

Assessing issues and problems in relationship between basic insurance organizations and university hospitals: a qualitative research

Nasirirad N¹; Rashidian A^{1,2*}; Joudaki H¹; Akbari Haghighi F¹; Arab M¹

Submitted: 11.8.2010

Accepted: 8.1.2011

Abstract

Objective:

the aim of this study was to determine the types of relationships and problems between basic insurance organizations and university hospitals.

Methods:

this is a qualitative study conducted in 2010. We interviewed revenue officials of hospital and resident representatives of insurance organizations in nine hospitals affiliated to the Tehran University of Medical Sciences using semi-structured interview techniques. Interviews focused on relationships, problems and solutions between basic insurers and hospitals. We used the framework method for the analysis of qualitative data.

Findings:

six themes were identified: relationship between insurers and hospitals, supervision tasks of insurers in hospital, causes of deductions, deduction solutions, hospital problems with insurer organizations, and insurers' representatives problems with hospitals.

Conclusions:

Hospitals and basic insurer should establish effective communications. The results of such relationships, in addition to solve their own problems, helps the patients. Inappropriate relationship between hospital and basic insurer organizations mostly affects the patients.

Keywords:

University hospitals, Basic insurer organizations, Deductions, Qualitative research

1. Department of Health Management and Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences

2. Knowledge Utilization Research Center, Tehran University of Medical Sciences

* Corresponding Author: Dr Arash Rashidian, National Institute of Health Research, No 78, Italia Ave, Tehran. arashidian@tums.ac.ir

14. References: All manuscripts should be accompanied by relevant references. The author should ensure reference to locally published studies by doing proper literature search. It may not be possible for the editor and reviewers to check the accuracy of all reference citations. To minimize such errors author should verify references against the original documents. The Reference should provide the following information as stated in the presented models as follows:

15. Article: Pourreza, A. Kaldi, AR. Health care Expenditure and Aging: 2007, 5, 1-7.

16. Chapter: Jones, A. M. Introduction to Health Economics. In: The Elgar Companion to Health Economics. Ed, Smith. K. Edgward. Elgar Puplicaton, Frist Edition, England: 325-450.

17. Book: Scoth, A. Maynard, A. Elliot, R. Advances

in Health economies, First Edition, England WILEY Puplicaton, 2003.

18. Internet: Boots Group Plc., Corporate Social Responsibility. [Online]. Boots Group Plc. 2003. Available From: [Http://www.boots-plc.com/information/info.asp?id=447](http://www.boots-plc.com/information/info.asp?id=447) [accessed July 2005].

19. Proof Reading: A computer print out is sent to the corresponding author for proof reading before publication in order to avoid any mistakes. Corrections should be marked clearly and sent immediately to the Journal office.

20. The corresponding author: Will be supplied with 2 free issues.

21. Ethical guidelines: Ethical considerations must be addressed in the Materials and Methods section. 1) Please state that informed consent was obtained from all human adult participants and from the parents or legal guardians of minors. Include the name of the appropriate institutional review board that approved the project. 2) Indicate in the text that the maintenance and care of experimental animals complies with National Institutes of Health guidelines for the humane use of laboratory animals, or those of your Institute or agency.

22. Conflicts of interest: Authors must acknowledge and declare any sources of funding and potential conflicting interest, such as receiving funds or fees by, or holding stocks and shares in, an organization that may profit or lose through publication of your paper. Declaring a competing interest will not lead to automatic rejection of the paper, but we would like to be made aware of it.

23. Page charges: There are no charges for publication in this Journal.

24. Copyright: The entire contents of the Hospital are protected under international copyrights. This Journal is for your personal noncommercial use. You may not modify copy, distribute, transmit, display, or publish any materials contained on the Journal without the prior written permission of it or the appropriate copyright owner.

25. Peer review process: All manuscripts are considered to be confidential. They are peer reviewed by at least 4 anonymous reviewers selected by the Editorial Board. The corresponding author is notified as soon as possible of the editor decision to accept, reject, or require modifications. If the manuscript is completely acceptable according to the criteria set forth in these instructions, it is scheduled for the next available issue.

26. Disposal of material: Once published, all copies of the manuscript, correspondence and artwork will be held for 6 months before disposal. The Final Checklist The authors must ensure that before submitting the manuscript for publication, they have taken care of the following:

1. Title page should contain title, name of the author/co-authors, their qualifications, designation & institutions they are affiliated with and mailing address for future correspondence, E-mail address, Phone & Fax number.

2. Abstract in Structured format up to 250 words.

3. References mentioned as stated in the Instruction to Authors section.

4. Make sure for Headings of Tables, their numbers and Captions of illustrations. Don't repeat the information in tables if it is covered in the text.

5. Photographs / illustrations along with their captions.

6. Manuscript in Triplicate

7. Letter of Undertaking signed by all the authors.

8. Disclosure regarding source of funding and conflict of interest if any besides approval of the study from respective Ethics Committee/Institution Review Board.

9. Covering Letter

10. Floppy disk (latest version of windows) for on-line edition

The Editor-in-Chief,

hospital Journal

P.O. Box: 14155-6446, Iran

Tel/Fax: + 98-2188989129

Email: hospital@hbi.ir

URL: <http://ojs.hbi.ir/hospj>

بررسی مشکل‌ها و مسایل موجود بین سازمان‌های بیمه‌گر پایه و بیمارستان‌های دانشگاهی: مطالعه کیفی

ناهید نصیری راد^۱، دکتر آرشد رشیدیان^{۲*}، حسین جودکی^۳، دکتر فیض‌الله اکبری^۴، دکتر محمد عرب^۵

تاریخ دریافت: ۸۹/۵/۲۰

تاریخ پذیرش: ۸۹/۱۰/۱۸

چکیده:

زمینه و هدف: این مطالعه با هدف تعیین انواع رابطه و مشکل‌های موجود بین بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران و سازمان‌های بیمه‌گر پایه و ارایه راه حل‌ها و پیشنهادهایی در این زمینه انجام شده است.

روش مطالعه: مطالعه از نوع کیفی است و در سال ۱۳۸۹ انجام شد. جامعه مورد پژوهش ۹ نفر از مسئولان درآمد و ۹ نفر از نمایندگان مقیم سازمان‌های بیمه‌گر در بیمارستان‌های تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی تهران بودند که از آنها در خصوص انواع رابطه، مشکل و راه حل‌های موجود بین بیمارستان و سازمان‌های بیمه‌گر سوال‌هایی توسط مصاحبه نیمه ساختاریافته پرسیده شد. تحلیل داده‌ها به روش تحلیل چارچوبی داده‌های کیفی انجام شد.

یافته‌ها: شش موضوع ماهیت (نوع) ارتباط بین بیمه و بیمارستان، وظایف نظارتی بیمه‌ها در بیمارستان، عوامل زمینه ساز برای ایجاد کسور (تفاوت ریالی میان آنچه که در قبال ارایه خدمت براساس تعرفه‌های مصوب باید وصول شود و آنچه که در عمل وصول می‌شود که مبنای تعرفه، آخرین چاپ کتاب کالیفرنیا و تعرفه‌های ابلاغی سالانه می‌باشد). راه حل‌های کسور، مشکل بیمارستان‌ها با سازمان‌های بیمه‌گر و همچنین مشکل‌های نمایندگان بیمه با بیمارستان‌ها، شناسایی شد.

نتیجه‌گیری: بیمارستان‌ها و سازمان‌های بیمه‌گر باید جهت حل مشکل‌هایشان سعی در برقراری ارتباطات موثر و کارآمد کنند که حاصل این ارتباط علاوه بر برطرف کردن مسایل و مشکل‌های خودشان، به بیماران نیز کمک موثری می‌کند، چراکه در ارتباط نامناسب بین بیمارستان و سازمان‌های بیمه‌گر بیشتر مشکل‌های آنها به بیمار تحمیل می‌شود.

کلیدواژه‌ها: بیمارستان‌های آموزشی، سازمان‌های بیمه‌گر پایه، ارتباط موثر، کسور، مطالعه کیفی

- ۱- ارشد مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی از دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران
- ۲- دانشیار گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران، رئیس مؤسسه ملی تحقیقات سلامت، معاون پژوهشی مرکز تحقیقات بهره‌برداری از دانش سلامت دانشگاه علوم پزشکی تهران (* نویسنده مسئول)
- ۳- دانشجوی دکترای تخصصی مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران
- ۴- استادیار گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی تهران
- ۵- دانشیار گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت دانشکده بهداشت

مقدمه

و بیمارستان‌ها منجر به زیان مالی بیماران می‌شود و حقوق بیماران در این بین پایمال می‌شود. (۶)

بنابراین وجود یک ارتباط کارا و موثر می‌تواند هم برای بیمارستان، جهت جلوگیری از مشکل‌های مالی و هم برای سازمان‌های بیمه‌گر جهت استفاده موثر از منابع و دفاع از حقوق بیمه‌شدگان مفید باشد و این به کنترل هزینه‌های نظام سلامت نیز کمک می‌کند.

