

آسیب شناسی برنامه‌ها و الگوهای رفاهی؛ با تأکید بر نظام تأمین رفاه اجتماعی ایران

حسین شاهرودی^۱ - سروش فتحی^{۲*} - طهمورث شیری^۳

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۱۲/۰۴ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۱۲/۰۹

چکیده:

با توجه به شروع پدیده سالمندی در جهان اغلب کشورهای جهان با رصد مداوم نیازها، وضعیت رفاه اقتصادی، امنیت و رفاه اجتماعی، شناسایی و تأمین سلامت جسمانی - روانی سالمندان و مراقبین آن‌ها در حال انجام می‌باشد. برنامه‌هایی نظیر شاخص‌های دیده‌بانی سالمندی و سالمندی فعال را از همین زاویه می‌توان ارزیابی کرد. کشور ایران نیز از دهه ۸۰ سیاست-گذاری در این حوزه را آغاز و از دهه ۹۰، بحث سالمندی از مباحث جدی سیاست‌گذاری جمعیتی در ایران شده است. بررسی وضعیت سالمندی در ایران نشانگر این است که سالمندی با شاخص‌ها و معیارهای جهانی فاصله دارد و در بعضی شاخص‌ها این فاصله به حدی زیاد است که می‌توان از آن به شکاف یاد کرد. گزارش‌های سازمان‌های مسئول حوزه سالمندی نیز بیانگر عدم موفقیت در بعضی شاخص‌ها می‌باشد. تحلیل چرایی این وضعیت، عموماً انگشت اشاره را به سمت و سوی عدم هماهنگی در بین سازمان‌های مسئول و عدم انسجام در برنامه‌ها را نشان می‌دهد. از این‌رو این مقاله در صدد بررسی آسیب‌های برنامه‌ها و الگوهای سازمان-های متولی امر سالمندی در ایران است و به طور خاص در صدد شناسایی آسیب‌های برنامه‌های سالمندی نظام تأمین رفاه اجتماعی می‌باشد.

واژگان کلیدی: آسیب شناسی، برنامه‌ها و الگوهای رفاهی، سالمندان، نظام تأمین اجتماعی

^۱ - دانشجوی دکتری جامعه شناسی گرایش توسعه، واحد تهران غرب، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

^۲ - دانشیار جامعه شناسی، واحد تهران غرب، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران؛ نویسنده مسئول

fathi.soroush@gmail.com

^۳ - دانشیار جامعه شناسی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

با توجه به شروع پدیده سالمندی در جهان و مواجهه اغلب کشورهای جهان، شناسایی و رصد مداوم نیازها، وضعیت رفاه اقتصادی، امنیت و رفاه اجتماعی، شناسایی و تأمین سلامت جسمانی - روانی سالمندان و مراقبین آن‌ها در اکثر کشورهای توسعه یافته و یا در حال توسعه شروع و در حال انجام می‌باشد. برنامه‌هایی نظیر شاخص‌های دیده‌بانی سالمندی و سالمندی فعال و توصیه‌های اجلاس مادرید را از همین زاویه می‌توان ارزیابی کرد. (زنجرى و صادقى، ۱۳۹۹) کشور ایران نیز از دهه ۸۰ سیاست‌گذاری در این حوزه را آغاز و از دهه ۹۰ بحث سالمندی از مباحث جدی سیاست‌گذاری جمعیتی در ایران شده است. (دبیرخانه شورای سالمندان، ۱۳۹۹) بخش قابل ملاحظه‌ای از جمعیت کشور ما را سالمندان تشکیل می‌دهند. دست‌کم براساس آخرین سرشماری سال ۹۵ از جمعیت ۸۰ میلیونی کشور، ۷ میلیون و ۴۰۰ هزار نفر یعنی ۹/۲۸ درصد سالمند هستند و پیش‌بینی می‌شود که درصد سالمندان ایران تا سال ۲۰۲۵ میلادی یعنی ۳ سال دیگر به ۱۰ و تا ۲۰۵۰ یعنی ۲۷ سال دیگر به بیش از ۳۰ درصد برسد. به معنایی بهتر، ایران که روزی دارای بیشترین شاخص جمعیت جوان در دنیا بود، با یک دوره توقف جمعیت یا کاهش معیار جمعیت به نسبت دو دهه گذشته، رفته رفته تبدیل به کشوری خواهد شد که جمعیت کهنسالان آن رقم قابل ملاحظه‌ای را در بر خواهد گرفت. (فتحی، ۱۳۹۹) وقتی که به ضرورت اهمیت دادن به مقوله سالمندان و کهنسالان یک جامعه پرداخته می‌شود، شاید علتش برای بسیاری مشخص نباشد یا بر اساس تعاریف مکرر و معمول جامعه، مبنای این اهمیت صرفاً در حفظ ارزش و احترام به اقشار کهنسال جامعه بسط داده شود، اما در واقع هیچ کدام از این موارد نمی‌توانند به اندازه برخورد مبنایی و صحیح با سالمندان، اهمیت موضوعی و حتی راهبردی داشته باشند. (عبدالعظیمی، ۱۳۹۸)

بی‌هیچ تعریفی وقتی که با شاخصه‌های جمعیتی کشور از حیث مقوله سالمندی مواجه می‌شویم به همان میزان که پویایی و شادابی این نسل از جامعه مطرح می‌شود به همان میزان کنترل این جمعیت به منظور عدم ایجاد مشکلات اجتماعی و حتی بحران‌های مقطعی و ریشه‌ای نیز باید مدنظر قرار بگیرد. به عنوان مثال در حال حاضر آمار غیر رسمی شروع تلاش و کسب درآمد در شغل مجدد از سوی افراد سالمند بعد از بازنشستگی، رقمی بالغ بر ۳۷ درصد را دربر می‌گیرد. (سبحانیان، ۱۳۹۵)

جمعیتی که نتوان از تجربیات آنها استفاده کرد و به آنها اجازه یا اجبار حضور در چرخه کار و اقتصاد کشور را داد، به نوبه خود می‌تواند بحران فقدان کار و افزایش تأسّف بار جمعیت

بیکار جوان را به مرز هشدار برساند. در واقع، عدم تأمین معیشت سالمندان به نحو صحیح منجر به بروز مشاغل نامتعارفی می‌شود که جامعه ما سالهاست با آن دست به گریبان است و در آینده نیز خواهد بود. از سوی دیگر عدم شناخت صحیح توزیع جغرافیایی افراد سالمند در شهرها و حتی مناطق روستایی به نوبه خود عدم توزیع عادلانه امکانات را فراهم می‌کند که بحران‌های به وجود آمده ناشی از آن افسردگی، بیماری‌های صعب‌العلاج یا عارضه‌هایی است که به راحتی می‌تواند افراد کهنسال را به مرز مرگ و نیستی بکشاند.

بررسی وضعیت شاخص‌های دیده‌بانی سالمندی در ایران نشانگر این است که این شاخص‌ها با معیارهای جهانی فاصله دارد و در بعضی شاخص‌ها این فاصله به حدی زیاد است که می‌توان از آن به شکاف یاد کرد. (زنجری، ۱۳۹۹) همچنین بررسی وضعیت شاخص‌های سالمندی فعال نیز گویای همین امر است. گزارش‌های سازمان‌های مسئول حوزه سالمندی نیز بیانگر عدم موفقیت در بعضی شاخص‌ها می‌باشد. (همان) تحلیل چرایی این وضعیت، عموماً انگشت اشاره را به سمت و سوی عدم هماهنگی در بین سازمان‌های مسئول و عدم انسجام در برنامه‌ها را نشان می‌دهد. هدف و موضوع محوری این پژوهش این است که برنامه‌ها و الگوهای سازمان‌های متولی امر سالمندی در ایران با چه چالش‌هایی مواجه هستند.

پیشینه تحقیق

عاطفه جباری جبر در کتاب "کیفیت زندگی و سلامت عمومی سالمندان" گفت با بکارگیری برنامه ورزشی و فعالیت فیزیکی منظم و مداوم می‌توان ابعاد مختلف کیفیت زندگی را در فرد سالمند افزایش داد و باعث استقلال بیشتر او در انجام کارهای روزانه شد و به فرایند پیری موفق کمک کرد. با تقویت افراد و تشویق مسئولان به سرمایه‌گذاری بلند مدت برای جوانان که سالمندان آینده هستند و سرمایه‌گذاری هدفدار و کوتاه مدت برای سالمندان و با برنامه‌ریزی و تبلیغ آثار سودمند تحرک و فعالیت بدنی در همه مراحل رشد می‌توانیم پیری زودرس را به تعویق بیندازیم و دوران سالمندی جوان‌تر و رضایت بخش‌تری را به افراد جامعه هدیه کنیم.

