

بررسی علل کسورات صورتحساب‌های بیمه‌ای و ارایه‌ی راهکارهای پیشنهادی در

بیمارستان سیدالشهدا (ع)*

سعید کریمی^۱، سحر وصال^۲، سعیده سعیدفر^۳، محمدرضا رضایتمند^۴

چکیده

مقدمه: اصلی‌ترین منبع مالی بیمارستان، بیمه‌ها محسوب می‌شوند ولی بیمارستان‌ها در بعضی از موارد مالی با سازمان‌های بیمه‌گر اختلاف دارند و به طور معمول همه‌ی مطالبات بیمه‌ای آن‌ها وصول نمی‌گردد. این پژوهش با تعیین علل کسورات صورتحساب‌های بیمه‌ای در بیمارستان سیدالشهدا (ع)، راهکارهایی در این زمینه پیشنهاد کرده است.

روش بررسی: این پژوهش مطالعه‌ای توصیفی، مقطعی است که به صورت گذشته‌نگر انجام شده است. اطلاعات نسخ و پرونده‌های بیماران مراجعه کننده به بیمارستان سیدالشهدا (ع) اصفهان در ۶ ماهه‌ی دوم سال ۱۳۸۶ وارد این طرح شد و اطلاعات مربوط به بیماران خاص از مطالعه خارج گردید. نمونه‌گیری، به روش سرشماری بود و همه‌ی نسخ و پرونده‌های ۶ ماهه‌ی دوم سال ۱۳۸۶ بیمارستان شامل ۴۰۹۸۳ نسخه‌ی کلینیکی، ۲۷۲۳۸ نسخه‌ی پاراکلینیکی و ۳۳۹۲ پرونده‌ی بستری بررسی گردید. اطلاعات توسط چک لیستی که روایی آن توسط کارشناسان بیمه و متخصصین مدیریت تأیید شد، جمع‌آوری و با استفاده از شاخص‌های آماری و مقیاس‌های توصیفی مورد تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: بالاترین فراوانی و علل کسورات نسخ کلینیکی به ترتیب مربوط به نسخ بیمه‌ی کمیتة امداد (۶۲ درصد) و با علت تاریخ گذشته می‌باشد. رتبه‌های بعدی مربوط به بیمه‌ی نیروهای مسلح، تأمین اجتماعی و خدمات درمانی است. بالاترین فراوانی و علل کسورات نسخ پاراکلینیکی به ترتیب مربوط به نسخ بیمه‌ی کمیتة امداد (۴۵/۳ درصد) و با علت فاقد نسخه می‌باشد. رتبه‌های بعدی مربوط به بیمه‌های نیروهای مسلح، تأمین اجتماعی و خدمات درمانی است. بالاترین فراوانی و علل کسورات پرونده‌های بستری به ترتیب مربوط به پرونده‌های بیمه‌ی تأمین اجتماعی (۷۴/۴ درصد) و با علت اضافه درخواستی بوده است. رتبه‌های بعدی مربوط به بیمه‌های خدمات درمانی، کمیتة امداد و نیروهای مسلح است.

نتیجه‌گیری: بیشترین علل کسورات سرپایی با اشتباهات سازمانی ارتباط مستقیم داشت و از اشتباهات کارکنان بیمارستان نشأت می‌گرفت. در این زمینه آموزش پزشکان، پرستاران و همه‌ی کسانی که به نوعی در صورتحساب بیماران تأثیرگذارند، ضروری به نظر می‌رسد. از طرف دیگر علت اصلی و کلی در پرونده‌های بستری اضافه درخواستی بوده است که پرت منابع محسوب نمی‌شود و شفاف‌سازی این کسورات باعث کاهش اختلافات بین بیمارستان و سازمان‌های بیمه‌ای می‌شود.

واژه‌های کلیدی: بیمه؛ بیمارستان‌ها؛ پرونده‌ها؛ بیماران بستری؛ مدارک بیمارستانی.

