

شناسایی چالش‌های بیمه‌ای سالمندان تحت پوشش سازمان تأمین اجتماعی^۱

شیوا پروائی^۲

چکیده

هدف: پژوهش حاضر با هدف شناسایی چالش‌های بیمه‌ای سالمندان بازنشسته یا مستمری‌بگیر تحت پوشش سازمان تأمین اجتماعی در استفاده از خدمات درمانی انجام شده است.

روش: این مطالعه با رویکرد کیفی و به روش تحلیل مضمون انجام شد. داده‌ها از طریق مصاحبه‌های نیمه ساختاریافته فردی و گروهی با ۶۵ نفر از بازنشستگان و مستمری‌بگیران ۶۰ سال و بالاتر تحت پوشش سازمان تأمین اجتماعی گردآوری شد. مشارکت‌کنندگان طی یک سال اخیر از مراکز درمانی این سازمان خدمات درمانی دریافت کرده بودند. نمونه‌گیری به صورت ترکیبی از نمونه‌گیری با حداکثر تنوع و نمونه‌گیری نظری انجام شد و فرایند گردآوری داده‌ها تا رسیدن به اشباع مفهومی ادامه یافت.

یافته‌ها: چالش‌های بیمه‌ای سالمندان در چهار مضمون سازمان‌دهنده شامل ناکارآمدی سیستم بیمه‌ای، محدودیت‌های پوشش بیمه‌ای، بحران نوبت‌دهی و زمان انتظار، فشارهای مالی بر بیماران و خانواده شناسایی شد. مضمون کلیدی حاکم بر یافته‌ها «شکاف سیستمی میان تعهدات بیمه‌ای و توان اجرایی» است که در سه سطح شکاف پوشش (عدم پوشش مؤثر خدمات دندانپزشکی، فیزیوتراپی، تجهیزات کمک پزشکی و پرستاری در منزل)، شکاف دسترسی (نوبت‌دهی معیوب و بوروکراسی پیچیده) و شکاف مالی (پرداخت سنگین از جیب و فشار مالی بر سالمندان و خانواده‌ها) خود را نشان می‌دهد.

نتیجه‌گیری: سالمندان بازنشسته با چند نوع طرد ساختاری مواجه‌اند: طرد درمانی، طرد تجهیزاتی و طرد مراقبتی. فقدان بیمه مراقبت طولانی‌مدت و پوشش پرستاری در منزل، بخش قابل توجهی از بار مراقبت از سالمندان را به خانواده‌ها منتقل می‌کند. یافته‌ها نشان می‌دهد محدودیت‌های بیمه‌ای و پرداخت‌های مستقیم می‌تواند به تشدید نابرابری در دسترسی سالمندان به خدمات سلامت

۱- این مقاله برگرفته از طرح پژوهشی با حمایت مالی مؤسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی انجام شده است.

۲- استادیار گروه جمعیت‌شناسی، دانشگاه تهران، تهران، ایران. Shiva. Parvahi@ut.ac.ir

منجر شود. این شرایط می‌تواند به تشدید نابرابری در دسترسی به خدمات سلامت و کاهش اعتماد سالمندان به نظام بیمه‌ای منجر شود اصلاح این وضعیت نیازمند بازطراحی بنیادین نظام بیمه‌ای بر اساس گسترش پوشش نیازهای اساسی سالمندی، کاهش سهم پرداخت از جیب و بازتعریف سلامت به عنوان حقی همگانی است.

واژه‌های کلیدی: سالمندان؛ بیمه درمانی؛ سازمان تأمین اجتماعی؛ پوشش بیمه‌ای؛ جامعه‌شناسی سلامت.

۱. مقدمه

ایران در آستانه تغییرات جمعیتی قرار دارد که پیامدهای آن ابعاد نظام سلامت و رفاه اجتماعی را تحت تأثیر قرار خواهد داد. یکی از دستاوردهای مهم طی چند دهه اخیر در ایران، ارتقای وضعیت بهداشت، سلامت و امید به زندگی است. این موفقیت ناشی از بهبود نظام بهداشت و درمان و افزایش دسترسی مردم به خدمات بهداشتی و درمانی طی چند دهه گذشته است. در کنار کاهش مرگ و میر و افزایش امید به زندگی، کاهش باروری به‌ویژه طی دو دهه اخیر نیز بر افزایش سهم گروه سنی سالمندان تأثیرگذار بوده است. علاوه بر این، جامعه ایران طی دهه پس از انقلاب، تجربه دوره باروری بالا (نسل انفجار جمعیت) را داشته است که این نسل، افزایش جمعیت سالمندان را در دهه‌های آتی رقم خواهد زد.

بر اساس آخرین آمارها، در سال ۲۰۲۴، ۷۹ درصد از جمعیت کشور را افراد ۶۵ سال و بالاتر تشکیل می‌دهند (بانک جهانی، ۲۰۲۴) و این در حالی است که سهم این گروه سنی در سال ۱۳۹۵، ۶۱ درصد گزارش شده بود. سهم گروه سنی ۶۰ سال و بالاتر نیز ۹٫۳ درصد بود (مرکز آمار ایران، ۱۳۹۷). اگرچه این ارقام نشان‌دهنده رشد صعودی نسبت جمعیت سالمندان است، اما آنچه بیش از وضعیت کنونی نگران‌کننده است، پیش‌بینی‌های جمعیتی برای دهه‌های آتی است. سازمان ملل متحد (۲۰۱۵) پیش‌بینی می‌کند که تا سال ۲۰۵۰، سهم افراد ۶۰ سال و بالاتر به ۳۱٫۲ درصد (نزدیک به ۲۹ میلیون نفر) و سهم افراد ۶۵ سال و بالاتر به ۲۲ درصد (بیش از ۲۰ میلیون نفر) از کل جمعیت ایران خواهد رسید (سازمان ملل، ۲۰۱۵). این جهش جمعیتی در گروه سنی سالمندان، نظام تأمین اجتماعی کشور را به‌طور بی‌سابقه‌ای با چالش‌های ساختاری، مالی و خدماتی روبه‌رو خواهد ساخت. در این میان، سازمان تأمین اجتماعی به‌عنوان بزرگترین نهاد بیمه‌گر اجتماعی در ایران، بیش از سایر نهادها در معرض فشارهای ناشی از این موج سالمندی قرار دارد.

سالمندی جمعیت پدیده‌ای صرفاً کمی نیست، بلکه ماهیت و الگوی تقاضای خدمات سلامت را به‌طور کیفی دگرگون می‌کند. تغییر ساختار سنی جمعیت، مستقیماً الگوی بیماری‌ها را تحت‌الشعاع قرار می‌دهد و بار سنگین بیماری‌های مزمن و ناتوانی‌های مرتبط با افزایش سن را به همراه می‌آورد. مطالعات ایرانی نشان می‌دهد که ۳۴٫۲ درصد از سالمندان به یک بیماری مزمن و ۶۵٫۸ درصد به دو بیماری مزمن و بیشتر مبتلا هستند (دهیادگاری و صافی‌زاده، ۱۳۹۹) و میزان شیوع بیماری‌های مزمن در بین سالمندان بیش از دو سوم سایر گروه‌های سنی است (ایمانی و دیگران، ۱۳۹۴). بنابراین سالمندان به دلیل کاهش عملکرد جسمی و شیوع بالای بیماری‌های زمینه‌ای، به مهم‌ترین مصرف‌کنندگان خدمات سلامت و درمان تبدیل می‌شوند (ممتاز و دیگران، ۲۰۱۲؛ شادمی، ۲۰۱۳). درنهایت این گروه جمعیتی

یکی از عوامل اصلی افزایش بار مراجعه به مراکز بهداشتی و درمانی هستند (اسچفیلد و ارنست^۱، ۲۰۰۶؛ کلی^۲ و دیگران، ۲۰۱۵) و وجود بیماری‌های مزمن، تقاضایی پیچیده‌تر و چندوجهی‌تر را برای نظام سلامت رقم می‌زند (یام^۳ و دیگران، ۲۰۰۹). میانگین دفعات مراجعه سالمندان به پزشکان سه برابر و دفعات بستری در بیمارستان پنج برابر سایر گروه‌های سنی است (علیزاده و دیگران، ۱۳۹۲) و مخارج درمان و سلامت خانوارهای دارای سالمند به طور معنی‌داری نسبت به سایر خانوارها بیشتر است (یحیوی دیزج و دیگران، ۱۳۹۸). با این توصیف، فشار مضاعفی که سالمندی جمعیت بر نظام سلامت و درمان تحمیل می‌کند در چارچوب نظام بیمه‌ای سازمان تأمین اجتماعی به مراتب حساس‌تر می‌شود، چرا که این سازمان باید هم‌زمان با افزایش تعداد بیمه‌شدگان سالمند و همچنین پیچیدگی و هزینه بالای خدمات مورد نیاز آن‌ها مواجه شود.

با این حال، آنچه مسئله را پیچیده‌تر می‌کند، نبود دانش کافی درباره چالش‌های خاصی است که سالمندان تحت پوشش سازمان تأمین اجتماعی در مواجهه با نظام بیمه درمانی با آن روبرو هستند. سازمان تأمین اجتماعی با وجود پوشش گسترده، در ارائه خدمات بیمه‌ای متناسب با نیازهای ویژه سالمندان با خلأهایی مواجه است. با توجه به مطالب فوق، مسئله محوری پژوهش حاضر آن است که با وجود رشد بی‌سابقه جمعیت سالمندان در ایران و فشار فزاینده ناشی از آن بر سازمان تأمین اجتماعی به عنوان اصلی‌ترین متولی بیمه درمانی بازنشستگان، آگاهی چندانی از چالش‌های عینی سالمندان در تعامل با نظام بیمه درمانی وجود ندارد. از این رو، این پژوهش در پی آن است که به شناسایی و دسته‌بندی چالش‌های بیمه‌ای سالمندان تحت پوشش سازمان تأمین اجتماعی بپردازد.

۲. پیشینه نظری

یکی از مفاهیم مرتبط، «بیمارستان‌های دوستدار سالمندان» است که توسط سازمان بهداشت جهانی (۲۰۰۴) معرفی شده است. چنین بیمارستان‌هایی صرفاً بر درمان بیماری تمرکز ندارند، بلکه با اتکا بر اصولی چون آموزش کارکنان، سیستم‌های اداری متناسب با نیازهای ویژه سالمندان و محیط‌های فیزیکی مبتنی بر اصول طراحی جهانی، به دنبال بهبود کیفیت زندگی، سلامت و امنیت سالمندان هستند (کیم^۴ و دیگران، ۲۰۱۷). این ضرورت از آنجا ناشی می‌شود که سالمندان به دلیل بیماری‌های مزمن متعدد، محدودیت‌های شناختی و عملکردی و نیز آسیب‌پذیری‌های روانی-اجتماعی نظیر انزوا و وابستگی، نیازمند طراحی متفاوتی در خدمات بهداشتی نسبت به سایر گروه‌های سنی هستند

1- Schofield & Earnest.

2- Kelley.

3- Yam.

4- Kim.