کتاب حکمرانی خوب؛ بنیان توسعه؛ احمد میدری. این کتاب از یک مقدمه و چهارده مقاله تشکیل شده است. مقالات توسط احمد میدری و جعفر خیرخواهان انتخاب و ترجمه شده و چند پژوهشگر دیگر مقالاتی را ترجمه یا تألیف کرده‌اند. مباحثی که در مقالات این کتاب آمده مشکلات امروز ایران هستند. تقویت شاخص‌های حکمرانی خوب و شکل‌گیری حکومت مبتنی بر قانون، مسئله دیروز و امروز ایران است. در کنار این مسئله نویسندگان کتاب می‌خواهند دیدگاهی که از پایان جنگ تحمیلی بر اقتصاد ایران حاکم شده را نقد کنند. در ایران با پایان جنگ تحمیلی، عصر تازه‌ای در سیاست‌گذاری اقتصادی آغاز شد. در این دوره واگذاری فعالیت-

های دولتی به بخش خصوصی و آزادسازی قیمت‌ها همچون دوره دوم در تاریخ اندیشه توسعه راهکار برون‌رفت از معضلات اقتصادی معرفی شد. در دو دهه گذشته یکی از نظرات رایج در اقتصاد ایران که مورد استقبال قرار گرفت و عموم سیاست‌گذاران حمایت خود را از آن اظهار کرده‌اند دولت حداقل است. دولت حداقل همان نظریه دوره دوم در اندیشه توسعه اقتصادی است که نقد آن از محورهای نظریه حکمرانی خوب است.

بررسی مسایل سالمندی در ایران و جهان؛ مجموعه مقالات. در این مجموعه، مقالاتی درباره جنبه‌های روان‌شناسی، اجتماعی، زیست‌شناسی و توانبخشی سالمندان گردآمده است. این مجموعه مقالات را که نویسندگان داخلی و خارجی برای کنگره "بررسی مسائل سالمندی در ایران و جهان" ارسال کرده‌اند به‌همت سازمان فرهنگ هنری شهرداری تهران، فرهنگسرای سالمندان، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی و سازمان UNFPA در قالب کتاب حاضر به چاپ رسیده است. عناوین برخی مقالات عبارت‌اند از: بررسی و مقایسه ضریب سالمندی در ایران طی دو سرشماری عمومی نفوس و مسکن سال‌های ۱۳۶۵ و ۱۳۷۵/حمید پورجعفری "زن و سالمندی با نگاهی به وضعیت زنان سالمند در ایران/مهشید فروغان" و "وضعیت رفاه سالمندان در برخی کشورها در آغاز قرن بیست و یکم/علی‌رضا کلدی" و "سالمندی و فقر/مرضیه رفعت ماه" و "آسایشگاه‌های سالمندان/شهره سیام".

بررسی وضعیت سالمندان در ایران

- نگاهی به وضعیت سلامت و بیماری سالمندان در ایران

بر مبنای سرشماری سال ۱۳۹۵ وضعیت سلامت سالمندان بدین شرح است:

- از نظر معلولیت بارز با توجه به گزارش سرشماری مرکز آمار ایران در سال ۱۳۹۵، ۲۰۱۲۰ نفر سالمند دارای حداقل یک نوع معلولیت (۳/۲۷٪ معلول سالمندان) در کشور وجود دارد که ۱۰۷۷۷۰ نفر مرد (۵۳/۵۶٪) و ۹۳۴۵۰ نفر زن (۴۶/۴۴٪) می‌باشند. با توجه به آمار فوق مشاهده می‌شود که درصد معلولیت بارز در کل کشور ۱/۳۵ و در سالمندان ۳/۲۷ 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.

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

افزایش فشار خون در زنان سالمند اعم از شهری و روستایی به طور کلی دو برابر مردان

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

در زمینه اختلالات بینایی، زنان سالمند به مراتب بیشتر از مردان، تاری دید در هر دو چشم دارند و به طور کلی تاری دید در روستا بیشتر از شهر است. از نظر وضعیت گوش و شنوایی تقریباً تمامی سالمندان به نوعی از سنگینی گوش شکایت داشتند ولی فقط حدود ۲/۲٪ آن‌ها از سمعک استفاده می‌کنند و میزان استفاده از سمعک در بین سالمندان شهری بیش از سالمندان روستایی است. از نظر وضعیت دفع ادرار، محسوس‌ترین مشکل سالمندان تکرر ادرار عنوان شده است و نزدیک به ۱۰/۹٪ به این مشکل مبتلا بوده‌اند. از نظر وضعیت حرکتی، بیش از ۵۰٪ سالمندان دارای اختلال حرکتی هستند. از نظر وضعیت دندان‌ها، حدود ۶۰/۶٪ پاسخگویان به مشکل دهان و دندان دچارند. این درحالی است که ۳۸٪ از آن‌ها فاقد این مشکل هستند. حدود ۱۸٪ زنان و مردان سالمند شهری و ۱۳/۸٪ سالمندان روستایی دارای دندان مصنوعی بوده و تنها ۵/۲٪ زنان و ۶٪ مردان سالمند دارای دندان طبیعی هستند و به طور کلی ۷-۱۰٪ سالمندان بدون دندان هستند.

- اقتصاد سلامت سالمندی

هزینه‌های بخش بهداشت و درمان سالمندی از نوع هزینه‌های مستقیم و قابل اندازه‌گیری و شناخته شده این دوره از زندگی می‌باشد. به طور غیرمستقیم نیز سالمندی هزینه‌هایی را بر جامعه تحمیل می‌کند، پایین بودن سن بازنشستگی علیرغم افزایش امید به زندگی، اتخاذ برخی سیاست‌های ناظر به بازنشستگی اجباری و مشارکت زنان در بازار کار (عمدتاً به علت مطالبه دستمزد کمتر از سوی زنان در خیلی از موارد)؛ بار سنگینی را بر دوش صندوق‌های بازنشستگی می‌گذارد و از طرف دیگر با خارج کردن زودرس نیروی کار آزموده از بازار تولید و خدمات؛ سازمان‌ها را از تجربه سازمانی خالی می‌کند و مراقبت از سالمندان در منزل را که عمده‌تاً توسط زنان و بدون دریافت دستمزد (رایگان) صورت می‌گیرد، تحت تأثیر قرار داده و ساده‌ترین مراقبت‌های خانگی مورد نیاز را طبیب محور و دارو و درمان محور می‌نماید که صرفه هزینه‌های چشمگیری می‌طلبد.

جدول متوسط هزینه کل و هزینه بهداشت و درمان سالمندان کشور از سال ۱۳۷۵ تا ۱۳۹۵

سال	میانگین هزینه کل (سالانه) ریال	سهم هزینه بهداشت و درمان از هزینه کل
۱۳۷۵	۸۰۹۴۸۲۹	۱,۴
۱۳۸۰	۱۹۵۵۰۰۲۰	۸,۴
۱۳۸۵	۴۳۲۰۲۸۸۴	۸,۷
۱۳۹۰	۹۸۱۸۹۶۰۰	۹,۲
۱۳۹۵	۱۰۶۱۰۴۴۷۶۸	۱۰,۵

گزارش وزارت بهداشت (۱۳۹۶)

برنامه‌های سالمندی سازمان‌ها و نهادهای رفاهی و حمایتی

- کمیته امداد امام خمینی (ره)

کمیته امداد امام با توجه به مأموریت‌های ذاتی خود از سالمندان نیازمند حمایت‌های مادی و معنوی را انجام می‌دهد. تعریف سالمند در کمیته امداد افراد دارای ۶۰ سال و بیشتر که نیازمندی آنها مورد تأیید این نهاد قرار گرفته را شامل می‌شود.

- سازمان بهزیستی

سازمان بهزیستی به عنوان یکی از مهمترین سازمان‌های زیر مجموعه وزارت تعاون، رفاه و کار و امور اجتماعی که اصلی‌ترین وزارتخانه‌های امور رفاهی و بیمه‌ای کشور است، به موجب لایحه قانونی تشکیل سازمان بهزیستی کشور (مصوب ۵۹/۳/۲۴) در کنار سایر وظایف خود، مسئولیت نگهداری از سالمندان نیازمند را به عهده دارد. این سازمان، خدمات خود به سالمندان را در قالب موارد ذیل ارائه می‌دهد. (سازمان بهزیستی، ۱۳۹۹)

- صندوق بازنشستگی کشوری

صندوق‌های بازنشستگی وظیفه تأمین سلامت (خدمات درمانی) و معیشت بیمه شدگان را در دوران سالمندی بر عهده دارند. پروژه خانه‌های امید غیر از پرداخت مستمری از مهمترین برنامه‌های این صندوق می‌باشد. (صندوق بازنشستگی کشوری، ۱۳۹۹)

- سازمان تأمین اجتماعی

خدماتی که همه اکنون طبق قانون به افراد تحت پوشش سازمان تأمین اجتماعی تعلق می‌گیرد، عبارتند از: کمک‌های بلند مدت، مستمری بازنشستگی، مستمری از کارافتادگی کلی، مستمری از کار افتادگی جزئی، مستمری بازماندگان.

