



Shahid Bahonar
University of Kerman



Iranian E-Commerce Scientific
Association

Health Services Provided to Older Adults within the Framework of Life Insurance: A Systematic Review

Hojat Baharifar¹, Mostafa Rajabi² and Bahar Hafezi³

1. Department of Economics, Kho.C., Islamic Azad University, Khomeini Shahr, Iran. **Email:** hojat.baharifar@iau.ac.ir
2. **Corresponding Author**, Department of Economics, Kho.C., Islamic Azad University, Khomeini Shahr, Iran. **Email:** rajabi@iaukhsh.ac.ir
3. Department of Economics, Isf.C., Islamic Azad University, Isfahan(Khorasgan), Iran. **Email:** hafezi@iau.ac.ir

ARTICLE INFO

Article Type:

Research Article.

Article History:

Received: 10 September 2025

Received in revised form: 22 November 2025

Accepted: 30 November 2025

Available online:

Keywords:

Life Insurance,
Elderly Health,
Long-Term Care,
Health Financing,
Systematic Review.

JEL Classification:

I13, I18, G22, J14.

A B S T R A C T

Objective: The aging population's complex healthcare needs pose challenges for insurers. Evolving to address this, life insurance offers sustainable financing. This study systematically reviews health services for older adults within life insurance schemes.

Method: This systematic review was conducted through comprehensive searches of Web of Science, Scopus, and PubMed databases using keywords related to life insurance and elderly health from 2000 to 2024. Out of 5,463 retrieved articles, after removing duplicates and screening titles and abstracts, 214 full-text articles were assessed, and 41 studies meeting the inclusion criteria were included in the final analysis.

Results: The findings were categorized into four main themes: 1) Insurance service models (including long-term care, combined products, and innovative solutions), 2) Financial coverage and cost reduction (e.g., a 26.3% decrease in hospitalization costs), 3) Services for specific groups (such as women and patients with chronic conditions), and 4) Positive outcomes (including a 62.6% increase in survival rates, a reduction in family-based care, and a transition towards community-based care).

Conclusion: Integrating health services into life insurance frameworks is an effective strategy for addressing the needs of older adults. Achieving this requires designing insurance systems with four key characteristics: financial sustainability through multi-stakeholder participation, flexibility in tailoring products for specific groups, equity in service access, and support for the transition from family-based to community-based care models.

Cite this article: Baharifar, H., Rajabi, M., & Hafzi, B. (2025). Health services provided to older adults within the framework of life insurance: A systematic review. *Journal of Development and Capital*, *(*), *-*. <https://doi.org/10.22103/jdc.2025.25898.1573>



Publisher: Shahid Bahonar University of Kerman.

©The Author(s).

Introduction

The aging of populations worldwide has emerged as one of the most pressing socioeconomic and healthcare challenges of the twenty-first century. The rapid growth of the elderly population, accompanied by the increasing prevalence of chronic diseases and the rising cost of healthcare, has placed unprecedented pressure on health and insurance systems. Life insurance, traditionally designed to provide financial protection against death and income loss, is now evolving toward integrated models that combine financial security with health protection in later life. The convergence of health and longevity risks has stimulated new hybrid insurance products that merge life and long-term care coverage to ensure both economic stability and access to essential healthcare services for the elderly. In this context, the integration of health services into life insurance frameworks represents a crucial step toward sustainable and equitable aging-care systems. Global demographic projections show that the share of people aged 65 and above will rise from 9.3% in 2020 to 16% by 2050, with the fastest growth occurring in developing countries. These demographic shifts are accompanied by an increasing burden of chronic illness and long-term care needs. Traditional separations between life and health insurance have created gaps in coverage, leaving elderly populations underprotected against medical and caregiving costs. Integrated insurance products such as life-health hybrids and long-term care insurance (LTCI) aim to bridge this gap by providing comprehensive financial and health support. Empirical evidence indicates that such products can reduce total medical expenditures by more than 20% and enhance access to care by up to 35%. Furthermore, value-based insurance models that link premiums to quality of care have been shown to improve both efficiency and equity in health service delivery. Despite these promising developments, a substantial knowledge gap remains regarding how health services can be effectively incorporated into life insurance mechanisms. The diversity of national health and insurance systems results in varying levels of success in integrating care, especially in developing economies where institutional fragmentation persists. Previous studies have analyzed aspects such as financial sustainability, actuarial modeling, and social welfare effects, yet few have synthesized international experiences to identify effective design principles for elder-care integration. Therefore, this systematic review seeks to analyze and consolidate global evidence on health services delivered to the elderly within life insurance frameworks. By comparing policies and practices across different countries, it aims to highlight successful models, identify challenges, and propose strategies for improving financial and health protection for aging populations. Ultimately, the review contributes to understanding how integrated life-health insurance schemes can enhance well-being, reduce inequality, and promote sustainable long-term care systems worldwide.

Method

This study was designed and conducted as a systematic review following the PRISMA guidelines to comprehensively analyze the role of life insurance in providing health services to elderly populations. A systematic literature search was performed in three reputable international databases—PubMed/MEDLINE, Scopus, and Web of Science—covering publications from January 2000 to December 2024. Keywords were selected based on three core concepts and combined using Boolean operators. Search terms included those related to life insurance such as "Life insurance," "Insurance policy," and "Long-term care insurance"; elderly-related terms such as "Elderly," "Aged," "Older adults," "Senior citizens," and "Geriatric"; and health service terms such as "Health services," "Healthcare," and "Medical care." No language restrictions were applied to ensure comprehensiveness.

Studies were included if they were original research articles, review articles, conference papers, or research reports published between 2000 and 2024, with full-text available, and examined the role of life insurance in providing health services to elderly populations. Exclusion criteria comprised short letters to editors, editorials lacking sufficient data, studies

without direct relevance to the research objective, articles focusing solely on actuarial calculations and mathematical modeling without addressing health services, and studies with inaccessible full texts. The selection process comprised three stages: removal of duplicates using EndNote version 21 software with manual verification, screening of titles and abstracts against inclusion and exclusion criteria, and full-text review of remaining articles with documentation of reasons for exclusion. Data extraction was systematically performed in two sections: bibliographic information (title, authors, publication year, journal, and country) and key findings (types of health services covered, elderly access mechanisms, benefits and challenges, health and welfare outcomes, and recommendations).

Extracted data were analyzed using content analysis approach given the methodological diversity of included studies. Findings were organized and analyzed across four main dimensions: types of insurance models, financial coverage and costs, services for specific groups, and health and welfare impacts. To ensure validity, all findings and categorizations were reviewed and discussed with the research team until complete consensus was achieved.

Results

The analysis of the included studies revealed substantial variation in insurance service provision models across countries. Long-term care (LTC) insurance emerged as the most comprehensive and widely adopted framework, offering institutional care, home-based services, rehabilitation, medical equipment, and preventive services. Hybrid designs such as life-insurance combined with health coverage, integrated pension-LTC products, and Medicaid partnership annuities reflected efforts to merge financial security with caregiving needs. National models also differed widely in eligibility, coverage depth, and sources of financing, illustrating a global trend toward flexible, multidimensional insurance products responsive to the complex realities of aging populations. Financial protection and expenditure reduction constituted a major theme, with strong evidence showing that LTC schemes significantly reduce both out-of-pocket payments and healthcare utilization costs. Studies from China consistently demonstrated reductions of 12–27% in inpatient and outpatient expenditures, while the United States and Germany reported long-term cost efficiencies through leveraging life-insurance assets and structured LTC benefits. Sustainability findings varied, with evidence from Japan suggesting that coordinated public–private financing and incremental policy adjustments could stabilize long-term system viability. Cross-national comparisons indicated that financing models ranged from equal public–private cost sharing to predominantly market-driven systems, reflecting different policy priorities in balancing equity and fiscal resilience.

Service provision for specific demographic and clinical subgroups highlighted substantial disparities in eligibility criteria, benefit generosity, and access pathways. Cancer survivors in the United States faced fewer post-treatment restrictions than their counterparts in Germany, while East Asian systems such as China and South Korea introduced special subsidies or non-pharmacological services for low-income elderly and dementia patients. Gender-sensitive initiatives, including valuation of household labor in insurance pricing, strengthened coverage equity for women. Geographic and socio-economic differences remained prominent: rural residents, low-income individuals, and highly disabled groups consistently encountered structural barriers, prompting targeted solutions ranging from mobile service delivery to government-funded subsidies.

Insurance coverage also demonstrated meaningful positive effects on health status, care quality, and family well-being among elderly beneficiaries. Reductions in household caregiving burden, most notably a 17% decline in informal care needs, were associated with increased reliance on formal service providers and greater caregiver participation in the labor market. Studies further reported improvements in independence, general health scores, and survival rates, with insured individuals achieving survival probabilities up to 62.6% compared with 53.7% in control groups. However, some systems experienced widening inequities,

4/ Health services provided to older adults within the framework of life insurance: A systematic review

underscoring the need for policy refinements targeting vulnerable populations. Overall, expanded LTC and insurance schemes tangibly enhanced economic stability, quality of life, and the sustainability of community-based eldercare systems.

Conclusions

The results of this systematic review revealed that insurance systems in elderly health services are transitioning from traditional approaches to integrated and comprehensive models. This transformation, successfully implemented in countries such as China, Japan, and Germany, has improved elderly health and welfare indicators by creating financial balance, promoting equity in access, and integrating care and preventive services. The findings regarding expansion of universal coverage and reduction of out-of-pocket expenses demonstrate that developing social insurance and reducing direct payments have significantly improved elderly access to health services and reduced household financial burden. The positive impact of integrating urban and rural insurance systems, particularly in China, has been confirmed, showing improvements in physical functioning, reduced functional limitations, and increased life satisfaction among elderly populations. From a financial sustainability perspective, diversification of funding sources including government, individual, and private sector participation, along with effective risk transfer mechanisms, has been identified as crucial for ensuring long-term sustainability of insurance systems.

However, analysis indicates that expanding insurance coverage alone is insufficient and must be accompanied by equity-oriented approaches that address the different needs of vulnerable elderly groups. Without targeted policies and attention to socio-economic realities of disadvantaged areas, insurance expansion may exacerbate existing inequalities. The importance of insurance system flexibility in facing crises and demographic changes has been confirmed, demonstrating that systems capable of rapid adaptation to challenges such as the COVID-19 pandemic have maintained sustainable service delivery even during crisis conditions. Country experiences show that financial sustainability and social equity are achieved when insurance design is based on actual elderly needs and socio-economic conditions of each country. To achieve these goals, policymakers should simultaneously consider four main pillars: financial sustainability, equity in access, service quality, and system flexibility, requiring establishment of coordinating institutions, development of digital infrastructure, strengthening monitoring systems, and expanding international cooperation for exchanging successful experiences.

Author Contributions

Conceptualization: Hojat Baharifar; **Methodology:** Hojat Baharifar, Dr. Mostafa Rajabi and Dr. Bahar Hafezi; **Validation:** Dr. Mostafa Rajabi and Dr. Bahar Hafezi; **Formal Analysis:** Hojat Baharifar; **Writing—Original Draft Preparation:** Hojat Baharifar; **Writing—Review and Editing:** Dr. Mostafa Rajabi and Dr. Bahar Hafezi; **Supervision:** Dr. Mostafa Rajabi and Dr. Bahar Hafezi; **Project Administration:** Dr. Mostafa Rajabi. All authors have read and agreed to the published version of the manuscript.

Data Availability Statement

Not applicable.

Ethical Considerations

The authors avoided data fabrication, falsification, plagiarism, and misconduct.

Funding

This research did not receive any specific grant from funding agencies in the public, commercial, or not-for-profit sectors.

Conflict of Interest

The authors declare no conflict of interest.



انجمن علمی تجارت الکترونیکی ایران

مجله توسعه و سرمایه

شماره چاپ: ۲۴۲۸-۲۰۰۸ شماره ثبت: ۲۶۴۵-۳۶۰۶

Homepage: <https://jdc.uk.ac.ir>



دانشگاه شهید باهنر کرمان

خدمات سلامت ارائه شده به سالمندان در چارچوب بیمه‌های عمر: مرور نظام‌مند متون

حجت بهاری^۱، مصطفی رجبی^۲ و بهار حافظی^۳

۱. گروه علوم اقتصادی، واحد خمینی‌شهر، دانشگاه آزاد اسلامی، خمینی‌شهر، ایران. hojat.baharifar@iau.ac.ir **رایانامه:**

۲. نویسنده مسئول، گروه علوم اقتصادی، واحد خمینی‌شهر، دانشگاه آزاد اسلامی، خمینی‌شهر، ایران. rajabi@iaukhsh.ac.ir **رایانامه:**

۳. گروه علوم اقتصادی، واحد خوراسگان (اصفهان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران. hafezi@iau.ac.ir **رایانامه:**

چکیده

اطلاعات مقاله

هدف: افزایش جمعیت سالمند و پیچیدگی نیازهای مراقبت سلامت آنان، چالش‌های نوینی را برای نظام‌های بیمه‌ای ایجاد کرده است. بیمه‌های عمر، به‌عنوان یکی از منابع مهم تأمین مالی پایدار، در حال تحول برای پاسخ‌گویی به این نیازها هستند. این مطالعه با هدف بررسی خدمات سلامت ارائه‌شده به سالمندان در چارچوب بیمه‌های عمر انجام شد.

روش: پژوهش حاضر یک مرور نظام‌مند متون است که با جستجو در پایگاه‌های Web of Science، Scopus و PubMed انجام گرفت. جستجو با استفاده از کلیدواژه‌های مرتبط با بیمه عمر و سلامت سالمندان در بازه زمانی ۲۰۰۰ تا ۲۰۲۴ صورت پذیرفت. از میان ۵۴۶۳ مقاله بازیابی‌شده، پس از حذف موارد تکراری و بررسی عنوان و چکیده، ۲۱۴ مقاله برای بررسی متن کامل انتخاب شدند و در نهایت ۴۱ مقاله که معیارهای ورود را داشتند، وارد تحلیل نهایی گردیدند.

یافته‌ها: یافته‌ها در چهار محور دسته‌بندی شد: ۱) مدل‌های بیمه‌ای (مراقبت طولانی‌مدت، محصولات ترکیبی و نوآورانه) ۲) پوشش مالی و کاهش هزینه‌ها (مانند کاهش ۲۶/۳ درصد هزینه بستری) ۳) خدمات گروه‌های خاص (زنان، بیماران مزمن) ۴) پیامدهای مثبت (افزایش ۶۲/۶ درصد نرخ بقاء، کاهش مراقبت خانوادگی و گذار به مراقبت اجتماع‌محور).

نتیجه‌گیری: ادغام خدمات سلامت در بیمه‌های عمر راهکاری مؤثر برای پاسخ به نیازهای سالمندان است که نیازمند طراحی نظام‌های بیمه‌ای با ویژگی‌های کلیدی پایداری مالی، انعطاف‌پذیری، عدالت و حمایت از مراقبت اجتماع‌محور است.

نوع مقاله: مقاله پژوهشی.

تاریخ‌ها:

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۶/۱۹

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۹/۱

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۹/۹

تاریخ انتشار برخط:

واژه‌های کلیدی:

بیمه عمر،

سلامت سالمندان،

مراقبت طولانی‌مدت،

تأمین مالی سلامت،

مرور نظام‌مند.

طبقه‌بندی JEL:

I13, I18, G22, J14.

استناد: بهاری‌فر، حجت؛ رجبی، مصطفی و حافظی، بهار (۱۴۰۴). خدمات سلامت ارائه شده به سالمندان در چارچوب بیمه‌های عمر: مرور نظام‌مند متون. *مجله توسعه*

و سرمایه، ۲۴(۳)، ۱-۱۵. <https://doi.org/10.22103/jdc.2025.25898.1573>

ناشر: دانشگاه شهید باهنر کرمان.

© نویسنده/ نویسندگان.



۱- مقدمه

همگرایی سالمندی جمعیت و نیازهای مراقبت سلامت، چالشی جهانی را برای نظام‌های سلامت و ارائه‌دهندگان بیمه ایجاد کرده است. با افزایش امید به زندگی در سراسر جهان، نیاز به خدمات جامع سلامت برای سالمندان به طور فزاینده‌ای اهمیت پیدا کرده است (ماتینز-لاکوبا، پادرو-گارسیا و اسکرینانو-سوتوس^۱، ۲۰۲۱). شرکت‌های بیمه عمر که به طور سنتی بر مزایای فوت و محصولات پس‌انداز متمرکز بوده‌اند، در حال تکامل به سمت ادغام خدمات سلامت و مزایای مراقبت طولانی مدت در محصولات خود هستند (سلیمانی و همکاران، ۱۴۰۱). این تحول نشان‌دهنده شناخت فزاینده ماهیت به هم پیوسته امنیت مالی و نیازهای مراقبت سلامت در دوران سالمندی است. پیش‌بینی می‌شود جمعیت جهانی افراد ۶۵ سال و بالاتر از ۹/۳ درصد در سال ۲۰۲۰ به ۱۶ درصد تا سال ۲۰۵۰ افزایش یابد (گو، اندریو و دوپره^۲، ۲۰۲۱). بر اساس مطالعات اخیر، رشد جمعیت سالمندان در کشورهای در حال توسعه سریع‌تر از کشورهای توسعه‌یافته است، به طوری که تا سال ۲۰۵۰، بیش از دو سوم جمعیت سالمند جهان در این کشورها زندگی خواهند کرد (کامپفن، ویجمونیگ و اوانجلیستا^۳، ۲۰۱۸). این گذار جمعیتی با افزایش بار بیماری‌های مزمن و هزینه‌های مراقبت سلامت همراه است. هزینه‌های مراقبت سلامت سالمندان سهم نامتناسبی از کل هزینه‌های مراقبت سلامت را تشکیل می‌دهد که در کشورهای مختلف متغیر است (کالستروپ-لمب و همکاران^۴، ۲۰۲۴).

در حالی که انتظار می‌رود سیستم‌های بیمه‌ای بتوانند این بار مالی را مدیریت کنند، تفکیک سنتی بین بیمه عمر و پوشش مراقبت سلامت، شکاف‌هایی را در پاسخگویی به نیازهای جامع سالمندان ایجاد کرده است. ادغام این دو نوع پوشش می‌تواند هزینه‌های کلی را تا ۲۳ درصد کاهش دهد و دسترسی به خدمات را تا ۳۵ درصد افزایش دهد (براون و وارشاوسکی^۵، ۲۰۱۳). این در حالی است که محصولات ترکیبی بیمه عمر و سلامت، با استفاده از مدل‌های چندحالتی، می‌توانند ریسک‌های مالی و سلامتی را به طور موثرتری پوشش دهند (کالدرا^۶، ۲۰۱۹). علی‌رغم نیاز روزافزون به راه‌حل‌های یکپارچه مراقبت سلامت برای سالمندان، همچنان شکاف قابل توجهی در درک چگونگی ادغام مؤثر خدمات سلامت در بیمه‌های عمر وجود دارد. پراکندگی بازارهای بیمه و نظام‌های سلامت منجر به پوشش نامطلوب و تخصیص ناکارآمد منابع شده است. این مشکل بویژه در کشورهای در حال توسعه که با چالش‌های ساختاری در نظام سلامت مواجه هستند، بیشتر نمود پیدا می‌کند (درشلر و ژوتینگ^۷، ۲۰۰۵ و شکری و ساودوف^۸، ۲۰۰۵).

مطالعات انجام‌شده جنبه‌های مختلف پوشش مراقبت سلامت سالمندان را بررسی کرده‌اند. پژوهش‌های اخیر در حوزه بیمه‌های ترکیبی نشان می‌دهد استفاده از مدل‌های نوین بیمه‌ای می‌تواند هزینه‌های مراقبت را کاهش دهد (چیا و سینتیا چن^۹، ۲۰۲۰ و آکیاما و همکاران^{۱۰}، ۲۰۱۸). ضمن اینکه بهبود در منابع بهداشتی و سیاست‌های اجتماعی می‌تواند به افزایش امید به زندگی سالم کمک کند و نظام‌های بیمه‌ای یکپارچه، پیامدهای سلامت بهتری برای سالمندان و بهره‌وری بیشتری در استفاده از منابع نشان می‌دهند (مون^{۱۱}، ۲۰۲۲). علاوه بر این، مدل‌سازی‌های ریاضی در بیمه نشان می‌دهد که طراحی محصولات ترکیبی با استفاده از مدل‌های چندحالتی، می‌تواند ریسک‌های مالی و سلامتی را به طور مؤثرتری مدیریت کند. این مدل‌ها با در نظر گرفتن گذار بیمه‌شدگان بین وضعیت‌های مختلف سلامت (مانند سلامت، بیماری، ناتوانی و مرگ)، امکان تحلیل پویا و

1. Martinez-Lacoba, Pardo-Garcia, & Escribano-Sotos

2. Gu, Andreev, & Dupre

3. Kämpfen, Wijemunige, & Evangelista

4. Kallestrup-Lamb

5. Brown & Warshawsky

6. Caldera

7. Drechsler & Jütting

8. Sekhri & Savedoff

9. Chia & Cynthia Chen

10. Akiyama

11. Moon

واقع گرایانه تری از ریسک و تعهدات بیمه‌ای فراهم می‌سازند. از میان این مدل‌ها، مدل دوحالته بقا^۱ برای تحلیل احتمال بقا، مدل خطرات رقیب^۲ برای بررسی احتمال وقوع چند رویداد متناوب (مانند بستری یا فوت)، و مدل بیماری-مرگ^۳ برای تحلیل سیر بیماری‌های مزمن و گذار از سلامت به بیماری و سپس مرگ، پرکاربردترین هستند. در محصولات ترکیبی عمر-سلامت، این مدل‌ها کمک می‌کنند تا سناریوهای مختلف سلامتی و هزینه‌های متناظر با هر وضعیت به دقت پیش‌بینی و در طراحی پوشش بیمه‌ای لحاظ شوند (ترنیو، کراسون و اتکینسون^۴، ۲۰۲۰). این مطالعات نشان می‌دهند که ترکیب بیمه عمر و خدمات سلامت می‌تواند راهکاری مؤثر برای پاسخگویی به نیازهای فزاینده جمعیت سالمند باشد.

