

Review Health Care Service Patterns for Older Adults - A narrative Review (2015 to 2020)

Asadzadeh M¹, Maher A^{2*}, Jafari M³, Ali Mohammadzadeh Kh⁴, Hosseini S.M⁵

1- Ph.D. Student of Health Services Management, North branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

2- Assistant Professor of Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Department of Health Policy, school of management and medical education, Tehran. **(Corresponding Author)**

Email: dralimaher@gmail.com

3- Assistant Professor of Health Services Management, School of Management and Social Sciences, North Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

4- Associate Professor of Health Services Management, Health Economics Policy Research Center, Department of Health Services Management, School of Management and Social Sciences, North Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

5- Assistant Professor, Department of Health Services Management, North Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

Received: 21 April 2020

Accepted: 30 June 2020

Abstract

Introduction: Aging is an important period of life which needs basic support. The purpose of this study is survey the methods and programs of providing services to the elderly in the countries studied and to find the best care method for planning to provide services to the elderly in Iran.

Methods: This is a narrative review that was conducted comparatively. The study was conducted in Italy, Sweden, Austria, the Netherlands, Norway, Germany, Japan, Turkey and Iran. More than 2,000 search articles were found and 170 related articles were selected. Finally, they were adapted and differences and similarities were determined and the initial model was formed.

Results: In Italy, Sweden, Austria, the Netherlands, Norway, Germany and Japan, home care policies are successful, and countries that follow a policy of integrated services (social-health-treatment) are successful. The providing care services for the elderly in these countries is free of charge and provides sustainable resources through insurance and taxes and public resources. In these countries, municipalities play a key role in helping to provide services to the elderly.

Conclusions: In Iran, due to the poor condition of elderly care, comprehensive planning and design of service packages for the elderly with sustainable financial resources such as long-term care insurance is inevitable.

Keywords: Aged, Long-term care, Health care system.

بررسی الگوهای خدمات مراقبت سلامت برای سالمندان: مقاله مروری (سال ۲۰۱۵ تا ۲۰۲۰)

محمد اسدزاده^۱، علی ماهر^{۲*}، مهرنوش جعفری^۳، خلیل علیمحمدزاده^۴، سید مجتبی حسینی^۵

۱- دانشجوی دکتری تخصصی، مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده مدیریت و علوم اجتماعی، واحد تهران شمال، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

۲- استادیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، گروه سیاست گذاری سلامت، دانشکده مدیریت و آموزش پزشکی، تهران، ایران (نویسنده مسئول). ایمیل: dralimahr@gmail.com

۳- استادیار مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده مدیریت و علوم اجتماعی، واحد تهران شمال، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

۴- دانشیار گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده مدیریت و علوم اجتماعی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران شمال، مرکز تحقیقات سیاستگذاری اقتصاد سلامت، دانشگاه علوم پزشکی آزاد اسلامی واحد تهران، تهران، ایران.

۵- استادیار مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده مدیریت و علوم اجتماعی، واحد تهران شمال، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۴/۱۰

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۲/۲

چکیده

مقدمه: سالمندی یکی از دوره های مهم زندگی است که نیاز به حمایت اساسی دارد. هدف این مطالعه بررسی روشها و برنامه های ارائه خدمات به سالمندان در چند کشور مهم اروپایی و دو کشور ژاپن، ترکیه و یافتن بهترین روش مراقبتی برای برنامه ریزی ارائه خدمت در سالمندان ایران است.

روش کار: این یک مطالعه مروری است که به روش تطبیقی انجام پذیرفت. بررسی کشور های ایتالیا، سوئد، اتریش، هلند، نروژ، آلمان، ژاپن، ترکیه و ایران صورت گرفت. بیش از ۲۰۰۰ مقاله یافت شدند و ۱۷۰ مقاله مرتبط انتخاب گردیده در نهایت مورد تطبیق قرار گرفتند و ضمن مقایسه، تفاوت و تشابهات تعیین شدند.

یافته ها: در کشور های ایتالیا، سوئد، اتریش، هلند، نروژ، آلمان و ژاپن سیاست ها به سمت مراقبت در منزل است و کشورهایی موفق بودند، که از سیاست ارائه خدمات به صورت یکپارچه (اجتماعی- بهداشتی- درمانی) پیروی می کردند. ارائه خدمات مراقبتی برای سالمندان در این کشورها در حد رایگان و تامین منابع پایدار و از طریق بیمه ها و مالیات و منابع عمومی است. در این کشورها شهرداری ها نقش اساسی در کمک به ارائه خدمات به سالمندان را دارند.

نتیجه گیری: در کشور ایران با توجه وضعیت ضعیف مراقبت سالمندان، برنامه ریزی و طراحی جامع بسته خدماتی برای سالمندان با منابع پایدار مالی مثل بیمه مراقبت دراز مدت اجتناب ناپذیر است.

کلیدواژه ها: سالمند، مراقبت دراز مدت، نظام مراقبت سلامت.

مقدمه

جهان را تشکیل خواهند داد (۳) همچنین جمعیت سالمندان جهان از ۵۲۴ میلیون نفر در ۲۰۱۰ به ۱/۵ میلیارد در ۲۰۵۰ خواهد رسید بعبارت دیگر جمعیت سالمندان جهان در سال ۲۰۵۰ سه برابر جمعیت فعلی خواهد شد (۴) و کشورهایی که قبل از پیشرفت به ورطه ی این مشکل گرفتار شوند نسبت به همتای شان بیشتر آسیب خواهند دید (۵). به نظر می رسد کشورهای در حال توسعه نه تنها از این قاعده مستثنی نیستند، بلکه حتی ممکن است آهنگ رشد شدیدتری داشته باشند؛ به طوری که پیش بینی میشود نسبت رشد جمعیت سالمندان در کشورهای در حال توسعه در سالهای ۱۴۰۵ و ۱۴۳۰ به ترتیب به ۷۵ و ۸۵ درصد خواهد

امروزه پیشرفت های روزافزون بشریت در علوم پزشکی موجب کاهش مرگ و میر و افزایش امید به زندگی و از طرف دیگر پایین آمدن باروری در میان جمعیت موجب افزایش جمعیت سالمندان در سراسر جهان شده است و این موضوع به یکی از پر اهمیت ترین و در عین حال از چالشی ترین محور های بهداشت عمومی تبدیل گشته است (۱). رشد تعداد افراد سالمند به قدری قابل توجه است که به عنوان انقلاب ساکت از آن یاد شده است (۲). بر اساس تخمینهای سازمان جهانی بهداشت سالمندان با سن ۶۵ سال و بالاتر تا سال ۲۰۲۵ حدود ۱۵ درصد جمعیت

می شود؟ یکی دیگر از دغدغه بزرگ که در رابطه با مراقبت سلامت سالمندان در تمام دنیا مطرح می شود دسترسی و کیفیت و نحوه سنجش آن است. در ایران این شاخص ها از رتبه خوبی برخوردار نیستند (۱۱) در کشور های پیشرفته تا چه اندازه موفق شده اند این مشکلات را حل نمایند و یا چه راهکار هایی را پیش گرفته اند، تاریخچه اصلاحات روندهای سابق چگونه بوده و برای رسیدن به این مراحل چه مسیر هایی را طی نموده اند؟ پر واضح است با پاسخ به این سوالات و الگوبرداری از روش ها و عملکردهای مثبت و پرهیز از موارد اشتباه آنها با مطالعه سوابق آنها، امکان شکل گیری استراتژی و مدل مراقبتی سالمندان در ایران تسهیل خواهد یافت.

