

# Long-Term Care Insurance for the Elderly: A Review of Evidence and Suggested Policies for Iran

Manal Etemadi<sup>1</sup>, Saeed Shahabi<sup>2</sup>, Mahan Mohammadi<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Department of Health Services Management, School of Health Management and Information Sciences, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

<sup>2</sup> Health Policy Research Center, Institute of Health, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran

<sup>3</sup> Center for Environment and Population Health, School of Medicine and Dentistry, Griffith University, Queensland, Australia

**\*Corresponding Author:** Manal Etemadi, PhD in Health Policy, Department of Health Services Management, School of Health Management and Information Sciences, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. Email: mnletemadi@gmail.com

**Received:** December 15, 2021

**Revised:** January 23, 2022

**Accepted:** February 13, 2022

**Online Published:** March 9, 2022

## Abstract

**Introduction:** Given the high expenditure of universal long-term care for elderly and the challenge of financing it for most countries, this article intends to examine leading countries to provide solutions for Iran.

**Methods:** The present study is a comparative study using domain review and examines the evidence related to the insurance for long-term care in the selected countries in six dimensions: type of insurance, type of membership, contribution rate / premium, inclusion criteria for coverage, the scope of services covered, and ultimately cost sharing through studies reviewed in the electronic databases.

**Results:** The results in the six countries showed that long-term care insurance requires public sector support in full or partly in combination with the private sector. This insurance' being consistent with basic insurance coverage, its mandatory nature, the combination of government and individual financing (deduction from salaries or taxes) and the existence of a limited user fee to receive services, have saw in all these countries. The type of coverage is defined either universally or only for the elderly, and finally the scope of services in these insurances is graded based on the degree of dependence, the time required and the place of receiving the service.

**Conclusion:** In all studied countries, compulsory insurance coverage for long-term care was designed to allow for cross-subsidization. Consolidation and reduction of fragmentation of resources and expansion of integrated risk sharing is an important prerequisite for designing long-term care insurance in Iran. It is necessary to implement of the law requiring supplementary insurance to only cover services outside the basic insurance package and redesign both the basic and complementary insurance packages to determine what can be defined in the form of long-term care insurance package.

**Keywords:** Health Insurance, Long Term Care, Elderly, Iran

### Citation:

Etemadi M, Shahabi S, Mohammadi M. Long-term care insurance for the elderly: a review of evidence and suggested policies for Iran. *Iran J Health Insur.* 2022;4(4):246-259

# بیمه مراقبت‌های بلندمدت برای سالمندان: مروری بر شواهد و توصیه سیاستی برای ایران

منال اعتمادی<sup>۱\*</sup>، سعید شهبابی<sup>۲</sup>، ماهان محمدی<sup>۳</sup>

<sup>۱</sup> دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، تهران، ایران

<sup>۲</sup> مرکز تحقیقات سیاست‌گذاری سلامت، پژوهشکده سلامت، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران

<sup>۳</sup> مرکز سلامت جمعیت و محیط زیست، دانشکده پزشکی و دندانپزشکی، دانشگاه گریفیث، کوئینزلند، استرالیا

\* نویسنده مسئول: منال اعتمادی، دکتری سیاست‌گذاری سلامت، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، تهران، ایران. پست الکترونیک: mnletemadi@gmail.com

تاریخ انتشار آنلاین: ۱۴۰۰/۱۲/۱۸

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۱۱/۲۴

تاریخ تصحیح: ۱۴۰۰/۱۱/۰۳

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۹/۲۴

پژوهش

**مقدمه:** باتوجه به هزینه‌های بالای مراقبت‌های بلندمدت همگانی در سالمندی و چالش برانگیز بودن بحث تامین مالی آنها برای اکثر کشورها، این مقاله قصد دارد با بررسی کشورهای پیشرو در این زمینه راهکارهایی برای کشور ایران ارائه دهد.

**روش بررسی:** پژوهش حاضر از نوع تطبیقی با استفاده از مرور حیطه‌ای بوده و به بررسی شواهد مرتبط بیمه خدمات مراقبت‌های بلندمدت در کشورهای منتخب و در ۶ بعد نوع بیمه، نوع عضویت، نرخ مشارکت/حق بیمه، معیارهای شمولیت برای پوشش، دامنه خدمات تحت پوشش و نهایتاً سهم فرانشیز بیمه‌شدگان از طریق بررسی مطالعات موجود در پایگاه داده‌های اطلاعاتی علمی خواهد پرداخت.

**یافته‌ها:** یافته‌ها در ۶ کشور مورد بررسی نشان داد که بیمه مراقبت‌های بلندمدت نیازمند حمایت بخش دولتی به صورت کامل یا به صورت ترکیبی با بخش خصوصی است. همگامی این بیمه با پوشش بیمه پایه، اجباری بودن آن، ترکیب تامین مالی دولتی و فردی (کسر از حقوق مستقیم یا مالیات) و وجود سهم مشارکت محدود بیمار برای دریافت خدمات در تمامی این کشورها مشاهده شد. نوع پوشش یا به صورت همگانی یا تنها برای افراد سالمند تعریف شده و نهایتاً دامنه خدمات در این بیمه‌ها براساس میزان وابستگی، زمان مورد نیاز و مکان دریافت خدمت سطح‌بندی می‌شود.

**نتیجه‌گیری:** در همه کشورهای مطالعه شده، پوشش بیمه اجباری برای مراقبت‌های بلندمدت طراحی شده بود که امکان برقراری یارانه متقاطع را فراهم سازد. تجمیع و کاهش پراکندگی منابع و گسترش صندوق انباشت ریسک یکپارچه، پیش‌نیاز مهم برای طراحی بیمه مراقبت‌های بلندمدت در ایران است. اجرای دقیق قانون مبنی بر الزام بیمه‌های تکمیلی به صرفاً پوشش خدمات خارج از بسته بیمه پایه و بازطراحی دو بسته بیمه پایه و تکمیلی، برای تعیین آنچه در قالب بسته بیمه مراقبت‌های بلندمدت قابل تعریف است، یک ضرورت است.

**واژگان کلیدی:** بیمه سلامت، مراقبت‌های بلندمدت، سالمندان، ایران

## مقدمه

روزمره خود همچون غذا خوردن و شستشو نیستند و بنابراین نیاز به مراقبت‌های بلندمدت دارند. ارائه مراقبت‌های بلندمدت، خواه به صورت رسمی از طریق شرکت‌های خصوصی و یا غیررسمی از طریق خانواده و دوستان، به شدت پرهزینه است و مسئله تامین مالی این مراقبت‌ها را مطرح می‌کند [۳]. هزینه مراقبت‌های بلندمدت در منزل یا مراکز برای نیازهای شدید مراقبتی برابر یا بیشتر از میانگین درآمد در دسترس

در نتیجه افزایش امید به زندگی و کاهش نرخ باروری، تعداد سالمندان به کل جمعیت در حال رشد است و براساس برآوردها تا سال ۲۰۵۰ در کل دنیا از هر ۶ نفر یک نفر و در قاره آسیا ۲۴ درصد کل جمعیت این قاره سالمند خواهند بود [۱، ۲]. با سالمند شدن جمعیت، نسبت بزرگی از جمعیت دچار وابستگی می‌شوند که طبق تعریف قادر به انجام فعالیت‌های

قوانین حوزه سلامت و رفاه اجتماعی ایران، همچنان سالمندی به عنوان عامل خطر مواجهه با هزینه‌های کمرشکن سلامت شناخته می‌شود [۱۲]. با توجه به هزینه‌های بالای مراقبت‌های بلندمدت همگانی در این بازه سنی و تاکید سازمان جهانی بهداشت بر نیاز به تخصیص این‌گونه مراقبت‌ها برای افراد سالمند و چالش برانگیز بودن بحث تامین مالی آنها برای اکثر کشورها، این مقاله قصد دارد با بررسی کشورهای پیشرو در این زمینه راهکارهایی برای کشور ایران ارائه دهد.

### روش بررسی

این مطالعه از نوع تطبیقی با استفاده از مرور حیطه‌ای بوده و به بررسی شواهد مرتبط بیمه خدمات مراقبت‌های بلندمدت در کشورهای منتخب (ژاپن، کره جنوبی، چین، هلند، آلمان و فرانسه) و در ۶ بعد نوع بیمه (دولتی / خصوصی، پایه / تکمیلی)، نوع عضویت (اختیاری / اجباری)، نرخ مشارکت/حق بیمه، معیارهای شمولیت برای پوشش، دامنه خدمات تحت پوشش و نهایتاً سهم فرانشیز بیمه‌شدگان می‌پردازد. به منظور یافتن مطالعات منتشرشده و منتشرنشده و نیز سایر داده‌های موجود، پایگاه‌های الکترونیکی زیر مورد جست‌وجو قرار گرفتند: PubMed، Scopus، Embase، Web of Science، WHO Global Health Library و Health Systems Evidence. راهبرد جست‌وجو شامل مفاهیم long-term care، long-term care insurance، financing of long-term care و health insurance، و نام کشورهای منتخب بود. برای یافتن کلیدواژه‌های مشابه از emtree thesaurus، MeSH (Medical Subject Headings) و شبیه free-text method استفاده شد. همچنین از متخصصان برای یافتن کلیدواژه‌های بیشتر کمک گرفته شد. راهبرد جست‌وجو ابتدا برای پایگاه الکترونیکی PubMed توسعه یافت و سپس برای سایر پایگاه‌ها تطبیق داده شد.

جستجوی پایگاه‌های الکترونیکی با استفاده از دیگر رویکردهای متنوع به منظور یافتن مطالعات بیشتر از جمله grey literature کامل شد. Google Scholar، ProQuest و وبسایت مؤسسات مرتبط نظیر سازمان بهداشت جهانی و بانک جهانی به صورت دستی جست‌وجو شدند. همچنین لیست منابع مطالعات مروری مرتبط و مطالعات ورودی نیز برای یافتن مطالعات بالقوه، بررسی شد.

