



تحلیل چالش‌های بیمه‌ای و تبیین راهکارهای کاهش آن در مدیریت درآمد بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل: یک مطالعه کیفی

پریا خلوصی^۱، حمید قاسمی برقی^۲، ثریا رضایی^۳، ناصر سپهرزاده^۴، رویا نعیمی^{۵*}

۱. دانشجوی کارشناسی فناوری اطلاعات سلامت، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، اردبیل، ایران
۲. کارشناس ارشد بیمه سلامت، اداره کل بیمه سلامت استان اردبیل، اردبیل، ایران
۳. استادیار، گروه مدیریت اطلاعات سلامت، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران
۴. کارشناس ارشد اسناد پزشکی، گروه مدیریت اطلاعات سلامت، بیمارستان بوعلی، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، اردبیل، ایران
۵. استادیار، گروه مدیریت اطلاعات سلامت، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، اردبیل، ایران

چکیده

نوع مقاله: پژوهشی اصیل

مقدمه: مدیریت مالی بیمارستان با توجه به محدودیت منابع و لزوم ارائه خدمات برای آحاد جامعه بسیار حائز اهمیت است، کسورات مالی بیمه‌ای موضوعی است که مدیریت مالی بیمارستان را با چالش مواجه می‌سازد. مطالعه حاضر با هدف شناسایی علل کسورات بیمه‌ای بیمارستان‌های آموزشی اردبیل و تبیین راهکارهای کنترل و کاهش آن، انجام شده است.

روش: مطالعه حاضر یک مطالعه کیفی از نوع تحلیل محتوا می‌باشد. جامعه آماری شامل ۲۳ نفر از کارشناسان بخش اسناد پزشکی و درآمد بیمارستان، ناظران بیمه‌های پایه و مسئولین واحد اقتصاد معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی اردبیل بودند. نمونه‌گیری پژوهش به روش گلوله برفی انجام شد. ابزار گردآوری داده‌ها، مصاحبه نیمه‌ساختاریافته بود. برای کدگذاری و ایجاد ارتباط مفهومی بین پاسخ‌های ارائه‌شده از نرم‌افزار MAXQDA و برای تحلیل محتوایی و عمیق‌تر موضوعات از روش گراند تئوری استفاده شد.

یافته‌ها: پس از طی مراحل کدبندی مفاهیم حاصل از ایجاد ارتباط با پاسخ‌های مصاحبه‌شوندگان با استفاده از نرم‌افزار مربوطه، علل کسورات در دو طبقه اصلی و ۱۱ زیر طبقه و ۷۲ گویه، شناسایی و طبقه‌بندی شد. دو طبقه اصلی شامل داخل سازمانی و فراسازمانی است. عدم ثبت یا ثبت اشتباه اطلاعات توسط پزشکان و کادر درمان، عدم رعایت اندیکاسیون علمی، ثبت ناقص یا اضافی در سیستم HIS، کمبود نیروی انسانی، کمبود تجهیزات، ضعف شرکت‌های پشتیبان HIS، مشکلات سامانه دارویار، پیچیدگی ضوابط وزارت بهداشت و غذا و دارو، فاصله زمانی اجرای دستورالعمل‌ها، چالش با سازمان‌های بیمه، انگیزه پایین کارکنان زیرطبقه‌های علل کسورات می‌باشند.

نتیجه‌گیری: چرخه درآمد کارآمد معمولاً به شیوه‌ای یکپارچه به تمام اجزای چرخه درآمد از جمله نیروی کار، فناوری و سازمان‌های مرتبط با فرآیند نگاه می‌کند. چرخه درآمد موفق به فناوری، فرآیندهای مدیریتی، قابلیت‌ها و انگیزه‌های کارکنان و فرهنگ سازمانی وابسته است تا به ثبات و پایداری مالی، افزایش جریان نقدی، افزایش کارایی و دقت در ارائه خدمات به بیماران بیانجامد.

کلیدواژه‌ها: کسورات بیمارستان، مدیریت درآمد، چالش، تحلیل محتوا

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۹/۱۳

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۳/۰۴

*نویسنده مسئول: رویا نعیمی،
استادیار، گروه مدیریت اطلاعات
سلامت، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه
علوم پزشکی اردبیل، اردبیل، ایران

تلفن: ۰۹۱۴۱۵۵۷۲۳۷

پست الکترونیک:
naemiroya@gmail.com



مقدمه

بیمارستان‌ها به عنوان مراکز ارائه‌کننده مراقبت‌های بهداشتی و درمانی، بخش عمده‌ای از منابع و اعتبارات وزارت بهداشت و درمان کشور را به خود اختصاص می‌دهند (۱). در بسیاری از کشورها از جمله ایران، به دلیل محدودیت منابع استفاده مطلوب از امکانات و حداکثر بهره‌وری در حوزه سلامت ضروری به نظر می‌رسد (۲). اغلب بیمارستان‌های ایران مالکیت دولتی دارند و تامین منابع مالی آن‌ها از دولت، سازمان‌های بیمه‌گر و پرداخت مستقیم توسط مراجعه‌کنندگان صورت می‌گیرد (۳). در شرایطی که هزینه‌های عملیاتی افزایش یافته و نرخ بازپرداخت کاهش پیدا کرده، بسیاری از مدیران و رهبران بیمارستان‌ها نگران‌اند که نتوانند به اهداف مالی خود دست‌یابند.

بیمارستان‌ها و مراکز بهداشتی با شکاف وسیعی بین هزینه‌های عملیاتی، درآمدهای مورد نیاز برای پوشش هزینه‌های جاری و همچنین تأمین مالی پروژه‌ها مواجه‌اند. برای حل مشکلات مالی داخلی، برخی بیمارستان‌ها به دلیل در دسترس بودن و دستیابی به نتایج سریع‌تر به کاهش هزینه‌ها تمرکز نموده‌اند. با این حال، این روش بهترین راهکار نیست؛ زیرا کاهش هزینه‌ها ممکن است بر کیفیت مراقبت از بیماران، رضایت بیماران و پروژه‌های سرمایه‌ای کوتاه‌مدت و بلندمدت تأثیر منفی بگذارد. بنابراین، پیدا کردن راه‌هایی برای بهینه‌سازی فرآیندها و کاهش هزینه‌ها به شیوه‌ای مؤثر ضروری است (۴).

اصلی‌ترین منبع مالی بیمارستان‌ها، بخصوص بیمارستان‌های دانشگاهی و دولتی، ارائه و فروش خدمات به بیمه‌شدگان تحت پوشش سازمان‌های بیمه‌گر شامل بیمه تأمین اجتماعی، بیمه سلامت ایران و بیمه نیروهای مسلح است (۱، ۵). فرآیند تبدیل خدمت انجام یافته در بیمارستان به درآمد مالی شامل مراحل انجام خدمت، ثبت خدمت، ارسال مستندات به سازمان بیمه‌گر، فرآیند نظارت و رسیدگی در سازمان بیمه و در نهایت وصول درآمد است. سازمان‌های بیمه‌گر در نقش خریدار خدمت نظام سلامت، از طریق کارشناسان بیمه مستقر در هر بیمارستان و بررسی

پرونده‌های پزشکی، بیمارستان‌ها را به تبعیت از دستورالعمل‌های بیمه ملزم می‌سازند تا میزان بازپرداخت هزینه‌ها از طرف سازمان بیمه را تعیین کنند (۵). سازمان‌های بیمه معمولاً هر ماه پس از رسیدگی به اسناد مالی ارسالی بیمارستان‌ها، مبالغی را تحت عنوان کسورات، در نتیجه بی‌توجهی به دستورالعمل‌های ابلاغی رسیدگی به اسناد، از جمع مبالغ درخواستی (مطالبات بیمه‌ای بیمارستان) کسر نموده و بازپرداخت انجام نمی‌دهند (۶-۸). کسورات بیمه‌ای با هدر دادن منابع بیمارستانی و ایجاد آشفتگی مالی و فشارهای ناشی از آن، پرداخت دیر هنگام حقوق ارائه‌دهندگان خدمات و کاهش انگیزه ارائه‌دهندگان خدمت را به دنبال دارد (۵، ۹، ۱۰).

از سوی دیگر، کاهش کسورات بیمارستانی پیامدهایی نظیر افزایش اعتماد بین مراکز درمانی و سازمان بیمه‌گر، افزایش درآمد بیمارستان، پرداخت به موقع حقوق پزشکان و کارکنان، افزایش دلگرمی و انگیزه پزشکان در ارائه خدمت به بیمه‌شدگان، تامین تجهیزات و امکانات مورد نیاز برای بیمه‌شده و در نهایت افزایش احساس رضایتمندی بیماران را به همراه خواهد داشت (۱۱). از این‌رو، کنترل و کاهش کسورات یک رویکرد عقلانی و ضروری به نظر می‌رسد. با این حال، چرخه درآمد موفق یک فرآیند پیچیده و چند وجهی است و حفظ یکپارچگی و هماهنگی کامل در کلیه مراحل برای بهینه‌سازی درآمد، سودآوری و رشد یک بیمارستان ضرورت دارد.

