

مراقبت بلندمدت برای سالمندان در اسپانیا

نویسندگان: جان کاستا- فونت و کنسپسیو پچوت^۱
مترجم: مریم ابوالقاسم جوشقانی^۲

چکیده

نظام مراقبت‌های بلندمدت در اسپانیا به عنوان مساعدت در انجام تکالیف شخصی و داخلی افرادی که قادر به انجام فعالیت‌های خودشان نیستند، مطرح می‌شود. فراهم‌سازی و تأمین مالی مراقبت بلندمدت سیاستی بود که همزمان با گسترش کشورهای توسعه یافته، در اسپانیا مورد توجه قرار گرفته است. همانند سایر کشورهای اروپایی، خانواده، اصلی‌ترین تأمین‌کننده خدمات مراقبت بلندمدت است. نزدیک به ۷۰ درصد سالمندان وابسته اسپانیایی منحصراً مراقبت خانوادگی دریافت می‌کنند، که به طور عمده توسط زنان و کودکان تأمین می‌شود. با این وجود انتظار می‌رود، الگوی مراقبت در اسپانیا، به طور عمده به دلیل فرایند سالمندی و تغییرات اجتماعی تغییر کند. پیش‌بینی می‌شود در سال ۲۰۴۰، تعداد افرادی که در سن ۸۰ و بالای آن هستند از تعداد زنان بین ۴۰ تا ۶۰ سال (ارایه‌دهندگان سنتی خدمات مراقبت در اسپانیا، در مدل خانواده — محور) تجاوز کند.

در اسپانیا، دولت‌های منطقه‌ای^۳ مسئول ارایه مراقبت‌های اجتماعی و سلامت هستند، البته

1. Joan Costa –Font and Consepicio Patxot

۲. دبیر علمی گروه پژوهشی آمار و محاسبات بیمه‌ای، مؤسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی

3. Regional governments

مراقبت غیررسمی نیز به طور قابل توجهی توسط خانواده‌ها تأمین می‌شود. دسترسی به مراقبت رسمی نیز به دنبال ارزیابی قبلی از نیازها (و گاهی نیز دارایی) مطابق با آیین‌نامه‌های قانونی هر منطقه امکان‌پذیر است. نتایج مدل مراقبت بلندمدت اسپانیایی برای سال ۲۰۰۰ نشان می‌دهد که از کل جمعیت تحت پوشش ۷۵ درصد منحصراً مراقبت غیررسمی دریافت می‌کنند. ۱۵ درصد از سالمندان در حالی که در منزل خود اقامت دارند، از مراقبت رسمی بهره می‌برند و ۱۰ درصد نیز در مؤسسات سکونت دارند.

واژه‌های کلیدی: مراقبت بلندمدت، وابستگی، مراقبت سلامت، فعالیت مؤثر زندگی روزمره، فعالیت پایه زندگی روزمره.

۱. مقدمه

۱-۱. مروری بر نظام مراقبت بلندمدت

نظام مراقبت بلندمدت در اسپانیا به عنوان مساعدت^۱ در انجام تکالیف شخصی و داخلی به افرادی که قادر به انجام آن توسط خودشان نیستند، مطرح می‌شود. فراهم‌سازی و تأمین مالی مراقبت بلندمدت سیاستی بوده که اخیراً در نتیجه فرایند سالمندی در مقایسه با سایر کشورهای توسعه یافته، در اسپانیا مورد توجه قرار گرفته است. یکی از ویژگی‌های کلیدی این نظام، از دیدگاه فراهم‌سازی مراقبت، ساختار شبه فدرال نظام رفاه است.

مراقبت‌های اجتماعی و سلامت از زمان توسعه قوانین حاکم بر حقوق مراقبت‌های اجتماعی، مسئولیت و وظیفه‌ای منطقه‌ای بوده است. بنابراین، باید اذعان کرد که در واقعیت چیزی، به عنوان نظام مراقبت بلندمدت در اسپانیا وجود ندارد. اما در عوض یک نظام خدمات مراقبت بلندمدت منطقه‌ای موجود است. این ویژگی، که با نظام سلامت هم مشترک است، اثرات زیادی بر طراحی سیاست‌ها دارد و توصیف گسترش‌های اخیر را بسیار پیچیده می‌کند. به علاوه برخلاف نظام سلامت، نظام مراقبت بلندمدت توسعه کمتری یافته است. در این مقاله جزئیات مدل آرایه و تأمین مالی خدمات بلندمدت در اسپانیا تشریح خواهد شد.

طرح‌های اصلاحی برای افزایش دخالت‌های بخش دولتی در تأمین بودجه مراقبت بلندمدت در نتیجه گسترش سالمندی جمعیت، از موضوعات بحث‌انگیز در اسپانیا، است. مذاکرات به اواخر دهه ۹۰ باز می‌گردد، اما هنوز قانون خاصی برای سامان دادن تأمین مالی و

ارایه مراقبت بلندمدت وجود ندارد، اگرچه که تصویب قانون جدیدی برای اواسط سال ۲۰۰۳ پیش‌بینی می‌شود. حمایت اجتماعی برای مراقبت بلندمدت به طور واضح در قانون اساسی اسپانیا در سال ۱۹۷۸ تحت عنوان «اصل کفایت در سالمندی»^۱ (ماده ۵۰) وضع شده است. همانند سایر کشورهای اروپایی، خانواده اصلی‌ترین تأمین‌کننده خدمات مراقبت بلندمدت است. نزدیک به ۷۰ درصد سالمندان وابسته اسپانیایی منحصراً مراقبت خانوادگی دریافت می‌کنند، که به‌طور عمده توسط زنان و کودکان تأمین می‌شود. در حقیقت، نزدیک به ۵ درصد از جمعیت - ۸۳ درصد این میزان شامل زنان می‌شود - خدمات مراقبت سالمندی ارایه می‌دهند. این در حالی است که کمتر از ۳ درصد از سالمندان خدمات اجتماعی دریافت می‌دارند. با این وجود انتظار می‌رود، الگوی مراقبت در اسپانیا، به‌طور عمده به دلیل فرایند سالمندی و تغییرات اجتماعی تغییر کند. فرایند سالمندی در اسپانیا بر اثر افزایش امید به زندگی و کاهش نرخ باروری که هنوز هم خیلی پایین است (متوسط: ۱/۲ فرزند)^۲ ایجاد شده است. همچنین به موازات کاهش باروری؛ الگوی تغییرات اجتماعی، افزایش مشارکت کاری زنان در گروه‌های سنی جوانتر که احتمالاً در دهه‌های آینده نیز ادامه خواهد داشت را نشان می‌دهد.^۳ به عبارت دیگر، در آینده‌ای نزدیک انتظار کاهش در تعداد ارایه‌دهندگان بالقوه و غیررسمی خدمات مراقبتی را خواهیم داشت، که این امر منجر به گسترش تقاضا برای خدمات مراقبت بلندمدت رسمی می‌شود. چنین انتظار می‌رود که تمامی این تغییرات در ارایه مراقبت برای سالمندان، در آینده نمودار شود، به ویژه ممکن است که سبب انتقال از مدل «خانواده-محور»^۴ به مدل «جامعه-محور»^۵ شود. خدمات مراقبت سلامت، توسط سرویس ملی سلامت (NHS)^۶ و به طور رایگان، غیر از مراقبت‌های دارویی، ارتوپدی و دندان‌پزشکی ارایه می‌شود. در مقایسه، ارایه خدمات اجتماعی منوط به آزمون استطاعت مالی^۷ است. همان‌طور که اشاره شد، مسئولیت ارایه و ساماندهی مراقبت سلامت، به تمام ۱۷ ایالت

1. "sufficienay principle at old age"

۲. کاستا، ۲۰۰۱.

