

سلسلة أوراق السياسات

26

نحو سياسة حماية اجتماعية متكاملة لكبار السن رعاية وتمكين واستثمار

أ. د. هويدا عدلي رومان



رقم الإيداع: 2025/8293
ISBN: 978-977-8848-15-1

رئيس المعهد
أ.د. أشرف العربي

نائب رئيس المعهد
لشئون البحوث والدراسات العليا
أ.د. خالد عطية

الآراء الواردة في هذه الورقة تعبر عن رأي
المؤلف ولا تعبر بالضرورة عن رأي المعهد.

سلسلة أوراق السياسات
نحو سياسة حماية اجتماعية متكاملة
لكبار السن
رعاية وتمكين واستثمار

تأليف أ.د. هويدا عدلي رومان

معهد التخطيط القومي-تقاطع ش صلاح
سالم مع ش الطيران – مدينة نصر-القاهرة

حقوق الطبع والنشر محفوظة لمعهد التخطيط
القومي، يحظر إعادة النشر أو النسخ أو الاقتباس
بأي صورة إلا بإذن كتابي من معهد التخطيط
القومي أو بالإشارة إلى المصدر.



عن المؤلف

أ.د. هويدا عدلي رومان

أستاذ العلوم السياسية بالمركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية وأستاذ زائر بمعهد التخطيط القومي. لها عدد من الدراسات في مجال سياسات الحماية الاجتماعية والفقير والتنمية والمجتمع المدني. ترأست شعبة بحوث التنمية الاجتماعية بالمركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية. قامت بكثير من المهام الاستشارية لدى عدد من المنظمات الدولية مثل البرنامج الإنمائي للأمم المتحدة ومنظمة العمل الدولية وغيرها من المنظمات. لها عدد من الدراسات المنشورة في دوريات علمية محكمة بالعربية والانجليزية.

الملخص

في إطار التفكير الاستباقي ومع دخول مصر في طور الشيخوخة بحلول عام 2030 حيث ستصل نسبة المسنين من 65 سنة فيما فوق إلى 7.3٪، تسعى هذه الورقة إلى طرح رؤية من أجل تطوير سياسات الحماية الاجتماعية الموجهة للمسنين من خلال العمل بتناغم على ثلاثة محاور: الرعاية – التمكين – الاستثمار. فليس من الضروري أن يكون المسنين عبء طوال الوقت، بل من الممكن أن يكونوا رصيذا مهنيا وفنيا لكثير من المجتمعات، وكذلك من الممكن أن يؤدي التوسع في أنشطة الرعاية الخاصة بهم إلى خلق اقتصاد يوفر فرص عمل. فتكلفة الحماية الاجتماعية للمسنين أقل في حالة وجود رؤية للاستثمار الصحي فيهم مما يجعلهم أصحاب، ومن ثم قادرين على المشاركة في قوة العمل والعمل التطوعي، وكذلك مساهمين في دفع الضرائب والتأمينات الاجتماعية بما يحولهم إلى قيمة مضافة.

تتلخص أبعاد المشكلة في مصر في الارتفاع التدريجي في أعداد المسنين والتي تحدث في إطار ضعف تغطية الحماية الاجتماعية لفئات واسعة منهم خاصة من يعملون أو كانوا يعملون في القطاع غير الرسمي وارتفاع نسبة الأمية فيما بينهم وبالأخص النساء، وكذلك توقع ارتفاع معدلات الاعالة الكبرى، وأخيرا محدودية الخدمات الحكومية المقدمة لهم دون وجود رؤية شمولية للحماية الاجتماعية للمسنين. وبالفعل، يوجد أطر دستورية وقانونية تضع أساسا قويا لتطوير هذه السياسة الحماية بما يتوافق مع هذه الأطر، وكذلك المرجعيات الدولية ذات الصلة. عني دستور 2014 بالمسنين حيث أفرد أكثر من مادة لحمايتهم، كما صدر قانون رعاية حقوق المسنين رقم 19 لسنة 2024. وبناء على ذلك توصي الورقة بالتالي:

- تطوير نظم الرعاية الصحية الأولية بما يكفل تقديم رعاية صحية ملائمة، تضمن الشيخوخة النشطة للمسنين، وكذلك من هم على أعتاب هذه المرحلة.
- إصدار لائحة تنفيذية لقانون رعاية المسنين، تستلهم مبادئ خطة مدريد خاصة التي تتعلق بالتمكين والاستثمار، والذي لم يكن القانون على درجة كافية من الوضوح بشأنها.
- حسم قضية الإطار المؤسسي لرعاية المسنين بفض التشابكات بين اللجنة العليا لرعاية المسنين المشكلة بقرار وزاري وصندوق رعاية المسنين الذي تم النص عليه في قانون رعاية المسنين، مع قيام اللائحة التنفيذية للقانون بتفصيل اختصاصات الصندوق وصلاحياته وتحديد الفئات المستهدفة ونوعية الخدمات المقدمة لها.
- إجراء مسح دوري عن ظروف المسنين، وكذلك الفئات التي تقترب من سن الشيخوخة مع مراعاة تقاطعات الهشاشة بين السن والنوع والحالة الحركية وكذلك المستوي الاقتصادي والاجتماعي. كما يجب ان تغطي هذه المسوح الخدمات المقدمة للمسنين من حيث الاتاحة والجودة والقدرة على الوصول لها.
- ضرورة اتخاذ الإجراءات اللازمة لتأسيس فرع مستقل لطب الشيخوخة كنخصص قائم بذاته.
- بناء رؤية متكاملة للرعاية طويلة الأمد التي تتكيف مع احتياجات المسن عبر مراحل شيخوخته.
- ضرورة اعتماد توجهات وإجراءات لضمان مشاركة المجتمع المدني، وتحديد الجمعيات الأهلية في تقديم الرعاية للمسنين عبر بناء شراكات مؤسسية بينها وبين المؤسسات الحكومية المعنية بالملف.
- تشجيع القطاع الخاص على الاستثمار في مجال صحة كبار السن من خلال اعتماد مجموعة من الحوافز الإدارية والضريبية المشجعة على ذلك.
- ضرورة التفكير في حوافز جذابة لتحويل القطاع غير الرسمي إلى قطاع رسمي مع مراعاة الظروف المتغيرة والمتنوعة لهذا القطاع مما يتطلب حزم تأمينية متنوعة تتناسب واحتياجات كل الفئات، وهذا نوع من أنواع السياسات الوقائية التي تهدف إلى الحد من تزايد أعداد المسنين الذين يعملون في القطاع غير الرسمي والذين لا يتمتعون بأي نوع من الحماية الاجتماعية.
- زيادة المنافع المقدمة للمسنين سواء المعاشات التأمينية أو الضمانية، فالحكم على نجاعة منظومات الحماية الاجتماعية هو قدرتها على منع الفقر من خلال زيادتها بما يتوافق مع معدلات التضخم من جانب والاقتراب من قيمة الدخل قبل التقاعد خاصة بالنسبة للمعاشات التأمينية. كما إنه من الممكن التفكير في صناديق معاشات تكميلية لمن هم مازالوا في سن العمل.
- تطوير رؤية لكيفية الاستثمار في كبار السن خاصة الأصحاء والأكثر تعليما من خلال رفع سن التقاعد مما يتطلب ادخال تعديلات على القوانين المنظمة للعمل، مع تبني ترتيبات عمل مرنة لكبار السن مثل ساعات العمل محدودة وكذلك العمل عن بعد وغيرها من ترتيبات بيئة العمل الملائمة، وكذلك تبني سياسات تمويلية مشجعة على العمل الحر والذاتي من خلال إقامة أنشطة مدرة للدخل.

الفهرس

م	الموضوع	الصفحة
1	مقدمة	5
2	الإطار الدولي لحقوق المسنين- رؤية متكاملة:	6
3	واقع كبار السن في مصر: البيانات وأسباب زيادة الأعداد والخدمات المتاحة	7
4	حقوق كبار السن بين الأطر الدستورية والقانونية والمؤسسية والاستراتيجيات الوطنية:	10
5	التداعيات والتحديات الاجتماعية والاقتصادية المترتبة على دخول مصر في طور الشيخوخة	11
6	نحو رؤية تكاملية لسياسة حماية اجتماعية لكبار السن:	13
7	خاتمة	16
8	المراجع	17

مقدمة

تعرض مفهوم الحماية الاجتماعية إلى تغييرات جذرية في العقدين الماضيين من مجرد القيام بمهمة الإغاثة إلى إحداث تغيير في حياة البشر **transformative social protection**، من خلال الاستثمار في إمكاناتهم بغية إخراجهم إما من الفقر أو تعزيز قدراتهم على مواجهة الصدمات. وكما كان لبناء رأس المال البشري أهمية كبيرة في هذا الصدد بالنسبة للأطفال، كان الوضع مشابهاً لكبار السن، فليس بالضرورة أن يكون كبار السن عبء، ولكن من الممكن أن يكونوا رصيد بشري هام له إسهامه التنموي عبر سياسة حماية اجتماعية متكاملة، تجمع بين الرعاية والتمكين والاستثمار. وهذا هو نفس الاقتراب التي يتبناها الخطاب الدولي الخاص بكبار السن.

