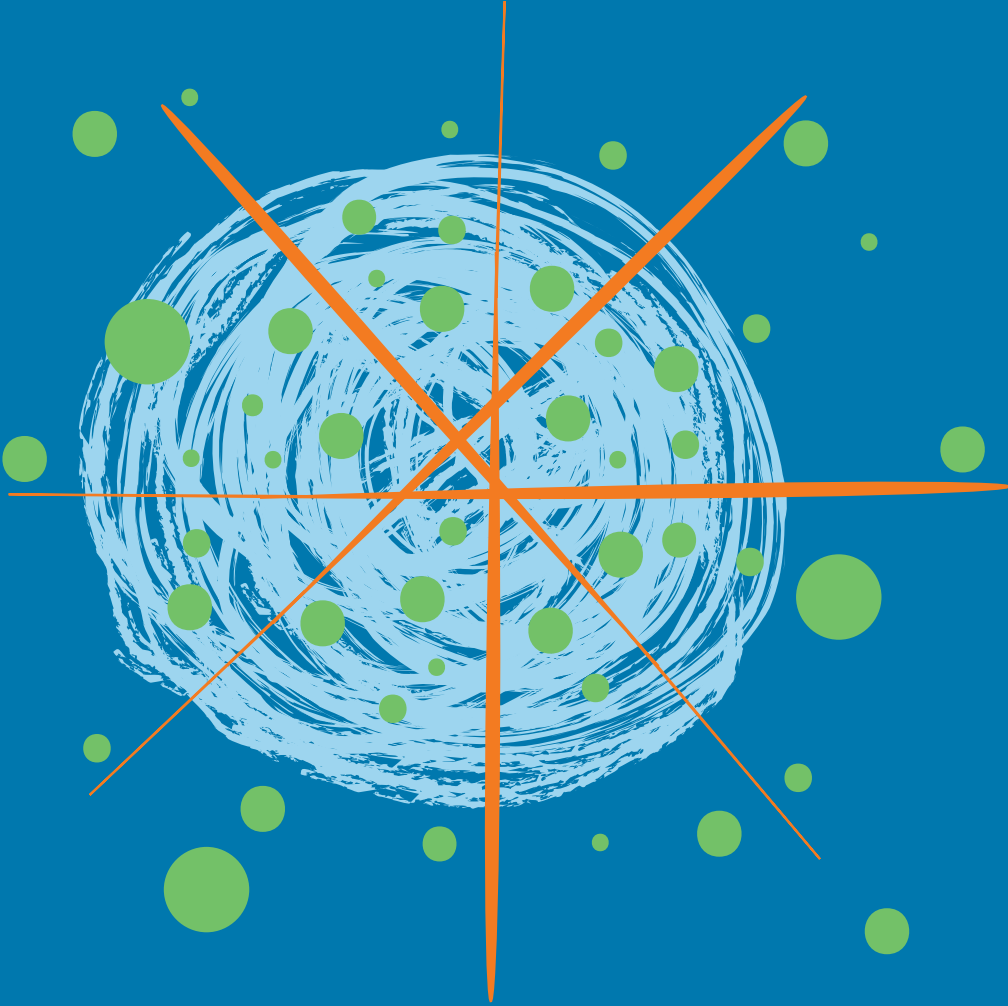


إدارة الشؤون الاقتصادية

والاجتماعية

دراسة الحالة الاقتصادية والاجتماعية في العالم، ٢٠٠٧

التنمية في عالم يشيخ



٦٠
طبعة الذكرى
السنوية الستين
٢٠٠٧ - ١٩٤٨



الأمم المتحدة

إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية

دراسة الحالة الاقتصادية والاجتماعية في العالم، ٢٠٠٧ التنمية في عالم يشيخ



الأمم المتحدة
نيويورك، ٢٠٠٨

إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية

إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية بالأمانة العامة للأمم المتحدة هي همزة وصل حيوية بين السياسات العالمية في المجالات الاقتصادية والاجتماعية والبيئية والعمل الوطني. وتعمل الإدارة في ثلاثة مجالات مترابطة: (١) إنها تجمع وتولد وتحلل مجموعة كبيرة من البيانات والمعلومات الاقتصادية والاجتماعية والبيئية تستند إليها الدول الأعضاء في الأمم المتحدة في استعراض المشاكل العامة وحصر خيارات السياسات؛ (٢) وهي تيسر المفاوضات بين الدول الأعضاء في كثير من الهيئات الحكومية الدولية بشأن مسارات العمل المشتركة للتصدي للتحديات العالمية الجارية أو الناشئة؛ (٣) وهي تسدي المشورة للحكومات المعنية بشأن سبل ووسائل ترجمة أطر السياسات التي تضعها مؤتمرات الأمم المتحدة ومؤتمرات القمة في البرامج على الصعيد القطري، وتساعد في بناء القدرات الوطنية من خلال المساعدة التقنية.

ملاحظة

تتألف رموز وثائق الأمم المتحدة من حروف وأرقام.

E/2007/50/Rev.1

ST/ESA/314

منشورات الأمم المتحدة

حقوق النشر والطبع محفوظة © للأمم المتحدة، ٢٠٠٨

جميع الحقوق محفوظة

نيويورك

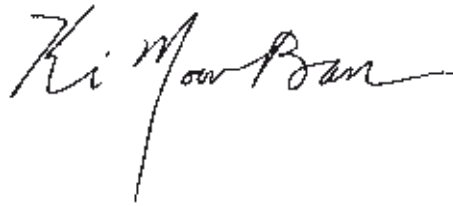
تصدير

إن الزيادة في أعداد المسنين هي أحد الإنجازات الكبيرة للمجتمعات الحديثة، فالناس يعيشون اليوم أعماراً أطول كثيراً مما كان عليه الحال قبل قرن من الزمان بسبب التقدم في الطب والتغذية والتكنولوجيا. ولكن الشيخوخة تفرض بدورها تحديات ضخمة، وستكون إحدى القضايا المهيمنة في القرن الحادي والعشرين. ففي عام ٢٠٥٠، سيكون عدد المسنين الذين بلغوا سن الستين أو تجاوزوها في العالم قد قارب البليونين من البشر. وسيكون ٨٠ في المائة منهم في البلدان النامية.

وفي مناسبة العام الستين لصدور الدراسة الاستقصائية للحالة الاقتصادية والاجتماعية في العالم، تتناول الدراسة الاستقصائية لعام ٢٠٠٧ تحليلاً لأثار الشيخوخة على التنمية الاقتصادية والاجتماعية في العالم. فطول العمر مع الصحة يتيح فرصاً هائلة للتنمية الاقتصادية والاجتماعية ولرضى النفس، ولكن تحقيق هذا الهدف يقتضي من المجتمعات في جميع أنحاء العالم أن تكفل لجميع الأشخاص في جميع الأعمار ما يعينهم على حياة كريمة.

ومن التحديات الكبيرة في هذا الصدد تناقص قوة العمل مع تزايد نسبة كبار السن الذين تعولهم قوة العمل، كما أن صغر حجم الأسر مع انتشار الفقر يؤثران على تقديم الرعاية وتأمين الدخل لكبار السن خاصة في البلدان النامية حيث الأسرة هي عماد الرعاية للمسنين. وفي نفس الوقت يجب أن نستفيد مما يمكن لكبار السن أن يقدموه لمجتمعاتهم من مساهمات اقتصادية واجتماعية وسياسية.

وقد اعترفت الحكومات المجتمعة في الجمعية العالمية الثانية للشيخوخة في مدريد في ٢٠٠٢ بالتحديات الكبيرة التي تفرضها شيخوخة السكان واعتمدت خطة العمل الدولية للشيخوخة. ومفهوم أن الوفاء بالتزامات خطة العمل الدولية هو حجر الأساس في بناء مجتمع يتسع لجميع الأعمار. وتؤكد الأمم المتحدة هذا المفهوم من خلال تقديم هذه الدراسة الاستقصائية.



بان كي - مون
الأمين العام

نظرة عامة

سيكون للشيخوخة أثر عميق على المجتمعات، ومن الضروري أن تشغل حيزاً متزايداً من اهتمام صناع السياسات في القرن الحادي والعشرين. فنسبة المسنين بين السكان تتزايد بشكل سريع في بلدان العالم المتقدم النمو، وفي العديد من أجزاء العالم النامي. والشيخوخة هي انعكاس لنجاح عملية التنمية البشرية، إذ أنها نتيجة لانخفاض معدل الوفيات (مقترناً بتدني معدل الخصوبة) وامتداد الحياة لسنوات أطول. وتتيح الشيخوخة فرصاً جديدة ترتبط بالمشاركة النشطة للأجيال الأكبر سناً في الاقتصاد وفي المجتمع بصفة عامة. وفي تلك البلدان، التي هي أساساً من بلدان العالم النامي، والتي لا تزال تشهد تزايداً متنامياً في أعداد الشباب، ثمة آفاق مفتوحة لتحقيق تنمية اقتصادية. وتنطوي شيخوخة السكان أيضاً على تحديات كبيرة، لا سيما فيما يتعلق بقدرة نظم المعاشات التقاعدية على الاستمرار من الناحية المالية، وبتكاليف نظم الرعاية الصحية، والدمج الكامل للمسنين باعتبارهم عناصر فاعلة في التنمية المجتمعية.

وتشتمل دراسة الحالة الاقتصادية والاجتماعية في العالم لعام ٢٠٠٧ على تحليلات للتحديات والفرص المتصلة بشيخوخة السكان، وتهدف إلى تسهيل المناقشات في مجال الدفع قُدماً بخطة عمل مدريد الدولية للشيخوخة التي اعتمدها الجمعية العالمية الثانية للشيخوخة بتوافق الآراء في ١٢ نيسان/أبريل ٢٠٠٢. وقد وضعت خطة عمل مدريد إطاراً لإدماج المناقشات المتعلقة بشيخوخة السكان في صلب المناقشات الدولية حول التنمية وتنفيذ سياسات وطنية تستجيب للتحدي المتمثل في بناء مجتمعات تستوعب جميع الأعمار. وتولي الخطة أولوية لضمان الاهتمام بمسائل الشيخوخة باعتبارها جزءاً أساسياً من جدول الأعمال العالمي في مجال التنمية، وشمول كبار السن بالرعاية الصحية والرفاه؛ وتهيئة بيئة تمكينية وداعمة للمسنين.

شيخوخة سكان العالم

يشهد توزيع سكان العالم بحسب الفئات العمرية تحولاً عميقاً. ومع انخفاض معدلات الوفيات والخصوبة، صار توزيع السكان بحسب الفئات العمرية يشهد تحولاً تدريجياً نحو الأعمار المتقدمة. وتشهد جميع مناطق العالم هذا التغير.

ويمثل تزايد معدلات العمر المتوقع وانخفاض معدلات الخصوبة الفعالية عاملين أساسيين من العوامل المحركة لعملية "التحول الديمغرافي". وعلى المستوى العالمي، ازداد معدل العمر المتوقع من ٤٧ سنة في الفترة ١٩٥٠ - ١٩٥٥ إلى ٦٥ سنة في الفترة ٢٠٠٠ - ٢٠٠٥، ويتوقع أن يصل إلى ٧٥ سنة في الفترة ٢٠٤٥ - ٢٠٥٠. وخلال الفترة ١٩٥٠ - ١٩٥٥ إلى ٢٠٠٠ - ٢٠٠٥، انخفض معدل الخصوبة الفعالية من ٥,٠ أطفال إلى ٢,٦ طفل للمرأة الواحدة، ويتوقع أن يتواصل انخفاضه ليصل إلى طفلين ٢,٠ للمرأة الواحدة في الفترة ٢٠٤٥ - ٢٠٥٠. وفي عدة أجزاء من العالم، يبلغ معدل الخصوبة الفعالية في الوقت الحالي أقل من طفلين للمرأة الواحدة، ولا يقتصر ذلك على البلدان المتقدمة النمو وحدها، بل نشهده في العديد من البلدان النامية أيضاً، وهو بذلك أقل من المستوى المطلوب لإحلال السكان على المدى الطويل.

وينطوي "التحول الديمغرافي" على ثلاث مراحل: تتسم المرحلة الأولى بارتفاع نسبة الشباب في التوزيع السكاني بسبب ارتفاع نسبة الأطفال الباقين على قيد الحياة في الأعمار الأصغر. وفي المرحلة الثانية، تبدأ نسبة الأطفال في التحول نحو الانخفاض بسبب تدني معدلات الخصوبة، ويصحب ذلك زيادة في أعداد الراشدين الذين هم في سن العمل. أما المرحلة الثالثة فتأتي عادة بعد فترات طويلة من تدني معدلات الخصوبة والوفيات وتنخفض فيها نسب الأطفال والراشدين الذين هم في سن العمل، وتشهد نسبة المسنين وحدها ارتفاعاً.

ويلاحظ أن الزيادة في عدد السكان الذين هم في سن العمل أثناء المرحلة الثانية من التحول هي زيادة مؤقتة (تستمر غالباً نحو ٥٠ عاماً)، ولكن هذه الفترة الزمنية كافية لإحداث تأثيرات ملحوظة بالنسبة للبلدان المعنية. ومن الناحية النظرية، تتيح هذه الميزة الديمغرافية فرصة لتسريع وتيرة التنمية الاقتصادية، بيد أن حصاد منافعها المحتملة يعتمد على إيجاد فرص للعمالة المنتجة وفرص للاستثمار، كما يعتمد، في نهاية المطاف، على وجود الظروف الاجتماعية والسياسية التي توفر بيئة تساعد على استدامة النمو والتنمية.

وخلال المرحلة الثالثة، قد تنطوي الشيخوخة المتسارعة للسكان على تحديات في مجال السياسات العامة بوجه خاص، إذ يصبح من الضروري القيام بتعديلات رئيسية، في طائفة من المجالات، لمواكبة التدني في حجم القوة العاملة، وزيادة الطلب على الرعاية الصحية، والحاجة إلى دعم المسنين.

تسارع شيخوخة السكان في البلدان النامية

دخلت الاقتصادات المتقدمة عموماً المرحلة الثالثة من التحول الديمغرافي، التي يتسم هيكل الأعمار فيها بتقدم سني العمر بشكل أكبر كثيراً منه في البلدان النامية. أما البلدان التي تمر اقتصاداتها بمرحلة انتقالية، فإن هيكل الأعمار فيها أكثر شباباً بصفة عامة منه في البلدان المتقدمة النمو، ولكنه يظل أكثر شيخوخة بشكل ملحوظ مما عليه الحال في البلدان النامية.

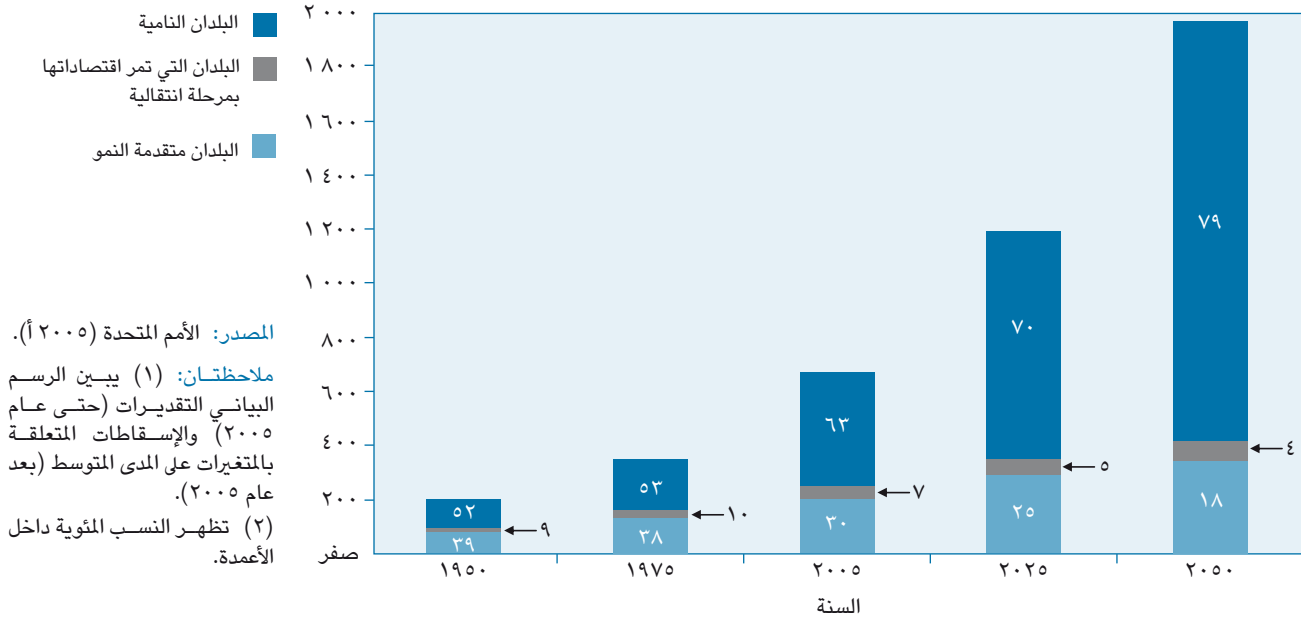
وتعيش معظم البلدان النامية المرحلة الثانية من التحول الديمغرافي. ومع ذلك، فإن أغلبية المسنين في العالم يعيشون في البلدان النامية، وبحلول عام ٢٠٥٠، سيكون ٧٩ في المائة من السكان البالغة أعمارهم ٦٠ عاماً أو أكثر، أي ما يزيد على حوالي ٦, ١ بليون شخص، من أبناء البلدان النامية (الشكل صفر - ١). وفضلاً عن ذلك، ستشهد البلدان التي انخفضت فيها معدلات الخصوبة بشكل سريع نسبياً، لا سيما في شرق آسيا ومنطقة المحيط الهادئ وأمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي، عملية تشيخ سكانية ستكون أسرع من تلك التي شهدتها في السابق بلدان العالم المتقدمة النمو حالياً. وعلى العكس من ذلك، فإن معظم البلدان الأفريقية لم تدخل المرحلة الثانية من التحول السكاني إلا في وقت قريب، ويتوقع لسكان المنطقة أن يظلوا أكثر شباباً نسبياً حتى مرحلة متأخرة من القرن الحادي والعشرين.

الاختلافات بين الجنسين في السن المتقدم

نظراً إلى أن النساء أطول عمراً عادة من الرجال، فإن عددهن يفوق أعداد الرجال بشكل ملحوظ في الأعمار المتقدمة. ومن ثم، فإن نسبة النساء بين المسنين تميل إلى التزايد بشكل كبير مع تقدم السن. وفي عام ٢٠٠٥، كان عدد النساء، بالنسبة لجميع أنحاء العالم، يفوق عدد الرجال بنسبة ٤ إلى ٣ في الأعمار من ٦٥ وما فوق، وبنسبة ٢ إلى ١ في سن الثمانين وما فوقها. غير أنه، نظراً إلى حدوث انخفاض متوقع في نسبة الارتفاع في

الشكل صفر - ١

حجم وتوزيع سكان العالم الذين تزيد أعمارهم على ٦٠ عاماً، أو أكثر، على امتداد السنوات ١٩٥٠ و ١٩٧٥ و ٢٠٠٥ و ٢٠٢٥ و ٢٠٥٠ (بالملايين)



العمر المتوقع للإناث في البلدان المتقدمة النمو، يتوقع أن ينخفض الفرق إلى حد ما بين عدد الرجال والنساء في الأعمار المتقدمة بحلول عام ٢٠٥٠ في هذه البلدان. وعلى العكس من ذلك، فإن عدم التوازن في البلدان النامية بين أعداد المسنين والمسنات سيستمر في الارتفاع بسبب استمرار اتساع الفرق بين الجنسين في معدلات العمر المتوقع.

ارتفاع معدلات الإعاقة

تتمثل إحدى نتائج الشيخوخة في معظم المجتمعات في تدني أعداد الأشخاص الذين يعملون ويدرون دخلاً بالنسبة لأولئك الذين لا يعملون ويعتمدون في معيشتهم على دخل الآخرين. والغرض من نسبة الإعاقة هو مقارنة حجم فئة من فئات السكان تعتبر معالة اقتصادياً (وتشمل هذه الفئة نمطياً الأطفال دون سن الخامسة عشرة والأشخاص الذين تتجاوز أعمارهم ٦٥ عاماً) من قبل فئة أخرى تعتبر نشطة اقتصادياً. ونظراً لقلّة البيانات، تحسب معدلات الإعاقة عادة استناداً إلى النطاقات العمرية وحدها.

وخلال الفترة بين عامي ١٩٧٥ و ٢٠٠٥، انخفض معدل الإعاقة العام على المستوى العالمي ككل، من ٧٤ إلى ٥٥ معالاً لكل مائة شخص في سن العمل، بسبب حدوث انخفاض كبير في معدلات إعاقة الأطفال. ويتوقع لهذا التوجه نحو الانخفاض أن يتوقف في العقد القادم، ثم ينعكس نحو الارتفاع بعد ذلك. ويتوقع لمعدل الإعاقة العام أن يبلغ ٥٣ معالاً لكل مائة شخص في سن العمل في عام ٢٠٢٥، وأن يبلغ ٥٧ معالاً لكل مائة شخص في سن العمل، بحلول عام ٢٠٥٠، لأسباب تعود بشكل كامل إلى ارتفاع معدلات الإعاقة في الأعمار المتقدمة.

وفي البلدان المتقدمة النمو، تشير التقديرات إلى أن معدل الإعاقة العام قد وصل إلى أدنى مستوياته تاريخياً في عام ٢٠٠٥؛ وهناك توجه نحو ارتفاع مطرد في معدل الإعاقة العام لهذه البلدان، في مجموعها، في المستقبل بسبب استمرار ارتفاع معدلات الإعاقة لكبار السن (انظر الشكل صفر - ٢ أ). وهناك نمط مشابه للتوجهات في معدلات الإعاقة في البلدان التي تمر اقتصاداتها بمرحلة انتقالية للنمط الذي نشهده في البلدان المتقدمة النمو.

وبالنسبة للبلدان النامية، فإن هناك اختلافاً ملحوظاً، سواء فيما يتعلق بتجربتها التاريخية أو بتوقعاتها للمستقبل. وخلال الفترة الممتدة بين عامي ١٩٥٠ و ١٩٧٥، كان معدل الإعاقة العام أعلى كثيراً مما كان عليه الحال في المجموعتين الأخريين من البلدان، ويعود ذلك في معظمه إلى الارتفاع الشديد في مستويات إعاقة الأطفال (انظر الشكل صفر - ٢ ب). غير أن معدلات إعاقة الأطفال ومعدلات الإعاقة العامة تشهد تراجعاً في البلدان النامية منذ حوالي عام ١٩٧٥، ويتوقع أن يستمر انخفاض معدل الإعاقة العام حتى عام ٢٠٢٥، ولكنه سيرتفع بعد ذلك بسبب الزيادة السريعة المتوقعة في معدلات إعاقة الشيخوخة.

شيخوخة السكان أمر لا يمكن تجنبه

يتوقع أن ترتفع معدلات شيخوخة السكان كثيراً على امتداد العقود القليلة القادمة في جميع مناطق العالم. ولا يتوقع أن يغير من هذا المنظور كثيراً أي تدخلات على صعيد السياسة العامة تهدف إلى تشجيع الإنجاب في البلدان ذات الخصوبة المنخفضة، حتى وإن نجحت تلك السياسات. كذلك فإن زيادة عدد المهاجرين زيادة كبيرة على مستوى العالم يمكن أن تغير الاتجاهات في السكان الذين هم في سن العمل في البلدان الصناعية، ولكن أي افتراض معقول يمكن تصوره بشأن معدلات الهجرة الدولية في المستقبل لن يكون له سوى أثر محدود على المعدلات المتوقعة لشيخوخة السكان في هذه البلدان.

ولما كانت التغيرات القادمة في هياكل الأعمار مفهومة جيداً، فيمكن التنبؤ بها إلى حد بعيد. وينبغي، مثالاً، أن تأتي الاستجابات في مجال السياسات العامة في وقت مبكر لكي تسير عملية التكيف مع هذه التغيرات الديمغرافية طويلة الأمد في سلاسة. وإذا كان من غير الممكن تجنب شيخوخة السكان، فإن نتائجها تتوقف على ما يتخذ من تدابير لمعالجة ما تنطوي عليه من تحديات.

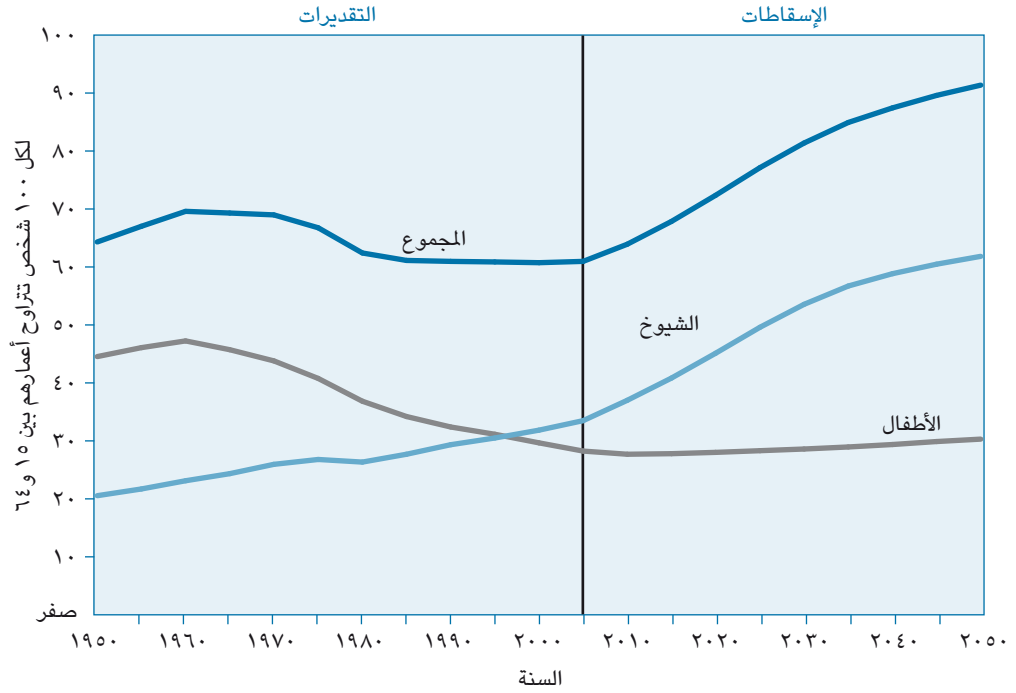
بيد أن هناك تحديات تشمل تمتع الأعداد المتزايدة من المسنين بالدعم الكافي في شيخوختهم، وإتاحة فرص العمل الكريم لمن يود منهم البقاء كأفراد ناشطين اقتصادياً، وتوفير الرعاية الصحية المناسبة لهم. وما لم يتم تسريع وتيرة النمو الاقتصادي بشكل مستدام، ستشكل الشيخوخة أعباءً متزايدة على فئات السكان الذين هم في سن العمل (وذلك في شكل ارتفاع مستوى الضرائب والمساهمات الأخرى) حتى يمكن المحافظة على استقرار تحويل الموارد إلى فئات المسنين.

الشيخوخة والبيئات المعيشية المتغيرة

تشهد البيئة الاجتماعية التي يتقدم العمر بالناس في ظلها، تغيراً سريعاً، إذ يتناقص حجم الأسر، كما يتناقص دور الأسر الموسعة، وكذلك تتغير التصورات المتعلقة بدعم الأجيال بعضهم بعضاً وتقديم الرعاية للمسنين تغيراً سريعاً.

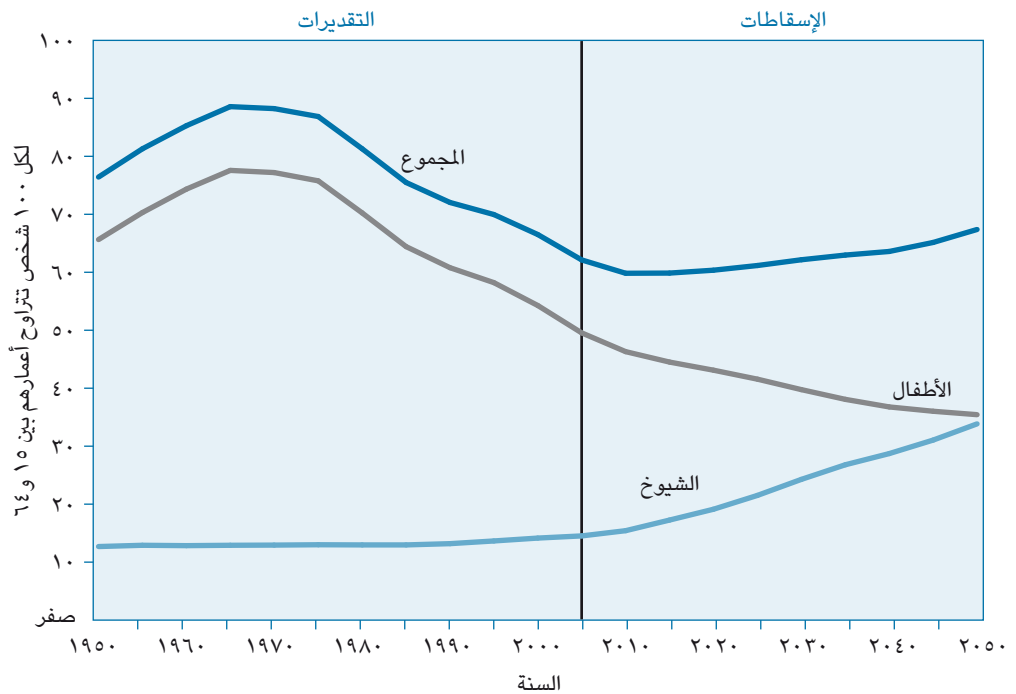
الشكل صفر - ٢ أ

معدلات إعالة الأطفال والمسنين خلال الفترة ١٩٥٠ - ٢٠٥٠ البلدان المتقدمة النمو



الشكل صفر - ٢ ب

معدلات إعالة الأطفال والمسنين خلال الفترة ١٩٥٠ - ٢٠٥٠ البلدان النامية



المصدر: إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية في الأمانة العامة للأمم المتحدة.

ملاحظة: معدلات إعالة الأطفال تنطبق على الأطفال من سن صفر إلى ١٤ سنة، ومعدلات إعالة المسنين تنطبق على الأشخاص من سن ٦٥ فما فوق، بالنسبة للأشخاص في سن العمل ١٥ - ٦٤ سنة. والمعدل الإجمالي هو مجموع المعولين.

تغير الترتيبات المعيشية

يعيش مسن واحد من كل ٧ مسنين، أي ٩٠ مليوناً من المسنين، معيشة منفردة، وذلك على نطاق العالم. وقد زاد هذا المعدل في معظم البلدان على امتداد العقد الماضي. وعلى الرغم من الحجم المتواضع لمتوسط معدل التغير، يتوقع لهذا التوجه أن يستمر، وستكون له آثار اجتماعية كبيرة، لا سيما بالنسبة للمسنات، اللائي تزيد الاحتمالات لديهن بأن يعشن بمفردهن (انظر الشكل صفر - ٣). ومن شأن العيش الانفرادي، الذي قد يقضي إلى تزايد العزلة، أن يجعل قيام أفراد الأسرة بتقديم الرعاية أمراً يصعب ترتيبه؛ ويزيد أيضاً من الحاجة إلى توفير خدمات دعم إضافية لتمكين المسنين من البقاء في منازلهم. وقد يصعب على البلدان النامية تقديم هذه الخدمات.

وفي البلدان النامية، تعيش أغلبية المسنين مع الراشدين من أبنائهم وبناتهم. وتصدق هذه الحالة على حوالي ثلاثة أرباع الأشخاص البالغة أعمارهم ٦٠ عاماً أو أكثر في آسيا وأفريقيا، وعلى ثلثي أولئك الذين تبلغ أعمارهم ٦٠ عاماً أو أكثر في أمريكا اللاتينية. ولا تزال أعداد المسنين الذين يعيشون بمفردهم منخفضة نسبياً، بنسبة تقل عن ١٠ في المائة، ولكنها تزايدت في معظم البلدان النامية (وإن لم يكن فيها جميعاً).

وتتفاوت آثار هذه التغيرات على تركيبة الأسرة والترتيبات المعيشية، فيما يتعلق بتقديم الدعم والعناية للمسنين، بتفاوت السياق الاجتماعي. ففي البلدان التي لا يوجد فيها أمام المسنين سوى فرص محدودة للتمتع بالآليات الرسمية للحماية الاجتماعية، فإنهم يحتاجون إلى الاعتماد على الأسرة والمجتمع المحلي. غير أن هذه الآليات غير الرسمية للحماية أخذت تتعرض في الآونة الأخيرة لضغوط متزايدة، ولا يرجع ذلك إلى عوامل التوجهات الديمغرافية التي أشار إليها من قبل وحدها، مع إضافة مشاركة المرأة في القوة العاملة، وإنما يرجع أيضاً إلى حدوث تغيرات في المفاهيم بشأن رعاية الأبوين والمسنين بصفة عامة.

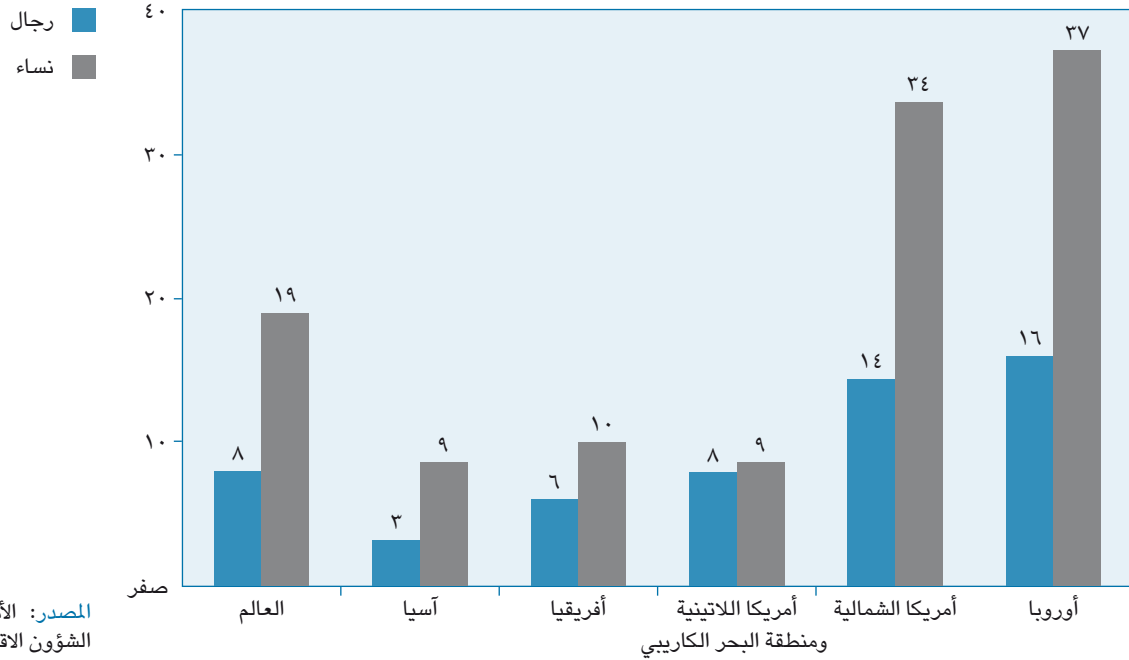
وتترتب على التغيرات التي حدثت في الترتيبات المعيشية للمسنين آثار كبيرة في مجال السياسات العامة في البلدان النامية والبلدان المتقدمة النمو على حد سواء. وتحتاج البلدان المتقدمة النمو إلى توسيع نطاق عمليات تقديم الرعاية الرسمية على المدى الطويل للمسنين، بما في ذلك الإقامة في المؤسسات، بالإضافة إلى توفير خدمات بديلة تتيح للمسنين أن يقضوا سني شيخوختهم في منازلهم، إذا ما رغبوا في ذلك (انظر أيضاً المعلومات الواردة أدناه). أما التحديات التي تواجهها البلدان النامية في هذا الصدد فهي في الواقع أكبر حجماً، إذ أن على هذه البلدان أن توفر الهياكل الأساسية الضرورية (المياه، المرافق الصحية، وما شابه ذلك)، والخدمات الاجتماعية للمسنين، بالإضافة إلى توفير الرعاية الرسمية المتزايدة على المدى الطويل، وإيجاد أشكال جديدة من الرعاية غير الرسمية.

مشاركة المسنين وتمكينهم

لما كان المسنون لا يزالون يشكلون نسبة متزايدة من مجموع السكان، فإن لديهم إمكانية أن يكونوا أكثر تأثيراً في المجتمع. ويتباين تمكين المسنين ومشاركتهم السياسية تبايناً كبيراً بين البلدان: فهناك بلدان يتمتع فيها المسنون بمكانة اجتماعية وسياسية كبيرة، يتصل معظمها باستثمارهم بموارد اقتصادية كبيرة، وبوجود تقاليد للمشاركة السياسية؛ غير أن الأمر يختلف في بلدان أخرى، حيث لا توجد تنظيمات للمسنين، ومن ثم يجدون صعوبة كبيرة في الإعراب عن شواغلهم، أو دمجها في المناقشات الرسمية وفي جدول أعمال السياسات.

الشكل صفر - ٣

نسبة أفراد السكان البالغة أعمارهم ٦٠ عاماً أو أكثر الذين يعيشون بمفردهم موزعة حسب المنطقة ونوع الجنس، ٢٠٠٥ (نسبة مئوية)



المصدر: الأمم المتحدة/إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية.

وتعمل المنظمات غير الحكومية الدولية والوطنية بشكل نشط على تشجيع تنظيم المسنين باعتبار ذلك آية يمكن من خلالها التأثير على وضع السياسات التي تمسهم، وتنفيذها. ونظراً إلى أن تعلم القراءة والكتابة، والتعليم المتواصل، بما في ذلك التثقيف بشأن حقوق الإنسان، تشكل عناصر مهمة في عملية التمكين، ينبغي أن تترن الجهود المبذولة لتنظيم المسنين بمشاريع أكبر حجماً تتضمن هذه العناصر.

مكافحة الإهمال وإساءة المعاملة

على الرغم من صعوبة قياس السلوك المسيء، فإن التقارير المتوافرة حالياً عن إهمال المسنين وإساءة معاملتهم تدعو للقلق. إذ توجد دلائل على إساءة معاملة المسنين داخل الأسرة، وفي سياق المجتمعات المحلية، ومراكز الرعاية المؤسسية للمسنين، في البلدان المتقدمة النمو والنامية على حد سواء. ومن عوامل الخطورة في هذا المجال عدم توافر الموارد لتقديم الرعاية، ونقص تدريب وتثقيف مقدمي الرعاية، والضغط النفسي المتصلة بالعمل في مرافق الرعاية المؤسسية، ووجود صور نمطية سلبية عن المسنين في المجتمع، وظروف الفقر بصفة عامة.

ويمثل ضمان وحماية حقوق الإنسان للمسنين كما حددها الإعلان العالمي لحقوق الإنسان (قرار الجمعية العامة ٢١٧ ألف (د - ٣)) وسيلة هامة للحد من احتمالات تعرض المسنين للإساءة، ولتمكينهم. وقد تكون هناك ضرورة لسن تشريعات تكميلية في بعض البلدان لتحسين الإطار القانوني حتى يتسنى حماية حقوق المسنين ومنع إساءة معاملتهم أو إهمالهم، ودعم فرص مشاركتهم في جميع جوانب الحياة الاجتماعية. غير أن وضع إطار قانوني أفضل لا يكفي بمفرده. وتحتاج المجتمعات، بالإضافة إلى ذلك،

إلى إيجاد آليات مناسبة يمكن من خلالها الحيلولة دون وقوع تمييز بسبب السن في أسواق العمل، وضمان تعاضد الأجيال من خلال وضع نُظُم مناسبة لتأمين الدخل للمتقدمين في السن، وحشد الموارد الضرورية لتقديم الرعاية الصحية والعناية على الأمد الطويل.

وينبغي أن تنطوي عمليات الاستجابة في مجال وضع السياسات العامة في حالات الإهمال وإساءة المعاملة على تدابير تضمن للأشخاص الذين يجدون أنفسهم في هذه الأوضاع فرصة الوصول إلى معلومات موثوق بها وآليات فعالة لشجب هذه الممارسات. وفضلاً عن ذلك، ينبغي للحكومات أن تسعى إلى وضع مبادرات وطنية للتدريب والتثقيف لتشجيع اعتماد تصورات إيجابية عن المسنين، وبناء المهارات المناسبة لدى الأفراد الذين يتولون رعاية المسنين.

الشيخوخة، والعرض في مجال العمالة، ونمو الإنتاجية

مع تزايد شيخوخة السكان، ستتناقص نسبة أفراد السكان الذين هم في سن العمل، وستتسم القوة العاملة نفسها بتقدم السن. ويصدق هذا بوجه خاص على البلدان التي تشهد معدلات خصوبة منخفضة، ومعظمها من البلدان المتقدمة النمو. وعلى عكس ذلك، فإن البلدان التي تشهد معدلات خصوبة عالية نسبياً (وهي بصفة رئيسية البلدان ذات اقتصادات الدخل المنخفض) ستظل تشهد نمواً قوياً في قوة العمل حتى عام ٢٠٥٠، الأمر الذي قد يفتح آفاق فرص جديدة لتسريع النمو الاقتصادي.

ما يترتب على تقدم السكان في السن من آثار على النمو

قد تصبح شيخوخة السكان عبئاً يقيد النمو الاقتصادي إلا إذا أمكن السيطرة على انكماش نمو قوة العمل وتكثفت الجهود لزيادة إنتاجية العمالة. وفي معظم السياقات، ستكون هناك حاجة إلى زيادة إنتاجية العمالة لاستكمال التدابير التي تساهم في وقف الانخفاض في الأيدي العاملة المتاحة. وعلى سبيل المثال، سيتعين على اليابان، لكي تعوض الأثر السلبي لنقص قوة العمل، إذا تساوت جميع العوامل الأخرى، أن تكفل نمواً في إنتاجية العمالة بنسبة ٦, ٢ في المائة سنوياً للمحافظة على نمو الدخل للفرد بنسبة ٢ في المائة سنوياً في السنوات الخمسين القادمة. ويحتاج الأمر إلى أكثر من ٨٠ في المائة من النمو المطلوب في إنتاجية العمالة من أجل التغلب على الأثر المترتب على شيخوخة السكان في النمو (انظر الشكل صفر - ٤). وينطبق ذلك أيضاً، وإن كان بدرجة أقل، على بلدان أخرى تعاني من شيخوخة السكان مثل ألمانيا وإيطاليا، وكذلك الولايات المتحدة الأمريكية. ومع ذلك فإن نمو الإنتاجية المطلوب في كل هذه الحالات يبدو ممكناً استناداً إلى المعايير التاريخية.

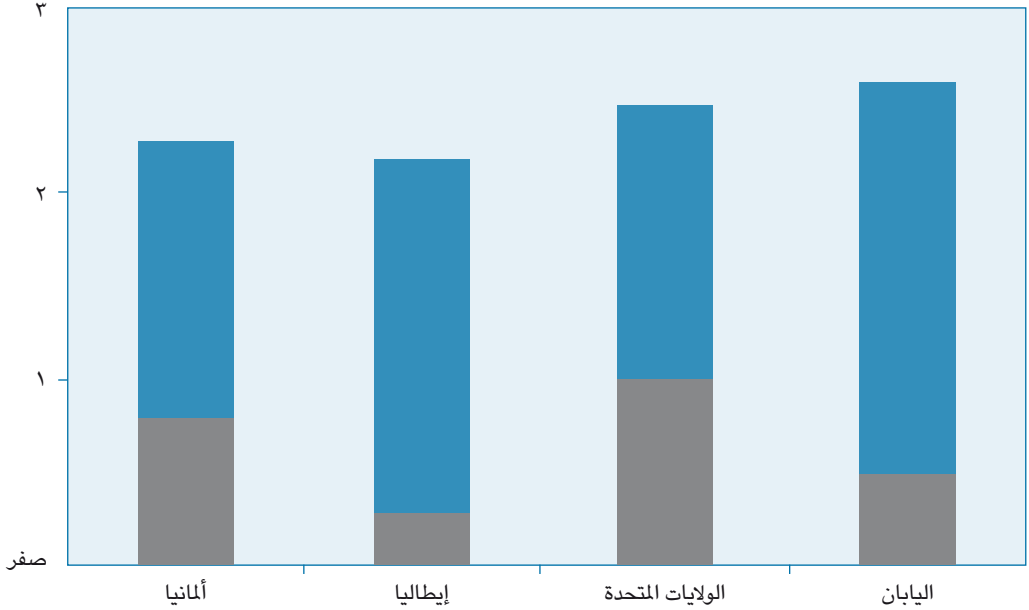
وتتلخص الدراسة الاستقصائية إلى أن تدابير حفز النمو في الإنتاجية سيكون لها الأثر الأكبر في مساعي التغلب على العواقب السلبية المحتملة لشيخوخة السكان على النمو الاقتصادي. ومع ذلك، فقد اقترحت تدابير أخرى تؤثر تأثيراً مباشراً على العرض المتوافر من الأيدي العاملة، وبعضها يبدو أكثر فعالية من غيره.

ويشار إلى الهجرة الدولية في كثير من الحالات بوصفها إحدى الأدوات التي يمكن أن تؤمن وجود عرض كاف من العمال في البلدان المتقدمة، ولكن ليس من المتوقع أن يسمح أي بلد بأعداد كبيرة من المهاجرين للتغلب على شيخوخة السكان. وعلى سبيل المثال سيحتاج الاتحاد الأوروبي تدفقاً صافياً مستمراً

الشكل صفر - ٤

أثر شيخوخة السكان على النمو المطلوب في إنتاجية العمالة: ألمانيا وإيطاليا والولايات المتحدة الأمريكية واليابان، ٢٠٠٠ - ٢٠٥٠ (نسبة مئوية)

■ أثر الشيخوخة
■ العوامل الأخرى
في توافر العمالة



المصدر: الأمم المتحدة/إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية.

ملاحظة: يحسب أثر الشيخوخة على أساس افتراضات قد لا تستند إلى الواقع: فالنمو المطلوب في الإنتاجية لتوليد مستوى معين من نمو الناتج المحلي الإجمالي للفرد في ضوء التغيرات المتوقعة في هيكل أعمار السكان، يقارن بالنمو المطلوب في الإنتاجية للحفاظ على نفس مستوى الناتج المحلي الإجمالي للفرد في حالة عدم حدوث هذه التغيرات. ويفترض أن تظل نسبة إعالة المسنين ثابتة عند المستوى المسجل في عام ٢٠٠٠.

يبلغ ١٣ مليون مهاجر سنوياً في الخمسين سنة القادمة للتعويض عن زيادة نسبة إعالة المسنين، في حين أن الولايات المتحدة واليابان ستحتاجان إلى استيعاب ١٠ ملايين مهاجر سنوياً في كل منهما. وجميع هذه الحالات تقتضي زيادة المستويات الحالية من الهجرة إلى عدة أضعافها.

والتعاقد على العمل في البلدان الأصلية للعمالة هو احتمال آخر ولكنه لا يعالج مشكلة ارتفاع نسب إعالة المسنين. وعلى الرغم من أن هذا التعاقد الخارجي قد يخفف من النقص في العمالة من خلال نقل عملية الإنتاج إلى عمال في الخارج، فإنه لا يقلل الضغوط على نُظُم المعاشات التقاعدية لكبار السن لأنه لن يتيح قاعدة العمالة، وبالتالي قاعدة المساهمين في نُظُم المعاشات التقاعدية.

ويشير التحليل الوارد في الدراسة الاستقصائية إلى أن أكبر الإمكانيات لمواجهة التغيرات المتوقعة في نمو القوى العاملة تكمن في زيادة معدلات مشاركة المرأة والعمال الأكبر سناً. وبالفعل لا يزال يوجد في كثير من البلدان مجال كبير لوضع تدابير تهدف إلى زيادة معدل مشاركة العاملين الأكبر سناً، الذين تتراوح أعمارهم في الغالب بين ٥٥ و ٦٤ سنة، وذلك بتضييق الفارق بين سن التقاعد الفعلي و سن التقاعد القانوني.

ويوجد أيضاً نطاق من الخيارات في صدد إزالة الأسباب التي لا تشجع العاملين على البقاء في الخدمة في سن متقدم، ومن هذه الخيارات تعديل الممارسات في أماكن العمل لكي تتلاءم بصورة أفضل مع احتياجات العمال مع تقدمهم في السن؛ وتحسين ظروف العمل للاحتفاظ بالقدرة على العمل مدى الحياة؛ ومكافحة التمييز على أساس السن؛ والتشجيع على تقديم العمال الأكبر سناً في صورة إيجابية. وسيكون العمال الأكبر سناً في موقف أفضل للاستمرار في العمل لمدة أطول إذا أتاحت لهم الفرصة للمشاركة في مبادرات التعلم مدى الحياة والتدريب في موقع العمل.

ومن المتوقع أن تؤدي هذه التدابير إلى زيادة النمو في البلدان التي تعاني من الشيخوخة، ولكن أثرها قد لا يكون كبيراً جداً. ويشير التحليل الوارد في الدراسة الاستقصائية إلى أن الناتج للفرد في ألمانيا مثلاً سيزيد من ١,٧ إلى ١,٨ في المائة سنوياً بين عام ٢٠٠٠ وعام ٢٠٥٠ إذا زادت معدلات مشاركة الأشخاص الذين تبلغ أعمارهم ما بين ٥٥ و ٦٤ سنة إلى مستوى المشاركة نفسه للأشخاص الذين هم في سن ١٥ إلى ٥٤ سنة. وستكون الآثار مشابهة لهذه في بلدان أخرى تعاني من مشكلة شيخوخة السكان.

ولكن يبدو عموماً أنه ليس هناك ما يبرر المخاوف من أن تؤدي شيخوخة السكان والقوى العاملة إلى انخفاض حاد في النمو الاقتصادي. وتقول إسقاطات الأمم المتحدة إنه إذا استمر تحسين الإنتاجية على النحو المتوقع في المستقبل القريب فقد يبدو من الممكن التغلب على التحديات التي تثيرها شيخوخة السكان على صعيد العمل.

هل هناك بارقة أمل ديمغرافية؟

قد تستطيع البلدان التي توجد فيها قوى عاملة متنامية وشابة نسبياً أن تزيد من سرعة النمو فيها. ومع ذلك يتعين عليها، لكي تتمتع بفوائد هذا العائد الديمغرافي، أن تعالج مجموعة مختلفة من القضايا. فبدلاً من الشعور بالقلق إزاء نقص مائل في الأيدي العاملة، ينبغي لها أن تواصل تركيز اهتمامها على إيجاد فرص للعمل الكريم، وخاصة للأعداد المتزايدة من الشباب الذين ينتظر انضمامهم إلى القوة العاملة. وسيؤدي تعزيز معدلات استخدام الأيدي العاملة في الاقتصاد الرسمي إلى زيادة عوائد الضرائب وتهيئة الظروف اللازمة لتوسيع مخططات الحماية الاجتماعية غير المطورة حالياً، مما يمكن العمال الأكبر سناً من التقاعد مع التمتع بالأمن المالي.

ونمو الإنتاجية عامل هام أيضاً بالطبع لتطوير الاقتصاد الذي يوجد فيه فائض من العمالة وأسواق كبيرة من العمالة غير الرسمية نظراً لأن نمو الإنتاجية لن يقف عند حد دعم السكان المسنين الذين يتزايد عددهم، بل سيؤدي أيضاً إلى رفع مستويات المعيشة الشاملة وتخفيف حدة الفقر.

الشيخوخة والاستهلاك والنمو

من المتوقع، من نواح عديدة، أن تترتب على شيخوخة السكان آثار في أنماط الاستهلاك والاستثمار والادخار. ومن الضروري فهم مدى تأثير شيخوخة السكان على هذه الأنماط، وطريقة تأثيرها إن وجد، من أجل التنبؤ بالطريقة التي سيسير بها النمو الاقتصادي والتنمية في المستقبل. ورغم وجود بعض الأفكار الواضحة عن هذه العلاقة في النظريات الاقتصادية، يصعب إلى حد ما في واقع الأمر أن نتنبأ بالطريقة التي ستؤثر بها الشيخوخة على أنماط الاستهلاك والنمو في المستقبل.

تغير أنماط الاستهلاك

من المفاهيم الشائعة في النظرية الاقتصادية أن أنماط الاستهلاك والادخار تتغير أثناء حياة الأشخاص. ووفقاً لأحد المفاهيم، تتغير الاحتياجات والأذواق بتغير مراحل الحياة. وقد ثبت بالفعل أن الأشخاص الأكبر سناً يميلون إلى إنفاق جزء أكبر من دخلهم على المسكن والخدمات الاجتماعية مقارنة بمجموعة السكان الأصغر سناً. واستناداً إلى اتجاهات الاستهلاك الحالية بين من هم في سن ٦٥ سنة أو أكثر ويعيشون

في البلدان المتقدمة، يمكن أن نتوقع أن الطلب على النفقات الصحية ونفقات الرعاية طويلة الأمد سيرتفع على الأرجح، في حين ستزيد النفقات على المسكن والطاقة نتيجة زيادة الوقت الذي يقضيه المتقاعدون في البيت. ومن جهة أخرى، قد تنخفض النفقات على الترفيه والنقل، في حين يظل نصيب الاستهلاك من السلع الأساسية مثل الأغذية والملابس ثابتاً بصورة نسبية. وهكذا، يمكن أن تؤدي شيخوخة السكان إلى تغيرات كبيرة في تركيبة الطلب على السلع والخدمات.

ولكن نظرة متفحصية إلى الاتجاهات الحالية توضح أن التغيرات في أنماط الاستهلاك بسبب شيخوخة السكان تتباين من بلد لآخر، وهذه التغيرات تحدث ببطء مع مرور الوقت. وبالإضافة إلى ذلك، فإن مستويات الاستهلاك تتصل بصورة أوثق بالدخل لا بالهيكل الديمغرافي. وهذه الحقيقة المعقدة تجعل من الصعب أن نتنبأ بالاتجاهات المقبلة في الاستهلاك نظراً لأن أبعاد نمو الدخل للمسنين في العقود القادمة ليست إلى حد ما مؤكدة.

الادخار والشيخوخة

هناك فكرة نظرية أخرى يوضحها نموذج الادخارات لدورة الحياة الذي يفترض أن الأشخاص يتتجون أثناء سنوات عملهم أكثر مما يستطيعون استهلاكه، وبهذا يولدون فائضاً يمكن استعماله لصالح أطفالهم المعالين و/أو ادخاره لتأمين إيراد بعد التقاعد. ووفقاً لهذا الرأي، يُتَظَر أن تشهد الاقتصادات التي ترتفع فيها مستويات إعالة الأطفال معدلات ادخار وطنية منخفضة نسبياً. وفي المقابل، يمكن للاقتصادات التي ترتفع فيها نسب الأشخاص الذين هم في سن العمل بين السكان أن تنمو بسرعة أكبر لأن هذا الهيكل الديمغرافي يولد فائضاً إجمالياً أكبر أثناء دورة الحياة ولأن معدلات الادخار ستكون أكبر حسب التوقعات نظراً لأن الأفراد يدخرون تحسباً لتقاعدهم. وإلى جانب ذلك، إذا كان الأفراد يتصورون أن معدل عمرهم المتوقع أخذ في الارتفاع، فإنهم قد يتجهون إلى زيادة مدخراتهم أثناء سنوات عملهم من أجل تمويل فترة أطول من التقاعد.

ورغم الآثار المحتملة للشيخوخة في هذا الصدد، فإن عوامل كثيرة أخرى تؤدي دوراً في تحديد السلوك الادخاري ومستوى المدخرات في الاقتصاد. وتشمل هذه العوامل مستوى توزيع الدخل في الاقتصاد وقيمة الأصول لدى الأشخاص وتوزيعها، والتصورات السائدة عن المستقبل، ومعدلات الضرائب، والنظم القائمة للمعاشات التقاعدية، والاستعدادات المتوافرة لرعاية المسنين في حالة الأمراض المزمنة. وبالإضافة إلى ذلك، فإن نظرية دورة الحياة تنطبق على مدخرات الأسرة المعيشية أو المدخرات الشخصية التي تتأثر بطريقة تصميم نظم المعاشات التقاعدية، ولكن هذه الآثار قد تكون ضئيلة نسبياً بالمقارنة بآثار مخططات المعاشات التقاعدية على أنماط الادخار للحكومات والمؤسسات التجارية.

ومع ذلك، فمن الواضح أن هناك حصة متزايدة من الادخارات الأسرية تتدفق إلى صناديق المعاشات التقاعدية وغيرها من مخططات الاستثمار المالي للتقاعد. وقد أصبحت المؤسسات المستثمرة التي تقوم نمطياً بإدارة هذه المدخرات هي اللاعب الرئيسي في الأسواق المالية. ولا تقوم هذه المؤسسات المستثمرة بإدارة مبالغ كبيرة من المدخرات الأسرية من البلدان المتقدمة فحسب، ولكنها تدير أيضاً مدخرات متزايدة من البلدان النامية التي زادت فيها أهمية نظم المعاشات التقاعدية الرسمية التي يديرها القطاع الخاص (انظر أدناه). ويمكن لمؤسسات الاستثمار هذه أن تقوم بدور هام في تعميق الأسواق المالية وتوفير سيولة إضافية لمشاريع الاستثمار طويلة الأمد، إلا أن جانباً كبيراً من أعمال المؤسسات المستثمرة يجري خارج نطاق تنظيم

السوق المالية وآليات الإشراف التي تنطبق عموماً على النظام المصرفي، ومن ثم يمكن أن تصبح عمليات صناديق المعاشات التقاعدية في سوق المال، إذا لم تكن موضع رقابة، مصدراً لعدم الاستقرار المالي. كما أن السلطات النقدية تفقد قدرًا من السيطرة على نمو الائتمانات نظراً لأن قدرًا متزايداً من الاستثمارات المالية يجري خارج النظام المصرفي، ويحد ذلك بالتالي من فعالية السياسات النقدية. ويتطلب الأمر تحسين التدابير التنظيمية (الدولية إن أمكن) لتجنب احتمالات زعزعة الأسواق المالية نتيجة عمليات صناديق المعاشات الكبرى وللحفاظ على دخل كبار السن من التعرض للأخطار.

ضمان تأمين الدخل في سن الشيخوخة

في كثير من الأحيان تهبط مستويات معيشة الناس مع تقدمهم في السن. إذ أن انخفاض الفرص الاقتصادية وتدهور الحالة الصحية يؤديان في كثير من الحالات إلى زيادة التعرض للفقر مع التقدم في السن. ولكن هذه الظروف تتباين كثيراً بين سياقات ومجموعات المسنين، ومن ثم تتباين استراتيجيات كسب الرزق. ففي البلدان المتقدمة، تمثل المعاشات التقاعدية المصدر الرئيسي للرزق والحماية في الشيخوخة، في حين يحصل عدد قليل من المسنين في البلدان النامية على معاشات تقاعدية، ولذلك يتوجب عليهم الاعتماد على مصادر أخرى من الدخل. وفي الواقع، فإن ٨٠ في المائة من سكان العالم لا يتمتعون بحماية كافية في سن الشيخوخة ضد المخاطر الصحية ومخاطر العجز والمخاطر المتصلة بالدخل. ويعني ذلك أن قرابة ٣٤٢ مليون شخص من كبار السن في البلدان النامية وحدها لا يتمتعون في الوقت الحالي بالقدر الكافي من تأمين الدخل. وسيرتفع هذا الرقم إلى ١,٢ بليون شخص بحلول عام ٢٠٥٠ إذا لم يتم توسيع نطاق التغطية التي تتيحها الآليات الحالية المخصصة لضمان تأمين الدخل في سن الشيخوخة. ويمثل التحول الديمغرافي تحدياً هائلاً من ناحية كفاءة توافر واستدامة المعاشات التقاعدية والنظم الأخرى التي تتيح الأمن الاقتصادي لعدد متزايد من المسنين في البلدان المتقدمة والنامية على السواء. وتخلص الدراسة الاستقصائية إلى أن اتباع النهج الصحيح يجعل من الأيسر السيطرة على هذا التحدي.

الفقر والشيخوخة

تشير الأدلة التجريبية إلى أن كبار السن الذين يعيشون في بلدان تطبق نظم معاشات تقاعدية رسمية شاملة ومخططات للتحويلات العامة سيكونون أقل عرضة للفقر من الفئات الأصغر سناً من السكان أنفسهم. وفي البلدان التي توجد فيها نظم معاشات محدودة التغطية يكون الفقر في سن الشيخوخة عادة على مستوى المتوسط نفسه على الصعيد الوطني.

وبالطبع فإن احتمالات الوقوع في الفقر في الشيخوخة لا تتوقف فقط على التغطية التي توفرها مخططات المعاشات. وعموماً تتباين درجة الفقر بين كبار السن حسب المستوى التعليمي ونوع الجنس وترتيبات المعيشة. فالتعليم الأفضل يقلل احتمالات الوقوع في الفقر عند كبار السن. والمرأة، في سن الشيخوخة أكثر عرضة للفقر من الرجل.

ومع عدم توافر التغطية بالمعاشات الرسمية، يواجه معظم الأشخاص في البلدان النامية قدرًا كبيراً من عدم الأمن في الدخل في سنوات الشيخوخة. ولا توجد فكرة التقاعد لدى المحرومين من الحماية، وهم في كثير من الأحيان من صغار المزارعين والعمال الريفيين والعمال في القطاع غير الرسمي. وهم غير مؤهلين للحصول على معاش تقاعدي نظراً لعدم شغلهم أي وظيفة رسمية؛ ويجب أن يواصلوا الاعتماد على عملهم

إذا لم يتمكنوا من تجميع أصول كافية. وقد تكون الحالة خطيرة جداً للطاعنين في السن (الذين يبلغون ٨٠ سنة أو أكثر) إذ أنهم لا يستطيعون العمل مثل أقرانهم الأصغر سناً. وبصفة خاصة فإن الأشخاص الذين كانوا فقراء أثناء العمل في ربيع العمر سيظلون فقراء في شيخوختهم، إن لم يزدادوا فقراً. كما أن الأشخاص الذين يعيشون فوق خط الفقر ولا يستطيعون، رغم ذلك، تكوين مدخرات احتياطية لتمويل استهلاكهم في شيخوختهم، يواجهون هم أيضاً خطر الفقر مع تقدمهم في السن.

وفي كثير من الأحيان قد يعتمد المسنون على دعم الأسرة والمجتمع من أجل العيش أو استكمال احتياجاتهم من الدخل. وفي هذا الصدد ترتفع مخاطر العوز التي يواجهها كبار السن (وخاصة من النساء) إذا كان المرء أعزب أو أرملًا أو ليس له أولاد. والاعتماد على الشبكات الأسرية قد لا يوفر الحماية الكافية للمسنين من الفقر نظراً لأن هذه الشبكات نفسها قد تعاني من ضيق ذات اليد. وبالطبع فإن تحديات توفير القدر الكافي من تأمين الدخل في سن الشيخوخة تزيد كثيراً في الأحوال التي يتفشى فيها الفقر.

تحسين تأمين الدخل باتباع نهج عريضة ومتعددة المستويات

تمثل صناديق المعاشات التي يديرها القطاع الخاص أو العام أدوات السياسة الرئيسية المستعملة لمعالجة الفقر والضعف في سن الشيخوخة. ويفترض، من الناحية المثالية، أن تكفل هذه النظم تأمين الدخل أثناء الشيخوخة للجميع وأن تقدم مزايا تتيح للمتلقي مستوى للمعيشة فوق الحد الأدنى المقبول اجتماعياً.

ومع ذلك، فإن تغطية المعاشات التقاعدية محدودة في معظم البلدان النامية. وفي البلدان المتقدمة، أتاحت أسواق العمل المنظمة تنظيمًا جيداً الفرصة لكي تغطي المعاشات التقاعدية القائمة على المساهمات المدفوعة أثناء الخدمة كل السكان تقريباً. ومن لا يحق لهم الحصول على المعاشات التقاعدية القائمة على المساهمة يحصلون عادة على الدعم من خلال نظم لدعم الشيخوخة لا تقوم على المساهمة.

ومع ذلك، فإن استدامة نظم المعاشات التقاعدية الحالية أصبحت الآن موضع شك في البلدان النامية والمتقدمة على السواء. فتزايد سنوات العمر والتصميم الخاطئ للبرامج وسوء الإدارة وعدم كفاية النمو الاقتصادي وانخفاض معدلات توليد العمالة كلها أمور تقوض الجدوى المالية لهذه النظم في بعض السياقات. وتؤدي زيادة معدلات إعالة المسنين إلى زيادة الضغوط على نظم الدعم الرسمية وغير الرسمية ما لم يتمكن الاقتصاد من تسريع وتيرة النمو وتحقيق الاستدامة (وتوليد فرص العمل الكريم).

أما مسائل الانضمام إلى نظم المعاشات والقدرة على دفع الاشتراكات والاستدامة، فهي مسائل جوهرية في تصميم وإصلاح نظام المعاشات التقاعدية للشيخوخة. ويرتبط تصميم نظم تأمين الدخل في سن الشيخوخة، أولاً وأخيراً، بحالة كل بلد على حدة، وينبغي أن تراعي الاختيارات والأفضليات السائدة في المجتمع. ويبدو أن من المستصوب، استناداً إلى الممارسة السائدة في كثير من البلدان، اتباع نهج متعدد المستويات في صياغة نظم المعاشات التقاعدية، من أجل التوصل إلى نظم لتأمين الدخل في سن الشيخوخة يمكن تحمل تكلفتها وتتوافر لها أسباب البقاء مالياً وتتسم بالإنصاف.

كفالة حصول الجميع على معاشات تقاعدية في سن الشيخوخة

ينبغي أن يكون المبدأ الرئيسي هو أن تهدف جميع نظم المعاشات التقاعدية، على الأقل، إلى توفير شكل من أشكال تأمين الدخل الأساسي لجميع الأشخاص في سن الشيخوخة. ويمكن تحقيق هذا الهدف عن طريق

إنشاء قاعدة أساسية توفر مزايا المعاشات التقاعدية الدنيا أو توسيع هذه القاعدة إن كانت موجودة بالفعل. ويمكن أن تكون هذه الآلية للتأمين الاجتماعي الشامل قائمة أو غير قائمة على المساهمات، حسب سياق كل حالة. ففي البلدان التي تسود فيها أشكال الاستخدام الرسمية قد تكفي قاعدة أساسية واحدة لتوفير تأمين الدخل في سن الشيخوخة، ويمكن أن يستند تمويلها إلى مساهمات ترتبط بالدخل، كما يحدث في معظم البلدان المتقدمة. وفي البلدان التي يسود فيها قطاع العمل غير الرسمي أو توجد فيها شريحتان في سوق العمل فيها، إحداهما رسمية والأخرى غير رسمية، يمكن أن تتألف نظم المعاشات الاجتماعية الأساسية من عنصرين: نظام لا يقوم في جوهره على أساس المساهمة ويتيح المزايا الدنيا بتمويل من الضرائب، مع تقديم مساهمات من جانب القادرين على المساهمة كلما أمكن؛ ونظام يستند بكامله إلى مساهمات المشتركين.

وفي معظم السياقات تبدو المعاشات التقاعدية الأساسية غير القائمة على مساهمات المشتركين أمراً ممكناً من ناحية التكلفة، حتى في البلدان ذات الدخل المنخفض. وتشير عملية عددية بسيطة باستخدام افتراضات معقولة إلى أن تكلفة القضاء على الفقر المدقع في سن الشيخوخة من خلال توفير معاش شامل أساسي يعادل دولاراً واحداً في اليوم لكل من يزيد سنهم عن ٦٠ سنة ستكون أقل من ١ في المائة من الناتج المحلي الإجمالي السنوي في ٦٦ بلداً نامياً من بين مائة بلد نام (انظر الشكل صفر - ٥). وحسب الإسقاطات فإن تكاليف تشغيل نظام معاشات أساسية في هذه البلدان، رغم تحول السكان إلى الشيخوخة بسرعة، ستكون بسيطة نسبياً حتى عام ٢٠٥٠.

ومع ذلك، فإن القدرة على تحمل تكاليف نظم المعاشات التقاعدية هذه تتوقف بالقدر نفسه على الأولوية التي توليها الدولة لكفالة تأمين حد أدنى من الدخل في سن الشيخوخة وعلى سرعة النمو الاقتصادي. وبالإضافة إلى ذلك، وخاصة في البلدان ذات الدخل المنخفض، قد توجد مطالب متنافسة على موارد الحكومة الصحيحة: ففي باكستان وغواتيمالا والكاميرون ونيبال والهند، على سبيل المثال، تمثل تكلفة نظم المعاشات الأساسية على النحو المذكور أعلاه ما يصل إلى ١٠ في المائة من مجموع إيرادات الضرائب. وفي بنغلاديش وبوروندي وكوت ديفوار وميانمار تعادل هذه التكلفة ميزانية الصحة العمومية. ولذلك فقد يتعين تحديد طريقة تمويل نظم المعاشات الأساسية بالتنسيق الوثيق مع عملية توزيع الموارد (بما في ذلك استعمال المساعدة الإنمائية) على البرامج الاجتماعية الأخرى.

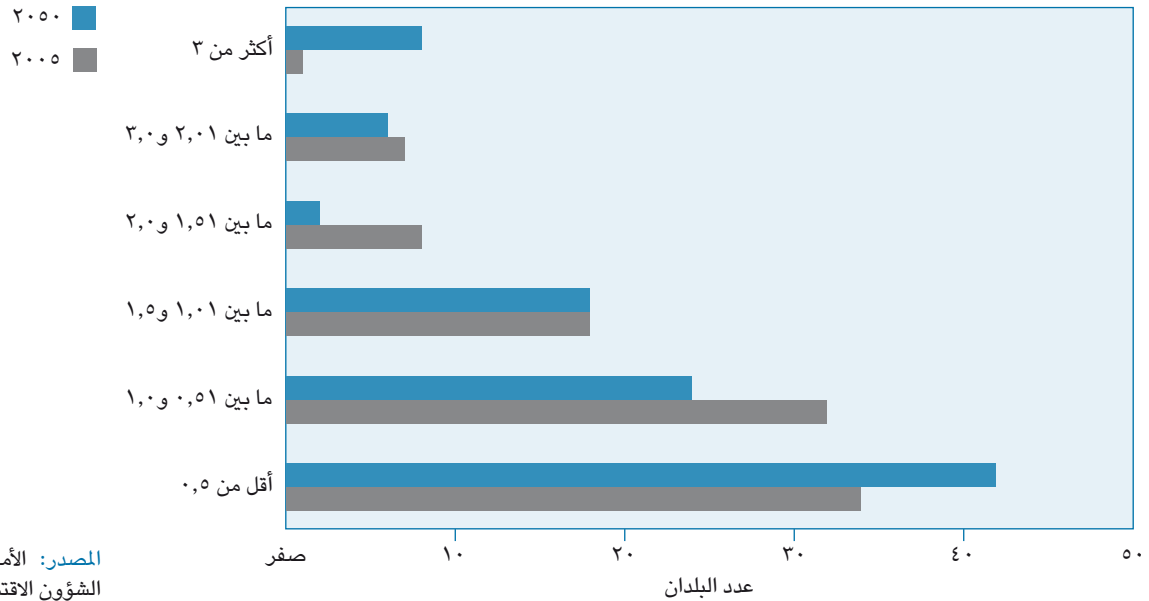
استدامة نظم المعاشات التقاعدية

يركز معظم النقاش الجاري حول نظم المعاشات التقاعدية على استدامة تمويل النظم البديلة، ولا سيما فيما يتعلق بنوعي آليات التمويل وهما: نظام "دفع الاستحقاقات أولاً بأول"، حيث تصرف الاشتراكات التي يدفعها الجيل الحالي من العمال كاستحقاقات للمتقاعدين، والنوع الآخر هو عبارة عن نظام ممول بالكامل تمول في إطاره الاستحقاقات بواسطة أصل ومردود اشتراكات سبق استثمارها. ولا تزال مسألة استدامة تمويل نظم دفع الاستحقاقات أولاً بأول مثار تشكيك في كثير من الأحيان خلال النقاش الدائر حول إصلاح نظم المعاشات التقاعدية، نظراً لأن ارتفاع معدلات إعالة المسنين يعني تضائل عدد العاملين الذين يؤدون الاشتراكات قياساً بعدد المستفيدين.

وقد انتهجت الإصلاحات المطبقة على نظم المعاشات التقاعدية القائمة على الاشتراكات منهجين على النحو التالي: تعزيز النظم القائمة عن طريق تغيير البارامترات الأساسية (الإصلاحات البارامترية) وتعديل تصميم النظام بشكل جذري (الإصلاحات الهيكلية).

الشكل صفر - ٥

محاكاة تكاليف المعاشات التقاعدية الاجتماعية الشاملة، في البلدان النامية، الرامية إلى حماية كبار السن من الفقر المدقع، لعامي ٢٠٠٥ و ٢٠٥٠ (النسبة المئوية من الناتج المحلي الإجمالي)



المصدر: الأمم المتحدة/إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية.

ونُفذت الإصلاحات البارامترية في جميع نُظُم دفع الاستحقاقات أولاً بأول تقريباً، وهي أكثر انتشاراً من الإصلاحات الهيكلية. واعتمدت البلدان جملة تدابير على صعيدي الإيرادات والمدفوعات كليهما ضماناً لتوافر تلك النُظُم واستدامتها. وعلى وجه الخصوص، يتواصل بشكل متزايد اعتماد تدابير ترمي إلى رفع سن التقاعد الفعلي. ففي الولايات المتحدة، يُتوخى أن يرتفع سن التقاعد الفعلي إلى ٦٧ سنة بحلول عام ٢٠٢٧، ومن المرتقب أن يرتفع في فرنسا عدد سنوات الاشتراك بها يوازي الزيادة في العمر المتوقع بدءاً من عام ٢٠٠٩. وعلاوة على ذلك، تعكف البلدان حالياً على النظر في إلغاء الحوافز الضريبية على التقاعد المبكر المدرجة في نُظُم المعاشات التقاعدية. وترمي هذه التدابير إلى التصدي للمشكلة المتمثلة في زيادة سنوات التقاعد الناجمة عن طول العمر مع قصر مدة الحياة العملية. ويمكن أن يسهم تأخير التقاعد والبقاء في الحياة العملية لمدة أطول، إسهاماً كبيراً في الحفاظ على استمرارية نُظُم دفع الاستحقاقات أولاً بأول في أغلبية البلدان.

بيد أن هناك بلداناً أخرى ركزت على إجراء إصلاح هيكلي على نُظُم معاشاتها التقاعدية. فقد طبقت عدة بلدان في الثمانينات والتسعينات إصلاحات هيكلية على نُظُمها التي تمنح معاشاً تقاعدياً أساسياً، وانتقلت من نظام دفع الاستحقاقات أولاً بأول على أساس استحقاقات محددة إلى نظام ممول بالكامل ومحدد الاشتراكات. ذلك ما فعلته جزئياً المملكة المتحدة لبريطانيا العظمى وآيرلندا الشمالية، على سبيل المثال، في عام ١٩٨٠، بينما اتبعت شيلي نهجاً أبعد غوراً عندما تخلت عن نظام دفع الاستحقاقات أولاً بأول الذي يديره القطاع العام والذي يمنح استحقاقات محددة، معتمدة بدلاً منه نظاماً إلزامياً ممولاً بالكامل ويديره القطاع الخاص، وحذت حذوها عدة بلدان في أمريكا اللاتينية. ويتوقف سداد الاستحقاقات في سن الشيخوخة، في إطار النظام الممول بالكامل ذي الاستحقاقات المحددة، على قيمة المبلغ المستثمر

والمردود الذي يحققه. وبسبب رسملة اشتراكات المعاشات التقاعدية، كان الاعتقاد السائد هو أن ذلك النظام سيحفز على الادخار على الصعيد الوطني ومن ثم على تحقيق نمو اقتصادي بوجه عام. وعلى الرغم من أن النُظُم الممولة بالكامل قُدمت على أنها أقدر على البقاء وأنها قد تفضي إلى تعميق نشاط الأسواق المالية، فليس ثمة أي دليل على أن اعتمادها قد أسفر بالفعل عن مزيد من الادخار والنمو. ومع أن النُظُم الممولة بالكامل التي تقوم على الرسملة الفردية يمكن إدامتها من حيث المبدأ فإن الانتقال من نظام دفع الاستحقاقات أولاً بأول إلى نظام التمويل الكامل يترك آثاراً سلبية على المالية العامة نظراً لأن الاستحقاقات بموجب النظام القديم لا بد من دفعها على أي حال بينما تذهب الاشتراكات الجديدة إلى النظام الجديد. ومع أن الحصة الكبيرة التي تسهم بها حافظة صناديق المعاشات التقاعدية في أذونات الخزنة توفر التمويل اللازم لهذه التكاليف المالية، فإن أثرها ليس محايداً على الاقتصاد الكلي لأن ارتفاع الدين العام يمكن أن يؤثر على أسعار الفائدة، وهذا بدوره يزيد من التكلفة المالية للانتقال كما أن له أثره على الاستثمار الخاص. وعلاوة على ذلك، ففي ظل النظام الممول بالكامل والمعتمد باعتباره نظام معاش تقاعدي أحادي الدعامة، تنتقل المخاطر الاقتصادية بأكملها لتقع على عاتق أصحاب المعاشات التقاعدية؛ ومن ثم لا يمكن ضمان الحصول على دخل كامل عند تقدم العمر بحكم ارتهان هذا الدخل بمعدلات مردود استثمارات صندوق المعاش التقاعدي. وثمة مسألة أخرى تكتسي القدر نفسه من الأهمية، ألا وهي أن تلك النُظُم ليست محصنة ضد ما يتولد من ضغوط نتيجة تزايد نسبة الشريحة غير العاملة من السكان.

والواقع أن العديد من الإصلاحات لا تأخذ في الاعتبار أن آليات التمويل، على اختلاف أنواعها، تواجه كلها مشكلة الاستدامة نفسها. ويشكل أي "أصل" متصل بالمعاش التقاعدي يحوزه السكان العاملون حالياً - سواء كان أصلاً مالياً، في حالة النُظُم الممولة بالكامل، أو تعهداً من القطاع العام من خلال نظام دفع الاستحقاقات أولاً بأول - مطالبة على حساب نواتج مستقبلية. لذا، ففي إطار النظامين بنوعيهما، يتعين إعادة توزيع الدخل بين الأفراد المتقاعدين والعاملين. وإزاء ارتفاع معدلات إعالة المسنين، فإن ذلك يعني أنه من أجل تقديم القدر نفسه من ضمانات الدخل في سن الشيخوخة، لا بد من فرض اشتراكات أكبر في نُظُم المعاشات التقاعدية على السكان العاملين أو من زيادة نمو الناتج.

وإجمالاً، لا تشكل الديناميات الديمغرافية مشكلة عصبية على الحل بالنسبة لنُظُم المعاشات التقاعدية لكبار السن. وإذا كان يتعين مواءمة نُظُم المعاشات التقاعدية مع السياقات القطرية المحددة، فمن اللازم بناء هذه النُظُم أو إصلاحها بالاستناد إلى مبادئ أوسع نطاقاً. وليست استدامة التمويل سوى أحد هذه المبادئ. ومن ضمن المبادئ التوجيهية الأخرى اللازم الأخذ بها، ثمة التضامن بين الأجيال وكفاية الاستحقاقات فيما يتعلق بتقديم ما يكفي من ضمانات الدخل للجميع. وفي واقع الأمر، أخذت عمليات إصلاح المعاشات التقاعدية تنأى في الآونة الأخيرة عن التركيز الضيق على النُظُم الممولة بالكامل بوصفها حجر الزاوية في النُظُم الوطنية لضمانات الدخل. بل إن الإصلاحات الأخيرة أقرت بضرورة اعتماد نهج متعدد الطبقات، يركز على نظام معاش تقاعدي اجتماعي بما يكفل التغطية الشاملة والتصدي بصورة مباشرة لمشاكل الفقر لدى كبار السن.

النهوض بالرعاية الصحية وخدمات الرعاية الطويلة الأمد لكبار السن

الشيخوخة والتحول الوبائي

تقترن شيخوخة السكان بالتحول الوبائي، أي الانتقال من تفشي الأمراض المعدية وارتفاع معدلات الوفيات بين الأمهات والأطفال إلى تفشي الأمراض غير المعدية، ولا سيما المزمّنة منها. وترتبط التغيرات الديمغرافية ارتباطاً وثيقاً بالتحول الوبائي. وبقدر ما ينخفض معدل الخصوبة وتنحسر الإصابة بالأمراض المعدية المسببة للوفاة، يرتفع متوسط عمر السكان. وفي الوقت نفسه، فإن أمد حياة الناجين من أمراض الطفولة لا يبرح يطول مع مرور الزمن. لذا، ففي نهاية المطاف، سيزيد عدد كبار السن الذين هم أكثر عرضة للأمراض المزمنة من الشباب. ومع ارتفاع عدد كبار السن، يُرجح أن يزيد أيضاً انتشار الأمراض غير المعدية. ومن ثم، فإن الشيخوخة تعجل بالتحول الوبائي.

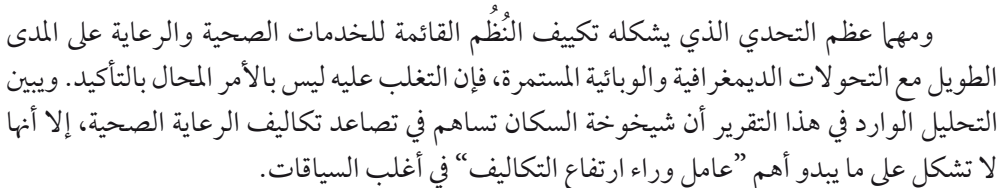
ولقد قطع التحولان كلاهما أشواطاً بعيدة في البلدان المتقدمة النمو، بل وباتت البلدان النامية بدورها مسرحاً لهذين التحولين. والزيادة في طول العمر إنما هي نتيجة لتحسن التغذية، ومرافق الصرف الصحي، والنظافة، ومعرفة الظروف الصحية، وسرعة انتشار المعارف الطبية وتطبيقها في الممارسات المتصلة بالرعاية الصحية. وفي البلدان المتقدمة النمو، ترادفت الزيادة في طول العمر مع "انحسار في معدلات الاعتلال"، أي بعبارة أخرى يعيش الناس لمُدد أطول، ولكنهم لا يقضون عدداً أكبر من السنوات في صحة معتلة. أما البلدان النامية، فتشهد التحولين الديمغرافي والوبائي بوتيرة أسرع مما عليه الحال في البلدان المتقدمة النمو، على الرغم من انخفاض مستويات الدخل فيها وضيق نطاق تغطية خدمات الرعاية الاجتماعية مقارنة بالوضع في البلدان المتقدمة النمو. وذلك ما يفسر عدم ملاحظة حدوث انحسار في معدلات الاعتلال بعد في تلك البلدان. فالأرجح إذن أن سكان البلدان النامية الذين لهم متوسط عمر متوقع أقصر مقارنة بنظرائهم في البلدان المتقدمة النمو سيقضون سنوات أطول من حياتهم وهم في صحة معتلة (انظر الشكل صفر - ٦).

ليست الشيخوخة، في معظم الحالات، العامل الرئيسي وراء

ارتفاع تكاليف الرعاية الصحية

تطرح شيخوخة السكان طائفة من التحديات تُظَم الرعاية الصحية الوطنية. ويساور البلدان المتقدمة النمو شواغل إزاء ارتفاع التكاليف الصحية وضرورة الحفاظ على مستويات وجودة ملائمة من الخدمات الصحية والرعاية على المدى الطويل المقدمة إلى السكان المسنين. بيد أن التحدي أشدّ بالنسبة للعديد من البلدان النامية، لأنها قد تجد نفسها أمام عبء مزدوج من حيث الحالة الصحية وتكاليفها. فمن ناحية، ما زال يتحتم على تلك البلدان أن تجد حلاً لعدة مشاكل صحية أساسية تعاني منها شرائح عريضة من سكانها، ومنها النقص في الحصول على مياه الشرب المأمونة وخدمات الصرف الصحي، وسوء التغذية، ومحدودية سبل الوصول إلى التنقيف في مجال الصحة الإنجابية وإلى الخدمات الصحية، ونقص شمول برامج التحصين. ومن ناحية أخرى، تشكل شيخوخة السكان المتسارعة وما ينجم عنها من تصاعد في الطلب على خدمات الرعاية الصحية ضغوطاً إضافية على الموارد الصحية المتاحة.

العمر المتوقع في سن ٦٠: سنوات الصحة الجيدة والصحة المعتلة، حسب المنطقة والجنس، ٢٠٠٢



وبناءً على ما تقدم ذكره، فإن الدراسات نفسها تبين، دونما استثناء، أن نفقات الرعاية الصحية ستواصل على الأرجح ارتفاعها كحصة من الناتج المحلي الإجمالي. وقد تبين أن ثمة عوامل أخرى لها دور أهم في زيادة تكلفة الرعاية الصحية، من قبيل التغيرات الطارئة في سلوك الأفراد في التماسهم الخدمات الصحية، وأوجه القصور التي تعترض تقديم الخدمات الصحية، وإدخال التكنولوجيات الطبية الجديدة، وارتفاع أسعار الأدوية ونظم التأمين الصحي.

التحديات التي تواجه نُظُم الخدمات الصحية والرعاية الطويلة الأمد

يُرجح إلى أبعد حد أن تؤثر شيخوخة السكان في نُظُم الرعاية الصحية بطريقتين أخريين. أولاً، ستقتضي الزيادة الحاصلة في العدد الإجمالي لحالات الأمراض المزمنة والعدد المتزايد من الأشخاص المعوقين توافر مهارات جديدة لدى المهنيين والعاملين في مجال الرعاية الصحية. ويطرح هذا الأمر تحدياً هائلاً أمام البلدان النامية التي تعاني من تسارع شيخوخة سكانها. وفي الوقت الراهن، ما زال نصيب الفرد من النفقات الصحية بالنسبة لكبار السن في البلدان النامية منخفضاً نسبياً على وجه العموم (مقارنة بالبلدان المتقدمة النمو بالتأكيد)، وهو لا يختلف كثيراً، في المعتاد، عن متوسط النفقات على الفئات العمرية الأخرى في تلك المجتمعات (على النقيض من البلدان المتقدمة النمو). ويبيّن هذا الوضع إلى حد ما وجود نقص في خدمات التمرّض والرعاية التأسيسية وخدمات العلاج التي تتطلب مزيداً من العناية المركزة التي عادة ما تكون على نطاق واسع لكبار السن في البلدان المتقدمة النمو.

وثانياً، يسود القلق إزاء كيفية تقديم الرعاية الطويلة الأمد للأشخاص الذين باتت حالتهم الصحية ميؤوساً منها. ويتمثل التحدي في إيجاد حلول تصون كرامة المحتاجين إلى الرعاية واستقلاليتهم من خلال تمكينهم من البقاء في بيئة يألفونها. وتشهد بنية الأسرة التقليدية ودور المرأة - وعادة ما تكون هي المقدم الرئيسي للعناية غير الرسمية إلى كبار السن - طائفة من التغيرات، فيما يتضاءل عدد الأطفال لكل أسرة في معظم أنحاء العالم. لذا، سيواجه العديد من البلدان النامية صعوبات متزايدة في الحفاظ على الأشكال الحالية للترتيبات غير الرسمية لتقديم الرعاية الطويلة الأمد.

تكييف السياسات الصحية

من المؤكد أن شيخوخة السكان ستؤثر في نفقات الرعاية الصحية، لكن ليس ضرورياً أن تستأثر بحصص كبيرة لا تطاق من الدخل القومي في المستقبل. وقد تدعو الحاجة إلى إجراء تغييرات كبيرة في تركيبة نفقات الرعاية الصحية نظراً للأهمية المتزايدة التي تولى للخدمات الطبية وخدمات الرعاية المقدمة على المدى الطويل. غير أن على واضعي السياسات في البلدان المتقدمة النمو والبلدان النامية على السواء أن ينظروا، إضافة إلى ذلك، في إمكانية الاضطلاع بأنشطة مكثفة في مجالي الرعاية الصحية الوقائية والتثقيف، من قبيل الحُصص على عدم التدخين والإفراط في تناول الكحوليات والتشجيع على ممارسة التمارين الرياضية للحد من السمنة. فمن شأن هذه التدابير أن تقلل من مخاطر الإصابة بالأمراض المزمنة، كالسرطان وداء السكري وأمراض القلب والأوعية الدموية في المراحل المتقدمة من العمر. وتشكل إعادة التأهيل العلاجي في حالة الأمراض المزمنة أولوية أخرى ينبغي مراعاتها. ومن شأن تلك التدخلات أن تحد من تصاعد تكاليف الرعاية الصحية المتصلة بشيخوخة السكان لأنها تساعد على تأخير الإصابة بالأمراض والإعاقة.

كفاية العاملين في مجال الرعاية الصحية

يشكل توافر العاملين الطبيين المؤهلين إحدى المسائل الملحة التي تواجه البلدان النامية والمتقدمة النمو على السواء. وفي البلدان النامية، وخاصة البلدان ذات الدخل المنخفض، بات النقص في أعداد الأفراد المؤهلين العاملين في المجال الطبي بادياً للعيان فعلاً، بل إن هذا النقص سيتفاقم كلما زادت وطأة العبء المزدوج للمرض؛ وستحتاج هذه البلدان أيضاً إلى مزيد من مهنيي الصحة للتصدي للأمراض المزمنة. وتشهد

البلدان المتقدمة النمو كذلك تصاعد الطلب على العاملين المتخصصين في المستشفيات ومرافق الرعاية الطويلة الأمد بسبب تزايد عدد السكان المسنين.

وقد أفضى هذا الوضع فعلاً إلى حدوث هجرة أدمغة عارمة من البلدان النامية في صفوف الموظفين الطبيين المؤهلين. وعلى سبيل المثال، هناك العديد من الممرضين الذين تلقوا تدريبهم في منطقة البحر الكاريبي وغادروا تلك المنطقة صوب كندا والولايات المتحدة والمملكة المتحدة، ونتيجة لذلك، لوحظ وجود متوسط معدل شغور يصل إلى ٤, ٤٢ في المائة في ثمانية بلدان من بلدان منطقة البحر الكاريبي التي تتوافر عنها بيانات. وسيقتضي التصدي لاحتياجات البلدان التي تعاني من عبء صحي مزدوج رسم سياسات كفيلة بزيادة الموارد المتاحة لتدريب الموظفين الطبيين وإتاحة محفزات من شأنها اجتذاب مزيد من العاملين للاضطلاع بمهن الرعاية الصحية والرعاية الطويلة الأمد، لتلبية المتطلبات الناشئة عن شيخوخة السكان.

تزايد الحاجة إلى الرعاية الطويلة الأمد في المنزل

تعزى الاحتياجات إلى الرعاية الطويلة الأمد في البلدان المتقدمة أساساً إلى شيخوخة السكان. ويجري مزيد من التركيز حالياً على إسداء خدمات الرعاية في المنزل بوصفها حلقة في مجموعة متصلة من مختلف أنواع الرعاية ومستوياتها، على نحو ما دعت إليه خطة عمل مدريد الدولية للشيخوخة. وغدت الرعاية الصحية في المنزل محل تشجيع عن طريق منح العديد من المحفزات المالية ومختلف خدمات الرعاية الصحية والاجتماعية.

وعلى النقيض من ذلك، لا تشكل شيخوخة السكان في البلدان النامية سوى أحد العوامل المتسببة في تزايد الاحتياجات إلى العناية الطويلة الأمد. فبسبب تراجع أهمية الأسرة الموسعة في العديد من البلدان النامية، بات الاعتماد حصراً على هذا الشكل من أشكال الرعاية غير الرسمية أمراً تتعاضد صعوبته باطراد. وتختلف سرعة هذا التحول من بلد لآخر، بيد أن العديد من الحكومات ستحتاج إلى النظر في اعتماد سياسات تسهل إقامة مزيد من الترتيبات الرسمية لتقديم الرعاية الطويلة الأمد بوصفها امتداداً للرعاية القائمة التي تقدمها الأسرة أو المجتمع المحلي لكبار السن.

التحرك قُدماً

تناقش الدراسة الاستقصائية التحديات التي يشكلها تسارع شيخوخة السكان والتغيرات الطارئة على ترتيبات المعيشة فيما يتعلق بتعزيز النمو الاقتصادي، وكفالة تأمين الدخل للجميع في الأعمار المتقدمة، والنهوض بمسائل الصحة والرفاه في المراحل المتقدمة من العمر. وتشدد الدراسة الاستقصائية على ضخامة هذه التحديات، لكن من الممكن التغلب عليها باعتماد سياسات محكمة التركيز دونها إفراط في الضغط على الموارد المتاحة. ويشكل الاعتراف التام بما يمكن أن يقدمه كبار السن من مساهمات للمجتمع أحد المبادئ الأساسية التي ترفد سياسات من ذلك القبيل.

ولئن كانت خطة مدريد الدولية للشيخوخة تتيح إطاراً لإدراج المناقشات المتعلقة بشيخوخة السكان في النقاش الجاري على النطاق الدولي بشأن التنمية وتنفيذ السياسات الوطنية الرامية إلى شمول جميع الأعمار

في المجتمعات، فما زال ضرورياً أن تضاعف الحكومات والمجتمع الدولي الجهود المبذولة في سبيل إدماج قضية الشيخوخة في صلب جدول الأعمال الدولي للتنمية.

وفي البلدان التي تفتقر إلى نُظُم معاشات تقاعدية أساسية، عادة ما يتفشى الفقر في صفوف كبار السن بنسبة أعلى مما عليه الحال في الفئات العمرية الأخرى، وهو ما يقتضي أن تتضمن السياسات الرامية إلى تحسين ضمانات الدخل لدى كبار السن استراتيجيات للحد من الفقر. وينبغي أن تولي سياسات العمل مزيداً من الاهتمام لتحسين شروط العمل وفرصه لكبار السن من العاملين، لا من أجل تحسين فرص مساهمة كبار السن على نحو كامل في المجتمع فحسب، بل ومن أجل تعزيز استدامة نُظُم المعاشات التقاعدية. وسيتعين أن تتصدى السياسات الصحية بوضوح أكبر للعبء المزدوج الذي ينوء به كاهل العديد من البلدان النامية: فتلك البلدان ما زالت تواجه تحدي بلوغ الأهداف الإنمائية للألفية المتمثلة في الحد من وفيات الأمهات والأطفال، مع القيام، في الوقت نفسه، بإعادة تكييف نُظُمها الخاصة بالرعاية الصحية لتلبية احتياجات سكانها من كبار السن الذين ما فتئ عددهم يتزايد.

ويعاني العديد من البلدان من مشاكل سوء معاملة كبار السن والتمييز على أساس السن. لذا، يلزم اتخاذ إجراءات لتصحيح هذه النزعات السلبية وتعزيز تمكين كبار السن، فذلك أمر أساسي لكفالة مشاركتهم الكاملة في المجتمع على نحو ما تؤكد خطة مدريد الدولية للشيخوخة.

ويشكل إدماج قضية الشيخوخة في صلب جدول الأعمال العالمي للتنمية عنصراً حاسماً في تحقيق الأهداف المحددة في خطة مدريد الدولية للشيخوخة. ولا تقتضي تهيئة "مجتمع لكل الأعمار"، على النحو المتوخى، إقامة شراكة عالمية قوية للمضي قدماً بما أقر في جدول الأعمال من التزامات فحسب، بل إنها تستلزم أيضاً بناء شراكة وطنية أمتن تضم جميع مستويات الحكومة، والمجتمع المدني، والقطاع الخاص، ومؤسسات رعاية كبار السن في سبيل ترجمة خطة العمل إلى إجراءات عملية.



خوسيه أنطونيو أوكامبو

وكيل الأمين العام

للشؤون الاقتصادية والاجتماعية

أيار / مايو ٢٠٠٧

المحتويات

الفصل	الصفحة
الأول -	المقدمة ز ز
	ما هو العمر للشيخوخة؟ ١
	خطة عمل مدريد الدولية للشيخوخة ٢
	التنمية في عالم يشيخ ٣
	التحرك للأمم ٥
الثاني -	شيخوخة سكان العالم
	توزعات التغير في عمر السكان ٧
	الأسباب الأساسية لتغير توزيع الأعمار ٧
	المراحل التاريخية في تغير توزيع الأعمار ٩
	الفروق الإقليمية في شيخوخة السكان ١٠
	الشيخوخة بين كبار السن ١٤
	هل شيخوخة السكان أمر حتمي؟ ١٦
	التخفيضات التاريخية في معدلات الخصوبة والوفيات ١٦
	الاتجاهات المقبلة حسب سيناريوهات الإسقاطات البديلة ١٦
	التأثير المحتمل لسياسات الخصوبة ١٨
	الأثر المحتمل للهجرة ١٩
	الاتجاهات في أعمار المجموعات في سن العمل والإعالة ٢١
	نسب الإعالة: التعريف والتفسير ٢١
	الاتجاهات العالمية في الإعالة المتعلقة بالسن ٢٢
	الفوارق الإقليمية في الإعالة المتعلقة بالسن ٢٣
	الشيخوخة بين السكان في سن العمل ٢٦
	الفروق بين الجنسين في السن المتقدم ٢٦
	أعداد الرجال والنساء ٢٦
	الفجوة بين الجنسين في العمر المتوقع عند الولادة وفي كبار السن ... ٢٩
	استنتاجات ٣٠
الثالث -	كبار السن في مجتمع يتغير
	مقدمة ٣٣
	تغيير ترتيبات المعيشة واحتياجات الإسكان ٣٤

الصفحة	الفصل
٣٥	ترتيبات المعيشة واحتياجات الإسكان
٤٢	آثار الرعاية والدعم بين الأجيال
٤٣	إسهامات كبار السن الاجتماعية والثقافية والأسرية
٤٣	الجدود: إسهامهم في التلاحم بين الأجيال في الأسرة
٤٤	مشاركة كبار السن في المجتمع
٤٦	المشاركة السياسية
٤٩	تمكين أفراد المجتمع كبار السن
٤٩	مكافحة الإهمال وإساءة المعاملة والعنف الموجه إلى كبار السن
٥١	عوامل الخطر في إساءة معاملة الكبار وآليات الاستجابة
٥٣	تعزيز حقوق الإنسان لكبار السن
٥٣	تحسين صور كبار السن
٥٥	استنتاجات
	الآثار الاقتصادية للتحويل نحو الشيخوخة
	الرابع -
٥٧	مقدمة
٥٨	الشيخوخة والعرض من القوة العاملة ونمو الإنتاجية
٥٨	عدم الانتظام في نمو العرض من القوة العاملة
٦٢	التعويض عن بطء نمو القوة العاملة
٧٢	هل تتناقص الإنتاجية مع زيادة أعمار القوة العاملة؟
٧٦	تقدم السن وأنماط الاستهلاك
٧٦	أنماط الدخل والاستهلاك على مدى دورة الحياة
٧٨	هل تتغير أنماط الاستهلاك مع تقدم العمر؟
٨٠	التقدم في السن وديناميات الادخار
٨٥	الشيخوخة وهيكل الأسواق المالية واستقرارها
٨٦	المستثمرون المؤسسيون: دورهم في تحويل الأسواق المالية
٨٨	استنتاجات
	التذييل: مجموعات البلدان والمناطق حسب معدلات الخصوبة، والهجرة، ومعدلات المشاركة في القوة العاملة
٩٥	المشاركة في القوة العاملة
	تأمين الدخل لكبار السن
	الخامس -
٩٧	مقدمة
٩٨	التقدم في السن وفق الدخل
١٠٥	مصادر الدعم الاقتصادي والإعاشة للمسنين
١٠٧	نظم المعاشات التقاعدية الرسمية: ضمان تأمين الدخل أثناء الشيخوخة

الصفحة	الفصل
١١٢	استدامة نُظُم المعاشات التقاعدية والتوسع فيها
١١٥	إصلاح نُظُم المعاشات التقاعدية - ١: تحسين تصميم نُظُم المعاشات التقاعدية
١١٧	إصلاح نُظُم المعاشات التقاعدية - ٢: إدخال الحسابات الاسمية ..
١١٨	إصلاح نُظُم المعاشات التقاعدية - ٣: التحول إلى النُظُم الممولة بالكامل
١٢٢	التكافل والانضمام والقدرة على تحمل التكلفة: الاتجاه نحو التغطية الكاملة
١٢٤	استنتاجات
	النُظُم الصحية ونُظُم الرعاية طويلة الأمد لجمعيات الشيخوخة
١٢٧	مقدمة
١٢٩	التحول الوبائي وشيخوخة السكان
١٢٩	انخفاض معدل الوفيات والتحول الوبائي
١٣١	الصحة والإعاقة في كبار السن
١٣٤	التفاوتات الصحية وأثرها على الاتجاهات في المستقبل
١٣٦	هل نعدّ نُظُم الرعاية الصحية جاهزة من أجل شيخوخة السكان؟
١٣٦	الموارد والنفقات الصحية
١٣٩	الشيخوخة وضرورة إصلاح نُظُم الرعاية الصحية
١٤٥	التحدي أمام السياسات الصحية
١٤٧	تقديم الرعاية الطويلة الأمد
١٥٢	الآثار على التكاليف الصحية في المستقبل
١٥٣	إسقاطات تأثير الشيخوخة على الإنفاق الصحي
١٥٨	النهج الوبائي المطبق على أستراليا
١٦٠	إسقاطات تأثير الشيخوخة على مستقبل الإنفاق على الرعاية الطويلة الأمد
١٦١	استنتاجات
	المرفق الإحصائي
١٦٨	الأشكال
١٧١	الجداول
١٨١	ثبت المراجع

ألف -

باء -

الأطر

٦١	التحول الديمغرافي: العائد الأول والعائد الثاني للمرحلة الثالثة من العمر؟	رابعاً - ١
٨٩	صناديق المعاشات التقاعدية: تدفقات رؤوس الأموال الدولية والتحفيز للبلد الأم ...	رابعاً - ٢
٩٩	نُظُم المعاشات التقاعدية: ترتيبات متعددة.....	خامساً - ١
١٠٨	تاريخ مختصر لضمان الدخل عند الشيخوخة	خامساً - ٢
١١٠	توسيع الضمان الاجتماعي في الهند.....	خامساً - ٣
	التحول من النُظُم المدفوعة أولاً بأول إلى النُظُم الممولة بالكامل: تحول طويل ومكلف	خامساً - ٤
١٢٠	حركة "الشيخوخة في مكانها": تزايد أهمية الرعاية الصحية في البيت	سادساً - ١
١٤٨	إسقاط الإنفاق على الرعاية الصحية في المستقبل	سادساً - ٢

الأشكال

١٢	أهرام السكان بالنسبة للعالم ومجموعات البلدان، ١٩٥٠ و ٢٠٠٥ و ٢٠٥٠	ثانياً - ١
	الفترة الزمنية اللازمة لأن تزيد نسبة السكان في عمر ٦٥ عاماً أو أكثر، من ٧ إلى ١٤ في المائة ومن ١٤ إلى ٢١ في المائة في بلدان مختارة	ثانياً - ٢
١٤	حجم وتوزيع سكان العالم من عمر ٦٠ عاماً أو أكثر حسب مجموعات البلدان، ١٩٥٠ و ١٩٧٥ و ٢٠٠٥ و ٢٠٢٥ و ٢٠٥٠	ثانياً - ٣
١٥	الاتجاهات في ثلاثة أنواع من نسب الإعالة للعالم ومجموعات البلدان، ١٩٥٠ - ٢٠٥٠	ثانياً - ٤
٢٣	توزيع السكان في سن العمل حسب الفئة العمرية للعالم ومجموعات البلدان، ١٩٥٠ - ٢٠٥٠	ثانياً - ٥
٢٧	التغيرات في معدلات الطلاق في بلدان مختارة، ١٩٦٠، ١٩٨٠، ٢٠٠٣	ثالثاً - ١
٣٤	ترتيبات المعيشة لكبار السن في الأقاليم المتقدمة النمو والأقاليم النامية	ثالثاً - ٢
٣٥	نسبة كبار السن الذين يعيشون بمفردهم في نقطتين زمنيتين، حسب الجنس والمتوسطات للمناطق الرئيسية	ثالثاً - ٣
٣٦	ترتيبات المعيشة لكبار السن في أفريقيا وآسيا وأمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي	ثالثاً - ٤
٣٧	نمو القوة العاملة، ١٩٩٨ - ٢٠٠٠ و ٢٠٠٠ - ٢٠٢٠	رابعاً - ١
٦٠	معدل اشتراك الذكور والإناث في القوة العاملة على مستوى العالم حسب المناطق، ٢٠٠٥	رابعاً - ٢
٦٥	العلاقة بين معدلات المشاركة في القوة العاملة للعمال من سن ٦٥ فما فوق، ٢٠٠٥، ونصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي	رابعاً - ٣
٦٩	أثر زيادة مشاركة كبار السن في القوة العاملة على النمو السنوي للناتج المحلي الإجمالي للفرد، ٢٠٠٠ - ٢٠٥٠، بلدان مختارة	رابعاً - ٤
٧٣		

الفصل	الصفحة
رابعاً - ٥	أثر شيخوخة السكان على متوسط معدل النمو السنوي المطلوب في إنتاجية العامل، ٢٠٠٠ - ٢٠٥٠، ألمانيا، وإيطاليا، والولايات المتحدة الأمريكية، واليابان ٧٥
رابعاً - ٦	ملامح دورة الحياة الاقتصادية للبلدان النامية ٧٧
رابعاً - ٧	هيكل الإنفاق على الاستهلاك حسب فئات العمر، الولايات المتحدة الأمريكية، ٢٠٠٦، والاتحاد الأوروبي، ١٩٩٩ ٧٩
رابعاً - ٨	هيكل الاستهلاك المنزلي، في بلدان مختارة، ١٩٧٠، و ١٩٧٥، و ١٩٨٠، و ١٩٨٥، و ١٩٩٠، و ١٩٩٥ ٨٠
رابعاً - ٩	المدخرات والاستثمارات العالمية للفرد حسب المجموعات الرئيسية من البلدان والمناطق، ١٩٨٥، و ١٩٩٠، و ١٩٩٥، و ٢٠٠٢ ٨٣
رابعاً - ١٠	إجمالي مدخرات الأسر المعيشية كحصة من المدخرات الوطنية الإجمالية، اليابان والولايات المتحدة، ١٩٦٠ - ٢٠٠٥ ٨٤
خامساً - ١ (أ)	نسبة عدد الفقراء على مستوى البلد وبين كبار السن في بلدان متقدمة مختارة، نحو عام ٢٠٠٠ ١٠١
خامساً - ١ (ب)	نسبة عدد الفقراء على مستوى البلد وبين كبار السن في بلدان نامية مختارة، ١٩٩٧ - ٢٠٠٥ ١٠١
خامساً - ٢	نسبة عدد المشتركين في نُظُم المعاشات التقاعدية العامة إلى مجموع القوة العاملة حسب دخل الفرد ١٠٩
خامساً - ٣	محاكاة لتكاليف نظام للمعاشات التقاعدية الشاملة في البلدان النامية يهدف إلى حماية السكان المسنين من الفقر المدقع، ٢٠٠٥ إلى ٢٠٥٠ ١٢٣
سادساً - ١	توزيع حالات الوفاة حسب الفئة السببية الرئيسية، في أقاليم منظمة الصحة العالمية، ٢٠٠٥ ١٣٠
سادساً - ٢	العمر المتوقع الكلي والصحي عند الولادة وفي سن ٦٠ عاماً حسب الإقليم والجنس، ٢٠٠٢ ١٣٣
سادساً - ٣ (أ)	نصيب كبار السن من مجموع السكان، مقابل حصة الإنفاق الصحي من الناتج المحلي الإجمالي، في بلدان مختارة أعضاء في منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي، ٢٠٠٣ ١٤١
سادساً - ٣ (ب)	متوسط معدل النمو السنوي للسكان مقابل متوسط معدل النمو السنوي لنصيب الفرد من الإنفاق الصحي، بلدان متقدمة مختارة، ١٩٧٠ - ٢٠٠٢ ١٤١
سادساً - ٣ (ج)	التغير في نصيب مجموع السكان من كبار السن مقابل متوسط معدل النمو السنوي لنصيب الفرد من الإنفاق الصحي، بلدان متقدمة مختارة، ١٩٧٠ - ٢٠٠٢ ١٤٢
سادساً - ٤	الاتجاهات في الأعراف والتوقعات المتعلقة برعاية المسنين بين المتزوجات دون سن ٥٠ عاماً، اليابان، ١٩٥٠ - ٢٠٠٤ ١٤٧
سادساً - ٥	نطاق للأثار، بموجب ثلاثة سيناريوهات مختلفة، المترتبة على الدوافع الأساسية لتكلفة الإنفاق الوطني على الرعاية الصحية في سري لانكا في عام ٢٠٢٥ وعام ٢١٠١ ١٥٦
سادساً - ٦	أستراليا: تحليل التغير المتوقع في الإنفاق على الصحة لكل أنماط الأمراض المتوقعة بين سنة الأساس والفترة ٢٠٠٢ - ٢٠٠٣ و ٢٠١٢ - ٢٠١٣ و ٢٠٢٢ - ٢٠٢٣ ١٥٩

الجدول

٨	العمر المتوقع عند الولادة والمعدل الكلي للخصوبة في بلدان ومجموعات بلدان مختارة، ١٩٥٠ - ١٩٥٥ و ٢٠٠٠ - ٢٠٠٥ و ٢٠٤٥ - ٢٠٥٠	ثانياً - ١
١١	السكان حسب المجموعة العمرية الكبيرة للعالم ومجموعات البلدان، ١٩٥٠ و ١٩٧٥ و ٢٠٠٥ و ٢٠٢٥ و ٢٠٥٠	ثانياً - ٢
١٥	السكان في عمر ٨٠ عاماً أو أكثر في بلدان ومجموعات بلدان منتقاة، ١٩٥٠ و ٢٠٠٥	ثانياً - ٣
١٧	توزيع الأعمار المقدّر لعام ٢٠٠٥ ووفقاً لمختلف متغيرات الإسقاط لعام ٢٠٥٠، بالنسبة للعالم ومجموعات البلدان	ثانياً - ٤
١٩	الهيكل العمري للسكان المسقط للبلدان المتقدمة في عام ٢٠٥٠ حسب متغيرات الهجرة المتوسطة والصفرية	ثانياً - ٥
٢١	العدد الصافي للمهاجرين اللازمين خلال الفترة ١٩٩٥ - ٢٠٥٠ لتحقيق سيناريوهات السكان المختلفة، بلدان ومناطق منتقاة	ثانياً - ٦
٢٨	نسبة الجنس بين السكان في فئات عمرية مختارة للعالم ومجموعات البلدان، ١٩٥٠ و ٢٠٠٥ و ٢٠٥٠	ثانياً - ٧
٢٩	العمر المتوقع عند الولادة في عمر ٦٠ و ٦٥ و ٨٠ حسب الجنس بالنسبة للعالم ومجموعات البلدان، ١٩٥٠ - ٢٠٥٠	ثانياً - ٨
٤٠	أحوال الإسكان في أمريكا اللاتينية حسب الفئة العمرية	ثالثاً - ١
٤١	الحصول على خدمات الإسكان الأساسية في أمريكا اللاتينية حسب الفئة العمرية ...	ثالثاً - ٢
٥٩	التغيرات في القوة العاملة، ١٩٨٠ - ٢٠٠٠ و ٢٠٠٠ - ٢٠٢٠، حسب المناطق وحسب نوع الجنس	رابعاً - ١
٦٦	معدلات الاشتراك في القوة العاملة، ٢٠٠٥، حسب المناطق ونوع الجنس والفئة العمرية	رابعاً - ٢
٨١	معدل الادخار للأسر المعيشية ونسب إعالة كبار السن في بلدان مختارة من بلدان منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي، ١٩٨٩، و ١٩٩٥، و ٢٠٠٠، و ٢٠٠٣ و ٢٠٠٧	رابعاً - ٣
٨٦	الأصول التي يديرها المستثمرون المؤسسيون في البلدان المتقدمة، ١٩٩٠ - ٢٠٠٤ ..	رابعاً - ٤
١٠٢	نسبة عدد الأفراد الذين يتلقون معاشات تقاعدية، ونسبة الفقر، بين الأشخاص من عمر ٦٠ سنة فما فوق، على مستوى البلدان والمناطق الحضرية/ الريفية في بلدان مختارة في أمريكا اللاتينية، ٢٠٠١ - ٢٠٠٥	خامساً - ١
١٠٤	نسبة حالات الفقر بين السكان من سن ٦٥ سنة فما فوق، وبين الأفراد من سن ٦٥ سنة فما فوق الذين يعيشون بمفردهم، حسب نوع الجنس، في بلدان متقدمة مختارة، ١٩٩٦	خامساً - ٢

الصفحة	الفصل
مصادر الدخل الرئيسية في كبر السن كنسبة من مجموع الدخل في بلدان مختارة وفي مقاطعة تايوان الصينية، في سنوات مختارة ١٠٦	خامساً - ٣
عدد الأطباء والأسرة في المستشفيات حسب الأقاليم، ١٩٩٧ - ٢٠٠٤ ١٣٧	سادساً - ١
مجموع الإنفاق الكلي على الصحة حسب الأقاليم، ٢٠٠٠ - ٢٠٠٣ ١٣٨	سادساً - ٢
حصة الإنفاق العام من مجموع الإنفاق على الصحة حسب الأقاليم، ٢٠٠٠ - ٢٠٠٣ ١٣٩	سادساً - ٣
توزيع الإنفاق الكلي على الرعاية الصحية حسب الفئة العمرية، في بلدان مختارة ١٤٣	سادساً - ٤

ملاحظات تفسيرية

الرموز التالية تم استخدامها في جداول التقرير:

- .. نقطتان تشيران إلى أن البيانات ليست متاحة أو لم يتم الإبلاغ عنها بشكل منفصل.
- شرطة طويلة تشير إلى أن القيمة صفر أو يمكن تجاهلها.
- شرطة قصيرة (-) تشير إلى أن البند لا ينطبق.
- علامة ناقص (-) تشير إلى عجز أو نقص، عدا ما أشير إليه.
- , نقطة واحدة تستخدم للإشارة إلى كسور عشرية.
- / شرطة مائلة (/) بين السنوات تشير إلى سنة محصول أو سنة مالية، مثلاً ١٩٩٠/١٩٩١.
- شرطة قصيرة (-) بين السنوات مثل ١٩٩٠ - ١٩٩١ تعني كامل المدة بما فيها سنتي البداية والنهاية.

الإشارة إلى الدولار تعني دولار الولايات المتحدة ما لم يذكر غير ذلك.

الإشارة إلى "بليون" تعني ألف مليون.

الإشارة إلى "طن" تعني طناً مترياً ما لم يذكر غير ذلك.

المعدلات السنوية للنمو أو التغيير إشارة إلى المعدلات المركبة ما لم يذكر غير ذلك.

التفاصيل والنسب المئوية في الجداول لا تضاف إلى المجاميع بالضرورة بسبب التقريب.

ليس للتسميات المستخدمة في هذا المنشور، ولا في طريقة عرض مادته ما يتضمن التعبير عن أي رأي كان لأمانة الأمم المتحدة بشأن المركز القانوني لأي بلد أو إقليم أو مدينة أو منطقة أو لسلطات أي منها أو بشأن تعيين حدودها أو تحومها.

ويشير مصطلح "بلد" المستخدم في نص هذا التقرير حسب الاقتضاء إلى الأقاليم أو المناطق.

وللأغراض التحليلية وما لم يذكر غير ذلك استخدمت مجموعات البلدان التالية ومجموعاتها الفرعية:

البلدان المتقدمة (اقتصادات السوق المتقدمة):

الاتحاد الأوروبي، آيسلندا، النرويج، سويسرا، اليابان، الولايات المتحدة الأمريكية، كندا، أستراليا، نيوزيلندا

المجموعات الفرعية للبلدان المتقدمة:

أوروبا:

الاتحاد الأوروبي:

إسبانيا، إستونيا، ألمانيا، أيرلندا، إيطاليا، البرتغال، بلجيكا، بلغاريا، بولندا، الجمهورية التشيكية، الدانمرك، رومانيا، سلوفاكيا، سلوفينيا، السويد، فرنسا، فنلندا، قبرص،

لاتفيا، لكسمبرغ، ليتوانيا، مالطة، المملكة المتحدة لبريطانيا العظمى وآيرلندا الشمالية،
هنغاريا، هولندا، اليونان.

الاتحاد الأوروبي - ٢٥:

الاتحاد الأوروبي باستثناء بلغاريا ورومانيا.

الاتحاد الأوروبي - ١٥:

الاتحاد الأوروبي - ١٢ زائداً الدانمرك، السويد، المملكة المتحدة لبريطانيا
العظمى وآيرلندا الشمالية.

الاتحاد الأوروبي - ١٢ (منطقة اليورو):

إسبانيا، ألمانيا، آيرلندا، إيطاليا، البرتغال، بلجيكا، فرنسا، فنلندا، لكسمبرغ،
النمسا، هولندا، اليونان.

الاتحاد الأوروبي - ١٠

الاتحاد الأوروبي - ٢٥ ناقصاً الاتحاد الأوروبي - ١٥.

بقية أوروبا:

آيسلندا، سويسرا، النرويج.

الاقتصادات التي تمر بمرحلة انتقالية:

جنوب شرق أوروبا:

ألبانيا، البوسنة والهرسك، الجبل الأسود، جمهورية مقدونيا اليوغوسلافية السابقة، رومانيا،
صربيا، كرواتيا.

كمنولث الدول المستقلة:

الاتحاد الروسي، أذربيجان، أرمينيا، أوزبكستان، أوكرانيا، بيلاروس، تركمانستان، جمهورية
مولدوفا، جورجيا، طاجيكستان، قيرغيزستان، كازاخستان.

الاقتصادات النامية:

أمريكا اللاتينية ومنطقة الكاريبي، أفريقيا، آسيا ومنطقة المحيط الهادئ (عدا اليابان، وأستراليا،
ونيوزيلندا، والبلدان أعضاء كمنولث الدول المستقلة في آسيا).

المجموعات الفرعية لأمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي:

أمريكا الجنوبية والمكسيك:

الأرجنتين، إكوادور، أوروغواي، باراغواي، البرازيل، بيرو، شيلي، غيانا، فنزويلا (جمهورية -
البوليفارية) كولومبيا، المكسيك.

أمريكا الوسطى ومنطقة البحر الكاريبي:

جميع البلدان الأخرى في أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي.

المجموعات الفرعية لأفريقيا:

شمال أفريقيا:

تونس، الجزائر، الجماهيرية العربية الليبية، مصر، المغرب.

أفريقيا جنوب الصحراء:

جميع البلدان الأفريقية الأخرى.

المجموعات الفرعية لآسيا والمحيط الهادئ:

غرب آسيا:

الأراضي الفلسطينية المحتلة، الأردن، إسرائيل، الإمارات العربية المتحدة، البحرين، تركيا، الجمهورية العربية السورية، العراق، عمان، قطر، الكويت، لبنان، المملكة العربية السعودية، اليمن.

شرق وجنوب آسيا:

جميع الاقتصادات النامية الأخرى في آسيا ومنطقة المحيط الهادئ (بما في ذلك الصين، ما لم يذكر غير ذلك). وتقسم هذه المجموعة مرة أخرى إلى:

جنوب آسيا:

إيران (جمهورية - الإسلامية)، باكستان، بنغلاديش، بوتان، سري لانكا، ملديف، نيبال، الهند.

شرق آسيا ومنطقة المحيط الهادئ:

شرق آسيا:

الصين

الاقتصادات الصناعية الحديثة:

تاوان (مقاطعة - الصينية)، جمهورية كوريا، سنغافورة، هونغ

كونغ (الإقليم الإداري الخاص للصين).

غير ذلك في شرق آسيا:

جمهورية كوريا الديمقراطية الشعبية، منغوليا.

جنوب شرق آسيا:

إندونيسيا، بروني دار السلام، تايلند، تيمور - ليشتي، جمهورية لاو الديمقراطية الشعبية، سنغافورة، الفلبين، فييت نام، كمبوديا، ماليزيا، ميانمار.

أوقيانوسيا:

بابوا غينيا الجديدة، توفالو، تونغا، جزر سليمان، جزر مارشال، ساموا، فانواتو، فيجي، كيريباس، ميكرونيزيا (ولايات - الموحدة).

أقل الاقتصادات نمواً:

إثيوبيا، إريتريا، أفغانستان، أنغولا، أوغندا، بنغلاديش، بنن، بوتان، بوركينا فاسو، بوروندي، تشاد، توغو، توفالو، تيمور - ليشتي، جزر سليمان، جزر القمر، جمهورية أفريقيا الوسطى، جمهورية تنزانيا المتحدة، جمهورية الكونغو الديمقراطية، جمهورية لاو الديمقراطية الشعبية، جيبوتي، الرأس الأخضر، رواندا، زامبيا، ساموا، سان تومي وبرينسيبي، السنغال، السودان، سيراليون، الصومال، غامبيا، غينيا، غينيا الاستوائية، غينيا - بيساو، فانواتو، كمبوديا، كيريباس، ليبيريا، ليسوتو، مالي، مدغشقر، ملاوي، ملديف، موريتانيا، موزامبيق، ميانمار، نيبال، النيجر، هايتي، اليمن.

تصنيفات البلدان والأقاليم بمنظمة الصحة العالمية:

أفريقيا:

جميع البلدان الأفريقية ما عدا تونس، الجماهيرية العربية الليبية، السودان، الصومال، مصر، المغرب.

الأمريكتان:

جميع بلدان أمريكا الوسطى والشمالية والجنوبية والكاريبي.

شرق البحر المتوسط:

الأردن، أفغانستان، الإمارات العربية المتحدة، إيران (جمهورية - الإسلامية)، باكستان، البحرين، تونس، الجماهيرية العربية الليبية، الجمهورية العربية السورية، جيبوتي، السودان، الصومال، العراق، عمان، قطر، الكويت، لبنان، مصر، المغرب، المملكة العربية السعودية، اليمن.

أوروبا:

جميع بلدان كمنولث الدول المستقلة وأوروبا (بما في ذلك تركيا)، وإسرائيل.

جنوب شرق آسيا:

إندونيسيا، بنغلاديش، بوتان، تايلند، تيمور - ليشتي، جمهورية كوريا الشعبية الديمقراطية، سري لانكا، ملديف، ميانمار، نيبال، الهند.

غرب المحيط الهادئ:

أستراليا، بابوا غينيا الجديدة، بروني دار السلام، جمهورية كوريا، جمهورية لاو الديمقراطية الشعبية، سنغافورة، الصين، الفلبين، فييت نام، كمبوديا، ماليزيا، مكاو الإقليم الإداري الخاص للصين، منغوليا، نيوزيلندا، هونغ كونغ (الإقليم الإداري الخاص للصين)، اليابان، جزر المحيط الهادئ.

الفصل الأول

المقدمة

ستصبح الشيخوخة موضوعاً طاعياً في القرن الحادي والعشرين. ولعل شيخوخة السكان أحد الإنجازات الرئيسية للمجتمعات الحديثة. فقد يسرت تحسينات هامة في التغذية ومرافق الصرف الصحي والطب والرعاية الصحية والتعليم والمعارف والرفاه الاقتصادي عموماً أن يعيش الناس أعماراً أطول. وقد هبطت معدلات الخصوبة والوفيات. وهذه العوامل ترفع أنصبة كبار السن في مجموع السكان في العالم المتقدم بل وبسرعة أعلى في كثير من البلدان النامية.

ففي عام ٢٠٠٥ كان حوالي ٢١ في المائة من السكان في البلدان المتقدمة يبلغون من العمر ٦٠ عاماً أو أكثر. ويتوقع أن ترتفع هذه النسبة إلى ٣٢ في المائة في عام ٢٠٥٠. وفي البلدان النامية لم يصل إلا ٨ في المائة من السكان إلى عمر ٦٠ عاماً أو أكثر في عام ٢٠٠٥ ولكن يتوقع أن ترتفع هذه النسبة إلى قرابة ٢٠ في المائة بحلول عام ٢٠٥٠، مما يعني أن عدد كبار السن في البلدان النامية سيتضاعف أربع مرات تقريباً بين عامي ٢٠٠٥ و ٢٠٥٠ وستكون الزيادة أكبر بكثير منها في البلدان النامية وفي الاقتصادات التي تمر بمرحلة انتقالية ويتوقع أنه بحلول عام ٢٠٥٠ سيعيش نحو ٨٠ في المائة من كبار السن (قرابة ٦ و ١ بليون شخص) في البلدان التي هي الآن بلدان نامية.

