Cost-Benefit Analysis of Home Care Services for Patients Discharged from a Military Hospital in Tehran in 2023

Abstract

Introduction: Readmission of patients, especially the elderly and patients with chronic diseases, is common and costly. Home care, as a community-based care method, has many benefits for patients and the health system. The aim of this study is to evaluate the cost-benefit of home care services for patients discharged from Tehran Military Hospital in 2023.

Methods: This is a descriptive-applied study and in terms of data collection, it was conducted by examining the records of patients discharged from the hospital. The statistical population includes 915 patients discharged with limited mobility from a selected military hospital in Tehran in 1402, and after calculating the inclusion and exclusion criteria, 839 patients were selected for the study. Descriptive and inferential statistics, including logistic regression, and Eviews version 11 and SPSS version 26 software were used to analyze the data. This study was approved by the Ethics Committee of Islamic Azad University Tehran Medical Sciences (Ethics code: IR.IAU.TMU.REC.1403.155).

Finding: The results showed that providing improved home care services, including facilitating the provision of pharmaceutical supplies through electronic prescriptions and the presence of medical staff in the home, increased the quality of services by 12, 15, and 16 percent, respectively. This increase in quality led to greater patient satisfaction and increased overall hospital revenue.

Conclusion: Providing home care services after discharge leads to improved service quality, reduced costs, and the achievement of health goals. It also benefits the patient, society, and the government in cultural and social areas.

Keywords: Cost-benefit, home care services, discharged patients

Authors:

Mansoreh Ansari[1]

Nader Khalesi[2,3*]

Mahbobeh Safavi[3]

Affiliations

1-MSc Student, Health Services Management, TeMS.C., Islamic Azad University, Tehran, Iran.

2-Associate Professor, Department of Health Services Management, TeMS.C., Islamic Azad University, Tehran, Iran.

3- Associate Professor, Health Economics Policy Research Center, Tehran Medical Sciences, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

Corresponding Author. Email: 4569163505@iau.ac.ir

مطالعه هزینه– فایده خدمات مراقبت در منزل بیماران ترخیص یافته از یک بیمارستان نظامی شهر تهران در سال ۱۴۰۲

چکیده

منصوره انصاری[۱]
نادر خالصی*[۲،۳]
محبوبه صفوی[۳]

مقدمــه: بستری شدن مجدد بیماران، به ویژه سالمندان و بیماران دارای بیماری‌های مزمن، رایج و پرهزینه است. مراقبت در منزل به عنوان یک روش مراقبتی مبتنی بر جامعه، مزایای فراوانی برای بیماران و نظام سلامت دارد. هدف پژوهش حاضر ارزیابی هزینه–فایده خدمات مراقبت در منزل برای بیماران ترخیص یافته از بیمارستان نظامی تهران در سال ۱۴۰۲ می باشد.

روش کار: این پژوهش توصیفی–کاربردی بوده و از نظر جمع آوری داده ها به روش بررسی پرونده های بیماران ترخیص شده از بیمارستان انجام شده است. جامعه آماری شامل ۹۱۵ بیمارترخیص شده با محدودیت حرکتی از بیمارستان نظامی منتخب شهر تهران در سال۱۴۰۲ می باشد که بعد از محاسبه معیارهای ورود و خروج پژوهش تعداد۸۳۹ بیمار جهت انجام پژوهش انتخاب شدند. برای تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی و استنباطی، از جمله رگرسیون لجستیک، و نرم‌افزارهای Eviews ورژن۱۱ و SPSS ورژن ۲۶ استفاده شده است. این مطالعه با کد اخلاق IR.IAU.TMU.۱۴۰۳,۱۵۵ REC در دانشگاه علوم پزشکی آزاد اسلامی تهران تصویب شد.

یافتــه هــا: نتایج نشان داد که ارائه خدمات بهبود یافته درمان در منزل، از جمله تسهیل در تهیه تجهیزات دارویی از طریق نسخه الکترونیک و حضور نیروی کادر درمان در منزل، باعث افزایش کیفیت خدمات به ترتیب ۱۲، ۱۵ و ۱۶ درصد شده است. این افزایش کیفیت موجب رضایتمندی بیشتر بیماران و افزایش درآمد کلی بیمارستان گردیده است.

نتیجــه گیــری: ارائه خدمات مراقبت در منزل پس از ترخیص منجر به بهبود کیفیت خدمت، کاهش هزینه‌ها و تحقق اهداف سلامت شده و در زمینه‌های فرهنگی و اجتماعی نیز به نفع بیمار، جامعه و دولت است.

