

چالش‌های ارتباطی بین سازمان‌های بیمه‌گر و بیمارستان‌ها: یک مطالعه اکتشافی در شهر تهران

ابراهیم جعفری پویان: دانشیار، گروه علوم مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
ابولقاسم پوررضا: استاد، گروه علوم مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
فاطمه خیراللهی: کارشناس ارشد، گروه علوم مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران-نویسنده
رابط: fatemehkh88@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۱۱/۱۲ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۴/۱۱

چکیده

زمینه و هدف: به دنبال استقرار طرح تحول سلامت در بیشتر بیمارستان‌های دولتی روابط و فعالیت‌های سازمان‌های بیمه‌گر و بیمارستان‌ها دچار تغییراتی شده است. هدف از این پژوهش شناسایی موانع و چالش‌های پیش روی بیمارستانها و سازمانهای بیمه‌ای و ارائه راهکارهایی جهت رفع آنها می‌باشد.

روش کار: جامعه مورد پژوهش در مجموع ۷۴ نفر از پرسنل بیمارستان‌های دولتی، خصوصی و نظامی شهر تهران (مدیران، مترون، کارشناسان مالی و رئیس حسابداری) و همچنین پرسنل سازمان‌های بیمه‌گر پایه و تکمیلی (نمایندگان بیمه مقیم در بیمارستان‌ها، کارشناسان سازمان‌های بیمه‌گر و مدیران بیمه) می‌باشند. روش گردآوری داده‌ها مصاحبه نیمه ساختاریافته و تحلیل داده‌ها به روش تحلیل موضوعی صورت پذیرفته است.

نتایج: مهم‌ترین چالش‌های شناسایی شده عبارت بودند از کسورات، تاخیر در پرداخت هزینه‌های بیمارستان، سلیقه‌ای عمل نمودن، عدم حضور و تعداد کم نماینده بعضی سازمان‌های بیمه‌ای در بیمارستان‌ها، عدم وجود تعامل کافی بین دو سازمان، عدم مسؤلیت‌پذیری پرسنل بیمارستان در مدیریت هزینه‌ها و عدم عقد قرارداد بیمارستان دولتی با بیمه تکمیلی و بیمارستان خصوصی با بیمه پایه مطرح گردید.

نتیجه‌گیری: با توجه به حساسیت و اهمیت ارتباط بین سازمانهای ارائه دهنده و خریدار خدمات سلامت و همچنین پیچیده تر و چالشی تر شدن این ارتباط بعد از اجرای طرح تحول سلامت و اعتباربخشی بیمارستان‌ها، علم به چالشهای فوق‌الذکر می‌تواند راهکارهای مناسب و موثری در جهت بهبود روابط دو سازمان در اختیار مدیران قرار دهد.

واژگان کلیدی: چالش‌ها، ارتباطات، بیمارستان، سازمانهای بیمه‌ای

مقدمه

را از مراکز بهداشتی و درمانی مختلفی دریافت می‌کند. گرچه اهداف، رسالت و خدمات این مراکز تا حدودی با هم متفاوت است اما در هر مرکز فرآیندهای مشابهی جهت اطمینان از تأمین نیازهای فردی و ارائه مراقبت وجود دارد. در کنار ارتقاء و حفظ کیفیت خدمات، یک نگرانی اصلی دیگر ارائه دهندگان خدمات، مراکز بهداشتی - درمانی، و

نظام سلامت در تمامی دنیا، با وجود پیشرفت‌های چشمگیر و غیر قابل انکار در عرصه دانش و فن آوری و در کنار پیدایش بیمارستان‌های عظیم مجهز به انواع بخش‌های تخصصی، همچنان با چالش‌های متعددی روبروست (Nikpajouh and Garcia 2009). هر انسان در طول عمر خود خدمات و مراقبت‌های بهداشتی و درمانی

پیشرفت سریع دانش و فناوری پزشکی و رشد تنوع و گستردگی خدمات درمانی تعمیم کلیه خدمات درمانی به بیمه شدگان اجباری به صورت نامحدود و در کلیه سطوح نه جزو رسالت سازمان‌های بیمه گر پایه محسوب شده و نه در توان آن‌ها می‌باشد. به همین دلیل، خدمات مازاد با نام بیمه مکمل (تکمیلی) بر عهده شرکت‌های بیمه درمان خصوصی و یا بازرگانی واگذار می‌گردد (Ferdowsi and Mohammadi 2004). از دیگر مزایای این نوع بیمه نامه‌ها انتخاب آزادانه بیمه شدگان برای استفاده از مراجع درمانی طرف یا غیر طرف قرارداد بیمه گر می‌باشد.

بخش سلامت از ابتدای تشکیل تاکنون اصلاحاتی را تجربه کرده است که هر یک از این اصلاحات با هدف کلی پاسخگویی به نیازهای جامعه و ارتقا و بهبود نظام سلامت، تأثیراتی را به همراه داشته است. اجرای این اصلاحات با توجه به عوامل پیشبرنده و بازدارنده اثرگذار بر اجرای برنامه، همواره با فراز و نشیب‌هایی روبرو بوده، ولی در مجموع توانسته است دستاوردهای ارزشمندی را برای سلامت کشور به همراه داشته باشد. از جمله این اصلاحات، طرح تحول نظام سلامت (Roshani et al. 2015) و استقرار مکانیسم‌های ارزشیابی جدیدی همچون اعتباربخشی بیمارستان‌هاست که موجب پیچیده تر شدن این ارتباطات شده‌اند (Karimi et al. 2013). اخبار رسانه‌ها که اشاره به تنش‌های بین سازمان‌های بیمه‌گر و بیمارستان‌ها چه در سطح خرد یا کلان دارد (Anonymous 2016) نیز به نوعی مؤید این چالش‌ها محسوب می‌گردد. درکنار این مشکلات تغییر و تحول مداوم درسطوح مدیریتی نظام بهداشت و درمان و سازمان‌های متولی بیمه درمانی و منسجم نبودن روش‌های تصمیم‌گیری موجب بی نتیجه ماندن فعالیت‌ها می‌شود.

با رشد تعداد سازمان‌های بیمه‌گر از سویی و تنوع مراکز ارائه دهنده خدمات ارتباطات متعددی بین این سازمان‌ها شکل گرفته است که کیفیت این ارتباطات تأثیر مستقیمی بر کیفیت خدمات دریافت شده توسط بیماران و بیمه شده‌ها خواهد داشت. با توجه به تعدد این ارتباطات به دلیل تعداد

خریداران خدمات همیشه کاهش هزینه‌ها با حفظ کیفیت مراقبت و خدمات بوده است (Aghazadeh 2002).

با تصویب قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور، دولت موظف شد تا شرایط لازم برای تحت پوشش قراردادن تمام گروه‌ها و افراد جامعه را که متقاضی بیمه خدمات درمانی هستند فراهم نماید و کلیه بیمارستان‌های کشور نیز موظف شدند نسبت به پذیرش و مداوای بیمه شدگان و ارایه مراقبت‌های پزشکی بر اساس این قانون اقدام نمایند (Anonymous 2016). 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 سهم متفاوت در تأمین مالی هر یک دارد (Maleki 2010).

