

Review Structure of Health Care Services Services Related to the Elderly People With Emphasis on Financing

Sanaz Zoghtalab Hassas¹, Leila Riahi¹, Leila Nazarimanesh¹, Seyed Jamaledin Tabibi¹

¹Department of Health Services Management, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

*Corresponding Author: Leila Riahi, Associated Professor, Department of Health Services Management, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran. Email: l.riahi@srbiau.ac.ir

Received: August 6, 2021

Revised: September 29, 2021

Accepted: October 20, 2021

Online Published: December 20, 2021

Abstract

Introduction: The growth of the elderly population is one of the most important and prominent issues in today's societies. One of the consequences of an aging population is the effects it has on health spending, which in some countries accounts for a significant portion of government spending. The purpose of this study is to compare the elderly services management system in the selected countries of this study with Iran in terms of policy, planning, financing and organizational structure in providing elderly services.

Methods: The present study was a review-comparative study on qualitative studies in 1399. Library method was used to collect data. The study population is all articles related to the research topic. In order to conduct information research by reading texts from the library, the websites of related organizations in selected countries in line with research questions and systematic search based on keywords based on aging, aging services management, aging management strategies and financing from reputable databases and Specializations in English and Persian languages were collected between 1998 and 2019 and were evaluated and compared in a comparative table of areas. Systematic search based on related keywords Scopus, Science Direct, PubMed and Google scholar along with national databases including SID, IRANDOC, ISC. Out of 128 identified sources, the researcher reviewed and evaluated their content according to the research strategy, and finally, after removing 81 of them for reasons such as duplication, irrelevance, etc., 47 articles remained for final analysis.

Results: Aging system policy in all selected countries (US, UK, Japan, Korea and Italy) has been centralized in a way that using regional, provincial or state-based planning using public tax financing systems, funds Insurance, the national medicine system, by defining the target population and specific service packages, plays an effective role in providing quality and accessible services to the elderly. The provision of services in these countries is integrated (health, medical and social welfare) and Providing care services for them is free.

Conclusion: It is suggested to use the experiences of successful countries in the field of aging management, by creating an integrated and centralized policy system in the dimensions of health and social welfare; Relying on sustainable financing from public taxes, labeled taxes and old-age insurance premiums and reforming planning structures in providing and receiving services, the level of effectiveness and efficiency of old-age management can be improved.

Keywords: Elderly, Health System, Health Services, Management, Health Insurance, Financing

Citation:

Zoghtalab Hassas S, Riahi L, Nazarimanesh L, Tabibi SJ. Review structure of health care services services related to the elderly people with emphasis on financing. Iran J Health Insur. 2021;5(3):231-40.

مطالعه تطبیقی مدیریت خدمات سالمندی با تأکید بر تأمین مالی

ساناز ذوق طلب حساس^۱، لیلا ریاحی^{۱*}، لیلا نظری منش^۱، سید جمال الدین طبیبی^۱
^۱ گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، واحد علوم تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

* نویسنده مسئول: لیلا ریاحی، دانشیار، گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، واحد علوم تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران پست الکترونیک: l.riahi@srbiau.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۵/۱۵

تاریخ تصحیح: ۱۴۰۰/۰۷/۰۷

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۷/۲۸

تاریخ انتشار آنلاین: ۱۴۰۰/۰۹/۲۹

چکیده

مقدمه: رشد جمعیت سالمند یکی از موضوعات مهم و برجسته در جوامع امروزی است. یکی از تبعات سالمند شدن جمعیت آثاری است که در بخش هزینه‌های سلامت ایجاد می‌کند، این هزینه‌ها در برخی از کشورها بخش قابل توجهی از هزینه‌های دولت‌ها را به خود اختصاص می‌دهند. هدف این مطالعه مقایسه نظام مدیریت خدمات سالمندی در کشورهای منتخب این مطالعه با ایران از منظر سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی، تأمین مالی و ساختار تشکیلاتی در ارائه خدمات سالمندی است.

روش بررسی: مطالعه حاضر به صورت مروری - تطبیقی بر روی مطالعات کیفی در سال ۱۳۹۹ انجام شد. برای گردآوری داده‌ها از روش کتابخانه‌ای استفاده شده است. جمعیت مورد مطالعه پژوهش را تمامی مقاله‌های مرتبط با موضوع پژوهش است. در راستای انجام پژوهش اطلاعات به روش مطالعه متون از کتابخانه، وبسایت‌های سازمان‌های مرتبط کشورهای منتخب در راستای سوالات پژوهش و جستجوی نظام‌مند بر اساس کلیدواژه‌هایی مبتنی بر سالمندی، مدیریت خدمات سالمندی، استراتژی‌های مدیریت سالمند و تأمین مالی از پایگاه‌های داده معتبر و تخصصی به زبان‌های انگلیسی و فارسی در فاصله سال‌های ۱۹۹۸ تا ۲۰۱۹ جمع‌آوری و در جدول تطبیقی حیطه‌ها مورد ارزیابی و مقایسه واقع شد. جستجوی نظام‌مند بر اساس کلیدواژه‌های مرتبط Science، Scopus، Direct، PupMed و Google scholar به همراه پایگاه‌های ملی شامل ISC، IRANDOC، SID انجام شد. از مجموع ۱۲۸ منبع شناسایی شده، پژوهشگر طبق استراتژی پژوهش نسبت به بررسی و ارزیابی محتوای آنها پرداخت و در نهایت از این تعداد پس از حذف ۸۱ مورد به دلایلی مانند تکراری بودن، غیرمرتبط بودن و غیره تعداد ۴۷ مقاله برای تحلیل نهایی باقی ماند.

یافته‌ها: سیاست‌گذاری نظام سالمندی در تمامی کشورهای منتخب (آمریکا، انگلیس، ژاپن، کره و ایتالیا) به شیوه متمرکز بوده که با استفاده از برنامه‌ریزی مبتنی بر منطقه، استان یا ایالت با استفاده از نظام‌های تأمین مالی از محل مالیات‌های عمومی، صندوق‌های بیمه‌ای، نظام طب ملی با تعریف جمعیت هدف و بسته‌های خدمتی مشخص، نقش موثری را در ارائه خدمات کیفی و در دسترس به سالمندان برعهده می‌گیرد. ارائه خدمات در این کشورها به صورت یکپارچه (بهداشتی، درمانی و رفاهی-اجتماعی) بوده و رایگان است.

نتیجه‌گیری: پیشنهاد می‌شود با بهره‌گیری از تجارب کشورهای موفق در زمینه مدیریت سالمندی، با ایجاد نظام یکپارچه و متمرکز سیاست‌گذاری در ابعاد بهداشتی- درمانی و رفاهی اجتماعی، با تکیه بر تأمین مالی پایدار از محل مالیات‌های عمومی، مالیات‌های نشان‌دار و حق بیمه‌های سالمندی و اصلاح ساختارهای برنامه‌ریزی در ارائه و دریافت خدمت، سطح اثربخشی و کارایی مدیریت خدمات سالمندی ارتقا یابد.

