



سیاستگذاری آینده برای

مراقبت طولانی مدت

تحلیلی بر

۳۸ کشور اروپایی



نهاد منتشرکننده:
شبکه تحلیل سیاست اجتماعی اروپا



نویسنده/نویسندگان:
جمعی از پژوهشگران



تاریخ انتشار:
ژانویه ۲۰۲۶



شبکه تحلیل سیاست اجتماعی اروپا | مرکز منتشر کننده



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



۲۰۲۵ | تاریخ انتشار گزارش



سیاستگذاری آینده برای مراقبت طولانی مدت | موضوع



وبسایت | وبسایت





بخش اول خلاصه مدیریتی

الف) معرفی کوتاه

این گزارش تحقیقی ۱۵۶ صفحه‌ای توسط شبکه تحلیل سیاست اجتماعی اروپا (ESPAN) به سفارش کمیسیون اروپا تهیه شده است. نویسندگان — دالیا غیلانی، ایلدا دوری، آلیس مرلر، رامون پنیا-کاساس، اسلاوینا اسپاسووا و دانای کنستانتینودو — با تکیه بر گزارش‌های ملی ۲۸ تیم کشوری ESPAN، تصویری جامع و مقایسه‌ای از محیط‌های ارائه مراقبت طولانی‌مدت (LTC) رسمی برای افراد ۶۵ سال به بالا در ۲۷ کشور عضو اتحادیه اروپا، ۹ کشور کاندید یا بالقوه کاندید، ایسلند و نروژ ترسیم کرده‌اند. این گزارش در بستر «توصیه‌نامه شورای اروپا درباره دسترسی به مراقبت طولانی‌مدت با کیفیت و قیمت مناسب» (دسامبر ۲۰۲۲) منتشر شده و معیار پایه‌ای برای سنجش پیشرفت کشورهای عضو به‌شمار می‌رود.

ب) مهم‌ترین یافته‌ها

- در سال ۲۰۲۲، میانگین هزینه عمومی مراقبت طولانی‌مدت در اتحادیه اروپا ۱.۷ درصد از تولید ناخالص داخلی بود؛ در ۱۴ کشور این سهم به ۱ درصد یا کمتر رسید، در حالی که در دانمارک، هلند و سوئد بیش از ۳ درصد بود.
- از کل هزینه عمومی مراقبت طولانی‌مدت در اتحادیه اروپا در ۲۰۲۲: ۴۶.۲ درصد به مراقبت اقامتی، ۲۸.۸ درصد به مراقبت در منزل، و ۲۵ درصد به کمک‌های نقدی اختصاص یافت.
- تنها ۵.۵ درصد از افراد ۶۵ سال به بالا در اتحادیه اروپا از مراقبت در منزل با بودجه عمومی بهره‌مند می‌شوند؛ این رقم از ۱.۱ درصد در کشورهایی مثل بلغارستان تا ۱۸.۲ درصد در مالت متغیر است.



سیاستگذاری آینده برای مراقبت طولانی مدت

- در سال ۲۰۲۴، میانگین اتحادیه اروپا تنها ۳.۳ کارگر مراقبتی (تمام وقت) به ازای هر ۱۰۰ نفر ۶۵ سال به بالا بود؛ سوئد با ۱۰.۶ نفر بیشترین و برخی کشورهای اروپای شرقی زیر ۱ نفر داشتند.
- در سال ۲۰۲۴، ۴۶.۳ درصد از خانوارهایی که هزینه مستقیم مراقبت در منزل می‌پردازند، در پرداخت آن با دشواری روبرو بودند؛ ۸.۲ درصد «دشواری شدید» داشتند.
- در بیش از دو سوم از ۲۷ کشور عضو، محدودیت‌های ساختاری به جای ترجیحات فردی، تصمیمات مراقبتی را تعیین می‌کنند؛ در ۸ کشور نیازهای برآورده نشده به دلیل موانع مالی گزارش شده است.
- در پایان ۲۰۲۴ در اسپانیا، ۲۷۰.۳۴۵ نفر در انتظار دریافت خدمات مراقبتی بودند و ۱۲.۷ درصد از آنان پیش از دریافت حمایت درگذشتند.
- در آلمان، میانگین پرداخت شخصی ماهانه هر سالمند ساکن در مراکز اقامتی در سه ماهه سوم ۲۰۲۴ معادل ۳.۰۹۸ یورو بود، در حالی که میانگین حقوق بازنشستگی تنها ۱.۱۰۲ یورو بود.
- تمامی ۲۷ کشور عضو اتحادیه اروپا خدمات مراقبت در منزل دارند؛ اما مراقبت جامعه‌محور در کشورهایی مثل بلغارستان، قبرس، استونی، یونان، کرواسی، لیتوانی، مالت، رومانی و اسلواکی به شدت توسعه نیافته است.
- در ۱۲ کشور اتحادیه اروپا در سال ۲۰۱۹، بیش از ۶۰ درصد از سالمندان ۶۵ سال به بالا هیچ کمکی برای انجام فعالیت‌های روزانه دریافت نمی‌کردند.
- سرمایه‌گذاری اتحادیه اروپا در مراقبت طولانی مدت از طریق صندوق تاب‌آوری و بازسازی (RRF) در مجموع ۸.۱ میلیارد یورو بوده است.





- در ۹ کشور کاندید، مراقبت طولانی مدت هنوز به عنوان یک حوزه سیاستی یکپارچه شناخته نمی شود و تکیه بر مراقبت غیررسمی خانوادگی بسیار شدید است.

ج) نتیجه گیری تحلیلی کوتاه

گزارش ESPAN تصویری از بحران ساختاری رو به رشد در نظام های مراقبت طولانی مدت اروپا ارائه می دهد: سالمندی جمعیت با سرعتی بیش از توانایی سیستم ها برای تطبیق پیش می رود. مهم ترین یافته این است که انتخاب شخصی در مراقبت طولانی مدت در اغلب کشورها بیشتر نظری است تا واقعی؛ ساختار عرضه، بودجه خانوار، و موقعیت جغرافیایی به جای ترجیحات فرد تصمیم می گیرند. برخلاف گفتمان رسمی «نهادزادی» (کاهش اتکا به مراکز اقامتی)، اجرای آن بسیار ناهموار است؛ مراقبت در منزل و مراقبت جامعه محور اغلب کم تأمین مالی و کم توسعه یافته اند. این گزارش ارزش اضافه خاصی برای سیاستگذاران کشورهای در حال توسعه از جمله ایران دارد: نشان می دهد که حتی ثروتمندترین دموکراسی های اروپایی هم با کمبود نیرو، هزینه های کمرشکن، پراکندگی جغرافیایی و شکاف های حکمرانی دست و پنجه نرم می کنند — که این موضوع اهمیت اقدام پیشگیرانه و ساختارمند پیش از تعمیق بحران سالمندی را نشان می دهد.





بخش دوم) معرفی نهاد و روش شناسی

نهاد منتشرکننده: شبکه تحلیل سیاست اجتماعی اروپا (ESPAN)

شبکه تحلیل سیاست اجتماعی اروپا (European Social Policy Analysis Network — ESPAN) یک شبکه پژوهشی است که به سفارش مستقیم کمیسیون اروپا و زیرمجموعه مدیریت کل اشتغال، امور اجتماعی و ادغام (بخش D.2: حمایت اجتماعی و جمعیت‌شناسی) فعالیت می‌کند. ESPAN پوشش جغرافیایی گسترده‌ای دارد: ۲۷ کشور عضو اتحادیه اروپا، ۱۰ کشور کانیدیدا یا بالقوه کانیدیدا (از جمله کشورهای بالکان غربی، گرجستان، مولداوی، ترکیه و اوکراین)، و ایسلند و نروژ. این شبکه از تیم‌های ملی پژوهشی در هر کشور تشکیل شده و مبتنی بر اصل «کارشناسان ملی به عنوان گزارشگران اصلی» عمل می‌کند.

