

# گزارش طرح

کسورات پیمارستانی

درون سازمانی

و عوامل برون

و بررسی میزان

موسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران

همکاری علمی داخل و خارج کشور

بانک اطلاعات ملی سلامت داده ها شواهد تولید شده

دیده بانی سلامت و علوم مرتبط ملی و منطقه ای

بکارگیری شواهد علمی حمایت طلبی و ترویج بکارگیری در سیاست ها

تولید شواهد ملی مورد نیاز سیاستگذاران و برنامه ریزان

توانمندسازی محققان و سیاستگذاران

کارکردهای اصلی

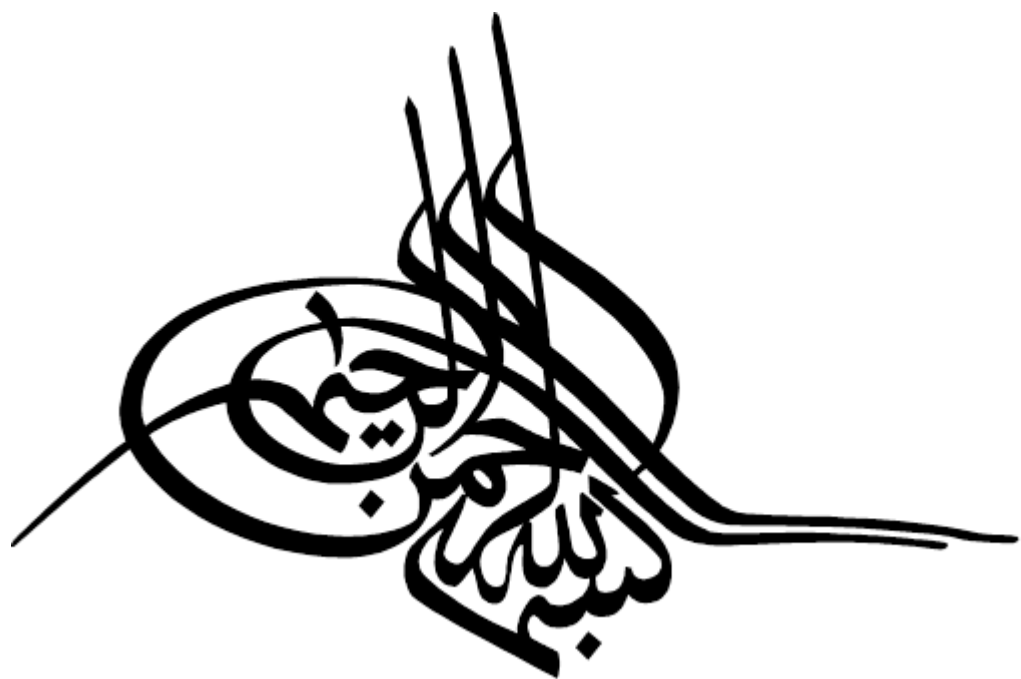
موسسه ملی تحقیقات سلامت

جمهوری اسلامی ایران

## گزارش‌های منتشر شده در سال ۱۳۹۴

۱. ارائه مدل مناسب مداخلات اجتماع محور سلامت روان
۲. بررسی چالش‌های رشته مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی
۳. طراحی الگوی رسانه سلامت محور
۴. تعیین اولویت‌های پژوهشی مدیریت، اقتصاد و سیاست گذاری سلامت
۵. سنجش سواد سلامت بزرگسالان ایرانی ساکن شهرها
۶. هزینه، مطلوبیت عمل جراحی کراتو رفرکتیو از دیدگاه بیماران
۷. مرور جامع روشهای اندازه گیری پرداخت غیررسمی خدمات سلامت







# گزارش نهایی طرح تحقیقاتی

بررسی میزان و عوامل برون و درون سازمانی کسورات بیمارستانی  
دانشگاه علوم پزشکی تهران

مجریان طرح

دکتر سارا امامقلی پور

دکتر محمدعرب

دکتر عباس رحیمی

واحد نیسانی

موسسه ملی تحقیقات سلامت



## فهرست مطالب

شماره صفحه	عنوان
۳	فرم کاربرد نتایج تحقیق طرح‌های پژوهشی
۵	فصل اول - مقدمه
۵	مقدمه
۵	پیشگفتار و اهمیت موضوع
۶	بیان مسئله
۸	اهمیت و ضرورت اجرای پژوهش
۹	اهداف و سوالات پژوهش
۱۰	تعریف نظری و عملیاتی واژگان
۱۳	فصل دوم - زمینه‌های نظری پژوهش و مروری بر مطالعات انجام شده
۱۳	مقدمه
۱۳	ساختار نظام سلامت در ایران
۱۴	اقتصاد سلامت
۱۴	اقتصاد بیمارستان
۱۵	تامین منابع مالی بیمارستانها در ایران
۱۶	درآمد های بیمارستان :
۱۷	سازمانهای بیمه ای فعال در کشور
۱۸	سازمان های عمده بیمه گر در ایران عبارتند از:
۱۹	بیمه و بیمارستان
۱۹	کسورات اسناد بیمارستانی
۲۰	اصول و مبانی بیمه های مکمل درمانی
۲۱	روشهای پوشش جمعیت در بیمه های مکمل درمانی
۲۲	مروری بر مطالعات انجام یافته
۲۷	فصل سوم - روش پژوهش
۲۷	روش تحقیق
۲۷	نوع پژوهش
۲۷	جامعه پژوهش
۲۷	روش نمونه گیری و حجم نمونه
۲۷	روش گردآوری داده ها
۲۷	ابزار گردآوری داده ها
۲۸	روش تجزیه و تحلیل داده ها
۲۸	مکان و زمان مطالعه
۲۸	محدودیت های پژوهش
۲۸	ملاحظات اخلاقی
۲۹	فصل چهارم - یافته‌های پژوهش
۲۹	مقدمه

۲۹	یافته‌های توصیفی
۳۶	یافته‌های تحلیلی
<b>۵۳</b>	<b>فصل پنجم - بحث و تحلیل یافته‌ها، نتیجه‌گیری، پیشنهادات</b>
۵۳	خلاصه یافته‌ها
۵۵	بحث
۵۷	نتیجه‌گیری
۶۱	محدودیت‌های پژوهش
۶۱	پیشنهاد‌های کاربردی
۶۲	پیشنهاد برای پژوهش‌های آینده
<b>۶۳</b>	<b>منابع</b>

## فرم کاربرد نتایج تحقیق طرح‌های پژوهشی

موسسه ملی تحقیقات سلامت در نظر دارد نتیجه طرح‌های تحقیقاتی پایان یافته موسسه را بررسی و با استفاده از فرآیند ترجمان و تبادل دانش (Knowledge Translation & Exchange) دانش تولید شده را در اختیار مخاطبین و ذینفعان (از جمله عموم مردم، سیاست‌گذاران و تصمیم‌گیرندگان حوزه سلامت، گیرندگان و ارائه‌دهندگان خدمات مراقبتی و ...) قرار دهد. لذا ضروری است که کلیه پژوهشگران و اعضای محترم هیئت علمی فرم زیر را جهت سهولت فرآیند ترجمان و تبادل دانش تکمیل نمایند.

### الف: مشخصات طرح:

عنوان کامل طرح: بررسی میزان و عوامل برون و درون سازمانی کسورات بیمارستانی دانشگاه علوم پزشکی تهران  
مجری طرح: دکتر سارا امامقلی پور

ب: مخاطبان طرح شما چه کسانی هستند؟ (از بین گروه‌های زیر حداقل یک گروه را انتخاب کنید و به طور دقیق توضیح دهید). (گروه مخاطب به فرد یا گروهی گفته می‌شود که بتواند از نتایج طرح به طور مستقیم استفاده نماید).

مدیران و سیاست‌گذاران سلامت (مانند ستاد وزارت بهداشت)

مدیران بیمارستان و دانشگاه

ارائه‌دهندگان خدمت (پزشک، پرستار، ماما و ...)

بیماران و مردم

صنعت

سایر سازمان‌ها (شهرداری، آموزش و پرورش، بهزیستی، سازمان جوانان و ...)

ج: برنامه شما برای کاربردی‌ترین نتایج چیست (لطفاً دقیقاً منطبق با بخش مربوطه و گانت چارت در فرم پروپوزال تنظیم گردد)

از فهرست زیر می‌توانید استفاده نموده و یا رهنکارهای دیگری را پیشنهاد نمایید (بدیهی است هر طرح می‌تواند از چندین روش برای ترجمان دانش استفاده نماید).

مشارکت یا همفکری با گروه مخاطب و استفاده کنندگان بالقوه در هنگام انتخاب موضوع یا طراحی پروپوزال پژوهش

مشارکت یا همفکری با گروه مخاطب و استفاده کنندگان بالقوه در هنگام اجرای پژوهش

انتشار مقاله در مجله‌های علمی - پژوهشی داخلی

انتشار مقاله در مجله‌های علمی - پژوهشی خارجی



- ارائه در کنفرانس ها و سمینارهای داخلی
- ارائه در کنفرانس ها و سمینارهای خارجی
- ارسال خلاصه یا گزارش کامل طرح یا مقاله حاصل از آن برای استفاده کنندگان

### بالحقوه آن

- قرار دادن متن کامل گزارش یا خلاصه ای از آن در وب سایت به منظور دسترسی استفاده کنندگان بالحقوه به آن
- انتشار نتایج پژوهش در نشریات غیرعلمی (نظیر مجله ها یا روزنامه های مورد علاقه عموم)
- انتشار یافته ها در خبرنامه ها و بولتن ها (نظیر نشریات درون سازمانی که خبر های علمی و غیر علمی مرتبط با آن سازمان را منتشر می کند)
- ارائه یافته های پژوهش به خبرنگاران رسانه ها و یا شرکت در مصاحبه ها
- تشکیل جلسه با استفاده کنندگان بالحقوه برای معرفی نتایج پژوهش
- تهیه و ارسال نتایج با زبان متناسب مخاطبین (نظیر نوشته های ساده برای بیماران و یا مردم، گزارش های کوتاه برای مدیران و مسئولین)
- انجام اقدامات لازم برای تجاری سازی یافته ها (ثبت پتنت، عقد قرارداد با صنعت و ...)
- سایر اقداماتی که موجب می شود نتایج پژوهش به مخاطب آن منتقل گردد:
- هیچکدام

### **د: پیام اصلی حاصل از طرح پژوهشی: (فرم یک و سه صفحه ای مطابق راهنمای نگارش ۲۵-۳-۱ سایت موسسه)**

این مطالعه که با هدف بررسی متوسط کسورات بیمارستانهای خصوصی ودولتی دانشگاه علوم پزشکی تهران در نه ماه اول سال ۱۳۹۳ و عوامل موثر برآن انجام گردید.

بیشترین میزان کسورات بیمه تامین اجتماعی به ازای هر پرونده، مربوط به بیمارستان شریعتی و کمترین مقدار مربوط به بیمارستان پارسا بوده است. بیشترین میزان کسورات بیمه خدمات درمانی به ازای هر پرونده، مربوط به بیمارستان بهارلو و کمترین میزان کسورات مربوط به بیمارستان اقبال بوده است. مقدار کسورات بیمه خدمات درمانی در بیمارستان های خصوصی نسبت به بیمه تامین اجتماعی مقدار کمتری را در کل دوره نشان می دهد ولی در بیمارستان های دولتی این تفاوت معنادار نیست. میانگین کسورات در بیمارستانهای دولتی بالاتر از خصوصی می باشد. برای هر دو نوع بیمه تامین اجتماعی و خدمات درمانی، با افزایش تعداد پرونده ها، دوره وصول مطالبات افزایش می یابد.

برای بیمارستان های با مالکیت خصوصی ارقام هزینه ای هتلینگ عادی و سایر خدمات دارای بیشترین مقدار کسور و خدمت آسیب شناسی دارای کمترین مقدار بودند. برای بیمارستان های دولتی نیز بیشترین مقدار کسور مربوط به ارقام هزینه ای هتلینگ عادی و حق الزحمه جراح می باشد و خدمت آسیب شناسی دارای کمترین مقدار کسورات می باشد.

## فصل اول – مقدمه

### مقدمه

در این فصل ابتدا به مقدمه و اهمیت موضوع پرداخته شده است و در ادامه به بیان مساله و سری عوامل و مسایل مربوطه و اهمیت و ضرورت اجرای پژوهش پرداخته شده است. در انتها، اهداف و سوالات پژوهش و تعریف نظری و عملیاتی واژگان مورد بررسی قرار گرفته است.

### پیشگفتار و اهمیت موضوع

در دهه های اخیر، با توجه به هزینه های بالای خدمات پزشکی ناشی از توسعه و تکامل تکنولوژی پزشکی، و نیز مشکلاتی که از نظر تأمین مالی این هزینه ها برای اغلب دولت ها فراهم بوده است، سیاستگذاران و دولتمردان پذیرفته اند که، بهداشت و درمان یک مسأله اجتماعی صرف نبوده و باید از جنبه های اقتصادی نیز مورد بررسی قرار گیرد (۱). همچنانکه مطابق مطالعات وسیع و اساسی نشان داده شده است که بیمارستان به عنوان یکی از سازمانهای پیچیده اجتماعی، نقش مهمی در ارائه خدمات بهداشتی درمانی مورد نیاز جامعه داشته و از دیدگاه اقتصادی بسیار حائز اهمیت است. (۲)

در تمامی کشورها، بیمارستانها به عنوان منبع اجتماعی حیاتی و ضروری تلقی می شود که باید در راستای منافع جامعه اداره شود. با عنایت به این ویژگی، مدیریت بیمارستان، دارای یک مسؤولیت اجتماعی برای تهیه و تدارک خدمات بهداشتی مورد نیاز در جامعه در سطح قابل قبولی از کیفیت و با کمترین قیمت و هزینه ممکن است (۳). چرا که سهم عمده ای از بودجه بخش بهداشت و درمان ( ۸۰ - ۵۰ درصد) به آموزش نیروی تحصیل کرده و متخصصین این بخش اختصاص می یابد (۲).

با درک بهتر و دقیق تر هزینه های مربوط به فعالیت های مختلف، مدیران می توانند کارایی بخش ها و دپارتمان های بیمارستان و نیز خود بیمارستان را به عنوان یک کل و یک مجموعه اعتدال بخشند. همچنین داد ههای مربوط به هزینه ها می تواند سیاستگذاران را در تصمیم گیری درباره بهترین مراقبت درمانی ارائه شده در بیمارستان ها و موازنه و معارضه ی بین خدمات پیشگیری و خدمات درمانی اولیه و ثانویه کمک کند (۳)

امروزه بیمه های اجتماعی در جهان به دلیل کمک به ایجاد عدالت اجتماعی و امنیت عمومی از اهمیت شایانی برخوردارند. در این میان بیمه اجتماعی سلامتی به خاطر نیاز حیاتی و فوری انسان به مقوله سلامتی اهمیت دو چندان دارد. کشور ما ترکیبی از بیمه ها را جهت تحت پوشش قرار دادن افراد جامعه استفاده می کند که می توان به بیمه های تامین اجتماعی، بیمه خدمات درمانی، بیمه درمانی نیروهای مسلح اشاره کرد. بیمارستانهای کشور جهت افزایش تقاضای افراد با بیمه ها قرارداد می بندند. به این صورت که بخشی از هزینه های بیماران را با ارسال صورتحساب از سازمان بیمه گردیافت می دارند. بنابراین بخش وسیعی از درآمد بیمارستان از طریق صورتحسابهای ارسالی بدست می آید (۴).

این سازمانها پس از رسیدگی به اسناد مالی ارسالی بیمارستانها، مبالغی را تحت عنوان کسورات از سر جمع مبالغ درخواستی کسر می نمایند. این کسورات علاوه بر اینکه مبلغ زیادی از درآمد بیمارستانها را

علیرغم ارائه خدمات توسط آنها محقق نمی سازد، بلکه زمینه ساز نارضایتی بیمارستانهای طرف قرارداد شده و تأخیر زیاد در بازپرداخت مطالبات آنها، این نارضایتی را تشدید می کند(۵). همچنین افزایش روز افزون هزینه های خدمات درمانی، بیمارستان را به صورت یکی از سازمانهای مهم و در عین حال، بسیار پرهزینه در آورده است. این وضع به گونه ای است که قسمت عمده منابع بخش بهداشت و درمان جامعه به بیمارستانها تخصیص می یابد و در حدود ۴۲ درصد از هزینه های جاری دولت در بخش بهداشت و درمان را به خود اختصاص می دهد، بنابراین ضروری است برای جلوگیری از هدررفتن منابع، بیمارستان ها اقتصادی تر اداره شوند (۶) در ایران حدود ۲ درصد تولید ناخالص ملی را بیمارستان ها به خود اختصاص می دهند(۷)

پوررضا در همین رابطه اظهار می دارد که بخش سلامت در بسیاری از کشورها از جمله ایران امروزه با تنگنایهای شدیدی درخصوص محدودیت منابع روبروست، از این رو ضروری است استفاده مطلوب از امکانات و حداکثر بهره وری از آنها به عنوان یک جزء جدایی ناپذیر مدیریت سیستم بهداشت و درمان به عمل آید(۸).

### بیان مسئله

از موضوعات قابل طرح در مقوله ی اداره اقتصادی بیمارستان ها که همواره توجه، دقت و کوشش مدیران بیمارستان ها را به خود معطوف داشته است، کنترل و تسلط بر وضعیت مالی بیمارستان، تأمین منابع مالی مورد نیاز و افزایش کارایی در بخش درآمد بیمارستان هاست (۹). از جمله منابع درآمدی بیمارستان ها با توجه به قانون بیمه همگانی، ارایه و فروش خدمات به بیمه شدگان تحت پوشش سازمان های بیمه گر می باشد(۱۰)، اما آنچه مسلم است بیمارستان ها در برخی جهات با این سازمان ها مشکل دارند. مهمترین دلیل این امر هزینه هایی است که تحت عنوان کسورات معمولاً هر ماه توسط این سازمان ها پس از رسیدگی به اسناد مالی بیمارستان ها از سرجمع مبالغ درخواستی کسر می شود ( ۱۱، ۱۰). سازمان های بیمه گر، به دلیل درج خدماتی که مورد قبول بیمه گر نیست در بازپرداخت بهای صورتحساب های بیمارستان های طرف قرارداد کسوراتی را اعمال می کنند که زمینه ساز نارضایتی بیمارستان های طرف قرار داد شده است(۱۰). درحقیقت کسورات به معنای تفاوت ریالی میان آنچه که درقبال ارائه خدمت (بر اساس تعرفه های مصوب) باید وصول شود و آنچه که عملاً وصول می شود تعریف شده است. فرآیند تبدیل خدمت به درآمد شامل مراحل انجام خدمت، ثبت خدمت، ارسال مستندات و در نهایت وصول درآمد است. بدیهی است کسورات در هر کدام از مراحل فوق می تواند اتفاق افتد. بعضی مواقع ممکن است در بیش از یک مرحله و یا در تمامی مراحل به صورت همزمان کسورات ظاهر شوند. عدم ثبت صحیح خدمت انجام گرفته، ثبت ناقص خدمت، خطای محاسباتی ناشی از عدم محاسبه تمام یا قسمت از خدمات و یا اشتباه در محاسبه تعرفه خدمات می باشد (۱۲).

آمارهای منتشر شده پیرامون تعداد افراد تحت پوشش بیمه های درمانی در ایران حاکی از آن است که در حدود ۹۲ درصد مردم به نوعی از خدمات بیمه ای سازمانهای بیمه گر (بیمه خدمات درمانی، تأمین اجتماعی، نیروهای مسلح، کمیته امام، بیمه های خصوصی و سایر سازمانها) بهره مند می باشند (۱۳).

از اینرو، مسأله ی میزان و علت کسورات مهم تلقی می شود؛ به نحوی که هم موجب اطلاع و آگاهی دست اندرکاران مراکز بهداشتی درمانی، داروخانه ها و مدیریت مربوط می شود و هم باعث بالا رفتن درآمد مراکز می گردد و نیز سبب می شود یک اعتماد متقابل بین طرفین قرارداد ایجاد شود (۱۴).

مسأله ی کسورات بیمه ای یکی از معضلات عمده ای است که بیمارستان ها را با کمبود منابع مالی روبرو می سازد (۱۵) در پژوهش رضاپور و همکاران در مورد هزینه- بهره دهی بخش های بستری مرکز آموزشی- درمانی قدس قزوین، بالا بودن میزان کسورات اعمال شده از طرف سازمان های بیمه گر یکی از دلایل عدم بهره وری در بیمارستان مذکور بوده است (۱۶).

به دلیل اهمیت کسورات مطالعات مختلفی در سال های اخیر به بررسی دلایل و میزان کسورات در بیمارستان های کشور پرداخته اند. برای نمونه در بررسی که در بیمارستان های آموزشی اهواز توسط زارعی و همکاران (۱۳۹۳) انجام شد، نشان می دهد که مجموع کسورات، نسبت به صورت حساب های ارسالی سازمان بیمه ی خدمات درمانی ۶/۶۲ درصد بود و در بیمه ی تأمین اجتماعی مجموع کسورات نسبت به صورت حساب های ارسالی ۴/۹ درصد بود و نتایج آنها نشان می دهد که اگر چه درصد کمی از صورت حساب های ارسالی مشمول کسورات می گردد ولی همین مقدار کم کسورات نیز بار مالی قابل توجهی را به بیمارستان ها تحمیل می کند (۱۷).

همچنین مطالعه دیگری که توسط سروستانی و همکاران (۱۳۹۴) انجام شد نشان می دهد که در اسناد بستری، نقص برگ شرح حال بیماران، در اسناد سرپایی خدمات بخش پاراکلینیک، نسخ فاقد قیمت و در اسناد سرپایی داروخانه نسخ فاقد مهر و امضای پزشک از مهمترین علل کسورات بودند (۱۸).

محمدی و همکاران نیز در مطالعه ی خود میزان کسورات بیمه تأمین اجتماعی را ۴/۶ و خدمات درمانی را ۴/۲۲ درصد از صورت حساب های ارسالی برآورد کردند (۲) در مورد دلایل کسورات بیمارستانی نیز، ضعف در مستند سازی اطلاعات پرونده ی پزشکی بیمار بیش از سایر دلایل مورد توجه قرار گرفته است (۱۹،۲۰).

در سایر کشورها نیز مسأله ی بازپرداخت هزینه های بیمارستانی از طرف شرکت ها و سازمان های بیمه گر از اهمیت زیادی برخوردار است. برای نمونه در کشور آمریکا برای بازپرداخت، هزینه های بیمه شدگان دو بیمه ی اصلی مدیکیر و مدیکید به بیمارستان ها، از صورت حساب

های استاندارد ملی استفاده می شود و هم چنین نهاد های ملی نظیر بخش بهداشت و بازرسی عمومی اداره ی خدمات انسانی و سلامت به بررسی نحوه ی تنظیم صورت حساب های بیمارستانی برای جلوگیری از سوء استفاده ها و مشکلات احتمالی می پردازند (۹)

### اهمیت و ضرورت اجرای پژوهش

بنابراین باید با درک بهتر و دقیقتر از علل کسورات، کارایی بیمارستان و در نهایت کیفیت مراقبت درمانی را ارتقاء بخشید و همچنین از به هدر رفتن منابع مالی بیمارستان که پشتیبان اصلی در ارائه خدمات و بقای آن می باشد، جلوگیری کرد (۲۱).

فرضیه های مختلفی در خصوص علل احتمالی این کسور وجود دارد که بررسی دقیق علل و میزان کسورات به منظور برنامه ریزی جهت کاهش و افزایش درآمدها و تامین منابع جهت ارائه خدمات مطلوب به بیماران امری لازم و ضروری به نظر می رسد. در شهر تهران نیز بخش اعظمی از خدمات درمانی و جراحی توسط بیمارستان های خصوصی و بیمارستان های تابعه دانشگاه علوم پزشکی تهران ارائه می گردد. علاوه بر نقش این بیمارستان ها در درمان بیماران، نقش کلیدی در آموزش دانشجویان و تحقیقات پزشکی دارند و بیمارستان های خصوصی مورد مطالعه نیز از به خاطر موقعیت مکانی در سطح تهران از اهمیت بسزایی برخوردار هستند، همچنین بخشی از درآمدهای دانشگاه از این بیمارستان ها تامین می شود، از طرف دیگر سازمان های بیمه ای (خدمات درمانی، تامین اجتماعی، نیروهای مسلح و...) به عنوان بیمه گذارهای اصلی در ایران محسوب می شوند و بخش مهمی از تعاملات مالی بیمارستان ها با این سازمان های بیمه گر می باشد.

باتوجه به پژوهش هایی که در این زمینه صورت گرفته اند این پژوهش ها به بررسی کسورات بر حسب نوع بیمه ها پرداخته است این پژوهش با تکیه بر تفاوت در عملکرد بیمارستان های خصوصی و دولتی به بررسی کسورات در این بیمارستان ها و مقایسه بین کسورات این دو نوع بیمارستان و تعیین کم ترین مقدار و بیشترین مقدار کسورات در این بیمارستانها است. نتایج این مطالعه می تواند مسولان و سیاستگذاران دانشگاه و دستگا های اجرایی در ارزیابی بار مالی کسورات و سیایت گزاری برای کاهش ان کمک کند.