واژگان کلیدی: سالمند، نظام سلامت، مدیریت خدمات سلامت، بیمه سلامت، تأمین مالی

مقدمه

مربوط به سالمندان است [۶]. علاوه بر این مطالعه میرزایی و همکاران بیان می‌دارد که سرعت رشد سالمند در کشورهای پیشرفته در بازه زمانی ۱۰۰ الی ۲۰۰ سال اتفاق افتاده که این امر در کشورهای در حال توسعه چون ایران در دوره ۳۰ الی ۴۰ سال محقق می‌شود. در نتیجه اگرچه تعداد سالمندان کشورهای توسعه یافته با پیشرفته قابل مقایسه نیست اما این جمعیت به سرعت در حال رشد در جوامعی که زیرساخت لازم برای ارائه خدمت به ایشان اختصاص داده نشده، می‌تواند نگرانی مضاعفی را فراهم آورد [۷]. سیاست‌های کنترل جمعیت آثار خویش را از سال ۱۳۷۰ در برنامه‌های جمعیتی کشور ایران نمایان ساخت، به گونه‌ای که به تدریج از تعداد افراد زیر ۱۵ سال کاسته و بر تعداد افراد میانسال افزوده شد. استمرار این وضعیت در دهه‌های بعد نیز تغییر محسوسی در ساختار سنی جمعیتی ایجاد کرد، به قسمی براساس پیش‌بینی‌ها تا سال ۱۴۳۰ حداقل ۳۰ درصد جمعیت کشور در سنین سالمندی به سر خواهند برد [۸]. همان‌گونه که در جدول شماره ۲ مشاهده می‌شود پیش‌بینی می‌شود با کاهش نرخ باروری و افزایش میزان امید زندگی در کشور، میانه سنی جمعیت افزایش یابد. نگاهی به سایر شاخص‌های جمعیتی نیز نشان می‌دهد که با گذشت زمان نوعی تغییر ساختار جمعیتی در جامعه پدیدار شده و ایران رفته رفته وارد مرحله سالمندی می‌شود.

آنچه به عنوان روند افزایش جمعیت سالمند در جهان و ایران مطرح شد به خودی خود مهم نیست، بلکه تبعاتی که این افزایش جمعیت بر ابعاد مختلف اجتماعی، اقتصادی و بخش بهداشت و درمان خواهد گذاشت جنبه حائز اهمیت موضوع است [۹-۱۰]. با توجه به محدودیت‌های منابع، به‌ویژه منابع مالی و رشد روزافزون هزینه‌های سلامت در قالب سیستم‌های درمانی و یا مراقبت‌های طولانی‌مدت، آنچه در جوامع سالمند بایستی مورد توجه ویژه قرار گیرد هزینه‌های سالمندی به‌عنوان یک ریسک عمده در جوامع سالمند و رو به سالمندی است که لازم است در برنامه‌ریزی و تخصیص بهینه منابع برای آن اقدام‌های موثری

در عصر چالش‌های غیرقابل پیش‌بینی بر سلامت و زندگی جوامع انسانی همچون تغییرات شدید آب و هوایی، افزایش روزافزون بیماری‌های عفونی و بالا رفتن میزان مقاومت‌های میکروبی در برابر داروها و... موضوعی که در تمامی کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه قابل درک است، ازدیاد جمعیت سالمند است [۱]. سالمندی جمعیت یک پیامد قابل انتظار از موضوع «انتقال جمعیت‌شناختی» است که در آن باروری و مرگ و میر از سطوح بالا به پایین کاهش می‌یابد و این منجر به افزایش جمعیت سالمند و کاهش نرخ باروری در سطح جوامع می‌شود و قطعاً پیشرفت در حوزه‌های سلامت و توسعه اقتصادی جوامع، منجر به بهبود استانداردهای زندگی شده که پیامد آن افزایش طول عمر با بالا رفتن امید به زندگی در افراد است. بنابراین «پدیده سالمندی» را می‌توان تغییر توزیع جمعیت یک کشور به سمت سنین بالاتر به شمار آورد [۲-۳].

میزان جمعیت سالمند جهان در سال ۱۹۵۰، حدود ۱۲۸ میلیون نفر بود. این میزان در سال ۲۰۱۶ به ۶۳۹ میلیون نفر رسید و براساس پیش‌بینی‌های صورت گرفته در سال ۲۰۲۵ به بالغ بر یک میلیارد و صد میلیون نفر و تا سال ۲۰۵۰ بیش از دو میلیارد و پانصد میلیون سالمند در سرتاسر جهان خواهد رسید [۴-۵]. نگاهی به مطالعات و ارزیابی واحد جمعیت سازمان ملل نیز نشان می‌دهد که روند سالخوردگی جمعیت تا سال ۲۰۵۰ میلادی در کشورهای در حال توسعه چون ایران، عربستان، کویت و چین سرعت فوق‌العاده‌ای دارد و تعداد جمعیت سالمند از ۷۳۹ میلیون نفر فعلی به بالغ بر ۲ میلیارد نفر خواهد رسید. رشد شاخص‌های سالمندی از سال ۱۴۰۰ تا ۱۴۵۰، بیانگر شتاب بالای سالمندی در ایران طبق جدول شماره ۱ است.

در مطالعه خدامرادی و همکاران به این مسئله اشاره شده که جمعیت جهان به سرعت در حال سالمند شدن است و تغییرات جمعیتی ایران نیز حاکی از آن است که در بین گروه‌های سنی مختلف بیشترین نرخ رشد

جدول ۱ | درصد شاخص‌های سالمندی جمعیت در ایران

سال	رشد سالانه جمعیت	متوسط طول عمر	نسبت سالمند به کل جمعیت	نسبت افراد زیر ۱۵ سال به کل جمعیت	شاخص سالمندی	بار تکفل سالمندی
۲۰۲۰ (۱۴۰۰)	۱/۵۷	۷۳/۴	۸/۷۹	۲۸/۸	۳۰/۵۲	۸/۴۴
۲۰۳۰ (۱۴۱۰)	۱/۰۱	۷۵/۴	۱۱/۶۲	۲۴/۱۳	۴۸/۱۷	۱۱/۵۶
۲۰۴۰ (۱۴۲۰)	۱/۰۵	۷۷	۱۵/۴۱	۲۲/۴۶	۶۸/۶	۱۴/۹۴
۲۰۵۰ (۱۴۳۰)	۰/۸	۷۸/۴	۲۱/۴۴	۲۲/۹۳	۹۳/۵۳	۲۴/۰۴

می‌دهد و با استفاده از رویکردهای پیشگیرانه و افزایش سطح مشارکت آحاد جامعه در فرآیندهای مبتنی بر سلامت و استفاده از رویکردهای آموزشی موثر می‌توان نسبت به تغییر ساختار بیماری‌ها و گرایش آنها به سمت بیماری‌های مزمن و ایجاد سالمندانی که سالم هستند و نیاز آنها عمدتاً استفاده از خدمات بهداشتی در مقابل خدمات درمانی است، حرکت کرد [۱۵].