### انتخاب مطالعات

مطالعات یافت شده به نرم‌افزار اندنوت ۸ (Thomson Reuters, New York, NY) و پس از حذف موارد تکراری، بر اساس عناوین و چیکده و

سالمندان بالای ۶۰ سال است و از آنجا که این مراقبت‌ها باید سال‌های طولانی ادامه پیدا کند، هزینه‌های مادام‌العمر به مبالغ هنگفتی می‌رسد [۴]. نبود محافظت مالی در برابر این هزینه منجر به اثرات کمرشکن و نتیجتاً کاهش کیفیت زندگی یا مرگ زوردس سالمندان می‌شود [۵]. سازمان جهانی بهداشت برای نخستین بار در دو دهه گذشته از دولت‌ها خواست تا خدمات مراقبت بلندمدت همگانی به جای پوشش محدود و انتخابی را برای جمعیت خود فراهم کنند و به نبود این مراقبت‌ها به چشم یک خطر زندگی طبیعی نگاه کنند؛ خطری که بسیاری از خانواده‌ها را به واسطه ناتوانی از پرداخت برای خدمات به ورطه فقر می‌کشاند [۶]. با وجود توسعه ارائه مراقبت‌های بلندمدت در بسیاری از کشورها، این مراقبت‌ها غالباً در بسته پوشش همگانی سلامت در نظر گرفته نمی‌شود [۷].

درواقع بیمه مراقبت‌های بلندمدت، پوشش هزینه مراقبت‌های بلندمدت شامل مراقبت در منزل، مراقب روزانه، اقامت در خانه مراکز نگهداری بلندمدت، خدمات اجتماعی و پزشکی و سایر خدمات حمایتی برای کسانی است که به واسطه بیماری‌های مزمن یا معلولیت جسمی و روانی قادر به مراقبت از خود نیستند، می‌پردازد [۸،۹]. بیمه مراقبت‌های بلندمدت به عنوان یکی از مهم‌ترین ابزارهای آماده‌سازی برای مواجهه با تقاضای در حال رشد برای این خدمات به شمار می‌رود، زیرا نظام تامین مالی مالیات یا دارایی محور، یا افزایش اتکا به مراقبت‌های غیررسمی بدون بازپرداخت را نمی‌توان در مقابله با بحران تامین مالی و ارائه مراقبت‌های بلندمدت ادامه داد [۱۰].

سالمندی جمعیت در ایران نگرانی‌های زیادی در میان مسئولان و سیاست‌گذاران کشور به وجود آورده است. باور بر این است که تغییرات جمعیتی بسیار سریع در گذشته ناشی از افزایش امید به زندگی و کاهش چشمگیر باروری بوده است و جمعیت ایران به همین دلیل در حال پیر شدن است. هر چند هم‌اکنون ایران در میانه گذار جمعیتی خود قرار دارد اما براساس پیش‌بینی‌های صورت گرفته درصد جمعیت بالای ۶۵ سال در این کشور در سال ۲۰۵۰ بیش از ۲۲ درصد خواهد بود. همچنین درصد جمعیت ۸۰ سال و بالاتر در ۲۰۵۰ نیز به بیش از ۳ درصد خواهد رسید [۱۱]. با چنین تفاسیری در سال ۲۰۵۰، ایران از لحاظ جمعیتی، کشوری پیر محسوب خواهد شد و این مسئله نظام سلامت کشور را از نظر تهیه و تدارک خدمات سلامت به چالش خواهد کشید. در این میان به نظر می‌رسد که مراقبت‌های بلندمدت در ایران در بسته‌های بیمه پایه سلامت جایگاهی ندارند و در بیمه‌های سلامت مکمل نیز تعریف نشده است. با وجود تاکید بر محافظت مالی از سالمندان در اسناد بالادستی و

بیمه‌گذاران برنامه بیمه خدمات مراقبت بلندمدت اقدام کرده و مسئول تعیین بودجه و نیز میزان حق بیمه برای دریافت‌کنندگان خدمات هستند [۱۴]. این در حالی است که تأمین مالی بیمه خدمات مراقبت بلندمدت مستقل از بودجه‌های تعیین شده از سوی شهرداری‌ها بوده و از طریق افزایش در میزان حق بیمه‌ها و نیز انتقال منابع از سایر صندوق‌های بیمه اجتماعی صورت می‌پذیرد [۱۶]. اگرچه بیمه مراقبت بلندمدت ژاپن به عنوان یک نظام بیمه اجتماعی و عمومی انجام وظیفه می‌کند، اما منابع مالی آن ترکیبی از درآمدهای مالیاتی (۵۰ درصد)، حق بیمه‌ها و هم‌پردازی‌ها از سوی افراد ۴۰ سال به بالاست. درآمدهای مالیاتی شامل هر دو نوع مالیات‌های مرکزی و محلی است (۲۵ درصد از مالیات‌های ملی، ۱۲٫۵ درصد از مالیات‌های استانی و ۱۲٫۵ درصد از مالیات‌های شهرداری‌ها) [۱۴]. حق مشارکت برای افراد ۴۰ تا ۶۴ سال شامل ۰٫۹ درصد از درآمد ماهیانه است [۱۴]. این حق بیمه‌ها همراه با مشارکت‌های بیمه سلامت اجتماعی جمع‌آوری شده، در سطح ملی روی هم ریخته می‌شوند و بر اساس ترکیب سنی و درآمدی جمعیت تحت پوشش شهرداری‌ها توزیع می‌شوند. برای افراد ۶۵ سال به بالا، حق بیمه‌ها از سوی شهرداری‌ها تعیین شده و توسط دولت‌های محلی از طرح‌های بازنشستگی برداشت می‌شوند. میزان حق بیمه‌ها، هر ۳ سال یک‌بار مورد بازبینی قرار می‌گیرند [۱۷].

به منظور دریافت خدمات، افراد باید گواهینامه مربوطه را دارا باشند. به همین منظور، افراد ۶۵ سال به بالا می‌بایست درخواست خود برای دریافت مزایای این برنامه بیمه‌ای را در دفاتر مربوط در شهرداری‌ها ثبت کنند. سپس، کارکنان مربوطه بر اساس فرم ارزیابی‌ای که شامل ۷۹ آیتیم است، افراد متقاضی را مورد ارزیابی قرار می‌دهند. نتایج ارزیابی‌ها توسط شورایی که عمدتاً از کارکنان سلامت، از جمله پزشکان، تشکیل شده، مورد ارزیابی مجدد قرار می‌گیرد [۱۴]. ۷ طبقه از خدمات وجود دارد که متقاضیان بر اساس شرایط جسمی و روانی خود در یکی از این طبقات جای می‌گیرند. پس از تأیید شرایط متقاضی برای تحت پوشش قرار گرفتن بیمه خدمات مراقبت‌های بلندمدت، متقاضی باید با یک مؤسسه مدیریت مراقبت به منظور تدوین یک راهبرد مراقبتی بر اساس شرایط و ترجیحات خود، مشاوره کند. بر اساس تخمین اولیه دولت ژاپن، حدود ۲٫۷ میلیون نفر واجد شرایط برای بهره‌مندی از مزایای بیمه مراقبت بلندمدت خواهند بود که نزدیک به ۷۰۰ هزار نفر نیازمند خدمات مؤسسه‌ای و دیگران نیازمند دریافت خدمات مراقبتی جامعه محور نظیر مراقبت در منزل هستند [۱۵]. با این حال، در سال ۲۰۰۵، بیش از ۴ میلیون سالمند

نیز اهداف مطالعه، غربالگری شدند. پس از انتخاب مطالعات مرتبط، دو نفر از پژوهشگران (م.ا و س.ش) به صورت مستقل به بررسی آنها پرداختند و براساس معیارهای از پیش تعیین شده، مطالعات نهایی را انتخاب کردند. هرگونه اختلاف در این فرآیند از طریق گفتگو حل شد و در صورت نیاز از راهنمایی‌های پژوهشگر خبره سوم استفاده شد.

#### استخراج داده‌ها

بر اساس اهداف مطالعه و با استفاده از فرم استاندارد از پیش تهیه شده براساس اجزای بیمه خدمات مراقبت بلندمدت، فرآیند استخراج توسط دو پژوهشگر (م.ا و س.ش) به صورت مستقل انجام شد. هرگونه اختلاف در طی این فرآیند از طریق گفتگو بین دو پژوهشگر حل شد و در موارد لزوم از راهنمایی‌های پژوهشگر خبره سوم استفاده شد. تحلیل داده‌ها به صورت روایتی و بر اساس اجزای بیمه خدمات مراقبت‌های بلندمدت انجام شد.

#### یافته‌ها

وضعیت پوشش بیمه‌ای مراقبت‌های بلندمدت در ۶ کشور منتخب به شرح زیر مورد بررسی قرار گرفته است:

#### ژاپن

نظام بیمه مراقبت بلندمدت ژاپن در سال ۲۰۰۰ و به منظور تحت پوشش قرار دادن خدمات مراقبت بلندمدت در خارج از محیط بیمارستان‌ها شکل گرفت [۱۳]. در سال ۱۹۷۳، سیاست‌گذاران ژاپن، سالمندان را از پرداخت هزینه‌های مراقبت‌های بیمارستانی معاف کردند که باعث شد تا تقاضا برای دریافت خدمات مراقبت بلندمدت از سوی سالمندان در بستر بیمارستان‌ها به شدت افزایش یابد. با اینکه در اوایل دهه ۱۹۸۰ میلادی این سیاست تغییر یافت و سالمندان ملزم به پرداخت سهم خود از هزینه‌های مراقبت‌های بیمارستانی شدند، اما آنها همچنان مایل به مراجعه به بیمارستان‌ها برای دریافت خدمات مراقبت بلندمدت بودند [۱۴]. از همین رو، پدیده جدیدی با عنوان «پذیرش‌های اجتماعی» به وجود آمد که طی آن سالمندان با اینکه مشکل پزشکی خاصی نداشتند، متمایل به پذیرش در بیمارستان‌ها بودند. در پاسخ به چنین شرایطی، دولت ژاپن در سال ۲۰۰۰ نظام بیمه مراقبت بلندمدت عمومی را که مشارکت در آن اجباری بود، ایجاد کرد [۱۵]. در واقع، دولت ژاپن با چنین برنامه‌ای تلاش داشت فشار وارده بر بیمارستان‌ها را کاهش داده و در مسیر افزایش مشارکت دولت‌های محلی در ارائه خدمات مراقبت بلندمدت حرکت کند.