يوجد عدة أنماط من التدخلات الحمائية التي يجب ضمان تطبيقها بشكل مدروس من أجل الوصول للدور التحويلي للحماية الاجتماعية: التدخلات الحمائية **protective** والتدخلات الوقائية **preventive** والتدخلات التعزيزية **promotive** وصولاً إلى التدخلات التحويلية **transformative**. تسعى التدخلات الحمائية إلى التقليل من الحرمان، وهي في غالبها شبكات أمان اجتماعي مثل المساعدات الاجتماعية الموجهة للفقراء غير القادرين على العمل، في حين تدور التدخلات الوقائية على الوقاية من الحرمان من خلال التخفيف من آثار الفقر، ومن أهم التدخلات في هذا الصدد شمول الفئات الهشة من النشيطين اقتصادياً بمظلة التأمينات الاجتماعية وما يترتب على ذلك من معاشات تقاعدية وتأمين صحي وإعانات بطالة. تركز تدخلات الحماية التعزيزية على تعزيز الدخل والقدرات والذي يتحقق من خلال مدي واسع من برامج دعم الأوضاع المعيشية، والتي تستهدف الفرد والأسرة والمجتمع المحلي. وأخيراً، الحماية الاجتماعية التحويلية والتي تخاطب قضايا الانصاف الاجتماعي والاستبعاد، فهي تدخلات تشريعية ومؤسسية وتنموية هادفة للتعامل مع أسباب الفقر والهشاشة الهيكلية. بلا شك، هناك جوانب متداخلة بين الأنماط المختلفة للحماية الاجتماعية مما يستدعي التنسيق وفقاً لاحتياجات البشر وتوصيف أوضاعهم المعيشية. (Devereux & Wheeler 2004)

هناك عدة أسباب للاهتمام بكبار السن على مستوى العالم والمنطقة العربية على السواء: أولها ارتفاع العمر المتوقع عند الولادة نتيجة تحسن الرعاية الصحية والذي أدى إلى زيادة في أعداد المسنين على مستوى العالم والمنطقة العربية بشكل كبير في السنوات السابقة، فعلى مستوى العالم، وصل من يبلغ عمرهم 65 عاماً فيما فوق إلى 761 مليون في 2021، ومن المتوقع أن يصل العدد إلى 1.6 مليار في 2050. وفقاً لتقرير الأمم المتحدة للتوقعات السكانية، بلغت نسبة المسنين 65 عاماً فأكثر 9.7% من إجمالي سكان العالم في 2022، ومن المتوقع أن ترتفع إلى 11.7% في 2030 و16.4% في 2050. كما سينمو عدد المسنين 80 عاماً فيما فوق بشكل أسرع. تعد مناطق شمال أفريقيا وغرب آسيا وأفريقيا جنوب الصحراء من المناطق التي ستشهد نمو أسرع في أعداد المسنين في العقود الثلاثة القادمة (UNDESA, 2022). أما فيما يتعلق بالمنطقة العربية، فقد بلغ عدد كبار السن 65 عاماً فيما فوق 21 مليون في 2020، ومن المتوقع أن يصل عددهم إلى 71 مليوناً في 2050 مما يرفع نسبتهم إلى إجمالي السكان من 5% في 2022 إلى 11% في عام 2050. (الاسكوا، 2022). وجدير بالذكر أنه يتم اعتبار دخول مجتمع معين مرحلة الشيخوخة عندما تتجاوز نسبة كبار السن 14% من مجموع السكان، ويعتبر سكان بلد ما في طور الشيخوخة عندما تتراوح نسبة كبار السن بين 7 و14 في المائة من مجموع السكان (الاسكوا، 2023).

وثاني الأسباب الدافعة للاهتمام بكبار السن هو ضعف التغطية بالحماية الاجتماعية، فلا تقتصر إشكاليات التعمير في المنطقة العربية على مجرد ارتفاع أعداد المسنين حالياً ومستقبلاً فحسب، ولكنها تمتد لتشمل إشكاليات أخرى ذات صلة بالحماية الاجتماعية، تعد المنطقة العربية الأدنى في الترتيب العالمي في التغطية بالحماية الاجتماعية، حيث تبلغ نسبة التغطية 24% مقابل معدل عالمي يصل إلى 77.5%، في حين تبلغ معدلات التغطية في أوروبا وآسيا الوسطى 96.7% وفي القارتين الأمريكيتين 88.1%، وفي آسيا والمحيط الهادي 73.5% وفي أفريقيا 27.1% وذلك في 2020. (ILO, 2021) وبالطبع يتضاعف العبء عندما تتقاطع مع فئة كبار السن مجموعات سكانية هشة مثل النساء والمعاقين واللاجئين. وفقاً لتقرير الحماية الاجتماعية العالمي 2024، حدث تحسن

محدود في التغطية بالحماية الاجتماعية على مستوى العالم حيث وصل إلى 79.6٪، كما شهدت كل المناطق تحسناً بنفس المعدل. وبالنسبة للمنطقة العربية ارتفعت نسبة التغطية من 24٪ في عام 2020 إلى 27.8٪ في عام 2023. (منظمة العمل الدولية، 2024). ومع ذلك، فما زالت منخفضة حيث إنها تجاوزت ربع كبار السن بالكاد.

وأخيراً، ظروف الهشاشة التي تحيط بكبار السن بسبب ارتفاع معدلات الإصابة بالأمراض المزمنة والعجز، ومن ثم الحاجة إلى رعاية طويلة الأمد، وكذلك التوقف عن العمل مما يرجح من السقوط في فخاخ الفقر لمن لا يتمتع منهم بحماية اجتماعية.

بالطبع، لا يعود الاهتمام بقضية الحماية الاجتماعية للمسنين إلى ما سبق فحسب، ولكن يعود وبشكل أساسي إلى ضرورة التفكير الاستباقي في كيفية رسم سياسة حماية اجتماعية تحويلية، تجمع بين الرعاية والتمكين والاستثمار مما يقلل من أعباء الرعاية ويعظم من فوائد التمكين والاستثمار من خلال السعي لاستلهم مفهوم الشيخوخة الصحية والنشطة، وكيف ينعكس ذلك في سياسة الحماية الاجتماعية. وهذا هو الهدف الأساسي من ورقة السياسات الراهنة. تتبنى الورقة سن الشيخوخة 65 عاماً فأكثر وفقاً لما تم النص عليه في قانون رعاية حقوق المسنين 19 لسنة 2024، وهو نفس التوجه الذي يسود عالمياً.

تنقسم الورقة إلى عدة أقسام:

1. الإطار الدولي لحقوق المسنين – رؤية متكاملة:
2. واقع كبار السن في مصر: البيانات وأسباب زيادة الأعداد والخدمات المتاحة.
3. حقوق كبار السن بين الأطر الدستورية والقانونية والمؤسسية والاستراتيجيات الوطنية:
4. التحديات الاجتماعية والاقتصادية المترتبة على دخول مصر في طور الشيخوخة
5. نحو رؤية تكاملية لسياسة حماية اجتماعية لكبار السن
6. الخاتمة

1. الإطار الدولي لحقوق المسنين- رؤية متكاملة:

1.1. خطة عمل مدريد الدولية للشيخوخة

تعتبر قضايا المسنين هما عالمياً وإقليمياً ووطنياً، وقد انعكس ذلك في المواثيق الدولية المعنية بكبار السن بشكل واضح. فلم تعد التوجهات العالمية تجاه قضايا الشيخوخة تقتصر على المنظور الرعائي، ولكنها اتسعت لتشمل التمكين والاستثمار، فليس من الضروري أن يكون المسنين عبء طوال الوقت، بل من الممكن أن يكونوا رصيذاً مهنيًا وفنياً لكثير من المجتمعات، وكذلك من الممكن أن يؤدي التوسع في أنشطة الرعاية الخاصة بهم إلى خلق اقتصاد يوفر فرص عمل للكثيرين من الباحثين عن عمل. تعد خطة عمل مدريد الدولية للشيخوخة الإطار الدولي الأكثر شمولاً وتخصصاً فيما يتعلق بقضايا كبار السن. وقد تم اعتماد خطة العمل وإعلانها في الجمعية العالمية الثانية للشيخوخة في أبريل 2002 بحضور 162 بلداً، منها 19 بلداً عربياً، وهو ما شكل اعترافاً من قبل المجتمع الدولي بالتحديات التي تواجه كبار السن في عالم يشهد شيخوخة متسارعة. وقد مثلت خطة العمل نقطة تحول في معالجة قضايا كبار السن من خلال اتباع نهج قائم على الحقوق، يعتبر كبار السن مساهمين نشيطين في التنمية وذوي قدرات وخبرات قيمة يجدر الاستفادة منها، وليسوا مجرد متلقين للخدمات الاجتماعية وخدمات الرعاية. تهدف خطة عمل مدريد إلى بناء مجتمع لجميع الأعمار يضمن قدرة "الأشخاص في كل مكان على التقدم في السن في كنف الأمن والكرامة. تتمحور الخطة حول ثلاثة توجهات أساسية وهي:

1. كبار السن والتنمية بما في ذلك قضايا المشاركة النشطة في المجتمع والعمل وتأمين الدخل والحماية الاجتماعية والوصول للتعليم والتدريب والهجرة والتضامن بين الأجيال وحالات الطوارئ.
2. توفير الخدمات الصحية والرفاه في سن الشيخوخة بما في ذلك قضايا تعزيز الصحة وتوفير الخدمات الصحية للجميع، وعلى قدم المساواة.