(کوکاکوک^۱ و دیگران، ۲۰۲۰). سازمان بهداشت جهانی (۲۰۰۴) اصول سه‌گانه‌ای را برای چنین بیمارستان‌هایی معرفی کرده است: نخست، «اطلاعات، آموزش و ارتباطات»؛ دوم، «سیستم‌های مدیریت مراقبت‌های بهداشتی»؛ و سوم، «محیط‌های فیزیکی» مبتنی بر اصول طراحی جهانی. پژوهشگران مختلف نیز چارچوب‌هایی برای این بیمارستان‌ها ارائه داده‌اند که از سیاست‌های مدیریتی و فرایندهای مراقبت تا محیط فیزیکی و اخلاق حرفه‌ای را در برمی‌گیرد (چیو و چن^۲، ۲۰۰۹؛ پارک و برند^۳، ۲۰۰۴؛ وانگ^۴ و دیگران، ۲۰۱۴).

در پیوند با این الگوی خدمت، مفهوم «رضایت بیمار» به عنوان سازه‌ای چندبعدی، ذهنی و پویا تعریف می‌شود که حاصل قضاوت فرد از تطابق انتظارات پیشین با تجربه واقعی دریافت خدمت است (باتباتار^۵ و دیگران، ۲۰۱۵). این مفهوم نه تنها یکی از شاخص‌های اصلی کیفیت مراقبت‌های بهداشتی و درمانی شناخته می‌شود (شولمیستر^۶ و دیگران، ۲۰۰۵)، بلکه سنگ‌بنای ارزیابی موفقیت نهادهای بهداشتی محسوب می‌گردد (رامساران فودار^۷، ۲۰۰۵). به بیان دونابدیان^۸ (۲۰۰۵)، رضایت بیمار، خود یکی از پیامدهای کلیدی خدمات درمانی است که می‌تواند کیفیت ساختارها و فرایندهای ارائه خدمت را بازنمایی کند. ابعاد و شاخص‌های رضایت بیمار در مطالعات گوناگون با تنوع زیادی ارائه شده است. اسکاتی^۹ (۲۰۰۵) عواملی چون دسترسی، شایستگی فنی، تداوم مراقبت، مهارت‌های بین‌فردی، ارتباطات شفاف، محیط فیزیکی مناسب، هزینه درک‌شده و توجه به همراهان بیمار را تعیین‌کننده می‌داند. ویر^{۱۰} و همکاران (۱۹۷۸) بر هنر مراقبت، کیفیت فنی، امور مالی و اثربخشی مراقبت تأکید داشتند. هال و دورنان^{۱۱} (۱۹۹۰) نیز مؤلفه‌هایی چون دسترسی، انسان‌دوستی، اطلاع‌رسانی، بوروکراسی، امکانات فیزیکی و نتیجه مراقبت را در مدل خود گنجانده‌اند.

در تبیین نظری رضایت، چند دیدگاه مکمل یکدیگر وجود دارد. مدل «انتظارات-عدم تأیید» رضایت را نتیجه مقایسه انتظارات پیشین با تجربه واقعی می‌داند (باتباتار و دیگران، ۲۰۱۵). نظریه «تحقق نیازها» (ورسینگتون^{۱۲}، ۲۰۰۶) مطرح می‌کند که رضایت مستقیماً از نتایج عینی تجربه ناشی می‌شود،

1- Kocakoc.

2- Chiou & Chen.

3- Parke & Brand.

4- Wong.

5- Batbaatar.

6- Schulmeister.

7- Ramsaran-Fowdar.

8- Donabedian.

9- Scotti.

10- Ware.

11- Hall & Dornan.

12- Worthington.

نه صرفاً از مقایسه با انتظارات. مدل‌های «شناختی-عاطفی» (البور^۱، ۱۹۹۳، ۱۹۹۷) عاطفه را به‌عنوان مؤلفه‌ای مهم به مدل رضایت اضافه می‌کنند و تأکید می‌کنند که رضایت بیمار ترکیبی از بُعد منطقی (کیفیت درمان) و بُعد عاطفی (احترام و همدلی) است. «نظریه مبادله اجتماعی» بر رابطه متقابل بیمار و ارائه‌دهنده تمرکز دارد و رضایت را نتیجه تعاملات مثبت مبتنی بر اعتماد متقابل می‌داند (هال، ۲۰۰۳؛ باتباتار و دیگران، ۲۰۱۵). نهایتاً، «نظریه عدالت» (باتباتار و دیگران، ۲۰۱۵) رضایت را زمانی محقق می‌داند که فرد نسبت میان داده‌های خود (پول، زمان، درد و رنج) و ستاده‌های خدمت (میزان بهبود سلامت) را منصفانه تلقی کند.

۳. روش پژوهش

پژوهش حاضر با رویکرد کیفی و با بهره‌گیری از مصاحبه نیمه ساختاریافته، چالش‌های بیمه‌ای سالمندان بازنشسته و مستمری‌بگیر سازمان تأمین اجتماعی را در استفاده از خدمات درمانی بررسی کرده است. جامعه مورد مطالعه، افراد ۶۰ سال و بالاتر تحت پوشش این سازمان بودند که معیارهای ورود زیر را احراز می‌کردند: وضعیت بازنشستگی یا مستمری‌بگیری، تمایل به مشارکت در پژوهش، و دریافت خدمات درمانی از مراکز ملکی سازمان تأمین اجتماعی در یک سال اخیر. برای انتخاب مشارکت‌کنندگان از دو راهبرد نمونه‌گیری هدفمند استفاده شد: (۱) نمونه‌گیری با حداکثر تنوع بر اساس جنسیت، گروه‌های سنی و مراکز درمانی مختلف؛ و (۲) نمونه‌گیری نظری برای توسعه و اشباع مقوله‌ها. داده‌ها از طریق مصاحبه‌های فردی و گروهی، در بیمارستان‌ها، درمانگاه‌ها و پلی‌کلینیک‌های ملکی سازمان تأمین اجتماعی در شهر تهران گردآوری شد. مجموع مشارکت‌کنندگان ۶۵ نفر بود و نمونه‌گیری تا دستیابی به اشباع مفهومی ادامه یافت. دامنه سنی شرکت‌کنندگان از ۶۰ تا ۹۰ سال و میانگین سنی آنان ۷۰ سال بود؛ این گستردگی امکان داد تا پژوهش حاضر، دیدگاه‌های دو طیف «سالمندان جوان» و «سالمندان کهن‌سال» را در تحلیل چالش‌های بیمه‌ای پوشش دهد.

لازم به ذکر است معیار دریافت خدمات درمانی در یک سال اخیر موجب می‌شود پژوهش، تجربه «مراجعه‌کنندگان بالفعل» را پوشش دهد و دیدگاه سالمندانی که به‌دلیل همین موانع بیمه‌ای هرگز موفق به دریافت خدمت نشده‌اند، در این پژوهش لحاظ نشده است. این مرزبندی، اگرچه امکان گردآوری داده‌های غنی از تعامل مستقیم با نظام درمانی را فراهم کرد، اما دامنه تعمیم‌پذیری یافته‌ها را به سالمندان مراجعه‌کننده محدود می‌سازد.

داده‌های مصاحبه‌ای با تکنیک تحلیل مضمون و بر اساس روش آتراید-استیرلینگ^۲ (۲۰۰۱) کدگذاری

1- Oliver.

2- Attride-Stirling.

و مقوله‌بندی شدند. مضامین در سه سطح «پایه» (کدهای اولیه)، «سازمان‌دهنده» (حاصل ترکیب مضامین پایه) و «فراگیر» (اصول حاکم بر متن) دسته‌بندی شد. برای تضمین کیفیت و اعتبار پژوهش، راهبرد روش‌شناختی مشخصی در تمام مراحل مطالعه به کار گرفته شد. در این راستا، ارائه توصیف غنی و جزئی از فرایند پژوهش و نیز درگیری طولانی‌مدت پژوهشگر با موضوع و میدان مطالعه، به واقعی بودن و عمق داده‌های گردآوری‌شده اعتبار بخشید. گردآوری و تحلیل داده‌ها به‌طور هم‌زمان انجام شد؛ به این صورت که پس از هر مصاحبه، کدگذاری بلافاصله آغاز می‌گردید و انتخاب مشارکت‌کنندگان بعدی بر اساس مفاهیم و مقوله‌های نوظهور صورت می‌گرفت. همچنین، سؤالات اولیه مصاحبه در طول پژوهش به‌تدریج گسترش یافته و برخی پرسش‌ها نیز در جریان مصاحبه‌ها شکل می‌گرفتند. در بخش یافته‌ها، فرایند کدگذاری چندسطحی در قالب جداول مستندسازی شد که به شفافیت و اطمینان‌پذیری نتایج می‌افزاید. برای هر مقوله، توصیفی عمیق همراه با شواهد و نقل‌قول‌های مستقیم از داده‌های میدانی ارائه شد تا اعتبار تفسیرها تقویت شود. همچنین، به منظور افزایش اعتبار کدگذاری، بخشی از مصاحبه‌ها توسط دو کدگذار مستقل کدگذاری شد و درصد توافق میان آن‌ها بالای ۷۰ درصد محاسبه گردید. در موارد بروز اختلاف‌نظر، با بحث و تبادل نظر تا حصول توافق پیش رفتیم.

۴. یافته‌های پژوهش

یکی از چالش‌های اساسی سالمندان بازنشسته در دسترسی و بهره‌مندی از خدمات درمانی، چالش‌های بیمه‌ای است که شامل بحران نوبت‌دهی و زمان انتظار، ناکارآمدی سیستم بیمه‌ای، محدودیت‌های پوشش بیمه‌ای، فشارهای مالی بر بیماران و خانواده است. این چالش‌ها نشان‌دهنده شکاف سیستمی میان تعهدات بیمه‌ای و توان اجرایی است. در جدول زیر مضامین اولیه، سازمان‌دهنده و فراگیر ارائه شده است:

جدول شماره ۱. مضامین اولیه، سازمان‌دهنده و فراگیر

مضامین اولیه	مضامین سازمان‌دهنده	مضمون فراگیر
ضعف نوبت‌دهی اینترنتی، سیستم نوبت‌دهی معیوب، صف‌های طولانی انتظار، بحران دسترسی به پزشکان متخصص، طولانی‌شدن زمان انتظار	بحران نوبت‌دهی و زمان انتظار	شکاف سیستمی میان تعهدات بیمه‌ای و توان اجرایی

مضمون فراگیر	مضامین سازمان دهنده	مضامین اولیه
شکاف سیستمی میان تعهدات بیمه‌ای و توان اجرایی	ناکارآمدی سیستم بیمه‌ای	پوشش ناقص خدمات، نارضایتی از بیمه تکمیلی، پایین بودن سقف بیمه تکمیلی، سودمحوری به جای خدمت‌رسانی، بوروکراسی ناکارآمد
	محدودیت‌های پوشش بیمه‌ای	عدم پوشش آزمایش‌های تشخیصی خاص، محدودیت پوشش بیمه‌ای داروهای خاص، پوشش بیمه‌ای ضعیف خدمات دندانپزشکی، پوشش بیمه‌ای ضعیف خدمات فیزیوتراپی، محدودیت پوشش بیمه‌ای برای دارو، پوشش بیمه‌ای پایین تجهیزات کمک پزشکی، محدودیت در پوشش حق ویزیت پزشک، فقدان پوشش هزینه‌های پرستاری در منزل
	فشارهای مالی بر بیماران و خانواده	سهم بالای پرداخت از جیب، هزینه‌های کمرشکن درمان، کفایت پایین مستمری بازنشستگی، هزینه‌های جانبی درمان، استفاده خصوصی از خدمات دندانپزشکی، استفاده خصوصی از خدمات تخصصی

۴-۱. بحران نوبت‌دهی و زمان انتظار

یکی از چالش‌های ساختاری و مدیریتی، بحران نوبت‌دهی و زمان انتظار برای سالمندان است. نتایج پژوهش نشان می‌دهد سیستم نوبت‌دهی معیوب، ضعف نوبت‌دهی اینترنتی، صف‌های طولانی انتظار، بحران دسترسی به پزشکان متخصص، طولانی‌شدن زمان انتظار برای دریافت خدمات ضروری از مهم‌ترین مشکلات نوبت‌دهی و زمان انتظار است.

