

مطالعه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی سالمندان در دنیا

دکتر پروانه خیاط فراهانی^۱

چکیده

جمعیت رو به افزایش سالمندان و ابتلای اکثر آنان به بیماری‌های جسمی و روحی، ناتوان‌کننده و مزمن یکی از چالش‌های مهم بخش سلامت است و ضرورت توجه به مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی این گروه را بیش از پیش مهم می‌نماید. به این منظور کشورهای ژاپن، آمریکا، سوئد، انگلیس، نروژ و کره با محوریت برنامه ریزی، سازماندهی، تامین منابع مالی و نظارت در نظام مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی سالمندان مورد بررسی قرار گرفت.

این مطالعه نشان داد که سیاستگذاری و برنامه ریزی کلان سالمندان توسط وزارت سلامت و رفاه صورت می‌گیرد. متولی امور بهداشت و درمان سالمندان، وزارت سلامت و رفاه است و در وزارتخانه مذکور در اکثر کشورهای مورد مطالعه واحدی به نام دفتر سلامت سالمندان وجود دارد، که مسؤلیت این امر را به عهده دارند. خدماتی که به سالمندان ارائه می‌شود خدمات هر سه سطح را در بر می‌گیرد. تامین منابع مالی نظام خدمات بهداشتی و درمانی سالمندان از طریق مالیات و مشارکت سالمندان (حقوق بیمه و پرداخت مستقیم بیمار) صورت می‌گیرد. شرط استفاده از خدمات سالمندی سن ۶۵ سال و بالاتر و اقامت در آن کشور است.

۱. دکترای تخصصی مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، مدرس دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران جنوب (دانشکده تربیت معلم)

نظارت بر ارائه خدمات توسط ترکیبی از نمایندگان سازمان‌های ارائه‌دهنده خدمات به سالمندان، نماینده دولت، نماینده مصرف‌کنندگان و نمایندگان سازمان‌های بیمه‌ای صورت می‌گیرد.

واژه‌های کلیدی: مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، سالمندان، مطالعه تطبیقی.

مقدمه

سالمندی پدیده‌ای فراگیر، بنیادی و پایاست که در بخشی از جهان خودنمایی کرده و در بخش دیگر در حال ظهور است. پیر شدن جمعیت فرآیندی است که در آن افراد ۶۵ سال و بیشتر، رفته‌رفته بخش قابل توجهی از کل جمعیت را تشکیل می‌دهند. روندهای موجود حاکی از آن است که کشورمان با افزایش امید به زندگی، کاهش میزان مرگ و میر، کاهش میزان تولد و افزایش جمعیت سالمندان روبرو است و در سال ۲۰۲۵ میلادی در حدود ۱۰ میلیون نفر سالمند در ایران وجود خواهد داشت.^۱

اگرچه گذشت عمر را نمی‌توان متوقف نمود ولی می‌توان با به‌کارگیری روش‌ها و مراقبت‌های مناسب، از اختلالات و معلولیت‌های سالمندی پیشگیری نمود یا آن را به تعویق انداخت، تا بتوان از عمر طولانی همراه با سلامت و رفاه بهره‌مند شد.^۲

بنابراین، علیرغم آن که سالمندی جمعیت یکی از افتخارات بشری تلقی می‌شود، ولی با سالمندشدن جمعیت، کشورها با چالش‌هایی مانند بار مضاعف بیماری‌ها، ارائه مراقبت به سالمندان، اقتصاد سلامت جمعیت سالمند و افزایش خطر ناتوانی روبرو خواهند شد. کشورها، دولت‌ها و سازمان‌های بین‌المللی در صورتی قادرند از عهده آثار و پیامدهای سالمندی برآیند که، سیاست‌ها و برنامه‌هایی اتخاذ نمایند تا سلامت، مشارکت و امنیت شهروندان سالمند را ارتقاء دهند.^۳

۱. فروغان، مهشید، «سالمند، خانواده، حمایت از مراقبان»، نشریه توان، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، شماره ۴، خرداد ۱۳۸۳.

۲. اکبری کامرانی، احمدعلی، «طب سالمندی در جهان و ایران»، مجموعه مقالات سالمندی، جلد اول، ۱۳۷۸.

۳. سازمان جهانی بهداشت، سالمندی پویا، ترجمه حمید توکلی قوچانی و محمدرضا آرامات، مشهد، دانشگاه فردوسی، ۱۳۸۲.

دولت در تدوین و اجرای سیاست‌ها نقش تعیین کننده داشته و محور و متولی اصلی خدمت رسانی به قشرهای گوناگون از جمله سالمندان به شمار می‌آید.^۱ یکی از بزرگ‌ترین چالش‌ها در گروه آسیب‌پذیر سالمندان، تأمین منابع مالی و برنامه‌ریزی و سازماندهی و پایش عملکرد خدمات بهداشتی و درمانی مورد نیاز آنها است لذا ضرورت دارد که به مقوله مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی سالمندان توجه بیشتری شود.

۱. روش بررسی

پژوهش حاضر از نوع کاربردی بوده و به صورت توصیفی، در سال ۱۳۸۴ انجام شده است. محورهای مورد بررسی در این پژوهش «برنامه ریزی خدمات بهداشتی و درمانی سالمندان»، «سازماندهی نظام مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی سالمندان»، «روش‌های تأمین منابع مالی خدمات بهداشتی و درمانی سالمندان» و «نظارت بر سازمان‌های ارایه دهنده خدمات بهداشتی و درمانی سالمندان» در کشورهای آمریکا، انگلستان، ژاپن، نروژ، کره جنوبی و سوئد است.

۲. مروری بر ادبیات موجود

در سطح جهانی سرعت رشد جمعیت سالمند بیشتر از سرعت رشد کل جمعیت است. در سال‌های ۱۹۵۵-۱۹۵۰ میزان رشد سالانه جمعیت بالای ۶۰ سال مختصری بیش از رشد کلی و هر دو تقریباً ۱/۸ درصد بودند. در سال‌های اخیر، رشد جمعیت سالمند ۱/۹ درصد بوده که به طور واضحی از رشد کل جمعیت که ۱/۲ درصد است، بالاتر است. پیش‌بینی می‌شود در آینده‌ای نزدیک درصد رشد سالمندان، ۳/۵ برابر رشد کلی جمعیت شود و انتظار می‌رود که طی ۵۰ سال آینده جمعیت سالمندان در کشورهای در حال توسعه ۴ برابر شود.^۲

۲-۱. مروری بر وضعیت سالمندان در آسیا و اقیانوسیه

در دو دهه گذشته بسیاری از کشورهای منطقه از مرحله انتقالی جمعیت عبور نموده و از سطوح بالای باروری و مرگ و میر به سطوح پایین رسیده‌اند که یکی از پیامدهای آن افزایش جمعیت سالمندان بوده و پیش‌بینی می‌شود که در دهه‌های آتی افزایش بیشتری یابد.

۱. طبیبی، سید جمال‌الدین، «میزگرد بررسی ساختار بهداشت و درمان کشور»، مجموعه مقالات ارائه شده در همایش اقتصادی و بهداشت و درمان، انتشارات مؤسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی، تهران، سال ۱۳۸۰.
۲. دفتر سلامت خانواده و جمعیت، اداره سلامت سالمندان، ۱۳۸۲، صص ۴-۱.

جمعیت سنین ۶۵ سال و بالاتر در جهان برابر ۳۷۱/۱ میلیون نفر یا ۶/۵ درصد از کل جمعیت ۵/۷۲ میلیارد نفری دنیا تخمین زده شده است. منطقه اسکاپ حاضر، ۴۸ درصد از جمعیت سنین ۶۵ سال و بالاتر جهان را دارا بوده که به میزان ۵۰ درصد تا سال ۲۰۰۰ افزایش یافته و پیش‌بینی می‌شود که تا سال ۲۰۲۰ به ۵۵ درصد برسد.

۵۰ تا ۷۰ درصد جمعیت ۶۵ ساله و بالاتر جهان از نظر اقتصادی فعال هستند. این میزان در کشورهای کمتر توسعه یافته که بسیاری از سالمندان در امر کشاورزی فعالیت دارند بالاتر است.

اکثر کشورهای منطقه به نحوی برای افراد بازنشسته، معلول، سانحه دیده یا بیکار، تأمین اجتماعی را پیش‌بینی نموده‌اند. در تعدادی از کشورها، پوشش همگانی نیست ولی گروه‌های خاصی مانند کارمندان دولت یا کارمندان شرکت‌ها و مؤسسات بزرگ را شامل می‌شود.

۲-۲. چالش‌های یک جمعیت رو به سالمندی

چالش‌های مربوط به سالمندی جمعیت، چالش‌هایی جهانی، ملی و محلی هستند. مقابله با این چالش‌ها به برنامه‌ریزی‌هایی بدیع و تغییراتی واقعی در سیاست‌گذاری‌های کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه، نیازمند است. کشورهای در حال توسعه که اغلب آنها هنوز سیاست‌های جامع و فراگیر در مورد سالمندی ندارند، با بزرگ‌ترین این چالش‌ها مواجه هستند.

این چالش‌ها عبارتند از:

۲-۲-۱. بار مضاعف بیماری‌ها

هم‌چنان که کشورها صنعتی می‌شوند، دگرگونی در شیوه زندگی و کار به طور اجتناب‌ناپذیر با تغییر در الگوهای بیماری همراه می‌شوند. این تغییرات بیش از همه روی کشورهای در حال توسعه اعمال می‌شوند. آن دسته از سیاست‌ها و برنامه‌ها که بر توسعه اجتماعی، ارتقاء سطح سلامت، پیشگیری از بیماری‌ها و افزایش مشارکت‌ها متمرکز هستند، اغلب مؤثرترین آنها در مهار بار بیماری‌ها محسوب می‌شوند.

جدول شماره ۱. شاخص های سالمندی جمعیت در جهان

شاخص	سن	۱۹۵۰	۱۹۷۵	۲۰۰۰	۲۰۲۵	۲۰۵۰
جمعیت در هزار	۶۰-۶۴	۷۴۵۲۵/۸	۱۱۷۹۰۳/۸	۱۸۷۳۶۵/۵	۳۶۲۲۸۶/۷	۵۰۶۳۲۲/۹
	۶۵-۶۹	۵۶۵۹/۲	۹۴۱۷/۲	۱۵۲۳۲۶/۸	۲۹۰۹۹۳/۲	۴۳۳۴۹۷/۰
	۷۰-۷۴	۳۸۳۰۸/۷	۶۶۱۷۳/۰	۱۱۸۴۹۱/۴	۲۲۹۳۳۶/۴	۳۵۴۱۸۹/۴
	۷۵-۷۹	۲۲۲۶۷/۶	۳۹۵۰۴/۳	۷۸۳۵۴/۵	۱۵۰۸۸۸/۳	۲۹۰۷۹۱/۲
	۸۰-۸۴	}	}	۴۰۹۱۸/۲	۸۵۰۳۵/۸	۲۰۲۵۳۴/۵
	۸۵-۸۹			۲۰۱۷۲/۱	۴۴۹۶۵/۵	۱۱۱۸۲۶/۳
	۹۰-۹۴			۶۵۹۱/۹	۱۷۵۳۵/۴	۴۶۵۶۴/۵
	۹۵-۹۹			۱۳۸۵/۱	۳۹۹۷/۶	۱۴۸۲۱/۹
	۱۰۰ و بیشتر			۱۸۰/۰	۹۰۶/۹	۳۲۱۸/۹
شاخص سالمندی		۲۳/۸	۲۳/۲	۳۳/۴	۶۱/۵	۱۰۰/۵
میانگین سنی		۲۳/۶	۲۲/۰	۲۶/۵	۳۲/۰	۳۶/۲
میزان وابستگی سالمندان		۸/۶	۹/۹	۱۰/۹	۱۵/۹	۲۴/۷
شاخص	سال	۱۹۵۵	۱۹۷۵	۲۰۰۰	۲۰۲۵	۲۰۵۰
میزان رشد (درصد)	کل	۱/۸	۱/۷	۱/۲	۰/۸	۰/۵
	۶۰ و بیشتر	۱/۸	۱/۸	۱/۹	۲/۸	۱/۶
	۶۵ و بیشتر	۲/۱	۲/۶	۲/۳	۳/۱	۱/۶
	۸۰ و بیشتر	۳/۱	۲/۷	۳/۸	۳/۹	۳/۰
سالیهای امید زندگی در بدو تولد	کل	۴۶/۵	۵۹/۸	۶۶/۰	۷۲/۴	۷۶/۰
	زنان	۴۷/۹	۶۱/۵	۶۸/۱	۷۴/۷	۷۸/۵
	مردان	۴۵/۲	۵۸/۰	۶۳/۹	۷۰/۱	۷۳/۷

منبع: دپارتمان امور اجتماعی و اقتصادی^۱ سازمان ملل متحد، ۲۰۰۲، صص ۴۹-۴۸.

۲-۲-۲. افزایش خطر ناتوانی

در بیشتر کشورهای در حال توسعه و توسعه‌یافته، بیماری‌های مزمن، از علل اصلی و پرهزینه ناتوانی و افت سطح کیفی زندگی محسوب می‌شوند. استقلال یک فرد سالمند، هنگامی که انجام فعالیت‌های روزانه زندگی به دلیل ناتوانی فیزیکی یا روانی دشوار می‌شوند، به خطر می‌افتد. اما ناتوانی‌های مربوط به سالمندی و آغاز بیماری مزمن را می‌توان پیشگیری کرد و یا به تعویق انداخت.

۲-۲-۳. ارایه مراقبت به جمعیت سالمند

یکی از بزرگ‌ترین چالش‌ها در سیاست‌های بهداشتی در جمعیت رو به سالمندی، عبارت است از برقراری تعادل بین حمایت‌های مربوط به مراقبت از خود (افرادی که از خود مراقبت می‌کنند)، حمایت‌های غیررسمی (مراقبت‌های انجام شده توسط اعضای خانواده و دوستان) و مراقبت‌های رسمی (خدمات بهداشتی و اجتماعی). مراقبت‌های رسمی شامل مراقبت‌های بهداشتی اولیه (که اغلب در سطح جامعه ارایه می‌شود) و مراقبت‌های مؤسسه‌ای (چه در بیمارستان‌ها و چه در خانه‌های پرستاری) است.

۲-۲-۴. زنازه شدن سالمندی

زنان به تقریب در همه جا بیشتر از مردان عمر می‌کنند. این مطلب به صورت بالا بودن نسبت زنان به مردان در گروه‌های سنی بالا منعکس می‌شود. هم‌چنین زنان بیش از مردان احتمال دارد تا سنین خیلی بالا، یعنی زمانی که ناتوانی‌ها و مشکلات متعدد مربوط به سلامتی شایع‌ترند، عمر کنند. در سن ۸۰ سالگی و بالاتر، میانگین جهانی، کمتر از ۶۰۰ مرد برای هر ۱۰۰۰ زن است.

