



مرکز مطالعات و محاسبات بیمه ای

بررسی میزان پذیرش و روزهای بستری غیر مقتضی در بیمارستان ولیعصر مشگین شهر

با استفاده از پروتکل AEP (ارزیابی مناسبت بستری)

مجری و همکاران انجام دهنده مطالعه

ردیف	نام و نام خانوادگی	رشته تحصیلی	پست سازمانی	محل اشتغال	نوع مشارکت در مطالعه
۱	حمید قاسمی	پرستاری	کارشناس مسئول نظارت و ارزشیابی	اداره کل بیمه سلامت اردبیل	مجری
۲	بابک عالی	روانشناسی بالینی	کارشناس ناظر بیمارستان	استان اردبیل بیمارستان ولیعصر (عج) مشگین شهر	همکار اصلی
۳	فرهاد عظیمی	مهندسی صنایع	مسئول سیستم مدیریت کیفیت	اداره کل بیمه سلامت اردبیل	همکار

سال ۱۳۹۵



بررسی میزان پذیرش و روزهای بستری غیرمقتضی در بیمارستان ولیعصر مشگین شهر

با استفاده از پروتکل AEP (ارزیابی مناسبت بستری)

مجری و همکاران انجام دهنده مطالعه

ردیف	نام و نام خانوادگی	رشته تحصیلی	پست سازمانی	محل اشتغال	نوع مشارکت در مطالعه
۱	حمید قاسمی	پرستاری	کارشناس مسئول نظارت و ارزشیابی	اداره کل بیمه سلامت اردبیل	مجری
۲	بابک عالی	روانشناسی بالینی	کارشناس ناظر بیمارستان	استان اردبیل بیمارستان ولیعصر(عج) مشگین شهر	همکار اصلی
۳	فرهاد عظیمی	مهندسی صنایع	مسئول سیستم مدیریت کیفیت	اداره کل بیمه سلامت اردبیل	همکار

تاریخ تصویب و ابلاغ مطالعه : ۱۳۹۵/۴/۲۰

تاریخ شروع مطالعه : ۱۳۹۵/۵/۱

تاریخ اتمام مطالعه : ۱۳۹۵/۹/۳۰

به نام خداوند بخشنده مهربان

سپاسگزاری:

محققین مراتب تشکر و قدردانی خود را از مساعدت اعضاء محترم کارگروه مطالعات سازمان و نیز مدیرکل محترم بیمه سلامت استان اردبیل جناب آقای دکتر سید خلیل الهی و اعضاء محترم کارگروه مطالعات استانی ابراز می دارند. این مطالعه همچنین وامدار راهنمایی های ارزنده جناب آقای جابر آشیان کارشناس محترم اداره کل بیمه سلامت استان آذربایجانشرقی می باشد که به عنوان ناظر مطالعه ما را در تمامی مراحل انجام پژوهش یاری نمودند. از ایشان نیز صمیمانه سپاسگزاریم.

چکیده

زمینه و هدف: شناسایی میزان استفاده نابجا از خدمات سلامت در بخش بستری قدم اول در اجرای برنامه های کنترل و تحدید هزینه های سازمان بیمه سلامت بدون آسیب به کیفیت این خدمات می باشد. این مطالعه، در بیمارستان دولتی ولعصر شهرستان مشکین شهر با هدف سنجش میزان پذیرش و روزهای بستری غیر مقتضی بیمه شدگان و میزان هزینه های وارده ناشی از این پدیده به سازمان بیمه سلامت انجام یافت.

روش کار: این پژوهش یک مطالعه توصیفی مقطعی و کاربردی است. تعداد ۳۳۰ بیمه شده بستری در بخش های داخلی و جراحی و اطفال بیمارستان مورد ارزیابی قرار گرفتند. برای تعیین میزان پذیرش و روزهای بستری غیر مقتضی از پروتکل ارزیابی مناسب (AEP: Appropriateness Evaluation Protocol) استفاده گردید. از آمار توصیفی (درصد، میانگین و معیارهای پراکندگی و مرکزی) برای توصیف داده ها و تعیین درصد پذیرش و روزهای بستری غیر مقتضی استفاده شد. **یافته ها:** از مجموع ۳۳۰ پذیرش ارزیابی شده ۱۲۹ مورد (۳۹ درصد) غیر مقتضی بود. بالاترین پذیرش غیرمقتضی در بخش داخلی با ۶۶ درصد و کمترین میزان پذیرش غیرمقتضی در بخش جراحی با ۱۲ درصد بوده است. از مجموع ۱۰۷۹ روز بستری ۳۸۵ روز (۳۵/۷ درصد) غیرمقتضی بود. روزهای بستری بی مورد در بخش داخلی با ۵۲/۵ درصد بالاترین میزان و در بخش جراحی با ۱۱/۷ درصد کمترین میزان را داشت.

نتیجه گیری: درصد قابل توجهی از پذیرش های بیمارستانی و روزهای بستری غیر مقتضی می باشد. هزینه های بالای ناشی از این پدیده لزوم توجه سازمان بیمه سلامت به اتخاذ راهکاری عملیاتی و تعامل با بیمارستانها برای استفاده صحیح از امکانات بیمارستان و مدیریت هزینه های بخش بستری را مشخص می کند.

کلمات کلیدی: پروتکل ارزیابی مناسب (AEP)، پذیرش غیر مقتضی، روزهای بستری غیرمقتضی

فهرست

۹	فصل یک کالیت
۹	مقدمه
۱۰	بیان مسئله و ضرورت انجام مطالعه
۱۲	هدف کلی و اهداف اختصاصی
۱۳	سوالات
۱۴	تعاریف و اصطلاحات
۱۴	محدودیت های مطالعه
۱۵	فصل دوم ادبیت مطالعه
۱۵	مبانی نظری مطالعه
۱۵	بشریئه تحوئی
۱۹	فصل سوم روش اجرای مطالعه
۲۲	فصل چهارم یافته های مطالعه
۲۲	توصیف یافته ها
۲۳	تحلیل یافته ها
۲۴	فصل پنجم نتیجه گیری و پیشنهادات
۲۴	بحث
۲۶	نتیجه گیری
۲۷	پیشنهادات
۳۰	ضمیمه یک الگوریتم و گام های عملیاتی برای تدوین دستورالعمل مدیریت هزینه خدمات بستری بر مبنای پروتکل AEP
۳۱	ضمیمه دو جدول برنامه عملیاتی ادارات کل برای اجرای دستورالعمل مدیریت هزینه خدمات بستری بر مبنای پروتکل AEP
۳۲	منابع

فصل یک کلیات

مقدمه

خدمات بهداشتی و درمانی بر سطح رفاه اجتماعی تاثیرگذار است و بخش عظیمی از منابع ملی را مصرف می کند، در این میان

خدمات بیمارستانی از اهمیت خاصی برخوردار است که در بیان علت آن می توان به موارد زیر اشاره کرد:

۱- خدمات بیمارستانی، پرهزینه ترین بخش نظام سلامت است به نحوی که در سازمان بیمه سلامت بیش از ۶۰ درصد هزینه ها مربوط به خدمات بستری در بیمارستانهاست.

۲- بیمارستان ها قابلیت و استعداد چشمگیری در جذب منابع مالی و انسانی دارد و بنابراین در افزایش یا تقلیل هزینه های

بهداشتی و درمانی و متعاقبا سازمان بیمه سلامت نقش مهمی را ایفا می نماید.

در همه سیستم های سلامت، ارزیابی از میزان کارایی و اثربخشی واحدهای عرضه کننده خدمات سلامت از اهداف و فعالیت

های اصلی به شمار می رود. بخشی از این ارزیابی معطوف به ابعاد اقتصادی، بهبود روش های مصرف منابع مالی و جلوگیری

از ایجاد و صرف هزینه های غیر واقعی و اجتناب از استهلاک بی مورد منابع مالی و انسانی است. در کنار این عوامل، اثربخشی

اقدامات تشخیصی و درمانی و مراقبت های سلامت در راستای ارتقاء سلامت جامعه، عرضه خدمات سلامت بویژه در بخش

بستری و بیمارستانی را به یک فرایند پیچیده تبدیل نموده است. البته عوامل تاثیرگذار حاشیه ای شامل محدودیت های منابع

مالی و افزایش بیماریهای مزمن و کاهش سن ابتلا به برخی از بیماری ها در کنار رشد و توسعه فن آوری های نوین در عرصه

تشخیص و درمان و استفاده روزافزون از این ابزارها و آزمون های تشخیصی و درمانی، هزینه های تمام شده خدمات سلامت را

به شکل روزافزون افزایش می دهد و به پیچیدگی این فرایند اضافه می کند.