بررسی مستندات علمی موجود، حاکی از آن است که تاکنون در خصوص مدیریت درآمد و تحلیل علل کسورات در بیمارستان‌های آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی استان اردبیل مطالعه‌ای انجام نشده است. اما در سطح کشور مطالعات متعددی در این خصوص انجام یافته و موضوع کسورات از دیدگاه‌های مختلف (کمی و کیفی) مورد بحث و بررسی واقع شده است. وجه تمایز این مطالعه با مطالعات قبلی (۱۱-۱۴) در این است که این مطالعه به بررسی عوامل تأثیرگذار در ایجاد کسورات بعد از استقرار نظام تبادل الکترونیک اسناد بستری در بیمارستان‌ها پرداخته است تا



اطلاعات به‌صورت جامع و ساختاریافته در اختیار سیاستگذاران و مدیران نظام سلامت برای اتخاذ تصمیمات مبتنی بر شواهد در زمینه مدیریت درآمد و کاهش کسورات بیمارستانی قرار گیرد. از این رو، هدف از انجام مطالعه حاضر تحلیل موضوعی و محتوایی علل و ارائه راهکارهای کاهش کسورات بیمه‌ای در بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل بود.

روش

این مطالعه از نوع تحلیلی موضوعی و محتوایی می‌باشد که در مقطع زمانی بهمن ماه سال ۱۴۰۲ تا خرداد ماه سال ۱۴۰۳ انجام شد. ابزار و روش گردآوری داده‌ها مصاحبه نیمه‌ساختار یافته می‌باشد.

رویکرد پژوهشگران در این مطالعه بر پایه تبیین مفاهیم کیفی و علت‌یابی بود لذا، به منظور تحلیل کیفی و عمیق‌تر اطلاعات به‌دست آمده و بررسی، توصیف، تبیین و تفسیر علل کسورات بیمه‌ای بیمارستان‌ها و راهکارهای کاهش آن از روش گراند تئوری^۱ استفاده شد. نمونه‌گیری پژوهش از افراد کلیدی و به روش گلوله برفی انجام شد. در این مطالعه ۲۳ نفر از کارشناسان صاحب نظر و کلیدی در زمینه نظارت بر فرآیند رسیدگی فنی اسناد بیمارستانی انتخاب گردید. این افراد عمدتاً کارشناسان بخش اسناد پزشکی و درآمد بیمارستان، کارشناسان ناظر بیمه‌های پایه و مسئولین واحد اقتصاد معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی اردبیل بودند. رضایت و علاقه‌مندی به شرکت در پژوهش و داشتن حداقل پنج سال سابقه کار در موضوع مطالعه به عنوان معیار ورود به مطالعه و عدم تمایل به همکاری به عنوان معیار خروج در نظر گرفته شد. مصاحبه‌ها به صورت فردی و با سوالات باز و در صورت نیاز مصاحبه تکمیلی با شرکت‌کنندگان در پژوهش تا رسیدن به اشباع انجام شد. معیار رسیدن به اشباع داده‌ها عدم ارائه مفاهیم و کدهای جدید در مصاحبه با شرکت‌کنندگان بود. سوالات مصاحبه به صورت باز شامل موارد زیر بود:

- ۱- در بیمارستان کسورات مالی عمدتاً به دلیل چه مواردی است؟

- ۲- کدام گروه از پرسنل (از لحاظ عملکرد) و کدام فرآیندها (از لحاظ اجراء صحیح یا اشتباه) در ایجاد کسورات بیمه‌ای نقش دارند؟
- ۳- چه عوامل ارتباطی و یا خارج بیمارستانی در ایجاد کسورات برای مطالبات بیمارستان نقش دارند؟
- ۴- برای کنترل و کاهش کسورات چه راهکارها و پیشنهادات عملیاتی مطرح است؟

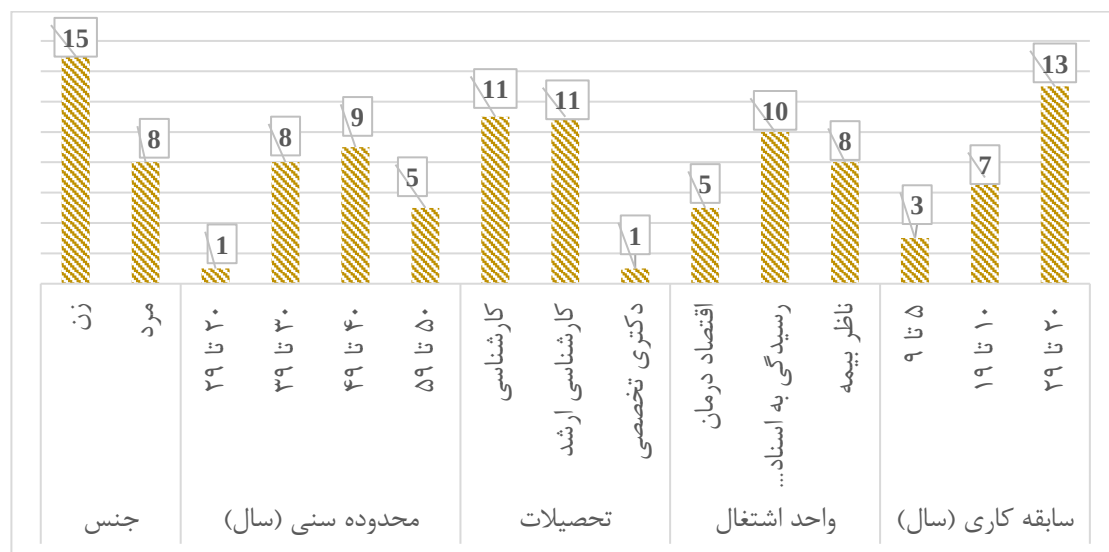
مصاحبه با تعیین وقت قبلی و ضبط صدای مصاحبه شونده‌ها در محیطی آرام در یکی اتاق‌های مرکز مورد نظر با حداکثر زمان ۴۵ دقیقه انجام شد و پس از آن متن مصاحبه تایپ شده و برای کدبندی و برقراری ارتباط منطقی بین محتوای مفهومی پاسخ‌های ارائه‌شده از نرم‌افزار MAXQDA ورژن ۲۰۲۲ استفاده شد.

برای اطمینان از پایایی کدها و طبقه‌های استخراج‌شده، از روش کسب توافق بین دو کدگذار از طریق برگزاری جلسات و بحث، بررسی و رفع موارد مورد اختلاف استفاده شد. برای کدگذاری دقیق داده‌ها مراجعه مکرر به آن‌ها و اصلاحات لازم در کدگذاری و در برخی موارد کدگذاری مجدد صورت گرفت. کدها، گروه‌بندی‌ها تا زمانی که توافق متقابل بین محققین حاصل گردد، تجدید نظر شد. سپس تحلیل مفهومی گویه‌ها در قالب جداول علل و راهکار کسورات ارائه شد.

یافته‌ها

از ۲۳ نفر شرکت‌کننده در مصاحبه ۱۵ نفر زن و هشت نفر مرد بودند. محدوده سنی اغلب مصاحبه‌شوندگان ۴۰-۴۹ سال بود. ۴۸ درصد مصاحبه‌شوندگان دارای مدرک کارشناسی ارشد بودند. بیشترین مصاحبه با ۴۳ درصد از کارشناسان واحد رسیدگی به اسناد پزشکی و درآمد صورت گرفته بود. افراد از نظر سابقه کاری ۲۹-۲۰ سال، آمار بیشترین سابقه کاری را داشتند (۵۷ درصد). مشخصات دموگرافیک مصاحبه‌شوندگان در شکل ۱ آورده شده است.

¹ Grounded theory



شکل ۱. مشخصات دموگرافیک مصاحبه شونده‌گان

همچنین پس از طی مراحل تحلیل و تفسیر یافته‌ها از کدهای تجمیع‌یافته حاصل از مفاهیم ارائه‌شده در پاسخ‌های مصاحبه شونده‌گان در خصوص راهکارهای پیشنهادی برای کنترل و کاهش کسورات در دو طبقه اصلی، ۳ زیر طبقه و ۱۶ پیشنهاد عملیاتی، تدوین یافت.

پس از طی مراحل کدبندی مفاهیم حاصل از ایجاد ارتباط با پاسخ‌های مصاحبه‌شونده‌گان با استفاده از نرم‌افزار مربوطه، علل کسورات در دو طبقه اصلی و ۱۱ زیر طبقه و ۷۲ گویه، شناسایی و طبقه‌بندی شد. سپس با تحلیل مفهومی گویه‌ها، علل کسورات و راهکارهای عملیاتی در جدول ۱ و ۲ ارائه شده است.