کلمات کلیدی : هزینه– فایده، خدمات مراقبت در منزل، بیماران ترخیص یافته

وابستگی سازمانی نویسندگان

۱– دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، واحد علوم پزشکی تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

۲ – دانشیار گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، واحد علوم پزشکی تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

۳– مرکز تحقیقات سیاست‌گذاری اقتصاد سلامت، علوم پزشکی تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

نویسنده مسئول.پست الکترونیک: iau.ac.ir@4569163505

مقدمه:

سلامتی به عنوان وسیله و هدفی مهم و ارزشمند برای رفاه انسانها به شمار میرود و علاوه بر داشتن شیوه زندگی سالم افراد جهت ارتقا و بازگرداندن سلامت خود در هنگام بیماری مجبور به استفاده از خدمات سلامت و به عبارتی دیگر مجبور به خرید آن خدمات می‌باشند. خدمات مراقبت در منزل[1] شامل گسترده پهناوری از خدمات پزشکی و یا مراقبتی می‌باشد که برای سالمندان و بیماران در خانه خودشان محیا شده است این خدمات می‌تواند شامل خدمات مراقبتی ونگهداری سالمندان و یا خدمات پزشکی و پرستاری تا خدماتی همچون انتقال خون یا دارو و حتی خدمات فیزیوتراپی نیز می‌باشد این مفهوم ابتدا در سال ۱۹۴۵ مطرح گردید به طوری که این خدمات باعث بهبود کیفیت زندگی بیماران شده است(۱).

مراقبت در منزل به عنوان یکی از روش های مراقبت مبتنی بر جامعه، یکی از اشکال کلیدی مراقبت سلامت می باشد و در مدیریت منابع نقش مهمی ایفا می کند و دارای مزایای بسیاری هم برای بیماران و هم نظام سلامت است(۲). خدمات مراقبت در منزل می تواند به عنوان یک بخش پشتیبان در خدمات سلامت عمل کرده و بار زیادی را از دوش نظام سلامت بکاهد. با ارائه خدمات درمانی به صورت منظم و به موقع، علاوه بر کاهش هزینه‌ها، روند بهبودی بیمار نیز سرعت می‌یابد (۳). مفهوم مراقبت درمانی در منزل در کشورهای مختلف معانی متفاوتی دارد و در واقع به ارائه خدمات درمانی و مراقبتی که توسط افراد ماهر مانند پزشکان و پرستاران و تیم‌های توانبخشی انجام می شود می پردازد و طیف وسیعی از مراقبتهای تخصصی و محافظتی برای بیماران در دوره پس از ترخیص، حفظ سلامت سالمندان، جلوگیری از بستری شدن غیر ضروری بیماران در بیمارستان و رفع نیازهای روزانه سلامت ،مراقبت از زخم و مدیریت درد را شامل می‌شود(۴).

افزایش هزینه های بستری در بیمارستان و شیوع عفونت‌های بیمارستانی باعث شده است که مراقبت های بهداشتی در منزل به منظور صرفه جویی در هزینه های درمانی، استفاده کارآمد تر از خدمات درمانی درمنزل و مدیریت تخت های بیمارستان با استقبال بیشتری از سوی مردم و دولت مواجه شود(۵). از جمله مزایای استفاده از خدمات درمانی در منزل می‌توان به کاهش تعداد بازدیدهای روزانه بیماران به مراکز درمانی وآزاد کردن زمان برای کادر پزشکی و ارایه خدمات بیشتر به بیماران اورژانسی و نیازمند ودر نتیجه بیمارستان را برای موارد بحرانی تر نگه می دارد(۶). مراقبت در منزل مقرون به صرفه، ارزان و اقتصادی‌تر از خدمات کلینیکی و بیمارستانی است. توسعه مراقبت در منزل امروزه از نیازهای بسیار مهم و ضروری جوامع در حال توسعه و ایران می‌باشد(۷).

از دیدگاه سیاست گذاران و متخصصین نظام سلامت پنج درون مایه اصلی در خصوص مزایای مراقبت در منزل به دست آمد: مزایای اقتصادی، مزایای اجتماعی، مزایا برای بیمار، خانواده، و سیستم سلامت. مراقبت در منزل، رضایت بیمار و خانواده وی را افزایش داده و منجر به افزایش کیفیت خدمات ارایه شده (به علت ارایه شدن در محیط صمیمی خانوادگی) و همچنین کاهش خطاهای پزشکی و عوارش ناشی از فرآیندهای بیمارستانی می گردد(۸). از مزایای استفاده از ارائه خدمات بهداشتی درمانی در منزل این است که بار سیستم درمانی را کاهش داده و عامل مهمی در کاهش انتقال بیماریهای ویروسی می‌باشد(۹). تحلیل هزینه-فایده اغلب توسط سازمانها برای ارزیابی مطلوبیت یک سیاست، یک طرح اقتصادی یا طرح سرمایه‌گذاری استفاده می‌شود. تحلیل هزینه-فایده با بررسی نسبت مزایا به هزینه‌ها هر طرح، آن طرح را با دیگر طرح‌ها مقایسه می‌کند به‌طور کلی، تحلیل هزینه-فایده، گزینه‌هایی را که باعث افزایش رفاه از دیدگاه سودگرایی می‌شوند را شناسایی می‌کند(۱۰). تحلیل هزینه-فایده روشی نظام‌مند برای تخمین زدن نقاط قوت و ضعف واین روش تکنیکی است برای تعیین گزینه‌هایی که از لحاظ صرفه جویی در کار، زمان و هزینه بهترین مزایا را ارائه‌دهند(۱۱).