با توجه به توضیحات ارائه شده، ادغام خدمات سلامت در بیمه‌های عمر فرصتی حیاتی برای پاسخگویی به نیازهای فزاینده مراقبت سلامت سالمندان است. بنظر می‌رسد پوشش بیمه‌ای جامع نه تنها می‌تواند پیامدهای سلامت را بهبود بخشد، بلکه با کاهش هزینه‌های مستقیم خانوار، بار مالی را کاهش داده و کیفیت زندگی سالمندان را به طور معناداری ارتقا می‌دهد. در راستای این شواهد و با توجه به اهمیت روزافزون این موضوع، این مرور نظام‌مند با هدف ترکیب و تحلیل تجارب و شواهد بین‌المللی در زمینه ادغام خدمات سلامت سالمندان در چارچوب بیمه‌های عمر انجام شده است. با بررسی رویکردهای مختلف در کشورهای گوناگون و با تمرکز بر مدل‌های موفق شناسایی شده توسط مطالعات پیشین، این پژوهش به دنبال شناسایی راهکارها، چالش‌ها و فرصت‌ها برای بهبود پوشش مراقبت سلامت سالمندان از طریق بیمه‌های عمر است.

۲- مبانی نظری پژوهش

امنیت اقتصادی یکی از مهم‌ترین عوامل تعیین‌کننده کیفیت زندگی سالمندان است. افراد در دوران سالمندی نیازمند منابع مالی پایداری هستند تا بتوانند هزینه‌های زندگی و بویژه هزینه‌های سلامت خود را تأمین کنند (الینگ و قوی‌بازو^۵، ۲۰۱۹). بیمه‌های عمر با ارائه پوشش‌های مالی بلندمدت، این امنیت را برای سالمندان فراهم می‌آورند و سالمندانی که از پوشش بیمه‌ای مناسب برخوردارند، دسترسی بهتری به خدمات بهداشتی و درمانی دارند (تائو، زنگ و جیانو^۶، ۲۰۲۴). عدم امنیت مالی می‌تواند منجر به تأخیر یا حذف مراقبت‌های پزشکی ضروری شود که پیامدهای منفی قابل توجهی بر سلامت سالمندان خواهد داشت. بیمه‌های عمر می‌توانند به عنوان یک سازوکار محافظتی عمل کنند که سالمندان را در برابر ریسک‌های مالی ناشی از بیماری‌های مزمن و هزینه‌های بالای درمان حمایت می‌کنند. این حمایت مالی نه تنها به سالمندان امکان می‌دهد تا به خدمات سلامت با کیفیت دسترسی پیدا کنند، بلکه به خانواده‌های آن‌ها نیز در کاهش بار مالی کمک می‌کند و یکپارچه‌سازی بیمه‌های عمر با خدمات سلامت می‌تواند منجر به بهبود پیامدهای سلامتی و کاهش هزینه‌های کلی سیستم بهداشتی شود (کرافت و همکاران^۷، ۲۰۰۹). برای دستیابی به این امنیت اقتصادی در دوران سالمندی، برنامه‌ریزی مالی در طول زندگی اهمیت حیاتی دارد. افراد در طول زندگی خود باید الگوی مصرف پایداری داشته باشند و برای دوران سالمندی که درآمد کاهش می‌یابد، پس‌انداز کنند (کمیته اثرات کلان اقتصادی بلندمدت جمعیت سالمند ایالات متحده در مؤسسه پزشکی ایالات متحده^۸، ۲۰۱۳). سطح افزایش امید به زندگی به چگونگی سرمایه‌گذاری کشورها در بهبود شاخص‌های اجتماعی مانند بهداشت، آموزش، برنامه‌های بازنشستگی، برنامه‌های سالم‌سازی، امکانات غذایی و

1. Alive-Dead model

2. Competing Risks model

3. Illness-Death model

4. Therneau, Crowson, & Atkinson

5. Eling & Ghavibazoo

6. Tao, Zeng & Jiao

7. Kraft

8. Institute of Medicine (US) Committee on the Long-Run Macroeconomic Effects of the Aging U.S. Population

بهبود وضعیت محیط زیست بستگی دارد (فرهنگ، ۱۴۰۱). با افزایش هزینه‌های سلامت در دوران سالمندی، داشتن بیمه عمر با پوشش‌های سلامتی می‌تواند به حفظ استانداردهای زندگی کمک کند و از فقر ناشی از هزینه‌های پزشکی جلوگیری نماید. بیمه‌های عمر با ارائه محصولات ترکیبی که شامل پوشش‌های سلامت، مراقبت‌های بلندمدت و درآمد بازنشستگی است، می‌توانند نیازهای مالی آینده را برطرف کنند. افرادی که در سنین میانسالی اقدام به خرید بیمه‌های عمر با پوشش‌های سلامتی می‌کنند، در دوران سالمندی از امنیت مالی بیشتری برخوردارند (وان، بتمن و هانوالد^۱، ۲۰۲۵).

در کنار برنامه‌ریزی مالی، حفظ و ارتقای سلامت به‌عنوان یک دارایی ارزشمند نیز اهمیت بسزایی دارد. سلامت یک سرمایه است که با گذشت زمان استهلاک می‌شود و نیازمند سرمایه‌گذاری مستمر برای حفظ و بهبود آن است. در دوران سالمندی، سالمندان نیازمند سرمایه‌گذاری‌های بیشتری در مراقبت‌های بهداشتی هستند و بیمه‌های عمر این سرمایه‌گذاری را تسهیل می‌کنند. سالمندان سالم می‌توانند مدت زمان بیشتری به‌طور مستقل زندگی کنند و بار مالی بر سیستم‌های بهداشتی و خانواده‌ها کمتر می‌شود. عمر با ارائه پوشش‌های جامع که شامل مراقبت‌های پیشگیرانه، غربالگری‌های دوره‌ای و مدیریت بیماری‌های مزمن است، می‌تواند به حفظ سلامت سالمندان کمک کند و برنامه‌های بیمه‌ای که بر پیشگیری تمرکز دارند، می‌توانند هزینه‌های درمانی را کاهش دهند (لی و همکاران^۲، ۲۰۲۲). با توجه به محدودیت منابع و هزینه‌های رو به رشد سلامت سالمندان، تخصیص کارای منابع محدود برای ارائه خدمات بهداشتی یکی از چالش‌های اصلی است. بیمه‌های عمر با ایجاد مکانیسم‌هایی برای جمع‌آوری و توزیع ریسک، می‌توانند به تخصیص کاراتر منابع کمک کنند و با کاهش عدم قطعیت مالی، به افزایش رفاه اجتماعی منجر شوند. رویکرد ارزش‌محور در مراقبت‌های بهداشتی اهمیت ویژه‌ای یافته است و بیمه‌های عمر می‌توانند با پرداخت بر اساس کیفیت خدمات، انگیزه‌های مناسبی برای ارائه‌دهندگان ایجاد کنند تا مراقبت‌های با کیفیت بالاتر و هزینه‌های کمتر ارائه دهند (تیزبرگ، والاسه و اوهارا^۳، ۲۰۲۰). مدل‌های نوآورانه بیمه‌ای مانند مدل‌های پرداخت مبتنی بر ارزش و برنامه‌های مراقبت هماهنگ، می‌توانند به بهبود پیامدهای سلامتی سالمندان کمک کنند.

موضوع دیگری که در تخصیص منابع سلامت سالمندان اهمیت دارد، توزیع عادلانه منابع بین نسل‌های مختلف و مسئولیت جامعه در قبال تأمین خدمات سلامت برای نسل مسن است. بیمه‌های عمر با ایجاد مکانیسم‌های تأمین مالی پایدار می‌توانند به تحقق این هدف کمک کنند. در بسیاری از کشورها، نظام‌های بیمه اجتماعی بر اساس همبستگی بین‌نسلی طراحی شده‌اند. با این حال، چالش‌های جمعیتی مانند افزایش نسبت سالمندان به جمعیت فعال، پایداری این نظام‌ها را تهدید می‌کند و بیمه‌های عمر خصوصی به‌عنوان مکمل بیمه‌های اجتماعی اهمیت بیشتری می‌یابند (چن و همکاران^۴، ۲۰۲۵). یافته‌های پژوهشی نشان می‌دهند که انتظارات اقتصادی و اطمینان به ثبات سیاست‌های اقتصادی، نقش کلیدی در پایداری نظام‌های تأمین اجتماعی و بیمه‌ای دارند، و عدم ثبات اقتصادی می‌تواند پایداری این نظام‌ها را به مخاطره اندازد (هاشمی دیزج و همکاران، ۱۴۰۱). ترکیب بیمه‌های عمومی و خصوصی می‌تواند یک سیستم چندلایه ایجاد کند که هم عدالت اجتماعی را حفظ می‌کند و هم کیفیت را فراهم می‌آورد (آغداش و همکاران^۵، ۲۰۲۲). یکی از کارکردهای اصلی بیمه‌های عمر در حمایت از سالمندان، مدیریت ریسک‌های مالی مرتبط با سلامت است. بیمه‌های عمر با انتقال ریسک‌های مالی از افراد به شرکت‌های بیمه، امکان مدیریت بهتر ریسک‌های مرتبط با سلامت را فراهم می‌آورند. در دوران سالمندی، افراد با ریسک‌های متعددی از جمله بیماری‌های مزمن، ناتوانی، نیاز به

1. Wan, Bateman, & Hanewald

2. Lei

3. Teisberg, Wallace, & O'Hara

4. Chen

5. Aghdash

مراقبت‌های بلندمدت و ریسک طول عمر مواجه هستند. بیمه‌های عمر با ارائه پوشش‌های متنوع، این ریسک‌ها را پوشش می‌دهند و امنیت مالی را تضمین می‌کنند (هی و همکاران^۱، ۲۰۲۵). با این حال باید توجه داشت تأمین خدمات سلامت سالمندان نیازمند مشارکت بخش‌های مختلف عمومی و خصوصی است. دولت‌ها نقش مهمی در تأمین خدمات سلامت سالمندان ایفا می‌کنند، اما فشارهای مالی و جمعیتی، آن‌ها را به جستجوی راهکارهای جایگزین سوق می‌دهد. یافته‌های تجربی نشان می‌دهد که مخارج دولت دارای اثر مثبت و معناداری بر شادی و رفاه افراد است، بویژه در کشورهای در حال توسعه که تأثیر این مخارج بر افزایش شادی بیشتر از کشورهای توسعه‌یافته است (طاهری زاده اناری پور و همکاران، ۱۴۰۲). بیمه‌های عمر خصوصی می‌تواند به عنوان بخشی از یک سیستم چندبخشی، به تأمین خدمات سلامت سالمندان کمک کند. مدل‌های مختلفی برای ترکیب بخش عمومی و خصوصی در تأمین خدمات سلامت سالمندان وجود دارد که انتخاب آن بستگی به عوامل اقتصادی، فرهنگی و سیاسی دارد. سیستم‌های ترکیبی می‌توانند پوشش جامع‌تر، کیفیت بالاتر و کارایی بیشتری ارائه دهند (یو و همکاران^۲، ۲۰۲۵).

خدمات سلامت ارائه شده به سالمندان در چارچوب بیمه‌های عمر شامل طیف گسترده‌ای از پوشش‌ها است که معمولاً شامل مراقبت‌های پیشگیرانه، درمان بیماری‌های حاد و مزمن، خدمات توان بخشی، مراقبت‌های بلندمدت و خدمات دارویی است (سازمان جهانی بهداشت^۳، ۲۰۲۵). طراحی مناسب این پوشش‌ها نیازمند درک عمیق از نیازهای سلامتی سالمندان و ترجیحات آن‌ها در مورد نحوه دریافت مراقبت است. سالمندان ترجیح می‌دهند مراقبت‌های یکپارچه و هماهنگ دریافت کنند که در آن خدمات مختلف به صورت یکپارچه ارائه شوند. مراقبت‌های پیشگیرانه از اهمیت ویژه‌ای برخوردارند، زیرا می‌توانند از بروز یا پیشرفت بیماری‌های مزمن جلوگیری کنند. بیمه‌های عمر با پوشش غربالگری‌های دوره‌ای، واکسیناسیون، مشاوره‌های تغذیه و فعالیت بدنی و برنامه‌های مدیریت بیماری‌های مزمن، می‌توانند به ارتقای سلامت سالمندان کمک کنند. همچنین، مراقبت‌های بلندمدت که شامل کمک در فعالیت‌های روزمره زندگی است، بخش مهمی از خدمات مورد نیاز سالمندان محسوب می‌شود و بیمه‌های مراقبت‌های بلندمدت می‌توانند هزینه‌های سنگین این خدمات را پوشش دهند (ابدی و همکاران^۴، ۲۰۱۹).

در همین رابطه نتایج پژوهش‌های مختلف نشان می‌دهد که کارآمدی این ابزارها نه تنها به نوع بیمه، بلکه به ساختار درآمدی، سطح توسعه نظام بازنشستگی و ویژگی‌های جمعیتی سالمندان نیز وابسته است. مطالعه‌ی وان و همکاران (۲۰۲۵) با بهره‌گیری از مدل چرخه عمر، به روشنی نشان داد ترجیحات بیمه‌ای سالمندان تابعی از وضعیت اقتصادی آنان است؛ به طوری که افراد با مستمری پایین بیشتر به بیمه عمر و افراد مرفه‌تر به بیمه‌های بیماری‌های بحرانی و مراقبت بلندمدت گرایش دارند. این یافته، اگرچه بر اهمیت تنوع در محصولات بیمه‌ای تأکید دارد، اما از سوی دیگر، نشان می‌دهد که در نظام‌های بازنشستگی با نابرابری درآمدی، سیاست‌های بیمه‌ای یکسان نمی‌توانند کارایی لازم را داشته باشند. در تأیید و تکمیل این موضوع، پژوهش وو، لی و همکاران^۵ (۲۰۲۲) با استفاده از مدل مخاطرات متناسب کاکس با جزء شکنندگی^۶، تفاوت اثر بیمه بازنشستگی و بیمه درمانی اجتماعی را در کاهش مرگ‌ومیر سالمندان بررسی کردند و نتیجه گرفتند که نقش هر نوع بیمه بسته به سن و موقعیت جغرافیایی متفاوت است. این تفاوت‌ها بر ضرورت طراحی سیاست‌های چندلایه بیمه‌ای برای گروه‌های سنی و مکانی مختلف تأکید دارد؛ نکته‌ای که در بیشتر مطالعات شرق آسیا به آن پرداخته شده اما در کشورهای در حال توسعه کمتر مورد توجه قرار گرفته است. چن و همکاران (۲۰۲۲) نیز با تمرکز بر تجربه سوئیس، به

1. He

2. Yue

3. World Health Organization

4. Abdi

5. Wu, Li, & Gao

6. Frailty Cox Model

ارزش افزایی بیمه عمر از طریق افزودن پوشش مراقبت بلندمدت اشاره کردند. یافته‌های آنان مؤید این است که محصولات ترکیبی بیمه‌ای می‌توانند انگیزه مشارکت بیمه‌گذاران را افزایش دهند. این نتیجه از جنبه سیاست‌گذاری قابل تأمل است، زیرا نشان می‌دهد که یکپارچگی بیمه‌های عمر و مراقبتی نه تنها کارکرد اقتصادی، بلکه کارکرد رفاهی و انگیزشی نیز دارد. با این حال، این مطالعه از منظر پویایی‌های بین‌نسلی یا پایداری مالی نظام بیمه‌ای کمتر به تحلیل پرداخته است.

در حوزه مراقبت بلندمدت، یافته‌های لی و همکاران^۱ (۲۰۲۵) با بهره‌گیری از روش اختلاف در اختلاف نشان داد که سازوکارهای پرداخت غیرنقدی و مبتنی بر خدمت، نسبت به پرداخت نقدی اثربخشی بیشتری در بهبود وضعیت سالمندان دارند. این نتیجه، ضمن معرفی مفهوم «پازل برداشت نقدی»، بار دیگر اهمیت طراحی هوشمندانه نظام‌های پرداخت را برجسته می‌کند. بویژه آنکه، سیاست‌های مالی باید بتوانند تعادل میان انگیزه اقتصادی و پیامدهای سلامت را برقرار سازند. ضمن اینکه مطالعه تائو و همکاران (۲۰۲۴) نشان داد برخورداری از بیمه درمانی و بازنشستگی به‌طور همزمان، دسترسی سالمندان به خدمات درمانی را افزایش می‌دهد و الگوی مصرف آنان را بهبود می‌بخشد. این یافته در امتداد نتایج پژوهش‌های پیشین، بر تأثیر هم‌افزای پوشش‌های بیمه‌ای مختلف تأکید دارد؛ موضوعی که در سیاست‌گذاری‌های بیمه‌ای آینده باید محور توجه قرار گیرد.

۳- پیشینه پژوهش

در مطالعه‌ای، تانگ و همکاران^۲ (۲۰۲۲) با استفاده از داده‌های پانل ملی چین و روش اختلاف در اختلاف‌ها، تأثیر اجرای بیمه مراقبت بلندمدت را بر هزینه‌های پزشکی و سلامت جسمی و روانی افراد میانسال و سالمند بررسی کردند. یافته‌های آنان نشان داد اجرای این نظام، علاوه بر کاهش هزینه‌های بستری و درمان سرپایی، موجب بهبود سلامت ادراک شده، عملکرد فعالیت‌های روزمره و سلامت روان شده است. نتایج این پژوهش، ارزش سیاستی اجرای گسترده‌تر بیمه‌های مراقبت بلندمدت را تأیید می‌کند. در پژوهشی دیگر، لیو و همکاران^۳ (۲۰۲۳) با بهره‌گیری از طرح شبه‌آزمایشی بیمه عمومی مراقبت بلندمدت در چین و استفاده از مدل سه‌گانه اختلاف‌ها، نشان دادند که اجرای این بیمه موجب افزایش هزینه‌های مصرفی غیرپزشکی خانوارهای سالمند به میزان حدود ۱۵ درصد گردیده است. آنان نتیجه گرفتند که بیمه مراقبت بلندمدت با کاهش انگیزه پس‌انداز احتیاطی در برابر ریسک‌های سالمندی، موجب بهبود کیفیت زندگی و افزایش تمایل به استفاده از مراقبت‌های رسمی در دوران از کارافتادگی می‌شود. در همین راستا، لیو و همکاران (۲۰۲۵) اثر بیمه مراقبت بلندمدت را بر نسبت هزینه‌های پرداخت از جیب در میان سالمندان بررسی کردند. نتایج آنان نشان داد اجرای این بیمه به‌طور معناداری نسبت هزینه‌های مستقیم سلامت را کاهش داده و اثر آن در میان سالمندان روستایی، دارای تحصیلات پایین‌تر و مبتلایان به بیماری‌های مزمن قوی‌تر بوده است. با این حال، پژوهش یادشده هشدار می‌دهد که فشارهای تورمی و هزینه‌های نظام سلامت ممکن است در بلندمدت این منافع را تضعیف کند.