علاوه بر این، مشکل دیگر ناشی از سالمندی جوامع، افزایش امکان خطر ناتوانی سالمند از بعد جسمی و روانی است که منجر به ازدیاد شیوع بیماری‌های مزمن و بروز تغییرات بیولوژیک همراه با اختلالات عملکردی، حرکتی و ذهنی در سالمند شده و از سوی دیگر به علت تفاوت‌هایی که در زندگی اجتماعی این افراد همراه با بازنشستگی رخ می‌دهد، فرآیند سالمندی به ناتوانی و از کار افتادگی در زندگی فردی و اجتماعی ایشان نیز منجر می‌شود [۱۶]. یکی دیگر از روندهای سالمندی در جوامع، زنانه شدن ماهیت سالمندی است و از علل اصلی تغییر این ساختار می‌توان به کاهش مرگ و میر مادران، تغییر در الگوی باروری و سبک زندگی سالم‌تر زندگی زنان نسبت به مردان اشاره کرد. با این همه یکی از مهم‌ترین چالش‌های سالمندی برای کلیه جوامع، به‌ویژه کشورهای در حال توسعه،

صورت گیرد [۱۱]. هزینه‌های مراقبت از سالمند جنبه‌های گوناگونی چون درمان‌های سرپایی، بستری، دارو، آزمایش‌های تشخیصی، خدمات مراقبتی و توانبخشی و هزینه‌های نگهداری سالمند در منزل یا خانه‌های سالمندی دارد که البته عمده هزینه‌ها، مربوط به خدمات درمانی بستری- بیمارستانی و دریافت خدمات اورژانسی است [۱۲]. این همه به هزینه‌های جوامع در زمان سالمندی حالت تصاعدی داده و منجر به آن می‌شود که علاوه بر هزینه‌های سلامت، شاخص مستمری‌بگیری عمومی هم افزایش قابل توجهی پیدا کند [۱۳] نگاهی به جدول شماره ۳ که براساس مطالعه رضاپور و همکاران در خصوص متوسط هزینه‌های سالمندان استخراج شده، مبین آن است که در هزینه‌های سلامت سالمند، بیشترین میزان مربوط به هزینه‌های بستری و کمترین هزینه‌های مبتنی بر ارائه خدمات سرپایی در دوره سالمندی است [۱۴].

قطعا نوع ساختار اجتماعی، سیاسی، اقتصادی هر کشور روندهای مقابله با چالش‌ها آن را تعیین می‌کند تا با بهره‌گیری از نظام برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری موثر بتوان نسبت به کاهش اثرات سوء چالش‌های ایجاد شده در جوامع اقدام کرد. اهم چالش‌های جوامع سالمند یا رو به سالمندی عبارت است از افزایش بار بیماری‌ها که با تغییر در شیوه زندگی و کار رخ

جدول ۲ | درصد شاخص‌های سالمندی جمعیت در ایران

۲۰۰۵	۱۴۰۵	۱۳۸۰	۱۳۵۵	۱۳۳۰		
۲۰/۱	۲۵/۲	۳۷/۴	۴۴/۸	۳۹/۱	۰-۱۴	سهم گروه‌های سنی از کل جمعیت (درصد)
۵۸/۱	۶۴/۳	۵۷/۴	۴۹/۸	۵۲/۵	۱۵-۵۹	
۲۱/۷	۱۰/۵	۵/۲	۵/۴	۸/۳	+۶۰	
۰/۶	۱/۰	۱/۴	۳/۱	۲/۴	کل	نرخ رشد جمعیت (درصد)
۴/۱	۳/۳	۳/۵	۲/۳	-۰/۳	+۶۰	
۲/۱	۲/۱	۲/۸	۶/۰	۷/۰		نرخ باروری
۷۸/۵	۷۵/۵	۶۹/۷	۵۶/۶	۴۴/۱		امید زندگی
۳۷/۵	۳۱/۱	۱۹/۹	۱۷/۵	۲۱/۱		میان سن
۱۰۷/۸	۴۱/۸	۱۴/۰	۱۲/۰	۲۱/۱		شاخص سالمندی (درصد)

جدول ۳ | متوسط هزینه‌های سالمند به تفکیک هزینه کل، بستری، سرپایی و هزینه‌های مراقبت طولانی مدت

متوسط هزینه‌های خدمات طولانی مدت و مراقبت در منزل	متوسط هزینه‌های خدمات سرپایی سالمند	متوسط هزینه‌های خدمات بستری سالمند	متوسط هزینه‌های سلامت سالمند	میانگین سنی
دلار ۱۲۵۸۳	دلار ۴۵۰۶	دلار ۱۹۰۰۳	دلار ۴۸۱۰۱	۷۸

پس از آن هزینه‌های مبتنی بر درمان، مراقبت، توانبخشی و ارائه خدمات رفاهی و اجتماعی مورد نیاز سالمند در دستور کار واقع می‌شود. آنچه در این میان دارای اهمیت زیادی است، شناسایی نیازهای سالمندان و مدیریت صحیح سالمندی براساس نیازهاست تا براساس آن بتوان از رویکردهای سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی بر مبنای شناخت نیازها و عوامل فردی و محیطی تاثیرگذار بر روند سالمندی بهره برد. امروزه سیستم‌های خدمات‌رسان به سالمندان در جوامع موفق به دنبال تعیین راهکارهای موثر و اثربخش برای مدیریت بهینه خدمات سالمندی هستند تا زمینه یک سالمندی پویا و موثر را برای جوامع خویش فراهم سازند [۲۱].

امروزه نه تنها انتظار افراد از منظر طول عمر دچار تغییر شده بلکه تغییرات محسوسی نیز در ساختار اجتماعی و اقتصادی جوامع و حتی خانواده‌ها پدیدار شده و به این واسطه انعطاف‌پذیری در نظام ارائه خدمت، توسعه سلامت و اقتصاد از ضروریات خدمت‌رسانی به جوامع سالمند است و عواملی همچون رعایت حقوق سالمندی، توجه به زیرساخت‌های سلامت و رفاه و توسعه همگام با ضرورت‌های اقتصادی در تأمین منابع، کشورها را بر آن داشته تا با استفاده از شیوه‌های مناسب و موثر، زمینه ارائه خدمات مدیریت شده به سالمندان را بدون تبعیض و نقض حقوق فردی و اجتماعی فراهم کنند. قطعاً استفاده از روش‌های نوین غربالگری، پیشگیری و ارتقای آگاهی، زمینه لازم را برای مدیریت صحیح منابع در راستای توسعه و سلامت سالمندی فعال با مشارکت‌دهی ایشان در فعالیت‌ها، زمینه ارائه خدمات عادلانه و در دسترس را بر مبنای یک سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی کلان در سطح جوامع فراهم می‌سازد [۱]. فراهم‌سازی یک نظام مدیریتی اثربخش عبارت است از تدوین و به‌کارگیری یک فرآیند منسجم متشکل از برنامه‌ریزی، سازمان‌دهی، هدایت و نظارت بر عملکردها. با به‌کارگیری کلیه منابع قابل دسترس می‌توان زمینه لازم را برای تحقق اهداف فراهم کرد، به‌گونه‌ای که در یک جامعه رو به سالمندی، با استفاده از نظام برنامه‌ریزی توزیع مناسب، منابع مالی، فیزیکی و انسانی در اولویت قرار گرفته و بایستی با در نظر گرفتن تغییرات دموگرافیک، اپیدمیولوژیک و توسعه‌های فناوری در مقابل رشد جمعیتی سالمندان در جهان و ایران زمینه مقابله مناسب با چالش‌های پیش رو جوامع را فراهم ساخت [۲۲، ۲۳].

