

Appropriateness of Delivered Services in Educational Hospitals: A Case Study in Kerman University of Medical Sciences

Barouni M¹, Amini S², Khosravi S^{3*}

¹Associate Professor, Research Center for Modeling in Health, Institute for Futures Studies in Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

²PhD Student in Health Services Management, Medical Informatics Research Center, Institute for Futures Studies in Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

³PhD Student in Health Services Management, Health Services Management Research Center, Institute for Futures Studies in Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

Abstract

Background: Continuous assessment of hospital services is an important issue that is necessary for improvement of resource productivity and quality of services. This study aimed to investigate the appropriateness of delivered services in the educational hospitals of Kerman.

Methods: This cross-sectional study was conducted on 300 patients in selected educational hospitals of Kerman to determine the appropriateness of hospital services. Appropriate Evaluation Protocol (AEP), which is the most common tool to assess the appropriate use of hospital services, was used for data collection. Then, the data were analyzed using chi-square test and ANOVA.

Results: The results indicated that the rates of inappropriate admission and hospitalization in the study hospitals were 8% and 14%, respectively. Besides, the results revealed a significant relationship between inappropriate admission and sex ($p=0.033$), length of hospital stay ($p=0.02$), and insurance coverage ($p=0.011$).

Conclusion: Home care education for reducing the length of hospital stay, setting up non-hospital health facilities for reducing referral to upper levels, using AEP in patients' clinical records, in-service education of medical staff, correction of incomplete processes, and reforms in insurance and payment methods can be used in order to reduce inappropriate admissions and hospitalizations.

Keywords: Appropriate evaluation protocol, Inappropriate admission and hospitalization, Hospital

Sadra Med Sci J 2016; 4(3): 185-194

Received: Jan. 18th, 2016

Accepted: Jun. 21st, 2016

*Corresponding Author: **Khosravi S.** Health Services Management Research Center, Institute for Futures Studies in Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran, khosravi.sajad@yahoo.com

مجله علوم پزشکی صدرا

دوره ۴، شماره ۳، تابستان ۱۳۹۵، صفحات ۱۸۵ تا ۱۹۴

تاریخ پذیرش: ۹۵/۰۴/۰۱ تاریخ دریافت: ۹۴/۱۰/۲۸

بررسی میزان مقتضی بودن خدمات ارائه شده در بیمارستان های آموزشی: مطالعه موردی دانشگاه علوم پزشکی کرمان

محسن بارونی^۱، سعید امینی^۲، سجاد خسروی^{۳*}

^۱استادیار، مرکز تحقیقات مدل سازی در سلامت، پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران
^۲دانشجوی دکتری مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، مرکز تحقیقات انفورماتیک پزشکی، پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران
^۳دانشجوی دکتری مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، مرکز تحقیقات مدیریت ارائه خدمات سلامت، پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

چکیده

زمینه و هدف: ارزیابی دایمی خدمات بیمارستانی یک موضوع مهم است که باید برای ارتقا میزان بهره‌وری از منابع و افزایش کیفیت خدمات ارایه شده انجام گیرد. بر این اساس هدف اصلی این مطالعه بررسی میزان مقتضی بودن خدمات ارائه شده در بیمارستان های آموزشی کرمان بود.

مواد و روش: بررسی میزان مقتضی بودن خدمات بیمارستانی در یک مطالعه مقطعی برای ۳۰۰ بیمار در بیمارستان‌های منتخب آموزشی کرمان انجام گرفت. از پروتکل ارزیابی مناسب (Appropriate Evaluation Protocol: AEP) که رایج‌ترین ابزار برای ارزیابی استفاده مناسب از منابع بیمارستانی می‌باشد، به منظور جمع‌آوری داده‌ها استفاده شد. از آزمون‌های مجذور کای و ANOVA برای تحلیل داده‌ها استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج این مطالعه نشان داد که میزان پذیرش و بستری غیر مقتضی در سه بیمارستان مورد مطالعه به ترتیب برابر با ۸ درصد و ۱۴ درصد بود. بین بستری غیر مقتضی و متغیرهای جنس ($P=۰/۰۳۳$)، طول مدت اقامت ($P=۰/۰۲$) و بیمه ($P=۰/۰۱۱$) رابطه معنی‌دار وجود داشت ($P<۰/۰۵$).