بر اساس برنامه معرفی شده از سوی دولت ژاپن، شهرداری‌ها به عنوان

واجد شرایط برای بهره‌مندی از مزایای این برنامه بودند. مزایای برنامه بیمه مراقبت بلندمدت ژاپن شامل مزایای نقدی نیست و صرفاً شامل مراقبت‌های مؤسسه‌ای و مراقبت در منزل است. بر اساس این برنامه، خدمات ارائه شده به افراد ۴۰ تا ۶۴ سال (با وجود پرداخت‌های این گروه) محدود به بیماری‌های مرتبط با سالمندی نظیر آلزایمر و سکته مغزی است و برای دیگر بیماری‌ها، حمایتی برای این گروه فراهم نمی‌آورد [۱۴]. در مجموع، خدمات بیمه مراقبت بلندمدت ژاپن شامل مزایای مراقبت بلندمدت و مزایای پیشگیرانه است. مزایای مراقبت بلندمدت شامل طیف وسیعی از خدمات مؤسسه‌محور و مبتنی بر منزل نظیر ویزیت پرستار، خدمات توانبخشی و... است [۱۳]. دریافت‌کنندگان خدمات می‌بایست ۱۰ درصد از هزینه‌ها را از جیب پرداخت کنند تا به سقف بهره‌مندی تعیین شده از سوی بیمه مراقبت بلندمدت برسند. پس از این سقف، دریافت‌کننده ملزم به پرداخت ۱۰ درصد هزینه‌هاست. سپس این روند تا رسیدن به سقف دیگری که از سوی برنامه تعیین شده و با عنوان «high-cost long-term care service limit» ادامه یافته و پس از آن، تمام هزینه‌ها از سوی برنامه بیمه‌ای پرداخت می‌شوند [۱۴].

#### کره جنوبی

تلاش‌ها برای ایجاد یک برنامه‌ای بیمه‌ای برای خدمات مراقبت بلندمدت در کره جنوبی از سال ۲۰۰۰ و به دنبال تشکیل یک کارگروه ویژه در وزارت بهداشت، شروع شد [۱۸]. ایده اولیه این بود که یک ساختار مجزا از بیمه سلامت اجتماعی فعلی ایجاد شود زیرا برنامه بیمه سلامت اجتماعی کره جنوبی در آن زمان با کمبود شدید بودجه مواجه بود و از همین رو، چندان برای این برنامه مناسب نبود. در نهایت و پس از بررسی گزینه‌های مختلف، برنامه بیمه خدمات مراقبت بلندمدت کره جنوبی با استفاده از یک چارچوب بیمه اجتماعی در سال ۲۰۰۸ ایجاد شد [۱۹].

باتوجه به رشد سریع جمعیت سالمند در کره جنوبی، اجرای برنامه بیمه خدمات مراقبت بلندمدت به عنوان یک چالش سیاسی در سطح جامعه مطرح شد. در واقع، فشار وارده از سوی جمعیت سالمند کشور باعث شد تا انگیزه سیاسی کافی در میان تصمیم‌گیرندگان به منظور اجرای هر چه بهتر برنامه بیمه خدمات مراقبت بلندمدت شکل بگیرد [۱۴]. علاوه بر این، افزایش چشمگیر حضور زنان در بازار کار و کم‌رنگ شدن سنن قدیمی در ارتباط با مراقبت از سالمندان در محیط خانواده (به‌ویژه از سوی عروس بزرگ‌تر) باعث شد تا تقاضای عمومی برای چنین

برنامه بیمه‌ای دوچندان شود [۱۸].

یکی از چالش‌های اساسی کره جنوبی در اجرای برنامه بیمه خدمات مراقبت بلندمدت، نبود زیرساخت‌های کافی در حوزه ارائه خدمات مؤسسه‌ای و نیز نیروی کار متخصص در این حوزه بود. علاوه بر این، کره جنوبی برخلاف بسیاری از کشورهای توسعه‌یافته، فاقد نهادهای غیردولتی (NGOs) به منظور مشارکت اثربخش در فرآیند ارائه خدمات مراقبت بلندمدت بود [۱۴، ۲۰]. با این حال، تصمیم‌گیرندگان مرتبط عقیده داشتند که با شروع این برنامه بیمه‌ای و افزایش تقاضا برای خدمات مراقبت بلندمدت، انگیزه کافی برای توسعه زیرساخت‌ها و افزایش ارائه خدمات مراقبت بلندمدت نیز ایجاد خواهد شد.

با وجود اینکه دو رویکرد (تأمین مالی مبتنی بر مالیات و تأمین مالی از طریق بیمه اجتماعی) به منظور تأمین مالی برنامه بیمه خدمات مراقبت بلندمدت در نظر گرفته شده بودند، در نهایت رویکرد بیمه اجتماعی به عنوان گزینه نهایی در نظر گرفته شد. در واقع، از آنجا که دولت تمایلی به افزایش نرخ‌های مالیاتی نداشت و باتوجه به آشنایی با رویکرد بیمه اجتماعی برای تأمین مالی مراقبت‌های پزشکی در کره جنوبی، رویکرد بیمه اجتماعی به منظور تأمین مالی بیمه خدمات مراقبت بلندمدت در کره جنوبی در نظر گرفته شد [۲۱، ۱۴]. نکته جالبی که از همان ابتدا از سوی تصمیم‌گیرندگان مدنظر قرار گرفت، لزوم اجباری کردن این برنامه بیمه‌ای بود. در واقع، تجارب قبلی نشان می‌داد که هر وقت برنامه بیمه‌ای به‌صورت اختیاری بوده، از سوی گروه هدف کمتر مورد اقبال واقع شده است [۱۴]. در فرآیند تأمین مالی، دولت کره جنوبی موافقت کرد که تأمین مالی حق مشارکت فقرا و (تا حدی) خویش‌فرمایان را از طریق درآمدهای عمومی حاصل از مالیات انجام دهد. همچنین، هم‌پردازی‌هایی از سوی دریافت‌کنندگان به منظور واقعی‌تر کردن میزان تقاضا، در نظر گرفته شد [۱۹، ۲۱].

در مجموع، برنامه بیمه مراقبت بلندمدت در کره جنوبی از طریق ۴ منبع اصلی تأمین مالی می‌شود. منبع اول شامل حق مشارکت پرداخت شده از سوی مشارکت‌کنندگان در نظام بیمه سلامت ملی است. برای افراد شاغل رسمی، این نرخ مشارکت معادل ۰/۳۸ درصد از دستمزد فرد بوده که به‌صورت مساوی بین شاغل و کارفرما تقسیم می‌شود. اگرچه حق مشارکت برای بیمه مراقبت بلندمدت و نیز بیمه سلامت اجتماعی از سوی نظام بیمه سلامت ملی جمع‌آوری می‌شود، اما به‌صورت مجزا مدیریت می‌شود. حق مشارکت گروه‌های خوداشتغال (نظیر کشاورزان) براساس میزان درآمد، ثروت و سایر دارایی‌هایی فرد تعیین می‌شود. دومین منبع

پیر شدن جمعیت یکی از چالش‌های اساسی جامعه و نظام سلامت چین است. در سال ۲۰۱۵، بیش از ۱۴۰ میلیون فرد ۶۵ سال به بالا در چین زندگی می‌کردند که ۱۰.۵ درصد از کل جمعیت این کشور بود [۲۲]. این میزان در سال ۲۰۱۹، به بیش از ۱۷۵ میلیون نفر رسید که حدود ۱۲.۶ درصد کل جمعیت را تشکیل می‌دهند [۲۳]. بر اساس شواهد موجود، پیش‌بینی می‌شود که تا سال ۲۰۵۰، افراد ۶۵ سال به بالای ساکن چین، بیش از ۲۶ درصد از کل جمعیت این کشور را شامل شوند [۲۴].

از همین رو، تقاضا برای دریافت خدمات مراقبت بلندمدت در چین به‌صورت چشمگیری رشد داشته و پیش‌بینی می‌شود که در سالیان آینده، این میزان رشد بیشتری را هم تجربه کند. بالا بودن هزینه‌های خدمات مراقبت بلندمدت باعث شده تا بار مالی فراوانی بر خانوارها وارد آید و از طرفی دیگر، بسیاری از گروه‌های نیازمند از دریافت چنین خدماتی صرف‌نظر کنند [۲۲، ۲۳، ۲۵].

در پاسخ به چنین شرایطی، دولت چین مجموعه‌ای از راهنماها را در سال ۲۰۱۶ به منظور ایجاد بیمه خدمات مراقبت بلندمدت ارائه کرد. به دنبال این راهنماها، برنامه بیمه خدمات مراقبت بلندمدت به‌صورت پایلوت در ۱۵ شهر چین شروع به کار کرد [۲۶]. این بیمه در کنار نظام بیمه‌های اجتماعی پنج‌گانه کشور چین (شامل بیمه بازنشستگی، بیمه پزشکی، بیمه آسیب‌های شغلی، بیمه بیکاری و بیمه زایمان) با عنوان «بیمه اجتماعی ششم» شناخته می‌شود [۲۳، ۲۷]. هدف بیمه خدمات مراقبت بلندمدت چین کمک به افراد سالمند و نیز افراد دارای ناتوانی در دریافت خدمات مراقبتی و پرستاری پایه و نیز حمایت از گروه هدف بهره‌مندی از خدمات تخصصی پرستاری است. تا ژوئن ۲۰۱۹، بیش از ۸۸ میلیون نفر تحت پوشش برنامه بیمه خدمات مراقبت بلندمدت بوده‌اند و بیش از ۴۲۰ هزار نفر از خدمات این بیمه بهره گرفته‌اند. در سال ۲۰۲۰، دولت چین اقدام به گسترش بیمه خدمات مراقبت بلندمدت به ۱۴ شهر دیگر کرد [۲۲، ۲۳، ۲۸].

