





دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

گروه سالمندشناسی

پایان نامه کارشناسی ارشد رشته سالمندشناسی

عنوان

بررسی ارتباط پوشش بیمه ای با سهم هزینه های سلامت در سبد کالای خانوارهای
دارای سالمند و کیفیت زندگی وابسته به سلامت سالمندان تهرانی- سال ۱۳۸۷

نگارنده

دکتر آناهیتا کشاورزی

استاد راهنما

دکتر رضا فدای وطن

استاد مشاور

دکتر محسن اسدی لاری

استاد مشاور آمار

دکتر اکبر بیگلریان

اسفند ۱۳۹۲

شماره ثبت ۱۴۷-۹۵۰

تقدیم به:

همسر مهربان و

پسر عزیزم

که همواره مشوق و همراه من بوده اند.

تشکر و سپاس فراوان از:

اساتید گرانقدر و بزرگوارم
آقایان دکتر رضا فدای وطن،
دکتر محسن اسدی لاری،

و

دکتر اکبر بیگلریان

چکیده:

هدف: پژوهش حاضر به دنبال مقایسه هزینه سلامت در سبد کالای خانواده و کیفیت زندگی سالمندان تحت پوشش انواع بیمه بوده است.

روش: پژوهش حاضر یک مطالعه مقطعی توصیفی تحلیلی است. چارچوب این مطالعه بر اساس داده های مطالعه سنجش عدالت در شهر تهران" در سال ۱۳۸۷ در مناطق ۲۲ گانه شهر تهران انجام گرفت. بدین صورت که ۲۲ منطقه شهر تهران به عنوان طبقه مدنظر قرار گرفته و از هر طبقه ۱۲۰ خوشه (بلوک) به طور تصادفی انتخاب و از هر بلوک ۱۰ خانوار بصورت سیستمیک انتخاب شد و وارد مطالعه شده است. اطلاعات توسط پرسشنامه ها و با انجام مصاحبه با سرپرست خانواده یا یکی از اعضای باسواد خانواده جمع آوری شده است. افراد نمونه شامل ۳۲۱۴ مرد و ۲۵۳۰ زن بود (کل نمونه ۵۷۴۴ نفر). پرسشنامه اصلی استفاده شده، پرسشنامه سلامت روان (SF-12) بوده است که نسخه ۲ ایرانی شده این پرسشنامه برای گروه سالمندان بالای ۶۰ سال هم از روایی و پایایی مناسب برخوردار است.

یافته ها: نتایج نشان می دهد هزینه سلامت خانوارهای تحت پوشش انواع بیمه با هم تفاوت دارد. دو گروه خانوار های دارای بیمه تامین اجتماعی و خدمات درمانی از لحاظ هزینه سلامت باهم تفاوت معنی دار دارند. اما داشتن یا نداشتن بیمه و نیز نوع بیمه تحت پوشش، بر کیفیت زندگی اثری ندارد.

نتیجه گیری: خدمات بیمه ای سالمندان به گونه ای نیست که میزان کیفیت زندگی آنان را بهبود بخشد.

واژه های کلیدی: سالمندی، پوشش بیمه، کیفیت زندگی، هزینه های سلامت

فهرست مطالب

صفحه

عنوان

فصل اول: کلیات پژوهش

۲	۱-۱- مقدمه:
۴	۲-۱- بیان مسئله:
۶	۳-۱- اهمیت و ضرورت پژوهش:
۸	۴-۱- تعریف متغیرها:
۸	۱-۴-۱- تعریف نظری:
۸	۲-۴-۱- تعریف عملیاتی:
۹	۵-۱- اهداف پژوهش:
۹	۱-۵-۱- هدف کلی:
۹	۲-۵-۱- اهداف اختصاصی:
۹	۳-۵-۱- اهداف کاربردی:
۱۰	۶-۱- سوال ها و فرضیه ها:
۱۱	پیشینه پژوهش:

فصل دوم: پیشینه پژوهش

۱۲	۱-۲- بیمه:
۱۲	۱-۱-۲- تعریف لغوی بیمه:
۱۲	۲-۱-۲- تعریف فنی:
۱۲	۳-۱-۲- تعریف حقوقی بیمه:
۱۲	۲-۲- شرایط عقد بیمه:
۱۳	۱-۲-۲- قصد و رضای طرفین:
۱۳	۲-۲-۲- اهلیت طرفین:
۱۳	۳-۲-۲- موضوع معین:
۱۴	۳-۲- انواع بیمه:
۱۴	۱-۳-۲- بیمه‌ها به سه دسته کلی تقسیم می‌شوند:
۱۴	۲-۳-۲- بیمه اشخاص شامل:
۱۵	۳-۳-۲- بیمه اموال شامل:

۱۵	۲-۳-۴- بیمه مسئولیت.....
۱۵	۲-۴- بیمه درمانی.....
۱۵	۲-۴-۱- تعریف.....
۱۵	۲-۴-۲- موارد تحت پوشش بیمه درمان.....
۱۶	۲-۵- تاریخچه بیمه.....
۱۶	۲-۵-۱- تاریخچه بیمه در جهان.....
۱۷	۲-۵-۲- تاریخچه بیمه در ایران.....
۱۸	۲-۵-۳- تاریخچه بیمه درمانی.....
۱۸	۲-۶- سلامت.....
۱۹	۲-۷- نابرابری در سلامت.....
۲۰	۲-۸- بیماری و خانواده.....
۲۰	۲-۸-۱- تاثیر بیماری بر خانواده (مراقبان).....
۲۲	۲-۸-۲- تاثیر مشارکت خانواده در درمان و مراقبت از بیماران.....
۲۳	۲-۹- مفهوم کیفیت زندگی.....
۲۳	۲-۹-۱- کلیات مفهوم.....
۲۶	۲-۹-۲- مدل فلس و پری.....
۳۰	۲-۹-۳- نظریه کیفیت زندگی.....
۳۰	۲-۹-۴- عوامل موثر بر کیفیت زندگی.....
۳۰	۲-۱۰- سالمندی.....
۳۰	۲-۱۰-۱- تعریف.....
۳۱	۲-۱۰-۲- نظریات سازگاری با دوره سالمندی.....
۳۱	نظریه ی دل کندن.....
۳۲	نظریه ی فعالیت.....
۳۲	نظریه ی فقدان نقشها.....
۳۲	نظریه ی تبادلات اجتماعی.....
۳۳	۲-۱۱- پژوهش های انجام شده در داخل و خارج از ایران.....

فصل سوم: روش پژوهش

۴۰	مقدمه.....
۴۰	۳-۱- نوع مطالعه.....

- ۳-۲- جامعه مورد مطالعه..... ۴۰
- ۳-۳- نمونه و روش نمونه گیری..... ۴۰
- ۳-۳-۱- حجم نمونه و روش نمونه گیری..... ۴۰
- ۳-۳-۲- روش نمونه گیری..... ۴۱
- ۳-۴- روش گردآوری داده ها..... ۴۱
- ۳-۴-۱- ابزار مورد استفاده در این پژوهش :..... ۴۱
- ۳-۵- متغیرها و نحوه سنجش آن ها:..... ۴۲
- ۳-۶- روش اجرا:..... ۴۲
- ۳-۷- ملاحظات اخلاقی:..... ۴۳

فصل چهارم: تحلیل داده‌ها

- ۴-۱- داده های توصیفی..... ۴۵
- ۴-۲- تحلیل داده ها:..... ۴۸

فصل پنجم: بحث و نتیجه گیری

- ۵-۱- بحث:..... ۵۲
- ۵-۲- بحث در چارچوب سوالات پژوهش..... ۵۵
- ۵-۳- نتیجه گیری:..... ۵۸
- ۵-۴- پیشنهادات:..... ۵۸
- منابع:..... ۶۰

فهرست مطالب

صفحه	عنوان
۴۵.....	جدول ۱ - فراوانی جنس گروه نمونه
۴۵.....	جدول ۲ - فراوانی وضعیت تأهل گروه نمونه
۴۶.....	جدول ۳ - وضعیت اشتغال گروه نمونه
۴۶.....	جدول ۴ - فراوانی سطح تحصیلات افراد گروه نمونه
۴۶.....	جدول ۵ - فراوانی انواع بیمه درمانی در گروه نمونه
۴۷.....	جدول ۶ - فراوانی انواع بیمه بازنشستگی در گروه نمونه
۴۷.....	جدول ۷ - میانگین و انحراف معیار هزینه‌های سبد کالای خانوار
۴۸.....	جدول ۸ - میانگین هزینه سلامت در خانوار تحت پوشش انواع بیمه
۴۸.....	جدول ۹ - تحلیل واریانس یک راهه برای هزینه سلامت خانوارهای تحت پوشش انواع بیمه
۴۹.....	جدول ۱۰ - میانگین کیفیت زندگی وابسته به سلامت در سالمندان تحت پوشش انواع بیمه
۴۹.....	جدول ۱۱ - تحلیل واریانس چند متغیری برای کیفیت زندگی وابسته به سلامت سالمندان تحت پوشش انواع بیمه
۵۰.....	جدول ۱۲ - ماتریس همبستگی هزینه سلامت خانوار و کیفیت زندگی در کل نمونه
۵۰.....	جدول ۱۳ - ماتریس همبستگی هزینه سلامت خانوار و کیفیت زندگی در خانوارهای بدون بیمه

