

ارائه خدمات رفاهی به سالمندان در کشورهای منتخب و درس‌هایی برای ایران

ابراهیم شیرعلی^۱، مهدی شهبازی^۲

چکیده

هدف ایران با رشد جمعیت سالمند روبه‌روست؛ در این نوشتار کوشیده‌ایم کشورهای منتخب (سوئد، ایالات متحده آمریکا، فرانسه، ژاپن، برزیل، ترکیه، چین) را در ارائه خدمات رفاهی به سالمندان با تأکید بر بخش رسمی (تأمین اجتماعی) مقایسه کنیم تا چالش‌ها و وجوه تمایز و اشتراکات سیاست‌های رفاهی سالمندان در ایران و سایر نظام‌های رفاهی مشخص شود.

روش: در مطالعه حاضر از روش پژوهش تطبیقی استفاده شده است. روش تطبیقی مبتنی بر مقایسه، برای فهم مشابهت‌ها و تفاوت‌هاست.

یافته‌ها: کشورهای توسعه‌یافته بر گذار از مراقبت رسمی مؤسسه‌محور، به مراقبت رسمی خانواده‌محور و جامعه‌محور تأکید دارند و در این راستا اقدامات عملیاتی هم انجام داده‌اند. پوشش خدمات رفاه اجتماعی نظیر مراقبت بلندمدت، مراقبت از سالمندان در منزل در کشورهای توسعه‌یافته مورد مطالعه در حد مطلوب است؛ اما در کشورهای در حال توسعه بخش ناچیزی از سالمندان پوشش خدمات رفاهی دارند. پوشش معیشتی (مستمری پایه و مستمری بیمه‌شدگان) در کشورهای توسعه‌یافته سوئد، ژاپن، فرانسه، ایالت متحده آمریکا در حد گسترده‌ای ارائه می‌شود. در حالی که در کشورهای در حال توسعه و کمتر توسعه‌یافته بخشی از سالمندان شهری و بخش ناچیزی از سالمندان روستایی مستمری بازنشستگی می‌گیرند.

نتیجه‌گیری: سالمندان با چالش‌های جمعیت‌شناختی، تمرکزگرایی در ارائه خدمات، عدم توانمندسازی مطلوب سالمندان، مسائل ساختاری و سیاست‌گذاری و عدم ورود جدی به مراقبت‌های بلندمدت روبه‌رو هستند. در این مسئله می‌توان از تجارب موفق کشورهای دیگر برای کاهش اثرات منفی اجتماعی و اقتصادی ناشی از گذار جمعیتی استفاده کرد.

واژگان کلیدی: سالمندی، خدمات رفاهی، مراقبت بلندمدت در منزل، مطالعه تطبیقی.

مقدمه و طرح مسئله

تغییر و تحولات صورت گرفته در ساختار سنی جمعیت کشورهای جهان و افزایش سالمندان چالش‌های مختلفی را در بسیاری از کشورها پدید آورده است. ایران دارای ساختار جمعیتی جوان است؛ به طوری که بیش از نیمی از جمعیت آن را طبق سرشماری سال ۱۳۹۵، افراد زیر ۳۰ سال تشکیل می‌دهند. مرور نتایج سرشماری‌ها نشان می‌دهد، درصد جمعیت بالای ۶۵ سال در سال ۱۳۵۵ برابر با ۳,۵ است که این رقم در سال ۱۳۹۰ به ۵,۷ و در سال ۱۳۹۵ به ۶,۱ رسیده است. طبق برآوردهای جمعیتی کشور که تا سال ۱۴۲۸ توسط دفتر رشد و توسعه بین‌المللی ایالات متحده انجام شده، طی تقریباً ۴۰ سال به طور هنگفتی جمعیت سالمندان افزوده می‌شود و نسبت سالمندی (تعداد افراد بالای ۶۵ سال به جمعیت ۱۵ تا ۶۴ سال کشور) افزایش خواهد کرد؛ به طوری که سال ۱۳۹۵ نسبت سالمندی ۷,۴ درصد بوده است (سرشماری عمومی نفوس و مسکن ۱۳۹۵) و سال ۱۴۰۸ به ۱۲/۳ درصد و سال ۱۴۲۸ به ۲۹/۳ درصد خواهد رسید. طبق پیش‌بینی‌ها جمعیت ایران در سال ۱۴۲۸ به ۹۹/۱۰۸/۸۵۵ نفر خواهد رسید که ۱۷/۴۸۹/۱۶۳ نفر از آن‌ها را افراد بالای ۶۵ سال تشکیل خواهند داد؛ یعنی حدود ۱۷/۶ درصد جمعیت کشور در سال ۱۴۲۸، سالمند خواهند بود (شکوری، ۱۳۸۸). بنابراین تغییرات هرم جمعیتی در ایران بیان می‌کند که طی سه دهه آینده افزایش تعداد سالمندان و کاهش جوانان در کشور را تجربه خواهیم کرد و با پدیده‌ای به نام سالمندی^۱ مواجه خواهیم شد.

ایران با رشد جمعیت سالمند روبه‌روست و باید بخشی از برنامه‌ها و خدمات رفاهی کشور به سالمندان معطوف شود؛ بنابراین ضروری است سیاست‌ها و برنامه‌های رفاهی متناسب با انتقال جمعیتی مذکور بازننگری و اصلاح شوند. برای مثال در حال حاضر نظام پرداخت مستمری بازنشستگی در ایران مبتنی بر رژیم توزیع است و این نظام مشکلاتی را در تأمین منابع مالی صندوق بازنشستگی کشور در آینده ایجاد خواهد کرد. همچنین کم‌شدن نیروی فعال شاغل و رشد سالمندان این نسبت را کاهش و فشاری را بر صندوق بازنشستگی کشوری وارد خواهد کرد. از سوی دیگر روند روبه‌رشد جمعیت سالمندان در کشور توجه به مقوله سلامت این گروه سنی را بیش‌ازپیش آشکار می‌کند و نیازمند توسعه بیمه‌های سلامت در کشور خواهد بود.

سازمان‌ها و نهادهای مختلفی در کشور در سطوح ملی، منطقه‌ای و محلی از جمله «وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی»، «سازمان تأمین اجتماعی»، «وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی»، «سازمان

۱- فاکتورهای تعیین‌کننده سالمندی عبارت است از: میزان سالمندی (نسبت افراد بالای ۶۵ سال به کل جمعیت)، شاخص سالمندی (نسبت افراد بالای ۶۵ سال به افراد بالای ۱۵ سال) و شاخص ارشدیت (نسبت افراد بالای ۶۵ سال به افراد بالای ۸۰ سال). اگر میزان سالمندی تقریباً بالای ۲۰، شاخص سالمندی بالای ۱۰۰ و شاخص ارشدیت بالای ۳۰ باشد، می‌توان گفت آن جامعه سالمند است.

بهبیستی» و «کمیتة امداد امام خمینی (ره)» مسئولیت تأمین رفاه و بهیستی گروه سالمندان را بر عهده دارند. در کنار بخش دولتی و رسمی، بخش غیررسمی نیز حضور دارد و حمایت‌های اجتماع‌محور و داوطلبانه را ارائه می‌دهد. با در نظر داشتن روند افزایشی جمعیت سالمندان در جامعه و علیرغم وجود سازمان‌ها و نهادهای رسمی و غیررسمی و نیز ارائه خدمات رفاهی به گروه سالمندان، به نظر می‌رسد کمبودها و نواقصی در این حوزه وجود دارد و باید با جامع‌تر به این مسئله نگاه کرد.

از این رو با توجه به مسائل و چالش‌های مهم در ارائه خدمات رفاهی به سالمندان با در نظر گرفتن ویژگی‌های گروه مذکور در ایران و انجام مداخلات و اقدامات توسعه‌ای و مؤثر در آینده به منظور کاهش اثرات اجتماعی و اقتصادی منفی ناشی از گذار جمعیتی اشاره‌شده، لزوم انجام مطالعات تطبیقی و تحلیلی در این حوزه احساس می‌شود. با مطالعه جایگاه سالمندان در نظام رفاهی ایران و در نظام‌های رفاهی کشورهای دیگر، می‌توان به راهکارهایی تجربی و عملیاتی در سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی بهبود وضعیت سالمندان دست یافت. بنابراین در مقاله حاضر می‌کوشیم میان کشورهای منتخب در ارائه خدمات رفاهی به سالمندان با تأکید بر بخش رسمی (تأمین اجتماعی) مقایسه‌ای کنیم تا وجه تمایز و اشتراکات سیاست‌های رفاهی سالمندان در ایران و دیگر نظام‌های رفاهی مشخص شود. مقایسه مذکور، فرصت‌ها و چالش‌های پیش رو در ارائه خدمات رفاهی به گروه هدف یعنی سالمندان را مشخص می‌نماید.