تأمین مالی برنامه بیمه خدمات مراقبت بلندمدت چین به برنامه‌های بیمه پزشکی کنونی چین مرتبط است. مشارکت در این برنامه برای گروه‌های هدف، اجباری است. در کل، دو برنامه بیمه پزشکی در چین وجود دارد: (۱) بیمه پزشکی شاغلان شهری که ساکنان مناطق شهری را که دارای اشتغال رسمی هستند، تحت پوشش خود دارد و (۲) بیمه پزشکی برای ساکنان مناطق شهری و روستایی که ساکنان مناطق روستایی و نیز شهری را که اشتغال رسمی ندارند، تحت پوشش قرار

تأمین مالی بیمه مراقبت بلندمدت، حمایت‌های دولت است که از طریق درآمدهای اضافی حاصل از مالیات‌های عمومی فراهم می‌شود و حدود ۲۰ درصد از حق مشارکت‌های پیش‌بینی شده را تشکیل می‌دهد. سومین منبع تأمین مالی، یارانه‌های اعطایی از سوی دولت‌های استانی و محلی است که به منظور پرداخت حق مشارکت افرادی که واجد شرایط برنامه بهزیستی می‌شوند، در نظر گرفته می‌شود. چهارمین منبع تأمین مالی نیز هم‌پردازی‌هایی است که از سوی دریافت‌کنندگان خدمات پرداخت می‌شود که شامل ۱۵ درصد از هزینه‌های مراقبتی در منزل و ۲۰ درصد هزینه‌های خدمات مراقبتی در مؤسسه‌هاست [۲۱، ۱۹، ۱۴]. با این حال، افراد فقیر از پرداخت چنین هم‌پردازی‌هایی معاف هستند. در سال‌های اخیر، نرخ هم‌پردازی برای گروه‌هایی که نزدیک خط فقر هستند نیز مشکل‌ساز شده است. از همین رو برخی از دولت‌های محلی اقدام به پرداخت یارانه به منظور کاهش بار چنین هم‌پردازی‌هایی کرده‌اند [۱۴]. بر اساس برنامه بیمه خدمات مراقبت بلندمدت کره جنوبی، دو دسته از افراد واجد شرایط برای این برنامه می‌شوند؛ (۱) افراد ۶۵ سال به بالا، یا (۲) افراد زیر ۶۵ سال که یک بیماری ویژه دوره سالمندی نظیر آلزایمر رنج می‌برند [۱۹]. به منظور بهره‌مندی از خدمات این برنامه بیمه‌ای، تیمی از کارکنان نظام بیمه سلامت ملی کره جنوبی که معمولاً شامل یک پرستار و یک مددکار اجتماعی هستند، اقدام به بازدید منزل فرد متقاضی کرده و او را از نظر عملکرد فیزیکی، وضعیت روانی-شناختی و همچنین نیازهای مراقبتی و توانبخشی مورد ارزیابی قرار می‌دهند. سپس نتایج حاصل توسط کمیته‌ای از پزشکان متخصص، متخصصان بیمه اجتماعی و... مورد بررسی قرار می‌گیرد. بر اساس ارزیابی صورت گرفته، فرد متقاضی در یکی از ۵ سطح در نظر گرفته به منظور دریافت خدمات مربوطه قرار می‌گیرد. سطح اول به فردی که بر اساس چک‌لیست مربوطه در تمام ابعاد زندگی روزمره خود به کمک نیاز دارد، اختصاص پیدا می‌کند، درحالی که سطح پنجم به فردی که بر اساس چک‌لیست مربوطه واجد شرایط دریافت خدمات نیست اما از اختلالی نظیر زوال عقل رنج می‌برد، اختصاص می‌یابد [۱۴]. در مجموع، مزایای بیمه خدمات مراقبت بلندمدت کره جنوبی شامل ۴ دسته کلی است: (۱) مراقبت در منزل، (۲) تسهیلات و امکانات، (۳) وسایل کمکی و (۴) مزایای نقدی. مزایای نقدی تنها در مواردی که در منطقه جغرافیایی مربوط ارائه‌دهنده خدمتی وجود نداشته باشد، اعطا می‌شود [۱۸، ۱۹].

می‌دهد [۲۳]. افرادی که می‌خواهند تحت پوشش بیمه خدمات مراقبت بلندمدت باشند، باید بیمه‌شده در یکی از برنامه‌های بیمه پزشکی فوق باشند. در واقع، بیمه خدمات مراقبت بلندمدت یک برنامه بیمه عمومی است. همچنین، افراد متقاضی برای دریافت خدمات مراقبت بلندمدت می‌بایست بر اساس معیارهای ارزیابی میزان ناتوانی مورد بررسی قرار گیرند. مراقبت‌های ارائه شده از سوی بیمه خدمات مراقبت بلندمدت شامل خدمات مراقبتی در منزل و نیز خدمات مراقبتی در مؤسسات مرتبط است [۲۲، ۲۶، ۲۷]. میزان هم‌پردازی دریافت‌کنندگان خدمات نیز بین ۵۰ تا ۷۰ درصد است [۲۳]. همچنین یک سقف برای بازپرداخت از سوی بیمه در نظر گرفته می‌شود که معادل ۷۰ درصد از کل هزینه آیت‌های موجود در بسته خدمتی تعریف شده است. به منظور منحرف نشدن منابع تخصیص‌یافته برای بیمه مراقبت بلندمدت در بیمه‌های پزشکی، این منابع نشانه‌دار (earmarked) شده‌اند. در شهرهای مختلف نرخ حق بیمه‌ها برای بیمه مراقبت بلندمدت متفاوت است [۲۳]. برای مثال، تأمین مالی بیمه خدمات مراقبت بلندمدت در استان شاندونگ شامل ۰.۴ درصد از حق بیمه پزشکی پایه است.

در کنار تمام مزایای بیمه خدمات مراقبت بلندمدت در نواحی اجرا شده در چین، این برنامه با چالش‌های متعددی نیز روبه‌رو بوده است. شواهد علمی بیانگر این حقیقت هستند که تأمین مالی بیمه خدمات مراقبت بلندمدت از طریق بیمه‌های پزشکی باعث شده تا منابع مالی این برنامه بیمه‌ای پایدار نباشد [۲۳]. از طرفی، میزان افزایش حق بیمه‌ها برای تأمین مالی بیمه خدمات مراقبت بلندمدت در شهرهای مختلف با توجه به بسته خدمتی تعریف شده از طرف دولت‌های محلی متفاوت است. با این حال، آمارها بیانگر افزایش روزافزون هزینه‌های بیمه خدمات مراقبت بلندمدت در چین هستند. از همین رو، پیشنهاد شده که حق بیمه‌های پرداختی از سوی افراد مورد بازنگری قرار گرفته، حمایت‌های یارانه‌ای دولت افزایش یابد و سهم بیمه خدمات مراقبت بلندمدت از بیمه‌های پزشکی بیشتر شود [۲۲، ۲۳، ۲۷، ۲۸].

#### هلند

هلند نخستین کشوری است که یک برنامه بیمه اجتماعی سلامت فراگیر اجباری برای پوشش طیف گسترده‌ای از مراقبت‌های بلندمدت در مراکز مختلف در دهه ۱۹۶۰ ایجاد کرد [۲۹]. برنامه بیمه مراقبت‌های بلندمدت (WLZ) یک بیمه اجباری برای تمامی افرادی است که نیازمند دریافت خدمات بلندمدت هستند و شامل پوشش خدمات مربوط به نگهداری از افراد کم‌توان، افراد با بیماری‌های مزمن روحی و مراقبت‌های

مربوط به دوران سالمندی می‌شود [۳۰]. موفقیت اصلاحات نظام بیمه مراقبت‌های بلندمدت هلند تا حد زیادی به دقت ارزیابی نیازها و بودجه‌بندی هزینه‌های مراقبت‌های بلندمدت وابسته است [۲۹]. تا سال ۲۰۰۴ به دلیل سیاست بدون محدودیت جبران هزینه‌ها، برنامه بیمه مراقبت بلندمدت در کشور هلند دچار مشکل تأمین مالی شد (خصوصاً در بخش مراقبت‌های فردی) تا اینکه طرحی به‌منظور کنترل هزینه‌ها ارائه شد. بر اساس این طرح توافقنامه‌ای میان ارائه‌دهندگان خدمات مراقبت‌های بلندمدت امضا شد که براساس آن تصمیمات بودجه‌بندی در ۳۲ منطقه موجود، براساس آخرین سال مالی گذشته انجام شد و دفاتر مراقبتی منطقه موظف شدند با ارائه‌دهندگان در خصوص هزینه خدمات برون‌دادن‌های مراقبتی چانه‌زنی کنند [۳۱].

نظام بیمه جامع مراقبت‌های بلندمدت اولیه با مشخصه استفاده بالا از مراقبت‌های مرکز محور شناخته می‌شد که بالاترین نسبت هزینه‌های دولتی مراقبت‌های بلندمدت به عنوان درصدی از تولید ناخالص داخلی را در این کشور پدید آورده بود. این میزان ۳،۷ درصد از تولید ناخالص ملی بوده که یکی از بالاترین مشارکت‌های دولتی در میان کشورهای سازمان همکاری اقتصادی و توسعه (OECD) است [۳۰].

در سال ۲۰۱۵ اصلاحات وسیعی در تأمین مالی مراقبت‌های بلندمدت برای پایداری بیشتر آن در چشم‌انداز رشد سریع جمعیت سالمند، با ایجاد نظامی با فراگیری کمتر که تنها مراقبت ارائه شده در مراکز و مراقبت ویژه در منزل (جایگزین مراقبت پرستاری در منزل) را پوشش می‌دهد، ایجاد شد [۳۲]. سایر مزایای تحت پوشش این بیمه به شهرداری‌ها (مراقبت اجتماعی بلندمدت) و بیمه‌های سلامت (مراقبت فردی و پرستاری در منزل) منتقل شد [۳۳]. ایده پشت انتقال پرستاری در جامعه به بیمه سلامت بهبود انگیزه هماهنگی بین مراقبت اولیه، بیمارستانی و جامعه برای سالمندان ناتوان بود. در بیمه فراگیر پیش از اصلاح، پرستاری جامعه مشمول پرداخت فرانشیز بود اما بعد از اصلاح، به دلیل اینکه پرستاری جامعه از فرانشیز اولیه اجباری در برنامه بیمه سلامت معاف شده افراد نیاز به پرداخت از جیب ندارند [۳۴]. ۷۰ درصد منابع بیمه مراقبت‌های بلندمدت از محل مشارکت‌های اجباری تأمین اجتماعی، ۲۲ درصد از مالیات و ۸ درصد از پرداخت از جیب تأمین می‌شود [۳۵].