پژوهش حاضر با دو هدف درک بهتر مشکل‌هایی که بیمارستان‌ها و سازمان‌های بیمه‌گر پایه با یکدیگر دارند و ارائه پیشنهادهایی برای بهبود روابط متقابل انجام شده است.

مواد و روش کار:

پژوهش حاضر، یک پژوهش کیفی است که در سال ۱۳۸۹ انجام گرفته است. از بین بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران ۹ بیمارستان انتخاب شدند. در این انتخاب سعی شد تا بیمارستان‌های عمومی و تخصصی کوچک و بزرگ در جامعه پژوهش گنجانیده شوند. نمونه‌گیری از نوع هدفمند بود که در پژوهش‌های کیفی کاربرد بیشتری دارد و سعی آن بر جمع‌آوری داده‌ها از مطلع‌ترین افراد است. (۷) در هر بیمارستان با دو نفر شامل مسئول درآمد و نماینده یکی از سازمان‌های بیمه‌گر (در مجموع ۱۸ نفر) مصاحبه شد. مسئولین درآمد در هر بیمارستان بیشترین ارتباطات و به تبع آن بیشترین اطلاعات را در رابطه با سازمان‌های بیمه‌گر دارند. پنج نفر از آنها مرد و چهار نفر زن بودند. همگی آنها تحصیلکرده و دارای سابقه کار چهار سال و بیشتر بودند. طرح بر این بود که در پنج بیمارستان با نماینده مقیم بیمه سازمان تامین اجتماعی و در چهار بیمارستان با نماینده مقیم بیمه سازمان خدمات درمانی، مصاحبه شود، اما دو نفر از نماینده‌ها از مصاحبه امتناع کردند که برای جایگزینی آنها در دو بیمارستان با هر دو نماینده سازمان بیمه خدمات درمانی و سازمان تامین اجتماعی مصاحبه شد. نمایندگان سازمان‌های بیمه‌گر شامل شش نفر زن و سه نفر مرد با مدرک کارشناسی و بالاتر و سابقه کار بالای سه سال بودند.

با افراد مورد پژوهش مصاحبه نیمه ساختارمند انجام شد که تعدادی سوال کلی برای روشن کردن موضوع‌های خاص داشت. این سوال‌ها در مرحله اول با بررسی متون و نظر مشاور آگاه به موضوع طراحی شد. سپس به صورت پایلوت، مصاحبه‌ای با یک کارشناس بیمارستانی با داشتن سابقه مرتبط با موضوع و یک نماینده سازمان بیمه‌گر و همچنین یک کارمند واحد درآمد بیمارستان انجام شد و نواقص آن رفع شد. راهنمای پرسشگری به پیوست این مقاله آمده است.

با تصویب قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور، دولت موظف شد تا شرایط لازم برای تحت پوشش قرار دادن تمام گروه‌ها و افراد جامعه را که متقاضی بیمه خدمات درمانی هستند فراهم نماید و کلیه بیمارستان‌های کشور نیز موظف شدند تا نسبت به پذیرش و مداوای بیمه‌شدگان و ارائه مراقبت‌های پزشکی بر اساس این قانون اقدام نمایند. (۱) بیمه‌های پایه اصلی کشور شامل بیمه تأمین اجتماعی، بیمه خدمات درمانی، بیمه درمانی نیروهای مسلح و بیمه کمیته امداد امام خمینی (ره) هستند که زیر نظر وزارت رفاه و تأمین اجتماعی فعالیت می‌کنند و هر کدام افراد و گروه‌هایی از جامعه را تحت پوشش قرار دارند و دولت نیز سهمی متفاوت در تامین مالی هر یک دارد. (۲) هم‌اکنون تقریباً بیشتر بیمارستان‌های کشور با این بیمه‌های پایه طرف قرارداد هستند. بیمارستان بخشی از هزینه‌ای را که برای درمان بیمار تقبل می‌کند از خود بیمار^۱ و مابقی را با ارسال صورتحساب از سازمان بیمه‌گر دریافت می‌کند و این سازمان‌ها مسئولیت پرداخت بخشی از هزینه‌های درمانی را بر عهده دارند، (۳) هر چند پوشش ناکافی خدمات توسط سازمان‌های بیمه‌گر سبب شده بخش مهمی از هزینه‌های درمان توسط بیمار و از جیب پرداخت می‌شود. (۴) از آنجا که بخش بزرگی از درآمد بیمارستان، از طریق صورتحساب‌های ارسالی به سازمان‌های بیمه‌گر به دست می‌آید، ادامه فعالیت بیمارستان به پرداخت این صورتحساب‌ها بستگی دارد که اغلب سازمان‌های بیمه‌گر به دلیل درج خدمات اضافی و غیر ضروری و یا فاقد مستندسازی مناسب توسط بیمارستان‌ها که مورد قبول آن نیست در بازپرداخت بهای صورت حساب‌های بیمارستانی طرف قرارداد، کسوری را اعمال می‌کنند که باعث نارضایتی بیمارستان‌های طرف قرارداد می‌شود و از طرفی تاخیر زیاد در بازپرداخت مطالبات آنها نارضایتی بیمارستان‌ها را دوچندان می‌کند. (۵) از طرف دیگر بخش عمده‌ای از هزینه‌های سازمان‌های بیمه‌گر هزینه‌های است که به بیمارستان‌ها پرداخت می‌کند. بنابراین سازمان‌های بیمه‌گر مجبورند جهت اطمینان از واقعی بودن هزینه‌ها، به روش‌های گوناگون بیمارستان را نظارت می‌کنند تا از هرگونه اضافه‌پرداخت به بیمارستان جلوگیری کنند تا متحمل ضرر نشوند. از طرفی این درگیری‌ها بین سازمان‌های بیمه‌گر

۱- مبلغ پرداختی توسط بیمار که اغلب به صورت درصدی از کل مبلغ صورتحساب بیان می‌شود فرانشیز نامیده می‌شود. فرانشیز برای خدمات بستری ۱۰٪ تعیین شده است. در عمل بعضی بیمارستان‌ها به عنوان مختلف مبالغی اضافه بر فرانشیز نیز از بیمه‌شدگان دریافت می‌کنند. پوشش ناکافی خدمات نیز سبب می‌شود سهم بیمار از هزینه بیش از ۱۰٪ شود.

بیمارستان‌های دولتی استفاده کند امکان لغو وجود ندارد» (م ۱۰).

در توضیح زیر موضوع ارتباط مالی، بیشتر مصاحبه شونده‌گان نوع رابطه موجود را رابطه مالی می دانستند «رابطه ما، رابطه مالی است، به بیمه شدگان آنها خدمت ارایه می دهیم و آنها پول خدمات را به ما می دهند» (م ۲).

همچنین در زیر موضوع، حلقه های اصلی ارتباط بین بیمه و بیمارستان، واحد درآمد و نمایندگان مقیم سازمان های بیمه گر بعنوان واسطه های این رابطه بودند و بیشترین ارتباط دو طرف از طریق آنها انجام می شود «ما تنها با نمایندگان آنها کار داریم مگر اینکه یک مشکلی یک جایی باشد و اینها تصمیم گیرنده نباشند» (م ۴). در زیر موضوع چهارم که وظایف بیمه و بخش درآمد بود وظیفه اصلی کارکنان واحد درآمد تنظیم صورتحساب جهت تحویل به سازمان بیمه گر بود و نمایندگان سازمان بیمه گر نیز صورتحساب های ارسالی را با مشخصات بیمار و مدارک پیوست تطبیق می دادند و اشکال ها و نقص های اسناد را مشخص می کردند. این نقص ها بعدا تحت عنوان کسور از مبالغ درخواستی بیمارستان کسر می گردید. «ینجا چیزهایی که در پرونده هست ما بروی صورتحساب منعکس می کنیم و صورتحساب رسیدگی می شود و نماینده ها کم و کیف آن را نگاه می کنند» (م ۲).

موضوع ۲: وظایف نظارتی بیمه ها در بیمارستان

هفت زیر موضوع در این گروه شناسایی شد که شامل، ارزشیابی بیمارستان ها، نقش کمرنگ بیمه ها در ارزشیابی، نظارت بر بیمه شده ها، دفاع از حقوق بیمه شده، جلوگیری از سوء استفاده مالی بیمارستان از بیمه شده، انواعی از تخلفات بیمارستانی و نحوه برخورد با تخلفات بیمارستانی بود.