ارتباط بین سازمان‌های بیمه گر اصلی و بیمارستان‌ها طی قراردادی الزام آور بوجود می‌آید. براساس حق فسخ چنانچه یکی از طرفین مفاد قرارداد را نقض نماید، طرف مقابل می‌تواند قرارداد را خاتمه دهد و از زیان بیشتر پیشگیری نماید (Nasiri Rad et al. 2010). در نظام‌های خدمات سلامت ما شاهد مثلث بیمار، ارائه کننده خدمات و پرداخت کننده هزینه‌های خدمات هستیم. در سمت ارائه کننده خدمات مواردی مثل بیمارستان، پزشک، دندانپزشک، داروخانه و آزمایشگاه‌های بالینی قرار دارند که هدف آنها جذب هرچه بیشتر بیماران و کسب منافع بیشتر است. هدف خریداران خدمات (سازمان‌های بیمه ای) نیز تحت پوشش قراردادن تعداد بیشتر افراد جامعه و کسب منفعت بیشتر است (Mosadegh Rad 2005). در قانون اساسی حضور و فعالیت بخش خصوصی در ارائه خدمات نظام سلامت پیش بینی و مجاز شناخته شده است (Hatami et al. 2007). این بخش غالباً خدمات خود را با دریافت مستقیم هزینه‌ها از مراجعان ارائه می‌نماید و در مواردی نیز بخشی از هزینه‌های خود را از طریق سازمان‌های بیمه‌گر تکمیلی دریافت می‌کند. با

پژوهش حاضر یک مطالعه کیفی با هدف اکتشافی و از نظر نتیجه کاربردی می باشد که در سال ۱۳۹۴ در شهر تهران انجام گرفته است تا چالش های موجود در ارتباطات بین سازمان های بیمه ای بعنوان خریداران (Purchaser) خدمت و بیمارستان ها بعنوان ارائه دهندگان (Provider) خدمات را شناسایی نماید. نمونه گیری با روش هدفمند و گلوله برفی (Snow ball) با تلاش برای جمع آوری داده از افرادی که در فرایندهای ارتباطی بین بیمارستان ها و بیمه ها مشارکت مستقیم و غیرمستقیم دارند انجام شد. انتخاب این افراد از سازمان های مختلفی از جمله بیمارستان های دولتی و خصوصی و نظامی (تعداد کل بیمارستان های مورد مطالعه ۱۴ مورد بودند. ۹ بیمارستان دانشگاهی، ۳ بیمارستان خصوصی و ۲ بیمارستان ارتش) و همچنین و سازمان های بیمه گر دولتی و خصوصی با تاکید بر تنوع بیمارستانی و میزان همکاری آنها صورت گرفت. در واقع هدف انتخاب افرادی بود که به نحوی با موضوعات و مشکلات بیمه و بیمارستان ارتباط دارند و از این افراد برای شناسایی افراد مرتبط دیگر بعد از مصاحبه سوال می شد. داده ها با بهره گیری از روش مصاحبه نیمه ساختاریافته (Semi-structured) جمع آوری گردید. راهنمای سوالات مصاحبه (Topic guide) بعد از طراحی براساس اهداف پژوهش و مرور متون مرتبط، برای کامل بودن تعداد سوالات و نوع آنها توسط چند صاحب نظر مدیریت سلامت، کارشناس بیمه ای و مالی و متخصص روش شناسی مورد ارزیابی قرار گرفت و نواقص آن رفع گردید. البته در بسیاری از موارد مصاحبه با مدیران بدلیل عدم فرصت آنان و متروک های بیمارستان، مسؤول حسابداری و درآمد به جهت هم زمانی با اعتباربخشی بیمارستان ها و برنامه های آموزشی پرسنل و تکمیل مستندات و انجام بازدیدهای مختلفی که داشتند با مشکلاتی روبرو می شد. جمع آوری داده با رعایت الزامات اخلاقی همچون کسب اجازه برای ضبط صدای مصاحبه شوندگان، دادن اطمینان برای محرمانه ماندن اطلاعات شخصی آنها و عدم الزام مصاحبه شوندگان به شرکت در مصاحبه انجام گردید. در صورت

زیاد سازمان ها و گروه های شغلی درگیر در آنها و همچنین تنوع سازمان ها و اهداف متفاوت و بعضا متناقض آنها شکل گیری ارتباطات بین این سازمان ها را دچار چالش می نماید. برای مثال بیمارستان های خصوصی بدلیل ماهیت، سبک مدیریت و درآمدزایی خاص تمایل چندانی برای عقد قرارداد با بیمه های پایه ندارند (مشکلات مربوط به بیمه های پایه و قوانین آن مانند تنظیم صورتحساب بر اساس تعرفه ها و فرمت مورد درخواست بیمه ها، نظارت این بیمه ها) و بیشتر بیماران با بیمه های تکمیلی و بصورت آزاد پذیرش می شوند. بیمارستان های نظامی نیز بواسطه ماهیت و مالکیت تحت نیروهای مسلح با بیمه نیروهای مسلح قرارداد الزامی دارند که حتی بصورت قرارداد نبوده و به نوعی مشخص شده می باشد، همچنین با بیمه های دیگر نظیر تأمین اجتماعی، بیمه سلامت (قراردادهای بصورت سالیانه) و کمیته امداد هم قراردادهایی منعقد می شود.

علیرغم پیچیدگی و اهمیت این ارتباطات مطالعات بسیار اندکی به این موضوع پرداخته اند، بیشتر مطالعات موجود در این حوزه به بحث کسورات بیمه ای (دلایل و مقدار کسورات) پرداخته اند (Moalemi et al. 2014; Karimi et al. 2013) لیکن با عنایت به تحولات اخیر نظیر اجرای طرح تحول سلامت و اعتباربخشی ضرورت انجام مطالعات بیشتر احساس می گردد. همچنین وجود یک ارتباط کارا و موثر می تواند هم برای بیمارستان، جهت جلوگیری از مشکل های مالی و هم برای سازمان بیمه گر جهت استفاده موثر و دفاع از حقوق بیمه شدگان مفید باشد و این به کنترل هزینه های نظام سلامت نیز کمک می کند (Nasirrad et al. 2010). در همین راستا، مطالعه حاضر با هدف بررسی چالش های ارتباطی بین انواع سازمان های بیمه گر و بیمارستان های مختلف درصدد کمک به شفاف سازی این ارتباطات و شناسایی موانع و چالش های پیش روی ارتباطات آنها بوده است.

روش کار

درخواست سوالات مصاحبه در اختیار مصاحبه شونده‌گان قبل از مصاحبه قرار می‌گرفت. در نهایت مصاحبه‌ها ضبط و پیاده سازی شدند. برای تضمین کیفیت داده های جمع آوری شده، بخشی از آن بعد از تحلیل اولیه توسط مصاحبه شونده‌گان (Respondent validation) و افراد متخصص چک گردید (Peer check). همچنین سعی گردید کلیه ذی نفعان و دیدگاه‌های مرتبط برای بررسی ارتباط مورد توجه قرار گیرد (Fair dealing). روش تحلیل داده‌ها در این مطالعه راهبرد تحلیل موضوعی (Thematic analysis) بود.