کمک‌های کوتاه مدت: ۱. حمایت‌های درمانی در موارد بیماری، بارداری، حوادث و غیره ۲. غرامت دستمزد ایام بیماری، غرامت دستمزد ایام بارداری ۳. هزینه سفر و اقامت بیمار و همراه ۴. پروتز و اورتز (تأمین هزینه وسایل کمک پزشکی) ۵. غرامت نقص عضو مقطوع ۶. کمک هزینه ازدواج ۷. هزینه کفن و دفن ۸. مقرری بیمه بیکاری

مهمترین برنامه‌های این سازمان به جز پرداخت مستمری و حمایت‌های سلامت، اجرای برنامه‌های فرهنگی و اجتماعی برای بازنشستگان با هدف تقویت و ارتقاء سلامت روحی و همچنین ترویج فرهنگ ورزش و سلامتی و با اجرای کارت منزلت به دنبال احیا منزلت سالمندان می‌باشد. (شیرعلی، ۱۳۹۸)

- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

وزارت بهداشت 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. در راستای برنامه‌های سالمندی دانشگاه‌های علوم پزشکی و دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی اقدام به برگزاری دوره‌های آموزش سالمندی در مقاطع کارشناسی ارشد پرستاری سالمندی، MPH سالمندی و phd سالمندی نموده است. همچنین مراکز تحقیقات سالمندی در پاره‌ای از دانشگاه‌های کشور منجمله کلینیک و بخش طب سالمندان در بیمارستان‌های آیت‌الله طالقانی و رسول اکرم (ص) شروع به فعالیت کرده است.

- دبیرخانه شورای ملی سالمندان

این شورا که با هدف سیاست‌گذاری، تصویب و اجرای برنامه‌های مربوط در جهت تأمین سلامت و رفاه سالمندان کشور به ریاست وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و دبیری سازمان بهزیستی کشور به منظور ساماندهی سلامت و رفاه سالمندان که جلسات آن بایستی هر شش ماه یک بار در حضور رئیس جمهوری تشکیل می‌شد در سال ۱۳۸۳ تشکیل گردید. (دبیر- خانه سالمندی، ۱۳۹۹) دبیرخانه شورای ملی سالمندان اولین سند ملی سالمندان ایران با هدف پاسخ هماهنگ به چالش‌ها و فرصت‌های ناشی از سالخوردگی جمعیت ایران، برای رسیدن به بهترین نتیجه و به عنوان چارچوبی برای هدایت سیاست‌گذاری‌ها، برنامه‌ها و فعالیت‌های آینده در امور سالمندان کشور را تدوین کرده است. تدوین برنامه عملیاتی تحقق سند ملی سالمندی و اختصاص ردیف بودجه‌ای مستقل برای تحقق آن در بودجه ۱۳۹۹ تدوین آیین‌نامه داخلی شورای ملی سالمندان کشور و تشکیل کارگروه‌های تخصصی حوزه سالمندی، طرح توانمند سازی زنان سالمند، طرح ایجاد محیط دوستدار سالمند، طرح توسعه مبتنی بر محله محور، طرح تأسیس و توانمندسازی بنیادهای فرزندانگان، طرح پیشگیری و مقابله با سالمند آزاری از برنامه‌های مهم این دبیرخانه می‌باشد.

چارچوب نظری

ریشه کلمه آسیب از Path یا Patho می‌باشد که به صورت پیشوند به کار رفته و مشتق از کلمه یونانی pathos به معنی احساسات، تجربه، غضب، رنج، محنت و آسیب می‌باشد و با

Logy به معنی شناخت و پساوند «شناسی» ترکیب شده است. در زبان فارسی، ناخوشی‌شناسی علم تشخیص امراض، مطالعه علائم غیرعادی، انحراف از حالت طبیعی و ... دیدگاه پزشکی به فرآیند (Process) ریشه‌یابی بیماری‌ها گفته می‌شود اما به سبب اینکه گاهی تشخیص بیماری از سلامتی دشوار است از این‌رو، جامعه‌شناسانی که این واژه را وام گرفته‌اند، آسیب‌شناسی اجتماعی ساخته‌اند. (ستوده، ۱۳۸۴: ۱۷)

جامعه‌شناسی که واژه پاتولوژی را از فرهنگ پزشکی به منظور اشاره به دردها و بیماری‌های اجتماعی به عاریت گرفته‌اند، انحراف از هر نوع هنجار اجتماعی (Social Norm) و هر اختلال کارکرد نظام اجتماعی (Social System) را به گونه‌ای به مبحث آسیب‌شناسی اجتماعی ربط داده‌اند و مباحث مربوط به انحرافات، ناهنجاری‌ها، اختلالات رفتاری، بزهکاری‌ها و به طور عام مسائل و مشکلات اجتماعی را تحت مبحث کلی‌تری به نام دردشناسی یا آسیب‌شناسی اجتماعی مطرح می‌کنند. (محسنی تبریزی، ۱۳۸۳: ۲۵) آسیب‌شناسی موقعیتی نابهنجار و یا حالتی زیست‌شناختی را گویند که در آن یک ارگانیزم از عملکرد صحیح و مناسب منع شده است یا باز مانده است. اصطلاح آسیب‌شناسی در همه رشته‌های علوم اعم از کاربردی و انتزاعی پایه و غیر پایه، تجربی و طبیعی، انسانی و غیرانسانی و به ویژه در علم روان‌شناسی و جامعه‌شناسی کاربرد خاص خود را دارد.

مهمترین و شاید بنیادی‌ترین موضوع در فرآیند آسیب‌شناسی، شناخت مسئله است. باید مسئله را از آن جهت شناسایی و بررسی کرد که آیا مسئله موجود در دستور کار یک مسئله عمومی است. وجود برداشت‌های روشن و منسجم از مصالح و منافع عمومی شاید بهترین معیار برای تبیین سیاست‌های رفاهی باشد. سوالی که در این زمینه به ذهن متبادر می‌شود این است که آیا تعریف واحد و هماهنگ از مصالح و منافع عمومی نزد تصمیم‌گیران و سیاست‌گذاران وجود دارد که همگی براساس آن به سامان امور عمومی بپردازند؟ هر مسئله‌ای در چرخه حیات خود، هنگامی مدنظر سیاست‌گذاران قرار می‌گیرد که با ویژگی خاص مناسب در دستور کار سیاست‌گذاری قرار گرفته باشد. با این نظر آسیب‌شناسی از این جهت حائز اهمیت است که آسیب می‌تواند به بحران یا معضل منجر شود و بحران نیز همان‌گونه که هابرماس اشاره می‌کند حاکی از بی‌کارکرد شدن سیستم است، یعنی باز ماندن از تولید آن چه که باید در اختیار سایر نهادها قرار دهد. (مقتدائی، ۱۳۹۵: ۱۷) بنابراین در تعریف یک مسئله یا مشکل گفته می‌شود اختلاف میان آن چه باید اتفاق می‌افتاد و آنچه که اتفاق افتاده است. به گونه‌ای که نیاز به اصلاح احساس گردد. (الوانی، ۱۳۸۰: ۴۰) تعریف یک مشکل و علت‌های بروز آن همیشه کار ساده‌ای نیست و جستجوی پاسخ نیز مستلزم بررسی دیدگاه‌های مختلفی است.

مهمترین گام در شناخت مسائل مستلزم داشتن یا تبیین یک‌سری مولفه‌ها همانند، شناسایی وضع موجود، تعیین اینکه وضع مطلوب کدام است و بر چه معیاری استوار است و یا شناسایی وضع موجود با چه ابزارها و معیارهای سنجیده می‌شود و یا الگوی بیمه اجتماعی مطلوب کدام است و سایر مسائل از این دست، موضوعات و مباحثی است که پیش از تعریف مسئله باید در دستور کار سیاست‌گذاری قرار گیرند. بر این اساس از جمله مهمترین عوامل رشد و ترقی هر پدیده‌ای شناسایی آسیب‌ها و رفع برای تداوم حیات آن پدیده است، فلذا با اوصاف فوق به نظر می‌رسد، آسیب‌های برنامه‌ها و الگوهای موجود در حوزه سالمندی، در بخش‌های ذیل قابل احصا باشد.

