

شناسایی ترکیب بیماریها، متوسط اقامت و برآورد هزینه درمان سالمندان تحت پوشش سازمان تأمین اجتماعی در زمینه خدمات بستری در تهران بزرگ

دکتر حسین حاجی علی افضلی

چکیده

امروزه یکی از بزرگ‌ترین معضلات کشورهای توسعه یافته و رو به توسعه، رشد سریع جمعیت سالمندان است. ایران نیز از این مقوله مستثنی نیست. بر همین اساس این طرح تحقیقاتی با هدف تعیین ترکیب بیماریها، برآورد متوسط اقامت و هزینه درمان سالمندان تحت پوشش سازمان تأمین اجتماعی در زمینه خدمات بستری انجام پذیرفت تا بتواند مسئولان امر را در راه برنامه‌ریزیهای آتی یاری دهد.

این پژوهش به روش پیمایشی انجام شده و جامعه آماری آن شامل تمامی بیمه‌شدگان بستری شده در هر کدام از بیمارستانهای تهران (۲۹۷,۶۰۵ نفر) در سال ۱۳۷۷، است که از این تعداد ۳۰۰۰ نفر (حدود ۱ درصد) به عنوان حجم نمونه انتخاب و به روش تصادفی نظام یافته مورد بررسی قرار گرفته‌اند.

براساس اطلاعات به دست آمده از پرسشنامه‌های مورد بررسی، سالمندان با جمعیت بالغ بر ۴ درصد کل بیمه‌شدگان حدود ۳۰ درصد موارد بستری را به خود اختصاص داده‌اند، به‌طور میانگین

* تلخیص پژوهش فوق به عهده آقای دکتر علی ماهر بوده است.

حدود ۲ روز بیش از افراد غیر سالمند در بیمارستان بستری بوده‌اند و ۳۷ درصد هزینه نیز به این گروه تعلق گرفته است. از نظر ترکیب بیماریها نیز بیماریهای این گروه اغلب موارد شامل بیماریهای پرهزینه و با ماهیت مزمن است.

به نظر می‌رسد که متولیان امر بهداشت و درمان خصوصاً برنامه‌ریزان بخش درمان سازمان تأمین اجتماعی با توجه به رشد سریع بیمه‌شدگان تأمین اجتماعی می‌باید ضمن تجدیدنظر در سیاستهای بیمه‌ای و بهداشتی - درمانی با طراحی برنامه‌های خاص از رشد بیش از حد هزینه‌های درمان در این بخش جلوگیری کنند.

۱. شرح مسئله و ضرورت پژوهش

سالمندی یک فرایند زیستی است که تمام موجودات زنده و از جمله انسان را دربرمی‌گیرد. پدیده بالا رفتن سن فی‌نفسه بیماری نیست بلکه پدیده‌ای حیاتی و همگانی است. در واقع یک سیر طبیعی است که در آن تغییرات فیزیولوژیکی، روانی و اجتماعی به هم پیوند می‌خورند. این روند اگر توأم با برنامه‌ریزی باشد می‌تواند بسیار دل‌انگیز باشد تا فرد با آسودگی و اطمینان به بهره‌برداری از تجارب و اندوخته‌های سالهای جوانی خویش بپردازد.

از آنجایی که سالمندی فراگردی است همگانی و در کل دوران زندگی ادامه می‌یابد، آماده ساختن کل جمعیت برای دوران سالخوردگی باید بُعد تفکیک‌ناپذیری از سیاستهای توسعه اقتصادی و اجتماعی داشته باشد. شیوه برخورد با این فراگرد باید جامع باشد و همه جنبه‌های زندگی را که تعیین‌کننده کیفیت زندگی سالمندان است دربرگیرد.

در بیشتر کشورهای جهان با توجه به کاهش زاد و ولد، افزایش امید به زندگی و افزایش هزینه‌های درمانی، فراهم نمودن خدمات مناسب برای سالمندان پیچیده و مشکل شده است. لذا اکثر کشورهای در حال توسعه و توسعه یافته به‌ناچار باید اولویت بیشتری را به طرح و برنامه‌ریزی خدمات بهداشتی - درمانی سالمندان اختصاص دهند تا دسترسی افراد سالمند را به این خدمات به حداکثر رسانده، در عین حال هزینه‌های آن را حداقل کنند.

آمارهای ایران و جهان نشانگر این مطلب است که سرعت رشد جمعیت سالمندان نیاز به برنامه‌ریزی را برای آینده آنان صد چندان می‌کند.

در سال ۱۹۹۵، در جهان جمعیت افراد بالای ۶۰ سال حدود ۵۴۲,۰۰۰,۰۰۰ نفر تخمین زده می‌شد که پیش‌بینی می‌شود این رقم به بالای ۵۸۰,۰۰۰,۰۰۰ نفر رسیده باشد.^۱ در حالی که رشد جمعیت در دهه گذشته در جهان به‌طور متوسط ۱/۷ درصد بوده است، رشد جمعیت سالمند حدود ۲/۵ درصد بوده است.

در کشور ایران براساس آخرین سرشماری رسمی انجام شده از سوی مرکز آمار ایران در سال ۱۳۷۵، جمعیت بالای ۶۰ سال کشور ۴,۱۰۹,۰۰۰ نفر یعنی ۶/۶ درصد جمعیت کشور را به خود اختصاص داده است، شایان ذکر است این تعداد در سال ۱۳۳۵، ۳ درصد جمعیت کشور بوده که ظرف مدت چهل سال بیش از دو برابر شده است. جدول یک نشانگر تغییرات مورد نظر است.

سال سرشماری	جمعیت کل به نفر	جمعیت بالای ۶۰ سال	درصد از کل جمعیت
۱۳۳۵	۱۸,۹۵۴,۷۰۴	۱,۱۸۳,۹۸۲	۳
۱۳۴۵	۲۵,۰۷۸,۹۲۳	۱,۵۸۸,۰۴۲	۳/۳
۱۳۵۵	۳۳,۷۰۸,۷۴۴	۱,۷۷۰,۶۱۴	۵/۲
۱۳۶۵	۴۹,۴۴۵,۰۱۰	۲,۶۷۲,۱۱۵	۵/۲۵
۱۳۷۵	۶۰,۰۵۵,۴۸۸	۴,۰۱۰,۴۸۳	۶/۶

مأخذ: سرشماری عمومی نفوس در سال ۱۳۷۵، مرکز آمار ایران

بدون شک سالمندی جمعیت جهان و بالطبع کشور ما ایران بر بسیاری از جنبه‌های مختلف زندگی جوامع و برنامه‌های دولتها تأثیر خواهد گذاشت، به‌طوری‌که در سبک و شیوه زندگی، اشتغال، ارایه خدمات بهداشتی و درمانی، سیستمهای بیمه و بازنشستگی و ضوابط و مقررات مربوط به آن تغییراتی بوجود می‌آید.

درباره اهمیت موضوع سالمندان، گذشته از اشاراتی که در قرآن و روایات اسلامی بدان شده است، در اصل ۲۹ قانون اساسی نیز دولت به‌وضوح به ارایه خدمات لازم به سالمندان ملزم شده است.

۱. سازمان بهزیستی کشور، برنامه ملی سالمندان، انتشارات سازمان بهزیستی - شهریور ۱۳۷۶

به طور اصولی پدیده سالمندی از زوایای مختلف به شرح زیر قابل بررسی است:

۱. دیدگاه بهداشتی - درمانی

نیازها و مراقبتهای بهداشتی سالمندان نیز با سایر گروههای سنی تفاوت دارد. بسیاری از سالمندان به نوعی اختلال بالینی و یا ناتوانی و معلولیت مبتلا هستند. بدین جهت سالمندان نیاز به کمک و مراقبتهای خاص و اغلب پرهزینه‌ای دارند.

۲. دیدگاه بیمه‌های اجتماعی

با افزایش تعداد سالمندان در جامعه علاوه بر کاهش نیروی کار با افزایش بار تکفل جامعه روبه‌رو خواهیم شد که این هر دو به عنوان پدیده‌های منفی و زیانبار بر صندوقهای بیمه اجتماعی تأثیر خواهند گذاشت. براساس آخرین آمار معاونت فنی و درآمد سازمان تأمین اجتماعی تا بهمن ۱۳۷۷ تعداد کل مستمری‌بگیران سازمان ۱,۰۳۲,۹۸۵ نفر بوده است که نسبت به سال قبل ۶/۳۹ درصد رشد داشته است.