این همه بیان می‌دارد با یک مدیریت صحیح و الگوبرداری مناسب از کشورهای موفق در مدیریت خدمات سالمندی می‌توان از پیامدهای منفی سالمندی جمعیت کاست و برای کشور ایران که در آینده‌ای نزدیک با چالش جمعیت سالمند مواجه می‌شود، با استفاده از اطلاعات و الگوبرداری

نسبت به کشورهای توسعه یافته، تغییر در ساختار متغیرهای توسعه اقتصادی مانند تأمین اجتماعی، بازار کار و سرمایه، نیروی انسانی، بودجه و در نهایت تاثیرگذاری این موارد بر روی هزینه‌های سالمندی است. میزان زیادی از هزینه‌های مرتبط با موضوعات بهداشتی درمانی و بازنشستگی سالمندان برای ایجاد و تقویت زیرساخت‌های جوامع است تا توان مقابله با هزینه‌های سنگین پیش رو را داشته باشد که بر اثر افزایش هزینه‌های عمومی جمعیت سالمند، به‌ویژه در حوزه‌هایی همچون بهداشت و درمان به‌عنوان یکی از معضلات آتی جوامع رو به سالمندی قلمداد می‌شود و برای کاهش آثار سوء آن بایستی برنامه‌های اجرایی و عملیاتی مشخصی توسط سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان طراحی و ایجاد و اجرایی شود [۱۷].

تبعات اصلی سالخورده‌گی جمعیت، افزایش بار تکفل و هزینه‌های ناشی از ارائه خدمات بهداشتی، درمانی و مراقبتی - حمایتی بوده که در کنار بیماری‌های ناشی از سالمندی، این گروه سنی و نیازهای آن را از سایر گروه‌های جمعیتی متمایز می‌سازد [۱۸]. براساس مطالعه عباسیان و همکاران خدمات قابل ارائه سالمندی در ۴ حیطه کلی خدمات پیشگیری، خدمات درمانی، خدمات توانبخشی و خدمات حمایتی بوده و مقایسه این خدمات در کشور ایران با خدمات و الگوهای شناسایی شده در سطح جهان نشانگر وجود شکاف و کمبودهای بسیار، خصوصاً در زمینه‌هایی چون مراقبت در منزل در همه سطوح خدماتی، مراقبت‌های بیمارستانی و فالوآپ‌های پس از بستری سالمندان است که ضرورت بازبینی و اعمال تغییرات در روند برنامه‌ریزی در سیستم‌های ارائه‌دهنده خدمات سالمندی را بیان می‌دارد [۱۹]. آنچه در این راستا اهمیت دارد پاسخگویی برنامه‌های سلامت عمومی در خصوص تغییرات رخ داده در ساختار جمعیتی جوامع است که شامل ابعاد اجتماعی، اقتصادی و موضوعات مبتنی بر بهداشت و درمان شامل هزینه‌های درمان سرپایی، بستری، داروها و آزمایشات تشخیصی مراقبت و نگهداری از سالمند در منزل و یا آسایشگاه‌هاست که طی سالیان اخیر رشد فزاینده و صعودی داشته و رشد هزینه، به‌ویژه در ابعاد مراقبت‌های حاد سالمندی، بیش از سایر هزینه‌ها بوده است [۲۰]. سازمان بهداشت جهانی اذعان می‌دارد که جوامع تنها در صورتی قادرند از عهده آثار و پیامدهای سوء سالمندی برآیند که دولت‌ها و سازمان‌های ملی و بین‌المللی برنامه‌های مشخصی را برای سلامت، امنیت و مشارکت‌دهی آنها در برنامه‌های مربوط به خویش فراهم آورده و بر این اساس نیازها، و ظرفیت‌های شناسایی شده، اولویت‌بندی شوند و خدمت‌رسانی براساس اولویت، مبنای عمل واقع شود. گام اولیه در مدیریت خدمات سالمندی در بخش بهداشت و درمان بر برنامه‌های مبتنی بر پیشگیری تمرکز یافته و

داده ملی شامل ISC، IRANDOC، SID انجام شد. منابع استخراج شده به زبان‌های انگلیسی و فارسی مربوط به سال‌های ۱۹۹۸ تا ۲۰۱۹ بودند و معیار ورود، تمامی مطالعاتی بودند که مدیریت خدمات سالمندی را از ابعاد مورد نظر در کشورها بررسی کرده باشند. معیار خروج نیز فقدان دسترسی به متن کامل منابع و همچنین نتایج ارزیابی صورت گرفته از سوی پژوهشگر از نظر ارتباط و کیفیت موضوع بررسی شده بود. در کل از مجموع ۱۲۸ منبع شناسایی شده، پژوهشگر پس از بررسی و ارزیابی چکیده و محتوای آنها و حذف ۸۱ مورد به دلایلی چون تکراری بودن، غیرمرتبط بودن و... ۴۷ مقاله برای تجزیه و تحلیل اطلاعات باقی ماند که در نهایت براساس سوالات پژوهش، اطلاعات جمع‌آوری شد و در قالب جدولی که از پیش به‌منظور تطبیق نتایج تهیه شده بود، قرار گرفت و به واسطه حیطه‌های مختلف مبتنی بر مدیریت خدمات سالمندی بر مبنای مدل سیکس بیلیدینگ بلاک از نظر تشابهات و تفاوت‌ها مشخص و استخراج شد.

