

# راهبردهای حمایت از سالمندان در ایران

کد موضوعی: ۲۱۰

شماره مسلسل: ۱۰۵۲۵

دفتر: مطالعات اجتماعی

آذرماه ۱۳۸۹

## به نام خدا

### فهرست مطالب

۱	خلاصه گزارش
۴	مقدمه
۵	۱. مبانی نظری و مفهوم شناسی سالمندی
۸	۲. وضعیت جمعیت شناختی سالمندان
۱۳	۳. مسائل ویژه سالمندان در حوزه سلامت
۱۸	۴. پوشش بیمه‌ای و حمایتی سالمندان
۱۹	۵. قوانین و مقررات مرتبط با سالمندان
۲۳	۶. نهادهای پوشش‌دهنده خدمات سالمندی
۲۶	۷. مسائل و مشکلات اصلی سالمندان
۲۸	جمع‌بندی و نتیجه‌گیری
۳۰	پیشنهادها
۳۳	پیوست آیین‌نامه تشکیل شورای ملی سالمندان
۳۹	منابع و مأخذ



## راهبردهای حمایت از سالمندان در ایران

### خلاصه گزارش

سالمندی را می‌توان با وابستگی مترادف دانست. سالمند نیازهایی دارد که خود قادر به تأمین آن نیست و برای رفع آن به دیگران متکی می‌شود. این نیاز وابستگی ایجاد می‌کند و وابستگی با کرامت انسانی ناسازگار است. براساس آموزه‌های دین مبین اسلام، سالمندان (که برای هر یک از ما جایگاه پدر و مادر دارند) شایسته تکریمند و رعایت حرمت و کرامت آنان در این است که نیازهایشان به نحوی تأمین شود که به دیگران وابسته نباشند.

برآوردهای آماری نشان می‌دهد که طی دو دهه آینده، پدیده سالمندی در کشور ما یک مسئله جدی خواهد بود. افزایش انفجارگونه نرخ زادوولد در دهه ۱۳۶۰ و تغییراتی که به تبع آن در ساختار جمعیت کشور ایجاد شده، توجه به پدیده سالمندی را - به‌عنوان یک پدیده حتمی در آینده - ضرورت می‌بخشد. برآوردهای رسمی بیانگر این است که در صورت تداوم روند موجود، جمعیت سالمند کشور بین سال‌های ۱۳۸۵ تا ۱۴۰۵ به حدود سه برابر افزایش یافته و به مرز ۱۵/۵ میلیون نفر خواهد رسید. افزایش نسبت سالمندان ۶۰ سال و بالاتر از حدود ۷ درصد در سال ۱۳۸۵، به ۱۴/۵ درصد در سال ۱۴۱۵ و ۲۲ درصد در سال ۱۴۲۵ خواهد رسید.

به بیان دیگر، همان‌طور که در اواخر دهه ۱۳۶۰ و دهه ۱۳۷۰ نیازهای خاص گروه سنی کودک و نوجوان (تغذیه، ایمن‌سازی، بهداشت، مدرسه و...) وجه غالب را در برنامه‌ریزی کلان کشور داشته و در دهه ۱۳۸۰ نیز این جایگاه به نیازهای خاص جوانان (ازدواج، مسکن، شغل و...) اختصاص یافته است، برنامه‌ریزی برای دو دهه آینده باید بر نیازهای خاص سالمندان و سالخوردگان متمرکز شود.

طی سال‌های اخیر، به دلیل آنکه نیازهای خاص نسل جوان به دغدغه اصلی کشور تبدیل شده، سالمندان و سالخوردگان کمتر مورد توجه قرار گرفته‌اند. با وجود تأکید ویژه‌ای که آموزه‌های دینی و فرهنگ ملی ما بر تکریم و حفظ حرمت سالمندان دارد، اما این موضوع در برنامه‌های کلان کشور جایگاه خاص خود را نیافته است. پژوهش‌هایی که در زمینه نیازهای سالمندان انجام شده، به دلیل در دسترس نبودن اطلاعات کافی، گویای همه واقعیت‌های زندگی سالمندان نیست و اغلب نتیجه‌گیری‌ها - نه بر مبنای تحقیقات میدانی - بلکه مبتنی بر تحلیل‌های آماری است.

ساماندهی امور سالمندان از پشتوانه قانونی کافی برخوردار نیست. تنها موردی از احکام



قانونی که به صراحت دولت را به ساماندهی و توانبخشی سالمندان مکلف ساخته، جزء «۵» بند «الف» ماده (۱۹۲) قانون برنامه سوم توسعه است که به موجب بند «ط» ماده (۹۷) قانون برنامه چهارم ادامه یافته است. در اجرای این حکم، دولت با تصویب آیین‌نامه اجرایی، تعدادی از دستگاه‌های اجرایی را مکلف کرده تا در حوزه مأموریت‌ها و وظایف خود نیازهای خاص سالمندان (مراقبت و نگهداری، پوشش حمایتی، بیمه درمانی، تأمین مسکن، امنیت غذایی، آموزش‌های عمومی، تربیت بدنی، امور فرهنگی و رفاهی و...) را تأمین کنند. همچنین به منظور سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی، ساماندهی و هماهنگی این امور بین دستگاه‌های اجرایی، شورای ملی سالمندان تشکیل شده است، اما فعالیت این شورا چندان محسوس نبوده و از اقدامات سایر دستگاه‌های اجرایی نیز در این زمینه گزارش مستندی منتشر نشده است. نکته مهمتر اینکه اگر این حکم قانونی در برنامه پنجم توسعه تمدید نشود (که تاکنون نشده)، مستند قانونی دیگری برای ساماندهی امور سالمندان و حمایت جامع از آنان وجود نخواهد داشت.

با وجود آنکه عموم سالمندان - به لحاظ شرایط جسمی، روحی و روانی‌شان - می‌توانند آسیب‌دیده یا آسیب‌پذیر تلقی شوند و نیازهای آنان در زمینه‌های مختلف بهداشتی، درمانی، مراقبت، نگهداری، تغذیه، مسکن و...، فراتر از توان اعضای خانواده آنان است، اما در نظام حمایتی کشور ما، تنها سالمندان نیازمند (به لحاظ درآمدی) مورد حمایت قرار می‌گیرند و حتی برای همین حد حمایت نیز اعتبار کافی تخصیص داده نمی‌شود.

به‌طور طبیعی، اعضای خانواده هر سالمند خود را موظف به تأمین نیازهای او می‌دانند، اما این احساس وظیفه که ریشه عاطفی و اعتقادی دارد، در همه موارد از تضمین کافی برخوردار نیست و ممکن است تحت تأثیر محدودیت‌ها و فشارهای اقتصادی، خانوادگی، اخلاقی و امثال آن قرار گیرد و در نتیجه پیامدهایی مانند آزارهای روحی یا جسمی سالمندان، بی‌اعتنایی به آنان، وادار کردن آنان به کارهای سخت، اخراج آنان از منزل و... در جامعه مشاهده شود. به همین دلیل، وجود نهادهای اجتماعی با پشتوانه حقوقی کافی، برای حمایت از سالمندان ضرورت می‌یابد و در این زمینه، نظام‌های تأمین اجتماعی با دو سازوکار بیمه‌ای و حمایتی نقشی اساسی دارند.

با وجود اهمیت بیمه‌های بازنشستگی - به‌عنوان مطمئن‌ترین سازوکار حمایت از افراد در دوران سالمندی - هنوز در کشور ما نزدیک به ۹ میلیون شاغل (خانوار) از پوشش این نوع بیمه‌ها برخوردار نیستند و در نتیجه خود و همسرانشان در دوره سالمندی نیازمند کمک دولت خواهند بود. این درحالی است که بیمه‌های بازنشستگی نیز صرفاً حداقل‌های ضروری در زندگی را تأمین می‌کند. در سال ۱۳۸۷، با وجود بیش از ۵ میلیون سالمند در کشور، مجموع سالمندان زیر پوشش دو نهاد حمایتی (کمیته امداد امام (ره) و سازمان بهزیستی) حدود ۱/۵ میلیون نفر و سالمندان زیر



پوشش دو صندوق بازنشستگی کشوری و تأمین اجتماعی (با احتساب همسرانشان) کمتر از دو میلیون نفر بوده است.

علاوه بر این، امکانات مراقبتی و پزشکی ویژه سالمندان در کشور ما بسیار اندک (کمتر از حد نیاز) و اغلب گران است. بخش عمده‌ای از این خدمات در تعهد صندوق‌های بیمه نیست و نهادهای حمایتی هم فقط از کسانی که نیاز اقتصادی آنان احراز شود، در حد اعتباراتشان حمایت می‌کنند. این درحالی است که طبق برخی بررسی‌ها، بیش از نیمی از زنان سالمند و حدود یک‌چهارم مردان سالمند از نظر اقتصادی به اطرافیان خود وابسته هستند.

دستگاه‌های اجرایی و نهادهای مسئول و مرتبط با سالمندان (از جمله وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، وزارت رفاه و تأمین اجتماعی و سازمان‌های تابعه آن) در حد وظایف جاری خود و اعتبارات تخصیص یافته، اقداماتی را در زمینه حمایت از سالمندان انجام می‌دهند، اما این اقدامات کافی به نظر نمی‌رسد، زیرا حل مسئله سالمندی - به‌عنوان مسئله‌ای که هم‌اکنون آثار آن مشهود است و در آینده شدت بیشتری خواهد یافت - نیازمند مسئولیت‌پذیری و همکاری تعداد بیشتری از دستگاه‌های اجرایی و نهادهای عمومی است. به‌خصوص، وظایف و اقداماتی که در آیین‌نامه تشکیل شورای ملی سالمندان بیان شده، نیازمند توجه بیشتری از سوی دستگاه‌های ذیربط است.

بنابراین، به نظر می‌رسد یک راهکار مناسب برای رفع مشکلات سالمندان (به‌خصوص سالمندان دو دهه آینده)، رفع خلأهای قانونی در موارد زیر است:

**- تداوم اجرای طرح ساماندهی و توانبخشی سالمندان:** از آنجا که آیین‌نامه اجرایی مصوب هیئت دولت و شورای ملی سالمندان که در این چارچوب تشکیل شده، جامع‌ترین طرح حمایت از سالمندان است و تنها مستند قانونی آن نیز بند «ط» ماده (۹۷) قانون برنامه چهارم توسعه است، تمدید آن در برنامه پنجم توسعه لازم به نظر می‌رسد.

**- پوشش فراگیر بیمه‌های بازنشستگی:** در صورتی که همه افراد شاغل در کشور زیر پوشش بیمه‌های بازنشستگی باشند، در آینده که به سن بازنشستگی برسند، از حمایت‌های ضروری برخوردار خواهند بود و در نتیجه، سالمندان نسل‌های آینده با مشکلات کمتری روبرو خواهند بود.

**- پوشش فراگیر بیمه‌های سلامت:** از آنجا که بخش عمده نیازها و هزینه‌های زندگی سالمندان در زمینه سلامت است، پوشش فراگیر بیمه‌های سلامت و توسعه تعهدات و خدمات این بیمه‌ها، می‌تواند نقش بسزایی در کاهش اتکای سالمندان به اطرافیانشان داشته باشد.

**- ساماندهی و تقویت مراکز غیردولتی حمایت از سالمندان:** با در نظر گرفتن ابعاد گسترده نیازهای سالمندان، روشن است که تأمین این نیازها از عهده بخش دولتی به تنهایی ساخته نیست. بنابراین، حمایت قانونی، حقوقی و مالی از مراکز غیردولتی و کمک به توسعه و تقویت کمی و کیفی



آنها در جهت تأمین نیازهای مختلف سالمندان (پزشکی، توانبخشی، مراقبت، نگهداری، فرهنگی، آموزشی، تفریحی و...) لازم به نظر می‌رسد.

- اصلاح آیین‌نامه تشکیل شورای ملی سالمندان: با وجود جامعیت نسبی این آیین‌نامه، ایرادها و نواقصی هم در آن وجود دارد (که در این گزارش به آنها اشاره شده) و علاوه بر این، از پشتوانه قانونی محکمی برخوردار نیست. بنابراین، پیشنهاد می‌شود ضمن اصلاح و رفع ایرادات و کاستی‌های آن، مفاد این آیین‌نامه به صورت قانون مصوب مجلس شورای اسلامی درآید.

## مقدمه

سالمندی جمعیت یک فرآیند شناخته شده به عنوان پیامد «انتقال جمعیت‌شناختی» است که در آن باروری و مرگومیر از سطوح بالا به سطوح پایین کاهش پیدا می‌کنند. به طور کلی پیری جمعیتی عبارت است از ترکیب خاص اجتماعات از نظر درصد افراد سالخورده که به علت کاهش میزان مولید، بالا رفتن متوسط طول عمر افراد، کاهش میزان مرگومیر و مهاجرت پیش می‌آید. کاهش باروری همراه با افزایش امید به زندگی باعث شکل جدیدی در ساختار سنی جمعیت در اکثر مناطق با تغییر وزن نسبی از جوان‌ترها به گروه‌های مسن همراه می‌باشد.<sup>۱</sup>

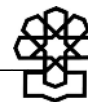
افزایش سریع جمعیت به واسطه افزایش نرخ زادوولد در دهه ۱۳۶۰ موجب شد تا ساختار جمعیتی ایران به دلیل سهم قابل توجه گروه‌های جمعیتی جوان و نوجوان، عمده توجه صاحبانظران اجتماعی و مسئولان امور اجتماعی را به سوی خود جلب کند. این به این دلیل بود که تغییرات جمعیتی و هرم سنی جمعیت یکی از متغیرهای اساسی در تعیین اولویت گروه‌های در معرض خطر و یا جمعیت‌های تحت پوشش نظام‌های حمایتی هستند. علاوه بر این سیاست‌های اجتماعی نیز تا حدود زیادی تحت تأثیر ترکیب جمعیت قرار می‌گیرند.<sup>۲</sup>

قرار گرفتن مسائل گروه‌های سنی جوان در دستور کار دولت و نظام برنامه‌ریزی و تصمیم‌گیری موجب شد تا توجه کمتری متوجه مسائل گروه‌های سنی دیگر از جمله سالمندان شود. از این رو سابقه بحث، گفتگو و تمرکز جدی بر مسائل سالمندان در نظام برنامه‌ریزی از یک دهه گذشته تجاوز نمی‌کند. براساس این درحال حاضر قوانین، برنامه‌ها و به تبع آن امکان حمایت و ارائه خدمات به سالمندان از نقاط ضعف جدی رنج می‌برد.

این درحالی است که براساس ارزیابی‌های جمعیت‌شناختی، در صورتی که امید به زندگی در

۱. مریم تاجور، بهداشت سالمندان، تهران، انتشارات نسل فردا، ۱۳۸۲.

۲. بهرام پناهی، «چالش‌های فرآروی نظام تأمین اجتماعی در آغاز سده بیست و یکم میلادی»، فصلنامه تأمین اجتماعی، سال ششم، ش ۱۶، مؤسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی، ۱۳۸۲.