۲-۲-۵. هزینه‌های مراقبت بلندمدت

هزینه‌های مراقبت بلندمدت را در صورتی که سیاست‌ها و برنامه‌ها، به پیشگیری و نقش مراقبت غیررسمی معطوف شوند، می‌توان کنترل کرد.

در نهایت، میزان اختصاص بودجه به نظام بهداشتی و درمانی سالمندان، یک موضوع اجتماعی و سیاسی است که هیچ پاسخ مشخص و قابل تعمیم برای همه مناطق در مورد آن وجود ندارد. با این حال، سازمان جهانی بهداشت پیشنهاد می‌کند که بهتر است برای مراقبت بهداشتی تا آن جا که ممکن است پیش‌پرداخت صورت گیرد. به شکل بیمه یا به صورت مالیات و یا تأمین اجتماعی.

۶-۲-۲: تشکیل یک الگوی فکری جدید

سالمندی از قدیم با بازنشستگی، بیماری و وابستگی ارتباط داده می‌شود. سیاست‌ها و برنامه‌ریزی‌هایی که براساس این الگوی فکری قدیمی تدوین یافته‌اند، واقعیت را منعکس نمی‌نمایند. در حقیقت بسیاری از افراد تا سنین خیلی بالا مستقل باقی می‌مانند. به خصوص در کشورهای در حال توسعه، بسیاری از افراد بالای سن ۶۰ سال به مشارکت در نیروی کار ادامه می‌دهند.

الگوی فکری جدید مستلزم برنامه‌هایی است که از یادگیری در تمام سنین حمایت کرده و به افراد اجازه می‌دهد به بازار کار وارد و یا از آن خارج شوند تا بتوانند در زمان‌های مختلف طی روند زندگی، نقش ارایه‌دهنده مراقبت را به خود اختصاص دهند.

بلنک و برو^۱ (۲۰۰۳) در کتاب «مطالعه تطبیقی سیاست سلامت» چنین بیان می‌کنند که سالمندی جمعیت به دو دلیل مهم؛ کاهش زاد و ولد و افزایش امید به زندگی به وجود می‌آید. این روند سالمندی با دو تغییر مهم در ساختار جمعیت همراه خواهد بود. افزایش سالمندان بالای ۸۰ سال و افزایش زنان سالمند که این دو مورد بر نیازهای خدمات بهداشتی و درمانی جمعیت تأثیر خواهد گذاشت.

بلنک و برو بیان می‌کنند که تأمین منابع مالی نظام سلامت از طریق ۵ منبع صورت می‌گیرد؛ بیمه خصوصی، تأمین اجتماعی، مالیات‌های عمومی، پرداخت بیماران و دیگر منابع خصوصی.

بنابراین تحقیقات تخصصی و متنوع و جامعی در زمینه سالمندی در همه کشورها، به خصوص کشورهای در حال توسعه باید انجام شود، به طوری که این تحقیقات بتواند پایه‌ای برای سیاست‌گذاری‌های اثربخش باشد.^۲

جکوزون و همکاران در گزارشی با عنوان «سلامت سالمندان در کشورهای عضو سازمان همکاری‌های اقتصادی و توسعه» کشورها را از نظر سرعت سالمند شدن در سه گروه قرار می‌دهند:

۱. کشورهایی که جمعیت سالمندشان به طور معتدل افزایش می‌یابد. مثل آلمان، سوئد، انگلیس.

۲. کشورهایی که جمعیت سالمندشان به‌طور نسبی سریع افزایش می‌یابد، مثل: فرانسه، هلند و آمریکا.

1. Blank & Burau, 2003

2. Kevin, 2002 p 93

۳. کشورهایی که جمعیت سالمندشان بسیار سریع افزایش می‌یابد، مثل استرالیا، کانادا و ژاپن. در این کشورها افزایش جمعیت بالای ۸۰ سال قابل توجه است به‌طور مثال دو برابر شدن جمعیت بالای ۸۰ سال در ژاپن^۱

کری^۲ در یکی از اصول کشورهای عضو سازمان همکاری‌های اقتصادی و توسعه برای اصلاحات سالمندی جمعیت چنین آورده است که در سلامت و مراقبت بلندمدت باید بر هزینه و اثربخشی تمرکز شود و تحقیقات باید به سمت کاهش وابستگی جسمی سالمند سوق یابد و سیاست‌های صریح برای ارائه خدمات بهداشتی و درمانی برای سالمندان آسیب‌پذیر توسعه یابد. یاگودا^۳ در مقاله خود با عنوان «مدیریت موردی برای سالمندان» چنین نتیجه‌گیری می‌کند که، سالمندی یک فرایند پیچیده‌ای بوده که تحت تأثیر عامل‌های زیستی، روانی و اجتماعی است. در گذشته بستری کردن یکی از مؤثرترین روش‌های ارائه مراقبت مداوم به افراد سالمند به نظر می‌رسید. در حالی که اخیراً به مراقبت از سالمند در منزل توجه بیشتری شده است.^۴ در گزارشی که توسط مرکز توسعه سلامت سازمان جهانی بهداشت^۴ انتشار یافته، مقایسه‌ای که بین کشورهای ژاپن، سوئد، انگلیس، آمریکا و استرالیا صورت گرفته، نشان داده است که در ژاپن میزان افزایش افراد ناتوان سالمند (۷۳/۹ درصد) بیش از میزان افزایش سالمندان (۵۰/۳ درصد) است. دیویس در مقاله‌ای با عنوان «سالمندی و سلامت در قرن بیست و یکم» ذکر کرده است که برای بهبود کیفیت مراقبت از سالمندان و ایجاد فعالیت‌های پیشگیرانه و استفاده از فناوری‌های جدید باید پژوهش‌های عملیاتی و کاربردی صورت گیرد.^۵

در دومین برنامه ملی سالمندان تایلند (۲۰۰۱) در راهبردهای تأمین اجتماعی برای سالمندان، در زمینه نظام‌های خدمات سلامتی و حمایتی چنین بیان شده است:

- خدمات اجتماعی و بهداشتی و درمانی در جامعه باید توسعه یابد و بر ملاقات با در منزل تمرکز شود؛
- خدمات بهداشتی و درمانی باید شامل: مراکز مراقبتی روزانه، ملاقات بینکار در منزل، مراقبت در منزل، مراقبت بهداشتی و درمانی در منزل باشد؛

1. Jacobzone, 1999 p 10
2. Carey
3. Yagoda, 2004
4. WHO Kobe Center (WKC)
5. Davies, 1999.
6. visit

- مقامات محلی و مذهبی باید در ارائه خدمات سلامت و خدمات اجتماعی مشارکت داشته باشند؛
- مراقبت پزشکی باید به طور متناوب به سالمندان ارائه شود؛
- مجموعه درمانگاه‌های سالمندی، بخش‌های سالمندی و تسهیلات مراقبتی اقامت طولانی مدت برای سالمندان باید ایجاد شود.

در همین برنامه در زمینه نظام مدیریت سالمندان در سطح ملی آمده است که:

- کمیسیون ملی سالمندی در سطح ملی و بین‌المللی باید بین سازمان‌های مختلف هماهنگی ایجاد کند.

- در دومین همایش سالمندی (۲۰۰۲) در گزارش سالمندی در اسپانیا چنین مطرح شده که خدمات بهداشتی و درمانی سالمندان در این کشور به صورت رایگان برای بازنشستگان توسط نظام تأمین اجتماعی ارائه می‌شود که مدیریت آن به عهده نظام مراقبت سلامت ملی است.
- سازمان جهانی بهداشت در برنامه سلامت و سالمندی (۲۰۰۰) با عنوان «به سوی یک سیاست همگانی بین‌المللی برای مراقبت بلندمدت سالمندان» چنین بیان می‌کند که اجزای مورد نیاز یک برنامه ارائه خدمت مستمر و جامع شامل موارد زیر است: عدالت در دسترسی، حوزه مزایا و خدمات، جمعیت تحت پوشش، به هم متصل بودن نظام خدمات اجتماعی و سلامت. در زمینه منابع مالی برای نظام خدمات بلندمدت سالمندان، تأمین منابع مالی به صورت زیر می‌تواند باشد:
- روش‌های حمایت مالی بین بخش دولتی و خصوصی و تعهدات فردی؛
 - منابع درآمدی در هر سطح دولت؛
 - مقبولیت پرداخت و ساختار (مکانیزم)‌های پرداخت؛
 - انعطاف‌پذیری بودجه‌ای به طوری که بودجه‌های مراقبت سلامت و مراقبت اجتماعی به هم مرتبط باشد؛
 - منابع پولی و سرمایه‌ای براساس برنامه‌های یکپارچه اجتماعی.

دارگنیو^۱ در مقاله‌ای با عنوان «پوشش واکسن آنفلونزا در سالمندان کامپانیا (ایتالیا)» چنین مطرح می‌کند که واکسناسیون آنفلوانزا برای افراد ۶۵ سال و بیشتر در کامپانیا صورت می‌گیرد. در نتیجه‌گیری چنین بیان شده که اگر سالمندان توسط ویروس آنفلوانزا دچار بیماری عفونی شوند بیماری بسیار خطرناک بوده و واکسن بسیار پیشگیری‌کننده است.^۲

1. Dargenio

2. Dargenio, 2001

همچنین مطرح شده که اگر واکسن آنفلوآنزا رایگان تزریق شود و پزشکان عمومی در این مسئله بیشتر درگیر شوند، پوشش واکسیناسیون می‌تواند بهبود یابد.

در گزارش آنتولین و سی کر^۱ (۲۰۰۱) به کشورهای عضو سازمان همکاری‌های اقتصادی و توسعه با عنوان «تأثیر سالمندی بر فنلاند» چنین آمده که، نظام مراقبت سلامت و رفاه اجتماعی برای سالمندان خدمات سلامت وسیع و با کیفیت بالا ارایه می‌کند، از جمله کمک در منزل، خدمات حمایتی، مراقبت در مؤسسه‌ها، خدمات خانه‌داری و حمایت در مراقبت‌های غیررسمی. مراقبت از سالمندان در سال ۲۰۰۱ در این کشور یک درصد از تولید ناخالص داخلی را شامل شد. مهمترین تأمین‌کننده منابع مالی این کشور شهرداری‌ها هستند.

مسئولیت برنامه‌ریزی با مدیران محلی است. شهرداری‌ها از ارایه‌دهندگان محلی خدمات را می‌خرند. در گزارشی که توسط چونگ^۲ در زمینه «برنامه‌ریزی برای سالمندان سنگاپور» به اتحادیه ملی ارایه شده است، چنین بیان شده است که، برنامه‌ریزی برای سالمندان با هماهنگی وزارت توسعه اجتماعی^۳ و وزارت سلامت^۴ و شورای خدمات اجتماعی سنگاپور^۵ هماهنگی صورت می‌گیرد.^۶ گروه مطالعاتی سازمان جهانی بهداشت (۲۰۰۰) در گزارشی با عنوان «مراقبت بلندمدت در منزل» در زمینه تأمین منابع مالی خدمات مراقبت بلندمدت در منزل، منابع زیر را معرفی می‌کنند: مالیات عمومی، بیمه سلامت یا بیمه اجتماعی، بیمه خصوصی، به کار بردن نیروی انسانی داوطلب و بدون مزد، پرداخت بیماران. جمعیت تحت پوشش این خدمات شامل سالمندان ناتوان و تنها، سالمندان ناتوان و کم‌درآمد، سالمندان کم‌درآمد بدون حمایت خانواده است.

این گزارش چنین نتیجه‌گیری کرده که الگوی مراقبت بلندمدت در کشورهای صنعتی برای کشورهای در حال توسعه مناسب نیست. زیرا در بیشتر کشورهای توسعه یافته خدمات اجتماعی و سلامت برای مراقبت بلندمدت و مزمن جداسست و بهتر است که در کشورهای در حال توسعه این دو از همان ابتدا یکپارچه شوند.

شینکای^۷ در مورد مقاله تحقیقاتی با عنوان «سالمندی موفقیت‌آمیز» که در کشور ژاپن توسط مؤسسه طب سالمندی انجام شده و در «اولین کنفرانس بین‌المللی سالمندی در ایران سال ۱۳۷۸» ارایه شده است چنین بیان می‌کند:

1. Antolin & Suyker, 2001.
2. Choung
3. The Ministry of Community Development (MCD)
4. The Ministry of Health (MOH)
5. The Singapore Council of Social Services (SCSS)
6. Choung, 1992
7. Shinkai

اداره سلامت سالمندان معاونت سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با همکاری صندوق جمعیت ملل متحد «برنامه عمل بین‌المللی سال ۲۰۰۲ درباره سالمندی» را که حاصل دومین اجلاس سران با موضوع سالمندی است، ترجمه و منتشر کرد. در این برنامه به طور کلی سه توصیه صورت گرفته است:

۱. حوزه اولویت شماره ۱: افراد سالمند و توسعه؛
۲. حوزه اولویت شماره ۲: تداوم سلامت و تأمین رفاه در سالموردگی،
۳. حوزه اولویت شماره ۳: تضمین محیط‌های حمایت‌گر و توانمندسازی.^۱

فراهم کردن خدمات بهداشتی مناسب و با کیفیت برای سالمندان یکی از مسایل مهمی است که در نظام‌های سلامت بیشتر کشورها مورد توجه قرار گرفته است. تا آخر این دهه، بیشتر کشورها باید نظام اثربخشی در زمینه ارایه مراقبت به سالمندان داشته باشند و نسل جوان‌تر را برای ورود به سالمندی سالم و شایسته آماده کنند.^۲

۳. یافته‌ها

۳-۱. سیاستگذاری

نتیجه مقایسه و ارزیابی سازماندهی، برنامه‌ریزی، شیوه‌های تأمین منابع مالی و نظارت نظام مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی سالمندان در کشورهای منتخب نشان داد که سیاستگذاری کلان امور سالمندان در ژاپن توسط وزارت سلامت، رفاه و کار^۳، در امریکا توسط وزارت سلامت و خدمات انسانی امریکا^۴، در انگلستان توسط وزارت سلامت، در نروژ توسط وزارت سلامت و امور اجتماعی^۵، در کره جنوبی توسط وزارت سلامت و رفاه^۶ صورت می‌گیرد.

1. Action Plan, 2002

2. WHO, 2005, P 4.

3. Social Security in Japan, National Institute of Population and Social Security Research, March 2001

4. McCarthy, Robert L. & Kenneth Schafermeyer, *Introduction to Health care Delivery: A Primer for pharmacists*, Gaithersburg, Maryland, 2001

5. Busse, Reinhard & et.al, "Health Care Systems in Eight Countries: Trends and Challenges, Challenges, Prepared by the European Observatory on Health Care Systems", April 2002.