۳. در حال حاضر اسپانیا نرخ بسیار پایین مشارکت کاری زنان را در مقایسه با سایر کشورهای اتحادیه اروپایی دارد. اما با نگاهی بر وضعیت سنی، روندی افزایشی انتظار می‌رود.

4. family based

5. community based

6. National Health Service (NHS)

7. means- test

خودمختار منطقه‌ای — که از سال ۲۰۰۲ به طور کامل عهده‌دار آن هستند — واگذار شده است. ساماندهی مراقبت اجتماعی نیز، همانند مراقبت سلامت، مسئولیتی منطقه‌ای است. مراقبت اجتماعی اغلب توسط مسؤولان محلی تأمین می‌شود، البته سازمان‌های خصوصی (که اغلب غیرانتفاعی هستند) نیز نقش مهمی دارند. در نتیجه، تفاوت‌های منطقه‌ای در مراقبت اجتماعی، هم براساس اینکه چگونه مراقبت اجتماعی و سلامت ترکیب می‌شوند و هم براساس استحقاق فردی در دریافت مراقبت بلندمدت، بسیار چشمگیر است. دسترسی به مراقبت بلندمدت تأمین مالی شده توسط دولت، براساس ارزیابی انجام شده از نیازها و منابع است.

۱-۲. ویژگی‌های جمعیت‌شناسی: تعداد فعلی سالمندان و پیش‌بینی‌ها

الگوهای جمعیت‌شناسی جمعیت اسپانیا، در مقایسه با سایر کشورهای اروپایی و ایالات متحده، تحت تأثیر الگوهای باروری متفاوتی است.

برای مثال، انفجار جمعیت^۱ در اسپانیا در قیاس با سایر کشورها، ۱۰ سال دیرتر رخ داد. این الگوها همچنین تحت تأثیر کاهش‌های مشابه در نرخ مرگ‌ومیر هستند. براساس روندهای فعلی مرگ‌ومیر و باروری، اسپانیا تا سال ۲۰۱۰ با افزایش جمعیت روبه‌رو خواهد بود و تا سال ۲۰۲۰ نیز گروه کودکان (آنهایی که بین سال‌های ۱۹۵۷ و ۱۹۷۷ متولد شده‌اند) به سوی سالمندی پیش می‌روند. سال ۲۰۴۰ نیز تاریخی قابل توجه است، چرا که تعداد افرادی که در سن ۸۰ و بالای آن هستند از تعداد زنان بین ۴۰ تا ۶۰ سال (ارایه‌دهندگان سستی خدمات مراقبت در اسپانیا، در مدل خانواده - محور) بیشتر خواهد بود.^۲

پیش‌بینی‌های مرکزی جمعیت‌شناسی سال ۱۹۹۹ مرکز آمار اتحادیه اروپا^۳ برای اسپانیا، به ترتیب، حاکی از افزایش ۴۳ و ۷۶ درصدی افراد ۶۵ ساله یا بالاتر، بین سال‌های ۲۰۰۰ تا ۲۰۳۰ و ۲۰۰۰ تا ۲۰۵۰، است. همان‌طور که جدول شماره ۱ نشان می‌دهد، بیشترین افزایش در تعداد سالمندان بین سال‌های ۲۰۳۰ تا ۲۰۵۰ اتفاق خواهد افتاد. پیش‌بینی می‌شود بین سال‌های ۲۰۰۰ تا ۲۰۳۰ و ۲۰۰۰ تا ۲۰۵۰ به ترتیب تعداد افراد ۸۵ ساله یا بالاتر ۹۲ درصد و ۱۹۳ درصد افزایش یابد. چنین فرض می‌شود امید به زندگی در مردان افزایشی سریع‌تر از زنان داشته باشد. همچنین انتظار می‌رود تعداد مردان ۸۵ ساله یا بالاتر با افزایش ۱۰۶ درصد در

1. baby boom

2. Feranndez Cordon, 2000

3. eurostat

سال‌های ۲۰۳۰-۲۰۰۰ و ۲۴۲ درصدی در سال‌های ۲۰۵۰-۲۰۰۰، نسبت به افزایش ۹۲ و ۱۹۳ درصدی زنان، در همین سال‌ها، رشد بیشتری داشته باشند.

جدول شماره ۱. پیش‌بینی مرکز آمار اتحادیه اروپا از جمعیت ۶۵ ساله و بالاتر اسپانیا

جنسیت	فواصل سنی	۲۰۰۰	۲۰۳۰	۲۰۵۰	درصد افزایش بین سال‌های ۲۰۱۰-۲۰۳۰	درصد افزایش بین سال‌های ۲۰۰۰-۲۰۵۰
مردان	۶۵-۶۹	۹۴۴,۰۰۰	۱,۲۸۵,۰۰۰	۱,۱۸۹,۰۰۰	۳۶	۲۶
	۷۰-۷۴	۷۷۴,۰۰۰	۱,۰۴۰,۰۰۰	۱,۲۸۹,۰۰۰	۳۴	۶۶
	۷۵-۷۹	۵۴۹,۰۰۰	۷۷۵,۰۰۰	۱,۱۲۷,۰۰۰	۴۱	۱۰۵
	۸۰-۸۴	۲۸۹,۰۰۰	۵۴۴,۰۰۰	۸۲۰,۰۰۰	۸۱	۱۸۳
	۸۵+	۱۹۶,۰۰۰	۴۰۴,۰۰۰	۶۷۰,۰۰۰	۱۰۶	۲۴۲
زنان	۶۵-۶۹	۱,۰۹۹,۰۰۰	۱,۴۴۰,۰۰۰	۱,۲۶۳,۰۰۰	۳۱	۱۵
	۷۰-۷۴	۹۸۲,۰۰۰	۱,۲۵۸,۰۰۰	۱,۴۶۱,۰۰۰	۲۸	۴۹
	۷۵-۷۹	۷۹۵,۰۰۰	۱,۰۳۶,۰۰۰	۱,۳۹۸,۰۰۰	۳۰	۷۶
	۸۰-۸۴	۵۲۶,۰۰۰	۸۴۷,۰۰۰	۱,۱۶۲,۰۰۰	۶۱	۱۲۱
	۸۵+	۴۴۲,۰۰۰	۸۱۹,۰۰۰	۱,۲۰۲,۰۰۰	۸۵	۱۷۲
	مجموع ۶۵ ساله و بالاتر	۶,۵۹۶,۰۰۰	۹,۴۴۸,۰۰۰	۱۱,۵۸۱,۰۰۰	۴۳	۷۶
	مجموع ۸۵ ساله و بالاتر	۶۳۸,۰۰۰	۱,۲۲۳,۰۰۰	۱,۸۷۲,۰۰۰	۹۲	۱۹۳

Source: EuroStat, 2000.

۳-۱. شیوع وابستگی

جدول شماره ۲ شیوع وابستگی در اسپانیا را مطابق جدیدترین و معتبرترین منبع داده‌ای موجود از سالمندان اسپانیایی^۱ نشان می‌دهد.

سالمندان براساس سن، جنسیت و نرخ وابستگی طبقه‌بندی شده‌اند. تعریف وابستگی، کمک دریافتی در انجام فعالیت‌های مؤثر زندگی روزمره^۲ (برای مثال آشپزی، خرید) یا فعالیت‌های پایه زندگی روزمره^۳ (برای مثال خوردن یا بهداشت فردی) است.