از سوی دیگر، لین و همکاران^۴ (۲۰۲۵) با رویکردی شبه‌آزمایشی و استفاده از داده‌های طولی، به ارزیابی اثر اصلاحات بیمه مراقبت بلندمدت بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت پرداختند. نتایج نشان داد بیمه مزبور بهبود خفیفی در شاخص مورد بررسی سالمندان ۶۰ تا ۷۰ ساله ایجاد کرده و اثر آن عمدتاً از طریق کاهش فشار مالی، استفاده از مراقبت‌های رسمی و بهبود سلامت روانی حاصل شده است. با این حال، این سیاست موجب تشدید شکاف میان سالمندان شهری و روستایی شده است. به‌علاوه،

^۱. Lei & Zhang

^۲. Tang

^۳. Liu

^۴. Lin

پژوهش وانگ و همکاران^۱ (۲۰۲۳) با تحلیل داده‌های چهار موج مطالعات ملی چین، نشان داد بیمه مراقبت بلندمدت اثر معناداری بر بهبود سلامت ادراک شده، عملکرد شناختی و کاهش افسردگی سالمندان دارد و این اثرات در بلندمدت پایدار می‌مانند. در همین زمینه، چن و ژائو^۲ (۲۰۲۳) نیز با تمرکز بر ابعاد روانی، نشان داد بیمه مراقبت بلندمدت علاوه بر افزایش شادی و کاهش افسردگی سالمندان، از طریق کاهش بار مراقبت از خانواده‌ها و بهبود سلامت مراقبان، آثار جانبی مثبتی بر رفاه اجتماعی دارد. در مطالعه تطبیقی، ژو و ژانگ^۳ (۲۰۲۲) با بررسی تجربه ژاپن در توسعه مراقبت‌های مبتنی بر جامعه، بر ضرورت ایجاد مدل چندسطحی مراقبت از سالمندان و ادغام بیمه‌های عمر با خدمات مراقبتی تأکید کردند. یافته‌ها نشان داد تجربه ژاپن با پشتیبانی سیاستی قوی، مداخلات هدفمند و ارزیابی نظام‌مند، می‌تواند الگویی برای کشورهای در حال توسعه مانند چین و سایر کشورهای آسیایی باشد. از سوی دیگر، پژوهش‌های اروپایی نیز ابعاد دیگری از نظام‌های مراقبت بلندمدت را بررسی کرده‌اند. برای نمونه، والتر و همکاران^۴ (۲۰۲۲) در آلمان نشان دادند کیفیت خدمات در مراکز مراقبت بلندمدت، به میزان آموزش کارکنان در حوزه مراقبت تسکینی وابسته است و آموزش کافی می‌تواند از بستری‌های غیرضروری و هزینه‌های بیمارستانی بکاهد. همچنین، لوسی و همکاران^۵ (۲۰۲۴) در مطالعه‌ای تطبیقی بین سوئیس، آلمان، نروژ، ایتالیا و بریتانیا گزارش کردند که کشورهای با تأکید بیشتر بر مراقبت‌های خانگی و حمایت از مراقبان غیررسمی، هزینه‌های نظام سلامت پایدارتری دارند و دسترسی سالمندان به خدمات بیمه‌ای در آن‌ها گسترده‌تر است.

در قاره آفریقا نیز مطالعاتی در زمینه بیمه‌های عمر سلامت‌محور برای سالمندان انجام شده است. تونگو و همکاران^۶ (۲۰۲۴) در تانزانیا با بررسی بیمه‌های عمر سلامت‌محور سالمندان در مناطق روستایی، نشان دادند که بیمه موجب بهبود قابل توجهی در کیفیت زندگی مرتبط با سلامت می‌شود. همچنین، آمانی و همکاران (۲۰۲۳) با تمرکز بر تجربه کارکنان بهداشت در اجرای بیمه سالمندان، گزارش کردند که گرچه بیمه دسترسی سالمندان به خدمات را افزایش داده است، اما کمبود نیروی انسانی، تأخیر در بازپرداخت هزینه‌ها و محدودیت منابع دارویی از چالش‌های اساسی اجرای آن است. در مجموع، بیمه‌های عمر با فراهم کردن امنیت اقتصادی، برنامه‌ریزی مالی و حفظ سرمایه سلامت، نقش حیاتی در تأمین خدمات سلامت سالمندان ایفا می‌کنند. این بیمه‌ها از طریق تخصیص کارای منابع، توزیع عادلانه بین‌نسلی، مدیریت ریسک‌های مالی و مشارکت بخش‌های عمومی و خصوصی، می‌توانند دسترسی سالمندان به خدمات بهداشتی را بهبود بخشند و هزینه‌های درمانی را کاهش دهند. با توجه به پیری جمعیت و افزایش هزینه‌های سلامت، شناسایی مدل‌های ارائه خدمات، پوشش‌های مالی و پیامدهای بیمه‌های عمر بر سلامت سالمندان ضروری است. در جمع‌بندی پیشینه‌های پژوهش نیز، مرور تحلیلی این پژوهش‌ها نشان می‌دهد که توسعه بیمه‌های عمر، سلامت و مراقبت بلندمدت زمانی کارآمد است که در قالب یک نظام یکپارچه و چندسطحی طراحی شود. اغلب مطالعات پیشین، هرچند به جنبه‌های مهمی مانند انگیزه‌های فردی، کارایی اقتصادی یا عدالت اجتماعی پرداخته‌اند، اما هنوز در زمینه تلفیق سیاست‌های بیمه‌ای و ارزیابی اثرات متقابل آنها بر رفاه سالمندان خلأ قابل توجهی وجود دارد؛ خلأیی که پژوهش حاضر در پی پرکردن آن در چارچوبی تطبیقی و بین‌المللی است و هدف آن مرور نظام‌مند متون در زمینه خدمات سلامت ارائه‌شده به سالمندان در چارچوب بیمه‌های عمر و شناسایی مدل‌های موفق، چالش‌ها و راهکارهای بهبود این خدمات در سطح جهانی است.

1. Wang

2. Chen & Zhao

3. Zhou & Zhang

4. Walther

5. Lussi

6. Tungu

۴- روش پژوهش

۴-۱- طراحی مطالعه

این پژوهش یک مطالعه مروری نظام‌مند است که با رویکرد دقیق و مرحله‌به‌مرحله، به بررسی جامع ادبیات علمی در حوزه خدمات سلامت در بیمه‌های عمر و زندگی برای سالمندان پرداخته است. برای اطمینان از کیفیت و اعتبار یافته‌ها، تمامی مراحل این پژوهش مطابق با استانداردهای بین‌المللی دستورالعمل پریسما^۱ انجام شده است (پیچ و همکاران^۲، ۲۰۲۱). این دستورالعمل تضمین می‌کند که فرآیند جستجو، انتخاب و تحلیل مقالات به شیوه‌ای شفاف، قابل تکرار و بی‌طرفانه صورت پذیرد.

۴-۲- هدف و سؤال اصلی پژوهش

هدف این مطالعه، شناسایی و تحلیل جامع مقالات علمی منتشر شده در زمینه نقش بیمه‌های عمر و زندگی در ارائه خدمات سلامت به سالمندان است. به بیان دیگر، این پژوهش به دنبال پاسخ به این سؤال است که: «بیمه‌های عمر و زندگی چگونه می‌توانند به بهبود دسترسی و کیفیت خدمات سلامت برای جمعیت سالمند کمک کنند؟»

۴-۳- محدوده زمانی و پایگاه‌های اطلاعاتی

برای دستیابی به پوشش جامع مطالعات، جستجو در بازه زمانی ژانویه ۲۰۰۰ تا دسامبر ۲۰۲۴ انجام شد. این بازه زمانی به دلیل پیشرفت‌های قابل توجه در نظام‌های بیمه‌ای و افزایش توجه به سلامت سالمندان در دو دهه اخیر انتخاب شده است. جستجوی نظام‌مند در سه پایگاه معتبر بین‌المللی انجام شد که پوشش گسترده‌ای از مقالات علمی در حوزه سلامت، بیمه و سالمندی دارند:

۱. PubMed/MEDLINE: تخصصی‌ترین پایگاه در حوزه علوم پزشکی و سلامت

۲. Scopus: جامع‌ترین پایگاه استنادی با پوشش میان‌رشته‌ای

۳. Web of Science: یکی از معتبرترین پایگاه‌های استنادی جهان

۴-۴- استراتژی جستجو و کلیدواژه‌ها

برای یافتن تمامی مقالات مرتبط، از ترکیب دقیق کلیدواژه‌ها و اصطلاحات تخصصی استفاده شد. استراتژی جستجو بر اساس سه مفهوم کلیدی طراحی شد:

- مفهوم اول: بیمه عمر و زندگی (Life insurance, Insurance policy, Long-term care insurance)

- مفهوم دوم: سالمندان (Elderly, Aged, Older adults, Senior citizens, Geriatric)

- مفهوم سوم: خدمات سلامت (Health services, Healthcare, Medical care)

این کلیدواژه‌ها هم در عنوان و چکیده مقالات (Title/Abstract) و هم در سرفصل‌های تخصصی پزشکی (MeSH terms) جستجو شدند تا هیچ مقاله مرتبطی از قلم نیفتد.

نمونه استراتژی جستجو در پایگاه PubMed:

((("Life insurance"[Title/Abstract] OR "Insurance policy"[Title/Abstract] OR "insurance policies"[Title/Abstract] OR "Long-term care insurance"[Title/Abstract]) OR ("Insurance, Life"[Mesh])) AND ((Elderly[Title/Abstract] OR Aged[Title/Abstract] OR "Older adults"[Title/Abstract] OR "Senior citizen*"[Title/Abstract] OR "Geriatric"[Title/Abstract]) OR ("Aged"[Mesh]))

استراتژی مشابه با تطبیق مناسب برای ساختار هر پایگاه، در Scopus و Web of Science نیز اجرا شد. لازم به ذکر است که محدودیتی برای زبان مقالات اعمال نشد تا از جامعیت جستجو اطمینان حاصل شود.

۴-۵- معیارهای ورود و خروج مقالات

پس از جستجو، مقالات بر اساس معیارهای مشخصی انتخاب شدند. مقالاتی که از نظر نوع مطالعه شامل مقالات پژوهشی اصیل، مقالات مروری، مقالات کنفرانسی، گزارش‌های تحقیقاتی و یادداشت‌های تفسیری بودند و به صورت کامل منتشر شده بودند، وارد مطالعه شدند. از نظر محتوا، مقالاتی انتخاب شدند که به بررسی نقش بیمه‌های عمر و زندگی در ارائه خدمات سلامت به سالمندان پرداخته بودند. محدوده زمانی مقالات منتخب نیز بین سال‌های ۲۰۰۰ تا ۲۰۲۴ بود و مقالاتی که متن کامل آن‌ها قابل دسترسی بود، در نظر گرفته شدند. در مقابل، برخی مقالات به دلایل مشخصی از مطالعه خارج شدند. نامه‌های کوتاه به سردبیر و یادداشت‌های سردبیری به دلیل فقدان داده‌های کافی حذف شدند. همچنین مقالاتی که محتوای آن‌ها ارتباط مستقیمی با هدف پژوهش نداشت یا صرفاً به محاسبات آکچوئری، مدل‌سازی ریاضی و پیش‌بینی ریسک در بیمه‌ها پرداخته و به خدمات سلامت اشاره نکرده بودند، از مطالعه خارج شدند. مقالاتی که متن کامل آن‌ها در دسترس نبود نیز حذف شدند.

۴-۶- فرآیند غربالگری و انتخاب نهایی مقالات

پس از اتمام جستجو در پایگاه‌های اطلاعاتی، فرآیند دقیق غربالگری در سه مرحله انجام شد:

۴-۶-۱- مرحله اول: حذف موارد تکراری

ابتدا، تمامی مقالات بازبینی شده از سه پایگاه به نرم‌افزار مدیریت منابع اندنوت نسخه ۲۱ منتقل شد. نرم‌افزار به صورت خودکار مقالات تکراری را شناسایی و حذف کرد. سپس، برای اطمینان کامل از حذف تمامی موارد همپوشانی، پژوهشگر به صورت دستی نیز فهرست مقالات را مجدداً بررسی کرد. این اقدام دوگانه تضمین می‌کند هیچ مورد تکراری در مراحل بعدی باقی نماند.

۴-۶-۲- مرحله دوم: بررسی عنوان و چکیده

در این مرحله، پژوهشگر عنوان و چکیده تمامی مقالات باقیمانده را به دقت مطالعه کرد. معیارهای ورود و خروج که قبلاً تعریف شده بودند، به صورت دقیق بر روی هر مقاله اعمال شد. مقالاتی که از عنوان و چکیده آن‌ها مشخص نبود که مرتبط هستند یا نیستند، برای احتیاط به مرحله بعدی منتقل شدند. رویکرد محافظه کارانه تضمین می‌کند هیچ مقاله مرتبطی به اشتباه حذف نشود.

۴-۶-۳- مرحله سوم: بررسی متن کامل

پس از غربالگری عنوان و چکیده، متن کامل مقالات باقیمانده تهیه و به صورت کامل مطالعه شد. در این مرحله، محتوای دقیق هر مقاله با معیارهای ورود و خروج مقایسه و مقالاتی که پس از مطالعه کامل، معیارهای ورود را نداشتند، حذف و دلیل حذف آن‌ها ثبت شد. در پایان، مقالات نهایی که تمامی معیارها را داشتند، برای استخراج داده‌ها و تحلیل انتخاب شد.

۴-۷- استخراج اطلاعات از مقالات منتخب

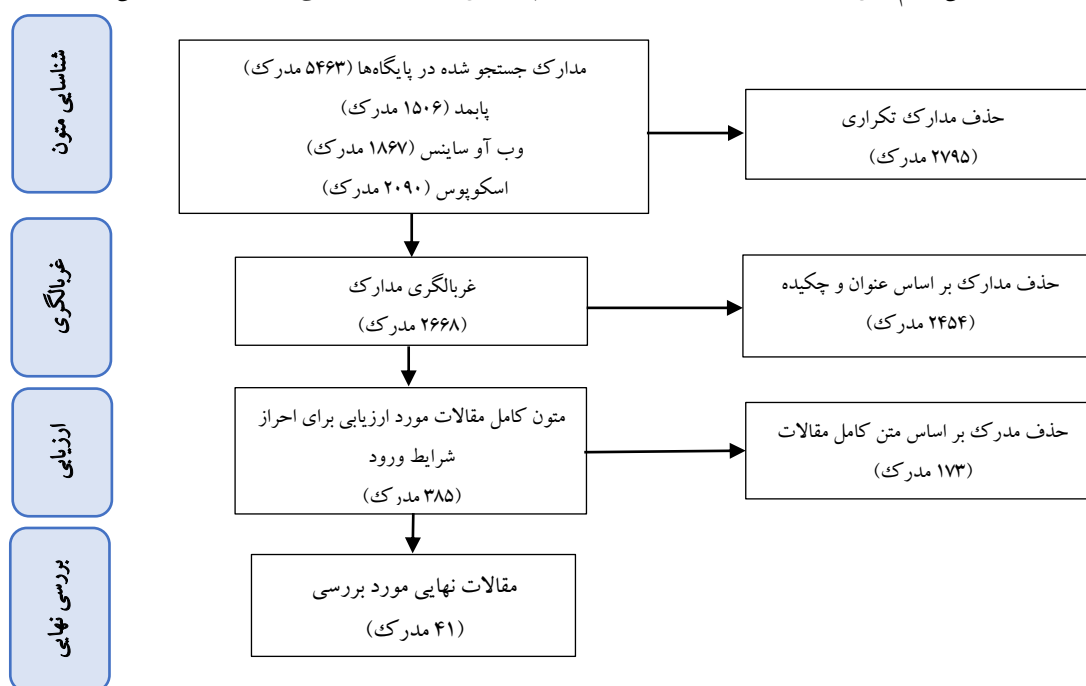
پس از انتخاب نهایی مقالات، اطلاعات مورد نیاز از متن کامل هر مقاله به صورت نظام‌مند استخراج شد. برای سازماندهی بهتر، این اطلاعات در دو بخش اصلی طبقه‌بندی شد. بخش اول شامل اطلاعات شناسایی و کتابشناختی هر مقاله بود که عنوان کامل مقاله، نام نویسنده اول و سایر نویسندگان، سال انتشار، نام مجله یا کنفرانس محل انتشار و کشور انجام مطالعه را در بر می‌گرفت. بخش دوم نیز با توجه به اهداف این پژوهش، محتوای اصلی و یافته‌های کلیدی هر مقاله را شامل می‌شد. این یافته‌ها عبارت بودند از انواع خدمات سلامت که توسط بیمه‌های عمر و زندگی پوشش داده می‌شوند، نحوه دسترسی سالمندان به این خدمات، مزایا و چالش‌های این نوع پوشش بیمه‌ای، پیامدهای سلامتی و رفاهی برای سالمندان و پیشنهادها و راهکارهای ارائه شده در مقالات. تمامی اطلاعات مستخرج در جداول مشخصی ثبت شد تا در مراحل تحلیل به راحتی قابل دسترسی و مقایسه باشند.

۴-۸- تحلیل و ترکیب یافته‌ها

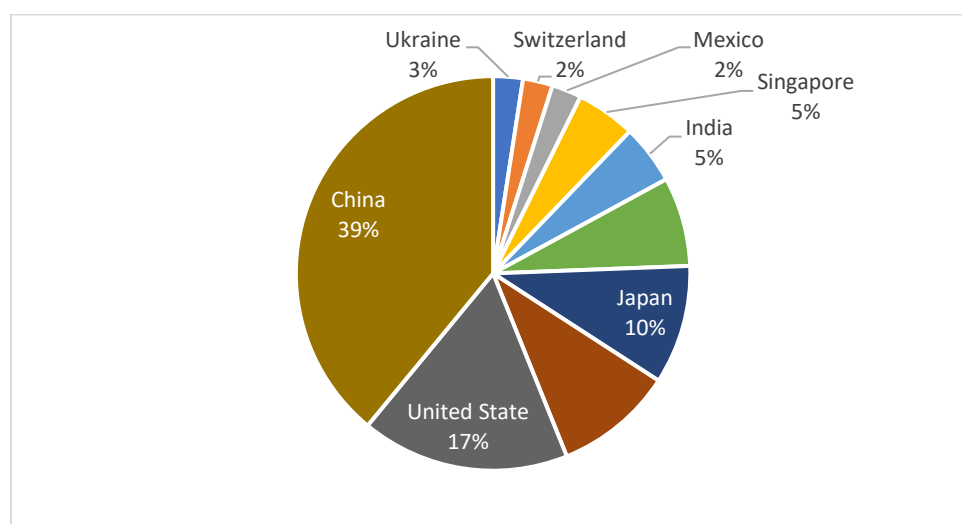
پس از استخراج اطلاعات از تمامی مقالات منتخب، فرآیند تحلیل و ترکیب یافته‌ها آغاز شد. این مرحله هدف اصلی مرور نظام‌مند است، یعنی ارائه تصویری جامع و یکپارچه از دانش موجود. با توجه به تنوع روش‌شناختی مطالعات منتخب که شامل مطالعات کمی، کیفی، مروری و آمیخته بود، از رویکرد تحلیل محتوا استفاده شد. در این رویکرد، هر یک از مقالات منتخب چندین بار به دقت مطالعه شد تا محتوای اصلی و پیام‌های کلیدی آن به خوبی درک شود. یافته‌های استخراج شده از مقالات بر اساس چهار بعد اصلی سازماندهی و تحلیل شدند. بعد اول، انواع مدل‌های بیمه‌ای بود که در آن انواع مختلف بیمه‌های عمر و زندگی و ساختار آن‌ها مورد بررسی قرار گرفت. بعد دوم، پوشش مالی و هزینه‌ها بود که شامل بررسی میزان پوشش مالی این بیمه‌ها، هزینه‌های مرتبط و نحوه پرداخت‌ها می‌شد. بعد سوم، خدمات برای گروه‌های خاص بود که در آن به بررسی نحوه ارائه خدمات به گروه‌های مختلف سالمندان با نیازهای متفاوت پرداخته شد. بعد چهارم نیز پیامدها و تأثیرات بود که شامل بررسی تأثیرات این بیمه‌ها بر سلامت، رفاه و کیفیت زندگی سالمندان می‌شد. برای اطمینان از صحت و اعتبار تحلیل انجام شده، تمامی یافته‌ها و دسته‌بندی‌های انجام شده با اعضای تیم پژوهش به اشتراک گذاشته شد. در جلسات مشترک، یافته‌ها مورد بحث و بررسی قرار گرفت و نظرات اعضای تیم در مورد سازماندهی و تفسیر یافته‌ها دریافت شد. در نهایت، پس از بحث و تبادل نظر، توافق کامل میان تمامی اعضای تیم پژوهش حاصل شد. این فرآیند مشارکتی و تعاملی، اعتبار و قابلیت اطمینان یافته‌ها را افزایش می‌دهد و تضمین می‌کند که تحلیل نهایی نمایانگر درک جامع و متوازی از ادبیات موضوع است.

۵- یافته‌ها

در مجموع ۵۴۶۳ مطالعه بازبایی شد که از این تعداد، ۲۷۹۵ مورد به علت تکراری بودن حذف گردید. در مرحله بعد عناوین و چکیده مقالات مورد بررسی قرار گرفت که پس از این بررسی ۲۱۴ مطالعه باقی ماند که فایل تمام متن آن‌ها مورد مطالعه قرار گرفت و نهایتاً فایل تمام متن ۴۳ مطالعه که مطابق با معیارهای پژوهش بود مورد بررسی قرار گرفت (شکل ۱).