بحث و نتیجه‌گیری: به منظور کاهش پذیرش‌ها و بستری‌های غیر مقتضی می‌توان به راهکارهایی نظیر آموزش مراقبت در منزل جهت کاهش طول مدت اقامت در بیمارستان، ایجاد تسهیلات درمانی غیر بیمارستانی جهت کاهش ارجاع به مراکز سطوح بالاتر؛ استفاده از پروتکل ارزیابی مناسب در پرونده بالینی بیمار و آموزش کادر درمانی در این زمینه؛ اصلاح فرآیندهای ناقص از طریق ارتقاء کیفیت و اصلاح نظام بیمه و روش‌های پرداخت اشاره نمود.

واژگان کلیدی: پروتکل ارزیابی مناسب، پذیرش و بستری غیر مقتضی، بیمارستان

*نویسنده مسئول: سجاد خسروی، مرکز تحقیقات مدیریت ارائه خدمات سلامت، پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران، khosravi.sajad@yahoo.com

مقدمه

بهداشت و درمان یکی از نیازهای اساسی هر جامعه است. از آنجا که توجه به بهداشت و درمان و سرمایه‌گذاری در این زمینه باعث افزایش بهره‌وری نیروی کار و افزایش تولید می‌شود، لذا تخصیص منابع کافی و بکارگیری مطلوب منابع در این بخش از اهمیت بسزایی برخوردار است (۱). با ارزیابی مراقبت‌های بهداشتی و درمانی می‌توان کیفیت اجرایی برنامه‌ها، روند پیشرفت اجرا و میزان شکست یا موفقیت برنامه را تعیین نمود (۲). با افزایش هزینه‌های بخش بهداشت و درمان، سیاستگذاران بخش سلامت بر پرهزینه‌ترین بخش خدمات یعنی خدمات بیمارستانی تمرکز می‌کنند. خدمات بیمارستانی تقریباً نیمی از هزینه‌های کل بخش بهداشت را به خود اختصاص می‌دهند. بنابراین ارتقا کارایی این خدمات از طریق کاهش هزینه‌ها و استفاده از ظرفیت‌های بالقوه موسسات بهداشتی و درمانی ضروری به نظر می‌رسد (۳-۴).

برای کاهش هزینه‌های بیمارستانی مشوق‌های اقتصادی متنوعی استفاده شده است. اگرچه این مشوق‌ها هزینه‌ها و میزان استفاده از خدمات بیمارستانی را کاهش می‌دهند، اما در بعد دسترسی بیمار به خدمات بیمارستانی و کیفیت خدمات ارائه شده به بیمار به نتایج مطلوبی دست نیافته‌اند (۳). برای حفظ کیفیت و دسترسی، تمرکز بر روی شاخص‌های محدودکننده هزینه با توجه به مقتضی یا نامقتضی بودن خدمات درمانی ارائه شده ضروری است (۵). به منظور رفع هزینه‌ها، دولت‌های مختلف درصدد ارتقای کارایی خدمات از طریق کاهش هزینه‌ها و نیز استفاده حداکثر از ظرفیت این خدمات می‌باشند. اما برخی سیاست‌های تحدید هزینه همچون کاهش تخت‌های بیمارستانی، لیست‌های انتظار برای مراقبت‌های بهداشتی و درمانی را افزایش داده، که راه جلوگیری از آن استفاده از تخت‌های بجا مانده با حداکثر کارایی و راه استفاده کارا از تخت‌های بیمارستانی اجتناب از اقامت غیر مقتضی بیمار و یا به حداقل رساندن آن می‌باشد. کاهش اقامت غیر مقتضی بهره‌وری بیمارستان را افزایش داده، لیست انتظار

را کاهش داده (۶) و در عین حال کیفیت را کاهش نمی‌دهد (۷) از طرفی دیگر روزهای غیر لازم بستری، هزینه اقامت را در بیمارستان‌ها افزایش داده، منابع در دسترس برای بیماران با وضعیت بحرانی را کاهش داده و بیماران را در معرض عفونت بیمارستانی قرار می‌دهد (۸). پذیرش و بستری غیر ضروری نه تنها منجر به افزایش هزینه‌ها خواهد شد بلکه همچنین باعث ارایه خدمات بهداشتی ضعیف و بالا رفتن میزان میرایی در نتیجه بالا رفتن عفونت‌های بیمارستانی، زخم بستر و زخم فشار یا لخته شدن خون در سیاهرگ‌ها می‌شود. بنابراین ارزیابی دایمی خدمات بیمارستانی یک موضوع مهم است که باید برای ارتقا میزان بهره‌وری از منابع و افزایش کیفیت خدمات ارایه شده انجام گیرد (۹). استفاده از منابع بیمارستانی برای بیمارانی که هیچ سودی برای آنها ندارد و بهبودی حاصل نمی‌کند و یا درمان با همان مزایا و کیفیت و همان نتیجه می‌توانست در سطوح پایین‌تر ارایه شود را استفاده نامناسب از خدمات بیمارستانی می‌نامند (۱۰).