1. CIS, 1998

2. Intranental Activities of Daily Living (IADL)

3. Activities of Daily Living (ADL)

ستون سوم جدول شماره ۲ سهم سالمندان به طور متوسط وابسته را مشخص می‌کند. (آنهایی که در بیش از یک مورد برای فعالیت‌های مؤثر زندگی روزمره به کمک نیاز دارند)، در حالی که ستون بعدی سهم سالمندان به‌طور شدید وابسته، آنهایی که در یک مورد یا بیشتر فعالیت‌های پایه زندگی روزمره یاری می‌شوند را نشان می‌دهد. در حالت متوسط، ۲۲ درصد جمعیت سالمند اسپانیا، به طور متوسط وابسته‌اند، ۱۴ درصد به‌طور شدید وابسته و ۶۳ درصد نیز مستقل هستند. همان‌گونه که جدول شماره ۲ نشان می‌دهد، نرخ وابستگی تحت تأثیر سن و جنسیت تغییر می‌کند. این نرخ‌ها با سن افزایش یافته و در یک رده سنی یکسان، برای زنان بیش از مردان است.

جدول شماره ۲. نرخ وابستگی براساس سن و جنسیت، اسپانیا، ۲۰۰۰

جنسیت	فواصل سنی	بدون وابستگی	فعالیت‌های مؤثر زندگی روزمره +۱	فعالیت‌های پایه زندگی روزمره +۱
مردان	۶۵-۶۹	۸۳/۵	۱۲	۴/۵
	۷۰-۷۴	۸۳/۸	۹/۷	۶/۵
	۷۵-۷۹	۷۲/۵	۱۴/۶	۱۲/۹
	۸۰-۸۴	۵۶/۷	۲۶/۵	۱۶/۸
	۸۵-۹۰	۴۳/۵	۲۵/۹	۳۰/۶
	۹۰+	۱۴/۶	۳۳/۷	۵۱/۷
زنان	۶۵-۶۹	۷۹/۹	۱۷/۲	۲/۹
	۷۰-۷۴	۶۵/۲	۲۷	۷/۸
	۷۵-۷۹	۵۴/۲	۲۹/۲	۱۶/۱
	۸۰-۸۴	۳۷/۸	۳۴/۲	۲۸
	۸۵-۹۰	۱۸/۳	۳۴/۶	۴۷/۱
	۹۰+	۶/۸	۲۱/۶	۷۱/۶
	مجموع	۶۳/۴	۲۲/۵	۱۴/۱

منبع: یافته‌های نویسنده با استفاده از داده‌های (1998) CIS Encuesta de La soledad de Las personas Mayores، و سایر منابع اطلاعاتی.

۲. ساختار سازمانی

۲-۱. نقش لایه‌های مختلف دولت

در اسپانیا دولت‌های منطقه‌ای مسئول ارائه مراقبت‌های اجتماعی و سلامت هستند، اگر چه بودجه به طور مرکزی پرداخت می‌شود و تأمین مراقبت‌های اجتماعی نیز در سطح محلی صورت می‌پذیرد. توسعه مراقبت‌های اجتماعی و سلامت در اسپانیا به طور زیادی با پیشرفت فرایند سیاسی تمرکززدایی اخیر شده، که در سال ۲۰۰۲ و در خصوص مراقبت سلامت، به اوج خود رسید. بنابراین، نظام اسپانیا به جای نظام ملی اجتماعی و سلامت، به عنوان نظام خدمات سلامت منطقه‌ای^۱ شناخته می‌شود. این امر اشاره بر این دارد که سیاست‌ها می‌توانند میان نواحی مختلف اسپانیا (جوامع خودمختار) متفاوت باشند. شورای درون - ارضی^۲ نقش هماهنگ‌کننده را برای نظام ملی سلامت بر عهده دارد، اما ساختار هماهنگی آن همچنان تحت مباحثه و گفت‌وگو بوده و در واقع هنوز مؤثر نبوده است. دولت مرکزی برخی مسئولیت‌های انحصاری و محدودکننده را در خصوص هماهنگی و ساماندهی صنعت دارویی و سلامت عمومی بین‌المللی ایفا می‌کند.

در خصوص سیاست مراقبت بلندمدت، تفاوت‌هایی در تمرکز برنامه‌های منطقه‌ای وجود دارد. برای مثال، برخی مناطق مثل کاتالونیا^۳، کاستیلا-لئون^۴ و کانتابریا^۵ به تجمیع مراقبت‌های اجتماعی و سلامت تأکید دارند، در حالی که سایر مناطق، مثل ایالت باسک^۶ و گاسیلیا^۷ بر توسعه مراقبت اجتماعی شخصی تمرکز کرده‌اند. برخی مناطق مانند آندولوسیا^۸ (۱۹۹۹)، مادرید^۹ (۱۹۹۸) و کاناریاس^{۱۰} (۱۹۹۷)، طرح‌های خدمات اجتماعی ویژه‌ای را برای آینده در نظر گرفته‌اند. بنابراین، فرایند تمرکززدایی در اسپانیا منجر به گوناگونی رو به رشدی در تعیین

1. system of regional health service
2. inter-territorial council
3. Catalonia
4. Castilla-Leon
5. Cantabria
6. Basque Country
7. Gacilia
8. Andalusia
9. Madrid
10. Canarias

سیاست‌ها شده است.

اگرچه قانون اساسی اسپانیا استحقاق سالمندان در برخورداری از مراقبت‌های اجتماعی را تصویب کرده است، هیچ قانون نهادی و ویژه‌ای به این حق جامه عمل نپوشانده است. اما در عوض، مناطق، نظام‌مندی مختص خود را اتخاذ کرده‌اند. بنابراین، تفاوت‌های عمیقی میان مناطق در ارایه مراقبت‌های اجتماعی تأمین مالی شده توسط دولت، پوشش خدمات و دسترسی به مراقبت‌های اجتماعی وجود دارد.

آژانس مرکزی وزارت کار و امور اجتماعی^۱ برنامه‌هایی را برای پشتیبانی سالمندان گسترش می‌دهد و نیز ارایه مراقبت اجتماعی را هماهنگ کرده بر آن نظارت دارد. ابزارهای اصلی برنامه‌ریزی در سطح مرکزی، طرح‌های کهولت‌شناسی بوده است، که نوعاً طرح‌های ساختاری مرکزی بوده که شامل اهداف اصلاحی برای خدمات اجتماعی در سراسر کشور است.^۲ قصد این طرح‌ها گنجاندن مواردی نظیر حل و فصل مسایل تأمین مسکن برای سالمندان^۳ و سایر نیازها در اهداف سیاستی است. اما تا به حال، این ابزار برنامه‌ریزی مرکزی، اثر بسیار ضعیفی بر هماهنگی خدمات داشته است. بیشتر اهدافی که برای سال ۲۰۰۰ طراحی شده بود در مقیاس گسترده‌ای انجام نشده و همچنین یک برنامه کهولت‌شناسی جدید برای دوره ۲۰۰۵-۲۰۰۰ در نظر گرفته شده است که اهداف اصلی آن حمایت از سالمندان، افزایش دسترسی به مراقبت‌های ویژه و بهبود هماهنگی منطقه‌ای است.

مراقبت اجتماعی عمومی به‌طور عمده به‌وسیله مالیات، از طریق بودجه ایالت مرکزی ۲۰ درصد بودجه منطقه‌ای ۳۰ درصد و بودجه محلی ۵۰ درصد^۴، تأمین مالی می‌شود. منابع منطقه‌ای از طریق اعطاهای مالی دریافت شده از دولت مرکزی تأمین می‌شود. منابع محلی هم از طریق تأمین بودجه منطقه‌ای به شهرداری‌ها و هم از مالیات‌های محلی، فراهم می‌شوند.

