

شناسایی عوامل مؤثر بر تولید هزینه‌های بستری در بیمارستان‌های دولتی: یک مطالعه کیفی

محمد جعفری^۱، مرضیه لشکری^۲، فاطمه محمودی^۳، رضا دهنویه^۴، سمیه نوری حکمت^۵، آذر ایزدی^{۵*}

• پذیرش مقاله: ۹۵/۳/۲۴

• دریافت مقاله اصلاح شده: ۹۵/۳/۱۹

• دریافت مقاله: ۹۵/۱/۱۷



چکیده

مقدمه: بیمارستان‌ها به عنوان یکی از پر هزینه‌ترین سازمان‌های ارائه خدمات بهداشتی-درمانی مطرح می‌باشند. در این مطالعه نسبت به شناسایی عوامل مؤثر بر تولید هزینه‌های بستری حول ابعاد سه گانه نظام سلامت شامل دریافت کنندگان، ارائه دهندگان مراقبت بهداشتی و سازمان های بیمه‌گر اقدام گردید.

روش بررسی: این مطالعه از نوع کیفی بود که به شیوه پدیدارشناسی انجام گردید. در این پژوهش ۱۲ نفر از صاحب نظران و کارشناسان خبره در زمینه مدیریت و کنترل هزینه‌های بیمارستان که به روش هدفمند و گلوله برفی انتخاب شده بودند، شرکت نمودند. اطلاعات با استفاده از بحث گروهی متمرکز جمع‌آوری شد. به منظور تحلیل داده‌ها از روش تحلیل چارچوبی استفاده گردید.

یافته‌ها: عوامل مؤثر بر تولید هزینه‌های بستری در قالب سه کد اصلی دریافت کنندگان، ارائه دهندگان خدمات درمانی و سازمان‌های بیمه‌گر طبقه بندی گردید. فقدان دانش و آگاهی لازم و کم‌رنگ بودن اهمیت خود مراقبتی به عنوان مهم‌ترین کدهای فرعی تشکیل دهنده کد اصلی فرد بیمار و عوامل ضعف مدیریت و نظارت، بستری‌های طولانی مدت بیمار در دوران نقاهت، عدم اجرای برنامه پزشک خانواده، تعهدات ضعیف و مشکلات ساختاری سازمان‌های بیمه‌گر نیز به عنوان مهم‌ترین کدهای فرعی مرتبط با کدهای اصلی ارائه‌دهندگان مراقبت و سازمان‌های بیمه‌گر شناسایی گردید.

بحث و نتیجه‌گیری: با ارتقاء و بهبود برنامه‌های خودمراقبتی، سلامت محور نمودن مراقبت‌های ارائه شده، اجرای برنامه پزشک خانواده در کنار ایجاد مراکز درمان بستری، تخصصی نمودن مدیریت بیمارستان‌ها، بهبود کمیت و کیفیت نظارت‌های اعمال شده و اصلاح ساختار کارشناسی سازمان‌های بیمه‌گر می‌توان نسبت به مدیریت هزینه‌های بستری اقدام نمود.

واژگان کلیدی: هزینه بستری، بیمار، ارائه دهندگان خدمات درمانی، سازمان بیمه‌گر، بیمارستان دولتی، مطالعه کیفی

ارجاج: جعفری محمد، لشکری مرضیه، محمودی فاطمه، دهنویه رضا، نوری حکمت سمیه، ایزدی آذر. شناسایی عوامل مؤثر بر تولید هزینه‌های بستری در بیمارستان‌های دولتی: یک مطالعه کیفی. مجله پژوهش‌های سلامت محور ۱۳۹۵؛ ۲(۱): ۵۴-۳۹.

۱. دکتر، مدیر کل بیمه سلامت استان کرمان، کرمان، ایران.

۲. کارشناسی ارشد، مرکز تحقیقات مدیریت ارائه خدمات سلامت، پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران.

۳. کارشناس، رئیس اداره رسیدگی به اسناد پزشکی بیمه سلامت استان کرمان، ایران.

۴. دانشیار، مرکز تحقیقات مدیریت ارائه خدمات سلامت، پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران.

۵. کارشناس ارشد، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران.

* نویسنده مسؤول: کرمان، بلوار هفت باغ. دانشگاه علوم پزشکی کرمان، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی.

Email: azar.izadi@gmail.com

تلفن: ۰۹۳۶۰۴۳۰۵۴۰

مقدمه

امروزه یکی از مهم‌ترین بخش‌های خدماتی هر کشوری بخش سلامت آن کشور است (۱) که از بزرگترین بخش‌های اقتصادی جهان نیز به شمار می‌رود چرا که هزینه‌های جهانی مراقبت بهداشتی تقریباً هشت درصد تولید ناخالص داخلی را تشکیل می‌دهند (۲) به طوری که در اغلب کشورهای در حال توسعه حدود ۵ الی ۱۰ درصد هزینه‌های دولت به بخش سلامت اختصاص یافته است (۳).

در بین اجزای مختلف سیستم‌های سلامت، خدمات بیمارستانی عمده‌ترین عامل رشد هزینه در بسیاری از کشورها است که این رشد در بخش عمومی بسیار سریع‌تر از سایر بخش‌ها بوده است (۴). رشد تکنولوژی‌های پزشکی، افزایش جمعیت، افزایش دسترسی و ظهور بیماری‌های جدید، هزینه خدمات در بخش بهداشت و درمان را به طور فزاینده‌ای افزایش داده و توجه مدیران در مؤسسات بهداشتی و درمانی را به خود جلب کرده است. در اغلب کشورها، قسمت اعظم این هزینه‌ها به بیمارستان‌ها اختصاص داده شده است (۵، ۶). بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت این سهم تقریباً سه چهارم کل بودجه بخش بهداشت و درمان در کشورهای در حال توسعه بوده است (۷).

در ایران، هزینه مراقبت‌های بیمارستانی حدود ۴۰ درصد مخارج سلامت دولتی را به خود اختصاص داده است (۸). نقوی و جمشیدی نیز در مطالعه خود تحت عنوان بهره‌مندی از خدمات سلامت در جمهوری اسلامی، بیان داشته‌اند که حدود ۱/۹ درصد از جامعه به علت بستری شدن در بیمارستان‌های کشور متحمل هزینه‌های کمرشکن شده‌اند و به زیر خط فقر افتاده‌اند که خود نشان از اهمیت کنترل

هزینه‌های بیمارستانی دارد (۹).

مراقبت‌های بهداشتی یکی از نیازهای اساسی بشر بوده (۱۰) و در هر کشوری به نوعی تحت تأثیر عوامل خارجی مانند شرایط سیاسی، توسعه اقتصادی و ویژگی‌های جمعیتی قرار دارد (۱۱). یکی از مهم‌ترین عوامل در مهار هزینه‌های بیمارستانی و استفاده مؤثر و کارآمد از منابع محدود بیمارستانی، کاهش طول مدت اقامت بیماران در بیمارستان‌ها است (۱۲). مدت اقامت اغلب به عنوان شاخص کارآیی مورد استفاده قرار می‌گیرد. از دیدگاه بیمارستانی، کاهش در مدت اقامت باعث افزایش کارآیی از طریق افزایش ستاده (تعداد بیماران) یا کاهش داده (تعداد تخت‌های بستری) می‌شود. کاستن از میزان اقامت غیرضروری بیماران در بیمارستان‌ها باعث خدمت‌رسانی بیشتر به تعداد بیشتری از مردم خواهد شد و از فشار سرمایه‌گذاری و تأسیس مراکز جدید درمانی خواهد کاست (۱۳).

عوامل مربوط به بیمار نظیر سن، جنسیت، وضعیت اجتماعی - اقتصادی و مواردی از این قبیل، عوامل مربوط به بیمارستان نظیر تعداد تخت، نسبت پرستار به بیمار و مواردی از این قبیل، منبع و نوع پرداخت، عوامل مربوط به پزشک نظیر نوع فعالیت پزشک و مخاطرات اخلاقی نیز بر افزایش طول مدت اقامت غیرضروری بیماران در بیمارستان‌ها تأثیرگذار هستند. این در حالی است که علاوه بر نقش مهم طول مدت اقامت بستری، عوامل سازمانی، مدیریتی، اجتماعی و فرهنگی نیز نقش مهمی در افزایش هزینه‌های بستری دارند (۱۴).

