

# به‌سوی طرح‌های پایدار در سلامت و مراقبت‌های بلندمدت<sup>۱</sup> در جوامع سالمند

نویسنده: زینا شیل - آدلانگ  
مترجمان: دکتر علی حسن‌زاده<sup>۲</sup>، سعیده فخیم‌علیزاد<sup>۳</sup>



## چکیده

در این مقاله اثرات سالمند شدن جمعیت بر پایداری طرح‌های سلامت و مراقبت‌های بلندمدت در کشورهای فرانسه، آلمان، ژاپن، و هلند مورد بررسی قرار می‌گیرد. داده‌های جمع‌آوری شده نشان می‌دهد که سالمند شدن جمعیت بخش اندکی از افزایش هزینه‌های سلامت را در آینده موجب خواهد شد. اگر چه این کشورها در حال حاضر برای افراد بالای ۶۵ سال سه تا پنج برابر بیش از جوان‌ترها هزینه می‌کنند. در این مقاله بحث می‌شود که طرح‌های پایدار سلامت و مراقبت‌های بلندمدت نیازمند التزام قوی سیاسی به اهداف اجتماعی، و تأمین منابع کافی در پاسخ به نیازهای آینده است. سیاست‌ها باید مبتنی بر ارزیابی شفاف از عملکرد طرح‌ها و درگیر شدن عامه در تکوین سیاست‌ها باشد. از طرف دیگر پیشنهاد می‌شود فرضیه بیمار

### 1. long term care

۲. جراح و متخصص بیماری‌های چشم، عضو هیئت مدیره سازمان تأمین اجتماعی و عضو شورای پژوهشی مؤسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی

۳. کارشناس آزمایشگاه، بیمارستان حضرت رسول اکرم (ص)

محوری در تدارک راه‌حل‌ها برای پیشگیری، مراقبت‌های اورژانس، باز توانی و دوران نقاهت بعد از بیماری مد نظر قرار گیرد.

واژه‌های کلیدی: هزینه‌های سلامت، مراقبت‌های بلندمدت، جامعه سالمند، طرح بیمه‌های اجتماعی.

### مقدمه مترجمان

چند صباحی است طرح ویزیت در منزل توسط مسؤولین سازمان تأمین اجتماعی و وزارت رفاه و تأمین اجتماعی مطرح شده و تلاش برای عملیاتی نمودن آن در حال انجام است. اگرچه دغدغه پیشنهاددهندگان چنین طرح‌هایی توجه به مشکلات جامعه بیمه‌شدگان و ارتقاء خدمات سازمانی است اما باید دقت کرد که از یک طرف رسالت اصلی سازمان‌های بیمه اجتماعی سلامت حفاظت مردم در مقابل ریسک مالی ناشی از بیماری است، هم چنانکه در ابتدای استقرار بیمه‌های اجتماعی در اروپا در سال ۱۸۸۳ میلادی؛ بismarck صدراعظم آهین آلمان اعلام کرد جامعه آلمان باید شرایطی را فراهم آورد که کارگران به هنگام بیماری دستمزد خود را از دست نداده و با مشکل مالی ناشی از بیماری مواجه نشوند. رهبر معظم انقلاب اسلامی نیز در بیان‌های خود می‌فرمایند «ما باید کاری بکنیم که بیماران به هنگام مریض شدن دردی بجز درد بیماری نداشته باشند». از طرف دیگر مدیریت منابع آندک در پاسخگویی به تقاضای فزاینده جامعه منجر به کارایی بالاتر نظام‌های سلامت می‌شود. بنابراین اولین اولویت سازمان‌های بیمه‌ای سلامت کاستن پرداخت از جیب مردم و پیشگیری از هزینه‌های اسفبار<sup>۱</sup> و افتادن آنان در ورطه فقر ناشی از بیماری است. طرح ارایه شده در قالب ویزیت در منزل با دو دیدگاه قابل تحلیل خواهد بود.

۱. از دیدگاه تعهدات بیمه‌های پایه اجتماعی: در این نگاه نظام هدایت بیمار در مسیر درمان برقرار بوده و سطح‌بندی خدمات اجرا می‌شود. هر جمعیت تعریف شده (بین ۱۰۰۰ تا ۲۵۰۰ نفر) دارای یک فرد مسئول سلامت (معمولاً پزشک عمومی، پرستار، یا ماما<sup>۲</sup>) بوده و از آنجایی که نظام پزشک خانواده و ارجاع از سطحی به سطح دیگر اجرا می‌شود پزشک مسئول، موظف به پیگیری درمانی جمعیت تحت پوشش بوده و نظام سلامت مکلف به ارایه خدمات پیشگیری اولیه تا ثالثیه است. بنابراین در صورت نیاز افراد تحت پوشش به

1. catastrophi

2. midwife

ویزیت در منزل خدمات توسط همان فرد ارایه شده و پیگیری تا بهبود نهایی یا تعیین تکلیف درمان بیمار صورت می‌گیرد و از بروز سندرم رادار جلوگیری می‌کند. از آنجایی که هزینه‌های سلامتی به صورت سرانه پرداخت می‌شود بنابراین هیچ گونه بار هزینه‌ای اضافی به نظام بیمه‌ای تحمیل نمی‌شود.

۲. از دیدگاه مراقبت‌های بلندمدت: از این دید کلیه افراد نیازمند مراقبت در منزل تحت پوشش قرار می‌گیرند. در کشورهایی که این تعهدات در زمره تعهدات بیمه‌های اجتماعی است حق بیمه جداگانه‌ای از ابتدا ترسیم شده و دریافت می‌شود. این منابع در صندوق مراقبت‌های بلندمدت جمع‌آوری شده و خدمات بدون قید و شرط ارایه می‌شود. افرادی که به عضویت این طرح درنیامده‌اند از پوشش خارج هستند. در این روش کلیه خدمات مراقبت در منزل از ویزیت تا فیزیوتراپی و کلیه اقدامات درمانی، نقل و انتقال به بیمارستان و بالعکس در پوشش تعهدات قرار می‌گیرد.

با رویکرد فوق نگاه به تجربه‌های دیگران (چه داخلی چه خارجی) موجب می‌شود مسیر را درست انتخاب کرده و اشتباهاتی را که دیگران کرده‌اند ما مرتکب نشویم. مقاله حاضر در کنفرانس بین‌المللی «تحقیقات در تأمین اجتماعی» با موضوع «تأمین اجتماعی در جوامع با عمر دراز» توسط یکی از کارشناسان ارشد اتحادیه بین‌المللی تأمین اجتماعی در ژنو در سال ۲۰۰۳ میلادی ارایه شده است. توجه به محتوی این مقاله می‌تواند دست اندرکاران مسایل بیمه‌های اجتماعی سلامت را در انتخاب و استقرار آگاهانه طرح‌های جدید یاری نماید.

## مقدمه

امروزه عبارت «جامعه سالمند» اغلب دارای بار معنایی منفی است، به گونه‌ای که سالمندان را گروهی می‌پندارند که اغلب مریض، شکننده، فقیر بوده و هزینه زیادی را به جامعه تحمیل می‌کنند. بار مالی فزاینده به قدری است که اثرات جدی بر پایداری نظام‌های مراقبت سلامت دارد. اگر چه تصویر بسیار متفاوتی از سالمندی پیش روست که با فرایند مسن شدن، هنجارهای قانونی، و اثرات اجتماعی اقتصادی آغاز می‌شود. فقر، طبقه اجتماعی، جنسیت، و الگوهای اجتماعی بر آن اثر می‌گذارند. این موارد همه و همه به این معنی است که سالمندان گروه بسیار ناهمگونی را تشکیل می‌دهند. این حقایق نشانگر این امر است که بخش اندکی از افزایش هزینه‌ها مربوط به تدارک خدمات و مزایا برای سالمندان است.

شیب افزایش هزینه‌های سلامت تهدیدی بر پایداری طرح‌های بیمه اجتماعی است و نیازمند پرداختن به آن در راستای پاسخگویی به نیازهای جدید این جامعه است. بنابراین مشکلات و چالش‌هایی که نظام‌های سلامت در جوامع سالمند با آن مواجه می‌شوند کدامند؟ و چه سیاست‌هایی به پایداری نظام سلامت منجر می‌شود؟

این مطالعه توسط فدراسیون ملی انجمن‌های بیمه سلامت و مؤسسه سیاست و اقتصاد سلامت ژاپن به منظور ارزیابی سیاست‌های جاری و گفت‌وگوهای مربوط به پایداری طرح‌ها و شناسایی گزینه‌های سیاستی و بهترین تجارب در راستای تکوین طرح‌های پایدار سلامت و مراقبت‌های بلندمدت در ۴ کشور فرانسه، آلمان، ژاپن، و هلند پیشنهاد شد.

در این مقاله ابتدا مرور کلی بر طرح‌های سلامت و مراقبت‌های بلندمدت در کشورهای فرانسه، آلمان، ژاپن، و هلند ارائه شده، سپس پایداری مالی طرح‌ها تحلیل شده و نیازهای جدیدی که به علت سالمندی پیش روی آنها قرار می‌گیرد، لیست می‌شود و در نهایت نتیجه خواهد گرفت که گفت‌وگوهای سیاستی سلامت در راستای تضمین پایداری کلی طرح‌ها در آینده نیازمند تعدیل است.