<sup>۱</sup> Office for Inspector General

## اهداف و سوالات پژوهش

### هدف آرمانی

پس از شناسایی عوامل تاثیرگذار بر کسورات، راهکارهای مناسب جهت کاهش کسورات بیمه ای بیمارستانها و افزایش درآمد آنها ارائه شود

### هدف اصلی

بررسی میزان، علل و عوامل برون سازمانی کسورات بیمارستان های دانشگاه علوم پزشکی تهران

### اهداف ویژه

- ۱- تعیین میزان کسورات اعمال شده به پرونده های بیمارستان های دولتی و خصوصی
- ۲- تعیین علل کسورات اعمال شده به پرونده های بیمارستان های دولتی و خصوصی
- ۳- تعیین میزان کسورات اعمال شده به پرونده های بیمارستان از نظر انواع بیمه ها
- ۴- تعیین رابطه بین تعداد پرونده های ارسالی به بیمه و میزان کسورات
- ۵- تعیین ارتباط بین دوره وصول مطالبات و میزان کسورات
- ۶- تعیین ارتباط سهم هر کدام از بیمه ها از درآمدهای مالی بیمارستان ها و میزان کسورات
- ۷- تعیین میزان کسورات به تفکیک انواع خدمات (بستری، دارویی، تشخیصی ...) در بیمارستان

### اهداف کاربردی

ارائه تصویری شفاف از وضعیت شاخصهای عملکردی، درآمد، هزینه و کسورات اعمال شده بر درآمد ارسالی واحدها به مسئولین دانشگاه و بیمارستانها به منظور تعیین کارایی و شناخت نقاط ضعف و قوت سیستم و ارائه پیش زمینه ای برای تدوین بودجه برنامه ای و عملیاتی که در تصمیم گیری های مدیران و مسئولین در مدیریت و هدایت منابع محدود به حداکثر بهره وری موثر باشد علاوه بر تعیین میزان و علل کسورات، حداقل امکان از اتلاف منابع بیمارستان ها و درآمدهای تاخیری و از همه مهمتر از حقوق بیماران مراقبت شود.

### سوالات پژوهش

- آیا میزان کسورات اعمال شده به پرونده های بیمارستان های خصوصی و دولتی یکسان است؟
- علل میزان کسورات اعمال شده به پرونده های بیمارستان چیست؟
- میزان کسورات اعمال شده به پرونده های بیمارستان از نظر انواع بیمه ها چقدر است؟
- بین تعداد پرونده های فرستاده شده به بیمه و میزان کسورات چه ارتباطی وجود دارد؟
- ارتباط بین دوره وصول مطالبات با میزان کسورات چگونه است؟
- میزان سهم هر کدام از بیمه ها از درآمدهای مالی بیمارستان و سهم هر کدام از میزان کسورات چقدر است؟



## تعریف نظری و عملیاتی واژگان

### بیمه شده (Insured)

تعریف نظری: شخصی است که حیات یا سلامت او موضوع بیمه قرار می‌گیرد. (۲۲)  
تعریف عملیاتی: منطبق بر تعریف نظری می‌باشد.

### بیمه‌گذار (Policyholder)

تعریف نظری: شخصی که قرارداد بیمه را منعقد و پرداخت حق بیمه را تعهد می‌کند. در بیمه‌های اموال و مسئولیت بیمه‌گذار مشخص است، اما در بیمه‌های اشخاص گاهی بیمه‌گذار یک شخص یا یک موسسه است و بیمه شدگان، اشخاص دیگری می‌باشند. (۲۳)  
تعریف عملیاتی: منطبق بر تعریف نظری می‌باشد.

### بیمه‌گر (Insurer)

تعریف نظری: شرکت یا موسسه مجازی است که طبق قانون و مقررات مملکتی و ضوابط فنی به عملیات بیمه‌گری، یعنی قبول ریسک و تعهد جبران خسارت یا پرداخت سرمایه بیمه، اشتغال می‌ورزد. (۲۴)  
تعریف عملیاتی: منطبق بر تعریف نظری می‌باشد.

### بیمه:

تعریف نظری: بیمه عبارت است از قراردادی که به موجب آن یک طرف (بیمه‌گر) تعهد می‌کند در ازای پرداخت وجه یا وجوهی از طرف دیگر (بیمه‌گذار) در صورت وقوع یا بروز حادثه خسارت وارده بر او را جبران نموده یا وجه معینی را بپردازد. (۲۴)  
تعریف عملیاتی: منطبق بر تعریف نظری می‌باشد.

### فرانشیز:

تعریف نظری: قسمتی از هزینه درمان است که بر مبنای تعرفه مصوب، بیمه شده باید در زمان دریافت خدمات پرداخت نماید. (۲۴)  
تعریف عملیاتی: منطبق بر تعریف نظری می‌باشد.

### کسورات صورت حساب:

تعریف نظری: تفاوت ریالی میان آنچه که در قبال ارائه خدمت (بر اساس تعرفه های مصوب) باید وصول شود و آنچه که عملاً وصول میشود. (۲۴)  
تعریف عملیاتی: منطبق بر تعریف نظری می‌باشد.

### **تعرفه:**

تعریف نظری: تعرفه عبارت است از هزینه هایی که در قبال ارائه خدمات سلامت به بیماران وضع می شود (۲۲).

تعریف عملیاتی: منطبق بر تعریف نظری می باشد.

### **بیمارستان:**

تعریف نظری: واحدی است که حداقل دارای ۱۵ تخت باتجهیزات و خدمات عمومی پزشکی لازم و حداقل دو بخش داخلی و جراحی همراه با پزشکان متخصص باشد. (۲۴)

تعریف عملیاتی: منطبق بر تعریف نظری می باشد.

### **متوسط دوره وصول مطالبات:**

تعریف نظری: برابر متوسط زمانی است که طول می کشد تا وجه حاصل از فروش کالا/خدمات دریافت شود. برای محاسبه متوسط دوره وصول مطالبات مانده حسابهای دریافتی به متوسط فروش روزانه به دست می آید.

تعریف عملیاتی: منطبق بر تعریف نظری می باشد. (۲۳)

### **وصول نقدی:**

تعریف نظری: عبارتست از پولی که مردم در قبال دریافت خدمات مستقیماً به صندوق واحد ارائه کننده خدمت واریز می کنند.

تعریف عملیاتی: منطبق بر تعریف نظری می باشد.

### **وصول غیر نقدی:**

تعریف نظری: آنچه که طرفهای قرارداد (سازمانهای بیمه گر پایه، تکمیلی، ردیفهای وزارتی و...) به حساب واحد ارائه کننده خدمت واریز می کنند. (۲۲)

تعریف عملیاتی: منطبق بر تعریف نظری می باشد.



## فصل دوم – زمینه‌های نظری پژوهش و مروری بر مطالعات انجام شده

### مقدمه

در این فصل به مطالب کلی و چهارچوب نظری و پنداشتی موضوع پژوهش از قبیل ساختار نظام سلامت در ایران، اقتصاد سلامت، بیمه، بیمارستان و چگونگی تامین منابع مالی در بیمارستانها و تجربه‌های جهانی در این زمینه پرداخته شده است. در پایان نیز نظری اجمالی بر مطالعات انجام شده در زمینه موضوع پژوهش در ایران و جهان داشته ایم.

### ساختار نظام سلامت در ایران

توجه به بهداشت و سلامت در سطح آحاد جامعه یکی از اهداف اصلی برنامه‌های جمهوری اسلامی ایران می باشد. در اثبات این گفته می توان به مواردی مانند قانون اساسی کشور اشاره نمود که ضمن محوری شمردن سلامت کامل و جامع انسان، بهداشت و درمان را از جمله نیازهای اساسی می شناسد و دولت را مکلف کرده است تا تمامی منابع، امکانات و ظرفیت های خود را جهت تامین، حفظ و ارتقای سطح سلامت افراد کشور بسیج کند (۲۶).

به دلیل ساختار مدیریت دولتی در اقتصاد کشور و همچنین نقش حاکمیتی سلامت و با توجه به تاکیدات اشاره شده در اصل ۲۹ قانون اساسی بر بهداشت، درمان و تامین اجتماعی و همچنین کشش تقاضای قابل توجه بخش سلامت کشور و علی رغم دگرگونی های متعدد، همواره چه با رویکرد دولت و حاکمیت و چه از دیدگاه مردم، سلامت از اهمیت ویژه ای برخوردار بوده است اما به دلیل حساسیت های ساختاری آن در عرضه و تقاضا، بخش سلامت کشور ماهیت دولتی خود را حفظ نموده است و این امر بر رفتار بخش خصوصی نیز سایه انداخته است (۲۷). ایران کشوری با درآمد زیر متوسط و با جمعیتی بالغ بر ۷۰ میلیون نفر است. هزینه کلی نظام سلامت به عنوان درصدی از تولید ناخالص داخلی در حدود ۶ درصد برآورد می شود و هزینه های عمومی دولت در بخش سلامت ۵۲٫۲ درصد هزینه های کلی نظام سلامت کشور در سال ۲۰۰۵ گزارش شده است (۲۸).

در سطح ملی تمام تصمیمات مربوط به تعیین اهداف، سیاست ها و تخصیص منابع به صورت متمرکز در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و با توجه به اطلاعات وزارت رفاه و تامین اجتماعی و سایر نقش آفرینان کلیدی نظام سلامت اتخاذ می شود. در سطح استانی دانشگاههای علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مسئول ارائه خدمات سلامت، پایش فعالیت های بخش خصوصی و همچنین آموزش و پژوهش در علوم پزشکی و بهداشتی می باشند. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در سال ۱۳۶۴ و به منظور استفاده مطلوب و هماهنگ از امکانات پزشکی کشور و در جهت تامین بهداشت، درمان، بهزیستی و آموزش پزشکی، تشکیل گردید.

در سال ۱۳۶۷ قانون تشکیلات و وظایف این وزارتخانه به تصویب مجلس شورای اسلامی رسید که در این مصوبه دانشگاهها و دانشکده های علوم پزشکی به عنوان یکی از ارکان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی محسوب گردیده و روسای دانشگاهها یا دانشکده ها به عنوان قائم مقام وزیر در استان معرفی شده و مسئول اجرای سیاست ها و خط مشی های ابلاغ شده از سوی وزارت بهداشت گردیدند.

در سطح بیمارستان نیز ریاست و مدیریت، برنامه و بودجه را برای تصویب به دانشگاههای علوم پزشکی پیشنهاد می کنند (۲۹).

با عنایت به روند فوق لازم است به منابع مالی که بخش سلامت را تغذیه می نمایند نیز توجه نماییم. در این رابطه دو گروه در بخش سلامت را می توان معرفی نمود. گروه هایی که تامین کننده منابع مالی هستند و گروه های دیگر که ارائه دهنده خدمات می باشند. بخش عمده منابع مالی توسط دو گروه اصلی یعنی دولت و مردم تامین می گردد. در فرآیند تامین مالی دولتی همه چیز با تدوین لایحه بودجه که حاوی سیاست های کلان دولت است، آغاز و در نهایت پس از تصویب توسط مجلس، به وسیله دولت به دستگاههای اجرایی ابلاغ می گردد (۳۰).

### اقتصاد سلامت

نقش اساسی اقتصاد سلامت و به طور کلی علم اقتصاد در خدمات بهداشتی درمانی تعیین این مطلب است که برنامه ریزی و اجرای عملیات چگونه با روشهای اقتصادی صورت گیرند تا از منابع به کار رفته ستاده های بیشتری حاصل آید (۳۱).

بخش بهداشت و درمان بخش وابسته ای است که به نسبت منابعی که در اختیار دارد باید بهترین عملکرد را داشته باشد. بررسی ها نشان می دهد که بیش از نیمی از منابع ملی سلامت در کشورهای مختلف به دلیل بهره وری کم و استفاده نامناسب از نیروی انسانی به هدر می روند. بنابراین معقول خواهد بود که انتظار داشته باشیم تا با مدیریت صحیح، کاهش اساسی در منابع هدر رفته به وجود آید (۳۲). از طرفی اصلاح روشهای بودجه بندی و توزیع منابع از ضرورت های اصلاح ساختار اقتصادی مدیریتی بخش بهداشت و درمان و بالاخص بیمارستانها محسوب می شود. روش بودجه بندی که هم اکنون در سازمان های دولتی رواج دارد ترکیبی از روش بودجه بندی سنتی و برنامه ای است و اطلاعاتی در خصوص نتایج هزینه کرد اعتبارات و میزان کارایی و اثربخشی برنامه ها بدست نمی دهد. بدین منظور باید مطالعاتی با هدف کارایی و اثربخشی و ایجاد ارتباط بین بودجه و نتایج عملکرد نظام بودجه بندی عملیاتی با تاکید بر قیمت تمام شده خدمات انجام شود (۳۳).

### اقتصاد بیمارستان

بیمارستانها به عنوان یکی از نهادهای مهم ارائه خدمات بهداشتی درمانی همچون یک واحد صنعتی متشکل از عوامل تولید مانند سرمایه، نیروی انسانی، فن آوری و مدیریت هستند و با استفاده از امکانات و تسهیلات ویژه خود در جهت تولید محصولی به نام حفظ، بازگشت و ارتقای سلامت جسمانی و روانی افراد جامعه و نیز انجام تحقیقات پزشکی و آموزش نیروهای ماهر مورد نیاز بخش بهداشت و درمان نقش اساسی ایفا می کنند. پیشرفت ها و جهش های شگرف علم پزشکی همراه با کاربرد روزافزون وسایل و ابزارهای نوین در امر تشخیص و درمان

بیماری ها و پژوهش های علمی و اهمیت بازگشت سریع سلامت بیماران، موجب شده است که اکثر جوامع توجه زیادی به اداره بیمارستان معطوف دارند (۳۴)

احداث و اداره بیمارستان در تمام کشورها قسمت عمده هزینه های بخش سلامت را به خود اختصاص می دهد. با افزایش تقاضا برای خدمات بیمارستانی، هزینه ارائه خدمات نیز افزایش می یابد. در نتیجه توجه به استفاده اثر بخش از منابع تخصیص داده شده اهمیت زیادی پیدا می کند (۳۵). لذا با توجه به اینکه هزینه های خدمات بهداشتی درمانی و هزینه های بیمارستانی در دنیا با رشد فزاینده ای رو به رو بوده اند، دلایل متعددی را می توان برای این افزایش هزینه ها برشمرد:

(۱) تغییر در خصوصیت خدمات، پیدایش روشهای جدید تشخیصی، داروهای جدید و دستگاههای پیشرفته: در جایی که پزشکان فقط می توانستند فقط با چند آزمون بیماری را تشخیص دهند و درمان کنند. اینک روند تغییر کرده و بررسی ها و آزمایش های بیشتری انجام می دهند. بیمارستان نه تنها بر خدمات می افزاید، بلکه خود خدمات موجود را بیشتر بکار می گیرد و رشد فن آوری پزشکی نقش مهمی در تشدید هزینه ها دارد.

(۲) نبود تعهد در بیمارستانهایی که بوسیله دولت اداره می شوند:

در بیمارستانهای دولتی تعهدی به کم کردن هزینه ها در هیچ سطحی وجود ندارد. تنها شمار اندکی از پزشکان درباره چند و چون ارزش و هزینه ای که توسط بیمارستان عرضه می شود، اطلاعات کافی داشته و یا از هزینه یک خدمت به خصوص آگاهند. برای کاستن از هزینه ها به سختی می توان برای پزشکان یا سایر کارکنان پزشکی انگیزه ایجاد کرد.

(۳) تغییر در وضعیت تندرستی مردم و تغییر ساختار جمعیتی:

باتوجه به افزایش متوسط سن جمعیت و تغییر در نوع زندگی، الگوی بیماریها تغییر کرده و بیماریهای بازپدید و نو پدید ظهور پیدا نموده اند.

(۴) افزایش رشته های مختلف تخصصی:

میزان ارجاع به متخصصان به نحو قابل ملاحظه ای افزایش یافته است (۳۶)

افزایش بی رویه و غیر قابل انتظار هزینه های درمانی در سرتاسر جهان به چشم می خورد. این امر باعث گردیده تا صاحب نظران و متخصصین مربوطه اعم از پزشکان و اقتصاد دانان کلیه ممالک دنیا به دنبال یافتن راههای جدیدی به منظور محدود کردن یا کنترل هزینه ها برآیند (۳۷)

### تامین منابع مالی بیمارستانها در ایران

به طور خلاصه تامین مالی عبارت از کسب یا ایجاد درآمد برای جبران هزینه ها و یا سرمایه گذاری ها است (۲۲). منابع مالی بیمارستانها در ایران به طور عمده توسط دولت، سازمان های بیمه گر و پرداخت های مستقیم مردم تامین می شود. در ایران به طور عمده سه گروه از بیمارستان ها مسولیت ارائه خدمات را بر عهده دارند:



- ۱) بیمارستان های دولتی
- ۲) بیمارستان های تامین اجتماعی
- ۳) بیمارستانهای خصوصی و خیریه

### بیمارستان های دولتی

تأمین منابع مالی در بیمارستانهای دولتی از طریق منابع مالی دولت و درآمد اختصاصی آنهاست. منابع مالی دولت برای پرداخت حقوق و سایر مزایای کارکنان، هزینه درمان مصدومین حوادث ترافیکی و غیر ترافیکی (سوختگی و روانی) و بیماران خاص و همچنین تخفیفات ارائه شده به بیماران نیازمند در نظر گرفته شده و به وسیله وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به بیمارستانها اختصاص می یابد. سایر هزینه های بیمارستانها نیز از طریق درآمد اختصاصی آنها تأمین می شود که شامل پرداختهای سازمان های بیمه گر و پرداختهای مستقیم توسط مصرف کنندگان است (۳۸).

در واقع بیماران نیز در تأمین بخشی از هزینه ها که به فرانشیز معروف است، شریک می باشند که این امر به معنی مجبور کردن آنان به پرداخت مستقیم بخشی از هزینه های سلامت توسط سازمانهای بیمه گر است (۳۹).

### بیمارستان های تامین اجتماعی

نظام ارائه خدمات درمانی در سازمان تامین اجتماعی به دو صورت مستقیم و غیرمستقیم است. در نظام مستقیم، ارائه خدمات توسط مراکز ملکی و وابسته به سازمان تامین اجتماعی صورت می گیرد و در نظام غیرمستقیم، خدمات مورد نیاز از طریق عقد قرارداد با بیمارستان ها صورت می گیرد. در نظام مستقیم، هر بیمارستان یک بودجه سالیانه را دریافت می کند. برای ساختمانهای جدید و تجهیزات عمده نیز یک بودجه متمرکز در سازمان تامین اجتماعی در نظر گرفته شده است که پس از تایید نیاز توسط مراجع ذیربط به بیمارستان ها اختصاص می یابد.

### بیمارستان های خصوصی و خیریه

نظام پرداخت در بیمارستان های خصوصی و خیریه، بسیار شبیه به نظام پرداخت در بیمارستان های دولتی می باشد و در این میان تنها اختلافی که وجود دارد تفاوت تعرفه بین بخش خصوصی و دولتی است. البته در بعضی از مواقع پرداخت های غیر رسمی نیز از طرف بیماران به بیمارستان های خصوصی صورت می گیرد که می توان آن را یکی از پارامترهای تامین منابع مالی در این بخش در نظر گرفت (۳۸).

### درآمد های بیمارستان :

دو منبع اساسی درآمدهای حاصل از بودجه عمومی دولت و درآمد اختصاصی در بیمارستان های تابعه دانشگاه های علوم پزشکی خدمات بهداشتی درمانی کشور وجود دارد که نقش تامین

مالی را برای تامین هزینه های جاری در بیمارستان های مزبور ایفا می نمایند. در بیمارستان های دولتی درآمدهای حاصل از بودجه عمومی دولت برای تامین هزینه های حقوق و مزایای پرسنلی مورد استفاده قرار می گیرد. درآمد اختصاصی عبارت از وجوه نقدی دریافتی از بیماران آزاد، فرانشیز نقدی دریافتی از بیماران تحت پوشش انواع سازمان های بیمه گر و درآمد حاصل از خدمات بیمه ای می باشد. خدمات بیمه ای ارائه شده به بیماران از بیمه ها مختلف در قالب تعرفه های درمانی بخش دولتی تامین می گردد که همه ساله پس از تصویب و ابلاغ از سوی شورا عالی بیمه از سازمان های بیمه گر براساس صورتحساب های ارسال بیمارستان به سازمان های بیمه گر دریافت می گردد. (۴۰)

مطالعه های واحد اقتصاد بهداشت مرکز بودجه و پایش عملکرد وزارت بهداشت نشان داده که به طور متوسط حدود ۷۰ درصد از درآمد اختصاصی بیمارستانها در کل کشور از سازمان های بیمه گر دریافت شده است. (۴۱) شناخت و تجزیه و تحلیل منابع تامین مالی و درآمد بیمارستانها در تصمیم گیری های دقیق مدیریتی بسیار مهم است. و همه ساله سقف درآمد اختصاصی بخش درمان در قانون بودجه کل کشور بر ای دانشگاه های علوم پزشکی تعیین می شود. (۴۰).

### سازمانهای بیمه ای فعال در کشور

در اکثر کشورها تامین کننده منابع مالی بخش بهداشت و درمان، سازمان های بیمه گر هستند و بدیهی است که صرف تامین منابع مالی ضرورت کنترل هزینه ها را مطرح می نماید. فلذا سازمان های بیمه گر به طور نامحسوس از طریق حق سرانه و مشارکت در وضع تعرفه ها و کنترل صورتحساب ها، کنترل کننده هزینه ها سلامت می باشند. بدیهی است که این موسسات متناسب با ساختار کشورها متفاوت هستند. در کشورهای دارای اقتصاد آزاد، سازمانهای بیمه گر دولتی و خصوصی وجود دارند و از قدرت قابل توجهی در بازار برخوردار بوده و به عنوان کنترل کننده اصلی هزینه می باشند.

وجود زیر ساختهای مالی مناسب، فرصت لازم برای به اجرا درآوردن روش های مختلف تامین مالی را در این کشورها فراهم نموده است. دستیابی به روش های مناسب قیمت گذاری خدمات از جمله روش DRG و سایر روش های پرداخت از این دستاوردها است. در کشور ما عموماً سازمان های بیمه گر ماهیت دولتی داشته و مقرات دولتی در آنها به شدت تاثیرگذار است و چنین تحرکی کمتر در بیمه ها دیده می شود (۴۰)

## سازمان های عمده بیمه گر در ایران عبارتند از:

### سازمان بیمه تامین اجتماعی:

این سازمان عمدتاً از محل حق بیمه، درآمد حاصل از وجوه، اموال، دارایی ها، کمک ها و هدایای اعطایی و همچنین خسارات و جریمه های مقرر در قانون، تامین مالی می گردد. در سال های دهه ۷۱ این سازمان منابع مالی خود را کمتر وارد عرصه سرمایه گذاری نموده بود و دچار بحران های شدید مالی گردید ولیکن هم اکنون با سرمایه گذاری در موسسات مختلف به یک قطب بزرگ مالی تبدیل شده و دارای شرکت های متعدد صنعتی، مالی و سرمایه گذاری است و در عرصه درمان نیز سرمایه گذاری های قابل توجهی در ایجاد بیمارستان ها و درمانگاهها نموده است ولیکن این سرمایه گذاری ها دارای بازده مورد نظر سیاستگذاران نبوده و سازمان در این بخش با مشکلات عدیده ای مواجه شده است.

### سازمان بیمه سلامت:

سازمان بیمه خدمات درمانی در سال ۱۳۷۴ و به منظور پوشش بیمه ای هر چه بیشتر آحاد جامعه شامل روستائیان، کارکنان دولت، خویش فرمایان و سایر اقشار، تشکیل و به عنوان یکی از دستگاه های تابعه وزارت بهداشت آغاز به کار نمود. این سازمان پس از تشکیل وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی در سال ۱۳۸۳ تابع این وزارتخانه شد. درآمد سازمان تنها متکی به سرانه های پرداختی از سوی دستگاه ها، سازمان ها، وزارتخانه ها و همچنین بیمه شدگان و درآمدها حاصل از وجوه، اموال، دارایی ها، کمک ها و هدایای اعطایی و همچنین منابع مالی منظور شده در قانون می باشد که توسط دولت تامین میگردد. عدم تامین به موقع منابع مالی از طرف دولت نه تنها سازمان را با تنش های متعددی رو بهرو کرده بلکه کلیه بیمارستان های دولتی را نیز دچار مشکلات اساسی در تامین نقدینگی نموده است. این سازمان در سال ۱۳۹۱ با تشکیل سازمان بیمه سلامت عملاً وظایف آن را برعهده گرفت تا در امر یکسان سازی صندوق ها و سازمان های بیمه گر و همچنین ارائه خدمات درمانی یکپارچه به مردم فعالیت نماید.

بر اساس قانون کلیه صندوقهای بیمه ای مانند تامین اجتماعی، شرکت نفت، بانکها، شهرداری ها و... مکلف هستند تا از برنامه ریزی سازمان بیمه سلامت پیروی کرده و برای هماهنگ کردن خدمات درمانی که به مردم ارائه می شود از الگوی یکسانی استفاده کنند بدین معنی که تمامی صندوقهای بیمه ای باید حق بیمه پایه دریافتی را به سازمان بیمه سلامت پرداخت کرده و در ازای آن دفترچه درمانی واحدی را دریافت کنند، امری که علی رغم صراحت انجام آن در قانون برنامه پنجم توسعه کشور، هنوز تحقق پیدا نکرده است.