این گزارش با عنوان رسمی «محیط‌های مراقبت طولانی مدت برای سالمندان: تحلیلی پوشش‌دهنده ۳۸ کشور اروپایی» (Long-term care settings for older people: An analysis covering 38 European countries) از لحاظ اعتبار علمی در ردیف بالاترین منابع معتبر سیاستی اتحادیه اروپاست؛ زیرا مستقیماً برای کمیسیون تهیه شده و معیار اجرایی توصیه‌نامه رسمی شورای اروپا محسوب می‌شود. هزینه تهیه آن توسط کمیسیون اروپا پوشش داده می‌شود.

روش شناسی

داده‌های مورد استفاده: گزارش بر دو پایه اصلی استوار است: (۱) گزارش‌های ملی تفصیلی تهیه‌شده توسط ۳۸ تیم کشوری ESPAN بر اساس پرسشنامه‌های استاندارد، مصاحبه‌های میدانی و منابع آماری ملی؛ و (۲) داده‌های کمی از «چارچوب نظارتی اتحادیه اروپا بر توصیه‌نامه شورا درباره مراقبت طولانی مدت» که نخستین نسخه آن در مه ۲۰۲۵ توسط کمیته حمایت اجتماعی تصویب شد. داده‌های کمی این چارچوب بر پایه آمارهای یوروستات (Eurostat)، بررسی آمار درآمد و شرایط زندگی اروپا (EU-SILC)، بررسی مصاحبه سلامت اروپا (EHIS)، و داده‌های OECD است.

دوره زمانی: داده‌های کمی اصلی به سال ۲۰۲۲ و ۲۰۲۴ مربوط می‌شوند؛ برخی داده‌های نظرسنجی به ۲۰۱۹ بازمی‌گردند. گزارش‌های ملی به آخرین وضعیت تا پایان ۲۰۲۵ پوشش داده‌اند.





کشورهای مورد بررسی: ۳۸ کشور در سه گروه: ۲۷ عضو اتحادیه اروپا (پوشش کامل با داده‌های کمی و کیفی)؛ ۹ کشور کاندیدا یا بالقوه کاندیدا (آلبانی، بوسنی و هرزگوین، مولداوی، مونته‌نگرو، مقدونیه شمالی، صربستان، ترکیه، اوکراین، کوزوو) به‌اضافه ایسلند و نروژ (داده‌های عمدتاً کیفی بر اساس گزارش‌های ملی).

رویکرد تحلیلی: گزارش از نوع «سنتز مقایسه‌ای ساختارمند» است؛ تیپولوژی جامعی از محیط‌های مراقبت (شامل ۶ نوع مراقبت اقامتی، ۲ نوع مراقبت در منزل، و ۳ نوع مراقبت جامعه‌محور) طراحی شده و هر کشور بر اساس این تیپولوژی کدگذاری شده است. داوری کارشناسان ملی نقش محوری دارد.

محدودیت‌های روش‌شناختی اعلام‌شده توسط نویسندگان: غیاب داده‌های آماری یکپارچه اروپایی درباره مراقبت جامعه‌محور (Community-Based Care) یکی از مهم‌ترین محدودیت‌ها است؛ گزارش عمدتاً بر شواهد کیفی تکیه دارد. همچنین داده‌های مراقبت غیررسمی به دلیل کم‌ثبات بودن آن اغلب ناقص است. در برخی کشورها دسترسی به آمار درون‌کشوری محدود بوده است.



بخش سوم) یافته‌ها و تحلیل محتوا

۱-۳. داده‌های کلیدی مالی: هزینه، دسترسی و نابرابری

نقطه آغاز گزارش، تصویر مالی مراقبت طولانی مدت در اتحادیه اروپاست. هزینه عمومی مراقبت طولانی مدت در اتحادیه اروپا به طور میانگین ۱.۷ درصد از تولید ناخالص داخلی در ۲۰۲۲ بود، اما این میانگین تنوع بسیار گسترده‌ای را پنهان می‌کند. در یک سوی طیف، دانمارک، هلند و سوئد بیش از ۳ درصد هزینه می‌کنند و در ۴ کشور (دانمارک، ایرلند، هلند، سوئد) سهم مراقبت طولانی مدت از کل هزینه سالمندی (شامل بازنشستگی، درمان و آموزش) بیش از ۱۰ درصد است — در هلند این رقم به ۱۸.۲ درصد می‌رسد. در سوی دیگر، وضعیت قبرس (۰.۹ درصد از GDP) و یونان (۰.۶ درصد از GDP) بسیار پایین تر از میانگین هستند.

ترکیب این هزینه‌ها نیز داستان خود را دارد: ۴۶.۲ درصد از کل هزینه عمومی مراقبت طولانی مدت اتحادیه اروپا به مراقبت اقامتی اختصاص دارد که در ۷ کشور (اتریش، بلغارستان، قبرس، دانمارک، فنلاند، ایتالیا، اسلواکی) استثنا وجود دارد. شش کشور (اتریش، جمهوری چک، کرواسی، لیتوانی، مالت، اسلواکی) کمتر از ۱۰ درصد از هزینه عمومی خود را به مراقبت در منزل اختصاص می‌دهند — عددی که نشان می‌دهد سرمایه‌گذاری در مراقبت در منزل به‌رغم تمام گفتمان‌های سیاستی، در واقعیت اتفاق نمی‌افتد.

در طرف مقابل، فنلاند ۷۷.۱ درصد و دانمارک ۶۵.۸ درصد از هزینه عمومی مراقبت طولانی مدت خود را به مراقبت در منزل اختصاص می‌دهند — مدل‌هایی که نشان می‌دهند تغییر واقعی ترکیب هزینه‌ها ممکن است.



اکوسیستم مراقبت: از بودجه تا بیمار



مراقبت طولانی مدت (LTC): مجموعه‌ای از خدمات اجتماعی (ADL/IADL) و پزشکی برای افراد مبتلا به ضعف روانی/اجسمی در یک دوره طولانی.

دسترسی به مراقبت: در سال ۲۰۲۲، تنها ۵.۵ درصد از کل جمعیت ۶۵ سال به بالا در اتحادیه اروپا از مراقبت عمومی در منزل بهره‌مند بودند. اما اگر جمعیت «وابسته بالقوه» را مبنا قرار دهیم، این عدد به ۲۹.۶ درصد می‌رسد — یعنی ۷۰ درصد از کسانی که احتمالاً به مراقبت نیاز دارند، آن را دریافت نمی‌کنند. هشت کشور (بلژیک، دانمارک، فنلاند، ایرلند، لیتوانی، مالت، هلند، سوئد) بالاتر از ۴۰ درصد پوشش وابستگان را دارند؛ در مقابل، کرواسی و پرتغال زیر ۳ درصد قرار دارند.

قابلیت دسترسی مالی: در سال ۲۰۲۴، ۴۶.۳ درصد از خانوارهای اروپایی که هزینه مستقیم مراقبت در منزل می‌پردازند، با دشواری در پرداخت مواجه بودند. شدیدترین دشواری‌ها در یونان (۴۸.۷ درصد «دشواری شدید»)، کرواسی، قبرس، مجارستان و مالت (۲۲ تا ۲۶ درصد دشواری شدید) گزارش شده است. اگر «دشواری شدید» و «دشواری متوسط» را جمع کنیم، برخی کشورها ارقام بسیار نگران‌کننده دارند: قبرس و مجارستان ۴۴ تا ۵۶ درصد، لتونی مشابه، و یونان ۷۸.۹ درصد.

۲-۳. نقشه‌برداری محیط‌های مراقبت رسمی: ساختار و تنوع

گزارش یک تیپولوژی جامع از انواع محیط‌های مراقبت ارائه می‌دهد که شامل سه دسته اصلی و ۱۱ زیردسته است. این نقشه‌برداری به سیاستگذاران اجازه می‌دهد تا وضعیت کشور خود را در مقایسه با دیگران ارزیابی کنند.



