



سالمندی با کرامت

چارچوبی برای ارائه خدمات
مراقبت بلندمدت



نهاد منتشرکننده:

مؤسسه بروکینگز

نویسنده/نویسندگان:

جمعی از پژوهشگران

تاریخ انتشار:

مارس ۲۰۲۶



مرکز سیاست بهداشت مؤسسه بروکینگز | مرکز منتشر کننده



جمعی از پژوهشگران (تلخیص و تدوین: امین مجیدی فرد) | نویسندگان / نویسنده



۲۰۲۵ | تاریخ انتشار گزارش



سالمندی با کرامت | موضوع



وبسایت | وبسایت





بخش اول) خلاصه مدیریتی

الف — معرفی کوتاه

این گزارش توسط مرکز سیاست سلامت در مؤسسه بروکینگز (Center on Health Policy at Brookings) - یکی از معتبرترین مراکز پژوهش سیاستی در ایالات متحده — و با حمایت مالی صندوق مشترک المنافع (Commonwealth Fund) تهیه شده است. نویسندگان آن، ریچارد فرانک، شری گلید، جاناتان گروبر، وانی آگاروال و وندل پریموس، از برجسته‌ترین اقتصاددانان حوزه سلامت و سیاست اجتماعی در آمریکا هستند. این گزارش در بستر بحران فزاینده خدمات مراقبت طولانی‌مدت در ایالات متحده منتشر شده و پیشنهاد ایجاد یک مزیت جامع مراقبت در منزل تحت پوشش برنامه بیمه سالمندان فدرال (Medicare) را ارائه می‌دهد.

ب — مهم‌ترین یافته‌ها

- از هر ۵ نفر سالمند بالای ۶۵ سال در آمریکا، یک نفر در انجام حداقل یک فعالیت روزمره مانند حمام کردن، لباس پوشیدن یا غذا خوردن ناتوان است؛ این نسبت برای سالمندان بالای ۸۵ سال به نزدیک ۴۰ درصد می‌رسد.
- ۷۰ درصد از افرادی که به سن ۶۵ سالگی می‌رسند، پیش از مرگ به خدمات مراقبت طولانی‌مدت نیاز خواهند داشت و حدوداً نیمی از آن‌ها برای این خدمات هزینه می‌کنند.
- میانگین هزینه خدمات مراقبت طولانی‌مدت در طول عمر، برای کسی که به سن ۶۵ سالگی رسیده، ۱۲۰,۹۰۰ دلار (به ارزش ۲۰۲۰) برآورد شده است.
- تنها ۳ درصد از آمریکایی‌های بالای ۵۰ سال دارای بیمه مراقبت طولانی‌مدت خصوصی هستند؛ این بازار به‌رغم دهه‌ها تلاش سیاستی، عملاً فروپاشیده است.
- ۷۷ درصد از سالمندان ترجیح می‌دهند با وجود ناتوانی جسمی، در خانه خود بمانند، اما سیستم موجود این امکان را برای طیف وسیعی از آن‌ها فراهم نمی‌کند.



- برنامه پیشنهادی می‌تواند ۸۰۲ میلیون نفر واجد شرایط را تحت پوشش قرار دهد که ۲۰۴۴ برابر پوشش برنامه‌های فعلی است.
- هزینه کل برنامه پیشنهادی ۱۱۱٫۱ میلیارد دلار در سال برآورد شده، که پس از کسر صرفه‌جویی‌ها، ۴۱٫۱ میلیارد دلار نیاز به تأمین مالی مستقل دارد.
- حدود ۵۳ میلیون نفر در آمریکا نقش مراقب غیررسمی (خانوادگی و دوستانه) را بر عهده دارند که اجرای این برنامه می‌تواند بخشی از این بار را از دوش آن‌ها بردارد.

ج — نتیجه‌گیری تحلیلی کوتاه

این گزارش در واقع اعلام شکست سیستم موجود مراقبت طولانی‌مدت در آمریکا و ارائه یک آلترناتیو ساختاری جامع است. پیام اصلی آن این است که نه بیمه خصوصی، نه خانواده، و نه برنامه‌های موجود دولتی به‌تنهایی قادر به پاسخگویی به موج فزاینده نیاز به مراقبت در دهه‌های آینده نیستند. نویسندگان با تکیه بر مدل‌سازی میکروسیمولاسیون نشان می‌دهند که ایجاد یک مزیت جهانشمول مراقبت در منزل، هم از نظر مالی عملی است هم از نظر اجتماعی ضروری؛ و اگر اقدام نشود، هزینه‌های انسانی، اجتماعی و اقتصادی این ناکامی بسیار بیشتر از هزینه اصلاح ساختاری خواهد بود. این گزارش در عین حال یک هشدار جدی به کشورهایی است که در آستانه موج سالمندی جمعیت هستند.



بخش دوم) معرفی نهاد و روش‌شناسی

معرفی نهاد منتشرکننده

مؤسسه بروکینگز (Brookings Institution) یکی از قدیمی‌ترین و معتبرترین اندیشکده‌های مستقل در ایالات متحده است که در سال ۱۹۱۶ تأسیس شد. این مؤسسه در واشنگتن دی‌سی مستقر است و به دلیل رویکرد تحلیلی مستقل از احزاب سیاسی، اعتبار علمی بالایی در میان سیاست‌گذاران، دانشگاهیان و سازمان‌های بین‌المللی دارد. مرکز سیاست سلامت در بروکینگز به‌طور خاص بر ارائه راهکارهای مبتنی بر شواهد برای چالش‌های بزرگ سیاست سلامت تمرکز دارد.

این پژوهش با کمک مالی صندوق مشترک‌المنافع (Commonwealth Fund)، یک بنیاد خیریه معتبر و غیرانتفاعی آمریکایی با تمرکز بر اصلاح نظام سلامت، انجام شده است. مؤسسه بروکینگز تصریح می‌کند که هر انتشاریه آن صرفاً نظر نویسنده یا نویسندگان آن را بازتاب می‌دهد و نه موضع رسمی مؤسسه.

