



قسمتی از گزارش اولیه طرح:

طراحی و راه اندازی شبکه ملی پایش، پیشگیری و ارتقاء سلامت سالمندی در کشور با رویکرد سالمندی سالم، فعال و خود مراقب مبتنی بر استفاده از فناوری های نوین اطلاعاتی در سامانه های تشخیصی، مراقبتی و درمانی

فاز ۱: مطالعه تطبیقی، نیازسنجی علمی و فنی، طراحی و ارائه مدل مرکز پایش، پیشگیری و ارتقاء

سلامت سالمندی مبتنی بر فناوری های نوین ICT

فهرست مطالب

۲	پیشگفتار
۴	مقدمه
۱۰	تحلیل وضعیت سلامت سالمندی در ایران
۱۳	تحلیل وضعیت سلامت سالمندی در کشورهای منتخب
۱۴	➤ ژاپن
۱۶	➤ آمریکا
۱۸	➤ انگلستان
۲۰	➤ ایتالیا
۲۱	➤ چین
۲۳	➤ برزیل
۲۵	➤ هند
۲۷	➤ روسیه
۲۹	➤ آفریقای جنوبی
۳۱	➤ سوئد
۳۱	➤ کره جنوبی
۳۲	مطالعه تطبیقی وضعیت سلامت سالمندی در ایران و جهان
۳۵	➤ بحث و نتیجه‌گیری

پیش گفتار

با توجه به رشد جمعیت سالمندی در سال‌های آتی و نیاز به اقدامات پیشگیرانه برای کاهش و مدیریت سالمندی سالم، فعال و خودمراقب، با بهره‌مندی از دانش موجود و پروتکل و مدل‌های جهانی متناسب با فرهنگ و سیستم بهداشتی کشور، نیاز به ساماندهی فعالیت‌های پیشگیرانه برای داشتن سالمندی سالم امری ضروری است؛ همچنین به‌جهت بهره‌مندی جامعه از سالمندانی فعال و خودمراقب (با کمترین نیاز مراقبتی از سوی جامعه پیرامونی)، نیاز به ارتقاء سطح دانش، نگرش و توانمندی‌های ایشان در حوزه‌های مرتبط بیش از گذشته اهمیت می‌یابد.

در طرح حاضر، با مرور متون وضعیت موجود ایران و جهان در زمینه مراقبت‌های پیشگیرانه پرداخته می‌شود و مبتنی بر جامعه و سیستم بهداشتی ایران، مدلی ارائه خواهد شد. بر اساس مدل طراحی شده، فلوچارت، استاندارد و پروتکل‌های بومی شده، RFP (Request for proposal) سامانه غربالگری سلامت سالمندی مبتنی بر فناوری‌های نوین ICT تدوین و طراحی خواهد شد. طرح مذکور، فاز یک از طرحی جامع می‌باشد. این فاز به مطالعه تطبیقی، نیازسنجی علمی و فنی، طراحی و ارائه مدل مرکز پایش، پیشگیری و ارتقای سلامت سالمندی مبتنی بر فناوری‌های نوین ICT می‌پردازد.

مطالعه تطبیقی حاضر با هدف شناسایی الگوها و چارچوب‌های علمی در زمینه‌های سالمندی سالم، فعال و خودمراقب در کشورهای موفق در سطح بین‌المللی و منطقه‌ای و بررسی وضعیت موجود در ایران با تحلیلی بر شکاف‌های موجود در ساختارهای ارائه خدمات به سالمندان می‌پردازد. همچنین با تولید دانش فنی لازم، زیرساخت‌ها و برنامه‌های پیشگیرانه و مراقبتی در راستای ارتقای آگاهی‌های سلامت و خدمات تشخیصی و درمانی به افرادی که پیش از ورود به سنین سالمندی (سنین ۳۵ تا ۶۵ سالگی) هستند، فراهم می‌سازد. این امر به‌عنوان یک استراتژی مؤثر در به تأخیر انداختن سالمندی پرخطر در کشور، کاهش هزینه‌های درمانی و مراقبتی در سالمندان در سطح کشوری می‌تواند مطرح شود.

بر اساس شکست کار طرح، طراحی و راه‌اندازی شبکه ملی پایش، پیشگیری و ارتقاء سلامت سالمندی در کشور با رویکرد سالمندی سالم، فعال و خود مراقب مبتنی بر استفاده از فناوری‌های نوین اطلاعاتی در سامانه‌های تشخیصی، مراقبتی و درمانی " (فاز ۱: مطالعه تطبیقی، نیازسنجی علمی و فنی، طراحی و ارائه مدل مرکز پایش، پیشگیری و ارتقاء سلامت سالمندی مبتنی بر فناوری‌های نوین ICT)، برآیندهای حاصل از زیرفازهای ۱ تا ۶ به شرح زیر تقدیم می‌شود:

۱. مقاله امکان‌سنجی راه‌اندازی مرکز ملی طب پیشگیری و ارتقاء سلامت با رویکرد سالمندی سالم، فعال و خود مراقب (منتشر شده در مجله سالمند شناسی) که به صورت فایل مجزا بارگذاری شد.
 ۲. مقاله هوش مصنوعی و سالمندی (منتشر شده در مجله سالمند شناسی) که به صورت فایل مجزا بارگذاری شد.
 ۳. مقاله وضعیت سالمندی فعال ایران، یک اسکوپ ریویو (در مرحله سابمیت)
 ۴. مقاله مدل‌های سالمندی فعال، اسکوپ ریویو (در مرحله سابمیت)
 ۵. گزارش تحلیل وضعیت سلامت سالمندی در ایران، تحلیل وضعیت سلامت سالمندی در کشورهای منتخب و مطالعه تطبیقی وضعیت سلامت سالمندی در ایران و جهان (ادامه فایل گزارش اولیه ارائه شده است)
 ۶. برگزاری وبینار هوش مصنوعی و سالمندی با محوریت اهمیت و چالش‌های هوش مصنوعی در حوزه سالمندی، غربالگری و پیشگیری (شنبه ۸ مهرماه ۱۴۰۲) که به صورت فایل مجزا بارگذاری شد.
- قابل ذکر است که گزینه ۳ و ۴ به دلیل رعایت مسائل اخلاقی تا زمان پذیرش نهایی توسط ژورنال امکان انتشار محتوای آن‌ها وجود ندارند و در گزارشات بعدی متعاقباً اعلام خواهد شد.

با افزایش طول عمر و تعداد و نسبت افراد سالمند در اکثر کشورهای صنعتی و بسیاری از کشورهای در حال توسعه، سؤال اصلی این است که آیا این سالمندی جمعیت با سلامت پایدار یا بهبود یافته، بهبود کیفیت زندگی و منابع اجتماعی و اقتصادی کافی همراه خواهد بود. پاسخ به این سؤال تا حدی در توانایی خانواده‌ها و جوامع و همچنین سیستم‌های مدرن اجتماعی، سیاسی، اقتصادی و ارائه خدمات بهداشتی برای ارائه حمایت بهینه از افراد سالمند نهفته است. با این حال، در حالی که همه جوامع مدرن متعهد به ارائه خدمات بهداشتی و اجتماعی به شهروندان خود هستند، این سیستم‌ها توسط فرمول‌بندی‌های متنوع و متحول سیاست ملی و منطقه‌ای هدایت می‌شوند. سیاست‌های بهداشتی، اجتماعی و اقتصادی برای سالمندان در بین کشورهای صنعتی متفاوت است. تجزیه و تحلیل این تغییرات از طریق تحقیقات بین‌المللی مناسب می‌تواند به شکل‌گیری سیاست‌های مؤثر با هدف ارتقای وضعیت سلامت و همچنین رفاه اجتماعی و اقتصادی جمعیت سالمندان کمک زیادی کند.

از جمله مهم‌ترین نگرانی‌های سیاستی مرتبط با سلامت و طول عمر، قابلیت مالی آینده سیستم‌های بازنشستگی، بهداشت و بیمه اجتماعی، دولتی و خصوصی و پیامدهای این سیستم‌ها برای نرخ‌های پس‌انداز و سرمایه‌گذاری است. مدت زمانی که مردم به کار، پرداخت مالیات و پس‌انداز ادامه می‌دهند که با پیامدهای سالمندی جمعیت به درستی روبه‌رو شوند. بسیاری از مردم در حال حاضر به دلیل دوره‌های طولانی تحصیل و آموزش در سنین پایین، بازنشستگی زودتر و افزایش طول عمر، کمتر از نیمی از عمر خود کار می‌کنند که پایداری سیستم‌های طراحی شده برای حمایت از افراد سالمند را به چالش می‌کشد. اگر روند افزایش طول عمر بدون افزایش موازی در طول عمر کاری ادامه یابد، استرس بر این سیستم‌ها می‌تواند حتی بیشتر شود.

تمرکز بر وضعیت سلامت در سطح ملی و مسیر زمانی آن به چند دلیل حیاتی است. وضعیت سلامت یکی از مهم‌ترین شاخص‌های رفاه است و بخش بزرگی از هزینه‌های جامعه برای خدمات بهداشتی و اجتماعی برای سالمندان را پیش‌بینی می‌کند. وضعیت سلامت نیز متقابلاً تحت تأثیر سیاست‌ها و برنامه‌های اجتماعی و سیاسی است. علاوه بر این، وضعیت سلامت از طریق برنامه‌های ارتقای سلامت و پیشگیری از بیماری با کیفیت بالا و همچنین خدمات پزشکی مؤثر قابل اعطاف است. خدمات بهداشتی ارتباط تنگاتنگی با ارائه خدمات اجتماعی و حمایت اقتصادی از جمله مسکن، تغذیه، مراقبت‌های سازمانی و فعالیتهای مرتبط دارد. خدمات پیشگیرانه و توان‌بخشی نه تنها به هزینه‌های مراقبت بلکه به پتانسیل بهبود عملکرد، تحرک و مشارکت اجتماعی نیز افزوده است. بنابراین مراقبت‌های بهداشتی برای افراد سالمند از چندین جنبه متفاوت از مراقبت‌های ارائه شده به سایر گروه‌های سنی است:

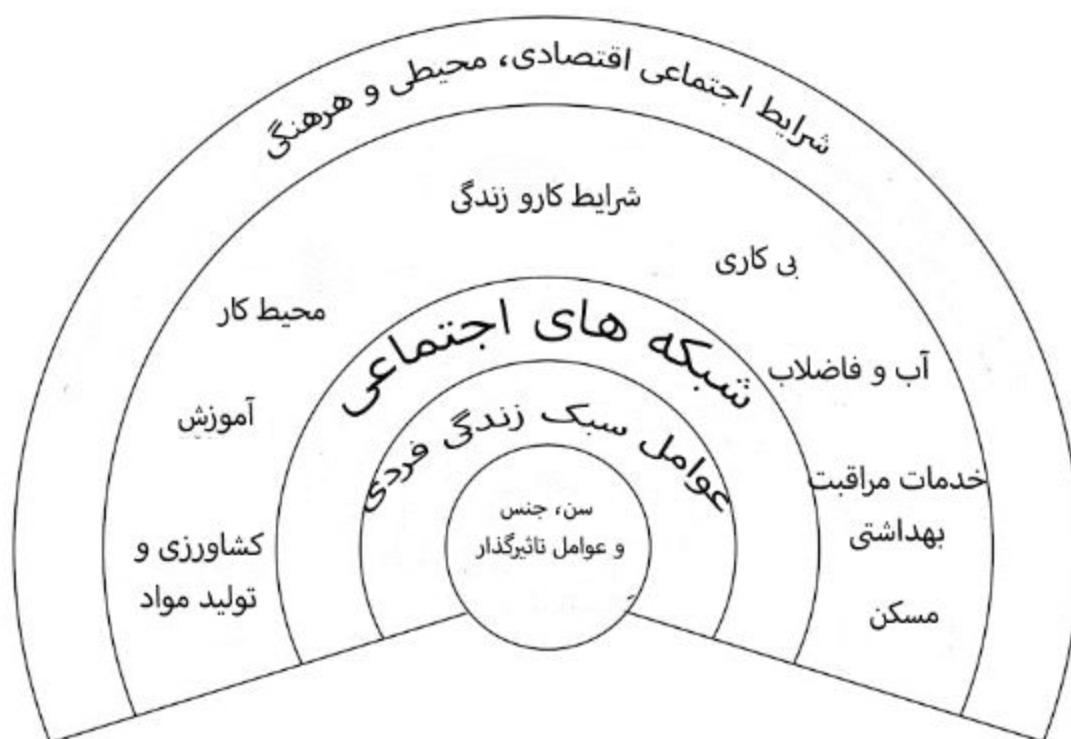
■ تقاضای منابع بیشتر

- درهم تنیدگی خدمات بهداشت حرفه‌ای با خدمات اجتماعی
- وقوع مکرر مسائل مهم اخلاقی
- شیوع بیشتر ناتوانی‌های جسمی و ذهنی

تدوین سیاست‌ها و سیستم‌های ارائه خدمات سلامت برای سالمندان مستلزم جریان مداوم اطلاعات، ازجمله داده‌های کمی در مورد موارد فوق و سایر مسائل مربوط به وضعیت سلامت جمعیت و جهت‌گیری‌ها و همچنین منابع صرف شده در سیستم مراقبت‌های بهداشتی است. به ویژه، توانایی استفاده از تجارب بین‌المللی در بهداشت و مراقبت‌های بهداشتی می‌تواند پتانسیل چنین سیاست‌ها و سیستم‌هایی را تا حد زیادی افزایش دهد. علاوه بر این، تحقیقات بین‌المللی می‌تواند ایجاد مکانیسم‌های ارزیابی را امکان‌پذیر کند که اغلب در هیچ کشوری به دلیل همگنی شیوه‌های پزشکی و فرهنگ‌های اداری امکان‌پذیر نیست. عوامل تعیین‌کننده سالمندی سالم می‌تواند بسته به عوامل زیادی ازجمله فرهنگ، سن و جنسیت متفاوت باشد. بنابراین مهم است که مطالعات از مکان‌های جغرافیایی مختلف را با هم مقایسه نماییم. این ممکن است تأثیر زیادی بر آنچه که برای دستیابی به سالمندی سالم به دلیل تفاوت در فرهنگ / آداب مهم در نظر گرفته می‌شود، داشته باشد. با این حال، تنوع جغرافیایی مسلماً عمق و گسترش بیشتری به زاویه دید سالمندی سالم ارائه می‌دهد زیرا امکان شناسایی مشترکات مانند حمایت اجتماعی، استقلال و امنیت مالی را فراهم می‌کند. این به نوبه خود فرصت‌هایی را برای ابتکارات محلی و جهانی برای بهینه‌سازی سالمندی سالم در جوامع و کشورهای مختلف افزایش می‌دهد. چنین تحقیقاتی می‌تواند با ارائه طیف وسیعی از مشاهدات تغییرات در طول زمان و شاید نشانه‌های اولیه از روندهای نوظهور بهداشتی به رسیدگی به مسائل فوق کمک کند. مقایسه می‌تواند درک ما را از نحوه بیان بیماری‌ها و شرایط خاص به عنوان ناتوانی در محیط‌های مختلف کاری، اجتماعی، سیاست‌گذاری و زندگی بهبود بخشد و بینشی را در مورد این که چه تنظیماتی در آن محیط‌ها ممکن است مقرون به صرفه‌تر باشد، ارائه کند.

