

مراقبت بلندمدت در آلمان

نویسنده: هانیز روتگانگ و گرهارد ایگل^۱
مترجم: مریم ابوالقاسم جوشقانی^۲

چکیده

از دیدگاه قانونی، نیاز به «مراقبت بلندمدت» یا «وابستگی»، اشاره به افرادی دارد که در نتیجه یک بیماری یا ناتوانی قادر به انجام فعالیت‌های روزمره خود به طور مستقل و حداقل در یک دوره زمانی ۶ ماهه نیستند. قانون بیمه مراقبت بلندمدت در سال ۱۹۹۴، بیمه مراقبت بلندمدت عمومی و نیز بیمه مراقبت بلندمدت خصوصی اجباری را که در مجموع و به تقریب کل جمعیت را تحت پوشش قرار می‌دادند، بنا نهاد. بیمه مراقبت دولتی از اصل ارزیابی سالانه و بیمه مراقبت بلندمدت عمومی و خصوصی از یک طرح اندوخته‌گذاری جزئی پیروی می‌کنند. خانواده‌ها تأمین‌کنندگان اصلی مراقبت بلندمدت غیررسمی در آلمان هستند. مراقبت رسمی توسط تأمین‌کنندگان دولتی و خصوصی (انتفاعی و غیرانتفاعی) در خانوارهای خصوصی (مراقبت خانگی)، مراکز مراقبت روزانه و شبانه و خانه‌های سالمندان تأمین می‌شود. از سال ۱۹۹۷، اولین سالی که نظام بیمه مراقبت بلندمدت به طور کامل اجرا شد، تا سال ۲۰۰۵، تعداد ذی‌نفعان تا ۲۹۱,۰۰۰ نفر افزایش یافته است که افزایش ۳۶,۰۰۰ نفری را

1. Heinz Rothgang & Gerhard Igl

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

نشان می‌دهد. در بخش مراقبت بلندمدت دولتی از سال ۱۹۹۷ تا سال ۲۰۰۵، سهم افراد وابسته از مراقبت خانه‌های سالمندان از میزان ۲۷/۱ به ۳۲/۵ درصد افزایش یافته است. اعطای کمک هزینه نقدی و راهکارهای کنترل هزینه‌ها از جمله درس‌هایی است که می‌توان از تجربه آلمان گرفت.

واژه‌های کلیدی: مراقبت، مزایای نقدی، مزایای غیرنقدی، سطوح وابستگی، ذی‌نفع.

۱. ساختار سازمانی مراقبت بلندمدت

به لحاظ قانونی، «نیاز به مراقبت بلندمدت» یا «وابستگی»، اشاره به افرادی دارد که در اثر یک بیماری یا ناتوانی، قادر به انجام فعالیت‌های روزمره خود به‌طور مستقل حداقل در یک دوره زمانی ۶ ماهه نیستند.

تا سال ۱۹۹۴، زمان معرفی بیمه مراقبت بلندمدت (در سال ۱۹۹۴)^۱، نظام دولتی جامعی برای تأمین مالی مراقبت بلندمدت در آلمان وجود نداشت. افراد وابسته یا خانواده‌هایشان مجبور به پرداخت هزینه‌های مربوط در هنگام استفاده از این خدمات بودند، تنها برای افرادی که دارایی خود را از دست داده بودند و به هیچ عنوان استطاعت مالی، برای مراقبت رسمی لازم را نداشتند، و در صورت تأیید از طریق «سنجش استطاعت مالی»^۲ امکان استفاده از خدمات مربوطه وجود داشت. قانون بیمه مراقبت بلندمدت در سال ۱۹۹۴، بیمه مراقبت بلندمدت دولتی و نیز بیمه مراقبت بلندمدت خصوصی اجباری را که در مجموع و به تقریب کل جمعیت را تحت پوشش قرار می‌دادند، مطرح کرد. اعضای نظام بیمه سلامت دولتی به عنوان اعضای طرح بیمه مراقبت بلندمدت دولتی معرفی می‌شوند و نیز آنهایی که بیمه سلامت خصوصی دارند ملزم به خرید بیمه اجباری مراقبت بلندمدت خصوصی شدند که حداقل همان پوششی را که طرح دولتی ارائه می‌دهد، تضمین کند. از آنجایی که تمام مقرری‌های بیمه محدود می‌شوند، فرانشیز خصوصی مهم جلوه می‌کند، و مساعدت اجتماعی از طریق سنجش استطاعت مالی هنوز نقش مهمی به ویژه در مراقبت خانه سالمندان ایفا می‌کند، این نقش بویژه در جایی که حدود ۳۰ درصد ساکنان آن مساعدت اجتماعی دریافت

1. Long – Term Care Insurance (LTCI)

2. means – test

می‌دارند، بارزتر است.

بیمه مراقبت بلندمدت دولتی اصل توازن سالانه^۱ را دنبال می‌کند، در حالی که بیمه مراقبت‌های بلندمدت اجباری خصوصی یک طرح «اندوخته‌گذاری جزئی»^۲ است. بیمه مراقبت بلندمدت دولتی به تقریب تنها به وسیله حق بیمه‌ها تأمین مالی می‌شود، این حق بیمه مبتنی بر درآمد است نه ریسک. در مورد افرادی که استخدام شده‌اند، مستخدمان و کارفرمایان حدود ۵۰ درصد از حق بیمه را پرداخت می‌کنند، در حالی که سهم بیکاران از بیمه بیکاری پرداخت می‌شود. از سال ۲۰۰۴، مستمری‌بگیران تمام سهم حق بیمه خود را می‌پردازند. سهم پرداختی حدود ۱/۷ درصد درآمد ناخالص و مطابق با مستمری بازنشستگی حداکثر تا سقف درآمد ۳,۵۶۲/۵ یورو در هر ماه است (براساس آمار سال ۲۰۰۶). درآمد حاصله از سایر منابع مثل دارایی‌ها و درآمد ناشی از اجاره بها در محاسبه حق بیمه، داخل نمی‌شود. نرخ حق بیمه تنها بعد از تصویب مجلس قابل تغییر است. پس از سال ۲۰۰۴، بیمه‌شدگان ۲۳ سال و بالاتری که هرگز صاحب فرزند نشده‌اند نرخ اضافی ۲۰ درصد را نیز باید بپردازند.

بیمه مراقبت بلندمدت دولتی توسط صندوق‌های مختلفی اداره می‌شود. از آنجایی که مزایا، همانند نرخ حق بیمه، برای تمامی صندوق‌ها یکسان است و تمام هزینه‌ها توسط مجموع حق بیمه‌های دریافتی تأمین مالی می‌شود — صرف نظر از اینکه کدام صندوق مسئول است — هیچ گونه رقابتی میان صندوق‌ها وجود ندارد.

برخلاف بیمه مراقبت بلندمدت ژاپن، در آلمان استحقاق دریافت این گونه خدمات مستقل از سن فرد وابسته است. با این وجود، به تقریب ۸۰ درصد ذی‌نفعان، ۶۵ سال و بالاتر و بیش از ۵۰ درصد نیز حداقل ۸۰ سال سن دارند.^۳ استحقاق مطالبه مزایا براساس نیاز افراد به دریافت کمک در انجام حداقل ۲ فعالیت پایه زندگی روزمره^۴ (BADL) و یک فعالیت مؤثر^۵ از زندگی روزمره برای یک دوره حداقل شش ماهه است. ۳ سطح وابستگی بر اساس دفعات نیاز به مساعدت و مدت زمان دریافت کمک توسط ارایه‌دهنده مراقبت غیر حرفه‌ای، تعیین می‌شود. (جدول شماره ۱)

1. pay – as – you – go

2. partial funded

۳. محاسبات نویسنده براساس اطلاعات دریافتی از بخش سلامت (Departure of Health) در سال ۲۰۰۴.

4. Basic Activity of Daily Living (BADL)

5. Instrumental Activity of Daily Living

جدول شماره ۱. تعریف وابستگی

سطح ۳	سطح ۲	سطح ۱	وابستگی
کمک باید به طور شبانه‌روزی ارایه شود.	حداقل ۳ بار در روز و در زمان‌های متفاوتی از آن	حداقل یک بار در روز به ازای حداقل ۲ فعالیت پایه زندگی روزمره	نیاز به مراقبت در فعالیت پایه زندگی روزمره
بیش از یک بار در هفته	بیش از یک بار در هفته	بیش از یک بار در هفته	نیاز به مراقبت در فعالیت مؤثر زندگی روزمره
حداقل ۵ ساعت در روز در حالی که حداقل ۴ ساعت آن به فعالیت‌های پایه زندگی روزمره اختصاص یابد.	حداقل ۳ ساعت در روز در حالی که حداقل ۲ ساعت آن به فعالیت‌های پایه زندگی روزمره اختصاص یابد.	حداقل ۱/۵ ساعت در روز در حالی که حداقل ۴۵ دقیقه آن به فعالیت‌های پایه زندگی روزمره اختصاص یابد.	کل زمان مورد نیاز در ارایه کمک

Source: §15GQ13XI.