شکل ۱. فلوچارت بررسی مدارک



نمودار ۱. توزیع مطالعات بر اساس کشور

بررسی توزیع جغرافیایی ۴۱ مطالعه نشان می‌دهد که چین با ۱۶ مقاله (۳۹٪) پیش‌تاز این حوزه پژوهشی است. پس از آن، ایالات متحده با ۷ مقاله (۱۷٪) در رتبه دوم قرار دارد. کره جنوبی و ژاپن هر کدام با ۴ مقاله (۱۰٪) در رتبه سوم قرار دارند. آلمان با ۳ مقاله (۷٪)، و هند و سنگاپور هر کدام با ۲ مقاله (۵٪) در رتبه‌های بعدی هستند. مکزیک، سوئیس و اوکراین هر کدام با یک مقاله (۴٪) کمترین سهم را در این پژوهش‌ها دارند (نمودار ۱). مشخصات اصلی این مطالعات در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. خلاصه‌ای از ویژگی‌های مقالات وارد شده به مطالعه

ردیف	نویسنده	سال	عنوان مقاله	کشور	یافته کلیدی	نوع خدمات بیمه‌ای
۱	کمپل و ایکگامی ^۱	۲۰۰۰	Long-Term Care Insurance Comes To Japan: A major departure for Japan, this new program aims to be a comprehensive solution to the problem of caring for frail older people	ژاپن	پوشش ۹۰ درصدی هزینه‌های مراقبت سالمندان	LTC اجباری
۲	ماتسودا و یاماماتو ^۲	۲۰۰۱	Long-term care insurance and integrated care for the aged in Japan	ژاپن	تأمین مالی ۵۰-۵۰٪ از مالیات و حق بیمه	LTC عمومی
۳	مورتون، اسپیلمن و وارشاوسکی ^۳	۲۰۰۱	In sickness and in health: An annuity approach to financing long-term care and retirement income	آمریکا	کاهش هزینه و افزایش دسترسی	بیمه ترکیبی (مستمری+LTC)
۴	بانومن، می‌یر و وردینگ ^۴	۲۰۰۸	Transferable ageing provisions in individual health insurance contracts	آلمان	انتقال ذخایر سالمندی بین بیمه‌گران	سلامت مادام‌العمر
۵	ماتسورا و ساساکی ^۵	۲۰۱۲	Can the health insurance reforms stop an increase in medical expenditures for middle-and old-aged persons in Japan?	ژاپن	عدم تأثیر افزایش پرداخت از جیب	بیمه سلامت
۶	براون و وارشاوسکی ^۶	۲۰۱۳	The Life Care Annuity: A New Empirical Examination of an Insurance Innovation That Addresses Problems in the Markets for Life Annuities and Long-Term Care Insurance	آمریکا	محصول ترکیبی مستمری- مراقبت طولانی مدت که امکان استفاده افراد با سلامت ضعیف از پوشش بیمه‌ای را فراهم می‌کند	بیمه ترکیبی (مستمری+LTC)

¹. Campbell & Ikegami

². Matsuda & Yamamoto

³. Murtaugh, Spillman, & Warshawsky

⁴. Baumann, Meier, & Werding

⁵. Matsuura & Sasaki

⁶. Brown & Warshawsky

ردیف	نویسنده	سال	عنوان مقاله	کشور	یافته کلیدی	نوع خدمات بیمه‌ای
۷	لاپیشکو، یوتوک و بلاژیوسکا ^۱	۲۰۱۶	Life Insurance Companies in the Pension System of Ukraine	اوکراین	ارائه خدمات مستمری و سلامت	بیمه عمر + مستمری
۸	آویلا-فونس و همکاران ^۲	۲۰۱۶	Association between employee benefits and frailty in community-dwelling older adults	مکزیک	تأثیر مثبت بر پیشگیری از شکنندگی	بیمه عمر و درمان
۹	کویجن، ون نیووربرگ و یوگو ^۳	۲۰۱۶	Health and Mortality Delta: Assessing the Welfare Cost of Household Insurance Choice	آمریکا	مدل چرخه عمر نشان می‌دهد افراد باید ترکیبی از بیمه عمر، مستمری و مراقبت طولانی مدت را انتخاب کنند	بیمه ترکیبی
۱۰	پیکوچ و همکاران ^۴	۲۰۱۷	The Effect of Radical Prostatectomy, External Beam Radiation Therapy and Active Surveillance on Life Insurance Premiums in Patients with Prostate Cancer	آمریکا	شانس بیشتر دریافت حق بیمه استاندارد	بیمه عمر
۱۱	گراهام و بیلگر ^۵	۲۰۱۷	Financing Long-Term Services and Supports: Ideas From Singapore	سنگاپور	تجربه موفق در ترکیب بیمه‌های خصوصی و عمومی با پوشش پایه اجباری	LTC ترکیبی
۱۲	پارک و کیم ^۶	۲۰۱۷	New Proposal of Private Insurance Program for Dementia Patients: Design of Sustainable Private Insurance Program in Korea	کره جنوبی	طراحی بیمه‌های خصوصی جدید برای بیماران دمانس با پوشش افراد بالای ۸۰ سال	بیمه خصوصی
۱۳	پانی و همکاران ^۷	۲۰۱۸	End-of-life care and social security issues among geriatric people attending a tertiary care hospital of eastern	هند	۵۰ درصد سالمندان فاقد بیمه	بیمه عمر و درمان
۱۴	ناداش و همکاران ^۸	۲۰۱۸	The German Long-Term Care Insurance Program: Evolution and Recent Developments	آلمان	نامه بیمه از سال ۱۹۹۵ رویکرد خودتأمین مالی برای حمایت از هزینه‌های مراقبتی ارائه کرده است	LTC اجباری
۱۵	هوانگ و همکاران ^۹	۲۰۱۸	Factors associated with willingness to enter long-term care facilities among older adults in Chengdu, China	چین	تنها ۱۱/۹ درصد تمایل به استفاده از مراکز داشتند؛ درآمد بالاتر و داشتن بیمه با تمایل بیشتر همراه بود	LTC پایه
۱۶	ایمروهوراوغلو، کیتائو و یامادا ^{۱۰}	۲۰۱۹	Fiscal sustainability in Japan: What to tackle?	ژاپن	ترکیب سیاست‌های افزایش سن بازنشستگی، کاهش مستمری و افزایش سهم پرداختی بیمه به پایداری مالی کمک می‌کند	LTC + بیمه سلامت
۱۷	ژو و همکاران ^{۱۱}	۲۰۲۰	Does COVID-2019 Have an Impact on the Purchase Intention of Commercial Long-Term Care Insurance among the Elderly in China?	چین	افزایش تمایل به خرید بیمه از ۲۵/۸ درصد به ۳۷/۶ درصد پس از شیوع کووید-۱۹	LTC خصوصی
۱۸	میپو و همکاران ^{۱۲}	۲۰۲۱	Flexible and affordable methods of paying for long-term care insurance	آمریکا	استفاده از ارزش مسکن برای خرید بیمه مراقبت بلندمدت، گزینه‌ای مقرون به صرفه برای سالمندان دارای دارایی با درآمد پایین	LTC اختیاری

¹. Lapishko, Yevtukh, & Blazhivska
². Avila-Funes
³. Kojien, Van Nieuwerburgh, & Yogo
⁴. Piecuch
⁵. Graham & Bilger
⁶. Park & Kim

⁷. Pany
⁸. Nadash
⁹. Huang
¹⁰. Imrohoroglu, Kitao, & Yamada
¹¹. Xu
¹². Mayhew

ردیف	نویسنده	سال	عنوان مقاله	کشور	یافته کلیدی	نوع خدمات بیمه‌ای
۱۹	کیم و کون ^۱	۲۰۲۱	A decade of public long-term care insurance in South Korea: Policy lessons for aging countries	کره جنوبی	جداسازی بیمه مراقبت طولانی مدت از بیمه سلامت مزایایی مانند کاهش پزشکی سازی مراقبت های طولانی مدت دارد	LTC عمومی
۲۰	هریس، یلوویتز و کورتمانچه ^۲	۲۰۲۱	Did COVID-19 change life insurance offerings?	آمریکا	افزایش حق بیمه برای گروه پرخطر	بیمه عمر
۲۱	ژانگ، یو و ژانگ ^۳	۲۰۲۱	Policy-Oriented Learning: A Case on Initiating Long-Term Care Insurance in China's Social Security Sector	چین	یادگیری سیاستی از تجربه آلمان نقش مهمی در طراحی و اجرای LTCI در چین داشته است	LTC عمومی
۲۲	ما و ژو ^۴	۲۰۲۲	Value-Based Health Care: Long-Term Care Insurance for Out-of-Pocket Medical Expenses and Self-Rated Health	چین	کاهش ۳۷.۱۶٪ در هزینه های پرداخت از جیب و بهبود ۵.۷۳٪ در خودارزیابی سلامت	LTC عمومی
۲۳	تانگ و همکاران	۲۰۲۲	The Impact of the Long-Term Care Insurance on the Medical Expenses and Health Status in China	چین	کاهش ۲۳.۹٪ هزینه های سرپایی و ۱۹.۸٪ هزینه های بستری	LTC عمومی
۲۴	فونگ و بوروسکی ^۵	۲۰۲۲	Long-Term Care Insurance Reform in Singapore	سنگاپور	گذار از بیمه مراقبت طولانی مدت اختیاری به بیمه اجتماعی اجباری در ۲۰۱۹	LTC اجباری
۲۵	تونگ و همکاران ^۶	۲۰۲۲	Health and life insurance-related problems in very long-term cancer survivors in Germany	آلمان	محدودیت در خرید بیمه عمر جدید	بیمه عمر و درمان
۲۶	چن و همکاران	۲۰۲۲	Valuation of long-term care options embedded in life annuities	سوئیس	حمایت مالی اضافی برای افراد وابسته	بیمه عمر+LTC
۲۷	مون	۲۰۲۲	Financial Integration Scenario for Community Integrated Care	کره جنوبی	ادغام منابع مالی بیمه و بودجه ملی برای مراقبت یکپارچه اجتماعی با پتانسیل صرفه جویی ۱-۵ درصدی در هزینه های سلامت سالمندان تا سال ۲۰۵۰	بررسی ادغام مالی برای CIC
۲۸	لی، که و سان ^۷	۲۰۲۳	Long-term care insurance and multidimensional poverty of middle-aged and elderly: Evidence from China	چین	کاهش فقر درآمدی، مصرفی، سلامتی و مشارکت اجتماعی سالمندان	LTC عمومی
۲۹	ژو و همکاران ^۸	۲۰۲۳	Effect of China's long-term care insurance on health outcomes of older disabled people: role of institutional care	چین	افزایش نرخ بقا (۶۲.۶٪) در مقابل ۵۳.۷٪ و کاهش خطر عوارض در سالمندان ناتوان	LTC عمومی
۳۰	رمزی و اوگولدو ^۹	۲۰۲۳	Doubly Enhanced Medicaid Partnership Annuities (DEMPANs): A New Tool for Providing Long Term Care to Retired U.S. Seniors in the Medicaid Penumbra	آمریکا	معرفی محصول DEMPAN برای ترکیب مستمری با پوشش مراقبت طولانی مدت در چارچوب سیاست های مشارکتی	بیمه ترکیبی (مستمری+LTC)
۳۱	لی و وانگ ^{۱۰}	۲۰۲۴	Impact of LTCI on Degree of Life Satisfaction and Psychological Blessedness of the Elderly Population: An Empirical Analysis of Psychological Mechanisms and Moderating Effects	چین	بیمه مراقبت طولانی مدت به طور قابل توجهی رضایت از زندگی سالمندان را بهبود بخشیده است	LTC عمومی

¹. Kim & Kwon². Harris, Yelowitz, & Courtemanche³. Zhang, Yu, & Zhang⁴. Ma & Xu⁵. Fong & Borowski⁶. Thong⁷. Li, Ke, & Sun⁸. Zhou⁹. Ramsay & Oguledo¹⁰. Li & Wang

ردیف	نویسنده	سال	عنوان مقاله	کشور	یافته کلیدی	نوع خدمات بیمه‌ای
۳۲	یین و همکاران ^۱	۲۰۲۴	Effect of long-term care insurance on medical expenditure and health status: National cohort study	چین	کاهش ۲۶/۳ درصدی هزینه‌های بستری	LTC
۳۳	وانگ و لیو	۲۰۲۴	The impact of long-term care insurance on family care for older adults: The mediating role of intergenerational financial support	چین	کاهش ۱۷/۲ درصدی مراقبت خانوادگی	LTC
۳۴	تیان و همکاران ^۲	۲۰۲۴	Impact of long-term care insurance on health inequality in older adults in China based on the concentration index approach	چین	بهبود وضعیت سلامت علیرغم نابرابری	LTC
۳۵	لی و همکاران	۲۰۲۴	The impact of long-term care insurance on healthcare utilization and expenditures among middle-aged and older Chinese adults: a quasi-experiment study	چین	کاهش ۳۱۳.۷۶ یوان در هزینه‌های سرپایی	LTC عمومی
۳۶	لی و همکاران	۲۰۲۴	Mortality in elderly Parkinson's disease patients with long-term care needs: A nationwide population-based study in Korea	کره جنوبی	بیماران پارکینسون با درآمد پایین، بالاترین خطر مرگ و میر را داشتند	LTC عمومی
۳۷	کار ^۳	۲۰۲۴	Domestic values: gendered labor and the uncanniness of critique in marketing life insurance for women	هند	شرکت‌های بیمه با ارزش‌گذاری کار خانگی، محصولات بیمه عمر را برای زنان خانه‌دار جذاب‌تر می‌کنند	بیمه عمر + سلامت
۳۸	جیانگ و یانگ ^۴	۲۰۲۴	The effect of long-term care insurance on women's health outcomes in China: evidence from a disability inclusion action	چین	بیمه مراقبت طولانی مدت باعث افزایش خودارزیابی سلامت و کاهش افسردگی در زنان شده است	LTC عمومی
۳۹	پی، یانگ و ژو ^۵	۲۰۲۴	Examining the Impact of Long-Term Care Insurance on the Care Burden and Labor Market Participation of Informal Carers: A Quasi-Experimental Study in China	چین	کاهش بار مراقبتی مراقبین غیررسمی و افزایش مشارکت آنها در بازار کار	LTC عمومی
۴۰	لو و همکاران ^۶	۲۰۲۴	The "spillover effect" of long-term care insurance in China on spouses' health and well-being	چین	کاهش هزینه‌های درمانی از جیب و بهبود سلامت و رفاه همسران سالمندان	LTC عمومی
۴۱	شائو، شانگ گوان و لی ^۷	۲۰۲۴	Can Long-Term Care Insurance Change Eldercare Patterns? Evidence from China	چین	غیرالگوی مراقبت از خانواده‌محور به اجتماع‌محور و افزایش استقلال اقتصادی و عاطفی سالمندان	LTC عمومی

۱-۵- یافته‌های مطالعات مورد بررسی

یافته‌های حاصل از تحلیل ۴۱ مطالعه منتخب را می‌توان در چهار محور اصلی طبقه‌بندی کرد. محور اول به بررسی مدل‌های ارائه خدمات بیمه‌ای می‌پردازد که شامل انواع مختلف بیمه‌های مراقبت طولانی مدت، بیمه‌های عمر و مدل‌های ترکیبی است. محور دوم به تحلیل پوشش مالی و هزینه‌ها اختصاص دارد که در آن سیستم‌های تأمین مالی و تأثیر بیمه‌ها بر کاهش هزینه‌های درمانی بررسی می‌شود. محور سوم به خدمات برای گروه‌های خاص می‌پردازد که در آن چالش‌ها و

¹. Yin². Tian³. Kar⁴. Jiang & Yang⁵. Pei, Yang, & Xu⁶. Luo⁷. Shao, Shangguan, & Li

راهکارهای ارائه خدمات به گروه‌های مختلف سالمندان، از جمله بیماران مبتلا به سرطان و افراد دارای ناتوانی، بررسی می‌شوند. در نهایت، محور چهارم به بررسی پیامدها و تأثیرات این خدمات بر سلامت، کیفیت زندگی و مراقبت‌های خانوادگی سالمندان می‌پردازد. در ادامه، هر یک از این محورها به تفصیل مورد بررسی قرار می‌گیرند.

۲-۵- مدل‌های ارائه خدمات بیمه‌ای

بیمه مراقبت طولانی مدت^۱ به عنوان یک مدل پیشرو در ارائه خدمات سلامت سالمندان شناخته می‌شود. این بیمه نوعی پوشش بیمه‌ای است که به منظور حمایت مالی از افراد در برابر هزینه‌های مراقبت‌های بلندمدت در دوره سالمندی یا در شرایط ناتوانی مزمن طراحی شده است. این نوع بیمه خدماتی فراتر از درمان‌های پزشکی کوتاه‌مدت را پوشش می‌دهد و شامل مراقبت در منزل، مراکز نگهداری سالمندان، خدمات پرستاری و توانبخشی می‌شود. با افزایش امید به زندگی و رشد جمعیت سالمندان، تقاضا برای چنین بیمه‌ای در بسیاری از کشورها رو به افزایش است؛ زیرا این بیمه نه تنها از فشار اقتصادی بر خانواده‌ها می‌کاهد، بلکه به پایداری نظام‌های رفاه و سلامت نیز کمک می‌کند. به طور کلی، بیمه مراقبت طولانی مدت ابزاری کلیدی در مدیریت ریسک سالمندی و ارتقای امنیت مالی و اجتماعی در مراحل پایانی عمر به شمار می‌رود. همانطور که در جدول ۲ نشان داده شده است، این مدل‌ها در کشورهای مختلف با درصدهای متفاوتی از پوشش هزینه‌ها اجرا می‌شوند.

به طور مثال در ژاپن، این سیستم به صورت اجباری برای افراد بالای ۴۰ سال اجرا و ۹۰ درصد هزینه‌های مراقبت را پوشش می‌دهد (کمپل و ایکگامی، ۲۰۰۰). در ژاپن، بیمه مراقبت طولانی مدت به صورت عمومی و اجباری اجرا می‌شود و خدمات جامعی شامل مراقبت‌های خانگی و مؤسسه‌ای را ارائه می‌دهد. تأمین مالی این سیستم به صورت مشترک و با نسبت مساوی (۵۰-۵۰) از طریق مالیات و حق بیمه انجام می‌شود (ماتسودا و یاماماتو، ۲۰۰۱). در سنگاپور، ترکیب بیمه‌های خصوصی و عمومی با پوشش پایه اجباری و مکمل اختیاری توانسته است ۸۰-۹۰ درصد هزینه‌ها را پوشش دهد (گراهام و بیلگر، ۲۰۱۷). این کشور از سال ۲۰۱۹ به سمت سیستم اجباری حرکت کرده است (فونگ و بوروسکی، ۲۰۲۲). در آلمان، رویکرد خودتأمین مالی از سال ۱۹۹۵ با پوشش ۷۰-۸۵ درصدی هزینه‌ها اجرا شده است (ناداش و همکاران، ۲۰۱۸). در کره جنوبی، جداسازی بیمه مراقبت طولانی مدت از بیمه سلامت منجر به کاهش پزشکی‌سازی مراقبت‌ها شده و پوشش ۶۰-۸۰ درصدی هزینه‌ها را فراهم کرده است (کیم و کوون، ۲۰۲۱). در چین، بیمه مراقبت طولانی مدت عمومی برای سالمندان شهری توانسته است ۷۰-۸۰ درصد هزینه‌ها را پوشش دهد و کاهش ۲۳/۹ درصدی در هزینه‌های سرپایی را به همراه داشته است (تانگ و همکاران، ۲۰۲۲).

جدول ۲. مقایسه مدل‌های بیمه‌ای در کشورهای مختلف

کشور	نوع بیمه	پوشش جمعیتی	درصد پوشش هزینه
ژاپن	LTC اجباری عمومی	بالای ۴۰ سال	۵۰
ژاپن	LTC اجباری	بالای ۴۰ سال	۹۰
چین	LTC	تمام سنین	۷۰-۸۵
آلمان	بیمه مادام‌العمر	تمام سنین	متغیر
سوئیس	بیمه عمر+سلامت	سالمندان	متغیر
آمریکا	بیمه ترکیبی	سالمندان	متغیر
آمریکا	بیمه ترکیبی (مستمری و LTC)	سالمندان و افراد در آستانه بازنشستگی	متغیر بر اساس طرح انتخابی
سنگاپور	ترکیبی (خصوصی+عمومی)	همه افراد	۸۰-۹۰ درصد
آلمان	LTC اجباری	تمام سنین	۷۰-۸۵ درصد
چین	LTC عمومی	سالمندان شهری	۷۰-۸۰ درصد
کره جنوبی	LTC عمومی جداسازنده از بیمه سلامت	افراد بالای ۶۵ سال	۶۰-۸۰ درصد

^۱ Long-term Care Insurance (LTC)

بیمه LTC جامع‌ترین پوشش را با ارائه خدمات مؤسسه‌ای، مراقبت در منزل و خدمات توانبخشی فراهم می‌کند. در سوئیس، محصولات بیمه عمر با گزینه مراقبت سلامت برای حمایت مالی اضافی افراد وابسته توسعه یافته‌اند (چن و همکاران، ۲۰۲۲).

مطالعات جدید نشان می‌دهند محصولات نوآورانه متعددی در حال توسعه هستند. براون و واشوسکی (۲۰۱۳) مدل مستمری مراقبت طولانی مدت را معرفی کردند که امکان استفاده افراد با سلامت ضعیف از پوشش بیمه‌ای را فراهم می‌کند. رمزی و اوگولدو (۲۰۲۳) محصول قراردادهای مستمری مشارکتی مدیکید با دو سطح بهبود مزایای حمایتی^۱ را معرفی کردند که بیمه مستمری را با پوشش مراقبت طولانی مدت ترکیب می‌کند. مطالعه کیوجن و همکاران (۲۰۱۶) نشان داد که مدل چرخه عمر بهینه باید ترکیبی از بیمه عمر، مستمری و مراقبت طولانی مدت را شامل شود. جزئیات پوشش خدمات در مدل‌های مختلف بیمه‌ای متفاوت است که در جدول ۳ قابل مشاهده هستند.