در مطالعه حاضر از روش پژوهش تطبیقی استفاده شده است. روش تطبیقی مبتنی بر مقایسه برای فهم مشابهت‌ها و تفاوت‌هاست (مک‌کی و مارش، ۱۳۸۴: ۲۸۷). در این روش، چند واحد تحلیل را می‌توان در قالب واحدهای کلان، میانی و خرد مقایسه کرد و تعداد واحد تحلیل حائز اهمیت است. معمولاً با بزرگ‌تر و گسترده‌تر شدن واحد تحلیل از تعداد آن کاسته می‌شود (گلدستون، ۱۳۹۲: ۲۰). در مطالعه حاضر، واحد تحلیل خدمات رفاهی سالمندان در کشورها است، از آنجا که واحد تحلیل کلان است، تعداد آن کم است. در مطالعات تطبیقی از نمونه‌های در دسترس یا نمونه‌های هدفمند استفاده می‌شود. در مطالعه حاضر از نمونه هدفمند استفاده می‌شود. نمونه‌گیری هدفمند زمانی صورت می‌گیرد که نمونه‌ها به سبب ویژگی‌های مهمی که دارند، انتخاب شوند (امامی، ۱۳۹۵: ۴۱۱). با توجه به گونه‌شناسی‌های مختلفی که از نظام‌های رفاهی در جهان وجود دارد، سعی شد تا از هرگونه، یک کشور و در مجموع ۷ کشور به صورت هدفمند مورد مطالعه قرار گیرند. ایالات متحده آمریکا (نظام رفاهی لیبرال)، فرانسه (نظام رفاهی محافظه‌کار/ شراکتی)، سوئد (نظام رفاهی سوسیال‌دموکرات)، ژاپن (نمونه موفق آسیایی)، برزیل (در حال توسعه آمریکای لاتین)، ترکیه (در حال توسعه خاورمیانه‌ای) و چین (در حال توسعه و با اقتصاد قوی).

◀ نظام‌های رفاهی و تأمین اجتماعی

به‌طور کلی پنج زمینه اصلی که دولت رفاه به مفهوم قرن بیستمی را شامل می‌شود عبارتند از: حمایت از سالمندان، بیمه اجتماعی، تأمین اجتماعی خانواده، زمینه‌سازی گسترش فرصت‌های شغلی و مراقبت‌های پزشکی (زاهدی، ۱۳۹۳: ۳۰۶)، بنابراین اصل حمایت از سالمندان یکی از مهم‌ترین زمینه‌های شکل‌گیری دولت رفاه بوده و از سوی دیگر سایر زمینه‌های شکل‌گیری دولت رفاه نیز بی‌ارتباط با مسائل سالمندان نیست. تأمین اجتماعی خانواده‌هایی که سالمندان به‌نوعی عضو آن هستند، با سالمندی در ارتباط است. بیمه اجتماعی و مراقبت‌های پزشکی نیز با سالمندان در ارتباط نیست، زیرا یکی از دغدغه‌های افراد سالمند برخورداری از مراقبت‌های پزشکی ویژه و نیز داشتن بیمه‌هایی است که بتواند قسمتی از هزینه‌های پزشکی را جبران کند (همان، ۳۰۶). به‌طور کلی دولت‌ها با هر رویکرد و رهیافت رفاهی به‌طور مستقیم و غیرمستقیم به موضوع سالمندی می‌پردازند؛ با این حال الگوی رفاهی دولت، کمیت و کیفیت خدمات رفاهی و اجتماعی به سالمندان را تعیین می‌کند.

جدول شماره ۱. بررسی تطبیقی نظام‌های رفاهی

شاخص‌ها	کشور	رژیم‌های رفاهی
<ul style="list-style-type: none"> - حقوق اجتماعی بالا و مزایای فراگیر و همگانی بر مبنای برابری اجتماعی؛ - ارائه خدمات اجتماعی وظیفه دولت و حق همه شهروندان است؛ - میزان بالایی از کالادایی؛ - مزایای رفاهی خانواده بالاست و معمولاً به مادران مزایای رفاهی پرداخت می‌شود. 	سوئد	رژیم رفاهی سوسیال‌دموکرات
<ul style="list-style-type: none"> - آزادی فردی، فردگرایی و سلطه بازار؛ - ارائه خدمات رفاهی ابتدا بر عهده بازار، سپس مؤسسات خیریه و خانواده‌هاست؛ - نقش حداقلی دولت در نظارت بر عملکرد بازار؛ - تعلق مزایای رفاهی تنها به اقشار نیازمند جامعه؛ - پرداخت ناکافی مزایای خانواده به مادران؛ - بودجه اجتماعی اندک و عدم اتخاذ ابزارهای متعادل‌کننده در سیاست اجتماعی. 	ایالت متحده	رژیم رفاهی لیبرال
<ul style="list-style-type: none"> - اعطای مزایا مبتنی بر منزلت و انسجام اجتماعی؛ - حمایت از خانواده و تأکید بر نقش زنان در خانه و خانواده؛ - دولت به‌طور فراگیر، عهده‌دار مسئولیت رفاه کل شهروندان؛ - طرح‌های بیمه عمده‌تاً تحت مدیریت اتحادیه‌های صنفی و سازمان‌های کارفرمایی است. 	فرانسه	رژیم رفاهی محافظه‌کار

ادامه جدول شماره ۱.

شاخص‌ها	کشور	رژیم‌های رفاهی
<p>- اعطای مزایا مبتنی بر منزلت و انسجام اجتماعی؛</p> <p>- دولت به‌طور فراگیر، عهده‌دار مسئولیت رفاه کل شهروندان است؛</p> <p>- بر بهره‌مندی بر اساس طبقه شغلی و مشارکت در نیروی کار تأکید می‌شود؛</p> <p>- تأکید بر بازار آزاد، اشتغال و سودآوری اقتصادی؛</p> <p>- خانواده عامل ایجاد شبکه امنیت اجتماعی و انسجام اجتماعی.</p>	ژاپن	رژیم رفاهی ترکیبی: محافظه‌کار، مشارکتی، فمینیسم
<p>- توسعه انسانی بالا و هزینه‌کرد عمومی بالا؛</p> <p>- تأکید بر نظام تأمین اجتماعی نظیر حقوق بازنشستگی و برنامه‌های ضد فقر؛</p> <p>- افزایش مشارکت بازار از طریق افزایش و توسعه جامعه مصرفی؛</p> <p>- اثربخشی نظام اقتصادی جهانی بر سیاست اجتماعی و رفاهی.</p>	برزیل	رژیم رفاهی توسعه‌گرایی
<p>- سطح بالایی از هزینه‌کرد در حوزه سلامت؛</p> <p>- درجه کمی از شراکتی؛</p> <p>- سطح کمی از درآمد رانته؛</p> <p>- سطح بالایی از کمک‌های بین‌المللی.</p>	ترکیه	رژیم رفاهی بدون نفت شبه‌مدیترانه‌ای
<p>- تأکید دولت رفاه بر به اقتصاد بازار آزاد؛</p> <p>- سطوح مزایای کم در زمینه خدمات سلامتی و اجتماعی؛</p> <p>- نظام رفاهی متفاوت شهری و روستایی؛</p> <p>- درجه متوسط به پایینی از کالزدایی؛</p> <p>- درجه متوسط به بالایی از قشربندی اجتماعی.</p>	چین	ترکیبی: مدل کمتر پیشرفته لیبرالی و محافظه‌کار
<p>- وابستگی شدید تأمین نیازهای رفاهی به خانواده و اجتماع محلی</p> <p>- مقدار هزینه‌های عمومی رفاهی اندک</p> <p>- منبع تأمین هزینه‌های رفاهی از طریق فروش ثروت‌های ملی (نفت)</p> <p>- مقاومت در برابر جامعه مدنی و اقدامات اصلاح‌گرانه اجتماعی</p>	ایران	رژیم تأمین غیررسمی

منبع: (دادگر و همکاران، ۱۳۸۹؛ تاج‌مزینانی، ۱۳۹۰؛ امیری، ۱۳۹۴؛ اوزروهاشی، ۲۰۰۳؛ سینان اوغلو، ۲۰۱۳؛ گروتجن، ۲۰۱۰؛ رینگن و انکوک، ۲۰۱۳؛ جنسر، ۲۰۱۷؛ وود و کاف، ۲۰۰۶)