ارایه مراقبت بلندمدت میان مناطق متفاوت است. اما به‌طور کلی، حضور رو به رشد بخش خصوصی مشهود است. در حالی‌که بخش دولتی هنوز اصلی‌ترین تأمین‌کننده در

1. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO)

۲. اولین مورد در سال ۱۹۹۳ انجام گرفت. آنها قصد پوشش دوره‌های ۹ ساله را دارند.

۳. توسعه شرایط مناسب برای سالمندان وابسته، به جهت توانمندسازی آنها به زندگی در خانه است.

4. Reco and others, 2002

مورسیا^۱ و الکسترمادورا^۲ است، بخش خصوصی تبدیل به اصلی‌ترین تأمین‌کننده در سایر مناطق خودمختار شده است. آمارهای اخیر نشان می‌دهد که، در کل کشور، ۱ درصد عرضه مراقبت‌های بیرون از منزل در قالب نظام تأمین اجتماعی ملی از سوی دولت تأمین مالی می‌شوند، ۱۱ درصد توسط مناطق و ۴۱ درصد به طور محلی فراهم می‌شود. مابقی ۴۷ درصد نیز به وسیله بخش خصوصی ارائه می‌گردد. (۳۴ درصد بخش غیرانتفاعی و ۱۱ درصد بخش انتفاعی).^۳

فقدان ارائه مناسب مراقبت بلندمدت اغلب منجر به اقامت طولانی‌مدت برخی افراد در بیمارستان‌ها مازاد بر زمان لازم شده است، درحالی‌که منتظر دریافت مراقبت اجتماعی هستند. فهرست‌های انتظار برای سالمندان، حتی اگر در سطح بالایی از نیازها و وابستگی‌ها باشند، مقوله‌ای رایج است.

۲-۲. تجمیع مراقبت اجتماعی و سلامت

تجمیع مراقبت اجتماعی و سلامت برای سالمندان در اسپانیا به نسبت توسعه نیافته است. در نتیجه تماس بین خدمات اجتماعی و مراقبت سلامت، نادر است. فقدان هماهنگی همچنین از این حقیقت که مراقبت سلامت و خدمات اجتماعی تحت نظارت وزارتخانه‌های مختلف هستند (و نیز اینکه توسط نظام‌های متفاوت تخصیص منابع، تأمین مالی می‌شوند) ناشی می‌شود؛ مشکل دیگر اینکه فعالیت‌های مدیریتی سطح بالا در این دو زمینه توسط سطوح مختلف دولتی در طول دوره‌ای طولانی (۲۰۰۱-۱۹۹۲) و در بخش عمده‌ای از قلمرو اسپانیا انجام می‌شد. همچنین، ساختار ارضی پیچیده ایالات اسپانیایی به همراه مراقبت تجمیعی که اغلب نیازمند همکاری ۳ سطح مختلف دولتی است، منجر به پراکندگی مسئولیت‌ها در آینده می‌شود.

بخش دیگری از موانع سازمانی در تجمیع مراقبت، ناشی از فقدان هماهنگی میان سطوح مختلف نظام مراقبت سلامت است، که این امر به دلیل جایگاه ضعیف مراقبت سلامت اولیه است. مراقبت اولیه ضعیف، کاستی دیگری برای گروهی از بیماران است که نیازمند خدمات اجتماعی هستند، بنابراین تجمیع شاغلین بخش اجتماعی در تیم‌های مراقبت سلامت، در مراقبت‌های اولیه پیش از خدمات بیمارستانی دنبال شده است.

1. Murcia
2. Extremadura
3. IMSERSO, 2001

سایر موانع برای هماهنگی مناسب مربوط به ویژگی‌های فنی است. از یک سو، نظام‌های تعلیمی و منابع انسانی نیازهای شغلی در زمینه مراقبت تجمیعی را تأمین نمی‌کنند و از سوی دیگر وجود موانع فرهنگی در راه هماهنگی مناسب مشهود است. در بخش مراقبت سلامت، این موانع آشکارا به دلیل فقدان علاقه، و در برخی موارد احترام، از سوی پزشکان بیمارستان به شاغلین در بخش مراقبت اولیه است. موانع فرهنگی مشابهی بین شاغلین مراقبت‌های اجتماعی و سلامت وجود دارد.

این شرایط در طول دهه ۱۹۹۰، با همکاری ذکر شده شاغلین بخش اجتماعی با تیم‌های مراقبت سلامت در مراکز مراقبت اولیه دولتی و بیمارستان‌ها تغییر کرد و برنامه‌های مبتکرانه‌ای توسط دولت‌های منطقه‌ای (برای مثال، در کاتالونیا و بعدها در ایالت باسک و کانتابریا) پایه‌ریزی شد و توسعه بخش خصوصی پراکنده و نابسامان نیز توسط دولت پیگیری شد. همچنین شورای درون ارضی نظام سلامت ملی، به عنوان کمیته دوجانبه منطقه‌ای - مرکزی، بحث‌هایی را در چارچوبی مشترک برای مراقبت تجمیعی سالمندان و سایر بیماران مزمن نیازمند مراقبت بلندمدت، شروع کرده است.

۳. ارایه مراقبت بلندمدت

۳-۱. مراقبت غیررسمی

در اسپانیا مراقبت غیررسمی به‌طور عمده توسط خانواده فراهم می‌شود. جدول شماره ۳ داده‌های حاصل از یک بررسی رسمی از خانوارهای سالمندان^۱ را نشان می‌دهد، آمار حاکی از این است که ۷۸ درصد از کل سالمندان وابسته در خانوارها و ۸۲ درصد از سالمندان به‌طور شدید وابسته، مراقبت غیررسمی دریافت می‌کنند. این جدول همچنین نشان می‌دهد که ۲۵ درصد از ارایه‌دهندگان مراقبت غیررسمی همسران افراد وابسته بوده و نوعاً زنان بالای ۴۵ سال هستند. ۲/۲ درصد از سالمندان وابسته توسط همسایگان خود مراقبت می‌شوند و ۱۰ درصد نیز اعلام کرده‌اند که هیچ‌گونه مراقبتی دریافت نمی‌دارند.

1. Centro de Investigaciones Sociologicas (CIS), 1998.

این آمار می‌تواند ناشی از مشکلات جمع‌آوری دقیق آمار یا در حقیقت انعکاسی از امکان وجود سهم کم سالمندانی که هیچ نوع مراقبتی دریافت نمی‌دارند، باشد. ۴ درصد سالمندان وابسته نیز هم مراقبت رسمی و هم غیررسمی دریافت می‌دارند.

جدول شماره ۳. منابع مراقبت سالمندان وابسته در خانواده

منابع مراقبت	درصد تمامی سالمندان وابسته	درصد سالمندان به‌طورشدید وابسته
هیچ کمکی دریافت نمی‌دارند	۱۰/۸	۱۱/۱
خانواده	۷۸/۷	۸۲/۲
مراقبت رسمی	۳	۲/۲
کمک خصوصی	۴/۴	۳
همسایگان	۲/۲	۱
دیگر	۰/۹	۰/۶

Source: Encuesta sobre Apoyo Informal, a las personas mayores, CIS, 1993.

درصد جامعه بالای ۱۶ سال، در ویرایش ۱۹۹۵ پانل خانوارهای اروپایی^۱ (۱۹۹۹)، که اعلام کرده‌اند از یک فرد سالمند خویشاوند، مراقبت می‌کنند، نزدیک به ۷ درصد جمعیت (۳ درصد مردان و ۹ درصد زنان) — معادل تقریبی ۲ میلیون نفر — است. به علاوه، ۱۲ درصد جمعیت بالای ۱۸ سال نیز اعلام کرده‌اند که از یک خویشاوند سالمند وابسته مراقبت می‌کنند. ۴۰ درصد آرایه‌دهندگان مراقبت غیررسمی، برای بیش از ۵ سال به آرایه مراقبت مشغول و سه چهارم آن‌ها، زنان بین ۴۵ تا ۶۰ سال بوده‌اند که به طور متوسط ۸/۸ ساعت در روز را به تأمین مراقبت بلندمدت برای خویشاوندان وابسته خود اختصاص داده‌اند.