نتایج

مجموع افراد مشارکت کننده در مطالعه ۷۴ نفر (از ۸۴ نفری که به آن‌ها مراجعه شد) که شامل ۴۴ نفر پرسنل بیمارستان‌های دانشگاهی، خصوصی و ارتش (مدیر بیمارستان، مسئول حسابداری (مدیر مالی)، مسئول درآمد) با میانگین سنی ۴۱ سال و ۱۶ سال سابقه کاری بوده که در حدود ۶۱٪ مرد و ۳۹٪ آن‌ها زن بودند. همچنین میزان مشارکت کنندگان از سازمان‌های بیمه‌ای ۳۰ نفر متشکل از مدیران و کارشناسان مسئول سازمان‌های بیمه‌ای پایه و تکمیلی به همراه نمایندگان بیمه مقیم در بیمارستان‌های دولتی با میانگین سنی ۴۰ سال و ۱۳ سال سابقه کاری که ۸۰٪ زن و ۲۰٪ مرد بودند. مشارکت کنندگان با مدارک تحصیلی دیپلم، کاردانی، کارشناسی، کارشناسی ارشد و دکتری عمومی و تخصصی بودند. جمع آوری داده‌ها حدود پنج ماه بطول انجامید و در این فرایند سعی گردید همه انواع سازمان‌های درگیر در ارتباطات بیمه‌ها و بیمارستان‌ها و کلیه افراد آشنا به فرایند و مرتبط با این ارتباطات مورد مصاحبه قرار گیرند. بعد از تحلیل داده‌ها، پنج درون مایه (تم) کلی و ۱۷ زیرموضوع به ترتیب ذیل شناسایی گردیدند (جدول ۱).

درونمایه اول: انواع ارتباطات بین بیمارستان‌ها و بیمه‌ها:
- ارتباط از طریق قراردادهای بیمه: قراردادهای بین بیمارستان‌های دولتی و بیمه‌های پایه برطبق قانون،

الزامی و اجرای آن اجباری می‌باشد که امکان لغو وجود ندارد. این قراردادها میان دانشگاه علوم پزشکی (که بیمارستان تحت پوشش آن قرار دارد) و بیمه‌ها منعقد می‌گردد. "در بیمارستان دولتی نوع قراردادهای بیمه پایه و بیمارستان اجباری است" (نماینده بیمه). بیمارستان‌های خصوصی بصورت محدود با بیمه‌های پایه قرارداد دارند. بیشتر بیمارستان‌های خصوصی با بیمه‌های تکمیلی قرارداد داشته و چنانچه بیمه‌ای به تعهد خود پایبند نباشد و یا دیرکرد در پرداخت داشته باشد قراردادها لغو می‌گردد. "بیمارستان‌های خصوصی درجه ۱ تنها با بیمه‌های تکمیلی قرارداد دارند و غالباً با بیمه‌های پایه قرارداد نمی‌بندند" (مدیر بیمارستان). بیمارستان‌های نظامی بواسطه ماهیت خود عمدتاً با بیمه نیروهای مسلح قرارداد الزامی دارند. هرچند قرارداد با سایر بیمه‌های پایه و تکمیلی نیز در این بیمارستان‌ها وجود دارد. "بیمارستان ما با بیمه نیروهای مسلح (ساخت) قرارداد اجباری و با بیمه سلامت، روستاییان و تأمین اجتماعی قرارداد دارد" (مسئول درآمد).

- ارتباط نماینده بیمه و کارشناس ناظر بیمارستانی با بیمارستان‌ها: نماینده‌های بیمه مقیم با توجه به نوع و سطح فعالیت خود با واحدهای مختلف به ویژه واحد درآمد بیمارستانها ارتباط مستقیمی دارند. این دو حلقه اصلی ارتباط میان بیمه و بیمارستان محسوب می‌شوند. "واحد درآمد و واحد بیمه ارتباط مستقیمی با هم دارند. در واقع ما واسطه و حلقه اصلی ارتباط بیمه و بیمارستان هستیم" (مسئول درآمد). "در بیمارستان‌هایی که نماینده بیمه مقیم ندارند مسئول درآمد بصورت مستقیم با سازمان [بیمه گر] تماس می‌گیرد." (کارشناس بیمه)

درونمایه دوم: مشکلات و چالش‌های بیمارستان‌های دولتی و سازمان‌های بیمه‌گر پایه و تکمیلی

- چالش‌های بیمارستان‌ها و سازمان‌های بیمه‌گر از دیدگاه بیمارستان: مهم‌ترین چالش‌های بیمارستان‌های

نمی باشد و این عدم حضور در بیمارستان ها مشکلاتی نظیر عدم پاسخگویی به مشکلات بیمارستان در ساعات عدم حضور، مراجعه حضوری پرسنل درآمد به سازمان بیمه طرف قرارداد و کندی روند رسیدگی به اسناد را به دنبال داشته است. "در بیمارستان ما نماینده بیمه سلامت حضور ندارد و ما باید خودمان پرونده ها را به سازمان ببریم و وقت ما کلی از بین می رود" (مسئول درآمد بیمارستان دولتی).

چالش های بیمارستان ها و سازمان های بیمه گر از دیدگاه پرسنل سازمان بیمه گر: تحویل ناقص و با تأخیر پرونده ها به نمایندگان بیمه، عدم فراهمی امکانات رفاهی و تسهیلات لازم، عدم وجود تعامل کافی بین بیمارستان و سازمان های بیمه و عدم مسؤلیت پذیری پرسنل بیمارستان و عدم عقد قرارداد بین بیمارستان دولتی با بیمه تکمیلی بعنوان مهمترین چالش های بیمارستان های دولتی و بیمه ها از نظر پرسنل سازمان های بیمه گر شناسایی گردیدند.

۱. تحویل ناقص و با تأخیر پرونده ها به نمایندگان بیمه: پرسنل بیمارستان بدلیل افزایش حجم کار نمی توانند پرونده ها را به موقع به نماینده ها و سازمان های بیمه ارائه نمایند و این امر مشکلات تأخیر در بررسی پرونده ها و پرداخت را به دنبال دارد. "بیمارستان پرونده ها را دیر می فرستد و یا اسناد اشکال دارند اما زودتر از موعد، انتظار دریافت مبلغ دارد" (کارشناس بیمه پایه).

۲. عدم فراهم نمودن امکانات رفاهی و تسهیلات لازم: نمایندگان بیمه از فضای اتاق و امکانات (سیستم تهویه، سیستم های کامپیوتری و اینترنت پرسرعت، پرینتر) که در اختیار آن ها قرار داده شده بود اظهار نارضایتی می نمودند. "امکانات خوبی به نمایندگان بیمه مقیم داده نمی شود، وقتی بخواهیم استعلام یا پرینت از سوابق بگیریم و یا اعتباردفرچه را چک نماییم امکانات نداریم" (کارشناس بیمه پایه).

دولتی و بیمه ها از نظر پرسنل بیمارستان ها شامل: کسورات، نحوه برخورد نماینده های بیمه (سلیقه ای عمل نمودن نماینده های بیمه)، عدم حضور یا تعداد کم نماینده بعضی سازمان های بیمه گر در برخی بیمارستان ها بودند.