رژیم رفاهی دولت‌ها، سیاست‌ها و استراتژی‌های خدمات رفاهی و به‌طور ویژه میزان و نحوه مداخله خدمات‌رسانی به سالمندان، تأمین مالی خدمت‌رسانی به سالمندان و... را تعیین می‌کنند. در نظام‌های رفاهی سوسیال‌دموکرات، لیبرال و محافظه‌کار به سالمندان به‌عنوان یک شهروند مستحق استفاده از خدمات رفاهی می‌نگرند، هرچند بین رژیم‌های رفاهی در زمینه نحوه تأمین هزینه، نحوه ارائه خدمات، گستره پوشش سالمندان تفاوت‌هایی وجود دارد. به‌طوری‌که در رژیم رفاهی سوسیال‌دموکرات گروه‌های مختلف شهروندان از جمله سالمندان، صرف‌نظر از پایگاه اجتماعی و شغلی، سطح درآمد

و غیره، به‌طور برابر از خدمات رفاهی و اجتماعی و بهداشتی بهره‌مند می‌شوند. رژیم رفاهی لیبرال بر حمایت مؤسسات خیریه و خانواده در ارائه خدمات به سالمندان نیازمند تأکید دارد. در این رژیم رفاهی، مؤسسات خیریه مراقبت بلندمدت از سالمندان به‌صورت گسترده دایر می‌شوند و در راستای خدمت‌رسانی به سالمندان فعالیت می‌کنند. در رژیم رفاهی محافظه‌کار دولت مسئولیت رفاه کل سالمندان را بر عهده می‌گیرد و این تعهد به رفاه همگانی، در ساختار رژیم رفاهی نهادینه شده است. همچنین در رژیم رفاهی محافظه‌کار خانواده اهمیت بنیادی دارد و حفظ خانواده و حضور سالمند در خانواده به‌عنوان عضوی از خانواده اهمیت می‌یابد. رژیم رفاهی توسعه‌گرایی نظام فوق‌العاده‌ای از پوشش بازنشستگی در میان سالمندان دارد؛ به‌طوری‌که نزدیک به ۸۵ درصد از سالمندان به‌نوعی از حقوق بازنشستگی برخوردارند. رژیم رفاهی بدون نفت شبه مدیریتانه‌ای سطح بالایی از هزینه‌کرد در حوزه سلامت سالمندان دارد. رژیم رفاهی کمتر پیشرفته لیبرالی و محافظه‌کار خدمات اجتماعی و بهداشتی کمی به سالمندان ارائه می‌کنند. همچنین در این رژیم تفاوت بنیادی میان سالمندان شهری و روستایی وجود دارد.

◀ سالمندان تحت پوشش خدمات در کشورهای منتخب

ارائه خدمات رفاهی به سالمندان را می‌توان به بخش خدمات اقتصادی در قالب مستمری پایه (مختص عموم سالمندان) و مستمری اجباری (مختص سالمندان بیمه‌شده)، خدمات سلامت در قالب خدمات پزشکی، بیمارستانی، دارویی و مراقبت‌های بلندمدت دسته‌بندی کرد. نظام‌های رفاهی و دولت‌ها با توجه به زمینه‌های اقتصادی، اجتماعی و انسانی خود سیاست‌ها و برنامه‌های متفاوتی در ارائه پوشش خدمات به سالمندان دارند.

کشور سوئد

در سیستم بیمه بازنشستگی سوئد دو نوع مستمری وجود دارد و در کنار آن دو نوع مستمری مکمل هم می‌توان پرداخت کرد:

- مستمری مبتنی بر درآمد: در این مستمری، کل درآمد اشخاص در طول زندگی آن‌ها مبنای مستمری قرار می‌گیرد. هر فردی حق دارد از سن ۱۶ سالگی بر مبنای درآمد سالانه خود به این بخش وارد شود.

- مستمری مبتنی بر حق بیمه: بازنشستگی و برقراری مستمری از سن ۶۱ سالگی قابل پرداخت است و سقفی برای دریافت مستمری تعیین نشده است.

- مستمری تضمینی: برای افرادی که درآمد کمی دارند و یا فاقد درآمد هستند، مستمری تضمینی تنها از سن ۶۵ سالگی قابل پرداخت است و این مستمری برای افرادی که فقط از مستمری مبتنی بر درآمد استفاده می‌کنند، قابل دریافت است.

- طرح بیمه‌های مکمل: بیشتر سالمندان و زنان بیوه شاغل در بخش خصوصی را در برمی‌گردد و بیشتر مردم تحت پوشش بیمه مکمل مبتنی بر قراردادهای گروهی نیز قرار می‌گیرند.

مبنای پوشش، شهروندی و اقامت در کشور سوئد بوده و تقریباً ۱۰۰ درصد جمعیت سالمندان ساکن در سوئد تحت پوشش خدمات رفاهی و اجتماعی قرار دارند. ارائه خدمات پزشکی و اجتماعی بر پایه سه اصل است: اصل کرامت انسانی؛ یعنی تمامی افراد از ارزش یکسان و حقوق برابر صرف‌نظر از ویژگی‌های فردی و موقعیت اجتماعی آنان برخوردار هستند. اصل نیاز و همبستگی؛ یعنی منابع و خدمات باید به نحوی توزیع شود که نیازمندترین افراد از بیشترین خدمات برخوردار گردند. اصل هزینه-اثربخشی؛ یعنی هنگام برنامه‌ریزی و اجرا باید یک ارتباط منطقی میان هزینه و اثربخشی هر عملکرد برقرار باشد تا با صرف منابع محدود سطح مناسبی از زندگی و رضایت‌مندی را برای دریافت‌کننده خدمات ایجاد نماید (مسعودی‌اصل و اخوان، ۱۳۹۴: ۴۱۹).

یکی از اصول مهم سیاست‌های سوئد در حوزه سالمندان، تأکید بر مراقبت از سالمندان در منزل است. زمانی که سالمندان به مراقبت‌های بهداشتی گسترده نیاز دارند و امکان دسترسی آن‌ها به خدمات درمانی و پزشکی کم است، مراقبت در منزل راه‌کار مناسبی برای ارائه خدمات است. در واقع یکی از اهداف مراقبت سالمندی کمک به سالمندان است تا بتوانند عادی و مستقل و تا آنجا که امکان دارد در منزل خودشان زندگی کنند. اصول اولیه خدمات سالمندی سوئد این است که هر فردی تمایل به باقی ماندن در خانه داشته باشد، علی‌رغم بیماری باید تحت پوشش قرار گیرد. خدمات کمکی در منزل ۲۴ ساعته ارائه و شامل نظافت، آشپزی، شست‌وشو و بهداشت فردی برای افراد سالمند است (زارع و آزادی، ۱۳۸۸: ۲۶). تلاش‌های گسترده‌ای صورت گرفته تا در خانه از سالمندان و افراد معلول و بیماران مراقبت شود؛ بدین ترتیب که پرستاران خاص در خانه، بیماران را ملاقات و مراقبت‌های ضروری را در طول روز برای آن‌ها فراهم می‌کنند. خدمات رفاه اجتماعی شامل خرید، نظافت، آشپزی، شست‌وشو و بهداشت فردی است که این خدمات را برای سالمندانی که در خانه‌هایشان نمی‌توانند از عهده فعالیت‌های روزمره برآیند تأمین می‌کنند (مسعودی‌اصل و اخوان، ۱۳۹۴: ۲۳۸).

ایالت متحده آمریکا

به‌طور کلی در ایالات متحده آمریکا، خدمات تحت پوشش شامل خدمات بیمارستانی و آسایشگاهی و خدمات سطوح پیشگیری است که افراد ۶۵ سال به بالاتر مقیم آمریکا را شامل می‌شود.