درمقابل، اقامت مقتضی بیمار در بیمارستان به عنوان اقامتی است که در آن بیمار نیازمند معالجات مداوم و فعال پزشکی، پرستاری و پیراپزشکی باشد و ارایه آن در محلی دیگر غیر از بیمارستان همچون مراقبت‌های روزانه و سرپایی قابل انجام نباشد.

محققان، عمدتاً در کشورهای اروپایی و آمریکایی، مطالعات گسترده‌ای را به منظور شناخت میزان پذیرش و اقامت غیر ضروری گروه‌های مختلف بیماران در بیمارستان انجام داده‌اند. لذا مروری بر مطالعات انجام شده نشان می‌دهد که: میزان اقامت غیر ضروری در بیماران سالمند، در طیفی از ۶ درصد تا ۷۸ درصد، در بیماران بزرگسال از ۱ تا ۵۴ درصد، در بیماران مغز و اعصاب از ۱۵ تا ۳۶ درصد و در بیماران ایدزی به طور متوسط ۳۲ درصد می‌باشد؛ و نیز اقامت غیر ضروری در کودکان به طور متوسط ۲۰ درصد گزارش شده است (۱۱-۱۴). پذیرش و بستری غیر ضروری به عنوان یکی از ضعف‌های همه نظام بهداشت و درمان حتی در کشورهای پیشرفته می‌باشد. آنچه مسلم

در مطالعات انجام شده در کشورهای اروپایی و آمریکایی مورد تایید قرار گرفته است (۱۵). « پروتکل ارزیابی مناسبت» در دو چک لیست تنظیم شده است، چک لیست یک، معیارهای پذیرش ضروری بیمار را در ۱۸ بند ذکر کرده است. بر اساس این معیارها، هر زمان بیمار در زمان پذیرش دارای یک مورد و یا بیش از یک مورد از معیارهای هجده گانه بود، پذیرش وی ضروری تلقی می‌گردد و در غیر این صورت پذیرش وی غیر ضروری و نابجا است. چک لیست دو معیارهای « پروتکل ارزیابی مناسبت» را در مورد هر روز بستری بیمار در بیمارستان نشان می‌دهد. این چک لیست بطور کلی دارای ۲۷ معیار بود که در سه بند اصلی تقسیم‌بندی شده است. بندهای آن عبارتند از: خدمات پزشکی، خدمات پرستاری و حمایتی، و معیارهای مرتبط با وضعیت بیمار. در صورتی که در هر روز بستری شدن بیمار در بیمارستان دارای حداقل یکی از معیارهای بیست و هفتگانه چک لیست شماره دو بود، بستری وی ضروری و در غیر این صورت غیر ضروری محسوب می‌شود.

گردآوری داده‌ها در این پژوهش، به این طریق صورت پذیرفت: ابتدا در روز اول پژوهشگر با مراجعه به بخش‌های مختلف بیمارستان لیست بیمارانی که در آن روز پذیرش شده‌اند را دریافت و از میان بیماران به صورت تصادفی ساده چند نفر را انتخاب نموده و آنگاه چک لیست شماره یک را با بررسی پرونده بیمار و وضعیت بالینی وی از نظر ضروری بودن پذیرش مورد بررسی قرار داده و برای هر کدام از بیماران انتخابی تکمیل نموده و در روزهای بعد با مراجعه به بیمارستان مذکور بیمارانی که در روز گذشته پذیرش آن‌ها مورد بررسی قرار گرفته بود با توجه به معیارهای چک لیست شماره دو مورد ارزیابی قرار گرفته و چک لیست شماره دو برای آن‌ها تکمیل شد. بدین ترتیب در هر روز مراجعه به بیمارستان چک لیست شماره دو برای بیماران قدیمی و چک لیست شماره یک برای بیماران جدید تکمیل گردید. مراجعه به بیمارستان به صورت روزانه تا زمان ترخیص کلیه بیماران مورد مطالعه