عوامل تعیین‌کننده سلامت پیچیده هستند و شامل حوزه‌های سیاستی متعددی هستند. یک مدل مفهومی اساسی اما مهم که می‌تواند برای نشان دادن وسعت این عوامل تعیین‌کننده استفاده شود در شکل ۱ نشان داده شده است. این ساختار نشان‌دهنده سلامت همه گروه‌های جمعیتی در یک جامعه است اگرچه در اینجا تأکید بر سلامت افراد سالمند است. عوامل تعیین‌کننده در مجموعه‌ای از دایره‌های متحدالمرکز با جمعیت جامعه ارائه می‌شوند و غالباً تعیین کمیت آن دشوار است. بیرونی‌ترین لایه، شرایط عمومی اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و محیطی (فیزیکی-شیمیایی) است که اثرات بلندمدت و مهمی بر سلامتی دارند. دایره بعدی شامل نهادهای اساسی اجتماعی، بهداشتی و اقتصادی جامعه است که وجود سالم را حفظ کرده یا به آن آسیب می‌رساند. دایره بعدی

بر نقش حیاتی تعاملات و مبادلات اجتماعی و اجتماعی تأکید می‌کند که در آن افراد تصمیمات جمعی خود را می‌گیرند. دایره کنار هسته، اهمیت انتخاب‌های رفتاری فردی (مثلاً سیگار کشیدن، رفتارهای پرخطر) را در تعیین وضعیت سلامت برجسته می‌کند.



شکل شماره ۱: چارچوب مفهومی برای عوامل تعیین کننده وضعیت سلامت

این مدل به طور کاملاً مناسب همچنین بر نقش تعیین کننده های اساسی سلامت عمومی، مانند محیط فیزیکی و شیمیایی و ارائه غذا و خدمات بهداشتی ایمن و کافی تأکید می‌کند. علاوه بر این، این مدل نشان دهنده مسئولیت فردی در قبال وضعیت سلامتی و هم در انتخاب رفتارها و هم در تصمیمات جمعی اتخاذ شده توسط افراد است. در نهایت، مدل نشان می‌دهد که مداخلات سیاستی در یک مؤسسه یا حوزه ممکن است به دلیل بخش‌های متعدد درگیر، اثر مطلوب را داشته یا نداشته باشد.

همانطور که در مدل تعیین کننده های سلامتی در بالا، اشاره شد هم رفتارهای شخصی و هم بسیاری از اقدامات بهداشت عمومی بر وضعیت سلامت تأثیر می‌گذارند. فعالیت‌های ارتقای سلامت با تمرکز بر گروه سنی سالمند ممکن است شامل تماس مستقیم با سیستم رسمی مراقبت‌های بهداشتی باشد یا نباشد. نمونه‌هایی از فعالیت‌های اخیر شامل برنامه‌های آموزشی و ارائه تغذیه پیشگیرانه خوب، حمل و نقل ایمن برای افزایش تحرک و تضمین مسکن مناسب است. بنابراین اثربخشی و تأثیر خالص بسیاری از برنامه‌های بهداشت عمومی پایه، با هزینه‌های موجود، تنها با استفاده از اطلاعات نظرسنجی جمعیت علاوه بر داده‌های به دست آمده از منابع

بالینی قابل ارزیابی است. علاوه بر این، کاهش استفاده از مواد سمی و افزایش ورزش و فعالیت‌های اوقات فراغت ساختاریافته و حتی کار با دست‌مزد و بدون مزد، با بهبود عملکرد، کاهش بروز بیماری‌های جسمی و عاطفی و کیفیت زندگی بالاتر در میان سالمندان مرتبط است. بنابراین سیاست‌های مؤثر ملی و منطقه‌ای برای ارتقای سلامت در میان سالمندان مستلزم آن است که کمبودهای مهم در این زمینه را شناسایی کند.

در جهت پیشگیری و ارتقای سلامت دوره سالمندی، سازمان جهانی بهداشت تعارف جدیدی از سالمندی مطرح نمود که از آن جمله می‌توان به سالمندی سالم اشاره کرد و حتی در ۱۴ دسامبر ۲۰۲۰، مجمع عمومی سازمان ملل متحد سال ۲۰۲۱ تا ۲۰۳۰ را به عنوان دهه سالمندی سالم اعلام کرد. سالمندی سالم "فرآیند توسعه و حفظ توانایی عملی که امکان رفاه و سلامت در سنین سالمندی را فراهم می‌کند" است. مفاهیم سالمندی سالم به سه دسته تقسیم می‌شود:

قابلیت عملکردی (Functional Ability): قابلیت عملکردی به میزان توانایی افراد در انجام فعالیت‌های روزمره ارتباط دارد. این مؤلفه مشخص می‌کند که فرد چه اندازه قادر به انجام واجبات و فعالیت‌های روزانه خود است.

ظرفیت داخلی (Intrinsic Capacity): این مؤلفه به وضعیت فیزیکی و ذهنی افراد اشاره دارد. وضعیت ظرفیت داخلی نشان‌دهنده توانایی فیزیکی و ذهنی افراد است که در سنین سالمندی برقرار است.

محیطها (Environments): محیطها جایی هستند که افراد در آن‌ها زندگی می‌کنند و فعالیت‌های خود را انجام می‌دهند. محیطها اجازه می‌دهند که افراد با سطح مشخصی از ظرفیت داخلی چه کارهایی را انجام دهند. این محیطها شامل خانه، شهر و جامعه و همه عوامل موجود در آن‌ها می‌شوند.

از دیگر اصلاحات مثبت به دوره سالمندی، سالمندی فعال می‌باشد که به عنوان فرآیند بهینه‌سازی فرصت‌ها برای سلامت، مشارکت و امنیت به منظور افزایش کیفیت زندگی با افزایش سن تعریف شده است. این امر به افراد امکان می‌دهد تا در طول زندگی خود به پتانسیل خود برای رفاه پی ببرند و بر اساس تمایلات و توانایی‌های خود در جامعه شرکت کنند و در صورت نیاز حفاظت، امنیت و مراقبت کافی برای آن‌ها فراهم شود (شکل شماره ۲).



شکل شماره ۲: مدل سالمندی فعال سازمان جهانی بهداشت

خدمات بهداشتی و اجتماعی باید یکپارچه، هماهنگ و مقرون به صرفه باشد. در ارائه خدمات نباید تبعیض سنی وجود داشته باشد و ارائه دهندگان خدمات باید با افراد در هر سنی با وقار و احترام رفتار کنند. ارتقای سلامت و پیشگیری از بیماری‌ها فرآیندی است که افراد را قادر می‌سازد تا سلامت خود را کنترل کنند و سلامت خود را بهبود بخشند. پیشگیری از بیماری شامل پیشگیری و مدیریت شرایطی است که به ویژه با افزایش سن افراد رایج است مانند بیماری‌های غیر واگیر و آسیب‌ها. پیشگیری هم به پیشگیری «اولیه» (مانند اجتناب از مصرف دخانیات) و هم به پیشگیری «ثانویه» (مثلاً غربالگری برای تشخیص زودهنگام بیماری‌های مزمن) یا پیشگیری «ثالثه» اشاره دارد، به عنوان مثال. مدیریت بالینی مناسب بیماری‌ها همه به کاهش خطر ناتوانی کمک می‌کنند. استراتژی‌های پیشگیری از بیماری - که ممکن است حتی شامل بیماری‌های عفونی نیز شود - در هر سنی در هزینه‌ها صرفه‌جویی می‌کند. به عنوان مثال، واکسیناسیون افراد مسن در برابر آنفولانزا باعث صرفه‌جویی هزینه‌ها می‌شود.

با وجود بهترین تلاش‌های خدمات درمانی در ارتقای سلامت و پیشگیری از بیماری، با افزایش سن، افراد در معرض خطر ابتلا به بیماری‌ها هستند. بنابراین دسترسی به خدمات درمانی ضروری می‌شود. بیشتر خدمات درمانی باید توسط بخش مراقبت‌های بهداشتی

اولیه ارائه شود و به بهترین وجه مجهز شود. در نهایت، تغییر بار جهانی بیماری به سمت بیماری‌های مزمن مستلزم تغییر از مدل «یافتن آن و رفع آن» به یک زنجیره مراقبتی هماهنگ و جامع است. این امر مستلزم جهت‌گیری مجدد در سیستم‌های بهداشتی است که در حال حاضر حول تجربیات حاد و دوره‌ای بیماری سازمان‌دهی شده‌اند. مدل‌های مراقبت حاد موجود در ارائه خدمات بهداشتی برای پاسخگویی به نیازهای بهداشتی جمعیت‌هایی که به سرعت سالمند می‌شوند ناکافی است.

مرکز سیاست ملی سلامت برای افراد سالمند، به ارائه خدمات پیشگیرانه مبتنی بر جامعه می‌پردازد که عموماً فعالیت‌ها در زمینه مراقبت‌های اولیه ارائه می‌شود. وجود چنین خدماتی در ایالات متحده و جاهای دیگر به عنوان معیاری برای کیفیت عمومی مراقبت استفاده می‌شود که شامل فعالیت‌هایی مانند ارائه ایمن‌سازی مناسب و غربالگری برای شرایط اولیه و قابل درمان، مانند سرطان روده بزرگ و سینه، کلسترول خون بالا، فشارخون بالا و افسردگی است. غربالگری و برنامه‌های مدیریتی سالمندان برای زمین خوردن، اختلالات شناختی اولیه، ناتوانی جسمی و استفاده نامناسب از دارو مدنظر می‌باشد. ارائه این خدمات منجر به کیفیت زندگی بهتر می‌شود و به حفظ یا تقویت عملکرد در سالمندان کمک می‌کند. حتی در صورت وجود بیماری آشکار، یک رویکرد سیستماتیک به مشکلات پیچیده عملکردی و پزشکی افراد سالمند که اغلب به عنوان ارزیابی جامع سالمندی شناخته می‌شود، می‌تواند به حفظ عملکرد مفید کمک کند. برخی از فعالیت‌های پیشگیرانه ممکن است توسط متخصصان بهداشت توصیه شود اما توسط دیگر واحدها اجرا شود. یک مثال مهم غربالگری محیطی منازل مسکونی برای جلوگیری از سقوط و افزایش تحرک است، مانند ارائه رمپ به جای پله‌ها و نرده‌ها در مکان‌های مناسب.

پژوهش‌ها و تجربیات نشان می‌دهند که حفظ تندرستی و سلامت سالمندان امکان‌پذیر است و نباید بیماری‌ها را به عنوان جزئی جدایی‌ناپذیر از سالخورستگی در نظر گرفت. رویکردهای صحیح به زندگی که به سلامت و فعالیت در دوران سالمندی منتج می‌شود، باید از مراحل زود هنگام درون رُحمتی شروع شده و از عوارضی مانند معلولیت‌ها و بیماری‌های مزمن در دوران سالمندی جلوگیری کند. به این منظور، محورهای مدیریتی وزارت بهداشت در ابعاد سلامت سالمندان شامل طراحی برنامه‌های بهبود شیوه زندگی در دوره سالمندی، مراقبت‌های ادغام یافته سالمندان، توسعه پوشش بیمه، مدیریت آموزش و پژوهش، حساس سازی جامعه و هماهنگی‌های بین بخشی می‌باشد. مراقبت‌های بهداشتی و درمانی که سالمندان به آن نیاز دارند با سایر گروه‌های سنی متفاوت است و نیازمند هماهنگی‌های درونی و برونی تمامی سازمان‌های دولتی و غیردولتی است. هماهنگی سیاست‌های عمومی و بالینی مرتبط با ارتقای سلامت و پیشگیری از بیماری در میان بخش‌های مختلف درگیر ضروری است تا این سیاست‌ها اثرات مثبت مطلوبی را بر وضعیت سلامت افراد سالمند داشته‌باشند. مقایسه بین‌المللی برنامه‌های ارائه خدمات پیشگیرانه ممکن است به شناسایی مواردی که

مطلوب‌ترین نتایج را دارند کمک کند و نشان دهد که کدام برنامه‌های فردی ممکن است در بسیاری از کشورها به طور مفید اعمال شوند. همچنین اغلب، مطالعاتی که به بررسی سالمندی سالم می‌پردازند، بر عوامل بیولوژیکی (مانند ژنتیک و بیماری‌ها) که در سالمندی نقش دارند، تمرکز دارند اما شناسایی عوامل قابل تغییر برای ارائه بینش بهتر در مورد سالمندی سالم نیز مورد نیاز است. عواملی همچون فاکتورهای غیر زیستی، مانند بهزیستی اجتماعی، ذهنی/شناختی و جسمی، نیز نقش اساسی را ایفا می‌کنند.

تحلیل وضعیت سلامت سالمندی در ایران

بر اساس تحقیقات انجام‌شده در ایران، وضعیت سالمندی فعال در کشور از طریق مولفه‌هایی همچون مستمری غیر مشارکتی به سالمندان، بیمه مراقبت بلندمدت، خدمات مراقبت سیار، کارتهای تخفیف در مراکز تفریحی و ورزشی، کارتهای تخفیف در حمل‌ونقل عمومی، چک‌آپ‌های سلامتی و خدمات سرپایی رایگان، تأسیس بیمارستان‌ها و درمانگاه‌های مخصوص سالمندان و طرح‌های تحصیل در دانشگاه‌ها ارائه می‌شوند. همچنین عوامل بازدارنده سالمندی فعال در ایران شامل موانع فردی، موانع خانوادگی، موانع ساختاری در جامعه و موانع سیستم بهداشتی هستند. از سوی دیگر، عوامل تسهیل‌کننده شامل ظرفیت‌های سالمندان، ظرفیت‌های خانواده، ظرفیت‌های جامعه و ظرفیت‌های سیستم‌های بهداشتی به عنوان عوامل حیاتی مؤثر در ارتقاء سالمندی فعال ذکر می‌شوند.

طبق مطالعات، اولویت‌های سیاست‌گذاری در زمینه سالمندی فعال برای ایران عبارتند از:

تغذیه: ارتقاء سطح تغذیه سالمندان و ارائه برنامه‌های تغذیه مناسب به آن‌ها به منظور حفظ سلامت و افزایش سالمندی فعال.

مسکن: ایجاد شرایط مناسب مسکن برای سالمندان و تسهیل دسترسی به مسکن سالم و مناسب.

نگرش جامعه و سواد سلامت: ترسیم و ترویج نگرش‌های مثبت نسبت به سالمندان در جامعه و افزایش سواد سلامت.

آموزش مادام‌العمر: ارائه برنامه‌های آموزشی مادام‌العمر به سالمندان به منظور توسعه مهارت‌ها و دانش آن‌ها

برنامه‌ریزی اوقات فراغت: ارائه برنامه‌ها و فرصت‌های اوقات فراغت مناسب برای سالمندان جهت اشتراک‌گذاری در فعالیت‌های اجتماعی و تفریحی.

امنیت درآمدی: ارتقاء امنیت درآمدی سالمندان و ارائه حمایت‌های مالی به آن‌ها در صورت نیاز.

شهرسازی و مناسب‌سازی فضاها: ایجاد شهرها و فضاهای عامه سالمندان مدار و تطبیق آن‌ها با نیازهای سالمندان.

سلامت روان: ارائه خدمات و پشتیبانی در زمینه سلامت روان به سالمندان و افزایش آگاهی در این زمینه.