### سازمان بیمه نیروهای مسلح

باتوجه به ماده ۸ قانون تشکیل وزارت دفاع و پشتیبانی نیروهای مسلح مصوب ۱۳۶۸ و با اجرای ماده ۱۷۴ قانون برنامه سوم توسعه کشور، سازمان تأمین اجتماعی نیروهای مسلح تشکیل گردید و هدف آن با استناد به اصل ۲۹ قانون اساسی، برقراری تأمین اجتماعی در سطح نیروهای مسلح از طریق فعالیتهای بیمه ای، حمایتی و امدادی، با محوریت نظام بیمه ای می باشد.

### کمیته امداد امام خمینی

کمیته امداد امام خمینی در سال ۱۳۵۷ با حکم رهبر کبیر انقلاب اسلامی برای مدت نامحدود تشکیل گردید و درحیطه سلامت، وظیفه ایجاد تسهیلات لازم جهت ارائه خدمات بهداشتی و درمانی و اقدام به بیمه درمانی و اجتماعی اقشار آسیب پذیر را در حد امکانات و در چارچوب قوانین و مقررات مربوطه بر عهده گرفت. این نهاد با عقد قرارداد با بیمارستان ها و مراکز آموزشی درمانی، خدمات درمانی بیمه ای را برای اقشار نیازمند جامعه فراهم می آورد. (۴۰)

### بیمه و بیمارستان

از جمله منابع در آمدی بیمارستان ها با توجه به اجرای قانون بیمه همگانی، ارائه و فروش خدمات به بیمه شدگان تحت پوشش سازمان های بیمه گر می باشد (۴۲) هر ساله در سطح کشور سازمان های بیمه گر صدها میلیارد ریال به بیمارستان های طرف قرارداد و یا مستقیماً به خود افراد بیمه شده بابت خدمات درمانی ارائه شده می پردازند. این سازمان ها پس از رسیدگی به اسناد بیمه ای ارسالی بیمارستان ها و تطبیق آنها با قوانین شورای عالی بیمه و در صورت داشتن مغایرت، مواردی را تحت عنوان خطاهای تنظیم اسناد بیمه ای تشخیص داده و در نهایت از سرجمع مبالغ در خواستی کسر می نمایند (۴۳). علاوه بر آن به علت عدم پرداخت به موقع مطالبات بیمارستان ها از طرف سازمان های بیمه گر، اغلب آنها با آشفتگی مالی و فشارهای ناشی از آن دست به گریبانند و این مساله آنها را در ارائه خدمات مناسب دچار لغزش جدی می کند (۴۴)

### کسورات اسناد بیمارستانی

بیمارستان ها و مراکز آموزشی درمانی جهت دریافت هزینه خدمات انجام شده، برای هر کدام از بیماران پرونده جداگانه ای تنظیم و کلیه خدمات انجام شده را قید و مبلغ هر یک از اقلام خدمات را در آن منظور کرده و پس از بررسی کارشناسان بیمه مقیم در بیمارستان، ماهانه به دفتر اسناد پزشکی سازمان های بیمه گر ارسال می نمایند و پس از بررسی مجدد و اجمالی توسط کارشناسان دفتر اسناد سازمانهای بیمه گر، مبالغی تحت عنوان کسورات از سرجمع

اسناد ارسالی کسر می گردد. این کسورات از این جهت مهم است که مبالغ کسر شده همیشه بخشی از درآمد بیمارستان بوده که بنا به دلایلی دریافت نمی شود (۲۴)

بر اساس بررسی های انجام شده در این پژوهش در اکثر بیمارستان های دانشگاه علوم پزشکی تهران، اسناد بیمارستانی بیمه های خدمات درمانی و تامین اجتماعی در دو مرحله مشمول کسورات بیمه ای می گردند. مرحله اول از کسورات توسط کارشناسان بیمه مقیم در بیمارستانها اعمال می گردد و این مراکز پس از اعمال کسورات، نسبت به جمع بندی و ارسال اسناد مالی به سازمان های بیمه گر اقدام می نمایند. در واقع بدلیل وجود این رویه غلط، اطلاعات مربوط به کسورات بسیار زیاد اعمال شده توسط این کارشناسان در بیمارستانها مخفی و مدفون شده و به هیچ وجه دسترسی به آن امکان پذیر نیست. در دفتر اسناد پزشکی سازمانهای بیمه گر نیز مرحله دوم کسورات اعمال می گردد و این کسورات تنها آماري است که واحد درآمد بیمارستانها و دانشگاه در اختیار داشته و به غلط از آن به عنوان کسورات بیمارستانی یاد نموده و به طور تلویحی ناچیز بودن آن را دلیل بر مدیریت و کارآمدی سیستم خود می دانند. البته در واحد درآمد برخی از بیمارستانها یک نفر نیروی پرستاری جهت بررسی پرونده ها قبل از رسیدگی کارشناسان بیمه بکار گیری شده ولی واقعیت امر این است که بیمارستانها در همان گام ابتدایی یعنی جمع آوری اطلاعات جامع، کامل و شفاف از نوع و میزان کسورات انجام شده توسط کارشناسان بیمه با مشکل مواجه می باشند.

### اصول و مبانی بیمه های مکمل درمانی

اصل بیمه بر فرایند مشارکت استوار است. در دیدگاه مشارکت، هر کس باید در حد توان خود در جهت پیشبرد اهداف از قبل طراحی شده گام بردارد.

به طور کلی در طراحی و ایجاد بیمه های درمانی باید به چهار اصل زیر توجه داشت:

۱. توزیع برابر،

۲. مشارکت جامعه،

۳. همکاری بین بخشی،

۴. تکنولوژی مناسب.

بیمه های مکمل در اصل برای بهبود این چهار اصل به وجود آمده اند.

از این منظر ساختار اصلی بیمه های مکمل را می توان به سه شکل تقسیم بندی کرد:

۱. بیمه های مکملی که به عنوان تکمیل کننده خدمات طراحی شده اند.

۲. بیمه های مکملی که به عنوان تکمیل کننده هزینه ها طراحی شده اند.

۳. بیمه های مکملی که به عنوان تکمیل کننده هزینه ها و خدمات به صورت تلفیقی به وجود آمده اند.

این انواع بیمه های مکمل برای تأمین یکی از موارد زیر شکل یافته اند:

۱. شکاف خدمتی که در بیمه های پایه وجود دارد.

۲. شکاف هزینه ای که در بیمه های پایه وجود دارد.

اگر بخواهیم تلفیقی بین ۳ مورد فوق و ۲ مورد اخیر برقرار کنیم می توان به این نتیجه رسید که شکاف خدمتی موجود در بیمه های پایه و در واقع شکاف هایی که در دستیابی بیمه شدگان به خدمات وجود دارد، در آنها این نیاز را به وجود آورده است که بعضی از خدمات را از بخش های دیگر تأمین کنند و بیمه مکمل به عنوان پلی این شکاف خدمتی را پوشش داده است و این اصل ریشه شکل گیری نظام های بیمه ای مکمل است.

### **روشهای پوشش جمعیت در بیمه های مکمل درمانی**

پیاده سازی بیمه های مکمل خدمات درمانی به طور کلی مانند بسیاری دیگر از بیمه ها باید به یکی از دو صورت کلی زیر انجام گیرد:

۱. بیمه های سلامتی گروهی،

۲. بیمه های سلامتی انفرادی.

اصولا در دنیا بیمه های مکمل با بیمه های گروهی در هم آمیخته است به طوری که به جز در مورد بعضی از زمینه های خاص (از جمله بیمه شخص ثالث، مسافرت و ...) بیمه شدگان به صورت گروهی بیمه می شوند. در پوشش های گروهی، ملاک انتخاب جمعیت تحت پوشش، ملاک شغلی است یعنی اگر فرد شاغل است تحت پوشش بیمه گروهی قرار می گیرد؛ اگر شاغل نیست تحت پوشش بیمه گروهی قرار نمی گیرد.

در حالت دیگر، اگر فرد شاغل نباشد، ممکن است به صورت خانوادگی یا چند خانواده با هم ثبت نام کنند یا در شرایطی به صورت انفرادی ثبت نام کند. در این صورت در طرح های انفراد بیمه های مکمل که معمولا شرایط مشکل تری دارد امکان ثبت نام وجود خواهد داشت.

### **مزایا و معایب پوشش بیمه های سلامتی گروهی**

مزایا :

۱. از آنجایی که مبنای حق بیمه بر میزان گروهی قرار دارد، بنابراین حق بیمه برای افراد مسن یا افرادی که در شرایط مناسب بهداشتی هستند ارزان تر از زمانی است که بیمه به صورت انفرادی خریداری می شود.

۲. افرادی که از نظر وضعیت سلامتی در شرایط خوبی قرار ندارند از مزایایی بهره مند می شوند که در شرایط انفرادی از آنها بهره مند نمی شوند.



۳. مبلغ حق بیمه طرف نظر از مبلغی که توسط کارفرما پرداخت می شود هزینه را برای کارکنان کاهش می دهد.

۴. میزان سهم مشارکت معاف از مالیات بوده و بنابراین به عنوان درآمد مشمول مالیات برای کارکنان تلقی نمی شود.  
معایب:

برای بیمه های گروهی، علی رغم دارا بودن مزایای مختلف، معایبی نیز وجود دارد. اگر کارگر جوانی عضو گروهی باشد که اکثر آنها سالمند هستند حق بیمه وی نیز براساس سالمندان تعیین شده مجبور است هزینه بیش تری را پرداخت کند؛ در صورتی که بیمه انفرادی برای وی ارزان تر تمام خواهد شد. این وضعیت در صنایع و کارگاه هایی اتفاق می افتد که در حال کاهش عملیات بوده یا از کارکنان مسن استفاده می کنند (۴۵)

### مروری بر مطالعات انجام یافته

#### سابقه پژوهش ها و مطالعات انجام گرفته داخلی

صفدری و همکاران در مطالعه خود با عنوان " میزان و علل کسورات اعمال شده به صورت حسابهای بیمارستانهای دانشگاه علوم پزشکی تهران " به تفصیل بیان داشتند که آموزشی بودن بیمارستان، نداشتن تجربه کافی پرسنل درمانی برای تکمیل پرونده، ورود دانشجویان جدید (نیاز مداوم به آموزش مستندسازی) و بکارگیری کارکنان واحد درآمد بصورت موقت از عوامل زمینه ساز ایجاد کسورات می باشند. همچنین بیشترین میزان کسورات اعمالی در مجموع صورتحسابهای اسناد بستری بیمه تامین اجتماعی و خدمات درمانی بدون احتساب کسورات پاراکلینیک و سایر به آزمایش ۳۸/۷۴ درصد، لوازم مصرفی ۱۳/۹۶ درصد، دارو ۱۱،۹۰ درصد، اقامت ۹/۴۱ درصد، حق العمل ۸/۷۶ درصد و بیهوشی ۴/۵۶ درصد و در صورتحساب های اسناد سرپایی به ویزیت با ۳۵/۷۸ درصد، آزمایش با ۴/۳۰ درصد و دارو با ۲/۰۸ درصد مربوط است (۲۵).

-عمرانی و همکاران در مطالعه ای تحت عنوان " میزان و علل کسورات درآمدی بیمارستانهای تابعه دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در سال ۱۳۹۰ " به این نتیجه رسیدند که بواسطه ضعف مدیریت و بهره گیری نامناسب از نیروی انسانی و همچنین مشکلات تکنیکی و عدم تناسب و جامعیت نرم افزارهای مورد استفاده جهت ثبت خدمات ارائه شده توسط کادر درمانی، حدود ۷۰ مورد خدمت ارائه شده در بیمارستان های تابعه ثبت و به درآمد تبدیل نمی گردد که هزینه از دست رفته سالانه آن بالغ بر ۶۱ میلیارد ریال می باشد. میزان کسورات بیمه ای سالانه نیز بالغ بر ۱۵۰ میلیارد ریال می باشد. البته اگر براین میزان، مبالغ کسورات اعمال شده بر اسناد ارسالی مصدومین توسط بیمه های تجاری را نیز اضافه نماییم کاهش کسورات بر

۱۸۰ میلیارد ریال بالغ می شود که در مجموع مبالغ ناشی از کسورات بیمه ای و عدم ثبت اطلاعات در سال ۱۳۹۰ نزدیک ۲۴۰ میلیارد ریال می باشد (۴۶)

با توجه به مطالعات واحد اقتصاد بهداشت مرکز بودجه و پایش عملکرد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در دو بیمارستان کشور در سال ۱۳۸۵، سهم دریافتی از سازمان های بیمه گر از درآمد بیمارستان در یکی از بیمارستان ها حدود ۷۹ درصد و در بیمارستان دیگر ۵۵ درصد می باشد. سهم درآمد نقدی نیز در بیمارستان اول معادل ۱۶ درصد و در بیمارستان دوم برابر با ۲۲ درصد می باشد (۴۱)

ابوالحلاج و همکاران در مطالعه ای تحت عنوان "منابع درآمدی بیمارستان های عمومی - آموزشی وابسته به دانشگاه های علوم پزشکی کشور (۱۳۸۶)" به این نتیجه رسیدند که نتایج به دست آمده نشان دهنده وابستگی شدید درآمد بیمارستان ها به سازمان های بیمه گر است. هر نوع تاخیر یا اختلال در وصول این درآمد منجر به بروز اشکال در کارکرد بیمارستان ها خواهد شد و درآمد حاصل از ۲۳۶۷۴ تخت فعال بیمارستانی، ۴۱۱۶ میلیارد ریال بود و از این میزان ۳۱۲۷ میلیارد ریال (۷۵/۹۷ درصد) از محل اسناد ارسالی به سازمان های بیمه گر و ۹۸۹ میلیارد ریال (۲۴/۰۳) از محل دریافتی های نقدی بیماران وصول شده بود. هر تخت فعال بیمارستانی به طور متوسط ۱۷۴ میلیون ریال درآمد داشت از مجموع درآمدهای بیمه ای ۴۶/۷ درصد از سازمان بیمه خدمات درمانی، ۳۲ درصد از سازمان تامین اجتماعی، ۵/۸ درصد از بیمه نیروهای مسلح، ۲/۹ درصد از بیمه کمیته امداد، ۲/۷ درصد از محل سایر بیمه ها و ۹/۷ درصد از محل مصدومین ترافیکی، ۰/۱ درصد از منابع کمک خیرین، ۰/۱ درصد از سایر منابع درآمدی وصول شده بود. (۴۷).

باقری و همکاران در مطالعه ای با این عنوان "بررسی علل کسورات سازمان های بیمه گر از اسناد حق العلاج بیماران در یکی از بیمارستان های ایران" نشان دادند که بیشترین درصد کسورات مربوط به نیروهای مسلح با ۶/۲۴ درصد و کمترین مربوط به شرکت ذغال سنگ البرز شرقی با ۰/۳۳ درصد بود. همچنین نشان دادند که بین مبلغ کسورات با ماه های سال رابطه معنی داری مشاهده نگردید. ولی بین مبلغ کسورات و نوع سازمان بیمه گر و تعداد اسناد ارسالی بستری رابطه معنی داری مشاهده گردید. (۴۸).

در بررسی که در بیمارستان های آموزشی اهواز توسط زارعی و همکاران (۱۳۹۳) انجام شد، نشان می دهد که مجموع کسورات، نسبت به صورت حساب های ارسالی سازمان بیمه ای خدمات درمانی ۶/۶۲ درصد بود و در بیمه ای تامین اجتماعی مجموع کسورات نسبت به صورت حساب های ارسالی ۴/۹ درصد بود و نتایج آنها نشان می دهد که اگر چه درصد کمی از صورت حساب های ارسالی مشمول کسورات می گردد ولی همین مقدار کم کسورات نیز بار مالی قابل توجهی را به بیمارستان ها تحمیل می کند (۱۷)

عبادی فردآذر و همکاران (۱۳۹۰) در مطالعه خود بیان داشتند که در طول برنامه چهارم توسعه در بیمارستان مورد مطالعه، گردش مطالبات به تدریج روند نزولی داشته و برعکس دوره وصول مطالبات از روند فزاینده برخوردار بوده است. بیشترین صورتحساب ارسالی و وصولی در طی دوره مطالعه به سازمان بیمه خدمات درمانی و کمترین آن به سازمان بیمه نیروهای مسلح مرتبط بود. وضعیت نسبت های مالی دلالت بر شرایط نامطلوب و رو به وخامت اکثر شرکت های بیمه ائی طرف قرارداد با بیمارستان در پرداخت تعهدات خود بوده است. (۷)

توکلی (۱۳۸۱) در مقاله خود اشاره نموده که مبالغ کسر شده از صورتحساب های ارسالی بیمارستانها به سازمانهای بیمه از دو جنبه اهمیت دارد: اول اینکه مبالغ کسر شده بخشی از درآمد بیمارستان است که عملاً دریافت نمی شود. دوم، صورتحسابهای مشمول کسور بیشتر، مدت زمان طولانی تری را جهت رسیدگی طلب نموده که این خود موجب تأخیر دریافت مطالبات باقی مانده و در نتیجه متضرر شدن و نارضایتی بیمارستانها خواهد شد (۱۹)

### سابقه پژوهش ها و مطالعات انجام گرفته خارجی

مطالعه ای که توسط Anderson و همکارانش در بیمارستانهای خصوصی انتفاعی و غیر انتفاعی استرالیا انجام شد، بین متغیر اندازه بیمارستان (براساس تعداد بستر) و عدم کارایی رابطه معکوس وجود دارد به طوری که بیمارستان های بزرگتر نسبت به بیمارستانهای کوچکتر از کارایی بیشتری برخوردار هستند. (۴۹)

مطالعه ای که توسط Hofler - و همکاران با هدف تعیین کارایی فنی و تخصیصی در ۲۵۹۷ بیمارستان انتفاعی و غیر انتفاعی ایالات متحده آمریکا انجام گردید، نشان داد که کارایی بیمارستانهای آموزشی کمتر از بیمارستانهای درمانی می باشد. همچنین کارایی بیمارستانهای انتفاعی بیشتر از بیمارستانهای غیر انتفاعی است (۵۰).

مراکز خدمات بیمه مدیکیر و مدیکید (۲۰۰۵) بعد اجرای برنامه های آموزشی میزان پرداخت های اضافی را در خلال سالهای ۲۰۰۴ و ۲۰۰۵ از ۱۰/۱ درصد به ۵/۲ درصد کاهش داد.

عدم مستند سازی و مستند سازی ناکافی با آموزش مستند سازی به ۰/۷ و ۱/۱ درصد رسید. و بدین وسیله از پرداخت ۹/۵ میلیون دلار جلوگیری به عمل آورد. اما میزان کد گذاری غلط ۱/۲ درصد در سال ۲۰۰۴ به ۱/۵ درصد افزایش یافته بود. (۵۱)

در پژوهش دیگری از مراکز خدمات بیمه مدیکید و مدیکیر (۲۰۰۵) که برای سنجش صحت پرداخت طی سه سال در ۲۷ ایالت آمریکا انجام شد. علل هزینه های که بیشتر از معمول پرداخت شده بودند به ترتیب در اثر مستند سازی ناکافی (۶۵ درصد) عدم مستند سازی (۲۳/۲ درصد) خدمات غیر ضروری (۵ درصد) تخلف از قوانین بیمه (۵/۳ درصد) کد دهی اشتباه (۲/۷ درصد) بوده است.

علل هزینه های که کمتر از معمول پرداخت شده بودند به ترتیب کد دهی اشتباه (۸۱/۷) درصد خطا های مدیریتی (۵ درصد)، خدمات غیر ضروری (۳/۸) درصد، خدماتی که تحت پوشش بیمه نیستند (۰/۳) درصد) بود. (۵۲)

اطلاعات بدست آمده از مطالعه واحدهای مختلف درمانی در کشور ایالات متحده آمریکا در سال ۲۰۰۳ نشان می دهد که در طول یک دوره سه ساله منتهی به این سال هزینه های بیمارستانی ۲۸ درصد افزایش داشته است که از این میان سهم افزایش هزینه دارو به میزان ۱۸ درصد بوده است که در نتیجه این میزان افزایش بر روی تخصیص بودجه و مراقبتهای بهداشتی درمانی تاثیر دارد (۵۳)

مطالعه ای که توسط krusha و همکاران در سال ۲۰۰۵ با هدف میزان کسورات در بازپرداخت خدمات بستری آرایه شده مدیکیر در سالهای ۱۹۹۸ تا ۲۰۰۰ در بخش بستری مراقبت های حاد انجام شد نشان داد که میزان کسورات در این نوع خدمات ۲/۶ تا ۲/۸ درصد می باشد که مقداری معادل دو میلیارد دلار در سال می باشد که نظارت و مداخله بیشتر به منظور کاهش خطا در بازپرداخت نامناسب خدمات بستری مراقبت های حاد ضروری به نظر می رسد. (۵۴)

در مطالعه Cheng و همکاران در سال ۲۰۰۹ که به بررسی کد گذاری دوباره به خاطر کمبود اسناد پزشکی پرداختند، تاثیر آن را بر بودجه خدمات بهداشتی بررسی کرده اند. که در این مطالعه به بررسی ۷۵۲ پرونده در بخش حسابرسی پرداخته شده است که در این میان ۱۶٪ پرونده ها معادل ۵۷۵۳۰۰ دلار در درآمد بیمارستان به خاطر کدگذاری دوباره و به دلیل کمبود اسناد پزشکی، کاهش نشان داده شد. در نهایت نشان دادند که فرایند حسابرسی در بیمارستان تاثیر زیادی در درآمد بیمارستان دارد. (۵۵)



## فصل سوم - روش پژوهش

### روش تحقیق

در هر پژوهشی بر حسب موضوع و امکانات موجود برای انجام آن از روش خاصی استفاده می‌گردد. در این فصل به روش‌های مورد استفاده در این پژوهش از نظر نوع و جامعه پژوهش، روش نمونه‌گیری و حجم نمونه، روش و ابزار گردآوری داده‌ها، روش تجزیه و تحلیل داده‌ها، مکان و زمان مطالعه، محدودیت‌های پژوهش و ملاحظات اخلاقی پرداخته شده است.

### نوع پژوهش

این پژوهش یک مطالعه توصیفی تحلیلی و از نوع پژوهش‌های کاربردی است که در بیمارستانهای دانشگاه علوم پزشکی تهران بیمارستان‌های بخش خصوصی در سطح شهر تهران براساس اطلاعات سال ۱۳۹۳ انجام شده است.

### جامعه پژوهش

جامعه مورد مطالعه در این تحقیق ۱۰ بیمارستان است که پنج مورد مربوط از بیمارستان‌های دولتی دانشگاه علوم پزشکی تهران و پنج بیمارستان از بیمارستان‌های بخش خصوصی شهر تهران است.

### روش نمونه‌گیری و حجم نمونه

در این مطالعه هدف اصلی برآورد کردن میانگین کسورات در سطح پرونده بیماران بستری شده که تا کنون این میانگین فقط در سطح بیمارستانها تهیه شده می‌باشد با توجه به اینکه بر اساس اطلاعات موجود در پرونده‌های بیمارستانی بررسی شده در مطالعات دیگر، حداقل و حداکثر کسورات یک پرونده حدوداً بین  $1/000/000 - 50/000$  ریال می‌باشد انحراف معیار  $158/333$  ریال در نظر گرفته شد.

### روش گردآوری داده‌ها

جهت جمع‌آوری داده‌های مرتبط با هزینه و درآمد و کسورات اعمال شده بر درآمد ارسالی و همچنین اطلاعات شناسنامه‌ای و برخی از شاخصهای عملکردی بیمارستانها به واحدهای امور مالی و مدارک پزشکی این مراکز مراجعه و با استفاده از روش‌های مصاحبه، مشاهده و مطالعه دفاتر و اسناد موجود در این واحدها نسبت به استخراج داده‌های مورد نیاز اقدام گردید. و همچنین جهت کسب اطلاعات دقیق کسورات هر بیمارستان در سه فصل اول سال ۹۳ به قسمت اسناد پزشکی بیمه‌ها مراجعه و اطلاعات مورد نظر بدست آمد.

### ابزار گردآوری داده‌ها

ابزار مورد استفاده در این پژوهش جهت گردآوری داده‌ها چک لیستی است که پس از تایید روایی محتوا توسط اساتید و کارشناسان مربوطه و انجام اصلاحات مورد نظر مورد استفاده قرار گرفته است. چک لیست شامل دو قسمت است:

قسمت اول مربوط به اطلاعات شناسنامه ای و برخی از شاخص های عملکردی بیمارستانها می باشد.

قسمت دوم مربوط به درآمد نقدی، درآمد کل، درآمد خالص، درآمد ارسالی به بیمه ها، درآمد وصولی از بیمه ها، کسورات بیمه ای و اعتبارات عمومی می باشد.

### روش تجزیه و تحلیل داده ها

پس از جمع آوری داده ها، براساس اهداف تعیین شده نسبت هریک از اقلام درآمد، هزینه و کسورات بیمه ای به درآمد کل، درآمد خالص و هزینه های عملیاتی بدست آمده و اطلاعات مربوط برحسب درصد بیان گردید. سپس با توجه به اهداف تعیین شده و با دسته بندی داده های بدست آمده با استفاده از نرم افزار ۱۶ spss وضعیت بیمارستانهای مختلف دانشگاه در جداول طراحی شده با یکدیگر مقایسه شد.

