيفة (Pullum & Akyil, 2017). وفي غياب الرعاية غير الرسمية أو القائمة على الأسرة، تقع مسؤولية رعاية المسنين على عاتق الحكومات في بلدان المنظمة. وبالتالي، من المهم للغاية ألا تقتصر السياسات المتعلقة بالشيخوخة على توفير المساعدة لكبار السن فحسب، بل يجب أن تضمن أيضا الحفاظ على استقلاليتهم، مع ضمان اندماجهم الاجتماعي في نفس الوقت. كما يجب أيضا مراعاة القيم والمعايير الثقافية وهياكل الأسرة المتغيرة أثناء صياغة السياسات المقبولة اجتماعيا والتي يمكن للأفراد استيعابها.

ولدى عدد من بلدان منظمة التعاون الإسلامي برامج أو سياسات تراعي الأبعاد الثقافية للشيخوخة لتوفير الدعم المؤسسي للمسنين. ففي قطر، على سبيل المثال، يسعى مركز (إحسان) لتمكين ورعاية المسنين - التابع للمؤسسة القطرية للعمل الاجتماعي - إلى تمكين كبار السن من خلال تزويدهم بالخدمات الضرورية ونشر الوعي الاجتماعي بقضايا المسنين وحقوقهم، وتعزيز التضامن بين الأجيال من خلال الحوار (Vision & Mission: Ersan, 2018).

وتسلط وزارة الشؤون الاجتماعية في جمهورية إندونيسيا (2021) الضوء على أن الرعاية المنزلية القائمة على الأسرة كانت النهج الرئيسي في رعاية كبار السن الذين يحتاجون إلى رعاية طويلة الأجل في استراتيجية البلاد بشأن الرعاية طويلة الأجل لطب الشيخوخة. وفي الجزائر، يضمن القانون الخاص بحماية المسنين إمكانية تلقي هذه الفئة للمساعدة الحكومية في المنزل والتي تشمل المساعدة الاجتماعية والصحية والدعم النفسي والأنشطة الثقافية (Saliba, 2016). أما بروناي دار السلام، فمراكز الأنشطة الاجتماعية المعنية بالمسنين فيها تركز على الحد من "متلازمة العيش الفارغ" التي تسبب الشعور بالوحدة والملل بين كبار السن، حيث يمكنهم التفاعل اجتماعيا مع الأشخاص الآخرين في سنهم. وتشجع هذه المراكز أيضا التطوع الشبابي لتسهيل تبادل المعرفة والحكمة بين الأجيال (الاجتماع الحادي عشر للمسؤولين رفيعي المستوى لرابطة أمم جنوب شرق آسيا واليابان حول المجتمعات الراحية، 2013). وفي المملكة العربية السعودية، أطلقت منظمة دعم كبار السن "وقار"، التي ترعاها مؤسسة الملك عبد الله العالمية للأعمال الإنسانية، حملة عام 2019 للتوعية بشأن إساءة معاملة المسنين، ناقشت مفهوم إساءة معاملة المسنين وأشكالها المختلفة وسبل حماية كبار السن من الإساءة (Arab News, 2019).

وكجزء من برنامج وطني لتحقيق التنمية المستدامة في المناطق الريفية، برئاسة وزارة التخطيط والتنمية الاقتصادية، تم إطلاق مبادرة مصر للعيش الكريم في 375 قرية في عام 2019. ويتركز الجهد ككل على الحد

من الفقر وتحسين فرص الاستفادة من البنية التحتية والخدمات الأساسية. ويعتبر مشروع القوافل الطبية المتكررة - وهي عيادات متنقلة تقدم استشارات وعلاجات طبية مجانية، بما في ذلك التدخلات الجراحية البسيطة - لصالح المجتمعات الريفية - ملائماً بشكل خاص لفئة المسنين في البلاد. وفي حين أن وتيرة الشيخوخة بطيئة في البلاد، تتوقع بعض الدراسات أن المجتمعات الريفية سوف تتقدم في العمر بشكل أسرع من المجتمعات الحضرية، ويرجع ذلك في الغالب إلى هجرة الشباب من المناطق الريفية إلى المناطق الحضرية، كما أن هناك نمط من الهجرة الخارجية إلى المناطق الريفية بعد التقاعد. وسيتم تضمين ما مجموعه 1500 مجتمع في برنامج العيش اللائق كما تم الإعلان عنه في عام 2021، والذي يغطي ما يقدر بنحو 20% من سكان البلاد. وبمساعدة من وزارة الصحة والسكان، سيتم أيضاً توسيع برنامج القوافل الطبية العادية كجزء من هذه التنمية (Egypt Today, 2021).

ويمكن لبعض هذه السياسات والمبادرات واسعة النطاق المستقاة من بلدان منظمة التعاون الإسلامي بشأن العلاقة بين الثقافة والمسنين أن توفر فرصاً لتبادل الخبرات داخل المنظمة. كما يمكن أن يساعد هذا التبادل بلدان المنظمة في التنفيذ الفعال لاستراتيجية منظمة التعاون الإسلامي بشأن المسنين ويمهد الطريق لنقل المعارف والموارد.

7

توصيات متعلقة
بالسياسات

يعتبر المسنون فئة مهمة لتحقيق التنمية المستدامة. وبالنظر إلى إمكاناتهم ومهاراتهم وخبراتهم، فإنه من شأنهم أن يشكلوا عوامل فعالة لتمكين التنمية. وعلاوة على ذلك، لديهم القدرة على تمثيل قدوة للأجيال المقبلة من خلال الإسهام في رفاه مجتمعاتهم. غير أن السياسات الفعالة المتعلقة بالشيخوخة تؤدي دورا حاسما من أجل الاستفادة من إمكاناتهم وعدم ترك المسنين وراء الركب خلال عملية التنمية في بلدان منظمة التعاون الإسلامي. وقد أدت الزيادة في عدد المسنين على مدى العقود الماضية إلى تداول قضية الشيخوخة بوصفها شاغلا اجتماعيا بين صناعات السياسات، مما دعا إلى بذل جهود إضافية في عدد من بلدان المنظمة. كما أن الاتجاهات الحالية والمتوقعة بشأن الشيخوخة تتطلب من العديد من بلدان المنظمة تخصيص المزيد من الموارد لقضايا مثل عمالة المسنين، والتمييز على أساس السن، والاندماج، والصحة والرعاية طويلة الأجل، والتحول الثقافي. ولذلك، يتعين استعراض أطر السياسات القائمة في عدد من بلدان المنظمة وتنقيحها لمواءمتها مع جداول الأعمال الإنمائية الوطنية والإقليمية والدولية.

وفي هذا السياق، تقترح المجموعة التالية من التوصيات السياسية لتكون بمثابة مبادئ توجيهية لتصميم تدابير فعالة قادرة على التصدي للتحديات المتعددة الأبعاد التي يواجهها المسنون في مختلف مناحي الحياة: **تطوير نهج شامل للسياسات المتعلقة بالشيخوخة والمسنين:** تحتاج العديد من بلدان منظمة التعاون الإسلامي إلى تعزيز جهودها وقدراتها الوطنية لتحسين رفاه المسنين وتحقيق التنمية الشاملة على المستوى الوطني. ولكن بدون اتباع نهج شامل ومتعدد القطاعات فيما يتعلق بالسياسات المعنية بالمسنين، ستبوء هذه الجهود بالفشل. ونظرا لأن المشاكل والتحديات المتعلقة بالشيخوخة التي يواجهها المسنون متعددة الأبعاد وعادة ما تكون مرتبطة ببعضها البعض، فمن الأهمية بمكان أن يكون هناك نهج سياسة شامل بشأن الشيخوخة والمسنين بدلا من نهج سياسة أحادي البعد.