ایران ۷۵ سال و میزان رشد جمعیت ۱/۵ درصد در سال در نظر گرفته شود، جمعیت کشور در سال پایانی چشم‌انداز بیست‌ساله ۱۰۷ میلیون نفر خواهد بود که از این تعداد ۱۴/۷ درصد یعنی بیش از ۱۵/۵ میلیون نفر را سالمندان تشکیل خواهند داد. به عبارت دیگر می‌توان گفت که جمعیت سالمندان کشور در عرض بیست سال (۱۳۸۵ - ۱۴۰۵) نزدیک به سه برابر خواهد شد.<sup>۱</sup> در این مطالعه تلاش شده تا ضمن ارائه تصویر روشنی از وضعیت کنونی سالمندان، نقاط ضعف و چالش‌های اساسی درخصوص قوانین موجود بررسی شده و راهکارهای اصلاحی و پیشنهادی در این زمینه ارائه شود.

## ۱. مبانی نظری و مفهوم شناسی سالمندی

### ۱-۱. تعریف

تعریف سالمندی از یکسو متناسب با سن بازنشستگی و ازسوی دیگر در ارتباط با وضعیت عمومی سلامت جسمی و روانی مطرح می‌شود. سالمندی مرحله‌ای است که طی آن ظرفیت برای تقسیم سلولی و ظرفیت برای رشد و عملکرد در طول زمان از دست می‌رود و در نهایت منجر به مرگ می‌شود.<sup>۲</sup>

سازمان بهداشت جهانی میانگین سنی را این‌گونه طبقه‌بندی می‌کند:

- ۴۵-۵۹، میانسال،

- ۶۰-۷۴، سالمند جوان،

- ۷۵-۹۰، سالمند،

- ۹۰ به بالا، خیلی سالمند.

در فرهنگ ما گروه‌های سنی به میانسال، سالمند و کهنسال تقسیم‌بندی شده است.<sup>۳</sup> در ایران طبق قانون تأمین اجتماعی، سن بازنشستگی برای مردان ۶۰ و برای زنان ۵۵ سالگی است و طبق قانون مدیریت خدمات کشوری برای مردان و زنان و برای مشاغل تخصصی و غیرتخصصی به ترتیب ۶۰ و ۶۵ سالگی تعیین شده است.

۱. اسحاق قیصریان، بررسی ابعاد اجتماعی، اقتصادی پدیده سالمندی در ایران، فصلنامه جمعیت، ش ۶۹ و ۷۰ پاییز و زمستان ۱۳۸۸.

2. Merck Sharp & Dohme Corp, Merck Manual of Geriatric. section 1, 2009.

۳. شهربانو، مقصودنیا، مراقبت‌های بهداشتی اولیه در سالمندان ایران، ۱۳۸۵.



## ۱-۲-۱. چارچوب نظری

پدیده سالمندی را می‌توان از سه بعد زیستی، روانی و اجتماعی مورد بحث قرار داد. در هریک از ابعاد مذکور دیدگاه‌های نظری متفاوتی توسط صاحب‌نظران مطرح شده و تلاش شده تا این پدیده در چارچوب مفهومی خاصی تبیین شود. در این میان رویکردهای روان‌شناختی و جامعه‌شناختی تلاش کرده‌اند ضمن توجه به ابعاد زیستی پیری، دیدگاه جامع‌تری را درباره آن مطرح کنند. در این بخش از گزارش، مهمترین این نظریه‌ها مطرح می‌شوند.

### ۱-۲-۱-۱. نظریه محیط اجتماعی

براساس این دیدگاه عوامل مهمی مثل سلامتی، اوضاع مالی و سطح پشتیبانی‌های اجتماعی بر سطح فعالیت افراد مسن تأثیر می‌گذارند. محدودیت‌های جسمی ناشی از تراکم بیماری‌های مزمن در دوران پیری، افراد مسن را زمین‌گیر و یا لاقط محدودیت‌های حرکتی زیادی برای آنان ایجاد می‌کند. علاوه بر این موقعیت اقتصادی نیز زندگی سالمندان را به شدت تحت تأثیر قرار می‌دهد. معمولاً جمعیت قابل توجهی از سالمندان زیر خط فقر به سر می‌برند. این عامل به شدت تحت تأثیر حمایت‌های اجتماعی و سطح آن نیز قرار دارد.<sup>۱</sup>

### ۱-۲-۲. نظریه پیوستگی

براساس این نظریه سالمندی در امتداد و استمرار دوره میانسالی قرار دارد و بنابراین بسیاری از سبک‌های زندگی که در دوره حیات افراد شکل گرفته‌اند، در دوره سالمندی نیز ادامه خواهند داشت. براساس این سازگاری اجتماعی با پیری یا بازنشستگی یا رویدادهایی از این نوع، اصولاً پیش از رسیدن به این دوران معین می‌شود. رویدادهای اجتماعی که در جریان آخرین سال‌های زندگی رخ می‌دهد، بی‌شک فشارهایی وارد می‌کند و پذیرش برخی رفتارها را به دنبال می‌آورد، اما این رفتار مسیری را دنبال می‌کند که قبلاً در زندگی انتخاب شده است.<sup>۲</sup>

### ۱-۲-۳. نظریه عدم مشارکت یا رهایی از قید<sup>۳</sup>

کامینک<sup>۴</sup> و ویلیام هنری<sup>۵</sup> با تأکید بر غیرقابل اجتناب بودن مرگ معتقدند افراد سالمند ناچارند به تدریج بخش مهمی از نقش‌های اجتماعی خود را رها کرده و به افراد جوان‌تر واگذار نمایند. به این ترتیب سالمند فرآیندی را که به تدریج وی را از تمامی قیدها یا مسئولیت‌ها رها می‌کند، تا زمان مرگ

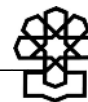
۱. علیرضا محسنی‌تبریزی، «بررسی وضعیت سالمندان در ایران»، فصلنامه تأمین اجتماعی، سال دوم، شماره چهارم، مؤسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی، ۱۳۷۹.

۲. همان.

3. Disengagement Theory

4. E.camming

5. W.Henry



طی خواهد کرد. طبق این نظریه پیری عبارت است از عقب‌نشینی پیش‌رونده از نظر جسمی، روانی و اجتماعی، زیرا سالمندان از نظر جسمی فعالیت خود را کند و انرژی خود را پس‌انداز می‌کند، از نظر روانی نسبت به دنیا بی‌علاقه می‌شود و از نظر اجتماعی، پسروی متقابل دیده می‌شود که کاهش روابط متقابل سالمند و بقیه اجتماع را به همراه می‌آورد.<sup>۱</sup>

#### ۴-۲-۱. نظریه فعالیت

براساس این نظریه درحالی که سالمندان به تدریج ناچارند برخی از وظایف و مسئولیت‌های خود را به گروه‌های سنی جوان‌تر واگذار کنند، اما در عین حال آنان مسئولیت‌ها و وظایف جدیدی را عهده‌دار خواهند شد و نقش‌های متفاوتی برای ایشان تعریف می‌شود. مشکل اساسی از آنجا ناشی می‌شود که ممکن است نقش‌های جدید جایگزین نقش‌های گذشته نشوند و در نتیجه فرد با موقعیت جدید خود سازگاری نداشته باشد. نوگارتن<sup>۲</sup> و همکارانش معتقدند کاهش تعادل اجتماعی در دوره پیری به این علت است که اجتماع از سالمندان، برخلاف میل اکثر آنها، دل می‌کند. به این ترتیب سالمندی که فعال می‌ماند و در مقابل تهدیدهای اجتماع مقاومت می‌کند به محض آنکه فعالیت را از دست می‌دهد، تلاش می‌کند تا فعالیت دیگری را جایگزین کند.<sup>۳</sup>

#### ۵-۲-۱. نظریه مبادله

براساس این نظریه که توسط جیمز داود<sup>۴</sup> جامعه‌شناس آمریکایی در سال ۱۹۸۰ مطرح شد، افراد روابط متقابل را زمانی گسترش داده به حداکثر می‌رسانند که، احساس کنند مناسبات برای آنها سود و حاصل مشخص دارد. این پاداش می‌تواند علاوه بر جنبه‌های مالی، نتایج دیگری همچون دریافت عشق، تأیید احترام و بهبود نقش و موقعیت اجتماعی و اقتصادی مناسب داشته باشند. در هر حال سالمندان باید در شرایط خاص خود از روابط با دیگران احساس رضایت و سودآوری داشته باشند.<sup>۵</sup>

#### ۶-۲-۱. نظریه تضاد

این نظریه دیدگاه‌های دیگر را به دلیل آنکه مناسبات اجتماعی و طبقاتی را نادیده می‌گیرند مورد انتقاد قرار می‌دهد و با اشاره به وضعیت سالمندان در طبقات ممتاز اجتماعی و گروه‌های برخوردار از ثروت تأکید می‌کند، اگرچه نمی‌توان پیری را با ثروت متوقف کرد، اما بسیاری از محدودیت‌های ناشی از پیری را می‌توان با برخورداری از منابع مالی مطلوب از بین برد و یا سرعت حرکت

۱. همان.

2. Nougarton

۳. همان.

4. j. Dawd

۵. همان.



به‌سوی آنها را محدود کرد، بنابراین نمی‌توان پدیده سالمندی را بدون توجه به بستر اجتماعی و اقتصادی آن مورد ارزیابی و تحلیل قرار داد.<sup>۱</sup>

## ۷-۲-۱. نظریه فقدان نقش‌ها

این نظریه که از سوی اسمیت بلو<sup>۲</sup> مطرح شده بر این تأکید دارد که بازنشستگی و بیوه‌گی به شرکت سالمند در ساخت‌های نهادی اصلی اجتماع (کار و اجتماع) پایان می‌دهد و این فقدان برای سالمندان بسیار زیانبار است، زیرا این نقش‌ها بسیار بنیادی است و از نظر هویت سالمندی لنگرگاه به حساب می‌آید.<sup>۳</sup>

## ۲. وضعیت جمعیت‌شناختی سالمندان

### ۱-۲. تعداد و نسبت سالمندان

شمار جمعیت سالمندان در ۵۰ سال گذشته در جهان سه برابر شده است و در ۵۰ سال آینده نیز سه برابر خواهد شد. در سال ۱۹۵۰، ۲۰۵ میلیون نفر جمعیت ۶۰ ساله و بالاتر در سرتاسر جهان وجود داشت، در آن زمان تنها سه کشور بیش از ۱۰ میلیون جمعیت ۶۰ ساله و بالاتر داشتند: چین با ۴۲ میلیون نفر، هند و آمریکا با ۲۰ میلیون نفر، ۵۰ سال بعد شمار افراد ۶۰ ساله و بالاتر سه برابر شد و به ۶۰۶ میلیون نفر رسید. در نیمه اول قرن حاضر نیز، پیش‌بینی می‌شود که جمعیت ۶۰ ساله و بالاتر در جهان در سال ۲۰۵۰ به دو میلیارد نفر برسد. جمعیت سالمندان نسبت به کل جمعیت از رشد سریعتری برخوردار است. در دوره زمانی ۱۹۵۰-۱۹۵۵، متوسط میزان افزایش جمعیت ۶۰ ساله و بالاتر اندکی بیشتر از میزان رشد کل جمعیت بوده است، اما اخیراً میزان رشد جمعیت سالمندان (۱/۹) درصد، به‌طور قابل ملاحظه‌ای بیشتر از میزان رشد کل جمعیت (۱/۲) درصد است.<sup>۴</sup>

در ایران نیز براساس ارقام استخراج شده در آخرین سرشماری ۵،۱۲۱،۰۴۳ نفر سالمند وجود دارد و نسبت سالمندان به کل جمعیت ۷/۳ درصد است. طبق آمار موجود از سال ۱۳۷۵ در یک دوره زمانی ۱۰ ساله تا سال ۱۳۸۵ جمعیت ۶۰ سال و بالاتر ۲/۵ درصد در سال رشد داشته، درحالی که گروه سنی ۷۰ سال و بالاتر ۵ درصد و گروه سنی ۸۰ سال و بالاتر ۸ درصد رشد داشته است و این نشانه سالمند شدن جمعیت سالمند است.

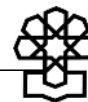
درواقع رشد سالمندی از سال ۱۴۱۵ به بعد خودنمایی خواهد کرد. در این مورد افزایش نسبت

۱. همان.

2. Smith Blau

۳. همان.

4. United Nation, 2002.



سال‌مندان ۶۰ سال و بالاتر از حدود ۷ درصد در حال حاضر به ۱۴/۵ درصد در سال ۱۴۱۵ و در سال ۱۴۲۵ به ۲۲ درصد خواهد رسید. این به این معناست که در آینده نزدیک «انفجار سالمندی» رخ خواهد داد.<sup>۱</sup>

## ۲-۲. نسبت جنسی سالمندان

روند نسبت جنسی سالمندان ۶۰ سال و بالاتر نشان می‌دهد که نسبت جنسی سالمندان ۶۰ سال و بالاتر در سال ۱۳۳۵ در مقابل هر ۱۰۰ زن ۱۱۱ مرد بود و این عدد طی دوره ۵۰ ساله در سال ۱۳۸۵ به ۱۰۸ نفر رسیده است (جدول ۱). با توجه به اینکه معمولاً امید به زندگی در مردان کمتر از زنان می‌باشد انتظار می‌رفت که تعداد مردان کمتر از زنان باشد که لازم است تأمل بیشتری روی این مطلب صورت گیرد. به نظر می‌رسد یکی از دلایل عمده آن این باشد که زنان از اقشار آسیب‌پذیر جامعه محسوب می‌شوند که این مطلب با سالمندی که خود تأثیر بسزایی در آسیب‌پذیری دارد تشدید می‌شود، لذا این بخش از جمعیت جامعه نیاز به توجه بیشتری دارد.<sup>۲</sup>

جدول ۱. نسبت جنسی سالمندان ۶۰ سال و بالاتر ۷۰ سال و بالاتر ۸۰ سال و

بالاتر ایران طی دوره زمانی ۱۳۳۵ - ۱۳۸۵

سال	۱۳۳۵	۱۳۴۵	۱۳۵۵	۱۳۶۵	۱۳۷۵	۱۳۸۵
سالمندان						
۶۰ سال و بالاتر	۱۱۱	۱۱۰	۱۰۹	۱۱۲	۱۱۶	۱۰۸
۷۰ سال و بالاتر	۱۰۷	۱۱۰	۱۱۲	۹۸	۱۱۳	۱۱۳
۸۰ سال و بالاتر	۱۰۵	۱۰۴	۱۱۳	۹۳	۹۴	۱۰۸

مأخذ: پردازش براساس داده‌های مرکز آمار ایران طی سال‌های ۱۳۳۵-۱۳۸۵.

## ۲-۳. شاخص سالمندی<sup>۳</sup>

یکی از شاخص‌های مرتبط با تحلیل ساختار سنی جمعیت شاخص سالمندی است. مقدار این شاخص از سال ۱۳۳۵ تا سال ۱۳۸۵ از ۱۵ درصد به ۲۹ درصد رسیده است. با نگاه دقیق به این روند درمی‌یابیم که از سال ۱۳۳۵ تا سال ۱۳۶۵ تقریباً نزولی و از سال ۱۳۶۵ این شاخص روند صعودی داشته است که عمدتاً به دلیل کاهش زادوولد در دو دهه اخیر می‌باشد.

۱. مرکز آمار ایران، سرشماری عمومی نفوس و مسکن، ۱۳۸۵.

۲. محمد میرزایی و مهری شمس قهفرخی، «جمعیت‌شناسی سالمندان در ایران براساس سرشماری ۱۳۳۵-۱۳۸۵»، مجله سالمندی ایران، سال دوم، ش پنجم، ۱۳۸۶.

