

کسورات اعمال شده توسط سازمان‌های بیمه‌ی خدمات درمانی و تأمین اجتماعی

در صورت حساب‌های ارسالی بیمارستان‌های آموزشی اهواز*

جواد زارعی^۱، امیرعباس عزیزی^۲، الهام سیاوشی^۳، خسرو کشاورز^۴

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: هر ساله مبالغ قابل توجهی از درآمدهای بیمارستان‌ها به عنوان کسورات توسط سازمان‌های بیمه‌گر کسر می‌گردند. هدف از این پژوهش شناسایی کسورات اعمال شده توسط سازمان‌های بیمه‌گر خدمات درمانی و تأمین اجتماعی در صورت حساب‌های ارسالی بیمارستان‌های آموزشی اهواز بود.

روش بررسی: این مطالعه یک بررسی توصیفی مقطعی بود که در سال ۱۳۸۸ انجام شده است. جامعه‌ی پژوهش شامل کلیه‌ی صورت حساب‌های ارسالی پنج بیمارستان آموزشی دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز به سازمان‌های بیمه‌ی خدمات درمانی و تأمین اجتماعی در سال ۱۳۸۷ بود. ابزار مورد استفاده برای جمع‌آوری داده‌ها چک لیستی بود که مطابق با صورت حساب‌های ارسالی به سازمان‌های بیمه، طراحی شده بود. روایی چک لیست با استفاده از نظر کارشناسان تأیید گردید. داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و در نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۱۹ مورد تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: مجموع کسورات بستری و سرپایی، نسبت به صورت حساب‌های ارسالی سازمان بیمه‌ی خدمات درمانی ۶/۶۲ درصد بود. در بیمه‌ی تأمین اجتماعی مجموع کسورات بستری و سرپایی نسبت به صورت حساب‌های ارسالی ۴/۹ بود و صورت حساب‌های بستری بیش از سرپایی مشمول کسورات شده بودند.

نتیجه‌گیری: نتایج نشان داد که اگر چه درصد کمی از صورت حساب‌های ارسالی مشمول کسورات می‌گردد ولی همین مقدار کم کسورات نیز بار مالی قابل توجهی را به بیمارستان‌ها تحمیل می‌کند. بنابراین برنامه‌ریزی به منظور کاهش کسورات توسط دانشگاه‌های علوم پزشکی پیشنهاد می‌گردد.

واژه‌های کلیدی: بیمه؛ تأمین اجتماعی؛ خدمات بهداشتی درمانی؛ بیمارستان‌ها

محدودیت منابع مالی، اکثر نظام‌های سلامت جهان را در

دریافت مقاله: ۹۱/۱۰/۲۷ اصلاح نهایی: ۹۲/۴/۲۰

* این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی به شماره‌ی U_۸۸۲۱۰، مصوب معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز می‌باشد.

پذیرش مقاله: ۹۲/۶/۱۲

۱- دانشجوی دکتری تخصصی، مدیریت اطلاعات سلامت، گروه مدیریت و فن‌آوری اطلاعات سلامت، دانشکده‌ی پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران

ارجاع: زارعی جواد، عزیزی امیرعباس، سیاوشی الهام، کشاورز خسرو. کسورات اعمال شده توسط سازمان‌های بیمه‌ی خدمات درمانی و تأمین اجتماعی در صورت حساب‌های ارسالی بیمارستان‌های آموزشی اهواز. مدیریت اطلاعات سلامت ۱۳۹۳؛ ۱۱(۱): ۳۷-۲۴.

۲- دانشجوی دکتری تخصصی، انفورماتیک پزشکی، گروه مدیریت و فن‌آوری اطلاعات سلامت، دانشکده‌ی پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران

مقدمه

یکی از اهداف مطلوب هر نظام سلامت آرایه‌ی ساز و کارهای مناسب تأمین مالی به منظور حمایت از خانوارها به هنگام تقاضا برای خدمات سلامتی است (۱).

۳- دانشجوی دکتری تخصصی، اقتصاد سلامت، دانشکده‌ی بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران

۴- دانشجوی دکتری تخصصی، مدیریت و اقتصاد دارو، دانشکده‌ی بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران (نویسنده‌ی مسؤول)

Email: khkeshavarz2007@gmail.com

از محل درآمدهای اختصاصی آن‌ها است. این امر ضرورت توجه به مدیریت مالی واحدها را بیش از پیش مشخص می‌نماید. مروری بر کاهش روند حمایتی دولت از بیمارستان‌ها و مراکز آموزشی درمانی در سال‌های گذشته، اتکالی این واحدها به درآمد اختصاصی خود را حکایت می‌کند. مدیریت این واحدها چاره‌ای جز اتخاذ تدابیری در جهت افزایش درآمد و کاهش هزینه ندارند. بخش اعظمی از درآمدهای اختصاصی واحدها از طریق عقد قرارداد با شرکت‌های بیمه‌ای و ارایه‌ی خدمات به افراد بیمه‌شده‌ی آن‌ها تأمین می‌گردد. صرف‌نظر از مفاد قراردادهای یک‌طرفه که معمولاً بیمارستان‌ها را در موضع انفعال قرار می‌دهد، همه ساله مبالغ قابل توجهی از درآمدهای بیمارستان‌ها و مراکز آموزشی درمانی به‌عنوان کسورات کسر می‌گردند (۶). کسورات بیمارستانی علاوه بر این که مبالغ قابل توجهی از منابع و درآمدهای بیمارستانی را هدر داده و توان مالی بیمارستان را کاهش می‌دهد، هم‌چنین از طریق افزایش هزینه‌هایی که بیمار باید پرداخت کند (Out of pocket) بار مالی فزاینده‌ای را به بیمار تحمیل می‌نماید (۷). بنابراین مسأله‌ی میزان و علت کسورات مهم تلقی می‌شود، به‌نحوی که هم موجب اطلاع و آگاهی دست‌اندرکاران مراکز درمانی، داروخانه‌ها و مدیریت مربوطه و هم باعث بالا رفتن درآمد مراکز می‌شود و نیز سبب می‌شود یک اعتماد متقابل بین طرفین قرارداد ایجاد شود (۸). مسأله‌ی کسورات بیمه‌ای یکی از معضلات عمده‌ای است که بیمارستان‌ها را با کمبود منابع مالی روبرو می‌سازد (۹). در پژوهش رضاپور و همکاران در مورد هزینه- بهره‌دهی بخش‌های بستری مرکز آموزشی- درمانی قدس قزوین، بالا بودن میزان کسورات اعمال شده از طرف سازمان‌های بیمه‌گر یکی از دلایل عدم بهره‌وری در بیمارستان مذکور بود (۱۰). به دلیل اهمیت کسورات مطالعات مختلفی در سال‌های اخیر به بررسی دلایل و میزان کسورات در بیمارستان‌های کشور پرداخته‌اند. برای نمونه در بررسی که در دانشگاه علوم پزشکی تبریز نسبت به کسورات اعمال شده در واحدهای ارایه‌دهنده‌ی خدمت در سال ۱۳۸۷ خورشیدی انجام شد، نتایج نشان داد که میزان این کسورات بیش از ده درصد و رقمی معادل چهل

زمینه‌ی کیفیت خدمات، کارایی و اثربخشی و عدالت با چالش‌های گوناگونی مواجه ساخته است. در بیش‌تر کشورهای جهان تأمین مالی ارایه‌کنندگان خدمات سلامت اغلب به شکل بودجه‌ی تخصیصی و به صورت کلی و سالانه انجام می‌گیرد. ملاک تخصیص به‌خصوص در بخش هزینه‌های جاری براساس کیفیت خدمات، هزینه‌ی خدمات و سطح عملکرد است. نظام مصوب محاسبه‌ی قیمت خدمات براساس برآورد هزینه است و نظام‌های پرداخت در سطح اول بیش‌تر براساس سرانه و کارانه بوده و در سایر سطوح براساس نظام سطح‌بندی به‌صورت کارانه می‌باشد (۲).