خدمات بیمارستانی به عنوان گرانترین بخش نظام های مراقبت بهداشتی و درمانی مدرن، هزینه های سازمان بیمه سلامت را

به صورت مستقیم تحت تاثیر قرار می دهد. لذا داشتن اطلاعات صحیح و مستند به شواهد و مدارک عینی و سپس انجام

مداخلات لازم در راستای بهبود و ارتقاء کیفی خدمات بستری، و اجتناب از پذیرش ها روزهای بستری نابجا می تواند از بعد

مدیریت و کنترل هزینه برای سازمان بیمه سلامت حائز اهمیت باشد. به این ترتیب، ارتقا کارایی خدمات بیمارستانی از

طریق کاهش هزینه ها استفاده بجا و مناسب از ظرفیت های بالقوه بیمارستانها برای ارائه خدمات مناسب به مردم علاوه بر نظام سلامت کشور ، در زمره اهداف سازمان بیمه سلامت نیز قرار می گیرد.

سوال اساسی این است که میزان عرضه خدمات بستری چقدر باشد تا کمترین هزینه را (در عین حفظ کیفیت لازم) برای استفاده کننده تضمین کند. افزایش سریع قیمت خدمات پزشکی، دوباره کاری در استفاده از تکنیک های گران قیمت و عرضه خدمات غیر ضروری، افراط در آزمون های تشخیصی و استفاده نابجا از تجهیزات و لوازم طبی و مهم تر از همه بستری های غیر مقتضی و روزهای اقامت بی مورد در بیمارستان همه گواه این مطلب است که کارایی خدمات پزشکی کنونی در بیمارستانها قابل ارتقا است.

شرایط مطلوب، استفاده از تخت های موجود با حداکثر کارایی یعنی پذیرش بیمار صرفاً در صورت داشتن نیاز و اجتناب از روزهای بستری غیرمقتضی بیمار و یا به حداقل رساندن آن می باشد. برای سازمان بیمه سلامت تعیین میزان پذیرش های غیر مقتضی و نیز روزهای بستری غیر مقتضی در بیمارستانها می تواند گام مهمی در راستای تعامل با مسئولین و متولیان نظام سلامت کشور در راستای استفاده صحیح و موثر از امکانات بیمارستانها و مدیریت و کنترل هزینه در بخش بستری باشد. این مطالعه در صدد است با استفاده از نتایج حاصله و با ارائه راهکارهای مبتنی بر شواهد، شیوه های عملی را در راستای کاهش بستری های بی مورد و کاهش اقامت غیر مقتضی ارائه نماید. این مهم می تواند به صورت مستقیم در مدیریت هزینه و کاهش هزینه های سازمان در بخش بستری تاثیر گذار باشد.

بیان مساله :

پذیرش و اقامت مقتضی بیمار در بیمارستان شرایطی است که در آن بیمار نیازمند انجام اقدامات تشخیصی و معالجات مداوم و فعال پزشکی ، و ارائه مراقبت های مداوم پرستاری باشد به نحوی که ارایه آن در محلی دیگری غیر از بیمارستان(نظیر درمانگاه و یا مراکز درمانی سرپایی و یا منزل و یا مراکز نگهداری) قابل انجام نباشد.

از سوی دیگر استفاده نامناسب یا غیرمقتضی از خدمات بیمارستانی شرایطی است که در آن منابع بیمارستانی برای بیمارانی مورد استفاده واقع می شود که هیچ سودی برای آنها نداشته و بهبودی حاصل نمی کند و یا درمان با همان مزایا و کیفیت و همان نتیجه می توانست در سطوح پایین تر و در خارج از بیمارستان ارایه شود. این استفاده نامناسب یا غیر مقتضی هم در قالب پذیرش غیر مقتضی صورت می گیرد و هم در قالب روزهای بستری غیر مقتضی. پذیرش های غیر مقتضی و نیز روزهای بستری غیر مقتضی عوارض و تبعات متعددی برای بیمه شده و سازمان بیمه سلامت و نظام سلامت کشور دارد از جمله :

- ۱- هزینه های بیمه شده و سازمان را افزایش می دهد.
 - ۲- منابع در دسترس برای بیماران با وضعیت بحرانی را کاهش می دهد.
 - ۳- موجب اتلاف منابع و استهلاک تجهیزات بیمارستانها می شود.
 - ۴- موجب هدر رفت انرژی و مستهلک شدن نیروی انسانی بویژه کادر پیراپزشکی بیمارستان می شود.
 - ۵- بیماران را در معرض عوارض و تبعات ناشی از اقامت در بیمارستان همچون عفونت های بیمارستانی یا لخته شدن خون در سیاهرگها قرار می دهد.
- و البته این، جدای از تبعات روانی و اجتماعی و اقتصادی ناشی از دوری بیمار از کانون خانواده و جامعه و حرفه خود می باشد. بر اساس آمارهای استخراج شده از نرم افزار سامانه یکپارچه اسناد و نظارت بیش از ۶۰ درصد هزینه های سازمان بیمه سلامت مربوط به خدمات بستری بوده و از کل هزینه های بستری نیز حدود ۳۴ درصد مربوط به تخت روز و خدمات پرستاری از سوی بیمه سلامت پرداخت می گردد . با این شرایط پذیرش ها و روزهای بستری غیرمقتضی می تواند به ایجاد هزینه های غیر واقعی برای سازمان بیمه سلامت و بیمه شدگان بینجامد.
- بیمارستان ولیعصر شهرستان مشگین شهر به عنوان تنها بیمارستان این شهرستان با جمعیتی معادل ۱۶۱۶۵۱ نفر، ارائه دهنده خدمات به حدود ۱۱۵۶۶۴ نفر از بیمه شدگان سازمان بیمه سلامت است. هر کدام از بخش های داخلی و جراحی و اطفال این بیمارستان دارای ۲۴ تخت می باشند. بررسی های اولیه نشان می دهد که ماهانه در سه بخش مذکور ۷۶۰ بیمه شده بستری می شوند.

در حال حاضر سازمان بیمه سلامت از میزان پذیرش های غیر مقتضی و نیز روزهای اقامت غیر مقتضی بیمه شدگان خود در بیمارستانها اطلاعات موثق و معتبری در دست ندارد. از یک سو نبود ابزارهای لازم برای افتراق بین پذیرش های مقتضی از پذیرش های غیر مقتضی و نیز تعیین میزان اقامت های غیرمقتضی و از سوی دیگر نبود ضوابط قانونی موثر برای عدم تأیید و پرداخت هزینه پذیرش ها و روزهای اقامت غیر مقتضی باعث شده که پذیرش بیمه شده و روزهای اقامت در بیمارستان در هر شرایطی (مقتضی و یا غیر مقتضی) منجر به تأیید و پرداخت هزینه از سوی سازمان گردد.

تاکنون در سطح استان و نیز در سطوح ستادی و اجرایی سازمان بیمه سلامت مطالعه ای در این خصوص انجام نگرفته و لذا اداره کل بیمه سلامت استان از میزان پذیرش ها و نیز روزهای بستری غیر مقتضی در بیمارستانهای استان و میزان هزینه های تحمیلی ناشی از آن، اطلاعاتی در دست ندارد.

انتظار می رود با انجام این مطالعه، میزان پذیرش ها و نیز روزهای بستری غیر مقتضی در ۳ بخش داخلی و جراحی و اطفال بیمارستان ولیعصر شهرستان مشگین شهر مشخص شده و میزان هزینه کرد سازمان بابت این موارد تعیین گردد. سازمان بیمه سلامت با استفاده از نتایج این مطالعه می تواند راهکارهای عملیاتی برای کاهش موارد فوق و مدیریت هزینه در بخش خدمات بستری طراحی و اجرا نماید.

اهداف

هدف کلی: تعیین میزان پذیرش و روزهای بستری فاقد اندیکاسیون در بخش های داخلی، جراحی و اطفال بیمارستان ولیعصر مشگین شهر با استفاده از پروتکل AEP (ارزیابی مناسب بستری).

اهداف اختصاصی

- ۱) تعیین شرایط دموگرافیک بیمه شدگان بستری به تفکیک در بخش های داخلی و جراحی و اطفال بیمارستان
- ۲) تعیین میانگین روزهای بستری بیمه شدگان به تفکیک در بخش های یاد شده
- ۳) تعیین میزان پرونده های گلوبال و غیر گلوبال در بخش جراحی بیمارستان و میانگین روزهای بستری برای دو گروه از پرونده های گلوبال و عادی

۴) تعیین میزان بستری های الکتیو و اورژانسی در سه بخش مذکور

۵) تعیین میزان پذیرش های غیرمقتضی به تفکیک در بخش های یاد شده

۶) تعیین میزان روزهای بستری غیرمقتضی به تفکیک در بخش های یاد شده

۷) تعیین میزان هزینه سازمان بابت روزهای بستری غیرمقتضی در بیمارستان

هدف کاربردی:

تعیین میزان پذیرش غیر مقتضی و روزهای بستری غیرمقتضی در بخش های داخلی ، جراحی و اطفال بیمارستان ولیعصر مشگین شهر با استفاده از پروتکل AEP (ارزیابی مناسبت بستری) و میزان هزینه های سازمان بابت پذیرش و روزهای بستری غیرمقتضی و ارائه راهکارهای عملیاتی برای کاهش این میزان ها و مدیریت بهینه هزینه در بخش های بستری در راستای ارائه پیشنهادات و اهداف مشخص برای خرید راهبردی خدمات بستری و نظارت هدفمند بر خدمات بخش بستری.