لطفی و همکاران بیان کردند مراقبت در منزل می‌تواند از طریق کاهش دفعات و زمان بستری در بیماران مزمن، پیشگیری از بستری های غیر ضروری، کاهش هزینه‌های درمان، تسریع در ترخیص از بیمارستان و افزایش گردش تخت به کاهش هزینهها منجر گردد(۱۲). یوون کو[2]، نیز بیان نمود درگروهی که مراقبت های خانگی مستمر مبتنی بر بیمارستان را دریافت می کنند موجب کاهش میانگین کل هزینه می‌شود(۱۳).

لوپس جونیور و همکاران و یوون کو نیز به ترتیب مقرون به صرفه بودن خدمات مراقبت در منزل در مقابل مراقبت‌های بیمارستانی برای کودکان و بیماران جراحی سرطان پستان را تأیید کرده‌اند(۱۴،۱۳). همچنین، این شیوه مراقبتی می‌تواند راحتی و آسایش بیشتری برای بیمار و خانواده فراهم آورد و به بهبود شرایط روحی و روانی آنان کمک کند(۱۵). قادری و همکاران نیز بیان کردند که مراقبت در منزل برای بیماران سکته مغزی در تهران، جایگزین مناسبی برای بستری شدن در بیمارستان است و با توجه به کمبود تخت‌های بیمارستانی در ایران، از اهمیت بالایی برخوردار است(۱۶).

دیوید ام. لوین و همکاران به کاهش مرگ‌ومیر و بهبود روند بیماری در بیماران تحت مراقبت‌های بیمارستانی حاد در منزل در مقایسه با مراقبت‌های سنتی بیمارستانی اشاره و بیان کردند بستری شدن در بیمارستان استاندارد مراقبت برای بیماری های حاد است، اما مراقبت های بیمارستانی اغلب گران، و به علت کاهش روحیه بیماران و همراهان انها ناراحت کننده است. در مقایسه با مراقبت‌های سنتی بیمارستانی بستری، بیماران تحت مراقبت در منزل، با مرگ‌ومیر کمترو بهبود روند بیماری

1. Home Health Care

2. JY Ko, JY Yoon

جدول 1: توزیع بیماران بر اساس گروه‌های درمانی

گروه بیماران	تعداد	درصد	میانگین سنی
ICU	63	% 7.5	51 سال
سکته مغزی	55	% 6.6	63 سال
زخم پای دیابتی	146	% 17.4	62 سال
پس از جراحی	513	% 61.1	48 سال
مدیریت درد سرطانی	62	% 7.4	50 سال

بیشتر مشاهده می شود(۱۷). فرانزیسکا شاد و هانن بوچریها و همکاران نیز بر اهمیت ادغام مراقبت تسکینی تخصصی در منزل و افزایش نیاز به خدمات HHC در سراسر جهان تأکید کرده‌اند(۱۸،۱۹).

روش کار:

پژوهش از نظر هدف کاربردی و از نوع توصیفی بوده و از نظر زمان، به صورت مقطعی در سال ۱۴۰۲ انجام شده است. جامعه آماری شامل ۹۱۵ بیمارترخیص شده با محدودیت حرکتی از بیمارستان نظامی منتخب شهر تهران۸۳۹ در سال۱۴۰۲ می باشد که بعد از محاسبه معیارهای ورود و خروج پژوهش تعداد۸۳۹ بیمار با محدودیت حرکتی که پس از ترخیص به خدمات درمانی در منزل نیاز داشتند انتخاب شدند. این گروه بیماران شامل ترخیص شده از ICU، سکته مغزی، زخم پای دیابتی و همچنین بیمارانی که پس از جراحی‌های سخت و سرطانی که نیازمند مدیریت درد بودند خدمات در منزل دریافت کرده‌اند. پس از اخذ مجوزهای لازم از دانشگاه و تایید کمیته اخلاق(کداخلاق ۱۴۰۳,۱۵۵. IR.IAU.TMU.REC) ، هماهنگی با واحد مدارک پزشکی بیمارستان انجام شد و اطلاعات مورد نیاز از پرونده بیماران استخراج گردید.

