

بیمارستان‌های روزانه مدلی برای کاهش طول مدت اقامت بیمار در بیمارستان‌ها

الهه حق گشایی^۱ / محمد رضا نریمانی^۲ / امیرخسرو مدیرشهبلا^۳ / افسانه تکبیری^۴ / حسن ابوالقاسم گرجی^۵

چکیده

مقدمه: بیمارستان‌ها به عنوان یکی پر هزینه ترین سازمان‌های ارائه خدمات بهداشتی درمانی مطرح می‌باشند و بر اساس آمارهای موجود، بخش بستری در میان سایر بخش‌های بیمارستان بیش‌ترین هزینه را به خود اختصاص داده است. برای کاهش هزینه‌ها در بیمارستان می‌توان طول مدت اقامت غیرضروری بیمار در بیمارستان را کاهش داد. در این تحقیق، محققین به بررسی طول مدت اقامت بیماران در کلینیک‌های روزانه، بیمارستان‌های عمومی و بیمارستان‌های خصوصی شهر تبریز و مقایسه این بیمارستان‌ها از نظر طول مدت اقامت با یکدیگر پرداخته‌اند. هم‌چنین در این مقاله الگویی از بیمارستان‌های روزانه ارائه شده است.

روش کار: این مطالعه از نوع توصیفی-تحلیلی و جامعه آماری شامل کلیه بیماران بستری در بیمارستان‌های عمومی، کلینیک‌های روزانه و بیمارستان‌های خصوصی تبریز بود که خدمات آدنوتانسکتومی و کاتاراکت را ارائه می‌نمایند. تعداد نمونه مورد نیاز این پژوهش (N=885) به صورت تصادفی از 6 بیمارستان جمع آوری گردید. ابزار گردآوری اطلاعات چک لیست بود که برای اطمینان از روایی چک لیست، از نظرها و راهنمایی‌های اساتید صاحب‌نظر در علم مدیریت استفاده شد. هم‌چنین، اطلاعات مورد نیاز از مراجعه به پرونده‌های پزشکی بیماران به دست آمد. تجزیه و تحلیل داده‌ها در دو سطح توصیفی (فراوانی، درصد فراوانی، میانگین، انحراف معیار) و استنباطی (ضریب هم بستگی پیرسون، آزمون کروسکیال والیس، آزمون T من ویتنی) با استفاده از نرم افزار SPSS صورت پذیرفت و برای توزیع نرمال داده‌ها از آزمون کلموگراف اسمیرنوف استفاده شد.

یافته‌ها: میانگین طول مدت اقامت برای خدمات آدنوتانسکتومی و کاتاراکت در بیمارستان‌های عمومی برابر 1.60 ± 0.929 و 1.88 ± 0.735 در بیمارستان‌های خصوصی به ترتیب برابر 1.00 ± 0.00 و 1.70 ± 0.470 و در کلینیک‌های روزانه برابر 1.00 ± 0.00 روز بود. طول مدت اقامت برای خدمت آدنوتانسکتومی در بیمارستان‌های عمومی با بیمارستان‌های خصوصی و کلینیک‌های روزانه تفاوت بارزی رانشان داد ($P \leq 0.005$). همین مقایسه برای خدمت کاتاراکت نشان داد که بیمارستان‌های عمومی و بیمارستان‌های خصوصی از نظر طول مدت اقامت تفاوت معنی داری با هم نداشتند ($P \geq 0.005$). اما در بیمارستان‌های خصوصی با کلینیک‌های روزانه تفاوت معنی دار وجود داشت ($P \leq 0.005$).

بحث: بر اساس نتایج تحقیق به منظور کاهش هزینه‌ها و بهتر کردن هزینه اثربخشی می‌توان با استفاده از بیمارستان‌های روزانه طول مدت اقامت غیرضروری بیمار را کاهش داد و بدین وسیله از بروز مشکلات برای بیماران کاست.

کلید واژه‌ها: طول مدت اقامت، کلینیک روزانه، اقامت غیرضروری، بیمارستان عمومی، بیمارستان خصوصی، بیمارستان روزانه

• وصول مقاله: ۸۹/۱۲/۷ • اصلاح نهایی: ۹۰/۵/۳ • پذیرش نهایی: ۹۰/۷/۳

۱. کارشناس ارشد مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران؛ نویسنده مسئول (ezd_ehm2010@yahoo.com)

۲. کارشناس ارشد پژوهش، دانشکده بهداشت و تغذیه و مرکز کشوری مدیریت سلامت NPMC، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

۳. کارشناس ارشد مدیریت آموزشی، مدیریت منابع انسانی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

۴. دانشجوی کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

۵. استادیار گروه مدیریت خدمات بهداشت و درمان، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

