

بررسی تاثیر کسورات اعمال شده از سوی بیمه تامین اجتماعی بر حقوق مالی بیماران در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی کاشان

مهتاب کرمی^{۱*}، دکتر رضا صفدری^۲، مریم معینی^۳

تاریخ دریافت ۸۹/۴/۳ تاریخ پذیرش ۸۹/۷/۲۵

چکیده

پیش زمینه و هدف: کسورات بیمارستانی علاوه بر این که مبالغ قابل توجهی از منابع و درآمدهای بیمارستانی را هدر داده و توان مالی بیمارستان را کاهش می‌دهد از طریق افزایش هزینه های out of pocket بار مالی فزاینده ایی را به بیمار تحمیل می‌نماید. لذا در این پژوهش با تعیین علل کسورات، میزان تاثیر آن‌ها بر افزایش پرداخت‌های تحمیل شده به بیماران بررسی شده است.

مواد و روش کار: این پژوهش از نوع توصیفی - مقطعی است که در نیمه اول سال ۱۳۸۷ در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی کاشان بر روی ۷۹۰۷ فقره پرونده تحت پوشش تامین اجتماعی انجام گردید که از کل پرونده‌ها ۷۱۱۶ پرونده دارای کسورات بود. داده‌ها توسط چک لیستی استاندارد جمع‌آوری و با استفاده از آمار توصیفی ارائه گردید.

یافته‌ها: از کل ۲۳۶۴۸ مورد کسورات اعمال شده، بیشترین علل موثر بر حقوق مالی بیمار به ترتیب درخواست قیمت اضافه جمعاً ۷۵۳۷ مورد، 2K نبودن مشاوره ۳۱۸ مورد، درخواست بیش از اندازه مشاوره ۲۱۸ مورد، درخواست اضافه K برای جراحی ۱۶۶۴ مورد، اضافه زدن درصد کدهای جراحی مشترک یک ناحیه ۸۹۸ مورد، درخواست بیش از اندازه دارو ۳۲۷۶ مورد، درخواست زمان بیش از اندازه بی‌هوشی ۱۱۲۱ مورد، درخواست اضافه K بی‌هوشی ۳۲۲ مورد، درخواست کدهای تعدیلی اضافه بی‌هوشی ۱۱۰۳ مورد می‌باشد که در همه این موارد بار هزینه‌های اضافی بر دوش بیمار است.

بحث و نتیجه گیری: به منظور حفظ حقوق بیمار لازم است بیمارستان برای جلوگیری یا کاهش خطاهای مربوط به درخواست اضافه k و اضافه قیمت که منجر به زیان مالی به بیماران می‌گردد بر عملکرد پزشکان نظارت نماید تا به این ترتیب زیان مالی بیماران نیز به حداقل کاهش یابد.

کلید واژه‌ها: بیمه، سازمان تامین اجتماعی، کاشان، بیمارستان‌ها، حقوق بیمار

فصلنامه دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره هشتم، شماره چهارم، زمستان ۱۳۸۹، ص ۲۲۸-۲۲۰

آدرس مکاتبه: تهران، میدان انقلاب، خیابان انقلاب، خیابان قدس، کوچه فردانش، دانشکده پیراپزشکی، گروه مدیریت اطلاعات بهداشتی-درمانی، تلفن: ۹۱۳۱۶۳۶۰۵۳ (+۹۸)

Email: Karami_m@razi.tums.ac.ir

مقدمه

از جمله منابع درآمد بیمارستان‌ها با توجه به اجرای قانون بیمه

همگانی، ارائه و فروش خدمات به بیمه شدگان تحت پوشش

سازمان‌های بیمه گر می‌باشد. بنابراین سازمان‌های بیمه گر

مسئولیت پرداخت بخشی از هزینه‌های درمانی را بر عهده دارند(۱).

از مهم‌ترین مسائلی که همواره توجه، دقت و کوشش مدیران

بیمارستان‌ها را به خود معطوف داشته تسلط و کنترل بر وضعیت

مالی بیمارستان و تامین منابع مورد نیاز برای اداره آن می‌باشد.