تحسين توافر البيانات بشأن المسنين: يعد توافر وجودة البيانات والإحصاءات المتعلقة بالمسنين والشيخوخة مجالا تحتاج فيه العديد من بلدان منظمة التعاون الإسلامي إلى بذل المزيد من الجهود. وتعتبر مجموعات البيانات المصنفة حسب العمر حاسمة في تشكيل السياسات الخاصة بالمسنين. ولكن العديد من بلدان المنظمة تعاني صعوبات في جمع مجموعات البيانات في مختلف القطاعات مثل الاقتصاد والصحة المصنفة حسب العمر. فبلدان المنظمة تحتاج إلى الاستثمار في قدراتها الإحصائية في هذا المجال المهم. وفي هذا السياق، يقدم سيسرك، الذي يعد جهازا فرعيا لمنظمة التعاون الإسلامي، برامج تدريبية وبرامج بناء قدرات لصالح مكاتب الإحصاء الوطنية لدول المنظمة. وتوصى هذه الأخيرة بالاستفادة من مثل هذه البرامج التي يقدمها سيسرك والتي من شأنها أن تحسن قدراتها على جمع ومعالجة البيانات عالية الجودة عن المسنين.

إجراء المزيد من الدراسات البحثية بشأن المسنين: تحتاج بلدان منظمة التعاون الإسلامي إلى إجراء دراسات مرجعية مفصلة وموجهة من أجل تسليط الضوء على مختلف القضايا والمشاكل التي يواجهها كبار السن. فمثل هذه الدراسات من شأنها أن تنطوي على فائدة كبيرة في إعداد الاستراتيجيات والسياسات المعنية بالشيخوخة على المستوى الوطني حول مجموعة من المواضيع مثل الفقر في سن الشيخوخة والتمييز على

أساس السن. وفي هذا الصدد، يمكن لبلدان منظمة التعاون الإسلامي النظر في إنشاء مراكز بحث وطنية حول الشيخوخة وتعزيز قدرات المراكز القائمة.

وضع استراتيجيات وأليات توجيهية وطنية بشأن الشيخوخة والمسنين: يتطلب التصدي للتحديات التي يواجهها المسنون تنسيقاً فعالاً بين مختلف السلطات العامة مثل وزارات الشؤون الاجتماعية والنقل والصحة في إطار استراتيجية شاملة على الصعيد الوطني. ولذلك، من الضروري وضع استراتيجية وطنية بشأن الشيخوخة والمسنين. فقد غير مفهوم الشيخوخة الصحية الطريقة التقليدية التي ينطوي عليها فهم الشيخوخة. وهو يشجع على اتباع نهج يستعد فيه الناس للشيخوخة النشطة في المراحل الأولى من العمر بمساعدة سياسات داعمة مثل تشجيع اتباع نظم غذائية صحية وزيادة النشاط البدني. وفي هذه العملية، من الضروري زيادة مشاركة مختلف أصحاب المصلحة من خلال مختلف الآليات التوجيهية. على سبيل المثال، يمكن لوزارة الشؤون الدينية أن تكون جزءاً من لجنة توجيهية على الصعيد الوطني للرفع من مستوى الوعي بشأن حقوق المسنين وأهمية حماية الصحة. وعلى نفس المنوال، من الضروري إشراك ممثلين عن منظمات المجتمع المدني من أجل الوصول إلى المزيد من الأفراد من جميع شرائح المجتمع.

إصلاح أنظمة الضمان الاجتماعي وإعادة تصميمها: نظم الضمان الاجتماعي، بما في ذلك المعاشات التقاعدية وشبكات الأمان الاجتماعي التي تستهدف المسنين في عدد من بلدان منظمة التعاون الإسلامي، ليست كافية ولا شاملة بما يكفي لتلبية الاحتياجات المتزايدة للمسنين أو استيعاب فئة المسنين التي يتزايد عددها باستمرار. ويتعين على بلدان المنظمة إصلاح نظم الضمان الاجتماعي لزيادة فعاليتها وإمكانية الوصول إليها وتغطيتها واستخدامها. فهذه النظم من شأنها أن تساعد على النهوض بالرعاية المادي والاجتماعي للمسنين. وينبغي أن تكفل هذه الإصلاحات توفير خدمات اجتماعية ميسورة التكلفة وذات جودة عالية يتيسر الوصول إليها، بما في ذلك الرعاية الصحية والرعاية الطويلة الأجل، لجميع المسنين. وعلى وجه الخصوص، فإن توفير الحماية الاجتماعية الشاملة ذات المنافع الكافية أمر أساسي للحد من الفقر وعدم المساواة، فضلاً عن تعزيز الإدماج الاجتماعي للمسنين. وقد أبرزت جائزة كوفيد-19 أهمية توفير الحماية الاجتماعية للجميع. بحيث وسعت بعض بلدان منظمة التعاون الإسلامي أنظمة الضمان الاجتماعي لديها لتشمل جميع المسنين - حتى أولئك الذين لم يتمكنوا من دفع الأقساط أو الاشتراكات - كجزء من برامج الاستجابة لكوفيد-19.

مكافحة التحيز ضد المسنين والتمييز على أساس السن: يتعين على عدد من بلدان منظمة التعاون الإسلامي أن توفر تدابير قانونية إضافية لمكافحة التمييز على أساس السن في مختلف القطاعات. وفي هذا السياق، تُوصى بلدان المنظمة بسن تشريعات لتعزيز المساواة وعدم التمييز على أساس السن في سياسات وبرامج الحماية الاجتماعية والعمالة (مثلاً التصدي للتمييز في التوظيف والترقية والاستبقاء وضمان الحق في العمل والتقاعد) وتوفير التأمين والخدمات المالية، وحق الملكية والتحكم في الممتلكات وغيرها من الأصول.

تعزيز تعليم وتدريب المسنين: تبين اتجاهات المشاركة في القوى العاملة أن استبقاء العمال المسنين في قوى العمل في المستقبل القريب سيكون أمراً حاسماً بالنسبة للبلدان المتقدمة والبلدان النامية على السواء. ومن

العناصر الهامة لضمان قابلية جميع العمال للتوظيف إتاحة فرص إعادة التدريب والرفع من مستوى المهارات على أساس مستمر. والاستثمار في التعليم، بما في ذلك التعلم مدى الحياة، من شأنه أن يساعد المسنين على اكتساب مهارات جديدة، وتحسين إنتاجيتهم، ومواءمة مهاراتهم مع احتياجات سوق العمل. ورغم ذلك، تشكل المعايير الثقافية والقوالب النمطية والوعي المحدود بأهمية تعليم المسنين عائقا يتعين على واضعي السياسات معالجته أثناء تصميم السياسات وتنفيذها. وفي هذا السياق، يمكن للتعاون مع منظمات المجتمع المدني أن يساعد واضعي السياسات على تغيير المفاهيم الخاطئة والتواصل مع عدد أكبر من المسنين. توفير الحوافز اللازمة لقابلية توظيف المسنين واندماجهم الاقتصادي: تعاني أسواق العمل من القصور، ويواجه المسنون عددا من التحديات مثل القيود المفروضة على البحث عن العمل، والتمييز القائم على أساس السن، والتقاعد القانوني بسبب السن. وبغية التصدي لهذه التحديات المعقدة وزيادة الاندماج الاقتصادي للمسنين، تحتاج بلدان منظمة التعاون الإسلامي إلى صياغة سياسات تهدف إلى تحفيز قدرة المسنين على العمل. وتمثل الإعانات الضريبية، وخطط حصص العمالة الطوعية، ودعم أقساط الضمان الاجتماعي بعض الأساليب التي يمكن أن تنظر فيها بلدان المنظمة في هذا الصدد. وعلاوة على ذلك، ينبغي إتاحة نُهج بديلة في خطط العمالة على نطاق واسع مثل خطط العمل المرنة والعمل عن بُعد، ولا سيما للعمال المسنين. وبهذا، يمكن تشجيعهم على البقاء نشطين في سن الشيخوخة. والواقع أن جائحة كوفيد-19 قد مكنت من تحقيق هذا التحول في سوق العمل في عدة بلدان. كما يمكن أيضا تصميم حوافز من أجل تهيئة بيئات عمل أكثر ملاءمة للمسنين وإزالة الحواجز المادية التي تعيق طريقهم.