سوالات :

مهمترین سوالاتی که این مطالعه بدانها پاسخ خواهد داد عبارتند از:

۱) میانگین روزهای بستری بیمه شدگان در بیمارستان به تفکیک در سه بخش داخلی و جراحی و اطفال چیست؟

۲) چه میزان از بستری بیمارستان به صورت الکتیو و چه میزان به صورت اورژانسی است؟

۲) میانگین روز بستری در پرونده های مشمول رسیدگی گلوبال و غیر گلوبال آیا تفاوتی باهم دارد؟

۳) چه میزان از پذیرش بیمه شدگان در ۳ بخش مذکور به تفکیک غیر مقتضی بوده است؟

۴) چه میزان از روزهای بستری بیمه شدگان به تفکیک در ۳ بخش مذکور غیر مقتضی بوده است؟

۵) سازمان بیمه سلامت بابت روزهای بستری غیر مقتضی چه هزینه ای را پرداخت نموده است؟

۶) آیا می توان با استفاده از نتایج این مطالعه راهکار عملیاتی در راستای خرید راهبردی و نظارت هدفمند بر خدمات بخش بستری ارائه نمود؟

۷) آیا می توان با استفاده از پروتکل AEP مدلی عملیاتی برای کنترل و مدیریت هزینه در بخش بستری ارائه نمود؟

تعریف واژه ها و اصطلاحات

۱- پروتکل ارزیابی مناسب (AEP) Appropriateness Evaluation Protocol : پروتکلی که با استفاده از آن می توان پذیرش ها و روزهای بستری مقتضی را از پذیرش ها و روزهای بستری غیر مقتضی و نابجا تشخیص داد. این پروتکل در بخش ابزار جمع آوری داده ها توصیف شده است.

۲- تعریف عملیاتی پذیرش غیر مقتضی Inappropriate admission: طبق جدول یک از پروتکل AEP پذیرشی است که بیمار در آن بدون بستری شدن در بیمارستان و به صورت سرپایی نیز می توانست خدمات پزشکی یا پرستاری مورد نیاز را دریافت نماید. لذا این پذیرش نابجا تلقی می گردد.

۳- تعریف عملیاتی روز بستری غیر مقتضی یا اقامت غیر مقتضی بیمار : Inappropriate patient stay : طبق جدول شماره دو از پروتکل AEP روز بستری در بیمارستان است که برای بیمار اقدامات درمانی و یا تشخیصی و یا مراقبت های پرستاری که نیاز به بستری در بیمارستان داشته باشد نبوده و بیمار می توانست ترخیص شده و یا این اقدامات و خدمات را به صورت سرپایی دریافت نماید. این روز بستری نابجا تلقی می گردد.

محدودیت های مطالعه

نبود نیروی انسانی همکار به عنوان پرسشگر به تعداد کافی از محدودیت های مطالعه بود که در صورت رفع آن تعداد نمونه برای انجام مطالعه می توانست افزایش یابد.

فصل دو ادبیات و پیشینه مطالعه

مبانی نظری مطالعه

محدودیت منابع در اقتصاد سلامت مهم ترین دلیل توجه متولیان نظام سلامت در اغلب کشورهای جهان به امر بهره وری و استفاده مقتضی و مناسب از امکانات موجود در تمام حوزه های ارائه خدمات سلامت می باشد. در این میان بیمارستانها با ارائه خدمات مختلف تشخیصی درمانی و مراقبت های پرستاری به صورت بستری ، هزینه های زیادی را برای نظام سلامت کشور و سازمانهای بیمه گر به همراه دارند. بررسی انجام یافته در شبکه های اطلاعاتی و مقالات ثبت شده در متون علمی نشان می دهد که در کشورهای مختلف دنیا استفاده مناسب از تخت بیمارستانی از اولویت های ارزیابی اقتصادی نظام عرضه خدمات در بخش بستری است و در این راس تا مطالعات متعددی در خصوص مناسبت پذیرش و بستری بیمار در بیمارستان انجام شده است. در این مطالعات پذیرش های غیر مقتضی و یا روزهای بستری غیر مقتضی با ابزار AEP ارزیابی شده است.

پیشینه تحقیق :

این مطالعات در خصوص نحوه استفاده از تخت های بیمارستانی نشان داده که در طیفی از ۱۰ الی ۴۰ درصد پذیرش ها نابجا و غیر مقتضی بوده و و ۱۰ الی ۲۵ درصد روزهای بستری نیز غیرمقتضی می باشد. جدول شماره یک برخی از این مطالعات را نشان می دهد.

ردیف	پژوهشگران	عنوان پژوهش	کشور	سال	رفرنس
۱	Panis L J, Kolbach D N, Hamulyak K, Prins M H	Identifying inappropriate hospital stay in patients with thromboembolism	سوئد	۲۰۰۴	۴
۲	Demir C , Teke K, Fedi T, Kenav L, D Bilgic H, Sen	Investigation of the correlation between inappropriate hospitalization stay rate: an application in medicine clinics of a military hospital	ترکیه	۲۰۰۲	۵
۳	Kim CS, Hart AL, Paretti RF, Kuhn L, Dowling AE, Benkeser JL, et al	Excess hospitalization days in an academic medical center: perceptions of hospitalists and discharge planners	کره جنوبی	۲۰۰۱	۶
۴	Carey M R, Sheth H, Braithwaite R S	A Prospective study of reasons for prolonged hospitalizations on a general medicine teaching service	انگلستان	۲۰۰۵	۷
۵	Panis LJ, Gooskens M, Verheggen FWS	of inappropriate Predictors hospital stay: a clinical study	هلند	۲۰۰۳	۸

ردیف	پژوهشگران	عنوان پژوهش	کشور	سال	رفرنس
۶	Celik Y, Celik SS, Bulut HD, Khan M, Kisa A	Inappropriate use of hospital beds: university a case study of hospitals in Turkey	ترکیه	۲۰۰۱	۹
۷	Hwang J, Kim J, Jang W, Park JW	hospitalization days Inappropriate in Korean Oriental Medicine hospitals. Int J Quality Health Care	کره جنوبی	۲۰۱۱	۱۰
۸	Fontaine P, Jacquesb J, Gillain D, Sermeusc W, Kolha Ph, Gillet P	Assessing the causes inducing lengthening of hospital stays by means of the Appropriateness Evaluation Protocol	ایتالیا	۲۰۱۱	۱۱
۹	Leung LP, Cheng YW, Fan KL	Evaluation of the appropriateness of acute hospitalizations in Hong Kong	هنگ کنگ	۲۰۱۱	۱۲
۱۰	Sangha O, Schneeweiss S, Wildner M, Cook EF, Brennan TA, Witte J, et al	Metric properties of the Appropriateness Evaluation Protocol and predictors of inappropriate hospital use in Germany	آلمان	۲۰۰۲	۱۳
۱۱	Tamames S, Perez Rubio A, Castrodeza Sanz J, Canton Alvarez MB, Luquero FJ, et al	Factors associated with the appropriate use of preparatory hospital stays: historical cohort study	مکزیک	۲۰۰۷	۱۴
۱۲	Pileggi C, Bianco A, Di Stasio SM, Angelillo IF	Inappropriate hospital use by patients needing urgent medical attention in Italy	ایتالیا	۲۰۰۴	۱۵
۱۳	Castaldi S, Ferrari MR, Sabatino G, Trisolini R, Auxilia F	Evaluation of the appropriateness of hospital use	ایتالیا	۲۰۰۲	۲۶
۱۴	Bianco A, Trani F, Angelillo IF	Appropriate and inappropriate use of day-hospital care in Italy	ایتالیا	۲۰۰۲	۲۷
۱۵	Thollander J, Gertow O, Hansen S, Carlsson B, Hallert C	To assess inappropriate acute admissions to hospital	دانمارک	۲۰۰۴	۲۸
۱۶	Carnessale G, Staniscia T, Matarrese D, Seccia G, Schioppa F, Di Giovanni P, et al	Appropriateness of hospitalization in the teaching hospital of Chieti using the PRUO approach	ایتالیا	۲۰۰۳	۲۹
۱۷	Attenu F, Agozzino E, Troisi MR, Granito C, Del Prete U	Appropriateness of admission and hospitalization days in a specialist hospital	اسپانیا	۲۰۰۱	۳۰

در ایران مطالعات محدودی با موضوعات مشابه این مطالعه انجام گرفته که در جدول شماره ۲ مشخصات برخی از این مطالعات ارائه شده است:

ردیف	پژوهشگران	عنوان مطالعه	سال	رفرنس
۱	حاتم ناهید و همکاران	Necessity of admissions in selected teaching university affiliated and private hospitals during 2007 in Shiraz, Iran	۲۰۰۷	۱۶
۲	پوررضا ابوالقاسم و همکاران	Inappropriate admission and hospitalization in teaching hospitals of Tehran University of edical Sciences	۲۰۰۸	۱۷
۳	باختری اقدم و همکاران	Inappropriate admissions and impatience in Imam Khomeini Hospital of Tabriz University of Medical Sciences	۲۰۰۷	۱۸
۴	فکاری و همکاران	The assessing of inappropriate admissions and hospitalization based on appropriate evaluation protocol in Alinasab hospital in Tabriz	۲۰۰۹	۱۹
۵	مسکنی و همکاران	The Rate of Inappropriate Admissions and Staying of Patients in Hospitals of Sabzevar on the basis of the Appropriateness Evaluation Protocols	۲۰۱۱	۲۰
۶	توکلی و همکاران	Evaluation of appropriate and inappropriate admission and hospitalization days according to appropriateness evaluation protocol (AEP)	۲۰۱۵	۲۵
۷	خسروی	Economic and managerial analysis of Inappropriate Admission and Hospitalization based on Appropriate Evaluation protocol(AEP) IN Afzalipour Hospital in Kerman	۲۰۱۲	۳۱
۸	محبی و همکاران	Productivity of Hospital Beds: Evaluation of Inpatient Bed Days in the West Azerbaijan Selected Hospitals	۲۰۱۲	۳۲

اما نکته مهم این است که با مشخص شدن پذیرش ها و روزهای بستری غیرمقتضی، نظام سلامت و سازمانهای بیمه گر پایه به عنوان پرداخت کننده اصلی هزینه های بستری چه راهکارهای عملیاتی برای رفع این معضل می بایست تدارک ببینند . در اغلب مطالعات انجام گرفته ادبیات بکار رفته در متون گزارش شده در بخش پذیرش های غیرمقتضی صرفا به بیان آمار اکتفا نموده و بعضا به عوامل ایجاد کننده در بروز این پدیده اشاره شده ولی راهبرد مشخص و عملیاتی برای کاهش میزان پذیرش های غیرمقتضی ارائه نشده است.

در خصوص روزهای بستری غیرمقتضی نیز با اینکه برخی از محققین به صورت مشخص به عوامل ایجاد کننده این پدیده پرداخته اند اما باز در زمینه فرایند عملیاتی در راستای کاهش میزان روزهای بستری غیرمقتضی در بیمارستانها و اینکه چگونه از معیارهای AEP می توان به عنوان یک ابزار نظارتی و کنترلی برای دستیابی به این مهم استفاده نمود مطلب ذکر نشده است.

فصل سوم روش اجرای مطالعه

نوع مطالعه : این مطالعه یک طرح توصیفی و کاربردی می باشد.

جامعه آماری

بیمه شدگان تحت پوشش سازمان بیمه سلامت از کلیه صندوق ها که در مقطع انجام مطالعه در مرداد ماه سال 1395 در بیمارستان ولیعصر شهرستان مشگین شهر پذیرش شده اند، جامعه آماری این مطالعه را تشکیل می دهند. این تعداد در مجموع تعداد ۸۴۱ بیمه شده را شامل می شود.

روش محاسبه حجم نمونه و تعداد آن

حجم نمونه مورد بررسی در این مطالعه ابتدا ۲۴۶ بیمار برآورد شد که از فرمول زیر محاسبه گردید.

$$N = \frac{Z^2_{1-\frac{\alpha}{2}} * p * (1-p)}{d^2}$$

با توجه به مطالعات انجام یافته در کشورهای دیگر و نیز چند مطالعه محدود در ایران که میزان پذیرش غیرمقتضی را از طیف ۱۰ تا ۴۰ درصد گزارش نموده اند و با در نظر گرفتن میانگین ۲۰ درصد، در این مطالعه برای تعیین حجم نمونه P برابر ۲۰ درصد در نظر گرفته شد. با احتساب $d=0/05$ و $a= 0/05$ حجم نمونه برابر با 246 نفر در نظر گرفته شد. با انتخاب ۳ بخش مستقل داخلی، جراحی و اطفال و برای افزایش صحت و دقت مطالعه، تعداد نمونه با در نظر گرفتن نیروی انسانی همکار به عنوان پرسشگر به ۳۳۰ فقره افزایش یافت. نمونه برداری به صورت تصادفی ساده و سریال از ابتدای مرداد سال ۱۳۹۵ به طور همزمان در هر سه بخش داخلی و جراحی و اطفال بیمارستان آغاز شد و کار نمونه برداری تا تکمیل تعداد ۱۱۰ مورد در هر کدام از بخش های سه گانه ادامه یافت.

ابزار جمع آوری داده ها و مشخصات آن

برای گردآوری اطلاعات در زمینه ادبیات، سوابق، و مبانی تئوری و نتایج حاصل از مطالعات مشابه از روش کتابخانه ای و منابع و شبکه های جهانی اطلاعاتی استفاده شده است.

هم چنین به منظور جمع آوری داده ها آماری مورد نیاز به روش مخاری از ابزار چک لیست موسوم به پروتکل AEP استفاده شد. (Appropriateness Evaluation Protocol) این پروتکل در سال ۱۹۸۱ در ایالت متحده توسط *estuccia* و *Gertman* منتشر گردیده و معیاری است که برای تمام بخشهای بستری به استثنای زایمان و مامایی، مسمومیتها و روانی اعتبار دارد. معیارهای این پروتکل به نحوی طراحی شده که محقق را از اعمال نظر شخصی دور نگه می دارد (۱ و ۲). این چک لیست در سال ۱۹۸۲ توسط (Professional Standards Review Organization) مورد تأیید قرار گرفت. اعتبار و روایی آن به کرات در مطالعات انجام شده در کشورهای اروپایی و آمریکایی مورد تأیید قرار گرفته است (۲۱، ۲۲، ۲۳، ۲۴).

این پروتکل در سال ۱۳۹۴ توسط آقای دکتر انور اسماعیلی مورد بررسی قرار گرفته و با نظام مراقبت های درمانی و پرستاری کشور انطباق یافته است (3). در این مطالعه برای ارزیابی مناسبیت پذیرش و روزهای بستری بیمار در بخش های جراحی و داخلی و اطفال از این ویرایش استفاده شده استفاده شده است. (ضمیمه)

این چک لیست دارای دو جدول مجزا می باشد. جدول اول به منظور تعیین پذیرش های مقتضی و غیر مقتضی طراحی شده و شامل ۲۴ معیار می باشد. طبق این معیارها هرگاه بیمار به هنگام پذیرش یک یا بیش از یک مورد از موارد ۲۴ گانه جدول شماره یک را داشته باشد پذیرش وی مقتضی قلمداد می شود در غیر اینصورت پذیرش بیمار غیر مقتضی خواهد بود. جدول دوم برای تعیین مقتضی یا غیر مقتضی بودن روزهای بستری تهیه شده و شامل ۳۰ معیار می باشد. اگر بیمار یک یا بیش از یک مورد از معیارهای ۳۰ گانه این جدول را داشته باشد آن روز بستری وی مقتضی تلقی می شود در غیر اینصورت بستری آن روز غیر مقتضی تلقی خواهد شد.

روش جمع آوری داده ها

داده ها و اطلاعات لازم جهت انجام مطالعه با مراجعه مستقیم محققین به بالین بیماران بستری و سوال مستقیم از بیمار و نیز مراجعه به محتویات پرونده بستری ایشان استخراج و در چک لیست جمع آوری داده ها ثبت می گردد. در مواردی که اطلاعات ثبت شده در پرونده و یا پاسخ بیمار برای ثبت اطلاعات در جداول AEP شفاف و قانع کننده نبود از پزشک معالج سوال و

پاسخ ثبت می شد. روش کار به این ترتیب بود که از ابتدای مرداد ماه سال ۱۳۹۵، هر بیمار تازه بستری شده در بخش ابتدا با استفاده از جدول شماره یک پروتکل AEP ارزیابی شده مقتضی و یا غیر مقتضی بودن پذیرش وی در بیمارستان در چک لیست وارد می شد. در طی روزهای بعد با مراجعه به بالین بیمارانی که پذیرش آنها ارزیابی شده بود بستری آن روز بیمار با استفاده از جدول شماره دو AEP ارزیابی شده و نتیجه در چک لیست ثبت می شد. به همین منوال در هر روز کاری بیمار پذیرش جدید و بیماران قدیم بررسی شده و هر بیمار تا زمانی که در بخش بستری بود در مطالعه قرار داشت و هنگامی از مطالعه خارج می شد که مرخص یا فوت می شد و یا به مرکز دیگری انتقال می یافت. این کار تا تکمیل تعداد نمونه یعنی ۱۱۰ مورد در هر کدام از سه بخش بیمارستان ادامه یافت.