۱ دانشجوی دکترای مدیریت اطلاعات بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی تهران (نویسنده مسئول)

۲ دکترای مدیریت اطلاعات بهداشتی - درمانی، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران

۳ دانشجوی دکترای اقتصاد بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران

خدمات درمانی بود و بیشترین علت این کسورات مربوط به هزینه بیش از تعرفه، فاقد مدارک لازم بودن، اضافه در بی‌هوشی، اضافه در k عمل و اضافه در هزینه اتاق عمل بوده است (۶).

در راستای حل این مشکل بخش مدارک پزشکی باید کادر پزشکی، مدیران و سایر پرسنل بیمارستان را از اهمیت ثبت اطلاعات در مدارک پزشکی بیمار، جهت پرداخت کامل هزینه‌های بیمار توسط ادارات بیمه و مراحل قانونی آن مطلع سازد (۷).

با توجه به مسائل ذکر شده و با توجه به این که کسورات بیمه هر ساله باعث هدر رفتن مبالغ قابل توجهی از منابع بیمارستانی می‌گردد و از این طریق توان مالی بیمارستان را در اداره خود محدود سازد و از طرفی هزینه‌های بالایی را به بیماران تحمیل می‌نماید. لذا پژوهشگران بر آن شدند تا پژوهشی را با هدف بررسی تاثیر کسورات اعمال شده از سوی بیمه تامین اجتماعی بر حقوق مالی بیماران در بیمارستان‌های تابعه دانشگاه علوم پزشکی کاشان در نیمه اول سال ۱۳۸۷ انجام دهند تا با شناخت این علل حد الامکان از اتلاف منابع بیمارستان‌ها و درآمدهای تأخیری و از همه مهم‌تر از حقوق بیماران مراقبت شود.

مواد و روش‌ها

این مطالعه از نوع توصیفی - مقطعی است که در نیمه اول سال ۱۳۸۷ در بیمارستان‌های تابعه دانشگاه علوم پزشکی کاشان انجام شده است. جامعه این پژوهش پرونده‌های بستری تحت پوشش بیمه تامین اجتماعی در مدت مطالعه می‌باشد. داده‌های پژوهش با مراجعه به سازمان اسناد پزشکی بیمه تامین اجتماعی کاشان با استفاده از چک لیستی استاندارد جمع‌آوری گردید.

تعداد پرونده‌های مربوط به این سازمان در نیمه اول سال ۱۳۸۷ بر اساس لیستی از سوی سازمان اسناد پزشکی ۷۹۰۷ فقره پرونده بود که از این تعداد ۶۳۹۴ پرونده مربوط به بیمارستان شهید بهشتی، ۲۹۷ پرونده مربوط به بیمارستان متینی ۱۸۰

نظر به این که بازپرداخت هزینه‌های درمانی توسط ادارات بیمه به مستند سازی دقیق بستگی دارد. لذا برای تعیین بازپرداخت هزینه‌ها توسط ادارات بیمه، کارشناس بیمه پرونده‌های پزشکی بیمار را برای تعیین نیاز بیمار به دریافت مراقبت و درمان و تناقضات مستندسازی مانند وجود یک اختلاف بین درمان دستور داده شده و درمان ارائه شده به بیمار بررسی می‌کند (۲).

در این موارد سازمان‌های بیمه‌گر به دلیل درج خدمات اضافی و غیر ضروری یا فاقد مستندسازی مناسب توسط بیمارستان‌ها که مورد قبول آن نیست در بازپرداخت بهای صورت حساب‌های بیمارستانی طرف قرارداد، کسوری را اعمال کنند که زمینه ساز نارضایتی بیمارستان‌های طرف قرارداد می‌شود و تاخیر زیاد در بازپرداخت مطالبات آن‌ها، نارضایتی را تشدید می‌کند (۳).

یکی از سازمان‌های بیمه‌گر سازمان تامین اجتماعی است که سازمانی عمومی و در عین حال غیر وابسته به دولت باشد و قسمت اعظم منابع آن از محل حق بیمه‌های پرداخت شده تامین شود. براین اساس سرمایه سازمان متعلق به اقشار مختلف جامعه باشد. بیمه تامین اجتماعی سالانه با میزان کسوراتی از لحاظ خدمات ارائه شده توسط این سازمان روبرو است (۴).