جدول ۱. طبقه بندی مفهومی از علل کسورات بیمارستانی

ردیف	طبقه کلی	زیرطبقه	تعداد گویه
۱	داخل	درخواست‌های اضافه و یا غیرواقعی	۱۷
		عدم ثبت برخی از الزامات در فرم‌های مختلف پرونده‌های بالینی توسط پزشکان	۱۰
		عدم رعایت اندیکاسیون‌های علمی در تجویز و یا ارائه خدمات از سوی پزشک	۵
		عدم ثبت، ثبت ناقص، ثبت اضافه و یا اشتباهی برخی از الزامات در سیستم اطلاعاتی بیمارستان	
۲	فراسازمانی	(HIS) و فرم‌های مختلف پرونده‌های بالینی توسط پرستاران، پرسنل اتاق عمل، داروخانه، تجهیزات پزشکی، منشی‌های بخش‌های بالینی، کارشناسان اسناد و درآمد	۲۰
		مشکلات مرتبط یا نیروی انسانی	۴
		کمبود امکانات و تجهیزات بیمارستانی	۱
		شرکت‌های پشتیبان سیستم اطلاعاتی بیمارستان و مشکلات مرتبط با آن	۲
۳	فراسازمانی	سامانه‌های مرتبط با طرح دارویار و مشکلات ناشی از پیچیدگی ثبت و گردش دارو و لوازم از سامانه‌های مرتبط	۶
		ضوابط وزارت بهداشت و درمان و معاونت غذا و دارو و فاصله زمانی بین اعلام ضوابط و دستورالعمل‌ها تا قرارگیری آن در سیستم اطلاعاتی بیمارستان و اجرا	۲
		سازمان‌های بیمه پایه	۳
		انگیزه پایین ارائه‌دهندگان خدمت	۲
۶	جمع کل		۷۲



جدول ۲. طبقات و پیشنهادات ارائه‌شده در خصوص کنترل و کاهش کسورات بیمارستان‌های دانشگاهی

ردیف	طبقه کلی	زیر طبقه	پیشنهادهای عملیاتی
۱	داخل سازمانی	آموزش پزشکان و سایر پرسنل	۱- برگزاری کارگاه‌های آشنایی با ضوابط و قوانین بیمه و وزارت بهداشت و درمان برای رزیدنت‌های سال ۱ و ۲ و یادآوری موارد کسورات ناشی از عملکرد رزیدنت‌ها
			۲- تهیه و ارائه بسته آموزشی در مورد شایعترین علل کسورات ناشی از اشتباهات (عمدی و یا سهوی) پزشکان منجر به اعمال کسورات برای هر کدام از گروه‌های تخصصی شاغل در بیمارستان (داخلی، جراحی، بیهوشی، متخصصین طب اورژانس و غیره)
			۳- تهیه و تدارک کارگاه‌های آموزشی برای منشی‌های بخش‌های بالینی، اتاق عمل، بیهوشی کارکنان پذیرش و تریکس و اسناد پزشکی جهت یادآوری موارد الزامی به پزشکان هر بخش در راستای ثبت دقیق و درج مستندات مورد نیاز در پرونده‌های بالینی، تجهیزات و داروهای مصرفی
			۴- الزام برای تایپ شرح عمل در پرونده‌ها
			۵- درج استاندارد و منطقی داروها و لوازم مصرفی در اتاق عمل و حین بیهوشی از طریق اخذ لیست‌های استاندارد دارو و لوازم در برخی از اعمال جراحی دارای شناسنامه استاندارد از وزارت بهداشت و درمان.
			۶- هماهنگی مدیریت و ریاست بیمارستان جهت دریافت اطلاع فوری خروج متخصصین از وضعیت تمام وقت بالینی از سوی معاونت محترم درمان دانشگاه و اصلاح سریع در سیستم
			۷- بازخورد مستقیم برخی کسورات شایع ناشی از عملکرد پزشکان به صورت فردی
			۸- الزام واحد درآمد کلیه بیمارستان‌ها برای استخراج گزارشات ماهانه از کسورات بیمارستان از سیستم رز و ارسال به دبیرخانه دائمی کارگروهی تحت عنوان کارگروه ارزیابی کسورات بیمارستانی
			۹- تشکیل جلسات ماهانه کارگروه ارزیابی کسورات بیمارستانی برای بررسی گزارشات ماهانه کسورات و ارائه گزارشات تحلیلی و جداول آماری از وضعیت درآمد و کسورات بیمارستان به روسای بیمارستان‌ها و معاونت درمان دانشگاه در راستای افزایش دقت و تمرکز بر روی علل کسورات و تصحیح فرآیندها
			۱۰- اعمال امتیاز تشویقی برای پرسنل واحدهای بیمارستانی موثر در کنترل و کاهش کسورات بیمارستانی بر اساس گزارشات ماهانه کارگروه تخصصی تحلیل کسورات بیمارستانی
			۱۱- تعامل مستمر کارشناس مسئول واحد رسیدگی و مسئول درآمد بیمارستان‌ها با نماینده سازمان‌های بیمه پایه در جهت حل مشکلات مطرح در زمینه کسورات اعمال شده اشتباهی
			۱۲- نظارت رایانه‌ای و هوشمندسازی سیستم اطلاعاتی بیمارستان با استانداردها و فعال نمودن هشدار برای خدمات تکراری، تعیین محدوده خدمات.
۲	فراسازمانی	رفع مشکلات سیستم اطلاعاتی بیمارستان و طرح دارویار	۱- احصاء علل مرتبط با کسورات ناشی از نارسایی، عدم تعریف یا ناهماهنگی سیستم اطلاعاتی بیمارستان با ضوابط و مقررات و یا سامانه‌های الکترونیک وزارت بهداشت و درمان و ارتباط یا مکاتبه با مراجع قانونی ذیربط جهت رفع مشکل یا ارتقاء سیستم‌ها و سرویس‌های ارتباطی
			۲- برقراری وب سرویس توسط وزارت بهداشت و ارتباط با سیستم اطلاعاتی بیمارستان به منظور به روزرسانی قیمت داروها
			۳- امکان استفاده چند باره از داروهای دوزشمار یا با تعداد زیاد در یک بسته
			۴- ارائه کد رزرو به صورت آفلاین از سامانه تیتک و دریافت اصالت پس از اتصال به سامانه در زمان قطعی سامانه تیتک، سپاس و غیره.

گویه‌های تبدیل‌شده به علل واضح کسورات و مصادیق آن
در جدول ۳ به جزییات آورده شده است. در این
جدول نیز طبقه‌های کلی به دو دسته داخل سازمان و
فراسازمان تعلق دارد. لیست جامع هر کدام از زیر طبقه‌ها
نیز ارائه شده است.