مراقبت اقامتی (Residential Care): شامل ۶ نوع اصلی است: (۱) مرکز مراقبت استقلال محور (Assisted Living) که در تمام کشورها به جز مجارستان وجود دارد اما در ۹ کشور هنوز «جدید» محسوب می‌شود؛ (۲) بیمارستان‌ها و مراکز تخصصی مراقبت مزمن، موجود در تمام کشورها با گستردگی متفاوت؛ (۳) مراکز اقامتی بیمارستانی ویژه مراقبت تسکینی، که در فرانسه، ایتالیا و اسلوانی وجود ندارد؛ (۴) خانه‌های پرستاری (Nursing Homes) که در بلغارستان و قبرس غایب است؛ (۵) مراکز اقامتی معمولی برای سالمندان، موجود در ۲۳ کشور به صورت گسترده؛ و (۶) هاسپیس‌های تخصصی مراقبت تسکینی، که در ۹ کشور گسترده و در ۷ کشور «جدید» هستند.

نکته قابل توجه در مراقبت اقامتی این است که خانه‌های پرستاری جزء رایج‌ترین و گسترده‌ترین تنظیمات در ۱۹ کشور هستند و مراکز اقامتی معمولی در ۲۳ کشور هم گسترده و هم مستقر هستند.

در زمینه سازمان‌دهی، تنوع قابل توجهی وجود دارد. برخی کشورها (اتریش، جمهوری چک، استونی، اسپانیا، لتونی، مجارستان، مالت، رومانی، لهستان، اسلوانی) هنوز مراکز بزرگ را ترجیح می‌دهند؛ برای مثال میانگین اندازه مراکز مراقبتی در اتریش ۸۶ تخت است و برخی مراکز وین بیش از ۳۰۰ تخت دارند. در لتونی حدود ۳۹ مرکز بین ۱۰۰ تا ۳۰۰ تخت دارند. در مقابل، کشورهایی مثل دانمارک، سوئد، بلغارستان و لیتوانی سیاست «نهادزایی» (deinstitutionalization) را دنبال می‌کنند و واحدهای خانواده‌محور کوچک با ۱۰ تا ۱۵ نفر ایجاد می‌کنند.



رکن اول: طیف مراقبت‌های اقامتی

از اقامت مستقل با پشتیبانی تا مراقبت‌های پزشکی ۲۴ ساعته.

 <p>(۱.۳) هاسپیس‌های بستری مراقبت‌های تسکینی با مهارت بالا در یک محیط آرام و بیمارستان‌گونه.</p>	 <p>(۱.۲) مراکز مراقبت مزمن مراقبت‌های انتقالی و توانبخشی پس از بستری شدن در بیمارستان.</p>	 <p>(۱.۱) اقامتگاه‌های یاری‌رسان زندگی مستقل همراه با پشتیبانی اولیه و خدمات مهمان‌نوازی.</p>
<p>تغییر شکل ساختاری؛ کشورهایی مانند بلغارستان و لتونی در حال تبدیل مراکز بزرگ مقیاس به به‌خانه‌های گروهی، کوچک یا ظرفیت ۱۵-۲۰ نفر برای شبیه‌سازی محیط خانواده هستند.</p>	 <p>(۱.۶) هاسپیس‌های تسکینی مراقبت‌های پایان عمر در هفته‌ها یا روزهای پایانی زندگی.</p>	 <p>(۱.۵) خانه‌های مراقبت مسکونی گسترده‌ترین دسته؛ ارائه مراقبت‌های شخصی بدون پرستاری فشرده پزشکی.</p>
	 <p>(۱.۴) خانه‌های سالمندان با پرستاری ویژه مراقبت‌های پزشکی ۲۴ ساعته برای وابستگی‌های بسیار شدید.</p>	

مراقبت در منزل (Home Care): تمامی ۲۷ کشور عضو اتحادیه اروپا، خدمات مراقبت در منزل دارند و این خدمات در همه آن‌ها گسترده و مستقر است. این یافته بی‌نظیر گزارش است: هیچ سیاست دیگری در حوزه مراقبت طولانی‌مدت این سطح از اجماع را در اروپا ندارد. خدمات رایج شامل: پرستاری در منزل (حضور در ۲۷ کشور)، کمک به فعالیت‌های روزانه (حضور در ۲۱ کشور)، کمک‌های خانگی (حضور در ۲۵ کشور)، مراقبت تسکینی سیار (حضور در ۲۰ کشور)، فناوری‌های کمکی و تله‌کر (حضور در ۱۱ کشور) و خدمات توانبخشی (حضور در ۹ کشور) است. **مراقبت ۲۴ ساعته در منزل فقط در ۶ کشور (اتریش، جمهوری چک، آلمان، ایرلند، لوکزامبورگ، مالت) موجود است.**

نکته ویژه‌ای که گزارش برجسته می‌کند: در اتریش، «مراقبت ۲۴ ساعته» شکل خاصی دارد که پیش از ۲۰۰۷ اقتصاد زیرزمینی بود؛ اصلاحات آن سال این سیستم را که عمدتاً بر مراقبان مهاجر موقت از اسلوواکی و رومانی متکی است، قانونی کرد. این تجربه درسی مهم برای کشورهای است که بر مراقبت‌های غیررسمی تکیه می‌کنند.





رکن دوم: مراقبت در منزل (هسته اصلی پیری در محل)



موجود در تمام ۲۷ کشور
عضو اتحادیه اروپا

کمک‌های شخصی (ADL)
پشتیبانی در تحرک، استحمام، و
بهداشت فردی.

خدمات پرستاری در منزل
مداخلات بالینی، مراقبت از زخم، و
مدیریت دارویی.

پشتیبانی خانگی (IADL)
تهیه غذا، خرید، و انجام امور روزمره
منزل.

مراقبت در منزل دیگر یک گزینه فرعی نیست، بلکه یک اجماع سیاستی بالغ در
سراسر اروپا است که هدف آن حفظ استقلال، کاهش بار مراقبان غیررسمی و
مدیریت هزینه‌های عمومی است.

نوآوری کلیدی: حضور رو به رشد خدمات ۲۴ ساعته و تیم‌های تسکینی
سیار برای جلوگیری از بستری شدن غیرضروری.

مراقبت جامعه‌محور (Community-Based Care): این بخش کمترین توسعه را در میان سه دسته دارد و غیاب آمار یکپارچه اروپایی در این زمینه خود گواهی بر کم‌توجهی سیاستی است. سه نوع اصلی وجود دارد: (۱) مراکز تفریحی و جامعه‌ای برای سالمندان نیازمند مراقبت (در ۲۰ کشور موجود اما در ۷ کشور غایب)؛ (۲) مراکز روزانه (Day Centres) که در تمامی ۲۷ کشور وجود دارند و گسترده‌ترین شکل مراقبت جامعه‌محور هستند؛ و (۳) مراکز روزانه تسکینی (Day Hospice Centres)، که کمترین گستردگی را دارند و در ۱۰ کشور غایبند.

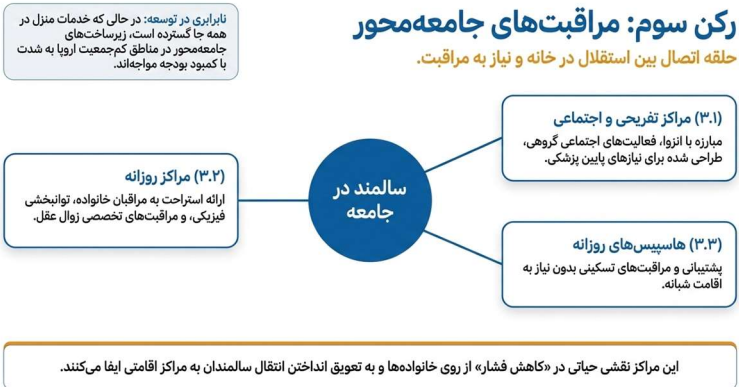
گزارش به صراحت می‌نویسد که مراقبت جامعه‌محور در کشورهایی مثل بلغارستان، قبرس، استونی، یونان، کرواسی، لیتوانی، مالت، رومانی و اسلواکی توسعه نیافته باقی مانده است؛ در حالی که در بلژیک، دانمارک، لوکزامبورگ و هلند نسبتاً پیشرفته است. این تفاوت‌ها عمدتاً بازتاب تاریخچه سرمایه‌گذاری، میراث نهادی و جهت‌گیری سیاستی است.





رکن سوم: مراقبت‌های جامعه‌محور

حلقه اتصال بین استقلال در خانه و نیاز به مراقبت.