الرفع من مستوى الوعي بقضايا المسنين وتوفير التدريب لمقدمي الخدمات: لا يتلقى المهنيون في قطاعي التعليم والصحة تدريباً في طب الشيخوخة وعلم الشيخوخة إلا في عدد محدود من بلدان منظمة التعاون الإسلامي. وكثير منهم لا يفقهون شيئا عن الاحتياجات المحددة لهذه الفئة من السكان. وحتى مقدمي الرعاية المسؤولين عن تقديم الخدمات على وجه التحديد للمسنين ليسوا دائما على دراية باحتياجات المسنين. ويتعين على بلدان منظمة التعاون الإسلامي أن تنظر في وضع وتنفيذ برامج تدريبية لمقدمي الخدمات من أجل زيادة معارفهم وقدراتهم في مجال صحة المسنين ورعايتهم الطويلة الأجل. وعلاوة على ذلك، يمكن لحملة التوعية العامة والموجبة أن تكون مفيدة في وضع منظور على الصعيد الوطني بشأن الشيخوخة الصحية واحتياجات المسنين. وعلى وجه الخصوص، أعلنت الأمم المتحدة اليوم الأول من أكتوبر "اليوم الدولي للمسنين". ومن شأن بلدان منظمة التعاون الإسلامي أن تنظم عدة مناسبات وحملات إعلامية في ذلك التاريخ المحدد بحيث ستزيد من آثار المبادرات المتمحورة حول المسنين على المجتمع.

التخفيف من آثار كوفيد-19 على المسنين: لقد تأثر السكان من فئة الضعفاء، بمن فيهم المسنون، تأثرا شديدا بجائحة كوفيد-19. وفي هذا الصدد، تحتاج بلدان منظمة التعاون الإسلامي إلى بذل جهود حثيثة للتخفيف من هذه الآثار على المسنين ليس في مجال الصحة فحسب، بل أيضا على مستوى الحياة الاقتصادية والاجتماعية. وينبغي أن تكون السياسات التي تعزز الرعاية الصحية وتوفر الرعاية للمسنين، إلى جانب تدابير التماسك الاجتماعي، جزءا من السياسة الموضوعية للاستجابات. كما ينبغي أن تدرج في سياسات

الاستجابة لكوفيد-19 شبكات أمان اجتماعي محددة ودعم مالي في شكل تحويلات نقدية أو تأجيلات ضريبية أو إعانات. وأثناء عملية تخطيط السياسات، ينبغي أن تؤخذ آراء المسنين واحتياجاتهم وتوقعاتهم في الاعتبار من أجل تحديد مجالات الاهتمام الرئيسية وضمان عملية تنفيذ فعالة. وينبغي أيضا تمديد صلاحية معظم هذه التدابير أثناء مرحلة التعافي (أي ما بعد كوفيد-19) لأن المسنين لا يستطيعون تكييف أنفسهم مع الأوضاع المتغيرة بنفس سرعة السكان الآخرين الأصغر سنا ومن المرجح أن تستمر العديد من آثار الجائحة على المسنين حتى في فترة ما بعد كوفيد-19.

تعزيز أواصر التعاون الدولي والإقليمي: ينبغي لبلدان منظمة التعاون الإسلامي أن تبذل جهودا لزيادة الشراكات على الصعيدين الدولي والإقليمي من أجل تحقيق التنمية المستدامة. كما أن ذلك سيساعدها على تحقيق الأهداف المتعلقة بالسكان المسنين المحددة في مختلف الوثائق الدولية والإقليمية مثل أهداف التنمية المستدامة وبرنامج عمل منظمة التعاون الإسلامي لعام 2025. وتعتبر زيادة الشراكات أيضا عاملا من شأنه أن يساعد بلدان منظمة التعاون الإسلامي على الاستفادة من مختلف التجارب الدولية والإقليمية وبرامج الدعم في مجال المسنين.

تنفيذ استراتيجية منظمة التعاون الإسلامي بخصوص المسنين: تعتبر استراتيجية منظمة التعاون الإسلامي بخصوص المسنين إحدى أبرز الوثائق التوجيهية لبلدان المنظمة. ويوصى صناع السياسات بالنظر في مراجعة بنود العمل السياساتية المحددة في إطار 19 هدفا استراتيجية في الاستراتيجية وتحديد أولويات تنفيذ هذه التدابير في بلدانهم بهدف تحسين رفاه المسنين. كما تُوصى أيضا لبلدان منظمة التعاون الإسلامي بالاستفادة من البرامج القائمة لمؤسسات المنظمة ذات الصلة المقدمة بأساليب مختلفة تشمل أنشطة بناء القدرات (مثل برامج سيسرك لبناء القدرات والتدريب) وآليات الدعم المالي (مثل آلية الكومسيك لتمويل المشاريع). كما يتم تشجيع تبادل الخبرات بين بلدان منظمة التعاون الإسلامي أثناء تنفيذ استراتيجية المنظمة بخصوص المسنين، بحيث من شأن هذا الإجراء أن يساعد بلدان المنظمة على التعلم من بعضها البعض فيما يتعلق بالسياسات الناجحة المعنية بالمسنين كما يحظى بالقدرة على الارتقاء بمستوى التعاون البيئي في المنظمة إلى مستويات أعلى.

الملحقات

الملحق الأول: خطط المعاشات غير القائمة على الاشتراكات: الميزات والمؤشرات الرئيسية

المتطلبات القانونية	مستوى الاستحقاقات (بالدولار الأمريكي) والسنة	سن الأهلية	اسم مخطط معاشات غير المساهمين (السنة التي بدأ العمل به)	البلد
IT, PT	54.4 (2016)	70	المعاش الاجتماعي (2015)	ألبانيا
IT, PT	28.4 (2015)	60	بدل التضامن بمبلغ مقطوع (1994)	الجزائر
المواطنة، PT	57.3 (2015)	67 (الرجال) 62 (النساء)	استحقاق اجتماعي (الشيخوخة) (2006)	أذربيجان
المواطنة، الإقامة، PT, IT	6.4 (2015)	65 (ذكور) 62 (النساء)	استحقاق الشيخوخة (1998)	بنغلاديش
الإقامة	179.2 (2015)	60	معاش الشيخوخة (1984)	بروناي
PT	38.3 (2014)	65	معاشات التكافل الاجتماعي، وزارة الضمان الاجتماعي (2008)	مصر
المواطنة، الإقامة	83.7 (2015)	65	معاش الشيخوخة (1944)	غيانا
IT	14.9 (2015)	70	المساعدة الاجتماعية للمسنين (ASLUT) التي كانت تسمى سابقا التحويل النقدي الاجتماعي للمسنين (JSLU)	إندونيسيا
الإقامة، PT, IT	غير متاح	60 (ذكور) 55 (النساء)	برنامج الرعاية الاجتماعية - بدل الشيخوخة (2014)	العراق
حق المواطنة	34.7 (2016)	63 (ذكور) 58 (النساء)	المعاش الأساسي الشامل الحكومي (1991)	كازاخستان
الإقامة، PT, IT	34.7 (2016)	63 (ذكور) 58 (النساء)	الاستحقاق الاجتماعي الحكومي للشيخوخة لعام 1997	
PT	14.5 (2010)	63 (ذكور) 58 (النساء)	استحقاق المساعدة الاجتماعية (الشيخوخة) (1922)	قرغيزستان
IT	72.3 (2016)	60	Bantuan Orang Tua (خطط مساعدة المسنين) (1982)	ماليزيا
PT	150.3 (2015)	65	معاش الشيخوخة الأساسي (2010)	جزر المالديف
IT	6.6 (2015)	60 (ذكور) 55 (النساء)	برنامج الدعم الاجتماعي الأساسي (PSSB) (1992)	موزمبيق
PT	25.1 (2014)	65	مخطط الضمان الاجتماعي لولاية إكيتي للمسنين (ولاية إكيتي فقط) (2011)	نيجيريا