تجربه زیسته مصاحبه‌شوندگان نشان می‌دهد سیستم نوبت‌دهی معیوب یکی از چالش‌های اصلی سالمندان در بهره‌مندی از خدمات درمانی است. سیستم نوبت‌دهی معیوب، ارزش زمان افراد سالمند را بی‌ارزش تلقی می‌کند. بنابراین چالش اصلی، نادیده‌انگاری ارزش زمانی سالمندان است. همچنین سیستم نوبت‌دهی موجود، حساس به سن نیست و نیازهای ویژه سالمندان بازنشسته را در نظر نگرفته است. این چالش در گفته‌های مصاحبه‌شوندگان دیده می‌شود:

نوبت که می‌خوایم بگیریم سخته و حتماً باید حضوری بیایم که همین امروز باعث شد من ساعت ۴ صبح نمازم خوندم بلند شدم بیام. هرچی می‌گیریم یا گوشی رو بر نمی‌دارن یا جواب نمیدن یا وقت پُره (مرکز جراحی ابوریحان، مرد، ۷۲ ساله).

نه هیچ وقت تلفنی وقتی نگرفتم همیشه حضوری اومدم وقت گرفتم و مکافاته برنامه‌ای هم نیست هر چی رفتم تو اینترنت راهنمایی نکرد که مثلاً ساعت شش صبح باید بیای. من صبح زود اومدم هشت نشده اومدم (مرکز جراحی ابوریحان، مرد، ۶۷ ساله).

پنج صبح باید بیای اینجا نوبت بگیري. دکتر ساعت ده صبح میاد، الان من چشم پزشکی نوبت گرفتم هنوز دکتر نیومده. تلفنی جواب نمیدن. اشغاله همش. (درمانگاه قدس شریف، مرد، ۷۵ ساله).

همان‌طور که روایت‌های مصاحبه‌شوندگان نشان می‌دهد سیستم معیوب نوبت‌دهی پیامدهایی را برای سلامت و کیفیت زندگی سالمندان به دنبال دارد. در این زمینه سالمندان به مواردی مانند نیاز به بیدار شدن در ساعات غیرمعمول، انتظارهای طولانی در مراکز درمانی، اتلاف وقت و انرژی، استرس و فشار روانی اشاره کرده‌اند.

علاوه بر همه این‌ها، مصاحبه‌شوندگان به ناکارآمدی و ضعف نوبت‌دهی اینترنتی نیز اشاره کرده‌اند که موجب می‌شود آنها ناچار باشند برای گرفتن نوبت، حضوری به مراکز درمانی مراجعه کنند که همین مراجعه حضوری، به‌ویژه در ساعات طاقت‌فرسا، خستگی، اتلاف زمان و انرژی و حتی کاهش اعتماد به سیستم درمانی را به دنبال دارد. همچنین باتوجه‌به اینکه برخی از افراد مسن به لحاظ شرایط جسمی‌شان نیاز به همراهی فرزندان دارند، سیستم معیوب نوبت‌دهی و صف‌های طولانی انتظار، موجب اختلال در برنامه‌ریزی شغلی فرزندان می‌شود. همه این‌ها در نهایت، اعتماد به نظام سلامت و درمان تأمین اجتماعی را لطمه می‌زند.

من میام توانش دارم اون‌ی که نمی‌تونه سنش از من کم تره من الان ۷۲ سالمه، همسرم ۶۵ سال ولی از نظر اطلاعات اینا همسرم تنهایی نمیتونه. حضوری بخواد بیاد وسیله نباشه من نباشم دسترسی به من نداشته باشه بچه‌ها هم که کار خودشون می‌کنن کسی نمیدان. من پسر کوچیکم ۳۶ سالشه اصلاً نمی‌تونه بیاد، حوصله نداره بیاد تو این اداره‌جات و اینا. (مرکز جراحی ابوریحان، مرد، ۷۲ ساله).

دخترم نتونست گفت ماما هر کار می‌کنم همیشه نوبت گرفت اینترنتی. خیلی سخته وقت گرفتن، ساعت ۴ و نیم اومدم اینجا الان ساعت ۱۲ هست (مرکز جراحی ابوریحان، زن، ۷۲ ساله).

بنابراین تجربیات زیسته مصاحبه‌شوندگان نشان‌دهنده سیستم نوبت‌دهی معیوبی است که دارای پیامدهایی در سطح فردی بر کیفیت زندگی و سلامت سالمندان و هم در سطح اجتماعی و کلان بر اعتماد نهادی به نظام تأمین اجتماعی است.

یکی از چالش‌های دیگر، شلوغی و صف‌های طولانی انتظار برای دریافت خدمات درمانی است. سالمندان به دلیل محدودیت‌های جسمی و مشکلات حرکتی، آسیب‌پذیری روانی به دلیل استرس ناشی از انتظار و اغلب وابستگی به همراه برای مراجعه به مراکز درمانی، بیش از سایر گروه‌های سنی از شلوغی و انتظار طولانی در مراکز درمانی متأثر می‌شوند.

من صبح تا حالا سر دردم یه بار رفتم صبحانه خوردم اومدم خب اذیت کنندست دیگه واسه کسی که یه خورده بیمارم هست. حالا دندانپزشکی نه ولی مثلاً یه کسی اومده برای مغز اعصاب اومده مثلاً برای قلب اینا یه خورده براشون سخت میشه باید یه جوری باشه که اینا یه جور سریع‌تر راه بیفتن، باید تعداد پزشک رو بیشتر کنن (مرکز جراحی ابوریحان، زن، ۶۰ ساله).

تمام بیمارستانی دولتی اذیت میکنن. هیچ‌وقت تو میلاد موفق نشدم. دیگه ماها که اطراف شهریم سخته دیگه تا اینجا بخوایم بیایم. نیست جاهایی که آدم بره راحت، دارم، یکی هست مریضه دست و پاش نداره. باید این همه راه صبح و ظهر راه بیفته از نظر مالییم ضعیفن این همه راه بخواد بیاد کی بلند شه که شیش صبح اینجا باشه که حالا دو ساعت با اون حالش صبر کنه که نوبت بگیره (پلی کلینیک شهید دکتر محمد زارع، زن، ۶۸ ساله).

تجربیات زیسته مصاحبه‌شوندگان نشان می‌دهد بیماران سالمند مجبور هستند ساعت‌های متمادی در صف انتظار بمانند درحالی که بسیاری از آنها از شرایط جسمانی نامطلوبی رنج می‌برند. این شرایط می‌تواند بر زندگی سالمندان پیامدهای منفی چون افزایش خطر ابتلا به عفونت در محیط‌های شلوغ، کاهش رضایت از خدمات درمانی، احساس نادیده گرفته شدن و غیبت همراهان بیمار از کار را به دنبال داشته باشد.

یکی از چالش‌های دیگر، بحران دسترسی به پزشکان متخصص برای سالمندان است. باتوجه به اینکه افراد مسن به بیماری‌های مزمن چندگانه مبتلا هستند، بیش از سایر گروه‌ها به پزشکان متخصص نیاز دارند. همچنین باتوجه به پیچیدگی درمان در دوران سالمندی، نیاز دارند با متخصصان مختلف جهت تنظیم دوز دارو مشاوره دارویی داشته باشند.

وقت گرفتن اگه بخوای تخصصی بگیري آره مشکل داریم به این راحتی نمی‌تونی وقت بگیري. اینجا ما مشکلاتمون در رابطه با پزشکه مثلاً الان اینجا ارتوپد در ماه یه دفعه میاد روزای پنجشنبه. ما نمی‌دونیم اصلاً چه جوری میشه وقت گرفت. وقت گرفتنش خیلی سخته باید کم کم دو ساعت پشت تلفن بمونیم یا از این چیزا که ستاره دارا میزنی به زور میاره هی ارور میده. (مرکز جراحی ابوریحان، زن، ۶۵ ساله).
دکتر تو مطب خودش کار می‌کنه، بیمارستان یه ساعت میاد، براش به صرفه نیست، پس خیلی طول می‌کشه تا نوبت بگیري اگه نیاز به دکتر داشته باشید (بیمارستان لبافی نژاد، مرد، ۷۰ ساله).

تجربیات مصاحبه‌شوندگان نشان می‌دهد هم تعداد متخصصان در مراکز درمانی محدود است و هم اینکه هر یک از متخصصان، زمان بسیار کمی را در مراکز دولتی حضور دارند و اولویت پزشکان به حضور در مطب‌های خصوصی است. در نتیجه سالمندان ناچار هستند زمان طولانی (گاه نزدیک یک ماه) در صف انتظار باشند یا اینکه به دلیل طولانی بودن نوبت‌های مراکز تأمین اجتماعی، به ناچار به مطب‌های خصوصی مراجعه کنند که فشار مالی مضاعفی را به خانواده تحمیل می‌کند، نارضایتی از بیمه تأمین

اجتماعی را افزایش می‌دهد و در نهایت اعتماد به نظام درمانی تأمین اجتماعی را خدشه دار می‌کند.

یکی از چالش‌های مرتبط با نوبت‌دهی، طولانی شدن زمان انتظار برای دریافت خدمات ضروری است که زمینه نارضایتی را فراهم می‌کند. صف‌های طولانی انتظار نوعی شکنجه جسمی و روانی به‌ویژه برای افراد مسن و بیمار است. در این زمینه می‌توان از خشونت انتظار علیه سالمندان در نظام سلامت صحبت کرد. سالمندانی که نیاز ضروری به دریافت خدمات دارند ولی باید روزهای طولانی در انتظار نوبت باشند. این انتظار موجب تأخیر در فرایند تشخیص و درمان نیز می‌شود.

حتی در این مراکز این هنجار القا می‌شود که انتظار طولانی برای دریافت خدمات، طبیعی است و در صورتی که عجله دارید یا نمی‌توانید انتظار را تحمل کنید به دیگر مراکز درمانی، به‌ویژه مراکز بخش خصوصی مراجعه کنید. همچنین لازم به ذکر است که در مراکز درمانی، شرایط خاص سالمندان به‌ویژه سالمندان کهن‌سال نادیده گرفته می‌شود. باید توجه داشت که پیامدهای این چالش فراتر از سلامت فردی، سرمایه اجتماعی سازمان تأمین اجتماعی را تخریب می‌کند.

بیمارستان‌های تأمین اجتماعی خیلی سخته. مثلاً یکی مثل بیمارستان میلاد. هر وقت میریم میگه امروز همیشه این کار انجام بدیم برو هفته بعد. قبلاً خواهرم خب پارتی بازی می‌کرد و می‌رفتم یه روز کارام انجام می‌داد. واقعاً خیلی سخته نوبت دهیش، الان این دکتر برام نوشته برو اورژانسی ولی اون به من میگه برو یک ماه دیگه بیا. (پلی کلینیک شهید دکتر محمد زارع، زن، ۶۸ ساله).

