

مطالعه دستورالعمل مراقبت مدیریت شده ارزیابی قبل از اعمال جراحی در بیماران بستری در بخش گوش و گلو و بینی در بیمارستان بازرگانان تهران

دکتر امیر اشکان نصیری پور* - علی ابرازه** - دکتر بهرام دلگشائی***

*- استادیار گروه آموزشی مدیریت خدمات بهداشتی - درمانی دانشکده مدیریت و اقتصاد واحد علوم و تحقیقات دانشگاه آزاد اسلامی
**- دانشجوی دکترای مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی دانشکده مدیریت و اقتصاد واحد علوم و تحقیقات دانشگاه آزاد اسلامی
***- دانشیار گروه آموزشی مدیریت خدمات بهداشتی - درمانی دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی دانشگاه علوم پزشکی ایران

چکیده

زمینه و هدف: در سالهای اخیر توجه مدیران خدمات بهداشتی و درمانی به سه مقوله‌ی ارتقاء کیفیت خدمات، دسترسی و تامین منابع مالی سازمانهای ذیربط، اهمیت مراقبت‌های مدیریت شده را بیش از پیش نمایان ساخته است. هدف از این بررسی مطالعه‌ی وضعیت اجرائی دستورالعمل مراقبت مدیریت شده ارزیابی قبل از اعمال جراحی در بیماران مبتلا به بیماری‌های گوش، گلو و بینی در بیمارستان بازرگانان در سال ۱۳۸۴ می‌باشد.

روش بررسی: پژوهش حاضر به صورت توصیفی روی ۱۴۰ پرونده انجام شده است. داده‌های پژوهش با استفاده از چک لیست جمع‌آوری شده است به منظور تحلیل داده‌ها و بررسی آماری از شاخص‌ها و روشهای آمار توصیفی استفاده شده است.

یافته‌ها: از ۱۴۰ پرونده‌ی بیماران بستری در بخش جراحی گوش، گلو و بینی در ۱۳۶ پرونده (۹۷ درصد) معیارهای انجمن بیهوشی آمریکا ثبت شده است. ثبت علائم حیاتی بیماران در ۹۸ درصد پرونده‌ها که معادل ۱۳۷ پرونده از کل پرونده‌ها می‌باشد انجام شده است. ۹۹/۵ درصد از پرونده‌ها که بالغ بر ۱۳۸ پرونده می‌باشد تاریخچه بیماری داشته اند. در ۹۹/۶ درصد از پرونده‌های بستری (معادل ۱۳۹ پرونده) شمارش گلبول‌های خونی انجام شده است. ۶۹/۷ درصد از پرونده‌های بستری بالای ۶۰ سال معادل ۸ پرونده رادیوگرافی قفسه صدری انجام شده است. ۱۰۰ درصد از پرونده‌های بستری بالای ۴۰ سال که شامل ۱۵ پرونده می‌باشد دارای نوار قلب بوده است. ۲۸ درصد از پرونده‌ها که معادل ۳۹ پرونده می‌باشد دارای مشاوره قلب و داخلی بوده است.

نتیجه‌گیری: کاربرد دستورالعمل مراقبت‌های مدیریت شده بر ارزیابی قبل از اعمال جراحی گوش و گلو بینی می‌تواند نقش سازنده‌ای در کاهش عوارض ناشی از اعمال جراحی و بهبود اجرائی دستورالعمل‌های مراقبت‌های مدیریت شده ایفا نماید.

واژگان کلیدی: مراقبت‌های مدیریت شده، بیمارستان، ارزیابی، اعمال جراحی، مراقبت‌های بهداشتی، گوش و گلو و بینی

پذیرش: ۸۵/۷/۲

اصلاح نهایی: ۸۵/۶/۱۵

وصول مقاله: ۸۵/۴/۵

نویسنده مسئول: گروه مدیریت خدمات بهداشتی - درمانی، واحد علوم و تحقیقات، دانشکده مدیریت و اقتصاد، drmp20@yahoo.com