مزایای بیمه مراقبت‌های بلندمدت توسط قانون تعیین می‌شوند. ذی‌نفعان (و وابستگان) می‌توانند بین خدمات و مزایای گوناگون انتخاب کنند. قابل ذکر است که ذی‌نفعان در این انتخاب آزاد هستند و به مدیران مراقبت، آژانس‌های ایالتی، یا صندوق‌های بیمه مراقبت بلندمدت، ارتباطی ندارد. مزایای بیمه مراقبت بلندمدت شامل مراقبت خانگی، مراقبت روزانه و شبانه و مراقبت خانه سالمندان است.

استفاده‌کنندگان از مراقبت خانگی می‌توانند میان مزایای غیرنقدی برای مراقبت جامعه و مزایای نقدی انتخاب داشته باشند. مزایای نقدی به طور مستقیم به فرد وابسته ارایه می‌شود، که می‌تواند آن را به مراقبت‌کنندگان خود در خانواده بپردازد. با این وجود الزامی برای انجام این کار وجود ندارد. استفاده از مزایای نقدی — به شرط ضمانت ارایه مراقبت — در اختیار ذی‌نفع است. مراقبت جامعه توسط تأمین‌کنندگان انتفاعی و غیرانتفاعی، ارایه می‌شود. هزینه‌های آن‌ها تا سقف معینی توسط صندوق‌های بیمه مراقبت بلندمدت پوشش داده می‌شوند. مزایای نقدی و غیرنقدی ممکن است با هم ترکیب شوند، بدین معنی که اگر فقط X درصد مطالبات به طور غیرنقدی درخواست شود $X\% - 100$ نیز به صورت نقدی قابل پرداخت خواهد بود.

جدول شماره ۲. میزان مزایای بیمه مراقبت بلندمدت (انواع اصلی مزایا)

مراقبت خانه سالمدان	مراقبت روزانه و شبانه	مراقبت خانگی		برحسب یورو در ماه
		مزایای غیرنقدی	مزایای نقدی	سطح
۱۰۲۳	۳۸۴	۳۸۴	۲۰۵	۱. متوسط
۱۲۷۹	۹۲۱	۹۲۱	۴۱۰	۲. شدید
۱۴۳۲	۱۴۳۲	۱۴۳۲	۶۶۵	۳. وخیم
۱۶۸۸		۱۹۱۸		موارد خاص

Source: §§36-4SGB XIL.

همان‌طوری که جدول شماره ۲ نشان می‌دهد، مزایای غیرنقدی برای مراقبت خانگی حدود ۲ برابر مزایای نقدی است؛ در حالی که مراقبت روزانه و شبانه معادل مزایای غیرنقدی است. در سطوح ۱ و ۲، مزایای مراقبت خانه‌های سالمندان بیش از مراقبت خانگی است. تنها در سطح ۳ مزایا برای تمام انواع مراقبت رسمی، یکسان است که به منظور جلوگیری از حرکت به سوی مراقبت خانه سالمندان به عنوان پیامد معرفی بیمه مراقبت بلندمدت است.

اگر مراقبت‌کننده‌ای در خانواده در حال سفر باشد، بیمه مراقبت بلندمدت هزینه یک مراقبت‌کننده حرفه‌ای را برای دوره‌ای تا زمان ۴ هفته - تا سقف ۱۴۳۲ یورو - تأمین می‌کند. همچنین کمک هزینه کمی برای مساعدت‌های ویژه وجود دارد، صندوق‌های بیمه نیز دوره‌هایی را برای مراقبت‌کنندگان غیرحرفه‌ای ارائه می‌دهند. صندوق‌های بیمه مراقبت بلندمدت، سهم بازنشستگی مراقبت‌کنندگان غیررسمی را می‌پردازند، این افراد همچنین توسط بیمه حوادث، بدون اجبار به پرداخت حق‌بیمه پوشش داده می‌شوند. به طور کلی، مزایا محدود می‌شوند یا به صورت یکجا پرداخت می‌گردند. مزایای ارائه شده توسط صندوق‌های بیمه مراقبت بلندمدت، برای پوشش هزینه‌های مراقبت رسمی در خانه^۱ یا در خانه‌های سالمندان کافی نیستند. در خانه‌های سالمندان تنها هزینه‌های مراقبت توسط صندوق بیمه مراقبت بلندمدت تا سقف معینی کمک مالی می‌شوند (جدول شماره ۲). همان‌طوری که جدول شماره ۳ نشان می‌دهد، مزایای بیمه مراقبت بلندمدت حتی برای پوشش نرخ متوسط روزانه هزینه‌های

1. Rothgang, 2000

مراقبت نیز کافی نیستند. از آنجایی که ساکنان مجبور هستند برای هزینه‌های غذا و مسکن _ در اصطلاح «هزینه‌های هتلینگ»^۱ - از جیب خود پرداخت نمایند، در نتیجه فرانشیزها بسیار حیاتی بوده، و به طور ویژه متوسط ماهانه حدود ۳۷۶ یورو برای هزینه‌های سرمایه‌گذاری باید اضافه شود.^۲

این «هزینه‌های سرمایه‌گذاری»، هزینه حاصل از ساختن و مدرن کردن خانه‌های سالمندان را پوشش می‌دهند. این هزینه‌ها به طور جزئی (و البته کاهش) توسط استان‌ها^۳ تأمین مالی می‌شوند. هزینه‌های پوشش داده نشده توسط ساکنان خانه‌های سالمندان باید پرداخت شوند. هیچ قانونی در رابطه با چگونگی تنظیم مزایا توسط دولت فدرال وضع نشده است. تا زمان نگارش چنین قانونی، مزایا حتی با تورم نیز تنظیم نمی‌شوند، در حالی که هزینه‌های مراقبت خانه سالمندان، برای مثال ۱۰ تا ۱۵ درصد افزایش یافته‌اند. در نتیجه قدرت خرید مزایای بیمه مراقبت بلندمدت در حال کاهش است.

جدول شماره ۳. نرخ متوسط ماهانه برای خانه‌های سالمندان، مزایای بیمه مراقبت بلندمدت و فرانشیزها در سال ۲۰۰۲

برحسب یورو	(۱)	(۲)	(۳)=(۱)+(۲)	(۴)	(۴)-(۱)-(۵)	(۴)-(۳)-(۶)
سطح مراقبت	هزینه‌های مراقبت	غذا و مسکن	نرخ روزانه (به استثنای سرمایه‌گذاری)	مزایای مراقبت بلندمدت	فرانشیزها، هزینه‌های مراقبت	فرانشیزها، هزینه‌های مراقبت و هتل
سطح ۱	۱,۱۷۲	۷۳۸	۱,۹۱۰	۱,۰۲۳	۱۴۹	۸۸۷
سطح ۲	۱,۵۵۸	۷۳۸	۲,۲۹۶	۱,۲۷۹	۲۷۹	۱,۰۱۷
سطح ۳	۱,۹۷۹	۷۳۸	۲,۷۱۷	۱,۴۳۲	۵۴۷	۱,۲۸۵

منبع: نرخ‌های روزانه برگرفته از سازمان اصلی صندوق‌های بیماری محلی و عمومی (آاک -- باندزوربند).

1. hotel costs.
2. Schneekloth, 2006P 29
3. leander
4. Aok-Bundesverband

استان‌ها مسؤلیت تأمین مالی سرمایه‌گذاری‌ها در مستغلات برای خدمات مراقبت بلندمدت را بر عهده دارند. قوانین در میال ۱۶ استان به‌طورشدید متفاوت است؛ برخی استان‌ها به‌طور مستقیم سرمایه‌گذاری در خانه‌های سالمندان را تأمین مالی می‌کنند، در حالی‌که دیگران تنها، یارانه‌هایی را برای سالمندان وابسته ساکن در خانه‌های سالمندان، کسانی که متکی به مساعدت اجتماعی هستند یا در آینده خواهند بود، اختصاص می‌دهند. برای کمک به آلمان شرقی به منظور رسیدن به استانداردهای آلمان غربی سابق، از سال ۱۹۹۶ تا ۲۰۰۳ برنامه ویژه‌ای برای تأمین منابع مالی سرمایه‌گذاری به ارزش ۵۰۰ میلیون یورو در سال، اختصاص یافته است. دولت مرکزی ۸۰ درصد این مقدار را در صورت پوشش ارایه می‌دهد، ۲۰ درصد مابقی توسط منطقه مربوطه تأمین می‌کند. با توجه به قانون، صندوق‌های مراقبت بلندمدت مهم‌ترین عامل در این زمینه هستند. آنها مسئول عقد قرارداد با تأمین‌کنندگان مراقبت (شامل اجازه ورود به بازار)، قیمت (برای مراقبت غیرنقدی) و مزایای نقدی هستند. هیئت بازنگری پزشکی^۱ مسؤل ارزیابی استحقاق افراد به دریافت مزایا را عهده‌دار است. در بیمه مراقبت بلندمدت خصوصی یک شرکت خصوصی^۲ مسؤل انجام این امر است.

۲. ارایه مراقبت

خانواده‌ها اصلی‌ترین تأمین‌کننده مراقبت بلندمدت غیررسمی هستند. مراقبت رسمی توسط تأمین‌کنندگان مراقبت دولتی و خصوصی (انتفاعی و غیرانتفاعی) در خانوارهای خصوصی (مراقبت خانگی)، مراکز مراقبت روزانه و شبانه و خانه‌های سالمندان تأمین می‌شود. یکی از ابتکارهای قانون بیمه مراقبت‌های بلندمدت، قائل شدن فرصت برای ذی‌نفعان به منظور انتخاب بین انواع مراقبت‌ها و مزایای مربوطه است. بنابراین، جالب است که نگاهی نزدیک به گسترش این موارد داشته باشیم.