«وزارت سلامت و منابع انسانی» آمریکا بزرگ‌ترین سازمان دولتی کشور است که وظیفه حفظ و ارتقای سلامت تمامی افراد جامعه آمریکا را بر عهده دارد. همچنین خدمات اساسی را برای رفاه اجتماعی آن دسته از افراد که قادر به مراقبت خود نیستند فراهم می‌آورد. سیاست‌گذاری در حوزه سالمندان بر عهده وزارت سلامت و خدمات انسانی است و به لحاظ ساختار سازمانی دفتر امور سالمندان مسئول

سازمان‌دهی آن است. مرکز خدمات مدیگر و مدیکید^۱ و دفتر سالمندی در حوزه سالمندان فعالیت می‌کند. مدیکید مختص خدمات‌رسانی به افراد کم‌درآمد، از کارافتادگان و سالمندان است و طرح‌های بیمه افراد تحت پوشش (از هر چهار نفر آمریکایی، یک نفر را تحت پوشش خود دارد) را که شامل بیمه سلامتی برای حدود ۴۲ میلیون فرد سالمند و از کارافتاده است، اجرا می‌کند. «مدیگر» یک برنامه بیمه سلامتی کشوری با سطوح مختلف است که افراد ۶۵ سال و بالاتر، افراد زیر ۶۵ سال با معلولیت‌های مشخص و افراد خاص در همه سنین که مثلاً پیوند کلیه داشته و نیازمند دیالیز هستند را تحت پوشش دارد. هزینه این برنامه توسط مالیات کارکنان، حق بیمه افراد تحت پوشش و بعضی پرداخت‌های عمومی تأمین می‌گردد. افراد بدون توجه به سطح درآمدشان می‌توانند عضو مدیگر شوند. افراد تحت پوشش می‌توانند در طول سال‌های کارشان مالیات لازم را برای بهره‌مندی از برنامه یادشده در سطح اول بعد از رسیدن به ۶۵ سالگی، پردازند (مسعودی اصل و اخوان بهبهانی، ۱۳۹۴: ۸۲).

در امریکا سیاست‌های بیمه‌ای مراقبت بلندمدت، هزینه‌های خانه سالمندان، خدمات اجتماعی مانند مراقبت‌های روزانه بزرگسالان در خانه یا مؤسسات مخصوص یا مجموعه‌ای از این خدمات را پوشش می‌دهد و هر کس می‌تواند خدمات موردنیاز خود را از مجموعه خدمات متنوع موجود انتخاب کند. خدمات مبتنی بر خانه و جامعه مجموعه‌ای از خدمات فردی، حمایتی و سلامتی را به افراد در خانه‌هایشان و در سطح جامعه ارائه می‌دهد تا ضمن اقامت آن‌ها در خانه شخصی خود به ارتقا استقلالشان نیز کمک شود.

کشور فرانسه

در فرانسه تقریباً ۹۰ درصد افراد بالای ۵۰ سال تا آنجا که امکان داشته باشد در خانه خود زندگی می‌کنند و ۷۴ درصد از بازنشستگان صاحب‌خانه هستند. ۹۰ درصد سالمندان میان ۶۰ تا ۸۵ سال کماکان در خانه خود زندگی می‌کنند؛ در حالی که تنها یک‌چهارم (۴۵۰۰۰۰ سالمند) از سالمندان بالای ۸۵ سال در مؤسسه‌های مراقبت از سالمندان زندگی می‌کند (بیرو، ۲۰۱۸). در فرانسه افراد بالای ۶۰ سال واجد شرایط استفاده از مراقبت‌های طولانی‌مدت هستند. افراد سالمند به شش گروه خیلی وابسته تا مستقل تقسیم و می‌توانند از خدمات مراقبت‌های طولانی‌مدت بهره‌مند شوند (ژوئل و همکاران، ۲۰۱۰: ۷). این شش گروه عبارت است از: سالمندانی که با ویلچر هستند یا در تخت بستری هستند؛ افرادی که استقلال اجتماعی، ذهنی، قوت جسمی و تحرکی خود را از دست داده‌اند؛ افرادی که نیاز مداوم به مراقبت دارند؛ سالمندانی که با ویلچر هستند یا در تخت بستری هستند ولی عملکرد ذهنی آن‌ها کامل تغییر نکرده است و نیاز به مراقبت در انجام فعالیت‌ها دارند؛ کسانی که عملکرد ذهنی آن‌ها تغییر یافته، ولی توانایی تحرک دارند؛ افرادی که داخل خانه حرکت می‌کنند، ولی امکان

استفاده از توالت و پوشیدن لباس را ندارند؛ سالمندان و افرادی که اختیار ذهنی و اجتماعی و حرکتی خود را تا حدی دارند، ولی برای انجام فعالیت‌های روزانه چندین ساعت به مراقبت نیاز دارند، برای استفاده از توالت و پوشیدن لباس به فرد دیگری نیاز دارند؛ گروه چهارم، افرادی هستند که نمی‌توانند جای خاصی بروند، ولی می‌توانند در داخل خانه حرکت کنند. آن‌ها برای استفاده از توالت و پوشیدن لباس باید کمک شوند، اکثر آن‌ها می‌توانند غذا بخورند، اما برای فعالیت‌های عملی و آماده کردن غذا مشکل دارند؛ گروه پنجم به صورت مستقل به محل اقامت خود می‌روند، پوشیدن لباس و خوردن غذا را خودشان انجام می‌دهند، اما آن‌ها ممکن است به طور منظم نیاز به کمک در تهیه غذا، توالت رفتن و مراقبت داشته باشند؛ گروه آخر شامل سالمندانی است که اختیار فیزیکی و شناختی خودشان را از دست نداده‌اند (باکیور، ۱۶: ۲۰۸).

در تقسیم‌بندی فوق گروه‌های یک تا چهار سالمند وابسته به شمار می‌روند. فرانسه بهترین سیستم مراقبت‌های بهداشتی را در دنیا دارد؛ حداقل بر اساس گزارش سازمان بهداشت جهانی. در فرانسه ترکیبی از بیمه خصوصی و عمومی وجود دارد که همه شهروندان قانونی به حداقل مراقبت‌ها دسترسی دارند. هرچقدر بیمارتر باشید، مراقبت سیستم از شما بیشتر خواهد بود. نظام درمانی در فرانسه به گونه‌ای است که نیازهای درمانی بلندمدت (۳۰ سال) شما را پوشش می‌دهد. برای مثال اگر دیابت یا سرطان داشته باشید، هیچ هزینه‌ای پرداخت نخواهید کرد.

کشور ژاپن

نظام بیمه اجتماعی شامل مزایای نرخ ثابت تحت برنامه بازنشستگی ملی (NP) و مزایای درآمدمحور تحت برنامه بیمه بازنشستگی کارکنان (EPI) است. در ژاپن بیمه اجتماعی شامل حال افراد ۶۵-۶۰ سال با توانایی بالا و نیز افراد مقیم بالای ۷۰ سال می‌شود. خدمات رفاهی در ژاپن شامل خدمات پزشکی و خدمات خارج از مراقبت‌های پزشکی است. سالمندان کم‌درآمد از پرداخت حق مشاوره، هزینه‌های داروها و خدمات سرپایی معاف هستند (خیاط فراهانی، ۱۳۸۵: ۱۱۰). بیمه بازنشستگی کارکنان به افراد بیمه‌شده کم‌درآمد و به همسر افراد بیمه‌شده اعانه پرداخت می‌کند. مقدار کلی انتقال بر مبنای تعداد افراد بیمه‌شده تحت برنامه‌های بیمه بازنشستگی کارکنان و بازنشستگی ملی است.

همه شهروندان ژاپنی از طریق سیستم‌های بیمه درمانی و بازنشستگی بیمه هستند. این نظام‌ها در اصل، مبتنی بر ارائه خدمات درمانی و مزایای بازنشستگی برای همه افراد ناتوان و سالمند است. در نظام بازنشستگی ژاپن نوعی مستمری پایه^۱ وجود دارد که همه شهروندان (از ۲۰ تا ۵۹ سالگی) عضو این طرح مستمری پایه هستند و وقتی به سن بازنشستگی برسند، پرداخت مستمری به آن‌ها شروع می‌شود. برای کارگران حقوق‌بگیر و کارکنان دولت مستمری کارکنان وجود دارد که بر اساس این

مقررات، حقوق بازنشستگی آن‌ها به تناسب حقوقی که می‌گرفته‌اند، علاوه بر مستمری پایه پرداخت می‌شود (کانه‌کو، ۱۳۸۵: ۹۶).

بر پایه مقررات نظام بیمه مراقبت بلندمدت، شهروندان چهل‌ساله و بالاتر باید حق بیمه مراقبت بلندمدت را بپردازند، در مقابل افراد شصت و پنج‌ساله و سالخورده که نیاز به مراقبت بلندمدت داشته باشند می‌توانند طبق تشخیص کمیته‌های محلی که برای این منظور تشکیل شده است، از خدمات خاص بلندمدت، مانند اعزام پرستار خانگی برخوردار شوند. حق بیمه‌ها و ضوابط مربوط به تشخیص نیاز به مراقبت‌های بلندمدت را دولت مرکزی تعیین می‌کند، اما کمیته‌های محلی مسئول اجرای ضوابط هستند (کانه‌کو، ۱۳۸۵: ۹۹). در کشور ژاپن نیز افراد بالای ۶۵ سال که نیاز به مراقبت‌های پرستاری در امور زندگی روزمره خود را دارند و نیز افرادی که به دلیل بیماری خاص میان سنین ۶۴-۴۰ هستند، واجد شرایط دریافت خدمات مراقبت بلندمدت^۱ LTCI است. کلیه افراد ژاپنی تحت پوشش سیستم بیمه عمومی پایه هستند که سالمندان را تشویق می‌کند با هزینه بسیار پایین از خدمات پزشکی بهره‌مند گردند. ژاپن قاطعانه به سمت اجتماعی کردن مراقبت برای سالمندان ناتوان در حرکت است. بیمه خدمات مراقبت بلندمدت از سال ۲۰۰۰ ایجاد شده است. در این برنامه سالمندان می‌توانند نوع خدمات و نیز ارائه‌دهندگان خدمات را خود انتخاب کنند (تاناکا و جانسون، ۲۰۱۰: ۲۰۵).