توفر شيخوخة السكان
فرصاً وتمثل تحديات أمام
مجتمعات الشيخوخة

وتثير شيخوخة السكان تحديات هامة، وخاصة فيما يتصل بالقدرة المالية لنظم المعاشات، وتوفير الصحة المناسبة والرعاية طويلة الأمد، والإدماج الكامل لكبار السن بوصفهم عناصر فاعلة في التنمية المجتمعية. وسوف توفر الشيخوخة فرصاً جديدة أيضاً ترتبط بالمشاركة الفاعلة من أجيال الكبار في الاقتصاد والمجتمع عموماً. ففي البلدان التي لا تزال فيها القوى العاملة شابة ونامية، وبصورة أولية أولئك الذين يعيشون في العالم النامي، قد تكون هناك بارقة أمل لتسارع التنمية الاقتصادية. وتحلل دراسة الحالة الاقتصادية والاجتماعية في العالم، ٢٠٠٧ هذه التحديات والفرص.

ما هو العمر للشيخوخة ؟

يعتبر سن ٦٠ عاماً نمطياً في التحليل الديمغرافي الخط الفاصل بين فيالق الكبار والشباب من السكان. ومن ناحية أخرى يرى كثير من الناس، وخاصة في البلدان المتقدمة أن سن ٦٥ هو النقطة الفاصلة إذ في هذا العمر يصبح كثير من الناس مستحقين للمعاش الكامل ومزايا الضمان الاجتماعي لكبار السن؛ ولكن هذه النقطة الفاصلة لا تنطبق في كل مكان آخر. فكبر السن حينئذ لا يمكن تحديده بالضبط لأن المفهوم لا يحمل معنى واحداً في جميع المجتمعات. ولا هو يقابل مع الزيادة المطردة في العمر المتوقع نطاقاً زمنياً محدداً.

وفي الغالب يعتبر الناس كباراً لا لمجرد أن يُظن أنهم قاربوا نهاية عمرهم المتوقع، ولكن كذلك لأنهم يتعرضون لتغيرات معينة في أدوارهم وأنشطتهم الاجتماعية. فكبار السن قد يصبحون أجداداً وقد يقل عملهم أو يتوقفون عن العمل أو يقومون بأنشطة مختلفة؛ كما أنهم يكونون أكثر عرضة للأمراض

والإعاقات عن غيرهم من الكبار. ومع ذلك فكل هذه التغيرات تتطور بمضي الوقت وينظر إليها بشكل مختلف في المجتمعات.

والعمر المتوسط للبشر، على سبيل المثال، يظل آخذاً في الزيادة. فحوالي عام ١٩٠٠ كان العمر المتوقع يتراوح بين ٤٥ و ٥٠ عاماً في البلدان الصناعية في ذلك الوقت وبدأ في الزيادة في مناطق أخرى أيضاً. وبعد ذلك بقرن واحد ظل العمر المتوقع ثابتاً عند حوالي ٦٥ عاماً بالنسبة للعالم ككل ومن المتوقع أن يزداد إلى ٧٥ عاماً بحلول عام ٢٠٥٠. وفي البلدان المتقدمة فإن متوسط العمر المتوقع هو ٧٨ عاماً وسوف يزداد إلى نحو ٨٥ عاماً بحلول عام ٢٠٥٠؛ وفي البلدان النامية يتوقع أن يزداد من ٦٣ إلى ٧٤ عاماً بين عامي ٢٠٠٥ و ٢٠٥٠. وقد لوحظ أيضاً، في البلدان المتقدمة على الأقل، أنه على الرغم من أنهم يعيشون عمراً أطول لا يبدو أنهم يقضون مزيداً من السنوات بصحة سيئة بعد عمر ٦٠ عاماً.

وإذ لاحظت بعض البلدان الصناعية طول أعمار سكانها، فقد غيرت سن التقاعد سعياً منها إلى الحد من الضغط الديمغرافي على نُظم المعاشات والضمان الاجتماعي. ففي الولايات المتحدة الأمريكية، على سبيل المثال، يصبح الشخص مستحقاً لمزايا الضمان الاجتماعي كاملة في سن ٦٥ سوف يتزايد تدريجياً إلى أن يصل إلى ٦٧ عاماً في عام ٢٠٢٧ وجعلت فرنسا عدد سنوات الاشتراك في نُظم التقاعد رهناً بالتغيرات في العمر المتوقع ولكن إلى جانب اعتبارات تأثير طول العمر على استمرار نُظم المعاشات ثمة حقيقة أن الحياة الأطول والصحية تتيح لكبار السن فرصاً "لتجديد الشباب" وزيادة إسهامهم في المجتمع.

ومع ذلك فهناك بلدان أخرى قد لا تكون وصلت إلى هذه المرحلة إلى الآن. ففي أفريقيا على سبيل المثال نجد متوسط العمر المتوقع ٤٩ عاماً وقد يكون هذا الرقم أقل من ذلك في عدة بلدان في المنطقة. ثم إن معظم البلدان النامية ليس لديها نُظم متطورة جيداً للتقاعد. ومن ثم يأتي افتراض أن الناس يمكن أن يتقاعدوا في سن معينة بمعاش معقول افتراض لا يمكن تطبيقه على نسب كبيرة من كبار السن الذين يواصلون العمل معظم حياتهم، وبالإضافة إلى هذا فإن عدد السنوات التي تُقضى بصحة معتلة بعد عمر ٦٠ عاماً يكون أعلى بكثير في البلدان النامية بالنسبة إلى البلدان المتقدمة، وهذا يحد من الإسهامات التي يمكن أن يقدمها كبار السن.

وتوحي هذه الملاحظات جميعها بضرورة وجود مفهوم "كبار السن"، مفهوم يتغير بمضي الوقت (وعلى سبيل المثال حسب العمر المتوقع) ويتفاوت في السياقات الاجتماعية. وتفهم الأحوال المحددة لكبار السن في كل بلد وإسهامهم في المجتمع أمر ضروري لتحديد الاستجابات الملائمة للشيخوخة باعتبارها اتجاهاً حتمياً.

يتغير مفهوم كبر السن مع الزيادات في العمر المتوقع

إن استجابات السياسة الملائمة يجب أن تكون لسياقات محددة

خطة عمل مدريد الدولية للشيخوخة

إن التحديات المركبة التي تثيرها شيخوخة السكان أصبحت أمراً معترفاً به بالكامل في خطة عمل مدريد الدولية للشيخوخة (الأمم المتحدة، ٢٠٠٢ أ) التي اعتمدت بتوافق الآراء في الجمعية العالمية الثانية بشأن الشيخوخة في ١٢ نيسان/أبريل ٢٠٠٢. وترمي خطة عمل مدريد "إلى ضمان أن يستطيع الأشخاص في كل مكان الوصول إلى الشيخوخة بأمان وكرامة ويواصلوا المشاركة في مجتمعاتهم بوصفهم مواطنين لهم كل الحقوق" (الفقرة ١٠). وفي الوقت نفسه تسلم الخطة بأن الإسهامات والشواغل المحددة لكبار السن يجب أن توضع في سياق الوصول إلى تحقيق أهداف جدول أعمال التنمية الدولية، بما في ذلك الأهداف الإنمائية للألفية.

توفر خطة عمل مدريد
الإطار للاستجابة
لتحديات شيخوخة
السكان

وتشكل الشيخوخة تدهوراً فسيولوجياً يعوق بالتدريج قدرة الناس على الأداء اجتماعياً، وهي عملية مستمرة تتطلب استجابات إنشائية متعددة. وتنص خطة عمل مدريد على إطار لإدراج مناقشة شيخوخة السكان في المناقشات الدولية بشأن التنمية وإعمال السياسات الوطنية المصممة للاستجابة لتحدي بناء المجتمعات لكل الأعمار. والأهداف المحددة لحماية حقوق كبار السن وتعزيز مشاركتهم الفعالة في المجتمع، وفق ما حددته خطة عمل مدريد، تستند إلى مبدأ المساواة في توزيع مزايا النمو والتنمية. والمجموعات الثلاث من الاتجاهات ذات الأولوية المحددة في خطة العمل - وهي كبار السن والتنمية؛ وتحسين الصحة والرفاه عند كبار السن؛ وضمان تمكين ودعم البيئات لكبار السن - تشمل بالتفصيل القضايا المحددة التي تهم رفاه كبار السن والإجراءات المحددة التي تلزم لتلبية احتياجاتهم الإنشائية، واحتياجاتهم الصحية وحاجتهم إلى التمتع بالمشاركة الكاملة في المجتمع.

التنمية في عالم يشيخ

تحلل دراسة الحالة الاقتصادية والاجتماعية في العالم، ٢٠٠٧ التحديات والفرص المتصلة بشيخوخة السكان ويهدف إلى تيسير المناقشات لتعزيز خطة عمل مدريد. ويبحث الفصل الثاني في الاتجاهات والعوامل الرئيسية المتصلة بالتحول الديمغرافي في مناطق العالم الرئيسية ويدرس إطالة العمر المتوقع وتقليل معدلات الخصوبة باعتبار ذلك من العوامل الأساسية التي تدفع قدماً بالعملية السريعة لشيخوخة السكان التي تكشف في القرن العشرين والتي تستمر في القرن الحالي. وفي معظم البلدان النامية تتم هذه العملية بسرعة متزايدة.

شيخوخة السكان
أمر حتمي

وينظر إلى شيخوخة السكان على أنها عملية حتمية بقدر كبير. ولا يتنظر أن تعدل تدخلات السياسة الرامية إلى التشجيع على الإنجاب في البلدان المنخفضة الخصوبة، عملية شيخوخة السكان بأي درجة تذكر. فالزيادات في عدد المهاجرين الدوليين قد تغير الاتجاه نحو الزيادة في أعداد كبار السن بالنسبة إلى السكان القادرين على العمل في البلدان المتقدمة. ومع ذلك فكما يتبين من الفصل فإن المستويات الكبيرة جداً - والتي يتعذر تحقيقها من الهجرة - قد تمنع ارتفاع معدلات إعالة كبار السن. وقد تكون التغيرات في الهيكل السكاني حينئذ أمراً لا مفر منه ولكنها مفهومة أيضاً تماماً ولذا يمكن توقعها.

التحولات في هيكل
الأسرة تفرض تحديات
جديدة فيما يتعلق بضم
رفاه كبار السن

يناقش الفصل الثالث كيف أنه مع شيخوخة السكان وعصرنة المجتمعات (بما في ذلك التحضر)، تتغير البيئة الاجتماعية التي يكبر فيها السكان هي الأخرى. فأحجام الأسر تتناقص وتوقعات الدعم والرعاية المشتركين بين الأجيال متغيرة. ولأن كبار السن تتزايد معيشتهم منفردين فإن هذا يزيد الضغوط على النظم الرسمية للرعاية طويلة الأمد ودعم الدخل لكبار السن، وأصبحت الآليات غير الرسمية (التي تعتمد بقدر كبير على دعم الأسرة) تحت ضغط أيضاً. وفضلاً عن هذا فإن الكثير من حالات الوصم السلبية لكبار السن تصفهم مثلاً بأنهم يفرضون أعباءً تتصل بالتكاليف على الصحة ونظم المعاشات وبأنهم "غير منتجين بالضرورة". وهذه العوامل تزيد من مخاطر إهمال الكبار وإساءة معاملتهم. ويحلل الفصل هذه التحديات في سياقات مختلفة ويقترح سبلاً للتعامل معهم ولتمكين كبار السن من زيادة مشاركتهم في المجتمع.

زيادة إنتاجية العمل
مطلوبة لتعويض تأثير
الشيخوخة على النمو
الاقتصادي

وكما جاء في التحليل في الفصل الرابع فإن شيخوخة السكان تصبح عائقاً للنمو الاقتصادي ما لم يمكن وقف الهبوط المتوقع في القوى العاملة أو زيادة إنتاجية العمل. وكما ذكر فإن الهجرة الدولية لا تعتبر علاجاً رئيسياً، إذ يعتقد أنه لا يوجد بلد يسمح بالأعداد الهائلة من المهاجرين اللازمين لوقف ارتفاع نسب إعالة كبار السن في البلدان المنخفضة الخصوبة. ففي تلك البلدان قد تكون للتدابير التي تقدم

الحوافز لزيادة مشاركة الإناث في العمل مع العمال كبار السن إمكانات أكبر. وهذا بدوره يثير الأسئلة عن كيفية تحسين أحوال سوق العمل بحيث توفر فرصاً أكبر للنساء والعمال المسنين، وفي هذا الصدد كيفية مكافحة التمييز على أساس الجنس أو السن في مستوى ممارسات التوظيف وتكييف برامج التدريب لتناسب احتياجات كبار السن. والواقع أن زيادة نمو إنتاجية العمل يمكن أن تلزم أكثر من غيرها إذا أريد لمستويات الرعاية القائمة أن تستدام ولآثار النمو السلبي الناشئ عن تقلص قوى العمل أن تتجنب.

وفي البلدان التي لا يزال بها قوى عاملة متنامية وشابة نسبياً، قد تكون هناك بارقة أمل لتعزيز النمو. ومع ذلك فكما جاء تحليله في دراسة الحالة الاقتصادية والاجتماعية في العالم، ٢٠٠٦ (الأمم المتحدة، ٢٠٠٦ أ) قد لا يكون من السهل جني ثمار العائد الديمغرافي، وخاصة إذا كانت هناك عقبات هيكلية أمام النمو الاقتصادي في البلدان النامية.

كذلك يمكن أن تؤثر شيخوخة السكان في النمو الاقتصادي من خلال التغييرات في أنماط الاستهلاك والادخار. ويتوقع في الغالب أن تكون في الاقتصادات التي بها مستويات عالية من إعالة الأطفال أو كبار السن معدلات ادخار وطنية منخفضة نسبياً، بينما الاقتصادات التي بها حصص كبيرة من السكان في سن العمل يكون بها معدل ادخارات مرتفع. وقد يقلل هذا حينئذ من توافر التمويل الاستثماري العالمي إذ أن البلدان التي بها شيخوخة السكان أكثر تقدماً تولد جل مدخرات العالم. ومع هذا فكما جاء في الفصل الرابع يصعب جداً التنبؤ بتلك التطورات، لأن هناك عوامل كثيرة غير ديمغرافية لها تأثير أهم على سلوك الاستهلاك والادخار.

قد يتأثر سلوك الاستهلاك والادخار بالشيخوخة

ويمكن القول بكثير من اليقين أن شيخوخة السكان تجهد نُظم تأمين دخل كبار السن. وكما جاء في الفصل الخامس فإن تخفيض المشاركة في العمل وتدهور الأحوال الصحية يزيدان من التعرض للفقر عند كبر السن. وهذا ينطبق بوجه خاص على البلدان النامية التي لا يؤمن فيها معظم كبار السن ضد المخاطر الصحية أو هم لا يصلون إلى النُظم الرسمية لحماية دخل كبار السن. ومن شأن وجود آلية تأمين اجتماعي شامل توفر الحد الأدنى من مزايا المعاش التقاعدي أن يتغلب على مخاطر الفقر عند كبر السن. وقد يبدو هذا الاقتراح وكأنه هدف طموح بالنسبة لكثير من البلدان النامية التي تكون التغطية بالضمان الاجتماعي فيها قليلة للغاية من حيث المبدأ. والتحليل الوارد في الفصل يوحي مع هذا بأن نُظم المعاش الاجتماعي الأساسي يمكن تحملها تماماً، حتى في معظم البلدان ذات الدخل المنخفض وكذلك بعد مراعاة شيخوخة سكان أخرى في نصف القرن المقبل.

يمكن أن يكون وجود برنامج للمعاشات التقاعدية الاجتماعية لكبار السن أمراً محتملاً حتى في البلدان المنخفضة الدخل

ولا بد أن يتضمن أي نظام لضمان دخل كبار السن طبقات متعددة، تتوقف أهمية كل منها على احتياجات شرائح المجتمع المختلفة. وجاءت الإصلاحات الأخيرة لُنُظم المعاشات في البلدان المتقدمة والبلدان النامية على السواء لترمي أساساً إلى جعل تلك النُظم أو الحفاظ عليها مستدامة مالياً. وفي عدة حالات لم يفد ذلك التركيز في تحقيق أهداف هامة أخرى لتعزيز التغطية وضمان الحد الأدنى من حماية الدخل للجميع عند كبر السن.

وسوف تزيد شيخوخة السكان الطلب على الرعاية الصحية والرعاية طويلة الأمد. ويحتاج تغير أنماط المرض إلى تكييف نُظم الرعاية الصحية. وحسب التحليل الوارد في الفصل السادس فإن امتداد العمر المتوقع حول العالم أصبح مصحوباً بتحول وبائي يشمل نقله من هيمنة الأمراض المعدية وارتفاع معدلات وفيات الأمومة والأطفال إلى هيمنة الأمراض غير السارية، وخاصة الأمراض المزمنة. وهذا يشكل تحديات أمام نُظم الرعاية الصحية. فبالنسبة للبلدان المتقدمة فإن الشواغل الأساسية هي المتعلقة

شيخوخة السكان سوف تزيد الطلب على الرعاية الصحية والرعاية طويلة الأمد

بالحفاظ على مستوى ملائم من الرعاية للسكان المسنين وجودة هذه الرعاية أمام خلفية الارتفاع الشامل في تكاليف الرعاية الصحية. والتحدي الذي يواجه البلدان النامية أكبر بكثير لأن الكثير منها يواجه بالفعل عبئاً مزدوجاً للتكاليف الصحية: فقد يكون هناك انتشار مرتفع للأمراض السارية لا يزال قائماً بين قطاعات هامة من السكان، بينما سرعة شيخوخة السكان تضع بالفعل ضغطاً متزايداً على موارد الرعاية الصحية النزرة.

الشيخوخة ليست الدافع الأساسي للارتفاع المرتقب في التكاليف الصحية، مع كل ما ذكر

وينبغي توقع ارتفاع تكاليف الصحة في البلدان المتقدمة والبلدان النامية على السواء غير أن هذا الفصل يتساءل عما إذا كانت شيخوخة السكان هي الدافع الأساسي لزيادة التكاليف الصحية. ففي معظم البلدان، بغض النظر عن تقدمها في التحول الديمغرافي، تكون التكاليف الصحية كجزء من الناتج مرتفعة بمضي الوقت. وهناك عوامل أخرى، ومنها مثلاً أسعار الأدوية وارتفاع تكاليف موظفي الرعاية الصحية الذين يحملون مؤهلات عالية، وطرائق العلاج الحديثة، وبصفة عامة الضغط العام على تحسين جودة الرعاية الصحية، كلها أمور قد تكون أهم من غيرها. فإذا أمكن احتواء تلك العوامل الدافعة للتكلفة يمكن أن تصبح مواكبة زيادة الطلب على الخدمات الصحية بسبب كبر السن أمراً محتملاً في البلدان التي يتوقع زيادة مستويات الدخل بها بمضي الوقت.

ويثير توفير الرعاية طويلة الأمد مجموعة مختلفة من القضايا. فقد تقدم هذه الرعاية في إطار نظام صحي شامل يمول من زيادة الضرائب. وفي بلدان أخرى يكون الاعتماد أكبر على الأسرة وعلى الأفراد الذين يقدمون هذه الرعاية من واقع مداخلهم. ومع هذا نجد التغيرات السريعة في الأعراف الاجتماعية والهجرة الداخلية وزيادة مشاركة الأنثى في العمل وانحياز النظام التقليدي للأسرة الموسعة أموراً تجعل تقديم هذه الرعاية صعباً بوجه خاص على كثير من البلدان. ويثير هذا مسألة وضع سياسات تيسر ترتيبات للرعاية طويلة الأمد توفر بيئة "شبيهة بالبيت" لكبار السن امتداداً للدعم الأسري والمجتمعي القائم.

التحرك للأمام

الشراكات القوية على الصعيدين الوطني والدولي مطلوبة لتنفيذ خطة عمل مدريد

توفر خطة عمل مدريد الدولية للشيخوخة إطاراً للتصدي لجميع هذه التحديات والفرص أمام المسنين. غير أن تحقيق الأهداف الإنمائية الشاملة المحددة في خطة عمل مدريد سيتطلب شراكات أقوى. فمن الضروري أن تضاعف الحكومات والمجتمع الدولي الجهود لإدماج الشيخوخة في جدول الأعمال الإنمائي الدولي. ويلزم وجود شراكة دولية أقوى لتعزيز الالتزامات المؤيدة من جدول أعمال التنمية العالمية فيما يتعلق بمتابعة أهداف النمو الاقتصادي والقضاء على الفقر، والتنمية المستدامة. وعلى المستوى الوطني يتطلب تطوير المجتمعات لجميع الأعمار شراكة وطنية أقوى بين جميع مستويات الحكومة والمجتمع المدني والقطاع الخاص ومنظمات كبار السن التي ترمي إلى ترجمة خطة عمل مدريد إلى إجراءات عملية.

الفصل الثاني

شيخوخة سكان العالم

توزعات التغير في عمر السكان

توزعات السكان العمرية
ظلت تنتقل إلى كبار السن
في جميع أنحاء العالم

يمر التوزيع العمري لسكان العالم بتحول عميق غير مسبق. فمع انخفاض معدلات الوفيات والخصوبة ووصول كثير من أنحاء العالم إلى مستويات لم تحدث من قبل في تاريخ البشرية، ينتقل التوزيع العمري تدريجياً إلى الأعمار الكبيرة في عملية تسمى "شيخوخة السكان". فالتحول نحو تقدم الأعمار ينعكس في ارتفاع الأعمار الوسيطة للسكان، وتزايد نسب كبار السن وانخفاض نسب الأطفال. وتشهد جميع مناطق العالم هذا التغير والأكثر تقدماً منها في العملية يواجه بالفعل تحدي تلبية احتياجات تزايد السكان من كبار السن.

ويمكن لجمعيات الشيخوخة أن تستفيد من انخفاض نسب الأطفال والشباب بين السكان مما يعني أن الوزن النسبي للشباب في الأعمار غير المنتجة يتناقص. ومع هذا فلما كان التوزيع حسب الأعمار يتحرك صعوداً فإن على الجمعيات أن تعيد توجيه نفسها لضمان أن تتاح للأشخاص من كل الأعمار، بما في ذلك الأعداد المتزايدة من كبار السن، الوسائل أو الدعم اللازم للحفاظ على مستوى معيشة كريم. ويصف هذا الفصل الأسس الديمغرافية لشيخوخة السكان ويهيئ المسرح لمناقشة لأثارها الاجتماعية الاقتصادية^١.

الأسباب الأساسية لتغير توزيع الأعمار

إن الزيادة التاريخية في العمر المتوقع هي أحد الإنجازات الرئيسية للبشرية. ففي تاريخ البشرية القديم كان متوسط طول العمر يتراوح ربما بين ٢٠ و ٣٥ عاماً بما يعكس الخسارة الكبيرة في الأرواح عبر سير الحياة وخاصة بين الرضع والأطفال. وبحلول عام ١٩٠٠ كان العمر المتوقع يتراوح بين ٤٥ و ٥٠ عاماً في البلدان الصناعية في ذلك الوقت وبدأ في الزيادة في مناطق أخرى أيضاً. وبعد ذلك بقرن ثبت العمر المتوقع عند نحو ٦٥ عاماً بالنسبة للعالم ككل وتجاوز ٨٠ عاماً في عدد قليل من البلدان المتقدمة. ومن ثم فمعظم الزيادة التاريخية في الأعمار المتوقعة للبشر حدثت خلال القرن العشرين.

وتشكل الزيادة في الأعمار المتوقعة والانخفاضات الرئيسية في مخاطر الموت التي يعكسها أحد المكونات الأساسية "للتحول الديمغرافي". والعنصر الرئيسي الثاني في هذه العملية المتعلقة بالتغير

اتسم القرن العشرون
بتخفيضات درامية في
الخصوبة ومستويات الوفاة
في جميع بلدان العالم تقريباً

^١ يستند التحليل المعروض هنا إلى تنقيح عام ٢٠٠٤ لتقديرات الأمم المتحدة الرسمية لاتجاهات سكان العالم وآفاقها (الأمم المتحدة، ٢٠٠٥). ولئن كان قد صدر مؤخراً مجموعة من تقديرات وإسقاطات السكان (تنقيح عام ٢٠٠٦). فإن الأعداد المنقحة لم يمكن استخدامها في إعداد هذا التقرير بسبب المواعيد المحددة للنشر. وكما جاء في التقدير السابق فإن تنقيح عام ٢٠٠٦ يؤكد أن سكان العالم في طريقهم إلى تجاوز الرقم ٩ بلايين شخص بحلول عام ٢٠٥٠ وأنه يتوقع شيخوخة سكان كبيرة لكل مناطق العالم الرئيسية. وما كان لأي من الاتجاهات أو الحجاج المعروضة في هذا التقرير أن يتغير بشكل كبير لو أن التحليل قد استند إلى مجموعة الأرقام المنقحة.

الديمغرافي هو الانخفاض التاريخي في معدلات الولادة أو في الخصوبة الكلية أي متوسط عدد الأطفال الذين يولدون للمرأة الواحدة. فمن المستويات التاريخية وهي نحو ٦ إلى ٨ أطفال لكل امرأة انخفضت الخصوبة درامياً خلال القرن التاسع عشر والقرن العشرين لتصل إلى ما يقدر بنحو ٦, ٢ طفلاً لكل امرأة على المستوى العالمي في الفترة ٢٠٠٠ - ٢٠٠٥. فبحلول ذلك الوقت كانت الخصوبة الكلية قد انخفضت إلى أقل من طفلين لكل امرأة في عدة مناطق من العالم، بما في ذلك الكثير من البلدان النامية. ولئن كانت هذه التغيرات أقل درامية في بعض المناطق فإن مستويات الخصوبة في جميع المناطق في العالم أصبحت الآن أدنى مما كانت عليه قبل نصف قرن.

ويقدم الجدول ثانياً - ١ ملخصاً وافياً للاتجاهات التاريخية في تدبيرين مختصرين للوفيات والخصوبة (العمر المتوقع عند الولادة والخصوبة الكلية)، بما في ذلك المستويات المقدرة لعام ٢٠٠٥ والإسقاطات حتى عام ٢٠٥٠. وقد ارتفع العمر المتوقع في العالم ككل من ٤٧ سنة في الفترة ١٩٥٠ - ١٩٥٥ إلى ٦٥ عاماً في الفترة ٢٠٠٠ - ٢٠٠٥ ويتوقع أن يستمر الارتفاع ليصل إلى ٧٥ عاماً في الفترة ٢٠٤٥ - ٢٠٥٠. وخلال هذه الفترات نفسها انخفض معدل الخصوبة الكلي من ٥, ٠ إلى ٢, ٦ طفلاً لكل امرأة ويتوقع أن يستمر في الانخفاض ليصل إلى ٢, ٠ طفلاً لكل امرأة في الفترة ٢٠٤٥ - ٢٠٥٠.

ومن العواقب الرئيسية لهذا التحول من الخصوبة العالية والوفيات العالية إلى الخصوبة المتدنية والوفيات المتدنية، النمو الهائل في سكان العالم خلال القرون القليلة الماضية، إذ بالنسبة إلى معظم البلدان

الجدول ثانياً - ١

العمر المتوقع عند الولادة والمعدل الكلي للخصوبة في بلدان ومجموعات بلدان مختارة،

١٩٥٥ - ١٩٥٠ و ٢٠٠٠ - ٢٠٠٥ و ٢٠٤٥ - ٢٠٥٠

	العمر المتوقع (بالسنوات)			معدل الخصوبة الكلي (أطفال لكل امرأة) ^أ		
	١٩٥٥ - ١٩٥٠	٢٠٠٠ - ٢٠٠٥	٢٠٤٥ - ٢٠٥٠	١٩٥٥ - ١٩٥٠	٢٠٠٠ - ٢٠٠٥	٢٠٤٥ - ٢٠٥٠
العالم	٤٧	٦٥	٧٥	٥,٠	٢,٦	٢,٠
البلدان المتقدمة	٦٧	٧٨	٨٤	٢,٨	١,٦	١,٨
أوروبا	٦٦	٧٨	٨٣	٢,٥	١,٤	١,٨
اليابان	٦٤	٨٢	٨٨	٢,٨	١,٣	١,٩
الولايات المتحدة	٦٩	٧٧	٨٢	٣,٤	٢,٠	١,٩
كندا وأستراليا ونيوزيلندا	٦٩	٨٠	٨٥	٣,٥	١,٦	١,٩
البلدان التي تمر اقتصاداتها بمرحلة انتقالية	٦٣	٦٥	٧٤	٣,١	١,٦	١,٨
كمنولث الدول المستقلة	٦٣	٦٥	٧٤	٣,١	١,٦	١,٨
جنوب شرق أوروبا	٥٧	٧٤	٨٠	٣,٧	١,٦	١,٨
البلدان النامية	٤١	٦٣	٧٤	٦,٢	٢,٩	٢,١
أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي	٥١	٧٢	٧٩	٥,٩	٢,٥	١,٩
شرق آسيا ومنطقة المحيط الهادئ	٤١	٧٠	٧٨	٦,١	١,٩	١,٩
جنوب آسيا	٣٩	٦٣	٧٥	٦,١	٣,٢	١,٩
غرب آسيا	٤٣	٦٨	٧٨	٧,٠	٣,٥	٢,٠
أفريقيا	٣٨	٤٩	٦٥	٦,٧	٥,٠	٢,٥

المصدر: الأمم المتحدة (٢٠٠٥).^أ

ملاحظة: (١) العمر المتوقع عند الولادة هو عدد السنوات التي يعيشها طفل يولد في فترة زمنية معينة إذا كانت معدلات الوفيات لعمر محدد في تلك الفترة تبقى ثابتة طوال عمره؛ ومعدل الخصوبة الكلية هو عدد الأطفال الذين يولدون لكل امرأة، بافتراض عدم حدوث وفيات للإناث في سن الحمل ومعدلات الخصوبة المحددة بالعمر في إقليم محدد وفترة مرجعية محددة.

(٢) يبين الجدول التقديرات (حتى عام ٢٠٠٥) وإسقاطات المتغير الوسيط (بعد عام ٢٠٠٥).

^أ النساء في الفئة العمرية ١٥ - ٤٩.

سبق الانخفاض في معدل الوفيات الانخفاض في معدل المواليد بعدة عقود، مما أوجد فترة مطولة تجاوز فيها العدد السنوي للولادات العدد السنوي للوفيات بزيادة كبيرة. ومن العواقب الرئيسية الأخرى للتحوّل الديمغرافي تحول تدريجي في توزيع الأعمار بين سكان العالم من الأعمار الشابة إلى الأعمار المتقدمة.

المراحل التاريخية في تغير توزيع الأعمار

تؤدي التخفيضات المستمرة في معدلات الوفيات على المدى الطويل إلى توزيعات في أعمار كبار السن، بينما في المدى القصير تنتج زيادات في نسب الأطفال والشباب. وكما ذكر من قبل فإن التحوّل الديمغرافي يبدأ عادة بانخفاض في الوفيات ينتج عنه طول مدة البقاء، وخاصة بقاء الأطفال. ونتيجة لهذا يتسارع النمو السكاني وتزايد نسبة الأطفال في الزيادات السكانية بما يؤدي إلى إعادة أولية للشباب في هيكل أعمار السكان.

وتبدأ الخصوبة في التناقص في استجابة جزئية لهذه التغيرات المبكرة في معدل الوفيات حيث يدرك الآباء أنهم يستطيعون إنجاب عدد أقل من الأطفال ويضمنون مع ذلك بقاء العدد الذي يرغبون فيه. وهناك عوامل أخرى تسهم كذلك في تخفيض حالات الحمل بما في ذلك التغيرات في الأنشطة الإنجابية كلما أصبحت الاقتصادات صناعية بشكل أكبر، واتسعت الفرص أمام النساء خارج البيت وازداد توافر الطرائق الفعالة لتنظيم الأسرة. وتبطئ التخفيضات المستمرة في الخصوبة النمو السكاني وفي نهاية المطاف تنتج نسبة أقل من الأطفال بين السكان. ومن ثم فبينما تؤدي التخفيضات الأولية في معدلات الوفيات إلى شباب السكان (عن طريق زيادة بقيا الأطفال)، تنخفض الخصوبة التي تتبع نمطياً انطلاقات عملية شيخوخة السكان الطويلة الأمد والتخفيضات المبكرة في وفيات الأطفال والشباب تؤدي إلى شباب السكان، بينما ما يتبعها من انخفاض في معدل الخصوبة يوثق عملية شيخوخة السكان للأمد الطويل.

ومع مضي الوقت يؤدي انخفاض الخصوبة المستمر إلى تقليل النسب، لا نسب الأطفال فحسب بل ونسب الشباب وفي نهاية المطاف نسب البالغين في سن العمل. وتتعرّز هذه العملية باستمرار الزيادات في طول العمر التي يكون لها عموماً تأثير في تسريع زيادة كبار السن.

ومن ثم فمن حيث آثار التحوّل الديمغرافي على هيكل أعمار السكان يمكن للمرء أن يميز ثلاث مراحل واضحة. فخلال المرحلة الأولى يتجدد شباب توزيع الأعمار حيث تزيد نسبة الأطفال بسبب الزيادة في بقيّاهم في أعمار أصغر. وخلال المرحلة الثانية، ونتيجة للتخفيضات في الخصوبة، يبدأ الانخفاض في نسبة الأطفال مصحوباً بارتفاع في نسبة الكبار في سن العمل. وخلال المرحلة الثالثة التي يكون الوصول إليها بعد فترات مطولة من انخفاض الخصوبة وانخفاض معدل الوفيات تنخفض نسب الأطفال والبالغين في سن العمل ولا ترتفع إلا نسبة كبار السن.

ولئن كانت الزيادة في أعمار العمل خلال المرحلة الثانية من هذا التحوّل مؤقتة (تستمر نمطياً لنحو ٥٠ عاماً)، فإن الفترة الزمنية تكون طويلة بما يكفي لإحداث آثار هامة على النمو الاقتصادي وعلى كثير من الأبعاد الأخرى في المجتمعات. وهذه السمة المشتركة في التحوّل الديمغرافي أشير إليها بشكل مختلف على أنها "الفائدة الديمغرافية" و"العلاوة الديمغرافية" و"بارقة الأمل الديمغرافية"، ويشير كل مصطلح إلى الإمكانيات التي يتيحها ارتفاع معدل النمو الاقتصادي للفرد ومن ثم تحسين مستوى معيشة السكان المعنيين (انظر الفصل الرابع).

تؤدي التخفيضات
المبكرة في وفيات الأطفال
والشباب إلى شباب
السكان، بينما ما يتبعها
من انخفاض في معدل
الخصوبة يوثق عملية
شيخوخة السكان
للأمد الطويل

يتوقف جني الفوائد
المحتملة من العلاوات
الديمغرافية على توافر
العمالة المنتجة
وفرص الاستثمار

وخلال هذه المرحلة من التحول الديمغرافي يقلل تخفيض نسبة (وغالباً العدد المطلق) الأطفال المعالين بين السكان تكاليف توفير الاحتياجات التعليمية وغيرها مما يتصل بهذه الفئة العمرية، وينجم عن ذلك زيادة في الموارد المتاحة للاستثمار الإنتاجي الاقتصادي يحتمل أن تسهم في نمو الاقتصاد الوطني. ومن الناحية النظرية فإن هذه العلاوة الديمغرافية تفتح بارقة فرص لتسارع التنمية الاقتصادية. ومع هذا، فجني الفوائد المحتملة يتوقف على توافر العمالة المنتجة وفرص الاستثمار وأخيراً على وجود أحوال اجتماعية وسياسية يمكن أن توفر بيئة للنمو المستدام والتنمية المستدامة. ولم يكن حظ التجربة في بلدان نامية كثيرة في جني العلاوات الديمغرافية إلا أقل حظاً، وهذا ما يدل عليه العدد الكبير من الانهيارات في النمو في العقدين الأخيرين من القرن العشرين (الأمم المتحدة، ٢٠٠٦ أ).

وتشكل الشيخوخة السريعة للسكان التي تحدث خلال المرحلة الثالثة من هذا التحول تحديات خاصة للسياسات العامة إذ تتطلب تعديلات كبيرة في مجالات متنوعة، وخاصة الرعاية الصحية ودعم كبار السن (انظر الفصلين الخامس والسادس). وتثير هذه التعديلات بالضرورة أسئلة عن الإنصاف بين الأجيال في تلبية احتياجات الأشخاص في المراحل المختلفة من العمر ودور الدولة والاستثمار الخاص والأسرة في تقديم الدعم للسكان المعالين. ويرجع أن تؤثر النهج المختلفة لحل تلك المشاكل على توزيع الثروة وتوزيع وأشكال الفرص والأعباء في علاقتها بالعمر ونوع الجنس والفئات الاجتماعية الأخرى.

الفروق الإقليمية في شيخوخة السكان

إن الهيكل العمري الحالي للبلدان المتقدمة أطول عمراً كثيراً بصفة عامة منه في البلدان النامية. وفي البلدان التي تمر اقتصاداتها بمرحلة انتقالية نجد الهيكل العمري بصفة عامة أصغر سناً منه في البلدان المتقدمة ولكنه أكبر سناً بقدر كبير منه في البلدان النامية. ويتوقع أن تتعرض جميع مجموعات البلدان لشيخوخة كبيرة لسكانها في العقود المقبلة (الجدول ثانياً - ٢).

نسبة كبار السن في
الوقت الحالي بين السكان
أعلى عموماً في البلدان
المتقدمة...

ووفقاً لتقديرات الأمم المتحدة، فإن ٢١ في المائة من السكان في البلدان المتقدمة كانت من عمر ٦٠ سنة فما فوق في عام ٢٠٠٥. ويتوقع أن ترتفع هذه النسبة إلى ٢٨ في المائة في عام ٢٠٢٥ وإلى ٣٢ في المائة في عام ٢٠٥٠. وفي البلدان التي تمر اقتصاداتها بمرحلة انتقالية فإن متوسط نسبة السكان في عمر ٦٠ عاماً أو أكثر يتوقع أن يزداد من ١٦ في المائة في عام ٢٠٠٥ إلى ٢٢ في المائة في عام ٢٠٢٥ وإلى ٢٩ في المائة في عام ٢٠٥٠. وفي البلدان النامية قدرت نسبة السكان في عمر ٦٠ عاماً فما فوق بما لا يزيد عن ٨ في المائة في عام ٢٠٠٥ ولكن يتوقع أن تصل إلى ١٣ في المائة بحلول عام ٢٠٢٥ وإلى قرابة ٢٠ في المائة بحلول عام ٢٠٥٠. ومن هنا فإن عدد كبار السن في البلدان النامية يرجح أن يتضاعف إلى أكثر من مثليه بين عامي ٢٠٠٥ و٢٠٢٥. وهذه الزيادة أكبر منها في البلدان المتقدمة وفي الاقتصادات التي تمر بمرحلة انتقالية، حيث عدد كبار السن سيزيد بنحو ٤٤ في المائة و٣٢ في المائة على التوالي خلال الفترة نفسها.

...ولكن سوف يتزايد
تركيز كبار السن من
السكان في العالم في
البلدان النامية

ويبين الشكل ثانياً - ١ التفاوت في عملية الشيخوخة بين المجموعات المختلفة من البلدان باستخدام الهرم السكاني الذي يرسم توزيع السكان من الجنسين حسب العمر. ومن ثم يبين الشكل توزيع السكان المقدر لعامي ١٩٥٠ و٢٠٠٥ والمسقط لعام ٢٠٥٠ للعالم وللبلدان المتقدمة وللبلدان التي تمر بمرحلة انتقالية وللبلدان النامية.

الجدول ثانياً - ٢

السكان حسب المجموعة العمرية الكبيرة للعالم ومجموعات البلدان،
١٩٥٠ و ١٩٧٥ و ٢٠٠٥ و ٢٠٢٥ و ٢٠٥٠

الفئة العمرية	السكان (بالملايين)					النسبة المئوية				
	١٩٥٠	١٩٧٥	٢٠٠٥	٢٠٢٥	٢٠٥٠	١٩٥٠	١٩٧٥	٢٠٠٥	٢٠٢٥	٢٠٥٠
العالم										
صفر - ١٤	٨٦٤	١٤٩٨	١٨٢١	١٩٠٩	١٨٣٣	٣٤,٣	٣٦,٨	٢٨,٢	٢٤,٢	٢٠,٢
١٥ - ٢٤	٤٥٩	٧٥٧	١١٥٩	١٢١١	١٢٢٥	١٨,٢	١٨,٦	١٧,٩	١٥,٣	١٣,٥
٢٥ - ٥٩	٩٩١	١٤٦٩	٢٨١٢	٣٥٩٣	٤٠٥١	٣٩,٣	٣٦,١	٤٣,٥	٤٥,٤	٤٤,٦
٦٠ +	٢٠٥	٣٥٠	٦٧٢	١١٩٣	١٩٦٨	٨,٢	٨,٦	١٠,٤	١٥,١	٢١,٧
المجموع	٢٥١٩	٤٠٧٤	٦٤٦٥	٧٩٠٥	٩٠٧٦	١٠٠,٠	١٠٠,٠	١٠٠,٠	١٠٠,٠	١٠٠,٠
٦٥ +	١٣١	٢٣٢	٤٧٦	٨٣٢	١٤٦٥	٥,٢	٥,٧	٧,٤	١٠,٥	١٦,١
٨٠ +	١٤	٣١	٨٧	١٦٠	٣٩٤	٠,٥	٠,٨	١,٣	٢,٠	٤,٣
البلدان المتقدمة										
صفر - ١٤	١٧٥	٢٠٢	١٧٠	١٦٥	١٦٧	٢٧,٠	٢٤,٣	١٧,٣	١٥,٨	١٥,٦
١٥ - ٢٤	١٠٥	١٣٧	١٢٨	١١٨	١١٦	١٦,٢	١٦,٥	١٣,٠	١١,٢	١٠,٨
٢٥ - ٥٩	٢٨٩	٣٦٠	٤٨٣	٤٧٢	٤٤٠	٤٤,٦	٤٣,٣	٤٩,١	٤٥,١	٤١,٢
٦٠ +	٧٩	١٣١	٢٠٣	٢٩٣	٣٤٥	١٢,٢	١٥,٨	٢٠,٦	٢٨,٠	٣٢,٣
المجموع	٦٤٧	٨٣٠	٩٨٤	١٠٤٧	١٠٦٧	١٠٠,٠	١٠٠,٠	١٠٠,٠	١٠٠,٠	١٠٠,٠
٦٥ +	٥٣	٩٣	١٥٣	٢٢٤	٢٨٠	٨,٢	١١,٢	١٥,٥	٢١,٤	٢٦,٢
٨٠ +	٧	١٦	٣٩	٦١	١٠٥	١,١	١,٩	٤,٠	٥,٨	٩,٨
البلدان التي تمر اقتصاداتها بمرحلة انتقالية										
صفر - ١٤	٥٦	٧١	٥٧	٥١	٤٣	٢٩,٠	٢٦,٦	١٩,٠	١٧,٧	١٦,٥
١٥ - ٢٤	٣٩	٤٩	٥٣	٣٦	٢٩	٢٠,٤	١٨,٤	١٧,٦	١٢,٣	١١,٠
٢٥ - ٥٩	٧٨	١١٣	١٤٤	١٤١	١١٣	٤٠,٦	٤٢,٢	٤٧,٨	٤٨,٦	٤٣,٢
٦٠ +	١٩	٣٤	٤٧	٦٢	٧٦	١٠,٠	١٢,٨	١٥,٧	٢١,٥	٢٩,٣
المجموع	١٩١	٢٦٨	٣٠٢	٢٨٩	٢٦١	١٠٠,٠	١٠٠,٠	١٠٠,٠	١٠٠,٠	١٠٠,٠
٦٥ +	١٣	٢٣	٣٧	٤٤	٥٠٥٦	٦,٧	٨,٥	١٢,٤	١٥,٣	٢١,٤
٨٠ +	٢	٣	٦	٨	١٤	١,٠	١,٢	١,٩	٢,٧	٥,٤
البلدان النامية										
صفر - ١٤	٦٣٤	١٢٢٤	١٥٩٣	١٦٩٣	١٦٢٣	٣٧,٧	٤١,١	٣٠,٨	٢٥,٨	٢٠,٩
١٥ - ٢٤	٣١٦	٥٧١	٠٩٧٨	١٠٥٨	١٠٨٠	١٨,٨	١٩,٢	١٨,٩	١٦,١	١٣,٩
٢٥ - ٥٩	٦٢٤	٩٩٦	٢١٨٦	٢٩٨٠	٣٤٩٨	٣٧,١	٣٣,٥	٤٢,٢	٤٥,٤	٤٥,١
٦٠ +	١٠٧	١٨٤	٤٢٢	٨٣٨	١٥٤٧	٦,٤	٦,٢	٨,١	١٢,٨	٢٠,٠
المجموع	١٦٨١	٢٩٧٥	٥١٧٩	٦٥٦٩	٧٧٤٨	١٠٠,٠	١٠٠,٠	١٠٠,٠	١٠٠,٠	١٠٠,٠
٦٥ +	٦٥	١١٦	٢٨٦	٥٦٤	١١٢٩	٣,٩	٣,٩	٥,٥	٨,٦	١٤,٦
٨٠ +	٥	١٣	٤١	٩١	٢٧٥	٠,٣	٠,٤	٠,٨	١,٤	٣,٥

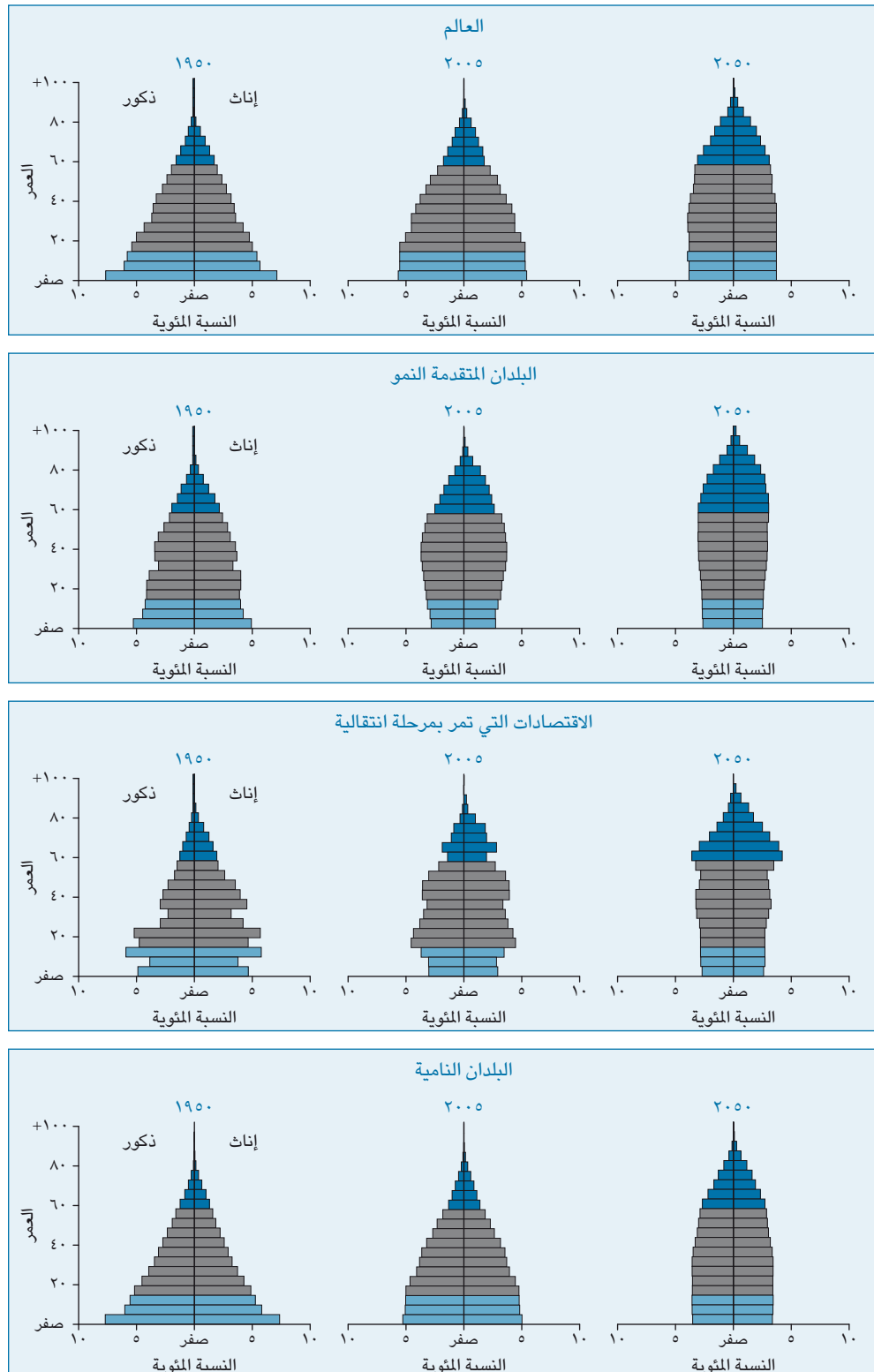
المصدر: الأمم المتحدة (٢٠٠٥ أ).

ملاحظة: يبين الجدول التقديرات (حتى عام ٢٠٠٥) وإسقاطات المتغير الوسيط (بعد عام ٢٠٠٥).

وتمر تلك المجموعات الثلاث العريضة من البلدان بمراحل مختلفة من التحول الديمغرافي، والفروق بينها في توقيت التغير الديمغرافي التاريخي تنعكس في تغيرية التوزيعات الراهنة لأعمار السكان. وتتم الاقتصادات المتقدمة بصفة عامة بالمرحلة الثالثة من التحول، وسكانها الذين هم بالفعل أكبر عمراً يُنتظر أن يشيخوا بسرعة في المستقبل المنظور. ففي عام ٢٠٠٥ على سبيل المثال كان ١٦ في المائة فقط من سكان

الشكل ثانياً - ١

أهرام السكان بالنسبة للعالم ومجموعات البلدان، ١٩٥٠ و ٢٠٠٥ و ٢٠٥٠



■ أكثر من ٦٠ عاماً
 ■ بين ١٥ و ٥٩ عاماً
 ■ بين صفر و ١٤ عاماً

المصدر: الأمم المتحدة (٢٠٠٥).

أوروبا دون سن الخامسة عشرة، بينما كان ٢٢ في المائة في سن ٦٠ عاماً فما فوق (الجدول المرفق ألف - ١). وبحلول عام ٢٠٥٠ يتوقع أن تكون نسبة السكان من عمر ٦٠ عاماً فما فوق في أوروبا ٣٥ في المائة.

وعملية الشيخوخة كثيفة بشكل خاص في اليابان حيث يتوقع أن يكون السكان الأكبر عمراً في العالم في منتصف القرن. وكانت نسبة الذين تصل أعمارهم إلى ٦٠ عاماً أو أكثر في اليابان ٢٦ في المائة في عام ٢٠٠٥ ويتوقع أن تصل إلى ٤٢ في المائة في عام ٢٠٥٠. أما الولايات المتحدة الأمريكية وكندا وأستراليا ونيوزيلندا فيتوقع أن تشهد عملية شيخوخة أبطأ إلى حد ما حيث لم تنخفض مستويات الخصوبة بها إلى مثلها في أوروبا أو اليابان. ففي الولايات المتحدة يتوقع أن ترتفع نسبة السكان من عمر ٦٠ عاماً فما فوق من ١٧ في المائة في عام ٢٠٠٥ إلى ٢٦ في المائة في عام ٢٠٥٠؛ وفي كندا وأستراليا ونيوزيلندا مجتمعة يتوقع أن تزداد هذه النسبة من ١٨ إلى ٣١ في المائة على مدى الفترة نفسها.

كذلك تجد البلدان التي تمر اقتصاداتها بمرحلة انتقالية نفسها في المرحلة الثالثة من التحول نحو المستويات المنخفضة للخصوبة والوفيات وهياكل عمر السكان الأكبر سناً. وفي عام ٢٠٠٥، كان ١٦ في المائة من سكان كمنولث الدول المستقلة و ١٨ في المائة من سكان جنوب شرق أوروبا في سن ٥٠ عاماً أو أكثر. وبحلول عام ٢٠٥٠، يتوقع أن ترتفع هذه النسب إلى ٢٩ في المائة و ٣٢ في المائة على التوالي.

وتجد معظم البلدان النامية نفسها في المرحلة الثانية من التحول الديمغرافي. ومع ذلك فلأنها شهدت في المتوسط تخفيضات سريعة نسبياً في الخصوبة، وخاصة في أقاليم شرق آسيا والمحيط الهادئ وأمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي فالتوقع أن تصل أعمار السكان بها إلى الشيخوخة بأسرع مما حدث في أوروبا وغيرها من البلدان المتقدمة في الماضي. وفي شرق آسيا ومنطقة المحيط الهادئ، يتوقع أن تنمو نسبة السكان في عمر ٦٠ عاماً فما فوق من ١٠ في المائة في عام ٢٠٠٥ إلى ٢٨ في المائة في عام ٢٠٥٠. بينما في أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي يتوقع أن ترتفع النسبة المقابلة من ٩ إلى ٢٤ في المائة على مدى الفترة نفسها.

وفي غرب آسيا وجنوب آسيا، يتوقع أن تكون عملية الشيخوخة أبطأ. فنسبة السكان في عمر ٦٠ عاماً فما فوق في غرب آسيا يتوقع أن ترتفع من ٦ في المائة في عام ٢٠٠٥ إلى ١٧ في المائة في عام ٢٠٥٠؛ وفي جنوب آسيا يتوقع أن تزيد هذه النسبة من ٧ في المائة إلى ١٩ في المائة على مدى الفترة نفسها. أما أفريقيا فعلى النقيض من ذلك لم تكد تدخل في المرحلة الثانية من التحول الديمغرافي إلا مؤخراً ولا يزال سكانها في ريعان الشباب. وفي عام ٢٠٠٥، كانت نسبة ٤٢ في المائة من سكان أفريقيا دون سن ١٥ بينما لم يصل إلى سن الـ ٦٠ عاماً فما فوق إلا نسبة ٥ في المائة. ولأن أفريقيا تأثرت بشدة بوباء الإيدز والعدوى بغيروسه، فإن تحولها إلى معدل الوفيات المنخفض قد تعطل. وعلاوة على هذا فمن غير الواضح ما إذا كانت الانخفاضات الواضحة في معدل الخصوبة التي شهدتها البلدان في المنطقة سوف تستمر على المدى القصير. وحتى لو افترضنا أن استمر انخفاض الخصوبة بسرعة معتدلة فالتوقع أن تبقى أفريقيا بسكانها الشباب نسبياً طوال القرن الحادي والعشرين.

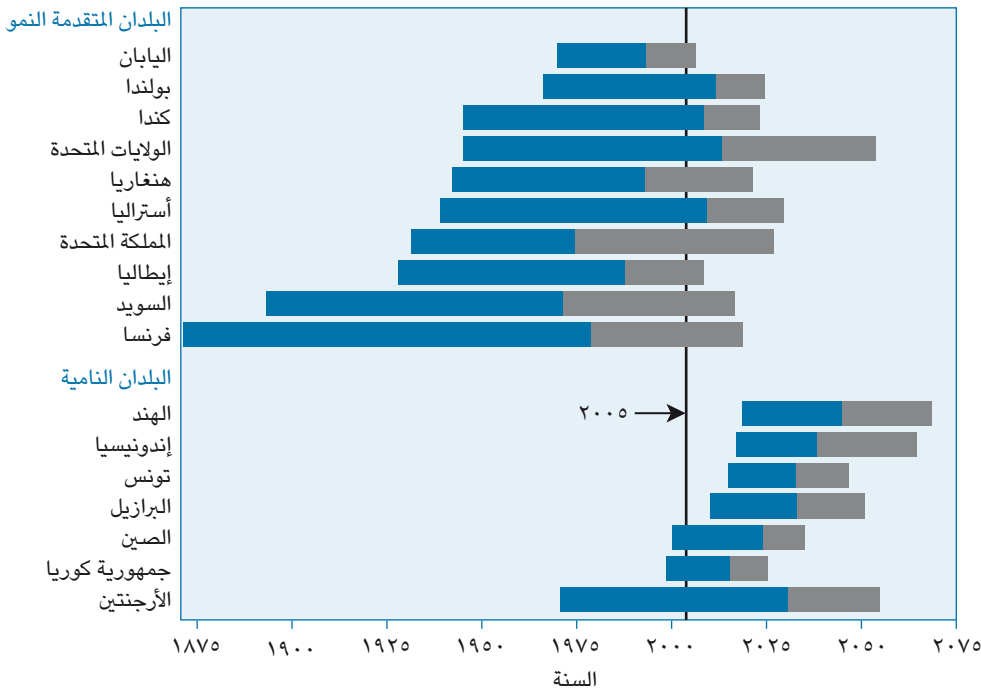
وبصفة عامة فإن سرعة شيخوخة السكان ستكون أسرع في البلدان النامية مما هي عليه في البلدان المتقدمة. والمؤشر الأعم استخداماً لسرعة شيخوخة السكان هو النطاق الزمني اللازم لزيادة أعداد السكان البالغين ٦٥ عاماً فأكثر من ٧ إلى ١٤ في المائة ثم من ١٤ إلى ٢١ في المائة. ويستخدم الشكل ثانياً - ٢ هذا المؤشر لبيان سرعة الشيخوخة بالنسبة لبلدان مختارة في الأقاليم النامية والمتقدمة من العالم. ففي كثير من البلدان المتقدمة تواصلت الشيخوخة تاريخياً بسرعة معتدلة. ففي فرنسا على سبيل المثال، مضى أكثر من قرن لتزيد حصة السكان في عمر ٦٥ عاماً فما فوق من ٧ إلى ١٤ في المائة، ويتوقع أن يمر ٤٠ عاماً أخرى

وعلى خلاف البلدان
النامية الأخرى فإن أفريقيا
يتوقع أن تحتفظ بسكانها
الشباب نسبياً خلال القرن
الحادي والعشرين

ستحدث شيخوخة
السكان بسرعة أكبر في
البلدان النامية في عقود
مقبلة مما كانت عليه في
البلدان المتقدمة في الماضي

الشكل ثانياً - ٢

الفترة الزمنية اللازمة لأن تزيد نسبة السكان في عمر ٦٥ عاماً أو أكثر، من ٧ إلى ١٤ في المائة ومن ١٤ إلى ٢١ في المائة في بلدان مختارة



الفترة اللازمة للزيادة من ٧ إلى ١٤ في المائة

الفترة اللازمة للزيادة من ١٤ إلى ٢١ في المائة

المصدر: الأمم المتحدة (٢٠٠٥)؛
جدولة غير منشورة للأمم المتحدة
(٢٠٠٤)؛ ومكتب التعداد
بالولايات المتحدة (١٩٩٢).

لتصل النسبة إلى ٢١ في المائة. واليابان، على النقيض من ذلك، يتوقع أن تشهد هذه النقلة (من ٧ إلى ٢١ في المائة) في حصة السكان الذين تصل أعمارهم إلى ٦٥ عاماً أو أكثر، على مدى أربعين عاماً فقط. ويتوقع أن تكون سرعة الشيخوخة أكبر في بعض البلدان النامية بما فيها الصين وجمهورية كوريا وتونس وكلها قد شهدت تخفيضات سريعة جداً في الخصوبة.

ولئن كان السكان بصفة عامة يعيشون أطول في البلدان المتقدمة فإن أغلبية سكان العالم المسنين يعيشون في البلدان النامية (الشكل ثانياً - ٣). وفي عام ٢٠٠٥، كان ٦٣ في المائة من سكان العالم من سن الـ ٦٠ عاماً فما فوق يعيشون في البلدان النامية. وبحلول عام ٢٠٥٠، سيكون ٧٩ في المائة من كبار السن في العالم، وهم يشكلون قرابة ٦, ١ بليون شخص، مقيمين في هذه البلدان.

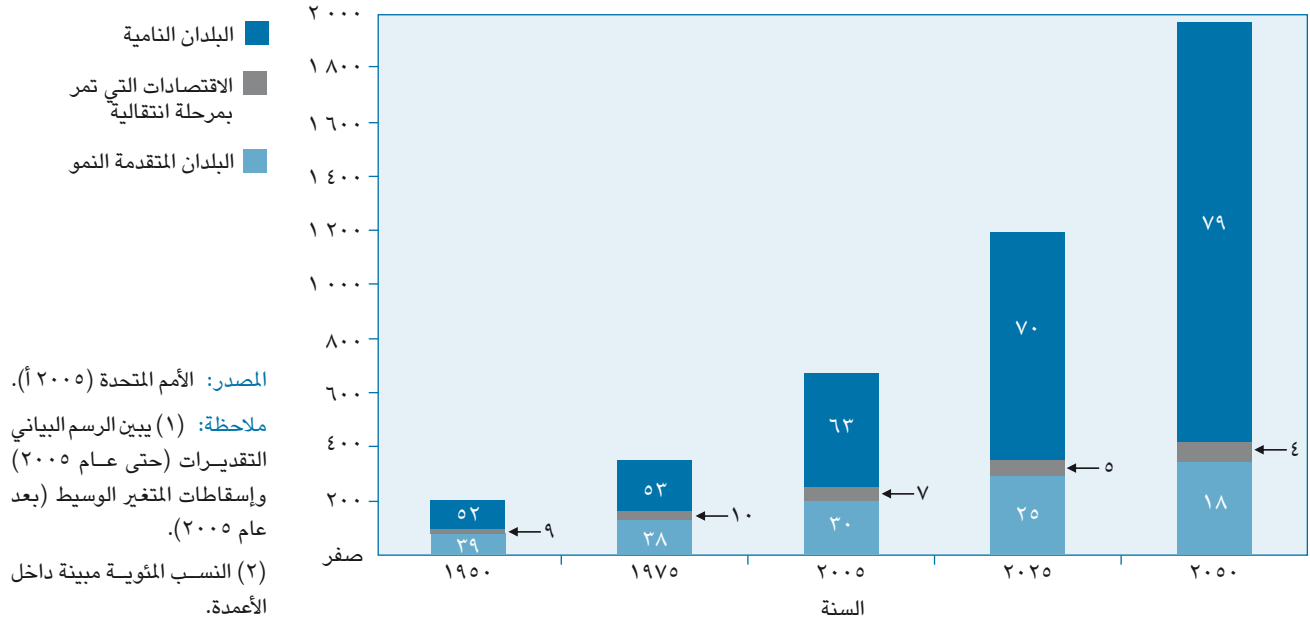
الشيخوخة بين كبار السن

من الجوانب الواضحة في عملية الشيخوخة العالمية الشيخوخة الديمغرافية المتدرجة لكبار السن أنفسهم. ففي معظم البلدان يتزايد السكان من سن ٨٠ عاماً أو أكثر بسرعة أكبر من الشرائح الأخرى من السكان. وسكان العالم من سن ٥٠ عاماً أو أكثر يتوقع أن يتضاعفوا ثلاث مرات تقريباً بين عامي ٢٠٠٥ و ٢٠٥٠، في حين يتوقع أن يزداد السكان من سن ٨٠ عاماً أو أكثر بمعامل ٤, ٥ على مدى الفترة نفسها (الجدول ثانياً - ٣). وفي هاتين الفئتين من كبار السن ستكون الزيادة النسبية أكبر في المناطق النامية حيث يتوقع أن يتضاعف السكان من سن ٦٠ عاماً أو أكثر إلى أربعة أضعاف تقريباً ويتوقع أن يزداد السكان من سن ٨٠ عاماً أو أكثر ٦, ٧.

تحدث أسرع زيادة في
السكان بين فئات أكبر
الناس عمراً

الشكل ثانياً - ٣

حجم وتوزيع سكان العالم من عمر ٦٠ عاماً أو أكثر حسب مجموعات البلدان، ١٩٥٠ و ١٩٧٥ و ٢٠٠٥ و ٢٠٢٥ و ٢٠٥٠ (بالملايين)



الجدول ثانياً - ٣

السكان في عمر ٨٠ عاماً أو أكثر في بلدان ومجموعات بلدان منتقاة، ١٩٥٠ و ٢٠٠٥ و ٢٠٥٠

	عدد الأشخاص في سن ٨٠ عاماً فما فوق كنسبة من السكان في عمر ٦٠ فما فوق (نسبة مئوية)			عدد الأشخاص في سن ٨٠ عاماً فما فوق كنسبة من مجموع السكان (نسبة مئوية)			عدد الأشخاص في سن ٨٠ عاماً فما فوق (بالآلاف)			
	٢٠٥٠	٢٠٠٥	١٩٥٠	٢٠٥٠	٢٠٠٥	١٩٥٠	٢٠٥٠	٢٠٠٥	١٩٥٠	
العالم	٢٠,٠	١٢,٩	٦,٧	٤,٣	١,٣	٠,٥	٣٩٤ ٢٢٤	٨٦ ٦٤٨	١٣ ٧٨٠	
البلدان المتقدمة	٣٠,٥	١٩,٣	٨,٦	٩,٨	٤,٠	١,١	١٠٥ ٠٨٢	٣٩ ٣٠٩	٦ ٨١٥	
أوروبا	٣٠,٦	١٨,٧	٨,٧	١٠,٧	٤,١	١,١	٥٢ ٠٥٩	٢٠ ٥٦٨	٤ ٣٧٤	
اليابان	٣٦,٧	١٨,٣	٥,٨	١٥,٣	٤,٨	٠,٤	١٧ ١٥٩	٦ ١٨٧	٣ ٧٦	
الولايات المتحدة	٢٧,٥	٢١,٣	٩,١	٧,٣	٣,٦	١,١	٢٨ ٧٢٥	١٠ ٦٠٥	١ ٨٠١	
كندا وأستراليا ونيوزيلندا	٣٠,٥	١٩,٦	٩,٣	٩,٤	٣,٥	١,١	٧ ١٣٨	١٩ ٤٩٩	٢ ٦٤	
البلدان التي تمر اقتصاداتها بمرحلة انتقالية	١٨,٥	١٢,٤	١٠,٠	٥,٤	١,٩	١,٠	١٤ ١١٣	٥ ٨٥٢	١ ٩١٤	
كمونولث الدول المستقلة	١٨,٢	١٢,٥	١٠,٠	٥,٣	١,٩	١,٠	١٢ ٦٣١	٥ ٣٦٥	١ ٧٤٥	
جنوب شرق أوروبا	٢١,٥	١١,١	١٠,٤	٦,٩	٢,٠	١,١	١ ٤٨١	٤٨٧	١ ٦٩	
البلدان النامية	١٧,٨	٩,٨	٤,٧	٣,٥	٠,٨	٠,٣	٢٧٥ ٠٣٠	٤١ ٤٨٧	٥ ٠٥١	
أمريكا اللاتينية ومناطق الكاريبي	٢١,٤	١٣,٦	٦,٦	٥,٢	١,٢	٠,٤	٤٠ ٣٤٨	٦ ٧٠٠	٦ ٥٦	
شرق آسيا ومنطقة المحيط الهادئ	٢١,٥	٩,٩	٤,٢	٦,١	١,٠	٠,٣	١٣ ٦ ٨١٤	١٩ ٦٥٩	٢ ٢٦٩	
جنوب آسيا	١٤,٨	٩,٣	٤,٩	٢,٩	٠,٧	٠,٣	٦٨ ٩٩٤	١٠ ٦٠٢	١ ٤٠٣	
غرب آسيا	١٣,٩	٨,٣	٤,٨	٢,٤	٠,٥	٠,٣	٨ ٨٠٤	٩٩٤	١ ٢٦	
أفريقيا	١٠,٤	٧,٤	٥,٠	١,٠	٠,٤	٠,٣	٢٠ ٠٦٩	٣ ٥٣٢	٥ ٩٧	

المصدر: الأمم المتحدة (٢٠٠٥ أ).

ملاحظة: يبين الجدول التقديرات (حتى عام ٢٠٠٥) وإسقاطات المتغير الوسيط (بعد عام ٢٠٠٥).

ويتوقع أن تزيد حصة سكان العالم من سن ٨٠ عاماً أو أكثر من ٣, ١ في المائة في عام ٢٠٠٥ إلى ٣, ٤ في المائة في عام ٢٠٥٠. وخلال الفترة نفسها يتوقع أن تزيد الحصة المقابلة من ٠, ٤ إلى ٨, ٩ في المائة في البلدان المتقدمة، من ٩, ١ إلى ٤, ٥ في المائة في البلدان التي تمر اقتصاداتها بمرحلة انتقالية ومن ٨, ٠ إلى ٥, ٣ في المائة في البلدان النامية. وسيبقى تفاوت هام في منتصف القرن في بلدان المنطقة وأقاليمها من حيث الحصة من مجموع السكان التي تمثلها أكبر المجموعات عمراً. وعلى سبيل المثال فبينما يتوقع في اليابان أن يشكل الذين يبلغون ٨٠ عاماً أو أكثر أكثر من ١٥ في المائة من مجموع السكان في عام ٢٠٥٠ فالتوقع أنهم في أفريقيا لا يشكلون إلا نحو ١ في المائة من مجموع السكان.

هل شيخوخة السكان أمر حتمي؟

لقد ولد القلق إزاء سرعة شيخوخة السكان نقاش سياسة مكثفاً، وخاصة في البلدان المتقدمة حيث التحول التاريخي نحو طول عمر السكان أكثر تقدماً. والسؤال الهام هو ما إذا كان هذا التحول الديمغرافي الأساسي يمكن تغييره بشكل كبير عن طريق تدخلات السياسة، أو ما إذا كانت شيخوخة السكان حتمية بالضرورة (بما يوحي أن استجابات السياسة ينبغي أن تركز على التكيف لا على التخفيف). وللتصدي لهذه القضية من المفيد دراسة آثار الاتجاهات الديمغرافية الماضية والمستقبلية بمزيد من التفصيل بالنسبة للتغيرات التاريخية في توزيع أعمار السكان، وكذلك النظر في الأثر المحتمل لتدخلات السياسة في مسائل الإنجاب والهجرة الدولية.

التخفيضات التاريخية في معدلات الخصوبة والوفيات

ينشأ توزيع الأعمار بين السكان أساساً من خبرات الخصوبة والوفيات السابقة وإلى حد أقل من تاريخ الهجرة. ولئن كانت هذه الزيادات في العمر المتوقع تؤدي دوراً أيضاً فإن الانخفاض التاريخي في مستويات الخصوبة كان القوة الأساسية المسهمة في النقلة الصاعدة المتدرجة في توزيعات أعمار السكان بالنسبة للبلدان المتقدمة والبلدان النامية على السواء.

ولسوف يحدث الكثير المتوقع من شيخوخة السكان في العالم نتيجة ملاحظتهم الديمغرافية الراهنة بما يعكس التغيرات السابقة في مستويات الخصوبة والوفيات زائداً الأثر التراكمي للهجرة الماضية. ولئن كانت الاتجاهات المستقبلية في هذه العناصر الثلاثة للتغير السكاني سوف تساعد في تحديد التوزيع العمري في منتصف القرن، فقد ظهر بالفعل زخم قوي لشيخوخة السكان بفعل الاتجاهات الديمغرافية السابقة؛ أي أن معظم السكان سوف يستمرون في مواجهة نقلة صاعدة كبيرة في توزيعهم العمري حتى وإن ظلت المعدلات لأعمار محددة بالنسبة للخصوبة والوفيات والهجرة ثابتة على المستويات الجارية اليوم.

سوف تحدث معظم شيخوخة السكان المتوقعة في العقود المقبلة نتيجة التغيرات الماضية في الخصوبة والوفيات والهجرة

الاتجاهات المقبلة حسب سيناريوهات الإسقاطات البديلة

إن التأثيرات المستقبلية للمسارات المختلفة لتغير الخصوبة على التوزيع الحتمي والعمر لسكان العالم يمكن تقديرها بمقارنة التغيرات العالية والوسيلة والمتدنية لإسقاطات الأمم المتحدة للسكان، التي يُعتقد أنها تشمل النطاق المحتمل في المستقبل لتغير الخصوبة بين الآن وعام ٢٠٥٠. فبالنسبة لكل بلد أو منطقة تفترض التغيرات الدنيا والعليا أن المستوى المتوسط للخصوبة من عام ٢٠٠٥ إلى عام ٢٠٥٠ سيكون على التوالي نصف طفل أقل ونصف طفل أعلى من المستوى المفترض للمتغير الأوسط.

وهذه التغيرات التي تبدو صغيرة في الافتراضات الأساسية ترتبط باختلافات كبيرة نسبياً في الحجم المتوقع لسكان العالم في عام ٢٠٥٠، وهو الذي يتراوح بين ٧,٧ بلايين حسب المتغير الأدنى و١٠,٦ بلايين حسب المتغير العالي (الجدول ثانياً - ٤). أما الافتراضات فيما يتعلق بمستويات الخصوبة في المستقبل فلها أيضاً آثارها على السرعة المتوقعة لنمو السكان في العالم. وحسب المتغير العالي فإن سكان العالم في عام ٢٠٥٠ سيكونون آخذاً في التزايد بمعدل أكثر من ٩٠ مليون شخص سنوياً، وهي زيادة سنوية أعلى كثيراً مما هي عليه في الوقت الحاضر؛ وبموجب المتغير الأدنى فإن سكان العالم سيقولون تدريجياً مع ذلك بحلول ذلك الوقت.

وعلى نقيض ذلك فإن عدم اليقين إزاء مستويات الخصوبة في المستقبل أقل أهمية نسبياً فيما يتعلق بالتغيرات المتوقعة في توزيعات أعمار السكان. فبالنسبة للعالم ككل يعني المتغير الأدنى سكاناً تكون فيهم نسبة الأشخاص من عمر ٦٠ عاماً أو أكثر ٢٦ في المائة في عام ٢٠٥٠؛ ووفق المتغير العالي فإن نسبة كبار السن في العام نفسه ستكون ١٨ في المائة. ولئن كانت هاتان النتيجتان مختلفتين كثيراً فإن السيناريوهين

الجدول ثانياً - ٤

توزيع الأعمار المُقدّر لعام ٢٠٠٥ ووفقاً لمختلف متغيرات الإسقاط لعام ٢٠٥٠، بالنسبة للعالم ومجموعات البلدان (نسبة مئوية)

الفئة العمرية	تقديرات ٢٠٠٥	٢٠٥٠	
		منخفض	متوسط
العالم			
صفر - ١٤	٢٨	١٥	٢٠
١٥ - ٥٩	٦١	٥٩	٥٨
+ ٦٠	١٠	٢٦	٢٢
المجموع	١٠٠	١٠٠	١٠٠
العدد بالملايين	٦ ٤٦٥	٧ ٦٨٠	٩ ٠٧٦
البلدان المتقدمة			
صفر - ١٤	١٧	١١	١٦
١٥ - ٥٩	٦٢	٥١	٥٢
+ ٦٠	٢١	٣٨	٢٢
المجموع	١٠٠	١٠٠	١٠٠
العدد بالملايين	٩٨٤	٩١٨	١ ٠٦٧
البلدان التي تمر اقتصاداتها بمرحلة انتقالية			
صفر - ١٤	١٩	١١	١٦
١٥ - ٥٩	٦٥	٥٣	٥٤
+ ٦٠	١٦	٣٥	٢٩
المجموع	١٠٠	١٠٠	١٠٠
العدد بالملايين	٣٠٢	٢١٥	٢٦١
البلدان النامية			
صفر - ١٤	٣١	١٦	٢١
١٥ - ٥٩	٦١	٦٠	٥٩
+ ٦٠	٨	٢٤	٢٠
المجموع	١٠٠	١٠٠	١٠٠
العدد بالملايين	٥ ١٧٩	٦ ٥٤٦	٧ ٧٤٨

المصدر: الأمم المتحدة (٢٠٠٥ أ).

يعنيان زيادة كبيرة مقارنة بالحالة في عام ٢٠٠٥، في حين أن ١٠ في المائة فقط من الأشخاص تكون أعمارهم ٦٠ عاماً أو أكثر. ومن ثم فإنه لو شهد العالم مستويات عالية نسبياً من الخصوبة واستمر النمو السريع في السكان، فيبدو أن نسبة كبيرة من شيخوخة السكان خلال النصف الأول من القرن الحادي والعشرين ستكون أمراً حتمياً (انظر جدول المرفق ألف - ٢).

وتنطبق النتيجة نفسها على مجموعات بلدان مختلفة. فحتى مع مستويات الخصوبة العالية نسبياً في العقود المقبلة ستكون نسبة السكان في سن ٦٠ عاماً أو أكثر في عام ٢٠٥٠ هي ٢٨ في المائة في البلدان المتقدمة و ٢٤ في المائة في الاقتصادات التي تمر بمرحلة انتقالية؛ وهذه القيم أعلى كثيراً من التقديرات المقابلة وهي ٢١ في المائة و ١٦ في المائة لعام ٢٠٠٥. وفي حالة البلدان النامية فإن متغير الخصوبة العالية يعني وجود سكان تكون الحصة المتوقعة من كبار السن فيها في عام ٢٠٥٠ (وهي ١٧ في المائة) أكثر من ضعف التقدير لعام ٢٠٠٥ (٨ في المائة)؛ وفي متغير الخصوبة المنخفضة ستكون الحصة المتوقعة (٢٤ في المائة) ثلاثة أضعاف التقدير لعام ٢٠٠٥.

التأثير المحتمل لسياسات الخصوبة

بسبب العلاقة الوثيقة بين اتجاهات الخصوبة والتغيرات في التوزيع العمري للسكان يجدر النظر فيما إذا كانت السياسات الرامية إلى تعزيز الإنجاب فعالة كوسيلة لتبطئة عملية شيخوخة السكان. ولئن كان من الظاهر أن تلك السياسات يمكن أن تنجح في تبطئة انخفاض معدلات الخصوبة في ظروف معينة، فقد ثبت أن من الصعب على الحكومات أن تغير سلوك الأفراد في اتجاه زيادة خصوبتهم (الأمم المتحدة، ٢٠٠٤ ب). ومع ذلك فهناك نقص في الأدلة الشاملة عن تأثير التدخلات الماضية التي كانت ترمي إلى زيادة مستويات الخصوبة، لأنه كان من العسير الفصل بين آثار مبادرات سياسة محددة عن آثار الأحوال الأوسع الاجتماعية والسياسية والاقتصادية (Demeny, 2000; RAND, 2005).

ولأسباب مماثلة ثبت أن تصميم التدخلات الناجحة يشكل تحدياً كبيراً لأن السياسات التي ترمي إلى زيادة الخصوبة يمكن أن تكون لها آثار مختلفة رهناً بالسياقات السياسية والاقتصادية والاجتماعية التي تنفذ فيها. وهناك عامل آخر أعاق تنفيذ السياسات الرامية إلى عكس اتجاه انخفاض معدلات الخصوبة وهو يرتبط بالطابع طويل الأمد للنتائج. فالأمر يحتاج إلى جيل واحد على الأقل قبل أن تزيد هذه السياسات في نهاية المطاف عدد الداخلين الجدد إلى قوة العمل. ونتيجة لهذا الأفق الطويل الأمد لا توجد لدى راسمي السياسات بشكل عام إلا حوافز قليلة للدعوة إلى تلك السياسات التي تفتقر إلى الاستجابة الشعبية وبالتالي لا تجتذب الأبطال السياسيين (RAND, 2005).

ويبدو أنه لم تكن هناك أي سياسة تدخل واحدة فعالة في عكس اتجاه تدني الخصوبة. وبدلاً من ذلك استخدمت الحكومات بنجاح متواضع مزيجاً من السياسات والبرامج الرامية مباشرة أو بصورة غير مباشرة إلى زيادة الخصوبة. ففي فرنسا على سبيل المثال، وضعت إعانات سخية لرعاية الطفل للتوفيق بين الحياة الأسرية والعمل، وقدمت جوائز للأسر التي لها على الأقل ثلاثة أبناء. وفي السويد أتاحت عدة سياسات أبوية، من بينها تداول العمل المرنة ورعاية الطفل الجيدة وإجازات الأبوين الممتدة بشروط اقتصادية معقولة، لكثير من النساء تربية الأبناء مع البقاء ضمن القوى العاملة (RAND, 2005). ويبدو أن تلك التدابير كان لها تأثير إيجابي بسيط على مستويات الخصوبة في البلدان التي نفذت فيها بأكثر الأشكال طموحاً. ومع ذلك فمن المهم أن نتذكر أنه حتى مع الصعود الحاد في معدل الخصوبة لا يمكن أن تنتج آثار هامة على الهيكل العمري قبل ما لا يقل عن ٢٥ إلى ٣٠ عاماً، بسبب الزخم المتولد من الاتجاهات الديمغرافية في الماضي (الأمم المتحدة، ٢٠٠٤ ب).

لا يبدو أن هناك سياسة تدخل واحدة فعالة في عكس اتجاه انخفاض الخصوبة

الأثر المحتمل للهجرة

لئن لم تكن هناك تأثيرات مباشرة للهجرة الدولية على حجم أو خصائص سكان العالم بوجه عام فقد تكون هناك آثار لها على التوزيع العمري لبعض السكان على الصعيد الوطني أو الإقليمي، لأن المهاجرين متركون بشكل غير متناسب في أعمار الشباب وأحياناً تكون لهم مستويات من الخصوبة أعلى من السكان المولودين في الوطن. وفي عالم اليوم أصبحت البلدان المتقدمة بصفة عامة من البلدان المستقبلية الصافية للهجرة الدولية، في حين أصبحت البلدان النامية من البلدان المرسلّة الصافية. والمتغير الوسيط لإسقاطات السكان بالأمم المتحدة يفترض أن الاتجاه العام لهذه التدفقات سيبقى على حاله على مدى العقود القليلة المقبلة، وبذلك تعكس تأثير تحديد الحيوية المتوقع للهجرة الدولية على سكان البلدان المتقدمة.

ولتقدير حجم هذا الأثر تفترض مجموعة إسقاطات أخرى أنه لن تكون هناك هجرة دولية محسوبة. وبمقارنة مجموعتين من الإسقاطات لعام ٢٠٥٠ بالنسبة للبلدان المتقدمة يتبين وجود فارق قدره ١٤٢ مليون شخص في حجم السكان في نهاية فترة الإسقاط (الجدول ثانياً - ٥). ثم إن العدد المسقط للمهاجرين الدوليين خلال الفترة ٢٠٠٥ - ٢٠٥٠ في المتغير الوسيط له أثر في نسبة السكان في عمر ٦٠ عاماً أو أكثر بنسبة ٢,٧ نقطة مئوية في عام ٢٠٥٠، مع زيادته بالتزامن لنسب الأطفال والأشخاص في سن العمل بمعدل ٠,٧، ٠,٠، ٢,٠ نقاط مئوية على التوالي. ومن ثم يتوقع أن تبطئ الهجرة الدولية عملية الشيخوخة بدرجة طفيفة فقط في البلدان المتقدمة. وهذا الاستنتاج يتفق مع استنتاجات الدراسات الأخرى التي ترى أن تأثير الهجرة الدولية على حجم السكان والهيكل العمري في البلدان المتقدمة صغير نسبياً بشكل نمطي (الأمم المتحدة، ١٩٩٨؛ ٢٠٠١؛ ٢٠٠٤ ب).

وبوجه خاص فإن دراسة للأمم المتحدة عما يسمى هجرة الإحلال (الأمم المتحدة، ٢٠٠١) ركزت على الآثار الممكنة للهجرة الدولية على الهيكل الحجمي والعمرى للسكان في طائفة من البلدان ذات أنماط الخصوبة التي تقل عن مستوى الإحلال، بما في ذلك فرنسا وألمانيا وإيطاليا واليابان والاتحاد الروسي والمملكة المتحدة لبريطانيا العظمى وأيرلندا الشمالية والولايات المتحدة. وأدّيت ممارسة مماثلة لأوروبا والاتحاد الأوروبي، عاملتهما كما ولو كان كل منهما بلداً واحداً من عام ١٩٩٥ فصاعداً. وكانت الفترة المشمولة هي ١٩٩٥ - ٢٠٥٠، واستندت الحسابات إلى تنقيح الأمم المتحدة لتقديرات وإسقاطات السكان في عام ١٩٩٨ (الأمم المتحدة، ١٩٩٩).

الجدول ثانياً - ٥

الهيكل العمري للسكان المسقط للبلدان المتقدمة في عام ٢٠٥٠ حسب متغيرات الهجرة المتوسطة والصفرية (نسبة مئوية)

المتغيرات المُسقطّة			الفئة العمرية (السنوات)
الفارق (ألف - بء)	باء - الهجرة الصفرية	ألف - متوسط	
٠,٧	١٤,٩	١٥,٦	صفر - ١٤
٢,٠	٥٠,١	٥٢,١	١٥ - ٥٩
٢,٧ -	٣٥,٠	٣٢,٣	٦٠ +
٠,٠	١٠٠,٠	١٠٠,٠	المجموع
١٤٢	٩٢٥	١٠٦٧	العدد (بالملايين)

المصدر: الأمم المتحدة (٢٠٠٥ أ).

يتوقع أن تبطئ الهجرة الدولية عملية الشيخوخة بدرجة طفيفة فقط في البلدان المتقدمة

وبحثت الدراسة في عدد من السيناريوهات فيما يتعلق بموجات الهجرة التي تلزم لتحقيق أهداف سكانية معينة أو نتائج يتعين الوصول إليها. وركزت السيناريوهات على ثلاثة متغيرات نتائج مختلفة: (أ) حجم السكان الكلي؛ (ب) حجم السكان في سن العمل (الفئة العمرية ١٥ - ٦٤)؛ (ج) نسبة السكان في سن ٦٥ أو أكثر إلى السكان في سن العمل. وفي كل حالة حسب المحللون مستوى الهجرة الدولية اللازم للحفاظ على متغير نتائج معين في أعلى مستوى (لحجم مجموع السكان أو السكان في سن العمل) أو أدنى مستوى (لنسبة إعالة كبار السن) التي يتعين الوصول إليها افتراضياً في غيبة الهجرة الدولية بعد عام ١٩٩٥.

ولدى أداء الحسابات المطلوبة افترض أن معدل الخصوبة في جميع البلدان والأقاليم يتحرك (صعوداً في معظم الحالات) نحو مستويات مستهدفة هي ١,٧ أو ١,٩ طفلاً لكل امرأة وبمجرد الوصول إلى تلك المستويات تبقى ثابتة حتى عام ٢٠٥٠، وهو نهاية الفترة المسقط. ومن أجل التبسيط فإن الهيكل العمري والجنسي للمهاجرين افترض أن يكون واحداً في جميع البلدان واستند إلى الأنماط التاريخية الملاحظة للولايات المتحدة وكندا وأستراليا (وهي تقليدياً أهم البلدان للهجرة). وعلاوة على هذا فإن منهجية الإسقاط افترضت أن مستويات الخصوبة والوفيات بين المهاجرين تتقارب مباشرة بعد تلك الخاصة بالمجتمعات المستقبلية.

وتشير نتائج الدراسة (الجدول ثانياً - ٦) إلى أنه لكي تعوض الهجرة الدولية الانخفاض المتوقع في حجم السكان الكلي لبلدان مثل إيطاليا واليابان وأوروبا ككل (السيناريو الأول)، فإن مستويات المكاسب الصافية للهجرة يتعين أن تكون أعلى بكثير مما كانت عليه في الماضي القريب. وعلى سبيل المثال فلتعويض الانخفاض السكاني المتوقع في أوروبا، يلزم أن يكون متوسط التدفق السنوي من الهجرة الدولية إلى الداخل خلال الفترة ٢٠٠٠ - ٢٠٥٠ (٨, ١ مليون) مثلي ما كان عليه في الفترة ١٩٩٥ - ٢٠٠٠ (قراءة ٩٥٠ ألف، غير مبين في الجدول). فالمستويات اللازمة لتعويض الانخفاض المتوقع في السكان في سن العمل (السيناريو الثاني) يتعين أن تكون أكبر، فتصل في حالة أوروبا إلى متوسط تدفق داخل صاف هو ٩, ٢ مليون مهاجر في السنة خلال ١٩٩٥ - ٢٠٥٠.

ومع ذلك فحتى هذه المستويات العالية من الهجرة لن تأتي بشيخوخة السكان إلى التوقف. والواقع أنه سيلزم تدفقات أكبر بكثير من المهاجرين إلى هذه المجموعة من السكان من البلدان نفسها لكي يوقف الزيادة المتوقعة في نسبة الأشخاص من عمر ٦٥ عاماً فما فوق إلى نسبة السكان في سن العمل (السيناريو الثالث). ويتراوح المستوى اللازم بين متوسط سنوي لصافي التدفق للداخل بين عامي ١٩٩٥ و ٢٠٥٠ قدره ١, ١ مليون شخص بالنسبة للمملكة المتحدة و ١, ٧ مليون شخص بالنسبة لفرنسا وأكثر من ١٠ ملايين لكل من اليابان والولايات المتحدة.

وسيتوقف ما إذا كانت هذه الأعداد الكبيرة من الهجرة الدولية تقع في نطاق الخيارات المتاحة للحكومات، إلى حد كبير على الظروف الاجتماعية والاقتصادية والسياسية لكل بلد أو إقليم. وهذه السيناريوهات تفيد أساساً في تأكيد أن التحول المستمر في هيكل عمر السكان له زخم قوي وأن من غير العملي افتراض أن أي سياسة فيما يتعلق بالهجرة الدولية يكون لها تأثير كبير على الهيكل العمري في معظم البلدان المتقدمة.

سيلزم تدفقات مهاجرين كبيرة للغاية لكي توقف الزيادة المتوقعة في نسبة إعالة كبار السن في البلدان المتقدمة

الجدول ثانياً - ٦

العدد الصافي للمهاجرين اللازمين خلال الفترة ١٩٩٥ - ٢٠٥٠ لتحقيق سيناريوهات السكان المختلفة، بلدان ومناطق منتقاة

السيناريو				
البلد أو الإقليم	المتغير المتوسط	أولاً - مجموع السكان ثابت	ثانياً - ثبات الفئة العمرية ١٥ - ٦٤	ثالثاً - النسبة بين الفئة ٦٥ فما فوق إلى الفئة ١٥ - ٦٤ ثابتة
ألف - العدد الكلي (بالآلاف)				
فرنسا	٥٢٥	١ ٤٧٣	٥ ٤٥٩	٩٣ ٧٩٤
ألمانيا	١١ ٤٠٠	١٧ ٨٣٨	٢٥ ٢٠٩	١٨٨ ٤٩٧
إيطاليا	٦٦٠	١٢ ٩٤٤	١٩ ٦١٠	١١٩ ٦٨٤
اليابان	صفر	١٧ ١٤١	٣٣ ٤٨٧	٥٥٣ ٤٩٥
الاتحاد الروسي	٧ ٤١٧	٢٧ ٩٥٢	٣٥ ٧٥٦	٢٥٧ ١١٠
المملكة المتحدة	١ ٢٠٠	٢ ٦٣٤	٦ ٢٤٧	٥٩ ٧٧٥
الولايات المتحدة	٤١ ٨٠٠	٦ ٣٨٤	١٧ ٩٦٧	٥٩٢ ٧٥٧
أوروبا	٢٣ ٥٣٠	١٠٠ ١٢٧	١٦١ ٣٤٦	١ ٣٨٦ ١٥١
الاتحاد الأوروبي	١٦ ٣٦١	٤٧ ٤٥٦	٧٩ ٦٠٥	٧٠٠ ٥٠٦
باء - متوسط العدد السنوي (بالآلاف)				
فرنسا	١٠	٢٧	٩٩	١ ٧٠٥
ألمانيا	٢٠٧	٣٢٤	٤٥٨	٣ ٤٢٧
إيطاليا	١٢	٢٣٥	٣٥٧	٢ ١٧٦
اليابان	صفر	٣١٢	٦٠٩	١٠٠ ٦٤
الاتحاد الروسي	١٣٥	٥٠٨	٦٥٠	٤ ٦٧٥
المملكة المتحدة	٢٢	٤٨	١١٤	١٠ ٨٧
الولايات المتحدة	٧٦٠	١١٦	٣٢٧	١٠ ٧٧٧
أوروبا	٤٢٨	١ ٨٢١	٢ ٩٣٤	٢٥ ٢٠٣
الاتحاد الأوروبي	٢٩٧	٨٦٣	١ ٤٤٧	١٢ ٧٣٦

المصدر: الأمم المتحدة (٢٠٠٤).

الاتجاهات في أعمار المجموعات في سن العمل والإعالة

نسب الإعالة: التعريف والتفسير

إن الآثار المحتملة للشيخوخة على التنمية الاجتماعية والاقتصادية كثيراً ما تقدر باستخدام ما يسمى نسب الإعالة. فهذه النسب تقارن حجم مجموعة ما بين السكان تعتبر معالة اقتصادياً على مجموعة أخرى تعتبر نشطة اقتصادياً. ولما كانت التقديرات الدقيقة لأعداد الأشخاص المنتجين (ومن ثم النشطاء اقتصادياً) والأشخاص المستهلكين حصرياً (غير النشطاء) غير متوافرة نمطياً، فإن نسب الإعالة تحسب عادة على أساس النطاقات العمرية فقط.

ويفترض عادة أن الأطفال دون سن ١٥ يصنفون ضمن الفئة المعالة والأشخاص الأكبر يكونون على الأرجح في مرحلة من العمر يصبحون فيها مستهلكين أساساً. ولأن عمر ٦٥ عاماً يعتبر تقليدياً العتبة لإعالة كبار السن فإن الفئة العمرية ٦٥ عاماً أو أكثر تستخدم هنا لحساب نسب الإعالة. غير أن من الجدير بالذكر أن الاتجاهات تكون بقدر كبير هي نفسها إذا حُسبت نسب الإعالة باستخدام سكان في الفئة العمرية

١٥ - ٥٩ باعتبارهم المحدد وتعريف كبار السن بأنهم الذين في عمر ٦٥ عاماً أو أكثر. ومع هذا فإن حالة كبار السن تكون أعلى إذا استخدم عمر ٦٠ عاماً كعتبة (انظر جدول المرفق ألف - ٣).

وتتناول هنا ثلاثة أنواع من النسب هي: (أ) نسبة إعالة الأطفال، وهي تتعلق بعدد الأشخاص في الفئة العمرية صفر - ١٤ إلى الأشخاص في الفئة العمرية ١٥ - ٦٤؛ (ب) نسبة إعالة كبار السن، وهي تنسب عدد الأشخاص في سن ٦٥ أو أعلى إلى الأشخاص في الفئة العمرية ١٥ - ٦٤؛ (ج) نسبة الإعالة الكلية، وهي مجموع نسب إعالة الأطفال وكبار السن. ويعبر عن جميع نسب الإعالة من حيث عدد المعالين (الأطفال أو كبار السن أو كليهما) بين كل مائة شخص في الفئة العمرية ١٥ - ٦٤.

وواضح أن هذه الصياغة لفكرة "الإعالة" تبالح في تبسيط واقع حياة البشر. ففي معظم السكان لا يتوقف النشاط الاقتصادي في سن ٦٥، والأشخاص في الفئة العمرية ١٥ - ٦٤ ليسوا كلهم نشطاء اقتصادياً. ولئن كان الأشخاص في الفئة العمرية ٦٥ فما فوق يحتاجون غالباً إلى الدعم من غيرهم فإن كبار السن في كثير من المجتمعات هم أيضاً مقدمو الدعم لأطفالهم البالغين (Morgan, Schuster and Butler, 1991; Saad, 2001). ثم إن الأشخاص في الفئة العمرية ١٥ إلى ٦٤ ليسوا كلهم ممن يقدمون الدعم المباشر أو غير المباشر للأبناء أو إلى كبار السن (Taeuber, 1992). وبوجه خاص فلما كانت فترة تدريب الأعمار المنتجة تزيد على مدار التنمية الاقتصادية فإن معظم المراهقين وصغار البالغين يقون لمدة أطول في المدرسة وخارج سوق العمل، وبالفعل تطول فترة إعالة الأبناء إلى ما بعد سن ١٥.

وتوحي الملاحظات بأن الاتجاهات في نسب الإعالة المطروحة هنا هي مجرد ملاحظات دالة على العقبات التي يمكن أن يواجهها المجتمع عند حدوث تغييرات في أعمار السكان وتغييرات غير مسبوقة في حجم الفئات العمرية الأساسية. ويتطلب تقدير الآثار الاقتصادية المحتملة لتلك الاتجاهات مزيداً من التدابير المناسبة على أساس المعلومات عن عدد العاملين والمستهلكين بين السكان كدالة عن العمر.

الاتجاهات العالمية في الإعالة المتعلقة بالسن

يبين الشكل ثانياً - ٤ قيم ثلاث نسب للإعالة من عام ١٩٥٠ إلى عام ٢٠٥٠ بالنسبة للعالم، والبلدان المتقدمة والبلدان النامية والبلدان التي تمر اقتصاداتها بمرحلة انتقالية. فنسبة الإعالة الكلية للعالم ككل قد ارتفعت من ٦٥ معال لكل مائة شخص في الفئة العمرية ١٥ - ٦٤ في عام ١٩٥٠ إلى ٧٤ في عام ١٩٧٥. وتعزى هذه الزيادة في الإعالة الكلية في معظمها إلى زيادة عدد الأبناء بالنسبة إلى السكان في سن العمل، كما ينعكس في ارتفاع نسب إعالة الأطفال. وفيما بين عامي ١٩٧٥ و ٢٠٥٠ انخفضت نسبة الإعالة الكلية من ٧٤ إلى ٥٥ معالاً لكل مائة شخص في سن العمل مدفوعة بتخفيض رئيسي في إعالة الأطفال.

ويتوقع أن يتوقف هذا الانخفاض في العقد القادم ثم ينعكس بحيث تكون نسبة الإعالة الكلية المتوقعة ٥٣ في عام ٢٠٢٥ وتصل إلى ٥٧ بحلول عام ٢٠٥٠. وهذه الزيادة المتوقعة في نسبة الإعالة الكلية تعزى بالكامل إلى ارتفاع نسبة الإعالة في الأعمار الكبيرة إذ يتوقع أن تبقى نسبة إعالة الأبناء في اتجاهها الهابط^٢.

تناقصت النسبة بين

"المعالين" والسكان في

سن العمل منذ عام ١٩٥٠

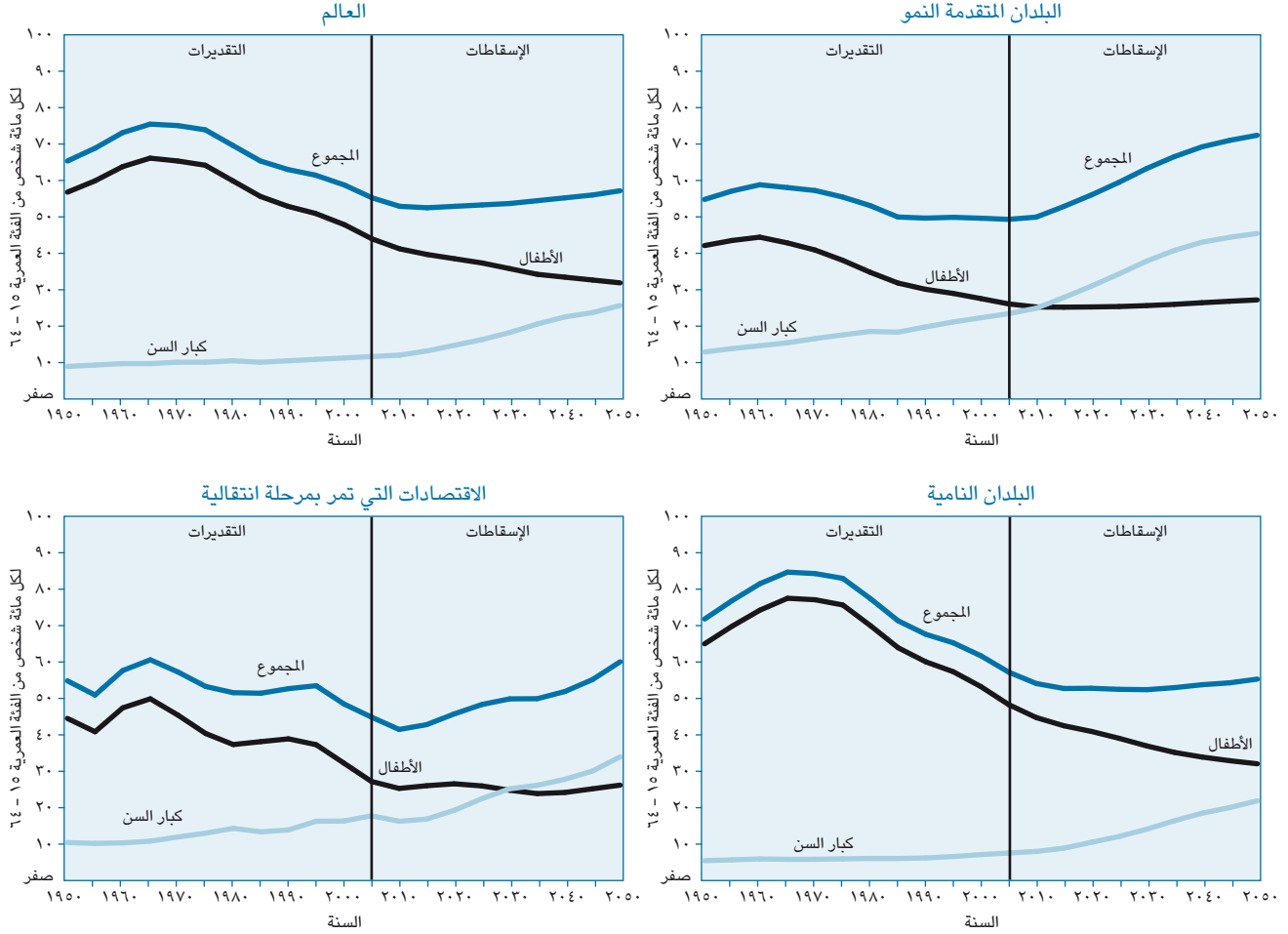
على المستوى العالمي ولكن

يتوقع أن تزداد في المستقبل

٢ حتى لو شهد العالم ككل المستويات الأعلى نسبياً للخصوبة الموجودة في إسقاط المتغير العام (انظر الفرع المعنون "هل شيخوخة السكان محتومة؟" أعلاه للاطلاع على شرح للسسيناريوهات المختلفة للإسقاطات)، فإن نسبة إعالة الأبناء ستظل منخفضة بين عامي ٢٠٥٠ و ٢٠٥٠، بما يعني أن الزيادة في نسبة الإعالة الكلية ستعزى بالكامل إلى الزيادة في نسبة إعالة كبار السن (انظر جدول المرفق ألف - ٢). وعلاوة على هذا بالنسبة لجميع مجموعات البلدان ستكون نسبة إعالة كبار السن في عام ٢٠٥٠ الناجمة عن إسقاط المتغير العالي أعلى كثيراً من النسبة المقدرة في عام ٢٠٥٠.

الشكل ثانياً - ٤

الاتجاهات في ثلاثة أنواع من نسب الإعالة للعالم ومجموعات البلدان، ١٩٥٠ - ٢٠٥٠



المصدر: الأمم المتحدة (٢٠٠٥ أ).

ملاحظات: (١) يبين الرسم البياني التقديرات (حتى عام ٢٠٠٥) وإسقاطات المتغير الوسيط (بعد عام ٢٠٠٥).

(٢) تعرف نسبة الإعالة الكلية بأنها نسبة مجموع السكان في الفئة العمرية ١٥ - ٦٤ والسكان في عمر ٦٥ عاماً فأكثر إلى السكان في الفئة العمرية ١٥ - ٦٤. ونسبة إعالة الأبناء هي نسبة السكان في الفئة العمرية ١٥ - ٦٤ إلى الفئة العمرية ١٥ - ٦٤. ونسبة إعالة كبار السن هي نسبة السكان في عمر ٦٥ أو أكثر إلى السكان في الفئة العمرية ١٥ - ٦٤.

الفوارق الإقليمية في الإعالة المتعلقة بالسن

نسبة الإعالة الكلية
بالبلدان المتقدمة ككل
بلغت نقطة منخفضة
تاريخية في عام ٢٠٠٥

كانت نسبة الإعالة الكلية في البلدان المتقدمة ثابتة نسبياً بين عامي ١٩٥٠ و ١٩٧٥ عند مستوى حوالي ٥٤ أو ٥٥ معالاً لكل مائة شخص في الفئة العمرية ١٥ - ٦٤، ولكنها انخفضت حينئذ إلى ٤٩ بحلول عام ٢٠٠٥. ومن المتوقع أن المستوى الملاحظ في عام ٢٠٠٥ سيكون تاريخياً نقطة دنيا، حيث يتوقع زيادة مطردة في مسار نسبة الإعالة الكلية لهذه المناطق في المستقبل، بسبب استمرار ارتفاع نسبة الإعالة لكبار السن. والواقع أنه بحلول عام ٢٠٥٠ يتوقع أن تصل نسبة الإعالة الكلية لكبار السن بالنسبة للبلدان المتقدمة إلى القيمة ٤٥، وهي تقترب من نسبة الإعالة الكلية المقدرة لعام ٢٠٠٥. ولو أضفنا الأطفال

المعالين كما هو متوقع لنتجت نسبة كلية للإعالة هي ٧٢ في عام ٢٠٥٠، وهو مستوى أعلى بنسبة ٣٧ في المائة من القيمة المتوسطة لهذه النسبة نفسها للبلدان المتقدمة بين عامي ١٩٥٠ و ٢٠٠٥.

والاتجاهات في نسب الإعالة في البلدان التي تمر اقتصاداتها بمرحلة انتقالية مماثلة للأرقام في البلدان المتقدمة. فبعد أن تغيرت قليلاً من ٥٦ معالاً لكل مائة شخص في الفئة العمرية ١٥ - ٦٤ في عام ١٩٥٠ إلى ٥٤ معالاً في عام ١٩٧٥ ثم تنخفض إلى نقطة دنيا تاريخية هي ٤٢ معالاً في عام ٢٠١٠، يتوقع أن تصل إلى ٤٩ في عام ٢٠٢٥ ثم إلى ٦١ في عام ٢٠٥٠. وكما هو الحال بالنسبة للبلدان المتقدمة فإن الزيادة المتوقعة في نسبة الإعالة تعزى حصرياً إلى الزيادة المطردة في نسبة إعالة كبار السن.

وبالنسبة للبلدان النامية فإن الخبرة التاريخية والآفاق المستقبلية مختلفة تماماً. فأولاً كانت النسبة الكلية للإعالة في عام ١٩٥٠، وهي ٧١ معالاً لكل مائة شخص في الفئة العمرية ١٥ - ٦٤ نسبة عالية مقارنة بالنسبة في البلدان المتقدمة أو البلدان التي تمر اقتصاداتها حالياً بمرحلة انتقالية، ويرجع هذا في معظمه إلى الارتفاع الكبير في مستوى إعالة الأبناء في البلدان النامية (٦٥ لكل ١٠٠ شخص في الفئة العمرية ١٥ - ٦٤). وفيما بين عامي ١٩٥٠ و ١٩٧٥، ومع استمرار الزيادة في نسبة الأبناء بين سكان البلدان النامية بسبب انخفاض الوفيات، تضخمت نسب الإعالة الكلية وإعالة الأبناء إلى ٧٥ و ٨٢ على التوالي. ومع ذلك حدث انخفاض لاحق في نسبة الأبناء نتيجة لانخفاض الخصوبة الذي اقترن بارتفاع نسبة الأشخاص في الفئة العمرية ١٥ - ٦٤، مما أدى إلى تخفيضات رئيسية في نسب الأبناء والنسب الكلية للإعالة بعد عام ١٩٧٥.

وبحلول عام ٢٠٠٥، كانت النسبة الكلية للإعالة في البلدان النامية ٥٧ ويتوقع أن تستمر في الانخفاض إلى أن تصل إلى ٥٢ في عام ٢٠٢٥. وبعد هذه النقطة يتوقع حدوث زيادة بطيئة. وستكون الزيادات بعد عام ٢٠٢٥ بطيئة لأن الارتفاع السريع المتوقع في نسبة إعالة كبار السن يرجح أن يتوازن بالتخفيضات المستمرة في إعالة الأبناء. وبحلول عام ٢٠٥٠، يتوقع أن تكون النسبة الكلية للإعالة في البلدان النامية ككل هي ٥٥، وهي قيمة تقل قليلاً عنها في عام ٢٠٠٥. غير أن تركيب هذه النسبة سيكون مختلفاً تماماً في المستقبل إذ يتوقع أن يمثل كبار السن ٤٢ في المائة من العبء الكلي للإعالة في عام ٢٠٥٠، صعوداً من النسبة المقدرة وهي ١٠ في المائة في عام ١٩٥٠ و ١٦ في المائة في عام ٢٠٠٥.

وفي جميع مجموعات البلدان النامية التي تُبحث هنا زادت النسبة الكلية للإعالة (التي كانت عالية بالفعل في عام ١٩٥٠) إلى مستوى عالٍ للغاية بين عامي ١٩٥٠ و ١٩٧٥. وينطبق هذا بوجه خاص على أفريقيا وغرب آسيا حيث بلغت النسبة الكلية للإعالة في عام ١٩٧٥ أكثر من ٩٠ معالاً لكل مائة شخص في الفئة العمرية ١٥ - ٦٤ (الشكل في المرفق ألف - ١). وفي ذلك العام نفسه كانت نسبة الإعالة الكلية ٨٤ في أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي ونحو ٨٠ في جنوب آسيا وشرق آسيا ومنطقة المحيط الهادئ. وفي جميع المناطق النامية باستثناء أفريقيا انخفضت النسبة الكلية للإعالة انخفاضاً ملحوظاً بين عامي ١٩٧٥ و ٢٠٠٥. وهذا الانخفاض هام بوجه خاص في شرق آسيا ومنطقة المحيط الهادئ حيث أصبحت نسبة الإعالة الكلية بسبب الانخفاض الكبير في عنصر الأبناء وهي ٤٤ معالاً لكل مائة شخص في الفئة العمرية ١٥ - ٦٤ في عام ٢٠٠٥ تقارن بالنسبة التي لوحظت في البلدان المتقدمة والاقتصادات التي تمر بمرحلة انتقالية. وفي جنوب آسيا وغرب آسيا انخفضت نسبة الإعالة الكلية إلى أدنى الستينات في عام ٢٠٠٥ وفي أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي إلى منتصف الخمسينات. وفي أفريقيا على خلاف ذلك كانت النسبة الكلية للإعالة في عام ٢٠٠٥ لا تزال عالية جداً وهي ٨١ معالاً لكل مائة شخص في الفئة العمرية ١٥ - ٦٤.

الزيادة المتوقعة في
نسبة الإعالة الكلية في
الاقتصادات التي تمر
بمرحلة انتقالية ستكون
مدفوعة حصرياً بالزيادة
المطردة في نسبة
إعالة كبار السن

يتوقع حدوث نقلة كبيرة
في العقود القادمة في
الحجم النسبي لفئات عمر
الإعالة في البلدان النامية،
حيث تتوقف الزيادة في
الأبناء بين السكان بينما
تظل أعداد كبار السن تنمو

لا تزال نسبة الإعاقة الكلية عالية جداً في أفريقيا ولكن يتوقع أن تشهد انخفاضاً مطرداً في المستقبل

ويتوقع أن تشهد أفريقيا في العقود المقبلة انخفاضاً مطرداً في نسبة الإعاقة الكلية التي يتوقع أن تصل إلى ٥٥ بحلول عام ٢٠٥٠. وبالنسبة إلى أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي فيتوقع على النقيض من ذلك أن تتوقف نسبة الإعاقة الكلية عن الانخفاض حوالي عام ٢٠٢٥ ثم تبدأ في الزيادة إلى مستوى ٥٧ بحلول عام ٢٠٥٠. وستحدث هذه الزيادة أساساً بسبب ارتفاع وزن فئة كبار السن. وبحلول عام ٢٠٥٠، يتوقع أن تكون نسبة إعاقة كبار السن في أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي مساوية تقريباً لنسبة إعاقة الأبناء. وفي جنوب آسيا وغرب آسيا يتوقع أن تنخفض النسبة الكلية للإعاقة إلى نحو ٥٠ بحلول عام ٢٠٢٥ ثم تستقر على مدى الأعوام الخمسة والعشرين التالية.

وآفاق المستقبل لنسبة الإعاقة الكلية في شرق آسيا ومنطقة المحيط الهادئ مماثلة لنسبتها في الاقتصادات التي تمر بمرحلة انتقالية، مع زيادة بطيئة بين عامي ٢٠٠٥ و٢٠٢٥، وزيادة أسرع بين عام ٢٠٢٥ وعام ٢٠٥٠. ويتوقع أن تتجاوز نسبة إعاقة كبار السن في هذه المنطقة نسبة إعاقة الأبناء في حوالي عام ٢٠٣٠.

اليابان حالة خاصة بين البلدان المتقدمة

ومن بين البلدان المتقدمة تبرز اليابان كحالة خاصة ترتفع فيها نسبياً نسبة الإعاقة الكلية في عام ١٩٥٠. وفيما بين عامي ١٩٥٠ و١٩٧٥، تناقصت النسبة مع ذلك بشكل حاد من ٦٨ إلى ٤٧ معالاً لكل مائة شخص في الفئة العمرية ١٥ - ٦٤ ويرجع هذا أساساً إلى الانخفاض الكبير في نسبة إعاقة الأبناء. وتجاوزت نسبة إعاقة كبار السن في اليابان نسبة إعاقة الأبناء بين عامي ١٩٩٥ و٢٠٠٠ (الشكل ألف - ٢ بالمرفق). ومن ثم ففي عام ٢٠٠٥ كان كبار السن يمثلون تقريباً ٦٠ في المائة بالنسبة للإعاقة الكلية التي كانت ٥١ معالاً لكل مائة شخص في الفئة العمرية ١٥ - ٦٤. وبحلول عام ٢٠٥٠، يتوقع أن تصل نسبة إعاقة كبار السن في اليابان إلى مستوى ملحوظ (هو الأعلى في العالم) وهو أكثر من ٧٠ شخصاً في الفئة العمرية ٦٥ فما فوق لكل مائة شخص في الفئة العمرية ١٥ - ٦٤، بينما يتوقع أن تصل نسبة الإعاقة الكلية إلى معال واحد لكل فرد من السكان في سن العمل.

كذلك شهدت أوروبا قفزة في نسب إعاقة الأطفال وكبار السن (حدثت بين عامي ٢٠٠٠ و٢٠٠٥). ومع ذلك فالفرق بين هاتين النسبتين يظل أدنى كثيراً منه في حالة اليابان. وهذه القفزة الأخيرة تندر بارتفاع حاد في مستقبل نسبة الإعاقة الكلية التي يتوقع أن تزيد بالتوازي مع نسبة كبار السن. وبحلول عام ٢٠٥٠، يتوقع أن تكون نسبة الإعاقة الكلية في أوروبا ٧٧، وهي قيمة عالية جداً مماثلة للنسبة في معظم البلدان النامية في الستينات من القرن الماضي، ولكنها تحدد أساساً في هذه الحالة بارتفاع نسبة كبار السن لا بارتفاع نسبة الأبناء.

والمسارات التاريخية التي سارت فيها نسب الإعاقة الكلية مماثلة في جنوب شرق أوروبا وكمونولث الدول المستقلة. ففي مجموعتي البلدان انخفضت نسبة الإعاقة الكلية بين عامي ١٩٥٠ و٢٠٠٥، ولكن يتوقع أن تبدأ في الزيادة خلال العقد المقبل لتصل بحلول عام ٢٠٥٠ إلى مستوى ٦٦ في جنوب شرق أوروبا و٦١ في كمونولث الدول المستقلة. وكما في معظم البلدان المتقدمة سيكون الدافع للزيادة المتوقعة في نسبة الإعاقة الكلية هو أساساً من كبار السن. فنصيب كبار السن في النسبة الكلية للإعاقة يتوقع أن يتجاوز نصيب الأبناء في حوالي عام ٢٠٢٠ في جنوب شرق أوروبا وبحوالي عام ٢٠٣٠ في كمونولث الدول المستقلة. وبحلول عام ٢٠٥٠، يتوقع أن يشكل الأشخاص في عمر ٦٥ عاماً أو أكثر ٥٦ في المائة من نسبة الإعاقة الكلية في كمونولث الدول المستقلة، و٦٢ في المائة في جنوب شرق أوروبا.

الشيخوخة بين السكان في سن العمل

قوة العمل هي نفسها تشيخ. فبالنسبة للعالم ككل ظلت نسبة من هم في سن ٥٠ أو أكثر ضمن السكان في الفئة العمرية ١٥ - ٦٤ مستقرة في العقود الأخيرة، عند نحو ١٧ في المائة بين عامي ١٩٧٥ و ٢٠٠٥ (الشكل ثانياً - ٥). ويتوقع أن يزيد وزن هذه الفئة العمرية سريعاً في المستقبل ليرتفع إلى ٢٧، ١ في المائة في عام ٢٠٥٠.

وفي البلدان المتقدمة فإن نسبة الشريحة الأصغر (في الفئة العمرية ١٥ - ٢٩) والشريحة الأكبر (الفئة العمرية ٥٠ - ٦٤) من السكان في سن العمل متساويتان تقريباً في عام ٢٠٠٥. ومع ذلك فابتداءً من عام ٢٠١٠، يتوقع أن تصبح شريحة كبار السن في قوة العمل أكبر من شريحة صغار السن. وبحلول عام ٢٠٥٠ يتوقع أن يشكل من هم في سن ٥٠ عاماً أو أكثر قرابة ثلث (٢، ٣١ في المائة) السكان في سن العمل في البلدان المتقدمة.

قرابة ثلث السكان في سن العمل في البلدان المتقدمة يتوقع أن يكون سنهم ٥٠ عاماً فأكثر بحلول عام ٢٠٥٠

وفي البلدان التي تمر اقتصاداتها بمرحلة انتقالية يتوقع أن تحدث القفزة بين أصغر وأكبر شرائح السكان في سن العمل سنّاً بين عامي ٢٠٢٠ و ٢٠٢٥. ويتوقع أن تصل حصة أكبر الشرائح سنّاً في القوى العاملة في الاقتصادات التي تمر بمرحلة انتقالية أعلى نقطة لها وهي ٨، ٣٤ في المائة في عام ٢٠٤٥ ثم تنخفض قليلاً لتصل إلى ٧، ٣٢ في المائة في عام ٢٠٥٠.

وفي المناطق النامية، على الرغم من أن حجم أكبر الشرائح سنّاً وأصغرها سنّاً في القوى العاملة بدأت في التقارب في التسعينات من القرن الماضي، يتوقع أن تظل شريحة الأصغر سنّاً هي المهيمنة بحلول منتصف هذا القرن. غير أن هناك فروقاً هامة بين البلدان النامية. ففي أفريقيا على سبيل المثال ستظل القوى العاملة صغيرة السن حتى عام ٢٠٥٠، في حين يتوقع في شرق آسيا ومنطقة المحيط الهادئ أن يتجاوز حجم أكبر الشرائح سنّاً حجم أصغرها سنّاً قبل عام ٢٠٢٥ (الشكل ألف - ٣ بالمرق).

الفروق بين الجنسين في السن المتقدم

أعداد الرجال والنساء

لما كانت النساء يعشن عادة أطول من الرجال فإنهن يفقن الرجال كثيراً في العدد في السن المتقدمة. ولما كان هناك ١٠١ ذكر لكل مائة أنثى بين سكان العالم في عام ٢٠٠٥ فإن من كان في سن ٦٠ عاماً أو أكثر كانت نسبتهم ٨٢ رجلاً إلى مائة امرأة (الجدول ثانياً - ٧).

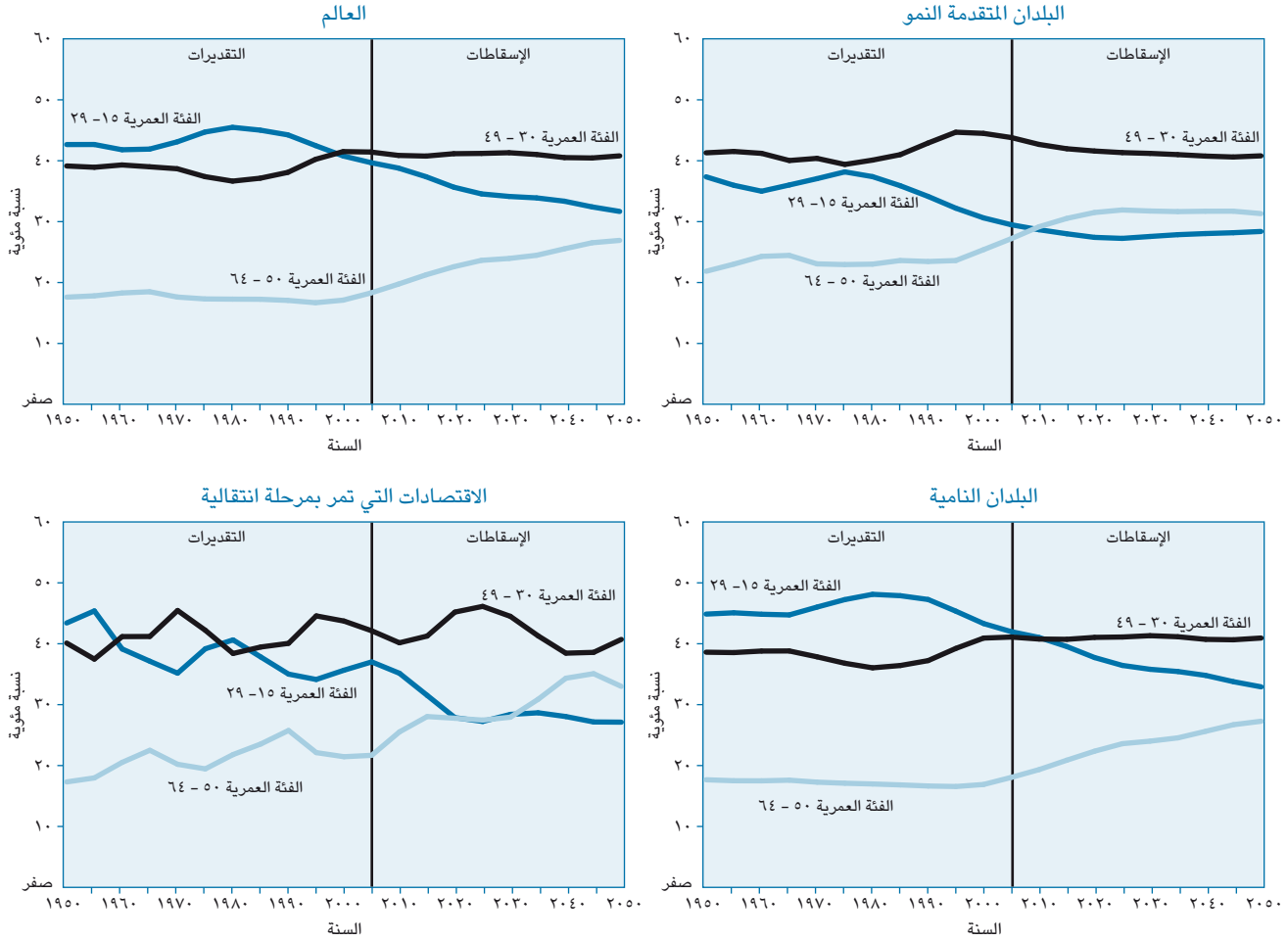
الأمر لا يقتصر على أن النساء أكثر احتمالاً من الرجال للبقاء حتى سن ٦٠، ولكن ما أن يبلغن ذلك العمر حتى يمكن توقع أن يعشن أطول من الرجال في مثل سنهن. ويترتب على هذا أن نسبة النساء بين كبار السن تميل إلى الارتفاع بشكل كبير مع تقدم العمر. ففي عام ٢٠٠٥، كان عدد النساء في العالم ككل يفوق عدد الرجال بنحو ٣:٤ في عمر ٦٥ عاماً وأكثر، ونسبة ١:٢ في عمر ٨٠ أو أكثر.

النساء يشكلن أكثر من نصف سكان العالم الكبار سنّاً وتزداد حصتهن في الزيادات الكلية بتقدم العمر

وتتفاوت نسب الجنس في الأعمار المتقدمة تفاوتاً كبيراً بين البلدان. فقد كانت نسبة الإناث في البقاء على قيد الحياة أكبر تاريخياً في البلدان المتقدمة والبلدان التي تمر اقتصاداتها بمرحلة انتقالية منها في البلدان النامية. ونتيجة لهذا فإن نسبة الذكور إلى الإناث في الأعمار المتقدمة تميل إلى أن تكون أدنى في المتوسط في البلدان المتقدمة والاقتصادات التي تمر بمرحلة انتقالية منها في البلدان النامية. وفي الوقت الراهن فإن النسب المتدنية حسب الجنس في البلدان المتقدمة وفي الاقتصادات التي تمر بمرحلة انتقالية تنشأ عن الفوارق

الشكل ثانياً - ٥

توزيع السكان في سن العمل حسب الفئة العمرية للعالم ومجموعات البلدان، ١٩٥٠ - ٢٠٥٠ (نسبة مئوية)



المصدر: الأمم المتحدة (٢٠٠٥).