علیرغم حجم بالای منابع اختصاص یافته به بیمارستان‌ها و بخش سلامت، بین رشد منابع قابل دسترس و منابع مورد نیاز بخش بهداشت شکاف

وجود دارد که این موضوع متخصصین اقتصادی، مدیران، پزشکان و پرستاران را در راستای یافتن شیوه‌هایی نوین برای محدود سازی هزینه‌ها به چالش کشیده است (۱۵). سیاست گذاران، مدیران بیمارستان ها و سازمان‌های بیمه‌گر بر کاهش طول مدت اقامت به عنوان یک سیاست عمده مهار هزینه‌های بیمارستانی و استفاده مؤثر و کارآمد از منابع محدود بیمارستانی تأکید دارند. البته کاهش مدت بستری با متغیرهای دیگری مانند کیفیت و اثربخشی خدمات هم محدود می‌شود (۱۶). بر اساس آمار سازمان بیمه سلامت استان کرمان، هزینه اقامت و هتلینگ در سال ۱۳۹۳ نسبت به سال قبل در مقایسه با سایر خدمات بیمارستانی نظیر دارو، جراحی، بیهوشی، آزمایشگاه رشد چشمگیری داشته است. این میزان ۱۰۳/۲ درصد برآورد شده است. این درحالی است که تعداد موارد مراجعه کلی در سال ۱۳۹۳ نسبت به سال قبل ۸/۹ درصد رشد داشته است (۱۷). یکی از عوامل حیاتی موفقیت در مدیریت اثربخش سلامت درک صحیح هزینه‌ها و کنترل آن‌ها است که با توجه به بالا بودن سهم هزینه‌های بستری در استان کرمان، پژوهش حاضر با هدف بررسی عوامل مؤثر بر ایجاد این هزینه و ارائه راهکارهایی جهت مدیریت آن‌ها انجام شد.

روش بررسی

مطالعه حاضر، مطالعه‌ای کیفی بود که به شیوه پدیدار شناسی انجام شد. جهت جمع‌آوری اطلاعات با توجه به متخصص بودن و مشترک بودن زمینه اصلی تخصص افراد شرکت کننده در مطالعه از روش بحث گروهی متمرکز استفاده گردید. برای سنجش روایی، سؤالات مطرح شده در اختیار افراد مجرب شرکت کننده در مطالعه قرار گرفت و بر اساس نظرات

ایشان، تغییرات لازم اعمال گردید به طوری که کلیه ابعاد مورد نیاز در مطالعه لحاظ شد. جلسات بحث گروهی در اداره بیمه سلامت استان کرمان و دانشگاه علوم پزشکی کرمان تشکیل گردید. نمونه‌گیری به صورت هدفمند بود و افراد کلیدی و صاحب‌نظر از سازمان‌های مربوطه شناسایی و از آن‌ها دعوت به عمل آمد. در نهایت با حضور دوازده نفر از کارشناسان و خبرگان بر اساس دارا بودن معیارهای دانش، تجربه و مسئولیت‌های مرتبط با موضوع پژوهش در پنج سازمان استان نظیر سازمان‌های بیمه‌گر استان (سازمان بیمه سلامت، سازمان تأمین اجتماعی)، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، بیمارستان های شفاء و افضل‌پور، هفت جلسه بحث گروهی متمرکز تشکیل گردید. مدت زمان هر جلسه در حدود ۴۵ دقیقه بود. در جلسات تشکیل شده ضمن بررسی ابعاد اصلی نظام سلامت شامل بیمار، سازمان های ارائه دهنده مراقبت و سازمان‌های بیمه‌گر، در مورد عوامل فرعی هر یک از این ابعاد در رابطه با تولید هزینه‌های بستری بحث شد. در ادامه کار جهت تأیید اعتماد و اعتبار داده‌های مطالعه کیفی از معیارهای گوبا و لینکلن استفاده شد که شامل چهار شاخص قابل باوربودن (مقبولیت)، قابل تکرار بودن (انتقال پذیری)، قابل تعمیم بودن (اطمینان) و قابل تأیید بودن می‌باشد (۱۸).

به منظور افزایش مقبولیت و قابل باور بودن یافته‌ها، باید زمان کافی برای جمع‌آوری و تفسیر داده‌ها که موجب فهم بیشتر فرهنگ، زبان و دیدگاه‌های مشارکت‌کنندگان شود، صرف گردد و علاوه بر آن از مشارکت‌کنندگان در حوزه‌های مختلف درگیر با موضوع برای تعمق در داده‌ها استفاده گردد (۱۹). بدین منظور در مطالعه حاضر، هفت جلسه گروه

کاری متمرکز تشکیل گردید که طی این جلسات، دیدگاه افراد مختلف درگیر با موضوع در سازمان‌های مختلف بیمه، دانشگاه علوم پزشکی و بیمارستان‌های وابسته مطرح شد و افراد با دیدگاه‌های مختلف در این زمینه آشنا شدند. به منظور افزایش قابل استفاده بودن نتایج در شرایط یا گروه‌های دیگر (تکرار پذیری)، با افراد بیشتری در محیط‌های گسترده‌تر جلسات گروه کاری متمرکز در مورد نتایج و یافته‌های مطالعه تشکیل گردید. در مطالعه حاضر برای اطمینان از انتقال پذیری یافته‌ها به موقعیت‌ها و شرایط دیگر، نتایج به دست آمده در اختیار افراد متخصص در سایر سازمان‌های بیمه‌گر قرار گرفت.

روش معمول برای بررسی اطمینان و قابل تعمیم بودن یافته‌ها، کنترل طرح و مستند کردن آن توسط محقق دوم در نقش داور، خارج از طرح است. به دست آوردن ۸۰ درصد توافق نشان دهنده مناسب بودن کدبندی داده‌ها خواهد بود (۱۹). در این مطالعه نیز، پس از ایجاد کدهای اولیه از متن جلسات برگزار شده، برخی از کدهای اولیه به محقق دوم ارائه شد تا کدها را از متن این مصاحبه‌ها استخراج نماید، سپس درجه توافق دو محقق تعیین شد. کدهای استخراج شده توسط دو محقق در بیش از ۹۵ درصد موارد یکسان بود. قابل تأیید بودن در ارتباط نزدیک با تعمیم‌پذیری بوده و به معنای همگونی دو محقق در رسیدن به نتایج مشابه است. دستیابی به نتایج مشابه حاصل از کار دو محقق، نشان‌گر تأییدپذیری تحقیق خواهد بود (۱۹). به این منظور در پژوهش حاضر، کلیه مراحل انجام کار از جمله جمع‌آوری، تجزیه و تحلیل، کدگذاری، طبقه‌بندی کدها، ابزار ارتقاء اطلاعات نظیر مطالعات پایه، تولیدات مربوط به انتشار نتایج مستند گردید تا امکان بررسی آن‌ها

توسط محقق دیگر فراهم باشد. در مطالعه حاضر، نتایج به دست آمده توسط محقق اول به طور کامل توسط محقق دوم مورد تأیید قرار گرفت. پس از تشکیل جلسات گروه کاری و رسیدن به مرحله اشباع، تمام مباحث مطرح شده پیاده‌سازی و کدگذاری شدند. سپس برای تحلیل داده‌های گروه کاری از روش تحلیل چارچوبی مشتمل بر پنج مرحله آشناسازی، شناخت چارچوب مفهومی، کدگذاری، ترسیم جدول‌ها و تفسیر استفاده شد (۲۰). در این روش طی مرحله آشناسازی، فرمی حاوی اطلاعات مربوط به افراد و خلاصه‌ای از محتوای هر جلسه گروه کاری تدوین گردید سپس با بررسی مکرر هر کدام از جلسات تشکیل شده، این چارچوب مفهومی مورد شناسایی قرار گرفت. به هر کدام از مشارکت‌کنندگان به صورت جداگانه کد داده شده و فهرستی از این کدها به همراه ارتباط آن‌ها با چارچوب مفهومی از این جلسات استخراج گردید. در این مرحله به هر کدام از بخش‌های دارای اطلاعات مرتبط در جلسات گروه کاری یک یا دو کد اختصاص داده شد. سپس این کدها مورد بررسی مجدد قرار گرفت و تغییرات لازم اعمال شد. این فرآیند برای هر کدام از جلسات چند بار تکرار شد و سپس برای مقایسه نظر مشارکت‌کنندگان در مورد هر کدام از اجزای مدل مفهومی و تعیین ارتباط بین هر کدام از اجزای مدل با زیر مجموعه آن جدول ترسیم گردید. برای تفسیر هر کدام از اجزای مدل مفهومی نیز در فرآیندی مشابه کدگذاری انجام شد. برای انجام این مراحل از نرم‌افزار خاصی استفاده نشد و کلیه مراحل به صورت دستی انجام گرفت.