۳. تعداد افراد ۶۰ سال و بالاتر به‌ازای هر ۱۰۰ نفر زیر ۱۵ سال.



با ملاحظه آمار و شاخص‌های فوق به راحتی می‌توان این نتیجه را گرفت که اگر در دهه‌های قبل مشکلات مربوط به کودکان و جوانان از مسائل مهم و حائز اهمیت برای قانونگذاران، سیاستگذاران و عوامل اجرایی کشور بود هم‌اکنون توجه به مسائل سالمندان از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است و در صورت عدم وجود برنامه مدون و خاص برای این قشر، در ۲۰ سال آینده کشور دچار یک بحران جدی از نظر مسائل اقتصادی، اجتماعی و... خواهد شد.<sup>۱</sup>

#### ۲-۴. ویژگی‌های اقتصادی - اجتماعی سالمندان

در کشور ما مهمترین مشکل سالمندان مسائل اقتصادی و مشکلات مربوط به کسب درآمد است. در سال ۱۳۸۵ از مجموع جمعیت ۶۵ ساله و بیشتر، ۳۳ درصد از نظر اقتصادی فعال بوده‌اند. در حالی که در سرشماری سال ۱۳۷۵، ۳۴/۲ درصد از نظر اقتصادی فعال بوده‌اند که از مجموع افراد فعال ۹۳ درصد شاغل بخش خصوصی و ۵ درصد مزدبگیر بخش عمومی و ۲ درصد اظهار نشده بودند. از این تعداد ۹۵ درصد مردان سالمند و ۵ درصد زنان سالمند شاغل می‌باشند. همان‌طور که ملاحظه می‌شود فعالیت اقتصادی در این گروه نسبت به ۱۰ سال قبل ۱/۵ درصد کاهش پیدا کرده و درصد اشتغال در مردان سالمند بسیار بالاتر از زنان سالمند است این عامل همراه با سطح سواد پایین، موجب عدم استقلال و اتکای به خود نزد زنان در زمان سالمندی می‌شود.<sup>۲</sup>

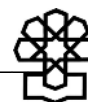
نتایج یک پژوهش بیانگر این است که وضعیت اشتغال سالمندان نه تنها در دو جنس متفاوت بوده، بلکه در شهر و روستا نیز تفاوت‌های قابل ملاحظه‌ای داشته است. در شهر ۴۳ درصد سالمندان مرد شاغل، ۳۶ درصد بیکار با درآمد و ۲۱ درصد بیکار بدون درآمد بوده‌اند. در مقابل در میان سالمندان مرد روستایی ۶۵ درصد شاغل، ۱۶ درصد بیکار با درآمد و ۱۹ درصد بیکار بدون درآمد بوده‌اند. در شهر ۳ درصد سالمندان زن شاغل، ۱۱ درصد بیکار با درآمد، ۱۵ درصد بیکار بدون درآمد و ۷۱ درصد خانه‌دار بوده‌اند و در نقاط روستایی ۱۰ درصد زنان سالمند شاغل، ۷ درصد بیکار با درآمد، ۱۳ درصد بیکار بدون درآمد و ۷۰ درصد خانه‌دار بوده‌اند.<sup>۳</sup>

از نظر منبع امرارمعاش، ۳۴/۵ درصد مردان سالمند شهری و ۷/۳ درصد روستایی بازنشسته و در مقابل ۲۰/۶ درصد زنان سالمند شهری و ۳/۵ درصد زنان روستایی بازنشسته بوده‌اند. همچنین، ۲۳ درصد مردان و ۵۳ درصد زنان با کمک فرزندان و اقوام خود امرارمعاش می‌کرده‌اند و ۱۹ درصد مردان سالمند شهری و ۳۳/۵ درصد روستایی و ۱۰/۵ درصد زنان سالمند شهری و ۱۸/۴

۱. محمد میرزایی، ۱۳۸۶.

۲. مرکز آمار ایران، ۱۳۸۵.

۳. دفتر سلامت خانواده، ۱۳۸۲.



درصد روستایی با استفاده از دارایی شخصی خود گذران زندگی می‌کرده‌اند. در این میان، ۲/۲ درصد از مردان سالمند شهری و ۰/۸ درصد از مردان سالمند روستایی و ۱۸/۴ درصد از زنان سالمند شهری و ۱۳/۴ درصد از زنان سالمند روستایی هیچ منبع درآمدی در زندگی خود نداشته‌اند. همان‌طور که ملاحظه می‌شود بیشترین منبع امرارمعاش زنان را کمک و حمایت اقتصادی فرزندان تشکیل می‌دهد که دو برابر مردان سالمند است.<sup>۱</sup>

با توجه به آمار سرشماری ۱۳۸۵ حدود ۳۲/۴ درصد از سالمندان باسواد و ۶۷/۶ درصد بی‌سوادند که از این تعداد که ۲۹/۵ درصد از زنان و ۷۰/۵ درصد از مردان باسوادند شمار مردان ۶۰ ساله و بیشتر باسواد، بیش از ۲ برابر زنان سالمند باسواد بوده است. میزان بیسوادی بین سالمندان به‌طور کلی بسیار بالاست.<sup>۲</sup>

در ترکیب محل سکونت سالمندان طی دوره بیست‌ساله ۱۳۵۵ تا ۱۳۸۵ تغییر قابل ملاحظه‌ای ایجاد شده و به‌موازات افزایش جمعیت شهرها، نسبت سالمندان ساکن شهرها از ۴۵ درصد در سال ۱۳۵۵ به ۶۴ درصد در سال ۱۳۸۵ رسیده است که از این تعداد ۶/۸ درصد از جمعیت شهری و ۸/۳ درصد از جمعیت روستایی را سالمندان به‌خود اختصاص داده‌اند.<sup>۳</sup>

این درحالی است که امید زندگی در مناطق روستایی معمولاً کمتر از مناطق شهری است. علت اصلی بالاتر بودن نسبت سالمندان در مناطق روستایی نسبت به شهری، مهاجرت از مناطق روستایی به شهری است. این مهاجرت در بین جوانان خیلی بیشتر از سالمندان است که باعث کاهش جمعیت جوانان و افزایش نسبت سالمندان می‌شود.

در مناطق شهری تعداد سالمندان از حدود ۲/۲۵ میلیون نفر در سال ۱۳۷۵ به حدود ۳/۲۸ میلیون نفر در سال ۱۳۸۵ رسیده است و به‌عبارتی طی این دوره ده‌ساله جمعیت سالمند شهری حدود ۱/۵ برابر شده است. در همین دوره تعداد سالمندان مناطق روستایی با آهنگ افزایشی خیلی کندتری از نقاط شهری از حدود ۱/۷۳ میلیون نفر در سال ۱۳۷۵ به حدود ۱/۸ میلیون نفر در سال ۱۳۸۵ رسیده است این به این معنا می‌باشد که درحال حاضر ۶۴ درصد سالمندان در شهر و ۳۶ درصد در روستا ساکن هستند (جدول ۲).

۱. همان.

۲. مرکز آمار ایران، ۱۳۸۵.

۳. همان، نتایج تفصیلی سرشماری عمومی نفوس و مسکن، سال‌های ۱۳۳۵ تا ۱۳۸۵.



جدول ۲. تعداد جمعیت و نسبت درصد سالمندان ۶۰ سال و بالاتر طی سال‌های ۱۳۳۵-۱۳۸۵

شرح	۱۳۳۵	۱۳۴۵	۱۳۵۵	۱۳۶۵	۱۳۷۵	۱۳۸۵
تعداد	کل	۱۱۸۳۹۸۰	۱۶۲۸۰۴۲	۱۷۷۱۶۱۴	۲۶۸۶۳۵۰	۵۱۲۱۰۴۳
	شهری	۴۱۸۴۴۴	۵۹۸۸۳۴	۷۹۱۱۲۶	۱۳۸۸۳۶۱	۳۲۸۰۹۲۷
	روستایی	۹۶۳۵۴۲	۱۰۳۹۴۰۸	۹۷۹۴۸۸	۱۲۹۷۹۸۹	۱۸۴۱۱۰۶
نسبت	کل	۶/۲	۶/۵	۵/۲	۵/۴	۷/۳
	شهری	۵/۳	۶/۱	۵/۱	۵/۲	۶/۸
	روستایی	۷/۴	۶/۸	۵/۱	۵/۷	۸/۳

مأخذ: همان.

افزایش روزافزون سالمندان در شهرها به این مطلب اشاره دارد که باید شرایطی را فراهم کرد که هم سالمندان با شرایط زندگی شهری تطابق پیدا کنند و هم شهرها برای رویارویی با این پدیده آماده شوند، زیرا در صورت عدم توجه به این مسئله ممکن است در آینده نه‌چندان دور با جمعیت عظیمی در شهرها روبرو شویم که قادر به پاسخگویی به نیازهایشان نیستیم. از طرف دیگر در روستاها نیز دسترسی به خدمات مناسب و به هنگام و همین‌طور حمایت از این قشر آسیب‌پذیر بسیار ضروری است.

در برخی تحقیقات انجام شده نیازهای عمده زنان و مردان سالمند ایرانی در درجه اول بهداشت و سلامت در درجه دوم درآمد و سپس حمل‌ونقل عنوان شده و مهمترین نیاز زنان خصوصاً در روستاها بهداشت و سلامت ذکر شده است.<sup>۱</sup>

## ۲-۵. ویژگی‌های خانوادگی سالمندان

حدود ۹۰ درصد مردان سالمند دارای همسر و در مقابل تنها ۴۸ درصد زنان، همسر دارند. ۱۴/۵ درصد سالمندان نیز به تنهایی زندگی می‌کنند، بنابراین درصد زنان سالمندی که تنها زندگی می‌کنند، به‌طور قابل ملاحظه‌ای بیش از مردان است و این ارقام در شهر و روستا و با جنسیت بسیار متفاوت است بدین ترتیب که ۱/۸ مردان شهری و ۴/۲ مردان روستایی تنها هستند در مقابل ۱۲/۶ درصد زنان شهری و ۱۶/۵ درصد زنان روستایی تنها هستند این وضعیت با توجه به تغییر ساخت خانواده در ایران و کاهش حمایت‌های سنتی وضعیت دشواری را پیش روی سالمندان قرار داده است. خاطرنشان می‌سازد که براساس برآوردهای موجود حداقل ۷۰ درصد سالمندان فاقد هر نوع پوشش حمایتی هستند. همان‌طور که از آمارهای فوق برمی‌آید زنان سالمند از بسیاری جهات (وضعیت حمایتی، امرار معاش، سواد و...) در معرض آسیب هستند.<sup>۲</sup>

۱. دفتر سلامت خانواده، ۱۳۸۲.

۲. همان.



### ۳. مسائل ویژه سالمندان در حوزه سلامت

#### ۳-۱. وضعیت سلامت و بیماری سالمندان در ایران

برمبنای یک مطالعه که در سال ۱۳۸۵ انجام شده، وضعیت سلامت سالمندان بدین شرح است:

۱. از نظر معلولیت بارز، با توجه به گزارش مرکز آمار ایران در سال ۱۳۸۵، حدود ۲۱۷ هزار نفر سالمند معلول در کشور وجود دارد که ۱۱۸ هزار نفر مرد و ۹۹ هزار نفر زن هستند. با توجه به آمار فوق مشاهده می‌شود که درصد معلولیت بارز در کل جمعیت ۱/۶ درصد ولی در سالمندان ۴/۲ درصد است. اهمیت این آمار در این است که هزینه‌های توانبخشی به مراتب بالاتر از سایر هزینه‌های درمانی است، ولی متأسفانه دستگاه‌های بیمه‌ای و حمایتی با توجه به مقررات خاص خود در این زمینه پوشش لازم را ندارند و در نهایت عمده هزینه‌های این بخش را سالمند و خانواده باید تقبل کند.

۲. از نظر ابتلا به بیماری‌ها دلایل عمده بستری شدن زنان در شهر بیماری قلب و عروق و در روستا بیماری‌های چشمی می‌باشد. لازم به یادآوری است که درصد ابتلا به بیماری قلب و عروق در شهر به‌طور قابل ملاحظه‌ای بالاتر از روستا و در زنان نیز بالاتر از مردان است. میانگین سن در هنگام تشخیص بیماری در مردان شهری و روستایی بین ۱۳۶۰-۱۳۶۲ سال و در زنان بین ۱۳۶۳-۱۳۶۶ سال می‌باشد.

۳. از نظر اعتیاد به دخانیات بین ۶۵-۸۵ درصد سالمندان مرد و زن شهری و روستایی دخانیات استعمال نمی‌کنند.

۴. از نظر در اختیار داشتن استفاده از وسایل کمکی نظیر عینک، عصا، چوب زیر بغل، واکر یا ویلچر، سمعک و دندان مصنوعی مردان به‌طور قابل ملاحظه‌ای بیش از زنان و شهرنشینان بیش از روستاییان وسایل کمکی مورد نیاز را در اختیار دارند.

۵. افزایش فشارخون در زنان سالمند اعم از شهری و روستایی به‌طور کلی دو برابر مردان است و میانگین سن در هنگام تشخیص در زنان بالاتر از مردان بوده است (۶۲ و ۶۷ سالگی در زنان شهری و روستایی و ۶۱ و ۶۳ در مردان شهری و روستایی).

۶. از نظر ریوی وضعیت زنان و مردان سالمند شهری و روستایی تقریباً مشابه ولی میزان شیوع این بیماری در روستا بیشتر است.

۷. در زمینه اختلالات بینایی، زنان سالمند به مراتب بیشتر از مردان تاری دید در هر دو چشم دارند و به‌طور کلی تاری دید در روستا بیشتر از شهر است.

۸. از نظر وضعیت گوش و شنوایی تقریباً تمامی سالمندان به نوعی از سنگینی گوش شکایت



داشتند، ولی فقط حدود ۲-۵ درصد آنها از سمک استفاده می‌کردند و میزان استفاده از سمک در بین سالمندان شهری بیش از سالمندان روستایی است.

۹. از نظر وضعیت دفع ادرار، محسوس‌ترین مشکل سالمندان تکرر ادرار عنوان شده است و نزدیک به ۳۰ درصد به این مشکل مبتلا بوده‌اند.

۱۰. از نظر وضعیت حرکتی، بیش از ۵۰ درصد سالمندان دارای اختلال حرکتی هستند.

۱۱. از نظر وضعیت دندانی، حدود ۱۸ درصد زنان و مردان سالمند شهری و ۱۳/۸ درصد سالمندان روستایی دارای دندان مصنوعی بوده و تنها ۵/۲ درصد زنان و ۶ درصد مردان سالمند دارای دندان طبیعی هستند و به‌طور کلی ۷-۱۰ درصد سالمندان بدون دندان هستند.<sup>۱</sup>

منظور از ارائه آمار فوق این است که به‌موازات پدیده انتقال جمعیتی از جمعیت جوان به جمعیت سالمند، قوانین، سیاست‌ها و برنامه‌های بخش سلامت در این راستا باید خود را منطبق سازد، زیرا همراه با این تغییر جمعیتی، الگوی بیماری‌ها نیز تغییر می‌کند و از بیماری‌های حاد به سمت بیماری‌های مزمن می‌رود که در این رابطه با توجه به وضعیت اقتصادی و معیشتی سالمندان ضرورت درگیر شدن بخش‌های بیمه‌ای و حمایتی بیش از پیش حس می‌شود.