۱. کسورات: کسورات یکی از اصلی ترین چالش های بین بیمارستان و سازمان های بیمه ای بشمار می رود که از سوی دو طرف مطرح گردید. "کسورات مانع ارتباطات موثر هستند. اگر بیمه ها کسور نزنند ما با یکدیگر تعامل داریم در غیر اینصورت برخورد و پیگیری بوجود می آید" (مسئول درآمد). در مواردی نیز علیرغم اعلام موارد مشمول کسور از سوی نمایندگان بیمه به پرسنل بیمارستان، هیچ گونه ترتیب اثری داده نمی شود و یا کسورات بصورت مقطعی رفع می گردند. "موارد مشمول کسور را به پرسنل بیمارستان اعلام می کنیم که گاهی مواردی را بصورت آنی رفع می کنند ولی بعد دوباره تکرار می شود" (نماینده بیمه)

۲. دیرکرد در پرداخت پول و هزینه های بیمارستان: یکی از چالش هایی که بیمارستان ها با آن مواجه هستند عدم پرداخت بموقع پول توسط سازمان های بیمه گر می باشد که مدت زمان آن برای بیمه های مختلف متفاوت می باشد. "بیمه ها خیلی دیر هزینه ها را پرداخت می کنند بیمار مرخص می شود و سهم بیمه ای مربوط خودش را بیمه با تأخیر پرداخت می کند" (مترونی بیمارستان دولتی)

۳. سلیقه ای عمل نمودن نماینده های بیمه: یک چالش اساسی پرسنل بیمارستان با نماینده های بیمه سلیقه ای عمل نمودن آن ها در بررسی اسناد می باشد. "نماینده های بیمه سلیقه ای رفتار می کنند و ما مجبوریم با آن ها راه بیابیم" (مسئول درآمد بیمارستان دولتی)

۴. عدم حضور یا تعداد کم نماینده بیمه در بیمارستان: تعداد نماینده های بیمه مقیم در بیمارستان ها کافی

ندارد برای صدور معرفی نامه مشکلاتی عنوان نمودند. "اگر اشکال یا اشتباهی در نوشتن معرفی نامه‌ها (نوع بستری و نوع درمان طبی) بوجود بیاید بیمار مجبور است دوباره برای گرفتن معرفی نامه برود." (مدیر بیمارستان دولتی)

۳. واقعی نبودن تعرفه‌ها: بیمارستان‌های خصوصی افزایش قیمت را هنوز منطبق با مقدار مورد نظر خود نمی‌دانستند. "افزایش تعرفه با نرخ تورم بالا می‌رود ولی هنوز واقعی نیست و بخش خصوصی نمی‌تواند هزینه‌هایش را پرداخت کند." (مدیر بیمارستان خصوصی)

۴. سقف پرداخت بیمه‌های تکمیلی: بیمه‌های تکمیلی و خصوصی دارای سقف پرداختی هستند که در قرارداد آن‌ها قید شده است و بیمار تا این سقف می‌تواند هزینه‌های خود را دریافت نماید. "در بیمه تکمیلی سقف دارد مثلاً سقف ده میلیون اگر بیشتر شود پولش را بیمار می‌دهد اگر در یکسال مبلغ هزینه شده بیشتر شود دیگر پول نمی‌دهد. اگر اول بیمار صورتحساب خود را تامین اجتماعی بیاورد تا مبلغ دولتی را بگیرد بعد هر چه باقی ماند برای بیمه تکمیلی ببرد و پولش را بگیرد." (کارشناس بیمه پایه)

درونمایه چهارم: عوامل تأثیرگذار بر روابط میان بیمارستان و سازمان‌های بیمه‌گر:

اعتبار بخشی و طرح تحول سلامت دو موضوعی بودند که به نظر مشارکت‌کنندگان بر ارتباطات دو سازمان تأثیرگذار بوده است.

- اعتبار بخشی: با اجرای طرح اعتباربخشی بیمارستان‌های کشور بمنظور اعطای درجه به آن‌ها و تعرفه‌گذاری و انعقاد قرارداد بر حسب درجه کسب شده توسط بیمارستان‌ها روابط دو سازمان (بیمارستان و سازمان بیمه‌گر) نیز تحت تأثیر این امر قرار گرفته است. نماینده سازمان‌های بیمه‌گر پایه در گروه اعتباربخشی بمنظور نظارت بر سنج‌های مالی در فرآیند اعتباربخشی حضور دارد. "هنگام اعتباربخشی گروه تخصصی برای ارزیابی هر بخش می‌آیند. گروه بیمه‌ای

۳. عدم وجود تعامل کافی بین بیمارستان و سازمان‌های بیمه: براساس ادعای بیمه‌گرها، پرسنل بیمارستان تعامل کافی و ارتباط مؤثری با نماینده‌های بیمه ندارند. "پرسنل بیمارستان خود را ملزم به پاسخگویی به بیمه نمی‌دانند... نوع محاسبه و تعهدات ما طبق دستورالعمل ابلاغی یک چیز است و آن‌ها نمی‌پذیرند." (کارشناس بیمه پایه)

۴. عدم مسؤلیت پذیری پرسنل بیمارستان: برخی پرسنل بیمارستان نسبت به اشتباهات خود آگاه هستند و با وجود آموزش‌ها (در زمینه موارد کسور) همچنان این اشتباهات ادامه پیدا می‌کنند. "ما باید مسائل و مشکلات را تکرار کنیم. این کار توان و وقت و هزینه از ما می‌برد و کار بی نتیجه‌ای است" (نماینده بیمه).

۵. عدم عقد قرارداد بین بیمارستان دولتی با بیمه تکمیلی: بیمارستان‌ها بیشتر می‌خواهند پاسخگویی بیماران با بیمه‌های پایه باشند و قرارداد با بیمه‌های تکمیلی کمتر منعقد می‌گردد. "بیمارستان‌های دولتی راغب به عقد قرارداد با بیمه تکمیلی نیستند چون درآمد دارند حجم کارشان زیاد است و هزینه‌ها پایین‌تر است. اکثر بیمه‌های تکمیلی نیز مایل نیستند برای قرارداد با بیمارستان دولتی بروند" (کارشناس بیمه تکمیلی).

درونمایه سوم: چالش‌های بیمارستان خصوصی و بیمه‌های پایه و تکمیلی:

۱. دیرکرد در پرداخت پول و هزینه‌های بیمارستان: عدم پرداخت بموقع صورتحساب‌های مالی از سوی بیمه‌ها مشکل اصلی بیمارستان‌های خصوصی طرف قرارداد می‌باشد. "مدارک را برای بیمه می‌فرستیم بجای دو هفته سه ماه بعد پرداخت می‌کند و دیرکرد دارند. نمی‌تواند بموقع پول را پرداخت کند." (مدیر بیمارستان دولتی)

۲. عدم حضور نماینده مقیم در بیمارستان: در بیمارستان‌های خصوصی که نماینده بیمه حضور

تحول پرداخت می شود. قبلاً بخاطر فشارهای مالی بخش ها آسیب پذیر بودند و پرسنل و نماینده های بیمه با بیماران و یکدیگر درگیر می شدند" (مسئول درآمد).

بحث

این مطالعه روابط و مشکلات دو سازمان بیمه گر (پایه و تکمیلی) و بیمارستان های (دولتی، خصوصی و ارتش) شهر تهران و همچنین عوامل تأثیرگذار سال های اخیر بر روابط دو سازمان را نشان داد. ارتباط بین سازمان های بیمه گر اصلی و بیمارستان ها طی قرارداد الزام آوری که امکان لغو آن وجود ندارد تعریف می شود (Khedmatgozar 2008). عقد قرارداد میان بیمارستان های خصوصی و بیمه پایه بصورت یکساله بوده که در صورت تخلف این بیمارستان ها قرارداد برای مدت کوتاهی لغو و در صورت ادامه روند بصورت کامل متفی خواهد گردید.