یافته‌ها

دوره نقاهت، امتیاز اعتباربخشی بیمارستان، کمبود پرسنل درمانی و غیر درمانی، کمیت و کیفیت امکانات و تجهیزات، بستری کنترل نشده بیماران، End Stage در بخش مراقبت‌های ویژه، ترخیص با رضایت شخصی، بستری‌های غیر مقتضی، ضعف مدیریت و مدیریت ناپایدار و غیر تخصصی بیمارستان و ناکارآمدی سیستم اطلاعات بیمارستان از مهم‌ترین کدهای فرعی شناسایی شده برای کد اصلی ارائه دهنده خدمت بودند.

کامل نبودن تعهدات بیمه‌ای جهت رفع مشکلات سرانه بیمه‌های پایه، اختلاف زمان ابلاغ دستورالعمل‌های بیمه و وزارت بهداشت، عدم مداخله سازمان‌های بیمه‌گر در اعتباربخشی بیمارستان‌ها، متعهد نبودن بیمه‌ها نسبت به بازپرداخت هزینه خدمات غربالگری و چک آپ، تعدد سازمان‌های بیمه‌گر، فقدان نظام مالیاتی مشخص، تعیین تعرفه خدمات پزشکی بدون مداخله سازمان‌های بیمه‌گر، تأثیر پذیری سقف تعهدات بیمه‌ها از عوامل اجتماعی، اقتصادی، سیاسی، مخاطرات اخلاقی، بررسی و بایگانی سنتی اسناد، ضعف عملکرد کارشناس ناظر بیمه، نظام بازپرداخت فی فور سرویس، پشتیبانی ضعیف دانشگاه، معاونت درمان و نظام پزشکی از سازمان‌های بیمه‌گر، ناظر و منظور بودن وزارت بهداشت و دانشگاه در حوزه درمان و نبود ناظر وابسته به بیمارستان، بیمه و دانشگاه علوم پزشکی و ضعف مدیریت تخصصی از جمله کدهای فرعی شناسایی شده مرتبط با سازمان‌های بیمه‌گر بودند. در ادامه در مورد هر یک از ابعاد نظام سلامت و عوامل مرتبط با آن توضیح مختصری ارائه شده است:

۱) دریافت کننده خدمت: هدف اصلی از ارائه خدمات بهداشتی و درمانی در بیمارستان‌ها و مراکز درمانی،

افزایش مدت بستری بیمار در بیمارستان و به دنبال آن افزایش هزینه بستری متأثر از عوامل متعددی می‌باشد که در مطالعه حاضر این عوامل در قالب ۳ کد اصلی نظام سلامت یعنی دریافت کننده خدمت، سازمان‌های ارائه دهنده مراقبت و سازمان‌های بیمه‌گر طبقه‌بندی گردیدند. کدهای فرعی هر یک از این سه کد اصلی به ترتیب عبارت بودند از ۱۵، ۳۰ و ۱۱ کد که در زیر به توضیح آن‌ها پرداخته خواهد شد. از جمله کدهای فرعی شناسایی شده مرتبط با کد اصلی دریافت کننده خدمت، می‌توان به تقاضای کاذب، کم توجهی نسبت به خودمراقبتی، سبک زندگی، خود درمانی، عدم تقارن دانش بین بیمار و پزشک، مهاجرت بیماران، نگرش بیمار در مورد رفتار پزشک، دیدگاه بیمار در مورد تجهیزات درمانی، سن بیمار، وجود بیماری‌های زمینه‌ای، شدت و وخامت بیماری، تمایل بیمار به ترخیص و عدم تمایل یا توانایی خانواده‌ها نسبت به مراقبت از بیماران در منزل اشاره نمود.

ساختار فرسوده و غیر استاندارد بیمارستان، نوع بیمارستان، کیفیت خدمات ارائه شده، خطاهای پزشکی، عفونت بیمارستانی، خطاهای پزشکی، خودگردانی بیمارستان‌ها، پیچیده بودن فرآیندهای داخلی بیمارستان، تجویز غیر اصولی آزمایش‌های تشخیصی - درمانی و داروهای آنتی بیوتیک، تأخیر در پذیرش بیمار، عدم هماهنگی و ارتباط کاری مناسب بین پزشکان در مورد انجام اقدامات درمانی، هدایت بیماران به انجام آزمایش‌های تشخیصی - درمانی در خارج از بیمارستان، تأخیر در فرآیندهای اتاق عمل و انجام جراحی‌های چند مرحله‌ای، فقدان راهنماهای لازم و عدم اجرای راهنماهای موجود، ضعف یا عدم وجود سیستم پایش هزینه‌ها، تداوم بستری بیماران در

گرایش به استفاده از درمان‌های غیرضروری علاوه بر عواقب ناگواری که بر سلامت فرد دارد میزان سهم پرداختی بیماران برای دریافت درمان را نیز افزایش می‌دهد». علیرغم پیشرفت‌هایی که در زمینه درمان در طول سالیان متمادی حاصل شده است، متأسفانه هنوز در رابطه با استفاده از خدمات بهداشتی و آموزشی دچار ضعف هستیم. در این زمینه گفته شد که «عدم آگاهی افراد نسبت به اهمیت خودمراقبتی و دریافت بعضی مراقبت‌های اولیه درمانی در منزل با افزایش گرایش افراد به بستری در بیمارستان و ایجاد هزینه‌های مازاد همراه می‌باشد» (۳م). همچنین «تمایل افراد نسبت به خود درمانی و دخالت در پروسه درمان، هزینه درمان و حتی مدت درمان را تحت تأثیر قرار می‌دهد» (۶م). اجرای طرح پزشک خانواده و تبعیت از نظام ارجاع از دیگر راهکارهای کلیدی برای کاهش هزینه بستری توسط فرد می‌باشد. یکی از شرکت‌کنندگان عنوان نمود که «جلوگیری از مهاجرت های غیر ضروری بیماران برای دریافت خدمات تشخیصی و درمانی تخصصی و فوق تخصصی با الزام افراد به رعایت نظام ارجاع به کاهش سهم پرداختی بیماران برای درمان کمک شایان توجهی می‌نماید» (۷م). بیماران معمولاً در مورد درمان خود دانش تخصصی ندارند که این موضوع در کنار دیدگاه غیر تخصصی بیمار در مورد معیارهای قضاوت برای کیفیت خدمات بیمارستانی، افزایش بار مراجعه به بیمارستان را به دنبال خواهد داشت. در این زمینه فرد شماره ۱ تأکید نمود که «عدم تقارن دانش دریافت کننده و ارائه دهنده خدمت وجود دارد» (۱م) و «دیدگاه بیمار در مورد تجهیزات بیمارستانی و تأثیر این موضوع بر کیفیت خدمات ارائه شده» (۵م) از دیگر عواملی است که از طریق فرد دریافت کننده