جدول ۳- علل کسورات بیمارستانی در بیمارستان‌های تابعه دانشگاه علوم پزشکی اردبیل

گویه‌های تبدیل شده به علل واضح کسورات و مصادیق آن

عوامل
کسورات

عوامل کسورات	گویه‌های تبدیل شده به علل واضح کسورات و مصادیق آن
	درخواست‌های اضافه و یا غیر واقعی
	۱. درخواست زمان بیهوشی بیش از میزان واقعی و یا عدم درج علت طولانی شدن بیهوشی در موارد واقعی
	۲. درخواست کدهای اضافه توسط جراح در شرایطی که این کدها لازمه انجام عمل اصلی است و یا در کتاب ارزش‌های نسبی به عدم پرداخت یک کد یا کدهای دیگر صریحا اشاره شده است. (مثلا لاپاراسکپی به همراه آپاندکتومی) و یا کدهای اضافه بر انجام عمل اصلی
	۳. درخواست کد خدمت و یا عمل جراحی با ارزش نسبی بالاتر در شرایطی که تشخیص و نوع عمل انجام یافته نشان دهنده خدمت و یا عملی است با ارزش نسبی پایین‌تر (مثلا یورتروسکوپی عمل ساده و ارزش نسبی ۱۲ دارد و عمل TUL ارزش نسبی برابر ۴۲ دارد. در شرح عمل توضیح TUL درج می‌شود برای دریافت ارزش نسبی بالاتر)
	۴. درج کد غیر واقعی (مغایر با نوع عمل جراحی واقعی انجام یافته) در شرایطی که عمل واقعی انجام یافته خارج از تعهدات سازمان بیمه گر است.
	۵. اقامت طولانی مدت در بخش عادی و یا ویژه علی‌رغم بهبود بیمار در شرایطی که بیمار می‌تواند مراقبت‌های لازم را در بخش عادی و یا در منزل دریافت نماید. (اقامت غیر مقتضی با تخت روز بخش ویژه یا عادی اضافی یا غیر واقعی)
	۶. پذیرش و بستری بیمار در بیمارستان علی‌رغم امکان دریافت مراقبت به صورت سرپایی (پذیرش غیرمقتضی)
	۷. درخواست پرداخت تعرفه پزشک مقیم ICU علی‌رغم عدم حضور متخصص یا رزیدنت بیهوشی در بخش ویژه و یا همپوشانی برنامه مقیمی پزشک مقیم بیهوشی با برنامه اتاق عمل و یا آنکالی
	۸. درخواست ویزیت جامع برای تریازهای سطوح ۴ و ۵ در حالیکه مندرجات پرونده نشان دهنده سطح مراقبتی پایین و لزوم درخواست ویزیت محدود است.
	۹. تجویز آنتی بیوتیک‌های پروفیل‌اکتیک با دوزهای بیشتر از مقادیر ذکر شده در دستورالعمل‌های وزارت بهداشت و درمان و یا تجویز آنتی بیوتیک‌های توصیه نشده در دستورالعمل‌های مربوطه
داخل	۱۰. درخواست‌های تکراری برای سونوگرافی یا سی تی اسکن یا ... بدون ذکر دلیل مشخص در پرونده‌های بالینی
سازمانی	۱۱. درخواست هزینه برخی کدهای تعدیلی جراحی و بیهوشی در حالیکه مندرجات و مستندات پرونده و وضعیت بالینی انعکاس یافته در پرونده تأیید کننده شرایط بالینی بیمار برای احراز پرداخت و درج این کدهای تعدیلی نیست.
	۱۲. درخواست هزینه برای خدماتی که در ICU به عنوان خدمات پایه تعریف شده و مشمول تعرفه مجزا نیست.
	۱۳. دارو و لوازم مازاد بر نیاز در اعمال جراحی به عنوان مثال استاندارد مصرف دارو و لوازم آنژیوپکت ۷۲ ساعت یک عدد است که سه برانول برای یک روز درخواست می‌کنند.
	۱۴. درخواست‌های اضافی خدمت به عنوان نمونه "طبق کد تعدیلی ۴۳ کتاب ارزش نسبی هزینه مدیریت درد برای تزریق‌های محیطی قابل پرداخت نیست اما کماکان از طرف مراکز درخواست می‌گردد."
	۱۵. درخواست پرداخت هزینه مشاوره برای رزیدنت سال ۱ و ۲
	۱۶. درخواست هزینه کمک جراح برای رزیدنت سال ۱ و ۲
	۱۷. درخواست تکراری آزمایشات
	عدم ثبت برخی از الزامات در فرم‌های مختلف پرونده‌های بالینی
	۱. عدم ثبت زمان شروع و اتمام بیهوشی
	۲. عدم درج زمان شروع و اتمام عمل جراحی
	۳. عدم ثبت علل درخواست و ادامه تجویز آنتی بیوتیک‌های مشمول طرح استوار شپ (آنتی بیوتیک‌های گران قیمت) بیش از ۷ روز و عدم تکمیل صحیح و توام با مستندات فرم مربوطه توسط متخصص عفونی
	۴. عدم ثبت و تکمیل دقیق فرم ارزیابی قبل از عمل بیمار توسط متخصص بیهوشی
	۵. عدم درج دلایل درخواست و عدم تکمیل صحیح فرم تجویز آلبومین و IVIG



۶. عدم وجود مستندات برای انجام عمل جراحی مانند ریبوت سونو و یا گرافی و یا سیتی اسکن که لازمه تشخیص و تأیید و انجام برخی اعمال جراحی است.
۷. نبود نقش مهر، تاریخ و امضاء جراح، متخصص بیهوشی، مشاوره، مسول فنی رادیولوژی و ...
۸. عدم ذکر محل جراحی، جزئیات عمل جراحی، تعداد و نوع داروی مصرفی، پروتز، کاتتر و ... در شرح عمل و یا ناخوانا بودن شرح عمل
۹. ضمیمه نبودن و عدم تکمیل برگ تریاژ با مهر و امضا متخصص طب اورژانس
۱۰. عدم ثبت دلیل انتقال بیمار به بخش مراقبت ویژه

عدم رعایت اندیکاسیون‌های علمی در تجویز و یا ارائه خدمات از سوی پزشک

۱. عدم آشنایی با اندیکاسیون‌های تجویز و درخواست و انجام خدمت مانند داروهایی که فقط با تخصص‌های ذکر شده در گایدلاین مربوطه قابل پرداخت است و درج دارو و یا خدمات غیر مرتبط
۲. عدم رعایت اندیکاسیون‌های مشخص در ضوابط و دستورالعمل‌های وزارت بهداشت و درمان برای برخی از خدمات و یا اعمال جراحی. (مانند تعویض مفصل و یا جراحی اسلیو و یا سزارین و...) و عدم درج و یا نبود مستندات در پرونده مبنی بر وجود اندیکاسیون‌های علمی برای ارائه خدمت
۳. عدم وجود اندیکاسیون اقامت در بخش ویژه و ترخیص مستقیم بیمار از بخش ویژه که منجر به کسورات تخت روز تخت ویژه و تبدیل آن به هزینه تخت روز عادی می‌گردد.
۴. عدم حضور در بالین بیمار جهت انجام مشاوره و انجام مشاوره به صورت تلفنی و یا اعزام بیمار به مطب و یا انجام مشاوره توسط رزیدنت‌های سال ۱ و ۲
۵. عدم حضور پزشک مقیم در بخش ویژه (منجر به کسر ۳۰ درصد تخت روز بخش ویژه) و یا پزشکان مسئول فنی در بخش‌های پاراکلینیک (کسر جزء حرفه‌ای)
- عدم ثبت، ثبت ناقص، ثبت اضافه و یا اشتباهی برخی از الزامات در سیستم اطلاعاتی بیمارستان (HIS) و فرم‌های مختلف پرونده‌های بالینی توسط پرستاران، پرسنل اتاق عمل، داروخانه، تجهیزات پزشکی، منشی‌های بخش‌های بالینی، کارشناسان اسناد و درآمد
۱. نبود برگ شرح عمل و شرح بیهوشی و تفسیر (ریپورت) آزمون‌های تشخیصی
۲. نبود و عدم الصاق برچسب برخی لوازم و تجهیزات مصرفی و نیز تجهیزات قلبی و ... که الزاما برچسب داخل محصول به نشانه استفاده باید در پرونده الصاق شود.
۳. عدم وجود فاکتور خرید برخی اقلام و تجهیزات که در طی عمل جراحی یا ارائه برخی خدمات استفاده می‌شود.
۴. نبود برگ اندیکاسیون‌های ارائه خدمت مانند سزارین و یا نبود برگ پایش استفاده از آنتی بیوتیک‌های گرانتقیمت
۵. اشتباه در ثبت صندوق‌های بیمه و بیماران خاص و عادی
۶. ثبت اشتباهی و بیش از حد متعارف تعداد وسایل و یا تجهیزات مصرفی در اتاق عمل و یا بخش‌های بستری و اورژانس
۷. ثبت اشتباهی و بیش از حد متعارف تعداد و میزان داروهای مصرفی در اتاق عمل و حین بیهوشی و یا بخش‌های بستری و اورژانس مانند درخواست بیش از حد مصرف واقعی آنژیوتیک و یا دستکش استریل و نخ بخیه و سایر لوازم و تجهیزات مصرفی و انواع داروهای بیهوشی
۸. ثبت اضافی هزینه برخی از وسایل و تجهیزات در اتاق عمل که طبق ضوابط جاری هزینه آنها در حق فنی عمل جراحی لحاظ شده است.
۹. ثبت اضافی هزینه برخی از وسایل و تجهیزات در بخش که طبق ضوابط هزینه آنها در ۶ درصد خدمات پایه و لوازم مصرفی (خدمات جنبی پرستاری) لحاظ شده است.
۱۰. ثبت هزینه برخی لوازم و تجهیزات مصرفی و داروها که اساسا در تعهد سازمان‌های بیمه پایه قرار ندارد.
- ثبت برخی از وسایل و تجهیزات و یا داروها که با نوع بیهوشی و یا نوع جراحی مناسبت ندارد. مثلا ایروی در بیهوشی اسپینال و یا C-ARM و میکروسکوپ در برخی اعمال جراحی که اساسا کاربرد ندارد و یا لازمه عمل جراحی است.
۱۲. ثبت و درخواست تکراری و اشتباهی برخی از آزمایشات و یا داروها در شیفت‌های کاری عصر و شب علی‌رغم ثبت در شیفت صبح توسط منشی
۱۳. عدم اطلاع رسانی به کارشناس بیمه در مورد تصادفی بودن بیمار (که این موارد در تعهد بیمه نیست) و نبود گواهی پاسگاه در پرونده این بیماران باعث کسورات می‌شود.
۱۴. عدم اطلاع رسانی به کارشناس بیمه و عدم رویت و استحقاق سنجی بیمار قبل از ترخیص بیمار باعث اعمال کسورات می‌شود.
۱۵. درج و درخواست مشاوره بیش از ۳ مورد از یک متخصص، مشاوره بیش از ۶ مورد در یک پرونده
۱۶. عدم رعایت اصل صائب بودن اطلاعات "در آوردن سنگ از کلیه را نوشته اند عمل کلیه چپ، و سونوگرافی برای کلیه راست درخواست شده است. هم دستور باید درست باشد و هم ریپورت"
۱۷. عدم رعایت اصل کامل بودن اطلاعات "خلاصه نویسی پزشکان، به خصوص برای بیمارانی که طولانی مدت بستری می‌شوند چون سیر بیماری کامل نوشته نمی‌شود مبهم است که چرا برای بیمار داروی گران قیمت یا CT درخواست شده است."
۱۸. عدم رعایت اصل بهنگام بودن اطلاعات: ریپورت CT باید قبل از ترخیص ریپورت ش در پرونده باشد. اگر ریپورت بعد از ترخیص ارائه گردد ۲ کا را ۱ کا می‌دهیم و ۱ کا را حذف می‌کنیم.
۱۹. عدم رعایت اصل همسانی اطلاعات: "مغایرت در تعداد و نوع دارو و لوازم مصرفی در بیهوشی و جراحی با لیست دارو و لوازم در HIS و گزارش پرستاری و برگ بیهوشی و شرح عمل وجود داشته باشد