چالش ها و مشکلات میان دو سازمان متعدد می باشند. مهم ترین چالش های بیمارستان های دولتی و بیمه ها از نظر پرسنل بیمارستان ها شامل: کسورات، نحوه برخورد نماینده های بیمه (سلیقه ای عمل نمودن نماینده های بیمه)، عدم حضور یا تعداد کم نماینده بعضی سازمان های بیمه گر در برخی بیمارستان ها بودند. همچنین تحویل ناقص و با تأخیر پرونده ها به نمایندگان بیمه، عدم فراهم نمودن امکانات رفاهی و تسهیلات لازم، عدم وجود تعامل کافی بین بیمارستان و سازمان های بیمه، عدم مسؤلیت پذیری پرسنل بیمارستان و عدم عقد قرارداد بین بیمارستان دولتی با بیمه تکمیلی بعنوان مهمترین چالش های بیمارستان های دولتی و بیمه ها از نظر پرسنل سازمان های بیمه گر شناسایی گردیدند. اعتباربخشی و طرح تحول سلامت نیز از نظر مشارکت کنندگان بر ارتباطات دو سازمان تأثیرگذار بوده است. دیرکرد در پرداخت پول و هزینه های بیمارستان، عدم حضور نماینده مقیم در بیمارستان، واقعی نبودن تعرفه ها و سقف پرداخت بیمه های تکمیلی نیز بعنوان چالش های بیمارستان خصوصی و بیمه های پایه و تکمیلی معرفی گردیدند.

برای بخش مالی می آید" (مسئول حسابداری). حضور بیمه ها در اعتباربخشی بیمارستان آنچنان که باید پررنگ نمی باشد. "جایگاه موثری برای بیمه ها در اعتباربخشی لحاظ نمی کنند. آن ها حضور فیزیکی دارند و همه چیز فرمالیته است" (کارشناس بیمه).

- طرح تحول سلامت: با اجرای طرح تحول سلامت در بیمارستان های دانشگاهی فعالیت بیمارستان ها و سازمان بیمه گر تحت تأثیر قرار گرفتند. با اجرای طرح بر حجم فعالیت بیمارستان ها و سازمان بیمه گر افزوده شد. "ما با این طرح تغییر رویه دادیم. با افزایش مراجعین علاوه بر چندین برابر شدن کارها زیرساخت ها آماده نبود و طراحی صورتحساب و فرمت جدید داشتیم" (مسئول درآمد). با انتشار کتاب ارزش نسبی خدمات و ویرایش های بعدی آن صورتحساب ها دائماً تغییر و اسناد دیرتر آماده شده و در نتیجه پرداخت ها نیز با تأخیر صورت می پذیرند. "اسناد وقتی دیرتر تکمیل می شود (گاهی صورتحساب ها ۳ تا ۴ بار عوض شدند) کارهای مربوط به بیمه هم دیرتر انجام می شود و بیمارستان ضرر می کند" (مسئول درآمد). با افزایش حجم فعالیت بیمارستان ها سرعت و کیفیت ارائه خدمت ضعیف تر صورت می گیرد "مراجعه بیماران زیاد و کیفیت خدمات پایین آمده- مخصوصاً کیفیت خدمات بستری" (نماینده بیمه).

در کنار مشکلات ایجاد شده افزایش موارد مشمول تعهد بیمه ها (خدمات، دارو و لوازم مصرفی) تا حدودی نیز موجب بهبود روابط دو سازمان و رضایت بیماران عنوان گردیده است. "بیمار قبلاً بسیاری از دارو و لوازم را خود تهیه می کرد اما الان در تعهد بیمه آمده و مواردی که بیمه نمی دهد، ستون یارانه سلامت پرداخت می کند" (نماینده بیمه). با کاهش پرداختی بیماران و افزایش تعهدات بیمه و همچنین افزایش پرداختی بیماران تنش میان دو سازمان کاهش پیدا کرده است. "خیلی از تنش ها کم تر شده. خیلی از منابعی که قبلاً پرداخت نمی شد در قالب طرح

صورت‌حساب‌ها برای سازمان‌های بیمه از سوی بیمارستان‌ها باشد. با اجرای طرح تحول سلامت میزان پرداختی بیماران کاهش یافت و بر عهده بیمه‌ها و ستون یارانه‌ها قرار گذاشته شد. اما سازمان‌های بیمه‌گر در پرداخت هزینه‌های بیمارستان‌ها با مشکلاتی مواجه هستند (Anonymous 2016).

چالش‌های ارتباطی میان سازمان‌های مختلف وجود دارد (Azar et al. 2007) که با توجه به تعاملات و ارتباطات میان نمایندگان بیمه مقیم و پرسنل بیمارستان (عدم فراهم نمودن امکانات رفاهی) مشکلات پررنگ‌تر شده‌اند.

نمایندگان بیمه بعنوان حلقه ارتباطی از سوی سازمان‌های بیمه‌گر از وضعیت موجود در بیمارستان در زمینه عدم فراهم نمودن امکانات رفاهی مانند مکان مناسب و تجهیزات توسط بیمارستان‌ها و مشکلات با واحد درآمد در ارتباط با عدم رفع عوامل کسور اعلامی بیش از سایر موارد ناراضی‌تایی داشتند به گونه‌ای که اعلام داشتند موارد ذکر شده بر فعالیت آن‌ها تأثیر می‌گذارد و انگیزه لازم را جهت برقراری تعامل و بهبود ارتباطات نخواهند داشت. مطالعات صورت گرفته ناراضی‌تایی از این موارد را تأیید می‌نماید (Nasirirad 2010).

چالش‌های ارتباطی دیگر شامل عدم وجود تعامل میان دو سازمان، نحوه برخورد پرسنل بیمارستان و تحویل پرونده‌ها با تأخیر و ناقص به سازمان‌های بیمه‌گر و نمایندگان آن‌ها می‌باشد که در پژوهشی نیز این عوامل موجبات چالش‌هایی را برای سازمان بوجود آورده است (Azar et al. 2007) این چالش‌های ارتباطی ناشی از ارتباطات غیرمؤثر و بعضاً در مواردی ناشی از حجم کار بالا (بویژه در بیمارستان‌هایی که طرح تحول سلامت در آن‌ها اجرا می‌گردد) یا عدم وجود انگیزه در پرسنل ترخیص و درآمد برای آماده‌سازی پرونده و صورت‌حساب‌ها، وجود اشکالات در پرونده‌ها و مغایرت در صورت‌حساب‌ها باشد. پرسنل سازمان‌های بیمه‌گر این موارد را منجر به ایجاد نوعی بی‌انگیزگی تلقی می‌نمایند.

کسورات یکی از اساسی‌ترین چالش‌ها میان بیمارستان‌ها و سازمان‌های بیمه‌گر بود و اکثر مصاحبه شونده‌گان به آن اشاره نمودند زیرا مشکلات مالی در بسیاری از موارد دلیل مخدوش شدن روابط بیمارستان و سازمان بیمه شده و برای سازمان‌ها امری مهم تلقی می‌شود زیرا با درآمد آن‌ها مرتبط می‌باشد. اعمال کسور در پرونده‌های بیمارستان به منزله کاهش درآمد بیمارستان و به دنبال آن مشکلاتی در پرداخت هزینه‌های مختلف نظیر حقوق و دستمزد پرسنل، خرید تجهیزات و مایحتاج بیمارستان محسوب می‌شود از این رو از سوی پرسنل بیمارستان مورد تأکید قرار گرفته است. بیش از نیمی از کارشناسان مالی (مسئول درآمد، بیمه‌گری) بدلیل بررسی کسورات و اعلام موارد مشمول کسور به واحدها و همچنین متروک بیمارستان‌ها بدلیل وجود ارتباط کاری وسیع با پرسنل درمانی و بررسی پرونده‌های بخش‌های بستری بیشترین تأکید را بر وجود کسورات داشتند. سایر مطالعات صورت گرفته مؤید این مطلب می‌باشند که بیمارستان‌ها از همه بیشتر با اعمال کسورات سازمان‌های بیمه‌گر مشکل دارند زیرا آن‌ها را در مضیقه مالی قرار می‌دهد که البته علت آن را درج خدمات اضافی و غیرضروری توسط بیمارستان‌ها که مورد قبول سازمان بیمه‌گر نیست بیان می‌کنند (Tavakoli and Shokrolah Zadeh 2004). سلیقه‌ای عمل نمودن نمایندگان بیمه نیز منجر به اعمال کسوراتی در پرونده‌های بیماران می‌گردد. این سلیقه‌ای عمل نمودن ممکن است ناشی از عدم آگاهی کافی از قوانین و جدیدترین تغییرات باشد. یکی از چالش‌ها مورد اشاره عدم پرداخت بموقع پول توسط سازمان‌های بیمه‌گر می‌باشد. اعظم درآمد بیمارستان‌ها از طریق بیمه‌ها پرداخت می‌شود. طولانی بودن دوره وصول مطالبات سبب اختلال در پرداخت مراکز و در نتیجه تأثیر منفی بر نحوه ارائه خدمات می‌گردد (Ebadifard Azar et al. 2012). تأخیر در پرداخت بموقع پول می‌تواند ناشی از واریز اعتبارات از سوی دولت به حساب سازمان بیمه‌گر و ارسال با تأخیر