آسیب شناسی نهادهای متولی سالمندان

نهادهای و سازمان‌های متولی در امر سالمندی و در اجرای سیاست‌های سالمندی مداخله دارند. محرز است که سازماندهی و ایجاد هماهنگی بین سازمان‌های مجری سیاست با ساختار-های اجرایی امکان‌پذیر است، اما بسیار اتفاق افتاده است که در چارچوب برنامه‌های توسعه و قانون بودجه سالانه سیاست‌های مناسبی برای توسعه رفاه خصوصا بیمه‌های اجتماعی وضع می‌شود و سازمان‌های زیادی در اجرای آن درگیر می‌شوند اما چون ارتباط مناسبی میان این سازمان‌ها برقرار نشده و تفکیک و توزیع وظایف همپوشانی دارد دستگاه‌ها در اجرای سیاست ناتوانند به‌طوری که دستگاه‌های مختلف مانند کمیته امداد امام خمینی^(۵)، سازمان بهزیستی، سازمان تأمین اجتماعی، وزارت بهداشت، سازمان بیمه اجتماعی روستاییان و عشایر و صندوق-های بازنشستگی هر کدام متولی بخشی از حوزه رفاهی هستند. اما در مواجهه با بحران امکان پشتیبانی از دیگری وجود ندارد.

به منظور رفع این نقیصه سیاست‌گذار برای ایجاد فرماندهی واحد در این حوزه قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی را تصویب نمود. اما علی‌رغم آن (ایجاد مدیریت واحد) نقطه انفصال آنها کاملاً مشهودست و به صورت موزاییکی در کنار هم قرار گرفته‌اند. به نظر می‌رسد، هماهنگی ضعیف و ارتباط غیر پویا، متعامل و نظام‌مند بین واحدهای مختلف این حوزه‌ها و اجزای هر یک از آنها سبب شده است سیاست‌گذاران نتوانند به اطلاعات جامع مورد نیاز برسند و ساختارهای اجرایی لازم را بر اساس یافته‌ها برای تدوین و اجرای سیاست‌های بلند مدت را در نظر بگیرند. (سبحانیان، ۱۳۹۵)

زمانی که ارتباط هماهنگ و تعاملی میان سازمان‌ها و برنامه وجود نداشته باشد طراحی ساختار اجرایی برای اجرای مناسب سیاست‌ها امکان‌پذیر نخواهد بود و این در بسیاری از سیاست‌ها و قوانین مرتبط با این حوزه اتفاق افتاده است. بسیاری از سازمان‌های رفاهی در حیطه

وظایف یکدیگر مداخله می‌کنند مانند بحث درمان که هر دستگاه به فراخور امکانات برای کارکنان خود مراکز بهداشتی و درمانی دایر نموده است. تعدادی از این نهادها علیرغم اینکه بودجه آنها از محل درآمدهای عمومی تامین می‌شود، نه تنها مستقل از دولت عمل می‌کنند بلکه اساساً پاسخگوی عملکرد خود به حوزه‌های بالادستی هم نیستند. این مداخلات به سمت و سوی خود-کاهندگی پیش می‌رود و نهایتاً میزان بهره‌ورزی را به سمت صفر سوق خواهد داد. بدیهی است توازی وظایف و فعالیت بین دستگاه‌ها در زمینه‌هایی که به لحاظ موضوع و به لحاظ اقشار تحت پوشش، مشابه یکدیگرند، مانع از ارائه خدمات مناسب شده و موجب اتلاف منابع مالی و انسانی کشور به ویژه در بخش رفاه اجتماعی می‌گردد. بنابراین اجرای موثر برنامه‌ها در راستای تحقق اهداف سیاست‌های کلان رفاهی، مستلزم هماهنگی، ارزیاب و سنجش فعالیت‌ها و عملکرد سازمان‌ها و نهادهای مرتبط با آن است.

آسیب شناسی سیاست‌گذاری در حوزه رفاه اجتماعی

سیاست‌گذاری عمومی را به عنوان آن چه دولت تصمیم می‌گیرد انجام دهد و یا انجام ندهد تعریف می‌کنند. (الوانی، ۱۳۸۰) بر اساس این تعریف پرداختن به مباحث بیمه‌های اجتماعی در ایران با توجه به تأکیدها در قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران در اصل سوم که در ۱۶ مورد به وظایف دولت پرداخته شده و از جمله در بند ۱۲ از پی‌ریزی اقتصاد صحیح و عادلانه بر طبق ضوابط اسلامی جهت ایجاد رفاه و رفع فقر و بر طرف ساختن هر نوع محرومیت در زمینه‌های تغذیه، مسکن، کار بهداشتی و تعمیم بیمه سخن گفته شده است و در بند ۴ از ایجاد بیمه خاص بیوگان و زنان سالخورده و بی‌سرپرست یاد می‌شود.

به طور کلی رفاه و تامین اجتماعی به معنای عام آن منبعث از سیاست‌های اقتصادی دولت است و دولت به عنوان عالی‌ترین مظهر اجرای کارکرد رفاهی اعم از بیمه‌ای و غیره ایفای نقش می‌نماید. (وزارت تعاون کار و رفاه اجتماعی، ۱۳۹۹) در این بین وجود بسترها و قوانین برای تامین منابع مالی و پولی یکی از موارد اجرای موفق سیاست‌ها در این حوزه است. ماهیت چند بعدی و گستردگی مسائل حوزه بیمه‌های اجتماعی یا بطور عام‌تر رفاه و تامین اجتماعی مستلزم ایفای نقش و حمایت مداوم از سوی دولت و سایر قوا است که معمولاً در چارچوب قوانین مصوب صورت می‌گیرد. اما با توجه به اینکه فرایندهای این حوزه به صورت مجموعه‌ای از عوامل مانند اعتقادات و ارزش‌های انسانی و جامعه، دانش و فن بیمه‌ای، فشار و اعمال نفوذ، قوانین و مقررات له یا علیه، حمایت و عدم حمایت از سوی گروه‌های ذینفع و...، تجلی یافته است لذا قوانین گسترده و ضد و نقیض‌اند. به طور مثال درسند چشم انداز بیست ساله در مورد برخورداری از سلامت، رفاه، امنیت غذایی، تامین اجتماعی، فرصت‌های برابر، توزیع مناسب

درآمد و... به صراحت اعلام شده است. حال آنکه مکرر ملاحظه شده است که قوانین ضد تأمین اجتماعی تصویب شده است. (نوسازی صنایع، مشاغل سخت و زیان آور و...)

بنابراین همان‌طور که بیان شد در ایران دولت به معنای قوه مجریه در حوزه سیاست‌گذاری عمومی نقش حداکثری را دارد. از این‌رو رهیافت سیستمی در سیاست‌گذاری عمومی نیازمند توجه به مساله زمان است. دولت‌ها تحت فشار و در محدودیت زمانی تصمیم می‌گیرند. در حالی که تحلیل و تصمیم سیستمی مستلزم صرف وقت و نگاه همه جانبه است. رسم غالب در ایران بر این است که در نظام تصمیم‌گیری توجه به دیدگاه‌های علمی در قالب نظریات کارشناسی صورت می‌گیرد نه توجه به فعالیت نظامند پژوهشی و استفاده از نتایج آن در تدوین بسته سیاستی. از طرفی نیز حداکثر توجه به ابزارهای دولتی و اجباری در تدوین سیاست‌ها و قوانین مشهود است. بر اساس این دیدگاه سازمان به مسائل عمومی و اجتماعی تحت قلمرو خود توجهی نمی‌کند و یا کمتر حساسیت به خرج می‌دهد و سپس در مقابل سیاست‌های وضع شده نیز از خود مقاومت به خرج می‌دهد.

لذا سیاست‌هایی که از لحاظ کمی در کوتاه مدت قابل حصول هستند بر نتایج اقدامات کیفی بلند مدت حاصل از تدوین استراتژی، بیشتر ترجیح داده می‌شود (مانند تمایل به افتتاح زود هنگام طرح‌های عمرانی مانند احداث مراکز درمانی) بر این اساس تفکر تغییرات تدریجی به لحاظ نگرش بخشی، حاکم نیست و مدیریت اجرایی، شکست یک طرح را به منزله توجیه طرح جدید تلقی می‌کند و این به نظر می‌رسد بزرگترین مشکل مدیریت باشد.