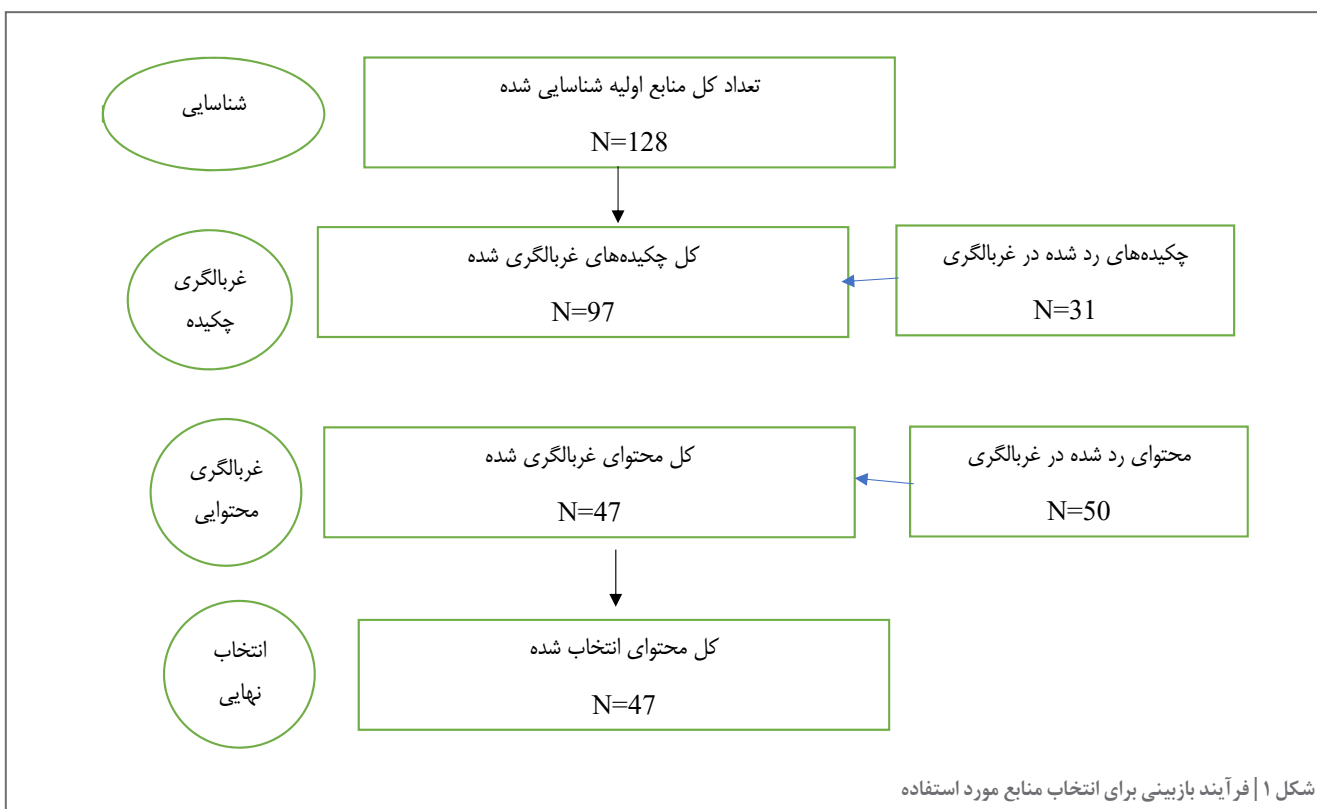
یافته‌ها

مقایسه داده‌های جمعیتی کشورهای مورد مطالعه نشان داد که کشورهایی چون آمریکا، ژاپن و ایتالیا عملاً به دوران سالمندی جمعیت

از تجربیات سایر کشورها، ضمن استفاده از نقاط مثبت و موفقیت‌های ایشان و پرهیز از به‌کارگیری رویکردهای اشتباه آنها در یک مقایسه ضمنی، زمینه یک مدیریت علمی و موثر در راستای ارائه بهینه خدمات سالمندی برای جمعیت بالای ۶۰ سال را فراهم ساخت.

روش بررسی

این مطالعه کیفی برای الگوبرداری از سیستم‌های مدیریت سالمندی در کشورهای مورد مطالعه به‌صورت تطبیقی انجام شد. در این کشورها سیاست‌ها و برنامه‌های کشورهای مورد مطالعه مورد بررسی قرار گرفت. انتخاب کشورها براساس این معیارها انجام شد: دارا بودن جمعیت سالمند (حداقل ۱۰ درصد جمعیت سالمند به نسبت کل جمعیت)، داشتن برنامه و سیاست‌های مشخص در زمینه مدیریت خدمات سالمندی، وجود مشابهت‌هایی از نظر جمعیتی با ساختار سالمندی کشور ایران (جمعیت بالای ۶۰ سال به‌عنوان سالمند). جامعه پژوهش مجموعه‌ای از مکتوبات و مستندات مرتبط با موضوع بود. داده‌های مورد نیاز از طریق جستجوی واژگان کلیدی در بانک‌های اطلاعاتی انگلیسی و فارسی استخراج شد. جستجوی نظام‌مند براساس کلید واژه‌هایی مبتنی بر سالمندی، مدیریت خدمات سالمندی، استراتژی‌های مدیریت سالمند و تأمین مالی از Google scholar و Scopus، Science Direct, PubMed به همراه پایگاه



در خصوص کشورهای مورد مطالعه ماتریس مربوطه تحت عنوان جدول شماره ۴ تکمیل شد تا زمینه مقایسه عملکرد بین کشورهای بررسی شده فراهم آید و در نهایت بتوان در طراحی مدل مدیریت خدمات سالمندی ایران از آن استفاده کرد.

بحث

این مطالعه با هدف بررسی و شناسایی رویکردهای موثر در مدیریت

خویش رسیده‌اند، کشورهایی چون انگلستان و کره جنوبی در نیمه‌های راه و ایران هنوز در آغاز این مسیر است و در سال‌های آتی بحران سالمندی در ایران پدیدار می‌شود. مطالعات انجام شده در کشورهای مورد بررسی نشان داد که هر یک از این کشورها، همواره از برنامه‌های اصلاحی برای مقابله با مشکلات و شرایط خویش استفاده کرده‌اند و براساس شاخص‌های عملکردی میزان موفقیت یا ناموفق بودن را شناسایی کرده و براساس آن مراحل آتی را طراحی و اجرا می‌کنند. براین اساس