نوبتاش طولانیه، دکتراش کمه، ولی بیمارستانا شلوغن، مثلاً برای سونوگرافی بیست روز بیست و پنج روز بهت وقت بده (درمانگاه تخصصی آزادی، مرد، ۷۳ ساله).

خیلی مشکله برام نوبت گرفتن مثلاً من الان امروز اومدم رفتم آزمایش گفتن که فیبر داری تو رحمت بعد نوبت بهم داده ساعت یک من تا دو نیم نشستم تا دکتر اومده با این حال، دو و نیم دکتر اومده دکتر زنان متخصص ارجاع داده برو یدونه سونوگرافی دیگه بگیر باید بری پیش آندولولوژی. الان رفتم وقت گرفتم می‌گفت همیشه دیگه آنقدر التماس کردم گفتم من با این حال نمی‌تونم بیام تو رو خدا! اگه میشه یه وقت زود بهم بده، وقت داد برا شنبه صبح که بیام (بیمارستان میلاد، زن، ۷۰ ساله).

در مجموع می‌توان گفت نظام سلامت و درمان تأمین اجتماعی با ایجاد صف‌های طولانی و فرایند معیوب نوبت‌دهی که بحث شد، نوعی خشونت ساختاری علیه بیماران سالمند اعمال می‌کند. این سیستم معیوب فشارهای جسمی و روانی بر افراد مسن تحمیل می‌کند، گاه شرایط اورژانسی بیماران سالمند را نادیده می‌گیرد، انتظار طولانی برای نوبت را عادی‌سازی می‌کند تا فرصت اعتراض را از آنها سلب می‌کنند. در مجموع پیامد همه این شرایط، کاهش اعتماد به نظام سلامت و در واقع تخریب سرمایه اجتماعی سازمان تأمین اجتماعی است.

۴-۲. ناکارآمدی سیستم بیمه‌ای

یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد پوشش ناقص خدمات، نارضایتی از بیمه تکمیلی، پایین بودن سقف بیمه تکمیلی، سودمحموری به جای خدمت‌رسانی، و بوروکراسی ناکارآمد حکایت‌گر ناکارآمدی سیستم بیمه‌ای است. یکی از نشانه‌های ناکارآمدی سیستم بیمه‌ای، پوشش ناقص خدمات است که یکی از دلایل آن به این موضوع برمی‌گردد که بسیاری از نیازهای سالمندان را به عنوان مشکلات طبیعی و ناشی از افزایش سن تلقی می‌کنند و خدمات توانبخشی، فیزیوتراپی و دندانپزشکی و ... را مشمول بیمه نمی‌کنند.

روایت‌های مصاحبه‌شوندگان نشان می‌دهد بسیاری از درمانگاه‌ها فاقد دستگاه‌هایی مانند نوار قلب یا ام‌آر‌آی هستند و بیماران مجبورند برای انجام این موارد به بیمارستان‌ها یا بخش خصوصی مراجعه کنند. این محدودیت‌ها به ویژه برای بیماران سالمند و کهن‌سال که مشکلات جسمی و حرکتی دارند، چالش‌برانگیز است.

اینجا کمتر نداشت بیمارستان قلب رفتم وصل کردم. یه سری چیزا رو آدم باید بره بیرون مثلاً اگه ام‌آر‌آی بنویسن باید آدم بره بیرون چون نداره اینجا. داروها مونم اینجا دارو داشته بعضی چیزا رو گرفتیم بعضی هم که نداشته بیرون گرفتیم. همه داروها رو نداره اینجا (مرکز جراحی ابوریحان، زن، ۶۰ ساله).

یکی دیگر از نشانه‌های ناکارآمدی سیستم بیمه‌ای، پایین بودن سقف بیمه تکمیلی است و این موضوع یکی از چالش‌های اصلی سالمندان است که دسترسی آنان به خدمات درمانی را به شدت محدود می‌کند. سقف پایین بیمه تکمیلی، سالمندان را از حقوق کامل سلامت محروم می‌کند. در مصاحبه‌های انجام شده، برخی از سالمندان اشاره می‌کنند که سقف بیمه تکمیلی آن‌ها برای خدمات گران‌قیمتی مانند اسکن قلب، ام‌آر‌آی یا فیزیوتراپی بسیار پایین است و تنها بخش کمی از هزینه‌ها را پوشش می‌دهد. این مسئله باعث می‌شود آن‌ها مجبور شوند مبالغ قابل توجهی را از جیب پرداخت کنند، درحالی‌که بسیاری از آن‌ها به دلیل هزینه‌های زندگی روزمره، توان مالی کافی برای تأمین این هزینه‌ها را ندارند.

بیمه تکمیلی گفت سقفت پره من یک میلیون و خوردمای خودم دادم. آزمایش رفتم کامل بدم گفت همش شما سیصد تومن آزمایش می‌تونی بدی (مرکز جراحی ابوریحان، زن، ۶۶ ساله).

تحت پوشش نیست یعنی من هر دفعه یه دکتر مغز و اعصاب و میرم میام نوارش، ام‌آر‌آیش میشه ۴ میلیون. دو ماه یدفعه تجدید دارو کنم. اونوقت دکتر متخصص هر سری نوار میگیره میگه من باید ببینم کارکرد مغزت چجوریه بعد برات دارو بنویسم. کم و زیاد خوب شدنت و باید بدونم. من دوست داشتم با دفترچه بیمه همه کارامو با این انجام بدم که از اون بودجه‌ای که می‌ریزن به حسابم بیشتر خرج کارای تغذیه هست، مهمانه، بچست، لباسه همه چی هست دیگه. آبه برقه شارژه. خیلی سخته باید اینو من

به عناوین مختلف صرفه جویی بکنم تا برسونم. خیلی سخته. پام هم که زانوم خیلی شدیداً درد میکنه. باسنم ضعف استخوان داره. هر سری درازای این هفت هشت تومن شاید حدود دو تومن بیمه تکمیلی میده (درمانگاه قدس شریف، زن، ۷۰ ساله).

درنهایت یکی از ناکارآمدی‌های بیمه برای سالمندان به این برمی‌گردد که هدف بیمه‌ها به جای خدمت‌رسانی، بیشتر سودمحوری است. نظام بیمه‌ای عمدتاً منافع مالی را در اولویت قرار می‌دهد تا خدمات‌رسانی گسترده به افراد بازنشسته مسن. تصمیم‌گیری‌های حوزه بیمه در پوشش خدمات و دارو و ... عمدتاً براساس ملاحظات اقتصادی شرکت‌های بیمه است تا نیازهای واقعی افراد بازنشسته مسن. همین رویکرد درنهایت منجر به شکاف بیمه‌ای می‌شود. این شرایط هم کیفیت زندگی سالمندان را کاهش می‌دهد هم بار مالی سنگینی بر دوش خانواده‌ها قرار می‌گیرد.

بیمه هم به کار بازرگانیه مثل همه کارهای دیگه. می‌شینن برای خودشون تعریف می‌کنن که مثلاً امروز این دارو رو ما جز خدمات حساب بکنیم یا نکنیم فلان چیز رو بدیم یا فلان چیز ندیم. این اختلاف قیمت باشه یا نباشه، سودآوری خودشون رو در نظر می‌گیرن (بیمارستان صدر، مرد، ۶۸ ساله).

درمجموع عملکرد ضعیف و محدودیت‌های بیمه تکمیلی منجر شده است تا برخی از سالمندان از خدمات بیمه تکمیلی خود ناراضی باشند. نارضایتی از بیمه تکمیلی در میان سالمندان بازنشسته و مستمری‌بگیر یک مسئله جدی است. مصاحبه‌شوندگان از پوشش ناکافی، فرایند طولانی و غیرشفاف بازپرداخت و ... گلایه می‌کنند. حتی برخی از آنها اشاره کرده‌اند که حتی پس از مراجعه به کانون بازنشستگان و ارائه شکایت، پیگیری صورت نمی‌گیرد و بیمه‌گران با این استدلال که هزینه‌ها سنگین است، از بهبود و ارتقای خدمات اجتناب می‌کنند. برخی از سالمندان بازنشسته چنین روایت کرده‌اند:

ما از بیمه تکمیلی مون خیلی ناراضی هستیم. آتیه‌سازان دارو که قبول نمی‌کنه نسخه دکتر که قبول نمی‌کنه خیلی چیزها رو قبول نمی‌کنه اصلاً، به اون صورت یعنی هر چی هزینه می‌کنی چیزی عایدت نمی‌شه. حتی توی کانون بازنشسته‌ها و پیشکسوتان خانه کارگر رفتیم انتقاد کردیم شکایت کردیم پیگیری نمی‌شه میگه آتیه‌سازان همین‌ها ما بخوایم با بیمه رفاه با بیمه ایران قرار بندیم هزینه‌هاش سنگین میشه (مرکز جراحی ابوریحان، مرد، ۷۲ ساله).

تکمیلی مون به درد نمی‌خوره یعنی راضی نیستیم، آتیه‌سازان حافظ چون سرویس‌دهیش خیلی ضعیفه هر جا میریم میگه خرج کن بعد بهت میدیم بعد هم می‌خوان بدن، نمیدن (بیمارستان صدر، مرد، ۶۹ ساله).

یکی از نشانه‌های ناکارآمدی سیستم بیمه‌ای، به بوروکراسی ناکارآمد آن برمی‌گردد. فرایند اداری پیچیده و زمان‌بر بیمه تکمیلی است که نشان‌دهنده خشونت ساختاری است. فرایندهای اداری پیچیده

موجب می شود سالمندان باتوجه به شرایطشان نتوانند پیگیری مناسبی داشته باشند و در نهایت به نفع بیمه باشد. بوروکراسی فرساینده، سالمندان کمسواد را از پیگیری محروم می کند. سالمندان به دلیل پیچیدگی اداری از پیگیری بیمه تکمیلی منصرف می شوند چرا که باز پسگیری هزینه ها از بیمه تکمیلی نیازمند پیگیری طولانی است.

بیمه تکمیلی در دسر خودش رو داره. اول می پرسه میگه بیمه تکمیلی داری از بیمه تکمیلی استفاده کن فلان کن من می نویسم ال می کنم بل می کنم آخر میاد پول نقد می گیره. بعد ما هی باید دنبال بیمه بدوییم بیمه سرعتش چند برابر ماست خودت میدونی دیگه ما پیرمردیم بیمه سرعتش زیاده نمی توانیم بریم (بیمارستان صدر، مرد، ۶۹ ساله).

یه بار انجام داد آقامون رفت من یه ام آر آی انجام دادم پولش و می خواستیم بگیریم آنقدر برو اینجا برو اینجا. آخرش اصلاً نه اون پول و به ما دادن دیگه ولش کردیم (درمانگاه قدس شریف، زن، ۶۹ ساله).

تجربیات زیسته سالمندان نشان می دهد فرایندهای پیچیده اداری و زمان بر نوعی خشونت ساختاری علیه سالمندان است که گاهی آنها منجر به محرومیت آنان از حقوق بیمه ای می شود به این معنا که به دلیل دشواری پیگیری، سالمندان از پیگیری حقوق خود منصرف می شوند.