ارزشیابی بیمارستان ها: سازمان های بیمه گر از طریق مشارکت در فرایند ارزشیابی سالانه بیمارستان ها که توسط وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی انجام می شود بر بیمارستان ها نظارت می کنند. «نمایندگان آنها در ارزشیابی سالانه هستند و می آیند اینجا و هر کدام یک گزارش می نویسند و آن گزارشات بررسی می شود و بر اساس آن بیمارستان ها ارزشیابی می شوند» (م ۱).

نقش کمرنگ بیمه ها در ارزشیابی: بعضی از مصاحبه شونده‌گان به نقش کمرنگ نمایندگان سازمان های بیمه گر در ارزشیابی اشاره کردند «همیشه همان حرف معاونت سلامت مطرح است ولی به هر حال می آیند و نظارت می کنند و ارزشیابی می کنند» (م ۳) و این ارزشیابی را چندان مناسب نمی دانستند «خود دانشگاه می آید و راجع به بیمارستان

برای تحلیل داده ها از روش تحلیل چارچوبی مشتمل بر پنج مرحله «آشنایی»، «شناسایی یک چارچوب موضوعی»، «ایندکس کردن»، «ترسیم جداول» و «کشیدن نقشه و تفسیر» استفاده شد. (۸،۹) که طی این مراحل پژوهشگر بعد از آشنایی با دامنه و تنوع مطالب، مفاهیم و موضوع ها کلیدی را شناسایی و بر اساس آن یک چارچوب موضوعی تنظیم می کند و سپس تمام نوشته های مربوط به مصاحبه های فردی را بر اساس چارچوب موضوعی حاصل مورد بازبینی و حاشیه نویسی قرار می دهد، و سپس بر اساس یک منبع موضوعی مناسب چیدمان می کند و مفاهیم، تضادها، نظریه ها، تجربه ها و تحقیق های انجام شده با هم مقایسه و الگوها و روابط مورد نظر از یافته ها استنتاج می شود. می توان این تحلیل را با استفاده از نرم افزارهای تخصصی مانند Atlas.ti و یا در نرم افزارهای رایج مانند Microsoft Word انجام داد که در این مطالعه از نرم افزار رایج نگارش استفاده شد (۹،۱۰). کسب اجازه در ضبط صدای مصاحبه شونده‌گان و محرمانه ماندن اطلاعات شخصی مصاحبه شونده‌گان و عدم الزام مصاحبه شونده‌گان به شرکت در مصاحبه به عنوان ملاحظه های اخلاقی این مطالعه در نظر گرفته شد.

یافته ها

چارچوب مفهومی در فرایند انجام تحلیل، در صورت لزوم اصلاح می شد و زیر گروه های هر کدام از مفهوم ها، طی این فرایند، تغییراتی پیدا کردند. در نهایت در بررسی رابطه بین سازمان های بیمه گر و بیمارستان ها ۶ موضوع و ۳۰ زیر موضوع شناسایی شد (جدول ۱).

موضوع ۱: ماهیت (نوع) ارتباط بین سازمان بیمه گر و بیمارستان

چهار زیر موضوع شناسایی شده در موضوع یک شامل، قرارداد اجباری، ارتباط مالی، حلقه های اصلی ارتباط بین بیمه و بیمارستان و وظایف بیمه و بخش درآمد بود.

تمامی بیمارستان ها جهت ارتباط با سازمان های بیمه گر قرارداد منعقد کرده بودند. این قرارداد بین سازمان بیمه گر و ستاد دانشگاه علوم پزشکی تهران بسته شده بود و بیمارستان ها در تنظیم مفاد آن نقشی نداشتند. حق لغو قرارداد نیز برای هیچکدام از طرفین قرارداد وجود نداشت «این بیمارستان سالهاست که قرارداد دارد که سازمان با معاونت درمان دانشگاه قرارداد می بندند که متن قرارداد برای بیمارستان های دانشگاهی ثابت است و چون بیمارستان دولتی است و ما هم دولتی هستیم و چون هر بیمه شده دولتی حق دارد از

استفاده‌های مالی از بیماران می‌باشد «کار دیگرمان کنترل و نظارت است که آیا واقعاً بیمارستان طبق تعرفه دارند می‌گیرند و از مریض آزاد نگیرند». (م ۱۷)

انواعی از تخلفات بیمارستانی: انواع مختلفی از تخلفات مالی می‌تواند در بیمارستان انجام شود مثل اینکه خدمات ارائه شده را دوبار حساب می‌کنند و یا طبق تعرفه مصوب با مریض حساب نشود و در کل مبلغ بیشتری را از مریض مطالبه کنند. «بعضی اعمال مثل آزمایشات در اعمال گلوبال مستتر است و جزو آن حساب شده ولی اینها قبل از عمل این اعمال را بصورت سرپایی انجام می‌دهند و ۳۰٪ از مریض می‌گیرند و دوباره پول گلوبال هم می‌گیرند». (م ۱۳)

نحوه برخورد با تخلفات بیمارستانی: نمایندگان در صورت مشاهده این تخلفات، آنها را به سازمانشان گزارش می‌دهند «ما برخوردمان در حد نامه نگاری به رییس‌مان است و آنها باید برخورد کنند ولی چون هم بیمه دولتی است و هم بیمارستان، نه بیمه می‌تواند لغو قرارداد کند و نه بیمارستان». (م ۱۵)

متعلق به خودش ارزیابی می‌کند خوب خیلی خوب نمی‌تواند ارزیابی کند». (م ۱۱)

نظارت بر بیمه شده‌ها: از دیگر وظایف نظارتی سازمان‌های بیمه‌گر نظارت بر بیمه شده‌ها در بیمارستان می‌باشد «بیمه شده‌های ما به بیمارستان می‌آیند و ما آنها را در بخش رویت می‌کنیم و معرفی نامه صادر می‌کنیم و کاری که می‌خواهند انجام دهند را تایید می‌کنیم که جزو بیمه هست و یا نه». (م ۱۶)

دفاع از حقوق بیمه شده: همچنین از دیگر وظایف نظارتی نمایندگان مقیم سازمان‌های بیمه‌گر رسیدگی به مشکل‌ها و شکایات بیمه شده در رابطه با بیمارستان و دفاع از حقوق بیمه شده است. «ما اگر ببینیم که بیمه شده‌ها خدماتی را که الزام نداشته را گرفته و یا بی‌جهت بستری شده و حالا هم به سازمان شکایت کرده ما مدافع حقوق بیمه شده خود هستیم که چرا این بلا را سر بیمار آورده‌اید». (م ۱۰)

جلوگیری از سوء استفاده مالی بیمارستان از بیمه شده: از دیگر وظایف نمایندگان مقیم سازمان‌های بیمه‌گر در بیمارستان‌ها نظارت بر رعایت تعرفه‌ها و جلوگیری از سوء

جدول ۱- موضوع و زیر موضوع‌های کلیدی رابطه سازمان‌های بیمه‌گر پایه

و بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران

موضوع‌ها	زیرموضوع‌ها
موضوع ۱: ماهیت (نوع) ارتباط بین سازمان بیمه‌گر و بیمارستان	قرارداد اجباری ارتباط مالی حلقه‌های اصلی ارتباط بین بیمه و بیمارستان وظایف بیمه و بخش درآمد
موضوع ۲: وظایف نظارتی بیمه‌ها در بیمارستان	ارزشیابی بیمارستان‌ها نقش کمرنگ بیمه‌ها در ارزشیابی نظارت بر بیمه شده‌ها دفاع از حقوق بیمه شده جلوگیری از سوء استفاده مالی بیمارستان از بیمه شده انواعی از تخلفات بیمارستانی نحوه برخورد با تخلفات بیمارستانی
موضوع ۳: عوامل زمینه‌ساز ایجاد کسور	آموزشی بودن بیمارستان دولتی بودن بیمارستان نسبت به خصوصی بودن اشکال از طرف بخش‌های درمانی کم کاری و بی‌اطلاعی کارکنان درآمد