این مطلب را شاید بتوان با موضوع جامعه کلنگی مقایسه کرد، یعنی جامعه‌ای که در آن انباشت دراز مدت علم، دانش، سرمایه و فرهنگ مشکل است و در نتیجه یا درجا می‌زند یا در اثر نوسانات گهگاهی از نو شروع می‌کند. چون خیلی از برنامه‌هایی هم که در کوتاه مدت ساخته شده است را خراب می‌کند تا از نو بسازد و این سیاست‌ها بناهای قرص و محکم و کاملاً قابل استفاده یا قابل ترمیم نیستند و به نظر می‌رسد خیلی از تصمیمات درون سازمان‌ها تابع این موضوع باشد. همچنین به نظر می‌رسد که در بسیاری از برنامه‌ریزی‌ها نمایندگان مجلس و سیاست‌گذاری دیدگاه‌های منطقه‌ای و بخشی خود را در سیاست‌ها اعمال می‌کنند. لذا استفاده از الگو و روش منسجم و نظام‌مندی در فرایند سیاست‌گذاری در این حوزه کمتر مشاهده می‌شود. در این بین تأثیر گروه‌های سیاسی بر فرایند سیاست‌گذاری در ایران در مقایسه با گروه‌های ذی نفوذ مدنی و حرفه‌ای حداکثری است. از این‌رو بخش‌های غیردولتی و نهادهای مدنی مشارکت حداقلی در این فرآیند درآیند. طولانی بودن روند تصمیم‌گیری از یک سو و محدود بودن مبادی اطلاعات به ویژه مبادی اطلاعات غیردولتی و اعتماد پایین به اطلاعات این بخش از سوی

دیگر بخشی از کاستی‌های حوزه سیاست‌گذاری بیمه‌های اجتماعی در عمل است. از سوی دیگر وجود لابی‌های گسترده در صحن علنی مجلس و کمیسیون‌ها (برای تأمین نظر دستگاه متبوع) به ویژه از سوی بورکراسی و سازمان دولتی (قوه مجریه) و عدم ارتباط تعاملی بین بخش‌های سه گانه دولت، بخش خصوصی و نهاد مدنی باعث ضعف این بخش شده است. بنابراین از واقعیت‌های موجود در فرایند سیاست‌گذاری بیمه‌ای در ایران این است که بسته‌های سیاستی در فرآیند بررسی تحت تاثیر عوامل مختلف دچار تغییراتی می‌شوند و در نتیجه همخوانی با مأموریت اصلی تعیین شده برای دستگاه متبوع ندارد و سیستم ارزیابی سیاست در مورد آن نیز ناکارآمد است و عنوان مثال خیلی از سازمان‌ها و نهادی متولی امر سیاست‌گذاری رفاه وجود دارد که اقدام‌های موازی آنها مورد ارزیابی واقع نمی‌شود در حالی که بخش عظیمی از بودجه عمومی مربوط به رفاه اجتماعی را در اختیار دارند. (حیدرپور، ۱۳۹۸)

آسیب شناسی برنامه‌ها و الگوهای سالمندی در سازمان تأمین اجتماعی

به منظور انسجام و مدیریت واحد در حوزه رفاه اجتماعی و کاهش مشکلات این حوزه که در سطور فوق به آن اشاره شد، قانون ساختار نظام رفاه و تأمین اجتماعی با هدف جامعیت‌نگری، انتظام بخشی و یکپارچگی در برنامه‌ها و فعالیت‌های بخش تأمین اجتماعی کشور طراحی گردید. طرح این قانون با این هدف شکل گرفت که نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی در کشور وجود ندارد و خود این قانون نیز برآمده از ماده ۴۰ برنامه سوم توسعه است. تصویب این قانون در سال ۱۳۸۳ نقطه عطفی در تاریخ تأمین اجتماعی است. مروری بردستگاه‌های مرتبط با حوزه رفاه و تأمین اجتماعی در کشور ایران نشان می‌دهد که هر چند نظام تأمین اجتماعی در جایگاه خود در بلند مدت بسیار ارزنده و منشاء کمک‌ها و خدماتی تعیین کننده بوده است. اما مجموعه دستگاه‌های موجود و مرتبط با رفاه و تأمین اجتماعی کشور این واقعیت را آشکار کرده‌اند که در حال حاضر جوابگوی جمعیت فعلی کشور نیستند و آمادگی لازم برای برخورد با چالش‌های بزرگ پیش روی خود را ندارند و از تعامل سازمان یافته و توسعه‌ای با دیگر بخش‌های اجتماعی و اقتصادی ناتوان بوده‌اند.

تجربه تاریخی در کشور ما نشان می‌دهد که با وجود آنکه در بسیاری از لوایح و طرح‌ها در مرحله نوشتار از ساختار منسجم و ایده آلی برخوردارند اما در مرحله اجرا توفیق چندانی پیدا نکرده‌اند در این میان قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی که برآمده از برنامه سوم توسعه است محورهای مهمی را برای توسعه و جامعیت نظام فراگیر تأمین اجتماعی پیش‌بینی کرده و این موارد در برنامه چهارم توسعه نیز مورد تاکید قرار گرفت اما به دلیل عدم پیگیری اهداف محقق نشد و در نتیجه پیشرفت چشمگیری در گسترش نظام رفاهی و بیمه‌ای حاصل

نشد. هرچند در دو دهه اخیر تلاش‌هایی صورت گرفته که کارگزاران توسعه فراتر از دولت قرار گیرند. اما در عمل کارگزار اصلی حوزه رفاه و تأمین اجتماعی در ایران همچنان دولت است که سهم و نقش دولت در مقام سیاست‌گذار و مجری در قالب برنامه‌های توسعه به خوبی واضح است. (سبحانیان، ۱۳۹۵، و امیدی ۱۳۹۳)

آسیب شناسی برنامه‌های فرهنگی و اجتماعی سازمان تأمین اجتماعی

یکی از نیازهایی که بازنشستگان و مستمری بگیران سازمان تأمین اجتماعی دارند، علاوه بر نیازهای اقتصادی، معیشتی و درمانی، نیازهای اجتماعی و فرهنگی است. نیازهای که به نوعی آبراهام مازلو نیز بعد از مطرح کردن نیازهای اساسی و فیزیولوژیکی به آن پرداخته است. مثل نیاز به امنیت یا نیاز به احترام و خود شکوفایی. از این رو یکی از رسالت‌های سازمان تأمین اجتماعی در چهارچوب وظایف محوله به سازمان، توجه به نیازهای اجتماعی و فرهنگی بازنشستگان و سالمندان در کنار توجه به مستمری و نیازهای بهداشتی و تلاش و برنامه ریزی جهت شناسایی و رفع مهمترین نیازها بهداشتی و اولویت‌های بازنشستگان است. این برنامه‌ها می‌تواند بر به-زیستن و مخاطرات موجود در دوران سالمندی به ویژه برای گروه‌های حاشیه‌ای باشد. تدوین و اجرای سیاست‌ها و برنامه‌هایی در این زمینه می‌تواند به سالمندی فعال کمک کند.

بررسی این برنامه‌ها نشان می‌دهد که سالمندان رضایت نسبی از این برنامه‌ها دارند، اما ضعف‌هایی را در پوشش بر مبنای جمعیت استان‌ها و فاصله جغرافیایی شهرهای هر استان و عدم تنوع در مکان زیارتی با توجه به تنوع قومی و مذهبی در ایران از مشکلات این برنامه‌ها ذکر کرد. (شیرعلی، ۱۳۹۹)

همانطور که در ماده (۹) قانون نظام جامع رفاه اجتماعی آمده است، ضروری است، تدوین برنامه‌های راهبردی بابت سالمندان بر مبنای "پیشگیری"، "فراگیری"، "حمایتی"، "توانمندسازی" و "کارگستری" در سازمان تأمین اجتماعی لازم است.

برنامه‌ها و الگوهای مطلوب سالمندی

نظام تأمین اجتماعی در کشورهای مختلف برای نیل به اهداف والای انسانی و اجتماعی از جمله تحقق عدالت اجتماعی، ایجاد امنیت و آرامش خاطر در زندگی اجتماعی (امنیت اقتصادی، اجتماعی، سیاسی، شغلی و...) و تأمین سطح مناسب معاش شکل گرفته است. یکی از موضوعات اصلی سیاست‌گذاری اجتماعی در حال حاضر تنظیم نیازهای عمومی جامعه به ویژه در حوزه نیازهای عمومی شهروندان است. یک سیاست خوب سیاستی است که از سوی جامعه پذیرفته شود، ماندگار باشد و شهروندان و گروه‌های هدف احساس کنند که منافع آنان را تأمین می-

کند و از نظر تکنیکی صحیح و با معیارهای مورد ارزیابی مطابقت داشته و انعکاسی از ارزش‌های جامعه باشد.

در ایران و بخصوص در دو دهه گذشته سیاست‌های رفاه و تأمین اجتماعی به صورت بی‌اثری اجرا گردیده، مانند اجرای قانون بیمه کارگران ساختمان که عملاً جامعه هم کمترین استفاده را از آن می‌برد. بنابراین سبد بیمه اجتماعی به فراخور با پرداخت حق بیمه مردم، اجرای نظام جامع، اجرای بیمه سلامت همگانی، گسترش بیمه اجباری، حمایت‌های اجتماعی و توانمندسازی گروه‌های ناتوان اجتماعی، مبارزه با فقر آموزشی، غذایی و تأمین امنیت زندگی و یا به عبارت دیگر موضوع اصلی این سیاست‌های رفاه در قالب بحث بیمه مقابله با آثار و نتایج انواع رنج‌های اجتماعی چون: بیکاری، بیماری، هزینه‌های سنگین درمان، فقر، بی‌قدرتی و ضعف است. (حیدری‌پور، ۱۳۹۸ و شریفی، ۱۳۹۲)

مشکلات پیش‌روی تأمین اجتماعی توسعه‌گرا

قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی که در اردیبهشت سال ۱۳۸۳ به تصویب نهایی مجلس شورای اسلامی رسید، حاوی قوانین جامعی در خصوص مسائل اجتماعی از جمله سالمندی بود. بندهای (الف)، (ج)، (ی) بند (۱) قانون مذکور به "بازنشستگی"، "از کارافتادگی"، "بیوگان" و "زنان سالخورده" به عنوان 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 بیمه ای 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. به علاوه 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.