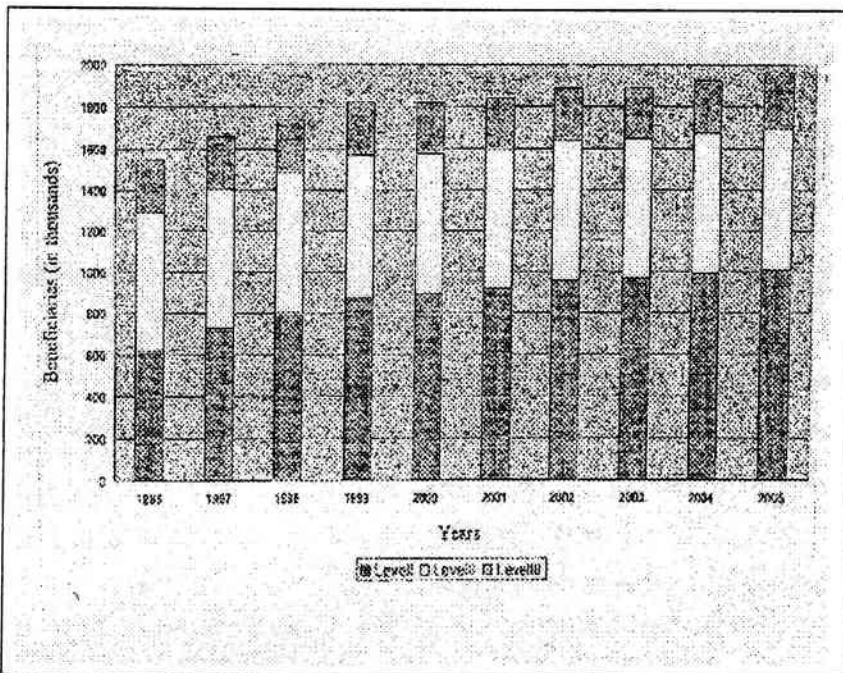
۲-۱. شرایط فعلی

از سال ۱۹۹۷، اولین سالی که نظام بیمه مراقبت بلندمدت به‌طور کامل در حال اجرا بود، تا سال ۲۰۰۵، تعداد ذی‌نفعان ۲۹۱،۰۰۰ نفر افزایش یافته است که افزایش سالیانه ۳۶،۰۰۰ نفری را نشان می‌دهد. این میزان رشد اگرچه ضعیف ولی در عین حال یکنواخت است.

1. Medical Review Board
2. Medicproof

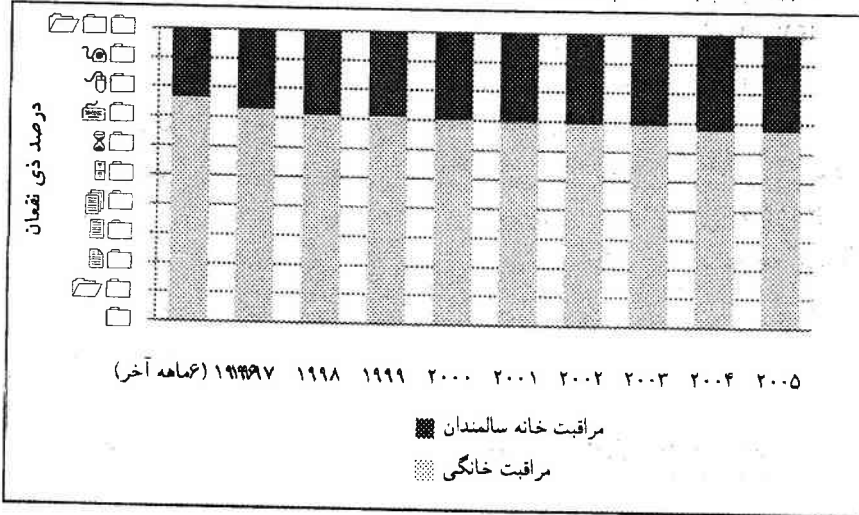
بالاترین نرخ رشد در سال‌های اولیه نظام اتفاق افتاد. نرخ رشد سالانه ۲ درصد تنها یکبار در ۶ سال اخیر، شکسته شد (نمودار شماره ۱). البته جهش تدریجی در طرح‌های مختلف مراقبت به سوی مراقبت رسمی سبب افزایش هزینه نیز شده است (نمودارهای شماره ۲ و ۳) در طول زمان روندی چشمگیر به سوی مراقبت رسمی در آلمان وجود دارد. در مراقبت بلندمدت دولتی از سال ۱۹۹۷ تا سال ۲۰۰۵، سهم افراد وابسته از مراقبت خانه‌های سالمندان از میزان ۲۷/۱ به ۳۲/۵ درصد افزایش یافته است (نمودار شماره ۲). در همین زمان، در مراقبت خانگی سهم آنهایی که مزایای نقدی را انتخاب می‌کنند از ۷۸ درصد به ۷۲ درصد کاهش یافته است (نمودار شماره ۳). بنابراین، در حالی که حدود نیمی از افراد وابسته بدون حضور یک مراقبت‌کننده حرفه‌ای، تحت نظر هستند، این میزان نیز از ۵۶/۷ به ۴۸/۵ تنزل کرده است. این کاهش ۸/۲ درصد نشان‌دهنده حضور در حال رشد نظام مراقبت رسمی در آرایه مراقبت است.

نمودار شماره ۱.



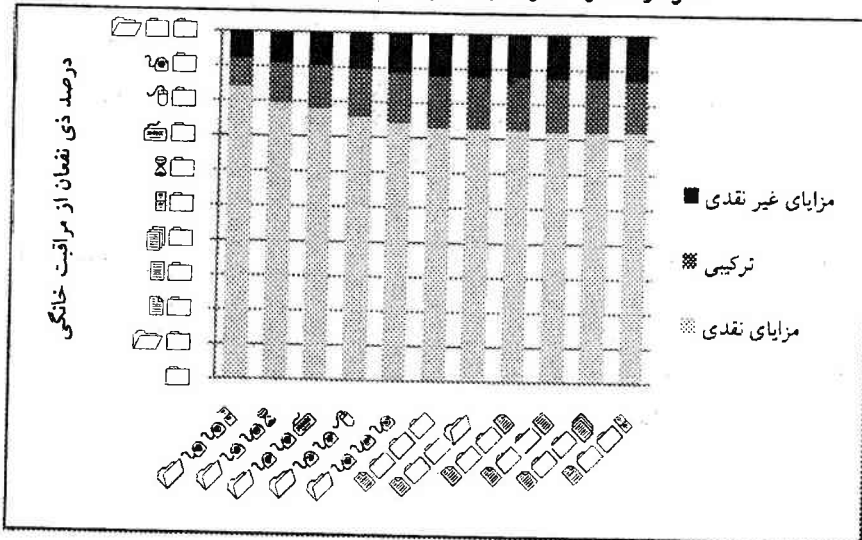
Source: Data from BMG (2006).

نمودار شماره ۲. سهم افراد وابسته از مراقبت خانگی و مراقبت خانه سالمندان



منبع: داده‌های حاصل از BMG (۲۰۰۶).

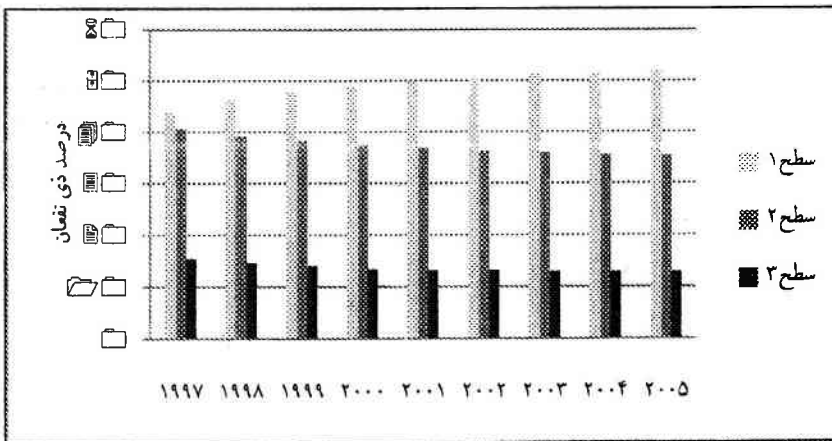
نمودار شماره ۳. وضعیت ذی نفعان در مراقبت خانگی



منبع: داده‌های حاصل از BMG (۲۰۰۶).