شمولیت فرد برای ورود به برنامه بیمه مراقبت‌های بلندمدت از طریق مرکز ارزیابی نیازهای سلامت (CIZ) انجام می‌پذیرد [۳۰]. ۶ دسته کلی عملکردی خدمات در قالب برنامه بیمه مراقبت بلندمدت کشور هلند قرار می‌گیرند که شامل (۱) مراقبت فردی (مانند کمک برای انجام امور روزمره

از تلفن یا اینترنت) مطابق با تعاریف قانونی برای تعیین اینکه آیا یک فرد واجد شرایط دریافت مزایای مراقبت‌های بلندمدت هست یا نه، ارزیابی می‌شود [۴۱].

در سال ۲۰۱۷ شرایط پذیرش در این بیمه‌ها به ۵ گروه مشخص و بر اساس مدت زمان مورد نیاز برای دریافت خدمات، ساده‌سازی شد [۳۸]. این مدت زمان بر اساس قدرت حرکت (مانند توانایی استفاده از پله‌ها یا بلند شدن از تختخواب)، مشکلات سلامت روان (مانند اضطراب و رفتارهای تهاجمی)، توانایی در نگهداری از خود (مانند آماده‌سازی غذا و انجام شستشوها)، انجام امور مربوط به درمان بیماری (مانند خوردن داروها و ارتباط با تیم درمان) و توانایی انجام کارهای روزمره (مانند برقراری ارتباط با سایر افراد) تقسیم‌بندی می‌شود. [۴۰].

مشارکت در این بیمه اجباری بوده و از طریق برنامه بیمه عمومی اجتماعی انجام می‌پذیرد. تامین مالی بیمه مراقبت‌های بلندمدت آلمان به از طریق ۱۱۸ صندوق به نام «صندوق‌های بیماری» انجام می‌گیرد و ارائه‌دهندگان خدمات، بسته به منطقه جغرافیایی، با این صندوق‌ها به‌منظور تخصیص منابع به چانه‌زنی می‌پردازند. حق بیمه برای بیمه مراقبت‌های بلندمدت یک میزان ثابت است و بر اساس درآمد تغییر نمی‌کند اما میزان ناتوانی و مکان ارائه خدمت تغییر می‌کند و بنابراین به افراد اجازه تعیین ارائه‌کننده خدمت را می‌دهد. صندوق‌ها همچنین برای افرادی که حداقل ۱۴ ساعت در هفته خود را به مراقبت از افراد مورد تایید بیمه خدمات مراقبت بلندمدت می‌پردازند مزایایی همچون ۶ ماه تا ۲۴ ماه مرخصی، وام‌های بدون بهره، دریافت آموزش‌های مراقبتی حرفه‌ای و غیره در نظر گرفته است [۴۲].

#### فرانسه

مدل فرانسوی پوشش شخص ثالث خدمات و حمایت بلندمدت، ترکیبی از برنامه دولتی همگانی تعدیل شده با درآمد برای افراد بالای ۶۰ سال یا بیمه اختیاری تکمیلی خصوصی است [۴۳]. نظام بیمه اجتماعی و مالیات، کمک هزینه استقلال شخصی ارائه می‌دهند و مزایا بر پایه سطح نیازی مراقبتی و سطح درآمدی است [۴۴]. در فرانسه در ازای پرداخت مبلغ سالیانه یک فرد حدوداً ۶۰ ساله می‌تواند بیمه‌نامه مراقبت‌های بلندمدت فردی خریداری کند که در صورت بروز حادثه، از طیف متوسط تا شدید یا خیلی شدید شامل بازپرداخت خواهد شد. مزایا از ۳ ماه پس از شناخته شدن فرد به عنوان واجد شرایط برای پوشش مراقبت‌های بلندمدت آغاز می‌شود. بازار بیمه مراقبت بلندمدت گروهی نیز در فرانسه گسترده

همچون استحمام، غذا خوردن و...)، ۲) مراقبت پرستاری (مانند پانسمان زخم، تزریقات و...)، ۳) راهنمایی‌های حمایتی (مانند مشاوره به فرد برای مدیریت کارهای روزمره)، ۴) راهنمایی‌های مداخله‌ای (مانند مشاوره‌های روانشناختی)، ۵) درمان (درمان‌های مربوط با بیماری‌های مزمن مانند آلزایمر و...)، ۶) اقامتگاه‌ها (ارائه خدمات اقامتی همراه با مراقبت‌های لازم برای پوشش نیازهای فرد) هستند [۳۱]. در این کشور سازمان کمیته هدایتگر درمان مسئول بررسی کیفیت و پایش این نوع از خدمات از طریق یک ابزار ملی به نام شاخص کیفیت دریافت‌کننده خدمت، برای بررسی و مقایسه تجارب دریافت‌کنندگان این خدمات است [۳۰].

#### آلمان

آلمان نخستین کشوری است که بیمه مراقبت‌های بلندمدت را در قالب مقررات اجتماعی اجرا کرد. در سال ۱۹۹۵ بیمه مراقبت‌های بلندمدت به مرحله اجرا رسید و به عنوان پنجمین رکن حمایت‌های اجتماعی بیمه‌ای بعد از بیمه عمر، پزشکی، تصادفات رانندگی و بیکاری، به عنوان بیمه پایه تعریف شد. این نظام دستخوش چندین اصلاح متمرکز بر حل مسائل تامین مالی از طریق نرخ مشارکت بالاتر و ایجاد صندوق ذخیره جمعیت قرار گرفت [۲۹] و در نهایت برنامه بیمه اجتماعی فراگیر مراقبت‌های بلندمدت جایگزین برنامه ارزیابی وسیع شد. افراد قادرند پوشش کامل‌تر مراقبت‌های بلندمدت را از بیمه‌های خصوصی خریداری کنند. با این حال کمتر از ۱۰ درصد جمعیت پوشش بیمه خصوصی این مراقبت‌ها را دارا هستند [۳۶]. برنامه بیمه اجباری (اما غیرهمگانی) ۹۰ درصد جمعیت را تحت پوشش دارد. سایر جمعیت برای بیمه خصوصی ثبت نام می‌کنند [۳۷]. لازم به ذکر است این بیمه همه سنین را شامل می‌شود (۱۷ درصد زیر ۶۰ سال، ۲۸ درصد بین ۶۰-۸۰ سال و ۵۵ درصد بالای ۸۰ سال) اما بیشتر افراد بالای ۶۰ سال برای دریافت واجد شرایط شناخته خواهند شد [۳۸].

این بیمه از سال ۲۰۰۸ دچار تغییر و تحول‌های عظیمی شد تا نیاز برآورد شده ۴٫۵ میلیون نفری این کشور تا سال ۲۰۵۰ را برآورده سازد [۳۸،۳۹]. بیمه مراقبت‌های بلندمدت ۳ نوع مزایا را وابسته به شدت نیاز ارائه می‌کند: مزایای نقدی در اختیار فرد، مراقبت در منزل و مراقبت در مراکز که مزایای نقدی تقریباً نیمی از هزینه‌ها را پوشش می‌دهد [۳۷،۴۰]. در آلمان نیاز افراد به کمک برای فعالیت‌های روزانه (غذا خوردن، لباس پوشیدن، استحمام، بیرون آمدن و رفتن به رختخواب) و فعالیت‌های کمک به زندگی روزمره (آماده کردن وعده‌های غذایی، شستشو، دارو دادن، بیرون رفتن، خرید کردن، مدیریت مالی و استفاده



نگهداری (نگهداری در مراکز مراقبت بلندمدت)، ۲) هزینه‌های محل اقامت و ۳) هزینه‌های بهداشتی و درمانی تقسیم می‌شود [۴۷].

مراقبت‌های بلندمدت در این کشور در ۳ سطح بومی، استانی، منطقه‌ای و ملی برنامه‌ریزی و ارائه می‌شود. برای یافتن راه‌حلی برای پوشش هرچه بیشتر هزینه‌های بیمه مراقبت‌های بلندمدت، دولت با اقدامات فرهنگی سعی در افزایش آگاهی جامعه در خصوص اهمیت این بیمه‌ها داشته که برون‌داد این اقدام گسترش بیشتر بیمه‌های خصوصی بوده است. همچنین انتخاب شیوه پرداخت نقدی به مشمولان، آزادی بیشتری به منظور انتخاب ارائه‌دهنده خدمات مورد نیاز داده است [۴۸]. این شیوه پرداخت نقدی بر مبنای تشویق سیاست مراقبت‌های داخل خانواده‌ای انجام می‌پذیرد.

است و ۴۵ درصد قراردادهای بیمه این حوزه را تشکیل می‌دهد [۴۵].

سهام عمده تامین مالی مراقبت‌های بلندمدت از طریق مشارکت‌های اجتماعی از طریق بیمه اجتماعی سلامت است، اگرچه سهمی از محل مالیات‌های ملی و محلی و نیز پرداخت خانوارها نیز وجود دارد. مراقبت بلندمدت در فرانسه یک حق همگانی است و افراد در صورت نیاز فارغ از سطح درآمدی از مزایا بهره‌مند می‌شوند. از هزینه‌های دولتی مراقبت‌های بلندمدت، ۶۰ درصد توسط بیمه‌های سلامت و مابقی از محل مالیات‌ها تامین مالی می‌شود. مراقبت پرستار در منزل مستقیماً و تماماً توسط بیمه سلامت تامین مالی می‌شود [۴۶]. هزینه‌های افراد سالمند در فرانسه به ۳ گروه (۱) هزینه‌های