### مکان و زمان مطالعه

نمونه مورد مطالعه در این تحقیق ۱۰ بیمارستان است که پنج مورد مربوط از بیمارستان های دانشگاه علوم پزشکی تهران و پنج بیمارستان از بیمارستان های بخش خصوصی در سطح شهر تهران است. این بیمارستانها عبارتند از:

- بیمارستان های دانشگاه علوم پزشکی تهران:
- ۱) امام خمینی (۲) ضیاییان (۳) امیر اعلم (۴) بهارلو (۵) شریعتی
- بیمارستان های بخش خصوصی در سطح شهر تهران:
- ۱) اقبال (۲) بابک (۳) پارسا (۴) مفرح (۵) امیرالمومنین

### محدودیت های پژوهش

- عدم همکاری برخی از مسئولین دانشگاه و همچنین بیمارستانهای تابعه در ارائه اطلاعات مربوط به هزینه و درآمد بیمارستان ها و مراکز آموزشی درمانی که با برقراری ارتباطات و تعاملات لازم مشکل برطرف گردید.
- دور بودن بیمارستانها از یکدیگر که با مدیریت زمان مشکل مرتفع گردید.
- وسیع بودن دامنه پژوهش:
- با توجه به اینکه کل جامعه مورد بررسی قرار می گیرد و همچنین تفکیک نوع خدمات، دامنه پژوهش وسیع است و ممکن است باعث طولانی شدن پژوهش گردد.

### ملاحظات اخلاقی

- اخذ مجوز لازم از دانشگاه علوم پزشکی جهت جمع آوری اطلاعات هزینه و درآمد و همچنین کسورات اعمال شده بر درآمد ارسالی بیمارستانهای مورد مطالعه.
- دقت و صحت کامل در جمع آوری و تجزیه تحلیل داده ها و اعلام نتایج تحقیق به طور شفاف و صادقانه.
- تضمین محرمانه بودن کلیه اطلاعات کسب شده از بیمارستانهای مورد مطالعه.

## فصل چهارم - یافته‌های پژوهش

### مقدمه

هدف اصلی مطالعه حاضر بررسی اثرات و میزان کسورات پرونده‌های بیمارستانی در بیمارستان‌های دولتی (امیر اعلم، امام خمینی، بهارلو، ضیاییان و شریعتی) و بیمارستان‌های خصوصی (اقبال، امیرالمومنین، بابک، مفرح و پارسا) در طی فاصله زمانی فروردین تا آذر ماه سال ۱۳۹۳ انجام گردیده است.

این فصل شامل دو بخش توصیفی (ویژگی‌های دموگرافیکی سازمان‌های مورد مطالعه، مشخصات بیمارستان‌ها، تعداد پرسنل و قدمت بیمارستان‌ها با توجه به اطلاعات بدست آمده از منابع اطلاعاتی مختلف، بیمارستان‌ها و سازمان‌های بیمه‌ای) و تحلیلی که ارتباط میزان کسورات با متغیرهای پژوهش را با استفاده از نرم افزار SPSS مورد بررسی قرار داده، می‌پردازد. بدین ترتیب در ابتدا آمار توصیفی متغیرها ارائه شده و در ادامه برای رسیدن به پاسخ سوالات پژوهش از مدل‌های مختلف تحلیلی بهره گرفته‌ایم.

### یافته‌های توصیفی

در این بخش یافته‌های توصیفی پژوهش شامل کسورات، درصد کسورات، سن بیمارستان، تعداد پرونده‌های بیمارستانی دارای کسورات، نوع مالکیت بیمارستان‌ها، نوع بیمه همکار بیمارستان در قالب جداول و نمودارهای مربوطه به تفکیک زیر بخش‌ها به شرح زیر نشان داده شده است.

جدول ۴-۱ آمار توصیفی مربوط به بیمارستان‌های دولتی و خصوصی تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال

۱۳۹۳

بیمارستان	سن بیمارستان	تعداد تخت بیمارستان	میانگین تعداد پرونده (در طول ۹ ماه)	میانگین ریالی کسورات (در هر پرونده)	میانگین ریالی کسورات بیمه تامین اجتماعی (در هر پرونده)	میانگین ریالی کسورات بیمه خدمات درمانی (در هر پرونده)
بیمارستان‌های دولتی	امیر اعلم	۱۸۶	۹۹۴	۹۸۴۶۴۰	۹۹۸۴۰۱	۱۱۶۶۵۴۰
	شریعتی	۴۹۵	۲۰۳۵	۱۰۵۸۴۳۶	۷۲۳۸۰۲	۱۷۳۱۹۰۱
	امام خمینی	۱۲۳۰	۱۸۹۶	۱۵۰۰۳۴۰	۱۴۵۸۴۸۹	۱۶۳۸۴۸۶
	بهارلو	۲۰۹	۱۲۹۲	۹۰۷۶۶۶۶	۶۳۰۹۳۹	۱۳۷۱۱۶۲
	ضیاییان	۱۱۳	۷۸۷	۱۰۹۱۷۹۱	۱۰۴۸۴۵۰	۱۲۵۷۴۳۳
بیمارستان‌های خصوصی	بابک	۴۷	۱۸۶	۲۸۴۴۷۴	۱۶۵۴۳۴	۸۷۷۱۲۸
	اقبال	۸۶	۴۲۸	۲۲۲۲۴۹	۲۶۱۷۹۵	۱۲۳۵۷۶
	امیرالمومنین	۱۴۲	۴۷۸	۳۸۷۹۱۸	۴۱۱۶۹۶	۳۳۰۱۴۲
	مفرح	۹۶	۲۳۶	۳۶۰۳۳۲	۲۸۰۷۹۶	۵۸۶۷۶۲
	پارسا	۳۳	۱۰۸	۱۱۱۷۰۷	۶۵۵۸۱	۱۴۷۷۰۳



جدول ۴-۱ ویژگی اماری متغیرهای مورد پژوهش در بیمارستان های خصوصی و دولتی را نشان می دهد. همانطوری که جدول نشان می دهد سن بیمارستان های خصوصی کمتر از بیمارستان های دولتی است که این تفاوت در بین تعداد تخت های بیمارستانی نیز خود را نشان می دهد بطوری که تعداد تخت های بیمارستان های دولتی از بیمارستان های خصوصی بیشتر است. بیمارستان امام خمینی دارای بیشترین قدمت در بین بیمارستان های مورد مطالعه است (۷۷ سال) و بیمارستان دولتی ضیائیان دارای کمترین قدمت است (۲۲ سال).

همانطور که از داده های آماری جدول ۴-۱ پیداست بیمارستان شریعتی بیشترین میانگین پرونده دارای کسور در طی این نه ماه (۲۰۳۵) و در مقابل بیمارستان خصوصی پارسا، با میانگین تعداد پرونده دارای کسور (۱۰۸) طی همان دوره، کمترین پرونده دارای کسور را داشته اند.

بیشترین میانگین ریالی کسورات کل مربوط به بیمارستان دولتی امام خمینی با مقدار (۱۵۰۰۳۴۰) از هر پرونده بیمارستانی خود است و پارسا با (۱۱۱۷۰۷) کسور دارای کمترین مقدار کسور در بین بیمارستان های مورد مطالعه است.

همانطور که جدول ۴-۱ نشان می دهد، ستون ۶ که نشان دهنده نسبت کسورات بیمارستان ها نسبت به هم در طول دوره مطالعه می باشد بیانگر آن است که بیمارستان ۱۳ دارای بیشترین نسبت کسورات در مقایسه با سایر بیمارستان های دیگر است و در بین بیمارستان های خصوصی بیمارستان ۲۵ دارای بیشترین نسبت کسورات در مقایسه با بیمارستان های خصوصی می باشد. در این ستون از جدول نشان می دهد که بیمارستان های خصوصی درصد چشم گیری از کسورات را شامل نیستند و بالغ بر ۹۴ درصد کسورات مربوط به بیمارستان های دولتی می باشد که جذب گویای این مطلب می باشد.

همانطور که در جدول ۴-۱ نشان داده شده است میانگین ریالی کسورات بیمه تامین اجتماعی مربوط به بیمارستان دولتی شریعتی با مقدار (۱۴۵۸۴۸۸) از کل پرونده های خود است و در کمترین مقدار از میانگین ریالی کسورات بیمه تامین اجتماعی مربوط به بیمارستان پارسا با مقدار (۶۵۵۸۰) از درآمدهای بیمارستان است.

در امار مربوط به میانگین کسورات بیمه خدمات درمانی، بیمارستان بهارلو با مقدار (۱۷۳۱۹۰۱) ریال دارای بیشترین میزان میانگین ریالی کسور در هر پرونده خود و بیمارستان اقبال با (۱۲۳۵۷۵) کسور، دارای کمترین مقدار کسور در گروه بیمه خدمات درمانی است.

جدول ۴-۲ میانگین کسورات بیمارستان های دولتی (برحسب ریال)

بیمارستان دولتی	کمینه	بیشینه	میانگین
میانگین کسورات خدمات درمانی در هر ماه	۴۳۱۵۷۲۲۹	۲۹۶۲۹۸۳۵۰۴	۶۸۴۳۴۷۵۴۶
میانگین کسورات تامین اجتماعی در هر ماه	۴۲۲۲۵۵۱۹	۳۳۵۲۵۵۴۱۵۹	۸۳۶۵۹۲۱۴۱
میانگین کسورات کل در هر ماه	۳۹۱۷۸۸۳۸۹	۴۲۸۰۵۴۶۳۰۱	۱۵۲۰۹۳۹۶۸۷

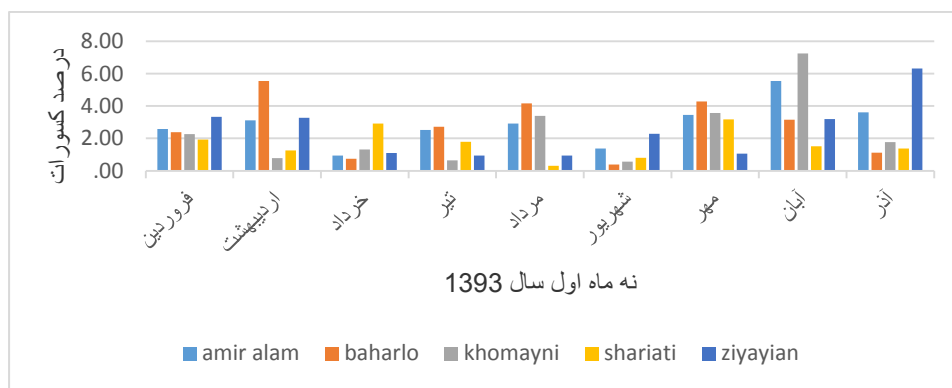
جدول ۲-۴ کسورات بیمارستان های دولتی را نشان می دهد که در آن کمترین مقدار کسورات بیمه خدمات درمانی در هر ماه در طول دوره نه ماهه مقدار (۴۳۱۵۷۲۲۹) ریال است و بیشترین مقدار آن (۲۹۶۲۹۸۳۵۰۴) ریال است. همانطور که داده های جدول نشان می دهند، برای بیمارستانهای دولتی، میانگین کسورات مربوط به بیمه تامین اجتماعی بیشتر از خدمات درمانی می باشد.

جدول ۳-۴ میانگین مقدار کسورات بیمارستان های خصوصی (ریال)

میانگین	پیشینه	کمینه	بیمارستان خصوصی
۴۲۲۸۵۴۸۳	۲۶۷۴۰۴۹۱۸	۱۲۳۲۰۸۴	میانگین کسورات خدمات درمانی در هر ماه
۲۴۰۲۳۷۵۱۸	۲۰۲۴۱۴۱۱۴۷	۸۰۹۶۸۸۶	میانگین کسورات تامین اجتماعی در هر ماه
۲۸۲۵۲۳۰۰۲	۲۰۲۵۳۷۳۳۳۱	۲۸۲۹۱۵۳۵	میانگین کسورات کل در هر ماه

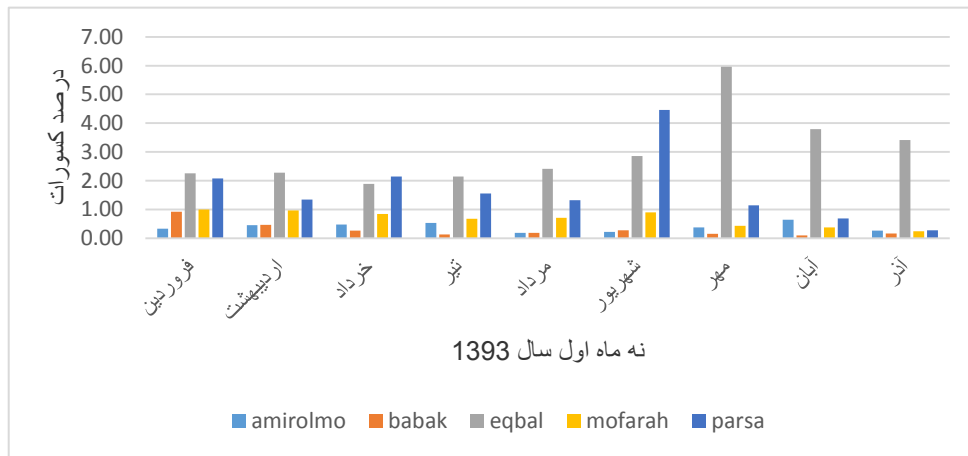
جدول ۳-۴ که نشان دهنده کسورات بیمارستان های خصوصی در هر ماه در طول دوره نه ماهه است. که برای بیمه خدمات درمانی کمترین مقدار (۱۲۳۲۰۸۴) و بیشترین مقدار (۲۶۷۴۰۴۹۱۸) ریال می باشد. برای بیمه تامین اجتماعی کمترین مقدار (۸۰۹۶۸۸۶) و بیشترین مقدار (۲۰۲۴۱۴۱۱۴۷) ریال را نشان می دهد. بر اساس اطلاعات جدول، برای بیمارستانهای خصوصی، کمترین میانگین کسورات مربوط به بیمه های تامین اجتماعی و بیشترین مربوط به بیمه خدمات درمانی می باشد.

نمودار ۱-۴ درصد کسورات اعمال شده به صورتحسابهای مالی بیمارستان های دولتی



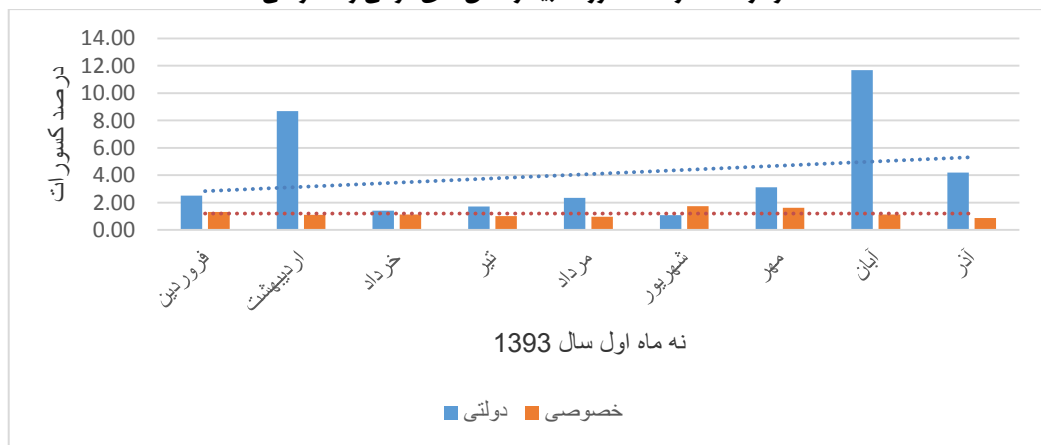
همانطور که نمودار ۱-۴ درصد کسورات اعمال شده به صورتحساب های مالی (درآمد بیمارستان ها) را نشان می دهد بیمارستان های دولتی در اکثر ماههای اول سال دارای کسورات تقریباً مشابه نسبت به ماه های وسط سال هستند ولی در ماه های مهر و آبان دارای یک روند مشخصی نمی باشند.

نمودار ۲-۴ درصد کسورات بیمارستان های خصوصی



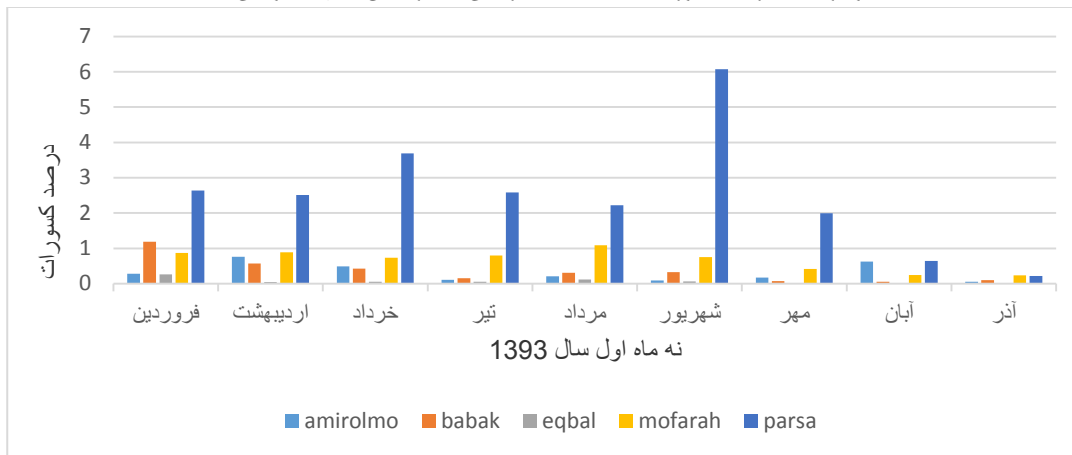
همانطور که در نمودار ۲-۴ درصد کسورات اعمال شده به صورت حساب های مالی (درآمد بیمارستان ها) نشان داده شده است، بیمارستان های خصوصی مورد مطالعه دارای کسورات کمتری نسبت به بیمارستان های دولتی هستند. نمودار نشان می دهد که بیمارستان پارسا دارای یک روند مشخص نیست و بیمارستان اقبال نسبت به بیمارستان ها دیگر دارای درصد کسورات بیشتری است و نسبت به سایر بیمارستان ها دارای مقدار مشخصی در کل دوره نه ماهه است.

نمودار ۳-۴ درصد کسورات بیمارستان های دولتی و خصوصی



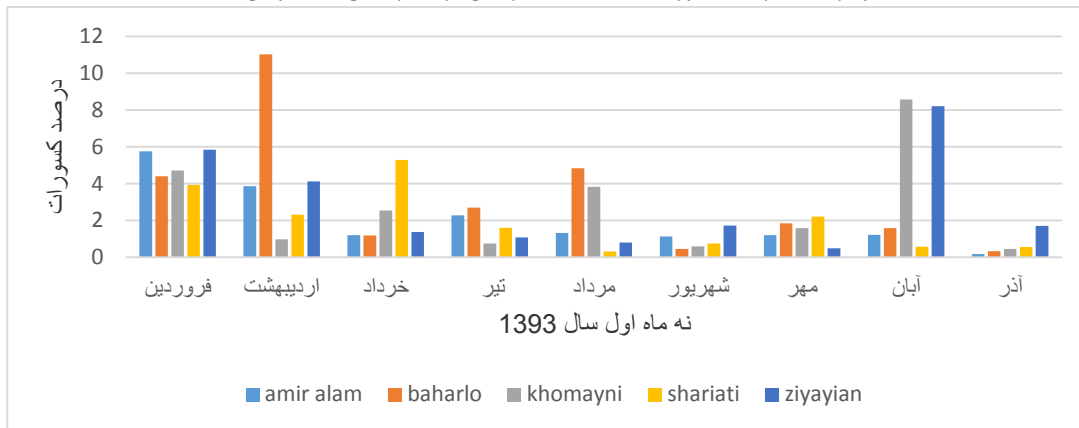
همانطور که نمودار ۳-۴ درصد کسورات اعمال شده به صورت حساب های مالی (درآمد بیمارستان ها) را نشان می دهد که مقایسه بین بیمارستان های خصوصی و دولتی است نشان می دهد که بیمارستان دولتی دارای میزان کسورات بیشتری نسبت به بیمارستان های خصوصی هستند و بیمارستان های خصوصی در کل دوره مورد مطالعه تقریباً از یک مسیر مشخص پیروی می کنند ولی بیمارستان های دولتی دارای مقداری بیشتر و خارج از روند را نشان می دهند که این روند در ماه های اردیبهشت و آبان مقداری بیشتر از ماه های دیگر از سال را نشان می دهد.

نمودار ۴-۴ درصد کسورات بیمه خدمات درمانی بیمارستان های خصوصی



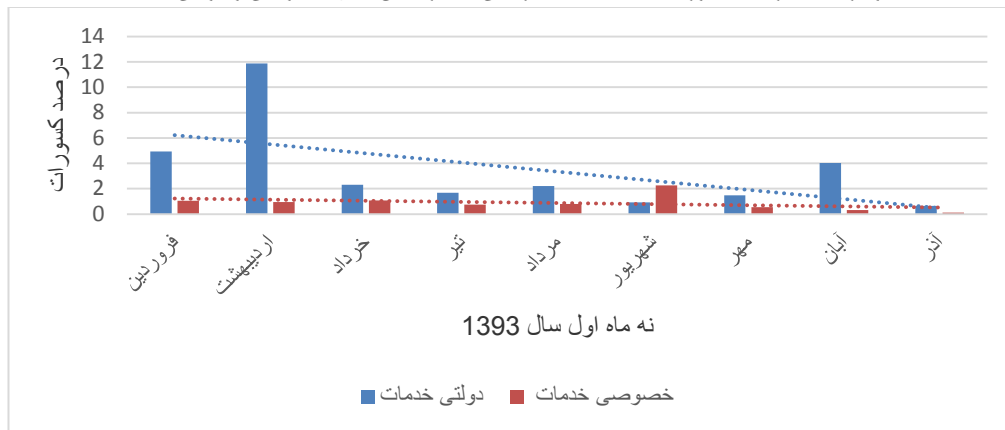
نمودار ۴-۴ درصد کسورات نسبت به درآمد بیمارستان ها ناشی از بیمه خدمات درمانی را در بیمارستان های خصوصی نشان می دهد. همچنان که مشاهده می شود بیمارستان پارسا دارای یک روند صعودی می باشد و بیمارستان مفرح نیز دارای رتبه دوم در میزان کسورات در بیمارستان های خصوصی دار. این مقدار کسورات در طی ماههای آبان و آذر مقداری کمتر از ماههای قبل از خود را نشان می دهد و در همه بیمارستان ها مقداری کم و نزدیک به هم است.

نمودار ۴-۵ درصد کسورات بیمه خدمات درمانی در بیمارستان های دولتی



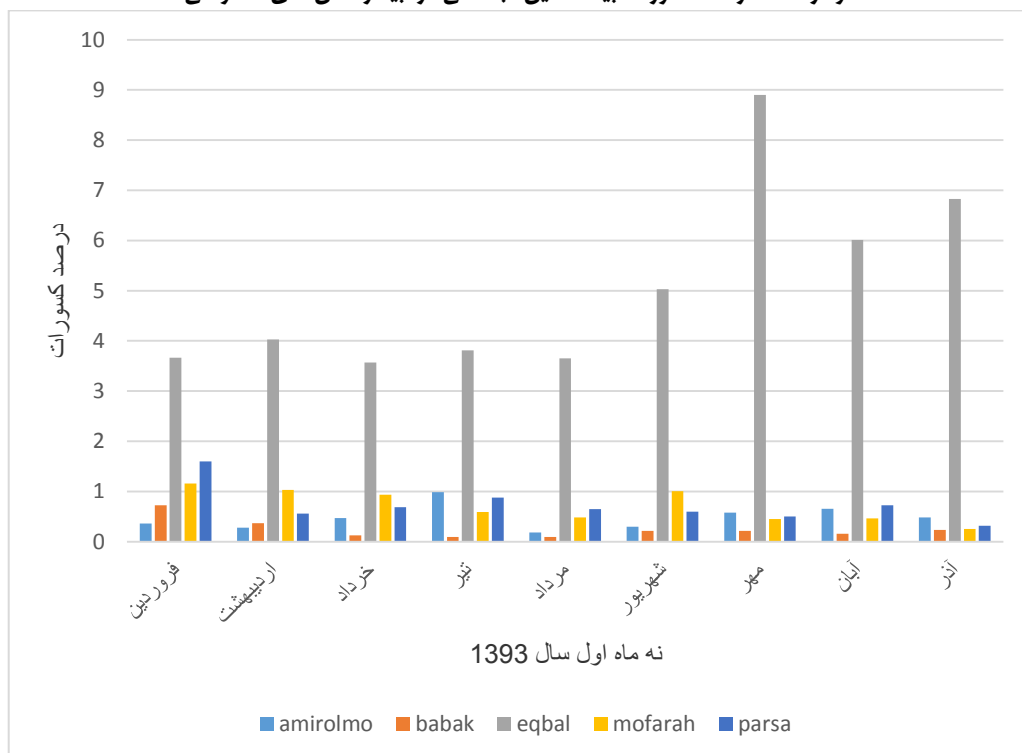
نمودار ۴-۵ درصد کسورات نسبت به درآمد بیمارستان های دولتی در بیمه خدمات درمانی را نشان می دهد. مطابق نمودار در نیمه اول سال ۹۴ مقدار کسورات بیشتر از نیمه دوم سال است و در بیمارستان بهارلو در اردیبهشت بیشترین مقدار را نشان می دهد. این میزان کسورات در ماه های خرداد تا آذر دارای مقداری خیلی کم و نزدیک به هم در بیمارستان های دولتی را بازگو می کند.