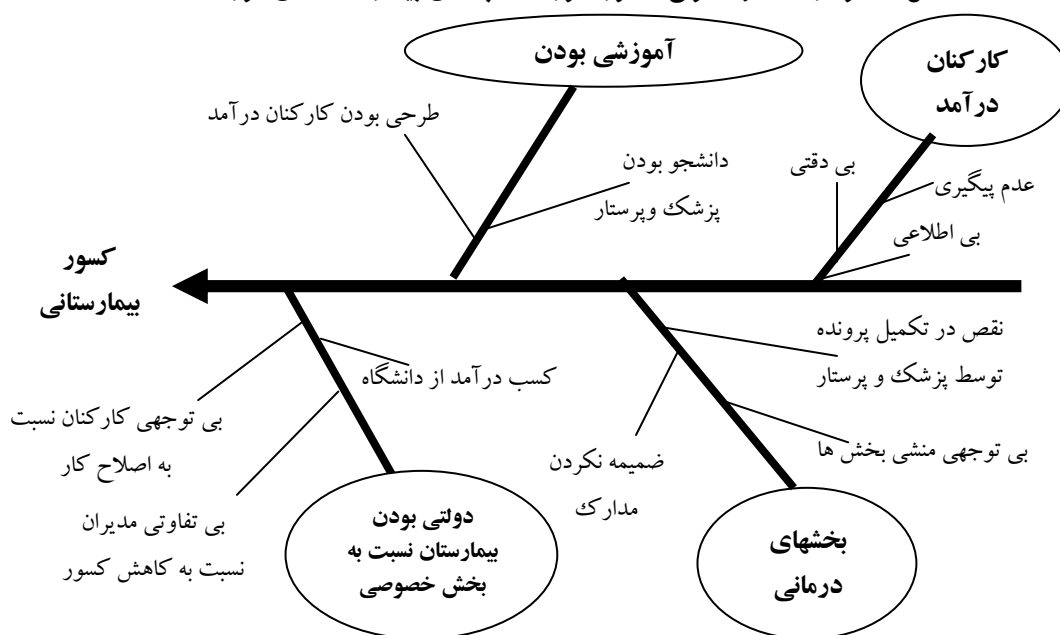
موضوع‌ها	زیرموضوع‌ها
موضوع ۴: راه حل‌های کسور	آموزش تشویق مالی منشی‌های بخش و کارکنان درآمد همکاری نمایندگان سازمان‌های بیمه‌گر ارتباط مناسب واحد درآمد با نمایندگان بیمه پیگیری کارکنان درآمد همکاری سایر بخش‌های بیمارستان
موضوع ۵: مشکل‌های بیمارستان‌ها با سازمان‌های بیمه‌گر	عدم پرداخت به موقع صورتحساب و فشار بر روی بیمارستان و بیمار پایین بودن تعرفه‌ها و مشکل‌های بالا رفتن آن مشکل‌های بیمارستان‌ها با نماینده‌ها سلیقه‌ای بودن کار نمایندگان و غیر قابل حل بودن مشکل کسور ناهماهنگی سازمان‌های بیمه‌گر
موضوع ۶: مشکل‌های سازمان‌های بیمه‌گر با بیمارستان‌ها	مشکل نمایندگان با بخش درآمد مشکل نمایندگان با امکانات رفاهی مشکل نمایندگان با اضافه در خواست بیهوشی مشکل نمایندگان با اضافه در خواست جراحی

مساله کسور صورتحساب‌ها مهمترین مشکل مورد بحث بین طرفین بود و به همین دلیل ما آنرا جدا از سایر مشکل‌های طرفین و با استفاده از دو موضوع اصلی ۳ و ۴ بیان نمودیم.

موضوع ۳: عوامل زمینه ساز ایجاد کسور آموزشی بودن بیمارستان، دولتی بودن بیمارستان نسبت به

خصوصی بودن، اشکال از طرف بخش‌های درمانی و کم کاری و بی اطلاعی کارکنان درآمد از زیر موضوع‌های شناسایی شده در ارتباط با موضوع سوم بود. که شکل یک بیانگر آنها می باشد و در زیر شکل نیز هر یک از زیر موضوع‌ها توضیح داده شده است.

شکل ۱: نمودار علت و معلولی کسور صورتحساب‌های بیمارستان‌های مورد مطالعه



همچنین اشاره شد که در بیمارستان‌های دولتی-آموزشی چون از دانشگاه هم درآمد دارند چندان برایشان مهم نیست که کسور کم شود

اشکال از طرف بخش‌های درمانی: پرونده بیمار هنگامی که از بخش به قسمت درآمد می‌رود باید اسناد و مدارک دال بر خدمات انجام گرفته، جهت ارایه به نمایندگان بیمه ضمیمه آن باشد و یا خدمات به درستی ثبت شود و کسی که خدمت را انجام داده باید شرح خدمت را بنویسد و آن را مهر و امضا کند، رعایت نشدن هر یک از این موارد از عوامل ایجاد کسور است بنابراین بخش مهمی از تکمیل پرونده بر عهده کسانی است که خدمات را به بیماران ارایه می‌دهند و منشی‌های بخش نیز جهت بررسی کامل بودن پرونده و ارسال آن نقش مهمی دارند. کم کاری و بی‌اطلاعی کارکنان درآمد: با توجه به اینکه وظیفه واحد درآمد تنظیم صورتحساب و ضمیمه کردن اسناد مربوطه برای اثبات انجام خدمات توسط بیمارستان است و آنها باید پیگیر نقص‌ها در پرونده باشند بنابراین کم کاری کارکنان درآمد و کم بودن دانش و آشنایی آنها نسبت به پرونده‌ها و قوانین بیمه‌ای، می‌تواند زمینه ساز برای ارسال صورتحساب ناقص برای نمایندگان بیمه و در نتیجه کسور، شود.

موضوع ۴: راه حل‌های کسور

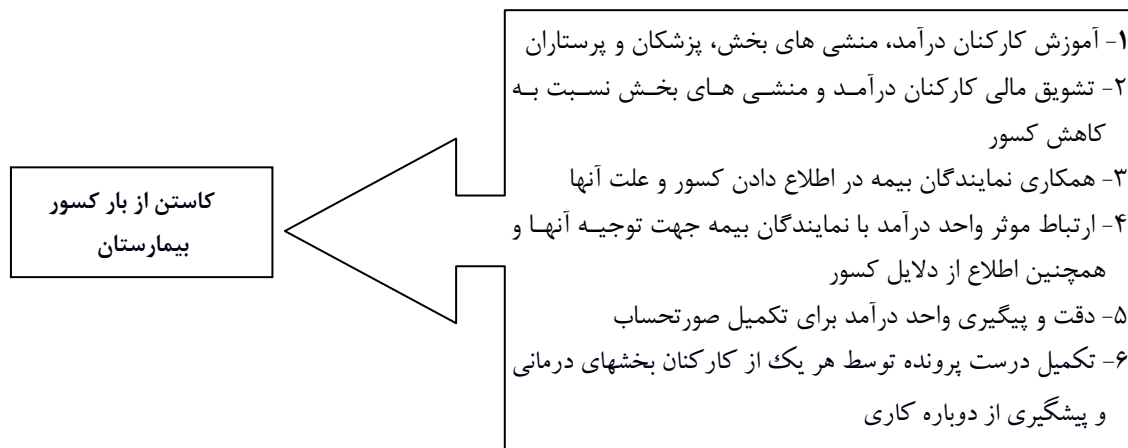
آموزش، تشویق مالی منشی‌های بخش و کارکنان درآمد، همکاری نمایندگان سازمان‌های بیمه‌گر، ارتباط مناسب واحد درآمد با نمایندگان بیمه، پیگیری کارکنان درآمد و همکاری سایر بخش‌های بیمارستان بعنوان شش زیر موضوعی بودند که در این گروه شناسایی شدند. شکل ۲ نیز شمایی از این زیر گروه‌ها می‌باشد که به عنوان راه حل‌هایی برای کاستن از بار کسور به نمایش گذاشته شده. که توضیح هر یک از موارد آن در ادامه شکل بیان شده است.

آموزشی بودن بیمارستان: یکی از دلایلی که مسئولین درآمد و نمایندگان بیمه به عنوان عوامل زمینه ساز برای کسور به آن اشاره کردند آموزشی بودن بیمارستان بود که هم کارکنان بخش درآمد را درگیر می‌کرد که نیروی طرحی بودند و هم پزشکان و پرستاران دانشجویی، که آنها تجربه کافی برای تکمیل پرونده را نداشتند و همین زمینه ساز برای نقص در پرونده‌ها می‌شد که آموزش و یادگیری آنها هم به علت موقتی بودنشان چندان دوامی نداشت و با آمدن دانشجویان و یا نیروهای طرحی جدید نیاز به تکرار داشت. «بزرگترین کمبود و ضعفی که در بیمارستان وجود دارد در آموزشی بودن آن است، مثلاً شما یک رویه را جا می‌اندازید و پزشکان و رزیدنت‌ها آن رویه را انجام می‌دهند و سال که عوض شد دانشجویان جدید می‌آیند و شما باید همان چیزها را به آنها دیکته کنید که این کارو بکن این کار را نکن. در سطح پرسنل هم همین است مثلاً یک پرسنل طرحی می‌گیرید، رویش کار می‌کنید قشنگ یاد می‌گیرد دو سالش که تمام شد، خداحافظ دوباره روز از نو و دوباره باید بهش آموزش بدی.» (م ۳)

دولتی بودن بیمارستان نسبت به خصوصی بودن: از دیگر عوامل زمینه ساز برای کسور، دولتی بودن بیمارستان‌ها نسبت به بیمارستان‌های خصوصی است که به علت نقص در ابزارهای تنبیه نسبت به بخش خصوصی، افراد ترس زیادی علی‌رغم تذکرات برای برطرف کردن نقایص در تکمیل پرونده نداشتند باشند و باز هم اشتباه‌ها تکرار شود.