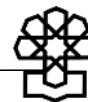
## ۲-۳. اقتصاد سلامت سالمندی

بهبود وضعیت سلامت در ایران شتاب فزاینده‌ای داشته است به طوری که شاخص امید زندگی در ایران در مقایسه با بسیاری از کشورهای در حال توسعه کمتر از ۱۰ سال است. به‌علت چنین ارتقایی در وضعیت سلامت جامعه ایران پیش‌بینی می‌گردد که مواجهه با چالش سالمندی در کشور ما حداقل یک دهه زودتر اتفاق افتد. بنابراین انتظار می‌رود ایران در بین دهه‌های ۲۰۳۰ تا ۲۰۴۰ با افزایش ناگهانی جمعیت سالمند مواجه شود و این امر سبب افزایش ناگهانی هزینه‌های خدمات سلامت گردد.

گرچه هنوز در ایران مطالعه‌ای برای پیش‌بینی هزینه‌های بخش سلامت با توجه به رشد جمعیت سالمندی انجام نگردیده است، لکن در خوش‌بینانه‌ترین سناریو، جمعیت سالمند از ۷ درصد در سال ۱۳۸۵ به ۲۲ درصد در سال ۲۰۵۰ افزایش خواهد یافت آنچه به‌عنوان روند افزایش جمعیت سالمندان در جهان و ایران عنوان گردید، به‌خودی خود مهم نیست، بلکه تبعاتی که این افزایش بر ابعاد مختلف اجتماعی و اقتصادی از جمله بر منابع بخش بهداشت و درمان خواهد گذاشت، دارای اهمیت و نیازمند مطالعه جدی است.

مطالعات گوناگونی بر این واقعیت تأکید دارند که با ورود به مرحله سالمندی، هزینه‌های

۱. شهربانو مقصودی‌نیا، ۱۳۸۵.



درمانی در بخش‌ها و شکل‌های مختلف روند تصاعدی خواهند داشت به طوری که با فرض ۵ برابر بودن هزینه‌های درمانی سالمندان (براساس برآوردهای در دسترس سایر جوامع)، برای پاسخگویی به هزینه‌های سلامت لازم است سرانه هر نفر از منابع مالی بخش سلامت به بیش از ۲/۵ برابر افزایش یابد.<sup>۱</sup>

این در شرایطی است که عواملی مانند تورم، ارتقای تکنولوژی در ارائه خدمات، نوع بیماری‌ها و سطح انتظار استفاده‌کنندگان از خدمات و سایر عوامل هزینه‌ساز در نظر گرفته نشود. به عبارت دیگر بدون در نظر گرفتن فاکتورهای هزینه‌ساز، فقط تحت تأثیر خالص افزایش جمعیت سالمندی در ایران رقم ۱۳۱ دلار سرانه سلامت باید بالغ بر ۳۲۵ دلار افزایش یابد.<sup>۲</sup>

علل این امر در سالمندی در مقایسه با سایر سنین عبارتند از: مصرف متوالی و به دفعات بیشتر از خدمات سلامت، طولانی‌تر شدن مدت استفاده از خدمات (مانند افزایش مدت اقامت و بستری در بیمارستان‌ها و اقامتگاه‌های سالمندی) و گرانی هزینه‌های دارویی، درمانی و توانبخشی در هر دوره از درمان در مقایسه با سایر گروه‌های سنی به جهت نوع بیماری و میزان پاسخگویی به درمان‌هاست.<sup>۳</sup>

در دهه گذشته، ایران با بار اقتصادی بیماری‌های واگیر و عفونی روبرو بوده و فعالیت‌های بخش سلامت به پیشگیری، درمان و بازتوانی عوارض ناشی از این‌گونه بیماری‌ها معطوف بوده است. در دهه حاضر با بروز پدیده گذار اپیدمیولوژیک بار اقتصادی بیماری‌ها به سمت بیماری‌های غیرواگیر و مزمن و ارائه خدمات درمانی و توانبخشی گرایش یافته است،<sup>۴</sup> اما موج سوم در راه است و به زودی بار اقتصادی بیماری‌ها بر سالمندی جمعیت ایران و عوارض ناشی از آن متمرکز خواهد شد. پیش‌بینی وضعیت آینده از منظر منابع مورد نیاز شرط لازم برنامه‌ریزی و مهار موج افزایش جمعیت سالمند است که سلامت جامعه را به مخاطره می‌اندازد.

### ۳-۳. ابعاد تأثیرگذار بر سلامت سالمندان

#### ۳-۳-۱. بهداشت

مداخلات بهداشتی شامل پیشگیری مقدماتی که اقداماتی برای توانا کردن فرد جهت نظارت بر سلامتی خود و بهبود آن می‌باشد. این اقدامات شامل ورزش، تغذیه، عدم مصرف دخانیات و شیوه

1. Jenson, J. Health Care Spending and the Aging of the population. CRS report for congress, order code: RS22619, 2007.

2. World Health Organization, Geneva, 2007.

3. Jenson, 2007.

۴. محسن قوی، بار بیماری‌ها در ایران، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۸۳.



زندگی سالم در سالمندان است. این بخش از پیشگیری کم‌هزینه و بسیار ثمربخش است، ولی متأسفانه فعالیت‌هایی که در این رابطه انجام می‌شود اغلب بدون سازماندهی و به‌صورت پراکنده می‌باشد و همین قضیه باعث کاهش اثربخشی آن می‌شود. پیشگیری سطح یک شامل واکسیناسیون، درمان‌های هورمونی و مراقبت‌های دوران سالمندی است.

### ۲-۳-۳. مراقبت‌های بهداشتی

سالخوردگان یکی از گروه‌های آسیب‌پذیر هر جامعه‌ای را تشکیل می‌دهند و نیاز میرمی به ارائه خدمات رفاهی اجتماعی و بهداشتی دارند. در کشورهایی که به جهت تعداد زیاد سالخوردگان و همچنین به‌علت وضع فرهنگی و اجتماعی خاص خودشان خدمات بالایی ارائه می‌دهند، درصد بالایی از بودجه عمومی دولت به سالمندان اختصاص می‌یابد و روز به روز در حال گسترش است.<sup>۱</sup>

تجارب حاصله در اکثر کشورهای جهان مؤید این واقعیت است که مراقبت و پرستاری از افراد سالخورده یا ازکارافتاده توسط اعضای خانواده، چه به‌لحاظ مادی و چه معنوی (انسانی) در مقایسه با نگهداری آنان در بیمارستان‌ها، آسایشگاه‌ها یا خانه‌های سالمندان از مزیت و ارجحیت بیشتری برخوردار است. در عین حال متأسفانه به‌دلیل ضرورت‌های زندگی مدرن به‌سرعت از حمایت سالمندان توسط خانواده‌ها کاسته می‌شود و این امر شرایط زندگی نامناسبی را برای سالمندان ایجاد می‌کند.<sup>۲</sup>

تحقیقات اخیر نشان داده که بیش از ۲۰ درصد سالمندان توانایی لازم برای انجام امور شخصی خود را ندارند که در اصطلاح به آنها سالمندان آسیب‌پذیر می‌گویند.<sup>۳</sup> همچنین، گزارش سازمان بهزیستی بیانگر این است که از حدود ۵/۱ میلیون نفر سالمند بالای ۶۰ سال در کشور، حدود ۲۱۵ هزار نفر (۴۲ درصد) نیازمند حمایت بوده‌اند.<sup>۴</sup>

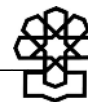
در حال حاضر علت عمده بیشتر نگرانی‌های عمومی عدم دسترسی به خدمات جامع سالمندی، کافی نبودن پوشش بیمه‌ای و حمایتی و هزینه‌های بی‌ثبات مراقبت‌های بهداشتی و پزشکی است. عوامل زیادی در بالا رفتن این هزینه‌ها دخالت دارند. این عوامل شامل: تورم عمومی، افزایش هزینه‌های پزشکی، دارو، خدمات پاراکلینیک، هزینه‌های رو به افزایش مراقبت‌های بیمارستانی و افزایش استفاده از تکنولوژی جدید و پرخرج پزشکی و در مقابل کاهش سهم بیمه در پرداخت هزینه‌های این خدمات می‌باشد.

۱. مریم تاجور، ۱۳۸۲.

۲. بهرام پناهی، ۱۳۸۳.

۳. شهربانو مقصودی‌نیا، ۱۳۸۵.

۴. برنامه راهبردی و عملیاتی سازمان بهزیستی کشور، ۱۳۸۷.



از نظر سیاست‌های بهداشت عمومی می‌توان گروه‌های سالمند پرخطر را که نیاز به مراقبت‌های بیشتری دارند را شامل موارد زیر دانست:

- افراد بسیار پیر،
- افرادی که تنها زندگی می‌کنند،
- زنان سالمند بیوه و مجرد،
- سالمندانی که در خانه سالمندی زندگی می‌کنند،
- سالمندان بدون فرزند،
- سالمندانی که از بیماری مزمن رنج می‌برند،
- سالمندانی که درآمد ناکافی دارند.

در ارائه خدمات بهداشتی و درمانی به این گروه‌ها به‌ویژه دو گروه آخر باید توجه ویژه کرد. شایان ذکر است که حمایت از بهداشت روانی افراد سالمند نیز اهمیت ویژه‌ای دارد. در این رابطه سیاستگذاری برای ارائه خدمات بهداشت روانی مناسب برای سالمندان و حتی مراقبت‌کنندگان از آنها باید در کانون توجه قرار می‌گیرد.

البته نکته بسیار مهم در ارائه مراقبتی به سالمندان در دسترس بودن خدمات مورد نیاز است. در این رابطه لازم به‌ذکر است بسیاری از طرح‌های مراقبتی یا هنوز در کشور ما طراحی نشده و یا تعداد آن بسیار اندک است به‌طوری که حتی سالمندان متمکن نیز نمی‌توانند خدمات مورد نیاز خود را دریافت کنند. پاره‌ای از این خدمات بدین شرح است:

- مراقبت در منزل: ارائه خدمات درمانی و توانبخشی مورد نیاز سالمند با کمک تیم تخصصی در منزل،
- خدمات داخل خانه: ارائه خدمات عمومی مانند تمیزکاری، پخت و پز، خرید و...،
- خدمات مربوط به تعمیر خانه: تعمیر و بازسازی منزل سالمند،
- مرکز روزانه: ارائه مراقبت‌های بهداشتی، تفریحی، فرهنگی، حفظ سطوح ارتباطی و سایر خدماتی که سالمندان با توجه به الگوی زندگی‌شان می‌توانند دریافت کنند.

### ۳-۳-۳. درمان

#### - کلینیک‌های سرپایی سالمندان

در این کلینیک‌ها متخصصین سالمندی به همراه سایر اعضای تیم تخصصی خصوصاً تیم توانبخشی (فیزیوتراپیست، کاردرمانگر، گفتار درمانگر، شنوایی‌شناس، تغذیه، روان‌شناس و مددکار اجتماعی) که دوره‌های سالمندی را گذرانده‌اند به‌صورت کار تیمی مسائل درمانی و توانبخشی سالمند را حل می‌کنند. در حال حاضر تعداد این‌گونه مراکز در کشور ما بسیار اندک است و پاسخگوی نیاز سالمندان کشور نیست.



## - بخش‌های بستری و ویژه

امروز در کشور ما و بسیاری از کشورهای درحال توسعه سالمندان بعد از ورود به بیمارستان با توجه به نوع بیماری معمولاً به بخش‌های مختلف مانند سی سی یو، آی سی یو، داخلی و دیگر بخش‌ها منتقل می‌شوند. متأسفانه بخش ویژه سالمندان وجود ندارد و ساختار درمانی ویژه چه برای درمان سرپایی و چه بستری (حاد و توانبخشی) در نظر گرفته نشده است و به‌طور معمول سالمندان به بخش‌هایی منتقل می‌شوند که کارکنان مراقبتی و پزشکان آن بخش‌ها برای مراقبت سالمندی آموزش ندیده‌اند.

### ۳-۳-۴. آموزش پزشکی

سالمندشناسی و طب سالمندان تاکنون جزء رشته‌های آموزشی کشورمان محسوب نمی‌شده است. اگرچه در سال ۱۳۸۸ دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی با همکاری دانشگاه علوم پزشکی ایران اقدام به برگزاری دوره‌های ام.پی.اچ. سالمندی و پی.اچ.دی سالمندشناسی کرده است، ولی هنوز در کشور ما دوره طب سالمندی وجود ندارد.

### ۴. پوشش بیمه‌ای و حمایتی سالمندان

پوشش بیمه‌های درمانی و اجتماعی در کشور ما بیشتر تابع وضع شغلی افراد است و در مورد بیمه‌های حمایتی و نیمه‌حمایتی نیز اقبال معینی از جامعه زیر پوشش قرار گرفته‌اند. بر این مبنای سالمندان «به‌عنوان سالمند» زیر پوشش هیچ یک از سازمان‌های بیمه‌ای نیستند مگر آنکه به‌عنوان شاغل، بازنشسته، نیازمند، روستایی یا ... بیمه شده باشند. به‌عنوان مثال، کلیه بازنشستگان و ازکارافتادگان زیر پوشش صندوق‌های بازنشستگی (که بخش عمده آنها و همین‌طور همسرانشان سالمند هستند) از مزایای مستمری و بیمه درمانی برخوردار هستند. همچنین تمامی روستاییان و عشایر از مزایای بیمه درمانی رایگان برخوردارند که این امتیاز سالمندان روستایی را نیز شامل می‌شود.

از سوی دیگر، در نظام حمایت‌های اجتماعی توجه ویژه‌ای به سالمندان شده است. براساس مقررات کمیته امداد امام خمینی (ره)، تمامی سالمندان نیازمند روستایی زیر پوشش طرح شهید رجایی هستند که تعداد سالمندان (بالای ۶۰ سال) مورد حمایت در این طرح در سال ۱۳۸۷ حدود ۸۹۰ هزار نفر بوده است. در نقاط شهری نیز تعداد سالمندان زیر پوشش طرح مددجویی در همین سال حدود ۵۷۰ هزار نفر بوده است،<sup>۱</sup> علاوه بر این، سازمان بهزیستی کشور نیز حدود ۴۰ هزار

۱. سالنامه آماری ۱۳۸۷ کمیته امداد امام خمینی (ره)، ۱۳۸۸.



سالمند نیازمند را زیر پوشش خدمات خود داشته است.<sup>۱</sup> در نظام بیمه‌ای نیز در سال ۱۳۸۷، حدود ۳۵۰ هزار بازنشسته بالای ۶۰ سال زیر پوشش صندوق بازنشستگی کشوری و حدود ۸۴۵ هزار بازنشسته (که بخش عمده آنها سالمند هستند) زیر پوشش سازمان تأمین اجتماعی بوده‌اند. روشن است که همسران بازنشستگان یاد شده نیز اغلب جزء سالمندان هستند که از این حمایت‌ها برخوردارند، ولی تعداد آنها در آمارها منعکس نشده است. با وجود این، آمار دقیقی از تعداد سالمندان زیر پوشش نظام بیمه‌ای و حمایتی در دسترس نیست و احتمال وجود همپوشانی بین آنها زیاد است. البته حمایت‌های یاد شده در بسیاری از موارد ناقص بوده و بخش مهمی از نیازهای سالمندان مانند: مراقبت در منزل، مراقبت و نگهداری (آسایشگاهی، مراقبت روزانه، تحت حاد)، خدمات توانبخشی (کاردرمانی، شنوایی‌شناسی، ارتوپد فنی، تهیه وسایل کمک توانبخشی) را پوشش نمی‌دهد.