کشور برزیل

در برزیل ۸۵ درصد از سالمندان نیاز به مراقبت‌های بلندمدت دارند. ۹۰ درصد درآمد آن‌ها از طریق حمایت اجتماعی، تأمین می‌شود (اسکیل-ادلانگ، ۲۰۱۵: ۶۴). همه سیستم‌های حقوق بازنشستگی که میان بازنشستگان توزیع می‌شود بخشی از نظام حمایت اجتماعی کشور است که باعث جلوگیری از فقر در میان سالمندان است. نظام حقوق بازنشستگی عمومی برزیل پوشش مزایایی خود را به بیشتر جمعیت سالمندان گسترانده است و حمایت را برای بخش فقیر جامعه فراهم کرده است. برزیل با این نظام حمایتی تقریباً فقر در میان سالمندان را ریشه‌کن کرده است (گرانولاتی و همکاران، ۲۰۱۱: ۸۳). آمار نشان می‌دهد که منبع بالقوه اصلی مراقبت از مردان سالمند در خانواده همسرانشان هستند و منبع بالقوه اصلی مراقبت از زنان سالمند فرزندان هستند. باین حال عواملی نظیر افزایش آموزش زنان، نقش‌پذیری زنان در بازار کار، تغییر الگوهای ازدواج، شکل‌گیری خانواده‌های هسته‌ای، حمایت ویژه از بچه‌ها و ایجاد اجتناب‌ناپذیر پارادایم‌های (علقه‌های) جدید باعث کاهش نقش‌پذیری و مسئولیت‌پذیری زنان در مراقبت بلندمدت از سالمندان در خانه شده است. همچنین فقدان قانون‌گذاری و حمایت بیرونی برای مراقبین از سوی سیاست‌های عمومی دولت این نقش‌پذیری را در حال حاضر تضعیف

1- Long-Term Care Insurance

کرده است. در برزیل به‌عنوان یک کشور در حال توسعه که مداخله دولتی در آن پایین است، دریافت مراقبت‌های بلندمدت سالمندی در سیاست‌های رفاهی و قانون‌گذاری‌ها از اهمیت کمتری برخوردار است و اصولاً مسئولیت این مهم با خانواده است و دولت از مراقبت‌های خانواده‌محور سالمندان کمتر حمایت می‌کند. همچنین برنامه‌های مراقبت خانه سالمندی بسیار ناچیز است و به لحاظ فرهنگی یک پیش‌داوری قوی علیه مراقبت مؤسسه‌محور در برزیل وجود دارد و تا حدودی سیاست‌گذاری و قانون‌گذاری دولت در این حیطة را تحت شعاع قرار داده است. به همین دلیل مؤسسات خیریه مسیحی ایجاد پناهگاه برای سالمندان نیازمند را بر عهده گرفته‌اند و این واقعیت است که اکثر مؤسسات مراقبت بلندمدت از سالمندان در برزیل به‌صورت خیریه می‌باشد (همان: ۱۴۹).

در برزیل تأکید بر یکپارچگی مؤسسات سالمندی در حوزه‌های نظام حمایت اجتماعی و نظام مراقبت بهداشتی است که این مؤسسات با عنوان «مؤسسات مراقبت‌های بلندمدت سالمندان» شناخته که به‌صورت دولتی و غیردولتی مدیریت می‌شوند. اندازه مؤسسات کوچک است؛ به‌طوری‌که تقریباً به‌طور میانگین ۲۳ سالمند در هر مؤسسه مراقبت می‌شوند (اسکیل-ادلانگ، ۱۵: ۲۰: ۶۴). در برزیل تقریباً یک درصد از سالمندان در مؤسسات مراقبت بلندمدت (خانه پرستاری و خانه اقامتی سالمندی) زندگی می‌کنند و اکثریت سالمندان برزیل با خانواده‌شان زندگی می‌کنند (گارکز-لمل و لمه، ۱۴: ۲۰: ۷). قوانین برزیل، حقوق سالمندان را در خانواده و جامعه پذیرفته است و خدمات و تسهیلات مراقبتی بلندمدت سالمندان را با کمک آژانس ملی نظارت بهداشتی پیگیری می‌کند، این مؤسسات دولتی و غیردولتی محل سکونت جمعی را برای افراد ۶۰ سال به بالا فراهم می‌سازد (راکوت و همکاران، ۱۷: ۲۰: ۲۸۷).

کشور ترکیه

در کشور ترکیه بر اساس قانونی که در حمایت از سالمندان در سال ۱۹۷۶ تصویب شده، افراد سالمند ۶۵ سال و بالاتر که درآمد نداشته و خویشاوندانی هم ندارند، مستمری دریافت می‌کنند. اگر فرد سالمندی نیز توسط بستگان خود نگهداری شود، فرد نگهداری‌کننده، به‌طور ماهانه کمک‌هزینه‌ای دریافت می‌کند. افراد سالمند بالای ۶۰ سال که بیماری واگیردار یا ناتوانی‌های جسمی و روانی خاصی ندارند، اما به حمایت اجتماعی، فیزیکی و روان‌شناختی نیازمند و تمایلی هم به زندگی در خانه سالمندان ندارند، می‌توانند خدمات موردنیاز خود را در خانه دریافت کنند. خدمات در خانه توسط مراکز خدمات‌رسانی به افراد سالمند انجام می‌شود و افراد دارای بیماری‌های مزمن مانند آلزایمر، زوال عقل و خانواده‌شان از خدمات روزانه این مراکز استفاده می‌کنند. هدف این خدمات این است که زندگی افرادی که در خانه خود زندگی می‌کنند ارتقا یابد و حمایت‌های اجتماعی، روانی و

فیزیولوژیکی لازم از آن‌ها صورت گیرد. خدمات حمایتی روزانه برای افراد سالمند فاقد بیماری نیز ارائه می‌شود که هدف اصلی آن کمک به آن‌ها برای لذت‌بردن از زمان، تقویت روابط اجتماعی و فعالیت‌های تقویت‌کننده سلامتی است.

نظام بیمه‌های درمان حمایتی در ترکیه از طریق دو سیستم فعالیت می‌کند: سیستم بیمه‌های اجتماعی و سیستم بیمه‌های حمایتی و بهزیستی مختص افراد نیازمند و سالمندان. سازمان بیمه‌های اجتماعی با سه طرح زیر، حدود ۷۵ درصد از مردم را تحت پوشش دارد: سازمان بیمه تأمین اجتماعی کارگران^۱، در این سازمان ارائه مزایا به‌طور مستقیم از طریق بیمارستان‌های دانشگاهی صورت می‌گیرد. طرح بیمه‌ای بگ کور^۲، یک طرح بیمه‌ای برای خویش‌فرمایان است و برای اصناف و مشاغل آزاد پوشش بیمه‌ای ارائه می‌کند. طرح بازنشستگی مأموران دولت^۳ این صندوق برای مستخدمین شهری فعال و بازنشسته فعالیت می‌کند که مزایای بهداشتی و درمانی مستمری را به این افراد ارائه می‌دهد. این سازمان مراکزی تحت عنوان خانه سالمندان دارد که افراد بالای ۶۵ سال بی‌سرپرست و نیازمند در آنها نگهداری می‌شوند. این نظام بسیار شبیه نظام موجود در مدیتر است که در آمریکا وجود دارد (کریمی و همکاران، ۱۳۹۴: ۱۲۸). همچنین افراد بیمه‌نشده و نیازمند دارای کارت سبز درمان رایگان هستند. در این کشور حدود ۲٫۸ میلیون نفر از کارت سبز استفاده می‌کنند که این افراد توسط کمیته‌ای متشکل از فرماندار، فرماندهی، ژاندارمری محل یا بخش، شهردار منطقه، پزشک محله، رئیس ثبت‌اسناد و املاک محل انتخاب می‌شوند (همان: ۱۳۰).