جدول ۳. جزئیات پوشش خدمات در هر مدل بیمه‌ای

نوع خدمت	LTC	بیمه عمر+سلامت	بیمه ترکیبی	قراردادهای مستمری مشارکتی مدیکید با دو سطح بهبود مزایای حمایتی
مراقبت مؤسسه‌ای	✓	✓	✓	✓
مراقبت در منزل	✓	x	✓	✓
خدمات توانبخشی	✓	x	✓	✓
پوشش دارویی	✓	✓	✓	✓
پوشش ریسک عمر	x	✓	✓	✓
تجهیزات پزشکی	✓	x	✓	✓
خدمات پیشگیرانه	✓	✓	✓	✓
مستمری مادام‌العمر	x	x	✓	✓

همان‌گونه که در جدول ۳ نشان داده شده است، تفاوت میان مدل‌های بیمه‌ای در گستره و نوع خدمات تحت پوشش قابل توجه است. بیمه مراقبت طولانی مدت جامع‌ترین نوع پوشش را ارائه می‌دهد و تقریباً تمامی حوزه‌های مراقبتی شامل مراقبت‌های مؤسسه‌ای، خدمات در منزل، توانبخشی، تجهیزات پزشکی، پوشش دارویی و خدمات پیشگیرانه را در بر می‌گیرد. در مقابل، مدل‌های ترکیبی مانند بیمه عمر+سلامت یا محصولات نوآورانه‌ای نظیر قراردادهای مستمری مشارکتی مدیکید با دو سطح بهبود مزایای حمایتی تلاش کرده‌اند تا با ادغام پوشش‌های مالی و مراقبتی، هم نیاز به امنیت در آمدی و هم خدمات مراقبتی سالمندان را پاسخ دهند. در این میان، بیمه‌های عمر با گزینه مراقبت سلامت در کشورهایی مانند سوئیس بیشتر بر جبران مالی تمرکز دارند و کمتر خدمات مراقبتی مستقیم را پوشش می‌دهند، در حالی که مدل‌های جدیدتر مانند قراردادهای مستمری مشارکتی مدیکید با دو سطح بهبود مزایای حمایتی و بیمه ترکیبی، رویکردی یکپارچه‌تر اتخاذ کرده‌اند و علاوه بر خدمات مراقبتی، مستمری مادام‌العمر را نیز برای تضمین پایداری مالی سالمندان فراهم می‌کنند. این تنوع در طراحی محصولات بیمه‌ای نشان‌دهنده حرکت نظام‌های بیمه به سمت مدل‌های جامع و انعطاف‌پذیر برای پاسخگویی به نیازهای چندبعدی سالمندان است.

۵-۳- پوشش مالی و هزینه‌ها

همان‌گونه که در جدول ۴ نشان داده شده است، بیمه‌های مراقبت طولانی مدت و بیمه‌های عمر با گزینه سلامت در کشورهای مختلف تأثیر قابل توجهی بر کاهش هزینه‌های سلامت سالمندان داشته‌اند. شواهد حاصل از مطالعات انجام شده در چین نشان می‌دهد که بیمه مراقبت طولانی مدت به طور مستقیم منجر به کاهش هزینه‌های بستری و سرپایی شده است.

^۱. Doubly Enhanced Medicaid Partnership Annuity (DEMPAN)

تانگ و همکاران (۲۰۲۲) در یک مطالعه جامع، کاهش ۲۳/۹ درصدی در هزینه‌های سرپایی و ۱۹/۸ درصدی در هزینه‌های بستری را گزارش کردند که نشان‌دهنده تأثیر قابل توجه این نوع پوشش بیمه‌ای است. یافته‌های **لی و همکاران (۲۰۲۴)** این روند را تأیید کرده و کاهش ۳۱۳/۷۶ یوانی در هزینه‌های سرپایی را نشان دادند. همچنین **بین و همکاران (۲۰۲۴)** در یک بررسی طولی چهار ساله، کاهش ۲۶/۳ درصدی در هزینه‌های بستری و ۱۲/۳ درصدی در هزینه‌های سرپایی را مستند کردند. علاوه بر این، مطالعه **ما و ژو (۲۰۲۲)** به بعد دیگری از کاهش هزینه‌ها اشاره کرد و کاهش ۳۷/۱۶ درصدی در هزینه‌های پرداخت از جیب خانوارها را گزارش کرد که این امر نشان‌دهنده تأثیر مثبت بیمه بر کاهش فشار مالی بر خانواده‌های سالمند است.

در کشورهای توسعه‌یافته نیز شواهد مشابهی وجود دارد. در ایالات متحده، **می‌هیو و همکاران (۲۰۲۱)** نشان دادند استفاده از ارزش نقدی بیمه‌های عمر برای تأمین مالی مراقبت‌های طولانی‌مدت می‌تواند یک گزینه مقرون‌به‌صرفه برای سالمندان باشد. این رویکرد به سالمندان این امکان را می‌دهد که بدون نیاز به خرید بیمه جداگانه، از دارایی‌های موجود خود برای پوشش هزینه‌های مراقبتی استفاده کنند. در آلمان، مطالعات انجام شده در بازه زمانی ۲۰۰۵ تا ۲۰۰۸ نشان داد که سیستم بیمه مراقبت طولانی‌مدت توانسته است هزینه‌های مراقبتی را بین ۱۵ تا ۲۰ درصد کاهش دهد.

از منظر پایداری مالی بلندمدت، یافته‌ها متفاوت اما امیدوارکننده هستند. در ژاپن، **مون (۲۰۲۲)** نشان داد با ادغام هوشمندانه منابع مالی بیمه با بودجه ملی، می‌توان هزینه‌های مراقبت را در افق بلندمدت یک تا پنج درصد کاهش داد. این یافته اهمیت همکاری بین نظام بیمه خصوصی و حمایت‌های دولتی را برجسته می‌کند. **ایمروهوراوغلو و همکاران (۲۰۱۹)** نیز در مطالعه خود در ژاپن نشان دادند که ترکیب سیاست‌های چندگانه شامل افزایش تدریجی سن بازنشستگی، تعدیل میزان مستمری‌ها و افزایش سهم پرداختی بیمه‌شوندگان می‌تواند به پایداری مالی سیستم بیمه مراقبت طولانی‌مدت کمک کند. با این حال، **ژانگ و همکاران (۲۰۲۱)** در چین هشدار دادند که بدون اصلاحات ساختاری، تا سال ۲۰۲۹ هزینه‌های سیستم از درآمدهای آن فراتر خواهد رفت که این امر نیاز به برنامه‌ریزی دقیق‌تر و تخصیص منابع کارآمدتر را نشان می‌دهد. این تنوع در یافته‌ها نشان‌دهنده اهمیت طراحی سیستم‌های بیمه‌ای متناسب با شرایط اقتصادی، جمعیتی و فرهنگی هر کشور است.

سیستم‌های تأمین مالی در کشورهای مختلف (جدول ۵) نشان‌دهنده تنوع در منابع و سهم مشارکت کنندگان است. همان‌گونه که در جدول ۵ مشاهده می‌شود، نظام‌های تأمین مالی بیمه‌های مراقبت طولانی‌مدت در کشورهای مختلف از نظر منبع و میزان مشارکت هر گروه تفاوت‌های چشمگیری دارند. در کشورهای توسعه‌یافته‌ای مانند ژاپن و آلمان، ترکیبی از منابع دولتی، حق بیمه‌گذاران و مشارکت کارفرمایان به کار گرفته می‌شود که بیانگر رویکردی چندمنبعی و مبتنی بر همبستگی اجتماعی است. در ژاپن سهم دولت و بیمه‌گذاران برابر است و تأکید بر عدالت در تأمین مالی دارد، در حالی که آلمان با الگوی خودتأمین مالی، بار مالی بیشتری را بر دوش افراد و کارفرمایان قرار داده است. در کشورهای در حال توسعه مانند چین، استفاده از یارانه‌های دولتی در کنار حق بیمه به عنوان راهکاری برای حمایت از اقشار کم‌درآمد به کار گرفته می‌شود. کره جنوبی نیز با ایجاد نظام حق بیمه جداگانه، تعادلی نسبی میان دولت، بیمه‌گذاران و کارفرمایان برقرار کرده است. در مقابل، ایالات متحده بیشتر بر بخش خصوصی و پرداخت مستقیم توسط بیمه‌گذاران تکیه دارد که

منجر به نابرابری در دسترسی و پوشش خدمات می‌شود. این تفاوت‌ها بیانگر تنوع رویکردها در طراحی نظام‌های مالی مراقبت طولانی‌مدت و تلاش کشورها برای ایجاد تعادل میان پایداری مالی و عدالت اجتماعی است.

جدول ۴. تأثیر بیمه بر کاهش هزینه‌ها در کشورهای مختلف

کشور	نوع هزینه	درصد کاهش	دوره مطالعه
چین	بستری	۲۶/۳	۲۰۲۰-۲۴
چین	سرپایی	۱۲/۳	۲۰۲۰-۲۴
چین	سرپایی	۲۳/۹	۲۰۲۲
چین	بستری	۱۹/۸	۲۰۲۲
چین	سرپایی	۳۱۳/۷۶ (یوان)	۲۰۲۴
ژاپن	کل هزینه‌ها	متغیر*	۲۰۱۹
ژاپن	کل هزینه‌ها	متغیر	۲۰۰۸-۱۲
آلمان	هزینه‌های بلندمدت	۱۵-۲۰	۲۰۰۵-۰۸
آمریکا	مراقبت‌های طولانی‌مدت	قابل توجه**	۲۰۰۶

* با ترکیب سیاست‌های مختلف مانند افزایش سن بازنشستگی‌ها و تعدیل مستمری‌ها ** استفاده از ارزش بیمه عمر برای پوشش هزینه‌های مراقبتی

جدول ۵. مقایسه سیستم‌های تأمین مالی

کشور	منبع تأمین مالی	سهم دولت	سهم بیمه‌گذار	سهم کارفرما
ژاپن	مالیات+حق بیمه	۵۰	۵۰	-
چین	حق بیمه+یارانه	۳۰	۴۰	۳۰
آلمان	رویکرد خودتأمین مالی	۲۰	۵۰	۳۰
آمریکا	خصوصی	-	۱۰۰	متغیر
کره جنوبی	حق بیمه جداگانه	۳۵	۴۵	۲۰

۴-۵- خدمات برای گروه‌های خاص

پوشش‌های ویژه برای بیماران خاص (جدول ۶) نشان می‌دهد که شرایط پذیرش و محدودیت‌ها برای گروه‌های مختلف متفاوت است. برای مثال، بیماران مبتلا به سرطان پروستات با درمان موفق شرایط بهتری برای دریافت بیمه دارند (پیکوچ و همکاران، ۲۰۱۷). در اوکراین، مطالعه لاپیشکو و همکاران (۲۰۱۶) نشان داد که شرکت‌های بیمه عمر خدمات ترکیبی شامل مستمری و تأمین مالی خدمات سلامت را برای سالمندان ارائه می‌دهند، هرچند این خدمات هنوز در مقیاس محدود ارائه می‌شوند. این مطالعه نشان می‌دهد که در اقتصادهای در حال گذار، نقش شرکت‌های بیمه عمر در ارائه خدمات سلامت به سالمندان در حال توسعه است، اما همچنان با چالش‌هایی مواجه است. مطالعات اخیر در کره جنوبی نشان می‌دهند که گسترش پوشش بیمه به بیماران دمانس موجب افزایش طول دوره درمان و کاهش قطع یا تغییر درمان شده است. پارک و کیم (۲۰۱۷) نیز طراحی بیمه‌های خصوصی جدید برای بیماران دمانس با پوشش افراد بالای ۸۰ سال را گزارش کردند. برای بیماران پارکینسون، لی و همکاران (۲۰۲۴) نشان دادند سطح درآمد عامل تعیین‌کننده‌ای در خطر مرگ‌ومیر است. در حوزه تفاوت‌های جنسیتی، کار (۲۰۲۴) نشان داد شرکت‌های بیمه با ارزش‌گذاری کار خانگی، محصولات بیمه عمر را برای زنان خانه‌دار جذاب‌تر می‌کنند. جیانگ و همکاران (۲۰۲۴) گزارش کرد که بیمه مراقبت طولانی‌مدت باعث افزایش خودارزیابی سلامت و کاهش افسردگی در زنان شده است.

نتایج مطالعات تفاوت‌های جغرافیایی قابل توجهی را نشان می‌دهند. **هوانگ و همکاران (۲۰۱۸)** گزارش کردند که تنها ۱۱/۹ درصد سالمندان تمایل به استفاده از مراکز مراقبتی دارند، با تفاوت معنادار بین مناطق شهری و روستایی. از نظر گروه‌های سنی مختلف، **ژو و همکاران (۲۰۲۰)** افزایش تمایل به خرید بیمه از ۲۵/۸ درصد به ۳۷/۶ درصد پس از شیوع کووید-۱۹ را نشان دادند، با تفاوت‌های معنادار بین گروه‌های سنی مختلف. تحصیلات بالاتر و سنین ۴۵-۶۴ سال بیشترین تمایل را داشتند. مقایسه دسترسی گروه‌های مختلف به خدمات (جدول ۷) تفاوت‌های قابل توجهی را در میزان دسترسی و موانع موجود نشان می‌دهد، که نیازمند راهکارهای متناسب با هر گروه است.

جدول ۶. پوشش‌های ویژه برای بیماران خاص

گروه بیماری	نوع خدمات	کشور	شرایط و محدودیت‌ها
سرطان پروستات	بیمه عمر	آمریکا	امکان دریافت حق بیمه استاندارد پس از درمان موفق
بازماندگان سرطان	بیمه عمر	آلمان	محدودیت در خرید بیمه عمر
سالمندان در دوران کووید	بیمه عمر	آمریکا	افزایش حق بیمه برای گروه‌های پرخطر
سالمندان بازنشسته	خدمات مستمری و سلامت	اوکراین	ارائه خدمات محدود توسط شرکت‌های بیمه عمر
دمانس	بیمه خصوصی	کره جنوبی	خدمات غیردارویی
سالمندان کم‌درآمد	LTC عمومی	کره جنوبی	پوشش ویژه با یارانه دولتی
زنان خانه‌دار	بیمه عمر	هند	ارزش‌گذاری کار خانگی در محاسبه حق بیمه
زنان سالمند	LTC عمومی	چین	بهبود خودارزیابی سلامت و کاهش افسردگی

بر اساس جدول ۶، نظام‌های بیمه‌ای در کشورهای مختلف تلاش کرده‌اند تا با طراحی پوشش‌های ویژه، نیازهای خاص گروه‌های آسیب‌پذیر یا دارای شرایط ویژه را پاسخ دهند. این پوشش‌ها در سطح خدمات و شرایط بهره‌مندی تفاوت قابل توجهی دارند. در ایالات متحده و آلمان، تمرکز اصلی بر بیماران مبتلا یا بهبودیافته از سرطان بوده است؛ به گونه‌ای که در آمریکا امکان بهره‌مندی از بیمه عمر پس از درمان موفق فراهم شده، در حالی که در آلمان هنوز محدودیت‌هایی برای خرید بیمه عمر در این گروه وجود دارد. در کشورهای آسیایی مانند کره جنوبی و چین، توجه بیشتری به سالمندان کم‌درآمد و بیماران مبتلا به دمانس شده است، و خدمات غیردارویی یا یارانه‌های ویژه برای حمایت از این گروه‌ها ارائه می‌شود. در هند نیز با هدف ارتقای عدالت جنسیتی، ارزش اقتصادی کار خانگی زنان در محاسبه حق بیمه لحاظ شده است. این رویکردهای متنوع نشان می‌دهند که کشورها به تدریج به سمت طراحی سیاست‌های بیمه‌ای حساس به گروه‌های خاص حرکت کرده‌اند تا از نابرابری در دسترسی به خدمات پیشگیری شود.

جدول ۷. مقایسه دسترسی گروه‌های مختلف به خدمات

گروه	میزان دسترسی	موانع اصلی	راهکارها
شهری	بالا	هزینه	یارانه
روستایی	متوسط	دسترسی فیزیکی	خدمات سیار
کم‌درآمد	پایین	مالی	حمایت دولتی
دارای ناتوانی	متوسط	زیرساختی	تجهیزات ویژه
سالمندان بازنشسته	متوسط تا پایین	محدودیت خدمات بیمه‌ای	توسعه خدمات بیمه عمر
کم‌درآمد	پایین	مالی	حمایت دولتی
بالای ۸۰ سال	متوسط	محدودیت خدمات	ارائه خدمات تخصصی
زنان	متوسط تا بالا	ارزش‌گذاری خدمات	طراحی محصولات ویژه
مناطق محروم	پایین	زیرساختی	توسعه زیرساخت‌ها

نتایج جدول ۷ بیانگر وجود نابرابری‌های قابل توجه در میزان دسترسی گروه‌های مختلف جمعیتی به خدمات بیمه‌ای و مراقبتی است. در مناطق شهری سطح دسترسی بالاتر است، اما هزینه‌ها همچنان مانع اصلی محسوب می‌شود. در مقابل، در مناطق روستایی و محروم، محدودیت زیرساخت‌ها و فاصله جغرافیایی از مراکز ارائه‌دهنده خدمات، نقش تعیین‌کننده‌ای در کاهش دسترسی دارد. گروه‌های کم‌درآمد و سالمندان بازنشسته بیشتر با موانع مالی و محدودیت در پوشش بیمه‌ای مواجه‌اند، در حالی که برای افراد دارای ناتوانی، کمبود تجهیزات و امکانات مناسب مانع اصلی است. یافته‌ها نشان می‌دهد که راهکارهایی همچون یارانه‌های هدفمند، توسعه خدمات سیار، گسترش زیرساخت‌های فیزیکی و طراحی محصولات بیمه‌ای ویژه زنان و سالمندان می‌تواند در جهت ارتقای عدالت در دسترسی و کاهش شکاف‌های خدماتی مؤثر واقع شود.

۵-۵- پیامدها و تأثیرات

همان‌گونه که در جدول ۸ مشاهده می‌شود، بیمه‌های عمر و مراقبت طولانی‌مدت تأثیرات مثبت قابل توجهی بر شاخص‌های مختلف سلامت و کیفیت زندگی سالمندان داشته‌اند. شواهد حاصل از مطالعات در چین نشان می‌دهد که بیمه مراقبت طولانی‌مدت نقش مهمی در کاهش فشار بر خانواده‌ها و بهبود استقلال سالمندان ایفا کرده است. وانگ و لیو (۲۰۲۴) در مطالعه خود گزارش کردند این نوع پوشش بیمه‌ای منجر به کاهش ۱۷/۲ درصدی در نیاز به مراقبت‌های خانوادگی شده است، بویژه در میان سالمندان ساکن شهری، افراد متأهل و کسانی که دارای سطحی از ناتوانی هستند. این یافته اهمیت بیمه را در کاهش بار مراقبتی بر دوش اعضای خانواده نشان می‌دهد که خود می‌تواند به بهبود کیفیت زندگی هم سالمندان و هم مراقبان آن‌ها منجر شود. علاوه بر این، تیان و همکاران (۲۰۲۴) بهبود کلی در وضعیت سلامت سالمندان را گزارش کردند، هرچند که در عین حال به افزایش نابرابری سلامت در برخی شاخص‌ها نیز اشاره کردند که نشان‌دهنده نیاز به سیاست‌های هدفمندتر برای پوشش گروه‌های آسیب‌پذیرتر است.

در سایر کشورها نیز یافته‌های مشابهی مشاهده می‌شود. آیولا-فونس و همکاران (۲۰۱۶) در مکزیک نشان دادند که داشتن بیمه درمان، بیمه عمر و سایر مزایای شغلی تأثیر مثبت و معناداری بر پیشگیری از شکنندگی سالمندان داشته است. شکنندگی یکی از مهم‌ترین عوامل خطر برای افت استقلال و افزایش نیاز به مراقبت در سالمندان است، و این یافته نشان می‌دهد که پوشش بیمه‌ای جامع می‌تواند به حفظ سلامت و استقلال عملکردی سالمندان کمک کند. با این حال، چالش‌های مهمی نیز در برخی کشورها وجود دارد. پانی و همکاران (۲۰۱۸) در مطالعه خود در هند گزارش کردند که نیمی از سالمندان این کشور فاقد هرگونه پوشش بیمه درمانی یا عمر هستند، که این امر نیاز فوری به گسترش پوشش بیمه‌ای و افزایش آگاهی عمومی در این زمینه را نشان می‌دهد.

یکی از مهم‌ترین یافته‌ها در حوزه تأثیرات سلامتی، افزایش نرخ بقا در سالمندان تحت پوشش بیمه است. ژو و همکاران (۲۰۲۳) در یک مطالعه مقایسه‌ای نشان دادند که نرخ بقای سالمندانی که تحت پوشش بیمه مراقبت طولانی‌مدت بودند به ۶۲/۶ درصد رسید، در حالی که این میزان در گروه کنترل فاقد پوشش بیمه‌ای تنها ۵۳/۷ درصد بود. این تفاوت قابل توجه نشان‌دهنده تأثیر مستقیم دسترسی به خدمات مراقبتی بر طول عمر و بقای سالمندان است. همچنین، لی و وانگ (۲۰۲۴) بهبود معنادار رضایت از زندگی را در سالمندان تحت پوشش بیمه گزارش کردند، که این بهبود بویژه در میان مردان و افراد متأهل بیشتر مشاهده شد.