المتطلبات القانونية	مستوى الاستحقاقات (بالدولار الأمريكي) والسنة	سن الأهلية	اسم مخطط معاشات غير المساهمين (السنة التي بدأ العمل به)	البلد
IT	50.3 (2015)	غير متاح	مخطط أغيا أوسون للمسنين (ولاية أوسون فقط) (2012)	
غير متاح	159.1 (2013)	60	معاش الشيخوخة الحكومي (AOV) (1973)	سورينام
PT	8.4 (2012)	65 (ذكور) 58 (النساء)	معاش الشيخوخة (1993)	طاجيكستان
IT	43.4 (2015)	65	معاش الشيخوخة الخاضع لتقصي الموارد (1976)	تركيا
IT, PT	48.4 (2016)	62 (ذكور) 57 (النساء)	استحقاق	تركمانستان
IT, PT	6.8 (2015)	65	منح للمواطنين المسنين (2011)	أوغندا
PT, IT، الإقامة	53.1 (2015)	60 (ذكور) 55 (النساء)	معاش اجتماعي للشيخوخة	أوزبكستان

- المصدر: مستخرجة من مجموعة بيانات تقرير الحماية الاجتماعية العالمي 2017-2019 الصادر عن منظمة العمل الدولية.
- ملاحظات: 1. PT (معاش خاضع لتقصي الموارد): تقدم المعاشات غير القائمة على الاشتراكات من هذا النوع للمسنين الذين لا يحصلون على معاش تقاعدي قائم على الاشتراكات، أو الذين يقل معاشهم التقاعدي عن حد أدنى معين؛ لا تؤخذ الأنواع الأخرى من المداخل بعين الاعتبار.
2. IT (اختبار الدخل): تقدم معاشات من هذا النوع للمسنين الذين يتوفرون على دخل دون مستوى محدد أو الذين تجاوزوا اختبار الدخل.
3. حق المواطنة: تقدم معاشات من هذا النوع للمسنين الذين يحملون جنسية البلد المعني.
4. الإقامة: تقدم معاشات من هذا النوع للمسنين الذين يتوفرون على إقامة قانونية في البلد المعني.

الملحق الثاني: التدابير المعلنة بشأن التقاعد في بلدان منظمة التعاون الإسلامي، 2010-2023

التاريخ	البلد	وصف موجز للتدابير
01 يونيو 2016	الجزائر	إلغاء التقاعد المبكر
01 يوليو 2018	أذربيجان	أفادت وزارة العمل والحماية الاجتماعية للسكان أن متوسط الحجم الشهري للمعاش التقاعدي في أذربيجان زاد بنسبة 5.2 في المائة. وهكذا، في 1 يوليو، بلغ حجم المعاش 219.15 مانات (128.9 دولارا)، علاوة على زيادة حجم المعاش حسب العمر ووصل إلى 246.36 مانات (144.9 دولارا). وبأمر من الرئيس إلهام علييف، أعيد تضمين المبلغ الإجمالي للمعاشات التقاعدي وفقا لمعدل نمو متوسط الأجر الاسمي في عام 2017.
01 مارس 2017	أذربيجان	توافق الحكومة على زيادة تدريجية في سن التقاعد، من 63 إلى 65 عاما للرجال (بحلول عام 2021) ومن 60 إلى 65 عاما للنساء (بحلول عام 2027). وسيدخل هذا الإجراء حيز النفاذ في 01 يوليو 2017.
01 فبراير 2016	أذربيجان	تعديلات على ميزانية الصندوق الحكومي للحماية الاجتماعية
01 يناير 2015	أذربيجان	إدخال مقاييس المعاشات التقاعدية
01 أكتوبر 2010	أذربيجان	زيادة في سن التقاعد، من 62 إلى 63 عاما للرجال ومن 57 إلى 58 عاما للنساء.
02 مارس 2022	بنغلاديش	ستطلق بنغلاديش مخطط معاشات تقاعدية شامل في غضون الأشهر الستة حتى 12 التالية
01 يونيو 2019	بنغلاديش	زيادة مخصصات الميزانية لزيادة تغطية واستحقاقات المعاش التقاعدي للشيخوخة
01 يونيو 2016	بنغلاديش	مخطط معاشات منقح لتغيير قواعد المعاشات التقاعدية لموظفي الخدمة المدنية: بدلا من أن يكون لديهم خيار سحب ما يصل إلى 100 في المائة من إجمالي أموال معاشاتهم التقاعدية في وقت واحد بمجرد تقاعدهم، سيتمكن الآن الموظفون في القطاع العام من سحب نصف أموال معاشاتهم التقاعدية الإجمالية دفعة واحدة وسيتم دفع النصف المتبقي على أساس شهري مع زيادة سنوية (بدءا من يوليو 2017)
01 يونيو 2015	بنغلاديش	زيادة في عدد المستفيدين من بدل الشيخوخة من 2.73 مليون إلى 3 ملايين
04 مايو 2020	الكاميرون	الزيادة بنسبة 20% في مستوى المعاشات التقاعدية القديمة التي لم تستفد من إعادة التقييم التلقائي التي حدثت نتيجة لإصلاح عام 2016
05 أغسطس 2019	الكاميرون	إطلاق آلية الاستلام الرقمي للمساهمات
01 أبريل 2018	كوت ديفوار	أعلنت الحكومة في 04 أبريل عن إنشاء مخطط معاشات تقاعدية ممول تكميليا لصالح موظفي الخدمة المدنية وموظفي الدولة
2022/03/21	مصر	زيادة معاشات التقاعد بنسبة 13% بحلول أبريل 2023
01 يناير 2020	مصر	في 01 يناير 2020، نفذت الحكومة قانونا جديدا يجري تغييرات كبيرة على نظام معاشات الضمان الاجتماعي في البلاد، بما في ذلك التغطية والتمويل وشروط التأهيل وصيغ الاستحقاقات وتعديلاتها. يحل القانون الجديد (القانون رقم 148 لعام 2019) محل العديد من قوانين ولوائح الضمان الاجتماعي القائمة، ودمج

وصف موجز للتدبير	البلد	التاريخ
العديد من برامج التأمين الاجتماعي المختلفة في برنامج واحد. تشمل الأحكام الرئيسية للقانون الجديد الذي يؤثر على معاشات الشيخوخة (اعتباراً من 01 يناير) ما يلي: - توسيع نطاق فئات العمال المشمولين - تخفيض معدل الاشتراكات - الزيادة التدريجية في سن التقاعد والحد الأدنى من وقت الاشتراكات المطلوب - تنفيذ نظام التقاعد المبكر - تعديل صيغة الاستحقاقات - إنشاء معاشات تقاعدية دنيا وقصوى - الاستعاضة عن استحقاقات نهاية الخدمة بمستحقات في حسابات فردية - أتمتة تسوية الاستحقاقات		
في غيانا، سيحصل جميع المتقاعدين المسنين على منحة نقدية لمرة واحدة.	غيانا	10 يونيو 2022
تضع الحكومة تدبيراً لوقف وصول الغيانيين الذين يعيشون في الخارج إلى معاش الشيخوخة، بحيث يتوافق مع القانون الذي يحكم قانون معاشات الشيخوخة	غيانا	01 يوليو 2016
برنامج المعاشات التقاعدية للعمال المأجورين وغير المأجورين	إندونيسيا	01 يوليو 2015
زيادة سن التقاعد لموظفي الخدمة المدنية (من 56 إلى 58 سنة)	إندونيسيا	01 يناير 2014
رفع سن التقاعد إلى 65 للكويتيين والمغتربين العاملين في القطاع العام	الكويت	01 أبريل 2013
وقع صندوق المعاشات التقاعدية خارج الميزانية التابع لوزارة المالية الأوزبكية والصندوق الاجتماعي في قيرغيزستان اتفاقاً بشأن التعاون في مجال التأمين الاجتماعي وتوفير المعاشات التقاعدية.	قيرغيزستان	01 يوليو 2018
الموافقة على استحقاقات الضمان الاجتماعي للمسنين	لبنان	21 أكتوبر 2019
زيادة المعاشات التقاعدية RM350 في يناير 2023	ماليزيا	30 أغسطس 2022
تخفيض الاشتراكات للموظفين الذين تبلغ أعمارهم 60 سنة فما فوق	ماليزيا	07 يناير 2019
تحديد الحد الأدنى للتقاعد في سن 60 للعاملين في القطاع الخاص (مقارنة مع 55 المحددة سابقاً)	ماليزيا	01 يونيو 2013
تصفية مخطط المعاشات التقاعدية لأعضاء المجلس البرلماني الثاني.	المغرب	06 يوليو 2021
زيادة تدريجية في سن التقاعد إلى 63 سنة.	المغرب	01 يوليو 2021
زيادة في سن التقاعد لبعض العاملين في القطاع العام من 55 إلى 60 سنة.	المغرب	30 ديسمبر 2020
اعتباراً من عام 2020، أصبح التصريح عن تشغيل خدم المنازل ساري المفعول أخيراً، وتم تحديد سبل التنفيذ ووضع أسس الحماية الاجتماعية. ويحق لهم الحصول على اشتراكات الضمان الاجتماعي والمعاشات التقاعدية	المغرب	01 يناير 2020
اتفق رئيس مجلس النواب حبيب المالكي ورؤساء الكتل النيابية في مجلس النواب على صيغة جديدة لمخطط معاشات النواب على أساس الموارد الذاتية.	المغرب	01 يونيو 2018