جدول ۴ | ماتریس تطبیقی کشورهای مورد مطالعه

ایران	ایتالیا	کره	ژاپن	انگلیس	آمریکا	
سیاست‌های کلان در وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، سازمان بهزیستی، وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی و کمیته امداد. افراد بالای ۶۰ سال دارای تابعیت ایران و مقیم ایران سلامت و بخشی از خدمات رفاهی و اجتماعی	سیاست‌های کلان در وزارت بهداشت، سازمان بهزیستی، وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی و کمیته امداد. افراد بالای ۶۰ سال دارای تابعیت ایران و مقیم ایران سلامت و بخشی از خدمات رفاهی و اجتماعی	سیاست‌گذاری متمرکز در وزارت سلامت و رفاه، سالمندان بالای ۶۵ سال مقیم کره جنوبی، سلامت و بخشی از خدمات رفاهی و اجتماعی	سیاست‌گذاری متمرکز وزارت سلامت و رفاه و کار، بودجه عمومی مراقبت از سلامت و مراقبت اجتماعی، افراد ۶۰ الی ۶۵ سال با ناتوانی بالا و همه افراد بالای ۷۰ سال	سیاست‌گذاری متمرکز وزارت سلامت بر پایه طب ملی انگلستان، سالمندان بالای ۶۵ سال مقیم انگلیس	سیاست‌گذاری متمرکز وزارت سلامت و خدمات انسانی، پوشش سالمندان بالای ۶۵ سال مقیم آمریکا در قالب سیستم برنامه مراقبت همه‌جانبه برای سالمندان	سیاست‌گذاری مدیریت سالمندی
برنامه‌ریزی غیرمتمرکز و استانی، دانشگاه‌های علوم پزشکی استان خدمات بهداشتی و درمانی، سازمان بهزیستی استان، خدمات مراقبتی و نگهداری از سالمند، اجرای طرح بیمه شهید رجایی (کمیته امداد)	برنامه‌ریزی عمدتاً مقامات محلی، شهرداری‌ها و بخش‌های غیردولتی و داوطلبانه. تراست‌ها، ناحیه‌ها، ارائه خدمات ارتقای سلامت سالمندی، خدمات پزشکی و حمایتی، تأمین کمک هزینه و بستری طولانی مدت سالمندی	برنامه‌ریزی استانی و منطقه‌ای با تولید وزارت رفاه و سلامت ملی، با مشارکت بخش خصوصی، شامل خدمات بهداشتی و اقامتی سالمندی	برنامه‌ریزی غیرمتمرکز منطقه‌ای با همکاری شهرداری‌ها، تأکید بر مراقبت و پزشکی در منزل، حمایت‌های رفاهی برای سالمندان در راستای کاهش بستری در مراکز درمانی	برنامه‌ریزی به صورت منطقه‌ای/شهرداری‌ها با شناسایی نیازها در قالب خدمات پیشگیرانه و درمانی، مراقبت در منزل و ارائه خدمت در مراکز مراقبتی از سالمندان، حمایت‌های اجتماعی	برنامه‌ریزی غیرمتمرکز در ایالت‌ها و آژانس‌های منطقه‌ای زیر نظر دولت فدرال، دو گروه اصلی خدمات بیمارستانی و آسایشگاهی و خدمات پیشگیرانه براساس نظام مدی‌کر. برای سالمندان کم‌درآمد نظام مدیکید.	برنامه‌ریزی مدیریت سالمندی
سازمان بهزیستی زیر نظر وزارت رفاه، تعاون کار و امور اجتماعی و دفاتر امور سالمندی در معاونت بهداشت دانشگاه زیر مجموعه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و ارائه خدمات در منزل عمدتاً توسط بخش خصوصی زیر نظر وزارت بهداشت	امور اجرایی سالمندی عمدتاً توسط مقامات محلی بهداشت، شهرداری‌ها زیر نظر وزارت کار و سیاست‌های اجتماعی و امور داخلی به صورت ملی و ایالتی	بخش‌های رفاه و سلامت در وزارت سلامت و رفاه به صورت ملی و متمرکز اجرای برنامه‌های سالمندی	در زیرمجموعه وزارت سلامت و رفاه و کار، دفتر امور سلامت و رفاه سالمندان با ارائه گواهینامه از طریق بخش‌های به ارائه دهندگان خدمات سالمندی، به صورت ملی- منطقه‌ای	شبکه خدمات طب ملی ویژه سالمندان در نظام سلامت ملی انگلیس با ساختار ملی	ساختار ملی در قالب اداره سالمندی زیر نظر وزارت بهداشت با همکاری آژانس‌های منطقه‌ای و ایالتی توسط نیروهای استخدامی، در برخی امور از طریق داوطلبان و سازمان‌های غیرانتفاعی	ساختار تشکیلاتی مدیریت سالمندی

و از این رو جمعیت سالمند از خدمات مراقبتی بلندمدت، مراقبت‌های پزشکی و بهداشتی و خدمات اجتماعی چون نگهداری در مراکز، خانه و موسسات بهره‌مند می‌شوند. در ژاپن نیز خدمات سالمندی از محل نظام بیمه اجتماعی تحت برنامه بازنشستگی ملی و مزایای درآمد محور بوده که کلیه خدمات پزشکی و رفاهی مراقبتی سالمندان در افراد بالای ۶۰ سال با ناتوانی بالا و افراد سالمند بالای ۷۰ سال را پوشش می‌دهد. مطالعه انجام شده توسط پوررضا و همکاران نشان می‌دهد که پوشش‌های برنامه‌های خدمات سالمندی در آمریکا و ژاپن با نگاهی جامع به خدمات دوره سالمندی معطوف بوده و از آنجا که سازمان‌های بیمه‌گر به دنبال کاهش انتخاب معکوس و بار مالی مضاعف به صندوق‌های خویش هستند، استفاده از طرح‌های بیمه‌ای که همه جمعیت هدف را تحت پوشش قرار دهد و به طور همزمان پوشش‌دهنده خدمات سلامت و اجتماعی باشد، مطلوبیت لازم را برای نظام اقتصادی و در عین حال رفاه و رضایت فیزیکی، عاطفی و اجتماعی سالمند تأمین می‌دارد [۲۴]. مقایسه نتایج این مطالعه با رویکردهای تأمین مالی نظام سالمندی در ایران مبین آن است که سیستم‌های بیمه‌ای ایران برنامه مناسب و یکپارچه‌ای برای پوشش جمعیت سالمندی در حال رشد نداشته و اختصاص ندادن منابع مناسب با شناسایی نیازهای جامعه هدف، منجر به ارائه خدمات به صورت محدود در قالب طرح‌های حمایتی توسط کمیته امداد و به صورت ناقص توسط اداره بهزیستی کشور اجرایی می‌شود و بهره‌نگرفتن از سیستم‌های بیمه‌ای سلامت مناسب و سیستم‌های بیمه اجتماعی برای پوشش خدمات مراقبتی و نگهداری سالمندان منجر به این می‌شود که فقر مالی دسترسی به خدماتی درمانی و اجتماعی سالمندی این گروه از جامعه با اختلال مواجه شود. بنابراین نقش اصلی در تأمین مالی هزینه‌های سالمندی عملاً برعهده فرد سالمند و خانواده او است. نداشتن یک برنامه جامع تأمین خدمات از منظر مالی و نیاز به استفاده از خدمات بستری بیمارستانی و درمانی به علت بهره‌مند نبودن از خدمات پیشگیری و غربالگری دوره سالمندی و در عین حال تأمین نشدن هزینه‌های مراقبتی و نگهداری از سالمند بار مالی زیادی را به خانواده‌ها تحمیل می‌کند. با اصلاح ساختار ارائه خدمت و برنامه‌ریزی بهتر می‌توان تأمین مالی مناسب‌تری ایجاد کرد.

ب - سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی

یافته‌های مطالعه حاضر نشان می‌دهد که نحوه سیاست‌گذاری نظام سالمندی در کشورهای مورد مطالعه غالباً ملی و متمرکز بوده و از طریق سیستم دولتی در قالب وزارتخانه‌های متولی ارائه‌دهنده خدمات سالمندی تدوین و ابلاغ می‌شود.