می‌توان هر سه شکل مواجهه با پدیده سالمندی و استراتژی‌های مراقبتی از منظرهای گوناگون با یکدیگر مقایسه کرد. جدول زیر مقایسه این استراتژی‌ها را نشان می‌دهد:

ماتریس استراتژیک سیستم‌های مراقبتی

مقایسه تحلیلی کاربرد و مسیر آینده سه رکن اصلی شبکه مراقبت.

مراقبت جامعه‌محور	مراقبت در منزل	مراقبت اقامتی	
خطر انزوا / نیازمند نظارت روزانه	وابستگی کم تا متوسط	وابستگی شدید	سطح وابستگی هدف
توانبخشی و حمایت از مراقبان غیررسمی	پشتیبانی ADL و خدمات بالینی سیار	مراقبت ۲۴ ساعته پزشکی و پرستاری	خدمات اصلی
توسعه متمرکز بر آرزایم، نابرابری در توزیع جغرافیایی	توسعه شدید استراتژیک، هسته اصلی تامین مالی	کاهش مقیاس، نهادزدایی، خانه‌های گروهی کوچک	روند استراتژیک غالب



۳-۳. ویژگی‌های کلیدی: احراز شرایط، کیفیت و نظارت

احراز شرایط مراقبت اقامتی: کشورها سه معیار اصلی را ترکیب می‌کنند: سن (در ۱۱ کشور هیچ حداقل سنی وجود ندارد؛ در بقیه از ۶۰ تا سن بازنشستگی متفاوت است)، ارزیابی وابستگی (در همه کشورها اجباری است)، و آزمون مالی (در ۴ کشور هیچ آزمونی وجود ندارد؛ در برخی سخت‌گیرانه است).

یک یافته مهم این است که تنها ۱۱ کشور معیارهای استاندارد درجه‌بندی وابستگی دارند و ۱۶ کشور فاقد این استانداردهای هستند — این شکاف حکمرانی، برنامه‌ریزی و تخصیص منابع را دشوار می‌کند. برخی کشورها ابزارهای خاص خود را توسعه داده‌اند: بلژیک از مقیاس کاتز، لهستان از مقیاس بارتل، فرانسه از مقیاس AGGIR، و آلمان از مدل شش‌بعدی خود استفاده می‌کنند.

استانداردهای کیفی: گزارش تنوع قابل توجهی را در نظام‌های تضمین کیفیت آشکار می‌کند. اکثر کشورها استانداردهای ساختاری (زیرساخت و نسبت کارکنان) را دارند اما استانداردهای نتیجه‌محور (کیفیت زندگی) ضعیف است. قبرس هنوز چارچوب تضمین کیفیت ندارد و با قانون قدیمی ۱۹۹۱ عمل می‌کند. یونان نیز چارچوب کیفی ملی جامعی ندارد.

نمونه‌های برجسته تضمین کیفیت شامل: فلاندر بلژیک که نسبت ۵ پرستار ماهر به علاوه ۵ کارمند مراقبتی برای ۳۰ ساکن را اجباری کرده؛ پرتغال که نسبت دقیق ۱ پرستار به ازای ۴۰ ساکن (و در وابستگی بالا ۱ به ۲۰) را دارد؛ آلمان که نتایج کامل بازرسی‌ها را آنلاین منتشر می‌کند؛ سوئد که از «مقیاس‌های باز ملی» استفاده می‌کند؛ و فنلاند که هر دو سال نظرسنجی ملی رضایت را اجباری کرده است.

بازرسی: دامنه تناوب بازرسی‌ها از سالانه (فلاندر بلژیک، آلمان، دانمارک) تا پنج سالانه (لیتوانی) متفاوت است. کرواسی ۱۷ مرکز را طی دو و نیم سال از فعالیت ممنوع کرده اما برخی همچنان به کار ادامه می‌دهند — نشانه‌ای از شکاف بین مقررات و اجرا.

۳-۴. نابرابری‌های جغرافیایی: شکاف شهر و روستا





یکی از بزرگ‌ترین چالش‌های گزارش، نابرابری جغرافیایی در دسترسی به خدمات است. سه الگوی اصلی شناسایی شده است:

گروه اول (کشورهای دارای پوشش نسبتاً متعادل): دانمارک، لوکزامبورگ و اسلوانی چارچوب‌های ملی قوی و اهداف برابری روشنی دارند. در لوکزامبورگ، ارائه‌دهندگان می‌توانند صرف‌نظر از موقعیت جغرافیایی مشتریان به آنان خدمت دهند — البته گزارش تأکید می‌کند که موفقیت این مدل تا حدی به کوچکی کشور مربوط می‌شود.

گروه دوم (کشورهایی که در برخی بخش‌ها خوب اما در برخی ضعیف هستند): بلژیک، هلند، فنلاند، لیتوانی و سوئد. مثلاً بلژیک در مراقبت اقامتی نسبتاً متوازن است اما در مراقبت در منزل و جامعه‌محور شکاف دارد.

گروه سوم (اکثریت): اکثر کشورها نابرابری‌های قابل توجه جغرافیایی در اغلب بخش‌ها دارند. در اسپانیا، برخی مناطق خودمختار ۷ درصد پوشش مراقبت اقامتی دارند در حالی که برخی دیگر ۲.۵ درصد؛ در اتریش، پوشش از ۱.۸ درصد در یک ایالت تا ۳.۸ درصد در ایالت دیگر متفاوت است. در مجارستان، ظرفیت کمک در منزل از ۱۹.۳ در هر ۱۰۰۰ نفر ۶۵ سال به بالا در بوداپست تا ۱۸۸.۹ در ایالت بکش متفاوت است.

در حوزه مراقبت در منزل، اسپانیا با نابرابری‌های بسیار شدید به‌عنوان تنها کشور با «پراکندگی شدید» معرفی شده است. در فرانسه، سرزمین‌های ماوراء بحار مثل ماریوت دسترسی به مراقبت اقامتی ۹ برابر کمتر از میانگین ملی دارند.

در حوزه مراقبت جامعه‌محور، بلغارستان تنها ۳۵ از ۲۶۵ شهرداری خود مراکز روزانه دارد. در لهستان، تعداد جای‌های مراقبت روزانه از ۷ به بیش از ۵۰ در هر ۱۰۰۰ سالمند بین مناطق مختلف متفاوت است.

۵-۳. مدل‌های نوآورانه و ترکیبی





سیاستگذاری آینده برای مراقبت طولانی مدت

یکی از غنی ترین بخش های گزارش، معرفی مدل های ترکیبی و نوآورانه مراقبت است. تقریباً تمام کشورهای عضو اتحادیه اروپا (به جز قبرس، مجارستان، رومانی و اسلواکی) حداقل یک مدل نوآورانه دارند. این مدل ها در ۶ دسته تقسیم بندی شده اند:

مرزهای نوآوری (بخش اول): مدل های ترکیبی و فناوری محور

چگونه اروپا در حال بازطراحی نحوه ارائه مراقبت است.



فناوری برای استقلال (بلژیک)

استقرار ۱۵,۰۰۰ سیستم حسگر هوشمند و هوش مصنوعی در خانه ها تا سال ۲۰۲۶ برای نظارت بر کارهای روزمره بدون استفاده از دوربین های مزاحم.



روستاهای زوال عقل (دانمارک)

ترکیب ایمنی مسکونی با آزادی اجتماعی؛ بیماران می توانند آزادانه در یک شهر شیبه سازی شده و امن تردد کنند.



مدل مراقبت موقت (فرانسه)

مدل «Baluchonage»: یک متخصص آموزش دیده به طور موقت و ۲۴ ساعته در خانه مستقر می شود تا جایگزین مراقب خانوادگی شده و به او استراحت دهد.

نوآوری دیگر صرفاً یک «امکان رفاهی» نیست؛ بلکه برای پر کردن شکاف بین کمبود نیروی کار و تقاضای فزاینده، یک «ضرورت سیستماتیک» است.

مرزهای نوآوری (بخش دوم): همزیستی بین نسلی

انزوای اجتماعی یکی از بزرگترین تهدیدات برای سلامت سالمندان است. مدل های نوین، مراقبت را پیوندهای اجتماعی ادغام می کنند.