است این است که پذیرش غیر ضروری، مساله‌ای است که کشورهای توسعه نیافته از توجه به آن غافل هستند و هیچ گونه اطلاعی از شدت و میزان این مشکل در این کشورها وجود ندارد. بنابراین پژوهش حاضر به منظور تعیین میزان مقتضی بودن خدمات ارائه شده در بیمارستان‌های آموزشی کرمان انجام شد که اگر معیارهای استاندارد پذیرش و بستری به خوبی به کار گرفته شوند، می‌توان میزان بستری غیر ضروری را تا حد زیادی کاهش داد. با کاهش این مقدار می‌توان بیماران بیشتری را درمان کرد و هزینه و بار کاری کارکنان بیمارستان نیز تا حدودی تعدیل خواهد شد.

مواد و روش

پژوهش حاضر مطالعه‌ای مقطعی بود که در سال ۱۳۹۴ در دانشگاه علوم پزشکی کرمان انجام شد. جامعه این پژوهش کلیه بیماران پذیرش و بستری شده در بیمارستان‌های مورد مطالعه بود. حجم نمونه برای برآورد نسبت پذیرش و بستری غیر مقتضی با اطمینان ۹۵ درصد، براساس مطالعات صورت گرفته (۱۸) میزان p (۰/۰۵) و مقدار d (۰/۰۵) و فرمول زیر، ۳۰۰ نفر برآورد شد.

$$n = z_{1-\alpha/2}^2 \frac{pq}{d^2}$$

در این پژوهش به منظور جمع‌آوری داده‌ها از نمونه‌گیری سهمیه‌ای استفاده شد. بدین ترتیب در هر بار مراجعه به هر بیمارستان به نسبت تعداد کل بیماران بستری هر بیمارستان افراد انتخاب، و وارد مطالعه شدند. بدین ترتیب تعداد ۱۲۵ نفر از بیمارستان افضل‌پور، ۸۵ نفر از بیمارستان شفا و ۹۰ نفر از بیمارستان باهنر کرمان انتخاب شدند.

برای گردآوری داده‌ها در این مطالعه از ابزاری به نام پروتکل ارزیابی مناسبت (Appropriate Evaluation Protocol: AEP) استفاده شد. AEP در سال ۱۹۸۱ توسط گرتمن (Gertman) و رستوجیا (Restuccia) در ایالات متحده منتشر گردید و اعتبار و روایی آن به کرات

انجام گرفت که در این پژوهش به مدت ۴ ماه بیماران مورد بررسی قرار گرفتند.

در این پژوهش به منظور رعایت موازین اخلاقی در تکمیل چک لیست‌ها، اطلاعات محرمانه افراد مورد سؤال قرار نگرفت و به افراد اطمینان داده شد که چک لیست‌ها محرمانه بوده و در اختیار هیچ فرد دیگری قرار نخواهد گرفت. همچنین جمع‌آوری اطلاعات لازم در روند درمان بیمار اختلالی ایجاد نکرده است.

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها به طور عمده از روش‌های توصیفی و تحلیل آماری بر حسب نوع توزیع داده‌ها، با استفاده از نرم افزار SPSS، از آزمون‌های مربوطه به ویژه آزمون‌های ANOVA و کای اسکور استفاده شد.

یافته‌ها

نتایج این مطالعه نشان داد که ۵۵ درصد از نمونه‌ها را مردان تشکیل می‌دادند. بیشترین تعداد بیماران در گروه سنی ۳۰ تا ۴۰ سال قرار داشتند. ۹۵ درصد افراد مورد مطالعه دارای بیمه و تنها ۵ درصد بیماران فاقد بیمه بودند. همچنین بیشترین بیماران دارای طول مدت اقامت بین ۵ تا ۱۰ روز بودند. وضعیت پذیرش و بستری مقتضی و غیرمقتضی در سه بیمارستان مورد مطالعه در شهر کرمان در جدول ۱ نشان داده شده است.