روندهای موجود نشان می‌دهد که، همسو با سایر کشورهای اروپایی، پتانسیل فراهم‌سازی مراقبت غیررسمی در اسپانیا به طور شدید رو به کاهش است. در حالی که در سال ۱۹۷۰، ۶۰ درصد سالمندان با فرزندان‌شان زندگی می‌کردند، تا سال ۱۹۹۰ این میزان به ۳۰ درصد کاهش

1. european rouseholds panel

یافت. به علاوه، در حالی که نسبت سرانه ارایه‌دهندگان بالقوه مراقبت غیررسمی به ازای عمر دریافت‌کننده مراقبت بالای ۷۰ سال، در سال ۱۹۶۰، ۲/۵ بود، تا سال ۱۹۹۰ این نسبت به ۱/۵ کاهش یافت.^۱

بررسی‌ها نشان می‌دهد که^۲ به تقریب تمام ارایه‌دهندگان مراقبت (۹۵ درصد)، فعالیت‌های مؤثر زندگی روزمره (برای مثال خرید و آشپزی) را فراهم می‌کنند، ۶۵ درصد نیز به سالمندان ضعیف رنجور در انجام فعالیت‌های پایه زندگی روزمره (به عنوان مثال خوردن یا بهداشت شخصی) کمک می‌کنند، و ۶۰ درصد نیز برخی نیازهای مربوط به مراقبت سلامت افرادی را که از آنها مراقبت می‌کنند، تأمین می‌کنند. (برای مثال، دارو و معالجات). ۳۰ درصد از ارایه‌دهندگان مراقبت اعلام کرده‌اند که از مشکلات سلامتی ناشی از وظیفه‌شان به عنوان ارایه‌دهنده، رنج می‌برند، ۴۰ درصد از کاهش روابط اجتماعی‌شان اطلاع داده‌اند، ۲۷ درصد نیز در انجام سایر امور اجتماعی مشکلاتی را تجربه کرده‌اند و ۱۶ درصد اظهار کرده‌اند ارایه مراقبت سبب افزایش تنش یا همسرشان شده است.

جدول شماره ۴. شرح حال جمعیت خانوارهای سالمندی که مشکلات وابستگی دارند (شامل ADL یا IADL)

۸۵ ساله و بالاتر		۶۵ ساله و بالاتر		وضعیت
مردان	زنان	مردان	زنان	
۴۲/۲	۱۱/۳	۶۱/۶	۲۵/۹	متاهل
۵۵/۳	۸۲/۲	۳۲/۸	۶۸/۲	بیوه
۴۸/۸	۵۲/۱	۴۲/۲	۵۲/۲	بی سواد
۴۸/۸	۴۷	۵۵/۱	۴۴/۳	تحصیلات ابتدایی
۷/۹	۱۰/۸	۴/۵	۱۲/۳	تنها
۴۴/۷	۷۳/۲	۳۰/۶	۶۰/۲	زندگی با فرزندان
۲۶/۳	۷۳/۷	۲۵/۶	۷۴/۴	مجموع

Source: Encuesta sobre Apoyo Informal a las personas mayores, CIS, 1993.

1. IMSERSO, 1995

2. Encuesta sobre Apoyo Informal a las Personas Mayores, CIS, 1993.

جدول شماره ۴ وضعیت سالمندان اسپانیایی که در انجام کارهای خود وابسته هستند را نشان می‌دهد. سالمندان وابسته، حتی هنگامی که در یک گروه سنی بررسی می‌شوند، اغلب زنان هستند. بیشتر مردان متأهل و بیشتر زنان بیوه هستند و در نتیجه نسبت بیشتری از زنان با فرزندانشان زندگی می‌کنند، در حالی که این شرایط برای مردان برعکس است و اغلب با همسر خود زندگی می‌کنند. احتمال تنها زیستن، وابسته به داشتن فرزند است و البته به نظر می‌رسد تخصیلات این احتمال را پایین می‌آورد.^۱

۲-۳. خدمات رسمی

۱-۲-۳. دسترسی به خدمات: ارزیابی و استحقاق

دسترسی به مراقبت رسمی به دنبال ارزیابی قبلی از نیازها (و گاهی نیز دارایی^۲) مطابق با آیین‌نامه‌های قانونی هر منطقه امکان‌پذیر است. در برخی مناطق، مثل کاتالونیا، حق قانونی سالمندان در دریافت مراقبت از فرزندانشان، وضع شده است. در نتیجه، گاهی دسترسی به مراقبت خانواده، در زمان ارزیابی نیازها نیز به حساب آورده می‌شود.

فرد وابسته می‌تواند تقاضای مراقبت رسمی را در محل سکونت خود داشته باشد. مسئولان محلی ارجحیت را به سالمندان تنها می‌دهند. دسترسی به مراقبت روزانه فقط برای افراد با سطح نیازمندی شدید، امکان‌پذیر است. مراقبت خانگی، حتی برای آنهایی که واجد شرایط هستند نیز به شدت سهمیه‌بندی شده است. مسئولان محلی باید سنجش استطاعت مالی واجدین شرایط را برای مراقبت بیرون از منزل یا خانه سالمندان، انجام دهند و از این بابت هزینه‌ای نیز دریافت دارند. بیشتر آن‌ها برای مراقبت خانگی نیز رویه مشابه دارند.

معیار احراز شرایط برای خانه‌های سالمندان دولتی توسط مسئولان محلی تعیین می‌شود، اگرچه که این معیارها به طور قابل توجهی از ناحیه‌ای به ناحیه دیگر متفاوت‌اند. مدلی مؤثر و عملی برای توسعه معیارهای احراز شرایط، توسط مؤسسه خدمات اجتماعی در سال ۱۹۸۶ ایجاد شد^۳ و در بسیاری از مناطق پس از تفویض اختیارها در سال ۱۹۹۵، اتخاذ گردید.

1. Rodriguez Cabrero, 1999

۲. این مورد مربوط به خانواده‌های طبقه متوسط است زیرا که آنها از مراقبت رسمی به دلیل عدم احراز شرایط در دریافت کمک دولتی، بهره نمی‌برند. اما اغلب نیز استطاعت استفاده از خدمات خصوصی را ندارند. در حقیقت، شواهدی موجود است که تنها خانواده‌هایی با درآمد خیلی بالا از خدمات خصوصی استفاده می‌کنند (کاسادو و لویز، ۲۰۰۱).

3. Rico et al 2002.

مدل مؤسسه خدمات اجتماعی، با توجه به ویژگی‌های فرد متقاضی از مقیاس امتیازبندی بین صفر تا ۱۷۴ استفاده می‌کند. ابعادی که در نظر گرفته شدند عبارتند از:

محیط اجتماعی و خانوادگی (حداثر ۶۴ امتیاز)؛ سطح وابستگی روحی و جسمانی (حداکثر ۳۶ امتیاز)؛ وضعیت اقتصادی (۲۰ امتیاز)؛ شرایط اقامتی (۲۴ امتیاز)؛ حضور در جامعه (۸ امتیاز) سن (۱ امتیاز به ازای هر سال برای افراد بالای ۶۵ سال)؛ سایر موارد (۲۰ امتیاز)^۱. با این وجود، لازم به ذکر است که مناطقی مثل ایالت باسک و کاتالونیا، معیارهای احراز شرایط خود را وضع کرده‌اند. کاتالان^۲ از ۲ پرسشنامه مناسب طراحی شده و بر پایه ادبیات بین‌المللی استفاده کرده است، که یکی سطح وابستگی را برآورد می‌کند و دیگری حمایت‌های جامعه، اقتصادی و اجتماعی، از متقاضی را در نظر می‌گیرد.