التاريخ	البلد	وصف موجز للتدبير
01 فبراير 2018	المغرب	أفاد الوزير المنتدب للعلاقات مع البرلمان والمجتمع المدني المتحدث باسم الحكومة السيد مصطفى الخليجي، يوم الخميس، بأن 74 ألف متقاعد على مستوى صندوق التقاعد المغربي سيستفيدون هذا العام من رفع الحد الأدنى للمعاشات إلى 1500 درهم (351 يورو).
01 يوليو 2016	المغرب	قانون جديد يرفع سن التقاعد من 60 إلى 63 لموظفي القطاع العام بحلول عام 2022. وسيتم إدخال التغيير تدريجيا اعتبارا من عام 2017 فصاعدا.
01 يوليو 2016	المغرب	يغير إصلاح المعاشات التقاعدية في المغرب شروط التقاعد المبكر: من الآن فصاعدا، يجب أن يصل الرجال إلى 24 - بدلا من 21 - عاما من الخدمة حتى يكونوا مؤهلين للحصول على هذه الميزة بينما يجب أن تصل النساء إلى 21 عاما - بدلا من 18 سنة.
01 يوليو 2016	المغرب	إصلاح نظام التقاعد بالمغرب يخفض المعاش السنوي من 2.5% إلى 2%
01 يوليو 2016	المغرب	رفع إصلاح نظام التقاعد في المغرب معدلات المساهمة من 10% إلى 11% في 2016 وتدرجيا إلى 14% بحلول 2019
01 يوليو 2016	المغرب	ينص إصلاح مخطط المعاشات التقاعدية في المغرب على أن استحقاقات التقاعد سوف تستند إلى متوسط الأجر الذي تم الحصول عليه خلال السنوات الثماني الأخيرة قبل التقاعد بدلا من الراتب النهائي لصاحب المعاش.
01 يوليو 2016	المغرب	إصلاح مخطط المعاشات التقاعدية في المغرب يزيد الحد الأدنى للمعاش التقاعدي من 1000 إلى 1500 درهم شهريا (تغيير تدريجي، يكتمل بحلول 2018)
01 يناير 2018	موزمبيق	النظام الجديد، الموافق عليه في الدورة الثلاثين لمجلس الوزراء في عام 2017، يقلل قاعدة احتساب معاش الشيخوخة من 120 إلى 60 شهرا، ويرفع أيضا متوسط الراتب الشهري المرجعي من 50% إلى 100%. كما يعمل الجهاز القانوني الجديد على زيادة مبلغ الحد الأدنى للمعاش، من 60% إلى 90% من الحد الأدنى الوطني للأجور، ويقدم، في المادة 32، إمكانية دفع فرق الاشتراكات المفقودة لوصول المسنين إلى المعاش التقاعدي.
01 يناير 2018	موزمبيق	زيادة مدة الاشتراك وخفض معدل الزيادة في المعاش.
01 يناير 2018	موزمبيق	زيادة 10 سنوات من الاشتراكات للحصول على معاش الشيخوخة
21 أكتوبر 2019	نيجيريا	تعين حكومة ولاية جيجاوا مسؤولا خاصا لإدارة صندوق التقاعد الحكومي
01 أبريل 2019	نيجيريا	توسيع نطاق الضمان الاجتماعي ليشمل القطاع غير الرسمي
01 أغسطس 2016	نيجيريا	ولاية أويو: رفع سن التقاعد الجديد لموظفي مؤسسات التعليم العالي من 60 سنة المحددة سابقا إلى 65 سنة
24 يناير 2019	فلسطين	احتجاج على تطبيق مخطط الضمان الاجتماعي
09 يوليو 2019	باكستان	زيادة مخصصات الميزانية لبرنامج بهيمات بزرک (الشيخوخة)
20 أبريل 2022	قطر	زيادة المعاشات لجميع المواطنين في القطاعين العام والخاص
20 أبريل 2022	قطر	حوافز قطر للتقاعد المتأخر

التاريخ	البلد	وصف موجز للتدبير
02 أغسطس 2019	السعودية	نفذت الحكومة مرسوما ملكيا زاد من سن التقاعد الرسمي للمرأة بموجب برنامج المعاشات التقاعدية العامة PAYGO، من 55 إلى 60، لتتناسب مع سن التقاعد للرجال. (تعتمد سن التقاعد في المملكة العربية السعودية على التقويم الهجري؛ بحيث سن 60 في التقويم الهجري يعادل حوالي 58 عاما في التقويم الميلادي).
20 يوليو 2022	السنغال	زيادة المعاشات التقاعدية بنسبة 10-25% للمتقاعدين المدنيين والعسكريين
01 ديسمبر 2014	السنغال	رفع سن التقاعد من 55 إلى 60 في القطاع الخاص
03 مايو 2019	تونس	تقدم تونس تطبيق هاتف محمول يسمى "إحميني" لإدماج العاملات في الزراعة في نظام الضمان الاجتماعي (التقاعد).
01 يونيو 2018	تركيا	يجب على أرباب العمل الأتراك الذين يشغلون 10-49 موظفا في كل من القطاعين العام والخاص تسجيل موظفيهم المواطنين الذين تقل أعمارهم عن 45 عاما تلقائيا في مخطط معاشات تقاعدية محددة بموجب نظام التقاعد الخاص في البلاد (Bireysel Emeklilik Sistemi, BES). (يتكون هذا النظام من برنامج تطوعي وبرنامج تسجيل تلقائي).
01 ديسمبر 2010	تركيا	زيادة المعاشات المدعومة بمقدار 60 ليرة تركية
20 يوليو 2021	أوغندا	تم إعفاء موظفي جامعة ماكيري من المساهمة الإلزامية في الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي-NSSF
01 أغسطس 2018	أوغندا	تخطط الحكومة هذا العام لزيادة عدد المسنين الذين يتلقون المنح. وتتيح المنح للمسنين إمكانية شراء الطعام والدواء ودفع أجور النقل. مبلغ المنحة 25000 شلن شهريا.
01 مارس 2018	أوغندا	سيتمكن العمال من الوصول إلى مدخراتهم من خلال الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي (NSSF) قبل الوصول إلى السن الإلزامي البالغ 55 عاما
01 مارس 2018	أوغندا	تخلت أوغندا عن خطة طويلة الأمد لتحرير معاشات تقاعد القطاع الخاص بعد أن خلّصت إلى أن الإصلاح سيعطي الشركات الأجنبية ميزة على نظيراتها المحلية.
01 أغسطس 2015	أوغندا	قامت الحكومة بتوسيع نطاق منح الحماية الاجتماعية
02 يوليو 2019	الإمارات	إطلاق مبادرة تنقل المعاشات بين المخططات المحلية والاتحادية
01 فبراير 2016	الإمارات	(أبوظبي) رفع سن التقاعد إلى 49 عاما وفقا لقانون المعاشات الإماراتي لسنة 2007 الذي نص على زيادة تدريجية لسن التقاعد حتى 50 عاما

المصدر: مستخرجة من قاعدة بيانات الحماية الاجتماعية العالمية التابعة لمنظمة العمل الدولية.