با توجه به سطوح مختلف وابستگی، نمودار شماره ۴ نشان می‌دهد که سهم افراد وابسته‌ای که زیر سطح ۱ هستند، در حال افزایش است، در حالی که این سهم در دو سطح ۲ و ۳ کاهش یافته است. همین وضعیت برای افرادی که به تازگی دسته‌بندی شده‌اند نیز وجود دارد. سهم افرادی که در سطح ۱ قرار گرفته‌اند از ۵۵/۱ درصد در سال ۱۹۹۷ به ۶۶/۲ درصد در سال ۲۰۰۴ رسیده است.^۱ بنابراین، سهم رو به رشد افراد حاضر در سطح ۱، نشان‌دهنده نرخ بقای آنها با توجه به سطح وابستگی‌شان نیست. از آنجایی که سهم سالمندان (آنهايي که ۷۵ سال یا بیشتر دارند) در میان ذی‌نفعان کاهش نیافته است بلکه کمی نیز افزایش داشته، این امر احتمالاً به دلیل اثر تخمین‌های سختگیرانه‌تر توسط هیأت بازنگری پزشکی^۲ و نیز قوانین سخت حاکم در ارزیابی دسته‌بندی افراد در سطح ۳ براساس روند قضایی است.

نمودار شماره ۴. ذی‌نفعان بیمه مراقبت‌های بلندمدت مطابق سطح وابستگی



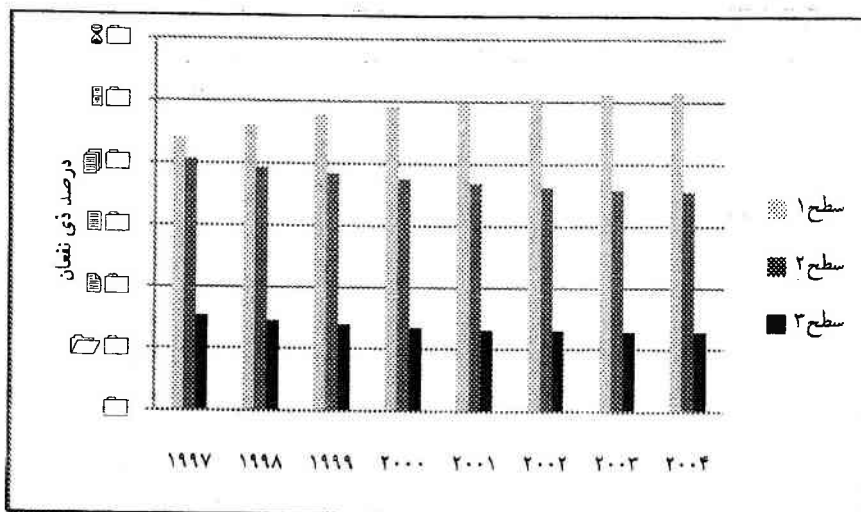
حتی از این مسئله پیچیده‌تر، نرخ رو به رشد ذی‌نفعان در مراقبت خانه سالمندان است که در سطح ۱ دسته‌بندی شده‌اند (نمودار شماره ۵). قانون بیمه مراقبت بلندمدت، مراقبت خانگی را به خانه سالمندان ترجیح می‌دهد. متعاقباً، مزایای مربوط به مراقبت خانه سالمندان زمانی باید تأمین شوند که مراقبت خانگی غیرممکن باشد، که در واقع امری است که اغلب برای افراد

۱. محاسبات نویسنده براساس ام دی اس (MDS)، ۲۰۰۶، ص ۱۰.

2. Medizinischer Dienst der Krankenversicherung (MDK)

وابسته در سطح ۳ و به طور جزئی در سطح ۲ و به ندرت در سطح ۱ اتفاق می‌افتد. بنابراین، چنین انتظار می‌رود که سهم کوچک و رو به کاهشی برای افراد به نسبت وابسته در خانه‌های سالمندان داشته باشیم.

نمودار شماره ۵. ذی‌نفعان بیمه مراقبت‌های بلندمدت مطابق سطح وابستگی



از آنجایی که انتخاب از میان انواع مختلف مراقبت، به عوامل گوناگونی بستگی دارد، دلایل این جهش در سطوح وابستگی میان افراد وابسته در خانه‌های سالمندان، چندگانه است. یک دلیل، ساختار مزایا است. برای افرادی که در سطح ۱ قرار دارند، مزایا برای مراقبت در خانه‌های سالمندان بسیار بیشتر از مراقبت خانگی است (جدول شماره ۲)، در حالی که از سوی دیگر، فرانشیز برای سطوح ۲ و ۳ کمتر است (جدول شماره ۳). بنابراین، انگیزه‌هایی برای ذی‌نفعانی که لزوماً نیازمند درجه بالای مراقبت نیستند، به ویژه در سطح ۱، برای انتخاب مراقبت خانه سالمندان وجود دارد. در نتیجه شیوع چنین محرک‌هایی، انتظار جهش در ساختار را خواهیم داشت. سه چهارم (۳/۴) مراقبت‌کنندگان اصلی زنان هستند. جدول شماره ۴ دیدی کلی از نسبت مراقبت‌کنندگان با وابستگان مراقبت شونده، ارائه می‌دهد.

جدول شماره ۴. مراقبت‌کنندگان اصلی از افراد وابسته در خانوارهای خصوصی

موارد	سهم به درصد	تغییرات		
		۱۹۹۱	۱۹۹۸	۲۰۰۲
جنسیت	مرد	۱۷	۲۰	۲۷
	زن	۸۳	۸۰	۷۳
نسبت مراقبت‌کننده با فرد وابسته	شوهر یا شریک زندگی (مذکر)	۲۴	۲۰	۲۸
	زن یا شریک زندگی (مونث)	۱۳	۱۲	—
	مادر	۱۴	۱۱	۱۲
	پدر	۰	۲	۲
	دختر	۲۶	۲۳	۲۶
	پسر	۳	۵	۱۰
	همسر پسر	۹	۱۰	۶
	همسر دختر	۱	۰	—
	سایر وابستگان	۶	۱۰	۹
	همسایه/ دوستان	۴	۷	۸
	هم‌خانه	۷۸	۷۳	۶۲
وضعیت سکونت	مراقبت‌کننده اصلی	۲۲	۲۷	۳۸
	خانوار جدا	—	—	—

Source: Schneekloth, Potthoff, 1993, 126; Schneekloth, Mueller, 2000, 52; Schneekloth and Leven, 2003, 19

همان‌طوری که جدول نشان می‌دهد، مراقبت درون نسلی توسط همسران و شرکای زندگی در طول دهه اخیر از ۳۷ درصد در سال ۱۹۹۱ به ۲۸ درصد در سال ۲۰۰۲ افزایش داشته است، در حالی که سهم سایر گروه‌ها در میان مراقبت‌کنندگان اصلی به تقریب ثابت بوده است، تنها استثنا سهم پسران است که در میان مراقبت‌کنندگان، ۳ برابر شده است. امروزه ۴۲ درصد از مراقبت‌کنندگان پسران، دختران یا همسران پسران سالمندان وابسته هستند که نشان‌دهنده اهمیت مراقبت درون نسلی است، اما در عین حال حاکی از آسیب‌پذیری نظام مراقبت را در برابر میزان رو به کاهش مراقبت فرزندان از سالمندان وابسته است.

با توجه به وضعیت مراقبت رسمی، قانون بیمه مراقبت بلندمدت سبب توسعه ظرفیت‌ها^۱ شده است. در هر دو شکل مراقبت خانه سالمندان و مراقبت خانگی، تعداد تأمین‌کنندگان در بین سال‌های ۱۹۹۲ و ۱۹۹۷ دو برابر شده است. اما این آمار رسمی نباید بزرگ‌نمایی شوند. چرا که داده‌های معتبری که نشان‌دهنده توسعه دقیق این ظرفیت‌ها، قبل و بعد از قانون بیمه مراقبت بلندمدت باشد، وجود ندارد. جدول شماره ۵ برگسترش و توسعه از سال ۱۹۹۹ به بعد بر پایه داده‌های قابل اطمینان، تمرکز دارد. در حالی که تعداد تأمین‌کنندگان و ظرفیت کلی خانه‌های سالمندان (اندازه‌گیری شده، براساس تعداد تخت) با سرعت شدیدی رو به رشد است، وضعیت مراقبت خانگی بسیار پیچیده است. تعداد تأمین‌کنندگان به طور خفیفی بین سال ۱۹۹۱ و ۲۰۰۵ افزایش یافته است، در حالی که تعداد مستخدمان آنها به صورت چشمگیری افزایش داشته است. به طور آشکار، این امر به دلیل فرایند تمرکزگرایی است. جدول شماره ۵، هم‌چنین تغییرات در ساختار کارمندان را به صورت رشد تعداد مستخدمان نیمه‌وقت و نزول تعداد مستخدمان تمام‌وقت، نشان می‌دهد. به طور کلی، از سال ۱۹۹۹ تا ۲۰۰۵ — که بعد از پایان دوره جنبش عظیم در استقرار تأمین‌کنندگان جدید است — ظرفیت مراقبت خانگی با سرعت متوسط در حال رشد بوده است.