روش کار

این مطالعه که به منظور الگو برداری از سیاست ها و برنامه های موجود مراقبت های سالمندان کشورهای مورد مطالعه به روش تطبیقی انجام پذیرفت برای جمع آوری داده ها در بخش مطالعه کتابخانه ای به سایت وزارت های مربوطه کشورهای مورد مطالعه و همچنین با استفاده از موتور های جستجوی متفاوت مقالات OECD و با جستجو در پایپ مد، گوگل اسکولار، ساینس دایرکت و ... و یا کتب و مقالات و مطالب منتشر شده در سایت وزارت بهداشت و با سایر وزارت های کشور های مورد مطالعه، سازمان بهداشت جهانی، با کلید واژه های مختلف مثل مراقبت، برنامه های مراقبتی سالمندان، روش های ارائه خدمات سالمندان، مراقبت در منزل، مراقبت یکپارچه و جامع، مراقبت دراز مدت، مراقبت روزانه سالمندان، مراقبت اجتماعی و بهداشتی سالمندان، خانه سالمندان، خانه پرستاری سالمندان انجام شد و برای تک تک کشور ها به صورت جداگانه مطالعات کافی انجام پذیرفت و مطالب و اطلاعات مربوط به نحوه ارائه خدمات و برنامه ها و سیاست های این کشورها جمع آوری گردید. در واقع با این کار داده های مطالعه شکل گرفت پس از آن ماتریس مقایسه ای تطبیقی طراحی گردید. این ماتریس متشکل از نام کشورها (سطر) و در ستون این ماتریس به ترتیب اطلاعات جمعیتی، سازمان های درگیر در مراقبت سالمندان، سیاست ها طرح ها برنامه ها در رابطه با سالمندان، ویژگی های مراقبت دراز مدت، دسترسی، کیفیت، هزینه ها، منابع مالی، پایداری مالی و درانتهای این ماتریس تفاوت ها و تشابهات و نقاط برجسته هر کشور قرار گرفت. در ادامه این ماتریس با استفاده از اطلاعات بدست آمده از مطالعه ی کتابخانه ای تکمیل گردید. سپس با بهره گیری از

رسید (۶). با توجه به توسعه نسبی که در ایران بوجود آمده موجب کاهش مرگ ومیر و افزایش امید به زندگی شده و از طرفی اعمال سیاست کنترل مولید با شتاب زیاد در یک مقطعی از زمان در گذشته موجب شد سرعت پدیده سالخوردگی جمعیت در ایران افزایش یابد (۶، ۷) به طوری که روند رشد جمعیت سالمندی که در فاصله سالهای ۱۳۳۵ تا ۱۳۶۵ تقریباً شیب نزولی داشته، از سال ۱۳۶۵ مسیری صعودی طی کرده است. میزان رشد جمعیت سالمندی از ۱۷ درصد در سال ۱۳۷۵ به ۲۹ درصد در سال ۱۳۸۵ افزایش یافته است (۸).

طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت درصد بیشتری از نیاز ها در رابطه با استفاده از خدمات بهداشتی درمانی نسبت به سایر گروه های جمعیتی، مربوط به سالمندان است (۹) ۲۹ درصد هزینه های پزشکی و ۶۰ درصد هزینه های بهداشتی توسط سالمندان مصرف میشود لذا توجه به سالمندان حائز اهمیت است و نیاز به یک برنامه ریزی اساسی دارد، برنامه ریزی برای پدیده سالمندی قبل از آنکه موقعیت بحران پدید آید یک اقدام کاملاً ضروری است (۷، ۱۰). برای ارائه خدمات تخصصی به بیماران سالخورده، لازم است سیستم مراقبت های بهداشتی تغییرات مناسب در ساختار و روند ارائه خدمات به این بیماران ایجاد کند. همچنین ضروری است که سیستم خدمات پرستاری، که در درجه اول مسئولیت مراقبت از بیمار است، دستخوش تغییر اساسی در مراقبت از این گروه آسیب پذیر شود.

در ایران نسبت سالمندان نسبت به کشور های پیشرفته پایین تر است، ولی قطعاً برنامه ریزی و سیاست گذاری مناسب در راستای بهبود وضعیت فعلی و پیشگیری از مشکلات آتی در نتیجه ی افزایش سریع تعداد سالمندان لازم و ضروری است. لذا به منظور الگوبرداری از کشورهای پیشرو و موفق در برنامه های مراقبتی سالمندان نیازمند این است که مشخص گردد در کشور های مورد مطالعه چه سیاست ها و طرح هایی در رابطه با مراقبت سالمندان دنبال می شود، کدام نهادها و سازمان های حاکمیتی در رابطه با سالمندان مسئولیت دارند و چگونه این مسئولیتها در بین نهادهای حاکمیتی تقسیم شده است؟ برای برنامه ریزی صحیح در مورد مراقبت های دراز مدت نیاز به بررسی برنامه های موفق در این کشورها پیشرفته وجود دارد. باید مشخص شود که این کشور ها یا کشور های مشابه ایران چگونه و با چه ویژگی هایی مراقبت دراز مدت را دنبال می کنند و در این راه هزینه های مراقبتی سالمندان توسط چه کسانی یا کدام نهادها و از چه راههایی تامین

این مقایسات مدل اولیه ارائه خدمت برای سالمندان ایران شکل گرفت.

یافته ها

سالمندی دوره ی حساسی از زندگی بشر است و توجه به مسائل و نیازهای این دوران ضرورتی اجتماعی و اجتناب ناپذیر است. با در نظر داشتن نیازهای خاص این دوران، توجه به رفتارهای بهبود دهنده سلامت و کیفیت زندگی سالمندان امر بسیار مهمی است. کیفیت زندگی در قشرهای مختلف اهمیت بسزایی دارد؛ مخصوصاً برای افرادی که شرایط جسمی، روحی و روانی خاصی دارند و با تنیدگی های ناشی از آن در شرایط خاصی مواجه هستند (۷).

اهمیت جمعیت سالمند برای همه ی کشورهای دنیا انکارناپذیر است و این اهمیت فقط ناشی از افزایش سهم آنها در گروه جمعیتی نیست امروزه آمارها نشان می دهد یک بخش بزرگی از این افراد به عنوان رئیس خانواده هستند و ثابت شده است در این خانواده ها میزان درآمد نسبت به خانواده هایی که افراد جوان در راس آنهاست، بیشتر است. به علاوه ۶۲/۴ درصد از مردان و ۳۷/۶ درصد از زنان سالمند این آمار را تشکیل می دهند یا بعبارت دیگر در راس خانوار حضور دارند. مشارکت فعال این افراد در جامعه و عمدتاً در خانواده و حفظ منافع مالی خانواده نه تنها انکارناپذیر است بلکه از نظر اقتصادی فقدان این افراد در راس این خانوارها به جامعه لطمه وارد می کند (۱۲) برآوردهای اخیر نشان می دهد به دلیل افزایش سن امید به زندگی، جمعیت سالمندان تا سال ۲۰۵۰ دو برابر خواهد شد (۱۳). ارائه خدمات با کیفیت به این گروه بزرگ جمعیتی و پر اهمیت قطعاً نیازمند برنامه و سیاست صحیح و دارای منابع مالی مشخص و پایدار است.

در این پژوهش پس از مطالعه دقیق سیاست و برنامه های کشور های مورد مطالعه که انتخاب آنها بر اساس دارا بودن برنامه ها و سیاست های بهتر و یا مشابهت از نظر جمعیتی با جمعیت ایران از نظر سالمندی بود انتخاب شدند، در مورد تک تک برنامه ها، سیاست ها و طرح ها این کشورها بررسی بعمل آمده و مورد مقایسه قرار گرفت. مراقبت دراز مدت یکی از برنامه های مهم همه این کشورها بود و از دیرباز در این کشورها با روش های مختلف و متفاوت در حال اجرا است. لذا لازم بود ویژگی های این نوع مراقبت نیز مورد مقایسه قرار گیرد. ویژگی های نظام سلامت و به طبع آن مراقبت درازمدت سالمندان هر جامعه تا حد زیادی می تواند از دسترسی افراد سالمند جامعه (۱۴)

و همچنین کیفیت ارائه این خدمات تاثیرگذار باشد. همین مسئله موجب شد در مورد دسترسی به خدمات مرتبط با LTC و کیفیت ارائه آن در این کشورها مورد بررسی قرار گیرد.

با توجه به محدودیت منابع، از جمله منابع مالی (۱۵) و رشد روز افزون میزان هزینه های سلامت به ویژه هزینه مراقبت دراز مدت با در نظر گرفتن تمام منابع و خدمات مورد استفاده صرفنظر از اینکه آیا آنها از طریق بیمه مراقبت های بهداشتی، مالیات یا پرداخت از جیب باشد. هزینه ها به عنوان یک ریسک عمده باید در هنگام برنامه ریزی تخصیص منابع آتی، عامل اصلی باشد. توسعه و پیاده سازی مدل های مراقبت یکپارچه برای بیماران مبتلا به بیماری های مزمن چندگانه و برنامه های پیشگیرانه با هدف تعدیل عوامل خطر می تواند گزینه هایی برای کاهش فشار مالی چند بیماری در سیستم های مراقبت بهداشتی باشد (۱۶). لذا به همین منظور چگونگی تخصیص منابع و یا هزینه آن در بین کشور های مورد مطالعه مورد مطابقت قرار داده شد.