۳. دیدگاه اجتماعی

از نظر اجتماعی نیز سالمندی همراه با کاهش قوای جسمی، بازنشستگی و کاهش مسئولیتهای شغلی است که هر کدام از این موارد به نحوی بر روح و روان فرد سالمند تأثیرگذار خواهد بود. به نظر می‌رسد می‌توان با برنامه‌ریزی منسجم و کارآمد، بستر حضور فعال و مؤثر سالمندان را به طرق مختلف در صحنه‌های اجتماعی فراهم نمود که در این صورت علاوه بر کاهش بار بیماریهای گروه سالمند در سطح جامعه که خود عوارض اقتصادی زیادی به همراه دارد، می‌توان مانع از حذف نیروهای با تجربه در سطح جامعه گردید.

۲. مفاهیم

الف) سالمندی: سالمندی یا پیری عبارت است از تغییرات بیولوژیک که در نحوه زیست ارگانیسم در طول زمان ظاهر می‌شود. این تغییر یا کاهش نیروی حیاتی و تطبیقی، یعنی کاهش قابلیت انطباق با شرایط ناگهانی و ناتوانی در ایجاد تعادل مجدد همراه بوده و به تدریج دگرگونیهای را در ساختمان و عمل اعضای مختلف به وجود می‌آورد. به عبارت دیگر سالمندی یا پیری به الگوی ویژه‌ای از دگرگونیهای هنجار زندگی گفته می‌شود که با بالا رفتن سن پدید می‌آید. برخی از دگرگونیها از بدو تولد تا مرگ، همراه انسان است و برخی دیگر در بزرگسالی آغاز شده، با مرگ پایان

می‌یابد.^۱ در این پژوهش سالمند شامل تمامی بیمه‌شدگان تحت پوشش سازمان تأمین اجتماعی است که بالای ۶۰ سال داشته باشند.

ب) خدمات بستری: در این پژوهش منظور، خدمات درمانی ارائه شده در بیمارستان است که منجر به استفاده بیمار از تخت بیمارستانی و تشکیل پرونده بستری در بیمارستان می‌شود.

ج) هزینه درمان: در این پژوهش شامل تمام هزینه‌هایی است که در طول مدت اقامت در بیمارستان بابت درمان بیماری محاسبه می‌شود.

د) سایر بیمه‌شدگان: شامل تمامی بیمه‌شدگان سازمان تأمین اجتماعی است که کمتر از ۶۰ سال دارند و در بیمارستان بستری شده‌اند.

۳. مبانی نظری

۳-۱. سالمندی از دیدگاه پزشکی

سالمندی فرایندی زیستی است که تمام موجودات زنده و از جمله انسان را در برمی‌گیرد. پدیده بالارفتن سن، بیماری نیست بلکه یک پدیده حیاتی است که همگان را شامل می‌شود و در واقع یک مسیر طبیعی است که در آن تغییرات فیزیولوژیکی و روانی در بدن رخ می‌دهد.

از نظر پزشکی سالمندی نتیجه یک سیر و روند کند بیولوژیکی و فیزیولوژیکی است که علائم ظاهری آن شامل سپید شدن مو، چین و چروک در پوست، پیرچشمی، کاهش شنوایی، کندی در تحرک، خمیدگی، کم شدن قدرت عضلات، مشکلات تنفسی و امثال آن است.

گرچه پیری یک عارضه پاتولوژیک (بیماری) نیست، ولی فعالیت کامل جسمی و ذهنی را محدود کرده، بر فعالیتهای جسمی، روانی، فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی فرد تأثیر می‌گذارد.

در مورد مکانیسم پیری تئوریهای متفاوتی وجود دارد که گاه با هم متناقضند، اما برخلاف مبهم بودن نحوه تغییرات بیولوژیکی، دگرگونیهای فیزیولوژیکی مشخص تر است. به طور کلی تغییرات فیزیولوژیکی به دلیل کاهش ظرفیت عملکردی اعضای بدن به وجود می‌آیند. این کاهش ظرفیت عملکردی^۲ حدوداً از دهه سوم عمر شروع شده و تدریجی و پیش‌رونده است که البته سرعت آن در افراد مختلف متفاوت است.^۳

1. Andreolli et "al- Cecil Essentials of Medicine" - sourders published, NY, 1998.

2. Homostenosis

3. Braunwald et al, Principles of internal Medicine, Mc Graw Hill publishes, NY, 1998.

ترکیب بدن از چهار بخش عمده تشکیل شده است: استخوان، توده فعال سلولی، چربی، آب تمامی اجزای فوق‌الذکر با افزایش سن از راههای مختلف متأثر می‌شوند. گرچه این تغییرات می‌تواند از فردی به فرد دیگر متفاوت باشد. اما وجود الگویی مشترک در این خصوص باعث شده است که تقریباً تمامی سالمندان به گونه‌ای مشابه دچار تغییراتی در چهار ترکیب عمده فوق‌الذکر شوند.^۱

از جمله مهم‌ترین تغییرات وابسته به سن و بیماریهای ناشی از آن می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:^۲

- ۱- فشار خون بالا،
- ۲- بیماریهای قلبی،
- ۳- سکتة مغزی،
- ۴- دیابت،
- ۵- سرطانها،
- ۶- بیماریهای تنفسی،
- ۷- بی‌اختیاری ادرار،
- ۸- اختلالات بینایی و شنوایی،
- ۹- اختلالات روانی،
- ۱۰- تروماها،
- ۱۱- مشکلات دهان و دندان.

۳-۲. سالمندی از دیدگاه جامعه‌شناختی

نقش و اهمیت سالمندان در جوامع مختلف بسیار متفاوت است. به نظر می‌رسد در جوامع سنتی سالمند تا زمانی احترام دارد که از نظر قوای ذهنی و جسمی قادر به مشارکت در امور فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی جامعه باشد. در جوامع پیشرفته مفهوم پیری عمدتاً مترادف با بیماری، بی‌مصرفی و وابستگی گرفته می‌شود. نظریه‌پردازان در این جوامع معتقدند که عمر زیاد پس از بازنشستگی وظایف و هزینه‌های سنگین دولت در مراقبت از سالمندان، خارج بودن این گروه از عرصه تولید و تعداد روزافزون آنان در کنار ارزش والای فعالیتهای اقتصادی و پول در این جوامع از جمله فاکتورهایی است که سالخوردهگان را کم‌اهمیت می‌نمایاند.^۳

در چین برخلاف کشورهای غربی، سالمندی مترادف زوال ذهنی تلقی نمی‌شود. در آزمونهای ذهنی، سالمندان چینی نمره‌های بالاتر از همسالان آمریکایی خود به‌دست آورده‌اند. گروهی این تفاوت را به هنجارهای فرهنگی این دو جامعه نسبت می‌دهند که در اولی سالمندی پدیده‌ای است

1. Andrcolli et al, ceiel Essentials of Medicine - sunders publishes, NY, 1998.

۲. مراقبتهای بهداشتی سالمندان، انتشارات منطقه مدیریتانه شرقی سازمان جهانی بهداشت، سازمان جهانی بهداشت، قاهره، ۱۹۸۸

3. Freawam et al, Hand book of Medical sociology, 1989.

ارزشمند و سالمندان افرادی محترم و خردمند محسوب می‌گردند و در دومی معنایی به کلی متفاوت و متضاد وجود دارد.^۱

به هر صورت درک کامل فرایند پیری نیازمند دانش به‌طور کامل صحیحی از آینده رشته‌های مختلف در خط سیر زندگی است. شرایط بدنی و بیولوژیک زندگی انسان را وارد تعبیری می‌کند که در فرهنگهای مختلف و طی دوره‌های گوناگون تاریخ بشر ساخته شده است. هویت اجتماعی فرد می‌تواند به خوبی قبل از هویت بدنی با اعتقادات و نظرات والدین در مورد کودک شکل گیرد و بعد از اینکه هویت بدنی با فرارسیدن مرگ و فساد بدن از بین رفت، هویت اجتماعی می‌تواند تا مدت‌ها باقی بماند.^۲

۳-۳. سالمندی از دیدگاه بیمه‌های اجتماعی

بیمه‌های اجتماعی عمدتاً خدمات خود را در دو بخش اصلی بازنشستگی و درمان ادامه می‌دهد و پدیده سالخوردگی آثار مخربی بر هر دو بخش فوق‌الذکر دارد.