## ۱. مرور مختصر فرضیات، و عملکرد کلی طرح‌های سلامت و مراقبت‌های بلندمدت در کشورهای فرانسه، آلمان، ژاپن، و هلند

در این بخش فرضیه‌های مختلف مربوط به طرح‌های سلامت و مراقبت‌های بلندمدت از دیدگاه نظام‌مند<sup>۱</sup> بررسی می‌شود. ویژگی‌های اصلی مورد بررسی عبارتند از: ایجاد منابع<sup>۲</sup>، مزایا، تدارک، و سازوکارهای کنترل هزینه. موارد فوق در جدول صفحه بعد به نمایش در آمده است.

### ۱-۱. فرانسه

#### ۱-۱-۱. طرح مراقبت‌های سلامت

در نظام بیمه سلامت فرانسه سه رژیم عمده برقرار است. حدود ۸۰ درصد جمعیت از طریق رژیم عمومی کارگران حقوق‌بگیر پوشش داده می‌شود که طی آن کارمندان، کارکنان خدمات شهری، و افراد دارای پوشش همگانی پزشکی بیمه می‌شوند. دومین نوع رژیم کشاورزی و نوع سوم برای

1. resource generation

2. systemic

جدول شماره ۱. مروری بر طرح‌های سلامت و مراقبت‌های بلندمدت در کشورهای فرانسه، آلمان، ژاپن، و هلند

کشور/پوشش	ایجاد منابع	سازماندهی طرح	نظام تدارک خدمت	مزایا	سازوکارهای اصلی کنترل هزینه‌ها
فرانسه یا ۹۹/۵ درصد پوشش جمعیتی	<p>- حتی مشارکت از کارگران و کارفرمایان (بر سبای مشارکت مستمري، بخشی از سياهه حقوق و بخشی ديگر از کل درآمد) بدون لحاظ سقف پرداخت؛ پاره از محل شارژ اضافه بر بیمه اتومبیل و آگهی‌های بازرگانی</p> <p>- مشارکت در هزینه؛ ۲۵ درصد از هزینه‌های درمانی تا ۶۰ درصد از هزینه‌های دارو به گونه‌ای که ۱۷ درصد از کل مصارف مراقبت‌های سلامت را شامل شود.</p> <p>- تنظیم نرخ مشارکت بر صدها دولت است.</p>	<p>- صندوق‌های بیمه بیماری با دفاتر منطقه‌ای به صورت نهاد غیردولتی غیرانتفاعی</p> <p>- خودگردان</p> <p>- صندوق‌های بیمه‌ای دوجانبه</p> <p>- بیمه خصوصی اختیاری که ۱۲/۶ درصد کل مصارف را تشکیل می‌دهد</p> <p>- مراقبت‌های درازمدت توسط طرح‌های بیمه سلامت، مستمري سالمندی، و خدمات اجتماعی فراهم می‌شود.</p>	<p>- ناقد عملیات دروازه‌بان</p> <p>- سیستم نظام ارجاع و پزشک خانواده</p> <p>- انتخاب آزاد پزشک</p> <p>- پرداخت به فرام کتله به صورت کارانه</p> <p>- بیمارستان‌های عمومی، خصوصی، انتفاعی، و غیرانتفاعی طرف قرارداد با صندوق بیماری؛ باپرداخت هزینه بیمارستان خصوصی به شکل کارانه و بیمارستان عمومی به صورت تامین مالی گلوبال آبلیمکر</p>	<p>بسته مزایای اجباری شامل: پوشش طبی</p> <p>پیشگیری، مزایای طبی</p> <p>مراقبت‌های بلندمدت و بازتوانی؛ مراقبت‌های پرستاری در منزل و غیره</p>	<p>سازوکارهای اصلی کنترل هزینه‌ها</p> <p>- بودجه گلوبال</p> <p>- توسط دولت تنظیم شده و دولت بر ملاکرات مربوط به قیمت‌ها نظارت عالی می‌کند</p> <p>- لیست داروئی مورد تعهد، همراه با لیست قیمت</p> <p>- مشارکت در هزینه نظام دروازه‌بان</p>

I. Fee For Service

ادامه جدول شماره ۱.

کشور/پوشش	ایجاد منابع	سازماندهی طرح	نظام تدارک خدمت	مزایا	سازوکارهای اصلی کنترل هزینه‌ها
آلمان با ۹۲٪ پوشش جمعیتی	- حق مشارکت از کارگران و کارفرمایان (برسای مشارکت مستمری از سیاهه حقوق) با لحاظ سقف پرداخت برای هر دو طرح سلامت و مراقبت‌های بلندمدت؛ یارانه‌های دولتی - یکاران و سایر گروه‌های اجتماعی از طریق صندوق ویژه تحت پوشش قرار می‌گیرند - مشارکت در هزینه ۱۱٪ از کل مصارف مراقبت‌های سلامت - سهم بالایی مشارکت در هزینه مراقبت‌های بلندمدت دلیل اعمال سقف در مزایا - تنظیم نرخ مشارکت بر عهده دولت است.	- صلتق‌های بیمه بیماری مختلف شامل صندوق‌های بیمای دوجانبه به صورت نهاد غیردولتی غیرانتفاعی خودگردان - بیمه خصوصی اجزای مانند خویش‌فرمایان که ۷/۱ درصد کل مصارف را تشکیل می‌دهد - بیمه مراقبت‌های بلندمدت از بیمه اجتماعی سلامت جداست.	- فاقد عملیات دروازه‌بان سیستم (نظام ارجاع و پزشک خانواده) و فاقد طرح مراقبت‌های مدیریت شده - انتخاب آزاد پزشک - پرداخت به فرام‌کننده به صورت کارانه - بیمارستان‌های عمومی، خصوصی، انتفاعی و غیرانتفاعی طرف قرارداد با صندوق بیماری نرخ پرداخت هزینه‌ها با صندوق‌های بیمه بیماری ملابکره می‌شود.	- بیمه مزایای اجباری شامل پیشگیری و بازتوانی - خدمات مراقبت‌های بلندمدت بر اساس نیاز تعریف شده (شامل مزایای قلبی و تعویض قلب ارائه) که مراقبت‌های برسباری در منزل و پشتیبانی از زندگی روزانه را نیز دربرمی‌گیرد.	- ردیف بودجه‌ای برای پزشکان، بیمارستان‌ها، دارو و رقابت بین صندوق‌های بیماری - ملابلهای مختلف قرارداد بین صندوق‌ها و فرام‌کنندگان - کنترل تخفیف‌ها جدا بودن مراقبت‌های بلندمدت - لیست داروئی مورد تعهد همراه با لیست قیمت - مشارکت در هزینه

ادامه جدول شماره ۱.

کشور/پوشش	ایجاد منابع	سازماندهی طرح	نظام تدارک خدمت	مزایا	سازوکارهای اصلی کنترل هزینه‌ها
زاین یا ۱۰۰ درصد پوشش جمعیتی	<ul style="list-style-type: none"> <li>- حق بیمه‌ها از کارگران و کارفرمایان با اعمال سقف پایین پرداخت برای طرح سلامت کارکنان، همراه با مالیات و یارانه‌های دولتی به ویژه برای سالمندان، خویش-فرمایان، و کارگران کارگاه‌های کوچک.</li> <li>- مشارکت در هزینه: ۲۰ تا ۳۰ درصد از کل مصارف</li> <li>۱۲ درصد از کل مصارف مراقبت‌های سلامت است</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- صدق بیمه سلامت کارکنان و خدمات طب ملی نظارت عالی را بر ۵۰۰۰ صندوق بیمه بیماری منطقه‌ای اعمال می‌کند. دولت محلی بعضاً به صورت بیمه‌گر اعمال نقش می‌کند.</li> <li>سالمندان تحت شرایط خاصی به صورت جداگانه بیمه می‌شوند.</li> <li>- بیمه خصوصی اجزای ۰۳ درصد از کل مصارف را تشکیل می‌دهد</li> <li>- بیمه مراقبت‌های بلندمدت از بیمه اجتماعی سلامت جداست.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- فاقد عملیات دروازه‌بان سیستم (نظام ارجاع و پزشک خانواده) و فاقد طرح مراقبت‌های مدیریت شده</li> <li>- انتخاب آزاد پزشک</li> <li>- پرداخت به فراهم‌کننده به صورت ترکیبی از کارانه و نظام سرانه. درآمد پزشک از کارانه و دارو به طور همزمان تأمین می‌شود.</li> <li>- بیمارستان‌ها عموماً خصوصی بوده و خدمات سرپایی، بستری، و همچنین مراقبت‌های بلندمدت را در قالب بستری اجتماعی ارائه می‌دهند.</li> <li>- لیست قیمت‌ها را دولت تنظیم می‌کند.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- بیمه مزایای اجباری شامل: مراقبت‌های پرستاری در منزل، و باز توانی؛</li> <li>- خدمات مراقبت‌های بلندمدت و خدمات برای سالمندان پرلساس نیاز تعرف شده و شامل مهلت قابل ارائه است.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- لیست قیمت یک نواخت (کارانه و سرانه)</li> <li>- تعدیل گذشته‌نگر نرخ پرداخت بر اساس بازنگری در بهره‌مندی از خدمات</li> <li>- کنترل تخت‌ها</li> <li>- جدا بودن بیمه مراقبت‌های بلندمدت و بیمه سلامت برای سالمندان</li> <li>- لیست دارویی مورد تعهد، همراه با لیست قیمت</li> <li>- مشارکت در هزینه</li> </ul>

I. Capitation

ادامه جدول شماره ۱.