اصلاحات در زمینه سیاستی باید با هدف توزیع مجدد منابع بیشتر انجام شود. بحث اصلی پیرامون LTC در چند سال گذشته در حدود معرفی احتمالی معیارهای درآمد (یعنی آزمایش) در رابطه با دسترسی متمرکز شده است. به نظر می رسد چنین انتخابی ضروری است و می تواند بخشی از منابع را که در حال حاضر برای افراد با درآمد بالاتر خرج می شود، برای ذینفعان با درآمد پایین تر توزیع کند یا خدمات مراقبت در منزل و خانه پرستاری را تقویت کند (۱۷). در بیشتر کشور های مورد مطالعه اصلاحات مختلفی در زمانهای متمادی صورت گرفته است این اصلاحات (ترجیحاً آخرین اصلاحات) در این مطالعه جمع آوری گردید. یکی دیگر از دغدغه بزرگ که در رابطه با مراقبت سلامت سالمندان در تمام دنیا مطرح می شود دسترسی و کیفیت و نحوه سنجش آن است. در ایران این شاخص ها از رتبه خوبی برخوردار نیستند (ملکی ۱) در کشور های پیشرفته تا چه اندازه موفق شده اند این مشکلات را حل نمایند و یا چه راهکارهایی را پیش گرفته اند، تاریخچه اصلاحات روندهای سابق چگونه بوده و برای رسیدن به این مراحل چه مسیری را طی نموده اند؟ برای پاسخ به این سوالات نیز مستلزم جمع آوری شاخص های کشور های مورد مطالعه و مقایسه آنهاست. پس از مطالعات لازم در خصوص کشورهای مذکور اطلاعات مورد نیاز استخراج و ماتریس مربوطه تکمیل گردید، تا بتوان به راحتی آنها را

مقایسه، ارزیابی و نهایتاً در طراحی مدل بسته خدمتی مورد نیاز برای سیاست سلامت سالمندان ایران استفاده نمود (جدول ۱).

جدول ۱: ماتریس مطالعه تطبیقی کشورهای مورد مطالعه

کشور داده ها	آلمان	ایتالیا	ژاپن	هلند	نروژ	سوئد	ترکیه	ایران	
اطلاعات جمعیتی	جمعیت ۶۵ سال و بالاتر در سال ۲۰۱۵ حدوداً ۲۱/۸ درصد و انتظار می رود در سال ۲۰۵۰ با رشد ۱۲/۸ درصدی به ۳۴/۶ درصد برسد	جمعیت ۶۵ سال و بالاتر در سال ۲۰۱۵ حدوداً ۲۶/۶ درصد جمعیت افزایش یافته است انتظار می رود در کشور ژاپن جمعیت ۶۵ سال و بالاتر از ۲۶/۶ درصد در سال ۲۰۱۵ در سال با رشد ۹/۸ درصدی به ۳۰/۷ درصد (۱۹، ۱۸) رسد	افراد سالخورده در ژاپن از سال ۲۰۱۵ به ۲۶/۶ درصد جمعیت افزایش یافته است انتظار می رود در کشور ژاپن جمعیت ۶۵ سال و بالاتر از ۲۶/۶ درصد در سال ۲۰۱۵ در سال با رشد ۹/۸ درصدی به ۳۰/۷ درصد در سال ۲۰۵۰ برسد	شهروندان ۶۵ سال و بالاتر ۱۵/۸ درصد از ۱۵/۸ میلیون جمعیت هلند را تشکیل می دهند. برآورد شده است که این میزان تا سال ۲۰۲۵ به ۲۳ درصد افزایش خواهد یافت	در نروژ نسبت جمعیت ۶۵ ساله و بالاتر در سال ۲۰۱۵، ۱۶/۱ درصد بوده است (۲۰). پیش بینی می شود در سال ۲۰۳۰ به ۲۰ تا ۲۵ درصد جمعیت کل برسد و این درصد برای جمعیت ۸۰ و بالاتر تا سال ۲۰۴۰ دو برابر شده و ۱۰ درصد جمعیت را تشکیل خواهد داد	جمعیت ۶۵ سال به بالا در سوئد در حال حاضر ۱۹/۵ درصد کل جمعیت و انتظار می رود در سال ۲۰۳۰ به ۲۰ تا ۲۵ درصد جمعیت کل برسد و این درصد برای جمعیت ۸۰ و بالاتر تا سال ۲۰۴۰ دو برابر شده و ۱۰ درصد جمعیت را تشکیل خواهد داد	جمعیت ۶۵ ساله و بالاتر از ۱۹/۵ درصد کل جمعیت و انتظار می رود در سال ۲۰۳۰ به ۲۰ تا ۲۵ درصد جمعیت کل برسد و این درصد برای جمعیت ۸۰ و بالاتر تا سال ۲۰۴۰ دو برابر شده و ۱۰ درصد جمعیت را تشکیل خواهد داد	جمعیت ترکیه جوانتر از کشورهای اروپایی است بر اساس آمار ۲۰۱۵، ۲۰ میلیون و ۷۴۱ هزار و ۵۳ نفر و سهم افراد ۶۵ ساله و بالاتر در مجموع جمعیت به میزان ۸/۲ درصد تعیین شد. نرخ وابستگی سالمندان، که تعداد افراد مسن را در هر ۱۰۰ نفر از افراد سالم تعیین می کند، در ترکیه ۱۲/۲ درصد است.	میزان رشد جمعیت سالمندی از ۱۷ درصد در سال ۱۳۷۵ به ۲۹ درصد در سال ۱۳۸۵ افزایش یافته است. جمعیت سالمندان از ۶/۴ درصد در سال ۱۳۴۵ به ۹/۱ درصد در سال ۱۳۹۵ رسیده است. و پیش بینی می شود این آمار در سال ۲۰۲۵ به ۱۰/۵ و در سال ۲۰۵۰ به ۲۱/۷ درصد خواهد رسید
سازمان های درگیر در مراقبت سالمندان	بیمه گران، صندوق بیماری و انجمن های منطقه ای تابعه، شهرداری ها و کمیته مشترک فدرال	برنامه ریزی عمدتاً توسط وزارت بهداشت اما تصمیم های مهم و منابع نیز توسط دولت، وزارت کار و سیاست های اجتماعی و وزارت امور داخلی تامین اجرای عملیات عمدتاً توسط مقامات محلی بهداشت، شهرداری ها و دیگر ذینفعان مرتبط از جمله سازمان های غیر دولتی، بخش داوطلبانه، خانواده ها و آموزش و پرورش و سازمان های مذهبی و غیره انجام می شوند	در ژاپن بخشدارها به ارائه دهندگان گواهینامه هستند و شهرداری ها بر اطمینان و نظارت بر ارائه دهندگان LTC نظارت می کنند	دولت نقش مهمی در موسسات و پرداخت مراقبت درازمدت ایفا می کند خدمات در واقع توسط شرکت های بیمه خصوصی و شهرداری ارائه می گردد.	هیئت سلامت نروژی یک مقام مستقل مسئول نظارت کلی خدمات بهداشتی کشور است در سطح محلی / شهری، مقامات محلی انواع مختلف خدمات اولیه مراقبت های بهداشتی را به جامعه ارائه می دهند شهرداری ها اساساً برنامه های طراحی شده توسط سیستم بهداشت ملی را اجرا می کنند	تامین مراقبت های سالمندان و مراقبت های بهداشتی در سوئد مسئولیت بخش عمومی است. مسئولیت مراقبت طولانی مدت (LTC) از سالمندان بین سه سطح دولتی در سطح ملی، مجلس و دولت، شهرداری ها، (مسئول مراقبت های سالمندان و مراقبت های بهداشتی درمانی) و شوراهای شهرستان (مسئول مراقبت های بیمارستانی و مراقبت های اولیه) تقسیم می شود.	در ترکیه، مراقبت های بلند مدت مراقبت سازمانی تحت مسئولیت سه سازمان است. این ها به شرح زیر است: ۱. وزارت بهداشت ۲. وزارت سیاست های اجتماعی و خانواده ۳. امور اجتماعی خدمات مراقبت سالمندان توسط وزارت سیاست های خانوادگی و اجتماعی با توجه به مقررات مربوطه ارائه می شود	متولی سیاستهای کلان سالمندان در سطح کشور و وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی می باشد. وزارت رفاه (اداره بهداشتی) کمیته امداد امام خمینی	