۳-۴. محدودیت های پوشش بیمه ای

نتایج پژوهش حاضر نشان می دهد عدم پوشش آزمایش های تشخیصی خاص، محدودیت پوشش بیمه ای داروهای خاص، پوشش بیمه ای ضعیف خدمات دندان پزشکی، پوشش بیمه ای ضعیف خدمات فیزیوتراپی، محدودیت پوشش بیمه ای برای دارو، پوشش بیمه ای پایین تجهیزات کمک پزشکی، محدودیت در پوشش حق ویزیت پزشک، فقدان پوشش هزینه های پرستاری در منزل از مهم ترین محدودیت های پوشش بیمه ای است.

یکی از محدودیت های پوشش بیمه ای شامل عدم پوشش آزمایش های تشخیصی خاص است. تجربیات بیماران سالمند نشان می دهد برخی از آزمایش های خاص شامل پوشش بیمه ای نمی شود. این محدودیت ها تشخیص به موقع بیماری ها را با مشکل مواجه می سازد چرا که ممکن است افراد از انجام آن منصرف شوند. به علاوه، در صورت انجام نیز هزینه های قابل توجهی به بیماران تحمیل می شود.

همه آزمایش ها رایگان نیست، دو سه ماه پیش برام آزمایش نوشتن بردمش گفت یه دوش بیمه قبول نمی کنه. یه دوش رو قبول نکرد، اون یه دونه رو ۵۲۰ تومن از من گرفت (پلی کلینیک شهید دکتر محمد زارع، زن، ۶۰ ساله).

برای آزمایش میگه باید ۷ صبح اینجا باشی شماره تموم نشده باشه نمی دونم حالا آزمایش هم که میای یه آزمایش آزاد این آزمایشو داریم اینو نداریم. (پلی کلینیک شهید دکتر محمد زارع، مرد، ۶۵ ساله).

یکی از محدودیت‌های پوشش بیمه‌ای، محدودیت در پوشش داروهای خاص است. تجربیات برخی از بیماران سالمند نشان می‌دهد داروهای مؤثر برای برخی از بیماری‌های مزمن اغلب تحت پوشش بیمه قرار ندارند و در نتیجه هزینه بالایی به خانواده‌ها تحمیل می‌شود.

پام آمپول زد برام شیش تا تو این پام شیش تا اون پام. خوب نشدم، امسال با تأمین اجتماعی رفتم قبول نکرد. رفتم مطب گرفتم زدم ۲۵ میلیون دادم یکی تو این پام زده یکی تو این پام، دو تا تو کمرم بیست و پنج میلیونم دادم. تکمیلی دارم اما قبول نکرد تکمیلی. ۲۵ میلیون آزاد دادم (پلی کلینیک شهید دکتر محمد زارع، زن، ۶۸ ساله).

یکی دیگر از محدودیت‌های پوشش بیمه‌ای شامل پوشش بیمه‌ای ضعیف خدمات دندانپزشکی است. این امر نشان‌دهنده لوکس تصور کردن خدمات دندانپزشکی برای سالمندان است، در حالی که یک نیاز درمانی است و به کیفیت زندگی سالمندان کمک می‌کند. شواهد اجتماعی نشان می‌دهد که بخش زیادی از افراد سالمند به ویژه در گروه‌های درآمدی پایین، بدون دندان هستند که عمدتاً به دلیل هزینه‌های درمانی بالا نمی‌توانند برای ترمیم و بازسازی دندان‌ها اقدام کنند. کمبود خدمات دندانپزشکی و عدم پوشش هزینه‌های آن توسط بیمه تکمیلی نشان‌دهنده بی‌توجهی به نیازهای دندانپزشکی سالمندان است.

دو سه تا از این مراکزی که تأمین اجتماعی بودن پرسیدیم، هیچ فرقی با آزاد نداشته. الان یه پروتز خیلی عادی بخوای بذاری بیرون بیست سی تومن فقط یه فکه. یکی که بازنشسته هست حتماً یه خورده تو مضیقه هستن دیگه (بیمارستان صدر، زن، ۶۲ ساله).

دندون پزشکی که رفتم همه دندونام کشیدم درد می‌کرد همش کشیدم، یه دفعه گذاشتم شکست. دیگه پول نداشتیم دوباره بذارم. دندون رو بیمه پوشش نمیده. اصلاً هیچ جا دندون نمیدارن، بیمه تأمین اجتماعی اصلاً نمی‌ذاره باید بری پول بدی (بیمارستان لبافی‌نژاد، مرد، ۷۰ ساله).

پوشش ناکافی بیمه‌های پایه و تکمیلی برای خدمات دندانپزشکی، یکی از چالش‌های اساسی به ویژه برای سالمندان است. براساس روایت‌های مصاحبه‌شوندگان، بیمه تأمین اجتماعی، خدمات دندانپزشکی را به عنوان خدمت لوکس و زیبایی در نظر می‌گیرد، نه یک نیاز ضروری. همین نگرش منجر به محدودیت‌های پوشش بیمه‌ای در این حوزه می‌شود. پیامد این وضعیت منجر به از دست دادن دندان‌ها به دلیل عدم توانایی مالی برای درمان می‌شود که کاملاً بر کیفیت زندگی سالمندان تأثیر می‌گذارد.

یکی دیگر از محدودیت‌ها به پوشش بیمه‌ای ضعیف خدمات فیزیوتراپی برمی‌گردد. پوشش ضعیف خدمات فیزیوتراپی به معنای نادیده‌نگاری نیازهای مزمن سالمندی است. در نظام درمانی به نظر می‌رسد نیازهای مزمن سالمندی (مانند دردهای مفصلی) طبیعی‌سازی می‌شوند و در نتیجه مهم تلقی نمی‌شوند در حالی که چنین خدمات توانبخشی به توانمندسازی سالمندان منتهی می‌شود و در نهایت

کیفیت زندگی آنها را بهبود می‌دهد. در نظام بیمه‌ای، درمان مهم تلقی می‌شود و خدمات مرتبط با جراحی اولویت دارد درحالی‌که خدمات توانبخشی و فیزیوتراپی به منظور حفظ استقلال عملکردی و کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به مشکلات مزمن اسکلتی-عضلانی بسیار ضروری است. پیامد این وضعیت، تشدید ناتوانی‌های جسمی، کاهش کیفیت زندگی و وابستگی بیشتر و در صورت مراجعه به بخش خصوصی، فشار مالی مضاعف به خانواده می‌شود.

خانوم من الان مشکل فیزیوتراپی داره میره ولی درمانگاه تأمین اجتماعی یا مثلاً بیمارستان‌هایی که سرویس میدن پایه تعرفه‌های سازمان تأمین اجتماعی رو نمی‌پذیرند (بیمارستان صدر، مرد، ۶۸ ساله).

یک اسکن قلب انجام بدم. اون سقفی که توی اون گزینه بوده همه رو خورده. سقفش شیش تومن و الان اسکن هم گرون شده. الان شش تومن از توی سقف من برداشته که تکمیلی دارم. تقریباً سه تومنم از خودم گرفته. الان مثلاً آدم بخواد بیرون انجام بده ده میلیون تموم میشه. ده میلیون خب شیش میلیونشو از اینجا ورمیداره. بعد من مثلاً برم فیزیوتراپی. فیزیوتراپی میگه دیگه جا نداری. سقفش خیلی کمه، مثلاً پنجاه تا گزینه رو گذاشته تو یک گروه، شیش تومن براش گذاشته. مثلاً شما اگه خدایی نکرده یه اسکن قلب بری انجام بدی شیش تومن رو برداره دیگه سقف نداره موجودی دیگه نداری تو اون چهل و نه تای بقیه اگه یک مشکل داشته باشی. اسکنی مثلاً، فیزیوتراپی، ای ام آر آی مثلاً یا پا، کمر (درمانگاه قدس شریف، مرد، ۷۰ ساله).

یکی دیگر از محدودیت‌های پوشش بیمه‌ای برای دارو است. بیمه‌ها با رویکرد اقتصادی و سودمحور، داروهای پرهزینه را بار اقتصادی تلقی می‌کنند و در نتیجه سقف پوشش بیمه‌ای برای داروهای پرهزینه بسیار پایین است یا این داروها خارج از پوشش بیمه‌ای محسوب می‌شوند. این محدودیت‌ها منجر به نابرابری بین طبقات اجتماعی در دسترسی به دارو می‌شود و قربانیان اصلی این نابرابری، سالمندان و خانواده‌های طبقات کم‌درآمد جامعه هستند.

الان من دکتر پوست اومدم ریزش شدید مو داشتم بعد به خاطر اینکه داروی کلیه می‌خوردم دکترم برام قرص دیگه تجویز نکرد گفت شامپو باید بگیرم یا یه قطره. رفتم بیرون دیدم هزینش بالایست دو ماه نتونستم بگیرم یا بعضی داروهای غضروف‌ساز و اینا که من زانو درد دارم کتقم و اینا درد میکنه. بیمه نمیده من مجبورم از بیرون تهیه کنم (مرکز جراحی ابوریحان، زن، ۶۵ ساله).

همسرم بازنشست شده ولی هنوز هم کار می‌کنه. نره کار بکنه از کجا بیارم ماهی دو میلیون تومن پول دارو میدم بیرون. بیمه تو تأمین دارو کمک نمی‌کنه. ببینید مثلاً الان من اومدم اینجا قرص غدد به من نمیدن، من دو نوع قرص معده می‌خورم یه نوع بهم میدن یه نوعش رو بهم نمیدن اگه ناشتایی رو بدن فاموتیدین رو دیگه بهم نمیدن. من برای پام قرص می‌خورم آرتروز دارم (پلی کلینیک شهید دکتر محمد زارع، زن، ۶۰ ساله).

یه داروی منو اصلاً بیمه قبول نداره، زمان عمل به من داد فقط اونو الان دیگه من دارم آزاد می‌خرم سیصد هزار تومن چهارصد هزار تومن میدم اون قرصو می‌خرم. میگن تحت پوشش بیمه نیستش. با وجود اینکه اگه اون قرص نباشه من ناخونام می‌گیره، اون قرص‌ها رو که می‌خورم اون دیگه رگای ریز من باز می‌کنه (درمانگاه تخصصی آزادی، مرد، ۷۳ ساله).

خانواده‌ها در صورت تأمین این داروها فشار مالی بالایی را تجربه می‌کنند. حتی برخی از خانواده‌ها مجبور به انتخاب بین دارو و نیازهای دیگر می‌شوند و در نتیجه بنا به اجبار از مصرف داروها اجتناب می‌کنند که این اقدام پیامدهای سنگینی برای خود سالمند و خانواده‌اش به دنبال دارد. اجتناب از مصرف داروها، بیماری را تشدید می‌کند و وضعیت سلامت جسمی بیمار تضعیف می‌شود، علاوه‌براین موجب افزایش وابستگی سالمند می‌شود و همین وضعیت خانواده‌ها را از نظر مراقبتی و مالی درگیر می‌کند.