مقدمه

دستورالعمل‌های تعریف شده‌ای بیان گردیده و تکلیف خدمت‌دهنده، خدمت گیرنده و نظام نظارتی را روشن کرده است. جایگاه این راهکارها در نظام درمانی کشور خالی است و هنوز هم پر نشده است. مدتی است در حوزه سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تلاش‌هایی شروع شده است که این موضوع مهم را به منصفه عمل برساند. این تلاش‌ها بیشتر در سه زمینه صورت می‌گرفت:

الف- تبیین استانداردهای درمانی و تعریف نظام اعتبار بخشی
ب- تدوین راهکارهای علمی منطبق بر ساختارهای اقتصادی و

در فطرت خلقت، ابزار هدایت روشن و مشخص بیان گردیده و مؤلفه‌های ارزشیابی نیز تبیین شده است. با این تبیین فرایند، تکلیف همگان روشن و راه نمایان است. در دنیای امروزی نیز در قالب اهداف مشخص، راهکارهایی ارائه شده‌اند که رهرو را بخوبی به سمت هدف هدایت می‌کنند. این اصل فطری و علمی در نظام بهداشت و درمان هم به خوبی ظاهر شده و با تعریف استانداردهای مشخص، اعتبارهای معینی را برای هر فرایند خدمتی معلوم کرده است.

در غالب بازارهای خدماتی، راهکارهای علمی خدمت در قالب

فرهنگی کشور برای ارائه ی خدمات درمانی .

ج- تعریف مراقبت‌های مدیریت شده در ارائه خدمات بهداشتی درمانی، (۱)

در دنیا سازمان‌هایی که از آنها تحت عنوان سازمان‌های مراقبت‌های مدیریت شده: Managed Care Organization (MCO) یاد می‌شود دارای سه بعد مهم مدیریتی، اقتصادی، و بهداشتی درمانی هستند. عبارت مراقبت مدیریت شده تصویر مثبت و منفی را به یاد می‌آورد. رسانه‌ها، گروه‌های اعمال نفوذ، سیاستمدارها و دیگر عوامل، درک ما را از مراقبت مدیریت شده متأثر می‌سازد. در واقع، مراقبت مدیریت شده نه خوب است نه بد، بلکه، یک مراقبت بهداشتی مستمر داخل یک نظام و تلاش برای رسیدن به کیفیت مراقبت، هزینه و دسترسی می‌باشد.

مراقبت مدیریت شده شکل‌های زیادی به خود می‌گیرد از طرح مدیریت شده خیلی بسته مانند سازمان‌های حافظ سلامت (Health maintenance organization: HMO) به طرف طرح مدیریت شده لجام گسیخته مانند طرح غرامت و سنتی حرکت می‌کند. عبارت مراقبت مدیریت شده با حرفه‌های مراقبت سلامتی و عامه مردم خیلی مانوس شده‌است. بیشتر مردم ارائه مراقبت‌های سلامتی و پرداخت شان از طریق تعدادی از سازمان‌های مراقبت مدیریت شده صورت می‌پذیرد. هم اکنون در ایالات متحده تعداد افراد ثبت نام شده در مراقبت مدیریت شده ۱۸۱/۴ میلیون نفر برآورد شده‌است یا تقریباً ۶۲٪ کل جمعیت که این شامل افرادی که بیمه نشده‌اند نیز می‌شود. (۲)

فرهنگستان، مدیریت مراقبت سلامتی را این گونه تعریف می‌کند: مراقبت مدیریت شده بعنوان «پیوستگی و یکپارچگی عوامل تأمین منابع مالی و ارائه‌ی مراقبت سلامتی داخل یک نظام که دسترسی، هزینه و کیفیت مراقبت را پیگیری می‌کند همراه با تأثیر کلان هم روی حرفه‌های مراقبت سلامتی و هم روی دریافت‌کنندگان مراقبت». (۳)

یک سازمان مراقبت مدیریت شده مؤسسه‌ای است که با استفاده از مفهوم و تکنیک‌های مراقبت مدیریت شده روی دسترسی، هزینه و کیفیت مراقبت سلامت تأثیر می‌گذارد. بسیار حائز اهمیت است که عبارت و مفهوم سازمان مراقبت مدیریت شده را به درستی درک نمائیم و بدانیم که سازمان حافظ سلامت با سازمان مراقبت مدیریت شده یکی نیست بلکه سازمان حافظ