مقدمه

در جهان امروز سطح پیشرفت خدمات بهداشتی و درمانی به عنوان یکی از شاخص‌های اندازه‌گیری رشد و توسعه اقتصادی و اجتماعی به شمار می‌رود. خدمات بهداشتی و درمانی بر سطح رفاه اجتماعی تاثیرگذار است و بخش عظیمی از منابع ملی را مصرف نموده است، لذا نباید از توجه به این خدمات غافل بود. [۱] در کشورهای در حال توسعه و توسعه یافته، بیمارستان‌ها به عنوان منابع اجتماعی حیاتی و ضروری محسوب می‌شوند که مدیریت آن‌ها باید در راستای سود رسانی به جامعه باشد. [۲] اداره مطلوب بیمارستان‌ها به عنوان بزرگترین مرکز ارائه خدمات بهداشتی و درمانی همواره مورد توجه سیاست‌گذاران این بخش بوده است. به لحاظ محدود بودن منابع سرمایه‌گذاری و دیربازدهی آن در بخش بهداشت و درمان و همچنین عواملی چون هزینه گزاف احداث بیمارستان، گرانی تجهیزات و کمبود نیروی انسانی ماهر و متخصص در این بخش، گسترش امکانات بیمارستانی بسیار کند و دشوار است. بنابراین حداکثر استفاده از منابع موجود با بهره‌گیری از راه‌کارهای برتر مدیریتی ضروری است. [۳] بخش بستری بیمارستان در میان سایر بخش‌ها، بیشترین هزینه را به خود اختصاص می‌دهد. [۴] با نگاهی به هزینه‌های سالانه تخت‌های بیمارستانی کشور، بدون در نظر گرفتن هزینه‌های اجتناب‌ناپذیر، حجم هزینه‌های بلاثمر و تحمیلی که صرفاً با اشغال غیرمقتضی تخت به سیستم بهداشت و درمان کشور تحمیل می‌شود، روشن خواهد شد. [۵] از این‌رو نظام‌های مختلف به طور فعال در صدد کاستن از تخت‌های بیمارستانی و کوچک نمودن بیمارستان‌ها به منظور کاهش هزینه‌ها می‌باشند. به منظور کاهش هزینه‌ها و بهتر کردن هزینه‌های اثربخشی در بیمارستان می‌توان طول مدت اقامت غیرضروری بیمار

در بیمارستان را کاهش داد، چرا که روزهای بستری غیر مقتضی نه تنها هزینه اقامت در بیمارستان را افزایش می‌دهد، بلکه منابع در دسترس برای بیماران با وضعیت بحرانی را کاهش می‌دهد و بیماران را در معرض عفونت‌های بیمارستانی قرار می‌دهد، علاوه بر مسائل مذکور، حضور غیر موجه بیمار در بیمارستان از نظر اجتماعی نیز ابعاد و مسائل متعددی را در برمی‌گیرد که از جمله آن، غیر فعال شدن نیروی کار جامعه و لطمات ناشی از آن، ضایعات عاطفی و روانی به خانواده‌ها و کاهش بازدهی بخش‌های بستری را می‌توان نام برد. [۶] ولی با کوتاه شدن طول مدت اقامت بیماران بیمارستان، علاوه بر این که باعث تقویت نیروی اقتصادی و کادر فنی جامعه می‌گردد، در صد اشغال تخت کاذب بیماران کاهش می‌یابد و در مدت انتظار بیماران نیز مؤثر واقع می‌گردد که خود در جهات مختلف نتایج ارزنده‌ای در بر دارد و کمک شایانی به سلامت روان اطرافیان بیمار و در نتیجه جامعه می‌کند. [۷] کاهش اقامت غیرمقتضی، بهره‌وری بیمارستان را افزایش داده، لیست انتظار را کاهش می‌دهد [۸] و در عین حال کیفیت را کاهش نمی‌دهد. [۹] پذیرش غیرمقتضی به عنوان یکی از ضعف‌های همه نظام بهداشت و درمان حتی در کشورهای پیشرفته می‌باشد. به عنوان نمونه مطالعه‌ای در سوئد این نوع پذیرش را ۲۳ درصد نشان داد. [۱۰] پذیرش غیرمقتضی در ایتالیا در سال ۲۰۰۳، ۳۸.۲ درصد [۱۱] و در اسپانیا در طیفی از ۰.۵ تا ۴۴.۸ درصد گزارش شده است. [۱۲] کمترین میزان، مربوط به مطالعه انجام شده در بیمارستان ارتش می‌باشد که میزان پذیرش غیرمقتضی را ۴.۸ درصد گزارش نموده است. [۱۳] با توجه به مراتب پیشگفت و به دلیل اینکه طول مدت اقامت غیر ضروری بیمار، مشکلات فراوانی را برای فرد و بیمارستان ایجاد می‌کند، برنامه‌های