نویسندگان این گزارش از برجسته‌ترین اقتصاددانان سلامت آمریکا هستند: جان‌تان گروبر از دانشگاه MIT که از نظریه‌پردازان اصلی اصلاحات بهداشتی در آمریکا به‌شمار می‌رود، ریچارد فرانک از دانشگاه هاروارد با دهه‌ها تجربه در سیاست سلامت روان و مراقبت طولانی‌مدت، و شری گلید که سابقه مشاوره به وزارت بهداشت و خدمات انسانی آمریکا را دارد.

روش‌شناسی

داده‌های پایه: محور اصلی تحلیل، داده‌های پیمایش سلامت و بازنشستگی (Health and Retirement Survey / HRS) است که یک منبع ملی معتبر در آمریکا برای مطالعه جمعیت سالمند به‌شمار می‌رود. این پیمایش داده‌های تفصیلی درباره وضعیت سلامت، دارایی‌ها، درآمد و نیازهای مراقبتی افراد ۵۰ سال به بالا را فراهم می‌کند.

مدل میکروسیمولاسیون (Microsimulation Model): نویسندگان یک مدل میکروسیمولاسیون اختصاصی برای برآورد هزینه برنامه پیشنهادی طراحی کردند. این مدل جمعیت



واجد شرایط دریافت مراقبت در منزل را بر اساس محدودیت‌های فعالیت‌های روزانه (Activities of Daily Living / ADLs) شناسایی می‌کند، سپس داده‌های درآمد و دارایی را برای محاسبه پرداخت‌های مشارکتی افراد و هزینه دولت به کار می‌گیرد.

پارامترهای ثابت و متغیر: برخی متغیرها مانند ساعات مراقبت مورد نیاز و هزینه هر ساعت، ثابت نگه داشته شدند، اما پارامترهای سیاستی مختلفی مانند نرخ‌های مشارکت، سطوح معافیت دارایی و درآمد، و گستره دارایی‌های قابل شمارش برای بررسی حساسیت نتایج به این متغیرها، تغییر داده شدند. جدول ۳ گزارش ۹ سناریوی مختلف سیاستی را با هم مقایسه می‌کند.

فرض رفتاری کلیدی: مدل فرض می‌کند که به‌طور میانگین **۴۶ درصد** از افراد واجد شرایط در برنامه ثبت‌نام خواهند کرد و حدوداً **۸۸ درصد** از ساعات مراقبت تخصیص‌یافته را مصرف می‌کنند. نویسندگان خود تأکید می‌کنند که داده آمریکایی معتبری برای تخمین این پارامتر وجود ندارد و فرض آن‌ها بر اساس الگوهای کلی رفتاری در برنامه‌های مشابه است.

دوره زمانی: تحلیل‌ها بر اساس داده‌های ۲۰۲۲ و ۲۰۲۴ انجام شده و تمام ارقام مالی به دلار ۲۰۲۴ بیان شده‌اند.

محدودیت‌های روش‌شناختی: گزارش خود به صراحت اعلام می‌کند که برآوردها ایستا هستند (تغییرات رفتاری ثانوی لحاظ نشده)، داده‌های معتبری برای نرخ ثبت‌نام در برنامه‌های مشابه در آمریکا وجود ندارد، شواهد درباره صرفه‌جویی‌های احتمالی ناشی از کاهش بستری شدن در مراکز مراقبتی کافی نیست تا در محاسبات اعمال شود، و اثرات بازار کار به‌طور جداگانه ارائه شده و در محاسبه هزینه خالص لحاظ نشده‌اند.



بخش سوم) یافته‌ها و تحلیل محتوا

وضعیت بحرانی مراقبت طولانی مدت در آمریکا

گزارش با تصویری نگران‌کننده از وضعیت کنونی آغاز می‌شود. جمعیت آمریکا با سرعت قابل توجهی در حال پیرتر شدن است. در سال ۲۰۲۰ تنها در سه ایالت و حوزه پایتختی کلمبیا، بیش از یک پنجم جمعیت بالای ۶۵ سال بودند؛ اما تا سال ۲۰۵۰ پیش‌بینی می‌شود این وضعیت در ۴۳ ایالت از ۵۰ ایالت آمریکا حاکم باشد. این تحول جمعیتی، تقاضا برای خدمات حمایتی و مراقبتی (Long-Term Supports and Services / LTSS) را به شدت افزایش خواهد داد.

یک نفر از هر ۵ نفر سالمند بالای ۶۵ سال که در جامعه (نه مراکز مراقبتی) زندگی می‌کنند، در انجام حداقل یکی از فعالیت‌های اساسی روزانه ناتوان است. این فعالیت‌ها شامل حمام کردن، لباس پوشیدن، غذا خوردن، کنترل ادرار و مدفوع، و جابه‌جایی می‌شوند. برای سالمندان بالای ۸۵ سال - که سریع‌ترین گروه در حال رشد در جمعیت هستند - این نسبت به نزدیک ۴۰ درصد می‌رسد.

شکست سه‌گانه سیستم موجود

نویسندگان استدلال می‌کنند که سیستم موجود در سه محور اصلی با شکست روبرو شده است:





اول: فروپاشی بازار بیمه خصوصی مراقبت طولانی مدت. بازار بیمه مراقبت طولانی مدت خصوصی (Long-Term Care Insurance / LTCI) علی‌رغم دهه‌ها اقدامات سیاستی و تشویقی برای گسترش آن، عملاً از هم پاشیده است. تنها ۳ درصد از آمریکایی‌های بالای ۵۰ سال این بیمه را دارند و فقط ۸ درصد از هزینه‌های مراقبت در منزل در طول عمر برای سالمندان ۶۵ سال به بالا از طریق بیمه خصوصی تأمین می‌شود. این بازار به شدت غربال‌گرانه عمل می‌کند؛ حدود ۲۰ تا ۲۵ درصد از متقاضیان رد می‌شوند و این نرخ رد برای گروه‌های سنی بالاتر به مراتب بیشتر است: ۲۰ درصد برای افراد دهه پنجم، ۳۰ درصد برای افراد ۶۰ تا ۶۴ ساله، و ۴۷ درصد برای افراد ۷۰ تا ۷۴ ساله. این بازار در طول دو دهه گذشته به‌طور مستمر ضعیف‌تر شده و تلاش‌های متعدد برای احیای آن بی‌نتیجه مانده است.