سلامت یک نوع از سازمان مراقبت‌های مدیریت شده است. سازمان مراقبت مدیریت شده تلاش می‌کند که دسترسی به خدمات مراقبت سلامت را به وسیله تأمین شبکه ارائه‌دهندگان خدمت که آنها بتوانند نیازهای اعضاء را به نحو شایسته برآورده سازند مدیریت نماید، سازمان‌های مراقبت مدیریت شده استانداردهایی را برای دسترسی به مراقبت اولیه بهداشت و مراقبت تخصصی تعیین می‌کند. (۳ و ۴)

در استفاده از تکنولوژی جدید پزشکی و دارویی عقیده عموم بر این است که این امر با افزایش چشمگیر هزینه همراه است و مراقبت مدیریت شده در استفاده و تطبیق تکنولوژی جدید پزشکی تأثیر بسزایی داشته و موجب بهبود در نتایج مراقبت بعد از عمل می‌گردد. (۵)

سازمان‌های حافظ سلامت و ارائه کنندگان ترجیحی (Preferred Provider Organization: PPO) عمدتاً در پاسخگویی به نیازهای یادشده و براساس معیارهای بهره‌وری، کیفیت و کنترل هزینه‌ها سامان یافته‌اند.

مصرف‌کنندگان پذیرفته‌شده از نظر تقاضاهای واقعی برای مراقبت سلامتی و تقاضای پیش بینی شده از احتمال بیماری با هم تفاوت دارند و شرکت‌های مراقبت مدیریت شده مستقیماً مراقبت سلامتی را کنترل می‌نمایند. تحت چنین فرضیاتی بیمه بازپرداخت موضوعی است که با انتخاب نامطلوب مرسوم مواجهه است ولی مراقبت مدیریت شده اینگونه نیست. مشکل انتخاب نامطلوب در بازارهای بیمه‌ی بازپرداخت یک فرصت سودآوری را برای سازمان حافظ سلامت جهت رفع تقاضای پایین از این محیط ایجاد می‌کند. همانطور که سازمان حافظ سلامت مراقبت را محدود می‌کند. بنابراین، متقاضیانی که خدمات زیاد طلب می‌کنند و خدمات محدود را نمی‌پسندند با مراقبت مدیریت شده قرارداد منعقد نمی‌نمایند. این الگو توضیحی برای انتخاب سلامتی بوسیله سازمانهای حافظ سلامت ارائه می‌دهد. (۲)

در واقع مراقبت مدیریت شده باید تجزیه و تحلیل تصمیمات را جامعتر، کاملتر، صریح تر و مناسب تر از حالت عملکرد فعلی انجام دهد. به همین روال، مادامی که منابع افزایش پیدا نکند باید مراقبت مدیریت شده مهارت سازی و مباحث صریح بازرگانی بین دقت ارزشیابی و بودجه‌ای و انباشت داده‌ها را ترغیب کند. مراقبت‌های مدیریت شده کمک خواهد کرد تا در اجرای یک فرایند

روش بررسی

پژوهش حاضر از نوع مطالعات توصیفی است که از نظر زمانی بصورت مقطعی در بیمارستان بازرگانان تهران وابسته به کمیته امداد امام خمینی (ره) انجام شده است.

در این پژوهش، جامعه آماری مورد مطالعه یک جامعه می‌باشد. بنابراین نمونه‌گیری انجام نشد و کل جامعه آماری مورد مطالعه قرار گرفت که شامل پرونده‌های بستری بیماران در سال ۱۳۸۴ که تحت اعمال جراحی گوش و گلو و بینی قرار گرفته بودند به تعداد ۱۴۰ پرونده بوده است.

در این پژوهش ابزار گردآوری داده‌ها چک لیست ارزیابی بیماران پیش از اعمال جراحی می‌باشد. چک لیست مذکور با مد نظر قرار دادن موارد زیر تهیه گردیده است:

چک لیست با استفاده از مبانی نظری موضوع اعم از کتب، مقالات و همچنین دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت، درمان ایران در زمینه مراقبت‌های مدیریت شده تهیه گردیده است.