رفع نیازهای بیمار و جلب رضایت وی می‌باشد. از طرفی یکی از منابع تولید هزینه در بیمارستان، بیماران هستند که به طور مستقیم و غیر مستقیم بر میزان هزینه تولید شده تأثیر دارند. علاوه بر بیمار، خانواده و همراهان بیمار هم در میزان هزینه ایجاد شده در طول دوره درمان مؤثر می‌باشند. عوامل مرتبط با دریافت کننده خدمت شامل مواردی از جمله سن بیمار، شدت بیماری، سبک زندگی، وجود بیماری زمینه‌ای، تقاضای کاذب، کم توجهی نسبت به خودمراقبتی و دریافت مراقبت در منزل، تمایل به بستری طولانی مدت بیماران End Stage، خود درمانی، مداخله بیمار در پروسه درمان و روند ترخیص، متفاوت بودن نوع بیمه فرد، مهاجرت برای دریافت خدمات تخصصی و فوق تخصصی، داشتن حق انتخاب نوع بیمارستان، عدم تقارن دانش دریافت کننده و ارائه دهنده خدمت، دیدگاه بیمار در مورد تجهیزات درمانی و نحوه ارتباط بیمار با ارائه دهندگان خدمت بود. در اینجا به ذکر پاره‌ای از نقل قول‌ها از افراد مجرب پرداخته می‌شود: در مورد اولین کد فرعی این بخش، مشارکت کننده شماره ۵ عنوان نمود که «با افزایش سن، علاوه بر این که احتمال ابتلاء به بیماری‌های مزمن افزایش می‌یابد روند درمان و بهبود فرد هم طولانی‌تر و بالطبع پرهزینه‌تر می‌شود». در مورد دومین کد فرعی که شدت بیماری بود، ذکر شد که «شدت و وخامت بیماری در فرد، نه تنها روند درمان را طولانی‌تر می‌نماید بلکه هزینه های درمان را هم افزایش می‌دهد» (۴م). از جمله عوامل بسیار کلیدی و قابل کنترل توسط فرد سبک زندگی می‌باشد. در این زمینه فرد شماره ۹ عنوان نمود «تغییر الگوی زندگی در رابطه با تغذیه، فعالیت بدنی، مصرف خودسرانه داروها، تجمل‌گرایی و

خدمت بر هزینه‌های بستری تأثیر دارد.

۲) ارائه دهنده خدمت: بیمارستان‌ها باید در راستای خدمت‌رسانی و سودرسانی به جامعه مدیریت شوند. ساختار سازمان بیمارستان و عملکرد کارکنان این سازمان (پرسنل درمانی و غیر درمانی) از جمله عوامل مؤثر بر تولید هزینه‌های بستری می‌باشند. از جمله کدهای فرعی شناسایی شده مرتبط با ارائه دهنده خدمت می‌توان به کیفیت خدمات ارائه شده، خطاهای پزشکی، ثبت غیرواقعی مستندات، درمان ناقص بیماری، خودگردانی بیمارستان‌ها، طولانی بودن رویه اداری امور درمان، تجویز غیر اصولی آنتی بیوتیک‌ها و سایر داروها، تأخیر در فرآیند تشخیص و پذیرش بیمار، عدم هماهنگی و ارتباط کاری مناسب بین پزشکان، هدایت بیمار به انجام آزمایش‌های تشخیصی و درمانی در خارج از بیمارستان، تأخیر در فرآیند اتاق عمل، فقدان راهنماهای لازم و عدم اجرای راهنماهای موجود، ضعف سیستم پایش هزینه‌ها، تداوم بستری بیمار در دوره نقاهت، عدم ارزشیابی بخش مراقبت‌های ویژه، امتیاز کسب شده توسط بیمارستان در فرآیند اعتباربخشی، کمیت و کیفیت امکانات و تجهیزات بیمارستان، بستری بی مورد، زود هنگام و طولانی مدت بیمار، بستری کنترل نشده بیمار End Stage در بخش مراقبت‌های ویژه، ترخیص با رضایت شخصی، بستری‌های غیر مقتضی، ارتباط ضعیف بین پزشکان در سطح اول و سطح دوم مراقبت‌ها، تجویز غیرضروری آزمایش‌ها و اسکن‌های تشخیصی و درمانی، ساختار فرسوده و غیر استاندارد بیمارستان، کمبود پرسنل درمانی و غیر درمانی، ضعف مدیریت بیمارستان، ناکارآمدی سیستم اطلاعات بیمارستان، مخاطرات اخلاقی، نوع مالکیت بیمارستان، مقاومت دارویی و عدم پاسخگویی مناسب

به برخی داروها اشاره نمود. در زمینه اولین کد فرعی در این بخش می‌توان به این نقل قول اشاره نمود: «بهبود کیفیت خدمات تشخیصی و درمانی ارائه شده و به حداقل رساندن خطاهای درمانی و غیردرمانی از جمله اقدامات مناسبی است که از طریق ارائه دهندگان خدمت می‌تواند هزینه‌های بستری بیمار را کنترل نماید» (م ۴). رفتار ارائه دهنده خدمت به عنوان فرد تصمیم گیرنده و هدایت کننده بیمار نقش بسیار مهمی در رابطه با موضوع مورد مطالعه دارد. در این زمینه مشارکت کننده شماره ۷ عنوان نمود «بستری بی‌مورد، زود هنگام و طولانی مدت بیمار و بستری کنترل نشده بیمار End Stage در بخش مراقبت‌های ویژه»، «تأخیر در فرآیند تشخیص و پذیرش بیمار» (م ۳)، «هدایت بیمار به انجام آزمایش‌های تشخیصی و درمانی در خارج از بیمارستان» (م ۶) و «بستری‌های غیر مقتضی بیمار» (م ۴) از جمله مواردی است که توسط مشارکت کنندگان در این زمینه مطرح شد. علاوه بر این زیر ساخت اولیه بیمارستان و تجهیز بیمارستان از نظر امکانات فیزیکی، انسانی و اطلاعاتی بر تولید هزینه بستری تأثیر مستقیم دارد. در این زمینه به ذکر گفته یکی از شرکت کنندگان اکتفا می‌شود که عنوان نمود «ساختار فرسوده و غیر استاندارد بیمارستان و نامطلوب بودن کمیت و کیفیت امکانات و تجهیزات فیزیکی و اطلاعاتی و نیروی درمانی و غیر درمانی بیمارستان بر مدت بستری بیمار و بهره‌وری وی از خدمات بیمارستانی و ایجاد هزینه‌های بستری اثر منفی دارد» (م ۳). یکی دیگر از عوامل مطرح شده در مورد بیمارستان به عنوان ارائه دهنده خدمت، امتیاز حاصل از اعتبار بخشی است. یکی از شرکت کنندگان بیان کرد که «کسب امتیاز بالای بیمارستان در فرآیند

بودن انواع بیمه‌های پایه و تکمیلی و تفاوت تعهدات تحت پوشش آن‌ها تأثیر مستقیمی بر میزان هزینه تحمیل شده بر فرد دارد» (م ۸). شرکت کننده دیگری گفت «یکی از کلیدی‌ترین عوامل قابل کنترل توسط بیمه، بهبود عملکرد کارشناس ناظر بیمه و اصلاح روند نظارت بر عملکرد بیمارستان‌ها می‌باشد» (م ۵).

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های حاصل از این مطالعه نشان داد که عوامل مؤثر بر تولید هزینه‌های بستری بر اساس ابعاد اصلی تشکیل دهنده نظام سلامت یعنی دریافت کننده خدمت، ارائه دهنده خدمت و سازمان بیمه‌گر شامل مواردی می‌باشد که بعضی از آن‌ها متأثر از هر سه بُعد نظام سلامت هستند که از آن جمله می‌توان به کم اهمیت بودن نقش خودمراقبتی و دریافت مراقبت‌های اولیه، خود درمانی و اجتناب از درمان در مراحل اولیه بیماری، کم‌رنگ بودن نقش ارائه مراقبت در منزل (Home care)، فقدان مراکز ارائه دهنده خدمات مراقبتی (Palliative)، نوع مالکیت بیمارستان و تقاضای غیر واقعی برای ارائه یا دریافت خدمت اشاره کرد. بعضی دیگر از عوامل مطرح شده، متأثر از دو بُعد نظام سلامت هستند. به عنوان مثال ترخیص با رضایت شخصی و مقاومت دارویی از جمله عواملی است که تحت تأثیر ابعاد دریافت کننده و ارائه دهنده خدمت است و نوع بیمه درمانی و میزان تعهدات آن تحت تأثیر ابعاد دریافت کننده و سازمان بیمه‌گر و نهایتاً وضعیت تجهیزات و امکانات درمانی، مخاطرات اخلاقی شغلی، اعتباربخشی و ضعف نظارت‌های اعمال شده متأثر از دو بُعد ارائه دهنده خدمت و سازمان بیمه‌گر می‌باشد. در بین عوامل شناسایی شده مواردی هم وجود دارد که فقط

اعتباربخشی در کنار افزایش مطلوبیت خدمات ارائه شده، هزینه تشخیص و درمان بیمار را افزایش می‌دهد» (م ۱).