آن‌ها دور نماند، درحالی که در بستری سازی سنتی، بیمار شب‌ها یا شاید هفته‌های زیادی را دور از خانواده و محیط اجتماعی می‌گذراند. علاوه بر این بیمارانی که در بیمارستان‌های روزانه مورد درمان و مراقبت قرار می‌گیرند، اغلب بیشتر دارای انگیزه برای تغییر و آمادگی برای بهبود دارند تا در بستری سازی کامل [۱۶]. راه‌اندازی بیمارستان‌های روزانه برای خود بیمارستان نیز مؤثر است چرا که برنامه‌های بیمارستان‌های روزانه راه حلی است برای جبران کمبود تخت‌ها برای بیمارانی که به مراقبت‌های متناوب احتیاج دارند و هم‌چنین برنامه‌های درمانی با هزینه کمتر باعث به دست آوردن شمار زیادی از بیماران می‌شود که این یک سود اضافی برای بیمارستان‌ها می‌باشد. بیمارستان‌های روزانه نه تنها باعث افزایش رضایت بیماران و کارکنان می‌گردد بلکه عاملی برای ایجاد اشتغال در جامعه می‌باشد. بنابراین با توجه به موارد بالا، چون اطلاعاتی در مورد بیمارستان‌های روزانه در استان آذربایجان شرقی وجود ندارد، لذا در این تحقیق، محققین به دنبال این هستند که طول مدت اقامت بیماران در کلینیک‌های روزانه شهر تبریز، بیمارستان‌های عمومی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی و بیمارستان‌های خصوصی را بررسی و چنانچه تفاوت معنی داری در این موضوع مشاهده شود الگویی از بیمارستان‌های روزانه را معرفی نمایند تا شاید موجب شود که سیاست‌گذاران بخش بهداشتی راه‌حل افزایش کارایی را با کاهش طول مدت اقامت کاذب بیماران و افزایش توانمندی‌ها و استقلال شخصی افراد در این نوع بیمارستان‌ها جستجو نمایند.

روش کار

این تحقیق یک پژوهش توصیفی تحلیلی و جامعه آماری در این تحقیق شامل کلیه بیماران بستری در بیمارستان‌های عمومی، کلینیک‌های روزانه و

مختلفی در کل دنیا در حال اجرا هستند که استفاده کاذب از تخت‌های بیمارستان را کاهش دهند. یکی از این برنامه‌ها، راه‌اندازی و استفاده از بیمارستان‌های روزانه می‌باشد. بیمارستان روزانه به صورت کلی، سرویس‌های خدماتی تشخیصی درمانی جدیدی را معرفی می‌کند که خدماتی فراتر از مراقبت‌های بیماران به صورت سنتی ارائه می‌دهد. در حقیقت، بیمارستان‌های روزانه ردیف متوسطی از مراقبت‌ها را بین توجه و رسیدگی به بیماران سرپایی و بستری ایجاد می‌کند و این بیمارستان عموماً به بیمارانی که در درجه ای از بهبودی بیماری قرار دارند، ارائه خدمت می‌دهد و از پاسخ‌گویی به بیماران بسیار مریض و یا بیمارانی که هیچ واکنشی نسبت به درمان‌های کوتاه مدت نمی‌دهند، معذور است. در بیمارستان‌های روزانه، بیماران بر خلاف سایر مؤسسات می‌توانند استقلال شخصی خود را حفظ کنند و پیوسته در ارتباط با جامعه قرار بگیرند. مزایای این نوع بیمارستان‌ها در این است که بیمار را در سطحی نگه می‌دارد که توانایی انجام وظایفش را در خانه، سرکار و یا دیگر زمینه‌ها داشته باشد. [۱۴] علاوه بر این، بیمارستان‌های روزانه باعث ایجاد یک شبکه ارتباطی قوی و حمایت شده از طرف دوستان و خانواده فرد بیمار می‌شود که به عنوان یک آگاهی دهنده از شرایط بیمار هنگامی که بیمار در بیمارستان نیست و به خانه برمی‌گردد، در شب و در طول هفته عمل می‌کند. [۱۵] بستری سازی جزئی در بیمارستان‌های روزانه به بیماران اجازه می‌دهد که تا حدودی به نقش‌های شغلی و اجتماعی خود ادامه بدهند، بنابراین باعث تقویت کردن اعتماد به نفس، روحیه و استقلال افراد می‌شود. علاوه بر آن بیمارستان‌های روزانه به بیماران اجازه می‌دهد که بیش‌تر در تماس با خانواده و اطرافیانش باشد و زیاد از