ملاحظة: يبين الرسم البياني التقديرات (حتى عام ٢٠٠٥) وإسقاطات المتغير الوسيط (بعد عام ٢٠٠٥).

الكبيرة بين الجنسين في العمر المتوقع والآثار الطويلة المدى للفقدان الجماعي للشباب خلال الحرب العالمية الثانية.

والنسب حسب الجنس في السن المتقدمة تنخفض بشكل خاص في الاقتصادات التي تمر بمرحلة انتقالية حيث كان هناك في عام ٢٠٠٥ نحو ٥٧ رجلاً لكل مائة امرأة بين الأشخاص في سن ٦٠ عاماً أو أكثر ومجرد ٢٩ رجلاً لكل مائة امرأة بين الأشخاص في سن ٨٠ عاماً أو أكثر. وعلى النقيض من ذلك ففي البلدان النامية تفوق كبيرات السن كبار السن من الرجال في العدد بهوامش أصغر لأن الفروق بين الجنسين في العمر المتوقع تكون عادة أصغر في هذه المناطق من العالم. ومن ثم ففي البلدان النامية اليوم يوجد ٨٨ رجلاً لكل مائة امرأة في سن ٦٠ عاماً أو أكثر و٦٧ رجلاً لكل مائة امرأة في سن ٨٠ عاماً أو أكثر. ونسب الجنس في الأعمار الكبيرة في البلدان المتقدمة هي بين النسب للموجودين في الاقتصادات التي تمر بمرحلة انتقالية والنسب الملاحظة في البلدان النامية.

غير أنه فيما يعزى جزئياً إلى الانخفاض المتوقع في ميزة الإناث في العمر المتوقع في البلدان المتقدمة والاقتصادات التي تمر بمرحلة انتقالية فإن نسبة الجنس بين السكان في عمر ٦٠ عاماً أو أكثر في تلك المناطق يتوقع أن تزداد بين عامي ٢٠٠٥ و ٢٠٥٠ مروراً من ٧٦ إلى ٨١ من الذكور لكل مائة من الإناث في البلدان المتقدمة ومن ٥٧ إلى ٦٥ في الاقتصادات التي تمر بمرحلة انتقالية. وبالمثل فإن الزيادات في المستقبل متوقعة في نسبة الجنس لمن يعيشون حتى سن ٨٠ عاماً أو أكثر في البلدان المتقدمة والبلدان التي تمر بمرحلة انتقالية على السواء.

الجدول ثانياً - ٧

نسبة الجنس بين السكان في فئات عمرية مختارة للعالم ومجموعات البلدان،
١٩٥٠ و ٢٠٠٥ و ٢٠٥٠

الفئة العمرية	نسبة الجنس (ذكور لكل ١٠٠ أنثى)		
	٢٠٥٠	٢٠٠٥	١٩٥٠
العالم			
المجموع	٩٩	١٠١	١٠٠
صفر - ١٤	١٠٥	١٠٥	١٠٤
١٥ - ٥٩	١٠٣	١٠٢	٩٩
+ ٦٠	٨٥	٨٢	٨٠
+ ٦٥	٨٠	٧٧	٧٥
+ ٨٠	٦١	٥٥	٦١
البلدان المتقدمة			
المجموع	٩٦	٩٦	٩٥
صفر - ١٤	١٠٥	١٠٥	١٠٤
١٥ - ٥٩	١٠٢	١٠٠	٩٣
+ ٦٠	٨١	٧٦	٨٠
+ ٦٥	٧٧	٧١	٧٨
+ ٨٠	٥٩	٤٩	٦٥
البلدان التي تمر اقتصاداتها بمرحلة انتقالية			
المجموع	٨٩	٨٩	٧٩
صفر - ١٤	١٠٥	١٠٥	١٠١
١٥ - ٥٩	٩٧	٩٣	٧٣
+ ٦٠	٦٥	٥٧	٥٤
+ ٦٥	٥٩	٥٣	٤٩
+ ٨٠	٣٨	٢٩	٣٦
البلدان النامية			
المجموع	١٠٠	١٠٣	١٠٤
صفر - ١٤	١٠٥	١٠٥	١٠٥
١٥ - ٥٩	١٠٣	١٠٣	١٠٥
+ ٦٠	٨٦	٨٨	٨٦
+ ٦٥	٨٢	٨٥	٨٠
+ ٨٠	٦٤	٦٧	٦٨

المصدر: الأمم المتحدة (٢٠٠٥ أ).

ملاحظة: يبين الجدول التقديرات (حتى عام ٢٠٠٥) وإسقاطات المتغير الوسيط (بعد عام ٢٠٠٥).

وعلى النقيض من هذا فالفروق بين الجنسين في العمر المتوقع يُنتظر أن تتسع في البلدان النامية بين عامي ٢٠٠٥ و٢٠٥٠. ونتيجة لهذا فإن نسب الجنس في الأعمار المتقدمة يتوقع أن تنخفض ومن ثم تتفاقم أوجه عدم التوازن في أعداد كبار السن من الرجال وكبيرات السن من النساء في البلدان النامية ككل. غير أن نسب الجنس في الأعمار المتقدمة في البلدان النامية ينتظر أن تصل إلى المستويات المتدنية للغاية التي تلاحظ في الاقتصادات التي تمر بحلة انتقالية وفي البلدان المتقدمة في عام ٢٠٠٥.

الفجوة بين الجنسين في العمر المتوقع عند الولادة وفي كبار السن

ظلت الانخفاضات
في معدل الوفيات أكبر
بالنسبة للإناث منها
بالنسبة للذكور
في معظم البلدان

لقد انخفضت مستويات الوفيات انخفاضاً شديداً منذ عام ١٩٥٠. فبين الفترة ١٩٥٠ - ١٩٥٥ والفترة ٢٠٠٠ - ٢٠٠٥ زاد سكان العالم بنحو ١٩ عاماً في العمر المتوقع عند الولادة، ولكن هذه الزيادة لم تُتقاسم بالتساوي بين الرجال والنساء (الجدول ثانياً - ٨). ففي معظم البلدان كانت الانخفاضات في معدل الوفيات أكبر بالنسبة للإناث منها بالنسبة للذكور، وهذا يعزز ميزة الإناث في البقاء إلى عمر متقدم.

الجدول ثانياً - ٨

العمر المتوقع عند الولادة في عمر ٦٠ و ٦٥ و ٨٠ حسب الجنس بالنسبة للعالم ومجموعات البلدان، ١٩٥٠ - ٢٠٥٠

١٩٥٥ - ١٩٥٠			٢٠٠٠ - ٢٠٠٥			٢٠٤٥ - ٢٠٥٠		
الجنس	الذكور	الفرق	الجنس	الذكور	الفرق	الجنس	الذكور	الفرق
العمر المتوقع عند الولادة (بالسنوات)								
العالم	٤٦,٦	٤٨,٠	٤٥,٣	٢,٨	٦٥,٤	٦٧,٧	٦٣,٢	٤,٥
البلدان المتقدمة	٦٦,٦	٦٩,٠	٦٤,٣	٤,٧	٧٨,٣	٨١,٣	٧٥,٢	٦,١
البلدان التي تمر اقتصاداتها بمرحلة انتقالية	٦٢,٧	٦٥,٨	٥٨,٨	٧,٠	٦٥,٥	٧١,٢	٦٠,٠	١١,٢
البلدان المتقدمة	٤١,٠	٤١,٨	٤٠,٢	١,٦	٦٣,٤	٦٥,١	٦١,٧	٣,٤
العمر المتوقع في سن ٦٠ (بالسنوات)								
العالم	١٤,٨	١٥,٥	١٣,٩	١,٦	١٩,٢	٢٠,٧	١٧,٥	٣,٢
البلدان المتقدمة	١٧,٧	١٩,٣	١٦,٠	٣,٣	٢٢,٢	٢٤,٣	٢٤,٣	٤,٥
البلدان التي تمر اقتصاداتها بمرحلة انتقالية	١٧,٩	١٩,٨	١٥,٤	٤,٤	١٧,١	١٩,١	١٤,٤	٤,٧
البلدان المتقدمة	١٣,٠	١٣,٢	١٢,٧	٠,٥	١٨,٠	١٩,٣	١٦,٨	٢,٥
العمر المتوقع في سن ٦٥ (بالسنوات)								
العالم	١٢,٠	١٢,٥	١١,٣	١,٢	١٥,٧	١٧,٠	١٤,٢	٢,٨
البلدان المتقدمة	١٤,٣	١٥,٦	١٢,٩	٢,٧	١٨,٣	٢٠,١	١٦,١	٤,٠
البلدان التي تمر اقتصاداتها بمرحلة انتقالية	١٤,٨	١٦,٣	١٢,٦	٣,٧	١٤,٠	١٥,٤	١١,٨	٣,٦
البلدان المتقدمة	١٠,٤	١٠,٥	١٠,٢	٠,٣	١٤,٦	١٥,٦	١٣,٥	٢,١
العمر المتوقع في سن ٨٠ (بالسنوات)								
العالم	٥,٧	٥,٧	٥,٤	٠,٣	٧,٥	٨,١	٦,٧	١,٤
البلدان المتقدمة	٦,٤	٦,٩	٦,٠	٠,٩	٨,٦	٩,٤	٧,٤	٢,٠
البلدان التي تمر اقتصاداتها بمرحلة انتقالية	٧,٤	٧,٩	٦,٤	١,٥	٦,٦	٦,٩	٥,٨	١,١
البلدان المتقدمة	٤,٩	٤,٨	٤,٩	- ٠,١	٦,٨	٧,٢	٦,٢	١,٠

المصدر: الأمم المتحدة (٢٠٠٥ أ).

ملاحظة: يبين الجدول التقديرات (حتى عام ٢٠٠٥) وإسقاطات المتغير الوسيط (بعد عام ٢٠٠٥).

وعلى المستوى العالمي فإن ميزة الإناث في العمر المتوقع عند الولادة قد زادت من ٨, ٢ إلى ٥, ٤ سنة منذ الفترة ١٩٥٠ - ١٩٥٥ ويتوقع أن تزيد طفيفاً إلى ٧, ٤ سنة بحلول الفترة ٢٠٤٥ - ٢٠٥٠. غير أن الثغرة في العقود الأخيرة في العمر المتوقع عند الولادة بين الجنسين استقرت بل وضاعت إلى حد ما في البلدان المتقدمة.

لقد ظلت ميزة الإناث في العمر المتوقع عند الولادة بوجه خاص كبيرة في البلدان التي تمر اقتصاداتها بمرحلة انتقالية، حيث أسهمت المساواة المتزايدة للذكور البالغين بين الوفيات في زيادة الفرق بين الإناث والذكور في العمر المتوقع عند الولادة، والذي ارتفع من ٠, ٧ سنة في الفترة ١٩٥٠ - ١٩٥٥ إلى ٢, ١١ سنة في الفترة ٢٠٠٠ - ٢٠٠٥. وفي الوقت الراهن فإن العمر المتوقع للذكور عند الولادة في الاقتصادات التي تمر بمرحلة انتقالية أقل منه في البلدان النامية، في حين أن العمر المتوقع للإناث هو ٦ سنوات زيادة في الاقتصادات التي تمر بمرحلة انتقالية عنه في البلدان النامية.

والنساء هن المتفوقات على الرجال لا من حيث العمر المتوقع عند الولادة فحسب بل ومن حيث البقاء في السن المتقدم. فبين الفترة ١٩٥٠ - ١٩٥٥ والفترة ٢٠٠٠ - ٢٠٠٥ كانت الميزة للنساء في العمر المتوقع قد زادت من ٦, ١ إلى ٢, ٣ سنة في سن الـ ٦٠ ومن ٣, ٠ إلى ٤, ١ سنة في سن الـ ٨٠. وظلت هذه الاتجاهات متماثلة في مناطق العالم المختلفة وساعدت على الحفاظ على النسب المتدنية للجنس بين كبار السن التي تلاحظ في العالم أجمع.

استنتاجات

بحلول بداية القرن الحادي والعشرين كانت معظم بلدان العالم إما تشهد وإما قد شهدت بالفعل تحولاً ديمغرافياً من مستويات عالية إلى مستويات متدنية بالنسبة للخصوبة والوفيات. فالبلدان المتقدمة قد وصلت بالفعل إلى المرحلة الثالثة من التحول حيث شيخوخة السكان هي الطاغية والسريعة. أما أغلبية البلدان النامية فسكانها وسكان العالم ككل في المرحلة الثانية، حيث يؤدي توزيع الأعمار الملائم دفعة لزيادة العائد الديمغرافي المحتمل. غير أنه يبقى أن بعض البلدان التي لا تزال فقط في بداية التحول إلى انخفاض الخصوبة وقلة قليلة لم تنخفض بها الخصوبة بعد.

وتؤدي التغيرات التي بدأت تظهر في التحول الديمغرافي إلى تحول مستمر في الهيكل العمري للسكان، الذي يثير التحديات والفرص أمام التنمية. ففي المراحل الأولى من التحول تواجه البلدان تحدي تعليم أعداد كبيرة ومتزايدة من الأطفال وصغار البالغين. وفيما بعد وخلال المرحلة الثانية من التحول توجد الزيادة في السكان في سن العمل هيكلًا عمرياً مؤقتاً وتفتح آفاق الفرص الديمغرافية أمام التنمية الاقتصادية. ومع هذا فلكي تستفيد البلدان من الفرص التي تنشأ عن هذه العلاوة الديمغرافية تحتاج إلى أن تعزز الاستثمار الإنتاجي وتوجد فرص العمل.

وبالقدر نفسه من الأهمية الحاجة إلى بدء التخطيط للوقت الذي تنتهي فيه العلاوة الديمغرافية وتتسارع فيها شيخوخة السكان. ففي البلدان المتقدمة أصبحت شيخوخة السكان السريعة تتطلب بالفعل تكيفات اقتصادية واجتماعية مع الواقع الجديد. غير أن هناك أيضاً احتمالات للفرص والتحديات، لأن كبار السن في البلدان المتقدمة يظلون بصحة جيدة لعمر أطول من ذي قبل ولذا فهناك احتمالات لأن يستمروا منتجين.

إن التغيرات في الهيكل العمري للسكان التي بدأت بالتحول الديمغرافي تتيح تحديات وفرصاً من أجل التنمية

ورغم ارتفاع نسب كبار السن في البلدان المتقدمة فإن هذه المجموعة العمرية تتزايد بشكل أسرع في البلدان النامية. ونتيجة لهذا سوف يتزايد تركيز كبار السن في العالم في البلدان النامية. واليوم بالفعل حيث في البلدان النامية سكان شباب نسبياً، فإنهم يمثلون ٦٤ في المائة من سكان العالم في سن ٦٠ عاماً أو أكثر. وخلال ٢٠ عاماً ستصبح البلدان النامية موطن ٧١ في المائة من كبار السن في العالم.

ولضمان أن هذه الأعداد المتزايدة من كبار السن يحصلون على الدعم اللازم في شيخوختهم، لا بد من توفير العمالة الكريمة إذا احتاجوا أو رغبوا في البقاء نشطاء اقتصادياً، وسيكون توفير الرعاية الصحية اللائمة من التحديات، حسب التحليل الوارد في الفصل السادس. كذلك ينبغي أن تراعي استجابات السياسة لشيخوخة السكان أن النساء يفقدن كثيراً أعداد الرجال عند تقدم العمر في معظم البلدان، وخاصة بين الطاعنين في السن.

والزيادة في العالم في نسبة إعالة كبار السن تعكس حالة تدعم فيها الأعداد المتزايدة من المستفيدين من برامج الصحة والمعاش الممولة من الحكومات (وخاصة منهم من كان في سن ٦٥ عاماً أو أكثر) في كثير من البلدان بعدد قليل نسبياً من المساهمين المحتملين (الذين هم في الأعمار النشطة اقتصادياً بين ١٥ و ٦٤ عاماً). وحسباً نوقش في الفصلين الرابع والخامس فإنه ما لم يمكن تسريع النمو الاقتصادي بطريقة قياسية فإن هذا الاتجاه سوف يستمر في فرض طلبات أشد على السكان في سن العمل (على هيئة ضرائب أعلى واشتراكات أخرى) بغية الحفاظ على تدفق مستقر للمزايا إلى فئات كبار السن. والعبء المتزايد في دعم كبار السن يعوض جزئياً فقط بالنقص في حجم السكان في الأعمار الأصغر.

وشيوخوخة السكان في العقود المقبلة محتمة بقدر كبير بالنسبة إلى البلدان في كل مستويات تنميتها. ولئن كان التوزيع العمري في المستقبل سيتحدد جزئياً بالتغيرات الجارية في الخصوبة والوفيات والهجرة الدولية، فهناك أيضاً زخم قوي لشيخوخة السكان أوجدته الاتجاهات الديمغرافية في الماضي. ومن المتوقع حدوث درجة كبيرة من شيخوخة السكان على مدى العقود القليلة المقبلة في جميع مناطق العالم في إطار تشكيلة من السيناريوهات الحميدة عن مستويات الخصوبة في المستقبل، ولا يبدو من المرجح أن تستطيع تدخلات السياسة الرامية إلى التشجيع على الحمل والولادة في البلدان ذات الخصوبة المنخفضة أن تغير كثيراً من هذه التوقعات. وبالمثل فعلى الرغم من الارتفاع الكبير في أعداد المهاجرين الدوليين الذي يمكن أن يغير الاتجاهات فيما يتعلق بالسكان في سن العمل، فلن يكون لأي افتراض حميد عن مستويات الهجرة الدولية أكثر من تأثير معتدل على درجة شيخوخة السكان المتوقعة التي تشهد بها البلدان في كل أنحاء العالم في العقود المقبلة.

وباختصار فإن التغيرات القادمة في الهيكل العمري للسكان مفهومة جيداً ومن ثم يمكن توقعها بقدر كبير. والأمر المثالي هو أن استجابات السياسة ينبغي أن تنفذ مبكراً لتيسير التكيف مع هذه التغيرات الديمغرافية الطويلة الأمد. وحتى لو كانت شيخوخة السكان أمراً محتماً فإن عواقبها تعتمد على التدابير التي تتخذ للتصدي للتحديات التي تفرضها. وسوف تُناقش تلك التحديات في الفصول اللاحقة من هذا التقرير.

ينبغي أن تنفذ استجابات
السياسة في وقت مبكر
لتيسير التكيف مع
شيخوخة السكان الحتمية
في الأجل الطويل

الفصل الثالث

كبار السن في مجتمع يتغير

مقدمة

إن البيئة الاجتماعية التي ينشأ فيها الناس ويتعرعون بيئة سريعة التغير. وحجم الأسر يتقلص ودور الأسر الموسعة يتلاشى ومفاهيم الدعم بين الأجيال تتغير بسرعة.

وتتوقف آثار هذه التغيرات في تكوين الأسرة وترتيبات المعيشة لدعم ورعاية كبار السن على السياق. ففي البلدان النامية حيث وصول كبار السن إلى آليات الرعاية الاجتماعية الرسمية محدود، يحتاج هؤلاء إلى الاعتماد على الأسرة والمجتمع المحلي. ومع ذلك فآليات الحماية غير الرسمية هذه تتعرض مؤخراً إلى ضغط متزايد يعزى إلى عملية شيخوخة السكان ذاتها ولكن في بعض السياقات أيضاً يعزى إلى تزايد مشاركة المرأة في القوى العاملة وإلى المفاهيم المتغيرة عن رعاية الآباء وكبار السن بصفة عامة. وقد تحتاج البلدان المتقدمة إلى التوسع في تقديم الرعاية الرسمية طويلة الأمد لكبار السن، بما في ذلك المعيشة في المؤسسات، وكذلك إلى تطوير الخدمات البديلة لتتيح لكبار السن الشيخوخة في بيوتهم إذا رغبوا في ذلك.

توفر خطة عمل مدريد
الدولية للشيخوخة
الإطار لإعداد كبار السن
للإسهام في المجتمع

وتولي خطة عمل مدريد الدولية للشيخوخة (الأمم المتحدة، ٢٠٠٢ أ) اهتماماً رئيسياً لضمان تمكين ودعم البيئات باعتبار ذلك مجال سياسة أساسياً وبرنامج عمل لرفاه كبار السن. ولا يهتم جدول الأعمال هذا بأهمية ضمان النظم المستدامة للرعاية الرسمية وغير الرسمية فحسب بل وبكفاية ترتيبات المعيشة والإسكان؛ وإمكانية مشاركة كبار السن في الحياة السياسية والاجتماعية والاقتصادية والثقافية في المجتمع. كذلك تزيد الأعداد المتزايدة من كبار السن والتغيرات في ترتيبات المعيشة مخاطر إساءة المعاملة والإهمال؛ والواقع أن إساءة معاملة كبار السن والتمييز على أساس العمر هما من المشاكل البارزة في كثير من البلدان. ولمواجهة هذه الاتجاهات السلبية يلزم اتخاذ إجراءات محددة. وينبغي أن تدرج هذه الإجراءات - كما ذكر في هذا الفصل - ضمن منظور أوسع يسلم بشكل أكبر بإسهامات كبار السن في المجتمع. وينبغي أن تكفل هذه التدابير مزيداً من المشاركة الاقتصادية وتنشئ آليات كافية لضمان حماية حقوقهم وتمكينهم السياسي.

ويحلل هذا الفصل ثلاثة مجالات تحتاج إلى تحسين استجابات السياسة: أحوال السكن وترتيبات المعيشة لكبار السن؛ وتمكينهم ومشاركتهم السياسية؛ والإطار القانوني والتوعية الاجتماعية بما يكفل حماية حقوق الإنسان لهؤلاء البشر. ومن الشواغل المتصلة بذلك كيفية تسهيل زيادة المشاركة في العمل من كبار السن، وهو ما يتناوله الفصل الرابع.

تغير ترتيبات المعيشة واحتياجات الإسكان

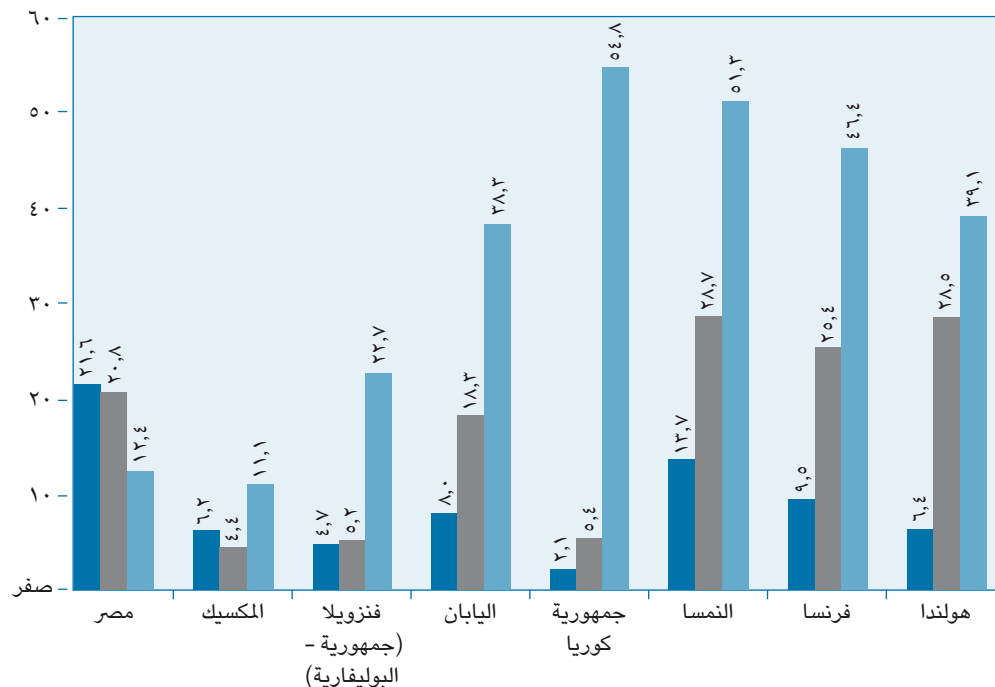
تساعد الاتجاهات نحو تخفيض الخصوبة ومعدلات الوفيات، على النحو المشروح في الفصل الثاني، في شرح التغيرات العميقة في حجم وتركيب الأسرة النواة المرتبطة بتناقص أهمية الأسر الموسعة في كثير من أنحاء العالم. وقد أصبحت الهجرة السريعة من المناطق الريفية إلى المناطق الحضرية، وذلك أساساً نتيجة عمليات التصنيع، عاملاً مسهماً في تقليل أهمية الأسرة الموسعة. ومنذ وقت قريب أسهمت الزيادة الكبيرة في تدفقات المهاجرين الدوليين في هذا الاتجاه. فضلاً عن هذا فقد وجد أن زيادة فرص الحصول على التعليم لها آثارها على مستويات الخصوبة وعلى تركيبة الأسرة: فأصبحت الأسر أكثر نووية حين يرتفع فيها مستوى التعليم (Bongaarts و Zimmer، 2001؛ Oppong، 2006؛ والأُمم المتحدة، ٢٠٠٥ ب؛ والفصل الثالث).

كذلك تؤثر العوامل الأخرى الثقافية والاجتماعية، مثل تأخير الزواج وزيادة العزوبة ومعدلات الطلاق، في حجم وهيكل الأسر. ويعكس هذا التغيرات الهامة في القيم وأنماط الحياة في بلدان من جميع أنحاء العالم. وقد ارتفع العمر عند أول زواج في جميع مناطق العالم خلال الأعوام الثلاثين الماضية (الأُمم المتحدة، ٢٠٠٠) وتزايدت معدلات الطلاق زيادة كبيرة في معظم البلدان (انظر الشكل ثالثاً - ١).

وأصبح تحرير المرأة، بما في ذلك زيادة مشاركتها الفعالة في سوق العمل وزيادة التحكم في السلوك الإنجابي عن طريق موانع الحمل الحديثة عاملاً هاماً في تخفيض معدلات الخصوبة. وفي البلدان المتقدمة أصبح عدم إنجاب الأطفال ظاهرة واسعة الانتشار. وفي الجزء الغربي من ألمانيا على سبيل المثال يتوقع ثلث مجموع الرجال والنساء المولودين بعد عام ١٩٦٠ أن يبقوا بلا أبناء (Dorbritz and Schwarz, 1996).

الشكل ثالثاً - ١

التغيرات في معدلات الطلاق في بلدان مختارة، ١٩٦٠، ١٩٨٠، ٢٠٠٣
(عدد حالات الطلاق بين كل ١٠٠ زيجة)



المصدر: الشعبة الإحصائية
بالأُمم المتحدة.

يؤثر صغر حجم الأسرة
والعيش المنفرد على رفاه
كبار السن

وولدت هذه العوامل جميعها تغيرات سريعة في حجم وهيكل الأسرة. فتقلص حجم الأسرة المعيشية إلى متوسط ٣,٧ شخصاً في شرق آسيا و٩,٤ في جنوب شرق آسيا و١,٤ في منطقة البحر الكاريبي و٥,٧ في شمال أفريقيا و٨,٢ في البلدان المتقدمة (الأمم المتحدة، ٢٠٠٣). كما حدثت نقلة من الأسر الموسعة إلى الأسر النووية، شملت زيادة في الأسر المعيشية ذات الفرد الواحد. ولهذه التغيرات عواقب هامة على ترتيبات رفاه ومعيشة كبار السن.

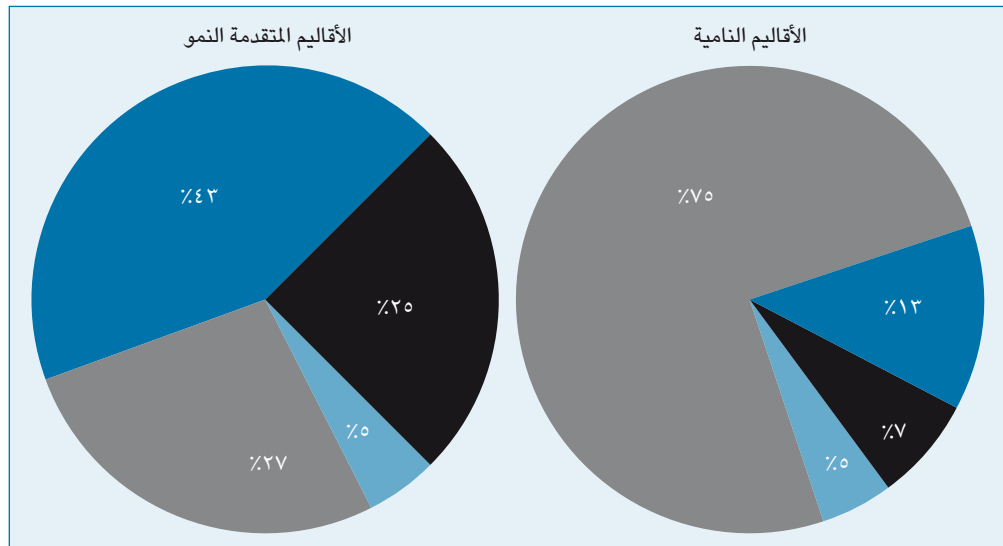
ترتيبات المعيشة واحتياجات الإسكان^١

أغلبية كبيرة من كبار السن
في العالم النامي يعيشون
مع ذلك في أسر معيشية
متعددة الأجيال

يستمر أغلبية كبار السن في جميع البلدان في العيش في بيوتهم ومجتمعاتهم، وهي ظاهرة يشار إليها أحياناً على أنها "الشيخوخة في المكان"^٢. ففي العالم النامي يواصل أغلبية كبار السن العيش في الأسر المعيشية متعددة الأجيال، ومعظمهم مع أبنائهم وأحفادهم، وبعضهم كذلك مع آخرين من البالغين. ولا يعيش إلا ١٣ في المائة من كبار السن مع زوج، ونسبة قليلة جداً (٧ في المائة) تعيش منفردة (الشكل ثالثاً - ٢). وفي العالم المتقدم، على النقيض من ذلك، النسبة الأكبر من كبار السن يعيشون مع زوج في أسر معيشية من جيل واحد (٤٣ في المائة) ونسبة ٢٥ في المائة أخرى تعيش بمفردها. والأرجح أن يعيش كبار السن في البلدان المتقدمة في بيئات إقامة غير أسرية، ولكن عموماً نسبة قليلة من كبار السن في جميع البلدان تعيش في مراكز الرعاية المؤسسية.

الشكل ثالثاً - ٢

ترتيبات المعيشة لكبار السن^١ في الأقاليم المتقدمة النمو والأقاليم النامية



المصدر: الأمم المتحدة (٢٠٠٥ ب).
ملاحظة: استناداً إلى السكان
في الأسر المعيشية.
أ في سن ٦٠ عاماً أو أكثر.

تزايد العيش المنفرد في
البلدان المتقدمة يزيد
الحاجة إلى دعم إضافي

ولئن كانت ترتيبات المعيشة لكبار السن تتباين كثيراً بين البلدان وفي داخلها، ففي معظم البلدان اتجاه بطيء ولكن متزايد نحو العيش المنفرد. وفي البلدان المتقدمة تفاوتت نسبة كبار السن الذين يعيشون بمفردهم في عام ١٩٩٤ بين ١٤ في المائة في إسبانيا وما يقرب من ٤٠ في المائة في الدانمرك. وفي البلدان

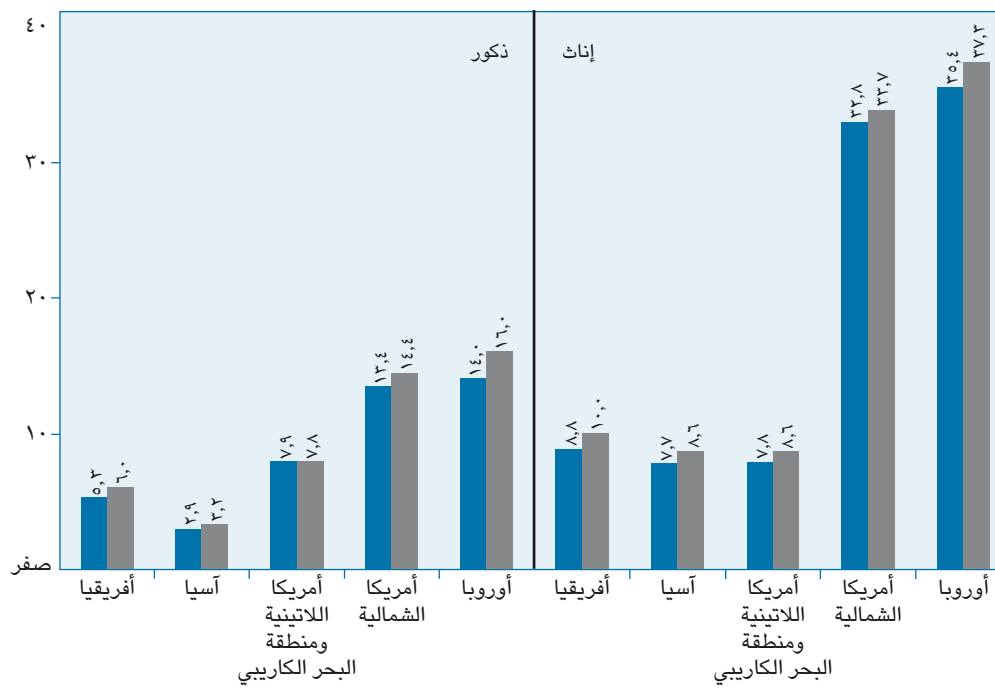
١ تتبع الأدلة الإحصائية المعروضة في هذا الفرع خطى الاتفاقية الدولية لتعريف "كبار السن" بأنهم الذين يبلغون ستين عاماً أو أكثر من العمر (انظر كذلك الفصل الأول).

٢ انظر الموقع الإلكتروني: <http://www.tsaofoundation.org>

النامية كانت تلك النسبة أقل كثيراً (الأمم المتحدة، ٢٠٠٥ ب، الجدول ثانياً - ٣). ويعيش واحد من كل سبعة، أي ٩٠ مليون من كبار السن وحدهم في أنحاء العالم. وارتفعت هذه النسبة في أغلبية المناطق والبلدان على مدى العقود الماضية (الشكل ثالثاً - ٣). وبينما أصبح المعدل المتوسط للتغير متواضعاً إلى حد ما يرجح أن يكون الاتجاه إلى الاستمرار وتكون له عواقب اجتماعية هامة، وخاصة بين النساء اللاتي هن أكثر احتمالاً للعيش بمفردهن لأنهن، بصفة عامة يعشن أطول من أزواجهن. وقد تفضي المعيشة المنفردة إلى زيادة العزلة وتجعل ترتيبات تقديم الرعاية من أفراد الأسرة أكثر صعوبة. كما أنها تزيد الحاجة إلى تقديم دعم إضافي من الخدمات لتمكين كبار السن من البقاء في بيوتهم (الأمم المتحدة، ٢٠٠٥ ب).

الشكل ثالثاً - ٣

نسبة كبار السن^أ الذين يعيشون بمفردهم في نقطتين زمنتين، حسب الجنس والمتوسطات للمناطق الرئيسية (نسبة مئوية)



العقدان ١٩٧٠ و ١٩٨٠
العقدان ١٩٩٠ و ٢٠٠٠

المصدر: الأمم المتحدة (٢٠٠٥ ب).

ملاحظة: استناداً إلى السكان في الأسر المعيشية. وتشير النقطة الزمنية الأولى إلى آخر سنة في السبعينات أو الثمانينات توافرت عنها بيانات. وتشير النقطة الزمنية الثانية إلى آخر سنة في التسعينات أو الألفية توافرت عنها بيانات. أ في سن ٦٠ عاماً أو أكثر.

ترتيبات المعيشة لكبار السن في العالم النامي

أغلبية كبار السن في البلدان النامية يعيشون مع أبنائهم الكبار. ففي أفريقيا وآسيا حوالي ثلاثة أرباع من تصل أعمارهم إلى ٦٠ عاماً أو أكثر يعيشون في المتوسط مع أبناء كبار. وفي أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي تصل النسبة إلى نحو الثلث (الشكل ثالثاً - ٤). ونسبة كبار السن الذين يعيشون بمفردهم في البلدان النامية تقل عن ١٠ في المائة. وتراجع هذه الحصة في بعض البلدان، ولكن في معظمها تكون الزيادة بطيئة. والاستثناء هو غانا حيث نسبة كبار السن الذين يعيشون بمفردهم زادت زيادة ملحوظة، بل تضاعفت تقريباً، من ١٢ إلى ٢٢ في المائة في الفترة ١٩٨٠ - ١٩٩٨ (الأمم المتحدة، ٢٠٠٥ ب، الجدول ثانياً - ٣).

والعيش المنفرد في البلدان النامية مشكلة بوجه خاص لأن برامج الدعم الاجتماعي محدودة بصفة عامة لكبار السن (الأمم المتحدة، ٢٠٠٥ ب). بالإضافة إلى ذلك فإن نقص الأموال والموارد البشرية

الشكل ثالثاً - ٤

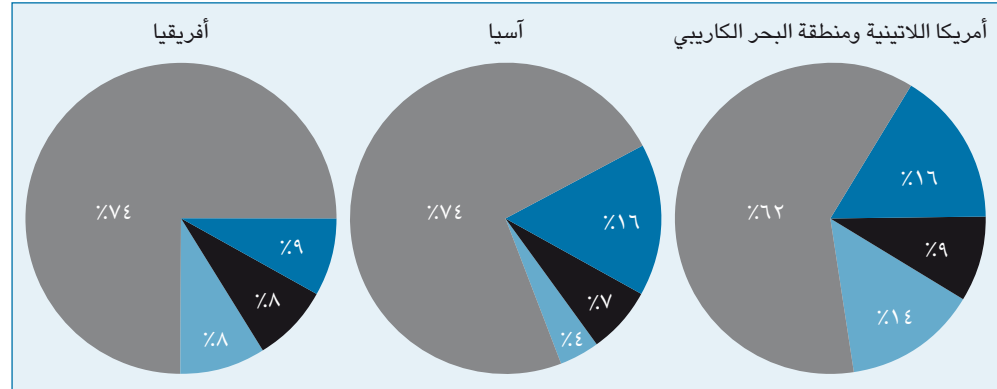
ترتيبات المعيشة لكبار السن^١ في أفريقيا وآسيا وأمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي

- مع الأزواج فقط
- مع أبناء أو أحفاد
- مع أقارب أو غير أقارب
- بمفردهم

المصدر: الأمم المتحدة (٢٠٠٥ ب).

ملاحظة: استناداً إلى السكان في الأسر المعيشية.

أ في سن ٦٠ عاماً أو أكثر.



يحد من توافر الرعاية المؤسسية في البلدان النامية، على النحو المشروح بمزيد من التفصيل في الفصل السادس. وفي أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي على سبيل المثال، لا يعيش إلا ما بين ١ و ٢ في المائة من كبار السن في مرافق الرعاية المؤسسية (Pelaez, 2006).

التحضر السريع في البلدان النامية يؤثر أيضاً على رفاه كبار السن

وأصبح تزايد تحضر السكان بعداً هاماً في العصرية في العالم النامي. فمعظم البلدان النامية تشهد جمعاً بين شيخوخة السكان والتحضر في فترة زمنية قصيرة نسبياً. فالموقع أنه بحلول عام ٢٠٥٠ سيكون عدد الأشخاص في سن ٦٠ عاماً أو أكثر في البلدان النامية قرابة أربعة أضعاف ما هو عليه اليوم، وترتفع حصة كبار السن الذين يقيمون في مناطق حضرية من نحو ٥٦ مليوناً في عام ١٩٩٨ إلى أكثر من ٩,٨ ملايين بحلول عام ٢٠٥٠ (مركز الأمم المتحدة للمستوطنات البشرية (الموئل)، ١٩٩٩)^٢. والفوارق الواسعة في الدخل عموماً بين المناطق الريفية والمناطق الحضرية والهجرة الكبيرة لأفراد الأسر الشباب إلى المدينة تزيد من احتمال أن يصبح كبار السن في الريف ضعافاً اجتماعياً واقتصادياً.

وكبار السن الذين ينتقلون من المناطق الريفية إلى المناطق الحضرية يواجهون مشاكل مختلفة. فبالإضافة إلى الصعوبات الاقتصادية وعدم ثبات الدخل كثيراً ما يشهدون فقدان الصلات الاجتماعية ونقصاً في البنى التحتية للدعم في المدن. وبلا وسائل نقل ملائمة وفرص للاندماج في البيئة الحضرية هناك خطر أكبر في أن ينزلوا ويهمشوا، وخاصة حين يحد الضعف والعجز من حركتهم.

ترتيبات المعيشة لكبار السن في العالم المتقدم

يعيش أكثر من ثلثي كبار السن في البلدان المتقدمة إما وحدهم وإما مع أزواج (انظر الشكل ثالثاً - ٢ أعلاه). ويعيش الثلث مع أبنائهم/أحفادهم أو مع أشخاص آخرين. ولئن كان هناك نقص في الإحصاءات الشاملة عن عدد الذين يعيشون في مراكز الرعاية المؤسسية، كبيوت التمريض ومرافق العيش بالمساعدة، فإن المعلومات المتوافرة توحي بالفعل بأن حصة صغيرة فقط من كبار السن في البلدان المتقدمة هي التي

^٢ تشترط الحسابات في تقرير المركز أن التركيبة العمرية (نسبة كبار السن الذين يبلغون ٦٠ عاماً أو أكثر) هي نفسها في المناطق الحضرية والمناطق الريفية. والأمر ليس كذلك بالضرورة: فالسكان في المناطق الريفية كثيراً ما تكون لهم هياكل عمرية كبيرة.

تعيش في مرافق للرعاية طويلة الأمد. فهذه الرعاية تُحجز نمطياً للضعاف من كبار السن الذين يجدون صعوبة في إدارة أمورهم أو المعوقين و/أو الذين يحتاجون إلى خدمات طبية متخصصة. والرعاية في المؤسسات في تزايد لعدة عقود في أوروبا وأمريكا الشمالية، ولكن تصاعد تكلفة تقديم هذا النوع من الرعاية للأمد الطويل المقترن بتفضيل كثير من كبار السن للبقاء في بيوتهم أدّى إلى بطء الزيادة في دور التمريض ومرافق العيش بالمساعدة في السنوات الأخيرة. وبدلاً من هذا حدثت نقلة نحو زيادة نُظم الرعاية البيئية والمجتمعية التي مكّنت كبار السن من البقاء في بيوتهم. وأصبح معامل تقلب التكاليف من الاعتبار الهامة. ففي ساوث كارولينا بالولايات المتحدة الأمريكية، على سبيل المثال يمكن تقديم طائفة من الخدمات التي تمكّن كبار السن من البقاء في بيوتهم، بما في ذلك توصيل الوجبات إلى البيوت والرعاية الشخصية والخدمات النهارية للكبار، مقابل نحو ٨٢٢ دولاراً في السنة. وعلى النقيض من ذلك فتكلفة بقاء الفرد في دار للتمريض تتراوح بين ٢٥ ألف دولار و٣٧ ألف دولار في السنة^٤. وتقديرات تكاليف الصحة العامة في المستقبل المعروضة في الفصل السادس أعلى من ذلك كثيراً إذا تطلبت شيخوخة السكان التوسع في الرعاية المؤسسية.

وتتزايد أهمية الترتيبات البديلة لعيش ورعاية كبار السن في البلدان المتقدمة. وأصبحت حركة "الشيخوخة في المكان"^٥ تؤثر بعض التأثير على هذا الاتجاه عن طريق تعزيز السياسات والبرامج الرامية إلى مساعدة كبار السن على البقاء في بيوتهم وهذا بقدر كبير من خلال دعم الرعاية الإسعافية القائمة على المجتمع. وتشكيلة الخدمات المتاحة لكبار السن في بيوتهم تشمل الرعاية الشخصية والوجبات وإدارة المنزل وصيانة البيت وإدارة الرعاية ومعالجة المشاكل الصحية. وتشمل الخدمات في المجتمع الرعاية النهارية والوجبات الجماعية والمراكز الاجتماعية. وعن طريق توافر هذه البرامج وغيرها يتمكن عدد متزايد من كبار السن من تأخير بل ومن تلافي الرعاية المؤسسية.

والسويد مثال على بلد ملتزم بتقديم خدمات شاملة صحية واجتماعية لكبار السن لتمكينهم من العيش في بيوتهم. وتشمل الخدمات المقدمة الرعاية الشخصية والمساعدة في المهام الأساسية كالنظافة والتسوق وإعداد الوجبات. وهذه الخدمات للمساعدة في البيوت المقدمة من البلديات متوافرة لكل السويديين في سن ٦٥ عاماً أو أكثر. وفي عام ٢٠٠٤، كانت نسبة ٩ في المائة من كبار السن تتلقّى شكلاً من أشكال الخدمات في البيوت (السويد، وزارة الصحة والشؤون الاجتماعية، ٢٠٠٥).

ومن الأمثلة الأخرى لبرامج "الشيخوخة في المكان" التي تقدم الدعم لكبار السن المصابين بآلته في بيوتهم، خدمة هاموند للرعاية المجتمعية في أستراليا. وتشمل هذه الرعاية الدعم الذي يتراوح بين الرعاية الشخصية والمساعدة البيئية والمساعدة الطبية (Hammond Care Group, 2003). وفي الولايات المتحدة ظهرت أنواع مختلفة من المجتمعات للتقاعد المخطط، وتشمل هذه المجتمعات التقاعد الحادث طبيعياً، ومجتمعات الرعاية المتواصلة في التقاعد، وهي توضح الأنواع المختلفة لترتيبات المعيشة التي

في البلدان المتقدمة برزت
برامج بديلة لمساعدة كبار
السن على البقاء في بيوتهم

^٤ يفترض معامل التكلفة هذا تقديم الخدمات المتساوية. فكبار السن الذين يعيشون في المؤسسات يحتاجون عادة إلى مزيد من المساعدة في إدارة حياتهم اليومية ومزيداً من الاهتمام الطبي. ومقارنة التكاليف المبينة في النص أعلاه قد تباليغ في تقدير فروق التكلفة الفعلية، بمجرد توفير نوع وجودة الرعاية المقدمة. ويمكن الاطلاع على الموقع الإلكتروني: http://www.aarp.org/states/sc/sc-news/what_are_home_and_community_based_services.html.

^٥ "الشيخوخة في المكان، هي مفهوم للشيخوخة يركز على أهمية وكذلك على استراتيجيات دعم كبار السن في بيوتهم ومجتمعاتهم لأطول مدة ممكنة" (<http://www.tsaofoundation.org>). ويحفز هذا المفهوم تنفيذ عدد من السياسات والبرامج المصممة لمساعدة كبار السن على البقاء في بيوتهم.

تقدم الخدمات الداعمة للمقيمين في المجتمع. ومجتمعات التقاعد الحادث طبيعياً، التي تطورت بمضي الوقت لتصبح مجتمع نزلاء من كبار السن تقدم طائفة من الرعاية الصحية المنسقة والخدمات الاجتماعية والأنشطة التعليمية/ الترفيهية في الجوار. وفي مدينة نيويورك حيث بدأت حركة هذه المجتمعات، تقدم الحكومة المحلية والمنظمات الخيرية التمويل اللازم للبدء (Vladeck, 2004).

أحوال الإسكان والتكنولوجيا المساعدة

تميل أحوال السكان كبار السن في البلدان النامية إلى التفاوت كثيراً رهناً بمستوى دخلهم. ويتضمن الجدولان ثالثاً - ١ وثالثاً - ٢ إحصائيات عن أحوال الإسكان في بلدان أمريكا اللاتينية. وكبار السن في السواد الأعظم منهم أقل احتمالاً لأن يكونوا من المستأجرين، والأقل احتمالاً للعيش في المناطق "الفقيرة" (أي في المدن العشوائية). وهايتي فقط هي التي فيها نسبة كبار السن الذين يعيشون في مناطق فقيرة أكبر بكثير من مناطق الشبان من السكان في الفئة العمرية ٢٥ - ٤٩. وفي كثير من بلدان أمريكا اللاتينية يكون كبار السن أكثر احتمالاً من الفئات العمرية الأخرى للعيش في مساكن تشيد باستخدام مواد متدنية الجودة. وهذا هو الحال في بوليفيا وشيلي والسلفادور وغواتيمالا وهندوراس والمكسيك وباراغواي والجمهورية الدومينيكية وهايتي.

وكبار السن أقل فرصاً للوصول إلى إمدادات مياه الشرب في بيوتهم في بلدان مثل بوليفيا وباراغواي وشيلي، ولكنهم في وضع أفضل من نظرائهم في نيكاراغوا وكولومبيا وجمهورية فنزويلا البوليفارية. وكبار السن أكثر احتمالاً للعيش في بيوت بها مرافق صحية في بوليفيا والبرازيل وشيلي وإكوادور والسلفادور وهندوراس والجمهورية الدومينيكية. وفيما يتعلق بالحرمان من الصرف الصحي فإن كبار السن في حالة أسوأ في شيلي وإكوادور والسلفادور وهندوراس والمكسيك.

وقد كشفت المقابلات التي أجريت مع كبار السن في مصر، على النحو الوارد في تقرير مركز الأمم المتحدة للمستوطنات البشرية (الموئل) (١٩٩٩) عن وجود أحوال معيشة سيئة لكبار السن. ولا وجود للأدلة المنهجية التي تقارن مستويات المعيشة لكبار البالغين بمثيلاتها في الفئات العمرية الأخرى، ولكن كبار السن الذين أجريت معهم مقابلات في مختلف أحياء القاهرة كانوا يعيشون في مساكن مزدحمة ويفتقرون إلى التهوية السليمة وأحوال مرافق الصرف الصحي لديهم رديئة ويعانون من نقص المياه وشبكات تصريف النفايات. ووجدت أوجه نقص كبيرة في نظام جمع القمامة وتصريفها. ومعظم البيوت بها بالفعل أنابيب مياه بالداخل وحمامات خاصة؛ ومع ذلك فثلث الذين أجريت معهم مقابلات أفادوا عن اضطرارهم لاستخدام المراحيض الجماعية، والقليل منهم ليس لديهم إلاممامات خارج البيت.

ورعاية كبار السن وقدراتهم على مواصلة نمط حياتهم المستقل في بيوتهم يمكن دعمه لا بتوفير الخدمات الأساسية داخل بيوتهم فحسب بل وبإحداث تغييرات في تصميم منازلهم والتكنولوجيا المساعدة. وهذه التكنولوجيا المساعدة التي هي مصطلح عام يشمل الأجهزة المساعدة والمكيفة وأجهزة إعادة التأهيل، تعزز زيادة الاستقلالية لكبار السن والمعوقين لتمكينهم من أداء المهام التي كانوا يعجزون عنها من قبل أو يجدون صعوبة كبيرة في إنجازها.

لا يزال كبار السن
محرومين من الإسكان
الملائم والحصول على المياه
ومرافق الصرف الصحي
في كثير من البلدان النامية

الجدول ثالثاً - ١
أحوال الإسكان في أمريكا اللاتينية حسب الفئة العمرية

	النسبة المئوية للمساكن المبنية بمواد متدنية الجودة				النسبة المئوية للمنازل في المناطق الفقيرة				النسبة المئوية لملاك المساكن			
	٢٥ - ٤٩	٥٠ - ٥٩	٦٠ +	الجميع	٢٥ - ٤٩	٥٠ - ٥٩	٦٠ +	الجميع	٢٥ - ٤٩	٥٠ - ٥٩	٦٠ +	الجميع
	(iv)	(iii)	(ii)	(i)	(iv)	(iii)	(ii)	(i)	(iv)	(iii)	(ii)	(i)
إكوادور	..	..	..	..	..	..	..	..	٦١	٨١	٨٥	٧٠
أوروغواي	..	..	..	..	١	٢	٢	٢	٥٠	٧١	٧٦	٦٤
باراغواي	٢	٣	٤	٢	١٦	١٤	١٦	١٦	٧٨	٨٩	٨٩	٨١
البرازيل	٢	٢	٣	٣	١	صفر	صفر	١	٦٥	٧٨	٨٢	٧٠
بوليفيا	٥١	٥٩	٦٦	٥٥	٢٣	١٦	١١	٢١	٥٨	٨٠	٨٦	٦٤
بيرو	٢٢	١٢	١١	١٨	١١	٧	٦	٩	٦٨	٨٥	٨٩	٧٦
الجمهورية الدومينيكية	٧	٨	١٠	٨	٤٥	٤٢	٤٢	٤٥	٥٧	٧٩	٨٦	٦٧
السلفادور	٢٥	٢٥	٣١	٢٧	٦	٤	٣	٦	٦٥	٧٩	٨٠	٦٩
شيلي	٩	٩	١٣	١٠	٣	١	٢	٣	٥٤	٧٦	٨٤	٦٥
غواتيمالا	٢٩	٢٩	٣٤	٣٠	..	..	..	..	٧٤	٨٦	٨٧	٧٨
فنزويلا (جمهورية - البوليفارية)	١١	٧	٨	١٠	٩	٥	٥	٨	٦٩	٨٤	٩١	٧٦
كوستاريكا	٥	٤	٤	٥	١	١	١	١	٧٠	٨٥	٨٥	٧٤
كولومبيا	١٩	٢٠	٢١	٢٠	١	١	صفر	١	٤٨	٦٤	٨٢	٥٩
المكسيك	٣١	٣٠	٣٦	٣٢	..	..	..	..	٦٧	٨٤	٨٦	٧٣
نيكاراغوا	٢٣	٢٠	٢٠	٢٢	٩	٥	٦	٨	٧٣	٨٨	٨٧	٧٧
هايتي	٢٤	٢٨	٣٢	٢٦	١٨	٢٠	٢٤	٢٠	٥٨	٧٨	٨٤	٦٧
هندوراس	٩	١٠	١٤	١٠	٧	٢	٢	٦	٦٦	٨٣	٨٥	٧١

المصدر: Gasparini وآخرون (٢٠٠٧).

وتشمل الاعتبارات الهامة في توفير الإسكان لكبار السن تيسير الدخول والأمان. ففي اليابان أوصت وزارة الإنشاء بمبادئ لتصميم البيوت للمساعدة في إعداد المجتمع الآخذ في الشيخوخة بسرعة (Novelli, 2005). وفي بلدان أخرى يولى المزيد من التشديد على إعادة تشكيل المنازل بحيث تلي على نحو أفضل احتياجات كبار السن. وهناك تحالف لمقدمي الخدمات في ولاية ماريلاند (الولايات المتحدة) بدأ برنامجاً يعرف باسم إعادة البناء معاً في مقاطعة هوارد، وهو يقدم دعم تعديل البيوت (مؤسسة هوريزون، ٢٠٠٥). فيمكن لكبار السن أن يحصلوا في إطار مبادرة أكبر للشيخوخة في المكان على تقييم لبيوتهم، وإصلاحات وإعادة تشكيل، عند الضرورة، لجعل المبنى أكثر أمناً وأكثر سهولة في الدخول إليه.

وقد حدث تطور في التكنولوجيا المساعدة في الدراسات غير الأكاديمية وفي الصناعة في السنوات الأخيرة. وازدادت أهمية تكنولوجيا المعلومات والاتصالات الحديثة وتكنولوجيا البيوت الذكية لترتيبات المعيشة خلال السنوات القليلة الماضية (Meyer and Mollenkopf, 2003). وتركز هذه المشاريع في معظمها على تطوير التكنولوجيا المساعدة بغية تعزيز القدرات الوظيفية لكبار السن وتكنولوجيا التكيف لزيادة فرص الوصول إلى المعلومات والاتصالات. وتشمل هذه التكنولوجيا أجهزة الإنسان الآلي لرعاية كبار السن ومواقع كبار السن على الشبكة العالمية، وأجهزة الاتصالات والأجهزة الذكية للمساعدة في المشي وتناول الطعام (Hirsch and others, 2000). وفي إيطاليا فإن البرنامج الوطني

التكنولوجيا المساعدة
وتحسين تصميم المنازل
يعززان زيادة استقلالية
كبار السن، ولكن ذلك
أمر مكلف

الجدول ثالثاً - ٢

الحصول على خدمات الإسكان الأساسية في أمريكا اللاتينية حسب الفئة العمرية (نسبة مئوية)

	المياه				المراحيض الصحية				الصرف الصحي			
	الجميع (i)	+ ٦٠ (ii)	٥٠ - ٥٩ (iii)	٢٥ - ٤٩ (iv)	الجميع (i)	+ ٦٠ (ii)	٥٠ - ٥٩ (iii)	٢٥ - ٤٩ (iv)	الجميع (i)	+ ٦٠ (ii)	٥٠ - ٥٩ (iii)	٢٥ - ٤٩ (iv)
إكوادور	٧٣	٧٣	٧٣	٧٣	٧٩	٧٥	٧٩	٨٠	٤٥	٤٢	٤٦	٤٦
أوروغواي	٩٩	٩٩	٩٩	٩٩	٩٤	٩٦	٩٥	٩٣	٦٤	٧١	٦٨	٦٤
باراغواي	٧٠	٦٧	٦٩	٧٢	٦١	٦٠	٦٢	٦٢	٨	١٠	٨	٧
البرازيل	٩٦	٩٦	٩٧	٩٧	٦٩	٦٩	٧١	٦٩	٥٦	٥٨	٥٩	٥٦
بوليفيا	٧٧	٧٣	٧٧	٧٨	٦٦	٥٩	٦٧	٦٩	٤٦	٥٢	٥٢	٤٤
بيرو	٦١	٦٤	٦٩	٥٧	٥٨	٥٧	٦٥	٥٦	٤٨	٥٢	٥٨	٤٤
الجمهورية الدومينيكية	٧١	٧٢	٧٣	٧١	٦٠	٥٧	٦٢	٦٢	٢٣	٢٤	٢٥	٢٢
السلفادور	٥٩	٦١	٦٦	٥٨	٣٥	٣١	٤١	٣٧	٣٢	٢٨	٣٧	٣٤
شيلي	٩٥	٩٤	٩٥	٩٦	٨٧	٨٧	٩٠	٨٧	٨٠	٧٨	٨٢	٨١
غواتيمالا	٦٦	٦٧	٧١	٦٧	٤٦	٤٦	٥٠	٤٤	٣٨	٣٩	٤٠	٣٧
فنزويلا (جمهورية - البوليفارية)	٩٤	٩٥	٩٥	٩٤	٨٩	٩١	٩٢	٨٩	٧٢	٧٦	٧٧	٧٠
كوستاريكا	٩٦	٩٥	٩٦	٩٦	٩٥	٩٤	٩٥	٩٥	٢٨	٣٤	٣٢	٢٥
كولومبيا	٧٦	٨١	٧٦	٧٤	٧٩	٨٠	٧٨	٧٨	٥٧	٥٥	٥٧	٥٨
المكسيك	٨٨	٨٩	٩٠	٨٨	٦٥	٦٤	٦٩	٦٥	٧١	٧١	٧٤	٧١
نيكاراغوا	٦١	٦٥	٦٢	٦١	٢٣	٢٦	٢٥	٢١	١٧	٢٠	١٩	١٥
هايتي	١٤	١٥	١٢	١٥	٤	٣	٤	٤	..	..	..	..
هندوراس	٣٥	٣٣	٣٩	٣٥	٤٤	٣٩	٤٧	٤٤	٣٤	٢٩	٣٥	٣٦

المصدر: Gasparini وآخرون (٢٠٠٧).

للإسكان مول مؤخرًا مبادرة شملت "ترتيبات الجوار" التي من خلالها تعزز بعض مجالس المدن خطط تجديد البيوت المدعومة بالتكنولوجيات الحديثة (Novelli, 2005).

ولا يزال تطبيق البرامج للمساعدة في تصميم المنازل والتكنولوجيا المساعدة في تلبية الاحتياجات الخاصة لكبار السن محدوداً وقاصراً على مدن قليلة، وهي أساساً في البلدان المتقدمة. وفي عام ١٩٩٤، استهلت اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لآسيا ومنطقة المحيط الهادئ، بدعم من حكومة اليابان برنامجاً لتعزيز توفير بيئات خالية من الحوادث في البلدان النامية في آسيا ومنطقة المحيط الهادئ. وعلى وجه التحديد أصدرت هذه اللجنة مبادئ توجيهية للمهندسين المعماريين ومخططي الحضر والمهندسين بشأن تصميم بيئات مادية خالية من الحواجز وهي تدعم المشاريع الرائدة في بانكوك وبيجين ونيودلهي. وأصبحت تلك المدن الثلاث مواقع عرض في العالم النامي لتعزيز البيئات الخالية من الحواجز للمعوقين وكبار السن. ووضعت الصين والهند وتايلند مبادئها التوجيهية التقنية بشأن تيسير تحسين تصميمات المنازل^٦. وتطبيق هذه الابتكارات حديث للغاية ومن غير الواضح الآن ما إذا كان هذا النوع من التكنولوجيا يمكن توفيره بتكلفة معقولة للأعداد المتزايدة من السكان من كبار السن في البلدان النامية.

٦ انظر العنوان الإلكتروني: <http://www.unescap.org/jecf/p04barrier.htm>.

آثار الرعاية والدعم بين الأجيال

أصبح هيكل الأسرة يؤثر تأثيراً كبيراً في أنماط تقديم الرعاية والتبادل بين الأجيال. فالإقامة المشتركة لكبار السن مع أفراد الأسرة الأصغر سناً كانت هي العنصر المركزي في ترتيبات التبادل طول العمر حيث كبار الأبناء يقدمون الرعاية لأبائهم المسنين في مقابل الدعم الأبوي في المراحل الأولى من عمرهم. ومع ذلك فتغيير هياكل الأسرة المقترن بشيخوخة السكان أوجد تحديات قوية أمام توفير الرعاية عبر الأجيال. وهذه الظاهرة، الواضحة في جميع البلدان، هي على هذا النحو بوجه خاص في عدد قليل من البلدان النامية التي تشهد شيخوخة ديمغرافية بالإضافة إلى الحدثة في فترة زمنية قصيرة نسبياً. وازدادت العقبات أمام الدعم الأسري بينما ظلت نُظم الدعم الرسمية محدودة (Cowgill, 1972؛ الأمم المتحدة، ٢٠٠٥ ب).

ولما كانت نسبة النساء في سوق العمل الرسمية تزداد، فقد أصبحت الفتيات البالغات اللاتي يشكلن المجموعة الأكبر من مقدمي الرعاية الشخصية لكبار السن، في أغلب الأحوال يوازن بين العمل ومسؤولية تقديم الرعاية. وتوجد الأسر غير الشقيقة الناجمة عن الطلاق أو إعادة الزواج علاقات معقدة بين الأجيال. وفي هذا السياق يشهد العالم المتقدم نمواً في أعداد كبار السن ونقصاً في الأبناء البالغين المتاحين لتقديم الرعاية.

والآثار الدقيقة لهذه التغيرات في تكوين الأسرة لترتيبات المعيشة وآليات الدعم تعتمد على السياق. ففي البلدان التي لا يحصل فيها معظم كبار السن على آليات رسمية للضمان الاجتماعي يعتمد كبار السن على آليات الدعم غير الرسمية كالأسرة والمجتمع؛ ولكن آليات الحماية غير الرسمية هذه ظلت تتزايد الضغوط عليها مؤخراً، بسبب تسارع التحولات الديمغرافية، والمخاطر الاقتصادية العالية أمام الأسر، والتحولات من نماذج الدعم الأسري والتبادل (Aboderin, 2004; Gomes da Conceição and Montes de Oca Zavala, 2004). وأوجد عدم الأمن الاقتصادي ضغطاً على الشباب وأفراد الأسرة القادرين على زيادة مشاركتهم في الأنشطة المدرة للأجر خارج البيت بما في ذلك عن طريق الهجرة (إلى جهات داخلية أو دولية). ووجود فرص العمل لصغار العاملين بعيداً عن الإقامة الراهنة يمكن أن يكون له آثار سلبية على الدعم المفيد الذي كان كبار السن يتلقونه تقليدياً من الأبناء؛ أي الدعم على هيئة إعداد الوجبات وغسل الملابس والأعمال المنزلية والتسوق وما إلى ذلك.

وفي الوقت الحالي لا تتعرض البلدان جميعها أو المناطق جميعها لتغيير اجتماعي رئيسي. ولم تجد دراسة أجراها هيرمالين (٢٠٠٢) نقلاً هامة في ترتيبات المعيشة لكبار السن في الفلبين وسنغافورة وتايوان وإقليم الصين وتايلند. فلا يزال ما لا يقل عن ثلثي الحالات التي أجريت عليها الدراسة تعيش مع أبنائها. وفي تايلند يبدو أن الزيادة في نسبة الأبناء الذين يعيشون بالقرب من ذويهم تعوض التخفيض المتواضع في الإقامة المشتركة. غير أنه يحتمل حدوث تغييرات رئيسية في المستقبل. فاستقصاءات النساء في الفئة العمرية ٢٠ - ٣٩ في تايوان وإقليم الصين تشير إلى أن نسبة الذين يتوقعون الإقامة المشتركة مع ابن متزوج أثناء كبر عمرهم قد انخفضت من ٥٦ في المائة في عام ١٩٧٣ إلى ٤٥ في المائة في عام ١٩٨٦. وبالمثل ففي مناقشات حول المجموعات محل التركيز توقع الأبناء البالغون في تايلند أنهم عندما يكبرون في السن يحتمل أن تكون الرعاية التي يتلقونها من الأبناء أقل من الدعم الذي يقدمونه حالياً لأبويهم.

وللتغيرات في ترتيبات المعيشة لكبار السن آثار هامة على السياسة العامة في البلدان النامية والبلدان المتقدمة على السواء. فلا تزال بلدان نامية كثيرة تواجه تحدياً أمام توفير البنى التحتية الأساسية

نشأت عن التغير السريع
في هياكل الأسرة
وشيخوخة السكان
تحديات قوية أمام توفير
الرعاية عبر الأجيال

تقود الهجرة إلى انخفاض
الدعم الذي يتلقاه كبار
السن من أبنائهم

والخدمات الاجتماعية لكبار السن في سياق يزيد فيه ضعف كبار السن بسبب نقص برامج الدعم الملائمة الرسمية العامة والخاصة. ومن ثم فالتوسع في الخدمات الأساسية والبنى التحتية يتعين أن يكتمل جنباً إلى جنب مع تطبيق أشكال جديدة لتقديم الرعاية غير الرسمية والرسمية. وفي البلدان المتقدمة تتوافر الرعاية المؤسسية بشكل أيسر، ولكن يتعين توجيه قدر أكبر من الاستثمار نحو التوسع في عدد مرافق الرعاية الطويلة الأمد اللازمة لاستيعاب الطلب المتزايد على تلك الخدمات والمتوقع في المستقبل القريب (انظر الفصل السادس). ومن التحديات الأخرى في سياق شيخوخة السكان السريعة في البلدان المتقدمة توفير خدمات دعم بديلة أي غير مؤسسية تسمح لكبار السن بالبقاء في بيوتهم أطول فترة ممكنة.

الأسرة والمجتمع والقطاع
العام ينبغي أن يؤدي أدواراً
تكميلية في توفير الرعاية
المستمرة لكبار السن

وعند هذه النقطة يبقى من غير الواضح شكل الترتيبات الاجتماعية والمؤسسية لتقديم الرعاية لكبار السن المطلوبة في المستقبل. وسوف تتطلب تلبية الاحتياجات لكبار السن وضمان احترام حقوق الإنسان بالنسبة لهم تنفيذ تشكيلة من برامج وترتيبات المعيشة التي توفر رعاية مستمرة، إلى جانب أدوار تكميلية تؤديها الأسرة والمجتمع والقطاع العام.

إسهامات كبار السن الاجتماعية والثقافية والأسرية

ظل كبار السن تقليدياً يسهمون بشكل نشط في تنمية مجتمعاتهم اجتماعياً وثقافياً. وهناك ثقافات معينة، وعلى الأخص مجتمعات السكان الأصليين، ظلت طويلاً تعترف بالإسهامات القيمة التي يقدمها كبار السن في استمرار وإثراء الأبعاد الثقافية والاجتماعية لمجتمعاتهم. فالأعراف الثقافية القديمة والمعتقدات عادات تبقى في الغالب حية من خلال نظام غير رسمي ينتقل بين الأجيال، مكيف لملاءمة الثقافة والبيئة على الصعيد المحلي. والمعارف التقليدية تنتقل نمطياً شفهيًا وتكون على شكل حكايات وأغنيات وانطباعات فنية وأحداث ثقافية وطقوس ولغات وممارسات زراعية (الأمم المتحدة، ٢٠٠٥ ج). وحين تكون الروايات المكتوبة نادرة يكون كبار السن في الغالب هم المصدر الوحيد للمعلومات اللازمة للحفاظ على سجل تاريخي للمجتمعات المحلية. وعلى سبيل المثال فالأحداث المساوية التي وقعت في كمبوديا في النصف الأخير من القرن الماضي قد سُجلت في مشروع تاريخي شفوي يحكي خبرات كبار السن من الكمبوديين في تلك الأزمنة المضطربة (الأمم المتحدة، ١٩٩٧ أ؛ HelpAge International, 2001).

وظلت مجتمعات أخرى أقل تقبلاً واحتراماً لإسهامات أفرادهم كبار السن. فكبار السن في شرق ووسط أوروبا، على سبيل المثال، كثيراً ما ينظر إليهم على أنهم يسهمون في الصعوبات التي تواجهها المنطقة في الوقت الراهن، لأنهم يرتبطون بنظم سياسية عتيقة (HelpAge International, 2002). وفي عدد قليل من البلدان كالبوسنة والهرسك وجمهورية مولدوفا ورومانيا تساعد منظمات المجتمع المدني في مكافحة المفاهيم السلبية عن كبار السن بإنشاء نواذ اجتماعية تتيح لهم الفرص للاشتراك في الأنشطة الطوعية للجماعات من أجل الدعم المتبادل والمساعدة المتبادلة للناس المهمشين.

الجدود: إسهامهم في التلاحم بين الأجيال في الأسرة

مع شيخوخة السكان ينبغي إيلاء اهتمام أكبر لتعزيز التضامن بين الأجيال وفق ما تطالب به خطة عمل مدريد الدولية للشيخوخة. وفي الغالب تتعرض الأجيال الشابة والمسنة للاختلاف حيث تتنافس كل

مجموعة على الموارد الحكومية واهتمام السياسات. فينبغي بذل المزيد من الجهود لإبراز التآزر والترايطات بدلاً من الاختلافات بين الأجيال.

ومع التغيرات في هياكل الأسرة تتخذ فكرة الحدود أبعاداً جديدة. فكبار السن يؤدون دوراً هاماً داخل الأسرة في معظم البلدان وعندما يكون الأبوان نشيطين في سوق العمل أو عندما يهاجران، يشعر كبار السن (وأساساً النساء) أنهم بمثابة المقدمين الأوليين للرعاية للأطفال وأفراد الأسرة الآخرين. ويفيد مكتب التعداد بالولايات المتحدة (٢٠٠٥) بأن ٢١ في المائة من الصغار قبل سن المدرسة يتولى أجدادهم رعايتهم بصفة أولية بينما يعمل الآباء، ويعيش واحد من بين كل ١٢ طفلاً في أسر معيشية يرأسها الجدود. ويشير هيرمالين (٢٠٠٢) إلى أن المساواة الراهنة لرعاية الطفل التي يوفرها الأجداد للأحفاد المقيمين معهم وغير المقيمين إنما هي مصادر دعم هامة (مادياً وغير مادي) في الفلبين وتايوان وإقليم الصين وتايلند. ومن بين الأسر الفقيرة المتعددة الأجيال كثيراً ما يقدم كبار السن إسهامات كبيرة في داخل الأسرة عن طريق العمل لبعض الوقت. وفي البرازيل وجنوب أفريقيا، على سبيل المثال، أصبحت العائدات من المعاشات وعمل كبار السن مصادر هامة للدخل لتلك الأسر المعيشية (Lloyd-Sherlock, 2004b؛ انظر كذلك الفصل الخامس).

كثيراً ما يسهم كبار السن في دخل الأسر الموسعة ويقدمون الرعاية لأفراد الأسرة

وفي البلدان التي ينتشر فيها الإيدز والعدوى بفيروسه بدرجة عالية، وخصوصاً البلدان في أفريقيا جنوب الصحراء وأجزاء من آسيا ومنطقة البحر الكاريبي، يكتسب دور كبيرات السن بوصفهن مقدمات الرعاية الأولية للأبناء أهمية كبيرة. ففي أفريقيا جنوب الصحراء يرأس ٣٠ في المائة من الأسر المعيشية شخص فوق سن ٥٥ وثلاثاً هؤلاً لديهم على الأقل طفل دون سن ١٥. وهناك عوامل أخرى كثيرة، من بينها العنف والسجن وتعاطي المخدرات، هي المسؤولة عن غياب الأبوين عن البيت، ولذلك تترك للجيل الأكبر المسؤولية الأساسية عن رعاية الطفل.

في أجزاء من العالم النامي، تصبح المرأة بشكل متزايد هي المقدمة للرعاية الأولية للأطفال

وينجم عن زيادة مشاركة الجدود في رعاية الطفل ومسؤوليات الأسرة الأخرى إسهامات كبيرة لرعاة الأسر الموسعة. ومع ذلك ينبغي الاهتمام بأن لا تضر هذه المشاركة برعاية كبار السن أنفسهم. فاجتذاب الجدود إلى تحمل مسؤوليات أكبر عن الأسرة على حساب صحتهم يمكن أن يولد عبئاً إضافياً على كبار السن. وعندما يتعين على كبار السن رعاية الأطفال في غياب البالغين الشباب - فيما يشار إليه كثيراً على أنه أسر معيشية متخطية لجيل - قد يفرض عبء إضافي عليهم من حيث المطالبات بدخلهم، بما يترتب عليه من إضرار بأحوال معيشتهم. ومن شأن التقييم الدقيق لكل حالة بعينها أن يسهم في تصميم استجابات سياسة رصينة للتحدي المتمثل في تعزيز التلاحم بين الأجيال وحماية رفاه كبار السن.

مشاركة كبار السن في المجتمع

لما كان كبار السن يشكلون الجزء المتزايد في مجموعة السكان فإن من المحتمل أن يصبحوا أكثر تأثيراً سياسياً واقتصادياً واجتماعياً. ويتمشى الوفاء بهذه الإمكانيات مع الأهداف الواردة في خطة عمل مدريد الدولية للشيخوخة، التي ترمي إلى ضمان أن يكبر سن الناس في أمان وكرامة ويشاركون بالكامل في مجتمعاتهم بوصفهم مواطنين لهم كل الحقوق. وينبغي أن تتاح لكبار السن إمكانية أن يصبحوا أكثر نشاطاً في الاشتراك في عملية التنمية حيث يستفاد من مهاراتهم وخبراتهم وحكمتهم ومعارفهم في المجتمع لصالح الجميع.

في المجتمعات ذات
الدخل المرتفع يكون
لكبار السن وزن اقتصادي
هام ويارسون نفوذاً
سياسياً كبيراً

وفي معظم البلدان كثيراً ما ترتبط أوضاع كبار السن في المجتمع والفرص المتاحة لهم للبقاء على مشاركتهم النشطة في حياة المجتمع بقوتهم الاقتصادية والسياسية. ولأَيِّ مجموعة متنامية من كبار السن، وخاصة من كان منهم في البلدان المتقدمة العالية الدخل، وزن ثقيل في الاقتصاد وغالباً يحتفظون بنصيب كبير من الثروة. ولما كان هناك ارتباط وثيق عادة بين القوة الاقتصادية والسياسية فإن كبار السن الذين ينظر إليهم على أنهم يمثلون قوة كبيرة في الأسواق يرجح أن يترجموا ذلك إلى قوة سياسية هامة ومشاركة سياسية هامة. وفي ألمانيا على سبيل المثال يملك من تزيد أعمارهم عن ٥٠ عاماً نصف ثروة المجتمع ولديهم القدرة على إنفاق ٩٠ بليون يورو في السنة (المؤسسة الأوروبية لتحسين أحوال المعيشة والعمل، ٢٠٠٦ أ؛ والبنك الدولي ٢٠٠٦ أ). وتستجيب مؤسسات أعمال كثيرة لنمو سوق المستهلك هذه بأن تصمم المنتجات والخدمات التي تستهدف بوجه خاص كبار السن. وظهور أسواق جديدة يوسع احتمالات نمو فرص العمل في "الاقتصاد الفضي" عن طريق إيجاد منتجات وخدمات جديدة وتعاون اقتصادي وشبكات موجهة نحو كبار السن.

في البلدان النامية نجد
الفقر وسوء الصحة وغيبية
النفوذ تزداد كلما طعن
الشخص في السن

وفي الطرف الآخر من هذا الطيف فإن العوامل التي تسهم في ضعف أي شخص، وهي بالتحديد الفقر وسوء الصحة ونقص التعليم والإعاقات وغيبية النفوذ تزداد كلما طعن الشخص في السن. وتجتمع هذه العوامل لتحد وتقيد قدرة كبار السن على المشاركة بالكامل في مجتمعاتهم. وعلى سبيل المثال فانخفاض المستويات التعليمية والأمية هو من الحواجز الرئيسية أمام المشاركة الاجتماعية والسياسية. ففي عام ٢٠٠٠، كانت نسبة ٢٣ في المائة من الأشخاص في سن ٧٠ عاماً أو أكثر في مالطة و ٢٥ في المائة من المجموعة نفسها في البرتغال، من الأميين. وبينما معدلات الأمية هذه قد لا تكون نمطية في معظم البلدان المتقدمة نجدها تشير بالفعل إلى أن الأمية ستظل أحد شواغل كبار السن حتى في البلدان ذات الدخل المرتفع (الأمم المتحدة، ٢٠٠٢ ب).

وإن ظلت معدلات الأمية تنخفض على مدى الأعوام العشرين الماضية في كل مناطق العالم، فإنها لا تزال مرتفعة بشكل عام في البلدان النامية. وقد انخفضت معدلات الأمية بين من هم في سن ٦٠ عاماً أو أكثر في البلدان النامية من ٧٥ إلى ٥٦ في المائة في الفترة من عام ١٩٨٠ إلى عام ٢٠٠٠، ويتنظر أن تستمر في الانخفاض لتصل إلى ٤٣ في المائة بحلول عام ٢٠١٠. ومع ذلك يظل الاختلال الأساسي في الإنجاز التعليمي قائماً عبر البلدان. ولا تزال معدلات الأمية تتجاوز ٩٠ في المائة في بعض من أقل البلدان نمواً في أفريقيا، بينما انخفضت هذه المعدلات إلى أقل من ١٠ في المائة من كبار السن في بلدان مثل الأرجنتين وباكستان وأوروغواي.

ومع هذا فلما كانت معظم معدلات الانخفاض في معدل الأمية بين الذكور فقد حدثت زيادة لاحقة في الفجوة بين الجنسين في مجال التعليم. وفي عام ١٩٨٠، كان الفارق في معدلات التعليم ٢٢ نقطة مئوية بين المرأة والرجل في سن ما بعد الستين. وبحلول عام ٢٠٠٠، ازداد هذا الفارق إلى ٢٨ نقطة مئوية. وفي إقليم اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغرب آسيا، على سبيل المثال نجد معدل الأمية مرتفعاً بين كبريات السن لأنهم "لا يتعرضون للفرص التعليمية في الوقت الذي تتحكم التقاليد في حياتهم بشكل أكبر مما يؤدي إلى عزلهم، ومن ثم حرمانهم من الحق في التعليم" (El-Safty, 2006، الصفحة ٢٢).

التعليم ومحو الأمية
عنصران هامين في عملية
تمكين كبار السن

وتؤكد هذه الأرقام عن الأمية الصعوبات التي تواجهها شريحة كبار السن من السكان، وخاصة في البلدان النامية، في حصولهم على المعلومات التي تتعلق بهم مباشرة ومعالجة هذه المعلومات. وكثيراً ما لا يدرك كبار السن من الأميين حقوقهم والمزايا التي يستحقونها، بما في ذلك مزايا الضمان الاجتماعي. وهناك استقصاء أجرى في عام ٢٠٠٢ في تايلند أشار، على سبيل المثال إلى أن نسبة ٥٠ في المائة فقط ممن

هم في سن ٦٠ عاماً أو أكثر يدركون توافر الضمان الاجتماعي لكبار السن، وأن نسبة قليلة لا تزيد عن ٥ في المائة منهم تتلقى بالفعل تلك المنافع (Cheng, Chan and Phillips, 2006). والتعليم ومحو الأمية عنصران أساسيان في عملية تمكين كبار السن وتوسيع فرصهم في مواصلة الإسهام في المجتمع وفي تنميته. فالمشاركة في الأنشطة الاجتماعية والاقتصادية والثقافية والرياضة والترفيه والأنشطة الطوعية تسهم كذلك في زيادة وإدامة رفاه كبار السن والمجتمع بأسره.

وفي السنوات الأخيرة حققت معظم البلدان النامية تقدماً كبيراً في توسيع التغطية بالتعليم الابتدائي والحد من الفجوة بين الجنسين في الحصول على التعليم. ولذا يتوقع أن ينخفض التأثير السلبي لنقص التعليم كثيراً على التمكين على مدى الأعوام الخمسين القادمة إذ أن الجيل الحالي من الأبناء يتحول إلى جيل الكبار.

المشاركة السياسية

وأفضل ما تُسمع أصوات كبار السن يكون من خلال مشاركتهم السياسية النشطة على المستوى الفردي (من خلال التصويت في الانتخابات)، وعلى مستوى المجموعة (من خلال المشاركة في منظمات كبار السن) وعلى المستوى الحكومي (عن طريق تكوين هيئات استشارية من كبار السن). وتجذب التغيرات الديمغرافية نفسها اهتمام راسمي السياسات فيما يتعلق بالقضايا التي تهم كبار السن؛ وفي الوقت نفسه أصبحت زيادة المشاركة السياسية من كبار السن عاملاً هاماً في استرعاء الانتباه لاحتياجاتهم.

قوة التصويت

لدى كبار السن استعداد أكثر من الفئات الأخرى لممارسة حقوقهم الديمقراطية في التصويت في كثير من البلدان. ففي كازاخستان، على سبيل المثال، يشكل كبار السن قاعدة انتخابية نشطة، حيث ٧٢ في المائة من الذين في عمر ٦٥ عاماً صوتوا في الانتخابات الأخيرة، مقابل أكثر قليلاً من ٥٠ في المائة ممن هم في الفئة العمرية ٣٥ - ٤٠ (برنامج الأمم المتحدة الإنمائي وصندوق الأمم المتحدة للسكان، ٢٠٠٥). وبالمثل فإن كبار السن في المملكة المتحدة لبريطانيا العظمى وأيرلندا الشمالية لهم أعلى نسبة للتصويت بين السكان، تزيد عن فئة الشباب، وخلال الانتخابات البرلمانية لعام ٢٠٠٥، على سبيل المثال، كان الذين أعمارهم ٦٥ عاماً أو أكثر ضعف أولئك الذين في سن ١٨ - ٢٤ حيث تصل معدلات تصويتهم إلى ٧٥ في المائة و٣٧ في المائة على التوالي (المعهد الدولي للديمقراطية والمساعدة الانتخابية، ٢٠٠٦ أ).

أصوات كبار السن
يمكن أن تسمع من
خلال مشاركتهم
السياسية النشطة

وبالمثل فإن في الولايات المتحدة، على الرغم من أن معدلات تصويت فئات الشباب تراجعت خلال العقدين الماضيين فإن الأمريكيين في سن ٦٥ عاماً أو أكثر ظل تصويتهم ثابتاً أو زاد قليلاً؛ والواقع أن كبار السن أصبحوا يشكلون الآن الجزء الأكثر نشاطاً في العملية الانتخابية (مكتب تعداد الولايات المتحدة، ٢٠٠٥). ومع ذلك لا يوجد دليل على أن كبار السن يشكلون كتلة تصويت واحدة موحدة: فهم من انتماءات سياسية مختلفة ويصوتون على طائفة كبيرة من المرشحين. ومع ذلك أصبحت لهم قوة مؤثرة وقوة يُشهد بها في القضايا والسياسات التي تؤثر عليهم أكبر تأثير، من قبيل المناقشات الجارية حول إصلاح الضمان الاجتماعي وتأمين الرعاية طويلة الأمد. ويمثل توسيع برنامج الرعاية الطبية الذي بدأ في عام ٢٠٠٣ ليشمل تغطية العقاقير الموصوفة أحد نتائج تأثيرهم السياسي المتنامي.

ولا تتقاسم كل البلدان تقليداً واحداً لتمتع كبار السن بمشاركة سياسية عالية ونفوذ سياسي. فالبيانات من الجولة الأولى للانتخابات الرئاسية لعام ٢٠٠٥ في ليبيريا تشير إلى أن فئتين حصلتا على أدنى معدل من الأصوات: كبار السن في عمر ٦٨ عاماً أو أكثر والشباب في عمر ١٨ - ٢٢ (المعهد الدولي للديمقراطية والمساعدة الانتخابية، ٢٠٠٦ ب). وفي بلدان أخرى، وأساساً في أفريقيا جنوب الصحراء، حيث يشكل كبار السن نسبة ٥ في المائة فقط من السكان، مقارنة بمن هم أقل من سن ١٥ الذين يشكلون ٤١ في المائة، وهي أولوية منخفضة نسبياً تعطيتها السياسات لكبار السن. وهم أيضاً أقل احتمالاً لأن يمكننا بشكل كاف من القدرة على جذب الانتباه لشواغلهم.

منظمات كبار السن

منظمات كبار السن تساعد في تعزيز نفوذهم السياسي

إن منظمات كبار السن - خاصة كبريات السن اللاتي يبقين بلا تصويت - توفر وسائل هامة للتمكين من المشاركة عن طريق الدعوة وتعزيز التفاعلات المتعددة الأجيال. ثم إن هذه الفئات يمكن أن تساعد في تعزيز النفوذ السياسي لكبار السن وضمان مشاركتهم بفعالية في المناقشات وعمليات اتخاذ القرار على جميع المستويات الحكومية.

وهناك أمثلة عدة لمنظمات ناجحة ومؤثرة لكبار السن، وهي تشمل رابطة المتقاعدين الأمريكية في الولايات المتحدة التي تضم ٣٦ مليون عضو ومنظمات أصحاب المعاشات في السويد التي ينتمي إليها نصف مجموع كبار السن. كذلك تزود النقابات العمالية كبار السن بوسائل هامة للتمثيل، وخاصة في أوروبا حيث معظم المتقاعدين من العمال يظلون نشطاء في عضوية النقابات (Peterson, 2002). وهذه المنظمات توفر المعلومات والمشورة والموارد والأنشطة والدعم لكبار السن، وتمارس نفوذاً كبيراً في رسم السياسات الاقتصادية والاجتماعية.

والمؤسسة الدولية لمساعدة المسنين (HelpAge International) هي شبكة عالمية كبيرة للمنظمات غير الحكومية التي مهمتها هي تحسين حياة المحرومين من كبار السن. وتتألف الشبكة من منظمات فرعية في نحو ٥٠ بلداً ملتزمة بدعم البرامج العملية التي ترفع صوت كبار السن المحرومين من التمكين وتؤثر على السياسات على الصُّعد المحلي والوطني والدولي (HelpAge International, 2006a). وتتجه الإجراءات نحو تشجيع الحكومات والمجتمعات على التسليم باحتياجات وقيم كبار السن المحرومين وحقوقهم، واحتوائهم في برامجها. وفي السنوات الأخيرة كان للمؤسسة الدولية لمساعدة المسنين تأثير بوجه خاص في الدعوة إلى خطط الضمان الاجتماعي لمساعدة المحرومين من كبار السن في أفريقيا جنوب الصحراء.

وهناك أيضاً عدد من المنظمات غير الحكومية الدولية الهامة التي تمثل مصالح كبار السن^٧. وهذه تشمل الاتحاد الدولي المعني بالشيخوخة والاتحاد الدولي لرابطات المسنين والاتحاد الأوروبي لرعاية المسنين. ومن خلال أنشطتها المختلفة ترمي إلى تحسين نوعية حياة كبار السن عن طريق السياسات المؤثرة والاشتراك في الأنشطة الشعبية وتعزيز الشراكات بين القطاعين العام والخاص. وبالإضافة إلى هذا تعمل المنظمات على تحسين صورة كبار السن بتحديثها للقوالب النمطية السائدة حول الشيخوخة وإبراز الإسهامات التي يقدمها كبار السن للمجتمع بحيث تواجه التشديد على التحديات الاقتصادية

^٧ للاطلاع على مزيد من المعلومات عن المنظمات الدولية غير الحكومية العاملة في مجال قضايا الشيخوخة المشار إليها هنا يمكن الاطلاع على العناوين الإلكترونية التالية: <http://www.ifa-fiv.org/en/accueil.aspx>; <http://www.thematuremarket.com/SeniorStrategic/fiapa.php>; and <http://www.eurag-europe.org>

التي تثيرها الشيخوخة الديمغرافية (العمل العالمي في مجال الشيخوخة، ٢٠٠٦). ومن الأمثلة الأخرى الرابطة الدولية لعلم الشيخوخة وطب المسنين وهي منظمة دولية للباحثين والمهنيين في مجال الشيخوخة. وهذه الرابطة بمنظمتها الأعضاء في ٦٤ بلداً، تعزز أعلى مستويات الإنجاز في مجال علم الشيخوخة بحثاً وتدريباً على المستوى العالمي.

التشاور ولجان المشورة

توفر عدة بلدان أيضاً التشاور المباشر ومشاركة كبار السن في تصميم وتقييم البرامج الحكومية. والأكثر تقدماً في هذا المجال هي البلدان التي أنشأت مكاتب حكومية للشيخوخة على المستوى الوزاري أو ما يماثله ومن ذلك إدارة الصحة والشيخوخة (أستراليا)، وشعبة الشيخوخة وكبار السن بوكالة الصحة العامة (كندا)، واللجنة الوطنية للشيخوخة (الصين)، والوزارة الاتحادية لشؤون الأسرة وكبار السن والنساء والشباب (ألمانيا)، وإدارة الشيخوخة (الولايات المتحدة).

وهناك عدد من البلدان أنشأت هيئات استشارية مستقلة تتألف من الأكاديميين وممثلي القطاع الخاص والمنظمات غير الحكومية للتصدي لقضايا الشيخوخة وشواغل كبار السن. وهذه الهيئات الاستشارية المكلفة نمطياً بمهمة إسداء المشورة للحكومات بشأن وضع وتنفيذ السياسات، يمكن أن تعمل بمثابة الجهات الحارسة في سياق رسم السياسات الحكومية. ويمكن أن تشكل الهيئات الاستشارية آلية هامة تدمج عن طريقها الآراء وتيسر الإشراف الوثيق والمنتظم على تنفيذ السياسات على الصعيدين المحلي والمجتمعي. كما يمكنها أن تؤدي دوراً في تقييم تأثير البرامج الجديدة وتحسين نتائجها.

والهيئات الاستشارية موجودة حالياً في تشكيلة من البلدان منها النمسا وشيلي وغواتيمالا والهند والمكسيك. وقد أنشأت النمسا على سبيل المثال مجلساً مستقلاً لكبار المواطنين له حقوق ومسؤوليات مماثلة لنظيرتها في الغرفة التجارية، التي أصبحت مساهماً رئيسياً في المناقشات بشأن السياسة الوطنية للشيخوخة. وأنشأت شيلي دائرة وطنية لكبار السن تضم لجنة استشارية تتألف من ممثلين لمنظمات كبار السن والأكاديميين والمؤسسات العاملة في مجال كبار السن. ولدى غواتيمالا مجلس وطني لحماية المسنين يتشاور مع المجتمع المدني والمنظمات المدنية لكبار السن. وفي الهند هناك مجلس وطني لكبار السن تتألف عضويته من ممثلين للحكومة (٢٥ في المائة) وأكاديميين ومتقاعدين من المجتمعات الريفية والحضرية (٧٥ في المائة) وتقبله الحكومة كحارس مصمم لمراقبة سياسات الشيخوخة. وفي المكسيك يشترط المعهد الوطني لكبار السن أن يُدرج كبار السن في الهيئات الاستشارية المعنية بالقضايا ذات الصلة. ومن الملامح العامة لكثير من هذه الهيئات الاستشارية ما تتمتع به من استقلالية تمكنها من أداء دور لمراقبة تنفيذ خطة عمل مدريد.

ويبقى هناك التحدي لضمان أن تصبح هذه الهيئات الاستشارية آليات فعّالة لتوسيع نطاق التشاور والتنفيذ فيما يتعلق بشتى الشواغل التي تؤثر على رفاه كبار السن، مع الاعتبار الواجب للفروق الرئيسية التي قد توجد في الحصول على الخدمات والمزايا أمام كبار السن في المناطق الحضرية والريفية، على أساس فئة الدخل والإثنية والجنسانية. وهذا مهم بوجه خاص في البلدان التي يُقضي التفاوت فيها تقليدياً فئات كبيرة من السكان عن المشاركة في المناقشات السياسية. وفي البلدان التي لا توجد فيها آليات رسمية لكبار السن للمشاركة في المناقشات السياسية يوجد التحدي المزدوج لتحسين فرصهم في إنشاء منظمات وزيادة المساحة السياسية اللازمة داخل الحكومة للسماح بالمشاركة الفعّالة في تصميم السياسات ومراقبتها.

هناك عدة بلدان أنشأت
أفرقة استشارية مصممة
لإدراج كبار السن في
عملية مراقبة السياسات

ضمن التشاور الواسع
مع كبار السن بغض
النظر عن الجنس أو الإثنية
أو مستوى الدخل أو
الجنسانية يظل
تحدياً في البلدان
التي يزيد فيها التفاوت

تمكين أفراد المجتمع كبار السن

يشير الاتحاد الدولي المعني بالشيخوخة إلى تمكين كبار السن على أنه "القدرة على الاختيارات الواسعة وممارسة التأثير وتقديم الإسهامات المستمرة في المجتمع والاستفادة من الخدمات" (Thursz, Nusberg and Prater, 1995). وهذا المعنى يرتبط التمكين ارتباطاً وثيقاً بالمشاركة.

الفقر وسوء الصحة
والقوالب النمطية السلبية
تعوق المشاركة الفاعلة من
كبار السن في المجتمع

وثمة عوامل عدة تعوق زيادة المشاركة الفعالة من كبار السن في المجتمع ومنها الفقر وسوء الصحة وانخفاض المستويات التعليمية ونقص وسائل النقل والحصول على الخدمات، والقوالب النمطية السلبية عن الشيخوخة والتمييز العمري المكشوف أو الخفي (المرجع نفسه). والأهداف في مجال تمكين كبار السن هي التغلب على هذه الحواجز العديدة والاستفادة القصوى من إمكانات الإسهامات المجتمعية وتعزيز رضاهم عن الحياة.

ومن العناصر الهامة في عملية التمكين تنفيذ التدابير التشريعية لضمان حقوق كبار السن المبينة في الدساتير الوطنية والاتفاقيات الدولية لحقوق الإنسان. ومن الأمثلة الحديثة قرار مجلس الاتحاد الأوروبي 2000/78/EC الصادر في ٢٧ تشرين الثاني/نوفمبر ٢٠٠٠ والذي ينشئ إطاراً عاماً للمعاملة المتساوية في العمالة والوظائف، وهو يشترط على الدول الأعضاء أن تسن تشريعات بحلول نهاية عام ٢٠٠٦ (المادة ١٨) تجعل التمييز على أساس العمر في العمل والتدريب المهني أمراً غير مشروع (انظر الفصل الرابع). وبالإضافة إلى هذا اعتمدت بعض البلدان تشريعات لتجريم إساءة معاملة كبار السن وتشديد العقوبات على جرائم معينة ترتكب ضد كبار السن. وفي داخل إقليم أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي، على سبيل المثال سنت نسبة ٨٠ في المائة تقريباً من البلدان تشريعات ووضعت سياسات تحمي حقوق كبار السن، ومن بينها تدابير بشأن التدريب ومراقبة إساءة المعاملة والإهمال في المؤسسات (Pelaez, 2006) غير أنه يحدث كثيراً جداً ألا توجد آليات للتنفيذ.

التنفيذ الفعال للنظام
القانوني لحماية حقوق
الإنسان للمواطنين
أمر ضروري لتمكين
كبار السن

وأول وأهم خطوة لتمكين كبار السن هي ضمان التنفيذ الفعال للنظم القانونية والعدلية التي تحمي حقوق الإنسان للمواطنين بحيث تقضي على خطر تهيمش وإساءة معاملة كبار السن في مجموعة متنوعة من البيئات المؤسسية والمجتمعية والأسرية. ففي بعض البلدان يمكن أن تؤثر الثقافة والتقاليد على مدى تعرض كبار السن لخطر التمييز في الحياة المجتمعية والاجتماعية والاقتصادية والسياسية. وفي الحالات الأكثر تطرفاً يمكن أن يؤدي الحرمان - أو التنفيذ غير الملائم - لحقوق الإنسان لكبار السن إلى الإهمال أو إساءة المعاملة أو العنف.

مكافحة الإهمال وإساءة المعاملة والعنف الموجه إلى كبار السن

سوء المعاملة والإهمال
والعنف ضد كبار السن
تم الإقرار بها على أنها
مشاكل خطيرة

لم تعد مسائل إساءة المعاملة والإهمال ضد كبار السن على أي حال تطورات جديدة. فثمة أدلة متفرقة توحي بأن سلوك إساءة المعاملة ظل موجوداً منذ أزمنة قديمة، داخل الأسر المعيشية وفي المجتمع بصفة عامة. وفي العقود الأخيرة استرعت شيخوخة السكان وزيادة الوعي بالحاجة إلى ضمان رفاه كبار السن الانتباه إلى هذه القضايا. ولئن كان من المسلم به بصفة عامة أن إساءة المعاملة والإهمال والعنف ضد كبار السن مشكلة خطيرة، فقد قل الاهتمام بتوفير سبل لتقييم مدى المشكلة في بلدان مختلفة وتطورها بمضي الوقت.

البيانات المنهجية عن
إساءة معاملة كبار السن
ناقصة بسبب الاختلافات
في الاتفاق على كيفية
تعريف كبار السن
وتعريف إساءة المعاملة

هناك ما لا يقل عن ثلاث عقبات منهجية تفسر عدم توافر بيانات منهجية عن إساءة معاملة كبار السن. والعقبة الأولى تتعلق بتعريف الشيخوخة ذاتها: فعدة بلدان تستخدم معلمات مختلفة للعمر لتعريف الشخص الكبير السن. وفي معظم البلدان يرتبط كبر السن بسن التقاعد، وهو يتفاوت حسب البلد؛ وفي بعض البلدان الأخرى يرتبط مفهوم الشيخوخة بالتدهور البدني وعدم القدرة على تحمل مسؤوليات الأسرة و/أو العمل (انظر الفصل الأول). والصعوبة الثانية تكمن في تعريف إساءة المعاملة. فالشبكة الدولية لمنع إساءة معاملة الكبار تقترح أن التعريف هو "الإساءة لمرة واحدة أو الإساءة المتكررة أو التقاعس عن اتخاذ العمل المناسب، ويسبب ضرراً أو كرباً لشخص كبير السن في أي علاقة يكون فيها توقع الثقة" وتقترح عدة فئات للسلوك المسيء: إساءة المعاملة بدنياً؛ أو نفسياً أو عاطفياً؛ أو مالياً أو مادياً؛ أو جنسياً؛ أو إهمالاً (انظر: منظمة الصحة العالمية، ٢٠٠٢ أ، الصفحتان ١٢٦ و ١٢٧). والمشكلة الثالثة هي نقص المؤشرات الدقيقة لقياس كل بعد من أبعاد إساءة المعاملة، على النحو المحدد أعلاه، وغيبة آليات الإبلاغ بغية تيسير الحصول على المعلومات ومعالجتها بما يلزم لتوثيق السلوك المسيء على النحو الصحيح. ومن التعقيدات الإضافية فيما يتعلق بقياس إساءة المعاملة ما يتعلق بالفروق الثقافية بين البلدان بل وداخل البلد الواحد. فتحميل كبار السن أعباءً إضافية ذات مسؤوليات أسرية من الممكن أن يُعد إساءة معاملة للكبار في بعض الثقافات ويُعد في إطار التقاليد في غيرها.

ولا يعني نقص الأدلة المنهجية مع هذا أن مشاكل إساءة المعاملة لا يمكن تحديدها. فالأدوات المختلفة المستخدمة في تقدير المشكلة توحى بأن سلوك إساءة المعاملة الموجه ضد كبار السن شائع بين أفراد الأسر والمجتمع ومقدمي الخدمات. فمن الصعب الخروج بتقديرات دقيقة لحجم المشكلة وتطورها بمضي الوقت حين يكون هناك نقص في المعلومات.^٨

وقد أجريت عدة استقصاءات لإساءة المعاملة في المنزل في كندا وفنلندا وهولندا والولايات المتحدة والمملكة المتحدة. وتوحي الأدلة التي تجمع بين كل أشكال إساءة المعاملة - البدنية والنفسية والمالية إضافة إلى حالات الإهمال - بأن ما بين ٤ و ٦ في المائة من كبار السن الذين يعيشون في البيت يشهدون شكلاً من أشكال إساءة المعاملة في هذه البلدان (منظمة الصحة العالمية، ٢٠٠٢ أ).^٩

وعبر طائفة من الدراسات الأوسع فإن معدلات انتشار هذه الظاهرة تتفاوت كثيراً جداً مع هذا بسبب عدم وجود تعريف عام لما تتكون منه إساءة المعاملة، وفق ما نوقش أعلاه. فقد وجد أحد الاستقصاءات الوطنية أن ٤ في المائة من الكنديين كبار السن تعرضوا لإساءة معاملة بدنية ونفسية وإهمال أو لإساءة معاملة مالية بعدما وصلوا لسن ٦٥ عاماً (Podnieks, 1992). وكشفت الاستقصاءات الوطنية التي أجريت عبر الهاتف في الدانمرك والسويد عن معدل انتشار بنسبة ٨ في المائة باستخدام تعريف واسع لإساءة معاملة الكبار، حيث كانت السرقة أكثر الأشكال انتشاراً (Tornstam, 1989). وفي المملكة المتحدة وجد أن ٥ في المائة من كبار السن تعرضوا لإساءة المعاملة بالقول، و ٢ في المائة لإساءة المعاملة البدنية، و ٢ في المائة تعرضوا للإهمال (Ogg, 1993). ويوحى البحث بمعدل انتشار ٥٨، ٠ في المائة في أستراليا (Boldy وآخرون، ٢٠٠٥). و ٢، ٢ في المائة في كوستاريكا (المديرية العامة للتعداد وللإحصاء، ١٩٩٤) و ٧، ٥ في المائة في فنلندا (Kivela وآخرون، ١٩٩٢) و ٢، ٨ في المائة لجمهورية كوريا (Cho, Kim and Kim, 2000).

معدلات انتشار إساءة
معاملة الكبار تتفاوت
بين البلدان

^٨ تواجهنا مشاكل مماثلة في نقص التعاريف المناسبة والبيانات عند تقدير مدى إساءة المعاملة الموجهة ضد كبار السن. وتحول هذه المشاكل دون إجراء أي مقارنة ذات مغزى لمدي حدوث إساءة المعاملة بين الفئات العمرية المختلفة.

^٩ جدير بالذكر أن النتائج تتعذر مقارنتها بين البلدان لأن الفترات المرجعية المستخدمة في تسجيل الحالات المتعلقة بإساءة المعاملة كانت مختلفة في كل بلد.

ومع هذا ففي ضوء الاختلافات في النهج، وفترات المرجعية والتعاريف المستخدمة في هذه الدراسات، يستحيل إجراء مقارنات واستخلاص استنتاجات عن نطاق إساءة معاملة الكبار.

كذلك يتعرض كبار السن الذين يعيشون في مؤسسات الرعاية الطويلة الأمد لإساءة المعاملة والإهمال. وتوفر تقارير الحكومات والبيانات الشخصية مقدار حجم ودرجة التعرض لسلوك إساءة المعاملة على المستوى المحلي الصغير. وللأسف لا توجد بيانات على المستوى الوطني عن انتشار إساءة المعاملة في مؤسسات الرعاية طويلة الأمد بالدول والمؤسسات وتطورها بمضي الوقت ومع ذلك فالأرقام عن إساءة المعاملة في المؤسسات الموجودة بالفعل أرقام متضاربة. وتذكر منظمة الصحة العالمية (٢٠٠٢ أ، الصفحة ١٣٠) بيانات مستقاة من إحدى دور التمريض في واحدة من ولايات الولايات المتحدة حيث ٣٦ في المائة من الموظفين شاهدوا ما لا يقل عن حادثة إساءة معاملة بدنية واحدة ارتكبها أحد الموظفين في العام السابق، و ١٠ في المائة اعترفوا بارتكابهم ما لا يقل عن فعل واحد من إساءة المعاملة البدنية و ٤٠ في المائة اعترفوا بارتكابهم فعلاً واحداً على الأقل من إساءة المعاملة النفسية. وفي استقصاء على عينة صغيرة من موظفي دائرة تمرير في ألمانيا، أقر ٧٩ في المائة بارتكابهم إساءة المعاملة أو الإهمال لأحد النزلاء مرة واحدة على الأقل خلال شهرين سابقين، و ٦٦ في المائة اعترفوا بأنهم شاهدوا أعمالاً مماثلة من موظف آخر كان الإهمال وإساءة المعاملة النفسية الشكل العام المشترك لإساءة المعاملة (Goergen, 2001).

ويعدّ نقص البيانات الموثوقة عائقاً شديداً أمام تنفيذ ردود ملائمة على مشكلة تبدو أنها أكبر بصفة عامة من المعترف به. فينبغي أن يشمل تنفيذ خطة عمل مدريد الدولية للشيخوخة بقصد حماية حقوق الإنسان لكبار السن إجراءات محددة ترمي إلى وضع الإطار المنهجي لتوليد بيانات متسقة لازمة لتقدير مدى الممارسات المسيئة للمعاملة ضد كبار السن، ومراقبة الاتجاهات بمضي الوقت وتيسير المقارنات بين البلدان. ويتعين أن تشمل هذه الجهود إجراءات للتغلب على العقبات الثلاث التي تحد من إعداد إحصاءات موثوقة، وهي (أ) عدم وجود تعريف موحد لكبر السن، (ب) عدم وجود تعريف مشترك وتصنيف لإساءة المعاملة، (ج) ضرورة استنباط أدوات لتيسير القياس والإبلاغ عن الحالات الخاصة بالسلوك المسيء الموجه ضد كبار السن.

عوامل الخطر في إساءة معاملة الكبار وآليات الاستجابة

هناك عدد من عوامل الخطر، من بينها نقص الموارد، وسوء التدريب والضغوط المتعلقة بالعمل في المرافق المؤسسية، وصور الوصم السلبية في المجتمع، والفقر والسلوك الاجتماعي المخرب، وكلها تسهم في توليد ظروف تؤدي إلى إساءة معاملة الكبار وإهمالهم داخل الأسرة والمؤسسات والمجتمع. ومن بين النهج الجديدة لدراسة إساءة المعاملة تفهم المستويات المختلفة التي يتفاعل فيها الفرد - شخصياً ومجتمعياً واجتماعياً - والعوامل المحركة الموجودة على كل مستوى (منظمة الصحة العالمية، ٢٠٠٢ أ). وفي جميع الحالات لوحظ أن العزلة الاجتماعية تفاقم من خطر إساءة المعاملة وإساءة المعاملة (Phillips, 1983; Grafstrom, Nordberg and Winblad, 1993; Compton, Flanagan and Gregg, 1997).

وحدد البحث أن إساءة المعاملة في المنزل الموجهة ضد كبار السن تحدث على الأرجح في وجود عوامل الحظر التالية: تعاطي الكحول والمخدرات والاضطرابات العقلية (بقدر ما تتعلق إما بكبير السن وإما بمقدم الرعاية)، والاعتلال البدني والاعتماد الاقتصادي على الغير والازدحام في الأسرة المعيشية والإجهاد وضيق الوقت المخصص لرعاية الكبار، وغيرها، (منظمة الصحة العالمية، ٢٠٠٢ أ؛

ينبغي أن يشمل تنفيذ
خطة عمل مدريد الدولية
إجراءات لتوليد بيانات
متسقة عن إساءة المعاملة
الموجهة ضد كبار السن

و (Wolf, Godkin and Pillemer, 1984; Anetzberger, 1987; and Paveza and others, 1992). ومع ذلك فعوامل الخطر هذه ليست كافية في حد ذاتها لشرح حالات سلوك إساءة المعاملة. ولم تحدد بجلاء ديناميات إساءة المعاملة في المنزل والعوامل التي تحرك هذا السلوك المسيء للمعاملة. فيلزم وجود نُظُم إبلاغ أفضل بغية تحسين تفهم الأسباب وسيقود هذا التفهم إلى تحسين استجابات السياسات.

وفي أغلب الأحوال تحدث إساءة المعاملة في بيئات الإقامة حين يكون الموظفون ناقصي التدريب و/أو مرهقين بالعمل وتكون معايير الرعاية ضعيفة أو تكون المراقبة غير كافية. وتتطلب الأدلة غير الثابتة لإساءة المعاملة في بيئة المؤسسات، العرض على دراسة عاجلة وتفهم أفضل لعوامل الخطر. وعلى الصعيد المجتمعي فإن التوتر الاجتماعي الكلي وارتفاع معدلات انتشار الفقر، والجريمة والتمزق الاجتماعي وتآكل الروابط بين الأجيال، عوامل تقف وراء زيادة حدوث السلوك المسيء للمعاملة بصفة عامة وكذلك هذا السلوك الموجه ضد كبار السن.

وتظل البلدان تكافح إساءة معاملة الكبار والإهمال بطرق مختلفة. فبعضها (مثل الأرجنتين وكندا والسويد وتركيا والمملكة المتحدة والولايات المتحدة) أدرجت تغطية إساءة معاملة الكبار في تشريعاتها القانونية وأوجدت نُظُمًا للإبلاغ ومعالجة حالات إساءة المعاملة؛ ولكن بلداناً أخرى كثيرة ليست لديها برامج محددة مصممة لحماية كبار السن من إساءة المعاملة (Podnieks, Anetzberger and Teaster, 2006).

وقد ظهرت في شتى أنحاء العالم منظمات غير حكومية مكرسة لتحسين الاعتراف بإساءة معاملة الكبار والاستجابة لها، ومن ذلك الشبكة الدولية لمنع إساءة معاملة الكبار، التي لها تمثيل في جميع أقاليم العالم الستة. وهناك عدة منظمات وطنية منها الأكاديمية اليابانية لمنع إساءة معاملة الكبار، والشبكة الكندية لمنع إساءة معاملة الكبار وشبكة المعلومات الكورية لمنع إساءة معاملة الكبار. وأقيمت شبكات محلية على مستوى الولاية والمجتمع في الولايات المتحدة.

وإذا كان وجود تشريعات وبرامج وطنية منشأة للاستجابة لحالات إساءة المعاملة والإهمال يُسهم في حماية كبار السن المعنيين فإن الآليات الفعالة لمنع تلك الحالات ولتقديم استجابات ملائمة لها تتطلب بحثاً شاملاً على ثلاثة مستويات، تشمل (أ) إيجاد نظام للمراقبة يعطي للناس نافذة للحصول على معلومات موثوقة وآليات فعالة لنبد تلك الحالات من سوء المعاملة والإهمال كما تساعد في توضيح صورة المشكلة للمجتمع؛ (ب) وتعزيز النظام القضائي للتمكين من الإنفاذ الفعال للتشريعات الوطنية بشأن حقوق الإنسان والعقوبة المناسبة التي توقع على منتهكيها؛ (ج) إعداد مبادرات تدريب وتعليم وطنية لإذكاء الوعي بالمشكلة، وإيجاد صور لكبار السن أكثر إيجابية وبناء مهارات كافية بين الأفراد الذين يقومون برعاية كبار السن.

وينبغي استكمال هذه المبادرات لمنع إساءة المعاملة بتقديم خدمات ملائمة لكبار السن الذين تُساء معاملتهم أو يُهملون أو يُستغلون. وفي معظم البلدان تقدم هذه الخدمات عادة من خلال شبكات خدمات الرعاية الصحية والاجتماعية القائمة وقد تشمل الخدمات الطبية والنفسية والمالية وكذلك توفير المأوى في حالات الطوارئ ودعم كبار السن من ضحايا إساءة المعاملة والإهمال.

كثيراً ما يحدث سلوك إساءة المعاملة في مرافق الرعاية الطويلة الأمد حين يكون الموظفون قليلي التدريب وتكون معايير الرعاية ضعيفة المراقبة

يحتاج منع إساءة المعاملة إلى إيجاد نظام للمراقبة وتعزيز الهيئة القضائية وتحسين التدريب

١٠ يمكن الاطلاع على مناقشات أخرى لعوامل الخطر التي تؤدي إلى إساءة معاملة كبار السن في: Homer and Gilleard

(1990); Pillemer and Suitor (1992); Coyne, Reichman and Berbig (1993); Anetzberger, Korbin and Austin (1994);

.Reis and Nahmash (1998); and Reay and Browne (2001)

تعزيز حقوق الإنسان لكبار السن

يشكل ضمان وحماية حقوق الإنسان لكبار السن على النحو المحدد في الإعلان العالمي لحقوق الإنسان (قرار الجمعية العامة ٢١٧ ألف (ثالثاً)) وسيلة هامة للحد من مخاطر إساءة معاملة كبار السن وتمكينهم. كذلك يؤكد نهج حقوق الإنسان المبادئ الواردة في خطة عمل مدريد الدولية للشيخوخة. والواقع أنه في عام ١٩٨٢ اتخذت الأمم المتحدة بالفعل خطوة هامة للأمام في سبيل تعزيز حقوق كبار السن حينما اعتمدت الجمعية العالمية للشيخوخة خطة عمل فيينا الدولية للشيخوخة (الأمم المتحدة، ١٩٨٢) التي فصلت التدابير التي ينبغي أن تتخذ في الدول الأعضاء لحماية حقوق كبار السن في سياق الحقوق المعلنة في العهدين الدوليين الخاصين بحقوق الإنسان (قرار الجمعية العامة ٢٢٠٠ ألف (د - ٢١)، المرفق). وتبع هذا في عام ١٩٩١ اعتماد الجمعية العامة مبادئ الأمم المتحدة لكبار السن (القرار ٤٦/٩١ في ١٦ كانون الأول/ديسمبر ١٩٩١، المرفق)^{١١}. وتظل هذه المبادئ تشكل أهم وثيقة دولية تعزز حقوق كبار السن في المجالات الخمسة وهي الاستقلالية والمشاركة والرعاية وتحقيق الذات والكرامة.

ورسخت الجمعية العالمية الثانية بشأن الشيخوخة نهج حقوق الإنسان في خطة عمل مدريد الدولية للشيخوخة في عام ٢٠٠٢. والهدف من خطة عمل مدريد هو "ضمان أن يكون الأشخاص في كل مكان قادرين على بلوغ الشيخوخة بأمان وكرامة ومواصلة المشاركة في مجتمعاتهم بصفتهم مواطنين لهم كل الحقوق" (الفقرة ١٠). كذلك تؤكد خطة عمل مدريد أن "تعزيز وحماية جميع حقوق الإنسان والحريات الأساسية، بما في ذلك الحق في التنمية أمر ضروري لإيجاد مجتمع شامل لجميع الأعمار يشارك فيه كبار السن بالكامل ودون تمييز وعلى قدم المساواة" (الفقرة ١٣).

وتبقى في مجتمعات كثيرة تغييرات سياسة هامة فيما يتعلق بإيجاد آليات فعالة لضمان التطبيق العملي لمبادئ تبادل المنفعة والترابط المشترك والمساواة بين الأجيال. وقد يلزم وجود تشريعات تكميلية في بعض البلدان لتحسين الإطار القانوني بغية حماية حقوق كبار السن ومنع إساءة معاملتهم وإهمالهم، وتأكيد فرصهم للمشاركة في جميع جوانب الحياة الاجتماعية. ومع ذلك فلن يكون كافياً تحسين الإطار القانوني. فبالإضافة إلى هذا تحتاج المجتمعات إلى إيجاد آليات ملائمة لمنع التمييز على أساس السن في سوق العمل، وضمان التضامن بين الأجيال عن طريق نُظُم ضمان الدخل الملائمة لكبار السن، وتعبئة الموارد اللازمة لتوفير الرعاية الملائمة الصحية الطويلة الأمد.

تحسين صور كبار السن

كثيراً ما يكون الإسهام الحقيقي لكبار السن في المجتمع محجوباً بالقوالب النمطية السلبية التي تركز على المشاكل المحتملة لشيخوخة السكان عن طريق عرض صور كبار السن التي تصورهم على أنهم إحدى التبعات على المجتمع وأنهم استنزاف لموارد الحكومة والأسرة. وقد تؤجج الصور السلبية لكبار السن حكايات التمييز وإساءة المعاملة. فيلزم وجود نظرة أكثر توازناً إلى الشيخوخة - نظرة تولي الاهتمام إلى سلطة وحكمة وكرامة كبار السن والتؤدة مما يجلبه العمر الطويل من الخبرات - وذلك بغية زيادة احترام الذات لكبار السن وتحسين إسهامهم في التنمية.

تحتاج المجتمعات إلى منع التمييز على أساس العمر في سوق العمل وضمان التضامن بين الأجيال وتعبئة الموارد لتوفير الرعاية الصحية والرعاية الطويلة الأمد

وأخطر تداعيات الصورة النمطية لكبار السن هي إقصاؤهم عن الأنشطة و/أو الجماعات الاجتماعية. وقد يؤدي قبول الصورة النمطية من كبار السن أنفسهم إلى عدم طلبهم المساعدة في الحالات الطبية أو عدم مطالبتهم بمزايا الرفاه (لأن الصورة النمطية للشيخوخة تتعادل مع الفقر) بل وفي انسحابهم من العلاقات الاجتماعية، وبما يجعلهم يقابلون الصورة النمطية بالجزلة والسلبية (Victor, 1994).

ويمكن أن تكون مصادر الصورة النمطية مجتمعية وفردية. ففي المجتمعات تنشأ الصورة النمطية في معظمها من الافتقار إلى المعلومات المناسبة. وقد يخشى الأفراد من كبر السن لأنهم يتوقعون تراجعاً في الذاكرة والحركة وبداية الصورة النمطية للأمراض المتعلقة بتقدم العمر (المركز الدولي لطول العمر - الولايات المتحدة الأمريكية، ٢٠٠٦). والواقع أن المبالغة في الخوف من التردّي والعته والاعتماد على الغير وهو خوف قوي يمكن أن يحول دون تخطيط الناس للمراحل المتأخرة من حياتهم.

كذلك يمكن أن تكون للصور السلبية للشيخوخة آثار سلبية على تقدير الذات، وهذا عامل لوحظ أنه حيوي بالنسبة لرفاه كبار السن. فالناس الذين لديهم صورة إيجابية عن أنفسهم ينخفض لديهم ضغط الدم ومستوى الكوليسترول ويحتفظون بالوزن الصحي. وقد كشفت دراسة طويلة للتقدير الذاتي عند كبار السن من الرجال والنساء عن أن المجيبين من فئة التقدير الذاتي الأكثر إيجابية يعيشون في المتوسط ٦, ٧ سنوات زيادة عن الذين في فئة التقدير الذاتي الأكثر سلبية (Levy وآخرون، ٢٠٠٢).

الصور الإيجابية لكبار السن لها تأثير على تقديرهم الذاتي وتسهم في تحسين رفاههم

ولسوف تستغرق عملية إيجاد صورة جديدة للشيخوخة على النحو المتوخى في خطة عمل مدريد الدولية للشيخوخة بعض الوقت. فيتعين أن تتخذ إجراءات محددة للتركيز على تعزيز التلاحم بين الأجيال والترابط بينها. وقد استغلت أعداد متزايدة من البرامج والحملات من منظمات حكومية وغير حكومية لمواجهة الوصم السلبي لكبار السن وتعزيز زيادة إيجابية الصورة عن الشيخوخة. وعلى سبيل المثال فمكتب كبار السن الأسترالي، وهو شعبة من الإدارة الحكومية الأسترالية للصحة والشيخوخة، أنشأ "قاعة للصور الإيجابية" تعرض مجموعة مختارة من كبار السن الأستراليين في العمل، وفي أدوار تطوعية، وفي أنشطة وقت الفراغ (مكتب شيخوخة أستراليا، ٢٠٠٤). وفي الولايات المتحدة استهلت كلية الصحة العامة بجامعة هارفارد ومؤسسة MetLife حملة إعلانية وطنية بغية "إعادة اكتشاف الشيخوخة". وتستخدم هذه الحملة تغطية إعلامية وإعلانات ومواد ترفيهية لوقت الفراغ من أجل تعزيز صحة الشيخوخة وإعادة تشكيل السلوك الثقافي نحو كبار السن عن طريق عرض الدور النشط والمنتج الذي يؤديه كبار السن في المجتمع. واستهلت الأرجنتين برلمان فيسينتي لوبيز عن الشيخوخة وحملة بعنوان "كبار السن، الأوائل في النمو" بهدف إعطاء صورة بصرية لصحة الشيخوخة ومن ثم المساعدة في إزالة الإجحاف الموجه ضد كبار السن (العمل العالمي بشأن الشيخوخة، ٢٠٠٦ أ).

وينصب التركيز بصورة هامة في هذه الجهود المختلفة على بيان أن كبار السن يشكلون مورداً كثيراً ما يُتجاهل وعلى هذا النحو يمكن أن يقدموا إسهاماً كبيراً في تعزيز نسيج المجتمع الاجتماعي الاقتصادي. ويتطلب المنظور الأكثر توازناً ألا يُنظر إلى الخبرات في السن المتأخرة على أنها مشكلة ذات بعد واحد بل على أنها تجانس وتركيب مرن (Lloyd-Sherlock, 2004a). وعموماً فكبار السن لديهم مخزون تراكمي كبير من القدرات البشرية والخبرات وينبغي الإقرار بإسهامهم في المجتمع. وإزالة الحواجز الهيكلية وإنهاء الوصم السلبي وتعزيز الممارك الأكثر إيجابية لكبار السن عمل يمكن أن يؤدي دوراً هاماً في تعزيز التحسينات في قدرتهم الإنتاجية ورفاههم.

استنتاجات

تشهد معظم بلدان العالم شيخوخة سريعة لسكانها بما في ذلك من آثار بعيدة المدى على تنمية المجتمعات. وتعتبر خطة عمل مدريد الدولية للشيخوخة عن القلق الدولي الذي تثيره التحديات المتمثلة في التكيف مع شيخوخة العالم وتحسين نوعية حياة كبار السن والإقرار بإسهامهم في التنمية الاجتماعية.

وتنتج في الوقت ذاته تغييرات في المجتمع بسبب التصنيع وتزايد مشاركة المرأة في القوى العاملة وتناقص حجم الأسرة وتلاشي أهمية الأسر الموسعة وزيادة الهجرة الداخلية والدولية وعوامل أخرى، لها آثار هامة بالنسبة لرفاه كبار السن. وهذه التغيرات السريعة تتحدى المفاهيم التقليدية للتضامن بين الأجيال بضمان تقديم الرعاية والدعم لكبار السن؛ وتحسين التكامل بين استجابات السياسة ولذا تتطلب تلبية احتياجات شيخوخة السكان وتعزيز الاحترام لحقوق الإنسان بالنسبة لهم وتيسير استمرار إسهامهم في التنمية الاجتماعية.

وقد حدد هذا الفصل ثلاثة مجالات تحتاج إلى تحسين استجابات السياسة: تحسين أحوال السكن وترتيبات المعيشة لكبار السن؛ وتعزيز تمكين كبار السن ومشاركتهم السياسية؛ وتحسين الإطار القانوني والوعي الاجتماعي بغية حماية حقوق الإنسان بالنسبة لهم.

وفي البلدان المتقدمة أصبح للتغيرات السريعة في تكوين الأسرة وهي التغيرات التي تفضي إلى زيادة في أعداد كبار السن الذين يعيشون بمفردهم أو مع أزواجهم، آثار على صون التضامن بين الأجيال والتلاحم الأسري. وإنشاء مرافق الرعاية الطويلة الأمد والتوسع فيها هو الرد التقليدي على حالة كبار السن الذين لا يحصلون على دعم أسري والذين يحتاجون إلى المساعدة في أنشطتهم اليومية. وسوف يبين الفصل السادس تقديرات تكاليف الصحة في المستقبل التي ستكون أعلى بكثير إذا أريد التوسع في الرعاية الطويلة الأمد بالمعدل المطلوب لاستيعاب احتياجات الشيخوخة السريعة في المجتمعات. وهناك بديل للرعاية المؤسسية الطويلة الأمد أخذ في الظهور في عدة بلدان يثبت أن من الممكن تقديم الدعم والمساعدة لكبار السن في بيوتهم دون الاضرار بجودة حياتهم عن طريق جمع الموارد من الأسر والمجتمعات والقطاع العام. وسيحتاج عدد أكبر من كبار السن المساعدة لكي يستطيعوا العيش بمفردهم في بيوتهم؛ ومن ثم تكون الاستجابات الواضحة من السياسة ضرورية لتكرار هذا النوع من المبادرات بحيث يمكن الوصول إلى من يحتاجون الدعم.