6. The Korean National Council of Elderly Welfare Organizations, The Federation of Korean Gerontological Sociey, "Societal Response to Aging Society Republic of Korea, A National Paper for the Second World Assembly on Ageing", Minstry of Health and Welfare, Ageing in Korea, 2002(www.mohw.go.kr)

۲-۳. ساختار سازمانی

از نظر ساختار سازمانی در ژاپن دفتر سلامت و رفاه سالمندان^۱، در امریکا دفتر امور سالمندان^۲، در سوئد شهرداری^۳، در انگلستان شبکه خدمات طب ملی ویژه سالمندان^۴، در نروژ شهرداری^۵، شهرداری^۶، در کره جنوبی بخش سلامت و رفاه سالمندان وابسته به وزارت بهداشت و درمان^۷ در زمینه سلامت سالمندان فعالیت می‌کنند.

در تمامی کشورهای مورد مطالعه، برنامه‌ریزی در سطح ملی به صورت متمرکز و در سطح منطقه‌ای و استانی به صورت غیرمتمرکز صورت می‌گیرد.^۷

سازمان ارایه‌دهنده خدمات بهداشتی و درمانی به سالمندان در ژاپن «مؤسسات بیمه اجتماعی شهرداری»^۸، در امریکا «مدیکیر»^۹، در سوئد «شهرداری و ایالت‌ها»^{۱۰}، در انگلستان «شبکه خدمات طب ملی ویژه سالمندان وابسته به نظام طب ملی»^{۱۱}، در نروژ «شهرداری»^{۱۲}، در کره جنوبی «وزارت سلامت و رفاه و بخش خصوصی» (عمده ارایه‌دهنده خدمت) هستند.^{۱۳}

۳-۳. خدمات تحت پوشش

خدمات تحت پوشش در کشورهای استرالیا، سوئد، انگلستان، نروژ شامل خدمات بهداشتی پیشگیرانه و خدمات مراقبت و کمک در منزل و ارایه خدمت در مراکز آسایشگاهی، در ژاپن شامل خدمات پزشکی و خدمات خارج از مراقبت پزشکی^{۱۳}، در امریکا مدیکیر خدمات را در بخش (الف) و (ب) ارایه می‌کند. خدمات بخش (الف): (خدمات بیمارستانی و آسایشگاهی) و

1. Social Security in Japan, 2001.

2. www.medicare.org

3. Landstingsforbundet, Basarsstatistik, 2002.

4. EOHCSST, 2002

5. Furvholmen, Christine, 2000

6. www.mohw.go.kr

۷. خیاط فراهانی، پروانه، بررسی مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی سالمندان در ایران و ارایه الگو ۱۳۸۴،

رساله دکتری، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات، تهران.

8. OECD, "Labour Market and Social Policy an Assessment the Performance of the Japanese Health Care System", Occasional Papers, 2001, no 56.

9. McCarthy, Robert, 2001.

10. Moore, Stephen, Social Welfare, Ministry of Health and Welfare, 2002 Guidelines on Government Funding Services for Older Person's Health and Welfare, are Alive, UK, 2002.

11. European Observatory on Health Care System, "Health Care System in Transition", Norway, 2003.

12. Social Insurance Institute, 1998.

13. McCarthy, Robert L. & Schafermeyer, Kenneth, 2001.

خدمات بخش (ب): (خدمات سطوح پیشگیری) را در بر می‌گیرد. به عبارت دیگر شامل خدمات هزینه‌سفته سطح پیشگیری از جمله: ایمن‌سازی (واکسن آنفلوآنزا و...)، آموزش شیوه زندگی سالم و مراقبت‌های دوران سالمندی، مشاوره سلامت، خدمات مربوط به پایش‌های (چکاپ‌های) سلامتی برای تشخیص و درمان زود هنگام سرطان‌های پروستات، پستان، کلون، دهانه رحم، فشارخون بالا، پوکی استخوان، ارایه وسایل کمکی مثل: سمعک، عینک و وسایل حرکتی، خدمات توانبخشی، مراقبت و درمان در منزل، خدمات بلندمدت و خدمات آسایشگاهی است.

۳-۴. جمعیت و خدمات تحت پوشش

جمعیت تحت پوشش در کشورهای امریکا، استرالیا، سوئد، انگلستان، نروژ و کره افراد ۶۵ سال و بالاتر و مقیم آن کشور و در ژاپن افراد ۶۵-۶۰ سال با توانایی بالا و ۷۰ به بالا و مقیم است. شیوه‌های غالب تأمین منابع مالی در ژاپن، امریکا، استرالیا، سوئد، انگلستان، نروژ و کره مالیات، حقیقه و پرداخت مستقیم بیماران است. البته در استرالیا بخش غیردولتی (خیرین، افراد مذهبی و بخش خصوصی) در این زمینه نقش به‌سزایی دارند.^۱

کمک‌های دولت به سالمندان در همه کشورهای منتخب وجود دارد ولی در هر یک، خدمات خاصی به صورت رایگان ارایه می‌شوند. در ژاپن سالمندان کم‌درآمد از پرداخت حق مشاوره و هزینه داروهای سرپایی معاف هستند.^۲ در امریکا بیشتر هزینه‌های درمان افراد فقیر، توسط مدیکیر صورت می‌گیرد.^۳ در سوئد پرداخت سالمندان بستگی به درآمدشان درآمدشان دارد و خدمات بلندمدت رایگان ارایه می‌شود. در نروژ پرستاری در منزل و خدمات حمایتی برای تمامی سالمندان و کمک در منزل برای سالمندان کم‌درآمد رایگان است و پرداخت برای بعضی از خدمات مراقبتی بر اساس درآمد سالمند است.^۴ در انگلستان خدمات پزشکی و پرستاری در منزل به سالمندان رایگان ارایه می‌شود و سالمندان، تمام یا بخشی از هزینه مراکز اقامتی را (بسته به سطح درآمد و دارایی) پرداخت می‌کند.^۵ در کره جنوبی معاینه‌های سلامت و اقامت در مراکز مراقبت روزانه و مراکز مراقبت کوتاه‌مدت و معاینه‌های سلامت و کمک در منزل رایگان است.^۶

۱. خیاط فراہانی، ۱۳۸۴.

2. OECD, 2001

3. McCarthy, Robert L. & Schafermeyer, Kenneth, 2001

4. Hjortsberg, catharino & Ola Ghatnekar, 2003.

5. Moore, Stephen, 2002

6. www.mohw.go.kr

جدول شماره ۲. مقایسه برنامه‌ریزی نظام مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی سالمندان در کشورهای منتخب

کشورهای منتخب	ژاپن	امریکا	سوئد	انگلستان	نروژ	کره جنوبی	برنامه‌ریزی	
							در سطح ملی	در سطح استانی
متمرکز	متمرکز	متمرکز	متمرکز	متمرکز	متمرکز	متمرکز	مؤسسات HSSE	مدیریکر
غیرمتمرکز	غیرمتمرکز	غیرمتمرکز	غیرمتمرکز	غیرمتمرکز	غیرمتمرکز	غیرمتمرکز	وزارت سلامت و رفاه	شهرداری و ایالت‌ها
ارایه‌دهنده	سازمان	مدیریکر	شهرداری و ایالت‌ها	نظام سلامت ملی	شهرداری	وزارت سلامت و رفاه	خدمات پزشکی و خدمات خارج از مراقبت پزشکی	بخش‌لف: خدمات بیمارستانی و آسایشگاهی
مراقبت	مراقبت	مراقبت	مراقبت	مراقبت	مراقبت	مراقبت	خدمات پزشکی و خدمات خارج از مراقبت پزشکی	خدمات بهداشتی پیشگیرانه و خدمات مراقبت و کمک در منزل و آسایشگاهی
۶۵-۶۰ سال	۶۵-۶۰ سال	۶۵ سال و بالاتر	۶۵ سال و بالاتر	۶۵ سال و بالاتر	۶۵ سال و بالاتر	۶۵ سال و بالاتر	۶۵-۶۰ سال	۶۵ سال و بالاتر
با ناتوانی بالا و ۷۰ به بالا	با ناتوانی بالا	امریکا	سوئد	انگلیس	نروژ	کره	با ناتوانی بالا	با ناتوانی بالا

منبع: یافته‌های پژوهش.

۳-۵. نظارت

نظارت بر سازمان‌ها و نهادهای ارایه‌دهنده خدمات بهداشتی و درمانی به سالمندان در ژاپن توسط وزارت سلامت، رفاه و کار، در امریکا با همکاری مؤسسه‌های وابسته به ایالت‌ها با اداره تأمین مالی مراقبت سلامت و وزارت سلامت و خدمات انسانی، در سوئد توسط وزارت سلامت و امور اجتماعی، انجمن اجرایی شهرداری، انجمن بهداشت و رفاه اجتماعی و مؤسسه‌های اجرایی مرکزی، در انگلستان توسط نظام سلامت ملی و دفتر منطقه‌ای مراقبت اجتماعی و نمایندگان سالمندان (مصرف‌کنندگان) و مراقبین آنها و دفتر بهبود سلامت و بازرسین خدمات اجتماعی، در نروژ توسط مقامات ملی، دولت مرکزی و وزارت سلامت و امور اجتماعی صورت می‌گیرد.^۱

۱. خیاط فراهانی، ۱۳۸۴.

جدول شماره ۳. مقایسه سازماندهی نظام خدمات بهداشتی و درمانی سالمندان در کشورهای منتخب

کشورهای منتخب	ژاپن	امریکا	سوئد	انگلستان	نروژ	کره جنوبی
سازماندهی	سیاستگذار سلامت، رفاه و کار	وزارت سلامت و خدمات انسانی امریکا	شورای استان (وزارت سلامت و امور اجتماعی)	وزارت سلامت و امور اجتماعی	دولت مرکزی (وزارت سلامت و امور اجتماعی)	وزارت سلامت و رفاه
	ساختار سازمانی	دفتر امور سالمندان	شورای شهرداری	شبکه خدمات طب ملی ویژه سالمندان	شهرداری	بخش سلامت سالمندان و بخش رفاه سالمندان

منبع: یافته‌های پژوهش.

جدول شماره ۴. مقایسه تأمین منابع مالی نظام خدمات بهداشتی و درمانی سالمندان در کشورهای منتخب

کشورهای منتخب	ژاپن	امریکا	سوئد	انگلستان	نروژ	کره جنوبی
تأمین منابع مالی	مالیات، بیمه مراقبت بلندمدت پرداخت‌های مشارکتی	مالیات‌ها و حق بیمه و کمک مرکز مدیریت مالی مراقبت‌های بهداشتی و درمانی	مالیات مستقیم حق بیمه	بودجه عمومی نظام سلامت ملی (NHS)	مالیات عمومی و حق بیمه	مالیات و حق بیمه
	مشارکت سالمندان در پرداخت کم درآمد، حق مشاور نمی‌پردازد	پرداخت بخشی از هزینه (۱۰ درصد هزینه‌ها) سالمندان کم درآمد، حق مشاور نمی‌پردازد	پرداخت نیمه‌از هزینه مراقبت بهداشتی - پرداخت کل هزینه درمان افراد فقیر توسط مدیر	پرستاری و خدمات پزشکی رایگان، پرداخت تمام یا بخشی از هزینه مراکز اقامتی	پرداخت ناچیز	کمک در منزل، مراکز مراقبت روزانه و مراکز مراقبت کوتاه‌مدت و معاینه‌های سلامت رایگان است

منبع: یافته‌های پژوهش.

جدول شماره ۴. مقایسه تأمین منابع مالی نظام خدمات بهداشتی و درمانی سالمندان در کشورهای منتخب

کشورهای	ژاپن	امریکا	سوئد	انگلستان	نروژ	کره جنوبی
شیوه‌های تأمین منابع مالی	مالیات، بیمه مراقبت بلندمدت پرداخت‌های مشارکتی	مالیات‌ها و حق بیمه و کمک مرکز مدیریت مالی مراقبت‌های بهداشتی و درمانی	مالیات مستقیم حق بیمه	بودجه عمومی نظام سلامت ملی (NHS)	مالیات عمومی و حق بیمه	مالیات و حق بیمه
مشارکت سالمندان در پرداخت	پرداخت بخشی از هزینه (۱۰ درصد هزینه‌ها) سالمندان کم درآمد، حق مشاوره‌ی پردازد	پرداخت تیمی از هزینه مراقبت بهداشتی - پرداخت کل هزینه درمان افراد فقیر توسط مدیریکر	پرداخت بستگی به درآمد	پرستاری و خدمات پزشکی رایگان، پرداخت تمام یا بخشی از هزینه مراکز اقامتی	پرداخت ناچیز	کمک در منزل، مراکز مراقبت روزانه و مراکز مراقبت کوتاه‌مدت و معاینه‌های سلامت رایگان است

منبع: یافته‌های پژوهش.

جدول شماره ۵. مقایسه ناظرین بر ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی و درمانی سالمندان در کشورهای منتخب

کشورهای منتخب	ژاپن	امریکا	سوئد	انگلستان	نروژ	کره جنوبی
سازمان ناظر	وزارت سلامت و رفاه	مؤسسه‌های وابسته به ایالت‌ها یا دفتر امور مالی بخش سلامت ایالت متحد آمریکا	انجمن بهداشت و رفاه اجتماعی	نظام سلامت ملی (NHS) و دفتر منطقه‌ای مراقبت اجتماعی و نمایندگان سالمندان و مراقبین آنها	مفتات ملی	وزارت سلامت و رفاه

منبع: یافته‌های پژوهش.

منابع و مأخذ

منابع فارسی

۱. اکبری کامرانی، احمدعلی، «طب سالمندی در جهان و ایران»، مجموعه مقالات سالمندی، جلد اول، ۱۳۷۸.
۲. خیاط فراهانی، پروانه، «بررسی مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی سالمندان در ایران و آرایه الگو ۱۳۸۴».
۳. زارع، حسین، «بیمه درمان مدیکیر»، بیمه همگانی خدمات درمانی، شماره ۱۱، تهران، ۱۳۷۹.
۴. سازمان جهانی بهداشت، سالمندی پویا، ترجمه حمید توکلی قوچانی و محمدرضا آرمان، مشهد، دانشگاه فردوسی، ۱۳۸۲.
۵. طبیبی، سید جمال‌الدین، «میزگرد بررسی ساختار بهداشت و درمان کشور»، مجموعه مقالات آرایه شده در همایش اقتصادی و بهداشت و درمان، انتشارات مؤسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی، تهران، سال ۱۳۸۰.
۶. فروغان، مهشید، «سالمند، خانواده، حمایت از مراقبان»، نشریه توان، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، شماره ۴، خرداد ۱۳۸۳.
۷. دفتر سلامت خانواده و جمعیت، اداره سلامت سالمندان، ۱۳۸۲.
۸. دپارتمان امور اجتماعی و اقتصادی سازمان ملل متحد، ۲۰۰۲، صص ۴۹-۴۸.
۹. سازمان ملل متحد، ۱۹۹۵، ص ۲۹.