تغییراتی که در دهه‌های آینده در ساختار سنی جمعیت ایران به وقوع خواهد پیوست، موجب خواهد شد که سالخوردگی جمعیت ملموس‌تر شود. به دنبال سالخوردگی دو پدیده منفی در اقتصاد کشور بروز خواهد نمود:

۱. کاهش نیروی کار

۲. افزایش بار تکفل جامعه

این دو عامل دو پیامد خواهد داشت، از سویی بار مالی صندوقهای بیمه افزایش می‌یابد که به دنبال آن نارضایتی بیمه‌شدگان شدت پیدا خواهد کرد و از سوی دیگر بار مالی سازمانهای حمایتی افزایش یافته و بر تعهدات دولت افزوده خواهد شد.^۳

براساس آخرین اعلام مرکز اطلاعات جمعیتی سازمان ثبت احوال کشور ۵۸ درصد سالمندان، تحت پوشش بیمه‌های مختلف قرار دارند و در این میان ۳۶/۷ درصد آنها بیمه شده سازمان تأمین اجتماعی هستند.^۴

۱. شجری، ژیلا. سالمندی و چالشهای آن، تهران، ۱۳۷۸.

2. Bonton, R. The sociology of Health promotion, 1995.

۳. نقوی، "سالخوردگی جمعیت و آثار آن در نظام تأمین اجتماعی" ماهنامه اطلاعات سیاسی و اقتصادی، سال دوازدهم، شماره چهارم، آذر و دی ماه ۱۳۷۶.

۴. حاتمی، مسعود. طرح رفاه مستمری‌بگیران سازمان تأمین اجتماعی، انتشارات سازمان تأمین اجتماعی، ۱۳۷۷.

واقعتهای آماری معاونت فنی و درآمد سازمان تأمین اجتماعی نشانگر این مطلب است که آهنگ رشد تعداد بازنشستهها بسیار سریعتر از بیمه شده است به طوری که در طی یک دوره ده ساله از ۱۳۶۳ تا ۱۳۷۳، شمار بیمه شدگان دو برابر و شمار بازنشستگان بیش از ۳ برابر شده است. بدیهی است با سالخورده تر شدن جمعیت کشور این نرخ افزایش به شدت تشدید خواهد شد و بار مالی آن نیز افزون خواهد گشت.

تاکنون بسیاری از کشورها در زمینه های مختلف بیمه ای سالمندان از جمله بازنشستگی و خدمات درمانی اصلاحات اساسی انجام داده اند. روند اجرای این سیاستها در سالهای اخیر، تدابیر احتیاطی فردی را به ویژه از طریق پس انداز بازنشستگی و پس انداز خصوصی تشویق نموده است به گونه ای که کسانی که توانایی لازم برای حمایت از خود را دارند، بتوانند بدون توسل به کمکهای دولتی خود را اداره کنند.

۴. روش تحقیق

۴-۱. نوع و روش پژوهش

نوع این پژوهش توصیفی - کاربردی و گذشته نگر است. در این روش پدیده هایی که در گذشته در ارتباط با موضوع روی داده اند توصیف، تبیین و تحلیل می شوند. مراحل اصلی تحقیق شامل شناخت وضعیت مراجعات و هزینه درمان بستری سالمندان و مقایسه آن با وضعیت مراجعات و هزینه درمان بستری سایر بیمه شدگان در سال ۱۳۷۷، است.

۴-۲. جامعه آماری

جامعه آماری مورد مطالعه، تمامی بیمه شدگان تحت پوشش سازمان تأمین اجتماعی در تهران بزرگ در سال ۱۳۷۷، است که به یکی از بیمارستانهای ملکی، طرف قرارداد و غیر طرف قرارداد مراجعه نموده و بستری شده باشند.

۴-۳. حجم نمونه و روش نمونه گیری

با عنایت به روشهای معمول نمونه گیری، حجم نمونه با ۹۹ درصد اطمینان، ۳۰۰۰ پرسشنامه تعیین و به روش تصادفی نظام مند توزیع شد.

۴-۴. محدودیتهای پژوهش

- الف. فقدان سیستم مدارک پزشکی استاندارد در بیمارستانها خصوصاً بیمارستانهای ملکی سازمان تأمین اجتماعی؛
- ب. عدم همکاری مناسب کارکنان در برخی از مراکز درمانی؛
- ج. عدم ثبت صحیح اطلاعات پرونده؛
- د. عدم ثبت تشخیص در پروندهها خصوصاً تشخیص اولیه بیماری.

۵. مراحل عملیاتی

۵-۱. تبیین وضع موجود در جامعه آماری

در بررسی جامعه آماری، از مجموع ۳۰۰۰ پرونده، ۱۴۱۵ پرونده مربوط به زنان و ۱۵۸۵ پرونده مربوط به مردان بوده است. میانگین سنی در کل پروندههای مورد بررسی ۴۲/۳۱ سال است. در مجموع ۷۰۰ پرونده مربوط به درمان مستقیم و ۲۳۰۰ پرونده مربوط به درمان غیرمستقیم بوده است.

در جدول شماره ۲ توزیع فراوانی در گروههای سنی مختلف بررسی شده است.

جدول شماره ۲. توزیع فراوانی جامعه مورد بررسی بر حسب سن، جنس و نحوه مراجعه								
ردیف	گروه سنی	تعداد	درصد	میانگین سن	زن	مرد	مراجعه به درمان مستقیم	مراجعه به درمان غیرمستقیم
۱	۰-۵۹	۲۱۱۸	۷۰/۶۰	۳۰/۹۹	۱۰۶۵	۱۰۵۳	۵۱۶	۱۶۰۲
۲	۶۰-۷۴	۶۹۷	۲۳/۲۳	۶۶/۹۲	۲۸۶	۴۱۱	۱۴۲	۵۵۵
۳	۷۵-۱۰۰	۱۸۵	۶/۱۷	۷۹/۲۲	۶۴	۱۲۱	۴۲	۱۴۳

مأخذ: دادههای آماری پروندههای بیماراران بستری در ۸ بیمارستان تأمین اجتماعی تهران بزرگ

با توجه به ارقام این جدول از مجموع کل پروندهها ۸۸۲ پرونده مربوط به سالمندان است که ۲۹/۴۰ درصد از کل موارد بررسی شده را تشکیل می دهد. ضمناً از مجموع سالمندان ۳۵۰ نفر زن و ۵۳۲ نفر

مرد بوده‌اند. براساس این جدول از مجموع ۸۸۲ نفر سالمند ۶۹۷ نفر سالمند جوان (بین ۶۰ تا ۷۵ سال) و ۱۸۵ نفر سالمند پیر (بالای ۷۵ سال) بوده‌اند. ضمناً میانگین سنی در سالمندان جوان ۶۶/۹۲ و در سالمندان پیر ۷۹/۲۲ سال است.

جدول شماره ۳ نشانگر توزیع فراوانی گروههای سالمند و غیر سالمند برحسب نوع بیمه است. با عنایت به این امر که مراجعه به درمان غیر مستقیم در این جدول مبنا قرار گرفته است.

جدول شماره ۳. توزیع فراوانی سالمندان جوان، سالمندان پیر و غیر سالمند بر حسب نوع بیمه													
ردیف	گروه سنی	تعداد	بیمه اجباری			بیمه اختیاری			حرف و مشاغل آزاد			بیمه بی‌کاری	
			تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
۱	۰-۵۹	۱۶۰۲	۹۵۱	۵۹/۳۶	۳۸	۲/۳۷	۹۵	۵/۹۳	۱	۰/۰۶	۵۱۷	۳۲/۲۷	
۲	۶۰-۷۴	۵۵۵	۳۴۵	۶۲/۱۶	۱۱	۱/۹۸	۲۳	۴/۱۴	۰	۰/۰۰	۱۷۶	۳۱/۷۱	
۳	۷۵-۱۰۰	۱۴۳	۹۲	۶۴/۳۴	۴	۲/۸۰	۷	۴/۹۰	۲	۱/۴۰	۳۸	۲۶/۵۷	

مأخذ: داده‌های آماری پرونده‌های بیماران بستری در ۸ بیمارستان تأمین اجتماعی تهران بزرگ

در کل ۱۳۸۸ نفر (۶۰/۳۵ درصد) بیمه اجباری، ۵۳ نفر (۲/۳۰ درصد) بیمه اختیاری، ۱۲۵ نفر (۵/۴۳ درصد) بیمه حرف و مشاغل آزاد و ۳ نفر (۰/۱۳ درصد) بیمه بی‌کاری بوده‌اند. ضمناً در ۷۳۱ پرونده (معادل ۳۱/۷۸ درصد) نوع بیمه مشخص نشده است. براساس این داده‌ها، ۱۸۱ نفر (۷/۸۷ درصد) بیمه غیر اجباری (اختیاری، حرف و مشاغل آزاد و بی‌کاری) بوده‌اند.

از مجموع ۶۹۸ فقره پرونده در بخش سالمندان، ۵۵۵ نفر سالمند جوان و ۱۴۳ نفر سالمند پیر وجود دارند که اکثریت آنان (۳۴۵ نفر سالمند جوان و ۹۲ نفر سالمند پیر) بیمه اجباری می‌باشند.