آمار مربوط به کسورات اعمال شده توسط سازمان بیمه تامین اجتماعی مربوط به صورت حساب‌های بیمارستان‌های سینا و فیروزآبادی در تهران نشان دهد که مهم‌ترین علل کسورات این صورت حساب‌ها، کدگذاری غلط اعمال جراحی، رعایت نکردن مقررات تعرفه عمومی، اشتباه در محاسبه، نقص مدارک پرونده، اضافه قیمت و تفاوت تعرفه عادی و گلوبال باشد که میزان این کسورات در بیمارستان سینا در سال ۷۸، ۱۸۴۸۹۵۲۶۸ ریال و در بیمارستان فیروزآبادی، ۱۱۲۰۹۵۹۱۵ ریال بوده است (۵).

آمار دیگری در کرمان نشان می‌دهد که در سال ۸۰ از کل ۱۷۲۵ فقره پرونده، ۶۹۳ پرونده دارای کسورات بوده که ۳۵۲ مورد مربوط به بیمه تامین اجتماعی و ۳۴۱ مورد مربوط به بیمه

حقوق بیمار مورد بررسی قرار گرفت و در نهایت داده‌های حاصل از آن به دلیل این که کل جامعه پژوهش مورد بررسی قرار گرفت با استفاده از آمار توصیفی (فراوانی و درصد) با استفاده از نرم افزار Excel ارائه گردید.

یافته‌ها

با توجه به یافته‌های پژوهش که در قالب جداول (۴-۱) ارائه گردیده است کسورات موثر بر حقوق بیمار بدین شرح می‌باشد:

پرونده مربوط به بیمارستان اخوان، ۶۱ پرونده مربوط به بیمارستان نقوی، ۸۳۲ پرونده مربوط به بیمارستان سیدالشهدا و ۱۴۳ پرونده مربوط به بیمارستان رجایی بود. از کل ۷۹۰۷ فقره پرونده ۷۱۱۶ پرونده دارای کسورات بود.

از آنجایی که فرم‌های دارو، آزمایشگاه، مشاوره، رادیولوژی، شرح عمل و بی‌هوشی هم از نظر درمانی و هم از نظر ثبت اقدامات هزینه بر در مقایسه با سایر اوراق استفاده بیشتری دارند بنابر این کسورات این فرم‌ها هم به صورت کلی و هم از دیدگاه تأثیر آن بر

جدول شماره (۱): توزیع فراوانی کسورات دارو و آزمایشگاه به تفکیک علت و بیمارستان

جمع		رجایی		سیدالشهدا		نقوی		اخوان		متینی		بهشتی		بیمارستان		علل
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۴/۱	۴۲۷	۱۸/۱	۲	۴/۳	۴۲۵	نداشتن دستور پزشک	دارو	
۶۰/۶	۶۱۹۲	۵۴/۵	۶	۸۳/۱	۱۳۸	۹۰/۹	۱۰	۱۰۰	۳۰	۷۵/۱	۱۴۸	۵۹/۸	۵۸۶۰	درخواست اضافه قیمت*		
۳۲	۳۲۷۶	۱۸/۱	۲	۱۶/۹	۲۸	۹/۱	۱	.	.	۲۴/۹	۴۹	۳۲/۶	۳۱۹۶	درخواست بیش از اندازه دارو		
۳/۱	۳۱۹	۹/۱	۱	.	.	.	.	.	.	.	.	۳/۳	۳	عدم تعهد بیمه در قبال برخی داروها
	۱۰۲۱۴	.	۱۱		۱۶۶	.	۱۱	.	۳۰	.	۱۹۷	.	۹۷۹۹	جمع		
۷۴/۱	۲۱۹۵	۱۰۰	۱۱	۱۰۰	۱۳	۲۰	۱	۱۰۰	۱۵	۵۷/۱	۲۴	۷۴/۲	۲۱۳۱	نداشتن جواب آزمایش	آزمایشگاه	
۷/۷	۲۳۰	.	.	.	.	۶۰	۳	.	.	۳۳/۳	۱۴	۷/۴	۲۱۳	نداشتن دستور پزشک
۱۰/۸	۳۲۲	.	.	.	.	.	.	.	.	۹/۵	۴	۱۱	۳۱۸	درخواست قیمت اضافه
۷/۲	۲۱۴	.	.	.	.	۲۰	۱	.	.	.	.	۷/۴	۲۱۳	نداشتن لیست آزمایش
.	۲۹۶۱	.	۱۱	.	۱۳	.	۵	.	۱۵	.	۴۲	.	۲۸۷۵	جمع		