جدول ۸ شاخص‌های بهبود سلامت

شاخص	میزان بهبود	گروه هدف
کاهش شکنندگی	مثبت	سالمندان شاغل
استقلال عملکرد	۱۵-۲۰ درصد	دریافت کنندگان LTC
کیفیت زندگی	متوسط*	تمام گروه ها
وضعیت سلامت عمومی	بهبود**	تمام گروه ها
نرخ بقا	افزایش ۶۲/۶ درصدی در مقابل ۵۳/۷ درصدی	سالمندان تحت پوشش

* علیرغم افزایش نابرابری ** در شاخص های کلی سلامت

نتایج جدول ۹ نشان می‌دهد توسعه و گسترش بیمه‌های مراقبت طولانی مدت تأثیر چشمگیری بر ساختار و کیفیت مراقبت خانوادگی داشته است. مهم‌ترین پیامد مشاهده شده، کاهش نیاز به مراقبین غیررسمی و افزایش تمایل خانواده‌ها به استفاده از خدمات رسمی و تخصصی است که بویژه در مناطق شهری محسوس تر بوده است. این تغییر موجب کاهش بار مراقبتی خانواده‌ها، افزایش رضایت کلی آنان و بهبود رفاه اقتصادی از طریق کاهش هزینه‌های از جیب شده است. همچنین، یافته‌ها بیانگر آن است که با کاهش فشار مراقبتی، میزان مشارکت مراقبین غیررسمی بویژه زنان در بازار کار افزایش یافته و الگوی مراقبت از حالت سنتی و خانوادگی به سمت مراقبت اجتماع محور تغییر جهت داده است. در مجموع، گسترش پوشش‌های بیمه‌ای نه تنها پیامدهای مثبت اقتصادی و اجتماعی برای خانواده‌ها به همراه داشته، بلکه به ارتقای کیفیت زندگی سالمندان و پایداری نظام مراقبتی در سطح جامعه نیز کمک کرده است.

جدول ۹. تأثیر بر مراقبت خانوادگی

پیامد	درصد تغییر	گروه‌های متأثر
کاهش نیاز به مراقب	۱۷/۲	شهری
استفاده از خدمات رسمی	+۲۵	همه گروه ها
رضایت خانواده	افزایش	همه گروه‌ها
کاهش بار مراقبتی	افزایش مشارکت در بازار کار	مراقبین غیررسمی
بهبود رفاه خانواده	کاهش هزینه های از جیب	همسران سالمندان
تغییر الگوی مراقبت	گذار به مراقبت اجتماع محور	کل خانواده

۶. بحث

هدف اصلی این مرور نظام مند متون، درک خدمات سلامت ارائه شده به سالمندان در چارچوب بیمه‌های عمر بوده است. تحلیل ۴۱ مطالعه منتخب چهار یافته اصلی را نشان می‌دهد:

۶-۱- مدل‌های ارائه خدمات بیمه‌ای

تحلیل ۴۱ مطالعه نشان می‌دهد که مدل‌های بیمه‌ای مراقبت طولانی مدت طی دو دهه اخیر دگرگونی قابل توجهی داشته‌اند. در ژاپن، به عنوان یکی از پیشگامان این حوزه، نظام بیمه اجباری برای افراد بالای ۴۰ سال تا ۹۰ درصد هزینه‌های مراقبتی را پوشش می‌دهد و با تأمین مالی متوازن از مالیات و حق بیمه (۵۰-۵۰)، الگویی پایدار و عادلانه میان نسل‌ها ایجاد کرده است (کمپل و ایکگامی، ۲۰۰۱). ترکیب این سیاست با اصلاحات بازنشستگی و تعدیل مستمری‌ها، به پایداری مالی بلندمدت سیستم کمک کرده است (هوانگ و همکاران، ۲۰۱۸). بر این اساس میتوان گفت سیستم بیمه اجباری ژاپن به عنوان یک مدل بین‌نسلی پایدار و عادلانه شناخته می‌شود که با اصلاحات بازنشستگی و تعدیل‌های مرتبط، توانسته است هزینه‌ها را کنترل و پایداری مالی را حفظ کند. کشورهایمانند سنگاپور و سوئیس نیز با طراحی محصولات نوآورانه،

مسیر مشابهی را پیموده‌اند؛ به گونه‌ای که سنگاپور در سال ۲۰۱۹ بیمه مراقبت طولانی‌مدت را از حالت اختیاری به اجتماعی اجباری تبدیل کرد و در سوئیس بیمه عمر با گزینه مراقبت سلامت تلفیق شد. در آمریکا نیز محصول قراردادهای مستمری مشارکتی مدیکید با دو سطح بهبود مزایای حمایتی، با ترکیب مستمری و مراقبت طولانی‌مدت نمونه‌ای از این نوآوری‌هاست (ژو و همکاران، ۲۰۲۳). در مطالعات مقایسه‌ای اخیر ۲۰۲۴، چین با بهره‌گیری از تجربه آلمان توانسته است الگوی مراقبت را از خانواده‌محور به اجتماع‌محور تغییر دهد و استقلال اقتصادی و عاطفی سالمندان را ارتقا دهد (لو و همکاران، ۲۰۲۴). در کره جنوبی نیز جداسازی بیمه مراقبت طولانی‌مدت از بیمه سلامت موجب کاهش پزشکی‌سازی خدمات شده است (ژو و همکاران، ۲۰۲۰). بررسی‌ها نشان می‌دهد انعطاف‌پذیری در طراحی محصولات بیمه‌ای عامل کلیدی در موفقیت این نظام‌هاست؛ چنان‌که مدل سنگاپور با ترکیب بیمه‌های عمومی و خصوصی ۸۰ تا ۹۰ درصد هزینه‌ها را پوشش می‌دهد (پیکوچ و همکاران، ۲۰۱۷)، در حالی که آلمان با رویکرد خودتأمین مالی از سال ۱۹۹۵ حدود ۷۰ تا ۸۵ درصد هزینه‌ها را پوشش داده است (پانی و همکاران، ۲۰۱۸). این تنوع در مدل‌ها بیانگر توانایی کشورها در تطبیق سیاست‌های بیمه‌ای با ساختار اقتصادی و اجتماعی خود است.

در مجموع، روند تکاملی صنعت بیمه از محصولات تک‌منظوره به سوی راه‌حل‌های یکپارچه، پاسخی به تغییرات جمعیتی و نیازهای پیچیده سالمندان است. مطالعات جدید چن (۲۰۲۴) نشان می‌دهد که این یکپارچگی به بهبود شاخص‌هایی چون کاهش هزینه‌های درمانی از جیب و افزایش رفاه خانواده‌ها (پی و همکاران، ۲۰۲۴ و لو و همکاران، ۲۰۲۴)، کاهش بار مراقبتی و افزایش مشارکت مراقبین در بازار کار (جیانگ و همکاران، ۲۰۲۴)، و بهبود سلامت روانی زنان (کار، ۲۰۲۴) انجامیده است. بدین ترتیب، صنعت بیمه در حال گذار از رویکرد محصول‌محور به نیازمحور است؛ تغییری که در آن مرز میان خدمات مالی، سلامت و حمایت اجتماعی کمرنگ شده و کشورهایی چون ژاپن، چین، آلمان و کره جنوبی مسیر موفق‌تری را در تحقق مدل‌های جامع و پایدار مراقبت از سالمندان پیموده‌اند.

این نتایج، تکامل پارادایمیک در صنعت بیمه مراقبت طولانی‌مدت را نشان می‌دهد: گذاری از محصولات مالی صرف به زیرساخت‌های رفاه اجتماعی یکپارچه. تجربه ژاپن طی دو دهه، اثبات می‌کند که بیمه اجباری فراگیر نه تنها امکان‌پذیر، بلکه می‌تواند در قالب قرارداد اجتماعی نسل‌گذار پایدار بماند؛ جایی که بار مالی به‌طور عادلانه میان نسل‌ها و منابع عمومی - خصوصی تقسیم می‌شود. تنوع در مدل‌های تأمین مالی و پوشش، از ۷۰٪ آلمان تا ۹۰٪ ژاپن و سنگاپور، نشان می‌دهد که موفقیت در جزئیات معماری نهفته است، نه در یک فرمول جهانی. گذار سنگاپور از بیمه اختیاری به اجباری و نوآوری آمریکا در ترکیب مستمری با مراقبت، بیانگر تلاش مداوم برای حل معمای انتخاب معکوس است؛ معضلی که بازارهای بیمه را تهدید می‌کند. اما دستاورد اصلی این تجربیات در تغییر بنیادین‌تر است: کمرنگ شدن مرزهای میان بخش‌ها. چین و کره جنوبی نشان داده‌اند که بیمه مراقبت طولانی‌مدت، زمانی به ابزاری برای تحول اجتماعی تبدیل می‌شود که از منطق پزشکی‌سازی فاصله بگیرد و در خدمت بازتعریف استقلال و کرامت سالمندان قرار گیرد؛ جایی که رفاه خانواده‌ها، مشارکت اقتصادی زنان و سلامت روان، به شاخص‌های کلیدی موفقیت تبدیل می‌شوند نه صرفاً کاهش هزینه‌های درمانی.

۲-۶- پوشش مالی و هزینه‌ها

بررسی مطالعات نشان می‌دهد که چالش‌های مالی مراقبت سلامت سالمندان در کشورهای مختلف با الگوهای متنوعی همراه است. در چین، نتایج متعددی از کاهش هزینه‌های درمانی گزارش شده است؛ از جمله کاهش ۲۶/۳ درصدی در

هزینه‌های بستری، کاهش ۲۳/۹ درصدی در هزینه‌های سربایی و صرفه‌جویی ۳۱۳/۷۶ یوان در پرداخت‌های خارج از جیب. پژوهش ما و ژو (۲۰۲۲) نیز کاهش ۳۷/۱۶ درصدی در هزینه‌های پرداخت مستقیم بیماران را تأیید کرده است. این یافته‌ها بر تأثیر مثبت بیمه مراقبت طولانی‌مدت در کاهش بار مالی درمانی تأکید دارند. در مقابل، در ژاپن افزایش سهم پرداخت از جیب تأثیر معناداری بر کاهش هزینه‌ها نداشته، اما ترکیب سیاست‌هایی چون افزایش سن بازنشستگی و کاهش مستمری‌ها در کنار اصلاح ساختار مالی بیمه، پایداری اقتصادی را بهبود بخشیده است. در کره جنوبی نیز ادغام منابع مالی بیمه و بودجه ملی توانسته هزینه‌های مراقبت را در بلندمدت تا پنج درصد کاهش دهد. الگوهای تأمین مالی در کشورهای مختلف نشان‌دهنده تفاوت‌های ساختاری و سیاستی قابل توجهی هستند. در ژاپن، منابع مالی از ترکیب برابر مالیات و حق بیمه تأمین می‌شود (۵۰-۵۰)، در حالی که چین از مدل ترکیبی حق بیمه و یارانه با سهم ۴۰-۳۰-۳۰ میان بیمه‌گذار، دولت و کارفرما بهره می‌گیرد. کره جنوبی نیز از نظام حق بیمه جداگانه با سهم ۴۵ درصد بیمه‌گذار، ۳۵ درصد دولت و ۲۰ درصد کارفرما استفاده می‌کند. این تنوع بیانگر تلاش کشورها برای ایجاد توازن میان پایداری مالی، عدالت در دسترسی و کیفیت خدمات است. نوآوری در این حوزه نیز ادامه دارد؛ از جمله گذار سنگاپور در سال ۲۰۱۹ از بیمه اختیاری به بیمه اجتماعی اجباری، و معرفی محصولات ترکیبی در آمریکا مانند قراردادهای مستمری مشارکتی مدیکید با دو سطح بهبود مزایای حمایتی که مستمری بازنشستگی را با پوشش مراقبت طولانی‌مدت ادغام می‌کند.

تجارب بین‌المللی نشان می‌دهد موفقیت مالی نظام‌های بیمه‌ای به توانایی آن‌ها در برقراری توازن میان پایداری، عدالت و کیفیت بستگی دارد. مطالعات جدید در چین (۲۰۲۴) نشان می‌دهد این توازن می‌تواند منجر به کاهش فقر درآمدی و سلامت، افزایش نرخ بقا (۶۲/۶ درصد در برابر ۵۳/۷ درصد)، و کاهش خطر عوارض در سالمندان ناتوان شود. همچنین نتایج حاکی از کاهش هزینه‌های درمانی از جیب، بهبود رفاه همسران سالمندان و ارتقای سلامت روانی از طریق کاهش افسردگی است. در مجموع، موفقیت مالی بیمه مراقبت طولانی‌مدت در گرو درک عمیق از شرایط محلی، نوآوری در طراحی محصولات بیمه‌ای و مدیریت هوشمندانه منابع است؛ عواملی که کشورهایی با توجه به آن‌ها توانسته‌اند همزمان با پایداری مالی، بهبود قابل توجهی در شاخص‌های سلامت و رفاه سالمندان نیز رقم بزنند.

این یافته‌های مقایسه‌ای، تنوع راهبردی در معماری مالی نظام‌های مراقبت سالمندی را نشان می‌دهند - تنوعی که نه از اختلاف در اهداف، بلکه از تفاوت در فلسفه‌های سیاسی-اقتصادی و زمینه‌های نهادی ریشه می‌گیرد. تجربه متضاد چین و ژاپن در مواجهه با هزینه‌های درمانی، بیانگر آن است که کارآمدی مالی مفهومی نسبی است: در چین، کاهش چشمگیر هزینه‌های از جیب بیانگر توفیق در محافظت مالی شهروندان است، در حالی که در ژاپن، ناکامی سیاست افزایش سهم پرداخت در کاهش هزینه‌ها، نشان می‌دهد که انتقال بار مالی به شهروندان لزوماً به پایداری سیستم منجر نمی‌شود. این تناقض ظاهری، در واقع بازتاب دو منطق متفاوت است: منطق حمایتی در برابر منطق بازاری. تنوع در مدل‌های تأمین مالی، از ترکیب ۵۰-۵۰ ژاپن تا مدل سه‌جانبه چین و کره، بیانگر مذاکره پیچیده میان دولت، بازار و شهروندان بر سر مسئولیت‌پذیری اجتماعی است. این مدل‌ها صرفاً فرمول‌های حسابداری نیستند؛ بلکه بیانگر قراردادهای اجتماعی ضمنی هستند که تعریف می‌کنند چه کسی باید قیمت پیری جمعیت را بپردازد. گذار سنگاپور از بیمه اختیاری به اجباری و نوآوری آمریکا در قراردادهای ترکیبی، نشان‌دهنده پویایی تکاملی این نظام‌هاست؛ جایی که شکست‌های بازار یا محدودیت‌های ساختاری، کشورها را به بازاندیشی در مرزهای میان مسئولیت فردی و جمعی وامی‌دارد. جالب توجه آن

است که موفقیت‌ترین نظام‌ها، همانطور که تجربه اخیر چین نشان می‌دهد، آن‌هایی هستند که فراتر از صرفه‌جویی مالی می‌اندیشند و پایداری را نه در کاهش هزینه، بلکه در سرمایه‌گذاری بر کیفیت زندگی تعریف می‌کنند. این رویکرد نشان می‌دهد که پایداری مالی واقعی، زمانی محقق می‌شود که نظام بیمه‌ای بتواند همزمان بار مالی را کاهش دهد و منافع اجتماعی قابل اندازه‌گیری، از افزایش نرخ بقا تا بهبود سلامت روان، تولید کند؛ چرا که رضایت اجتماعی از سیستم، تضمین‌کننده پایداری سیاسی و در نتیجه مالی آن است.

۳-۶- خدمات برای گروه‌های خاص

پوشش بیمه‌ای برای گروه‌های خاص سالمندان، ابعاد پیچیده و چالش‌های ویژه‌ای دارد. مطالعات ۲۰۲۴ در کره جنوبی نشان می‌دهند که بیماران پارکینسون با درآمد پایین، در معرض بالاترین خطر مرگ و میر قرار دارند (۴۸)، امری که ضرورت توجه ویژه به گروه‌های آسیب‌پذیر را برجسته می‌کند. یافته‌های **تونگ و همکاران (۲۰۲۲)** در آلمان نیز بیانگر تبعیض بیمه‌ای علیه بازماندگان سرطان در خرید بیمه‌های جدید است، در حالی که **پیکوچ و همکاران (۲۰۱۷)** در آمریکا گزارش کردند بیماران سرطان پروستات با درمان موفق، شانس بیشتری برای دریافت بیمه استاندارد دارند. از سوی دیگر، توجه به تفاوت‌های جنسیتی در سیاست‌گذاری بیمه‌ای اهمیت یافته است؛ به‌طوری که **کار (۲۰۲۴)** نشان داد شرکت‌های بیمه در هند با ارزش‌گذاری بر کار خانگی، محصولات بیمه‌ای را برای زنان خانه‌دار جذاب‌تر می‌سازند، و **جیانگ و همکاران (۲۰۲۴)** گزارش کردند که بیمه مراقبت طولانی‌مدت سبب بهبود خودآزمایی سلامت و کاهش افسردگی در زنان می‌شود. شرایط بحرانی مانند همه‌گیری کووید-۱۹ نیز نقش قابل توجهی در تغییر الگوهای تقاضای بیمه داشته‌اند. **ژو و همکاران (۲۰۲۰)** افزایش تمایل به خرید بیمه از ۲۵۸ درصد به ۳۷/۶ درصد پس از همه‌گیری را گزارش کردند، بویژه در میان افراد با تحصیلات بالاتر و سنین ۴۵ تا ۶۴ سال. در مقابل، **هریس و همکاران (۲۰۲۱)** افزایش نرخ حق بیمه برای گروه‌های پرخطر را نشان دادند. علاوه بر این، شکاف‌های جغرافیایی در دسترسی به بیمه همچنان چالش‌برانگیز باقی مانده‌اند. **هوانگ و همکاران (۲۰۱۸)** در چین دریافتند تنها ۱۱/۹ درصد سالمندان تمایل به استفاده از مراکز مراقبتی دارند و تفاوت قابل توجهی میان مناطق شهری و روستایی وجود دارد. در هند نیز یافته‌های **پانی و همکاران (۲۰۱۸)** نشان می‌دهد نیمی از سالمندان فاقد هرگونه پوشش بیمه‌ای هستند. در پاسخ به این شکاف‌ها، برخی مطالعات رویکردهای نوینی را پیشنهاد کرده‌اند، از جمله کاهش بار مراقبتی مراقبین غیررسمی و افزایش مشارکت آن‌ها در بازار کار (**جیانگ و همکاران، ۲۰۲۴**)، کاهش هزینه‌های درمانی از جیب و بهبود رفاه همسران سالمندان (**پی و همکاران، ۲۰۲۴**)، و گذار از الگوی مراقبت خانواده‌محور به اجتماع‌محور که موجب افزایش استقلال اقتصادی و عاطفی سالمندان می‌شود (**لو و همکاران، ۲۰۲۴**). در مجموع، برای دستیابی به نظام بیمه‌ای عادلانه و پایدار، نیاز به تحول نگرشی در طراحی خدمات بیمه‌ای احساس می‌شود. این تحول باید شامل توجه به گروه‌های آسیب‌پذیر مانند زنان خانه‌دار و بیماران کم‌درآمد، توسعه خدمات متناسب با تفاوت‌های منطقه‌ای، ایجاد سیستم‌های منعطف در شرایط بحرانی، حمایت از مراقبین غیررسمی، و تقویت استقلال سالمندان در ابعاد اقتصادی و روانی باشد.

این یافته‌ها در مجموع، بحران نهفته انصاف در سیستم‌های بیمه‌ای مدرن را آشکار می‌کنند؛ بحرانی که در تقاطع آسیب‌پذیری‌های چندگانه (بیماری مزمن، جنسیت، طبقه اقتصادی، جغرافیا) شکل می‌گیرد. تجربه کره جنوبی و آلمان نشان می‌دهد که بیمه‌ها، برخلاف نقش حمایتی مورد انتظار، می‌توانند به سازوکارهای بازتولید نابرابری تبدیل شوند؛ جایی

که افراد بیمار و کم‌درآمد در یک چرخه معیوب گرفتار می‌آیند: کسانی که بیشترین نیاز به پوشش را دارند، کمترین دسترسی به آن را پیدا می‌کنند. تمایز میان تجربه بیماران سرطان پروستات در آمریکا و بازماندگان سرطان در آلمان، اهمیت زمینه نهادی و فرهنگی را در شکل‌دهی به رفتار بیمه‌گران برجسته می‌کند و نشان می‌دهد که تبعیض بیمه‌ای نه صرفاً یک مسئله فنی-اِکچوئری، بلکه بازتاب ارزش‌های اجتماعی و ساختارهای قدرت است. ابعاد جنسیتی این چالش‌ها نیز قابل تأمل است: شناسایی ارزش کار خانگی در هند و تأثیر مثبت بیمه بر سلامت روان زنان، نشان می‌دهد که بیمه‌های سالمندی می‌تواند ابزاری برای بازشناسی اقتصادی کار مراقبتی باشد - کاری که تاریکاً نامرئی و بی‌ارزش تلقی شده است. واکنش متفاوت به همه‌گیری کووید-۱۹، افزایش تقاضا در میان طبقات تحصیل‌کرده و افزایش قیمت برای گروه‌های پرخطر، منطق متناقض بازار بیمه را عریان می‌کند: در شرایط بحران، زمانی که حمایت اجتماعی حیاتی‌تر از همیشه است، بیمه‌ها به منطق انتخاب معکوس و محافظت از سودآوری خود بازمی‌گردند. شکاف‌های جغرافیایی در چین و هند نیز یادآور آن هستند که دسترسی فیزیکی به خدمات نمی‌تواند از پوشش بیمه‌ای مالی جدا تلقی شود؛ بیمه بدون زیرساخت، صرفاً وعده‌ای تو خالی است.