نوع مقاله: تحقیقی

بندیرش مقاله: ۱/۸/۸۹

اصلاح نهایی: ۹/۳/۸۹

وصول مقاله: ۲۷/۱۰/۸۸

ارجاع: کریمی سعید، وصال سحر، سعیدفر سعیده، رضایتمند محمدرضا. بررسی علل کسورات صورتحساب‌های بیمه‌ای و ارایه‌ی راهکارهای پیشنهادی در بیمارستان سیدالشهدا (ع). مدیریت اطلاعات سلامت ۱۳۸۹؛ ۷ (ویژه‌نامه): ۵۹۴-۶۰۰

مقدمه

* این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی شماره‌ی ۳۸۷۱۳۷ است که توسط معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان تأمین گردیده است.

۱. استادیار، مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، مرکز تحقیقات مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

۲. کارشناس، مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران. (نویسنده‌ی مسؤل)

Email: vesal.sahar@yahoo.com

۳. کارشناس، مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

۴. دکتری حرفه‌ای، پزشکی عمومی، اداره‌ی کل بیمه‌ی خدمات درمانی استان اصفهان، اصفهان، ایران.

بیمارستان به عنوان بزرگ‌ترین مرکز ارایه کننده‌ی مراقبت‌های بهداشتی و درمانی به آحاد جامعه و همچنین بیمه‌شدگان سازمان‌های بیمه‌گر، بخش عمده‌ی منابع و اعتبارات تخصیص یافته به بخش بهداشت و درمان کشور را

روی نسخ سرپایی انجام شده است (۷). ذاکری و یزدی نیز در پژوهش خود با تعیین و مقایسه‌ی مقدار و علل کسورات دارو و ملزومات پزشکی در لیست صورتحساب‌های دارو و ملزومات مصرفی اتاق عمل بیمارستان‌های چمران، سینا و سپاهان، صورتحساب‌های دارو و ملزومات اتاق عمل را بررسی نمودند (۸). میزان و علل کسورات صورتحساب‌های پرونده‌های بستری بیمه‌ی خدمات درمانی در بیمارستان‌های فیروزکوه و هاشمی‌نژاد در پژوهش دیگری بررسی شده است (۹).

تحقیق حاضر با درخواست مسؤولین بیمارستان و با هدف بررسی هم‌زمان کسورات صورتحساب‌های سرپایی و بستری انجام شد. این پژوهش به دنبال راه‌های احتمالی کاهش و حذف کسورات و ارزیابی پیشنهادات اجرایی لازم در جهت ارتقای سطح آگاهی مسؤولین مربوط بود تا گامی در جهت اداره‌ی هر چه بهتر و اثربخش‌تر این بیمارستان برداشته شود.

روش بررسی

پژوهش حاضر مطالعه‌ای توصیفی، مقطعی می‌باشد که به صورت مشاهده‌ای گذشته‌نگر انجام شده است. جامعه‌ی مورد مطالعه اطلاعات پرونده‌های بیماران ترخیص شده از بیمارستان سیدالشهدا (ع) اصفهان در ۶ ماهه‌ی دوم سال ۱۳۸۶ بود. منظور پرونده‌های بیمارانی است که در قبال خدمات ارایه شده برای آن‌ها، سهم بیمه و سهم سازمان به طور جداگانه محاسبه گردیده است و سهم بیمار هنگام تسویه حساب توسط بیمار به بیمارستان پرداخت شده است.

اطلاعات پرونده‌های مربوط به بیماران خاص (هموفیلی - تالاسمی) - به دلیل قرار گرفتن در تقسیم‌بندی بستری موقت - از دایره‌ی تحقیق خارج گردید. اکثریت این افراد به علت مزمن بودن بیماری و کاهش توان پرداخت طی درمان، خدمات درمانی را به صورت رایگان دریافت می‌کنند و هزینه‌ها به طور معمول از سوی دولت و توسط سازمان‌های بیمه‌ای یا موسسات خیریه پرداخت می‌گردد.