فصل اول

کلیات پژوهش

۱-۱- مقدمه:

مفهوم بیمه درمان در ایران ۵۳۳ سال بعد از آغاز فعالیت در دنیا شکل گرفت. رد پای بیمه را برای اولین بار در قرار داد پستی ۱۲۸۳ ایران و روس می توان دیدو اولین شرکت بیمه ایرانی در شهریور ۱۳۱۴ تاسیس شد. از آن زمان تا کنون تلاشهای متعددی در جهت بهبود سیستم های بیمه درمان و گسترش آن صورت پذیرفته است(کریمی، ۱۳۹۰).

هدف عمده و تلاش اساسی از ارائه خدمات بیمه های درمانی و بهبود گسترش آنها، به تضمین دسترسی مردم به خدمات درمانی و ارائه خدمات با کیفیت های بالاتر در نهایت حفظ و ارتقاء سطح سلامت افراد بر می گردد. نیازمندی به بیمه و بخصوص بیمه های درمان به هزینه های درمان خانوارها ارتباط دارد و لذا بدون توجه به ساختار هزینه ها و نقش بیمه ها در کاهش یا تعدیل این هزینه ها در نهایت حفظ سلامت و کیفیت زندگی، اعمال و گسترش بیمه ها ممکن است با شکست مواجه شده و از کارائی لازم و کافی برخوردار نباشد(کریمی، ۱۳۸۹).

ساختار درآمد و هزینه خانوارهای شهری در نقاط مختلف از شباهتها و تفاوتهای قابل توجهی برخوردار است. بخصوص بخش بیمه و درمان بعنوان یکی از بخشهای اصلی و اساسی مخارج خانوار اهمیت خاصی دارد. امکانات بهداشتی و دسترسی به خدمات بیمه ای در نقاط مختلف شهری با ساختارهای متفاوت سنی و درآمدی تفاوتهای قابل توجهی با یکدیگر دارند. بطور کلی رفتار اقتصادی خانوارها بگونه ای است که در اثر تغییرات اساسی در قیمت و درآمد، کالاهای مختلف را جایگزین یکدیگر می کنند. شایان ذکر است که بیمه های درمانی بطور مستقیم بر هزینه های درمان خانوارها تأثیری گذارد چرا که بیمه با مکانیزم خود قیمت درمان را برای خانوارها کاهش داده و به نوعی تقاضای آنها را افزایش می دهد. از این رو مطمئناً تفاوت ساختاری قابل توجهی میان تقاضای (مخارج) خانوارها در میان گروههای هزینه ای درمان بوده و این امری شک بر نوع درمان و در نهایت سطح سلامت فرد و خانواده مؤثر خواهد بود(کریمی و تفنگساز، ۱۳۹۰).

بنا به تعریف سازمان بهداشت جهانی (WHO)، سلامت عبارت از وضعیتی است که فرد از نظر فیزیکی، ذهنی و اجتماعی کاملاً خوب باشد و سلامت تنها عدم وجود بیماری نیست. این بیانگر این نکته است که

اندازه گیری سلامت و اثرات مراقبت های سلامت نه تنها باید شامل تغییرات در میزان بروز و شیوع بیماریها باشد بلکه باید تخمینی از میزان خوب بودن افراد نیز باشد که این با اندازه گیری میزان بهبود کیفیت زندگی در رابطه با سلامت مقدر است.

کیفیت زندگی وابسته به سلامت یک مفهوم مهم در بین متخصصین خدمات سلامت است و به عنوان یکی از شاخص های مهم پیامدهای سلامت شناخته شده است (کرباسی و کامبوزیا، ۱۳۸۲).