خانه نسل های کائوناس

ترکیب مراقبت از سالمندان با حمایت از مادران و کودکان بحران زده، که باعث تقویت همبستگی عمیق بین نسلی می شود.



مسکن فراگیر (API)

فضاهای زندگی مشترک که منابع و خدمات را جمیع می کنند و شمول اجتماعی را برای جمعیت در حال پیری ارتقا می دهند.



زندگی کانگورویی

نسل های مختلف در یک ساختمان زندگی می کنند (مانند زندگی دانشجویان در خانه های سالمندان لوور) تا حمایت متقابل فراهم کنند و انزوا را از بین ببرند.

این مدل ها نشان می دهند که معماری فیزیکی مستقیماً بر کیفیت زندگی روانی تاثیر می گذارد.





مدل های اقامتی جایگزین: هلند با ۱۴۳.۰۰۰ واحد مسکن خوشه‌ای با هدف افزودن ۸۰.۰۰۰ واحد جدید تا ۲۰۳۰؛ اسپانیا با «خانه‌های لوگاریتز» که شامل ۳ سطح مختلف پشتیبانی است؛ لوکزامبورگ با «نهاد مراقبتی» (Care Oasis) برای افراد با زوال عقل پیشرفته.

مدل های مبتنی بر منزل: اتریش با مدل «اشتغال مراقبان خانوادگی» در برگلاند که مراقبان خانوادگی را به‌عنوان کارمند یک شرکت دولتی استخدام می‌کند؛ پرتغال با «خانواده‌های پرورش» که در ۲۰۲۴ از ۳۸۵ خانواده برای ۷۲۲ نفر مراقبت کردند و نرخ استفاده ۹۷.۲ درصد داشت.

مدل های جامعه‌محور: اتریش با «پرستاری اجتماعی» (Community Nursing) که در ۱۱۷ پروژه با ۲۷۳ پرستار بین ۲۰۲۲ تا ۲۰۲۴ بیش از ۴۸۶.۰۰۰ تماس ثبت کرد؛ دانمارک با بومی‌سازی مدل هلندی «بورتزورگ» (Buurtzorg) که بر تیم‌های محلی حداکثر ۱۲ نفری و تصمیم‌گیری مشارکتی تأکید دارد.

مدل های فناوری‌محور: بلژیک با استقرار ۱۵.۰۰۰ سیستم هوشمند مبتنی بر هوش مصنوعی در خانه‌ها تا ۲۰۲۶ که بدون دوربین فعالیت می‌کنند و روتین روزانه را پایش می‌کنند؛ فنلاند که ۸۴ درصد از مراقبان منزل عمومی از دستبند های ایمنی و تشک‌های هوشمند استفاده می‌کنند؛ اسلوانی با سیستم «ای-کر» که توسط شهرداری‌ها یارانه‌بندی می‌شود.

مدل های بین‌نسلی: بلژیک با «دانشجویان در خانه‌های سالمندان» (خانه‌ای که دانشجویان در آن زندگی می‌کنند و با سالمندان تعامل دارند)؛ لیتوانی با «خانه نسل‌ها» در کائوناس که مراقبت از سالمندان و مادران در بحران را ترکیب می‌کند.

مدل های موقتی: فرانسه با «بالوشوناژ» (Baluchonnage) که یک متخصص آموزش‌دیده ۳۶ ساعت تا ۶ روز جایگزین مراقب اصلی می‌شود — این مدل از کانادا الهام گرفته و از ژانویه ۲۰۲۵ قانونی شده است.

۳-۶. ارزیابی ساختاری: چرا انتخاب واقعی وجود ندارد





بخش سوم گزارش (ارزیابی ساختاری) تیزترین و انتقادی‌ترین بخش است. گزارش به صراحت نتیجه می‌گیرد که در بیش از دوسوم کشورهای عضو اتحادیه اروپا، محدودیت‌های ساختاری نه ترجیحات فردی، تصمیمات مراقبتی را شکل می‌دهند.

عوامل محدودکننده انتخاب چهار دسته‌اند:

نخست، عدم تعادل عرضه و تقاضا: صف‌های طولانی انتظار در بسیاری از کشورها. در اسپانیا، ۲۷۰.۳۴۵ نفر در پایان ۲۰۲۴ در انتظار خدمات بودند و ۱۲.۷ درصد قبل از دریافت کمک درگذشتند. در هلند، تعداد افراد در صف انتظار از ۱۸.۶۸۸ نفر در ۲۰۲۱ به ۲۴.۲۹۷ نفر در ۲۰۲۴ رسید. در ایرلند، کل تخت‌های خانه پرستاری بین ۲۰۱۹ و ۲۰۲۲ کاهش یافته و حالا زیر میانگین OECD است.

دوم، محدودیت‌های مالی: در کرواسی، بسیاری از سالمندان درآمد کافی برای پوشش هزینه مراقبت ندارند. در آلمان، تفاوت بین میانگین پرداخت شخصی ماهانه (۳.۰۹۸ یورو) و میانگین حقوق بازنشستگی (۱.۱۰۲ یورو) به عنوان عامل اصلی اضطرار معرفی شده است.

سوم، نابرابری جغرافیایی: در قبرس، خانواده‌های مناطق روستایی مجبور به اتکا بر مراقبان غیررسمی یا کارگران داخلی هستند. در لتونی، تعداد افراد دریافت‌کننده خدمات مراقبت اجتماعی از ۲ تا ۹۶ نفر در هر ۱۰۰۰ نفر بین شهرداری‌های مختلف متفاوت است.

چهارم، کمبود نیروی انسانی: در ایرلند، صف‌های طولانی انتظار عمدتاً به کمبود کارکنان مراقبتی مربوط است. در جمهوری چک، یک نظرسنجی ۲۰۲۵ نشان داد کمبود نیروی کار نسبت به ۲۰۲۳ بدتر شده و کمبود بیش از ۳.۰۰۰ کارمند — سه برابر بیشتر از ۲۰۲۰ — گزارش شده است.

۳-۷. کمبود نیروی کار: بحران مزمن

در سال ۲۰۲۴، میانگین اتحادیه اروپا ۳.۳ کارگر مراقبتی (به ازای هر ۱۰۰ نفر ۶۵ سال به بالا) بود، اما دامنه آن از ۱.۰۶ (سوئد) تا زیر ۱ در کشورهایی مثل قبرس، یونان، مجارستان، ایرلند، لتونی، لهستان و رومانی است. در سطح اتحادیه، ۶۲.۹ درصد از کارگران مراقبتی در بخش اقامتی فعالیت





می‌کنند؛ تنها در ۵ کشور (بلغارستان، لیتوانی، لهستان، رومانی، اسلواکی) نیمی یا بیشتر از کارگران در بخش غیراقامتی هستند.

مشکل دستمزد نیز جدی است: در سال ۲۰۲۲، میانگین دستمزد ناخالص ساعتی کارگران مراقبتی ۸۹.۲ درصد میانگین سایر بخش‌ها بود. لوکزامبورگ تنها کشوری است که دستمزد مراقبتی بالاتر از میانگین سایر بخش‌هاست (۱۰۳.۸ درصد). در ۸ کشور (بلغارستان، استونی، اسپانیا، ایتالیا، لتونی، مالت، لهستان، پرتغال)، دستمزد کارگران مراقبتی بین ۶۰ تا ۷۰ درصد میانگین سایر بخش‌هاست.

۳-۸. پراکندگی حکمرانی: ریشه بسیاری از مشکلات

گزارش تشخیص می‌دهد که پراکندگی مسئولیت‌ها مهم‌ترین چالش ساختاری در اغلب کشورهاست. این پراکندگی دو شکل دارد:

پراکندگی افقی (بین بخش بهداشت و رفاه اجتماعی) در نیمی از کشورها وجود دارد. در کرواسی، هماهنگی بین وزارت‌های بهداشت و رفاه اجتماعی بسیار ضعیف است و قانون جامع مراقبت طولانی‌مدت وجود ندارد. در جمهوری چک، دو بخش جداگانه با قوانین، تأمین مالی، ساختار حکمرانی و فرآیندهای جداگانه وجود دارد. در مقابل، اسلوانی از طریق دو قانون جامع (۲۰۲۱ و ۲۰۲۳) نظام پراکنده خود را یکپارچه کرده است.