حجم نمونه شامل پرونده‌های بیماران ترخیص شده از

به خود اختصاص می‌دهد (۱). از مهم‌ترین مسائلی که همواره توجه، دقت و کوشش مدیران بیمارستان‌ها را به خود معطوف داشته است، تسلط و کنترل بر وضعیت مالی بیمارستان و تأمین منابع مورد نیاز برای اداره‌ی بیمارستان می‌باشد. در واقع تسلط و کنترل بر وضعیت مالی بیمارستان‌ها همواره مورد توجه مدیران بیمارستان بوده است (۳، ۲). از جمله منابع درآمدی بیمارستان با توجه به قانون بیمه‌ی همگانی ارایه و فروش خدمات به بیمه‌شدگان تحت پوشش سازمان‌های بیمه‌گر است و از طرفی مهم‌ترین موارد پرت منابع، مبالغی است که تحت عنوان کسورات به طور معمول هر ماهه توسط این سازمان‌ها پس از رسیدگی به اسناد مالی بیمارستان از میزان درخواستی کسر می‌گردد که این موضوع، مسؤولین را بر شفاف‌سازی روند مدارک پزشکی و منابع مالی بیمارستان ملزم می‌نماید (۴).

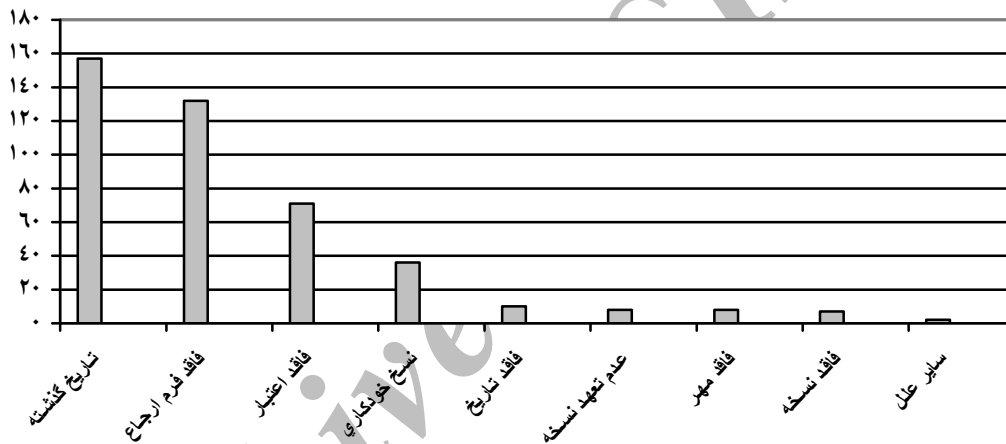
مسأله‌ی میزان و علت کسورات مهم تلقی می‌شود به نحوی که هم موجب اطلاع و آگاهی دست‌اندرکاران بیمارستان و مدیریت مربوط و هم باعث بالا رفتن درآمد بیمارستانی می‌شود و نیز سبب یک اعتماد متقابل بین طرفین قرارداد می‌گردد. به حداقل رساندن کسورات اثرات زیادی در پی خواهد داشت، به طوری که پزشکان در خدمت به بیمه‌شدگان دلگرم‌تر می‌شوند و بیمارستان نیز از قرار دادن تجهیزات و امکانات خود در اختیار بیمه‌شده، احساس رضایت بیشتری می‌نماید و در نهایت هدف واقعی و اصلی که همان رضایت بیماران است به دست خواهد آمد (۵). با درک بهتر و دقیق‌تر از علل کسورات می‌توان کارایی بیمارستان و در نهایت کیفیت مراقبت درمانی را ارتقا بخشید و همچنین از به هدر رفتن منابع مالی بیمارستان، که پشتیبان اصلی در ارایه‌ی خدمات و بقای آن می‌باشد، جلوگیری کرد (۶).