* قیمت درخواست شده از سوی بیمارستان جهت دریافت هزینه از اداره بیمه از قیمت واقعی دارو بیشتر است

جدول شماره (۲): توزیع فراوانی کسورات مشاوره و رادیولوژی به تفکیک علت و بیمارستان

بیمارستان		بهبستی		متینی		اخوان		نقوی		سیدالشهدا		رجایی		جمع		علل
تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
مشاوره		۲۱۳	۲۸/۶	.	.	.	.	.	.	۱۳	۱۰۰	.	.	۲۲۶	۲۹/۷	نداشتن دستور مشاوره از سوی پزشک
		۳۱۸	۴۲/۸	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	۳۱۸	۴۱/۷	2K نبودن مشاوره
		۲۱۳	۲۸/۶	۱	۱۰۰	۴	۱۰۰	.	.	.	.	.	.	۲۱۸	۲۸/۶	درخواست بیش از اندازه مشاوره
		۷۴۴	۰	۱	.	۴	.	.	.	.	۱۳	.	.	۷۶۲	.	جمع
		۱۰۶۵	۶۶/۷	.	.	۵	۱۰۰	۳	۱۰۰	۱۳	۵۰	.	.	۱۰۸۶	۶۶/۶	نداشتن جواب رادیولوژی
رادیولوژی		۲۱۳	۱۳/۳	.	.	.	.	.	.	۱۳	۵۰	.	.	۲۲۶	۱۳/۹	درخواست قیمت اضافه
		۲۱۳	۱۳/۳	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	۲۱۳	۱۳/۱	نداشتن دستور پزشک
		۱۰۵	۶/۵	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	۱۰۵	۶/۴	نبود مهر و امضای مسئول رادیولوژی
		۱۵۹۶	.	.	.	۵	.	۳	.	.	۲۶	.	.	۱۶۳۰	.	جمع