مدل‌سازی اولیه مسئله توسط گراف تعریف شده که در آن V مجموعه نودها (بیماران متقاضی خدمات مراقبت در منزل) و A مجموعه کمان‌ها است. روزها با Day) d) و شیفت‌ها با S (صبح و بعد از ظهر) و تیم‌های پزشکی با n نامگذاری شده‌اند. پارامتر کلیدی این پژوهش بررسی میزان و نوع تقاضای بیماران با محدودیت حرکتی برای دریافت خدمات در منزل در فواصل زمانی بین نودها (بیماران) می‌باشد. متغیرهای تصمیم‌گیری شامل یک متغیر باینری X و یک متغیر پیوسته t (زمان بازدید بیماران) به همراه دو متغیر کمکی برای زمان شروع حرکت به منزل بیماران و بازگشت کادر درمان بوده است. برای تحلیل هزینه–فایده، از معیارهای نسبت فایده به هزینه[1] (BCR)، ارزش حال خالص[2] (NPV) و نرخ بازده داخلی[3] (IRR) استفاده شده است. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار، همبستگی) جهت تشریح و تلخیص داده‌ها، و از آمار استنباطی برای تحلیل و آزمون سؤالات پژوهش استفاده شده است. برای آزمون سؤالات، از روش رگرسیون لجستیک (لاجیت) استفاده شده است. کلیه تحلیل‌ها با استفاده از نرم‌افزارهای آماری Eviews ورژن۱۱ و SPSS ورژن۲۶ انجام پذیرفته است.

یافته‌ها

بررسی اطلاعات بدست آمده بر اساس داده‌های جمع‌آوری شده، ۴۹۱ بیمار مذکر (۵۸,۵٪) و ۳۴۸ بیمار مونث (۴۱,۵٪) بودند. توزیع بیماران بر اساس گروه‌های درمانی به شرح زیر می باشد (جدول ۱). بیشترین تعداد بیماران مربوط به گروه پس از جراحی (۵۱۳ نفر) و کمترین مربوط به گروه ICU (۶۳ نفر) بوده است.

تعرفه خدمات درمانی در منزل هزینه‌ها و درآمدهای مرتبط با ارائه خدمات در منزل بر اساس تعرفه‌های مصوب معاونت درمان در سال ۱۴۰۲ محاسبه شده است. این تعرفه‌ها شامل سهم بیمارستان، درصد بیمارستان، دریافتی از بیمار و قیمت مصوب خدمات مختلف پزشکی و پرستاری در منزل بوده است. به طور کلی، ۲۵ درصد از دریافتی خدمات درمانی به حساب درآمدی بیمارستان واریز می‌شد و ۷۵ درصد متعلق به حقوق پرسنل کادر درمان بود(جداول ۴-۲).

تحلیل مالی نشان داد که درآمد کل بیمارستان از این طرح به ۵۲,۲ میلیارد ریال رسیده که شامل ۱۰۰درصد درآمد اجاره تجهیزات پزشکی و ۲۵ درصد درآمد خدمات درمانی بوده است (نمودار ۱). از این مقدار، ۷۵ درصد درآمد خدمات به پرسنل و

1 .Cost-benefit ratio
2. Net present value
3 .Internal Rate of Return

جدول 2: تعرفه خدمات پزشکی و پرستاری در منزل مصوب معاونت درمان سال 1402 (به ریال)

خدمات	قیمت مصوب	دریافتی از بیمار	درصد بیمارستان	سهم بیمارستان
تنظیم دستگاه مراقبت ویژه	586500	2500000	25	625000
نوار قلب	610500	3000000	25	750000
کشیدن بخیه تا 10 گره	705600	2800000	25	700000
کشیدن بخیه بیشتر از 10 گره	1056500	3000000	25	750000
تعویض پانسمان تا 20 سانت	400500	2500000	25	500000
تعویض پانسمان بیشتر از 20 سانت	586500	3500000	25	875000
تعویض پانسمان زخم بستر برای 1 ناحیه	480600	3500000	25	875000
تعویض پانسمان زخم بستر برای هر ناحیه اضافه	240300	1000000	25	250000
پایش و ارزیابی بالینی و ویزیت	460000	2000000	25	500000
تعویض پانسمان زخم بستر برای 2 ناحیه	705600	3500000	25	875000
تعویض پانسمان زخم بستر 1 ناحیه اضافه	352800	1000000	25	250000
تعویض پانسمان زخم بستر سطح 3	917200	3800000	25	950000
پانسمان سوختگی درجه 2	938700	3500000	25	875000
پانسمان زخم پای دیابتی سطح 1	657100	3500000	25	875000
پانسمان زخم پای دیابتی سطح 2	938700	3800000	25	950000
پانسمان زخم پای دیابتی سطح 3	1479700	4000000	25	1000000
دبریدمان و پانسمان سطح 2	1292100	4000000	25	1000000
دبریدمان و پانسمان سطح 2 به ازای هر ناحیه	646100	1200000	25	300000
بازکردن گچ	687600	3000000	25	750000
شستشوی استوما	930000	2800000	25	700000
شستشوی ساده مثانه	496000	2800000	25	700000
تعویض کاتتر و سوند مثانه	1612000	3000000	25	750000
خارج کردن سوند	470000	2300000	25	575000
گذاشتن کاندوم شیت	235600	2300000	25	575000
خون گیری وریدی	235600	3000000	25	750000
سرم تراپی	760900	3000000	25	750000
تزریق عضلانی هر عدد تزریق	213300	1500000	25	375000
تزریق وریدی هر عدد تزریق	353400	1000000	25	250000
اکسیژن با نازال و ماسک بدون اکسیژن	372000	2500000	25	625000
گاواژ	326300	2500000	25	625000
سوند معده	1244000	3000000	25	750000
انجام انما	938700	3000000	25	750000
حمام بیمار	972200	3000000	25	750000
حضور کارشناس پرستاری ویژه کار 8 ساعت	4000000	8000000	25	2000000
حضور کارشناس پرستاری ویژه کار 12 ساعت	6500000	12000000	25	3000000
حضور کارشناس پرستاری ویژه کار 24 ساعت	12000000	20000000	25	5000000
ویزیت پزشک عمومی در منزل	4000000	6000000	25	1500000
ویزیت پزشک متخصص در منزل	10000000	12000000	25	3000000
صدور گواهی فوت در منزل	7500000	15000000	25	3750000
انجام فیزیوتراپی در منزل قیمت از پایه	7000000 از پایه به بالا	9000000 از پایه به بالا	25	2250000 از پایه به بالا