دوم: ناکافی بودن بیمه عمومی موجود. برنامه فدرال مراقبت سالمندان (Medicare) در آمریکا صرفاً برای پوشش هزینه‌های مراقبت حاد پزشکی طراحی شده و به‌صراحت شامل مراقبت‌های نگهدارنده و کمک به فعالیت‌های روزانه نمی‌شود. بسیاری از سالمندان تصور می‌کنند برنامه Medicare این خدمات را پوشش می‌دهد، اما این تصور اشتباه است. برنامه دیگر فدرال-ایالتی (Medicaid) که برای اقشار کم‌درآمد طراحی شده، خدمات مراقبت در منزل را ارائه می‌دهد، اما این خدمات برای سالمندان یک حق قانونی تضمین‌شده (entitlement) نیست. در نتیجه، بسیاری از افراد واجد شرایط در لیست‌های انتظار طولانی منتظر دریافت خدماتی می‌مانند که به آن‌ها نیاز دارند.

سوم: بحران نیروی کار مراقبتی. آمریکا با کمبود جدی نیروی کار برای ارائه خدمات مراقبت طولانی مدت روبه‌روست. در سال ۲۰۲۰ حدوداً ۲٫۹ میلیون نفر در مراکز نگهداری سالمندان و منازل افراد نیازمند مراقبت طولانی مدت فعالیت رسمی داشتند، اما این تعداد برای پاسخگویی به نیازهای رو به رشد کافی نیست. دستمزدهای پایین این حرفه را برای بسیاری نا جذاب کرده است؛ کمک‌پرستاران خانگی به‌طور میانگین ۱۲ دلار در ساعت درآمد دارند و بسیاری از آن‌ها مهاجر هستند (حدود یک‌سوم) یا از اقلیت‌های نژادی (نزدیک به دوسوم).

بار سنگین بر دوش مراقبان خانوادگی



حدود ۵۳ میلیون نفر در آمریکا گزارش می‌دهند که به صورت غیررسمی و بدون دریافت دستمزد از یک فرد نیازمند مراقبت مراقبت می‌کنند. این مراقبان در بیشتر موارد زنان میانسال هستند؛ **۶۱ درصد** از مراقبان غیررسمی زنان هستند و **۷۹ درصد** از آن‌ها بالای ۵۰ سال سن دارند. حدود یک سوم آن‌ها همسر فرد نیازمند مراقبت، یک چهارم دختران، و یک هشتم پسران هستند. این مراقبت اغلب مانع از حضور مؤثر آن‌ها در بازار کار رسمی می‌شود و فشار عاطفی و جسمانی سنگینی بر آن‌ها تحمیل می‌کند.

وضعیت خانه‌های سالمندان

در سال ۲۰۲۲ نزدیک به **۱۵۰,۰۰۰ خانه سالمند** با حدود **۱,۶ میلیون تخت** در آمریکا وجود داشت. نرخ اشغال این مراکز در همان سال زیر **۸۰ درصد** بود. کیفیت مراقبت در بسیاری از این مراکز نگران‌کننده است؛ **حدود ۴۳ درصد** از ساکنان مراکز مراقبت طولانی مدت هر سال دچار زمین خوردن می‌شوند، **۸,۵ درصد** زخم فشاری پیدا می‌کنند، و **۱۹ تا ۲۶ درصد** به عفونت مجاری ادراری مبتلا می‌شوند. شواهدی نیز وجود دارد که نشان می‌دهد کیفیت مراقبت در مراکز خصوصی و تجاری پایین‌تر است. برنامه **Medicaid** حدود **۶۲ درصد** از ساکنان خانه‌های سالمندان را تحت پوشش دارد.

چارچوب شش اصلی اصلاح سیاستی

نویسندگان پیشنهاد خود را بر پایه شش اصل راهنما بنا کرده‌اند که هر کدام توضیحات مبسوطی در گزارش دارند:

اصول راهنمای پیشنهاد اصلاحی		
 یارانه انحصاری برای مراقبت رسمی: جلوگیری از تقلب و تشویق بازگشت مراقبان غیررسمی به بازار کار رسمی.	 مراقبت در منزل به عنوان یک حق: دسترسی همگانی بدون لیست‌های انتظار؛ اولویت با ترجیح سالمندان (۷۷٪ خواهان ماندن در خانه هستند).	 مداخله مستقیم عمومی: بازار خصوصی بیمه غیرقابل ترمیم است؛ مداخله دولت الزامی است.
 ارتقاء استانداردهای مدیکید: الزام ایالت‌ها به بهبود کیفیت خانه‌های سالمندان با استفاده از منابع آزاد شده.	 یکپارچگی مالی با مراقبت‌های پزشکی: ادغام بودجه مراقبت در منزل تحت ساختار مدیکر.	 مشارکت بر اساس توان پرداخت: ترکیب درآمد و دارایی (بدون سقوط ناگهانی مالی) برای تعیین سهم بیمار.



اصل اول: بازار بیمه خصوصی به صورت ساختاری شکست خورده. نویسندگان با صراحت می‌گویند که بازار بیمه خصوصی مراقبت طولانی‌مدت در بیش از ۲۵ سال گذشته بارها در برابر آزمون‌های بازار شکست خورده است. هیچ مداخله انگیزشی‌ای نتوانسته این بازار را احیا کند. بنابراین مداخله مستقیم دولت ضروری است، هرچند ممکن است بیمه خصوصی در قالب مکمل نقش تکمیلی داشته باشد.

اصل دوم: مراقبت در منزل باید یک حق قانونی (entitlement) باشد. وقتی ۷۷ درصد از سالمندان ترجیح می‌دهند در خانه باقی بمانند، سیستمی که آن‌ها را به خانه‌های سالمندان سوق می‌دهد یا در لیست انتظار طولانی قرار می‌دهد، از نظر اخلاقی و سیاستی قابل قبول نیست. برنامه جدید باید به گونه‌ای طراحی شود که هر فرد واجد شرایط بداند که یک مکانیسم برای تأمین مراقبت مقرون‌به‌صرفه در دسترس اوست.