## ۵. قوانین و مقررات مرتبط با سالمندان

### ۵-۱. قانون اساسی

در قانون اساسی جمهوری اسلامی جز در اصل بیست‌ونهم اشاره مستقیمی به پدیده پیری و حقوق افراد سالمند نشده است. در این اصل آمده است:

«برخورداری از تأمین اجتماعی از نظر بازنشستگی، بیکاری، پیری، ازکارافتادگی، بی‌سرپرستی، دراهماندگی، حوادث و سوانح و نیاز به خدمات بهداشتی و درمانی و مراقبت‌های پزشکی به‌صورت بیمه و... حقی است همگانی. دولت مکلف است طبق قوانین از محل درآمدهای عمومی و درآمدهای حاصل از مشارکت مردم، خدمات و حمایت‌های مالی فوق را برای یک‌یک افراد کشور تأمین کند».

براساس کلیه سالمندان نیز به‌عنوان بخشی از افراد جامعه باید:

- تحت پوشش تأمین اجتماعی قرار گیرند.

- از خدمات بهداشتی، درمانی و مراقبت‌های پزشکی به‌صورت بیمه و غیربیمه برخوردار شوند.

البته سایر اصول قانون اساسی به‌خصوص فصل سوم آن تحت عنوان حقوق ملت نیز مجموعه‌ای از تسهیلات را برای آحاد ملت پیش‌بینی کرده که طبیعتاً سالمندان نیز باید از آنها برخوردار شوند.

۱. برنامه راهبردی و عملیاتی سازمان بهزیستی کشور، ۱۳۸۷.



## ۲-۵. قانون برنامه اول توسعه (۱۳۶۸-۱۳۷۲)

در برنامه اول توسعه مثل سایر ابعاد مسائل اجتماعی به پدیده سالمندی و جمعیت سالمندان توجه خاصی نشده و مسئله مسکوت گذارده شده است. در عین حال اهداف سوم تا هفتم و نهم برنامه اول توسعه به ترسیم برخی اهداف اجتماعی در سال‌های اجرای برنامه اشاره کرده که از عمومیت برخوردارند و بر گروه هدف مشخصی متمرکز نشده‌اند.

## ۳-۵. قانون برنامه دوم توسعه (۱۳۷۳-۱۳۷۸)

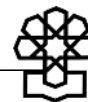
قانون برنامه دوم نیز مثل برنامه اول رویکرد و توجه مستقیمی به مسئله سالمندان نداشته، بلکه عمدتاً در برخی تبصره‌ها مسئله بازنشستگی را مورد نظر قرار داده است. از جمله در تبصره «۱۲» این قانون آمده است:

«از محل اعتبارات فصل تأمین اجتماعی، معادل چهارهزار و هشتصد میلیارد ریال برای پرداخت مستقیم کمک معاش ماهیانه به اقشار کم‌درآمد شامل خانواده‌ها، زنان و کودکان بی‌سرپرست، خانواده‌هایی که سرپرست آنها از کارافتاده و سربازان متأهلی که امکان تأمین معاش خود را ندارند و همچنین خانواده‌های نیازمند زندانیان تخصیص می‌یابد. همچنان‌که ملاحظه می‌شود قانونگذار با اشاره به سرپرست خانواده‌هایی که از کارافتاده‌اند و لزوماً بخش قابل توجهی از آنها سالمند هستند، به صورت غیرمستقیم بودجه محدودی را به پرداخت مستقیم به سالمندان از کارافتاده اختصاص داده است.»

## ۴-۵. قانون برنامه سوم توسعه (۱۳۷۹-۱۳۸۳)

بر مبنای جزء «۵» بند «الف» ماده (۱۹۲) قانون برنامه سوم توسعه، «سازمان بهزیستی کشور مکلف است در جهت ساماندهی و توانبخشی بیماران روانی مزمن و سالمندان در سال اول برنامه سوم نسبت به تهیه، تدوین و اجرای طرح ساماندهی بیماران یاد شده اقدام کند.»

در ذیل ماده مذکور وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف شد که با همکاری سازمان برنامه و بودجه آیین‌نامه اجرایی را تهیه و به تصویب هیئت وزیران برساند. براساس این پس از تدوین و تصویب آیین‌نامه مذکور از ابتدای سال ۱۳۸۳ شورای ملی سالمندان کشور با ریاست وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و دبیری رئیس سازمان بهزیستی کشور و با عضویت وزارتخانه‌ها و سازمان‌های مختلف ذیربط تشکیل شد.



#### ۵-۵. قانون برنامه چهارم توسعه (۱۳۸۴-۱۳۸۸)

در سال‌های اجرای برنامه چهارم با توجه به تصویب قانون نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی، در واقع بخش عمده تکالیف مربوط به سالمندان باید در چارچوب قانون مذکور رفع و رجوع می‌شد. با وجود این، در بند «ط» ماده (۹۷) قانون برنامه چهارم توسعه، تداوم اجرای طرح ساماندهی و توانبخشی سالمندان با پوشش حداقل ۲۵ درصد جمعیت هدف تصریح شد. در واقع با تصویب این بند ادامه فعالیت شورای ملی سالمندان (موضوع آیین‌نامه اجرایی جزء «ه» بند «الف» ماده (۱۹۲) قانون برنامه سوم) مجوز قانونی یافت.

#### ۵-۶. قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی

قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی که در اردیبهشت سال ۱۳۸۳ به تصویب نهایی مجلس شورای اسلامی رسید، حاوی قوانین جامعی درخصوص مسائل اجتماعی از جمله سالمندی بود. بندهای «الف»، «ج» و «ی» بند «۱» قانون مذکور به «بازنشستگی»، «ازکارافتادگی»، «بیوه‌گان» و «زنان سالخورده» به‌عنوان کسانی که دولت باید از آنها در برابر رویدادهای اجتماعی، اقتصادی، طبیعی و پیامدهای آن از طریق این قانون حمایت کند، اشاره دارد.

ماده (۳) قانون مورد بحث به اهداف و وظایف حوزه بیمه‌ای اشاره کرده و براساس بند «د» این ماده دولت موظف به تشکیل صندوق‌های بیمه‌ای مورد نیاز از قبیل بیمه خاص زنان بیوه و سالخورده شده است. به‌علاوه در سایر مواد از جمله ۴ و ۵ که به اهداف و وظایف حوزه حمایتی، توانبخشی و امدادی اشاره دارد نیز سیاست‌ها و برنامه‌هایی برای جمعیت هدف برنامه پیش‌بینی شده، که شامل سالمندان هم می‌شود.

از دیگر نکات مهم در قانون مورد بحث ماده (۹) آن است که در آن اصول و سیاست‌های اجرایی نظام جامع روشن شده و این به معنای آن است که هر برنامه یا اقدامی در زمینه مسائل اجتماعی باید از این سیاست‌ها تبعیت کند. «پیشگیری»، «فراگیری»، «توانمندسازی» و «کارگستری» از جمله مهمترین این سیاست‌ها هستند که برنامه‌های مرتبط با سالمندی نیز باید در چارچوب این سیاست‌ها طراحی و اجرا شوند.

#### ۵-۷. آیین‌نامه تشکیل شورای ملی سالمندان

هیئت وزیران در فروردین‌ماه ۱۳۸۳ با تصویب آیین‌نامه اجرایی جزء «۵» بند «الف» ماده (۱۹۲) قانون برنامه سوم توسعه مقرر کرد به‌منظور ساماندهی سلامت و رفاه سالمندان، شورای ملی سالمندان به ریاست وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و دبیر رئیس سازمان بهزیستی



کشور تشکیل شود. مهمترین امتیازات این آیین‌نامه برای سالمندان، علاوه بر تشکیل شورا و تصمیماتی که از سوی آن می‌تواند گرفته شود، عبارت بود از:

- پرداخت یارانه حق مراقبت و نگهداری سالمند به صاحبان مراکز توانبخشی و نگهداری و منازل در بخش غیردولتی، با نظارت سازمان بهزیستی،
- تأمین هزینه نگهداری سالمندان مجهول‌الهویه یا بی‌سرپرست از سوی سازمان بهزیستی،
- تأمین تسهیلات قرض‌الحسنه جهت احداث، خرید یا تأمین ودیعه اجاره مراکز نگهداری سالمندان،

- پوشش بیمه درمانی سالمندان فاقد بیمه از سوی سازمان بیمه خدمات درمانی،
- پوشش حمایتی کلیه سالمندان واقع در زیر خط فقر درآمدی از سوی سازمان بهزیستی،
- کمک به تأمین مسکن سالمندان نیازمند فاقد مسکن،
- ایجاد تسهیلات برای پر کردن اوقات فراغت سالمندان،
- انجام اقداماتی (تأمین مواد غذایی، بهبود قدرت خرید، ارتقای سواد غذایی و...) در جهت تأمین امنیت غذایی سالمندان،

- آموزش شیوه زندگی سالم در جهت تکریم مقام سالمند و تقویت نگرش مثبت در سالمندان،

- و ... .

از سوی دیگر، از آنجا که مستند قانونی تصویب این آیین‌نامه جزء «۵» بند «الف» ماده (۱۹۲) قانون برنامه سوم توسعه<sup>۱</sup> است که بر مبنای بند «ط» ماده (۹۷) قانون برنامه چهارم توسعه اجرای آن تمدید شده است.<sup>۲</sup> در صورتی که این موضوع در قانون برنامه پنجم توسعه تمدید نشود یا به صورت قانون دائمی در نیاید، به نظر می‌رسد این شورا و آیین‌نامه یاد شده مستند قانونی نخواهد داشت.

۱. جزء «۵» بند «الف» ماده (۱۹۲) قانون برنامه سوم توسعه: سازمان بهزیستی کشور مکلف است در جهت سازماندهی و توانبخشی بیماران روانی مزمن و سالمندان در سال اول برنامه سوم نسبت به تهیه، تدوین و اجرای طرح ساماندهی بیماران یاد شده اقدام نماید.

آیین‌نامه اجرایی بند فوق با همکاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان برنامه و بودجه تهیه و تصویب هیئت وزیران خواهد رسید.

۲. بند «ط» ماده (۹۷) قانون برنامه چهارم توسعه: تداوم اجرای طرح ساماندهی و توانبخشی سالمندان با پوشش حداقل بیست و پنج درصد (۲۵٪) جمعیت هدف.



## ۶. نهادهای پوشش‌دهنده خدمات سالمندی

### ۱-۶. وزارت رفاه و تأمین اجتماعی

وزارت رفاه به‌عنوان متولی اصلی نظام تأمین اجتماعی کشور مأموریت ارائه خدمات بیمه‌ای و حمایتی به کلیه اقشار جامعه از جمله سالمندان را به‌عهده دارد. بخش عمده سازمان‌ها و نهادهای خدمت‌دهنده به سالمندان زیرمجموعه این وزارتخانه و یا به نحوی مرتبط با آن هستند. در این بخش، با مهمترین وظایف قانونی این سازمان‌ها و نهادها در ارتباط با سالمندان اشاره می‌شود:

#### ۱-۱-۶. سازمان بهزیستی کشور

سازمان بهزیستی کشور به‌موجب قانون لایحه قانونی تشکیل سازمان بهزیستی کشور (مصوب ۱۳۵۹/۳/۲۴) در کنار سایر وظایف خود، مسئولیت نگهداری از سالمندان نیازمند را به‌عهده دارد. این سازمان، خدمات خود به سالمندان را در قالب موارد ذیل ارائه می‌دهد:

۱. مراکز نگهداری از سالمندان: سازمان بهزیستی از طریق ارائه مجوز، اعطای یارانه و نظارت بر این بخش، به سالمندان ارائه خدمت می‌نماید. در این مراکز، پذیرش و ارائه خدمات مشاوره و مددکاری اجتماعی به سالمندان، خانواده یا بستگان آنها انجام می‌گیرد. خدمات این مراکز شامل نگهداری شبانه‌روزی، روزانه و مراقبت در منزل است و مراقبت‌هایی از قبیل انجام امور تغذیه، نظافت، استحمام، پوشاندن لباس، مراقبت‌های بهداشتی درمانی، دارویی، امور توانبخشی و ایجاد زمینه‌های سرگرمی بهره‌گیری از اوقات فراغت به سالمندان ارائه می‌شود.

۲. برنامه‌های آموزشی: در قالب برگزاری همایش‌ها، سمینارها، کارگاه‌های آموزشی، تهیه کتاب، بروشور و بسته‌های آموزشی جهت آموزش مسئولین مراکز، کارشناسان، کادر خدمت‌دهنده به سالمندان، سالمندان و خانواده‌های آنها.

۳. انجام تحقیقات در زمینه سالمندان به‌منظور شناسایی بهتر جامعه هدف و نیازهای آنها و ارائه پروتکل‌های لازم در این راستا.

۴. توانمندسازی سالمندان شهری و روستایی: از طریق آموزش شیوه زندگی سالم در تمامی ابعاد در جهت سازگاری سالمند با دوران سالمندی و دستیابی سالمند به یک زندگی سالم و موفق.

۵. مناسب‌سازی محیط شهری و مسکونی معلولان و سالمندان.

۶. بیمه مکمل سالمندان و بیماران روانی مزمن تحت پوشش سازمان بهزیستی که دارای دفترچه بیمه پایه باشند.

۷. ارائه خدمات اجتماعی به خدمت‌گیرندگان تحت پوشش شامل کمک‌های مستمر و غیرمستمر به خانواده‌های خدمت‌گیرندگان.



براساس برآورد سازمان بهزیستی کشور، تعداد سالمندان نیازمند کشور حدود ۶/۲۱۴ هزار نفر بوده که از این تعداد ۴۰ هزار نفر (حدود ۱۸ درصد) زیر پوشش خدمات این سازمان بوده‌اند.<sup>۱</sup>

#### ۲-۱-۶. کمیته امداد امام خمینی (ره)

یکی از وظایف کمیته امداد امام خمینی (ره)، بررسی و شناخت انواع محرومیت‌های مادی و معنوی نیازمندان و تأمین نیازهای حمایتی، معیشتی، فرهنگی و ارتقای سطح زندگی آنها در امکان است.<sup>۲</sup> سالمندان (افراد بالای ۶۰ سال) نیز یکی از اقشار مورد حمایت این نهاد هستند که در قالب طرح مددجویی یا طرح شهید رجایی از کمک‌های این نهاد استفاده می‌کنند.

براساس گزارش کمیته امداد امام خمینی (ره)،<sup>۳</sup> در سال ۱۳۸۷ حدود ۵۷۰ هزار نفر (۱۸/۷ درصد) از افراد زیر پوشش طرح مددجویی و همچنین حدود ۸۹۰ هزار نفر (۴۶/۷ درصد) از افراد زیر پوشش طرح شهید رجایی سالمند بوده‌اند. به بیان دیگر، تعداد کل سالمندان زیر پوشش این نهاد ۱،۴۶۰ هزار نفر بوده که حدود ۳۲ درصد از جمعیت زیر پوشش این نهاد است.