۲-۳. مراقبت جامعه - محور

اصلی‌ترین خدمات جامعه - محور رسمی موجود برای سالمندان وابسته در اسپانیا، مراقبت (یا کمک) خانگی، مراقبت روزانه و تلمتیکس^۳ - که هنوز نقش حاشیه‌ای دارد - است.

هدف کمک خانگی، نگهداری افراد در خانه‌هایشان توسط ارایه کمک شخصی در خانه است. نوعاً کمک خانگی به افرادی که نیازمند یاری فردی برای فعالیت‌های شخصی پایه مثل استحمام، لباس پوشیدن و غیره هستند، ارایه می‌شود. مراقبت خانگی دولتی (کمک خانگی) توسط شهرداری‌ها و از طریق مراکز مراقبت اجتماعی^۴، اداره می‌شود. مطابق برآوردهای ما (جدول شماره ۷) تنها ۴/۴ درصد سالمندان وابسته (۱/۵ درصد سالمندان) از کمک خانگی دولتی استفاده می‌کنند، درحالی‌که ۱۱/۲ درصد از سالمندان وابسته (۳/۹ درصد سالمندان) از کمک خانگی خصوصی بهره می‌برند.

مراکز مراقبت روزانه، به یاری سالمندان وابسته در طول روز می‌پردازند. به خانواده‌هایشان

۱. مؤسسه خدمات اجتماعی، ۲۰۰۱.

2. Catalan

۳. ارایه خدمات از طریق وسایل ارتباطی جدید (Telematics)

4. social care centres

نیز کمک‌های روان‌درمانی - اجتماعی^۱ ارائه می‌دهند. هدف آنها ارتقاء خودمختاری افراد است به گونه‌ای که سالمند وابسته به مراقبت بیرون از منزل نیازمند نباشد. به علاوه، این سرویس به ارائه‌دهندگان مراقبت (به طور معمول اعضای خانواده) نیز کمک می‌کند، به طوری که به آنها اجازه انجام فعالیت‌های معمول روزانه را می‌دهد. مراکز ارائه مراقبت روزانه عموماً دولتی هستند، اگرچه بعضی از آنها توسط سازمان‌های غیرانتفاعی ارائه می‌شوند. کارکنان این مراکز اغلب شامل دستیاران در زمینه پزشکی سالمندان و شاغلین اجتماعی هستند. این مراکز به ویژه در ایالت باسک و کاتالونیا رایج و در حال گسترش‌اند. تعداد کل مراکز مراقبت روزانه در سال ۱۹۹۸، ۷،۱۰۳ مورد است در حالی که این میزان به ۹،۰۰۰ مرکز در سال ۲۰۰۰ می‌رسد. در حال حاضر تمامی مراکز موجود اشغال شده‌اند، بدین معنی که ۳/۹ درصد از سالمندان وابسته (۱/۳۶ درصد سالمندان) از این سرویس استفاده می‌کنند.^۲

تله‌ماتیکر یا ارائه خدمات از طریق وسایل ارتباطی جدید خدمتی روبه گسترش است که تا به حال نقش حاشیه‌ای در نظام ایفا کرده است. این سرویس به ارائه مراقبت به‌وسیله فناوری‌های جدید ارتباطی می‌پردازد و در حال حاضر به ۸۰،۰۰۰ نفر در سراسر کشور، کمتر از ۰/۸ درصد جمعیت سالمندان، خدمات ارائه می‌کند.

۳-۲-۳. مراقبت سازمانی

در سال ۱۹۹۸، تنها ۲/۸۳ مرکز سازمانی به ازای هر ۱۰۰ نفر بالای ۶۵ سال موجود بود. (در حالی که طرح‌های سالمندی‌شناسی میزان ۵ درصد را به عنوان نرخ بهینه معرفی می‌کنند.)^۳

تنها ۲۵ درصد از این مراکز دولتی هستند، ۱۸ درصد به صورت قراردادی توسط بخش دولتی و ۵۷ درصد باقیمانده نیز به طور خصوصی تأمین بودجه می‌شوند. در سال ۲۰۰۰، مرکز ارائه‌دهنده مراقبت بیرون از منزل در اسپانیا به ۹/۲ درصد از سالمندان وابسته (۳/۲ درصد جمعیت سالمند) خدمات ارائه کرده‌اند.^۴

1. psycho-social

۲. مؤسسه خدمات اجتماعی، ۲۰۰۱.

۳. وب سایت مؤسسه خدمات اجتماعی، ۲۰۰۱.

۴. محاسبات نویسنده براساس داده‌های مؤسسه خدمات اجتماعی و سایر منابع اطلاعاتی.

جدول شماره ۵. نرخ بهره مندی از مراقبت بیرون از منزل در اسپانیا بر اساس سن، جنسیت و شدت وابستگی (به درصد)، سال ۲۰۰۰

شدت وابستگی		فاصله سنی	جنسیت
شدید	متوسط		
۱۶/۱	۲/۳	۶۵-۶۹	مردان
۱۴/۲	۳/۶	۷۰-۷۴	
۹/۸	۳/۳	۷۵-۷۹	
۱۶/۵	۴	۸۰-۸۴	
۱۸/۱	۸/۱	۸۵-۸۰	
۱۰/۷	۶/۲	۹۰ سال و بالاتر	
۳۳/۳	۲/۱	۶۵-۶۹	زنان
۱۸/۸	۲/۱	۷۰-۷۴	
۱۴/۸	۳/۱	۷۵-۷۹	
۱۸/۴	۵/۷	۸۰-۸۴	
۲۱/۱	۱۰/۹	۸۵-۸۰	
۱۳/۸	۱۷/۴	۹۰ سال و بالاتر	

وابستگی متوسط: تنها فعالیت‌های مؤثر زندگی روزمره؛ وابستگی شدید: فعالیت‌های پایه زندگی، روزمره در یک مورد یا بیشتر منبع: بررسی نویسنده از INE (۱۹۹۸) و سایر منابع اطلاعاتی.

به طور شگفت‌انگیزی، چنین به نظر می‌رسد؛ ۲۷/۵ درصد از سالمندان تحت نظر سازمان‌ها ناتوان نیستند^۱ این به عنوان یک نابهنجاری در نظام که منجر به تلاشی آن می‌شود، مطرح است. همان‌طوری که جدول شماره ۶ نشان می‌دهد نسبت تأمین‌کنندگان مراقبت نیز در بخش‌های مختلف بین مناطق گوناگون، فرق می‌کند. با این وجود، الگوی شمال - جنوب ویژه‌ای وجود ندارد.

۱. مؤسسه خدمات اجتماعی، ۱۹۹۵.