3. كفالة تهيئة بيئة تمكينية وداعمة بما في ذلك قضايا السكن والبيئة المعيشية والشيخوخة في المكان ودعم مقدمي الرعاية والحماية من سوء المعاملة والعنف والصور الإيجابية للشيخوخة (الاسكوا، حوار البرلمانات العربية حول المراجعة الرابعة لخطة مدريد الدولية للشيخوخة، 2022).

2-1 عقد الأمم المتحدة للتعمر الصحي

تم اعتبار 2021-2030 عقد الأمم المتحدة للتعمر الصحي UN Decade of Health ageing 2021-2030، وقد استلهم العقد خطة عمل مدريد الدولية للشيخوخة بغية ملء الفجوات في الصحة والرفاهة وذلك بتقوية وتعزيز الاقتربات متعددة القطاعات للشيخوخة النشطة. كما أن العقد تواكب مع فلسفة أهداف التنمية المستدامة حيث يلتزم أيضا بمبدأ " لا يجب أن يتخلف أحد عن الركب". يسعى العقد إلى تحويل قضايا الشيخوخة من تحدي إلى فرصة في إطار تنامي القلق العالمي حول كيفية مواكبة الزيادات المتوقعة في تكاليف الرعاية الصحية والرعاية طويلة الأمد والآثار الاقتصادية المترتبة على ذلك خاصة على الفئات الأصغر سنا. وقد تم التأكيد في وثيقة العقد أنه من الممكن أن تكون التكلفة أقل في حالة وجود رؤية للاستثمار الصحي في كبار السن مما يجعلهم أصحاء، ومن ثم قادرين على تقديم كثير من المنافع الاجتماعية والاقتصادية من خلال المشاركة في قوة العمل والعمل التطوعي، وكذلك مساهمين في دفع الضرائب والتأمينات الاجتماعية بما يحولهم إلى قيمة مضافة. لم تختلف فلسفة العقد عن خطة مدريد للشيخوخة والتي أكدت على ضرورة اعتماد سياسات مرنة بما يخص التقاعد تتيح لكبار السن الاستمرار بنشاطهم الاقتصادي بما يضمن لهم دخلا ثابتا ويسمح لأصحاب العمل بالاستفادة من خبراتهم ومهاراتهم، وقد يتطلب ذلك إدخال بعض التعديلات على بيئة العمل للمساعدة على اندماج الموظفين من كبار السن. (UN Decade of Healthy Action 2021-2030)

الحقيقة أن الكلمة المفتاحية في فلسفة الإطار الدولي الحاكم لقضايا كبار السن هي الشيخوخة النشطة active ageing. تعرف الشيخوخة النشطة بأنها عملية تعظيم فرص الصحة والمشاركة والأمان من أجل تحسين جودة حياة كبار السن. يتيح مفهوم الشيخوخة النشطة لكبار السن أن يستخدموا كافة إمكاناتهم من أجل حياة فيزيقية واجتماعية وعقلية جيدة طوال حياتهم وأن يشاركوا في المجتمع وفقا لاحتياجاتهم ورغباتهم وقدراتهم، مع تقديم المساعدة والدعم والرعاية والحماية لمن يحتاج إلى ذلك منهم. (WHO,2024)

2. واقع كبار السن في مصر: البيانات وأسباب زيادة الأعداد والخدمات المتاحة

1-2 البيانات وأسباب زيادة أعداد المسنين

وفقا لتقرير مصر في أرقام الصادر عن الجهاز المركزي للتعبئة العامة والاحصاء مارس 2024، يبلغ عدد المسنين في 1 يناير 2024- من 60 عاما فيما أعلى 9.339.304 مسن، بنسبة 8.8% من السكان، موزعين على أربع فئات عمرية كما هو موضح بالجدول التالي:

جدول رقم (1)

النسبة	العدد	الفئة العمرية
3.1%	3.323.209	64-60
2.5%	2.627.319	69-65
1.7%	1.800.761	74-70
1.5%	1.588.015	+75
8.8%	9.339.304	المجموع

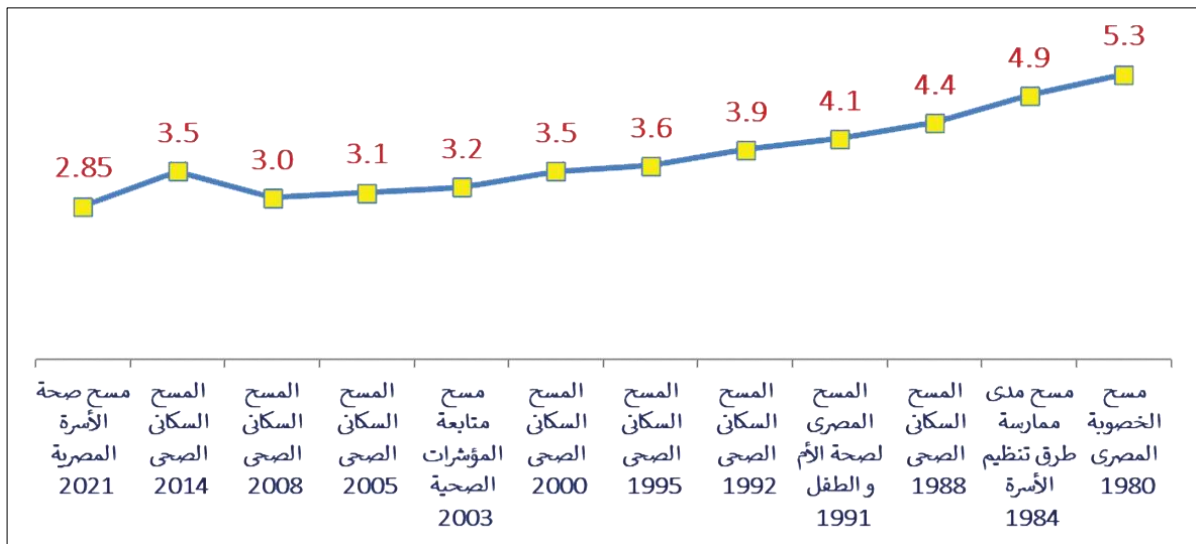
المصدر: مستخرج من بيانات الجهاز المركزي للتعبئة العامة والاحصاء، تقرير مصر في أرقام، مارس 2024.

يوضح الجدول اقتراب نسب المسنين 65 فأكثر، وكذلك من هم على حواف الوصول للسن 60 عاما فأكثر من النسب المحددة للدخول في طور الشيخوخة، فنسبة المسنين 60 عاما فيما فوق وصلت إلى 8.8% في حين تصل نسبة المسنين من 65 فيما أعلى إلى 5.7%. وتعد هذه الزيادة جزء من عملية تغير ديمغرافي ممتدة. فمن المتوقع أن تصل نسبة المسنين 60 سنة فأكثر بحلول 2030 إلى 10.6%، ونسبة من هم 65 سنة فأكثر إلى 7.3% (الاستراتيجية الوطنية للسكان والتنمية، 2023) مما يؤثر على دخول مصر في مرحلة طور الشيخوخة بالفعل.

2-2 أسباب تزايد أعداد المسنين

يوجد ثلاثة أسباب رئيسة وراء ارتفاع أعداد المسنين في المجتمع المصري كالتالي:

a. تراجع معدلات الإنجاب: فقد شهدت مصر انخفاضا ملحوظا في معدلات المواليد خلال السنوات السابقة من 30.3 مولود حي لكل 1000 من السكان عام 2013 إلى 21.1 سنة 2022. كما حدث انخفاض في معدل الخصوبة الكلي (معدل الانجاب الكلي أي عدد الأطفال لكل سيدة في عمر الإنجاب بين 15 و 49 سنة) حيث وصل المعدل إلى 2.85 طفل لكل سيدة مقابل 3.5 طفل لكل سيدة في 2014. (وزارة الصحة والسكان، 2023).