#### ۳-۱-۶. صندوق‌های بیمه و بازنشستگی

صندوق‌های بیمه و بازنشستگی وظیفه تأمین سلامت (خدمات درمانی) و معیشت بیمه‌شدگان را در دوران سالمندی برعهده دارند. طبق قوانین و مقررات بازنشستگی، هر فردی که شرایط بازنشستگی را کسب کند، از مزایای بیمه اجتماعی شامل مستمری بازنشستگی، بیمه درمان و سایر کمک‌ها و خدمات رفاهی - معمولاً در حد گذران زندگی - برخوردار می‌شود.

هرچند که ممکن است افرادی به دلیل داشتن سابقه کار بیش از ۳۰ سال و یا استفاده از بازنشستگی پیش از موعد، قبل از رسیدن به سن ۶۰ سالگی هم بازنشسته شوند، اما بخش عمده بازنشستگان به دلیل رسیدن به سن قانونی بازنشستگی (۶۰ سال برای مردان و ۵۵ سال برای زنان) بازنشسته می‌شوند. به بیان دیگر، بخش قابل توجهی از بازنشستگان را سالمندان تشکیل می‌دهند که علاوه بر خودشان، همسرانشان هم از خدمات بیمه‌های بازنشستگی و درمان برخوردار هستند.

براساس گزارش صندوق‌های بازنشستگی، در پایان سال ۱۳۸۷ تعداد بازنشستگان زیر پوشش سازمان تأمین اجتماعی حدود ۸۴۵ هزار نفر<sup>۴</sup> بوده و تعداد بازنشستگان زیر پوشش صندوق بازنشستگی کشوری که بالای ۶۰ سال سن داشته‌اند، حدود ۳۵۰ هزار نفر بوده است.<sup>۵</sup>

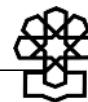
۱. برنامه راهبردی و عملیاتی سازمان بهزیستی کشور، ۱۳۸۷.

۲. سالنامه آماری سال ۱۳۸۷ کمیته امداد امام خمینی (ره)، آذرماه ۱۳۸۸.

۳. همان.

۴. سازمان تأمین اجتماعی، گزیده آماری خردادماه ۱۳۸۸.

۵. سایت صندوق بازنشستگی کشوری.



البته به این آمار باید تعداد همسران این افراد را نیز که اغلب سالمند هستند (و آمار دقیقی از آن در دسترس نیست) باید اضافه کرد.

علاوه بر این دو سازمان بیمه‌ای، حدود ۲۰ صندوق بازنشستگی وابسته به سازمان‌ها و دستگاه‌های اجرایی کشور نیز هرکدام بخشی از جمعیت را زیر پوشش دارند که آمار مستندی از تعداد سالمندان برخوردار از خدمات این بیمه‌ها در دسترس نیست.

## ۲-۶. وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی

این وزارت متولی اصلی سلامت جامعه است و به لحاظ مسئولیتی که در قبال حفظ و سلامت شهروندان دارد، اقداماتی را نیز در زمینه سلامت سالمندان انجام می‌دهد. با تأسیس اداره سالمندان در حوزه معاونت سلامت این وزارتخانه، موضوع سلامت سالمندان بیش از گذشته مورد توجه قرار گرفت. علاوه بر ارائه انواع خدمات و مراقبت‌های بهداشتی و درمانی به سالمندان، طرح‌ها و خدمات ویژه‌ای نیز از سوی این وزارت برای سالمندان به اجرا درآمده که مهمترین آنها به این شرح است:<sup>۱</sup>

- اجرای برنامه ترویج «شیوه زندگی سالم در دوره سالمندی» و ارائه آموزش استاندارد مبتنی بر نیاز سالمندان از سال ۱۳۸۶ که طی آن حدود ۳۷ هزار سالمند در ۷۲ شهرستان آموزش‌های مبتنی بر نیاز را فرا گرفتند. بر مبنای این طرح تا سال ۱۳۸۷، حدود ۹۶ هزار سالمند نیازمند آموزش شناسایی و ۴۲ هزار نفر از آنان آموزش دیده‌اند.

- اجرای طرح «مراقبت‌های ادغام‌یافته و جامع سالمندی»: این طرح بر مبنای نتیجه دو تحقیق کشوری که در سال‌های ۱۳۷۷ و ۱۳۸۱ انجام شده بود، از سال ۱۳۸۴ در دستور کار قرار گرفت و از سال ۱۳۸۵ به صورت پایلوت در چهار شهرستان آغاز شد و در سال ۱۳۸۶ به ۱۷ شهرستان تسری یافت. در نتیجه اجرای این طرح، تا نیمه اول سال ۱۳۸۷ حدود ۵۵ هزار سالمند تحت پوشش این خدمات قرار گرفتند. قرار است این برنامه به‌طور تدریجی اجرا و تا سال ۱۳۹۴ در سراسر کشور گسترش یابد.

- اجرای طرح‌های غربالگری مرتبط با سلامت سالمندان.

- آموزش طب و مراقبت‌های بهداشتی دوران سالمندی به کلیه رده‌های نیروی انسانی پزشک تا بهورز.

## ۳-۶. نهادهای غیردولتی مرتبط با سالمندان

علاوه بر دستگاه‌های دولتی، نهادها و سازمان‌های غیردولتی متعددی نیز به منظور حمایت از سالمندان و مراقبت و نگهداری آنان فعالیت می‌کنند. بر اساس قانون تشکیل سازمان بهزیستی و

۱. گزارش عملکرد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در دولت نهم (شهریورماه ۱۳۸۴ تا مردادماه ۱۳۸۸) قسمت اول، ۱۳۸۸.



همچنین بند «۹» ماده (۲۶) قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت (مصوب ۱۳۸۰/۱۱/۲۷ مجلس شورای اسلامی)، صدور پروانه فعالیت برای ایجاد مراکز توانبخشی و نگهداری سالمندان برعهده سازمان بهزیستی است.

براساس دستورالعملی که این سازمان تصویب و ابلاغ کرده، مرکز توانبخشی، مراقبتی و نگهداری شبانه‌روزی سالمندان به مکانی گفته می‌شود که توسط اشخاص حقیقی یا حقوقی با کسب مجوز از سازمان بهزیستی تأسیس گردیده و تحت نظارت آن، به سالمندان واجد شرایط در تمام ساعات شبانه‌روز خدمات مراقبتی - توانبخشی را ارائه می‌دهد. نظارت بر فعالیت این مراکز برعهده سازمان بهزیستی است. در این مراکز، پذیرش و ارائه خدمات مشاوره و مددکاری اجتماعی به سالمندان، خانواده یا بستگان آنها انجام می‌گیرد.

این خدمات شامل نگهداری شبانه‌روزی سالمندان غیرقابل توانبخشی (ناتوان)، بی‌سرپرست، سرپرست بی‌بضاعت و ارائه خدمات مورد لزوم نظیر انجام امور تغذیه، نظافت، استحمام، پوشاندن لباس، مراقبت‌های بهداشتی درمانی، دارویی، انجام امور توانپزشکی، انجام زمینه‌های سرگرمی و بهره‌گیری از اوقات فراغت آنان است.<sup>۱</sup>

طی سال‌های اخیر، سازمان بهزیستی بخشی از خدمات خود را - به روش برون‌سپاری - به این‌گونه سازمان‌ها و نهادها واگذار کرده است. براساس گزارش این سازمان، تعداد مرکز غیردولتی یاد شده از ۱۵۸ واحد در سال ۱۳۸۴ به تعداد ۲۵۶ واحد در سال ۱۳۸۷ رسیده است.<sup>۲</sup>

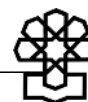
## ۷. مسائل و مشکلات اصلی سالمندان

سالمندی را می‌توان با وابستگی مترادف دانست. سالمند نیازهایی دارد که خود قادر به تأمین آن نیست و برای رفع آن به دیگران متکی می‌شود. این نیاز وابستگی ایجاد می‌کند و وابستگی با کرامت انسانی ناسازگار است. براساس آموزه‌های دین مبین اسلام، سالمندان (که برای هر یک از ما جایگاه پدر و مادر دارند) شایسته تکریمند و رعایت حرمت و کرامت آنان در این است که نیازهایشان به نحوی تأمین شود که به دیگران وابسته نباشند.

به‌طور طبیعی، اعضای خانواده هر سالمند (همسر و فرزندان) خود را موظف به تأمین نیازهای او می‌دانند، اما این احساس وظیفه که ریشه عاطفی و اعتقادی دارد، در همه موارد از تضمین کافی برخوردار نیست و ممکن است تحت تأثیر محدودیت‌ها و فشارهای اقتصادی، خانوادگی، اخلاقی و

۱. نقل از پایگاه اینترنتی سازمان بهزیستی.

۲. گزارش عملکرد سازمان بهزیستی در سال‌های ۱۳۸۴ تا ۱۳۸۷.



امثال آن قرار گیرد که نتیجه آن به صورت آزارهای روحی یا جسمی سالمندان، بی‌اعتنایی به آنان، وادار کردن آنان به کارهای سخت، اخراج آنان از منزل و... در جامعه قابل مشاهده است. به همین دلیل، وجود نهادهای اجتماعی با پشتوانه حقوقی کافی برای حمایت از سالمندان ضرورت می‌یابد. با این مقدمه کوتاه و براساس اطلاعاتی که در این گزارش ارائه شد، مهمترین مشکلاتی را که سالمندان کشور با آن مواجه هستند، مرور می‌کنیم:

#### ۷-۱. مسائل ناشی از شرایط ویژه سالمندان

**- وابستگی اقتصادی:** درصد چشمگیری از سالمندان (به‌خصوص زنان سالمند) از جهت تأمین هزینه‌های زندگی خود به دیگران وابسته هستند. بررسی‌ها نشان داده که حدود ۵۳ درصد زنان سالمند و ۲۳ درصد مردان سالمند به کمک فرزندان یا خویشاوندان خود امرارمعاش می‌کرده‌اند. حدود ۱۸ درصد زنان سالمند شهری و ۱۳ درصد زنان سالمند روستایی هیچ منبع درآمدی نداشته‌اند.

**- نیاز بیشتر به خدمات پزشکی و توانبخشی:** نرخ معلولیت در کل جامعه حدود ۱/۶ درصد و برای جامعه سالمند حدود ۴/۲ درصد (حدود سه برابر) اعلام شده است. ابتلا به بیماری‌های پرهزینه و دیردرمان از قبیل شکستگی‌های استخوانی، التهاب مفاصل، قلب و عروق، آسیب‌های چشمی و... در میان سالمندان شایع‌تر است.

**- نیاز بیشتر به مراقبت و نگهداری:** برخی بررسی‌ها نشان داده که بیش از ۲۰ درصد سالمندان کشور توانایی مراقبت از خود را ندارند. سازمان بهزیستی نیز تعداد سالمندان نیازمند حمایت را حدود ۴۲ درصد اعلام کرده است. این امر بیانگر ضرورت این‌گونه خدمات برای سالمندان است.

**- نیازهای تفریحی و رفاهی:** سالمندان نیاز بیشتری به پر کردن اوقات فراغت خود دارند. این امر از آن جهت که آنان برای سال‌های طولانی کار کرده‌اند و اکنون ممکن است احساس بطلان و غیرمفید بودن در آنان ایجاد شده باشد، غالباً آزردهنده است.

#### ۷-۲. مسائل ناشی از ناکارآمدی نظام حمایتی و بیمه‌ای

**- پوشش حمایتی و بیمه‌ای ناکافی:** پوشش نهادهای حمایتی همه سالمندان نیازمند را دربرنمی‌گیرد و همواره بخش قابل توجهی از سالمندان در نوبت حمایت هستند. گزارش سازمان بهزیستی نشان می‌دهد که حدود ۱۸ درصد سالمندان نیازمند زیر پوشش این سازمان بوده‌اند.

**- ناکافی بودن سطح خدمات و حمایت‌ها:** در نظام بیمه‌ای و حمایتی بخش عمده‌ای از هزینه وسایل کمک‌پزشکی، دندان‌پزشکی، خدمات توانبخشی، مراقبت و نگهداری و مانند آن که جزء



نیازهای ضروری سالمندان است ارائه نمی‌شود و نهادهای حمایتی نیز که بخشی از این هزینه‌ها را به‌عهده گرفته‌اند، به دلیل محدودیت اعتبارات قادر به تأمین آن نیستند.

### ۳-۷. مسائل ناشی از خلأهای قانونی

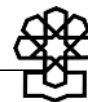
**- نبود قانونی مشخص برای حمایت از سالمندان:** هرچند که قوانین و مقررات بیمه و بازنشستگی شفافیت و صراحت لازم را برای تأمین نیازهای بازنشستگان (نیازهای معیشتی، درمانی و بعضاً رفاهی) دارد، اما از یکسو این قوانین خاص بازنشستگان است و همه سالمندان را دربر نمی‌گیرد. دیگر آنکه خدمات نظام بیمه و بازنشستگی نیز همه نیازهای ضروری را (به‌خصوص خدمات توانبخشی، نیازهای فرهنگی و رفاهی و...) دربر نمی‌گیرد. علاوه بر این، خدمات نهادهای حمایتی (کمیتة امداد امام (ره) و سازمان بهزیستی) نیز برای سالمندان محدود به اعتبارات تخصیص یافته و مقید به تصمیمات مسئولان این نهادهاست و درواقع هیچ قانونی به‌طور مشخص حقوق سالمندان را تعریف و تبیین نکرده است.

**- کلی‌گویی در قوانین مادر:** در برخی از قوانین مادر مانند قوانین برنامه پنج‌ساله یا قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی در زمینه حقوق سالمندان به‌طور خاص تأکیدی نشده و صرفاً به بیان کلیاتی پرداخته که قابل تفسیرهای متفاوت هستند. از این‌رو، دستگاه‌های اجرایی تکلیف قانونی مشخصی را در این زمینه در برابر خود نمی‌بینند.

**- فقدان ضمانت اجرایی:** برای آیین‌نامه تشکیل شورای ملی سالمندان با وجود آنکه آیین‌نامه اجرایی یاد شده بخش عمده‌ای از خدمات قابل ارائه به سالمندان را برشمرده و وظایف دستگاه‌های اجرایی را در هر مورد تعیین کرده است، اما این آیین‌نامه ضمانت اجرایی کافی نداشته و به همین دلیل تاکنون آثار اجرای آن مشهود نبوده است. از سوی دیگر این آیین‌نامه مستند به بند «ط» ماده (۹۷) قانون برنامه چهارم است که در لایحه پیشنهادی برنامه پنجم گنجانده نشده و اگر در قانون برنامه پنجم توسعه تمدید نشود، این آیین‌نامه و همچنین شورای ملی سالمندان که بر مبنای آن تشکیل شده، مستند قانونی نخواهد داشت.

### جمع‌بندی و نتیجه‌گیری

در ایران همانند بسیاری از کشورها جمعیت سالمندان نسبت به کل جمعیت از رشد سریع‌تری برخوردار است. این رشد در دهه ۷۰ و ۸۰ آهنگ سریع‌تری داشته، به‌طوری که جمعیت سالمند هم در حال سالمندتر شدن است. تغییرات شاخص سالمندی نشان می‌دهد که اگر در دهه‌های قبل



مشکلات مربوط به کودکان و جوانان از مسائل مهم و حائز اهمیت بود، اما هم‌اکنون توجه به مسائل سالمندان از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است و در صورت عدم وجود برنامه مدون و خاصی برای این قشر، کشور ما در ۲۰ سال آینده برای رفع مسائل اقتصادی و اجتماعی ناشی از آن دچار مشکلات جدی خواهد بود.