این اولویت‌ها می‌توانند بهبود وضعیت سالمندان و افزایش سالمندی فعال در جامعه ایران را تسهیل کنند. با توجه به موارد مذکور زنجیره‌های پیشگیری، درمان و توان‌بخشی باید به صورت مداوم در دسترس باشند. رویکرد اجتماع‌محور، عامل اساسی در کنترل بیماری‌ها و بهبود رفاه افراد هستند. از این رو فراهم کردن بستر سالمندی سالم و فعال و خود مراقب یک ضرورت اجتناب‌ناپذیر است. از طرفی تغییرات در ساختار و نقش خانواده‌ها و تضعیف پشتیبانی از سالمندان، اهمیت و نیاز به تقویت نقش سازمان‌های دولتی و غیردولتی را به شدت افزایش داده است. این امر نیازمند توسعه شبکه‌های حمایتی است. سازمان‌های مرتبط تاکنون اقداماتی پراکنده و محدود برای حمایت از سالمندان انجام شده است اما هنوز برنامه‌ها و اقدامات جامع و بلندمدت برای مدیریت جمعیت سالمندان ارائه نداده‌اند. بیشتر این اقدامات به سالمندان نیازمند و در مواجهه با مشکلات آنان تمرکز داشته‌اند. رشد جمعیت سالمندان در کشور نیازمند تدوین سیاست‌ها و برنامه‌های اجرایی جدید و جدی است.

با توجه به نبود یک برنامه منسجم و هدفمند برای سالمندان در کشور، ابتدا نیاز است که هماهنگی میان سازمان‌های مسئول امور سالمندان فراهم شود و ارتباط آن‌ها به نحوی باشد که تمام برنامه‌های مصوب این سازمان‌ها به راحتی قابل اجرا باشند. به عبارت دیگر، اجرای برنامه‌های مربوط به سالمندان باید توسط این سازمان‌ها به صورت هماهنگ و تکمیل‌کننده انجام شود. یکی از اقدامات مؤثر برای بهبود وضعیت سالمندان در جامعه، ایجاد شبکه‌های حمایتی و بهداشتی از آن‌هاست. این شبکه‌ها باید به نحوی طراحی شوند که جامعه هدف را به خوبی پوشش دهند و همچنین دارای ارتباط مؤثر با سازمان‌های مرتبط با امور سالمندان باشند. این اقدامات می‌توانند زمینه‌ای برای این فراهم کنند که سالمندان در جامعه به خوبی جایگاه داشته‌باشند و حقوق آن‌ها رعایت شود.

سازمان‌ها و شبکه‌های حمایتی از سالمندان باید با توجه به اهمیت جایگاه سالمندان در جامعه، نقش فرهنگ‌سازی را بازیابی کنند. از سالمندان باید به عنوان افرادی که دارای تجربه و دانش زیادی هستند، به عنوان یک سرمایه نگهداشت شود. برای ایجاد ارتباط مثبت بین نسلی، باید برنامه‌هایی اجرا شود که به انسجام و همبستگی بیشتری منجر شود.

جهت اجرای بهتر موارد یادشده و برای ترسیم فرهنگ جوامع شرقی، اقدامات عملی زیر پیشنهاد می‌شود:

۱. ایجاد زمینه برای دسترسی سالمندان به امکانات آموزشی، بهداشتی و تغذیه‌ای با هدف کاهش نابرابری اجتماعی و اقتصادی و ترویج سالمندی سالم و فعال.
۲. ارتقاء منزلت اجتماعی سالمندان با ترویج نگرش مثبت در جامعه.
۳. تقویت نقش و حضور سالمندان در خانواده و ترویج نگرش مثبت و آموزش مهارت‌های برخورد و رفتار با سالمندان از طریق برنامه‌های آموزش خانواده، به خصوص جوانان و تثبیت آن.
۴. کاهش اضطراب‌ها و فشارهای روحی و روانی از طریق ایجاد انجمن‌ها، سفرها و اردوهای دسته‌جمعی، کلوپ‌های سالمندان و اقدامات مشابه.
۵. ارتقاء احساس مسئولیت در قبال سالمندان، احترام و پاسداری از منافع آنان، رعایت توقعات و پذیرش آنان با روحیه‌ی گشاده. این مسائل باید در جامعه متعادل و اسلامی ما ترویج یابند.
۶. تدوین آینده‌نگری الگوی مناسب جمعیتی و ارائه برنامه‌های ویژه سالمندان در برنامه‌های توسعه اقتصادی و اجتماعی پنج‌ساله کشور.
۷. تدوین آینده‌نگری الگوی مناسب جمعیتی و اجرای سیاست‌های تعدیل ساختار سنی جمعیت برای دستیابی به یک سطح باروری مطلوب و متناسب با رشد جمعیت سالمند در کشور.

تحلیل وضعیت سلامت سالمندی در کشورهای منتخب

هدف اولیه سیستم مراقبت‌های بهداشتی اطمینان از دامنه و سطح مناسب خدمات بهداشتی است که دولت با توجه به سلامت عمومی ارائه می‌دهد که به این دلیل است که سلامت نه تنها یک ارزش فردی است بلکه یک منبع اجتماعی است که توسعه بلندمدت یک جامعه را تضمین می‌کند.

تغییرات جمعیتی و اپیدمیولوژیک و همچنین پیشرفت تکنولوژی، چالش‌های جدیدی را برای سیستم مراقبت‌های بهداشتی ایجاد می‌کند. سالخوردگی جمعیت، افزایش هزینه‌های مدیریت بیماری‌های مزمن و انتظارات برای دسترسی به فناوری‌های نوین پزشکی نیز فشاری را برای افزایش بودجه و کیفیت بهتر خدمات ایجاد می‌کند که دولت با منابع محدود خود در مواجهه با نیازهای نامحدود، باید به آن فشار وارد کند. به نحوی پاسخ دهند. هدف از اندازه‌گیری، گزارش و مقایسه نتایج مراقبت‌های بهداشتی دستیابی به هدف سه‌گانه مراقبت‌های بهداشتی است:

- بهبود سلامت جمعیت،
- افزایش کیفیت مراقبت فردی،
- کاهش هزینه‌ها برای هر نفر
- کاهش فرسودگی کارکنان

دستیابی به هدف چهارگانه آسان نیست و مستلزم سازماندهی بسیار مؤثر سیستم مراقبت‌های بهداشتی است. باید در نظر داشت که هیچ راه‌حل ساده و جهانی وجود ندارد که اجازه دهد یک سیستم مؤثر تحت هر شرایطی ساخته شود و منابع ناکارآمد شناسایی شده را حذف کند. بالاین‌حال، می‌توان بر اساس تحلیل‌های گسترده انجام شده، جهت‌هایی را که باید در آن راه‌حل‌های خاص کشور جست‌وجو کرد و همچنین عواملی که باید در هنگام تدوین چنین توصیه‌هایی در نظر گرفته شوند، مشخص کرد.

عوامل فرهنگی و اجتماعی تأثیر قابل توجهی بر اثربخشی سیستم مراقبت‌های بهداشتی دارند اگرچه این تأثیر ممکن است به اندازه میزان هزینه صرف شده یا تصمیمات سیاسی و کارایی مؤسسات آشکار نباشد اما عوامل فرهنگی و اجتماعی تا حد زیادی رفتار سیاسی و سازمانی و نیز تمایل به حمایت از تخصیص منابع عمومی به مراقبت‌های بهداشتی را تعیین می‌کند.

به صورت مختصر شرایط سیستم بهداشتی برای سالمندی در زمینه^۱ پیشگیری در برخی کشورهای توسعه‌یافته و در حال توسعه توضیح داده شده است:

ژاپن به عنوان نمونه ای برای مدیریت موفق مراقبت از جمعیت سالخورده یاد می شود. اما سوال اینجاست که آیا با توجه به وضعیت مالی گسترده کشور، می تواند کیفیت و کمیت این خدمات را حفظ کند یا خیر؟ در واقع، رشد سریع جمعیت سالمندان به عنوان یکی از تهدیدهای اصلی موفقیت اقتصادی ژاپن تلقی می شود.

پوشش مراقبت های بهداشتی

سیستم تامین اجتماعی این کشور شامل طیف وسیعی از طرح های بهداشتی برای افراد سالمند است، از جمله طرح بیمه مراقبت طولانی مدت برای افراد ضعیف و سالمند که در سال ۲۰۰۰ معرفی شد. اما بسیاری از سالمندان در ژاپن، از پوشش مختص سالمندی برخوردار نیستند. مدیریت و سازماندهی خدمات مراقبت بهداشتی سالمندان به صورت ملی در ژاپن انجام می شود. بیشترین تمرکز این خدمات به صورت منطقه ای واقع شده است. ژاپن دارای نظام بیمه سلامت اجتماعی است که پوشش سلامت همگانی را برای مردم فراهم می کند. دولت ملی قوانین و مقرراتی را برای بیمه و ارائه دهندگان خدمات بهداشتی تعیین می کند و ۴۷ منطقه در ژاپن با توجه به منابع مالی اختصاص داده شده توسط دولت ملی، خدمات بهداشتی ارائه می دهند.

زمینه مراقبت های بهداشتی

عوامل جمعیتی

در ژاپن بیش از یک نفر از هر ۱۰ نفر اکنون ۸۰ سال یا بیشتر سن دارند. داده های ملی همچنین نشان می دهد که ۲۹.۱ درصد از جمعیت ۶۵ سال یا بیشتر سن دارند. ژاپن یکی از پایین ترین نرخ های زاد و ولد در جهان را دارد.

وضعیت سلامت ملی

افراد سالمند در ژاپن در حال حاضر در سالم ترین و ثروتمندترین وضعیت خود قرار دارند. پیش بینی می شود که تعداد افرادی که سالم و فعال در نظر گرفته می شوند از ۱۸.۹ میلیون در سال ۲۰۰۰ به ۳۰.۳ میلیون در سال ۲۰۲۵ برسد. وزارت بهداشت و رفاه، شرایط کمک هزینه را تعیین کرده و یک سوم کل هزینه را پرداخت می کند، در حالی که بقیه هزینه به تساوی بر عهده استانداری و شهرداری ها است. اقدامات دولت در پیشگیری به طور اساسی بر اساس غربالگری مردم از نظر عوامل خطر و بیماری های بالقوه انجام می شود. کنترل سلامت سالمندان سالانه با استفاده از بودجه محلی تحت قانون بهداشت سالمندان برای افراد چهل سال به بالا انجام می شود و شامل معاینه عمومی، آنالیز ادرار، کنترل فشار خون، سرم گلوتامیک اسید ترانس آمیناز، آلانین آمینوترانسفراز ترانس آمیناز و اندازه گیری کلسترول می شود. همچنین نوار قلب، تست های بینایی، آزمایش های کم خونی و اندازه گیری قند خون می شود. آزمایش های جداگانه برای سرطان معده، رحم (از ۳۵ سالگی)، ریه و سینه انجام می شود. همه افراد ژاپنی تحت پوشش سیستم بیمه عمومی یا پایه هستند و سالمندان را تشویق می کند با هزینه بسیار پایین از خدمات پزشکی بهره مند شوند.

اخیراً وزارت بهداشت، کار و رفاه، چشم انداز ژاپن مراقبت های بهداشتی ۲۰۳۵ را راه اندازی کرد. سیستم مراقبت های بهداشتی پایدار که از طریق مراقبت هایی که پاسخگو و منصفانه برای هر یک از اعضای جامعه است و به رفاه در جامعه کمک می کند.

مراقبت های پیشگیرانه

ژاپن یک سیستم جامع غربالگری، پایش و پیگیری دارد. کارفرمایان ملزم به انجام غربالگری سالانه سلامت برای هر کارمند هستند. وابستگان، تحت پوشش طرح های شرکتی می باشند. کسانی که تحت پوشش کارفرمایان نبوده، یادآوری غربالگری را از شهرداری خود دریافت می کنند. آگاهی از سلامت بخشی از فرهنگ ژاپنی است. تست های مراقبت های بهداشتی به عنوان بخشی از زندگی روزمره و مشارکت در زندگی جامعه دیده می شود. دولت نیز اقدامات هدفمندی انجام داده است. در سال ۲۰۰۵ "سندرم متابولیک" (اختلالات پزشکی که در صورت وجود همزمان، خطر ابتلا به بیماری های قلبی عروقی و دیابت را افزایش می دهد) را تعریف کرد و اقداماتی را برای جلوگیری از افزایش بروز این سندرم ارائه نمود. سازمان های خودیاری تحت حمایت دولت، نیز سالمندی فعال را ترویج می کنند و به ساکنان محلی سالمند شغل پاره وقت با حقوق ارائه می دهند. مشاغل، خانوارها و سازمان های عمومی کار را با مراکز قرارداد می بندند که توانایی ها و زمان در دسترس اعضا را با محتوا و حجم کار مطابقت می دهد. مقامات بر این باورند که ایجاد فعالیت های معنادار، اعتماد به نفس سالمندان را تقویت می کند، آنها را از نظر اجتماعی و فیزیکی فعال نگه می دارد و سیستم های حمایت اجتماعی غیررسمی را در جامعه ایجاد می کند.

ابتکارات مراقبت پیشگیرانه و سالمندی سالم

تعهدات سیاستی

سیاست های ملی حمایت از سالمندان به سال ۱۸۷۴ برمی گردد، زمانی که دستور امداد برای افراد ۷۰ سال یا بیشتر که هیچ حمایتی از خانواده نداشتند، کمک کرد. دهه ۱۹۵۰، قوانین جدید کمک های عمومی، شرایط زندگی افراد سالمند را بهبود بخشید. در دهه های اخیر، تغییر سریع جمعیت شناسی، سالمندی را بیشتر در دستور کار سیاست قرار داده است. دولت ژاپن سیاست هایی را برای کنترل هزینه ها، مانند گنجاندن خدمات پیشگیری از ناتوانی در مزایای مراقبت طولانی مدت در سال ۲۰۰۵، ارائه کرده است.

موانع مراقبت های پیشگیرانه

محدودیت های تامین مالی

اگرچه هزینه های مراقبت های بهداشتی ژاپن در مقایسه با بسیاری از کشورها پایین است، این هزینه ها می تواند به سرعت افزایش یابد زیرا شهروندان سالمند به درمان های پزشکی طولانی، مراقبت های توانبخشی و خدمات پرستاری نیاز دارند. دولت همچنین تحت فشار فزاینده ای قرار خواهد گرفت تا فناوری های پیشرفته را برای شناسایی یا پیشگیری از بیماری های مزمن در دسترس سالمندان قرار دهد. در همین حال، حقوق بازنشستگی، بیمه درمانی، خدمات رفاهی و برنامه های اشتغال بخش بزرگی از بودجه ملی را دریافت می کنند که حدود ۷۰ درصد از هزینه های تامین اجتماعی را تشکیل می دهند.

موانع فرهنگی و رفتاری

در ژاپن، ساختارهای سنتی خانواده - که در آن همسر پسر بزرگتر مراقب اصلی والدین بزرگتر است - در حال فروپاشی است. بین سال های ۱۹۶۰ و ۲۰۰۶، نسبت افراد بالای ۶۵ سال که تنها یا تنها با همسر زندگی می کنند، به ترتیب از ۴ درصد به ۱۶ درصد و از ۷ درصد به ۳۷ درصد افزایش یافته است، در حالی که نسبت افرادی که با یک فرزند یا سایر بستگان زندگی می کنند کاهش یافته است. (۸۷٪ تا ۴۸٪).