روش تجزیه و تحلیل داده ها

با استفاده از نرم افزار Exel داده های جمع آوری شده از Master shit به رایانه منتقل گردید. سپس از آمار توصیفی (درصد، میانگین و معیارهای پراکندگی و مرکزی) برای توصیف داده ها و تعیین درصد پذیرش و روزهای بستری غیر مقتضی استفاده شد.

فصل چهارم: یافته های مطالعه

توصیف یافته ها

۵۶/۳۳ درصد از بیمه شدگان (۱۸۶ نفر) مرد و ۴۳/۷ درصد بیمه شدگان بستری (۱۴۴ نفر) زن بودند. ۶۱ بیمار (۱۸/۴ درصد) به

صورت الکتیو و ۲۶۹ بیمار (۸۱/۵ درصد) به صورت اورژانری بستری شده بودند. میانگین روزهای بستری برای بیماران الکتیو

۳/۴ روز و برای بیماران اورژانسی ۳/۱۴ روز بود.

بیمه شدگانی که پرونده آنها شامل رسیدگی گلوبال می شد میانگین روز بستری برابر ۲/۸۴ روز داشتند و این میزان در مورد

بیمه شدگان عادی ۳/۳۱ روز بود. میانگین روزهای بستری در بخش جراحی ۲/۸۱ روز، در بخش داخلی ۳/۷۵ روز و در بخش

اطفال ۳/۲۷ روز بود. میانگین کلی روزهای بستری در بیماران بستری در سه بخش ۳/۱۹ روز بود.

جدول توصیفی پذیرش غیر مقتضی در سه بخش بیمارستان

نام بخش	تعداد کل پذیرش	پذیرش مقتضی		پذیرش غیر مقتضی	
		تعداد	درصد	تعداد	درصد
داخلی	۱۱۰	۳۷	۳۴	۷۳	۶۶
جراحی	۱۱۰	۹۷	۸۸	۱۳	۱۲
اطفال	۱۱۰	۶۷	۶۱	۴۳	۳۹
جمع کل	۳۳۰	۲۰۱	۶۱	۱۲۹	۳۹

جدول توصیفی روزهای بستری غیر مقتضی در سه بخش بیمارستان

نام بخش	تعداد کل روزهای بستری	روزهای بستری مقتضی		روزهای بستری غیر مقتضی	
		تعداد	درصد	تعداد	درصد
داخلی	۴۱۰	۱۹۴	۴۷/۵	۲۱۶	۵۲/۵
جراحی	۳۰۹	۲۷۳	۸۸/۳	۳۶	۱۱/۷
اطفال	۳۶۰	۲۲۷	۶۳	۱۳۳	۳۷
جمع کل	۱۰۷۹	۶۹۴	۶۴/۳	۳۸۵	۳۵/۷

تحلیل یافته ها

از مجموع ۳۳۰ پذیرش ارزیابی شده ۱۲۹ مورد (۳۹ درصد) غیر مقتضی بود. بالاترین پذیرش غیرمقتضی در بخش داخلی با ۶۶ درصد و کمترین میزان پذیرش غیرمقتضی در بخش جراحی با ۱۲ درصد بوده است.

از مجموع ۱۰۷۹ روز بستری ۳۸۵ روز (۳۵/۷ درصد) غیرمقتضی بود. روزهای بستری بی مورد در بخش داخلی با ۵۲/۵ درصد بالاترین میزان و در بخش جراحی با ۱۱/۷ درصد کمترین میزان را داشت. با توجه به اینکه این بیمارستان در منطقه منحصر به فرد بوده و بیمارستانی دیگری (دولتی و یا خصوصی) وجود ندارد می توان پی برد که پدیده پذیرش و روزهای بستری نابجا به طور نسبی در اغلب بیمارستانهای کشور وجود دارد. بویژه در شهرها و مناطقی که تخت بیمارستانی به اندازه کافی وجود داشته و رقابت برای جذب بیشتر بیمار در جریان است.

در ارزیابی اقتصادی یافته ها می توان برآوردی از حجم هدررفت منابع مالی سازمان بیمه سلامت را که منبث از پذیرش ها و روزهای بستری غیر مقتضی بیمار در بیمارستان است بدست آورد.

با احتساب هزینه تخت روز این بیمارستان که در ارزیابی مشمول درجه اعتباری یک است (به میزان هر روز بستری ۱.۳۳۲.۰۰۰ ریال) مجموع هزینه ای که بابت روزهای اقامت غیرمقتضی برای این بیمارستان در یک ماه پرداخت شده برای ۳۸۵ روز برابر ۵۱۲.۸۲۰.۰۰۰ ریال خواهد بود. این هزینه مربوط به تعداد ۳۳۰ مورد بیمه شده بستری در یک ماه و فقط در سه بخش بالینی است. به این ترتیب سازمان بیمه سلامت در سال ۱۳۹۵ بابت روزهای بستری بی مورد در این سه بخش هزینه ای نابجا برابر ۶.۱۵۳.۸۴۰.۰۰۰ ریال پرداخت نموده است.

فصل پنجم: بحث نتیجه گیری و پیشنهادات

بحث

میزان پذیرش غیرمقتضی در مطالعه ۲۰۱۲ خسروی ۶/۷ درصد [۳۱]. در مطالعه ۲۰۱۵ توکلی ۱۶/۲ درصد [۲۵]. در مطالعه ۲۰۰۹ فکاری ۷ درصد [۱۹]. در مطالعه ۲۰۰۸ پوررضا ۲۲/۹ درصد [۱۷]. در مطالعه ۲۰۰۷ باختری اقدم ۶ درصد [۱۸]. و در مطالعه ۲۰۱۱ مسکنی بین ۱۱/۴ الی ۲۹/۱ درصد [۲۰] گزارش شده است که با نتایج این مطالعه همخوانی ندارد.

در مطالعه حاضر میزان پذیرش غیرمقتضی در مجموع سه بخش ۳۳/۹ درصد بود که با مطالعه ۲۰۰۷ حاتم و همکاران در بیمارستانهای شیراز که میزان پذیرش غیر مقتضی را در طیفی از ۱۹/۱ تا ۳۱/۱ درصد گزارش کرده اند همخوانی دارد [۱۶].

میزان پذیرش غیرمقتضی در مطالعه ۲۰۰۴ Thollander ۲۳ درصد گزارش شده است [۲۸]. این میزان در مطالعه ۲۰۰۲ Demir ۴/۸ درصد گزارش شده که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی ندارد [۵]. در مطالعه ۲۰۰۲ Castaldi پذیرش غیرمقتضی ۳۱/۵ درصد گزارش شده که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی دارد [۲۶]. در مطالعه حاضر میزان پذیرش غیر مقتضی در بخش اطفال ۳۷ درصد بوده این نتیجه با نتایج مطالعه ۲۰۰۴ Bianco و نیز مطالعه ۲۰۰۴ Pileggi C که میزان پذیرش غیر مقتضی در بخش اطفال را ۵۵ درصد گزارش نموده همخوانی ندارد [۱۵، ۲۷].

میزان روزهای بستری غیرمقتضی در مطالعه حاضر در مجموع سه بخش داخلی و جراحی و اطفال ۳۵/۷ درصد از کل روزهای بستری را شامل شده است. در مطالعه ۲۰۱۵ توکلی این میزان ۳۹/۴ درصد گزارش شده است که با اختلاف اندکی با نتایج مطالعه حاضر همخوانی دارد [۲۵].

در مطالعه ۲۰۰۷ حاتم و همکاران این میزان در طیفی از ۵/۹ تا ۹/۸ درصد گزارش شده است [۱۶]. در مطالعه ۲۰۰۸ پوررضا و همکاران این میزان ۸/۶ درصد ذکر شده [۱۷] و در مطالعه ۲۰۱۲ محبی و همکاران این میزان ۶ درصد ذکر شده [۳۲]. هم چنین در مطالعه باختری این میزان ۸/۶ درصد [۱۸] و در مطالعه مسکنی این میزان ۱۱/۴ درصد [۲۰] و در مطالعه فکاری ۶/۲ درصد [۱۹] گزارش شده که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی ندارد.

نتایج مطالعات انجام گرفته در کشورهای دیگر، روزهای بستری غیر مقتضی را در طیفی از ۱۱ تا ۷۵/۷ درصد گزارش کرده است. روزهای بستری غیر مقتضی مربوط به مطالعه حاضر در مجموع ۳۵/۷ استخراج شده که در بخش جراحی ۱۱/۷ در بخش داخلی ۵۲/۵ و در بخش اطفال ۳۷ درصد بوده است.