جدول ۱: وضعیت پذیرش و بستری مقتضی و غیرمقتضی در سه بیمارستان مورد مطالعه در شهر کرمان

بستری		پذیرش		بیمارستان		
P-value	مقتضی تعداد(%)	غیر مقتضی تعداد(%)	P-value		مقتضی تعداد(%)	غیر مقتضی تعداد(%)
۰/۰۰۲	۲۸ (۲۲)	۹۷ (۷۸)	۰/۰۰۱	۱۰۹ (۸۸)	۱۶ (۱۳)	افضلی پور
	۱۰ (۱۱)	۸۰ (۸۹)		۸۴ (۹۴)	۶ (۶)	باهر
	۵ (۶)	۸۰ (۹۴)		۸۳ (۹۸)	۲ (۲)	شفا
	۴۳ (۱۴)	۲۵۷ (۸۶)		۲۷۶ (۹۲)	۲۴ (۸)	کل

رضا و همکاران در بیمارستان‌های منتخب تهران این میزان ۲۲/۸ درصد گزارش شده بود که با مطالعه حاضر تفاوت زیادی داشت (۱۷). تفاوت در میزان پذیرش غیر مقتضی در این مطالعات اختلاف قابل توجهی است. اما شاید این اختلاف را بتوان به تفاوت در رویه‌های پذیرش متفاوت در مراکز آموزشی درمانی مختلف، مکان جغرافیایی تفاوت و نیز میزان اشغال تخت‌های متفاوت در مراکز نسبت داد. در بیمارستان مورد مطالعه بیماران مراجعه‌کننده به صورت خود ارجاعی نیز ابتدا توسط یک پزشک عمومی مورد معاینه قرار می‌گرفتند و سپس بر حسب تشخیص پزشک به متخصص مربوطه و بخش ارجاع داده می‌شدند. تحقیقات انجام شده در کشورهای اروپایی و

ارتباط مشخصات دموگرافیک بیماران با بستری و پذیرش غیر مقتضی در جدول شماره دو نشان داده شده است. همانطور که دیده می‌شود بین پذیرش با هیچ یک از متغیرهای دموگرافیک ارتباط معنی‌داری مشاهده نشد. اما بستری غیر مقتضی با جنسیت، طول مدت بستری و بیمه در سطح معناداری ۰/۰۵، ارتباط معنی‌داری داشت.

بحث

بطور کلی میزان پذیرش غیر مقتضی در این مطالعه ۸ درصد بود که این میزان مشابه مطالعه صورت گرفته توسط فکاری و همکاران بود. در مطالعه مذکور میزان پذیرش غیر ضروری ۷ درصد گزارش شده بود (۱۶). در مطالعه پور

درصد و در اسپانیا در طیفی بین ۵ درصد تا ۴۵ درصد گزارش شد (۲۰). کمترین میزان گزارش شده این میزان در مطالعه نیومن (Neumann) در سال ۲۰۰۲ مربوط به بیمارستان ارتش در ترکیه بود که میزان پذیرش غیر ضروری را ۴/۸ درصد گزارش نمودند (۲۱).

آمریکایی میزان پذیرش غیر ضروری را بین ۴ درصد تا ۵۵ درصد گزارش داده‌اند. مطالعه تولانتر (Tollanter) در سال ۲۰۰۴ پذیرش غیر ضروری را در بیمارستان سوئد ۲۳ درصد برآورد نموده است (۱۸). پژوهش گوپارد (Ghopard) این میزان را ۳۸ درصد برآورد نمود (۱۹). در سال ۲۰۰۳ میزان پذیرش غیر ضروری در ایتالیا ۳۸/۲

جدول ۲: جدول توصیفی تحلیلی پذیرش و بستری های مقتضی و غیرمقتضی با ویژگیهای دموگرافیک بیماران

بستری		پذیرش		خصوصیات			
P-value	غیر مقتضی	مقتضی	P-value	غیر مقتضی	مقتضی		
	تعداد(%)	تعداد(%)		تعداد(%)	تعداد(%)		
۰/۰۳۳	۳۳ (۲۰)	۱۳۲ (۸۰)	۰/۱۵۶	۱۵ (۹)	۱۵۰ (۹۱)	مرد	جنس
	۵۰ (۳۷)	۸۵ (۶۳)		۱۰ (۷)	۱۲۵ (۹۳)	زن	
۰/۰۲۰	۴۷ (۱۶)	۲۳۸ (۸۴)	۰/۲۴۴	۱۰ (۴)	۲۷۵ (۹۶)	دارد	بیمه
	۷ (۴۷)	۸ (۵۳)		۴ (۲۵)	۱۱ (۷۵)	ندارد	
۰/۰۱۱	۱۱ (۱۵)	۵۹ (۸۵)	۰/۱۷۶	۱۲ (۱۷)	۵۸ (۸۳)	کمتر از ۵	طول مدت بستری
	۳۳ (۲۳)	۱۱۲ (۷۷)		۱۳ (۹)	۱۳۲ (۹۱)	۵-۱۰	
	۱۷ (۲۶)	۳۳ (۷۴)		۹ (۱۶)	۴۶ (۸۴)	۱۱-۱۵	
	۱۱ (۳۶)	۱۹ (۶۴)		۲ (۷)	۲۸ (۹۳)	بیشتر از ۱۵	