در زمینه‌ی کسورات بیمه‌ای مطالعات زیادی انجام شده است ولی پژوهش‌های متمرکز در این رابطه در جهان بسیار کم می‌باشد. از طرف دیگر پژوهش‌های انجام شده به بررسی بخشی از صورتحساب‌ها پرداخته‌اند مانند بررسی علل کسورات نسخ سرپایی در مرکز آموزشی درمانی الزهرا که بر

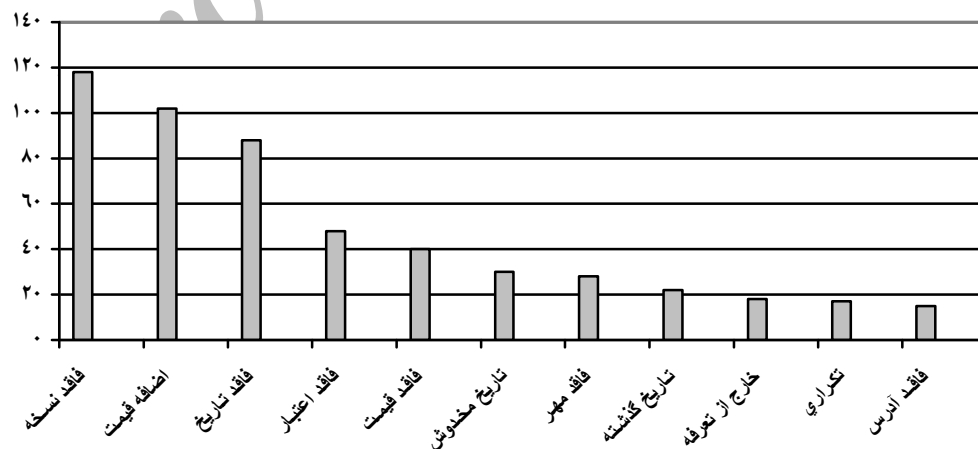
یافته‌ها

بر اساس یافته‌ها بالاترین فراوانی و علل کسورات نسخ کلینیکی، به ترتیب مربوط به نسخ بیمه‌ی کمیته امداد (۶۲ درصد) و با علت تاریخ گذشته (۴۱ درصد) می‌باشد. رتبه‌های بعدی کسورات نسخ کلینیکی مربوط به بیمه‌ی نیروهای مسلح (۲۴/۱۸ درصد)، تأمین اجتماعی (۸/۲ درصد) و خدمات درمانی (۵/۶ درصد) است. بعد از علت «تاریخ گذشته»، مهم‌ترین علل کسورات، «فاقد فرم ارجاع» بودن نسخ بود (نمودار ۱).

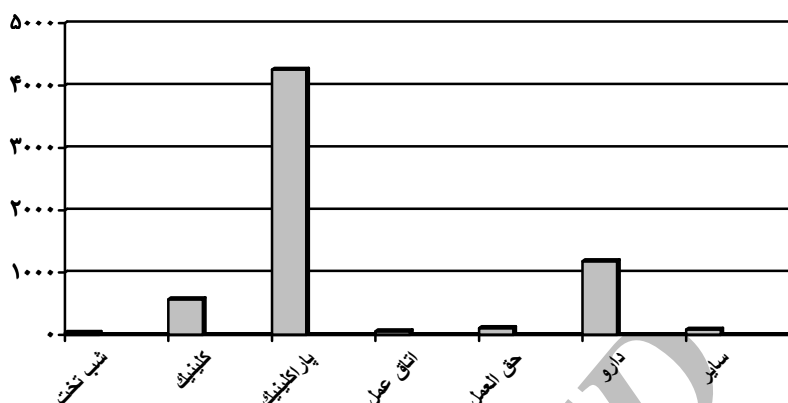
بیمارستان سیدالشهدا (با توجه به معیار ورود و خروج) در ۶ ماهه‌ی دوم سال ۱۳۸۶ بود. نمونه‌گیری به صورت سرشماری بود و همه‌ی نسخ و پرونده‌های ۶ ماهه‌ی دوم ۱۳۸۶ شامل ۴۰۹۸۳ نسخه‌ی کلینیکی، ۲۷۲۳۸ نسخه‌ی پاراکلینیکی و ۳۳۹۲ پرونده‌ی بستری بررسی گردید. اطلاعات توسط چک لیستی که روایی آن توسط کارشناسان بیمه و متخصصین مدیریت تأیید شده بود، جمع‌آوری گردید و با استفاده از شاخص‌های آماری و مقیاس‌های توصیفی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.