چک لیست مربوط به مراقبت مدیریت شده ارزیابی قبل از اعمال جراحی می‌باشد و شامل ۸ سؤال است که این سؤالات براساس معیارهای تعیین شده توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی طراحی شده است و موارد ذکر شده در سؤالات حتماً باید در پرونده‌های بیماران قید شده باشد این سؤالات تعیین می‌کند که چه تعداد از کل پرونده‌های بستری در بخش جراحی، موضوع مورد نظر را رعایت می‌کنند.

نظر به اینکه محتوای چک لیست موارد ابلاغی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در ارزیابی عملکرد سازمانهای ارائه خدمات بهداشتی و درمانی می‌باشد، از اینرو چک لیست مورد استفاده در قلمرو موضوع این پژوهش از اعتبار علمی لازم برخوردار است.

به منظور نمره دهی چک لیست ارزیابی بیماران، پیش از اعمال جراحی از سؤالات آری و خیر استفاده شده است که آری برابر یک و خیر برابر صفر است.

در این پژوهش، روش گردآوری داده‌ها به روش توأم میدانی و کتابخانه‌ای بوده و جهت تکمیل چک لیست ارزیابی بیماران پیش از اعمال جراحی به پرونده بستری بیماران مراجعه و تکمیل شده است.

به منظور تحلیل داده‌ها و بررسی آماری از شاخص‌ها و روش‌های آمار توصیفی استفاده شده است. به همین منظور پس از

تحلیلی منظم برای ارزیابی فناوری دارویی که سرانجام بتواند سلامت جمعیت تحت مراقبت را بهبود ببخشد و اثر بخشی سازمان‌هایی که به آنها خدمات می‌دهند افزایش دهد.

آژانس‌های تأمین خدمات درمانی نیازمندان بطور چشمگیری در اداره ترتیبات مراقبت شده برای افراد ذی نفع توانا بوده‌اند. بسیار حائز اهمیت است که پیش تجربه تأمین خدمات درمانی نیازمندان روی این مسیر ادامه یابد. در غیاب مراقبت مدیریت شده نشان داده شده که هزینه‌های مراقبت سلامت از ۵۳۷ میلیون دلار در سال ۲۰۰۲ به ۸۳۲ میلیون دلار در سال ۲۰۰۷ افزایش خواهد یافت (با نرخ رشد سالانه ۹/۲٪) و با مراقبت مدیریت شده افزایش پیش بینی شده به ۷۶۷ میلیون دلار خواهد رسید که یک تفاوت ۱۸۲ میلیون دلار در یک دوره ۵ ساله را نشان می‌دهد. (۶)

در حال حاضر در ایالات متحده جایگزین مناسب و شفاف برای مراقبت مدیریت شده وجود ندارد. بزرگترین کشمکش در این کشور از تضاد بین اینکه چگونه هزینه مراقبت سلامت تأمین گردد و چگونه خواست‌های شهروندان عملی شود. مراقبت سلامت در ایالات متحده بعنوان یک کالا که حق عموم است احساس می‌شود. اگر این تضاد اصلی رفع نشود هدف یک نظام که دسترسی به کیفیت مراقبت سلامت برای همه می‌باشد با مشکل مواجه خواهد شد. (۴)

دستورالعمل‌های مراقبت‌های مدیریت شده در بسیاری کشورهای توسعه یافته وجود دارد و در ایران نیز از سال ۱۳۸۰ تدوین این دستورالعمل‌ها شروع شده و تا کنون قریب به ۴۵ دستورالعمل تهیه و ابلاغ شده است که اجرای تعدادی از آنها در بیمارستان‌ها حائز اهمیت شایانی می‌باشد هر چند که در زمینه‌های مدیریت بیمارستان و کیفیت مراقبت‌های بیمارستانی پژوهش‌های چندی انجام شده است ولی هیچ منبع ترجمه شده به فارسی در زمینه‌ی مراقبت‌های مدیریت شده وجود ندارد و هنوز پژوهشی در ایران انجام نشده است. از سوی دیگر، برای دستورالعمل‌های مراقبت‌های مدیریت شده ضمانت اجرائی در نظر گرفته نشده و از اینکه به چه میزان در بیمارستان‌ها از آن استفاده می‌کنند آمار صحیحی در دسترس نیست.