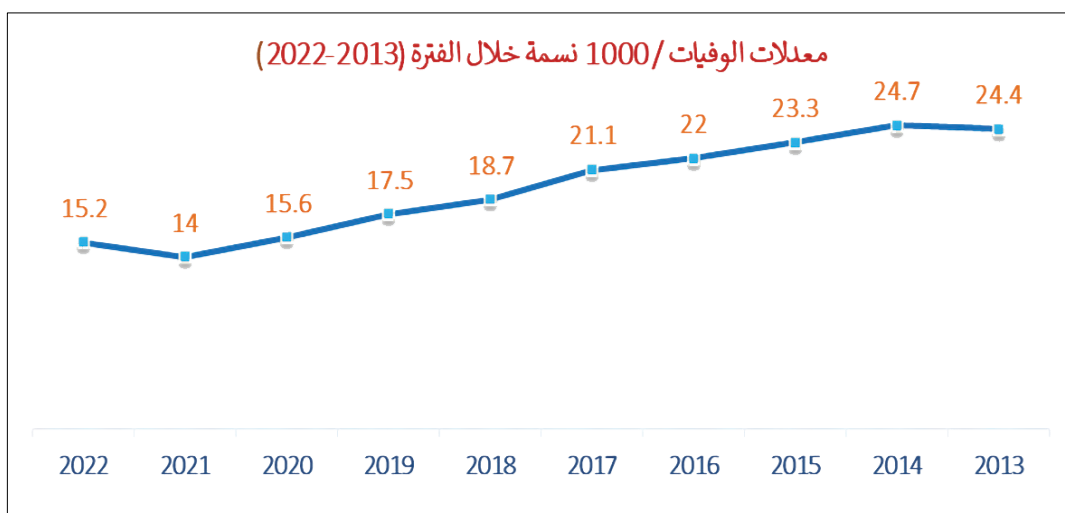
المصدر: الاستراتيجية الوطنية للسكان والتنمية، 2023، ص 20.

شكل رقم (1)

معدلات الإنجاب / 1000 نسمة خلال الفترة (2013 - 2022).

b. ارتفاع متوسط العمر المتوقع عند الميلاد من 52.7 سنة للذكور و 57.7 سنة للإناث في 1976 إلى 69.1 سنة للذكور و 74.1% للإناث في 2024 (الجهاز المركزي للتعبئة العامة والاحصاء، 2024). وجدير بالذكر، الفارق بين العمر المتوقع بين الذكور والإناث - في ضوء انخفاض نسبة مشاركة النساء في قوة العمل والانخراط في العمل غير مدفوع الأجر - يؤثر إلى توقع تزايد أعداد النساء المسنات اللواتي لا يتمتعن بأي نوع من الحماية الاجتماعية مستقبلا.

c. انخفاض معدل الوفيات تدريجيا خلال الفترة من 2014-2021 من 24.7 حالة وفاة لكل 1000 من السكان إلى 14 حالة وفاة في 2021 ثم ارتفعت إلى 15.2 حالة وفاة لكل 1000 من السكان 2022. (وزارة الصحة، 2023).



المصدر: وزارة الصحة، الاستراتيجية الوطنية للسكان والتنمية، ص 24.

شكل رقم (2)

معدلات الوفيات / 1000 نسمة خلال الفترة (2022 - 2013).

3-2 الخدمات الراهنة:

- تعد وزارة التضامن الاجتماعي الكيان المؤسسي المسئول عن رعاية المسنين في مصر. تقدم الوزارة عدد من الخدمات وفقا لتقرير صادر عنها (Ministry of Social Solidarity 2023) كالتالي:
- يوجد 168 دور رعاية مسنين معد ومجهز لاستقبال المسنين، موزعين على 22 محافظة، يستضيفوا 3000 نزيل.
- يوجد 191 نادي مسنين، وهي أندية نهائية تقدم خدمات اجتماعية وثقافية وصحية للمسنين، وتخدم سنويا 37000 مسن.
- يوجد 52 مركز علاج طبيعي، ملحق بدور رعاية المسنين وأندية المسنين، يقدم خدمات العلاج الطبيعي بأجر رمزي.
- مكاتب خدمة المسنين، وهي توجد في دور رعاية المسنين وأندية المسنين وتقدم وجبات جاهزة للأعضاء وتساعدهم في إنهاء أوراق رسمية، وتقوم أيضا بإحالتهم لخدمات صحية معينة. يوجد 30 مكتب.
- بيوت كبار بلا مأوي وهي مخصصة لكبار السن المشردين وتوفر لهم المأوي والمأك والملبس. وقد تلقي ما يقرب من 5000 مشرد عناية في سنة 2023.
- يوجد اهتمام مضاعف بالمسنين من ذوي الاعاقات من خلال كارت الخدمات المتكاملة ومن خلال السماح لهم بالجمع بين معاشين دون حدود.
- الاعفاء الكلي من رسوم المواصلات لمن هم فوق 70 عاما والاعفاء بنسبة 50% لمن هم فوق 65 عاما.
- استهداف برنامج كرامة – وهو برنامج للتحويلات النقدية غير المشروطة – المسنين 65 عاما فأكثر والذين لا يتمتعون بمعاش تقاعدي، ويبلغ عدد المستفيدين 400 ألف مسن.
- مشروع رفيق المسن وهو مشروع بدأ عام 2019 بغرض الحفاظ على التماسك الاجتماعي ووحدة الأسرة بتقديم رعاية منزلية لكبار السن كديل للرعاية المؤسسية من خلال تأهيل وتدريب كوادر كرفيق للمسن. تمت المرحلة التجريبية التي تم تنفيذها في أربع محافظات القاهرة والجيزة والإسكندرية والقليوبية. وقد تم تدريب 51 رفيق مسن، 50% منهم يعمل.
- على الرغم من تنوع الخدمات، إلا إنها تتسم بالمحدودية مقارنة بعدد المسنين، كما أن المستفيدين منها عدد محدود للغاية.

3. حقوق كبار السن بين الأطر الدستورية والقانونية والمؤسسية والاستراتيجيات الوطنية:

1-3 حقوق المسنين في الدستور

خصص دستور 2014 المعدل 2019 مادة 83 للمسنين حيث تم النص على " تلتزم الدولة بضمان حقوق المسنين صحياً، واقتصادياً، واجتماعياً، وثقافياً، وترفيهياً وتوفير معاش مناسب يكفل لهم حياة كريمة، وتمكينهم من المشاركة في الحياة العامة. وتراعي الدولة في تخطيطها للمرافق العامة احتياجات المسنين، كما تشجع منظمات المجتمع المدني على المشاركة في رعاية المسنين. وذلك كله على النحو الذي ينظمه القانون". كما أن المادة 17 نصت على أن " لكل مواطن لا يتمتع بنظام التأمين الاجتماعي الحق في الضمان الاجتماعي، بما يضمن له حياة كريمة، إذا لم يكن قادراً على إعالة نفسه وأسرته، وفي حالات العجز عن العمل والشيخوخة والبطالة. وتعمل الدولة على توفير معاش مناسب لصغار الفلاحين، والعمال الزراعيين والصيادين، والعمالة غير المنتظمة، وفقاً للقانون". (دستور 2014).

2-3 الإطار القانوني المنظم لحقوق المسنين

أدرجت الدولة المصرية أهمية توفير إطار تشريعي متكامل لحماية حقوق المسنين وذلك بإصدار قانون رعاية حقوق المسنين رقم 19 لسنة 2024. يتكون القانون من 48 مادة، ويهدف وفقاً لمادته الأولى إلى حماية ورعاية المسن وكفالة تمتعه بجميع الحقوق الاجتماعية والسياسية والصحية والاقتصادية والثقافية والترفيهية وغيرها من الحقوق، وتوفير الحماية اللازمة له وتعزيز كرامته وتأمين حياة كريمة له. (الجريدة الرسمية – العدد 14 تابع، 4 أبريل 2024).

حدد القانون سن المسن بـ 65 سنة فأكثر، وتم تعريف الحماية الاجتماعية للمسن بأنها مجموعة متكاملة من التدابير والإجراءات التي تتخذها الدولة لمد شبكة الأمان الاجتماعي وتوفير حد أدنى من سبل الدعم النقدي أو العيني للمسن الأولي بالرعاية بما يضمن له حياة كريمة، في حين يقصد بالرعاية الاجتماعية توفير مجموعة من الخدمات الاجتماعية والأنشطة الترفيهية التي تلبي احتياجات المسن بما يتناسب مع ظروفه الاقتصادية والاجتماعية والصحية وميوله الشخصية. كما حدد القانون الخدمات المكفولة للمسن وهي المؤسسات الاجتماعية لرعاية المسن، ويقصد بها كل منشأة عامة أو خاصة أو أهلية مرخص لها من قبل الوزارة المختصة ومديرياتها لإقامة المسن وتقديم برامج الرعاية المتكاملة له. كما تمتد الخدمات لتشمل بطاقة المسن الأولي بالرعاية وهي مستند رسمي يصدر عن الوزارة المختصة يثبت لحامله أنه يستحق الخدمات المقدمة للمسن الأولي بالرعاية، في حين خدمة مرافق المسن هي خدمة تقدم للمسن على يد أشخاص مؤهلين عملياً وفنياً وعلمياً ومعتمدين من الوزارة المختصة لتقديم الرعاية الشاملة اليومية للمسنين داخل منازلهم أو في المستشفيات أو في مؤسسات المسنين مقابل أجر يتحمله المسن أو ما يتكفل برعايته. نصت المادة 5 على أن يكون للمسن الأولي بالرعاية الحق في الحصول على مساعدة ضمانية شهرية في حالة عدم حصوله على معاش تأميني. وقد عرف القانون المسن الأولي بالرعاية بأنه كل مسن غير قادر على أن يؤمن لنفسه أو بمعرفة أحد أفراد أسرته ما يكفيه لسد الحد الأدنى من الاحتياجات الأساسية للحياة.