منابع انگلیسی

1. "A National Paper for the Second World Assembly on Ageing", *Ministry of Health and Welfare*, Ageing in Korea, 2002.
2. Antolin, Pablo & Wim Suyker, "How should Norway Respond to Ageing?", *Economics Department Working Papers*, 2001, No. 29.
3. Busse, Reinhard & et al, "Health Care Systems in Eight Countries: Trends and Challenges, Prepared by the European Observatory on Health Care Systems", April 2002.
4. Blanck, Robert H. & Burau Viola, *Comparative Health Policy*, 2004.
5. Cheung, Paul P.L., "The Ageing of Asian Populations Proceedings of the United Nations Round Table on the Ageing of Asian Populations", Bangkok, May 1992.
6. Carey, David, "Coping with Population Ageing in Australia", *Economic Department Working Papers*, OECD, 1999, No. 217.
7. Commonwealth Department of Health and Ageing (CDHAA), "Aged Care in Australia", August 2002.

22. www.medicare.org
23. www.health.gov.au
24. www.mohw.go.kr
25. WHO, Report 2005 p 4.
26. WHO, "Active Ageing: A policy Framework", 2002.
27. Yagoda, Lisa, "Case Management with older Adults: A Social Work Perspective", National Association of Social Workers (NHSW), 2004.



پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

مطالعه بر روی هزینه مراقبت بلند مدت در اروپا مراقبت بلند مدت از سالمندان در ایتالیا

نویسندگان: کریستیانو جوری^۱، الساندرا دی مایو^۲ و الساندرو پوزی^۳
مترجمان: دکتر مژگان آزادی، دکتر حسین زارع، فریناز طاهری



خلاصه

تغییر در تعادل دموگرافیک جمعیت در ایتالیا و رشد سالمندی در جامعه، نظام سلامت ملی ایتالیا را بر آن داشته که با در نظر گرفتن تسهیلات لازم، به ارائه خدمات و حمایت از این افراد در راستای مراقبت بلندمدت بپردازند. سه منبع حمایت رسمی از سالمندان شامل: مراقبت جامعه، مراقبت محلی و کمک هزینه نقدی است. هزینه مراقبت بلندمدت در نظام حمایت اجتماعی در نظر گرفته شده معادل ۲۳/۱ درصد از تولید ناخالص داخلی و ۵۰ درصد کل هزینه دولتی می‌باشد. اکثر سالمندان جهت مراقبت خود در منزل به مراقبین غیررسمی که هم مراقبت خانگی و هم مراقبت فردی ارائه می‌نمایند، تکیه دارند. ۴۷/۲ درصد خانواده‌هایی که دارای عضو ۶۵ سال یا بالاتر هستند، توسط بستگان خود و ۱۱/۷ درصد توسط همسایگان، دوستان و داوطلبان مراقبت می‌شوند.

1. Cristiano Gori
2. Alessandra Di Maio
3. Alessandro Pozzi

خدمات رسمی مراقبت از سالمندان شامل مراقبت خصوصی در منزل، مراقبت در منزل با پشتوانه دولت که شامل مراقبت یکپارچه و کمک در منزل بوده و همچنین مراقبت‌های موسسه‌ای است. مراقبت‌های موسسه‌ای در قالب خانه‌های پرستاری، خانه‌های اقامتی و نیز اقامت طولانی‌مدت در بیمارستان و محیط‌های بازتوانی، سعی در ارائه خدمات بلندمدت به سالمندان وابسته، بر اساس نرخ تعرفه روز توافق شده با سطح ملی، دارد. سهمی از این هزینه توسط نظام سلامت ملی ایتالیا تامین می‌شود.

امروزه ارائه خدمات اجتماعی هم بر اساس نیازسنجی و هم بر اساس توانایی‌سنجی است. از متقاضیان دریافت خدمات معمولاً خواسته می‌شود که هزینه را پرداخت نمایند. پرداخت این مبلغ هم مصرف‌کننده و هم بستگان آنها را تحت تاثیر قرار می‌دهد. کد ملی مشخص می‌کند، اگر کسی نتواند از خودش حمایت کند، بستگانش (همسر، برادر یا خواهر، برادر یا خواهر همسرش، والدین یا والدین همسرش) باید برای او پرداخت ماهیانه داشته باشند. بر اساس این تعریف، در ایتالیا دو نوع پرداخت خدمات وجود دارد، یکی در سطح ملی و دیگری در سطح محلی تامین می‌شود. دولت ملی در قالب «مقرری همراه» یک سری از خدمات را جهت کلیه افراد بسیار ناتوان، بدون توجه به سن افراد تامین منابع کرده و این خدمات ارتباطی با توزیع توانایی‌سنجی ندارد. همچنین یک سری از خدمات توسط مسئولین بهداشت محلی، بر اساس نیازهای منطقه‌ای و میزان نرخ معافیت مالیات عمومی، به صورت محلی تامین می‌شود.

واژه‌های کلیدی: مراقبت بلندمدت، مقرری همراه، اقامت طولانی مدت بیمارستانی، بازتوانی.

۱. معرفی

۱-۱. مفهوم نظام مراقبت بلندمدت و توصیف گسترده آن

مراقبت بلندمدت عبارت است از هر نوع مراقبت مستمر پرستاری و شخصی و کلیه خدمات ارائه شده در منزل به افرادی که، با نسبت‌های متفاوت در مراقبت از خود ناتوان می‌باشند، که این مراقبت می‌تواند در منزل خودشان، توسط یک مرکز

مراقبت روزانه و یا تحت یکی از مراکز نظام سلامت ملی^۱ ارائه شود.^۲
در کشور ایتالیا مراقبت بلندمدت از افراد سالمند شامل سه منبع اصلی حمایت رسمی است: مراقبت جامعه، مراقبت محلی و کمک هزینه نقدی.

خدمات سلامت ملی ایتالیا^۳، توسط مسئول سلامت محلی، مدیریت و برنامه‌ریزی می‌شود. ارائه این خدمات در منزل با نام مراقبت یکپارچه در منزل^۴ یا مکان‌های مسکونی مانند قرارگاه‌ها صورت می‌گیرد. خدمات اجتماعی فردی، یا به عبارت دیگر مراقبت شخصی و خانگی که در محیط منزل^۵ و مکان‌های مسکونی ارائه می‌شود هر دو به روش قدیمی در سطح محلی توسط شهرداری‌ها هماهنگی و مدیریت می‌شوند.

مراقبت بلندمدت توسط ارائه‌کنندگان خدمات مراقبت اجتماعی فردی و سلامتی از هر دو گروه دولتی و خصوصی طرف قرارداد ارائه می‌شود. خدماتی که در حیطه خدمات سلامت ملی ایتالیا ارائه می‌شود رایگان است، در حالی که خدمات مراقبت اجتماعی امکان‌سنجی و هزینه‌های مصرف‌کننده را پیش‌بینی می‌نماید. مالیات‌های محلی و ملی منبع اصلی تأمین منابع مالی مراقبت بلندمدت دولتی است.

هزینه مراقبت بلندمدت در نظام حمایت اجتماعی در نظر گرفته شده است و معادل ۲۳/۱ درصد از تولید ناخالص داخلی^۶ و ۵۰ درصد کل هزینه دولتی می‌باشد.^۷

در دهه گذشته مراقبت بلندمدت در ایتالیا، با رشد چشمگیر در نوع دیگری از خدمت مواجه بوده است: این خدمت شامل مراقبت خصوصی خانگی برای سالمندان آسیب‌پذیر است. مصرف‌کنندگان این خدمت ۲ درصد از تمام خانواده‌های ایتالیایی و ۴/۲ درصد از خانواده‌هایی که یک عضو ۶۵ سال و بالاتر دارند، هستند.

اکثر سالمندان جهت مراقبت خود در منزل به مراقبین غیررسمی که هم مراقبت خانگی و هم مراقبت فردی ارائه می‌دهند، تکیه دارند. ۴۷/۲ درصد خانواده‌هایی که دارای عضو ۶۵ سال

1. national health system

2. Laing, 1993.

3. Servizio Sanitario Nazionale (SSN)

4. Assisteza Domiciliar Integata (ADI)

5. Servizi di Assistenza Domiciliare (SAD)

6. Gross Domestic Product (GDP)

۷. Saniteia بر اساس داده‌های حساب‌های ملی Istat تخمین می‌زند.

یا بالاتر هستند، توسط بستگان خود^۱ و ۱۱/۷ درصد توسط همسایگان، دوستان و داوطلبان مراقبت می‌شوند.^۲

۲-۱. مشخصات دموگرافیک: تعداد کنونی سالمندان و طرح‌ها

ایتالیا در دهه گذشته، با رشد قابل ملاحظه‌ای در تعداد سالمندان خود مواجه شده است. در سال ۱۹۹۶، ایتالیا بالاترین میزان جمعیت ۶۰ و بالاتر را در دنیا به خود اختصاص داده است^۳، که این تعداد معادل ۲۲/۶ درصد از کل جمعیت بود.^۴

روند رشد سالمندی در ایتالیا کم‌اکن ادامه دارد و باعث تغییر در تعادل دموگرافیک ملی شده است. علل این افزایش بر اساس نتایج اکثر پروژه‌های اخیر که توسط اداره مرکزی آمار ایتالیا^۵ انجام شده، مربوط به سه عامل مؤثر در رشد جمعیت، میزان امید به زندگی، میزان مرگ‌ومیر، تولد و همچنین مهاجرت می‌باشد.^۶

میزان امید به زندگی، که هم در مردان و هم در زنان از سال ۲۰۰۰ تا ۲۰۳۰ رو به رشد است (برای دوره ۲۰۵۰-۲۰۳۰ یک مسیر ثابت را تخمین می‌زنند)، میزان تولد و مرگ، که از میزان ۰/۲- در ۱۰۰۰ نفر از ساکنین در سال ۲۰۰۰، به ۱/۶- در سال ۲۰۱۰ تخمین زده شده و مهاجرت (با در نظر گرفتن رابطه بین مهاجرت به داخل و خارج) که از سال ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۰ به میزان ۹ درصد افزایش، برآورد شده است.

بر اساس این فرضیات، پیش‌بینی‌های آماری نشان می‌دهد که تعداد سالمندان (۶۵ ساله و بالاتر که در سال ۲۰۰۰، به تعداد ۱۰,۳۷۰,۴۸۸ نفر و معادل ۱۸ درصد از جمعیت ایتالیا بوده است) به میزان ۲۸ درصد تا سال ۲۰۳۰ (به تعداد ۱۵,۸۶۸,۹۷۲ نفر) و بیشتر از ۳۴ درصد تا سال ۲۰۵۰ (به تعداد ۱۷,۹۴۵,۴۹۹ نفر) خواهد رسید، همچنین در سه دهه اول مواجه با رشد ۴۴/۳ درصد و در دو دهه بعدی سرعت رشد به ۸ درصد خواهد رسید (جدول شماره ۱).

1. Istat, 2004.

2. Istat, 2006.

3. US Bureau of Census, 1997.

4. Euro stat, 1997.

5. Istat, 2006.

6. Istat, 2006.

جدول شماره ۱. نمایش تعداد جمعیت ۶۵ سال و بالاتر در سال‌های ۲۰۰۰، ۲۰۳۰ و ۲۰۵۰

رتب	جنسیت	دوره سنی (سال)	سال ۲۰۰۰ (تعداد)	سال ۲۰۳۰ (تعداد)	سال ۲۰۵۰ (تعداد)	سال ۲۰۳۰ (درصد)	سال ۲۰۵۰ (درصد)
۱	مردان	۶۵-۶۹	۱,۴۳۲,۹۰۸	۱,۹۸۳,۲۵۴	۱,۴۹۰,۲۸۲	۲۸/۴	۲۴/۹
		۷۰-۷۴	۱,۱۸۵,۴۷۵	۱,۵۸۱,۵۶۴	۱,۵۹۸,۹۴۳	۲۳/۴	۱/۱
		۷۵-۷۹	۸۷۷,۰۱۳	۱,۲۵۵,۶۷۰	۱,۶۱۶,۵۸۱	۲۳/۲	۲۸/۷
		۸۰-۸۵	۳۶۸,۸۹۵	۹۷۹,۴۵۵	۱,۳۳۴,۸۵۱	۱۶/۵	۳۶/۳
		۸۵ و بالاتر	۳۵۱,۴۱۵	۷۷۲,۴۳۴	۱,۲۰۰,۵۰۹	۱۱۹/۸	۵۵/۴
۲	زنان	۶۵-۶۹	۱,۶۸۷,۲۹۴	۲,۱۳۰,۹۶۲	۱,۵۲۴,۵۷۱	۲۶/۳	-۲۸/۵
		۷۰-۷۴	۱,۵۵۵,۵۱۰	۱,۸۱۱,۵۶۳	۱,۷۲۷,۸۷۵	۱۶/۵	-۴/۶
		۷۵-۷۹	۱,۳۶۴,۵۹۶	۱,۵۷۲,۲۷۱	۱,۸۹۰,۳۸۶	۱۵/۲	۲۰/۲
		۸۰-۸۵	۶۸۰,۲۲۲	۱,۳۷۹,۸۶۳	۱,۷۲۷,۱۰۱	۱۰/۲/۹	۲۵/۲
		۸۵ و بالاتر	۸۳۹,۸۳۸	۱۴۵,۲۲۷	۱,۹۸۹,۱۹۰	۷۳/۶	۳۶/۴
		تمامی ۶۵ ساله‌ها و بالاتر	۱۰,۳۳۳,۱۲۱	۱۴,۹۲۵,۲۵۴	۱۶,۱۰۰,۲۸۹	۲۴/۳	۷/۹
۱۲	تمامی ۸۵ ساله‌ها و بالاتر	۱,۱۹۱,۲۵۳	۲,۲۳۰,۶۶۱	۳,۱۸۹,۶۹۹	۸۷/۳	۲۳/۰	

Source: Eurostat, 2001.

۳-۱. شیوع وابستگی

تقاضا جهت دریافت مراقبت‌های سلامت و حمایت‌های اجتماعی در سالمندان، به تعداد جمعیت ۶۵ سال یا بالاتر که قادر به مراقبت از خود نیستند، بستگی دارد. نسبت سالمندانی که قادر به انجام فعالیت‌های روزانه زندگی^۱ خود نیستند معادل ۱۵ درصد است (طبق جدول شماره ۱). بیشتر این افراد به جای نگهداری در منزل در آسایشگاه‌های مسکونی پذیرش می‌شوند.

۱. ADL: ناتوان در انجام حداقل یک فعالیت روزانه زندگی از میان موارد ذیل مانند: شستشوی خود، حمام کردن، خوردن، دراز کشیدن یا لباس پوشیدن (ADL Katz Scale).