همکاران ۸/۶ درصد گزارش شده است و همچنین بیان گردیده است که ۲۶/۶۸ درصد از بیماران دارای حداقل یک روز اقامت غیر ضروری بودند. در مطالعه فکاری و همکاران میزان بستری غیر ضروری ۶/۲ درصد گزارش شده است (۱۶). در تحقیقات انجام شده که عمدتاً در آمریکا و اروپا بود، درصد روز بستری غیر ضروری در مطالعه ویلانا (Villalta) ۶/۹ درصد (۲۲) و در مطالعه هارتز (Hartz) ۴۸ درصد گزارش شده است (۲۳). همچنین مطالعه سلیک (Celik) که در سال ۲۰۰۱ در بیمارستان دانشگاهی ترکیه انجام گرفته است میزان روز بستری غیر ضروری را ۲۲ درصد اعلام کرده است (۲۴).

در این پژوهش روزهای بستری ۳۰۰ بیمار که معادل ۱۸۳۵ روز بستری بود مورد ارزیابی قرار گرفت. یافته‌ها نشان داد که ۱۴ درصد از بیماران دارای حداقل یک روز اقامت غیر ضروری در بیمارستان بودند. این میزان شاید در نگاه اول نسبت به آمار سایر کشورها که در طیفی از ۶ درصد تا ۶۰ درصد گزارش شده است میزان خوبی باشد، اما آنچه بایستی در نظر داشت این است که بستری‌های غیرضروری هر چقدر هم کم باشند، بار مالی زیادی را بر دوش نظام سلامت، بیمه‌ها و مردم می‌گذارند بنابراین نیازمند توجه ویژه هستند. این میزان در مطالعه کاووسی و

نتیجه‌گیری

یافته‌های این پژوهش نشان داد که میزان پذیرش و بستری‌های غیرضروری به ترتیب ۸ و ۱۴ درصد بود. بایستی بدان به عنوان یکی از معضلات نظام بهداشت و درمان که سهم بزرگی در اتلاف منابع این نظام دارد، نظر انداخت. در زمینه هزینه‌های تحمیلی ناشی از اقامت غیر ضروری بیمار در بیمارستان، مشخص است که بار این چنین حجم بالایی از هزینه‌های غیر ضروری بر دوش سه گروه بیمار، بیمارستان و سازمان های بیمه‌گر می باشد. واضح است که با کاهش چنین هزینه‌هایی، سازمان‌های بیمه‌گر و بیمارستان‌ها و به خصوص بیمارستان‌های دولتی از فرصت‌های بهتری برای سازماندهی خدمات خود و کاهش هزینه‌های غیر ضروری منتفع می‌گردند و بیماران نیز با کاهش هزینه مراقبت کمتر در معرض هزینه کمر شکن سلامت قرار می‌گیرند. با افزایش طول مدت اقامت بیمار احتمال افزایش روز بستری‌های غیرضروری نیز افزایش می‌یابد. بنابراین باید سعی شود طول مدت بستری بیماران را کاهش داده و بیشتر از خدمات مراقبت در منزل استفاده شود. جهت کاهش پذیرش‌ها و بستری‌های غیر مقتضی می‌توان به راهکارهایی نظیر ایجاد تسهیلات درمانی غیر بیمارستانی جهت کاهش ارجاع به مراکز سطوح بالاتر؛ ارتقاء عملکرد نظام ارجاع؛ استفاده از پروتکل ارزیابی مناسبت در پرونده بالینی بیمار و آموزش کادر درمانی در این زمینه؛ اصلاح فرآیند های ناقص از طریق ارتقاء کیفیت و اصلاح نظام بیمه و روشهای پرداخت اشاره نمود.