كما نصت المادة 15 على أن للمسن الحق في الحصول على الرعاية الوقائية والعلاجية الجيدة وفقاً لقوانين وقواعد التأمين الصحي كما تتحمل الدولة المصروفات الخاصة بعلاج المسن الأولي بالرعاية وفقاً للحالات والشروط التي يصدر بها قرار من الوزير المختص بشئون الصحة. نصت المادة 16 على أن تلتزم المستشفيات والمراكز الطبية التابعة للوزارة المختصة بشئون الصحة وغيرها من الجهات الحكومية بتقديم الخدمة الوقائية والعلاجية والتأهيلية للمسن. أما المادة 30 فقد نصت على إنشاء صندوق رعاية المسنين تكون له الشخصية الاعتبارية العامة. وتم تخصيص الباب الثامن كله من القانون للصندوق. يهدف الصندوق وفقاً للمادة 31 إلى تعزيز حقوق وحريات المسن وتنميتها وحمايتها وترسيخ قيم المساواة وتكافؤ الفرص وتقديم الدعم له في جميع النواحي الاجتماعية والاقتصادية والصحية والنفسية وغيرها.

3.3. المسنون في الاستراتيجيات الوطنية

لم يقتصر الاهتمام بقضايا المسنين على ما ورد في الدستور والقانون، فقد افردت كل من الاستراتيجية الوطنية للسكان والتنمية والاستراتيجية الوطنية لحقوق الإنسان مواضع لكبار السن. أكدت الاستراتيجية الوطنية للسكان والتنمية على تحقيق الرعاية والحماية للمسنين من خلال تحسين إمكانية وصول المسنين إلى الرعاية الصحية والنفسية والخدمات الأخرى والتوسع في برامج الحماية والضمان الاجتماعي التي تخدم كبار السن وتعظيم الاستفادة من طاقات المسنين من خلال توفير فرص تعليمية وتدريبية تعزز مشاركتهم في المجتمع. (الاستراتيجية الوطنية للسكان والتنمية 2023). وعلى ذات المنوال، أكدت الاستراتيجية الوطنية لحقوق الإنسان على كفالة الدستور لحقوق المسنين وأكدت على عدم كفاية الرعاية الاجتماعية والصحية والنفسية للمسنين وطالبت بتوسيع برامج الحماية الاجتماعية للمسنين وزيادة المخصصات المالية المتاحة لمؤسسات الرعاية الاجتماعية الحكومية، وتعزيز التفويض عليها وتعزيز حصول كبار السن على الرعاية الصحية المناسبة، وتشجيع منظمات المجتمع المدني على المشاركة في رعاية المسنين وتشجيع التوسع في إنشاء دور الرعاية لكبار السن. (الاستراتيجية الوطنية لحقوق الإنسان، 2021)

4.3. الإطار المؤسسي المعني بالمسنين

فيما يتعلق بالإطار المؤسسي، فقد تشكلت اللجنة العليا لرعاية المسنين بموجب القرار 432 لسنة 2017 بهدف تطوير خطة متكاملة لرعاية كبار السن وتطوير ومراجعة القوانين التي تخص المسنين والتنسيق بين البرامج التي تقدمها هيئات مختلفة وتصميم برامج للاستثمار في إمكانات كبار السن في تطوير المجتمع وإنشاء قاعدة بيانات لكل الخدمات ذات الصلة بالمسنين. يرأس اللجنة وزير التضامن الاجتماعي وتضم بين أعضائها كل الأطراف المعنية وكذلك ممثلين لكبار السن. كما نص القانون 19 لسنة 2024 على إنشاء صندوق لرعاية المسنين كما سبقت الإشارة أعلاه. وجدير بالذكر أنه لم يتضح في القانون طبيعة العلاقة بين اللجنة العليا لرعاية المسنين وصندوق رعاية المسنين.

4. التداعيات والتحديات الاجتماعية والاقتصادية المترتبة على دخول مصر في طور الشيخوخة

في إطار سمات السياق المصري على المستوى الاجتماعي والاقتصادي، هناك عدد من التداعيات والتحديات المترتبة على ارتفاع أعداد المسنين:

1. ارتفاع نسب الإعاقة الصغرى والكبرى: ارتفعت نسبة الإعاقة الصغرى (نسبة السكان أقل من 15 سنة للسكان للفئة العمرية من 15-64) من 51% 2011 إلى 55% 2021، وكذلك الإعاقة الكبرى (نسبة السكان 65 عاماً فأكثر للسكان في الفئة العمرية من 15-64) من 6% 2011 إلى 8% 2021. (الاستراتيجية الوطنية للسكان والتنمية، 2023). ويشير ارتفاع نسبة الإعاقة إلى أن السكان النشيطين اقتصادياً يواجهون عبئاً أكبر لدعم وتوفير الخدمات الاجتماعية والاقتصادية لمن يقوموا بإعالتهم سواء صغاراً أو كبار السن.
2. تزايد معدلات الأمية بين كبار السن في مصر: فوفقاً للبيانات التي أعدتها الاسكوا بناء على تعداد 2017، تزيد نسبة الأمية بين كبار السن عن 65%، فهناك شخصين على الأقل من كل ثلاثة مسنين يعانون من الأمية. ترتفع بالطبع تلك النسبة لدى النساء الريفيات المسنات حيث تبلغ نسبة المتعلّقات منهن 10%. وجدير بالذكر أن للأمية عدة تداعيات منها زيادة القابلية للتعرض للمخاطر المالية ومحدودية فرص الحصول على الخدمات الصحية والدعم الاجتماعي وصعوبة الوصول للتكنولوجيا والتعامل معها (الاسكوا، تقرير السكان والتنمية، 2022). كما أن ارتفاع معدلات الأمية بين المسنين تعرقل ادماجهم في المجتمع وتحد من قدرتهم على الاستمرار أو الحصول على عمل لائق، وكذلك التطوع في أنشطة اجتماعية مما يجعلهم عبء أكثر من فرصة.

3. هشاشة أوضاع قطاعات واسعة من المسنين الحاليين والمحتملين في غضون قليل من السنوات خاصة هؤلاء الذين يعملون في القطاع غير الرسمي في إطار الارتفاع الكبير للعمل في هذا القطاع خلال العقد الأخير، فقد ارتفع حجم العمالة في هذا القطاع من 55.9% 2012 إلى 66.7% 2020. وتنتشر اللارسمية في فئتين أساسيتين هما الشباب من سن 15-24 والعمالة فوق 65 سنة. (OECD, 2024) وغني عن البيان الارتباط بين العمل غير الرسمي والاحتمالية الأكبر للفقر.

4. يصل عدد المسنين المشتغلين 60 سنة فأكثر إلى 1.3 مليون مشتغل بنسبة 14.6% من إجمالي المسنين في 2023، ويتركز ما يقرب من نصفهم في القطاع الزراعي بنسبة 46.1%، بدون أي شكل من أشكال الحماية. كما تبلغ نسبة الحاصلين على مؤهل جامعي فأعلى 10.5% بواقع 14% للذكور و6.8% للإناث. (الجهاز المركزي للتعبئة العامة والاحصاء، بيان اليوم العالمي للمسنين 2023)

5. تعاني النساء من هشاشة مضاعفة نتيجة انخفاض نسبة المشاركة في سوق العمل، فوفقا لبيانات مسح القوي العاملة الصادر عن الجهاز المركزي للتعبئة العامة والاحصاء 2023، بلغت نسبة مساهمة المرأة في قوة العمل 15.9% من إجمالي قوة العمل 15 سنة فأكثر مقابل 69.6% للذكور، في حين بلغ معدل التشغيل للإناث المشتغلات 15 سنة فأكثر 13.1% مقابل 66.3% للذكور. (الجهاز المركزي للتعبئة العامة والاحصاء، بحث القوي العاملة، 2023).