به نظر می رسد که کیفیت زندگی وابسته به سلامت یک مفهوم انتزاعی، پیچیده، شامل مفاهیمی مجزا و وسیع چند وجهی است که بر نتایج سایر تحقیقات و درمان و مدیریت بیماریها در افراد اثرگذار است (فرناندز، ۱۹۹۷). بعلاوه زمانی که از کیفیت زندگی در سالمندان سخن می گوئیم ناگزیریم یک طیف وسیعی از چگونگی پیر شدن را نیز از سالمند شدن موفق تا سالمند شدن با ناتوانی را در نظر داشته باشیم. کیفیت زندگی وابسته به سلامت معمولاً با پرسشنامه هایی که توسط خود فرد گزارش می شود، مورد سنجش قرار می گیرد و شامل سلامت فیزیکی و روانی می باشد (واکر^۲، ۲۰۰۵).

کیفیت زندگی در سالمندان بیانگر این است که پاسخ های فیزیکی و ذهنی سالمند به عواملی که زندگی طبیعی را می سازد با رضایت مندی، افزایش اعتماد به نفس و وضعیت احساسی او سازگاری دارد یا خیر. به عبارت دیگر کیفیت زندگی یک کنش فعال بین شرایط بیرونی در زندگی یک فرد با ادراک فرد از شرایط بیرونی است (براون و همکاران^۳، ۱۹۹۴).

اصطلاح کیفیت زندگی برای بیان ارزیابی میزان خوب بودن افراد و یا جوامع اطلاق می شود این اصطلاح در زمینه های وسیعی از توسعه بین المللی تا سیستم های مراقبتی و سیاسی اطلاق می شو (چن، لی، کوشن^۴، ۲۰۰۵). کیفیت زندگی وابسته به سلامت در سالمندان مفهومی عمیق تر پیدا کرده و یکی از مهمترین عوامل اختلال در کیفیت زندگی در این گروه از افراد وضعیت سلامت و میزان خوب بودن آنها از نظر فیزیکی و ذهنی است (کیفیت زندگی - ویکی پدیا، ۲۰۱۱). از این رو بررسی تاثیر پوشش های بیمه ای موجود در کشور بر روی

1Fernández-Ballesteros

2Walker

3Browne

4Chen وTH,Li, Kochen

هزینه های درمان و نیز کیفیت زندگی سالمندان از اهمیت خاصی برخوردار بوده و راهنمایی برای ادامه سیاستهای بیمه و درمان به شکل کنونی و یا تغییر این سیاستها همزمان با اجرای بند ب ماده ۳۸ قانون برنامه پنجم توسعه در راستای یکپارچگی بیمه ها و تشکیل سازمان بیمه سلامت خواهد بود.

۱-۲- بیان مسئله

هم اکنون در بیشتر جوامع، سالمندی به عنوان یک مسئله مهم مطرح است. کاهش میزان باروری نقش عمده ای در افزایش درصد سالمندان داشته است (پهلوان زاده، ۱۳۸۳). همچنین کاهش میزان مرگ و میر که در گذشته در مورد کودکان و افراد میانسال دیده میشد، اکنون در بین سالمندان نیز چشمگیر است. بنابراین افزایش درصد سالمندان که تا کنون ویژگی جوامع توسعه یافته بوده است، در آینده تبدیل به یک ویژگی جمعیتی در تمام جوامع خواهد شد (تقوی، ۱۳۷۴).

تغییرات ایجاد شده در دوران سالمندی شامل کاهش توانایی های فیزیکی، تغییر پاسخ بدن به داروها، تجربه وقایع مهم زندگی مانند بازنشستگی، انتقال به خانه های سالمندان، کاهش درآمد، کم شدن موقعیت های برقراری روابط اجتماعی که باعث ایجاد احساس تنهایی میشود، همه این عوامل میتوانند کیفیت زندگی سالمندان را تحت تاثیر قرار دهند (اندرو و ویتی^۱، ۱۳۷۶).

در این رهگذر است که انتظار حمایت های رفاهی و اجتماعی از جمله مستمری های بازنشستگی با تکیه بر حفظ حرمت انسانی، انتظاری به حق و مبتنی بر اصول عدالت اجتماعی میباشد.