کشور داده ها	آلمان	ایتالیا	ژاپن	هلند	نروژ	سوئد	ترکیه	ایران	
سیاست ها طرح ها برنامه ها در رابطه با سالمندان	- خدمات سیستم بیمه قانونی آلمان (SHI) - قانون سیستم بیمه مراقبت های درازمدت SLCI - صندوق بیمه مراقبت پرستاری (NCIF) - خدمات مبتنی بر جامعه و منزل (HCBS)	ارتقاء سلامت افراد سالمند (HP۴OP). سیستم های تک ورودی (SEPs) دسترسی و هماهنگی را برای همه خدمات پزشکی و حمایتی مورد نیاز یک فرد را فراهم می کند. «کمک هزینه همراه» (CA): کمک هزینه نقدی برای افراد دارای ناتوانی شدید است (۲۱)	مراقبت های بهداشتی رایگان برای افراد بالای ۷۰ سال با بودجه عمومی (۱۹۷۳) ارائه می گردید در ده سال بعدی مراقبت افراد ۶۵ سال نیز به این گروه سنی اضافه شد	قانون حمایت اجتماعی و قانون مراقبت طولانی مدت تمرکز اصلی مراقبت های بهداشتی در هلند بر بیماری و درمان است بدون تمایز بین بیماران، معلولین و سالمندان، همه افرادی نیازمند دریافت خدمات هستند، دریافت می کنند.	در ابتدا مراقبت های نهادی / مسکونی بیشتر بود، بعداً اولویت به مراقبت های منزل تغییر یافت ارائه مراقبت های بهداشتی در نروژ بر اساس یک مدل غیر متمرکز است شهرداری ها مسئولیت کاملی را برای بیمارانی که آماده مرخص شدن از بیمارستان هستند به عهده می گیرند ۹۷٪ از هزینه های مراقبت در منزل به سمت خدماتی است که توسط شهرداری ها انجام می شود.	اصل راهنمای سیاست های ارشد خدمات ارائه خدماتی با یارانه های عمومی است که به طور گسترده در دسترس است سیاست «پیری در محل» بر سازمان و عملکرد LTC در سوئد حاکم است. سوئد دارای سیستم جامع عمومی LTC برای افراد مسن است انواع مراقبت رسمی در سوئد همانند: مراقبت های درمانی، مراقبت در منزل و مراقبت خانه سالمندان در دسترس قرار دارد	سالمندان معمولاً در خانواده خود مراقبت می شوند. زیرساخت مراقبت درازمدت بسیار ناقص است. در حال حاضر هیچ سیستم بیمه درمانی طولانی مدت وجود ندارد. مراقبت در منزل و مراقبت های اجتماعی در ترکیه با کمترین هزینه های عمومی که از نظر کمیت و ضوابط تعیین شده، توسط خانواده ها و ارائه دهندگان خصوصی کمترین رشد را نشان می دهد برنامه حمایت از سالمندان «(YADES) شهرداری های شهری مسئولیت دارند تا مراکز بهداشتی، بیمارستان ها، واحدهای بهداشتی سیار و همچنین خدمات اجتماعی و فرهنگی سالمندان، معلولین، زنان، و... امکانات اجتماعی ایجاد نماید	- طرح تحول نظام سلامت و سالمندی-برنامه بهبود شیوه زندگی سالم در دوران سالمندی- برنامه مراقبت های ادغام یافته سالمند-خدمات سازمان بهزیستی برای سالمندان - طرح بیمه شهید رجایی (کمیته امداد	

کشور داده ها	آلمان	ایتالیا	ژاپن	هلند	نروژ	سوئد	ترکیه	ایران
مراقبت دراز مدت	- خدمات سیستم بیمه قانونی آلمان (SHI)	مزایای LTCI شامل کمک هزینه مراقبت، مراقبت در منزل و مراقبت در خانه پرستاری	برنامه اجباری بیمه مراقبت درازمدت عمومی برای افراد سالخورده	هلند اولین کشور در بین کشورهای مورد مطالعه بود که بیمه اجباری بهداشت اجتماعی را برای LTC در سال ۱۹۶۸ معرفی کرد رشد هزینه های عمومی در LTC طی ۱۰ سال گذشته بیش از ۱۰٪ بوده است در سال ۱۹۹۴، این کشور یکی از معدود کشورهایی بود که از بودجه مراقبت های فردی حمایت می کند	مراقبت طولانی مدت در نروژ بر عهده شهرداری ها است و حق مراقبت از خدمات درمانی شهرداری تنظیم می شود. شهرداری ها (خدمات بهداشتی اولیه) مسئول خدمات مراقبت در منزل، خانه سالمندان برای افراد سالمند یا معلول، بیمارستان های محلی، پزشکان خانواده، خدمات بهداشتی برای مادران، کودکان و نوجوانان، ماماها، فیزیوتراپیست ها، درمانگران شغلی و خدمات اورژانسی هستند	مسئولیت مراقبت طولانی مدت (LTC) از سالمندان بین سه سطح دولتی در سطح ملی، مجلس و دولت تقسیم می شود. شهرداری ها هم مسئول مراقبت های سالمندان و مراقبت های بهداشتی درمانی است و شوراهای شهرستان مسئول مراقبت های بیمارستانی و مراقبت های اولیه هستند سوئد دارای سیستم جامع عمومی LTC برای افراد مسن است. مراقبت های رسمی هنوز هم ستون فقرات مراقبت از سالمندان در سوئد است	محدودیت های پوشش LTC در بخش عمومی برای افراد معلول و سالمندان باعث شده است که بخش خصوصی وارد این زمینه شود	در ایران مراقبت دراز مدت به مفهوم اصلی آن برنامه هیچیک همانند کشورهای پیشرفته طراحی یا اجرا نشده است. بیشتر مراقبت های سالمندان در منزل و به صورت غیر رسمی و تقریباً بدون حمایت و پشتیبانی دولتی صورت می گیرد.
دسترسی	- نابرابری های منطقه ای: در بسیاری از شهرها و محلات و به ویژه در مناطق روستایی، هنوز هم کمبودهای عرضه وجود دارد (۲۳)	- بخشی از هزینه ها توسط فرد پرداخت می شود - نابرابری های منطقه ای: در بسیاری از شهرها و محلات و به ویژه در مناطق روستایی، هنوز هم کمبودهای عرضه وجود دارد	صدور گواهی تنها ۱۷ درصد از جمعیت متقاضیان ۶۵ سال به بالا ۷ سطح نیاز برای صدور گواهی مشخص شده ۱۰	دسترسی ارزیابی های استاندارد برای خدمات مراقبت از طریق ارزیابی های منطقه ای مرتبط با شرکت های بیمه انجام می شود	در نروژ، ارزیابی های مربوط به اینکه آیا می توان خدمات رفاهی را اختصاص داد، مبتنی بر نیاز است (نه معیار آزمایشی)، و خدمات را مستقل از طبقه، جنس، قومیت و محل سکونت تعیین می کنند. انواع مختلفی از مراقبت ها برای پوشش انواع نیازهای سالمندان در دسترس است. کاربران هزینه برخی از خدمات ارائه شده را می پردازند	مدیر مراقبت از سوی کمیته رفاه اجتماعی شهرداری به منظور ارزیابی نیازهای سالمندان منصوب می شود با این حال، تصمیم گیری های پذیرش توسط شهرداری صورت می گیرد	نیازهای مراقبتی معلولین برای مراقبت های پزشکی بدون لیست انتظار برآورده می شود مسئله دیگر در مورد دسترسی، عدم استفاده از خدمات است. با توجه به شیوع بالای غیررسمی بودن در اقتصاد و دشواری وسایل آزمایش، احتمالاً این سیستم منجر به عدم استفاده شود	مراقبت در منزل به مفهوم اصلی و تحت حمایت دولت وجود ندارد و یا بسیار محدود است. مجموعاً ۲۷۲ مورد تحت پوشش وزارت رفاه (اداره بهزیستی کشور) در سطح کشور برای مراقبت سالمندان به صورت موسسه ای فعالیت دارند. از مهمترین آن می توان به آسایشگاه خیریه که در پایتخت ایران قرار دارد