6. من أهم معايير الحكم على كفاءة منظومة الحماية الاجتماعية: التغطية وكفاية المنافع. تواجه المنظومة عدد من الإشكاليات في هذا الشأن:

- على مستوى التغطية، هناك قطاع كبير من العاملين في القطاع غير الرسمي لا ينخرطون في منظومة التأمينات الاجتماعية ولا يحصلون على أي تحويلات نقدية أخرى مثل المعاشات الضمانية بحكم إنهم يعملون ولسن متأخر، ويعتبروا وفقا لمصطلح الاسكوا الوسط المفقود حيث إنهم لا ينخرطون تحت مظلة التأمينات الاجتماعية ولا يستوفوا شروط الحصول على المعاشات الضمانية لأنهم يعملون، وفي ضوء انخفاض القيمة النقدية لهذه المعاشات، فإن المفاضلة بينها وبين الاستمرار في العمل ترجح البديل الأخير.
- يتضح الجانب الآخر من مشكلة التغطية في تراجع نسبة المشتركين في التأمينات الاجتماعية، فوفقا لأحدث البيانات الصادرة عن وزارة التضامن الاجتماعي في مارس 2024 (www.moss.gov.eg)، يبلغ عدد المؤمن عليهم 13.463.622 مواطن، في حين يبلغ أصحاب المعاشات والمستفيدين 11.260.458 مواطن. وبناء على هذه البيانات، فإن نسبة تغطية المشتغلين بالتأمينات الاجتماعية من إجمالي المشتغلين البالغ 27.939 مليون وفقا لتقديرات 2022 يصل إلى 48.2% في حين تبلغ النسبة إلى قوة العمل البالغ حجمها 30.122 مليون نسمة 44.7%. تكشف هذه الأرقام عن فجوة للتغطية بالتأمينات الاجتماعية تزيد عن نصف المشتغلين وقوة العمل، مما يؤشر على وجود قطاع غير رسمي كبير يزيد عن نصف قوة العمل (هويدا رومان، 2024). واستكمالا للصورة، يشير التعداد الاقتصادي إلى أن عدد المنشآت العاملة في القطاع غير الرسمي بلغ مليوني منشأة، ما نسبته 53% من إجمالي المنشآت العاملة في مصر 2017. كما تجدر الإشارة إلى أن غالبية هذه العمالة من الفقراء، حيث يشير آخر بحث للدخل والإنفاق الصادر عن الجهاز المركزي للتعبئة العامة والاحصاء ٢٠١٩-٢٠٢٠ إلى أن 51% من الفقراء المشتغلين يعملون في القطاع غير الرسمي. (عبد الفتاح الجبالي، 2021) ومن ثم هناك حاجة لرؤية واضحة لكيفية دمج القطاع غير الرسمي وتحويله إلى قطاع رسمي عبر مجموعة من الحوافز المشجعة مع مراعاة الظروف المتغيرة والمتنوعة لهذا القطاع مما يتطلب حزم متنوعة تناسب احتياجات كل الفئات. ومما لا شك فيه أن تفعيل المواد الخاصة بالتغطية التأمينية للعمالة غير المنتظمة في قانون التأمينات الاجتماعية 148 لسنة 2019 يجب أن تحظى بأولوية. (هويدا رومان، 2023)

- وعلى صعيد ثالث، فإن التقارب العددي بين المشتغلين المشتركين في التأمينات وأصحاب المعاشات يعد من التحديات التي تهدد الاستدامة المالية لمنظومة التأمينات مما يتطلب وضع خطة دقيقة لتحقيق هذه

الاستدامة عبر عدد من الآليات مثل توسيع التغطية والاستثمار الآمن لاشتراكات المؤمن عليهم ورفع سن التقاعد وغيرها.

- فيما يتعلق بالمعاشات الضمانية سواء معاش كرامة أو معاش السادات/مبارك - هي نوع من التحويلات النقدية غير المشروطة - لا تغطي سوي 400 ألف مسن فوق 65 عاما وفقا لتقرير وزارة التضامن الاجتماعي
- ترتبط كفاية المنافع المترتبة على المعاش سواء تأميني أو ضمانى بحماية كبار السن من الوقوع في الفقر والسماح لهم بالعيش حياة كريمة وباستقلال دون حاجة لأحد. ويكمن التحدي في إطار الحالة المصرية في عدم القدرة على تحقيق ذلك بسبب الخوف من التأثير سلبا على الاستدامة المالية للمنظومة التأمينية خاصة في ضوء تراجع نسب المشتركين والتقارب بين عدد المشتركين والمستفيدين. وعلى هذا، لا يتم زيادة المعاشات بنسبة تتواءم مع معدلات التضخم. ولا يختلف الأمر كثير في المنظومة الضمانية المحملة بأعباء كبيرة.

كل التغيرات المتوقعة في هيكل التركيبة السكانية من حيث زيادة عدد كبار السن يعني ارتفاع في تكليف الرعاية الصحية والرعاية طويلة الأمد وتغيرات في هيكل قوة العمل وضغوط على أنظمة المعاشات والمساعدات الاجتماعية، كل هذا يفرض التفكير في حلول استباقية من خلال تطوير سياسات وبرامج تكفل الشيخوخة الصحية مما يتيح الفرصة للاستمرار في العمل والإنتاج من جانب وتأخير الرعاية الاجتماعية والصحية بما يخفف من تكلفتها ويجعلها متاحة للمسنين الذين فعلا يحتاجونها خاصة في حالات المرض والعمر المتقدم.

5. نحو رؤية تكاملية لسياسة حماية اجتماعية لكبار السن:

بداية، إذا توافر توجه حكومي نحو إعلاء هدف الاستثمار في كبار السن ايماناً بأن هذا سيقال كثير من نفقات الرعاية الصحية والرعاية طويلة الأمد، بل وسيوفر رصيذا فنيا ومهنيا للمجتمع، لا يكفي الاهتمام بالمسنين الحاليين، بل لابد بالرجوع إلى أعمار أصغر ربما من مرحلة الشباب أو منتصف العمر حتى يتم كفالة الشروط والظروف التي تضمن تحقيق الشيخوخة النشطة. فالحالة الصحية للإنسان هي نتاج بيئة اجتماعية واقتصادية وما يتوافر فيها من خدمات صحية وتعليمية وغيرها.

تغطي السياسات والتدخلات المقترحة عدد من المحاور وهي:

- الأطر القانونية والمؤسسية

- البيانات

- الرعاية والتمكين والاستثمار

1-5 الأطر القانونية والمؤسسية

على الرغم من أن إصدار قانون للمسنين يعد خطوة هامة في سبيل تأمين حقوقهم، إلا أن القانون لم يستلهم المبادئ الموجودة في خطة مدريد، وكان تركيزه بالأكثر على الرعاية خاصة للمسنين الأولي بالرعاية. ومع ذلك، فإن توجه القانون نحو النص على المبادئ العامة دون الدخول في كثير من التفاصيل التي من الممكن ان تحد من استحقاقات المسنين إذا تم تبني التعريفات الضيقة، يتيح للائحة التنفيذية معالجة هذا الأمر. وسعيا لمزيد من ضرب الأمثلة، لم يحدد القانون المقصود بالحد الأدنى للاحتياجات الأساسية للمسن في تعريف المسن الأولي بالرعاية في المادة 2، فالمسن الأولي بالرعاية له احتياجات في الحقيقة تتجاوز الحد الأدنى المتعارف عليه، ولذلك لابد على اللائحة التنفيذية مراعاة ذلك، وكذلك في المواد الخاصة بالرعاية الصحية، فقد كانت ذات طابع عمومي ينطبق على أي شخص، وهذا يخالف طبيعة الأوضاع الصحية لكبار السن من جانب وكذلك مدي قدرتهم على القيام بالإجراءات المطلوبة لدعم علاجهم. كما لم يول القانون أهمية للرعاية الصحية الأولية التي من

الممكن أن تحقق الشيخوخة النشطة إذا تم الاستثمار فيها منذ وقت مبكر. هناك بالفعل حاجة لتفسير كثير من المواد بما يحقق الشيخوخة النشطة.

وعلى نفس المنوال، كان تركيز القانون بالأكثر على المسنين الأولي بالرعاية بالأكثر مما جعله ينحصر في زاوية الرعاية دون التمكين والاستثمار. ولذلك فإن استلزام اللائحة التنفيذية للمعايير الدولية الحقوقية وخطة مدريد سيكون هاما في تلافي أي قصور في القانون.

فيما يتعلق بالإطار المؤسسي، يتجه العالم نحو إنشاء هيئات وطنية لرعاية كبار السن من خلال رسم السياسات لتحسين أوضاعهم ومتابعة وتقييم ما يتم إنجازه. تعد وزارة التضامن الاجتماعي المعنية بملف المسنين، ومع ذلك تم تأسيس إطار مؤسسي آخر وهو اللجنة العليا لرعاية المسنين برئاسة وزير التضامن الاجتماعي في عام 2017، ثم تم النص على صندوق رعاية المسنين الذي من ضمن اختصاصاته رسم السياسات أيضا، مما يستدعي التعامل مع تداخل الاختصاصات بين الكيانين والاقتصار على كيان واحد، وعلى الأرجح الكيان الذي يجد سنده في القانون وهو صندوق رعاية المسنين.