با توجه به نتایج پژوهش‌های انجام شده در نیال‌های ۲۰۰۰-۱۹۹۹، ۱۲/۴ درصد از افراد ۶۵ سال و بالاتر حداقل در انجام یک فعالیت زندگی روزانه خود ناتوان بوده‌اند. همچنین ۸/۹ درصد افراد بستری در تخت و وابسته به استفاده از صندلی چرخدار یا بستری در منزل بوده‌اند. در این رابطه باید در نظر داشت که جنسیت نیز مهم است، به نحوی که زنان بیشتر از مردان تمایل به وابستگی دارند. طبق گزارش این پژوهش در سال ۲۰۰۰، درصد افراد سالمند مرد معادل ۵/۹ درصد و زنان سالمند معادل ۱۱ درصد بوده است. همچنین در خصوص وابستگی در انجام یک فعالیت روزانه یا بیشتر، تفاوت جنسیت بیشتر مشهود است، به نحوی که ۸/۷ درصد آن مربوط به مردان و ۱۵ درصد مربوط به زنان می‌باشد.

جدول شماره ۲. درصد افراد سالمند ۶۵ سال و بیشتر که حداقل در یک فعالیت روزانه خود وابسته بوده بر اساس رده سنی و جنس (ایتالیا، ۲۰۰۰-۱۹۹۹)

ردیف	جنسیت	جنس و رده سنی	عدم وابستگی در انجام فعالیت روزانه زندگی (درصد)	وابسته در انجام حداقل یک فعالیت روزانه زندگی (درصد)
۱	مردان	۶۵-۶۹	۹۵/۳	۴/۷
۲		۷۰-۷۴	۹۳/۸	۶/۲
۳		۷۵-۷۹	۸۹/۱	۱۰/۹
۴		۸۰-۸۴	۷۰/۷	۲۹/۳
۵		۸۵ سال و بیشتر	۷۰/۷	۲۹/۳
۶	زنان	۶۵-۶۹	۹۴/۶	۵/۴
۷		۷۰-۷۴	۹۲/۱	۷/۹
۸		۷۵-۷۹	۸۲/۸	۱۷/۲
۹		۸۰-۸۴	۵۸/۳	۴۱/۷
۱۰		۸۵ سال و بیشتر	۵۸/۳	۴۱/۷
۱۱		کل		۸۵/۱

Source: Eurostat, 2001a.

۲. ساختار سازمانی

۲-۱ نقش رده‌های مختلف دولت

ساختار سازمانی مراقبت بلندمدت شامل دو بخش فعال در این امر است. وظیفه اصلی ارائه این خدمات توسط حوزه خدمات سلامت ملی ایتالیا^۱ بوده و شهرداری‌ها در رده دوم این ارتباط هستند. نظام سلامت ملی ایتالیا در سال ۱۹۷۸ به جایگزینی نظام صندوق بیماری^۲ تاسیس شد. هدف اصلی نظام سلامت ملی ایتالیا، ارائه یک ساختار همگانی و همگن جهت تامین خدمات سلامت به کلیه افراد بر اساس نیازهایشان است. در سال ۱۹۸۰، بیش از ۸۰ درصد کل بودجه سلامت از محل منابع دولتی تامین اعتبار شد (۴۰ درصد از محل پرداختی‌های سلامت، ۶۰ درصد از محل مالیات عمومی و یکپارچه‌سازی کشوری). از زمان آغاز اصلاحات در سال ۱۹۹۲، نظام سلامت ملی ایتالیا، شیوه‌های تامین منابع ملی خود را از طریق بخش خصوصی، ۳ درصد کمک پرداخت و ۲۷ درصد پرداخت از جیب (حق بیمه بخش خصوصی) افزایش داد. مالیات‌ها و پرداخت‌های سلامت در سطح ملی وصول می‌شوند (صندوق ملی سلامت^۳) و از سال ۱۹۹۸ بخش عمده‌ای از مسئولیت تامین اعتبار به سطح منطقه‌ای محول شد، که این امر از طریق تبدیل پرداخت‌های سلامت به مالیات‌های منطقه‌ای انجام شده است، شیوه انجام به این صورت بوده که هر منطقه اختیارات لازم جهت افزایش سطح مالیات‌ها در منطقه خود تا سقف مشخصی را دارد (شیوه افزایش مالیات‌های محلی).

بخش خصوصی نقش مهمی را در ارائه خدمات سلامت عمومی داشته و پرداخت ۴۰ درصد از هزینه‌های این بخش در نظام سلامت ملی ایتالیا به عهده بخش خصوصی است. با گذشت زمان، امور برنامه‌ریزی و مدیریت مراقبت سلامت، از سطح مرکزی به محلی تفویض شده است. وظایف دولت در سطح ملی، تدوین قوانین اصولی، اهداف کلی و قوانین عمومی است، در حالی که حوزه اختیارات مسئولین منطقه‌ای که تعداد ۲۰ منطقه است، تصمیم‌گیری در حوزه قوانین و مقررات منطقه، روش‌های ارائه خدمات سلامت، تدوین شاخص‌های تخصیص اعتبار مالی بر اساس فرمول سرانه مالیاتی میان مسئولین سلامت محلی^۴ و تعیین نظام پرداخت به ارائه دهندگان خدمات می‌باشد.

1. Italian National Health Service (SSN)
2. sickness fund
3. National Health Fund or Fondo Sanitario Nazionale (FSN)
4. Aziende Sanitarie Locali (ASL)

مسئولین سلامت محلی، وظیفه ارائه و خرید خدمات در ارتباط با ارائه خدمات در منزل (شامل: پرستاری، فیزیوتراپی و ویزیت پزشکان عمومی و متخصص)، ارائه خدمات سلامت به ساکنین منطقه و دیگر خدمات بلندمدت به افراد سالمند (به طور مثال: اقامت طولانی و اقامت جهت بازتوانی در بیمارستان یا سایر خدمات) را به عهده دارند. خدمات بهداشت جامعه معمولاً توسط سطح محیطی^۱ و زیر گروه‌های مسئولین منطقه‌ای ارائه می‌شود (معرفی دقیق نظام سلامت ملی ایتالیا^۲).

متولیان سلامت محلی، هزینه‌های مربوط به ارائه خدمات سلامت به بیماران، که توسط بخش دولتی یا خصوصی طرف قرارداد مسئولین منطقه‌ای ارائه می‌شود (مانند مراقبت در منزل)، را پرداخت می‌نماید. پرداخت به هر دو نوع ارائه‌دهنده خدمات، بر اساس یک نظام تعرفه خدماتی که توسط منطقه مربوطه تعیین شده است، می‌باشد. خدمات جامع سلامت محلی، بر اساس یک نظام بودجه سالیانه طراحی شده است. از زمان اصلاحات، نظام سلامت محلی (قبلاً با نام USL شناخته می‌شد) موقعیت یک موسسه عمومی را دارد که صاحب اختیار و حاکمیت لازم در اداره خدمات و تصمیم‌گیری دوباره چگونگی تخصیص منابع است. بیماران کماکان می‌توانند آزادانه از میان ارائه‌کنندگان خدمات سلامت دولتی یا خصوصی طرف قرارداد انتخاب نمایند گرچه این امر مستلزم ارجاع از طرف یک پزشک عمومی است.

در گذشته، خدمات اجتماعی فردی، با نام سیندرلا^۳، در نظام رفاه ایتالیا ارائه می‌شده است. میزان کمی از منابع دولتی به این نوع خدمات اختصاص داشته و تفاوت‌های بسیاری در کمیت و کیفیت خدمات ارائه شده در مناطق مختلف ایتالیا وجود دارد. بر اساس یک تقسیم‌بندی شمال-جنوب مناطق در تقسیم‌بندی قبلی ارائه خدمات وسیع‌تری نسبت به مناطق فعلی داشته است. نظیر آنچه در دیگر کشورهای مدیرانه‌ای وجود دارد، بر طبق فرهنگ ایتالیایی، مراقبت از یک شخص (کودک، معلول، افراد سالمند) یک مسئولیت خانوادگی است، لذا دولت به عنوان آخرین منبع، جایی که انتخاب دیگری وجود ندارد دخالت می‌نماید.^۴

در گذشته، خدمات اجتماعی فردی در سطح محلی توسط شهرداری‌ها مدیریت و قانونگذاری می‌شده که این به دلیل عدم قانونگذاری ملی بر روی کم و کیف اهداف ارائه این خدمات بوده است.

1. district
2. Mapelli, 1999
3. Cinderella
4. Saraceno, 1998.

در نوامبر سال ۲۰۰۰، برای اولین بار، چارچوب قانون ملی به تصویب رسید. این چارچوب قانونی، جایگزین بدنه قانونی شد که از سال ۱۸۹۰ وضع شده بود. طرح قانونی جدید شامل یک سری اهداف بوده و مسائل متعددی را در نظر دارد. این سری قوانین، هدف برقراری حداقل سطح خدمات مراقبت‌های اجتماعی را در سراسر کشور دنبال می‌کنند.

با این حال، ابزارهای اصلی (مالی و قانونی) موجود به منظور پیگیری این اهداف ضعیف هستند. اعتقاد بسیاری بر این است که قانون جدید ملی تفاوت‌های محلی و منطقه‌ای در ارائه خدمات اجتماعی فردی در کشور را کاهش نخواهد داد. یک ویژگی بسیار مهم این قانون جدید عبارت از این حقیقت است که میزان منابع دولتی (فقط سرمایه دولتی و نه منابع محلی) اختصاص یافته به خدمات اجتماعی فردی افزایش یابد. ارائه این خدمات به طور عموماً توسط قوانین محلی تنظیم می‌شود، اما در یک منطقه، ارائه خدمات به طور اساسی در بین شهرداری‌های مختلف، متفاوت است. شهرداری‌ها، مسئول اداره خدمات اجتماعی فردی بوده که این خدمات را هم به صورت مستقیم — آن چنان که هم اکنون رایج است — و هم توسط سازمان‌های ارائه خدمات خصوصی طرف قرارداد که اغلب غیرانتفاعی بوده، ارائه می‌دهند. شهرداری‌ها نقش اصلی در تصمیم‌گیری در ارتباط با اهداف خط‌مشی و چگونگی تخصیص منابع دولتی را برعهده دارند و مسئول ارائه مراقبت و حمایت در منزل و مکان‌های مسکونی هستند.

۲-۲. ادغام‌سازی مراقبت اجتماعی و سلامت

در ایتالیا، خدمات سلامت و مراقبت اجتماعی از دهه سال ۱۹۷۰ تاکنون بر دو بخش تقسیم می‌شود. در آن زمان تمام مسئولیت‌های حیطه مراقبت اجتماعی در شهرداری‌ها و تحت کنترل مناطق^۱ متمرکز بود (فرمان ریاست جمهوری^۲)، در حالی که آن حیطه از مسئولیت‌های مربوط به بخش سلامت توسط مسئولین سلامت محلی^۳ اداره می‌شد.

جزئیات ادغام‌سازی بین این دو بخش، که در قالب قانون تصریح شده است، در سطح ملی تبیین نشده است. این امر به شکل بار مسئولیت منطقه‌ای باقی مانده و تأثیر اصلی آن تغییرپذیری متعدد در مناطق جغرافیایی می‌باشد.

مدیریت خدمات اجتماعی و سلامت به صورت جامع و یکپارچه را می‌توان به طور عمده در

1. regions

2. Decree of the President of Republic (DPR), N.616, 1977

3. ASL (now) or ex- USL

تعداد محدودی از مناطق در شمال و مرکز ایتالیا نظیر امیلیا رومانیا^۱، توسکانا^۲، لیگوریا^۳ و به میزان کمتر در جنوب یعنی جایی که معمولاً مؤسسات خدمات سلامت ملی ایتالیا یا شهرداری‌ها هیچ کدام مسئولیت‌های مربوط به مدیریت و امور مالی مداخلات اجتماعی را برعهده نمی‌گیرند.

۳. تدارک مراقبت بلند مدت

۳-۱. مراقبت غیررسمی

گرچه مراقبت غیررسمی کماکان در نظام حمایت اجتماعی ایتالیا از اهمیت بسیار زیادی برخوردار است، اما نشانه‌هایی از تغییر وجود دارد. در سال‌های اخیر، تعداد خانواده‌هایی که با حداقل یک ... سالند توسط شبکه‌های غیررسمی حمایت می‌شوند، کاهش یافته است، در حالی که، منابع مالی جهت پرداخت به کارکنان سلامت افزایش داشته است. در سال ۱۹۸۳، ۱۴/۸ درصد از خانواده‌ها با حداقل یک سالمند، از منابع غیررسمی خارج از خانواده کمک دریافت کرده‌اند (مانند اقوام و خویشاوندانی که یکجا زندگی نمی‌کنند، همسایگان و داوطلبان). تا سال ۱۹۹۸ این بخش به ۱۱/۷ درصد کاهش یافت

در مورد سالمندانی که تنها زندگی می‌کنند (۴۷۹،۸۸۰ نفر ۲۵ درصد افراد ۶۵ سال و بالاتر) تعداد دریافت‌کنندگان خدمات غیررسمی از دوستان و همسایگان (به غیر از افراد خانواده) بالغ بر ۶۵۰،۰۰۰ نفر، معادل ۲۶/۲ درصد از کل جمعیت سالمندان که تنها زندگی می‌کنند است. نسبت بین مردان و زنان در این گروه یکسان و حدود ۲۶ درصد می‌باشد. (جدول شماره ۳).