یکی دیگر از محدودیت‌ها، پوشش بیمه‌ای پایین تجهیزات کمک پزشکی (مانند ویلچر، واکر، عینک، سمعک و ...) است. محدودیت تجهیزات پزشکی به این معناست که چنین کالاهایی برای سالمندان، لوکس و غیرضروری تلقی می‌شود و گویی به این معنا که سالمندان حق زندگی مستقل ندارند و باید در سنین سالمندی ناتوان باشند. درحالی‌که چنین کالاهایی باید به عنوان نیاز اساسی و حق بنیادین سالمندان تلقی شوند و در نظام بیمه‌ای این خدمات دیده شوند. این شرایط موجب شده دسترسی به تجهیزات کمک پزشکی به یک امتیاز طبقاتی تبدیل شود که عمدتاً اقشار متوسط و مرفه جامعه از عهده تأمین هزینه‌های آن برمی‌آیند.

هزینه‌ای که برای عینک یا سمعک میدان خیلی کمه. واسه لنز چشم هم چیزی که دادن خیلی کم بود (بیمارستان صدر، زن، ۶۲ ساله).

بیمه هیچی رو نمیده یه کمربند دو سه میلیون شد، همه رو آزاد گرفتیم (مرکز جراحی ابوریحان، زن، ۶۶ ساله).

پیامد این وضعیت، کاهش تحرک فیزیکی، کاهش تعاملات اجتماعی و انزوای سالمندان است. دسترسی به تجهیزات کمک پزشکی یک امر طبقاتی است و صرفاً طبقات مرفه جامعه توان خرید این تجهیزات کمک پزشکی با کیفیت را دارند.

یکی دیگر از محدودیت‌ها در پوشش حق ویزیت پزشکان متخصص است. پوشش ناکافی ویزیت متخصصان، فشار مضاعفی بر خانواده‌های کم‌درآمد تحمیل می‌کند. تجربیات مصاحبه‌شوندگان نشان می‌دهد پوشش ناکافی حق ویزیت پزشکان متخصص، موجب می‌شود یا بیماران از مراجعه به پزشک اجتناب کنند یا مجبور شوند هزینه‌های سنگینی را از جیب پرداخت کنند.

حق ویزیت پزشک نمیدن، بیمه‌ها خوب پوشش نمیدن که بتونن بیرون بریم نزد مطب (بیمارستان صدر، مرد، ۶۸ ساله). هرجا میرم پول ویزیت دکتر باید خودمون بدیم، بیمه به ما چیزی نمیده. اگر بیمه جاهای دیگه قبولم کنن که پانزدهم بیام اینجا چهار پنج ساعت بشینم (مرکز جراحی ابوریحان، زن، ۶۶ ساله).

محدویت آخر، فقدان پوشش هزینه‌های پرستاری و مراقبتی در منزل است. عدم پوشش پرستاری در منزل به معنای خصوصی‌سازی مراقبت و همچنین واگذاری مسئولیت به خانواده‌ها است. خدمات مراقبتی و پرستاری در منزل در بسته‌های پایه بیمه و تکمیلی وجود ندارد و همین فشار مالی زیادی به خانواده‌ها تحمیل می‌کند. علاوه بر این به فرسودگی مراقبان خانوادگی منتهی می‌شود. ضعف خدمات مراقبتی و پرستاری و عدم پوشش بیمه‌ای خدمات مراقبت در منزل و حتی خانه سالمندان، نشان‌دهنده خصوصی‌شدن و خانواده محور بودن مراقبت از سالمندان است.

«پرستار کار نمی‌کنه. شبی هم ۱،۵ میلیون می‌گیره. هیچ کاری هم نمی‌کنه. میگم که مشکلمون الان مشکل بی‌پولی. ۲۰ تومن حقوق بازنشستگی مادرم هست ولی پول ۲ هفته‌شه. این حقوق به هیچ دردی نمی‌خوره. برادرم خرج مادرو میده، همه جوره فشاره. خودمونم خسته شدیم. داریم داغون می‌شیم. الان من اومدم از اونجا، باز هفته دیگه باز چهارشنبه پنج‌شنبه جمعه شنبه من باید برم کنار مادرم باشم» (درمانگاه قدس شریف، زن، ۸۸ ساله).

۴-۴. فشارهای مالی بر بیماران و خانواده

نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد سهم بالای پرداخت از جیب، هزینه‌های کمرشکن درمان، کفایت پایین مستمری بازنشستگی، تأمین آزاد دارو، هزینه‌های جانبی درمان، استفاده آزاد و خصوصی از خدمات دندانپزشکی، استفاده آزاد و خصوصی از خدمات تخصصی، مراجعه به بخش خصوصی به اجبار، از مهم‌ترین مواردی است که فشار مالی زیادی بر بیمار و خانواده تحمیل می‌کند.

یکی از نشانه‌های فشار مالی به خانواده‌ها، سهم بالای پرداخت از جیب برای دریافت خدمات درمانی است. محدودیت‌های بیمه پایه و همچنین بیمه تکمیلی برای مثال پوشش بیمه‌ای ناکافی دارو یا عدم پوشش خدمات توانبخشی و مراقبت‌های طولانی‌مدت یا تعهدات بیمه‌ای پایین و ... موجب می‌شود خانواده‌ها برای تأمین هزینه‌های درمانی خود پرداخت از جیب بالایی داشته باشند. روایت‌های مصاحبه‌شوندگان نشان می‌دهد این وضعیت منجر به فروش دارایی‌ها، محرومیت از درمان‌های ضروری و کاهش مصرف داروهای ضروری می‌شود.

الان قرصای کلسیم ایرانی بهم نمی‌سازه خارجیش می‌خرم، ببینم گرونه هفته‌ای یکی می‌خورم. ایرانی وقتی می‌خورم خیلی اذیتم می‌کنه ناراحتی مشکل گوارشی دارم. همه رو دارم از جیب میدم (مرکز جراحی ابوریحان، زن، ۶۶ ساله).

من و خانومم هر دو مونم پا به سن شدیم. هر دو مون هم مریض. هزینه‌های درمانی مون بالا هستش. الان خانومم داروهای کبد چرب می‌خوره. داروی کبد چربش همه آزاده. خانومم کم کاری تیروئید داره. مثلاً موهای خیلی می‌ریزه. ریزش مو داره برای کم کاری تیروئید. بعد دکتر نوشته که مثلاً برای ریزش مو تمکمل بخور. خب اینارو بیمه نمیده که. من اینارو باید آزاد بخرم من خودم مثلاً برج سه که آنژیوگرافی کردم و فنر گذاشتم دکتر میگه مثلاً دو سال باید پلاویکس بخوری. میگه دو سال باید پلاویکس و بخوری از نون شبم واجب‌تره. الان شده حدوداً ششصد و پنجاه شصت هزار تومن به جعبش. (درمانگاه قدس شریف، مرد، ۷۰ ساله).

همچنین صف‌های طولانی داروخانه‌ها در مراکز دولتی و سختی‌های پیگیری موجب می‌شود برخی از سالمندان به‌ویژه سالمندان کهن‌سال، سالمندان تنها و سالمندان زمین‌گیر و ... نتوانند از این خدمات استفاده کنند. بنابراین پوشش ناکافی بیمه‌های پایه و تکمیلی در کنار فرایندهای اداری پیچیده، منجر به شکل‌گیری چرخه معیوبی در تأمین دارو شده است که فشار مالی مضاعفی بر خانوارها تحمیل می‌کند. از یک‌سو، فهرست محدود داروهای تحت پوشش و سقف‌های بیمه‌ای پایین، بیماران مسن را به سمت خرید آزاد دارو سوق می‌دهد و از سوی دیگر، صف‌های انتظار طولانی و فرایندهای زمان‌بر در داروخانه‌های دولتی باعث می‌شود بسیاری از سالمندان به‌ویژه گروه‌های آسیب‌پذیر از دریافت حتی همان داروهای محدود تحت پوشش نیز محروم بمانند.

دارو پولیه دیگه. بیمه من که هیچی رو قبول نمی‌کنه خود اینا هم میگه این دارو بیمه نیست اون یکی بیمه نیست، الان من دو سه رقم دارو استفاده می‌کنم که دارم همش آزاد می‌خرم مجبورم آزاد بخرم (بیمارستان صدر، مرد، ۶۹ ساله).

تأمین اجتماعی دیگه کاری نمی‌تونه بکنه همش داروهای آزاد می‌خوره، همش براش داره آزاد میگیره داداشم. دیگه نمیداش تأمین اجتماعی. همه رو از بیرون آزاد می‌خریم. داروهایش که هم اینجا ندارن بدن ما باید بریم آزاد بگیریم. چون همش خارجیه (درمانگاه قدس شریف، زن، ۸۸ ساله).

یکی از نشانه‌های فشار مالی به خانواده‌ها، هزینه‌های کمرشکن سلامت و درمان است که به فقیر شدن خانواده‌های دارای عضو سالمند منتهی می‌شود؛ بنابراین هزینه‌های کمرشکن سلامت به عاملی برای فقیرسازی تبدیل می‌شود چرا که درصد بالایی از حقوق یا مستمری بازنشستگی به هزینه‌های درمانی اختصاص می‌یابد.

برای متخصص روماتولوژی خصوصی میرم. میرم مطب خصوصیش. از کجا بیاریم پونزده تومن حقوق دارم، یکی دو ماهه شده ۱۵ تومن. بری مثلاً ۵۰۰ تومن ویزیت دکتر داروهایش میشه ۴ میلیون خب نصف حقوق رفت دیگه از کجا آدم میتونه تأمین کنه (درمانگاه تخصصی آزادی، مرد، ۷۳ ساله).

یکی از دلایل دیگر به کفایت پایین مستمری‌های بازنشستگی برمی‌گردد و در نتیجه سالمندان بازنشسته در مواردی تصمیم می‌گیرند که از پیگیری‌های درمانی منصرف شوند. عدم کفایت حقوق‌های

بازنشستگی باعث می‌شود که سالمندان در صورت بیماری و نیاز به پیگیری‌های درمانی، فشار مالی سنگینی را تحمل کنند. همچنین این شرایط موجب می‌شود برخی از سالمندان از پیگیری امور درمانی خود صرف‌نظر کنند که این موضوع در بلندمدت با تشدید بیماری‌ها، هزینه‌های بیشتری را به نظام سلامت و خانواده‌ها تحمیل می‌کند.

بازنشسته باید در رفاه کامل باشد. شما اینجا سن بالا رو نگاه کن از زنش و مردش ببین چطوری هشتشون گرو نه‌شونه. الان ۱۵ تومن میدن. ۱۵ میلیون تومن مال چند روز از برجه؟ شما فرض کن فرزندم نداره فقط خودشون تنهان برای چند روز از برجه؟ میوه خریدی دیگه میری بازار میوه بخری، میری ماکارانی و فلان بخری. سی سال کار بکنی ۱۵ میلیون تومن. ببین شما اگر یه مهمانی داشته باشی یه هفته، یه هفته نه نفر هفت نفر شش هفت نفر بخوان بیان خونتون چقدر باید هزینه بکنید یه مهمانی، بازنشسته نوه داره بچه داره هزینه داره خب اونم با این تورم که پونزده میلیون (بیمارستان لبافی نژاد، مرد، ۶۸ ساله).

یکی از مواردی که موجب فشار مالی به خانواده‌ها می‌شود، هزینه‌های جانبی درمان مانند کارت همراه در بیمارستان، هزینه اقامت در شهرهای بزرگ چون تهران، هزینه‌های حمل و نقل، هزینه‌های تغذیه، پارکینگ ماشین و ... است. این هزینه‌ها که عمدتاً شامل هزینه‌های رفاهی است تحت پوشش بیمه درمانی نیست و در نتیجه هزینه سنگینی بر بیماران مسن و خانواده‌هایشان تحمیل می‌کند. این موارد در واقع هزینه‌های غیرمستقیم درمان، بار مالی پنهانی است که نظام سلامت به خانواده‌ها تحمیل می‌کند.