برنامه های سیاسی متمایز شده، سایه ای از عدم اطمینان را بر سیستم های مراقبت بهداشتی ایالات متحده می اندازد. خدمات مراقبتی برای افراد سالمند بسیار پراکنده است.

پوشش مراقبت های بهداشتی

سالمندان آمریکایی دارای پوشش بیمه سالمندی هستند. مدیریت مراقبت های پیشگیرانه در سلامت سالمندان در این کشور به صورت ایالتی و فدرالی انجام می شود و میزان تمرکز این خدمات به صورت منطقه ای و تحت نظارت سیستم خصوصی قرار دارد.

زمینه مراقبت های بهداشتی

عوامل جمعیتی

امروزه بیش از ۴۶ میلیون سالمند ۶۵ سال و بالاتر در ایالات متحده زندگی می کنند. پیش بینی می شود تا سال ۲۰۵۰ این تعداد به ۹۰ میلیون نفر افزایش یابد.

وضعیت سلامت ملی

افزایش امید به زندگی در ایالات متحده، علل اصلی مرگ و میر را از بیماری های عفونی و بیماری های حاد به بیماری های مزمن و بیماری های دژنراتیو تغییر داده است. طبق CDC، حدود ۸۰٪ از آمریکایی های سالمند حداقل با یک بیماری مزمن زندگی می کنند. از هر هشت فرد ۵۰ ساله یا بیشتر، یک نفر با بیماری آلزایمر زندگی می کند. همه گیری چاقی همچنین با افزایش سن برای میلیون ها آمریکایی مشکلات سلامتی ایجاد می کند. بیشتر هزینه های مراقبت های بهداشتی توسط طرح های بیمه خصوصی پوشش داده می شود. دو برنامه با بودجه فدرال افراد ۶۵ سال و بالاتر (Medicare) و خانواده های کم درآمد (Medicaid) را پوشش می دهد. نظام سلامتی در آمریکا از نوع مختلط (ترکیبی) است و بیمه های عمومی و خصوصی در کنار هم در این کشور وجود دارند. برنامه بیمه مدیکر که ابتدا برای افراد سالمند با سن بالای ۶۵ سال در نظر گرفته شد، به مرور زمان توسعه یافته و معلولین زیر ۶۵ سال، بیماران کلیوی و بیماران در مراحل آخرین زندگی را هم شامل شده است. آمریکا تنها کشور توسعه یافته ای است که نتوانسته پوشش همگانی سلامت را برای مردم خود فراهم کند.

در آمریکا، برنامه های سالمندان تحت نظارت شبکه سلامت عمومی و خدمات سالمندی به افراد سالمند ارائه می شود که شامل وزارت رفاه و سالمندی، انجمن پیشگیری و کنترل بیماری ها، انجمن ملی آژانس های سالمندی و واحدهای سالمندی ایالتی هستند. در آمریکا، مدیکر برنامه دولت مرکزی پوشش بیمه ویژه سالمندان را در دو بخش مزایای بیمارستانی و مزایای پزشکی به افراد با سن بالای ۶۵ سال ارائه می دهد. رویکرد به کارگیری شده در مدیکر می تواند جامعترین رویکرد باشد. نقص موجود در پوشش های مدیکر، پوشش ناقص در مراقبت های پیشگیری، عدم پوشش خدمات دندانپزشکی، خدمات تشخیصی و نظارتی می باشد. می توان اذعان کرد که سالمندان آمریکایی با وجود بیمه مدیکر، حدود ۲۲ درصد از درآمد خود را برای هزینه مراقبت های سلامت پرداخت می کنند.

مراقبت های پیشگیرانه

بحران هزینه، مقامات بهداشتی ایالات متحده را به جستجوی راه های جایگزین برای ارتقای سلامت در میان سالمندان سوق می دهد. ابتکار سازمان های مراقبت پاسخگوی پایونیر، که در سال ۲۰۱۱ اعلام شد و شامل ۳۲ سازمان مراقبت های بهداشتی در سراسر کشور است، با هدف بهبود سلامت بیماران مدیر از طریق ارزیابی وضعیت، کنترل فشار خون و دیابت، و بررسی دقیق میزان ایمن سازی و دریافت خدمات پیشگیرانه انجام شد. مراقبت جامع تر برای افراد سالمند نیز در دستور کار برنامه پیری سالم و شبکه تحقیقاتی سالمندی سالم (CDC-HAN)، بخشی از CDC، است. که از نزدیک با اداره مربوط به سالمندی همکاری می کند. برنامه سالمندی سالم داده هایی را در زمینه هایی مانند خدمات پیشگیرانه بالینی برای افراد بین ۵۰ تا ۶۴ سال جمع آوری می کند تا مقامات ایالتی و جوامع محلی بتوانند تعیین کنند که روی کدام حوزه ها تمرکز کنند. کارشناسان مراقبت های بهداشتی ایالات متحده بر نیاز به ترویج سبک زندگی و رفتارهای سالم در مراحل اولیه زندگی تأکید می کنند.

ابتکارات دیگر

کارفرمایان بزرگ بخش خصوصی از طریق برنامه های ترک سیگار، رژیم غذایی و ورزش، سلامتی را در میان کارکنان ترویج می کنند. برخی نیز دوره های سالانه واکسن آنفلوآنزا را برگزار می کنند. شرکت هایی که اغلب برای طرح های بیمه درمانی کارکنان پرداخت می کنند، یک مورد تجاری قوی برای سرمایه گذاری در سلامت نیروی کار دارند.

ابتکارات مراقبت پیشگیرانه و سالمندی سالم

تعهدات سیاستی

سالمندی جمعیت مدتی است که در دستور کار سیاست های ایالات متحده قرار گرفته است. در سال ۱۹۶۵، قانون آمریکایی های سالمند، اداره سالمندی را تأسیس کرد و کمک های بلاعوض را برای برنامه ریزی اجتماعی و خدمات اجتماعی، تحقیق و توسعه، و آموزش پرسنل در زمینه سالمندی تعیین کرد. از طریق برنامه افراد سالم ۲۰۲۰، وزارت بهداشت و خدمات انسانی اهداف ملی ده ساله را تعیین کرده است که شامل اهداف ایمن سازی، مانند پوشش در برابر شرایطی مانند بیماری پنوموکوکی برای ۹۰ درصد از بزرگسالان غیرسازمانی ۶۵ سال و بالاتر است.

موانع مراقبت های پیشگیرانه

محدودیت های تامین مالی

سالمندی جمعیت با کاهش بودجه مراقبت های بهداشتی ایالات متحده همزمان است. فشار شدید سیاسی برای کاهش هزینه های دولت احتمالاً منجر به تغییراتی در برنامه مدیر کشور در سال های آینده خواهد شد. در همین حال، از آنجایی که افراد سالخورده احتمالاً مصرف کنندگان اصلی خدمات بهداشتی هستند (هزینه های بهداشتی برای یک آمریکایی سالمند بین سه تا پنج برابر بیشتر از بیماران جوان تر است)، تغییرات می تواند هزینه های مراقبت های بهداشتی را تا سال ۲۰۳۰ به میزان ۲۵ درصد افزایش دهد.

موانع فرهنگی و رفتاری

همه چالش های سالمندی سالم مالی نیستند. پوشش واکسیناسیون بزرگسالان ایالات متحده بسیار کمتر از اهداف سال ۲۰۲۰ شد. تنها ۶۰ درصد از بزرگسالان ۶۵ سال و بالاتر گزارش کردند که تا به حال واکسیناسیون علیه بیماری پنوموکوک را دریافت کرده اند (در حالی که هدف ۹۰ درصد بود).



انگلستان با موفقیت در مقابله با برخی بیماری ها و افزایش طول عمر شهروندان خود، با موجی از سبک زندگی پیچیده و شرایط مرتبط با سن و همچنین مصرف روبه رشد منابع بهداشتی توسط افراد فرتوت و سالمند مواجه است.

زمینه مراقبت های بهداشتی

عوامل جمعیتی

پیش بینی می شود تا سال ۲۰۵۰ تعداد افراد سالمند به ۱۹ میلیون نفر و تعداد افراد ۸۰ سال و بیشتر تا سال ۲۰۵۰ به ۸ میلیون نفر خواهد رسید.

پوشش مراقبت های بهداشتی

با مراقبت های بهداشتی جهانی، خدمات مراقبت های بهداشتی بریتانیا از طریق NHS ارائه می شود. با این حال، مشکلات مالی عمومی همچنان مانع ارائه مراقبت های بهداشتی می شود تمامی سالمندان انگلستان، دارای پوشش بیمه سالمندی نمی باشند. مدیریت مراقبت های پیشگیرانه سلامت سالمندان در این کشور به صورت ملی انجام می شود و میزان تمرکز این خدمات به صورت منطقه ای و تحت نظارت ملی است.

وضعیت سلامت ملی

بیماری های مزمن، مانند بیماری های قلبی عروقی و سرطان، علت اصلی مرگ و میر در بریتانیا هستند. اگرچه نرخ سیگار کاهش یافته است، اما چاقی بزرگسالان به شدت در حال افزایش است که منجر به افزایش بروز دیابت می شود. در همین حال، شیوع بیماری های مرتبط با سن مانند آلزایمر و پارکینسون نیز در حال افزایش است. انگلستان از سال ۱۹۴۸ میلادی نظام سلامت ملی دارد و خدمات رایگان پزشکی و بیمارستانی به تمام ساکنین کشور ارائه می شود. منابع اصلی تأمین مالی نظام سلامت این کشور از مالیات عمومی است. حدود ۸۳.۵ درصد از هزینه های سلامت از منابع عمومی نظیر مالیات تأمین می شود. علاوه بر این، بخشی از حق بیمه ملی توسط پرداخت های مستقیم مردم و بیماران خصوصی تأمین می کنند.

سیاست گذاری کلان امور سالمندان در انگلستان توسط وزارت بهداشت صورت می گیرد و از نظر ساختار سازمانی، شبکه خدمات طب ملی ویژه سالمندان در زمینه سلامت سالمندان فعالیت می کند. برنامه ریزی در سطح کلان به صورت متمرکز و در سطح منطقه ای و استانی به صورت غیرمتمرکز صورت می گیرد و سازمان ارائه دهنده خدمات بهداشتی و درمانی به سالمندان در انگلستان، شبکه خدمات طب ملی ویژه سالمندان وابسته به نظام طب ملی است. خدمات تحت پوشش برای افراد ۶۵ ساله و بالاتر که مقیم انگلستان هستند، شامل خدمات بهداشتی پیشگیرانه، خدمات مراقبت و کمک در منزل و ارائه خدمت در مراکز آسایشگاهی است، که تحت سرویس سلامت ملی (NHS) ارائه می شود.

مراقبت های پیشگیرانه

ادغام خدمات اجتماعی و مراقبت های بهداشتی تمرکز اصلی برای سیاست گذاران بریتانیا است. خدمات یکپارچه می تواند ابزار قدرتمندی در مراقبت های پیشگیرانه باشد. انگلستان یکی از بهترین سیستم های جمع آوری داده های مراقبت های بهداشتی را در جهان دارد، و وقتی صحبت از واکسیناسیون به میان می آید، به موفقیت برنامه های ایمن سازی کشور (به ویژه در مورد آنفولانزا) می توان اشاره کرد. برخی از شرکت ها با ارائه گزینه های کار انعطاف پذیر و گزینه های کار پاره وقت به فعالیت سالمندان کمک می کنند. حضور کارگران سالمند باعث افزایش فروش و وفاداری مشتریان شده است. شرکت های دیگر سعی می کنند با نگه داشتن کارمندان سالمند در محل کار، کارکنان ماهر را حفظ کنند.

ابتکارات مراقبت پیشگیرانه و سالمندی سالم

تعهدات سیاستی

اصلاحات فعلی NHS تحت قانون مراقبت های بهداشتی و اجتماعی، کنترل مراقبت های بهداشتی را غیرمتمرکز می کند و به پزشکان قدرت بیشتری برای ارائه خدمات به بیماران خود می دهد. با این حال، برخی نگران هستند که یک سیستم محلی تر، استراتژی های ملی را تضعیف کند و پرداختن به بخش های خاص مراقبت، مانند درمان افراد سالمند با شرایط طولانی مدت را دشوارتر کند. در فشار مخارج عمومی، بودجه های دولت محلی احتمالاً بیشترین ضربه را خواهند دید و منابع موجود برای مراقبت های بهداشتی را محدود می کند. به منظور مدیریت هزینه ها و بهبود ارائه مراقبت، سیاست گذاران بریتانیا به فناوری روی آورده اند. دولت قصد دارد از سلامت و مراقبت از راه دور برای بهبود زندگی افرادی که شرایط طولانی مدت و نیازهای مراقبت اجتماعی دارند، استفاده کند. کارآزمایی ها تاکنون ۴۵ درصد کاهش در میزان مرگ و میر، ۲۰ درصد کاهش در پذیرش اضطراری و کاهش ۱۴ درصدی در پذیرش انتخابی را نشان داده اند.

موانع مراقبت های پیشگیرانه

محدودیت های تامین مالی

سرعت سالمندی در بریتانیا نسبت به برخی کشورهای اروپایی کندتر است. با این حال، نسبت بیشتر افراد بسیار سالمند در جمعیت احتمالاً فشار زیادی بر NHS وارد می کند، زیرا طبق بخش بهداشت، میانگین هزینه خدمات بهداشتی بیمارستانی و اجتماعی برای یک فرد ۸۵ ساله تقریباً سه برابر بیشتر از افرادی است که بین ۶۵ تا ۷۴ سال سن دارند.

موانع دیگر

با توجه به افزایش طول عمر شهروندان این کشور، یکی از بزرگترین چالش های بریتانیا دستیابی به افزایش امید به زندگی سالم به طوری که مردم بخش بیشتری از سال های آخر خود را در سلامت خوب سپری کنند. یکی از چالش های بریتانیا این است که مراقبت های بهداشتی و اجتماعی از طریق سیستم های مختلف ارائه و تامین مالی می شوند. مراقبت های بهداشتی دولتی برای همه به صورت رایگان ارائه می شود در حالی که خدمات اجتماعی اینگونه نیست. این سیستم دوگانه می تواند منجر به نابرابری ها، انگیزه های منفک شده، تکرار خدمات یا سردرگمی در مورد اینکه افراد باید توسط پرستاران یا مددکاران اجتماعی مراقبت شوند یا خیر، منجر شود.

جمعیت ایتالیا در حال پیر شدن است و این کشور را مجبور می‌کند تا با جمعیت رو به رشد سالمندان سازگار شود و از طرفی با کاهش شدید نرخ زاد و ولد مواجه است.

زمینه مراقبت های بهداشتی

عوامل جمعیتی:

ایتالیا سومین جمعیت پیر جهان را دارد. تا سال ۲۰۲۲، ۲۴ درصد از جمعیت ایتالیا ۶۵ سال و بیشتر سن داشتند که در مقایسه با موناکو و ژاپن کمتر است.