متغیر بعدی مورد مطالعه مربوط به متوسط اقامت بیمار در بیمارستان است که با توجه به سن و جنس بیماران مورد بررسی قرار گرفته است. جدول شماره ۴ نشانگر این بررسی است.

جدول شماره ۴. توزیع فراوانی سالمندان جوان، سالمندان پیر و غیر سالمندان براساس جنس و مدت زمان بستری

ردیف	سن	تعداد	متوسط اقامت		تعداد		متوسط اقامت	
			مرد	زن	مرد	زن	مرد	زن
۱	۰-۵۹	۲۱۱۸	۷/۲۲	۱۰۶۵	۱۰۵۳	۶/۹۰	۷/۵۵	مرد
۲	۶۰-۷۴	۶۹۷	۸/۶۶	۲۸۶	۴۱۱	۷/۹۸	۹/۱۳	زن
۳	۷۵-۱۰۰	۱۸۵	۹/۳۳	۶۴	۱۲۱	۸/۸۳	۹/۶۰	مرد

مأخذ: داده‌های آماری پرونده‌های بیماران بستری در ۸ بیمارستان تأمین اجتماعی تهران بزرگ

در کل پرونده‌های مورد بررسی، متوسط اقامت ۷/۶۸ روز بوده است. به طوری که این شاخص در مورد زنان ۷/۲۰ روز و در مورد مردان ۸/۱۱ روز است. ضمناً از مجموع ۲۱۱۸ فرد غیر سالمند مورد بررسی متوسط اقامت افراد ۷/۲۲ روز، بیشترین مدت زمان بستری ۸۷ روز و کمترین آن یک روز بوده است.

در گروه سنی سالمندان، بیشترین بستری ۱۱۱ روز و کمترین آن یک روز بوده است. در این گروه سنی، متوسط اقامت ۸/۸۰ روز است. در گروه زنان سالمند، متوسط زمان بستری ۸/۱۳ روز و در گروه مردان سالمند ۹/۲۴ روز است.

این میانگین در بین سالمندان جوان زن ۷/۹۸ و مرد ۹/۱۳ روز است. در بین سالمندان پیر، متوسط اقامت ۹/۲۳ روز است که برای مردان ۹/۶۰ روز و برای زنان ۸/۸۳ روز است.

بدیهی است با حذف پرونده‌های روانی، متوسط اقامت در کل پرونده‌های مورد بررسی به ۷/۳۴ روز کاهش یافته است که در جدول شماره ۵ منعکس گردیده است.

جدول شماره ۵. توزیع فراوانی سالمندان و غیر سالمندان بر حسب جنس و میانگین مدت زمان بستری پس از حذف پرونده‌های بیماران روانی

ردیف	سن	تعداد	میانگین مدت اقامت		تعداد		متوسط اقامت	
			مرد	زن	مرد	زن	مرد	زن
۱	۰-۵۹	۲۰۸۳	۶/۷۸	۱۰۵۴	۱۰۲۹	۶/۵۵	۷/۰۲	مرد
۲	۶۰-۱۰۰	۸۷۷	۸/۶۷	۳۴۹	۵۲۸	۸/۱۰	۹/۰۵	زن

مأخذ: داده‌های آماری پرونده‌های بیماران بستری در ۸ بیمارستان تأمین اجتماعی تهران بزرگ

شایان ذکر است پرونده‌های بیماران روانی چهل نفر بود که اکثرآ در گروه غیر سالمند قرار داشتند که پس از حذف متوسط اقامت گروه غیر سالمند از ۷/۲۲ درصد به ۶/۷۸ درصد کاهش یافت.

جدول شماره ۶ به بررسی بیماریهای شایع در گروههای سنی مورد بحث می‌پردازد. در پژوهش سعی شده هشت نوع بیماری که در کل جامعه مورد بررسی. از شیوع بیشتری برخوردار است مشخص و در سه گروه سنی غیر سالمند، سالمند جوان و سالمند پیر مورد بررسی قرار گیرد.

براین اساس بیماریهای قلبی - عروقی در ۴/۶۷ درصد افراد غیر سالمند دیده شده است، در حالی که این بیماری در افراد سالمند جوان ۱۵/۹۲ درصد و در افراد سالمند پیر ۱۲/۹۷ درصد وجود داشته است. بیماری آب مروارید در سالمندان جوان در ۱۴/۶۳ درصد و در سالمندان پیر ۸۱/۳۵ درصد وجود داشته، حال آنکه این بیماری در ۱/۳۲ درصد افراد غیر سالمند دیده شده است. در مورد شکستگیهای استخوانی از کل موارد بررسی شده، افراد غیر سالمند ۸/۴ درصد، سالمندان جوان ۶/۱۶ درصد و برای سالمندان پیر این نسبت ۸/۱۰ درصد بوده است.

بزرگی خوش خیم پروستات^۱ در ۵/۳ درصد افراد سالمند جوان و ۶/۴۸ درصد سالمندان پیر دیده شده است که در افراد غیر سالمند ۰/۳۳ درصد است.

با استفاده از این جدول و اطلاعات جمع‌آوری شده می‌توان پنج نوع بیماری شایع را که در گروههای سنی مختلف مشاهده شده است استخراج نمود. نتایج حاصله به تفکیک در زیر آمده است:

- در کل پرونده‌ها به ترتیب شکستگیهای استخوانی، بیماریهای عروقی قلب، فیشرکتال و سینوس پیلونیدال، آب مروارید، آپاندیسیت.

• در گروه سنی سالمند به ترتیب: بیماریهای عروقی قلب، آب مروارید، شکستگیهای استخوان، بزرگی خوش خیم پروستات، حادثه مغزی - عروقی^۱.

• در گروه سنی غیرسالمند به ترتیب: شکستگیهای استخوانی، فتق، آپاندیسیت، بیماریهای قلبی - عروقی، رکتوسل و سیستوسل.

همانطور که پیشتر اشاره شد طبق یافته‌های پژوهش، بیشترین متوسط اقامت مربوط به بخش روانی با ۳۲/۹۵ روز و کمترین مربوط به بخش چشم با ۴/۵ روز است.

بیشترین تعداد بستری نیز مربوط به بخش ارتوپدی با ۳۶۱ مورد و کمترین مربوط به بخش روماتولوژی (۱۰ مورد) بوده است.

جدول شماره ۷ که از مهم‌ترین جداول این پژوهش است، توزیع فراوانی جامعه مورد پژوهش را برحسب نوع بررسی، میانگین هزینه و گروه‌های سنی نشان می‌دهد.

در جدول شماره ۸ میانگین هزینه به تفکیک درمان مستقیم و غیرمستقیم مورد بررسی واقع شده است. در بررسی کل جامعه آماری، میانگین هزینه یک بار بستری در درمان مستقیم ۸۸۱،۹۱۲ ریال و در درمان غیرمستقیم ۹۸۱،۲۱۳ ریال است، که در گروه غیرسالمند، میانگین هزینه یک بار بستری در درمان مستقیم ۷۷۸،۰۳۲ ریال و در درمان غیرمستقیم ۸۸۴،۷۷۹ ریال است. در گروه سنی سالمندان پیر تفاوت معناداری بین هزینه در درمان مستقیم و غیرمستقیم وجود دارد.

جدول ۹ و ۱۰ نشانگر هزینه‌ها به تفکیک هزینه‌های آزمایشگاه رادیولوژی الکترو و سایر خدمات پاراکلینیکی است.

در مجموع کل جامعه آماری مورد بررسی، متوسط هزینه آزمایش ۵۱،۰۷۷ ریال، متوسط هزینه رادیولوژی ۱۹،۳۰۱ ریال، متوسط هزینه الکترو و سایر خدمات ۶،۵۲۹ ریال و هزینه سرانه دارو ۷۸،۴۷۱ ریال است. براساس این بررسی در گروه غیرسالمند متوسط هزینه آزمایش ۴۰،۰۵۶ ریال، متوسط هزینه رادیولوژی ۱۶،۹۴۷ ریال و متوسط هزینه الکترو و سایر خدمات ۵،۳۲۱ ریال، و متوسط هزینه داروها ۶۶،۷۵۴ ریال است.

در گروه سالمندان نیز متوسط هزینه آزمایش ۷۷،۵۴۳ ریال، متوسط هزینه رادیولوژی ۲۴،۹۵۴ ریال، متوسط هزینه انواع الکترو و سایر خدمات ۹،۴۳۰ ریال و متوسط هزینه دارو ۱۰۶،۶۰۷ ریال است.