تقدیر و تشکر

نویسندگان مراتب تشکر و قدردانی از کلیه شرکت‌کنندگان و افرادی که امکان انجام این پژوهش را فراهم نمودند به خصوص کارکنان دفتر بهبود کیفیت بیمارستان‌های شفا، باهنر و افضل پور کرمان، اعلام می‌دارند.

مطالعه نیومن این میزان را ۲۳ درصد گزارش کرده است (۲۱).

در این مطالعه بین بستری غیر ضروری با متغیرهای سن، طول مدت بستری و بیمه رابطه معناداری وجود داشت. در مطالعه سلیک، زن بودن عامل افزایش اقامت غیر ضروری تشخیص داده شده است (۲۴). در سایر مطالعات انجام شده همانند مطالعه فکاری و مطالعه آتنا (Attena) فرضیه تاثیر جنسیت بیمار بر اقامت غیر ضروری تایید نشده است (۱۶،۲۵).

با افزایش طول مدت اقامت، تقریباً درصد بیمارانی که دارای حداقل یک روز بستری غیر ضروری در بیمارستان بودند، افزایش می‌یابد. در این پژوهش بیشترین درصد اقامت غیر ضروری مربوط به بیماران با طول مدت اقامت بیشتر از ۱۵ روز بود. در مطالعه آپولون (Appolon) و همکاران، با افزایش روزهای بستری در بیمارستان، مدت اقامت غیر ضروری نیز افزایش یافت (۲۶). در مطالعه فکاری و همکاران نیز این رابطه معنادار شده و بیشترین اقامت غیر ضروری مربوط به بیماران با طول اقامت بیشتر از ۱۵ روز بود که مشابه مطالعه حاضر بود (۱۶).

در مطالعه حاضر، بین بستری غیر ضروری و بیمه نیز اختلاف معناداری آماری مشاهده شد. این موضوع نشان‌دهنده این است که افراد فاقد بیمه که خود ناچار به پرداخت کلیه هزینه‌های بیمارستان هستند، کمترین مدت اقامت در بیمارستان را داشتند و بیمه بودن افراد بر روی میزان بستری غیرضروری آنها تاثیرگذار بود. این یافته با مطالعه فکاری و پوررضا همخوانی داشت.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر این است که این مطالعه در بیمارستان‌های آموزشی انجام پذیرفت و نمی‌توان نتایج آن را به سایر بیمارستان‌های خصوصی و عمومی تعمیم داد. بنابراین پیشنهاد می‌شود که مطالعات دیگری با این عنوان در بیمارستان‌های خصوصی و غیر دانشگاهی نیز انجام پذیرد.

- intervention to reduce inappropriate hospital use, *International Journal for Quality in Health Care* 2002; 14(3): 227-232.
8. Bakhtari Agdam F, Gholivahidi R, Mahmoodpoor A, Kawosi Z. Days of admission and stay of patients on the occasion of Appropriate Evaluation Protocol in Emam hospital of tabriz university of medical science. *Medical Journal of Tabriz University of Medical Sciences* 2007; 30(2): 35-39 (Persian).
 9. Anton P, Aranaz JM, Calpena R, Compan A, Leutscher E, Ruiz V. Effectiveness of a physician-oriented feedback intervention inappropriate hospital stays. *Journal of Epidemiology & Community Health* 2007; 61: 128-34.
 10. Al-Omar B, Al-Ghanim S. Utilization of hospital resources: a survey-based study of Saudi hospitals in Riyadh City. *Clinical Governance: An International Journal* 2010; 15(2): 134-141.
 11. Anderson P, Meara J, Brodhurst S. Use of hospital beds: a cohort study of admissions to a provincial reaching hospital. *British Medical Journal* 1988; 66(53): 2-10.
 12. Tsang P, Severs M. A study of the appropriateness of acute geriatric admissions and an assessment of the AEP. *Journal of Royal college of physicians* 1995; 4(1): 4-311.
 13. Victor C, Nazareth B. The inappropriate use of acute hospital beds in an inner London District Health Authority. *Health Trends* 1994; 3(2): 94-97.
 1. Arab M, Zarei A, Rahimi A, Rezaiean F, Akbari F. Analysis of Factors Affecting Length of stay in Public Hospitals in Lorestan Province, Iran. *Hakim Research Journal* 2010; 12(4): 27- 32 (Persian) .
 2. Yaghoobi far M, Maskani K, Akaberi A, Shahabi F. The Rate of Inappropriate Admissions and Staying of Patients in Hospitals of Sabzevar, Iran. *Journal of Sabzevar University of Medical Science* 2011; 18(3): 224-232 (Persian).
 3. Panis LJ, Gooskens M, Verheggen FW, Pop P, Prins MH. Predictors of inappropriate hospital stay: a clinical case study. *International Journal for Quality in Health Care* 2003; 15(1): 57.
 4. McDonagh, M, Smith D, Goddard M. Measuring appropriate use of acute beds: A systematic review of methods and results. *Health Policy* 2000; 53(3): 157-184
 5. Chopard P, Perneger TV, Gaspoz JM, Lovis C, Gousset D, Rouillard C, et al. Predictors of inappropriate hospital days in a department of internal medicine. *International Journal of Epidemiology* 1998; 27(3):510-521
 6. Panis LJ, Gooskens M, Verheggen FW, Pop P, Prins MH. Predictors of inappropriate hospital stay: a clinical study. *International Journal of Quality Health Care* 2003; 15(1): 57-65.
 7. Kossovsky M, Chopard P, Boola F. Evaluation of quality improvement