کشور داده ها	آلمان	ایتالیا	ژاپن	هلند	نروژ	سوئد	ترکیه	ایران	
کیفیت	- نقص های جدی در کیفیت LTC وجود دارد	در عملکرد و تنظیم سیستم LTC کاستی های متعددی وجود دارد که مربوط به هزینه ها نیست	نیاز به تقویت خدمات مراقبت در منزل	نهادی در مدل حاکمیت سیستم LTC بین سطح ملی و منطقه ای / محلی	تجربه در یک حرفه مربوط به مراقبت) مکانیسم اصلی تضمین کیفیت در LTC تأکید کرده است	کیفیت بالا یکی از ویژگی های مهم سیستم LTC سوئد است. شدت، محتوا و کیفیت LTC ارائه شده بین شهرداری ها تفاوت هایی وجود دارد. کاربر گسترده ترین ابزار برای اندازه گیری کیفیت در LTC سوئدی است. نتایج حاصل از بررسی رضایت کاربر تأثیر زیادی از بررسی رضایت کاربر تأثیر زیادی دارد	کیفیت بالا یکی از ویژگی های مهم سیستم LTC سوئد است. شدت، محتوا و کیفیت LTC ارائه شده بین شهرداری ها تفاوت هایی وجود دارد. کاربر گسترده ترین ابزار برای اندازه گیری کیفیت در LTC سوئدی است. نتایج حاصل از بررسی رضایت کاربر تأثیر زیادی از بررسی رضایت کاربر تأثیر زیادی دارد	کیفیت زندگی بیشترین درصد واحدهای پژوهش در ابعاد عملکرد جسمی، مراقبت از خود، عملکرد اجتماعی، عملکرد جنسی و رضایت از زندگی در سطح نامطلوب بود درباره استانداردهای ساختاری خانه های سالمندان استان مرکزی نشان داد تمامی خانه های سالمندان از نظر تأمین نیروی انسانی متخصص ضعیف عمل شده است کمبود تعداد خانه های سالمندان	
کیفیت	- مدیریت درد و مراقبت از زخم در خانه های پرستاری کافی نبود. کمبود شدید متخصصین مراقبت و شرایط نامناسب کار از عوامل اصلی نقص کیفیت است	استانداردهای نیروی کار از بیشتر کشورهای OECD بالاتر است. ژاپن بر استانداردهای آموزشی و نیروی کار به عنوان (یک برنامه آموزشی در دانشکده (۱۱۹۰ ساعت) یا بیش از سه سال تجربه در یک حرفه مربوط به مراقبت) مکانیسم اصلی تضمین کیفیت در LTC تأکید کرده است	استانداردهای نیروی کار از بیشتر کشورهای OECD بالاتر است. ژاپن بر استانداردهای آموزشی و نیروی کار به عنوان (یک برنامه آموزشی در دانشکده (۱۱۹۰ ساعت) یا بیش از سه سال تجربه در یک حرفه مربوط به مراقبت) مکانیسم اصلی تضمین کیفیت در LTC تأکید کرده است	قوانین مربوط به تعیین قیمت و ایجاد استانداردهای کیفیت توسط دولت ملی وضع شده است. تقاضای مراقبت فزاینده در خانه های سالمندان منجر به بروز مشکلات در رابطه با کیفیت مراقبت می شود و همین موجب ایجاد مشکلی به نام تله مراقبتی شده است.	قوانین مربوط به تعیین قیمت و ایجاد استانداردهای کیفیت توسط دولت ملی وضع شده است. تقاضای مراقبت فزاینده در خانه های سالمندان منجر به بروز مشکلات در رابطه با کیفیت مراقبت می شود و همین موجب ایجاد مشکلی به نام تله مراقبتی شده است.	مسئولیت اطمینان از استفاده خوب، کیفیت بالا و دسترسی آسان به داده ها را بر عهده دارد هیئت نظارت بر بهداشت و فرمانداران شهرستان همکاری می کنند تا اطمینان حاصل شود که همه بنگاهها بطور منظم در جهت بهبود کیفیت و افزایش ایمنی کاربران و بیماران کار می کنند. گزارش و نظارت منظم نشان می دهد که خدمات بهداشتی و درمانی شهرداری با چالش هایی روبرو هستند، اما اینها معمولاً در حوزه مراقبت های طولانی مدت نیستند	کیفیت بالا یکی از ویژگی های مهم سیستم LTC سوئد است. شدت، محتوا و کیفیت LTC ارائه شده بین شهرداری ها تفاوت هایی وجود دارد. کاربر گسترده ترین ابزار برای اندازه گیری کیفیت در LTC سوئدی است. نتایج حاصل از بررسی رضایت کاربر تأثیر زیادی از بررسی رضایت کاربر تأثیر زیادی دارد	کیفیت بالا یکی از ویژگی های مهم سیستم LTC سوئد است. شدت، محتوا و کیفیت LTC ارائه شده بین شهرداری ها تفاوت هایی وجود دارد. کاربر گسترده ترین ابزار برای اندازه گیری کیفیت در LTC سوئدی است. نتایج حاصل از بررسی رضایت کاربر تأثیر زیادی از بررسی رضایت کاربر تأثیر زیادی دارد	کیفیت زندگی بیشترین درصد واحدهای پژوهش در ابعاد عملکرد جسمی، مراقبت از خود، عملکرد اجتماعی، عملکرد جنسی و رضایت از زندگی در سطح نامطلوب بود درباره استانداردهای ساختاری خانه های سالمندان استان مرکزی نشان داد تمامی خانه های سالمندان از نظر تأمین نیروی انسانی متخصص ضعیف عمل شده است کمبود تعداد خانه های سالمندان