کشور/پوشش	ایجاد منابع	سازماندهی طرح	نظام تدارک خدمت	مزایا	سازوکارهای اصلی
هلند یا ۷۴/۶ درصد پزشک جمعیتی	<ul style="list-style-type: none"> <li>- مشارکت دستمزدی برای مراقبت‌های اساسی سلامت (ZFW) و سایر طرح‌های اجتماعی سلامت (IZA, IZR, DGPV)</li> <li>- مراقبت‌های بلندمدت اجتماعی و طرح هزینه‌های پزشکی (AWBZ) نیز مبتنی بر مشارکت دستمزدی است.</li> <li>- حق بیمه طرح بیمه اختیاری مبتنی بر ریسک فردی است.</li> <li>- بازمانده‌های سالانه دولتی برای تأمین مالی ZFW</li> <li>- مشارکت در هزینه: حدود ۶ درصد از کل مصارف مراقبت‌های سلامت است. مشارکت در هزینه ویژه برای بستری بلندمدت بیمارستانی، انعام مصنوعی، و حمل و نقل اعمال می‌شود.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- بیمه پایه سلامت (ZFW) کلیه کارکنان و افراد کم درآمد را پوشش می‌دهد.</li> <li>- طرح‌های بیمه اجتماعی اجباری (ZA, IZR, DGPV)</li> <li>- کلیه کارکنان خدمات شهری را پوشش می‌دهد.</li> <li>- مراقبت‌های بلندمدت اجتماعی و طرح هزینه‌های پزشکی (AWBZ)</li> <li>- کل جمعیت را پوشش می‌دهد.</li> <li>- بزرگترین صندوق بیماری در هر یک از ۳۱ منطقه جغرافیایی خدمات مربوط به طرح هزینه‌های پزشکی (AWBZ) را ارائه می‌دهد.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- نظام سرانه بیمه پایه سلامت (ZFW)</li> <li>- نظام کارانه برای متخصصین و برنامه بیمه اختیاری</li> <li>- کلیه بیمارستان‌ها خصوصی غیرانتفاعی است.</li> <li>- بازپرداخت هزینه به صورت کارانه است.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- مزایای طبی توسط پزشکان، بیمارستان‌ها و داروسازان، مراکز عمومی و تخصصی نگهداری، خدمات محدود دندانپزشکی، خدمات آزمایشگاهی؛ داروها، بازرسانی و حمل و نقل</li> <li>- مراقبت‌های بلندمدت در مراکز نگهداری رایگان است، از مزایای نقدی برای خدمات خصوصی استفاده می‌شود. مزایا شامل تا ۲/۵ ساعت مراقبت در منزل، داروی رایگان و کتیک برای معلولین است.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- پزشکان عمومی نقش دروازه‌بان را در ارجاع به متخصصین و بیمارستان‌ها دارند.</li> <li>- متخصصین عمدتاً در بیمارستان‌ها فعالیت کرده و دارای سقف هزینه‌ای هستند.</li> <li>- صندوق‌های بیماری منابع را به صورت سرانه تبدیل شده از صندوق مرکزی دریافت می‌کنند که توسط CVZ مدیریت می‌شود.</li> <li>- رقابت محدودی بین صندوق‌های بیماری وجود دارد.</li> <li>- اعمال قطع هزینه‌های دارویی از طریق روش‌های مختلف</li> </ul>



#### ۳-۴. تقاضا برای خدمات جامع<sup>۱</sup>

سطح سلامت سالمندان نیاز به تدارک خدمات را در یک نگاه کلی از پیشگیری، درمان، بازتوانی، و مراقبت‌های نقاهتی<sup>۲</sup>، طلب می‌کند. تجربه نشان می‌دهد جدا کردن این قلمروها از همدیگر و تفکیک آن به اجزای متعدد مفید نخواهد بود. بنابراین رویکردی بیمار محور ضروری است و در انجام آن پزشکان عمومی نقشی حائز اهمیت دارند. تقاضا برای خدمات جامع علاوه بر موارد فوق ایجاد طیفی از تسهیلات پشتیبان را از جمله نگهداری، خانه‌داری، محیط زندگی و تحرک‌پذیری سالمندان شامل شده و امکان استفاده از فناوری‌های جدید مانند اینترنت و تله‌مدیسن نیز پیشنهاد شده است.

#### ۳-۵. رشد اهمیت بخش خصوصی خدمات سلامت

افزایش جمعیت سالمند صرف‌نظر از پیرترین پیران- منجر به افزایش تقاضا در بسیاری از کشورهای صنعتی شده است. در واکنش به این تقاضا افزایش رشد بیمه‌های خصوصی، فراهم‌کنندگان خصوصی خدمات کلینیکی و پاراکلینیکی در راستای بهتر شدن کیفیت خدمات و راحتی مردم صورت خواهد گرفت.

برای برآورده کردن این تقاضا نیاز به قابل توجه بیشتر نقش پیشگیری و بازتوانی در سیاستگذاری‌های سلامت خواهد بود. در راستای بیماری‌های سالمندی نیاز به گذار در ایجاد ظرفیت از بستری به سرپایی و ایجاد خدمات مربوط به مراقبت‌های پرستاری در پاسخ به تقاضای جدید خواهد بود. در سیاستگذاری جدید برای سالمندان به شرایط عمومی سلامت و رفاه آنان باید توجه شده و فقط شرایط جسمی آنان در نظر گرفته نشود.

به منظور نادیده نگرفتن نیاز و در جهت آماده شدن برای تغییر باید تفکر خشک و تجربیدی<sup>۳</sup> در مورد پیری و تلقی سالمندان به عنوان بیمار در پزشکی و افکار عمومی باید کنار گذاشته شود و مطالعات فقط درمان‌های علمی دارو محور برای بیماری‌ها را در بر نگیرد بلکه به توانایی‌های بالقوه جسمی و روانی آنان توجه شود.

با توجه به بار مالی طرح‌های سلامت و مراقبت‌های بلندمدت، رهبری سیاسی مؤثر و تصمیم‌گیری آگاهانه پیش نیاز تکوین طرح‌های موفق است.

1. holistic care concept

2. after care

1. stereotypical ideas

در کشورهای مورد مطالعه نارسایی در ارائه خدمات پیشگیرانه، بازتوانی، و خدمات پرستاری به سالمندان مشاهده می‌شود به خصوص خدمات در منزل<sup>۱</sup> و تسهیلات نگهداری، این امر واضح‌تر است.

در بسیاری از موارد فقدان مراکز مراقبت روزانه برای سالمندان (مهد سالمندی) و شیوه مدرن زندگی شهری (زندگی خوابگاهی<sup>۲</sup>، غذاخوری در حرکت<sup>۳</sup>) و نیاز به داشتن کارکنانی برای عیادت سالمند در منزل، خانه‌های پرستاری و ... ضرورت سرمایه‌گذاری در زیرساخت‌های مراقبتی وجود دارد.

اگر چه بار مالی هزینه‌ها در دهه گذشته کشورها را وادار به انجام اصلاحات در مباحث محدودسازی هزینه‌ها بر مبنای هزینه- اثربخشی نموده است ولی توفیق این گونه اقدامات بسیار کوتاه‌مدت بوده و بودجه‌های سخت‌گیرانه عملکرد طرح‌ها را تضعیف نموده است. علاوه بر آن باور عمومی این است که حاکمیت از مسئولیت‌های خود شانه خالی می‌کند و اعتماد آنان کمتر شده است.

در نتیجه سیاستگذاران تصمیم به ایجاد نظام‌های پایدار مراقبت‌های سلامت با التزام سیاسی قوی به اهداف اجتماعی و استمرار توانایی طرح‌های بیمه اجتماعی در تأمین ابزار کافی برای ارائه خدمات کافی به سالمندان نموده‌اند. این امر شامل تقویت تأمین مالی و عوامل عملکردی اثرگذار بر کیفیت و دسترسی است.

کشورهای مورد مطالعه بر این امر توافق دارند که به منظور غلبه بر کمبودها بازنگری در موارد زیر را به انجام برسانند.