۲۰. عدم رعایت قالب نمایشی داده‌ها و بدخطی و مخدوش بودن اطلاعات

مشکلات مرتبط با نیروی انسانی

۱. نبود و یا کمبود نیروی انسانی با تحصیلات مرتبط و تجربه کافی به عنوان منشی بخش‌های بالینی و بکارگیری نیروهای بی‌تجربه که باعث بروز اشتباهات و بروز نقص و یا فراموشی در ثبت و ضبط و مستند نمودن اقلام و تجهیزات و یا اقدامات تشخیصی و درمانی می‌گردد.
۲. عدم تسلط منشی‌های جدید بکارگیری شده در بخش و یا کارشناسان رسیدگی کننده و ترخیص بیمارستان به ضوابط و قوانین رسیدگی به اسناد و ضوابط سازمان‌های بیمه پایه به علت آموزش ناکافی می‌تواند به ایجاد کسورات منجر شود.
۳. نبود و یا کمبود انگیزه کاری و نبود سازوکارهای تشویقی کافی در مسئولین بیمارستان و پزشکان و سایر پرسنل درمانی، منشی‌ها و پرسنل بخش اسناد برای رعایت ضوابط و قوانین مرتبط با درج و ثبت دقیق اقدامات و درخواست‌ها و استخراج و پیگیری گزارشات مربوط به کسورات اعمال شده از سوی سازمان‌های بیمه‌گر پایه.
۴. بی‌اطلاعی و یا عدم اطلاع رسانی صحیح و به موقع از وضعیت قراردادی پزشک در بیمارستان (مانند پزشکانی که از تمام وقت جغرافیایی به غیر تمام وقت تبدیل شده‌اند ولی هنوز بیمارستان اطلاع نداشته و در سیستم تغییرات اعمال نشده است) کمبود امکانات و تجهیزات
- ۱- بستری اجباری دو نوزاد روی یک انکوباتور یا یک تخت به دلیل نبود تعداد کافی انکوباتور یا تخت نوزاد که عملاً از سوی سازمان بیمه‌گر باعث اعمال کسورات می‌شود.

شرکت‌های پشتیبان HIS و مشکلات مرتبط با آن

۱. عدم توانایی یا تاخیر شرکت‌های پشتیبان HIS در ایجاد تغییرات و تعبیه ضوابط و قوانین وزارت بهداشت و درمان و سازمان‌های بیمه پایه در سیستم نرم افزاری به نحوی که تا زمان بروز رسانی و ایجاد این تغییرات و به دلیل برخی مغایرت‌ها، کسوراتی در پرونده‌های ارسالی برای بیمارستان از طرف سازمان‌های بیمه‌گر اعمال می‌شود.
۲. سیستم تریاژ ثبت شده در HIS با برخی ضوابط بیمه و شرایط واقعی مراجعه بیماران مغایرت دارد. مثلاً بیمار خاص هموفیلی به هنگام مراجعه برای درمان بیماری‌های دیگر به طور خودکار در تریاژ سطح یک و دو قرار می‌گیرد و از سوی بیمه‌گر کسورات اعمال می‌شود در حالیکه می‌بایست در سطح تریاژ ۳ یا ۴ یا ۵ قرار گیرد.
- طرح دارویار و مشکلات ناشی از پیچیدگی ثبت و گردش دارو و لوازم از سامانه‌های مرتبط
۱. ملاک قیمت دارو و لوازم از سوی غذا و دارو وزارت بهداشت است که باید در سامانه IMED به روز رسانی شود. عملاً این به روز رسانی با تاخیر است و چون معیار تعهد بیمه IMED هست اختلاف قیمت بین خرید واقعی و قیمت مورد تأیید بیمه موجب کسور می‌گردد.
۲. گردش دارو به دلیل اصالت سنجی، سامانه تیتک و IMED بسیار پیچیده است. قطع شدن ارتباط این سامانه‌ها با دانشگاه به دلیل کندی اینترنت در طول بستری بیمار اصالت سنجی داروهای خاص مانند IVIG، انتی بیوتیک‌ها، آلبومین و ... را متوقف می‌نماید و موجب کسور می‌گردد. در حالیکه اداره بیمه به این سامانه وصل است.
۳. دوز شمار بودن برخی داروها باعث مشکلاتی می‌شود و یا بعضی داروها را از بخش ۱۰ عدد می‌خواهند و بسته ۱۰۰ عددی است، داروخانه بارکد ۱۰۰ عدد را نمی‌دهد و به اجبار بدون بارکد و ثبت کد اصالت در سیستم اعمال می‌شود.
۴. کد IRC باید درست باشد و با قیمت دارو تطابق داشته باشد. در برخی داروها جعبه‌های زیرین کارتن دارو بارکدها ناخواناست و حتی به صورت دستی هم نمی‌توان کدها را وارد نمود.
۵. دارو و لوازم از مرکز یا داروخانه دیگر خریداری شده و در آن مرکز اصالتش سوخته و هنگام تحویل گرفتن بدون اصالت و بدون فاکتور تحویل گرفته می‌شود که عملاً در رسیدگی پرونده از سوی سازمان بیمه کسورات می‌خورد.
۶. در برخی موارد قیمت دارو و لوازم بر اساس فاکتور خرید بیمارستان بیش از قیمت درج شده در سایت معاونت درمان و اداره کل تجهیزات پزشکی وزارت بهداشت است. سهم ارز ترجیحی، سهم بیمه باید برابر با قیمت کل دارو باشد و درست زده شود. برخی لوازم فاقد قیمت مصوب در سامانه IMED است.

ضوابط وزارت بهداشت و درمان و معاونت غذا و دارو و فاصله زمانی بین اعلام ضوابط و دستورالعمل‌ها تا قرارگیری آن در سیستم HIS و اجرا

۱. دور انداختن جعبه داروهایی که خرید قبل بوده و غذا و دارو تازه اعلام می‌کند که این دارو نیاز به اصالت سنجی دارد موجب کسور می‌گردد.
۲. بعضی داروهای با زمان ماندگاری بالا، خرید قبل بوده و در آن زمان اصالت سنجی مطرح نبوده ولی در حال حاضر مصرف می‌شود و نبود کد اصالت آنها باعث کسور خواهد شد.

سازمان‌های بیمه پایه

۱. عدم تسلط کافی ناظر و کارشناس رسیدگی کننده سازمان‌های بیمه پایه بر ضوابط و قیمت‌ها و یا نرم افزار رز و اعمال کسورات اشتباهی
۲. برخورد سلیقه‌ای ماموران بیمه
۳. اختلاف در اجرای دستورالعمل مابین بیمه‌های پایه



انگیزه پایین ارائه دهندگان خدمت

۱. خودگردانی بیمارستان‌ها و پرداخت دیر هنگام حق الزحمه پزشکان

۲. فرآیند طولانی مدت رسیدگی به اسناد بیمارستانی و پرداخت با تاخیر حق الزحمه پزشکان