جدول ۱ | مقایسه سازوکارهای بیمه مراقبت‌های بلندمدت در

نام کشور	ژاپن	چین	کره جنوبی	آلمان	فرانسه	هلند
مشخصات بیمه مراقبت بلندمدت	دولتی	دولتی	دولتی	دولتی- خصوصی	دولتی	دولتی
نوع بیمه (خصوصی)	دولتی	دولتی	دولتی	دولتی	دولتی	دولتی
نوع بیمه (پایه/تکمیلی)	پایه	پایه	پایه	پایه	پایه	پایه
نوع عضویت (اجباری/اختیاری)	اجباری	اجباری	اجباری	اجباری	اجباری	اجباری
نرخ مشارکت/حق بیمه	۰ افراد ۴۰ تا ۶۴ سال برابر با ۰/۹ درصد درآمد ماهیانه. ۰ افراد بالای ۶۵ سال، تعیین حق بیمه‌ها از سوی شهرداری‌ها و برداشت از طرح‌های بازنشستگی.	۰ تأمین مالی مرتبط با برنامه‌های بیمه پزشکی کنونی. ۰ نرخ مشارکت متفاوت در استان‌های مختلف.	۰ افراد شاغل رسمی، برابر با ۰/۳۸ درصد از دستمزد فرد (به صورت مساوی بین شاغل و کارفرما تقسیم می‌شود).	کسر از حقوق	بیمه‌های سلامت و مالیات‌ها	حقوق افراد شاغل و مالیات‌های دولتی
معیارهای شمولیت برای پوشش	۰ افراد ۶۵ سال به بالا ۰ ارزیابی متقاضیان بر اساس یک فرم ۷۹ آیتمی	افراد سالمند و افراد دارای ناتوانی ۰ ارزیابی متقاضیان بر اساس یک فرم ارزیابی ناتوانی	افراد ۶۵ سال به بالا ۰ افراد زیر ۶۵ سال دارای یک بیماری مربوط به سالمندی. ۰ ارزیابی متقاضی بر اساس معیارهای از پیش تعیین شده	۸۹ درصد جمعیت	کل جمعیت	کل جمعیت
دامنه خدمات تحت پوشش	۰ دسته‌بندی متقاضیان بر اساس شرایط جسمی و روانی در ۷ طبقه از خدمات. ۰ شامل مراقبت‌های مؤسسه‌ای و مراقبت در منزل	شامل خدمات مراقبتی در منزل و نیز خدمات مراقبتی در مؤسسات مرتبط.	۰ دسته‌بندی متقاضیان در یکی از ۵ سطح. ۰ ۴ دسته کلی مراقبت شامل (۱) مراقبت در منزل، (۲) تسهیلات و امکانات، (۳) وسایل کمکی و (۴) مزایای نقدی.	خدمات ارائه شده در مرکز و منزل.	مراقبت در مراکز برای معلولان و سالمندان وابسته.	مراقبت بلندمدت و در منزل برای سالمندان و معلولان و هزینه‌های بیمارستانی بعد از یک سال از بستری.
سهم فرانشیز بیمه‌شدگان	۱۰۰ درصد از هزینه خدمات تا رسیدن به سقف تعیین شده از سوی بیمه. ۰ پرداخت ۱۰۰ درصد هزینه‌ها پس از این سقف	بین ۵۰ تا ۷۰ درصد سقف بازپرداخت معادل ۷۰ درصد از کل هزینه‌های آیتم‌های موجود در بسته خدمتی.	۱۵ درصد از هزینه‌های مراقبتی در منزل و ۲۰ درصد هزینه‌های خدمات مراقبتی در مؤسسه‌ها.	پرداخت مابه‌التفاوت بین قیمت واقعی و بازپرداخت بیمه	پرداخت از جیب بالا به جز برای کم درآمدها	فرانشیز محدود وابسته به شرایط فردی

## بحث

بزرگی همچون روستاییان و سلامت همگانی عامل مهمی در بروز فاجعه مالی برای این خانوارها شناخته شده است [۵۱، ۵۰] که به واسطه نبود کارفرما و نیز ناتوانی از پرداخت، از پوشش بیمه تکمیلی برخوردار نیستند. بنابراین اگر پوشش بیمه مراقبت‌های بلندمدت در بیمه خصوصی تکمیلی تعریف شود باید سازوکارهای یارانه‌دهی به فقرا برای برخورداری از پوشش بیمه تکمیلی مراقبت‌های بلندمدت طراحی شود، به طوری که آحاد جامعه، صرف‌نظر از نوع صندوق بیمه پایه، دسترسی عادلانه به پوشش این بیمه داشته باشند.

برای تامین دسترسی عادلانه به خدمات مراقبت سلامت از طریق سازوکارهای محافظت اجتماعی شامل بیمه‌ها، کل جمعیت باید به موجب قانون تحت پوشش قرار گیرند و این از طریق پوشش اجباری بیمه اجتماعی مراقبت‌های بلندمدت حاصل می‌شود [۵۲]. در ایران، پوشش بیمه همگانی از زمان تدوین قانون برنامه پنجم توسعه از اختیاری به اجباری تبدیل شد و گفتمان بیمه سلامت اجباری، آن‌گونه که در نظام تامین اجتماعی وجود دارد، در ادبیات حقوقی تامین مالی سلامت ایران مسلط شد. به دلیل پیش‌بینی نشدن سازوکارهای اجباری کردن بیمه و ضمانت اجرایی آن، این اجبار تاکنون در بخش بزرگی از صندوق‌ها محقق نشده و طبق آخرین آمار از سرشماری سال ۱۳۹۵ بر اساس خوداظهاری مردم حدود ۱۰/۳ درصد از جمعیت کشور فاقد پوشش بیمه سلامت بوده‌اند [۵۳].

نظام بیمه پایه سلامت هنوز دچار تعارضات عملکردی در پوشش اختیاری یا اجباری است. با توجه به اینکه پوشش همگانی سلامت تنها از طریق مکانیسم‌های تامین مالی اجباری (از طریق مالیات عمومی یا مشارکت‌های اجباری بیمه سلامت) که اعضای ثروتمندتر و سالم‌تر جامعه را وادار می‌کند تا به فقرا و افراد آسیب‌پذیر یارانه دهند [۵۴] محقق می‌شود، این بلا تکلیفی سیاستی به طریق اولی برای صندوق مراقبت‌های بلندمدت بدون پاسخ باقی خواهد ماند و مادامی که این مسئله در بیمه پایه سلامت حل نشده باشد، برای صندوق بیمه پایه موازی یا حتی تکمیلی نیز به عنوان یک چالش محرومیت بخشی از جامعه از این نوع پوشش و انباشت ریسک ناقص وجود خواهد داشت. در همه کشورهای مطالعه شده، پوشش بیمه اجباری برای مراقبت‌های بلندمدت طراحی شده بود که امکان برقراری یارانه متقاطع را فراهم سازد. انباشت ریسک یک مولفه حیاتی در تامین مالی مراقبت‌های بلندمدت است که موجب می‌شود که خطر مالی در یک جمعیت توزیع شود و از افراد در برابر هزینه‌های کمر شکن محافظت می‌کند. بیمه‌های اجتماعی عنصر انباشت

مهم‌ترین مشخصه‌های نظام بیمه سلامت که در این مطالعه در کشورهای منتخب مورد مقایسه قرار گرفت، مولفه‌های ساختاری و عملکردی بیمه مراقبت‌های بلندمدت و سازوکارهای آن بوده است. مولفه اول دولتی یا خصوصی بودن بیمه مراقبت‌های بلندمدت است. بیمه دولتی مراقبت‌های بلندمدت برای مواجهه با هزینه‌های در حال رشد این نوع مراقبت‌ها کافی نخواهد بود و بنابراین توسعه بیمه خصوصی مراقبت‌های بلندمدت و درک مکمل بودن این دو نوع بیمه، روش اثربخشی برای پوشش هزینه‌ها معرفی شده است [۴۹]. اگرچه نقش بیمه خصوصی مراقبت‌های بلندمدت چند جانبه است، از یک سو این بیمه‌ها مکمل مهمی برای هزینه‌های دولتی و کاهش فشار بر بودجه‌های دولتی هستند و از سوی دیگر تامین مالی خصوصی روش ناکارآمدی برای تضمین پوشش همگانی جمعیت است [۸] و افراد کم‌بضاعت‌تر نیز از دایره پوشش و دسترسی خارج خواهند ماند. در کشورهای منتخب، بیمه مراقبت‌های بلندمدت دولتی بوده و بیمه خصوصی به عنوان مکمل برای مزایای بالاتر در نقش بیمه supplementary ایفای نقش داشته است.

بیمه خصوصی سلامت در ایران در قالب بیمه تکمیلی در نظام تامین مالی سلامت ایفای نقش می‌کند که به موجب قوانین شامل سیاست‌های کلی سلامت و قانون احکام دائمی برنامه‌های توسعه کشور (منظور از بیمه تکمیلی فهرست خدماتی است که در تعهد بیمه پایه سلامت نیست)، صرفاً مجاز است به خدمات خارج از بسته بیمه پایه ورود کند. در حالی که در حال حاضر به عنوان بیمه مضاعف به پوشش مابه‌التفاوت تعرفه دو بخش دولتی و خصوصی می‌پردازد. از طرفی در قانون ساختار نظام جامع رفاه و تامین اجتماعی، بیمه‌های تکمیلی به آن دسته از خدمات بیمه‌ای اطلاق می‌شود که علاوه بر سطح خدمات بیمه‌های همگانی، با انعقاد قراردادهای انفرادی یا گروهی فی‌مابین بیمه شده و بیمه‌گر و پرداخت حق بیمه توسط بیمه شده انجام می‌پذیرد و دولت در قبال آن تعهد مالی نداشته، اما مکلف به پشتیبانی حقوقی و قانونی لازم از این گونه بیمه‌هاست که در لایه سوم نظام چند لایه رفاه و تامین اجتماعی (قانون برنامه پنجم توسعه)، پیش‌بینی شده اما هیچ‌گاه به مرحله اجرا نرسید. بنابراین اجرای دقیق قانون مبنی بر الزام بیمه‌های تکمیلی به صرفاً پوشش خدمات خارج از بسته بیمه پایه و باز طراحی دو بسته بیمه پایه و تکمیلی، برای تعیین آنچه در قالب بسته بیمه مراقبت‌های بلندمدت قابل تعریف است، یک ضرورت است.

از سوی دیگر، نبود پوشش بیمه مکمل برای بیمه‌شدگان صندوق‌های

چشمگیری دارند [۵۵]، بنابراین بیمه اجباری برای تحقق انباشت ریسک یک اولویت برای طراحی این نوع بیمه در ایران خواهد بود.