کشور داده ها	آلمان	ایتالیا	ژاپن	هلند	نروژ	سوئد	ترکیه	ایران
هزینه ها، منابع مالی، پایداری مالی	کل هزینه LTC برای افراد بالای ۶۵ سال تقریباً ۱/۱ درصد از تولید ناخالص داخلی را تشکیل می دهد. هزینه مراقبت بلند مدت توسط پوشش SLCI داده شده است. مخارج کلی LTCI به ۲۸/۳ میلیارد یورو در سال ۲۰۱۶ رسیده است. حق بیمه مراقبت های طولانی مدت به طور مساوی توسط کارفرمایان و کارمندان پرداخت می شود. سهم LTC در سال ۲۰۱۷ این میزان به ۲/۵۵٪ رسیده	معادل ۱/۱۳٪ از تولید ناخالص داخلی برای مراقبت طولانی مدت (LTC) هزینه شده است در سال ۲۰۱۶	کل هزینه LTC برای افراد بالای ۶۵ سال تقریباً ۲/۱ درصد از تولید ناخالص داخلی را تشکیل می دهد. سیستم پرداخت مبتنی بر درآمد هزینه مراقبت درازمدت بیمه های پزشکی حق بیمه ها را از بیمه ثانویه افراد جمع آوری و به عنوان هزینه مراقبت به صندوق هزینه های پزشکی بیمه اجتماعی پرداخت می کنند	کل هزینه LTC برای افراد بالای ۶۵ سال تقریباً ۴/۲ درصد از تولید ناخالص داخلی را تشکیل می دهد. دولت برای اطمینان از پایداری هزینه های عمومی برای مراقبت های طولانی مدت، دولت چشم انداز بلند مدت را تدوین کرد. پوشش LTC در یک برنامه ملی مقرر در بیمه تأمین اجتماعی در سطح کشور تهیه و سازماندهی می شود فقط ۴/۴٪ بودجه خدمات اجتماعی مبتنی بر مالیات است، در حالی که ۷۴/۸٪ بر اساس حق بیمه تامین می گردد	کل هزینه LTC برای افراد بالای ۶۵ سال تقریباً ۲/۴ درصد از تولید ناخالص داخلی را تشکیل می دهد. حدود ۹۰٪ خانه های سالمندان توسط شهرداری ها اداره می شوند و ۹۷٪ از هزینه های مراقبت در منزل به سمت خدماتی است که توسط شهرداری ها انجام می شود.	کل هزینه LTC برای افراد بالای ۶۵ سال تقریباً ۳/۵ درصد از تولید ناخالص داخلی را تشکیل می دهد. بخش عمده ای از هزینه های بوسیله مالیات محلی یا ملی پوشش داده می شود. هزینه های دریافتی از استفاده کنندگان خدمات حدود ۴٪ از مراقبت های سالمندان و ۳٪ از خدمات پزشکی را پوشش می دهد	کمبود پرسنل با کیفیت بالا و آموزش دیده (مراقبت های بهداشتی، مددکاران اجتماعی و غیره) وجود دارد و آموزش در سیستم مراقبت در منزل وجود ندارد. در مورد مراقبت در منزل، حقوق اقتصادی، شغلی و اجتماعی مراقبین تا حد زیادی رعایت نمی شود	براساس گزارش کمیته امداد امام خمینی در سال ۱۳۹۱ حدود ۴۰ درصد سالمندان کشور تحت پوشش طرح شهید رجایی بوده اند. تقریباً هیچگونه مراقبت در منزل رسمی یا پرداخت هزینه یا پرداخت مشابه مراقبت مشابه کشور های مورد مطالعه در ایران وجود ندارد. اولین نیاز عنوان شده توسط سالمندان نیاز مالی و پس از آن نیاز به خدمات بهداشتی درمانی بوده است.
اصلاحات	اصلاح -تعریف «نیاز به مراقبت» و روش ارزیابی -بهبود مزایا و ایجاد انعطاف پذیری بیشتر -تقویت اختیارات شهرداری ها -اصلاح قوانین آموزش مراقبت - ایجاد ۸۰۰۰ شغل جدید مراقب	اصلاحات قانون اساسی سال ۲۰۰۱، دولت های منطقه ای حتی بیشتر خودمختاری و مسئولیت را به دست آوردند. تقویت خدمات مراقبت در منزل تمرکز روی مداخلات مربوط به ناتوانی های بسیار شدید تقویت ادغام بین مراقبت های اجتماعی و بهداشتی اجرای سیستم ملی اطلاعات در مورد LTC برنامه ملی مراقبت های مزمن	از سال ۲۰۰۵ مجوز مراکز مراقبت یکپارچه مبتنی بر جامعه در هر منطقه صادر شد تقویت بیمه ها و حفظ پایداری مالی سیستم بیمه دراز مدت از طریق: افزایش میزان همکاری برای پرداخت ۲۰ تا ۳۰ درصد و معرفی سیستم پرداخت	تغییر در محاسبه کمکهای مالی در هزینه های مراقبت از مشتری سرمایه گذاری اضافی در مراقبت طولانی مدت. بودجه ۱۷۰ میلیون یورو برای مراقبت	خط مشی مشخص شده بین خدمات بهداشتی و درمانی دولتی (بیمارستانها) و خدمات بهداشتی و درمانی شهرداری با گذشت زمان تغییر کرده است (اخیراً در اصلاحات هماهنگی ۲۰۱۲)	برنامه فعالیتهای ملی سالمندان در سال ۲۰۰۷، که در سال ۲۰۱۵ به روز شده است برنامه جدید توسعه ۲۰۱۹-۲۰۲۳ در حال آماده شدن است و مجدداً موضوعات LTC در جلسات مطرح می شود. اخیراً، کار برنامه ریزی برای بیمه مراقبت از سالخوردهگی در حال رونق گرفتن است		

کشور داده ها	آلمان	ایتالیا	ژاپن	هلند	نروژ	سوئد	ترکیه	ایران	
شاخص های موجود اندازه گیری مراقبت	-اصلاح تعریف «نیاز به مراقبت» و روش ارزیابی -پهپود مزایا و ایجاد انعطاف پذیری بیشتر -تقویت اختیارات شهرداری ها -اصلاح قوانین آموزش مراقبت - ایجاد ۸۰۰۰ شغل جدید مراقب	اطلاعات مربوط به کیفیت، مقرون به صرفه بودن و دسترسی به LTC کمیاب هستند داده ها اغلب روی اطلاعات پوشش را ارائه می دهند به طور کلی، نوع و ویژگی های شاخص های موجود در کشور برای LTC کاملاً رضایت بخش نیست	نظرسنجی های ملی اطلاعات مربوط به کاربر را جمع آوری می کند. اما تمرکز بیشتر روی اطلاعات اداری، مزایا، استفاده و شاخص های ساختاری بوده است اما اطلاعات کمی در مورد ایمنی، اثربخشی و تجربه کاربر وجود دارد	کنترل دامنه اجتماعی و کنترل مراقبت درازمدت از جمله موارد شاخص های موجود در هلند برای اندازه گیری مراقبت درازمدت محسوب می شود مشکلات با چنین داده هایی وجود دارد این است که مانیتور هیچ گونه بینشی در مورد کیفیت امکانات مراقبت طولانی مدت نمی گذارد و به دلیل عدم تمرکز و اصلاح قوانین مربوط به مراقبت های طولانی مدت، مقایسه تغییرات با سالهای قبل از سال ۲۰۱۵ دشوار است	مجموعه ای از شاخص های کیفیت ملی وجود دارد که اخیراً به طور قابل توجهی گسترش یافته است. این شاخص ها شش بعد را نشان می دهد ۱. بهره وری ۲. ایمنی و امنیت ۳. درگیری کاربر ۴. هماهنگی ۵. واستمرار ۶. راندمان منابع ۶. در دسترس بودن و توزیع عادلانه	هیچ شاخصی در مورد کیفیت مراقبت منتشر نشده است. هیچ روشی برای اعتباربخشی وجود ندارد. هیچ ارزیابی ای از برنامه مراقبت در منزل، که حدود نیم میلیون خانوار را در بر می گیرد، وجود ندارد	سیستم نظارت ملی "مقایسه های باز" را در سال ۲۰۰۷ ایجاد کردند شاخص های موجود در مقایسه های باز طیف گسترده ای از موارد را در بر می گیرد. به عنوان مثال، نشانگرهای چند دارو و سایر نشانه های مصرف نامناسب مواد مخدر، زمان انتظار در مراقبت از سازمان، پیشگیری از ریسک و هزینه ها	تقریباً شاخص مناسب در سطح ملی مبنی بر ارزیابی کیفیت ارائه خدمات سالمندان ارائه نشده است.	مقررات سالمند به عنوان فردی تعریف شده است که حداقل ۵۵ سال سن و دارای نیاز اجتماعی به حمایت جسمی یا ذهنی است.
بالاترین تراکم مراقبین در هر ۱۰۰۰ نفر (نزدیک به ۱۲۰ مراقب) است (۲۰۱۵)	در قانون ایتالیا تعریف رسمی از «سالمندان» نشده است، بدیهی است که افراد سالمند حقوق مشابهی همانند سایر شهروندان دارند. هیچگونه محدودیت و یا الزامی در استفاده از سود نقدی برای خرید خدمات LTC وجود ندارد.	تأمین مالی مراقبت دراز مدت در آلمان از حق بیمه و در ژاپن از طریق مالیات و حق بیمه است	در هلند هیچگونه ابتکاری وجود ندارد که مراقبان غیررسمی برای تبدیل شدن به مراقبان رسمی آموزش ببینند	از سال ۲۰۰۶ تا ۲۰۱۵ به میزان ۸/۴ درصد افزایش یافته است و انتظار می رود در سال ۲۰۳۳ برای اولین بار تعداد افراد سالمند در نروژ بیشتر از جوانان و کودکان باشد	محتوا و کیفیت خدمات LTC ارائه شده بین شهرداری ها تفاوت هایی وجود دارد. هیچ بخشنامه ای در مورد مقدار کمکی که یک فرد مراقب برای واجد شرایط بودن ارائه دهد وجود ندارد.	میزان دمانس نسبت به کشور های مورد پایین است.	میزان دمانس نسبت به کشور های مورد پایین است.		
در بین کشور های مورد مطالعه رشد سالمندان مشابه کشور ژاپن (۹/۸ درصد در سال ۲۰۵۰) خواهد بود.	کشور ایتالیا و ترکیه با رشد تقریباً مشابه به ترتیب ۱۲/۸ و ۱۲/۷ درصدی بیشترین رشد را در بین کشور های مورد مطالعه خواهند داشت	جمعیت ۶۵ سال با رشد ۹/۸ درصدی به ۳۰/۷ درصد در سال ۲۰۵۰ برسد که در بین کشور های مورد مطالعه رشدی مشابه کشور آلمان و هلند خواهد داشت	بیمه اجباری شبیه آلمان دارد.	محتوا و کیفیت خدمات LTC ارائه شده بین شهرداری ها تفاوت هایی وجود دارد. هیچ بخشنامه ای در مورد مقدار کمکی که یک فرد مراقب برای واجد شرایط بودن دریافت حمایت ارائه دهد وجود ندارد.	سطح خدمات ارائه شده و وضعیت جمعیتی تقریباً مشابه ترکیه است.	میزان دمانس نسبت به کشور های مورد پایین است.	میزان دمانس نسبت به کشور های مورد پایین است.		