۱. ساختار سازمانی طرح،
۲. تأمین مالی و روش‌های اندوخته‌گذاری به خصوص گسترش مبنای مشارکت‌ها،
۳. روش‌های پرداخت مانند یافتن جایگزین برای نظام‌های کارانه،
۴. نظام تدارک خدمات با تأکید بر مراقبت‌های بیمارستانی و سیاست‌های مربوط به داروها،
۵. بازنگری در بسته مزایا برای سالمندان،

2. domiciliary care  
3. shelter housing  
4. meals on wheels

اگر چه در حال حاضر در این موضوع که آیا اقدامات فوق می‌تواند منجر به راه‌حل‌های بلندمدت شود، حرف و حدیث کمتری وجود دارد. در حقیقت تجارب گذشته نشان می‌دهد اصلاحاتی که تأکید بر وجوه محدود فنی طرح‌ها را دارد موفقیت جزئی به‌خصوص در موضوع کاهش هزینه‌ها به دنبال دارد که علل آن عبارتند از:

۱. سیاست‌های کوتاه‌مدت غیرمتوازن که فقط قادر به حل مشکلات در یک قلمرو است،
۲. فقدان التزام و هماهنگی بین ایفاکنندگان نقش‌ها و طرح‌های مختلف،
۳. احترام گذاشتن به ساختارهای نهادی، سنت‌های فرهنگی، و هنجارهای اخلاقی ممکن است رعایت نشده و موجب شود که طرح‌ها به اهداف خود نرسند.

سیاست‌های جامع‌تری که بتواند اصلاحات فنی لازم را در چارچوب پایداری بدست آورد اقداماتی را دربرمی‌گیرد که فراتر از کارایی و اثربخشی عمل کرده و مسئولیت‌پذیری و سازگاری را تقویت می‌کند. این اقدامات ممکن است شامل موارد زیر باشد:

۱. تأمین اهداف بلندمدت شفاف، نهاده علمی‌غیرتورش‌دار مانند ارزیابی شفاف اثرات اجتماعی، اقتصادی، و مالی اصلاحات و پایش سیاستی با هدف ایجاد اعتماد در کلیه ایفاکنندگان نقش در طرح‌های سلامت و مراقبت‌های بلندمدت،
۲. مباحث عمومی در محدود کردن مصارف سلامت (جیره‌بندی منابع) ممکن است ترغیب شود. بنابراین باید روشن شود که کدام خدمت پزشکی تأمین مالی شود و کدام‌یک به علت اثربخش نبودن و ناکافی بودن منابع مالی و فنی یا اینکه بیمار خیلی پیر است؛ حذف شود. به‌نظر می‌رسد درگیر کردن عامه مردم در این مباحث مهم باشد چرا که ممکن است تصمیماتی گرفته شود که به لحاظ اخلاقی اهمیت دارد مانند بکار بردن دارو و درمان یا برقراری لیست انتظار برای دریافت خدمات. چنین تصمیماتی باید از شفافیت برخوردار بوده و ویژگی‌های قابل شناسایی داشته باشد به گونه‌ای که دارای چارچوب قانون‌مند بوده تا بتواند مردم‌سالاری قانونی را تضمین نماید،
۳. استمرار تصمیمات سیاسی در راستای بهبود اعتماد عمومی و سازگاری فردی،
۴. التزام قوی سیاسی به اهداف اجتماعی در راستای تقویت همبستگی اجتماعی مانند پذیرش بسته مزایا و پرداخت سهم مشارکت،

۵. رهبری مؤثر سیاسی در هماهنگی سیاستی بین سیاست‌های سلامت و مراقبت‌های بلندمدت به گونه‌ای که وزرای بهداشت، امور اجتماعی، مالی، صندوق‌های بیمه سلامت و مراقبت‌های بلندمدت، و غیره در یافتن راه‌حل‌های با کفایت درگیر نمایند،

۶. هم‌چنین به نظر می‌رسد که داشتن حقوق بیمار در کنار سایر حق‌ها مانند حق سالمندان به دریافت خدمات درمانی به‌طور قانونی تعریف شده باشد. این امر منجر به توانمندی بیماران شده و آنان را شرکای مساوی در مراقبت‌های درمانی پنداشته و از این طریق سازگاری را تقویت می‌کند،

علاوه بر آنها تصور بهتر از هنجارهای فرهنگی مانند ارزش‌های مربوط به سالمندی و الگوهای رفتاری مانند ترجیح دادن برخی درمان‌های خاص در اصلاحات مربوط به مراقبت‌های سلامت می‌تواند منجر به راه‌حل‌های پایداری نسبت به رویکردهای گذشته شود.

### نتیجه‌گیری

۱. ایجاد منابع: در کلیه کشورهای مورد مطالعه ایجاد منابع<sup>۱</sup> برای سلامت و مراقبت‌های بلندمدت به‌طور منحصر مبنی است بر سهم مشارکت و حق بیمه‌ها از کارگر و کارفرما (به‌جز خویش‌فرمایان) همراه با نرخ‌های متفاوتی از یارانه‌های دولتی.
۲. مشارکت در هزینه: نقش مهمی در ایجاد منابع دارد و حدود ۱۷٪ از کل هزینه‌های سلامت در فرانسه، ۱۲٪ در ژاپن، ۱۱٪ در آلمان، و ۶٪ در هلند از همین محل تأمین می‌شود. مشارکت در هزینه ممکن است به بی‌عدالتی در دسترسی به مراقبت‌ها منجر شود. اثر این امر را می‌توان در سالمندان با اعمال مقررات اجتماعی کاهش داد.
۳. مزایای پزشکی: در هر چهار کشور قابل مقایسه است. به‌طور مثال پیشگیری به مقدار محدودی فقط در ژاپن پوشش داده می‌شود که آن‌هم در قالب طرحی مجزا است. فقدان پیشگیری ممکن است هزینه‌های بیشتری را بر سلامت و مراقبت‌های بلندمدت و در نتیجه به سالمندان تحمیل نماید.

نظام پرداخت به فراهم‌کننده در مورد سالمندان مبتنی بر لیست جداگانه‌ای است که با لیست بیمه پزشکی متفاوت است. در این نظام انگیزه برای تدارک خدمات در منزل، مراقبت از بیمار در منزل و بازتوانی وجود دارد.

سازوکارهای اساسی کنترل هزینه در طرح بیمه سلامت عبارتست از: بازنگری مستمر در تعرفه‌های پزشکی، مشارکت در هزینه و پرداخت فرانشیز برای دارو، بحث‌های سیاستی حول محور کاهش مدت اقامت بستری، بهبود ارتباط بین خدمات پزشکی برای سالمندان و بیمه مراقبت‌های بلندمدت است.

#### ۲-۳-۱. طرح مراقبت‌های بلندمدت

مانند آلمان، در این کشور نیز برنامه اجباری بیمه اجتماعی برای مراقبت‌های بلندمدت وجود دارد که از سال ۲۰۰۰ عملیاتی شده است و طی آن خدماتی مانند خانه‌های پرستاری، تسهیلات سلامت برای سالمندان و «بستری اجتماعی» به مفهوم ایجاد تخت‌های بستری بلندمدت در بیمارستان‌ها ارائه می‌شود. سایر مزایا عبارتست از: مراقبت‌های رسمی در منزل مانند خدمات خانه‌داری و پرستاران عیادت‌کننده از سالمند. هدف کلی از این طرح این است که تا حد ممکن سالمندان در محیط سکونت خود تحت مراقبت قرار گیرند.

فرانشیزی در حدود ۱۰ درصد؛ از گیرندگان خدمات دریافت می‌شود. شرایط شمول مزایا مبتنی است بر ارزیابی از سطح سلامت افراد که منتهی به سطوح مختلف مراقبت می‌شود. تأمین مالی نظام از محل حق بیمه اجتماعی و مالیات‌هاست. کارگران و کارکنان مبلغی مازاد بر حق بیمه اجتماعی می‌پردازند و از مستمری افراد مستمری‌بگیر بسته به میزان درآمد درصد معینی کسر می‌شود. در عین حال ۵۰ درصد از مصارف صندوق از محل منابع عمومی، شهرداری‌ها، و نواحی تأمین می‌شود. ۳۲ درصد از کل مصارف مربوط به خدماتی در مؤسسات نگهداری و ۶۸ درصد برای مراقبت‌های جامعه محور هزینه می‌شود.

#### ۴-۱. هلند

#### ۱-۴-۱. طرح مراقبت‌های سلامت

نظام مراقبت‌های سلامت هلند مبتنی بر طرح‌های زیر است:

- طرح بیمه اجتماعی اجباری که مراقبت‌های پایه سلامت<sup>۱</sup> را برای کارکنان و اشخاص

کم درآمد فراهم کرده و به طور عمده از محل سهم مشارکت حق بیمه تأمین مالی شده و هیچ‌گونه فرانشیز دریافت نمی‌شود.

- طرح بیمه اجتماعی اجباری (IZA, IZR, DGPV) که کارکنان خدمات شهری را پوشش داده و به طور عمده از محل سهم مشارکت درآمد محور که به طور مساوی بین کارگر و کارفرما تقسیم می‌شود تأمین مالی می‌گردد.
- طرح مراقبت‌های اجتماعی بلندمدت و هزینه‌های پزشکی استثنایی<sup>۱</sup> (AWBZ) که کل جمعیت را تحت پوشش داشته و به طور منحصر از محل حق مشارکت‌ها تا سقف معین تأمین مالی می‌شود.

پزشکان عمومی به عنوان دروازه‌بان سیستم عمل کرده و دستمزد خود را به صورت سرانه برای بیمه‌شدگان اجباری و کارانه برای بیماران بیمه‌شده خصوصی دریافت می‌کنند. سهم مشارکت در هزینه<sup>۲</sup> حدود ۶ درصد کل مصارف سلامت را تشکیل داده ولی بیمه‌شدگان به هنگام دریافت خدمت مشارکتی در پرداخت<sup>۳</sup> ندارند.