در ترکیه نظام بیمه مراقبت بلندمدت وجود ندارد و مراقبت بلندمدت در خانه صورت می‌گیرد و یکی از وظایف خانواده است (کاناتان و یلدریم، ۲۰۱۵: ۷). با وجود این، قانون مدنی و جزایی ترکیه تعهداتی بر اعضای خانواده گذاشته است. علاوه بر این، وزارت بر نحوه اجرای خصوصی و دولتی مراقبت در منزل نظارت دارد، همچنین برخی از شهرداری‌ها نظیر شهرداری استانبول، آنکارا و... خدمات مراقبت بلندمدت ارائه می‌کنند، با این حال خدمات مراقبتی کیفیت لازم ندارد و تعهدات خدمات رفاهی و اجتماعی استاندارد نیست (کارادنیز، ۲۰۱۴: ۳۰).

کشور چین

چین به‌عنوان پرجمعیت‌ترین کشور دنیاست و بیشترین جمعیت کهن‌سال را در دنیا دارد، شانگهای سال ۲۰۰۲ اولین بیمه سالمندی به‌عنوان بیمه حوادث «یانگ آن گارانتی»^۴ (شامل شکستگی، سوختگی و یارانه بستری) را تأسیس کرد. بیمه سالمندی یانگ آن گارانتی به افراد در سنین ۵۰ تا ۷۵

1- Social Security Authority

2- Bag kur

3- EN Ekilis Andigl

4- Yong An-Guarantez

سال خدمات ارائه می‌کرد. این اولین محصول بیمه برای شهروندان مسن چین بود و اساساً سالمندان را از صدمات ناشی از حوادث و هزینه‌های درمانی محافظت می‌نمود و در همان سال شرکت بیمه زندگی «زینهووا»^۱ را تأسیس و برای اولین بار محدود سن افراد بیمه‌شده را به محدوده ۸۰ سال ارتقا داد (هوا و همکاران، ۲۰۱۰: ۷۴).

تا سال ۲۰۰۷، تقریباً ۱۹،۵ میلیون سالمند بالای ۸۰ سال در روستاهای چین زندگی می‌کردند، بنابراین ارائه سیاست‌های مراقبت بلندمدت روستایی نقش مهمی دارد. همراه با رشد جمعیت پیر در روستاها، تغییر در اندازه خانواده‌ها (شکل‌گیری خانواده‌های هسته‌ای) و افزایش تحرکات اجتماعی در میان جوانان روستایی، امکان تعامل جوانان و افراد مسن طبق سنت‌های گذشته همواره با چالش‌هایی مواجه است، هرچند انتظار مراقبت از سالمندان توسط اعضای خانواده، خویشاوندان و دیگر مراقبان غیررسمی وجود دارد. بنابراین سیستم مراقبت غیررسمی از سالمندان در نتیجه مهاجرت جوانان روستایی به شهرها همراه با چالش‌های بوده و لزوم مراقبت رسمی و مؤسسه‌محور بیشتر احساس می‌شود (وو و همکاران، ۲۰۰۹: ۴۷۲). از سوی دیگر یک نابرابری در زمینه بیمه سلامتی میان روستا و شهر وجود داشت، به طوری که تنها ۹،۵ درصد روستائیان چینی تحت پوشش بیمه سلامتی بودند و درصد خیلی کمی از روستائیان از حقوق بازنشستگی برخوردار بودند. وزارت امور داخلی چین در قالب دو طرح «ژینگ گوانگ» و «ژیا گوانگ آ» بخشی از بودجه رفاهی را به روستاها تخصیص دارد، همچنین در حال حاضر مؤسسات خصوصی مراقبت از سالمندان در روستاهای توسعه‌یافته‌تر مستقر هستند و به‌طور مستقیم هزینه مراقبت از سالمندان را از سالمندان یا از اعضای خانواده‌شان دریافت می‌کنند (همان: ۴۷۴).

با توجه به اصلاحات بازارمحور خدمات اجتماعی (به طوری که در رژیم رفاهی کارمحور در نظام سوسیالیستی چین تقاضای خدمات رفاهی از دولت محدود بود و بعد از اصلاحات بازارمحور تقاضای رفاه اجتماعی عمومی شد) و فرسایش سریع حمایت خانواده، در واقع حمایت اقتصادی و خدمات مراقبتی اجتماعی برای سالمندان به یک مسئله مهمی برای دولت چین تبدیل شده، از همین رو سیاست اجتماعی دولت بیشتر بر فراهم‌سازی مراقبت‌های بلندمدت متمرکز شده است (وانگ و لنگ، ۲۰۱۲: ۵۷۲). با توجه به اصلاحات بازارمحور و تأکید بر عمومی‌شدن رفاه اجتماعی، تغییرات عمده‌ای در مؤسسات رفاهی مختلف مانند خانه سالمندان، خدمات اجتماعی به یتیم‌خانه‌ها و افراد ناتوان ایجاد و تقاضا برای خانه‌های اقامتی و خدمات اجتماعی برای سالمندان با فوج عظیمی روبه‌رو شد. از همین رو خانه‌های سالمندی دولتی بدون هزینه مالی و اقامتگاه پولی نظیر خانه‌های سالمندی

1- Xinhua

2- Jing Guang and Jia Guang

خصوصی، خوابگاه‌های سالمندی و خانه‌های پرستاری ظاهر شدند. در سال ۲۰۰۹، تقریباً ۷۸ درصد از اقامتگاه‌های سالمندی به‌صورت دولتی بود و ۱۷ درصد اقامتگاه خصوصی بود (همان: ۵۷۴).

نتیجه‌گیری

پوشش معیشتی (مستمری پایه و مستمری بیمه‌شدگان) در کشورهای توسعه‌یافته سوئد، ژاپن، فرانسه، ایالت متحده آمریکا در حد گسترده‌ای ارائه می‌شود. به‌طوری‌که تقریباً اکثر شهروندان به‌ویژه سالمندان می‌توانند از حقوق و مزایای بازنشستگی استفاده نمایند و اگر بخشی از سالمندان نیازمند استحقاق دریافت مستمری بازنشستگی را نداشته باشند، دولت مستمری پایه که به‌صورت حقوق حداقلی است به آن‌ها ارائه می‌کند. درحالی‌که در کشورهای درحال توسعه و کمتر توسعه‌یافته مورد مطالعه بخشی از سالمندان شهری و بخش ناچیزی از سالمندان روستایی از مستمری بازنشستگی برخوردارند. ضمن آن‌که مستمری پایه نیز به سالمندان ارائه نمی‌شود. از سوی دیگر در بعد پوشش خدمات سلامت کشورهای توسعه‌یافته خدمات بیمارستانی، پزشکی، دارویی را دریافت می‌کنند و این پوشش برای سالمندان کشورهای درحال توسعه و کمتر توسعه‌یافته مورد مطالعه با سطحی کمتر وجود دارد.

پوشش خدمات رفاه اجتماعی نظیر مراقبت بلندمدت، مراقبت از سالمندان در منزل در کشورهای توسعه‌یافته مورد مطالعه در حد مطلوب وجود دارد. به‌طوری‌که مبنای پوشش، شهروندی و اسکان در کشور سوئد است و تقریباً ۱۰۰ درصد جمعیت سالمندان ساکن در سوئد تحت پوشش خدمات رفاهی و اجتماعی نظیر مراقبت بلندمدت، مراقبت از سالمندان در منزل قرار دارند. در ایالت متحده آمریکا مدیکر یک برنامه بیمه سلامتی کشوری با سطوح مختلف است که افراد ۶۵ سال و بالاتر را تحت پوشش خدمات رفاهی و اجتماعی قرار دارد. تمام کسانی که به‌طور قانونی در فرانسه سکونت دارند، به‌وسیله بیمه درمانی عمومی که یکی از برنامه‌های نظام تأمین اجتماعی است، پوشش داده می‌شوند. همه شهروندان ژاپنی از طریق سیستم‌های بیمه درمانی و بازنشستگی بیمه هستند. خدمات تحت پوشش در ژاپن شامل خدمات پزشکی و خدمات خارج از مراقبت‌های پزشکی است و شامل افراد ۶۵-۶۰ سال با توانایی بالا و افراد مقیم بالای ۷۰ سال می‌شود؛ اما در کشورهای درحال توسعه مورد مطالعه بخش ناچیزی از سالمندان نیازمند از پوشش خدمات رفاهی برخوردار هستند. در مقام تئوری پوشش همگانی فراهم است، اما در اجرا گروهی از افراد هیچ پوشش بیمه‌ای ندارند. افراد بیمه‌نشده و نیازمند، دارای کارت درمان رایگان هستند که پوشش سلامت و رفاه اجتماعی کمی دارد.