تولید

مفید

کشور داده ها	آلمان	ایتالیا	ژاپن	هلند	نروژ	سوئد	ترکیه	ایران
نقاط برجسته	۷۲/۷ میلیون شهروند تحت پوشش LTCI اجتماعی و ۹/۴ میلیون شهروند (۲۰۱۵) توسط LTCI خصوصی تحت پوشش قرار گرفتند.	در ایتالیا در ۲۰ سال گذشته روند تمرکززدایی منجر به توانمندسازی و استقلال مقامات منطقه ای شد	نظرسنجی های ملی اطلاعات مربوط به کاربر را جمع آوری می کند. یک برنامه آموزشی در دانشکده (۱۱۹۰ ساعت) یا بیش از سه سال تجربه در یک حرفه مربوط	هلند یکی از معدود کشور های OECD، به همراه انگلیس، برای نظارت بر دریافت کننده مراقبت در مراقبت درازمدت است	نروژ برای مراقبت از سالمندان خود بیشتر از هر کشور دیگری نسبت به کشورهای توسعه یافته یا در حال توسعه هزینه می کند	از منظر اروپایی، سیستم LTC سوئد از بسیاری جهات عملکرد خوبی دارد. بیش از ۶۰ درصد افراد بالای ۶۵ سال سلامت خود را خوب ارزیابی و گزارش کردند.	میزان دمانس نسبت به کشور های مورد مطالعه پایین است.	مراقبت غیر رسمی توسط خانوارها از طرف خانواده های ابرانی هر چند بدون پشتیبانی دولت در سطح مطلوبی قرار دارد.

بحث

این مطالعه با هدف بررسی و شناسایی سیاست ها، برنامه ها، کیفیت انجام مراقبت، متولیان و نحوه انجام مراقبت، دسترسی به مراقبت و منابع مورد استفاده برای مراقبت از سالمندان در کشورهای آلمان، ایتالیا، ژاپن، نروژ، هلند، سوئد، ترکیه و ایران انجام پذیرفت و مقایسه آنها با یکدیگر به منظور طراحی یک بسته حمایتی و خدماتی برای سالمندان در ایران در سطح ملی انجام گردید.

با توجه به نتایج به دست آمده در بیشتر کشورهای اروپایی برنامه ها و سیاست های ملی حرکت به سمت و سوی مراقبت در منزل است شورهای در این حیطه موفق تر بودند که سیاست ارائه خدمات به صورت یکپارچه (اجتماعی - بهداشتی و درمانی) را به خوبی اجرا نمودند. در بیشتر کشورهای مورد مطالعه ارائه خدمات مراقبتی به سالمندان در حد رایگان و یا پرداخت از جیب بسیار اندک بوده است. در این کشورها برای تامین منابع، بیشتر از طریق بیمه ها مالیات و منابع عمومی استفاده می نمایند مطابق یافته های به دست آمده از این مطالعه با وجود پیشرفتهای زیاد در امور ارائه خدمات به سالمندان در کشورهای مورد مطالعه هنوز دغدغه های تامین منابع مالی، دسترسی، کیفیت مراقبت در این کشورها وجود دارد. در کشورهای در حال توسعه با اینکه جمعیت سالمندان خیلی کمتر از کشورهای پیشرفته است ولی این جمعیت به سرعت در حال رشد است و این نگرانی در این کشورها به علت عدم وجود ساختار های لازم برای ارائه خدمات مناسب بیشتر است.

بر اساس نتایج بدست آمده در اکثر کشورهای اروپایی و کشورهای مورد مطالعه، سیاست مراقبت در منزل در بیشتر

برنامه های کشورهای مورد مطالعه گنجانده شده است و این برنامه شامل مراقبت رسمی و غیر رسمی می باشد. این سیاست منجر به کاهش تدریجی منابع مراقبت موسسه ای (۲۴) و بیمارستانی شده است و به تناسب آن موجب کاهش هزینه ها شده اند (۲۵). کشورهایی که مراقبت در منزل غیر رسمی نیز جزو برنامه و سیاست های آنهاست اغلب حمایت از مراقبین در سیاست و برنامه های خود را دارند در اکثر این کشورها با برنامه های متنوعی به انحاء مختلف به صورت پاداش نقدی و غیرنقدی از این مراقبین حمایت به عمل می آورند (۲۳، ۲۶). در ایران سیاست ها، برنامه ها، و طرح ها و بطور کلی زیرساخت ها مراقبتی در آنها بسیار ناقص است (۱۱، ۲۷). در ایران مراقبت های LTC در حد بسیار کم و محدود به موسسه ها یا خانه های سازمانی است که توسط اداره بهزیستی زیر نظر وزارت رفاه انجام می شود. تنها مواردی محدود البته به صورت ناقص توسط اداره بهزیستی کشور و یا حمایت مالی جزئی و بیمه توسط کمیته امداد امام خمینی صورت می گیرد. تعداد سالمندان زیادی در ایران وجود دارند که توانایی کار ندارند و از هیچ گونه بیمه اجتماعی حقوق بازنشستگی نیز برخوردار نیستند و شدیداً نیاز مالی دارند و گاهی سالمندانی که هیچ گونه بیمه ای ندارند به لحاظ فقر مالی دسترسی به خدمات درمانی برای ایشان مقدور نیست، به لحاظ ترس از هزینه های درمانی برای درمان مشکلات خود از مراجعه به مراکز درمانی خودداری می نمایند (۱۴، ۲۸، ۲۹).

در کشورهای اروپایی شهرداری ها نقش به سزایی در ارائه خدمات به سالمندان دارند و در مرحله ی اجرای برنامه کمک شایانی به دولت و یا وزارت بهداشت می نمایند. در این خصوص در ایران شهرداریها خدمات خاصی به سالمندان

در منزل و آموزش ضمن حمایت و پشتیبانی مراقبین غیر رسمی می باشد. در مرحله دوم ایجاد یک منبع مالی پایدار که بهتر است در ایران نیز مثل سایر کشورهای پیشرفته از بیمه های خاص مراقبت درازمدت بعلاوه مالیات و پرداخت از جیب با شرایط خاص انجام پذیرد. بدیهی است برای کنترل و ارزیابی برنامه نیاز مبرم به طراحی شاخص های ارزیابی است که ضمن ارزیابی در طول اجرا مانع از نابرابری های دسترسی و مالی منطقه ای (مثل روستا و شهر) و همچنین مانع کاهش کیفیت ارائه خدمات گردد. در این میان بکارگیری شهرداری ها و بخشداری ها و دهیاری های مناطق روستایی و همچنین استفاده از بخش خصوصی به منظور ارائه خدمات ضرورت می نماید. مدل اولیه طراحی شده فوق با الگو برداری از کشور های مورد مطالعه می تواند مقدمه ای برای طراحی مدل نهایی بسته خدمتی- حمایتی مراقبت سالمندان ایران باشد.

تشکر و قدردانی

این مطالعه بخشی از رساله دکتری نویسنده در دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران شمال، دانشکده مدیریت است. نویسندگان از همه دوستانی که به نوعی برای انجام مطالعه و تهیه مقاله کمک کردند، تشکر می نمایند. نویسندگان همچنین از داورانی که با کامنت گذاری به بهبود نسخه خطی کمک کرده اند تشکر ویژه می نمایند.