از نظر اشتغال، فعالیت اقتصادی در این گروه نسبت به ۱۰ سال قبل ۱/۵ درصد کاهش پیدا کرده و درصد اشتغال در زنان سالمند بسیار کمتر از مردان سالمند است. وضعیت اشتغال سالمندان نه تنها در دو جنس متفاوت است، بلکه در شهر و روستا نیز تفاوت‌های قابل ملاحظه‌ای دارد.

از نظر امرارمعاش بیش از نیمی از سالمندان شهری (۵۵ درصد) و تعداد کمی از سالمندان روستایی (۱۰ درصد) بازنشسته هستند و درصد قابل توجهی از آنان (۲۳ درصد مردان و ۵۳ درصد زنان) با کمک فرزندان و اقوام خود امرارمعاش می‌کنند.

میزان بیسوادی بین سالمندان (۶۷/۶ درصد) به‌طور کلی بسیار بالاست و درصد قابل ملاحظه‌ای از زنان تشکیل می‌دهند. به‌طوری که تعداد زنان بیسواد ۲ برابر مردان است. از نظر محل سکونت درحال حاضر درصد بیشتری از سالمندان در شهرها ساکنند (۶۴ درصد در شهر و ۳۶ درصد در روستا) که همین امر آسیب‌پذیری آنان را بیشتر می‌کند.

در تحقیقات انجام شده نیازهای عمده زنان و مردان سالمند ایرانی به‌ترتیب اولویت شامل بهداشت و سلامت، درآمد و سپس حمل‌ونقل اعلام شده است. مهمترین نیاز زنان خصوصاً در روستاها بهداشت و سلامت است. بررسی وضعیت سلامت سالمندان حاکی از این است که الگوی بیماری‌ها نیز در این گروه درحال تغییر است و از بیماری‌های حاد به‌سمت بیماری‌های مزمن می‌رود که در این رابطه با توجه به وضعیت اقتصادی و معیشتی سالمندان، ضرورت تقویت و درگیر شدن بخش‌های بیمه‌ای و حمایتی در این حوزه‌ها بیش از پیش حس می‌شود.

درحال حاضر در بخش سلامت علت عمده بیشتر نگرانی‌ها، عدم دسترسی به خدمات جامع سالمندی، کافی نبودن پوشش بیمه‌ای و حمایتی و هزینه‌های رو به رشد مراقبت‌های بهداشتی و پزشکی است. نکته مهم دیگر این است که زنان سالمند از بسیاری جهات (وضعیت حمایتی، امرارمعاش، سواد و...) در معرض آسیب بیشتری هستند. این درحالی است که نهادهای بیمه‌ای و حمایتی از نظر پوشش جمعیتی، سطح تعهدات و خدمات و همچنین اعتبارات تخصیص یافته، قادر به پاسخگویی به نیازهای سالمندان نیستند.

از نظر پیشنهاد قانونی برای حمایت از سالمندان خلأهای محسوسی وجود دارد. در قوانین مادر به بیان کلیاتی در این‌باره اکتفا شده، اما قانون معینی که حقوق سالمندان و وظایف دستگاه‌های اجرایی را در قبال آنان بیان کند، وجود ندارد. حتی آیین‌نامه اجرایی که با تصویب



دولت، موجب تشکیل شورای ملی سالمندان و تعیین برخی از وظایف دستگاه‌های اجرایی در این زمینه شده، مستند به بند «ط» ماده (۹۷) است که اگر در برنامه پنجم توسعه تمدید نشود، این آیین‌نامه مستند قانونی نخواهد داشت.

### پیشنهادها

هرچند که دستگاه‌های متولی امور سالمندان به ضرورت حمایت از آنان وقوف کامل دارند، اما خلأهای قانونی مانع از آن شده که یک نظام حمایتی منسجم، مستمر و فراگیر برای سالمندان به وجود آید. بنابراین، پیشنهادهای این گزارش مبتنی بر وضع یا اصلاح قوانینی است که این خلأها را پر کند. بر این مبنا موارد زیر پیشنهاد می‌شود:

#### ۱. تداوم اجرای طرح ساماندهی و توانبخشی سالمندان

پیشنهاد می‌شود مفاد بند «ط» ماده (۹۷) قانون برنامه چهارم توسعه (با اصلاحاتی جزئی) به عنوان بند الحاقی به ماده (۴۴) به شرح زیر اضافه شود:

- تداوم اجرای طرح ساماندهی و توانبخشی سالمندان با پوشش حداقل پنجاه درصد (۵۰٪) جمعیت هدف در پایان برنامه.

با تصویب این بند، انتظار می‌رسد الزام قانونی برای تداوم فعالیت شورای ملی سالمندان و همچنین اجرای مفاد آیین‌نامه یاد شده<sup>۱</sup> فراهم گردد. همچنین به نظر می‌رسد اصلاحاتی نیز در این آیین‌نامه - به منظور تطبیق آن با شرایط و نیازهای جدید سالمندان و ایجاد ضمانت اجرایی بیشتر - باید صورت گیرد.

#### ۲. پوشش فراگیر بیمه‌های بازنشستگی

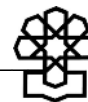
در حال حاضر بیمه‌های بازنشستگی عمدتاً شاغلان مزد و حقوق‌بگیر را شامل می‌شود و هرچند که سایر شاغلان هم به طور اختیاری می‌توانند بیمه شوند، اما عوامل مختلف - به خصوص حق بیمه‌های بالا - مانع پوشش فراگیر بیمه بازنشستگی شده است.

با توجه به اینکه در شرایط کنونی بیش از ۹ میلیون نفر خارج از پوشش بیمه‌های بازنشستگی هستند،<sup>۲</sup> اگر شرایط مناسب برای بیمه شدن آنان فراهم نشود، طی دهه‌های آینده بخش عمده‌ای از

۱. متن این آیین‌نامه ضمیمه این گزارش است.

۲. آسیب‌شناسی نظام جامع تأمین اجتماعی و ارائه راهکارهای اصلاحی، مرکز پژوهش‌های مجلس (دفتر مطالعات اجتماعی)، گزارش

شماره ۹۶۱۹/۲۱۰ اردیبهشت‌ماه ۱۳۸۸.



سالمندان کشور شرایط استفاده از مزایای نظام تأمین اجتماعی را نخواهند داشت. بنابراین، پیشنهاد می‌شود بیمه بازنشستگی همگانی (پایه) برای پوشش خویش‌فرمایان، کارفرمایان، شاغلان بخش غیررسمی اقتصاد و همه افرادی که زیر پوشش بیمه اجباری نیستند، به اجرا درآید. پیش‌نویس طرح قانونی مربوط از طریق مرکز پژوهش‌ها تدوین و منتشر شده است.<sup>۱</sup>

### ۳. پوشش فراگیر بیمه‌های سلامت

از آنجا که بخش عمده‌ای از نیازهای سالمندان در زمینه خدمات پزشکی، دندان‌پزشکی و توانبخشی است، پوشش فراگیر بیمه‌های سلامت، مبتنی بر پزشکی خانواده و نظام ارجاع، می‌تواند بخش عمده‌ای از نیازهای سالمندان را پوشش دهد. در این راستا پیشنهاد می‌شود برای خدمت‌رسانی مناسب به سالمندان در قالب نظام ارجاع و پزشکی خانواده، پروتکل درمانی ویژه‌ای (که همه نیازهای اساسی سالمندان را دربرگیرد) تدوین و اجرا شود.

### ۴. ساماندهی و تقویت مراکز غیردولتی حمایت از سالمندان

با توجه به اینکه بخش عمده‌ای از وظایف سازمان بهزیستی در زمینه نگهداری و مراقبت از سالمندان در حال واگذاری به مراکز غیردولتی است، پیشنهاد می‌شود این امر به‌عنوان یک راهبرد پایدار، از نظر قانونی، حقوقی، مالی و فرهنگی مورد حمایت قرار گیرد به نحوی که:

- حقوق و تکالیف متقابل سالمندان و مراکز یاد شده در قوانین مربوط تبیین و ابلاغ شود.
- وظایف و اختیارات نظارتی سازمان بهزیستی، نهادهای مردمی ذیربط و افراد خدمت‌گیرنده به‌طور شفاف تعیین و اعلام شود.
- در لوائح بودجه سنواتی، اعتبار لازم برای تداوم اجرای این طرح و توسعه کمی و کیفی آن پیش‌بینی شود.
- آموزش عمومی و آگاه‌سازی جامعه به‌منظور ایجاد همگرایی و نگرش مثبت به مراکز غیردولتی حمایت از سالمندان، در اولویت قرار گیرد.
- محدودیت‌ها و موانع قانونی یا اداری که فعالیت این مراکز را دشوار می‌کند، برطرف شود.

### ۵. اصلاح آیین‌نامه تشکیل شورای ملی سالمندان

با توجه به اهمیت موضوع حمایت و مراقبت جامع از سالمندان و لزوم تداوم آن در بلندمدت، اولویت این است که این آیین‌نامه (با اصلاحاتی) به‌صورت قانون درآید، اما اگر ادامه اجرای آن

۱. پیش‌نویس طرح قانونی بیمه بازنشستگی همگانی (پایه)، مرکز پژوهش‌های مجلس (دفتر مطالعات اجتماعی)، گزارش شماره ۲۱۰/۹۷۸۳، مردادماه ۱۳۸۸.



به صورت آیین نامه نیز مد نظر باشد، اعمال اصلاحاتی که در کنار تقویت نقش خانواده‌ها برای حمایت از سالمندان، ضمانت‌های اجرایی این آیین نامه را - به خصوص از سوی دستگاه‌هایی که به طور مستقیم در برابر سالمندان مسئولیتی ندارند، مانند سازمان صداوسیما، تربیت بدنی، وزارت مسکن و... - افزایش دهد، ضروری به نظر می‌رسد.

همچنین پیشنهاد می‌شود اصلاحات ذیل در برخی از مواد این آیین نامه صورت گیرد:

- در ماده (۳) (اعضای شورا) ۲ نفر نماینده مراکز غیردولتی اضافه شود.
- در ماده (۵)، (وظایف شورا) این شورا موظف شود پس از تهیه دستورالعمل طبقه‌بندی سالمندان براساس میزان آسیب‌پذیری، بسته خدماتی هر گروه و میزان کمک لازم برای هر گروه را تعیین نماید.
- در ماده (۶)، دستگاه‌های حمایتی موظف شوند کمک‌های یارانه‌ای خود را به مراکز غیردولتی، براساس میزان آسیب‌پذیری سالمندان تحت پوشش آنها اختصاص دهند.
- علاوه بر این، اضافه کردن مواردی از حقوق سالمندان به این قانون یا آیین نامه، به نحوی که مانع آزار و اذیت سالمندان شود و مزاحمت‌های محیطی را برای آنان کاهش دهد، به شرح زیر پیشنهاد می‌شود:
  - هر نوع اذیت و آزار سالمندان که موجب شود به آنان صدمه جسمانی یا روانی و اخلاقی وارد شود و سلامت جسم یا روان آنان را به مخاطره اندازد، ممنوع شود.
  - هرگونه خرید و فروش اموال سالمندان بدون رضایت آنها و بهره‌کشی از ایشان ممنوع و برای مرتکبین مجازات قانونی تعیین شود.
- سالمندآزاری از جرائم عمومی بوده و احتیاج به شکایت شاکی خصوصی ندارد.
- کلیه افراد و مؤسسات و مراکزی که به نحوی مسئولیت نگاهداری سالمندان را برعهده دارند مکلف شوند به محض مشاهده موارد سالمندآزاری مراتب را به مقامات صالح قضایی اعلام نمایند.
- در مورد سالمندانی که دچار اختلالات شناختی می‌شوند و قادر به تصمیم‌گیری در امورات خود نیستند، پس از بررسی‌های لازم با نظر مقام قضایی نصب قیم شود.



## پیوست آیین‌نامه تشکیل شورای ملی سالمندان

هیئت وزیران در جلسه مورخ ۱۳۸۳/۱/۲۶ بنا به پیشنهاد مشترک شماره ۱۰۷۳۶ مورخ ۱۳۸۱/۷/۷ وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور و به استناد جزء «۵» بند «الف» ماده (۱۹۲) قانون برنامه سوم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران، آیین‌نامه اجرایی جزء یاد شده را به شرح زیر تصویب کرد:

### ماده (۱)

منظور از سالمند در این آیین‌نامه کلیه افراد ۶۰ سال و بالاتر می‌باشند.

### ماده (۲)

منظور از ساماندهی، بهبود روش زندگی و ارتقای کیفیت آنها ایجاد رضایت از زندگی در سالمندان از طریق ارائه خدمات رفاهی، بهداشتی، درمانی و توانبخشی می‌باشد که با رعایت سیاست‌ها و خط‌مشی‌های زیر انجام می‌پذیرد:

- الف) فراهم ساختن امکان تداوم حضور سالمند در جامعه،
- ب) تأکید بر حفظ موقعیت و جایگاه سالمند در خانواده،
- پ) تأمین حداقل نیازهای اساسی سالمندان نیازمند در کشور،
- ت) تأکید بر حفظ احترام، شأن و حرمت سالمند،
- ث) فراهم ساختن امکان مشارکت مردم، انجمن‌ها و مؤسسات غیردولتی.

### ماده (۳)

به منظور ساماندهی سلامت و رفاه سالمندان شورای ملی سالمندان به ریاست وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و دبیری رئیس سازمان بهزیستی کشور و با حضور اعضای ذیل تشکیل می‌گردد:

- الف) وزیر فرهنگ و ارشاد اسلامی یا یکی از معاونان وی،
- ب) وزیر مسکن و شهرسازی یا یکی از معاونان وی،
- پ) وزیر امور اقتصادی و دارایی یا یکی از معاونان وی،
- ت) وزیر کشور یا یکی از معاونان وی،
- ج) وزیر بازرگانی یا یکی از معاونان وی،



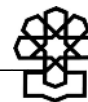
چ) وزیر جهاد کشاورزی یا یکی از معاونان وی،  
 ح) رئیس سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور یا یکی از معاونان وی،  
 خ) رئیس سازمان صداوسیما جمهوری اسلامی ایران،  
 د) رئیس سازمان تربیت‌بدنی یا یکی از معاونان وی،  
 ذ) رئیس سازمان بازنشستگی کشوری،  
 ر) رئیس سازمان تأمین اجتماعی نیروهای مسلح،  
 ز) مدیرعامل سازمان تأمین اجتماعی،  
 ژ) سرپرست کمیته امداد امام خمینی (ره)،  
 س) سه نفر متخصص دانشگاهی صاحب‌نظر در امر سلامت سالمندان به انتخاب رئیس شورا.  
**تبصره «۱»** - در صورت نیاز از نمایندگان سایر بخش‌ها یا سازمان‌ها نیز دعوت خواهد شد تا با حق رأی شرکت نمایند.  
**تبصره «۲»** - شورای ملی سالمندان هر ۶ ماه یک‌بار در حضور رئیس‌جمهور تشکیل خواهد شد.