جدول 3: تعرفه خدمات درمانی کمک پرستار در منزل (مصوب معاونت درمان)

ردیف	حق ماهانه (شبانه روزی)	حق ماهانه (نیم وقت)	حق روزانه (شبانه روزی) 24 ساعته	بیماری زمینه‌ای (ماهانه)	سایر خدمات مازاد ماهانه
پرستار و مراقب خانم	70000000	55000000	8000000	40000000	50000000
پرستار و مراقب آقا	80000000	55000000	8000000	40000000	50000000
پرستار و مراقب همدم خانم	850000000	57000000	8500000	40000000	50000000
پرستار و مراقب همدم آقا	880000000	60000000	8500000	40000000	50000000
سهم بیمارستان	20000000	15000000	3000000	8000000	10000000

جدول 4: تعرفه اجاره تجهیزات پزشکی به صورت روزانه و ماهانه

نوع تجهیزات اجاره ای	قیمت مصوب		دریافتی از بیمار		درصد بیمارستان		سهم بیمارستان
	روزانه	ماهانه	روزانه	ماهانه		روزانه	ماهانه
ونتیلاتور پرتابل	2000000	13500000	4000000	30000000	100	4000000	30000000
دستگاه ساکشن	1400000	10000000	3000000	28000000	100	3000000	28000000
دستگاه اکسیژن ساز 10 لیتری	1800000	12000000	3500000	30000000	100	3500000	30000000
دستگاهcpap	400000	4500000	800000	8000000	100	800000	8000000
مانیتور علائم حیاتی	800000	7000000	1000000	10000000	100	1000000	10000000
پالس اکسی متری	180000	4300000	300000	8000000	100	300000	8000000
پمپ سرنگ تزریق دارو	150000	3000000	300000	6000000	100	300000	6000000
تشک مواج	750000	8000000	1000000	10000000	100	1000000	10000000
تخت بیمارستانی	1500000	18000000	1800000	25000000	100	1800000	25000000
هزینه آمبولانس عادی	8000000	8000000	10000000	10000000	100	10000000	10000000
هزینه آمبولانس با تجهیزات کامل	10000000	10000000	15000000	15000000	100	15000000	15000000

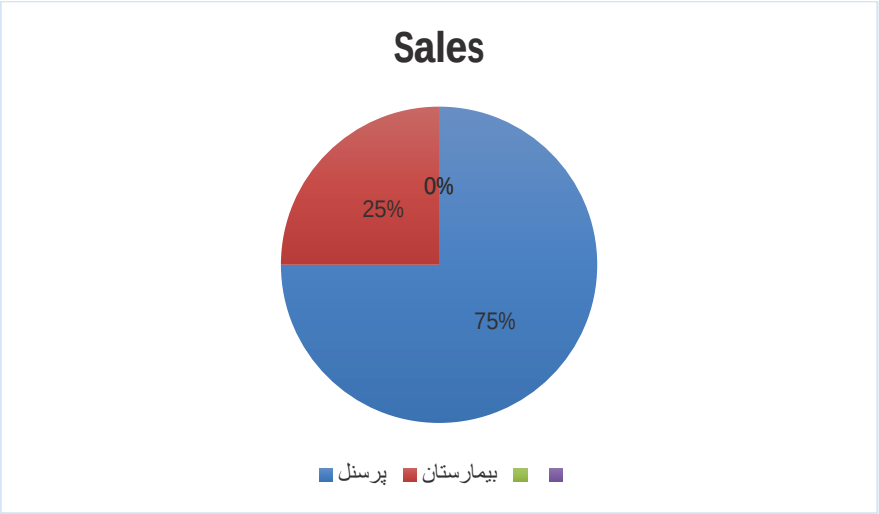
۲۵درصد به بیمارستان تخصیص یافته بود. تمام هزینه‌های خرید و تعمیرات تجهیزات نیز در انتها از درآمد حاصل بیمارستان کسر گردید.