20. Young GJ, Cohen BB. The process and outcome of hospital care for Medicaid versus privately insured hospital patient. *Inquiry Journal* 1987; 29(4):71-366.
21. Neumann A, Schultz-Coulon HJ. Use of appropriateness evaluation protocol in inpatient ENT practice. *HNO* 2001; 49(1): 12-20.
22. Villatla J, Siso A, Cereijo AC, Sequeira E, De Lasiera A. Appropriateness of hospitalization in a short stay unit of a teaching hospital, a controlled study. *Med Clin* 2002; 122(2): 454-6.
23. Hartz J, Priscilla F, Sigmann P, Guse C. The evaluation of screening methods to identify medically unnecessary hospital stay for patient with Pneumonia. *International Journal for Quality in Health Care* 1996; 8: 3-11.
24. Celik Y, Celik SS, Bulut HD, Khan M, Kisa A. Inappropriate use of hospital beds: a case study of university hospitals in turkey. *World Health Serv* 2001; 37(1): 6-13.
25. Attena F, Agozzino E, Troisi MR, Granito C, Delprete U. Appropriateness of admission and hospitalization days in a specialist hospital. *Ann Ig* 2001, 13(2): 121-7.
26. Appolon G, Fellin G, Tampieri A. Appropriateness of hospital use: an overview of Italian studies. *International Journal for Quality in Health Care* 1995; 7(3):219-225.
14. Namdaran F, Sherval J. Trends in elderly patients (65 and over) uniting for long stay care in Edinburgh general hospitals. *Health Bulletin* 1995; 6(3): 8-373.
15. Gertman PM, Restuccia JD. The Appropriateness Evaluation Protocol: a technique for assessing unnecessary days of hospital care. *Med Care* 1981; 19: 71-855.
16. Fekari A, Ghiasi A, Ezzati M, Pakdaman M, Khalafi A. The Assessing of Inappropriate Admissions and Hospitalization based on Appropriate Evaluation Protocol in Alinasab hospital in Tabriz- 2009. *Journal of Hospital* 2010; 9(3, 4): 39-44 (Persian).
17. PourReza A, Kavosi Z, Mahmoudi M, Batebi A. Admissions and numbers of days of staying of inpatients on the basis of the Appropriateness Evaluation Protocols in two Tehran University of Medical Sciences hospitals. *J School Public Health Inst Public Health Res* 2006; 4(3):73-83 (Persian).
18. Thollander J, Gertow O, Hansen S, Carlsson B, Hallert C. Assessment of inappropriate emergency admissions: A study 566 consecutive cases. *Swedish Medical Journal of Lakartidningen* 2004; 101(10):888-92.
19. Chopard P, Perneger TV, Gaspoz JM, Lovis C, Gousset D, Rouillard C, et al. Predictors of in appropriate hospital days in a department of internal medicine. *International Epidemiological* 1998; 27: 513-519.

Cite this article as:

Barouni M, Amini S, Khosravi S. Appropriateness of Delivered Services in Educational Hospitals: A Case Study in Kerman University of Medical Sciences. Sadra Med Sci J 2016; 4(3): 185-194.