جدول شماره ۶. ارایه خدمات بیرون از منزل در مناطق اسپانیایی
(ترکیب دولتی / خصوصی)، (به درصد) ۱۹۹۴

مناطق اسپانیایی	بخش دولتی		بخش خصوصی	
	بیمه اجتماعی	مناطق	منابع محلی	خصوصی غیرانتفاعی
کاتالونیا	۰/۶	۹	۳۸	۳۲
والنسیا	۰/۴	۷	۵۴	۳۷
کاستیلام	—	۱۱	۵۵	۲۴
مادرید	—	۱۰	۳۳	۵۲
کاستیلا ال	—	۱۳	۴۳	۲۸
آرگن	۰/۳	—	۴۸	۵۰
اکسترمادورا	—	۱۳	۶۸	۱۹
پایس واسکو	۰/۳	—	۴۵	۴۳
آندالوسیا	۲	۴۱	۱۹	۱۲
مورسیا	۰/۴	۱۰	۵۵	۳۴
ناوارا	—	۱	۱۳	۶۷
آستوریاس	۵	۱۶	۳۸	۳۸
کاناریاس	—	۷	۲۶	۶۵
بالیرس	۵	۷	۲۰	۵۷
کالبسیا	۲	۴۰	۸	۲۳
ایوجا	—	۱۹	۲۳	۵۷
کانتابریا	۱۹	۱۶	۱۹	۱۶

Source: INE and Censos de poblacion y vivienda, 1994.

۳-۳. توازن کلی مراقبت

مطابق محاسبات انجام گرفته برای مدل مراقبت بلندمدت اسپانیایی که در بخش دوم این گزارش^۱ برای سال ۲۰۰۰ تشریح شده است. از کل سالمندان (منظور افرادی که نیازمند دریافت کمک، حداقل در یک مورد از فعالیت‌های مؤثر زندگی روزمره هستند، است)، ۷۵ درصد به‌طور منحصراً مراقبت غیررسمی دریافت می‌کنند. ۱۵ درصد از مراقبت رسمی در حالی که در منزل خود اقامت دارند، بهره‌می‌برند و ۱۰ درصد نیز در مؤسسات سکونت دارند.

۱. با استفاده از داده‌های Encuesta de la soledad de las personas jmayors (CIS, ۱۹۹۸) و سایر منابع اطلاعاتی.

جدول شماره ۷، نگاهی به نسبت دقیق‌تر، به اشکال مختلف ارایه مراقبت در منزل دارد. در میان سالمندان وابسته ساکن در خانواده‌ها، ۷۱ درصد مراقبت غیررسمی دریافت می‌دارند. در حقیقت، ۸۳ درصد از کل سالمندان وابسته به نحوی از مراقبت غیررسمی بهره می‌برند، که اغلب نیز با مراقبت‌های رسمی نظیر مراقبت خانگی خصوصی (۷ درصد) و مراقبت خانگی دولتی (۴ درصد) ترکیب می‌شود. با در نظر گرفتن مراقبت خانگی — به تنهایی یا ترکیب شده با مراقبت غیررسمی — ۱۲ درصد از سالمندان وابسته این گونه خدمات را، از بخش خصوصی و ۵ درصد نیز از بخش دولتی، دریافت می‌دارند. سهم سالمندان وابسته‌ای که از هیچ‌گونه خدماتی بهره نمی‌برند — ۱۰ درصد برای سالمندان به طور متوسط وابسته و ۱۴ درصد برای سالمندان به‌طور رشدید وابسته — در مقایسه با برآوردهای سایر کشورها، بسیار بالا است.^۲

جدول شماره ۷. انواع مراقبت‌های دریافت شده توسط سالمندان ساکن در خانواده‌ها (به درصد)

انواع مراقبت	هیچ‌کدام	فعالیت‌های مؤثر زندگی روزمره +۱	مراقبت‌های پایه زندگی روزمره +۱
هیچ‌گونه کمک	۱۰۰	۱۰	۱۴
تنها مراقبت غیررسمی	—	۷۲	۷۰
مراقبت خانگی خصوصی (با یا بدون مراقبت غیررسمی)	—	۱۴	۱۰
مراقبت خانگی دولتی (با یا بدون مراقبت غیررسمی)	—	۴	۱۶
مجموع	۶۳	۲۳	۱۴

منبع: یافته‌های نویسنده با استفاده از داده‌های حاصل از: ("Encuesta de la soledad de las" personas mayores, 1998, CIS)

۴. تأمین بودجه

از نظر اقتصادی، مجموع هزینه‌های دولتی (۹۵۳ میلیون یورو، ۲۸ درصد) و خصوصی (۲/۵۸۰ میلیون یورو، ۷۲ درصد)، که اسپانیا به مراقبت‌های بلندمدت جامعه‌محور و سازمانی اختصاص می‌دهد، کمی بیشتر از ۰/۶۵ درصد تولید ناخالص داخلی است.^۳ این درصد مشابه

1. Casado and Ioper, 2001 shape 502.

۲. در بریتانیا و ایتالیا حدود ۳ درصد است، البته امار در مورد اسپانیا خیلی قابل اعتماد نیست.

۳. تخمین مدل مراقبت بلندمدت در اسپانیا.

سایر کشورهای واقع در جنوب اروپا و بسیار پایین‌تر از آمار متداول در سایر کشورهای اتحادیه اروپایی است.^۱ مطابق مدل سیاست اجتماعی اروپای جنوبی، خدمات دولتی، با فرض اینکه تنها در قبال گروه‌هایی از جمعیت که از فقدان منابع اقتصادی، یا حمایت‌های خانوادگی، یا هر دو رنج می‌برند، مسئول هستند و نقشی کمکی بازی می‌کنند.

مراقبت بلندمدت به‌طور عمده از طریق مالیات تأمین مالی می‌شود، اگرچه وابسته به فرانشیزی است که میان مناطق، فرق می‌کند،^۲ مراقبت بلندمدت خصوصی نیز توسط خود دریافت‌کنندگان مراقبت تأمین می‌شود. با این وجود بخشش مالیاتی از بابت مالیات بردرآمد به خانواده‌هایی که مسؤل نگهداری سالمند وابسته هستند ارایه می‌شود، که البته از اهمیت زیادی برخوردار نیست.

زمانی که مراقبت بلندمدت به طور دولتی ارایه می‌شود، (یا سازماندهی می‌شود) سنجش استطاعت مالی صورت می‌پذیرد. این سنجش به سطح درآمد فرد مربوط است. در برخی مناطق مثل کاتالونیا، کل منابع خانواده به حساب آورده می‌شود و فرد وابسته سند بدهی را امضا می‌کند که قابل پرداخت به بازماندگانش است. دسترسی به بخش‌های دولتی هم در بخش خدمات مراقبت خانگی (مدیریت شده توسط مسؤلان محلی) و هم در بخش‌های خدمات خانه سالمندان و مراکز مراقبت روزانه (که از مسؤولیت دولت‌های منطقه‌ای خارج است).^۳ از طریق سنجش استطاعت مالی امکان‌پذیر است. فرانشیز نیز از جمله موارد با اهمیت است که به ترتیب ۷۵ درصد و ۲۵ درصد هزینه‌های مراقبت بیرون از منزل و مراکز مراقبت روزانه را شامل می‌شوند.

پیچیدگی‌هایی در رابطه با طراحی نظام تأمین مالی به دلیل مسؤولیت در قبال پوشش محدود، به چشم می‌خورد. خدمات مراقبت بلندمدت، از لحاظ تأمین منابع تنش‌زا هستند، ممکن است ریسک‌های فاجعه‌آمیزی برای افراد و خانواده‌ها ایجاد شود. طرح‌های بازنشستگی اغلب حمایت مالی بسیار اندکی را برای توانمندسازی سالمندان وابسته به جهت پوشش هزینه‌های بلندمدت، ارایه می‌دهند. با این وجود به دلیل سهم بالای تملک املاک، آژانس‌های مسکن نقش کلیدی در زمینه خودبیمه‌گری ایفا کنند.

1. Jacobzone, 1999.

۲. مؤسسه خدمات اجتماعی سلامت، ۲۰۰۱.

۳. میزان پراخت از جیب مشخص نیست. با این وجود برطبق آخرین برآوردهای موجود (Casadohd lopez, 2001)، پرداخت‌های شخصی برای خدمات مراقبت خانگی ۵ درصد و خانه سالمندان ۳۰ درصد هزینه کلی هستند.