مطالعات انجام شده نشان می دهد که گروه های سنی کمتر از ۱۴ سال و بیشتر از ۶۵ سال بیشترین هزینه های درمانی را به خود اختصاص می دهند. افراد مسن بار مراجعات بیشتری برای دریافت خدمات درمانی داشته و هزینه ی آرایه ی خدمات به این گروه های سنی دارای میانگین هزینه بالاتری نیز می باشد (مهديزادگان و باقرپور، ۱۳۸۰).

1 Andrews & Withey

سازمانهای تامین اجتماعی در هر جامعه‌ای به عنوان متولیان حمایت از سالمندان شناخته میشوند. این سازمانها به لحاظ نقش بیمه ای که در طی زندگی فرد ایفا میکنند دارای سازو کارهای مختلفی هستند. در ایران سازمان تامین اجتماعی و سازمان بازنشستگی کشوری با تحت پوشش قرار دادن اکثریت جمعیت مستمری بگیر بازنشسته، نقش اساسی را در این سیستم دارند(سام آرا، ۱۳۸۳).

تغییر در الگوی بیماریها که کاهش میزان بیماریهای عفونی و افزایش طول عمر و بیماریهای مزمن را به همراه داشته منجر به افزایش توجه به مفاهیم سلامتی و کیفیت زندگی طی دهه های گذشته گردیده است. کیفیت زندگی نسبت به وضعیت سلامت ابعاد بیشتری را در بر میگیرد و تحت تاثیر عوامل بیشتری قرار دارد، اما باید توجه داشت که سلامتی پیش نیاز کیفیت زندگی میباشد(اینگرسول^۱، ۱۹۹۸).

بعضی از مطالعات حاکی از این است که در کشورهای در حال توسعه شاید بهبود کیفیت زندگی به سرعت افزایش امید به زندگی نبوده است که این مسئله موجب کیفیت زندگی غیر قابل قبولی برای نسبت بالایی از سالمندان در این کشورها گردیده است. سازمان بهداشت جهانی^۲ (۱۹۹۸، به نقل از اسمیت، ۲۰۰۰)، کیفیت را به عنوان درک افراد از موقعیتشان در زندگی و همچنین در ارتباط با بافت فرهنگی و نظامهای ارزشی محیطشان و مرتبط با اهداف، معیارها و علایق شان تعریف می کند. این کیفیت تحت تاثیر تعامل عواملی چون سلامتی فرد، حالات ذهنی، مذهبی بودن، روابط و عناصر محیطی می باشد. همچنین هاز^۳ (۱۹۹۹، به نقل از همتیان، ۱۳۸۵)، کیفیت زندگی را بررسی چند بعدی از شرایط کنونی فرد با توجه به بستر فرهنگی که شخص در آن زندگی می کند و ارزشهایی که به آنها اعتقاد دارد تعریف می کند. کیفیت زندگی درک ذهنی از بهکامی است و مرکب از ابعاد فیزیکی، روان شناختی، اجتماعی و مذهبی می باشد.

کمپبل^۴ (۱۹۸۱)، عوامل موثر بر کیفیت زندگی را مورد بررسی قرار داده. آنان اعتقاد دارند که این عوامل را می توان در سه حوزه متقاطع که کیفیت زندگی را تحت تاثیر قرار دهند مشخص کرد. ۱- ویژگی های فردی

1-Ingersoll
2-World Health Organization (W H O)
3-Hass
4-Campbell

که مشتمل بر ارزش های مرتبط با شخصیت و تجربه های منحصر به فرد می باشد. ۲- نیازهای اساسی که همه مردم سهمیم هستند و ۳- تجربه ها و ارزش هایی که گروهی از افراد در آن سهمیم هستند. اگرچه افزایش سن در سالمندان با افت کیفیت زندگی در آنان همراه است اما اثر سایر متغیرهای زمینه ای را نباید در این کاهش از نظر دور داشت (فرناندز و همکاران، ۱۹۹۷). حال این سوال در پژوهش حاضر مطرح است که نقش حمایتی دولت از طریق پوشش بیمه های اجتماعی تا چه میزان تاثیر گذار است؟