جدول شماره (۳): توزیع فراوانی کسورات شرح عمل و بی‌هوشی به تفکیک بیمارستان و علت

بیمارستان		بهبشتی		متینی		اخوان		نقوی		سیدالشهدا		رجایی		جمع		علل
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۴/۹	۲۱۳	۴/۹	۲۱۳	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	۴/۷	۲۱۳	نداشتن کپی شرح عمل
۹/۸	۴۲۵	۹/۸	۴۲۵	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	۹/۴	۴۲۹	نقص در گزارش عمل
۷/۲	۳۱۸	۷/۲	۳۱۸	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	۷/۱	۳۱۸	نبود مشخصات بیمار در برگه شرح عمل
۴/۹	۲۱۳	۴/۹	۲۱۳	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	۴/۷	۲۱۳	نبود مهر و امضای جراح
۳۶/۶	۱۵۹۷	۳۶/۶	۱۵۹۷	۵۸/۵	۲۴	.	.	۲	.	۳۳/۴	۴۱	.	.	۳۶/۷	۱۶۶۴	درخواست اضافه k برای جراحی
۱۷/۱	۷۴۵	۱۷/۱	۷۴۵	۲۱/۹	۹	.	.	۲	.	۳۳/۳	۴۱	.	.	۱۷/۶	۷۹۷	درخواست قیمت اضافه
۱۹/۵	۸۵۲	۱۹/۵	۸۵۲	۹/۸	۴	.	.	۱	.	۳۳/۳	۴۱	.	.	۱۹/۸	۸۹۸	اضافه زدن درصد کدهای جراحی مشترک یک ناحیه
.	۴۳۶۳	.	۴۳۶۳	.	۴۱	.	.	۵	.	.	۱۲۳	.	.	.	۴۵۳ ۲	جمع
۹/۳	۳۱۸	۹/۳	۳۱۸	.	.	.	۱۰۰	۴	.	.	.	.	.	۹/۱	۳۲۲	نداشتن کپی برگه بیهوشی
۹/۳	۳۱۸	۹/۳	۳۱۸	۹/۸	۴	.	.	.	.	.	.	.	.	۹/۱	۳۲۲	نبود مهر و امضای متخصص بیهوشی
۶/۴	۲۱۳	۶/۴	۲۱۳	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	۶	۲۱۳	نبود مشخصات بیمار در برگه بیهوشی
۳۱/۳	۱۰۶۵	۳۱/۳	۱۰۶۵	۵۸/۵	۲۴	.	.	۲	.	۲۸/۹	۲۸	۱۰۰	۲	۳۱/۶	۱۱۲ ۱	درخواست زمان بیش از اندازه
۹/۳	۳۱۸	۹/۳	۳۱۸	۹/۸	۴	.	.	.	.	.	.	.	.	۹/۱	۳۲۲	درخواست اضافه K بیهوشی
۳۱/۳	۱۰۶۵	۳۱/۳	۱۰۶۵	۲۱/۹	۹	.	.	۱	.	۲۸/۹	۲۸	.	.	۳۱	۱۱۰ ۳	درخواست کدهای تعدیلی اضافه
۳/۱	۱۰۵	۳/۱	۱۰۵	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	۴/۱	۱۴۶	عدم حضور متخصص بیهوشی و انجام آن توسط تکنسین
.	۳۴۰۲	.	۳۴۰۲	.	۴۱	.	.	۹	۴	.	۹۷	.	۲	.	۳۵۴ ۹	جمع

جدول شماره (۴): توزیع فراوانی کسورات به تفکیک بیمارستان و نوع خدمت

بیمارستان نوع خدمت	بهشتی		متینی		اخوان		نقوی		سید الشهدا		رجایی		جمع	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
دارو	۹۷۹۹	۴۳	۱۹۷	۶۱/۲	۳۰	۵۱/۷	۱۱	۴۰/۸	۱۶۶	۳۷/۹	۱۱	۴۵/۸	۱۰۲۱۴	۴۳/۲
آزمایشگاه	۲۸۷۵	۱۲/۶	۴۲	۱۳	۱۵	۲۵/۹	۵	۱۸/۵	۱۳	۳	۱۱	۴۵/۸	۲۹۶۱	۱۲/۵
مشاوره	۷۴۴	۳/۳	۱	۰/۴	۴	۶/۹	۰	۰	۱۳	۳	۰	۰	۷۶۲	۳/۲
رادیولوژی	۱۵۹۶	۷	۰	۰	۵	۸/۶	۳	۱۱/۱	۲۶	۵/۹	۰	۰	۱۶۳۰	۶/۹
شرح عمل	۴۳۶۳	۱۹/۲	۴۱	۱۲/۷	۰	۰	۵	۱۸/۵	۱۲۳	۲۸/۱	۰	۰	۴۵۳۲	۱۹/۲
بیهوشی	۳۴۰۲	۱۴/۹	۴۱	۱۲/۷	۴	۶/۹	۳	۱۱/۱	۹۷	۲۲/۱	۲	۸/۴	۳۵۴۹	۱۵
جمع	۲۲۷۷۹	۰	۳۲۲	۰	۵۸	۰	۲۷	۰	۴۳۸	۰	۲۴	۰	۲۳۶۴۸	۰