جدول شماره ۵. ظرفیت بخش مراقبت رسمی

سال	تعداد ارایه‌دهندگان	مستخدمان در بخش مراقبت خانگی	مستخدمان تمام وقت	مراقبت خانه سالمندان	
				تعداد تخت‌ها	تعداد ارایه‌دهندگان
۱۹۹۹	۱۰/۸۲۰	۱۸۳/۷۸۲	۵۶/۹۱۴	۶۴۵/۴۵۶	۸/۸۵۹
۲۰۰۱	۱۰/۵۹۴	۱۸۹/۵۶۷	۵۷/۵۲۴	۶۷۴/۲۹۲	۹/۱۶۵
۲۰۰۳	۱۰/۶۱۹	۲۰۰/۸۹۶	۵۷/۵۱۰	۷۱۳/۱۹۵	۹/۷۴۳
۲۰۰۵	۱/۹۷۷	۲۱۴/۳۰۷	۵۶/۳۵۴	۷۵۷/۱۸۶	۱۰/۴۲۴
۱۹۹۹-۲۰۰۱	-۲/۱	۳/۱	۱/۱	۴/۵	۳/۵
۲۰۰۱-۲۰۰۳	۰/۲	۶	۰	۵/۸	۶/۳
۲۰۰۳-۲۰۰۵	۳/۴	۶/۷	-۲	۶/۲	۷
۱۹۹۹-۲۰۰۵	۱/۵	۱۶/۶	-۱	۱۷/۳	۱۷/۷

منبع: داده‌های حاصل از دپارتمان فدرال آمار.

1. expansion of capacity

۳. پیش‌بینی‌ها

در آینده، چنین انتظار می‌رود تعداد افراد وابسته رشد داشته باشد و در عین حال، طرح‌های مراقبت نیز تغییر کند. مطابق آخرین پیش‌بینی جمعیت دفتر فدرال آمار، تعداد افراد ۶۵ ساله یا بالاتر و ۸۵ ساله یا بالاتر به ترتیب ۴۵ و ۱۱۱ درصد تا سال ۲۰۴۰ افزایش خواهد داشت.^۱ با توجه به وجود گروه‌های سنی با نرخ‌های بالای وابستگی، تعداد افراد وابسته نیز افزایش خواهد یافت. پیش‌بینی‌ها براساس نرخ وابستگی سن - معین و جنس - معین نیز، نرخ رشد بین ۵۰ و ۸۰ درصد را نشان می‌دهند. فرض کاهش در نرخ وابستگی سن - معین^۲، منتج به نرخ رشد بسیار کمتر ولی، در عین حال به نوبه خود چشمگیر می‌شود (جدول شماره ۶).

جدول شماره ۶. پیش‌بینی تعداد افراد وابسته

منبع	رشد تعداد افراد وابسته تا سال ۲۰۴۰ (به درصد)	فرض نرخ وابستگی سن - معین
هف، ۲۰۰۱ ^۳	۵۰ - ۷۰	ثابت
دیتز، ۲۰۰۲ ^۴	۶۰	ثابت
روتگانگ، ۲۰۰۲ ^۵ ب	۶۰	ثابت
کمیسیون روراپ، ۲۰۰۳ ^۶	۸۰	ثابت
روتگانگ، ۲۰۰۲ ب	۴۵	کاهش

همان‌طوری که نشان داده شده، در طول دهه گذشته مراقبت رسمی جایگزین بخشی از مراقبت خانوادگی شده است. جهش بیشتر به سوی مراقبت رسمی به دلیل ۴ عامل در آینده مورد انتظار است.

۱. محاسبات نویسنده براساس آمار دفتر فدرال آمار، ۲۰۰۶.

2. Jacob zone etal, 1998
3. Hof
4. Dietz
5. Rothgang
6. Ruerup -Commission

اول، به دلیل مسایل جمعیتی، نسبت مراقبت‌کنندگان بالقوه به سالمندان وابسته در حال کاهش خواهد بود؛ به عبارت دیگر سهم سالمندان وابسته بدون همسر، رو به کاهش خواهد بود و این به دلیل جایگزینی تدریجی نسل جنگ با نسل‌های بعد از جنگ است، در نتیجه بیشتر مراقبت‌کنندگان همسران خواهند بود. در واقع بسیار غیرمحتمل است که نسل بعد از جنگ، نسل دوران جنگ را متعادل کند.

دوم، حضور زنان در بازار کار، در حال افزایش است، که سبب افزایش هزینه فرصت ارایه مراقبت توسط زنان می‌شود. این مسئله، این حقیقت که گروه‌های زنان در آینده، دارای تحصیلات بالاتر و حقوقی بیشتر از مادران و مادر بزرگان‌شان خواهند بود را تقویت می‌کند.

سوم، پتانسیل مراقبت به دلیل افزایش رو به رشد سهم خانوارهای منفرد در سالمندان، در حال کاهش خواهد بود.^۱ در نهایت، همان‌طوری که بررسی‌ها نشان می‌دهد، الزام اخلاقی در مراقبت کردن از والدین وابسته نیز به تدریج در حال نابودی است. این مسأله تا حدی توسط معرفی بیمه مراقبت بلندمدت، که آشکارا مراقبت بلندمدت را به عنوان مسئولیت جامعه می‌نگرد، تقویت شده است.

بنابراین می‌توان چنین بیان کرد که دیگر الزام خانوادگی محض به ارایه این‌گونه مراقبت‌ها وجود ندارد. پیش‌بینی‌ها حاکی از جهشی به سوی مراقبت رسمی است، که این امر موجب افزایش مراقبت خانه سالمندان، تقویت مراقبت خانگی رسمی یا ترکیبی از این دو می‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری

در این مقاله بحث‌های متداول در رابطه با ارایه مراقبت بازنگری شد. همان‌طوری که نشان داده شد، امروزه، ارایه مراقبت به میزان زیادی متکی به مراقبت‌های خانوادگی است. به دلیل مسائل جمعیت‌شناسی و تغییرات اجتماعی - جمعیتی و فرهنگی، پتانسیل مراقبت خانوادگی مربوطه که به معنی تعداد مراقبت‌کننده بالقوه به ازای هر نفر نیازمند مراقبت بلندمدت بوده، در حال کاهش است. حتی در طول دهه گذشته، کاهش در مراقبت خانوادگی قابل مشاهده است. جهش از مراقبت غیررسمی به رسمی، نیازمند افزایش

1. Alders and Manting, 2003 Hullen, 2003 Mai, 2003

نیروی کار در این زمینه است. پیش‌بینی‌های مربوطه نشان می‌دهد که حتی اگر سهم افرادی را که ارائه خدمات مراقبت را به عنوان شغل پیشه می‌کنند ثابت بگیریم، نیاز به مراقبت‌کننده باز هم افزایش خواهد یافت در حالی که عرضه رو به کاهش در آینده منجر به شکاف عظیمی خواهد شد. بنابراین استخدام بیشتر، مورد تقاضا است. اما در عین حال پرداخت پایین و شرایط کاری نامطلوبی نیز وجود خواهد داشت. بنابراین مراقبت خانوادگی و مراقبت رسمی نمی‌توانند به تنهایی بر شرایط فعلی فائق آیند و آن را کنترل کنند، «طرح مراقبت ترکیبی»^۱ تنها راه حل ممکن است.^۲ این امر سبب بهبود خدمات پشتیبانی توسط خانواده‌ها و پذیرش نقشی جدید به عنوان شرکای خانواده‌ها، توسط تأمین‌کنندگان حرفه‌ای می‌شود و آنها در نقش مشاور به جای مراقبت‌کننده وارد عمل می‌شوند.

طرح مراقبت ترکیبی نیازمند انعطاف‌پذیری بیشتر مراقبت رسمی است. در حال حاضر سالمندان وابسته تنها می‌توانند از میان یک بسته خدماتی که شامل ۲۴ گزینه است انتخاب کنند. اگر تأمین‌کنندگان بخش رسمی و مراقبت‌کنندگان غیررسمی به طور نزدیکتری با هم کار کنند، موانع زیادی از سر راه برداشته می‌شود. تجربه فعلی به همراه بودجه مراقبت و مدیران موردی که کمک به صرف بودجه در مؤثرترین و با کفایت‌ترین راه می‌کنند، می‌توانند سبب حرکت به سوی راه‌حل‌های ممکن شود.

طرح‌های جدید مراقبت می‌توانند به صورت شکل‌های جدید خدمات مراقبت و تأمین مسکن ارائه شوند به صورتی که تنها برای افراد نیازمند خدمات بیمه مراقبت بلندمدت عرضه نشوند، بلکه به طور کلی برای سالمندان در نظر گرفته شوند. گاهی تمایز بین این اشکال مختلف دشوار است. برخی دارای ویژگی‌های تجربی هستند، برخی در نواحی خاصی ارائه می‌شوند و بعضی توسط سازمان‌های ملی تشویق می‌گردند. فهرست حاضر بدون شرح تفصیلی به این موارد می‌پردازد:

الف) ارائه خدمات مراقبت در خانه یا «اسکان حمایتی در خانه»^۳: به جهت اقامت در محیط سستی، در این شیوه خدمت در منزل ارائه می‌شود. فرد سالمند می‌تواند با ارائه‌دهندگان خدماتی قرارداد ببندد.

1. mixed care arrangement
2. CF. Döhner /Rothgang, 2006.
3. sheltered housing at home

ب) **سرای سالمندان:** سرای سالمندان زندگی مستقلی را در آپارتمان‌هایی که به طور ویژه برای نیازهای سالمندان مجهز شده‌اند، ارائه می‌دهد. امکانات اجتماعی و عرضه خدمات نیز موجود است. به‌طور معمول سرویس اورژانس تلفنی آماده ارائه خدمات است. این امر بیشتر در شهرها نسبت به روستاها رایج است. شرایط قانونی تا حدی پیچیده است و اغلب برای سالمندان واضح نیست.