۴-۶- پیامدها و تأثیرات

بررسی ۴۱ مطالعه نشان می‌دهد که سیستم‌های بیمه‌ای یکپارچه تأثیرات چندبعدی بر زندگی سالمندان دارند. مطالعات ۲۰۲۴ در چین کاهش ۱۷/۲ درصدی نیاز به مراقبت خانوادگی (بین و همکاران، ۲۰۲۴)، افزایش نرخ بقا از ۵۳/۷ به ۶۲/۶ درصد (لی و همکاران، ۲۰۲۳)، و کاهش فقر درآمدی، مصرفی، سلامتی و اجتماعی را گزارش کرده‌اند (چن و همکاران، ۲۰۲۲). این یافته‌ها تأیید می‌کنند که اثر بیمه‌های یکپارچه فراتر از جنبه‌های مالی است و به بهبود کیفیت زندگی سالمندان در ابعاد گوناگون منجر می‌شود. در سطح خانوادگی، گذار از مراقبت خانواده‌محور به اجتماع‌محور موجب آزادسازی منابع و کاهش فشار بر مراقبین شده است. کاهش بار مراقبتی و افزایش مشارکت مراقبین غیررسمی در بازار کار گزارش شد، و مشخص گردید که کاهش هزینه‌های درمانی از جیب، رفاه همسران سالمندان را بهبود بخشیده است. همچنین، بر اهمیت ابعاد جنسیتی تأکید دارند: بیمه مراقبت طولانی‌مدت سبب بهبود خودارزیابی سلامت و کاهش افسردگی در زنان شده است و در هند، ارزش‌گذاری کار خانگی موجب تقویت دسترسی زنان خانه‌دار به خدمات بیمه‌ای شده است. تجربه چین نشان می‌دهد برقراری توازن میان پایداری مالی، عدالت در دسترسی و کیفیت خدمات می‌تواند به افزایش استقلال سالمندان، کاهش فقر چندبعدی و ارتقای مشارکت اجتماعی منجر شود. با این حال، تیان و همکاران (۲۰۲۴) افزایش نابرابری سلامت را علی‌رغم بهبود کلی وضعیت سلامت گزارش کردند، که بیانگر ضرورت توجه به عدالت و شرایط محلی در توسعه این سیستم‌هاست. به‌طور کلی، تجربه موفق چین می‌تواند الگوی ارزشمندی برای طراحی و اجرای نظام‌های بیمه‌ای یکپارچه در کشورهای در حال توسعه باشد.

این نتایج تحولی پارادایمی را در رویکرد به حمایت از سالمندان نشان می‌دهد: گذار از مدل رفاهی خانواده‌محور به نظام حمایتی اجتماع‌محور. تجربه چین طی دهه اخیر نشان می‌دهد که بیمه‌های یکپارچه نه تنها ابزاری برای پوشش مالی، بلکه سازوکاری برای بازتوزیع عادلانه منابع مراقبتی در سطح جامعه هستند. یافته‌های این مطالعات از یک سو اثربخشی اقتصادی این سیستم‌ها را در آزادسازی نیروی کار و کاهش هزینه‌های خانوادگی تأیید می‌کنند، و از سوی دیگر بر ابعاد نهفته عدالت اجتماعی از جمله رفع تبعیض‌های جنسیتی و ارزش‌گذاری کار مراقبتی غیررسمی تأکید دارند. با این حال،

تناقض میان بهبود کلی سلامت و افزایش نابرابری‌های سلامتی، هشدار جدی است که نشان می‌دهد یکپارچگی بدون انصاف می‌تواند شکاف‌های موجود را تعمیق کند. درس اصلی این تجربه آن است که موفقیت نظام‌های بیمه‌ای یکپارچه نه در گسترش صرف پوشش، بلکه در توازن پیچیده میان دسترسی همگانی، پایداری مالی و حساسیت به تفاوت‌های ساختاری نهفته است؛ توازنی که مستلزم طراحی خلاقانه و انعطاف‌پذیر متناسب با بافت اجتماعی-اقتصادی هر جامعه است.

۷. نتیجه‌گیری

نتایج این مرور نظام‌مند نشان داد نظام‌های بیمه‌ای در حوزه خدمات سلامت سالمندان در حال گذار از رویکردهای سنتی به مدل‌های یکپارچه و جامع‌نگر هستند. این تحول که در کشورهایی مانند چین، ژاپن و آلمان به نتایج مثبت متعددی منجر شده، توانسته است با ایجاد توازن مالی، ارتقای عدالت در دسترسی و ادغام خدمات مراقبتی و پیشگیرانه، شاخص‌های سلامت و رفاه سالمندان را بهبود بخشد.

یافته‌های این مطالعه در خصوص گسترش پوشش همگانی و کاهش هزینه‌های مستقیم سالمندان، با مطالعات مشابه در این حوزه همسویی دارد. نتایج حاصل از این مرور نشان داد که توسعه بیمه‌های اجتماعی و کاهش پرداخت از جیب، به بهبود دسترسی سالمندان به خدمات سلامت منجر شده است؛ این یافته با نتایج مطالعات **گروبر و همکاران**^۱ (۲۰۲۵)، **آن و همکاران**^۲ (۲۰۲۵) و **لیو و هو**^۳ (۲۰۲۲) که تأکید کرده‌اند گسترش پوشش بیمه‌ای عمومی بلندمدت به کاهش قابل توجه بار مالی خانوارها و ارتقای شاخص‌های سلامت منجر می‌شود، مطابقت دارد. همچنین، یافته‌های مربوط به تأثیر مثبت ادغام نظام‌های بیمه‌ای شهری و روستایی در چین، که در این مطالعه به بهبود عملکرد فیزیکی و کاهش محدودیت‌های عملکردی سالمندان اشاره شد، توسط مطالعات **کای و همکاران**^۴ (۲۰۲۵) و **هائو و یو**^۵ (۲۰۲۳) تأیید می‌شود. این مطالعات به طور مشخص نشان داده‌اند که یکپارچه‌سازی نظام‌های بیمه‌ای نه تنها به کاهش نابرابری جغرافیایی کمک کرده، بلکه به افزایش رضایت از زندگی و بهبود نتایج سلامتی در سطح ملی نیز منجر شده است. از منظر پایداری مالی که یکی از محورهای اصلی یافته‌های این مرور بود، مطالعات **گو و لی**^۶ (۲۰۲۲) و **شاه**^۷ (۲۰۲۵) نیز تأکید کرده‌اند که تنوع منابع تأمین مالی شامل مشارکت دولت، افراد و بخش خصوصی، همراه با طراحی سازوکارهای مؤثر انتقال ریسک، عامل کلیدی در تضمین پایداری بلندمدت نظام‌های بیمه‌ای است.

با این حال، تحلیل یافته‌های این مرور نشان می‌دهد که گسترش پوشش بیمه‌ای به تنهایی کافی نیست و باید با رویکردهای عدالت‌محور همراه باشد. نتایج این مطالعه مبنی بر لزوم توجه به نیازهای متفاوت گروه‌های آسیب‌پذیر سالمند، با نتایج مطالعات **لیو و همکاران** (۲۰۱۵)، **وانگ و شیانگ**^۸ (۲۰۲۴) و **لیو و هو** (۲۰۲۲) که هشدار داده‌اند بدون سیاست‌های هدفمند و توجه به واقعیت‌های اجتماعی-اقتصادی مناطق محروم، گسترش بیمه ممکن است نابرابری‌های موجود را تشدید کند، همخوانی دارد. این همسویی نشان می‌دهد که طراحی مدل‌های بیمه‌ای موفق نیازمند درک عمیق از شرایط بومی و ساختارهای اجتماعی است. علاوه بر این، یافته‌های این مرور در خصوص اهمیت انعطاف‌پذیری نظام‌های بیمه‌ای در برابر بحران‌ها و تغییرات جمعیتی، با مطالعات **چن و ژو**^۹ (۲۰۲۰)، **یانگ و همکاران**^{۱۰} (۲۰۲۵) و **گروبر و همکاران** (۲۰۲۵) تأیید می‌شود. این مطالعات به وضوح

^۱. Gruber

^۲. An

^۳. Liu & Hu

^۴. Cai

^۵. Hao & Yeo

^۶. Guo & Li

^۷. Shah

^۸. Wang & Xiang

^۹. Chen & Xu

^{۱۰}. Yang

نشان داده‌اند که نظام‌های بیمه‌ای که قابلیت تطبیق سریع با بحران‌هایی مانند همه‌گیری کووید-۱۹ و تغییرات ساختار جمعیتی را دارند، در شرایط بحرانی نیز توانسته‌اند به ارائه پایدار خدمات ادامه دهند. بنابراین، نتایج حاصل از این مرور نظام‌مند با ادبیات موجود در این حوزه همسو بوده و تأکید می‌کند که موفقیت نظام‌های بیمه‌ای به توانایی آن‌ها در تطبیق اصول کلی با واقعیت‌های محلی و انعطاف‌پذیری در برابر تحولات بستگی دارد. تجربه کشورها نشان می‌دهد که پایداری مالی و عدالت اجتماعی زمانی تحقق می‌یابد که طراحی بیمه‌ها بر اساس نیازهای واقعی سالمندان و شرایط اجتماعی-اقتصادی هر کشور صورت گیرد و نظام بیمه‌ای قادر باشد در برابر تغییرات جمعیتی و بحران‌های سلامت انعطاف‌پذیر باقی بماند.

در ادامه این مسیر تحول، ضروری است سیاست‌گذاران با اتخاذ رویکردی جامع، چهار محور اصلی پایداری مالی، عدالت در دسترسی، کیفیت خدمات و انعطاف‌پذیری نظام را به صورت هم‌زمان مدنظر قرار دهند. برای تحقق این هدف، پیشنهاد می‌شود نهادهای هماهنگ‌کننده بین بخش‌های بیمه‌ای و سلامت ایجاد شوند، زیرساخت‌های دیجیتال و فیزیکی توسعه یابند، نظام‌های پایش و ارزیابی عملکرد بیمه‌ها تقویت شود و همکاری‌های بین‌المللی برای تبادل تجارب موفق گسترش یابد. این اقدامات می‌تواند به ارتقای کیفیت زندگی سالمندان، کاهش فشار مالی بر خانواده‌ها و نظام سلامت، و تضمین پایداری بلندمدت نظام‌های رفاهی منجر شود.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

نویسندگان اصول اخلاقی را در انجام و انتشار این پژوهش علمی رعایت و این موضوع مورد تأیید همه آنهاست.

مشارکت نویسندگان

جمع‌آوری داده‌ها: حجت بهاری‌فر؛ تهیه گزارش پژوهش: حجت بهاری‌فر؛ دکتر مصطفی رجبی و دکتر بهار حافظی؛
تحلیل داده‌ها: حجت بهاری‌فر؛ دکتر مصطفی رجبی و دکتر بهار حافظی.

این مقاله برگرفته از رساله **حجت بهاری‌فر** در رشته حسابداری به راهنمایی دکتر مصطفی رجبی در دانشگاه آزاد اسلامی واحد خمینی‌شهر است.

نویسنده اول: تهیه و آماده‌سازی نمونه‌ها، انجام آزمایش و گردآوری داده‌ها، انجام محاسبات، تجزیه و تحلیل آماری داده‌ها، تحلیل و تفسیر اطلاعات و نتایج، تهیه پیشنویس مقاله.

نویسنده دوم: استاد راهنمای رساله، طراحی پژوهش، نظارت بر مراحل انجام پژوهش، بررسی و کنترل نتایج، اصلاح، بازبینی و نهایی‌سازی مقاله.

نویسنده سوم: استاد مشاور رساله، مشارکت در طراحی پژوهش، نظارت بر پژوهش، مطالعه و بازبینی مقاله.

تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان این مقاله تعارض منافع ندارد.

حامی مالی

نویسندگان هیچگونه حمایت مالی برای تحقیق، تألیف و انتشار این مقاله دریافت نکرده‌اند.

منابع

- سلیمانی، فرهام؛ اولیاء، محمد صالح؛ لطفی، محمد مهدی و کاردگر، ابراهیم (۱۴۰۱). تحلیل عوامل مؤثر بر افزایش سهم بیمه عمر و پس‌انداز با رویکرد پویایی‌شناسی سیستم‌ها. پژوهش در مدیریت تولید و عملیات، ۱۳(۳)، ۹۹-۱۳۵. DOI: [10.22108/pom.2022.132890.1434](https://doi.org/10.22108/pom.2022.132890.1434)
- طاهری زاده اناری پور، جواد؛ منصف، عبدالعلی؛ معلمی، مژگان؛ بیابانی، جهانگیر و نجاتی، مهدی (۱۴۰۲). اثر ناطمینانی‌تورم بر شادی در کشورهای توسعه‌یافته و در حال توسعه. مجله توسعه و سرمایه، ۸(۲)، ۱-۲۹. DOI: [10.22103/jdc.2023.19861.1274](https://doi.org/10.22103/jdc.2023.19861.1274)
- فرهنگ، امیرعلی (۱۴۰۱). اثرات ساختار مالی بر امید به زندگی (رهیافت Cup-FM). مجله توسعه و سرمایه، ۷(۱)، ۱۲۱-۱۳۴. DOI: [10.22103/jdc.2022.19233.1221](https://doi.org/10.22103/jdc.2022.19233.1221)
- هاشمی دیزج، عبدالرحیم؛ حاضری نیری، هاتف و صمدزاده، سعید (۱۴۰۱). تأثیر سیاست پولی بر تورم کشورهای در حال توسعه نفتی و کشورهای توسعه‌یافته. مجله توسعه و سرمایه، ۷(۲)، ۲۱۳-۲۳۲. DOI: [10.22103/jdc.2022.19276.1230](https://doi.org/10.22103/jdc.2022.19276.1230)

References

- Abdi, S., Spann, A., Borilovic, J., De Witte, L., & Hawley, M. (2019). Understanding the care and support needs of older people: a scoping review and categorisation using the WHO international classification of functioning, disability and health framework (ICF). *BMC Geriatrics*, 19(1), 1-15. DOI: [10.1186/s12877-019-1189-9](https://doi.org/10.1186/s12877-019-1189-9)
- Aghdash, S. A., Sharifzade, H., Bande-Ehahi, K., Bolbanabad, A. M., & Gharaee, H. (2022). Public-private partnership experiences and achievements in providing primary health care to the elderly: A scoping review. *Health Technology Assessment in Action*, 5(3), 1-14. DOI: [10.18502/htaa.v5i3.9346](https://doi.org/10.18502/htaa.v5i3.9346)
- Akiyama, N., Shiroya, T., Fukuda, T., Murashima, S., & Hayashida, K. (2018). Healthcare costs for the elderly in Japan: Analysis of medical care and long-term care claim records. *Plos One*, 13(5), 1-15. DOI: [10.1371/journal.pone.0190392](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0190392)
- Amani, P. J., Sebastian, M. S., Hurtig, A. K., Kiwara, A. D., & Goicolea, I. (2023). Healthcare workers' experiences and perceptions of the provision of health insurance benefits to the elderly in rural Tanzania: an explorative qualitative study. *BMC Public Health*, 23(1), 1-9. DOI: [10.1186/s12889-023-15297-4](https://doi.org/10.1186/s12889-023-15297-4)
- An, R., Xiu, S., Yang, X., & Wang, S. (2025). The impact of long-term care insurance on the health status and healthcare expenditure of older adults in China. *Frontiers in Psychiatry*, 15(2025), 1-12. DOI: [10.3389/fpsy.2024.1514603](https://doi.org/10.3389/fpsy.2024.1514603)
- Avila-Funes, J. A., Paniagua-Santos, D. L., Escobar-Rivera, V., Navarrete-Reyes, A. P., Aguilar-Navarro, S., & Amieva, H. (2016). Association between employee benefits and frailty in community-dwelling older adults. *Geriatrics & Gerontology International*, 16(5), 606-611. DOI: [10.1111/ggi.12523](https://doi.org/10.1111/ggi.12523)
- Baumann, F., Meier, V., & Werding, M. (2008). Transferable ageing provisions in individual health insurance contracts. *German Economic Review*, 9(3), 287-311. DOI: [10.1111/j.1468-0475.2008.00434.x](https://doi.org/10.1111/j.1468-0475.2008.00434.x)
- Brown, J., & Warshawsky, M. (2013). The life care annuity: A new empirical examination of an insurance innovation that addresses problems in the markets for life annuities and long-term care insurance. *Journal of Risk and Insurance*, 80(3), 677-704. DOI: [10.1111/j.1539-6975.2013.12013.x](https://doi.org/10.1111/j.1539-6975.2013.12013.x)
- Cai, Z., He, C., Liu, G., Wang, L., & Chen, X. (2025). The impact of the integration of basic medical insurance for urban and rural residents on the well-being of middle-aged and elderly people. *South Asian Research Journal of Business and Management*, 7(2), 102-113. DOI: [10.36346/sarjbm.2025.v07i02.001](https://doi.org/10.36346/sarjbm.2025.v07i02.001)
- Caldera, S. (2019). The role of policy context in individual long-term care decisions in OECD countries. *Innovation in Aging*, 3(Suppl 1), 1. DOI: [10.1093/geroni/igz038.557](https://doi.org/10.1093/geroni/igz038.557)
- Campbell, J. C., & Ikegami, N. (2000). Long-term care insurance comes to Japan. *Health Affairs*, 19(3), 26-39. DOI: [10.1377/hlthaff.19.3.26](https://doi.org/10.1377/hlthaff.19.3.26)
- Chen, A., Fuino, M., Sehner, T., & Wagner, J. (2022). Valuation of long-term care options embedded in life annuities. *Annals of Actuarial Science*, 16(1), 68-94. DOI: [10.1017/S1748499521000063](https://doi.org/10.1017/S1748499521000063)
- Chen, B., Zhu, X., Wang, H., Zong, L., Feng, J., Tu, S., & Wang, Q. (2025). The financing sustainability of long-term care insurance: an example from Nanning, China. *Frontiers in Public Health*, 13(2025), 1-10. DOI: [10.3389/fpubh.2025.1454037](https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1454037)
- Chen, L., & Xu, X. (2020). Effect evaluation of the long-term care insurance (LTCI) system on the health care of the elderly: A review. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 13(2020), 863-875. DOI: [10.2147/JMDH.S270454](https://doi.org/10.2147/JMDH.S270454)