تضاد منافع

همه نویسندگان اظهار داشته اند که هیچ تضاد منافع وجود ندارد. این مطالعه توسط بودجه خارجی پشتیبانی نشده است.

References

1. Ardebili HE, Mirsaedi ZS. Assessment of Factors Affecting Quality of Life of Elderly Clients Covered By Health Centers of Southern of Tehran. *SÄlmand.* 1393;9(4):268-77.
2. Imanzadeh A, Hamrazdeh M. Identification of Facilitators and Deterrents of the Quality of Life in Elderly Women and Men: A Phenomenological Research. *Iranian Journal of Ageing.* 2018;12(4):430-45.
3. Sharafi H, Khonji A, Rooshenas Z, Rezaei F. The Attitude of Nurses Working in Educational Hospitals of Bandar Abbas University of Medical Sciences toward the Elderly -2017. *Development*

ارائه نمی دهد در حال حاضر برنامه ها و سیاست های موجود در ایران برای ارائه خدمات به سالمندان کافی نبوده و از کیفیت بهتر نیز برخوردار نمی باشد لذا وضعیت فعلی نیاز به تغییر و تحول بنیادی به منظور افزایش کیفیت و کمیت مراقبت سالمندان را ایجاد می نماید و با توجه به شرایط افزایش جمعیت سالمندان طراحی برنامه منسجم و یکپارچه کلیه خدمات اعم از بهداشتی، درمانی و اجتماعی را در بر بگیرد، اجتناب ناپذیر است. در این طراحی بیمه مراقبت دراز مدت و تعیین منابع مالی پایدار در الویت و از اهمیت خاصی برخوردار است.

نتیجه گیری

با مطالعه برنامه ها و سیاست های سایر کشورها اهمیت مراقبت درازمدت یکپارچه و بیشتر از نوع مراقبت در منزل و همین طور نیاز به برنامه ریزی جامع در این خصوص برای مراقبت در منزل و همچنین افزایش کیفیت مراقبت موسسه ای سالمندان در ایران (ارائه بسته خدمتی مناسب) بیشتر نمایان می گردد. اما برای هر برنامه و طرح ابتدا باید زیر ساخت ها و منابع مالی و انسانی مشخص گردد. لذا بر اساس مطالعه فوق بنظر می رسد کشور هایی که بیمه خاصی برای مراقبت درازمدت داشتند موفق تر عمل نموده و هزینه هایی که متوجه دولت می گردد کاهش داشته است. به این ترتیب اولین قدم برای طراحی بسته خدمتی مناسب سالمندان ایجاد زیر ساخت ها که این کار با هماهنگی و انسجام کلیه عوامل و سازمان های درگیر، ایجاد محیط و امکانات مناسب برای حضور سالمندان، تربیت نیروهای مراقب به تفکیک مراقبت در موسسه های مراقبتی (خانه های سالمندان و خانه های پرستاری) مراقبت

Strategies in Medical Education. 2018;5(1):34-41.

4. United Nations. Dept. of E, Social Affairs. Population D. World Population Ageing, 1950-2050: UN; 2002.
5. Suzman R, Beard J. Global health and ageing. http://www.who.int/ageing/publications/global_health/en/. October 2011;WHO; US National.
6. Noori A, Farsi S. Expectations of Institutionalized Elderly From Their Children. *Iranian Journal of Ageing.* 2018;13(2):262-79. <https://doi.org/10.32598/sija.13.2.262>
7. Ahmadi M, Noudehi M, Esmaeili M, Sadrollahi A. Comparing the Quality of Life Between

- Active and Non-Active Elderly Women With an Emphasis on Physical Activity. *Iranian Journal of Ageing*. 2017;12(3):262-75. <https://doi.org/10.21859/sija.12.3.262>
8. Nouri A, Farsi S. Expectations of Institutionalized Elderly From Their Children. *Iranian Journal of Ageing*. 13(2):262-79. <https://doi.org/10.32598/sija.13.2.262>
 9. Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change: applications to addictive behaviors. *American psychologist*. 1992;47(9):1102. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.47.9.1102>
 10. Rezapour A, Javan-Noughabi J, Setoodezadeh F, Moradpour AA. An Estimation of Direct and Indirect Costs for Elderly Patients in Tehran, 2015. *Sadra Medical Sciences Journal*. 6(1. (
 11. Goharinezhad S, Maleki M, Baradaran HR, Ravaghi H. A qualitative study of the current situation of elderly care in Iran: what can we do for the future? *Global health action*. 2016;9(1):32156.
 12. Freitas MCld, Ferreira MAÃo. Old age and elderly people: social representations of adolescent students. *Revista latino-americana de enfermagem*. 2013;21(3):750-7.
 13. Ghasemi S, Keshavarz Mohammadi N, Mohammadi Shahboulaghi F, Ramezankhani A. A Critical Review of Studies on Health Needs Assessment of Elderly in the World. *Elderly Health Journal*. 2017;3(1):1-9.
 14. Jalal S, Mohammad A, Hassan AG. Assessment of Elderly Access to Health Care, Designing and Evaluating Appropriate Tools. 2015.
 15. Jessoula M, Pavolini E, Michele R, Natili M, Mincuzzi sf. ESPN Thematic Report on Challenges in long-term care - Italy - 20182018.
 16. Heider D, Matschinger H, Müller H, Saum K-U, Quinzler R, Haefeli WE, et al. Health care costs in the elderly in Germany: an analysis applying Andersen's behavioral model of health care utilization. *BMC health services research*. 2014;14(1):71. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-71>
 17. Boeckxstaens P, De Graaf P. Primary care and care for older persons: position paper of the European Forum for Primary Care. *Quality in primary care*. 2011;19(6):369-89.
 18. Ebadi A, Moradian ST, Faizi F. Comparison of the hospital anxiety and depression among patients with coronary artery disease based on proposed treatment. *J Crit Care*. 2011;4:97-102.
 19. Jagger C, Gillies C, Cambois E, Van Oyen H, Nusselder W, Robine J-M, et al. The Global Activity Limitation Index measured function and disability similarly across European countries. *Journal of clinical epidemiology*. 2010;63(8):892-9. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2009.11.002>
 20. Izadi S, Khamehvar A, Aram SS, Yazdanpanah Nozari A. Social Support and Quality of Life of Elderly People admitted to Rehabilitation Centers. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*. 2013;23(105):101-9.
 21. https://cesie.org/media/REPES_A-comparative-study-between-Turkey-Italy-and-Spain.pdf. Rights of Elderly People and Care Services at EU Standards A Comparative Study Between Turkey, Italy and Spai. YÖRTÜRK Foundation (Turkey) İstatistik Dünyası Sociologist Nazlı Deniz FENERCİOĞLU. 2015.
 22. <https://international.commonwealthfund.org/countries/germany/>. 2018.
 23. Gerlinger T. ESPN Thematic Report on Challenges in Long-Term Care Germany. available <https://europeaeu/social/BlobServlet?docId=19848&langId=en>. 2018.
 24. Schön P, Heap J. ESPN Thematic Report on Challenges in long-term care Sweden. available: <http://europeaeusocialmainjsp?catId=1135&langId=en>. 2018.
 25. Farokhnezhad Afshar P, Foroughan M, Vedadhir A, Tabatabaei MG. The effects of place attachment on social well-being in older adults. *Educational Gerontology*. 2017;43(1):45-51.
 26. Long-term Care for the Elderly in Europe. Routledge; 2016.
 27. Fikret Adaman, Dilek Aslan, Burcay Erus, Sayan S. ESPN Thematic Report on Challenges in long-term care Turkey. Available: <http://europeaeusocialmainjsp?catId=1135&langId=en>. 2018.
 28. Zeinalhajlu AA, Amini A, Tabrizi JS. Consequences of population aging in Iran with emphasis on its increasing challenges on the health system (literature review). *Taşvîr-i salâmat*. 2015;6(1):54-64.
 29. Mohammad Reza S. Evaluation of Disability Rate and Related Factors and Impact of Welfare Rehabilitation Services on Disability of Elderly Receivers. 2016.