#### ۲-۴-۱. طرح مراقبت‌های بلندمدت

در کشورهای مطالعه شده، هلند بیشترین تعداد گیرندگان مراقبت‌های بلندمدت در مؤسسات را دارد. طرح مراقبت‌های اجتماعی بلندمدت و هزینه‌های پزشکی استثنایی (AWBZ) هزینه مراقبت‌های بلندمدت در خانه‌های پرستاری برای سالمندان را می‌پردازد. مراقبت‌ها در مؤسسات<sup>۴</sup> به جز مبلغ ثابتی برای اتاق و کارکنان رایگان است. از پرداخت‌های نقدی برای خرید خدمات خصوصی در جهت جلوگیری از لیست انتظار نیز استفاده می‌شود.

خدمات در منزل توسط سازمان‌های غیردولتی خصوصی فراهم شده و از طریق بودجه سالانه‌ای که توسط طرح مراقبت‌های اجتماعی بلندمدت و هزینه‌های پزشکی استثنایی تثبیت

1. Social Long Term Care & Exceptional Medical Expense Scheme (AWBZ)

2. cost sharing

3. co payment

4. institutional care

می‌شود تأمین می‌گردد. مزایا عبارتست از: تا ۲/۵ ساعت خدمات مراقبت در منزل، داروی رایگان، و تجهیزات کمکی معلولین.

۲. روندها و برآوردها: مصارف سلامت و مراقبت‌های بلندمدت برای سالمندان نرخ جمعیت سالمند، مصارف عمومی مراقبت‌های سلامت برای سالمندان، و مصارف مراقبت‌های بلندمدت نشانگر اثر سالمندی بر پایداری مالی طرح‌های سلامت و مراقبت‌های بلندمدت است. شاخص‌های توصیف‌کننده این ویژگی‌ها در کشورهای مورد مطالعه عبارتند از:

- برآورد آینده سهم سالمندان از کل جمعیت؛
- امید به زندگی در سن ۶۵ سالگی و امید به زندگی بدون معلولیت برای مردان و زنان در بین ۶۵ سالگی؛
- هزینه‌های سلامت برای افراد ۶۵ ساله و بالاتر؛
- هزینه مراقبت‌های بلندمدت؛
- پیش‌بینی آینده مصارف سلامت و مراقبت‌های بلندمدت با توجه به روند موجود در سال ۲۰۰۰ در این چهار کشور سهم همگنی از افراد ۶۵ ساله و بالاتر در مقایسه با کل جمعیت وجود داشت (جدول شماره ۲). آمار نشان می‌دهد حدود ۲۰ درصد از جمعیت این کشورها بالاتر از ۶۰ سال خواهد بود. در سال ۲۰۵۰ میلادی این سهم به ترتیب به ۳۲ و ۴۲ درصد خواهد رسید.

بالاترین سهم در کشور ژاپن خواهد بود (۴۲/۳ درصد) این رقم در فرانسه و هلند به ۳۳ درصد و در آلمان به ۳۸/۱ درصد خواهد رسید.

جدول شماره ۲. برآورد آینده از جمعیت ۶۰ سال و بالاتر (درصد از کل جمعیت)

کشور	۲۰۰۰	۲۰۲۵	۲۰۵۰
فرانسه	۲۰/۵	۲۸/۷	۳۲/۷
آلمان	۲۳/۲	۳۳/۲	۳۸/۱
ژاپن	۲۳/۲	۳۵/۱	۴۲/۳
هلند	۱۸/۳	۲۹/۴	۳۲/۸

منبع: سازمان ملل، دفتر امور اجتماعی اقتصادی، بخش جمعیت ۲۰۰۲ سالند شدن جمعیت جهانی.

امید به زندگی در سن ۶۵ سالگی به طور قابل ملاحظه‌ای افزایش خواهد یافت (جدول شماره ۳). بین سال‌های ۲۰۰۰ و ۲۰۵۰ حدود ۴/۹ واحد درصد در ژاپن، ۳/۶ در آلمان، ۳/۱ در فرانسه، و ۳ در هلند افزایش اتفاق خواهد افتاد.

جدول شماره ۳. امید به زندگی در ۶۵ سالگی

امید به زندگی در ۶۵ سالگی			کشور
۲۰۴۵-۲۰۵۰	۲۰۲۵-۲۰۳۰	۲۰۰۰-۲۰۰۵	
۲۲/۰	۲۰/۶	۱۸/۹	فرانسه
۲۱/۲	۱۹/۸	۱۷/۶	آلمان
۲۵/۱	۲۳/۲	۲۰/۲	ژاپن
۲۴/۵	۲۳/۲	۲۱/۵	هلند

منبع: سازمان ملل، دفتر امور اجتماعی اقتصادی، بخش جمعیت ۲۰۰۲ سالمند شدن جمعیت جهانی، سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۰۰، گزارش بهداشت جهانی، ۲۰۰۰، داده‌های کشورهای عضو سازمان همکاری‌های اقتصادی و توسعه، ۲۰۰۱.

امید به زندگی بدون معلولیت در سن ۶۵ سالگی در سال ۱۹۹۰ برای زنان بسیار بالاتر از مردان بود (جدول شماره ۴) در کشورهای مورد مطالعه بالاترین امید به زندگی در ژاپن (۱۴/۹ تا ۱۷/۳ سال) و پایین‌ترین در هلند (۸ تا ۹ سال) بود.

جدول شماره ۴. امید به زندگی بدون معلولیت برای مردان و زنان در ۶۵ سالگی،

سال ۱۹۹۰

امید به زندگی بدون معلولیت		کشور
زنان	مردان	
۱۲/۱*	۱۰/۱*	فرانسه
۱۳/۶**	۱۱/۳**	آلمان
۱۷/۳	۱۴/۹	ژاپن
۸	۹	هلند

منبع: داده‌های کشورهای عضو سازمان همکاری‌های اقتصادی و توسعه ۲۰۰۲، \*۱۹۹۱، \*\*۱۹۸۹.



سهم جاری سالمندان از مصارف سلامت در جدول شماره ۵ خلاصه شده است. در این جدول میانگین مصارف سلامت افراد ۶۵ سال و بالاتر در مقایسه با جوان‌ترها ذکر شده است. این کشورها حدود ۳ تا ۵ برابر برای ۶۵ سال و بالاتر در مقایسه با جوان‌ترها هزینه می‌کنند. بالاترین درصد در ژاپن (۵/۱۶) و پایین‌ترین در آلمان (۲/۷) است.

جدول شماره ۵. نسبت سرانه مصارف سلامت افراد ۶۵ سال و بالاتر به ۶۴-۰

در سال ۱۹۹۰

کشور	نسبت سرانه مصارف سلامت افراد ۶۵ سال و بالاتر به ۶۴-۰
فرانسه	۲/۹۶
آلمان	۲/۷
ژاپن	۵/۱۶
هلند	در دسترس نیست

منبع: داده‌های کشورهای عضو سازمان همکاری‌های اقتصادی و توسعه، ۲۰۰۲.

علت احتمالی بالا بودن سطح مصارف سلامت در سالمندان چیست؟

- تحقیقات نشان می‌دهد که بسیاری از بیماری‌های سنی و حساس به هزینه مانند دیابت و بیماری‌های مزمن با انجام بازتوانی قابل پیشگیری یا کاهش هستند. اگرچه این‌گونه اقدامات کمتر در طرح‌های مراقبت‌های سلامت پوشش داده می‌شوند این ارقام در کشورهای مورد مطالعه در جدول شماره ۶ نمایش داده شده است که رقم پایینی را تشکیل می‌دهد. مخارج مربوط به پیشگیری و بهداشت عمومی در کشورهای فرانسه و ژاپن پایین‌ترین (۰/۲) درصد از تولید ناخالص داخلی) در مقایسه با کشور آلمان (۰/۵) درصد) است.
- سایر علل عبارتست از: مزایای ویژه‌ای که در اختیار سالمندان قرار می‌گیرد مانند دسترسی آسان‌تر به خدمات پزشکی مبتنی بر عوامل نژادی، فرهنگی در ژاپن. پایین بودن این ارقام در کشورهای اروپایی می‌تواند ناشی از اشکال مخفی خیره‌بندی و دسترسی محدود سالمندان باشد.
- علاوه بر آن در دوره مورد مطالعه هزینه‌های سلامت و مراقبت‌های بلندمدت از همدیگر جدا نبوده به‌طور مثال در ژاپن خدمات اجتماعی تحت عنوان «بستری

اجتماعی» وجود دارد بنابراین امکان شناسایی تفکیکی هزینه‌ها از هزینه خانه‌های پرستاری، و هزینه‌های اجتماعی مقدور نبوده است.

**جدول شماره ۶. مصارف کلی در پیشگیری و مراقبت‌های عمومی سلامت از تولید ناخالص داخلی در سال ۱۹۹۹**

۰/۲	فرانسه
۰/۵	آلمان
۰/۲	ژاپن
۰/۳	هلند

منبع: داده‌های کشورهای عضو سازمان همکاری‌های اقتصادی و توسعه، ۲۰۰۲.