روزهای بستری غیرمقتضی در مطالعه ۲۰۰۲ Castaldi ۳۷ درصد و در مطالعه ۲۰۰۱ Attena F ۳۱/۵ درصد گزارش شده که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی دارد [۲۶،۳۰]. روزهای بستری غیرمقتضی در مطالعه ۲۰۰۷ Tamames S ۴۵/۲ درصد و در مطالعه ۲۰۰۴ Pileggi C ۷۵/۷ درصد گزارش شده که از میزان روزهای بستری غیر مقتضی در مطالعه حاضر بیشتر است [۱۴،۱۵]. در سایر مطالعات انجام یافته نیز درصد روزهای بستری غیرمقتضی در طیفی از ۱۱ تا ۳۳ درصد بوده است [۶،۷،۸،۹،۱۰،۱۱،۱۲،۱۳،۲۹].

تفاوت در میزان پذیرش غیر مقتضی در این مطالعات اختلاف قابل توجهی است اما شاید این اختلاف را بتوان به تفاوت در رویه های پذیرش در مراکز آموزشی درمانی مختلف و نیز میزان اشغال تخت های متفاوت در مراکز نسبت داد. البته روش های پرداخت به ارائه دهندگان خدمات سلامت بویژه پزشکان در این میان نقش و اهمیت بیشتری دارد. زیرا در روش پرداخت حقوق و یا پرداخت به روش DRG به پزشکان متخصص شاغل در بیمارستان، انگیزه های مالی برای بستری های بیشتر وجود ندارد. اما در روش های پرداخت مبتنی بر کارانه (Fee for Service) و پرداخت به ازای روز بستری و ویزیت، انگیزه های مالی قوی برای پذیرش بیشتر و روزهای بستری بیشتر بیمار توسط پزشک وجود دارد.

در مطالعات مختلف خارج از کشور به مکانیزم های پرداخت پزشکان شاغل در بیمارستان اشاره ای نشده است. در ایران برای پزشکان متخصص در بخش بستری شیوه ی پرداخت، ترکیبی از حقوق و کارانه (برای پزشکان هیئت علمی و تمام وقت درمانی) و در مواردی به ازای هر روز بستری و ویزیت و یا ارزش نسبی کدهای مربوط به خدمات درج شده در پرونده های بیماران بستری است. این موارد در کنار افزایش قابل توجه تعرفه ها در کتاب ارزش های نسبی و ضریب دو برابری ارزش ویزیت برخی پزشکان متخصص می تواند انگیزه های مالی مثبتی را برای پذیرش ها و یا روزهای بستری غیرمقتضی ایجاد نماید.

نتیجه گیری :

بسیاری از کشورها و از جمله کشور ما در استفاده بجا و مناسب از منابع بیمارستانی با ضعف های فزاینده مواجه می باشند . این ضعف ها بویژه در پذیرش ها و روزهای بستری غیرمقتضی عاملی برای تحمیل هزینه های هنگفت به نظام سلامت و سازمانهای بیمه گر می باشد.

در حال حاضر سازمان بیمه سلامت و سایر سازمانهای بیمه گر پایه از میزان پذیرش ها و نیز روزهای بستری غیر مقتضی بیمه شدگان خود در بیمارستانها اطلاعات موثق و معتبری در دست ندارند . عدم آشنایی و استفاده از ابزارهای علمی و معتبر نظیر AEP برای افتراق و تعیین پذیرش ها و روزهای بستری غیرمقتضی و از سوی دیگر نبود ضوابط علمی و قانونی برای عدم تائید و پرداخت هزینه پذیرش ها و روزهای بستری غیر مقتضی باعث شده عملاً نظارت موثر بر عملکرد بیمارستانها و بخش بستری در سازمان های بیمه گر به محاق برود.

در این میان افتراق بین پذیرش های مقتضی و روزهای بستری مقتضی از پذیرش ها و روزهای بستری غیرمقتضی و تلاش برای کاهش این پدیده ، یکی از شیوه های مدیریت استفاده بهینه از منابع و امکانات بیمارستانها برای بیماران نیازمند است . از سوی دیگر مشخص شدن پذیرش ها و روزهای بستری غیرمقتضی و عدم پرداخت تخت روز برای روزهای بستری غیرمقتضی به سازمان بیمه سلامت کمک می کند تا در راستای اقتصاد مقاومتی به طراحی و برنامه ریزی عملیاتی برای مدیریت هدفمند هزینه بپردازد. این فرایند باعث میشود منابع مالی سازمان بیمه سلامت و نیروی انسانی متخصص و منابع و فضا و تجهیزات بیمارستانی برای درمان بیماران و نیازمندان واقعی سوق داده شود و کارایی و بهره وری بیمارستانها ارتقا یابد.

نتایج این مطالعه نشان میدهد پروتکل AEP با توجه با بررسی های انجام یافته متعدد از اعتبار مناسبی برای ارزیابی مناسبیت پذیرش و روزهای بستری در بیمارستان برخوردار است . لذا سازمان بیمه سلامت و سایر سازمان های بیمه گر پایه در راستای هدف راهبردی مدیریت و کنترل هزینه ضروریست برای کاهش پذیرش ها و روزهای بستری غیرمقتضی با مدیران و مسئولین بیمارستانها وارد تعامل شده و در این مسیر با استفاده از پروتکل AEP پذیرش ها و روزهای بستری غیر مقتضی را مشخص نموده و عدم پرداخت برای روزهای بستری غیرمقتضی را به عنوان یک ابزار نظارتی در ارزیابی ها و رسیدگی به اسناد بخش بستری در بیمارستان ها را عملیاتی نمایند.

پیشنهادات

با توجه به هزینه ای هنگفت ناشی از پذیرش های غیرمقتضی و روزهای بستری غیرمقتضی به نظر می رسد یکی از خاستگاه های مهم ایجاد هزینه برای سازمان بیمه سلامت خدمات بستری در بیمارستان هاست . در حال حاضر روش کنترلی برای نظارت بر خدمات ارائه شده در بخش بستری بیشتر بر پایه کنترل های پس از اتمام فرایند است (Post Action control) بدین ترتیب که پرونده های بستری پس از یک فاصله تاخیری از بیمارستان تحویل گرفته شده و نسبت به اعمال تعدیلات لازم روی آنها اقدام می شود. در این روش، ارزیابی پذیرش بیمار و روزهای بستری از لحاظ مقتضی بودن و یا غیرمقتضی بودن امکان پذیر نبوده و لذا سازمان عملاً در این دو مورد خریدی منفعل و بدون توجه به نیازهای واقعی بیمه شدگان انجام می دهد.

۱- استفاده از پروتکل AEP در خرید راهبردی خدمات بستری

پیشنهاد عملیاتی حاصل از نتایج این مطالعه استفاده پروتکل AEP برای خرید راهبردی خدمات بستری است. از راهکارهای اصلی خرید راهبردی ، بازطراحی الگوی قرارداد خرید خدمت از مراکز ارائه دهنده خدمت مبتنی بر الزامات خرید از سوی سازمان بیمه گر می باشد . در این مسیر سازمان بیمه سلامت می تواند با انتخاب و ارائه پروتکل AEP به عنوان یکی از الزامات قرارداد خرید خدمت به بیمارستانها، آنها را در مسیر استفاده منطقی و مقتضی از تخت های بیمارستانی و کاهش پذیرش ها و روزهای بستری غیر مقتضی هدایت نماید. بدین ترتیب سازمانهای بیمه گر با ابلاغ استانداردهای پذیرش مقتضی و روزهای بستری مقتضی بر مبنای یک الگوی علمی و مورد تأیید و معتبر از همان ابتدا نسبت به خرید راهبردی خدمات در بخش بستری که هم بیمه شدگان و هم سازمانهای بیمه گر از نتایج آن منتفع می شوند ، اقدام می نمایند . بدین منظور پیشنهاد می شود ادارات کل استانی با همکاری سایر سازمانهای بیمه گر استان ضمن برگزاری نشست های مشترک با معاونت های درمان دانشگاه ، موضوع خرید خدمات بستری بر مبنای مقتضی بودن پذیرش ها و روزهای بستری را مطرح کرده و در مسر به استفاده از ابزار علمی AEP به عنوان یک پروتکل معتبر و قابل قبول مجامع علمی تاکید نمایند.

۲- استفاده از پروتکل AEP برای اجرای یک مدل عملیاتی در راستای کنترل و مدیریت هزینه در

بخش بستری

در صورت استفاده از پروتکل AEP به عنوان یک ابزار نظارتی و کنترلی می توان به شکل هدفمند از پذیرش ها و روزهای بستری غیرمقتضی در بیمارستان جلوگیری نمود. این امر به منزله یک کنترل پیش نگر و یا همزمان می تواند در مدت کوتاهی نتایج خوب در مدیریت و کنترل هزینه در بخش بستری ایجاد نماید . ضمن اینکه این پروتکل به لحاظ علمی و اعتبار در مجامع علمی مورد تأیید بوده و استفاده از آن به دلیل مستند بودن بر شواهد و مدارک از سوی بیمارستانها مورد قبول و پذیرش خواهد بود. مدل عملیاتی برای کنترل و مدیریت هزینه و ارزیابی هدفمند از خدمات بستری در بیمارستان با استفاده از پروتکل AEP به عنوان یک برنامه عملیاتی از اهداف راهبردی سازمان بیمه سلامت پس از تهیه دستورالعمل اجرایی مربوطه در سه فاز می تواند اجرا شود.