#### ماده (۴)

وظایف شورای ملی سالمندان به شرح زیر می‌باشد:  
 الف) سیاستگذاری در جهت تأمین سلامت و رفاه سالمندان کشور،  
 ب) تصویب برنامه‌های مربوط به سالمندان در دستگاه‌های اجرایی،  
 پ) هماهنگی بین دستگاه‌های اجرایی برای سازماندهی امور سالمندان و اجرای برنامه‌های مصوب شورا.  
**تبصره «۱»** - آیین‌نامه داخلی شورای مزبور در اولین جلسه شورا به تصویب خواهد رسید.  
**تبصره «۲»** - دبیرخانه شورای ملی سالمندان در محل سازمان بهزیستی کشور تشکیل خواهد شد.

#### ماده (۵)

وظایف دبیرخانه شورای ملی سالمندان به شرح زیر می‌باشد:  
 الف) تدوین سیاست‌ها و برنامه‌های مرتبط با سلامت و رفاه سالمندان،  
 ب) تعیین دستورجلسات شورا و برگزاری جلسات و دعوت از اعضا،  
 پ) پیگیری اجرای تصمیمات شورا و دریافت گزارش عملکرد از دستگاه‌های ذیربط،



ت) تهیه گزارش پیشرفت برنامه‌ها و تخلفات دستگاه‌ها از اجرای تصمیمات،  
ث) تهیه بانک اطلاعات سالمندان کشور با همکاری دستگاه‌های ذیربط.

#### ماده (۶)

سازمان بهزیستی کشور مجاز است مبالغی را به شرح ذیل به‌عنوان یارانه حق مراقبت و نگهداری سالمند در مراکز توانبخشی و نگهداری و منازل به صاحبان مراکز مذکور در بخش غیردولتی و خانواده‌ها و دیگر افراد مراقبت‌کننده پرداخت و بر نحوه هزینه‌کرد آن نظارت نماید:

الف) جهت مراقبت و نگهداری هریک از سالمندان نیازمند در مراکز توانبخشی و نگهداری غیردولتی تا ۷۵ درصد هزینه سرانه تمام شده برای نگهداری سالمند در بخش دولتی.

ب) جهت مراقبت و نگهداری هریک از سالمند نیازمند در خانواده سالمند و یا منازل افراد واجد شرایط تا ۴۰ درصد هزینه سرانه تمام شده برای نگهداری سالمند در بخش دولتی.

**تبصره «۱»** - سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور موظف است یارانه‌های موضوع بندهای «الف» و «ت» را تأمین و در لوایح بودجه سنواتی ذیل ردیف سازمان بهزیستی استان‌ها منظور نماید.

**تبصره «۲»** - هزینه سرانه تمام شده برای مراقبت و نگهداری هر سالمند در بخش دولتی هر استان با در نظر گرفتن شاخص‌های درمانی و توانبخشی منطقه مربوط، همه‌ساله توسط کارگروهی متشکل از نمایندگان تام‌الاختیار سازمان بهزیستی استان، سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی استان و استانداری استان مربوط تعیین می‌گردد. مصوبات این کارگروه با اکثریت آرا برای سازمان‌های تابع، لازم‌الاجرا خواهد بود.

**تبصره «۳»** - هزینه نگهداری آن عده از سالمندانی که بی‌سرپرست یا مجهول‌الهویه هستند، تماماً از محل اعتبارات سازمان بهزیستی کشور تأمین و در اختیار مراکز نگهداری‌کننده غیردولتی قرار داده خواهد شد.

#### ماده (۷)

سازمان بهزیستی کشور موظف است به‌منظور تشویق و ترغیب بخش غیردولتی به گسترش و ایجاد مراکز نگهداری و توانبخشی سالمندان از محل وجوه اداره شده‌ای که در لوایح بودجه سنواتی منظور می‌گردد، تسهیلات اعتبار قرض‌الحسنه جهت احداث یا خرید یا تأمین ودیعه اجاره ساختمان، تجهیز و راه‌اندازی مرکز تا میزان ۹۰ درصد هزینه‌های مورد نیاز در اختیار متقاضیان ایجاد مراکز مذکور قرار دهد.

**ماده (۸)**

سازمان بهزیستی کشور موظف است نسبت به تأمین وسایل کمکی از قبیل سمعک، عینک، صندلی چرخدار، واکر و مانند آن اقدام نماید.

**ماده (۹)**

سازمان بیمه خدمات درمانی مکلف است کلیه افراد سالمند فاقد پوشش بیمه خدمات درمانی را از محل اعتباراتی که در لوایح بودجه سنواتی برای آنان منظور می‌گردد، تحت پوشش بیمه درمان درآورد.

**ماده (۱۰)**

سازمان بهزیستی کشور با همکاری کمیته امداد امام خمینی (ره) موظف است کلیه سالمندان زیر خط فقر را تحت پوشش حمایتی قرار دهد و نسبت به شناسایی خانواده‌هایی که تمایل به نگهداری سالمندان در مناطق شهری و روستایی دارند، اقدام و نتیجه را به دبیرخانه شورای مذکور اعلام نماید.

**ماده (۱۱)**

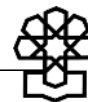
وزارت مسکن و شهرسازی مکلف است برای کمک به تأمین مسکن سالمندان نیازمند فاقد مسکن اقدام نماید و تمهیدات لازم برای تخصیص یارانه تعمیر و بازسازی مسکن برای سالمندان نیازمند فراهم گردد.

**ماده (۱۲)**

به منظور ایجاد تشکل‌های مردمی و مراکز روزانه سالمندان شهرداری‌ها، سازمان‌ها و کانون‌های بازنشستگی موظفند نسبت به تأمین حمایت‌های مالی و فضای فیزیکی مناسب در جهت ایجاد تسهیلات لازم برای پرنمودن اوقات فراغت، انجام ورزش، راه‌اندازی تورهای سیاحتی، مطالعه و فعالیت‌های تحت نظارت افراد ذیصلاح اقدام نمایند.

**ماده (۱۳)**

در جهت تأمین امنیت غذایی سالمندان، وزارتخانه‌های جهاد کشاورزی، بازرگانی، بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور مکلفند در جهت ارتقای سواد تغذیه‌ای،



تعیین الگوی مصرف، در دسترس قرار دادن مواد غذایی مورد نیاز و بهبود قدرت خرید سالمندان اقدام کنند.

#### ماده (۱۴)

سازمان صداوسیما جمهوری اسلامی ایران موظف است در جهت تکریم مقام سالمند، ایجاد نگرش مثبت در سالمندان و آموزش شیوه زندگی سالم مشتمل بر توصیه‌های تغذیه‌ای، ورزشی، بهداشت روان و... به سالمندان و با هماهنگی دبیرخانه شورای یاد شده برنامه‌های لازم را تهیه و پخش نماید.

#### ماده (۱۵)

شهرداری‌ها موظفند ضمن جلب مشارکت سالمندان و کسب نظرات ارزشمند ایشان، اقدام لازم را در زمینه ایجاد ساختار مطلوب در فضاهای مختلف شهری به عمل آورند.

#### ماده (۱۶)

سازمان تربیت‌بدنی موظف است امکانات و تسهیلات مناسب را جهت ورزش دوران سالمندی فراهم نماید.

#### ماده (۱۷)

کلیه دستگاه‌ها موظفند اقدامات لازم را درخصوص حمایت از انتقال تجربیات سالمندان به افراد جوان در حیطه کاری خود به عمل آورند.

#### ماده (۱۸)

باتوجه به نامناسب بودن کلیه شاخص‌های سلامتی، اجتماعی و اقتصادی در زنان سالمند، کلیه دستگاه‌ها موظفند در حیطه وظایف خود توجه ویژه به زنان سالمند نمایند.

#### ماده (۱۹)

با توجه به بافت جمعیتی و امکانات موجود در مناطق شهری و روستایی، کلیه دستگاه‌ها موظفند خود توجه ویژه به سالمندان روستایی نمایند.

**ماده (۲۰)**

وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی موظف است مساعدت‌های مالی لازم را در جهت تسهیل استفاده از مراکز ارائه‌دهنده برنامه‌های فرهنگی و هنری فراهم کند.

**ماده (۲۱)**

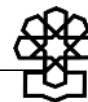
وزارت آموزش و پرورش موظف است آموزش‌های لازم را جهت تکریم سالمندان در خانواده به‌منظور بهره‌مندی از تجارب سالمندان و شیوه زندگی سالم جهت دستیابی به سالمندی سالم و فعال متناسب با هریک از مقاطع در کتب درسی منظور و در مناسبت‌های خاص مطرح نماید.

**ماده (۲۲)**

به‌منظور پیشگیری از اعمال خشونت علیه افراد سالمند در خانواده و جامعه ضروری است دستگاه‌های ذیربط ضمن پیشنهاد و جلب حمایت‌های قانونی اقدامات لازم را انجام دهند.

**ماده (۲۳)**

اعتبار مورد نیاز برای اجرای مفاد این آیین‌نامه علاوه بر اعتباراتی که تاکنون در بودجه سالیانه برای دستگاه‌های ارائه‌دهنده خدمات لازم به سالمندان پیش‌بینی گردیده است، از محل اعتبارات ویژه‌ای که سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور تحت عنوان برنامه‌های ساماندهی سالمندان در ذیل ردیف‌های اعتباری دستگاه‌های ذیربط یا در ردیف مستقل برای برنامه‌های جدید در لوائح بودجه سنواتی منظور می‌نماید، تأمین و پرداخت می‌گردد.



## منابع و مآخذ

۱. مرکز آمار ایران. «نتایج تفصیلی سرشماری عمومی نفوس و مسکن کل کشور»، سال‌های ۱۳۳۵ تا ۱۳۸۵.
۲. پناهی، بهرام. «چالش‌های فراروی نظام تأمین اجتماعی در آغاز سده بیست‌ویکم میلادی»، فصلنامه تأمین اجتماعی، سال ششم، ش ۱۶، مؤسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی، ۱۳۸۳.
۳. محسنی تبریزی، علیرضا. «بررسی وضعیت سالمندان در ایران»، فصلنامه تأمین اجتماعی، سال دوم، ش چهارم، مؤسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی، ۱۳۷۹.
۴. سازمان بهزیستی کشور. «وضعیت سالمندان در برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران»، دفتر امور توانبخشی سالمندان.
۵. میرزایی، محمد و مهری شمس. «جمعیت‌شناسی سالمندان در ایران براساس سرشماری ۱۳۳۵-۱۳۸۵»، مجله سالمندی ایران، سال دوم، ش پنجم، ۱۳۸۶.
۶. تاجور، مریم. «بهداشت سالمندان»، انتشارات نسل فردا، ۱۳۸۲.
۷. قوی، محسن. «بار بیماری‌ها در ایران»، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۸۳.
۸. قیصریان، اسحاق. «بررسی ابعاد اجتماعی، اقتصادی پدیده سالمندی در ایران»، فصلنامه جمعیت، ش ۶۹ و ۷۰ پاییز و زمستان ۱۳۸۸.
۹. اداره سلامت سالمندان، «مروری بر طب سالمندان»، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۸۲.
۱۰. مقصودی نیا، شهربانو. «مراقبت‌های بهداشتی اولیه در سالمندان ایران»، ۱۳۸۵.
۱۱. سازمان برنامه و بودجه. قانون برنامه اول توسعه، اداره کل انتشارات، ۱۳۶۸.
۱۲. سازمان برنامه و بودجه. قانون برنامه دوم توسعه، اداره کل انتشارات، ۱۳۷۳.
۱۳. سازمان برنامه و بودجه. قانون برنامه سوم توسعه، اداره کل انتشارات، ۱۳۷۹.
۱۴. سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور. قانون برنامه چهارم توسعه، اداره کل انتشارات، ۱۳۸۴.
۱۵. پوررضا، ابوالقاسم و دیگران. «اقتصاد بهداشت و سالمندی»، مجله سالمندی ایران. سال اول، ش دوم، ۱۳۸۵.
۱۶. سازمان بهزیستی. «گزارش عملکرد دفتر امور سالمندان»، ۱۳۸۶.
۱۷. مرکز پژوهش‌های مجلس (دفتر مطالعات اجتماعی)، «آسیب‌شناسی نظام جامع تأمین اجتماعی و ارائه راهکارهای اصلاحی»، ۱۳۸۸.
۱۸. مرکز پژوهش‌های مجلس (دفتر مطالعات اجتماعی)، «پیش‌نویس طرح قانونی بیمه بازنشستگی همگانی (پایه)»، مردادماه ۱۳۸۸.
۱۹. گزارش عملکرد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در دولت نهم، قسمت اول، ۱۳۸۸.
۲۰. گزارش عملکرد سازمان بهزیستی در سال‌های ۱۳۸۴ تا ۱۳۸۷.
۲۱. سازمان تأمین اجتماعی، گزیده آماری ۶ ماهه اول ۱۳۸۸.
۲۲. برنامه راهبردی و عملیاتی سازمان بهزیستی کشور، ۱۳۸۷.
۲۳. سالنامه آماری سال ۱۳۸۷ کمیته امداد امام خمینی (ره)، آذرماه ۱۳۸۸.
24. Merck Sharp & Dohme Corp Merck Manual of Geriatric. section 1 (1-2), 2009.
25. United Nation. World Population Aging. New York/1-45, 2002.
26. United Nation. World Population Prospect. Vol.1, 2000.
27. World Health Organization, Geneva, 2007.
28. Foreman "National health care spending. Where do the dollars go ?", Arch.Ophthalmol., vol.111,no.1, 1993.



29. Hargreaves, S. " Burden of ageing population may be greater than anticipated", *Lancet*, vol. 355, no.9221, 2000.
30. Jenson, j. Health Care spending and the aging of the population ,.CRS report for congress ,order code:RS22619, 2007.
31. Dausch, J.G. "Aging issues moving mainstream ",*J.AM.Diet.Assoc.* , vol.103,no.6, 2003.
32. Hertzman ,c.&Hayes,M."will the elderly really bankrupt us with increased health care cost?" ,*can.J.public Health.*,vol.76,no.6, 1985.
33. Department of Health and Aged care, the ageing Australian population and future health care cost 1996-2051, Occasional papers:series No:7, 1999.
34. <http://www.iooinewz.org//article.php5?id=1615>
35. Vida S., Monks R.C. and Rosiers P.D., Prevalence and correlates of elder abuse and neglect in a geriatric psychiatry, *Canadian. Journal. Psychiatry*, 2002.
36. Dowd O Adrian '. Recognizing and preventing the abuse of older people, *NursingTimes*. London: 2007.
37. Wieland Diane, Abuse of older person: An overview Holistic Nursing practitioner, Jul; 2000.
38. Zang S, Mara A, Judith A, Home care to the Elderly,Philadelphia, Lippincott; 1999.
39. <http://www.behdasht.gov.ir/uploads/baname>
40. <http://www.pezeshk.us/?p=12631>



شناسنامه گزارش

شماره مسلسل: ۱۰۵۲۵

عنوان گزارش: راهبردهای حمایت از سالمندان در ایران

نام دفتر: مطالعات اجتماعی (گروه امور استخدامی، روابط کار و رفاه)

تهیه و تدوین کنندگان: مظفر کریمی، مرضیه شیرازی خواه

ناظران علمی: علی اخوان بهبهانی، ایروان مسعودی اصل

مناقضی: کمیسیون بهداشت و درمان

ویراستار تخصصی: —

ویراستار ادبی: —

واژه‌های کلیدی: —

تاریخ انتشار: ۱۳۸۹/۹/۷