پژوهش حاضر بر این هدف استوار است که با مورد کاوی اجرای دستورالعمل مراقبت مدیریت شده در یکی از بیمارستان‌های شهر تهران، چگونگی اجرای این دستورالعمل را مورد مطالعه قرار دهد

گلوبول‌های خونی انجام شده است. ۶۹/۷٪ از پرونده‌های بستری بالای ۶۰ سال معادل ۸ پرونده رادیو گرافی قفسه صدری انجام شده است.

در ۱۰۰٪ از پرونده‌های بستری بالای ۴۰ سال که شامل ۱۵ پرونده می‌باشد دارای نوار قلب بوده است.

در ۲۸٪ از پرونده‌ها که معادل ۳۹ پرونده می‌باشد دارای مشاوره قلب و داخلی بوده است که در ۱۰۰٪ این مشاوره‌ها دلایل مشاوره ثبت شده است. جدول ۱ به درصد هر یک از متغیرهای فوق به تفکیک ماه‌های مورد بررسی می‌پردازد.

بحث

مراقبت‌های مدیریتی شده از اجزاء اساسی نظام‌های بهداشتی و درمانی در سراسر دنیا می‌باشد که توجه روزافزونی یافته است. کاهش هزینه‌ها، افزایش دسترسی و کفایت از جمله اهداف اصلی مراقبت‌های مدیریتی شده می‌باشد. در این پژوهش، دستورالعمل ارزیابی قبل از اعمال جراحی انتخابی با هدف کلی ارتقاء و بهینه‌سازی خدمات درمانی به بیماران و رعایت حقوق بیماران صادر شده است که محورهای نظری آن شامل موارد ذیل می‌باشد:

گردآوری داده‌های پژوهش، این داده‌ها با نرم افزارهای SPSS پردازش گردید. در ادامه خروجی رایانه براساس اهداف پژوهش مورد تحلیل قرار گرفت.

در مراقبت مدیریت شده ارزیابی قبل از اعمال جراحی باید کلیه موارد در پرونده بستری بیماران قید شده باشد. در این چک لیست معیار قضاوت لیکرت می‌باشد که از ۰-۲۰ بسیار ضعیف، از ۲۱-۴۰ ضعیف، از ۴۱-۶۰ متوسط، از ۶۱-۸۰ خوب و از ۸۱-۱۰۰ بسیار خوب ارزیابی می‌شود.

یافته‌ها

یافته‌های پژوهش در رابطه با دستورالعمل مراقبت مدیریت شده ارزیابی قبل از اعمال جراحی نشان داده است که از ۱۴۰ پرونده بیماران بستری در بخش جراحی ENT در ۹۷٪ پرونده که معادل ۱۳۶ پرونده می‌باشد معیارهای انجمن بیهوشی آمریکا ثبت شده است. ثبت علائم حیاتی بیماران در ۹۸٪ پرونده‌ها که معادل ۱۳۷ پرونده از کل می‌باشد انجام شده است، ۹۹/۵٪ از پرونده‌ها که بالغ بر ۱۳۸ پرونده می‌باشد تاریخچه بیماری داشته اند. در ۹۹/۶٪ از پرونده‌های بستری (معادل ۱۳۹ پرونده) شمارش

جدول ۱ - درصد فراوانی مورد ثبت شده مراقبت مدیریت شده ارزیابی قبل از اعمال جراحی به تفکیک ماه در سال ۱۳۸۴ (n = ۱۴۰)

ماه	ثبت ASA* در پرونده بیمار	قسمت علائم حیاتی در پرونده	گرفتن تاریخچه بیماری	شمارش گلوبول‌ها	عکسبرداری از قفسه سینه	نوار قلب	مشاوره قلب و داخلی (با ذکر دلیل)
فروردین	۷۳	۱۰۰	۹۸	۹۳	۳۶	۳۶	۲۳
اردیبهشت	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۴۷	۴۹	۱۶
خرداد	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۴۹	۵۰	۴۱
تیر	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۳۶	۳۷	۲۸
مرداد	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۴۹	۵۱	۱۴
شهریور	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۳۳	۴۵	۱۴
مهر	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۴۳	۶۰	۳۴
آبان	۹۸	۹۷	۱۰۰	۹۶	۴۰	۴۱	۱۶
آذر	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۹۹	۵۵	۵۱	۲۹
دی	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۹۸	۵۹	۵۸	۳۸
بهمن	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۹۷	۵۳	۵۰	۲۷
اسفند	۹۷	۹۷	۹۷	۹۷	۴۵	۴۵	۲۵