داده‌اند و از میان علل بیان شده برای کسورات این فرم، بیشترین کسور (۶۱۹۲ مورد) مربوط به درخواست قیمت اضافی برای دارو است. در نتایج پژوهش انجام شده در بیمارستان‌های چمران، سینا و سپاهان اصفهان هم بیشترین کسورات در فرم دارو دیده شده است اما در این فرم، درخواست بیش از حد مصرف دارو بیشترین کسور را به خود اختصاص داده است (۸). در این رابطه می‌توان گفت برای جلوگیری از این نوع کسورات (دارو) در پرونده‌ها لازم است پرستار نوع دارو، تعداد و مقدار دارو به صورت خوانا و کامل در پرونده ثبت و اگر دارویی خارج از تعهد بیمه می‌باشد را در پرونده ذکر نماید تا در هنگام تسویه حساب این هزینه از بیمار گرفته شود (۳). از آنجایی که با استناد به پژوهش‌های صورت گرفته استفاده از سیستم‌های کامپیوتری نقش موثری در افزایش کیفیت مستندسازی پزشکی دارند لاجرم بکارگیری این سیستم‌ها به کاهش کسورات را نیز در بر خواهند داشت که پژوهش‌هاوارد^۱ و همکارانش در مرکز پزشکی tufts-new انگلستان موید این مطلب می‌باشد. بدین ترتیب که‌هاوارد با بکارگیری PDA^۲ در بخش

در فرم دارو، درخواست اضافه قیمت ۶۱۹۲ مورد (۶۰/۶ درصد)، درخواست بیش از اندازه دارو ۳۲۷۶ مورد (۳۲ درصد)؛ در فرم آزمایشگاه، درخواست اضافه قیمت ۳۲۲ مورد (۱۰/۸ درصد)؛ در فرم مشاوره، 2K نبودن مشاوره ۳۱۸ مورد (۴۱/۷ درصد)، درخواست بیش از اندازه مشاوره ۲۱۸ مورد (۲۸/۶ درصد)؛ در فرم رادیولوژی، درخواست اضافه قیمت ۲۲۶ مورد (۱۳/۹ درصد)؛ در فرم گزارش عمل، درخواست اضافه قیمت ۷۹۷ مورد (۱۷/۶ درصد)، درخواست اضافه K برای جراحی ۱۶۶۴ مورد (۳۶/۷ درصد)، اضافه زدن درصد کدهای جراحی مشترک یک ناحیه ۸۹۸ مورد (۱۹/۸ درصد) و در فرم بی‌هوشی، درخواست زمان بیش از اندازه بی‌هوشی ۱۱۲۱ مورد (۳۱/۶ درصد)، درخواست اضافه K بی‌هوشی ۳۲۲ مورد (۹/۱ درصد)، درخواست کدهای تعدیلی اضافه بی‌هوشی ۱۱۰۳ مورد (۳۱ درصد).

بحث و نتیجه گیری

به‌طور کلی نتایج پژوهش نشان داد که برگه‌های دارو بیشترین میزان کسورات (۱۰۲۱۴ مورد) را به خود اختصاص

¹ Howard

² personal assistant device

جواب خدمات پاراکلینیکی اعم از تشخیصی و درمانی با ثبت تاریخ و به تفکیک در پرونده بیمار درج نگردیده باشد، کارشناسان بیمه آن را دال بر عدم انجام خدمات دانسته از سهم بیمه کسر نموده و به این ترتیب هزینه‌های بیمارستانی هدر گردد. در بررسی متون دیده شود که بیمارستان‌های آمریکا برخلاف بیمارستان‌های ایران که از روش کارانه برای پرداخت هزینه‌ها استفاده کنند. جهت بازپرداخت هزینه‌های بهداشتی و درمانی از سیستم پرداخت روزانه آینده‌نگر (pps) استفاده نمایند که براساس گروه‌های وابسته تشخیصی DRG^۳ مقدار باز پرداخت‌ها را تعیین گردد. در این روش هنگام ترخیص بیماران براساس مستندات پزشکی آن‌ها کدهای DRG تعیین می‌گردد که این کدها نشان دهنده خدمات ارائه شده به بیمار می‌باشند (۱۴-۱۱). استین والد و دیمیت^۴ در پژوهش خود بیان نمودند که در اولین سال اجرای pps بیمارستان‌ها در بازگشت هزینه‌ها ۱۹ درصد افزایش نسبت به سال ما قبل را نشان داده‌اند (۱۵). بنابراین از آنجا که کیفیت مستندسازی پرونده تأثیر مستقیم بر برنامه‌ریزی‌های آینده بیمارستان و دستیابی به اهداف مدیریتی، اعتبار بخشی و باز پرداخت هزینه‌ها دارد، لازم است نیازهای مستندسازی شناخته شوند (۱۶). چنان‌که شکبیا در مطالعه خود اعلام می‌دارد با آموزش مستند سازان میزان کسورات سال ۸۰ نسبت به سال ما قبل ۲۵ درصد کاهش یافته است (۱۷).