اصل سوم: مسئولیت مالی ایجاب می‌کند که یارانه فقط به مراقبت رسمی تعلق گیرد. پرداخت مستقیم به مراقبان خانوادگی غیررسمی از نظر مالی و سیاستی اشکالات جدی دارد. پژوهش‌ها نشان می‌دهند که بیشتر این پول‌ها به کسانی می‌رسد که از قبل مراقبت را انجام می‌دهند و مراقبت جدید چندانی ایجاد نمی‌شود. از سوی دیگر، این طرح به شدت در معرض تقلب است. تمرکز بر مراقبت رسمی هم کیفیت را بالاتر می‌برد، هم فرصت اشتغال برای زنان میان‌سالی که الان وقت خود را صرف مراقبت می‌کنند ایجاد می‌کند.

اصل چهارم: مشارکت افراد باید بر اساس توانایی واقعی پرداخت آن‌ها باشد. سیستم کنونی بر اساس آستانه‌های درآمدی و دارایی تند و شارپ کار می‌کند که باعث می‌شود افراد طبقه متوسط هم بیش از حد توانشان هزینه کنند و هم بعضاً اصلاً نتوانند از خدمات بهره‌مند شوند. برنامه جدید باید توانایی پرداخت را بر اساس ترکیبی از درآمد و دارایی (از جمله دارایی مسکن) بسنجد و مشارکت را به صورت تدریجی و متناسب با این توانایی تعریف کند.

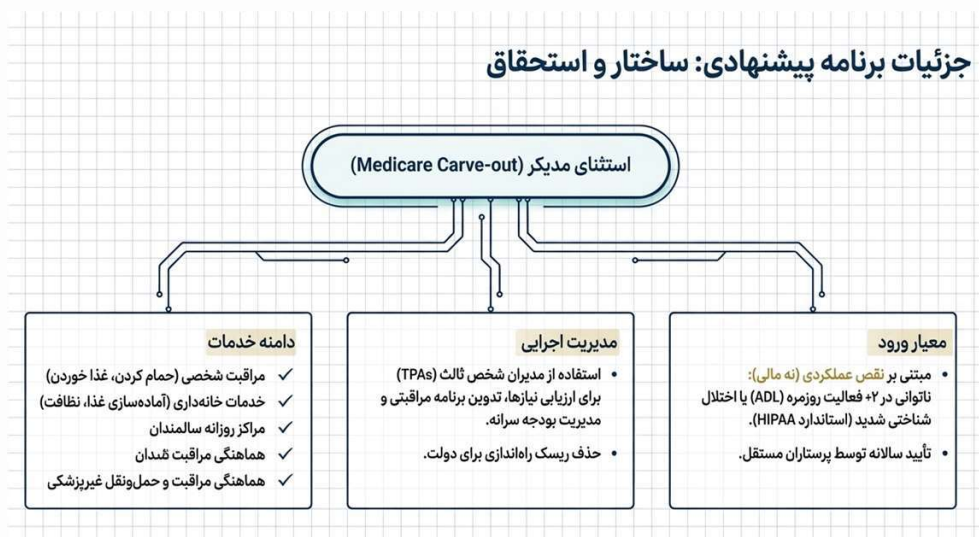
اصل پنجم: مراقبت در منزل باید با نظام بیمه پزشکی یکپارچه شود. در حال حاضر بیشتر سالمندان هزینه‌های درمانی‌شان از طریق Medicare پوشش داده می‌شود، اما هزینه‌های مراقبتی از



برنامه‌های ایالتی Medicaid تأمین می‌شود. این تفکیک غیرمنطقی است و باید با افزودن مزیت مراقبت در منزل به Medicare برطرف شود تا پیوستگی مراقبت تأمین شود.

اصل ششم: خانه‌های سالمندان همچنان در Medicaid باقی بمانند، اما با استانداردهای بهبود یافته. نویسندگان پیشنهاد می‌دهند که مراقبت در مراکز نگهداری را از این اصلاح ساختاری مستثنا کنند، اما تأکید می‌کنند که دولت فدرال باید نقش فعال‌تری در تضمین کیفیت این مراکز بازی کند.

طراحی تفصیلی برنامه پیشنهادی



معیار واجد شرایط بودن: برنامه پیشنهادی از معیارهای موجود در قانون فدرال HIPAA استفاده می‌کند. فرد واجد شرایط است اگر: (الف) در انجام حداقل دو فعالیت اساسی روزانه بدون کمک قابل توجه دیگری ناتوان باشد و این ناتوانی حداقل ۹۰ روز ادامه داشته باشد، یا (ب) به دلیل اختلال شناختی شدید نیاز به نظارت مستمر داشته باشد. ارزیابی توسط پرستاران آموزش‌دیده مستقل از ارائه‌دهندگان خدمات انجام می‌شود تا از تعارض منافع جلوگیری شود. ارزیابی سالانه تجدید می‌شود.

بسته خدماتی: خدمات شامل مراقبت‌های پرستاری در منزل، کمک به فعالیت‌های روزانه، خدمات خانه‌داری (آشپزی، لباس‌شویی و نظافت)، مراکز روزانه بزرگسالان (Adult Day Services)،



هماهنگی مراقبت، و حمل و نقل برای مقاصد غیر پزشکی می شود. نویسندگان تصریح می کنند که قوانین باید با نوآوری های فناورانه، از جمله فناوری هوش مصنوعی مولد برای ارائه همراهی و حمایت به سالمندان، سازگار باشد.

ساعات مراقبت اختصاص یافته: گزارش یک جدول پیشنهادی ارائه می دهد که ساعات مراقبت هفتگی را بر اساس تعداد محدودیت های فعالیت روزانه و وجود یا عدم وجود اختلال شناختی تعیین می کند. برای فردی بدون اختلال شناختی با ۲ محدودیت فعالیت روزانه، ۱۰ ساعت در هفته در نظر گرفته شده؛ این رقم برای فردی با ۵ یا ۶ محدودیت به ۴۰ ساعت می رسد. برای افراد مبتلا به اختلال شناختی، ساعات از ۲۰ ساعت (حتی برای کسانی با ۰ تا ۱ محدودیت) تا ۶۰ ساعت در هفته پیش بینی شده است.