یکی از بزرگ‌ترین چالش‌ها در سیاست‌های بهداشتی در جمعیت رو به سالمندی، عبارت است از برقراری تعادل میان 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 (اغلب در سطح جامعه ارائه می‌شود) و مراقبت‌های مؤسسه‌ای^۱ (در بیمارستان‌ها و خانه‌های پرستاری) می‌شود (خیاط فراهانی، ۱۳۸۵: ۱۰۵). بیانیه حقوق بشر در حوزه سالمندی تأکید دارد که مراقبت مؤسسه‌محور تنها به‌عنوان یک گزینه برای سالمندان بدون خانواده، سالمندان فقیر و سالمندان رهاشده در نظر گرفته شود (گرانولاتی و همکاران، ۲۰۱۱: ۱۴۹). سیاست‌ها و برنامه‌های کشورهای توسعه‌یافته مورد مطالعه در حوزه مراقبت از سالمندان، معطوف به نگهداری سالمندان در خانه خود یا در میان اعضای خانواده و خویشاوندان است. در واقع کشورهای توسعه‌یافته مورد مطالعه بر گذار از مراقبت رسمی مؤسسه‌محور به مراقبت رسمی خانواده‌محور و جامعه‌محور تأکید دارند و در این راستا اقدامات عملیاتی هم انجام داده‌اند. یکی از اهداف مراقبت سالمندی کمک به سالمندان است تا بتوانند عادی و مستقل زندگی کنند. لذا سالمندان را تا آنجا که امکان دارد در خانه خود یا در میان خانواده و خویشاوندان خود نگهداری می‌کنند. در کشورهای در حال توسعه و کمتر توسعه‌یافته مورد مطالعه مراقبت و حمایت غیررسمی از سالمندان به‌عنوان یک ارزش تلقی و در حال حاضر بخش قابل توجهی از سالمندان در میان اعضای خانواده خود زندگی می‌کنند. با این حال در چند دهه آتی با توجه به تغییرات جمعیتی، فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی دولت‌ها باید درصدد تدوین سیاست‌ها و برنامه‌های توسعه مراقبت رسمی باشند. کشورهای برزیل، ترکیه، روسیه، چین و حتی ایران با بحران مراقبت مؤسسه‌محور مواجه هستند؛ به طوری که سالمندان نیازمند مراقبت رسمی در حال ازدیاد است، اما امکانات اقامتی برای مراقبت از سالمندان ایجاد نشده و در چند دهه آتی این مسئله چالش‌برانگیزتر می‌شود. در کشور برزیل تنها یک درصد و در ترکیه تنها دو درصد از سالمندان متمول شهری از امکانات اقامتی مؤسسه‌محور استفاده می‌کنند. همچنین درصد کمی از سالمندان شهری چین از امکانات اقامتی مؤسسه‌محور استفاده می‌کنند به طوری که در حال حاضر مهم‌ترین چالش خدمات مراقبت بلندمدت در چین حمایت‌های ناکافی، حمایت‌های کم کیفیت و نظارت کم بر استانداردهاست.

جمهوری اسلامی ایران در زمینه مدیریت و سیاست‌گذاری و اجرای برنامه‌ها برای سالمندان همراه با چالش‌هایی است که علاوه بر موارد ذکر شده در بالا، می‌توان به موارد ذیل اشاره کرد. شایان‌ذکر است این چالش‌ها در بررسی تطبیقی فضای فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی ایران با کشورهای توسعه‌یافته و در حال توسعه مورد مطالعه استنباط و استخراج شده است.

۲۰۵

شناسایی و گروه‌بندی سالمندان: در کشورهای توسعه‌یافته حکومت‌های محلی (شورای محلی و شهرداری‌ها) به شناسایی سالمندان می‌پردازند و آن‌ها را بر اساس شرایط زندگی (وضعیت خانوادگی، وضعیت اقتصادی، وضعیت اجتماعی)، سن، بیماری، میزان توانایی (وضعیت فیزیکی، روانی، شناختی،

ذهنی) و وابستگی، گروه‌بندی می‌کند. در ایران چنین فرایندی را کمتر مشاهده می‌کنیم.

زنانه‌شدن سالمندی: زنانه شدن سالمندی، به معنای افزایش سهم زنان سالمند نسبت به مردان سالمند در جمعیت کشور است. معمولاً میزان مرگومیر مردان نسبت به زنان بالاتر است. بنابراین یکی از مهم‌ترین ویژگی‌های سالمندی در قرن بیست‌ویکم، زنانه‌شدن سالمندی است؛ به طوری که میزان زنان سالمند و میزان زنان سالمند خیلی پیر (بالای هشتاد سال) در جهان رو به افزایش است. سازمان جهانی بهداشت با ارائه «برنامه سلامت و سالخوردگی»، رویکرد جنسیتی به سالمندی را مطرح می‌کند و در این رویکرد بر تشخیص تفاوت‌های مهم و اساسی در بهداشت زنان و مردان و شیوه‌های زندگی آنان و حمایت بیشتر از سالمندان تمرکز دارد (مطیع حق‌شناس، ۱۳۹۱: ۱۰۶).

عدم تمرکززدایی در حوزه خدمات اجتماعی: در نظام مدیریت و ارائه خدمات به سالمندان ایران، حکومت‌های محلی (شورای شهر و شوراهای محلات) و شهرداری‌ها تقریباً جایگاهی ندارند. این در حالی است که در کشورهای توسعه‌یافته، حکومت‌های محلی و شهرداری‌ها، به‌عنوان مجری سیاست‌ها و استراتژی‌های دولت به شمار می‌روند و کشورهای در حال توسعه نیز بر اهمیت حکومت‌های محلی و شهرداری‌ها تأکید دارند.

گذار از مراقبت غیررسمی به مراقبت رسمی: پیش‌بینی‌ها نشان می‌دهد، کاهش در عرضه خدمات درمانی غیررسمی برای افراد سالمند که سبب افزایش پذیرش در بخش درمانی محلی می‌شود، عواقب اقتصادی قابل توجهی به همراه دارد و این اهمیت توسعه خدمات در منزل برای افراد سالمندی را که قادر به ترک خانه نیستند روشن می‌سازد. ایران نیز به دلیل هسته‌ای شدن خانواده‌ها، تغییر سبک زندگی خانواده‌ها، اشتغال بیشتر زنان و... در مسیر گذار از مراقبت غیررسمی به مراقبت رسمی می‌باشد.

پوشش خدمات مراقبت بلندمدت در منزل: بررسی‌ها نشان داده است که برنامه مراقبت در منزل تنها شامل مراقبت‌های پزشکی است، بلکه این برنامه می‌تواند با ارائه خدمات حمایتی به حفظ کیفیت زندگی افراد سالمند، کمک کند. این در حالی است که برخی از خدمات مانند انجام امور خانه‌داری یا مناسب‌سازی منازل، هیچ‌گونه شباهتی به خدمات پرستاری ندارند، در حالی که می‌توانند در حفظ عملکرد و در نهایت سلامت سالمندان تأثیر بسزایی داشته باشند. در کشورهای توسعه‌یافته و تا حدودی در کشورهای در حال توسعه در منزل به سالمندان خدمات و مراقبت‌هایی نظیر، ارائه خدمات پزشکی و پرستاری، کمک در انجام فعالیت‌های روزمره زندگی، مناسب‌سازی و بازسازی مسکونی و خدمت خانه‌داری ارائه می‌شود که در نظام خدمات مراقبت از سالمندان در منزل ایران تنها خدمات پزشکی و پرستاری (انجام تزریقات و پانسمان، نظارت بر مصرف داروها، اندازه‌گیری فشارخون) انجام می‌شود (صفدری و همکاران، ۱۳۹۳: ۴۴۲).

فقر سالمندان: برای نمونه میزان فقر سالمندان در برزیل نسبت به کشورهای توسعه یافته و کشورهای توزیع مجدد خدمات بیشتر است، در همین راستا برزیل برای ریشه کنی فقر در میان سالمندان از سه برنامه (۱) مزایای استطاعت مالی یا بررسی وسع مالی که گروه هدف سالمندان فقیر بود، (۲) برنامه مستمری روستایی؛ (۳) تضمین حداقل مستمری و مزایای اضافی برای کارگران استفاده کرد (گرانولاتی و همکاران، ۲۰۱۱: ۹۶-۸۹). در ایران بخش قابل توجهی از سالمندان مستمری بازنشستگی ندارند و این شرایط در شهرهای کوچک و روستاها بغرنج تر است. در ایران سالمندان نسبت به سایر گروه‌های جمعیتی فعال شرایط اقتصادی نامناسب تری دارند.