ج) **طرح‌های تجمعی خود سازمان یافته:** طرح‌های تجمعی خود سازمان یافته اسکان در یک آپارتمان، در ۲۰، ۳۰ سال اخیر مطرح شده است. اشکال تلفیقی از زندگی با گروه‌های مختلف افراد در نسل‌های گوناگون به منظور تأمین مساعدت دو سویه وجود دارد.

د) **دهکده سالمندان:** در مدل دهکده‌ای برای سالمندان (آلتن دورف^۱)، زندگی در بخش‌های جداگانه‌ای طراحی می‌شود. تمامی انواع خدمات در دهکده به گونه‌ای ارائه می‌شود که نیاز به نقل مکان و خروج از دهکده برای رفع احتیاجات وجود ندارد.

و) **اسکان توام:** در اسکان توام، گروه‌های سالمندان نیازمند مراقبت بلندمدت، خدمات لازم را از طریق سرویس‌های مراقبت خانگی دریافت می‌کنند و در نتیجه در مجموعه مراقبت خانگی قرار می‌گیرند. این گروه‌ها می‌توانند در یک آپارتمان یا خانه سکونت گزینند.

ه) **جوامع خانگی:** جوامع خانگی به عنوان یک انتخاب در کنار خانه‌های سالمندان سنتی شکل گرفته‌اند. این جوامع مشابه مراقبت سازمانی ایجاد شده‌اند اما افراد در کنار یکدیگر در گروه‌های اسکان توام زندگی می‌کنند و از زیرساخت‌های مشترک نظیر آشپزخانه مشترک بهره می‌برند.

این طرح‌ها با توجه به شرایط تصمیم‌گیری ذی‌نفع، شکل ارائه خدمات یا سطح و درجه ارائه خدمات، فرق خواهند کرد. بیشتر مواقع، آنها میان مراقبت خانگی و سازمانی جای می‌گیرند. به منظور تشویق چنین طرح‌هایی، تساوی مقرری‌ها برای مراقبت خانگی رسمی و نیز خانه‌های سالمندان، قدمی رو به جلو در جهت غلبه بر مسئله شکاف میان اشکال ارائه مراقبت است.

1. self-organized collective projects
2. village for older persons
3. Altendorf
4. joint residence
5. house communities

در ارتباط با کیفیت مراقبت در ابتدا یادآور می‌شویم که به طور کلی مفهومی تحت عنوان ضمانت کیفیت یا مدیریت کیفیت، وجود ندارد. اما دستورالعمل‌هایی مهم در رابطه با مسؤلیت تأمین کنندگان خدمات به ارایه کیفیت و کنترل آن وجود دارد.

از ده سال پیش که ضمانت کیفیت به طور قانونی بنا شد و توسعه یافت، کار تأمین کنندگان خدمات و انجمن‌های آنها، نادیده گرفتن (یا پیشی گرفتن از) الزامات قانونی به گونه‌ای بوده که با گواهینامه‌های کیفی خودشان جایگزینی برای آن الزامات ایجاد کنند. این گواهینامه‌ها در اشکال گوناگونی بوده ولی سودی برای مشتریان نداشته‌اند. اول این که، آنها شفاف نیستند و توضیح نمی‌دهند که کدام کیفیت و به چه دلیلی تأیید شده است، همچنین هیچ‌گونه توضیحی در زمینه مدیریت کیفیت ارایه‌دهندگان خدمت ارایه نمی‌دهند. دوم این که، علی‌رغم تمامی تلاش‌ها در زمینه کیفیت (که امری بسیار مهم است)، نقضی بزرگ در نظام ضمانت کیفیت موجود است: قانون مراقبت بلندمدت همانند قانون خانه‌های مسکونی^۱ از این ایده که استانداردهای کیفی و قوانین بسیار مدرن در زمینه ارایه خدمات بیمه مراقبت بلندمدت وجود دارد و صرفاً باید این قوانین و استانداردها به کار گرفته شود، نشأت گرفته است. حقیقت این است که تنها تعداد کمی استانداردهای کیفی تشخیص داده و پذیرفته شده براساس معیارهای مدرن، موجود است. بنابراین، مضامین مهم کیفیت و توصیف استانداردهای مختلف کیفی، وجود ندارد. اما در عوض استانداردهای کیفی گوناگونی که معیارهای پذیرفته شده بین‌المللی برای پذیرش در گروه‌های حرفه‌ای و پرستاری براساس شواهد و مدارک^۲ را برآورده نمی‌کنند، وجود دارد. سوم این که، تمامی این موارد، لزوم ایجاد مبنایی سازمانی برای توسعه استانداردهای کیفی مراقبت بلندمدت را خاطر نشان می‌کند.

این مؤسسه یا مرکز باید از اثرات سیاسی مستقل باشد، باید افراد حرفه‌ای را در زمینه مراقبت بلندمدت، خدمات مراقبت، افراد مراقبت شده یا در حال مراقبت و تأمین مالی سازمان، بکار گیرد. هدف؛ ارایه دانشی مستقل، خنثی، بر پایه‌های علمی و حرفه‌ای در زمینه چگونگی ایجاد کیفیت در مراقبت بلندمدت است. یکی از مشکلات حل نشده این است که چگونه به حمایت و بهبود کیفیت مراقبت توسط اعضای خانواده در رابطه با طرح‌های

1. Residential Homes Act
2. Evidence Based Nursing (EBN)

مراقبت ترکیبی بپردازیم. علی‌رغم این حقیقت که سازمان‌های بیمه‌ای ارایه‌دهنده مراقبت‌های بلندمدت، ملزم به ارایه دوره‌های آموزشی رایگان به‌ویژه برای داوطلبان و اعضای خانواده فرد مراقبت‌شونده هستند، تحقق این مسئولیت رضایت بخش نبوده است. یک دلیل می‌تواند، درگیری افراد خانواده به ارایه مراقبت باشد به گونه‌ای که وقتی برای گذراندن چنین دوره‌هایی وجود ندارد.

اخیراً مسائل مالی نیز وارد بحث شده است. به دلیل تغییرات جمعیت‌شناختی، تعداد سالمندان وابسته در طول دهه‌های آینده افزایش خواهد داشت. اگرچه امکان تأثیرگذاری بر سرعت این افزایش به‌وسیله پیشگیری و توانبخشی وجود دارد و نیز اگرچه اثرات مالی ناشی از نرخ وابستگی کاهش یافته، قابل ملاحظه است، سیاست‌های مربوطه به مراقبت بلندمدت در فهرست بحث‌های سیاسی قرار ندارد. بحث‌های سیاسی بیشتر بر روی چگونگی غلبه بر افزایش تعداد سالمندان وابسته تمرکز دارند. به طور کلی ۳ گزینه برای حل مسئله تغییر جمعیت‌شناسی وجود دارد: ۱. معیارهای احراز شرایط به جهت تعدیل افزایش تعداد مورد انتظار ذی‌نفعان می‌تواند سختگیرانه‌تر شود؛ ۲. مزایای افراد و/ یا پرداختی تأمین‌کنندگان می‌تواند قطع شود؛ ۳. منابع جدیدی برای افزایش درآمد می‌تواند کشف و بکار گرفته شود.

امروزه در آلمان، معیارهای احراز شرایط نسبت به ژاپن^۱ یا سایر کشورها^۲ سختگیرانه‌تر است. به علاوه تعداد ذی‌نفعان با سرعت متوسطی در حال رشد است و به طور متوسط سطح تخمین زده شده وابستگی نیز در حال کاهش است. اخیراً گزارشی اشاره بر این امر دارد که کاهش سطح وابستگی تخمین زده شده به دلیل ارزیابی سختگیرانه در پذیرش افراد است چرا که هیچ‌گونه مدرکی دال بر کاهش سطح حقیقی وابستگی موجود نیست. بنابراین فضای کمی برای سختگیرانه‌تر کردن برآوردها در آینده وجود دارد.

کاهش مزایای حقیقی نیز سیاستی مغلوب در دهه گذشته بوده است. از آنجایی که مزایا به طور رسمی ثابت هستند، عملاً سیاست کاهش حقیقی مزایا اجرا نشده است. اگرچه به ندرت اعتراضی علیه این امر در گذشته رخ داده است، در عین حال ادامه چنین سیاستی غیرممکن به

1. Campbell, 2002

۲. روتگانگ و کوماس هرراس (Comas Herreras), ۲۰۰۳.

نظر می‌رسد. کمیسیون‌ها و گزارش‌های بسیار زیادی به این موضوع پرداخته‌اند و در حال حاضر کم شدن قدرت حقیقی خرید مزایای بیمه مراقبت بلندمدت در رسانه‌ها مورد بحث قرار گرفته است.

قطع پرداختی تأمین‌کنندگان خدمات، هزینه‌های بیمه مراقبت بلندمدت را کاهش نخواهد داد، چرا که دومی تنها به مزایای ثابت وابسته است (جدول شماره ۲). پرداختی‌های کاهش یافته، قدرت خرید مزایای بیمه مراقبت بلندمدت را افزایش می‌دهد و بنابراین فشار به انجام تعدیلات را کاهش می‌دهد. به عبارت دیگر، قطع پرداختی‌ها، مزایای مراقبت رسمی را بیشتر مطلوب نظر ذی‌نفعان می‌کند و بنابراین دامنه‌ای که آنها کمک هزینه نقدی ارزان‌تر را انتخاب می‌کنند کاهش می‌دهد.