در جدول شماره ۷ مصارف مراقبت‌های بلندمدت به درصدی از تولید ناخالص داخلی نشان داده شده است. کشور هلند سهم قابل توجه و بالاتری را در این‌گونه مراقبت‌ها هزینه کرده است (۲/۵ درصد) که می‌تواند ناشی از سنت قوی باشد که الزام به ارایه این خدمات را در مقایسه با کشورهای دیگر اجتناب‌ناپذیر می‌کند.

**جدول شماره ۷. مصارف مراقبت‌های بلندمدت به درصدی از تولید ناخالص داخلی**

کشور	مصارف مراقبت‌های بلندمدت به درصدی از تولید ناخالص داخلی
فرانسه	۰/۷
آلمان	۰/۷
ژاپن	۰/۶
هلند	۲/۵

برآوردهای اخیر در مصارف مراقبت‌های بلندمدت رسمی نشان می‌دهد ۱۰ تا ۲۰ درصد مصارف ناشی از این خدمات است. پیش‌بینی تا سال ۲۰۵۰ نشان می‌دهد افزایش هزینه مرتبط با سن رشد ملایمی برابر با ۱ تا ۱/۴ درصد در خصوص مراقبت‌های بلندمدت حدود ۰/۶ درصد در فرانسه و ۲/۵ درصد در هلند اتفاق بیافتد. (جدول شماره ۸)

جدول شماره ۸ پیش بینی مصارف عمومی در سلامت و مراقبت‌های بلندمدت

کشور	مراقبت‌های سلامت افزایش سرانه مصارف به درصدی از تولید ناخالص داخلی ۲۰۰۰-۲۰۵۰	مراقبت‌های بلندمدت افزایش سرانه مصارف به درصدی از تولید ناخالص داخلی ۲۰۰۰-۲۰۵۰
آلمان	+ ۱/۴	-
فرانسه	+ ۱/۲	+ ۰/۶
هلند	+ ۱	+ ۲/۵

نتایج فوق در کنار یافته‌های تحقیقاتی اخیر مبنی بر اینکه دوره زمانی برخورداری از سلامتی در جمعیت سالمند افزایش یافته است مشخص می‌کند که فقط بخش کوچکی از افزایش مصارف سلامت با سالمند شدن قابل توجیه است.

### ۳. نیازهای آینده و اثرات ناشی از آن: تفکر مجدد در گفتمان سیاستی در راستای

#### پایداری نظام سلامت و مراقبت‌های بلندمدت

با توجه به یافته‌های فوق، اثرات مسن شدن جمعیت در فرضیه‌های سیاست‌گذاری و طرح‌های تأمین اجتماعی چیست؟ به نظر می‌رسد که نیازهای ویژه سالمندان موارد زیر را دربر خواهد گرفت:

#### ۳-۱. نیاز فزاینده به پیشگیری و بازتوانی

با افزایش سن نارسایی نظام موجود مراقبت‌های سلامت بالاخص در بخش پیشگیری بیشتر نمود پیدا خواهد کرد. علاوه بر آن رشد فزاینده‌ای در اختلاف بین پیشرفت در تشخیص و درمان بیماری‌ها در حال بروز است که آگاهی مردم را از ناخوشی<sup>۱</sup> بالاتر برده و ارزش مراقبت‌های پزشکی از درمان به سمت «سلامت خوب»<sup>۲</sup> سوق پیدا کرده است. این موارد موجب افزایش تقاضا برای خدمات پیشگیرانه از یک‌طرف و خدمات بازتوانی از سوی دیگر شده است.

1. ill health  
2. good health

۳-۲. اهمیت فزاینده خدماتی که به افراد نیازمند مراقبت‌های بلندمدت داده می‌شود موضوع فمینیسم و مجرد شدن سالمندان به این مفهوم است که اعضای خانواده‌ها مراقبت‌های کمتری را برای هم‌دیگر فراهم می‌کنند در نتیجه تقاضا برای انواع جدید رسمی و غیررسمی از مراقبت در حال افزایش است.

۳-۳. تدارک مراقبت‌های درمانی به صورت سرپایی به جای بستری در بلندمدت قلمروهای جدیدی در طب درمانی نیز به‌وقوع خواهد پیوست. طب سالمندی (بیماری‌های مزمن) همراه با روش‌های درمانی جدید و داروها در کنار تشخیص پیش‌رس بیماری زمینه‌ای را فراهم خواهد کرد که نقطه کانونی درمان بر خدمات سرپایی قرار خواهد گرفت تا خدمات بستری. شاخص‌های کیفیت نیز در پاسخ به این سؤال خواهد بود که آیا این روش‌ها ایمن، مناسب، و متناسب با نیاز بیمار هست یا خیر؟

۳-۴. تقاضا برای خدمات جامع<sup>۱</sup> سطح سلامت سالمندان نیاز به تدارک خدمات را از یک نگاه کلی از پیشگیری، درمان، بازتوانی، و مراقبت‌های نفاختی<sup>۲</sup>، طلب می‌کند. تجربه نشان می‌دهد جدا کردن این قلمروها از هم‌دیگر و تفکیک آن به اجزای متعدد مفید نخواهد بود. بنابراین رویکردی بیمار محور ضروری است و در انجام آن پزشکان عمومی نقشی حائز اهمیت دارند. تقاضا برای خدمات جامع علاوه بر موارد فوق ایجاد طیفی از تسهیلات پشتیبان را از جمله نگهداری، خانه‌داری، محیط زندگی و تحرک‌پذیری سالمندان شامل شده و امکان استفاده از فناوری‌های جدید مانند اینترنت و تله‌مدیسن نیز پیشنهاد شده است.

۳-۵. رشد اهمیت بخش خصوصی خدمات سلامت افزایش جمعیت سالمند - صرف‌نظر از پیرترین پیران - منجر به افزایش تقاضا در بسیاری از کشورهای صنعتی شده است. در واکنش به این تقاضا افزایش رشد بیمه‌های خصوصی، فراهم‌کنندگان خصوصی خدمات کلینیکی و پاراکلینیکی در راستای بهتر شدن کیفیت خدمات و راحتی مردم صورت خواهد گرفت.

1. holistic care concept

2. after care

برای برآورده کردن این تقاضا نیاز به توجه بیشتر نقش پیشگیری و بازتوانی در سیاست‌گذاری‌های سلامت خواهد بود. در راستای بیماری‌های سالمندی نیاز به گذار در ایجاد ظرفیت از بستری به سرپایی و ایجاد خدمات مربوط به مراقبت‌های پرستاری در پاسخ به تقاضای جدید خواهد بود. در سیاست‌گذاری جدید برای سالمندان به شرایط عمومی سلامت و رفاه آنان باید توجه شده و فقط شرایط جسمی آنان در نظر گرفته نشود.

به منظور نادیده نگرفتن نیاز و در جهت آماده شدن برای تغییر باید تفکر خشک و تجریدی<sup>۱</sup> در مورد پیری و تلقی سالمندان به عنوان بیمار در پزشکی و افکار عمومی باید کنار گذاشته شود و مطالعات فقط درمان‌های علمی دارو محور برای بیماری‌ها را در بر نگیرد بلکه به توانایی‌های بالقوه جسمی و روانی آنان توجه شود.

با توجه به بار مالی طرح‌های سلامت و مراقبت‌های بلندمدت، رهبری سیاسی مؤثر و تصمیم‌گیری آگاهانه پیش نیاز تکوین طرح‌های موفق است.

در کشورهای مورد مطالعه نارسایی در ارائه خدمات پیشگیرانه، بازتوانی، و خدمات پرستاری به سالمندان مشاهده می‌شود به خصوص خدمات در منزل<sup>۲</sup> و تسهیلات نگهداری، این امر واضح‌تر است.

در بسیاری از موارد فقدان مراکز مراقبت روزانه برای سالمندان (مهد سالمندی) و شیوه مدرن زندگی شهری (زندگی خوابگاهی<sup>۳</sup>، غذاخوری در حرکت<sup>۴</sup>) و نیاز به داشتن کارکنانی برای عیادت سالمند در منزل، خانه‌های پرستاری و ... ضرورت سرمایه‌گذاری در زیرساخت‌های مراقبتی وجود دارد.

اگر چه بار مالی هزینه‌ها در دهه گذشته کشورها را وادار به انجام اصلاحات در مباحث محدودسازی هزینه‌ها بر مبنای هزینه - اثربخشی نموده است ولی توفیق این گونه اقدامات بسیار کوتاه‌مدت بوده و بودجه‌های سخت‌گیرانه عملکرد طرح‌ها را تضعیف نموده است. علاوه بر آن باور عمومی این است که حاکمیت از مسئولیت‌های خود شانه خالی می‌کند و اعتماد آنان کمتر شده است.

در نتیجه سیاست‌گذاران تصمیم به ایجاد نظام‌های پایدار مراقبت‌های سلامت با التزام سیاسی قوی به اهداف اجتماعی و استمرار توانایی طرح‌های بیمه اجتماعی در تأمین ابزار کافی برای

1. stereotypical ideas
2. domiciliary care
3. shelter housing
4. meals on wheels

ارایه خدمات کافی به سالمندان نموده‌اند. این امر شامل تقویت تأمین مالی و عوامل عملکردی اثرگذار بر کیفیت و دسترسی است.