تأمین اجتماعی از یک سو زمینه ساز و بستر اصلی شکل‌گیری و اجرای حرکت‌های معطوف به توسعه و از سوی دیگر هدف توسعه است (غفاری، ۱۳۹۴) و براساس قوانین مصوب حداقل در یک دهه اخیر به تأمین اجتماعی به عنوان یکی از ضرورت‌ها و زیر ساخت‌های توسعه اقتصادی و تحقق عدالت اجتماعی نگریده شده است. در واقع می‌توان گفت از جمله اهداف اصلی برنامه‌های توسعه‌ای، تحقق نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی به صورت فراگیر کامل و مکفی بر پاشنه تأمین اجتماعی است. اما در عمل در دو دهه اخیر قوانین ضد توسعه تأمین اجتماعی نظیر بازنشستگی زود هنگام، معافیت‌های بیمه‌ای، واگذاری‌های غیر کارشناسی و... که این خود از عمده‌ترین آسیب‌های وارده به این حوزه است.

تجربه‌های جهانی نشان می‌دهد اصلاحات نظام اقتصادی کشورها به طور اجتناب ناپذیری پیامدهایی چون تورم، بیکاری، کاهش درآمد، بی‌ثباتی شغلی و... را به همراه داشته و ضروری است تمهیدات مناسبی برای آن اندیشیده شود. این چرخه چندین بار در کشور ما تجربه شده است و نظام تأمین اجتماعی هر بار ضربه‌گیر این موضوع شده است بدون اینکه حمایت اساسی از سوی دولت به عمل آمده باشد. در این فراز و فرود علاوه بر اینکه حمایت از نیروی فعال کار جامعه در حوزه تولید و تامین آتیه ایشان از نظر حمایت‌های فوق براساس قانون برای جامعه مولد کشور بدون حمایت عملی دولت به عهده سازمان تأمین اجتماعی گذاشته شده است. از طرفی سر ریز سایر بحران‌های کارگری (به دلایل اقتصادی) از طریق گسیل برای دریافت بیمه از آسیب‌های جدی است. مسئله‌ای که تاکنون به آن بطور جدی پرداخته نشده است. همچنین موضوعاتی نظیر هلدینگ‌های شستا، کسرمنابع، ادغام صندوق‌ها، تفکیک درمان به مسائل حل نشده تبدیل شده و این نیز از دیگر آسیب‌ها است که با روی کار آمدن هر دولت تکرار می‌شود. علی‌ایحال بر اساس مدل چرخه‌ای سیاست‌گذاری عمومی و با حمایت نه دخالت دولت و توجه ویژه سیاست‌گذاران و حذف اقدامات موازی و ادغام دستگاه‌های متولی، گستره اقدامات تامین اجتماعی می‌تواند شامل حمایت از کار خانوارهای بی‌سرپرست، بازنشستگی، بیمه بیکاری، از کار افتادگی، کمک مربوط به دشواری‌های کاری، کمک برای توانمندسازی و حمایت از ناتوان‌ها، کمک مربوط به مسکن، خدمت‌رسانی به فقرا و کم درآمد‌ها بشود. بنابراین برای غلبه بر چالش‌های فوق باید به یک بازنگری بنیادی در ساختارهای بیمه تأمین اجتماعی داد. (امیدی، ۱۳۹۳)

چالش‌های تئوریک تدوین برنامه‌ها سالمندی

برنامه‌های سالمندی برای موفقیت نیازمند غلبه بر چالش‌های کلیدی ذیل می‌باشد.

الف) توجه به تفاوت‌های سالمندان

یکی از چالش‌های عمده ناشی از تفاوت‌ها در سلامتی حالت‌های مختلف عملکرد سالمندان می‌باشد. این تغییرات فیزیولوژیک در طول زمان بدون ارتباط با سن تقویمی، رخ می‌دهند. لذا سیاست‌های بهداشت عمومی باید برای به حداکثر رساندن تعداد زیادی از مردم جهت تجربه مسیر مثبت از سالمندی، تنظیم شوند و باید برای شکستن موانعی که مشارکت اجتماعی مداوم و همکاری آن‌ها را محدود کند، اقدام نمایند. روبرت جی هاوگرت، یکی از پدران علم سالمند شناسی مدرن، اشاره کرده است که بحث از هر منظری «تأییدی بر ارزش‌های خاص» خواهد بود. پیشنهادات او در بعضی از حوزه‌ها تا به امروز باقی مانده است. بنابراین، تنوع زیاد در تجربه سالمندی حاکی از آن است که هر دیدگاهی مشتمل بر حقایقی است. اگر چه بسیاری از

مردم همچنان که در حال تجربه سالمندی خود هستند، برخی خود را رها کرده‌اند. برخی سلامت خوب را تجربه می‌کنند اما برخی دیگر از دست دادن قابل توجهی از ظرفیت خود و نیاز به مراقبت‌های زیاد را تجربه می‌کنند. خط مشی‌ها نمی‌توانند فقط در یک سر این طیف تمرکز کنند.

ب) اثرات بی‌عدالتی

تفاوت‌های دیده شده در سن بالا تصادفی نیست. برخی از تفاوت‌ها به دلیل وراثت ژنتیکی و یا مسیر زندگی انتخاب شده توسط افراد می‌باشد اما بسیاری تحت تأثیر نفوذ عواملی هستند که اغلب خارج از کنترل فرد یا خارج از گزینه‌های در دسترس به آن‌ها می‌باشد. این عوامل به طور مستقیم با محیط‌های فیزیکی و اجتماعی مرتبط بوده و بر سلامت مردم تأثیرگذار هستند و یا از طریق موانع و یا انگیزه‌هایی که بر فرصت‌ها، تصمیم‌گیری‌ها و رفتار تأثیر می‌گذارد، مرتبط است. علاوه بر این، ارتباط ما با محیط و توجه به بسیاری از ویژگی‌های فردی از جمله خانواده، جنس و قومیت متفاوت می‌باشد. اثرات محیطی اغلب با این ویژگی‌ها به طور غیر مستقیم، منجر به نابرابری‌های بهداشتی اجتناب ناپذیر است. در واقع در سراسر دوره زندگی ما بخش قابل توجهی از تفاوت‌های گسترده ظرفیت و شرایط ما در سن بالا به احتمال زیاد متأثر از این نابرابری‌های بهداشتی، می‌باشد. به خاطر این است که گاهی اوقات به عنوان انباشت سود یا انباشت ضرر نامیده می‌شود. (امیدی، ۱۳۹۳ و حیدرپور، ۱۳۹۸)

ج) تصورات منسوخ، انتظارات جدید

برخی از مهمترین موانع سر راه توسعه سیاست‌های بهداشت عمومی مناسب به دلیل تصورات اشتباه، نگرش‌ها و مفروضات در مورد سالمندان می‌باشد. با وجود شواهد قابل توجهی که نشان دهنده کمک سالمندان از طرق مختلف به جامعه می‌باشد، ولی اغلب آن‌ها را به عنوان یک کلیشه آسیب‌پذیر، غیر قابل لمس، سنگین و یا وابسته نشان می‌دهند. این نگرش به سالمندی راه‌های رفع مشکلات، مطالبات و ظرفیت کسب فرصت‌های نوآورانه را محدود می‌کند. به عنوان نقطه شروع برای سیاست‌گذاری، اغلب تأکید زیادی بر مهار هزینه دارند. این تصورات منسوخ ما اغلب دوره زندگی را به مراحل ثابتی دسته‌بندی می‌کند. در محیط‌های با درآمد بالا، این مراحل معمولاً به دوران کودکی، دانش آموزی، دوره مشخص از سن و کار و سپس بازنشستگی تقسیم بندی می‌شود. با این وجود این ساختارهای اجتماعی مبنای فیزیولوژیک اندکی دارند. مفهوم بازنشستگی نسبتاً جدید است و برای بسیاری از مردم در کشورهای با درآمد پائین و یا متوسط غیر عملی و در حد تئوری باقی مانده است. این ایده که یادگیری چیزی است که باید تنها در طول مراحل اولیه زندگی رخ دهد نشان دهنده الگوهای منسوخ شده‌ای است که در آن

فرد برای کار و خوشبختی در زندگی آموزش ببیند. (سند ملی راهبردی سالمندان، ۱۳۹۹)