در ایران ۱۷ صندوق کوچک توسط کارفرمایان دولتی (مانند شرکت‌های نفتی دولتی، بانک‌های دولتی، شرکت‌های حمل و نقل، صدا و سیما، تعاونی‌ها و مجلس شورای اسلامی) وجود دارند که اعضای کم اما پایه درآمد بزرگی دارند و بسته خدمت گسترده‌تری را به اعضای خود ارائه می‌کنند [۵۶]. تعدد صندوق‌های بیمه پایه، پراکندگی منابع و همسان نبودن مبنای محاسباتی حق بیمه پایه سلامت بین سازمان‌های بیمه‌گر پایه سلامت یک چالش برای تعریف کردن بیمه مراقبت‌های بلندمدت در ایران است. این تعدد و از هم گسستگی ساختار بیمه‌ای به واسطه انباشت ریسک محدود و کاهش یارانه متقاطع رسمی منجر به کاهش انباشت ریسک، شکاف در پوشش و بروز بی‌عدالتی و ناکارآمدی شده است [۵۷]. یکی از علل ریشه‌ای این مسئله، تعدد معیارهای عضویت در صندوق‌های بیمه‌ای است، به طوری که در سازمان بیمه سلامت معیارها شامل رابطه استخدامی در صندوق کارکنان دولت، محل سکونت (ساکنان روستا در صندوق روستاییان و افراد فاقد بیمه سلامت ساکن شهر در صندوق سلامت همگانی)، بدون معیار مشخص برای صندوق سایر اقشار شامل روحانیون و طلاب حوزه علمیه، بنیاد شهید و امور ایثارگران، دانشجویان و افراد تحت پوشش نهادهای حمایتی سازمان بهزیستی و کمیته امداد و خویش‌فرمایی در صندوق ایرانیان است. مسئله قابل تامل، تفاوت‌های موجود در دسترسی به خدمات بر حسب ساختار نظام ارائه خدمات سلامت، به عنوان بخشی از بسته خدمات تحت پوشش شامل محدودیت مراجعه به بخش خصوصی ارائه خدمات برای صندوق‌هایی همچون صندوق سلامت همگانی و روستاییان است [۵۸] که به طریق اولی در دسترسی به مراکز مراقبت‌های بلندمدت اثرگذار خواهد بود. بنابراین تجمیع و کاهش پراکندگی منابع و گسترش صندوق انباشت ریسک یکپارچه، یک پیش‌نیاز مهم برای طراحی بیمه مراقبت‌های بلندمدت است و تصمیم‌گیری برای اداره آن به صورت یک صندوق مجزا یا ادغام یافته در صندوق بیمه پایه موخر بر آن است. از سوی دیگر، چالش آزمون وسع و معیارهای غیرواقعی آن برای شناسایی افراد مشمول یارانه دولتی برای حق بیمه (و سهم بیمار در زمان دریافت خدمت) به ویژه در خصوص مشاغل غیررسمی، یک چالش پیش روی سیاست‌گذاری بیمه مراقبت‌های بلندمدت در ایران است. اگرچه در دو دهه اخیر سیاست‌های متنوعی شامل بیمه بستری شهری، تخفیف حق بیمه

صندوق ایرانیان و بیمه سلامت همگانی برای کمک به پرداخت حق بیمه اجرا شده اما با وجود صراحت قانون مبنی بر طراحی فرانشیز مبتنی بر گروه‌های درآمدی و سهم کمتر برای نیازمندان، همچنان سازوکارهای یارانه‌دهی به فرانشیز برای گروه‌های کم‌درآمد یک چالش جدی در نظام سلامت ایران است [۵۹] که نیازمند طراحی سازوکارها برای بیمه مراقبت‌های بلندمدت نیز است.

سهم بزرگ هزینه‌های خصوصی سلامت از هزینه‌های جاری سلامت (۵۰ درصد در سال ۲۰۱۹) و نیز سهم هزینه‌های پرداخت از جیب (۳۹ درصد) عمدتاً ناشی از تفاوت عمیق تعرفه دولتی و خصوصی و پرداخت مابه‌التفاوت توسط بیمار، تفاوت داروی برند و ژنریک و فرانشیز و در مورد سالمندان مراقبت‌های بلندمدت فاقد پوشش بیمه‌ای است که آنها را در معرض هزینه‌های سنگین درمانی در ایران قرار داده است. مطالعات نشان داده که شیوع مواجهه با هزینه‌های کمرشکن در سالمندان به عنوان یک گروه آسیب‌پذیر در ایران بالاست (۱۱ درصد) [۶۰] و این اهمیت توجه فوری به این قشر را با توجه به رشد روزافزون این گروه سنی در جامعه نشان می‌دهد.

### نتیجه‌گیری

به موجب سیاست‌های کلی سلامت، نظام بیمه‌ای روش منتخب تامین مالی در نظام سلامت ایران است که تامین مالی خدمات و گروه‌های نیازمند محافظت مالی لاجرم باید از این طریق طراحی و پیاده‌سازی شود. نظام تامین مالی سلامت ایران برای پوشش مراقبت‌های بلندمدت، در ابعاد مختلف مورد بحث در این مقاله شامل نوع و سطح نظام بیمه، مکانیسم اجرا، رابطه با سایر صندوق‌ها، سهم بیمار از حق بیمه و فرانشیز و بسته خدمتی نیازمند ایجاد گفتمان واحد مبتنی بر نظریه غالب نظام رفاهی در کشور است و پیش‌نیاز بازبینی سازوکارهای موجود در هر دو سطح بیمه پایه و تکمیلی را در پیش رو دارد. در همه کشورهای مطالعه شده، پوشش بیمه اجباری برای مراقبت‌های بلندمدت طراحی شده بود که امکان برقراری یارانه متقاطع را فراهم سازد. تجمیع و کاهش پراکندگی منابع و گسترش صندوق انباشت ریسک یکپارچه، پیش‌نیاز مهم برای طراحی بیمه مراقبت‌های بلندمدت در ایران است. اجرای دقیق قانون مبنی بر الزام بیمه‌های تکمیلی به صرفاً پوشش خدمات خارج از بسته بیمه پایه و بازطراحی دو بسته بیمه پایه و تکمیلی، برای تعیین آنچه در قالب بسته بیمه مراقبت‌های بلندمدت قابل تعریف است یک ضرورت است.

- 2019;34(2):e1074-e86. doi: [10.1002/hpm.2744](https://doi.org/10.1002/hpm.2744).
13. Sakamoto H, Rahman M, Nomura S, Okamoto E, Koike S, Yasunaga H, et al. Japan health system review. 2018.
14. Rhee JC, Done N, Anderson GF. Considering long-term care insurance for middle-income countries: comparing South Korea with Japan and Germany. *Health Policy*. 2015;119(10):1319-29. doi: [10.1016/j.healthpol.2015.06.001](https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2015.06.001).
15. Ozawa MN, Nakayama S. Long-term care insurance in Japan. *J Aging Soc Policy*. 2005;17(3):61-84. doi: [10.1300/J031v17n03\\_04](https://doi.org/10.1300/J031v17n03_04).
16. Iwagami M, Tamiya N. The long-term care insurance system in Japan: past, present, and future. *JMA J*. 2019;2(1):67-9. doi: [10.31662/jmaj.2018-0015](https://doi.org/10.31662/jmaj.2018-0015).
17. Campbell JC, Ikegami N, Gibson MJ. Lessons from public long-term care insurance in Germany and Japan. *Health Aff*. 2010;29(1):87-95. doi: [10.1377/hlthaff.2009.0548](https://doi.org/10.1377/hlthaff.2009.0548).
18. Kwon S. The introduction of long-term care insurance in South Korea. *Eurohealth*. 2009;15(1):28.
19. Kim S-H, Kim DH, Kim WS. Long-term care needs of the elderly in Korea and elderly long-term care insurance. *Soc Work Public Health*. 2010;25(2):176-84. doi: [10.1080/19371910903116979](https://doi.org/10.1080/19371910903116979).
20. Seok JE. Public long-term care insurance for the elderly in Korea: design, characteristics, and tasks. *Soc Work Public Health*. 2010;25(2):185-209. doi: [10.1080/19371910903547033](https://doi.org/10.1080/19371910903547033).
21. Chon Y. Long-term care reform in Korea: lessons from the introduction of Asia's second long-term care insurance system. *Asia Pac J Soc Work Dev*. 2012;22(4):219-27. doi: [10.1080/02185385.2012.726422](https://doi.org/10.1080/02185385.2012.726422).
22. Wang Q, Abihiro GA, Yang J, Li P, De Allegri M. Preferences for long-term care insurance in China: results from a discrete choice experiment. *Soc Sci Med*. 2021;281:114104. doi: [10.1016/j.socscimed.2021.114104](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114104).
23. Zhang L, Fu S, Fang Y. Research on Financing Mechanism of Long-Term Care Insurance in Xiamen, China: A System Dynamics Simulation. *Front Public Health*. 2021;9. doi: [10.3389/fpubh.2021.714044](https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.714044).
24. Zhu Y, Österle A. China's policy experimentation on long-term care insurance: Implications for access. *Int J Health Plann Manage*. 2019;34(4):e1661-e74. doi: [10.1002/hpm.2879](https://doi.org/10.1002/hpm.2879).
25. Wong YC, Leung J. Long-term care in China: Issues and prospects. *J Gerontol Soc Work*. 2012;55(7):570-86. doi: [10.1080/01634372.2011.650319](https://doi.org/10.1080/01634372.2011.650319).

تأییدیه اخلاقی: موردی برای گزارش وجود ندارد.

سهیم نویسندگان: منال اعتمادی: استخراج و تحلیل مقالات، جستجوی مقالات، نگارش و انجام اصلاحات مقاله (۵۰ درصد)، سعید شهبانی و ماهان محمدی سهم یکسانی در جستجوی مقالات و نگارش مقاله (۵۰ درصد).  
تعارض منافع: نویسندگان این مقاله، هیچگونه تعارض منافی را اعلام نکردند.  
منابع مالی: موردی گزارش نشده است.