در تمامی کشورها، بیمارستان‌ها به‌عنوان منبع اجتماعی حیاتی و ضروری تلقی می‌شود که باید در راستای منافع جامعه اداره شود (۳). یکی از مسایل مورد توجه در اغلب کشورهای توسعه‌یافته، تأمین منابع مالی بخش درمان است. در ایران بیش از ۶ درصد تولید ناخالص ملی و ۵-۱۰ درصد هزینه‌های دولت به این بخش اختصاص یافته است. بیمارستان‌ها به‌عنوان بزرگ‌ترین و پر هزینه‌ترین واحد عملیاتی نظام درمان از اهمیت ویژه‌ای برخوردارند و تقریباً حدود ۵۰-۸۰ درصد هزینه‌ی کل بهداشت و درمان را به خود اختصاص داده‌اند و به دلیل عدم کارایی چه در بخش هزینه‌ها و چه در بخش ایجاد درآمد از منابع به‌خوبی استفاده نکرده و قسمتی از این منابع را به هدر می‌دهند. بنابراین ضروری است برای جلوگیری از هدر رفتن منابع، بیمارستان‌ها اقتصادی‌تر اداره شوند. از موضوعات قابل طرح در مقوله‌ی اداره‌ی اقتصادی بیمارستان‌ها که همواره توجه، دقت و کوشش مدیران بیمارستان‌ها را به خود معطوف داشته، تسلط و کنترل بر وضعیت مالی بیمارستان و تأمین منابع مالی مورد نیاز و افزایش کارایی در بخش درآمد بیمارستان‌ها است (۴).

از جمله منبع درآمدی بیمارستان‌ها با توجه به اجرای قانون بیمه‌ی همگانی، ارایه و فروش خدمات به بیمه‌شدگان تحت پوشش سازمان‌های بیمه‌گر می‌باشد (۵). از اوایل دهه‌ی ۷۰ طرح خودگردانی بیمارستان‌ها در سطح کشور به اجرا درآمده است. براساس این طرح تأمین کلیه‌ی هزینه‌های بیمارستان‌ها و مراکز آموزشی درمانی غیر از حقوق پرسنل رسمی و پیمانی

بحث کسورات برای دانشگاه علوم پزشکی اهواز و عدم انجام پژوهش مشابه در استان، پژوهشگران تصمیم به انجام این مطالعه گرفتند. هدف از این مطالعه شناسایی کسورات اعمال شده توسط سازمان‌های بیمه‌ی خدمات درمانی و تأمین اجتماعی در صورت حساب‌های ارسالی از بیمارستان‌های آموزشی اهواز بود. نتایج این مطالعه می‌تواند به مسؤولان دانشگاه در ارزیابی بار مالی کسورات و سیاست‌گذاری برای کاهش آن کمک کند.

روش بررسی

مطالعه‌ی حاضر یک پژوهش کاربردی می‌باشد که در سال ۱۳۸۸ خورشیدی به روش توصیفی-مقطعی در شهر اهواز انجام گردیده است. این پژوهش در دو بخش انجام شد. در بخش اول جامعه‌ی پژوهش شامل تمامی صورت‌حساب‌های سرپایی و بستری بود که از طرف بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز (بیمارستان‌های گلستان، امام خمینی(ره)، ابوذر، رازی و شفا) در سال ۱۳۸۷ خورشیدی به دو سازمان بیمه‌ی خدمات درمانی و تأمین اجتماعی ارسال شده بود. ابزار مورد استفاده برای جمع‌آوری داده‌ها چک‌لیست محقق ساخته بود که بر اساس اهداف ویژه‌ی پژوهش و با توجه به داده‌های موجود در صورت‌حساب‌های بیماران بستری و سرپایی ارسالی به سازمان‌های بیمه‌گر طراحی شده بود. برای روایی ابزار، چک‌لیست مورد نظر در اختیار کارشناسان و متخصصان حوزه (شامل کارشناسان بیمه‌ی سازمان‌های خدمات درمانی و تأمین اجتماعی مقیم بیمارستان‌های اهواز، کارشناسان دفتر رسیدگی به اسناد درمانی و تأمین اجتماعی سازمان‌های خدمات درمانی و تأمین اجتماعی، و چند نفر از کارکنان واحد تریجی بیمارستان) قرار گرفت و اشکالات و موارد ابهام آن برطرف گردید. در بخش دوم با بررسی مستندات موجود و انجام مصاحبه‌ی نیمه ساختاریافته با کارشناسان در دو سازمان بیمه‌ی خدمات درمانی و تأمین اجتماعی، مهم‌ترین دلایل کسورات بررسی گردیدند. داده‌ها با مراجعه‌ی حضوری پژوهشگر به سازمان‌های بیمه‌ی خدمات درمانی و تأمین اجتماعی استان

میلیارد ریال می‌باشد. بدیهی است این رقم تخمینی بوده و بررسی دقیق، ارقامی به مراتب بیش از آن را نشان خواهد داد (۷). همچنین مطالعه‌ی دیگری در چهار بیمارستان آموزشی یزد در سال ۸۷ نشان داد که پرونده‌های بستری ارسالی به سازمان تأمین اجتماعی مشمول ۲,۲۱۸,۶۲۶,۵۹۱ ریال کسورات شده بودند (۹). محمدی و همکاران نیز در مطالعه‌ی خود میزان کسورات بیمه تأمین اجتماعی و خدمات درمانی را در سه بیمارستان آموزشی خرم آباد ۴,۰۹۲,۲۳۱,۱۷۷ ریال ذکر کرده‌اند (۱۱). در مورد دلایل کسورات بیمارستانی نیز، ضعف در مستندسازی اطلاعات پرونده‌ی پزشکی بیمار بیش از سایر دلایل مورد توجه قرار گرفته است (۱۲، ۴).

در سایر کشورها نیز مسأله‌ی بازپرداخت هزینه‌های بیمارستانی از طرف شرکت‌ها و سازمان‌های بیمه‌گر از اهمیت زیادی برخوردار است. برای نمونه در کشور آمریکا برای بازپرداخت، هزینه‌های بیمه‌شدگان دو بیمه‌ی اصلی مدیکر و مدیکید به بیمارستان‌ها، از صورت‌حساب‌های استاندارد ملی استفاده می‌شود و همچنین نهادهای ملی نظیر بخش بهداشت و بازرسی عمومی (Office for Inspector General) اداره‌ی خدمات انسانی و سلامت به بررسی نحوه‌ی تنظیم صورت‌حساب‌های بیمارستانی برای جلوگیری از سوءاستفاده‌ها و مشکلات احتمالی می‌پردازند (۱۳). با این همه در این کشورها نیز مشکلاتی در خصوص کسورات و تنظیم صورت‌حساب‌ها وجود دارد (۱۴).

در استان خوزستان نیز بخش اعظمی از خدمات درمانی و جراحی توسط بیمارستان‌های آموزشی مستقر در شهر اهواز ارائه می‌گردد. علاوه بر نقش این بیمارستان‌ها در درمان بیماران، این بیمارستان‌ها نقش کلیدی در آموزش دانشجویان و تحقیقات پزشکی دارند. اداره‌ی کارآمد این بیمارستان‌ها نیاز به تأمین منابع مالی دارد. همچنین بخشی از درآمدهای دانشگاه جندی شاپور اهواز از این بیمارستان‌ها تأمین می‌گردد. از طرفی دیگر سازمان بیمه‌ی خدمات درمانی و تأمین اجتماعی به‌عنوان دو بیمه‌گذار اصلی در ایران محسوب می‌شوند و بخش مهمی از تعاملات مالی بیمارستان‌ها با این دو سازمان بیمه‌گر می‌باشد. بنابراین با توجه به حیاتی بودن

خوزستان جمع‌آوری گردیدند. سازمان بیمه‌ی خدمات درمانی علاوه بر اطلاعات کسورات مربوط به بیمارستان‌های آموزشی، اطلاعات سایر بیمارستان‌های دانشگاهی و غیردانشگاهی را در اختیار پژوهشگر قرار داد. بنابراین درصد کسورات در بیمارستان‌های آموزشی با سایر بیمارستان‌های استان مقایسه گردید. در نهایت داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از آمار توصیفی در نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۱۵ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها

پژوهش نشان داد که بیش از ۹۰ درصد درآمد بیمارستان‌های آموزشی شهر اهواز از بیمه‌های خدمات درمانی و تأمین اجتماعی بود. در مقایسه بین دو سازمان بیمه‌گر درصد کسورات اعمال شده از طرف بیمه‌ی خدمات درمانی بیش‌تر از بیمه‌ی تأمین اجتماعی بود (۶/۶۲ درصد به ۴/۲ درصد).