پوشش مراقبت های بهداشتی

دولت یک سیستم پایه تامین اجتماعی را فراهم می‌کند که شامل مستمري دولتي و دسترسي به خدمات بهداشتی و درمانی است، اما سطح حمایت بسته به منطقه و شرایط فردی می‌تواند متفاوت باشد. در نتیجه، بسیاری از افراد سالمند در ایتالیا برای حمایت و مراقبت به خانواده‌های خود متکی هستند. در دسامبر ۱۹۷۸، ایتالیا یک سیستم مراقبت بهداشتی ملی و جهانی به نام SSN ایجاد کرد. SSN به طور خودکار همه شهروندان ایتالیایی و ساکنان خارجی قانونی را پوشش می‌دهد. طیف کاملی از خدمات مراقبت های بهداشتی را با انتخاب رایگان ارائه دهندگان ارائه می‌دهد.

وضعیت سلامت ملی

تغییرات در تعامل های جمعیتی ایتالیا و رشد سالمندی در جامعه، نظام سلامت ملی را ترغیب کرده تا با در نظر گرفتن تسهیلات مورد نیاز، به ارائه خدمات و حمایت از افراد سالمند در راستای مراقبت بلندمدت بپردازد. امروزه ارائه خدمات اجتماعی بر اساس نیازسنجی و توانایی سنجی انجام می‌شود. در ایتالیا، دو نوع پرداخت خدمات وجود دارد. یکی در سطح ملی تامین می‌شود، و دیگری در سطح محلی. دولت ملی تحت عنوان "مقرری همراه" یک سری خدمات جهت همه افراد بسیار ناتوان بدون توجه به سن افراد تامین منابع کرده و این خدمات ارتباطی با توزیع توانایی سنجی ندارد. همچنین یکی دیگر از خدمات توسط مسئولین بهداشت محلی بر اساس نیازهای منطقه‌ای و میزان معافیت مالیات عمومی به صورت محلی تامین می‌شود.

خدمات سلامت ملی ایتالیا توسط مسئول سلامت محلی مدیریت و برنامه‌ریزی می‌شود. بخش خصوصی نیز نقش مهمی در ارائه خدمات عامه سلامت دارد و ۴۰ درصد از هزینه‌های این بخش در نظام سلامت ملی ایتالیا به عهده بخش خصوصی است. با گذر زمان، امور برنامه‌ریزی و مدیریت مراقب سلامت از سطح مرکزی به سطح محلی تفویض شده است. ارائه خدمات در منزل با مراقبت یکپارچه در منزل یا مکان‌های مسکونی مانند قرارگاه‌ها صورت می‌گیرد. خدمات اجتماعی فردی یا به عبارت دیگر، مراقبت شخصی و خانگی در محیط منزل و مکان‌های مسکونی ارائه می‌شود. هر دو به روش قدیمی در سطح ملی توسط شهرداری‌ها هماهنگی و مدیریت می‌شوند. مراقبت بلندمدت توسط ارائه‌دهندگان خدمات مراقبت اجتماعی فردی و سالمی از هر گروه دولتی و خصوصی به صورت توافقی ارائه می‌شود. بیشتر سالمندان به مراقبان غیررسمی که هم مراقبت خانگی و هم مراقبت فردی ارائه می‌دهند، تکیه می‌کنند. نزدیک به ۵۰ درصد از خانواده‌هایی که دارای عضوی با سن ۶۵ سال یا بالاتر هستند، توسط بستگان خود و ۱۱.۷ درصد توسط همسایگان، دوستان و مراقبین داوطلب مراقبت دریافت می‌کنند.



عوامل اقتصادی، فرهنگی و منطقه ای در چین حاکی از آن است که تغییر شکل سیستم های مراقبت های بهداشتی کشور برای سازگاری با جمعیت سالخورده آسان نیست، به ویژه از آنجا که این سیستم ها برای مبارزه با بیماری های حاد و عفونی طراحی شده اند.

زمینه مراقبت های بهداشتی

عوامل جمعیتی:

در سال ۲۰۰۰ فقط ۹۰ میلیون نفر در چین بالای ۶۵ سال سن داشتند که حدود ۷ درصد از کل جمعیت را تشکیل می دهند. پیش بینی می شود که این رقم تا سال ۲۰۵۰ بسیار فراتر رود. تقریباً معادل کل جمعیت ایالات متحده و حدود ۲۲٪ از کل جمعیت چین خواهد شد.

پوشش مراقبت های بهداشتی

طبق اصل ۴۵ قانون اساسی، همه شهروندان سالمند، بیمار یا معلول حق دارند از کمک های مادی دولت و جامعه بهره مند شوند. برای تحقق این وعده، چین تلاش می کند تا سیستم های بیمه پزشکی را احیا و اصلاحات اساسی بیمه سلامت اجتماعی را اجرا کند.

وضعیت سلامت ملی

چین با افزایش شدید ابتلا به بیماری های غیر عفونی مانند بیماری های قلبی عروقی، دیابت، بیماری های مزمن انسدادی ریه و سرطان ریه مواجه است. اکنون بیش از ۸۰ درصد از ۱۰.۳ میلیون مرگ و میر سالانه کشور را تشکیل می دهند. افزایش بی تحرکی فیزیکی (به ویژه در شهرها) و تغییر رژیم های غذایی سنتی (که دارای چربی و شکر کم هستند) به مصرف فست فودها و نوشیدنی های شیرین، یک اپیدمی چاقی، ایجاد کرده است. با افزایش سن جمعیت، سیستم های مراقبت های بهداشتی تحت فشار فزاینده ای قرار خواهند گرفت. از طرفی بیماری عفونی همچنان در حال افزایش است. کشور برای مقابله با این چالش ها تلاش می کند. کل هزینه های مراقبت های بهداشتی در چین در سال ۲۰۱۱ معادل ۵.۲ درصد تولید ناخالص داخلی یا ۲۷۷ دلار آمریکا به ازای هر نفر بوده است که تا سال ۲۰۱۶ به ۵.۹ درصد افزایش یافته است. با هزینه های مراکز شهری تقریباً چهار برابر بیشتر از مناطق روستایی، شکاف مراقبت های بهداشتی منطقه ای چین در حال افزایش است.

مراقبت های پیشگیرانه

برخی از شهرهای چین برنامه های نوآورانه ای برای سالمندی سالم ارائه کرده اند. شانگهای مراکز حمایت اجتماعی برای بیماران سرطانی و برنامه های ایمن سازی ایجاد کرده است، در حالی که آژانس های شهری با مقامات ورزشی در ترویج فعالیت های بدنی و همچنین با گروه های آموزشی برای کمک به افراد سالمند برای یادگیری نقاشی یا آموزش پیانو همکاری می کنند. شانگهای همچنین در حال بررسی مقرون به صرفه بودن واکسیناسیون رایگان برای افراد سالمند در مقایسه با درمان آنها پس از بیماری است.

ابتکارات مراقبت پیشگیرانه و سالمندی سالم

تمهذات سیاستی

در سال های اخیر دولت بر پیشگیری از بیماری های مزمن و ارائه مراقبت های طولانی مدت برای سالمندان تمرکز کرده است. با افزایش شبکه های بهداشتی اجتماعی در مناطق شهری و روستایی، ایجاد مراکز بهداشتی اولیه و افزایش تعداد و مهارت های پرسنل مراقبت های بهداشتی، به ویژه در مناطق فقیر کشور مانند تبت تلاش کرده است تا دامنه این سیستم را - از جمله در میان سالمندان - گسترش دهد. چین با تغییر سیستم های پرداخت خصوصی شده که در جریان اصلاحات بازار در دهه ۱۹۸۰ پدیدار شد، سیستم های بیمه سلامت اجتماعی مانند بیمه پزشکی مبتنی بر کارمندان شهری و طرح پزشکی تعاونی روستایی را توسعه داده است. بیمه درمانی اخیراً به افراد دارای بیمه اجتماعی بالای ۶۰ سال اعم از شاغل یا غیر شاغل تعمیم داده شده است.

موانع مراقبت های پیشگیرانه

محدودیت های تامین مالی

اگرچه مقامات شهرهای ثروتمندتر در ترویج سالمندی سالم پیشرفت کرده اند، اما تغییرات منطقه ای همچنان ادامه دارد. در برخی از مناطق روستایی، اولویت دولت محلی، توسعه اقتصادی است و تمایل کمتری به تامین مالی برنامه هایی مانند ترویج فعالیت های فیزیکی یا نظارت بر فشار خون دارند. در مورد پیشگیری اختلافات زیادی (در سیاست دولت) وجود دارد.

موانع فرهنگی و رفتاری

موفقیت سیاست تک فرزندی چین به این معنی است که این کشور افراد کمی خواهد داشت تا از جمعیت سالخورده خود مراقبت کنند. در همین حال، موانع فرهنگی اغلب اجرای مراقبت های پیشگیرانه را تضعیف می کند. علاوه بر خرید برخی غذاها یا داروهای سنتی چینی، افراد سالمند تمایلی به پرداخت هزینه خدمات بهداشتی پیشگیرانه ندارند و به هشدارهای بهداشتی مانند ارتباط بین مصرف نمک و فشار خون بالا توجه نمی کنند. بسیاری از چینی ها نمی پذیرند که خود یا بستگانشان دچار بیماری روانی یا دچار زوال عقل هستند. علاوه بر این، شیوع استعمال دخانیات یکی از بالاترین مصرف در جهان است: ۵۴ درصد از مردان ۱۵ تا ۶۹ ساله در چین سیگاری هستند.

موانع دیگر

علیرغم هزینه های دولت برای بیمارستان ها و کلینیک های جدید، شهروندان سالخورده هنوز منتظر درمان طولانی هستند. چین همچنین فاقد کارکنان مراقبت های بهداشتی، به ویژه پزشکان و پرستاران محلی است که در زمینه مدیریت بیمار و مراقبت های پیشگیرانه آموزش دیده اند. این کشور خانه های سالمندان کمی دارد و اگرچه دولت افراد سالمند را تشویق می کند تا با خانواده خود زندگی کنند، پرستاران اجتماعی و مددکاران اجتماعی بیشتری برای حمایت از این سیاست مورد نیاز خواهند بود.



افزایش طول عمر یک موفقیت در برزیل است. با این حال، تا اواسط دهه ۲۰۴۰، برزیل به اندازه جمعیت سالمند پیرترین کشور جهان (ژاپن) جمعیت سالمندی خواهد داشت.

زمینه مراقبت های بهداشتی

عوامل جمعیتی

جمعیت برزیل به سرعت در حال پیر شدن است. میانگین امید به زندگی ۷۳ سال است و نرخ باروری در نتیجه شهرنشینی سریع و آرزوهای فردی برای رشد ثروت به زیر سطح جایگزینی کاهش یافته است. انتظار می رود نسبت جمعیت ۶۰ ساله و بالاتر به ۲۲ درصد در سال ۲۰۲۵ برسد.

پوشش مراقبت های بهداشتی

برزیل در سال ۱۹۸۸ یک سیاست مراقبت جهانی را اتخاذ کرد و قانون اساسی سلامت را به عنوان یک حق اساسی شهروند به رسمیت می شناسد. اما اگرچه سیستم واحد مراقبت های بهداشتی عمومی کشور، به ۷۵ درصد جمعیت می رسد، تنها ۴۷ درصد از کل هزینه های مراقبت های بهداشتی، دولتی است. تقریباً یک چهارم جمعیت به برنامه های بیمه دوسوم هزینه های مراقبت های بهداشتی خصوصی متکی هستند و تقریباً توسط خود فرد پرداخت می شود.

وضعیت سلامت ملی

در سال ۲۰۱۱، هزینه های مراقبت های بهداشتی برزیل معادل ۹.۱ درصد از تولید ناخالص داخلی بود، اگرچه از آنجایی که هزینه ها شامل مواردی مانند بهداشت عمومی و سیستم آب و فاضلاب است، این هزینه مستقیماً با سایر کشورها قابل مقایسه نیست. با این حال، گام های فوق العاده در افزایش میانگین امید به زندگی در برزیل برداشته شد که منجر به افزایش شیوع بیماری های مزمن همراه شد. افزایش شدید ناتوانی ها، وابستگی، بستری و عفونت ها در بیمارستان، بودجه های ملی را تحت فشار قرار می دهد، چاقی یک مشکل رو به رشد است که با افزایش سن جمعیت، چالش های جدی سلامتی را به همراه خواهد داشت.

ابتکارات مراقبت پیشگیرانه و پیری سالم

تعهدات سیاستی

چالش های بهداشتی ناشی از جمعیت سالخورده برزیل قابل توجه است، اما این کشور در ایجاد زیرساخت های قانونی مورد نیاز برای ترویج پیری سالم پیشرفت کرده است. قوانینی مانند سیاست ملی برای سالمندان (۱۹۹۴) و قانون افراد سالمند (۲۰۰۳) از طریق وزارت بهداشت اداره می شوند.

مراقبت های پیشگیرانه

کمپین های آگاهی عمومی بخش مهمی از استراتژی های مراقبت های پیشگیرانه در برزیل است و به این کشور کمک کرده است تا با واکسیناسیون بزرگسالان به موفقیت قابل توجهی دست یابد. اگرچه آمارها برای شرایطی مانند ذات الریه کمتر قابل توجه هستند، تقریباً ۹۰٪ از افراد ۶۰ ساله یا بیشتر در برابر آنفولانزا واکسینه می شوند که به برزیل یکی از بالاترین نرخ های ایمن سازی در جهان را می دهد. بخشی از این موفقیت به ترجیحات فرهنگی نسبت داده میشود.

به طور گسترده تر، استراتژی سلامت خانواده، که مراقبت های بهداشتی اولیه را برای حدود ۴۰ درصد از جمعیت ارائه می کند، بر افزایش دسترسی به مراقبت های اولیه و افزایش آگاهی در مورد بیماری های مزمن تمرکز دارد. بهبود دسترسی به مراقبت های اولیه و کنترل موفقیت آمیز دخانیات یکی از عوامل اصلی کاهش میانگین سالانه ۱.۸ درصدی نرخ مرگومیر طبق سن استاندارد از سال ۱۹۹۶ بوده است.

دستورالعمل های خط مشی اولویت هایی مانند ارتقای سالمندی سالم و حفظ توانایی های عملکردی، آموزش متخصصان مراقبت های تخصصی و توسعه مراقبت های غیررسمی را تعیین می کنند. برای حمایت از این سیاست ها، سیستم مراقبت های بهداشتی داروها، پروتزها و خدمات توانبخشی رایگان را برای سالمندان، به ویژه آنهایی که داروی طولانی مدت مصرف می کنند (برای بیماری هایی مانند فشار خون بالا و دیابت) ارائه می دهد. شرکت های بیمه سلامت مجاز به اعمال تبعیض یا دریافت نرخ های بالاتر از افراد سالمند نیستند.

موانع مراقبت های پیشگیرانه

محدودیت های بودجه و منابع سیستم مراقبت های بهداشتی برزیل برای تقویت ظرفیت مراقبت های اولیه و اجتماعی به منظور پاسخگویی به خواسته های بهداشتی شهروندان سالمند نیاز به اصلاح دارد. علاوه بر این، کمبود متخصصان سالمندی نیز وجود دارد.

موانع فرهنگی و رفتاری

شکاف گسترده بین غنی و فقیر پیامدهایی بر توانایی برزیل در ارتقای مراقبت های پیشگیرانه، به ویژه در جلوگیری از تبدیل شدن چاقی به یک تهدید بزرگ در میان شهروندان سالمند دارد. همه نمی توانند برای استفاده از امکانات ورزشی پول پرداخت کنند، در حالی که ارزان ترین غذاها بخشی از "رژیم غذایی سفید" هستند - شکر، برنج، فلفل قرمز و الکل. اکثر برزیلی های دارای اضافه وزن از گروه هایی هستند که از نظر اجتماعی-اقتصادی و تحصیلی محروم هستند.