جدول شماره ۳. تعداد و درصد افراد ۶۵ ساله و بالاتر، که تنها زندگی می‌کنند و کمک غیررسمی از دوستان یا همسایگان (غیر از افراد خانواده) دریافت می‌کنند. ایتالیا ۱۹۹۸

جمعیت کل ۶۵ سال و بالا (نفر)	افراد ۶۵ سال و بالا (درصد)	مردان (نفر)	زنان (نفر)	مردان (درصد)	زنان (درصد)
۶۵۰،۰۰۰	۲۶/۲۱	۱۲۱،۵۵۰	۵۲۸،۴۵۰	۲۶/۲۴	۲۶/۲۰

Source: Presidenza del Consiglio dei Ministri, 2000

1. Emilia Romagna
2. Toscana
3. Liguria

۳-۲. خدمات رسمی

۳-۲-۱. مراقبت خصوصی در منزل

دسترسی به خدمات مراقبت خصوصی در منزل به صورت رسمی، در طی سالیان اخیر در ایتالیا مطلب و مسئله مهمی شده و انتظار می‌رود در آینده نزدیک بیشتر مورد بررسی قرار گیرد.^۱ چنین تخمین زده شد که در اواسط دهه ۱۹۹۰ میلادی، ۱۰ درصد از خانواده‌های ایتالیایی، با حداقل یک فرد سالمند خدمات خصوصی نظیر مراقبت و خدمات در منزل خریداری نمایند.^۲

بیشتر خانواده‌هایی که دارای یک سالمند کاملاً وابسته بوده‌اند، به کمک هزینه‌ای که در سطح ملی یا محلی برای دریافت کمک خصوصی ارائه می‌شود، تکیه دارند. در سال ۲۰۰۰، بر اساس ارزیابی‌های ملی، ۱,۸۹۹,۰۰۰ از خانواده‌ها (۷۸ درصد از کل)، از خدمات خصوصی نظیر خلعت‌های خانگی، مراقبت از کودک، مراقبت از فرد معلول یا سالمند، استفاده نموده‌اند. از این تعداد، ۴۱۵,۴۰۰ خانواده به کمک‌های پرسنلی برای افراد سالمند آسیب‌پذیر دسترسی داشته‌اند، ضمناً دستمزد این افراد پرداخت شده بود (۲ درصد خانواده‌های ایتالیایی). جدول شماره ۴ تفاوت‌های مربوط را با توجه به سن سالمندان نمایش می‌دهد. ۴/۲ درصد خانواده‌هایی با یک فرد ۶۵ ساله و بالاتر (۱۸۲,۷۰۰ خانواده) و ۷/۴ درصد خانواده‌های با یک فرد ۷۵ ساله و بالاتر (۱۳۰,۱۶۶ خانواده) از کمک خصوصی در منزل استفاده می‌کنند. علاوه بر آن، برای سالمندانی که تنها زندگی می‌کنند، این میزان به ۹/۷ درصد از کل جمعیت سالمندی که تنها می‌باشند، افزایش می‌یابد.^۳

جدول شماره ۴. خانواده‌ای که از کمک‌های خصوصی در منزل استفاده می‌کنند براساس نوع خانوار (تعداد مطلق، درصد از خانوارهای مشابه) ایتالیا، ۲۰۰۰

درصد از خانوارهای مشابه	تعداد (نفر) ^۴	موارد
۴/۲	۳۰۷/۳۶۲	خانواده‌هایی که با یک سالمند ۶۵ ساله یا بیشتر زندگی می‌کنند
۷/۴	۲۵۱/۱۵۰	خانواده‌هایی که با یک سالمند ۷۵ ساله یا بیشتر زندگی می‌کنند
۹/۷	۲۵۰/۰۰۰	سالمندانی که تنها زندگی می‌کنند

1. Istat, 2008.
2. De Vincenti, 1999
3. Istat, 2004

۴. محاسبات ما بر روی داده‌ها به تعداد کل خانواده‌های ایتالیایی در سال ۱۹۹۸ انجام شده است.

Source: Istat, 2001C.

از دیدگاه کلی در ایتالیا، نسبت خانواده‌های با حداقل یک عضو ۷۵ ساله یا بیشتر، که از کمک‌های خصوصی در منزل بهره می‌برند، در جنوب به طور قابل ملاحظه‌ای بالاتر از این گروه در شمال ایتالیا است: ۸/۹ درصد به ۶/۴ درصد.

برخی مطالعه‌های کیفی محلی به تبیین ویژگی‌های نظام تأمین مراقبت خصوصی پرداخته‌اند. کارکنان شخصی بازار را در دست دارند، حال آن که سازمان‌های انتفاعی و غیرانتفاعی بیشتر برای بخش دولتی فعالیت می‌کنند و تمایلی ندارند تا خدمات خود را بطور مستقیم در اختیار خانواده‌ها قرار دهند.^۱ در حقیقت، در طول دهه ۱۹۹۰، پیشرفت چشمگیری در سازمان‌های خصوصی تأمین‌کننده مراقبت در منزل برای افراد سالمند آسیب‌پذیر به وجود آمد که تمایل به عقد قرارداد با بخش دولتی جهت ارائه خدمات داشتند. با این وجود، این سازمان‌ها در پیشرفت بازار خصوصی مراقبت‌های پرداخت‌شده از سالمندان سهمی نداشتند و این بازار کماکان در تسلط تأمین‌کنندگان شخصی است. این ویژگی اصلی باعث کیفیت پایین کارکنان، شناخت اجتماعی محدود از این مشاغل، جایگاه ضعیف کارکنان شده است.

در خصوص تقاضا، شواهد دال بر این موضوع است که دستیابی به مراقبت‌های پرداخت شده در ارتباط با وضعیت مالی خانواده است. درآمد خانواده به عنوان یک مؤلفه که می‌تواند مشوق نیاز به دریافت مراقبت خصوصی باشد، مورد شناسایی قرار گرفته است.^۲ در حقیقت، ارزیابی‌های بسیاری نشان می‌دهند که بطور متوسط، خانواده‌های با درآمد بالاتر تمایل بیشتر در استفاده از خدمات خصوصی در منزل نشان داده‌اند.^۳ در نتیجه، احتمالاً خانواده‌های با درآمد متوسط یا پایین، در مواقع نیاز به مراقبت، تحت فشار زیادی قرار می‌گیرند. علاوه بر آن، با توجه به فقدان ساختار بازار مراقبت، خانواده‌های نیازمند به این خدمت، مجبور به جستجوی این نیاز در بازارهای غیررسمی بوده که تضمینی نسبت به قابل اعتماد بودن، تداوم و کیفیت مراقبت ندارد.

با توجه به مکان فعالیت ارائه خدمت مراقبت خصوصی در منزل که خانواده است، تمایل به عدم تبعیت از قوانین دولتی حداقل به دو شیوه زیاد است: شیوه اول، خدمات مراقبتی که به

1. Rancj 2000.

2. Weinkopf, 2001.

3. Rancj 2000; Irer, 1999

طور خصوصی پرداخت می‌شوند، اغلب به طور کامل از تامین خدمات دولتی جدا هستند، به نظر می‌رسد که این دو از نظر سیاستگذاری و اجراء در دو حوزه متفاوت باشند. دوم اینکه، بازار خاکستری نقش مهمی در این بخش از فعالیت دارد.

در حوزه «ارائه خدمت در منزل جهت خانواده‌ها و اجتماع» چنین برآورد می‌شود که ۷۵ درصد از تمام کارکنان جزء بازار خاکستری ایتالیا باشند.^۱ بر طبق این ارقام ۸۰۰,۰۰۰ کارمند از کل ۱,۰۰۰,۰۰۰ نفر افرادی که در حیطه مراقبت در منزل اشتغال دارند، در بازار خاکستری فعال بوده و تنها ۲۵۰,۰۰۰ نفر از ایشان به طور منظم مشغول به کار هستند.^۲ در مقایسه با سایر کشورهای اروپایی به طور قطع در ایتالیا مانند اقتصاد بیشتر کشورهای مدیترانه‌ای، بازار خاکستری بیشتر مورد پذیرش است.^۳

با این وجود، حتی در سوابق ایتالیا، سهم فعالیت‌های زیرزمینی در حوزه ارائه مراقبت در منزل، بسیار بالاتر از سایر فعالیت‌های خدماتی می‌باشد.^۴ البته، داده‌های موجود تنها به فعالیت‌های مراقبتی جهت سالمندان اشاره ندارد، چرا که در این آمار، ارائه خدمات مراقبت از سالمندان، از مراقبت کودکان و دیگر فعالیت‌های در منزل تفکیک نشده است. چنین برمی‌آید که کار برای سالمندان تحت حاکمیت اقتصاد زیرزمینی^۵ می‌باشد. در حقیقت، آن چنان که قبلاً نشان داده شد، بر فرض اینکه ۱,۹۰۰,۰۰۰ خانواده برای خدمات خصوصی مراقبت در منزل پرداخت هزینه می‌نمایند، کاملاً واضح است که تعداد کارکنان دائمی در حوزه خدمات مراقبت در منزل حدود ۲۵۰,۰۰۰ نفر^۶ که بسیار کمتر از تعداد حقیقی کارکنان این حیطه است. دیگر ویژگی بارز این بازار موارد مربوط به کارکنان غیر ایتالیایی می‌باشد (حدود ۵۰ درصد کارکنان در استخدام دائم) که به طور عمده از

ثبت می‌شوند. بسیاری از مناصب شغلی مختلف در بازار خاکستری مطرح می‌شوند که شامل: فعالیت‌های دائمی که خارج از حیطه هرگونه مقررات و قوانین هدایت می‌شوند، و همچنین فعالیت‌های گاه و بی‌گاه که توسط بخشی از مردم که بیکار تلقی می‌شوند (نظیر دانشجویان، خانم‌های خانه‌دار، مستمری‌گیران)، مشاغلی که توسط خارجی‌ان بدون اجازه اقامت انجام می‌شود، مشاغل متعدد در افرادی که به لحاظ مالیاتی اعلام نکرده‌اند.

2. Inps, 2002

3. Schneider and Enste, 2000

4. Inps, 2002

5. shadow economy

6. Inps, 2002

کشورهای غیراتحادیه اروپا هستند (آسیا، آفریقا، و . . .). این بدان معناست که باید ارتباط بین بازار حوزه مراقبت و فرایند مهاجرت، چه قانونی و چه غیرقانونی، را با دقت در نظر داشته باشیم.

نخستین یافته، با در نظر گرفتن همبستگی مثبت بین درآمد و استفاده از خدمات خصوصی در منزل، به نظر می‌آید که در تضاد با این حقیقت باشد که در نواحی جنوبی ایتالیا (وسیع‌ترین بخش فقیرنشین) نسبت خانوارهای دارای عضو سالمند که از خدمات خصوصی استفاده می‌نمایند بسیار بیشتر از مناطق شمالی است. دو دلیل عمده می‌توانند این یافته را تبیین کند: در ابتدا این که در نواحی شمالی این احتمال وجود دارد که درصد بازار خاکستری کمتر از آنچه که هست برآورد شده است چرا که آمارها قادر به ثبت دامنه واقعی بازار خاکستری در حوزه مراقبت خصوصی در منزل نیستند. دوم اینکه، احتمالاً خانواده‌های جنوبی مجبور به استفاده از خدمات خصوصی مراقبت در منزل می‌باشند که این اجبار ناشی از ضعف دولت در ارائه خدمات مراقبت در منزل به جامعه است.

۲-۲-۳. مراقبت در منزل با پشتوانه دولتی

در ایتالیا دو نوع خدمات مراقبت در منزل با پشتوانه دولتی جهت سالمندان وجود دارد: که یکی مراقبت یکپارچه در منزل و دیگری کمک در منزل است.^۱

«نظام مراقبت یکپارچه در منزل»^۲ در نظر دارد که پایه اصلی ارائه این خدمت جهت سالمندان در ایتالیا باشد. این نظام به طور رسمی در اوایل دهه ۱۹۹۰ در سطح ملی در ایتالیا معرفی شد. سند کلیدی آن عبارت بود از «ارائه مراقبت به سالمندان ناتوان»، که شامل طرح سلامتی ملی در سال‌های ۱۹۹۲ تا ۱۹۹۴ بود. این سند تأثیر عظیمی بر پیشرفت مراقبت یکپارچه در منزل داشته و ساختار کلی این نوع خدمات را طراحی نمود. در این خدمات، کمک در منزل (مراقبت اجتماعی) و مراقبت سلامتی در منزل (ویزیت‌های پرستاری، فیزیوتراپی، متخصصین و پزشکان عمومی) جهت متقاضیان ارایه می‌شد. مراقبت یکپارچه در منزل حیظه وسیعی از منابع مراقبتی را در برمی‌گیرد، بسته‌های مراقبتی ارائه شده می‌توانند حاوی انواع گوناگون خدمات مراقبتی باشند. خدمات کمک در منزل توسط شهرداری‌ها ارائه می‌شوند، درحالی که خدمات مراقبتی سلامت در منزل توسط مسئولین

1. home help
2. Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)

سلامت محلی عرضه می‌شوند، همچنین مسئولین سلامت محلی، وظیفه هماهنگی سراسری تدارکات نظام مراقبت یکپارچه در منزل را به عهده دارد. یافته‌های تحقیقاتی نشان می‌دهد که اکثر مصرف‌کنندگان نظام مراقبت یکپارچه در منزل فقط خدمات مراقبت سلامتی دریافت می‌کنند.^۱

جمعیت هدف مراقبت یکپارچه در منزل، مصرف‌کنندگانی هستند که نیازهای چندگانه‌ای دارند، که برای آنها بسته خاص طراحی می‌شود. در ابتدا شرایط مددجویان توسط گروه سالمندی استان^۲ مورد بررسی قرار می‌گیرد. این گروه مسئولیت بررسی و برنامه‌ریزی سالمندان را به عهده دارد و از افراد حرفه‌ای در حیطه سلامت و اجتماعی تشکیل شده است. براساس نیاز متقاضیان، گروه نامبرده مناسب‌ترین برنامه‌ریزی مراقبتی را تنظیم می‌نماید (یعنی تنها خدمات سلامت در منزل، یا تنها خدمات کمک در منزل یا هر دو) و وضعیت سالمندان را در طول زمان مورد مشاهده و نظارت قرار می‌دهند و در صورت لزوم اصلاحات لازم را اعمال می‌نماید.

به موازات فراهم بودن انواع مختلف منابع ارائه مراقبت و نیز امکان طراحی بسته‌های خاص، در مرکز مراقبت یکپارچه در منزل، وضعیت مشتریان (با امکان اصلاحات در برنامه‌های مراقبتی) مورد بررسی دوباره قرار می‌گیرد. گروه سالمندی استان، هسته مرکزی مدیریت مراقبتی را اجرا می‌نماید که شامل بررسی، برنامه‌ریزی مراقبتی، پایش خدمات در طول زمان و اصلاح بسته مراقبتی در صورت نیاز است. لازم به یادآوری است که عملاً گروه سالمندی استان، بیشتر متمرکز بر ارزیابی ابتدایی و برنامه‌ریزی مراقبتی هستند، ولیکن عملکرد آن در زمینه پایش و بازنگری معمولاً ضعیف و بی‌ثبات است. جدول شماره ۵ آخرین آمار واحد آمار سلامت، تعداد افراد ۶۵ سال و بالاتر را که توسط مسئولین سلامت محلی در سطح ملی دریافت شده است را نشان می‌دهد. درصد جمعیتی ۶۵ سال و بالاتر که خدمات یکپارچه مراقبت در منزل را دریافت می‌کنند ۱/۸ درصد است، که شامل ۴ ساعت فیزیوتراپی، ۱۶ ساعت پرستاری، ۴ ساعت از خدمات کمک در منزل می‌باشد. سه چهارم این افراد حداقل ۷۵ سال سن دارند (جدول شماره ۵). این جدول هم نشانگر تفاوت‌های موجود در درصد سالمندانی است که خدمات یکپارچه در منزل را در بُعد کلان دریافت می‌کنند، علاوه بر این تفاوت ارائه این خدمات از نظر ساعات و نوع پرسنل بکار گرفته شده را نیز نشان می‌دهد. از

1. Presidenza del Consiglio dei Ministri, 2000; Censis, 1996; Abate, Bavazzano and Di Iorio, 1996.
2. Unita Valutativa Geriatrica (UVG)

میان افرادی که خدمات یکپارچه در منزل را دریافت می‌کنند، نسبت بالاتری در مرکز ایتالیا ساکن هستند (۲/۹ درصد) و این نسبت در شمال ۲ درصد و در جنوب ۰/۷ درصد است. در مقابل، ارائه خدمات پرستاری و فیزیوتراپی به ازای هر مورد در مناطق جنوبی بیشتر از دو منطقه دیگر ایتالیا می‌باشد.