* American Society of Anesthesia

بیش از حد وسایل و تجهیزات پزشکی تشخیصی (۸).
رویزن و همکاران گرافی سینه ۶۰۶ بیمار را بررسی کردند که
۳۸۶ رادیوگرافی بی مورد انجام شده بود، فقط یک مورد بالازدگی
دیافراگم وجود داشت که منجر به توراکوتومی بدون کشف علت و
بروز عوارض شد و موجب ۴ ماه از کار افتادگی بیمار گردید.
مطالعات نشان دهنده این هستند که تاریخچه و معاینات بالینی
بهترین راه ارزیابی و غربالگری نمودن بیماران است (۹).

برای اعمال جراحی بزرگ، موارد افت فشار خون، سن بالای
۵۰ سال و احتمال مصرف داروهای نفروتوکسین حین بیهوشی،
ارزیابی کراتینین سرم نیز اندیکاسیون خواهد داشت. بدیهی است
هرگونه آزمایش اضافی بر حسب عوامل خطر ساز در هر بیمار با
نظر و قضاوت پزشک معالج انجام خواهد شد. در موارد اعمال
جراحی انتخابی هیچ یک از مشاوره‌ها از جمله مشاوره قلب و
داخلی به صورت معمول ضروری نیست و توصیه نمی شود مگر
به دلیل الف) مشاوره موردی و متناسب با به قضاوت جراح و
متخصص بیهوشی و ثبت دلایل علمی آن در پرونده و ب) جهت
کاهش عوارض عمل در بیمارانی که در کلاس ۳ یا بیشتر
از معیارهای یاد شده باشند (۱۰).

نتیجه گیری

با توجه به یافته‌های این پژوهش درباره دستورالعمل مراقبت
مدیریت شده ارزیابی قبل از اعمال جراحی، وضعیت اجرائی این
دستورالعمل در مجموع بسیار خوب ارزیابی شد که ثبت معیار
انجمن بیهوشی آمریکا، ثبت علائم حیاتی بیماران، گرفتن
تاریخچه بیماری بسیار خوب می باشد و همچنین انجام آزمایش
شمارش گلبول‌های خونی و گرفتن نوار قلب نیز بسیار خوب
می باشد. گرفتن رادیوگرافی قفسه صدری در بیماران بالای ۶۰
سال خوب ارزیابی گردید. می توان به این نتیجه رسید که در
ارزیابی قبل از اعمال جراحی ایجاد وحدت رویه و ارائه
خطمشی‌های درمانی استاندارد بین پزشک متخصص جراحی
متخصص بیهوشی، کارکنان پرستاری و پیراپزشکی بخش جراحی
و اتاق عمل جهت ارزیابی و هماهنگی بیشتر در پرونده‌های
پزشکی الزامی است.

ایجاد وحدت رویه و ارائه خط مشی درمانی استاندارد جهت
ارزیابی و ارزشیابی صرفه جوئی در هزینه‌های درمانی توسط
بیماران هماهنگی و انجام هر چه بیشتر در پرونده‌های آماده سازی
بیمار پیش از اعمال جراحی در رده‌های پزشکی و پیراپزشکی (۶).
این دستورالعمل از سال ۱۳۸۴ در ارزشیابی کیفی بیمارستان‌ها
توسط مرکز نظارت و اعتبار بخش امور درمان وزارت بهداشت،
درمان و آموزش پزشکی لحاظ گردیده است ولی تاکنون گزارش
مستندی راجع به وضعیت اجرای این دستورالعمل ارائه نشده است.
این پژوهش می تواند بعنوان نخستین گام در جهت اجرائی کردن
ارزشیابی کیفی بیمارستان به حساب آید.