کشورهای مورد مطالعه بر این امر توافق دارند که به منظور غلبه بر کمبودها بازنگری در موارد زیر را به انجام برسانند.

- ساختار سازمانی طرح؛
- تأمین مالی و روش‌های اندوخته‌گذاری به‌خصوص گسترش مبنای مشارکت‌ها؛
- روش‌های پرداخت مانند یافتن جایگزین برای نظام‌های کارانه؛
- نظام تدارک خدمات با تأکید بر مراقبت‌های بیمارستانی و سیاست‌های مربوط به داروها؛
- بازنگری در بسته مزایا برای سالمندان.

اگر چه در حال حاضر در این موضوع که آیا اقدامات فوق می‌تواند منجر به راه‌حل‌های بلندمدت شود، حرف و حدیث کمتری وجود دارد. در حقیقت تجارب گذشته نشان می‌دهد اصلاحاتی که تأکید بر وجوه محدود فنی طرح‌ها را دارد موفقیت جزئی به‌خصوص در موضوع کاهش هزینه‌ها به دنبال دارد که علل آن عبارتند از:

- سیاست‌های کوتاه‌مدت غیرمتوازن که فقط قادر به حل مشکلات در یک قلمرو است؛
- فقدان التزام و هماهنگی بین ایفاکنندگان نقش‌ها و طرح‌های مختلف؛
- احترام گذاشتن به ساختارهای نهادی، سنت‌های فرهنگی، و هنجارهای اخلاقی ممکن است رعایت نشده و موجب شود که طرح‌ها به اهداف خود نرسند.

سیاست‌های جامع‌تری که بتواند اصلاحات فنی لازم را در چارچوب پایداری بدست آورد اقداماتی را دربرمی‌گیرد که فراتر از کارایی و اثربخشی عمل کرده و مسئولیت‌پذیری و سازگاری را تقویت می‌کند. این اقدامات ممکن است شامل موارد زیر باشد:

- تأمین اهداف بلندمدت شفاف، نهاده علمی‌غیرتورش‌دار مانند ارزیابی شفاف اثرات اجتماعی، اقتصادی، و مالی اصلاحات و پایش سیاستی با هدف ایجاد اعتماد در کلیه ایفاکنندگان نقش در طرح‌های سلامت و مراقبت‌های بلندمدت؛
- مباحث عمومی در محدود کردن مصارف سلامت (جیره‌بندی منابع) ممکن است ترغیب شود. بنابراین باید روشن شود که کدام خدمت پزشکی تأمین مالی شود و کدام‌یک به علت اثربخش نبودن و ناکافی بودن منابع مالی و فنی یا اینکه بیمار خیلی

پیر است؛ حذف شود. به نظر می‌رسد درگیر کردن عامه مردم در این مباحث مهم باشد چرا که ممکن است تصمیماتی گرفته شود که به لحاظ اخلاقی اهمیت دارد مانند بکار بردن دارو و درمان یا برقراری لیست انتظار برای دریافت خدمات. چنین تصمیماتی باید از شفافیت برخوردار بوده و ویژگی‌های قابل شناسایی داشته باشد به گونه‌ای که دارای چارچوب قانونمند بوده تا بتواند مردم‌سالاری قانونی را تضمین نماید؛

- استمرار تصمیمات سیاسی در راستای بهبود اعتماد عمومی و سازگاری فردی؛
- التزام قوی سیاسی به اهداف اجتماعی در راستای تقویت همبستگی اجتماعی مانند پذیرش بسته مزایا و پرداخت سهم مشارکت؛
- رهبری مؤثر سیاسی در هماهنگی سیاستی بین سیاست‌های سلامت و مراقبت‌های بلندمدت به گونه‌ای که وزرای بهداشت، امور اجتماعی، مالی، صندوق‌های بیمه سلامت و مراقبت‌های بلندمدت، و غیره در یافتن راه‌حل‌های با کفایت درگیر نمایند؛
- همچنین به نظر می‌رسد که داشتن حقوق بیمار در کنار سایر حق‌ها مانند حق سالمندان به دریافت خدمات درمانی به‌طور قانونی تعریف شده باشد. این امر منجر به توانمندی بیماران شده و آنان را شرکای مساوی در مراقبت‌های درمانی پنداشته و از این طریق سازگاری را تقویت می‌کند.

علاوه بر آنها تصور بهتر از هنجارهای فرهنگی مانند ارزش‌های مربوط به سالمندی و الگوهای رفتاری مانند ترجیح دادن برخی درمان‌های خاص در اصلاحات مربوط به مراقبت‌های سلامت می‌تواند منجر به راه‌حل‌های پایداری نسبت به رویکردهای گذشته شود.

## نتیجه‌گیری

۱. ایجاد منابع: در کلیه کشورهای مورد مطالعه ایجاد منابع<sup>۱</sup> برای سلامت و مراقبت‌های بلندمدت به‌طور منحصراً مبتنی است بر سهم مشارکت و حق بیمه‌ها از کارگر و کارفرما (به‌جز خویش‌فرمایان) همراه با نرخ‌های متفاوتی از یارانه‌های دولتی.
۲. مشارکت در هزینه: نقش مهمی در ایجاد منابع دارد و حدود ۱۷ درصد از کل هزینه‌های سلامت در فرانسه، ۱۲ درصد در ژاپن، ۱۱ درصد در آلمان، و ۶ درصد در هلند از همین

- محل تأمین می‌شود. مشارکت در هزینه ممکن است به بی‌عدالتی در دسترسی به مراقبت‌ها منجر شود. اثر این امر را می‌توان در سالمندان با اعمال مقررات اجتماعی کاهش داد.
۳. مزایای پزشکی: در هر چهار کشور قابل مقایسه است. به‌طور مثال پیشگیری به مقدار محدودی فقط در ژاپن پوشش داده می‌شود که آن‌هم در قالب طرحی مجزاست. فقدان پیشگیری ممکن است هزینه‌های بیشتری را بر سلامت و مراقبت‌های بلندمدت و در نتیجه به سالمندان تحمیل نماید.
۴. نظام تدارک خدمات: در کلیه کشورها نظام تدارک خدمات مبتنی بر انتخاب آزاد پزشکی است که دستمزد را به صورت کارانه، سرانه یا ترکیبی دریافت می‌کنند. دولت‌ها لیست قیمت‌ها را تنظیم کرده یا بر مذاکرات تعیین قیمت نظارت می‌کنند.
۵. بیمارستان‌ها: در فرانسه و آلمان می‌تواند عمومی یا خصوصی، انتفاعی یا غیرانتفاعی باشد. در ژاپن و هلند اکثر بیمارستان‌ها خصوصی است و پرداخت به صورت کارانه و تا سقف معین بودجه‌ای است. در کشورهای ژاپن و هلند بیمارستان‌ها هر دو خدمت مراقبت‌های حاد و بلندمدت را ادغام نموده و پرداخت مبتنی است بر کارانه بدون سقف بودجه‌ای. در آلمان ترکیبی از هزینه موردی، هزینه اعمال جراحی، و هزینه‌های روز بستری است.
۶. سازوکارهای کنترل هزینه: مانند مشارکت در هزینه و وجوه ویژه در لیست قیمت‌ها در هر چهار کشور معرفی شده است. فرانسه در کنترل هزینه به‌طور عمده متکی بر بودجه‌های گلوبال است. در آلمان بودجه‌های بخشی به تفکیک پزشکان، بیمارستان‌ها، و داروست. در هلند متخصصین در چارچوب سقف مصارف<sup>۱</sup> حرکت می‌کنند. در ژاپن حجم خدمات از طریق بازنگری گذشته در میزان بهره‌مندی، و تعدیل نرخ پرداخت کنترل می‌شود. در کلیه کشورها لیست داروهای قابل پرداخت و سیاست‌های خاص در تنظیم قیمت‌های داروها جزء مهم کنترل هزینه‌هاست. نظام دروازه‌بان در فرانسه و هلند وجود دارد. کشورهای مورد مطالعه توافق دارند که اصلاحات آینده نیازمند بهبود تراز درآمد و هزینه در طرح‌های مراقبت‌های سلامت است. رویکردهای اصلی مورد بحث شامل بازنگری در روش‌های پرداخت برای فراهم‌کنندگان و گسترش مبنای مشارکت است.
۷. ترتیبات مراقبت‌های بلندمدت و بیمه اجتماعی سلامت در آلمان و ژاپن دو شاخه جداگانه از بیمه اجتماعی است که نظام اجرایی، تأمین مالی (سهم مشارکت‌ها، حق‌بیمه،

1. expenditure caps



مشارکت در پرداخت، یارانه‌ها) و بسته‌های مزایای جداگانه دارند. کشورهای فرانسه و هلند نظام‌های تأمین مالی و مزایای خود را در بیمه اجتماعی و سایر طرح‌های اجتماعی ادغام کرده‌اند. در هلند قانون هزینه‌های پزشکی استثنایی (AWBZ) مراقبت‌های بلندمدت و مراقبت‌های پر هزینه را پوشش می‌دهد.