نمودار ۱: علل کسورات نسخ کلینیکی بیمارستان مورد مطالعه



نمودار ۲: علل کسورات نسخ پاراکلینیکی بیمارستان مورد مطالعه



نمودار ۳: توزیع فراوانی کسورات پرونده‌های بستری به تفکیک موارد صورتحساب در بیمارستان مورد مطالعه

بحث

با وجود قوانین بیمه‌ای، بسیاری از مواقع در ارزیابی خدمات و در نتیجه در پرداخت و دریافت مطالبات بیمه‌ای، میان سازمان‌های بیمه‌گر و مراکز درمانی اختلافاتی وجود دارد که به علت ماهیت مالی، هزینه‌های هنگفتی را به مراکز درمانی تحمیل می‌کند (۱۰). اختلاف در صورتحساب‌های بیمه‌ای مراکز درمانی و سازمان‌های بیمه‌گر، کسورات نامیده می‌شود که هنگام عدم تطابق خدمت درخواستی با خدمت ارائه شده، عدم تطابق تعرفه‌ی درخواستی با تعرفه‌ی مورد تعهد و یا عدم تطابق خدمت درخواستی با خدمات مورد تعهد اتفاق می‌افتد (۴). در مطالعه‌ی حاضر صورتحساب‌های بیمه‌ای در دو بخش سرپایی و بستری بررسی شده است. مقایسه‌ی نتایج پژوهش حاضر با پژوهش‌های دیگر در ادامه آمده است.

نتایج تحقیقات انجام شده بر «کسورات نسخ سرپایی بیمارستان الزهرا» با تحقیق حاضر دارای نقاط مشترکی بود، به طوری که بیشترین علل کسورات نسخ کلینیکی مربوط به تاریخ اعم از تاریخ مخدوش، تاریخ گذشته/آینده، فاقد تاریخ و تاریخ خودکاری است. از طرف دیگر بر خلاف تحقیق حاضر، عامل دوم کسورات در نسخ کلینیکی بیمارستان الزهرا، اضافه قیمت تعیین شده است که در پژوهش حاضر «فقدان فرم

بالاترین فراوانی و علل کسورات نسخ پاراکلینیکی به ترتیب مربوط به نسخ بیمه‌ی کمیته امداد (۴۵/۳ درصد) و با علت فاقد نسخه می‌باشد. رتبه‌های بعدی کسورات نسخ پاراکلینیکی مربوط به بیمه‌های نیروهای مسلح (۲۸/۳۸ درصد)، تأمین اجتماعی (۲۴/۱۲ درصد) و خدمات درمانی (۲/۱ درصد) است. بعد از علت فاقد نسخه نیز علت اضافه قیمت، فاقد تاریخ، فاقد اعتبار و فاقد قیمت مهم‌ترین علل کسورات بوده است (نمودار ۲).

در نتایج بررسی کسورات پرونده‌های بستری مشاهده شد که بالاترین فراوانی و علل کسورات پرونده‌های بستری به ترتیب مربوط به پرونده‌های بیمه‌ی تأمین اجتماعی (۷۴/۴ درصد) و با علت اضافه درخواستی بوده است. رتبه‌های بعدی کسورات پرونده‌های بستری مربوط به بیمه‌های خدمات درمانی (۱۷ درصد)، کمیته امداد (۶/۵ درصد) و نیروهای مسلح (۱/۶ درصد) است و بعد از علت اضافه درخواستی نیز علت «اشتباه در محاسبه و اضافه قیمت» مهم‌ترین علل کسورات بوده است.

بیشترین کسورات اعمال شده بر اساس موارد صورتحساب، مربوط به خدمات پاراکلینیک و کمترین کسورات مربوط به هزینه‌ی شب تخت بوده است (نمودار ۳).