وفي البلدان النامية تتنافس الطلبات الجديدة المتعلقة بتلبية الاحتياجات الخاصة بشيخوخة السكان مع الطلبات على الموارد اللازمة لتوفير التغطية بالخدمات الأساسية والبنى التحتية. ولا يزال هناك عدد كبير من كبار السن الذين يفتقرون إلى الحصول على ما يناسبهم من المياه ومرافق الصرف الصحي والمساكن اللائقة. وسيتعين على برامج تحسين الأحوال المعيشية لكبار السن أن تدرج هدفاً واضحاً هو المساواة بضمان أن يحصل كبار السن، بغض النظر عن مستوى دخلهم أو محل إقامتهم على الحد الأدنى من مستوى المعيشة.

وتشكل التكنولوجيا المساعدة وإعادة تصميم المنازل لتيسير حركة كبار السن مجالاً آخر من مجالات التنمية يمكن فيه أن تثبت فعالية الشراكات بين القطاعين العام والخاص. وفي البلدان النامية يحمل هذا الهدف في طياته التحدي الإضافي المتمثل في تقديم حلول تقنية بتكلفة تجعلها متاحة لكبار السن الذين يحتاجون إلى مساعدة.

تحسين ترتيبات المعيشة
وتعزيز التمكين وتحسين
الوعي الاجتماعي بغية حماية
حقوق الإنسان لكبار السن
إنما هي تحديات رئيسية
لشيخوخة المجتمعات

ويتفاوت التمكين والمشاركة السياسية لكبار السن تفاوتاً كبيراً بين البلدان. فهناك بلدان يكون كبار السن فيها أفضل تنظيمياً ولديهم تقليد للمشاركة السياسية. وفي بلدان أخرى كثيرة مع ذلك لا يكون كبار السن منظمين ويواجهون صعوبات حمة للإعراب عن شواغلهم وإدراج طلباتهم في المناقشة العامة وجدول أعمال السياسات. وتعمل المنظمات الدولية والمنظمات الوطنية غير الحكومية بنشاط في تعزيز تنظيم كبار السن باعتبار تلك آلية للتأثير في تصميم وتنفيذ السياسات التي تؤثر فيهم. وينبغي أن تقترن الجهود الرامية إلى تنظيم كبار السن ببرامج أكبر لمحو الأمية والتعليم المستمر. ويشمل ذلك معلومات عن حقوق الإنسان لأنها عنصر هام في عملية التمكين.

ويتطلب بناء بيئة دعم وتمكين لكبار السن الاهتمام بالاحتياجات البشرية وحقوق الإنسان وتنميتهم خلال المشاركة الاجتماعية. وهناك عنصر هام في إسهام كبار السن في التنمية وهو يشمل مشاركتهم في سوق العمل، فهذه قضية سوف نناقشها في الفصل الرابع. وقد حدد هذا الفصل تحديات السياسة التي يتعين مواجهتها فيما يتعلق بضمان أحوال المعيشة الملائمة لكبار السن وحماية حقوق الإنسان بالنسبة لهم عن طريق تعزيز التشريعات التي تؤكد تلك الحقوق، وتوفر الضمانات ضد الإهمال وإساءة المعاملة والعنف وتيسر مشاركتهم في المجتمع وإسهامهم فيه.

كذلك ينبغي إيلاء مزيد من الاعتراف والاحترام لكبار السن من أجل سلطتهم وحكمتهم وإنتاجيتهم وإسهاماتهم في مجتمعاتهم المحلية وفي المجتمع ككل. ويمكن بالمشاركة الاجتماعية والاقتصادية والسياسية النشطة واشتراك كبير السن أن تضمن عملية شيخوخة أكثر حيوية وصحة لكبار السن. وينبغي أن يتعادل كبر السن ليس مع الدخول في نهاية عمر الإنسان المنتج ولكن في بدء الاستفادة من الإمكانيات والفرص الجديدة. وتحدد خطة عمل مدريد الدولية للشيخوخة إطاراً لتحقيق هذه الأهداف ولكن في بلدان كثيرة يلزم بذل مجهودات أكبر كثيراً لإدراج هذه الأهداف في خطط العمل الوطنية للشيخوخة وكسب الدعم النشط من أصحاب المصلحة الوطنيين والمانحين الدوليين من أجل تنفيذها تنفيذاً فعالاً.

يلزم بذل المزيد من
الجهود لإدراج أهداف
خطة عمل مدريد الدولية
للشيخوخة في خطط
العمل الوطنية وكسب
الدعم من أصحاب
المصلحة على الصعيدين
الوطني والدولي

الفصل الرابع

الآثار الاقتصادية للتحول نحو الشيخوخة

مقدمة

سوف يؤثر تحول المجتمع نحو الشيخوخة في حجم القوى العاملة وستكون له آثار هامة على النمو الاقتصادي ومتناقص ستواجه ببطء في زيادة القوة العاملة وربما تراجعاً في المعروض من القوة العاملة. ومعظم هذه البلدان هي من البلدان المتقدمة والبلدان التي تمر اقتصاداتها بمرحلة انتقالية، وإن كان ذلك ينطبق أيضاً على عدد متزايد من البلدان النامية. وقد يؤثر نقص العمال تأثيراً سلبياً على نمو الناتج وعلى تأمين الرخاء للسكان بوجه عام. ومع انخفاض نمو الإنتاج تزداد صعوبة تلبية احتياجات قطاع متزايد من السكان المعالين الأكبر سناً. وتميل قوة العمل إلى الشيخوخة التدريجية، مع زيادة نسبة العمال من كبار السن في السكان العمال اقتصادياً على مستوى العالم (انظر الفصل الثاني)، مع زيادة قيام العمال الأكبر سناً بمهام متزايدة في مجالي إنتاج السلع والخدمات. وقد يؤثر هذا التحول على الطريقة التي يتم بها إنتاج السلع والخدمات وعلى كفاءة الاقتصاد ككل.

ومن التحديات المهمة التي ستواجهها الاقتصادات ذات الخصوبة المنخفضة ضرورة الحفاظ على مستوى الرخاء المادي في الوقت الذي تزداد فيه أعمار العمال، بل ويتناقص حجم القوة العاملة. ويفرض هذا التحدي عدداً من مسائل السياسة الاقتصادية سواء من حيث سبل زيادة الإنتاجية للقوة العاملة أو من حيث ما يلزم اتخاذه من أجل عكس اتجاه التراجع في المشاركة في القوة العاملة وتعديل سن التقاعد. وفي الوقت نفسه فإن البلدان ذات الخصوبة العالية أو التي تتجاوز معدلات الخصوبة فيها نسبة الإحلال (وهي أساساً البلدان الواقعة في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى وفي وسط وجنوب آسيا، ولكن الظاهرة توجد أيضاً في بعض من البلدان المتقدمة مثل الولايات المتحدة الأمريكية ونيوزيلندا) سيتواصل فيها التوسع في المعروض من القوة العاملة ولكنها ستواجه أيضاً الآثار المترتبة على زيادة نسب المعالين من كبار السن. وتواجه البلدان النامية تحديات أخرى إضافية مثل ضرورة توليد فرص عمل منتجة لأعداد أكبر من السكان.

وتؤثر شيخوخة السكان على النشاط الاقتصادي وفي أداء النمو من خلال قنوات أخرى غير سوق العمل. فالعلاقة وثيقة بين النمو الاقتصادي والاستهلاك والاستثمار والادخار. وتتغير أنماط الاستهلاك مع تقدم السن. فالملاحظ مثلاً أن كبار السن يميلون إلى إنفاق جزء أكبر من دخلهم على الإسكان والخدمات الاجتماعية بالمقارنة بمن هم أكثر شباباً من السكان. وعلى أساس اتجاهات الاستهلاك الحالية التي تبدو من سلوك الأشخاص من سن ٦٥ سنة فما فوق في البلدان المتقدمة، يمكن توقع زيادة الطلب على الخدمات الصحية، ضمن أمور أخرى، وعلى الرعاية الطويلة الأمد وعلى زيادة الإنفاق على الإسكان والطاقة. إلا أن أنماط الاستهلاك الناتجة عن شيخوخة السكان تتغير بشكل

يؤثر التحول إلى الشيخوخة أيضاً في أنماط الاستهلاك...

وتؤثر شيخوخة السكان على النشاط الاقتصادي وفي أداء النمو من خلال قنوات أخرى غير سوق العمل. فالعلاقة وثيقة بين النمو الاقتصادي والاستهلاك والاستثمار والادخار. وتتغير أنماط الاستهلاك مع تقدم السن. فالملاحظ مثلاً أن كبار السن يميلون إلى إنفاق جزء أكبر من دخلهم على الإسكان والخدمات الاجتماعية بالمقارنة بمن هم أكثر شباباً من السكان. وعلى أساس اتجاهات الاستهلاك الحالية التي تبدو من سلوك الأشخاص من سن ٦٥ سنة فما فوق في البلدان المتقدمة، يمكن توقع زيادة الطلب على الخدمات الصحية، ضمن أمور أخرى، وعلى الرعاية الطويلة الأمد وعلى زيادة الإنفاق على الإسكان والطاقة. إلا أن أنماط الاستهلاك الناتجة عن شيخوخة السكان تتغير بشكل

تدريجي مع مرور الزمن، والأهم من ذلك أن هناك عوامل أخرى (خاصة نمو الدخل) سيكون لها أثر أكبر في تحديد مستوى الإنفاق على الاستهلاك وتكوينه بالنسبة لكبار السن وللشباب أيضاً. فالدخل من العمل هو عنصر هام في دخل الفرد ولكنه يختلف في دورات الحياة المختلفة، ويصل غالباً إلى أقصاه حين يكون الفرد في سن العمل الرئيسية، أي في منتصف العمر. وإذا انخفض الدخل مع مرور العمر فمن الأرجح أن تنخفض مستويات الاستهلاك مع مرور العمر أيضاً. وهذا يؤثر تأثيراً سلبياً على النمو الاقتصادي بسبب اقتراب قطاع أكبر من السكان من الشيخوخة.

وعلى المنوال نفسه فإن القدرة على الادخار تتناقص مع تقدم العمر، وقد يؤثر هذا على توليد المدخرات في الاقتصاد مع زيادة عدد الأفراد المتقدمين في السن. وقد يكون لهذا آثاره على مستوى المدخرات العام وعلى إتاحة التمويل الاستثماري، وذلك خاصة في ضوء الوزن الذي تحتله البلدان ذات الجمهور الأكبر من المعمرين في الاقتصاد العالمي. وليست الشيخوخة سوى عامل واحد من العوامل التي تؤثر على سلوك المدخرات، وهذا أمر يجعل عملية إسقاطات المستقبل البعيد عرضة لعدم التيقن. ومن ناحية أخرى فإن آثار التحول نحو الشيخوخة على الأسواق المالية قد تكون أكثر وضوحاً. ذلك أن التحول نحو الشيخوخة يترك بصماته بالفعل على الأسواق المالية بسبب زيادة تدفق المدخرات نحو صناديق المعاشات التقاعدية وخطط الاستثمار المالي الأخرى للتقاعد. ويمكن للمستثمرين المؤسسيين أن يقوموا بدور هام في تعميق الأسواق المالية وتوفير مزيد من السيولة لمشاريع الاستثمار الطويل الأمد. وفي الوقت نفسه فإن المستثمرين المؤسسيين غالباً ما يعملون خارج نظم الأسواق المالية وآليات الرقابة التي تنطبق عادة على النظم المصرفية. ولذلك فإن عمليات الأسواق المالية لصناديق المعاشات التقاعدية يمكن أن تؤثر في الأسواق، إذا لم تجر مراقبتها، وقد تكون أحد مصادر عدم الاستقرار المالي، كما قد تؤثر على فعالية السياسات المالية.

... وقد يكون أحد عوامل توليد المدخرات في المستقبل

الشيخوخة والعرض من القوة العاملة ونمو الإنتاجية

عدم الانتظام في نمو العرض من القوة العاملة

يتبين من الفصل الثاني أن القوة العاملة سيتواصل نموها على النطاق العالمي على مدى الخمسين سنة القادمة. ولكن الارتفاع النسبي للخصوبة في بعض أجزاء العالم مصحوباً بانخفاض في الخصوبة في بلدان أخرى سيجعل النمو في القوة العاملة غير منتظم في جميع الاقتصادات. ومن الناحية النسبية سيحدث نمو قوي في القوة العاملة في البلدان منخفضة الدخل التي تعاني بالفعل من فائض في العمالة بينما لن يحدث سوى تقدم بطيء (أو حتى نقص) في القوة العاملة في بلدان الدخل المتوسط والدخل المرتفع.

ويبين الجدول رابعاً - ١ التغيرات بالقيمة المطلقة في القوة العاملة التي حدثت منذ عام ١٩٨٠ والمسقطه خلال الفترة حتى عام ٢٠٢٠ حسب المنطقة. وبإضافة هذه الإسقاطات إلى التحليل الوارد في الفصل الثاني نجد أن هذه الإسقاطات تأخذ في الاعتبار التغيرات المتوقعة الناتجة عن التقارب بين الجنسين في معدلات المشاركة في القوة العاملة وكذلك التكوين الديمغرافي على المستوى القطري^١.

وفي عام ٢٠٢٠، ستزيد قوة العمل العالمية بمقدار ٨٣٣ مليون عامل عما كانت عليه في عام ٢٠٠٠، وستكون معظم هذه الزيادة في البلدان النامية. أما البلدان المتقدمة كمجموعة فستزيد فيها القوة العاملة

سيتواصل نمو القوة العاملة على نطاق العالم ...

... ولكن بعض البلدان ستواجه نقصاً في القوة العاملة

^١ للاطلاع على مزيد من المعلومات عن المنهجية المستخدمة في إعداد التقديرات والإسقاطات يمكن الرجوع إلى الموقع: <http://laborsta.ilo.org>.

الجدول رابعاً - ١

التغيرات في القوة العاملة، ١٩٨٠ - ٢٠٠٠ و ٢٠٠٠ - ٢٠٢٠،
حسب المناطق وحسب نوع الجنس (بالملايين)

المنطقة	التغير بالقيمة المطلقة من ١٩٨٠ إلى ٢٠٠٠			التغير بالقيمة المطلقة من ٢٠٠٠ إلى ٢٠٢٠		
	للجنسين	للرجال	للنساء	للجنسين	للرجال	للنساء
العالم	٨٨٨,٩	٥١٠,٨	٣٧٨,١	٨٣٢,٨	٤٨٠,٥	٣٥٢,٣
البلدان المتقدمة ^أ	٦٦,٥	٣٢,٥	٤٤,٠	١٣,٨	٤,٦ -	١٨,٥
البلدان الأقل نمواً ^ب	٨٢٢,٤	٤٨٨,٣	٣٣٤,١	٨١٩,٠	٤٨٥,١	٣٣٣,٩
أفريقيا	١٣٩,١	٨٣,٩	٥٥,٢	٢٠٢,٨	١٢٢,٠	٨٠,٨
شرق أفريقيا	٥٠,٣	٢٦,٩	٢٣,٤	٧٨,٤	٤٢,٨	٣٥,٦
وسط أفريقيا	١٦,٦	٩,٦	٧,٠	٢٨,٣	١٦,٦	١١,٨
جنوب أفريقيا	٨,٧	٥,٨	٢,٩	١,٢	١,٥	٠,٤ -
شمال أفريقيا	٢٤,٩	١٧,٨	٧,١	٣٢,٤	٢٢,١	١٠,٤
غرب أفريقيا	٣٨,٦	٢٣,٨	١٤,٨	٦٢,٥	٣٩,١	٢٣,٤
منطقة أمريكا اللاتينية والبحر الكاريبي	١٠٥,٠	٥٢,٥	٥٢,٥	١٠٠,٧	٤٣,٩	٥٦,٩
أمريكا الجنوبية	٧٤,٤	٣٤,٣	٤٠,٠	٧٠,٦	٢٩,٤	٤١,٢
أمريكا الوسطى ^ج	٢٥,٤	١٥,٣	١٠,١	٢٥,٧	١٢,٤	١٣,٣
منطقة البحر الكاريبي	٥,٣	٢,٩	٢,٤	٤,٤	٢,١	٢,٤
أمريكا الشمالية ^د	٣٨,٨	١٥,٢	٢٣,٦	٢٨,٠	١٢,٧	١٥,٣
آسيا	٥٨٨,٣	٣٥٦,٩	٢٣١,٤	٥٠٥,٤	٣١١,٥	١٩٣,٨
جنوب شرق آسيا	٩٩,٣	٥٧,٢	٤٢,٢	١٠٥,٨	٥٥,٥	٥٠,٣
جنوب وسط آسيا ^{هـ}	٢٠٥,٨	١٤٤,٤	٦١,٣	٢٨٥,٥	١٧٩,٨	١٠٥,٧
شرق آسيا ^و	٢٥٦,٥	١٣٣,٨	١٢٢,٧	٧١,٣	٤٧,٩	٢٣,٤
غرب آسيا ^ز	٢٦,٧	٢١,٥	٥,٢	٤٢,٨	٢٨,٣	١٤,٥
أوروبا	١٣,٢	٠,٤	١٢,٧	٨,٩ -	١١,٨ -	٣,٠
شرق أوروبا ^ح	١٠,٨ -	٤,٦ -	٦,٢ -	١٥,٢ -	٩,٠ -	٦,١ -
شمال أوروبا	٣,٢	٠,٣	٢,٩	٢,٩	٠,٩	٢,١
جنوب أوروبا ^ط	٨,٩	٢,٠	٦,٩	٣,٠	١,١ -	٤,٢
غرب أوروبا	١١,٩	٢,٨	٩,١	٠,٣	٢,٥ -	٢,٩
أوقيانوسيا ^ي	٤,٥	١,٩	٢,٦	٤,٧	٢,٢	٢,٥
أستراليا - نيوزيلندا	٣,٢	١,٢	٢,٠	٢,٧	١,١	١,٦

المصدر: مكتب العمل الدولي،
"الإحصاءات العمالية: تقديرات
وإسقاطات السكان الناشطين
اقتصادياً"، ويمكن الاطلاع عليها
على الموقع: <http://laborsta.ilo.org>
(حسب البيانات المتاحة على الموقع
في ٢٤ نيسان/أبريل ٢٠٠٧).

^أ تضم جميع مناطق أوروبا
 وأمريكا الشمالية وأستراليا
 واليابان ونيوزيلندا.

^ب تضم جميع مناطق أفريقيا
 وآسيا (باستثناء اليابان)
 وأمريكا اللاتينية ومنطقة البحر
 الكاريبي وأوقيانوسيا (باستثناء
 أستراليا ونيوزيلندا).

^ج بما فيها المكسيك.

^د تشير إلى كندا والولايات المتحدة
 الأمريكية.

^{هـ} بما فيها كازاخستان
 وقيرغيزستان وطاجيكستان
 وتركمانستان وأوزبكستان.

^و بما فيها اليابان.

^ز بما فيها أرمينيا وأذربيجان
 وقبرص وجورجيا.

^ح بما فيها بيلاروس ومولدوفا
 والاتحاد الروسي وأوكرانيا.

^ط بما فيها ألبانيا والبوسنة
 والهرسك وكرواتيا وجمهورية
 مقدونيا اليوغوسلافية السابقة
 وجمهورية صربيا والجبل الأسود
 السابقة.

^ي بما فيها أستراليا ونيوزيلندا.

بأقل من ١٤ مليون عامل خلال تلك الفترة وستكون معظم هذه الزيادة ناتجة عن زيادة مساهمة المرأة في القوة العاملة. وتفيد إسقاطات منظمة العمل الدولية أن حجم القوة العاملة في أوروبا، وخاصة في الاتحاد الروسي، في سنة ٢٠٢٠ سيكون أقل مما هو عليه الآن. وعلاوة على ذلك سيكون هناك بطء ملحوظ في نمو القوة العاملة في شرق آسيا (الصين واليابان وسنغافورة)، وهو ما يعود أساساً إلى انخفاض كبير في معدلات الخصوبة في بلدان المنطقة، وكذلك في الجنوب الأفريقي نتيجة لمرض الإيدز (مكتب العمل الدولي، ٢٠٠٤ أ). أما في باقي مناطق آسيا فسيواصل نمو القوة العاملة، ويتوقع أن تكون أكبر زيادة في جنوب وسط آسيا وفي غرب آسيا.

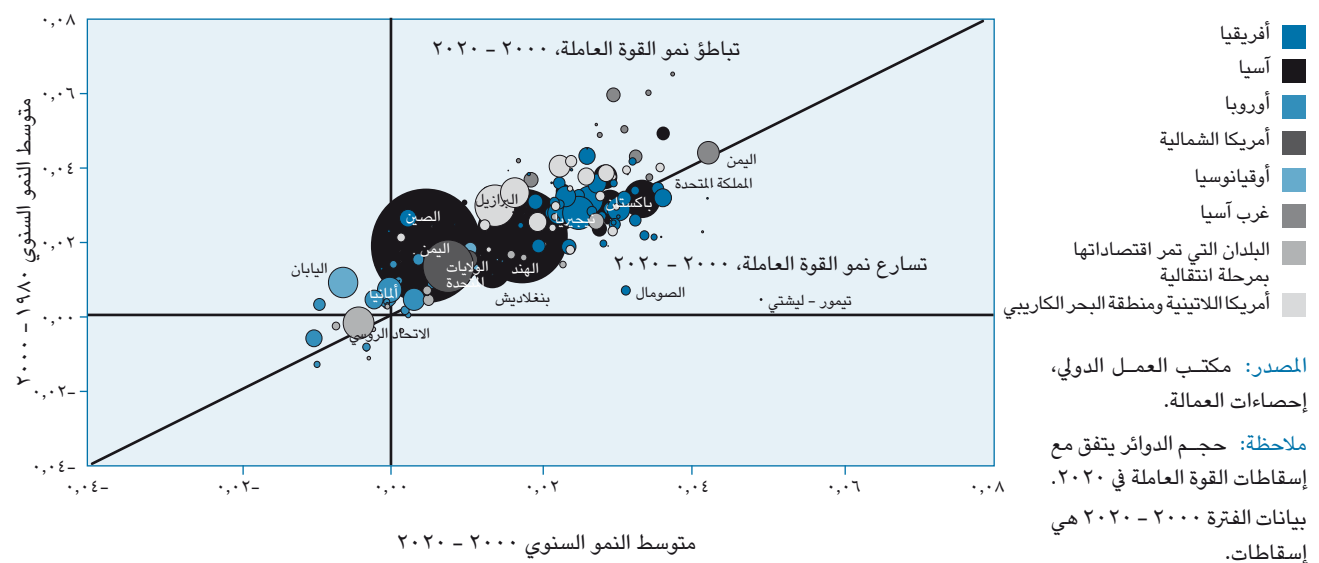
وفي أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي وأمريكا الشمالية سيتواصل نمو القوة العاملة أثناء الفترة ٢٠٠٠ - ٢٠٢٠، وإن كان بوتيرة أقل. ذلك أن معدلات الخصوبة العالية في أمريكا اللاتينية، وإن كانت آخذة في الانخفاض، ستؤدي إلى مواصلة نمو القوة العاملة خلال هذين العشريين. ومع ذلك، فإن الانخفاض السريع في معدلات الخصوبة الملاحظ في المنطقة خلال السنوات القليلة الماضية سيؤدي تدريجياً إلى تباطؤ نمو القوة العاملة وخاصة في العقود التي تلي عام ٢٠٢٠. وفي أمريكا الشمالية (كندا والولايات المتحدة الأمريكية) يعود النمو في القوة العاملة في أغلبه إلى الهجرة الدولية وإلى زيادة معدلات المشاركة في القوة العاملة. وفي هذه الفترة ستزداد القوة العاملة زيادة سريعة في معظم بلدان أفريقيا (فيما عدا الجنوب الأفريقي كما لوحظ أعلاه) بسبب استمرار معدلات الخصوبة العالية في كثير من بلدان تلك المنطقة.

ترد في الشكل رابعاً - ١ معلومات عن نمو القوة العاملة على المستوى القطري. ويبين الشكل المتوسط السنوي المسقط للنمو للفترة ٢٠٠٠ - ٢٠٢٠ مقارنةً بالنمو في الفترة ١٩٨٠ - ٢٠٠٠ في ١٩٢ بلداً. ونجد أن معظم البلدان تشكل كوكبة فوق خط ٤٥ درجة في الشكل مما يشير إلى تباطؤ معدل النمو في القوة العاملة. أما الاقتصادات التي يتسارع فيها نمو القوة العاملة فهي أساساً البلدان ذات الخصوبة المرتفعة في أفريقيا وآسيا وأمريكا اللاتينية.

وبينما يوحي نمو القوة العاملة باحتمالات الإسراع في النمو الاقتصادي ومن ثم تحسين مستويات المعيشة للجميع (انظر الإطار رابعاً - ١) فإن تباطؤ النمو في القوة العاملة قد يعني تأثيراً عكسياً ويؤدي إلى بطء النمو في الناتج. وعلى سبيل المثال يقدر أن نمو العمالة هو السبب في نحو نصف النمو في الناتج في دول الاتحاد الأوروبي الخمس عشرة حتى عام ٢٠١٠. أما بعد عام ٢٠١٠، فإن تأثير العمالة على النمو يصبح محايداً، بل إنه سيصبح سالباً بعد عام ٢٠٣٠ مع تقلص القوة العاملة (المفوضية الأوروبية، ٢٠٠٥). ويتوقع أن ينطبق السيناريو نفسه على بلدان أخرى منها اليابان التي يتوقع فيها انخفاض القوة العاملة بنحو ثمانية ملايين بحلول عام ٢٠٢٠ (مكتب العمل الدولي، ٢٠٠٥ أ). ولا يعني هذا أنه لن يكون هناك نمو

البطء في نمو القوة
العاملة فد يعني بطئاً في
النمو الاقتصادي

الشكل رابعاً - ١
نمو القوة العاملة، ١٩٩٨ - ٢٠٠٠ و ٢٠٠٠ - ٢٠٢٠



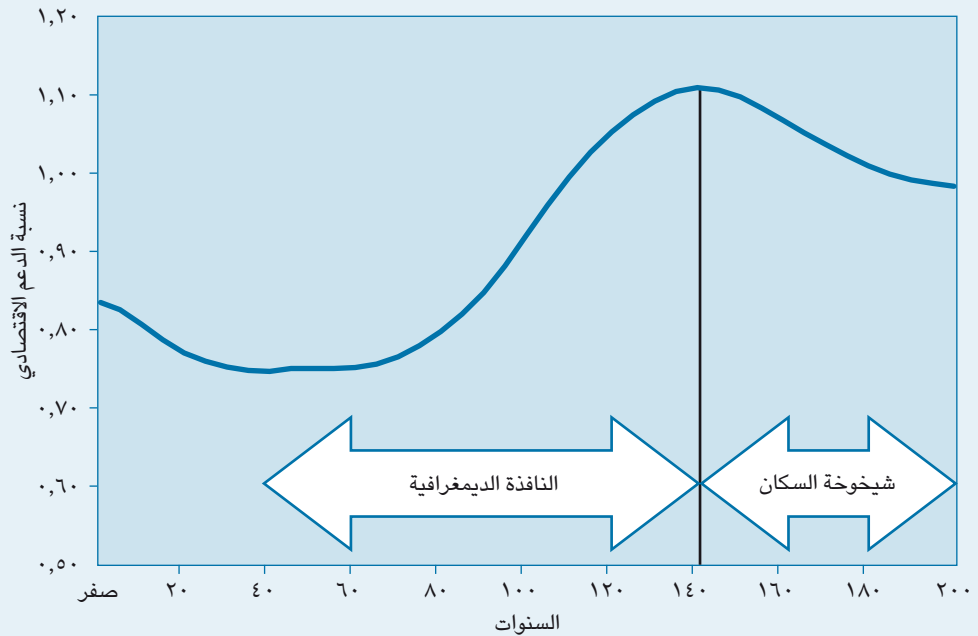
الإطار رابعاً - ١

التحول الديمغرافي: العائد الأول والعائد الثاني للمرحلة الثالثة من العمر؟

يتوقع أن تؤدي التغييرات في الهيكل العمري للسكان إلى التأثير في الاقتصاد الكلي. ففي أثناء المرحلة الثانية من التحول الديمغرافي - بعد أن تبدأ معدلات الخصوبة في الانخفاض ولكن قبل الزيادة طويلة الأمد في حجم السكان المعمرين - ترتفع نسبة السكان في سن العمل مقابل السكان المعالين من صغار السن وكبار السن. وحين تكون هذه القوة العاملة الأكبر نسبياً مشغلة في أعمال منتجة فإن ذلك ينتج عنه دعم هام لنمو معدل الدخل الفردي. وهذه الزيادة المحتملة في الدخل الفردي تعرف باسم "العائد الديمغرافي الأول" ويشار إلى الفترة التي تحدث هذه الطفرة خلالها بأنها "نافذة الفرصة الديمغرافية" (انظر الشكل). وينتج هذا العائد من التغيرات في نسبة العدد الفعلي للمنتجين إلى العدد الفعلي للمستهلكين، وتسمى نسبة الدعم. وتؤدي زيادة شيخوخة السكان إلى تناقص في دخل المستهلك الفعلي مع تناقص نسبة الدعم.

وربما أمكن ترجمة نسبة الدعم المرتفعة إلى معدلات مرتفعة لإنتاجية الفرد، وهو ما يعني أنه يمكن تحويل جزء أكبر من الناتج القومي إلى استثمارات دون التضحية بالاستهلاك. وإذا أمكن استثمار بعض هذا العائد الأول الكلي في رأس المال البشري والمادي يمكن أن ينتج عن ذلك زيادة في النمو الاقتصادي المستدام. وعلاوة على ذلك، وإن كان ذلك يتوقف على الخيارات التي يختارها الأفراد وعلى السياسات التي تمارسها الحكومات، يمكن للعائد الأول أن يؤدي إلى عائد ثان قد يستمر بعد انتهاء النافذة الديمغرافية.

التحول الديمغرافي ونسبة الدعم الاقتصادي: أول مائتي سنة



ومن الناحية النظرية تعتبر آفاق العائد الديمغرافي الثاني واعدة نسبياً (Lee and Mason, 2007). ذلك أن شيخوخة السكان تؤدي، لأسباب عديدة، إلى زيادة في الطلب على الثروة من أجل الحفاظ على معدلات الاستهلاك في الأعمار الكبيرة. فاولاً يلاحظ أن كبار السن يملكون في المتوسط ثروة أكبر مما يملكه الشباب نظراً لما ادخروه في سني عملهم. وبناءً على ذلك فإن زيادة نسبة المسنين تؤدي إلى زيادة في الثروة للفرد من السكان. وثانياً يؤدي توقع طول العمر إلى أن يعتمد الأفراد إلى الادخار بشكل أكبر وتجميع ثروة أكبر على مدى أعمارهم، وهو ما يعزز هذا الأثر. وثالثاً يمكن للأفراد، مع انخفاض معدلات الخصوبة، تخصيص جزء أكبر من مكتسباتهم على مدى الحياة لاستهلاكهم الخاص، بما في ذلك أثناء تقدم السن، مما يدفعهم أيضاً إلى زيادة الادخار وتكديس ثروة أكبر على مدى عمرهم العملي، ولكل هذه الأسباب يمكن أن يرتفع معدل الثروة للفرد أثناء مرحلة التحول الديمغرافي.

ومن ناحية أخرى فإن احتمال زيادة الثروة للفرد، والارتفاع في الدخل والاستهلاك المتولد عنها، يهيئ إمكانية عائد ديمغرافي ثان. ويرى لي ومايسون أن هناك إمكانية، نظرياً، بأن يرتفع الدخل لكل مستهلك مكافئ "بشكل دائم" بنسبة ٢٥ إلى ٣٠ في المائة نتيجة لهذا العائد الثاني. ولكن هذا العائد الثاني لن يتحقق إلا إذا تم استثمار كل الزيادة في الثروة المولدة عن العائد الأول أو معظمها في تجميع الأصول بدلاً من مجرد انتقالها من مجموعة إلى أخرى. وتؤدي مختلف الخطط الخاصة بالدخل لكبار السن إلى آثار مختلفة على تعزيز النمو ومن ثم على تأمين الدخل اللازم للذين سيتقاعدون في المستقبل (انظر الفصل الخامس).

وينبغي أخذ هذه التقديرات وتفسيرها بكثير من الحذر، كما هو الحال في أي نموذج افتراضي نظراً لحساسية النموذج لافتراضات ضمنية حول تطور هيكل الاستهلاك والعائد على الأصول والنمو الاقتصادي. وفي هذا النموذج يفترض أن تزيد الإنتاجية بنسبة ثابتة تبلغ ١,٥ في المائة سنوياً نتيجة للتغيرات التكنولوجية الحادثة خارج السياق. ومن الافتراضات الهامة الأخرى أن نصف الاستهلاك في سني العمر المتقدمة ممول من خلال تراكم الثروة أثناء سنوات العمل. وقد يكون هذا الافتراض غير واقعي وخاصة بالنسبة للبلدان ذات الدخل المنخفض نظراً للنمو البطيء للأسواق المالية في كثير من تلك البلدان. وأخيراً فإن تراكم العائد المتوقع في المرحلة الثانية يفترض عائداً على الأصول بنسبة ٣ في المائة غير معرض للأخطار وعائداً حقيقياً على الأصول المتراكمة على الصعيد الدولي يبلغ ٦ في المائة، وهو رقم متفائل، ويفترض أن يتناقص خطياً إلى ٤,٤ في المائة في سنة ٢٣٠٠.

اقتصادي في هذه المجموعة من الدول، وإنما يعني أن العمالة المنخفضة ستكون من عوائق النمو ما لم يتم تخفيف أثر النقص في القوة العاملة أو يتحقق تحسن كبير في الإنتاجية.

التعويض عن بطء نمو القوة العاملة

توجد مجموعة من خيارات السياسة العامة يمكن استخدامها لتعويض التقلص المتوقع في القوة العاملة وآثارها السلبية. وكثيراً ما يذكر في هذا الصدد عوامل الهجرة ونقل عمليات الإنتاج إلى الإنتاج في الخارج والزيادة في الخصوبة وتعزيز المشاركة في القوة العاملة من قبل النساء وكبار السن. وعلاوة على ذلك فإن التحسينات في إنتاجية العمال يمكن أن تقلل من الآثار السلبية لبطء نمو القوة العاملة على النمو الاقتصادي. إلا أنه لا توجد سياسة واحدة تحتص بسوق العمل أو حل سحري يمكن أن تركز عليه

يمكن للتدخلات السياسية أن تعوض عن الأثر السلبي لتقلص القوة العاملة على النمو الاقتصادي

البلدان، وإنما عليها أن تأخذ في الاعتبار نظرتها الخاصة للتغيرات الديمغرافية وخصائص سوق العمل فيها من أجل تحديد مجموعة من السياسات تتفق مع وضعها الخاص.

يرد في تذييل هذا الفصل تصنيف لـ ١٦٤ بلداً ومنطقة مرتبة وفق ثلاثة محددات للنمو في العرض من القوة العاملة: وهى الخصوبة والهجرة ومعدلات المشاركة في سوق العمل. وتوحي هذه المحددات بسلسلة من التدخلات التي يمكن لواضعي السياسات أن ينظروا فيها من أجل التخفيف من التقلص المحتمل في نمو القوة العاملة. فعلى سبيل المثال: قد لا تكون زيادة الهجرة من العوامل المناسبة للبلدان ذات الخصوبة المنخفضة وتدفعات الهجرة العالية. فالأنسب لهذه البلدان، ومنها النمسا وألمانيا وإسبانيا، العمل على زيادة معدلات مشاركة كبار السن كوسيلة لتعويض بطء النمو في القوة العاملة. وهناك بلدان مثل كندا وسويسرا تتسم بمعدلات عالية من الهجرة ومعدلات الاشتراك في القوة العاملة وربما كان من الأنسب لهذه البلدان بذل جهود تركز على إنتاجية العمالة.

وكما ناقشنا في الفصل الثاني فإن مجال زيادة معدلات الخصوبة محدود، إذ يستفاد من التجربة أن السياسات قد تساعد في خفض معدلات الخصوبة ولكن أثرها على زيادة معدلات الخصوبة المنخفضة أمر مشكوك فيه. وربما يحتاج الأمر إلى تدخلات على صعيد السياسة العامة على المدى المتوسط مثل تقليل البطالة وتعزيز التحسينات في الإنتاجية وزيادة المشاركة العامة في القوة العاملة^٢. ويرد فيما يلي تحليل لهذه الخيارات.

هل يمكن للهجرة ونقل عمليات الإنتاج إلى خارج الحدود أن يعوضا النقص في قوة العمل؟

يبدو أنه ستوجد إمكانية عن طريق هجرة القوة العاملة، استنتاجاً من وجود قاعدة كبيرة حالياً من العمالة الماهرة وغير الماهرة في البلدان النامية، لسد العجز في الطلب على العمالة في البلدان التي تتجه العمالة فيها نحو الشيخوخة. كما أن القيود التي يفرضها صغر حجم العمالة على طاقات الإنتاج يمكن أن تخففها الاستثمارات المباشرة الأجنبية عن طريق نقل عمليات الإنتاج خارج البلد (Freeman, 2006).

إلا أن من المشكوك فيه أن تستطيع الهجرة الدولية أن تعوض تعويضاً كافياً عن الزيادة المتوقعة في معدلات الإعالة، لأنه، كما نوقش في الفصل الثاني، سيكون مطلوباً تدفقات كبيرة جداً من المهاجرين للحفاظ على مستوى القوة العاملة أو للتأثير بشكل كبير على معدلات الإعالة. وعلى سبيل المثال يتبين من الجدول ثانياً - ٦، أن تدفقات الهجرة المطلوبة للتعويض عن النقص في السكان في سن العمل في أوروبا تقدر بنحو ٢,٩ مليون مهاجر في السنة أثناء السنوات ١٩٩٥ - ٢٠٥٠، وهو ما يقارب ثلاثة أضعاف المعدلات السنوية أثناء الفترة ١٩٩٥ - ٢٠٠٠ (نحو ٩٥٠.٠٠٠ شخص). وقد لا يكون من الممكن أن تحدث هذه التدفقات الكبيرة في الهجرة، وذلك لأسباب عديدة: فالبلدان المستقبلية قد تصادف صعوبات اقتصادية واجتماعية في إدماج هذا العدد الكبير من المهاجرين، كما أن البلدان الموفدة قد تعاني من تأثيرات سيئة لهجرة العقول.

ويأتي نقل عمليات الإنتاج إلى الخارج، عن طريق نقل مرافق الإنتاج إلى العمال بدلاً من إحضار العمال إلى مرافق الإنتاج، كخيار آخر لتناول مشكلة العرض غير المنتظم من العمالة. ويساعد انتشار

^٢ في حالة إيطاليا على سبيل المثال تفيد حسابات إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية في الأمم المتحدة إلى أن الخفض التدريجي لمعدلات البطالة من ١١ في المائة في عام ١٩٩٩ إلى ٤ في المائة في عام ٢٠٢٥ يعني ضرورة تحقيق متوسط نمو سنوي في الناتج المحلي الإجمالي للفرد بنسبة ٢ في المائة أثناء الفترة ٢٠٠٠ - ٢٠٥٠ بالمقارنة بمعدل يبلغ ١,٨ في المائة إذا لم يحدث هذا الانخفاض (انظر الملاحظة ٧ فيما يلي).

ينبغي أن تصمم استجابة
السياسة العامة بشكل يتفق
مع الأهمية النسبية للعوامل
التي تؤثر في نمو العرض
من القوة العاملة

ليس من المحتمل أن
تعوض الهجرة الدولية
تعويضاً كافياً عن أثر
شيخوخة السكان...

تكنولوجيا المعلومات والاتصالات في نقل الكثير من العمليات التصنيعية والخدمات إلى مواقع في بلدان أخرى. وتواصل شبكات الإنتاج العالمية توسعها في البلدان النامية ذات الفائض من العمالة. ومن الأرجح أن يعمل التحسين المتواصل للتعليم والمهارات في الاقتصادات ذات فائض العمالة على اجتذاب مزيد من فرص العمل من الخارج، مما يحسن فرص الحصول على وظائف بأجر منافس. وعلى سبيل المثال تشير التقديرات بالنسبة للولايات المتحدة الأمريكية إلى أن الصناعات التي تستخدم تكنولوجيا المعلومات والاتصالات بشكل رئيسي ستقوم بنقل نحو ٣,٣ مليون وظيفة إلى خارج البلاد بحلول عام ٢٠١٥^٢ (معهد أبحاث فورستر، ٢٠٠٢). وفي الوقت نفسه تقوم حالياً نصف الشركات الكبرى في الولايات المتحدة بإقامة مرافق إنتاج خارج البلاد بشكل أو بآخر، ويتوقع أن تزداد عدد من الشركات الأخرى حذوها في السنوات القادمة (Sperling, 2004).

وليس من المحتمل، بالرغم مما سبق، أن يؤدي نقل مرافق الإنتاج إلى الخارج إلى التغلب على جميع الصعوبات الناتجة عن زيادة معدلات الإعاقة ونقص القوة العاملة في البلدان التي يتجه فيها السكان نحو الشيخوخة. فهذه العمليات، وإن كانت تخفف من نقص العمالة عن طريق نقل عمليات الإنتاج إلى العمال في خارج البلاد، فإنها لا تعوض عن الضغوط الحالية على نظم المعاشات التقاعدية المحلية الناتجة عن زيادة نسب الإعاقة في الوقت الذي لا تتسع فيه قاعدة الاشتراكات في المعاشات التقاعدية (انظر الفصل الخامس). وفي الوقت نفسه فإن نقل عمليات الإنتاج إلى الخارج قد تؤدي إلى تدهور موازين التجارة وزيادة البطالة بسبب المنافسة فيما يتعلق بالتكاليف في الصناعات المعنية. ويمكن التخفيف من هذه الآثار القصيرة المدى والمتوسطة المدى عن طريق آليات التعويض في مجالي "الأجور والاستثمار". فعلى سبيل المثال يمكن للوفورات الناتجة عن فوارق الأجور أن تحفز استثمارات الشركات وزيادة رأس المال المستثمر في الأنشطة التكميلية المحلية مما يؤدي إلى زيادة الإنتاجية وزيادة النمو الاقتصادي في الاقتصاد المحلي (Mahoney and others, 2006; Mann, 2003). إلا أنه لا توجد دلائل قوية على أن هذه الآثار الإيجابية ستتحقق على المدى الطويل.

...وينطبق هذا أيضاً
على تصدير العمالة إلى
بلدان أخرى

زيادة نسبة مشاركة العاملات

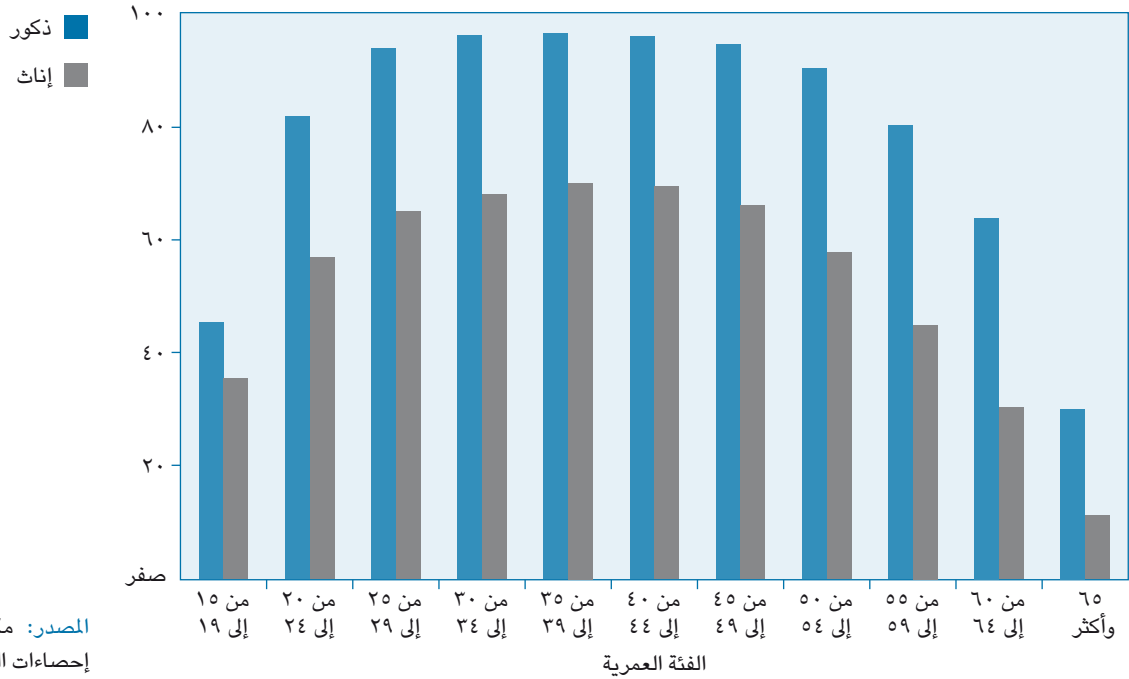
تختلف نسبة مشاركة المرأة في القوة العاملة اختلافاً كبيراً بين المناطق، ففي معظم البلدان كانت زيادة مشاركة المرأة في القوة العاملة من أهم العوامل التي أدت إلى حدوث تغيرات هيكلية في قوة العمل على مدى السنوات الأربعين الماضية. ومع ذلك، وبالرغم من المكاسب الهائلة، فقد ظلت معدلات مساهمة المرأة في القوة العاملة أدنى من مساهمة الرجال في جميع فئات العمر (انظر الشكل رابعاً - ٢). فيلاحظ أولاً أن حصة المرأة كبيرة في الأعمال غير المدفوعة الأجر في المنزل وخدمات الرعاية. وثانياً يلاحظ أن معدلات مشاركة المرأة تحت سن ٢٥ تتناقص بسبب زيادة فرص التعليم العالي أمام المرأة مما يؤدي لدخولها إلى سوق العمل (مكتب العمل الدولي، ٢٠٠٦). ومع ذلك فإنه يعزى إلى زيادة المستوى التعليمي للمرأة زيادة مشاركتها في القوة العاملة (بين النساء في سن ٢٥ سنة فما فوق): فمشاركة المرأة الحاصلة على درجات جامعية هي أكبر منها بالنسبة للمرأة الحاصلة على مؤهلات متوسطة. وعلى المنوال نفسه فإن المرأة التي أكملت المرحلة الثانية من التعليم تساهم بشكل أكبر من المرأة التي لم تحصل إلا على تعليم محدود (Fitzgerald, 2005)^٣.

زادت نسبة مشاركة المرأة
في سوق العمل...

^٢ ومع ذلك توجد شواهد في الولايات المتحدة على اتجاه عكسي، إذ يوجد عدد متزايد من النساء الحاصلات على تعليم جامعي أو أعلى من المتزوجات اللاتي يتركن سوق العمل من أجل رعاية أطفالهن سواء لفترات قصيرة أو إلى أن يبلغ أولادهن سن الدراسة (Mosisa and Hipple, 2006).

الشكل رابعاً - ٢

معدل اشتراك الذكور والإناث في القوة العاملة على مستوى العالم حسب المناطق، ٢٠٠٥،
(النسبة المئوية للسكان من الفئة العمرية ١٥ - ٦٤)



المصدر: مكتب العمل الدولي،
إحصاءات العمالة.

...ولكن الأمهات يحتجن
إلى مزيد من الدعم من
أجل مساعدتهن على
الجمع بين مسؤوليات
الأسرة المعيشية
ومسؤوليات العمل

وتشير الشواهد في البلدان المتقدمة إلى أنه يوجد نوع من المعاوضة بالنسبة للمرأة بين العمل وتربية الأطفال: إذ يصاحب زيادة اشتراك المرأة في القوة العاملة تأخر في الإنجاب ونقص في الخصوبة (مكتب العمل الدولي، ٢٠٠٤ ب). لذلك فإن التحديات التي تواجه تدخلات السياسة العامة هي ضرورة الاهتمام بالحاجة إلى التوفيق بين المتطلبات المتعارضة بين الأسرة المعيشية وسوق العمل والتي تلازم زيادة اشتراك المرأة في سوق العمل. ومن الضروري في هذا الصدد توجيه السياسات الاجتماعية وسياسات العمالة نحو التقليل من تكلفة الفرصة أمام المرأة التي تنجب أطفالاً بتشجيعها على البقاء في سوق العمل ومواصلة مسيرتها المهنية^٤.

مشاركة كبار السن في القوة العاملة

ومن الخيارات الأخرى في مجال السياسة العامة من أجل تعويض النقص في القوة العاملة زيادة معدلات مشاركة كبار السن. ومن الناحية المثالية ينبغي تمكين كبار السن من مواصلة العمل طالما كانت لديهم الرغبة في ذلك وطالما كانوا قادرين على القيام بعملهم بشكل منتج. ولكي تتحقق هذه الغاية يمكن إدخال ترتيبات عمل جديدة وممارسات مبتكرة في مجال العمل من أجل دعم قدرة العمل وتلبية احتياجات العمال من كبار

^٤ فعلى سبيل المثال تعرض الشركات التي تطلب عمالة عالية المهارة في المملكة المتحدة لبريطانيا العظمى وأيرلندا الشمالية خدمات جديدة للنساء العاملات اللاتي يعدن من إجازة الوضع تسمى "إرشاد الأمهات". وتمثل هذه الخدمة محاولة للإبقاء على النساء في وظائف الإدارة المتوسطة والعليا في الشركات التي ترى أن المرأة تتعرض لضغوط كبيرة في التوفيق بين بيئة العمل وتربية الأطفال (Maitland, 2007).

السن. وفي الوقت نفسه من المهم العمل على إزالة الأفكار النمطية إزاء كبار السن عن طريق إشاعة جو من النظرة الإيجابية لمساهماتهم في العمل ومهاراتهم وقدراتهم في مجال العمل (انظر الفصل الثالث). وينبغي على وجه الخصوص التأكيد على الحاجة إلى زيادة معدلات مساهمة كبار السن من أجل تقريب سن التقاعد الفعلي من سن التقاعد القانوني (انظر الفصل الخامس). وعلاوة على ذلك يمكن أن يتاح مجال الاختيار للذين بلغوا سن التقاعد القانوني لمواصلة المساهمة في القوة العاملة بأجر طالما كان ذلك ممكناً.

ويلاحظ أن تعريف "العمال من كبار السن"، وكذلك تعريف "كبار السن" لا يزال فضفاضاً (انظر الفصل الأول). وبوجه عام ينظر إلى العمال من سن ٥٥ إلى ٦٤ باعتبارهم من كبار السن بين العمال. ومشاركة العمال من سن ٥٥ إلى ٦٤ في القوة العاملة هي أقل بشكل ملحوظ من مشاركة الأشخاص في سن العمل الأساسي وهو ٢٥ إلى ٥٤ سنة (انظر الجدول رابعاً - ٢). ويلاحظ أن هذا التناقص حاد بين الرجال في البلدان التي تمر اقتصاداتها بمرحلة انتقالية، حيث تبلغ النسبة ٣٨ في المائة، ولكنه ليس ملحوظاً بالدرجة نفسها في أفريقيا حيث تبلغ النسبة نحو ١٠ في المائة.

الجدول رابعاً - ٢

معدلات الاشتراك في القوة العاملة، ٢٠٠٥، حسب المناطق ونوع الجنس والفئة العمرية
(النسبة المئوية للسكان في سن العمل)

المنطقة	الفئة العمرية					
	٢٥ - ٥٤		٥٥ - ٦٤		٦٥ +	
	الرجال	النساء	الرجال	النساء	الرجال	النساء
البلدان المتقدمة	٩١,٩	٧٥,٣	٦٣,٩	٤٤,٩	١٣,٤	٦,٣
البلدان التي تمر اقتصاداتها بمرحلة انتقالية	٩٠,٧	٨١,٣	٥٢,٦	٣١,٢	١٤,٢	٧,٨
أفريقيا	٩٦,٢	٦١,٠	٨٦,٥	٤٨,٣	٥٧,٤	٢٥,٨
آسيا	٩٦,٣	٦٤,٢	٧٧,٦	٣٥,٤	٣٨,٠	١٣,٢
أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي	٩٤,٣	٦٤,٣	٧٦,١	٣٧,٢	٣٧,٢	١٣,٧
أوقيانوسيا	٨٧,٤	٧٣,٣	٧٦,٠	٦٠,٦	٥١,٤	٣٣,٤
العالم	٩٥,١	٦٦,٧	٧٣,٥	٣٨,٧	٣٠,٢	١١,٣

المصدر: إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية في الأمم المتحدة، حسابات على أساس بيانات مستقاة من شعبة السكان في الأمانة العامة للأمم المتحدة ومكتب العمل الدولي (٢٠٠٥ ب).

ويبلغ التناقص في معدلات المساهمة في القوى العاملة درجة أكثر بين النساء في جميع مجموعات البلدان. وعلى وجه الخصوص يلاحظ أن المرأة في البلدان التي تمر اقتصاداتها بمرحلة انتقالية تتناقص معدلات اشتراكها في القوة العاملة بشكل أكبر عندما تصل إلى سن ٥٥ إلى ٦٤ سنة، حيث يبلغ متوسط التناقص من ٨١ في المائة إلى ٣١ في المائة. وفي البلدان المتقدمة وكذلك في البلدان النامية في آسيا وأمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي يتناقص معدل مساهمة المرأة في القوة العاملة بنحو ٣٠ في المائة بعد سن ٥٥. وتنعكس هذه الظاهرة في أن كثيراً من البلدان تحدد سن التقاعد للمرأة أقل منه للرجل، مع أن النساء يتمتعن بعمر أطول نسبياً (انظر الفصل الثاني).

المشاركة في القوة العاملة تتناقص مع كبر السن

وهناك عدة عوامل تسهم في تناقص معدلات المساهمة في القوة العاملة لكبار السن من العمال. فقد يؤثر في قرار الخروج المبكر من القوة العاملة سوء ظروف العمل أو ضعف الصحة أو عدم الارتياح في العمل، كما تؤثر فيه الخيارات الفردية. وعلى سبيل المثال نجد أن السن المفضلة للتقاعد بالنسبة للرجال في بلدان الاتحاد الأوروبي الاثني عشر نحو ٥٨ سنة - بالمقارنة بـ سن التقاعد المبكر الذي تعتمد عليه كثير من البلدان وهو ٦٢ سنة (Howse, 2006).

من أسباب نقص المشاركة
في القوة العاملة للعمال
من كبار السن إمكانية
التقاعد المبكر

ومن العوامل الهامة في هذا الصدد، تبرز الترتيبات المؤسسية المتصلة بنظم المعاشات التقاعدية (انظر الفصل الخامس). ففي حالة البلدان التي تمر اقتصاداتها بمرحلة انتقالية يبلغ سن التقاعد ما بين ٦٠ سنة للرجال و٥٥ سنة للنساء. وفي بعض البلدان المتقدمة، وخاصة في عدد من بلدان أوروبا الغربية، كثيراً ما يفضل العمال الانسحاب من القوة العاملة قبل بلوغ سن التقاعد القانونية (وهي عادة ٦٥ سنة)، لأن الحوافز المالية لا تشجع على اختيار العمل في مقابل الترفيه. وقاعدة ٨٠ في المائة المستخدمة على نطاق واسع في بعض البلدان المتقدمة والتي تجمع ما بين عمر الشخص وسنوات الخبرة في تحديد النقطة التي يصل فيها إلى سن المعاش الكامل، تمكن العمال من التقاعد في أوائل أو منتصف الخمسين من العمر بعد إكمال ٣٠ سنة من العمل المتواصل. وفي بعض الحالات تعرض البلدان المتقدمة، وخاصة الدانمرك وألمانيا، مزايا "ما قبل التقاعد" لسد الفجوة في السنوات بين التقاعد المبكر واستحقاق المعاش التقاعدي (Howse, 2006).

ومن العوامل الأخرى
وجود أفكار سلبية إزاء
العمال من كبار السن

ومن العوامل الأخرى وجود أنماط ثقافية ونوع من التمييز ضد العمال من كبار السن. وقد تبين من كثير من البحوث في البلدان المتقدمة (McKay and Middleton, 1998; Jensen, 2005) أن التمييز على أساس السن، وخاصة فيما يتعلق بالتعيين والاحتفاظ بالوظائف والاحتفاظ بالعمال، كثيراً ما يسهم في نقص المشاركة في قوة العمل بين العمال في سن ما قبل التقاعد (Leeson, 2006).

وتبذل جهود، خاصة في البلدان التي يقوم فيها كبار السن بدور سياسي، للعمل على إزالة تلك الأفكار السلبية وتشجيع أصحاب العمل على توظيف كبار السن من العمال. ومن المبادرات الهامة في هذا الصدد التوجيه الصادر عن الاتحاد الأوروبي في عام ٢٠٠٠ بوضع إطار عام لتساوي المعاملة في الوظائف والمهن، بما في ذلك حظر التمييز على أساس السن (مجلس الاتحاد الأوروبي، ٢٠٠٠). وتلتزم دول الاتحاد الأوروبي في هذا الصدد بوضع تشريعات قبل عام ٢٠٠٦ تجعل التمييز في العمالة والتدريب المهني على أساس السن أمراً يجرمه القانون. وفي منطقة آسيا والمحيط الهادئ نجد أن أستراليا واليابان ونيوزيلندا قد وضعت قوانين تحظر التمييز على أساس السن من أجل حماية حقوق العمال من كبار السن. كذلك أصدرت جمهورية كوريا تشريعاً إيجابياً يشجع على مساهمة كبار العمال في سوق العمل، ويقضي هذا التشريع بأن يضمن أصحاب الأعمال وجود نسبة لا تقل عن ٣ في المائة من العمال لديهم فوق سن ٥٥ سنة. وعلاوة على ذلك فإن القانون الكوري لتشجيع عمالة كبار السن يحدد ٧٧ نوعاً من الوظائف تولى فيها الأولوية لكبار السن، ومنها مشرفو أماكن انتظار السيارات وبائعو تذاكر الحفلات (Cheng, Chan and Phillips, 2006).

إزالة المثبطات أمام المشاركة في القوة العاملة وتحسين ظروف العمل

وبالإضافة إلى التشريعات التي تم اتخاذها بحظر التمييز ضد العمال من كبار السن، هناك مبادرات يمكن القيام بها من أجل زيادة معدلات المشاركة في القوة العاملة للعمال قبل سن التقاعد (خاصة في

مرحلة العمر ٥٥ إلى ٦٤ سنة) تركز على توفير حوافز إيجابية لإطالة سن العمل. وهذه الاعتبارات، وهي صالحة لجميع البلدان، تخص بشكل أساسي البلدان المتقدمة والبلدان التي هي في مرحلة تحول. ذلك أن معدلات المشاركة في القوة العاملة في البلدان النامية بالنسبة لكبار السن من العمال مرتفعة نسبياً (انظر الجدول رابعاً - ٢)، ويرجع ذلك أساساً إلى التغطية المحدودة لنظم المعاشات التقاعدية (انظر الفصل الخامس).

ومن التدابير الهامة التي يمكن اتخاذها لتشجيع العمال على زيادة سنوات عملهم تحسين ظروف العمل وإتاحة المزيد من فرص العمل التي تشعر العامل بالرضى وتدفع أجراً معقولاً. وقد يكون من الضروري إجراء تعديلات مناسبة في بيئة العمل بما يكفل تمتع العمال من كبار السن بمهارات وصحة وقدرة تساعدهم على العمل في سنوات العمر المتأخرة.

تحسين ظروف العمل
يمكن أن يعمل على زيادة
مشاركة العمال كبار السن

ومع التقدم في السن تحدث تغيرات في الجهاز الحركي والدوري والعضلي والعظمي قد تؤدي إلى نقص القدرة على التنفس أو على القيام بأعمال تحتاج إلى جهد حركي كما قد تؤدي إلى تراجع في القوة العضلية القصوى (Harper and Marcus, 2006). وتشير بيانات الاتحاد الأوروبي، على سبيل المثال، إلى أن نسبة الخارجين من القوة العاملة في سن مبكرة بسبب مشاكل صحية تزيد على نسبة الخارجين بسبب الطرد من الوظيفة أو فائض العمالة (المفوضية الأوروبية، ٢٠٠٤).

ومن أجل تقليل مخاطر الإصابة بين كبار السن من العمال أثناء السنوات الأخيرة من حياتهم العملية قد يقتضي الأمر إتاحة أعمال لهم تمكنهم من استخدام مهاراتهم العقلية دون تعرضهم للمخاطر. وتقتصر توصيات مكتب العمل الدولي الخاصة بتنمية القوة البشرية، المعتمدة في ٢٣ حزيران/يونيه ١٩٧٥ (منظمة العمل الدولية، ١٩٧٥) اتخاذ تدابير من أجل تطوير أساليب العمل وأدواته ومعداته تتفق مع الاحتياجات الخاصة للعاملين من كبار السن. وقد تكون التعديلات المطلوبة بسيطة مثل التعديلات في أجهزة الحواسيب أو المقاعد مما يراعي احتياجات كبار السن (Benjamin and Wilson, 2005). وبالنسبة للذين يمارسون أعمالاً تقتضي جهداً بدنياً، يمكن إدخال تعديلات على استخدام معدات الرفع وتحديد أوزان قصوى للرفع أو حدود قصوى لعدد المهام التي تحتاج إلى مجهود عضلي، ومزيد من فترات الراحة (Harper and Marcus, 2006)، أي أن المطلوب هو تحويل الانتباه من تغيير العامل ليناسب العمل إلى تغيير العمل ليناسب العامل، وبهذا يمكن تغيير الاتجاه نحو التقاعد المبكر بين العمال.

وأخيراً فإن تأخير الانتقال من العمل إلى التقاعد يمكن أن يكون عنصراً هاماً في تأمين شيخوخة نشطة. فهو يمكن النشطين من كبار السن من قضاء شيخوخة منتجة ونشطة يحافظون فيها على وضعهم الاجتماعي وثقتهم في أنفسهم ويمارسون حياتهم اليومية. وإذا لم تتحقق لهم هذه الفوائد بعد خروجهم من العمل فقد يجدون أنفسهم في فراغ "يقضون وقتهم في ضياع... بشكل لا يستفيد مما تبقى لديهم من قدرات إنتاجية ويؤدي إلى انعزالهم (Hinrichs and Aleksandrowicz, 2005، الصفحة ٣).

العمل بعد سن التقاعد

يعني فرض سن للتقاعد الإلزامي أن الناس لا بد أن يتركوا أعمالهم التي يتقاضون عليها أجوراً عندما يبلغون سناً معينة، هي في العادة ٦٠ أو ٦٥ سنة. وفي كثير من البلدان النامية المنخفضة الدخل لا يؤثر التقاعد الإلزامي إلا على فئة قليلة من العمال. لذلك لا بد من التمييز بين السماح للعمال في البلدان

المتقدمة بمواصلة العمل طالما رغبوا في ذلك وإتاحة خيار التقاعد أمام العمال من كبار السن في البلدان النامية.

تتناقص المشاركة في القوة العاملة تناقصاً كبيراً عند سن ٦٥ في البلدان ذات سن التقاعد الإلزامي والتغطية التقاعدية العالية

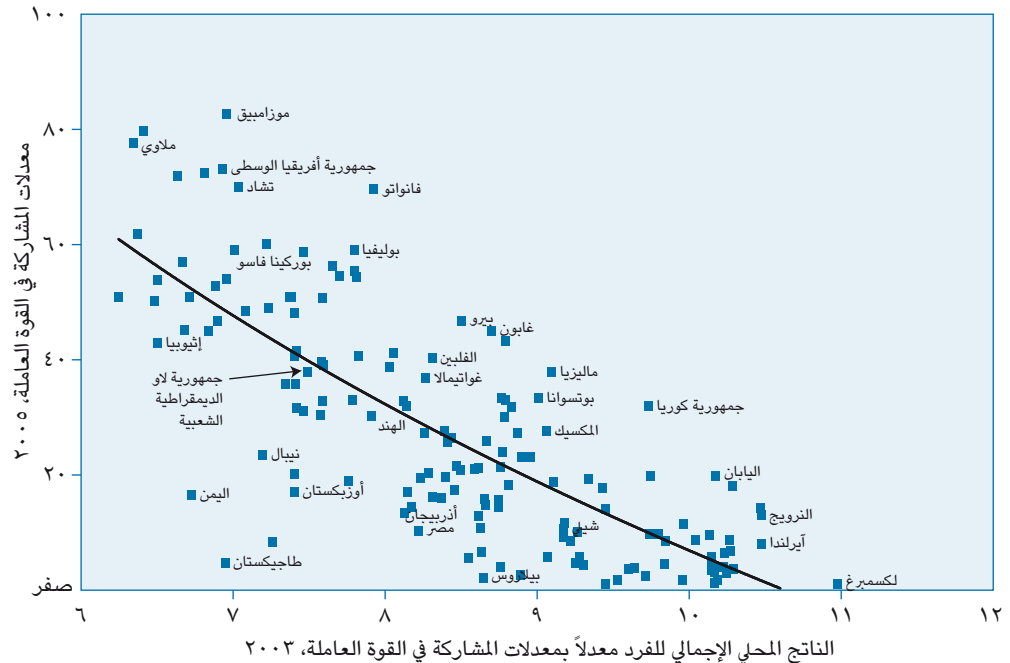
وتقل معدلات المشاركة في القوة العاملة بشكل كبير للعمال حول سن ٦٥ سنة حسب سن التقاعد الإلزامي في عدد من البلدان (انظر الجدول رابعاً - ٢)، ومع ذلك توجد اختلافات كبيرة بين المناطق وحسب نوع الجنس. ففي البلدان المتقدمة والبلدان التي تمر اقتصاداتها بمرحلة انتقالية تبلغ نسبة المشاركة في القوة العاملة نحو ١٣ إلى ١٤ في المائة للرجال ومن ٦ إلى ٨ في المائة للنساء. أما في أفريقيا والبلدان النامية في منطقة أوقيانوسيا فتظل نسبة المشاركة في القوة العاملة أعلى نسبياً خاصة بالنسبة للذكور فوق سن ٦٥. ومن بين ٣٧ دولة أفريقية منخفضة الدخل، على سبيل المثال، تربو نسبة المشاركة في القوة العاملة في ٣٦ بلداً منها على ٥٠ في المائة بالنسبة للرجال فوق سن ٦٥ سنة. وفي ١٢ من هذه البلدان تزيد نسبة المشاركة في القوة العاملة عن ٨٠ في المائة. وتبرز حالة الكونغو حيث تبلغ نسبة المشاركة في القوة العاملة بين كبار السن ٨٩ في المائة. وعلاوة على المعاشات التقاعدية الضعيفة المذكورة أعلاه يلاحظ أن انتشار الفقر في المنطقة يؤدي إلى إطالة مدة المشاركة في القوة العاملة. وعلى عكس ذلك ففي ٣٣ بلداً متقدماً أدرجت في البحث لم تبلغ نسبة المشاركة ٢٠ في المائة للرجال من سن ٦٥ سنة فما فوق إلا في آيسلندا واليابان والبرتغال، ربما لعوامل ثقافية أكثر منها بسبب ضعف المعاش التقاعدي. وفي ١٨ بلداً من تلك البلدان تقل نسبة المشاركة في القوة العاملة عن ١٠ في المائة.

وبشكل عام توجد علاقة عكسية بين نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي والمشاركة في القوة العاملة بالنسبة لكبار السن (انظر الشكل رابعاً - ٣) مما يشير إلى وجود قدر كبير من عدم المساواة بين

في البلدان المنخفضة الدخل تظل نسبة المشاركة في القوة العاملة عالية لمن هم في سن ٦٥ فما فوق

الشكل رابعاً - ٣

العلاقة بين معدلات المشاركة في القوة العاملة للعمال من سن ٦٥ فما فوق، ٢٠٠٥، ونصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي



الأشخاص حسب اختلاف البلدان. فالناس في البلدان المرتفعة الدخل يعيشون على الأرجح مدة أطول ويتمتعون بصحة أفضل، ثم إنهم تتاح لهم فرصة التقاعد المبكر ويتمتع بسنوات حياتهم بعد التقاعد بفضل ارتفاع مستويات المعاشات التقاعدية والتغطية الصحية. ويزيد من عوامل عدم المساواة ذلك التفاوت الكبير في برامج الرعاية الاجتماعية مما يجعل خيار التقاعد عند السن الإلزامية جذاباً (حيث يكون مسموحاً بالعمل بعد سن التقاعد) بالنسبة لكبار السن من العمال في البلدان المتقدمة، ولكن العمل بعد سن التقاعد يصبح ضرورة في البلدان المنخفضة الدخل.

الوصول إلى المعلومات والتعليم والتدريب

يفيد التعليم على مدار العمر كبار السن كما يفيد المجتمع: فهو يسهل عملية استخدام كبار السن والاحتفاظ بهم في سوق العمل كما يساعد على تعزيز المشاركة في المجتمع بشكل عام. وتشير الدراسات الحديثة التي أجريت في مختلف بلدان العالم إلى وجود ترابط وثيق بين زيادة سنوات التعليم وزيادة العمر وتحسن الصحة بين كبار السن (Lieras-Muney, 2007).

وتشير خطة عمل مدريد الدولية للشيخوخة (الأمم المتحدة، ٢٠٠٢ أ) إشارة واضحة إلى أهمية التعلم على مدار العمر. وهي تشير بشكل خاص إلى ضرورة تكافؤ الفرص على مدى الحياة فيما يتعلق بالتعليم المستمر والتدريب وإعادة التدريب وكذلك التوجيه المهني وخدمات التوجيه. كما تؤكد خطة عمل مدريد على ضرورة الاستخدام الكامل لطاقت وخبرات الأشخاص في جميع الأعمار، وبذلك تعترف الخطة بالمزايا التي تضيفها زيادة الخبرة مع مرور العمر. ومن ذلك الاعتراف بقيمة وأهمية توارث الأجيال للعادات والمعارف والتقاليد.

وتعترف استراتيجية الاستخدام الأوروبية أيضاً بأن التعليم على مدار العمر هو ضرورة من ضرورات طول الحياة العملية. وفي بلدان الاتحاد الأوروبي الخمسة والعشرين تشير الدراسات إلى أن ٨٠، ١٠ في المائة من جميع العمال يشاركون في أنشطة التعلم على مدى الحياة، وتزداد النسبة زيادة طفيفة بالنسبة للنساء عن الرجال (١١، ٧ مقارنة بـ ١٠ في المائة). ومع ذلك فإن معدل المشاركة يتجه إلى الانخفاض مع زيادة العمر، ويرجع ذلك إلى حد كبير إلى أن معظم البلدان لا توفر في استراتيجياتها ما يلبي احتياجات كبار السن من العمال في برامج التعلم على مدى الحياة (المؤسسة الأوروبية لتحسين المعيشة وظروف العمل، ٢٠٠٦ ب). وعلاوة على ذلك فإن واضعي السياسات ربما لا يدركون أهمية الاستثمار في التعليم وتنمية المهارات بالنسبة لكبار السن. فعلى سبيل المثال لا يبدو أن مفهوم التعليم على مدى الحياة قد ترسخ في منطقة آسيا والمحيط الهادئ إلا في عدد محدود من البلدان مثل أستراليا والصين واليابان ونيوزيلندا، حيث يزداد القبول بفكرة جامعة الجيل الثالث (Leung, Lui and Chi, 2005; Purdi and Boulton-Lewis, 2003).

وتشير توصية تنمية القوة العاملة الصادرة عن منظمة العمل الدولية المشار إليها أعلاه إلى أهمية توفير التوجيه المهني والتدريب المهني المناسب والفعال للعمال من كبار السن، كما تعترف بأن التدريب لفئات معينة من السكان مثل كبار السن من العمال يمكن أن يساعد على تعزيز المساواة في الاستخدام وتحسين التكامل في المجتمع وفي الاقتصاد. ومع ذلك تظل فرص التدريب أمام العمال من كبار السن محدودة. ففي حالات كثيرة نجد أن أصحاب العمل غير راغبين في الاستثمار في التدريب المتواصل وتحسين المهارات للعمال الذين يقربون من سن المعاش، لأن الفترة التي سيستفيدون فيها من عائد

التعليم على مدار العمر
يفيد كبار السن
كما يفيد المجتمع...

...ولكن ذلك يحتاج
إلى استراتيجيات
واضحة تستهدف كبار
السن من العمال

التدريب والاستثمار في التدريب ستكون محدودة (منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي، ٢٠٠٦ أ). وفي أوروبا على سبيل المثال وعلى الرغم من تحسن الوصول إلى التدريب للعمال في الفترة ما بين ١٩٩٥ و ٢٠٠٥، فإن الفرص المتاحة أمام العمال من كبار السن تظل محدودة. ووفقاً لاستقصاء حديث: "لم تزد نسبة العمال الذين تزيد أعمارهم عن ٥٥ سنة الذين أبلغوا عن تلقي تدريب مدفوع أو مقدم من صاحب العمل في فترة الاثني عشر شهراً السابقة عن ١ إلى ٥ (بالمقارنة بـ ٢٧ في المائة لجميع العمال). وفي فئات التدريب الأخرى، مثل التدريب أثناء العمل، نجد أن العمال من كبار السن لا تتسع أمامهم الفرص نفسها المتاحة لأقرانهم من الأعمار الأصغر" (المؤسسة الأوروبية لتحسين المعيشة وظروف العمل، ٢٠٠٦ أ، الصفحة ٦).

يُتيح التعلم على مدى الحياة
لكبار السن فرصة تحسين
مهاراتهم وتنافسياتهم في
سوق العمل

ورغم وجود بعض الاستثناءات^٥ لا يجد أغلبية العمال من كبار السن بعد سن التقاعد إلا مهناً لا تحتاج إلى مهارات أو لا تحتاج إلى مهارات بسيطة، ويرجع ذلك إلى حد كبير إلى الأفكار السائدة بأن خبراتهم قد تقادمت وأنهم يفتقرون على وجه الخصوص إلى تكنولوجيا المعلومات (Chan, Phillips and Fong, 2003). والواقع أن العمال من كبار السن هم في العادة أقل استعداداً لاستخدام التكنولوجيات الجديدة مثل الحواسيب والإنترنت. ومع أن هذا الفارق تضاعف كثيراً على مدى العقد الماضي^٦، فإن الأمر يحتاج إلى مزيد من الجهود لتمكين الأشخاص من كبار السن والذين هم في منتصف العمر حالياً من الارتقاء بمهاراتهم ومن ثم الاحتفاظ بوضع تنافسي في سوق العمل. وأخيراً من المعترف به أن كبار السن أنفسهم قد يقاومون فرص التدريب الجديدة، خاصة إذا كانوا قد ظلوا في أعمارهم يؤدون العمل نفسه في الصناعة نفسها لفترات طويلة. وقد يكون السبب في ذلك خوفهم من تعلم مهارات جديدة. ويلاحظ أن الرجال هم أكثر مقاومة لتعلم المهارات الجديدة. وينبغي أن تأخذ البرامج التي تستهدف العمال من كبار السن هذه الشواغل في الاعتبار وأن توفر تدابير وحوافز مناسبة لحلها.

الآثار المحتملة لزيادة المشاركة في القوة العاملة على النمو الاقتصادي

يمكن أن تؤدي زيادة
مساهمة كبار السن من
العمال في القوة العاملة
إلى زيادة نمو الناتج
المحلي الإجمالي...

كيف تؤثر زيادة مشاركة كبار السن من العمال في القوة العاملة على حجم القوة العاملة وعلى نمو الناتج للفرد؟ أجري تحليل من أجل الحصول على فكرة عن الآثار الممكنة على النمو نتيجة زيادة المساهمة في القوة العاملة بين العمال من سن ٥٥ إلى ٦٤. وقد طبق التحليل على خمسة اقتصادات تختلف فيها مراحل شيخوخة العمال وتتسم بخصائص مختلفة فيما يتعلق بمشاركة العمال من كبار السن في القوة العاملة: وهذه

^٥ في بعض بلدان غربي آسيا على سبيل المثال تتاح للعمال من كبار السن فرص للتعليم والتدريب من خلال برامج خاصة في مجالات منها تحسين مهارات الحاسوب أو اكتسابها، من أجل إعدادهم للقيام بأعمال منتجة (اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا، ٢٠٠٢). وقام عدد من الشركات في أوروبا بوضع سياسات للإدارة العمرية من أجل التكيف مع القوة العاملة التي تزداد شيخوخة في بلادهم. ومن الأمثلة الجيدة على ذلك ما قامت به شركة الصلب العالمية فوستالباين Voestalpine في النمسا من وضع برنامج يهدف إلى الاستجابة إلى التحدي الذي تمثله الزيادة العمرية للعمال. ويهدف البرنامج المسمى لايف LIFE (Lighthearted, Innovative, Fit, Efficient) إلى المحافظة على العمال من كبار السن وإدماج العمال الجدد وتعزيز نقل الخبرات والمعارف من جيل إلى الجيل التالي من العمال، وتحسين السلامة من خلال استخدام الأثاث الصحي. ويعتبر التدريب من العناصر الهامة في البرنامج. ويتيح البرنامج لكل عامل ٣٣ ساعة على الأقل في السنة لقضاها في العمل في مشاريع وفي التدريب (المؤسسة الأوروبية لتحسين المعيشة وظروف العمل، ٢٠٠٦ أ).

^٦ يتوقع، بالنسبة للحاسوب، أن تضيق الفجوة أكثر مع مرور الوقت. وقد تظهر تكنولوجيات جديدة تعود معها الكرة من جديد.

الاقتصادات هي ألمانيا وإيطاليا واليابان، وهي بلدان تتسارع فيها معدلات الشيخوخة، والهند والولايات المتحدة وهما من ذوي المعدلات المتوسطة^٧.

ولأغراض المحاكاة افترض أن معدلات المشاركة للعمال من سن ٥٥ إلى ٦٤ سوف تلتقي مع معدلات ١٥ إلى ٥٤ سنة ابتداءً من عام ٢٠٠٥. ثم أجريت مقارنة بين هذه النتائج وسيناريو "خط الأساس" الذي يفترض عدم التغير في معدلات المشاركة في القوة العاملة. (انظر الشكل رابعاً - ٤).

يتبين من الشكل أن زيادة معدلات مساهمة كبار السن من العمال من سن ٥٥ إلى ٦٤ سنة في القوة العاملة إلى معدل أقرانهم من الجيل الأصغر من شأنها أن تساعد على زيادة المعدل السنوي لنمو الناتج المحلي الإجمالي، وإن كان بهامش بسيط. ولوحظ أكبر أثر في ألمانيا حيث زاد نمو الناتج المحلي الإجمالي للفرد بنسبة ١٣,٠ في المائة. أما بالنسبة للبلدان التي يقل فيها نسبياً الفارق في معدلات المساهمة في القوة العاملة بين كبار السن من العمال والجيل الأصغر، فإن زيادة معدلات مساهمة العمال من السن الأكبر ليس لها سوى تأثير طفيف جداً على معدلات النمو المسقط في الناتج المحلي الإجمالي للفرد. ومع ذلك فإن هذه الزيادة في معدلات المساهمة يمكن أن تسهم إسهاماً إيجابياً في الاستقرار المالي لصناديق المعاشات التقاعدية في تلك البلدان (انظر الفصل الخامس).

...حين تكملها
استراتيجيات
لزيادة إنتاجيتهم

وتم أيضاً محاكاة الأثر المحتمل لانخفاض إنتاجية العمال من كبار السن على نمو الناتج المحلي الإجمالي (وهو موضوع سيناقش لاحقاً). وقد افترض - بطريقة عشوائية إلى حد ما - أن متوسط النمو في الإنتاجية للعمال من كبار السن هو ٥,١ في المائة سنوياً بالمقارنة مع ٢ في المائة سنوياً لباقي العمال. وطبقاً لهذه الفرضية، وباستثناء ألمانيا، تبين أن زيادة معدلات مساهمة كبار السن تؤدي فعلياً إلى انخفاض معدل نمو الناتج المحلي الإجمالي للفرد مقارنةً بسيناريو خط الأساس الذي لا تزيد فيه نسبة مساهمة هؤلاء العمال. وبناءً على ذلك فإنه إذا حدث انخفاض في إنتاجية كبار السن من العمال فإن السياسات التي تهدف إلى زيادة معدلات مساهمتهم في القوة العاملة لن تكون فعّالة في رفع مستوى الناتج للفرد ما لم تقترن تلك السياسات بتدابير تهدف إلى تعزيز إنتاجية العمال من كبار السن على النحو الذي جرت مناقشته أعلاه.

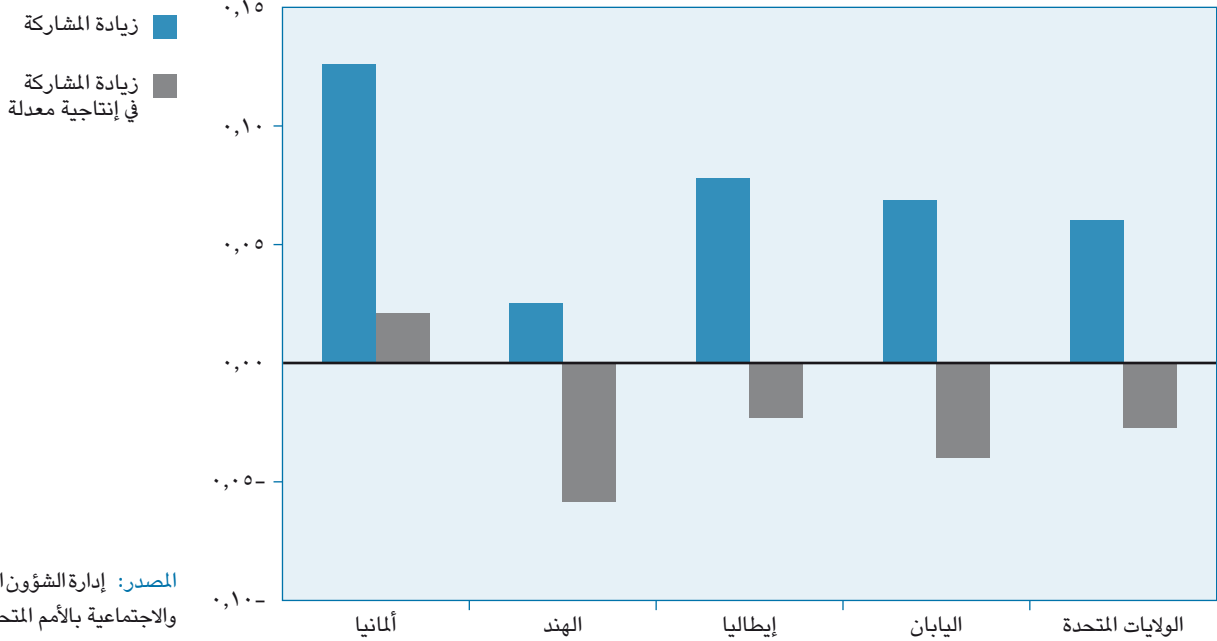
هل تتناقص الإنتاجية مع زيادة أعمار القوة العاملة؟

ربما كان من الممكن التخفيف من الاتجاه نحو تناقص القوة العاملة في بعض البلدان من خلال مجموعة من السياسات ناقشناها في الفصول السابقة، إلا أن تغير الهيكل العمري للقوة العاملة هو أمر لا مفر منه

^٧ يقوم هذا التحليل على أساس هوية المحاسبة التي تقول بأن الناتج العام للناتج المحلي الإجمالي يساوي مجموع عدد العمال (L) مضروباً في مستوى إنتاجية كل منهم (E). ويمكن التعبير عن ذلك رياضياً على النحو التالي: الناتج المحلي الإجمالي = L.E. وبناءً عليه فإن معدل النمو في الناتج المحلي الإجمالي للفرد يساوي تقريباً مجموع معدل النمو في العمالة ومعدل النمو في الإنتاجية العالمية مطروحاً منه معدل النمو في السكان، وبمعنى آخر: $(GDP/N) = L + E - N$. وباستخدام نمو العمالة على أساس عدد الأشخاص المتوقع اشتغالهم في سوق العمل وبافتراض أن معدل نمو الإنتاجية العالمية هو ٢ في المائة سنوياً، يمكن استنباط المعدل السنوي للزيادة في الناتج للفرد. ومن جهة أخرى يمكن تقدير النمو في الإنتاجية العالمية بافتراض معدل نمو ثابت للناتج المحلي الإجمالي للفرد. وتم إعداد إسقاطات القوة العاملة على أساس التنبؤات السكانية في سن العمل (١٥ إلى ٦٤) المأخوذة من التوقعات العالمية للسكان: تنقيح ٢٠٠٤، قاعدة بيانات السكان. وتم استقاء معدلات المشاركة للفترة ٢٠٠٠ - ٢٠٢٠ من قاعدة بيانات منظمة العمل الدولية الخاصة بالإحصاءات العمالية، الموجودة على الموقع: <http://laborsta.ilo.org/> وبافتراض ثباتها عند معدل ٢٠٢٠ لباقي فترة التحليل.

الشكل رابعاً - ٤

أثر زيادة مشاركة كبار السن في القوة العاملة على النمو السنوي للناتج المحلي الإجمالي للفرد، ٢٠٠٠ - ٢٠٥٠، بلدان مختارة (النسبة المئوية للزيادة في الناتج المحلي الإجمالي للفرد)



المصدر: إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية للأمم المتحدة.

مع زيادة الأعمار في المجتمعات بشكل عام. وبناءً عليه ينبغي النظر في العوامل التالية: (أ) الأثر المحتمل لتغير الخصائص العمرية للقوة العاملة على الإنتاجية العمالية؛ (ب) إمكانية زيادة الإنتاجية بشكل عام؛ (ج) تحديد تدخلات السياسة العامة التي يمكن بها زيادة الإنتاجية.

أثر التقدم في العمر على الإنتاجية العمالية

إذا لم يتحسن نمو الإنتاجية بشكل يكفي لتعويض عن التغيرات المقبلة في العرض من القوة العاملة فمعنى ذلك زيادة العبء فيما يتعلق بالحفاظ على مستويات المعيشة وتحسينها مع إعالة قطاع كبير من كبار السن من السكان.

وعلى مستوى الاقتصاد الكلي يمكن زيادة الإنتاجية بعوامل منها التقدم في المعرفة الذي يأخذ شكل الابتكارات، ومنها أساليب العمل الجديدة وتطور تكنولوجيات جديدة وكذلك منتجات جديدة. وبما أن الحداثة تنطوي على درجة من الابتكار، وأن الابتكار موجود بشكل أكبر بين أعضاء المجتمع الأصغر سناً (انظر أدناه) فإن الحداثة ترتبط بشكل تقليدي بالعمال من صغار السن. لذلك يقال إن تناقص عدد العمال من صغار السن في القوة العاملة يمكن أن ينتج عنه تباطؤ في التقدم العلمي والتكنولوجي مما يؤثر تأثيراً سلباً على نمو الإنتاجية.

تقدم القوة العاملة في السن يمكن أن يؤثر في نمو الإنتاجية...

ويلاحظ أثر تقدم العمال في السن على الإنتاجية بشكل أكبر على مستوى الشركات أكثر منه على مستوى الاقتصاد الكلي. وقد أجريت دراسة محاكاة في هذا المجال عن "التقدم في السن والتعليم" (Lehman, 1953) تبين منها وجود "منحنى عمري" للابتكار يبين أن الإنتاجية تبدأ في الزيادة في "المهن

الخلاصة“ مثل العلوم والفنون والرياضة في نحو سن العشرين، وتصل إلى ذروتها في الفترة من أواخر الثلاثينات إلى أواسط الأربعينات من العمر، ثم تبدأ في الانحدار بعد ذلك^٨.

وقد أيدت الدراسات اللاحقة هذه النظرية، وهي تبين أن أي تناقص في الإنتاجية فيما يتصل بالعمر يحدث تدريجياً ويختلف باختلاف المهن (انظر النظرة الشاملة للدراسات التي أجراها سكيربك (Skirbekk, 2003)). فعلى سبيل المثال يمكن أن نشهد تراجعاً في إنتاجية كبار السن من العمال في المجالات التي تؤثر فيها القدرة الذهنية على الأداء، مثل العلوم، وعلى عكس ذلك نرى في الوظائف الإدارية العليا، على سبيل المثال، في المهن التي تحتاج إلى خبرات عالية لأداء العمل، أن العمال الأكبر سناً يؤدون العمل بالكفاءة نفسها التي يؤديه بها نظراً لهم الأصغر سناً، إن لم يكن على نحو أكفأ^٩.

ويمكن لعامل الخبرة أن يساعد في التعويض عن ضعف الإنتاجية الناتجة عن تقدم السن، ومن بين الوسائل التي كثيراً ما تذكر في سياق المحافظة على الإنتاجية وتحسينها: التغيرات في الهياكل التنظيمية واستخدام تكنولوجيا المعلومات والاتصالات بشكل فعال في مهن معينة وضمان فرص أفضل للوصول إلى المعلومات، والتعليم والتدريب طوال الحياة العملية (المفوضية الأوروبية، ٢٠٠٦؛ و Black and Lynch, 2004). وهكذا فإن ملامح الإنتاجية المرتبطة بالسن قد تتغير مع الزمن، حيث إن التقدم التكنولوجي والتغيرات الهيكلية في داخل الاقتصاد تجعل بعض المهارات المتصلة بمهن معينة مهارات عفا عليها الزمن بشكل أو بآخر (المفوضية الأوروبية، ٢٠٠٦؛ و Nishimura and others, 2002).

وتشير الأدبيات المتاحة حول هذا الموضوع إلى أن من الممكن مع تقدم العمر بالنسبة للعمال في الاقتصادات ذات الدخل العالي أو المتوسط أن تتغير الملامح العمرية للقوة العاملة بشكل يقلل من “فترات الذروة في الإنتاجية”. ويوحي هذا السيناريو بأنه يجب على تلك الاقتصادات أن تعمل على تعزيز نمو الإنتاجية العمالية، وهذا بدوره يحتاج إلى زيادة كبيرة في الاستثمارات الرأسمالية العامة، أي في رأس المال البشري، ورأس المال غير المحسوس (البحث والتطوير) ورأس المال المادي. وعلى العكس من ذلك نجد في اقتصادات الدخل المنخفض التي تزيد فيها نسبة الشباب أن الهيكل العمري للقوة العاملة سوف يتجه نحو مزيد من الإنتاجية. ومع ذلك فهناك عوامل غير ديمغرافية يمكن أن تعوق هذه البلدان عن الاستفادة من المزايا الديمغرافية لديها.

هل يمكن لنمو الإنتاجية العمالية أن يعوض عن تغيرات الناتج المتصلة بالعمر؟

إن القول بأن تحسين الإنتاجية العمالية يمكن أن يعوض عن أثر شيخوخة السكان على النمو الاقتصادي يثير مسألة هامة وهي حجم الزيادة في الإنتاجية المطلوب للتغلب على أثر شيخوخة القوة العاملة، وحجم الزيادة في الإنتاجية المطلوب للحفاظ على مستوى معيشي معين. ففي حالة اليابان مثلاً، وبافتراض ثبات العوامل الأخرى، يحتاج الاقتصاد إلى زيادة تقدر بنسبة ٦, ٢ في المائة سنوياً في الإنتاجية العمالية من أجل الحفاظ على نمو في الدخل الفردي يبلغ ٢ في المائة سنوياً أثناء الخمسين سنة القادمة. ويعزى أكثر من

...ولكن هذا الأثر تدريجي ويختلف باختلاف المهن

ينبغي للبلدان أن تحدد الملامح الخاصة بها فيما يتعلق بأعمار العمال من أجل وضع استراتيجيات لتعزيز الإنتاجية

إن تحسين الإنتاجية العمالية ضروري للمحافظة على النمو الاقتصادي

^٨ يذكر لبيان على وجه التحديد أن الكيميائيين يصلون إلى ذروة إنتاجيتهم فيما بين سن ٢٦ و ٣٠ سنة، أما في الرياضيات

والفيزياء وعلوم النبات والإلكترونيات والاختراعات العملية فتبلغ الإنتاجية أقصاها فيما بين سن ٣٠ و ٣٤ سنة.

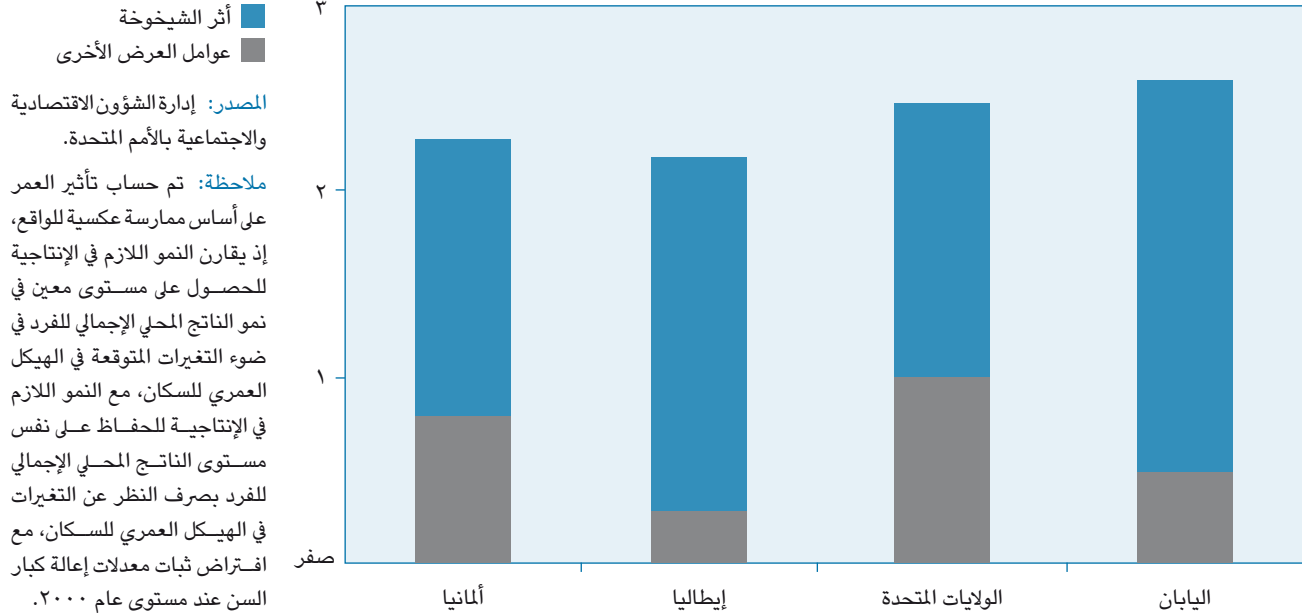
^٩ ربما كان هناك بعض التحيز في هذه الدراسات يتصل بطريقة قياس مختلف المتغيرات. فقياس القدرات الذهنية مثلاً

يتجاهل الخبرة والقدرات الإدارية، وهي تزيد مع العمر في الغالب، كما أن عمليات الاستقصاء التي تعتمد على تقييم

الرؤساء تتسم بالبعد الذاتي ويمكن أن تتسم أيضاً بتحيز إزاء العمال من كبار السن (Börsch-Supan, 2004).

الشكل رابعاً - ٥

أثر شيخوخة السكان على متوسط معدل النمو السنوي المطلوب في إنتاجية العامل،
٢٠٠٠ - ٢٠٥٠، ألمانيا، وإيطاليا، والولايات المتحدة الأمريكية، واليابان (نسبة مئوية)



المصدر: إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية بالأمم المتحدة.

ملاحظة: تم حساب تأثير العمر على أساس ممارسة عكسية للواقع، إذ يقارن النمو اللازم في الإنتاجية للحصول على مستوى معين في نمو الناتج المحلي الإجمالي للفرد في ضوء التغيرات المتوقعة في الهيكل العمري للسكان، مع النمو اللازم في الإنتاجية للحفاظ على نفس مستوى الناتج المحلي الإجمالي للفرد بصرف النظر عن التغيرات في الهيكل العمري للسكان، مع افتراض ثبات معدلات إعالة كبار السن عند مستوى عام ٢٠٠٠.

٨٠ في المائة من النمو المطلوب في الإنتاجية إلى الحاجة إلى التغلب على أثر شيخوخة السكان على النمو (انظر الشكل رابعاً - ٥). وينطبق هذا، وإن كان بدرجة أقل، على بلدان أخرى تواجه مسألة شيخوخة السكان مثل إيطاليا وألمانيا، وكذلك الولايات المتحدة الأمريكية. وقياساً على المستويات التاريخية فإن النمو المطلوب في الإنتاجية في هذه الحالات يبدو ممكناً، إلا أنه من المهم أيضاً أن نلاحظ أن نمو الناتج المحلي الإجمالي للفرد بمعدل ٢ في المائة سنوياً هو أقل مما حققته تلك الاقتصادات في المتوسط في الفترة الماضية. وفي الوقت نفسه فإن الحفاظ على معدل سنوي لنمو الإنتاجية ما بين ٢ و ٥ في المائة لمدة خمسة عقود ليس مهمة سهلة وربما يحتاج إلى بيئة دؤوبة على مستوى السياسات لدفع التقدم التكنولوجي والابتكار.

الاستثمار في البحث والتطوير ورأس المال البشري والمادي مطلوب لتعزيز الإنتاجية

ولقد استقر المتخصصون منذ وقت طويل على أن الاستثمار في رأس المال العام، أي رأس المال المادي والبحث والتطوير ورأس المال البشري، من أهم العوامل في زيادة نمو الإنتاجية^{١٠}. وقد وضعت المفوضية الأوروبية سياسات هادفة لزيادة نوعية الاستثمار في البحث والتطوير والبنية الأساسية ورأس المال البشري ولحفز التآزر بين التكنولوجيات في الاقتصاد من أجل تحقيق المزايا المطلوبة في الإنتاجية (مفوضية الجماعة الأوروبية، ٢٠٠٦). ومن هذه المبادرات، فضلاً عن المبادرات التي تدعو إلى مضاعفة ميزانية البحث في الاتحاد الأوروبي، توجد مبادرات لإقامة "أقطاب ابتكار" إقليمية و"المعهد الأوروبي للتكنولوجيا". ويمكن لمراكز البحث هذه أن تستقطب الباحثين من جميع أنحاء العالم وأن توفر اتصالاً أفضل بين البحث والصناعة مما يساعد على تعزيز الابتكار. أما في الاقتصادات

١٠ انظر على سبيل المثال الدراسات السابقة مثل: Romer (1986) وCoe and Helpman وMankiw, Romer and Weil (1992) وLichtenberg (1992) و(1995).

النامية فإن السياسات التكنولوجية وسياسات الابتكار غالباً ما تستهدف صناعات وقطاعات معينة لها أهمية استراتيجية خاصة بالنسبة للنمو. على أن التحدي الذي تواجهه كثير من البلدان النامية هو زيادة الإنتاجية في جميع قطاعات الاقتصاد عن طريق زيادة الإنتاجية في القطاع غير الرسمي التقليدي الذي يتسم بكفاءة منخفضة والذي يعمل به قطاعات كبيرة من العمال. وتبدو هنا أيضاً أهمية زيادة الاستثمار في البنية الأساسية ورأس المال البشري من أجل تحسين الإنتاجية (الأمم المتحدة، ٢٠٠٦ أ). وعلاوة على ذلك فإن مما يرفع مهارات العمال ويؤدي إلى زيادة عامة في الإنتاجية، تحسين الوصول إلى التكنولوجيا وإقامة وصلات أمامية وخلفية في سلسلة العرض بين القطاعين الرسمي وغير الرسمي (مكتب العمل الدولي، ٢٠٠٤ ج) وفي هذا الصدد فإنه طالما ظلت البلدان النامية في تلك المرحلة من التحول الديمغرافي التي لا تزال لديها فيها ميزة ديمغرافية (انظر الإطار رابعاً - ١) فإن المزايا التي تتيحها تلك الفرصة الديمغرافية لن تتحقق ما لم تتخذ تلك البلدان السياسات اللازمة للاستفادة القصوى من الإمكانيات الإنتاجية للسكان في سن العمل.

تقدم السن وأنماط الاستهلاك

ذكرنا فيما سبق أن شيخوخة السكان تؤثر في النمو الاقتصادي بسبب تأثيرها على العرض من القوة العاملة، غير أن ذلك ليس هو السبيل الوحيد الذي تؤثر به شيخوخة السكان في الاقتصاد. فلنمو الاقتصادي أيضاً علاقة وثيقة بأنماط الاستهلاك والاستثمار والادخار. فأنماط الاستهلاك قد تتغير مع تقدم العمر. وعلى مستوى الاقتصاد الكلي يمكن أن يكون لهذه التغيرات آثار على الطلب على السلع والخدمات ومن ثم على فرص الاستثمار، وبذلك تؤثر في أنماط الاستثمار وتوزيع العمالة في الاقتصادات التي يتجه سكانها نحو الشيخوخة. وعلاوة على ذلك فإن المستوى العام لاستهلاك كبار السن قد يتغير أيضاً وتكون له آثار سلبية على نمو الاقتصاد إذا تراجع الطلب.

قد تتغير أنماط الاستهلاك مع تقدم العمر

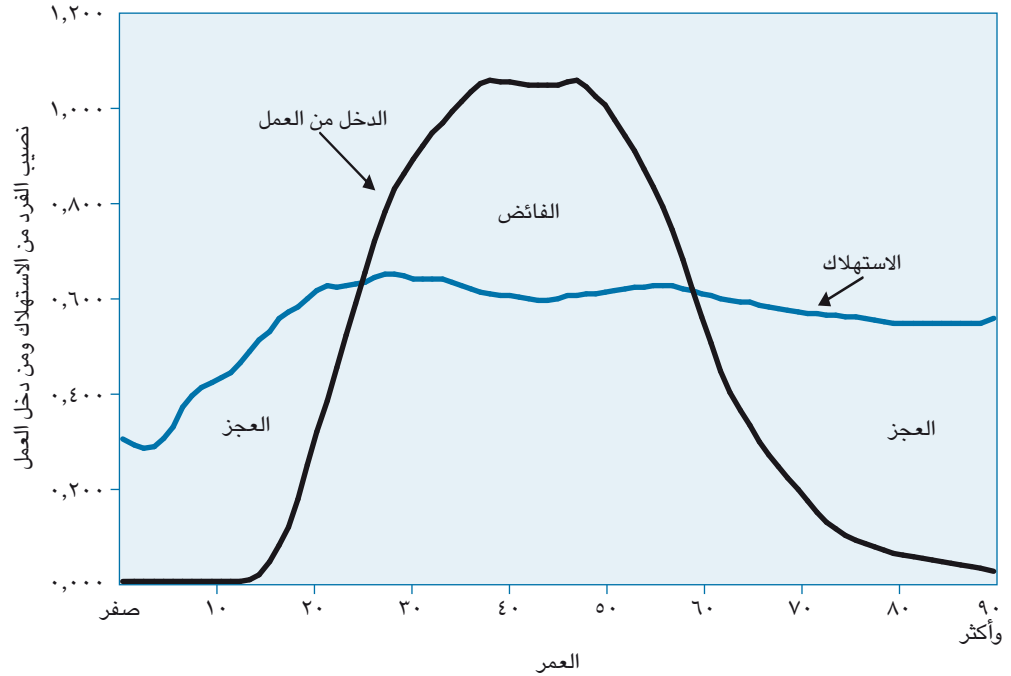
أنماط الدخل والاستهلاك على مدى دورة الحياة

الأفكار المتولدة عن النظرية الاقتصادية فيما يتعلق بالاستهلاك (وأنماط الادخار) وعلاقتها بالتقدم في العمر مستقاة من نموذج دورة الحياة، الذي يقوم على أساس نظرية استواء الاستهلاك (Friedman, 1957; Modigliani and Brumberg, 1954; Ando and Modigliani, 1963). ويبين النموذج خطأً ثابتاً للاستهلاك ونمطاً للادخار على شكل سنام. وبموجب هذا النموذج فإن الاستهلاك الذي تساهم المدخرات المتجمعة أو التحويلات فيما بين الأجيال يحدث حتى في غياب الدخل من العمل (انظر الشكل رابعاً - ٦).

والفكرة وراء الشكل بسيطة: فكلنا بحاجة إلى الاستهلاك، ولكن الأشخاص من السن الصغيرة جداً أو كبار السن ليس من المحتمل أن يشاركوا في سوق العمل أو أن يحصلوا على دخل. ولكي يتمكن الأفراد من الاستهلاك فإن الأطفال يعتمدون على التحويلات من الآباء، وكبار السن يعتمدون على مدخراتهم المتراكمة من العمل و/أو يتلقون تحويلات من الأجيال الأصغر بعد أن يتركوا سوق العمل. ويحصل الأفراد في أثناء فترة عملهم عادة على دخل أعلى من مستويات استهلاكهم. ويمكن استخدام الفوائض للإنفاق على أطفالهم وعلى الأشخاص من كبار السن في عائلاتهم وفي الادخار من أجل ضمان الدخل في مرحلة السن الكبيرة.

الشكل رابعاً - ٦

ملامح دورة الحياة الاقتصادية للبلدان النامية



المصدر: Lee and Mason (2007).

ملاحظة: القيم الواردة في الشكل مبنية على أساس تقديرات تفصيلية لعدد من البلدان النامية. وحسبت القيم عن طريق القسمة على متوسط الإنتاجية العمالية لمن هم في سن العمل الرئيسية من ٣٠ إلى ٤٩ سنة.

يمكن أن تتغير أنماط الاستهلاك أثناء دورة الحياة

ومع ذلك فإن الشواهد المتاحة لا تؤيد افتراض هذا النموذج في جميع الأحوال أن معدلات الاستهلاك ثابتة نسبياً على مدى دورة الحياة. إذ تفيد الدراسات التجريبية أنه قد يحدث انخفاض في الاستهلاك إلى معدلات أدنى بعد التقاعد، وهو أمر لا يمكن تفسيره على أساس نموذج استواء الاستهلاك (Banks, Blundell and Tanner, 1998; Bernheim, Skinner and Weinberg, 2001). وتؤدي هذه النتيجة إلى ظهور مصطلح "معضلة التقاعد والاستهلاك". وقد لوحظ أن هذا الانخفاض في الاستهلاك كبير في المملكة المتحدة لبريطانيا العظمى وأيرلندا الشمالية ولكنه غير ملاحظ، على سبيل المثال، في الولايات المتحدة الأمريكية. وفي بلدان مثل إيطاليا لم يلاحظ انخفاض مفاجئ في الاستهلاك إذا أخذنا في الاعتبار نفقات الترفيه (Miniaci, Monfardini and Weber, 2003). أما في الولايات المتحدة فيلاحظ أن معدلات الاستهلاك لكبار السن أعلى إلى درجة كبيرة منها للشخص العادي في سن العمل بسبب زيادة استهلاك السلع المقدمة بشكل عمومي، وعلى وجه الخصوص الخدمات الصحية (Lee and Mason, 2007). وقد لوحظ ارتفاع معدلات الاستهلاك في السن الكبيرة في بلدان متقدمة أخرى مثل اليابان والسويد حين تؤخذ في الاعتبار السلع والخدمات المقدمة بشكل عمومي. وتختلف الاتجاهات أيضاً بين البلدان النامية والمناطق النامية: فمعدلات الاستهلاك في السن الكبيرة ثابتة تقريباً في تاوان (الصين)، ولكنها تتراجع في إندونيسيا وتايلند. أما في كوستاريكا فتراجع معدلات الاستهلاك مع كبر السن إلا أنها ترتفع مرة أخرى في السن الكبيرة جداً^{١١}.

١١ قاعدة بيانات حسابات التحويل الوطنية (المؤسسات الرئيسية: برنامج دراسات السكان والصحة، مركز الشرق والغرب للاقتصاديات والديمقراطية المتعلقة بكبر السن، جامعة كاليفورنيا في بركلي)، وهي موجودة على الموقع:

<http://www.schemearts.com/proj/nta/web>

ومن الحجج التي تساق لتفسير معضلة التقاعد والاستهلاك في البلدان المتقدمة، التي تلاحظ فيها تلك الظاهرة بشكل بارز، دور المصروفات المتعلقة بالعمل التي تتناقص بعد التقاعد. ثم إن زيادة أوقات الفراغ تتيح للأسر المعيشية شراء السلع بشكل أكثر كفاءة، وقد تشتغل بإنتاج بعض السلع منزلياً. وعلاوة على ذلك قد يلجأ الأفراد إلى الحد من استهلاكهم في الحالات التي يصل التقاعد فيها بشكل ما بصورة غير متوقعة، أحيان تكون هناك شكوك حول احتياجات المستقبل، وذلك لترشيد استخدام الموارد المتاحة. ويخرج سميث (٢٠٠٤) بنتيجة مؤداها أنه لا توجد معضلة تقاعد واستهلاك إذا أخذنا في الاعتبار آثار زيادة وقت الفراغ أو الشكوك المتعلقة بموعد التقاعد.

وحتى إن لم يكن صحيحاً أن مستويات الاستهلاك لا تنخفض بعد التقاعد فإن استهلاك المتقاعدين قد لا ينمو بمعدل استهلاك العمال نفسه، وذلك لأن الدخل من المعاش التقاعدي، وهو أهم جزء من دخل المتقاعدين في المتوسط بالنسبة للأشخاص الذين يندرجون تحت نظم المعاش التقاعدي، يزيد بمعدل أبطأ من الأجور، خاصة إذا كانت المعاشات ليست مرتبطة بالأجور (انظر الفصل الخامس، و Schaffnit-Chatterjee, 2007).

هل تتغير أنماط الاستهلاك مع تقدم العمر؟

تتغير الحاجات والأذواق مع دورة العمر، ويغلب على كبار السن إنفاق جزء أكبر من دخلهم على الإسكان والخدمات الاجتماعية مما ينفقه أقرانهم الأصغر سناً (Lührmann, 2005; Lee and Mason, 2007). ويتبين من الشكل رابعاً - ٧، الذي يقوم على أساس بيانات استقصاء إيرادات الأسر المعيشية وإنفاقها، أن نصيب الخدمات المنزلية والطاقة والصحة في نفقات الأسرة المعيشية تزداد باطراد مع تقدم العمر في كل من الولايات المتحدة الأمريكية والاتحاد الأوروبي. وعلى أساس اتجاهات الإنفاق الجارية لدى الأفراد من سن ٦٥ سنة فما فوق في البلدان المتقدمة يمكن توقع زيادة في الإنفاق على الخدمات الصحية والرعاية طويلة الأجل (انظر الفصل السادس)، وفي الوقت نفسه فإن الإنفاق على الإسكان والطاقة سيزداد نتيجة لزيادة الوقت الذي يقضيه الفرد في المنزل بعد التقاعد. ومن ناحية أخرى فإن الإنفاق على الترفيه والانتقال قد يتناقص، بينما تظل حصة الإنفاق على السلع الأساسية كالطعام والملابس ثابتة نسبياً.

ويبدو أن الاتجاهات على المدى الطويل في أنماط الاستهلاك المنزلي على المستوى التجميعي تتفق مع الملاحظات التي سقناها أعلاه. فقد زادت حصة الإنفاق على الرعاية الصحية والطاقة زيادة ملحوظة في البلدان المختارة منذ عام ١٩٧٠، بينما انخفضت حصة الإنفاق على الأطعمة والملابس. ويمكن توقع استمرار هذه الاتجاهات في المستقبل، ولكن النظرة الثابتة على الاتجاهات الحالية توحي بأن التغيرات في أنماط الاستهلاك المرتبطة بالعمر إنما تحدث تدريجياً وبنسب متواضعة إذا ما قورنت بالاقتصاد ككل (Lührmann, 2005; Schaffnit-Chatterjee, 2007).

ومن الملاحظ أن الإنفاق على الخدمات، خاصة خدمات الرعاية الصحية، وكذلك الإنفاق على الطاقة قد زادت حصته من مجموع الإنفاق مع مرور الزمن سواء بين البلدان التي تزيد فيها نسبة الشيخوخة أو البلدان الأكثر شباباً (انظر الشكل رابعاً - ٨). والواقع أن الدخل هو بلا شك أهم العوامل التي تحدد هيكل الطلب في الاقتصاد ومستواه. وعند تحليل تأثير التغير الديمغرافي على أنماط الاستهلاك لا بد من النظر إلى العلاقة بين العمر والدخل. فإذا كان الدخل يتغير مع العمر وكان التقدم في العمر ينطوي على انخفاض الدخل في بعض الظروف، كما جرت مناقشته في الفصل الخامس، فإن

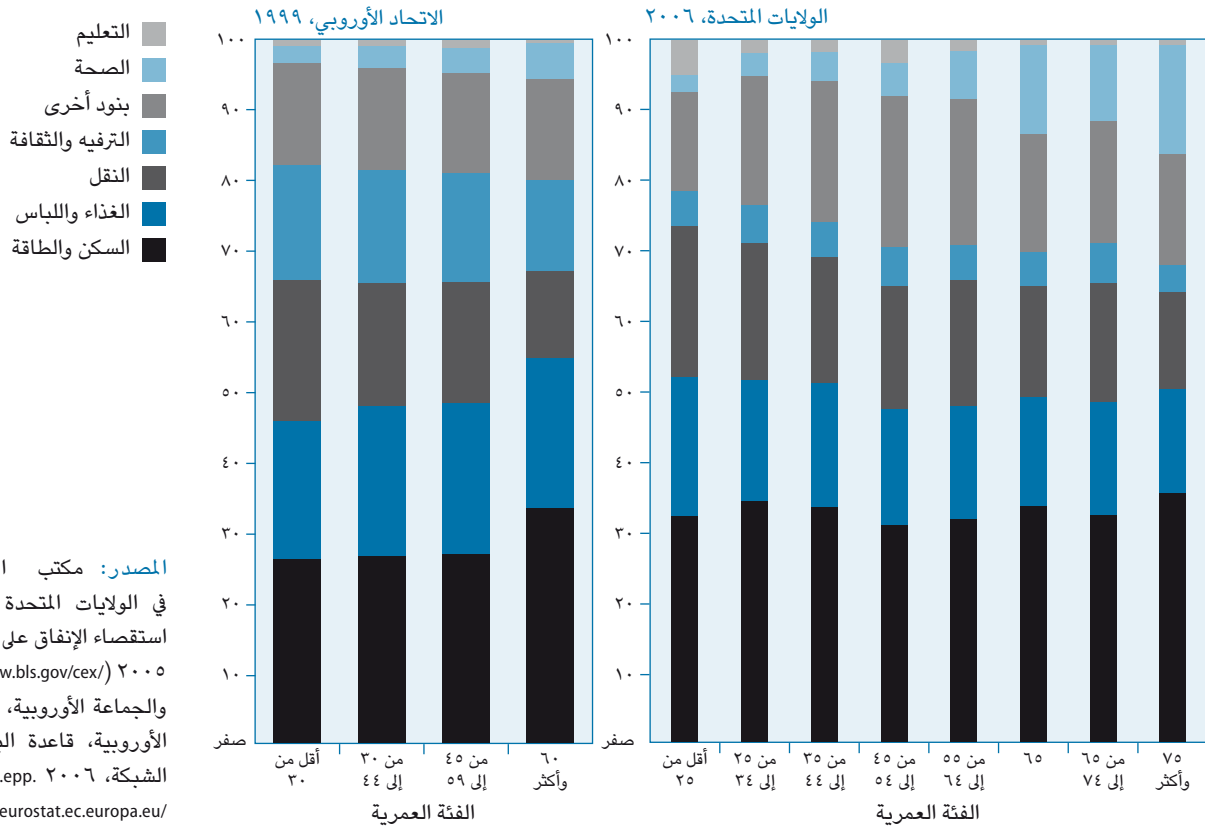
يمكن أن يتراجع الاستهلاك عند التقاعد بسبب الاستغناء عن المصاريف المتعلقة بالعمل وزيادة أوقات الفراغ

يغلب على كبار السن إنفاق جزء أكبر من دخلهم على الإسكان والخدمات الاجتماعية

التغيرات المرتبطة بالسن في أنماط الإنفاق تحدث تدريجياً وبنسبة متواضعة مقارنة بالاقتصاد في مجمله

الشكل رابعاً - ٧

هيكل الإنفاق على الاستهلاك حسب فئات العمر، الولايات المتحدة الأمريكية، ٢٠٠٦، والاتحاد الأوروبي، ١٩٩٩ (النسبة المئوية للإنفاق)



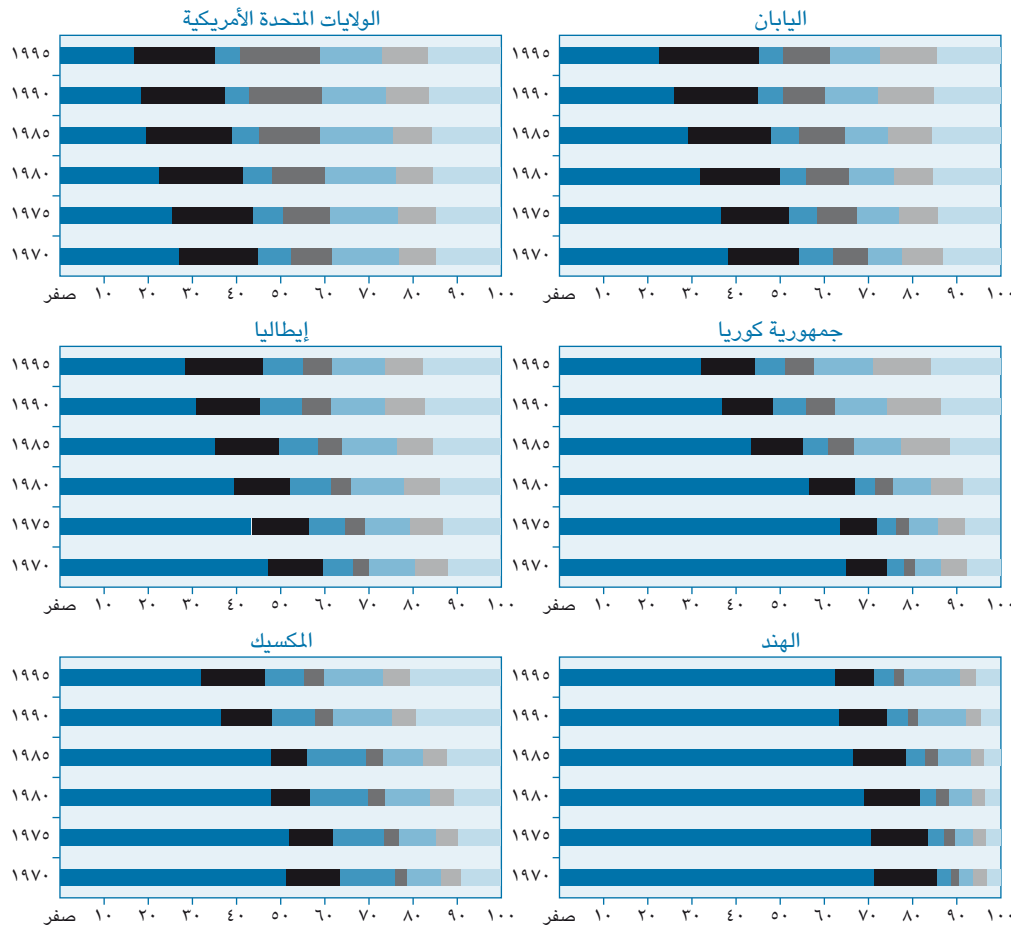
ذلك يعني أن زيادة المسنين تؤثر في هيكل الطلب، ليس بسبب العمر في حد ذاته (مع اختلاف الأذواق والحاجات) ولكن بسبب التغيرات في الدخل التي تحدث مع كبر السن. فانخفاض الدخل لدى عدد متزايد من كبار السن يؤدي إلى انخفاض معدلات الاستهلاك وإلى التحويل في نمط الاستهلاك نحو السلع الأساسية. ولذلك ينبغي عند عمل إسقاطات هيكل الطلب في المستقبل أن تؤخذ في الاعتبار (أو أن تستخدم افتراضات بشأن) التغيرات المحتملة في القوة الشرائية لكبار السن.

يظل الدخل هو أهم
العوامل التي تشكل
هيكل الطلب في
الاقتصاد ومستوياته

يلاحظ مما سبق أن الزيادة في الدخل الفردي هي أهم العوامل في تغير الاستهلاك الذي لوحظ في البلدان التي يشير إليها الشكل رابعاً - ٨. فمع ارتفاع الدخل الفردي يحدث تحول في الاستهلاك من السلع الأساسية في الملابس والطعام إلى الخدمات. والزيادة في حصة الإنفاق على الصحة واضحة بشكل خاص في الولايات المتحدة ربما لأن الزيادة في أسعار الرعاية الصحية أعلى منها في أسعار السلع والخدمات الأخرى (انظر الفصل السادس). وعلى أي حال فإن هيكل الطلب يتغير بسبب تغير الأذواق والأفضليات (ربما بمعزل عن السن) كما يتغير بسبب التغيرات في مستوى الدخل.

الشكل رابعاً - ٨

هيكل الاستهلاك المنزلي، في بلدان مختارة، ١٩٧٠، و١٩٧٥، و١٩٨٠، و١٩٨٥، و١٩٩٠، و١٩٩٥ (النسبة المئوية من الاستهلاك الكلي)



التقدم في السن وديناميات الادخار

قد يكون للتغيرات في الهيكل العمري للسكان آثار هامة على توليد المدخرات. وعلى أساس وصف سلوك الأفراد في نموذج دورة الحياة، يمكن الافتراض بأن معدلات الادخار تنخفض مع زيادة معدلات إعالة الأطفال. والبلدان التي يهيمن على هيكلها العمري الأشخاص في سن العمل قد تشهد معدلات نمو أعلى وربما معدلات ادخار أعلى لأن الأفراد يزيدون مدخراتهم تحسباً لما بعد التقاعد. وفي الوقت نفسه فإن الاقتصادات التي تتسم بزيادة معدل إعالة الأطفال قد تشهد انخفاضاً في معدلات الادخار (انظر الإطار رابعاً - ١).

ويبين الجدول رابعاً - ٣ بيانات عن مدخرات الأسر المعيشية كنسبة من الدخل القابل للإنفاق، ونسب إعالة كبار السن في عدد من البلدان المتقدمة. ويتبين من الجدول انخفاض معدلات الادخار الصافي للأسر المعيشية في معظم البلدان على مدى العقدين الماضيين. وفي الوقت نفسه فإن نسب إعالة كبار السن تزداد. ويتضح من ذلك أن التغيرات الديمغرافية قد يكون لها بالفعل آثار هامة على معدلات الادخار، على الأقل على المستوى التجميعي، ولكن هذا الأثر ليس واحداً في جميع البلدان.

البلدان التي تتسم بنسب
إعالة عالية لكبار السن
تشهد انخفاضاً
في المدخرات...

...ولكن أثر التقدم
في السن على معدلات
الادخار ليس واحداً في
جميع البلدان

ففي فرنسا على سبيل المثال ظلت معدلات الادخار للأسر المعيشية ثابتة نسبياً رغم نسب الإعالة العالية للكبار. أما في أستراليا، وعلى عكس ألمانيا، فلم تتغير نسب الإعالة لكبار السن تغيراً كبيراً ولكن معدلات ادخار الأسر المعيشية تراجعت بشدة أثناء الفترة ١٩٨٩ - ٢٠٠٧. والبلدان ذات أعلى نسب الإعالة (مثل اليابان وإيطاليا) ليس لديها أقل معدلات ادخار. بل إن معدلات الادخار هي أدنى ما تكون في أستراليا والولايات المتحدة مع أن نسب الإعالة المرتبطة بكبار السن هي أدنى منها في باقي البلدان في عام ٢٠٠٧. وفي عدد من البلدان (أستراليا وكندا وهولندا والولايات المتحدة) كان انخفاض معدلات الادخار للأسر المعيشية أسرع من الزيادة في نسب الإعالة لكبار السن.

التقدم في السن ليس
العامل الوحيد الذي يؤثر
في توليد المدخرات

وقد تعزى الاختلافات بين مختلف الاقتصادات إلى عوامل أخرى. فعلى سبيل المثال نجد أن الأسواق المالية المتطورة جداً والمقترنة بتخفيف القوانين المالية في الولايات المتحدة أتاحت للعناصر الاقتصادية، وقطاع الشركات والقطاع المنزلي، سهولة الوصول إلى أسواق رأس المال سواء كمستثمرين أو كمقترضين. وبسبب تخفيف القيود على القروض من جهة وإمكانيات الربح الرأسمالي من الأموال المستثمرة من جهة أخرى، تضعف العلاقة بين التقدم في العمر وسلوك المدخرات القائمة على أساس الأجر، التي تبدو في نموذج دورة الحياة.