هزینه‌های اجرای طرح شامل ۱۰,۵۶ میلیارد ریال برای حقوق پرسنل و ۱۰,۳۸ میلیارد ریال برای تجهیزات بود که در مجموع به سود خالص ۳۱,۲۶ میلیارد ریال (۵۵درصد) منجر شد. تحلیل هزینه-فایده نشان داد که این طرح از توجیه اقتصادی مناسبی برخوردار است (NPV مثبت در نمودار ۲). نتایج حاکی از آن بود که نیروی انسانی (۴۹درصد) و تجهیزات (۴۸درصد) بیشترین سهم را در هزینه‌ها داشته‌اند.

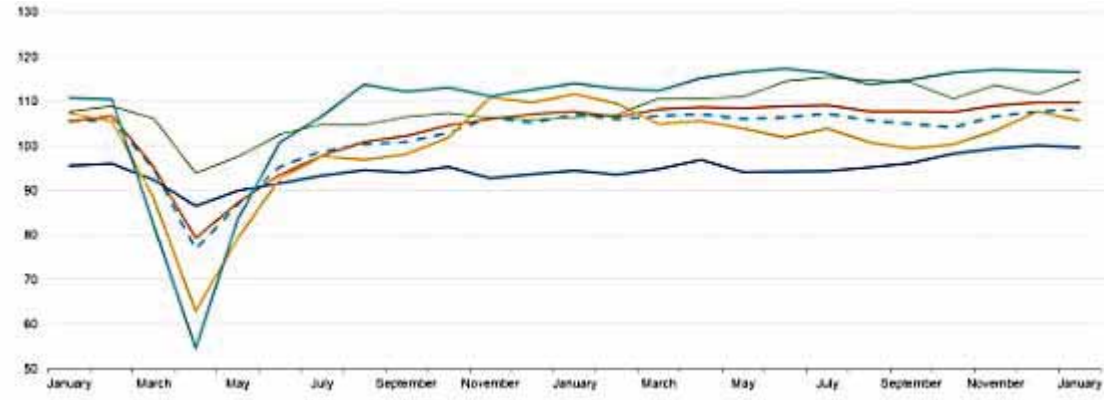
بررسی نرخ بازده داخلی (IRR) نشان داد که بهبود کیفیت خدمات تأثیر قابل توجهی بر عملکرد مالی دارد. به طوری که هر ۱۰درصد افزایش کیفیت منجر به ۳۴درصد کاهش هزینه‌های بستری مجدد و ۸۹ درصد افزایش درآمد شده است(جدول ۵).

الگوی فصلی استفاده از خدمات نشان داد که بیشترین تقاضا در ماه‌های مرداد تا آبان (۱۵-۱۶درصد افزایش) و کمترین در اسفند و فروردین (۱۲درصدکاهش) ثبت شده است. این نوسان عمدتاً به دلیل تغییرات در میزان بستری بیماران در فصول مختلف بوده است.

تحلیل رگرسیون چند متغیره نشان داد که متغیرهای تعداد پذیرش (β ۰,۱۸۲=، p۰,۰۰۲۵=)، تجهیزات (β ۰,۰۸۵=، p۰,۰۰۴۲=)،



نمودار 1: ترکیب درآمدهای بیمارستان از خدمات مراقبت در منزل



شکل 1- نرخ بازده داخلی خدمات مراقبت در منزل بیماران ترخیص یافته

جدول 5: تأثیر بهبود کیفیت بر شاخص‌های مالی

بهبود کیفیت	کاهش هزینه‌ها	افزایش درآمد
% 1	% 3.4	% 8.9
% 5	% 17	% 44.5
% 10	% 34	% 89

و مدت بستری (β ۰,۴۸=، p۰,۰۰۳=)، تأثیر معناداری بر هزینه‌ها داشته‌اند. مدل با ضریب تعیین ۰,۹۵۱ توانسته است ۹۵ درصد از تغییرات متغیر وابسته را توضیح دهد که نشان‌دهنده برازش مناسب مدل است.در مجموع، یافته‌ها نشان داد که ارائه خدمات مراقبت در منزل نه تنها از نظر اقتصادی مقرون به صرفه است، بلکه با بهبود کیفیت می‌تواند منجر به کاهش هزینه‌های سیستم سلامت و افزایش رضایت بیماران شود.

نتیجه‌گیری

هدف این پژوهش بررسی هزینه–فایده خدمات در منزل بیماران ترخیص‌شده از یک بیمارستان نظامی در سال ۱۴۰۲ است با توجه به نتایج حاصل از تحلیل آماری داده ها، امکان بررسی و ارزیابی دقیق فرضیات پژوهش فراهم شده است. یافته‌ها نشان داد که راه‌اندازی و توسعه خدمات در منزل در این بیمارستان، که به دلیل پوشش بیمه‌ای نیروهای مسلح و کمبود تخت‌های بستری، به‌ویژه در بخش‌های ویژه، ضرورت یافته بود، نتایج مثبت قابل توجهی به همراه داشته است. آمار ماهیانه نشان می‌دهد که بین ۵۵۰ تا ۶۰۰ مورد از انواع خدمات بهداشتی درمانی در منزل ارائه شده است. این رویکرد نه تنها مراقبت را برای بیماران مقرون‌به‌صرفه‌تر می‌کند، بلکه به نفع جامعه نیز هست.