نمودار ۴-۶ درصد کسورات بیمه خدمات درمانی بیمارستان های خصوصی و دولتی



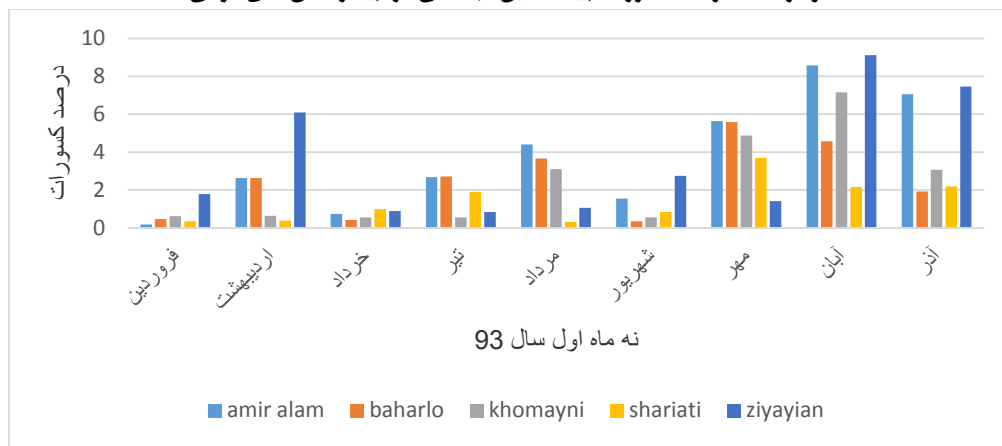
همانطور که در نمودار ۴-۶ مشاهده می شود بیمارستان های دولتی در اوایل سال مقدار بیشتر کسورات نسبت به ماههای آبان و آذر در همان سال را نشان می دهند. مقدار کسورات در بیمارستان های خصوصی در هر ماه این مطالعه کمتر از دولتی است ولی در ماه آذر مقداری نزدیک به هم را دارند و خط نمودار کسورات دولتی نشان از نزولی بودن مقدار کسورات در بیمارستان های دولتی را نشان می دهد.

نمودار ۴-۷ درصد کسورات بیمه تامین اجتماعی در بیمارستان های خصوصی



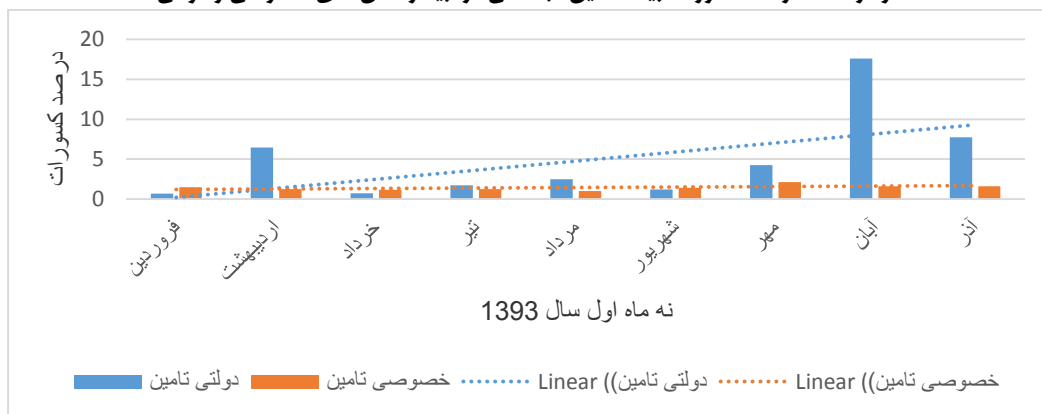
نمودار ۴-۷ درصد کسورات نسبت به درآمد بیمارستان ها ناشی از بیمه تامین اجتماعی در بیمارستان های خصوصی را نشان می دهد که این میزان کسورات در بیمارستان های اقبال تقریباً در همه موارد مطالعه مقداری صعودی را نشان می دهد ولی در سایر بیمارستان ها مقداری تقریباً نزدیک به هم و نزولی را نشان می دهد .

نمودار ۴-۸ درصد کسورات بیمه تامین اجتماعی در بیمارستان های دولتی



نمودار ۴-۸ که درصد کسورات نسبت به درآمدهای بیمارستان ها از بیمه تامین اجتماعی را در بیمارستان های دولتی نشان می دهد نشان از یک افزایش در اکثریت بیمارستان ها در ماههای مهر و آبان و آذر دارد. که این افزایش در اکثر بیمارستان ها وجود دارد ولی در بیمارستان های ضیائیان نسبت به بیمارستان های دیگر مقداری بیشتر را نشان می دهد .

نمودار ۴-۹ درصد کسورات بیمه تامین اجتماعی در بیمارستان های خصوصی و دولتی



همانطور که در نمودار ۴-۹ نشان داده شده است درصد کسورات تامین اجتماعی در بیمارستان های دولتی بیشتر از خصوصی است و در کل مطالعه بیمارستان های خصوصی مقداری کمتر را نشان می دهد ولی این تفاوت در ماه های اردیبهشت و آبان و آذر مقداری بیشتر از ماههای دیگر سال است.

## یافته های تحلیلی

## ضریب همبستگی:

جهت بررسی ارتباط آماری دبدو میان متغیرها از ضریب همبستگی استفاده شده است. از این رو به دلیل نرمال بودن توزیع متغیرها، برای مشاهده ارتباط بین متغیرهای پژوهش و درصد کسورات از ضریب همبستگی پیرسون استفاده گردید (جدول ۴-۵)

جدول ۴-۵ ضریب همبستگی بین متغیرهای پژوهش و میانگین ریالی کسورات در بیمه خدمات درمانی و تامین اجتماعی

میانگین مقدار کسورات (تامین اجتماعی)		میانگین مقدار کسورات (خدمات درمانی)		میانگین مقدار کسورات (کل)		مالکیت بیمارستان	متغیر مستقل
R	P-value	r	P-value	r	P-value		
۰/۰۲۷	-۰/۸۵۹	۰/۴۹۷	*۰/۰۰۱	-۰/۱۱۸	۰/۴۳۹	خصوصی	تعداد تخت بیمارستان
۰/۲۷۰	-۰/۰۷۳	۰/۱۳۶	۰/۳۷۵	۰/۳۲۰	*۰/۰۳۲	دولتی	تعداد پرونده های دارای کسور
۰/۴۸۱	*۰/۰۰۱	۰/۴۳۵	*۰/۰۰۳	۰/۲۱۸	۰/۱۵۱	خصوصی	سن بیمارستان
-۰/۰۰۴	۰/۹۷۹	-۰/۱۷۷	۰/۲۴۳	-۰/۱۰۴	۰/۴۹۸	دولتی	
-۰/۰۴۵	۰/۷۶۸	-۰/۰۴۶	۰/۷۶۴	۰/۰۴۱	۰/۷۹۱	خصوصی	
۰/۰۵۹	۰/۶۹۸	۰/۰۵۳	۰/۷۲۸	۰/۰۶۱	۰/۶۹۲	دولتی	

جدول ۴-۵ نشان دهنده رابطه بین تعداد تخت های بیمارستانی، تعداد پرونده های داری کسورات و سن بیمارستان ها می باشد که با استفاده از آزمون ضریب همبستگی پیرسون مورد آزمون قرار گرفته شده است.

با توجه به نرمال بودن توزیع متغیرهای میانگین ریالی مقدار کسورات (کل، تامین اجتماعی و خدمات درمانی) و تعداد تخت های بیمارستانی ارتباط این دو با ضریب همبستگی پیرسون مورد بررسی قرار گرفت. که رابطه بین تعداد تخت های بیمارستانی با میانگین ریالی مقدار کسورات کل در بخش دولتی مقداری مثبت و معنی دار ( $P=0,032$ ) را از خود نشان می دهد که نشان دهنده رابطه مستقیم بین افزایش تعداد تخت و مقدار ریالی کسورات است. در حالی که این رابطه برای بیمارستان های خصوصی در پرونده های بیمه خدمات درمانی مقداری مثبت و معنی دار ( $P=0,001$ ) را نشان می دهد. و در هیچ یک از حالت های دیگر کسورات ارتباط معنی داری با تعداد تخت بیمارستانی مشاهده نگردید ( $P>0,05$ ).

با توجه به اینکه متغیرهای میانگین ریالی مقدار کسورات با تعداد پرونده بیمارستانی دارای توزیع نرمال بودند از آزمون ضریب همبستگی پیرسون استفاده گردید که نشان داد ارتباط مثبت و معنی داری بین تعداد پرونده های دارای کسورات با میانگین ریالی مقدار کسورات در بیمه خدمات درمانی ( $P=0,003$ ) وجود دارد که این رابطه در میانگین ریالی مقدار کسورات بیمه تامین اجتماعی هم مقداری مثبت و معنی دار را از خود نشان می دهد ( $P=0,001$ ). یعنی با افزایش تعداد پرونده ها مقدار ریالی مسورات از طرف سازمان های بیمه بیشتر می شود. و در سایر شرایط رابطه معنی داری مشاهده نمی شود.

ادامه جدول ۴-۵ نشان از آن دارد که بین سن بیمارستان و درصد کسورات نیز از من همبستگی پیرسون مورد مطالعه قرار گرفت که بیان می کند ارتباط معنی داری بین میزان کسورات و سن بیمارستان وجود ندارد ( $P > 0/05$ ).

جدول ۴-۶ آزمون فرض تی زوجی سازمان های بیمه گر و درصد کسورات بیمارستانی

p-value	انحراف معیار	میانگین	سازمان های بیمه گر
0/056	6/36	3/63	بیمه خدمات درمانی
	6/74	5/38	بیمه تامین اجتماعی

جدول ۴-۶ آزمون t با نمونه های جفت رانشان می دهد که بین نوع سازمان های بیمه گر و درصد مبلغ کسورات انجام گردید. یافته های جدول نشان می دهند که رابطه معنی داری بین نوع سازمان بیمه ای و میزان مبلغ کسورات در این سطح معنی داری وجود ندارد ( $p > 0/05$ ). و درصد کسورات بیمارستانی را نمی توان با توجه با طرف قرار داد بیمه ای بیمارستان مورد توجیه قرار داد.

که نشان از این دارد که نوع سازمانهای بیمه گر روی میزان کسورات پرونده های بیمارستانی تاثیری ندارد که این رابطه بین سازمان های بیمه خدمات درمانی و تامین اجتماعی بود.

جدول ۴-۷ آزمون فرض تی مستقل نوع مالکیت و کسورات بیمارستانی

p-value	انحراف معیار	میانگین	بیمارستان
0/001 > p	0/348	0/407	بیمارستان دولتی
	0/028	0/120	بیمارستان خصوصی

جدول ۴-۷ آزمون t با نمونه های جفت رانشان می دهد که بین نوع مالکیت بیمارستان و درصد مبلغ کسورات انجام گردید. یافته های جدول نشان می دهند که رابطه معنی داری بین نوع مالکیت بیمارستان و میزان مبلغ کسورات وجود دارد ( $P > 0/05$ ). که در اینجا سطح معنی داری مشاهده (p مقدار) شده بزرگ است. بنابراین فرض صفر  $H_0$  (برابری میانگین های بیمارستان های دولتی و خصوصی) رد می شود ، و فرض مقابل  $H_1$  (عدم برابری میانگین ها) مورد تایید قرار می گیرد، یعنی که نوع مالکیت بیمارستان بر میزان مبلغ کسورات بیمارستانی تاثیر بسزایی دارد. و میانگین کسورات در بیمارستانهای دولتی بیشتر از خصوصی است که جدول بالا تایید کننده این مطلب می باشد. این رابطه بین بیمارستان های خصوصی و دولتی مورد بررسی قرار گرفته است.

جدول ۴-۸ آزمون فرض تی مستقل نوع مالکیت و میانگین ریالی کسورات بیمارستانی

p-value	انحراف معیار	میانگین	بیمارستان
0/000	1041383742	760469843	بیمارستان دولتی
	344075892	141261501	بیمارستان خصوصی



جدول ۴-۸ آزمون t با نمونه های مستقل را نشان می دهد که بین نوع مالکیت بیمارستان و میانگین ریالی کسورات بیمارستانی انجام گردید. که نتایج آن تقریباً شبیه نتایج ۴-۷ است باین تفاوت که در این جدول از میانگین ریالی به جای درصد استفاده گردیده است. یافته های جدول نشان می دهند که رابطه معنی داری بین نوع مالکیت بیمارستان و میزان مبلغ کسورات وجود دارد ( $P > 0.05$ ). که در اینجا سطح معنی داری مشاهده (p مقدار) شده بزرگ است. بنابراین فرض صفر  $H_0$  (برابری میانگین های مقدار ریالی کسورات بیمارستان های دولتی و خصوصی) رد می شود، و فرض مقابل  $H_1$  (عدم برابری میانگین ها) مورد تایید قرار می گیرد، یعنی که نوع مالکیت بیمارستان بر میزان مبلغ کسورات بیمارستانی تاثیر دارد به طوری که در بیمارستان های خصوصی مقدار (۶۱۹۲۰۸۳۴۲) ریال اختلاف بین میانگین ها با توجه به نوع مالکیت در بیمارستانها وجود دارد. یعنی میانگین کسورات در بیمارستانهای دولتی بیشتر از خصوصی است که جدول بالا تایید کننده این مطلب می باشد. این رابطه بین بیمارستان های خصوصی و دولتی مورد بررسی قرار گرفته است.

جدول ۴-۹ سهم درامدی هر بیمارستان از بیمه های خدمات درمانی و تامین اجتماعی

بیمه تامین اجتماعی	بیمه خدمات درمانی		
۰,۵۵۷۱	۰,۴۴۲۹	بیمارستان خصوصی	
۰,۵۷۳۳	۰,۴۲۶۷	بیمارستان دولتی	
۰,۵۸	۰,۴۲	اقبال	بیمارستان خصوصی
۰,۵۲	۰,۴۸	بابک	
۰,۵۶	۰,۴۴	پارسا	
۰,۵۵	۰,۴۵	مفرح	
۰,۵۷	۰,۴۳	امیرالمومنین	
۰,۵۸	۰,۴۲	امام خمینی	بیمارستان دولتی
۰,۵۸	۰,۴۲	ضیایان	
۰,۵۶	۰,۴۴	امیر اعلم	
۰,۵۷	۰,۴۳	بهارلو	
۰,۵۸	۰,۴۲	شریعتی	

جدول ۴-۹ نشان دهنده سهم هر کدام از بیمه ها، از درآمدهای بیمارستان را نشان می دهد. با توجه به یافته های پژوهش نشان می دهد که درآمد بیمارستان های خصوصی در مقایسه بین دو نوع بیمه خدمات درمانی و تامین اجتماعی، بیمه خدمات درمانی سهم ۴۴ درصدی را به خود اختصاص می دهد این مقدار برای بیمارستان های دولتی در همین نوع بیمه ۴۲ درصد می باشد. برای بیمه تامین اجتماعی با توجه به مالکیت بیمارستان ها، در بیمارستان های خصوصی ۵۵ درصد از درآمد را به خود اختصاص می دهد در حالی که در بیمارستانهای دولتی مقدار ۵۷ درصد را با توجه به یافته ها نشان می دهد.

این مقدار به تفکیک بیمارستان نیز مشخص شده است که در میان بیمارستان های خصوصی، بیمارستان اقبال کمترین مقدار از سهم بیمه خدمات درمانی را به خود اختصاص می دهد (۴۲ درصد درآمد در بین تقسیم بندی دو بیمه) و بیمارستان بابک با مقدار ۴۸ درصد دارای بیشترین سهم از بیمه خدمات درمانی در بین بیمارستان های خصوصی است.

برای بیمارستان های با مالکیت دولتی، بیمارستان امام خمینی و شریعتی با مقدار برابر ۴۲ درصد از درآمد بیمه خدمات درمانی را به خود اختصاص داده اند و بیمارستان امیر اعلم با سهم ۴۴ درصد از درآمد بیمه ای را به خود اختصاص داده است. این در حالی است که در بیمه تامین اجتماعی حالت عکس شرایط بالا در هر دو نوع مالکیت بیمارستانی برقرار است.

جدول ۴-۱۰ نشان دهنده رابطه ی بین تعداد پرونده های ارسال شده به بیمه سازمان تامین اجتماعی و دوره وصول مطالبات (به روز) می باشد که با توجه به نرمال بودن توزیع متغیرها از ضریب همبستگی

پیرسون استفاده گردیده است . یافته های نشان داده شده در جدول فوق الذکر حاکی از آن است که رابطه بین تعداد پرونده های ارسالی بیمه تامین اجتماعی . دوره وصول در بیمارستان ها با توجه به مالکیت متفاوت است. در بیمارستان های خصوصی مقداری مثبت و معنی دار را از خود در این رابطه نشان می دهد. که هر چه تعداد پرونده های ارسالی بیشتر باشد ، دوره وصول مطالبات افزایش خواهد یافت.

در بیمارستان های با مالکیت دولتی نیز رابطه بین دوره وصول مطالبات و تعداد پرونده های ارسالی مثبت و معنی دار می باشد . یعنی با افزایش تعداد پرونده های ارسالی به بیمه ، طول دوره وصول هم افزایش می یابد.

این درحالی است که اگر مالکیت را در این رابطه مد نظر قرار ندهیم این رابطه معنی دار نخواهد بود. پس آنچه در اینجا برای معنی دار بودن مهم بوده مالکیت بیمارستان ها می باشد.

جدول ۴-۱۰ ضریب همبستگی بین تعداد پرونده و دوره وصول مطالبات (به روز) در بیمه تامین اجتماعی

دوره وصول مطالبات (به روز)		مالکیت بیمارستان	متغیر مستقل
R	p-value		
۰/۷۱۹	کوچکتر از ۰/۰۰۱	خصوصی	تعداد پرونده های فرستاده شده به سازمان بیمه گر
۰/۷۱۲	کوچکتر از ۰/۰۰۱	دولتی	
-۰/۱۸۰	۰/۰۸۹	دولتی و خصوصی	

جدول ۴-۱۱ آزمون t با نمونه های مستقل رانشان می دهد که بین نوع مالکیت بیمارستان ها و دوره وصول مطالبات از سازمان های بیمه گر را نشان می دهد. یافته های جدول نشان می دهند که رابطه معنی داری بین نوع مالکیت بیمارستان ها و دوره وصول مطالبات از سازمان های بیمه گر در این سطح معنی داری وجود ندارد ( $p > ۰/۰۵$ ). و دوره وصول مطالبات را نمی توان با توجه به نوع مالکیت بیمارستان ها مورد توجیه قرار داد.

جدول ۴-۱۱ آزمون فرض تی مستقل نوع مالکیت و دوره وصول مطالبات بیمه تامین اجتماعی

p-value	انحراف معیار	میانگین	بیمارستان
۰/۷۳۳	۱۵,۵۶	۱۷۰,۸۴	بیمارستان خصوصی
	۲۲,۰۷	۱۸۰,۷۴	بیمارستان دولتی

جدول ۴-۱۲ میزان کل کسورات پرونده های بیمارستانی به تفکیک نام بیمارستان و اقلام هزینه ای در بیمارستانهای خصوصی

جمع		اقبال		پارسا		امیرالمومنین		مفرح		بابک		بیمارستان
جمع درصد کسورات	جمع میزان کسورات	درصد کسورات	میزان کسورات	درصد کسورات	میزان کسورات	درصد کسورات	میزان کسورات	درصد کسورات	میزان کسورات	درصد کسورات	میزان کسورات	میزان کسورات اقلام هزینه ای
۴,۱۷%	۲۲۶۵۴۸۵۴۱	۳,۳۸%	۳۷۴۲۰۶۸۲	۱۰,۴۰%	۵۰۰۶۴۲۰۷	۳,۸۰%	۱۱۰۵۳۶۰۸۹	۳,۶۰%	۱۹۰۶۶۹۸۱	۲,۳۱%	۹۴۶۰۵۸۲	آزمایشگاه
۰,۴۵%	۲۴۶۶۳۹۷۲	۱,۲۶%	۱۳۹۲۰۱۹۲	۰,۵۲%	۲۵۲۵۰۷۲	۰,۱۸%	۵۱۶۵۹۳۶	۰,۵۰%	۲۶۲۵۳۵۲	۰,۱۰%	۴۲۷۴۲۰	آسیب شناسی
۲,۲۳%	۱۲۱۰۵۴۹۴۰	۰,۲۱%	۲۲۹۲۱۲۰	۴,۰۷%	۱۹۵۹۰۸۰۰	۳,۱۶%	۹۱۸۲۴۵۸۰	۱,۰۵%	۵۵۵۵۲۰۰	۰,۴۴%	۱۷۹۲۲۴۰	پزشک مشاور
۸,۲۵%	۴۴۸۳۸۱۱۹۳	۱,۵۱%	۱۶۷۹۰۴۰۰	۲,۵۰%	۱۲۰۳۸۳۲۸	۴,۲۸%	۱۲۴۴۲۸۲۲۷	۲۹,۵۷%	۱۵۶۶۰۳۲۴۰	۳۳,۸۸%	۱۳۸۵۲۰۹۹ ۸	حق الزحمه بیهوشی
۱۴,۱۳%	۷۶۷۸۷۲۰۸۱	۲۵,۷۹%	۲۸۵۸۹۵۴۱۸	۶,۶۱%	۳۱۸۲۴۷۴۸	۵,۳۴%	۱۵۵۲۶۵۳۳۵	۳۹,۱۷%	۲۰۷۴۶۰۴۴۰	۲۱,۳۸%	۸۷۴۲۶۱۵۰	حق الزحمه جراح
۴,۴۰%	۲۳۸۹۷۷۰۲۴	۲۱,۴۶%	۲۳۷۹۴۲۱۴۴	۰,۰۰%	۰	۰,۰۳%	۹۲۴۰۰۰	۰,۰۰%	۰	۰,۰۳%	۱۱۰۸۸۰	حق الزحمه کمک جراح
۱,۹۲%	۱۰۴۲۶۷۷۲۳	۰,۰۱%	۸۵۱۸۳	۰,۰۴%	۲۰۷۶۸۴	۲,۴۸%	۷۲۰۵۵۶۱۸	۵,۷۵%	۳۰۴۲۷۷۰۴	۰,۳۶%	۱۴۹۱۵۳۴	خدمات پرستاری
۲,۵۴%	۱۳۸۰۳۲۴۸۴	۷,۸۰%	۸۶۴۱۹۹۲۰	۰,۵۹%	۲۸۳۲۶۰۰	۰,۰۳%	۹۰۴۷۰۴	۰,۰۸%	۴۰۷۵۴۵	۱۱,۶۱%	۴۷۴۶۷۷۱۵	خدمات جنبی پزشک

جمع		اقبال		پارسا		امیرالمومنین		مفرح		بابک		بیمارستان
جمع درصد کسورات	جمع میزان کسورات	درصد کسورات	میزان کسورات	درصد کسورات	میزان کسورات	درصد کسورات	میزان کسورات	درصد کسورات	میزان کسورات	درصد کسورات	میزان کسورات	میزان کسورات اقلام هزینه ای
۱,۶۲٪	۸۱۲۵۴۳۰۸	۱,۶۸٪	۱۸۵۸۱۲۴۵	۳,۸۰٪	۱۸۲۹۵۲۵۶	۱,۳۶٪	۳۹۴۱۴۳۵۶	۰,۳۷٪	۱۹۵۰۴۶۰	۲,۴۵٪	۱۰۰۱۲۹۹۱	رادیولوژی
۱۷,۱۷٪	۹۳۳۰۵۵۶۸۷	۱۰,۸۰٪	۱۱۹۷۱۸۹۴۷	۳۵,۰۸٪	۱۶۸۸۹۶۵۵۴	۲۱,۷۳٪	۶۳۱۳۴۴۵۸۴	۰,۶۲٪	۳۲۷۶۰۷۲	۲,۴۰٪	۹۸۱۹۵۳۰	سایر خدمات
۳,۵۷٪	۱۹۴۱۶۸۰۹۵	۶,۸۱٪	۷۵۴۹۸۷۶۳	۰,۵۲٪	۲۵۱۳۲۲۰	۳,۶۶٪	۱۰۶۲۴۸۶۹۸	۱,۵۷٪	۸۲۹۹۶۵۴	۰,۳۹٪	۱۶۰۷۷۶۰	سونوگرافی
۰,۰۰٪	۰	۰,۰۰٪	۰	۰,۰۰٪	۰	۰,۰۰٪	۰	۰,۰۰٪	۰	۰,۰۰٪	۰	گلوبال
۵,۰۹٪	۲۷۶۸۳۱۱۷۳	۲,۸۰٪	۳۱۰۳۱۱۳۲	۸,۸۱٪	۴۲۴۲۰۷۵۰	۴,۸۸٪	۱۴۱۷۷۳۵۰۱	۷,۵۱٪	۳۹۷۶۸۸۰۰	۵,۳۴٪	۲۱۸۳۶۹۹۰	ویزیت پزشک معالج
۲۵,۵۷٪	۱,۳۹E+۰۹	۰,۵۴٪	۶۰۰۱۲۴۵	۱۳,۰۵٪	۶۲۸۲۴۴۵۹	۴۳,۷۱٪	۱۲۷۰۱۲۷۶۸۶	۲,۳۸٪	۱۲۶۰۹۶۴۴	۹,۳۵٪	۳۸۲۰۹۱۳۴	هتلینگ عادی
۶,۹۴٪	۳۷۷۳۵۱۴۴۷	۱۵,۳۹٪	۱۷۰۵۸۶۸۳۲	۱۳,۵۱٪	۶۵۰۳۲۰۵۴	۲,۲۵٪	۶۵۳۸۸۷۱۳	۶,۷۴٪	۳۵۶۷۷۷۱۲	۹,۹۵٪	۴۰۶۶۶۱۳۶	هزینه اطاق عمل
۱,۹۴٪	۱۰۵۲۵۴۷۶۰	۰,۵۸٪	۶۴۶۸۰۰۰	۰,۴۹٪	۲۳۴۰۸۰۰	۳,۱۲٪	۹۰۵۶۷۳۴۰	۱,۱۱٪	۵۸۶۴۳۲۰	۰,۰۰٪	۱۴۴۰۰	خدمات جنبی عادی
۱۰۰,۰۰٪	۵۴۳۴۴۸۵۵۹۶	۲۰,۴۰٪	۱۱۰۸۶۵۲۲۳۳	۸,۸۶٪	۴۸۱۴۰۶۵۳۲	۵۳,۴۷٪	۲۹۰۵۹۶۹۲۵۷	۹,۷۵٪	۵۲۹۵۹۳۱۲۴	۷,۵۲٪	۴۰۸۸۶۴۴۶	کل کسورات

منبع: یافته های پژوهش

جدول ۴-۱۲ میزان کل کسورات در طی ۹ ماه مورد مطالعه را به ترتیب اقلام هزینه ای در بیمارستان های خصوصی را نشان می دهد. با توجه به یافته ها، بیمارستان بابک در بین ۱۶ مورد اقلام هزینه ای، حق الزحمه بیهوشی با ۳۳ درصد از کسورات دارای بیشترین میزان کسورات از بین اقلام هزینه ای را به خود اختصاص داده است و به ترتیب حق الزحمه جراح و خدمات جنبی پزشکی به ترتیب دارای بیشترین مقدار کسورات و خدمات جنبی عادی دارای کمترین مقدار کسورات در بیمارستان بابک می باشد.