بحث

این مطالعه با هدف شناسایی علل بروز کسورات در بیمارستان‌های تابعه دانشگاه علوم پزشکی اردبیل و ارائه راهکارهای کنترل و کاهش آن انجام یافته است. کسورات بیمه‌ای پدیده‌ای چندوجهی است و در طیف وسیعی از خدمات بیمارستانی رخ می‌دهد. بنابراین، در ارزیابی این پدیده می‌بایست به تمامی ابعاد و علل ریشه‌ای مسئله با نگرش جامع نگاه کرد. در این پژوهش، ۱۳ نفر از مصاحبه‌شوندگان با سابقه کاری ۲۰ الی ۲۹ سال مشارکت داشتند و به‌نظر می‌رسد که از مجموع مصاحبه‌ها دید جامع و دقیقی نسبت به دلایل بروز کسورات و راهکارهای کنترل و کاهش کسورات بیمه اتخاذ شد. به‌طوری‌که یافته‌های این مطالعه از دو دسته کلی علل داخل سازمانی و علل فراسازمانی کسورات بیمه‌ای پرده برداشت که در مطالعات قبلی به آن اشاره نشده بود (جدول ۲ و جدول پیوست ۱). این مطالعه نشان می‌دهد از ۷۲ علت واضح برای بروز کسورات بیمارستانی ۳۲ مورد مستقیماً با عملکرد پزشکان شاغل در بیمارستان ایجاد می‌گردد. یکی از این مواردی که بیشتر مصاحبه‌شوندگان به آن تاکید داشتند کسورات مربوط به اضافه درخواستی k جراحی، زمان بیهوشی، کدهای تعدیلی و دارو و لوازم بود. در مطالعه ایمانی و همکاران ۱۷ عامل مسبب کسورات شناسایی شده بود که براساس نظر خبرگان دو عامل نخست کسورات پرونده‌های بیمارستانی کدگذاری ناصحیح و اضافه درخواستی پزشکان و نبود برنامه‌ای منسجم جهت توجیه آن‌ها در کدگذاری بر طبق کتاب ارزش‌های نسبی بود (۱).

۱- کسورات از درآمد غیرواقعی (کسورات کاذب): کسوراتی که به دلایلی نظیر اشتباه محاسباتی در جمع ارقام، اضافه قیمت، انتخاب کدهای غیرواقعی برای دریافت هزینه بیشتر (پدیده Upcoding)، عدم انجام خدمت یا عدم حضور پزشک بر بالین بیمار، توسط کارشناسان بیمه هنگام فرآیند رسیدگی اعمال می‌شوند. کارشناسان درآمد بیمارستان نیز هنگام بررسی صورتحساب‌های مشمول اینگونه کسورات

نسبت به تائید آن‌ها اقدام نموده و در این مواقع اختلاف نظری بین کارشناسان بیمه و درآمد بیمارستان وجود ندارد. این نوع کسورات هدر رفت منابع مالی بیمارستان محسوب نمی‌گردد، زیرا نوعی کسر از درآمد غیرواقعی بیمارستان است.

۲- کسورات از درآمد واقعی: این نوع از کسورات با اشتباهات سازمانی ارتباط مستقیم دارند و به شکل واقعی جزو هدررفت منابع مالی بیمارستان محسوب شده و در این مطالعه نیز تفکیک شده‌اند. این کسورات پس از شناسایی با برنامه‌ریزی و اقدامات اصلاحی، کنترلی و آموزش، قابل پیشگیری و کاهش هستند.

با این توصیف، همه انواع کسورات اعمال شده در پرونده‌های بیمارستانی الزاماً پدیده منفی نبوده و کسورات ناشی از اضافه درخواستی نه تنها قانونی و الزامی است؛ بلکه باید آن را به عنوان یک اقدام مثبت و بجا برای حفظ و صیانت از منابع مالی نظام سلامت و جلوگیری از تضییع حقوق بیمه‌شدگان نیز تلقی نمود. زیرا پولی که بیمه‌ها به بیمارستان‌ها پرداخت می‌کنند به صورت عمده از بودجه دولتی (در مورد سازمان بیمه سلامت و نیروهای مسلح) و از حق بیمه کسرشده از بیمه‌شدگان (در صندوق تامین اجتماعی) است.

یکی از عوامل تعیین‌کننده در تخصیص مقدار مبلغ بازپرداختی صورتحساب‌های بیمارستان‌ها، مستند نمودن پرونده‌های ارسالی جهت دریافت این مطالبات به سازمان‌های بیمه است که باید به گونه‌ای باشد که پرونده بیمار تمام شواهد مربوط به کل خدمات ارائه شده به بیمار را در هنگام ترخیص دربرداشته و نیز نشان‌دهنده لازم بودن این خدمات متناسب با وضعیت بیمار باشد. در پژوهش حاضر مصاحبه‌شوندگان از عدم ثبت علل درخواست و ادامه تجویز آنتی‌بیوتیک‌های مشمول طرح استوارشیپ، عدم ثبت زمان شروع و اتمام بیهوشی و عمل جراحی، عدم ذکر محل جراحی، جزئیات عمل جراحی، تعداد و نوع داروی



مصرفی، پروتز، کاتتر و غیره در شرح عمل و یا ناخوانا بودن شرح عمل، نبود و عدم الصاق برچسب برخی لوازم و تجهیزات مصرفی و نیز تجهیزات قلبی، اشتباه در ثبت صندوق‌های بیمه و بیماران خاص و عادی در سیستم اطلاعاتی بیمارستان، ثبت اشتباهی و بیش از حد متعارف دارو و تجهیزات مصرفی، ثبت تکراری برخی آزمایشات، داروها در شیفت‌های کاری عصر و شب در سیستم اطلاعاتی بیمارستان^۱ علی‌رغم ثبت در شیفت صبح توسط منشی، عدم تکمیل برگ تریاژ با مهر و امضا متخصص طب اورژانس به عنوان مشکلات مرتبط با مستند نمودن پرونده‌های بالینی اشاره کردند. برای پیشگیری از کسورات در مستندات توجه به رعایت اصول صائب بودن^۲، کامل بودن^۳، مربوط بودن^۴، بهنگام بودن^۵ داده‌ها، رعایت قالب نمایشی داده ضرورت دارد. در مطالعه قانچوکامی و همکاران بیشترین میزان کسورات ناشی از ناهماهنگی نیروی انسانی با الزامات مستندسازی بود (۲). در مطالعه مخصوصی و همکاران بیشترین علت کسورات دارویی مربوط به عدم تکمیل درست شرح عمل توسط پزشک معالج، ثبت نادرست و اشتباه دارو و لوازم در برگه‌ی دستورات پزشک و گزارش پرستاری بوده است که می‌تواند ناشی از عدم هماهنگی و تناسب تعداد پزشکان با تعداد مراجعان و افزایش مشغله‌ی کاری، خستگی، نداشتن زمان کافی و کاهش دقت پزشک یا پرستار در ثبت اطلاعات باشد (۱۴).

سه نوع نقص یا اشتباه در انواع فرآیندهای جاری بیمارستان می‌توانند به ایجاد کسورات بینجامد:

۱- هزینه خدماتی که توسط بیمارستان ارائه شده و در پرونده هم درج شده ولی در سیستم اطلاعاتی بیمارستان ناقص و یا اشتباهی ثبت شده است.

۲- هزینه‌های خدماتی که انجام شده و در پرونده و سیستم اطلاعاتی بیمارستان هم ثبت شده اما مستندات موردنیاز و قانونی به سازمان‌های بیمه منعکس نشده است.

۳- هزینه‌های خدماتی که انجام شده و در پرونده و سیستم اطلاعاتی بیمارستان هم ثبت شده و مستندات مورد نیاز هم الصاق و یا اسکن شده ولی به دلیل عدم تطابق با دستورالعمل‌های قانونی و یا درخواست غیر ضروری (فاقد اندیکاسیون) و یا خدمات درخواستی اضافه، توسط کارشناسان ناظر سازمانهای بیمه کسر می‌گردند.

در مطالعه حاضر، یکی از علل مهم بروز کسورات، دارو، لوازم و تجهیزات بیمارستانی است. برخی از مصاحبه‌شوندگان اشاره داشتند که بیش‌ترین چالش کسورات مراکز درمانی به دلایلی نظیر پیچیدگی گردش دارو و لوازم است. مصاحبه‌شونده با ۱۳ سال سابقه اذعان داشته است "قیمت دارو و لوازم از سوی معاونت غذا و دارو وزارت بهداشت در سامانه IMED اعلام می‌شود. عملاً این به‌روز رسانی با تاخیر است و چون معیار تعهد بیمه IMED هست اختلاف قیمت بین خرید واقعی و قیمت مورد تأیید بیمه موجب کسور می‌گردد". یکی از مصاحبه‌شوندگان با ۲۸ سال سابقه اذعان داشته است "در خصوص برخی دارو و لوازم که نمونه داخلی ندارد بنا به شرایط بیمار و نجات جان وی، پزشک مجبور به استفاده از دارو یا لوازم خارجی هست اما بیمه هزینه آن را پرداخت نمی‌کند. در برخی مواقع مشاهده می‌گردد دارو و لوازم نمونه داخلی داریم اما پزشک کیفیت آن را تأیید نمی‌کند". در مطالعه انجام شده در بیمارستان توانبخشی رفیده در سال ۱۴۰۰ نیز، بیشترین کسورات صورتحساب‌های بستری‌شدگان مربوط به دارو و لوازم مصرفی برآورد شده است (۱۵).