پزشک و یا نوع درمان وی داشته باشد می‌بایست دوباره معرفی‌نامه تغییر پیدا نماید و بدلیل عدم حضور نماینده در بیمارستان، این امر با مشکلاتی روبرو می‌شود.

چالش‌های بیمه‌های تکمیلی و بیمارستان‌ها عدم عقد قرارداد بین بیمارستان دولتی با بیمه تکمیلی و سقف پرداخت بیمه‌های تکمیلی می‌باشد. به دنبال اجرای طرح تحول سلامت در بیمارستان‌های دولتی و کاهش میزان فرانشیز بیماران و افزایش حجم بیماران مراجعه‌کننده، بیمارستان‌ها بیشتر می‌خواهند پاسخگوی بیماران با بیمه‌های پایه باشند و کمتر خود را درگیر بیمه‌های خصوصی و تکمیلی می‌نمایند. همچنین در خصوص سقف پرداخت بیمه‌های تکمیلی نیز باید اشاره نمود بیمه‌های تکمیلی و خصوصی دارای سقف پرداختی هستند که در قرارداد آن‌ها قید شده است و بیمار تا این سقف می‌تواند هزینه‌های خود را دریافت نماید. اما برخی بیمه‌ها سقف پرداخت پائینی دارند و بیماران نمی‌دانند چنانچه بیمه تأمین اجتماعی داشته باشند و بخواهند از این بیمه‌ها استفاده نمایند باید ابتدا از بیمه پایه خود استفاده نمایند. عدم آگاهی بیماران از این موضوع موجب بروز مشکلاتی هنگام دریافت هزینه‌های آن‌ها می‌گردد. البته نبود بیمه درمانی مکمل موجب کاهش دسترس به مراقبت بهداشتی می‌شود که خود موجب کاهش بازدهی سلامت افراد می‌گردد و در نتیجه کیفیت زندگی بیمار و خانواده وی را دچار اختلال و رکود می‌کند. (Bittoni et al. 2015)

طرح تحول سلامت را می‌توان به عنوان یکی از عوامل و تغییرات جدی در چند سال اخیر نام برد که بر روابط بیمه (فرآیند) و بیمارستان تأثیرات زیادی داشته است با اجرای طرح تحول سلامت در بیمارستان‌های دانشگاهی و افزایش تعداد مراجعین و کاهش کیفیت خدمات بستری در مواردی دیده شده و به دنبال آن با افزایش تعداد پرونده و صورت‌حساب‌ها میزان رسیدگی به کندی و پرداخت‌ها نیز با تأخیر صورت پذیرفته است. با توجه به پژوهش‌های صورت گرفته افزایش مراجعه‌کنندگان و کاهش کیفیت خدمات، همراهی نمودن بیمه‌های کشور و تأخیر در

بیمارستان‌های نیروهای مسلح و بیمارستان‌های دولتی تقریباً مشابه هستند و این بیمارستان‌ها بخاطر آنکه تحت نظارت مستقیم و پوشش نیروهای مسلح می‌باشند بیشتر با بیمه خود نیروهای مسلح در ارتباط هستند و بسیاری موارد برای آن‌ها حل شده می‌باشد مگر مشکلات مرتبط به مراجعین سایر بیمه‌ها که تعداد آن‌ها نسبت به بیمه شدگان نیروهای مسلح کمتر می‌باشد. از این رو چالش‌های میان دو سازمان کمتر به چشم می‌آید.

بیمارستان‌های خصوصی نسبت به سایر بیمارستان‌ها (دولتی و نیروهای مسلح) چالش‌های کمتری با سازمان‌های بیمه‌گر دارند و که یکی از دلایل آن عدم عقد قرارداد میان بسیاری از بیمارستان‌های خصوصی با بیمه‌های پایه باز می‌گردد. چالش‌های بیمارستان‌های خصوصی بیشتر معطوف به مسائل مالی و عدم پرداخت بموقع صورتحساب‌ها از سوی سازمان‌های بیمه‌گر می‌باشد. با توجه به پژوهش‌های صورت گرفته عدم پرداخت بموقع و کامل نبودن آن‌ها مطابق صورتحساب‌ها از سوی سازمان‌های بیمه‌گر نتیجه‌ای جز افزایش مشکلات مالی برای بخش خصوصی و کسری بودجه، عدم توانایی بیمارستان‌ها در خرید تجهیزات و وسایل بیمارستانی ضروری، کاهش حجم و کیفیت خدمات و حتی تعطیلی بخش‌ها و در نهایت فشار به مشتریان بیمارستان‌های خصوصی نخواهد داشت (Zaryie, Gavani et al. 2011). البته بسیاری از بیمارستان‌های خصوصی بدلیل عدم عقد قرارداد با بیمه‌های پایه با کسورات کمتری نسبت به سایر بیمارستان‌ها مواجه می‌شوند زیرا هزینه‌های خود را دریافت نموده‌اند و مشکلات تأخیر در پرداخت هزینه‌های بیمارستان هم مانند سایر بیمارستان‌ها مطرح نمی‌باشد. یکی دیگر از چالش‌های بیمارستان‌های خصوصی دارای قرارداد با بیمه، عدم حضور نماینده بیمه در بیمارستان‌ها می‌باشد که در زمینه صدور معرفی‌نامه مشکلاتی را برای همراهان بیماران و بیمارستان فراهم می‌آورد. چنانچه مطالب مندرج در معرفی‌نامه تناقضاتی با مشخصات بیمار یا نام

اقدام به ارائه بیمه تکمیلی می‌کردند، متضرر شدند (Anonymous 2017). در مورد بیمارستان‌های خصوصی که با بیمه‌های تکمیلی قرارداد دارند طرح تحول تأثیر چندانی نداشته زیرا مانند روند قبلی فعالیت می‌نمایند. مطابق مطالعات در بیمارستان‌های آموزشی به علت آموزشی بودن اقدامات درمانی توسط انسان‌های با مهارت کافی انجام نمی‌شود، فرآیندهایی که نیاز به انجام آن‌ها نیست جهت بیماران اجرا می‌شود و مدت زمان انتظار افزایش می‌یابد و در نهایت رضایت مردم کاهش یافته است (Ashraf et al. 2015). اجرای طرح‌های نظارتی نظیر اعتباربخشی در بیمارستان‌ها از سوی واحدهای ناظر و با حضور نماینده سازمان‌های بیمه‌گر بر روابط دو سازمان تأثیرگذار می‌باشد لیکن نظارت سازمان بیمه‌گر آنچنان که باید صورت نمی‌پذیرد.