د- تغییرات جهانی

نه تنها سالمندان امروز می‌توانند انتظار زندگی بسیار طولانی‌تر از پیش از این را داشته باشند، بلکه جهان اطراف آن‌ها تغییر کرده است. به عنوان مثال در ۵۰ سال گذشته یک انتقال جمعیتی از مناطق روستایی به زندگی شهری را دیده‌اند. در حال حاضر، برای اولین بار، اکثریت جمعیت جهان در شهرها زندگی می‌کنند. جهان نیز به واسطه توسعه اجتماعی و اقتصادی تقریباً جهانی بسیار ثروتمندتر شده است، اگر چه در بسیاری از نقاط با افزایش تفاوت‌های قابل اجتناب در ارتباط است. پیشرفت در حمل و نقل و ارتباطات را دیده‌اند، جهانی شدن سریع اقتصادی و فرهنگی و یا افزایش مهاجرت، حذف نظارت از بازار کار و انتقال شغل از کسانی که به طور سنتی توسط بسیاری از مردم انجام می‌شده به سالمندان بخش‌های جدیدی اقتصاد، مشاهده می‌شود. برای برخی از افراد مسن به ویژه افرادی که دانش مطلوب، مهارت و انعطاف-پذیری مالی دارند، این تغییرات باعث ایجاد فرصت‌های جدید برای آنان شده است. برخی دیگر می‌توانند شبکه‌های امنیت اجتماعی در دسترس را، حذف کنند. به عنوان مثال در خلال جهانی شدن و ارتباطات جهانی امکان مهاجرت آسان‌تر نسل‌های جوان به مناطق مرفه‌تر بیشتر شده، این امر ممکن است اعضای سالمند خانواده‌های فقیر روستایی که به مناطقی بدون ساختار سنتی خانواده مهاجرت کرده‌اند نیازمند حمایت می‌شوند. تغییرات دیگری در داخل خانواد اتفاق می‌افتد. برخی از اینها بازتاب هنجارهای بومی فرهنگی بوده و واکنشی به رویداد-های خارجی یا فاکتورهای خاص خانواده می‌باشد. (وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی، ۱۳۹۹)

ه- چالش درآمد و هزینه

مطالعات نشان می‌دهد که در تمام کشورها با افزایش تعداد مستمری بگیران مخارج سیستم افزایش می‌یابد و همزمان درآمدها و تعداد افرادی که به سیستم حق بیمه می‌پردازند کاهش می‌یابد. این فرایند جمعیتی محصول مشترک دو پدیده متفاوت اما کاملاً مرتبط کاهش نرخ زاد و ولد و افزایش امید به زندگی است. مطالعات اولیه در ایران نشان می‌دهد که این مشکل نظام تأمین اجتماعی ایران را نیز تهدید می‌کند. بنابراین یکی از چالش‌هایی که پیش‌روی سازمان‌های متولی به ویژه سازمان بهزیستی و کمیته امداد امام خمینی^(۵) قرار دارد در نظر نگرفتن مبنای محاسبه به روز از نرخ قیمت خدمات و مراقبت‌ها و تعریف پرداخت هزینه این نوع مراقبت‌هاست که این امر نه تنها به ایجاد و گسترش انواع مراکز نگهداری کمک نمی‌کند بلکه موجب افت شدید کیفیت بسیار پایین خدمات ارائه شده نیز می‌شود. در همین خصوص همچنین می‌توان به چالش عدم ایجاد زیرساخت پرداخت هزینه‌های بیمه سالمندی (بیمه-

های پایه و مکمل سالمندی) اشاره کرد که امکان ایجاد و گسترش انواع خدمات و مراقبت‌های سالمندی منجمله مراقبت در منزل، ویزیت در منزل، مراکز نگهداری روزانه، خانه‌های سالمندان و آسایشگاه‌های نگهداری را با مشکل روبرو کرده است. (راغفر، ۱۳۹۴)

نتیجه‌گیری

در برخی از کشورها، مسائل سالمندی به عنوان یک سیاست و برنامه در سلامت عمومی گنجانده شده است. در حالی که در برخی دیگر آن را به صورت سندی جداگانه درآورده‌اند. وضعیت ایده‌آل آن است که سلامت سالمندی در چارچوب سیاست‌ها و برنامه‌ریزی‌های بهداشت ملی با ارائه جزئیات و برنامه‌های جامع تکمیلی، گنجانیده شود. این وضعیتی است که در ایران نیز دیده می‌شود از این‌رو لازم است که برنامه سالمندی ایران که بر روی کاغذ برنامه جامعی می‌باشد در عمل نیز به شکل جامع پیاده و اجرا شود.

سازمان‌های متولی که مسئولیت نگهداری از سالمندان دارند، لازم است که اقداماتی را در جهت استانداردسازی خدمات و مراقبت‌های سالمندی ارائه شده در مراکز خود به صورت گسترده‌تر انجام دهند. برای انجام این مهم ایجاد خدمات متنوع سالمندی براساس نیازسنجی از سالمندان کشور مبتنی بر پروتکل‌های استاندارد جهانی مورد نیاز است. پس از استاندارد سازی خدمات براساس استانداردهای جهانی، گسترش خدمات جدید و متنوع در کشور نیز به عنوان یک ضرورت میسر خواهد شد.

لذا با توجه به مشکلات و نقایص وضعیت موجود برنامه سالمندی در کشور انجام پروژه‌های پایلوت سالمندی در کشور ابتدا در قالب؛ پروژه اصلاح زیر ساخت نظام خدمات بیمه‌های سالمندی و هزینه‌های دارویی، درمانی و مراقبتی و مراکز نگهداری سالمندان و نیز پروژه ایجاد بانک اطلاعاتی شامل داده‌های (جمعیتی، بیماریابی و غربالگری، بیماری‌های مزمن شایع و سرطان‌ها، دارویی، هزینه‌ها، خدمات بیمه‌ایی، مراکز نگهداری، مراقبین رسمی و غیر رسمی، خدمات و سرویس‌های سالمندی، استانداردهای فضاهای مسکونی، مراکز نگهداری و شهری) خواهد بود. همچنین انجام بررسی‌های ملی در سطح کلیه استان‌های کشور جهت تعیین وضعیت سالمندان کشور و برنامه ریزی‌های بلند مدت و کوتاه مدت هدفمند آتی به عنوان یک ضرورت پیشنهاد می‌شود. زیرا دستیابی به اجزای بانک اطلاعاتی فوق از طریق شاخص‌های سلامت جسمانی، روانی، اقتصادی و اجتماعی و نیز آگاهی از میزان‌های بروز و شیوع بیماری‌ها و اختلالات دوران سالمندی، میزان استفاده از خدمات و مراقبت‌های سالمندی و ... ممکن خواهد گردید. (سند ملی سالمندان، ۱۳۹۹)

- عدم نگاه علمی و صحیح به نظام پرداخت بیمه‌های (پایه و مکمل) سالمندی خود مشکلی

جدی در ایجاد و گسترش برنامه خدمات و مراقبت‌های سالمندی در کشور است. کتب و مستندات علمی طب سالمندی نشان می‌دهند که امروزه در کلیه کشورهای دنیا هزینه انواع خدمات، مراقبت‌ها، داروها، آزمایش‌های کلینکی و پاراکلینکی مورد نیاز افراد سالمند بر اساس پروتکل ارزیابی جامع سالمندی در طی دهه‌های طول زندگی آنها محاسبه و برآورد شده و کشورها مکلف به اجرای آن پس از سن بازنشستگی برای شهروندان خود از سنین ۶۵ سال به بالا هستند به طوری که در کشور مثل آمریکا، Medicare برنامه دولت مرکزی پوشش بیمه ویژه سالمندان است که در دو بخش مزایای بیمارستانی و مزایای پزشکی به افراد بالای ۶۵ سال ارائه می‌شود. در پوشش بیمه‌ای Medicare بسته‌های پایه و بسته‌های مکمل با مزایا و حق بیمه‌های متفاوت تعریف شده است. نقص موجود در پوشش‌های Medicare پوشش ناقص در مراقبت‌های پیشگیری، عدم پوشش خدمات دندانپزشکی، شنوایی‌سنجی و مراقبت‌های نظارتی می‌باشد. در کشور ژاپن نیز افراد بالای ۶۵ سال که نیاز به مراقبت‌های پرستاری در امور زندگی روزمره خود را دارند و نیز افرادی که به دلیل بیماری خاص بین سنین ۶۴-۴۰ هستند، واجد شرایط دریافت خدمات مراقبت بلند مدت LTCI می‌باشند. کلیه افراد ژاپنی تحت پوشش سیستم بیمه عمومی یا پایه هستند که سالمندان را تشویق می‌کند با هزینه بسیار پایین از خدمات پزشکی بهره‌مند گردند. ژاپن قاطعانه به سمت اجتماعی کردن مراقبت برای سالمندان ناتوان در حرکت است. بیمه خدمات مراقبت بلند مدت (LTCI) از سال ۲۰۰۰ ایجاد شده است. در این برنامه سالمندان می‌توانند نوع خدمات و نیز ارائه دهندگان خدمات را خود انتخاب کنند در حالی که متاسفانه هنوز این اتفاق در کشور ما نیافتاده که این خود معضل اصلی ارائه برنامه سالمندان در کشور ایران است.