مدیریت و اداره: برنامه به عنوان یک «مزیت جداگانه» (carve-out) از Medicare طراحی شده و از طریق مدیران ثالث (Third Party Administrators / TPAs) اداره می شود. این مدیران نیازسنجی، تأیید برنامه مراقبتی و پرداخت به ارائه دهندگان خدمات را بر عهده می گیرند، اما «صاحب بودجه» نیستند تا انگیزه ای برای کاهش مراقبت نداشته باشند.

نظارت بر کیفیت: گزارش تأکید می کند که سنجش کیفیت در خدمات مراقبت طولانی مدت به دلیل ماهیت روانی-اجتماعی بسیاری از مزایا، بسیار دشوار است. پیشنهاد می شود پرداخت اداری مدیران ثالث به شاخص های کیفیت مرتبط شود و حداقل های اجباری برای کمیت مراقبت ارائه شده تعریف گردد.

ساختار مشارکت مالی و تأمین هزینه

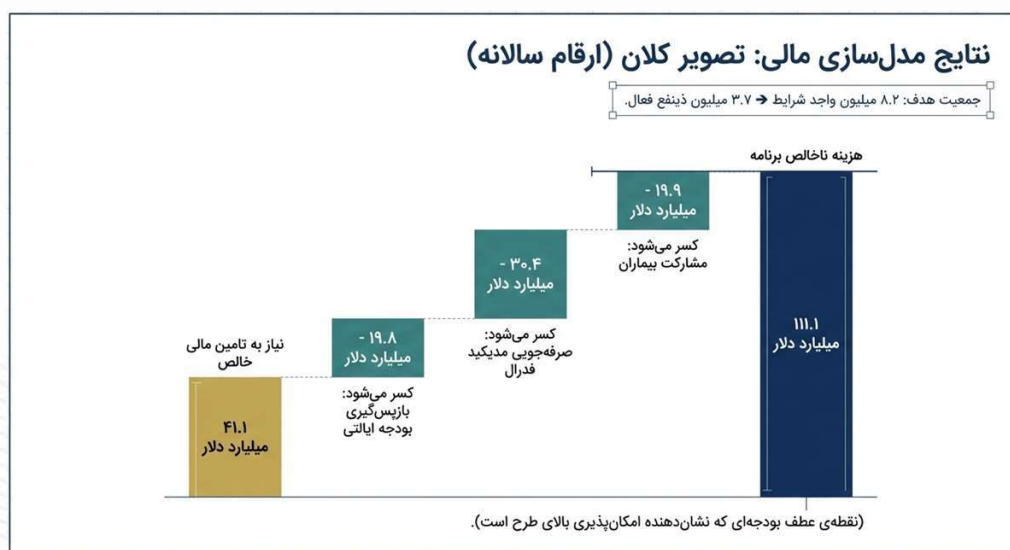
محاسبه توانایی پرداخت: نوآوری مهم این پیشنهاد در نحوه محاسبه توانایی پرداخت است. نویسندگان از فرمول سازمان مالیاتی آمریکا (IRS) برای محاسبه حداقل توزیع از حساب های بازنشستگی الهام گرفته اند. این فرمول دارایی ها را به یک «جریان سالانه» تبدیل می کند و آن را با درآمد جاری ترکیب می کند تا تصویر واقعی تری از توانایی پرداخت ارائه دهد. مسکن هم در محاسبه دارایی لحاظ می شود (برخلاف سیستم کنونی) تا عدالت بین مستأجران و مالکان مسکن رعایت شود.



نرخ‌های مشارکت: در سناریوی پایه، افراد واجد معافیت درآمد تا ۱۵۰ درصد خط فقر فدرال و معافیت دارایی تا ۳۰۰,۰۰۰ دلار هستند. نرخ‌های مشارکت بر اساس چهارک‌های منابع تقسیم شده: ۲۵ درصد برای پایین‌ترین چارک، ۵۰ درصد برای دومین، ۷۵ درصد برای سومین، و ۹۰ درصد برای بالاترین چارک منابع.

آزادسازی دارایی مسکن: یکی از چالش‌های اصلی این است که ۷۹ درصد از سالمندان صاحب خانه هستند اما ممکن است جریان نقدینگی برای پرداخت مشارکت نداشته باشند. گزارش مکانیسم «قراردادهای پرداخت معوق» (Deferred Payment Agreements) را پیشنهاد می‌دهد که در انگلستان رواج دارد. این قراردادها به افراد اجازه می‌دهند هزینه مراقبت را با تعلق آن به ارزش سهام مسکن‌شان به تأخیر بیندازند، بدون اینکه مجبور به فروش فوری خانه‌شان شوند. میزان استفاده از این مکانیسم در انگلستان (به ازای هر نفر) حدوداً پنج برابر بیشتر از مکانیسم مشابه در آمریکاست.

منابع چهارگانه تأمین مالی: تأمین هزینه برنامه از چهار منبع پیشنهاد شده: ۱. مشارکت افراد بهره‌مند بر اساس فرمول فوق ۲. صرفه‌جویی در هزینه‌های فدرال HCBS که برآورد شده ۳۰,۴ میلیارد دلار است ۳. بازپس‌گیری سهم ایالت‌ها که برآورد شده ۱۹,۸ میلیارد دلار است ۴. تأمین مالی اختصاصی جدید برای پوشش ۴۱,۱ میلیارد دلار باقیمانده، از جمله مالیات تکمیلی بر درآمد برای افراد بالای ۵۵ سال یا مالیات بر ارث.





تحلیل هزینه‌ها و سناریوهای مختلف

سناریوی پایه: ۸۰۲ میلیون نفر واجد شرایط برنامه خواهند بود. از این تعداد، تخمین زده می‌شود ۳۰۷ میلیون نفر (حدود ۴۶ درصد) در برنامه ثبت‌نام کنند. هزینه کل ۱۱۱٫۱ میلیارد دلار در سال است، از این مقدار ۱۹۰٫۹ میلیارد دلار از مشارکت افراد تأمین می‌شود و ۹۱٫۲ میلیارد دلار بر عهده دولت است. سهم افراد از کل هزینه ۱۷٫۹ درصد است.