پراکندگی عمودی (بین سطوح ملی، منطقه‌ای و محلی) در اغلب کشورها وجود دارد. در سوئد، ۲۹۰ شهرداری به‌طور مستقل خدمات مراقبتی را تأمین مالی و ارائه می‌دهند و حدود ۹۰ درصد از تأمین مالی از مالیات محلی است. دانمارک مدل مشابهی با ۹۸ شهرداری دارد.

پیامد این پراکندگی، شکاف‌های مراقبتی است: در لیتوانی، گذار بین خدمات اجتماعی و بهداشتی نیاز به هماهنگی اضافی دارد زیرا دو وزارت جداگانه مسئولیت دارند. در لهستان، هیچ رویه رسمی اشتراک‌گذاری اطلاعات بیمار بین سیستم بهداشتی و خدمات اجتماعی وجود ندارد. گزارش از «پاره‌شدن مسیرهای مراقبتی» به عنوان یک مشکل فراگیر نام می‌برد.



۹-۳. اصلاحات در جریان: هشت روند اصلی

گزارش هشت روند اصلاحی را در کشورهای عضو شناسایی کرده که توجه به همزمانی و تکمیل‌کنندگی آن‌ها مهم است:

روند اول — تقویت مراقبت در منزل و جامعه‌محور: فراگیرترین اصلاح که در ۲۷ کشور در دستور کار است. استونی با ۳۹.۲ میلیون یورو در ۲۰۲۳ و ۵۹.۴ میلیون یورو در ۲۰۲۴ هدف افزایش نسبت مراقبت در منزل به اقامتی از ۱.۰ به ۱.۳ تا ۲۰۲۸ را دارد. فرانسه با ۲۵.۰۰۰ جای جدید در خدمات پرستاری در منزل تا ۲۰۳۰ برنامه‌ریزی کرده است. اسپانیا ۶۰۰ میلیون یورو بین ۲۰۲۱-۲۰۲۳ سرمایه‌گذاری کرده است.

روند دوم — بهبود مراقبت اقامتی: در ۱۹ کشور از طریق ارتقاء زیرساخت، استانداردهای کیفی و توسعه واحدهای تخصصی. جمهوری چک در نوامبر ۲۰۲۴ موافقتنامه‌ای برای ایجاد ۲۰ خانه بازنشستگی جدید با ۲.۵۰۰ تخت جدید امضا کرد. فنلاند نسبت کارمند به مراجع (Staff-to-Client Ratio) را از ۰.۵ به ۰.۷ افزایش داد که در ۲۰۲۴ الزامی شد (اما در ۲۰۲۵ به دلیل ریاضت ۰.۶ کاهش یافت).

روند سوم — توسعه محیط‌های مراقبتی جایگزین: در ۸ کشور (بلژیک، اسپانیا، ایرلند، ایتالیا، مالت، هلند، لهستان، پرتغال). هلند متعهد شده تا ۲۰۳۰ ۲۹۰.۰۰۰ خانه مناسب شامل ۱۷۰.۰۰۰ خانه «بدون پله» و ۸۰.۰۰۰ واحد مسکن خوشه‌ای بسازد.

روند چهارم — یکپارچه‌سازی خدمات: در ۲۳ کشور در حال اجرا. فنلاند با «اصلاح بهداشت و مراقبت اجتماعی» (SOTE) که از ژانویه ۲۰۲۳ اجرا شده، مسئولیت‌ها را از ۳۰۹ شهرداری به ۲۱ «ایالت رفاهی» منتقل کرد. ایتالیا نقاط ورودی یکپارچه با تیم‌های چندرشته‌ای برای ارزیابی جامع نیازها ایجاد کرده است.

روند پنجم — دیجیتالی‌سازی: در ۱۴ کشور. فنلاند از ۲۰۲۴ سیستم ثبت دیجیتال «سوتری» (Soteri) را برای ارائه‌دهندگان خدمات راه‌اندازی کرده. رومانی از طریق خط تلفن بین ۲۰۱۵ و ۲۰۲۳ برای ۱۶.۷۶۵ سالمند ۹۰.۶۷۴ تماس ثبت کرده است.





روند ششم — تقویت نیروی کار مراقبتی: در ۱۶ کشور از طریق افزایش دستمزد، شرایط کاری بهتر و آموزش. ایرلند در ژانویه ۲۰۲۳ اجازه استخدام تا ۱۰۰۰ کارگر مراقبتی غیر-اروپایی را داد. مالت از ژانویه ۲۰۲۵ شرایط کاری کارکنان برون‌سپاری شده را معادل کارمندان دولتی کرد.

روند هفتم — حمایت از مراقبان غیررسمی: در ۱۵ کشور. هلند با «دستور کار مراقبت غیررسمی ۲۰۲۶-۲۰۲۳» یک ائتلاف ملی تشکیل داده. رومانی در ۲۰۲۲ قانونی برای رسمی‌سازی نقش مراقبان غیررسمی تصویب کرد که به آنان حق کاهش ساعت کاری و غرامت را می‌دهد.

روند هشتم — اصلاح ساختارهای مالی: در ۱۷ کشور. اسلوانی از ۲۰۲۵ طرح بیمه مراقبت طولانی‌مدت ترکیبی از مشارکت‌های اجتماعی و انتقال‌های دولتی را اجرا کرده. آلمان کمیسیون را مأمور تهیه گزینه‌های اصلاح بیمه مراقبت طولانی‌مدت تا ۲۰۲۵ کرده است. کل سرمایه‌گذاری اتحادیه اروپا از طریق صندوق تاب‌آوری (RRF) برای مراقبت طولانی‌مدت ۸.۱ میلیارد یورو بوده است.

۱۰-۳. وضعیت در کشورهای غیر-عضو اتحادیه اروپا

بخش دوم گزارش به ۹ کشور کانیدیدا و ایسلند و نروژ می‌پردازد. نتایج این بخش برای مقایسه با وضعیت کشورهای در حال توسعه از جمله ایران مفید است.

کشورهای کانیدیدا (بالکان، مولداوی، ترکیه، اوکراین): مراقبت طولانی‌مدت هنوز به‌عنوان یک حوزه سیاستی یکپارچه شناخته نمی‌شود. مراقبت غیررسمی خانوادگی بار اصلی را تحمل می‌کند. مراقبت اقامتی ابتدایی‌ترین شکل رسمی موجود است اما دسترسی اغلب به دلیل موانع مالی، جغرافیایی یا اداری محدود است. تأمین مالی مختلط از مالیات عمومی، بودجه محلی، کمک‌های کاربران و در برخی موارد سازمان‌های بین‌المللی و حواله‌های مهاجران تشکیل می‌شود.

در بوسنی و هرزگوین، ۷۳ درصد از کل تأمین مالی مراقبت طولانی‌مدت در ۲۰۲۲ به مراقبت اقامتی اختصاص یافت — عدم تعادلی که مراقبت در منزل را در مضیقه می‌گذارد. در مولداوی، ۴۶ درصد از زنان و ۳۷ درصد از مردان بالای ۶۰ سال گزارش دادند که در پرداخت خدمات





بهداشتی دشواری دارند؛ یک سوم از سالمندان پرداخت‌های غیررسمی داشتند. در آلبانی، تنها ۱۵ از ۶۱ شهرداری خدمات مراقبت در منزل دارند. در صربستان، ۱.۴۷۲ سالمند در صف انتظار مراقبت اقامتی در ۲۰۲۲ بودند — ۳۵ درصد بیشتر از ۲۰۲۱ — و ظرفیت موجود فقط ۱.۳ درصد از جمعیت ۶۵ سال به بالا را پوشش می‌دهد.

ایسلند و نروژ: این دو کشور الگوی دولت‌محور یکپارچه را دارند. در نروژ، شهرداری‌ها مسئولیت اصلی ارائه مراقبت برای همه گروه‌های سنی را دارند. ایسلند ترکیب دولت مرکزی، شهرداری‌ها و ارائه‌دهندگان بخش سوم را به کار می‌گیرد. نروژ تنها کشوری است که سیستم داده جامع دارد.