در بعضی از موارد اضافه قیمت، نوعی درآمد غیر واقعی هستند که توسط کارشناسان بیمه حذف می‌گردند. هنگام بررسی پرونده‌های بستری، این کسورات توسط کارشناسان حسابداری نیز مورد تأیید واقع می‌شود و در این میان اختلاف نظری بین کارشناس بیمه و حسابدار وجود ندارد؛ در نتیجه نمی‌توان کاهش مطالبات توسط این کسورات را پرت منابع محسوب کرد. برای رفع مشکلات باید پس از جمع‌آوری اطلاعات کسورات، بار دیگر علل کسورات مورد بازنگری واقع شوند که با دسته‌بندی کسورات در پرت منابع و درآمد غیر واقعی، کسورات شفاف‌سازی می‌شود و می‌توان از بسیاری از اختلافات عقیده‌ای راجع به روابط ناصحیح با سازمان‌های بیمه‌گر جلوگیری نمود.

۲. پرت منابع: گروهی از کسورات سرپایی با اشتباهات سازمانی ارتباط مستقیم دارند، یعنی از بی‌توجهی و اشتباهات کارکنان مرکز درمانی نشأت می‌گیرد. کسوراتی به علت نقص در مدارک پرونده، تاریخ خودکاری، فاقد تاریخ، فاقد اعتبار، فاقد مهر و امضا، فاقد فرم یا کد ارجاع، تاریخ مخدوش و ... از این دست می‌باشند. در مورد این کسورات، مرکز درمانی باید با پیگیری روند نسخه‌نویسی و شفاف‌سازی این روند، کارکنانی را که در به وجود آوردن کسورات مقصر بوده‌اند، شناسایی و راه حل حذف این کسورات را که در اکثر مواقع با اشتباهات سازمانی ارتباط دارد، برنامه‌ریزی کند (۱۱، ۱۰، ۴).

پیشنهادها

در پایان برای حذف یا کاهش کسورات پیشنهادهای زیر به تفکیک مراکز درمانی و سازمان‌های بیمه‌گر ارایه می‌شود:

• مراکز درمانی

۱. جمع‌آوری اطلاعات مربوط به کسورات اعمال شده توسط سازمان‌های بیمه‌گر
۲. تهیه و تدوین صورتحساب‌های لازم برای کاهش کسورات بر اساس اطلاعات جمع‌آوری شده
۳. برگزاری کلاس‌ها یا کارگاه‌های آموزشی در تمامی سطوح برای کسانی که به نوعی عملکرد غلط آن‌ها منجر به

ارجاع» بوده است و با توجه به خیریه بودن بیمارستان سیدالشهدا و بالا بودن مراجعات بیماران تحت پوشش سازمان کمیته امداد، منافات به وجود آمده به نظر قابل توجیه است (۷). نتایج مطالعه‌ی تعیین و مقایسه‌ی مقدار و علل کسورات دارو و ملزومات پزشکی نشان داده است که علت «اضافه درخواستی» با ۵۷ درصد در بیمه‌ی تأمین اجتماعی، «اشتباه در محاسبه» با ۳۳ درصد در بیمه‌ی خدمات درمانی و «اضافه درخواستی» با ۱۰۰ درصد در بیمه‌ی کمیته امداد، مهم‌ترین علل کسورات دارویی در پرونده‌ها می‌باشد (۷). نتایج تحقیقات مذکور با پژوهش حاضر منافات دارد. در مورد اختلاف موجود، لازم به ذکر است هنگام بررسی اسناد مربوط به نسخ پاراکلینیکی بیمه‌ی تأمین اجتماعی، مشاهده شد در یک ماه هیچ نسخه‌ای به لیست ارسالی به بیمه ضمیمه نشده است که باعث بالا رفتن کسورات با علت «فاقد نسخه» در نتایج پژوهش گردید. مابقی یافته‌ها با تحقیقات مشابه هم‌خوانی داشته است.

در تحقیقی پیرامون «بررسی مقایسه‌ای کسورات سازمان‌های بیمه‌ی خدمات درمانی و تأمین اجتماعی صورتحساب‌های بیمارستان شفا» که در مطالعه‌ی توکلی و همکاران به آن استناد شده است، یکی از مهم‌ترین علل کسورات، «اضافه قیمت» می‌باشد (۳).