۸. **مزایای مراقبت‌های بلندمدت** شامل مراقبت‌های پرستاری در منزل، و مراقبت‌های آسایشگاهی در خانه‌های پرستاری است. این انواع مزایا هم به صورت نقدی یا تعهدی و برحسب نیاز ارایه می‌شود. در هر چهار کشور رویکردهای مختلفی برای برآورده کردن نیازهای سالمندان به کار می‌رود. و نگاه عمده، مراقبت‌های جامعه‌محور است. سالمندان هم نیازمند مراقبت‌های حاد و هم بلندمدت هستند. در نوع حاد به‌طور منحصراً مراقبت‌های پزشکی را شامل می‌شود ولی در بلندمدت موارد غیرپزشکی و حمایتی مانند سرپناه، و ترتیبات مربوط به زندگی سالمندان، رویکردهای فردی مانند درآمد، افراد خانواده را نیز دربرمی‌گیرد. در این کشورها چالش اصلی هماهنگی بین طرح‌ها و جلوگیری از انتقال هزینه بین مراقبت‌های حاد و بلندمدت است.

۹. در هر چهار کشور تعداد افراد ۶۵ ساله و بالاتر در حال افزایش است. بیشترین تعداد هم اکنون در کشور ژاپن بوده و در سال ۲۰۵۰ نیز بیشترین تعداد خواهد بود. از آنجایی که زنان عمر طولانی‌تری دارند لذا بیشترین تعداد سالمندان، زنان خواهند بود که یکی از عواقب همین فمینیسم سالمندی فردگرایی است. زیرا با مرگ سالمندان مرد و کاهش تعداد کودکان در خانواده‌ها به این مفهوم است که در اکثر کشورهای عضو سازمان همکاری‌های اقتصادی و توسعه افراد در خانوارهای یک یا دونفره زندگی می‌کنند. می‌شود تصور کرد که مردم عمر طولانی‌تری داشته و با ناخوشی کمتری مواجه خواهند بود و زنان نسبت به مردان هم عمر طولانی‌تر و هم فارغ از بیماری خواهند داشت. کشورهای مورد مطالعه برای سالمندان سه تا پنج برابر بیشتر هزینه می‌کنند تا افراد جوان. این امر ناشی از فقدان پوشش اقدامات پیشگیرانه، و سبک زندگی است.

۱۰. توجه ویژه به بیماری‌های مرتبط با سالمندی خواهد شد. در نتیجه تأکید کمتری به مراقبت‌های حاد و مراقبت‌های بستری خواهد شد. بنابراین سالمندی جمعیت به معنی این است که الزام به نوسازی و تکوین نظام مراقبت‌های سلامتی وجود دارد به گونه‌ای که اولویت را به قلمروهایی مانند پیشگیری، بازتوانی، و خدمات و مراقبت‌های سرپایی بدهد. در نتیجه در تدوین سیاست‌های سلامت ریشه‌کنی این سوءتفاهم درباره سالمندی در قلمرو

طب، سیاست، اقتصاد، و جامعه ضروری است. بنابراین موضوع پزشکی پنداشتن سالمندی، پنداری نامناسب است.

۱۱. اصلاحات در پاسخ به نارسایی طرح ضروری است. تجارب گذشته نشان می‌دهد که اصلاحات فقط محدود به پیشرفت‌های فنی در مورد کارایی طرح و انتظارات رشد اقتصادی نیست. طرح‌های پایدار بیمه‌ای سلامت و مراقبت‌های سلامت باید مبتنی بر التزام عمومی به اهداف اجتماعی باشد. دستیابی به این هدف از طریق پرداختن به ارزش‌ها، فرهنگ (مانند همبستگی اجتماعی) در توسعه طرح مطرح است. علاوه بر آن سیاست‌های مناسب، همچون موارد غیرتورش‌دار نهاده علمی، درگیر شدن عموم در فرموله کردن سیاست‌ها و حقوق بیماران همگی ابزارهای مهمی هستند که در پایداری نظام سلامت و مراقبت‌های بلندمدت اثرگذار است.

## منابع و مأخذ

### منابع انگلیسی

1. Anderson, Gerard F., *The Commonwealth Fund*, "Multinational Comparisons of Health Care", New York, 1998.
2. Bains, Mandeep, "Projecting Future Needs - Long-Term Projections of Public Expenditure on Health and Long-term Care for EU Member States", *Unpublished Conference Paper*, Paris, 2002.
3. Bundesministerium für Gesundheit, "Daten des Gesundheitswesens", Baden Baden, 2001.
4. Gerdtham, Ulf-G. & Bengt Jönsson, "International Comparison of Health Expenditure: Theory, Data and Econometric Analysis", *Handbook of Health Economics*, Volume 1, Edited by A.J. Culyer, J.P. Newhouse, Stockholm, 2000.
5. European Commission, "Budgetary Challenges Posed by Ageing Populations", Brussels, 2001.
6. European Observatory, "Health Care Systems in Eight Countries: Trends and Challenges", Copenhagen, 2002.
7. European Observatory, "Health Care Systems in Transition, Germany", Copenhagen, 2002.
8. Bundestag, German, "Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Alter und Gesellschaft", Drucksache 14/5130, Berlin, 2001.
9. Klein, Thomas, "Soziale Position und Lebenserwartung: eine Kohortenbezogene Analyse mit den Daten des Sozio-ökonomischen Panels", *Zeitschrift für Gerontologie*, 26, 1993, pp 313-320.

10. OECD, "Governance for Sustainable Development", Paris 2002.
11. \_\_\_\_\_, "Health Data", Paris, 1998.
12. \_\_\_\_\_, "Health Data", Paris, 1999.
13. \_\_\_\_\_, "Health Data", Paris, 2001.
14. \_\_\_\_\_ Observer, No 216, March, 1999
15. Maynard, Alan, "Making Difficult Choices in Health Care"; Summit on International Managed Care Trends, *Delegate Handbook*, Informational Resource Kit, December 9-12 1998; Miami Beach, 1998.
16. Ministry of Health, Labour and Welfare, "Annual report on labour, health and Welfare, 2000- 2001", Tokyo, 2002.
17. National Reports from France and Japan, "Towards Sustainable Health Care Systems: Strategies in Health Insurance Schemes in France, Germany, Japan and the Netherlands", Geneva, 2002.
18. Reinhardt, Uwe, "Economic Policy for Ageing Societies", *Horst Siebert*, Kiel, 2002.
19. Schade, Burghard, "Soziale Integration im kulturellen Vergleich", in: Kruse, A. et al., *Gerontologie*, Heidelberg/Munich, 1990.
20. Scheil-Adlung, Xenia, "Healthy Markets - Sick Patients? Effects of Recent Trends on the Health Care Market", in: Xenia Scheil-Adlung, *Building Social Security: The Challenge of Privatization*, New Brunswick and London, 2001.
21. "Worldwide Innovations in Health Insurance Reform", 2001; *Recent Health Policy Innovations in Social Security*, New Brunswick and London, 2001
22. "New Benefits Dealing with Ageing Populations: Long-term Care", 2001; *Recent Health Policy Innovations in Social Security*, New Brunswick and London, 2001.
23. "Demographische Alterung und Gesundheitssystem: Einige Anmerkungen", *Soziale Sicherheit*, 8/2002, Vienna, Austria, 2002.
24. "Towards Sustainable Health Care Systems: Current Strategies in Health Insurance Schemes in France, Germany, Japan and the Netherlands", 22 Meeting of the Working Party on Social Policy, Paris, 18-20 November 2002, OECD, Paris, Report 11 2002.
25. Schelling, Hans Rudolf, "Gesellschaftlicher Wandel des Alterns", paper given at the 2nd conference of Zurich sociologists, Zurich, 2000.  
<http://www.diax.ch/users/h.r.schelling>.
26. Shinoda -Tagawa, Tomoko, Soichi Koike, "Long-Term Care: Lessons from the United Kingdom", Germany, and Japan, *Health Policy Review*, Vol. 3, No 1, 2002, pp 1-7.
27. Schmacke, Norbert, "Nutzen - Medizinische Notwendigkeit - Wirtschaftlichkeit; Kann Public Health den Versorgungsauftrag der gesetzlichen Krankenversicherung präzisieren?", *Arbeit und Sozialpolitik*, 2001, pp 10-17.
28. Schulte, Bernd, Probleme der Pflegefallabsicherung - Vergleichendes Referat Anlässlich des Deutsch-Japanischen Kolloquiums, "Probleme der Kranken- und Pflegeversicherung", Rottach-Egern, unpublished manuscript, 1998.

29. Spyra, Kyra & Thomas Hansmeier & Werner Müller-Fahrnow, "Moving to Integrate Prevention, Curative Prevention and Curation", *Aviva Ron*, Xenia Scheil-Adlung, 2001; "Recent Health Policy Innovations in Social Security"; New Brunswick and London, 2001.
30. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, "World Population Ageing", New York, 2002.
31. US Census Bureau, *International Brief: Gender and Aging*, Washington, 1998.
32. U.S. Department of Commerce, National Trade Data Bank, "Netherlands - Pharmaceutical Cost Cutting", Washington, 2000.
33. U.S. Social Security Administration, "Social Security Programs Throughout the World - 1999", Washington, 1999.
34. World Health Organization, "The World Health Report", Geneva, 2000.