ارائه راهکار و پیشنهاد

از آنجایی که بیشترین علل کسورات پرونده‌های بستری مربوط به نقص در مستندسازی می‌باشد لازم است افراد مسئول تکمیل پرونده‌ها، در زمینه آشنایی با اصول مستندسازی صحیح و چگونگی ثبت اطلاعات آموزش لازم را ببینند چرا که تمام این مستندات به وسیله شرکت‌های بیمه مورد بررسی قرار گرفته و

مراقبت‌های تنفسی کاهش قابل ملاحظه‌ای را در کسورات بالاخص کسورات مربوط به دارو را نسبت به سیستم ثبت دستی این بخش مشاهده نموده است (۸). همچنین هلمونز^۱ نیز در مطالعه خود اظهار نموده است که بکارگیری CDSS^۲ تواند منجر به کاهش چشمگیری در مصرف بی‌رویه داروها و هم در صرفه جویی و هزینه‌های ناشی از آن گردد (۹).

در یافته‌ها طبق جداول (۳-۱) دیده شد که از علل دیگر کسورات درخواست اضافه قیمت در بخش‌های دارو (۶۱۹۲ مورد)، آزمایشگاه (۳۲۲ مورد)، رادیولوژی (۲۲۶ مورد)، شرح عمل (۷۹۷ مورد) و بی‌هوشی (۳۲۲ مورد) می‌باشد که این نتایج با مطالعات انجام شده توسط توکلی در اصفهان، فاتحی در تهران و توکلی در کرمان منطبق می‌باشد که در بررسی‌های خود، بیشترین کسور را مربوط به هزینه بیش از تعرفه، اضافه در k بی‌هوشی، اضافه در k عمل و هزینه اتاق عمل بیان کرده اند (۳، ۵، ۶). در این موارد که بار هزینه‌ها بر دوش بیمار خواهد بود و این هزینه‌های اضافه و برگشت ناپذیر تواند به شدت رفاه بیمار و خانواده او را تحت تأثیر قرار دهد بهتر است همان‌گونه که در پژوهشی اظهار گردیده است بیمارستان بر روی تکمیل اطلاعات پرونده نظارت نموده و میزان مستندات دقیق، کامل و صحیح را به‌عنوان معیار برای ارزیابی مستندسازان برای ترفیع شغلی و مبنایی برای بازپرداخت‌های مالی آن‌ها قرار دهد (۱۰). تا مستندسازان در ثبت صحیح اطلاعات دقت بیشتری نموده و به دنبال آن بیمار نیز متحمل ضرر و زیان مالی نگردد.

از دیگر علل بیان شده برای کسورات نبود جواب خدمات تشخیصی و درمانی نظیر آزمایشگاه (۲۱۹۵ مورد) و رادیولوژی (۱۰۸۶ مورد) در پرونده‌های بستری باشد که در پژوهش مشابهی نیز عدم ارسال گزارشات رادیولوژی و آزمایش و عدم ضمیمه برگه درخواست از دلایل مهم کسورات بیان شده است. چرا که اگر

^۳ prospective payment system

^۴ diagnostic related groups

^۵ Steinwald & dummit

^۱ Helmons

^۲ Clinical decision support system

خطاهای مربوط به درخواست اضافه k و اضافه قیمت که منجر به زیان مالی به بیماران گردد بر عملکرد پزشکان نظارت نماید تا به این ترتیب زیان مالی بیماران نیز به حداقل کاهش یابد.