فاز اول: تعامل ادارات کل استانی با معاونت های درمان دانشگاه های علوم پزشکی و روسای بیمارستان های طرف قرارداد

درخصوص اطلاع رسانی برای رسیدگی کیفی به اسناد بستری و شروع فرایند نظارت بر بخش های بستری با استفاده از پروتکل AEP (شریح پروتکل به لحاظ علمی و اعتبار آن در دنیا و ایران و ارائه دو چک لیست پروتکل ارزیابی به بیمارستان و پزشکان متخصص) و تاکید بر اینکه ملاک ادارات کل در تخصیص هزینه تخت روز بر مبنای نتایج حاصل از ارزیابی با این پروتکل خواهد بود. (تاریخ مشخصی برای اجرای طرح به بیمارستانها اعلام می شود) ادارات کل استانی بسته به شرایط یک یا چند بخش جنرال در بیمارستانهای منتخب را می توانند برای شروع فرایند انتخاب و طرح را در آن اجرا نمایند با توجه به نتایج این مطالعه بخش های داخلی و اطفال از اولویت برخوردار خواهند بود.

فاز دوم: با توجه به اهمیت اجرای صحیح و برداشت یکسان از معیارهای AEP طی یک کارگاه یک روزه معرفی و آموزش

نحوه استفاده از پروتکل AEP به کلیه ناظرین بیمارستانی به صورت فرایندی و با جزئیات کامل صورت می گیرد.

فاز سوم: با توجه به نتایج یافته های این مطالعه در ماه اول اجرای طرح ، پذیرش ها و روزهای بستری غیر مقتضی

استخراج و صرفا آمارها به مسئولین بیمارستان اطلاع رسانی شده و تاکید می شود که از ماه بعد ، روزهای بستری غیر مقتضی

مشمول پرداخت تخت روز و ۶ درصد پرستاری نخواهد بود. بدین ترتیب که ناظرین آموزش دیده در بیمارستان علاوه بر تکمیل چک لیست و تهیه آمار کلی برای بیمه شدگان در صورت غیرمقتضی بودن هر روز بستری برای هر بیمه شده (با توجه به جدول ۲ پروتکل AEP) نسبت به نشان دار نمودن آن روز بستری اقدام می نمایند و نهایتاً در رسیدگی نسبت به کسر تخت روز برای روزهای بستری غیرمقتضی اقدام می نمایند. (الگوریتم و گامهای عملیاتی و فرایند اجرایی در ضمیمه مطالعه آمده است) با اجرای این متد هدفمند و علمی نظارت و عدم پرداخت هزینه تخت روز مربوط به روزهای بستری غیرمقتضی مبتنی بر شواهد و مستندات در مدت کوتاهی پزشکان و بیمارستان به اهمیت پذیرش ها و روزهای بستری پی برده و به شکل فعال برای کنترل و کاهش این پدیده اقدام خواهند نمود.

۳- با توجه به یافته های این مطالعه که روزهای بستری غیر مقتضی بخش مهمی از هزینه های نابجای سازمان را تشکیل می دهد، به نظر می رسد سازمان بیمه سلامت می توانند تا زمان اجرای پرداخت DRG (گروه های تشخیصی همگن) که روش پرداخت علمی و مقبولی در نظام های سلامت دنیاست، امکان سنجی پرداخت گلوبال برای ۵ کیس اطفال و ۳ کیس داخلی به شرح زیر را بررسی و پس از مذاکره با چند بیمارستان به شکل پایلوت اجرا و سپس آن را در کل کشور اجرا نمایند. با گلوبال شدن پرداخت در این موارد انتظار می رود روزهای بستری غیر مقتضی در دو بخش داخلی و اطفال با کاهش نسبی همراه شده و مدیریت مناسبی از هزینه های پرداختی در بخش بستری ایجاد گردد.

الف) کیس های اطفال

۱- تب ۲- تب تشنج ۳- ایکتر نوزادی (بدون نیاز به Exchange) ۴- گاستروانتریت ۵- پنومونی.

ب) کیس های داخلی

۱- دیابت ۲- COPD ۳- DVT

ضمیمه یک) الگوریتم و گام های عملیاتی برای تدوین دستورالعمل مدیریت هزینه و نظارت هدفمند

بر خدمات بستری با استفاده از پروتکل AEP

- ۱- ارائه کلی طرح مدیریت هزینه و نظارت هدفمند بر خدمات بستری بر پایه پروتکل AEP به مدیر ارشد سازمان و مدیران کل ستادی با ارائه مبانی نظری موضوع و نتایج حاصل از این مطالعه و اخذ مجوزهای لازم برای عملیاتی نمودن این طرح
- ۲- تعیین کارگروه کارشناسی برای تدوین دستورالعملی با عنوان "مدیریت هزینه و نظارت هدفمند بر خدمات بستری با استفاده از پروتکل AEP" در سطح ستاد مرکزی سازمان با ابلاغ مدیر ارشد سازمان متشکل از مدیر و معاون و تعدادی از کارشناسان دفتر مدیریت خدمات بیمه سلامت تخصصی و فوق تخصصی و تعدادی از کارشناسان زبده استانی که در این زمینه فعالیت علمی و اجرایی نموده و صاحب نظر هستند.
- ۳- تعیین استاندارد و ویرایش ایرانی از پروتکل AEP برای اجرای پایلوت در چند اداره کل استانی توسط کارگروه مربوطه با انجام بررسی ها و تعیین چالش ها و مشکلات احتمالی در ارجای طرح
- ۴- برگزاری و اجرای نشست های تخصصی کارگروه مربوطه برای تدوین دستورالعمل اجرایی "مدیریت هزینه و نظارت هدفمند بر خدمات بستری با استفاده از پروتکل AEP" طبق برنامه زمانبندی شده در راستای:
 - الف) احصاء و تعیین مواد قانونی و مستندات علمی مرتبط با موضوع
 - ب) تدوین هدف و یا اهداف برای دستورالعمل
 - ج) تعیین دامنه عملکرد دستورالعمل
 - د) تعیین مسئولیت و ارکان اجرایی این دستورالعمل در سطح ستاد و ادارات کل استانی
 - و) تدوین فازهای عملیاتی اجرای پایلوت طرح در بیمارستان های منتخب و ادارات کل استانی
 - ز) تدوین نحوه پایش دستورالعمل اجرایی در ادارات کل استانی و ستاد سازمان
 - ح) ارائه پیش نویس دستورالعمل به مدیران مناطق و اخذ نظرات کارشناسی از استانها
 - ط) تجمیع نظرات و ویرایش مجدد دستورالعمل در کارگروه مربوطه
 - ی) ارائه دستورالعمل به مدیران ارشد سازمانی جهت تأیید و قرار دادن آن در اهداف استراتژیک سازمان برای اجرا در چند استان منتخب

ضمیمه دو (جدول برنامه اجرایی اداره کل بیمه سلامت استان ۱۳۹۶

هدف استراتژیک :		SO1- خرید راهبردی خدمات پایه سلامت																										
هدف عملکردی (Performance Objective)		PO1 - کنترل تقاضای خدمات																										
عنوان برنامه / فعالیت اصلی (Key Activity)		KAX - اجرای دستورالعمل مدیریت هزینه و نظارت هدفمند بر خدمات بستری با استفاده از پروتکل AEP																										
ردیف	اقدامات اجرایی (Action Plan)	مسئول	زمانبندی به ازای هر ماه فعالیت																									
			فروردین				اردیبهشت				تیر				مرداد				شهریور				مهر					
۱	تشکیل کارگروه یا کمیته اجرای پروتکل AEP در استانهای منتخب با ابلاغ مدیرکل استان																											
۲	برگزاری جلسه آموزشی در خصوص پروتکل AEP و نحوه استفاده از آن در استان های منتخب برای کمیته اجرایی پروتکل از سوی یکی از اعضای کارگروه ستادی با سابقه کار اجرایی در این خصوص																											
۳	برگزاری نشست های مشترک ادارات کل بیمه سلامت با سایر سازمانهای بیمه گر استان برای ارائه توضیحات لازم در خصوص نحوه اجرای طرح و مزایای اجرای آن و جلب نظر مساعد ایشان برای اجرای هماهنگ طرح در استان																											
۴	برگزاری نشست های مشترک سازمانهای بیمه گر استان با معاونین درمان و روسای بیمارستانهای منتخب برای ارائه توضیحات لازم در خصوص نحوه اجرای طرح از سوی ادارات کل استانی و نحوه پرداخت تخت روز بر مبنای نتایج حاصل از طرح																											
۵	تشکیل جلسات شورای هماهنگی سازمانهای بیمه گر استانی برای انتخاب حداقل ۲ بخش داخلی و اطفال در هر کدام از بیمارستانهای منتخب برای اجرای طرح و ابلاغ آن به کارشناسان مجری طرح																											
۶	تعیین کمیته تخصصی اجرای پروتکل																											
۷	تکمیل پروتکل AEP در بخش های منتخب و بیمارستانهای منتخب به مدت یک ماه (مرحله اول)																											
۸	تعیین میزان پذیرش ها و روزهای بستری غیرمقتضی در هر کدام از بخش های بیمارستانی و اعلام به ستاد سازمان و نیز معاونت درمان دانشگاه در ماه اول (با تعیین هزینه های مرتبط)																											
۹	تکمیل پروتکل AEP در بخش های منتخب و بیمارستانهای منتخب به مدت یک ماه (مرحله دوم) تعیین پذیرشها و روزهای بستری غیرمقتضی و نشاندار نمودن پرونده																											
۱۰	پرداخت تخت روز بر مبنای نتایج حاصل از اجرای پروتکل AEP و تعیین میزان تعدیلات اعمال شده																											