## References

- Holmes W. Projecting the Need for and Cost of Long-Term Care for Older Persons. Asian Development Bank, 2021. doi: [10.22617/WPS210072-2](https://doi.org/10.22617/WPS210072-2).
- United Nations. World Population Ageing 2019: Highlights Department of Economic and Social Affairs, 2019.
- Leroux ML, Pestieau P, Ponthiere G. Fair long-term care insurance. *Soc Choice Welfare*. 2021;57(3):503-33. doi: [10.1007/s00355-021-01324-z](https://doi.org/10.1007/s00355-021-01324-z).
- Finkelstein A, McGarry K. Multiple dimensions of private information: evidence from the long-term care insurance market. *Am Econ Rev*. 2006;96(4):938-58. doi: [10.1257/aer.96.4.938](https://doi.org/10.1257/aer.96.4.938).
- Muir T. Measuring social protection for long-term care. Paris: OECD Publishing, 2017.
- Chen CF, Fu TH. Policies and transformation of long-term care system in Taiwan. *Ann Geriatr Med Res*. 2020;24(3):187-94. doi: [10.4235/agmr.20.0038](https://doi.org/10.4235/agmr.20.0038).
- Tavares AI, Ferreira PL. Universal Health Coverage, Long-Term Care, and Funding in an Aging Era. *Universal Health Coverage: Intech Open*; 2019.
- Bucher-Koenen T, Schütz J, Spindler M. Long-term care insurance across Europe. *Ageing in Europe: Supporting policies for an inclusive society*, 2015. Pp: 353. doi: [10.1515/9783110444414-034](https://doi.org/10.1515/9783110444414-034).
- Wei-Dong D. Long term care insurance: a rational choice of old-age security in China. *Popul J*. 2016;2:72-81.
- Rummery K. Gender equality and the governance of long-term care policy: new comparative models and paradigms. *Journal of International Comparative Social Policy*. 2021;37(1):16-33. doi: [10.1017/ics.2020.16](https://doi.org/10.1017/ics.2020.16).
- Mehri N, Messkoub M, Kunkel S. Trends, Determinants and the Implications of Population Aging in Iran. *Ageing Int*. 2020;45(4):327-43. doi: [10.1007/s12126-020-09364-z](https://doi.org/10.1007/s12126-020-09364-z).
- Etemadi M, Ashtarian K, Gorji HA, Kangarani HM. Which groups of the poor are supported more by the law? Pro-poor health policy network in Iran. *Int J Health Plann Manage*.

- Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse, 2015.
40. Vanella P, Heß M, Wilke CB. A probabilistic projection of beneficiaries of long-term care insurance in Germany by severity of disability. *Qual Quant.* 2020;54(3):943-74. doi: [10.1007/s11135-020-00968-w](https://doi.org/10.1007/s11135-020-00968-w).
  41. Care L-T. *Health Care Insurance in OECD and Other Countries.* Paris: OECD Publishing; 2020.
  42. Nadash P, Doty P, Mahoney KJ, Von Schwanenflugel M. European Long-Term Care Programs: Lessons for Community Living Assistance Services and Supports?. *Health Serv Res.* 2012;47(1 Pt 1):309-28. doi: [10.1111/j.1475-6773.2011.01334.x](https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2011.01334.x).
  43. Doty P, Nadash P, Racco N. Long-term care financing: lessons from France. *Milbank Q.* 2015;93(2):359-91. doi: [10.1111/1468-0009.12125](https://doi.org/10.1111/1468-0009.12125).
  44. Doty P, Nadash P, Racco NJ. Long-term care financing: lessons from France. *Milbank Q.* 2015;93(2):359-91. doi: [10.1111/1468-0009.12125](https://doi.org/10.1111/1468-0009.12125).
  45. Colombo F, Ana L, Jérôme M, Frits T. Private and Long-term Care Insurance: a Niche or a "Big Tent?". *Help Wanted.* 2011:247-61. doi: [0.1787/9789264097759-13-en](https://doi.org/0.1787/9789264097759-13-en).
  46. Joël M-E, Dufour-Kippelen S, Duchêne C, Marmier M. Long-term care system in France. *European Network of Economic Policy Research Institutes,* 2010.
  47. Da Roit B, Le Bihan B, Österle A. Long-term Care Policies in Italy, Austria and France: Variations in Cash-for-Care Schemes. *Soc Policy Adm.* 2007;41(6):653-71. doi: [10.1111/j.1467-9515.2007.00577.x](https://doi.org/10.1111/j.1467-9515.2007.00577.x).
  48. Durand R, Taleyson L. Les raisons du succès de l'assurance dépendance en France. *Risques—Les Cahiers de l'Assurance.* 2003;55:115-20.
  49. Zeng Q, Wang Q, Zhang L, Xu X. Comparison of the measurement of long-term care costs between China and other countries: a systematic review of the last decade. *Healthcare.* 2020;8(2):117. doi: [10.3390/healthcare8020117](https://doi.org/10.3390/healthcare8020117).
  50. Aryankhesal A, Etemadi M, Mohseni M, Azami-Aghdash S, Nakhaei M. Catastrophic health expenditure in Iran: A review article. *Iran J Public Health.* 2018;47(2):166-77.
  51. Etemadi M, Shiri M, Rostami E, Mohseni M, Seyedi M. Financial burden imposed on the insured patients for private treatment: Evidence from a state of Iran. *J Educ Health Promot.* 2019;8:243.
  52. Scheil-Adlung X. Long-term care protection for older persons: a review of coverage deficits in 46 countries: ILO
  26. Yang J-h, Wang SS, DU SH. Regional comparison and implications of China's long-term care insurance system. *Chinese Journal of Health Policy.* 2018:1-7.
  27. Feng Z, Glinskaya E, Chen H, Gong S, Qiu Y, Xu J, et al. Long-term care system for older adults in China: policy landscape, challenges, and future prospects. *Lancet.* 2020;396(10259):1362-72. doi: [10.1016/S0140-6736\(20\)32136-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32136-X).
  28. Feng J, Wang Z, Yu Y. Does long-term care insurance reduce hospital utilization and medical expenditures? Evidence from China. *Soc Sci Med.* 2020;258:113081. doi: [10.1016/j.socscimed.2020.113081](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113081).
  29. Chen L, Zhang L, Xu X. Review of evolution of the public long-term care insurance (LTCI) system in different countries: influence and challenge. *BMC Health Serv Res.* 2020;20(1):1057. doi: [10.1186/s12913-020-05878-z](https://doi.org/10.1186/s12913-020-05878-z).
  30. Cercel AL. A Good Life in Old Age? Monitoring and Improving Quality in Long-Term Care. *Rev. Universitara Sociologie.* 2021;17(2):341.
  31. Schut FT, Berg Bvd. Long-term care insurance in the Netherlands. *Financing Long-Term Care in Europe: Springer;* 2012, Pp. 103-24. doi: [10.1057/9780230349193\\_7](https://doi.org/10.1057/9780230349193_7).
  32. Maarse JH, Jeurissen PP. The policy and politics of the 2015 long-term care reform in the Netherlands. *Health Policy.* 2016;120(3):241-5. doi: [10.1016/j.healthpol.2016.01.014](https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2016.01.014).
  33. Alders P, Schut FT. Strategic cost-shifting in long-term care. Evidence from the Netherlands. *Health Policy.* 2022;126(1):43-8. doi: [10.1016/j.healthpol.2021.11.008](https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2021.11.008).
  34. Alders P, Schut FT. The 2015 long-term care reform in the Netherlands: Getting the financial incentives right? *Health Policy.* 2019;123(3):312-6. doi: [10.1016/j.healthpol.2018.10.010](https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2018.10.010).
  35. Mot E, Aouragh A, de Groot M, Mannaerts H. *The Dutch system of long-term care: Citeseer;* 2010.
  36. Downs M, Hanna C, Cori Uccello, Jerbi H. *International Perspective on Long-Term Care.* Washington: The American Academy of Actuaries, 2015.
  37. Karlsson M, Mayhew L, Rickayzen BJ. Long term care financing in four OECD countries: Fiscal burden and distributive effects. *Health Policy.* 2007;80(1):107-34. doi: [10.1016/j.healthpol.2006.02.002](https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2006.02.002).
  38. Nadash P, Doty P, von Schwanenflugel M. The German long-term care insurance program: evolution and recent developments. *Gerontologist.* 2018;58(3):588-97. doi: [10.1093/geront/gnx018](https://doi.org/10.1093/geront/gnx018).
  39. Statistisches Bundesamt. *Pflegestatistik 2013.* Pflege im

57. Hsu J, Majdzadeh R, Harichi I, Soucat A. Health system transformation in the Islamic Republic of Iran: an assessment of key health financing and governance issues, 2020.
58. Etemadi M, Abolghasem Gorji H. Trade-off between Efficiency and Equity on the Rationing in Health Insurance System: the Burden on the Poor. *Evidence Based Health Policy, Management & Economics*. 2019;3(3):162-71. doi: [10.18502/jebhpme.v3i3.1508](https://doi.org/10.18502/jebhpme.v3i3.1508).
59. Etemadi M, Hajizadeh M. User fee removal for the poor: a qualitative study to explore policies for social health assistance in Iran. *BMC Health Services Research*. 2022;22(1):250. doi: [10.1186/s12913-022-07629-8](https://doi.org/10.1186/s12913-022-07629-8).
60. Mobaraki H, Rezapour A, Rahiminia R, Asadi H, Ghavamiyazad Z, Jooyani Y. Catastrophic Health Expenditure and its Determinants in Older Adults in Tehran, Iran. *Caspian Journal of Health Research*. 2018;3(3):69-74. doi: [10.29252/cjhr.3.3.69](https://doi.org/10.29252/cjhr.3.3.69).
- Geneva, Switzerland; 2015.
53. Doshmangir L, Bazayr M, Rashidian A, Gordeev VS. Iran health insurance system in transition: equity concerns and steps to achieve universal health coverage. *Int J Equity Health*. 2021;20(1):1-4. doi: [10.1186/s12939-020-01372-4](https://doi.org/10.1186/s12939-020-01372-4).
54. Nicholson D, Yates R, Warburton W, Fontana G. Delivering Universal Health Coverage, A Guide for Policymakers: Report of the WISH Universal Health Coverage Forum 2015. World Innovation Summit for Health, 2015.
55. Wyse M, Walker W. Financing Long-Term Care in Asia and the Pacific. ADB BRIEFS, NO. 177; 2021. doi: [10.22617/BRF210138-2](https://doi.org/10.22617/BRF210138-2).
56. Bazayr M, Rashidian A, Kane S, Mahdavi MRV, Sari AA, Doshmangir L. Policy options to reduce fragmentation in the pooling of health insurance funds in Iran. *Int J Health Policy Manag*. 2016;5(4):253. doi: [10.15171/ijhpm.2016.12](https://doi.org/10.15171/ijhpm.2016.12).