بیمارستان‌های خصوصی بود که خدمات آدنوتانسکتومی و کاتاراکت را ارائه می‌نمایند. با توجه به تعداد زیاد محیط آماری (۱۲ بیمارستان) از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای استفاده گردید. با توجه به این روش، برای این خدمات از بیمارستان‌های عمومی، خصوصی و کلینیک‌های روزانه برای هر نوع خدمت یک بیمارستان به صورت تصادفی انتخاب شد، سپس پرونده‌های پزشکی بیماران بستری به صورت تصادفی مورد بررسی قرار گرفتند. با در نظر گرفتن حجم جامعه و با توجه به جدول مورگان و نرخ ریزش، ۸۸۵ پرونده مورد بررسی قرار گرفت، که این تعداد با مراجعه به هریک از بیمارستان‌ها و با کسب اجازه از مدیریت این بیمارستان‌ها به دست آمد. بطوری که برای خدمت آدنوتانسکتومی دو بیمارستان به تفکیک یک عمومی، یک خصوصی و یک کلینیک روزانه و برای خدمت کاتاراکت نیز به همین شکل جمعاً ۶ بیمارستان انتخاب شد. از ۸۸۵ پرونده مورد بررسی ۳۷۳ پرونده مربوط به بیمارستان‌های عمومی، ۴۱۲ پرونده مربوط به کلینیک‌های روزانه و ۱۰۰ پرونده مربوط به بیمارستان‌های خصوصی بود. در این تحقیق با توجه به این که هدف اساسی تعیین و مقایسه طول مدت اقامت بیماران در بیمارستان‌های عمومی، خصوصی و کلینیک‌های روزانه برای خدمت آدنوتانسکتومی و کاتاراکت بود، در دو مرحله برای نیل به اهداف مورد نظر اقدام گردید. در مرحله اول برای دستیابی به هدف "تعیین طول مدت اقامت بیماران در بیمارستان‌های عمومی، خصوصی و کلینیک‌های روزانه برای خدمات آدنوتانسکتومی و کاتاراکت" با استفاده از داده‌های جمع‌آوری شده در سطح آمار توصیفی (فراوانی، درصد فراوانی، میانگین، انحراف معیار) اقدام گردید. در مرحله دوم جهت دستیابی به هدف "مقایسه

طول مدت اقامت بیماران در مراکز جنرال، خصوصی کلینیک‌های روزانه برای خدمات آدنوتانسکتومی و کاتاراکت" ابتدا برای چک نرمال بودن داده‌ها و انتخاب آزمون آماری از آزمون کولموگروف اسمیرونف استفاده گردید. نتایج این آزمون نشان داد که توزیع متغیر انتخاب شده (طول مدت اقامت) با توزیع نرمال به طور معنی‌داری متفاوت است. بنابراین برای رد یا تأیید فرضیه‌ها می‌بایست از آزمون‌های ناپارامتریک استفاده گردد. همچنین با توجه به نرمال نبودن داده‌ها، از آزمون کروسکیال والیس استفاده گردید. از آزمون لامن ویتنی نیز برای مقایسه دو به دو بیمارستان‌ها استفاده شد و هم‌چنین از آزمون ضریب هم‌بستگی پیرسون برای ارتباط میان متغیرها استفاده گردید.

یافته‌ها

یافته‌های تحقیق حاکی از این است که ۵۲.۹ درصد بیماران مورد مطالعه مرد و ۴۷.۱ درصد زن که میانگین سنی آنان 58.38 ± 26.91 بود. بیشترین تعداد بیماران بستری شده برای خدمات آدنوتانسکتومی و کاتاراکت به ترتیب دارای بیمه تأمین اجتماعی (۳۱ درصد)، بیمه خدمات درمانی (۲۵.۹ درصد) و بیمه روستایی (۱۹ درصد) بودند و بقیه بیمه‌های مورد استفاده کمتر از ۱۰ درصد بوده است.

جدول (۱) نشان می‌دهد که میانگین طول مدت اقامت برای خدمت آدنوتانسکتومی در بیمارستان‌های عمومی برابر 1.60 ± 0.929 روز، در بیمارستان‌های خصوصی و کلینیک‌های روزانه 1.00 ± 0.00 روز می‌باشد که حداکثر طول مدت اقامت بیمارستان‌های عمومی پنج روز و در بیمارستان‌های خصوصی و کلینیک‌های روزانه یک روز می‌باشد.

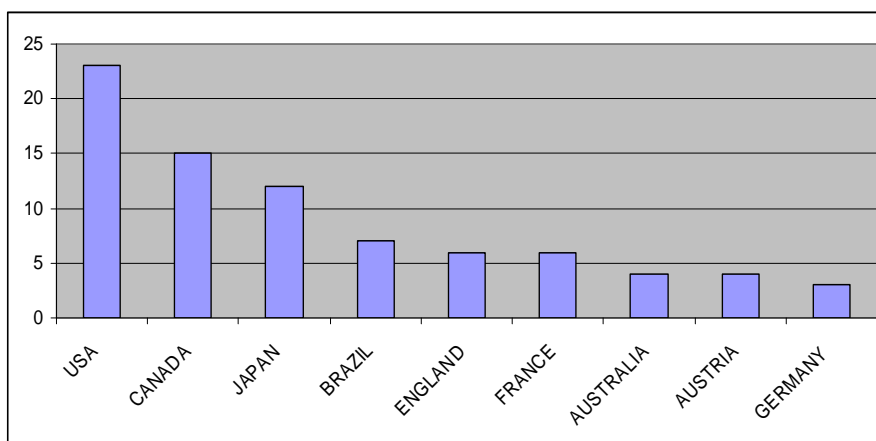
جدول ۱: شاخص‌های توصیفی طول مدت اقامت برای خدمت آدنوتانسکتومی