هند برای مقابله با چالش های بیماری های واگیر و غیرواگیر به سیاست جامع و تغییر جهت گیری سیستم سلامت از مرکز بهداشت اولیه تا بیمارستان های تخصصی در مراقبت از سالمندان نیاز دارد. اما در حال حاضر، یک خلا کامل وجود دارد.

زمینه مراقبت های بهداشتی

عوامل جمعیتی

جمعیت هند در حال گذار شگرفی است. انتظار می رود نسبت افراد سالمند در ۳۰ سال آینده سه تا چهار برابر افزایش یابد. حتی برآوردهای محافظه کارانه پیش بینی می کنند که تعداد افراد ۶۰ سال و بالاتر تا سال ۲۰۵۰ به ۳۲۳ میلیون نفر خواهد رسید. در حالی که افراد ۶۰ ساله ۲۰٪ از جمعیت را تشکیل می دهند.

پوشش مراقبت های بهداشتی

در حال حاضر هیچ سیستم تامین اجتماعی در هند وجود ندارد. فقط کارمندان بازنشسته دولتی مستمری دولتی دریافت می کنند و بیمه سلامت دولتی و بخش خصوصی تنها ۱۱ درصد از جمعیت را پوشش می دهد.

وضعیت سلامت ملی

اگرچه هند همچنان در تلاش برای کاهش مرگ و میر کودکان و نوزادان است، اما اکنون هند با افزایش شدید نسبت افراد سالمند در جمعیت خود مواجه است. این امر منجر به افزایش نرخ بیماری های مزمن مانند سرطان ریه و دیابت می شود که اغلب ناشی از شهرنشینی سریع و شیوه های زندگی ناسالم است. علاوه بر این، بیماری مزمن در هند زودتر شروع می شود. در حالی که در کشورهای توسعه یافته میانگین سن شروع بیماری های غیر عفونی ۵۵ سال یا بیشتر است. بدون هیچ گونه مزایای مراقبت های بهداشتی یا بازنشستگی برای بزرگسالان و جمعیت سالمند، هزینه های مراقبت های بهداشتی خصوصی بیش از ۷۰ درصد از کل هزینه های بهداشتی کشور را تشکیل می دهد. بیشتر این هزینه توسط مردم پرداخت می شود.

مراقبت های پیشگیرانه

بنیاد بهداشت عمومی هند و وزارت بهداشت و رفاه خانواده یک وب سایت Healthy India راه اندازی کردند که علاوه بر ترویج پیری سالم و مراقبت های پیشگیرانه، چالش های سالمندی را برجسته می کند. اگرچه چنین ابتکاراتی به منظور آموزش است، اقدامات مراقبت پیشگیرانه که افراد سالمند یا جمعیت عمومی را هدف قرار می دهد، بسیار کم اجرا شده است. به عنوان مثال، واکسیناسیون کودکان و جمعیت مادر را هدف قرار می دهد، اما سالمندان را به صورت جزئی پوشش می دهد.

ابتکارات مراقبت پیشگیرانه و سالمندی سالم

تعهدات سیاستی

تنها در دهه ۱۹۹۰ بود که سیاست های بهداشتی و اجتماعی برای سالمندان در هند اعلام شد. سیاست ملی برای افراد سالمند (NPOP) و ابتکار ملی در مورد مراقبت از سالمندان در سال ۱۹۹۹ تدوین شد. از سال ۲۰۰۷، قانون نگهداری و رفاه والدین و شهروندان سالمند به این معنی است که افرادی که از والدین خود مراقبت نمی کنند، قابل پیگرد قانونی هستند.

موانع مراقبت های پیشگیرانه

محدودیت های تامین مالی

با توجه به منابع مالی بیش از حد کشور و دیگر اولویت های مبرم، دولت هند در ارائه حتی مراقبت های اولیه بهداشتی برای بسیاری از شهروندان خود با مشکل مواجه بوده است و بودجه کمی برای مراقبت های پیشگیرانه برای جمعیت سالخورده در نظر گرفته شده است. در نتیجه، سالمندان این کشور اغلب به دلیل شرایط قابل پیشگیری مانند آسم، برونشیت و ذات الریه جان خود را از دست می دهند. اکثر سیاست های مربوط به مراقبت های بهداشتی سالمندان که تاکنون توسط دولت اعلام شده است، بیانیه هایی هستند که هیچ بودجه ای دریافت نمی کنند. هیچ اداره دولتی مسئول اجرای NPOP نیست و بودجه ای به آن اختصاص نمی یابد. خدمات مراقبت های بهداشتی بخش خصوصی در حال افزایش است. با این حال، تعداد کمی می توانند این هزینه ها را بپردازند، و جوامع کم درآمد عموماً به پزشکان خصوصی محلی وابسته هستند، که به ندرت برای مقابله با برخورد با بیماری های غیر عفونی مجهز هستند. به عنوان یک اولویت در سیاست، برنامه ریزان سلامت همچنان به مرگ و میر نوزادان و مادران، تنظیم خانواده و زایمان ایمن که سهم عمده زیرساخت های بهداشتی و منابع مالی را به خود اختصاص می دهد، توجه دارند.

موانع فرهنگی و رفتاری

ترکیبی از شهرنشینی هند، افزایش تحرک در میان جوانان، کاهش نرخ باروری و تعداد فزاینده زنان در نیروی کار به این معنی است که حمایت خانواده از سالمندان کاهش خواهد یافت. در همین حال، بسیاری از جمعیت سالمند در مناطق روستایی فقیر زندگی می کنند، جایی که دسترسی به مراقبت های بهداشتی محدود است و مراقبت های طولانی مدت وجود ندارد، مگر در مواردی که به طور غیررسمی توسط اعضای خانواده ارائه می شود.

موانع دیگر

هند کسری منابع انسانی زیادی در بخش مراقبت های بهداشتی دارد. این کشور کمتر از نیمی از معیارهای WHO را دارد که ۲۵ پزشک و پرستار در هر ۱۰۰۰۰ نفر است. در مراکز بهداشتی اولیه یا سطح اولیه مراقبت، یافتن کسی که بتواند بیماری های غیرواگیر یا مراقبت های سالمندان را مدیریت کند، دشوار است. خدمات مراقبت های پایان عمر هند ضعیف است. برای مثال دسترسی به مورفین بسیار محدود است و حتی در بیمارستان های بزرگ سرطان شناسی، تعداد کمی از کارکنان برای تجویز مسکن آموزش دیده اند.



سیستم بهداشت و درمان دولتی روسیه به هم ریخته است. سازمان بهداشت جهانی مراقبت های پزشکی روسیه را در رتبه ۱۳۰ در جهان قرار داده است. کمبود بودجه با واکنش کند این کشور به تغییرات جمعیتی و کاهش امید به زندگی و همچنین انگیزه شخصی بسیار پایین در بین شهروندان روسیه برای مسئولیت سلامت خود تشدید شده است. چنین عواملی طراحی مجدد سیستم مراقبت های بهداشتی را برای ارتقای طول عمر و پیری سالم دشوار می کند.

پوشش مراقبت های بهداشتی

ماده ۴۱ قانون اساسی از حق جهانی شهروندان روسیه برای مراقبت های بهداشتی با ارائه خدمات اساسی جهانی و رایگان حمایت می کند. در سال ۱۹۹۳ کشور سیستم ملی بیمه پزشکی اجباری را تصویب کرد و مسئولیت مراقبت های بهداشتی را به غیرمتمرکز کرد. نتیجه یک سیستم بیمه ای ناکارآمد و پیچیده است که قادر به پاسخگویی به نیازهای درمانی مردم نیست.

زمینه مراقبت های بهداشتی

عوامل جمعیتی

در سال ۲۰۲۲، حدود ۱۷.۷ درصد از جمعیت روسیه در گروه ۱۴-۰ سال، ۶۶.۵ درصد در گروه سنی ۱۵-۶۴ سال و ۱۵.۸ درصد افراد بالای ۶۵ سال قرار داشتند. ر سال ۲۰۲۱، زنان روسی نزدیک به ۱۰ سال بیشتر از مردان عمر کردند.

وضعیت سلامت ملی

با افزایش جمعیت سالخورده، روسیه گام های مثبتی در جهت اصلاح خدمات برای افراد سالمند برداشته است. در سال ۲۰۱۳، روسیه قانونی را تصویب کرد تا اطمینان حاصل شود که افراد سالمند به طیف وسیع تری از خدمات خانگی دسترسی دارند. خدمات می تواند شامل کمک های پشتیبانی شخصی مانند تحویل مواد غذایی، پرداخت قبوض، تهیه غذا، بهداشت شخصی یا خدمات پزشکی، خدمات اضطراری یا خدمات سلامت روان باشد. این قانون که در سال ۲۰۱۵ لازم الاجرا شد، می گوید که خدمات باید متناسب با نیازهای افراد با هدف توانمند ساختن افراد سالمند "در یک محیط زندگی آشنا و مثبت" تنظیم شود. بر اساس این قانون، تامین مالی و ارائه خدمات خانگی بر عهده دولت های منطقه است. کارشناسان و مدافعان می گویند که بودجه اغلب برای پوشش نیاز واقعی به خدمات خانگی ناکافی است و قانون ۲۰۱۳ را بی اثر می کند. بیمه خصوصی در روسیه توسعه نیافته است و هزینه های خصوصی عمدتاً توسط خود افراد پرداخت می شود.

مراقبت های پیشگیرانه

اصلاحات بهداشتی اجرا شده از سال ۱۹۹۱ به منظور کاهش نابرابری در دسترسی به مراقبت های بهداشتی و بهبود زیرساخت ها کار می کند. اما سیاستگذاران به جای اقدامات پیشگیرانه که محدود باقی مانده است، بر خدمات پزشکی تمرکز کرده اند. پروژه Zdorovie بر مراقبت های بهداشتی اولیه، ارائه مراقبت های پزشکی با فناوری پیشرفته و ایمن سازی در برابر بیماری های عفونی مانند هپاتیت و HIV/AIDS تمرکز دارد.

ابتکارات مراقبت پیشگیرانه و سالمندی سالم

تعهدات سیاستی

قانون ۱۹۹۳ در مورد حمایت از سلامت شهروندان فدراسیون روسیه شامل قوانین مربوط به پیشگیری از بیماری و ارتقای سلامت است. در سال ۲۰۰۶، پروژه ملی بهداشت "Zdorovie" بودجه ای را از بودجه فدرال به مراقبت های بهداشتی با تاکید بر ترویج سبک زندگی سالم تر اختصاص داد.

موانع مراقبت های پیشگیرانه

محدودیت های تامین مالی

بودجه روسیه برای درمان بیماری ناکافی است و بودجه کمی به مراقبت های پیشگیرانه اختصاص می یابد. پزشکان انگیزه ای برای ارائه اقدامات پیشگیرانه ندارند، زیرا پرداخت های بیمه، ویزیت بیماران را به جای پیامدهای سالم پوشش می دهد. سیستم جدیدی که در سال ۲۰۱۰ اجرا شد، کارفرمایان را ملزم به افزایش مشارکت در صندوق بازنشستگی و همچنین سایر صندوق های تامین اجتماعی می کرد، اما در سال ۲۰۱۲ پس از اینکه رئیس جمهور وقت، دیمیتری مدودف، تشخیص داد که این پرداخت ها به محیط کسب و کار کشور آسیب می زند، کمک ها کاهش یافت.

موانع فرهنگی و رفتاری

قشر بندی اجتماعی در روسیه در سال های اخیر با افزایش شکاف بین شهرهای ثروتمند و مناطق روستایی فقیر تشدید شده است. از آنجایی که جوانان به دنبال کار در مراکز شهری بوده اند، نسبت افراد سالمند در مناطق روستایی افزایش یافته است.

موانع دیگر

پروژه Zdorovie به جای اقدامات پیشگیرانه بر معاینات بهداشتی متمرکز شده است. کمبود متخصصان زنان و زایمان، متخصصان سالمندی و مددکاران اجتماعی وجود دارد و پزشکان سیستم دولتی به طور کلی آموزش های لازم را نداشته و بیمارستان ها اغلب به نوسازی نیاز دارند.



آفریقای جنوبی منابع کم مراقبت های بهداشتی دارد و اپیدمی HIV/AIDS، ارائه خدمات بهداشتی به سالمندان را به حاشیه رانده شده است. سیستم بهداشت مادر و کودک و همچنین نیازهای مراقبت بهداشتی جوانان در اولویت می باشند و منابع کمی برای افراد سالمند به خصوص در مناطق روستایی عرضه می شود.

زمینه مراقبت های بهداشتی

عوامل جمعیتی

امید به زندگی در آفریقای جنوبی به طور قابل توجهی پایین است و به طور متوسط در سال ۲۰۱۶ به ۵۰ سال بود. امید به زندگی نسبتاً پایین یکی از دلایلی است که دولت تلاش های مراقبت های بهداشتی را بر روی جمعیت جوان متمرکز می کند.

پوشش مراقبت های بهداشتی

سیستم بهداشت عمومی ۸۰ درصد از جمعیت آفریقای جنوبی را پوشش می دهد. یک برنامه بازنشستگی اجتماعی به ذینفعان امکان دسترسی به درمان رایگان در مراکز بهداشتی عمومی و مراکز مراقبت مسکونی با یارانه دولتی را در صورت امکان می دهد.

وضعیت سلامت ملی

آفریقای جنوبی در حال مبارزه با مجموعه ای از بیماری های عفونی مانند مالاریا، سل و (با تأخیر) بیماری همه گیر HIV/AIDS است که به کاهش جمعیت در سال های آینده کمک خواهد کرد. بیماری های غیر عفونی مانند دیابت، سرطان و بیماری های ریوی حدود ۳۰ درصد از بار بیماری های کشور را تشکیل می دهند. دولت منابعی را برای مقابله با این چالش ها اختصاص می دهد.

مراقبت های پیشگیرانه

اصلاحات مراقبت های بهداشتی شامل تغییر به سمت مراقبت های پیشگیرانه است. آنها با گسترش تعداد کلینیک ها و ارائه تجهیزات جدید به کلینیک های موجود، دسترسی به کلینیک و سلامت جامعه را افزایش داده اند. وزارت بهداشت با مشارکت سازمان های غیر دولتی برنامه ای را برای ترویج سبک زندگی سالم و مدیریت بیماری های غیر عفونی اجرا می کند. اقدامات شامل آموزش کارکنان بهداشت جامعه برای ارائه مطالب آموزشی به ساکنان محلی و ایجاد اهداف بهداشتی برای افراد است که سپس می توانند شرایط خود را با کمک یک گروه حمایتی مبتنی بر جامعه مدیریت کنند. به عنوان بخشی از چشم انداز ۲۰۲۰: حق بینایی: پیشگیری کمپین نابینایی، یک برنامه جراحی آب مروارید با همکاری کمیته های ملی، استانی و ولسوالی در حال اجرا است. افراد سالمند از نظر مشکلات چشمی در مراکز جمع آوری مستمری و خانه های سالمندان غربالگری می شوند و می توان آنها را برای ارزیابی حدت بینایی و جراحی احتمالی به متخصصان ارجاع داد. با این حال، چنین برنامه هایی در آفریقای جنوبی نادر است و نیاز به توجه به سلامت سالمندان است.