در بیمارستان مفرح حق الزحمه جراح، حق الزحمه بیهوشی به ترتیب ۳۹٪ و ۲۹٪ بیشترین مقدار کسور را دارند و خدمت حق الزحمه کمک جراح دارای کمترین مقدار است.

در بیمارستان امیرالمومنین هتلینگ عادی و سایر خدمات به ترتیب دارای ۵۳ درصد و ۴۳ درصد دارای بیشترین مقدار کسورات در بین سایر اقلام هزینه ای در این بیمارستان بودند و خدمات جنبی پزشکی دارای کمترین مقدار کسورات است.

در بیمارستان پارسا، سایر خدمات و هزینه اتاق عمل دارای بیشترین مقدار کسورات می باشند (به ترتیب ۳۵٪ و ۱۳٪) و حق الزحمه کمک جراح دارای کمترین مقدار کسورات است.

در بیمارستان اقبال، حق الزحمه جراح و کمک جراح دارای بیشترین مقدار کسورات و خدمات پرستاری دارای کمترین مقدار کسور در بین اقلام هزینه مورد بررسی می باشد.

به طور میانگین در بین بیمارستان های با مالکیت خصوصی (۵ بیمارستان) اقلام هزینه ای هتلینگ عادی و سایر خدمات دارای بیشترین مقدار کسور به ترتیب (۲۵٪ و ۱۷٪) بودند و خدمت آسیب شناسی دارای کمترین مقدار در میان سایر اقلام هزینه ای بود.

۴-۱۳ میزان کل کسورات پرونده های بیمارستانی به تفکیک نام بیمارستان ها و اقلام هزینه ای در بیمارستانهای دولتی

بیمارستان	امام خمینی		ضیایان		بهارلو		شریعتی		امیر اعلم		جمع کسورات
	میزان کسورات	درصد کسورات	میزان کسورات	درصد کسورات	میزان کسورات	درصد کسورات	میزان کسورات	درصد کسورات	میزان کسورات	درصد کسورات	
میزان کسورات											
آزمایشگاه	۴۱۳۴۱۹۷۸۹	۵,۰٪	۱۲۷۴۶۰۰۴۳	۳,۷٪	۲۶۶۷۶۶۳۷۷	۶,۷٪	۹۰۰۸۸۳۰۳۲	۱۶,۰٪	۱۱۳۶۴۹۰۲۴	۳,۲٪	۱۸۲۲۱۷۸۲۶۵
آسیب شناسی	۱۶۱۷۹۵۷۰	۰,۲٪	۲۶۱۱۸۰۰	۰,۱٪	۳۶۱۲۳۶۹	۰,۱٪	۱۳۶۷۹۱۶۲	۰,۲٪	۸۱۵۶۸۸۴۳	۲,۳٪	۱۱۷۶۵۱۷۴۴
پزشک مشاور	۲۲۸۲۶۵۶۵۳	۲,۸٪	۱۱۷۴۶۶۵۵۳	۳,۴٪	۱۲۴۵۲۹۱۳۴	۳,۱٪	۱۱۷۲۲۸۰۴۵	۲,۱٪	۸۰۸۴۴۸۳۱	۲,۳٪	۶۶۸۳۳۴۲۱۶
.....											
.....											
حق الزحمه بیهوشی	۱۲۲۴۷۳۶۱۴	۱,۵٪	۵۳۲۶۶۷۲۷	۱,۵٪	۳۲۴۱۸۰۲۲	۰,۸٪	۱۹۳۶۶۵۷۹۷	۳,۴٪	۱۲۲۳۶۶۰۱۹	۳,۴٪	۵۲۴۱۹۰۱۷۹
حق الزحمه جراح	۷۷۷۹۹۹۸۳۳	۹,۴٪	۱۳۱۹۲۸۱۱۸	۳,۸٪	۱۸۶۴۸۶۸۳۹	۴,۶٪	۱۰۵۱۸۹۰۸۸۸	۱۸,۶٪	۷۴۳۵۸۲۷۵۱	۲۰,۷٪	۲۸۹۱۸۸۸۴۲۹
حق الزحمه کمک جراح	۵۱۵۹۹۷۴۲	۰,۶٪	۱۳۱۹۸۰۰۴	۰,۴٪	۱۶۷۸۵۸۰۰	۰,۴٪	۹۵۰۰۷۰۶۸	۱,۷٪	۴۵۷۳۴۴۰۰	۱,۳٪	۲۲۳۰۲۵۰۱۴
خدمات پرستاری	۱۲۴۶۳۵۰۱۴	۱,۵٪	۴۴۲۲۱۷۹۱	۱,۳٪	۹۱۷۶۸۱۴۰	۲,۳٪	۶۷۳۲۰۹۳۷	۱,۲٪	۳۹۱۹۳۹۰۰	۱,۱٪	۳۶۷۱۳۹۷۸۲
خدمات جنبی پزشکی	۷۷۹۷۷۱۹۵	۰,۹٪	۳۴۰۶۹۰۵۵	۱,۰٪	۶۶۲۳۲۰۲۵	۱,۷٪	۵۱۶۶۴۶۵۲	۰,۹٪	۷۵۹۶۳۲۲۱	۲,۱٪	۳۰۵۹۰۶۱۴۸
رادیولوژی	۹۹۷۴۲۴۱۳	۱,۲٪	۲۱۳۸۳۱۰۱	۰,۶٪	۵۷۲۷۹۱۱۷	۱,۴٪	۳۷۸۰۴۴۸۹	۰,۷٪	۳۳۷۶۹۶۹۳	۰,۹٪	۲۴۹۹۷۸۸۱۳

بررسی میزان و عوامل برون و درون سازمانی کسورات بیمارستانی دانشگاه علوم پزشکی تهران

بیمارستان		امام خمینی		ضیایان		بهارلو		شریعتی		امیر اعلم		جمع	
میزان کسورات	درصد کسورات	میزان کسورات	درصد کسورات	میزان کسورات	درصد کسورات	میزان کسورات	درصد کسورات	میزان کسورات	درصد کسورات	میزان کسورات	درصد کسورات	جمع کسورات	جمع درصد
سایر خدمات	۴۷۰۵۰۶۵۹۲	۵,۷%	۸۳۴۲۷۶۸۴۹	۲۴,۲%	۳۶۴۴۹۷۲۱۱	۹,۱%	۷۵۷۵۹۲۳۰۳	۱۳,۴%	۱۴۲۲۶۸۳۲۹	۴,۰%	۲۵۶۹۱۴۱۲۸۴	۲۵۶۹۱۴۱۲۸۴	۱۰,۳%
سونوگرافی	۷۸۹۳۷۵۳۲	۱,۰%	۴۵۶۲۰۹۱۴	۱,۳%	۶۹۴۲۳۸۸۳	۱,۷%	۵۹۷۶۰۰۹۸	۱,۱%	۶۶۱۲۹۳۶۴	۱,۸%	۳۱۹۸۷۱۷۹۱	۳۱۹۸۷۱۷۹۱	۱,۳%
گلوبال	۱۸۱۷۳۶۴۰۲	۲,۲%	۵۸۱۳۳۶۲۸۲	۱۶,۸%	۱۱۳۸۰۴۷۳۶۰	۲۸,۴%	۲۵۲۲۳۴۶۷۵	۴,۵%	۶۵۲۱۸۰۴۳۴	۱۸,۲%	۲۸۰۵۵۳۵۱۵۳	۲۸۰۵۵۳۵۱۵۳	۱۱,۲%
ویزیت پزشک معالج	۵۳۹۷۲۸۹۴۵	۶,۵%	۴۱۴۶۸۹۹۸۵	۱۲,۰%	۲۱۸۶۳۹۹۷۱	۵,۵%	۱۷۶۸۳۳۳۳۳	۳,۱%	۱۳۱۸۷۸۷۹۹	۳,۷%	۱۴۸۱۷۷۰۹۳۳	۱۴۸۱۷۷۰۹۳۳	۵,۹%
هتلینگ عادی	۳۹۱۳۶۹۳۴۱۱	۴۷,۲%	۶۸۰۵۰۶۰۷۲	۱۹,۷%	۹۹۳۲۲۱۹۹۹	۲۴,۸%	۱۲۰۷۲۷۶۰۳۷	۲۱,۴%	۶۷۴۰۳۸۳۸۹	۱۸,۸%	۷۴۶۸۷۳۵۹۰۸	۷۴۶۸۷۳۵۹۰۸	۲۹,۹%
هزینه اطاق عمل	۱۸۶۵۰۶۲۱۶	۲,۲%	۴۰۲۷۳۳۱۴	۱,۲%	۳۱۹۳۰۷۶۱	۰,۸%	۳۱۰۷۴۴۵۶۳	۵,۵%	۱۰۳۴۵۱۵۴۸	۲,۹%	۶۷۲۹۰۶۴۰۲	۶۷۲۹۰۶۴۰۲	۲,۷%
خدمات جنبی عادی	۱۰۱۱۶۵۹۴۸۷	۱۲,۲%	۳۰۹۵۶۱۲۸۹	۹,۰%	۳۴۹۸۴۱۸۳۲	۸,۷%	۳۴۹۸۳۳۶۷۴	۶,۲%	۴۸۱۶۲۱۳۷۳	۱۳,۴%	۲۵۰۲۵۱۶۶۵۵	۲۵۰۲۵۱۶۶۵۵	۱۰,۰%
کل کسورات	۸۲۹۵۰۶۱۴۰۸	۳۳,۲%	۳۴۵۲۵۶۹۸۹۷	۱۳,۸%	۴۰۱۱۴۸۰۸۴۰	۱۶,۱%	۵۶۴۳۴۱۷۶۵۳	۲۲,۶%	۳۵۸۸۲۴۰۹۱۸	۱۴,۴%	۲۴۹۹۰۷۷۰۷۱۶	۲۴۹۹۰۷۷۰۷۱۶	۱۰۰,۰%

منبع: یافته های پژوهش



جدول ۴-۱۳ نشان دهنده ارقام هزینه ای دارای کسورات در بیمارستان ها دولتی است. به طوری که در بیمارستان امام خمینی خدمات خدمات هتلینگعادی با مقدار ۴۷٪ و خدمات جنبی عادی با مقدار ۱۲٪ دارای بیشترین مقدار کسورات هستند و آسیب شناسی دارای کمترین مقدار کسور ۲٪ در بین سایر ارقام هزینه ای است. در بیمارستان ضیاییان ارقام هزینه ای سایر خدمات با مقدار ۲۴٪ و گلوبال ۱۹٪ دارای بیشترین مقدار کسورات هستند و آسیب شناسی دارای مقدار کمتر از سایر ارقام است. در بیمارستان بهارلو خدمات گلوبال و هتلینگ عادی به ترتیب با مقدار ۲۸٪ و ۲۴٪ دارای بیشترین مقدار کسورات در بین سایر ارقام هزینه ای می باشد و کمترین ان مربوط به آسیب شناسی می باشد. در بیمارستان شریعتی بیشترین مقدار کسورات مربوط به ارقام هتلینگ عادی با ۲۱٪ و حق الزحمه جراح با ۱۸٪ و در کمترین ان مربوط به آسیب شناسی می باشد. در بیمارستان امیر اعلم حق الزحمه جراح با مقدار ۲۰٪ و هتلینگ عادی دارای بیشترین مقدار کسورات در بین ارقام هزینه ای می باشد و خدمت رادپولوژی دارای کمترین مقدار ۹٪ درصد می باشد.

### نتایج مصاحبه با مسئولین بیمارستانهای مورد بررسی

به منظور استخراج نظرات مسوولین بیمارستانهای مورد مطالعه، همزمان با جمع آوری داده های کمی یک مصاحبه کیفی نیز انجام شد و عوامل تاثیرگذار و راهکارهای مقابله با آن مورد سوال قرار گرفت که نتایج آن به شرح زیر می باشد.  
بیمارستان امام خمینی:

طبق مصاحبه ای که با مدیران مالی بیمارستان صورت گرفت و نتایج مطالعه که بصورت جدول تهیه شده برای این بیمارستان ها جهت کاهش کسورات راهکارهایی پیشنهاد میگردد  
۱- از آنجایی که تعداد پرونده های بیمارستان امام زیاد می باشند امکان بررسی همه پرونده ها وجود ندارد با ارسال پرونده ها به بیمه ها، بیمه ها بصورت تصادفی تعدادی را انتخاب، میانگین کسورات آنها را به تمام پرونده ها اعمال می کنند که با این رویه ممکن است پرونده هایی که انتخاب میشوند دارای کسورات بالایی بوده و میانگین حاصل مبلغ قابل توجهی باشد با این حساب درصد زیادی از در آمد بیمارستان کسر می گردد برای حل این مشکل بیمارستان می تواند یک واحد جداگانه جهت بررسی روزانه پرونده ها ایجاد کند با این روش از انباشته شدن پرونده ها جلوگیری میشود و همچنین کسورات هر بخش بصورت دقیق تری مطالعه میگردد و آموزش لازم به نیروها داده میشود. بسیاری از بیمارستانهای خصوصی حتی با وجود بزرگ بودن بیمارستان از این راهکار استفاده میکنند و کسورات بیمه ای آنها در حد بسیار ناچیزی میباشد.

۲- آموزش کارکنان بیمارستان و آشنایی کارکنان بیمارستان با آیین نامه های بیمه ها، برای حل این مساله بیمارستان می تواند تعامل بیشتر با بیمه ها جهت بهره گیری از پرسنل بیمه به جهت آموزش کامل و صحیح کارکنان خود داشته باشد این راهکار برای تمام بیمه ها از جمله بیمه های غالبی چون تامین

اجتماعی که بیمارستان با آنها قرار داد دارد، طبق جدول ۹-۴ بیشترین کسورات بیمارستان امام از سمت بیمه تامین اجتماعی می باشد که برای کاهش کسورات این راهکار مناسب است.

۳- طبق بررسی هایی که در این نه ماه صورت گرفته بیشترین میزان کسورات بیمارستان امام مربوط به اقلام هزینه ای خدمات جنبی عادی با ۱۲/۲ درصد و هتلینگ عادی با ۴۷/۲ درصد می باشد این کسورات از مرحله پذیرش بیمار تا مرحله ترخیص شروع میشود و در هر یک از مراحل یا همزمان در یک مرحله صورت گرفته باشد این کسورات در اثر عدم ثبت خدمات صورت گرفته یا ثبت ناقص خدمات و یا در اثر اختلاف نظر بین بیمه و بیمارستان باشد که برای کاهش این کسورات میتوان کنترل مثبت دقیق خدمات را به مسولین بخش ها محول کرد و برای انجام دقیق آن از سیستم پاداش استفاده کرد.

۴- استفاده از سیستم رایانه ای، باین سیستم میتوان نواقص را بر طرف و در صورت وجود مغایرت با تعرفه های بیمه مطلع شد.

### بیمارستان شریعتی:

۱. آموزش کارکنان صحیح کارکنان بیمارستان
۲. بهبود روابط با بیمه ها: بیشترین میزان کسورات از جانب بیمه تامین اجتماعی بوده و از آنجایی که بیمارستان خود در انتخاب بیمه ها ی طرف قرار داد نقشی ندارد و از جانب وزارت بهداشت تعیین می گردد لازم است که بیمارستان تعامل بیشتری با بیمه داشته باشد از نیروهای متخصص بیمه جهت آموزش کارکنان بیمارستان استفاده کنند و از آیین نامه های بیمه ها برای مطلع شدن از تعرفه ها استفاده کنند.
۳. طبق آمار بدست آمده بیشترین میزان کسورات بیمارستان شریعتی در اقلام هزینه ای هتلینگ عادی با ۲۱/۴ درصد و حق الزحمه جراحی با درصد بوده که بعلت عدم ثبت خدمات و ثبت ناقص خدمات و اختلاف نظر بین بیمه و بیمارستان بوده است و کسورات حق الزحمه جراح هم که بعلت اضافه در خواستی پزشک و یا عدم ثبت کامل خدمات صورت گرفته می باشد. که برای کاهش آن میتوان کنترل دقیق این خدمات را به مسولین بخش ها محول کرد، یکی از راهکار هایی که بیمارستان خصوصی برای کاهش کسورات اضافه درخواستی پزشک انجام میدهند این است که کسوراتی را که از به علت عملکرد پزشک بر پرونده ها وارد می گردد به دریافتی پزشک وارد میکند و خود پزشک متحمل این کسورات میگردد و خود پزشک با بیمه ها طرف میگردد. راه حلی که این بیمارستان ها برای جلوگیری از کسورات اقلام هزینه ای هتلینگ انجام می دهد با آگاهی از خدمات مورد پذیرش بیمه یک سری خدمات را که بیمه تقبل نمی کند از خود بیمار دریافت میکند. باین راهکار ها کسورات خود را به کمترین حد ممکن می رسانند.
۴. ایجاد واحد رسیدگی به پرونده ها، که به صورت روزانه به پرونده ها رسیدگی کنند و نواقص پرونده ها را بر طرف کنند+
۵. استفاده از سیستم رایانه

## بیمارستان بهارلو:

۱. آموزش صحیح کارکنان و اطلاع از آیین نامه های بیمه ها ، که برای این کار می تواننداز بیمه ها در خواست همکاری بکنند.
۲. بیشترین کسورات بیمارستان بهارلو مر بوط به اقلام هزینه ای گلوبال با ۲۸/۴ درصد وهتلینگ عادی با ۲۴/۸ است. در کسورات گلوبال عوامل مختلفی از جمله عوامل مدیریتی که با اقدامات مدیریتی بر طرف میشوند. در تعیین و تخمین هزینه های گلوبال اعمال جراحی ، نوع بیمارستان از نظر آموزشی -درمانی یا صرفا درمانی بودن مورد توجه قرار نگرفته است ، در تعیین هزینه های گلوبال اعمال جراحی بیماریهای همراه یا بیماریهایی که همزمان با بیماری اصلی بیمار وجود داشته اما بیمار بدلیل آنها در بیمارستان بستری نشده است محاسبه نشده است .معمولا وجود بیماریهای همراه همچون فشار خون،دیابت و... میتواند موجب افزایش طول مدت بستری و افزایش هزینه ها شود بیمارستانهای خصوصی برای کاهش این کسورات قبل از انجام خدمات یک لیست از اعمال جراحی و خدماتی را که قرار است برای بیمار انجام گردد را تهیه و جهت تایید به بیمه ارسال میکنندو در صورتی که بیمه خدماتی را که تقبل نکند بیمارستان از بیمار دریافت میکنند.
۳. عدم آگاهی پزشکان از گلوبال بودن جراحی، که برای کاهش آنها آشنایی پزشک باید آموزش لازم را ببیند واز تعرفه های بیمه آگاهی یابد.
۴. بکارگیری افراد با تحصیلات مرتبط جهت ثبت اطلاعات
۵. سیستم رایانه

## بیمارستان ضیایان:

۱. آموزش صحیح کارکنان ،آگاهی از قوانین و تعرفه های بیمه ها
۲. ایجاد واحد رسیدگی به کسورات در بخش در آمدی بیمارستان
۳. بیشترین میزان کسورات بیمه ای بیمارستان ضیایان سایر خدمات با ۲۴/۲ درصد وهتلینگ عادی با ۱۹/۷ درصد است . این کسورات از مرحله پذیرش بیمار تا مرحله ترخیص شروع میشود و در هر یک از مراحل یا همزمان در یک مرحله صورت گرفته باشد این کسورات در اثر عدم ثبت خدمات و یا ثبت ناقص خدمات و یا در اثر اختلاف نظر بین بیمه و بیمارستان صورت گرفته باشد که برای کاهش این کسورات میتوان کنترل وثبت دقیق خدمات را به مسولین بخش ها محول کرد و برای انجام دقیق آن از سیستم پاداش وتنبیه استفاده کرد.
۴. استفاده از سیستم رایانه
۵. استفاده از نیروها باتحصیلات مرتبط

## بیمارستان امیر اعلم:

۱. آموزش صحیح کارکنان بیمارستان، استفاده از کارشناسان بیمه جهت آموزش و اسفاده از آیین نامه بیمه های بیمه ها
۲. بکارگیری نیروهای متخصص و بارشته های مرتبط در بخش ها
۳. استفاده از رایانه
۴. بیشترین کسورات بیمارستان امیر اعلم حق الزحمه جراح با ۲۰/۷ درصد و هتلینگ با ۱۸/۸ درصد بوده است. این کسورات از مرحله پذیرش بیمار تا مرحله ترخیص شروع میشود و در هر یک از مراحل یا همزمان در یک مرحله صورت گرفته باشد این کسورات در اثر عدم ثبت خدمات صورت گرفته یا ثبت ناقص خدمات و یا در اثر اختلاف نظر بین بیمه و بیمارستان و یک سری علل دیگر باشد که برای کاهش این کسورات میتوان کنترل مثبت و ثبت دقیق خدمات را به مسولین بخش ها محول کرد و برای انجام دقیق آن از سیستم پاداش استفاده کرد و یا در صورت کم کاری و عدم دقت لازم جریمه شوند. و کسورات حق الزحمه جراح هم که بعلت اضافه در خواستی پزشک و عدم ثبت کامل خدمات و یک سری علل دیگر صورت گرفته باشد. که برای کاهش آن میتوان کسورات را که مسول آنها پزشک و یا پرسنل مسول می باشد، به خود پزشک و پرسنل مسول اعمال کرد که سبب جلوگیری از این کسورات در پرونده ها می گردد.

## بیمارستانهای خصوصی:

### بیمارستان بابک:

۱. بیشترین کسورات بیمارستان بابک مربوط به حق الزحمه بیهوشی با ۳۳/۸ درصد و حق الزحمه جراحی با ۲۱/۸۳ درصد می باشد. از بین کسورات بیمارستان بابک این اقلام هزینه ای نسبت به اقلام هزینه ای دیگر بسیار درصد بالایی را دارند این کسورات بعلت ثبت ناقص و عدم ثبت کامل و همچنین اضافه درخواستی پزشکان و یک سری علل دیگر می باشد. همانطور که در مباحث قبلی ذکر شد راهکاری که بیمارستان های خصوصی بکار می برند اعمال کسورات اگر بعلت عملکرد پزشک یا پرسنل مسول باشد کسورات را به دریافتی آنها اعمال میکند که با این روش بیمارستان ضرر کمتری را متحمل میشود و همچنین باعث میشود تا پزشکان و کارکنان دقت لازم را بکار برده واز وارد شدن کسورات جلوگیری شود که این راهکار کم هزینه ترین و اثربخش ترین راه کار است.
۲. استفاده از نیروهای متخصص
۳. استفاده از سیستم رایانه
۴. تعامل بیشتر با بیمه ها و بهبود روابط

**بیمارستان مفرح:**

۱. بیمارستان مفرح در اقلام هزینه های حق الزحمه بیهوشی با ۲۹/۵۷ درصد و حق الزحمه جراحی با ۳۹/۱۷ درصد دارای بیشترین کسورات است همانطور که قبل گفتیم بیمارستان کسورات را بر پزشکان و کارکنان وارد میکند و مانع از ضرر به بیمارستان می شود.
۲. قبل از ارسال پرونده ها به بیمه ها، بررسی کامل پرونده ها را میتوان به مسولین بخش ها داد و در همان مراحل اول از وارد شدن کسورات جلوگیری کنند.
۳. استفاده سیستم رایانه ای
۴. ایجاد بخش جداگانه در واحد در آمد جهت رسیدگی به پرونده ها و پیگیری کسورات
۵. استفاده از نیروهای متخصص
۶. تعامل بیشتر با بیمه ها و بهبود روابط

**بیمارستان امیرالمومنین:**

۱. بیشترین کسورات بیمارستان خصوصی امیر المومنین در اقلام هزینه ای سایر خدمات با ۲۱/۷۳ و هتلینگ عادی با ۴۳/۷۱ درصد می باشد. این درصد بالای کسورات در اقلام هزینه ای هتلینگ و سایر خدمات علل متعددی را دارا میباشد و بخش عظیمی از در آمد بیمارستان کسر میگردد این بیمارستان باید کنترل پرونده هایی بخش های مختلف بیمارستان را به مسولان بخش ها محول کنند و از سیستم پاداش و جریمه استفاده کنند این راهکار نسبت به راهکار های دیگر کم هزینه تر بوده و از دقت بالایی نسبت به راهکار های دیگر برخوردار است.
۲. اگر از سیستم رایانه ای استفاده شود از همان مرحله پذیرش لازم به درستی خدمات ثبت شوند مغایرتی وجود نخواهد داشت و پرونده ها به درستی کامل می گردند.
۳. استفاده از نیروهایی متخصص و با تحصیلات مرتبط
۴. در خواست همکاری بیشتر با بیمه ها و استفاده از کارشناسان آنها جهت آموزش کارکنان بیمارستان

**بیمارستان پارسا:**

۱. بیشترین کسورات بیمارستان پارسا مربوط به اقلام هزینه ای سایر خدمات با ۲۱/۷۳ و هتلینگ عادی ۴۳/۷۱ درصد می باشد این کسورات همانند توضیحاتی که برای سایر بیمارستانها داده شد در اثر عوامل مختلف می تواند باشد که برای کنترل این کسورات از همان مراحل اولیه پذیرش بیماران تا مرحله ترخیص آنها دقت لازم در ثبت خدمات انجام گرفته صورت بگیرد تا از وارد شدن کسورات به پرونده ها جلوگیری شود و این کنترل در صورتی که از جانب مسول بخش ها باشد موثر خواهد بود و از دوباره کاری جلوگیری خواهد شد یکی از راهکارهایی که بیمارستانها ی خصوصی بزرگ که کسورات آنها بسیار ناچیز است بکار می گیرند این است که

با بررسی پرونده های دارای کسورات که از جانب بیمه ها به آنها کسورات وارد شده خدماتی را که شامل بیمه نمی شوند را مشخص می کنند و هزینه آنها را از بیمار دریافت می کنند.