از نظر مالی، درآمدهای بیمارستان از ۱۰۰درصد اجاره تجهیزات پزشکی و ۲۵ درصد از خدمات درمانی در منزل (پس از کسر ۷۵درصد سهم کادر درمان و هزینه‌های تعمیر و خرید تجهیزات)، در سال ۱۴۰۲ به مبلغ ۵۲,۱۹۵,۸۷۵,۰۰۰ ریال بالغ گردید. در مقابل، هزینه‌های بیمارستان شامل ۱۰,۵۶۰,۰۰۰,۰۰۰ریال بابت حقوق پرسنل و ۱۰,۳۸۰,۰۰۰,۰۰۰ریال جهت تعمیرات و خرید تجهیزات بود. نتایج تحلیل نشان داد که درآمد خالص بیمارستان از این خدمات، ۳۱,۲۵۵,۸۷۵,۰۰۰ ریال بوده که علاوه بر پوشش هزینه‌ها، سود خالص ۵۵ درصدی را برای بیمارستان به ارمغان آورده است. در بررسی سهم هزینه‌ها، حقوق کادر درمان با ۴۹درصد در رتبه اول و هزینه خرید و تعمیر تجهیزات با ۴۸درصد در رتبه دوم قرار گرفتند.

با توجه به نتایج بدست آمده هزینه– فایده بیماران ترخیص شده از بیمارستان که متقاضی دریافت ارایه خدمات در منزل بودند بعد از بهبود کیفیت ارایه خدمات درمان در منزل و ایجاد طرح تحول که شامل تهیه تجهیزات دارویی بیمار از طریق نسخه الکترونیک توسط بیمارستان و ارسال نسخه به همراه نیروی کادر درمان به منزل بیماران برای ارائه خدمات بوده امار بیماران متقاضی به ترتیب حدود ۱۲، ۱۵ و ۱۶ درصد افزایش یافته است و درنهایت باعث افزایش رضایتمندی بیماران وافزایش درامد کلی بیمارستان گردیده است. نتایج به دست آمده با نتایج مطالعات دیوید ام. لوین و همکاران(۱۷)، فرانزیسکا شاد(۱۸)، هانن بوچریها و همکاران(۱۹) هم راستا است.

با توجه به نتایج بدست آمده به گران بودن و ناراحت‌کننده بودن بستری در بیمارستان اشاره کرده و گزارش دادند که مراقبت در منزل منجر به مرگ‌ومیر کمتر و بهبود بیشتر بیماران می‌شود. ادغام زودهنگام مراقبت تسکینی تخصصی در منزل، کیفیت زندگی را افزایش داده و بستری در بیمارستان را کاهش می‌دهد و با توجه به کمبود تخت بیمارستانی در ایران، مراقبت در منزل برای بیماران جایگزینی مناسب برای بستری شدن می باشد و حضور بیمار در کنار خانواده و در محیط امن خانه، روند درمان را بهبود می‌بخشد، که با یافته‌های شاد (۱۸)، هانن بوچریها و همکاران(۱۹)، حیدری(۱۵) ، قادری و همکاران(۱۶)هم راستا است.

در بحث ارتباط کیفیت و هزینه، یافته‌ها با نتایج یوون کو (۱۳) و لوپس جونیور و همکاران (۱۴) هم راستا بوده و نشان داد که افزایش یک درصدی کیفیت خدمات منجر به ۳,۴درصد تغییر در هزینه‌های بیمارستانی می‌شود. به‌طور واضح‌تر، افزایش ده درصد در کیفیت، به کاهش ۳۴درصد در هزینه‌ها و افزایش ۸۹درصد در درآمد ناخالص منجر خواهد شد. این نشان می‌دهد که کیفیت و هزینه رابطه مستقیم دارند و ارائه خدمات درمانی با کیفیت، هزینه‌های بستری مجدد را کاهش داده و نرخ بازدهی داخلی و درآمد بیمارستان را افزایش می‌دهد.

در نهایت نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که ارائه خدمات مراقبت در منزل پس از ترخیص از بیمارستان، به عنوان یک سیستم مراقبت بهداشتی مبتنی بر ارزش عمل می‌کند و بهبود مستمر در این خدمات، باعث کاهش هزینه‌ها و تحقق اهداف سلامت می‌شود. این طرح در ابعاد مختلف فرهنگی و اجتماعی به سود بیمار، جامعه و دولت است. فوایدی نظیر کاهش تعداد واسطه‌ها، افزایش سرویس‌دهی مطلوب و به‌هنگام برای بیماران، جلوگیری از اتلاف وقت همراهان بیمار و کاهش خستگی و آسیب بیمار در طول جابجایی، از موفقیت‌های این پژوهش است.