الف. یافته‌های مربوط به کسورات بیمه‌ی خدمات درمانی نتایج پژوهش نشان داد که مجموع کسورات بستری و سرپایی نسبت به صورت حساب‌های ارسالی بیمه‌ی خدمات درمانی در بیمارستان‌های آموزشی اهواز در سال ۱۳۸۷ خورشیدی ۸,۴۳۴,۷۳۲,۸۳۵ ریال بود که معادل ۶/۶۲ درصد هزینه‌ی صورت حساب‌های ارسالی به بیمه‌ی خدمات درمانی می‌باشد. از این مبلغ ۷,۹۹۴,۶۱۵,۸۸۱ ریال معادل ۹۴ درصد مربوط به صورت حساب‌های بستری بود.

در مجموع درصد کل کسورات اعمال شده به صورت حساب‌های بستری و سرپایی نسبت به هزینه‌ی ارسالی به ترتیب ۶/۹۹ درصد و ۳/۳۶ درصد بوده است (جدول ۱-۲). بر اساس نتایج پژوهش، بیش‌ترین درصد کسورات مربوط به هزینه‌ی دارو و لوازم مصرفی (۲۰/۴۸ درصد) و کم‌ترین درصد کسورات مربوط به هزینه‌ی صورت حساب‌های بستری مشمول تعرفه‌ی گلوبال (۰/۵۸ درصد) می‌باشند.

جدول ۱: اطلاعات کسورات اعمال شده‌ی بستری توسط سازمان بیمه‌ی خدمات درمانی به تفکیک واحد ارایه‌کننده‌ی خدمت تحت مطالعه

نوع کسورات	مجموع کل مبلغ کسورات اعمال شده در صورت حساب‌های ارسالی بیمارستان‌های آموزشی اهواز (به ریال)	درصد کسورات اعمال شده به کل هزینه‌ی صورت حساب‌های ارسالی در بیمارستان‌های آموزشی اهواز
هزینه‌ی هتلینگ بستری شدگان	۴۸۴,۴۴۹,۴۸۹	۱/۷۵
هزینه‌ی ویزیت پزشک معالج و ویزیت پزشک مشاور	۸۲۱,۱۵۲,۳۹۳	۴/۵۷
هزینه‌ی حق‌العمل جراح	۳۸۹,۷۷۰,۲۴۳,۱	۱۱/۷۷
هزینه‌ی حق‌العمل کمک جراح	۰۱۳,۷۰۸,۳	۱۰/۱۳
هزینه‌ی اتاق عمل	۹۶۹,۹۹۰,۴۸۲	۱۲/۸۸
هزینه‌ی بیهوشی	۳۹۰,۴۷۸,۶۷۸	۱۴/۵۷
هزینه‌ی آزمایشات و رادیولوژی	۰۸۴,۹۴۵,۳۲۰	۵/۶۵
هزینه‌ی دارو و لوازم مصرفی	۵۸۷,۳۴۶,۱۵۶,۳	۲۰/۴۸
هزینه‌ی سایر موارد	۸۳۴,۸۵۳,۰۷۰,۱	۹/۴۹
هزینه‌ی صورت حساب‌های بستری مشمول تعرفه گلوبال	۳۱۰,۹۰۲,۱۵۴	۰/۵۸
جمع کل کسورات صورت حساب‌های بستری	۸۸۱,۶۱۵,۹۹۴,۷	۶/۹۹

جدول ۲: اطلاعات کسورات اعمال شده‌ی سرپایی توسط سازمان بیمه‌ی خدمات درمانی به تفکیک واحد ارایه کننده‌ی خدمت تحت مطالعه

نوع کسورات	مجموع کل مبلغ کسورات اعمال شده در صورت حساب‌های ارسالی بیمارستان‌های آموزشی اهواز (به ریال)	درصد کسورات اعمال شده به کل هزینه‌ی صورت حساب‌های ارسالی در بیمارستان‌های آموزشی اهواز
هزینه‌ی نسخ سرپایی ویزیت پزشکان	۰۲۲,۹۹۴,۱۱۱	۳/۵۷
هزینه‌ی نسخ سرپایی آزمایشات و رادیولوژی	۷۳۷,۸۳۷,۸۱	۲/۸۵
هزینه‌ی نسخ سرپایی داروخانه	۷۶۰,۹۸۹,۱	۰/۳۵
هزینه‌ی سایر موارد مربوط به سرپایی	۴۳۵,۲۹۵,۲۴۴	۳/۷۴
جمع کل کسورات صورت حساب‌های سرپایی	۹۵۴,۱۱۶,۴۴۰	۳/۳۶

بیش‌ترین میزان کسورات مربوط به بیمارستان گلستان با ۹/۱ درصد و کم‌ترین میزان مربوط به بیمارستان ابوذر با ۱/۶ درصد در قسمت خدمات سرپایی بیمارستان رازی با ۱۰/۴ درصد بیش‌ترین کسورات و بیمارستان شفا با ۱/۵ درصد کم‌ترین کسورات سرپایی را داشتند (جدول ۳).

بررسی‌ها نشان داد که در بین ۵ بیمارستان آموزشی، بیمارستان گلستان با ۸/۴ درصد معادل ریالی (۲,۸۱۱,۷۱۰,۵۳۳) بیش‌ترین میزان کسورات و بیمارستان ابوذر با ۱/۶ درصد معادل ریالی (۱۱۲,۹۷۲,۳۱۰) کم‌ترین میزان کسورات را داشته است. هم‌چنین نتایج پژوهش نشان داد که در بخش بستری

جدول ۳: اطلاعات کسورات اعمال شده توسط سازمان بیمه‌ی خدمات درمانی به تفکیک بستری و سرپایی در بیمارستان‌های تحت مطالعه

نام بیمارستان	مبلغ کسورات (به ریال)			درصد کسورات اعمال شده به کل هزینه‌ی صورت حساب‌های ارسالی		
	بستری	سرپایی	مجموع	بستری	سرپایی	مجموع
ابوذر	۱۰۰,۱۴۸,۹۴۶	۱۲,۸۲۳,۳۴۶	۱۱۲,۹۷۲,۳۱۰	۱/۶	۱/۴	۱/۵۵
امام خمینی (ره)	۳,۶۵۸,۵۵۹,۶۸۶	۲۰۶,۷۶۷,۰۶۹	۷۵۵,۳۶۶,۸۶۵,۳	۸	۳/۵	۷/۴۸
رازی	۴۷۸,۹۱۶,۰۴۱,۱	۴۰۴,۵۳۴,۱۴۰	۸۸۲,۴۵۰,۱۸۲,۱	۴/۶	۱۰/۴	۴/۹۴
شفا	۴۳۶,۱۸۵,۳۷۹	۲۶,۰۴۶,۹۷۶	۴۶۲,۲۳۲,۳۵۵	۴/۷	۱/۵	۴/۱۷
گلستان	۳۹۲,۷۶۵,۷۵۷,۲	۵۳,۹۴۵,۱۴۱	۵۳۳,۷۱۰,۸۱۱,۲	۹/۱	۱/۶	۸/۴۰
جمع کل	۸۱۱,۶۱۵,۹۹۴,۷	۴۴۰,۱۱۶,۹۵۴	۸۳۵,۷۳۲,۴۳۴,۸	۶/۹۹	۳/۳۶	۶/۶۲