ضعف صندوق بازنشستگی: بر اساس اطلاعات موجود، میزان مخارج برای مستمری بازنشستگان از کل GDP در سال ۲۰۱۵ برای کشورهای سوئد ۲۶،۵، برزیل ۱۲،۶، ترکیه ۲،۴ درصد بود که نشان از بار مالی هنگفت سالمندشدن جمعیت بر دوش‌های دولت‌هاست. این فشار مالی به‌ویژه خود را در طرح توازن هزینه و درآمد غیراندوخته^۱ نشان می‌دهد. جمعیت ایران در حال پیرشدن است و اکنون قبل از این که با موج جمعیت سالمند در ایران مواجه شویم، صندوق‌های بازنشستگی در بحران قرار دارند. در سال‌های اخیر مسئله بحران صندوق‌ها مورد توجه همگان قرار گرفته و عدم تعادل در بودجه این صندوق‌ها نگرانی‌های زیادی پدید آورده است. باید در سیاست‌های رفاهی و خدمات اجتماعی کشور، گذار جمعیتی در نظر گرفته شود.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

منابع و مأخذ

- امیری، ج (۱۳۹۴)، «گونه‌شناسی نظام رفاهی جمهوری اسلامی ایران، بر اساس مدل سه دولت رفاه گوستا اندرسون»، فصل‌نامه سیاست‌نامه علم و فناوری، دوره ۵، شماره ۱، ص ۵-۱۳.
- تاج مزینانی، ع (۱۳۹۰)، «گونه‌شناسی نظام‌های رفاهی در جهان»، فصلنامه برنامه‌ریزی رفاه و توسعه، شماره ۶، ص ۲۰۳-۲۳۴.
- خیاط فراهانی، پ (۱۳۸۶)، «مطالعه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی سالمندان در دنیا»، فصل‌نامه تأمین اجتماعی، سال نهم، شماره ۳۰، ص ۹۹-۱۴۴.
- دادگرو، ی و همکاران (۱۳۸۹)، «مقایسه اجمالی خصوصیات رژیم‌های رفاهی»، فصل‌نامه رفاه اجتماعی، سال دهم، شماره ۳۶، ص ۹۱-۱۲۰.
- زارع، ح و آزادی، م (۱۳۸۸)، «نظام پایدار مراقبت‌های بلندمدت در کشورهای آلمان، فرانسه، هلند و ژاپن»، فصل‌نامه تأمین اجتماعی، سال نهم، شماره ۳۱، ص ۳۷-۸۰.
- زاهدی، م (۱۳۹۳)، توسعه و نابرابری، تهران: انتشارات مازیار.
- سیدامامی، ک (۱۳۹۵)، «پژوهش در علوم سیاسی: رویکردهای اثبات‌گرا، تفسیری و انتقادی»، تهران: پژوهشکده مطالعات فرهنگی و اجتماعی دانشگاه امام صادق (ع).
- شکوری، م (۱۳۸۸)، آثار تغییرات ساختار سنی جمعیت ایران بر صندوق بازنشستگی کشوری، تهران: واحد مطالعات و تحقیقات بیمه‌ای مؤسسه حسابرسی صندوق بازنشستگی کشور.
- صفدری، ر و همکاران (۱۳۹۳)، «مطالعه مروری ساختار برنامه مراقبت در منزل سالمندان در ایران با نگاهی به تجربه کشورهای توسعه‌یافته»، مجله دیابت و متابولیسم ایران، دوره ۱۳، شماره ۶، ص ۴۳۹-۴۴۶.
- کانه‌کو، ی (۱۳۸۵)، «تأمین اجتماعی در ژاپن، ترجمه هرمز همایون‌پور»، فصل‌نامه تأمین اجتماعی، سال هشتم، شماره ۲۵، ص ۹۳-۱۰۱.
- کریمی، الف و همکاران (۱۳۹۴)، «بیمه‌های بهداشتی درمانی حمایتی در دنیا: مطالعه تطبیقی کشورهای منتخب»، دوام‌نامه علمی پژوهشی دانشکده بهداشت یزد، سال ۱۴، شماره ۳، ص ۱۲۳-۱۲۸.
- گلدستون، ج (۱۳۹۲)، مطالعات نظری، تطبیقی و تاریخی در باب انقلاب‌ها، ترجمه محمدتقی دلفروز، تهران: انتشارات کویر.
- مسعودی اصل، الف و اخوان بهبهانی، ع (۱۳۹۴)، نظام‌های بهداشتی درمانی تطبیقی، تهران: سازمان سلامت بیمه ایران.
- مطیع حق‌شناس، نادر (۱۳۹۱)، «ارزیابی سیاست‌های اجتماعی جمعیتی سالمندی فعال در ایران و چالش‌های فرارو»، معرفت فرهنگی اجتماعی، سال چهارم، شماره اول، ص ۱۰۱-۱۲۰.
- مک‌کی، ت و مارش، د (۱۳۸۴)، روش مقایسه‌ای، در روش و نظریه در علوم سیاسی، ترجمه امیرمحمد حاج یوسفی، تهران: مطالعات راهبردی.
- Bocquaire, Edith (2016), "Long-Term Care Coverage in Europe", Translated by Etienne Dupourqué, This article is excerpted from a longer paper that can be found on www.soa.org/ltc.
- Brieu, Marie-Anne (2018), ILC France, in Site: www.ilc-alliance.org.
- Canatan, Rasim & Yıldıırım, Didem (2015), Rights of Elderly People and Care Services at EU Standards: A Comparative Study Between Turkey, Italy and Spain, EU & Republic of Turkey.
- Garcez-Lemell, Luiz E & Leme, Mariana Deckers (2014), "Costs of Elderly Health Care in

- Brazil: Challenges and Strategies”, *Medical Express*, Vol. 1, pp 3-8.
- Gencer, Hande (2017), *How to Classify the Chinese Welfare State*, Master’s Thesis Submitted for the Academic Degree of Master of Arts
 - Gragnolati, Michele & et al (2011), “Growing Old in an Older Brazil”, the International Bank for Reconstruction and Development.
 - Grütjen, Daniel (2010), “the Turkish Welfare Regime: An Example of the Southern European Model”, *Turkish Policy Quarterly*, Vol. 7, No. 1, pp 111-129.
 - Hua, Dengfeng & et al (2010), “The Situation and Analysis of the Insurance for Old People in China”, *International Journal of Business and Management*, Vol.5, No.1, pp.74-7.
 - Joel, Marie-Eve & et al (2010), *the Long-Term Care System for the Elderly in France*, Report by Assessing Needs of Care in European Nations.
 - Karadeniz, Oğuz (2014), *Pensions, Health and Long-Term Care*, Report: ASISP.
 - Ringen, Stein & Ngok, Kinglun (2013), “What Kind of Welfare State is Emerging in China?” the United Nations Research Institute for Social Development.
 - Roquete, Fátima & et al (2017), “Care and Management Demands of Long-Term Care Facilities for the Elderly in Brazil”: an Integrative Review, *Bras, Geriatr, Gerontol Rio de Janeiro*, 2017; 20(2): 286-299.
 - Scheil-Adlung, Xenia (2015), *Long-Term Care Protection for Older Persons: A Review of Coverage Deficits in 46 Countries*, International Labour Office.
 - Sinanoğlu, Semuhi (2013), “a Typology of the Welfare Regimes in the Middle East and North Africa”, These in: *Research & Reading in Comparative Politics at Boğaziçi University under the Supervision of Prof. Mine Eder*.
 - *State of Health in the EU Cycle (2016)*, *Health at a Glance: Europe 2016*, OECD Publishing, Paris.
 - Tanaka, Kimiko & Johnson, Nan. E (2010), “Social Integration and Healthy Aging in Japan: How Gender and Rurality Matter”, *Journal of Cross-Cultural gerontology*, Vol 25, pp199–216.
 - Uzuhashi, Takafumi(2003), *Japanese Model of Welfare State*, Paper for the Symposium: East Asia-Europe-USA Progressive Scholars’ Forum.
 - Wong, Yu Cheung & Leung, Joe (2012), “Long-Term Care in China: Issues and Prospects”, *Journal of Gerontological Social Work*, No. 55, pp 570–586.
 - Wood, Geof & Gough, Ian (2006), “a Comparative Welfare Regime, Approach to Global Social Policy”, *World Development*, Vol. 34, No. 10, pp 1696-1712.
 - Wu, Bei & et al (2009), “Long-Term Care Arrangements in Rural China: Review of Recent Developments”, *Journal of the American Medical Directors Association*, Vol. 10, No. 7, p 472-7.