طول مدت اقامت برای خدمت آدنوتانسکتومی (روز)	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	حداکثر	حداقل
بیمارستان‌های عمومی	۴۳	۱.۶۰	۰.۹۲۹	۵	۱
بیمارستان‌های خصوصی	۸۰	۱.۰۰	۰.۰۰	۱	۱
کلینیک‌های روزانه	۳۱۸	۱.۰۰	۰.۰۰	۱	۱

طبق جدول (۲) میانگین طول مدت اقامت در بیمارستان‌های عمومی 1.88 ± 0.735 روز، در بیمارستان‌های خصوصی 1.70 ± 0.470 و در کلینیک‌های روزانه برابر 1.00 ± 0.00 روز برای خدمت کاتاراکت می‌باشد که حداکثر طول مدت اقامت در بیمارستان‌های عمومی شش روز و در بیمارستان‌های خصوصی دو روز و کلینیک‌های روزانه، یک روز می‌باشد.

جدول ۲: شاخص‌های توصیفی طول مدت اقامت برای خدمت کاتاراکت

طول مدت اقامت برای خدمت کاتاراکت (روز)	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	حداکثر	حداقل
بیمارستان‌های عمومی	۳۳۰	۱.۸۸	۰.۷۳۵	۶	کمتر از امروز
بیمارستان‌های خصوصی	۲۰	۱.۷۰	۰.۴۷۰	۲	۱
کلینیک‌های روزانه	۳۱۸	۱.۰۰	۰.۰۰	۱	۱



نمودار ۲: کشورهای مشارکت کننده در تولیدات علمی ایران

براساس آزمون کروسیکال والیس نشان داد که طول مدت اقامت برای خدمات آدنوتانسکتومی و کاتاراکت در سه گروه (عمومی، خصوصی و کلینیک‌های روزانه) معنی دار است ($P \leq 0.005$).

همچنین براساس جدول (۳)، بررسی‌های آماری به منظور مقایسه طول مدت اقامت بیماران برای خدمات آدنوتانسکتومی و کاتاراکت در بیمارستان‌های عمومی، کلینیک‌های روزانه و بیمارستان‌های خصوصی تبریز



جدول ۳: نتایج آزمون کروسکال والیس برای خدمات آدنوتانسکتومی و کاتاراکت

نتیجه آزمون کروسکال والیس	انحراف معیار	میانگین رتبه‌ها	تعداد	طول مدت اقامت (روز)	
				نوع بیمارستان	نوع خدمت
$\chi^2 = 47.17$ $P < 0.001$	0.929	143.40	43	عمومی	آدنوتانسکتومی
	0.00	100.50	80	خصوصی	
	0.00	100.50	94	کلینیک روزانه	
$\chi^2 = 337.53$ $P < 0.001$	0.735	448.03	330	عمومی	کاتاراکت
	0.470	424.85	20	خصوصی	

اطمینان بیش از ۹۹ درصد تفاوت معنی دار آماری بین میانگین طول مدت اقامت بیماران در این سه گروه وجود داشته و طول مدت اقامت بیماران در بیمارستان‌های خصوصی و کلینیک‌های روزانه کمتر از بیمارستان‌های عمومی می‌باشد ($P \leq 0.005$). اما طول مدت اقامت بیماران برای همین خدمت در بیمارستان‌های خصوصی نسبت به کلینیک‌های روزانه یکسان بوده و تفاوت معنی دار آماری بین این دو گروه وجود ندارد ($P \geq 0.005$).

با توجه به معنی دار بودن طول مدت اقامت برای خدمات آدنوتانسکتومی و کاتاراکت در سه گروه بیمارستان‌های عمومی، کلینیک‌های روزانه و بیمارستان‌های خصوصی، یافته‌های مربوط به مقایسه دو به دو این گروه‌ها برای نتیجه‌گیری بهتر، در جدول شماره (۴) آزمون تکمیلی U من ویتنی نشان داد که برای خدمت آدنوتانسکتومی طول مدت اقامت در بیمارستان‌های عمومی نسبت به طول مدت اقامت در بیمارستان‌های خصوصی و کلینیک‌های روزانه بطور معنی داری تفاوت وجود دارد. به عبارت دیگر با درجه

جدول ۴: نتایج آزمون U من ویتنی برای خدمت آدنوتانسکتومی

سطح معنی داری	مقدار Z	مقایسه طول مدت اقامت در	
0.001*	-6.018	بیمارستان‌های خصوصی	بیمارستان‌های عمومی با
0.001*	-6.476	کلینیک‌های روزانه	بیمارستان‌های عمومی با
1.000	0.000	کلینیک‌های روزانه	بیمارستان‌های خصوصی با