برخوردار بودند. در مقایسه‌ی درصد کسورات اعمال شده نسبت به صورت حساب‌های ارسالی به ترتیب در بیمارستان‌های غیر دانشگاهی (۳/۴۳ درصد)، بیمارستان‌های دانشگاهی آموزشی (۶/۶۲ درصد) و در بیمارستان‌های دانشگاهی غیر آموزشی (۸/۲۲ درصد) بود. در بین

مقایسه‌ی درصد کسورات اعمال شده نسبت به صورت حساب‌های دریافتی از سازمان بیمه‌ی خدمات درمانی در بیمارستان‌های استان خوزستان نشان داد که در مجموع بیمارستان‌های غیر دانشگاهی از میزان کسورات بیش‌تری نسبت به بیمارستان‌های دانشگاهی (آموزشی و غیرآموزشی)

خورشیدی ۶،۲۷۳،۲۴۶،۷۱۷ ریال بود که معادل ۴/۹ درصد هزینه‌ی صورت‌حساب‌های ارسالی به بیمه‌ی تأمین اجتماعی بود. از این مبلغ ۴،۸۸۰،۷۹۷،۲۶۸ ریال معادل ۷۸ درصد مربوط به صورت‌حساب‌های بستری بود. در مجموع درصد کل کسورات اعمال شده به صورت‌حساب‌های بستری و سرپایی نسبت به هزینه‌ی ارسالی به ترتیب ۴/۹ درصد و ۳/۷ درصد بوده است. بیمارستان رازی با ۷/۱ درصد معادل ریالی (۹۴۳،۸۳۵،۶۰۳) بیش‌ترین میزان کسورات و بیمارستان شفا با ۰/۷ درصد معادل ریالی (۷۱،۴۲۹،۵۰۹) کم‌ترین میزان کسورات را داشتند (جدول ۴).

بیمارستان‌های غیر دانشگاهی بیمارستان‌های خصوصی نسبت به سایر بیمارستان از میزان کسورات بیش‌تری برخوردار بودند. ب. یافته‌های مربوط به کسورات بیمه‌ی تأمین اجتماعی به دلیل غیر مکانیزه بودن سیستم تأمین اجتماعی امکان دریافت اطلاعات کسورات به تفکیک واحدها نبود. بنابراین کسورات بیمه تأمین اجتماعی به صورت کلی محاسبه شده است. نتایج پژوهش نشان داد که مجموع کسورات بستری و سرپایی نسبت به صورت‌حساب‌های ارسالی سازمان تأمین اجتماعی در بیمارستان‌های آموزشی اهواز در سال ۱۳۸۷

جدول ۴: اطلاعات کسورات اعمال شده توسط سازمان بیمه‌ی تأمین اجتماعی به تفکیک بستری و سرپایی در بیمارستان‌های تحت مطالعه

نام بیمارستان	مبلغ کسورات (به ریال)		درصد کسورات	
	بستری	سرپایی	مجموع	سرپایی
ابوذر	۲۶۲،۱۶۴،۴۱۶	۵۰،۵۶۹،۲۰۲	۳۱۲،۷۳۳،۶۱۸	۱/۴
امام خمینی (ره)	۲،۷۰۱،۲۷۰،۲۱۹	۷۲۲،۳۳۰،۶۰۸	۳،۴۲۳،۶۰۰،۸۲۷	۶/۸
رازی	۷۵۰،۷۰۹،۷۱۶	۱۹۳،۱۲۵،۸۸۷	۹۴۳،۸۳۵،۶۰۳	۶/۲
شفا	۲۵۸،۶۸۰،۳۳۷	۴۵،۵۶۱،۱۷۲	۷۱،۴۲۹،۵۰۹	۱/۸
گلستان	۱،۰۳۸،۳۱۷،۴۴۴	۳۲۳،۱۵۴،۴۰۰	۱،۳۶۱،۴۷۱،۸۴۴	۱/۶
جمع کل	۴،۸۸۰،۷۹۷،۲۶۸	۱،۳۹۲،۴۴۹،۴۴۹	۶،۲۷۳،۲۴۶،۷۱۷	۳/۷

ناقص مستندات، زیاده‌خواهی و عدم درخواست مطابق با تعرفه‌ی مصوب، محاسبات اشتباه و درخواست دوباره به‌صورت انفرادی برای موارد گلوبال (جدول ۵).

ج. یافته‌های مربوط به دلایل عمده‌ی کسورات در مورد علل مهم این کسورات جمع‌بندی نتایج مصاحبه‌ی ساختار یافته با کارشناس بیمه‌های خدمات درمانی و تأمین اجتماعی نشان داد که عمده‌ترین دلایل عبارت‌اند از ثبت

جدول ۵: علل عمده‌ی کسورات در صورت‌حساب‌های ارسالی به بیمه‌های خدمات درمانی و تأمین اجتماعی

دلایل کسورات	شرح
ثبت ناقص مستندات و اشتباه در مستندسازی	مشکلات در مستندسازی، مثل فقدان وجود مهر و امضای پزشک، فقدان یا ناقص بودن مستندات لازم که انجام خدمات را تأیید می‌کند (فقدان گزارش پرستار برای داروی تجویز شده توسط پزشک)، عدم هم‌خوانی بین دستورات پزشک، گزارش پرستار، نسخه‌ها و گزارشات، ثبت ناقص دستورات دارویی توسط پزشکان، اشتباه در ثبت

تاریخ و ساعت انجام خدمات (اشتباه در ثبت ساعت شروع و خاتمه‌ی بیهوشی)، ثبت ناقص مشخصات بیمار

درخواست مبلغ بیش‌تر برای صورت‌حساب بیمار مانند درخواست هزینه برای خدماتی که انجام نگرفته‌اند، تنظیم صورت‌حساب به‌نحوی که مبلغ بیش‌تری عاید بیمارستان گردد، درخواست هزینه‌ها برای خدمات بیش‌تر از تعرفه‌های معین و مصوب شده

زیاده‌خواهی و عدم درخواست مطابق با تعرفه‌ی مصوب

شامل:

اشتباه وارد کردن کد خدمات (نظیر کد اشتباه برای اقدامات جراحی)، اشتباه در محاسبه‌ی مبلغ صورت‌حساب خدمات شامل محاسبه‌ی غلط هزینه‌ی خدمات (مثل اشتباه در محاسبه‌ی هزینه‌ی بیهوشی، یا اشتباه در محاسبه‌ی هزینه‌ی داروها در نسخ سرپایی)، عدم در نظر گرفتن دستورالعمل‌های سازمان‌های بیمه‌گر در مورد نحوه‌ی محاسبه‌ی هزینه‌ی خدمات در شرایط مختلف (مثل تعرفه‌ی ویزیت پزشک در موارد اورژانسی و غیر اورژانسی، یا تعهد و عدم تعهد بودن یک دارو توسط سازمان بیمه‌گر)

محاسبات اشتباه

در مورد خدمات مشمول تعرفه‌ی گلوبال، تمام هزینه‌ها نظیر بیهوشی، دارو و لوازم مصرفی اتاق عمل، در هزینه‌ی عمل محاسبه می‌شود، درخواست انفرادی در قالب صورت‌حساب مجزا برای هر یک از این هزینه‌ها مشمول کسورات می‌گردد.