هر روز بعد ۵ صبح که برپا می‌زدن هی می‌اومد انتظامات کارت همراه بگیرد کارت همراه تا شب نگه میداره میریم میگه همیشه میگه اول باید بری کارت همراه بگیرد می‌رفتیم پرداخت می‌کردیم، روزانه پانصد ششصد تومان میشد (بیمارستان صدر، زن، ۷۵ ساله).

راهمون دوره من الان اومدم آزمایش رو گرفتم چون کشت ادراره مثلاً باید دوشنبه بیام دوباره باید یه اسنپ بگیرم بیام، یعنی برم بیام یه تومن هشتصد تومن برا من تموم میشه. ما مشکل داریم تو رفت و آمدمون هزینه اسنپ و این چیزا (بیمارستان لبافی نژاد، زن، ۶۱ ساله).

ما هفته گذشته فقط به خاطر پارکینگ بیمارستان میلاد هفتصد هزار تومان پول دادیم. خب بیمارستان اگر دولتی خب برای چی باید برای پارکینگش هزینه بگیرن اونم اینقدر زیاد. بعد ماشینتم زیر آفتاب باشه (بیمارستان لبافی نژاد، مرد، ۶۸ ساله).

یکی از موارد دیگر که فشار مالی زیادی را به خانواده‌ها تحمیل می‌کند، استفاده خصوصی از خدمات دندانپزشکی است. دسترسی به خدمات دندانپزشکی با توجه به پوشش ناکافی بیمه‌ها و هزینه‌های بالا، معضلی جدی است. نتایج نشان می‌دهد استفاده سالمندان از خدمات دندانپزشکی یک امر طبقاتی است و دسترسی نابرابری وجود دارد. سالمندان کم‌درآمد عمدتاً مجبور به انتخاب گزینه‌های ارزان‌تر

مانند دندان مصنوعی متحرک یا حتی کشیدن دندان می‌شوند درحالی‌که سالمندان طبقات متوسط و بالا تلاش می‌کنند دندان‌های خود را از طریق روکش، کاشت دندان یا پروتز حفظ و بازسازی کنند.

عصب کشی نمی‌کنه برای ماها دیگه عصب کشی می‌خواد، ما الان دندون آقامون همه دندونای خودشه. همه رو همین دکترای بیرون تا حالا نگه داشتن (مرکز جراحی ابوریحان، زن، ۶۶ ساله).

دندونم فقط کشیدن و جرم‌گیری و به اصطلاح پر کردن و تیکه پر کردنه. اگر احتیاج به عصب‌کشی نباشه. اگر عصب‌کشی بخواد میگه برو بیرون انجام بده. روکش نمی‌کنه. تکمیلی هم هیچی نمیده (درمانگاه قدس شریف، مرد، ۷۰ ساله).

۵. نتیجه‌گیری

مضمون کلیدی که تمام یافته‌های این پژوهش را به هم پیوند می‌دهد، شکاف سیستمی میان تعهدات بیمه‌ای و توان اجرایی است. در نظام بیمه سلامت ایران، به‌ویژه برای سالمندان بازنشسته، حجم بالایی از تعهدات قانونی و نظری وجود دارد: بیمه پایه و تکمیلی موظف به پوشش طیف وسیعی از خدمات هستند، اما در عمل و در سطح اجرا، سیستم توانایی اجرای این تعهدات را ندارد. این شکاف در سه سطح خود را نشان می‌دهد: سطح اول، شکاف پوشش است؛ بیمه تعهد می‌دهد اما آزمایش‌های خاص، داروهای خاص، دندانپزشکی، فیزیوتراپی، تجهیزات کمک پزشکی و پرستاری در منزل را به طور مؤثر پوشش نمی‌دهد. سطح دوم، شکاف دسترسی است؛ نوبت‌دهی معیوب، صف‌های طولانی، بوروکراسی پیچیده و بحران زمان، دسترسی به همان خدمات محدود را نیز دشوار می‌سازد. سطح سوم، شکاف مالی است؛ با وجود بیمه، سهم بالای پرداخت از جیب و هزینه‌های کمرشکن همچنان بر دوش بیمار و خانواده سنگینی می‌کند. بحران زمان، تردد درمانی، تردد تجهیزاتی، تردد مراقبتی، سلامت به عنوان امتیاز طبقاتی، فشار مالی، تضعیف کرامت انسانی و تخریب سرمایه اجتماعی سازمان تأمین اجتماعی، در حقیقت مظاهر و پیامدهای عینی همین شکاف سیستمی میان تعهد و اجرا هستند.

نتایج این پژوهش به روشنی نشان می‌دهد که چالش سالمندان بازنشسته در دسترسی به خدمات درمانی، ریشه در شکاف ساختاری میان پوشش نظری و پوشش مؤثر بیمه‌ای دارد. در سطح پوشش بیمه‌ای، پژوهش حاضر سه نوع تردد را آشکار می‌سازد که سالمندان بازنشسته با آن مواجه هستند: تردد درمانی (عدم پوشش مؤثر دندانپزشکی، فیزیوتراپی، آزمایش‌های خاص، داروهای خاص و حق ویزیت)، تردد تجهیزاتی (طبقه‌بندی تجهیزات کمک پزشکی مانند ویلچر، سمک و واکر به عنوان کالاهای لوکس) و تردد مراقبتی (فقدان بیمه مراقبت طولانی‌مدت، عدم پوشش پرستاری در منزل و واگذاری کامل مسئولیت مراقبت به خانواده). در نظام درمانی ایران، نیازهای مزمن سالمندی (مانند دردهای مفصلی) «طبیعی‌سازی» می‌شود و مهم تلقی نمی‌گردد، درحالی‌که خدمات توانبخشی و فیزیوتراپی

به توانمندسازی سالمندان و بهبود کیفیت زندگی آن‌ها منجر می‌شود. فقدان بیمه مراقبت‌های طولانی‌مدت که در بسیاری از کشورها هزینه‌های پرستاری در منزل، اقامت در آسایشگاه سالمندان و مراقبت از بیماران آلزایمری را پوشش می‌دهد، در ایران به معنای خصوصی‌سازی مراقبت از سالمندان و تحمیل بار سنگین آن بر خانواده‌ها است.

قرار دادن این یافته‌ها در بستر ادبیات پژوهش، هم مشابهت‌ها و هم تفاوت‌های قابل تأملی را آشکار می‌کند. بخش عمده‌ای از مطالعات رضایت بیمار، چه در ایران و چه در سطح بین‌المللی، بر ابعادی چون مهارت پزشکان، رفتار کارکنان، محیط فیزیکی و زمان انتظار متمرکز بوده‌اند (هال و دورنان، ۱۹۹۰؛ اسکاتی، ۲۰۰۵؛ باتباتار و دیگران، ۲۰۱۵). یافته‌های مطالعه حاضر این ابعاد را در قالب شکاف دسترسی و بحران زمان تأیید می‌کند، اما هم‌زمان از آن‌ها فراتر می‌رود و نشان می‌دهد که مسئله اصلی، پیش از ورود به اتاق پزشک و در میدان تعامل با نظام بیمه و بوروکراسی آن شکل می‌گیرد. این یافته با چارچوب سه‌بخشی دونابدیان (۲۰۰۵) هم‌خوانی دارد که کیفیت مراقبت را در سطوح «ساختار»، «فرایند» و «پیامد» تحلیل می‌کند: مشکل اساسی در سطح «ساختار» (طراحی پوشش بیمه‌ای) قرار دارد و به تبع آن، «فرایند» (دسترسی) را مختل و «پیامد» (پرداخت از جیب کمرشکن) را تشدید می‌کند.

صورت‌بندی سه‌گانه طرد در این مطالعه نیز با ابعاد مدل‌های کلاسیک رضایت بیمار پیوند نظری می‌خورد: طرد درمانی با بُعد «شایستگی فنی و تداوم مراقبت»، طرد تجهیزاتی با بُعد «محیط فیزیکی و امکانات»، و طرد مراقبتی با بُعد «توجه به همراهان بیمار» در مدل اسکاتی (۲۰۰۵) و اصل «مشارکت خانواده» در مدل کولتر و کلیری^۱ (۲۰۰۱) تعارض دارد و نشان‌دهنده فاصله نظام سلامت ایران با الگوی «بیمارستان دوستدار سالمند» سازمان بهداشت جهانی (۲۰۰۴) است. نکته قابل توجه دیگر، تفاوت یافته‌های این پژوهش با بخشی از ادبیات بین‌المللی است که سطح رضایت سالمندان را بالاتر از بیماران جوان‌تر گزارش کرده و آن را به انتظارات کمتر یا عادی‌انگاری مشکلات سلامت نسبت داده‌اند (اونز و بتچلور^۲، ۱۹۹۶؛ پک^۳، ۲۰۱۱). در مقابل، مشارکت‌کنندگان این مطالعه نارضایتی عمیقی را ابراز کردند که نه به انتظارات کمتر، که به شکاف میان «انتظار از حق بیمه‌ای» (به‌عنوان شهروندانی که یک عمر حق بیمه پرداخته‌اند) و «تجربه واقعی از خدمت» بازمی‌گردد. این نارضایتی را می‌توان با مدل «انتظارات-عدم تأیید» (باتباتار و دیگران، ۲۰۱۵) و «نظریه عدالت» تبیین کرد؛ سالمندان به‌طور مستمر نسبت میان داده‌های خود (یک عمر پرداخت حق بیمه، زمان، درد و رنج) و ستاده‌های دریافتی را ارزیابی می‌کنند و این نسبت را عمیقاً ناعادلانه می‌یابند. این ادراک بی‌عدالتی، اعتماد نهادی را فرسوده و سرمایه اجتماعی سازمان بیمه‌گر را کاهش می‌دهد. یافته ما مبنی بر «طبیعی‌سازی» نظام‌مند

1- Coulter & Cleary.

2- Owens & Batchelor.

3- Peck.

نیازهای مزمن سالمندی و مهم تلقی نشدن آن‌ها نیز در چارچوب نظریه عدالت قابل تبیین است: هنگامی که دردهای مزمن، کاهش شنوایی یا مشکلات حرکتی سالمندان صرفاً به‌عنوان پیامدهای «طبیعی» افزایش سن تلقی و از پوشش بیمه‌ای کنار گذاشته می‌شوند، نظام سلامت عملاً رنجی را که قابل پیشگیری و درمان است، نادیده می‌گیرد و آن را بازتولید می‌کند.

از منظر جامعه‌شناختی، یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که سلامت، نه یک حق شهروندی همگانی، بلکه یک امتیاز طبقاتی است. دسترسی به کیفیت مطلوب خدمات درمانی، تجهیزات کمک پزشکی، خدمات دندانپزشکی و فیزیوتراپی به شدت تحت تأثیر موقعیت طبقاتی قرار دارد. سیستم بیمه‌ای با رویکرد درمان‌محور و غفلت از خدمات پیشگیرانه و توانبخشی، نه تنها نابرابری موجود را کاهش نمی‌دهد، بلکه آن را بازتولید و تشدید می‌کند. قربانیان اصلی این سیستم معیوب، سالمندان کم‌درآمد هستند؛ کسانی که هم مستمری کفاف‌دهنده ندارند، هم مجبورند هزینه‌های کمرشکن درمان را از جیب بپردازند، هم برای خدمات پایه‌ای به بخش خصوصی گران‌قیمت مراجعه اجباری دارند و هم درنهایت با فقر مراقبتی مواجه می‌شوند، وضعیتی که در آن نیازهای مراقبتی سالمندان فراتر از توان اقتصادی و روانی خانواده‌ها است.