بیمارستان‌های خصوصی تفاوت معنی دار آماری مشاهده نمی‌شود ($P \geq 0.005$). به عبارت دیگر با درجه اطمینان بیش از ۹۹ درصد تفاوت معنی دار آماری بین میانگین طول مدت اقامت بیماران بستری در کلینیک‌های روزانه با بیمارستان‌های عمومی و بیمارستان‌های خصوصی وجود دارد، به طوری که میانگین طول مدت اقامت بیماران در کلینیک‌های

در جدول (۵) یافته‌های مربوط برای خدمت کاتاراکت حاکی از این است که بین میانگین طول مدت اقامت بیماران در کلینیک‌ها نسبت به میانگین طول مدت اقامت بیماران در بیمارستان‌های خصوصی و عمومی تفاوت معنی دار وجود داشته ($P \leq 0.005$). در حالی که بین میانگین طول مدت اقامت بیماران در بیمارستان‌های عمومی با میانگین طول مدت اقامت بیماران در

بیمارستان‌های عمومی نسبت به بیمارستان‌های خصوصی یکسان بوده و تفاوت معنی دار آماری بین این دو گروه وجود ندارد.

روزانه کمتر از بیمارستان‌های عمومی برای خدمت کاتاراکت می‌باشد و این در حالی است که میانگین طول مدت اقامت بیماران برای همین خدمت در

جدول ۵: نتایج آزمون U من ویتنی برای خدمت کاتاراکت

مقایسه طول مدت اقامت در	مقدار Z	سطح معنی داری
بیمارستان‌های عمومی با بیمارستان‌های خصوصی	-۱۰۶۹	۰.۲۵۸
بیمارستان‌های عمومی با کلینیک‌های روزانه	-۱۸.۲۱۴	۰.۰۰۱*
بیمارستان‌های خصوصی با کلینیک‌های روزانه	-۱۵.۲۱۶	۰.۰۰۱*

بحث

طبق نتایج به دست آمده از این تحقیق طول مدت اقامت بیماران در کلینیک‌های روزانه کمتر از دیگر بیمارستان‌ها (خصوصی و عمومی) بوده است. همچنین میانگین اقامت در بیمارستان‌های خصوصی کمتر از بیمارستان‌های عمومی است و متأسفانه به نظر می‌رسد این امر نشان دهنده مشکل در بیمارستان‌های عمومی می‌باشد. یکی از مهم‌ترین وظایف مدیران تخصیص بهینه منابع مالی و بهره‌وری حداکثر از امکانات موجود است. اهمیت این موضوع زمانی بیشتر محسوس می‌شود که سازمان با محدودیت امکانات و منابع مالی مواجه است. در این میان به منظور افزایش اثربخشی عملکرد، حذف استفاده‌های نا به جا از خدمات بهداشتی یکی از شیوه‌های تجدید هزینه‌های بهداشت و درمان بدون آسیب به کیفیت این خدمات می‌باشد. آنچه مسلم است، این است که پذیرش غیرمقتضی مسأله‌ای است که کشورهای توسعه نیافته از توجه به آن غافل هستند و هیچ‌گونه اطلاعی از شدت و میزان این مشکل در این کشورها وجود ندارد. تحقیقات

صورت گرفته در سایر کشورها، پذیرش غیرمقتضی را ناشی از عوامل زیر به طور اهم می‌داند: کمبود خدمات بهداشتی و درمانی سطوح پایین نظام بهداشت و درمان، مراجعه خارج از نظام ارجاع و خود ارجاعی، اجتناب از معاینات سرپایی و پزشکی، عدم وجود مراکز تشخیصی خارج بیمارستانی [۱۰-۱۲]. بهترین فرصت برای سازمان‌دهی خدمات شرکت‌های بیمه ای و بیمارستان‌ها، به ویژه بیمارستان‌های عمومی، همان کاهش هزینه‌های غیرضروری می‌باشد. کاهش هزینه‌های درمانی و تحمل هزینه‌های فاجعه‌انگیز کمتر برای بیماران مزیت می‌باشد، لذا آنچه که در سیستم مراقبت بیمارستانی عیب محسوب می‌شود، بی‌اطلاعی در افزایش تعداد روزهای بستری شدن بیماران در بیمارستان می‌باشد که همین علت افزایش هزینه‌های ثابت بیمارستانی است [۵]. به عبارت دیگر می‌توان گفت که سیاست‌گذاران، مدیران بیمارستان‌ها و پرداخت کنندگان شخص ثالث (بیمه‌گران) بر کاهش طول مدت اقامت به عنوان یک سیاست عمده مهار هزینه‌های بیمارستانی و استفاده مؤثر و کارآمد از منابع