برای مقایسه، اگر همین برنامه با معیارهای فعلی Medicaid (معافیت درآمد تا ۲۰۸ درصد خط فقر و سقف دارایی ۲۰۰۰ دلار) اجرا شود، تنها ۱۰۸ میلیون نفر واجد شرایط می‌شوند و هزینه‌ها به ۴۷٫۹ میلیارد دلار کاهش می‌یابد. این مقایسه نشان می‌دهد که برنامه پیشنهادی ۲٫۴۴ برابر بیشتر از سیستم موجود افراد را پوشش می‌دهد.

تحلیل حساسیت نشان می‌دهد که سخاوتمندتر کردن برنامه (کاهش نرخ‌های مشارکت)، افزایش افراد تحت پوشش را از ۳۰۷ میلیون به ۵۰۲ میلیون می‌رساند اما هزینه دولتی را ۲۸ میلیارد دلار افزایش می‌دهد.

اثرات بازار کار و هزینه‌های بهداشتی

آزادسازی مراقبان خانوادگی: یکی از مزایای ضمنی برنامه، آزاد شدن میلیون‌ها مراقب غیررسمی — عمدتاً زنان میانسال — برای حضور در بازار کار رسمی است. این موضوع نه تنها درآمد آن‌ها را بهبود می‌بخشد بلکه درآمد مالیاتی دولت را هم افزایش می‌دهد. برآوردها نشان می‌دهد این اثر می‌تواند سالانه ۰٫۸ تا ۱٫۵۵ میلیارد دلار درآمد مالیاتی جدید ایجاد کند.

همچنین برنامه باعث گسترش بزرگ بخش مراقبت در منزل و ایجاد مشاغل جدید با دستمزد بهتر برای کارگران این حوزه می‌شود؛ درآمد مالیاتی ناشی از این اثر برآورد شده تا ۳٫۴ میلیارد دلار در سال باشد. با این حال، نویسندگان این صرفه‌جویی‌ها را در محاسبات رسمی خود لحاظ نکرده‌اند.

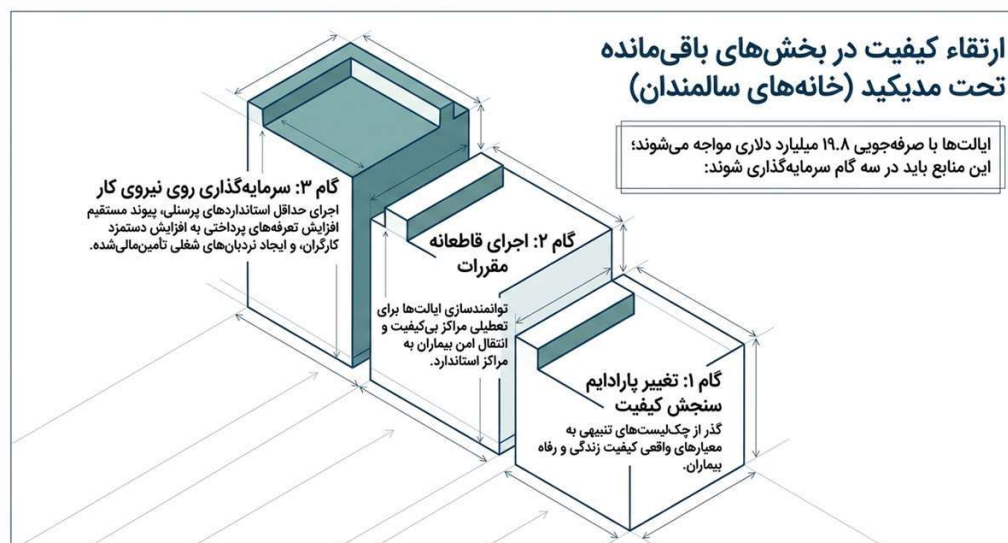
تأثیر بر هزینه‌های بهداشتی: شواهد از ژاپن و کره جنوبی — که هر دو برنامه‌های جهانشمول مشابه دارند — نشان می‌دهد که دسترسی به خدمات مراقبت جامعه‌محور با کاهش بستری شدن در مراکز



مراقبتی، کاهش بستری شدن در بیمارستان‌ها، و در نتیجه کاهش هزینه‌های بهداشتی همراه است. شواهد آمریکایی در این زمینه هنوز غیرقطعی است و نویسندگان احتیاطاً این صرفه‌جویی‌ها را در محاسبه لحاظ نکرده‌اند.

اصلاح موازی Medicaid و سرمایه‌گذاری در نیروی انسانی

گزارش پیشنهاد می‌کند که در کنار برنامه جدید Medicare، اصلاحاتی هم در Medicaid انجام شود: خدمات مراقبت در جامعه برای واجدین شرایط Medicaid باید به یک حق قانونی تبدیل شود و لیست‌های انتظار از بین بروند. همچنین استانداردهای کیفی و مکانیسم‌های اجرایی در هر دو حوزه مراقبت در منزل و خانه‌های سالمندان باید ارتقا یابند.



گزارش تأکید ویژه‌ای بر سرمایه‌گذاری در نیروی انسانی دارد. پیشنهادات شامل: الزامات حداقلی نیروی انسانی برای خانه‌های سالمندان، پیوند افزایش دستمزدها به افزایش هزینه‌های کارکنان (نه سود)، و ایجاد «نردبان‌های شغلی» (Career Ladders) است که به کارکنان سطوح پایین‌تر امکان می‌دهد با حمایت مالی تحصیلی و مرخصی آموزشی به پست‌های بالاتر ارتقا یابند. یک آزمایش پایلوت موفق در ایالت ماساچوست نشان داده که چنین برنامه‌هایی قابل اجرا هستند.