۳) سازمان بیمه‌گر: سومین بُعد نظام سلامت، سازمان بیمه‌گر بود که با ماهیتی مستقل، منابع مالی مورد نیاز خود را از طریق مشارکت عمومی افراد سالم تأمین می‌کند و نیاز این افراد را در زمان بیماری فراهم می‌سازد. کامل نبودن تعهدات بیمه‌ای، اختلاف زمان ابلاغ دستورالعمل‌های بیمه و وزارت بهداشت، عدم مداخله سازمان‌های بیمه‌گر در اعتباربخشی بیمارستان‌ها، متعهد نبودن بیمه‌ها نسبت به بازپرداخت هزینه خدمات غربالگری و چک آپ، تعدد سازمان‌های بیمه‌گر، تنظیم و تأیید مقررات درمانی بدون مداخله سازمان‌های بیمه‌گر، تأثیرپذیری سقف تعهدات بیمه‌ها از عوامل اجتماعی، اقتصادی، سیاسی، ضعف عملکرد کارشناس ناظر بیمه، نظام بازپرداخت فی فور سرویس، متفاوت بودن محل تأمین منابع در خصوص برخی از گیرندگان خدمت، عدم اعتبار بخشی مراکز جراحی محدود و ناظر و منظور بودن وزارت بهداشت و دانشگاه در حوزه درمان از مهم‌ترین کدهای فرعی شناسایی شده مرتبط با بیمه‌گر بودند که بر میزان هزینه بستری تولید شده تأثیرگذار بودند. در خصوص اولین کد فرعی در این قسمت، یکی از شرکت‌کنندگان عنوان کرد که «پوشش ناقص بسته خدمتی موجود از نظر نوع خدمات تحت پوشش و جمعیت تحت پوشش از جمله نواقص عملکردی مرتبط با سازمان بیمه‌گر است که با ایجاد هزینه‌های بستری همراه گردید» (م ۶). شرکت کننده شماره ۷ عنوان نمود «یکی دیگر از مشکلات مرتبط با سازمان‌های بیمه‌گر، تحت پوشش نبودن خدمات غربالگری و چک آپ می‌باشد» (م ۷). همچنین «متنوع

مربوط به یکی از این ابعاد مطرح شده بودند.

بر اساس نتایج مطالعه حاضر از مهم‌ترین عوامل شناسایی شده مرتبط با دریافت کننده خدمت، مواردی نظیر عوامل مرتبط با ارائه دهنده خدمت، سبک زندگی، رفتارهای غیر بهداشتی، مهاجرت برای دریافت خدمت، داشتن حق انتخاب برای انتخاب بیمارستان دولتی یا خصوصی، پایین بودن سواد سلامت، سن بیمار، ابتلاء به بیماری‌های زمینه‌ای و بی‌اهمیت بودن خودمراقبتی و عدم تمایل بیماران نسبت به دریافت مراقبت در منزل. در مطالعه انجام شده در یکی از بیمارستان‌های تأمین اجتماعی شهر تبریز در سال ۱۳۸۸، ضمن بررسی موارد پذیرش و بستری غیر مقتضی این نتیجه به دست آمد که پذیرش و بستری‌های غیر مقتضی ناشی از تأخیر در تشخیص بیماری و تأخیر در فرآیندهای اتاق عمل، سن بالای بیماران و عدم دریافت مراقبت در منزل از جمله مواردی است که با افزایش هزینه بستری همراه است (۲۱). این گونه استنباط می‌شود که با افزایش به دلیل کاهش قدرت تحرک بیماران و فقدان مؤسساتی که خدمات خاص سالمندان را ارائه کنند، این افراد در معرض مشکلات درمانی بیشتری قرار دارند.

طبق نتایج مطالعه حاضر، با افزایش سن افراد احتمال ابتلا به بیماری‌های مزمن افزایش می‌یابد که به دنبال آن هزینه‌های تحمیل شده به بیمار افزایش می‌یابد. علاوه بر این در مطالعات متعددی افزایش امید به زندگی و بالا رفتن سن با تأثیر بر افزایش بروز بیماری‌های مزمن، به عنوان یکی از علل افزایش هزینه بستری مرتبط با دریافت کننده خدمت مطرح شده است (۲۸-۲۲). در این مطالعه به تأثیر افزایش سن بیماران در افزایش میزان هزینه بستری اشاره شده

است. همچنین نوع و شدت وخامت بیماری هم از عوامل مؤثر بر میزان هزینه بستری مطرح شده است که با این اوصاف بیماری‌های مزمن نسبت به بیماری‌های حاد نقش بیشتری در افزایش هزینه بستری دارند.

طبق نتایج مطالعه حاضر، انتخاب بیمارستان خصوصی توسط بیمار و یا هدایت بیمار به سمت مراکز درمانی خصوصی از جمله عوامل مؤثر بر افزایش هزینه بستری می‌باشد. بالا بودن هزینه درمان در بیمارستان‌های خصوصی در مطالعات متعددی به عنوان عامل افزایش دهنده هزینه بستری بیمار تأیید شده است (۳۵-۲۹). در مطالعه حاضر هم این نتیجه به دست آمد که یکی از علل تولید هزینه‌های بالا، انتخاب بیمارستان خصوصی توسط بیمار و یا ارائه دهنده خدمت می‌باشد که دلیل آن می‌تواند عدم اعتماد بیماران به بیمارستان‌های آموزشی و دولتی باشد.

در سال‌های اخیر با اجرای طرح تحول نظام سلامت و افزایش تعداد کلینیک‌های درمانی در شهرستان‌ها، از موارد مهاجرت بیماران به شهرهای بزرگ و مراکز استان‌ها کاسته شده است و با بهبود ارتباط بیمارستان‌های دولتی با بیمارستان‌های خصوصی و مراکز تجهیزاتی، دسترسی به امکانات و تجهیزات درمانی در بیمارستان‌های دولتی بهبود یافته است. یکی دیگر از دستاوردهای طرح نظام سلامت، کاهش هزینه بستری و سهم پرداخت از جیب بیماران می‌باشد که با افزایش غیر منطقی بار مراجعه به بیمارستان‌های دولتی و ایجاد تقاضای کاذب برای بستری و دریافت خدمات تشخیصی درمانی همراه بوده است.

از بین عوامل مرتبط با ارائه دهنده خدمت در خصوص عوامل مرتبط با ارائه دهنده خدمت، نوع

خدمت و تحمیل هزینه‌های اضافی بیان شده است (۳۸). تفاوت چشمگیر در سطح اطلاعات بیمار و ارائه دهنده خدمات سبب افزایش نیازهای غیر واقعی می‌گردد که منجر به ارائه خدمات غیر ضروری با کیفیت پایین و هزینه بالا می‌شود. منافع شخصی پزشک همراه با عدم تقارن اطلاعات ارائه دهنده و دریافت کننده خدمت، سبب ایجاد تقاضای القایی و در نتیجه سرویس دهی نامناسب می‌شود.

مطلوب بودن سطح کیفیت خدمات تشخیصی درمانی ارائه شده به موفقیت در بازار رقابتی و کسب سود بیشتر منجر می‌گردد. در مطالعه حاضر، نامطلوب بودن سطح کیفیت خدمات ارائه شده با تأثیر بر میزان مراجعه مجدد و عدم رضایت بیماران، افزایش هزینه بستری را به دنبال داشته است. افزایش رضایت گیرندگان خدمت و کاهش هزینه‌های درمانی ناشی از بهبود کیفیت خدمات درمانی در مطالعات متعددی از جمله در مطالعه انجام شده در دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه در سال ۱۳۹۱ بررسی و تأیید شده است (۳۹). یافته‌های مطالعه انجام شده توسط Jen و همکاران نشان داد که با بهبود کیفیت خدمات، منافع بیماران افزایش یافته و از طرفی هزینه‌های بستری و درمان کاهش می‌یابد که نهایتاً افزایش ادراک بیمار از خدمات ارائه شده را به دنبال دارد (۴۰). نتیجه این دو مطالعه داخلی و خارجی با نتیجه مطالعه حاضر همخوانی دارد. بهبود کیفیت خدمات ارائه شده و موفقیت در محیط رقابتی به عنوان یکی از عوامل اصلی مؤثر در زمینه کنترل هزینه‌های بستری بیماران می‌باشد.