۲. آموزش صحیح کارکنان
۳. استفاده از سیستم مناسب رایانه ای
۴. تعامل بیشتر با بیمه ها

### بیمارستان اقبال:

۱. سهم کسورات اقلام هزینه ای حق الزحمه جراح با ۲۵/۷۹ و حق الزحمه کمک جراح با ۲۱/۴۹ درصد بیشترین مقدار را به خود اختصاص داده اند. این بیمارستان باید آموزش لازم را به پزشکان خود بدهد.
۲. استفاده از سیستم پاداش و جریمه
۳. کمک از بیمه ها جهت آموزش کارکنان و پزشکان بیمارستان
۴. بهبود روابط با بیمه ها
۵. اعمال کسورات به پرسنل مسول
۶. ایجاد واحد جداگانه در بخش در آمدی جهت بررسی و پیگیری پرونده های دارای کسورات



## فصل پنجم – بحث و تحلیل یافته‌ها، نتیجه گیری، پیشنهادات

### خلاصه یافته‌ها

یافته‌های تحقیق به تفصیل در فصل چهارم مورد بحث و تجزیه و تحلیل قرار گرفت در این فصل نتایج اصلی تحقیق بطور مجمل ارائه خواهد شد.

در این مطالعه تلاش گردید در قالب مبانی نظری آزمون‌های برآورد شده به بررسی ارتباط بین میزان کسورات اعمال شده به پرونده‌های بیمارستانهای خصوصی و دولتی تحت تابع دانشگاه علوم پزشکی تهران در نه ماه اول سال ۱۳۹۳ پرداخته شود.

این مطالعه که با هدف بررسی متوسط کسورات بیمارستان‌های خصوصی و دولتی دانشگاه علوم پزشکی تهران و عوامل موثر بر آن انجام گردید که در این مطالعه هدف اصلی پژوهش بررسی میزان کسورات در پرونده‌های بیمارستان‌های دولتی و خصوصی بود که مورد بررسی قرار گرفت که در این میان اثر عوامل چون سن بیمارستان، تعداد تخت‌های بیمارستانی، تعداد پرونده‌های دارای کسورات، دوره وصول مطالبات، میزان کسورات با توجه به خدمات بیمارستانی و نوع بیمه همکار بیمارستان که در اینجا تنها بیمه‌های خدمات درمانی و تامین اجتماعی مد نظر بود، مورد بررسی قرار گرفت. که در مطالعه محمدی و همکاران (۱۳۹۲) تحلیل میزان کسورات اعمال شده‌ی سازمان‌های بیمه‌ی خدمات درمانی و تامین اجتماعی نسبت به صورت حساب‌های ارسالی را به عنوان معیار سنجش قرار داده است. نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که:

- بیمارستان دولتی شریعتی با بیشترین میانگین پرونده دارای کسور (۲۰۳۵) در طی این نه ماه مطالعه برخوردار است و در مقابل بیمارستان خصوصی پارسا، با میانگین تعداد پرونده (۱۰۸) دارای کمترین مقدار پرونده در میان بیمارستان‌ها قرار دارد.
- بیشترین میانگین ریالی کسورات کل مربوط به بیمارستان دولتی امام خمینی با مقدار (۱۵۰۰۳۴۰) از هر پرونده بیمارستانی خود است و پارسا با (۱۱۱۷۰۷) کسور دارای کمترین مقدار کسور در بین بیمارستان‌های مورد مطالعه است.
- میانگین ریالی کسورات بیمه تامین اجتماعی مربوط به بیمارستان دولتی شریعتی با مقدار (۱۴۵۸۴۸۸) نسبت به کل پرونده‌های خود دارای بیشترین مقدار است و در کمترین مقدار از میانگین ریالی کسورات بیمه تامین اجتماعی مربوط به بیمارستان پارسا با مقدار (۶۵۵۸۰) از درآمدهای بیمارستان است.
- در امار مربوط به میانگین کسورات بیمه خدمات درمانی، بیمارستان بهارلو با مقدار (۱۷۳۱۹۰۱) ریال دارای بیشترین میزان میانگین ریالی کسور در هر پرونده خود و بیمارستان اقبال با (۱۲۳۵۷۵) کسور، دارای کمترین مقدار کسور در گروه بیمه خدمات درمانی است
- بیمارستان‌های دولتی در اکثر ماه‌های اول سال دارای کسورات تقریباً مشابه نسبت به ماه‌های وسط سال هستند ولی در ماه‌های مهر و آبان دارای یک روند مشخصی نمی‌باشند و بیمارستان امام خمینی در کل دوره نه ماهه دارای بیشترین کسورات در بین سایر بیمارستان‌ها



- می باشند و بیمارستان ضیائیان در مرتبه دوم نسبت میزان کسورات می باشند. بیمارستان های خصوصی مورد مطالعه دارای کسورات کمتری نسبت به بیمارستان های دولتی هستند .
- مقدار کسورات بیمه خدمات درمانی در بیمارستان های خصوصی نسبت به بیمه تامین اجتماعی مقدار کمتر در کل دوره را نشان می دهد. ولی در بیمارستان های دولتی این تفاوت چندان قابل تفکیک نیست چون مقدار کسورات در در بیمه خدمات درمانی در بیمارستان های دولتی در برخی ماهها بیشتر و برخی کمتر از تامین اجتماعی است.
  - ضریب همبستگی رابطه بین تعداد تخت های بیمارستانی با میانگین ریالی مقدار کسورات کل در بخش دولتی مقداری مثبت و معنی دار ( $P=0,032$ ) را از خود نشان می دهد که نشان دهنده رابطه مستقیم بین افزایش تعداد تخت و مقدار ریالی کسورات است. همچنین برای بیمارستان های خصوصی در پرونده های بیمه خدمات درمانی مقداری مثبت و معنی دار ( $P=0,001$ ) را نشان می دهد و در هیچ یک از حالت های دیگر کسورات ارتباط معنی داری با تعداد تخت بیمارستانی مشاهده نگردید ( $P>0,05$ ).
  - ضریب همبستگی پیرسون ، ارتباط مثبت و معنی داری بین تعداد پرونده های دارای کسورات با میانگین ریالی مقدار کسورات در بیمه خدمات درمانی ( $P=0,003$ ) وجود دارد که این رابطه در میانگین ریالی مقدار کسورات بیمه تامین اجتماعی هم مقداری مثبت و معنی دار را از خود نشان می دهد ( $P=0,001$ ).
  - بین سن بیمارستان و میانگین ریالی کسورات نیز آزمون ضریب همبستگی پیرسون مورد مطالعه قرار گرفت که بیان می کند ارتباط معنی داری بین میزان کسورات و سن بیمارستان وجود ندارد ( $P>0,05$ ).
  - آزمون t با نمونه های مستقل نشان می دهد که رابطه معنی داری بین نوع مالکیت بیمارستان و میزان مبلغ کسورات وجود دارد ( $P<0,05$ ). یعنی که نوع مالکیت بیمارستان بر میزان مبلغ کسورات بیمارستانی تاثیر دارد به طوری که در بیمارستان های خصوصی مقدار (۶۱۹۲۰۸۳۴۲) ریال اختلاف بین میانگین ها با توجه به نوع مالکیت در بیمارستانها وجود دارد.
  - درآمد بیمارستان های خصوصی در مقایسه بین دو نوع بیمه خدمات درمانی و تامین اجتماعی، بیمه خدمات درمانی سهم ۴۴ درصدی را به خود اختصاص می دهد این مقدار برای بیمارستان های دولتی در همین نوع بیمه ۴۲ درصد می باشد. برای بیمه تامین اجتماعی با توجه به مالکیت بیمارستان ها، در بیمارستان های خصوصی ۵۵ درصد از درآمد را به خود اختصاص می دهد در حالی که در بیمارستانهای دولتی مقدار ۵۷ درصد را با توجه به یافته ها نشان می دهد.
  - ضریب همبستگی پیرسون رابطه بین تعداد پرونده های ارسالی بیمه تامین اجتماعی و دوره وصول در بیمارستان های خصوصی مقداری مثبت و معنی دار و در بیمارستان های با مالکیت

دولتی نیز مثبت و معنی دار می باشد. یعنی با افزایش تعداد پرنده های ارسالی به بیمه، طول دوره وصول هم افزایش می یابد.

- آزمون t با نمونه های مستقل نشان می دهد که رابطه معنی داری بین نوع مالکیت بیمارستان ها و دوره وصول مطالبات از سازمان های بیمه گر در این سطح معنی داری وجود ندارد ( $p > 0.05$ ).
- به طور میانگین در بین بیمارستان های با مالکیت خصوصی (۵ بیمارستان) اقلام هزینه ای هتلینگ عادی و سایر خدمات دارای بیشترین مقدار کسور به ترتیب (۲۵٪ و ۱۷٪) بودند و خدمت آسیب شناسی دارای کمترین مقدار در میان سایر اقلام هزینه ای بود. و در بین بیمارستان های دولتی (۵ بیمارستان) بیشترین مقدار کسور مربوط به اقلام هزینه ای هتلینگ عادی و حق الزحمه جراح می باشد و خدمت آسیب شناسی دارای کمترین مقدار کسورات در بین سایر اقلام هزینه ای می باشد.

## بحث

نتایج مطالعه حاکی از آن بود که بیمه تأمین اجتماعی بیمارستان های دولتی بیشترین درصد کسورات را در میان سازمان های بیمه گر داشته است بنابراین می توان کسورات را یکی از مشکلات در تمامی بیمارستان های کشور محسوب کرد. یافته های پژوهش توکلی و همکاران که در سال (۲۰۰۳) در کرمان انجام گرفت، همخوانی داشت (۱۹). Peabody در سال ۲۰۰۴ میلادی در مطالعات خود بیان کردند که کسورات وارد بر پرونده های بیمارستانی به دلیل کاهش درآمد بیمه ای بیمارستانها برای سیستم بهداشتی هزینه بر است. (۵۷)

در بیمارستان های خصوصی به دلیل وجود آگاهی کارکنان و پزشکان از شرایط پرداخت های بیمه ای میزان کسورات در این بیمارستان ها به نسبت کمتر از بیمارستان های دولتی است. در مطالعه ای که در انگلیس توسط ناکوجیما انجام شد دلیل اصلی کسورات بیمه ای به این علت بود که کارکنان اقداماتی انجام می دادند که آن را ثبت نمی کردند و یا برخی از اقداماتی را ثبت می نمودند که سازمان های بیمه گر در قبال آن مبلغی را پرداخت نمی کردند و همچنین بیش تر پزشکان چون هزینه خدمات تجویز شده را نمی دانستند سازمان های بیمه گر در قبال آن خدمت مبلغی پرداخت نمی نمود. بنابراین بعد از برگزاری دوره های آموزشی این مشکلات برطرف شد بنابراین توجه به این امر در پیشگیری از اتلاف هزینه موثر خواهد بود.

در بیمارستان های مورد مطالعه خصوصاً بیمارستان های دولتی به دلیل عدم آموزش کارکنان با مستند سازی و آگاه کردن از سایر قانون شرکت های بیمه گذار باعث افزایش خطاهای اسناد بیمه ای و در نهایت افزایش میزان کسورات بیمه ای خصوصاً در مرکز آموزشی درمانی دولتی گردید.

نکته ی مهم دیگری که حایز اهمیت به نظر می رسد، یک ناهمگونی و توزیع نامساوی در بین صندوق های بیمه ای مختلف در خود بیمارستان یا در بین بیمارستان ها به چشم می خورد. نتایج پژوهش نشان داد در بعضی از بیمارستان ها صورتحسابهای دارای کسور در بیمه تأمین اجتماعی چند برابر کسورات

صورت‌حسابهای خدمات درمانی است. بنابراین این تفاوت شاید به دلیل تفاوت در قوانین و آیین نامه های هر بیمه باشد. بنابراین پیشنهاد می شود در این زمینه با توجه به قوانین و آیین نامه های هر بیمه و آموزش های لازم دقت کافی صورت پذیرد تا کسورات این بیمه نیز به حداقل ممکن برسد.

اما در پژوهش کریمی و همکاران در بیمارستان سید الشهدا (ع) کسورات بیمه ی تأمین اجتماعی از خدمات درمانی بیش تر بود. مطالعه ی محمدی و همکاران هم نشان داد که کسورات بیمه ی تأمین اجتماعی از خدمات درمانی بیش تر است. (۱۲) در مطالعه ی صفدری و همکاران در بیمارستان وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران نیز کسورات بیمه ی تأمین اجتماعی از خدمات درمانی بیش تر بود. (۲۵)

یافته های پژوهش حاضر نشان می دهد که در هر دونوع بیمه میزان کسورات بیمارستان های خصوصی کمتر از دولتی است در حالی که مطالعه زارعی و همکاران نشان داد، بیمارستان های خصوصی در مجموع از بالاترین میزان کسورات نسبت به سایر بیمارستان ها برخوردار بودند. به طوری که در برخی از بیمارستان ها این میزان به ۳۱ درصد می رسید. (۱۷) دلیل این موضوع اضافه درخواستی این بیمارستان ها بود. درخواست خدمات غیر ضروری از دلایل دیگر کسورات می باشد. اضافه درخواستی هرچند در ایران منجر به کسورات می گردد اما این عمل در سایر کشورها نوعی کلاه برداری محسوب شده و ممکن است که بیمارستان را در معرض پیگرد قضایی و جریمه های سنگین مالی قرار دهد.

همچنین نتایج پژوهش نشان داد که تنها در پنج بیمارستان آموزشی و آن هم در صندوق بیمه گر تأمین اجتماعی، کسورات معادل ۲۴۹۹۰۷۷۰۷۱۶ میلیارد ریال در دوره نه ماهه بود. نبود سیستم منسجمی جهت بررسی و نظارت بر روند درآمد واحدها در سطح دانشگاه، روند کاهش این کسورات را دست نیافتنی می نماید. طبق بررسی کمیته ی اقتصاد سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تبریز در سال ۱۳۸۷ بیش از ۴۰ میلیارد ریال کسورات داشته است. (۵۹)

در بین بیمارستان های با مالکیت خصوصی ارقام هزینه ای هتلینگ عادی و سایر خدمات دارای بیشترین مقدار کسور و در بین بیمارستان های دولتی بیشترین مقدار کسور مربوط به ارقام هزینه ای هتلینگ عادی و حق الزحمه جراح می باشد. دهنویه در مطالعه ی خود، هزینه ی هتلینگ والکتروکاردیوگرافی را به ترتیب با ۱۸/۰۹ و ۰/۱٪ دارای بیشترین و کمترین کسورات گزارش کرده است. (۶۰) بنابراین توجه مسئولان مالی و بیمه ای به بررسی علل و راهکار کسورات بخش های دارای بیشترین کسورات در بیمارستانهای مذکور الزامی است.

به طور کلی بیشترین کسورات بیمه ای پروند هها در ماههای مورد مطالعه، مربوط به صندوق بیمه تامین اجتماعی بود که مقداری بیشتر از بیمه خدمات درمانی را در هر دو گروه از بیمارستان ها شامل می شد. در حالی که در پژوهشی که توسط حیدری نژاد با عنوان بررسی میزان و علل کسورات پرونده های بستری مربوط به بیمه های خدمات درمانی و تأمین اجتماعی در بیمارستان میبد در ۶ ماهه اول ۱۳۸۶ انجام گرفت. نتایج نشان داد که میزان کسورات اعمال شده از سوی بیمه خدمات درمانی از تأمین اجتماعی بالاتر بوده است. (۶۱) البته در دو مطالعه ای که در بیمارستان شفای شهر کرمان و بیمارستانهای دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام شده، بیمه تأمین اجتماعی با تفاوت کمی بیشترین موارد کسورات را داشته اند.

## نتیجه گیری

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 بیمارستان ها تحمیل می کند. بنابراین با توجه به نتایج به دست آمده ضروری است که دانشگاه جهت کم کردن میزان کسورات سیاستی مناسب اتخاذ کند. بیمارستان ها (خصوصی و بیشتر دولتی) بدلیل عدم مدیریت صحیح اطلاعات و فناوری، بسیاری از منابع را به هدر می دهند. از جمله منابع درآمدی بیمارستان ها ارائه و فروش خدمات به بیمه شدگان تحت پوشش سازمان های بیمه گر می باشد. مهم ترین دلیل این امر عبارت است از مبالغی که تحت عنوان کسورات از سرجمع مبالغ درخواستی بیمارستان ها به دلایل مختلف از جمله نقص در ثبت خدمات، توسط این سازمان ها کسر می شود.

به نظر می رسد آموزشی بودن بیمارستانهای دولتی مورد بررسی، دانشجو بودن، عدم مسئولیت و کم تجربگی کادر درمانی در حال آموزش نسبت به ثبت دقیق و کامل اجزای مختلف فرایند مراقبت و تکمیل گزارشات مربوطه تاثیر بسزایی در مقدار کسورات اعمالی داشته است. سیف ربیعی در مقاله خود حجم زیاد کار در بیمارستانهای آموزشی و عدم مسئولیت مستقیم دانشجویان در مشکلات قانونی پرونده بیمارستانی و همینطور عدم آموزش کافی به دانشجویان را علت مشکلات تکمیل پرونده ها دانسته است که از این عقیده پشتیبانی می کند. (۶۲) در پژوهش دانشگاه کانکتیکوت آمریکا نیز بهبود عملکرد دستیاران در مستندسازی پرونده ها با استفاده از مداخلات آموزشی گزارش گردیده است (۶۳)

تشکیل کمیته پیگیری درآمدها در سطح بیمارستان و دانشگاه، آموزش کارکنان مرتبط با اسناد، بهبود فرآیندهای انجام کار، تعاملات برون بخشی با سازمانهای بیمه گر، همچنین برگزاری نشست هایی با پرسنل درمانی در خصوص دلایل کسورات و هم چنین استفاده از سیستم های مدیریت اطلاعات بیمارستانی می تواند نقش مهمی در کاهش کسورات بیمارستان ایفا نماید.

با توجه به پژوهش های مشابه مداخلات و راهکارهای ذیل می تواند در این خصوص اثربخش باشد:

- ۱- مذاکره با سازمانهای بیمه گر جهت اتخاذ تصمیم برای اصلاح نقاط مسبب کسورات در بیمارستانها
- ۲- تشکیل کمیته کسورات بیمارستانی با مشارکت امور مالی، مدیران ارشد سازمان و نمایندگان بخشهای بالینی با برگزاری منظم جلسات
- ۳- ثبت کسورات اعمال شده در سیستم های اطلاعات بیمارستانی و اعمال آن به کارانه های پرداختی پرسنل و پزشکان
- ۴- ارائه بازخورد کسورات به صورت دستی یا الکترونیک به تفکیک کارکنان و بخش

۵- برگزاری منظم جلسات آموزشی در راستای کاهش خطای مستندسازی و سایر دلایل مربوط به کسورات

بیمه ای برای کارکنان، دانشجویان و سایر افراد مرتبط

۶- بکارگیری کارکنان بخش مدارک پزشکی در اصلاح فرآیند مستندسازی پرونده های پزشکی

۷- بکارگیری یادآور و هشداردهنده ها در سیستم های اطلاعات بیمارستانی برای کاهش کسورات دارویی

### عوامل برون سازمانی کسورات بیمارستان ها از نظر مدیران و وجه تمایز بین بیمارستانها (خصوصی ودولتی) از دید درآمدی و کسورات آنها

ساختار اداری وزارت بهداشت و دانشگاههای علوم پزشکی عمودی است بدین معنی که هرگونه تغییرات اساسی چه درحوزه سخت افزار و چه درحوزه نرم افزار دررده های بالا تصمیم گیری گردیده و جهت اجرا به واحدها ابلاغ می شود بعنوان مثال نحوه انعقاد قرارداد با سازمانهای بیمه گر، مفاد قرارداد، نحوه تعامل با آنها ، روش پرداخت به پزشکان و سایر پرسنل ، تعداد و نحوه بکارگیری نیروی انسانی، عزل و نصب مدیران ، طراحی شرح وظایف پرسنل، نحوه تشویق و تنبیه پرسنل و... از مواردی است که تقریباً واحدهای ارائه دهنده خدمت در بخش دولتی دخالتی در آنها ندارند و فقط موظف به اجرای موارد ابلاغی می باشند. این امر در واحدهای آموزشی درمانی بسی پیچیده تر است چراکه مسئولین این واحدها حق هیچگونه مداخله درامورات اعضا هیئت علمی را ندارند. از طرف دیگر استقبال کم واحدهای ستادی از اداره هیئت امنایی واحدها خود نشانگر تمرکزگرایی در ساختار وزارت بهداشت است. با در نظر گرفتن موارد فوق ارائه هرگونه راهکاری که مداخلات را محدود به واحدهای محیطی نماید شاید تاثیری در روند کاهش کسورات داشته باشد ولی اولاً این تاثیرات بسیار جزئی و محدود خواهند بود ثانیاً با گذشت زمان این تاثیرات جزئی نیز رنگ خواهند باخت. بنابر این پیشنهاد می گردد در دو سطح کلان و خرد اقدام مداخله ای صورت گیرد.

#### الف) راهکار کلان:

تشکیل کمیته واحدهای آموزشی درمانی یا بیمارستانی:

- رییس بیمارستان بعنوان رییس کمیته
- مدیر بیمارستان
- مسئول امور مالی
- رییس دفتر پرستاری
- مسئول واحد درآمد
- مسئولین واحدهای پاراکلینیک
- یکی از پزشکان بصورت داوطلب و یا به انتخاب رییس واحد

## ب) راهکار خرد:

همانگونه که قبلا ذکر گردید یکی از اشکال کسورات، کسورات ناشی از ثبت میباشد. در اینجا نحوه بررسی و حل این نوع کسورات ارائه می گردند.

سوال اساسی که در این قسمت باید پاسخ گفته شود اینست که چگونه میتوان فهمید که:

آیا در واحد ارائه دهنده خدمت، خدمت بدون ثبت انجام شده است؟

آیا در واحد ارائه دهنده خدمت، خدمتی با ثبت ناقص انجام شده است؟

آیا در واحد ارائه دهنده خدمت، هزینه ارائه خدمات درست محاسبه شده اند؟

قبل از هر چیز لازم است مروری بر علل وقوع کسورات ناشی از ثبت صورت گیرد. مهمترین این علتها عبارتند از:

- عدم آگاهی از عوارض حقوقی برای شخص ثبت کننده و بیمار
- عدم آگاهی از تبعات مالی
- عدم وجود مکانیسمهای کنترلی و نظارتی
- عدم وجود ارتباط بین عملکرد و دریافتی مدیران و پرسنل
- عدم برقراری ارتباط بین دریافتی و حجم کار پرسنل
- حجم کار بالا
- نارضایتی پرسنل
- استفاده نادرست پرسنل از امکانات سیستم

بدیهی است مبنای ارائه کلیه خدمات در واحدها، دستور پزشک است. حال هرگونه مغایرتی مابین دستورات پزشک و خدمات ثبت شده نشانگر وجود نقصان در فرایند ثبت میباشد. پس بایستی مکانیسمی وجود داشته باشد که این مغایرت را نشان دهد. این مکانیسم به سه صورت قابل طراحی است.

۱- **نظارت انسانی:** بدین معنی که کلیه خدمات ثبت شده بایستی با دستورات پزشکی مطابقت داده شوند. این کار توسط مسئولین و منشی بخشها قابل انجام است. یعنی مسئولین بخشها بایستی قبل از ارسال پرونده به واحدهای بعدی از کامل بودن و ثبت درست خدمات اطمینان حاصل کنند و قسمت مربوط به کنترل ثبت را تایید و امضا نمایند.