الملحق الثالث: تصنيف مجموعات البلدان

البلدان الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي (57):

أفغانستان (AFG)	الغابون (GAB)	جزر المالديف (MDV)	السودان (SDN)
ألبانيا (ALB)	غامبيا (GMB)	مالي (MLI)	سورينام (SUR)
الجزائر (DZA)	غينيا (GIN)	موريتانيا (MRT)	سوريا* (SYR)
أذربيجان (AZE)	غينيا بيساو (GNB)	المغرب (MAR)	طاجيكستان (TJK)
البحرين (BHR)	غيانا (GUY)	موزمبيق (MOZ)	توغو (TGO)
بنغلاديش (BGD)	إندونيسيا (IDN)	النيجر (NER)	تونس (TUN)
بنين (BEN)	إيران (IRN)	نيجيريا (NGA)	تركيا (TUR)
بروناي دار السلام (BRN)	العراق (IRQ)	عمان (OMN)	تركمستان (TKM)
بوركينافاسو (BFA)	الأردن (JOR)	باكستان (PAK)	أوغندا (UGA)
الكاميرون (CMR)	كازاخستان (KAZ)	فلسطين (PSE)	الإمارات (UAE)
تشاد (TCD)	الكويت (KWT)	قطر (QAT)	أوزبكستان (UZB)
جزر القمر (COM)	قرغيزستان (KGZ)	السعودية (SAU)	اليمن (YEM)
كوت ديفوار (CIV)	لبنان (LBN)	السنغال (SEN)	
جيبوتي (DJI)	ليبيا (LBY)	سيراليون (SLE)	
مصر (EGY)	ماليزيا (MYS)	الصومال (SOM)	

* عضوية سوريا في منظمة التعاون الإسلامي معلقة حاليا.

البلدان النامية غير الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي: (98)

أنغولا (AGO)	دومينيكا (DMA)	ملاوي (MWI)	صربيا (SRB)
أنتيغوا وبربودا (ATG)	ج. الدومينيكان (DOM)	جزر مارشال (MHL)	سيشيل (SYC)
الأرجنتين (ARG)	الإكوادور (ECU)	موريشيوس (MUS)	جزر سليمان (SLB)
أرمينيا (ARM)	السلفادور (SLV)	المكسيك (MEX)	جنوب إفريقيا (ZAF)
جزر الهاما (BHS)	غينيا الاستوائية (GNQ)	ميكرونيزيا (FSM)	جنوب السودان (SSD)
بربادوس (BRB)	إريتريا (ERI)	مولدوفا (MDA)	سري لانكا (LKA)
بيلاروسيا (BLR)	إثيوبيا (ETH)	منغوليا (MNG)	سانت كيتس ونيفيس (KNA)
بليز (BLZ)	فيجي (FJI)	الجبل الأسود (MNE)	سانت لوسيا (LCA)
بوتان (BTN)	جنوب السودان (2012)	ميانمار (MMR)	سانت فنسنت وجزر غ. (VCT)
بوليفيا (BOL)	غانا (GHA)	ناميبيا (NAM)	سوازيلاند (SWZ)
البوسنة والهرسك (BIH)	غرينادا (GRD)	ناورو (NRU)	تنزانيا (TZA)
بوتسوانا (BWA)	غواتيمالا (GTM)	نيبال (NPL)	تايلاند (THA)
البرازيل (BRA)	هايتي (HTI)	نيكاراغوا (NIC)	تيمور الشرقية (TLS)
بلغاريا (BGR)	هندوراس (HND)	بالاو (PLW)	تونغا (TON)

بوروندي (BDI)	المجر (HUN)	بنما (PAN)	ترينيداد وتوباغو (TTO)
الرأس الأخضر (CPV)	الهند (IND)	بابوا غينيا الجديدة (PNG)	توفالو (TUV)
كمبوديا (KHM)	جامايكا (JAM)	باراغواي (PRY)	أوكرانيا (UKR)
ج. إفريقيا الوسطى (CAF)	كينيا (KEN)	بيرو (PER)	أوروغواي (URY)
تشيلي (CHL)	كيريباتي (KIR)	الفلبين (PHL)	فانواتو (VUT)
الصين (CHN)	كوسوفو (غير محدد)	بولندا (POL)	فنزويلا (VEN)
كولومبيا (COL)	ج. لاو الديمقراطية الشعبية (LAO)	رومانيا (ROU)	فيتنام (VNM)
ج. الكونغو الديمقراطية (COD)	ليسوتو (LSO)	روسيا (RUS)	زامبيا (ZMB)
جمهورية الكونغو (COG)	ليبيريا (LBR)	رواندا (RWA)	زيمبابوي (ZWE)
كوستاريكا (CRI)	مقدونيا الشمالية (MKD)	ساموا (WSM)	
كرواتيا (HRV)	مدغشقر (MDG)	ساو تومي وبرينسيبي (STP)	

البلدان المتقدمة* (39):

أستراليا (AUS)	ألمانيا (DEU)	ليتوانيا (LTU)	سنغافورة (SGP)
النمسا (AUT)	اليونان (GRC)	لوكسمبورغ (LUX)	جمهورية سلوفاكيا (SVK)
بلجيكا (BEL)	هونغ كونغ (HKG)	ماكاو، م.إ.خ. (MAC)	سلوفينيا (SVN)
كندا (CAN)	أيسلندا (ISL)	مالطا (MLT)	إسبانيا (ESP)
قبرص (CYP)	أيرلندا (IRL)	هولندا (NLD)	السويد (SWE)
جمهورية التشيك (CZE)	إسرائيل (ISR)	نيوزيلندا (NZL)	سويسرا (CHE)
الدنمارك (DNK)	إيطاليا (ITA)	النرويج (NOR)	تايوان (TWN)
إستونيا (EST)	اليابان (JPN)	البرتغال (PRT)	المملكة المتحدة (GBR)
فنلندا (FIN)	ج. كوريا الجنوبية (KOR)	بورتوريكو (PRI)	الولايات المتحدة الأمريكية (USA)
فرنسا (FRA)	لاتفيا (LVA)	سان مارينو (SMR)	

* بناء على قائمة الدول المتقدمة المصنفة من قبل صندوق النقد الدولي.

الملحق الرابع: التصنيف الجغرافي لدول منظمة التعاون الإسلامي

أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى (21): OIC-SSA		
بنين	غامبيا	نيجيريا
بوركينافاسو	غينيا	السنغال
الكاميرون	غينيا بيساو	سيراليون
تشاد	مالي	الصومال
جزر القمر	موريتانيا	السودان
كوت ديفوار	موزمبيق	توغو
الغابون	النيجر	أوغندا
الشرق الأوسط وشمال أفريقيا (19): OIC-MENA		
الجزائر	الكويت	المملكة العربية السعودية
البحرين	لبنان	سوريا*
جيبوتي	ليبيا	تونس
مصر	المغرب	الإمارات العربية المتحدة
العراق	عمان	اليمن
إيران	فلسطين	
الأردن	قطر	
*عضوية سوريا في منظمة التعاون الإسلامي معلقة حاليا.		
شرق وجنوب آسيا وأمريكا اللاتينية (9): OIC-ESALA		
أفغانستان	غيانا	جزر المالديف
بنغلاديش	إندونيسيا	باكستان
بروناي دار السلام	ماليزيا	سورينام
أوروبا وآسيا الوسطى (8): OIC-ECA		
ألبانيا	قرغيزستان	تركمانستان
أذربيجان	طاجيكستان	أوزبكستان
كازاخستان	تركيا	

Asian Development Bank Institute. (2019). Aging societies: Policies and perspectives. Japan: Asian Development Bank Institute. Retrieved from

<https://www.adb.org/sites/default/files/publication/543006/adbi-aging-societies-policies-and-perspectives.pdf>

Bastagli, F. (2013). Feasibility of social protection schemes in developing countries. Brussels: European Union.