۱-۳- اهمیت و ضرورت پژوهش

نسبت سالمندان در فاصله ۵۰ سال ۲۰۲۷ برابر شده است و بر همین اساس شمار سالخوردگان در سال ۲۰۵۰ به بیش از ۸۰ میلیون نفر و نسبت آن به کل جمعیت به حدود ۲۳٪ خواهد رسید (حبیب الله زنجانی، ۱۳۷۹). سرشماری های مقاطع مختلف مرکز آمار ایران نشان می دهند که در سال ۱۳۳۵، ۳۰۲٪، در سال ۱۳۶۵، ۵٪ (۲۰۵ میلیون نفر)، در سال ۱۳۷۵، ۶۰۶٪ (۴ میلیون نفر)، و در سال ۱۳۸۵، ۷۰۲۹٪ (۵۰۱ میلیون نفر) جمعیت کشور را سالمندان بالای ۶۰ سال تشکیل می دهند (سرشماری عمومی نفوس و مسکن ۱۳۸۵). با توجه به گزارش WHO در سال ۲۰۰۶ با امید به زندگی ۷۰ سال برای کشورمان، در آینده ای نزدیک با پدیده "انفجار سالمندی" مواجه خواهیم شد. در طول دهه های اخیر با اعمال سیاست کنترل مولید و افزایش امید به زندگی، افزایش قابل ملاحظه ای در جمعیت سالمندان مشاهده شده است. این روند نه تنها در جهان کنونی تثبیت شده، بلکه پایداری آن با تکیه بر توسعه ی اقتصادی و اجتماعی، تکامل عظیم علمی و افزایش بهره مندی از فناوری های گوناگون تضمین شده است. اگرچه عمر طولانی آرزوی دیرینه بشر بوده است اما افزایش طول عمر همیشه به معنای زندگی سالم و فعال برای مدت طولانی نیست بلکه فرایند پیری با تغییرات روانی، عضوی و بافتی همراه بوده و به عنوان یک پدیده ی طبیعی، پیش رونده و غیر قابل برگشت که در طول زندگی هر فردی رخ می دهد، به شمار می آید. این تغییرات با دگرگونی در نیازهای مرتبط با وضعیت سلامت و تغذیه آنان همراه است و توانایی فرد را تحت تاثیر قرار داده و او را نیازمند مراقبت و حمایت دیگران می کند. (قائمی، ۱۳۶۶).

بیمه درمان از ابزارهای مهم و اصلی در حمایت اجتماعی از مردم و بالاخص سالمندان میباشد. قبل از توسعه بیمه، بیماران هزینه های پزشکی را از جیب خود پرداخت می کردند که بعنوان مدل کسب و کار هزینه خدمات شناخته شده است. در اواخر قرن ۲۰ بیمه از کار افتادگی سنتی تکامل یافته و به شکل برنامه های بیمه بهداشتی مدرن در آمده است.

هرچند که افراد سالخورده در مواجهه با بیماریهای مزمن جسمی بیشتر در معرض خطر قرار دارند و هزینه های درمان دارویی آنها بیشتر می باشد ولی موضوع پوشش بیمه درمان این گروه همواره توجه بسیاری از شرکت های بیمه ای را به خود جلب کرده است. تحقیقات بسیار، کاهش چشمگیری را در تعداد کارفرمایانی که بیمه درمانی بازنشستگی را طی دهه گذشته ارائه داده اند به اثبات رسانده است و تصور می شود پوشش بیمه در افراد نسبتاً سالخورده رو به کاهش است.

برخی از تحقیقات به بررسی ابعاد متفاوت بیمه نشدن افراد سالخورده پرداخته اند از جمله ویژگی های مرتبط با بیمه نشدن، الگوهای دستیابی و از دست دادن انواع متفاوت بیمه درمانی و تأثیر بیمه بودن یا نبودن در دریافت خدمات درمانی است. این بررسی ها هزینه های بیمه نبودن گروههای متفاوت افراد سالخورده مثل کارگران و غیر کارگران (مانهیت، وبستن و ایزنبرگ ۲۰۰۱) یا مردها و زنها (همان مأخذ ۲۰۰۱ برنان ۲۰۰۰) را مقایسه کرده است.

از سوی دیگر آنچه که بسیار حائز اهمیت میباشد توجه به این نکته است که آیا ارتقاء و یا حفظ سلامت سالمندان از طریق پوشش بیمه های درمان با ارتقاء کیفیت زندگی این گروه همراه است یا خیر؟

علیرغم آنکه در اکثر مطالعات بیمه درمان بعنوان ابزاری موثر در حفظ و ارتقاء سلامت در همه گروههای سنی و بخصوص سالمندان به عنوان قشر با سرانه هزینه بالا، تاکید شده است لیکن در هیچیک از مقالات بررسی شده، تحقیقی درخصوص مقایسه پوشش بیمه های مختلف و میزان ارتباط آن با هزینه های سلامت خانوار و نیز کیفیت زندگی و میزان تفاوت بین دو گروه بیمه شده و بیمه نشده یافت نگردید.