نتیجه گیری

چنانچه بیمارستان و سازمان بیمه‌گر ارتباط و تعامل لازم را نداشته باشند انگیزه کافی جهت بررسی مشکلات و رفع آن‌ها (دیرکرد در پرداخت پول، بررسی وسواس‌گونه پرونده‌ها، برخورد نامناسب و عدم رفع کسورات) را نخواهند داشت. برگزاری جلسات مشترک (بصورت منظم، موضوعی و یا فوق العاده) میان پرسنل دو سازمان و در سطوح مختلف می‌تواند منجر به بهبود ارتباطات دو سازمان گردد. می‌توان با راه اندازی سایت از سوی سازمان بیمه‌گر و ثبت تمامی مشخصات بیمار (پزشک معالج وی و نوع درمان) بصورت آنلاین از سوی پرسنل بیمارستان در جهت کاهش مشکلات معرفی نامه در بیمارستان‌های خصوصی گام نهاد. بکارگیری فردی جداگانه در واحد ترخیص و بیمه‌گری یا بهره‌گیری از واحدی جداگانه (نظیر واحد تقویم در برخی بیمارستان‌ها) جهت بررسی مجدد پرونده‌ها و اعلام نقص‌های آن به منظور رفع نقص‌ها، شناسایی عوامل کسور و برگزاری کلاس‌های انفرادی و گروهی از سوی افراد آگاه، آموزش دیده و دارای قدرت سازمانی می‌تواند کسورات بیمارستانی را کاهش دهد. با شناسایی

پرداخت به بیمارستان‌ها از چالش‌ها عنوان شده با اجرای طرح می‌باشد (BehzadiFar et al. 2015). تغییر قوانین پیش از اجرای طرح موجب بروز اصطکاک و ناهماهنگی‌هایی در سازمان‌ها شده بود اما با اجرای طرح تحول و ویرایش‌های متعدد کتاب ارزش نسبی خدمات در جهت بلوغ طرح و رفع مشکلات پیش آمده ناشی از اجرای کتاب جدید، نوعی سردرگمی مضاعف در بیمارستان و حتی سازمان‌های بیمه‌گر ایجاد شده است. در کنار این مشکلات مزایایی نظیر رفع مشکلات قبلی دیده شده است. با توجه به مطالعات با اجرای کتاب ارزش نسبی خدمات در راستای اجرای هر چه بهتر طرح تحول نظام سلامت بیش از ۷۰ درصد از مشکلات و چالش‌هایی که مراکز با آن مواجه بودند برطرف و عملکرد مالی مراکز تا حد بالایی بهبود پیدا کرده است (Rahimi et al. 2015).

بیمارستان‌های نظامی به دلیل ماهیت و مالکیت خود (نیروهای مسلح) مشمول اجرای طرح نبوده و مراجعین خاص خود را دارد (افراد تحت پوشش بیمه نیروهای مسلح) از این رو اجرای طرح تحول سلامت تأثیری در شیوه ارائه خدمات، تعداد مراجعین و کیفیت خدمات ارائه شده از سوی بیمارستان‌های نظامی نداشته است. در بیمارستان‌های خصوصی به دلیل ماهیت، شیوه مدیریتی و سرمایه‌گذاری در این بیمارستان‌ها طرح تحول سلامت اجرا نمی‌گردد و تأثیری بر فرآیندهای آن‌ها نداشته است (مقداری کاهش در تعداد بیماران پذیرش شده در اوایل طرح و بازگشت به شرایط قبل از اجرای طرح به دلیل کیفیت پایین خدمات و صف‌های انتظار طولانی بیمارستان‌های دانشگاهی). به دنبال اجرای طرح تحول مراجعه بیماران به بیمارستان‌های دانشگاهی بیشتر شده است (چنانچه افراد از بیمه تکمیلی خود استفاده نمایند دیگر نمی‌توانند از یارانه سلامت بهره‌مند شوند (Anonymous 2016) و افراد با توجه به کاهش هزینه‌های پرداختی خود از بیمه‌های تکمیلی کمتر استفاده می‌نمایند. همچنین بخش عمده شرکت‌های بیمه‌ای که

اقتصادی و قوانین جامعه می باشد به بهبود ارتباطات میان دو سازمان منجر گردد تا از این طریق به بهبود ارائه خدمات با کیفیت، متناسب با نیاز جامعه و با هزینه های مناسب به بیماران به عنوان افراد آسیب پذیر جامعه مساعدت گردد.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل پایان نامه کارشناسی ارشد با عنوان آسیب شناسی و بهینه سازی ارتباط بین سازمان های بیمه ای و بیمارستان ها در سال ۱۳۹۴ می باشد که با حمایت دانشگاه علوم پزشکی تهران و حمایت مالی موسسه عالی پژوهش تامین اجتماعی اجرا شده است. محققین لازم می دانند از مدیران و پرسنل سازمان های بیمه گر و بیمارستان هایی که در پیشرفت این پژوهش همکاری نمودند صمیمانه قدردانی نمایند.

مشکلات و چالش های پیش روی اجرای طرح تحول سلامت می توان در جهت ارائه راهکارهایی برای رفع آن ها برآمد. این طرح مزایای بسیاری به دنبال داشته اما تغییر قوانین و انتشار کتاب ارزش نسبی خدمات (ویرایش های مجدد آن) و افزایش بار کاری ناشی از تعدد مراجعین موجبات مشکلاتی در دو سازمان گردیده که با مدیریت صحیح فرآیندهای کاری و ارتباطی و استفاده بهینه از سیستم های اطلاعات بهداشتی و فناوری اطلاعات می توان در جهت رفع مشکلات قدم برداشت.

نتایج و پیشنهادات این پژوهش با بررسی ارتباطات بیمه ها و بیمارستان ها به مدیران و سیاستگذاران کمک می نماید تا از طریق شناسایی چالش ها و مشکلات ارتباطی بین بیمارستان و بیمه ها در حوزه های مختلف که بخشی از آن ناشی از ارتباطات و فرآیندهای کاری درون و میان سازمانی و بخشی متأثر از عوامل اجتماعی،

جدول ۱- مضامین و زیرموضوع های کلیدی رابطه بیمارستان ها و سازمان های بیمه گر

زیرموضوع های کلیدی	درونمایه
ارتباط از طریق قراردادها	انواع ارتباطات
ارتباط نماینده بیمه و کارشناس ناظر بیمارستانی با بیمارستان ها	مشکلات و چالش های بیمارستان ها و سازمان های بیمه گر از دیدگاه پرسنل بیمارستان
کسورات سلیقه ای عمل نمودن نماینده های بیمه دیرکرد در پرداخت پول و هزینه های بیمارستان عدم حضور و تعداد کم نماینده بعضی سازمان های بیمه ای در بعضی بیمارستان ها	
عدم فراهم امکانات رفاهی و تسهیلات لازم عدم وجود تعامل کافی بین بیمارستان و سازمان های بیمه تحویل ناقص و با تأخیر پرونده ها به نمایندگان بیمه عدم مسئولیت پذیری پرسنل بیمارستان عدم عقد قرارداد بین بیمارستان دولتی با بیمه تکمیلی	مشکلات و چالش های بیمارستان ها و سازمان های بیمه گر از دیدگاه پرسنل سازمان بیمه گر
عدم حضور نماینده مقیم در بیمارستان دیرکرد در پرداخت پول و هزینه های بیمارستان واقعی نبودن تعرفه ها سقف پرداخت بیمه های تکمیلی	چالش های بیمارستان خصوصی و بیمه های پایه و تکمیلی
اعتباربخشی	عوامل تأثیرگذار بر روابط میان