جدول شماره ۶. توزیع فراوانی بیماریهای شایع در رده‌های مختلف سنی

نام بیماری	سالمند پیر (۷۵-۱۰۰ سال)			سالمند جوان (۶۰-۷۴ سال)			غیر سالمند (۰-۵۹ سال)			رده سنی						
	کل	مرد	زن	کل	مرد	زن	کل	مرد	زن							
بیماری عروقی قلب	۱۲۹۷	۲۴	۱۲۳۹	۱۵	۱۴۰۶	۹	۱۵۹۲	۱۱۱	۱۴۵۹	۶۱	۶۹۷	۹۹	۶۲۵	۶۸	۲۸۱	۲۱
آب مروارید	۱۱۲۵	۲۱	۱۲۲۹	۱۵	۹۲۳	۲	۱۴۲۴	۱۰۲	۱۲۰۶	۵۰	۱۸۱۸	۵۲	۱۲۳۳	۲۸	۱۰۴	۱۷
شکستگیهای استخوانی	۸۱۰	۱۵	۷۲۴	۹	۹۲۳	۶	۶۱۶	۴۲	۵۸۳	۲۴	۶۹۴	۱۹	۸۴۰	۱۷۸	۱۳۰۱	۱۲۷
بزرگی خوش خیم پروستات	۶۲۸	۱۲	۶۲۸	۱۲	-	-	۵۳۰	۳۷	۵۳۰	۳۷	-	۰	۰	۰	۰	۰
سیستوسل ورکوسل	۰/۵۴	۱	-	-	۰/۵۴	۱	۰/۳۴	۱	-	-	۰/۳۴	۱	۳۴۴	۳۳	-	۳۳
کیست تخمدان	-	-	-	-	-	-	۰/۶۹	۲	-	-	۰/۶۹	۲	۲۴۵	۵۲	-	۵۲
فتق	۳۷۸	۷	۳۷۸	۷	-	-	۶۴۴	۲۱	۵۵۹	۲۳	۲۸۹	۸	۴۹۹	۱۲۰	۷۳۱	۳۷
آپاندیسیت	-	-	-	-	-	-	۰/۴۳	۲	۰/۴۳	۲	۰/۳۴	۱	۵۵۷	۱۱۸	۵۶۹	۶۰

ملاحظة: داده‌های آماری پرونده‌های بیمارستان بستری در ۸ بیمارستان تأمین اجتماعی تهران بزرگ

جدول شماره ۷. توزیع فراوانی جامعه مورد بررسی بر حسب بستری، هزینه کل،
و متوسط سرانه به ریال در بخشهای طبی و جراحی

ردیف	گروه سنی	تعداد	تعداد بستری		هزینه		متوسط هزینه سرانه			
			طبی	کل	طبی	جراحی	طبی	جراحی		
۱	۰-۹	۲۵	۸۳	۱۲۱،۴۵۶،۱۲۱	۱۱۱،۴۵۶،۱۲۱	۱۵۳،۸۲،۶۶۶	۱،۱۱۴،۳۲۹	۳۹،۶۷۵	۶۷۸،۹۴	
۲	۱۰-۱۹	۳۴	۵۷	۱۹۹،۳۳۲،۵۲۰	۲۸،۵۵۸،۲۱۰	۲۳۸،۹۰،۷۳۰	۱،۱۳۳،۲۱۰	۶۷۸،۲۱۴	۷۸۳،۱۹۴	
۳	۲۰-۲۹	۴۲	۷۰	۲۵۸،۷۳۶،۶۰۱	۴۳،۶۷۵،۱۰۸	۲۰۳،۴۸۸،۷۰۹	۹۷۶،۵۵۶	۶۲۳،۹۲۰	۷۳۶،۶۵۴	
۴	۳۰-۳۹	۴۸	۹۰	۳۳۸،۸۴۰،۶۶۹	۷۵،۵۵۷،۱۶۷	۲۱۳،۶۹۷،۸۳۶	۱،۱۴۰،۹۲۹	۸۴۳،۹۶۹	۹۲۵،۸۸۸	
۵	۴۰-۴۹	۴۳	۹۲	۲۸۹،۹۳۳،۷۰۹	۷۱،۳۳۰،۰۹۸	۲۶۰،۶۵۳،۸۰۷	۱،۲۰۰،۰۰۰	۷۵۵،۲۱۸	۸۴۴،۹۴۰	
۶	۵۰-۵۹	۴۰	۸۸	۲۶۶،۵۷۳،۳۳۶	۸۱،۵۶۱،۷۷۱	۲۳۸،۳۳۶،۱۰۷	۱،۷۰۸،۸۷۳	۹۳۰،۳۶۷	۱،۱۳۸،۶۸۰	
۷	۶۰-۶۹	۴۷	۱۸۴	۴۰۳،۱۱۲،۳۹۱	۱۸۱،۳۴۴،۸۱۵	۵۸۴،۵۳۷،۳۰۶	۱،۷۶۵،۶۶۶	۹۸۵،۵۷۰	۱،۳۳۵،۷۷۷	
۸	۷۰-۷۹	۳۶۷	۱۴۳	۲۸۷،۵۷۳،۵۸۴	۱۰۵،۵۳۳،۴۶۵	۳۹۳،۱۱۱،۷۳۸	۱،۷۳۳،۶۹۷	۷۴۳،۱۲۵	۷۳۳،۱۲۵	
۹	۸۰-۸۹	۵۲	۲۹	۳۰۰،۷۲۸،۳۰۳	۳۸،۸۶۱،۸۹۴	۶۹،۵۶۰،۱۹۷	۲،۰۳۸،۵۶۳	۱،۳۳۰،۰۵۵	۱،۳۳۳،۳۳	
۱۰	۹۰-۱۰۰	۹	۳	۷۰،۸۴۰،۷۵۵	۹۴۶،۷۵	۸۰،۱۹،۸۳۰	۱،۱۸۰،۶۶۶	۳۱۴،۲۱۵	۸۷۷،۷۵۸	
جمع	۰-۱۰۰	۳۰۰۰	۸۳۸	۲،۱۶۲	۲۰،۳۰۳،۵۶۳،۳۹۸	۶۷۰،۵۶۵،۷۲۸	۲،۸۷۴،۱۲۹،۱۲۶	۱،۳۳۷،۱۵۰	۸۰۰،۱۹۸	۹۵۸،۶۴۳

منابع: داده‌های آماری پرونده‌های بیماران بستری در ۸ بیمارستان تأمین اجتماعی تهران بزرگ