تشکر و قدردانی

با تشکر از سازمان اسناد پزشکی بیمه تامین اجتماعی کاشان که پژوهشگران را در انجام این پژوهش یاری رسانیدند.

اطلاعاتی را که بازرسان بیمه جهت تایید بازپرداخت هزینه‌ها نیاز دارند را فراهم می‌کنند. از سوی دیگر با کمک یک نظام باز پرداخت کارآمد نظیر DRG، موسسات درمانی می‌توانند با کسب اطلاعات کامل‌تر در زمینه‌ی نتایج درمان و هزینه‌های درمان هم عملکرد مالی و اقتصادی خود را بهبود بخشند و هم در راستای تحقق طرح‌های بیمه درمانی همکاری نمایند. همچنین به‌منظور حفظ حقوق بیمار لازم است بیمارستان برای جلوگیری یا کاهش

References:

1. Pourreza A. Analysis of hospital costs: guidelines for managers. Tehran: Research Center of Social Security Organization; 2003. (Persian)
2. Farzandipour M, Rabie R, Ayatollahi H, Rangraz J, Jaddi F. Principals of medical information documentation. Khashan: Morsal; 2006. (Persian)
3. Tavakoli N, Saghaeyannejad S, Rezayatmand M, Moshavery F, Ghaderi I. Deductions applied by Khadamat-e-Darman insurance company on patients' bills at teaching hospitals affiliated to Isfahan University of Medical Sciences. Health Inf Manage 2006; 3 (2):53-61. (Persian)
4. Karimi A. All about insurance. Tehran: Iranian Central Insurance; 2000. P. 28-33. (Persian)
5. Fatehipykani A. The study of rate and causes of deductible carried out social security insurance with regard to bills sent by Sina and Firouzabadi hospitals; 2005 Spring & Summer (Dissertation). Tehran: Iran University of Medical Sciences; 2000. (Persian)
6. Tavakoli G, Shokrollahzadeh M, Mahdavi A. The study and comparison of deductions imposed by The Health Services and Social Security insurance on bills of Teaching Hospitals of Kerman, 2001. Tehran: The First Conference on Resource Management in Hospital; 2003. (Persian)
7. Sabzghabaie A, Asgari H, Asnaashari H. The study of rate and causes of deductible prescription letter in medical records of selected hospitals affiliated to Isfahan University of Medical Sciences (Research Plan). Isfahan University of Medical Sciences; 2008. (Persian)
8. Howard W. Respiratory care billing using a personal digital assistant. Respir Care 2004; 49(11):1339-48.
9. Helmons PJ, Grouls RJ, Roos AN, Bindels AJ, Wessels-Basten SJ, Ackerman EW, et al. Using a clinical decision support system to determine the quality of antimicrobial dosing in intensive care patients with renal insufficiency. Qual Saf Health Care 2010; 19(1):22-6.
10. Karami M, Shokrizadeh Arani L. Related factors in medical records documentation quality and presenting solutions from managers' and physicians' viewpoints occupied in hospitals affiliated to Kashan University of Medical Sciences. Iranian J Med Educ 2010; 9(4): 357-65. (Persian)
11. Dimond MS. understanding hospital and billing: a work text. Florida: Central Florida College; 2000.
12. Kluwer W. A complete guide to documentation. 2nd Ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2008.

13. Abdolhak M. Health information: management of a strategic resource. Philadelphia, PA: W.B. Saunders Co; 2008.
14. Sutherland JM, Botz CK. The effect of misclassification errors on case mix measurement. Health Policy 2006; 79: 195-202.
15. Steinwald B, Dummit L. Hospital case-mix changes: sicker patients or DRG creep? Health Affair 1998; 35:47.
16. Ahmadi M, Karami M. A survey of implementation rate of total quality management principles and concepts in medical record department of educational hospitals in Iran Medical Sciences Universities. Health Inf Manage 2006; 10 (29):25-30. (Persian)
17. Shakiba A. the study of the amount of deductible in Health Services insurance. Tehran: The First Conference on Resource Management in Hospitals; 2006. (Persian)