محصول همه این نابرابری‌ها، تبعیض‌ها، ناکارآمدی‌ها و بحران‌ها، چیزی فراتر از «نارضایتی از خدمات» است: تخریب سرمایه اجتماعی سازمان تأمین اجتماعی. سرمایه اجتماعی سازمانی به معنای اعتماد، اطمینان و باور ذی‌نفعان به کارآمدی و توانایی سازمان در تأمین امنیت مورد انتظار است. یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که وقتی سالمندان بازنشسته با صف‌های طولانی، سیستم نوبت‌دهی معیوب، برخوردهای غیرحرفه‌ای، تبعیض‌های سنی و جغرافیایی، پوشش ناکافی بیمه‌ای و هزینه‌های کمرشکن مواجه می‌شوند، اعتمادشان به سیستم به تدریج کاهش می‌یابد. شکست در برآورده‌سازی انتظارات ذی‌نفعان، به احساس بی‌عدالتی دامن می‌زند و زمانی که سالمندان گله‌های خود را به کانون‌های بازنشستگی منتقل می‌کنند اما هیچ تغییر مثبتی را ملاحظه نمی‌کنند، این پیام را دریافت می‌کنند که صدایشان شنیده نمی‌شود.

آنچه این پژوهش از روایت‌های سالمندان و تحلیل محدودیت‌های بیمه‌ای نشان می‌دهد، یک بحران سیستمی در زنجیره تأمین سلامت سالمندان است؛ بحرانی که از بحران زمان و نوبت‌دهی معیوب آغاز می‌شود، از طرد درمانی، تجهیزاتی و مراقبتی می‌گذرد، به فشار مالی کمرشکن و فقر مراقبتی می‌رسد و درنهایت به تضعیف کرامت انسانی و تخریب سرمایه اجتماعی سازمان بیمه‌گر ختم می‌شود. برای خروج از این بحران، هیچ راه‌حل تک‌بعدی کافی نیست. نیاز به بازطراحی بنیادین نظام بیمه‌ای بر اساس سه اصل اساسی وجود دارد:

۱. **گسترش پوشش بیمه‌ای:** بازتعریف خدمات دندانپزشکی، فیزیوتراپی، توانبخشی، تجهیزات کمک پزشکی، پرستاری در منزل و مراقبت‌های طولانی‌مدت به عنوان نیازهای اساسی سالمندی، نه کالاهای لوکس.

۲. **اصلاح دسترسی و کرامت بیمار:** حذف بوروکراسی اضافی، یکپارچه‌سازی فرایندهای اداری، تحول دیجیتال نوبت‌دهی، کاهش زمان انتظار، و توجه به اصول اخلاق پزشکی و احترام به بیمار به عنوان یک انسان، نه یک پرونده.

۳. **حمایت مالی و کاهش نابرابری:** کاهش سهم پرداخت از جیب، افزایش مستمری بازنشستگی به سطح کفاف، ایجاد سقف پرداخت سالیانه برای سالمندان، مالیات‌بندی تصاعدی از درآمدهای بالا برای تأمین بودجه سلامت سالمندان، و جایگزینی سلامت به عنوان حق شهروندی به جای سلامت به عنوان امتیاز طبقاتی.

در غیاب چنین بازطراحی ساختاری، سیستم بیمه نه تنها شبکه ایمن سالمندان نخواهد بود، بلکه خود به یکی از مهم‌ترین بازتولیدکنندگان نابرابری، فقر و بی‌اعتمادی در دوران سالمندی تبدیل خواهد شد. این پژوهش نشان می‌دهد که مشکل تنها کمبود منابع نیست، بلکه مشکل توزیع ناعادلانه منابع موجود در یک سیستم ناکارآمد است. تغییر این سیستم نیازمند بازتعریف اولویت‌های رفاهی و به رسمیت شناختن سلامت سالمندان به عنوان حق شهروندی است. تا زمانی که سالمندان بازنشسته صدایشان شنیده نشود و سرمایه اجتماعی سازمان‌های بیمه‌گر تخریب شود، نه تنها کیفیت زندگی نسل کنونی سالمندان بهبود نمی‌یابد، بلکه نسل‌های آینده نیز با چشم‌اندازی تاریک‌تر از سالمندی مواجه خواهند بود.

منابع

- ایمانی، علی؛ دستگیری، سعید؛ عزیزی زین الحاجلو، اکبر. (۱۳۹۴). سالمندی جمعیت و بار بیماری‌ها (مطالعه مروری)، مجله تصویر سلامت، ۶ (۲): ۵۴-۶۱.
- ده‌یادگاری، مریم؛ صافی‌زاده، حسین. (۱۳۹۹). فراوانی بیماری‌های مزمن شایع جسمی در سالمندان مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های شهری تأمین اجتماعی شهر کرمان. مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ۳۰ (۱۹۰): ۱۴۶-۱۵۱.
- علیزاده، مهتاب؛ فخرزاده، حسین؛ شریفی، فرشاد؛ زنجری، نسیم؛ قاسمی، سیامک. (۱۳۹۲). بررسی مقایسه‌ای شاخص‌های سلامت سالمندان در دو گروه سنی ۶۰-۶۴ و ۶۵-۶۹ سال در شهر تهران. مجله دیابت و متابولیسم ایران، ۱۳ (۱): ۵۰-۶۱.

۴. مرکز آمار ایران. (۱۳۹۷). نتایج کلی سرشماری عمومی نفوس و مسکن ۱۳۹۵، تهران: مرکز آمار ایران، دفتر ریاست، روابط عمومی و همکاری‌های بین‌الملل.
۵. یحیوی دیزج، جعفر؛ تاجور، مریم؛ محمدزاده، یوسف. (۱۳۹۸). رابطه وجود سالمند در خانوار با هزینه‌های سلامت خانوارهای ایرانی، با استفاده از داده‌های ملی هزینه‌های-درآمد خانوار سال ۱۳۹۵. سالمند: مجله سالمندی ایران، ۱۴ (۴): ۴۶۲-۴۷۷.
6. Attride-Stirling, Jennifer. (2001). Thematic networks: an analytic tool for qualitative research. *Qualitative Research*, 1 (3), 385-405
7. Batbaatar, E., Dorjdagva, J., Luvsannyam, A., & Amenta, P. (2015). Conceptualisation of patient satisfaction: a systematic narrative literature review. *Perspectives in Public Health*, 135(5), 243-250.
8. Chiou, S. T., & Chen, L. K. (2009). Towards age-friendly hospitals and health services. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 49, 3-6.
9. Coulter, A., & Cleary, P. D. (2001). Patients' experience with hospital care in five countries. *Health Affairs*, 20(3), 244-253.
10. Donabedian, A. (2005). Evaluating the quality of medical care. *Milbank Quarterly*, 83, 691-729.
11. Hall, H. (2003). Borrowed theory: applying exchange theories in information science research. *Library & Information Science Research*, 25(3), 287-306.
12. Hall, J. A., & Dornan, M. C. (1990). Patient sociodemographic characteristics as predictors of satisfaction with medical care: a meta-analysis. *Social Science & Medicine*, 30(7), 811-818.
13. Kelley, AS. McGarry, K. Gorges, R. Skinner, JS. (2015). The burden of health care costs for patients with dementia in the last 5 years of life. *Annals of Internal Medicine*, 163, 729-36.
14. Kim, Y.-S., Han, S.-H., Lee, J., Shin, G. J. E., Choi, J., & Park, J.-M. (2017). Senior Friendly Hospital: A new paradigm for the hospital-based care of the elderly. *Annals of Geriatric Medicine and Research*, 18(1), 8-14.
15. Kocakoc, N., Şahin, S., & Akcicek, F. (2020). Elderly friendly hospital concept first application in our country: Izmir Model. *International Journal of Scientific and Technological Research*, 3(6), 158-170.
16. Momtaz, YA. Hamid, TA. Ibrahim, R. (2012). Unmet needs among disabled elderly Malaysians. *Social Science & Medicine*. 2012; 75(5), 859-63.
17. Oliver, R. L. (1993). Cognitive, affective, and attribute bases of the satisfaction response. *Journal of Consumer Research*, 20(3), 418-430.
18. Oliver, R. L. (1997). *Satisfaction: A behavioral perspective on the consumer*. McGraw-Hill.
19. Owens, D. J., & Batchelor, C. (1996). Patient satisfaction and the elderly. *Social Science & Medicine*, 42(11), 1483-1491.

20. Parke, B., & Brand, P. (2004). An elder-friendly hospital: translating a dream into reality. *Nursing Leadership*, 17, 62–76.
21. Peck, B. M. (2011). Age-related differences in doctor-patient interaction and patient satisfaction. *Current Gerontology and Geriatrics Research*, 2011, Article ID 137492.
22. Ramsaran-Fowdar, R. R. (2005). Identifying health care quality attributes. *Journal of Health and Human Services Administration*, 27, 428–443.
23. Schofield, DJ. & Earnest, A. (2006). Demographic change and the future demand for public hospital care in Australia, 2005 to 2050. *Australian Health Review*. 30(4), 507-15.
24. Schulmeister, L., Quiett, K., & Mayer, K. (2005). Quality of life, quality of care, and patient satisfaction: perceptions of patients undergoing outpatient autologous stem cell transplantation. *Oncology nursing forum*, 32(1), 57–67.
25. Scotti, D. J. (2005). Satisfaction with medical care among elderly patients: a review of research findings with implications for management practice and future inquiry. *Journal of Hospital Marketing & Public Relations*, 15(2), 3–32.
26. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, world population aging report, 1st Edition, New York, 2015.
27. Ware, J. E., Jr., Davies-Avery, A., & Stewart, A. L. (1978). The measurement and meaning of patient satisfaction. *Health & Medical Care Services Review*, 1(1), 1–15.
28. Wong, K., Ryan, D. P., & Liu, B. A. (2014). A system-wide analysis using a senior-friendly hospital framework identifies current practices and opportunities for improvement in the care of hospitalized older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 62(11), 2163–2170.
29. World Bank. (2024). Population ages 65 and above for the Islamic Republic of Iran [SPPOP-65UPTOZSIRN]. Retrieved October 6, 2024, from FRED, Federal Reserve Bank of St. Louis. <https://fred.stlouisfed.org/series/SPPOP65UPTOZSIRN>
30. World Health Organization. (2004). Active ageing: Towards age-friendly primary health care. WHO.
31. Worthington, C. (2006). Patient satisfaction with health care: recent theoretical developments and implications for evaluation practice. *Canadian Journal of Program Evaluation*, 20(3), 41–63.
32. Yam, HK. Mercer, SW. Wong, LY. Chan, WK. Yeoh, EK. (2009). Public and private healthcare services utilization by non-institutional elderly in Hong Kong: is the inverse care law operating? *Health Policy*. 91(3), 229-38.