Bloom, D. E., Jimenez, E., & Rosenberg, L. (2011). Social protection of older people. *PGDA Working Paper No. 83*.

Birimoglu Okuyan C, Begen MA. Working from home during the COVID-19 pandemic, its effects on health, and recommendations: The pandemic and beyond. *Perspect Psychiatr Care*. 2022 Jan;58(1):173-179. doi: 10.1111/ppc.12847. Epub 2021 May 18. PMID: 34003489; PMCID: PMC8242705.

Celik, S. S., Celik, Y., Hikmet, N., & Khan, M. M. (2018). Factors affecting life satisfaction of older adults in Turkey. *International Journal Of Aging & Human Development*, 87(4), 392-414.

CLYDECO. (2020). UAE and KSA introduce workplace anti-discrimination legislation. Available at: <https://www.clydeco.com/en/insights/2>

[020/01/uae-and-ksa-introduce-workplace-anti-discriminatio](https://www.clydeco.com/en/insights/2020/01/uae-and-ksa-introduce-workplace-anti-discriminatio)

Committee on the Long-Run Macroeconomic Effects of the Aging U. S. Population – Phase II, The National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. (2015). The growing gap in life expectancy by income: Implications for federal programs and policy responses. Washington DC: National Academies Press. Retrieved from

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK321314/>

Cox, E., Henderson, G., & Baker, R. (2014). Silver cities: Realising the potential of our growing older population. Manchester, UK: Institute for Public Policy Research. Retrieved from

https://www.ippr.org/files/publications/pdf/silver-cities_Dec2014.pdf

Digg. (2023). The Cost Of Retirement Around The World, Mapped. Retrived from: <https://digg.com/data-viz/link/the-cost-of-retirement-around-the-world-mapped-PZh7JDq72B#comments>

ERIA. (2020). The New Normal: Elderly Life and Care Post COVID-19. Available at:

<https://www.eria.org/news-and-views/the-new-normal-elderly-life-and-care-post-covid-19>

Egypt Today. (2021). Egypt's president instructs enlarging medical

- caravans within 'Decent Life' initiative. Retrieved from: <https://www.egypttoday.com/Article/16/99387/Egypt-s-president-instructs-enlarging-medical-caravans-within-Decent-Life>
- Han, S. W., & Brinton, M. C. (2022). Theories of postindustrial fertility decline: An empirical examination. *Population and Development Review*, 48(2), 303-330.
- Help Age International. (2018). Protection concerns of older women in Jordan [Policy Brief]. Amman: Help Age International.
- ILMIA. (2019). National Strategic Development Plan on Ageing Population: Inclusion and Employment of Malaysia's Ageing Population. Ministry of Human Resources, Institute of Labour Market Information and Analysis.
- ILO. (2011). Combating prejudice and age discrimination against older workers. Available at: <https://www.ohchr.org/Documents/Issues/OlderPersons/Submissions/ILO.pdf>
- ILO. (n.d). Database of national labour, social security and related human rights legislation. Türkiye, Law, Act No. 2022, respecting the grant of pensions to Turkish who are over the age of 65 and who are destitute, infirm and without any means of support. Retrieved from https://www.ilo.org/dyn/natlex/natlex4.detail?p_isn=13586&p_lang=en
- ILO. (2017). World social protection report: Universal social protection to achieve the Sustainable Development Goals 2017-2019. Geneva: ILO.
- ILO. (2022). World Social Protection Report 2020–22: Social protection at the crossroads – in pursuit of a better future. International Labour Office – Geneva: ILO, 2021.
- ILO. (2018). *What about seniors? A quick analysis of the situation of older persons in the labour market*. May 2018. Available at: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---stat/documents/publication/wcms_629567.pdf
- ILO. (2021). ILO Monitor: COVID-19 and the World of Work. Seventh edition. Available at: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@dgreports/@dcomm/documents/briefingnote/wcms_767028.pdf
- ILO. (2022). ILO Monitor on the world of work. Tenth edition. Multiple crises threaten the global labour market recovery. Available at: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/briefingnote/wcms_859255.pdf
- ILO. World Social Protection Database.
- ILO. Social Protection Monitor: Announced measures throughout the world.
- ILO. (2022). Long term care for the elderly in Albania: Retrieved from https://www.ilo.org/budapest/whats-new/WCMS_847680/lang-en/index.htm

- Kelly, P. L. (2007). *Integration and participation of older persons in development*. New York: UN DESA.
- Kerr, J., Rosenberg, D., & Frank, L. (2012). The role of the built environment in healthy ageing: Community design, physical activity, and health among older adults. *Journal of Planning Literature*, 27(1), 43-60.
- Levasseur, M., Dubois, M-F., Genereux, M., Menec, V., Raina, P., Roy, M., Gabaude, C., Couturier, Y., & St. Pierre, C. (2017). Capturing how age-friendly communities foster positive health, social participation and health equity: a study protocol of key components and processes that promote population health in aging Canadians. *BMC Public Health*, 17(1), 502.
- Mansell, V., Dykgraaf, S. H., Kidd, M., & Goodyear-Smith, F. (2022). Long COVID and older people. *The Lancet Healthy Longevity*, 3(12), e849-e854. Retrieved from [https://www.thelancet.com/journals/lanhl/article/PIIS2666-7568\(22\)00245-8/fulltext#:~:text=Older%20people%20who%20have%20several,loss%20of%20sense%20of%20smell.](https://www.thelancet.com/journals/lanhl/article/PIIS2666-7568(22)00245-8/fulltext#:~:text=Older%20people%20who%20have%20several,loss%20of%20sense%20of%20smell.)
- Ministry of Family and Social Services (2016). Elderly Support Program (YADES). Retrieved from <https://www.aile.gov.tr/media/7017/2016-yades-uee-kitapc%C4%B1%C4%9F%C4%B1.pdf>
- Ministry of Social Affairs of the Republic of Indonesia. (2021). Family-Based Long-Term Care for the Elderly in Indonesia. Retrieved from: <https://kemensos.go.id/en/family-based-long-term-care-for-the-elderly-in-indonesia>
- Ministry of Women, Family and Community Development of Malaysia. (2017). Ageing in an Inclusive Society: Social Support System for Older Persons in Malaysia. Retrieved from https://www.kpwkm.gov.my/kpwkm/uploads/files/Muat%20Turun/MOST/S4_P1_Tuan%20Hj_%20Fazari.pdf
- Mattson, J. (2011). Transportation, distance, and health care utilization for older adults in rural and small urban areas. *Transportation Research Record Journal of the Transportation Research Board*, 2265(1).
- Mustaffa, N., Lee, S-Y., Nawi, S. N. M., Rahim, M. J. C., Chee, Y. C., Besari, A. M., & Lee, Y. Y. (2020). COVID-19 in the elderly: A Malaysian perspective. *Journal of Global Health*, 10. Available at: http://www.jogh.org/documents/issue202002/jogh-10-020370_AU.pdf
- Nangia, E. N., Margaret, N., & Emmanuel, Y. (2015). Care for older persons in Cameroon: Alternatives for social development. *Greener Journal of Social Scienceis*, 5(1), 001-012.
- Newman, S. & Hatton-Yeo, A. (2008). Intergenerational learning and the contributions of older people. *Ageing Horizons*, 8, 31-39.
- OECD. (2015). *OECD Pensions at a Glance: OECD and G20 indicators*. Paris: OECD.
- OECD. (2019). *Working better with age, ageing and employment policies*.