ورغم أهمية النص على صندوق لرعاية المسنين في القانون 19 لسنة 2024، بيد أن الاختصاصات وردت عامة وغير محددة مقابل الاستفاضة في التشكيل والعضوية والموارد مما يستلزم أن تشمل اللائحة التنفيذية للقانون على تفصيل ماهية الاختصاصات و ماهية الفئات المستهدفة والخدمات المقدمة وشروط الحصول عليها.

2-5 البيانات: الاتاحة والجودة والاستمرارية

التفكير في سياسات استباقية يحتاج إلى توافر بيانات محدثة ذات جودة عن أوضاع المسنين ترصد التغيرات الصحية والاجتماعية والاقتصادية التي تحدث لهم وتحدد أكثر العناصر المؤثرة على الشيخوخة الصحية والنشطة إيجاباً وسلباً. والحقيقة إن من أهم الإشكاليات الراهنة عدم توافر هذه النوعية من البيانات والتي تمثل معطيات ديمغرافية واجتماعية واقتصادية وصحية ضرورية للتخطيط للمستقبل. كما يتطلب الأمر أيضا مسح دورية لخدمات الرعاية القائمة ومدى جودتها واستجابتها لاحتياجات المسنين ومراعاتها للمعايير الحقوقية. كما يضاف إلى ذلك توافر بيانات ذات طابع ممتد مما يتطلب الانتظام في إجراء مسح المسنين، وكذلك للسكان القريبين من سن الشيخوخة لتقصي التغيرات. كما ينبغي أن تراعي البيانات تقاطعات الهشاشة بين السن والاعاقة والنوع وغيرها من الأوضاع التي تجعل عبء الهشاشة مضاعف.

3-5 مثلث الحماية الاجتماعية التحويلية: رعاية – حماية - تمكين واستثمار

يوجد ثلاثة أضلاع متساوية الأهمية لهذا المثلث وتتكامل مع بعضها البعض من أجل تحقيق الحماية الاجتماعية التحويلية وهم الرعاية والحماية والتمكين والاستثمار، وإن كان هذا لا ينفي أن لكل ضلع متطلباته.

A. الرعاية

- ضرورة اتخاذ الإجراءات اللازمة لتأسيس فرع لطب الشيخوخة geriatrics medicine كتخصص قائم بذاته، بالفعل هناك اهتمام بطب المسنين ولكن ضمن تخصصات عامة مثل الباطنة، كما أن هناك تجربة رائدة في جامعة عين شمس وهي وحدة طب المسنين. إن التغير الديمغرافي المقبل يقتضي التوسع في طب الشيخوخة والكوادر المهنية المؤهلة سواء أطباء أو هيئات تمريض أو مقدمي رعاية، وأن تتوافر وحدات طب المسنين في المستشفيات العامة والجامعية، وأن لا تقتصر على العواصم ولكنها تنتشر إلى المناطق الريفية والتي يزايد فيها عبء التعمر نتيجة الظروف الحياتية اقتصاديا واجتماعيا غير المواتية. وجدير بالذكر، أن هذا التخصص أصبح منتشر بشكل كبير في كثير من بلدان العالم وتمنح فيها الدرجات الجامعية وفوق الجامعية. (جامعة الدول العربية وصندوق الأمم المتحدة للسكان، 2019)

- بناء رؤية متكاملة للرعاية طويلة الأمد: إن تزايد أعداد كبار السن مع تغير ترتيبات المعيشة، من المتوقع أن يؤدي إلى مزيد من الطلب على خدمات الرعاية النظامية طويلة الأمد. وهو نمط من الرعاية يزيد من قدرة

كبار السن على البقاء في أماكن إقامتهم بما يتماشى مع مفهوم الشيخوخة في مكان الإقامة. من أهم متطلبات الرعاية طويلة الأمد الاستمرارية والتكاملية والمرونة في التكيف مع احتياجات المسن التي تتطور عبر مراحل شيخوخته. مما لا شك فيه، أن من أهم تحديات تأسيس نظام للرعاية طويلة الأمد هو ندرة البيانات عن خدمات هذا النوع من الرعاية مما يجعل من الصعب رسم السياسات، وكذلك التكلفة المرتفعة لإنشاء مثل هذا النظام. هذا يتطلب أن يوضع هذا الأمر بوضوح في اختصاصات صندوق رعاية المسنين مع طرح خطة متماسكة للتعامل مع هذا التحدي. فالرعاية طويلة الأمد تحتاج إلى وعاء مالى مستدام وكاف، مع وضع بروتوكولات لضمان الجودة ومراعاة المواثيق الأخلاقية والمعايير الحقوقية الدولية في تقديم كل أشكال الرعاية: الاجتماعية والصحية والثقافية. وجدير بالذكر، أن هذه النوعية من الخدمات الرعاية ستوفر فرص عمل كثيرة لاعتمادها على الأيدي العاملة البشرية، وتشير التقديرات العالمية إلى أن 40٪ من فرص العمل المتوقعة خلال السنوات القليلة القادمة ستكون في اقتصاد الرعاية. (الاسكوا، الرعاية طويلة الأجل ...، 2022)

- ضرورة اعتماد توجهات وإجراءات لضمان مشاركة المجتمع المدني وتحديد الجمعيات الأهلية في تقديم الرعاية للمسنين عبر بناء شراكات مؤسسية بينها وبين المؤسسات الحكومية المعنية بالقضية، خاصة وأن الجمعيات الأهلية مساهمة واضحة في تأسيس دور رعاية المسنين وإدارتها. فوضع تصور للتوسع في دور المجتمع المدني من خلال انخراطه في أنشطة الرعاية طويلة الأمد يعد مساهمة مطلوبة، مع ضرورة وضع نظم حوكمة دقيقة وصارمة.
- تشجيع القطاع الخاص على الاستثمار في مجال صحة كبار السن من خلال اعتماد مجموعة من الحوافز الإدارية والضريبية المشجعة على ذلك.

B. الحماية الاجتماعية:

- تحديات الموائمة بين تحقيق الأمن المالي للمسن وضمان الاستدامة المالية للمنظومات التأمينية والضمانية
- ضرورة التفكير في حوافز جذابة لتحويل القطاع غير الرسمي إلى قطاع رسمي مع مراعاة الظروف المتغيرة والمتنوعة لهذا القطاع مما يتطلب حزم تأمينية متنوعة تتناسب واحتياجات كل الفئات.
 - معالجة تحدي ضمان الاستدامة المالية للمنظومات التأمينية والضمانية من خلال تفعيل المواد الخاصة بالتأمين على العمالة غير المنتظمة في قانون التأمينات الاجتماعية، والاستثمار الآمن لأموال التأمينات الاجتماعية، وإصلاح النظام الضريبي لتمويل أكثر وفرة للمعاشات الضمانية.
 - زيادة المنافع المقدمة للمسنين سواء المعاشات التأمينية أو الضمانية، فالحكم على نجاعة منظومات الحماية الاجتماعية هو قدرتها على منع الفقر من خلال زيادتها بما يتوافق مع معدلات التضخم من جانب والاقتراب من قيمة الدخل قبل التقاعد خاصة بالنسبة للمعاشات التأمينية. كما إنه من الممكن التفكير في صناديق معاشات تكميلية لمن هم مازالوا في سن العمل.
 - التوسع في توفير الخدمات الصحية والتعليمية والرقمية للمسن، وكذلك خدمات التنقل بأجر رمزي أو مجانا، فكثير من البلدان تعتبر تقديم الخدمات مجانا هو تعويض مناسب عن محدودية المنافع النقدية.

C. التمكين والاستثمار

- تطوير رؤية لكيفية الاستثمار في كبار السن خاصة الأصحاء والأكثر تعليما من خلال:
- رفع سن التقاعد مما يتطلب ادخال تعديلات في القوانين المنظمة للعمل سواء برفع سن التقاعد والذي وصل في بعض البلدان إلى 67 وفي أخرى مثل اليابان إلى 70 عاما (الاسكوا 2018). وهناك عدد من التجارب العربية المشابهة، ففي الجزائر، يمكن للعامل الذي بلغ سن التقاعد أن يطلب تمديد مدة العمل لخمس سنوات حيث لا يمكن للهيئة المستخدمة احواله إلى التقاعد خلال هذه الفترة. فيما يتعلق بالكويت، يجوز حتى بعد بلوغ سن انتهاء الخدمة الاستعانة بالمتقاعدين الكويتيين وفقا للقرارات الوزارية المنظمة لذلك وضمن شروط

محددة. على نفس المنوال، أتاح القطاع العام في عمان التعاقد مع من احيوا إلى التقاعد أو ممن تجاوزوا سن الـ 60 عاما بعقود مؤقتة أو بعقود لبعض الوقت (الإسكوا، الشيخوخة في الدول الأعضاء في الإسكوا – عملية المراجعة والتقييم الرابعة لخطة عمل مدريد الدولية للشيخوخة)