درخواست دوباره به‌صورت انفرادی برای موارد گلوبال

بحث

اجتماعی مشمول کسورات شده بودند (۹). بنابراین می‌توان کسورات را یکی از مشکلات در تمامی بیمارستان‌های کشور محسوب کرد. سوال اینجا است که چگونه می‌توان کسورات را کاهش داد. مطالعات انجام شده نشان‌دهنده‌ی مؤثر بودن آموزش کارکنان در کاهش میزان کسورات است. برای نمونه خالصی و همکاران در مطالعه‌ی خود در بیمارستان فیروزگر نشان دادند که آموزش کارکنان باعث کاهش خطاهای اسناد بیمه‌ای و در نهایت کاهش میزان کسورات بیمه‌ای می‌گردد (۱۵). بنابراین جهت رفع این مشکل پیشنهاد می‌شود که دوره‌های آموزشی برای افراد مرتبط (مثل کادر درمانی، کارکنان واحد ترخیص) برگزار شود تا از داخل خود بیمارستان قبل از این‌که پرونده به دست کارشناس مقیم بیمارستان برسد کسورات به حداقل ممکن برسد.

نتایج پژوهش در صورت‌حساب‌های ارسالی به بیمه‌ی خدمات درمانی نشان داد که در موارد بستری به ترتیب بیش‌ترین درصد کسورات مربوط به هزینه‌ی دارو و لوازم مصرفی و هزینه‌ی بیهوشی و کم‌ترین درصد کسورات مربوط به

بیمارستان به‌عنوان یک واحد اقتصادی، ناگزیر است برای افزایش کارایی و ارتقای بهره‌وری از تجزیه و تحلیل‌های اقتصادی استفاده نماید. همان‌طور که یافته‌های پژوهش نشان داد بخش عمده‌ای از صورت‌حساب‌های بیمه‌ای مربوط به بیمه‌های خدمات درمانی و تأمین اجتماعی بود. در مجموع مبلغ کسورات معادل ۱۴،۷۰۷،۹۷۹،۵۵۲ ریال بود که این میزان معادل ۵/۷۵ درصد مجموع صورت‌حساب‌های ارسالی به دو بیمه‌ی خدمات درمانی و تأمین اجتماعی بود. میزان کسورات برای بیمه‌ی خدمات درمانی معادل ۶/۶۲ درصد صورت‌حساب‌های ارسالی و برای بیمه‌ی تأمین اجتماعی ۴/۹ درصد بود.

در مطالعه‌ی محمدی و همکاران در بیمارستان‌های آموزشی خرم‌آباد میزان کسورات مربوط به بیمه‌ی تأمین اجتماعی برای صورت‌حساب‌های بستری معادل ۵/۶۴ درصد و برای سرپایی ۱/۱ درصد بود (۱۱). در پژوهش عسکری و همکاران در یزد ۹/۸ درصد از صورت‌حساب‌های ارسالی به بیمه‌ی تأمین

وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران نیز کسورات بیمه‌ی تأمین اجتماعی از خدمات درمانی بیش‌تر بود (۱۸). در مورد علل مهم این کسورات، بررسی پژوهشگران نشان داد که بسیاری از کسورات به دلیل خطای انسانی، بی‌دقتی در تنظیم صورت‌حساب‌ها، عدم آموزش کافی و عدم آگاهی از قوانین بیمه‌ها می‌باشد. برای مثال در بیمارستان گلستان یک کارشناس ارشد پرستاری به‌عنوان کمک جراح فعالیت دارد ولی هزینه‌ی کمک جراح به غیر پزشک تعلق نمی‌گیرد و مواردی از این قبیل عنوان شده است. یکی از موارد مهم دیگر وجود کسورات کاذب در بیمارستان‌های مورد پژوهش به علت اشتباهات محاسباتی و اضافه درخواست خدمات بود. به این معنی که بیمارستان برای خدمت مذکور هزینه‌ای بیش‌تر از مقدار واقعی آن درخواست می‌کرد که مابه‌التفاوت آن توسط بیمه کسر می‌شد و در نهایت هزینه‌ی واقعی خدمت به بیمارستان پرداخت می‌گردید. کریمی و همکاران اضافه درخواستی و اشتباه در محاسبه را از مهم‌ترین دلایل کسورات خدمات بستری عنوان کرده‌اند (۱۷). هم‌چنین در مورد کسورات بیمه‌ی خدمات درمانی مقایسه‌ی کلی که بین بیمارستان‌های استان صورت گرفت نشان داد، بیمارستان‌های خصوصی در مجموع از بالاترین میزان کسورات نسبت به سایر بیمارستان‌ها برخوردار بودند. به‌طوری‌که در برخی از بیمارستان‌ها این میزان به ۳۰ درصد می‌رسید. دلیل این موضوع اضافه درخواستی این بیمارستان‌ها بود. درخواست خدمات غیر ضروری از دلایل دیگر کسورات می‌باشد. در پژوهش Krushat و همکاران در مورد کسورات پرداخت‌های بیمه‌ی مدیکیر بیش‌تر اشتباهات مربوط به ارایه‌ی خدمات پزشکی غیر ضروری به بیماران بود (۱۹). اضافه درخواستی هرچند در ایران منجر به کسورات می‌گردد اما این عمل در سایر کشورها نوعی کلاه‌برداری محسوب شده و ممکن است که بیمارستان را در معرض پیگرد قضایی و جریمه‌های سنگین مالی قرار دهد (۲۰). یکی از این اقدامات Upcoding است که به معنی دست‌کاری کدها برای دریافت مبلغ بیش‌تر است (۲۱-۲۲).

هزینه‌ی صورت‌حساب‌های بستری مشمول تعرفه‌ی گلوبال و هزینه‌ی هتلینگ بستری‌شدگان بود. اما دهنویه در مطالعه‌ی خود هزینه‌ی هتلینگ و الکتروکاردیوگرافی را به ترتیب با ۱۸/۰۹ درصد و ۰/۱ درصد دارای حداکثر و حداقل کسورات گزارش کرده است (۱۶). در مطالعه‌ی محمدی و همکاران در بخش بستری در هر دو بیمه، بیش‌ترین درصد کسورات مربوط به هزینه‌ی بیهوشی و کم‌ترین درصد کسورات مربوط به هزینه‌ی صورت‌حساب‌های بستری مشمول تعرفه‌ی گلوبال بود (۱۱). عسکری و همکاران بیش‌ترین میزان کسورات را مربوط به حق‌العمل جراح و کم‌ترین میزان مربوط به حق‌العمل کمک جراح بود (۹). بنابراین در بخش بستری به نظر می‌رسد که هزینه‌های مربوط به جراحی و بیهوشی از مواردی باشند که بیش‌تر مشمول کسورات می‌گردند. دلیل این امر می‌تواند ناشی از اشتباهات معمول و متعدد در محاسبه‌ی هزینه‌های مربوط به جراحی باشد.

نکته‌ی مهم دیگری که حایز اهمیت به نظر می‌رسد، یک ناهمگونی و توزیع نامساوی در بین صندوق‌های بیمه‌ای مختلف در خود بیمارستان یا در بین بیمارستان‌ها به چشم می‌خورد. نتایج پژوهش نشان داد که مثلاً در بیمارستان ابوذر کسورات صورت‌حساب‌های بستری در بیمه‌ی تأمین اجتماعی (۵/۱ درصد) بیش از ۳ برابر کسورات بیمه‌ی خدمات درمانی (۱/۶ درصد) می‌باشد یا در بیمارستان شفا که یک بیمارستان تک‌تخصصی می‌باشد، کسورات صورت‌حساب‌های بستری در بیمه‌ی خدمات درمانی (۴/۷ درصد) بیش از ۱۵ برابر کسورات بیمه‌ی تأمین اجتماعی (۰/۳ درصد) می‌باشد. بنابراین این تفاوت شاید به دلیل تفاوت در قوانین و آیین‌نامه‌های هر بیمه باشد. بنابراین پیشنهاد می‌شود در این زمینه با توجه به قوانین و آیین‌نامه‌های هر بیمه و آموزش‌های لازم دقت کافی صورت پذیرد تا کسورات این بیمه نیز به حداقل ممکن برسد. اما در پژوهش کریمی و همکاران در بیمارستان سیدالشهدا (ع) کسورات بیمه‌ی تأمین اجتماعی از خدمات درمانی بیش‌تر بود (۱۷). مطالعه‌ی محمدی و همکاران هم نشان داد که کسورات بیمه‌ی تأمین اجتماعی از خدمات درمانی بیش‌تر است (۱۱). در مطالعه‌ی صفدری و همکاران در بیمارستان

متأسفانه مطالعات مختلف نشان‌دهنده‌ی ضعف در مستندسازی مدارک پزشکی در ایران است (۲۹-۲۶). Hightower آموزش تیم درمانی به منظور بهبود مستندسازی مدارک پزشکی را یکی از راه‌های کاهش کسورات می‌داند (۳۰). بنابراین با بهبود مستندسازی مدارک پزشکی بیماران می‌توان تا حدودی از نقص پرونده‌ها و در نتیجه کسورات جلوگیری نمود.