- 1.M, E.C. Adaptation of hospitalization in patients the appropriateness evaluation protocol criteria, Factors related the inappropriateness. *Rev Clin ESP*, 2004. 204(4): p. 185-190.
- 2.Sánchez-García S, J.-C.T., Mould-Quevedo JF, García-, C.-H.I. González JJ, Espinel-Bermudez MC, Hernández-, and G.-E.J. Hernández DM, García-Peña C, The hospital appropriateness evaluation protocol in elderly patients: a technique to evaluate admission and hospital stay. *Scand J Caring Sci*, 2008. 22: p. 306-313.
- 3.Esmail Anvar, Ravaghi Hamid, Seyedin Hsam and Salehi, Msoud. Appropriateness Evaluation Protocol for Public Hospitals in Iran. *Iran Red Crescent Med J*. 2015 Mar; 17(3): e19030 Published online 2015 Mar 1. [Persian]
4. Panis L J, Kolbach D N, Hamulyak K, Prins M H, Identifying inappropriate hospital stay in patients with thromboembolism, *Eur J Intern Med*, 2004, 15(1): 39-44.
- 5.Demir C , Teke K, Fedi T, Kenav L, Bilgic H, Sen D, Investigation of the correlation between inappropriate hospitalization stay rate: an application in medicine clinics of a military hospital, *Mil Med*, 2002; 167(10): 817-20.
- 6.Kim CS, Hart AL, Paretti RF, Kuhn L, Dowling AE, Benkeser JL, et al. Excess hospitalization days in an academic medical center: perceptions of hospitalists and discharge planners. *Am J Manag Care* 2011;17(2):e34-e42.
۷. Carey M R, Sheth H, Braithwaite R S. A Prospective study of reasons for prolonged hospitalizations on a general medicine teaching service. *J Gen Intern Med* 2005; 20:108-15.
8. Panis LJ, Gooskens M, Verheggen FWS. Predictors of inappropriate hospital stay: a clinical study. *Int J Qual Health Care* 2003; 15(1):57-65.
9. Celik Y, Celik SS, Bulut HD, Khan M, Kisa A. Inappropriate use of hospital beds: a case study of university hospitals in Turkey. *World Hosp Health Serv* 2001; 37(1):6-13,33-4.
10. Hwang J, Kim J, Jang W, Park JW. Inappropriate hospitalization days in Korean Oriental Medicine hospitals. *Int J Quality Health Care* 2011; 23(4): 437-44.
- 11.Fontaine P, Jacquesb J, Gillain D, Sermeusc W, Kolha Ph, Gillet P. Assessing the causes inducing lengthening of hospital stays by means of the Appropriateness Evaluation Protocol. *Health Policy* 2011; 99: 66-71.
- 12.Leung LP, Cheng YW, Fan KL. Evaluation of the appropriateness of acute hospitalizations in Hong Kong. *Hong Kong J Emerg Med* 2011; 18(5):277- 81.

13. Sangha O, Schneeweiss S, Wildner M, Cook EF, Brennan TA, Witte J, et al. Metric properties of the Appropriateness Evaluation Protocol and predictors of inappropriate hospital use in Germany: an approach using longitudinal patient data. *Int J Qual Health Care* 2002;14:483-92.
14. Tamames S, Perez Rubio A, Castrodeza Sanz J, Canton Alvarez MB, Luquero FJ, et al. Factors associated with the appropriate use of preparatory hospital stays: historical cohort study. *BMC Health Serv Res* 2007; 7:187.
15. Pileggi C, Bianco A, Di Stasio SM, Angelillo IF. Inappropriate hospital use by patients needing urgent medical attention in Italy. *Public Health* 2004; 118:284-91.
16. Hatam N, Askarian M, Sarikhani Y. Necessity of admissions in selected teaching university affiliated and private hospitals during 2007 in Shiraz, Iran. *Arch Iran Med* 2010; 13(3):230-4. [Persian]
17. Pourreza A, Kavosi Z, Khabiri R, Salimzadeh H. Inappropriate admission and hospitalization in teaching hospitals of Tehran University of Medical Sciences, Iran. *Pakistan J Med Sci* 2008; 24(2): 301- 5. [Persian]
18. Bakhtari A, Vahidi R, Noorizade R, Mohammadpoorasl A, Kavooosi Z. Inappropriate admissions and impatience in Imam Khomeini Hospital of Tabriz University of Medical Sciences. *Res J Biol Sci* 2007; 2 (4): 468-71. [Persian]
19. 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. *Hospital J* 2009; 9: 39-43. [Persian]
20. Maskani. kazem , Akaberi.arash,Shahabipour fatemeh. Et al. The Rate of Inappropriate Admissions and Staying of Patients in Hospitals of Sabzevar on the basis of the Appropriateness Evaluation Protocols .[Sabzevar University of Medical Sciences hospitals]. [Persian]
21. Leung LP, Fan KL. Who should be admitted to hospital? Evaluation of a screening tool. *Hong Kong Med J*. 2008;14(4):273–7. [[PubMed](#)]
22. Kaya S, Vural G, Eroglu K, Sain G, Mersin H, Karabeyoglu M, et al. Liability and validity of the Appropriateness Evaluation Protocol in Turkey. *Int J Qual Health Care*. 2000;12(4):325–9. [[PubMed](#)]
23. Paille-Ricolleau C, Leux C, Guile R, Abbey H, Lombrail P, Moret L. Causes of inappropriate hospital days: development and validation of a French assessment tool for rehabilitation centres. *Int J Qual Health Care*. 2012;24(2):121–8. doi: 10.1093/intqhc/mzr089. [[PubMed](#)] [[Cross Ref](#)]
24. Hammond CL, Phillips MF, Pinnington LL, Pearson BJ, Fakis A. Appropriateness of acute admissions and last in-patient day for patients with long term neurological conditions. *BMC Health Serv Res*. 2009;9:40. doi: 10.1186/1472-6963-9-40. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)]

25. Tavakoli N, Hoseini Kasnaviyeh M, Yasinzadeh MR, Amini M, Mahmoudi Nejad M. Evaluation of appropriate and inappropriate admission and hospitalization days according to appropriateness evaluation protocol (AEP). [*Arch Iran Med*]. 2015; 18(7): 430 – 434. [Persian]
26. Castaldi S, Ferrari MR, Sabatino G, Trisolini R, Auxilia F. Evaluation of the appropriateness of hospital use: the case of IRCCS Ospedale Maggiore di Milano, Italy. *Ann Ig*. 2002; 14(5): e399 – e408.
27. Bianco A, Trani F, Angelillo IF. Appropriate and inappropriate use of day-hospital care in Italy. *Public Health*. 2002; 116(6): 368 – 373.
28. Thollander J, Gertow O, Hansen S, Carlsson B, Hallert C. To assess inappropriate acute admissions to hospital; a study of 566 consecutive acute admissions to three departments of internal medicine. *Lakartidningen*. 2004; 101: 888 – 892.
29. Carnesale G, Staniscia T, Matarrese D, Seccia G, Schioppa F, Di Giovanni P, et al. Appropriateness of hospitalization in the teaching hospital of Chieti using the PRUO approach. *Ann Ig*. 2003; 15: 117 – 122.
30. Attena F, Agozzino E, Troisi MR, Granito C, Del Prete U. Appropriateness of admission and hospitalization days in a specialist hospital. *Ann Ig*. 2001; 13: 121 – 127.
31. Kosravi Sajad, Economic and managerial analysis of Inappropriate Admission and Hospitalization based on Appropriate Evaluation protocol(AEP) IN Afzalipour Hospital in Kerman 2012 ,[Kerman University of Medical Science 2012]. [Persian]
32. Nabilu B, Mohebbi I, Alinezhad H. Productivity of Hospital Beds: Evaluation of Inpatient Bed Days in the West Azerbaijan Selected Hospitals . *J Urmia Nurs Midwifery Fac*. 2012; 10 (4) : ۵۶۵-۵۷۱. [Persian]