اطلاعات حاصل از این تحقیق از این جهت از اهمیت خاصی برخوردار خواهد بود که میتواند سیاست گذاران این حوزه را تشویق نماید تا راههای توسعه و تکمیل پوشش بیمه درمانی برای افراد سالخورده را دوباره مورد بررسی و تحلیل قرار دهند.

۴-۱- تعریف متغیرها

۴-۱-۱- تعریف نظری

کیفیت زندگی: بر اساس تعریف سازمان جهانی بهداشت (WHO)، کیفیت زندگی درک افراد از موقعیت خود در زندگی از نظر فرهنگ، سیستم ارزشی که در آن زندگی می کند، اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویت هایشان می باشد، پس کاملاً "فردی بوده و توسط دیگران قابل مشاهده نیست و بر درک افراد از جنبه های مختلف زندگیشان استوار است. تعاریف جدید تر، کیفیت زندگی را به صورت اختلاف بین سطح انتظارات انسان ها و سطح واقعیت ها عنوان می کنند که هر چه این اختلاف کمتر، کیفیت زندگی بالاتر (WHO).

پوشش بیمه: بیمه عملی است که بموجب آن یک طرف (بیمه گذار) متعهد پرداخت مبلغی به نام حق بیمه می شود و طرف دیگر بیمه گر با قبول مجموعه خطرهایی طبق موازین آماری پرداخت خسارت را در صورت تحقق خطر بعهده می گیرد.

هزینه سلامت در سید کالای خانواده: منظور کلیه هزینه های سلامت و درمان و هزینه های مربوط به پیراپزشکی خانواده می باشد.

۴-۱-۲- تعریف عملیاتی

کیفیت زندگی: بر اساس نسخه فارسی پرسشنامه SF12، کیفیت زندگی شامل حیطة سلامت عمومی، عملکرد فیزیکی، نقش عملکرد فیزیکی و نقش عملکرد احساسی است، همچنین حیطة درد بدنی، سرزندگی، سلامت روانی و عملکرد اجتماعی می شود که مجموعاً شامل ۱۲ سوال میباشد.

پوشش بیمه: در اینجا شامل بیمه خدمات درمانی و صندوق های تحت پوشش، بیمه تامین اجتماعی به تفکیک نوع پوشش، سایر انواع بیمه درمان پایه، و بیمه مکمل میباشد.

هزینه سلامت در سبد کالای خانواده: در این پژوهش منظور از هزینه های سلامت شامل کلیه موارد هزینه های دارویی، تشخیصی، ویزیت پزشک، هزینه های حمل و نقل به مراکز درمانی، هزینه بیمارستان و سایر هزینه های سلامت مانند توانبخشی، پیراپزشکی و غیره می باشد.

۱-۵- اهداف پژوهش:

۱-۵-۱- هدف کلی:

مقایسه هزینه سلامت در سبد کالای خانواده و کیفیت زندگی سالمندان تحت پوشش انواع بیمه.

۱-۵-۲- اهداف اختصاصی:

۱- مقایسه هزینه های سلامت در سبد کالای خانوارهای دارای سالمند تحت پوشش انواع بیمه های درمانی.

۲- مقایسه کیفیت زندگی وابسته به سلامت در سالمندان تحت پوشش انواع بیمه های درمانی.

۳- تعیین ارتباط بین کیفیت زندگی و هزینه سلامت سالمندان.

۱-۵-۳- اهداف کاربردی:

ارتقای دانش بنیادی در زمینه تعیین مولفه های موثر بر هزینه های سلامت سالمندان و نهایتاً کمک به ارتقای سلامت و کیفیت زندگی در گروه سالمندان.

۱-۶- سوال ها و فرضیه ها:

۱ - آیا سهم هزینه های سلامت در سبد کالای خانوارهای دارای سالمند تحت

پوشش انواع بیمه های درمانی باهم تفاوت دارد؟

۲ - آیا کیفیت زندگی وابسته به سلامت در سالمندان تحت پوشش بیمه های

درمانی مختلف باهم تفاوت دارد؟

۳ - آیا کیفیت زندگی با هزینه های سلامت سالمندان ارتباط دارد؟

فصل دوم

پیشینه پژوهش