ارزیابی و تمرکز بر روی مسئله کسورات از چند جهت هم برای بیمارستان و هم برای سازمان‌های بیمه پایه حائز

³ Completeness

⁴ Relevancy

⁵ Timeliness

¹ Hospital Information System (HIS)

² Accuracy



اهمیت است. در مطالعه حاضر، یکی از مصاحبه‌شوندگان به مشکلات ناشی از طرحی تحت عنوان «نظام نوین اداره امور بیمارستان‌ها یا طرح خودگردانی بیمارستان‌ها» اشاره نمودند. در این طرح بیمارستان‌ها موظفند اداره امور خود را براساس درآمدهای کسب‌شده از بیمارستان که عمدتاً با تاخیر پرداخت می‌گردد و بدون تزریق بودجه از دولت و با دریافت یارانه مستقیم و غیر مستقیم مدیریت کنند (۱۶). بنا به اظهارات مصاحبه‌شونده با ۲۹ سال سابقه "در قانون مصوب سال ۷۴، مبنی بر خودگردانی بیمارستان‌ها حقوق نیروهای قراردادی، شرکتی، اضافه‌کاری پرسنل، حق التدریس اساتید از درآمد بیمارستان پرداخت می‌گردد و بالتبع آن، پرداخت حق الزحمه پزشکان با تاخیر مواجه می‌گردد و پزشکان که عمده ذینفعان بیمارستانی هستند انگیزه‌ای برای همکاری در زمینه کاهش کسورات ندارند". بنظر می‌رسد که ضرورت دارد تا بررسی و ارزیابی جامعی از نتایج اجرای این طرح، درستی یا نادرستی اجرای این طرح و یا بازنگری در خصوص قوانین آن صورت گیرد (۱۶).

در مطالعه علیدوست و همکاران نیز یکی از چالش‌های کنترل کسورات انگیزه پایین ارائه دهندگان خدمات می‌باشد که با یافته‌های مطالعه حاضر مطابقت دارد (۳). یکی از مصاحبه‌شوندگان اظهار داشت "عمده ذینفعان ما پزشکان هستند، اگر پزشکان همکاری کنند کسورات قابل حل است".

عدم تسلط کافی ناظر و کارشناس رسیدگی‌کننده سازمان‌های بیمه پایه بر ضوابط و قیمت‌ها و یا نرم‌افزار رز و اعمال کسورات اشتباهی و یا سلیقه‌ای، تعهدات متفاوت بیمه‌های پایه از بابت قیمت دارو، دستورالعمل‌های متفاوت بیمه‌ای نیز از مشکلاتی بود که مصاحبه‌شوندگان به آن اشاره داشتند. یکی از مصاحبه‌شوندگان با ۱۰ سال سابقه اظهار داشت "برخی کسورات به دلیل قطعی اینترنت، قطعی سامانه تیتک یا سپاس، به روز نبودن قیمت دارو، اعلام با تاخیر تعرفه‌های بیمه از سوی هیات وزیران و اجرای آن از مورخ ۱/۴ و غیره غیر قابل کنترل هستند". مصاحبه‌شونده با ۲۹ سال سابقه اظهار داشت: "شرکت‌های سیستم اطلاعاتی بیمارستان نمی‌توانند تغییرات را در سیستم بیمارستانی اعمال کنند و یا برخی اصلاحات به

صورت آزمون و خطا انجام می‌شود و تا حصول نتیجه کامل موجب خسارات به مراکز می‌شود." در راستای عدم توانایی یا تاخیر شرکت‌های پشتیبان سیستم اطلاعاتی بیمارستان در ایجاد تغییرات و تعبیه ضوابط و قوانین وزارت بهداشت و درمان و سازمان‌های بیمه پایه در سیستم نرم افزاری برخی از مصاحبه‌شوندگان به یکپارچه نمودن سیستم اطلاعاتی بیمارستان در کشور اشاره نمودند که عملیاتی بودن آن نیاز به بررسی دارد (۴).

طبق مطالعات پیشین مبلغ قابل توجهی از درآمدهای بیمارستان‌ها به دلیل کسورات اعمال‌شده از سوی سازمان‌های بیمه‌ای به هدر می‌رود که با توجه به تغییرات اخیر و بکارگیری سامانه سپاس، رز، طرح دارو یار و غیره در بیمارستان‌های کشور بکارگیری مکانیسمی چند جانبه شامل تحلیل هر یک از علل و یافتن راه‌حلهایی نظیر اصلاح، بهبود، هماهنگی و همکاری بین بخشی و سازمانی در انجام فعالیت‌ها، آموزش، نظارت بر حسن اجرای کارها از سوی مدیران بالادستی درگیر در نظام سلامت، دانشگاه‌ها و مداخلات بهنگام به منظور کنترل و کاهش کسورات گام برداشت (۱۳). مدیریت چرخه درآمد ابزاری مؤثر برای بهبود درآمد و بازپرداخت بیمارستان‌ها از طریق ساده‌سازی فرآیندها، گردش کار و آموزش کارکنان است. اهداف اصلی این فرآیند شامل ارائه ثبات و پایداری مالی، افزایش جریان نقدی می‌باشد.

در مطالعه ادیب نیا و همکاران ارتقای دانش پزشکان و مدیران، نظارت مستمر بر عملکرد کارکنان و پزشکان از جمله راهکارهای پیشنهادی در این مطالعه بود (۱۱). عدم تامین استانداردهای بخش ویژه و عدم جلب رضایت پزشکان متخصص مقیم برای مشارکت در مدیریت و درمان بیماران بستری در بخش ویژه از چالش‌های کسورات بیمارستان‌ها است. این بخش‌ها در صورت عدم حضور متخصص بیهوشی به صورت مقیم و ۲۴ ساعته طبق ضوابط، مشمول کسوراتی معادل ۳۰ درصد تعرفه تخت روز بخش ویژه می‌شوند. لذا رفع کمبود نیروی انسانی تخصصی در بخش ویژه و یا جلب رضایت ایشان برای حضور در این بخش‌ها با راهکارهای مدیریتی مناسب نقش مهمی در کاهش کسورات بیمارستانی خواهد داشت (۱، ۱۷). در



مطالعه خصال و همکاران بکارگیری دید اقتصادی از سوی مدیران ارشد بیمارستانی و بکارگیری نیروهای توانمند و با انگیزه اشاره شده است (۱۲).

یکی از محدودیت‌های مطالعه حاضر کمی نبودن ارزیابی کسورات بیمارستانی است. در صورت ارزیابی کمی کسورات بیمارستانی در بخش‌های مختلف بیمارستان، با دقت و تمرکز بیشتری می‌توان در راستای کنترل و کاهش این پدیده اقدام نمود. توصیه می‌گردد در مطالعات آتی برای تکمیل و عمق بخشیدن به مبحث کسورات و ارزیابی اثربخشی مداخلات پیشنهادی، مطالعات دیگری بر مبنای اقدام پژوهشی انجام گیرد. همچنین انجام مطالعات کمی در این خصوص و تعیین اثر بخشی مداخلات در کاهش میزان واقعی کسورات می‌تواند فعالیت مفیدی برای محققین و مدیران بیمارستانی باشد.

نتیجه‌گیری

چرخه درآمد یک فرآیند پیچیده و چند وجهی است که شامل اجزای مرتبط با یکدیگر است. چرخه درآمد کارآمد معمولاً به شیوه‌ای یکپارچه به تمام اجزای چرخه درآمد از جمله نیروی کار، فناوری و سازمان‌های مرتبط با فرآیند نگاه می‌کند. اثربخشی و مدیریت کارآمد چرخه درآمد بیمارستان مستلزم یکپارچگی و هماهنگی دقیق و کامل در سطح خرد و کلان است. این فرآیند نه تنها به فناوری و نرم‌افزارهایی که جمع‌آوری داده‌های مربوط به رویدادهای قابل پرداخت را تسهیل می‌کنند وابسته است، بلکه به فرآیندهای مدیریتی، قابلیت‌ها و انگیزه‌های کارکنان و فرهنگ سازمانی نیز بستگی دارد. کارکنان آموزش دیده در هر مرحله از چرخه درآمد برای اطمینان از عملکرد مؤثر تمامی فرآیندها و سیستم‌ها ضروری هستند. مدیریت

چرخه درآمد ابزاری مؤثر برای بهبود درآمد و بازپرداخت بیمارستان‌ها از طریق ساده‌سازی فرآیندها، گردش کار و آموزش کارکنان است. اهداف اصلی این فرآیند شامل ارائه

ثبات و پایداری مالی، افزایش جریان نقدی می‌باشد. در چرخه درآمد، به منظور کاهش کسورات بیمه‌ای، آموزش و توانمندسازی کارکنان، بهبود فرآیندهای اداری، هماهنگی مستمر با شرکت‌های بیمه، کنترل و نظارت داخلی و استفاده از فناوری‌های نوین ضروری است. این اقدامات می‌تواند به بهبود مدیریت مالی بیمارستان‌ها و افزایش کارایی و دقت در ارائه خدمات به بیماران کمک کند.