کمبود نیروی انسانی، عدم توازن در ترکیب مهارت‌ها، توزیع جغرافیایی غیر متوازن، شرایط کاری نامناسب و ضعف در دانش و مهارت‌های کارکنان از

بیمارستان، کیفیت خدمات ارائه شده، سیستم اطلاعات بیمارستان، کمیت و کیفیت تجهیزات درمانی و نیروی انسانی، راهنماهای اداری و درمانی، عدم تقارن اطلاعات بین ارائه دهنده و دریافت کننده خدمت و رفتار ارائه‌دهندگان خدمت از عوامل مهمی بودند که بر میزان هزینه بستری تولید شده اثر داشتند. بر اساس نتایج حاصل از بررسی این بُعد، نامناسب بودن توزیع امکانات و تجهیزات درمانی و نیز توزیع ناعادلانه نیروی انسانی در نقاط مختلف با افزایش مهاجرت بیماران به مراکز استان‌ها همراه است که به طور مستقیم و غیر مستقیم هزینه‌های بستری را افزایش می‌دهد. در مطالعات مشابهی که در شهرهای تهران و تبریز انجام شده این موضوع مورد بررسی قرار گرفته است که توزیع نامناسب و غیر عادلانه امکانات اولیه تشخیصی- درمانی در نقاط محروم کشور با افزایش مهاجرت بیماران به شهرهای بزرگ برای دریافت خدمت همراه است که این قضیه با افزایش هزینه‌های درمانی مستقیم و غیرمستقیم بیماران همراه است (۳۶،۳۷). توزیع نامناسب امکانات و نیروی انسانی به صورت غیر مستقیم با افزایش هزینه بستری بیماران همراه می‌باشد و ضروری است با انجام اقدامات کارشناسی در رابطه با توزیع عادلانه انواع امکانات درمانی و نیروی درمانی نسبت به کنترل هزینه بستری بیماران اقدام نمود.

مخاطرات اخلاقی و عدم تقارن دانش دریافت کننده و ارائه دهنده خدمت از دیگر موارد مطرح شده مرتبط با ارائه دهنده خدمت در مطالعه حاضر می‌باشد. در این راستا در مطالعه‌ای که به بررسی عوامل مؤثر بر تقاضای خدمت پرداخته شده است، سوء رفتار ارائه دهنده‌گان و دریافت کنندگان خدمت به عنوان یکی از موارد مطرح شده مؤثر بر تقاضای

آموزشی درمانی است اما با توجه به کم تجربه بودن و نداشتن مهارت کافی این افراد، تا حدی افزایش بار مراجعه مجدد و تحمیل هزینه اضافی به بیمار را می‌توان از نتایج نامطلوب این طرح برشمرد.

از بین عوامل مرتبط با سازمان‌های بیمه‌گر، عدم مداخله سازمان‌های بیمه‌گر در اعتبار بخشی بیمارستان‌ها و ضعف کارشناسان بیمه در ارزیابی‌های انجام شده، نظام پرداخت کارانه، ضعف نظارت بر عملکرد پزشکان و متخصصان درمانی، پایین بودن میزان تعهدات بیمه‌های پایه و تکمیلی، تأخیر در بازپرداخت مطالبات بیمارستان‌ها و ضعف مدیریت تخصصی از عوامل مهمی است که بر میزان هزینه بستری تولید شده اثر داشتند.

بر اساس نتیجه حاصل از بررسی نظرات مشارکت کنندگان در مطالعه حاضر، سازمان‌های بیمه‌گر در اعتبار بخشی بیمارستان‌ها نقش چندانی ندارند و از طرفی کارشناسان ناظر بیمه هم پشتوانه و حمایت کافی برای تحلیل عملکرد پزشکان را ندارند. یافته‌های مطالعه انجام شده توسط ولی قزوینی و همکاران هم این نکته را مورد تأیید قرار داد که فقدان اعتبار بخشی بیمارستان‌ها و غفلت در ارائه مراقبت‌های اولیه بهداشتی، افزایش هزینه‌های درمانی را به دنبال دارد و سلامت جامعه را شدیداً به مخاطره می‌اندازد (۴۲). ایجاد رقابت سالم، بهبود کیفیت و اثربخشی مراقبت‌ها، تضمین و تأمین سلامتی، بهره‌وری کامل از مؤسسات درمانی با کنترل هزینه‌ها و رفع نقاط ضعف بیمارستان از جمله نتایج مثبت ارزیابی بیمارستان‌ها می‌باشد (۴۳). اعتبار بخشی اصولی و علمی بیمارستان‌ها با اعمال نظر سازمان‌های بیمه‌گر به عنوان ناظر خارجی با هدف تقویت نقاط قوت و از بین بردن نقاط ضعف موجود یکی از راهکارهای

جمله مشکلات پیش‌روی نظام‌های سلامت در مورد منابع انسانی است. در مطالعه حاضر به تأثیر عوامل مذکور در افزایش هزینه بستری اشاره شده است. همچنین در مطالعه‌ای که توسط قاضی میرسعید و همکاران در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام شده است این نتیجه به دست آمد که کمبود کمی و کیفی کارکنان در بیمارستان‌ها، علاوه بر این که کیفیت خدمات ارائه شده را تحت الشعاع قرار می‌دهد، با تأثیر مستقیم در میزان دسترسی به خدمات بهداشتی-درمانی، آثار اقتصادی نامطلوبی را هم برای بیمار و هم برای بیمارستان به همراه دارد (۴۱). طبق نتایج به دست آمده می‌توان با تأمین نیروی انسانی کافی و متخصص ضمن تضمین کیفیت خدمات ارائه شده در راستای کاهش هزینه‌های بستری بیماران گام برداشت.

پیاده‌سازی طرح تحول نظام سلامت بر عوامل مرتبط با سازمان ارائه دهنده خدمت هم اثرات مثبت و منفی خاص خود را داشته است. از جمله این اثرات مثبت می‌توان به بهبود کیفیت خدمات ارائه شده در بیمارستان‌های دولتی، افزایش بار مراجعه، کاهش مدت بستری غیر مقتضی، بهبود وضعیت اجرای راهنماهای درمانی، تسهیل ارتباط بیمارستان‌های دولتی با بیمارستان‌های خصوصی و مراکز تجهیزاتی، افزایش نظارت بر عملکرد پزشکان، ایجاد قرارداد زنجیره ارجاع، بهبود سیستم اطلاعات بیمارستان و افزایش رضایت شغلی به دنبال افزایش حقوق و مزایا اشاره کرد که تمام این موارد، کاهش تولید هزینه بستری را به دنبال خواهد داشت.

افزایش اختیار درمانی نیروهای آموزشی (رزیدنت‌ها) یکی از نتایج اجرای طرح تحول نظام سلامت است که اگرچه دارای اثرات مثبتی بر نیروهای

خدمات پرستاری در منزل، درمان براساس راهنماهای درمانی، اجرای پروتکل‌های نظارتی، پیاده سازی برنامه پزشک خانواده، تبعیت از قانون ارتقای بهره‌وری پرستاران، افزایش رضایت شغلی پرستاران، تقویت سیستم اطلاعات بیمارستان، توجه به مدیریت کیفیت، حاکم شدن شیوه پرداخت گلوبال، تهیه تجهیزات مناسب تشخیصی- درمانی و ارتقای دانش و آگاهی مدیریت بیمارستان در زمینه برنامه‌ریزی و سازماندهی و کنترل کار پرسنل، افزایش میزان تعهدات سازمان‌های بیمه‌گر، تقویت عملکرد کارشناسان ناظر بیمه و بهبود برنامه‌های اعتباربخشی از جمله راهکارهای کنترل و مدیریت هزینه‌های تولید شده در بیمارستان می‌باشد.