وعلى سبيل المثال، نجد أن ارتفاع قيمة مجموع الثروة على أثر التقلبات في أسعار الأصول في أسواق رأس المال له أيضاً تأثير قوي على مدخرات الأسر المعيشية. ذلك أن التحركات الإيجابية في

الجدول رابعاً - ٣

معدل الادخار للأسر المعيشية ونسب إعالة كبار السن في بلدان مختارة من بلدان منظمة
التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي، ١٩٨٩، و١٩٩٥، و٢٠٠٠، و٢٠٠٣، و٢٠٠٧

	١٩٨٩	١٩٩٥	٢٠٠٠	٢٠٠٣	٢٠٠٧ ^أ
أستراليا	١٦,٤	١٧,٦	١٨,٣	١٨,٥	١٩,١
	٧,٩	٦,٧	٢,٨	٣,١ -	١,٢ -
كندا	١٦,٢	١٧,٩	١٨,٥	١٨,٦	١٩,٣
	١٣,٠	٩,٢	٤,٧	٢,٨	١,١
فرنسا	٢٠,٩	٢٣,٢	٢٤,٧	٢٤,٧	٢٥,٤
	٨,٨	١٢,٩	١٢,٠	١٢,٨	١١,٥
ألمانيا	٢١,٥	٢٢,٢	٢٣,٣	٢٥,٥	٢٩,٥
	١٢,٧	١١,٠	٩,٢	١٠,٣	١٠,٢
إيطاليا	٢١,٦	٢٣,٣	٢٦,٩	٢٨,٤	٣١,١
	٢٤,٥	١٩,٤	١٠,٤	١١,٥	١٠,٠
اليابان	١٦,٨	٢١,٠	٢٥,٢	٢٧,٦	٣١,٧
	١٣,٦	١١,٩	٨,٣	٤,٠	٢,٤
هولندا	١٨,٤	١٩,٤	٢٠,٠	٢٠,٦	٢١,٢
	١٥,٥	١٤,٦	٧,٠	٨,٥	٥,٥
المملكة المتحدة	٢٣,٩	٢٤,٣	٢٤,٦	٢٤,٤	٢٤,١
	٦,٧	١٠,٢	٥,١	٤,٩	٥,٦
الولايات المتحدة	١٨,٦	١٩,٢	١٩,٢	١٨,٦	١٨,٥
	٧,١	٤,٦	٢,٣	٢,١	٠,٥

المصدر: التوقعات العالمية
للسكان: قاعدة البيانات السكانية
المنقحة لعام ٢٠٠٦، على الشبكة
(<http://esa.un.org/unpp/>)؛
مؤشرات التنمية للبنك الدولي،
قاعدة بيانات ٢٠٠٥، والتوقعات
الاقتصادية لمنظمة التعاون
والتنمية في الميدان الاقتصادي،
العدد ٨٠، قاعدة بيانات على
الشبكة (<http://www.oecd.org/>)
<http://dataoecd/5/48/2483858.xls>.

ملاحظة: تعرف نسبة إعالة
كبار السن بأنها عدد الأشخاص
من سن ٦٥ فما فوق لكل ١٠٠
من السكان في فئة العمر ١٥ -
٦٤. ومعدلات المدخرات للأسر
المعيشية معبر عنها كنسبة مئوية
من دخل الأسرة المعيشية القابل
للإنفاق.

أ تنبؤات.

أسعار الأصول تؤدي إلى زيادة في القيمة الصافية مما يشجع الأفراد على الادخار بقدر أقل مما يحدث في غياب تلك التحركات، وهذا يعني زيادة في الاستهلاك ونقصاً في المدخرات عما كان يحدث لولا ذلك. وقد لوحظت هذه النتيجة بالنسبة لقطاع الأسر المعيشية في الولايات المتحدة حيث تراجعت مدخراته في أعقاب آثار الثروة التي نشأت عن المكاسب في سوق الأوراق المالية في منتصف التسعينات والمكاسب التي تحققت في وقت أقرب من الاستثمار في العقارات. والواقع أن الملاحظ أن التراجع في مدخرات الأفراد في الولايات المتحدة لا يمكن أن يعزى إلى التغيرات الديمغرافية لأن معدلات الادخار لجميع الفئات العمرية قد تراجعت (Deaton, 2005).

ومع أن التقدم في السن ليس العامل الوحيد الذي يؤثر في سلوك المدخرات، وأنه لا يمكن تحديد حجم أثر هذا العامل على المدخرات بشيء من الدقة، فإن التقدم في العمر وما ينشأ عنه من زيادة السكان المتقاعدين سوف يؤدي حتماً إلى زيادة عدد الأفراد غير النشطين اقتصادياً والذين لا بد من تأمين حاجاتهم الاستهلاكية. ومن ثم يمكن توقع تحويل حصة أكبر من دخل العمال اقتصادياً إلى أولئك من غير العمال اقتصادياً. وإذا لم يرتفع الدخل بسرعة كافية سيكون لذلك أثره على المدخرات (أو سيكون من الضروري إعادة التفاوض على توزيع الاستهلاك بين العمال والمتقاعدين أو أن يؤدي ذلك إلى نقص استهلاك كلتا الفئتين). وعلى سبيل المثال تشير حسابات إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية في الأمانة العامة للأمم المتحدة فيما يتعلق بالولايات المتحدة الأمريكية إلى أنه على أساس مستويات الاستهلاك الجارية وعدد السكان غير النشطين اقتصادياً ستزيد حصة الاستهلاك الكلي في الناتج المحلي الإجمالي من ٧١ في المائة في عام ٢٠٠٠ إلى ٧٥ في المائة في عام ٢٠٥٠. وهذه الزيادة هامة وإن كانت ليست هائلة، ولكنها تشير على أي حال إلى أن معدل مدخرات الأسر المعيشية قد يتناقص بنسبة ٤ في المائة بحلول عام ٢٠٥٠. ومن الطبيعي أن وجود عدد متزايد من المستهلكين النشطين اقتصادياً تختلف درجة تأثيره باختلاف البلدان. وتتوقف النتيجة على الديناميات الديمغرافية وكذلك على الاختلافات في مستويات الاستهلاك لمختلف الفئات العمرية، والمعدل المرغوب فيه لزيادة مستويات الاستهلاك ومعدل النمو في الناتج المحلي الإجمالي بصفة عامة^{١٢}.

الآثار على إجمالي المدخرات

ذكرنا فيما سبق أن الزيادة في عدد السكان المتقاعدين يمكن أن تؤثر في المدخرات خاصة في غياب نمو متسارع. ومن المتوقع أن الأحداث التي تجري في المناطق التي تتجه نحو الشيخوخة والتي تتكون أساساً من بلدان لها حضور مهيمن في الاقتصاد العالمي سيكون لها أثرها على الادخار الكلي والاستثمار في العالم (انظر الشكل رابعاً - ٩) ^{١٣}. وعلى المستوى العالمي نجد أن البلدان المتقدمة، والتي تتسارع فيها نسبة الشيخوخة، كانت تسهم بنحو ٦٣ في المائة من مجموع المدخرات في العالم وتوفر ٦٨ في المائة من مجموع

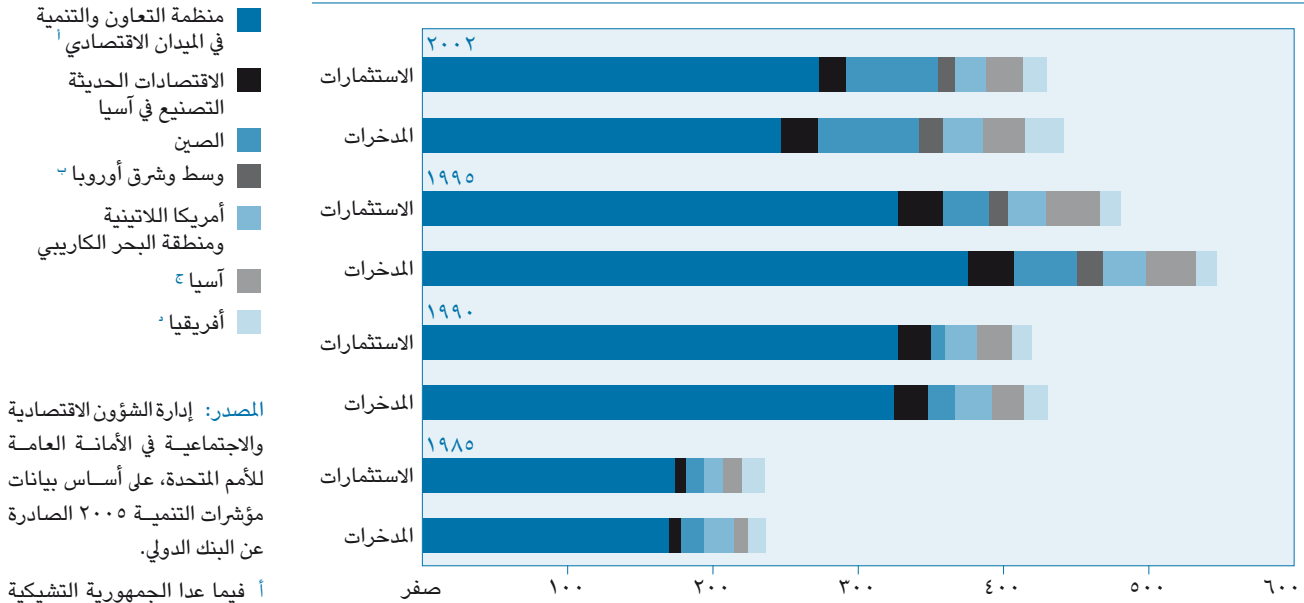
البلدان التي تزيد فيها نسبة الشيخوخة هي التي توفر أغلب المدخرات في العالم

^{١٢} من المفترض أن الناتج المحلي الإجمالي سوف ينمو بمعدل ٢ في المائة سنوياً في المتوسط أثناء الفترة ٢٠٠٠ - ٢٠٥٠. ويشمل الاستهلاك كلاً من الاستهلاك العام والخاص، ويقدر أنه سيزيد أيضاً بنسبة ٢ في المائة سنوياً على أساس الفرد، لكلتا الفئتين من السكان النشطين وغير النشطين اقتصادياً. وأخذت البيانات الخاصة لمستويات الاستهلاك لمختلف الفئات العمرية (تحت سن ١٥ - ١٥ إلى ٦٤ و ٦٥ فما فوق) لسنة ٢٠٠٠ من Lee and Mason (2007)، وأخذت بيانات السكان من شعبة السكان في إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية في الأمانة العامة للأمم المتحدة، توقعات السكان في العالم: قاعدة بيانات السكان المتقنة لعام ٢٠٠٤.

^{١٣} من وجهة النظر المحاسبية فإن الاستثمار يساوي المدخرات على المستوى العالمي، أما الاختلافات في بعض السنوات فترجع إلى أخطاء أو سهو ولأن بعض البلدان لم تدرج في تلك الممارسة.

الشكل رابعاً - ٩

المدخرات والاستثمارات العالمية للفرد حسب المجموعات الرئيسية من البلدان والمناطق، ١٩٨٥، و١٩٩٠، و١٩٩٥، و٢٠٠٢ (بالدولار بالأسعار الجارية)



المصدر: إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية في الأمانة العامة للأمم المتحدة، على أساس بيانات مؤشرات التنمية ٢٠٠٥ الصادرة عن البنك الدولي.

أ فيما عدا الجمهورية التشيكية وهنغاريا وجمهورية كوريا والمكسيك وبولندا وسلوفاكيا وتركيا.

ب بما في ذلك ألبانيا وبلغاريا والجمهورية التشيكية وهنغاريا وبولندا وسلوفاكيا.

ج بما فيها جميع الاقتصادات النامية في شرق آسيا ومنطقة المحيط الهادئ وجنوب آسيا، باستثناء الصين.

د بما فيها البلدان النامية في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى وشمال أفريقيا والشرق الأوسط.

مدخرات الأسر المعيشية

هي أحد مكونات

المدخرات المحلية

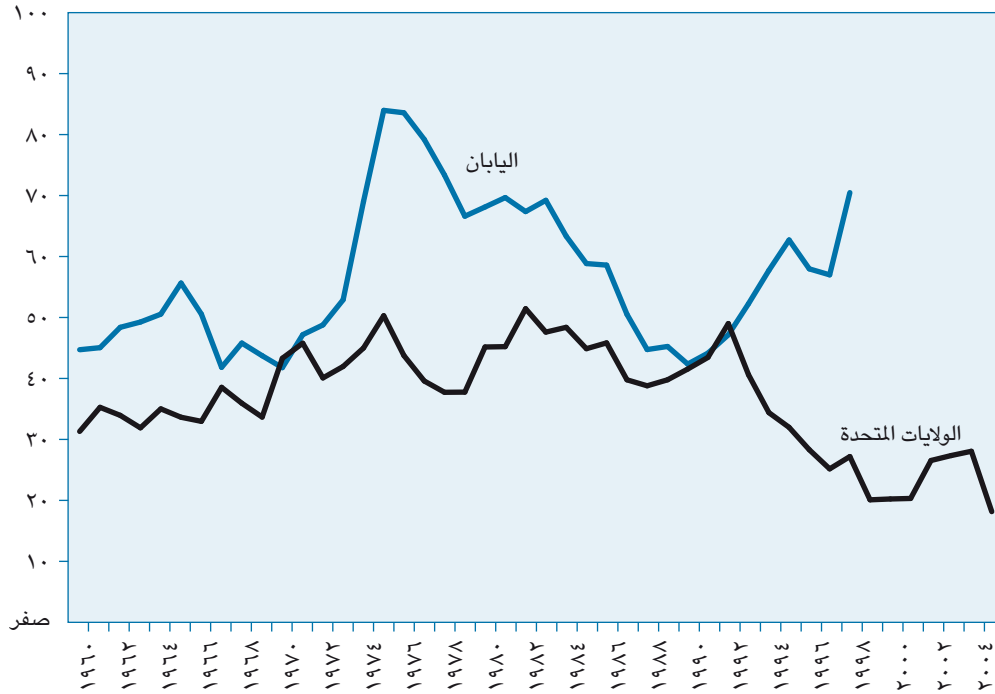
الاستثمارات في العالم في عام ٢٠٠٢. وهذه المجموعة من البلدان التي توفر أغلب المدخرات في العالم بدأت تدخل بالفعل في مرحلة سوف تزيد فيها نسبة إعالة كبار السن على مدى العقود التالية. وتعتبر الصين، والتي تسهم بنحو ١٦ في المائة من الاستثمار العالمي من اللاعبين الرئيسيين في توفير المدخرات العالمية، وهي بدورها تمر بمرحلة سريعة من الشيخوخة حيث من المتوقع أن ترتفع نسبة إعالة كبار السن فيها من ١٠ في عام ٢٠٠٠ إلى ٣٩ في عام ٢٠٥٠.

ويستنتج من وجود علاقة قوية بين المدخرات على المستوى العالمي ومدخرات مجموعة منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي أنه إذا كانت الشيخوخة عاملاً هاماً فيما يتعلق بتوليد المدخرات فإن المدخرات العالمية ستتناقص في المستقبل إذا لم يحدث تسريع للنمو في باقي أنحاء العالم. وقد يؤدي انخفاض المدخرات العالمية إلى انخفاض الموارد المتاحة لتمويل الاستثمار مما يخلق ضغوطاً على أسعار الفائدة، ولو أن تلك الأسعار تعتمد على تطور الطلب على الاستثمار على المستوى العالمي.

ومع أن من الممكن أن يؤثر العمر في مستوى المدخرات فإن هناك عوامل أخرى محدّدة غير المتغيرات الديمغرافية التي يقدمها نموذج دورة الحياة. فمن ناحية، ينطبق النموذج على المدخرات الأسرية أو المدخرات الفردية وحدها، في الوقت الذي يتولد فيه المستوى العام للمدخرات في الاقتصاد من قطاعي الشركات والحكومة أيضاً. ثم إن الأهمية النسبية للمدخرات الأسرية أو الشخصية في توليد المدخرات الوطنية تختلف من بلد إلى آخر، ومن وقت إلى آخر في أي بلد (انظر الشكل رابعاً - ١٠). ومن ثم فمن المهم توخي الحذر حين نتحدث عن الآثار الضخمة لاتجاهات الشيخوخة على أنماط الاستهلاك. ومن العوامل الأخرى التي تؤثر في سلوك الادخار والاستهلاك، وجود أسواق رأس المال وعمقها، والابتكار، ورفع التنظيم في المجال المالي، ووجود خطط إلزامية للمعاشات التقاعدية يمكن أن تؤثر في جهود الادخار الطوعي بأن تقلل من الحوافز على الادخار من أجل سنوات العمر المتقدم (انظر

الشكل رابعاً - ١٠

إجمالي مدخرات الأسر المعيشية كحصة من المدخرات الوطنية الإجمالية، اليابان والولايات المتحدة، ١٩٦٠ - ٢٠٠٥ (نسبة مئوية)



المصدر: وزارة التجارة في الولايات المتحدة، جداول حسابات الدخل القومي والنااتج (http://www.bea.gov/national/nipaweb/ Index.asp) الجدول ٥ - ١ بعنوان "الادخار والاستثمار" (تم الدخول إلى الموقع بتاريخ ٩ أيار/مايو ٢٠٠٧)؛ والمكتب الإحصائي ومعهد بحوث الإحصاء والتدريب باليابان، الحسابات القومية (http://www.stat.go.jp/english/data/chouki/03.htm)، الجدول ٣ - ٨ و ٣ - ١١ د (تم الدخول إلى الموقع في ٩ أيار/مايو ٢٠٠٧).

الفصل الخامس)، ووجود الهبات التي يمكن أن تساند جهود الادخار في السن المتقدم، والتغيرات في مستويات الدخل، والأداء الاقتصادي بشكل عام، وكذلك السمات الثقافية والإطار المؤسسي القائم. ويختلف السلوك الفردي كذلك، وقد لا يتفق بالضرورة مع افتراضات نموذج دورة الحياة. فبعض الأفراد يولون أهمية أكبر للحفاظ على الميراث المتروك لأسرهم ومن ثم يواصلون الادخار بعد التقاعد. وهناك آخرون قد يختارون استخدام مدخراتهم في وقت مبكر بعد التقاعد لكي يستمتعوا بحياتهم بشكل كامل طالما هم في صحة جيدة، وقد يفضل أناس آخرون توزيع مدخراتهم على فترة أطول. كذلك يمكن لسلوك الأقران وللتغيرات الثقافية أن تؤثر في الأفراد مما ينتج عنه سلوك ادخاري يختلف عما تنبئ به النظريات. ولذلك تحتاج النظريات التي تقول بأن الناس يدخرون أثناء فترة عملهم وينفقون من ادخاراتهم أثناء فترة تقاعدهم (مما يعني معدلات ادخار عالية في الاقتصادات التي يشكل فيها الأفراد في سن العمل أغلبية في الهيكل العمري للسكان ومعدلات ادخار منخفضة أو سلبية في البلدان التي تسود فيها الشيخوخة) تحتاج إلى إعادة نظر في ضوء السياق الاقتصادي والمؤسسي للبلد المعني.

ومن وجهة النظر المحاسبية كما تنطبق على الاقتصاد المغلق، فإن المستوى الكلي للادخار يجب أن يساوي الاستثمار، وكما يتضح من الشكل رابعاً - ٩، فإن الاستثمارات للفرد تتناقص بتناقص المدخرات. على أنه لم يثبت وجود علاقة سببية بشكل لا لبس فيه بين هذين المجموعين. فليس من الواضح ما إذا كانت المدخرات تدفع الاستثمار وبالتالي النمو. وتشير الدلائل التجريبية من البلدان النامية، على سبيل المثال، إلى أن زيادة المدخرات هي في الغالب نتيجة سرعة النمو، أي أن النمو الاقتصادي هو الذي يدفع مستويات المدخرات.

السلوك الفردي قد لا يتفق مع الافتراضات الواردة في نموذج دورة الحياة

لم يثبت وجود علاقة سببية بين الادخار والاستثمار

والواقع أن معظم البلدان النامية "لم تشهد زيادة واضحة في معدلات الادخار المحلي والاستثمار إلا بعد فترة من الوقت تكون قد شهدت خلالها سرعة في النمو" (الأمم المتحدة ٢٠٠٥ د، نظرة عامة، الصفحة ٥). وهذه الطفرات في النمو تعود إلى مجموعة من العوامل الخارجية والمحلية، بما في ذلك تدخلات السياسة العامة على نحو ثابت وموثوق به. وهكذا فإن استثمار رأس المال يدعم النمو ويزيد من الإنتاجية. وفي كثير من البلدان النامية تم تمويل معظم تكوين رأس المال من المدخرات المحلية، وفي هذا الصدد ينبغي إعادة النظر في القيود المفروضة في بعض تلك البلدان على حشد المدخرات المحلية.

كذلك ليس من الواضح أن النقص في القوة العاملة يقود بالضرورة إلى انخفاض الطلب على الاستثمار في البلدان التي تشهد شيخوخة متنامية. وقد لاحظنا من قبل أن نقص العرض من القوى العاملة وتغير هيكل الطلب الكلي يمكن أن يؤدي إلى ضغوط على الأجور في البلدان ذات الشيخوخة المرتفعة، مما يدفع أصحاب الأعمال إلى توجيه جهودهم نحو الاستثمار المكثف في التكنولوجيا قليلة العمالة ولا يلجأون إلى خفض الاستثمار بسبب النقص في معروض القوى العاملة أو زيادة تكلفة العمالة. ومن العوامل الأخرى الهامة التي تؤثر في الطلب على الاستثمار سرعة التغير التكنولوجي وأثره على الإنتاجية وما يترتب عليه من تقادم المعدات الموجودة. وعلاوة على ذلك ففي عالم اليوم الذي يزداد ترابطاً، فإن الاستثمارات لا تستجيب إلى فرص الأسواق المحلية وحدها ولكنها تستجيب أيضاً إلى الفرص في السوق العالمية. وبناءً عليه فإن الطريقة التي تتفاعل بها الاستثمارات مع التغير في حجم القوة العاملة وتكلفتها ومع التغيرات المتوقعة في مستوى الطلب وهيكله، وكذلك مع التغيرات التكنولوجية الضرورية اللازمة للتدخلات التي تتيح زيادة الإنتاجية، كل ذلك من العوامل الحاسمة في تحديد النمو في المستقبل واستدامته.

الشيخوخة وهيكل الأسواق المالية واستقرارها

ليس من الواضح بشكل محدد ما إذا كانت المدخرات العالمية والوطنية ستتناقص بالفعل في المستقبل نتيجة لشيخوخة السكان، ومع ذلك فإن آثارها على الأسواق المالية بدأت فعلاً في الظهور. إذ تتجه مبالغ متزايدة من مدخرات الأسر المعيشية نحو صناديق المعاشات التقاعدية وغيرها من خطط الاستثمار المالية من أجل التقاعد. ذلك أن التغيرات الديمغرافية وزيادة تعقيد الأدوات المالية والتغيرات في الترتيبات المؤسسية في كثير من البلدان، كل ذلك أدى إلى مزيد من الحضور لصناديق المعاشات التقاعدية والصناديق التعاونية في الأسواق المالية، مما سيكون له انعكاساته الهامة.

وكان من أثر الحضور القوي للمستثمرين المؤسسيين في الاقتصادات المتقدمة والمعدل السريع لنموها في كثير من الاقتصادات النامية أن حدثت تحولات في هيكل النظم المالية في جميع أنحاء العالم. وفي الاقتصادات المتقدمة في الفترة من عام ١٩٩٠ إلى نهاية عام ٢٠٠٣ ارتفعت الأصول التي يديرها المستثمرون المؤسسيون^{١٤} من ١٤ تريليون دولار إلى ٤٧ تريليون دولار، ومن ٧٨ إلى ١٦٠ في المائة من مجموع الناتج المحلي الإجمالي لتلك البلدان. وقد شهدت المجموعات المؤسسية الثلاث جميعاً (شركات التأمين وصناديق المعاشات التقاعدية والشركات الاستثمارية) التي تودع لديها الأسر المعيشية للادخار

المؤسسات الاستثمارية
تحدث تحولاً في هيكل
النظم المالية

^{١٤} المستثمرون المؤسسيون هم شركات التأمين وصناديق المعاشات التقاعدية والشركات الاستثمارية والصناديق الوقائية المالية وشركات الاستثمار في العقارات، والشركات الخاصة والصناديق الرأسمالية للمشاريع. وتشمل الشركات الاستثمارية شركات الاستثمار المقلدة والمدارة والصناديق الائتمانية وصناديق الاستثمار بالوحدة.

من أجل المعاش التقاعدي، نمواً قوياً أثناء تلك الفترة (انظر الجدول رابعاً - ٤) وقد شهد عدد من الاقتصادات النامية طفرة مماثلة في وجود المستثمرين المؤسسيين. وتأتي شيلي على رأس القائمة حيث كان مجموع أصول صناديق المعاشات التقاعدية يساوي ٦٥ في المائة من الناتج المحلي الإجمالي في ٢٠٠٤، وتليها سنغافورة (٦٣ في المائة) ومنظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي، (٢٠٠٥).

وتختلف العوامل التي حفزت على هذا التحول نحو المستثمرين المؤسسيين باختلاف البلدان، ولكن الخيط المشترك بينها هو التركيز على تمويل المعاشات التقاعدية ونظم التقاعد من خلال القطاع الخاص بعد أن تعرضت المعاشات التقاعدية الممولة من الحكومة إلى ضغوط كبيرة (انظر الفصل الخامس). والواقع أن الاقتصادات الناشئة التي أنشأت نظماً ممولة بالكامل، شهدت ارتفاعاً في الأصول التي تديرها صناديق المعاشات التقاعدية الخاصة من ٦,٣ في المائة من ناتجها المحلي الإجمالي في ١٩٩٢ إلى ٢٠,٣ في المائة في ٢٠٠٢ مما يشير إلى تحول المدخرات إلى تلك القنوات، بما يؤدي إلى تحول في أنظمتها المالية بالسرعة والفعالية نفسها التي تمت بها في الاقتصادات المتقدمة. إلا أنه توجد عوامل أخرى أسهمت في هذه النتيجة: وهي زيادة الثروة، والحوافز الضريبية، وفرص تنويع الأصول، وزيادة السيولة، وتحسن الإنتاجية نتيجة التقدمات التكنولوجية، والتحرر المالي، والابتكار الخاص بالمنتجات (Davis, 2003).

كانت خصخصة النظم
التقاعدية عاملاً أدى
إلى التحول نحو
المستثمرين المؤسسيين

المستثمرون المؤسسيون: دورهم في تحويل الأسواق المالية

لقد كان لزيادة دور المستثمرين المؤسسيين باعتبارهم المديرين الرئيسيين لمدخرات الأسر المعيشية أثر محمود على التنمية المالية والنمو الاقتصادي لما أضافته من عوامل خارجية إيجابية. فقد أدى ظهور المستثمرين

أسهم المستثمرون
المؤسسيون في تعميق
وتنمية الأسواق المالية

الجدول رابعاً - ٤

الأصول التي يديرها المستثمرون المؤسسيون في البلدان المتقدمة، ١٩٩٠ - ٢٠٠٤

٢٠٠٤	٢٠٠٣	٢٠٠٢	٢٠٠١	٢٠٠٠	١٩٩٥	١٩٩٠
تريليون دولار						
••	٤٦,٨	٣٦,٢	٣٩,٤	٣٩,٠	٢٣,٥	١٣,٨
المستثمرون المؤسسيون						
١٤,٥	١٣,٥	١٠,٢	١١,٥	١٠,١	٩,١	٤,٩
شركات التأمين						
١٥,٣	١٥,٠	١١,٤	١٢,٧	١٣,٥	٦,٧	٣,٨
صناديق المعاشات التقاعدية						
١٦,٢	١٤,٠	١١,٣	١١,٧	١١,٩	٥,٥	٢,٦
الشركات الاستثمارية						
٠,٩	٠,٨	٠,٦	٠,٦	٠,٤	٠,١	٠,٠
الصناديق التعاونية						
••	٣,٤	٢,٧	٣,٠	٣,١	٢,٢	٢,٤
مؤسسات أخرى						
كنسبة من الناتج المحلي الإجمالي						
••	١٥٧,٢	١٣٦,٤	١٥٥,٣	١٥٢,١	٩٧,٨	٧٧,٦
المستثمرون المؤسسيون						
٤٤,٠	٤٥,٤	٣٨,٤	٤٥,٣	٣٩,٤	٣٧,٨	٢٧,٨
شركات التأمين						
٤٦,٤	٥٠,٤	٤٢,٩	٥٠,١	٥٢,٦	٢٧,٨	٢١,٢
صناديق المعاشات التقاعدية						
٤٩,٠	٤٧,٢	٤٢,٧	٤٥,٩	٤٦,٣	٢٢,٧	١٤,٨
الشركات الاستثمارية						
٢,٨	٢,٧	٢,٢	٢,٢	١,٦	٠,٤	٠,١
الصناديق التعاونية						
••	١١,٥	١٠,١	١١,٧	١٢,٤	٩,١	١٣,٦
مؤسسات أخرى						

المصدر: صندوق النقد الدولي
(٢٠٠٥)، الفصل الثالث، الصفحة
٦٧، الجدول ٣ - ١.

ملاحظة: قد تتضمن البيانات
عدداً مكرراً للأصول المملوكة
لصناديق المعاشات التقاعدية ذات
الاشتراكات والتي تديرها الشركات
الاستثمارية. وتشمل الشركات
الاستثمارية شركات الاستثمار
المقفلة والمدارة، وصناديق الائتمان
وصناديق الاستثمار بالوحدة.
ومن المستثمرين المؤسسيين
الآخرين: صناديق الاستثمار في
العقارات وشركات العقارات
الخاصة وصناديق الاستثمار في
المشاريع. والناتج المحلي الإجمالي
هو لمجموع بلدان منظمة التعاون
والتنمية في الميدان الاقتصادي.

المؤسسين وزيادة العروض من السيولة المالية إلى إحداث تحول حقيقي في الأسواق المالية باتجاه زيادة رقي الآليات المالية وظهور طائفة واسعة من الآليات المتاحة في الأسواق، مما أسهم بدوره في زيادة تعميق الأسواق المالية وزيادة الابتكار فيها في البلدان المتقدمة، وإلى دعم التنمية المالية في اقتصادات السوق الجديدة. وفي حالة الولايات المتحدة الأمريكية على سبيل المثال أسهمت صناديق المعاشات التقاعدية والصناديق التعاونية في زيادة هائلة في أصول شركات الإسكان التي ترعاها الحكومة مثل فاني ماي وفريدي ماك (Fannie Mae) و (Freddie Mac)، وتجمعات الرهن العقاري المتصلة بالحكومة الفيدرالية، إضافة إلى مجموعة مُصدري الأوراق المالية المعتمدة على أصول مالية التي تضم الشركاء المالكين لشركات صناعة السيارات ومصدري بطاقات الائتمان وشركات الرهن العقاري الخاصة وغير ذلك من مؤسسات الإقراض غير المرتبطة بالمصارف (D'Arista, 2006). وفي الأسواق الناشئة الجديدة اقترن ظهور صناديق المعاشات التقاعدية بزيادة رسملة أسواق رأس المال وإلى نشوء أسواق السندات الخاصة بالشركات والتوسع في القروض بسبب الطبيعة الطويلة الأجل لاستثمارات صناديق المعاشات التقاعدية وزيادة التمويل على المدى الطويل. وفي الوقت نفسه فإن زيادة العروض من السيولة بسبب استثمارات صناديق المعاشات التقاعدية يمكن أن تسهم أيضاً في استقرار الأسواق المالية لأنها توفر طبقة حماية من الصدمات المحتملة (Davis, 2005).

يحتاج الأمر إلى تحديث
الأطر التنظيمية والمالية
نظراً لزيادة مخاطر عدم
الاستقرار المالي

ومن ناحية أخرى فإن التحوّل نحو المستثمرين المؤسسيين وخطط المعاشات التقاعدية الممولة بالكامل (انظر الفصل الخامس) على مدى العقود الثلاثة الماضية أتاح ظهور قنوات جديدة للادخار مع عدم الانتباه إلى ضرورة تحديث الأطر المالية والتنظيمية التي تقوم على أساس المصارف، والتي ظلت تحكم النظم المالية الوطنية. ويلاحظ أولاً أن زيادة حضور المستثمرين المؤسسيين قد أدت إلى زيادة المنافسة مع قطاع المصارف، ونتيجة لذلك اضطرت المصارف إلى التحوّل نحو قبول المزيد من المخاطر حيث بدأت تقوم بمعاملات ذات أخطار كبيرة من أجل الحفاظ على العمليات والأرباح وتوسيعها. وبالإضافة إلى ذلك أخذت المصارف تدريجياً (خاصة التي مقرها الولايات المتحدة الأمريكية) في الاعتماد على الالتزامات غير الإيداعية للتمويل مع انتقال المدخرات من المصارف إلى المستثمرين المؤسسيين. وقد أدت هذه التطورات إلى تفتين الروابط بين مختلف القطاعات المالية مما يزيد من الاحتمال بأن المشاكل التي تواجه إحدى مجموعات المؤسسات يمكن أن تؤثر في غيرها، ويمكن أن يؤدي ذلك إلى عدم استقرار تلك النظم.

السلطات المالية
أخذت تفقد جزءاً
كبيراً من تأثيرها على
عروض الائتمان

وثانياً أخذت السلطات المالية (على الأقل في الولايات المتحدة الأمريكية) تفقد جزءاً كبيراً من نفوذها فيما يتعلق بعروض الائتمان حيث أدت زيادة قوة المستثمرين المؤسسيين في الأسواق إلى تحول في الأسواق المالية من نظام يقوم على أساس المصارف إلى نظام يقوم على أساس السوق^{١٥}، ومن شأن ذلك أن يسهم في زيادة التقلبات الدورية في الأسواق المالية (D'Arista, 2006). وهناك تفسيران رئيسيان لزيادة التذبذبات الدورية: أولهما أن المستثمرين المؤسسيين ليسوا خاضعين للضوابط المالية الكمية التي تقرها المصارف المركزية، مثل متطلبات الاحتياطي والسيولة، مما يجعل من الصعب على السلطة النقدية أن تضع سياسات لمقاومة التذبذبات الدورية. ثم إن المستثمرين المؤسسيين يتصرفون في أحيان كثيرة باعتبارهم أسواقاً ثانوية سواء على الصعيد الوطني أو الصعيد الدولي مما يعقد المشكلة. فهذا يعني أن

^{١٥} في النظام الذي يقوم على أساس المصارف تهيمن المصارف على توزيع الائتمان والوساطة المالية، أما في النظم التي تقوم على أساس السوق فإنها تشترك في هذه الأدوار مع الأسواق المالية التي تقدم الائتمانات من خلال الاتجار في الأسهم والسندات.

السلطة النقدية قد فقدت جزءاً كبيراً من قدرتها على التدخل والتحكم في التدفقات بالأدوات النقدية القائمة. وثاني التفسيرات هو أن تحول مدخرات الأسر المعيشية نحو أدوات الائتمان في السوق مثل السندات وأسهم الشركات يؤدي إلى حدوث تأثير دوري للثروة على ميزانيات الأسر المعيشية: فحين ترتفع الأسهم ترتفع معها أسعار الأصول مما يؤدي إلى طفرة في الإنفاق بينما يحدث العكس في فترات تراجع السوق، فقد تنخفض أسعار الأصول مما يؤدي إلى تراجع الاستهلاك وهو ما يؤدي إلى زيادة أثر التآرجح في دورات الأعمال.

واستجابة إلى هذه التطورات اقترح مصرف التسويات الدولي إطاراً للتثبيت على المستوى الاقتصادي الكلي يهدف إلى قيام السلطات النقدية ببعض السيطرة التي يجب أن تقوم بها، خاصة فيما يتعلق بالزيادة الكبيرة في الائتمان. إلا أن هذا الإطار يستبعد وظائف هامة من وظائف السياسة النقدية، ونعني بها الوظائف المتصلة باستهداف الجهات المالية غير المصرفية مثل المستثمرين المؤسسيين الذين انتقلت إليهم معظم السيطرة على الأسواق.

وأخيراً فمع زيادة تحرير الأدوات المالية في مختلف أنحاء العالم قد يكون لتركيز رأس المال في أيدي المستثمرين المؤسسيين آثار أخرى على توزيع تدفقات رأس المال الدولية (انظر الإطار رابعاً - ٢). وعلى وجه الخصوص يثير دور المستثمرين المؤسسيين في الإسهام في عدم استقرار تدفقات رأس المال وزيادة إمكانية المخاطر الدورية أسئلة حول استقرار النظام المالي العالمي والروابط التي تربط بين المؤسسات المالية والأسواق في مختلف أنحاء العالم. ويحتاج الأمر إلى إصلاحات تضمن حماية الأسواق المالية الدولية من تقلبات تدفقات رأس المال. ولما كان معظم تدفقات رأس المال إلى الداخل، خاصة إلى الاقتصادات النامية، موجهاً إلى الأسواق الثانوية، فإنها غالباً ما تؤدي إلى زيادة التقلبات لا إلى التوسع الاقتصادي المطرد، بينما تؤدي التدفقات إلى الخارج إلى أزمات فيما يتعلق بالعملة والمالية. ويمكن إدخال ضوابط مالية تخفف من أثر التآرجح الدوري المرتبط بتدفقات رأس المال، وخاصة تدفقات الحوافظ، إلى البلدان النامية، بما يساهم في استقرار الاقتصاد الكلي في تلك البلدان (Ocampo, 2005، الأمم المتحدة، ٢٠٠٦ أ).

يحتاج الأمر إلى إطار تثبيت على نطاق الاقتصاد الكلي

استنتاجات

مع زيادة شيخوخة السكان سيتناقص حجم السكان في سن العمل وستزيد أعمار القوة العاملة. ويصدق هذا بوجه خاص على البلدان ذات الخصوبة المنخفضة، ومعظمها من البلدان المتقدمة. وفي المقابل فإن البلدان ذات معدلات الخصوبة المرتفعة (وهي أساساً بلدان منخفضة الدخل) ستظل تشهد نمواً كبيراً في القوة العاملة حتى عام ٢٠٥٠، وهذا قد يتيح لها نافذة من الفرص للإسراع في النمو الاقتصادي.

إلا أن شيخوخة السكان يمكن أن تكون عبئاً على النمو الاقتصادي ما لم يتم التحكم في نمو القوة العاملة أو بذل جهود مضاعفة لزيادة إنتاجية العمالة. وفي معظم السياقات يكون من الضروري زيادة الإنتاجية العمالية استكمالاً للتدابير التي تساهم في تعويض النقص في القوة العاملة.

وقد اقترحت تدابير مختلفة للتقليل من آثار زيادة معدلات الإعالة، ومنها الهجرة الدولية ونقل عمليات الإنتاج إلى الخارج لكي تتم في بلاد العمال أنفسهم، وزيادة معدلات المساهمة في القوة العاملة.

الإطار رابعاً - ٢

صناديق المعاشات التقاعدية: تدفقات رؤوس الأموال الدولية والتحيز للبلد الأم

كان من أثر شيخوخة السكان والحاجة إلى ادخار موارد من أجل التقاعد، إضافة إلى التغيرات في الترتيبات المؤسسية، أن زاد نمو الأصول التي تديرها صناديق المعاشات التقاعدية في كل من البلدان النامية والبلدان المتقدمة زيادة كبيرة. وتتوقف الآثار المحتملة لهذه التطورات على حجم تدفقات رأس المال الدولية واتجاهاتها وعلى استراتيجيات الاستثمار التي تتبعها الصناديق وعلى النظم والممارسات الموجودة في كل بلد.

وتقوم صناديق المعاشات التقاعدية باستثمار الاشتراكات التي تجمعها من أصحاب العمل والمستفيدين لكي توفر للمتقاعدين استحقاقاتهم في المستقبل. وفي الحدود التي لا يوجد فيها ترابط قوي بين الأسواق المالية العالمية يمكن أن يؤدي تنوع الحافظة الدولية إلى تقليل المخاطر وأن يتيح المجال أمام مزيد من الاستثمارات المربحة بإتاحة فرص الاستثمار في الصناعات والأنشطة الاقتصادية وكذلك في طائفة واسعة من الأدوات المالية التي قد لا توجد في الأسواق المحلية، كما يمكن أن توفر منفذاً للبلدان ذات الأسواق المالية الصغيرة قياساً بحجم مدخرات المعاشات التقاعدية، وبذلك تساعد على تلافي ظهور فقاعات في السوق.

وعلى الرغم من كل ذلك فإن صناديق المعاشات التقاعدية سواءً في البلدان النامية أو البلدان المتقدمة لديها ميل واضح نحو اختيار الأصول المحلية أكثر من الأجنبية. ويشار إلى هذا الاتجاه عادة بالتحيز للبلد الأم. وطبقاً لبيانات صندوق النقد الدولي (٢٠٠٥) كانت استثمارات صناديق المعاشات التقاعدية في ٢٠٠٣ في الاقتصادات الخمسة الكبيرة الأعضاء في منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي (وهي فرنسا وألمانيا واليابان والمملكة المتحدة والولايات المتحدة) تستثمر في مجموعها ١٤ في المائة من حوافظها في الأصول الأجنبية (٥ في المائة في الأسهم الأجنبية و٩ في المائة في السندات الأجنبية). وتميل صناديق المعاشات التقاعدية في البلدان النامية أيضاً إلى الاستثمار بشكل رئيسي في الأصول المحلية (انظر الجدول ١). ثم إن توزيع الحوافظ يبدو أنه يرتبط بالبلد، فنجد المستثمرين المؤسسيين العمال في البلدان النامية وفي البلدان الأوروبية يميلون إلى المحافظة في استثمارهم، إما بسبب عدم نضج النظم المالية نسبياً وإما بسبب وجود دولة تولي اهتماماً كبيراً للبرامج الاجتماعية، كما يتبين من توزيع الأموال في الأسهم العامة وأسهم الشركات أو صناديق التوفير. أما في كندا وهولندا والمملكة المتحدة والولايات المتحدة فيبدو أن النمط السائد للأصول المالية الذي تفضله صناديق المعاشات التقاعدية هو الاستثمار في العقارات والصناديق التعاونية (منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي، ٢٠٠٥).

كذلك يمكن أن يكون التحيز للوطن بدافع سياسات تنظيمية. فقد وضعت بلدان كثيرة قوانين استثمار صارمة، وفرضت قيوداً محكمة على حيازة الأسهم والسندات الأجنبية، تلافياً لسوء توافقات العملة. وكثيراً ما تفرض بعض البلدان قيوداً على الاعتمادات الأجنبية أو لا تسمح بها إطلاقاً. وعلى سبيل المثال، نجد أن السقف الحالي لاعتماد الأصول الأجنبية هو ٥ في المائة في بلغاريا و ١٠ في المائة في الأرجنتين وكولومبيا وبيرو. أما في الجمهورية الدومينيكية وأوروغواي فلا يسمح لصناديق المعاشات التقاعدية بأن تستثمر في الخارج بينما رفع في المكسيك قيد من هذا القبيل اعتباراً من تشرين

الإطار رابعاً - ٢

صناديق المعاشات التقاعدية: تدفقات رؤوس الأموال الدولية والتحيز للبلد الأم (يتبع)

الأول/أكتوبر ٢٠٠٥. وتتطور هذه القيود بمرور الوقت. ففي حالة شيلي لم يكن يسمح بالاستثمار في الخارج من حيث المبدأ ثم سمح به تدريجياً. وفي عام ٢٠٠٥، كانت نسبة ٣٠ في المائة من الصناديق التي تديرها المعاشات التقاعدية الشيلية تستثمر في الخارج، مما أسهم مع ذلك في زيادة دورية تدفقات رأس المال لصالحها.

الجدول ١

توزيع الحوافظ التي تمتلكها صناديق المعاشات التقاعدية كحصة من مجموع الاستثمار، في بلدان مختارة في أمريكا اللاتينية وأوروبا، ٢٠٠٥ (نسبة مئوية)

القطاع العام	قطاع الشركات	القطاع المالي	القطاع الأجنبي	أصول أخرى	
أمريكا اللاتينية					
٥٥,٧	١٣,٠	١٩,٨	١٠,١	١,٤	الأرجنتين
٨٤,٥	٤,٠	٩,٠	٠,٠	٢,٥	أوروغواي ^أ
٧٥,٨	١١,٥	٨,٧	٢,٥	١,٥	بوليفيا
٢١,٠	٥٢,٢	١٨,٨	٨,٠	٠,٠	بيرو
٧٧,٧	٠,٣	١٥,٢	٦,٨	٠,٠	السلفادور
١٥,٠	٢٣,٨	٢٩,٨	٣١,٢	٠,٢	شيلي
٧٤,٥	٢,٧	١٨,٩	٣,٩	٠,٠	كوستاريكا
٤٧,٣	١٩,٤	١٨,٨	١٤,٥	٠,٠	كولومبيا
٧٣,٩	١٢,٠	٢,٠	٨,١	٤,٠	المكسيك
أوروبا					
٤٣,٦	٢٦,٤	٣٠,٠	٠,٠	٠,٠	بلغاريا
٦٢,٠	٣٢,٠	٢,٨	١,٧	١,٥	بولندا

المصدر: الاتحاد الدولي لمديري الصناديق التقاعدية.

أ لا يسمح لصناديق المعاشات التقاعدية بالاستثمار في الأصول الأجنبية.

كما أصبحت القيود شائعة بين البلدان المتقدمة. فقد أعلنت حكومة النرويج مؤخراً أن صندوق المعاشات التقاعدية الحكومي سوف يزداد تعرضه للأسهم العالمية من نسبته الحالية وهي ٤٠ في المائة إلى ٦٠ في المائة (الفاينانشيال تايمز، ١٤ - ١٥ نيسان/أبريل ٢٠٠٧، الصفحة ٤). وقوانين الضريبة المفروضة على الصناديق الكندية تحد من الاستثمارات الأجنبية إلى نسبة ٣٠ في المائة من محفظتها. وفي هولندا والمملكة المتحدة والولايات المتحدة تخضع صناديق المعاشات التقاعدية ببساطة إلى قاعدة "الرجل الحكيم"، التي تقتضي أن يتخذ مديرو صناديق المعاشات التقاعدية قرارات الاستثمار الرشيدة على أساس ما يعتقد أنه أفضل ممارسة بين المؤسسات المستثمرة الأخرى. وتعتبر الجهات التنظيمية أن هذه القيود على الاستثمار ضرورية لمنع صناديق المعاشات التقاعدية من التعرض لمخاطر كبيرة، ومن ثم فهي تحمي حقوق أصحاب المعاشات واستحقاقاتهم في المستقبل. وفي كثير من الحالات تفرض القيود على أساس أهداف تتصل بالاقتصاد الكلي مثل تنمية الأسواق المالية المحلية أو المحافظة على الموارد النادرة من

الإطار رابعاً - ٢

صناديق المعاشات التقاعدية: تدفقات رؤوس الأموال الدولية والتحفيز للبلد الأم (يتبع)

الاقتصاد المحلي أو منع المضاربات على العملة أو تسهيل تمويل إصلاحات نُظُم المعاشات (وهي أمور يتناولها الفصل الخامس). وفي البلدان النامية غالباً ما يكون السبب في فرض قيود على الاستثمار هو منع المضاربة في العملة المحلية والتذبذب الدوري في أسعار الصرف.

ومع ذلك فإن القواعد المفروضة على توزيع الاستثمارات لا تفسر بشكل كامل تلك الحصة الصغيرة من الأصول الأجنبية في حوافز صناديق المعاشات التقاعدية. ويتبين من الجدول ٢ أن حصة الأصول الأجنبية في صناديق المعاشات التقاعدية في كثير من البلدان التي تضع قيوداً على استثمارات الأصول الدولية هي في المتوسط أدنى من الحد الأقصى المسموح به.

الجدول ٢

حدود الاستثمارات الأجنبية المسموح بها لصناديق المعاشات التقاعدية والاستثمارات الفعلية، لبلدان مختارة من البلدان المتقدمة والنامية (نسبة مئوية)

حصة الأصول الأجنبية		
الحد الأقصى	الاستثمار الفعلي	
		البلدان المتقدمة، ٢٠٠٢
٣٠,٠	٧,٠	ألمانيا
٥,٠	١,٦	بولندا
٣٠,٠	١٥,٠	كندا
ق ر ح ^أ	٢٢,٩	المملكة المتحدة
٣٠,٠	٢,٥	هونغ كونغ
ق ر ح ^أ	١١,٠	الولايات المتحدة
٣٠,٠	٢٢,٩	اليابان
		البلدان النامية، ٢٠٠٦
١٠,٠	١٠,٠	الأرجنتين
٨,٠	٨,٠	بيرو
١٠,٠	٨,١	المكسيك

المصدر: صندوق النقد الدولي، تقرير المالية العالمية والاستقرار، أيلول / سبتمبر ٢٠٠٥ (واشنطن العاصمة، صندوق النقد الدولي، ٢٠٠٥)؛ والاتحاد الدولي لمديري صناديق المعاشات التقاعدية.

أ قاعدة الرجل الحكيم.

ب تشير إلى السندات الصادرة في دول غير دول الاتحاد الأوروبي. ومن جهة أخرى فإن الحد الأعلى للأسهم والسندات الصادرة من دول غير دول الاتحاد الأوروبي هو ١٠ في المائة.

ج لا توجد حدود على الاستثمار لصناديق الموظفين العموميين.

وهناك عدد من العوامل الأخرى يتصل باستراتيجيات صناديق المعاشات التقاعدية وطبيعة المعاملات الدولية، يسهم في قلة التعرض للأصول الأجنبية. فمديرو صناديق المعاشات التقاعدية يسعون بالتأكيد إلى تعظيم عوائد استثماراتهم ولكنهم في الوقت نفسه يسعون إلى التوفيق بين تشكيلة ما في حوزتهم من أصول وبين هيكل التزاماتهم. وعلى وجه الخصوص نجد صناديق المعاشات التقاعدية الناضجة تتفادى الاستثمارات التي تنطوي على مخاطر خاصة بالعملية واحتمال خسارة رأس المال وتفضل الأسهم المحلية بدلاً منها. ثم إن تكلفة المعاملات أعلى في تجارة الأصول الدولية. ذلك أن الوصول إلى السوق الأجنبي قد ينطوي على نفقات إضافية بسبب مصاريف التسجيل والعمولات للمضاربين في العملة الأجنبية. تأتي بعد ذلك الندرة

الإطار رابعاً - ٢

صناديق المعاشات التقاعدية: تدفقات رؤوس الأموال الدولية والتحيز للبلد الأم (انتهى)

النسبية للمعلومات عن الأسواق الأجنبية، ويمكن أن تشكل هذه عقبة كبيرة أمام استثمارات معينة خاصة حين تكون معايير الشفافية مختلفة اختلافاً كبيراً عنها في الأسواق المحلية (انظر: Ahearne, Grier and Warnock, 2004؛ و Van Nieuwerburgh and Veldkamp, 2006). وأخيراً فإن مديري صناديق المعاشات التقاعدية لديهم نوع من التحيز في السيولة فيما يتعلق بمكان استثمار حوافظهم كما يتبين من الحصة الكبيرة لأذون الخزنة المحلية. وهذا التحيز في السيولة يمكن أن يكون ناتجاً جزئياً عن الأحكام التنظيمية.

وإذا نظرنا إلى المستقبل فيتوقع أن يزيد استيعاب أصول صناديق المعاشات التقاعدية في البلدان النامية في السنوات الخمس إلى العشر القادمة إذا ما أثبتت هذه البلدان جاذبيتها لمديري صناديق المعاشات التقاعدية من حيث استراتيجيات الاستثمار. وحتى إذا افترضنا ثبات حصة الحوافظ واستمرار التحيز للبلد، فمع زيادة المدخرات المنزلية التي تتجه نحو صناديق المعاشات التقاعدية لا بد أن تنعكس زيادة حجم الموارد بشكل طبيعي في زيادة في حجم الاستثمارات الدولية لصناديق المعاشات التقاعدية. وهذه التطورات التي تمثل مورداً هاماً للتمويل والنمو في البلدان النامية تمثل أيضاً بعض المشاكل في ضوء ضعف كثير من الأسواق الناشئة أمام تدفقات رأس المال المفاجئة.

ويشار إلى الهجرة الدولية في كثير من الأحيان باعتبارها أداة ممكنة لضمان عرض مناسب من العمال في البلدان المتقدمة، ولكن ليس من المتوقع أن يسمح أي بلد بأعداد كبيرة من المهاجرين اللازمين للتعويض عن شيخوخة السكان.

ونقل عمليات الإنتاج إلى الخارج في بلدان أجنبية هو إمكانية أخرى ولكنها لا تحل مشكلة زيادة معدلات الإعالة لكبار السن. فنقل عمليات الإنتاج إلى الخارج يخفف من النقص في العمالة لأن العمال في الخارج هم الذين يقومون بالإنتاج، ولكنه لا يخفف الضغوط على نظم المعاشات التقاعدية لكبار السن لأن العمالة لن تتوسع ومن ثم لن تتوسع قاعدة الاشتراكات.

ويشير التحليل الوارد في هذا الفصل إلى أن أكبر الفرص المتاحة للتعويض عن التغيرات المتوقعة في نمو القوة العاملة هي زيادة معدلات مشاركة المرأة وكبار السن من العمال. وبالنسبة لكبار السن لا يزال أمام كثير من البلدان مجال لاتخاذ تدابير تهدف إلى زيادة مشاركة العمال من كبار السن، وهم أساساً ما بين سن ٥٥ و ٦٤، وذلك بجعل سن التقاعد الفعلي أقرب إلى سن التقاعد القانوني. على أن تلك التدابير يجب أن تكملها تدابير أخرى تهدف إلى زيادة إنتاجية العمال من كبار السن، إذا كانت الإنتاجية تقل بالفعل مع تقدم السن.

وهناك خيارات أخرى لإزالة العقبات أمام طول مدة الخدمة، ومنها تغيير الممارسات في مكان العمل لتلائم مع احتياجات العمال مع تقدمهم في السن، وتحسين ظروف العمل لتمكين العمال من العمل على مدار العمر، ومكافحة التمييز القائم على أساس السن، وتحسين صورة كبار العمال. ومما يساعد العمال من كبار السن على إطالة مدة حياتهم العملية إتاحة الفرصة أمامهم للتعليم على مدى الحياة وللتدريب أثناء

زيادة مشاركة المرأة وكبار السن في القوة العاملة يمكن أن تعوض بعض التناقص في القوى العاملة

العمل. ومن شأن هذه المبادرات أن تزيد من النمو الاقتصادي في البلدان التي تعاني من الشيخوخة، وإن كان أثر هذه التدابير لن يكون كبيراً.

يبدو أن الشواغل المتعلقة
بتراجع النمو الاقتصادي
لا تستند إلى أساس سليم

وبشكل عام يبدو أن الشواغل المتعلقة بشيخوخة السكان وشيخوخة القوى العاملة وأثرها على إحداث تراجع كبير في النمو الاقتصادي لا تستند إلى أساس سليم. ويشير التحليل الوارد في هذا الفصل إلى أن نمو الإنتاجية المطلوب للحفاظ على مستوى معين من نمو الناتج المحلي الإجمالي للفرد ليس مستحيلاً في ضوء خبرة الماضي. ومع ذلك فإن الحفاظ على معدلات نمو عالية للإنتاجية لفترات طويلة يمكن أن يكون تحدياً يستدعي بذل جهود متواصلة لتحسين المهارات وتطوير التكنولوجيات.

وأمام البلدان التي تزايد فيها القوة العاملة وتتسم بشباب نسبي فرصة للإسراع بالنمو. إلا أن الاستفادة من هذه الميزة الديمغرافية تحتاج من هذه البلدان إلى التعامل مع مجموعة مختلفة من القضايا. فهي ليست معنية حالياً بمشكلة نقص القوى العاملة وإنما عليها أن تركز على تهيئة فرص العمل الكريم خاصة للعدد المتزايد من الشباب المتوقع دخولهم في القوة العاملة. ومن شأن زيادة معدلات العمالة في الاقتصاد الرسمي أن تزيد من عوائد الضرائب وتهيئ لتوسعة قاعدة الحماية الاجتماعية وتطويرها، مما يمكن العمال من كبار السن من التقاعد مطمئنين إلى وجود أمن مالي. والنمو في الإنتاجية هو عامل هام أيضاً للبلدان النامية سواء فيما يتعلق بإعالة العدد المتزايد من كبار السن أو رفع مستوى المعيشة بشكل عام وتقليل الفقر.

وتشير تقديرات كثيرة إلى أن شيخوخة السكان يمكن أن يكون لها آثار على أنماط الاستهلاك والاستثمار والادخار. ومن الضروري فهم مدى تأثير شيخوخة السكان على هذه العوامل حتى يمكن توقع ما سيكون عليه النمو الاقتصادي والتنمية الاقتصادية في المستقبل. ومع أن النظريات الاقتصادية توفر بعض المفاهيم الواضحة عن هذه العلاقة فإن الواقع يشير إلى صعوبة التنبؤ بتأثير الشيخوخة على أنماط الاستهلاك والنمو في المستقبل.

فاحتياجات الاستهلاك وأذواقه تتغير على مدى دورة الحياة. وقد ثبت في الواقع أن كبار السن، على عكس الشباب، ينفقون جزءاً أعلى من دخلهم على المسكن والخدمات الاجتماعية. وهكذا فإن شيخوخة السكان يمكن أن تؤدي إلى تغيرات كبيرة في أنماط الاستهلاك والطلب على السلع والخدمات.

التغيرات في الاستهلاك
تتصل بالدخل أكثر من
اتصالها بسنوات العمر

وإذا ما نظرنا نظرة فاحصة إلى الاتجاهات الحالية نجد أن هذه التغيرات تحدث بشكل بطيء على مدى فترة من الزمن. ثم إن مستويات الاستهلاك تتصل بالدخل أكثر من اتصالها بالهيكل العمري. وهذه العلاقة المعقدة تجعل من الصعب التنبؤ بالاتجاهات في المستقبل في مجال الاستهلاك نظراً لعدم وضوح الرؤية إلى حد ما في ما يتعلق بنمو إيرادات كبار السن في العقود القادمة.

وبالقدر نفسه فإن من الصعب قياس آثار شيخوخة السكان على أنماط الادخار. ويفترض بشكل عام أن الاقتصادات ذات المعدلات العالية من إعالة الأطفال وكبار السن تقل فيها معدلات الادخار الوطني نسبياً، بينما تزيد المدخرات في الاقتصادات ذات القاعدة الكبيرة من السكان في سن العمل. وقد يكون للعمر تأثيره، ولكن هناك عوامل أخرى كثيرة تؤثر على سلوك الادخار وعلى مستوى المدخرات في الاقتصاد.

زيادة حضور المستثمرين
المؤسسين تحتاج إلى تدابير
تنظيمية للأسواق المالية

ومع ذلك فإن من الواضح زيادة حصة تدفقات المدخرات (المنزلية) إلى صناديق المعاشات التقاعدية وغيرها من خطط الاستثمار المالي للتقاعد. وقد أصبح المستثمرون المؤسسيون الذين يديرون هذه المدخرات أهم الجهات الفاعلة في الأسواق المالية. فهؤلاء المستثمرون يديرون مبالغ كبيرة من

المدخرات المنزلية من البلدان المتقدمة، كما يديرون، بشكل متزايد، مدخرات منزلية من البلدان النامية التي يزداد فيها أهمية صناديق المعاشات المرسلة المدارة بشكل خاص. ويسهم المستثمرون المؤسسيون في تنمية الأسواق المالية وتعميقها في البلدان المتقدمة وفي الاقتصادات الناشئة، ولكنهم يعملون إلى حد كبير خارج تنظيمات الأسواق المالية وخارج آليات الرقابة التي تنطبق بشكل عام على نظام المصارف. ولذلك فإن عمليات الأسواق المالية التي تقوم بها صناديق المعاشات التقاعدية يمكن أن تكون مصدراً لعدم الاستقرار ولزيادة المضاربات في السوق إذا لم تراقب بشكل جيد. ومع زيادة الاستثمارات المالية عن طريق وسطاء خارج النظام المصرفي بدأت السلطات النقدية في فقد السيطرة على نمو الائتمان، مما يحد من فعالية السياسات المالية. ويحتاج الأمر إلى تحسين التدابير التنظيمية (الدولية) من أجل تقليل آثار عدم الاستقرار في السوق المالية الناشئ عن عمليات صناديق المعاشات التقاعدية الكبيرة وحماية الأمن المالي لأصحاب المعاشات من كبار السن.

التذييل

مجموعات البلدان والمناطق حسب معدلات الخصوبة، والهجرة، ومعدلات المشاركة في القوة العاملة

الخصوبة	الهجرة	معدلات المساهمة في القوة العاملة	البلد أو المنطقة
عالية	عالية	عالية	الأردن
عالية	عالية	عالية إلى متوسطة	بليز
عالية	عالية	عالية إلى متوسطة	كوت ديفوار
عالية	عالية	عالية إلى متوسطة	جزر القمر
عالية	عالية	عالية إلى متوسطة	بوركينافاسو
عالية	عالية	عالية إلى متوسطة	بنغلاديش
عالية	عالية	عالية إلى متوسطة	بنن
عالية	عالية	عالية إلى متوسطة	بوليفيا
عالية	عالية	عالية إلى متوسطة	بوروندي
عالية	عالية	عالية إلى متوسطة	تشاد
عالية	عالية	عالية إلى متوسطة	جمهورية أفريقيا الوسطى
عالية	عالية	عالية إلى متوسطة	جمهورية الكونغو الديمقراطية
عالية	عالية	عالية إلى متوسطة	الرأس الأخضر
عالية	عالية	عالية إلى متوسطة	كمبوديا
عالية	عالية	عالية إلى متوسطة	إثيوبيا
عالية	عالية	عالية إلى متوسطة	جيبوتي
عالية	عالية	عالية إلى متوسطة	غينيا
عالية	عالية	عالية إلى متوسطة	غينيا - بيساو
عالية	عالية	عالية إلى متوسطة	كينيا
عالية	عالية	عالية إلى متوسطة	ليبيريا
عالية	عالية	عالية إلى متوسطة	جمهورية السنغال
عالية	عالية	عالية إلى متوسطة	سيراليون
عالية	عالية	عالية إلى متوسطة	الفلبين
عالية	عالية	عالية إلى متوسطة	موزامبيق
عالية	عالية	عالية إلى متوسطة	نيبال
عالية	عالية	عالية إلى متوسطة	النيجر
عالية	عالية	عالية إلى متوسطة	إريتريا
عالية	عالية	عالية إلى متوسطة	غواتيمالا
عالية	عالية	عالية إلى متوسطة	هايتي
عالية	عالية	عالية إلى متوسطة	ليسوتو
عالية	عالية	عالية إلى متوسطة	هندوراس
عالية	عالية	عالية إلى متوسطة	أفغانستان
عالية	عالية	عالية إلى متوسطة	أنغولا
عالية	عالية	عالية إلى متوسطة	بوتان
عالية	عالية	عالية إلى متوسطة	بوتسوانا
عالية	عالية	عالية إلى متوسطة	كازاخستان
عالية	عالية	عالية إلى متوسطة	الكويت
عالية	عالية	عالية إلى متوسطة	البحرين
عالية	عالية	عالية إلى متوسطة	بروني دار السلام
عالية	عالية	عالية إلى متوسطة	كوستاريكا
عالية	عالية	عالية إلى متوسطة	جزر البهاما
عالية	عالية	عالية إلى متوسطة	قيرغيزستان
عالية	عالية	عالية إلى متوسطة	أذربيجان
عالية	عالية	عالية إلى متوسطة	إكوادور
عالية	عالية	عالية إلى متوسطة	البرازيل
عالية	عالية	عالية إلى متوسطة	كولومبيا
عالية	عالية	عالية إلى متوسطة	إندونيسيا
عالية	عالية	عالية إلى متوسطة	بنما
عالية	عالية	عالية إلى متوسطة	منغوليا
عالية	عالية	عالية إلى متوسطة	ميانمار
عالية	عالية	عالية إلى متوسطة	أوروغواي
عالية	عالية	عالية إلى متوسطة	بيرو
عالية	عالية	عالية إلى متوسطة	تايلند
عالية	عالية	عالية إلى متوسطة	تركمانستان
عالية	عالية	عالية إلى متوسطة	فنزويلا (جمهورية - البوليفارية)
عالية	عالية	عالية إلى متوسطة	فييت نام
عالية	عالية	عالية إلى متوسطة	قطر
عالية	عالية	عالية إلى متوسطة	السعودية
عالية	عالية	عالية إلى متوسطة	غابون
عالية	عالية	عالية إلى متوسطة	غامبيا
عالية	عالية	عالية إلى متوسطة	عمان
عالية	عالية	عالية إلى متوسطة	غانا
عالية	عالية	عالية إلى متوسطة	الكونغو
عالية	عالية	عالية إلى متوسطة	الجمهورية العربية السورية
عالية	عالية	عالية إلى متوسطة	الضفة الغربية
عالية	عالية	عالية إلى متوسطة	ناميبيا
عالية	عالية	عالية إلى متوسطة	أوغندا
عالية	عالية	عالية إلى متوسطة	توغو
عالية	عالية	عالية إلى متوسطة	زامبيا
عالية	عالية	عالية إلى متوسطة	زمبابوي
عالية	عالية	عالية إلى متوسطة	سوازيلند
عالية	عالية	عالية إلى متوسطة	السودان
عالية	عالية	عالية إلى متوسطة	الصومال
عالية	عالية	عالية إلى متوسطة	طاجيكستان
عالية	عالية	عالية إلى متوسطة	اليمن
عالية	عالية	عالية إلى متوسطة	مالديف
عالية	عالية	عالية إلى متوسطة	ماليزيا
عالية	عالية	عالية إلى متوسطة	أوروغواي
عالية	عالية	عالية إلى متوسطة	بيرو
عالية	عالية	عالية إلى متوسطة	تايلند
عالية	عالية	عالية إلى متوسطة	تركمانستان

التذييل

مجموعات البلدان والمناطق حسب معدلات الخصوبة، والهجرة، ومعدلات المشاركة في القوة العاملة (تابع)

الخصوبة	الهجرة	معدلات المساهمة في القوة العاملة	البلد أو المنطقة
منخفضة إلى متوسطة	منخفضة إلى متوسطة	الأرجنتين ألبانيا الجزائر	الجمهورية الدومينيكية السلفادور
		جمهورية كوريا الشعبية الديمقراطية شيلي	إيران (جمهورية - الإسلامية) جامايكا غيانا مصر الهند
منخفضة إلى متوسطة	عالية	كندا	سويسرا
منخفضة إلى متوسطة	منخفضة إلى متوسطة	أستراليا بيلاروس مقاطعة هونغ كونغ الصينية النمسا	إستونيا ألمانيا كرواتيا قبرص
متوسطة	عالية	الدانمرك	النرويج
منخفضة إلى متوسطة	منخفضة إلى متوسطة	أرمينيا بلجيكا	البرتغال اليونان
منخفضة	عالية	الصين	الاتحاد الروسي سلوفينيا
منخفضة إلى متوسطة	منخفضة إلى متوسطة	بلغاريا البوسنة والهرسك الجمهورية التشيكية فنلندا كوبا	إيطاليا جورجيا ليتوانيا هنغاريا اليابان
			بولندا رومانيا جمهورية كوريا مالطة موريشيوس
			ترينيداد وتوباغو سري لانكا سلوفاكيا صربيا والجبل الأسود

المصدر: شعبة السكان في إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية في الأمانة العامة للأمم المتحدة، اتجاهات الهجرة الإجمالية: تنقيح ٢٠٠٥، متاح على قرص ممغنط ويمكن طلبه من الموقع: http://www.un.org/esa/population/publications/migration/UN_Migrant_Stock_Documentation_2005.pdf (تم الدخول إلى الموقع في ٢١ شباط/فبراير ٢٠٠٧)؛ قاعدة بيانات السكان والموارد والبيئة والتنمية: تنقيح ٢٠٠٥؛ مكتب العمل الدولي، الإحصاءات العمالية: تقديرات وإسقاطات السكان الناشطين اقتصادياً: ١٩٨٠ - ٢٠٢٠.

ملاحظة: تصنيف البلاد هو على النحو التالي:

- (١) معدل الخصوبة الكلية: الخصوبة العالية = معدل الخصوبة $\leq 3,0$ ؛ الخصوبة المتوسطة = $3,0 < \text{معدل الخصوبة} \leq 3,8$ ؛ الخصوبة المنخفضة = معدل الخصوبة $> 3,8$.
- (٢) الهجرة الدولية كحصة من السكان: الهجرة العالية ≤ 10 في المائة من السكان؛ الهجرة المتوسطة = $10 < \text{الهجرة} \leq 15$ في المائة من السكان؛ الهجرة العالية > 15 في المائة من السكان.
- (٣) معدلات المشاركة في القوى العاملة للسكان من سن ١٥ سنة فما فوق: عالية = أكثر من ٦٥ في المائة؛ منخفضة إلى معتدلة = أقل من ٦٥ في المائة.

الفصل الخامس

تأمين الدخل لكبار السن

مقدمة

يتعرض الأمان الاقتصادي
لكبار السن للتحدي على
مستوى العالم

كثيراً ما تنخفض مستويات المعيشة للأفراد مع تقدم العمر، إذ يؤدي انخفاض الفرص الاقتصادية وتدهور الوضع الصحي من معدل الفقر كلما زاد عمر الفرد. إلا أن هذه الظروف تختلف اختلافاً كبيراً باختلاف الظروف وفئات كبار السن، وبالتالي فإن الاستراتيجيات المعيشية تختلف معها. ففي البلدان المتقدمة ينتقل المصدر الرئيسي للإعاشة والحماية من الدخل الوظيفي إلى المعاش التقاعدي عندما يصل الفرد إلى سن التقاعد المحدد. أما في البلدان النامية فلدى القليل معاش تقاعدي في حين يعتمد الأغلبية على مصادر أخرى للدخل. وفي الواقع فإن ٨٠ في المائة من سكان العالم ليس لديهم حماية كافية عند كبر السن تمكنهم من مواجهة مخاطر الصحة والإعاقة والدخل (منظمة العمل الدولية، ٢٠٠٢). وهذا يعني أنه في البلدان النامية وحدها يفتقر ٣٤٢ مليون مسن حالياً إلى ضمان دخل مناسب. وسوف يزداد هذا الرقم ليصل إلى ١,٢ بليون مسن بحلول عام ٢٠٥٠ إذا لم يتم توسيع تغطية النظم الحالية المصممة من أجل ضمان الدخل للمسنين. ويشكل التحول الديمغرافي تحدياً هائلاً فيما يتعلق بضمان توافر واستمرار المعاشات التقاعدية والنظم الأخرى التي تمول الأمن الاقتصادي لعدد متزايد من المسنين في كل من البلدان المتقدمة والنامية. وبالنسبة للفئة غير المحمية فإن فكرة التقاعد غير موجودة، إذ لا بد لهم من الاستمرار في الاعتماد على العمل، وهو تحد أكبر للطاعنين في السن منهم (٨٠ عاماً أو أكثر). ومن أجل البقاء، يعتمد المسنون أيضاً على الدعم الأسري وعلى المجتمع، وقد لا يستطيع أحدهما أو كلاهما الإمداد بالأمن الاجتماعي القوي إذا كانا محدودي الموارد. وفي هذا الصدد، فإن الأفراد المسنين العزباء أو الأرامل أو الذين ليس لهم أولاد (خاصة النساء) يواجهون خطر الفاقة بشكل أكبر. أما البلدان ذات النظم الرسمية للمعاشات التقاعدية فقد نجحت في تخفيض الفقر عند المسنين، إن لم يكن في محوه.

إلا أن الشكوك تزداد في إمكانية استمرار نظم المعاشات التقاعدية الموجودة. ذلك أن تزايد الأعمار وسوء تصميم البرامج وسوء الإدارة وعدم كفاية النمو الاقتصادي وتوليد الوظائف، كلها عوامل تهدد الصلاحية المالية للعديد من هذه النظم، بالإضافة إلى أن التزايد في معدل إعالة كبار السن، كما هو موضح في الفصل الثاني، سوف يضع ضغطاً هائلاً على كل من نظم الدعم الرسمية وغير الرسمية ما لم تتسارع خطى النمو الاقتصادي (وإيجاد فرص العمل الكريم) وتتواصل. وفي الوقت نفسه، فإن أحجام الأسر الأصغر وتقليل أهمية الأسرة الممتدة سوف يغيران أيضاً من وجود أنماط الدعم غير الرسمي (انظر الفصل الثالث).

تحتاج نظم معاشات
المسنين إلى إصلاحها
وتوسيعها

ويجب أن تعمل نظم المعاشات التقاعدية على ضمان الدخل أثناء كبر السن للجميع. وتحتاج، على الأقل، إلى توفير مميزات تضع المستفيدين منها فوق خط الفقر أو عند أي حد أدنى آخر مقبول اجتماعياً. وتعتبر مواضيع التكافل والوصول إلى نظم المعاشات التقاعدية للمسنين وإمكانية تحملها واستمراريتها، في مركز تصميم وإصلاح تلك النظم. ومن الناحية العملية فإن هذه المبادئ يمكن التعامل معها على أفضل وجه من خلال نظم المعاشات الوطنية المصممة على أساس مكون من عدة أركان تتعامل مع احتياجات

محددة يكمل أحدها الآخر ومفصلة من أجل ظروف محددة. فمثلاً، في أي دولة بها قطاع غير رسمي كبير، يمكن تحقيق التغطية الكاملة من خلال ركن يقدم حداً أدنى من المنافع. وهذا الحد الأدنى يفضل أن يتوافر على أساس شامل. ويتبين من التحليل الوارد في الفصل الحالي أنه يمكن تحقيق نظام للمعاش الاجتماعي الشامل في معظم البلدان النامية يعطي مزايا تعادل خط الفقر الدولي (الشديد)، بما فيها معظم البلدان ذات الدخل المنخفض. والركن الآخر يمكن أن يتم تقديمه ليوثر معاشات تقاعدية أساسية لقطاع المجتمع الذي يشغل وظائف رسمية. وفي إطار هذا الركن، يمكن للمعاشات التقاعدية أن تستهدف تحقيق مستوى أدنى مقبولاً من بديل الأجور. هذا بالإضافة إلى أنه يجب إدخال الحوافز الضرورية في هذا الركن من أجل استمرارية اشتراك الأعضاء، وعلى أن يشمل أيضاً آليات للتكافل تستهدف المشتركين الأقل قدرة مادياً من أجل دعم مستحقاتهم. وأخيراً، يجب تشجيع من هم أكثر قدرة مادياً من المجتمع على تكملة معاشاتهم التقاعدية العامة بما يستطيعون من مدخراتهم، إما من خلال المعاشات التقاعدية الخاصة أو مخططات برعاية أصحاب الأعمال وإما من خلال أشكال أخرى من تراكم الأصول التي يمكنهم السحب منها عند التقاعد.

ويمكن إدارة نُظم المعاشات التقاعدية إما عن طريق القطاع الخاص وإما العام، إلا أن مسؤولية ضمان المعاشات التقاعدية الأساسية وتنظيمها والإشراف على توصيلها تقع على عاتق الحكومة. وقد أدخلت عدة بلدان إصلاحات هيكلية على نُظم المعاشات التقاعدية لديها، متحولة من نظام المزايا الممولة أولاً بأول مع مزايا محددة إلى نظام اشتراك ممول بالكامل (انظر الإطار ٥ - ١ للاطلاع على التعاريف). إلا أن هذه النُظم في النهاية لا تستطيع ضمان تأمين الدخل لدى كبار السن وخاصة النظام الأخير منها. هذا فضلاً عن أن نُظم المعاشات التقاعدية ما زالت تحتاج إلى تعديل من أجل مواكبة الزيادات المتوقعة في الضغوط الديمغرافية، فكلما زاد عدد المعالين زاد الاحتياج إلى مصادر أخرى من أجل الحفاظ على مستوى معين من الإعاشة للجميع وتخفيف العبء على المجتمع العامل. وهذا لا يعني أن النُظم الحالية الممولة أولاً بأول لا تحتاج إلى إصلاح. ويشير هذا الفصل إلى بعض التعديلات التي يجب إدخالها، والتي قد تفيد بدرجة كبيرة في الاستمرارية المالية للنُظم الحالية وفي الوقت نفسه تعطي حداً أدنى لضمان الدخل للجميع على أساس التكامل بين الجيل الواحد وفيما بين الأجيال.

التقدم في السن وفقر الدخل

تعدّ المعلومات حول مدى حالات الفقر بين كبار السن متناثرة وغير متاحة وكثيراً ما يصعب مقارنتها بين البلدان أو بين الأقاليم وذلك لأن البيانات تستخرج باستخدام منهجيات ومفاهيم وفترات تغطية مختلفة. إلا أنه من الممكن أن نقول بصورة عامة إنه في البلدان التي بها تغطية جيدة لنُظم المعاش التقاعدي الرسمية أو لتحويلات عامة لكبار السن، فإن كبار السن فيها أقل عرضة للتأثر بالفقر الشديد من باقي السكان^١. وهذا هو الحال في بعض من البلدان النامية مثل الأرجنتين والبرازيل وشيلي وأوروغواي، وفي البلدان المتقدمة. فمثلاً في الولايات المتحدة الأمريكية كانت نسبة الفقر من إجمالي السكان في عام ٢٠٠٤ (٧، ١٢ في المائة) أعلى من نسبتها بين الذين بلغت أعمارهم ٦٥ عاماً أو أكثر (٨، ٩ في المائة) (إدارة الضمان الاجتماعي، ٢٠٠٦، الولايات المتحدة الأمريكية، مكتب التعداد، ٢٠٠٦). وفي الواقع فإن التوسع في تغطية المعاش التقاعدي لكبار السن والزيادات في المزايا كانت عوامل هامة وراء الانخفاض في حالات الفقر بين كبار السن في الولايات المتحدة الأمريكية، من ٣٥ في المائة في عام ١٩٦٠ (Engelhardt and Gruber, 2004) إلى أقل من ١٠ في المائة في الوقت الحالي.

تقلل نُظم المعاش
التقاعدي من احتمالات
الفقر لدى كبار السن

١ يشير الفقر المدقع إلى أن الفرد أو الأسرة لا يستطيع أن يحصل على سلة من البضائع والخدمات في الحدود الدنيا.

الإطار خامساً - ١

نظم المعاشات التقاعدية: ترتيبات متعددة

هناك تنوع كبير في تصميم نُظم المعاشات التقاعدية لكبار السن. ففي النُظم المبنية على الاشتراكات يجب على المستفيدين (وعلى أصحاب العمل في بعض الحالات) المساهمة في تمويل هذه المزايا. وهذه المساهمات كثيراً ما تأخذ شكل ضريبة على الدخل من العمل. ويشترط حد أدنى زمني من الاشتراك للحصول على المزايا المستقبلية للمعاش التقاعدي. وقد تساهم الحكومة أيضاً في تمويل النُظم المبنية على الاشتراكات بتمويلات من عوائد عامة (أو ضرائب مخصصة لذلك) من أجل دعم ذوي الدخل المنخفض أو الرسوم الإدارية أو تغطية العجز. أما النُظم التي لا تعتمد على الاشتراكات، وهي البديل الآخر، فيتم دعمها من عوائد الضرائب العامة، وعادة ما تعطى مزايا ثابتة. وقد تكون هذه النُظم لجميع الأفراد (تغطي جميع السكان) أو مستهدفة (لا تغطي سوى مجموعة مستهدفة، كالفقراء). وقد تكون آلية الاستهداف قائمة على شروط معينة، بمعنى أن الأحقية في المعاش تتوقف على استيفاء معايير معينة (كأن يكون الدخل أقل من مستوى معين مثلاً).

ويمكن تمويل مزايا المعاش التقاعدي على أساس الدفع المسبق، بمعنى أن الاشتراكات التي يدفعها الجيل الحالي من العمال هي التي تمول استحقاقات المتقاعدين وبالتالي لا يحدث أي تراكم مالي للأصول. وعلى النقيض من ذلك، فإنه يمكن تمويل مزايا التقاعد من موارد سبق تراكمها في نظام التمويل الكامل، حيث يقوم كل جيل بتمويل معاشاته التقاعدية الخاصة به. وبموجب نظام التمويل الكامل، يجب أن يكون احتياطي المعاشات التقاعدية ١٠٠ في المائة من القيمة الحالية لجميع التزامات صندوق المعاشات التقاعدية تجاه المشتركين الحاليين.

أما في النُظم المحددة المزايا فإن خطط المعاشات التقاعدية تضمن تطبيق معادلة محددة أو مقررة سلفاً للتعويض عن الأجور. ويفرض نظام الاشتراكات المحدد اشتراكات تدفع بصفة دورية، وتعتمد فيها المزايا المستقبلية على مستوى الاشتراكات المدفوعة وعوائدها الناتجة عن استثمار هذه الاشتراكات. ويقوم نظام التمويل المسبق، إلى درجة كبيرة، على أساس مزايا محددة. إلا أن بعض البلدان قامت مؤخراً بإصلاح نُظم المعاشات الممولة أولاً بأول وأدخلت لديها نهجاً يقوم على أساس اشتراكات محددة تستخدم فيه الاشتراكات الحالية في تمويل المستحقات الحالية. وبالتالي تحافظ هذه النُظم على نظام التمويل المسبق، إلا أنه بموجب هذه النُظم، وعلى عكس النظام التقليدي الممول أولاً بأول، فإن الاشتراكات توضع في حساب فردي "اسمي" يدر عوائد "اسمية" مبنية على معادلة سابقة التحديد، بمعنى أنه لا يتم وضع الموارد فعلاً في صندوق إيداع، وبالتالي فإن هذا الأسلوب يصبح تمريناً حسابياً خالصاً. وبما أن المبلغ الاسمي المتراكم وعوائده يحددان لاحقاً مزايا المعاش التقاعدي للفرد فإنه يمكن اعتبار هذا الأسلوب على أنه نظام اشتراك محدد.

وكثيراً ما تكون تقديرات الفقر لدى كبار السن في البلدان المتقدمة الأخرى التي لديها تغطية مكثفة للمعاش التقاعدي معتمدة على مفهوم الفقر النسبي. وتميل الدراسات المتعلقة بذلك إلى استخدام تعريف خط الفقر على أساس الدخل الوسيط. فكون الشخص فقيراً طبقاً للمفهوم النسبي للفقر لا يعني بالضرورة أن الفرد أو الأسرة لا يستطيع أن يوفر حداً أدنى من السلع والخدمات الأساسية. لذلك فإن الفقر النسبي يجب أن ينظر إليه في هذا الصدد بنظرة أكثر دقة كمؤشر لعدم المساواة لأنه يقيس وضع الفرد بالنسبة إلى المتوسط أو الوسيط في التوزيع. وفي هذا الصدد فإن المعلومات المتاحة تبين أن كبار السن في بعض البلدان المتقدمة يمثلون أغلبية في السلم الأدنى من توزيع الدخل. ففي الدانمرك مثلاً، كان ٤٧ في المائة من الأفراد البالغين من العمر ٦٥ عاماً أو أكثر ينتمون إلى أدنى عشرين من توزيع الدخل في ١٩٩٦، في حين كانت النسبة المناظرة ٣٠ في المائة في اليونان والبرتغال والمملكة المتحدة لبريطانيا العظمى وأيرلندا الشمالية (Heinrich, 2000). ويبدو معدل الفقر النسبي أعلى لدى كبار السن منه عند باقي السكان في معظم البلدان المتقدمة كما هو موضح في الشكل خامساً - ١ (أ). ففي حالة الولايات المتحدة الأمريكية مثلاً، ظل الفقر النسبي مستقراً في الثمانينات والتسعينات، مما يشير إلى أن كبار السن لم يشاركوا في الزيادة في المستوى المعيشي الذي حققه باقي السكان (Engelhardt and Gruber, 2004). وقد لوحظت أنماط مشابهة في أيرلندا في أواخر التسعينات حيث لم يزد دخل كبار السن بالمعدل نفسه الذي زاد به الدخل الوسيط (Forster and d' Ercole, 2005).

أما بالنسبة للبلدان التي تفتقد إلى نظم المعاش التقاعدي أو لديها نظم محدودة، فإن الفقر لدى كبار السن يمكن أن يقارن مع المتوسط القومي (انظر الشكل خامساً - ١ (ب)) إلا أنه يكون أعلى غالباً منه لدى السكان في سن العمل. فعندما لا يوجد معاش تقاعدي لكبار السن، يكون الخطر الأكبر في الوقوع في الفقر عند كبار السن ناتجاً عن فرص العمل المحدودة و/أو القدرة المحدودة لكبار السن. وتشير الدلائل المتاحة من أمريكا اللاتينية إلى أن كبار السن (٦٠ عاماً أو أكثر) ليسوا بالضرورة أكثر عرضة للبطالة من مجموعات الأعمار الأخرى من القوى العاملة (Gasparini and others, 2007). إذ الواقع أن كبار السن، عند توظيفهم، يعملون لساعات أقل وبالتالي يحصلون على دخل أقل من أقرانهم الأصغر سناً.

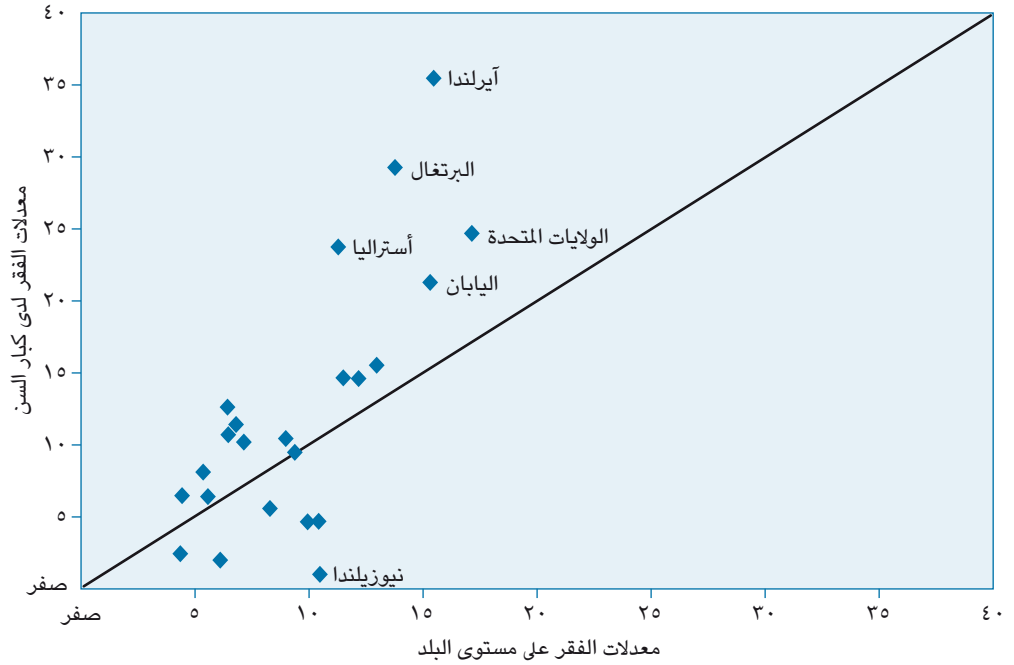
والتعليم الأفضل عامة يعطى فرصاً أفضل لوظائف ذات دخل أكبر. وتعد حالات الأمية أعلى إلى حد ما بين كبار السن في البلدان النامية. ولأن كبار السن يمضون عدد سنوات أقل في التعليم، فإنهم عندما يستمرون في العمل يكونون أكثر عرضة للعمل في وظائف أقل مهارة. وفي البرازيل مثلاً بلغت حالة الفقر بين السكان البالغين من العمر ٦٠ عاماً أو أكثر غير الحاصلين على تعليم، ٣٣ في المائة في عام ١٩٩٧، في حين بلغت نسبة الفقر ٦,٥ في المائة فقط لدى كبار السن الذين أتموا ثماني سنوات من التعليم (Paes de Barros, Mendonça and Santos, 1999). وقد تتأثر نسبة الوقوع في الفقر لدى كبار السن أيضاً بحجم الأسرة. ففي أمريكا اللاتينية يميل كبار السن إلى العيش في أسر أصغر وبالتالي لا يستطيعون الاستفادة من المشاركة في السلع داخل الأسرة نفسها، بمعنى أنهم لا يستفيدون الاستفادة الذين يعيشون في أسر أكبر من اقتصاد الحجم الكبير (Gasparini and others, 2007).

وتوجد أيضاً فروق كبيرة في حالات الفقر بين المستفيدين من نظم المعاشات التقاعدية وغير المستفيدين منها. فمثلاً في حالة الولايات المتحدة الأمريكية، كان معدل الفقر بين المستفيدين من المعاشات التقاعدية ٧,٧ في المائة في عام ٢٠٠٤، بينما كان المعدل بين غير المستفيدين منها أعلى بدرجة ملحوظة، حيث بلغ ٢٥,٤ في المائة (إدارة الضمان الاجتماعي، ٢٠٠٦). ويظهر تأثير المعاش التقاعدي لكبار السن على تقليل الفقر بدرجة كبيرة في سياقات أخرى. ففي غياب مزايا المعاش التقاعدي،

يتوقف التعرض للفقر
أيضاً على مستوى التعليم
ومدى توافر الوظائف
وحجم الأسرة

الشكل خامساً - ١ (أ)

نسبة عدد الفقراء على مستوى البلد وبين كبار السن في بلدان متقدمة مختارة،
نحو عام ٢٠٠٠

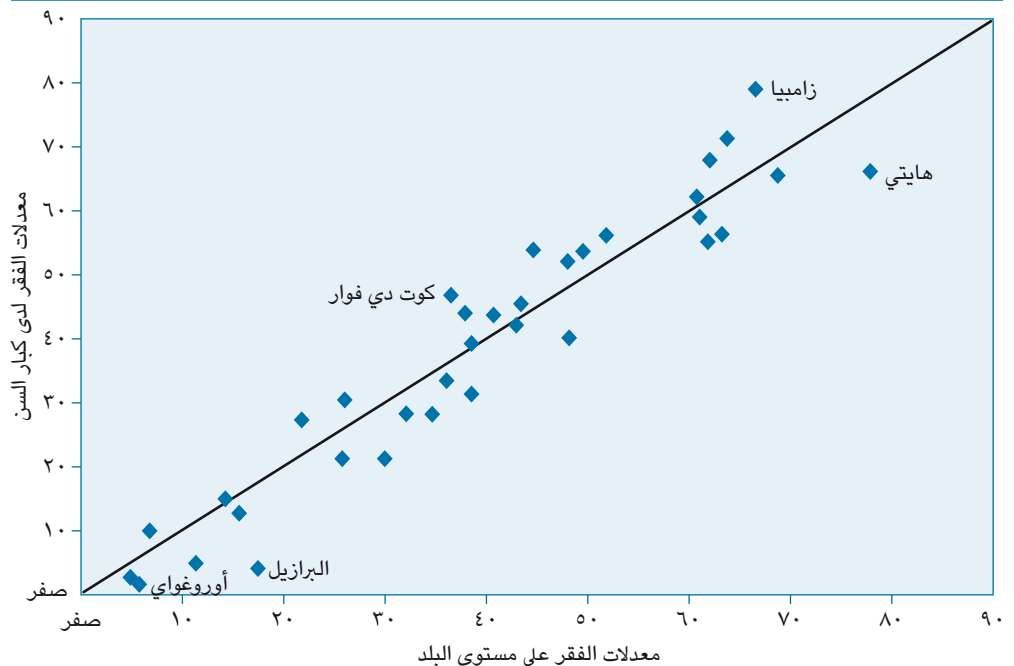


المصدر: Förster and D'Ercole, (2005).

ملاحظة: يقصد بكبار السن الأفراد من سن ٦٥ سنة فما فوق. وتقدر معدلات الفقر على أساس ٥٠ في المائة من الدخل الفردي الوسيط.

الشكل خامساً - ١ (ب)

نسبة عدد الفقراء على مستوى البلد وبين كبار السن في بلدان نامية مختارة، ٢٠٠٥ - ١٩٩٧



المصدر: Gasparini and others, (2007); and Kakwani and Subbarao (2005).

ملاحظة: تشير معدلات الفقر لدى كبار السن إلى الأفراد من سن ٦٠ سنة فما فوق.

الجدول خامساً - ١

نسبة عدد الأفراد الذين يتلقون معاشات تقاعدية، ونسبة الفقر، بين الأشخاص من عمر ٦٠ سنة فما فوق، على مستوى البلدان والمناطق الحضرية/ الريفية في بلدان مختارة في أمريكا اللاتينية، ٢٠٠١ - ٢٠٠٥^١ (نسبة مئوية)

على مستوى البلد	حضر			ريف		
	نسبة من يتلقون معاشات تقاعدية	بما فيها المعاشات التقاعدية	باستبعاد المعاشات التقاعدية	نسبة من يتلقون معاشات تقاعدية	بما فيها المعاشات التقاعدية	باستبعاد المعاشات التقاعدية
الأرجنتين	٥٦,٤	٤,٥	٣٩,٥	٥٦,٤	٤,٥	٣٩,٥
إكوادور	١٠,٧	٣٣,٣	٣٩,٢	١٧,٦	٢٤,٦	٣٢,٩
أوروغواي	٧٧,٩	٠,٨	٢٠,٢	٧٧,٩	٠,٨	٢٠,٢
باراغواي	١٢,٢	٢١,٠	٢٧,٢	١٧,٧	١٤,٥	٢٣,٢
البرازيل	٧٧,٣	٣,٧	٤٧,٩	٧٥,٧	٣,٧	٤٧,٢
بنما	٣٨,٧	١٢,٤	٣٨,٨	٥٢,٠	٤,٨	٣٢,٢
بوليفيا	١١,١	٤٢,١	٥٠,٤	١٩,٤	١٩,٤	٣٠,٩
جامايكا	١٤,٠	٥٤,٠	٦٠,٦	١٧,٣	٥٦,٤	٦٥,٢
الجمهورية الدومينيكية	١١,٢	١٤,٧	١٧,١	١٣,٩	١٢,٤	١٥,٣
السلفادور	١٤,١	٣١,٢	٣٥,٦	٢٠,٠	٢١,٤	٢٧,٤
شيلي	٥٤,٥	١,٨	٢٢,٧	٥٧,٩	١,٦	٢١,٤
غواتيمالا	١٠,٦	٢٨,٠	٣٠,٦	١٥,١	٢٠,٦	٢٥,٠
فنزويلا (جمهورية - البوليفارية)	١٧,١	٢٨,١	٤١,١	١٧,١	٢٨,١	٤١,١
هايتي	٠,٩	٦٦,٤	٦٨,٨	٢,٥	٦٠,٠	٦٣,٤
هندوراس	٥,٤	٣٩,٢	٤١,٣	٩,٧	٢٢,٢	٢٥,٣
المكسيك	٢٠,١	٢٧,١	٤٠,٤	٢٥,٤	٢٠,٤	٣٥,٤
نيكاراغوا	١٠,٤	٤٠,١	٤٣,٥	١٤,٥	٣٣,٨	٣٧,٩

المصدر: Gasparini and others (2007).

ملاحظة: خط الفقر يعادل القوة الشرائية لدولارين في اليوم.

أ نتيجة تمرين محاكاة.

وعند تساوي جميع العوامل الأخرى، يبدو معدل الفقر لدى كبار السن أعلى بكثير^٢. وترد في الجدول خامساً - ١ بيانات عن مجموعة من بلدان أمريكا اللاتينية. وتبدو حالة البرازيل كحالة مميزة، وذلك لأن ٨٥ في المائة من البالغين من العمر ٦٠ عاماً أو أكثر ممن يعيشون في مناطق ريفية يتلقون معاشات تقاعدية، وكانت حالات الفقر في هذه المجموعة ٣,٥ في المائة (خط الفقر يعادل القوة الشرائية لدولارين من دولارات الولايات المتحدة في اليوم)؛ وفي غياب هذه المزايا تصل هذه النسبة إلى ٥١ في المائة (Gasparini وآخرون، ٢٠٠٧).

٢ تم الحصول على النتائج عن طريق تمرين عكسي يعمل على قياس معدلات الفقر بعد حذف المعاش التقاعدي من إجمالي دخل الأسرة. وكان الافتراض الواضح (والقوي) في هذا التمرين هو أن غياب نظام المعاش التقاعدي، يؤدي إلى خفض دخل كبار السن بقيمة المعاش التقاعدي الذي يتقاضونه، وهذا قد لا يتماشى مع الواقع. ففي غياب المعاش التقاعدي، قد يتقاضى المسن تحويلات من أقاربه أو من المجتمع أو قد يستمر في سوق العمل من أجل تعويض النقص في الدخل.

وحتى عندما يكون مستوى المزايا التقاعدية أقل من القيمة المالية لخط الفقر، فإن المعاشات التقاعدية لكبار السن قد تساعد في تخفيض حدة الفقر وتقلل أيضاً من الضعف الاقتصادي في الأسرة عن طريق تقوية الاستراتيجيات المعيشية وتجميع آليات الدعم الأخرى التي تعطى ضماناً اقتصادياً. فمثلاً هناك نسبة كبيرة من المستفيدين من المعاشات التقاعدية في الريف في البرازيل تستخدم جزءاً من المعاش التقاعدي في شراء بذور ومعدات من أجل دعم الإنتاج الزراعي (Delgado and Cardoso, 2000). بالإضافة إلى أنه يتم المشاركة في دخل المعاش التقاعدي مع أعضاء آخرين في الأسرة. ففي ناميبيا مثلاً يشارك أفراد الأسرة في ٧٠ في المائة من دخل المعاش التقاعدي، وينفق من هذا الدخل على الغذاء وأيضاً على تعليم الأحفاد (Palacios and Sluchynsky, 2006). وفي هذا الصدد يمكن أن تكون المشاركة في المعاش التقاعدي عاملاً في تخفيض إجمالي نسبة الفقر. وبالطبع فإن التأثير على الفقر يتوقف على حجم مزايا المعاش التقاعدي وعلى غياب التخفيضات التعويضية من مصادر أخرى من مصادر الدخل. فإذا كانت مزايا المعاش التقاعدي صغيرة جداً، فإن المشاركة فيها تعني مكاسب أقل للدخل لكل عضو في الأسرة. إلا أنه، حتى في هذه الحالة، تساهم المعاشات التقاعدية في تخفيض الفقر حين تستخدم هذه المستحقات في تحسين الحالة التعليمية أو الغذائية لأفراد الأسرة المعيشية.

كبيرات السن من النساء
غالباً ما يكن أفقر من كبار
السن من الرجال

وقد لا تؤدي المعاشات التقاعدية لكبار السن بالضرورة إلى القضاء على الفقر، كما توجد أيضاً فروق كبيرة في الدخل بين أصحاب المعاشات التقاعدية. وتزداد نسبة الفقر بين أصحاب المعاشات الأكبر سناً لأن مزايا المعاش التقاعدي وفترات الاشتراك الأطول تحابي الجيل الأصغر سناً. وعادة ما تكون النساء من أصحاب المعاشات التقاعدية أفقر من الرجال في مرحلة العمر نفسها، وذلك يرجع جزئياً إلى أن كبار السن من النساء لم يساهمن بالقدر نفسه في سوق العمل ولم يحصلن على معاشات تقاعدية خاصة بهن. ولأن أعمارهن أطول من الرجال ولأنهن يعشن في العادة أطول من أزواجهن فإنهن يحصلن على مزايا الوراثة، وهي أقل من المعاش التقاعدي الطبيعي لكبار السن. وفي حالة المملكة المتحدة مثلاً، فإن المعاش التقاعدي الميراثي هو ٥٠ في المائة من معاش الزوجين، ويتقلص أيضاً الدخل من المزايا الأخرى من الدولة بعد الترميل (Whitehouse, 2000). وبالإضافة إلى ذلك، وكما سبق ذكره أعلاه، فللتربيات المنزلية تأثير مضاعف على الفقر، فمثلاً كبار السن الذين يعيشون بمفردهم لا يستطيعون الاستفادة بالقدر نفسه من اقتصاديات الاستهلاك الكبير كغيرهم ممن يعيشون في أسر كبيرة. وبالتالي فإننا نجد حالات أكثر من الفقر بين كل من الرجال والنساء المتقاعدين الذين يعيشون بمفردهم، ونجد أن النساء المسنات أكثر عرضة للفقر من الرجال المسنين، وذلك لأن النساء أكثر عرضة للعيش بمفردهن عند تقدم العمر (انظر الجدول خامساً - ٢ والفصل الثالث).

وقد تقلل زيادة مساهمة المرأة في القوة العاملة في العقود القادمة من خطر وقوع المرأة في الفقر عند تقدم العمر. إلا أنه إذا استمرت المرأة في الحصول على مدد عمل أقصر من الرجال وفي الحصول على رواتب أقل، فإن من الأرجح أن يكون مستوى مزايا المعاش التقاعدي لها أقل وأن لا يوفر ضمان دخل كاف عند تقدم العمر. هذا بالإضافة إلى أنه إذا كان مصدر تمويل المعاش التقاعدي هو نظم معاشات مموله بالكامل ويتم تحديدها على أساس اشتراكات محددة (انظر الإطار خامساً - ١ من أجل التعريفات)، فإن الدخل السنوي للمرأة من المعاش التقاعدي سوف يكون أقل من نظيره للرجال لأن عمر النساء أطول من عمر الرجال. وإجمالاً فإن حالات الفقر تميل لأن تكون أعلى بين النساء المسنات وتكون أعلى بين اللاتي يعشن بمفردهن.

الجدول خامساً - ٢

نسبة حالات الفقر بين السكان من سن ٦٥ سنة فما فوق، وبين الأفراد من سن ٦٥ سنة فما فوق الذين يعيشون بمفردهم، حسب نوع الجنس، في بلدان متقدمة مختارة، ١٩٩٦ (نسبة مئوية)

النمسا	ذكور	إناث	إناث يعيشون بمفردهم	ذكور يعيشون بمفردهم
٩,٢	١٢,٦	١٧,٩	١٢,٠	
١١,٥	١٥,١	٢٠,٢	٦,٢	
٦,٩	١١,٥	١٢,٨	٧,٨	
٩,٨	١٠,٨	١٢,٤	١١,٩	
٤,١	٥,٤	٣,٦	٣,٧	
٨,٣	١٠,٨	١٢,٩	١١,٤	
٢٣,٩	٢٦,٦	٣٠,٤	٢٤,١	
٧,٤	٩,٦	١١,٥	٧,٥	
٤,٠	٤,٣	٥,٦	٤,٦	
١١,٧	١٨,١	٢٥,٦	١٦,٩	

المصدر: Heinrich (2000).

ملاحظة: معدلات الفقر محسوبة على أساس ٥٠ في المائة من متوسط دخل الفرد.

وهذا لا يعني بالضرورة أن كبار السن الذين يعيشون مع شريك أو في أسرة متعددة الأجيال سوف يتعرضون للفقر بدرجة أقل. فهناك عوامل أخرى قد تقوم بدور. وفي كل الأحوال فإن العيش المشترك لا يعطي فكرة عن كيفية توليد دخل الفرد أو توزيع الاستهلاك في داخل الأسرة. وفي بعض الحالات، فإن العيش في أسرة كبيرة قد يكون في حد ذاته عرضاً من أعراض الفقر، بدلاً من أن يكون مصدراً للدعم وللتماسك بين الأجيال (Lloyd-Sherlock, 2006).

وتختلف درجة الفقر ومدى التعرض إليه باختلاف مستوى الأفراد والدول، أي باختلاف مدى توافر وكفاءة المعاشات التقاعدية لكبار السن وأيضاً اختلاف أنماط وحركة وآليات الضمان الاجتماعي التقليدية واستراتيجيات التأقلم داخل الأسر. وبالرغم من ذلك وجد أن نسبة الفقر أعلى من متوسط البلد في الأسر جنوب الصحراء الكبرى التي يرأسها كبار السن سواء كانوا يعيشون بمفردهم أو مع أولادهم الراشدين أو في صحبة أحفادهم^٢. وقد أظهرت دراسة لخمسة عشرة دولة أفريقية جنوب الصحراء الكبرى أن دلائل الفقر كانت أعلى بكثير في ثمانية بلدان في الأسر التي يعيش فيها كبار السن مع الأطفال، الذين هم عادة أحفادهم (Kakwani and Subbarao, 2005). وفي الواقع قد تأكد أنه ”(أ) من ضمن كبار السن الذين لا يعيشون بمفردهم فإن الذين يعيشون منهم مع أحفادهم وبدون أولادهم، هم عادة الذين يعانون من قلة الرفاه المادي“ (الأمم المتحدة، ٢٠٠٥ ب، الفصل الخامس، الصفحة ١٠٩).

وفي مثل هذه الترتيبات المعيشية التي كثيراً ما تسمى ”الأسر ذات الأجيال غير المتصلة“ فإن غياب الأبناء الراشدين كثيراً ما يكون بسبب الوفاة بالإيدز والعدوى بفيروسه وتقع مسؤولية رعاية

يساهم الإيدز في زيادة الفقر لدى كبار السن

^٢ إلا أن هناك استثناءات، ففي مدغشقر وموزامبيق ونيجيريا نجد أن حالة الأطفال أسوأ بكثير من المسنين

(Kakwani and Subbarao, 2005, p.2).

الأطفال وإعاشتهم على عاتق كبار السن. ذلك أن ما يزيد عن ٦٠ في المائة من الأطفال اليتامى في جنوب أفريقيا وزمبابوي و ٥٠ في المائة في بوتسوانا ومالاوي وجمهورية تنزانيا المتحدة يعيشون مع أجدادهم. وفي ناميبيا زادت نسبة الأيتام الذين يعيشون مع أجدادهم من ٤٤ في المائة في عام ١٩٩٢ إلى ٦١ في المائة في عام ٢٠٠٠. ولا تقتصر هذه الظاهرة على أفريقيا: ففي تايلند يعيش نصف الأيتام مع أجدادهم (Zimmer and Dayton, 2003). وبسبب التغطية المحدودة لآليات الضمان الاجتماعي الرسمي والتأثير المدمر لذلك على المجتمعات ككل، فإن هؤلاء المسنين مضطرون للاستمرار في العمل من أجل تحمل مسؤولية رعاية أحفادهم الأيتام.

مصادر الدعم الاقتصادي والإعاشة للمسنين

تختلف استراتيجيات
الإعاشة للمسنين
اختلافاً كبيراً باختلاف
البلدان والمناطق

تختلف استراتيجيات الإعاشة للمسنين اختلافاً كبيراً باختلاف البلدان والمناطق ولكنها تكون على الأرجح أكثر تعقيداً واختلافاً في البلدان النامية عن الدول المتقدمة. ففي البلدان المتقدمة التي بها نُظم معاشات تقاعدية شاملة وأسواق رأسمالية عميقة، ينتقل المصدر الرئيسي للإعاشة وللحماية من الوظيفة إلى المعاش التقاعدي عندما يبلغ الفرد سن التقاعد المقررة.

التغطية المحدودة
للمعاش التقاعدي تعني
قديراً أعلى من انعدام
الضمان الاجتماعي في
البلدان النامية

وفي البلدان النامية، لا تتاح سبل الوصول إلى مزايا المعاش التقاعدي إلا للقلّة، ويضطر معظم الناس إلى الاعتماد على مصادر أخرى للدخل، غالباً ما تكون غير مستقرة. ويزداد الاحتمال بأن يظل الذين كانوا فقراء أثناء سنوات عملهم الأولى فقراء عند الكبر. كما أن الذين كانوا فوق خط الفقر ولكنهم لم يستطيعوا أن يدخروا من المال ما يمكنهم من تمويل استهلاكهم عند كبر السن يواجهون خطر الفقر أيضاً. أما آليات الدعم غير الرسمية، مثل الأسرة والمجتمع، فهي عادة ليست مصدراً مستقراً للدخل يمكن الاعتماد عليه وإنما تعطي ضماناً محدوداً فقط. ولأنها تعمل في نطاق ضيق فإنها لا تستطيع المجازفة من أجل توفير حماية أكبر ضد صدمات الدخل أو ضمان مستوى معين من المزايا مثلما توفره نُظم التأمين التي تقدمها الدولة.

ويعتمد الأفراد عند تقدم العمر عادة على أربعة مصادر رئيسية للدخل، هي: (أ) تحويلات خاصة من العائلة والشبكات الاجتماعية؛ (ب) تحويلات عامة من المعاشات التقاعدية والبرامج الأخرى للتحويل النقدي؛ (ج) الدخل من العمل؛ (د) أصول مالية وغيرها، بما فيها المعاشات التقاعدية الخاصة.

وتشير البيانات المتاحة إلى أن تكوين مصادر الدخل المختلفة يتباين باختلاف السياق، إذ تقل أهمية التحويلات الخاصة كلما زاد متوسط مستوى الدخل، وهذا ما يبدو عليه الحال مثلاً في اليابان وجمهورية كوريا ومقاطعة تايوان الصينية (انظر الجدول خامساً - ٣). ويشير هذا الاتجاه إلى أنه كلما ارتفع مستوى متوسط الدخل للسكان، انخفضت أهمية التحويلات الخاصة كمصدر للدخل أثناء كبر السن.

ويبدو أن الأهمية النسبية لمصادر الدخل المتنوعة تتغير أيضاً حسب عمر رب العائلة وكونه ذكراً أو أنثى. ففي حالة الولايات المتحدة الأمريكية في عام ٢٠٠٤ مثلاً، كان السكان من سن ٦٥ إلى ٦٩ عاماً يحصلون على جزء من إيرادات أعمالهم (حوالي ٣٢ في المائة) أكبر من أقرانهم في سن ٧٥ إلى ٧٩ عاماً (١٤ في المائة). وكانت المعاشات التقاعدية العامة مصدراً للدخل ذا أهمية أكبر بالنسبة للمرأة المتقدمة في العمر (٥١ في المائة من الدخل السنوي) منه بالنسبة للرجل (٣٥ في المائة) (Employment Benefit Research Institute (EBRI), 2006).

الجدول خامساً - ٣

مصادر الدخل الرئيسية في كبر السن كنسبة من مجموع الدخل في بلدان مختارة
وفي مقاطعة تايوان الصينية، في سنوات مختارة (نسبة مئوية)

السنة	الدخل من العمل	التحويلات الخاصة	التحويلات العامة	الأصول وغيرها
٢٠٠٢	٣٩,٣	٣٥,٤	٧,٣	١٨,٠
١٩٨١	١٦,٢	٧٢,٤	٢,٠	٨,٧
١٩٩٤	٣٧,٦	٤٤,٣	٣,٥	١٠,٦
١٩٨٦	٢٩,٨	٦٧,٨	١,٢	١,٢
١٩٩٣	٤٢,٨	٥٣,٢	١,٦	٢,٤
٢٠٠٠	١٥,٢	٧,٢	٣٦,٨	٤٠,٩
١٩٨١	٣١,٣	١٥,٦	٣٩,٩	١٠,٥
١٩٨٨	٢٤,٥	٩,٠	٥٦,٤	٩,٧
١٩٩٩	١٩,٠	٢,٦	٦٥,٠	١٣,٤

المصدر: Barrientos (2007); Lee (2007); and Mason (2007); وصندوق الأمم المتحدة للسكان (٢٠٠٦).

وتعد إيرادات العمل عند كبر السن ذات أهمية أكبر في البلدان النامية عنها في البلدان المتقدمة. ولا نود هنا أن نكرر مناقشة موضوع الوصول إلى أسواق العمل والقابلية للتوظيف لدى كبار السن الذي تناوله الفصل الرابع، إلا أنه في سياق انتشار الفقر يكون استمرار المشاركة في سوق العمل بسبب ظروف الفقر أثناء الشيخوخة عاملاً من عوامل تعميق الفقر في الغالب، لأن إنتاجية العمل قد تنخفض مع التقدم في السن. وهذا لا يعني أنه لا يجب على المسنين السعي للاستمرار في سوق العمل إذا كانت تلك هي رغبتهم، إلا أنه من غير المحتمل أن يستطيع العمال الذين لم تمكنهم أجورهم أثناء سنوات عملهم من الارتفاع فوق خط الفقر الحصول على إيرادات عمل أعلى عند تقدمهم في العمر. وفي ظل هذه الظروف، لن يكون الاستمرار في المشاركة في سوق العمل كافياً في حد ذاته لضمان شيخوخة خالية من الفقر.

أما في البلدان المتقدمة، فتتكون أدوات السياسة الرئيسية لضمان دخل آمن عند كبر السن من نظم المعاشات التقاعدية المبنية على أساس الاشتراكات، فهي التي توفر دخلاً منتظماً ومضموناً عند تقدم العمر (Diamond, 1996). وتعتبر الأصول المالية وغيرها التي تجمعت أثناء الحياة العملية للفرد مصادر دخل أكثر أهمية في البلدان المتقدمة منها في البلدان النامية. والدول المتقدمة لديها أسواق رأسمالية أعمق، من شأنها أن توفر مجموعة واسعة من الأدوات المالية اللازمة للدخار، كما أن ارتفاع متوسط الدخل يعطي مجالاً أوسع للدخار أثناء الحياة العملية.

ولا تتوافر الظروف بالدرجة نفسها في البلدان النامية. ويعد تراكم الأصول جزءاً من استراتيجيات العيش التي يستخدمها الناس في البلدان النامية، حتى الفقيرة منها، إلا أن هذه الأصول كثيراً ما تستخدم لمساندة الاستهلاك في الأوقات العصيبة، مثل سوء المحصول، ولا تتوافر كضمان للدخل أثناء الشيخوخة. وحتى في حالة تراكم الأصول من أجل أن تصبح مورداً مالياً في الشيخوخة، فقد تصبح مصادر غير مأمونة لهذه الموارد في سياق كثير من البلدان النامية، وذلك لأن العوائد منها وقيمة هذه الأصول قد تتعرض لتقلبات كبيرة. فمثلاً في مجتمعات الريف تعد الماشية من الأصول الهامة، ولكنها قد تموت، مثل سائر الحيوانات، أثناء موسم الجفاف أو قد تنخفض أسعار بيعها عن المتوقع عندما يحاول أفراد آخرون (أصابهم الصدمة نفسها) بيع ماشيتهم (Dercon, 1998) وقد تسببت الكوارث المالية في

تعد إيرادات العمل
مصدراً رئيسياً للدخل عند
كبر السن في البلدان النامية

تقوم الأصول بدور
أكبر كمصدر للدخل
أثناء الشيخوخة في
الدول المتقدمة

بعض الأحيان في بعض الأسواق الصاعدة في انخفاض هائل في قيمة الأصل المالي الذي تملكه الأسر، بما في ذلك مدخرات المسنين.

وتعدّ التحويلات الخاصة مصدراً رئيسياً للدخل أثناء الشيخوخة في كثير من البلدان النامية. وهذا التدفق للموارد قد يأخذ شكل دعم مادي أو تحويل أصول أو دعم نوعي على شكل غذاء وملابس ومأوى ووقت للرعاية. وعادة ما يكون الأبناء هم أكبر الممولين للتحويلات الخاصة للمسنين. وقد يساهم أقارب آخرون وأصدقاء، ولكنهم غالباً ما يكونون أعضاء من الأسرة الممتدة (Hermalin, 2002). واحتمال تلقي الدعم الأسري أعلى عندما يقيم المسنون مع أولادهم أو مع أقارب آخرين، منه عند إقامتهم بمفردهم. والمشاركة في المنزل تعد عاملاً أهم في حصول المسنين على تحويلات خاصة من مجرد وجود أبناء أحياء لهم (الأمم المتحدة، ٢٠٠٥ ب).

تعدّ التحويلات الخاصة هامة ولكنها أحياناً تكون مصادر دخل لا يعتمد عليها

وقد تصبح التحويلات الخاصة أيضاً مصدراً لا يعتمد عليه للدخل. أولاً، لأن الاعتماد على الشبكات الأسرية قد لا يحمي المسن حماية كاملة من الفقر، وبالتحديد في الحالات التي تكون فيها هذه الشبكات عرضة لصدمات تؤثر عليها سلبياً. وثانياً، فإن هذه التحويلات طوعية ومبنية على تربيّات غير رسمية وفي معظم السياقات ربما تكون عرضة للتغير. وهناك بلدان قليلة أدخلت التزام الأسرة بإعاشة مسنيها رسمياً في الدستور أو في تشريعات أخرى (Bongaarts and Zimmer, 2001). وهذه التشريعات موجودة بالفعل في الصين وسنغافورة مثلاً. وفي حالة سنغافورة، وضعت سياسات من شأنها أن تجعل الأسرة هي المصدر الرئيسي لدعم الدخل لمسنيها ورعايتهم، وجعلت ضمان الدعم الاقتصادي للمسنين من قبل أبنائهم أمراً يحكمه القانون (Chan and others, 2003).

ولكن أهمية التحويلات الخاصة في ضمان الدخل عند الشيخوخة من المحتمل أن تتضاءل في عدة سياقات بسبب انخفاض حجم الأسر، وزيادة عدد المسنين الذين يعيشون بمفردهم، ولتغير مفهوم رعاية المسنين (كما يناقشه الفصل الثالث)، بالرغم من عدم وجود دلائل تجريبية مطردة في هذا الخصوص. وبالتالي فإن مدى تجنب الفقر عند الشيخوخة في البلدان النامية سوف يعتمد إلى درجة كبيرة على احتمال توسيع تغطية نظم المعاشات التقاعدية الرسمية وضمان كفاءة مستوى المزايا التي تقدمها.

نظم المعاشات التقاعدية الرسمية: ضمان تأمين الدخل أثناء الشيخوخة

من الضروري وجود منهج رسمي لضمان أمان الدخل عند الشيخوخة

إن عدم قدرة الآليات غير الرسمية على توفير ضمان دخل يعتمد عليه بصورة مناسبة وكافية أثناء الشيخوخة يدل بصورة واضحة على ضرورة وجود أساليب ينبغي إيجادها من أجل تحسين وتوسيع الآليات الرسمية التي تضمن الدعم الاقتصادي لجميع المسنين. والآليات الرسمية موجودة بالفعل في معظم البلدان بشكل أو آخر. ونظم المعاشات التقاعدية المتعلقة بالمهنة أو برب العمل لها تاريخ طويل: فقد وضع أول نظام واسع النطاق يدار حكومياً منذ أكثر من قرن في ألمانيا تحت حكم أول مستشار لها وهو أوتو فون بسمارك (انظر الإطار خامساً - ٢).

وتعتبر نظم المعاشات التقاعدية العامة، في أحيان كثيرة، أداة هامة لإعادة توزيع الدخل على الأقران، وبالذات في المجموعات ذات الدخل المنخفض، بهدف تقليل الفقر بين من كانوا في وظائف منخفضة الأجر وبالتالي غير قادرين على توفير مدخرات. إلا أن المدى الذي تكفل به النظم الرسمية ضمان الدخل للمسنين يختلف بدرجات كبيرة، إذ توجد تفاوتات كبيرة فيما يتعلق بالتغطية وكفاية

المزايا وتكاليف المساهمة في نُظُم المعاشات التقاعدية للمسنين سواء فيما بين البلدان أو في داخل البلد الواحد.

وتشير الدلائل الموجودة من بيانات البلدان المختلفة إلى أن نسبة القوة العاملة المشتركة في نظام المعاش التقاعدي الرسمي تزداد مع زيادة دخل الفرد. ومن ناحية أخرى، وكما هو موضح في الشكل خامساً - ٢، فإن قلة من البلدان، بما فيها أرمينيا وبيلاروس وجورجيا وقرغيزستان وأوكرانيا، لديها تغطية معاش تقاعدي أعلى من المتوقع إذا نظرنا إلى مستوى ناتجها المحلي للفرد. وتشير أهمية المعاشات التقاعدية الاجتماعية في هذه البلدان إلى أن الالتزام بتوفيرها للجميع عامل هام لديها.

إن تغطية المعاش التقاعدي
للقوة العاملة تزداد مع
مستوى الدخل

الإطار خامساً - ٢

تاريخ مختصر لضمان الدخل عند الشيخوخة

يذكر لألمانيا أنها أول دولة غربية صناعية تتبنى (في عام ١٨٨٩) آلية رسمية لتأسيس برنامج عام للمعاشات التقاعدية للمسنين وللمعاقين. وكانت في هذه الحالة خطة للمعاش التقاعدي القائم على اشتراكات تعطي للعمال، عند بلوغهم سن التقاعد وهو ٧٠ عاماً، الحق في مدفوعات معاش تقاعدي منتظمة. وكانت هذه المدفوعات للمعاش التقاعدي تمول من قبل المشتركين العمال. وبالتالي تم تسمية هذا النظام نظام دفع الاستحقاقات أولاً بأول.

وقد كان نظام المعاش التقاعدي الألماني نموذجاً لعدة نُظُم للمعاشات التقاعدية حول العالم؛ وفي غضون القرن العشرين، قامت معظم البلدان المتقدمة بوضع برامج عامة رسمية للمعاشات التقاعدية بوسيلة أو بأخرى. ومن هذه الدول (على سبيل المثال لا الحصر) المملكة المتحدة، حيث تم تطبيق قانون التأمين الوطني الذي اشتمل، ضمن أمور أخرى، على تأمين للشيخوخة في عام ١٩١١، وتم توسيعه بعد التوصيات التي أوصى بها السير وليام بيفريدج في عام ١٩٤٢ بعد الحرب العالمية الثانية؛ وفرنسا، التي فرضت خطاً تأمينية للمسنين وللمرضى في عام ١٩٢٨؛ والولايات المتحدة الأمريكية، التي بدأ تطبيق قانون الضمان الاجتماعي فيها في عام ١٩٣٥، وشيلي، التي أسست نظامها للضمان الاجتماعي في عام ١٩٢٦.

وقد تم تأسيس الضمان الاجتماعي كحق في الإعلان الخاص بأهداف وأغراض منظمة العمل الدولية الذي اعتمد في فيلادلفيا، في بنسلفانيا، في ١٠ أيار/مايو ١٩٤٤، وهو جزء لا يتجزأ من تطبيق الإعلان العالمي لحقوق الإنسان (١٠ كانون الأول/ديسمبر ١٩٤٨)،^١ الذي ينص على أن "للجميع الحق في الضمان الاجتماعي والحق في... الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية التي لا غنى عنها من أجل كرامته". (المادة ٢٢)، وأن "لكل شخص الحق في مستوى معيشي مناسب لصحته وإعاشته وأسرته، بما في ذلك الخدمات الاجتماعية الضرورية، والحق في الأمان في حالة البطالة أو المرض أو الإعاقة أو الترميل أو الشيخوخة أو أي فقدان آخر لمقومات الإعاشة تحت ظروف خارجة عن إرادته". (المادة ٢٥).

وضمان هذه الحقوق التي تم التأكيد عليها مراراً منذ ذلك الوقت وكانت لها أهمية قصوى في مواد المواثيق والتوصيات هو أهم تحدٍّ أمام المجتمعات التي تواجه الشيخوخة، ويجب أن يدركوا التزاماتهم لمواجهة هذا التحدي.

١ قرار الجمعية العامة ٢١٧ أ (د - ٣).