در نهایت؛ مؤسسات خیریه وابسته به کلیساها نقشی کلیدی را در ارایه مراقبت برای خانواده‌هایی که منابع کافی برای پوشش هزینه‌های بلندمدت ندارند، ایفا می‌کنند. یکی از پیچیدگی‌های چگونگی تأمین مالی مراقبت بلندمدت در اسپانیا از فقدان آیین‌نامه‌ای در این زمینه ناشی می‌شود. در نتیجه فقدان این قانون، و همسو با سایر نظام‌های مالیات-محور (برای مثال بریتانیا)، طرح‌های بیمه خصوصی - به استثنای ایالت کاتالونیا - نادر هستند. خود بیمه‌گری نیز گزینه‌ای نامناسب برای تأمین مالی به نظر می‌رسد - اگرچه ۸۶ درصد سالمندان مستمری دریافت می‌کنند و ۵۶ درصد نیز تملک دارایی دارند - چراکه متوسط مستمری در سال ۲۰۰۰ معادل ۴۷۰ یورو بوده است. با این وجود، ریسک‌های مالی ناشی از وابستگی، چندان دیده نمی‌شوند. در حقیقت، شواهد حاصل از بررسی داده‌ها نشان می‌دهد که حدود ۱۶ درصد از جمعیت، بیمه مراقبت بلندمدت خریداری می‌کنند.^۱ افراد از وسعت پوشش دولتی، آگاه نیستند.^۲ علت این امر، نوظهوری «مشکل وابستگی» در اسپانیا، اطمینان بیش از حد به حمایت‌های رفاهی دولتی و نیز اعتماد دیرینه به پس‌انداز و خانواده، در بخش زیادی از جمعیت است.

۵. توسعه‌های مورد انتظار در آینده

دو بحث اصلی در مقوله سیاستگذاری برای اصلاح نظام رفاه اجتماعی در مراقبت بلندمدت به تجمیع مراقبت اجتماعی و سلامت، و تأمین مالی مراقبت بلندمدت، در نتیجه فرایند قابل پیش‌بینی سالمندی برمی‌گردد. سایر مسائل تحت بررسی‌های سیاسی شامل توسعه مراقبت جامعه - محور، وضع آیین‌نامه و ایجاد بازار برای بیمه مراقبت بلندمدت خصوصی به همراه گسترش طرح‌های تأمین مالی بخش دولتی است.

انتظاراتی نظیر اینکه طرح ملی جدیدی که در سال ۲۰۰۳ عرضه خواهد شد به سوی کاهش ناهماهنگی موجود در ارایه مراقبت بلندمدت برود، نیز وجود دارد. به علاوه آیین‌نامه‌های جدید هنوز باید تعاریف قانونی «وابستگی» و «فهرست» خدمات تأمین مالی شده دولتی را ارایه دهند. این فهرست که باید در قانونی موازی با تأمین مالی مراقبت بلندمدت جای گیرد (که انتظار

۱. کاستا و رویرا، ۲۰۰۰.

۲. همان.

می‌رود در سال ۲۰۰۳ عرضه شود)، وسعت دخالت بخش دولتی را در مراقبت بلندمدت تعریف می‌کند، مابقی نیز انتظار می‌رود به طور تکمیلی در بخش خصوصی ارایه شود. اختلافات اساسی در چگونگی تأمین مالی مقرری‌ها و اینکه کدامیک از آن‌ها تأمین مالی شود، وجود دارد. مشاجرات فعلی مورد «نظام ترکیبی» است. جایی که یک فهرست دولتی مبنا وجود دارد و انتظار می‌رود که افراد بتوانند توسط بیمه خصوصی یا هزینه‌های از جیب^۱، موارد تکمیلی را تأمین کنند. بحث‌های گسترده‌ای در این زمینه مطرح است و نیز چندین پیش‌نویس درباره آنچه که «آیین نامه فوری»^۲ خوانده می‌شود، تدوین شده است.

توسعه در نظام سلامت در زمینه ارایه مراقبت‌های اجتماعی و سلامت ترکیبی به سالمندان، مورد انتظار است. نیاز به تعریف بسته مراقبتی مناسب در قالب مقرری اضافه برای سالمندان تشخیص داده می‌شود. ساختارهای سازمانی، مالی و دولتی از قبل راه اندازی شده‌اند و همچنین شواهدی از انتشار مدل‌ها میان تأمین‌کنندگان وجود دارد. مهمترین مانع بر این ترکیب در بخش عرضه است، چرا که بخش فراهم نشده قابل توجهی از خدمات اجتماعی وجود دارد. سنجش مراقبت سلامت اسپانیا^۳ در سال ۱۹۹۸ نشان داد که فقط ۲۰ درصد از جمعیت با جمله «خدمات مراقبت اجتماعی دولتی برای تقاضای موجود کافی است» موافق هستند. ۲۵ درصد نیز اتفاق نظر دارند که دولت باید نقش خانواده را در مراقبت اجتماعی پر کند.^۴

منابع و ماخذ

منابع انگلیسی

1. Sanitario, *Barómetro Centro de Investigaciones Sociológicas*. CIS, 1998
www.cis.es.
2. Casado D, "Relaciones entre niveles asistenciales: Coordinación Sociosanitaria, en coordinación e Incentivos en Sanidad", *XXI Jornadas Asociación de Economía de la Salud*. Oviedo, 2001 AES: 201-215.
3. Casado D and Lopez Casanovas G *Vejez, dependencia y cuidados de larga duración*, Colección Estudios Sociales 6, Fundació La Caixa, 2001.
4. CIS, *Encuesta sobre Apoyo Informal a las personas mayores*, 1993.

1. out of pocket expenditure
2. immediate regulation
3. spanish health care barometer
4. Barómetro Sanitario, 1998.

5. _____, *Encuesta sobre la soledad de las personas mayores*, CIS (Centro de Estudios Sociol CIS (1993) Encuesta sobregicos) 1998, 1993
www.cis.es.
6. Costa J *Financing long-term care in Spain*, Working Paper ENERPI, Berlin, January 2001.
7. Costa J and Rovira J, *El seguro de dependencia en España: una estimación de la disponibilidad a pagar*, Fundació Salut, Empresa i Economia, 2000
8. Eurostat *European Community Household Panel*, 1994, Eurostat, Statistical Office of the European Union, 1998
9. Fernández Cordon JA, "El future de la poblacion española. Simulacion en tres escenarios", In J. A. Herce and J. A. Alonso, *La reforma de las pensiones ante la revision del Pacto de Toledo*, La Caixa, Col.lecció Estudis Econòmics 19, Demographic projections are also available at www.fedea.es.
10. INE, Censos de poblacion y vivienda, Instituto Nacional de Estadística, 1994
11. IMSERSO, *Estudios sobre la ayuda a domicilio en España*, IMSERSO/FEMP, Madrid, 1990.
12. IMSERSO, *Las personas mayores en España*, Perfiles, Reciprocidad familiar, Madrid, 1995.
<http://www.seg-social.es/imsero/>
13. _____, Informe 2000. Las personas mayores en España: datos estadísticos estatales y por CCAA, 2001.
<http://imseromayores.csic.es/basisbdwdocs/infestadistica/marcadores.htm>
14. Jacobzone S, *Ageing and Care for Frail Elderly Persons: an Overview of International Perspectives*, OECD: Labour Market and Social. Occasional Papers no38 Paris: OCDE, 1999.
15. Rico A, Casado D and Sabes R, Reforming Un-Integrated Long-Term Care in Spain. The Role of Regional Devolution and Stronger Primary Health Care, Submitted for Publication 2002