پیشنهادها

به منظور کنترل هزینه‌های ایجاد شده توسط بیماران و خانواده آن‌ها، افزایش برنامه‌های آموزشی و تغییر سبک زندگی، اصلاح باورهای نادرست بیماران در مورد ضرورت بستری و تشویق ایشان به دریافت خدمات از طریق مراکز درمان بستر از مهم‌ترین راهکارهای پیشنهاد شده توسط صاحب‌نظران شرکت کننده در این مطالعه می‌باشد. هدف از ایجاد مراکز درمان بستر تشویق بیماران به بستری در مراکز است که هدف صرفاً درمانی ندارند، بلکه به منظور مراقبت از بیماران ایجاد شده‌اند. همچنین اصلاح ساختار بیمارستان و تأمین منابع مورد نیاز، کنترل عملکرد نیروی درمانی، تدوین و اجرای راهنماهای درمانی و اداری، کنترل و اعتباربخشی بیمارستان و تأسیس مراکز درمان بستر از جمله راهکارهای پیشنهادی برای کنترل هزینه ایجاد شده توسط اراده دهنده خدمت می‌باشد. با افزایش سقف تعهدات

اساسی به منظور تضمین کیفیت خدمات و کنترل هزینه‌های بستری می‌باشد.

نوع بیمه‌های پوشش دهنده خدمات و محتوای تحت پوشش بسته خدمات بیمه پایه و تکمیلی از دیگر موارد شناسایی شده در این مطالعه به عنوان عوامل مؤثر بر تولید هزینه بستری می‌باشد. در مطالعه انجام شده توسط فردوسی و محمدزاده این گونه بیان شده است که در اکثر کشورهای در حال توسعه، حجم خدمات بیمه درمانی که به وسیله سازمان‌های بیمه ارائه می‌گردد کافی نیست، مثلاً سهم پرداخت مستقیم توسط مردم در کشور ما حدود ۵۵ درصد می‌باشد که نشانه عدم موفقیت سازمان‌های بیمه‌گر در پوشش خدمات ارائه شده می‌باشد (۴۴). گسترش چتر حمایتی سازمان‌های بیمه‌گر و ارائه بسته‌های خدمتی کامل توسط این سازمان‌ها از کلیدی‌ترین عوامل کنترل هزینه بستری بیماران می‌باشد. البته با اجرای طرح تحول نظام سلامت، تمام مردم ایران تحت پوشش بیمه سلامت قرار گرفتند. همچنین با اجرای این طرح، میانگین سهم بیمار بیمه شده از هزینه پرونده‌های بستری در تیر ماه ۱۳۹۳، برابر ۸ درصد بوده و این میزان برای کل بیماران بستری (بیمه شده و فاقد بیمه) ۱۰ درصد بوده است. در ۹۸ درصد بیمارستان‌های کشور سهم بیمار از پرونده‌های بستری کمتر از ۱۰ درصد بوده است (۴۵).

ورود و پذیرش بیمار در بیمارستان با تولید هزینه‌های مختلف درمانی و غیر درمانی همراه است که بخشی از آن به عهده خود بیمار است و بخشی دیگر به نظام سلامت و سازمان‌های بیمه‌گر تحمیل می‌شود. اصلاح سبک زندگی و تغییر نگرش حاکم بر جامعه در زمینه ترویج رویکرد درمانی پیشگیرانه محور و درمان سرپایی، تشویق مردم به استفاده از

بدین وسیله از کلیه صاحب‌نظران و خبرنگاران حوزه درمان در استان کرمان و مدیریت محترم و کارشناسان سازمان بیمه سلامت ایران که در به ثمر رسیدن این مطالعه تیم تحقیق را یاری نمودند، تشکر و قدردانی به عمل می‌آید. لازم به ذکر است که این مطالعه با حمایت مالی اداره بیمه سلامت کل شهر کرمان انجام شده است.

بیمه و برنامه‌ریزی در مورد بازپرداخت‌ها، اصلاح ساختار سازمانی و بهبود کیفیت عملکرد کارشناس ناظر بیمه می‌توان گامی اساسی در جهت مدیریت هزینه‌های بستری تولید شده برداشت. لذا پیشنهاد می‌شود برای مدیریت بهتر هزینه‌های بستری مطالعات گسترده و تخصصی در رابطه با هر یک از موارد مطرح شده انجام گردد.

سپاسگزاری

References

1. Tourani S. Study of performance of general Hospitals in Iran University of medical sciences: in health care management [dissertation]. Tehran: Tehran Azad University; 1995. Persian.
2. The World Health Report 2000 - Health systems: improving performance. Geneva: World Health Organization; 2000.
3. Newbrander W, Barnum H, Kutzin J. Hospital Economics and Financing in Developing Countries. Geneva: World Health Organization; 1992.
4. Organization for Economic Cooperation (OECD) and Development Report, health policy studies. New direction in health care policy. 1983; 1: 82-8.
5. Nekoei Moghadam M, Banshi M, Akbari Javar M, Amiresmaili M, Ganjavi S. Iranian household Financial protection against catastrophic health care expenditures. Iranian Journal of Public Health. 2015; 9(41):62-70.
6. Shepard DH, Hodgkin D, Anthony YE. Analysis of hospital costs: A manual for managers. 2th ed. Geneva: World Health Organization; 2007.
7. AghaMohammadi V. The relationship between hospital bed indicators and the amount of energy consumption in Hamedan Medical Sciences Hospitals [dissertation]. Tehran: Islamic Azad University Science and Research Branch; 2010. Persian.
8. Health Economics Unit Reports. Tehran: Ministry of Health and Medical Education; 2003. Persian.
9. Naghavi M, Jamshidi H. Benefit from health services in the Islamic Republic of Iran. Health Department of the Ministry of Health and Medical Education. The office of the applied research, Tehran: Tandis; 2002. Persian.
10. Moghaddasi H, Hosseini A, Asadi F, Esmaeili M. Problems of health insurance systems and the need for implementation of a reform approach. J Health Adm. 2011; 14 (44):71-80. Persian.
11. Shi L, Singh D. Essentials of the U.S. Health Care System. USA: 3th ed. Jones & Bartlett Learning; 2005.
12. Mawajdeh S, Hayajneh Y, al-Qutob R. The effect of type of hospital and health insurance on hospital length of stay in Irbid, North Jordan. Health Policy Plan. 1997;12(2):166-72.
13. 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. 2010; 12 (4):27-32. Persian.
14. Toyabe S, Cao P, Abe T, Uchiyama M, Akazawa K. Impact of sociocultural factors on hospital length of stay in children with nephrotic syndrome in Japan. Health Policy. 2006;76(3):259-65.
15. Sakhakar BM. Principles of Hospital Administration and Planning. Delhi: Jaypee Brothers Medical; 1998.
16. Rvanguard, R. Arab, M. Zeraati, H, Rashidian A, Sari AK, Nirumand, N, et al. Patients' length of stay in Women Hospital and its associated clinical and non-clinical factors, Tehran, Iran. Iran Red Crescent Med J. 2011; 13(5):309-15.
17. Ministry of Cooperatives, Labour, and Social Welfare. Tariffs of diagnostic and treatment services of public and non public hospital in 2013. Tehran: 2013.
18. Joudaki H, Heidari M, Geraili B. Outsourcing of hospitals services: lessons learned from the experience. Journal of Health Based Research. 2015; 1(1):13-23. Persian.
19. Sadooghi M. Specific criteria for evaluating qualitative research. Methodology of Social Sciences and Humanities Journal. 2008; 14(56):55-72.
20. Ritiche J, Spencer L. Qualitative data analysis