محدود بیمارستانی، تأکید دارند. [۱۵] مطالعات متعدد در مورد نحوه استفاده از تخت‌های بیمارستانی در اروپا و امریکا نشان داده که حدود ۴ تا ۴۴.۴ درصد از پذیرش‌ها نابه‌جا و حدود ۴ تا ۴۸ درصد از روزهای بستری غیر مقتضی بوده است. [۱۷] بر اساس گزارش‌های سازمان جهانی بهداشت در بیمارستان‌های کشورهای جهان سوم روند دگرگونی هزینه‌ها در راستای افزایش است به طوری که پیوسته شکاف روز افزونی بین منابع قابل وصول و منابع مورد نیاز پدید می‌آید. هم‌چنین نتایج مطالعات انجام شده در کشور ایران و سایر کشورها بیانگر این است که عواملی از قبیل صرفه جویی در هزینه‌های اداری و خدمات عمومی، استفاده از سیستم پیش پرداخت هزینه‌ها، برقراری دوره‌های آموزشی برای پرسنل، تصمیم‌گیری و اعمال مدیریت صحیح، نظارت و کنترل مستمر و بالاخره تدوین و اجرای مناسب استانداردهای ساختار و فرآیند، باعث کاهش هزینه‌های بیمارستانی می‌شوند. [۱۸] هاموند و همکاران در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که از کل ۱۱۵ بیمار مورد مطالعه، پذیرش ۳۲ بیمار و بستری ۸۳ بیمار غیرمقتضی بوده است. [۱۹] تولاند و همکاران، ۵۶۶ مورد پی در پی موارد اورژانس را تحت نظر گرفتند و دریافتند که ۲۳ درصد پذیرش‌ها از نظر بالینی غیر مقتضی بوده و علت عمده آن نیز کمبود خدمات بهداشتی سطوح پایین می‌باشد. [۱۰] نتایج این تحقیق با نتایج پژوهشی که توسط باختری اقدم و همکاران صورت پذیرفته است همخوانی دارد. طبق تحقیق این گروه، ۸.۶ درصد بستری‌ها غیر مقتضی بوده‌اند. [۲۰] ارتباط بیماری با نوع درمان است که باعث ارائه‌ی خدمت به بیماران

می‌شود و براساس این وابستگی و ارتباط است که عرضه‌کننده نوع مراقبت درمانی را انتخاب می‌کند و باز هم بر این اساس است که کشورها نسبت به احتیاجات درمانی خود انواع بیمارستان‌های روزانه را برای مراقبت و درمان بیماران قلبی، تنفسی، تغذیه‌ای، سالمندان و کودکان دایر کرده‌اند. [۵] مطالعات انجام یافته در این مورد نشان می‌دهد که با افتتاح بیمارستان‌های روزانه در انتاریو در سال ۱۹۹۹ به عنوان چاره‌ای برای پذیرش بیمارانی که به صورت کاذب در بیمارستان بستری بودند، می‌توان طول مدت اقامت بیمار را کاهش داد بدون اینکه اثرات زیان‌بار و یا مضری بر روی نتایج درمان بیمار بگذارد و این کار باعث افزایش کارایی و توان مندی و رضایت بیمار و خانواده‌ها می‌گردد. [۶] هم‌چنین در تحقیق دیگری در آلمان بر روی بیمارستان‌های روزانه بیماران تغذیه‌ای نیز نشان داد که ۵۷ درصد از بیمارانی که در این بیمارستان‌ها پذیرش می‌شوند نشانه‌های بیماری آنان در کمتر از چهار هفته کنترل می‌شود که این نیز باعث افزایش روحیه فرد و افزایش کارایی بیمار می‌گردد. [۱۹] نتایج این مطالعات نشان می‌دهد که کلینیک‌های روزانه نیز توانسته است طول مدت اقامت را برای بیماری‌های کاتاراکت و آدنوتانسکتومی کاهش دهد. و در حقیقت از کلینیک‌های روزانه می‌توان به عنوان الگویی برای کاهش طول مدت اقامت و کاهش هزینه‌ها در سایر بیمارستان‌ها استفاده نمود.

بیمارستان‌های روزانه از تمام ساختارهای مراقبت سلامتی که در محدوده‌ی قلمرو بیمارستان وجود دارد برای کمک به بیمار استفاده می‌کنند تا کم‌ترین جابجایی را برای بیمار در محدوده‌ی قلمرو خود ایجاد نماید و

همسازی آن با بیمارستان‌های عمومی، به کاهش طول مدت و کاهش هزینه‌ها کمک شود.

نیز می‌تواند در امر مراقبت‌های بهداشتی مثل برنامه‌های پیشگیری، واکسیناسیون و ... کمک کند. [۲۱] هم چنین مطالعات تصدیق می‌کند که بیمارستان‌های روزانه خالی از محدودیت نیستند از جمله محدودیت‌های این بیمارستان‌ها عدم نتیجه بخش بودنشان در مورد کسانی است که مشکلات خانوادگی دارند و بیمارستان را مکان امنی برای مراقبت از خود می‌پندارند و یا بی‌خانمان‌اند و نیز ناسازگار است با خانواده‌هایی که با این بیمارستان‌ها همکاری ندارند ولی مفید بودن آن و نیز سنجش کارائی و اثر بخشی آن با استفاده از شاخص CFDI که ابزار برنامه ریزی شده جدیدی است، قابل محاسبه است. [۲۱]

بنابراین بر اساس نتایج این تحقیق می‌توان برای بیمارستان‌های عمومی، پیشنهاد کرد که با احداث بیمارستان‌های روزانه و ارائه خدمات در آن از بار بستری سایر بخش‌های بیمارستانی کاسته و گردش تخت را افزایش دهند که این نیز به نوبه خود نه تنها باعث افزایش کارائی و اثر بخشی بیمارستان می‌شود، بلکه منجر به کاهش زمان انتظار بیمار، افزایش جریان اطلاعات و بازگرداندن ماکزیمم استقلال زندگی با سرعت ممکن به افراد بیمار و کاهش بستری‌سازی‌های زائد می‌گردد.