خدمات سالمندی همچون نحوه سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی، ساختارهای تشکیلاتی ارائه‌دهنده خدمت و نظام‌های تأمین مالی در موضوع سالمندی در کشورهای آمریکا، انگلستان، ژاپن، کره ایتالیا انجام شد. مقایسه این نظام‌ها با یکدیگر برای طراحی رویکرد مدیریتی مؤثر سالمندی در سطح ایران انجام شد.

الف - تأمین مالی

نگاهی به روند تأمین منابع برای پوشش خدمات در کشورهای مورد مطالعه نشان می‌دهد که بهره‌گیری از نظام‌های بیمه‌ای، مالیات و منابع عمومی، روش اصلی تأمین مالی در ارائه خدمات سالمندی بوده که پوشش‌های بیمه‌ای مدی‌کر در آمریکا، بیمه مراقبت‌های طولانی مدت در ژاپن، نظام طب ملی در انگلستان و... نمونه‌های مؤثری از رویکردهای تأمین در ارائه خدمات سالمندی هستند که به تناسب نیاز و شرایط در برهه‌های زمانی دستخوش اصلاحات متناسب با نیاز جامعه شده‌اند. با این همه با وجود پیشرفت‌های زیاد در خصوص سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی و نظام‌های تأمین ارائه خدمات سالمندی در ساختار تشکیلاتی ارائه‌دهنده این خدمت به جامعه هدف، همچنان کشورهای مورد مطالعه با دغدغه‌هایی در تخصیص منابع، توزیع عادلانه و دسترسی به موقع به خدمات و در مواردی تحقق نیافتن کیفیت در ارائه خدمات مطلوب به جامعه سالمندی مواجه هستند که این امر باتوجه به رشد زیاد جمعیت سالمند در کشورهای در حال توسعه و فراهم نبودن زیرساخت‌های مؤثر برای ارائه خدمات مدیریت شده، نگرانی و دغدغه زیادی را ایجاد می‌کند. مطالعات مدیریت نظام سالمندی در بعد تأمین مالی در کشورهای مورد مطالعه نیز بیانگر استفاده از سیستم‌های تأمین مالی در دو بخش رفاهی - اجتماعی و پوشش خدمات بهداشتی - درمانی بود که در بخش‌های رفاهی مستمری‌های پایه عمومی سالمندان و مستمری‌های اجباری برای سالمندان دارای بیمه‌های تکمیلی قابل بهره‌برداری است و برای پوشش هزینه‌های بخش بهداشت و درمان نظام تأمین مالی در قالب خدمات سلامت (پزشکی، بیمارستانی، دارویی و مراقبت‌های بلندمدت) براساس نظام‌های تأمین مالی متفاوت برنامه‌های مشخصی تدوین و اجرایی می‌شود. نظام تأمین مالی دولت‌ها، سیاست‌ها و استراتژی‌های یک کشور در قبال خدمات قابل ارائه، نحوه خدمت‌رسانی و سطوح ارائه خدمت را مشخص می‌کند. ارزیابی نظام تأمین مالی در کشورهای مورد مطالعه نشان می‌دهد که در آمریکا مرکز خدمات مدی‌کر و مدیکید و دفتر سالمندی در حوزه سالمندان مسئولیت تأمین و تخصیص مالی جمعیت بالای ۶۵ سال و افراد ناتوان دارای معلولیت و بی‌درآمد را پوشش داده

غیرمنسجم و فراسازمانی از سوی منابع مختلف همچون وزارت بهداشت و سازمان بهزیستی هدایت شده و محورهای آموزشی و توانمندسازی به دلیل فقدان منابع انسانی لازم برای اجرای صحیح و به‌موقع برنامه‌های آموزشی اثربخش اقدام نمی‌کنند و سازمان‌هایی چون شهرداری‌ها که در کشورهای دیگر نقش موثری در این زمینه دارند، متاسفانه در ایران برنامه و خدماتی در زمینه سالمندی ارائه نمی‌کنند.

نتیجه‌گیری

جمع‌بندی و نتیجه‌گیری مطالعه ساختار نظام مدیریت سالمندی کشورهای مورد مطالعه بیانگر آن است که هزینه‌های مراقبت از سلامت سالمندان به شدت رو به افزایش است. ساختارهای پراکنده‌ای که در ایران وجود دارند نمی‌توانند یکپارچگی در بخش پیشگیری از بیماری و نیز پیشگیری از حوادث و سوانح و ارائه خدمت توانبخشی را به‌خوبی انجام دهند. سازمان‌های متعدد قطعاً هزینه‌های زیادی ایجاد خواهند کرد و به‌خصوص این مجموعه نهادهای پراکنده نمی‌توانند سیستم شبکه‌ای منظمی برای ارائه خدمت مراقبتی موثر و کارآمد ایجاد کنند. با ناکامی نهادها در ایجاد زندگی سالم از نظر تحرک جسمانی و تغذیه مناسب و مشاوره‌های لازم جسمانی و روانی متناسب برای سالمندان، ناگزیر شاهد بیماری‌های مزمن و پرهزینه خواهیم بود. لازم است هم در اصلاح سبک زندگی و تغذیه سرمایه‌گذاری شود تا از هزینه‌های درمانی آتی کاسته شود و هم منابع مالی پایدار مانند مالیات عمومی یا مالیات نشان‌دار شده یا حق بیمه سالمندی برای مراقبت از سلامت سالمندان پیش‌بینی شود تا از بار مالی بیمه‌های سلامت کاسته شود.

تشکر و قدردانی

این مطالعه بخشی از رساله دکتری نویسنده تحت عنوان «طراحی الگوی مدیریت خدمات سالمندی در ایران» در دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات، دانشکده علوم و فناوری‌های پزشکی است. نویسندگان از همه دوستانی که به نوعی برای انجام مطالعه کمک کردند، تشکر می‌کند. نویسندگان همچنین از داورانی که با کامنت‌گذاری به بهبود نسخه خطی کمک کرده‌اند تشکر ویژه می‌کند.

References

1. World Health Organization. World report on ageing and health. World Health Organization; October 22, 2015.
2. Ogura S, Jakovljevic MM. Global population aging-health care, social and economic consequences. Front Public Health. 2018;6:335.

گوهری‌نژاد و همکاران در یک مطالعه کیفی برای ارزیابی نحوه خدمت‌رسانی به سالمندان در ایران بیان داشتند که نظام مراقبتی سالمندان در ایران به‌صورت پراکنده و غیرمنسجم عمل می‌کند و مقایسه آن با کشورهای موفق در زمینه خدمات سالمندی زمانی قابل بهره‌برداری موثر است که سیستم جامع و منسجمی در برنامه‌ریزی سالمندی طراحی شود و نقش دولت به‌عنوان ارائه‌دهنده رسمی خدمات سالمندی تقویت شود و به واسطه مشخص شدن نظام برنامه‌ریزی و ساختار تشکیلاتی ارائه خدمات بتوان از یک شبکه منسجم خدمت‌رسانی در قالب ارائه‌دهندگان خدمت در نظام دولتی، خصوصی و خیریه (داوطلب) بهره مناسب برد تا بار اصلی ارائه خدمت که هم‌اینک بر دوش خانواده‌های سالمند قرار دارد، به درستی مدیریت شود [۲۵].