- for applied policy research; 1994. Available from: http://admn502a2010a01.pbworks.com/f/wk_9_Richie_Spencer_Qualitative_data_analysis_for_applied_policy_research.pdf
21. Fakari Z, Ghiyasi A, Ezati M, Pakdaman M, Khalafi A. The Assessing of Inappropriate Admissions and Hospitalization based on Appropriate Evaluation Protocol in Alinasab hospital in Tabriz- 2009. *Hospital*. 2009; 9(3-4): 39-43. Persian.
 22. Pourreza A, Mir Mohammad Khani M, Pouragha M. Model of price and disease in the elderly inpatient services covered by health insurance of Damghan in 2005. *Salmand*. 2007; 2(4): 252-62. Persian.
 23. Rosenthal GE, Landefeld CS. Do older Medicare patients cost hospitals more? Evidence from an academic medical center. *Arch Intern Med*. 1993;153(1):89-96.
 24. Bay KS; Long MJ, Ross Kerr JC. Utilization of Hospital Services by the Elderly: Geriatric Crisis in one Canadian Single Payer System. *Health Serv Manage Res*. 1997; 10(1-2):42-57.
 25. Brimhall BB, Dean T, Hunt EL, Siegrist RB, Reiquam W. Age and laboratory costs for hospitalized medical patients. *Arch Pathol Lab Med*. 2003;127(2):169-77.
 26. Young JS, Cephas GA, Blow O. Outcome and cost of trauma among the elderly: a real-life model of a single-payer reimbursement system. *J Trauma*. 1998;45(4):800-4.
 27. Polverejan E, Gardiner JC, Bradley CJ, Holmes-Rovner M, Rovner D. Estimating mean hospital cost as a function of length of stay and patient characteristics. *Health Econ*. 2003 Nov;12(11):935-47.
 28. Evers S, Voss G, Nieman F, Ament A, Groot T, Lodder J, et al. Predicting the cost of hospital stay for stroke patients: the use of diagnosis related groups. *Health Policy*. 2002;61(1):21-42.
 29. Zariie Gavvani F, Pourreza A, Hoseyni M, Akbari F. private hospitals' difficulties: top managers' perspective. *Payesh*. 2011; 10(1):73-81. Persian.
 30. Varamghani M, Arab M, Zeraati H, Sari AA. Factors affecting in choosing public and private hospitals in Tehran for treatment 2008. *Journal of Hospital*. 2011; 10(1):45-52. Persian.
 31. Ameri H, Panahi M, Jafari A, Khalafi A, Alizadeh H, Abbaspour R. The Reasons of Private Hospital Selection by patients in Yazd Province for Treatment. *Journal of Torbat Heydariyeh University of Medical Sciences*. 2013; 1(3):37-43. Persian.
 32. Behboodi F. Effective factors on selection of governmental or private Hospital with surgical patients. *Journal of Guilan University of Medical Sciences*. 2000;9(35-36):34-40.
 33. Yaghoubi M, Saghaian Nejad S, Abolghasem Gorji H, Norozi M, Rezaie F. Organizational Justice, Job Satisfaction and Organizational Commitment in the Hospital Staffs Medical University of Isfahan (MUD). *J Health Adm*. 2009; 12 (35):25-32. Persian.
 34. Jannati A, Dadgar E, Gholizadeh M, Alizadeh L, Khodayari MT. Identifying the main factors to choose public or private hospital for health services in hospitals of Tabriz in 2010. *Toloo-e-Behdasht*. 2013; 1(12):133-42. Persian.
 35. Prasanna K, Bashith M, Sucharitha S. Consumer satisfaction about Hospital services: a study from the outpatient department of a private Medical College Hospital at Mangalore. *Indian J Community Med*. 2009;34(2):156-9.
 36. Ghiasvand H, Hadian M, Maleki MR, Shabaninejad H. Determinants of catastrophic Medical payments in hospitals affiliated to Iran University of Medical Sciences 2009. *Hakim*. 2010; 13 (3):145-54. Persian.
 37. Panahi H, Falahi F, Mohammadzadeh P, Janati A, Narimani MR, Sabaghizadeh L. Factors influencing the out-of-pocket payments by patients in the Hospital in Tabriz-Iran. *Health Inf Manage*. 2014; 11(2): 199-207. Persian.
 38. Labelle R, Stoddart G, Rice T. A re-examination of the meaning and importance of supplier-induced demand. *J Health Econ*. 1994;13(3):347-68.
 39. Razlansari M, Teimouri B, Alipour Shirsavar HR, Taleghani M, Ashtarian H. Patients' views on perceived services quality using SERVQUAL Model at educational and medical centers of Kermanshah University of Medical Sciences 2013. *Journal of Clinical Research in Paramedical Sciences*. 2012; 1(3):74-83. Persian.
 40. Jen W, Tu R, Lu T. Managing passenger behavioral intention: an integrated framework for service quality, satisfaction, perceived value, and switching barriers. *Transportation*. 2011; 38(2): 321-42.
 41. Ghazi Mirsaeid SJ, Mirzaie M, Haghshenas E, Dargahi H. Human resources distribution among Tehran University of Medical Sciences Hospitals. *Payavard Salamat*. 2014; 7 (5):432-46. Persian.
 42. Vali Ghazvini S, Shah Bahrami E, Nazari Y, Moradi F, Kalhor R. Performance Evaluation of Rajaei Hospital Based on «EFQM» organizational excellence model. *Payavard Salamat*. 2012; 6 (1):70-8. Persian.
 43. Tabibi S, Maleki M, Movahednia S, Gohari M. Relationship between Hospitals ownership and performance assessment score of emergency departments in the Hospitals affiliated to Iran University of Medical Sciences 2007. *J Health Adm*. 2009; 12 (36):25-32. Persian.
 44. Ferdowsi M, Mohamadizadeh M. Satisfaction

of insurance services and supplements insurance in patients of in selected health centers in Tehran. Journal of Health Information Management. 2005; 2(2):46-53. Persian.

45. National Institute for Health Research, second stage of evaluation of health system reform plan in

the treatment area. [cited 2016 Jun 2]
<http://nihr.tums.ac.ir/wp-content/uploads/2015/04/file3.pdf>

Effective Factors in Hospitalization Costs of the Public Hospitals: A Qualitative Study

Jafari Mohammad¹, Lashkari Marzieh², Mahmoudi Fatemeh³, Dehnavi Reza⁴,
Noori Hekmat Somayeh⁴, Izadi Azar⁵*

• Received: 17. 01. 2016

• Revised: 08. 06. 2016

• Accepted: 13. 06. 2016



Abstract

Introduction: Hospitals are the most expensive health care organizations. In this study, identifying factors influencing hospitalization costs based on the three aspects of the health system including patients, health care providers, and insurance organizations were considered.

Methods: This was a qualitative and phenomenological study. In this study, 12 experts in the field of management and controlling hospital's costs were selected through purposive and snowball sampling method. Data were collected using focused group discussion. Framework analysis was used for data analysis.

Results: The factors affecting hospitalization costs were classified into three codes including patients, health care providers, and insurance organizations. Lack of knowledge and awareness and neglecting self-care were the main patient-related factors, and weak management and supervision, lack of medical guidelines, long-term recovery period, lack of implementation of family physician and weak commitments and structural problems of insurance organizations were the main factors related to the health care providers and insurance organizations.

Conclusion: The results showed that by increasing and improving self-care programs, providing health-oriented services, implementation of family physician program, specializing the hospital management, improving the quantity and quality of supervisions and reforming expert structure of insurance organizations, the hospitalization costs can be managed.

Keywords: Hospitalization Costs, Patients, Health Care Providers, Insurance Organizations, Public Hospital, Qualitative Study.

• **Citation:** Jafari M, Lashkari M, Mahmoudi F, Dehnavi R, Noori Hekmat S, Izadi A. Effective Factors in Hospitalization Costs of the Public Hospitals: A Qualitative Study. Journal of Health Based Research 2016; 2(1): 39-54.

1. PhD, Head of Kerman Province Health Insurance Organization, Kerman, Iran.

2. MSc, Research Center for Health Services Management, Institute for Futures Studies in Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran.

3. BSc, Head of the Office for Medical Documents of Health insurance in Kerman Province, Kerman, Iran.

4. Associate Professor, Research Center for Health Services Management, Institute for Futures Studies in Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran.

5. MSc, School of Management and Medical Information, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran.

***Correspondence:** Haft bagh Highway, Kerman University of Medical Sciences, School of Management and Medical Information

Tel: 09396558571

Email: azar.izadi@gmail.com