بخش چهارم) نتیجه‌گیری نهایی

هدف و پرسش اصلی گزارش

سؤال محوری این گزارش این است: چگونه می‌توان سیستمی طراحی کرد که به سالمندان آمریکایی — صرف‌نظر از سطح درآمد و ثروت‌شان — اجازه دهد با کرامت و در خانه‌های خود پیر شوند، بدون اینکه یا در فقر فرو روند یا در مؤسساتی بمیرند که ترجیح خودشان نبوده است؟ پاسخ گزارش این است که این هدف با طراحی دقیق یک مزیت جهانشمول مراقبت در منزل تحت پوشش Medicare قابل دسترسی است.

تصویر کلی که گزارش ارائه می‌دهد

این گزارش تصویری می‌کشد که در آن سه سیستم به‌طور همزمان در حال شکست دادن سالمندان هستند: بازار بیمه خصوصی که برای سودآوری گروه‌های پرخطر را رد می‌کند، سیستم عمومی موجود که فقر را شرط دسترسی قرار می‌دهد، و خانواده که با کوچک‌تر شدن و تغییر الگوهای کار و زندگی، دیگر توان سابق برای مراقبت را ندارد. نتیجه این تلاقی سه شکست: میلیون‌ها سالمند در وضعیت‌هایی زندگی می‌کنند که نه خواست آن‌هاست، نه به سلامتی‌شان کمک می‌کند، و نه برای جامعه کارآمد است.

راهکارها و شکاف‌های سیاستی

گزارش سه شکاف سیاستی حیاتی را آشکار می‌کند: اول، شکاف دسترسی طبقه متوسط — افرادی که برای Medicaid خیلی ثروتمند هستند اما برای تأمین هزینه‌های سرسام‌آور مراقبت توان کافی ندارند؛ دوم، شکاف تضمین حقوقی — خدمات مراقبت در منزل حتی برای واجدین شرایط Medicaid یک حق قانونی تضمین‌شده نیست؛ و سوم، شکاف کیفیت و کمیت نیروی کار — بدون سرمایه‌گذاری جدی در جذب، آموزش و نگهداشت نیروی انسانی، هیچ برنامه‌ای قادر به اجرا نخواهد بود.

چه چیزی در این گزارش تازه است؟





نوآوری اصلی گزارش ترکیب جهانشمول بودن با مسئولیت مالی است. اکثر پیشنهادهای قبلی یا جهانشمول بودند (و گران) یا مبتنی بر آزمونهای دارایی (و محدودکننده). این گزارش نشان می‌دهد که می‌توان یک برنامه طراحی کرد که هم همه بالقوه نیازمند مراقبت را پوشش دهد، هم از افراد به اندازه توانایی‌شان مشارکت بخواهد. استفاده از فرمول IRS برای تبدیل دارایی‌ها (از جمله مسکن) به جریان درآمدی قابل محاسبه، یک نوآوری فنی مهم است که تعادل بین عدالت و پایداری مالی را ممکن می‌سازد.

سناریوی عدم اقدام

اگر توصیه‌های این گزارش اجرا نشوند، چشم‌انداز پیش رو نگران‌کننده است. با پیر شدن نسل بزرگ پس از جنگ (Baby Boomers) در دهه‌های آینده، تقاضا برای خدمات مراقبت به شدت افزایش خواهد یافت در حالی که نه سیستم مالی، نه نیروی انسانی، و نه ساختارهای خانوادگی برای پاسخگویی به آن آماده نیستند. **بودجه‌های ایالتی** زیر فشار هزینه‌های Medicaid خرد خواهند شد، **میلیون‌ها سالمند** در مؤسساتی که ترجیح‌شان نیست جای می‌گیرند، **زنان میانسال** بیشتری مجبور می‌شوند کار را رها کنند تا مراقبت فراهم کنند، و **نابرابری** در دسترسی به مراقبت با کرامت عمیق‌تر خواهد شد.



بخش پنجم — پیشنهادات راهبردی برای ایران

وضعیت ایران در برابر چالش‌های این گزارش

ایران در نقطه‌ای حساس از گذار جمعیتی قرار دارد. جمعیت سالمند کشور در حال رشد سریع است و ساختارهای سنتی خانواده که تاریخاً مراقبت از سالمندان را بر عهده داشته‌اند، تحت فشار تغییرات اجتماعی — از جمله افزایش اشتغال زنان، کوچک‌تر شدن خانواده‌ها، گسترش شهرنشینی، و مهاجرت داخلی — قرار دارند. در عین حال، نه بازار بیمه خصوصی مراقبت طولانی‌مدت قابل‌اعتمادی وجود دارد، نه ساختار عمومی جامعی برای ارائه خدمات مراقبتی در منزل. یافته‌های این گزارش می‌توانند الهام‌بخش سیاستگذاری ایرانی باشند، البته با در نظر گرفتن ظرفیت‌ها و محدودیت‌های بومی.

راهبرد اول: تعریف «سبد خدمات مراقبت در منزل» به عنوان حق پایه سالمند ایرانی

گزارش بروکینگز تأکید می‌کند که مراقبت در منزل باید از یک خدمت تکمیلی و خیریه‌محور به یک **حق قانونی مشروط به نیاز** تبدیل شود. ایران می‌تواند این اصل را با تعریف یک «سبد پایه خدمات مراقبتی» آغاز کند. این سبد می‌تواند شامل حداقل ساعات کمک به فعالیت‌های روزانه، خدمات توانبخشی در منزل، ویزیت پرستاری دوره‌ای، و دسترسی به مراکز روزانه سالمندان باشد. در گام اول، این سبد می‌تواند برای **سالمندان کم‌درآمد** با ناتوانی‌های جدی تعریف شود و سپس به تدریج گسترش یابد.

راهبرد دوم: طراحی نظام سنجش نیاز استاندارد شده ملی

یکی از نوآوری‌های مهم گزارش، استانداردسازی ملی ارزیابی نیاز مراقبتی است. ایران فاقد یک نظام واحد، استاندارد شده و مبتنی بر شواهد برای تشخیص سالمندان نیازمند مراقبت است. پیشنهاد می‌شود یک ابزار استانداردسازی شده ارزیابی عملکردی سالمند تدوین شود که بر اساس شاخص‌های فعالیت‌های روزانه (ADL) و فعالیت‌های ابزاری روزانه (IADL) کار کند، توسط کارشناسان آموزش دیده اجرا شود، و زمینه تعیین نوع و حجم خدمات قابل ارائه را فراهم آورد. این ابزار می‌تواند بدون هزینه‌های کلان زیرساختی، صرفاً با آموزش و نظارت، قابل اجرا باشد.