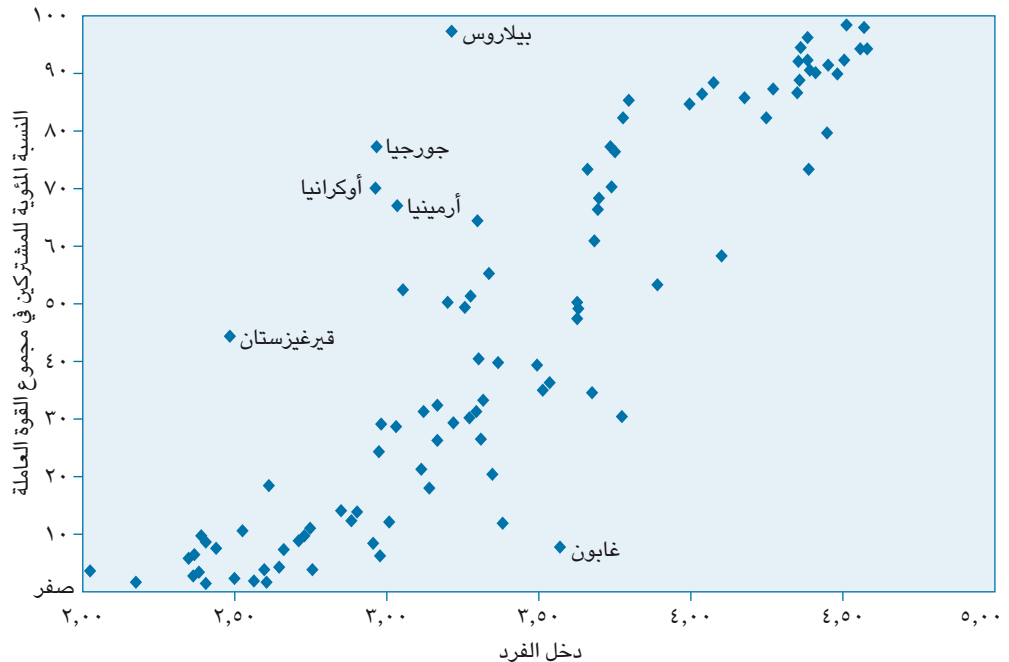
وتعود التغطية الأقل في العديد من البلدان النامية، جزئياً، إلى الأسلوب الذي يتم به توليد اشتراكات التقاعد وتجميعها، إذ أن قلة من هذه البلدان تحول المعاشات التقاعدية العامة من خلال الضرائب العامة (بمعنى أنه لا توجد نُظم معاشات تقاعدية غير قائمة على الاشتراكات إلا في قلة من هذه البلدان). وفي الأغلب يتم تمويل نُظم المعاشات التقاعدية العامة من خلال اشتراكات يدفعها المشتركون على أساس ما يتقاضونه من أجر. وفي هذه الحالات، فإن الحق في مزايا المعاش التقاعدي مبني على المشاركة السابقة فيه. وبالتالي فإن الأسلوب المبني على الاشتراكات لا يشمل بالطبع العمال لحسابهم الخاص ولا يشمل العمال في القطاعات غير الرسمية، إذ أن هؤلاء لا يستطيعون المشاركة إلا بصورة طوعية فقط على أحسن تقدير. إلا أن هناك عدداً من البلدان قامت بوضع نُظم ناجحة للمعاش التقاعدي للمسنين لبعض العمال في القطاعات غير الرسمية وتدرس إمكانية التوسع في هذه التغطية على نطاق أكبر. وهذه هي حالة الهند (انظر الإطار خامساً - ٣).

وفي ضوء العلاقات التي يمكن ملاحظتها من الشكل خامساً - ٢، يمكن أن نتوقع أنه مع النمو الاقتصادي والصناعي سوف تزيد تغطية المعاش التقاعدي في البلدان النامية. إلا أن هذا يخالف الواقع - حتى في البلدان النامية الأكثر تقدماً.

وقد أدى تحرير أسواق العمالة أثناء الثمانينات والتسعينات في كثير من البلدان إلى الحد من التوسع في العمالة بأجر في القطاع الرسمي وترك القطاع غير الرسمي ليكون صاحب العمل الرئيسي (Gill, Packard and Yermo, 2004; Rofman, 2005). فمثلاً لم تتحسن تغطية المعاش التقاعدي في أمريكا اللاتينية على مدى ١٥ عاماً لأن معظم نمو العمالة نتج في القطاع غير الرسمي، وقد فشلت نُظم

الشكل خامساً - ٢

نسبة عدد المشتركين في نُظم المعاشات التقاعدية العامة إلى مجموع القوة العاملة حسب دخل الفرد^١



المصدر: Palacios and Pallarès-
Miralles (2000); and World
Bank (2005).

١ آخر البيانات المسجلة في الفترة
١٩٩٨ - ١٩٩٨.

الإطار خامساً - ٣

توسيع الضمان الاجتماعي في الهند

من المتوقع أن يزداد عدد سكان الهند من الذين تزيد أعمارهم عن ٦٥ عاماً إلى ثلاثة أضعاف ليصل إلى ١٥ في المائة في عام ٢٠٥٠، بالمقارنة بحوالي ٥ في المائة في عام ٢٠٠٥. وبسبب تشتت القوة العاملة أساساً يصعب تأمين دخل في الشيخوخة عن طريق ترتيبات تقليدية للمعاش التقاعدي مبنية على الدخل. والنتيجة أن نحو ٩٢ في المائة من القوى العاملة (أكثر من ٣٦٢ مليون نسمة) ليس لديهم أي حماية بضمن دخل في المستقبل لأنهم يعملون في القطاع غير الرسمي. ومن هؤلاء، يعمل حوالي ٣٣٧ مليون فرد في القطاع غير المنظم و٢٦ مليوناً في قطاع العمل المنظم، ولكن في مؤسسات صغيرة الحجم (وهي تشمل جميع المؤسسات غير المساهمة والتي توظف أقل من ١٠ أفراد). وهناك ٢٣٥ مليون فرد يعملون في القطاع الزراعي.

وقد اتخذت الهند عدة إصلاحات للمعاشات التقاعدية في السنوات الأخيرة، إلا أن جميعها اقتصر على نُظُم المعاشات التقاعدية للقطاع العام والرسمي. ومن أمثلة ذلك نظام المعاش التقاعدي الجديد الذي يقوم على أساس اشتراكات محددة للداخلين الجدد في الخدمة الحكومية، في عام ٢٠٠٤. وفي القطاع الخاص الرسمي يوجد "صندوق التكافل للموظفين" و"نظام المعاش التقاعدي للموظفين" كجزء من منظمة صندوق التكافل. وهذه النُظُم إجبارية للعمال في ١٧٧ صناعة محددة تقل فيها الأجور عن ٦ ٥٠٠ روبية (١٥٦ دولاراً أمريكياً) في الشهر في المؤسسات التي تستخدم أكثر من ٢٠ موظفاً. وكانت تغطي نحو ١٥ مليون عامل في ٢٠٠٤ (Shah, 2005).

أما ضمان الدخل للمسنين بالنسبة للأغلبية العظمى من العمال في القطاع غير الرسمي فهو محدود جداً ومشتت. وقد أدخلت برامج حكومية كثيرة، مركزية وعلى مستوى الولايات. ومن أمثلة ذلك برنامج المساعدة الاجتماعية الوطني الذي بدأ في عام ١٩٩٥، وهو يزود الفقراء والمساكين الذين تزيد أعمارهم عن ٦٥ عاماً وليس لديهم أي مصدر آخر للدخل وليس لديهم أي دعم أسري بمعاش تقاعدي لكبار السن قدره ٢٠٠ روبية (٥ دولارات أمريكية) (حوالي نصف خط الفقر) من خلال نظام المعاش التقاعدي القومي للمسنين.

وبالرغم من تقديم مبادرات مشابهة إلا أن ٦ في المائة فقط من القطاع غير الرسمي (٢١ مليون نسمة) كان لديهم سبيل الوصول في عام ٢٠٠٠ إلى مستحقات الضمان الاجتماعي - وغالباً ما تكون مساعدة خيرية - تقدمها نُظُم الدولة المركزية والولايات؛ منهم حوالي ٥ ملايين فرد من نُظُم الدولة المركزية و١٠ ملايين فرد من حكومات الولايات و٦ ملايين فرد من نظام المعاش التقاعدي القومي للمسنين. وبالإضافة إلى الحكومات المركزية وحكومات الولايات هناك منظمات غير حكومية تقوم بتوفير نوع من الضمان الاجتماعي. وتصل البرامج غير الحكومية التي تمولها تلك المنظمات إلى حوالي ٥ ملايين عامل غير رسمي، وتقدم لهم تأميناً صحياً واجتماعياً، ولكن توفير معاش تقاعدي للمسنين هو أمر جانبي نسبياً (اللجنة القومية للمؤسسات في القطاع غير المنظم، ٢٠٠٦).

وقد قدمت عدة مقترحات تهدف إلى توفير الضمان الاجتماعي إلى العمال غير الرسميين. ففي ٢٠٠١، أوصت اللجنة القومية المعنية بالعمالة الريفية، ضمن توصيات أخرى، بأن تستهدف مزايا المعاشات العمال المسنين غير الرسميين ذوي الدخل المنخفض بناءً على اختبار إمكانات. كما قامت اللجنة القومية للعمالة في عام ٢٠٠٣ بتقديم توصيات عدة تشمل مجموعة مزايا أساسية للتأمين ضد الوفاة والإعاقة والصحة والولادة ومزايا للمسنين.

الإطار خامساً - ٣

توسيع الضمان الاجتماعي في الهند (تابع)

وقد قامت مؤخراً اللجنة القومية للمؤسسات في القطاع غير المنظم بتقديم اقتراح شامل بتوسيع التغطية لتصل إلى العمال في القطاع غير المنظم. ويدعو مشروع قانون الضمان الاجتماعي للعمال في القطاع غير المنظم إلى تقديم حزمة شاملة من المزايا للعمال في القطاع غير الرسمي تحتوي على حد أدنى من الضمان الاجتماعي الوطني وتشمل مزايا التأمين على الصحة وعلى الحياة للجميع، كما تحتوي على ضمان اجتماعي للمسنين (على شكل معاش تقليدي اجتماعي وغير قائم على الاشتراكات إلى فقراء العمال وصندوق خيري لجميع الآخرين). وبالرغم من أن هذا النظام لا يشمل العمال والفلاحين ذوي الدخل الذي يزيد عن ٦ ٥٠٠ روبية في الشهر، إلا أنه يغطي حوالي ٣٠٠ مليون عامل (٨٣ في المائة) في القطاع غير المنظم كما يوفر تغطية (عن طريق عنصر التأمين الصحي ودعم الولادة) إلى ما لا يزيد عن أربعة أفراد معالين في الأسرة لكل مشترك (Sengupta, 2007).

وفي حين أن هذا الاقتراح يتوقع وجود صندوق خيري للعمال المشتركين يدر عائداً مضموناً بمعدل ١٠ في المائة، إلا أن الأهم من ذلك أنه يدعو إلى معاش تقاعدي لجميع العمال البالغين من العمر ٦٠ عاماً أو أكثر ممن يقعون تحت خط الفقر، مع مزايا تساوي تلك التي في النظام القومي للمعاش التقاعدي للمسنين. ويتوقع النظام تمويلاً من مساهمات يومية من العمال وأصحاب العمل والحكومة قدرها ١ روبية (٠,٠٢٥ دولاراً أمريكياً) من كل فرد لكل منهم عن كل مشترك. وعندما يتغيب العامل، وهو حال أغلبية العمال بالقطاع غير الرسمي، فإن الحكومة تدفع حصة صاحب العمل. ويتم تقسيم إجمالي المساهمات، وهي ١٠٩٥ روبية (٢٦ دولاراً أمريكياً) في العام، لتوفير التأمين الصحي ومساعدات الولادة (٣٨٠ روبية) والتأمين على الحياة (١٥٠ روبية) والضمان عند الشيخوخة (٥٦٥ روبية) (اللجنة الوطنية المعنية بالمؤسسات في القطاع غير المنظم، ٢٠٠٦، الصفحة ٩٦). وتشمل المزايا المقدمة على سبيل المثال تغطية تكاليف المستشفى حتى ١٥ ٠٠٠ روبية في العام للعمال ولأسرهم، وعلاوة مرضية لما يزيد عن ثلاثة أيام في المستشفى، وتأميناً على الحياة قدره ١٥ ٠٠٠ روبية (٣٦٠ دولاراً أمريكياً) للمستفيد ومعونة للولادة حتى ١ ٠٠٠ روبية (٢٤ دولاراً أمريكياً).

وقد فصلت اللجنة تفصيلاً مطولاً كيفية التشغيل المتوقعة للنظام (بما في ذلك إجراءات التسجيل وآليات تجميع الأقساط وتوزيع المزايا). وقد أوضحت أيضاً أن هذا النظام القومي يمكن بالفعل تنفيذه مادياً، وأنه بعد خمس سنوات من تشغيل هذا النظام سيقوم بتغطية جميع العمال في القطاع غير الرسمي البالغ عددهم ٣٠٠ مليون، وأن التكلفة الإجمالية سوف تصل إلى ٠,٤٨ في المائة من الناتج المحلي الإجمالي في السنة، وأن الحكومة المركزية سوف تكون مسؤولة عن تكلفة جميع مزايا المعاش التقاعدي لمن يقعون تحت خط الفقر. وتشارك الولايات في جميع التكاليف الأخرى حيث تتحمل كل منها ربع هذه التكاليف.

ومن التحديات التي تواجه مثل هذا النظام ضمان استمرار مساهمة كل فرد فيه، وألا يخفض أصحاب العمل التزاماتهم في المشاركة. وقد يثبت صعوبة تحديد الأهلية لهذه المستحقات عملياً. إلا أنه مع وجود إرادة سياسية كافية يمكن التغلب على هذه العقبات. ولا شك في أن ظهور مثل هذا النظام سوف يساهم في تأمين دخل أعلى للمسنين العمال في القطاع غير الرسمي.

إصلاح المعاش التقاعدي في زيادة تغطيتها (اللجنة الاقتصادية لأمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي، ٢٠٠٦)، وانظر التحليل حول إصلاحات المعاش التقاعدي فيما يلي).

وحتى في البلدان ذات التغطية الواسعة، تحوم الشكوك حول ضمان الدخل للمسنين إذ أصبحت استمرارية نُظم المعاشات التقاعدية الحالية أمراً مشكوكاً فيه. وسوف تحس البلدان التي لديها نمو ضعيف وأداء ضعيف من ناحية العمالة على المدى الطويل بعبء أكبر في محاولة الإبقاء على الصلاحية المالية لنُظم معاشاتها التقاعدية. وقد يزيد من الضغوط على نُظم المعاشات التقاعدية الاتجاه إلى التقاعد في سن مبكرة وأيضاً التكلفة المتزايدة لمزايا نُظم المعاشات التقاعدية عند ربطها بمستويات المعيشة. وفي بعض الحالات ضاعف من المشاكل سوء الإدارة، وقرارات استثمار سيئة، وسوء إدارة نُظم المعاشات التقاعدية في حد ذاتها، مما أدى إلى إفلاسها أو إلى تخفيضات هائلة في مزايا أصحاب المعاشات التقاعدية^٤.

ومن المعتقد أنه مع شيخوخة السكان، فإن العديد من نُظم المعاشات التقاعدية الحالية - وليس فقط نُظم القطاع الخاص منها (بمعنى التي يتيحها أصحاب العمل) ولكن أيضاً النُظم العامة في كثير من البلدان النامية والمتقدمة - سوف تكون مكلفة جداً مع مرور الوقت. وفي بلدان الاقتصاد المتقدم، هناك توقع عام بأن نُظم المعاشات التقاعدية الحالية لا يمكن استدامتها مالياً، فقد وصل الإنفاق العام على مستحقات المعاش التقاعدي للشيخوخة كنسبة من الناتج المحلي الإجمالي في عام ٢٠٠٣ إلى ما يزيد عن ١٠ في المائة في بلدان مثل النمسا وفرنسا وألمانيا واليونان وإيطاليا وبولندا والسويد (منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي، ٢٠٠٧). ومن المتوقع أن تزيد تكاليف نُظم المعاشات التقاعدية العامة إلى ٢٠ في المائة من الناتج المحلي الإجمالي في بلدان مثل قبرص والبرتغال وسلوفينيا خلال النصف الأول من القرن الحالي وذلك بسبب شيخوخة السكان (المفوضية الأوروبية، ٢٠٠٦).

إن التأثير المتوقع لشيخوخة السكان على الاستمرارية المالية لنُظم المعاشات التقاعدية السارية يدعو بشدة إلى ضرورة الإسراع في الإصلاح. وتعد نُظم المعاشات الممولة أولاً بأول ضعيفة بوجه خاص لأنها تعتمد على عدد متناقص من العمال لدعم عدد متزايد من المتقاعدين. بالإضافة إلى أنه في بعض البلدان يزيد تأثير وباء الإيدز والعدوى بفيروسه من الضغط على الشيخوخة الطبيعية للسكان في حالة نُظم المعاشات الممولة أ عن طريق التأثير سلباً على نسبة البالغين عمر العمل وبالتالي يقضي على أساس المساهمة في نُظم المعاشات التقاعدية.

ومن ثم فإن النظر في تصميم نُظم المعاشات التقاعدية وإصلاحها، بما في ذلك التوسع في التغطية، هو أمر هام سواء في البلدان والمناطق المتقدمة أو النامية، لأن خطط المعاشات يجب أن تكون متاحة وممكن الانضمام إليها وأن تكون قابلة للبقاء اقتصادياً وفي وسع المشتركين تحملها وأن تقدم مزايا معقولة للجميع من أجل ضمان الأمن الاقتصادي ولكي لا يعاني كبار السن من الفقر.

استدامة نُظم المعاشات التقاعدية والتوسع فيها

تختلف الآراء حول كيفية تقديم المعاشات التقاعدية. ذلك أن اقتصاديات نُظم المعاشات التقاعدية معقدة وتتصل اتصالاً وثيقاً بالسياق الذي تعمل فيه بحيث لا يمكن وضعها في إطار واحد يناسب الجميع.

^٤ فمثلاً في الولايات المتحدة الأمريكية، فشلت ٢٣ شركة تدير صناديق للمعاشات التقاعدية تزيد قيمتها على ١٠٠ مليون دولار بسبب سوء الإدارة. وكانت أكبر عملية فشل في السداد في عام ٢٠٠٥ عندما تركت شركة الطيران يونايتد مشروع المعاش التقاعدي الخاص بها بعجز قدره ٩,٨ بلايين دولار ليتم إنقاذه من قبل شركة ضمان سداد مستحقات المعاش التقاعدي.

أصبحت استمرارية نُظم المعاشات التقاعدية الحالية أمراً مشكوكاً فيه...

...وذلك لأن شيخوخة السكان من شأنها أن تؤدي إلى تكاليف أعلى وعوائد أقل

وتنعكس في نُظُم المعاشات التقاعدية أيضاً أفضليات المجتمع من حيث إعادة توزيع الموارد بين الأجيال، لأن نُظُم المعاشات التقاعدية تحدد أيضاً المشتركين فيها. وقد ناقشنا من قبل ضرورة أن تقوم نُظُم المعاشات التقاعدية على فكرة تقديم أمن الدخل للجميع.

من الضروري توخي نهج واسع في تصميم نُظُم المعاشات وإصلاحها

ويجب على من له القدرة على المشاركة في تمويل المعاش التقاعدي الذي يحصل عليه في المستقبل أن يفعل ذلك من أجل تحقيق الإنصاف وضمان الحقوق والواجبات لأفراد البلد (اللجنة الاقتصادية لأمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي، ٢٠٠٠). وهذا الشكل يمكن تصور نُظُم المعاشات باعتبارها بناءً يتكون من عدة طبقات أو "أركان" كما تشير إليه مختلف دراسات البنك الدولي (Holzmann and Hinz ١٩٩٤) (2005) وكما يتضح من ممارسات كثير من الدول. وينبغي تصميم مختلف طبقات النظام وفقاً لظروف البلد وأفضلياته الاجتماعية. فعلى سبيل المثال يمكن في البلدان التي تسود فيها أسواق العمل الرسمية أن يكتفي بركن أساسي وحيد وعام لتوفير أمن الدخل مع تقدم العمر، ويمكن أن يكون تمويله على أساس اشتراكات ترتبط بالدخل، كما هو الحال في معظم نُظُم المعاشات التقاعدية في كثير من البلدان المتقدمة. وفي هذه الحالات يتحدد مستوى الاستحقاقات التقاعدية على أساس الدخل المتولد من العمل، وذلك بغرض تحقيق نوع من التعويض عن مستوى الأجر. وفي الوقت نفسه ينبغي أن يوفر النظام حوافز مناسبة من أجل ضمان الاشتراك بشكل دائم خلال فترة محددة من الوقت. وعلاوة على ذلك ينبغي أن ينطوي نظام المعاشات التقاعدية على آلية للتكافل بحيث يتيح حداً أدنى من المزايا للعمال ذوي الدخل المنخفض أو الذين ليس لهم وظائف ثابتة أو فترة عمل كافية.

يجب أن تتفق نُظُم المعاشات التقاعدية مع السياق السائد في البلد المعني

ويمكن أن تنظر البلدان التي تسود فيها العمالة غير الرسمية أو يوجد فيها ازدواج في أسواق العمل، في ركنين عامين أساسيين: أحدهما لا يمول من الاشتراكات ويقدم حداً أدنى محدداً من المزايا، والآخر يقوم على الاشتراكات وفقاً للوصف الوارد أعلاه. ومن المهم أيضاً أن يراعى في تصميم نُظُم المعاشات التقاعدية العامة ألا تؤدي إلى تعميق أوجه اللامساواة. فعلى سبيل المثال ينبغي تفادي وجود ما يثبط همة العمال ذوي الدخل المنخفض أو العمال في القطاع غير الرسمي عن الاشتراك في خطط المعاشات التقاعدية التي تقوم على الاشتراكات. وينبغي على وجه الخصوص أن تقوم نُظُم المعاشات التقاعدية التي تقوم على الاشتراكات والتي لا تقوم على الاشتراكات جنباً إلى جنب وأن يكون كلاهما متاحاً لاشترك الفئات ذات الدخل المنخفض، على أن يتلاشى عنصر عدم الاشتراك تدريجياً مع ارتفاع الدخل قبل التقاعد (اللجنة الاقتصادية لأمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي، ٢٠٠٦). وينبغي تشجيع الأفراد الذين لديهم القدرة على المساهمة في تأمين دخل لهم مع تقدم العمر على أن يدبروا ذلك بأنفسهم (من خلال نُظُم الادخار الخاصة أو التي يرفعها أرباب العمل أو اكتساب أصول أخرى) لكي يكون لديهم ما يكمل معاشاتهم التقاعدية من الصناديق العامة.

تختلف أشكال المشاركة في المخاطر باختلاف نُظُم المعاشات التقاعدية

وتؤثر طريقة تصميم نُظُم المعاشات التقاعدية على مدى تعرضها للمخاطر، وتوزيع المخاطر، ومن ثم على درجة أمن الدخل مع تقدم العمر. ففي نُظُم المعاشات المدفوعة أولاً بأول، تمثل استحقاقات المعاشات مطالبة من الناتج المحلي الإجمالي في المستقبل، ويتم تمويلها من الاشتراكات المستقبلية أو من الضرائب أو كليهما. وهذه المطالب على الناتج المحلي الإجمالي تكون عرضة للمخاطر السياسية بشكل مباشر والمخاطر المتعلقة بالاقتصاد الكلي والتغيرات الديمغرافية بشكل غير مباشر. وفيما يتعلق بالمخاطر غير المباشرة فإن تغير ظروف الاقتصاد الكلي أو حدوث تطورات سلبية في التكوين الديمغرافي يفرض عبئاً ثقيلاً على العمال في المستقبل، وبذلك يزيد من صعوبة تنفيذ هذه المطالب. أما في النُظُم الممولة بالكامل فتتوقف استحقاقات التقاعد على قيمة الأصول المتراكمة، وفي هذه الحالة تكون عرضة لمخاطر الاستثمار

بشكل مباشر ولتذبذب عوائد ذلك الاستثمار (Turner, 2003). وفي النظم ذات الاشتراكات المحددة يتحمل المستفيدون معظم المخاطر، بما في ذلك عدم القدرة على المساهمة بشكل منتظم في صندوق المعاشات. ولا يقدم نظام المعاشات التقاعدية في شكله المطلق (دون ضمان بحد أدنى من المعاش التقاعدي) أيّ تأمين. وفي هذا النظام تقل إمكانية توزيع المنافع بين الجيل الواحد والأمان من الفقر. أما في النظم ذات الاستحقاقات المحددة فإن المخاطر يتحملها عادة القائمون على صناديق المعاشات أو على دفع الاستحقاقات من الصندوق، طالما أن هناك وعداً بأن يكون المعاش التقاعدي جزءاً محدداً من نسبة الأجر (Barr, 2006).

وعلى أيّ حال، وربما كان هذا هو الأهم، فإن قدرة أيّ نظام للمعاش التقاعدي على تقديم مزايا مناسبة لأعضائه وأن يظل في نطاق قدرتهم المالية تتوقف على قدرة البلد على استدامة النمو الاقتصادي.

النمو الاقتصادي هو الركيزة الرئيسية لاستدامة نظم المعاشات التقاعدية

في الوقت الذي يجري فيه التركيز على إصلاح نظم المعاشات التقاعدية الرسمية، لا بد من الاعتراف بأن النمو الاقتصادي ضروري لكي يوفر الاقتصاد الأمن للمتقاعدين من ناحية الدخل. وقد ناقشنا في الفصلين الثاني والرابع أن التحول الديمغرافي الجاري ينطوي على قيام عدد أقل من العمال بإعالة عدد أكبر من المستهلكين غير العمال. وعلى المدى الطويل يتوقف دعم الأعداد المتزايدة من السكان المعالين، أساساً، على سرعة النمو الاقتصادي. وينطبق هذا بشكل خاص على البلدان النامية التي ينخفض فيها معدل تغطية المعاشات التقاعدية والتي يهيمن فيها الاقتصاد غير الرسمي على الأنشطة الاقتصادية. ومن شأن زيادة العمالة في القطاع الرسمي أن توسع من إمكانات شمول المعاشات التقاعدية وأن تعزز المشاركة في نظم المعاشات التقاعدية التي تقوم على اشتراكات الأعضاء، وبذلك تعمل على تحسين أمن الدخل في السن المتقدمة. وعلاوة على ذلك فإن التوسع النسبي في العمالة في القطاع الرسمي يساعد على زيادة استدامة نظم المعاشات التقاعدية المدفوعة أولاً بأول، وذلك عن طريق توسيع قاعدة الاشتراكات في صناديق المعاشات مما يخفف من الضغط الناتج عن شيخوخة السكان على تلك النظم.

ويركز كثير من النقاش الجاري حول إصلاح نظم المعاشات التقاعدية وتصميمها على النواحي المالية للنظامين السائدين دون إيلاء الاعتبار اللازم لمسألة النمو الاقتصادي. والواقع أن أيّ "أصل من الأصول" يملكه السكان العمال حالياً - سواء كان أصلاً مالياً في حالة نظم المعاشات التقاعدية الممولة أولاً بأول باشتراكات الأفراد، أو وعداً من القطاع العام عن طريق النظم المدفوعة أولاً بأول من الأفراد - يمثل التزاماً يتحمله الناتج في المستقبل. ولذلك فإن النمو الاقتصادي لا يقل أهمية في استدامة نظم المعاشات التقاعدية عن تصميم نظام المعاش نفسه.

ويمكن للآثار المترتبة على أداء نظم المعاشات التقاعدية على الاقتصاد الكلي أن تؤثر بدورها في آفاق نمو الاقتصاد. فعلى سبيل المثال يمكن للعجز المتزايد في نظم المعاشات التقاعدية العامة أن يزيد من الدين العام، وهذا بدوره يمكن أن يمارس ضغوطاً تصاعدية على أسعار الفائدة وبالتالي على الاستثمار الخاص، مما يؤثر تأثيراً سلباً على النمو الاقتصادي. كما أن ارتفاع العجز في صناديق المعاشات التقاعدية يمكن أن يؤدي إلى فرض ضرائب أعلى، وهذا بدوره يمكن أن يزيد من تكلفة العمالة ويقلل من دخل

لا شك في أن النمو الاقتصادي هو مفتاح زيادة أمن الدخل لكبار السن...

...ولكن أداء نظم المعاشات التقاعدية يمكن أيضاً أن يؤثر في النمو

الأسرة المتاح ويمثل ضغطاً على العمالة ونمو الناتج. وبالنظر إلى هذه الآثار المحتملة على الاقتصاد الكلي لا بد من العمل على توازن نُظُم المعاشات التقاعدية من الناحية المالية. ومن ناحية أخرى فإن أثر آليات تمويل صناديق المعاشات التقاعدية على المدخرات - سواء كانت هذه النُظُم ممولة بالكامل أو من غير اشتراكات الأعضاء - ليس واضحاً بنفس الدرجة. فاشتراكات المعاشات الإلزامية إذا كانت مرتفعة يمكن أن تزيد من الادخار الإلزامي، إلا أن الأثر الناتج عن ارتفاع المدخرات الإلزامية يمكن أن يعادله نقص في المدخرات الاختيارية الخاصة أو المدخرات في قطاعات أخرى من الاقتصاد (انظر أدناه). وإذا كان الفكر السائد يفترض أن ارتفاع معدلات الادخار سيؤدي دائماً إلى ارتفاع الاستثمار الإنتاجي مما يؤدي إلى زيادة دائمة في الناتج الحقيقي للفرد^٦. فالواقع أن الصلة بين زيادة الادخار وزيادة الاستثمار هي صلة معقدة، وليست كل المدخرات تتجه دائماً إلى الاستثمار الذي يؤدي إلى النمو الاقتصادي (Barr and Diamond, 2006). وقد يحدث أيضاً أن تؤدي الجهود الموجهة نحو بناء أصول مالية لدعم الاستهلاك في مراحل العمر المتقدمة إلى خفض الطلب الفعلي أثناء فترة الادخار لهذه الأصول وهو ما يؤثر تأثيراً سلبياً على النمو الاقتصادي.

إصلاح نُظُم المعاشات التقاعدية - ١: تحسين تصميم نُظُم المعاشات التقاعدية

تم القيام بنوعين من الإصلاحات في نُظُم المعاشات التقاعدية التي تستند إلى اشتراكات: (أ) تعزيز النُظُم القائمة عن طريق تغيير البارامترات التي تقوم عليها (الإصلاح البارامترية)؛ (ب) تغيير تصميم النُظُم تغييراً جذرياً (الإصلاح الهيكلي). أما الإصلاح البارامترية فقد تم تنفيذه في كل خطة لا تقوم على الاشتراكات تقريباً وهو أكثر انتشاراً من الإصلاح الهيكلي^٧. وهذا النوع من الإصلاح له جاذبيته لأسباب سياسية أساساً، لأن من الأسهل تنفيذه، كما أنه يلقي قبولا لدى الجمهور أكبر من الإصلاحات الأكثر عمقاً.

يجري حالياً تنقيح نُظُم
المعاشات التقاعدية
لإعطائها مزيداً
من الاستمرارية

وقد أدخلت البلدان تدابير في جانبي الدخل والإنفاق للمساعدة على أن تكون هذه النُظُم قابلة للاستدامة المالية. ومن التعديلات الشائعة في هذا الصدد زيادة قسط الاشتراك في نُظُم الضمان الاجتماعي. ولكن هذا لا بد أن يجري في حدود، نظراً لأن أقساط الاشتراك العالية تؤثر تأثيراً سلباً على أسواق العمل سواء من ناحية الطلب أو من ناحية العرض. ومن الخيارات الأخرى تخفيض مزاي المعاشات التقاعدية (كما تم في اليونان وهنغاريا وإيطاليا وجمهورية كوريا والبرتغال وسويسرا) وتضييق شروط التأهيل للانضمام إلى نُظُم المعاشات التقاعدية (ألمانيا وإيطاليا والولايات المتحدة الأمريكية) وتغيير الروابط بين الاشتراكات والاستحقاقات (ألمانيا واليابان والسويد). والواقع أن كل دولة من الدول الأعضاء في

٦ هناك رأي آخر، على مذهب كينزي، يقول إن الطلب الكلي، وليس الادخار، هو الذي يدفع الاستثمار. فأصحاب الأعمال يقررون حجم الاستثمار جزئياً على أساس توقعات زيادة الطلب الكلي. ويستفاد من اتجاهات التغيرات السابقة على الطلب الكلي في تقدير التغيرات المتوقعة في المستقبل. وطبقاً لهذه النظرية فإن الاقتصاد يحتاج إلى زيادة الاستهلاك أكثر من زيادة الادخار من أجل تسريع النمو. وتؤدي كثافة رأس المال الناتجة عن ارتفاع الاستثمار إلى زيادة الإنتاجية وخفض تكاليف الوحدة مما يتيح زيادة في الأجور للعمال وزيادة في الأرباح للشركات. ويؤدي ذلك بالتالي إلى زيادة المدخرات التي يحتاجها تمويل زيادة الاستثمار.

٧ Schwarz and Demirgüç-Kunt (1999) ذكروا أن من بين ٨٢ بلداً قامت بإصلاح في نظام الضمان الاجتماعي لم يبق منها سوى ٢١ بلداً بإصلاحات "كبيرة" تنطوي على تغيير أساسي في النظام.

الاتحاد الأوروبي قامت بنوع أو آخر من التعديلات على البارامترات التي تحدد نُظم الضمان الاجتماعي فيها ((Zaidi, 2006). وفي معظم هذه البلدان انطوت حزمة الإصلاح على تغييرات في البارامترات المتصلة بسن التقاعد ومعادلات المعاش التقاعدي ومعدلات الاشتراك في صناديق المعاشات التقاعدية.

وقد تم في عدد متزايد من البلدان، كما يجري في بلدان أخرى، النظر في رفع سن التقاعد، رغم أن هذا الإجراء لا يلقى قبولاً واسعاً. فعلى سبيل المثال سيزيد سن التقاعد في الولايات المتحدة إلى ٦٧ سنة اعتباراً من عام ٢٠٢٧، وفي فرنسا تقترح التعديلات الأخيرة زيادة عدد سنوات الاشتراك في صناديق المعاشات التقاعدية اللازمة للحصول على معاش كامل بسنة واحدة، ما بين عامي ٢٠٠٩ و ٢٠١٢، وتقرير الزيادات في المستقبل على أساس التغيرات في العمر المتوقع اعتباراً من عام ٢٠١٢. وتهدف هذه التدابير إلى تقليل الفجوة بين الزيادة في العمر المتوقع وسن التقاعد، وهي فجوة قد تكون كبيرة^٨. فالعمر المتوقع عند التقاعد حالياً في البلدان المتقدمة يزيد ١٨ سنة عن سن التقاعد الإلزامي الشائع في كثير من تلك البلدان، وهو ٦٥ سنة (انظر الجدول ثانياً - ٨).

ويتوقع أن يكون لزيادة سن التقاعد أثر على زيادة الدخل مع زيادة طول الفترة العاملة في حياة الفرد. وفي الوقت نفسه ستقل نفقات صناديق المعاشات التقاعدية لأن الأعضاء سيحصلون على استحقاقاتهم لفترة أقل. والواقع أن هذا الإجراء يمكن أن تكون له نتائج هامة، إذ يقدر في الولايات المتحدة الأمريكية أنه "لو زاد سن التقاعد العادي إلى ٧٠ سنة في سنة ٢٠٣٠ فإن ذلك سيقتضي على نصف العجز الحالي في نظام الضمان الاجتماعي وإذا زاد سن التقاعد في الفترة الزمنية الفاصلة من ٦٢ إلى ٦٧ سنة فإن العجز المتوقع حالياً سوف يخفئ" (Bosworth and Burtless, 1998, p. 293).

وتساعد الزيادة في سن التقاعد الإلزامي في تحسين استدامة خطط المعاشات التقاعدية إذا رافقتها سياسات تزيد أيضاً من سن التقاعد الفعلي. وهذا قد يقتضي تغييرات في ظروف أسواق العمل لكبار السن حسب ما جاء في الفصل الرابع. وفي البلدان الصناعية حيث يمكن الحصول على مزايا المعاش التقاعدي اعتباراً من سن ٥٣ سنة في إيطاليا و ٦٢ سنة لبعض المهن في الولايات المتحدة، يبلغ سن التقاعد المعتاد في هذه البلدان ٦٥ سنة. ومع ذلك فإن معظم الناس يتقاعدون في أغلب البلدان قبل سن ٦٥. ويساعد على التعجيل بالتقاعد تصميم نُظم المعاشات التقاعدية ذاتها؛ فكما جاء في دراسة (Gruber and Wise (2005, p.5): "حين يصل الفرد إلى سن الاستحقاق فإن كل سنة يقضيها في العمل بعد ذلك تنقص من استحقاقاته في الضمان الاجتماعي على مدى سنوات العمر ويكون من الأفضل له أن يترك العمل في أول فرصة ليتلقى الاستحقاقات التقاعدية".

ويعني هذا أن عدد المتقاعدين يزداد وتزداد الاستحقاقات المدفوعة لهم على مدى فترة أطول من الزمن مما يمكن أن يحدث لو أن نظام التقاعد المبكر لم يكن موجوداً، وهذا يضع عبئاً لا لزوم له على نُظم المعاشات التقاعدية. ويبدو أن المشاكل التي تؤثر على نُظم المعاشات التقاعدية المدفوعة أولاً بأول تعود أساساً إلى طول سنوات التقاعد، وهو ما لا يرجع إلى طول العمر فقط ولكن، وربما بقدر أكبر، إلى قصر الحياة العملية. وتذكر المفوضية الأوروبية (٢٠٠٦، الصفحة ١٢) أن "الدول الأعضاء تواجه مشكلة تقاعد أكثر منها مشكلة شيخوخة". وربما كانت زيادة سن التقاعد الفعلي من ٦٠ سنة إلى السن الإلزامي وهو ٦٥ سنة أهم العوامل في خيار الإصلاح البارامتر في الاتحاد الأوروبي وأكثرها فعالية. وتشير بعض

تأخير سن التقاعد أمر
لا مفر منه...

...لأن سني العمل
قد قصرت

^٨ على سبيل المثال، حين أدخل نظام المعاشات التقاعدية لأول مرة في ألمانيا في ١٨٨٩، كان العمر المتوقع عند الميلاد هو ٤٤ سنة أي أقل من سن التقاعد، وهو ٧٠ سنة، بنحو ٢٦ سنة. ومن ثم فإن عدد من استفادوا من المعاشات التقاعدية لم يكن يزيد على نسبة قليلة (نحو ١٧ في المائة من الذكور و ٢١ في المائة من الإناث).

التقديرات إلى أن هذا الإجراء سيقبل من الزيادة في الاشتراك في نُظُم الضمان الاجتماعي المطلوبة لتمويل استحقاقات المستقبل بنسبة ٤٠ في المائة بالمقارنة بسيناريو لا يتم فيه تغيير سن التقاعد^٩. ومن شأن تغيير سن التقاعد وإبقاء العمال فترات أطول في قوة العمل (كما جاء في الفصل الرابع) أن يساعد كثيراً في استدامة نُظُم المعاشات التقاعدية المدفوعة أولاً بأول إذا ما كان في وسع أسواق العمل استيعاب هؤلاء العمال.

إصلاح نُظُم المعاشات التقاعدية - ٢:

إدخال الحسابات الاسمية

قد يشجع وجود صلة
أوثق بين الاشتراكات
والاستحقاقات على أن
يظل المشتركون في القوة
العاملة لفترة أطول

قام بعض البلدان بإجراء إصلاحات هيكلية على نظمها التقاعدية المدفوعة أولاً بأول دون الانتقال إلى نُظُم المعاشات الممولة بالكامل. فقد أدخلت هذه البلدان نظام الرسملة الفردية مع تحديد مزايا الاشتراك والحفاظ في الوقت نفسه على صيغة المعاشات المدفوعة أولاً بأول في نظمها العامة للمعاشات التقاعدية، وذلك بعد أن أدركت أن الإصلاحات البارامترية لنُظُم المعاشات التقاعدية الممولة بالكامل، كما بينا من قبل، لا تقدم إلا حلولاً جزئية للعيوب في تصميم نُظُم المعاشات. وبالإضافة إلى ذلك ففي كثير من نُظُم المعاشات التقاعدية المدفوعة أولاً بأول ذات المزايا المحددة لا توجد صلة واضحة بين الاشتراكات والاستحقاقات بشكل شفاف يفهمه المشاركون (خاصة حين تكون الاستحقاقات قائمة على أساس صورة غير كاملة للأجور). ولذلك لا يوجد حافز قوي لاستمرار العمال في المشاركة في سوق العمل بمجرد بلوغهم السن التي تؤهلهم للحصول على المزايا التقاعدية، خاصة حين لا ينطوي التقاعد المبكر على خفض اكتواري للمزايا^{١٠}.

ومع أن خطط
الاشتراكات المحددة تقوي
نُظُم المعاشات المدفوعة
أولاً بأول...

في نُظُم المعاشات التقاعدية المدفوعة أولاً بأول، والتي تقوم على أساس اشتراكات محددة، والتي يطلق عليها نظم الاشتراكات المحددة الاسمية، تسجل اشتراكات الأفراد في حسابات "اسمية" لكل فرد، ويزاد الرصيد فيها سنوياً بقيمة اسمية (انظر الإطار خامساً - ١). وتختلف المزايا باختلاف نصيب الفرد في حساباته المتراكم (الاسمي) بمعنى أنها تقوم على أساس تطور الاشتراك الكامل وليس على أساس عدد معين من سنوات الاشتراك كما هو الحال في معظم نُظُم المعاشات التقاعدية المحددة المزايا (اللجنة الاقتصادية لأمریکا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي، ٢٠٠٦). وفي هذه الحالة لا يوجد داع من الناحية النظرية لتحديد سن معين للتقاعد لأن الأشخاص هم الذين يحددون بأنفسهم متى يتقاعدون على أساس الاستحقاقات السنوية التي يتلقونها عند التقاعد. وهذه النُظُم مصممة لمواجهة مشكلة التقاعد المبكر. ويمكن لنُظُم التقاعد المحددة الاشتراكات المدفوعة أولاً بأول، من حيث المبدأ، أن تحل مشكلة الاستدامة التي تواجهها معظم خطط المعاشات المدفوعة أولاً بأول ذات المزايا المحددة، لأن النظام لا يتحمل التزامات محددة المزايا في المستقبل، وإنما تتوقف الالتزامات في المستقبل على معدل العائد.

^٩ لو ارتفع سن التقاعد الفعلي إلى ٦٥ سنة ستظل الحاجة إلى زيادة الاشتراك في الضمان الاجتماعي بنسبة ٢٠,٥ في المائة بحلول عام ٢٠٥٠ (من ١٦,١ في المائة في ٢٠٠٠). ومع ذلك فإذا ظلت سن التقاعد الفعلي على ما هي عليه سيحتاج الأمر إلى زيادة معدل الاشتراكات إلى ٢٧ في المائة (المفوضية الأوروبية، ٢٠٠١، الصفحة ١٩١، الجدول ٥، و صفحة ١٩٩، الجدول ٨).

^{١٠} وهذا يفسر نسبة المشاركة العالية نسبياً في القوة العاملة في الولايات المتحدة الأمريكية، لأن المزايا التقاعدية تنخفض بالفعل مع المعاش المبكر، فإذا تقاعد العامل في سن ٦٢ مثلاً فإن ذلك يخفض معاشه التقاعدي اكتواريًا بنسبة ٢٠ في المائة من المعاش الكامل، وتزيد هذه النسبة إلى ٣٠ في المائة بحلول عام ٢٠٢٧ حين يصل سن التقاعد إلى ٦٧ سنة (Munnell, 2006).

ويمكن في الواقع ربط معدل العائد الذي يضاف إلى حساب الفرد، على سبيل المثال، بالتغير في الإنتاجية والتغيرات الديمغرافية الجارية والمتوقعة، والنمو في الأجور، وما إلى ذلك، ومن ثم يتم تعديل المزايا تلقائياً حسب البارامترات ذات الصلة. وفي لاتفيا، على سبيل المثال، تقوم الصيغة التي تحدد العائد الاسمي على أساس نمو مجموع الاشتراكات. وفي السويد تقوم هذه الصيغة على أساس معدل النمو في الأجور الاسمية بينما في إيطاليا تتبع هذه الصيغة معدلات النمو في الناتج المحلي الإجمالي الاسمي^{١١}.

من هنا يمكن القول بأن من الممكن ضمان الاستمرارية لنظم المعاشات التقاعدية ذات الاشتراكات المحددة المدفوعة أولاً بأول عن طريق تعديل معدل العائد على الاشتراكات بما يؤدي إلى تعديل مماثل في المزايا. وهذه الإصلاحات تسهل عمليات الحفاظ على استمرارية نظم المعاشات التقاعدية مع الحفاظ على عنصر هام يتصل بالتكافل بين الأجيال. إلا أن هذه النظم، شأنها في ذلك شأن أي نظام مرسل فردي آخر، لا تضمن أن يكون لكل فرد معاش تقاعدي وحد أدنى من المزايا على الأقل، لأن المزايا تقوم على أساس اشتراكات الفرد. وفي هذه الحالة فإن الإصلاح في نظم الاشتراكات الاسمية المحددة يجب أن ترافقه تدابير تضمن التغطية الشاملة وحداً أدنى من المزايا التقاعدية (انظر أدناه).

...فإن إعادة توزيع العمال من ذوي الدخل المحدود تتم في حدود ضيقة

إصلاح نظم المعاشات التقاعدية - ٣: التحول إلى النظم الممولة بالكامل

كثيراً ما يقال إن الخطط الممولة بالكامل تظل قابلة للاستدامة المالية ما دامت المزايا تتوقف على المبلغ المستثمر والعائد على هذا الاستثمار. وكانت المملكة المتحدة من أول الدول التي انتقلت إلى نظام المعاشات التقاعدية التي تقوم على التمويل في عام ١٩٨٠ وإن كان جزئياً في ذلك الوقت. واتبعت شيلي نهجاً أكثر عمقاً في عام ١٩٨١ حيث استعاضت عن نظام المعاش التقاعدي الذي يدار كهيئة عامة ولا يقوم على أساس الاشتراكات ويوفر مزايا محددة، بنظام إلزامي يقوم على التمويل الكامل ويديره القطاع الخاص ويوفر مزايا محددة (للاطلاع على التعريفات، انظر الإطار خامساً - ١). وأدخلت عدة بلدان في أمريكا اللاتينية إصلاحات مماثلة^{١٢}. وأدخلت إصلاحات هيكلية أيضاً في دول وسط وشرق أوروبا، وإلى حد أقل في جنوب وشرق آسيا. فقد انتقلت كازاخستان، على سبيل المثال، إلى نظام ممول بالكامل في عام ١٩٩٨. واحتفظت دول أخرى بنظام الاستحقاقات المدفوعة أولاً بأول مع إدخال مكون ممول بالكامل. ومن هذه البلدان بلغاريا (٢٠٠٢)، وهنغاريا (١٩٩٨)، وجمهورية مقدونيا اليوغوسلافية السابقة (٢٠٠٣)، وإستونيا (٢٠٠٢).

^{١١} لم تدخل ألمانيا بشكل صريح نظام الاشتراكات المحددة الاسمية، ولكن نظمها للمعاشات التقاعدية تشتمل على عنصر يشابه تلك النظم. فالنظام الألماني يحتوي على "عامل استدامة" يقوم بتعديل مزايا المعاشات التقاعدية بما يراعي التغيرات في معدلات الإعالة (Zaidi, 2006).

^{١٢} ألغيت نظم المعاشات التقاعدية المدفوعة أولاً بأول التي تدار من القطاع العام وتوفر مزايا محددة إلغاء كاملاً في بوليفيا في ١٩٩٧ وفي السلفادور (١٩٩٨) وفي المكسيك (١٩٩٧) وفي الجمهورية الدومينيكية (٢٠٠٣) ويفترض في العمال الآن أن ينضموا إلى نظام إلزامي ممول بالكامل باشتراكات محددة. وفي المقابل فإن العمال في كولومبيا (١٩٩٤) وبيرو (١٩٩٣) يمكنهم الاختيار بين أي من النظامين المدفوع أولاً بأول والمحدد الفوائد، أو الممول بالكامل والمحدد الاشتراكات. وفي نفس الوقت توجد نظم مختلطة في الأرجنتين (١٩٩٤) وأوروغواي (١٩٩٦) وكوستاريكا (٢٠٠٠)، حيث يوجد مكون عام يقوم على أساس المزايا المدفوعة أولاً بأول (ممول جزئياً في كوستاريكا) يدفع معاشاً تقاعدياً أساسياً محدد المزايا، ونظام ممول بالكامل ومحدد الاشتراكات وينحصر لأنواع مختلفة من الإدارة ويوفر معاشاً تكميلياً.

يبدو أن مميزات التحول
إلى نظام التمويل الكامل
قد بولغ فيها

ومع أن نُظُم المعاشات التقاعدية الممولة بالكامل مع الرسملة الفردية يمكن أن يكتب لها الاستدامة من حيث المبدأ، فإن التحول من نظام دفع الاستحقاقات أولاً بأول إلى نظام ممول بالكامل يترك آثاراً سلبية على المالية العامة لأن الالتزامات التقاعدية التي ينص عليها النظام القديم ستظل سارية في الوقت الذي توجه فيه اشتراكات المعاشات التقاعدية إلى النظام الجديد (انظر الإطار خامساً - ٤). وتقدم صناديق المعاشات التقاعدية، بشكل عام، معظم تمويل هذه النفقات المالية، لأنها تتجه عادةً إلى الاستثمار في حوافظ أذونات المالية. وهذا ينطوي أيضاً على آثار على الاقتصاد الكلي. فالزيادة المتصلة بهذا التحول في الدين العام قد تزيد الضغوط على أسعار الفائدة، وبذلك تزيد التكاليف المالية للتحويل، وقد تؤثر على الاستثمارات الخاصة. وقد يؤثر ارتفاع الدين العام على أسعار الفائدة مما يزيد أيضاً من تكلفة التحول ويؤثر على الاستثمار الخاص.

أما القول بأن الإصلاحات التي تؤدي إلى نُظُم التمويل الكامل تسهم في زيادة المدخرات، وهو ادعاء نوقش في الفصول السابقة، فلم يمكن إثباته في كثير من البلدان. ومع ذلك تفيد شواهد من أمريكا اللاتينية بأن المدخرات ربما زادت استجابةً لإصلاح نُظُم المعاشات التقاعدية، ولكن أثرها لا يمكن تحديده لأن إصلاح المعاشات التقاعدية يجري عادةً ضمن جهود إصلاح أوسع (Holzmann and Hinz, 2005) ^{١٢}. ثم إنه إذا كان الهدف هو زيادة المدخرات، فينبغي ألا يُستبعد إصلاح نُظُم المزايا المدفوعة أولاً بأول. ويقدر على نحو الخصوص أن رفع سن التقاعد في النُظُم المدفوعة أولاً بأول يمكن، من خلال زيادة المدخرات، أن يزيد الناتج المحلي الإجمالي في أوروبا بنسبة ١٣ في المائة (المفوضية الأوروبية، ٢٠٠٦).

أدت الإصلاحات إلى
إلقاء عبء المخاطر على
عائق المتقاعدين

ويذكر من مزايا النُظُم الممولة بالكامل والمرسوملة فردياً أنها توفر عائداً أفضل على الاستثمار. ولكن هذا يتجاهل حقيقة أن العائد الأعلى هو نتيجة المخاطر الأعلى. وفي النُظُم الممولة بالكامل قد تزيد العوائد الرأسمالية الظاهرة على العوائد غير الظاهرة في نظام المزايا المدفوعة أولاً بأول، ولكن تذبذب العوائد الرأسمالية هي أيضاً أعلى بكثير. ونتيجة لذلك فإن المشاركين في صناديق التقاعد، حين يتحملون مخاطر الاستثمار التي قد تكون بالغة الصعوبة، خاصة بالنسبة للوظائف ذات الأجر المنخفض، إنما يتعرضون لإمكانية الحصول على عوائد أدنى بكثير إذا تعرضت حوافظهم لخسائر كبيرة في السنوات الأخيرة من عمرهم العملي.

وعلاوة على ذلك، ومع الربط بين المزايا والاشتراكات (والعائد منها) فإن أيّ انقطاع غير مقصود لهذه الاشتراكات يترتب عليه انخفاض المعاشات التقاعدية وزيادة المخاطر من ناحية أمن الدخل أثناء العمر المتقدم. ثم إنه عند مقارنة العائد على الاشتراكات، من المهم أن تؤخذ النفقات والمصاريف الإدارية في الاعتبار، وهذه يمكن أن تذهب بقدر كبير من العوائد. فقد تصل هذه المصاريف إلى نحو ٢٥ في المائة من الاشتراكات (مقارنةً بمصاريف تبلغ نحو ٥, ٠ في المائة من دخل الاشتراكات في النُظُم المدفوعة المزايا مقدماً ذات المزايا المحددة في الولايات المتحدة الأمريكية) (Thompson, 2001). وتتسبب النفقات الإدارية في خفض العوائد للمستفيدين. فمثلاً تمثل المصاريف الإدارية بنسبة ١ في المائة على مدى فترة اشتراك المشترك نقصاً بنسبة ٢٠ في المائة في قيمة المعاش التقاعدي الذي سيتلقاه (Diamond, 2004, as cited in Barr, 2006).

^{١٢} يؤكد De Mesa and Mesa-Lago (2006, p. 154)، على سبيل المثال، هذه النقطة فيما يتصل بشيلي، حيث يشير إلى أن الإصلاح الضريبي أسهم في زيادة كبيرة في مدخرات الشركات. ويقدم Acuña and Iglesias (2001) عرضاً موجزاً لدراسات تجريبية عن أثر الإصلاح على المدخرات، يفيد بأن "من الواضح في حالة شيلي أن الدراسات التجريبية لم تكن كافية لفهم مشكلة أثر الإصلاحات على المدخرات" (الصفحة ٤٠).

الإطار خامساً - ٤

التحول من النُظُم المدفوعة أولاً بأول إلى النُظُم الممولة بالكامل: تحول طويل ومكلف

من المسائل الهامة في الإصلاح الهيكلي لنُظُم المعاشات التقاعدية كيفية التعامل مع التحول من النُظُم الحالية وتمويل هذا التحول. وفي حالة النُظُم المتعددة القواعد، التي يتعايش فيها نظام المزايا المدفوعة أولاً بأول ونظام التمويل بالكامل، يتحمل المشتركون مباشرة عبء التحول، إذ يطلب منهم المساهمة بمبلغ معين في خطة التمويل الكامل إضافةً إلى ما يسهمون به في نظام المزايا المدفوعة أولاً بأول. وفي السويد على سبيل المثال يسهم العمال بنسبة ٢,٥ في المائة من أجورهم في نظام ممول بالكامل ومحدد الاشتراكات تم إدخاله إلى جانب نظام المزايا المدفوعة أولاً بأول.

أما حين يحل نظام التمويل بالكامل محل نظام المزايا المدفوعة أولاً بأول فينبغي تعويض العمال الذين أسهموا في النظام ولم يتقاعدوا بعد عن اشتراكاتهم السابقة إذا اختاروا التحول إلى النظام الجديد. ويظل المتقاعدون الحاليون يتلقون معاشاتهم التقاعدية المتعاقد عليها في النظام القديم، هذا في الوقت الذي لا يطلب من العمال الحاليين الذين انتقلوا إلى النظام الجديد دفع اشتراكات النظام القديم. فعلى الجانب المالي (وبافتراض عدم تغيير مزايا المعاشات التقاعدية) قد تتحمل الحكومة عبئاً كبيراً لا بد من تمويله من خلال ضرائب أعلى وضغط في الإنفاق أو زيادة في الدين العام، مما يجعل ديون المعاشات التقاعدية غير الظاهرة تطفو على السطح.

ويستفاد من تجربة الأرجنتين أن الإصلاح الذي يؤدي إلى نُظُم ممولة بالكامل يمكن أن تكون له آثار هامة على المالية العامة. فقد أدّى إصلاح نظام الأرجنتين للمعاشات التقاعدية ذات المزايا المدفوعة أولاً بأول في عام ١٩٩٤ إلى زيادة كبيرة في الدين العام حيث أظهر الوضع المالي لنظام الضمان الاجتماعي عبئاً متزايداً بعد عام ١٩٩٤. فقد كان ميزان المساهمات في التأمين الاجتماعي والإنفاق إيجابياً بنسبة ٠,٦ في المائة من الناتج المحلي الإجمالي في عام ١٩٩٣، ولكن هذا الفائض تحول في عام ٢٠٠١ إلى عجز بنسبة ٢,٦ في المائة من الناتج المحلي الإجمالي. وأدى هذا إلى وضع حرج للدين العام كان له أثر كبير في الأزمة الاقتصادية الكبيرة في عام ٢٠٠١.

وفي شيلي بلغت تكلفة تمويل العجز التشغيلي في نظام المعاشات التقاعدية القديم بالإضافة إلى تكلفة "سندات الاعتراف" - الصادرة من أجل تعويض العمال الذين انتقلوا إلى النظام الجديد ولكنهم مؤهلون لاستحقاقات متراكمة بموجب النظام القديم - ٣,٩ في المائة في المتوسط من الناتج المحلي الإجمالي سنوياً أثناء الفترة ١٩٨١ - ٢٠٠٤، وبلغ العجز ذروته في عام ١٩٨٤ بنسبة ٧,١ في المائة من الناتج المحلي الإجمالي (de Mesa and Mesa-Lago, 2006). وقد تزايدت التكلفة مع مرور الوقت ولكن يبدو أنها ستستقر في عام ٢٠٣٨ (بالنسبة لسندات الاعتراف) وعام ٢٠٥٠ (بالنسبة للعجز التشغيلي) مما يبين أن الانتقال سيستغرق أمداً بعيداً، خاصةً عند إلغاء نظام المزايا المدفوعة أولاً بأول في "ضربة واحدة" بدلاً من التدرج في التنفيذ.

يتبين من الحالات المذكورة أعلاه أن الإصلاحات يمكن أن تكون مكلفة (ومن الطبيعي أن هناك تكلفة تتصل بعدم إصلاح النُظُم غير القابلة للاستدامة) وأن من الضروري وجود نظام ضريبي قوي لدعم هذا الإصلاح.

لم تتسع التغطية بموجب
النظم الممولة بالكامل

وفي شيلي، وبعد ٢٥ عاماً من التجربة مع إصلاح نظام المعاشات التقاعدية بدءاً بالاستعاضة عن نظام المزايا المدفوعة أولاً بأول بنظام التمويل الكامل مع حسابات فردية، لم تكن النتيجة من حيث التغطية مرضية بشكل كبير. فقد لاقت نظم التمويل الكامل استحقاقاً في السنوات الأولى من الإصلاح، إلا أن التغطية الشاملة تراجعت بالنسبة لفترة ما قبل الإصلاح من ٧١ في المائة من السكان العمال في عام ١٩٧٥ إلى نحو ٦٤ في المائة في عام ٢٠٠٠ (de Mesa and others, 2006)، ويرجع ذلك جزئياً إلى انخفاض نسبة مشاركة العمال لحسابهم الخاص، لأن الاشتراك ليس إجبارياً. وكان أحد عوامل تراجع التغطية أيضاً زيادة نسبة العمالة غير الرسمية في سوق العمل.

وعلاوة على ذلك، ورغم الترابط الوثيق بين الاشتراكات والمزايا، فقد فشلت نظم الرسملة الخاصة في زيادة عدد مدفوعات المشاركين. وقد قدر أن كثافة الاشتراك في أمريكا اللاتينية، (أي نسبة عدد مدفوعات المشاركين إلى عدد شهور العمل للفرد في سن العمل) لقطاع كبير من العمال في نظم المعاشات التقاعدية الممولة بالكامل والمحددة المزايا لا تكفي لضمان تلقيهم معاشات تقاعدية أو لتوليد معاشات مناسبة (اللجنة الاقتصادية لأمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي، ٢٠٠٦).

النظم الممولة بالكامل
مع الرسملة الفردية كثيراً
ما تفتقر إلى عنصر التكافل

ومع إدخال الحسابات الفردية، تناقص عنصر التكافل الاجتماعي في نظام الضمان الاجتماعي لأن هذه الحسابات تحد من فائدة النظام كأداة لإعادة توزيع الدخل في جيل معين وللتخفيف من الفقر. أما في النظم غير ذات الرسملة الفردية فيمكن أن يحدث إعادة التوزيع، وإن كان ذلك يتوقف على الطريقة التي تحسب بها المزايا. فعلى سبيل المثال قد يتلقى الأفراد من ذوي الدخل المحدود مزايا أكبر (بالنسبة لاشتراكاتهم) أو تعدل قيمة مستحقاتهم بشروط أفضل بالمقارنة مع التعديلات التي يتلقاها أصحاب المعاشات المرتفعة.

وفي نظام الرسملة الفردية تتوقف المزايا على قيمة الاشتراكات وعلى عائدها. وفي هذه الظروف قد لا يستطيع العمال من ذوي الدخل المحدود الحصول على الحد الأدنى اللازم من الدخل كمعاش تقاعدي حتى لو اشتركوا بانتظام في خطط المعاشات التقاعدية. وبالإضافة إلى ذلك فإن كثافة الاشتراك تقل كثيراً في الفئات المحدودة الدخل بالمقارنة بالفئات الأحسن دخلاً، وهذا ينطبق بشكل أكبر على المرأة. ذلك أن المرأة كثيراً ما يكون تاريخها العملي أقصر مدى وأكثر انقطاعاً من الرجل بسبب ظروف الحمل والولادة وتربية الأطفال. ويتردد كثير من أصحاب الدخل المنخفض في المساهمة في صناديق المعاشات التقاعدية خاصة إذا كانوا يعملون لحسابهم الخاص (ومن ثم يتعرضون لفترات من البطالة) وكان الاشتراك غير إلزامي، كما هو الحال في شيلي. وكما ذكرنا في الجزء الخاص بموارد الدخل لكبار السن، فإن المعاشات التقاعدية أكثر أهمية للعمال من ذوي الدخل المحدود لأن من المحتمل ألا يستطيع هؤلاء تجميع أصول (كبيرة) لتكملة معاشاتهم التقاعدية العمومية ولذلك يكونون أكثر عرضة للفقر. لذلك قد يكون من الضروري وجود نوع من إعادة التوزيع سواء داخل نظام المعاشات التقاعدية أو خارجه حتى لا تتفاقم مشكلة الفروق في الدخل والفقر في العمر المتقدم.

يجري النظر في إدخال
إصلاحات جديدة على
نظام المعاشات التقاعدية
الممول بالكامل في شيلي

والواقع أنه يجري النظر في إصلاحات إضافية لنظام المعاشات التقاعدية في شيلي بسبب عدم الرضى العام عن النظام الحالي. إذ لا تقدم الحكومة حداً أدنى من المعاش التقاعدي من عوائدها العامة لأي مشترك لا تسمح له اشتراكاته المتراكمة بحد معين من المعاش التقاعدي. والواقع أن كثيراً من المشاركين لن يكون في وسعهم الوفاء بالحد الأدنى من سنوات الاشتراك في صندوق المعاشات التقاعدية، وهو ٢٠ سنة، لكي يتأهلوا لتلقي الحد الأدنى من المعاش. وتشير الإسقاطات إلى أن نحو

٤٥ في المائة من النساء اللائي في سن ٤٥ إلى ٥٠ سنة حالياً قد لا يستوفين هذا الشرط^{١٤}. أما الذين لا تؤهلهم فترة اشتراكهم لتلقي الحد الأدنى من المعاش التقاعدي فيمكنهم التقدم بطلب للحصول على معاش تقاعدي من المساعدة الاجتماعية، ولكن بما أن عدد المعاشات التقاعدية من المساعدة الاجتماعية محدود بالتمويل الذي يقدم إلى هذه المساعدات سنوياً، فلا تقدم هذه المساعدات لكل شخص مؤهل لها. لذلك تتضمن الاقتراحات المقدمة لإصلاح نظام المعاشات التقاعدية في شيلي، ضمن أمور أخرى، العمل على أن يتضمن نظام المعاش التقاعدي قاعدة أوسع من التكافل تمولها الضرائب العامة وتقدم على أساس اختبار الإمكانيات. ومن شأن هذا الإصلاح أن يضمن معاشاً شهرياً للعمال الذين لم يستطيعوا الادخار تحسباً لتقاعدهم^{١٥}.

التكافل والانضمام والقدرة على تحمل التكلفة: الاتجاه نحو التغطية الكاملة

مسألة تحمل نفقات المعاشات التقاعدية هي مسألة تختلف باختلاف كل بلد. وتزيد القدرة على الاشتراك في المعاشات التقاعدية كما تقل الحاجة إلى المعاشات التقاعدية غير القائمة على الاشتراكات في حالة توليد عمالة رسمية على نطاق أوسع وتحقيق نمو اقتصادي وتحسينات في قاعدة الأصول للأسر المحدودة الدخل. أما بالنسبة للذين يعيشون في فقر فإن قدرتهم على الاشتراك محدودة إن لم تكن معدومة ولا بد لقطاعات أخرى من المجتمع أن تساند في تقديم المزايا لهم.

وأبسط أنواع خطط الحد الأدنى من المعاشات التقاعدية التي تضمن دخلاً آمناً في السن المتقدمة هي تأمين دخل يساوي خط الفقر لجميع الذين يصلون إلى سن معينة. ويمكن أن تكون هذه النظم غير قائمة على الاشتراكات، أي أن المستفيدين لا يشتركون مباشرة في تمويل المزايا. ويمكن تمويل المزايا من خلال الضرائب العامة (كما هو الحال مثلاً في موريشيوس) أو عن طريق "ضريبة تكافل" تفرض على المشتركين في خطط المعاشات التقاعدية القائمة على الاشتراكات المتصلة بالدخل (كما هو الحال في كولومبيا) أو من خلال ضريبة مخصصة لهذا الغرض (كما هو الحال في البرازيل، على سبيل المثال). وربما كان البديل هو المزايا التي تقدم على أساس الاشتراكات ولكن مع تقديم دعم لمن لا يستطيعون دفع الاشتراكات.

وقد تم القيام بحسبة بسيطة لتقدير تكاليف المعاشات التقاعدية غير القائمة على الاشتراكات لمن هم في سن ٦٠ سنة أو أكثر في البلدان النامية وفي البلدان التي تمر اقتصاداتها بمرحلة انتقالية. وتفترض هذه الحسبة معاشاً تقاعدياً يبلغ ٣٦٥ دولاراً في السنة، أو دولاراً واحداً في اليوم (معبراً عنه بالدولار الدولي، أي معادل القوة الشرائية)، وهو ما يمثل العتبة الدولية المحددة للفقر المدقع. ويتاح هذا المعاش لجميع الأفراد من سن ٦٠ فما فوق. وتفترض الحسبة أيضاً أن يظل المعاش المقدم للجميع ثابتاً بالقيمة الحقيقية عند ٣٦٥ دولاراً في السنة طوال الفترة ٢٠٠٥ - ٢٠٥٠. ويفترض النموذج أيضاً أن يتواصل نمو الناتج المحلي الإجمالي بالمعدل المتوسط نفسه الذي تحقق أثناء السنوات ١٩٩٠ - ٢٠٠٥.

وجود حد أدنى من المعاش التقاعدي الذي لا يقوم على الاشتراكات يمكن أن يكون عنصراً هاماً في ضمان أمن الدخل في السن المتقدمة

معاشات التقاعد الشاملة ربما لا تكون مكلفة

^{١٤} وعلاوة على ذلك فإن الحد الأدنى من المعاش التقاعدي، وهو ٢٥ في المائة من متوسط الأجر، لا يكفي لضمان دخل آمن في العمر المتقدم.

^{١٥} انظر: <http://ipsnews.net/news.asp?idnews=36003>.

أما بالنسبة للبلدان التي حققت معدل نمو أكثر من ٥ في المائة، فقد افترض أن يكون النمو فيها ٥ في المائة. وأما البلدان ذات النمو السلبي أثناء الفترة ١٩٩٠ - ٢٠٠٥ فلم تدخل في حساب هذا النموذج.

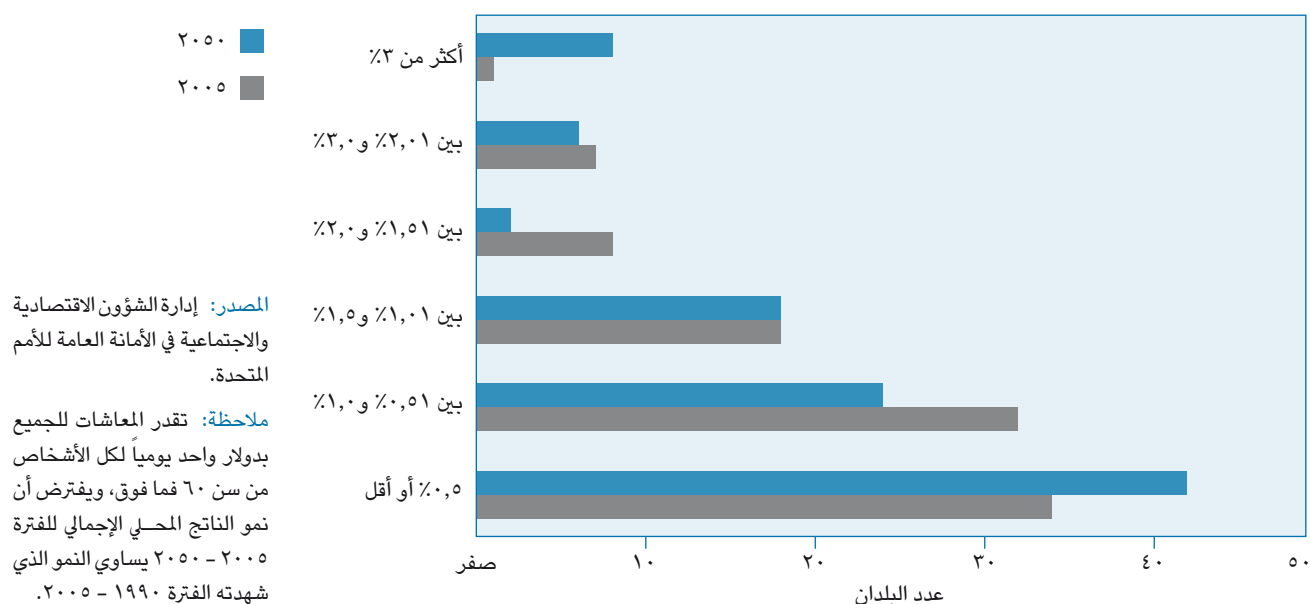
وترد نتائج الممارسة في الشكل خامساً - ٣، ومنه يتبين أن تكلفة تقديم معاش تقاعدي عام لكبار السن يقدم مزايا تعادل خط الفقر، لا تبدو كبيرة جداً لأغلبية البلدان المائة الداخلة في هذه الممارسة. فبالنسبة لـ ٦٦ بلداً ستكون التكلفة أقل من ١ في المائة من الناتج المحلي الإجمالي في عام ٢٠٠٥، وبالنسبة لـ ٣٤ بلداً ستكون التكلفة أقل من ٥,٠ في المائة من الناتج المحلي الإجمالي. وعلاوة على ذلك يمكن المحافظة على انخفاض التكاليف أثناء الفترة بأكملها، لأن معدل النمو في الناتج المحلي الإجمالي لأغلبية تلك البلدان سوف يواكب أو يكون أسرع من معدل نمو السكان في سن ٦٠ فما فوق. أما بالنسبة لكثير من البلدان الفقيرة فسيكون العبء أكبر بكثير (للاطلاع على النتائج الخاصة بكل بلد انظر الجدول ألف - ٤ في المرفق).

المنافسة على الموارد المحدودة ستظل تحدياً

ويبدو في الوقت الحاضر أن خطط المعاشات التقاعدية الشاملة لكبار السن التي تقدم مزايا تقف عند حد خط الفقر المدقع، في مجموعها، لا تتطلب حالياً أكثر من حصة متواضعة من الناتج المحلي الإجمالي. ولكن حتى مع صغر التكلفة نسبياً بالنسبة للناتج المحلي الإجمالي فليس من الواضح ما إذا كانت تلك البرامج في وسع البلدان المنخفضة الدخل. فهناك قيود، منها محدودية الموارد المالية المذكورة أعلاه، وهناك التنافس بين الإنفاق على خطط المعاشات التقاعدية والاجتماعية والإنفاق على ما يعتبر دائماً من الأولويات كالتعليم والصحة أو الإنفاق على مجالات الدفاع وخدمة الدين التي تخصص لها البلدان عادة مبالغ كبيرة من مواردها. وبالنسبة لبلدان مثل الكاميرون وغواتيمالا والهند ونيبال وباكستان وغيرها، فإن تكلفة نظام المعاشات التقاعدية لكبار السن التي تستوعب ١ في المائة من الناتج المحلي الإجمالي

الشكل خامساً - ٣

محاكاة لتكاليف نظام للمعاشات التقاعدية الشاملة في البلدان النامية يهدف إلى حماية السكان المسنين من الفقر المدقع، ٢٠٠٥ إلى ٢٠٥٠ (النسبة المئوية من الناتج المحلي الإجمالي)



ستتأثر بنحو ١٠ في المائة من عائداتها الضريبية، وهو ما يساوي حجم ميزانية الصحة في بنغلاديش وبوروندي وجزر القمر وكوت ديفوار وغينيا الاستوائية وميانمار، وغيرها كثير. ومن المثير للانتباه أن بعض البلدان (ومنها بنغلاديش والهند ونيبال) تقدم حالياً معاشات تقاعدية لا تقوم على الاشتراكات، ولكنها ليست في كل الحالات شاملة لجميع المستحقين (انظر الجدول ألف - ٥ في المرفق).

ويمكن خفض هذه النفقات بزيادة السن المؤهلة. فعلى سبيل المثال تدفع المزايا التقاعدية في نيبال للسكان في سن ٧٥ سنة فما فوق، بدلاً من ٦٠ سنة كما هو مقترح في هذا الفصل. وتتجه بلدان أخرى مثل موريشيوس إلى نظام مزايا تختلف باختلاف السن من أجل خفض النفقات، وذلك مثلاً عن طريق تقديم معاش متواضع "لصغار الكبار" الذين ربما كان في وسعهم تكمل دخلهم بالاستمرار في المساهمة في سوق العمل، ومعاش أكبر نسبياً "لكبار الكبار" (Willmore, 2006). ويمكن أيضاً تخفيض التكاليف إذا انخفضت المزايا. فيمكن مثلاً استهداف فئات معينة من خلال اختبار القدرة المالية، من أجل خفض التكلفة، خاصة في البلدان التي لا ينتشر فيها الفقر بين السكان من كبار السن. أما في البلدان التي ينتشر فيها الفقر بين كبار السن فيصعب الاستهداف، فضلاً عن أنه لن يوفر كثيراً للميزانية العامة.

استنتاجات

توحي الشواهد التجريبية بأن كبار السن الذين يعيشون في بلدان فيها نُظُم معاشات شاملة رسمية وخطط عامة للتحويل لا يتعرضون للسقوط في هاوية الفقر بأكثر مما يتعرض له باقي السكان. أما البلدان ذات التغطية المحدودة فإن نسبة الفقر فيها بين كبار السن توازي المتوسط العام في البلد. أما في البلدان النامية فإن أغلبية الأشخاص يواجهون عدم استقرار كبير من ناحية الدخل في السن المتقدمة في حالة عدم وجود تغطية كافية للمعاشات الرسمية.

وتواجه البلدان النامية، التي لا تزيد نسبة السكان الذين يشملهم الضمان الاجتماعي في المتوسط عن ٢٠ في المائة، تحديات كبيرة فيما يتعلق بتوسيع نُظُم الحماية الرسمية من أجل تحرير السن المتقدمة من الفقر. وفي هذا الصدد فإن البلدان ذات الدخل المنخفض تواجه تحدياً مزدوجاً. فقدرة الدولة على تحصيل عوائد هي محدودة ولا تمثل عوائد الضرائب سوى نسبة بسيطة نسبياً من الناتج المحلي الإجمالي (نحو ١٠ في المائة في المتوسط)^{١٦}. ومن ناحية أخرى فإن كثرة الطلب على الموارد النادرة في هذه البلدان تجعل تخصيص مبالغ لأمن الدخل في السن المتقدمة أمراً تتنافس معه بشدة تكاليف تحقيق الأهداف الاجتماعية الأخرى.

أما في البلدان المتقدمة النمو فإن أسواق العمل المنظمة تنظيمياً حسناً جعلت معظم السكان تقريباً مشمولين بخطط المعاشات التقاعدية القائمة على الاشتراكات والمتصلة بالعمالة. وفي هذا الصدد فإن كبار السن الذين يعيشون في بلدان ذات نُظُم شاملة للمعاشات التقاعدية هم أقل تعرضاً للسقوط في هاوية الفقر، ولكن أمنهم الاقتصادي يتعرض للخطر إذا أصبحت نُظُم المعاشات التقاعدية غير قابلة للاستدامة مالياً.

ومع أن التغيرات الديمغرافية تنشأ عنها مشاكل بالنسبة لخطط المعاشات التقاعدية لكبار السن فإن هذه المشاكل من وجهة النظر الاقتصادية ليست عصبية على الحل (انظر أيضاً Barr, 2000, p. 34).

نقص تغطية المعاشات
التقاعدية الرسمية يؤدي
إلى عدم الأمن من ناحية
الدخل في السن المتقدمة

يمكن مواجهة التحدي
الديمغرافي بشكل ناجح

^{١٦} قاعدة بيانات مؤشرات التنمية في العالم على الخط، ويمكن الدخول إليها من الموقع: <http://devdata.worldbank.org/> dataonline/ (تم الدخول إليها في ٢٠ آذار/ مارس ٢٠٠٧).

وعلى الأخص فإن الموارد المالية المتاحة لنُظُم الاستحقاقات المدفوعة أولاً بأول تتوقف على مستوى الأجور والعمالة أكثر منها على نسبة الشباب إلى كبار السن (أي غير المتقاعدين إلى المتقاعدين)، أي أن الموارد المتاحة للاستهلاك لكبار السن (سواءً كان نظام المعاشات التقاعدية ممولاً بالكامل أو المدفوعة أولاً بأول) تتوقف على السلع والخدمات التي ينتجها أولئك الذين هم في سن العمل وعلى القدر من الاستهلاك الذي يرغب العمال في التنازل عنه من أجل السكان المعالين.

ونمو الناتج هو أمر أساسي لاستدامة نُظُم المعاشات التقاعدية، خاصة إذا كان توزيع الدخل بين السكان الناشطين اقتصادياً وغير الناشطين لن يتغير كثيراً وإذا أمكن استدامة مستوى معين من الرفاه العام. وهذا لا يعني أن النُظُم الحالية ليست بحاجة إلى إصلاح أو أن النُظُم التي تعاني من عدم توازن مالي لا تؤثر تأثيراً سلبياً على توقعات النمو في الاقتصاد. فقد ذكرنا في هذا الفصل وفي الفصل الرابع أن الخطوات التي تتخذ من أجل القضاء على دوافع التشجيع على التقاعد المبكر وغيرها من أوجه العيوب في تصميم نُظُم المعاشات التقاعدية الحالية، إضافة إلى الاستفادة من العدد الكبير من العمال غير النشطين، بمن فيهم أولئك الذين تقاعدوا إلزامياً، وكذلك زيادة إنتاجية العمالة، كل ذلك يمكن أن يقوم بدور كبير في إنقاذ نُظُم الضمان الاجتماعي التي نعرفها. وينطوي ذلك على الحفاظ على نظام يشتمل على درجة كبيرة من المشاركة في المخاطر ويضمن في الوقت نفسه مستوى مقبولاً من المزايا الاجتماعية حتى تكون سنوات العمر المتقدم خالية من الفقر للجميع.

إن خطط المعاشات
التقاعدية يجب أن تتناسب
مع احتياجات كل بلد

لذلك يجب أن يستند تصميم نظام المعاشات التقاعدية وإصلاحه على منهج موسع. فمن الضروري أن تتلاءم نُظُم المعاشات التقاعدية مع ظروف كل بلد، وفي هذا الصدد يمكن النظر إلى نُظُم المعاشات التقاعدية باعتبارها تكوينات من عدة طبقات أو أركان تتناسب كل منها مع الخصائص السائدة والاحتياجات في مختلف قطاعات المجتمع.

الاستدامة المالية هي
هدف أساسي ولكن
التكافل أيضاً مطلوب

ومن الضروري أن تكون الاستدامة المالية من المبادئ الهامة التي توجه تصميم أي نظام للمعاشات التقاعدية، ولكنها ليست الأساس الوحيد. فليس من المفيد وجود نظام قابل للبقاء اقتصادياً ولكنه لا يقدم مزايا كافية أو لا يصل إلى جميع الأشخاص. ومن الجدير بالذكر أن نُظُم المعاشات التقاعدية إنما أدخلت من أجل مواجهة خطر عدم الأمان فيما يتعلق بالدخل، أو الفقر في السن المتقدمة. وكما ذكرنا من قبل فإن نسبة حالات الفقر بين كبار السن عالية في البلدان التي تقصر فيها تغطية المعاشات التقاعدية. وتعتبر برامج الضمان الاجتماعي الأداة المفضلة لتوزيع المخاطر على عدد أكبر من الأفراد من أجل حمايتهم من تردي أحوالهم الاقتصادية أثناء فترات العمر المتقدمة ومن الصدمات المالية الناتجة عن البطالة والعجز والمرض أثناء حياتهم العملية.

والواقع أن ضمان التأمين الاجتماعي هو العنصر الغائب في جهود الإصلاح التي تركز على بناء نُظُم معاشات تقاعدية تقوم على أساس خطط الرسملة الفردية. وبشكل عام فإن الانتقال من نُظُم المعاشات التقاعدية القائمة على أساس مزايا محددة إلى نُظُم تقوم على أساس اشتراكات محددة (سواءً كانت ممولة سلفاً أو اسمية أو غير ذلك) إنما يلقي بعبء المخاطر الاقتصادية كاملاً على عاتق أصحاب المعاشات. وفي نظام المزايا المحددة، يتحمل راعي النظام أو مقدموه عبء هذه المخاطر. ولهذا السبب لجأت معظم البلدان التي انتقلت نحو نظام المعاشات التقاعدية الممول بالكامل والمحدد الاشتراكات إلى إدخال ضمانات بحد أدنى من المزايا التقاعدية. ولكن ذلك لم يحل مشكلة ضمان دخل مناسب للجميع. فمن ناحية لم تتحسن التغطية، ثم إنه ليس كل المشتركين يتأهلون لتلقي الحد الأدنى من المعاشات

التقاعدية أو قادرين على تراكم مدخرات كافية تضمن لهم مستوى معيناً من إحلال الأجر. ولذلك تحتاج هذه النظم إلى تحسين آلية التكافل التي تستهدف المشتركين من محدودي الدخل.

والواقع أن الانتقال إلى نظام مهيم ممول بالكامل يقوم على حسابات فردية ويقدم مزايا على أساس اشتراكات محددة لم يعد المنهج الرئيسي لإصلاح نظم المعاشات التقاعدية، وإنما هو مجرد عنصر من عناصر زيادة الحماية في السن المتقدمة. فقد بدأ من جديد ظهور اعتراف بضرورة الأخذ بالإصلاحات ولكن مع الإبقاء على النظم الحالية المدفوعة أولاً بأول والتي تضمن تكافلاً اجتماعياً وهداً أدنى من التعويض عن الأجور. وعلاوة على ذلك فإن فشل إصلاحات النظام الذي يقوم على الاشتراكات من ناحية مواجهة مشكلة عدم القدرة على الاشتراك في نظام المعاشات التقاعدية مع تقدم السن للعمال بالقطاع غير الرسمي ومشكلة انتشار الفقر بين كبار السن خاصة في البلدان النامية هو من الأمور التي تلقى اعتراضاً متزايداً.

ويجب أن تكون القدرة على الاشتراك في نظام المعاشات التقاعدية من المبادئ التي يستهدي بها أي تصميم لنظام المعاشات التقاعدية. ذلك أن التركيز على نظم الضمان الاجتماعي التي تقوم على أساس الدخل ستؤدي بالضرورة إلى استبعاد قطاع كبير من السكان خاصة في البلدان النامية ومن ثم تزيد من ضعف كبار السن أمام احتمالات الفقر. وفي هذا السياق فإن المعاشات التقاعدية التي لا تقوم على أساس الاشتراك هي آليات لإعادة التوزيع تهدف إلى تحسين الأمن الاقتصادي لكبار السن. ويتضح من تجربة البلدان النامية مثل البرازيل وموريشيوس وناميبيا ونيبال وجنوب أفريقيا أن خطط المعاشات التي لا تقوم على اشتراكات تقلل كثيراً من المخاطر التي يواجهها كبار السن وأسره فيما يتعلق بالفقر (المدفع).

وينبغي في نهاية المطاف أن يكون من المبادئ التي تستهدي بها نظم المعاشات التقاعدية القدرة على تحمّل أعباء ضمان الدخل لكبار السن. ذلك أن الموارد العامة ليست لا نهائية، وهي في البلدان النامية غير كافية لتلبية كل الحاجات الاجتماعية، لذلك فمن الضروري الوصول إلى نوع من المعوضة بين الأهداف الإنمائية. ويمكن للمساعدة الإنمائية الدولية أن تعين في التغلب على نقص الموارد، ولكن المجتمعات نفسها هي في النهاية التي تقرر كيفية مواجهة مشاكلها المتعلقة بتضارب المصالح فيما يخص توزيع الموارد. وفي حالات كثيرة يمكن عن طريق تحويلات صغيرة في التوزيع أن تؤدي الإصلاحات أثراً كبيراً. ومن هذا المنطلق يبدو أن تكلفة نظام اجتماعي للمعاشات التقاعدية يقدم دولاراً واحداً للفرد في اليوم لكبار السن لن يكلف أكثر من ١ في المائة من الناتج المحلي الإجمالي لمعظم البلدان النامية. ومن هنا فإنه يمكن حتى لكثير من البلدان المنخفضة الدخل ذات القطاعات غير الرسمية الكبيرة إدخال نظام للمعاشات التقاعدية الاجتماعية الأساسية بشكل لا يمثل عبئاً كبيراً عليها. وبشكل عام فإن معظم البلدان النامية تحتاج إلى ضمان وجود برامج مستدامة لا تقوم على الاشتراكات كجزء لا يتجزأ من نظم المعاشات التقاعدية بهدف تحقيق حد أدنى من أمان الدخل لجميع الأعمار.

يجب أن تكون نظم
المعاشات التقاعدية
مفتوحة للجميع

الفصل السادس

النظم الصحية ونظم الرعاية طويلة الأمد لجمعيات الشيخوخة

مقدمة

لقد تغيرت الصورة الصحية للسكان بالتوازي مع التحول الديمغرافي. وقد قلّت أهمية الأمراض السارية أو المعدية، أما أهمية الأمراض غير السارية أو المزمنة فقد تزايدت. ويشار إلى هذه الظاهرة على أنها التحول الوبائي. ونبحث في هذا الفصل آثار هذا التحول وخاصة بالنسبة إلى تقديم خدمات الصحة والرعاية طويلة الأمد للمسنين.

بدأ التحول الوبائي بالفعل في البلدان المتقدمة ويجري الآن في كثير من البلدان النامية

ففي معظم البلدان المتقدمة حدث التحول الوبائي في القرن التاسع عشر وأوائل القرن العشرين. أما البلدان النامية فهي تمر الآن بمراحل مختلفة من هذا التحول، ولكنها لو أخذت كمجموعة فالتوقع أن تواجه نقلة دوائية في أوائل الجزء الأول من القرن الحادي والعشرين. وسوف تحدث نقلة رئيسية في معدلات حدوث الوفيات من الحدوث الطاعني بين ذوي الأعمار الصغيرة، إلى حدوثها بصفة أساسية بين الأعمار المتقدمة، ومن الوفيات الناجمة عن الأمراض السارية أو أمراض الأمومة أو الأسباب السابقة للولادة إلى الوفيات التي تعزى إلى الأمراض غير السارية. ويتوقع أن ترتفع الوفيات بسبب الإيدز والعدوى بغير وسه على المستوى العالمي بشكل درامي؛ ومن ناحية أخرى يتوقع أن ترتفع نسبة الوفيات الناجمة عن الأمراض غير السارية، من ٥٩ في المائة في عام ٢٠٠٢ إلى ٦٩ في المائة في عام ٢٠٣٠ (Mathers and Loncar, 2006). أما مرض القلب الوعائي والسكتة وما يتبعهما من سرطان وأمراض رئة مزمنة والبول السكري فستصبح هذه الأسباب الأساسية للوفاة في العالم وتشترك هذه الأسباب بشكل ملحوظ في كثير من عوامل الخطر الرئيسية نفسها: تعاطي التبغ والنظم الغذائية غير الصحية ونقص النشاط البدني وتعاطي الكحول.

تدخلات الصحة العامة أسهمت في بداية التحولات الديمغرافية والوبائية

وقد حدث التحول الديمغرافي والوبائي في البلدان المتقدمة على مدى فترة زمنية طويلة. ويعكس العمر المتوقع المتزايد التحسينات في التغذية ونجاح التدخلات الصحية العامة على جبهات مختلفة، شملت التحسينات في النظم العامة لتوفير مياه الشرب النظيفة والتخلص من نفايات البشر والحيوانات وضمان جودة المنتجات الغذائية، ومن ذلك ما يحدث عن طريق بستره اللبن فضلاً عن الحملات التعليمية التي تعزز الممارسات الصحية في مسائل رعاية الرضع والصحة الشخصية والتغذية السليمة، وتعاطي التبغ والكحول وغيرهما من المخدرات، والعادات الجنسية وما إلى ذلك.

وقد تسرت تدخلات كثيرة من هذا النوع بفضل التقدم الكبير في المعارف الطبية التي يرجع تاريخها إلى أواسط القرن التاسع عشر. وتقدمت التحسينات في المعالجة الطبية للأفراد المرضى تحسناً درامياً في النصف الأخير من القرن العشرين، وخاصة عقب استنباط المضادات الحيوية وكذلك العلاجات للإدارة الفعالة لمرض القلب الوعائي. وتعد معظم البلدان المتقدمة بالفعل لمرحلة شيخوخة السكان وقد أعدت تحليلات للسيناريوهات الخاصة بالآثار الاجتماعية والاقتصادية، ويأتي هذا جزئياً نتيجة للقلق إزاء الإجهاد

المستقبلي الممكن على الموارد الطبيعية والميزانية، وخاصة فيما يتعلق بتمويل نُظُم التقاعد والنُظُم الصحية ونُظُم الرعاية طويلة الأمد.

ويحدث التحول الديمغرافي في البلدان النامية بسرعة أكبر. ولذا فإن تحدي الرعاية الصحية في هذه البلدان أكبر بصفة عامة إذ أن نظمها للرعاية الصحية يعثرها الكثير من أوجه النقص فيما يتعلق بمواجهة الأمراض التي يتعرض لها الشباب بالقدر الأكبر، بينما أدت عملية الشيخوخة السريعة إلى زيادة كبيرة في الطلب على الرعاية الصحية من كبار السن. فمن بين ما يقدر بنحو ٥٨ مليون حالة وفاة في العالم نتيجة للأسباب جميعها في عام ٢٠٠٥ تمثل الأمراض المزمنة أكثر من ٣٥ مليون حالة (٦٠ في المائة)؛ ويُعتبر أن ٨٠ في المائة من الوفيات بأمراض مزمنة تحدث في البلدان النامية المتخففة الدخل والمتوسطة الدخل، وبصفة أساسية لأن هذه البلدان تضم معظم سكان العالم، ولكن يحدث هذا جزئياً لأن العالم النامي يشهد شيخوخة سريعة وحاجة إلى التصدي لمزيد من الاحتياجات الصحية لكبار السن (منظمة الصحة العالمية، ٢٠٠٥، الصفحات من ٢ إلى ٤). وفي الوقت نفسه لا تزال الأمراض السارية تشكل الأسباب الرئيسية للوفاة في الكثير من البلدان النامية. ومن ثم يواجه الكثير من البلدان النامية عبئاً مزدوجاً من المرض: الأعداد الكبيرة من الوفيات وسوء الصحة المرتبط بالأمراض السارية والأمراض غير السارية.

والبلدان النامية بحاجة إلى التوسع في نظمها للرعاية الصحية وإصلاحها بحيث تستطيع تحمل عبء المرض المزدوج. والمطلوب حينئذ هو وضع برامج للوقاية لتأخير انتشار الأمراض ووضع نُظُم رسمية تلي الاحتياجات الخاصة لكبار السن، بما في ذلك الرعاية طويلة الأمد إذا دعت الحاجة. وفضلاً عن هذا يجب أن يصاحب ذلك التوسع ويدعمه التزام سياسي قوي بالتوسع في التغطية بالرعاية الصحية وتعزيز القدرة الإدارية لمختلف مستويات الحكومة. وهناك سبب إضافي لزيادة اشتراك شتى مستويات الحكومة وهو أن الدعم الأسري أو المجتمعي غير الرسمي لكبار السن معرض لضغط متزايد بسبب انخفاض معدلات الخصوبة وصغر حجم الأسرة وزيادة أعمار كبار السن وتغير الأعراف الثقافية فيما يتعلق برعاية كبار السن، على النحو المناقش في الفصل الثالث.

ويناقش هذا الفصل كيف أنه بينما أصبحت التحديات كبيرة فإن مواجهتها ليست بالأمر الصعب. ويتبين من التحليل أن شيخوخة السكان عامل ولكنها ليست دائماً العامل الأساسي في ارتفاع التكاليف الصحية. فتقديرات التكاليف الصحية في المستقبل بالنسبة لشيخوخة السكان تتفاوت وتخضع لقدر كبير من عدم اليقين، ولكن كما يظهر من التحليل أدناه فإن معظم الدراسات تخلص إلى أن تأثير الشيخوخة في حد ذاتها هو زيادة الإنفاق على الصحة العامة بمعدل يتراوح بين نحو ١ إلى ٣ من النقاط المئوية من الناتج المحلي الإجمالي على مدى عدة عقود. وتنطبق أرقام ماثلة على مستقبل الزيادة في الإنفاق العام على الرعاية طويلة الأمد في البلدان المتقدمة، وإن كان الكثير من هذا يتوقف على تصميم نُظُم تقديم الرعاية الصحية وتمويلها.

وهناك عوامل أخرى إلى جانب الشيخوخة تدفع الزيادة في التكاليف الصحية والكثير من هذا يتوقف على ما إذا كانت أسعار تقديم الرعاية الصحية والأدوية من الأمور التي يمكن احتواؤها. وسوف تتفاوت التحديات من سياق إلى سياق وسوف تعكس مراحل التحولات الديمغرافية والوبائية التي تبلغها البلدان. وسوف يلزم العمل على مستويات كثيرة كي تتسنى بطريقة محتملة تلبية الاحتياجات الصحية لمجموع السكان، بمن في ذلك كبار السن. ومع مراعاة السرعة المتوقعة للتحولات الديمغرافية والوبائية، فإن جميع مستويات الحكومة سوف يتعين عليها إعادة دراسة الطريقة التي تقدم بها خدمات الرعاية الصحية إلى السكان عموماً وإلى كبار السن بوجه خاص؛ والطريقة التي يمول بها النظام الذي يظهر في نهاية المطاف،

تواجه البلدان النامية عبئاً مزدوجاً من الأمراض

تحتاج البلدان النامية إلى توسيع وإصلاح نظمها للرعاية الصحية كي تستطيع مواجهة هذا العبء المزدوج

الشيخوخة عامل في زيادة التكاليف الصحية، ولكنها ليست العامل الأساسي

من القطاعين العام والخاص؛ ويمكن تعزيز الطرق التي تعزز بها قدرة المجتمع على تقديم برامج خاصة لكبار السن. ومع ذلك فالمسألة تتعدى أن حجم القطاع الصحي في الاقتصاد والإنفاق العام على ذلك القطاع يميل إلى الزيادة بمضي الوقت، حتى وإن بُذلت الجهود لاحتواء الزيادة في التكاليف؛ ولكن لما كان هذا التوسع متنبأ به وهو يحدث بمضي الوقت فهو أمر ينبغي علاجه عادة في البلد الذي يشهد ارتفاعاً مطرداً في دخل الفرد. ولما كان الكثير من هذا التوسع يمكن التنبؤ به كجزء من الاتجاه للأمد الطويل فيمكن جعل الاقتصادات تتكيف معه بالتدريج بمضي الوقت.

التحول الوبائي وشيخوخة السكان

انخفاض معدل الوفيات والتحول الوبائي

يتضمن التحول الوبائي
نقلة من هيمنة الأمراض
المعدية في سن الشباب
إلى هيمنة الأمراض غير
السارية في سن الشيخوخة

يحدث في فترة ما قبل التحول أن تكون زيادة وفيات السكان والأمراض المعدية والطفيلية هي الأسباب الرئيسية للمرض والوفاة وتحدث النسبة الأكبر من الوفيات في صغار السن. فقد كانت معدلات الوفيات مرتفعة في النطاق العمري كله، ولكن الرضع وصغار الأطفال هم الذين يتعرضون لذلك بوجه خاص. وقد تحسنت فرص البقاء، وخاصة بين الأطفال، حيث انخفضت مخاطر الإصابة بالأمراض المعدية عن طريق التحسينات في المرافق الصحية ومرافق الصرف الصحي والتغذية والعلاج الطبي. ولما كانت أعداد الأفراد الذين يعيشون حتى فترة البلوغ تتزايد كثيراً بل وحتى التقدم في العمر فإنهم يتعرضون بشكل متزايد لعوامل الخطر المرتبطة بالأمراض المزمنة. وبمضي الوقت أصبحت الأمراض غير السارية والمزمنة والتنكسية هي الأسباب الأولى للمراضة والوفاة حتى أصبحت الأغلبية الساحقة من حالات الوفاة تحدث الآن في الأعمار المتقدمة في البلدان التي أكملت هذا التحول.

وفي البلدان النامية بدأ هذا التحول متأخراً عنه في الاقتصادات المتقدمة وكان سريعاً بوجه خاص في النصف الثاني من القرن العشرين. وتظل هناك فوارق كبيرة في الصورة الوبائية لشتى المناطق. وبين الشكل سادساً - ١ الفروق الإقليمية في تحليل أسباب الوفاة إلى ثلاث مجموعات رئيسية: (أ) الأمراض السارية وأمراض الأمومة وما حول الولادة والأسباب التغذوية؛ (ب) الأمراض المزمنة غير السارية؛ (ج) الإصابات. وتقسّم البلدان والمناطق الأخرى في الشكل والمناقشة التالية له إلى مجموعات مقسمة إلى أقاليم وفق التصنيف الإطاري المستخدم في منظمة الصحة العالمية.

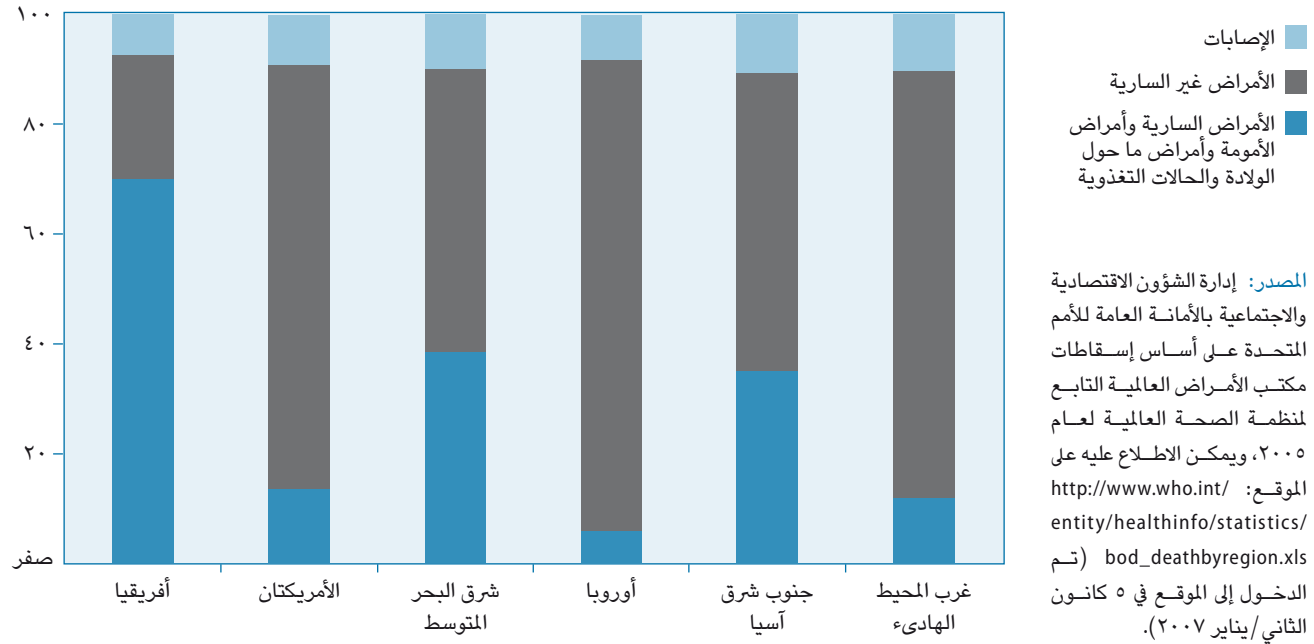
لا تزال الأمراض السارية
في أفريقيا هي الغالبة

ففي أفريقيا^١، كانت نسبة ٧٠ في المائة من الوفيات في عام ٢٠٠٥ تعزى إلى المجموعة الأولى من الأسباب، بينما ٢٣ في المائة تعزى إلى الأمراض المزمنة، بما يعكس واقع أن هذه المنطقة لا تزال في مرحلة مبكرة من التحول الوبائي. وفي أفريقيا جنوب الصحراء، بوجه خاص، كان التأثير شديداً بالإيدز والعدوى بفيروسه، مع وجود ما يقدر بنحو ٧, ٢٤ مليون فرد إيجابي لفيروس الإيدز في عام ٢٠٠٦، وإن كان الوباء تباطأ في عدة بلدان متأثرة أو انعكس اتجاهه بالنسبة للوفيات. وفضلاً عن هذا فالأمراض المعدية المرتبطة بذلك، ومنها السل ظلت آخذة في الارتفاع. وتشير البيانات المتاحة إلى أنه بحلول عام ٢٠٠٦ مات أكثر من ٢٥ مليون شخص في العالم بسبب الإيدز وكان ٣٩, ٥ مليون شخص آخرون يتعايشون مع الفيروس (برنامج الأمم المتحدة لمكافحة الإيدز، ٢٠٠٦؛ ومنظمة الصحة العالمية، ٢٠٠٦).

١ تشمل جميع البلدان الأفريقية باستثناء مصر والجمهورية العربية الليبية والمغرب والصومال والسودان وتونس.

الشكل سادساً - ١

توزيع حالات الوفاة حسب الفئة السببية الرئيسية، في أقاليم منظمة الصحة العالمية، ٢٠٠٥
(نسبة مئوية)



وهناك إقليمان آخريان من أقاليم منظمة الصحة العالمية هما جنوب شرق آسيا^٢ وشرق البحر المتوسط^٣ عليهما عبء كبير من أمراض المجموعة الأولى من الأسباب، ولكن أكثر من نصف الوفيات في هذين الإقليمين يعزى الآن للأمراض غير السارية. وفي أوروبا، من ناحية أخرى، تعزى الأغلبية الساحقة من الوفيات إلى الأمراض غير السارية^٤.

وتعكس البيانات الموجزة الوبائية المختلفة في شتى الأقاليم أنماطها العمرية من الوفيات. وبالنسبة للعالم النامي ككل فقد كانت الوفيات في الفترة ٢٠٠٠ - ٢٠٠٥ موزعة بالتساوي نسبياً على النطاق العمري، حيث تحدث نسبة ٢٩ في المائة دون سن ١٥ وتحديث نسبة ٣٠ في المائة بين البالغين في الفئة العمرية ١٥ - ٥٩، وتحديث نسبة ٤٢ في المائة بين الكبار في سن ٦٠ فما فوق. غير أنه في أفريقيا جنوب الصحراء تقع النسبة الأعلى في عدد الوفيات دون سن ١٥ (وتقدر بنسبة ٤٧ في المائة من مجموع الوفيات)، بما يعكس عبئاً كبيراً من الأسباب السارية والسابقة للولادة والتغذية. وهناك نسبة ٣٨ في المائة أخرى من الوفيات التي يحدث الكثير منها بسبب وباء الإيدز والعدوى بفيروسة، بين الكبار في الفئة العمرية ١٥ - ٥٩؛ ومن الأسباب الهامة أيضاً

الأمراض غير السارية هي المهيمنة في البلدان النامية

^٢ يشمل إندونيسيا، بنغلاديش، بوتان، تايلند، تيمور - ليشتي، جمهورية كوريا الشعبية الديمقراطية، سري لانكا، ملديف، ميانمار، نيبال، الهند.

^٣ يشمل الأردن، أفغانستان، الإمارات العربية المتحدة، إيران (جمهورية - الإسلامية)، باكستان، البحرين، تونس، الجماهيرية العربية الليبية، الجمهورية العربية السورية، جيبوتي، السودان، الصومال، العراق، عمان، قطر، الكويت، لبنان، مصر، المغرب، المملكة العربية السعودية، اليمن.

^٤ الواقع أن أكثر من نصف مجموع الوفيات في هذا الإقليم يعزى إلى الأمراض القلبية الوعائية. ويشمل الإقليم جميع دول الكومنولث المستقلة وأوروبا (بما في ذلك تركيا) وإسرائيل.

وفيات الأمومة والإصابات والأمراض المزمنة التي تؤدي إلى الوفاة المبكرة. وتدل الأنماط الملاحظة في أفريقيا جنوب الصحراء على تناقض قوي مع الموجود منها في البلدان المتقدمة، حيث تتركز الوفيات بين الأشخاص في سن ٦٠ فما فوق (٨٠ في المائة) و١ في المائة فقط بين الأطفال دون سن ١٥. ومع ذلك أصبحت الأمراض غير السارية متزايدة الأهمية كأسباب للوفاة في البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط؛ وفضلاً عن ذلك يغلب حدوثها في سن أصغر مما هو في بلدان الدخل المرتفع (منظمة الصحة العالمية، ٢٠٠٦ ب).

مع الزيادة في طول العمر
أصبحت الوفاة أكثر تركّزاً
في الأعمار المتقدمة

ومع التقدم المستمر في المجال الطبي شهدت معظم البلدان المتقدمة انخفاضات في الوفيات في النصف الثاني من القرن العشرين إذ أن الوفيات بسبب الأمراض غير السارية، وخاصة أمراض القلب الوعائية تحدث في سن متأخرة. وتأتي فرنسا التي ارتفع فيها مستوى العمر المتوقع التقديري في عامي ١٩٧١ و٢٠٠٢ وهو ٦٥ عاماً من ١٦ إلى ٢١ عاماً بالنسبة للرجال ومن ٢١ عاماً إلى ٢٦ عاماً بالنسبة للنساء (الأمم المتحدة، ٢٠٠٦ ب) مثلاً للحالة بين البلدان المتقدمة. ومع طول الأعمار المتزايد أصبحت الوفاة مركزة على نحو أكبر في الأعمار المتقدمة: وعلى سبيل المثال ففي الفترة ٢٠٠٠ - ٢٠٠٥ حدث أكثر من ٨٠ في المائة من الوفيات في فرنسا في سن ٦٥ فما فوق وحدثت ٥٠ في المائة من الحالات في عمر ٨٠ فما فوق.

وفي بعض البلدان يرتفع معدل الوفيات حتى مع حدوث تحول وبائي، ويعزى هذا إلى أسباب اجتماعية واقتصادية وسلوكية مختلفة تشمل الحوادث والعنف وتعاطي المخدرات وهي تأتي غالباً انعكاساً للإجهاد الناجم عن التغيرات العميقة في الأحوال الاجتماعية الاقتصادية (Kinsella and Phillips, 2005). أما في بلدان شرق أوروبا، فقد تم التحكم بقدر كبير في الأمراض المعدية بحلول الستينات من القرن الماضي، لكن الوفيات بسبب الأمراض القلبية الوعائية استمرت في الارتفاع؛ وخلال فترة التخطيط المركزي لم يشهد الإقليم التقدم في المجال الصحي الذي شهده الجيران الغربيون، حيث خرج بعضهم بعمر متوقع أدنى (الأمم المتحدة، ١٩٩٧ ب، الصفحة ٢٥). ففي أوائل التسعينات شهدت عدة بلدان من الاتحاد السوفياتي السابق سوءاً واضحاً في الوفيات بسبب الأمراض القلبية الوعائية والأسباب الخارجية، وخاصة بين الرجال. وفي الاتحاد الروسي كانت الوفيات في السنوات الأخيرة مرتفعة بشكل خاص بالنسبة للذكور في سن العمل.

الصحة والإعاقة في كبار السن

كثيراً ما تجلب بعض
الأمراض غير السارية فترة
طويلة من سوء الصحة

بينما يمكن أن تكون للأمراض السارية مضاعفات معوقة، كثيراً ما تنتج عن الأمراض غير السارية، مثل الأمراض القلبية الوعائية والسرطان فترات طويلة من اعتلال الصحة وتضاؤل الأداء الوظيفي. وفضلاً عن هذا يمكن أن تكون للحالات غير المميّنة (ولكن المزمنة غالباً) آثار هامة على نوعية الحياة وتكاليف الرعاية الصحية للأفراد الكبار في السن. ومن أمثلة هذه الحالات فقدان السمع والبصر والحالات الشائعة للعضلات والهيكل العظمي مثل التهابات المفاصل واعتلال الإدراك بما في ذلك مرض الزهايمر وغيره من ضروب اعتلال العقل.

لتطور الحالة الصحية
للكبار آثار على
النظم الصحية

ومع سرعة شيخوخة السكان في البلدان المتقدمة، وفي كثير من البلدان النامية، أصبح لتطور الأوضاع الصحية للكبار آثار واسعة. وفي العادة تعتبر زيادة الأعمار نتيجة طيبة للتنمية الاجتماعية والاقتصادية، ولكن كيف تكون سنين العمر الزائدة صحية؟ فإذا كانت العلاجات الطبية تؤجل الوفيات بسبب الأمراض المزمنة ولكنها لا تؤخر ظهور الحالات ذاتها أو عواقبها المعوقة، فإن النتيجة يمكن أن تكون توسعاً في المراضة والإعاقة على مدى حياة الأفراد. وبديل ذلك أنه لو كانت القوى نفسها التي

تؤخر الوفاة تؤخر أيضاً ظهور الحالات المزمنة، فحينئذ يمكن أن تقلص المراضة والإعاقة إلى فترة أقصر (بما يمثل ما يسمى تقلص المراضة).

والمعلومات المتوافرة عن الاتجاهات في المدى الطويل في حدوث أو ظهور الأمراض المزمنة والمراضة معلومات قليلة. فهناك مجموعة من البيانات تعطي معلومات عن المقاتلين البيض في الجيش الموحد في الولايات المتحدة الأمريكية، الذين قاتلوا في الحرب الأهلية الأمريكية في الفترة ١٨٦١ - ١٨٦٥. فقد تعرض هؤلاء المقاتلون إلى عمليات فحص طبي منتظمة في بداية القرن العشرين وكانوا وقتها بين نحو ٦٠ و ٦٤ عاماً من العمر. وقد وجد أن نحو ١٠ في المائة فقط من هذه المجموعة خالين من الأمراض المزمنة. وعلى نقيض ذلك فإن بيانات الاستقصاء عن عام ١٩٩٤ تشير إلى أن ٢٥ في المائة من الذكور البيض من الفئة العمرية نفسها كانوا خالين من هذه الأمراض. وثمة أدلة ماثلة تشير إلى أن متوسط العمر لظهور أمراض القلب ارتفع من ٥٦ عاماً في بداية القرن العشرين إلى ٦٥ عاماً في نهاية القرن؛ وبالنسبة لالتهابات المفاصل فكان الارتفاع من ٥٤ عاماً إلى ٦٥ عاماً. ومن ثم فإن متوسط التأخير في ظهور الأمراض المزمنة على مدى القرن كان أكثر من ١٠ سنوات بينما متوسط الزيادة في الفترة ذاتها في العمر المتوقع للذكور في سن ٥٠ عاماً في الولايات المتحدة كان نحو ٦, ٦ عاماً (Fogel, 2004). ومن العوامل الهامة المبينة لانخفاض في حالات الأمراض المزمنة التي لوحظت خلال القرن العشرين انخفاض التعرض للأمراض المعدية في الطفولة والشباب، وتحولات وظيفية أدت إلى تغييرات في طبيعة العمل وبيئات العمل، وزيادات في متوسط حجم الجسم.

ولوحظ في السنوات الأخيرة وجود عدة مؤشرات صحية مصممة لمعرفة ما إذا كان تقلص المراضة وما يتصل به من تغييرات يحدث بأسلوب مماثل بين فئات مختلفة من السكان. ومن بين هذه التدابير ولعل أكثرها انتشاراً، متغيرات قليلة تحت شعار "توقعات الحياة الصحية". فهي تقيس عدد السنوات التي يمكن للشخص أن يعيشها بصحة جيدة، مع مراعاة المعدلات الحالية للمراضة والوفيات والعجز. ولما كان العمر الصحي المتوقع، حسب تعريفه يمكن أن يكون أقل من مجموع العمر المتوقع، فإن مقارنة الإحصائيتين تعطي دليلاً على الطول النسبي للحياة بصحة جيدة على عكس الحياة بصحة معتلة. وهناك تعاريف مختلفة للحياة "الصحية" - فهي قد تعني الحياة بلا أمراض على الإطلاق، أو إعاقة شديدة، أو حتى بإعاقة معتدلة - ومن ثم يمكن أن تحسب الحياة الصحية المتوقعة بطرق مختلفة. ولهذه الحسابات أسماء مختلفة منها "العمر النشط المتوقع"، و"العمر المتوقع بلا إعاقات"، و"العمر المتوقع المعدل حسب الصحة". وجدير بالملاحظة أن استخدام هذه المقاييس لمقارنة مستويات العمر المتوقع الصحي عبر البلدان يظل صعباً، خاصة وأن مؤشرات التردد تتأثر بما إذا كانت تستند إلى حالات مشخصة أو إلى أوضاع صحية مبلغ عنها ذاتياً، بموجب الأسئلة المحددة التي توجه أو التعاريف التي تطبق على الوصول إلى الصحة أو الإعاقة في الاستقصاءات، والفوارق الثقافية في تصورات الصحة.

ورغم هذه الصعوبات في المقارنة يمكن استخلاص بعض النتائج العامة من الأدلة المتوافرة. فقد وجد في معظم الدراسات أن عمر المرأة المتوقع أطول من عمر الرجل، ولكنها أيضاً تقضي فترة أطول من حياتها بصحة معتلة (Romero, da Costa Leite and Landmann, 2005). ومن النتائج المشتركة الأخرى في هذه الدراسات أن الناس في البلدان النامية يرجح أن يمضوا جزءاً أكبر من حياتهم الكلية بصحة معتلة. وفي البلدان النامية يبدأ ظهور الأمراض المميتة وغير المميتة في سن أقل مما هو في البلدان المتقدمة. ونتيجة لهذا فعند مقارنة البلدان المتقدمة والبلدان النامية باستخدام العمر المتوقع المعدل حسب الصحة حسب منظمة الصحة العالمية فإن العدد التقديري للسنوات التي تُقضى مع العجز هي نفسها تقريباً في الفئتين من

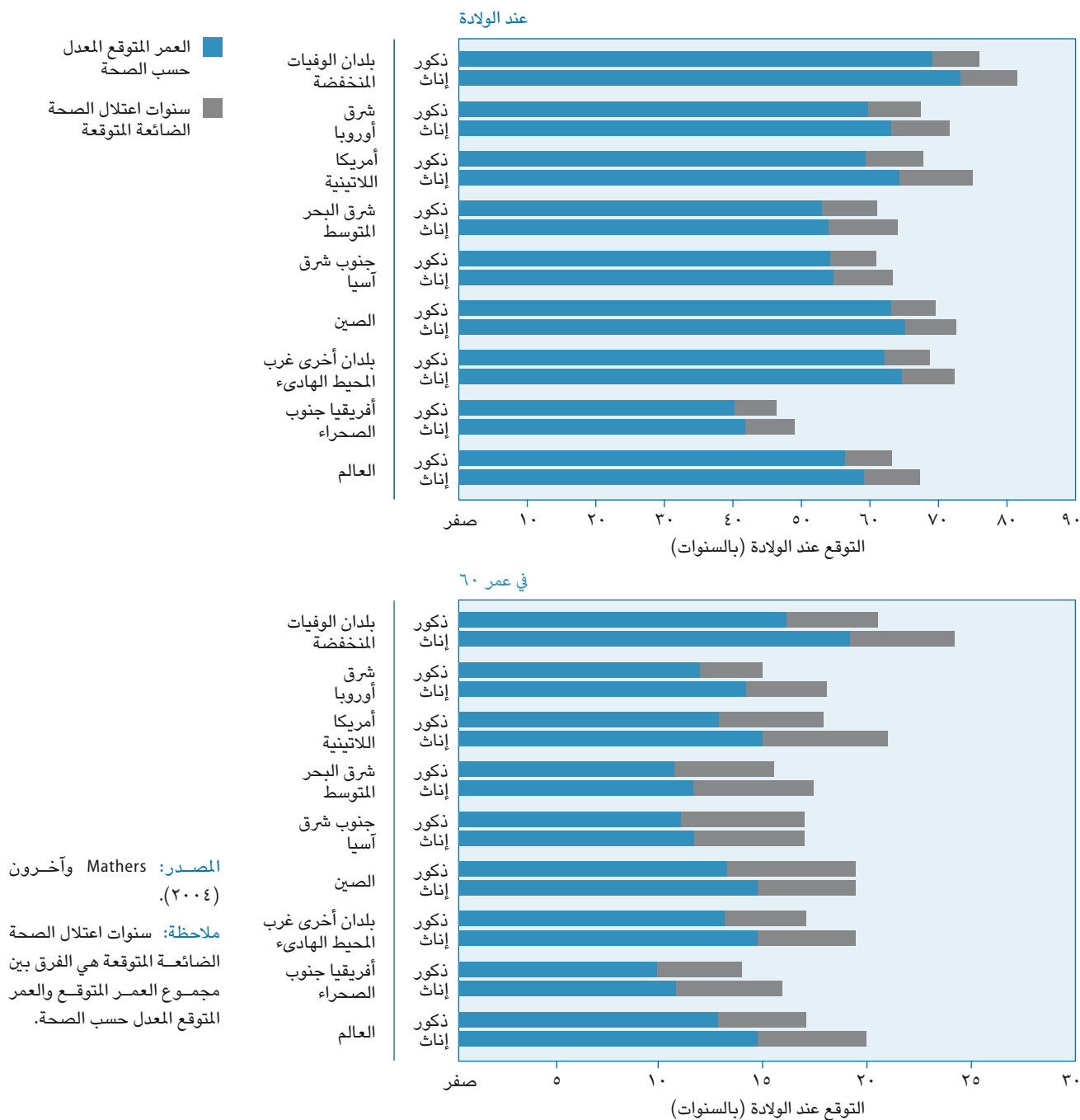
يبدو أن انتشار الأمراض المزمنة والمراضة قد انخفض - أو تأخر - على الأمد الطويل

اقترحت عدة مؤشرات صحية مصممة لقياس "العمر الصحي المتوقع"

تميل النساء إلى قضاء فترة زمنية أطول من حياتهن (الطويلة) بصحة سيئة ويقضي الناس في البلدان النامية جزءاً أكبر من مجموع أعمارهم بصحة سيئة

الشكل سادساً - ٢

العمر المتوقع الكلي والصحي عند الولادة وفي سن ٦٠ عاماً حسب الإقليم والجنس، ٢٠٠٢



البلدان. ويعرض الشكل سادساً - ٢ تقديرات منظمة الصحة العالمية حسب الجنس لطول العمر المتوقع الصحي والكلي عند الولادة وفي سن ٦٠ عاماً بالنسبة للبلدان المتقدمة والبلدان النامية. ففي البلدان التي تنخفض فيها الوفيات تعيش النساء نمطياً عمراً أطول من الرجال ولكن يقضين فترة أطول - ١، ٨ سنة بالنسبة للنساء مقابل ٧، ٦ سنة للرجال - في صحة معتلة في نهاية حياتهن.

ويصعب تجاوز هذه البيانات العريضة عن الفروق في العمر الصحي المتوقع بين الرجل والمرأة وبين البلدان المتقدمة والبلدان النامية، واستنباط استنتاجات قاطعة عن الاتجاهات والفروق في العمر الصحي حول العالم وعلاقته بالعمر الكلي المتوقع. وعلى سبيل المثال ففي دراسة أجريت مؤخراً لاتجاهات الحياة الصحية المتوقعة في بلدان الاتحاد الأوروبي (وحدة رصد الحياة الصحية المتوقعة في أوروبا، ٢٠٠٥) حيث يتوقع المرء أن تكون بيانات المقارنة أكثر توافراً، لوحظت تفاوتات كبيرة في المستوى المقدر للإعاقة والاتجاهات المختلفة. فثن كانت بعض البلدان تعطي أدلة على النقص بمضي الوقت في مدة المراضة في النطاق العمري، تعطي بلدان أخرى دليلاً على التوسع. وخلصت الدراسة إلى أن هذه النتائج المتضاربة قد تشير إلى أن التقديرات لا تزال غير قابلة للمقارنة بين البلدان رغم الجهود المبذولة لتعديل ومواءمة البيانات.

ومن الأمثلة الأخرى على الصعوبات في تفسير تلك المعلومات ما يأتي من دراسة أجريت في الصين (Qiao, 2005)، التي وجدت أن الحياة النشطة المتوقعة لكبار السن - أي عدد سنوات العمر الخالية من الإعاقة - قد انخفضت فيما بين عامي ١٩٩٢ و ٢٠٠٠. وقد يعزى هذا الانخفاض إلى تحول من نظام عالمي للرعاية الصحية المقدمة غالباً من الحكومة في إطار الاقتصاد المخطط مركزياً إلى نظام يتميز بزيادة الاعتماد على رسوم المستهلك والخصخصة لكثير من الخدمات الطبية، وهو ما يمكن أن يكون ضاراً بالفقراء، وخاصة في المناطق الريفية، فيما يتعلق بالتغطية بالرعاية الطبية الأساسية. ومع ذلك فهذا الاستنتاج لا يشكل إلا أحد التفسيرات الممكنة للبيانات. ولما كان قياس العمر النشط المتوقع يستند إلى الصحة المبلغ عنها ذاتياً في سلسلة من الاستقصاءات فمن غير الواضح ما إذا كانت الصحة الفعلية قد ساءت على مدى فترة الدراسة أو ما إذا كانت الاستجابة سلبية للتغيرات في نظام الرعاية الصحية والتوقعات الجديدة حول الرعاية الصحية أدت إلى زيادة أعداد الناس الذين يبلغون عن أنهم معتلو الصحة.

التفاوتات الصحية وأثرها على الاتجاهات في المستقبل

لقد كشفت الدراسات للسكان كبار السن في البلدان المتقدمة عن علاقات متصلة بين الحالة الاجتماعية الاقتصادية ومستويات المراضة والوفاة. وبصفة عامة فإن الشرائح الأكثر تقدماً من هؤلاء السكان (بمن فيهم أصحاب الدخل الأعلى ومستويات التعليم الأعلى والحالة الاجتماعية الأعلى وما إلى ذلك) هم الأكثر صحة والأطول عمراً عن نظرائهم الأقل حظاً. ولذا فالتوقع أن مستويات الصحة والإعاقة في المستقبل يرجح أن تتأثر لا بالتغيرات في البيئة الصحية العامة والتكنولوجيات الطبية فحسب بل وبالتغيرات في تكوين كبار السن فيما يتعلق بدخل الفرد ومستويات التعليم والحالة الصحية في الحياة المبكرة والسلوك اللاحق بوصفهم كباراً.

وتدل الدراسات المختلفة على أن أصحاب المستويات الأعلى من التعليم يتعرضون لمستويات منخفضة من الأمراض المزمنة والإعاقة. ولم يصل الخبراء بعد إلى اتفاق حول الآليات الدقيقة التي تنتج هذه الصلة. ومن التفسيرات المحتملة الآثار النفسية على الأشخاص المرتبطة بالأنواع المختلفة من الوظائف والتفاوت في استخدام المعارف الصحية والتكنولوجيا الصحية والترابط الشديد بين التعليم ومستويات

يرتبط الدخل المرتفع والمستويات المرتفعة من التعليم وارتفاع الحالة الاجتماعية المتوخاة، بحياة أكثر صحة وأطول عمراً

الدخل ومن ثم القدرة على دفع تكاليف الخدمات الطبية (Cutler, Deaton and Lleras-Muney, 2005). ولما كان الحصول على التعليم بما في ذلك التعليم العالي يتحسن في معظم أنحاء العالم فإن ذلك يولد ضغطاً زائداً على توسيع التغطية الطبية وتعزيز جودة الرعاية الصحية. وفضلاً عن هذا سيزداد تطور الجماعات السكانية في نطاق العمر الأكبر في العقود المقبلة لتصبح أكثر تعليمياً بما يوحى بتأثيرات حميدة ممكنة على مستقبل الاتجاهات في مجال صحة ورفاه كبار السن بصفة عامة وزيادة نشاطهم في السعي نحو تحسين الصحة. وجدير بالتشديد مع هذا على أن قوة العلاقة الملاحظة حالياً بين التعليم والصحة ليست متساوية بين البلدان (Kinsella and Velkoff, 2001).

بينما لتحسين أحوال
المعيشة في الأعمار المبكرة
آثار إيجابية على الصحة في
الحياة فيما بعد...

ومن المعروف أن أحوال المعيشة العامة في سن مبكر، بما في ذلك الحالة التغذوية والتعرض للأمراض السارية لها آثار هامة على الصحة في الحياة فيما بعد. وعلى سبيل المثال فالتعرض لفيروس الكبد الوبائي بء ارتبط بالتطور فيما بعد إلى سرطان الكبد. والحمى الروماتيزمية الحادة في الطفولة كثيراً ما تؤدي إلى أمراض القلب الروماتيزمية، وهي من الأسباب الهامة في موت الكبار في المناطق النامية (Elo and Preston, 1992). وارتبطت الحياة القصيرة، عندما تكون نتيجة لنمو متأخر يُعزى إلى الحرمان التغذوي والمرض في الطفولة، في البلدان المتقدمة بالمخاطر العالية للوفاة في السن المتقدم، وبوجه خاص نتيجة للأمراض القلبية الوعائية (Aboderin, 2002؛ وElo؛ وPreston, 1992؛ وFogel, 2004، وآخرون).