با توجه با اختلاف میانگین طول اقامت در سه بیمارستان خصوصی، عمومی و کلینیک‌های روزانه و با توجه به اینکه طول مدت اقامت در بیمارستان‌های عمومی در مورد خدمات کاتاراکت و آدنوتانسکتومی بالاتر از سایر بیمارستان‌هاست، پیشنهاد می‌شود با بررسی روش‌های اجرا شده در کلینیک‌های روزانه که مدلی از بیمارستان‌های روزانه در ایران می‌باشد و

References

1. Asefzade S. Medical education and health services. Tehran: scientific and cultural; 2001.[Persian]
2. Lak A. Comparing the cost of two general ICU(ICU clinics and ICU2) imam Khomeini [MS thesis].Tehran: azad university, science research; 2004.[Persian]
3. Nabilo B. superior organizational pattern in health sector. Tadbir magazine 2007; 145: 102-105. [Persian]
4. karimi I, Barati A, Zamani R. price index of the approved tariffs of medicine and hospital bed days with retail price of goods and services 1978-2003. health economics 2005. Available from: [url: http://www/health_economics.ir/files/site1/pages/12/doc](http://www.health_economics.ir/files/site1/pages/12/doc). [Persian]
5. Jalali A, Hoseini SM. Days of hospitalization in comparison with a university hospital insurance contracts. Proceedings of conference on health economics. 2001 Oct 17-19; Tehran. Iran. Tehran: sure; 2001. [Persian]
6. Day hospital unit, standard and recommendation reports, surveys and research. Spanish ministry of health and consumer affairs 2008: 138.
7. Corominas A, Roura P, Bonet P. A new Quality indicator for mental healthcare and Partial hospitalization: the care flow direction index. American journal of psychiatrist 2000; 138(11): 512-517.
8. 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.
9. Kossovsky M, Chopard P, Boola F. Evaluation of quality improvement intervention to reduce inappropriate hospital use. International journal for quality in health care 2002; 14(3) 227-232.
10. Tollander J, Gertow O, Hansen S, Carlsson B, Hallert C. Assessment of inappropriate emergency admissions. A study 566 consecutive cases. Akartidningeh 2004; 888-92.
11. Fellin G, Tampere A. Appropriateness of Hospital Use: an Overview of Italian Studies .international journal for quality in healthcare 1995: 7(3):219-225
12. Wolinsky F, Coe R, Mosely R. The process and outcome of hospital care for Medicare versus privately insured hospital patient. Inquiry 1987; 29(3): 366-71.
13. Demir C, Teke K, Fedai T, Kenav I, Bilgic H, Sen D. Investigation of the correlation between inappropriate hospitalization stay rate: an application in with infection by human immunodeficiency virus according to medicine clinic of a military hospital. Mile med 2002; 167(10): 817-20.
14. Donati M, Gandolfo L, Privitera A, Brancateo G, Bonati A. Day hospital for incision hernia: selection criteria. Acta chir belg 2008; (108) 198-202.
15. Schwartzman K, Duqutte G, Zaoude M, Josee M, Lagace M, Poitras J. Respiratory day hospitalization: a novel approach to acute respiratory care. CAMJ 2001; 168(5): 1067- 1070
16. Cannoodt LJ, Knickman JR. The effect of hospital characteristics and organization factors on pre- and postoperative lengths of hospital stay. Health Serve Res 1984; 19(5): 561-85.
17. Sadaghiyani E. Hospital organization and management. 2nd ed .Tehran: art and science; 1999. [Persian]
18. Khayatzaide mahani A. Provide a mechanism for controlling hospital costs. Proceedings of the 3th annual seminar for students in health services management 2005; May 14-15; Tehran, baghiyatollah university of medical science.
19. Hammond CL, Philios MF, Pinnington LL, Pearson BJ, Fakis A. Appropriateness of acute admissions and last in-patient day for patient with long term neurological conditions. BMC Health Serve Res 2009; 35-40.
20. Bakhtari aghdam F, Vahid R, Puraslasghar M, Kavosi Z. Admissions and patient days of stay according to the protocol of the occasion in the center of Tabriz imam Khomeini. Medical journal of Tabriz university of medical sciences 2008; 30(2): 35-39
21. Brucklehurts JC. Role of day hospital care. Bmj journal 2009; 4: 223-225