همچنین اشاره شد که در بیمارستان دولتی به نسبت بیمارستان‌های خصوصی، برای مسئولین بیمارستان هیچ تفاوتی ندارد که کسور کم شود و یا نشود و هیچ زمینه تشویقی برای کارکنان بخش درآمد وجود ندارد ولی در بیمارستان‌های خصوصی برای کاهش کسور تشویق و یا تنبیه در نظر گرفته می‌شود.

شکل ۲: راه حل‌هایی برای کاهش کسور بیمارستانی



قسمت مربوط به خودش را تکمیل کند مشکلات حل می شود». (م ۱۱)

موضوع ۵: مشکل‌های بیمارستان‌ها با سازمان‌های بیمه‌گر

عدم پرداخت به موقع صورتحساب و فشار بر روی بیمارستان و بیمار، پایین بودن تعرفه‌ها و مشکل بالا رفتن آن، مشکل بیمارستان‌ها با نماینده‌ها، سلیقه‌ای بودن کار نمایندگان و غیر قابل حل بودن مشکل کسور، ناهماهنگی سازمان‌های بیمه‌گر پنج زیر موضوعی بود که در این گروه شناسایی شد.

عدم پرداخت به موقع صورتحساب و فشار بر روی بیمارستان و بیمار: طبق بند ۲۲ قانون بودجه سال ۱۳۸۸، کلیه سازمان‌های بیمه‌گر موظفند ۶۰٪ مبلغ صورتحساب‌های بیمارستان‌ها را قبل از رسیدگی و حداکثر ظرف دو هفته پس از دریافت صورتحساب‌ها و مابقی آن را تا سه ماه بعد پرداخت نمایند. (۱۱) با وجود این قانون اکثر بیمارستان‌های مورد مطالعه از بدحسابی سازمان‌های بیمه‌گر در پرداخت صورتحساب‌ها ناراضی بودند «ما که سندها را به موقع می‌دهیم ولی پول اینهارو به ما نمی‌دن که کار بیمارستان را لنگ می‌کنه و وقتی پول تو بیمارستان نباشه چطور می‌تواند اموراتش را بگرداند». (م ۴)

پایین بودن تعرفه‌ها و مشکل بالا رفتن آن: مصاحبه شونده‌گان به پایین بودن تعرفه بعضی از خدمات به عنوان یکی از مشکل‌ها اشاره داشتند. «تعرفه‌ها نسبت به بخش خصوصی خیلی کم است و درخواست ما را مبنی بر افزایش تعرفه قبول نکردند، وقتی ما با بیمه‌گر توافق نداریم ضرر به بیمه شده می‌رسد، ما هم که نمی‌توانیم ضرر کنیم از بیمه شده‌اش می‌گیریم». (م ۵)

مشکل‌های بیمارستان‌ها با نماینده‌ها: از دیگر عوامل نارضایتی بیمارستان‌ها کسوری بود که نمایندگان سازمان‌های بیمه‌گر بر بیمارستان تحمیل می‌کردند «بیشتر مشکل ما همون کسوری است که سازمان‌ها روی اسنادمون می‌زنند که به نظر ما حق نیست». (م ۴) که البته نمایندگان سازمان‌های بیمه‌گر کسور را قانونی می‌دانستند. «ما هیچ مشکلی نداریم و اگر آنها صورتحساب را درست تنظیم کنند و دقت کنند و همه چیز را درست بزنند کسوراتشان را می‌توانند به صفر برسانند». (م ۱۰)

سلیقه‌ای بودن کار نمایندگان و غیر قابل حل بودن مشکل کسور: یکی دیگر از مشکل‌های بیمارستان‌ها با نماینده‌های سازمان‌های بیمه‌گر، سلیقه‌ای بودن کار آنها بود «مشکل بارز ما سلیقه‌ای بودن کار آنهاست و نحوه رسیدگی و کارشان با

آموزش: یکی از فاکتورهای اساسی برای کاهش کسور، آموزش کارکنان بیمارستان می‌باشد که همه مصاحبه شونده‌گان آن را ضروری و موثر عنوان کردند «بهترین کار جهت حل کردن کسورات^۱ بیمارستان‌های دولتی، آموزش مداوم است، یعنی آموزشی که به پرستار و منشی بخش و پزشک بخش انجام شود». (م ۳)

تشویق منشی‌های بخش و کارکنان درآمد: یکی از عوامل اثرگذار برای بهبود فرایند تکمیل پرونده توسط منشی‌های بخش و تنظیم صورتحساب توسط کارکنان واحد درآمد تشویق مالی آنها بود، «پرسنل ما حقوق کمی دارند و کار زیادی انجام می‌دهند که اگر بخش کوچکی از همین پرتی‌ها را به پرسنل این بخش دهند انگیزه بسیاری می‌شود تا بسیاری از مشکلات حل شود». (م ۶)

همکاری نمایندگان سازمان‌های بیمه‌گر: نمایندگان سازمان‌های بیمه‌گر می‌توانند با بازگو کردن مشکل‌ها و دلایل بوجود آورنده کسور از بار آن بکاهند. «خود نماینده‌های بیمه هم به ما کمک می‌کنند و علت‌های کسورات را به ما می‌گن بعضی مواقع می‌گن که اشتباه شده و آن را تصحیح کنید و جلسات می‌گذاریم که مشکلات حل شود». (م ۹)

ارتباط مناسب واحد درآمد با نمایندگان بیمه: اگر مسوول و کارکنان درآمد با نمایندگان سازمان‌های بیمه‌گر ارتباط مناسبی داشته باشند می‌توانند از علت‌های کسور جویا شوند و اگر حق با بیمارستان است، نماینده سازمان‌های بیمه‌گر را توجیه کنند تا از بعضی کسور جلوگیری شود. «هر چقدر تعامل بین دو طرف بیشتر باشد و خبر داشته باشند که هر کسی چی می‌خواهد، خوب خیلی از کارها تسریع می‌شود و کسورات کمتر می‌شود و یک خواستن دوطرفه باید برقرار شود تا مشکلات حل شود که قاعدتاً ذینفع باید خواسته‌اش بیشتر باشد». (م ۱۱)

پیگیری کارکنان درآمد: کارکنان درآمد نیز می‌توانند با پیگیری جهت رفع علت‌های بوجود آورنده کسور از بسیاری از آنها جلوگیری کنند «کارکنان درآمد باید پیگیری مرتب کنند که کسورات همش کمتر شود و بیایند و پیگیر باشند که علت کسورات چه بوده و علت آنرا برطرف کنند». (م ۱۲)

همکاری سایر بخش‌های بیمارستان: این عامل نیز می‌تواند در تکمیل مدارک پرونده‌ها و در نتیجه از بسیاری از کسور جلوگیری کند «گر همه قسمت‌های بیمارستان و هر قسمتی،

۱- بیان درست واژه "کسور" می‌باشد زیرا کسور خود جمع "کسر" می‌باشد و نباید دوباره با "ات" جمع بسته شود. به همین دلیل ما در کل متن (جز در نقل قول‌های مستقیم جهت امانتداری) از واژه کسور استفاده کردیم.