...لا تزال هناك عوامل
كثيرة غير معروفة تؤثر
على الحالة الصحية في
أواخر العمر

ومع هذا لا تزال أمور كثيرة غير معروفة عن العلاقة بين الأحوال في الحياة المبكرة والنتائج الصحية فيما بعد. وثمة تقرير لمنظمة الصحة العالمية خلص إلى أنه لا يزال من السابق لأوانه التوصية بتدخلات سياسة في المراحل الأولى من العمر (وعلى سبيل المثال، تدابير لزيادة الوزن عند الولادة) لغرض واضح هو التأثير على صحة الكبار، وخاصة لأن هناك دلائل على أن هذه العلاقات القائمة في البلدان النامية لا تزال ناقصة (Aboderin وآخرون، ٢٠٠٢).

للتدخين والرياضة
ونظام الوجبات آثار
رئيسية على الصحة

ومن المسائل الهامة بالنسبة للسياسات الاتجاهات في السلوك الفردي ومن ذلك التدخين والرياضة والنظام الغذائي. وعلى سبيل المثال، ففي عام ٢٠٠٠، قدر أن هناك ٨, ٤ مليون بالغ يموتون على مستوى العالم وتعزى وفاتهم إلى التدخين (Ezzati and Lopez, 2004)، وبالمقارنة بغير المدخنين فإن المدخنين معرضون بشكل بالغ الخطورة لكثير من الأمراض وتشمل القائمة، ولكنها لا تقتصر على سرطان الرئة، وأمراض قلبية وعائية وأمراض مزمنة بالرئتين وهذا الخطر الزائد يقل فوراً تقريباً بالامتناع عن التدخين ويستمر انخفاضه بزيادة مدة الامتناع عن التدخين.

ولئن كانت معدلات التدخين أعلى تاريخياً في البلدان المتقدمة، فإن أكثر من نصف مجموع حالات الوفاة التي تعزى إلى التدخين تحدث الآن في البلدان النامية. فهذه البلدان بدأت تشهد تأثير المخاطر المتراكمة لزيادة التدخين في العقود الأخيرة. ففي أمريكا الشمالية واليابان وبعض بلدان غرب أوروبا انخفضت معدلات التدخين بين الرجال في العقود الأخيرة. ومع ذلك فعلى مدى هذه الفترة نفسها استمر أو ارتفع معدل انتشار التدخين بين النساء في هذه المناطق، ليستقر عند مستويات عالية أو لا ينخفض إلا قليلاً. وتتفاوت معدلات التدخين بشكل كبير بين البلدان النامية ولكنها عموماً إما ترتفع وإما تستقر على مستويات عالية. وبصفة عامة فالتدخين أكثر انتشاراً بكثير بين الرجال عنه بين النساء في هذه البلدان.

يتوقع أن يزيد عبء
المراضة المتصلة بالتبغ
والوفيات المتصلة به في
البلدان النامية

وعبء الوفيات من التدخين في البلدان النامية يتركز نسبياً بين الشباب مقارنة بما هو عليه في البلدان المتقدمة، بما يعكس الانتشار السريع مؤخراً لتعاطي التبغ. ومع ذلك فبالنظر إلى النمو السكاني المتوقع للبلدان النامية سوف يتزايد عبء المراضة المتصلة بالتبغ والوفيات المتصلة به ما لم تتخذ خطوات فورية للحد من معدلات التدخين بين الرجال ومنع الزيادات في تلك المعدلات بين النساء.

وفي البلدان النامية يرتبط ارتفاع الحالة الاقتصادية الاجتماعية أحياناً بارتفاع معدلات انتشار عوامل الخطورة بالنسبة للأمراض القلبية الوعائية ومنها مثلاً ارتفاع ضغط الدم (Aboderin وآخرون، ٢٠٠٢)، حيث سكان الحضر وغيرهم من السكان المحظوظين هم الأكثر احتمالاً لاعتماد أساليب الحياة "الغربية". غير أنه لما كانت أنماط السلوك غير الصحية كالتدخين وفرط تناول الطعام تنتشر بين قطاعات أكبر من السكان، فيبدو من المرجح أن العناصر الاقتصادية الاجتماعية في عوامل الخطورة والمرضاة بالأمراض غير السارية ستصل إلى ما يشبه مثيلاتها في البلدان المتقدمة، مع نتائج أسوأ بين الفئات ذات الوضع الاجتماعي الاقتصادي المنخفض.

والكثير من العناصر الممكن توقيها في عبء الأمراض غير السارية يرتبط بعدد من عوامل الخطورة التي يمكن تعديلها عن طريق السلوك الفردي. وتشمل عوامل الخطورة ذات التأثيرات السببية التي يمكن تحديد كميتها على الأمراض المزمنة ارتفاع ضغط الدم وارتفاع معدل الكوليسترول وزيادة الوزن والسمنة وقلة تعاطي الفواكه والخضروات وقلة النشاط البدني والتدخين وتعاطي الكحول (Ezzati وآخرون، ٢٠٠٥).

هل تعدُّ نُظُم الرعاية الصحية جاهزة من أجل شيخوخة السكان؟

الموارد والنفقات الصحية

تتفاوت التغطية والمزايا التي تقدمها نُظُم الرعاية الصحية إلى كبار السن تفاوتاً كبيراً بين البلدان المتقدمة والبلدان النامية. ولا تعكس هذه الاختلافات الموارد البشرية والمالية المتوافرة لكبار السن فحسب بل وتعكس القيم والآراء الاجتماعية المتعلقة بدور ومسؤوليات القطاع العام في رعاية الصحة العامة للجمهور. والفروق في تاريخ وبنية برامج الرفاه الاجتماعي بما فيها برامج دعم الدخل وبرامج الرعاية الصحية عبر البلدان تجعل من الصعوبة بمكان توفير صورة عامة لنظام الرعاية الصحية النمطي في البلدان النامية (Ofstedal and Natividad, 2002).

ولا تزال نُظُم الصحة القائمة في البلدان النامية، ولا سيما البلدان ذات الدخل المنخفض، موجهة أساساً ناحية تقديم الرعاية للحالات المرضية الحادة وليس إلى احتياجات الرعاية المزمنة والرعاية المحددة لكبار السن. غير أنه كما أشرنا آنفاً تبين الأدلة من البلدان النامية زيادة انتشار عوامل الخطورة للحالات المزمنة ومنها مثلاً التدخين والكحول والنظام الغذائي والوزن. وقد تؤدي الفرص الضائعة التي أتيحت لمنع أو معالجة الحالات في وقت مبكر لمعايشة الأمراض غير السارية المتعلقة بالعمر، إلى زيادات في انتشارها ووقوعها وتعقيداتها في الحياة فيما بعد.

وعموماً فالموارد المكرسة للقطاع الصحي في الأقاليم النامية لا ترقى إلى مستويات ما يلاحظ في العالم المتقدم (انظر الجدول السادس - ١). وبالنسبة لآخر السنوات في الفترة ١٩٩٧ - ٢٠٠٤ التي أتيحت عنها البيانات فإن البلدان الأفريقية على سبيل المثال كان بها ١, ٠ طبيباً لكل ألف من المقيمين مقارنة بـ ٧, ٢ في البلدان المتقدمة و ٣, ٥ في شرق أوروبا ودول الكمنولث المستقلة. وعلاوة على هذا فإن النقص في العاملين الصحيين كثيراً ما يرتبط بصعوبة ظروف العمل - الساعات الطويلة والأجر المتدني والنقص في الإمدادات الطبية المناسبة، على سبيل المثال. وبينما لا تترجم هذه الفروق في المدخلات الخاصة بالرعاية الصحية بالضرورة إلى فروق ماثلة في حالة الصحة العامة للسكان، فإن قلة توافر الأطباء والأسرة في المستشفيات تؤثر بلا شك تأثيراً سلبياً على الأحوال الصحية. وتقدم منظمة الصحة العالمية (٢٠٠٦ أ)

بمضي الوقت ستمثل الأمراض غير السارية والمرضاة في البلدان النامية نظيرتها في البلدان المتقدمة

تتفاوت نُظُم الرعاية الصحية تفاوتاً كبيراً بين البلدان

تواجه نُظُم الرعاية الصحية القائمة في كثير من البلدان النامية صعوبات في مواجهة العبء المزدوج للأمراض

أدلة على أن عدد ومستوى المهارات الفنية في الصحة ترتبط إيجابياً بدرجة التغطية بالتحصين والوصول بخدمات الرعاية الأولية وهذه بدورها عوامل هامة في بقاء الرضع والأطفال والأمهات.

الجدول سادساً - ١

عدد الأطباء والأسرة في المستشفيات حسب الأقاليم، ١٩٩٧ - ٢٠٠٤

الأطباء لكل ١٠٠٠ من المقيمين (١٩٩٧ - ٢٠٠٤) ^أ	أسرة المستشفيات لكل ١٠٠٠ من المقيمين (٢٠٠٠ - ٢٠٠٣) ^أ	
٢,٧	٦,٣	الاقتصادات المتقدمة
٠,١	١,٢ ^ب	أفريقيا
١,٣	٢,٤	شرق آسيا ومنطقة المحيط الهادئ
٠,٥	٠,٩	جنوب آسيا
١,٥	٢,٣	شرق آسيا
١,٨	١,٩	أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي
٣,٥	٨,٥	الاقتصادات التي تمر بمرحلة انتقالية

المصدر: إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية للأمم المتحدة على أساس البنك الدولي، ٠٦ مؤشرات التنمية العالمية (واشنطن العاصمة، البنك الدولي، ٢٠٠٦) وهي متاحة على الموقع: www.worldbank.org/data/onlinebases/onlinebases.html

أ بيانات عن آخر سنة متاحة.
ب ١٩٩٠.

وتساعد هجرة المهنيين الصحيين (والعاملين في الرعاية الصحية) من البلدان النامية في تفاقم الأوضاع. فهذه الهجرة تأتي نتيجة العجز في هيئة التمريض في كثير من البلدان المتقدمة وبعض البلدان المتوسطة الدخل النامية. ومما يدفع أيضاً على هجرة العاملين الصحيين من البلدان النامية الانخفاض النسبي في الأجور وبيئة العمل غير الجاذبة ونقص الاستثمار في تثقيف وتدريب هؤلاء في قطاعاتهم (منظمة الصحة العالمية، ٢٠٠٦ أ).

وقد أصبحت الرعاية الطبية وتوصيلها في الواقع شأنًا من شؤون الصناعة العالمية، حيث يتعلم الأطباء في كافة أنحاء العالم أحدث التقنيات التي تمارس في البلدان التي بها مرافق بحوث طبية متقدمة. وبينما يفيد هذا البلدان النامية فإن استنزاف الأدمغة من المهنيين الصحيين يعطل التوسع اللازم في نظمها الصحية. ووفقاً لإحدى الدراسات، هناك بالفعل طبيب من بين كل خمسة أطباء ممارسين في الولايات المتحدة دُرب في الخارج ويقدر أنه بحلول عام ٢٠٢٠ تستطيع الولايات المتحدة مواجهة العجز في الممرضين ومقداره ٨٠٠٠٠٠ ممرض وفي الأطباء ومقداره ٢٠٠٠٠٠ طبيب (Garrett, 2007، الصفحة ١٥) وتجادل الدراسة نفسها بأنه ما لم يتم التوسع الكافي في مرافق التدريب المحلية وفي مرتبات المعلمين في البلدان المتقدمة كي يصبحوا قادرين على الوفاء باحتياجات التوسع في الموظفين الطبيين من بين سكانها فإن النتيجة يمكن أن تكون مزيداً من استنزاف الموظفين الطبيين من البلدان النامية. وكانت ظاهرة استنزاف الأدمغة ملحوظة بشكل خاص في أفريقيا: وعلى سبيل المثال فقد دربت زيمبابوي ١٢٠٠ طبيباً إبان التسعينات من القرن الماضي ولكن لم يبق اليوم سوى ٣٦٠ منهم في البلد (المرجع نفسه). وفي عام ١٩٨٠، تمكن البلد من شغل ٩٠ في المائة من وظائف التمريض به على مستوى الوطن، واليوم انخفضت هذه النسبة إلى ٣٠ في المائة فقط من هذه الوظائف. وفي زامبيا لم يبق في البلد اليوم سوى ٥٠ طبيباً من بين ٦٠٠ طبيب تم تدريبهم على مدى أربعين عاماً مضت.

ومن ناحية أخرى فلأن صناعة الطب أصبحت صناعة عالمية يقوم المرضى من البلدان المتقدمة بزيارات متكررة إلى البلدان الفقيرة للحصول على الخدمات الطبية منخفضة التكلفة عن الخدمات التي يتلقونها في الداخل. وهذا هو الحال بوجه خاص بالنسبة لطب التجميل والطب المتميز وهو ما لا يغطي بسياسة التأمين أو النظام الصحي في الداخل. وبالمثل فلكي يتم تخفيض تكاليف المعيشة - بما في ذلك التكاليف الطبية

استنزاف أدمغة المهنيين
الصحيين يعوق التوسع
المطلوب في النظم الصحية

في الوقت نفسه يزور
المرضى من البلدان المتقدمة
الآن البلدان الأفقر
للحصول على الخدمات
الطبية بتكلفة متدنية

وتكاليف التمريض في حالة الأمراض المزمنة - وربما بغية التمتع بمناخ أكثر صحة كثيراً ما يختار كبار السن الأغنياء الإقامة في بلد أفقر. ويمكن أن يؤدي هذا الطلب الزائد على الخدمات الطبية في البلدان الفقيرة إلى مساعدتها على الحفاظ على موظفيها الطبيين والتمريضيين والتوسع في التغطية لتشمل جميع السكان.

وبصفة عامة فإن البلدان النامية، وخاصة ذات الدخل المنخفض منها، تميل مع ذلك إلى إنفاق جزء أقل كثيراً من دخلها الوطني على الرعاية الصحية (انظر الجدول سادساً - ٢). وعلى سبيل المثال، فإن إنفاق الفرد على الصحة في أفريقيا جنوب الصحراء يقل بأكثر من ٥٠ مرة عن متوسط هذا الإنفاق في العالم المتقدم^٥.

الجدول سادساً - ٢

مجموع الإنفاق الكلي على الصحة حسب الأقاليم، ٢٠٠٠ - ٢٠٠٣

الإنفاق على الصحة للفرد (بدولارات الولايات المتحدة الجارية)				الإنفاق على الصحة كنسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي			
٢٠٠٣	٢٠٠٢	٢٠٠١	٢٠٠٠	٢٠٠٣	٢٠٠٢	٢٠٠١	٢٠٠٠
٣٤١٥	٣٠١٩	٢٨٠٦	٢٧٠٥	١١,٣	١١,٢	١٠,٨	١٠,٣
البلدان المتقدمة							
أقاليم البلدان النامية							
أفريقيا							
٥٤	٤٨	٤٣	٤١	٥,٦	٥,٦	٥,٥	٥,٤
جنوب وشرق آسيا							
٤٣	٣٨	٣٨	٣٨	٤,٦	٤,٦	٤,٥	٤,٣
غرب آسيا							
٢٨٨	٢٥١	٢٤٢	٢٥٧	٦,٦	٦,٦	٦,٩	٦,٣
أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي							
٢٢١	٢١٥	٢٦٠	٢٦٨	٦,٦	٦,٦	٧,٠	٦,٩
الاقتصادات التي تمر بمرحلة انتقالية							
١٢٤	١٠٢	٨٧	٧٦	٥,٨	٥,٩	٥,٧	٥,٧

المصدر: إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية بالأمم المتحدة استناداً إلى البنك الدولي، مؤشرات التنمية العالمية، وهي متاحة على الموقع: www.worldbank.org/data/onlinebases/onlinebases.html

ويصبح الفارق في خدمات الرعاية الصحية بين البلدان الغنية والبلدان الفقيرة أكثر وضوحاً عند دراسة مصادر الإنفاق على الصحة (انظر الجدول سادساً - ٣). وبشكل واضح فإن الحصة العامة من مجموع الإنفاق على الصحة تميل إلى الزيادة مع دخل الفرد، بما يعني أن الأفراد في البلدان النامية أكثر عرضة للحصول على الرعاية الصحية عن طريق النظم الخاصة ومن الناحية العملية فإن معظم الناس يدفعون لقاء هذه الخدمات مباشرة من جيوبهم، بالنظر إلى انخفاض تغطية مشاريع التأمين الصحي الخاصة في البلدان النامية. والأكثر من ذلك أنه كلما كان البلد فقيراً كبرت حصته في الإنفاق من جيبه. ففي عام ٢٠٠٣ كانت حصة الإنفاق العام من مجموع الإنفاق الصحي هي ٢٩ في المائة في مجموعة البلدان المنخفضة الدخل، وفق ما حدده البنك الدولي، وهي ٤٤ في المائة في البلدان التي بها أدنى الدخل المتوسط، و٥٨ في المائة في البلدان التي بها أعلى الدخل المتوسط. وبوجه خاص فإن حصة الإنفاق العام من الإنفاق الصحي الكلي في جنوب آسيا ككل في عام ٢٠٠٣ كانت ٢٦,٣ في المائة وهي الأدنى بين المناطق. كذلك ففي البلدان النامية يكون السائد غالباً هو أن الفقراء يدفعون قسماً من النفقات من جيوبهم على الرعاية الصحية أعلى من الأسر المعيشية الغنية (انظر البنك الدولي، ٢٠٠٦ ب). ولا يعني تدني الحصة العامة من مجموع الإنفاق

معظم الناس في البلدان النامية يدفعون مباشرة من جيوبهم تكاليف الرعاية الصحية

^٥ يحسب الفرق باستخدام سعر الصرف في السوق لتحويل التكاليف إلى دولارات الولايات المتحدة؛ فعند استخدام مكافئ القوة الشرائية بالدولارات، يصبح إنفاق الفرد على الصحة في أفريقيا جنوب الصحراء أقل بحوالي ٣٣ مرة (انظر البنك الدولي (٢٠٠٦ ب)، الجدول أ ١ - ١).

على الصحة عبئاً مالياً أثقل على المستوى الشخصي فحسب بل يعكس الانخفاض النسبي في القدرة على جمع الأموال للبلدان الفقيرة والمستوى المنخفض للتدخلات الصحية الحكومية الرامية إلى تخفيف فشل الأسواق في مجال الرعاية الصحية وأسواق التأمين الصحي (انظر: Schieber and Maeda, 1999).

الجدول السادس - ٣

حصة الإنفاق العام من مجموع الإنفاق على الصحة حسب الأقاليم، ٢٠٠٠ - ٢٠٠٣
(نسبة مئوية)

٢٠٠٣	٢٠٠٢	٢٠٠١	٢٠٠٠	
٦٠,٠	٥٩,٤	٥٩,٦	٥٩,٨	البلدان المتقدمة
٧٦,٥	٧٦,٧	٧٦,٩	٧٦,٦	(عدا الولايات المتحدة الأمريكية)
				أقاليم البلدان النامية
٤٢,٨	٤٣,٤	٤٤,٣	٤٤,٣	أفريقيا
٣٨,٣	٣٧,٤	٣٨,٠	٣٧,٩	جنوب وشرق آسيا
٦٧,٣	٦٥,٧	٦٥,٣	٦٣,٠	غرب آسيا
٤٨,٣	٤٧,٩	٤٧,٧	٤٨,٥	أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي
٦١,٣	٦٠,٨	٦٠,٤	٥٨,٩	الاقتصادات التي تمر بمرحلة انتقالية، بنود المذكرة ^أ
٢٩,١	٢٧,٨	٢٥,٠	٢٧,١	البلدان المنخفضة الدخل
٤٣,٧	٤٥,٥	٤٦,٦	٤٩,٤	بلدان الدخل المتوسط الأدنى
٥٧,٩	٥٧,٦	٥٧,٨	٥٤,٢	بلدان الدخل المتوسط الأعلى

المصدر: مؤشرات التنمية في العالم على الشبكة العالمية.

أ تجمعات الدول حسب تعريف البنك الدولي.

ب استناداً إلى آخر البيانات المتاحة قبل عام ٢٠٠٠.

الشيخوخة وضرورة إصلاح نظم الرعاية الصحية

يتعين إجراء تعديلات رئيسية في كل بعد من أبعاد نظام الرعاية الصحية لمواجهة التغيرات في الطلبات على الصحة المنبثقة من الاتجاه غير المسبوق في شيخوخة السكان. وستحدث تغييرات هامة في نوع خدمات الرعاية الصحية المطلوبة، وفي التغطية اللازمة بنظم التأمين الصحي، وكذلك في اتجاه برامج البحوث. كما يرجح أن تكون للانتشار المعزز للأمراض المزمنة ولاحتياجات الرعاية طويلة الأمد آثار على ترتيبات المعيشة لكبار السن والأقارب المشتركين في رعايتهم.

تثبت حالة الولايات المتحدة أن العلاقة بين الشيخوخة والإنفاق الصحي ليست قاطعة

ولأن شيخوخة السكان في البلدان المتقدمة مصحوبة بزيادات كبيرة في الإنفاق الطبي فقد أدى هذا إلى إدراك واسع بأن شيخوخة السكان بالذات هي التي ترفع التكاليف الصحية عالياً وأن هذه التكاليف يمكن أن تصبح غير مستدامة. ويستند هذا الإدراك إلى الأسباب البسيطة التالية: لما كان كبار السن معرضين بدرجة عالية لمخاطر التأثر بالمرض ومن ثم يحتاجون لمزيد من الرعاية الطبية أكثر من الشباب، فإن أي زيادة في حصتهم من مجموع السكان ينتظر أن تدفع الإنفاق الطبي عالياً. ولئن كانت الولايات المتحدة تفتقر إلى التغطية الصحية الشاملة على خلاف معظم البلدان المتقدمة الأخرى، فإن الإنفاق على الرعاية الصحية للفرد (المعدل حسب التضخم) ظل يتجاوز باستمرار الناتج القومي الإجمالي للفرد منذ عام ١٩٢٩ مما دفع حصة البلد من الناتج القومي الإجمالي من ٣,٥ في المائة (Newhouse, 1992، الجدول ١) إلى نحو ١٥ في المائة في الوقت الحاضر. وكانت الاتجاهات مماثلة لذلك في البلدان الأخرى الأعضاء في منظمة التعاون والتنمية

في الميدان الاقتصادي، وإن كان أيّ منها لم يصل إلى الآن إلى مستوى الإنفاق على الرعاية الصحية كحصة من الناتج القومي الإجمالي أو الإنفاق على الرعاية الصحية للفرد الذي وصلت إليه الولايات المتحدة. غير أن المسألة هي مدى كون الشيخوخة عاملاً في هذه التكاليف الصحية المرتفعة. والرد على هذا السؤال الذي تقدمه خبرة البلدان المتقدمة يمكن أن يشير إلى الطريق الذي تسلكه البلدان النامية.

ويتبين من بعض الدراسات أن العلاقة بين شيخوخة السكان والإنفاق على الصحة ليست وثيقة بالقدر المتصور. فعلى أساس تفاوت العمر في الإنفاق على الرعاية الصحية يمكن أن يفسر التغير الديمغرافي في الولايات المتحدة في الفترة ١٩٤٠ - ١٩٩٠ وجود ١٥ في المائة فقط من الزيادة الكلية (Lloyd-Sherlock, 2000). وبالمثل فإن التغيرات في الهيكل الديمغرافي على مدى الفترة ١٩٨٥ - ١٩٨٧ حتى الفترة ١٩٩٦ - ١٩٩٩ قُدر أيضاً أن تكون هي المسؤولة عن ٦ في المائة من الزيادات الملحوظة في الإنفاق على الرعاية الصحية في أستراليا وعن ١٤ في المائة في كندا (Gray, 2005). وواضح من هذا أن العوامل غير الديمغرافية تفسر معظم الزيادة في الإنفاق على الصحة في هذه البلدان. وعلى النقيض من ذلك ففي الفترة نفسها كان الرقم المقارن لليابان هو ٥٦ في المائة. وأصبح الهيكل الديمغرافي للبلد أكبر سناً بسرعة أكبر من سرعته في البلدان المتقدمة الأخرى، مما يجعل شيخوخة السكان عاملاً أكبر في شرح الزيادات الملحوظة في الإنفاق الصحي.

كذلك تشير المقارنات عبر البلدان إلى تفاوتات هامة في الإنفاق الصحي بين بلدان منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي وتبين أن شيخوخة السكان ليست التفسير الرئيسي لذلك (انظر الشكل سادساً - ٣ أ). وبينما تركيا، وإلى حد أقل المملكة المتحدة بهما هيكل أعمار أصغر منه في إيطاليا واليابان، فالبلدان الأربعة تنفق حصصاً متماثلة من الناتج المحلي الإجمالي على الرعاية الصحية. وألمانيا بدورها لها نصيب من كبار السن بين السكان مماثل لنظيره في اليابان وإيطاليا ولكنها تنفق أكثر منها بنحو ٣ نقاط مئوية من الناتج المحلي الإجمالي على الرعاية الصحية. ومن بين البلدان المتقدمة فإن الولايات المتحدة سكانها شباب نسبياً ولكن إنفاقها على الصحة يتجاوز كثيراً إنفاق أي بلد آخر. كذلك فعند النظر إلى التغيرات بمضي الوقت لا نجد علاقة وثيقة في البلدان المتقدمة بين شيخوخة السكان والإنفاق على الرعاية الصحية (انظر الشكل سادساً - ٣ ب) و(ج)).

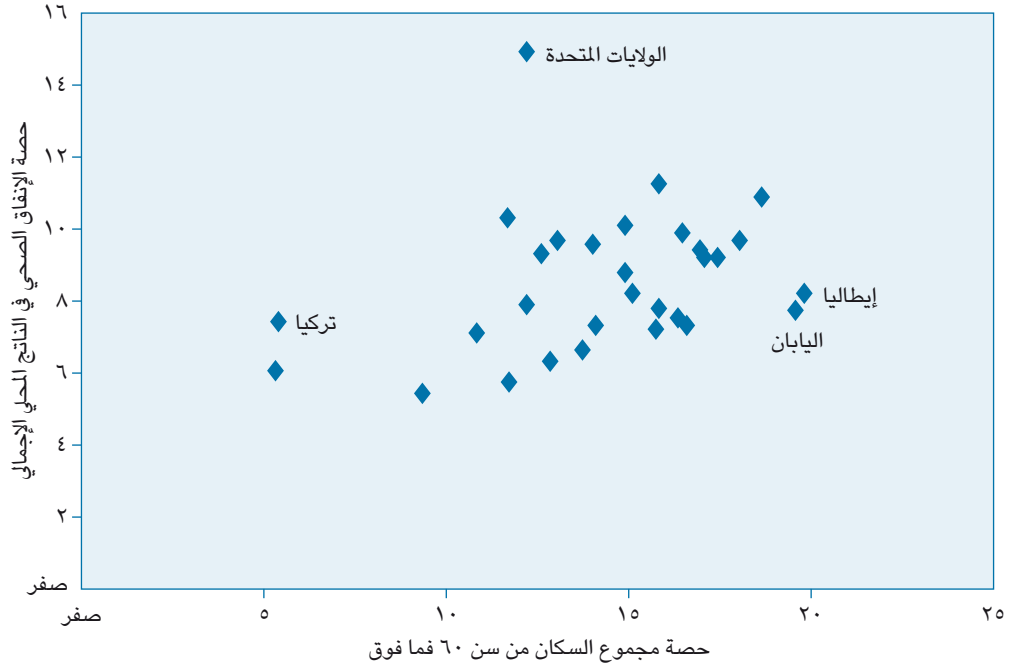
وتشير دراسة أجريت عن الإنفاق الصحي في الفترة ١٩٥١ - ٢٠٠٠ في نيوزيلندا (Bryant and Sonerson, 2006) إلى آليتين غير ديمغرافيتين تعملان في التأثير على الإنفاق الصحي هما: مستوى العوائد العامة للحكومة وضغط المرتبات والأجور للعاملين الصحيين. وقد أصبح الهيكل الديمغرافي للبلد أكبر عمراً بشكل مطرد منذ عام ١٩٥٠ بينما شهد الإنفاق الصحي تقلبات كبيرة. ويتبين من الدراسة أن الذي تحرك مع الإنفاق الصحي هو عائدات الحكومة والمرتبات والأجور للعاملين الصحيين وليس التغيرات الديمغرافية.

ومن الدوافع الرئيسية الأخرى للإنفاق الصحي التقدم التكنولوجي (الاكتشافات العلمية الجديدة والعقاقير الجديدة والعلاجات الجديدة) والتغيرات في السياسة الصحية واستجابات نظم التأمين الصحي العامة والخاصة، من حيث نوع ومدى التغطية، للربحية الشديدة من الناس في استخدام خدمات رعاية صحية جديدة، مع ارتفاع الدخل والتقدم التكنولوجي الذي أنجز؛ كما أن التقدم التكنولوجي حول نظم الرعاية الصحية، بما في ذلك كثافة وتغطية الخدمات الصحية. وفي الوقت نفسه فإن التفاعل بين التقدم التكنولوجي وتغيير السياسات والطلب على التمتع بحالة صحية أفضل كثيراً ما حرض التضخم في خدمات الرعاية الصحية. وكمقاييس للتقدم التكنولوجي حقيقة أن أغلبية القدرات التشخيصية والإجراءات الطبية والمعدات والدوائيات المستخدمة اليوم قد استنبطت في الأعوام الخمسين الماضية ويمكن أن تعالج بفعالية الأمراض التي لم تكن قابلة للشفاء في الماضي.

التقدم التكنولوجي
والتغيرات في السياسة
الصحية أصبحت محركات
رئيسية للتكلفة

الشكل سادساً - ٣ (أ)

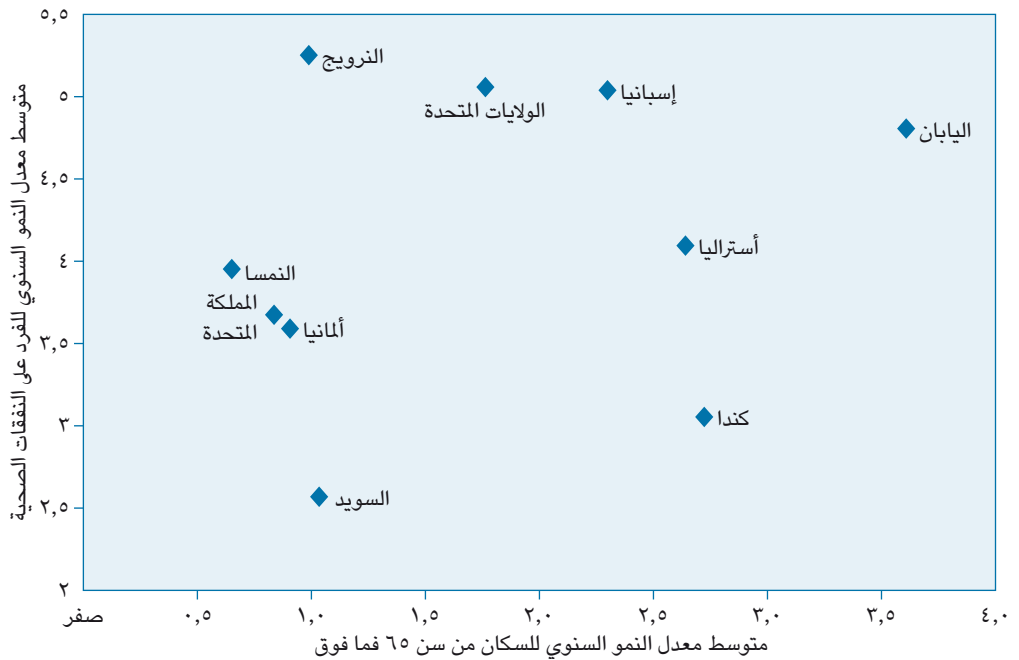
نصيب كبار السن من مجموع السكان، مقابل حصة الإنفاق الصحي من الناتج المحلي الإجمالي، في بلدان مختارة أعضاء في منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي، ٢٠٠٣ (نسبة مئوية)



المصدر: إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية للأمم المتحدة استناداً إلى مؤشرات التنمية في العالم على الشبكة العالمية.

الشكل سادساً - ٣ (ب)

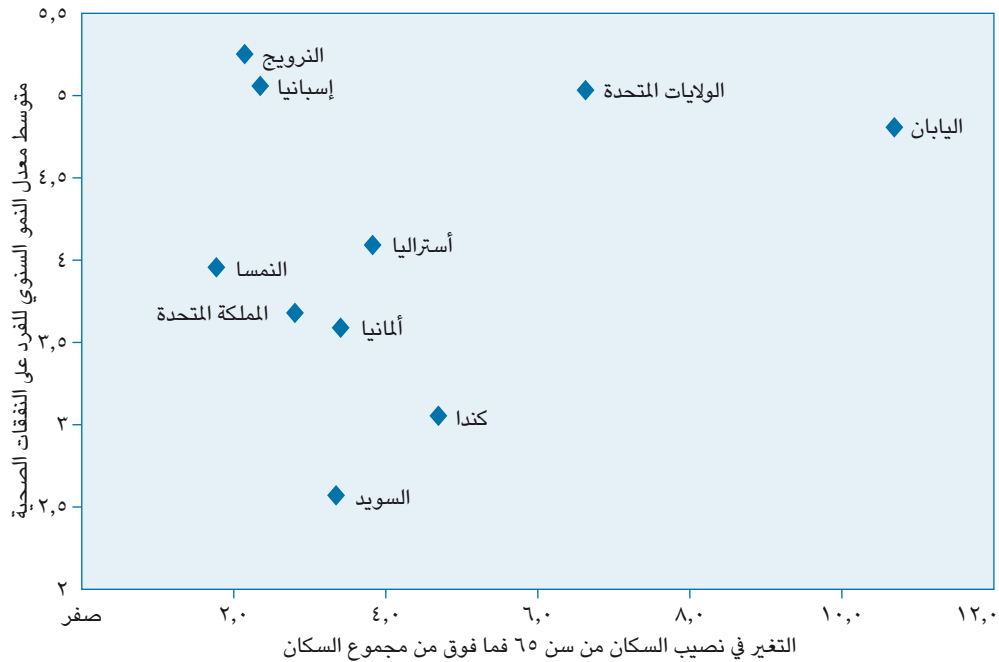
متوسط معدل النمو السنوي للسكان مقابل متوسط معدل النمو السنوي لنصيب الفرد من الإنفاق الصحي، بلدان متقدمة مختارة، ١٩٧٠ - ٢٠٠٢ (نسبة مئوية)



المصدر: إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية للأمم المتحدة استناداً إلى مؤشرات التنمية في العالم على الشبكة العالمية.

الشكل سادساً - ٣ (ج)

التغير في نصيب مجموع السكان من كبار السن مقابل متوسط معدل النمو السنوي
لنصيب الفرد من الإنفاق الصحي، بلدان متقدمة مختارة، ١٩٧٠ - ٢٠٠٢ (نسبة مئوية)



المصدر: إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية بالأمم المتحدة استناداً إلى مؤشرات التنمية في العالم على الشبكة العالمية.

والصلة وثيقة بين السياسات الصحية والتقدم التكنولوجي (Weisbrod, 1991). وسرعة وأنواع البحوث الطبية والدوائية والتنمية هي رهينة للجوائز النقدية المتوقعة للصناعات الدوائية. وهذه الجوائز المحتملة تحدد جزئياً بانتشار الأمراض التي يلتمس لها العلاج أو الشفاء منها، وجزئياً بإمكانية دفع تعويضات للبحث والتطوير وتنمية المنتجات، الأمر الذي يعتمد بدوره على شمول التغطية بالتأمين الصحي العام والخاص وتيسير الحصول عليها لعامة الجمهور وفي الوقت نفسه فإن ظهور تكنولوجيات وأدوية جديدة يزيد من الضغط الصاعد على الأسعار لخدمات الرعاية الصحية وعلى الحاجة إلى التأمين الصحي العام أو الخاص وبعبارة أخرى فإن الإنفاق على التكنولوجيات الطبية والرعاية الصحية يتحدد، على الأقل جزئياً بشكل منفصل عن شيخوخة السكان.

والتحليل يوحى إلى هنا بأن شيخوخة السكان ليست العامل الرئيسي في ارتفاع التكاليف الصحية. غير أن هذا لا يعني أن التكاليف الصحية ستبقى منخفضة وأن توزعها على المجموعات العمرية المختلفة سيبقى مستقرًا في العقود المقبلة في البلدان النامية. ولسوف تغير شيخوخة السكان تركيبة الإنفاق الصحي الكلية، إذ أن كبار السن - مستخدمو العلاجات الطبية عالية التكلفة - يشكلون القسم الأكبر من السكان. ثم إن ارتفاع مستويات الدخل وزيادة الوعي من الجمهور بتوافر وفعالية التكنولوجيات الطبية الجديدة والأدوية الجديدة سيزيد من الطلب على خدمات الرعاية الصحية، بغض النظر عن شيخوخة السكان.

ويبين الجدول سادساً - ٤ مدى اختلاف إنفاق كبار السن على الرعاية الصحية، عن إنفاق الشباب عن طريق تقديم المعلومات عن الإنفاق الصحي للفرد في عدة فئات عمرية في بلدان مختارة.

شيخوخة السكان،
وإن كانت ليست المحرك
الأساسي للتكاليف
الصحية، فالتوقع أن
تغير تركيبة النفقات
الصحية الكلية

الجدول سادساً - ٤

توزيع الإنفاق الكلي على الرعاية الصحية حسب الفئة العمرية، في بلدان مختارة^أ

البلد	الفئة العمرية										
البرازيل	صفر - ٤	٥ - ٤٤	٤٥ - ٥٤	٥٥ - ٦٤	٦٥ - ٧٤	٧٥ +					
الإنفاق العام ^ب	١٦٥,٧	٥٥,٢	١٢٩,٠	١٩٣,١	٢٩٢,٠	٤١٥,٥					
كندا	صفر - ١٤	١٥ - ٢٤	٢٥ - ٣٤	٣٥ - ٤٤	٤٥ - ٥٤	٥٥ - ٦٤	٦٤ - ٧٥	٧٥ - ٨٤	٨٥ +		
مجموع الإنفاق	٤٥,٣	٥٩,٠	٥٩,٤	٦١,١	٧٩,٠	١١٤,١	٢٠٨,٧	٣٩٤,٩	٨٥٤,٩		
الصين	صفر - ٤	٥ - ٩	١٠ - ١٤	١٥ - ١٩	٢٠ - ٢٤	٢٥ - ٢٩	٣٠ - ٣٤	٣٥ - ٣٩	٤٠ - ٤٤	٤٥ - ٤٩	
مجموع الإنفاق ^ج	٣٥,٠	١٧,٩	١١,٨	٥١,٤	١٢,٦	٧,٢	٨,٦	١٤٦,٨	١٢٧,٦	٨٩,٩	
مصر	صفر - ٤	٥ - ١٥	١٦ - ٢٩	٣٠ - ٣٩	٤٠ - ٤٩	٥٠ - ٥٩	٦٠ - ٦٩	٧٠ - ٩٨			
مجموع الإنفاق	٧٣,٠	٦١,٦	٧٨,١	١٢٣,٥	١٦٧,٥	٢٠٣,٧	٢٠٩,١	١٧٧,٧			
الهند	صفر - ٥٩	٦٠ +									
أندرا براديش - مجموع الإنفاق	٩٧,٣	١٣٨,١									
كارناتاكا - مجموع الإنفاق	٨٩,٧	٢٣٧,٧									
بنجاب - مجموع الإنفاق	٨٩,٩	٣٧٤,٠									
سري لانكا	صفر - ١٤	١٥ - ٥٩	٦٠ - ٧٤	٧٥ +							
مجموع الإنفاق	٩٦,٧	٩٠,٩	١٦٣,٢	١٨٤,٢							
أوروغواي ^د	صفر - ١٤	١٥ - ٤٤	٤٥ - ٦٤	٦٥ - ٦٩	٧٠ - ٧٤	٧٥ - ٧٩	٨٠ +				
مجموع الإنفاق	٥٤,٠	٧٢,٥	١١٧,٦	١٥٠,٤	١٥٤,٣	١٥٨,١	١٥٤,٣				

المصدر: إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية للأمم المتحدة، استناداً إلى مصادر وطنية.

أ الرقم الدليلي: متوسط مجموع الإنفاق على الصحة للفرد لجميع الفئات العمرية محدداً بالرقم ١٠٠.

ب في المستشفيات فقط، ولا يشمل الإنفاق على الصحة المتعلق بالولادة.

ج العلاج للشفاء فقط.

د استناداً إلى تكاليف الإقامة في المستشفيات التي يتحملها مركز المساعدة الطبية بالأوروغواي بمنظمة الرعاية الصحية لأوروغواي.

ويختلف الإنفاق النسبي على الصحة حسب المجموعة العمرية في هذه البلدان المختارة وعموماً فالإنفاق الصحي الموجه نحو تلبية احتياجات كبار السن يميل إلى أن يكون هو الأعلى. وهذا واضح للغاية بالنسبة إلى كندا، على سبيل المثال، وإن كانت هي نفسها تتجه إلى أن تكون هي الحالة بالنسبة للبلدان الأخرى في منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي^٦. ففي كندا نجد الإنفاق الصحي مرتفعاً بشكل خاص بالنسبة إلى الطاعنين في السن (٨٥ عاماً فما فوق). وبالمثل ففي البلدان النامية يبدو أن تكلفة الرعاية الصحية لكبار السن أعلى نسبياً منها بالنسبة للفئات العمرية الأخرى. وقد لوحظ هذا، على سبيل المثال، في

٦ هذه البيانات ليست مبنية في الجدول ولكن انظر على سبيل المثال منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي (٢٠٠٦ ب، الشكل ٢ - ١).

البرازيل وولاية بنجاب في الهند. وفي بلدان أخرى وولايات أخرى في الهند نجد مع ذلك الإنفاق الصحي النسبي للفرد على كبار السن أدنى كثيراً منه في كندا.

ويعكس اختلاف أنماط الإنفاق أنواع خدمات الرعاية الصحية التي تقدم في آخر العمر في البلدان النامية والبلدان المتقدمة. وبينما نجد البحوث قليلة عن خدمات الرعاية الصحية في نهاية العمر في البلدان النامية، يظل من الممكن استخلاص بعض النتائج على أساس الأحوال الديمغرافية والاجتماعية. ففي البلدان النامية نجد نسبة أصغر كثيراً ممن يتجاوزون ٦٠ عاماً من العمر عما هو الحال في البلدان المتقدمة (نحو ٧ في المائة مقابل ٢٥ في المائة)، رغم أن هذه النسبة في المنطقتين آخذة في الزيادة بمضي الوقت. فالذين يعيشون وحدهم تكون مستويات رفاههم أقل كثيراً من الذين يعيشون مع غيرهم وفي أشد البلدان فقراً يعيش كبار السن وحدهم ويشكلون مجموعة محرومة بوجه خاص. ولعل من المدهش أنه بمجرد وضع ضوابط على المتغيرات الأخرى لا تكون تأثيرات الإقامة في الحضر أو الريف على حياة كبار السن كبيرة. وفي البلدان المتقدمة يواجه الذين يعيشون وحدهم احتمالاً متصاعداً للدخول في مؤسسات الرعاية لأمد طويل وهذا هو الحال بوجه خاص بالنسبة للذين ليس لهم أبناء أو أقارب يمكن أن يكونوا المقدمين الأساسيين للدعم غير الرسمي (الأمم المتحدة، ٢٠٠٥ ب).

وفي كندا فإن الجزء الرئيسي من الإنفاق على الصحة على من أعمارهم ٨٥ عاماً فأكثر (نحو ٧٥ في المائة) يرتبط بتكاليف الإقامة الطويلة في مرافق الرعاية (وعلى سبيل المثال دور التمريض) واستخدام الأسرة لرعاية النقاهاة في المستشفيات التي تقدم رعاية طويلة الأجل فمن بين مجموع الإنفاق الصحي للفرد البالغ ١٣٥ ٢٧ دولاراً كندياً في السنة بالنسبة لمن أعمارهم ٨٥ عاماً فأكثر في الفترة ٢٠٠٠ - ٢٠٠١ خُصص مبلغ ٤٠١ ١٠ دولار كندي للرعاية في المستشفى و٩٣٥٨ دولاراً كندياً للرعاية طويلة الأجل التي تقدمها المؤسسات الأخرى^٧. ويأتي ارتفاع تكاليف الرعاية الصحية جزئياً نتيجة لاستخدام العلاجات الطبية عالية التقنية والعقاقير الجديدة عندما تكون الحالة الصحية لأي شخص تتدهور على مدى فترة مطولة من الزمن بسبب علل مزمنة (Mathiason, 2003).

ومع هذا فبمضي الوقت يمكن للتقدم الطبي أن يساعد في احتواء التكاليف. ففي كندا زاد إجمالي الإنفاق الصحي على من أعمارهم ٦٥ عاماً فما فوق بنسبة ٢٢ في المائة فيما بين الفترة ١٩٨٠ - ١٩٨١ و٢٠٠٠ - ٢٠٠١، وهي الفترة التي زاد فيها عدد السكان في هذه المجموعة العمرية بنسبة ٣٣ في المائة. وقد مكنت الاستعاضة عن الإجراءات الجراحية بالعلاج بالأدوية والتوسع في استخدام جراحة اليوم الواحد وتخفيض مدة الإقامة بالمستشفيات وزيادة استخدام خدمات الرعاية المجتمعية والمنزلية، الحكومة من تقليل سرعة تصاعد التكلفة الصحية في أواسط التسعينات (فرع السياسة والاتصالات الصحية، صحة كندا، ٢٠٠١).

وجدير بالملاحظة أن "العمر التقويمي" للشخص ليس بالضرورة مؤشراً موثقاً للإنفاق عن الصحة؛ وبدلاً من هذا فإن الذي يحدد جزئياً مستوى الاحتياجات الصحية والإنفاق الصحي للشخص هو قرب موته أو العمر المتبقي (المتوقع)، حسب التحليلات الطبية المختلفة التي تجرى في عدة بلدان متقدمة (Gray, 2005). ويعود هذا بقدر كبير إلى أن جزءاً كبيراً من الإنفاق على الرعاية الصحية مدى الحياة يُتكد خلال العام الأخير من العمر بغض النظر عن العمر التقويمي للشخص؛ وفي كثير من الحالات يبقى المريض قبل موته في مرافق عالية التكلفة لفترات زمنية مطولة. ويتضح تركيز الإنفاق الطبي في نهاية العمر، بشكل مستقل عن العمر التقويمي، في بعض الفئات ومنها أمراض القلب والسرطان.

في كندا أصبح استخدام العلاجات الطبية عالية التقنية والعقاقير الجديدة سبباً في ارتفاع الإنفاق على كبار السن

على المدى الطويل قد تساعد التقدّمات الطبية مع ذلك في احتواء التكاليف

^٧ أنفق الباقي على الأدوية وإمدادات الرعاية الصحية.

وكانت خبرة برنامج الرعاية الطبية في الولايات المتحدة هي أن الإنفاق الطبي في العام الأخير من العمر تتناقص مع العمر، وخاصة بالنسبة لمن تصل أعمارهم إلى ٨٥ عاماً فأكثر^٨. وقد وجد هذا النمط في مناطق جغرافية شتى (كاليفورنيا وماساشوستس)، بالنسبة للجنسين وللأجناس المختلفة بغض النظر عن درجة المراضة المشتركة، في الدور والمستشفيات، وبغض النظر عن سبب أو موقع الوفاة. وعلاوة على هذا فإن كثافة الرعاية الطبية في العام الأخير من العمر تتناقص مع زيادة العمر^٩. وينخفض الإنفاق على خدمات المستشفيات مع انخفاض كثافة رعاية كبار السن أثناء الوجود بالمستشفى. وقد لوحظت مؤخراً أنماط مماثلة في ولايتين من بين ولايات الهند الثلاث، وهما كارناتاكا وبنجاب (انظر: Mahal and Berman, 2006).

العلاقة بين الشيخوخة
والإنفاق الصحي أضعف
مما يعتقد غالباً

والخلاصة أن الدلائل تشير إلى وجود علاقة بالفعل بين الشيخوخة والإنفاق الصحي، ولكنها علاقة أضعف مما يُتصور غالباً. فتمط الإنفاق الطبي في نهاية العمر في كثير من البلدان النامية يبدو مختلفاً عنه في البلدان المتقدمة، بسبب نقص فرص الوصول إلى التمرريض والرعاية المخففة وانخفاض كثافة التدخلات الطبية. ونتيجة لهذا قد تأتي نهاية العمر بمزيد من المعاناة، ولكن أيضاً بسرعة أكبر. ومن المرجح أن يؤدي انخفاض التغطية بالصحة العامة والارتفاع النسبي في الإنفاق من المال الخاص في كثير من البلدان النامية إلى جعل تلك الخدمات التي قد تُطيل العمر في البلدان المتقدمة بعيدة المنال بالنسبة لأغلبية الناس في البلدان النامية (Rannan-Eliya, Vidal and Nandakumar, 1998).

التحدي أمام السياسات الصحية

لا تعتمد التحسينات في الأحوال الصحية على تقديم الخدمات الصحية أو الطبية فحسب. فهي تأتي أيضاً نتيجة عوامل من قبيل التحسينات في التغذية منذ الأعمار المبكرة، والتحسينات في التعليم ومرافق الصرف الصحي، والقدر من التمرينات التي تؤدي والتخفيض في استهلاك التبغ والكحول، ومخاطر انتقال العدوى، بما في ذلك الإيدز والعدوى بفيروسه. وفي الجمعية العالمية الثانية للشيخوخة، المعقودة في مدريد في نيسان/أبريل ٢٠٠٢، استهلّت منظمة الصحة العالمية نهجها الحيائي إلى الشيخوخة بصحة، والتي أوصت بأن تتصدى الحكومات للعوامل التي تسهم في انتشار المرض والإعاقات (منظمة الصحة العالمية، ٢٠٠٢ هـ). وسوف تساعد هذه العوامل في تحديد الطريق - والتكاليف - للتحويل الوبائي.

قد تواجه البلدان
النامية سيناريوهات
تحويل وبائي مختلفة

ويُبحث عادة سيناريوهان مختلفان للتحويل هما: ما يشار إليه على أنه الحكمة التقليدية أو "الفشل في النجاح"، والسيناريو الآخر هو "ضغط المراضة"^{١٠} ورهنًا بالطريق الذي يسود في المستقبل فإن راسمي السياسات سيواجهون مجموعات مختلفة من التحديات.

السيناريو الأول متشائم
ويصور امتداد العمر على
أنه يكون مصحوباً بامتداد
فترة الأمراض المزمنة

ويعرض السيناريو الأول فترة مطولة من العمر تُقضى في حالة مرض مزمن، مثل مرض القلب أو السكتة أو الجنون، أو بالإصابة بصورة أو أكثر من العجز الوظيفي. وتحتاج كل مجموعة من مجموعات العوامل هذه لنقلات كبيرة في مجال تدخلات الرعاية الصحية واكتساب العاملين في الرعاية الصحية لمهارات جديدة. وسيكون في البلد عدد متزايد من الأشخاص الضعفاء ويتكبد زيادات كبيرة في الإنفاق الصحي، المرتبط بالتكنولوجيات الجديدة والحاجة إلى بنى تحتية طبية جديدة. ويتم التوسع أيضاً في

^٨ انظر، على سبيل المثال، (Levinsky and others (2001).

^٩ يستند هذا إلى القبول بوحدة الرعاية المكثفة واستخدام الهوايات ومراقبات الشريان الرئوي والقسطرة وأجهزة الغسيل الكلوي.

^{١٠} يستند التحليل هنا بقدر كبير إلى (Fries (2005 و (Gnanasekaran (2006).

رعاية كبار السن. ويتحمل النفقات المتزايدة الأفراد الخاصين والحكومات. فالأفراد الأصحاء في المجتمع - الشبان والكبار على السواء، سيطلب منهم تقديم المزيد من الإسهامات. وسيلزم وجود نُظُم تأمين وتوفير الأموال الخاصة والعامة الملائمة عن طريق زيادة الضرائب في المؤسسات العامة والخاصة المدعومة بتخفيضات الضرائب على الأسر التي ترعى كبار السن، وينطوي هذا على إعادة بناء بالجملة لنظام الرعاية الصحية الوطني القائم. وبسبب هذا النجاح بالذات في تحقيق المزيد من طول العمر، يصبح الضغط على النظام الصحي أكبر كثيراً. ومن هنا يأتي فشل النجاح (Gnanasekaran, 2006).

ويرسم السيناريو الثاني صورة أكثر إشراقاً، تكون فيها الزيادات في العمر عند بداية الأمراض المزمنة أو الإعاقة أكبر من الزيادات في العمر المتوقع، وتعوض المراضة حينئذ بالتأخر الكبير في مرحلة العمر للأفراد. ولكي يحدث هذا يطلب من الحكومة والمجتمعات والأسر والأفراد - الصغار والكبار - أن يتخذوا إجراءات واعية ومتضافرة، ويشمل ذلك اتخاذ تدابير مختلفة لتعزيز الأساليب الحياتية الصحية والأكثر صحة في العمر المبكر عن طريق التغذية السليمة وعدم التدخين والاعتدال في استهلاك الكحول وعمل التمرينات المنتظمة والتثقيف - وهي العوامل نفسها التي تعززها منظمة الصحة العالمية من أجل شيخوخة صحية.

وآثار السياسات الصحية التي تستخلص من السيناريوهين ليست حصرية بالتبادل فبالنسبة لكثير من البلدان النامية أصبح توفير الرعاية لحالات الأمراض الحادة أو منع الأمراض المعدية من أولويات السياسة الصحية؛ وفي الوقت نفسه يمكن النظر إلى التثقيف الصحي وتعزيز أنماط الحياة الصحية باعتبارها تشكل هدف سياسة صحية طويلة الأمد. والسياسة الصحية المستقاة من السيناريو الأول تنطوي من ناحية أخرى على تحذير للكثير من الحكومات والمجتمع الدولي عموماً من أنه ما لم يحدث توسع كبير وتحسين لنُظُم الرعاية الصحية القائمة فإن البلدان النامية ستواجه زيادات في الإنفاق الصحي بينما هي لا تزال فقيرة نسبياً.

ومع تناقص الأهمية النسبية للأمراض السارية وللأمراض غير السارية والزيادات في الإعاقة، سيلزم وجود تجمع كبير للمتخصصين في أمراض الشيخوخة والشيوخ والعاملين الصحيين. ولما كان كبار السن تزداد إصابتهم بحالات طبية متعددة (المراضة المشتركة)، فإن أعراضهم تكون غالباً مختلفة عن أعراض الأشخاص الأصغر سناً. وفي الوقت نفسه فإن التوسع في مرافق المستشفيات والأسرة بها وتطبيق مبتكرات حديثة أمر ضروري لا بالنسبة للسكان الشيخوخ فحسب بل ولتحسين صحة السكان الذين يواجهون عجزاً شديداً في العلاج الطبي اللازم بصفة عامة.

وليس من غير المتصور أن الزيادة في عدد المعوقين يمكن أيضاً أن تؤثر سلباً على نوعية حياة "مقدمي الرعاية" الذين كثيراً ما يوفرون الرعاية بلا أجر. بل إنه في البلدان التي تنشئ فيها الحكومة ترتيبات رسمية لرعاية المعالين تكون الأسرة والمجتمع هما المقدم الرئيسيين لرعاية كبار السن. ومع ذلك فعندما يحدث التحول الديمغرافي، كما كان الأمر تاريخياً، في فترة من النمو الاقتصادي المتسارع يدفع تجمع هذه العوامل أيضاً إلى تغييرات غير متوقعة في القيم الاجتماعية وصلتها برعاية الآباء المسنين وأفراد المجتمع.

وعلى سبيل المثال، فقد أجريت دراسة عن الرعاية الصحية في اليابان (Ogawa وآخرون، ٢٠٠٦) تبين منها حدوث نقلة مفاجئة في السلوك إزاء رعاية الآباء المسنين. وفي سلسلة من الاستقصاءات الوطنية تتعلق بتنظيم الأسرة، أجريت منذ عام ١٩٥٠، حدث انخفاض هام بين عامي ١٩٨٦ و ١٩٨٨ - أي فترة عامين - في نسبة المجيبات على الاستقصاء من الإناث المتزوجات دون عمر ٥٠ عاماً اللاتي يعتقدن أن

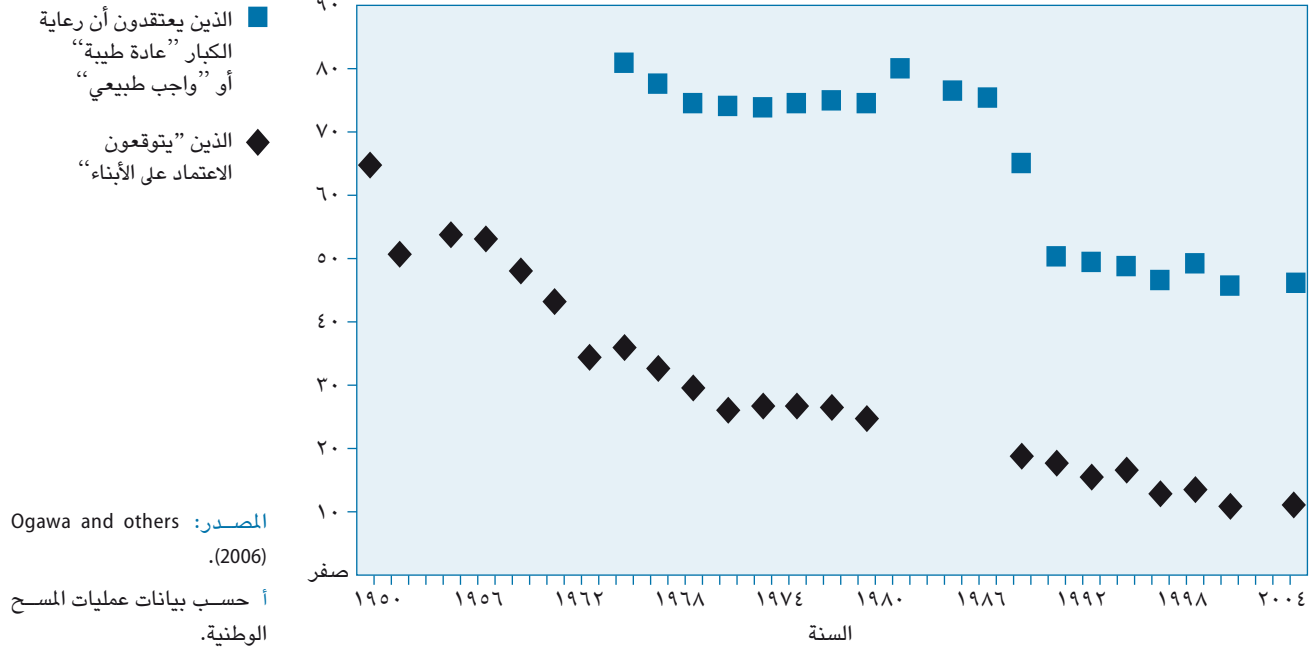
يصور السيناريو الثاني
امتداد العمر على أنه يكون
مصحوباً بقصر
فترة المرض

أيّاً كان السيناريو الذي
يصبح واقعاً، سيلزم وجود
المزيد من المتخصصين
والعاملين الصحيين في
مجال الشيخوخة
وطب الشيخوخة

تصرفات أفراد الأسرة
تجاه رعاية آبائهم يمكن أن
تتغير فجأة

الشكل سادساً - ٤

الاتجاهات في الأعراف والتوقعات المتعلقة برعاية المسنين بين المتزوجات دون سن ٥٠ عاماً،
اليابان، ١٩٥٠ - ٢٠٠٤^أ (نسبة مئوية)



تقديم الرعاية للأبناء المسنين إما أنها عادة طبية وإما واجب طبيعى على الأبناء (انظر الشكل سادساً - ٤) ويأتي هذا الانخفاض جزئياً من اتجاه نازل مستمر في الرغبة المتوخاة في رعاية الآباء المسنين؛ ولكن وفقاً للدراسة، فإن الانخفاض المفاجئ المشار إليه في الفترة ١٩٨٦ - ١٩٨٨ "يقابل الفترة التي نقلت فيها الحكومة مزيداً من أعباء رعاية المسنين من الدولة إلى الأسر"، وهي التي "أجابت عنها النساء في منتصف العمر سلبياً" (المراجع نفسه، الصفحة ١٦).

ومن ثم يتغير هيكل الأسرة التقليدي ودور المرأة أو سوف يتغيران وأحياناً بشكل كبير. وسوف تزداد صعوبة الحفاظ على الأشكال الراهنة للترتيبات التقليدية للرعاية لأمد طويل في كثير من البلدان. وكما سنناقشه فيما بعد، فإن كل مجتمع يحتاج إلى تطبيق نظام رسمي يمكن أن يفيد، كتكملة ولكن ليس بديلاً للترتيبات التقليدية.

تقديم الرعاية الطويلة الأمد

ثمة قلق عالمي إزاء كيفية تقديم الرعاية الطويلة الأمد للذين أصبحت حالتهم الصحية غير قابلة للعودة إلى الوضع الطبيعي فبينما يبقى كبار السن في معظمهم نشيطين وبصحة جيدة نسبياً، يتوقع أن تحدث زيادة في الحاجة إلى الرعاية الطويلة الأمد، وخاصة بالنسبة إلى "الأشخاص الذين يحتاجون إلى المساعدة في حياتهم اليومية" (منظمة الصحة العالمية، ٢٠٠٢ ب) - وهي حاجة ينبغي لكل مجتمع أن يستجيب إليها بطريقة تتفق وتقاليد والمصالح الفضلى لمن يحتاجون تلك الرعاية.

ستجعل التغيرات الاجتماعية الاقتصادية الجارية الحفاظ على الأشكال الراهنة للرعاية التقليدية الطويلة الأمد أكثر صعوبة

وبصفة عامة فإن تزايد القلق يعكس اتجاهين هما: الزيادة في انتشار الإعاقة الطويلة الأمد بين السكان والتغير في قدرة النظم المؤسسية وغير الرسمية على تقديم الدعم (منظمة الصحة العالمية، ٢٠٠٢ د). ويتحدد إطار نظام الأمة للرعاية الطويلة الأمد ككل حسب معدل الزيادة في أعداد الذين يحتاجون إلى المساعدة في حياتهم اليومية ومعدل تغير القدرة المؤسسية وغير الرسمية.

ففي البلدان المتقدمة تنتج احتياجات الرعاية الطويلة الأمد بصفة أساسية من شيخوخة السكان، وإن كان مستوى وخليط الخدمات يختلف فيما بينها. وبصفة عامة فإنها تسعى إلى إدراج خدمات الرعاية المنزلية كجزء من استمرارية الأنواع المختلفة والمستويات المختلفة من الرعاية التي تطالب بها خطة عمل مدريد الدولية للشيخوخة (منظمة الصحة العالمية، ٢٠٠٢ أ). وتفكر بلدان كثيرة في سبل لزيادة التشديد على الوصول بخدمات الرعاية إلى البيوت بالمستوى المناسب، ودعم وبناء المهارات لمقدمي الرعاية الأسرية. ويتم تشجيع الرعاية الصحية في البيوت عن طريق تقديم عدة حوافز مالية ورعاية صحية مختلفة وخدمات رفاه (انظر الإطار السادس - ١).

غير أن شيخوخة السكان في البلدان النامية ليست إلا أحد عوامل الحاجة إلى الرعاية طويلة الأمد. فالأمراض المعدية والإصابات الناجمة عن الصراعات المسلحة وحوادث المرور، مما يؤثر على جميع الأعمار، تحتاج أيضاً إلى هذه الرعاية. والطلب على الرعاية للأمد الطويل الناشئة عن الشيخوخة تزايد بشدة مع سرعة التحول الديمغرافي في هذه البلدان. والتركيز فيما تبقى من هذا الفرع سوف ينصب على توفير الرعاية الطويلة الأمد لكبار السن.

ففي كثير من البلدان النامية تفتقر الأشكال المؤسسية لخدمات الرعاية الطويلة الأمد إلى الإمدادات. فالأسرة الموسعة وشبكات الأقارب والأصدقاء والجيران تظل هي المصادر الرئيسية للدعم والرعاية. بل إنه في الحالات التي تتوافر فيها بعض أشكال الدعم الرسمي، كثيراً ما تركز السلطات الصحية بصفة أساسية على الإرشاد الأسري وتقديم المشورة والتثقيف بشأن الرعاية الصحية. وحينئذ تقدم الرعاية ذاتها

تحاول البلدان المتقدمة مواصلة تقديم أشكال ومستويات مختلفة من الخدمات مع تركيز أكبر على خدمات الرعاية في البيت

في البلدان النامية، تعد الأسرة أو شبكة الأقارب والجيران هي المصادر الرئيسية للدعم والرعاية

الإطار سادساً - ١

حركة "الشيخوخة في مكانها": تزايد أهمية الرعاية الصحية في البيت

حظيت برامج تقديم الرعاية للأسرة وبرامج كبار السن مؤخراً بالكثير من اهتمام راسمي السياسات في كثير من البلدان، بسبب الاعتراف بأن معظم الأسر في العالم تظل تقدم قدراً من الرعاية رغم تغير أنماط المعيشة. وحركة "الشيخوخة في مكانها" المصممة من أجل مساعدة كبار السن على الإقامة في بيت الأسرة أو في بيئة شبيهة بالبيت، تركز على ضرورة البرامج التي تدعم مقدمي الرعاية في الأسرة بغية المساعدة في تحقيق هذا الهدف. وفي البلدان المتقدمة حيث تتوافر الرعاية الرسمية، ينصب التركيز بشكل متزايد على جعل هذه الرعاية تكميلية وليست بديلة للرعاية غير الرسمية.

وفي بعض البلدان المتقدمة حدث توسع سريع في السياسات والبرامج المصممة من أجل دعم مقدمي الرعاية في الأسرة. ففي السويد، على سبيل المثال، تعطي الحكومات البلدية أولوية الاهتمام لسياسات وبرامج دعم مقدمي الرعاية (Herlitz, 1997; Sundstrom, 1994). ويمكن تصنيف هذه السياسات والبرامج ضمن ثلاث فئات رئيسية هي: دعم العمل والدعم المالي والخدمات الاجتماعية.

وتُصمم سياسات دعم العمل من أجل مساعدة مقدمي الرعاية في العمل. وهذه تشمل برنامجاً لتأمين مقدمي الرعاية يتيح إجازة مدفوعة الأجر عندما لا يستطيع العامل القيام بالعمل بسبب مسؤوليات تقديم الرعاية، وإجازة أسرية تضمن أمان العمل بلا أجر ورعاية الكبار في العمل، وهذه السياسة تسمح بجدول عمل مرنة وتشمل تقديم المشورة وخدمات الإحالة والرعاية اليومية للكبار في أماكن العمل أو بالقرب منها وغير ذلك من برامج مساعدة الموظفين.

وتشجع سياسات الدعم المالي مقدمي الرعاية في الأسرة على تقديم الرعاية في البيت. وتأتي هذه في ثلاثة أشكال: الإعانات المالية والمرتبات والالتزامات الضريبية. فالإعانات المالية التي يتلقاها كبار السن من الحكومة يمكن أن تستخدم لدفع أجور أفراد الأسرة الذين يقدمون الرعاية لهم في البيت كذلك يمكن أن تدفع مرتبات من الحكومة مباشرة إلى مقدمي الرعاية في الأسر بحيث يستطيع الشخص تحمل "العمل" في البيت متفرغاً. وأخيراً فإن الالتزامات الضريبية أو الخصومات الضريبية لتخفيض عبء الضريبة يمكن أن تعطي لمقدمي الرعاية الأسرية الذين يتحتم عليهم تكبد نفقات على بنود من بنود الرعاية في البيت.

والخدمات الاجتماعية، التي تصمم لمساعدة مقدمي الرعاية وتوفير الإعفاء من الرعاية، تشمل إدارة البيت وخدمات صيانة البيت وخدمات الرعاية النهارية وخدمات المقيمين بالبيت لكبار السن وشرعت الحكومات في البلدان الإسكندنافية مؤخراً في تقديم خدمات إلى مقدمي الرعاية، تشمل تقديم المشورة ومجموعات دعم مقدمي الرعاية والمعلومات والخدمات المرجعية. وتصمم برامج التدريب لإعداد مقدمي الرعاية على المهام العملية في تقديم الرعاية ومواجهة الإجهاد البدني والعاطفي المرتبط بالرعاية في البيت. والجمع بين هذه السياسات والبرامج يوفر إطاراً متعدد الأبعاد لدعم أفراد الأسرة الذين يقدمون الرعاية (Hokenstad and Johansson, 1996).

وينصب تركيز النرويج تاريخياً على برنامج تدفع فيه لأفراد الأسرة - وهم عادة البنات أو الأصهار من البنات - مرتبات لبعض الوقت لتوفير خدمات المساعدة البيتية لكبار السن و/أو الأقارب المعوقين وبعضها يقدم الرعاية للكبار من أسر أخرى وبذلك يصبحون من مساعدي البيت المتفرغين. وهناك حوالي ٢٥ في المائة من مجموع المساعدين في البيوت في البلد هم من أقارب أو جيران من تقدم لهم الرعاية. ومن منظور الأسرة يقدم هذا البرنامج دخلاً إضافياً بينما يسمح لأفراد الأسرة بالقيام بدور رئيسي في تقديم الرعاية ويتم حالياً التوسع في هذا النهج الذي يوصل الدعم الحكومي المالي إلى الأسر التي تقوم بالرعاية، ليشمل بلدانا كثيرة في إطار حركة "خيار المستهلك" في رعاية الكبار وخيار المستهلك يمكن كبار السن من تلقي الرعاية طويلة الأمد في بيوتهم للاختيار بين تلقي الرعاية البيتية من الحكومة والوكالات الخاصة، ودعم أفراد الأسرة ماليا لتقديم الرعاية.

ومقدمو الرعاية في البلدان النامية لا يحصلون إلا بقدر قليل على الدعم الاقتصادي والدعم بالخدمات ولكن تلك البرامج آخذة في الزيادة وبرامج التنمية الاجتماعية في عدد من البلدان تساعد على توفير مصدر للدخل للمسنات اللاتي يتحمل الكثير منهن مسؤوليات أولية عن تقديم الرعاية. ومن أمثلة هذا النوع من البرامج مركز الرعاية النهارية (Samridhi) المقام في المناطق الريفية بالهند والذي يساعد كبيرات السن على تعلم الحرف التقليدية التي يمكن أن تساعدن في كسب معيشتهم، وبالتالي تكمل معيشة الأسرة. كذلك يساعد المركز عن طريق تزويد النساء بالمواد الخام والبنى التحتية اللازمة لكسب دخل عن طريق القيام بحرفة^أ.

أ يمكن الحصول على معلومات أخرى من الموقع: <http://www.helpageindia.org/daycarecentres.php>

في البيت عن طريق أفراد الأسر^{١١}. ومع ذلك فإن تدني أهمية الأسرة الموسعة في كثير من البلدان النامية، حسبنا ناقشناه في الفصل الثالث، يجعل من الصعوبة المتزايدة الاعتماد بشكل حصري على هذا الشكل من أشكال الرعاية غير الرسمية.

غير أن من الصعب رسم مخطط تفصيلي للتغطية بالرعاية طويلة الأمد بسبب الاختلاف الكبير في أوضاع البلدان. وفضلاً عن هذا فلأن خدمات الرعاية طويلة الأمد لا تقدم غالباً إلى كبار السن فحسب بل وإلى الفقراء والمعوقين في إطار نظام واحد للدعم المؤسسي أو غير الرسمي، فإن الفصل بين العنصرين غير ممكن في كثير من الأحوال^{١٢}. ومن أجل تفهم الواقع القائم بصورة أفضل ومن أجل التعلم مما كان قائماً بالفعل في البلدان النامية والبلدان التي تمر اقتصاداتها بمرحلة انتقالية من حيث خدمات الرعاية المتوافرة لكبار السن فقد اختارت منظمة الصحة العالمية (٢٠٠٢ ب؛ ٢٠٠٢ ج؛ ٢٠٠٢ د) اتباع نهج دراسة الحالة إزاء هذا الموضوع.

يتبين من دراسات الحالة التي أجرتها منظمة الصحة العالمية أن البلدان المتقدمة تقدم نمطاً مجموعة كبيرة من الخدمات طويلة الأمد^{١٣}. وعلى النقيض من ذلك فإن الرعاية طويلة الأمد الممولة من القطاع العام لا تتوافر في أغلبية البلدان العشرة التي درستها منظمة الصحة العالمية (٢٠٠٢ ج)^{١٤}. ومن بين هذه البلدان لا تقدم إلا البلدان الغنية مثل جمهورية كوريا وكذلك ليتوانيا وأوكرانيا نطاقاً واسعاً من خدمات الرعاية طويلة الأمد.

وبصفة أعم فإن بلدان العينة التي بها مستويات دخل فرد عالية تقدم مزيداً من خدمات الرعاية طويلة الأمد البيئية لمن يحتاجون إلى المساعدة في المعيشة اليومية بغض النظر عن العمر والرعاية طويلة الأمد المؤسسية. والمجموعة الأوسع من الخدمات التي تقدم في ليتوانيا وأوكرانيا تشمل الرعاية المؤسسية والرعاية الصحية البيئية^{١٥}، والرعاية الشخصية في البيت وإدارة البيت. وفي هذه البلدان تهدف خدمات الرعاية الشخصية والرعاية في البيت وإدارة البيت إلى مساعدة الفقراء في كل الفئات العمرية وكبار السن الذين ليست لهم أسر ولا تتاح خدمات الرعاية الشخصية الممولة من الحكومة للسكان غير الفقراء في هذه البلدان، ولكن تقدم الرعاية الصحية البيئية على أساس الحالات الصحية والإعاقة، بغض النظر عن مستويات دخلهم.

وفي ليتوانيا وجد في عام ١٩٩٨ نحو ٩٠ مرفقاً للرعاية المؤسسية منها ٢٩ مرفقاً تشغيلها منظمات غير حكومية، من بينها جمعية الصليب الأحمر ومنظمات قائمة على العقيدة. وحتى عام ١٩٩٠ كان البلد يركز برامجه الاجتماعية على الرعاية المؤسسية لكبار السن والمعوقين بدنياً ونفسياً. ومنذئذ زاد عدد وتنوع المؤسسات العامة مع ذلك وأصبحت المنظمات غير الحكومية أكثر نشاطاً في تقديم الرعاية طويلة الأمد للكبار والصغار معاً واكتسبت تنمية الأشكال "غير المؤسسية" (وهي تسمى أيضاً "المجتمعية") للرعاية

^{١١} "الرعاية المنزلية للمصابين بأمراض مزمنة" في إطار المعهد المكسيكي للضمان الاجتماعي، وهو معهد الضمان

الاجتماعي الأساسي في البلد هو مثال لتلك الاستراتيجية (انظر منظمة الصحة العالمية، ٢٠٠٢ د).

^{١٢} طبقاً للمعهد المكسيكي للضمان الاجتماعي، فإن ٨ في المائة فقط من مجموع مستخدمي هذه الرعاية هم من كبار السن الذين تزيد أعمارهم عن ٦٥ عاماً فما فوق (منظمة الصحة العالمية، ٢٠٠٢ د).

^{١٣} البلدان التي كانت قيد الدراسة هي إسرائيل وألمانيا وإيطاليا والسويد وكندا والنمسا وهولندا والولايات المتحدة واليابان (انظر منظمة الصحة العالمية، ٢٠٠٠؛ Brodsky وآخرون، ٢٠٠٢).

^{١٤} كانت البلدان التي درست هي إندونيسيا وتايلند وأوكرانيا وجمهورية كوريا وسري لانكا والصين وكوستاريكا ولبنان وليتوانيا والمكسيك.

^{١٥} تشير الرعاية الصحية البيئية إلى الحالات التي يقوم فيها الأطباء أو الممرضات بزيارة المرضى في البيت.

لا تتوافر الرعاية طويلة الأمد الممولة من القطاع العام في كثير من أنحاء العالم النامي

أهمية متزايدة (منظمة الصحة العالمية، ٢٠٠٢ د). وهذه المنظمات الحكومية وغير الحكومية تقدم تشكيلة من أنواع الرعاية للمعوقين الصغار والكبار، بما في ذلك الرعاية الشخصية (التنظيف والاستحمام وتقديم الوجبات)؛ والمساعدة للأسر المعيشية (التنظيف والغسيل وقضاء المشتريات)؛ وإعادة تشكيل البيت لمواجهة احتياجات المعاقين؛ وتوفير الإمدادات والأجهزة المعاونة والمعدات والأدوية؛ والرعاية التخفيفية وتوفير المعلومات والإرشادات لأسرة المريض.

وكانت المنظمات غير الحكومية في ليتوانيا ترعى نحو ١٤ في المائة من مجموع عدد المقيمين الذين يعيشون في المؤسسات في عام ١٩٩٨، وهو ما يمثل ضعف النسبة في عام ١٩٩٥. ويقدم العاملون في الرعاية الصحية في إطار البرامج القائمة على المجتمع تمريض الرعاية في البيت، كما يقدمون خدمات أخرى مثل التسوق وإدارة المنزل كما ذكر أعلاه. وفي عام ١٩٩٧، كان أكثر من ٢٢٠٠ عامل ومتطوع يشتركون في تقديم الرعاية، ولكن منظمة الصحة العالمية خلصت إلى أن هذا العدد كان غير كاف لتلبية المستوى الراهن من الاحتياجات كما حذرت من أن هذا الاستنتاج نفسه ينطبق على التمويل.

في معظم البلدان النامية
تكون خدمات الرعاية
طويلة الأمد محدودة

وتوفر البلدان الأخرى موضع الدراسة نطاقات أصغر من خدمات الرعاية لكبار السن. ومع ذلك فحتى لو كانت هذه الخدمات متوافرة، يكون عدد الناس الذين تشملهم التغطية صغيراً نسبياً. وفي تايلند على سبيل المثال، تقدم إدارة الرعاية العامة خدمات لكبار السن، وخاصة المعزولين اجتماعياً والضعفاء ويشمل ذلك الوقاية من التشرد وإساءة المعاملة والإهمال الأسري وفي جملة أمور، الرعاية للمقيمين وإنشاء مراكز خدمات وإرسال الوحدات المتنقلة وتوفير الملاجئ في حالات الطوارئ. كذلك لدى القطاع الخاص والمنظمات غير الحكومية برامج مصممة لكبار السن، تشمل تقديم علاوات إعانة شهرية ومراكز خدمة داخل المعابد. وعدد كبار السن الذين تغطيهم البرامج العامة والخاصة غير معلوم. وبما أن عدد كبار السن في المؤسسات العامة في كل أنحاء البلد التي تقدم خدماتها للنزلاء المعوقين من كبار السن الذين تركوا أو أهملوا كان ٢٨٠٧ أشخاص في عام ٢٠٠٠، يمكن أن نرى أن تقديم الخدمات العامة ليس مرضياً للآن (منظمة الصحة العالمية، ٢٠٠٢ د).

وتتوخى بلدان كثيرة اتخاذ التدابير لتطوير الرعاية الصحية المجتمعية الرسمية. ويبدو هذا النهج متوافقاً مع تطوير الرعاية طويلة الأمد في البيوت. وكما ذكر آنفاً فإن ليتوانيا وأوكرانيا اللتين اتخذت فيهما الرعاية طويلة الأمد طابعاً مؤسسياً تعلان الآن الرعاية المجتمعية جزءاً من نظامها الرسمي للرعاية الصحية. أما جمهورية كوريا التي لا يزال النظام الرسمي بها في مهده، فهي تشدد أيضاً على أهمية إيجاد رعاية رسمية طويلة الأمد في إطار الرعاية المجتمعية بقصد تخفيض معدلات استخدامها من قبل المرضى الذين يتلقون خدمات المستشفيات الأكثر تكلفة.

والتحدي الأول والأهم في الرعاية البيئية والطويلة الأمد بالنسبة للبلدان التي بها أعداد كبيرة من السكان يعيشون في الفقر مثل أوغندا وجنوب أفريقيا وكمبوديا وكينيا وهايتي مقارنة بالبلدان الأغنى نسبياً المذكورة أعلاه، هو أن تقدم بعد الخدمات الطبية إمدادات ملائمة من الغذاء وتوفير المسكن اللائق والمياه المأمونة وتصريف الفضلات بأمان والصابون بسعر محتمل وغير ذلك من الإمدادات والأدوية الأساسية.

كبار السن هم أيضاً مقدمو
رعاية لأبنائهم وأحفادهم

وفي غضون ذلك ينبغي التشديد على دور كبار السن في تقديم الرعاية لأبنائهم وأحفادهم وللمجتمع عموماً؛ وحسب ما طالبت به خطة عمل مدريد الدولية فإنه ينبغي العمل على مساعدة كبار السن في دورهم في تقديم الرعاية. وهذا الأمر هام بشكل خاص في الأسر التي تفقد عائلها بسبب الإيدز والعدوى بفيروسه

وغيره من الأمراض والتي يقدم فيها الحدود الدعم. وبعبارة أعم فإنه يبدو أن شيخوخة السكان ستكون مصحوبة بزيادة أعداد كبار السن الأصحاء الذين يكونون راغبين وقادرين على الخدمة كمقدمي رعاية أو متطوعين مهنيين. وفي هذا الصدد يتم التسليم بأهمية المنظمات غير الحكومية والمتطوعين في تقديم الرعاية طويلة الأمد، في كثير من البلدان بما فيها إندونيسيا وأوكرانيا وسري لانكا والصين.

فهذه البلدان التي تسعى إلى الحفاظ على نظامها القائم للرعاية البيتية غير الرسمية يمكن أن تواجه صعوبات في المستقبل، ويرجع هذا بقدر كبير إلى أن هيكل الأسرة التقليدي ودور المرأة يتغيران، وأحياناً بأسرع من المتوقع، كما تم شرحه في الفصل الثالث.

وتبين حالة المكسيك كيف أن النظام التقليدي لتقديم الرعاية البيتية من قبل أحد أفراد الأسرة، وهو عادة الابنة التي تعمل في البيت، هو نظام منهار (منظمة الصحة العالمية، ٢٠٠٢ ج). وعلى مدى العقود القليلة الماضية شهد البلد تحسناً في أدائه التعليمي حيث ارتفعت نسب المسجلين في المدارس وارتفع متوسط عدد السنوات الدراسية التي يتنظمون فيها وزادت معدلات المشاركة في العمل بين الفئات العمرية العاملة. وربما أسهمت الأزمات الاقتصادية التي ضربت البلد خلال تلك الفترة في ارتفاع مشاركة القوى العاملة حيث دخل الأطفال والشباب والنساء إلى سوق العمل. وهذا خفض الوقت المتاح أمام أفراد الأسرة لرعاية صغار الأطفال وكبار السن والمرضى (Knaul وآخرون، ٢٠٠٢). وبصفة عامة فإن العوامل الطويلة الأمد تجعل ترتيبات الرعاية التقليدية أكثر صعوبة ومنها مثلاً الزيادة في مشاركة القوى العاملة من النساء التي ترتبط غالباً بالهجرة وزيادة أهمية الأسر المعيشية النواة في المناطق الحضرية. وقد لوحظ بعض من هذه العوامل في بلدان أخرى مثل الصين حيث الهجرة الجماعية للأفراد من المناطق الريفية إلى المناطق الحضرية خلفت وراءها كبار السن والمعوقين من الأقارب الذين كان من المتوقع أن يرعاهم المهاجرون (Hua and Di, 2002).

وللأسف فإن مدى تقديم الدولة وسائل بديلة للدعم، كأن يكون ذلك من خلال مؤسسات الضمان الاجتماعي، ظل غير كاف لتعويض تأثير الدور المتضائل للأسرة الموسعة ففي حالة المكسيك على سبيل المثال لا توجد أمام نحو ٤٥ في المائة من السكان فوق سن ٦٥ ولا أمام الكثيرين الذين يعانون من الإعاقة أو الأمراض المزمنة أي فرصة للاستفادة من مزايا الضمان الاجتماعي. وعلاوة على هذا فإن عجز الميزانية في نظام الضمان الاجتماعي يحد من مستوى المزايا الاجتماعية التي يمكن أن تقدم إلى المشمولين بالنظام.

والبيانات عن معدلات الإعاقة والمراصة بيانات محدودة في كثير من البلدان النامية ومن ثم أصبح من الصعب التنبؤ بمستقبل الحاجة إلى الخدمات من الرعاية طويلة الأمد. وفضلاً عن هذا لا تزال الدراسات عن نظم الرعاية طويلة الأمد - المؤسسية وغير الرسمية - في مهدها. بل إنه حيث توجد دراسات فإن تأثير تدابير الرعاية طويلة الأمد المختلفة على رفاه كبار السن ليست مفهومة بعد بالقدر الكافي من الوضوح. ومن ثم فهناك حاجة ملحة إلى إجراء المزيد من الدراسات عن الرعاية طويلة الأمد في البلدان النامية مما يمكن أن ييسر إقامة حوار أفضل علماً داخل وبين البلدان.

قد تواجه الجهود المبذولة للحفاظ على نظام الرعاية البيتية مشاكل بسبب التغيرات في هيكل الأسرة وفي دور المرأة

ثمة حاجة عاجلة لإجراء مزيد من الدراسات عن الرعاية طويلة الأمد في البلدان النامية

الآثار على التكاليف الصحية في المستقبل

كان التحليل المبين أعلاه ضرورياً لبيان سياق محاولات حساب تكاليف الصحة العامة في المستقبل لشيخوخة السكان. فالكثير من الإجراءات الخاصة والعامة الرامية إلى تحسين الصحة بشكل عام ينطوي على نفقات وخيارات الأفراد في أنماط المعيشة - وهي عوامل لم تدرج في الإسقاطات الحالية لتكلفة الصحة في المستقبل ولكنها يمكن أن تؤدي دوراً رئيسياً في تحديد مستويات الإنفاق الصحي.

فالارتفاع المتوقع في الإنفاق على الصحة والرعاية طويلة الأمد، وإن لم يكن بالضرورة نتيجة الشيخوخة في حد ذاتها سيولد ضغطاً على الاقتصاد الوطني والميزانيات الحكومية في كثير من البلدان النامية، ولا سيما إن لم يكن النمو الاقتصادي متيناً كما هو متوقع. وتتعلق الأسئلة الملحة بإمكانية زيادة الإنفاق على الرعاية الصحية والطويلة الأمد نتيجة العوامل المختلفة المشروحة آنفاً وإمكانية احتواء تلك الزيادات إذا كان العبء المالي على الاقتصاد الوطني والميزانيات الحكومية يتوقع أن يكون بالغ الشدة.

إسقاطات تأثير الشيخوخة على الإنفاق الصحي

إن إسقاطات تأثير شيخوخة السكان على تكاليف الرعاية الصحية في المستقبل متوافرة في معظمها بالنسبة للبلدان المتقدمة، ولا يعزى ذلك إلى الاهتمام السياسي الأوسع بهذه القضية فحسب بل وإلى التوافر الأوسع للبيانات. فالبلدان النامية، بصفة عامة ليس لديها إلا بيانات صحية محدودة، مما يزيد من صعوبة إعداد الباحثين لتلك الإسقاطات عن تلك البلدان.

تطبق النهج الاكتوارية والوبائية لتوقع التكاليف الصحية في المستقبل

وقد وضعت نهج اكتوارية ووبائية لتوقع الإنفاق الصحي في المستقبل اعتماداً على أهداف البحث وأهداف السياسات/ التخطيط (انظر الإطار سادساً - ٢). وكما تبين أعلاه فإن العلاقة بين شيخوخة السكان والإنفاق الصحي تبين نمطاً معقداً يتطلب فهمه تحديد جميع العوامل التي تؤثر على الإنفاق الصحي ووضع إطار يمكن أن يحتوي تعقيدات الديناميات في هذا الأمر.

وفي أي إطار اكتواري تحسب متطلبات الإنفاق في المستقبل على أساس الإنفاق القائم وفقاً للحالة الحالية للأعمار والجنس. وحيث يمكن للتغيرات السكانية المسقطة والتغيرات في تكاليف الفرد المسقطة وهي التي تستخلص غالباً من الاتجاهات الملحوظة، أن تنتج تقديرات للإنفاق الصحي في المستقبل. وضمن ذلك فإن التكاليف المسقطة للفرد يفترض أن تشمل كل عوامل النمو ويمكن أن ينظر إليها على أنها تشكل التأثير المركب للعوامل غير الديمغرافية التي نوقشت أعلاه. وتقدم دراسة أجريت عن سري لانكا (Rannan-Eliya, 2007) تطبيقاً ثاقباً للإطار الاكتواري لأي بلد نام.

حالة سري لانكا

تماثل الخصائص الصحية والديمغرافية لسري لانكا في كثير من الوجوه مثيلتها في البلدان المتقدمة

لئن كانت سري لانكا بلداً منخفض الدخل إلا أنها جيدة نسبياً في الخدمات الاجتماعية، مما ينعكس أيضاً على أداء طيب نسبياً من حيث مؤشرات التنمية البشرية فمعدل محو أمية الكبار يزيد عن ٩٠ في المائة والعمر المتوقع عند الولادة هو ٦٨,٧ سنة للرجال و٧٦,٨ سنة للنساء حسب الإسقاط القياسي في الفترة ٢٠٠٢ - ٢٠٠٦ ومعدل الخصوبة في سري لانكا هو تقريباً عند مستوى الإحلال في تفاوت من ١,٨٦

الإطار سادساً - ٢

إسقاط الإنفاق على الرعاية الصحية في المستقبل^أ

إن نمو الإنفاق الصحي منذ الربع الأخير من القرن العشرين والزيادة الأخيرة في الوعي بالتأثيرات المحتملة لشيخوخة السكان على التوازن المالي وعلى حيوية الاقتصاد الوطني لما أثار اهتماماً كبيراً بين راسمي السياسات وعامة الجمهور بالمستقبل المحتمل "لعب" الصحة. وإسقاط الإنفاق على الرعاية الصحية في المستقبل أداة مفيدة في مساعدة راسمي السياسات على فهم العوامل الأساسية

أ استناداً إلى Rannan - Eliya (2006) and Mahal and Berman (2001).

التي تؤثر على الإنفاق ووضع شيخوخة السكان في منظور أوسع. ومن بين طرائق الإسقاط المتوافرة تبرز النهج الاكتوارية والوبائية.

ففي الطرائق الاكتوارية يقسم السكان إلى عدة مجموعات حسب العمر والجنس. وتفاصيل الإنفاق على الصحة الشخصية (أي الإنفاق على الخدمات الصحية التي تقدم للأفراد) وتحسب بأنها جملة المنتجات لعدد من الناس في كل مجموعة حسب العمر والجنس ومتوسط الإنفاق على الرعاية الصحية للفرد الذي يستخدمه الأشخاص في المجموعة ذاتها. أما الأشخاص في المجموعات الأكبر سناً فيرجح أن يستخدموا خدمات الرعاية الصحية مرات أكثر من نظرائهم صغار السن (وإن لم يكن ذلك بالضرورة) وعندما يستخدمونها يرجح أن يحتاجوا إلى مزيد من الموارد. وبالمثل فإن كبر السن يرجح أن يستخدم من الخدمات الصحية أكثر من نظرائهم من الرجال. وتؤدي شيخوخة السكان بهذا التركيب إلى ارتفاع النفقات الإجمالية على الصحة. ويقسم متوسط الإنفاق الصحي للفرد في كل فئة عمرية بعد ذلك إلى استخدام الفرد للخدمات الطبية في عمر وجنس محددين (عنصر الاستخدام) وتكاليف الوحدات أو سعر تقديم الخدمات الطبية أو الأدوية (سعر العنصر). أما الإنفاق العام على الصحة الوقائية والجماعية والتكاليف الإدارية والنفقات الرأسمالية فهي تضاف إلى التكاليف الإجمالية للخدمات التي تقدم إلى الأفراد.

أما الطرائق الوبائية فهي كما يشير اسمها تستند إلى الاتجاهات الوبائية. فالاستفادة والإنفاق على الخدمات الصحية يرتبطان بأمراض أو أحوال مراضة محددة. ويحسب إجمالي النفقات الصحية بأنه جملة منتجات عدد من الأشخاص في كل مجموعة حسب العمر والجنس، أو حدوث المرض أو المراضة في كل مجموعة، والحجم المتوسط لخدمات الرعاية الصحية للفرد التي يستخدمها أشخاص في المجموعة مصابون بأمراض أو حالات مراضة محددة، والسعر المتوسط للخدمات. ولإجراء الإسقاطات يتعين التنبؤ بالأمراض أو أنماط المراضة على أساس الاتجاهات السارية ولا بد من تقدير مستقبل الإنفاق لكل شخص في مجموعة محددة حسب العمر والجنس مصابة بمرض معين أو حالة مراضة. والفارق الرئيسي بين هذا النهج والنهج الاكتواري هو إدراج انتشارات الأمراض أو المراضات باعتبارها دافعات للتكلفة.

وللطريقة الوبائية القدرة على إسقاط حدوث الأمراض أو المراضات وما يرتبط بها من إنفاق وعن طريق معرفة نوع الأمراض أو المراضات التي تسود في المستقبل تتمكن السلطات الصحية من ترتيب المرافق والخدمات الصحية اللازمة مقدماً (العلاجات والمرافق اللازمة للمرضى المصابين بالعتة أو السكري على سبيل المثال تختلف عنها بالنسبة للمصابين بمرض القلب الإقفاري). ومن الممكن أن تكون الحملات العامة عن أساليب الحياة الصحية - الأساليب التي تشمل عدم التدخين واتباع النظام الغذائي والاعتدال في استهلاك الكحول - أدوات فعالة التكاليف يمكن بها تقليل النفقات في المستقبل إذا كان من المتوقع أن يزداد معدل حدوث هذه الأمراض غير السارية بشكل كبير. ويحتاج اتباع هذا النهج الوبائي إلى معلومات أكثر من تلك المطلوبة لاتباع النهج الاكتواري، ومن ثم يكون الأول أكثر صعوبة وأكثر تكلفة بالنسبة للبلدان النامية. وإذا كان النهج الاكتواري في حسابه لإنفاق الفرد على الصحة أكثر احتمالاً لأن يضم جميع عناصر التكلفة الرئيسية، فإنه يصمت إزاء الصلة بين الأمراض أو المراضة والتكاليف الصحية المحددة حسب العمر والجنس. وبسبب احتياجات هذا النهج إلى مقدار أقل من المعلومات فقد أصبح تطبيقه أكثر انتشاراً في البلدان المتقدمة والبلدان النامية على السواء.

حسب الإسقاط المنخفض إلى ١, ٢ حسب الإسقاط العالي للفترة ٢٠٠٢ - ٢٠٠٦. وبالبلد شبكة شاملة للمؤسسات الصحية ويقدر أنه لا يوجد شخص يتعين عليه السفر لأكثر من ٤, ١ كيلو متر للوصول إلى مرفق صحي ثابت (Abeykoon, 2002). ومن ثم فسري لانكا تتقاسم الكثير من الخصائص الديمغرافية والوبائية مع أي بلد متقدم. وقد كان الإنفاق الكلي على الصحة في عام ٢٠٠٥ هو ٢, ٤ في المائة من الناتج المحلي الإجمالي وكان مقسماً بين القطاع الخاص (٠, ٢ في المائة من الناتج المحلي الإجمالي) والقطاع العام (٢, ٢ في المائة).

ومن المتوقع أن تزداد نسبة مجموع السكان الذين تزيد أعمارهم عن ٦٥ عاماً من ٣, ٦ في المائة في عام ٢٠٠١ إلى ما بين ٥, ٢٣ و ٧, ٢٩ في المائة في عام ٢١٠١ ففي ذلك الوقت يتوقع أن يكون العمر المتوقع قد زاد بنحو تسعة أعوام. ولأن البيانات المتوافرة عن سري لانكا تبين أنه لن يحدث ضغط للمراضة فإن الدراسة السري لانكية تفترض أنه لن يحدث أي تغيير في الحالة الصحية المحددة حسب العمر والجنس لسكان سري لانكا في العقود المقبلة. وهذا يضع تحيزاً صاعداً في الإسقاطات إذا حدث بالفعل ضغط للمراضة.

وسلوك السعي من أجل الصحة أحد العوامل الهامة في تحديد مستقبل الإنفاق على الصحة. فهذا السلوك يشير إلى حالات يبدأ فيها الأفراد زيارة الطبيب أو المرافق الصحية بشكل أكثر تواتراً عن ذي قبل. فمعدل الزيارات الخارجية في سري لانكا مرتفع نسبياً بالفعل (٢, ٥ للفرد في السنة في عام ٢٠٠٥)، ووفقاً للافتراضات المختلفة فإن هذا الرقم يمكن أن يرتفع ببطء ليصل إلى ٤, ٨ زيارة للفرد في السنة في عام ٢١٠١ أو بشكل أسرع إلى ٥, ١٣ زيارة في عام ٢١٠١ (مقارنة مثلاً بنسبة ١٦ في المائة في السنة في اليابان بين عامي ١٩٩٣ و ١٩٩٦). ويتوقع أن يكون التغيير قليلاً في معدلات استخدام العيادات الداخلية على مدى الفترة. وبالإضافة إلى التغيرات السلوكية يتوقع أن تؤثر الإنتاجية وتضخم الأسعار على النفقات المستقبلية لخدمات الرعاية الصحية^{١٦}.

وفي دراسة سري لانكا تم تحليل ثلاثة سيناريوهات للإنفاق المتوقع على الرعاية الصحية بحلول عام ٢١٠١ ويفترض الإسقاط الأساسي أن دوافع التكلفة تأخذ اتجاهات تاريخية وأنه لن يحدث أي تغيير في الخليط العام والخاص في التقديم. وفي هذه الحالة فإن مجموع الإنفاق الوطني على الصحة يرتفع من ٢, ٤ في المائة من الناتج المحلي الإجمالي في عام ٢٠٠٥ إلى ١, ١١ في المائة في عام ٢١٠١. ويتوخى إسقاط انخفاض التكلفة أن تعمل الحكومة على زيادة دورها في القطاع الصحي. وسوف تتحقق مكاسب إنتاجية عالية من القطاع العام، ونقله بالمرضى من القطاع الخاص إلى القطاع العام ووضع ضوابط على تصاعد الأسعار في القطاع الخاص. وفي هذه الحالة ترتفع النفقات إلى ٧, ٦ في المائة من الناتج المحلي الإجمالي في عام ٢١٠١. وفي إسقاط التكلفة العالية تعمل سياسة الحكومة على تخفيض اشتراك الحكومة في القطاع الصحي، وتشجع مسؤوليات القطاع الخاص، ويقل نشاطها في السعي إلى التحكم في الأسعار في القطاع الخاص وتقل استثماراتها للجهد في تحقيق مكاسب إنتاجية في القطاع العام. وفي هذا السيناريو ترتفع النفقات الكلية الوطنية على الصحة إلى ٢, ١٣ في المائة من الناتج المحلي الإجمالي في عام ٢٠٥٠ وإلى ٤, ٢٦ من الناتج المحلي الإجمالي في عام ٢١٠١. وفي ذلك العام يصل الإنفاق العام على الصحة إلى ٨, ٤ في المائة من الناتج المحلي الإجمالي ويصل الإنفاق الخاص إلى ٦, ٢١ في المائة من الناتج المحلي الإجمالي. ويبين الشكل

^{١٦} تقاس الإنتاجية بتكلفة الوحدات غير المعدلة حسب الجودة، أي الإنفاق المتكرر على مستوى المرفق مقسوماً على حجم وحدات الخدمات لزيارات العيادات الخارجية والقبول بالأقسام الداخلية. ويعتبر انخفاض تكاليف الوحدة تحسناً في الإنتاجية.

يتبين من نتائج
السيناريوهات المختلفة
الثلاثة أن الشيخوخة
دافع هام لزيادة التكاليف
الصحية في سري لانكا...

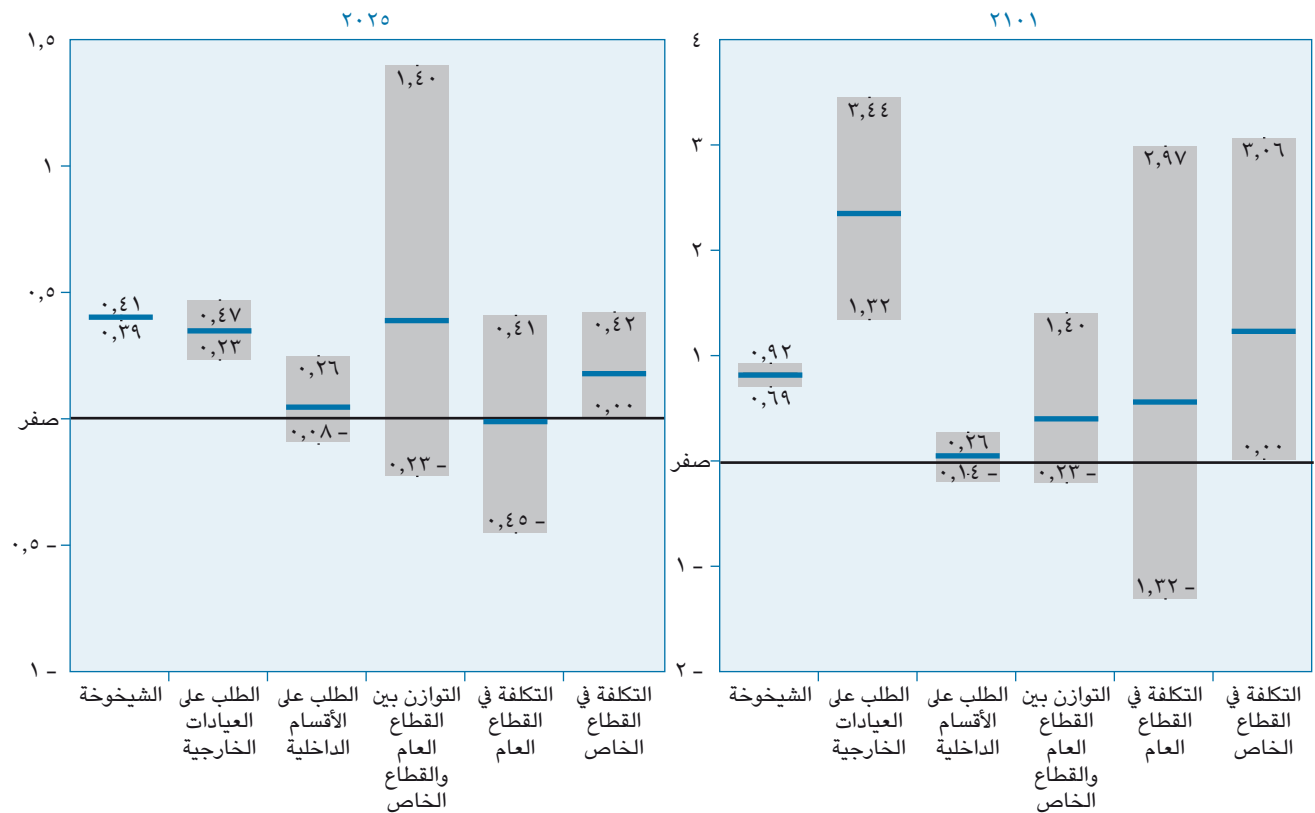
سادساً - ٥ تأثير بعض العوامل المختلفة التي تساعد وفقاً للسيناريو الأساسي في زيادة الإنفاق على الصحة كنسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي بين عامي ٢٠٠٥ و ٢٠١١. وعلى المدى الطويل فإن معدلات نشاط العيادات الخارجية يؤدي دوراً أكثر أهمية من العوامل الديمغرافية في دفع هذه النسبة عالياً.

وهذا التباين في الإنفاق المسقط على الصحة بموجب الافتراضات المختلفة للتكلفة هو في حد ذاته أعلى كثيراً من تأثير الشيخوخة على التكاليف الصحية في المستقبل بمقتضى السيناريوهات الثلاثة. والواقع أن العامل الديمغرافي سوف يزداد الإنفاق على الصحة بنسبة لا تتجاوز ٧,٠ إلى ٩,٠ في المائة من الناتج المحلي الإجمالي بحلول عام ٢٠١١. ولذا فالاستنتاج هو أن التغير الديمغرافي لن يكون في الواقع الدافع الأساسي لزيادة التكاليف ولكن الدافع الأساسي سيكون تغير الوعي الصحي وزيادة تعود أهل سري لانكا على استخدام الرعاية الطبية حين المرض. وبحسب Rannan-Eliya (٢٠٠٧، الصفحة ٣٣): "يُحتمل الحفاظ على المستويات الراهنة لتقديم الخدمات ومستويات الحصول عليها وجودتها دونها زيادة كبيرة في

...ولكن ليست بالضرورة الدافع الأساسي

الشكل سادساً - ٥

نطاق للآثار، بموجب ثلاثة سيناريوهات مختلفة، المترتبة على الدوافع الأساسية لتكلفة الإنفاق الوطني على الرعاية الصحية في سري لانكا في عام ٢٠٢٥ وعام ٢٠١١^أ (النسبة المئوية من الناتج المحلي الإجمالي)



المصدر: إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية للأمم المتحدة استناداً إلى Rannan - Eliya (2007).

ملاحظة: القيم في الإطارين العلوي والسفلي تمثل الحدين الأعلى والأدنى؛ ويمثل القاطع الأوسط، الوسيط.

أ تم القياس حسب التغير في الإنفاق الصحي كنسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي من المستوى في عام ٢٠٠٥.

الإنفاق الصحي الوطني كنسبة من الناتج المحلي الإجمالي، أي أنه في نطاق ٥ إلى ٧ في المائة من الناتج المحلي الإجمالي، إذا استطاعت التحسينات الإنتاجية أن تتواكب مع الشيخوخة^{١٧}.

إسقاطات اكتوارية أخرى للتكلفة الصحية

لاحظت دراسة اكتوارية مماثلة لهونغ كونغ (الإقليم الإداري الخاص للصين) أن شيخوخة السكان والنمو، دون اعتبار لما يتصل بذلك من ابتكارات تكنولوجية للحالات المزمنة التي تصيب بوجه خاص كبار البالغين تسهم قليلاً نسبياً في تكاليف الصحة المسقطة للمستقبل. وبموجب هذه الافتراضات في الدراسة^{١٧}، فإن مجموع الإنفاق على الصحة يتوقع أن يزيد إلى ما يقرب من ١٠ في المائة من الناتج المحلي الإجمالي في عام ٢٠٣٣، ارتفاعاً من ٥، ٥ في المائة من الناتج المحلي الإجمالي في الفترة ٢٠٠١ - ٢٠٠٢. وبحسب الإسقاطات فإن حصة الإنفاق على الصحة العامة تنخفض تدريجياً من ٥٧ في المائة في الفترة ٢٠٠١ - ٢٠٠٢ إلى ما بين ٤٦ و ٤٩ في المائة بحلول عام ٢٠٣٣ (Leung, Tin and Chan, 2007، الصفحة ١). وهذه النتائج حساسة بشكل مرتفع للافتراض حول الزيادة المتوقعة في المستقبل في تكاليف وحدات توصيل الرعاية الصحية. وقد خلص المؤلفون إلى أن اتباع التكنولوجيات الطبية الحديثة هو الدافع الرئيسي لزيادة التكلفة للأمد الطويل وأنه بينما تستطيع تدابير ضبط الإنفاق إبطاء هذا النمو في التكاليف، فمن الناحية العملية سوف تسود دائماً حتمية التجديد وتقديم رعاية عالية الجودة على الجهود الرامية إلى الاقتصاد.

وتشدد دراسة لمنظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي (٢٠٠٦ ب)، مثل الدراسة عن سري لانكا، على أهمية عوامل دفع التكلفة في الإنفاق الصحي. ففي هذه الدراسة تتحدد التغيرات في تكلفة الرعاية الصحية والرعاية طويلة الأمد نتيجة للتقدم التكنولوجي وما يتصل به من تحركات في أسعار تقديم خدمات الرعاية الصحية. وفي إطار سيناريو "ضغط التكلفة" يفترض أن تزيد النفقات بمعدل نقطة واحدة مئوية أسرع من النمو في متوسط الدخل. وبالنسبة إلى الاتجاهات في التغير الديمغرافي، فإن هذا السيناريو يتوقع أن يتضاعف تقريباً الإنفاق على رعاية الصحة العامة والرعاية طويلة الأمد في بلدان المنظمة من قرابة ٧ في المائة من الناتج المحلي الإجمالي في عام ٢٠٠٥ إلى نحو ١٣ في المائة في عام ٢٠٥٠. وفي السيناريو "احتواء التكلفة" ستظل النفقات المتوسطة تصل إلى ١٠ في المائة من الناتج المحلي الإجمالي، بزيادة ٥، ٣ نقطة مئوية (منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي، ٢٠٠٦ ب، الصفحة ٧). وتلاحظ الدراسة أن العوامل غير الديمغرافية - تأثيرات التكنولوجيا وحركات الأسعار النسبية - هامة في تحديد درجة الضغط الصاعد على الإنفاق على الرعاية طويلة الأمد، وتشكل في الواقع أهم دافع للزيادة المتوقعة في الإنفاق على الرعاية الصحية.

كذلك تؤثر الحالة الصحية لكبار السن في أجيال المستقبل على التقديرات المسقطة لتكلفة تقديم الرعاية الصحية. ووفقاً لحسابات المفوضية الأوروبية، المديرية العامة للشؤون الاقتصادية والمالية (٢٠٠٦) يرتفع الإنفاق على رعاية الصحة العامة من ٤، ٦ إلى ٥، ٧ في المائة من الناتج المحلي الإجمالي بين عامي ٢٠٠٤ و ٢٠٣٠ ثم إلى ٨، ٢ في المائة من الناتج المحلي الإجمالي في عام ٢٠٥٠ بالنسبة للبلدان الأعضاء في الاتحاد الأوروبي قبل ١ أيار/ مايو ٢٠٠٤ (الاتحاد الأوروبي - ١٥). أما الدول الأعضاء التي انضمت بعد ذلك في الاتحاد الأوروبي - ١٠ والتي كانت أكثر فقراً عند دخولها الاتحاد الأوروبي وكانت تنفق

تبين دراسة عن هونغ
كونغ الإقليم الإداري
الخاص للصين أن تجديد
ورفع كفاءة الخدمات
يرفعان التكاليف الصحية

تشدد دراسة أجرتها منظمة
التعاون والتنمية
في الميدان الاقتصادي
على أن العوامل غير
الديمغرافية هي الأساس
في الزيادة في الإنفاق
الصحي في المستقبل

انضغاط المراضة سيخفف
من ارتفاع التكاليف
الصحية في المستقبل

^{١٧} تشمل هذه الافتراضات بالنسبة لسيناريو الأساس، زيادات في تكلفة الوحدات الصحية فوق المتوسط للتضخم وقدره ٨، ٠، ٦، ١، ٢ في المائة سنوياً بالنسبة للقطاع العام والقطاع الخاص على التوالي والتكاليف/ التغيرات الأخرى. كذلك يفترض سيناريو الأساس نمواً مطرداً في استخدام الخدمات قدره ٢، ٠ في المائة سنوياً.

بشكل أقل على الصحة فإن عليها أن تزيد الإنفاق على الصحة من ٩, ٤ في المائة من الناتج المحلي الإجمالي في عام ٢٠٠٤ إلى ٥, ٧ في المائة في عام ٢٠٣٠ وإلى ٦, ١ في المائة في عام ٢٠٥٠ (المرجع نفسه، الصفحة ٩). والأرقام الواردة أعلاه هي لسيناريو "الشيخوخة الصافية"، الذي بمقتضاه تبقى النفقات المتعلقة بالعمر للفرد على الرعاية الصحية في سنة الأساس ثابتة بمضي الوقت. وهذا يفترض ألا يحدث أي ضغط على المراضة. وافترضت مجموعة بديلة من الإسقاطات وجود ضغط مراضة. وفي هذا السيناريو فإن عدد السنوات التي تُقضى بصحة سيئة خلال العمر في عام ٢٠٥٠ ستكون مماثلة تماماً للوضع في عام ٢٠٠٤، ولو أنه ينتظر أن يعيش الناس فترة أطول. وفي هذه الحالة سيتعين زيادة الإنفاق العام على الصحة إلى ٤, ٧ في المائة من الناتج المحلي الإجمالي في الاتحاد الأوروبي - ١٥ بحلول عام ٢٠٥٠ وإلى ٥, ٥ في المائة من الناتج المحلي الإجمالي للاتحاد الأوروبي - ١٠. ولذا تبين الإسقاطات أنه "إذا تطور العمر الصحي المتوقع (انخفاض معدلات المراضة) بشكل واسع تماشياً مع التغيير في العمر المتوقع المحدد حسب السن، فإن الزيادة المتوقعة في الإنفاق على الرعاية الصحية بسبب الشيخوخة سوف تنخفض إلى النصف تقريباً" (المرجع نفسه، الصفحة ١٦).

النهج الوبائي المطبق على أستراليا

من أوجه الضعف في النهج الاكتواري أنه لا يراعي الصورة المرضية للبلد وتطورها في المستقبل وتكاليف معالجة كل مرض. والمعلومات اللازمة لذلك يصعب الحصول عليها للغاية حتى في البلدان المتقدمة، ناهيك عن البلدان النامية. ولو توافرت تلك البيانات يمكن استخدام طريقة بديلة، ألا وهي، النهج الوبائي، الذي بموجبه تسقط معدلات الأمراض وتكاليف العلاج إلى المستقبل. وهناك دراسة عن أستراليا (Vos وآخرون، ٢٠٠٧) استنبطت مجموعة ثابتة من خمسة بارامترات وبائية لكل مرض هي معدل الحدوث والانتشار والتخفيف (أي الشفاء) ومتوسط المدة وفرط الوفيات. وقد وجدت الدراسة أن مجموع الإنفاق على الصحة يتوقع أن يزيد في الفترة من ٢٠٠٢ - ٢٠٠٣ إلى ٢٠٣٢ - ٢٠٣٣ من ٧١ بليون دولار أسترالي إلى ١٦٢ بليون دولار أسترالي. وتتنبأ الخزانة الأسترالية بأن الناتج المحلي الإجمالي على مدى الفترة نفسها وبالقائمة الحقيقية سوف يزيد بنسبة ٩٧ في المائة (أي ٣, ٢ في المائة سنوياً)؛ ونتيجة لذلك يتوقع أن يزيد الإنفاق على الصحة من ٤, ٩ في المائة من الناتج المحلي الإجمالي في الفترة ٢٠٠٢ - ٢٠٠٣ إلى ٨, ١٠ في المائة في الفترة ٢٠٣٢ - ٢٠٣٣ ومن بين الزيادة الكلية وقدرها ٩١ بليون دولار أسترالي فإن قرابة ٧, ١٧ بليون دولار أسترالي ستكون بسبب زيادة الطلب على الرعاية الطويلة الأمد المقيمة في المستشفى (أي زيادة تكلفة بنسبة ٢٤٢ في المائة)، حيث تمثل الحالات العصبية ٤٧ في المائة من الإنفاق على الرعاية الطويلة الأمد في الفترة ٢٠٣٢ - ٢٠٣٣.

والزيادة المسقطه في التكاليف تكون في أشدها بالنسبة إلى السكري (بنسبة ١, ٤ في المائة)، ويعزى هذا بقدر كبير إلى النمو المتوقع في انتشار البدانة، تليها الاضطرابات العصبية (٢٨٠ في المائة) فالحالات العضلية الهيكلية (١٦٤ في المائة) وخدمات الأسنان (١٤٤ في المائة). ويتوقع أن تزداد النفقات على الوقاية من الأمراض القلبية الوعائية عن طريق العقاقير المخفضة لضغط الدم وعقاقير تخفيض الدهون، بنسبة ٩٦ في المائة مما يؤدي إلى تخفيض شامل في الإنفاق على الأمراض القلبية الوعائية بنسبة ١٠٥ في المائة. وتصبح الزيادات في الخدمات المتعلقة بالسرطان (٨٤ في المائة) والإصابات (٦٧ في المائة) وخدمات الأمومة والمواليد (٤١ و ٤٢ في المائة) منخفضة نسبياً.

استخدمت دراسة حالة أجريت في أستراليا النهج الوبائي لتوقع الإنفاق الصحي

قراءة ثلث الزيادة في
الإنفاق الصحي الأسترالي
يتوقع أن ينجم عن
شيخوخة السكان

وتقدر الدراسة أن من بين الزيادة بمقدار ٩١ بليون دولار أسترالي في مجموع النفقات على الصحة سيعزى مبلغ ٢٩ بليون دولار أسترالي (٣٢ في المائة من الزيادة) إلى شيخوخة السكان و٢٨ بليون دولار أسترالي (٣١ في المائة) إلى النمو السكاني الشامل الطبيعي (يتوقع أن يرتفع عدد السكان في أستراليا من ١٩,٩ مليون في عام ٢٠٠٣ إلى ٢٦,٦ مليون في عام ٢٠٣٣) (انظر الشكل سادساً - ٦). وستمثل زيادة التضخم في الأسعار (١٩ بليون دولار أسترالي) والتغيرات في عدد الخدمات الصحية التي تقدم لكل حالة (١٤ بليون دولار أسترالي)، وإلى حد أقل، نسبة الحالات التي تعالج (١,٣ بليون دولار أسترالي) زيادة أقل في الإنفاق العام. والنفقات المتوقعة على الصحة ستزيد بمقدار ١,٣ بليون دولار أسترالي إذا تم تجاهل الاتجاهات المرضية. وسوف تؤدي الاتجاهات الطبية في المعدلات المرضية لمرض القلب الوعائي، والانسداد الرئوي المزمن والسرطانات والإصابات، على مدى الفترة إلى تخفيض في الإنفاق مقداره ٥,٥ بليون دولار أسترالي تقابله زيادة حادة في الحالات المتوقعة من السكري وغيره من الأمراض المقدرة التي تنجم عنها زيادة في الإنفاق قدرها ٤,٠ بليون دولار أسترالي (انظر الشكل سادساً - ٦).

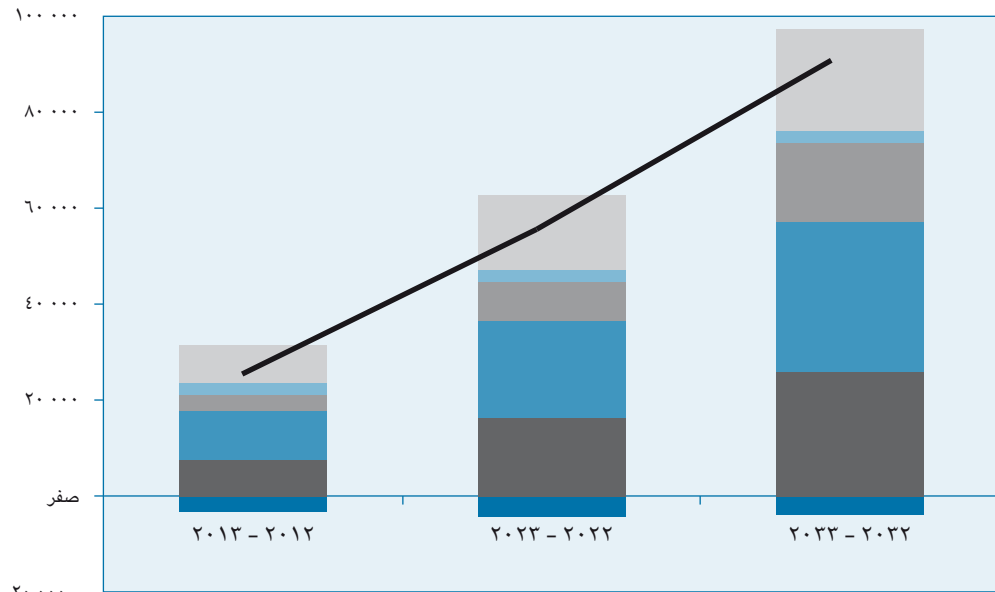
ومع ذلك فالتطورات في
التكنولوجيات الصحية
والاستفادة من الخدمات
الصحية يمكن أن تؤدي
إلى تغيير جذري
في الصورة

وتسلم الدراسة بأنه "في معظم الحالات تقدر التغيرات حسب ما قد حدث بالنسبة لأمراض معينة في الماضي، ولكن المستقبل لا يكرر بالضرورة ما حدث في الماضي. وعلى سبيل المثال فالتطورات في التكنولوجيات الصحية والاستفادة من الخدمات الصحية قد يغير كثيراً في الصورة العامة لبعض الأمراض" (Vos وآخرون، ٢٠٠٧، الصفحة ٣٥). وبالنظر إلى القوى الدافعة للبحوث الطبية والتقدم في التكنولوجيات الطبية المشار إليها آنفاً والتي تشمل الآن أعمالاً كبيرة بشأن الخلايا الجذعية، فإن من المرجح بشكل كبير أن التقدم الهائل سيحدث على مدى الأعوام الثلاثين المقبلة وأن الصورة العامة لبعض الأمراض يمكن أن تكون مختلفة تماماً. ومع ذلك فأي زيادة في الإنفاق العام على الصحة بنسبة ٤,١ نقطة مئوية من الناتج المحلي

الشكل سادساً - ٦

أستراليا: تحليل التغير المتوقع في الإنفاق على الصحة لكل أنماط الأمراض المتوقعة بين سنة الأساس والفترات ٢٠٠٢ - ٢٠٠٣ و ٢٠١٢ - ٢٠١٣ و ٢٠٢٢ - ٢٠٢٣ و ٢٠٣٢ - ٢٠٣٣ (ملايين الدولارات الأسترالية)

التغير في الإنفاق الكلي
تضخم الأسعار
نسبة الحالات المعالجة
حجم كل حالة
السكان
الشيخوخة
معدل المرض



المصدر: Vos وآخرون (٢٠٠٧).

الإجمالي (من ٤, ٩ إلى ٨, ١٠) بين الفترة ٢٠٠٢ - ٢٠٠٣ والفترة ٢٠٣٢ - ٢٠٣٣، خاصة عندما يتوقع أن يتضاعف حجم الاقتصاد في الفترة نفسها، يمكن أن تبدو سهلة الحل بالنسبة لأي بلد غني مثل أستراليا.

ويمكن أن يساعد النهج الوبائي في تحديد بعض المجالات التي تستطيع البلدان إحداث تقدم في مكافحة الأمراض. وفي أستراليا حدثت معظم المكاسب في العمر المتوقع في العقود الأخيرة في مجالين لا غير: الأمراض المتعلقة بالتبغ والأمراض القلبية الوعائية. ومن ثم ينبغي العمل على اتخاذ تدابير لتثبيط تعاطي التبغ في البلدان النامية. وفيما يتعلق بالأمراض القلبية الوعائية فإن مشروع أولويات مكافحة الأمراض في البلدان النامية (انظر: Jamison وآخرون، ٢٠٠٦) يشير إلى أنه في تلك البلدان ستصبح "الحبة المتعددة" - وهي مركب من الأسبرين وعناصر مخفضة لضغط الدم والكوليسترول تنتج بسعر رخيص كعقار نوعي - تدخلاً معقول الثمن وفعال التكلفة له تأثير كبير من الحد من عبء الأمراض.

يساعد النهج الوبائي
البلدان على تحديد
المجالات التي يمكن فيها
إحراز تقدم في مكافحة
الأمراض المنتشرة

إسقاطات تأثير الشيخوخة على مستقبل الإنفاق على الرعاية الطويلة الأمد

إن الالتزام الحكومي في البلدان المتقدمة بالإسهام في الرعاية الطويلة الأمد تترتب عليه آثار في الميزانية؛ وقد بذلت محاولات، باستخدام النهج الاكتواري أو الوبائي لتقديم تقديرات عن الحصة من الناتج المحلي الإجمالي التي يمكن في المستقبل أن تستوعبها تكاليف الرعاية العامة الطويلة المدى. وكما أوضحنا سابقاً فإن كندا على سبيل المثال خصصت نحو ٣٥ في المائة من مجموع الإنفاق الصحي للفرد لمن تتعدى أعمارهم ٨٥ عاماً في الفترة ٢٠٠٠ - ٢٠٠١ للمؤسسات غير المستشفيات. وبينما ترمي خدمات الرعاية الصحية إلى تغيير حالة الرعاية الصحية، ترمي الرعاية طويلة الأمد إلى جعل الحالة الصحية السيئة الحالية أمراً محتملاً ولذا فهي تعالج بشكل منفصل.