به طور خلاصه، قطع حقیقی مزایای بیمه مراقبت بلندمدت راهی مناسب برای حل مسائل مالی نیست، همان‌طوری که در طول دهه گذشته به طور فراگیر به کار گرفته شده است. قطع پرداختی تأمین‌کنندگان مراقبت نیز کمکی نخواهد کرد، چرا که آنها بر مخارج بیمه مراقبت بلندمدت به طور مستقیم اثر نمی‌گذارند و حتی می‌توانند سبب جهش در الگوهای مطلوبیتی شود که هزینه‌های بیمه مراقبت بلندمدت را افزایش می‌دهد. در حل این مسئله، بحث‌های اخیر در مورد اصلاحات بر آخرین گزینه تمرکز داشته است یافتن منابع جدید درآمد.

اصلاحات بنیادی نیز غیرممکن به نظر می‌رسد چرا که هزینه‌های سیاسی آن زیاد است، و نظام برای شروع زاینده‌های عمومی، کوچک (و کم اهمیت) است. به این دلیل است که راه‌حل‌های درون-نظامی یا راه‌حل‌هایی که عناصر جدید را با نظام موجود ترکیب می‌کنند، محتمل‌ترند.

راه روشن برای حل بحران‌های مالی، افزایش نرخ حق‌بیمه است که البته به دلایل ایدئولوژیکی قابل اجرا نیست.

بیمه شهروندان از سویی به نفع یک طرف است و از سوی دیگر به ضرر طرف مقابل است. بنابراین نظام اندوخته‌گذاری مکمل خصوصی^۱، گزینه‌ای عملی به نظر می‌رسد چرا که از نظر ایدئولوژیکی درست و کامل است (بیمه اندوخته‌گذاری خصوصی) بدون اینکه سبب انگیزش مخالفت‌های زیادی شود، چرا که بار مالی اضافی اولیه، بسیار کم خواهد بود.

1. supplementary privately funded system

پس از ذکر تمامی موارد بالا و بعد از گذشت بیش از یک دهه از ایجاد بیمه مراقبت‌های بلندمدت در آلمان، این نظام موفقیت‌ها و در عین حال نیز مشکلات و شکست‌هایی داشته است؛ حداقل ۵ موفقیت اصلی قابل ذکر است:

اول، به دلیل معرفی بیمه مراقبت بلندمدت دولتی که از اصل ارزیابی سالانه پیروی می‌کند، مزایای فوری برای واجدین شرایط موجود است. دوم، مراقبت خانوادگی به‌ویژه از طریق معرفی مزایای نقدی و ارایه بازنشستگی برای مراقبت‌کنندگان خانوادگی، تقویت شد. سوم، بار مالی بر شهرداری‌ها پایان پذیرفت چرا که مساعدت اجتماعی ارایه شده به سالمندان به میزان دو سوم کاهش یافت. تعداد دریافت‌کنندگان مساعدت اجتماعی نیز به میزان یک سوم کاهش یافت، که البته کمتر از میزان قول داده شده است، اما در نهایت به نوبه خود موفقیتی قابل ذکر است.

چهارم، قانون بیمه مراقبت بلندمدت سبب توسعه ظرفیت بخش رسمی و بهبود کیفیت مراقبت شد. در پایان، تلاش جهت کنترل هزینه‌ها نیز کاملاً موفقیت‌آمیز بود.

از سوی دیگر، نظام از چندین شکست و مشکل رنج می‌برد؛

اول، مشکلات ساختاری ارایه خدمات است. کیفیت مراقبت هنوز رضایت‌بخش نیست، سایر امکانات مراقبتی (نظیر زندگی یاری شده^۱) نیز به کندی در حال توسعه است.

توانبخشی برای سالمندان نیز به میزان کافی ارایه نمی‌شود. هم‌چنین انفصالیاتی در زنجیره مراقبت میان سازمان‌ها (بیمارستان‌ها، خانه‌های سالمندان و امکانات توانبخشی) موجود است و مدیریت موردی برای غلبه بر این مشکل وجود ندارد.

دوم، وجود مشکلاتی که به آسانی از طریق تأمین بودجه بیشتر قابل حل است. برای مثال، مفهوم بحث برانگیز وابستگی منجر به غفلت از نیازهای جامعه به طور کلی و نیازهای افراد مبتلا به جنون به طور خاص شده است. بودجه محدود سبب کمبود نیرو درخانه‌های سالمندان، و مزایای ثابت اسمی بیمه مراقبت بلندمدت؛ موجب کاهش قدرت خرید، آن‌ها شده است.

در پایان، درآمد پایین سبب شده است که بیمه مراقبت بلندمدت، محتمل کسری بودجه شدیدی شود که بحث اصلی مناظرات اخلاقی جاری است.

براساس این محاسبات حداقل ۳ درس می‌توان از تجربه آلمان گرفت:

اول، کمک هزینه نقدی می‌تواند مراقبت خانوادگی و بنابراین هزینه مراقبت بلندمدت را تثبیت کند. بیش از نیمی از سالمندان وابسته بدون دخالت مراقبت‌کننده حرفه‌ای تحت نظر هستند. اگرچه داده‌ها به طور واضح روندی به سمت مراقبت رسمی را نشان می‌دهند، شکی وجود ندارد که این کمک هزینه‌های نقدی می‌تواند سبب تعدیل این روند شود. به علاوه طرح‌های آینده مراقبت به طور غیرقابل اجتناب ترکیبی از مراقبت رسمی و غیررسمی خواهند بود. فرصت ترکیب مزایای نقدی و غیرنقدی راهی به سوی چنین طرح‌هایی باز کرده است.

دوم، امکان کنترل هزینه‌ها وجود دارد. نظام آلمان در این زمینه به‌طورکامل موفق بوده است. به طور عمده از طریق محدود کردن مزایا و داشتن مؤسساتی که مستقل از تأمین‌کنندگان به ارزیابی شایستگی ذی‌نفعان بالقوه می‌پردازند. یا این وجود، راهبرد حقیقی به واسطه مزایای ثابت اسمی نمی‌تواند برای همیشه به کار گرفته شود چرا که موجب کاهش قدرت خرید مزایا می‌شود، که دیر یا زود مشروعیت کل نظام را تهدید می‌کند. در پایان، حتی کنترل موفقیت‌آمیز هزینه‌ها برای تثبیت نظام کافی نیست مگر اینکه رشد یکنواخت درآمد ضمانت شود. باید توجه کرد که به عنوان درس عبرت از تجربه نظام آلمان، علی‌رغم موفقیت آن در کنترل هزینه‌ها، از نظر مالی به دلیل درآمد پایین، در وضعیت تعادل قرار ندارد.

منابع و مأخذ

منابع انگلیسی:

1. Alders, Maarten & Dorien Manting, Gert (ed): Household Scenarios for the European Union, *living Arrangements and Households – Methods and Results of Demographic Projections*, 1995-2025, Hullen; Materialien Zur Bevölkerungswissenschaft, Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung, Wiesbaden, pp 71-95.
2. Barthelme, Gerlinde & Andreas Zimmer, *Die Arbeitssituation des Pflegepersonals in Ambulanten und Stationären Einrichtungen*, 2002; Klie, Thomas & Anke Buhl, & Hildegard Entzian, & Roland Schmidt (eds.), *Das Pflegewesen und die Pflegebedürftigen – Analysen zu Wirkungen der Pflegeversicherung und ihrem Reformbedarf*, Mabuse Verlag, Frankfurt a. M., S. 331-341.

3. Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS), **Dritter Bericht Über die Entwicklung der Pflegeversicherung**, Berlin, 2004. <http://www.bmgs.bund.de/download/broschueren/A503.pdf> [15-6-2005]
4. _____, BMG Statistiken Pflege, Zahlen, Daten zur Pflegeversicherung, 2006. http://WWW.bmg.bund.de/cin-040/nm_604244/DE/Themensherpunkte/Pflegeversicherung/Zahlen-und-Fakren/zahlen-und-fakten-node,param=.html_nnn=true
5. Campbell, John Creighton, **How Policies Differ: Long-Term Care Insurance in Japan and Germany**, Conrad, Harald, 2002; Lützel, Ralph (eds.), **Aging and Social Policy. A German -Japanese Comparison**, München, iudicium, pp 157-187.
6. Campbell, John Creighton & Naoki Ikegami, "Japan's Radical Reform of Long-term Care", **Social Policy & Administration**, Vol. 37, No. 1, 2003, pp 21-34.
7. Council of Economic Advisers, (=Sachverständigenrat für die gesamtwirtschaftliche Entwicklung), **Erfolge im Ausland - Herausforderungen im Inland**, Jahresgutachten 2004/2005. <http://www.sachverstaendigenrat-wirtschaft.de/gutacht/gutachten.php>
8. Delta Lloyd **Kundenkompass Pflege, Aktuelle Bürgerbefragung: Anspruch, Wirklichkeit, Herausforderung**, F.A.z.-Institut, Frankfurt a. M., 2006.
9. Deutscher Bundestag, **Dritter Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung**, Drucksache.14/4125, 2004. online: http://gesundheit-soziales.verdi.de/pflegeeinrichtungen/themen_von_a_bis_z/data/no_v_2004_3_bericht_zur_pflegeversicherung.pdf
10. Dietz, Berthold, **Die Pflegeversicherung. Ansprüche, Wirklichkeiten und Zukunft einer Sozialreform**, Wiesbaden: Westdeutscher Verlag, 2002.
11. Döhner, Hanneli & Heina Rothgang, "Pflegerbedürftigkeit - Zur Bedeutung der familiären Pflege für die Sicherung der Langzeitpflege", **Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz**, Band 6, 2006 pp 583-594.
12. Donges, Juergen B. & Johann Eeckhoff, & Wolfgang Franz, Fuest Clemens, Wernhard Moeschel & Manfred J. Neumann, **Tragfähige Pflegeversicherung, Stiftung Marktwirtschaft**, Bd. 42, Berlin, Stiftung Marktwirtschaft, 2005.
13. Enquete Commission (=Enquete Commission Demographic Change of the German Federal Parliament), **Challenges Pesed by our Ageing Socieity to Citizens and Policy makers - Final Report**, Enquete Commission Demographic Change of the German Federal Parliament, 2002. <http://dip.bundestage.de/btd/14/088/1408800.pdf> (German version) [15th June, 2005]
14. Federal Statistical Office, **Bericht: Pflegestatistik 2003, Deutschlandergebnisse, Bonn**, 2005a.
15. Federal Statistical Office, **Bevölkerung und Erwerbstätigkeit - Beruf, Ausbildung und Arbeitsbedingungen der Erwerbstätigen, Ergebnisse des Mikrozensus 2004, Band 2: Deutschland**, Wiesbaden, 2005 b.

16. Federal Statistical Office, *Bevölkerung Deutschlands bis 2050: Ergebnisse der 11. Koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung*, Wiesbaden, 2006.
17. Federal Statistical Office, *Bericht: Pflegestatistik 2003*, Deutschlandergebnisse, Bonn, 2005a.
18. Hof, Bernd, *Auswirkungen und Konsequenzen der demographischen Entwicklung für die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung*, PKV-Dokumentation 24. Köln, Verband der privaten Krankenversicherung e.V., 2001.
19. Hullen, Gert, Projections of Living Arrangements, Household and Family Structures, Hullen, Gert (ed.): *Living Arrangements and Households – Methods and Results of Demographic projections*, Materialien zur Bevölkerungswissenschaft, Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung: Wiesbaden, 2003.
20. Ikegami, Naoki & John Creighton Campbell, "Choices, Policy Logics and Problems in the Design of Long-Term Care Systems", *Social Policy & Administration*, Vol. 36, No 7, 2002, pp 719-734.
21. Jacobzone, Stephane & Emmanuelle Camboes, & Emmanuel Chaplain, & Jean Marie Robine, "The Health of Older Persons in OECD Countries: Is It Improving Fast Enough to Compensate for Population Ageing?", *Labour Market and Social Policy Occasional Papers*, Paris: OECD, No. 37, 1998.
22. Landenberger, Margarete & Julia Ortmann, *Pflegeberufe im europäischen Vergleich – Expertise der Berufs – und Ausbildungssituation in der Alten-Kranken, und Behindertentpflege*, Arbeitsmarktpolitische Schriftenreihe der Senatsverwaltung für Arbeit, Berufliche Bildung und Frauen, Band 37, BBJ Verlag, Berlin, 1999.
23. Landtag Nordrhein – Westfalen, *Situation und Zukunft der Pflege in NRW*, Bericht der Enquête – Kommission des Landtags von Nordrhein – Westfalen, Toennes Druck + Medien: Düsseldorf, 2005.
online: http://www.landtag.nrw.de/portal/WWW/GB_I/I.1/EK/EKALT/13_EK3/Abschlussbericht.jsp
24. Mai, Ralf, *Die Alten der Zukunft. Eine bevölkerungsstatistische Anayse*, Schriftenreihe des Bundesinstituts für Bevölkerungsforschung, Band 32. Opladen: Leske + Budrich, 2003.
25. MDS (=Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V.), *Pflegebericht des Medizinischen Dienstes 2004*, Essen, 2006.
online: <http://www.mds-ev.org/index2.html>
26. Pabst, Stefan & Heinz Rothgang, Reformfähigkeit und Reformblockaden: Kontinuität und Wandel bei Einführung der Pflegeversicherung, Leibfried, Stephan & Uwe Wagschal, (eds.), *Der deutsche Sozialstaat. Bilanzen – Reformen – Perspektiven*, Frankfurt Campus, 2000, pp 340-377.
27. Robert Bosch Stiftung Vorwort und Einleitung Robert Bosch Stiftung (eds.), *Pflege braucht Eliten, Denkschrift zur Hochschulausbildung für Lehr- und*

- Leitungskräfte in der Pflege**, Beiträge zur Gesundheitsökonomie 28, 3rd edition, Bleicher Verlag, Gerlingen, 1992, pp 5-14
28. Robert Bosch Stiftung, **pflege neu denken – Zur Zukunft der Pflegeausbildung**, 1. Nachdruck 2001, Schattauer, Stuttgart, New York, 2001.
[http:// www.bosch-stiftung.de/download/A52_pb2_sub02_Pflege_Sonderdruck.pdf](http://www.bosch-stiftung.de/download/A52_pb2_sub02_Pflege_Sonderdruck.pdf) [02.09.2006]
29. Rothgang, Heinz, Wettbewerb in der Pflegeversicherung, Igl, Gerhard (ed.), **Das Gesundheitswesen in der Wettbewerbsordnung**, Wiesbaden, Verlag Chmielorz, 2000, pp 147-172 (at the same time: Zeitschrift für Sozialreform, (46) 5: 423-448).
30. Rothgang, Heinz, Finanzwirtschaftliche und strukturelle Entwicklungen in der Pflegeversicherung bis 2040 und mögliche alternative Konzepte – Endbericht zu einer Expertise für die Enquete- Kommission "Demographischer Wandel" des Deutschen Bundestages, Enquete- Commission "Demographischer Wandel" (eds.), **Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den einzelnen und die Politik – Studienprogramm**, Band V, R.V. Decker Verlag, Heidelberg, 2002a.
31. Rothgang, Heinz, **Projections on Public Long Term Care Insurance Financing**, Conrad, Harald; Lützel, Ralph (eds.), **Aging and Social Policy – A German-Japanese Comparison**, München indicum, 2002b, pp 251 – 273.
32. Rothgang, Heinz & Adelina Comas- Herrera, Dependency Rates and Health Expectancy, Adelina Comas- Herrera, & Raphael Wittenberg, (eds.), **European Study of Long-Term Care Expenditure: Investigating the Sensitivity of Projections of Future Long-Term Care Expenditure in Germany, Spain, Italy and the United Kingdom to Changes in Assumptions about Demography, Dependency, Informal Care, Formal Care and unit Costs**. PSSRU Discussion Paper 1840, LSE: London, 2003, pp 159-178.
33. Ruerup- Commission, (=Commission for Achieving Financial Sustainability for the Social Security Systems), "Report of the Commission for Achieving Financial Sustainability for the Social Security Systems", Berlin, 2003.
34. Schneekloth, Ulrich & Ingo Leven, Hilfe- und Pflegebedürftige in Privathaushalten in Deutschland. Schnellbericht. Erste Ergebnisse der Repräsentativerhebung im Rahmen des Forschungsprojekts, **Möglichkeiten und Grenzen einer selbständigen Lebensführung hilfe- und pflegebedürftiger Menschen in privaten Haushalten**, (MUG 3) im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.
35. Schneekloth, Ulrich & Peter Potthoff, Hilfe- und Pflegebedürftige in privaten Haushalten, Bericht zur Repräsentativerhebung im, 1993.
36. Forschungsprojekt, **Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung**, Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie und Senioren, Stuttgart, Kohlhammer.
38. Schneekloth, Ulrich & Udo Müller, **Wirkungen der Pflegeversicherung**, Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Band 127, Baden-Baden, Nomos, 2000.

39. Schneekloth, Ulrich, **Entwicklungstrends beim Hilfe- und Pflegebedarf in Privathaushalten - Ergebnisse der Infratest- Repräsentativerhebung**, Schneekloth, Ulrich & Hans W. Wald, (eds.), **Möglichkeiten und Grenzen selbstständiger Lebensführung in Privaten Haushalten (MUG III), Repräsentativbefunde und Vertiefungsstudien zu häuslichen Pflegearrangements, Demenz und Professionellen Versorgungsangeboten**, integrierter Abschlussbericht, im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, München, 2005.
40. Schneekloth, Ulrich, **Hilfe- und Pflegebedürftige in Alteneinrichtungen 2005**. Schnellbericht zur Repräsentativerhebung im Forschungsprojekt, "Möglichkeiten und Grenzen selbstständiger Lebensführung in Einrichtungen" (MuGIV), 2006.
41. Heinz Rothgang, Centre for Social Policy Research, University of Bremen, Gerhard Igl, Institute for Social Law in Europe, University of Kiel.