نتیجه‌گیری

نتایج نشان داد که اگر چه درصد کمی از صورت‌حساب‌های ارسالی مشمول کسورات می‌گردد، ولی همین مقدار کم کسورات نیز بار مالی قابل توجهی را به بیمارستان‌ها تحمیل می‌کند. بنابراین با توجه به نتایج به‌دست آمده ضروری است که دانشگاه جهت کم کردن میزان کسورات سیاستی مناسب اتخاذ کند. بررسی دلایل عمده کسورات در این مطالعه و مقایسه با سایر مطالعات داخلی انجام شده، نشان می‌دهد که بسیاری از این دلایل در ارتباط با عملکرد عوامل انسانی بوده و قابل پیشگیری هستند. برای نمونه کسوراتی که به دلایلی نظیر ثبت ناقص مستندات و اشتباه در مستندسازی، اشتباه در محاسبه هزینه‌ها و غیره هستند را می‌توان با آموزش کادر درمانی و استفاده از نیروی تخصصی و کارآمد در واحد ترخیص حل کرد. اما حل اساسی، مشکلاتی نظیر اطمینان از صحت محاسبه هزینه خدمات توسط بیمارستان، نیاز به اقدامات اساسی برای اصلاح نظام بازپرداخت خدمات در ایران دارد. یکی از این اقدامات، پیاده سازی گروه‌های تشخیصی مرتبط (Diagnostic related groups یا DRG) برای تسهیل در محاسبه و بازپرداخت خدمات است. امروزه در بیش تر کشورهای پیشرفته نظیر آمریکا، استرالیا، کانادا، آلمان برای بازپرداخت خدمات از گروه‌های تشخیصی مرتبط استفاده می‌شود (۳۱). نظام گروه‌های تشخیصی مرتبط، یک روش پرداخت آینده‌نگر برای خدمات بیمارستانی است و به‌عنوان یکی از کارآمدترین نظام‌های بازپرداخت برای هزینه خدمات محسوب می‌شود (۳۲). استفاده از گروه‌های تشخیصی مرتبط

در مطالعه‌ی کرمی و همکاران درخواست قیمت اضافه برای خدمات، درخواست بیش از اندازه‌ی دارو، درخواست بیش از اندازه‌ی مشاوره، درخواست اضافه K برای جراحی، درخواست زمان بیش از اندازه‌ی بیهوشی، درخواست اضافه K بیهوشی، درخواست کدهای تعدیلی اضافه بیهوشی، اضافه زدن درصد کدهای جراحی مشترک یک ناحیه بیش‌ترین علل کسورات اعمال شده توسط سازمان تأمین اجتماعی را تشکیل می‌دادند (۷). فاتحی نیز کدگذاری غلط اعمال جراحی، رعایت نکردن مقررات عمومی تعرفه، اشتباه در محاسبه، نقص مدارک پرونده، اضافه قیمت و تفاوت تعرفه‌ی عادی و گلوبال را به‌عنوان دلایل عمده‌ی کسورات ذکر کرده است (۲۳). در پژوهش عباسی و همکاران به ترتیب خط‌خوردگی اوراق و مخدوش بودن نسخ پزشکی (۶۶/۶۷ درصد)، ناقص بودن و یا فاقد امضا بودن اسناد ارسالی از سوی بیمارستان (۵۵/۵۵ درصد)، اشتباه در کدگذاری بعضی از خدمات تشخیصی و درمانی از سوی بیمارستان (۵ درصد) از علل مهم کسورات در صورت‌حساب‌های ارسالی بودند (۲۴). برخی از مطالعات علل برخی از کسورات را به دلیل مشکلات در مستندسازی مدارک پزشکی می‌دانند. برای نمونه توکلی و همکاران در مطالعه‌ی خود نشان دادند که ثبت ناقص مستندات پرونده‌ها توسط اعضای تیم درمان از مهم‌ترین دلایل کسورات است (۴). کرمی نیز نقص در مستندسازی را یکی از علل کسورات پرونده‌های بستری می‌داند. نقص‌هایی مثل نداشتن دستور پزشک، نداشتن دستور مشاوره از سوی پزشک، نبود گزارش آزمایشگاه در پرونده‌ی بیمار، نبود مهر و امضای جراح، نقص در گزارش عمل و ... از جمله مشکلات مستندسازی پرونده‌های بیماران می‌باشند که منجر به کسورات می‌گردند (۲۵). در مطالعه‌ی صفدری و همکاران در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران، بخش عمده‌ای از کسورات ناشی از نقص در مستندسازی اطلاعات مدارک پزشکی بیمار بود (۱۸).

همان‌طور که ذکر شد برخی از علل کسورات در ایران به دلیل مشکلات در مستندسازی مدارک پزشکی است. علی‌رغم اهمیت مستندسازی صحیح فرم‌های مدارک پزشکی بیمار،

اشاره به مدرک تحصیلی، سطح تحصیلات و غیره برای واحد حسابرسی و ترخیص دارد، به درستی تعریف نشده است. بنابراین این مشکل باعث شده است که در بیمارستان‌های کشور بر خلاف سایر واحدها که از نیروی تخصصی استفاده می‌کنند، در واحد حسابرسی و ترخیص از طیف وسیعی از افراد با تخصص‌ها، سابقه کار و سطح تحصیلات مختلف استفاده شود. حتی ممکن است که بسیاری از این افراد دارای تحصیلات غیر مرتبط با بهداشت درمان باشند. استفاده از نیروی غیر تخصصی در واحد حسابرسی و ترخیص سبب ایجاد مشکلاتی نظیر ناکارآمدی واحد، افزایش میزان کسورات، طولانی بودن فرایند آموزش و آشنایی در بدو خدمت و مشکل در ارتباط با کادر درمانی می‌گردد. نیروی انسانی کارآمد در واحد ترخیص باید تسلط کافی بر اصطلاحات پزشکی داشته باشد، با قوانین بیمه‌ها، روش‌های بازپرداخت خدمات در ایران و با کدگذاری و ساختار کتاب تعرفه‌های کالیفرنیا آشنا باشد، فرم‌های پرونده بیمار را بشناسد، قوانین مستندسازی اطلاعات پزشکی را بدانند و در آخر آشنایی خوبی با نرم‌افزار سیستم اطلاعات بیمارستانی (Hospital information system) داشته باشد. در بین فارغ‌التحصیلان رشته‌های مختلف بهداشت و درمان، تنها فارغ‌التحصیلان رشته‌های مدارک پزشکی و فن‌آوری اطلاعات سلامت، تمامی توانمندی‌های ذکر شده را دارند. بنابراین فارغ‌التحصیلان رشته‌های مدارک پزشکی و فن‌آوری اطلاعات سلامت از موقعیت ایده‌آلی برای کار در واحد ترخیص برخوردارند. بنابراین پیشنهاد می‌گردد که مسؤولان و برنامه‌ریزان دانشگاه تدابیری اتخاذ نمایند که از دانش‌آموختگان این دو رشته در واحد ترخیص استفاده گردد.