- Chen, Y., & Zhao, H. (2023). Long-term care insurance, mental health of the elderly and its spillovers. *Frontiers in Public Health*, 11(2023), 1-16. DOI: [10.3389/fpubh.2023.982656](https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.982656)
- Chia, N. C., & Cynthia Chen, H. (2020). Long-Term care financing for an aging population: The experience of Singapore. *Innovation in Aging*, 4(Suppl 1), 3. DOI: [10.1093/geroni/igaa057.101](https://doi.org/10.1093/geroni/igaa057.101)
- Drechsler, D., & Jütting, J. (2005). Private health insurance for the poor in developing countries? Ashgate Publishing. [PDF].
- Eling, M., & Ghavibazoo, O. (2019). Research on long-term care insurance: status quo and directions for future research. *The Geneva Papers on Risk and Insurance-Issues and Practice*, 44(2), 303-356. DOI: [10.1057/s41288-018-00114-6](https://doi.org/10.1057/s41288-018-00114-6)
- Farhang, A. (2022). The effects of financial structure on life expectancy (Cup-FM approach). *Journal of Development and Capital*, 7(1), 121-134. DOI: [10.22103/jdc.2022.19233.1221](https://doi.org/10.22103/jdc.2022.19233.1221) [In Persian]
- Fong, J. H., & Borowski, A. (2022). Long-Term care insurance reform in Singapore. *Journal of Aging & Social Policy*, 34(1), 73-90. DOI: [10.1080/08959420.2021.1926867](https://doi.org/10.1080/08959420.2021.1926867)
- Graham, W. C. K., & Bilger, M. (2017). Financing Long-Term Services and Supports: Ideas from Singapore. *The Milbank Quarterly*, 95(2), 358-407. DOI: [10.1111/1468-0009.12264](https://doi.org/10.1111/1468-0009.12264)
- Gruber, J., Lin, M., Yang, H., & Yi, J. (2025). China's social health insurance in the era of rapid population aging. *JAMA Health Forum*, 6(4), 1-11. DOI: [10.1001/jamahealthforum.2025.1105](https://doi.org/10.1001/jamahealthforum.2025.1105)
- Gu, D., Andreev, K., & Dupre, M. E. (2021). Major trends in population growth around the world. *China CDC Weekly*, 3(28), 604-613. DOI: [10.46234/ccdcw2021.160](https://doi.org/10.46234/ccdcw2021.160)
- Guo, P., & Li, Y. (2022). Innovation and financial sustainability in China's long-term care insurance: An empirical analysis of the Nantong pilot. *Frontiers in Public Health*, 10(2022), 1-15. DOI: [10.3389/fpubh.2022.1024491](https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.1024491)
- Hao, H., & Yeo, Y. H. (2023). Does the integration of urban and rural health insurance influence the functional limitations of the middle-aged and elderly in rural China? *SSM-Population Health*, 23(2023), 1-10. DOI: [10.1016/j.ssmph.2023.101439](https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2023.101439)
- Harris, T. F., Yelowitz, A., & Courtemanche, C. (2021). Did COVID-19 change life insurance offerings? *Journal of Risk and Insurance*, 88(4), 831-861. DOI: [10.1111/jori.12344](https://doi.org/10.1111/jori.12344)
- Hashemi Dizaj, A. , Hazeri Niri, H., & Samadzadeh, S. (2022). The impact of monetary policy on inflation in oil developing countries and developed countries. *Journal of Development and Capital*, 7(2), 213-232. DOI: [10.22103/jdc.2022.19276.1230](https://doi.org/10.22103/jdc.2022.19276.1230) [In Persian]
- He, Q., Wang, S., Chen, L., & Zhang, Y. (2025). The health effects of long-term care insurance. *Inquiry: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*, 62 (2025), 1-14. DOI: [10.1177/00469580251325503](https://doi.org/10.1177/00469580251325503)
- Hosokawa, R., Ojima, T., Myojin, T., Aida, J., Kondo, K., & Kondo, N. (2020). Associations between healthcare resources and healthy life expectancy: A descriptive study across secondary medical areas in Japan. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(17), 1-16. DOI: [10.3390/ijerph17176301](https://doi.org/10.3390/ijerph17176301)
- Huang, Z. Y., Liu, Q. Y., Meng, H. D., Liu, D. P., Dobbs, D., Hyer, K., & Conner, K. O. (2018). Factors associated with willingness to enter long-term care facilities among older adults in Chengdu, China. *Plos One*, 13(8), 1-13. DOI: [10.1371/journal.pone.0202225](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0202225)
- Imrohoroglu, S., Kitao, S., & Yamada, T. (2019). Fiscal sustainability in Japan: What to tackle? *Journal of the Economics of Ageing*, 14(2019), 1-44. DOI: [10.1016/j.jeoa.2019.100205](https://doi.org/10.1016/j.jeoa.2019.100205)
- Institute of Medicine (US) Committee on the Long-Run Macroeconomic Effects of the Aging U.S. Population. (2013). Aging and the macroeconomy: Long-term implications of an older population. National Academies Press. DOI: [10.17226/13465](https://doi.org/10.17226/13465)
- Jiang, W. J., & Yang, H. Y. (2024). The effect of long-term care insurance on women's health outcomes in China: evidence from a disability inclusion action. *BMC Public Health*, 24(1), 1-12. DOI: [10.1186/s12889-024-19800-3](https://doi.org/10.1186/s12889-024-19800-3)
- Kallestrup-Lamb, M., Marin, A. O. K., Menon, S., & Søgaard, J. (2024). Aging populations and expenditures on health. *The Journal of the Economics of Ageing*, 29(2024), 1-11. DOI: [10.1016/j.jeoa.2024.100518](https://doi.org/10.1016/j.jeoa.2024.100518)
- Kämpfen, F., Wijemunige, N., & Evangelista, B., Jr. (2018). Aging, non-communicable diseases, and old-age disability in low- and middle-income countries: a challenge for global health. *International Journal of Public Health*, 63(9), 1011-1012. DOI: [10.1007/s00038-018-1137-z](https://doi.org/10.1007/s00038-018-1137-z)

- Kar, S. (2024). Domestic values: gendered labor and the uncanniness of critique in marketing life insurance for women. *Journal of Cultural Economy*, 17(3), 314-330. DOI: [10.1080/17530350.2023.2278480](https://doi.org/10.1080/17530350.2023.2278480)
- Kim, H., & Kwon, S. (2021). A decade of public long-term care insurance in South Korea: Policy lessons for aging countries. *Health Policy*, 125(1), 22-26. DOI: [10.1016/j.healthpol.2020.11.003](https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2020.11.003)
- Koijen, R. S. J., Van Nieuwerburgh, S., & Yogo, M. (2016). Health and mortality delta: Assessing the welfare cost of household insurance choice. *Journal of Finance*, 71(2), 957-1010. DOI: [10.1111/jofi.12273](https://doi.org/10.1111/jofi.12273)
- Kraft, A. D., Quimbo, S. A., Solon, O., Shimkhada, R., Florentino, J., & Peabody, J. W. (2009). The health and cost impact of care delay and the experimental impact of insurance on reducing delays. *The Journal of Pediatrics*, 155(2), 281-285. DOI: [10.1016/j.jpeds.2009.02.035](https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2009.02.035)
- Lapishko, Z. Y., Yevtukh, L. B., & Blazhivska, Y. Y. (2016). Life insurance companies in the pension system of Ukraine. *Financial and Credit Activity-Problems of Theory and Practice*, 1(20), 193-203. <https://fkdn.net.ua/index.php/fkd/article/view/929/939>
- Lee, S. H., Kim, M., Heo, W. C., Kim, J. G., Lee, J. S., Kang, J. H., & Lee, J. (2024). Mortality in elderly Parkinson's disease patients with long-term care needs: A nationwide population-based study in Korea. *Parkinsonism Relat Disord*, 128(2024), 1-12. DOI: [10.1016/j.parkreldis.2024.107150](https://doi.org/10.1016/j.parkreldis.2024.107150)
- Lei, X., & Zhang, C. (2025). Cash-Out puzzle and long-term care insurance: Welfare of the elderly. *Health Economics*, 34(4), 714-726. DOI: [10.1002/hec.4935](https://doi.org/10.1002/hec.4935)
- Lei, X., Bai, C., Hong, J., & Liu, H. (2022). Long-term care insurance and the well-being of older adults and their families: evidence from China. *Social Science & Medicine*, 296, 1-10. DOI: [10.1016/j.socscimed.2022.114745](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2022.114745)
- Li, L. M., & Wang, G. Y. (2024). Impact of LTCI on degree of life satisfaction and psychological blessedness of the elderly population: An empirical analysis of psychological mechanisms and moderating effects. *American Journal of Health Behavior*, 48(1), 101-112. DOI: [10.5993/AJHB.48.1.10](https://doi.org/10.5993/AJHB.48.1.10)
- Li, M. D., Fan, X. R., Li, J. S., Wang, J., Yin, P., Zuo, R. F., ... Hao, C. (2024). The impact of long-term care insurance on healthcare utilization and expenditures among middle-aged and older Chinese adults: A quasi-experiment study. *International Journal for Equity in Health*, 23(1), 1-11. DOI: [10.1186/s12939-024-02297-y](https://doi.org/10.1186/s12939-024-02297-y)
- Li, W., Ke, J., & Sun, F. (2023). Long-term care insurance and multidimensional poverty of middle-aged and elderly: Evidence from China. *Frontiers in Public Health*, 11(2023), 1-20. DOI: [10.3389/fpubh.2023.1100146](https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1100146)
- Lin, L., He, M., & Zai, X. (2025). Evaluating the impact of long-term care insurance reform on health-related quality of life and inequality among older adults in China: A quasi-experimental analysis. *Economics & Human Biology*, 58(2025), 1-16. DOI: [10.1016/j.ehb.2025.101495](https://doi.org/10.1016/j.ehb.2025.101495)
- Liu, H., & Hu, T. (2022). Evaluating the long-term care insurance policy from medical expenses and health security equity perspective: Evidence from China. *Archives of Public Health*, 80(1), 1-15. DOI: [10.1186/s13690-021-00761-7](https://doi.org/10.1186/s13690-021-00761-7)
- Liu, H., Ma, J., & Zhao, L. (2023). Public long-term care insurance and consumption of elderly households: Evidence from China. *Journal of Health Economics*, 90(2023), 1-11. DOI: [10.1016/j.jhealeco.2023.102759](https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2023.102759)
- Liu, X., Wong, H., & Liu, K. (2015). Outcome-based health equity across different social health insurance schemes for the elderly in China. *BMC Health Services Research*, 16(1), 1-12. DOI: [10.1186/s12913-016-1261-5](https://doi.org/10.1186/s12913-016-1261-5)
- Liu, Z., Shi, R., Jiang, L., Tang, F., Qiu, Z., & Yao, L. (2025). Impact of Long-Term Care Insurance on health out-of-pocket expenditure ratios for older adults. *Frontiers in Public Health*, 13(2025), 1-23. DOI: [10.3389/fpubh.2025.1616761](https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1616761)
- Luo, Y. N., Yuan, K. X., Li, Y. X., Liu, Y. T., & Pan, Y. (2024). The "spillover effect" of long-term care insurance in China on spouses' health and well-being. *Social Science & Medicine*, 340(2024), 1-13. DOI: [10.1016/j.socscimed.2023.116487](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2023.116487)
- Lussi, C., Bickenbach, J., Halvorsen, R., & Sabariego, C. (2024). Trends over the past 15 years in long-term care in Switzerland: a comparison with Germany, Italy, Norway, and the United Kingdom. *BMC Geriatrics*, 24(1), 1-19. DOI: [10.1186/s12877-024-05195-8](https://doi.org/10.1186/s12877-024-05195-8)
- Ma, G., & Xu, K. (2022). Value-Based health care: Long-Term care insurance for out-of-pocket medical expenses and self-rated health. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(1), 1-20. DOI: [10.3390/ijerph20010192](https://doi.org/10.3390/ijerph20010192)
- Martinez-Lacoba, R., Pardo-Garcia, I., & Escribano-Sotos, F. (2021). Aging, dependence, and long-term care: A systematic review of employment creation. *Inquiry: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*, 58(2021), 1-17. DOI: [10.1177/00469580211062426](https://doi.org/10.1177/00469580211062426)

- Matsuda, S., & Yamamoto, M. (2001). Long-term care insurance and integrated care for the aged in Japan. *International Journal of Integrated Care*, 1(1), 1-11. DOI: [10.5334/ijic.39](https://doi.org/10.5334/ijic.39)
- Matsuura, T., & Sasaki, M. (2012). Can the health insurance reforms stop an increase in medical expenditures for middle- and old-aged persons in Japan? *International Journal of Health Care Finance and Economics*, 12(2), 163-187. DOI: [10.1007/s10754-011-9102-x](https://doi.org/10.1007/s10754-011-9102-x)
- Mayhew, L., Rickayzen, B., & Smith, D. (2021). Flexible and affordable methods of paying for long-term care insurance. *North American Actuarial Journal*, 25(sup1), S196–S214. DOI: [10.1080/10920277.2019.1651657](https://doi.org/10.1080/10920277.2019.1651657)
- Moon, B. (2022). Financial integration scenario for community integrated care: Focusing on the case of Korea. *International Journal of Integrated Care*, 22(2), 1-12. DOI: [10.5334/ijic.6465](https://doi.org/10.5334/ijic.6465)
- Murtaugh, C. M., Spillman, B. C., & Warshawsky, M. J. (2001). In sickness and in health: An annuity approach to financing long-term care and retirement income. *Journal of Risk and Insurance*, 68(2), 225-253. [PDF].
- Nadash, P., Doty, P., & von Schwanenflügel, M. (2018). The German long-term care insurance program: Evolution and recent developments. *Gerontologist*, 58(3), 588-597. DOI: [10.1093/geront/gnx018](https://doi.org/10.1093/geront/gnx018)
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., . . . Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *Systematic Reviews*, 10(1), 1-9. DOI: [10.1136/bmj.n71](https://doi.org/10.1136/bmj.n71)
- Pany, S., Patnaik, L., Rao, E. V., Pattanaik, S., & Sahu, T. (2018). End-of-life care and social security issues among geriatric people attending a tertiary care hospital of eastern India. *Indian Journal of Palliative Care*, 24(4), 402-405. DOI: [10.4103/IJPC.IJPC_26_18](https://doi.org/10.4103/IJPC.IJPC_26_18)
- Park, K. W., & Kim, J. Y. (2017). New proposal of private insurance program for dementia patients: Design of sustainable private insurance program in Korea. *Dement Neurocogn Disord*, 16(1), 1-6. DOI: [10.12779/dnd.2017.16.1.1](https://doi.org/10.12779/dnd.2017.16.1.1)
- Pei, X., Yang, W., & Xu, M. (2024). Examining the impact of long-term care insurance on the care burden and labor market participation of informal carers: A quasi-experimental study in China. *The Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 79(5), 1-10. DOI: [10.1093/geronb/gbae023](https://doi.org/10.1093/geronb/gbae023)
- Piecuch, M., Biebel, M., Stock, J., George, H., & Wright, C. (2017). The effect of radical prostatectomy, external beam radiation therapy and active surveillance on life insurance premiums in patients with prostate cancer. *Urology Practice*, 4(5), 373-377. DOI: [10.1016/j.urpr.2016.09.008](https://doi.org/10.1016/j.urpr.2016.09.008)
- Ramsay, C. M., & Oguledo, V. I. (2023). Doubly Enhanced Medicaid Partnership Annuities (DEMPANs): A new tool for providing long term care to retired U.S. seniors in the medicaid penumbra. *North American Actuarial Journal*, 27(1), 96-120. DOI: [10.1080/10920277.2022.2036198](https://doi.org/10.1080/10920277.2022.2036198)
- Sekhri, N., & Savedoff, W. (2005). Private health insurance: implications for developing countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 83(2), 127-134. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2623814>
- Shah, S. S. (2025). Health economics and ageing populations: Financial strategies for sustainable elderly care. *Premier Journal of Economics*, 2(2025), 1-14. DOI: [10.70389/PJEC.100004](https://doi.org/10.70389/PJEC.100004)
- Shao, C., Shangguan, Y., & Li, W. (2025). Can long-term care insurance change eldercare patterns? Evidence from China. *Journal of Aging & Social Policy*, 37(3), 375-394. DOI: [10.1080/08959420.2024.2384183](https://doi.org/10.1080/08959420.2024.2384183)
- Soleimani, F., Owlia, M. S., Lotfi, M. M., & Kardgar, E. (2022). Analyzing the factors increasing the share of life and savings insurance using a systems dynamics approach. *Research in Production and Operations Management*, 13(3), 99-135. DOI: [10.22108/pom.2022.132890.1434](https://doi.org/10.22108/pom.2022.132890.1434) [In Persian]
- Taherizadeh anaripour, J. , Monsef, A. , Moalemi, M. , Biyabani, J., & Nejati, M. (2023). The effect of inflation uncertainty on happiness in developed and developing countries. *Journal of Development and Capital*, 8(2), 1-29. DOI: [10.22103/jdc.2023.19861.1274](https://doi.org/10.22103/jdc.2023.19861.1274) [In Persian]
- Tang, Y., Chen, T., Zhao, Y., & Taghizadeh-Hesary, F. (2022). The impact of the long-term care insurance on the medical expenses and health status in China. *Frontiers in Public Health*, 10(2022), 847822. DOI: [10.3389/fpubh.2022.847822](https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.847822)
- Tao, X., Zeng, Y., & Jiao, W. (2024). The impact of medical insurance and old-age security on the utilization of medical services by the older population with disabilities. *BMC Health Services Research*, 24(1), 892-902. DOI: [10.1186/s12913-024-11323-2](https://doi.org/10.1186/s12913-024-11323-2)
- Teisberg, E., Wallace, S., & O'Hara, S. (2020). Defining and implementing value-based health care: a strategic framework. *Academic Medicine*, 95(5), 682-685. DOI: [10.1097/ACM.00000000000003122](https://doi.org/10.1097/ACM.00000000000003122)

- Therneau, T., Crowson, C., & Atkinson, E. (2020). Multi-state models and competing risks. CRAN-R. Retrieved from: <https://cran.r-project.org/web/packages/survival/vignettes/compete.pdf>
- Thong, M. S. Y., Doege, D., Weißer, L., Koch-Gallenkamp, L., Bertram, H., Eberle, A., ... Arndt, V. (2022). Health and life insurance-related problems in very long-term cancer survivors in Germany: a population-based study. *Journal of Cancer Research and Clinical Oncology*, 148(1), 155-162. DOI: [10.1007/s00432-021-03825-x](https://doi.org/10.1007/s00432-021-03825-x)
- Tian, Y., Fan, L. J., Zhou, M. H., & Du, W. (2024). Impact of long-term care insurance on health inequality in older adults in China based on the concentration index approach. *International Health*, 16(1), 83-90. DOI: [10.1093/inthealth/ihad025](https://doi.org/10.1093/inthealth/ihad025)
- Tungu, M., Saronga, H., & Amani, P. J. (2024). Health-related quality of life for the insured and non-insured elderly in rural Tanzania: A cross-sectional study. *East African Journal of Applied Health Monitoring and Evaluation*, 7(2), 1-11. DOI: [10.58498/cajahme.v7i2.52](https://doi.org/10.58498/cajahme.v7i2.52)
- Walther, W., Müller-Mundt, G., Wiese, B., Schneider, N., & Stiel, S. (2022). Providing palliative care for residents in LTC facilities: an analysis of routine data of LTC facilities in Lower Saxony, Germany. *BMC Palliative Care*, 21(1), 1-9. DOI: [10.1186/s12904-022-00998-1](https://doi.org/10.1186/s12904-022-00998-1)
- Wan, C., Bateman, H., & Hanewald, K. (2025). Demand for life annuities, critical illness insurance, and long-term care insurance. *Journal of Risk and Insurance*. Retrieved from: [onlinelibrary.wiley.com/10.1111/jori.70005](https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jori.70005)
- Wang, H., & Xiang, X. (2024). Evaluating the effect of health insurance reform on health equity and financial protection for elderly in low-and middle-income countries: evidences from China. *Globalization and Health*, 20(1), 1-14. DOI: [10.1186/s12992-024-01062-8](https://doi.org/10.1186/s12992-024-01062-8)
- Wang, J., Guan, J., & Wang, G. (2023). Impact of long-term care insurance on the health status of middle-aged and older adults. *Health Economics*, 32(3), 558-573. DOI: [10.1002/hec.4634](https://doi.org/10.1002/hec.4634)
- Wang, L. J., & Liu, J. (2024). The impact of long-term care insurance on family care for older adults: The mediating role of intergenerational financial support. *Plos One*, 19(5), 1-22. DOI: [10.1371/journal.pone.0299974](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0299974)
- World Health Organization. (2025). Ageing: Global population. Available from: [WHO].
- Wu, W., Li, C., & Gao, B. (2022). Heterogeneity of the impact of the social old-age insurance and the medical insurance on the mortality risk of the elderly. *Frontiers in Public Health*, 10(2022), 1-11. DOI: [10.3389/fpubh.2022.807384](https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.807384)
- Xu, X. C., Zhang, L., Chen, L. H., & Wei, F. (2020). Does COVID-2019 have an impact on the purchase intention of commercial long-term care insurance among the elderly in China? *Healthcare*, 8(2), 1-17. DOI: [10.3390/healthcare8020126](https://doi.org/10.3390/healthcare8020126)
- Yang, H., Yang, Y., & Li, D. (2025). Climate risks, multi-tier medical insurance systems, and health inequality: evidence from China's middle-aged and elderly populations. *BMC Health Services Research*, 25(1), 1-16. DOI: [10.1186/s12913-025-12648-2](https://doi.org/10.1186/s12913-025-12648-2)
- Yin, S. S., Chen, W., Jia, C. L., Yao, Y. F., & Yao, L. (2024). Effect of long-term care insurance on medical expenditure and health status: National cohort study. *Archives of Public Health*, 82(1), 1-13. DOI: [10.1186/s13690-024-01388-0](https://doi.org/10.1186/s13690-024-01388-0)
- Yue, X., Durrani, S. K., Li, R., Liu, W., Manzoor, S., & Anser, M. K. (2025). Evolutionary game model for the behavior of private sectors in elderly healthcare public-private partnership under the condition of information asymmetry. *BMC Health Services Research*, 25(1), 1-18. DOI: [10.1186/s12913-025-12321-8](https://doi.org/10.1186/s12913-025-12321-8)
- Zhang, J., Yu, X., & Zhang, Y. Z. (2021). Policy-oriented learning: A case on initiating long-term care insurance in China's social security sector. *Sustainability*, 13(6), 1-13. DOI: [10.3390/su13063233](https://doi.org/10.3390/su13063233)
- Zhou, J. Q., Zhu, B., Yan, Y. H., Hou, L. S., Wu, J. H., Dong, B. R., & Dou, Q. Y. (2023). Effect of China's long-term care insurance on health outcomes of older disabled people: Role of institutional care. *International Journal for Quality in Health Care*, 35(3), 1-7. DOI: [10.1093/intqhc/mzad054](https://doi.org/10.1093/intqhc/mzad054)
- Zhou, Y. R., & Zhang, X. (2022). The experience and enlightenment of the community-based long-term care in Japan. *Healthcare*, 10(9), 1-9. DOI: [10.3390/healthcare10091599](https://doi.org/10.3390/healthcare10091599)