- Paris: OECD. Available at: <https://doi.org/10.1787/c4d4f66a-en>
- OECD. (2020). *COVID-19: Protecting People and Societies*. Paris: OECD.
- Office of the Prime Minister of Malaysia. (2015). *Eleventh Malaysia Plan 2016-2020: Anchoring growth on people*. Putrajaya: Economic Planning Unit of Prime Minister's Department of Malaysia.
- OIC and SESRIC. (2019). OIC Strategy on the Elderly. Retrieved from <https://www.oici.org/docdown/?docID=7607&refID=2251>
- Perel-Levin, S. (2008). *Discussing screening for elder abuse at primary health care level*. Geneva: WHO.
- Razeghi Nasrabad, H. B., & Sasanipour, M. (2022). Effect of COVID-19 Epidemic on Life Expectancy and Years of Life Lost in Iran: A Secondary Data Analysis. *Iranian Journal of Medical Sciences*, 47(3), 210-218. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9126904/>
- Scott, A. (2020). The Long, Good Life. Retrieved from <https://www.imf.org/en/Publications/fandd/issues/2020/03/the-future-of-aging-guide-for-policymakers-scott>
- Samorodov, A. (1999). Ageing and labour markets for older workers. *ILO Employment and Training Papers*, No.33.
- Saudi Vision 2030 (n.d).The Health Sector Transformation Program. Retrieved from <https://www.vision2030.gov.sa/media/p2lfgxe4/delivery-plan-en-hstp.pdf>
- Searchinger, T., Hanson, C., Waite, R., Lipinski, B., Leeson, G., & Harper, S. (2013). Achieving replacement level fertility [Working Paper]. Washington DC: World Resources Institute.
- SESRIC. (2015). The State of Elderly in OIC Member Countries: OIC Outlook Series. Ankara: SESRIC. Available at: <https://sesricdiag.blob.core.windows.net/sesric-site-blob/files/article/508.pdf>
- SESRIC. (2018). *The State of Elderly in OIC Member Countries: Responding to the needs of elderly*. Ankara: SESRIC. Available at: <https://www.sesric.org/files/article/604.pdf>
- SESRIC. (2018b). *OIC Women and Development Report: Enhancing women entrepreneurship for development*. Ankara: SESRIC. Available at: <https://sesric.org/files/article/619.pdf>
- SESRIC. (2019). *OIC Health Report 2019*. Ankara: SESRIC. Available at: <https://www.sesric.org/files/article/699.pdf>
- SESRIC. (2019 b). Urban Development in OIC Countries: Towards Sustainable Urbanization Report 2019. Ankara: SESRIC. Available at: <https://sesricdiag.blob.core.windows.net/sesric-site-blob/files/article/713.pdf>
- SESRIC. (2020). *Socio-Economic Impacts of COVID-19 Pandemic in OIC Member Countries: Prospects and Challenges*. Ankara: SESRIC. Available at:

<https://www.sesric.org/files/article/724.pdf>

SESRIC. (2021). OIC Women and Development Report 2021: Progress towards the Implementation of the OIC Plan of Action for the Advancement of Women (OPAAW). Ankara: SESRIC. Available at: <https://sesricdiag.blob.core.windows.net/sesric-site-blob/files/article/769.pdf>

SESRIC. (2022). Socio-Economic Impacts of COVID-19 Pandemic in OIC Member Countries: Pathways for Sustainable and Resilient Recovery. Ankara: SESRIC. Available at: <https://sesricdiag.blob.core.windows.net/sesric-site-blob/files/article/802.pdf>

Sharjah Government Media Bureau. (2019). Sharjah age-friendly initiative: 52% implementation of the 2017-2020 strategic plan. *Sharjah Government Media Bureau*. Retrieved from <https://www.sgmb.ae/en/media-centre/news/28/1/2019/sharjah-age-friendly-initiative-52-implementation-of-2017-20-strategic-plan.aspx#page=1>

SME Malaysia. (2020). Hiring Incentive Programme. Available at: <https://smemalaysia.org/hiring-incentive-programme-penjanakerjaya/>

Tomaszewski, W. (2013). Living environment, social participation and wellbeing in older age: The relevance of housing and local area disadvantage. *Journal of Population Ageing*, 6, 119-156.

UAE. (2022). Pensions and end of service benefits. The United Arab Emirates' Government Portal. Retrieved from:

<https://u.ae/en/information-and-services/jobs/working-in-uae-government-sector/pensions-and-end-of-service-benefits>

United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2022). World Population Prospects 2022: Summary of Results. UN DESA/POP/2022/TR/NO. 3. Retrieved from https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/wpp2022_summary_of_results.pdf

UN DESA. (2019). *World Population Ageing 2019: Highlights*. New York: UN DESA. Available at: <https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WorldPopulationAgeing2019-Highlights.pdf>

UN DESA. (2019a). World Population Prospects (2019 Edition) [Database]. Retrieved from <https://population.un.org/wpp/>

UN DESA. (2020). *World Population Ageing 2020 Highlights: Living arrangements of older persons*. New York: UN DESA. Available at: https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/undesapd_2020_world_population_ageing_highlights.pdf

United Nations, Department of Economic and Social Affairs (UN DESA), Population Division (2022). World Population Prospects 2022.

United Nations, Department of Economic and Social Affairs,

Population Division (2022). The United Nations Database on the Older Persons in Collective Living Quarters 2022. New York: United Nations.

United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2022). Database on the Households and Living Arrangements of Older Persons 2022.

UN Women. (2015). *Progress of the World's Women 2015-2016: Transforming economies, realizing rights*. New York: UN Women.

UN. (2017). Ageing, Older Persons and the 2030 Agenda for Sustainable Development. Available at: <https://www.un.org/development/desa/dspd/wp-content/uploads/sites/22/2017/08/Ageing-Older-Persons-and-2030-Agenda-Issues-Brief-low-resolution-.pdf>

UN. (2018). *Health inequalities in old age*. UN DESA Briefing Paper Series on Ageing. Available at: <https://www.un.org/development/desa/ageing/wp-content/uploads/sites/24/2018/04/Health-Inequalities-in-Old-Age.pdf>

UN. (2019). Ageing-related policies and priorities in voluntary national reviews (2016-2019).

UN. (2019b). An inclusive response to older persons in humanitarian emergencies. Available at: <https://www.un.org/development/desa/ageing/wp-content/uploads/sites/24/2019/11/Ageing-Policy-Brief-An-inclusive-response-to-older-persons-in-humanitarian-emergencies.pdf>

UN. (2020). The Impact of COVID-19 on Older Persons. Policy Brief. Available at: <https://www.un.org/development/desa/ageing/wp-content/uploads/sites/24/2020/05/COVID-Older-persons.pdf>

UN. (2020). Ageing. United Nations. Retrieved February 15, 2020, from <https://www.un.org/en/sections/issues-depth/ageing/>

UNDP. (2017). Ageing, older persons and the 2030 Agenda for Sustainable Development. New York: UNDP.

University of Waterloo. (n.d.) An enabling and supportive environment. *Age Friendly Communities*. Retrieved from <https://uwaterloo.ca/age-friendly-communities/building-blocks/enabling-and-supportive-environment>

WHO (2022). Ageing and health. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>

WHO. (2002). Active ageing: A policy framework. Geneva: WHO.

WHO. (2015). World Report on Health and Ageing. Geneva: WHO.

WHO. (2018). Ageing and Health. Available at: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>

WHO. (2020). Decade of Healthy Ageing 2021 – 2030. Available at: <https://www.who.int/initiatives/decade-of-healthy-ageing>

WHO. (2020). *Elder abuse* [Fact Sheet]. World Health Organization. Retrieved from

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/elder-abuse>

WHO. (2021). *Age-friendly environments*. Ageing and life-course. Retrieved from <https://www.who.int/ageing/projects/age-friendly-environments/en/>

WHO. (2022). Resilience of age-friendly environments during the COVID-19 pandemic: lessons learnt from 12 European cities. Retrieved from <https://www.who.int/europe/publications/item/WHO-EURO-2022-6092-45857-66034>

WHO. (n.d.). *Age-friendly practices archive*. Age-friendly world. Retrieved from <https://extranet.who.int/agefriendlyworld/afp/>

World Health Statistics (2021). Monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. Geneva: World Health Organization; 2021. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Retrieved from <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/342703/9789240027053-eng.pdf>

Zaiceva, A. (2014). The impact of aging on the scale of migration. IZA World of Labor.