جدول شماره ۸: توزیع فراوانی سالمندان (جوان و پسر) و غیر سالمندان بر حسب گروههای

سنی، جنس، کل و متوسط هزینه سرانه در درمان مستقیم و غیر مستقیم به ریال

ردیف	گروه سنی	تعداد	هزینه در زمان مستقیم				هزینه در زمان غیر مستقیم				مجموع کل	وزن	مرد	کل	وزن	مرد	کل	وزن	مرد	کل	وزن	مرد																									
			مجموع	وزن	مرد	کل	مجموع	وزن	مرد	کل													مجموع	وزن	مرد	کل	مجموع	وزن	مرد	کل																	
۱	۵۸-۱۰۰	۲۱۸	۱۲۴۳۹۶۵۰	۱۸۱۸۸۱۰۰	۱۸۱۸۸۱۰۰	۱۸۱۸۸۱۰۰	۱۸۱۸۸۱۰۰	۱۸۱۸۸۱۰۰	۱۸۱۸۸۱۰۰	۱۸۱۸۸۱۰۰	۱۸۱۸۸۱۰۰	۱۸۱۸۸۱۰۰	۱۸۱۸۸۱۰۰	۱۸۱۸۸۱۰۰	۱۸۱۸۸۱۰۰	۱۸۱۸۸۱۰۰	۱۸۱۸۸۱۰۰	۱۸۱۸۸۱۰۰	۱۸۱۸۸۱۰۰	۱۸۱۸۸۱۰۰	۱۸۱۸۸۱۰۰	۱۸۱۸۸۱۰۰	۱۸۱۸۸۱۰۰	۱۸۱۸۸۱۰۰	۱۸۱۸۸۱۰۰	۱۸۱۸۸۱۰۰	۱۸۱۸۸۱۰۰	۱۸۱۸۸۱۰۰	۱۸۱۸۸۱۰۰																		
۲	۴۰-۵۷	۶۹۲	۱۷۶۳۹۵۸۱۱	۲۸۲۱۳۳۳۸	۲۸۲۱۳۳۳۸	۲۸۲۱۳۳۳۸	۲۸۲۱۳۳۳۸	۲۸۲۱۳۳۳۸	۲۸۲۱۳۳۳۸	۲۸۲۱۳۳۳۸	۲۸۲۱۳۳۳۸	۲۸۲۱۳۳۳۸	۲۸۲۱۳۳۳۸	۲۸۲۱۳۳۳۸	۲۸۲۱۳۳۳۸	۲۸۲۱۳۳۳۸	۲۸۲۱۳۳۳۸	۲۸۲۱۳۳۳۸	۲۸۲۱۳۳۳۸	۲۸۲۱۳۳۳۸	۲۸۲۱۳۳۳۸	۲۸۲۱۳۳۳۸	۲۸۲۱۳۳۳۸	۲۸۲۱۳۳۳۸	۲۸۲۱۳۳۳۸	۲۸۲۱۳۳۳۸	۲۸۲۱۳۳۳۸	۲۸۲۱۳۳۳۸	۲۸۲۱۳۳۳۸	۲۸۲۱۳۳۳۸	۲۸۲۱۳۳۳۸	۲۸۲۱۳۳۳۸	۲۸۲۱۳۳۳۸	۲۸۲۱۳۳۳۸	۲۸۲۱۳۳۳۸	۲۸۲۱۳۳۳۸	۲۸۲۱۳۳۳۸	۲۸۲۱۳۳۳۸	۲۸۲۱۳۳۳۸	۲۸۲۱۳۳۳۸	۲۸۲۱۳۳۳۸	۲۸۲۱۳۳۳۸	۲۸۲۱۳۳۳۸	۲۸۲۱۳۳۳۸	۲۸۲۱۳۳۳۸	۲۸۲۱۳۳۳۸	
۳	۱۰۰-۷۵	۱۸۵	۳۹۰۵۷۶۷۳	۱۶۷۳۲۱۶۸۰	۱۶۷۳۲۱۶۸۰	۱۶۷۳۲۱۶۸۰	۱۶۷۳۲۱۶۸۰	۱۶۷۳۲۱۶۸۰	۱۶۷۳۲۱۶۸۰	۱۶۷۳۲۱۶۸۰	۱۶۷۳۲۱۶۸۰	۱۶۷۳۲۱۶۸۰	۱۶۷۳۲۱۶۸۰	۱۶۷۳۲۱۶۸۰	۱۶۷۳۲۱۶۸۰	۱۶۷۳۲۱۶۸۰	۱۶۷۳۲۱۶۸۰	۱۶۷۳۲۱۶۸۰	۱۶۷۳۲۱۶۸۰	۱۶۷۳۲۱۶۸۰	۱۶۷۳۲۱۶۸۰	۱۶۷۳۲۱۶۸۰	۱۶۷۳۲۱۶۸۰	۱۶۷۳۲۱۶۸۰	۱۶۷۳۲۱۶۸۰	۱۶۷۳۲۱۶۸۰	۱۶۷۳۲۱۶۸۰	۱۶۷۳۲۱۶۸۰	۱۶۷۳۲۱۶۸۰	۱۶۷۳۲۱۶۸۰	۱۶۷۳۲۱۶۸۰	۱۶۷۳۲۱۶۸۰	۱۶۷۳۲۱۶۸۰	۱۶۷۳۲۱۶۸۰	۱۶۷۳۲۱۶۸۰	۱۶۷۳۲۱۶۸۰	۱۶۷۳۲۱۶۸۰	۱۶۷۳۲۱۶۸۰	۱۶۷۳۲۱۶۸۰	۱۶۷۳۲۱۶۸۰	۱۶۷۳۲۱۶۸۰	۱۶۷۳۲۱۶۸۰	۱۶۷۳۲۱۶۸۰	۱۶۷۳۲۱۶۸۰	۱۶۷۳۲۱۶۸۰	۱۶۷۳۲۱۶۸۰	۱۶۷۳۲۱۶۸۰

منابع: داده‌های آماری پرونده‌های بیمارستان بستری در ۸ بیمارستان تامین اجتماعی تهران بزرگ

جدول شماره 9. توزیع فراوانی جامعه مورد بررسی بر حسب سن، جنس، و هزینه خدمات دارویی و تشخیصی

ردیف	گروه سنی	تعداد	(A) متوسط هزینه آرایش		(B) متوسط هزینه زینت‌های		(C) متوسط هزینه الکترواساها خدمات		(D) متوسط هزینه دارو		(A+B+C) متوسط هزینه پاراکلیک	
			کل	وزن	کل	وزن	کل	وزن	کل	وزن	کل	وزن
1	0-4	120	13,826	12,914	12,914	12,914	12,914	12,914	12,914	12,914	12,914	12,914
2	5-14	204	12,914	12,914	12,914	12,914	12,914	12,914	12,914	12,914	12,914	12,914
3	15-19	111	12,914	12,914	12,914	12,914	12,914	12,914	12,914	12,914	12,914	12,914
4	20-29	111	12,914	12,914	12,914	12,914	12,914	12,914	12,914	12,914	12,914	12,914
5	30-39	111	12,914	12,914	12,914	12,914	12,914	12,914	12,914	12,914	12,914	12,914
6	40-49	111	12,914	12,914	12,914	12,914	12,914	12,914	12,914	12,914	12,914	12,914
7	50-59	111	12,914	12,914	12,914	12,914	12,914	12,914	12,914	12,914	12,914	12,914
8	60-69	111	12,914	12,914	12,914	12,914	12,914	12,914	12,914	12,914	12,914	12,914
9	70-79	111	12,914	12,914	12,914	12,914	12,914	12,914	12,914	12,914	12,914	12,914
10	80-89	111	12,914	12,914	12,914	12,914	12,914	12,914	12,914	12,914	12,914	12,914
جمع		1000	12,914	12,914	12,914	12,914	12,914	12,914	12,914	12,914	12,914	12,914

ساخته: داده‌های آماری پرونده‌های بیمارستان بستری در بیمارستان تامین اجتماعی تهران بزرگ

جدول شماره ۱۰: توزیع فراوانی سالمندان و غیرسالمندان برحسب سن، جنس،
و هزینه خدمات دارویی و تشخیصی

ردیف	گروه سنی	هزینه آرایش (A)		هزینه رادیولوژی (B)		هزینه الکتروپاسا خدمات (C)		هزینه دارو (D)		هزینه پاراکلینیک (A+B+C)		مجموعه
		زن	مرد	زن	مرد	زن	مرد	زن	مرد	زن	مرد	
۱	۵۹-۰۰	۲۱,۲۵۰	۱۱,۱۱۸	۲۱,۵۶۳	۱۵,۸۶۳	۶,۳۳۵	۵,۳۳۱	۲۱,۳۳۷	۲۱,۳۳۷	۲۱,۳۳۵	۲۱,۳۳۳	۱
۲	۱۰۰-۶۰	۸۱,۵۶۵	۲۱,۹۳۳	۲۴,۸۶۳	۲۶,۵۶۳	۱۱,۳۳۳,۹۱۲	۴,۳۳۰	۸۶,۳۳۳	۱۲,۳۳۵	۱۰,۵۸۷	۱۱۱,۹۳۲	۲

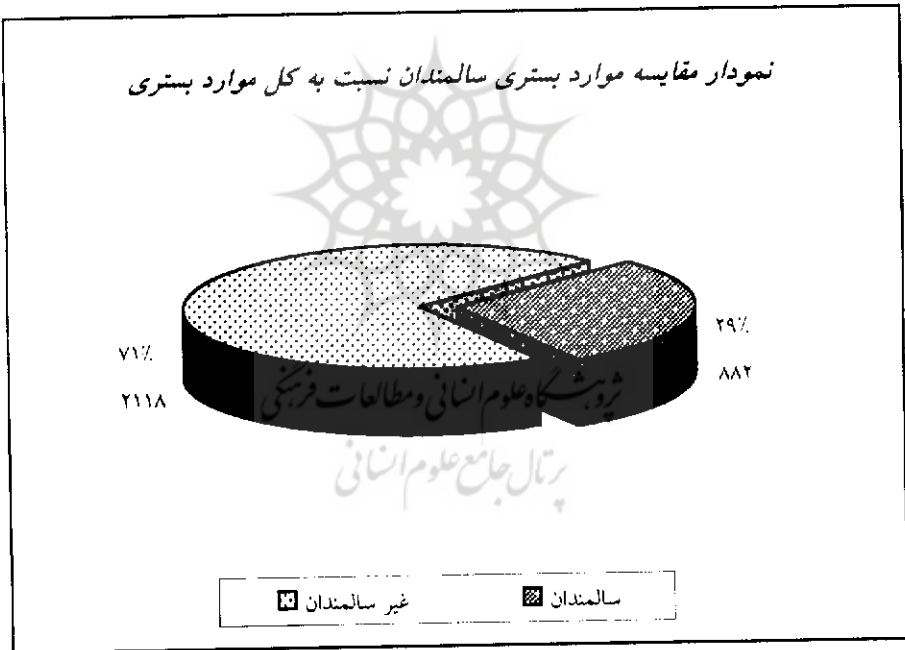
ملاحظه: داده‌های آماری پرونده‌های بیمارستان بستری در ۸ بیمارستان تأمین اجتماعی تهران بزرگ

۵-۲. تجزیه و تحلیل پژوهش

براساس جداول ارایه شده می‌توان نتیجه گرفت که سهم گروه سنی سالمند و به‌خصوص سالمندان جوان در اشغال تخت‌های بستری بسیار بالا است. یا عنایت به آمار دفتر آمار و محاسبات اقتصادی و اجتماعی سازمان تأمین اجتماعی که جمعیت سالمندان بیمه شده و مستمری‌بگیر را ۴ درصد جمعیت کل بیمه‌شدگان برآورد کرده است، اشغال حدود ۳۰ درصد تخت‌ها توسط این عده، بیانگر فراوانی زیاد بستری این گروه در مقابل افراد غیرسالمند است.