برنامه غربالگری و ارتقای سلامت در همه کشورهای توسعه یافته انجام می‌شود، اما هنوز این برنامه به طور کامل در ایران اجرا شود. لازم به ذکر است این برنامه برای سالمندان در کانادا علاوه بر ارائه خدمات آموزشی، مشاوره، ارجاعات لازم و تکنولوژی پزشکی برای سالمندان نابینا یا دارای اختلال بینایی و سالمندان ناشنوا و یا دارای اختلالات شنوایی در زمینه برنامه نظارت بر وضعیت پاها نیز در سطح جامعه غربالگری انجام می‌دهد این خدمات برای سالمندان بوسیله افراد آموزش دیده در زمینه نظارت و مراقبت وضعیت پاها (از نظر معاینات، شستشو و ماساژ) صورت می‌گیرد. دسترسی به این سرویس بستگی به نیاز افراد سالمند و گستردگی این برنامه در سطح جامعه دارد. (سام آرام، ۱۳۹۶ و شریفی و همکاران ۱۳۹۲)

تأمین مسکن سالمندان نیازمند و خدمات تعمیر و بازسازی مسکن برای سالمندان نیازمند با کمک وزارت راه و مسکن، تأمین امنیت غذایی سالمندان با کمک وزارتخانه‌های جهاد کشاورزی،

بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور همچنین یک ضرورت پیش‌رو خواهد بود.

ایجاد و احداث یک مرکز مراقبت از سالمندان مبتلا به دمانس در کشور بر اساس استاندارد-های جهانی این رشته تخصصی توصیه می‌شود تا نمونه‌ای جهت ایجاد و گسترش آنها و نیز تشویق بخش خصوصی و یا خیریه در کشور باشد. (دبیرخانه شورای سالمندان کشور، ۱۳۹۹)

حل مسائل سالمندی از عهده تنها یک سازمان و نهاد بر نمی‌آید و ترکیب توانمندی‌ها و دخالت تمامی بخش‌ها اعم از دولتی و خصوصی و نهادهای غیردولتی را می‌طلبد. هماهنگی سازمان‌های مربوطه جهت برنامه ریزی و ارتقای سلامت سالمندی از اهمیت زیادی برخوردار است. ایجاد تشکیلات هماهنگ برای برنامه‌ریزی و هدایت فعالیت‌های مرتبط با سالمندان به توان اقدامی استراتژیک می‌تواند راهکاری جهت بهبود خدمات حمایت از سالمندان گردد. برنامه‌ریزی در قالب نظام شبکه سلامت (خانه بهداشت) برای برقراری امکانات ارائه خدمات بهداشتی و درمانی اولیه به منظور رفع مشکلات و مسائل سالمندان در مراحل پیشگیری اولیه باید انجام شود و در این راستا همه سازمان‌ها در جهت آموزش در زمینه بهبود زندگی سالم و سالمندی فعال برنامه‌هایی را در سطح استان و کشور ارائه دهند. در حال حاضر یکی از مهم‌ترین برنامه‌ها در کشورهای توسعه یافته ارتقای آگاهی و افزایش توانمندی سالمندان برای مراقبت از خود است. در خدمات نوین سلامت سالمندان نیز دو برنامه آموزش شیوه زندگی سالم در دوره سالمندی و مراقبت سالمندان باید در نظر گرفته شود.

با لحاظ ملاک‌های فوق دلایل بسیاری جهت توجیه اختصاص منابع عمومی به بهبود سلامت جمعیت سالمندان وجود دارد. اول اینکه از نگاه حقوق بشری سالمندان؛ داشتن بالاترین استاندارد قابل حصول سلامت است. این حق در قوانین بین‌المللی آمده است. با این حال، سالمندان اغلب تبعیض و نقض حقوق خود را در سطح فردی، جامعه و سازمان‌ها به سادگی به عنوان پیامد سالمندی تجربه می‌کنند. رویکرد مبتنی بر حقوق بشر برای سالمندی سالم می‌تواند در حل موانع قانونی، اجتماعی و ساختاری برای سلامتی خوب سالمندان کمک کننده باشد و وظایف قانونی بازیگران دولتی و غیردولتی را به احترام، حفاظت و تحقق این حقوق روشن نماید. همچنین اقدامات در سالمندی و سلامت، ترویج توسعه پایدار می‌باشد. امروز بسیاری از مردم در سنین بالا زندگی می‌کنند و در آینده به طور فزاینده و قابل توجهی از جمعیت، سالمندان هستند. اگر ما به دنبال ساخت جوامعی منسجم، صلح آمیز، عادلانه و امن هستیم، لازمه توسعه به حساب آوردن این مرحله از تغییرات جمعیتی و اقدامات مورد نیاز جهت بکارگیری سالمندان برای توسعه و اطمینان حاصل کنند که آن‌ها پشت سر گذاشته نشده‌اند، می‌باشند.

منابع فارسی

کتب

- الوانی، سید مهدی (۱۳۸۰)، *تصمیم‌گیری و تعیین خط مشی دولتی*، تهران: انتشارات سمت
- سبحانیان، سیدمحمد هادی (۱۳۹۵)، *گزارش کارشناسی نظام رفاه و تأمین اجتماعی در ایران (برخی چالش‌ها و راهکارهای برون رفت از آنها)*، تهران: موسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی
- ستوده، هدایت ا... (۱۳۸۴)، *آسیب شناسی اجتماعی*، تهران: نشر آوای نور
- فتحی، الهام (۱۳۹۹)، *پدیده سالمندی جمعیت در ایران و آینده آن*، تهران: پژوهشکده آمار
- محسنی تبریزی، علیرضا (۱۳۸۳)، *وندالیسم*، چاپ اول، تهران: نشر آل

مقالات

- راغفر، حسین (۱۳۹۴)، *تأثیر تغییرات نرخ جایگزینی در صندوق بازنشستگی تأمین اجتماعی بر موجودی سرمایه، عرضه نیروی کار و پس انداز، فصلنامه پژوهش‌ها و سیاست‌های اقتصادی*، سال بیست و سوم، شماره ۷۵، پاییز
- عزت ا... سام آرام و مهرناز امین آقایی (۱۳۹۶)، *سیاست‌های اجتماعی برای سالمندان در ژاپن و سوئد و الگوی مناسب برای سالمندان ایران*، مجله سالمندی، (۲)
- فرشاد شریفی و همکاران (۱۳۹۲)، *تحلیل مروری عملکرد سازمان‌های متولی در برنامه سالمندی کشور*، مجله دیابت و متابولیسم ایران، دوره ۱۳، شماره ۱، مهر- آبان
- غفاری غلامرضا (۱۳۹۴)، *آسیب‌شناسی و ناپایداری توسعه اجتماعی در ایران*، فصلنامه برنامه-ریزی و رفاه و توسعه اجتماعی، شماره ۲۲
- ماشا... حیدرپور و بختیار ملکی (۱۳۹۸)، *آسیب‌شناسی و راهکارهای ارتقاء سیاست‌گذاری تأمین اجتماعی در ایران*، فصلنامه مطالعات مدیریت و حسابداری، دوره ۵، شماره ۱
- مقتدائی، مرتضی (۱۳۹۵)، *آسیب‌شناسی سیاست‌گذاری فرهنگی جمهوری اسلامی ایران*، فصلنامه تخصصی علوم سیاسی دانشگاه آزاد اسلامی کرج، شماره ۳۴
- نسیمه زنجری و رسول صادقی (۱۳۹۹)، *شاخص دیده‌بان سالمندی در ایران*، طرح پژوهشی سازمان بازنشستگی کشوری

پایان نامه

- امید، رضا (۱۳۹۳)، *تحلیل سیاست‌گذاری اجتماعی در ایران: مطالعه قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی*، پایان نامه دکتری، رشته رفاه اجتماعی، تهران: انتشارات دانشگاه علامه طباطبائی

سایت

- سند ملی برنامه راهبردی سالمندان کشور (۱۳۹۹)، قابل دریافت در:
<http://behzisti.ir>
- مرکز آمار ایران (۱۳۹۵)، سرشماری عمومی نفوس و مسکن، قابل دریافت در:
www.amar.org.ir
- وزارت تعاون کار و رفاه اجتماعی (۱۳۹۹)، سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی راهبردی در حوزه-
های مختلف اجتماعی و رفاهی، به نقل از سایت وزارت تعاون کار و رفاه اجتماعی