۱۱-۳. شکاف‌های دانشی: محدودیت اساسی سیاستگذاری

گزارش به «شکاف‌های دانشی» (Knowledge Gaps) به‌عنوان یکی از چالش‌های اساسی اشاره می‌کند. ۱۵ کشور فاقد داده‌های قابل اعتماد درباره بهره‌مندان، خدمات و نتایج هستند. شکاف داده‌ای درباره نیروی کار در ۷ کشور جدی است. داده‌های مراقبت غیررسمی در اغلب کشورها به کلی ثبت نشده است. در ۱۰ کشور، «پراکندگی نهادی» به‌عنوان عامل اصلی شکاف‌های دانشی معرفی شده است — وقتی مسئولیت‌ها بین وزارت‌ها و سطوح مختلف حکومتی پراکنده است، داده هم پراکنده می‌شود.

یک نقطه نگران‌کننده خاص: مدل‌های نوآورانه ارزیابی نشده‌اند. اگرچه این مدل‌ها پیاده‌سازی شده‌اند، فاقد پیگیری منظم هستند و بهترین تجربیات به کندی منتشر می‌شوند.



بخش چهارم) نتیجه گیری نهایی

گزارش ESPAN در مجموع تصویری از یک تحول بزرگ ناتمام ارائه می‌دهد. اتحادیه اروپا در دو دهه گذشته درک خوبی از اینکه «چه باید بشود» توسعه داده است: مراقبت شخص‌محور، تراز مناسب بین سه نوع مراقبت، یکپارچگی بهداشت و رفاه اجتماعی، پیشگیری پیش از نیاز به مراقبت فشرده. اما شکاف بین این آرمان‌های سیاستی و واقعیت اجرا بزرگ و ادامه‌دار است. این شکاف به اشکال مختلف ظاهر می‌شود: صف‌های طولانی انتظار، پرداخت‌های کم‌رشد، مراقبت‌های جامعه‌محور کم‌توسعه‌یافته، و نابرابری‌های جغرافیایی که دسترسی سالمندان روستایی را محدود می‌کند.

شکاف مهم‌تری که گزارش آشکار می‌کند، فاصله بین سرمایه‌گذاری اعلامی و سرمایه‌گذاری واقعی است. بسیاری از کشورها در گفتمان خود «تحول به مراقبت در منزل» را اعلام کرده‌اند، اما در تخصیص واقعی بودجه، هنوز بیش از ۴۶ درصد هزینه عمومی به مراقبت اقامتی اختصاص می‌یابد. این گفتمان بدون سرمایه‌گذاری متناسب، الگوی واقعی مراقبت را تغییر نمی‌دهد.

یافته‌ای که در گزارش به اندازه کافی برجسته نشده اما در لابه‌لای داده‌ها پیداست، این است که **کمبود نیروی کار مراقبتی عمیق‌ترین چالش ساختاری است که هیچ‌کدام از راهبردهای دیگر بدون حل آن کارآمد نخواهند بود**. وقتی در آلمان کمبود نیروی ماهر به این معنی است که خانواده‌هایی که مراقبت اقامتی می‌خواهند مجبور به مراقبت در منزل می‌شوند و برعکس، دیگر «انتخاب» آزادانه‌ای وجود ندارد. وقتی در ایرلند صف انتظار مراقبت در منزل عمدتاً به کمبود کارمند مربوط است نه کمبود تأمین مالی، حجم سرمایه‌گذاری مالی به تنهایی راه‌حل نیست.

یک چالش جدی‌تر که توصیه‌های این گزارش را زیر فشار می‌گذارد، تعارض دیده‌نشده بین «کاهش نهادینه‌سازی» و «کاهش مراقبت غیررسمی» است. اگر کشورها برنامه دارند که مراقبت اقامتی را کاهش دهند، باید مراقبت در منزل و جامعه‌محور حرفه‌ای را جایگزین کنند. اما همزمان گزارش می‌گوید که ظرفیت مراقبت غیررسمی خانوادگی در حال کاهش است. اگر مراقبت جامعه‌محور حرفه‌ای هم کم‌توسعه‌یافته بماند، آنگاه سالمندانی که از مراکز اقامتی خارج می‌شوند یا اصلاً داخل نمی‌شوند، بدون پوشش می‌مانند.



اگر توصیه‌های این گزارش اجرا نشوند، سناریویی که پیش روست این است: با تسریع سالمندی جمعیت اروپا، فشار بر نظام‌های مراقبتی ناکارآمد به نقطه شکست می‌رسد؛ خانواده‌ها بار بیشتری را به دوش می‌کشند تا جایی که از پس آن برنیايند؛ زنان که بار اصلی مراقبت غیررسمی را دارند از بازار کار خارج می‌شوند؛ هزینه‌های بهداشت از مجرای بستری شدن‌های اورژانسی قابل پیشگیری افزایش می‌یابد؛ و نهایتاً «بازار خاکستری» مراقبت با کارگران مهاجر بی‌قرارداد گسترش می‌یابد. این سناریو در برخی کشورها در حال وقوع است — و سرعت آن به میزان اقدام پیشگیرانه امروز بستگی دارد.

چشم‌انداز نهایی: الزامات سیستم‌های مراقبتی موفق

توسعه و تنوع‌بخشی

گذار قطعی از اتکای تک‌بعدی به مراکز اقامتی و سرمایه‌گذاری متمرکز بر مراقبت‌های منقطع در منزل و شبکه محلات.



ارتقای نیروی کار و استانداردهای کیفیت

بهبود شرایط کار و دستمزدها، همراه با ایجاد چارچوب‌های یکپارچه ارزیابی کیفیت در سطح ملی.



نوسازی از طریق فناوری

استفاده از ابزارهای دیجیتال نه برای جایگزینی انسان، بلکه برای تقویت خودمختاری سالمندان و افزایش کارایی سیستم.



آینده مراقبت در اروپا نیازمند سرمایه‌گذاری مستمر، نوآوری ساختاری، و تعهد عمیق به کرامت انسانی است.





بخش پنجم — پیشنهادات راهبردی برای ایران

۵-۱. رویکردهای سیاستی گزارش برای بومی سازی

گزارش ESPAN در بخش «توصیه‌های سیاستی» (بخش C) شش حوزه اقدام را معرفی می‌کند. پیش از پیشنهادات بومی‌سازی شده، لازم است یادآوری شود که ایران با جمعیتی که سرعت سالمندی آن از میانگین منطقه‌ای بیشتر است — پیش‌بینی‌ها از عبور از آستانه جامعه «سالمند» تا ۱۴۱۵ و «فراسالمند» تا دهه‌های بعد حکایت دارند — در پنجره زمانی محدودی قرار دارد که در آن می‌توان زیرساخت‌ها را پیش از تعمیق بحران بنا کرد.

۵-۲. سیاستگذاری طیف‌بندی شده مراقبت: درس اول

گزارش نشان می‌دهد که موفق‌ترین نظام‌ها آن‌هایی هستند که ترکیب متوازنی از سه نوع مراقبت دارند. برای ایران، این به معنای حرکت از مدل دوقطبی «خانواده یا آسایشگاه» به سمت یک طیف خدماتی چندلایه است.

اقدام پیشنهادی: تدوین «نقشه مراقبت ملی» که موجودی فعلی خدمات را در قالب همین تیپولوژی ESPAN (مراقبت اقامتی، در منزل، جامعه‌محور) برای کل کشور ترسیم کند. در اغلب استان‌ها، مراکز روزانه (Day Centres) به‌عنوان ابتدایی‌ترین و کم‌هزینه‌ترین شکل مراقبت جامعه‌محور وجود ندارند. راه‌اندازی حداقل یک مرکز روزانه چندکارکردی در هر شهرستان می‌تواند اولین و اقتصادی‌ترین گام باشد.

۵-۳. مراقبان غیررسمی: از نادیده‌انگاری به سیاست‌محوری

گزارش به روشنی نشان می‌دهد که ظرفیت مراقبت غیررسمی در حال کاهش است حتی در کشورهایی که فرهنگ آن قوی بوده است. ایران در این زمینه در موقعیت نقطه عطف قرار دارد: مراقبت خانوادگی هنوز قوی است اما با شهرنشینی، کاهش فرزندآوری، افزایش اشتغال زنان و مهاجرت جوانان در حال تضعیف است.