مطلب فوق در نمودار زیر (مقایسه موارد بستری سالمندان نسبت به کل موارد بستری) نشان

داده شده است.



شایان ذکر است که میزان بستری سالخوردگان در آمریکا به نقل از گزارش مؤسسه ملی سالمندان آمریکا در سال ۱۹۸۴، حدود ۴۰ درصد پذیرش بیمارستانها بوده است. (مسعود حاتمی،

(۱۳۷۷)

نکته مهم دیگر، سهم زیاد درمان غیرمستقیم نسبت به درمان مستقیم در پذیرشهای بیمارستانی است که می‌تواند ناشی از تعداد اندک بیمارستانهای سازمان باشد. با عنایت به درصد پایین اشغال تخت مراکز ملکی (حدود ۶۵ درصد) به نظر می‌رسد، عواملی همچون کیفیت آرایه خدمات درمانی، نحوه مراقبت و پرستاری و رفتار پرسنل بیمارستانها از عوامل کاهش سهم بستری در درمان مستقیم است.

اختصاص بیش از ۲۲ درصد از کل موارد بستری در درمان غیرمستقیم به مراکز غیر طرف قرارداد در سال ۱۳۷۷، نیز بیانگر تمایل بیمه‌شدگان به مراکز درمانی خصوصی غیر طرف قرارداد است.

در حالی که در گروه غیر سالمند تقریباً تعداد زنان و مردان برابر است در گروه سالمندان، مردان ۶۱ درصد و زنان ۳۹ درصد را تشکیل می‌دهند که این امر باید مورد بررسی دقیق‌تری واقع شود.

نتیجه پژوهش نشان می‌دهد با توجه به تعداد کمتر بیمه‌شدگان حرف و مشاغل آزاد و اختیاری (۹ درصد جمعیت بیمه‌شدگان) و با در نظر گرفتن بخشنامه فنی ۶۲۰/۱ که این گونه بیمه‌شدگان را مکلف به معاینات دقیق قبل از بیمه شدن می‌کند و اخذ فرانشیز از این گروه در مراکز ملکی، مراجعه آنان بسیار کمتر از بیمه‌شدگان اجباری بوده است که می‌تواند به عنوان یک سیاست انقباضی مورد بررسی قرار گیرد.

بالاترین متوسط اقامت، مربوط به گروه سنی ۸۰ تا ۸۹ سال است (۱۱/۴۹ روز) که در مقایسه با میانگین اقامت (۷/۲۲ روز) نشانگر تفاوت عمده متوسط اقامت این گروه با غیر سالمندان است. با توجه به اطلاعات پیشگفت در زمینه بیماریهای شایع گروههای مورد بررسی نکات زیر شایان ذکر است:

۱. بیماریهای عروقی قلب به عنوان چهارمین بیماری شایع در گروه غیر سالمند مطرح شده است، در حالی که در تمام مراجع پزشکی معتبر مهم‌ترین عامل خطرزای بیماری، سن بالاست. در این خصوص با توجه به عواملی همچون کم تحرکی، چاقی، مصرف دخانیات، چربی بالا و استرسهای مختلف باید اذعان نمود سن بیماران عروق قلب در کشور ما به تدریج کاهش یافته که می‌باید در جهت عوامل به ویژه تصحیح عادات غذایی اقدام عاجل کرد.

۲. شکستگیهای استخوان که معمولاً به عنوان بیماریهای شایع دوران سالمندی مطرح می‌شود، در کشور ما شایع‌ترین عامل بستری در گروه غیرسالمند است که باید عوامل آن به دقت شناسایی شده و با آن مقابله شود.

۳. در بیماریهایی همچون بزرگی خوش خیم پروستات و آب مروارید به‌طورکامل وابستگی به سن مشهود است و به ندرت در غیرسالمندان دیده شده است.

در ارتباط با هزینه‌ها با اینکه در این بررسی، معیار سنجش هزینه‌ها تعرفه‌های مصوب وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بوده است که به نظر می‌رسد با هزینه‌های واقعی به‌ویژه در بخش خصوصی غیر طرف قرارداد فاصله بسیار زیادی دارد، لیکن حدود ۳۷ درصد هزینه مربوط به سالمندان بوده که ۳۰ درصد موارد بستری را تشکیل داده‌اند. این نسبت در استرالیا در سالهای ۱۹۸۹-۱۹۹۰، به ازای ۱۲ درصد جمعیت سالمندان ۳۴/۶ درصد هزینه بستری بوده است که با یافته‌های این پژوهش نیز همخوانی دارد. (چوی ۱۹۹۸) با عنایت به جمعیت ۴ درصدی سالمندان به کل جمعیت در تهران بزرگ، اختصاص ۳۷ درصد کل هزینه‌های بستری به آنان نشانگر سهم بالای این گروه در هزینه‌های بستری سازمان تأمین اجتماعی است. با توجه به آزمون "کای دو" تفاوت معناداری بین شاخصهای هزینه‌ای گروه سالمندان و غیرسالمندان وجود دارد. (غیرسالمندان هزینه سرانه‌ای بالغ بر ۸۸۴،۷۷۹ ریال و سالمندان بالغ بر ۱،۲۰۲،۵۴۳ ریال داشته‌اند) با توجه به در نظر گرفته نشدن بسیاری از هزینه‌ها در درمان مستقیم (هزینه‌های سرمایه‌ای، هزینه فرصت و...) و پایین تر بودن هزینه درمان غیرمستقیم، در این پژوهش به نظر می‌رسد درمان بیماران در بخش درمان غیرمستقیم به صلاح و صرفه سازمان خواهد بود.

با تحلیل جداول مربوط به هزینه‌های پاراکلینیکی می‌توان دریافت که با افزایش سن و به واسطه ماهیت مزمن بیماریها که اغلب نیز علائمی گمراه کننده دارند، نیاز به اقدامات تشخیصی و هزینه‌های دارویی به شدت افزایش می‌یابد که این خود مؤید افزایش هزینه‌های مربوط در سالمندان نسبت به غیرسالمندان است.

۵-۳. نتیجه‌گیری نهایی

سالمندی پدیده‌ای است که باعث ایجاد تغییراتی در بدن انسان می‌شود که این تغییرات می‌تواند

زمینه‌ساز ایجاد انواع بیماریها و مشکلات روانی و اجتماعی شود. این بیماریها اکثراً ماهیتی مزمن دارند و علائم بالینی آنها در گروه سالمندان و غیرسالمندان تفاوت دارد. این نکته باعث ایجاد هزینه‌های تشخیصی - درمانی اضافه‌تری خواهد شد که با توجه به افزایش روزافزون سالمندان لزوم برنامه‌ریزی منسجمی را در رویارویی با ناتوانیهای اجتماعی و مراقبتهای بهداشتی - درمانی این گروه سنی از جامعه طلب می‌کند.

این موضوع زمانی اهمیتی بیشتر می‌یابد که در بایم افزایش تعداد سالمندان در جامعه علاوه بر کاهش نیروی کار با افزایش بار تکفل جامعه همراه خواهد بود که این هر دو پدیده منفی و زیانبار از نظر اقتصادی باعث ایجاد عدم تعادل در منابع و مصارف سازمانهای بیمه‌گر، به خصوص سازمان تأمین اجتماعی می‌شود.

در این راستا و با توجه به اهمیت موضوع، کشورهای پیشرفته سالهاست که تحقیقات اولیه را در این زمینه شروع کرده‌اند و برنامه‌ریزیهای منسجمی را نیز جهت مرتفع نمودن این مشکلات طراحی کرده‌اند. نتایج نهایی این طرح تحقیقاتی تا حدود زیادی منطبق بر آمار و ارقام مطالعات مشابه در کشورهای مختلف است. این نتایج عبارتند از:

۱. با توجه به اینکه حدود ۴ درصد از کل بیمه‌شدگان تأمین اجتماعی در تهران بزرگ (در سال ۱۳۷۷) سالمند بودند، اما حدود ۳۰ درصد از موارد بستری را تشکیل می‌دادند.