- یکی دیگر از دلایل عمده‌ی کسورات در بیمارستان‌ها عدم آشنایی کافی کارکنان درمانی مثل پزشکان، پرستاران، ماماها و ... با قوانین و مقررات بیمه‌ها است. به‌خصوص در بیمارستان‌های آموزشی به دلیل حضور دانشجویان و مشارکت آن‌ها در درمان بیمار این مسأله حادث‌تر است. فقدان دقت در مستندسازی درمان، تجویز دارو بدون توجه به تعهدات بیمه و

علاوه بر تسهیل در محاسبه و بازپرداخت خدمات، مزایایی نظیر کاهش هزینه‌های خدمات غیر ضروری و بهبود کیفیت مراقبت را دارد (۳۳).

بنابراین با توجه به اهمیت موضوع کسورات برای بیمارستان‌های کشور و نتایج حاصل از پژوهش پیشنهاداتی برای کمک به بیمارستان‌ها در کاهش میزان کسورات ارائه می‌گردد.

پیشنهادهای

- با توجه به اهمیت مستندسازی صحیح مدارک پزشکی در کاهش کسورات، پیشنهاد می‌گردد برای آموزش مستندسازی صحیح دوره‌های آموزشی برای کادر درمانی برگزار گردد. هم‌چنین به‌منظور تأکید بر مستندسازی صحیح، بیمارستان‌ها می‌توانند از عوامل تشویقی و تنبیهی استفاده کنند. الکترونیکی نمودن ثبت اطلاعات بهداشتی و درمانی نیز راهکار دیگری برای کمک به مستندسازی است.

- یکی از مشکلات عمده موجود در واحد حسابرسی و ترخیص در بیمارستان‌های مورد مطالعه جابه‌جایی نیروی انسانی بود. در تعدادی بیمارستان‌های آموزشی از نیروهای طرحی و قراردادی در واحد حسابرسی و ترخیص استفاده می‌شود. به‌خصوص در مورد نیروهای طرحی در موارد زیادی مشاهده شده است، این نیروها پس از کسب تجربه و آشنایی با صورت‌حساب‌های بیمارستانی، به دلیل اتمام طرح، استخدام، انصراف از طرح و یا دلایل دیگر بیمارستان را ترک می‌کنند یا در مواردی این نیروها از واحد ترخیص به قسمت‌های دیگر بیمارستان منتقل می‌شوند و واحد ترخیص مجبور به به‌کارگیری نیروهای جدید می‌گردد. با توجه به حساسیت بالای رسیدگی به صورت‌حساب‌ها و اهمیت آن برای ادامه‌ی فعالیت بیمارستان، این جابه‌جایی نیروها باعث افزایش کسورات، کندی در رسیدگی به صورت‌حساب، افزایش هزینه‌ی نیروی انسانی می‌گردد.

- مشکل بعدی مربوط به شرایط استخدام نیرو در واحد حسابرسی و ترخیص در بیمارستان‌های کشور است. در چارت نیروی انسانی تشکیلات بیمارستان، شرایط احراز شغل که

حجم آن‌ها احتمال وجود اختلاف در ارزیابی هزینه‌ها و اختلاف نظر بین سازمان‌های بیمه‌ای و مراکز درمانی ارائه‌کننده‌ی خدمات افزایش یافته و در نتیجه تأخیر در پرداخت صورت‌حساب‌ها و بروز کسورات، زیاد است. بنابراین پیشنهاد می‌شود که تدابیری اتخاذ شود که کادر بیمارستان صورت‌حساب‌ها را طبق مقررات بیمه تکمیل کنند تا هم از جنبه‌ی حداقل کسورات و هم از جنبه بازپرداخت سریع‌تر اقدام شود.

۶- ایجاد یک نظام گروه‌های تشخیصی مرتبط (DRG) ملی از طرف وزارت بهداشت، می‌تواند تأثیر مثبت زیادی در نظام پرداخت هزینه خدمات در ایران داشته باشد. در سال‌های اخیر مطالعاتی هم برای ایجاد DRG ملی صورت گرفته است. استفاده از یافته‌های این مطالعات می‌تواند به وزارت بهداشت در ایجاد و پیاده‌سازی نظام DRG کمک کند.

تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله نویسندگان مقاله مراتب سپاس خود را از کارشناسان سازمان‌های بیمه‌ی خدمات درمانی و تأمین اجتماعی استان خوزستان، به‌ویژه سرکار خانم سارا امینی کارشناس بیمه خدمات درمانی استان خوزستان اعلام می‌دارند.

دستورات آزمایشات پاراکلینیکی غیر مرتبط از جمله مشکلاتی هستند که در بیمارستان‌های آموزشی منجر به ایجاد کسورات می‌شود. هر چند بسیاری از این موارد در واحد ترخیص و قبل از تنظیم صورت‌حساب بیمه اصلاح می‌گردد اما این موضوع باعث تحمیل کار اضافی، افزایش زمان رسیدگی به صورت‌حساب‌ها و در نتیجه تأخیر در دریافت مطالبات بیمارستان می‌گردد. بنابراین پیشنهاد می‌گردد تدابیری اتخاذ شود که هر نیروی درمانی جدید که در بیمارستان مشغول به کار می‌گردد در بدو ورود با مسایل مربوط به هزینه‌های درمانی بیماران آن بیمارستان آشنا گردد. این مورد شامل دانشجویان، نیروهای طرحی و افراد تازه استخدام شده می‌گردد. می‌توان نکات مهم در ارتباط با کسورات را از طریق بروشور، اطلاعیه در برد، برگزاری کارگاه‌های آموزشی و غیره به اطلاع این افراد رساند.

۵- بررسی عوامل تشکیل دهنده‌ی هزینه‌ی بیماران (حق‌العمل، بیهوشی، دارو، آزمایش و ...) توسط سازمان‌های بیمه به منظور بازپرداخت هزینه آن‌ها به مراکز ارائه‌کننده‌ی خدمات درمانی، مستلزم صرف وقت بسیار، به‌کارگیری نیروی انسانی فراوان، بررسی حجم انبوهی از اسناد و مدارک مربوطه، تهیه فتوکپی از مدارک است که به علت زیاد بودن

References

1. Ghyasvand H, Hadian M, Maleki MR. Relationship between Health Insurance and Catastrophic Medical Payment in Hospitals Affiliated to Iran University of Medical Science; 2009. Economic Researches 2011; 46(94): 207-24. [In Persian]
2. Karimi I, Nasiripour A, Maleki M, Mokhtare H. Assessing financing methods and payment system for health service providers in selected countries: designing a model for Iran. JHA 2006; 8(22): 15-24. [In Persian]
3. Tavakoli N, Saghaeyannejad S, Rezayatmand MR, Moshaveri F, Ghaderi I. Documentation and Deductions Applied by medical services insurance Company on Patients' Bills at Teaching Hospitals Affiliated to Isfahan University of Medical Sciences. Health Inf Manage 2007; 3(2); 53-61.
4. Tavakoli G, Mahdavi S, Shokrolahzadeh M. The Comparative Survey on Deductions Applied by medical services insurance Company on Patients' Bills at teaching hospital of Kerman in the first quarter of 2001. Proceedings of the First National Conference on Resource Management in Hospital. Tehran, Institute of Printing and Publication of Imam Hossein University; 2002. [In Persian]
5. Ajourlo GR. Complete Set of Rules and Regulations of Health, Treatment and Education. Tehran: Hayan publications; 1997. [In Persian]
6. Health Economics Committee, Tabriz University of Medical Sciences. Deductions Committee Report [Annual report]. Tabriz: Vice-Chancellor for Treatment, Tabriz University of Medical Sciences; 2009. [In Persian]
7. Karami M, Safdari R, Moini M. Impact of hospital deductions imposed by the Social Security Insurance on patients teaching hospital of Kashan. Journal of Urmia Nursing and Midwifery Faculty 2010; 8(4): 220-8. [In Persian]