مشکل نمایندگان با امکانات رفاهی: بعضی از نمایندگان از مکان و تجهیزاتی که بیمارستان‌ها در اختیار آنها قرار داده بودند ناراضی بودند. «اتاق و تجهیزات آن شرایط خوبی ندارد که باعث بی‌انگیزگی برای نماینده بیمه جهت همکاری می‌شود.» (م۱۷)

مشکل نمایندگان با اضافه در خواست بیهوشی: نمایندگان سازمان‌های بیمه‌گر با اضافه درخواستی‌های پزشکان بیهوشی که هر ماه تکرار می‌شد مشکل داشتند «کاهای بیهوشی را معمولاً زیاد درخواست می‌کنند که واقعاً غیر معقول است و کابی که درخواست می‌کنند با مستندات و سند هماهنگی ندارد.» (م۱۲)

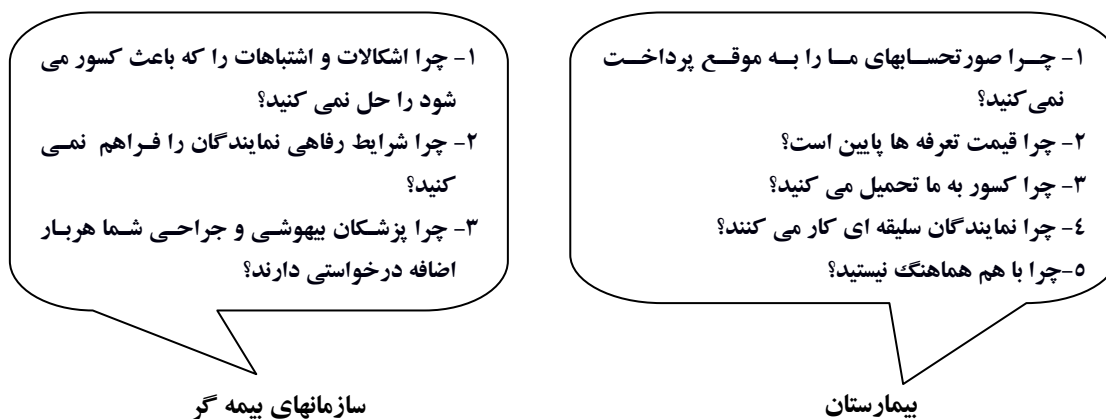
مشکل نمایندگان با اضافه در خواست جراحی: همچنین نمایندگان از اضافه درخواستی‌های جراحی نیز ناراضی بودند «در خواست زیاد برای حق العمل دارند، یک عمل جراحی با آیتیم‌های مختلف دارای یک کد است که برای تک‌تک آیتیم‌ها کد می‌زنند و زیادی درخواستی دارند.» (م۱۸) هرچند که بیشتر مسئولین درآمد برخلاف نمایندگان مقیم سازمان‌های بیمه‌گر حق را به جانب پزشکان می‌دادند و عواملی مثل آموزش به دانشجویان و فرقی داشتن شرایط جراحی‌ها در بیمارستان آموزشی با جراحی‌های معمولی را، عامل زیاد درخواست کردن پزشکان می‌دانستند. در شکل سه سعی بر آن شده که مشکل‌های بین بیمارستان و سازمان‌های بیمه‌گر به طور خلاصه عنوان شود.

هم فرق می‌کند مثلاً نماینده قبلی چیزی می‌خواهد و نماینده فعلی نمی‌خواهد.» (م۲) ناهماهنگی سازمان‌های بیمه‌گر: از دیگر مشکل‌های بیمارستان‌ها با سازمان‌های بیمه‌گر ناهماهنگی سازمان‌های بیمه‌گر با یکدیگر بود. «یک عدم هماهنگی بین بیمه‌ها وجود دارد و این هماهنگ کردن که برای تامین اجتماعی یکجور و برای خدمات درمانی یکجور خوب این واقعا مشکل است و این عمده مشکلی است که بیمارستان با بیمه‌ها دارند و اگر هماهنگ تر بشوند و همه پرداخت‌ها یکجور باشد عمده مشکلات حل می‌شود.» (م۱۲)

موضوع ۶: مشکل‌های نمایندگان سازمان‌های بیمه‌گر با بیمارستان

چهار زیر موضوع در این گروه شناسایی شد که شامل مشکل نمایندگان با بخش درآمد، مشکل نمایندگان با امکانات رفاهی، مشکل نمایندگان با اضافه در خواست بیهوشی و مشکل نمایندگان با اضافه در خواست جراحی بود. مشکل نمایندگان با بخش درآمد: از مشکل‌هایی که نمایندگان بیمه به آن اشاره کردند مشکل با کارکنان درآمد بود «من خسته شدم می‌همین کسورات را وارد کردم و گفتم اصلاح کنید و کسی نمی‌آد تا پیگیری کند و کار من که دوباره همین مساله تکرار بشود، خوب زیاد می‌شه.» (م۱۲)

شکل ۳- مشکل‌های بین بیمارستان و سازمان‌های بیمه‌گر



بحث و نتیجه گیری

این مطالعه چارچوبی از روابط و مشکل‌های بین بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران و سازمان‌های بیمه‌گر طرف قرارداد را نشان داد که در جدول شماره یک موضوع‌ها و زیر موضوع‌های شناسایی شده آمده است.

ارتباط بین سازمان‌های بیمه‌گر اصلی و بیمارستان‌ها طی قراردادی الزامی بوجود می‌آید که امکان لغو در آن وجود نداشت در صورتی که حق فسخ، از مهم‌ترین چاره‌های قانونی است که طرفین را ملزم به رعایت مفاد قرارداد می‌کند و در صورت نقض عهد از سوی یک طرف، طرف دیگر بتواند با بهره‌گیری از این وسیله از تحمل زیان بیشتر به خود جلوگیری نموده، طرف دیگر را به اجرای قرارداد وادار ساخته یا به قراردادی که با توجه به تخلف طرف مقابل دیگر مطلوبیتی برای او ندارد خاتمه بخشد. (۱۲)

در بررسی موضوع ارزشیابی از موضوع دوم استخراجی، ارزشیابی بیمارستان‌ها چندان واقعی به نظر نمی‌رسید همانطور که تحقیقی همین موضوع را به نشان داده که چون وزارت بهداشت هم‌ارایه دهنده و هم ارزشیابی‌کننده خدمات می‌باشد نمی‌توان انتظار داشت که ارزشیابی خوب و به دور از سونگری انجام دهد. از این رو وجود سازمان‌های مستقل از وزارت بهداشت برای ارزشیابی را پیشنهاد شد. (۱۳). در کل شیوه نظارت و ارزشیابی باید بی‌طرفانه و منطقی باشد (۱۴) یک زمینه دیگر همکاری بین سازمان‌های بیمه‌گر و بیمارستان‌ها جلوگیری از تخلفات بیمه‌شدگان است که این نیز غالباً مغفول می‌ماند. تقلب بیماران مانند جعل نسخه پزشک، دفترچه بیمه و غیره، باعث هدررفت منابع نظام سلامت می‌شود که باید به آنها توجه بیشتری نمود. (۱۵) به عنوان نمونه تحقیقی نشان داد که ۲۰/۲ درصد از افراد مورد مطالعه، سابقه سوءاستفاده از دفترچه بیمه داشته و دفترچه خود را جهت استفاده به دیگران داده بودند. (۱۶)

از دیگر وظایف نمایندگان سازمان‌های بیمه‌گر جهت دفاع از حقوق بیمه‌شدگان، نظارت بر بیمارستان برای جلوگیری از سوءاستفاده‌های مالی از بیماران است. از آنجا که یکی از عوامل زمینه‌ساز برای تخلفاتی مثل دریافت پول بیشتر از مریض وجود شرایطی است که متخلفان احساس کنند هیچ نظارتی جهت کنترل آنها وجود ندارد، (۱۶) ناظران سازمان‌های بیمه‌گر موظف به کنترل بیمارستان‌ها هستند. ولی علاوه بر نظارت، حل مسایلی مانند پایین بودن تعرفه‌ها می‌تواند از بروز این مشکل بکاهد، همانطور که نتایج تحقیقی نشان می‌داد که پایین بودن نرخ تعرفه‌ها

باعث تحمیل خدمات غیر بیمه‌ای به بیماران و افزایش پرداخت از جیب آنها می‌شود. (۱۷) عوامل زمینه‌ساز ایجاد کسور که چهار مورد آن شامل آموزشی و دولتی بودن بیمارستان، اشکالات بخش‌های درمانی و بخش درآمد در مطالعه ما شناسایی شد، در نتایج تحقیقات دیگر نیز اشاره شده است. به علت آموزشی و دولتی بودن بیمارستان‌ها، پرونده‌ها در ثبت اطلاعات دارای نواقص جدی هستند که شلوغی و ازدحام زیاد بیماران، عدم احساس مسئولیت توسط دانشجویان و کارورزان و عدم آموزش کافی باعث آن شده است. (۱۹،۲۰)

در رابطه با اشکالات بخش‌های درمانی در ایجاد کسور باید گفت که از ابتدای بستری بیمار تا هنگام ترخیص باید کلیه خدمات توسط ارایه‌دهندگان ثبت شود و نقص در ثبت صحیح خدمات ارایه شده بر روی بازپرداخت تأثیر می‌گذارد. (۲۱،۲۲) همچنین یکی دیگر از دلایل کسور، بی‌دقتی کارکنان درآمد و حسابداری است که خدمات را به طور کامل ثبت نمی‌کنند و پیگیری تکمیل پرونده‌ها توسط بخش‌ها نیستند. (۱۹)