۲. به دلیل ماهیت مزمن بیماریهای گروه سالمندان، مدت اقامت در این گروه سنی بالاتر از گروه سنی غیرسالمند است. براساس پژوهش حاضر، مدت زمان بستری سالمندان $\frac{1}{3}$ برابر غیرسالمندان است.

۳. بیماریهای قلبی - عروقی، آب مروارید، شکستگیهای استخوانی، بزرگی خوش‌خیم پروستات و سکتة مغزی به ترتیب پنج بیماری شایع در گروه سنی سالمند هستند. اکثر این بیماریها دارای فاکتورهای مستعدکننده‌ای مانند چربی بالا، بالا بودن فشارخون، کم‌تحرکی، چاقی، استعمال دخانیات، پوکی استخوانها، و غیره هستند که می‌توان با ایجاد کلینیکهای مشاوره‌ای و کاهش بروز این فاکتورها، از به‌وجود آمدن یا پیشرفت آنها جلوگیری نمود. این نکته عامل مهمی در کاهش تعداد موارد بستری و در نتیجه کاهش هزینه‌های مربوط خواهد بود.

۴. بنا به اطلاعات حاصله بیش از ۳۷ درصد از کل هزینه‌های خدمات درمانی انجام شده به گروه

سنی سالمند اختصاص دارد. این نکته با در نظر گرفتن نسبت جمعیت سالمند بیمه شده در تهران بزرگ از اهمیت بالایی برخوردار است.

از طرف دیگر میانگین هزینه یک بار بستری در کل و متوسط هزینه‌های سرانه تشخیصی - درمانی، مانند آزمایش، دارو، رادیولوژی، انواع الکترو، و سایر خدمات در گروه سنی سالمند به نحو چشمگیری بالاتر است (حدود ۵۰-۶۰ درصد).

با در نظر گرفتن نرخ رشد سریع جمعیت سالمندان در آینده‌ای نزدیک، در خواهیم یافت که سازمان تأمین اجتماعی به زودی شاهد افزایش بیمه‌شدگان سالمند خود خواهد شد. این تغییر ترکیب جمعیتی با عوارض مختلف اجتماعی و اقتصادی همراه است که از جنبه اقتصاد درمان می‌توان به افزایش هزینه‌ها به شکل معناداری اشاره کرد. بنابراین به نظر می‌رسد که متولیان امر بهداشت و درمان کشور و برنامه‌ریزان تأمین اجتماعی می‌باید ضمن تجدیدنظر در سیاستهای بیمه‌ای و بهداشتی - درمانی با سازماندهی مجدد خدمات رفاهی و درمانی مراکز مربوط، با افزایش کیفیت زندگی و سالهای عمر سالمندان از تحمیل هزینه‌های اضافی جلوگیری کنند. در بررسیهای به عمل آمده مشخص شده است که هنوز برنامه‌ریزی اصولی برای مراقبتهای بهداشتی - درمانی سالمندان در سطح کشور تدوین نشده و تحقیقات نیز در این زمینه بسیار اندک است. به همین جهت هیچ‌گونه الگو و استانداردی جهت ارائه خدمات بهداشتی - درمانی به این گروه سنی وجود ندارد.

از سوی دیگر، زمینه‌های علمی مناسبی نیز در نظام آموزشی دانشگاههای علوم پزشکی در نظر گرفته نشده است و بسیاری از پزشکان از بیماریهای خاص این گروه و علایم بالینی در مواردی متفاوت آنان چندان شناختی ندارند که این خود باعث ایجاد هزینه‌های اضافی در مراکز بهداشتی - درمانی می‌شود.

۵-۴. پیشنهادها

پیشنهادهای کاربردی پژوهش حاضر با توجه به یافته‌ها و نتایج آن در دو سطح ملی و سازمانی (منظور در سطح سازمان تأمین اجتماعی است) به شرح زیر ارائه می‌شود:

الف. پیشنهادهایی در سطح ملی.

۱. تنظیم و تدوین الگوی کلی جهت ارایه راهبرد ملی. با توجه به اینکه مسئله سالمندی پدیده‌ای اجتماعی است و برخورد با عوارض و آثار منفی و زیانبار آن نیاز به مشارکت ملی دارد، به نظر می‌رسد که کلیه سازمانهایی که به نحوی در این امر دخیل هستند (مانند سازمان بهزیستی، سازمان بازنشستگی کشور، سازمانهای بیمه‌گر و...) می‌توانند در قالب یک مجموعه و زیر نظر وزارت بهداشت به عنوان هماهنگ‌کننده اصلی نسبت به تعیین راهبرد ملی اقدام کنند.

۲. تجدید ساختار مدیریتی. از آنجا که یکی از مهم‌ترین عوامل دستیابی به اهداف هر طرح و برنامه‌های چگونگی و ساختار مدیریت آن نظام است و از طرف دیگر ضمانت اجرایی هر گونه راهبرد، عاملهایی مانند تعهد و مدیریت قوی است به نظر می‌رسد جهت هماهنگیهای بین بخشی و دسترسی به اطلاعات لازم، بالاخص در تنظیم اسناد پزشکی، نیاز به تغییر ساختار مدیریتی وجود داشته باشد.

۳. بالا بردن سطح آگاهی عمومی. افزایش آگاهی عمومی با هماهنگی متخصصان رسانه‌های گروهی و بهره‌جستن از جراید می‌تواند نقش مهمی در زمینه توسعه مراقبتهای بهداشتی سالمندان و کاهش هزینه‌های درمان آنها داشته باشد.

۴. تشکیل دوره‌های آموزشی تخصصی طب سالمندان به منظور تربیت پزشکان متخصص.

۵. با توجه به عدم شناخت کافی از بیماریهای خاص سالمندان. به نظر می‌رسد، گنجاندن برنامه‌های مدونی جهت تدریس چگونگی مراقبتهای بهداشتی - درمانی سالمندان در واحدهای درس پزشکان عمومی و پیراپزشکان بسیار مؤثر باشد.

ب. پیشنهادهایی برای سازمان تأمین اجتماعی

۱. آموزش توجیهی کارکنان شاغل در مراکز درمانی سازمان و مسئولان در ارتباط با مراقبتهای بهداشتی - درمانی سالمندان.

۲. استفاده از متخصصان و فارغ‌التحصیلان بایگانی مدارک پزشکی در بیمارستانها و دفاتر اسناد پزشکی.

۳. آموزش علمی پرسنل شاغل در بخش بایگانی مدارک پزشکی در بیمارستانها و دفاتر اسناد پزشکی.

۴. مکانیزه کردن نظام بایگانی بیمارستانها و دفاتر اسناد پزشکی.

۵. ایجاد درمانگاهها و مراکز مشاوره پزشکی مخصوص گروههای سنی سالمندان تا گروه مزبور به صورت منظم و ادواری در مراکز مربوط مورد معاینه قرار گیرند. اجرای این پیشنهاد در جهت حذف مراجعه‌های غیر ضروری و تأمین رضایت خاطر این گروه سنی است.

۶. تلاش جهت راه‌اندازی بانک اطلاعاتی به منظور دستیابی به سیستم اطلاعات مدیریتی.

۷. به دلایل ماهیت مزمن بیماریهای مربوط به سالمندان، پیشنهاد مشخص در خصوص پلی‌کلینیکها و مراکز درمانی سازمان تأمین اجتماعی این است که در این مراکز می‌توان از پزشکان عمومی که دوره‌های آموزشی کوتاه مدت در زمینه اختلالات بالینی سالمندان را طی کرده‌اند استفاده کرد که این گروه فقط مسئولیت معاینه سالمندان مراجعه‌کننده را بر عهده داشته باشند. با مراجعه افراد سالمند به درمانگاه و شناسایی آنان با کارت مخصوص (و یا متمایز بودن رنگ دفترچه‌های این گروه سنی)، بدون اینکه مانند سایر بیماران در فهرست پذیرش قرار گیرند، جهت معاینه به پزشک مربوط مراجعه کرده و پس از معاینه، پرونده‌ای که حاکی از شرح حال مختصر بیمار و داروها و آزمایشهای تجویز شده باشد تهیه و تنظیم می‌شود. در صورت نیاز به ارجاع به متخصصان نیز از طریق پزشک مربوط و با برگه‌های خاصی به متخصص مراجعه شده و پس از انجام معاینه متخصص مجدداً با شرح اقدامات انجام شده به پزشک اولیه مراجعه می‌کنند. این روند ضمن حفظ حرمت و تأمین رضایت این گروه سنی، از مراجعات غیر ضروری نیز می‌کاهد.