در پژوهشی ماش لاین ۳۴۱ مورد رادیوگرافی بیماران جراحی
را بررسی کرد که ۹ مورد یافته رادیوگرافیک داشتند ۲ مورد در
گزارش دقیق نرمال بوده، ۲ مورد ندول کاذب، دو مورد سل کاذب
بود که یکی از آنها تحت درمان قرار گرفته بود، ۲ مورد بیماری -
های قلبی مزمن و یک مورد فیبروز ریه (۷).

در گزارشی که توسط Leonard و همکاران منتشر شده است
آزمون غربالگری بیوشیمیایی هیچ نقشی در غربالگری قبل از عمل
کودکانی که انتظار می رود کمتر از یک هفته بستری شوند، ندارد.
اولسن و همکاران اختلافی در میزان مرگ و میر بین گروه کنترل
و گروه غربال پیدا نکردند (۷ و ۸).

در پژوهش دیگری دوربریج و همکاران در مقایسه ۱۵۰۰
بیمار که در مورد آنها آزمون‌های مختلف انجام شده بود از ۸۳۶۳
آزمایش آزمایشگاهی بیش از استاندارد تعریف شده، هیچ کدام از
بیماران سودی از این آزمایش‌ها نبردند، و در نتیجه‌ی بیماری
تغییری حاصل نکردند. پاسخ ۵ درصد آزمایش‌های آزمایشگاهی
انجام شده روی افرادی که سالم هستند غیر طبیعی می باشد. تمام
بیمارانی که از آزمایش‌های آزمایشگاهی سود می برند بیمارانی
هستند که دارای نشانه‌های خطر، علامت دار، نشانه دار در
ارزیابی‌های قبل از عمل باشند.

درخواست آزمایشات پاراکلینیک بدون در نظر گرفتن جنبه‌های
علمی و عملی باعث بروز مشکلات زیر می گردد: تحمیل
هزینه‌های غیرضروری پاراکلینیک به بیماران، به تعویق افتادن
مراحل و فرآیندهای درمانی بیماران، اقدامات تهاجمی تشخیصی
غیرضروری توأم با عوارض، صرف انرژی اتلاف و زمان، ارزیابی و
صرف هزینه از منابع مالی و صندوق بیمه ها، فرسودگی و کاربری

REFERENCES

۱. معاونت سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. مراقبت های مدیریت شده. چاپ اول. تهران: آروبیج؛ ۱۳۸۳.
2. Duncan-Jackson S, Oberst K, Priester F, Nerenz D. Understanding Managed Care. Michigan state university, Institute for health care studies.2003; [18] available at: www.healthteam.msu.edu/imc/modules/VMC2003/UM2003.pdf.Jun:19. 2005.
۳. ابراز، ع. مطالعه دستورالعمل های مراقبت های مدیریت شده در بیمارستان بازرگانان تهران در تئوری و عمل: ۱۳۸۴، [پایان نامه کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی]. تهران: واحد علوم و تحقیقات دانشگاه آزاد اسلامی؛ ۱۳۸۵.
4. America's Health Insurance Plans (AHIP). Innovations in Medicaid Managed Care. 2005. available at: www.ahip.org/search/default.aspx.Jun: 19. 2005.
5. Bozzette SA, D'Amato R, Morton SC, Harris KM, Meili RC, Taylor R. Pharmaceutical Technology Assessment for Managed Care: Current Practice and Suggestions for Improvement. 2005; [83] available at: www.rand.org/pubs/monograph_reports/2005/MR1206.pdf.Jun: 19. 2005.
6. Scutchfield FD, Lee J, Patton D. Managed care in the United States. Journal of Public Health Medicine 1997; 19(3): 251-4.
7. Giles T, Marafiotte R. Managed care and the practitioner: a call for unity. Clinical Psychology: Science and Practice. 1998; 5(1): 41-50.
۸. مقیمی ع.ر. دستورالعمل مراقبت مدیریت شده ارزیابی قبل از اعمال جراحی. اولین سمینار آشنائی با مفاهیم ارزشیابی و استقرار شاخص های کیفی در بیمارستان ها، تهران، ۳-۴ تیرماه، ۱۳۸۴.
9. Tillinghast SJ. Competition through physician-managed care: the case for capitated multispecialty group practices, Int. Journal for Quality in Health Care 1998;10(5):427-34.
10. Miller RD. Anesthesia. 5th ed. Philadelphia: Churchill Livingstone; 2000.