در پایان دهه گذشته، پیشرفت خدمات هم از نظر کیفی و هم از نظر کمی، رشد کافی نداشته و در بین مسئولین سلامت محلی و نواحی مختلف، ناهمگن بوده، بدین معنی که ترکیب گروه سالمندی استان به شدت متغیر بوده است.

امروزه، واژه خدمات یکپارچه در منزل برای توصیف خدماتی که از نظر کیفیت و ویژگی‌های مربوطه متفاوت‌اند، مورد استفاده قرار می‌گیرد.

علاوه بر آن، تأمین و ارائه هر دو نوع خدمات سلامت در منزل و کمک در منزل به یک خانوار امری نادر و غیرمتداول است. این موضوع ناشی از دو دلیل عمده است: ۱. رابطه قدیمی و دشوار بین خدمات سلامت و خدمات اجتماعی و ۲. خدمات سلامت تنها بر طبق نیاز مشتریان ارائه می‌شود (بدون در نظر گرفتن وضعیت مالی سالمندان و خانواده‌هایشان) و بدون هیچ‌گونه هزینه، و خدمات اجتماعی به طور دقیق و منحصر توانایی‌سنجی می‌شود که بر اساس آن هزینه مربوطه دریافت می‌گردد. در بیشتر موارد، آنچه که از خدمات یکپارچه در منزل تصور می‌شود همان مراقبت سلامت در منزل است.

جدول شماره ۵. سالمندان ۶۵ سال و بیشتر که خدمات مراقبت در منزل دریافت می‌کنند، در بعد کلان

مناطق بزرگ	تعداد مشتریان (۶۵ سال و بالاتر)		ساعات خدمات در منزل به ازای هر مورد		
	تعداد مشتریان (نفر)	سالمندان (درصد)	فیزیوتراپی	پرستاری	سایر
شمال	۹۶۸,۱۰۰	۲/۰	۴	۱۶	۳
مرکز	۶۱,۹۶۶	۲/۹	۳	۱۵	۴
جنوب	۲۳,۲۹۳	۰/۷	۱۲	۲۳	۵
کل	۱۸۶,۲۲۲	۱/۸	۴	۱۶	۴

Source: II Sole 24ORE Sanita 2001

شهرداری‌ها می‌توانند خدمات اجتماعی را جدا از خدمات مراقبت سلامت کمک‌های خانگی ارائه می‌دهند. این خدمات که توسط مناطق شهری هماهنگی شده و از طریق شاخص‌های منطقه‌ای هدایت می‌شوند، وظیفه ارزیابی نیازهای مراقبتی سالمندان و خانواده‌هایشان تصمیم‌گیری برای انجام اقدام را شامل شود. مقررات محلی برخی از مناطق، ارابه خدمات اجتماعی توسط شهرداری‌ها به طور یکپارچه با خدماتی که توسط مسئولین سلامت محلی ارابه می‌شود را مجاز شمرده است، با این وجود در بسیاری از مناطق، مدیریت مراقبت اجتماعی کماکان جدا از مراقبت سلامت است.

در این گونه موارد، شهرداری‌ها خدمات اجتماعی و مراقبت در منزل را تأمین می‌کنند. این خدمات شامل یک سری از خدمات مراقبتی با ماهیت خانوادگی یا خانگی (نظافت منزل، حمام و شستشو، تغذیه، لباسشویی، همراهی و غیره) است تا برای افرادی که خود از عهده کارهای شخصی بر نمی‌آیند، شرایطی را فراهم کند که در محیط خانه عادات زندگی خود را ادامه دهند. خدمات اجتماعی و مراقبت در منزل پیشینه طولانی‌تری نسبت به مراقبت یکپارچه در منزل دارد، به طوری که خدمات اجتماعی و مراقبت در منزل در اوایل دهه ۱۹۷۰ (در جنوب از اواخر دهه ۱۹۸۰ شروع به گسترش نمود) در برخی از شهرهای شمالی اجرا شد. در حالی که برای مراقبت یکپارچه در منزل گسترش این خدمات به شدت ناهمگن بوده است: برخی شهرداری‌ها هنوز چنین خدماتی را به طور مطلق ارائه نمی‌کنند.^۱

آنچه شهرداری‌ها با عنوان خدمات اجتماعی و مراقبت در منزل ارائه می‌نماید برای تأمین نیازهای جمعیت ناکافی است. این خدمات در سطح کشور بسیار ناهمگن است همچنین در بعد کلان تفاوت‌های مربوطه به چشم می‌خورند. داده‌هایی که در جدول شماره ۶ آمده است در مورد چند شهر منتخب در پروژه که توسط «مؤسسه آمار و تحقیقات اجتماعی»^۲ هدایت می‌شد، این خصوصیات را نمایش می‌دهد (توجه به این نکته لازم است که ناپل تنها شهر جنوبی در این پروژه بوده است و رم نیز تنها شهر واقع در مرکز کشور است). داده‌های ملی قابل اعتمادی در مورد تعداد استفاده‌کنندگان خدمات اجتماعی و مراقبت در منزل در دسترس نیست. با تکیه بر داده‌های محلی و دیگر داده‌هایی که از منابع دو محل (لومباردی^۳، ایمیلیا رماغنا^۴) به دست آمده است، می‌توان

1. Kazepov, 1996

2. The Istituto per la Ricerca Sociale

3. Lombardy, 1999.

4. Emilia Romagna, 1998.

استنباط کرد که در سال ۲۰۰۰ کمتر از ۲ درصد جمعیت ۶۵ ساله و بالاتر، از خدمات اجتماعی و مراقبت در منزل استفاده کرده‌اند.

جدول شماره ۶. درصد افراد ۶۵ سال و بالاتر که از خدمات اجتماعی و مراقبت در منزل ارائه شده توسط شهرداری‌های مختلف استفاده کرده‌اند

شهرداری	درصد از کل جمعیت
بولونیا	۱/۵
وینز	۱/۴
میلان	۱/۴
تروست	۱/۰
جنوا	۰/۵
تورین	۰/۵
رم	۰/۴
ناپل	۰/۳

Source: Istituto per la Ricerca Sociale, 1997

۳-۲-۳. مراقبت‌های موسسه‌ای

در ایتالیا، نظیر سایر کشورها، ارائه خدمات در منزل پیشتر از مراقبت در جامعه رو به گسترش است. بر مبنای تحقیقات اخیر اداره آمار ایتالیا (جدول شماره ۷)، درصد کل سالمندان (۶۵ ساله و بالاتر) که از مراقبت‌های بلندمدت در بنگاه‌ها و مؤسسات (به غیر از بستری‌های طولانی در بیمارستان‌ها) بالغ بر ۲/۲ درصد، که این سهم شامل ۴ درصد از افراد ۷۵ ساله و بالاتر می‌باشد. میزان بهره‌مندی زنان از خدمات مراقبت در منزل از مردان بیشتر است (۲/۷۶ درصد در زنان در مقایسه با ۱/۲۶ درصد در مردان)، این نسبت برای سالمندان ۷۵ ساله و بالاتر افزایش می‌یابد (۴/۹۶ زنان در مقایسه با ۲/۳۲ درصد مردان).

خدمات مراقبت در منزل، شامل طیف وسیعی از بنگاه‌ها است و انواع موسسه‌های مراقبت در منزل در بین مناطق مختلف تفاوت‌های گسترده‌ای دارند.

با این حال سه نوع کلی و اصلی وجود دارد: خانه‌های پرستاری^۱، خانه‌های اقامتی^۲ و نیز اقامت طولانی‌مدت در بیمارستان و محیط‌های بازتوانی.

جدول شماره ۷. سهم مردم ۶۵ ساله و بالاتر در مؤسسه‌های مراقبت بلندمدت، براساس سن، جنس، و وابستگی

درصد تمام دریافت‌کنندگان			موارد	
کل	زن	مرد		
۳۶/۷	۳۵/۸	۳۹/۷	غیروابسته	براساس وابستگی
۶۳/۳	۶۴/۲	۶۰/۳	وابسته	
۱۰۰/۰	۱۰۰/۰	۱۰۰/۰	۶۵ ساله و بالاتر	
۰/۷۱	۰/۷۹	۰/۶۱	غیروابسته	درصد تمام جمعیت سالمند براساس سن
۴/۰۲	۴/۹۶	۲/۳۲	وابسته	
۲/۱۵	۲/۷۶	۱/۲۶	۶۵ ساله و بالاتر	
۰/۷۹	۰/۹۹	۰/۵۰	غیروابسته	براساس وابستگی
۱/۳۶	۱/۷۷	۰/۷۶	وابسته	
۲/۱۵	۲/۷۶	۱/۲۶	۶۵ ساله و بالاتر	

منبع: محاسبات شخصی نگارنده بر اساس داده‌های به دست آورده از اداره آمار ایتالیا، ۲۰۰۲.

1. Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA)
2. Presidi Socio Assistenziali

خانه‌های پرستاری در اواخر دهه ۱۹۸۰ مطرح و مرسوم شد و در دهه ۱۹۹۰ بیشتر تلاش‌های دولتی در جهت گسترش آن فعال شد. قانون مالی سال ۱۹۸۸ به طور رسمی مقرر کرد تا ۱۴۰,۰۰۰ تخت در موسسه‌ها و بنگاه‌های جدید (به اصطلاح خانه‌های پرستاری) یا در خانه‌های اقامتی سابق که تبدیل به خانه‌های پرستاری شدند تأمین گردند. بدین منظور ۳۰,۰۰۰ میلیارد لیر (۱۵/۵ میلیارد یورو امروز) تخصیص داده شد. در طول دوره ۱۰ ساله، خانه‌های پرستاری ۲ درصد جمعیت سالمندان را تحت پوشش قرار داده است. فشار قانونی دیگری از ناحیه پروژه ۱۹۹۲ «حمایت از سالمندان آسیب‌پذیر» وارد عرصه شد که به تفصیل شرایط لازم در خانه‌های پرستاری را مشخص نمود. در آغاز سال ۲۰۰۰، تعداد خانه‌های پرستاری باید به ۱/۵۳ تخت به ازای هر ۱۰۰ سالمند ۶۵ ساله و بالاتر^۲ می‌رسید. در آن زمان ایتالیا تنها ۱,۴۷۸ خانه پرستاری با ظرفیت فقط ۱/۱۴ تخت برای هر ۱۰۰ نفر جمعیت ۶۵ ساله و بیشتر را در اختیار داشت.

خانه‌های پرستاری باید (حداقل از نظر تئوری) هم خدمات سلامت (مراقبت‌های پزشکی، پرستاری، روانی و بازتوانی) و هم حمایت‌های اجتماعی را ارائه نمایند. استفاده‌کنندگان از این خدمات هم بایستی افراد دارای وابستگی باشند که به مراقبت‌های سلامت برای مدت معینی نیازمند هستند. خانه‌های پرستاری باید بیمارانی که از بیمارستان‌ها مرخص شده‌اند و نیاز به درمان‌های بازتوانی دارند را تا مدت ۳ ماه پذیرش نمایند. در موسسه‌ها از میان بیماران خانه‌های پرستاری حاضر، عملاً ۲۴ درصد سالمندان غیروابسته یافت می‌شوند. خانه‌های پرستاری براساس نوع نیاز بیمارانشان به بازتوانی، در نظام سطح‌بندی مراقبت سلامت تقسیم‌بندی می‌شوند. از طرف دیگر خانه‌های اقامتی که اکثریت موسسات مراقبت‌های بلندمدت را تشکیل می‌دهند (۴,۲۵۷ مؤسسه در ابتدای سال ۲۰۰۰^۳)، اغلب ارائه‌کننده حمایت اجتماعی برای سالمندانی است که فاقد نیاز سلامتی مربوطه هستند. در عمل، به طور متوسط استفاده‌کنندگان آنها نسبت به مشتریان خانه‌های پرستاری کمتر محروم و وابسته هستند. از کل تعداد افراد وابسته (یک فعالیت روزانه زندگی یا بیشتر) در مؤسسات و بنگاه‌ها، ۳۵ درصد در خانه‌های اقامتی و ۶۵ درصد در خانه‌های پرستاری خدمات دریافت می‌دارند.

1. Rebba, 2000
2. Istat, 2002
3. Istat, 2002

جدول شماره ۸. نسبت افراد ۶۵ سال و بالاتر در مؤسسات ارائه مراقبت‌های بلندمدت بر اساس نوع مؤسسه، جنس و وابستگی، ایتالیا

کل سالمندان (درصد)			سالمندان وابسته (درصد)			سالمندان غیر وابسته (درصد)			نوع وابستگی
کل	زن	مرد	کل	زن	مرد	کل	زن	مرد	نوع مؤسسه
۱/۰۵	۱/۳۵	۰/۶۱	۰/۴۷	۰/۶۱	۰/۲۶	۰/۵۸	۰/۸۳	۰/۳۵	خانه های اقامتی
۱/۰۳	۱/۳۳	۰/۶۱	۰/۸۵	۱/۱۱	۰/۴۸	۰/۱۸	۰/۲۲	۰/۱۳	خانه های پرستاری
۲/۰۸	۲/۶۷	۱/۲۲	۱/۳۲	۱/۷۲	۰/۷۴	۰/۷۶	۰/۹۵	۰/۴۸	جمع کل

Source: Istat, 2002 .

جدول شماره ۹ نشان می‌دهد که جهت مراقبت‌های اجتماعی، تنوع زیادی در سطح تدارک خدمات در بُعد کلان در کشور وجود دارد.

جدول شماره ۹. نسبت جمعیت ۶۵ سال و بالاتر در مؤسسات مراقبت‌های بلندمدت در بُعد وسیع

منطقه جنوب	منطقه مرکز	منطقه شمال	مورد
۰/۹۴	۱/۵۲	۳/۲۴	کل افراد ۶۵ سال و بیشتر

Source: Istat, 2002.

خدمات ارائه مراقبت‌های بلندمدت در بیمارستان از طریق خدمات سلامت ملی ایتالیا ارائه می‌شود و شامل خدمات توانبخشی در بیمارستان و سایر خدمات مراقبتی است.