ابتکارات مراقبت پیشگیرانه و سالمندی سالم

تعهدات سیاستی

از سال ۱۹۹۴ اصلاحات بهداشتی آفریقای جنوبی بر ارائه مراقبت های اولیه به بخش هایی از جمعیت که زمانی محروم بودند متمرکز شده است. اما چنین خدمات اختصاصی برای افراد سالمند وجود ندارد. به عنوان بخشی از طرحی برای نوسازی خدمات بهداشتی عالی، توسعه مراقبت های سالمندان به عنوان یکی از مناطقی که نیاز به گسترش فوری دارد، مشخص شد.

موانع مراقبت های پیشگیرانه

محدودیت های تامین مالی

افزایش شیوع بیماری های مزمن و ناتوانی مستلزم سرمایه گذاری در خدمات مراقبت های بهداشتی مرتبط و همچنین مراقبت های بلندمدت و خدمات حمایتی جامعه است. شهروندان فقیر کشور برای بازنشستگی، مراقبت های بهداشتی و خدمات اجتماعی به دولت متکی هستند. با افزایش سن جمعیت، بار مالی دولت به طور چشمگیری افزایش خواهد یافت. در آفریقای جنوبی، افزایش جمعیت سالمند با بدترین اثرات اپیدمی HIV/AIDS همزمان شده است. این امر باعث شده است که مقامات بهداشت و درمان منابع مالی کمی برای اختصاص به مراقبت های پیشگیرانه از سالمندان داشته باشند.

موانع دیگر

چالش های جمعیتی به دلیل تاریخ سیاسی آفریقای جنوبی تشدید شده است. جمعیت زیادی از افراد سالمند سیاه پوست (که تقریباً ۶۳ درصد از گروه بالای ۶۰ سال را تشکیل می دهند) که در طول زندگی خود در معرض آسیب بوده اند، در سنین سالمندی از عوارض این امر رنج می برند. تمرکز بر بیماری هایی مانند HIV/AIDS به این معنی است که مراقبت های پیشگیرانه معمولاً جوانان را هدف قرار می دهد. به افراد سالمند اطلاعات کمی در مورد سالمندی سالم یا اقدامات پیشگیرانه داده می شود و باید برای دریافت خدمات با تمام گروه های سنی دیگر رقابت کنند. کمبود متخصصان سلامت کشور که برای رفع نیازهای پزشکی سالمندان مجهز هستند، این مشکل را تشدید می کند. خدمات مراقبت های بهداشتی که برای افراد سالمند مدنظر می باشد و همچنین تحقیق، آموزش و آموزش در سالمندان، توجه اندکی را به خود جلب کرده است. در مناطق روستایی - جایی که زیرساخت های توسعه نیافته وجود دارد، فواصل زیاد بین جوامع و نزدیک ترین مرکز مراقبت های بهداشتی بیمارستانی و فقدان گزینه های حمل و نقل مقرون به صرفه وجود دارد - افراد سالمند تنها زمانی به دنبال مراقبت هستند که وضعیتشان بحرانی است. فقدان منابع دارویی کافی همچنین به این معنی است که بیماران اغلب برای شرایط مزمن بدون درمان پزشکی می باشند.

سوئد

سالمندان سوئدی دارای پوشش بیمه سالمندی هستند. مدیریت مراقبت‌های پیشگیرانه سلامت سالمندان در این کشور به صورت ملی انجام می‌شود و میزان تمرکز این خدمات به صورت منطقه‌ای بوده و تحت نظارت دولتی است. سیاست‌گذاری کلان امور سالمندان در سوئد توسط شورای استان (وزارت سلامت و امور اجتماعی) صورت می‌گیرد و از نظر ساختار سازمانی، شهرداری در زمینه سلامت سالمندان فعالیت می‌کند. برنامه‌ریزی در سطح کلان به صورت متمرکز و در سطح منطقه‌ای و استانی به صورت غیرمتمرکز انجام می‌شود و سازمان‌های ارائه‌دهنده خدمات بهداشتی و درمانی به سالمندان در سوئد، شورای شهرداری است.

خدمات تحت پوشش برای افراد ۶۵ ساله و بالاتر که مقیم سوئد هستند، شامل خدمات بهداشتی پیشگیرانه، خدمات مراقبت و کمک در منزل و ارائه خدمات در مراکز آسایشگاهی است. منابع مالی این خدمات از طریق مالیات، حق بیمه و پرداخت‌های متناسب با درآمد سالمندان تأمین می‌شود. نظارت بر سازمان‌ها و نهادهای ارائه‌دهنده خدمات بهداشتی و درمانی به سالمندان در سوئد توسط انجمن بهداشت و رفاه اجتماعی انجام می‌شود.

کره جنوبی

سالمندان کره‌ای دارای پوشش بیمه سالمندی می‌باشند. مدیریت مراقبت‌های پیشگیرانه سلامت سالمندان در این کشور به صورت ملی صورت می‌پذیرد و تمرکز این خدمات به صورت ملی منطقه‌ای است و تحت نظارت وزارت بهداشت و رفاه قرار دارد. سیاست‌گذاری کلان امور سالمندان در کره جنوبی توسط وزارت بهداشت و رفاه صورت می‌گیرد. از نظر ساختار سازمانی، بخش بهداشت و رفاه سالمندان در زمینه بهداشت سالمندان فعالیت می‌کند. برنامه‌ریزی در سطح کلان به صورت متمرکز و در سطح منطقه‌ای و استانی به صورت غیرمتمرکز صورت می‌گیرد و سازمان ارائه‌دهنده خدمات بهداشتی و درمانی به سالمندان در کره جنوبی، وزارت بهداشت و رفاه و بخش خصوصی می‌باشند.

خدمات تحت پوشش برای افراد ۶۵ ساله و بالاتر که مقیم کره جنوبی هستند، شامل خدمات بهداشتی پیشگیرانه و خدمات در مراکز اقامتی می‌شود. منابع مالی آن از طریق مالیات، حق بیمه و مشارکت سالمندان در پرداخت هزینه کمک در منزل، مراکز مراقبت روزانه و مراکز اقامت کوتاه‌مدت تأمین می‌شود. نظارت بر سازمان‌ها و نهادهای ارائه‌دهنده خدمات بهداشتی و درمانی به سالمندان در کره جنوبی توسط وزارت سلامت و رفاه انجام می‌شود.

پوشش همگانی سلامت برای تمام مردم در این کشور فراهم است. مردم حق بیمه ماهانه را به حساب صندوق ذخیره پزشکی پرداخت می‌کنند که حدود ۷ تا ۹ درصد از درآمد و دستمزد ماهانه آن‌ها را تشکیل می‌دهد. در مقابل، هزینه‌های بیمارستان و جراحی و گاهی اوقات هزینه‌های خدمات سرپایی نیز از این منبع پرداخت می‌شود. برنامه سپر پزشکی برنامه مکملی برای برنامه ذخیره پزشکی است و مردم می‌توانند با پرداخت حق بیمه از پوشش خدمات آن بهره‌مند شوند. در نهایت، دولت از بودجه صندوق پزشکی برای کمک به افراد بی‌اعتبار که برنامه‌های ذخیره پزشکی و سپر پزشکی پاسخگوی هزینه‌های پزشکی آن‌ها نیست استفاده می‌کند.

مطالعه تطبیقی وضعیت سلامت سالمندی در ایران و جهان

تحولات جمعیتی نشان می‌دهد که ایران در دهه‌های آتی با افزایش سریع جمعیت سالمند مواجه خواهد شد. در حال حاضر، عوامل گوناگونی همچون عدم وجود قوانین کامل برای حمایت و تنظیم امور سالمندان، نبود زیرساخت‌های کافی برای تأمین اجتماعی، افزایش هزینه‌های مرتبط با سلامت سالمندان، عدم پوشش کامل بیمه‌های بهداشتی، کمبود نیروی انسانی متخصص و عدم تناسب زیرساخت‌های شهری از جمله معابر و وسایل حمل‌ونقل عمومی با نیازهای سالمندان، در عدم وجود یک پشتوانه مناسب برای زندگی سالمندان به وجود آمده و در صورت نگه‌داری توسط خانواده، فشار اقتصادی ناشی از هزینه‌های بالای مرتبط با مراقبت از سالمندان را به خانواده‌ها وارد می‌کند.

تحلیل وضعیت فعلی و پیش‌بینی آینده جمعیت سالمند کشور نشان می‌دهد که چالش‌ها و مشکلات فعلی واقعی هستند و در آینده پیچیده‌تر و گسترده‌تر خواهند شد. بنابراین سالمندی جمعیت یکی از بزرگترین چالش‌ها در راه ارتقاء نظام سلامت ایران خواهد بود. مراقبت و خدمات سالمندی نقش اساسی در پیشگیری از بستری‌های مجدد سالمندان در بیمارستان‌ها دارد و به حفظ استقلال و بهبود کیفیت زندگی سالمندان کمک می‌کند، به نظر می‌رسد که توسعه و ارتقاء حمل‌ونقل درون‌شهری، ارائه خدمات غذا در منازل، خدمات پیشگیری از بیماری‌ها و ارتقاء سلامت، جهت بهبود وضعیت سلامت سالمندان در ایران ضروری باشد.

همانگونه که در مطالب مذکور در بررسی کشورها بیان شد، نظام سلامت کشورهای مورد بررسی به سه سطح ملی، منطقه‌ای و محلی تقسیم می‌شود. وزارت بهداشت مسئولیت نهایی نظام سلامت هر کشور را بر عهده دارد، این وظایف شامل تدوین قوانین و مقررات، تعیین اولویت‌های نظام سلامت، سیاست‌گذاری‌ها و برنامه‌ریزی‌های مرتبط با ارائه خدمات سلامت، تعیین تعرفه‌های خدمات سلامت، تعیین بسته‌های حمایتی خدمات سلامت، تولید نظام سلامت و کنترل هزینه‌ها می‌شود.

وزارت بهداشت در سطح ملی در کمترین میزان ممکن در ارائه خدمات سلامت مستقیماً درگیر نمی‌شود. ادارات منطقه‌ای و اجرایی بر اساس سیاست‌ها و مقررات تنظیم شده توسط وزارت بهداشت، مسئولیت نیازسنجی خدمات سلامت، سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی، ارائه مجوز به سازمان‌ها و ارائه‌دهندگان خدمات سلامت، تأمین مالی، تخصیص منابع و کنترل هزینه‌های مؤسسات بهداشتی و درمانی منطقه تحت پوشش خود را بر عهده دارند. در نهایت، ادارات محلی برنامه‌ریزی و اجرای خدمات سلامت را برای جامعه تحت پوشش خود انجام می‌دهند.

در ایران، متأسفانه پوشش بیمه‌ای خاصی برای سالمندان وجود ندارد. اما چندین شرکت بیمه خصوصی در کشور فعالیت دارند و اقدام به ارائه خدمات ذخیره مالی برای سالمندان نموده‌اند. همچنین تأمین مالی خدمات بهداشتی و درمانی در ایران از طریق دولتی بیمه‌ها و پرداخت‌های افراد انجام می‌شود و تفاوت معنی‌داری با خدمات دیگر اقشار جامعه ندارد. مدیریت و سازمان‌دهی خدمات بهداشتی و درمانی به صورت متمرکز و دولتی انجام می‌شود و تحت نظارت وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی انجام می‌پذیرد. در کشور ایران، مسئولیت نظام سلامت محلی به عهده دانشگاه‌های علوم پزشکی قرار دارد و خدمات سالمندی توسط معاونت‌های بهداشت و درمان این دانشگاه‌ها ارائه می‌شود. این دانشگاه‌ها همگی با دستور و نظارت وزارت بهداشت به ارائه خدمات مشغولند و خدمات به سالمندان به شدت متمرکز است. ارائه‌دهندگان خدمات هم شامل ارائه‌دهندگان دولتی و خصوصی هستند که با بیمه‌ها قرارداد می‌بندند.

در مقابل، ساختار سازمانی غیرمتمرکز در کشورهای توسعه‌یافته به افزایش هزینه‌های نظام سلامت، کاهش کارایی نظام سلامت و حتی تا حدی نابرابری در دسترسی مردم به خدمات سلامت منجر شده است. بنابراین در کشورهای توسعه‌یافته اروپایی و آمریکای شمالی، اصلاحاتی در ساختار وزارت بهداشت از سال ۲۰۰۸ میلادی انجام شده است.

به طور کلی، اداراتی در وزارت بهداشت ایجاد شدند که وظیفه برنامه‌ریزی و کنترل متمرکز را برای کل کشور به منظور هماهنگی فعالیت‌های بهداشتی و درمانی کشور و کاهش نابرابری، ارتقاء عملکرد نظام سلامت و افزایش کارایی و کیفیت خدمات سلامت را بر عهده داشتند. این ادارات اهدافی را برای کل نظام سلامت تعیین کرده، شاخص‌های مشخص کرده و مدیریت تخصیص منابع را بر عهده دارند. در نتیجه این اصلاحات، واحدهای ستادی در سطوح مناطق و استان‌ها کاهش یافتند. به عبارت دیگر، این کشورها سعی در کوچک‌سازی ساختار سازمانی وزارت بهداشت خود دارند.

خدمات سلامت اولیه در کشورهای مختلف دنیا یک ساختار واحد و مشخصی ندارد و بخش‌های مختلف در ارائه خدمات سلامت نقش‌آفرینی می‌کنند. خدمات مراقبت سلامت اولیه جامع برای گروه‌های سالمند نیز در آن قسمت به ارائه خدمت می‌پردازد که سلامت و استقلال آن‌ها حفظ شود.

از آنجا که بسیاری از افراد در سال‌های آخر عمر ترجیح می‌دهند در همان منطقه محل سکونت خود زندگی کنند، ارائه خدمات به سالمندان توسط سطح اول سلامت بسیار مشکل، هزینه‌بر و زمان‌بر خواهد بود، چراکه این نوع خدمات باید تداوم داشته باشد و به هماهنگی بین افراد و نیز نیروی انسانی آموزش‌دیده نیاز دارد. هرچند که مدل‌های موفقی از ارائه خدمات به سالمندان توسط سطح اول ارائه خدمات نیز وجود دارد.

در جوامع ضعیف و توسعه‌نیافته به دلیل وجود مشکلات بسیار توجه به غربالگری و پیشگیری از بیماری کمتر است و بیشتر افراد بعد از ابتلا به بیماری یا از دست دادن سلامت به درمان روی می‌آورند. علیرغم توجه ویژه به سلامت سالمندان طی دهه‌های اخیر، برنامه‌های سلامت سالمندان در کشور را می‌توان موردی فاقد یک جهت‌گیری راهبردی و محروم از ارتباطات بین بخشی توصیف کرد.

بحث و نتیجه‌گیری

نتیجه‌گیری‌هایی مطالعات انجام‌شده نشان می‌دهد که وضعیت مراقبت‌های پیشگیری سطح اول سالمندان در جهان از دیدگاه مدیریتی مورد استفاده قرار گرفته و چارچوب‌های کاربردی ارائه کرده‌اند که اغلب آن‌ها پیامدهای مثبتی به دنبال داشتند. اگرچه هنوز مدل نظری جامعی در این زمینه تدوین نشده ولی هر یک از این چارچوب‌ها می‌تواند با توجه به محدودیت‌ها و امکانات ذکرشده به صورت جداگانه یا ترکیبی برای موقعیت‌های مختلف استفاده شود و وضعیت سلامت سالمندان را بهبود بخشد.