تشکر و قدردانی

پژوهشگران مراتب قدردانی خود را از مشارکت‌کنندگان محترم در این پژوهش ابراز می‌دارند.

تعارض منافع

نویسندگان این مقاله اظهار می‌دارند که هیچ‌گونه تضاد منافی ندارند.

حمایت مالی

این پژوهش به صورت مستقل و بدون دریافت هیچ‌گونه حمایت مالی انجام شده است.

ملاحظات اخلاقی و کد اخلاق

این مطالعه با کد اخلاق IR.ARUMS.REC.1403.099 مصوب دانشگاه علوم پزشکی اردبیل است. در مصاحبه با مشارکت‌کنندگان، اهداف مطالعه در ابتدا به صورت کتبی و شفاهی توضیح داده شده و حقوق مشارکت‌کنندگان مانند حق مطالبه نتایج پژوهش و حفظ محرمانه بودن اطلاعات شخصی مصاحبه‌شوندگان در پژوهش مورد توجه قرار گرفته است.

References:

1. Imani A, Doshmangir L, Mousarrezai MT. The analysis of the causes of hospitalized patients medical records deductions. Depiction of Health. 2020 Jun 21;11(2):172-89.



2. GhaedChukamei Z, Golshanei M, Delavari S, Bagheri Tula Rud P. Exploring the rate and causes of the deduction by health insurance and social security insurance in an educational hospital in Rasht. *Journal of Guilan University of Medical Sciences*. 2019 Nov 10;28(111):45-55.
3. Alidoost S, Rezapour A, Sohrabi R, Mohammadibakhsh R, Sarabi-Asiabar A, Rafiei N. Causes of revenue deficits of university hospitals and strategies to reduce them. *Journal of Hospital*. 2019 May 10;18(1):67-78.
4. Marcinko DE, Hertico HR, editors. *Financial Management Strategies for Hospitals and Healthcare Organizations: Tools, Techniques, Checklists and Case Studies*. CRC Press; 2013 Sep 5.
5. Maleki M, Bolghadr S, Aghaeihashjin A. Determining the amount and causes of insurance deficits in selected teaching and non-teaching hospitals affiliated to Iran University of Medical Sciences.
6. Zadeh YM, Soleymanzadeh M, Nosratnejad S. Exploring the rate and causes of inpatient records deductions covered by Iran health insurance: The case of a public hospital in Tabriz. *Depiction of Health*. 2017 Sep 21;8(2):119-25.
7. Tabrizi J, Alidoost S, Mardi A, Farshi-khorsand M, Rahmat M. Assessing the causes of dedicated revenues' fractions in health care centers and strategies to reduce them (A qualitative study). *Journal of Hospital*. 2016 Aug 10;15(3):53-62.
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 Insurance toward receivable bills by university hospitals of Khorramabad, Iran. *Director General*. 2013 May;10(2).
9. Hosseini-Shokouh SM, Matin HM, Yaghoubi M, Sepandi M, Ameryoun A, Hosseini-Shokouh SJ. Amount and causes of insurance deductions for the armed forces medical services organization in a military hospital in Tehran, Iran. *Journal of Military Medicine*. 2018;20(4):402-11.
10. Safdari R, Karami M, Moini M. Causes of deductions made by the Social Security Insurance in hospital affiliated to Kashan University of Medical Sciences, Iran.
11. Adibnia R, Abiri S, Kalani N, Rayatdoost E, Chegin M. Identifying the causes of insurance deductions in Peymaniyeh Hospital and ways to reduce them: A qualitative study. *Medical Journal of Mashhad university of Medical Sciences*. 2023 Jan 21;65(6).
12. Aryankhesal A, Kalantari H, Raeissi P, Sadeghi NS. Insurance Deductions of Hospitals in Iran: Systematic Review of Causes and Solutions to Reduce Deductions. *Hakim Health Systems research journal*. 2019;22(1):1-13.
13. Khorrmmmy F, Eshpala RH, Baniyasi T, Azarmehr N, Mohammady F. Prioritizing insurance deductions factors of Shahid Mohammadi hospital inpatients records using Shannon Entropy, Bandar Abbas, Iran. *Bimonthly Journal of Hormozgan University of Medical Sciences*. 2014;17(1):77-82.
14. Makhsosi BR, Amiri H, Evani N, Kazazi S. Evaluation of the causes of prescription deductibles in a teaching hospital in Kermanshah. *Payesh (Health Monitor)*. 2021 Aug 15;20(4):415-25.
15. Hosseini Zare SM, Babapour J, Basakha M, Mohsenzadeh SM, Esfahani P, Hosseini Zare SM, Ashouri N, Khorasani B. Evaluating the Causes of Deductions for Inpatient Bills Covered by Social Security Insurance in Rofeideh Hospital, Tehran City, Iran, in 2021. *Archives of Rehabilitation*. 2024 Apr 10;25(1):100-15.
16. Meshki DM, Ramazanpoor DE, Sepordeh Y. Personnel's Attitude about Relation of Autonomous and Hospital Performance in Guilan University of Medical Sciences. *Journal Of Guilan University Of Medical Sciences*. 2014;23(90):80-5.
17. Gerami Sadeghian A, Javanmard Z. Investigating the type, causes and amount of health insurance deductions in teaching hospitals of Ferdows City, Iran. *Iran J Health Insur*. 2023;5(4):302-9.



Analysis of Insurance Challenges and Formulation of Solutions to Reduce them in Revenue Management of Educational Hospitals at Ardabil University of Medical Sciences: A Qualitative Study

Paria Khulusi¹, Hamid GasemiBargi², Sorayya Rezayi³, Naser Sepehrzade⁴, Roya Naemi^{*5}

1. BS, Students Research Committee, School of Paramedical Sciences, Ardabil University of Medical Sciences, Ardabil, Iran
2. Senior expert in health insurance, General Department of Health Insurance of Ardabil, Ardabil, Iran
3. Assistant Professor, Department of Health Information Management, School of Management and Medical Informatics, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran
4. Senior expert in health insurance, Bouali Hospital, School of Medicine, Ardabil University of Medical Sciences, Ardabil, Iran
5. Assistant Professor, Department of Health Information Management, School of Paramedical Sciences, Ardabil University of Medical Sciences, Ardabil, Iran

Type of Article Original Research

Received: 2024/12/03

Accepted: 2025/05/25

***Corresponding Author:**
Roya Naemi, Assistant Professor, Department of Health Information Management, School of Paramedical Sciences, Ardabil University of Medical Sciences, Ardabil, Iran

TEL: 09141557237

Email:
(nsr2009sepehr@gmail.com)

Abstract

Introduction: Hospital financial management is crucial due to limited resources and the need to provide services to the community. Insurance-related financial deductions pose significant challenges to hospital financial management. The present study was conducted with the aim of identifying the causes of insurance deductions in Ardabil teaching hospitals and explaining strategies for controlling and reducing them.

Methods: This study employed a qualitative content analysis approach. The statistical population consisted of 23 experts from the medical records and hospital income department, basic insurance supervisors, and officials from the economics unit of the vice-president of treatment at Ardabil University of Medical Sciences. The research sampling was done using the snowball method. The data were collected using semi-structured interviews. MAXQDA software was used to code and create a conceptual connection between the answers provided, and the grounded theory method was used for content and deeper analysis of the topics.

Results: After going through the coding process of the concepts resulting from creating a connection with the interviewees' answers using the relevant software, the causes of deductions were identified and categorized into two main categories, 11 subcategories, and 72 items. The two main categories include intra-organizational and extra-organizational. Failure to record or incorrect recording of information by doctors and medical staff, failure to comply with scientific indications, incomplete or excessive recording in the HIS system, lack of manpower, lack of equipment, weakness of HIS support companies, problems with the pharmaceutical system, complexity of the Ministry of Health and Food and Drug Safety regulations, time lag in implementing guidelines, challenges with insurance organizations, and low motivation of subclass employees are the causes of deductions.

Conclusion: An efficient revenue cycle typically looks at all components of the revenue cycle in an integrated manner, including workforce, technology, and process-related organizations. A successful revenue cycle relies on technology, management processes, employee capabilities and motivation, and organizational culture to lead to financial stability and sustainability, increased cash flow, and increased efficiency and accuracy in delivering services to patients.

Keywords: Hospital Deductions, Revenue Management, Challenge, Content Analysis

► **Please cite this article as:** Khulusi P, GasemiBargi H, Rezayi S, Sepehrzade N, Naemi R. Analysis of Insurance Challenges and Formulation of Solutions to Reduce them in Revenue Management of Educational Hospitals at Ardabil University of Medical Sciences: A Qualitative Study. J Neyshabur Univ Med Sci 2024;12(1):9-22.