۳-۳. تعادل کلی مراقبت

بر اساس اطلاعات کلی، فرضیه‌ها و نتایج به دست آمده از نمونه‌های مراقبت بلندمدت در کشور

ایتالیا، تنها ۳۷ درصد از افراد ۶۵ سال یا بالاتر که یک یا تعداد بیشتری فعالیت روزانه زندگی داشتند، به طور استثنا به نحوه ارایه مراقبت‌های غیررسمی اعتماد کردند. از بقیه افراد ۴۰ درصد آنها به مراقبت‌های رسمی در منزل اعتماد کردند (که برخی از این مراقبت‌ها نیز به نوعی غیررسمی بودند) و ۲۳ درصد بقیه، موسسات مربوطه را انتخاب کردند که بستری‌های بلندمدت در بیمارستان‌ها و توانبخشی‌های مستقر در آنجا شامل این گروه می‌شود.

جدول شماره ۱۰ میانگین مراقبت‌ها را در گروه‌های مختلف جمعیت نشان می‌دهد.

جدول شماره ۱۰. درصد افراد ۶۵ سال و بالاتر که به نوعی به مراقبت‌های بلندمدت وابسته هستند در کشور ایتالیا

درصد سالمندان وابسته	انواع
۳۷	افرادی که فقط مراقبت‌های غیررسمی دریافت می‌کنند
۴۰	افرادی که مراقبت در منزل دریافت می‌دارند
۳۶	گیرنده‌های مراقبت و کمک‌های خصوصی
۲۳	گیرنده‌های مراقبت‌های موسسه‌ای
۱۰۰	کل افرادی که وابسته به دریافت مراقبت‌های بلندمدت هستند

Source: Italian Model Estimates, 2000.

۴. تأمین منابع مالی ارائه خدمات بلندمدت

سیاست تأمین منابع مالی بر اساس ماهیت و نوع خدمات موردنظر متفاوت است. خدمات مراقبت یکپارچه در منزل برای کلیه مصرف‌کنندگان آزاد است و بر اساس نیاز افراد طبق تایید گروه سالمندی استان ارائه می‌شود و هیچ پرداخت مشارکتی از مصرف‌کننده درخواست نمی‌شود.

خدمات سلامت که در نظام خدمات سلامت ملی ایتالیا ارائه می‌شود، برای افراد ۶۵ سال و بالاتر، رایگان است.

خدمات کمک در منزل که توسط خدمات اجتماعی ارائه می‌شود، توسط دامنه وسیعی از معرفی هزینه‌ها و به طور افزایشی، توانایی‌سنجی در دهه اخیر مشخص شده است. امروزه ارائه خدمات اجتماعی هم بر اساس نیازسنجی و هم بر اساس توانایی‌سنجی صورت می‌گیرد. از متقاضیان دریافت خدمات معمولاً خواسته می‌شود که هزینه را پرداخت نمایند. پرداخت این مبلغ هم مصرف‌کننده و هم بستگان آنها را تحت تأثیر قرار می‌دهد. کد ملی^۱ مشخص می‌کند، اگر کسی نتواند از خودش حمایت کند، بستگانش (همسر، برادر یا خواهر، برادر یا خواهر همسرش، والدین یا والدین همسرش) باید برای او پرداخت ماهیانه داشته باشند.^۲

با مراجعه به خدمات اجتماعی فردی، این مسئله مشخص می‌شود که وضعیت مالی بستگان باید در نظر گرفته شود که آیا می‌توانند از مصرف‌کننده هزینه را دریافت دارند یا کسی دیگر هزینه‌ها را پرداخت می‌نماید.

اگر مصرف‌کننده پول کافی برای پرداخت هزینه‌ها نداشته باشد، بستگان برای پرداخت تحت فشار قرار می‌گیرند (البته اگر پول کافی برای پرداخت داشته باشند). سیاست پرداخت (و مراحل آن)، یکی از مهمترین مباحث و چالش‌هاست.^۳

بسیار مشکل است که یک متوسط هزینه یا مبلغ ملی داشته باشیم، به دلیل اینکه تدارک خدمات در منزل، در میان مناطق شهرداری مختلف بسیار متفاوت است و این اطلاعات براساس سیستم حساب‌های ملی جمع‌آوری نمی‌شود.

روش اصلی دیگر که در دهه ۱۹۹۰ در نظر قرار گرفته است عقد قرارداد خارج سازمانی برای اعزام کارکنان خدمات اجتماعی به ارائه‌دهندگان ارائه خدمات بخش خصوصی (غالباً بدون منفعت) می‌باشد.

بیشتر خدمات کمک در منزل، با عقد قراردادهای خارج سازمانی است و این سیاست به طور فزاینده در خدمات یکپارچه در منزل در حال افزایش است. یکی از چالش‌های اصلی رایج، توانایی مناطق شهرداری، جهت تنظیم و کنترل تامین منابع مالی عمومی از طریق عقد قراردادهای خارج سازمانی برای دریافت خدمات مراقبتی است.^۴

1. civil code

2. Art, p 433.

3. Prospective Assistenzialia, 1999

4. Gori, 2002

خدمات اجتماعی یا قراردادی خصوصی جهت ارائه خدمات کمک در منازل می‌تواند توسط شهرداری‌ها تأمین منابع مالی شود که شامل هزینه‌های بالا یا پرداخت‌های مشارکتی است. افرادی با توان مالی متوسط که در این مؤسسات زندگی می‌کنند (یا در خانواده‌هایشان^۱)، باید بیشتر هزینه‌ها را پرداخت نمایند، هر چند که شامل کل هزینه‌ها نباشد. شبیه ارائه خدمات کمک در منزل، ارائه خدمات در آسایشگاه‌ها، در سال‌های اخیر با سخت‌گیری بیشتر توسط توانایی‌سنجی و افزایش نرخ هزینه‌ها مشخص شده است. هر خدمتی که ارائه می‌شود، فقط برای بیماران وابسته، بر اساس نرخ تعرفه روز توافق شده با سطح ملی، توسط خدمات سلامت ملی ایتالیا پرداخت می‌شود.

خانه‌های پرستاری هم ارائه خدمات اجتماعی و هم خدمات سلامت را مدنظر قرار دارند. بنابراین، سهمی از هزینه‌ها جهت کلیه مصرف‌کنندگان در نظام سلامت ملی ایتالیا تریف شده است. ^۲ موازنه نام‌های محلی براساس نرخ تعرفه روزانه و مطابق هزینه‌های ارائه خدمات در سیستم پرداخت تنظیم می‌شود. دیگر هزینه‌ها (هزینه خدمات اجتماعی) براساس توانایی‌سنجی است. ^۳ تعرفه‌ها و هزینه‌ها در جاهای مختلف، منطقه یا در میان مناطق مختلف متفاوت می‌باشد.

در اروپا و در دهه ۱۹۹۰، پرداخت مستقیم برای خدمات توسعه یافته به یک چالش اصلی در ارائه خدمات بلندمدت مبدل شد. تعاریف متعددی وجود دارد ^۴ با پرداخت جهت تأمین خدمات، هزینه‌های اضافی برای جبران (بابت غرامت، تنبیه یا خسارت) ناتوانایی‌ها در افراد مسن یا خانواده ایشان تأمین می‌شود. ^۵

بر اساس این تعریف، در ایتالیا دو نوع پرداخت خدمات وجود دارد، یک مورد در سطح ملی و یک مورد در سطح محلی تأمین می‌شود. قبلاً مجوز این خدمات، «مقرری همراه سالمند» نامیده می‌شد. این خدمات توسط دولت ملی تأمین منابع شده و برای کلیه افراد بسیار ناتوان، بدون توجه به سن افراد، ارائه می‌شد. این خدمات ارتباطی با توزیع توانایی‌سنجی

۱. بستگان مصرف‌کنندگان پرداخت برای خانه‌های اقامتی و هزینه‌های اجتماعی خانه‌های پرستاری، تحت فشار قرار می‌گیرند. این دلیل اصلی استفاده از کد ملی است.

2. Pesaresi and Simoncelli, 1999

3. E. G. Weekeers and Piji, 1990.

4. Gori, 2001

5. indennita di accompagnamento

ندارد. این خدمات (توسط مسئولین بهداشت محلی) بر اساس نیازهای منطقه‌ای و میزان نرخ معافیت مالیات عمومی، به صورت محلی تامین می‌شود.

افراد مسنی که به صورت ۱۰۰ درصد ناتوان در مراقبت از خود ارزیابی شده‌اند (عدم توانایی در راه رفتن بدون کمک یا ناتوان در انجام فعالیت‌های روزانه که نیاز به خدمات مداوم داشته و در خانه سالمندان ساکن نیستند) مجوز دریافت ارائه خدمات را به صورت انحصاری بر اساس ناتوانی‌شان دارند. مقرری همراه به صورت خرید خدمات تجاری، به افراد ناتوان یا بستگانی که به این افراد ارائه خدمت می‌نمایند، ارائه می‌شود.

جهت اخذ مجوز، درخواست‌کننده منطقه‌ای به کمیسیون سلامت محلی که وابسته است، مراجعه می‌کند و کمیسیون سطح ناتوانی و نیاز به دریافت خدمات را بر اساس تعاریف قانونی تصمیم‌گیری می‌کند. اگر کمیسیون نظر مثبت داشت، درخواست به کمیته منافع و حمایت‌های اجتماعی استانی^۱ ارجاع داده و تصمیم‌گیری نهایی در آنجا اتخاذ می‌شود.

سطح مجوز در یک معنای تطبیقی، کاملاً بالا^۲ و بیشتر از سطح بازنشستگی پایه است. این میزان در حدود ۴۰۰ یورو در ماه است.

از طریق پرداخت مستقیم، ساعتی از ارائه خدمات کمک در منزل به صورت ماهیانه خریداری می‌شود. اگر فرض کنیم که ساعات ارائه خدمات خصوصی (خدمات فردی و مراقبتی)، هزینه‌ای معادل ۷ تا ۹ یورو در برداشته باشد، خدمات حدود ۶۰-۴۵ ساعت در ماه (۱۵-۱۱ ساعت در هفته) می‌تواند خریداری شود. در پایان سال ۱۹۹۹، ۱,۲۰۰,۰۰۰ نفر خدمات مقرری همراه را دریافت نمودند، که ۲/۲ درصد جمعیت ایتالیا را تشکیل می‌دهند. در میان آنها ۴۵ درصد آنها دارای سن ۴۵ سال و بالا بودند (۵/۸ درصد در میان سالمندان).

روش دیگر پرداخت خدمات، طبق یک توافقنامه محلی، برای خانواده افراد فراهم می‌شود. ایتالیا، هیچ قانون ملی در راستای پرداخت به خانواده‌ها جهت ارائه مراقبت‌ها به منظور حمایت و تداوم این خدمات به بستگان سالمند را ندارد. در بیشتر موارد، پرداخت مستقیمی به خانواده «سالمندان بسیار وابسته خود مراقبت» صورت می‌گیرد تا از سپردن آنها به خانه سالمندان جلوگیری شود.

1. Provincial Committee of Public Assistance and Benefits (CPABP)
2. Weekers and Pijl, 1998.

پیشرفت‌های مورد انتظار آینده

به نظر می‌رسد در سال‌های آتی، تدارک خدمات مراقبت در منزل افزایش یافته و در این راستا هم دپارتمان سلامت و هم مسئولین منطقه‌ای در این راستا حرکت کرده‌اند. میزان منابع اختصاصی به خدمات مراقبت در منزل افزایش یافته است و انتظار می‌رود در سال‌های نه چندان دور به خوبی ادامه یابد.

با توجه به آتش تعداد جمعیت افراد پیر و عدم تدارک خدمات اجتماعی کافی برای آنها پیش‌بینی رشد منابع اختصاصی اقتصادی دولتی، جهت خدمات کمکی در منزل یا مراقبت در منزل، منطقی است. بار مالی رایج پرداخت خدمات و تحولات دموگرافیک اجتماعی باعث تضعیف توانایی ارائه خدمات توسط خانواده‌ها می‌شود و توسعه بازار خصوصی مراقبت را ترغیب می‌نماید.

مباحث دولتی بر توسعه خدمات در منزل تمرکز دارد (مراقبت در منزل و خدمات اجتماعی) و به منظور جلوگیری از پذیرش افراد سالمند در خانه سالمندان پرداخت مستقیم محلی به خانواده‌ها صورت می‌گیرد.

منابع و ماخذ

منابع انگلیسی

1. Abate G. & A. Bavazzano & A. Di Iorio, *Assistenza domiciliare integrata (ADI), Indagine conoscitiva sul territorio nazionale*, Integrated domiciliary care, A national survey., Rome, CNR, 1996.
2. CENSIS, *Home care per gli anziani. La mappa dell'offerta*, Milano, Franco Angeli, 1996.
3. Decree of the President of the Republic, NO. 616, 1977.
4. De Vincenti, C. Gabriele & S. eds, *I mercati di qualità sociale*, The social quality's market, Roma-Bari, Laterza, 1999.
5. Di Iorio A. & L. Ferrucci & I. Del Lungo & A. Bavazzano & G. Abate, "Tipologia degli utenti dei servizi di ADI: indagine multicentrica nazionale", *Giornale Gerontologia* 44, 1996p 796.
6. Eurostat, *Demographic statistics 1997*, Office for Official Publications of the European Communities, 1997.
7. Giammarchi, C. & M. Mengani, "Residenze per anziani ed evoluzione del fabbisogno assistenziale", *IPAB Oggi* 3, 1996, pp 16-21.
8. Gori, C., "Il futuro dei servizi sociali in Italia", *Il Mulino* 1, 2002, pp 92-100.

9. _____, "Libertà di scelta e competizione nei servizi che cambiano", *L'Assistenza Sociale* 4, 2001, pp 105-126.
10. Kazepov, Y. *Le politiche locali contro l'esclusione sociale*, Roma, Quaderni della Commissione Povertà, Presidenza del Consiglio, 1996.
11. "L'Adi c'è ma non si vede", *Il Sole 24Ore* , 11-17 settembre, 2001, p 8.
12. Inps, *Osservatorio sui lavoratori domestici*, 2002.
http://inps.it/doc/sas_stat/domestici/domestici.html
13. Irer, *Residenze sanitarie assistenziali per anziani*, Regione Lombardia, 1999.
14. Istat, *I presidi residenziali socio-assistenziali*, Anno 1999, 2002.
15. _____, *Le condizioni di salute della popolazione*, Anni 1999-2000, 2001a.
16. _____, *Previsioni della popolazione residente*, Base 1 gennaio 2000, 2000b.
<http://demo.istat.it>
17. _____, "Rapporto annuale 2000" 2001b.
18. _____, *Le strutture familiari*, Anno 1998, 2000a.
19. _____, *Famiglia, soggetti sociati e condizioni dell'infanzia*, Anno 1998, 2000b.