8. Mohammadi A, Azizi AA, Cheraghbaigi R, Mohammadi R, Zarei J, Valinejadi A. Analyzing the Deductions Applied by the Medical Services and Social Security Organization toward Receivable Bills by University Hospitals of Khorramabad, Iran. *Health Inf Manage* 2013; 10(2): 172-80. [In Persian].
9. Askari R, Dehghan H, Bahrani M, Keshmiri F. A survey in causes and rates of under reimbursement bills imposed on admitted patient's under social security insurance in medical teaching hospitals in Yazd province in 2008. *jhosp* 2011; 9(3-4): 23-8. [In Persian]
10. Rezapoor A, Asefzadeh S. Estimating cost-function at hospitals of Qazvin University of Medical Sciences (2001-2005). *JQUMS* 2008; 11(4): 77-82. [In Persian]
11. Mohammadi A, Cheraghbaigi R, Azizi AA, Zarei J. A Survey on deduction rate applied by Medical Services and Social Security insurances organizations in respect to accounts receivable of Khoram Abbad teaching hospitals: 2010 [Research Project]. Khoramabad: Khoramabad University of medical sciences; 2011. [In Persian]
12. Safdari R, Karami M, Moini M. Causes of Deductions Made by the Social Security Insurance in Hospitals Affiliated to Kashan University of Medical Sciences, Iran. *Health Inf Manage* 2012; 9(1):140-4. [In Persian]
13. Wager KA, Wickham Lee F, Glaser JP. *Managing Health Care Information System: A practical approach for health care executives*. San Francisco: Jossey-Bass; 2005.
14. Gee J, Saccoccio L. Prevention not cure in tackling health-care fraud. *Bull World Health Organ* 2011; 89(12): 858-9.
15. Khalesi N , Gohari MR , Vatankhah S , Abbasimani Z. The Effect of Employee Training on the Amount of Insurance Fractions at Firoozgar Teaching Hospital: 2008-2009. *Journal of Health Administration* 2011; 14(43):19-26. [In Persian]
16. Dehnavieh R, Hajizadeh M, Najafi B. A survey on the causes and rate of insurance deduction bills with Iranian medical services insurance organization on inpatients' bills in Hasheminejhad and Firoozgar hospitals. *Special Scientific Journals health services universal insurance* 2004; 25(8): 42-57. [In Persian]
17. Karimi S, Vesal S, Saeedfar S, Rezayatmand M. The Study Deductions of Insurance Bills and Presenting Suggestions Approaches in Seyed Alshohada Hospital. *Health Inf Manage* 2010. 7(Suppl): 594-600. [In Persian]
18. Safdari R, Sharifian R, Ghazisaeedi M, Masoori N, Azadmanjir ZS. The Amount and Causes Deductions of Bills in Tehran University of Medical Sciences Hospitals. *Payavard-e-Salamat* 2011; 5(2): 61-70. [In Persian].
19. Krushat WM, Bhatia AJ. Estimating payment error for Medicare acute care inpatient services. *Health Care Financ Rev* 2005; 26(4): 39-49.
20. Dafny L, Dranove D. Regulatory Exploitation and Management Changes: Upcoding in the Hospital Industry. *Journal of Law and Economics* 2009; 52(2): 233-50.
21. Steinbusch PJ, Oostenbrink JB, Zuurbier JJ, Schaepkens FJ. The risk of upcoding in casemix systems: a comparative study. *Health Policy* 2007; 81(2-3): 289-99.
22. Vittadini G, Berta P, Martini G, Callea G. Effect of a law limiting upcoding on hospitals' admissions: Evidence from Italy. *Empirical Economics* 2012; 42(2): 563-82.
23. Fatehi Peykani AA. The Survey on Causes and Rates of Deductions Applied by Social security Insurance on Patients' Bills at Hospitals of Firozabadi and Sina hospital [MSc Thesis in Persian]. Tehran, Iran: School of Management and Medical Information, Iran University of medical sciences; 2000.
24. Abasi S. Social security Insurance from the Perspective of Managers and Directors Public and Private General Hospitals in Isfahan.[MSc thesis in Persian]. Tehran, Iran: Science and Research Branch Islamic Azad University; 1997.
25. Karami M. The role of documentation in hospital deduction. *ZJRMS* 2011; 12(5):95. [In Persian]
26. Masouri F. A survey of the nursing practice to document medical records in three selected hospitals of Tehran University of Medical Sciences. [MSc thesis in Persian]. Tehran, Iran: Iran University of Medical Sciences; 2002.
27. Farzadipour M, Asefzadeh S. Surveying the principle of diagnosis recording in patients' medical records of Kashan hospitals in 2002. *KAUMS Journal (FEYZ)* 2004; 8(3): 36-44. [In Persian]
28. Shoghli A. A survey of the quality of documentation by nursing students in shafieeh educational hospitals in Zanjan. [Research Project]. Zanjan: Zanjan University of Medical Sciences; 2004. [In Persian]
29. Mashoufi M, Amani F, Rostami K, Mardi A. Evaluation of information recording in hospitals of Ardabil University of Medical Sciences. *Journal of Ardabil University of Medical Sciences* 2007; 3(11): 43-9. [In Persian]
30. Hightower RE. Prevention of hospital payment errors and implications for case management: a study of nine hospitals with a high proportion of short-term admissions over time. *Prof Case Manag* 2008; 13(5): 264-74.

31. Safdary R, Tofighi Sh, Ghazisaeedi M, Goodini A. A Comparative Study on the Necessity of Using Diagnostic Related Groups for as a Tool to Facilitate the Repayment of Health Units in Selected Countries. *Health Inf Manage* 2011; 8(2): 244-50.
32. Langenbrunner J, Cashin C, O'Dougherty S. Designing and implementing health care provider payment systems: how-to manuals. Washington, DC: World Bank Publications; 2009.
33. Abdelhak M, Jacobs E, Grostick S, Hanken MA. Health information management of a strategic resource. 4th ed. Philadelphia: W.B. Saunders Company; 2011.

The Survey of Deductions Applied by Medical Services and Social Security Insurances on Patient Bills at Teaching Hospitals Affiliated to Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences*

Javad Zarei¹; Amir Abbas Azizi²; Elham Seyavashi³; Khosro Keshavarz⁴

Original Article

Abstract

Introduction: Every year, the considerable amounts of hospital income are deducted by the insurance organizations as deductions. The aim of this study was to survey the deductions applied by medical services and social security insurances organizations on bills of teaching hospitals affiliated to Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences.

Methods: This is cross-sectional study which was conducted in 2009-2010. All of the bills sent by five teaching hospitals affiliated to Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, to medical services and social security insurance organizations in years 2008-2009 were studied. Instrument for data gathering was checklists designed according to the bills sent to insurance organization. The Checklist validity was confirmed by expert's opinions. Data analyzed by using descriptive statistics in SPSS software.

Results: The total deduction for outpatient and inpatient bills applied by Medical Services Insurance organization was 6.62 %. The total deduction for outpatient and inpatient bills applied by Social Security Insurance was 4.9%. In comparison, the deductions of inpatient hospital bills were more than outpatient hospital bills (6.99% to 3.36%).

Conclusion: Results showed that although small percentage of accounts involves deductions but the low amount of this deduction had significant financial imposes to hospitals. Thus, planning to reduce deductions is recommended by the Universities of Medical Sciences.

Keywords: Insurance; Social Security; Health Services; Hospitals

Received: 17 Jan, 2013

Accepted: 3 Sep, 2013

Citation: Zarei J, Azizi AA, Seyavashi E, Keshavarz K. **The Survey of Deductions Applied by Medical Services and Social Security Insurances on Patient Bills at Teaching Hospitals Affiliated to Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences.** Health Inf Manage 2014; 11(1): 37.

* This article is derived from research project (No. U-88210) in research Chancellery of Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran.

1- PhD Student, Health Information Management, Management and Health Information Technology Department, Paramedical School, Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran

2- PhD Student, Medical Informatics, Management and Health Information Technology Department, Paramedical School, Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran

3- PhD student, Health Economics, Health Faculty, Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran

4- PhD Student, Pharmacoeconomics and Pharmaceutical Administration, Health Faculty, Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran (Corresponding Author) Email: khkeshavarz2007@gmail.com