اقدامات پیشنهادی: (۱) مجوزدهی و بیمه اجتماعی مراقبان غیررسمی — مدل اتریش که مراقبان خانوادگی را به عنوان کارمند شرکت دولتی می پذیرد در ایران قابل تطبیق است؛ این مدل مراقبت غیررسمی را از «نامرئی» به «رسمی» تبدیل می کند. (۲) مرخصی مراقبتی (Care Leave): الگوی رومانی در ۲۰۲۲ که به مراقبان خانوادگی حق کاهش ساعت کاری و غرامت ایجاد کرده، در چارچوب قانون کار ایران قابل الهام گیری است. (۳) «مرکز اطمینان» (Respite Care): مدل فرانسوی «بالوشوناژ» — حتی در فرم ساده تر آن — می تواند برای خانواده های مراقب از سالمندان مبتلا به زوال عقل که سخت ترین بار را دارند، ایجاد تسکین کند.

۴-۵. مدل یکپارچه سازی حکمرانی: ضروری ترین اصلاح

بزرگ ترین درس حکمرانی گزارش این است که پراکندگی مسئولیت بین بهداشت و رفاه اجتماعی عامل اصلی ناکارآمدی است. در ایران، مسئولیت مراقبت از سالمندان بین وزارت بهداشت، بهزیستی، سازمان تأمین اجتماعی، و شهرداری ها پراکنده است — همان الگویی که گزارش در ضعیف ترین نظام های اروپایی شناسایی می کند.

اقدام پیشنهادی: ایجاد «شورای هماهنگی مراقبت طولانی مدت»: زیر نظر دبیرخانه شورای ملی سالمندان که نه تنها هماهنگ کننده باشد بلکه اختیار تدوین «مسیر مراقبت یکپارچه» (Integrated Care Pathway) را داشته باشد — این مسیر تعیین می کند که یک سالمند با چه مراحل از تشخیص نیاز به مراقبت خفیف، تا مراقبت در منزل، تا مراقبت اقامتی طی می کند، و کدام نهاد در هر مرحله مسئول است. مدل فنلاند (تمرکززدایی با پاسخگویی) یا مدل لوکزامبورگ (ارائه دهندگان یکپارچه که هر دو نوع مراقبت را ارائه می دهند) می توانند منبع الهام باشند.

۵-۵. تأمین مالی پایدار: بیمه مراقبت طولانی مدت

یکی از توصیه های صریح گزارش ایجاد منابع تأمین مالی پایدار و قابل پیش بینی است. در ایران، اتکا به بودجه سالانه دولتی به معنای بی ثباتی تأمین مالی است.



اقدامات پیشنهادی: (۱) مطالعه امکان‌سنجی «بیمه مراقبت طولانی مدت»: اسلونی در ۲۰۲۵ بیمه‌ای ترکیبی از مشارکت‌های اجتماعی و انتقال‌های دولتی را راه‌اندازی کرده — این مدل با توجه به ساختار بیمه‌ای ایران قابل تطبیق است. (۲) کنار گذاشتن یک «سبد ملی مراقبت» از درآمدهای مالیاتی مشخص که برای توسعه زیرساخت مراقبت طولانی مدت اختصاص یابد، مشابه مدل ۱.۵ میلیارد یورویی فرانسه. (۳) شفافیت هزینه‌ها: گزارش تأکید دارد که سقف‌های پرداخت کاربر باید شاخص‌گذاری شوند تا با افزایش هزینه‌ها، توان پرداخت مردم کاهش نیابد.

۵-۶. پرورش نیروی کار مراقبتی: سرمایه‌گذاری بلندمدت

گزارش به وضوح نشان می‌دهد که حل بحران نیروی کار مراقبتی دهه‌ها طول می‌کشد. ایران باید هم‌اکنون شروع کند.

اقدامات پیشنهادی: (۱) توسعه رشته‌های آموزشی مراقبت سالمندی در سطح دانشگاه‌های فنی و حرفه‌ای با صدور گواهی معتبر. (۲) تعریف «حرفه مراقبتی» با طیف درجات و مسیر ارتقاء شغلی تا کار مراقبت از سالمندان جذابیت شغلی داشته باشد؛ الگوی لیتوانی (مرکز توسعه شایستگی حرفه‌ای از ۲۰۲۲) برای تطبیق مناسب است. (۳) پرداخت کافی: گزارش نشان می‌دهد که دستمزدهای ۶۰ تا ۷۰ درصد میانگین سایر بخش‌ها منجر به فرار نیرو می‌شود. در ایران، تعریف «حقوق مرجع» برای مراقبان در نسبت با میانگین کارگران بهداشتی ضروری است.

۵-۷. دیجیتالی‌سازی هوشمند: نه جایگزین بلکه تقویت‌کننده

گزارش هشدار می‌دهد که دیجیتالی‌سازی باید تکمیل‌کننده مراقبت انسانی باشد نه جایگزین آن. برای ایران، که در برخی زمینه‌های فناوری سلامت پیشرفت‌هایی داشته، فرصت جهش وجود دارد.



اقدامات پیشنهادی: (۱) سامانه ملی جامع سالمندان که موجودی خدمات، بهره‌مندان، نیروی کار و هزینه‌ها را ثبت کند — مدل سوتری فنلاند (دیجیتال، عمومی، یکپارچه) نقطه آغاز خوبی است. (۲) خدمات هشدار و پایش از راه دور برای سالمندان تنها مبتنی بر گوشی هوشمند — با هزینه‌ای بسیار کمتر از مدل‌های اروپایی پیاده‌سازی پذیر است. (۳) بانک اطلاعاتی بهترین تجربیات که پایلوت‌های موفق کشور (مثل خدمات مراقبتی برخی شهرداری‌های بزرگ) را ارزیابی و برای تکثیر ملی مستند کند — گزارش تأکید دارد که شکاف ارزیابی پایلوت‌ها، انتشار بهترین تجربیات را کند می‌کند.

۵-۸. راهبرد جامع پیشگیری: سرمایه‌گذاری با بازدهی بلند

یکی از توصیه‌های محوری گزارش، پیشگیری و مداخله زودهنگام برای به تأخیر انداختن نیاز به مراقبت فشرده است. هزینه یک برنامه فشارخون، دیابت، و پیشگیری از سقوط در ۶۵ سالگی در مقابل هزینه مراقبت طولانی‌مدت در ۸۵ سالگی بسیار ناچیز است.

اقدامات پیشنهادی: ادغام «غربالگری زوال شناختی» و «برنامه پیشگیری از سقوط» در پروتکل استاندارد نظام سلامت برای بازدیدهای سالمندی؛ توسعه «برنامه مراقبت از مراقبان» در قالب خدمات اجتماعی شهرداری‌ها؛ و گنجانیدن «سالمندی فعال» به عنوان هدف اندازه‌گیری پذیر در سیاست‌های شهرسازی با اتصال به معیارهای شهر دوست‌دار سالمند سازمان بهداشت جهانی.

Long-term care settings for older people

An analysis covering 38 European countries

این گزارش جامع توسط شبکه تحلیل سیاست‌های اجتماعی اروپا (ESPAN) تهیه شده و وضعیت مراقبت‌های بلندمدت از سالمندان را در ۳۸ کشور اروپایی بررسی می‌کند. محور اصلی متن بر تنوع سیستم‌های حمایتی، از جمله مراقبت‌های خانگی، محلی و مراکز شبانه‌روزی، و گذار به سمت خدمات شخص‌محور تمرکز دارد. نویسندگان به چالش‌های اساسی مانند کمبود نیروی کار، نابرابری‌های جغرافیایی و شکاف‌های داده‌ای در سیاست‌گذاری‌های دولتی اشاره می‌کنند. همچنین، این منبع به تحلیل اصلاحات ساختاری و نقش فناوری در بهبود کیفیت زندگی سالمندان می‌پردازد. در نهایت، راهکارهایی برای تقویت حکمرانی و بودجه‌بندی جهت افزایش استطاعت مالی و دسترسی همگانی به خدمات ارائه شده است.