ويتوقع Vos وآخرون (٢٠٠٧) أن الإنفاق الصحي في أستراليا (عدا الرعاية الطويلة الأمد للمسنين) سوف يزيد بمقدار ١١٤ في المائة بين الفترة ٢٠٠٢ - ٢٠٠٣ والفترة ٢٠٣٢ - ٢٠٣٣ بينما يزيد الإنفاق على رعاية المسنين النزلاء بنسبة ٢٤٢ في المائة خلال الفترة نفسها. ويتوقع أن تهيمن النفقات المتعلقة بالأمراض العصبية والمتصلة بالأمراض العقلية على هذه الزيادة الكبيرة. وفي بلدان الاتحاد الأوروبي - ١٥ قدر أن تكاليف الرعاية العامة طويلة الأمد سوف ترتفع من ٩, ٠ في المائة من الناتج المحلي الإجمالي في عام ٢٠٠٤ إلى ١٥, ١ في المائة في عام ٢٠٥٠. وفي بلدان الاتحاد الأوروبي - ١٠ يتوقع أن تزيد هذه التكاليف من ٢, ٠ إلى ٥, ٠ في المائة من الناتج المحلي الإجمالي في الفترة نفسها (المفوضية الأوروبية، الإدارة العامة للشؤون الاقتصادية والمالية، ٢٠٠٦، الصفحة ١٠). وبحسب تقديرات منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي، فالتوقع أن تزيد هذه التكاليف في المتوسط من ١, ١ في المائة من الناتج المحلي الإجمالي في عام ٢٠٠٥ في البلدان الأعضاء إلى ما بين ٩, ١ و ٩, ٣ في المائة في عام ٢٠٥٠، رهناً بالافتراضات الموضوعية (منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي، ٢٠٠٦ ب، الصفحات ٦٥ - ٧٢). ويقدر تأثير الشيخوخة الصافي بنحو ٧, ١ نقطة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي.

تتوقع التقديرات زيادات
كبيرة في الإنفاق في
المستقبل على الرعاية
الصحية الطويلة الأمد في
البلدان المتقدمة...

وتفاوت الإنفاق العام على الرعاية الصحية طويلة الأمد تفاوتاً كبيراً بين البلدان. والحكومات الإسكندنافية هي من بين أعلى الحكومات إنفاقاً. فالإنفاق العام على الرعاية الصحية طويلة الأمد في الدانمرك، على سبيل المثال كان ٦, ٢ في المائة من الناتج المحلي الإجمالي في عام ٢٠٠٥، وهو ما يزيد عن المتوسط في بلدان منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي وهو ١, ١ في المائة (منظمة التعاون والتنمية

...ولكن الكثير يعتمد على
النظام المطبق في كل بلد
على حدة

في الميدان الاقتصادي، ٢٠٠٦ ب، الصفحة ٦٥). وتأتي أولوية الإنفاق العام هذه جزءاً من المخصصات الممتدة للرعاية الاجتماعية. ويدعم هذا النظام المعدلات العالية من الضرائب والمشاركة العالية من القوى العاملة، بالنسبة للرجال وللنساء على السواء، حيث سن التقاعد المتأخر نسبياً وارتفاع معدل العمالة لمن تزيد أعمارهم عن ٦٠ عاماً عنها بالنسبة للمتوسط في الاتحاد الأوروبي. ومستويات النشاط العالية هذه هي التي تديم القاعدة الضريبية ولكنها تتطلب أيضاً زيادة في الاستثمار في الخدمات مثل رعاية الطفل وخدمات كبار السن. وبطريقة ما، فإن "الخدمات تدعم العمالة التي تدعم الخدمات، (المملكة المتحدة، ١٩٩٩، مجلد البحوث رقم ١، الفصل ٦، الصفحة ١٧٨).

الشيخوخة بصحة جيدة
والطب الوقائي والتأهيلي
يمكن أن يقللا من الحاجة
إلى الرعاية طويلة الأمد

وجدير بالذكر أن البلدان الإسكندنافية متقدمة في تحولها الديمغرافي ومن ثم يأتي النمو في الطلب على الرعاية طويلة الأمد نتيجة لشيخوخة بين عامي ٢٠٠٥ و ٢٠٥٠ الذي يُتوقع أن يكون أقل من المتوسط في بلدان منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي، (منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي، ٢٠٠٦ ب، الصفحة ٦٥). وفي جمهورية كوريا، على النقيض من ذلك، يتوقع أن تؤدي الشيخوخة السريعة إلى زيادة تكاليف الرعاية طويلة الأمد من ٣,٠ إلى ٧,٤ في المائة من الناتج المحلي الإجمالي بين عامي ٢٠٠٥ و ٢٠٥٠. وبالنسبة للمكسيك، حيث كان الإنفاق ١,٠ في المائة من الناتج المحلي الإجمالي في عام ٢٠٠٥ حُسب التأثير الصافي للشيخوخة على إنه إضافة ٦,٢ في المائة من الناتج المحلي الإجمالي إلى تكاليف الرعاية العامة طويلة الأمد. وهذه الأرقام تبين حجم التغيرات في التكاليف العامة لتقديم الرعاية طويلة الأمد الناتجة عن الشيخوخة، ولكن يمكن تعويض هذه التكاليف بمضي الوقت عن طريق إجراء تخفيضات في الحاجة إلى تلك الرعاية نتيجة للشيخوخة الصحية والوعي في مجال أدوية الوقاية وإعادة التأهيل.

استنتاجات

لقد أصبح التحول الديمغرافي نحو مجتمعات الشيخوخة مصحوباً بشكل عام تقريباً بتحول وبائي من هيمنة الأمراض المعدية إلى هيمنة الأمراض المزمنة. واستمر هذان التحولان في البلدان المتقدمة ومجريان الآن في البلدان النامية. فالزيادة في طول العمر في البلدان النامية تأتي نتيجة لتحسن التغذية ومرافق الصرف الصحي والصحة الشخصية ونتيجة لسرعة انتشار المعارف الطبية وتطبيقها في الممارسات الطبية في الأيام الأخيرة. أما في البلدان المتقدمة فالزيادة في طول العمر مصحوبة بطول العمر المتوقع المعدل حسب الصحة وانضغاط المراضة. ومع ذلك فهناك علاقة إيجابية بين طول العمر والحياة الصحية المتوقعة وهي ليست واضحة في البلدان النامية حيث يكون الناس أكثر عرضة لقضاء جزء أكبر من حياتهم الكلية - والقصيرة - بصحة سيئة.

شيخوخة السكان
تمثل تحدياً للنظم
الرعاية الصحية في
البلدان النامية...

وقد بين هذا الفصل أن شيخوخة السكان تمثل تحدياً للنظم الصحية الوطنية القائمة في كثير من أنحاء العالم. والبلدان المتقدمة مهتمة بإمكانية الضغط على الموارد الوطنية وموارد الميزانية في المستقبل نتيجة لتزايد الطلب على الصحة والرعاية طويلة الأمد بسبب شيخوخة السكان. والتحدي الذي تواجهه بلدان نامية كثيرة أكبر من ذلك: فهي لم تتصد على نحو كاف لأهداف الصحة العامة كمرافق الصرف الصحي والمياه النظيفة وتحسين التغذية والثقيف بشأن الصحة الإنجابية والتطعيمات الجماعية التي من نتائج إنجازاتها، بوجه خاص، تخفيض معدلات وفيات الرضع والأمهات وحدوث الإيدز والعدوى بفيروسه والسل. وبينما تسعى البلدان النامية إلى مواجهة هذه التحديات التي تؤثر بقدر كبير على السكان صغار السن فإنها تواجه أيضاً سرعة شيخوخة السكان، التي تؤدي إلى زيادة الطلب على خدمات الرعاية الصحية من كبار السن.

وفي تناول هذا الفصل لتلك التطورات فإنه يدعي أن التحدي الذي تشكله كبير، ولكنه لا يستعصي على الحل. وهو يبين أن شيخوخة السكان تسهم في زيادة الإنفاق على الرعاية الصحية ولكنها ليست بالضرورة الدافع الأهم للتكلفة: وينعكس أثرها على ما لا يزيد عن نقاط مئوية قليلة من الناتج المحلي الإجمالي. والواقع أن خبرة بلدان كثيرة توحى بأن التغييرات في سلوك السعي إلى الصحة وفي الإنتاجية في القطاع الصحي وفي أسعار الأدوية وخدمات الرعاية الطبية وفي السياسات الصحية كلها دوافع هامة لارتفاع التكلفة. وفي الماضي ولدت العقاقير والعلاجات الجديدة، في مجملتها، ضغطاً صاعداً على أسعار الخدمات الخاصة بالرعاية الصحية. فالتأمين الصحي العام والخاص أصبح بدوره أكثر شمولاً في تغطية تلك البنود الجديدة، استجابة لرغبة الجماهير في الحصول على خدمات أفضل في مجال الصحة والرعاية الطبية. ومع هذا فازدياد التغطية هذا يدفع تكاليف التأمين صعوداً وأصبحت بعض البلدان تطبق الآن تأميناً إجبارياً يغطي تكاليف الرعاية طويلة الأمد. فأنشأت ألمانيا نظاماً جديداً للتأمين الإلزامي على الرعاية طويلة الأمد في الفترة ١٩٩٥ - ١٩٩٦ (المملكة المتحدة، ١٩٩٩، مجلد البحوث رقم ١، الفصل ٦، الصفحة ١٨٢) وأعدت سنغافورة نظام حساب توفير عائلي سمي Medisave، في عام ١٩٨٣ (Phua and Teng, 1998) وقد اقترح في هونغ كونغ (الإقليم الإداري الخاص للصين) إنشاء نظام حساب توفير طبي لتمويل الرعاية الحادة لمن تجاوزت أعمارهم ٦٥ عاماً (Leung, Tin and Chang, 2006، الصفحة ٣).

ورغم التحديات فإن راسمي السياسات في البلدان المتقدمة والبلدان النامية يرون أن نُظُم الرعاية الصحية القائمة يمكن أن تتكيف لمواكبة شيخوخة السكان. وقد حذر هذا الفصل من أن زيادة عدد حالات الأمراض المزمنة المرتبطة بالشيخوخة والإعاقات سوف تتطلب تغييرات كبيرة في تركيبة النفقات الصحية العامة وفي نطاق الخدمات المقدمة. وفي الوقت نفسه فإن ارتفاع مستويات الدخل وازدياد الوعي لدى الجمهور بتوافر وفعالية العلاجات والأدوية الطبية الجديدة سوف تزيد الطلب على خدمات الرعاية الصحية، وخاصة في البلدان النامية، بغض النظر عن شيخوخة السكان. ومن المرجح أن تدفع هذه العوامل النفقات الطبية عالياً.

وإذ يتطلع هذا الفصل إلى ما وراء اعتبارات التكلفة فإنه يرى أن شيخوخة السكان سوف تؤثر على الأرجح على نظام الرعاية الصحية بطريقتين. الأولى أن الزيادة في العدد الكلي لحالات الأمراض المزمنة والعدد الأكبر من الأشخاص المعاقين من الأمور التي تحتاج إلى نقلات كبيرة في مداخلات الرعاية الصحية واكتساب المهنيين في الرعاية الصحية والعاملين بها مهارات جديدة. وكما ذكر هنا فإن النفقات الصحية للفرد على كبار السن في البلدان النامية أدنى بقدر كبير منها في البلدان المتقدمة، بما يعكس جزئياً النقص في فرص الحصول على التمريض والرعاية التخفيفية والمزيد من العلاج الطبي المكثف الذي يتوفر على نطاق واسع لكبار السن في البلدان المتقدمة. ومن المقترح أن البلدان النامية تحتاج إلى التوسع في خدمات الرعاية الصحية هذه لكبار السن وإلى التوسع في فرص الحصول على تركيبة جديدة من المصادر الضريبية والمعاشات التقاعدية العامة بحيث يمكن تغطية النفقات الطبية العالية في الأعمار المتقدمة.

والطريقة الثانية هي أن هناك قلقاً إزاء كيفية تقديم الرعاية طويلة الأمد للذين تكون حالتهم الصحية غير قابلة للانعكاس. والتحدي هو إيجاد حلول تحفظ كرامة واستقلال من يحتاجون للرعاية وفي الوقت نفسه تتيح لهم إقامة صلات مع بيئة مألوفة وعدم الخوف من عواقب الدخول في الرعاية طويلة الأمد، كضياع بيوتهم أو أصولهم الثابتة الأخرى. فهيكّل الأسرة التقليدي ودور المرأة التي تقدم الكثير من الرعاية غير الرسمية لكبار السن، وخاصة أفراد الأسرة، تتغير وعدد الأطفال في الأسرة ينخفض في

...ولكن هذا التحدي في حد ذاته ليس مما لا يمكن مواجهته

يجب تكييف نُظُم الرعاية الصحية للتعامل مع شيخوخة السكان...

...ومع الزيادة المتوقعة في عدد المصابين بأمراض مزمنة الذين يحتاجون إلى الرعاية طويلة الأمد

يصبح توفير الرعاية طويلة الأمد أكثر صعوبة في مواجهة التغييرات في هيكل الأسرة

كثير من أنحاء العالم. ومن ثم تتزايد صعوبة كثير من البلدان النامية في الحفاظ على الأشكال الراهنة من ترتيبات الرعاية الطويلة الأمد غير الرسمية، وهي التي تقدم أساساً من الأسرة أو أصدقاء كبار السن أو من مجتمعهم. وبينما ينبغي لكل مجتمع أن ينشئ نظاماً للرعاية طويلة الأمد بطريقة تتفق وتقاليد ومصالحه الفضلى لكل من يحتاجون تلك الرعاية، فقد أصبح الاتجاه إلى التماس تقديم الرعاية للأشخاص في بيوتهم أو مجتمعهم. وحيث تعذر الرعاية في البيت تكون البيئة الشبيهة بالبيت التي لا تكون فيها أعداد النزلاء كبيرة جداً بحيث تقطع الروابط الشخصية بين مقدمي الرعاية والنزلاء أمراً مرغوباً فيه.

العوامل غير الديمغرافية
تمثل على الأقل في أهميتها
محركات التكاليف
الصحية في المستقبل مع
شيخوخة السكان

ومع ذلك فمما يهم راسمي السياسات والجمهور عامة معرفة مقدار تكاليف الرعاية الصحية والرعاية طويلة الأمد التي يمكن أن تزيد نتيجة لعوامل مختلفة بحثت أعلاه. وتستند الإسقاطات فيما تستند إلى الاتجاهات الأخيرة للأنماط الوبائية وتكاليف الرعاية الصحية للفرد حسب العمر والجنس، بالإضافة إلى المعلومات عن التضخم في التكاليف الصحية والإنفاق العام على الرعاية الوقائية والصحة الجماعية. ويتبين من عدة دراسات أن العوامل غير الديمغرافية لها من التأثير الهام على الأقل على نفقات الصحة في المستقبل ما للعوامل الديمغرافية. وتشمل العوامل غير الديمغرافية التضخم في أسعار الاحتياجات الطبية وإنتاجية القطاع الصحي ككل والتكنولوجيات والدوائيات الجديدة. وقد ذكر أعلاه مع ذلك أن هذه العوامل غير الديمغرافية هي أيضاً مصادر لانعدام اليقين في كل الإسقاطات.

وعموماً فهذه الإسقاطات بالإضافة إلى خبرة كثير من البلدان تشير إلى أنه على الرغم من أن شيخوخة السكان سوف تؤثر بالطبع على نفقات الرعاية الصحية، فإنها لا تحتاج إلى استهلاك مقدار كبير من عدم الاستدامة للدخل الوطني في المستقبل. وما تدل عليه الإسقاطات للمستقبل والاتجاهات الأخيرة هو أن شيخوخة السكان لن تغير من تركيبة الإنفاق على الرعاية الصحية حسب العمر فحسب بل إنها تتطلب من النظام الصحي أن يطبق أو يعزز أنواعاً معينة من خدمات الرعاية الطبية والرعاية طويلة الأمد بغية مواكبة تزايد أعداد حالات الأمراض المزمنة والإعاقات. ورأسمو السياسات في البلدان النامية يحتاجون إلى تحديث نظم الرعاية الصحية القائمة لتشمل التدابير الوقائية كالتدابير التي ترمي إلى الحد من التدخين والإسراف في تعاطي الكحول وتشجع التمرينات الرياضية والنظم التأهيلية للأمراض المزمنة وكذلك للعلاجات المخففة إلى جانب تحسين تقديم رعاية صحية ضرورية فعالة للجميع وللخدمات العامة التي تحسن الصحة وتقلل العدوى.

تمويل الرعاية الصحية
يمثل تحدياً كبيراً آخر

وسوف تثير التحولات الوبائية والديمغرافية تحديات أمام تمويل الرعاية الصحية في البلدان النامية التي يتعين عليها التعامل مع العبء المزدوج للمرض وهو ضرورة مكافحة الأمراض السارية وفي الوقت نفسه تلبية الطلب المتزايد على الصحة المرتبط بالأمراض غير السارية وشيخوخة السكان. ولمواجهة هذه التحديات تحتاج البلدان النامية إلى أن تجمع المخاطر المالية المرتبطة بسوء الصحة أو المراضة عن طريق اعتماد نظم جيدة التنظيم تشمل نظم التأمين. وفي الوقت الحالي فإن المدفوعات الخاصة تمثل قسماً رئيسياً من مجموع الإنفاق الصحي في البلدان النامية. ولأن نطاق نظم التأمين الخاصة لا يزال محدوداً في كثير من البلدان النامية، فإن على الحكومات أن تستهل آليات لتجميع المخاطر. وفي البلدان النامية المتوسطة الدخل قد يكون النطاق أوسع للجمع بين التأمين الصحي الاجتماعي والتأمين الصحي الخاص لتوفير تغطية شاملة للجميع، بمن في ذلك كبار السن الذين لم يسبق التأمين عليهم وبالنسبة للبلدان النامية المنخفضة الدخل فإن التوسع في نظم الرعاية الصحية يحتاج مع ذلك إلى تجميع آليات مختلفة خاصة وعامة؛ ولكن إذا كان تمويل هذا التوسع يحمل مخاطر تراحم الأهداف الاجتماعية الأخرى فإن التمويل الخارجي يمكن أن يكون لازماً لإعداد نظام للرعاية الصحية معتمداً على الذات في نهاية المطاف.

التعاون الدولي ضروري لضمان الزيادة اللازمة في أعداد الممارسين الطبيين

ومع شيخوخة السكان لا بد أن يرتفع الطلب على الممارسين الطبيين في البلدان المتقدمة. ويجب ألا يلبى هذا الطلب عن طريق استنزاف أدمغة الموظفين الطبيين المهرة من البلدان النامية. ويتعين على البلدان النامية أن تعزز نظمها لتوفير الصحة، بما في ذلك النمو الكافي في إمداد الموظفين المؤهلين للرعاية الصحية. وهذا يتطلب اتخاذ إجراءات في البلدان المتقدمة والبلدان النامية على السواء لزيادة الموارد التي تتاح لتدريب الموظفين الطبيين. وينبغي للبلدان المتقدمة أن تتوسع في مرافقها التعليمية بغية تدريب طلبة الطب المحليين وكذلك الطلبة من البلدان النامية. وبوسعها كذلك أن تتخذ خطوات مثل التي اتخذت في المملكة المتحدة من خلال مدونة ممارسة الكمنولث للاستخدام الدولي للعاملين الصحيين التي صدرت في عام ٢٠٠٢ لتشجيع على التدريب المحلي على الرعاية الصحية وإلغاء التوظيف من البلدان الفقيرة دون موافقة كاملة من الحكومة المضيفة (Garrett, 2007، الصفحة ٣١). كذلك تحتاج البلدان النامية إلى توسيع برامجها للتدريب الطبي لتلبية الاحتياجات غير الملباة حالياً والطلبات الجديدة والمتزايدة التي تفرضها بالفعل شيخوخة السكان.

المرفق الإحصائي



المحتويات

ألف - الأشكال

- ألف - ١ الاتجاهات في ثلاثة أنواع من نسب الإعالة في المناطق النامية، ١٩٥٠ - ٢٠٥٠ ... ١٦٨
- ألف - ٢ الاتجاهات في ثلاثة أنواع من نسب الإعالة في البلدان والأقاليم المتقدمة والاقتصادات التي تمر بمرحلة انتقالية، ١٩٥٠ - ٢٠٥٠ ١٦٩
- ألف - ٣ توزيع السكان في سن العمل حسب الفئة العمرية في الأقاليم النامية، ١٩٥٠ - ٢٠٥٠ ١٧٠

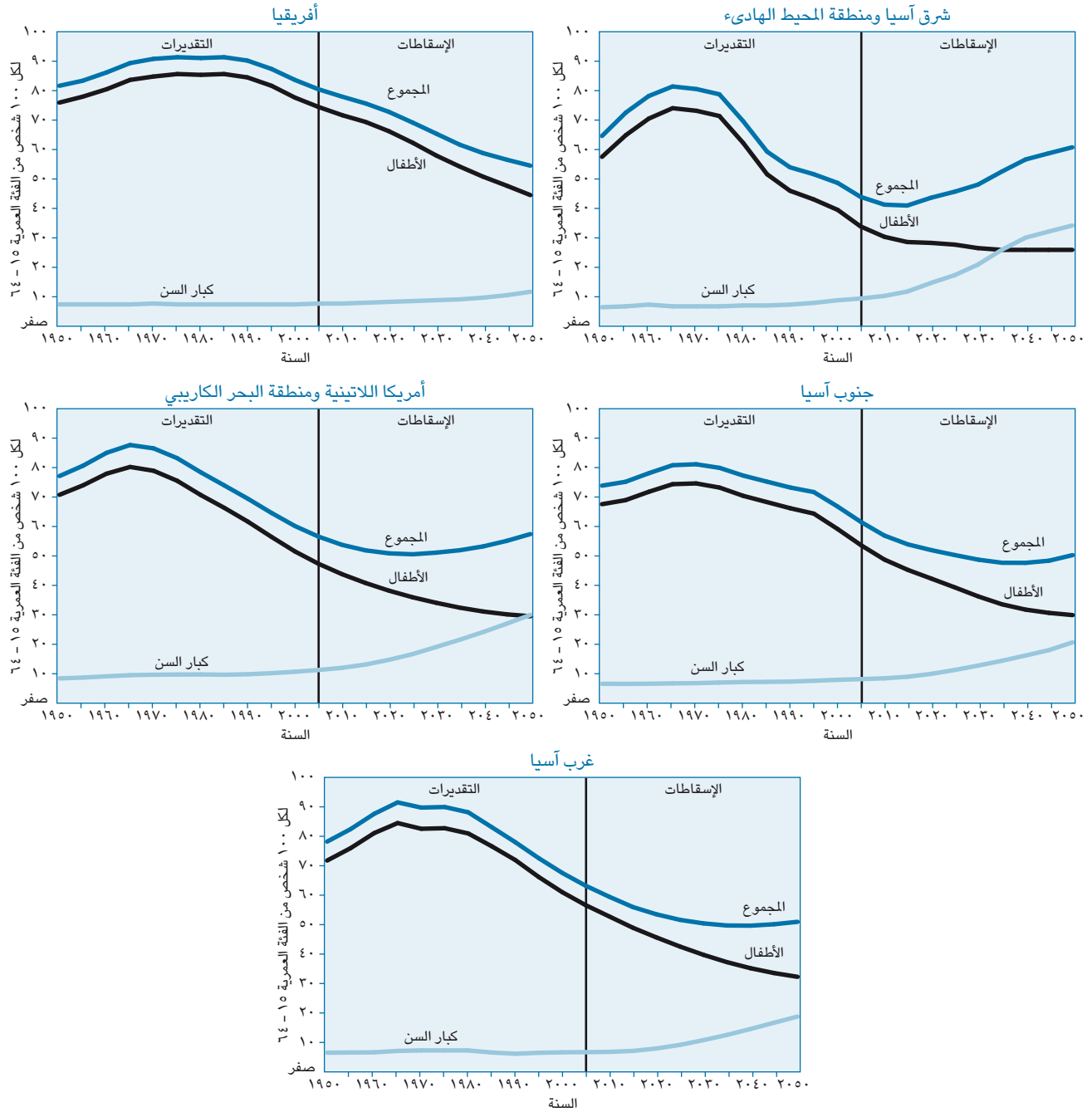
باء - الجداول

- ألف - ١ السكان حسب الفئة العمرية العريضة في بلدان مختارة ومجموعات بلدان، ١٩٥٠ و ١٩٧٥ و ٢٠٠٥ و ٢٠٢٥ و ٢٠٥٠ ١٧١
- ألف - ٢ نسب الإعالة حسب متغيرات الإسقاطات المختلفة للعالم ومجموعات البلدان، ٢٠٢٥ و ٢٠٥٠ ١٧٤
- ألف - ٣ نسب الإعالة حسب التعاريف المختلفة للعالم ومجموعات البلدان، ١٩٥٠ و ١٩٧٥ و ٢٠٠٥ و ٢٠٢٥ و ٢٠٥٠ ١٧٥
- ألف - ٤ اقتصادات مختارة تمر بمرحلة انتقالية والبلدان النامية: تقديرات التكلفة للمعاشات العامة لكبار السن، ٢٠٠٥ و ٢٠٥٠ ١٧٦
- ألف - ٥ بارامترات مختارة والتأثير على الفقر والمعاشات الاجتماعية غير الاشتراكات في بلدان مختارة ١٧٩

ألف - الأشكال

الشكل ألف - ١

الاتجاهات في ثلاثة أنواع من نسب الإعالة في المناطق النامية، ١٩٥٠-٢٠٥٠

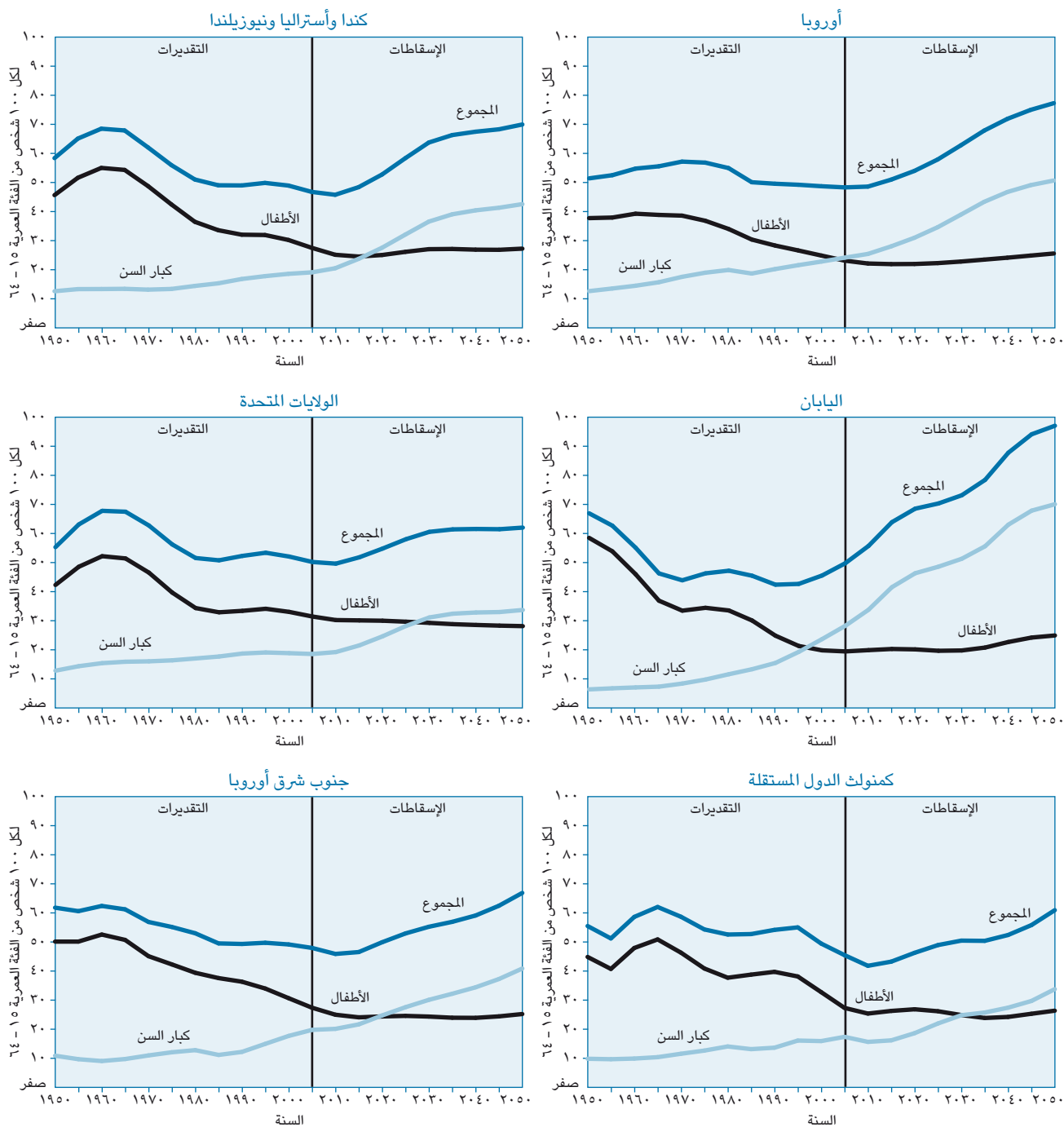


المصدر: الأمم المتحدة (٢٠٠٥).

ملاحظات: (١) تبين الرسوم التقديرات (حتى عام ٢٠٠٥) وإسقاطات الوسيط - المتغير (بعد عام ٢٠٠٥)؛ (٢) تعرف النسبة الكلية للإعالة بأنها نسبة جملة السكان في الفئة العمرية صفر - ١٤ والسكان من عمر ٦٥ فما فوق إلى السكان في الفئة العمرية ١٥ - ٦٤. ونسبة إعالة الأطفال هي نسبة السكان في الفئة العمرية صفر - ١٤ إلى السكان في الفئة العمرية ١٥ - ٦٤. ونسبة إعالة الكبار هي نسبة السكان من عمر ٦٥ فما فوق إلى السكان في الفئة العمرية ١٥ - ٦٤.

الشكل ألف - ٢

الاتجاهات في ثلاثة أنواع من نسب الإعالة في البلدان والأقاليم المتقدمة والاقتصادات التي تمر بمرحلة انتقالية، ١٩٥٠ - ٢٠٥٠

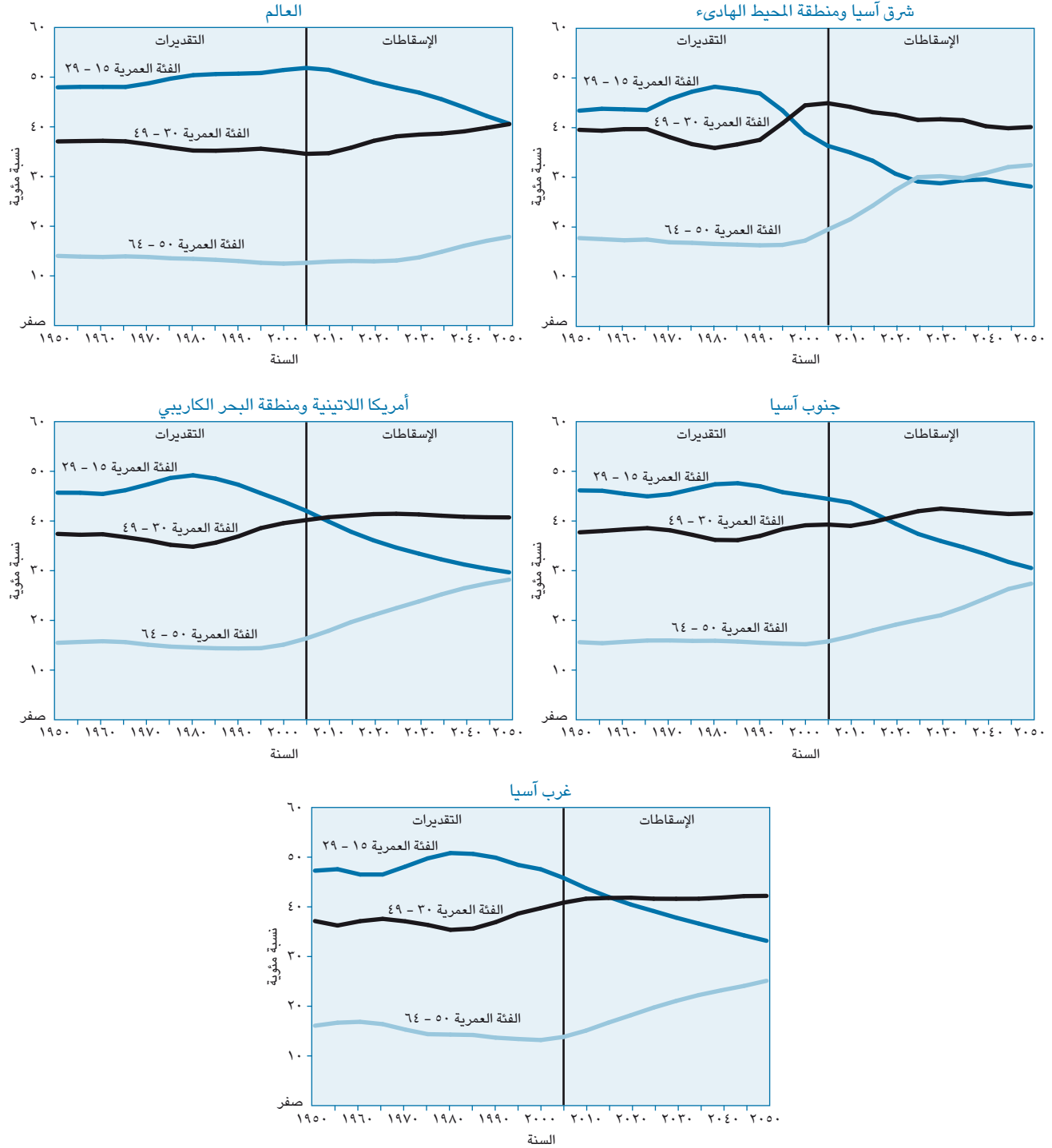


المصدر: الأمم المتحدة (٢٠٠٥ أ).

ملاحظات: (١) تبين الرسوم التقديرات (حتى عام ٢٠٠٥) وإسقاطات الوسيط - المتغير (بعد عام ٢٠٠٥)؛ (٢) تعرف النسبة الكلية للإعالة بأنها نسبة جملة السكان في الفئة العمرية ١٤ - ٦٤ والسكان من عمر ٦٥ فما فوق إلى السكان في الفئة العمرية ١٥ - ٦٤. ونسبة إعالة الأطفال هي نسبة السكان في الفئة العمرية ١٤ - ٦٤ إلى السكان في الفئة العمرية ١٥ - ٦٤. ونسبة إعالة الكبار هي نسبة السكان من عمر ٦٥ فما فوق إلى السكان في الفئة العمرية ١٥ - ٦٤.

الشكل ألف - ٣

توزيع السكان في سن العمل حسب الفئة العمرية في الأقاليم النامية، ١٩٥٠-٢٠٥٠



المصدر: الأمم المتحدة (٢٠٠٥).

ملاحظات: تبين الرسوم التقديرات (حتى عام ٢٠٠٥) وإسقاطات الوسيط - المتغير (بعد عام ٢٠٠٥).

باء - الجداول

الجدول ألف - ١

السكان حسب الفئة العمرية العريضة في بلدان مختارة ومجموعات بلدان،
١٩٥٠، و١٩٧٥، و٢٠٠٥، و٢٠٢٥، و٢٠٥٠

الفئة العمرية	ملايين					نسبة مئوية				
	١٩٥٠	١٩٧٥	٢٠٠٥	٢٠٢٥	٢٠٥٠	١٩٥٠	١٩٧٥	٢٠٠٥	٢٠٢٥	٢٠٥٠
البلدان المتقدمة										
أوروبا										
صفر - ١٤	٩٦	١٠٩	٨٠	٧٣	٧٢	٢٥,١	٢٣,٧	١٦,٠	١٤,٥	١٤,٨
١٥ - ٢٤	٦١	٧١	٦٣	٥٣	٤٩	١٦,٠	١٥,٦	١٢,٧	١٠,٤	١٠,٢
٢٥ - ٥٩	١٧٥	١٩٨	٢٤٨	٢٣٢	١٩٣	٤٥,٨	٤٣,١	٤٩,٥	٤٥,٩	٣٩,٩
+ ٦٠	٥٠	٨١	١١٠	١٤٨	١٧٠	١٣,١	١٧,٦	٢١,٩	٢٩,٢	٣٥,١
المجموع	٣٨٢	٤٥٩	٥٠٢	٥٠٥	٤٨٥	١٠٠,٠	١٠٠,٠	١٠٠,٠	١٠٠,٠	١٠٠,٠
+ ٦٥	٣٤	٥٧	٨٤	١١٢	١٣٩	٨,٩	١٢,٥	١٦,٦	٢٢,٢	٢٨,٧
+ ٨٠	٤	٩	٢١	٣٠	٥٢	١,١	٢,٠	٤,١	٦,٠	١٠,٧
اليابان										
صفر - ١٤	٣٠	٢٧	١٨	١٦	١٥	٣٥,٤	٢٤,٣	١٤,٠	١٢,٥	١٣,٤
١٥ - ٢٤	١٦	١٧	١٤	١٢	١٠	١٩,٦	١٥,٤	١١,٠	٩,٤	٩,١
٢٥ - ٥٩	٣١	٥٤	٦٢	٥٤	٤٠	٣٧,٢	٤٨,٦	٤٨,٦	٤٢,٩	٣٥,٨
+ ٦٠	٦	١٣	٣٤	٤٤	٤٧	٧,٧	١١,٧	٢٦,٣	٣٥,٢	٤١,٧
المجموع	٨٤	١١٢	١٢٨	١٢٥	١١٢	١٠٠,٠	١٠٠,٠	١٠٠,٠	١٠٠,٠	١٠٠,٠
+ ٦٥	٤	٩	٢٥	٣٦	٤٠	٤,٩	٧,٩	١٩,٧	٢٩,١	٣٥,٩
+ ٨٠	٠,٤	١	٦	١٣	١٧	٠,٤	١,١	٤,٨	١٠,٦	١٥,٣
الولايات المتحدة الأمريكية										
صفر - ١٤	٤٣	٥٥	٦٢	٦٥	٦٨	٢٧,٠	٢٥,٢	٢٠,٨	١٨,٦	١٧,٣
١٥ - ٢٤	٢٣	٤١	٤٢	٤٦	٤٨	١٤,٩	١٨,٧	١٤,٢	١٣,١	١٢,١
٢٥ - ٥٩	٧٢	٩١	١٤٤	١٥٦	١٧٥	٤٥,٦	٤١,٣	٤٨,٣	٤٤,٥	٤٤,٢
+ ٦٠	٢٠	٣٣	٥٠	٨٣	١٠٤	١٢,٥	١٤,٨	١٦,٧	٢٣,٨	٢٦,٤
المجموع	١٥٨	٢٢٠	٢٩٨	٣٥٠	٣٩٥	١٠٠,٠	١٠٠,٠	١٠٠,٠	١٠٠,٠	١٠٠,٠
+ ٦٥	١٣	٢٣	٣٧	٦٢	٨٢	٨,٣	١٠,٥	١٢,٣	١٧,٧	٢٠,٦
+ ٨٠	٢	٥	١١	١٤	٢٩	١,١	٢,١	٣,٦	٤,١	٧,٣
كندا وأستراليا ونيوزيلندا										
صفر - ١٤	٧	١١	١٠	١١	١٢	٢٨,٥	٢٧,٠	١٨,٦	١٦,٤	١٥,٩
١٥ - ٢٤	٤	٧	٨	٧	٨	١٥,٤	١٨,٧	١٣,٧	١١,٠	١١,٠
٢٥ - ٥٩	١١	١٧	٢٨	٣١	٣٢	٤٤,٢	٤١,٨	٥٠,١	٤٥,٩	٤٢,٠
+ ٦٠	٣	٥	١٠	١٨	٢٣	١١,٩	١٢,٥	١٧,٦	٢٦,٨	٣١,٠

الجدول ألف - ١

السكان حسب الفئة العمرية العريضة في بلدان مختارة ومجموعات بلدان،
١٩٥٠، ١٩٧٥، ٢٠٠٥، ٢٠٢٥، و ٢٠٥٠ (يتبع)

الفئة العمرية	ملايين					نسبة مئوية				
	١٩٥٠	١٩٧٥	٢٠٠٥	٢٠٢٥	٢٠٥٠	١٩٥٠	١٩٧٥	٢٠٠٥	٢٠٢٥	٢٠٥٠
المجموع	٢٤	٤٠	٥٦	٦٧	٧٦	١٠٠,٠	١٠٠,٠	١٠٠,٠	١٠٠,٠	١٠٠,٠
+ ٦٥	٢	٣	٧	١٣	١٩	٧,٩	٨,٦	١٢,٩	٢٠,١	٢٤,٨
+ ٨٠	٠,٣	٠,٦	٢	٣	٧	١,١	١,٦	٣,٥	٤,٩	٩,٤
الاقتصادات التي تمر بمرحلة انتقالية										
كمنولث الدول المستقلة										
صفر - ١٤	٥١	٦٦	٥٣	٤٧	٤٠	٢٨,٩	٢٦,٥	١٩,٠	١٧,٨	١٦,٦
١٥ - ٢٤	٣٦	٤٥	٤٩	٣٣	٢٦	٢٠,٤	١٨,٤	١٧,٨	١٢,٤	١١,٠
٢٥ - ٥٩	٧١	١٠٤	١٣٣	١٢٩	١٠٤	٤٠,٨	٤٢,١	٤٧,٧	٤٨,٦	٤٣,٣
+ ٦٠	١٧	٣٢	٤٣	٥٦	٧٠	١٠,٠	١٢,٩	١٥,٥	٢١,٢	٢٩,١
المجموع	١٧٥	٢٤٧	٢٧٨	٢٦٦	٢٣٩	١٠٠,٠	١٠٠,٠	١٠٠,٠	١٠٠,٠	١٠٠,٠
+ ٦٥	١٢	٢١	٣٤	٤٠	٥١	٦,٧	٨,٦	١٢,٢	١٥,٠	٢١,١
+ ٨٠	٢	٣	٥	٧	١٣	١,٠	١,٣	١,٩	٢,٧	٥,٣
جنوب شرق أوروبا										
صفر - ١٤	٥	٦	٥	٤	٣	٣١,٠	٢٧,٣	١٨,٧	١٦,٣	١٥,٣
١٥ - ٢٤	٣	٤	٤	٣	٢	٢٠,٢	١٨,٣	١٥,٠	١١,٢	١٠,٦
٢٥ - ٥٩	٦	٩	١٢	١١	٩	٣٨,٧	٤٢,٨	٤٨,١	٤٨,٠	٤٢,٢
+ ٦٠	٢	٢	٤	٦	٧	١٠,٢	١١,٦	١٨,٢	٢٤,٥	٣١,٨
المجموع	١٦	٢١	٢٤	٢٤	٢٢	١٠٠,٠	١٠٠,٠	١٠٠,٠	١٠٠,٠	١٠٠,٠
+ ٦٥	١	٢	٣	٤	٥	٧,١	٨,٢	١٣,٧	١٨,٢	٢٤,٦
+ ٨٠	٠,٢	٠,٢	٠,٥	٠,٩	١	١,١	٠,٩	٢,٠	٣,٧	٦,٩
البلدان النامية										
أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي										
صفر - ١٤	٦٧	١٣٣	١٦٨	١٦٣	١٤١	٤٠,٠	٤١,٣	٣٠,٠	٢٣,٣	١٨,١
١٥ - ٢٤	٣١	٦٣	١٠٦	١١٠	٩٩	١٨,٦	١٩,٦	١٨,٨	١٥,٨	١٢,٦
٢٥ - ٥٩	٥٩	١٠٥	٢٣٨	٢٢٣	٢٥٤	٣٥,٤	٣٢,٦	٤٢,٤	٤٦,٤	٤٥,٢
+ ٦٠	١٠	٢١	٤٩	١٠١	١٨٩	٦,٠	٦,٥	٨,٨	١٤,٥	٢٤,١
المجموع	١٦٧	٣٢٢	٥٦١	٦٩٧	٧٨٣	١٠٠,٠	١٠٠,٠	١٠٠,٠	١٠٠,٠	١٠٠,٠
+ ٦٥	٦	١٤	٣٤	٧٠	١٤٤	٣,٧	٤,٣	٦,١	١٠,١	١٨,٤
+ ٨٠	٠,٧	٢	٧	١٥	٤٠	٠,٤	٠,٦	١,٢	٢,١	٥,٢
شرق آسيا ومنطقة المحيط الهادئ										
صفر - ١٤	٢٧٠	٥٢٥	٤٦٦	٤٢٨	٣٦٩	٣٥,١	٤٠,١	٢٣,٨	١٩,٣	١٦,٤
١٥ - ٢٤	١٤٢	٢٥٣	٣٢٩	٢٨٦	٢٥٣	١٨,٥	١٩,٣	١٧,٣	١٢,٩	١١,٣

الجدول ألف - ١

السكان حسب الفئة العمرية العريضة في بلدان مختارة ومجموعات بلدان،
١٩٥٠، و١٩٧٥، و٢٠٠٥، و٢٠٢٥، و٢٠٥٠ (انتهى)

الفئة العمرية	ملايين					نسبة مئوية				
	١٩٥٠	١٩٧٥	٢٠٠٥	٢٠٢٥	٢٠٥٠	١٩٥٠	١٩٧٥	٢٠٠٥	٢٠٢٥	٢٠٥٠
٢٥ - ٥٩	٣٠٢	٤٤٧	٩٥٨	١١٠٤	٩٨٣	٣٩,٣	٣٤,١	٤٨,٨	٤٩,٨	٤٣,٨
+ ٦٠	٥٤	٨٦	١٩٩	٤٠١	٦٣٧	٧,١	٦,٦	١٠,١	١٨,١	٢٨,٤
المجموع	٧٦٨	١٣١١	١٩٦١	٢٢١٧	٢٢٤٢	١٠٠,٠	١٠٠,٠	١٠٠,٠	١٠٠,٠	١٠٠,٠
+ ٦٥	٣٣	٥٥	١٣٧	٢٧١	٤٨٢	٤,٣	٤,٢	٧,٠	١٢,٢	٢١,٥
+ ٨٠	٢	٦	٢٠	٤٣	١٣٧	٠,٣	٠,٥	١,٠	٢,٠	٦,١
جنوب آسيا										
١٤ - صفر	١٨٦	٣٤١	٥١٥	٥٢٨	٤٧٩	٣٨,٨	٤٠,٦	٣٣,٢	٢٦,٠	١٩,٨
١٥ - ٢٤	٩١	١٥٩	٣٠٧	٣٤٣	٣٢٥	١٩,١	١٩,٠	١٩,٨	١٦,٩	١٣,٤
٢٥ - ٥٩	١٧٣	٢٨٨	٦١٧	٩٣٣	١١٥١	٣٦,١	٣٤,٤	٣٩,٧	٤٦,٠	٤٧,٦
+ ٦٠	٢٩	٥١	١١٤	٢٢٤	٤٦٥	٦,٠	٦,٠	٧,٤	١١,١	١٩,٢
المجموع	٤٧٩	٨٣٩	١٥٥٣	٢٠٢٩	٢٤١٩	١٠٠,٠	١٠٠,٠	١٠٠,٠	١٠٠,٠	١٠٠,٠
+ ٦٥	١٧	٣١	٧٦	١٤٩	٣٢٩	٣,٦	٣,٧	٤,٩	٧,٣	١٣,٦
+ ٨٠	١	٣	١١	٢٣	٦٩	٠,٣	٠,٣	٠,٧	١,١	٢,٩
غرب آسيا										
١٤ - صفر	١٧	٣٨	٦٩	٧٩	٧٩	٤٠,٤	٤٣,٧	٣٤,٨	٢٨,١	٢١,٤
١٥ - ٢٤	٨	١٧	٣٨	٤٩	٥٣	١٩,٤	١٩,٣	١٩,٤	١٧,٥	١٤,٥
٢٥ - ٥٩	١٥	٢٧	٧٩	١٢٧	١٧٢	٣٤,٢	٣١,٢	٣٩,٨	٤٥,٠	٤٦,٨
+ ٦٠	٣	٥	١٢	٢٦	٦٣	٦,١	٥,٩	٦,١	٩,٤	١٧,٣
المجموع	٤٣	٨٧	١٩٨	٢٨٢	٣٦٧	١٠٠,٠	١٠٠,٠	١٠٠,٠	١٠٠,٠	١٠٠,٠
+ ٦٥	٢	٣	٨	١٧	٤٦	٣,٦	٣,٨	٤,١	٦,٠	١٢,٤
+ ٨٠	٠,١	٠,٣	١	٢	٩	٠,٣	٠,٣	٠,٥	٠,٨	٢,٤
أفريقيا										
١٤ - صفر	٩٤	١٨٧	٣٧٦	٤٩٥	٥٥٦	٤٢,٠	٤٤,٩	٤١,٥	٣٦,٩	٢٨,٧
١٥ - ٢٤	٤٢	٧٩	١٨٩	٢٧٠	٣٥٠	١٨,٩	١٩,٠	٢٠,٨	٢٠,٠	١٨,١
٢٥ - ٥٩	٧٦	١٢٩	٢٩٤	٤٩٤	٨٣٨	٣٣,٩	٣١,١	٣٢,٥	٣٦,٧	٤٣,٣
+ ٦٠	١٢	٢١	٤٧	٨٦	١٩٣	٥,٣	٥,٠	٥,٢	٦,٤	١٠,٠
المجموع	٢٢٤	٤١٦	٩٠٦	١٣٤٤	١٩٣٧	١٠٠,٠	١٠٠,٠	١٠٠,٠	١٠٠,٠	١٠٠,٠
+ ٦٥	٧	١٣	٣١	٥٧	١٢٩	٣,٢	٣,١	٣,٤	٤,٢	٦,٧
+ ٨٠	٠,٦	١	٤	٧	٢٠	٠,٣	٠,٣	٠,٤	٠,٦	١,٠

المصدر: الأمم المتحدة (٢٠٠٥ أ).

ملاحظة: تبين الرسوم التقديرات (حتى عام ٢٠٠٥) وإسقاطات الوسيط - المتغير (بعد عام ٢٠٠٥).

الجدول ألف - ٢
نسب الإعاقة حسب متغيرات الإسقاطات المختلفة للعالم ومجموعات البلدان،
٢٠٢٥، و٢٠٥٠

نوع النسبة	٢٠٢٥			٢٠٥٠			تقديرات عام ٢٠٠٥
	المنخفض	المتوسط	العالي	المنخفض	المتوسط	العالي	
المجموع	٥٥	٤٦	٥٣	٦٠	٥٢	٥٧	٦٣
الأطفال	٤٤	٣٠	٣٧	٤٤	٢٣	٣٢	٤٠
الكبار	١١	١٦	١٦	١٦	٢٩	٢٥	٢٢
المجموع	٤٩	٥٣	٥٩	٦٥	٧١	٧٢	٧٥
الأطفال	٢٦	١٩	٢٥	٣١	١٩	٢٧	٣٥
الكبار	٢٣	٣٤	٣٤	٣٤	٥٢	٤٥	٤٠
المجموع	٤٦	٤٢	٤٩	٥٦	٥٩	٦١	٦٦
الأطفال	٢٨	١٩	٢٦	٣٣	١٨	٢٧	٣٦
الكبار	١٨	٢٣	٢٣	٢٢	٤١	٣٤	٢٩
المجموع	٥٧	٤٦	٥٢	٥٩	٥٠	٥٥	٦١
الأطفال	٤٨	٣٢	٣٩	٤٦	٢٤	٣٢	٤١
الكبار	٩	١٣	١٣	١٣	٢٦	٢٣	٢٠

المصدر: الأمم المتحدة (٢٠٠٥ أ).

ملاحظة: تُعرف النسبة الكلية للإعاقة بأنها نسبة جملة السكان في الفئة العمرية صفر - ١٤ والفئة العمرية ٦٥ سنة فما فوق إلى السكان من الفئة العمرية ١٥ - ٦٤. ونسبة إعاقة الأطفال هي نسبة السكان في الفئة العمرية صفر - ١٤ إلى الكبار ١٥ - ٦٤. ونسبة إعاقة كبار السن: هي نسبة السكان من عمر ٦٥ فما فوق إلى السكان في الفئة العمرية ١٥ - ٦٤. والنسب المعروضة في الجدول هي نسب مضروبة في ١٠٠.

الجدول ألف - ٣

نسب الإعاقة حسب التعاريف المختلفة للعالم ومجموعات البلدان،
١٩٥٠، و١٩٧٥، و٢٠٠٥، و٢٠٢٥، و٢٠٥٠

عتبة إعاقة كبار السن										
هي ٦٠ عاماً فما فوق ٣					هي ٦٥ عاماً فما فوق ١					نوع النسبة
٢٠٥٠	٢٠٢٥	٢٠٠٥	١٩٧٥	١٩٥٠	٢٠٥٠	٢٠٢٥	٢٠٠٥	١٩٧٥	١٩٥٠	
العالم										
المجموع	٧٢	٦٥	٦٣	٨٣	٧٤	٥٧	٥٣	٥٥	٧٤	٦٥
الأطفال	٣٥	٤٠	٤٦	٦٧	٦٠	٣٢	٣٧	٤٤	٦٤	٥٧
الكبار	٣٧	٢٥	١٧	١٦	١٤	٢٥	١٦	١١	١٠	٩
البلدان المتقدمة										
المجموع	٩٢	٧٨	٦٧	٦٧	٦٥	٧٢	٥٩	٤٩	٥٥	٥٤
الأطفال	٣٠	٢٨	٤١	٤١	٤٥	٢٧	٢٥	٢٦	٣٨	٤٢
الكبار	٦٢	٥٠	٢٦	٢٦	٢٠	٤٥	٣٤	٢٣	١٧	١٣
الاقتصادات التي تمر بمرحلة انتقالية										
المجموع	٨٤	٦٤	٥٣	٦٥	٦٤	٦١	٤٩	٤٦	٥٤	٥٦
الأطفال	٣٠	٢٩	٢٩	٤٤	٤٨	٢٧	٢٦	٢٨	٤١	٤٥
الكبار	٥٤	٣٥	٢٤	٢١	١٦	٣٤	٢٣	١٨	١٣	١١
البلدان النامية										
المجموع	٦٩	٦٣	٦٤	٩٠	٧٩	٥٥	٥٢	٥٧	٨٢	٧١
الأطفال	٣٥	٤٢	٥٠	٧٨	٦٧	٣٢	٣٩	٤٨	٧٥	٦٥
الكبار	٣٤	٢١	١٣	١٢	١١	٢٣	١٣	٩	٧	٧

المصدر: الأمم المتحدة (٢٠٠٥).^(١)

ملاحظات: (١) النسب المعروضة في الجدول مضروبة في ١٠٠؛ (٢) يبين الجدول التقديرات (حتى عام ٢٠٠٥) وإسقاطات المتغير المتوسط (بعد عام ٢٠٠٥).

أ تُعرف النسبة الكلية للإعاقة بأنها نسبة جملة السكان في الفئة العمرية صفر - ١٤ والفئة العمرية ٦٥ سنة فما فوق إلى السكان من الفئة العمرية ١٥ - ٦٤. ونسبة إعاقة الأطفال هي نسبة السكان في الفئة العمرية صفر - ١٤ إلى الكبار ١٥ - ٦٤. ونسبة إعاقة كبار السن: هي نسبة السكان من عمر ٦٥ فما فوق إلى السكان في الفئة العمرية ١٥ - ٦٤.

ب تُعرف النسبة الكلية للإعاقة بأنها نسبة جملة السكان في الفئة العمرية صفر - ١٤ والفئة العمرية ٦٠ سنة فما فوق إلى السكان من الفئة العمرية ١٥ - ٥٩. ونسبة إعاقة الأطفال هي نسبة السكان في الفئة العمرية صفر - ١٤ إلى الكبار ١٥ - ٥٩. ونسبة إعاقة كبار السن: هي نسبة السكان من عمر ٦٠ فما فوق إلى السكان في الفئة العمرية ١٥ - ٥٩.

الجدول ألف - ٤

اقتصادات مختارة تمر بمرحلة انتقالية والبلدان النامية: تقديرات التكلفة للمعاشات العامة لكبار السن،
٢٠٠٥، و ٢٠٥٠ (النسبة المئوية من الناتج المحلي الإجمالي)

البلد	تكلفة المعاشات الشاملة - ٢٠٠٥ (نسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي)	بمعدل دولار واحد في اليوم - ٢٠٥٠ (نسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي)	الناتج المحلي الإجمالي للفرد - ٢٠٠٥ (مكافئ القوة الشرائية بالدولار الأمريكي)	المعاشات الشاملة (دولار واحد يومياً) - حصة من الناتج المحلي الإجمالي للفرد - ٢٠٠٥	نمو متوسط مكافئ القوة الشرائية ١٩٩٠ - ٢٠٠٥ ^١ (بالدولار الأمريكي)
الكويت	٠,٠٧	٠,١٨	١٦ ٩٠٣	٢,١٦	٣,٩٤
البحرين	٠,٠٨	٠,١١	١٩ ٤٧٧	١,٨٧	٤,٢٣
عمان	٠,١٠	٠,١٦	١٤ ٥٤١	٢,٥١	٣,٩٨
المملكة العربية السعودية	٠,١٣	٠,٢٢	١٢ ٨٧٤	٢,٨٤	٣,٣٠
سنغافورة	٠,١٧	٠,٠٧	٢٦ ٧٣٠	١,٣٧	٥,٩٥
بوتسوانا	٠,٢٠	٠,٠٣	٩ ٤٧٢	٣,٨٥	٤,٨٥
إسرائيل	٠,٢٣	٠,١٢	٣ ٩٨١	٩,١٧	٣,٩٠
جنوب أفريقيا	٠,٢٣	٠,١٧	١٠ ٨٠٩	٣,٣٨	٢,١٥
ماليزيا	٠,٢٥	٠,١٣	١٠ ٢٠٣	٣,٥٨	٥,٧٠
جمهورية كوريا	٠,٢٧	٠,٠٨	١٨ ٦٣٤	١,٩٦	٥,٠٧
ناميبيا	٠,٢٨	٠,١٣	٧ ٠٢٩	٥,١٩	٣,٩٣
بربادوس	٠,٣٠	٠,٣٩	١٦ ٠٦٦	٢,٢٧	١,٥٢
ترينيداد وتوباغو	٠,٣١	٠,١٥	١٢ ٦٣٢	٢,٨٩	٤,٠٢
كوستاريكا	٠,٣٢	٠,٢٣	٩ ٥٦٠	٣,٨٢	٤,٢٢
موريشيوس	٠,٣٢	٠,١٥	١١ ٠٢٩	٣,٣١	٤,٣٩
المكسيك	٠,٣٢	٠,٤٨	٨ ٩٥٢	٤,٠٨	٢,٤٦
الجمهورية الدومينيكية	٠,٣٣	٠,٢٢	٦ ٨٩٨	٥,٢٩	٤,٤٨
إيران (جمهورية - الإسلامية)	٠,٣٣	٠,٣١	٧ ١٨٦	٥,٠٨	٤,١٢
غابون	٠,٣٦	٠,٤٥	٦ ٢٥٥	٥,٨٣	١,٩٦
الجزائر	٠,٣٧	٠,٦٤	٦ ٤١٩	٥,٦٩	٢,٦٤
الرأس الأخضر	٠,٣٨	٠,٢٥	٥ ٢٨٧	٦,٩٠	٥,٥٧
شيلي	٠,٤٠	٠,١٤	١٠ ٦٧٤	٣,٤٢	٥,٤٣
الأرجنتين	٠,٤١	٠,٢٢	١٢ ٤٩٤	٢,٩٢	٣,٣٣
كولومبيا	٠,٤١	٠,٥٨	٦ ٧٣٨	٥,٤٢	٢,٥٦
تركيا	٠,٤١	٠,٣٣	٧ ١٠٨	٥,١٤	٣,٦٠
الأردن	٠,٤٢	٠,٤٠	٤ ٣٨١	٨,٣٣	٤,٤٢
كازاخستان	٠,٤٢	٠,٤٩	٩ ٨٠٩	٣,٧٢	١,٣٩
البرازيل	٠,٤٣	٠,٥٤	٧ ٤٩٤	٤,٨٧	٢,٥٢
تونس	٠,٤٣	٠,٢٧	٧ ٣٦٢	٤,٩٦	٤,٣٦
بنما	٠,٤٧	٠,٢٧	٦ ٧٧٥	٥,٣٩	٤,٥٢
الفلبين	٠,٤٩	٠,٥٧	٤ ٤٨٧	٨,١٤	٢,٧١
باراغواي	٠,٥٠	١,١٩	٤ ١١٨	٨,٨٦	١,٩٣
تايلند	٠,٥٠	٠,٢٣	٧ ٦٨١	٤,٧٥	٤,٢٥
فنزويلا (جمهورية - البوليفارية)	٠,٥٠	٠,٩٦	٥ ٥٠٧	٦,٦٣	١,٩٩
الجمهورية العربية السورية	٠,٥١	٠,٦٢	٣ ٣٦٨	١٠,٨٤	٤,٢٣

المعاشات الشاملة	التجربة ١: تكلفة	المعاشات الشاملة	المعاشات الشاملة	المعاشات الشاملة	المعاشات الشاملة
تكاليف المعاشات الشاملة - ٢٠٠٥	بمعدل دولار واحد في اليوم - ٢٠٠٥	الناتج المحلي الإجمالي للفرد - ٢٠٠٥	المعاشات الشاملة (دولار واحد يوميا) - حصة من الناتج المحلي الإجمالي للفرد - ٢٠٠٥	نمو متوسط مكافئ القوة الشرائية ١٩٩٠ - ٢٠٠٥ ^١ (بالدولار الأمريكي)	البلد
(نسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي)	(نسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي)	(مكافئ القوة الشرائية بالدولار الأمريكي)			
٠,٥٢	٠,٩٣	٣ ٤٤٣	١٠,٦٠	٢,٩٣	نيكاراغوا
٠,٥٣	٠,٠٤	٥ ٣٧٥	٦,٧٩	٣,٩٠	بيرو
٠,٥٥	٠,٥٨	٤ ٠٤٤	٩,٠٢	٣,٢٥	غواتيمالا
٠,٥٦	٠,٨٢	٢ ٥٤٩	١٤,٣٢	٢,٤٢	أنغولا
٠,٦١	٠,٤٣	١١ ٠٨٩	٣,٢٩	١,٤٩	بيلاروس
٠,٦٣	٠,٢١	٦ ٣٨٥	٥,٧٢	٩,٠١	الصين
٠,٦٤	١,٠٠	٣ ٨٨١	٩,٤١	٢,٤٩	المغرب
٠,٦٤	٠,٥٩	٢ ٢٦١	١٦,١٤	٤,٠٥	بابوا غينيا الجديدة
٠,٦٥	١,١٨	٤ ١٥٠	٨,٨٠	١,١٩	غيانا
٠,٦٥	٠,٢٣	٥ ٧٧٧	٦,٣٢	٧,٠٣	لبنان
٠,٦٨	٠,٦١	٤ ٠٩٩	٨,٩٠	٣,٥٧	السلفادور
٠,٧١	٠,٦٠	٣ ٦٨٤	٩,٩١	٣,٧٧	مصر
٠,٧٢	٠,٤٩	٨ ٨٤٩	٤,١٢	٢,١٥	أوروغواي
٠,٧٤	٠,٢٧	٤ ٥٧٢	٧,٩٨	٥,٨٧	أذربيجان
٠,٧٥	١,٤٢	٢ ٧٠٤	١٣,٥٠	٢,٤٥	هندوراس
٠,٧٦	١,١٧	٣ ٩٩٨	٩,١٣	٢,١٥	إكوادور
٠,٧٨	٠,٥٠	٣ ٩٠٦	٩,٣٥	٣,٩٣	إندونيسيا
٠,٧٨	٠,٨٠	٨ ٩٨٧	٤,٠٦	٠,٨٧	رومانيا
٠,٧٨	١,٢٢	٢ ٨٨٧	١٢,٦٤	٢,٦١	أوزبكستان
٠,٨٥	٠,٨٨	٩ ٤٣٥	٣,٨٧	٠,٥٣	كرواتيا
٠,٨٧	١,٢١	٢ ٣٥٧	١٥,٤٩	١,٩١	الكاميرون
٠,٨٩	٠,٧٥	٤ ٩٣١	٧,٤٠	٢,٣٨	ألبانيا
٠,٩٢	١,١٧	٥ ٧٦٧	٦,٣٣	٠,٨٩	أرمينيا
٠,٩٣	٣,٢٥	١ ٨٥٣	١٩,٦٩	٠,٥٤	جيبوتي
٠,٩٣	٠,٦٦	٢ ٢٣٠	١٦,٣٧	٤,١٦	غانا
٠,٩٣	٠,٧١	٢ ٢٨٦	١٥,٩٧	٤,٢٩	باكستان
٠,٩٥	١,٣٩	٣ ٩٠١	٩,٣٦	٠,٩٨	جامايكا
٠,٩٦	٠,٤٠	٣ ٠٢٩	١٢,٠٥	٥,٣٧	الهند
٠,٩٨	١,٠١	٢ ٥٠٣	١٤,٥٨	٣,١٨	بوليفيا
١,٠٠	٠,٥٢	١ ٩٣٢	١٨,٨٩	٤,٨٩	موريتانيا
١,٠٠	٠,٤٧	٢ ٠٦٠	١٧,٧٢	٥,٤٤	السودان
١,٠١	٠,٥٣	٢ ٦٩٦	١٣,٥٤	٦,٥١	فيت نام
١,٠٣	١,١٦	٧ ٩٣٠	٤,٦٠	٠,٠٢	بلغاريا
١,٠٣	٠,٦٦	١ ٣٥٦	٢٦,٩١	٥,٧٥	أوغندا
١,٠٤	٠,٤٩	٣ ٧٣٢	٩,٧٨	٤,٢٨	سري لانكا
١,٠٦	٠,٧٨	١ ٩٤٤	١٨,٧٨	٤,٣٨	بنغلاديش
١,٠٩	٠,١٤	٢ ٤٩٠	١٤,٦٦	٤,٨٢	ليسوتو
١,١٠	٠,١٨	٦ ٣٦٨	٥,٧٣	١٢,٣٤	البوسنة والهرسك
١,١٤	١,١٠	١ ٧٩٥	٢٠,٣٣	٣,١٢	غينيا

الجدول ألف - ٤

اقتصادات مختارة تمر بمرحلة انتقالية والبلدان النامية: تقديرات التكلفة للمعاشات العامة لكبار السن، ٢٠٠٥ و ٢٠٥٠ (النسبة المئوية من الناتج المحلي الإجمالي) (تابع)

البلد	تكلفة المعاشات الشاملة - ٢٠٠٥ (نسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي)	بمعدل دولار واحد في اليوم - ٢٠٥٠ (نسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي)	الناتج المحلي الإجمالي للفرد - ٢٠٠٥ (مكافئ القوة الشرائية بالدولار الأمريكي)	المعاشات الشاملة - (دولار واحد يومياً) - حصة من الناتج المحلي الإجمالي للفرد - ٢٠٠٥	نمو متوسط مكافئ القوة الشرائية ١٩٩٠ - ٢٠٠٥ ^أ (بالدولار الأمريكي)
السنگال	١,١٤	١,٣٧	١ ٥٥٨	٢٣,٤٢	٣,٢١
كينيا	١,١٧	٣,١٠	١ ٢٨٢	٢٨,٤٨	١,٧٧
رواندا	١,١٧	٢,٦٢	١ ٢٢٨	٢٩,٧٢	١,٧٣
جزر القمر	١,٢١	٤,٠٦	١ ٢٩٢	٢٨,٢٦	١,٤٧
غامبيا	١,٢١	١,٤٢	١ ٧٩٧	٢٠,٣١	٢,٨٩
تشاد	١,٢٣	٠,٤٨	١ ٣٩٩	٢٦,٠٩	٦,٦١
توغو	١,٣٦	٢,٦٥	١ ٣٠١	٢٨,٠٦	٢,١٠
بوركينافاسو	١,٣٩	١,١١	١ ١٠٦	٣٢,٩٩	٤,٠٣
كويت ديفوار	١,٤٢	٣,٩٠	١ ٣٥١	٢٧,٠٢	٠,٦٦
نيجيريا	١,٤٦	١,١٥	١ ١٩٣	٣٠,٦١	٣,٤٩
موزامبيق	١,٥٥	٠,٤٨	١ ٢٢٣	٢٩,٨٣	٦,١٢
اليمن	١,٥٩	١,٢١	٨٤٠	٤٣,٤٤	٥,٧٣
مالي	١,٦١	١,٠٠	٩٥٨	٣٨,٠٩	٤,٥٤
الكونغو	١,٦٢	١,٩٥	١ ٠١٧	٣٥,٩١	٢,٧٤
نيبال	١,٦٤	١,٣٤	١ ٢٨١	٢٨,٥٠	٣,٩٤
النيجر	١,٦٨	٣,٦٤	٧١١	٥١,٣٧	٢,١٨
بنن	١,٦٩	١,٦٢	٩٣٣	٣٩,١٢	٤,٠٨
إريتريا	١,٧٨	١,٤٨	٨١٣	٤٤,٩١	٤,٢٦
زامبيا	٢,٠٥	٢,٤١	٨٢٩	٤٤,٠٥	١,٨٦
جمهورية أفريقيا الوسطى	٢,١٤	٣,٣٤	١ ٠٣٥	٣٥,٢٦	٠,٧٠
مدغشقر	٢,٢٩	٥,١٩	٧٦٨	٤٧,٥٢	١,٦٢
إثيوبيا	٢,٣٥	٢,٥٨	٧٢٣	٥٠,٤٦	٢,٩٥
سيراليون	٢,٥٢	٠,٨٧	٧٩٦	٤٥,٨٤	٠,٤٨
غينيا - بيساو	٢,٧١	٦,٨٦	٦٤٠	٥٧,٠٥	٠,٨٢
تنزانيا (جمهورية - المتحدة)	٢,٩٤	٢,١٨	٦٣٢	٥٧,٧٩	٣,٦٢
ملاوي	٣,٠٨	٢,٤٣	٥٥٢	٦٦,١٠	٢,٩٢

المصدر: إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية بالأمم المتحدة. العدد الإجمالي للبلدان: ١٠٠.

أ فترات الإسقاط للبلدان التالية تختلف عن البلدان الباقية لاعتبارات توافر البيانات:

١٩٩٠ - ٢٠٠٤	البحرين
١٩٩٠ - ١٩٩٩	بربادوس
١٩٩٤ - ٢٠٠٥	البوسنة والهرسك
١٩٩٢ - ٢٠٠٥	إريتريا
١٩٩٥ - ٢٠٠٤	الكويت
١٩٩٠ - ٢٠٠٤	عمان
١٩٩٢ - ٢٠٠٥	أوزبكستان

الجدول ألف - ٥

بارامترات مختارة والتأثير على الفقر والمعاشات الاجتماعية غير الاشتراكات، في بلدان مختارة

البلد	الاستحقاق	عمر	شامل (U) أو الوسيط (M) المختار	النسبة المئوية للسكان فوق سن ٦٠ الذين يتقاضون معاشاً	المعاش السنوي الاساسي كنسبة مئوية من الدخل للفرد (عام البيانات)	النسبة المئوية لتكلفة المعاش الاجتماعي (٢٠٠٢ - ٢٠٠٠)	التأثير على الفقر، ٢٠٠٠ - ٢٠٠٦
الأرجنتين	+ ٧٠		M	٦	٢٢ (٢٠٠٠)	٠,٢٣	انخفض معدل حدوث الفقر بنسبة ٣١ في المائة في الأسر المعيشية التي تتلقى معاشات مدعومة بالضرائب، بينما انخفض معدل حدوث الفقر المدقع بنسبة ٦٧ في المائة (بيانات عام ١٩٩٧)
بنغلاديش	+ ٥٧		M	١٦ ^أ	٧ (٢٠٠٣ - ٢٠٠٤)	٠,٠٣	زيادة الإنفاق على الغذاء والصحة والاستثمارات الصغيرة (<i>HelpAge International</i> مركز التنمية الإقليمي لآسيا ومنطقة المحيط الهادئ) (٢٠٠٦)
بوليفيا ^ب	+ ٦٥		U	٦٩	٢٣ (٢٠٠٤)	١,٣	زاد استهلاك الأسر المستفيدة من الأندية بنسبة ٦٣ في المائة، مع آثار إيجابية في المناطق الريفية في استهلاك الغذاء، وزيادة الناتج وتسجيل الأطفال بالمدارس
بوتسوانا	+ ٦٥		U	٨٥	٩ (٢٠٠٠/٩٩)	٠,٤	
البرازيل: المستفيدون من الألفية المستمرة	+ ٦٧		M	٥	٣٣ (٢٠٠٣)	٠,٣	انخفاض فقر أفراد الأسر المعيشية إلى ١٨ في المائة وزيادة دخل الأشد فقراً بنسبة ١٠٠ في المائة و ٥ في المائة
البرازيل: الناطق الريفي	+ ٦٠ رجال + ٥٥ نساء		M	٢٧	٣٣ (٢٠٠٣)	٠,٧	زيادة تسجيل الفتيات بالمدارس من الفئة العمرية ١٢ - ١٤
كوستاريكا	+ ٦٥		M	٢٠	١٠ (٢٠٠٠)	٠,١٨	
الهند	+ ٦٥		M	١٣	١٠ (١٩٩٩) ج	٠,٠١	
ليسوتو	+ ٧٠		U ^د	٥٣	١٥٠ مالوتي	١,٤٣	أنشئ النظام في عام ٢٠٠٤ والبيانات عن التأثير غير متوافرة للآن؛ غير أن الدلائل الأولية تشير إلى أن ٦٥ في المائة من دخل المعاشات ينفق على الأطفال الذين يرعاهم كبار السن (Samsom, 2006)
موريشيوس	+ ٦٠ ^{هـ}		U	١٠٠	١٨ (٢٠٠٠/٩٩)	٢	انخفضت معدلات الفقر لكبار السن (العزب والتزوجون) بنسبة تزيد على ٤٠ في المائة
مولدوفا	+ ٦٢ رجال + ٥٧ نساء		M	١٢	٢٣,٣ (١٩٩٦)	٠,٠٨	
ناميبيا	+ ٦٠		M	٨٧	١٧ (٢٠٠٠/٩٩)	٠,٨	ازداد الإنفاق على الغذاء والصحة وتعليم الأحفاد وتكنولوجيا الزراعة وتربية الماشية والمشاريع الصغيرة
نيبال	+ ٧٥		U	١٢	١٠ (٢٠٠٣/٢٠٠١)	٠,١	
ساموا	+ ٦٥		U	١٠٠	٢٢ (٢٠٠٣)	١,٤	

ثبت المراجع

- Abeykoon, Palitha (2002). Case study: Sri Lanka. In *Long-Term Care in Developing Countries: Ten Case-Studies*, Jenny Brodsky, Jack Habib and Miriam Hirschfeld, eds. Geneva: World Health Organization.
- Aboderin, I., and others (2002). *Life Course Perspectives on Coronary Heart Disease, Stroke and Diabetes: Key Issues and Implications for Policy and Research*. Geneva: World Health Organization.
- Aboderin, Isabella (2004). Intergenerational family support and older age economic security in Ghana. In *Living Longer: Ageing, Development and Social Protection*, Peter Lloyd-Sherlock, ed. London: United Nations Research Institute for Social Development and Zed Books, part III, chap. 10.
- Acuña, R., and A. Iglesias (2001). Chile's pension reform after 20 years. World Bank Social Protection Discussion Paper, No. 0129. December. Washington, D.C.: World Bank.
- Ahearne, Alan G., William L. Grier and Francis E. Warnock (2004). Information costs and home bias: an analysis of U.S. holdings of foreign equities. *Journal of International Economics*, vol. 62, pp. 313-336.
- Ando, Alberto, and Franco Modigliani (1963). The "life cycle" hypothesis of saving: aggregate implications and tests. *The American Economic Review*, vol. 53, No. 1, pp. 55-84.
- Anetzberger, G.J. (1987). *The Etiology of Elder Abuse by Adult Offspring*. Springfield, Illinois: Charles C. Thomas.
- _____, J.E. Korbin and C. Austin (1994). Alcoholism and elder abuse. *Journal of Interpersonal Violence*, vol. 9, No. 2, pp. 184-193.
- Apt, Nana Araba (1999). Rapid urbanization and living arrangements of older persons in Africa. Centre for Social Policy Studies, University of Ghana, Legon. Available from http://www.un.org/esa/population/publications/bulletin42_43/apt.pdf.
- Bank for International Settlements (2006). *BIS Quarterly Review: International Banking and Financial Market Developments*. Basel, Switzerland: Bank for International Settlements. 14 March.
- Banks, James, Richard Blundell and Sarah Tanner (1998). Is there a retirement-savings puzzle? *American Economic Review*, vol. 88, No. 4, pp. 769-788.
- Barr, Nicholas (2000). Reforming pensions myths, truths and policy choices. IMF Working Paper, No. 00/139. Washington, D.C.: International Monetary Fund. 1 August.
- _____, (2006). Pensions: overview of the issues. *Oxford Review of Economic Policy*, vol. 22, No. 1, pp. 1-14.
- _____, and Peter Diamond (2006). The economics of pensions. *Oxford Review of Economic Policy*, vol. 22, No. 1, pp. 15-39.
- Barrientos, Armando (2007). Livelihood sources of older people and their households in developing countries. Background paper prepared for *World Economic and Social Survey 2007*. January.

- Benjamin, Kirsten, and Sally Wilson (2005). Facts and misconceptions about age, health status and employability. Report No. HSL/2005/20. Buxton, United Kingdom: Health and Safety Laboratory.
- Bernheim, B. Douglas, Jonathan Skinner and Steven Weinberg (2001). What accounts for the variation in retirement wealth among U.S. households? *American Economic Review*, vol. 91, No. 4, pp. 832-857.
- Black, Sandra E., and Lisa M. Lynch (2004). Workplace practices and the new economy. *FRBSF Economic Letter*, No. 10 (16 April). San Francisco, California: Federal Reserve Bank of San Francisco.
- Boldy, D., and others (2005). Addressing elder abuse: Western Australian case study. *Australian Journal on Ageing*, vol. 24, No. 1, pp. 3-8.
- Bongaarts, John, and Zachary Zimmer (2001). Living arrangements of older adults in the developing world: an analysis of DHS Household Surveys. Policy Research Division Working Paper, No. 148. New York: Population Council.
- Börsch-Supan, Axel (2004). Global aging: issue, answers, more questions. Michigan Retirement Research Center Working Paper, No. 2004-084. Ann Arbor, Michigan: University of Michigan, Michigan Retirement Research Center. June.
- Bosworth, Barry, and Gary Burtless (1998). Population aging and economic performance. In *Private Markets for Public Goods: The Global Dimension*, Barry Bosworth and Gary Burtless, eds. Washington, D.C.: The Brookings Institution Press.
- Brodsky, Jenny, Jack Habib and Miriam J. Hirschfeld, eds. (2003). *Key Policy Issues in Long-Term Care*. Geneva: World Health Organization.
- Brodsky, Jenny, and others (2002). Care of the frail elderly in developed and developing countries: the experience and challenges. *Aging Clinical and Experimental Research*, vol. 14, No. 4, pp. 279-286.
- (2003). Choosing overall LTC strategies: a conceptual framework for policy development. In *Key Policy Issues in Long-Term Care*, J. Brodsky, J. Habib and M. Hirschfeld, eds. Geneva: World Health Organization.
- Bryant, John, and Audrey Sonerson (2006). Gauging the cost of aging. *Finance & Development*, vol. 43, No. 3 (September).
- Chan, A.C.M., D.R. Phillips and F.M.S. Fong (2003). An exploratory study of older persons' computer and internet usage in Hong Kong. Monograph Series, No. 3 (August). Hong Kong: Asia Pacific Institute of Ageing Studies, Lingnan University.
- Chan, Angelique, and others (2003). The relations between formal and familial support of the elderly in Singapore and Taiwan. Asian MetaCentre Research Paper, No. 9. Asian MetaCentre for Population and Sustainable Development Analysis, Asia Research Institute, National University of Singapore. January.
- Cheng, Sheung-Tak, Alfred C.M. Chan and David R. Phillips (2006). The aging situation in Asia and the Pacific: trends and priorities. Unpublished paper to be included in the World Ageing Situation Report 2007.
- Cho, A.J., S.K. Kim and Y.K. Kim (2000). Study on the prevalence of elder abuse in Korea. Seoul: Korea Institute for Health and Social Affairs.
- Coe, D., and E. Helpman (1995). International R&D spillovers. *European Economic Review*, vol. 39, No. 5, pp. 859-887.

- Commission of the European Communities (2006). A year of delivery: The European Commission's 2006 annual progress report on growth and jobs. Available from http://ec.europa.eu/growthandjobs/annual-report-1206_en.htm (accessed 9 May 2007).
- Compton, S.A., P. Flanagan and W. Gregg (1997). Elder abuse in people with dementia in Northern Ireland: prevalence and predictors in cases referred to a psychiatry of old age service. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, vol. 12, No. 6, pp. 632-635.
- Council of the European Union (2000). Establishing a general framework for equal treatment in employment and occupation. Council Directive 2000/78/EC of 27 November 2000. Official Journal of the European Communities, 303/16 (2 December), pp. 0016-0022.
- Cowgill, D.O. (1972). A theory of aging in cross-cultural perspective. In *Aging and Modernization*, D. O. Cowgill and L. D. Holmes, eds. New York: Appleton-Century-Crofts.
- Coyne, A.C., W.E. Reichman and L.J. Berbig (1993). The relationship between dementia and elder abuse. *American Journal of Psychiatry*, vol. 150, No. 4, pp. 643-646.
- Cutler, David, Angus Deaton and Adriana Lleras-Muney (2005). The determinants of mortality. Center for Health and Wellbeing (Princeton University) Working Paper, No. 48. Available from http://www.princeton.edu/~rpd/downloads/cutler_deaton_lleras-muney_determinants_mortality_nberdec05.pdf (accessed 22 January 2007).
- _____ (2006). The determinants of mortality. *Journal of Economic Perspectives*, vol. 20, No. 3 (summer).
- D'Arista, Jane (2006). The implications of aging for the structure and stability of financial markets. Background paper prepared for *World Economic and Social Survey 2007*. December.
- Davis, E. Philip (2002). Pension fund management and international investment: a global perspective. *Pensions Institute Discussion Paper*, No. PI-026. London: The Pensions Institute, Birbeck College, University of London. May.
- _____ (2003). Institutional investors, financial market efficiency and financial stability. *Pensions Institute Discussion Paper*, No. PI-0303. London: The Pensions Institute, Birbeck College, University of London. January.
- _____ (2005). The role of pension funds as institutional investors in emerging markets. Paper presented at the Korean Development Institute conference "Population Aging in Korea: Economic Impacts and Policy Issues", Seoul, March 2005. April. Available from <http://www.brunel.ac.uk/329/efwps/05-18.pdf> (accessed 9 May 2007).
- Deaton, Angus, S. (2005). Franco Modigliani and the life cycle theory of consumption. Paper presented at the Convegno Internazionale Franco Modigliani, Accademia Nazionale dei Lincei, Rome, 17 and 18 February. March.
- Delgado, G.C., and J.C. Cardoso (2000). Principais resultados da pesquisa domiciliar sobre a previdência rural na região sul do Brasil. *Texto para Discussão*, No. 734. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.
- Demeny, Paul (2000). Policy interventions in response to below-replacement fertility. In *Population Bulletin of the United Nations: Below Replacement Fertility*. Special Issue, Nos. 40/41 (1999), pp. 183-193. Sales No. E.99.XIII.13. New York: United Nations.
- de Mesa, Alberto Arenas, and Carmelo Mesa-Lago (2006). The structural pension reform in Chile: effects, comparisons with other Latin American reforms, and lessons. *Oxford Review of Economic Policy*, vol. 22, No. 1, pp. 149-167.

- de Mesa, Alberto Arenas, and others (2006). The Chilean pension reform turns 25: lessons from the Social Protection Survey. Pension Research Council Working Paper PRC WP 2006-9. Philadelphia, Pennsylvania: Pension Research Council, The Wharton School, University of Pennsylvania.
- Dercon, Stefan (1998). Wealth, risk and activity choice: cattle in Western Tanzania. *Journal of Development Economics*, vol. 55, No. 1 (February), pp. 1-42.
- Diamond, Peter (1996). Government provision and regulation of economic support in old age. In *Annual World Bank Conference on Development Economics 1995*, Boris Pleskovic and Michael Bruno, eds. Washington, D.C.: World Bank.
- _____ (2004). Social security. *American Economic Review*, vol. 94, No. 1, pp. 1-24.
- Dirección General de Estadística y Censos (1994). *Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples*. San José: Ministerio de Economía, Industria y Comercio.
- Dorbritz, J., and K. Schwarz (1996). Kinderlosigkeit in Deutschland: ein Massenphänomen? *Zeitschrift für Bevölkerungswissenschaft*, vol. 21, No. 3, pp. 231-261.
- Ebrahim, Shah (2002). Ageing, health and society. *International Journal of Epidemiology*, vol. 31, No. 4, pp. 715-718.
- Economic and Social Commission for Western Asia (2002). The Arab Plan of Action on Ageing to the Year 2012, p. 7. Available from <http://www.escwa.org.lb/divisions/sdd/activities/aging/poa.pdf> (accessed 15 January 2007).
- Economic Commission for Latin America and the Caribbean (2000). *Equidad, Desarrollo y Ciudadanía*. Sales No. S.00.II.G.81.
- _____ (2006). Shaping the future of social protection: access, financing and solidarity. LC/G.2294(SES.31/3). March.
- Economic Policy Committee (2003). Budgetary challenges posed by ageing population: the impact on public spending on education. Brussels, 22 October. EPC/ECFIN/435/03 final. Available from http://ec.europa.eu/economy_finance/epc/documents/2003/awgeducation_en.pdf (accessed 5 March 2007).
- Elo, I., and S. Preston (1992). Effects of early-life conditions on adult mortality: a review. *Population Index*, vol. 58, No. 2 (summer), pp. 186-212.
- El-Safty, M. (2006). Economic and Social Commission for Western Asia regional contribution to the World Ageing Situation Report 2007. Unpublished paper.
- Employment Benefit Research Institute (EBRI) (2006). IRA and KEOGH assets and contributions, and income of the elderly population, age 65 and over, 2004. *EBRI Notes* (Washington, D.C.), vol. 27, No. 1. January.
- Engelhardt, Gary V., and Jonathan Gruber (2004). Social security and the evolution of elderly poverty. NBER Working Paper, No. 10466. Cambridge, Massachusetts: National Bureau of Economic Research. May.
- European Commission (2001). Reforms of pension systems in the EU: an analysis of the policy options. *European Economy*, No. 73, pp. 171-222.
- _____ (2004). Increasing the employment of older workers and delaying exit from the labour market. Communication from the Commission of 3 March. COM(2004) 146.
- _____ (2005). The economic impact of ageing populations in the EU25 Member States. *Economic Paper*, No. 236. December. Available from http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/economic_papers/2005/ecp236en.pdf (accessed 30 April 2007).

- _____. Directorate-General for Economic and Financial Affairs (2006). The impact of ageing on public expenditure: projections for the EU 25 Member States on pensions, health care, long-term care, education and unemployment transfers (2004-2005). *European Economy* (Brussels), special report No. 1/2006.
- European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (2006a). *Foundation Focus: Age and Employment*, issue 2 (September). Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions.
- _____. (2006b). *Age and Employment in the New Member States*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
- European Health Expectancy Monitoring Unit (EHEMU) (2005). Are we living longer, healthier lives in the EU? EHEMU Technical report 2. Montpellier, France. Available from <http://www.hs.le.ac.uk/revs/ehemutest/pdf/techrep20507.pdf> (accessed 14 August 2006).
- Ezzati, M., and A.D. Lopez (2004). Smoking and oral tobacco use. In *Comparative Quantification of Health Risks: Global and Regional Burden of Disease Attributable to Selected Major Risk Factors*, M. Ezzati and others, eds. Geneva: World Health Organization, pp. 883–956.
- Ezzati, Majid, and others (2005). Rethinking the “disease of affluence” paradigm: global patterns of nutritional risks in relation to economic development. *PLoS Medicine*, vol. 2, No. 5 (May), e133. San Francisco, California: Public Library of Science.
- Fitzgerald, J. (2005). Progress on the Lisbon Agenda. Paper submitted to the Brussels Economic Forum. 21 April. Dublin: Economic and Social Research Institute.
- Fogel, Robert William (2004). Changes in the process of aging during the twentieth century: findings and procedures of the *Early Indicators* project. In *Aging, Health and Public Policy: Demographic and Economic Perspectives*, Linda J. Waite, ed. Supplement to *Population and Development Review* (Population Council, New York), vol. 30, pp. 19–47.
- Forrester Research (2002). 3.3 million US services jobs to go offshore. Forrester Research Brief. 11 November. Authors: John C. McCarthy and others.
- Förster, Michael, and Marco Mira d’Ercole (2005). Income distribution and poverty in OECD countries in the second half of the 1990s. OECD Social, Employment and Migration Working Paper, No. 22. DELSA/ELSA/ED/SEM (2005) 1. 10 March. Paris: Organization for Economic Cooperation and Development.
- Freeman, Richard B. (2006). Is a great labor shortage coming? replacement demand in the global economy. NBER Working Paper, No. 12541. September. Cambridge, Massachusetts: National Bureau of Economic Research. Available from <http://www.nber.org/papers/w12541> (accessed on 27 April 2007).
- Friedman, Milton (1957). *A Theory of the Consumption Function*. Princeton, New Jersey: Princeton University Press.
- Fries, James F. (2005). Compression of morbidity: in retrospect and in prospect. International Longevity Center-USA Issue Brief, vol. 2, No. 2. New York: Mount Sinai School of Medicine.
- Garrett, Laurie (2007). The challenge of global health. *Foreign Affairs*, vol. 86, No. 1 (January/February), pp. 14–38.

- Gasparini, Leonardo, and others (2007). Poverty among the elderly in Latin America and the Caribbean. Background paper prepared for *World Economic and Social Survey 2007*. January.
- Gill, Indermit S., Truman Packard and Juan Yermo (2004). *Keeping the Promise of Social Security in Latin America*. Palo Alto, California, and Washington, D.C.: Stanford University Press and World Bank.
- Global Action on Aging (2006a). Argentina: launch of campaign that promotes healthy images of old age. 8 November. Newsletter (December). Article in Spanish. Available from <http://www.globalaging.org/elderrights/world/2006/vejzpositiva.htm> (accessed 1 January 2007).
- (2006b). Conference about the situation of older people in Europe: a bet and a change. The contribution of older people. 13 September. Newsletter (September). Available from <http://www.globalaging.org/elderrights/world/2006/abetandachance.htm> (accessed 31 December 2006).
- Gnanasekaran, Kottai S. (2006). Population ageing in the twenty-first century and its implications for the health sector. Paper presented at the International Conference on Emerging Population Issues in the Asian Pacific Region: Challenges for the 21st Century, Mumbai, India, 10-13 December 2006.
- Goergen, Thomas (2001). Stress, conflict, elder abuse and neglect in German nursing homes: a pilot study among professional caregivers. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, vol. 13, No. 1, pp. 1-26.
- Gomes da Conceição, Cristina, and Veronica Montes de Oca Zavala (2004). Ageing in Mexico: families, informal care and reciprocity. In *Living Longer: Ageing, Development and Social Protection*, Peter Lloyd-Sherlock, ed. London: United Nations Research Institute for Social Development and Zed Books, part III, chap. 11.
- Grafstrom, M., A. Nordberg and B. Winblad (1993). Abuse is in the eye of the beholder. *Scandinavian Journal of Social Medicine*, vol. 21, No. 4, pp. 247-253.
- Gray, Alastair (2005). Population ageing and health care expenditure. *Ageing Horizons* (Oxford Institute of Ageing, Oxford, United Kingdom), No. 2 (spring-summer), pp. 15-20.
- Gruber, Jonathan, and David A. Wise (2005). Social security programs and retirement around the world: fiscal implications: introduction and summary. *NBER Working Paper*, No. 11290. Cambridge, Massachusetts: National Bureau of Economic Research. April.
- Hammond Care Group (2003). Community care. Available from <http://www.hammond.com.au/communitycare/index.html> (accessed 14 December 2006).
- Harper, Sarah, and Sue Marcus (2006). Age-related capacity decline: a review of some workplace implications. *Ageing Horizons: Policies for Ageing Societies*, issue 5 (autumn-winter). Oxford, United Kingdom: Oxford Institute of Ageing.
- Health Policy and Communications Branch, Health Canada (2001). *Health Expenditures in Canada by Age and Sex, 1980-81 to 2000-01*. August. Ottawa: Health Canada. Available from <http://www.hc-sc.gc.ca>.
- Heinrich, Georges A. (2000). Affluence and poverty in old age: new evidence from the European Community Household Panel. September.
- HelpAge International (2001). Talking point: understanding older people's experience. *Ageing and Development*, issue 8 (May).

- _____ (2002). *A Generation in Transition: Older People's Situation and Civil Society's Response in East and Central Europe*. London: HelpAge International. May.
- _____ (2006a). Surviving with little support. *Ageing and Development*, issue 19 (February), p. 9.
- _____ (2006b). Why social pensions are needed now. October. London: HelpAge International. Available from <http://www.globalaging.org/pension/world/2007/needed.pdf> (accessed 15 January 2007).
- _____ /Asia Pacific Regional Development Centre (2006). Working draft for discussion: an overview of social pensions in Asia. London. December.
- Herlitz, C. (1997). Distribution of informal and formal home help for elderly people in Sweden. *The Gerontologist*, vol. 37, No. 1 (February), pp. 117-123.
- Hermalin, Albert I., ed. (2002). *The Well-Being of the Elderly in Asia: A Four-Country Comparative Study*. Ann Arbor, Michigan: University of Michigan Press.
- Hinrichs, Karl, and Paula Aleksandrowicz (2005). Active ageing and European pension systems: synthesis report. Bremen, Germany: University of Bremen Centre for Social Policy Research.
- Hirsch, Tad, and others (2000). The ELDER project: social, emotional, and environmental factors in the design of eldercare technologies. In *Proceedings on the 2000 Conference on Universal Usability*. Conference held in Arlington, Virginia, 16 and 17 November 2000. New York: ACM Press.
- Hirschfeld, Miriam J. (2007). Health and long-term care systems for ageing societies. Background paper prepared for *World Economic and Social Survey 2007*.
- Hokenstad, M.C., and L. Johansson (1996). Eldercare in Sweden: issues in service provision and case management. *Journal of Case Study Management*, vol. 5, No. 4, pp. 137-141.
- Holzmann, Robert (2005). Demographic alternatives for aging industrial countries: increased total fertility rate, labor force participation, or immigration. World Bank Social Protection Discussion Paper, No. 0540. December. Washington, D.C.: World Bank.
- _____, and Richard Hinz (2005). *Old-Age Income Support in the 21st Century: An International Perspective on Pension Systems and Reform*. Washington, D.C.: World Bank.
- Homer, A.C., and C. Gilleard (1990). Abuse of elderly people by their caregivers. *British Medical Journal*, vol. 301, No. 6765, pp. 1359-1362.
- Horioka C.Y. (1989). Why is Japan's private saving rate so high? In *Developments in Japanese Economics*, R. Sato and T. Negishi, eds. Tokyo: Academic Press.
- Horizon Foundation (2005). Aging-in-place initiative. Available from <http://www.thehorizonfoundation.org/ht/d/sp/i/1398/pid/1398> (accessed 8 January 2007). Columbia, Maryland: Horizon Foundation.
- Howse, Kenneth (2006). Pension reform and age of retirement rules. *Ageing Horizons: Policies for Ageing Societies*, issue 5 (autumn-winter). Oxford, United Kingdom: Oxford Institute of Ageing.
- Hua, Fu, and Xue Di (2002). Case study: China. In *Long-Term Care in Developing Countries: Ten Case-Studies*, Jenny Brodsky, Jack Habib and Miriam Hirschfeld, eds. Geneva: World Health Organization.
- Iecovich, E., M. Lankri and D. Drori (2005). Elder abuse and neglect: a pilot incidence study in Israel. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, vol. 16, No. 3, pp. 45-63.

- International Institute for Democracy and Electoral Assistance (2006a). Voter turnout by age. Available from http://www.idea.int/vt/by_age.cfm (accessed 19 March 2007).
- _____ (2006b). Voter turnout statistics by age from the National Elections Commission, Liberia. Available from http://www.idea.int/vt/by_age.cfm (accessed 19 March 2007).
- International Labour Office (2004a). *HIV/AIDS and Work: Global Estimates, Impact and Response*. Geneva: International Labour Organization, ILO Programme on HIV/AIDS and the world of work.
- _____ (2004b). Global employment trends for women 2004. March. Geneva.
- _____ (2004c). *World Employment Report: Employment, Productivity and Poverty Reduction*. Geneva: International Labour Organization.
- _____ (2005a). Global employment trends brief. February. Geneva.
- _____ (2005b). *Key Indicators of the Labour Market*, 4th ed. Geneva.
- _____ (2006). *Changing Patterns in the World of Work: Report of the Director-General*. International Labour Conference, 95th Session 2006: report I (c). Geneva.
- International Labour Organization (1975). Recommendation Concerning Vocational Guidance and Vocational Training in the Development of Human Resources. (Human Resources Development Recommendation), No. 150, adopted 23 June 1975. In *International Labour Conventions and Recommendations, 1952-1976* (vol. II). Geneva: International Labour Office, sect. II, pp. 572-602.
- _____ (2002). Facts on social security. Geneva: International Labour Office. Available from <http://www.ilo.org/public/english/protection/seccoc/downloads/events/factsheet.pdf> (accessed 4 May 2007).
- International Longevity Center-USA (2006). Ageism in America. New York: Anti-Ageism Taskforce at the International Longevity Center.
- International Monetary Fund (2003). *Global Financial Stability Report: Market Developments and Issues*, March 2003. Washington, D.C.: International Monetary Fund.
- _____ (2005). *Global Financial Stability Report: Market Developments and Issues*, September 2005. Washington, D.C.: International Monetary Fund.
- Jamison, Dean T., and others (2006). *Disease Control Priorities in Developing Countries*, 2nd ed. Washington, D.C., and New York: World Bank and Oxford University Press. Also available from <http://www.dcp2.org/page/main/ViewPublications.html>.
- Jensen, Per H. (2005). Reversing the trend from “early” to “late” exit: push, pull and jump revisited in the Danish context. *The Geneva Papers on Risk and Insurance: Issues and Practice*, vol. 30, No. 4 (October), pp.656-673.
- Johnson, Jessica K.M., and John B. Williamson (2006). Do universal non-contributory old-age pensions make sense for rural areas in low-income countries? *International Social Security Review*, vol. 59, No. 4, pp. 47-65.
- Kakwani, Nanak, and Kalanidhi Subbarao (2005). Ageing and poverty in Africa and the role of social pensions. *International Poverty Centre Working Paper*, No. 8. August. Brasília: United Nations Development Programme International Poverty Centre.
- Kinsella, Kevin, and David R. Phillips (2005). Global aging: the challenge of success. *Population Bulletin* (Population Reference Bureau, Washington, D.C.), vol. 60, No. 1 (March).
- _____, and Victoria A. Velkoff (2001). *An Aging World: 2001*. U.S. Census Bureau, Series p 95/01-1. Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office.

- Kivela, S.L., and others (1992). Abuse in old age: epidemiological data from Finland. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, vol. 4, No. 3, pp. 1-18.
- Knaul, Felicia, and others (2002). Case study: Mexico. In *Long-Term Care in Developing Countries: Ten Case-Studies*, Jenny Brodksy, Jack Habib and Miriam Hirschfeld, eds. Geneva: World Health Organization.
- Lee, Ronald, and Andrew Mason (2007). Population aging, wealth, and economic growth: demographic dividends and public policy. Background paper prepared for *World Economic and Social Survey 2007*.
- Leeson, George (2006). The employment equality age regulations and beyond. *Ageing Horizons: Policies for Ageing Societies*, issue 5 (autumn-winter). Oxford, United Kingdom: Oxford Institute of Ageing.
- Lehman, H. (1953). *Age and Achievement*. Princeton, New Jersey: Princeton University Press.
- Leung, A., Y.H. Lui and I. Chi (2005). Later life learning experience among Chinese elderly in Hong Kong. *Gerontology and Geriatrics Education*, vol. 26, No. 2, pp.1-15.
- Leung, Gabriel, Keith Tin and Wai-Sum Chan (2007). Hong Kong's health spending projections through 2033. *Health Policy*, vol. 81, No. 1 (April), pp.93-101.
- Levinsky, Norman G., and others (2001). Influence of age on Medicare expenditures and medical care in the last year of life. *Journal of the American Medical Association*, vol. 286, No. 11 (September), pp. 1349-1355.
- Levy, B., and others (2002). Longevity increased by positive self-perceptions of aging. *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 83, No. 2, pp. 261-270.
- Lichtenberg, F. (1992). R&D investment and international productivity differences. NBER Working Paper, No. 4161. Cambridge, Massachusetts: National Bureau of Economic Research.
- Lieras-Muney, A. (2007). A surprising secret to long life: stay in school. *The New York Times*, 3 January.
- Lloyd-Sherlock, Peter (2000). Population ageing in developed and developing regions: implications for health policy. *Social Science and Medicine*, vol. 51, No. 6 (15 September), pp. 887-895.
- _____. (2004a). Ageing, development and social protection: generalizations, myths and stereotypes. In *Living Longer: Ageing, Development and Social Protection*, Peter Lloyd-Sherlock, ed. London: United Nations Research Institute for Social Development and Zed Books.
- _____, ed. (2004b). *Living Longer: Ageing, Development and Social Protection*. London: United Nations Research Institute for Social Development and Zed Books.
- _____. (2006). Identifying vulnerable older people: insights from Thailand. *Ageing and Society*, vol. 26, No. 1, pp. 81-103.
- Lührmann, Melanie (2005). Population ageing and the demand for goods and services. Mannheim Research Institute for the Economics of Ageing. Discussion Paper, No. 95-05. Mannheim, Germany: Department of Economics, Universität Mannheim.
- Mahal, Ajay, and Peter Berman (2001). Health expenditures and the elderly: a survey of issues in forecasting, methods used, and relevance for developing countries. Center for Population and Development Studies, Harvard Burden of Disease Unit, Cambridge, Massachusetts. December. Unpublished.

- _____ (2006). Health expenditures on the elderly in India and their financing: future prospects. May. Unpublished.
- Mahoney, Melissa and others (2006). Spurring growth dynamics from services offshoring. Schwartz Center for Economic Policy and Analysis (SCEPA) policy note. February. New York: The New School. Available from <http://newschool.edu/cepa/publications/index.htm#Policy Notes> (accessed 24 April 2007).
- Maitland, Alison (2007). Make ready for the mother of all job changes. *Financial Times*, 2 April.
- Mankiw, N., D. Romer and D. Weil (1992). A contribution to the empirics of economic growth. *Quarterly Journal of Economics*, vol. 107, No. 2, pp. 407-437.
- Mann, Catherine L. (2003). Globalization of IT services and white collar jobs: the next wave of productivity growth. International Economics Policy Briefs, No. PB03-11. December. Washington, D.C.: Peter G. Peterson Institute for International Economics, December.
- Mathers, Colin D., and Dejan Loncar (2006). Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Medicine*, vol. 3, No. 11 (28 November). San Francisco, California: Public Library of Science.
- Mathers, C.D., and others (2004). Global patterns of healthy life expectancy in the year 2002. *BMC Public Health*, vol. 4, No. 66.
- Mathiason, John R. (2003). An international perspective on aging and the end of life. *Home Health Care Management and Practice*, vol. 15, No. 2 (February), pp. 100-104.
- McKay, Stephen, and Sue Middleton (1998). *Characteristics of Older Workers: Secondary Analysis of the Family and Working Lives Survey*. Research Brief RB 45. Suffolk, United Kingdom: Department for Education and Employment.
- Meyer, S., and H. Mollenkopf (2003). Home technology, smart homes, and the aging user. In *Aging Independently: Living Arrangements and Mobility*, K. W. Schaie and others, eds. New York: Springer.
- Miniaci, Raffaele, Chiara Monfardini and Guglielmo Weber (2003). Is there a retirement consumption puzzle in Italy? *IFS Working Paper*, No. 03/14. July. London: Institute for Fiscal Studies.
- Modigliani, Franco, and Richard Brumberg (1954). Utility analysis and the consumption function: an interpretation of the cross-section data. In *Post-Keynesian Economics*, Kenneth K. Kurihara, ed. New Brunswick, New Jersey: Rutgers University Press, pp. 388-436.
- Morgan, D.L., T.L. Schuster and E.W. Butler (1991). Role reversals in the exchange of social support. *Journal of Gerontology* (Washington, D.C.), vol. 46, No. 5, pp. 5278-5287.
- Mosisa, Abraham, and Steven Hipple (2006). Trends in labor force participation in the United States. *Monthly Labor Review*, vol. 129, No. 6 (October).
- Munnell, Alicia H. (2006). Policies to promote labour force participation of older people. Work Opportunities for Older Americans Series Working Paper, No. 2. CRR WP 2006-2. January. Chestnut Hill, Massachusetts: Center for Retirement Research at Boston College.
- National Commission for Enterprises in the Unorganised Sector (2006). Report on social security for unorganised workers presented to the Prime Minister. New Delhi: Government of India. Available from <http://nceus.gov.in/> (accessed 15 October 2006).
- Newhouse, Joseph P. (1992). Medical care cost: how much welfare loss? *Journal of Economic Perspectives*, vol. 6, No. 3 (summer), pp. 3-21.

- Nishimura, Kiyohiko G., and others (2002). Effects of information technology and aging work force on labor demand and technological progress in Japanese industries: 1980-1998. Discussion paper CIRJE-F-145. January. Tokyo: Faculty of Economics, University of Tokyo.
- Novelli, William D. (2005). From the CEO: nurturing communities. In Global report on aging (summer). Available from http://www.aarp.org/research/international/gra/gra_special_05/. Washington, D.C.: AARP.
- Ocampo, José Antonio (2005). A broader view of macroeconomic stability. DESA Working Paper, No. 1. Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat. October. Available from http://www.un.org/esa/desa/papers/2005/wpl_2005.pdf (accessed 14 May 2007).
- Office for an Ageing Australia (2004). Media resources: positive images gallery. Australian Government Department of Health and Ageing. Available from http://www.health.gov.au/internet/wcms/publishing.nsf/Content/ageing-foa-media_resources-gallery-index.htm (accessed 1 January 2007).
- Ofstedal, Mary Beth, and Josefina N. Natividad (2002). Patterns of health care utilization. In *The Well-Being of the Elderly in Asia: A Four-Country Comparative Study*, Albert I. Hermalin, ed. Ann Arbor, Michigan: University of Michigan Press.
- Ogawa, Naohiro, and others (2006). Population aging and health care spending in Japan: public- and private-sector responses. Mimeo. 12 December.
- Ogg, J. (1993). Researching elder abuse in Britain. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, vol. 5, No. 2, pp. 37-54.
- Oppong, Christine (2006). Familial roles and social transformations: older men and women in sub-Saharan Africa. *Research on Ageing*, vol. 28, No. 6 (November).
- Organization for Economic Cooperation and Development (2005). Pension Markets in Focus (Newsletter), issue 2 (December). Paris: Organization for Economic Cooperation and Development.
- _____ (2006a). *Live Longer, Work Longer*. Paris: Organization for Economic Cooperation and Development.
- _____ (2006b). Projecting OECD health and long-term care expenditures: what are the main drivers? Economics Department Working Paper No. 477. ECO/WKP(2006)5. Paris: Organization for Economic Cooperation and Development.
- _____ (2007). Social Expenditure Database (SOCX). Available from <http://www.oecd.org/els/social/expenditure>.
- Paes de Barros, Ricardo, Rosane Mendonça and Daniel Santos (1999). Incidência e natureza da pobreza entre idosos no Brasil. *IPEA Texto para Discussão*, No. 686 (Dezembro). Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Economica Aplicada.
- Palacios, Roberto, and Oleksiy Sluchnysky (2006). Social pensions part I: their role in the overall pension system. *World Bank Social Protection Discussion Paper*, No. 601. Washington, D.C.: World Bank.
- _____, and Montserrat Pallarès-Miralles (2000). International patterns of pension provision. *World Bank Social Protection Discussion Paper*, No. 9. Washington, D.C.: World Bank.

- Paveza, G.J., and others (1992). Severe family violence and Alzheimer's disease: prevalence and risk factors. *The Gerontologist*, vol. 32, No. 4, pp. 493-497.
- Pelaez, M. (2006). Well-being and health in Latin America and the Caribbean: policy priorities for the implementation of the International Plan of Action on Ageing. Unpublished paper.
- Peterson, Peter G. (2002). The challenge of global ageing. *Les Cahiers de la FIAPA: Action Research on Ageing*, No. 2 (December): *Grey Power?* vol. 1, *Political Power and Influence*, pp. 16-26.
- Phillips, L.R. (1983). Abuse and neglect of the frail elderly at home: an exploration of theoretical relationships. *Journal of Advanced Nursing*, vol. 8, No. 5 (September), pp. 379-392.
- Phua, Kai Hong and Yap Mui Teng (1998). Financing health care in old age: a case study of Singapore. In *Choices in Financing Health Care and Old Age Security: Proceedings of a Conference Sponsored by the Institute of Policy Studies, Singapore, and the World Bank, November 8, 1997*, Nicholas Prescott, ed. *World Bank Discussion Paper*, No. 392. Washington, D.C.: World Bank.
- Pillemer, K., and J.J. Suitor (1992). Violence and violent feelings: what causes them among family caregivers? *Journal of Gerontology*, vol. 47, No. 4 (July), pp. S165-S172.
- Podnieks, E. (1992). National survey on abuse of the elderly in Canada. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, vol. 4 (1/2), pp. 5-58.
- _____, G. Anetzberger, and P. B. Teaster (2006). International Network for the Prevention of Elder Abuse: preliminary findings from a worldwide environment scan. Paper presented at the Annual Scientific Meeting of the Gerontological Society of America, Dallas, Texas.
- Productivity Commission, Government of Australia (2005). *Economic Implications of an Ageing Australia*. Research Report. Canberra. 24 March.
- Prskawetz, A., T. Fent and R. Guest (2005). Workforce aging and labor productivity: the role of supply and demand for labor in the G7. 3 November.
- Purdie, Nola, and Gillian Boulton-Lewis (2003). The learning needs of older adults. *Educational Gerontology*, vol. 29, No. 2 (February), pp. 129-149.
- Qaio, X. (2005). Changes in the perceived health expectancy of the elderly in China, from 1992 to 2000. Paper presented at the seventeenth meeting of the International Network on Health Expectancy (REVES), Beijing, 18-20 May 2005.
- RAND (2005). Population implosion? low fertility and policy responses in the European Union. RAND Corporation research brief series. Cambridge, United Kingdom: RAND Europe.
- Rannan-Eliya, Ravi P. (2007). Population ageing and health expenditure: Sri Lanka 2001-2101. Institute for Health Policy, Colombo. Background paper prepared for *World Economic and Social Survey 2007*. February.
- _____, Claudia Blanco-Vidal and A. K. Nandakumar (1998). The distribution of health care resources in Egypt: implications for equity: an analysis using a national health accounts framework. Available from <http://www.hsph.harvard.edu/ihsg/publications/pdf/No-81.PDF> (accessed 3 November 2006).
- _____, and Ruki Wijesinghe (2006). Global review of projecting health expenditures for older persons in developing countries. Institute for Health Policy, Colombo. 25 August. Monograph prepared for WHO Kobe Centre, Kobe Japan.

- Reay, A.M., and K.D. Browne (2001). Risk factors for caregivers who physically abuse or neglect their elderly dependents. *Aging and Mental Health*, vol. 5, No. 1, pp. 56-62.
- Reis, M., and D. Nahmiash, (1998). Validation of the indicators of abuse (IOA) screen. *The Gerontologist*, vol. 38, No. 4 (August), pp. 471-480.
- Rofman, Rafael (2005). Social security coverage in Latin America. May. Washington, D.C.: World Bank, Social Protection Unit, Human Development Network.
- Romer, P. (1986). Increasing returns and long-run growth. *Journal of Political Economy*, vol. 94, No. 5, pp. 1002-1037.
- Romero, Dalia Elena, Iúri da Costa Leite and Célia Landmann Szwarcwald (2005). Healthy life expectancy in Brazil: applying the Sullivan method. *Cadernos de Saúde Pública* (Rio de Janeiro), vol. 21, Supplement 1, pp. S7-S18.
- Saad, Paulo M. (2001). Support transfers between elderly parents and adult children in two Brazilian settings (CD-ROM). Paper presented at the Twenty-fourth IUSSP General Population Conference, Salvador de Bahia, Brazil, 18-24 August 2001. Paris: International Union for the Scientific Study of Population.
- Samson, Michael (2006). Tackling poverty with social transfers to vulnerable groups: evidence from Africa. International Forum on the Eradication of Poverty: UNICEF session on "Children and poverty", New York City, 15 and 16 November 2006.
- Schaffnit-Chatterjee, Claire (2007). How will senior Germans spend their money? the interplay of demography, growth and changing preference. *Deutsche Bank Research*. 27 March. Frankfurt am Main, Germany: Deutsche Bank AG.
- Schieber, George, and Akiko Maeda (1999). Health care financing and delivery in developing countries. *Health Affairs*, vol. 18, No. 3 (May/June), pp. 193-205.
- Schwarz, Anita and Asli Demirgüç-Kunt (1999). Taking stock of pension reforms around the world. World Bank Social Protection Discussion Paper, No. 9917. Washington, D.C.: World Bank.
- Sengupta, Arjun (2007). A socially secure unorganized worker. Background paper prepared for *World Economic and Social Survey 2007*. January.
- Shah, Ajay (2005). A sustainable and scalable approach in Indian pension reform. Available from <http://www.mayin.org/ajayshah/pensions.html> (accessed 5 November 2006).
- Skirbekk, Vegard (2003). Age and individual productivity: a literature survey. MPIDR Working Paper WP 2003-028. August. Rostock, Germany: Max Planck Institute for Demographic Research.
- Smith, Sarah (2004). Can the retirement consumption puzzle be resolved? Evidence from UK panel data. *IFS Working Paper*, No. WP04/07. London: Institute for Fiscal Studies.
- Social Security Administration (2006). Income of the aged chartbook, 2004. SSA Publication No. 13-11727. Washington, D.C. September.
- Sperling, G. (2004). The effects of offshoring. *Progressive Politics*, vol. 3, No. 2. June. Available from <http://www.americanprogress.org/site/pp.asp?biprj8ovf&b=105690>.
- Sundstrom, G. (1994). Care by families: an overview of trends. In *Caring for Frail Elderly People*. Social Policy Studies, New Directions in Care, No. 14. Paris: Organization for Economic Cooperation and Development.
- Sweden, Ministry of Health and Social Affairs (2005). Policy for the elderly. Fact sheet No. 14 (May). Stockholm.

- Taeuber, Cynthia. M. (1992). Sixty-five plus in America. Current Population Reports, Special Studies, P23-178. Washington, D. C.: United States Bureau of the Census.
- Thompson, L.H. (2001). Operation of pension systems: public or private? In *Social Protection in Asia and the Pacific*, Isabel D. Ortiz, ed. Manila: Asian Development Bank.
- Thursz, Daniel, Charlotte Nusberg and Johnnie Prater (1995). *Empowering Older People: An International Approach*. Westport, Connecticut: Auburn House.
- Tornstam, L. (1989). Abuse of the elderly in Denmark and Sweden: results from a population study. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, vol. 1, No. 1, pp. 35-44.
- Turner, Adair (2003). The macro-economics of pensions. Lecture to the Actuarial Profession at Staple Inn Hall, London, on 2 September 2003.
- UNAIDS (2006). 2006 report on the global AIDS epidemic. Geneva: Joint United Nations programme on HIV/AIDS.
- _____, and World Health Organization (2006). *AIDS Epidemic Update: December 2006*. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS and World Health Organization.
- United Kingdom (1999). *With Respect to Old Age: Long Term Care – Rights and Responsibilities*. A Report by the Royal Commission on Long Term Care, Chairman Professor Sir Stewart Sutherland. Cm 4192-I. March. London: The Stationery Office.
- United Nations (1982). *Report of the World Assembly on Ageing, Vienna, 26 July to 6 August 1982*. Sales No. E.82.I.16, chap. VI, sect. A. Also available from <http://www.un.org/esa/socdev/ageing/ageing/ageipaa.htm>.
- _____. (1997a). *Older Persons in Countries with Economies in Transition: Designing a Policy Response. Guidelines for Practical Strategies*. Sales No. E.96.IV.12.
- _____. (1997b). *Report on the World Social Situation*. Sales No. E.97.IV.1 and corrigenda.
- _____. (1998). *World Population Monitoring 1997: International Migration and Development*. Sales No. E.98.XIII.4.
- _____. (1999). *World Population Prospects: The 1998 Revision*, vol. I, *Comprehensive Tables*, and vol. II, *Sex and Age*. Sales Nos. E.99.XIII.9 and E.99.XIII.8.
- _____. (2000). *The World's Women 2000: Trends and Statistics*. Social Statistics and Indicators, No. 16. Sales No. E.00.XVII.14.
- _____. (2001). *Replacement Migration: Is It a Solution to Declining and Ageing Populations?* Sales No. E.01.XIII.19.
- _____. (2002a). *Report of the Second World Assembly on Ageing, Madrid, 8-12 April 2002*. Sales No. E.02.IV.4, chap. I, resolution 1, annexes I and II.
- _____. (2002b). *World Population Ageing 1950-2050*. Sales No. E.02.XIII.3.
- _____. (2003). *Major Trends Affecting Families: A Background Document*. Sales No. E.06.IV.4.
- _____. (2004a). *World Population to 2300*. Sales No. E.04.XIII.11.
- _____. (2004b). *Population Bulletin of the United Nations: Policy Responses to Population Decline and Ageing*. Special Issue, Nos. 44/45 (2002). Sales No. E.02.XIII.4.
- _____. (2005a). *World Population Prospects: The 2004 Revision*, vol. I, *Comprehensive Tables*, and vol. II, *Sex and Age Distribution of the World Population*. Sales Nos. E.05.XIII.5 and E.05.XIII.6.

- _____ (2005b). *Living Arrangements of Older Persons Around the World*. Sales No. E.05.XIII.9.
- _____ (2005c). Background note for the International Technical Workshop on Indigenous Traditional Knowledge, Panama City, 21-23 September 2005, prepared by the secretariat of the Permanent Forum on Indigenous Issues, Division for Social Policy and Development, Department of Economic and Social Affairs. PFII/2005/WS/TK.
- _____ (2005d). *World Economic and Social Survey 2005: Financing for Development*. Sales No. E.05.II.C.1
- _____ (2006a). *World Economic and Social Survey 2006: Diverging Growth and Development*. Sales No. E.06.II.C.1
- _____ (2006b). *World Population Prospects: The 2004 Revision*, vol. III, *Analytical Report*. Sales No. E.05.XIII.7.
- United Nations Centre for Human Settlements (Habitat) (1999). *Living Conditions of Low-income Older Persons in Human Settlements*. HS/758/05E.
- United Nations Development Programme and United Nations Population Fund (2005). The great generation of Kazakhstan: insight into the future. National Human Development Report for 2005. Almaty.
- United Nations Population Fund (2006). Population ageing in Thailand: prognosis and policy response. October. Bangkok: UNFPA, Thailand.
- U.S. Census Bureau (1992). An aging world II. International Population Reports, P95/92-3. Washington, D.C.: United States Government Printing Office.
- _____ (2005). Current Population Survey 1968 to 2004. Table A.9: Reported voting rates in presidential election years, by selected characteristics: November 1964 to 2004. Available from <http://www.census.gov/population/socdemo/voting/tabA-9.xls> (accessed 19 March 2007). Internet release date 26 May 2005.
- _____ (2006). Current Population Reports, P60-231, *Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States: 2005*. Authors: Carmen DeNavas-Walt, Bernadette D. Proctor and Cheryl Hill Lee. August. Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office.
- van der Gaag, Jacques, and Alexander Preker (1998). Health care for aging populations: issues and options. In *Choices in Financing Health Care and Old Age Security: Proceedings of a Conference Sponsored by the Institute of Policy Studies, Singapore, and the World Bank, November 8, 1997*, Nicholas Prescott, ed. *World Bank Discussion Paper*, No. 392. Washington, D.C.: World Bank.
- Van Nieuwerburgh, Stijn, and Laura Veldkamp (2006). Inside information and the own company stock puzzle. *Journal of the European Economic Association*, vol. 4, Nos. 2-3 (April-May), pp. 623-633.
- Victor, C.R. (1994). *Old Age in Modern Society: A Textbook of Social Gerontology*. London: Chapman & Hall.
- Vittas, D. (1995). Pension funds and capital markets. Mimeo. Washington, D.C.: World Bank.
- Vladeck, Fredda (2004). *A Good Place to Grow Old: New York's Model for NORC Supportive Service Programs*. New York: United Hospital Fund.

- Vos, Theo, and others (2007). Projection of health care expenditure by disease: a case study from Australia. Background paper prepared for *World Economic and Social Survey 2007*. January.
- Weil, David N. (1994). The saving of the elderly in micro and macro data. *Quarterly Journal of Economics*, vol. 109, No. 1 (February), pp. 55-81.
- Weisbrod, Burton A. (1991). The health care quadrilemma: an essay on technological change, insurance, quality of care, and cost containment. *Journal of Economic Literature*, vol. 29, No. 2 (June), pp. 523-552.
- Whitehouse, Edward (2000). How poor are the old? a survey of evidence from 44 countries. World Bank Social Protection Discussion Paper Series, No. 0017. June. Washington, D.C.: Social Protection Unit, Human Development Network, World Bank.
- Willmore, Larry, (2006). Universal pensions for developing countries. May. Laxenburg, Austria: International Institute for Applied Systems Analysis. Available from <http://www.geocities.com/larrywillmore/UniversalWD.pdf> (accessed 15 January 2007).
- Wolf, Rosalie S., Michael A. Godkin, and Karl A. Pillemer (1984). Elder abuse and neglect: final report from three model projects. Worcester, Massachusetts: University of Massachusetts Medical Center, University Center on Aging.
- World Bank (1994). *Averting the Old Age Crisis: Policies to Protect the Old and Promote Growth*. New York: Oxford University Press.
- _____ (2005). *2005 World Development Indicators*. Washington, D.C.: World Bank.
- _____ (2006a). *2006 World Development Indicators*. Washington, D.C.: World Bank.
- _____ (2006b). *Health Financing Revisited: A Practitioner's Guide*. Authored by Pablo Gottret and George Schieber. Washington, D.C.: World Bank.
- World Health Organization (2000). Long-term care laws in five developed countries: a review. WHO/NMH/CCL/00.2. September.
- _____ (2002a). *World Report on Violence and Health*, Etienne G. Krug and others. Geneva: World Health Organization.
- _____ (2002b). Current and future long-term care needs: an analysis based on the 1990 WHO study the Global Burden of Disease and the International Classification of Functioning, Disability and Health. WHO/NMH/CCL/02.2.
- _____ (2002c). *Long-Term Care in Developing Countries: Ten Case-Studies*, Jenny Brodsky, Jack Habib and Miriam Hirschfeld, eds. The World Health Organization Collection on Long-Term Care. Geneva: World Health Organization.
- _____ (2002d). *Community Home-based Care in Resource-Limited Settings: A Framework for Action*. Collaboration of the Cross Cluster Initiative on Home-Based Long-Term Care, Non-Communicable Diseases and Mental Health; and the Department of HIV/AIDS, Family and Community Health. Geneva: World Health Organization.
- _____ (2002e). Active ageing: a policy framework. WHO/NMH/NPH/02.8.
- _____ (2005). *Preventing Chronic Disease: A Vital Investment*. Geneva: World Health Organization.
- _____ (2006a). *World Health Report 2006: Working Together for Health*. Geneva: World Health Organization.

- _____ (2006b). Projections of mortality and burden of disease to 2030 (data file). Available from http://www.who.int/entity/healthinfo/statistics/bod_deathbyincome.xls (accessed 5 January 2007).
- Zaidi, Asghar (2006). Pension policy in EU25 and its possible impact on elderly poverty. European Centre for Social Welfare Policy and Research Policy Brief. September. Vienna.
- Zimmer, Zachary, and Julia Dayton (2003). The living arrangements of older adults in sub-Saharan Africa in a time of HIV/AIDS. Policy Research Division Working Paper, No. 169. New York: Population Council.