در مطالعه ما آموزش به عنوان یک عامل اساسی برای کاهش کسور عنوان شد همانطور که در تحقیق دانشگاه کانکتیکوت امریکا بهبود عملکرد دستیاران در مستندسازی پرونده‌ها، با استفاده از مداخلات آموزشی گزارش شده است. (۲۳) پژوهش دیگری این آموزش را وظیفه واحد مدارک پزشکی می‌داند که آنها باید پزشکان و سایر پرسنل بیمارستان را از اهمیت اثرات ثبت اطلاعات در پرداخت هزینه بیمار توسط سازمان بیمه‌گر مطلع سازد. (۲۴) همچنین برقراری عوامل تشویقی نیز یکی دیگر از راه‌حل‌های کسور شناسایی شد که نتایج مطالعه دانشگاه میسوری در امریکا نیز همین امر را ثابت کرده بود. در این مطالعه برقراری عوامل تشویقی توانسته بود میزان نقص در مستندات پرونده‌ها را به طور قابل توجهی پایین بیاورد. (۲۵) همکاری نمایندگان سازمان‌های بیمه‌گر با واحد درآمد بیمارستان نیز می‌تواند از بار کسور بیمارستانی و همچنین از بار کاری خودشان بکاهد چرا که صورتحساب‌هایی که ناقص باشند زمان بیشتری را برای رسیدگی طلب می‌کنند. (۲۶) همچنین به عنوان راه‌حل کسور علاوه بر اجرای درست وظایف توسط واحد درآمد، همکاری سایر بخش‌های درمانی نیز بسیار مهم است و کلیه ارایه‌دهندگان مراقبت به بیمار با تکمیل پرونده بیماران و قسمت حسابداری نیز با جمع‌آوری داده‌ها و محاسبه هزینه‌ها نقش بسیار مهمی را در کاهش کسور دارند. (۲۶)

طریق اضافه نوشتن کدها کرده بودند. (۳۱) ملزم نمودن پزشکان به رعایت کدها و وزن‌های نسبی (k های) جراحی و بیهوشی از طریق کسر کسور از حساب پزشکان، و یا استفاده از پزشک معتمد به منظور باز بینی و اصلاح کدهای جراحی و بیهوشی و همچنین اقدامات مداخله‌ای همچون آموزش و مشاوره می‌تواند جهت حل این مشکل رهگشا باشد. (۳۰، ۳۲)

برای برقراری ارتباط مناسب بین طرفین رابطه، هر دو طرف ملزم به رعایت اصولی هستند. دو طرف باید شرایط و بسترهای مساعد را برای تولید و بازتولید اعتماد، همگرایی و مشارکت فراهم آورند. (۳۳) آگاهی طرفین از سیاست‌ها و خط مشی‌ها، امکانات و محدودیت‌های سازمان و انتظاراتی که سازمان از این گروه‌ها دارد متغیر کلیدی در فهم مسایل و چالش‌های فرهنگی و ارتباطی است که این آگاهی به اعتماد و رضایت و در نتیجه به مشارکت در پیگیری اهداف و سیاست‌های هر دو طرف منجر خواهد شد. مشارکتی که حاصل آن استفاده بهینه از امکانات، تامین حداکثر کارایی خواهد بود. (۳۴)

باید اشاره کرد که حساس بودن بعضی بحث‌های مطالعه باعث شد که مصاحبه‌شوندگان از پاسخ شفاف به آنها امتناع کنند. همچنین باید توجه کرد که افراد نمونه پژوهش تنها به بخشی از مسایل موجود در رابطه متقابل اشاره کردند و مصاحبه با اشخاص دیگری نظیر رییس و یا مدیر بیمارستان و مسئولان سازمان‌های بیمه‌گر می‌تواند به عنوان پیشنهاد برای مطالعات بعدی مطرح شوند.

نتیجه‌گیری:

بیمارستان‌ها و سازمان‌های بیمه‌گر باید جهت حل مشکل‌هایشان سعی در برقراری ارتباطات موثر و کارآمد کنند که حاصل این ارتباط علاوه بر برطرف شدن مسایل و مشکل‌هایشان، به بیمار نیز کمک موثری می‌کند. جهت ایجاد یک رابطه مناسب به هر دو سازمان پیشنهاد می‌شود که با تشکیل جلسات دوره‌ای بین نمایندگان سازمان‌های بیمه‌گر و افراد درآمد و همچنین ارتباط بیشتر مسئولین سازمان‌های بیمه‌گر با بیمارستان‌ها، سعی در شناخت و برطرف کردن مشکل‌هایشان کنند و همچنین باید متذکر شد که برطرف شدن مشکل‌های بین این دو سازمان، توجه سیاستگذاران نظام سلامت را به برخی مشکل‌ها مانند بازنگری در نرخ تعرفه‌ها و همچنین مفاد قرارداد بین دو سازمان و ایجاد راهکارهایی برای رعایت مفاد آن توسط طرفین رابطه را، نیز می‌طلبد.

در بررسی مشکل‌های بیمارستان‌ها با سازمان‌های بیمه‌گر به عنوان پنجمین موضوع شناسایی شده، بیشترین مشکل آنها عدم پرداخت به موقع صورتحساب‌ها توسط سازمان‌های بیمه‌گر بود که باعث نارضایتی بیمارستان‌ها می‌شود و آنها در قبال حقوق بیماران و اعتماد به سازمان‌های بیمه‌گر دچار مشکل می‌شوند. (۲۷)

از دیگر مشکل‌های بیمارستان‌ها با سازمان‌های بیمه‌گر، پایین بودن تعرفه‌ها در بعضی خدمات عنوان شد که بر مبنای قیمت واقعی نیست. مطالعه‌ای نشان داد که غیر واقعی بودن تعرفه‌ها باعث ایجاد تقاضای القایی و درخواست پرداخت‌های زیرمیزی می‌شود که در هر دو حالت پرداخت از جیب بیمار افزایش می‌یابد. (۲۸) تحقیقی نیز نشان می‌دهد که بیمارستان‌ها از همه بیشتر با کسور سازمان‌های بیمه‌گر مشکل دارند که آنها را در مضیقه مالی قرار می‌دهد که البته علت آن را درج خدمات اضافی و غیر ضروری توسط بیمارستان‌ها که مورد قبول بیمه‌گر نیست عنوان کرده بود. (۲۶)

از دیگر مشکل‌های بیمارستان‌ها با سازمان‌های بیمه‌گر ناهماهنگی بین آنها بود. چند پارگی صندوق‌ها باعث می‌شود که اقسار کم درآمد جامعه، در برابر خطر مالی ناشی از بیماری کمتر محافظت شوند چرا که صندوق این افراد درآمد کمتری داشته و بسته خدماتی آن هم محدودتر خواهد بود. (۲۸) مطالعه‌ای کاهش صندوق‌های بیمه‌ای را باعث افزایش دسترسی مالی به خدمات می‌دانست علاوه بر اینکه هزینه‌های مدیریتی سیستم را نیز کاهش می‌دهد. (۲۹)

در مطالعه ما نمایندگان سازمان‌های بیمه‌گر از بی‌توجهی واحد درآمد نسبت به برطرف کردن مشکل‌های اسناد ناراضی بودند. بررسی و کارشناسی بیشتر صورتحساب‌ها، هزینه‌ی رسیدگی را برای نمایندگان بیشتر می‌کند. (۲۶) تحقیقی بکارگیری پرستاران ستادی در واحد تنظیم و رسیدگی به اسناد پزشکی به منظور بررسی دقیق‌تر پرونده‌های بیماران را به عنوان راه حل برطرف شدن مشکل عنوان کرده بود. (۳۰) همچنین نمایندگان از تکرار هر ماه اضافه درخواستی‌های بیهوشی و جراحی نیز ناراضی بودند که بررسی آنها بر حجم کاری آنها می‌افزود. از آنجایی که کدگذاری خدمات ارایه شده نقش مهمی در بازپرداخت دارد، کیفیت اطلاعات کدگذاری شده بایستی ارزیابی شود. (۲۲) ممکن است در کدهای اشتباه یا تخلف صورت گیرد همانطور که در مقاله‌ای سازمان‌های بیمه‌گر، پزشکان را متهم به سوءاستفاده از سیستم پرداخت کننده از

پیوست:

راهنمای پرسشگری مطالعه

جمع بندی شما از بحث چیست؟ اگر صحبت خاصی دارید بفرمایید.

سوال های مربوط به نمایندگان بیمه مستقر در بیمارستان لطفا خودتان را معرفی کنید و سابقه و میزان تحصیلات خود را بگویید.