از طرفی وجود قوانین حمایت از سالمندان در یک کشور بسیار مهم است تا از نیازها و حقوق این گروه جامعه پشتیبانی شود. در کشورهای مختلف، قوانین و برنامه‌های متناسب با جمعیت سالمند وجود دارد. این قوانین معمولاً به موارد زیر تأکید می‌کنند:

۱. حقوق اجتماعی و اقتصادی: قوانین باید حقوق اجتماعی و اقتصادی سالمندان را تضمین کنند. این شامل حقوق بازنشستگی، اعطای تخفیفات از مالیات و هزینه‌های بهداشت و درمانی و دسترسی به مسکن مناسب می‌شود.
۲. حمایت از خدمات بهداشتی و درمانی: سالمندان نیاز دارند تا به خدمات بهداشتی و درمانی متناسب با نیازهای خود دسترسی داشته باشند. این شامل مراقبت‌های پزشکی، داروها و توانبخشی است.

۳. حفاظت از حقوق انسانی: قوانین باید حقوق انسانی سالمندان را حفاظت کنند و از آن‌ها در برابر تبعیض و سوءاستفاده محافظت کنند.

۴. تامین مسکن مناسب: برخی از سالمندان ممکن است به مسکن مناسب نیاز داشته باشند. قوانین باید به ایجاد محیطی آسایش‌بخش و مسکن مناسب برای سالمندان کمک کنند.

۵. آموزش و فرهنگ‌سازی: برنامه‌ها و قوانین باید از طریق آموزش و فرهنگ‌سازی آگاهی سالمندان را افزایش دهند، به آن‌ها کمک کنند تا از حقوق و تأمینات خود آگاه باشند و بتوانند به بهترین نحو از آن‌ها بهره‌مند شوند.

۶. پشتیبانی از تحقیقات و برنامه‌های بهبود کیفیت زندگی سالمندان: قوانین می‌توانند به تحقیقات و برنامه‌های مختلف برای بهبود کیفیت زندگی سالمندان اعتبار و پشتیبانی ارائه دهند.

۷. آموزش متخصصین: تربیت و آموزش نیروی متخصص در حوزه بهداشت و مشاوره سالمندان بسیار مهم است تا از نیازهای این گروه جامعه بهترین‌گونه پاسخ داده شود.

۸. ساماندهی و کنترل جمعیت سالمند: قوانین می‌توانند مواردی نظیر تخفیفات مالیاتی برای سالمندان، مزایای اجتماعی، تنظیم جمعیت سالمند و برنامه‌های بهبود وضعیت سلامت را تشویق کنند.

تصمیم‌گیری متوازن و مؤثر برای ایجاد یک سیاق حمایتی مؤثر برای سالمندان نیاز به همکاری بین دولت، مراکز پژوهشی، جوامع علمی و سایر مراکز مرتبط دارد. توسعه و اجرای قوانین و برنامه‌های مناسب می‌تواند به سالمندان کمک کند تا زندگی سالم، خوشبخت و با کیفیتی داشته باشند.

برای مقابله با این چالش‌ها، ضروری است توجه قوانین و تصمیم‌گیران به تغییرات جمعیتی باشد. به عنوان اقدامات حداقلی از سوی نهادهای مرتبط، پیشنهادات زیر ارائه می‌شود:

➤ وضع و اصلاح قوانین جهت حمایت، تنظیم و تقویت سلامت و توانبخشی سالمندان

➤ اصلاح سیستم بهداشتی جهت تأمین نیازهای سلامتی سالمندان در سطوح مختلف.

با در نظر گرفتن تأثیر احتمالی عوامل ذکر شده در بالا و بر اساس راحل‌های اثبات شده از کشورهای توسعه‌یافته مورد تجزیه و تحلیل، مجموعه‌ای جهاتی از توصیه‌ها پیشنهاد شده است که باید در طراحی و توسعه سیستم‌های مراقبت‌های بهداشتی مورد توجه قرار گیرد. هر یک از راحل‌های پیشنهادی مزایایی را برای سیستم به ارمغان می‌آورد. توصیه‌های مربوطه در زیر زیر ارائه شده است:

بانک داده و تجزیه و تحلیل آن‌ها

سیستم‌های مراقبت‌های بهداشتی حجم عظیمی از داده‌ها را فراهم می‌کنند که اکثر آن‌ها اصلاً مدیریت نمی‌شوند. همچنین باید از داده‌ها و تجزیه و تحلیل‌ها در اصلاح ساختارهای حاکمیتی استفاده شود. ارزیابی سیستماتیک و یکپارچه بخش‌های مختلف و مطالعه عملکرد آن‌ها به درک بهتر فرآیندهای در حال وقوع امکان می‌دهد و در نتیجه طراحی مجدد آن‌ها را به طور موثرتری ممکن می‌سازد. اکنون هیچ مخزن مرکزی واحدی برای اطلاعات بهداشتی از نظرسنجی‌های جمعیت یا داده‌های اداری سیستم سلامت مربوط به افراد سالمند وجود ندارد. تنوع در جمع‌آوری داده‌ها در کشورهای مختلف، دشواری‌های دستیابی به اطلاعات قابل‌مقایسه را تشدید می‌کند. حتی تغییرات کوچک در تعریف، فرمول‌بندی سؤال و نحوه جمع‌آوری داده‌ها ممکن است به طور قابل توجهی پاسخ‌ها را تغییر داده و قابلیت مقایسه را مختل کند. علاوه بر این، درک و تفسیر عناصر داده ممکن است در میان تنظیمات فرهنگی متفاوت باشد. تسهیل مقایسه‌های معتبر با کاهش بار جمع‌آوری داده‌ها بر روی کشورها و مناطقی که منابع جمع‌آوری اطلاعات بسیار کم‌تری نسبت به ثروتمندترین کشورهای غربی دارند و با فراهم کردن مبنایی برای مقایسه‌های ملی معنی‌دار در میان نظرسنجی‌ها، سیستم‌های داده‌های اداری و سایر منابع ضروری است.

طراحان نظرسنجی‌های سراسری تحت حمایت دولت باید اطلاعات بهداشتی پایه را در مورد افراد سالمند تقویت کنند و پایه اقدامات استاندارد شده را که می‌تواند برای مقایسه‌های بین‌المللی اعمال شود، تقویت کنند.

اطلاعات وضعیت سلامت افراد سالمند باید حداقل شامل فراوانی و نرخ:

- (۱) مرگ‌ومیر و علل اصلی آن‌ها باشد
 - (۲) شرایط مهم پزشکی حاد و مزمن و تظاهرات اصلی آن‌ها
 - (۳) اقدامات مهم وضعیت سلامت خود گزارش شده؛
 - (۴) سطوح جمعیت از عملکرد فیزیکی، اجتماعی و ذهنی
 - (۵) رفتارهای پیشگیرانه و ارتقای سلامت؛
 - (۶) ناتوانی‌های مهم
- علاوه بر این، حداقل اطلاعات مراقبت‌های بهداشتی برای افراد سالمند باید شامل:

- (۱) میزان استفاده از انواع مهم خدمات بهداشتی، از جمله مراقبت‌های سازمانی و خانگی باشد
- (۲) هزینه‌های شخصی و خانوادگی برای خدمات صحتی رسمی؛

(۳) میزان استفاده از داروها و دستگاه‌ها؛

(۴) تأثیرات فرهنگی عمده بر مفهوم سلامت و استفاده از خدمات بهداشتی (مانند جنسیت، قومیت، محل سکونت جغرافیایی و وضعیت اجتماعی-اقتصادی).

(۵) استفاده از خدمات مراقبت‌های بهداشتی غیررسمی و جایگزین و مکمل، از جمله شیوه‌های خودمراقبتی و کمک خانواده‌ها و سایر منابع غیرحرفه‌ای.

داده‌های طولی در مورد سلامت افراد سالمند باید جمع‌آوری شود تا امکان شناسایی عوامل خطر، علل و مداخلات پیشگیرانه برای بیماری و ناتوانی فراهم شود. مطالعات پاتل (کوهورت) همچنین باید شامل حوزه‌های اقتصادی، رفتاری و اجتماعی باشد تا امکان شناسایی گروه‌ها و افراد در معرض خطر ویژه برای بیماری و مصرف مربوطه آن‌ها از منابع مراقبت‌های بهداشتی را فراهم کند و مشخص کند که آیا پیامدهای سلامتی، مداخلات، برنامه‌ها و سیاست‌های مراقبت‌های بهداشتی با توجه به تغییرات در آن‌ها متفاوت است یا خیر. توسعه، نگهداری و ارزیابی برنامه‌هایی که منابعی را برای پیشگیری، درمان یا توان‌بخشی بیماری‌های مختلف فراهم می‌کنند، مستلزم آگاهی دقیق از وقوع، شدت و تأثیر عملکردی آن شرایط است. چنین اطلاعاتی اغلب می‌تواند از داده‌های مراقبت‌های بهداشتی به دست آید.

سازمان‌دهی مجدد ساختارهای مدیریت

به منظور جلوگیری از افزایش بیشتر هزینه‌ها، سازمان‌دهی مجدد ساختارهای مدیریتی سیستم‌های مراقبت‌های بهداشتی از بسیاری جهات ضروری است. به منظور جلوگیری از ایجاد تفاوت در دسترسی به مراقبت‌های پزشکی در مناطق خاص همچنین لازم است، یارانه‌های اضافی برای مناطق کمتر ثروتمند و روستایی ارائه شود. تقویت نقش سلامت عمومی با بازنگری و اصلاح بیمه‌های بهداشتی و توسعه تعهدات بیمه‌ها برای پوشش خدمات مورد نیاز سالمندان و همچنین تربیت نیروی انسانی متخصص در حوزه‌های پیشگیری، درمان، مراقبت، توان‌بخشی و ارتقاء سلامت سالمندان است. متخصصان سلامت بیشترین آموزش‌های خود را در زمینهٔ رشد کودک و سلامت مادر آموخته‌اند و با رشد فزاینده‌ای از افراد سالمند، متخصصین سلامت، نیاز به فراگیری برخورد با چالش‌های این گروه سنی را دارند.

مراقبت هماهنگ

در بسیاری از کشورها، ساختار مدیریتی فرآیند درمان نیاز به تغییر دارد. بیماری‌های مزمن سهم فزاینده‌ای از همه بیماری‌ها در سراسر جهان به خود اختصاص می‌دهند و هزینه‌هایی را ایجاد کرده است که جست‌وجو برای راه‌حل‌های جدید الزامی است. در وضعیت ایده آل مراقبت هماهنگ، درمان برای بیمار فراهم شده و جریان مطلوبی از اطلاعات بین پزشکان معالج ایجاد می‌شود. اگرچه اجرای آن در ابتدا مستلزم هزینه‌های اضافی است، به میزانی که برآورد آن دشوار است اما انتظار می‌رود که پیامدهای سلامتی، این امر را جبران کند و در درازمدت صرفه‌جویی را برای سیستم به همراه داشته باشد. به طور کلی تقویت همکاری‌های بین بخشی به علت چندبخشی بودن سلامت و همچنین تشکیل و توسعه سازمان‌های مردم‌نهاد و شبکه‌های اجتماعی با هدف افزایش مشارکت سالمندان از راهکارهای مناسب برای توسعه و ارتقای سیستم بهداشتی است.

مهم‌ترین اثرات غیرمالی اجرای مراقبت هماهنگ عبارتند از:

- امکان تخصص بیشتر پزشک، به دلیل تخصیص بهتر پرونده توسط هماهنگ‌کننده،
 - استفاده بهتر از نیروی انسانی (پزشکان و پرستاران)، با کاهش تعداد مشاوره‌های پزشکی به نفع پرستاری در صورت امکان،
 - مشارکت بیمار در فرآیند درمان، از طریق ارتباط مستقیم و مستمر بین بیمار و هماهنگ‌کننده
 - پرداخت‌های مشترک برای خدمات پزشکی
- اجرای جامع راه‌حل‌های ارائه شده مسلماً کمک زیادی به کشورهای توسعه‌یافته در مقابله با مشکل هزینه‌های بالا و روبه رشد مراقبت‌های بهداشتی با استفاده از بهترین سیستم‌های ارائه شده در این فصل خواهد کرد. اما به دلیل تفاوت‌های قابل‌توجه در مساحت و جمعیت، در سایر کشورهای مورد تجزیه و تحلیل قابل تکرار نیستند.
- کشورهای در حال توسعه نیز باید به طور گسترده از راه‌حل‌های ارائه شده استفاده کنند اما همیشه در نظر داشته باشند که تغییرات باید تا حدی که با فرهنگ و نظم نهادی کشور مربوطه مطابقت داشته باشد.

مراقبت‌های پیشگیرانه به عنوان یک راه حل بالقوه

بهترین راه برای کاهش بیماری‌های عفونی، غیر عفونی و مزمن، پیشگیری از بروز آن‌ها در وهله اول است. این امر الهام‌بخش سیاست‌گذاران در سراسر جهان برای طراحی برنامه‌های پیشگیری است که با ترویج سالمندی سالم، هزینه‌های اقتصادی و اجتماعی ناشی از سلامت را کاهش می‌دهد. اقداماتی مانند واکسیناسیون و کمپین‌های آموزشی به پیشگیری از بیماری‌های مسری کمک می‌کند، درحالی‌که ترویج سبک زندگی سالم به مبارزه با بیماری‌های مزمن کمک می‌کند. کمک به افراد از این طریق برای جلوگیری از بیماری، مقرون به صرفه ترین شکل مراقبت‌های بهداشتی است. از برخی جهات، دولت‌ها در حال حاضر این کار را انجام می‌دهند. جلوگیری از استعمال دخانیات از دیرباز یک موضوع مهم بهداشت عمومی برای دولت‌ها بوده است و بسیاری از آن‌ها همچنان به تشدید سیاست‌های ضد سیگار خود ادامه می‌دهند. چین که بالاترین میزان شیوع مردان سیگاری در جهان را دارد، مجموعه‌ای از اقدامات پیشگیری از جمله افزایش مالیات بر سیگار و ممنوعیت استعمال دخانیات در مکان‌های عمومی را اعمال می‌کند. با وجود موفقیت‌های بسیاری از ابتکارات ضد سیگار، رفتن به «آخرین مایل» در ریشه‌کن کردن سیگار می‌تواند چالش برانگیز باشد زیرا افراد با مالیات‌های بالاتر سازگار می‌شوند و خطرات سلامتی را نادیده می‌گیرند.

فناوری به عنوان یک ابزار پیشگیری

با رشد سلامت از راه دور و سایر خدمات مجازی، فناوری باید به طور مداوم با نیازها و قابلیت‌های همه افراد سالمند سازگار شود. پیشرفت‌ها در سلامت از راه دور و فناوری باید از طریق اقدامات نظارتی، مشوق‌های پرداخت و توسعه مشارکت‌های دولتی و خصوصی ارتقا یابد. به کارگیری و سازگاری فناوری به طور مداوم با نیازها و قابلیت‌های همه افراد سالمند از الزامات دنیای امروز است.