- تبني ترتيبات عمل مرنة لكبار السن مثل ساعات العمل محدودة وكذلك العمل عن بعد وغيرها من ترتيبات بيئة العمل الملائمة.
- تبني سياسات تمويلية مشجعة على العمل الحر والذاتي من خلال إقامة أنشطة مدرة للدخل، فعلى سبيل المثال، تبنت بلدان مثل البرتغال وفرنسا وقبرص وكوستاريكا مبادرات لتشجيع استمرار الأجراء سابقا في الانخراط في أعمال خاصة بهم عبر تقديم القروض البنكية الميسرة وتوفير كافية التسهيلات الفنية والدعم والتوجيه وقد أطلق عليها "المقابل الذاتي". (الإسكوا، 2018). والحقيقة هناك عدد من المبادرات في عدد من البلدان العربية التي سعت إلى ذلك، ففي السعودية تم إطلاق "برنامج مرّن" لتسهيل العمل الحر خاصة للمتقاعدين الراغبين بمواصلة العمل. كما تبذل مساع في إطار رؤية المملكة العربية السعودية 2030 ومبادرة استدامة التعلم مدى الحياة من أجل تنمية القدرات البشرية لدى كبار السن ومساعدتهم على الانخراط في سوق العمل. كذلك يشجع البنك المركزي المصارف كافة على ابتكار منتجات مصرفية تتناسب مع فئة المتقاعدين على غرار منتج "وقار" الذي يقدم لهم التسهيلات المصرفية في عدة مجالات مع تخفيض الفوائد (الإسكوا، الشيخوخة في الدول الأعضاء في الإسكوا – عملية المراجعة والتقييم الرابعة لخطة عمل مدريد الدولية للشيخوخة)
- تبدأ عملية التمكين والاستثمار من مراحل عمرية قبل الوصول لسن الـ 65، مما يستدعي الاستثمار الاجتماعي والصحي والتعليمي في متوسطي العمر على المدى القصير والنشء والشباب على المديين المتوسط والطويل. بالطبع، يأتي الاهتمام بالصحة في المقام الأول باعتباره العنصر الأساسي في ضمان استمرار العمل والإنتاج وكذلك الحفاظ على الاستقلالية. يقتضي هذا توجيه مزيد من الاهتمام لوحدة الرعاية الصحية الأولية خاصة في المناطق الفقيرة والمحرومة، وبالأخص في الريف عامة وريف الوجه القبلي خاصة باعتباره الإقليم الأفقر في مصر حيث تقترب نسبة الفقر فيه إلى نصف السكان. والحقيقة أن أهمية الرعاية الصحية الأولية إنها وسيلة فعالة لمعالجة الأسباب الرئيسة للمشكلات الصحية في عمر مبكر بما يجنب تكاليف الرعاية الصحية في وقت الشيخوخة ويسهم في بناء الشيخوخة النشطة بدرجة أو بأخرى. وعلى صعيد مواز، العمل على توجيه مزيد من الاستثمارات للصحة بغية تحسين الحالة الصحية للنشء والشباب على المدى الطويل.
- بناء قواعد بيانات عن الكفاءات الفنية والمهنية من المحالين للمعاش للاستفادة من خبراتهم في مجال تخصصهم سواء بالعمل مقابل أجر أو بالتطوع.
- وضع حوافز لتشجيع المسنين الأميين على التعليم مثل الحصول على خدمات محددة أو القدرة على استخدام التكنولوجيا للحصول على الخدمات، مع السعي لتصميم برامج تعلم جذابة وتخاطب احتياجاتهم وتراعي ظروفهم.

خاتمة:

إن تكامل الرؤية حول كيفية تحقيق الحماية الاجتماعية لكبار السن، لتشمل الرعاية والحماية والتمكين والاستثمار أمرا بقدر ما يمثل نفع عام لكبار السن، فإن يمثل قيمة مضافة للمجتمع والاقتصاد، فالعالم الآن يتحدث عما يطلق عليه الاقتصاد الفضي، والذي يقوم على ضمان الشيخوخة النشطة، ومن ثم استمرار كبار السن في العمل والإنتاج مما يوفر موارد للاقتصاد عبر الطلب على السلع والخدمات وكذلك الاستمرار في سداد التأمينات وضرائب الدخل. كما أن الرعاية طويلة الأجل توفر كثير من الوظائف لفئات عديدة شريطة الاهتمام بتدريبها. بالطبع، مصر تواجه تحدي في مجال الاستثمار في كبار السن في الوقت الراهن نتيجة انتشار الأمية واتساع العمل في القطاع غير الرسمي وتراجع مشاركة المرأة في سوق العمل، وهذا يقتضي أن تتجاوز السياسات من هم فوق الخامسة والستين إلى سنوات أصغر من أجل التجهيز لاستثمار أفضل في سنوات مقبلة. وبالطبع هذا لا يختلف عن شعار أهداف التنمية المستدامة "لا يجب ترك أحد خلف الركب".

المراجع

أولاً: باللغة العربية

- الجريدة الرسمية. (2024). العدد 14 تابع، 4 أبريل.
- الاسكوا. (2023). الشيخوخة في المنطقة العربية، عملية المراجعة والتقييم الرابعة لخطة عمل مدريد للشيخوخة، نتائج المراجعة الإقليمية الرابعة في المنطقة العربية.
- الاسكوا. (2022). الشيخوخة في الدول الأعضاء عملية المراجعة والتقييم الرابعة لخطة عمل مدريد الدولية للشيخوخة.
- الاسكوا. (2022). حوار البرلمانات العربية حول المراجعة الرابعة لخطة مدريد الدولية للشيخوخة.
- الاسكوا (2022)، بناء مستقبل أفضل لكبار السن في المنطقة العربية، تقرير السكان والتنمية، العدد التاسع.
- الاسكوا (2022)، بناء مستقبل أفضل لكبار السن، الرعاية الطويلة الأجل لكبار السن في المنطقة العربية.
- الاسكوا (2018)، تقرير تركيبي نحو صياغة إطار استراتيجي لحماية الأشخاص المسنين، المجالات وأولويات التدخل.
- اللجنة العليا الدائمة لحقوق الإنسان. (2021) الاستراتيجية الوطنية لحقوق الإنسان 2021-2026.
- وزارة الصحة والسكان. (2023) الاستراتيجية الوطنية للسكان والتنمية.
- الجهاز المركزي للتعبئة العامة والاحصاء. (2023). بحث القوي العاملة.
- الجهاز المركزي للتعبئة العامة والاحصاء. (2024). مصر في أرقام، مارس.
- جامعة الدول العربية وصندوق الأمم المتحدة للسكان. (2019). الاستراتيجية العربية لكبار السن 2019-2029.
- عبد الفتاح الجبالي (2021) القطاع غير الرسمي وسوق العمل، مركز معلومات مجلس الوزراء idsc.gov.eg.
- منظمة العمل الدولية. (2024) تقرير الحماية الاجتماعية العالمي للفترة 2024-2026، الحماية الاجتماعية الشاملة من أجل العمل المناخي والانتقال العادل
- هويدا رومان (2023). الدليل نحو حماية اجتماعية شاملة في المنطقة العربية، التحديات والفرص، بيروت، مبادرة الإصلاح العربي.
- هويدا رومان (2024). متطلبات إصلاح منظومة الحماية الاجتماعية في مصر، تقديرات مصرية، السنة الخامسة، العدد 58.

ثانياً: باللغة الإنجليزية

- Devereux, S. & Wheeler, R. (2004) Transformative Social Protection, IDS Working Paper 232.
- ILO. (2021). World Social Protection Report 2020-2022, Social Protection at the Crossroads in Pursuit of a Better Future
- Koehler, G. (2011) Transformative Social Protection, Reflections on South Asian Policy Experiences, Institute of Development Studies, Vol.42, No.6
- The Ministry of Social Solidarity) 2023) Interventions for the Elderly

- OECD (2024) Informality and Structural Transformation in Egypt, Iraq and Jordan,
- UNDESA. (2022) World Population Prospects
- United Nations. (2021). Decade of Healthy Ageing, Plan of Action, 2021-2030. www.cdn.who.int
- WHO, (2024) Ageing and Health, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- WHO, (2024), Active Ageing, a Policy Framework

ثالثا: المواقع الالكترونية

- www.constituteproject.org
- www.moss.gov.eg
- www.salzburggolbal.org
- www.submissions-elder-persons-right-to-adequate-housing-EGYPT-en.0.pdf



لمحة عن معهد التخطيط القومي: هو مركز فكري وطني يقدم بدائل الدعم التخطيطي والتنموي لمتخذي القرار وصُناع السياسات على كافة المستويات من خلال خدمات بحثية وتدريبية واستشارية وتعليمية ومجتمعية تنافسية، باستخدام أفضل الأساليب والممارسات العلمية والشراكات الفعالة محلياً وخارجياً، بما يعزز تحقيق أهداف التنمية المستدامة.

معهد التخطيط القومي

تقاطع ش صلاح سالم مع ش الطيران – مدينة نصر-القاهرة