پ - ساختار

مقایسه اطلاعات کشورهای مورد مطالعه از نظر نحوه ارائه خدمات سالمندی در یک سیستم مدیریتی موفق نشان داد که یک نظام جامع در قالب شبکه ملی سالمندی در کشورهایی چون آمریکا، انگلیس، ژاپن و حتی ایتالیا با استفاده از ساختار تشکیلاتی منسجم در قالب یک نظام دولتی و ملی اقدام به شناسایی نیازهای منطقه‌ای و ایالتی کرده و براین اساس با بهره‌گیری از ساختار تشکیلاتی که سیاست‌گذاری مشخصی برای اجرای برنامه‌های سالمندی در قالب ارائه خدمات بهداشتی-درمانی و حمایتی، اجتماعی دارد، ضمن بهره‌گیری از سیستم‌های دولتی به‌عنوان محور اصلی در نظام مدیریت سالمندی از همکاری واحدهای خصوصی و داوطلبانه در خدمت‌رسانی به سالمندان استفاده کرده و با تعریف رویکردهای مراقبت رسمی و حرفه‌ای‌سازی نقش مراقبان غیررسمی در روند خدمت‌رسانی، سیاست‌های مشخصی را برای ارتقای سطح آگاهی و ایجاد رویکردهای تشویقی در مراقبان سالمندان تدوین می‌کند. بدین‌واسطه سازمان‌هایی چون شهرداری‌ها نقش بسیار موثری را در اجرای منطقه‌ای برنامه‌های تدوینی برعهده دارند.

نتایج مطالعات نشان داده که در تمامی کشورهای مورد مطالعه غربی و شرقی تأکید اصلی روی حرکت به سوی ارائه خدمات سالمندی در منزل با پوشش وسیع خدمات در قالب خدمات جامعه محور بوده و استفاده از رویکردهای توانمندسازی سالمندان برای زندگی مستقل از برنامه‌هایی است که در این کشورها در اولویت اجرا قرار گرفته است. مقایسه این نتایج با شرایط مدیریتی نظام سالمندی ایران مبین آن است که برنامه‌ریزی و ساختارهای تشکیلاتی موثر برای توانمندسازی سالمند و خانواده‌اش به‌عنوان محور اصلی مراقبت در منزل در ایران به‌صورت بسیار

- of aging on health cost: Asystematic review. *Journal of Health Based Research*. 2020;5(4):411-22.
15. Abdollahzade A, Mehrpour R. Investigating the condition of elderly in Sarbisheh southern Khorasan State. *Nursing Journal of Vulnerable*. 2017;3(9):14-23. [Persian]
 16. Lucas K, Lloyd B. *Health promotion: evidence and experience*. Sage; August 31, 2005.
 17. Yavari K, Basakha M, Sadeghi H, Naseri A. Economic aspect of aging. *Iranian Journal of Ageing*. 2015;10(1):92-105. [Persian]
 18. Mirzaiee M, Darabi A, Babapour M. Population aging in Iran and Rasing health care costs. *Iranian Journal of Aging*. 2017;12(2):156-69. [Persian]
 19. Abbasian M, Shaghaghi A. An Evidence-Informed and Key Informants-Appraised Conceptual Framework for an Integrated Elderly Health Care Governance in Iran (IEHCG-IR). *Risk Manag Healthc Policy*. 2020;13:1365-74.
 20. Hyun KR, Kang S, Lee. Population aging and health care expenditure in Korea. *Health Econ*. 2016;14(4):466-77. [Persian]
 21. Gholipour Z, Farahani MM, Riahi L, Hajinabi K. Active ageing management in Iran: Designing a model. *Asia Pacific Journal of Health Management*. 2020;15(2):61-70.
 22. Robbins SP, Coulter M. *Principles of management*. Translated by Seyyed Mohammad Arabi and Mohammed Ali Hamid Rafiee and Behrouz Asrari Ershad, Fourth Edition, Tehran: Office of Cultural Studies, 2007. [Persian]
 23. Rasel M, Ardalan A. The future of ageing and the cost of health services. *Iranian Journal of Ageing*. 2007;2(4):300-5. [Persian]
 24. Pourreza A, Bazayr M, Soofi M, Behzadi F, Ranjbar M. Population aged and insurance health. *Teb and Tazkiye Journal*. 2014;23(3):111-22. [Persian]
 25. 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.
 3. Caning D. *The Impact of Ageing in Asian Development*. The Seminar of ageing in Asia: A New Challenge for the Region. ADB Annual Meeting. Kyoto, Japan, 2006
 4. Karami Matin B, Kazemi Karyani A, Soltani S, Rezaei S, Soofi M. Predictors of healthcare expenditure: aging, disability or development. *Archives of Rehabilitation*. 2019;20(4):310-21.
 5. Mazloumi A, Hajizadeh L, Feyzi V. Development and validation of ergonomics elderly house risk factors checklist and assessment elderly functional ability checklist. *Iranian Journal of Ergonomics*. 2019;7(1):20-7. [Persian]
 6. Khodamoradi A, Hassanipour S, Daryabigi R, Ahmadi B. The trend of population aging and planning of health services for the elderly: A review study. *Journal of Torbat Heydariyeh University of Medical Sciences*. 2018;6(3):81-95. [Persian]
 7. Mirzai M, Shams M. Demogeraphi of elderly population in Iran over the period 1956 to 2006. *Iranian Journal of Aging*. 2007;2(5):326-331. [Persian]
 8. Molaiee M, Etemad K, Taheri Tnjani P. Prevalence of Elder Abuse in Iran: A Systematic Review and Meta Analysis. *Iranian Journal of Aging*. 2017;(12)2:242-53. [Persian]
 9. Seshamani M, Gray A. Ageing and health-care expenditure: The red herring argument revisited. *Health Economics*. 2004;13(4):303-14.
 10. Warren K. Rationalizing healthcare in in changing world: The need to know. *Health Transit Rev*. 1996;6:393-403.
 11. Boeckxstaens P, De Graaf P. Primary care and care for older persons: position paper of the European Forum for Primary Care. *Qual Prim Care*. 2011;19(6):369.
 12. Rasel M, Ardalan A. The future of aging and its health care cost: A warning for health system. *Iranian Journal of Aging*. 2007;2(4):30-5. [Persian]
 13. Shaikhi M. *Sociology of aging*. Tehran: Harir Publication, 2010. [Persian]
 14. Rezapour A, Arabloo J, Alipour V, Alipour S. Investigation of effect