راهبرد سوم: استفاده از ظرفیت موجود خانواده به جای جایگزینی آن

برخلاف آمریکا که کمبود مراقب خانوادگی به یک بحران تبدیل شده، در ایران هنوز شبکه خانوادگی نقش مهمی ایفا می‌کند. اما گزارش بروکینگز هشدار می‌دهد: پرداخت مستقیم به مراقبان خانوادگی ضمن داشتن خطرات قلب، عمدتاً رفاه مراقبان فعلی را افزایش می‌دهد نه اینکه مراقبت جدید ایجاد کند. رویکرد بهتر برای ایران این است که **مراقبان خانوادگی را آموزش داده** (آموزش پرستاری پایه، توانبخشی و کمک‌های اولیه)، از آن‌ها حمایت کرده (مراقبت جایگزین دوره‌ای، مشاوره روان‌شناختی، و استراحت‌گاه)، و از سرمایه اجتماعی آن‌ها پشتیبانی کرده، بدون اینکه صرفاً پول نقد توزیع شود.

راهبرد چهارم: ایجاد نظام تأمین مالی تدریجی و چندلایه

تجربه بروکینگز نشان می‌دهد که یک برنامه جامع نیازمند منابع مالی متعدد است. ایران می‌تواند مدل **چندلایه** زیر را در نظر گیرد: لایه اول، پوشش کامل دولتی برای سالمندان بی‌سرپرست یا با ناتوانی شدید و درآمد پایین؛ لایه دوم، نظام مشارکت تدریجی برای طبقه متوسط که بر اساس توانایی واقعی پرداخت — نه صرفاً درآمد — محاسبه شود؛ لایه سوم، توسعه بیمه‌های تکمیلی در چارچوب سازمان‌های بیمه‌ای کشور برای پوشش هزینه‌های مراقبت در منزل؛ و لایه چهارم، مشارکت صاحبان مسکن از طریق مکانیسم‌های بومی‌سازی شده مشابه «پرداخت معوق» که در گزارش معرفی شده است.

راهبرد پنجم: سرمایه‌گذاری جدی در حرفه مراقبت

درسی که از این گزارش برای ایران می‌توان گرفت این است که **بدون نیروی انسانی کافی، باکیفیت و با دستمزد مناسب، هیچ برنامه‌ای عملی نیست**. پیشنهاد می‌شود آموزش رسمی «کمکیار مراقبت سالمند» (Elder Care Aide) به عنوان یک رشته آموزش فنی و حرفه‌ای رسمی و با کمک هزینه دولتی در سازمان فنی و حرفه‌ای کشور تعریف شود. مسیر شغلی از کمکیار مراقبتی به پرستار خانگی و سپس مراقب ارشد با گواهینامه رسمی، می‌تواند این حرفه را جذاب‌تر کند. تجربه پایلوت ماساچوست که در گزارش ذکر شده، نشان می‌دهد که برنامه‌های مشابه قابل اجرا هستند.

راهبرد ششم: آزمون پایلوت محلی پیش از گسترش ملی



با توجه به ظرفیت اداری و محدودیت‌های بودجه‌ای، پیشنهاد می‌شود قبل از هر گونه طرح ملی، یک **یا دو استان آزمایشگر** انتخاب شوند که در آن‌ها مدل جامع مراقبت در منزل — شامل ارزیابی نیاز، تخصیص خدمات، پرداخت به ارائه‌دهندگان رسمی، و پایش کیفیت — آزمون شود. نتایج این پایلوت می‌تواند مبنای توسعه مدل ملی قرار گیرد. استان‌هایی با سهم بالای جمعیت سالمند، مانند استان‌های شمالی کشور، می‌توانند اولویت باشند.

راهبرد هفتم: بهره‌گیری از فناوری برای جبران محدودیت نیروی انسانی

گزارش بروکینگز به نقش فناوری، از جمله هوش مصنوعی مولد برای همراهی و حمایت از سالمندان، اشاره می‌کند. ایران می‌تواند این درس را بومی‌سازی کند: **پلتفرم‌های دیجیتال تله‌مراقبت (Telecare)** می‌توانند پایش وضعیت سالمند در منزل را ممکن کنند، اپلیکیشن‌های **هماهنگی مراقبت** می‌توانند ارتباط میان خانواده، مراقب رسمی، و نظام پزشکی را تسهیل کنند، و **ابزارهای هوشمند ارزیابی نیاز** می‌توانند کارآمدی فرایند سنجش را بالا ببرند. با توجه به پیشرفت‌های قابل توجه در حوزه فناوری اطلاعات در ایران، این ظرفیت قابل بهره‌برداری است.

Aging with dignity

Providing long-term supports and services at home for our nation's elders

این گزارش به بررسی برنامه ملی سالمندی در آمریکا می‌پردازد که هدف آن تضمین زندگی با عزت و عدالت برای تمامی سالمندان، به‌ویژه افراد کم‌درآمد و به حاشیه رانده شده است. این طرح بر چهار محور اصلی شامل ایجاد جوامع دوستدار سالمند، تامین مسکن مقرون‌به‌صرفه، گسترش خدمات مراقبتی بلندمدت و هماهنگی مراقبت‌های بهداشتی تمرکز دارد. منبع مذکور بر ضرورت اصلاح برنامه‌هایی نظیر مدیکر و مدیکید تاکید می‌کند تا نابرابری‌های سیستماتیک و فقر در سنین بالا کاهش یابد. همچنین، بر اهمیت رویکردی فراگیر با مشارکت دولت و جامعه برای حمایت از حقوق سالمندان و پیشگیری از سوءرفتار با آن‌ها پافشاری می‌شود. در نهایت، این گزارش چشم‌اندازی را ترسیم می‌کند که در آن هر فرد فارغ از پیشینه خود، به منابع لازم برای سلامت و امنیت مالی دسترسی داشته باشد.