۲- **نظارت رایانه ای:** در این روش کنترل فوق با برنامهء رایانه ای انجام میگردد. یعنی برنامه طوری تنظیم میگردد که در صورت عدم ثبت و یا ثبت ناقص اجازه ورود به مراحل بعد تارفع نقص داده نمی شود. این روش مستلزم برقراری تغییراتی در سیستم HIS بیمارستانیست که بنظر میرسد یکی از ضروریات باشد.

۳- نظارت طرفهای قرارداد: شرکتهای بیمه اسنادار سالی را بررسی و کسورات ناشی از عدم ثبت یا ثبت ناقص را اعلام مینمایند.

از مجموع موارد پیشگفت میتوان راهکارهای زیر را بعنوان کنترل و کاهش کسورات ناشی از ثبت ارائه نمود:

- ۱- **مشخص نمودن پاسخگو:** بدیهی است مسئولیت کلی هر نوع کسورات در واحد بعهده رییس و مدیر همان واحد است ولی اولاً این پاسخگویی بایستی در عمل نیز اتفاق افتد بدین معنی که روسا و مدیران واحدها بصورت مرتب و طی گزارشات حضوری و کتبی این نوع کسورات را بررسی و گزارش نمایند ثانیاً روسا و مدیران نیز بایستی پاسخگویی در مقابل کسورات بوجود آمده را در رده های پایین دقیقاً مشخص کرده و مرتب نسبت به گزارش گیری اقدام نمایند.
- ۲- **برقراری سیستم نظارتی:** همانگونه که ذکر شد این نظارت بدو شکل انسانی و رایانه ای قابل طراحی است که بسته به حجم کار و وسعت و تنوع خدمات میتواند در مورد آن تصمیم گیری کرد.
- ۳- آموزش: یکی از علل وقوع کسورات عدم آگاهی پزشکان و پرسنل از عوارض مالی و حقوقی آنست بنابراین برقراری سیستم آموزش می تواند گام موثری در کاهش وقوع کسورات باشد.
- ۴- **تغییر مکانیسم پرداخت:** در حال حاضر توزیع کارانه در واحدها ارتباط معنی داری با حجم کار و نیز کیفیت کار ندارد. حتی توزیع کارانه ارتباطی با میزان درآمد واحدها ندارد. پیشنهاد میگردد با تعیین مکانیسم پرداخت، هرگونه پرداخت کارانه بر اساس درآمد واقعی (بعد از کسر کسورات)، حجم کار و کیفیت کار صورت گیرد. این تغییر بایستی شامل دریافتهای رییس و مدیر بیمارستان نیز باشد.
- ۵- **تغییر مدیریت مالی:** پیشنهاد میگردد بخشی از مدیریت مالی واحدها به مسئولین بخشها، پاراکلینیکها و... واگذار گردد. بدین معنی که این افراد مسئول هزینه درآمد بخش یا واحد خود باشند. بعنوان مثال مسئول آزمایشگاه مسئول نحوه هزینه، ثبت و کسورات و وصول درآمد آزمایشگاه باشد. در حال حاضر این مسئولین هیچگونه دخالتی در فرایند مالی و درآمدی ندارند. در صورتیکه این مسئولیت بر عهده آنها قرار داده شود ضرورتاً آنها جهت افزایش درآمد و دریافتی خود برنامه ریزی خواهند نمود.
- ۶- **واگذاری:** یکی از راهکارهای اساسی افزایش درآمد و کاهش کسورات استفاده از ابزار واگذاری است. واگذاری میتواند هم به خود پرسنل و هم به بخش خصوصی انجام گیرد.
- ۷- **ایجاد واحد رسیدگی:** این واحد مسئولیت بررسی نهایی اسناد و پرونده ها را بعهده گرفته و ضمن رفع اشکالات احتمالی پس خوراند اشکالات و کسورات را ارائه خواهد نمود. لازم به توضیح است که پرسنل این واحد از بین پرسنل داوطلب همان بیمارستان انتخاب میگردند. آنها ضمن فعالیت در خارج وقت اداری درصدی از کاهش کسورات را بعنوان حق الزحمه دریافت خواهند نمود.
- ۸- **تعامل با طرفهای قرارداد:** در بسیاری از موارد با ایجاد تعامل با نمایندگان طرفهای قرارداد و ایجاد هماهنگی با آنها میتوان درصد قابل توجهی از میزان کسورات را کم کرد. بعنوان

مثال میتوان از نمایندگان بیمه ها بعنوان مدرس در دوره های آموزشی پرسنل که در زمینه کسورات برگزار میگردد استفاده نمود.

۹- **برقراری سیستم پیشنهادات:** پرسنل واحدها کارشناسترین افراد جهت ارائه راه حل برای کاهش کسورات میباشند چنانچه سیستمی برای استفاده از پیشنهادات آنها و تشویق پیشنهادات سازنده برقرار گردد نتایج خوبی بدست خواهد آمد.

۱۰- **تشکیل کمیته کسورات:** این کمیته مسئولیت بررسی، گزارش و ارائه راه حل کاهش کسورات را در سطح واحد عهده دار خواهد بود. اعضا این کمیته با تشخیص رییس واحد انتخاب خواهند شد.

۱۱- **استفاده از تجارب:** روسا و مدیران بیمارستان می توانند از تجارب سایر واحدها در زمینه کاهش کسورات بهره گیرند. مقایسه کسورات یک واحد در درون بخش با سایر واحدها در همان بیمارستان و یا مقایسه کسورات کلی یک بیمارستان با سایر بیمارستانها بر افزایش انگیزه مدیران و پرسنل می افزاید.

### محدودیت های پژوهش

از محدودیتهای مطالعه میتوان به مشغله کاری زیاد پرسنل بیمارستان که زمان کافی برای همکاری دقیق با پژوهشگر را نداشتند و همچنین دوباره کاری و گاهی اوقات در دسترس نبودن دادههای ضروری به دلیل عدم ثبت به موقع و مناسب آمار و اطلاعات بیمارستان اشاره کرد.

### پیشنهاد های کاربردی

با توجه به اهمیت موضوع کسورات برای بیمارستان های کشور و نتایج حاصل از پژوهش، پیشنهادهایی برای کمک به بیمارستان ها در کاهش میزان کسورات ارائه می گردد.

- یکی از دلایل، مربوط به عدم ارتباط بین تخصص نیروی انسانی و شغل آنها است. در تعدادی از بیمارستان های مورد پژوهش در واحد ترخیص از افرادی با تحصیلات غیر مرتبط با بهداشت و درمان استفاده شده بود. افرادی که نه با فرایندهای درمانی و مالی بیمارستان آشنا بودند و نه اصطلاحات پزشکی را می دانستند. برای مثال از لیسانس زیست شناسی، حسابداری، روانشناسی، دیپلم و ... در واحد ترخیص استفاده شده بود. همواره تأمین نیروی انسانی کارآمد برای واحد ترخیص، یکی از چالش های بیمارستان بوده است. به نظر می رسد برای حل این مشکل، استفاده از دانش آموختگان رشته ی مدارک پزشکی مناسب تر است. نابراین، پیشنهاد می گردد که مسؤولان و برنامه ریزان دانشگاه، تدابیری اتخاذ نمایند که از دانش آموختگان مدارک پزشکی در واحد ترخیص استفاده گردد.

- یکی دیگر از دلایل عمده کسورات در بیمارستان ها، عدم آشنایی کافی کارکنان درمانی مثل پزشکان، پرستاران و ماماها با قوانین و مقررات بیمه ها، عدم آشنایی با اصول مستندسازی و همچنین عدم آشنایی با سیستم اطلاعات بیمارستانی بود. به خصوص در بیمارستان های



آموزشی به دلیل حضور دانشجویان و مشارکت آنها در درمان بیماران، این مسأله حادثر است. فقدان دقت در مستندسازی درمان، تجویز دارو بدون توجه به تعهدات بیمه و دستورات آزمایشات پاراکلینیکی غیر مرتبط، از جمله مشکلاتی هستند که در بیمارستان های آموزشی منجر به ایجاد کسورات می شود. بنابراین، پیشنهاد می گردد تدابیری اتخاذ شود که هر نیروی درمانی جدید که در بیمارستان مشغول به کار می گردد، در بدو ورود با مسایل مربوط به هزینه های درمانی بیماران آن بیمارستان آشنا گردد. این مورد شامل دانشجویان، نیروهای طرحی و افراد تازه استخدام شده نیز می گردد. می توان نکات مهم در ارتباط با کسورات را از طریق جزوه، بروشور، اطلاعیه در برد، برگزاری کارگاه و غیره به اطلاع این افراد رساند.

- بررسی عوامل تشکیل دهنده ی هزینه ی بیماران (حق العمل، بیهوشی، دارو، آزمایش و ...) توسط سازمان های بیمه به منظور بازپرداخت هزینه ی آنها به مراکز ارایه کننده ی خدمات درمانی، مستلزم صرف وقت بسیار، به کارگیری نیروی انسانی فراوان، بررسی حجم انبوهی از اسناد و مدارک مربوط و تهیه ی فتوکپی از مدارک است که به علت زیاد بودن حجم آنها، احتمال وجود اختلاف در ارزیابی هزینه ها و اختلاف نظر بین سازمانهای بیمه های و مراکز درمانی ارایه کننده ی خدمات افزایش می یابد و در نتیجه، تأخیر در پرداخت صورت حساب ها و بروز کسورات، زیاد است. بنابراین پیشنهاد می شود که تدابیری اتخاذ شود که کادر بیمارستان صورت حساب ها را طبق مقررات بیمه، تکمیل کنند. تا هم از جنبه ی حداقل کسورات و هم از جنبه ی بازپرداخت سریع تر اقدام شود.

### پیشنهاد برای پژوهش های آینده

جهت انجام مطالعات آتی پیشنهاد میشود:

- نقش سازمانهای بیمه گر در کاهش کسورات بیمارستان مورد بررسی قرار گیرد.
- انجام مطالعه در جهت تعیین میزان دفاع سازمانهای بیمه گر از حقوق بیماران سودمند خواهد بود.
- شایسته است وضعیت تعرفه های موجود درمان و میزان تأثیر آن در کسورات بیمارستان
- و همچنین تأثیر بخش اقتصاد درمان در کاهش کسورات بیمارستانی مورد عنایت قرار گیرد

## منابع

۱. Keshtkar M. Analyzing health care delivery. (Persian). Tehran: Tarbiatmodarres.
۲. 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. *Health Inf Manage* ۲۰۱۳; ۱۰(۲). (InPersian).
۳. Shepard, DS. Hodgkin, D. Anthony, YE. Translation by Pourreza, A. (۲۰۰۲). Analysis of hospital costs: a manual for managers. Tehran: Sogand Publications; P. ۲۷-۳۶. (In persian)
۴. Nasiriad N, Rashidian A, Jodaki H, Akbari F, Arab M. Assessing issues and problems in relationship between basic insurance organizations and university hospitals: a qualitative research. *Hospital*, ۲۰۱۰. ۹(۱): p. ۵-۱۸. (in Persian).
۵. Shakiba A. Investigation of deductions for health insurance(۲۰۰۳). Preceeding in the ۱st National Conference on Hospital Management. ۲۰۰۳ Jun ۸-۹; Tehrany; ۲۰۰۳. [In Persian]
۶. World Health Report. Life in the ۲۱st century: a vision for all. World Health Organization: Geneva; ۱۹۹۸.
۷. Abedi Fard Azar F, Ansari H, Rezapoor A. [Study of daily bedoccupancy costs and performance indexes in selected hospitalat of Iran University of Medical Sciences in ۲۰۰۲]. *J Health Adm*. ۲۰۰۵; ۷(۱۸): ۳۷- ۴۴. [Persian]
۸. Sheperd D, Hajiken D, Antoni UA. Analysis of hospital costs: guidelines for managers. Translated by Pourreza Abolghasem. Tehran: Research Center of Social Security Organization; ۲۰۰۳: ۲۴-۶ [Book in Persian].
۹. Tavakoli N, Saghayannejad S, Rezayatmand M, Moshavery F, Ghaderi I. Deductions applied by Khadamat-e-Darman insurance company on patients' bills at teaching hospitals affiliated to Isfahan Univ Med Sci. *Health Inf Manage* ۲۰۰۶; ۳(۲): ۵۳-۶۱.
۱۰. Karimi S, Vesal S, Saeedfar S, Rezayatmand M. The study deductions of insurance bills and presenting suggestions approaches in SeyedAlshohada Hospital. *J Health Info Manag*. ۲۰۱۱; ۷: ۵۹۴-۶۰۰.
۱۱. Khorrmmy F, Hosseini Eshpala R, Baniasadi T, Azarmehr N, Mohammady F. Prioritizing insurance deductions factors of Shahid Mohammadi hospital inpatients records using Shannon Entropy, Bandar Abbas. *Hormozgan Med J*. ۲۰۱۴; ۱۷(۱): ۷۷-۸۲.
۱۲. Karami M. The role of documentation in the medical deductions. *J Res Med Sci Zahedan*, ۲۰۱۰; ۱۱(۳۵): ۴۳-۴۶.
۱۳. WHO. Country Cooperation Strategy for WHO and the Islamic Republic of Iran ۲۰۰۵-۲۰۰۹. Available at: [http://www.whoiran.org/pdf-files/CCS\\_Iran\\_۲۰۱۰-۲۰۱۴.pdf](http://www.whoiran.org/pdf-files/CCS_Iran_۲۰۱۰-۲۰۱۴.pdf). ۲۰۰۹.
۱۴. Abasi S. Medical Services Insurance from the Perspective of Managers and Directors Public and Private General Hospitals in Isfahan [MSc Thesis]. Tehran, Iran: Science and Research Branch, Islamic Azad University; ۱۹۹۷. [Persian]
۱۵. Askari R, Dehghan H, Bahrami 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 ۲۰۰۸. *jhosp* ۲۰۱۱; ۹(۳-۴): ۲۳-۸. [In Persian].
۱۶. Rezapoor A, Asefzadeh S. Estimating cost-function at hospitals of Qazvin University of Medical Sciences (۲۰۰۱-۲۰۰۵). *JQUMS* ۲۰۰۸; ۱۱(۴): ۷۷-۸۲. [In Persian]
۱۷. زارعی جواد، عزیزی امیرعباس، سیاوشی الهام، کشاورز سرارو. کسورات اعمال شده توسط سازمان ها ییما خدمات درمانی و تأمین اجتماعی در صاورت حسا ها ارسا ی؛ ییما رستان ها آموزشی اهواز . مدیریت اطلاعات سلامت ۱۳۹۳؛ ۱۱(۱): ۳۷-۲۴.
۱۸. نوروز سروستانی عفت، پورمحمدی کیمیا، کاووسی زهرا، یوسفی علیرضا. بررسی مقدار و علل کسورات بیمه ای بیمارستان شهدای سروستان و ارائه راهکارهایی به منظور کاهش آن با استفاده از تکنیک حل مساله در سال ۱۳۹۱. *مجله دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی کرمان* ۱۳۹۴؛ ۲(۲): ۳۲-۱۲۲.
۱۹. 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 ۲۰۰۱. *Proceedings of the First National Conference on Resource Management in Hospital*. Tehran, Institute of Printing and Publication of Imam Hossein University; ۲۰۰۲. [In Persian]
۲۰. 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* ۲۰۱۲; ۹(۱): ۴۰-۴. [In Persian]
۲۱. Taghadros M. Provisions Dealing with Emergency Records. 1ed. Shiraz: Shiraz Insurance Organization of Health care; ۲۰۰۶.
۲۲. Karimi, A. (۲۰۰۵). *Health Economy, Justice in health market and indicators of healthy life*. Vol ۲, Tehran: Gap Publications; P. ۴۳-۵۸. (In persian)
۲۳. Karimi, A. (۲۰۰۴). *Health Economy, Planning, resource allocation and productivity*. Tehran: Gap Publications; P. ۲۶-۴۱. (In persian)
۲۴. Homayoun Nejad, S. Investigate the causes and extent of deductions of Medical records office of Social Security Organization of Bills of Touhid Sanandaj Hospital in the second half of ۲۰۰۳ [dissertation]. Islamic Azad University of Tehran. (۲۰۰۵).; P. ۲۱-۳۴. (In Persian)
۲۵. Safdari, R. Sharifian, R. Ghazi Saeidi, M. Masouri, N. Aazad Monjir, Z. (۲۰۱۱). "The extent and causes of deductions applied to invoices Tehran University of Medical Sciences." *Scientific Journal of Payavard Salamat* ۵(۲): ۶۱-۷۰. (In persian)
۲۶. Aazar, A. Andalib Ardakani, D. Shah Tahmasbi, E. (۲۰۱۰). "Assessment of efficiency in the health sector in rural in the third and Fourth Development program." *Journal of Health Management* (۳۹): ۱۳-۲۰. (In persian)
۲۷. Abulhallaj, M. (۲۰۰۶). *Financial Basics of Health Care Organizations*. Tehran: Benfam Publications; P. ۳۲-۴۷. (In persian)
۲۸. WHO. (۲۰۰۷). *Iran National Health Accounts*. Geneva: World Health Organization; P. ۱۸-۳۲.
۲۹. Jafari Sirizi, M. Rashidian, A. Abulhassani, F. Mohammad, K. Yazdani, SH. Parkerton, P. (۲۰۰۸). "Qualitative assessment of dimensions and degree of

- autonomy granting to university hospitals." Research Journal of Hakim ۱۱(۲): ۵۹-۷۱. (In persian)
۳۰. Abulhallaj, M. (۲۰۰۰). Budget and financial concepts for non-financial managers and experts in public sector. Tehran: Publications of Ministry of Health and Medical Education; P. ۲۷-۴۲. (In persian)
۳۱. Ayatollahy, M. Hosseini, M. (۲۰۰۲). "Cost-benefit analysis of the health insurance system in the province of Fars in ۲۰۰۰." Scientific Journal of Qazvin University of Medical Sciences ۶(۳): ۳۶-۴۴. (In persian)
۳۲. Mohtasham Amiri, Z. Rahimi Kalamroudi, H. Davoudi, A. (۲۰۰۸). "Cost analysis of urban and rural health centers in Guilan Province." Scientific Journal of Guilan University of Medical Sciences ۱۷(۶۷): ۲۴-۳۲. (In persian)
۳۳. Salemsafi, P. (۲۰۰۴). Evaluating the results of the operational budget of the recognition department of valiash meshkinshahr hospital with emphasis on the cost of services [dissertation]. Iran University of Medical Sciences; P. ۱۴-۲۹. (In persian)
۳۴. Fransis, CM. Translation by Kebriayi, A. (۱۹۹۹). Hospital management. Tehran: research higher institute of Social Security; P. ۲۳-۳۴. (In persian)
۳۵. Tsoлова, S. (۲۰۰۷). Hospital reform in Bulgaria and Estonia: What is rational and what is not? Sofia: James Publishing; P. ۳۲-۴۸.
۳۵. Emamgholipour Sefiddashti, S. (۲۰۰۴). Cost model of public hospitals of Tehran University of Medical Sciences, During the years ۱۳۸۱-۱۳۷۷ [dissertation]. Iran University of Medical Sciences; P. ۳۲-۴۷. (In persian)
۳۷. Malaki, M. (۱۹۹۵). "Calculate the cost of insured of Social Security Organization Based on the bills of Treatment of the private sector and comparison with the tariffs approved by research higher institute of Social Security." Quarterly of Social Security ۲(۶): ۱۴۲-۱۵۴. (In persian)
۳۸. Sadeghi, N. Zare, H. (۲۰۰۹). "The effect of financing systems on hospital performance improvement." Payesh Quarterly ۸(۲): ۱۳۵-۱۴۵. (In persian)
۳۹. Haghparast, H. (۲۰۰۶). "Mechanisms of costs control in health care section." Journal of Social Security ۷(۲۰): ۶۱-۷۳. (In persian)
۴۰. Aboulhallaje M. [Budget and financial concept for nonfinancial manager in public sector: focus on health sector]. Health economics and program based budgeting office. Tehran: Ministry of health and medical education. ۱۹۹۸. [Persian]
۴۱. Ministry of Health and Medical Education (۲۰۰۸). Studies of unit of health economy of budget and performance monitoring center in ۲۰۰۷. (In persian)
۴۲. Mohammad nejad, GH. (۲۰۰۸). Comparative Study of Payment systems of bills for hospital services by the insurance organizations in Several selected countries and provide a model for Iran [dissertation]. Islamic Azad University of Tehran; P. ۱۹-۳۱. (In persian)
۴۳. Shakiba, A. (۲۰۰۲). Reduction of deductions of health insurance in education and clinical center mobini. Proceedings of the First Conference of the Resource Management in Hospital; Jan. ۸-۹; Tehran, Iran; P. ۱۲۵-۱۲۹. (In persian)
۴۴. Sadaghiani, E. (۱۹۹۸). Organization and hospital management. Vol ۱, Tehran: Jahan Rayaneh Publications; P. ۵۷-۶۳. (In persian)

۴۵. احمدپور، محمد حسن. مطالعه تطبیقی بیمه های مکمل خدمات درمانی در کشورهای منتخب و ارائه الگوی مناسب برای ایران، سازمان بیمه خدمات درمانی، ۱۳۸۰.
۴۶. Omrani, M. Farajzade, F. Rashidi, G. (۲۰۱۲). "Amount and reasons of income deficiencies of hospitals and Shahid Beheshti University of Medical Sciences in ۲۰۱۱." *Scientific Journal of Organization of Medical System* ۳۰(۳): ۲۶۵-۲۷۱. (In persian)
۴۷. Aboulhallaje M, Hatamabad N, Abachizadeh K. Revenue sources of educational hospitals affiliated to Iranian Medical Universities (۲۰۰۷). *Journal of Gorgan University of Medical Sciences*. ۲۰۱۱ Sep ۱; ۱۳(۳): ۹۴-۱۰۰.
۴۸. باقری ح، امیری م. بررسی علل کسورات سازمان های بیمه گر از اسناد حق العلاج بیماران در یکی بیمارستان های ایران. مدیریت بهداشت و درمان. ۲۰۱۳. Feb ۱۹; ۴: ۱۷-۲۴.
۴۹. Anderson DJ, Webster CS. A systems approach to the reduction of medication error on the hospital ward. *Journal of advanced nursing*. ۲۰۰۱ Jul ۱; ۳۵(۱): ۳۴-۴۰.
۵۰. Hofler, R. (۱۹۹۵). "on the Technical and Allocative Efficiency of United States Hospitals, A Stochastic Frontier Approach." *Hosp DRF Journal* (۱۲): ۳۷-۴۸.
۵۱. Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS), HHS. Medicare and Medicaid programs; conditions for coverage for end-stage renal disease facilities. Final rule. *Federal register*. ۲۰۰۵ Apr ۱۵; ۷۳(۷۳): ۲۰۳۶۹
۵۲. Rich EC, Liebow M, Srinivasan M, Parish D, Wolliscroft JO, Fein O, Blaser R. Medicare financing of graduate medical education. *Journal of general internal medicine*. ۲۰۰۵ Apr ۱; ۱۷(۴): ۲۸۳-۹۲.
۵۳. CMMD. (۲۰۰۱). National health statistics group and U.S department of commerce bureau of economic analysis and bureau of the census. Available from: <http://www.cms.hhs.gov/>. Accessed Apr ۳۰, ۲۰۱۱
۵۴. Krushat WM, Bhatia AJ. Estimating payment error for Medicare acute care inpatient services. *Health Care Financ Rev* ۲۰۰۵; ۲۶(۴): ۳۹-۴۹.
۵۵. Cheng P, Gilchrist A, Robinson KM, Paul L. The risk and consequences of clinical miscoding due to inadequate medical documentation: a case study of the impact on health services funding. *Health Information Management Journal*. ۲۰۰۹; ۳۸(۱): ۳۵.
۵۶. Mertler CA, Vannatta RA. *Advanced and multivariate statistical methods*. Los Angeles, CA: Pyrczak. ۲۰۰۲.
۵۷. Peabody JW, Luck J, Jain S, Bertenthal D, Glassman P. Assessing the accuracy of administrative date in health information system. *Med care* ۲۰۰۴; ۴۲(۱۱): ۷۲-۱۰۶۶.
۵۸. ۱۵. Khaledi N, Ghohari MR, Vatankhah S, Abbas Imani Z. Effect of educational programs on insurance deductions of Firozgar educational-care center. *Health Management* ۲۰۱۰; ۴۳(۱۴): ۱۹-۲۶ [Article in Persian].
۵۹. Health Economics Committee. Deductions Committee Report. Tabriz, Iran: Supportive Deputyship of Tabriz University of Medical Sciences; ۲۰۰۹. [In Persian].

۶۰. Dehnavieh R, Najafi B. The Survey on Causes and Rates of Deductions Applied by Khadamat-e-Darman Insurance Company on Patients' Bills at Hospitals of Firoozgar and Hasheminejad. Tehran, Iran: Special Scientific and Professional Public Health Care Insurance; ۲۰۰۴.
۶۱. Heidarinejad M, Akbarian M. A Study of rates and causes of deductions applied to Social insurance and khadamat darmani insuranse Organizations in Meibod hospital (dissertation). Yazd University of Medical Science: ۲۰۰۸. [Persian].
۶۲. SeifRabiee MA, Seddighi I, Mozdeh M, Dadras F, Shikohi M, Moradi A. A survey on situation of information registration in educational hospital records related to Hanedan University of Medical Sciences in ۲۰۰۹. Sci J Hamdan Univ Med Sci ۲۰۰۹; ۱۶(۲): ۴۵-۹ [Article in Persian].
۶۳. Tinsley JA. An educational intervention to improve residents inpatient charting. Acad Psychiatry ۲۰۰۴; ۲۸(۲): ۱۳۶-۹.