تشکر و قدردانی

از کلیه شرکت کنندگان در این مطالعه تشکر و قدردانی می کنم.

References

1.Yousefzadeh HR, Harati Motlagh S, Shamsyeh Zahedi MR. A multi-objective optimization model for scheduling nurses and routing them in home health care services, New research in Mathematics. 2024; 9(43): 5-30.[Persian]

2.Amini R, Najafi H, Samari B, Khodaveisi M, Tapak L. Effect of Home Care Program on Therapeutic Adherence of Patients with Type 2 Diabetes. Journal of Education and Community Health. 2020;7(3):187-93.[Persian]

3.Heydari H. Home-based palliative care: A missing link to patients’ care in Iran (Letter to Editor). HAYAT. 2018;24(2 #b001206).[Persian]

4.Fatemi NL, Moonaghi HK, Heydari A. Exploration of nurses' perception about professionalism in home care nursing in Iran: a qualitative study. Electronic physician. 2018;10(5):6803.[Persian]

5.Mah JC, Stevens SJ, Keefe JM, Rockwood K, Andrew MK. Social factors in fluencing utilization of home care in community-dwelling older adults: a scoping review. BMC geriatrics. 2021;21(1):1-21.

6.Salehi Amiri A, Jabbarzadeh A, Hajiaghaei Keshteli M, Chaabane A. (2022). Utilizing the Internet of Things (IoT) to address uncertain home health care supply chain network. Expert Systems with Applications, 208, 118239.[Persian]

7.Bastami A, Pashaii Sabet F, Qomarverdi S, Nikbakht Nasraabadi A. Review Study of Requirements for a Model for Home-Based Rehabilitation of Traumatic Spinal Cord Injury. IJNR 2017; 12 (2) :45-49.[Persian]

8.Barati A, Janati A, Tourani S, Khalesi N, Gholizadeh M. Iranian Professional's Perception about Advantages of Developing Home Health Care System in Iran . Hakim 2010; 13 (2) :71-79. [Persian]

9.Zareipour MA, Jadgal MS, Ahmadi Aghziyarat N. Telehomecare for Chemical Veterans in the COVID-19 Pandemic(Letter to the Editor). IRANIAN JOURNAL OF CRITICAL CARE NURSING (IJCCN)[Internet]. 2021;14(2):1-5.[Persian]

10.https://web.archive.org/web/20121102145516/http://www.finance.gov.au/obpr/docs/Decision-Rules.pdf

11.Mosadeghrad AM, Jaafaripooyan E, Zamandi M. Cost-Benefit Analysis of Health Interventions: A Critical Review . sjsph 2017; 14 (4) :97-109. [Persian]

12.Lotfi Fatemi SN, Karimi Moonaghi H, Heidari A. 2016, Cost-effectiveness study of home care as a new approach to health systems compared to hospital care, First National Conference on Organizational Transformation and Innovation with a Resistance Economy Approach, Mashhad, https://civilica.com/doc/595482.[Persian]

13.Ko, J. Y., & Yoon, J. Y. (2021). Economic Evaluation of Hospital-based Home Care Services for the Breast Cancer Surgery Patients. Research in Community and Public Health Nursing, 32(3), 356-367.

14.Lopes Júnior LC, Pessanha RM, Bomfim E, Lima RAG. Cost-effectiveness of Home Care Services versus hospital care for pediatric patients worldwide: a protocol for systematic review and meta-analysis. Medicine(Baltimore). 2022;101(41):e30993.

15.Heydari H. Home-based palliative care: A missing link to patients' care in Iran . Journal of Hayat 2018; 24 (2) :97-101.[Persian]

16.Ghaderi H, Shaeiee H, Amery H, Vafaeinasab MR. The Cost - Effectiveness Analysis of Hospital Compared to at Homecare for CVA patients. JOURNAL OF HEALTHCARE MANAGEMENT (JOURNAL OF HEALTH SYSTEM). 2013;4(3-4 (SERIAL 10)):7-15. [Persian]

17.Levine DM, Souza J, Schnipper JL, Tsai TC, Leff B, Landon BE. Acute Hospital Care at Home in the United States: The Early National Experience. Ann Intern Med. 2024 Jan;177(1):109-110. doi: 10.7326/M23-2264. Epub 2024 Jan 9. PMID: 38190713;

PMCID: PMC10872234.
18.Schade F, Hüttenrauch D, Schwabe S, et al. Timely integration of specialist palliative home care (SPHC) for patients with congestive heart failure, chronic obstructive pulmonary disease and dementia: qualitative evaluation of the experiences of SPHC physicians in the KOPAL trial BMJ Open 2024;14:e085564. doi: 10.1136/bmjopen-2024-085564.
19.Chabouh S, El-Amraoui A, Hammami S, Bouchriha H, A systematic review of the home health care planning literature: Emerging trends and future research directions, Decision Analytics Journal, Volume 7, 2023, 100215, ISSN 2772-6622.