قرارداد سازمان شما و بیمارستان چگونه تنظیم می شود؟

چه ارتباطی بین شما و بیمارستان وجود دارد؟

وظیفه شما در بیمارستان چیست؟

با چه قسمت هایی از بیمارستان در ارتباطید؟ چه مشکل هایی با آنها دارید؟ آنها چه مشکلی با شما دارند؟

از حقوق بیمه شده خود دفاع می کنید؟ چگونه؟

بیمارستان چه مشکلی با سازمان شما دارد؟ شما چه مشکلی با بیمارستان دارید؟

آیا سازمان شما بروی کیفیت خدمات بیمارستان هم نظارتی دارد؟ چگونه؟

به نظرتان چه عواملی باعث کسور می شود و راه حل کسور چیست؟

آیا سازمان شما سعی می کند مقدار کسور کمتر شود؟ چگونه؟

آیا سازمان های بیمه گر با هم هماهنگند؟ ناهماهنگی احتمالی آنها باعث چه مشکل هایی می شود؟

آیا نرخ تعرفه ها بر مبنای قیمت واقعی خدمات است؟ پایین بودن نرخ تعرفه باعث چه عواملی می شود؟

آیا بیمارستان می تواند به طریقی از سازمان شما و یا بیماران اضافه دریافتی داشته باشد؟ چگونه؟

جمع بندی شما از بحث چیست؟ اگر صحبت خاصی دارید بفرمایید.

سوال های مربوط به مسوول درآمد بیمارستان لطفا خودتان را معرفی کنید و سابقه و میزان تحصیلات خود را بگویید.

با چه سازمان های بیمه گری طرف قرارداد هستید و قرارداد شما چگونه تنظیم می شود؟

چه ارتباطی بین شما و سازمان های بیمه گر وجود دارد؟

چه مشکل هایی با سازمان های بیمه گر دارید؟ آنها چه مشکلی با شما دارند؟

وظیفه واحد شما چیست؟ بیشترین ارتباط شما با چه قسمتی از سازمان های بیمه گر است؟

نمایندگان سازمان های بیمه گر در بیمارستان چه وظایفی دارند؟ چه مشکل هایی با آنها دارید؟ آنها چه مشکلی با شما دارند؟

سازمان های بیمه گر بروی کیفیت خدمات بیمارستان هم نظارتی دارند؟ چگونه؟

آیا سازمان های بیمه گر از حقوق بیمار هم دفاع می کنند؟ چگونه؟

به نظرتان چه عواملی باعث کسور می شود و چگونه می توان آنها را برطرف کرد؟

آیا خود سازمان های بیمه گر سعی می کنند مقدار کسور کمتر شود؟ چگونه؟

به نظر شما آیا سازمان های بیمه گر با هم هماهنگ هستند؟ آیا ناهماهنگی احتمالی بین آنها برای شما مشکلی درست کرده است؟

آیا نرخ تعرفه ها بر مبنای قیمت واقعی خدمات است؟ پایین بودن نرخ تعرفه باعث چه عواملی می شود؟

آیا بیمارستان می تواند به طریقی از سازمان های بیمه گر و یا بیماران اضافه دریافتی داشته باشد؟ چگونه؟

References

- 1- Iran's public healthcare insurance law, Available from: <http://tarh.majlis.ir/ShowRule&Rid pages/>, Access Date: Dec 2010.
- 2- Maleki M et al. Challenges of sustainable public insurance in iran. Payesh Journal 2010; 9(2) (persian)
- 3- Shepard D and et al. Translated by Pourreza A. Analysis of Hospital Costs, Social Security Research Institute, 2002.
- 4- Kavosi Z, Rashidian A, Pourmalek F et al. Measuring Household Exposure to Catastrophic Health Care Expenditures: a Longitudinal Study in Zone 17 of Tehran. Hakim Research Journal 2009; 12(2): 38- 47 (Persian)
- 5- Tavakoli N, Saghaeean Nejad S, Rezayatmand M et al. Hospital records documentation and medical insurance cuts. Health Information Management 2006; 3(2):53-61 (Persian)
- 6- Karami M, Safdari R, Moini M, Effect of deductions imposed by the social security insurance on the financial rights of patients in Kashan University of Medical sciences Hospital. Journal of Urmia Nursing and Midwifery Faculty 2010; 8(4) (persian)
- 7- Salsali M. Qualitative research methods, Bashari Publications, Tehran, 2003, (Persian)
- 8- Lacey A, Luff D. Trent focus for research and development in primary health care: an introduction to qualitative analysis. Unpublished manuscript, Trent Focus 2001
- 9- Rashidian A, Eccles MP, Russell I. Falling on stony ground? A qualitative study of implementation of clinical guidelines' prescribing recommendations in primary care. Health Policy 2008; 85(2):148-161.
- 10- Jafarisirizi M, Rashidian A, Abolhassani F et al. Qualitative assessment of dimensions and degree of autonomy granting to university hospitals Hakim Research Journal 2008; 11(2): 59- 71 (Persian)
- 11- Paragraph 22 of Budget Law Approved in 2009 by Iran Parliament, Available from: www.maslehat.ir/, Access Date: 2010
- 12- Khedmatgozar M. Comparative analysis Right to terminate as one of the legal remedy violations of contractual obligations, Case Research Journal, 2008, (persian)
- 13- Arab M and et al, The Relationship between Evaluation grade with performance in Hospitals of Tehran University of Medical Sciences, Health Information Management Journal, 2005; 2(1) (Persian)
- 14- Ghasemi A, Roles of Continuous monitoring and evaluation in Hospital Governance. Iran's Hospital Heads and Managers Congress, 2000.
- 15- Rashidian A, Joudaki H. Assessing medical care complaints and misconduct in Iran: a systematic review of studies in Iran. Scientific Journal of Forensic Medicine 2009; 15(4): 234-243 (Persian)
- 16- Falah Soltanabad H. Survey of causes and methods of abuse from health insurance book and ways to prevent it. Deputy Insurance and Treatment, Studies and Research Office [Research projects], Tehran, 2001.
- 17- Steve Musau, Taryn Vian, fraud in hospital, CMI, CHR MICHELSEN INSTITUTE, May 2008, No 8, Boston University School of Public Health, Download this Brief from www.U4.no/themes/health
- 18- Kwon S. Payment system reform for health care providers in Korea. Health Policy and Planning 2003; 18:84-92
- 19- Hatami N, Asgarian M, Pourmohammadi K. The Implication of Quality Improvement Module in Using Medical Records and its Effect on Hospital Income, Health Information Management Journal, 2008, (Persian)
- 20- Saif Rabie M, Sedighi I et al. Evaluation of Information Registration in hospitals Records of Hamadan University of Medical sciences. Scientific Journal of Hamadan University of Medical Sciences 2009; 16(2) (persian)
- 21- Holmes H and et al. Complete Guide to Documentation. USA: Judith A. Schilling Mc Cann, RN, MSN; 2003
- 22- Abdolhak M. Health Information of a Strategic Resource. USA: W.B Saunders Company; 2001.
- 23- Tinsley JA. An educational intervention to improve residents inpatient charting. Acad Psychiatry 2004 ;28(2):136-9
- 24- Davis N, Lacour M. Introduction to health information technology. USA: W.B. Saunders Company; 2002
- 25- Purdom DT, Griffith RS, Weaver DL. A positive systematic approach to improve inpatient medical record completion in a family practice residency program
- 26- Tavakoli G, Mahdavi S, Shokrolah Zadeh M. The study of MSIO & SSO insurance companies deductions in Keraman Shafa Hospital in 2001. Imam Hossein University Press 2002, (Persian)
- 27- Dehnavie R. Study of MSIO insurance companies deductions in Hasheminejad & Firuzgar Hospital in 2002. Special issue of The Scientific Journal of Medical Services Insurance 2004 Number25, (Persian)
- 28- Carrin G. Social health insurance in developing countries: a continuing challenge. International Social Security Review 2002; 55: 57-69
- 29- Lu JFR, Hsiao WC. Does Universal Health Insurance Make Health Care Unaffordable? Lessons From Taiwan. Health Affaires (Project Hope) 2003;22:77-9
- 30- Tabatabaei SS, Kalhor R. The prevalence and causes of insurance deductions in records bills. Homa-ye-Salamat Journal 2006; Number 16 (Persian)
- 31- Kesselheim A S, Brennan T A. Overbilling vs. Downcoding: The Battle between Physicians and Insurers. N Engl J Med 2005; 352:9
- 32- Ghaderi Sh. Survey of causes of insurance deductions and solutions to reduce them by FMEA technique in Shiraz Namazi Hospital, Master degree dissertation, 2008, (Persian)
- 33- Sarukhany B, Sociology of Communication. Ettelaat Press 2000, Tehran (Persian)
- 34- Alini M. The Relationship between Social Security Organization with contracted institutions, providers, diagnostic services and pharmacies in Tehran. Social Security Quarterly 2003; 5(14) (Persian)