References

- Aghazadeh, Seyed, A., 2002. Implementation of total quality management in the managed care industry. *The TQM magazine*, 14, pp. 30-35. [In Persian]
- Anonymous., 2017. Loss of Additional Health Insurance in Health Promotion Plan [Online]. Available: [http:// www.fardanews.com/fa/news](http://www.fardanews.com/fa/news) [Cited January 2017]
- Anonymous., 2016. Claims from insurance; Achilles heel plan for health evolution [Online]. Available from: <http://www.irna.ir/fa/News> [cited August 2016]
- Anonymous., 2016. If the insurances do not pooled, healthcare reform plan would fail [Online]. Available: [http:// www.salamatnews.com/news](http://www.salamatnews.com/news) [Cited 22 May 2016]
- Anonymous., 2016. Iran's public healthcare insurance law [Online]. Available: [tarh.majlis.ir /ShowRule&Rid](http://tarh.majlis.ir/ShowRule&Rid) pages [Cited Dec 2016]
- Ashraf, A.S.E., Namazi, M., Kazemi, R. and Nateghi, D., 2015. Satisfaction and people development plan in the health system from the perspective of executive Hospital Chamran. Abstract International Conference on sustainable development in the health system. [In Persian]
- Azar, A., 2007. Model-based design simulation and analysis to examine the organizational relationship. Human Sciences MODARES. [In Persian]
- Behzadi, Far, M., Saki, K. and Keshavrz, A., 2015. Agriculture Senior health administrators and experts about the challenges of development plan Health: A qualitative stud. Abstract International Conference on sustainable development in the health system. [In Persian]
- Bittoni, M.A., Wexler, R., Spees, C.K., Clikgton, S.K. and Taylor, C.A., 2015. Lack of private health insurance is associated with higher mortality from cancer and other chronic diseases, poor diet quality, and inflammatory biomarkers in the United States. Preventive Medicine. Changes in the implementation of supplementary insurance with the health system design [Online]. Available: [http:// www.sanatebime.ir](http://www.sanatebime.ir) [Cited 7 May 2016].
- Ebadifard Azar, F., Rezapour, A., Rahbar, A. and Abbasi broujerdi, P., 2012. Receiving collection and turnover period in selected hospital of Qom university of medical sciences from insurance companies (2005-2009). *Hospital*, 11, pp. 53-60. [In Persian]
- Ferdowsi, M. and Mohmmadi zadeh, M., 2004. Satisfaction of insurance services and insurance supplement patient treatment centers in Tehran. *Health Information Management*, 1, pp. 46-53. [In Persian]
- Hatami, H., Razavi, M., Eftekhar Ardabili, H., Majlesi, F., Nowzadi, M., Parsay, S., Heidarnia, M., Shamshiri, H., Kolahi, A., Kamyabi, A. and Mohammadi, N., 2007. *Public Health*. [In Persian]
- Karimi, S., Gholipour, K., Kurdi, A., Ziari, N. and SHokri, A., 2013. The impact of hospital accreditation in the provision of services Experts: a qualitative study. School of Allied Health, Sciences Tehran University of Medical Sciences (*Health Payavard*). [In Persian]
- Khedmatgozar, M., 2008. Comparative analysis Right to terminate as one of the legal remedy violations of contractual obligation. *Case Research Journal*. [In Persian]
- Maleki, M.E.A., 2010. Challenges of sustainable public insurance in Iran. *Payesh Journal*. 9. [In Persian]
- Moalemi, S.S.A., Meshkani, Z., Alikiani, A. and Kazemi Karyani, A., 2014 Survey and comparison on the causes of deduction in admitted social insurance: Bahonar and Arjmand hospital in Kerman. *Iran Health Information Management Association*. 8(1), pp.17-24. [In Persian]

- Mosadeghrad, A., 2005. Historical and macro: mechanisms of payments to health care providers, health insurance systems. *Social Security*, 1, pp. 7-32. [In Persian]
- Nasirirad, N., Rashidian, A., Joodaki, H., Akbari Haghighi, F. and Arab, M., 2010. Assessing issues and problems in relationship between basic insurance organizations and university hospitals: a qualitative research. *Hospital*, 9, pp. 5-18. [In Persian]
- Nikpajouh, A., Groene, O. and Garcia, M., 2009. Transformation of health promotion in hospital: Evidence and quality management. First ed. Tehran: Iranian moaser. [In Persian]
- Rahimi, M., Roshanian, R., Jahangard, M.A. and Fallahzadeh, M., 2015. What are the strengths of the new book, the relative value of health services? Abstract International Conference on sustainable development in the health system. [In Persian]
- Roshani, M., Alavi, A., Hadian, M. and Jafari, H., 2015. Challenges in the health sector reform program. Abstract International Conference on sustainable development in the health system. [In Persian]
- Tavakoli, G. and Shokrolah Zadeh, M., 2004. The study of MSIO and SSO insurance companies' deductions in Keraman In: Department of Management Development Hey, resources and Parliamentary Affairs, Ministry of Health. Summary of the proceedings of the First National Congress of resource management in hospital. Iran. Tehran: Tehran: *Institute published and medical education*. [In Persian].
- Zariye, G.F., 2011. Senior managers of private hospitals in Tehran's views about the problems of private hospitals. *Payesh*, 1, pp. 73-81. [In Persian]

Communication Challenges Between Insurance Companies and Hospitals: an Exploratory Study in Tehran

Jaafaripooyan, E., Ph.D. Associate Professor, Department of Health Management and Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Pourreza, A., Ph.D. Professor, Department of Health Management and Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Kheirollahi, F., MSc. Department of Health Management and Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran- Corresponding Author: fatemehkh88@gmail.com

Received: Feb 1, 2017

Accepted: Jul 2, 2017

ABSTRACT

Background and Aim: Following the deployment of the Health Transformation Plan (HTP) in most of the public hospitals, various changes occurred in the relationships between insurance organizations and hospitals. The purpose of this study was to find the obstacles and challenges facing the two types of organizations and suggest solutions.

Materials and Methods: This was an exploratory study. The research population was a total of 74 participants from Tehran public, private and military hospitals (managers, senior nursing officers, financial officers, and chiefs of accounting) and basic and complementary insuring organizations (insurance agents in hospitals, insurance officers from insuring organizations, and insurance managers). Data were gathered through semi-structured interviews and analyzed using thematic analysis.

Results: The most important challenges were as follows: acting on one's own preferences, deductions, delays in the payments of hospital expenditures, an insufficient number of insurance agents in some hospitals, insufficient accountability of hospital personnel in expenditure management, lack of sufficient interaction between the two organizations, and lack of contracts between complementary insurance companies and public hospitals and between private hospitals and basic insurance organizations.

Conclusion: Given the importance and sensitivity of the relations between the health service providers and receivers and considering further the complexity and challenges that appeared after HTP and hospital accreditations, a knowledge of the challenges identified in this research can help policy-makers and managers to find suitable, effective strategies for enhancing relations and communication between insurance companies and hospitals.

Keywords: Challenges, Communication, Hospitals, Insurance Organizations