در تحقیق مذکور بالاترین علت کسورات، «اضافه قیمت» است؛ در حالی که در پژوهش حاضر «اضافه درخواستی»، بالاترین علت کسورات بستری را به خود اختصاص داده است. «اضافه قیمت» از عدم تطابق تعرفه درخواستی با تعرفه‌ی مورد تعهد بیمه به وجود می‌آید، در حالی که «اضافه درخواستی» ناشی از عدم تطابق خدمت درخواستی با موارد مورد تعهد بیمه است.

نتیجه‌گیری

با مطالعه‌ی حاضر و استفاده از نتایج پژوهش‌های دیگر می‌توان گفت که کسورات از نگاه مالی به دو گروه تقسیم می‌شوند:

۱. درآمد غیر واقعی: کسوراتی با علل اشتباه محاسباتی، اشتباه در جمع ارقام لیست، اضافه دریافتی، کدگذاری غلط و

مالی واحدهای تابعه‌ی خدمات درمانی، نسبت به منظور نمودن رقم ریالی صورتحساب‌ها به حساب هزینه‌ی قطعی درمان و همچنین به حساب بستانکار مؤسسات درمانی در دفاتر قانونی اقدام کنند. از این‌رو میزان بدهی و تعهدات سازمان و مؤسسات مزبور در هر مقطع از زمان مشخص خواهد بود و با توجه به بدهی ثبت شده و استفاده‌ی بهینه از نقدینگی، اقدام به پرداخت صورتحساب‌ها می‌گردد.

۲. از زمان ورود صورتحساب‌های درمانی به واحدهای تابعه‌ی سازمان، برنامه‌ی زمان‌بندی تعیین و به کارشناسان مربوط ابلاغ شود (۱۱، ۱۰).

تشکر و قدردانی

از جناب آقای محمدعلی خامی ریاست محترم بیمارستان سیدالشهدا و سرکار خانم بهشته نقدی که پژوهشگران را در مطالعه‌ی حاضر یاری نمودند، صمیمانه قدردانی می‌شود.

ایجاد کسورات شده است؛ تحت عناوین آموزش ضوابط مربوط به چگونگی همکاری بیمارستان با دفتر اسناد پزشکی سازمان‌های بیمه‌گر، آموزش ضوابط و مقررات نسخه‌نویسی و پرونده‌نویسی، آموزش کتاب تعرفه‌ی خدمات تشخیصی و درمانی، آموزش مقررات عمومی تعرفه‌های خدمات تشخیصی و درمانی (۱۰).

۴. پیگیری و شناسایی کارکنانی که کسورات را سبب شده‌اند و یا با ایجاد کسورات ارتباط داشته‌اند جهت اخطار، آموزش و در صورت لزوم جریمه مالی آن‌ها (۱۱).

• سازمان‌های بیمه‌گر

۱. پیشنهاد می‌شود سازمان‌های بیمه‌گر به منظور پرداخت به موقع صورتحساب‌های درمانی مؤسسات طرف قرارداد، اقدام به ثبت هزینه‌ها بدون در نظر گرفتن نقدینگی سازمان نمایند، به گونه‌ای که پس از بررسی صورتحساب‌های درمانی از طریق ادارات اسناد پزشکی و تأیید صورتحساب‌ها، امور

References

1. Zare H. Treatment insurance basic. Tehran: Elmi farhangi press; 2005. [In Persian].
2. Sadaghiani E. Organization & hospital management. Tehran: Jahan Rayaneh; 1998. [In Persian].
3. Tavakoli N, Saghaeian Nejad S, Rezayatmand MR, Moshaveri F, Ghaderi I. Documentation of medical records and insurance deductions imposed by the Department of Health Services. Health Information Management Journal 2006; 3(2): 53-61.
4. Ibern. Group health insurance and tax deductions. Gac Sanit 1999; 13(3): 236-8.
5. Brygam E, Weston JF. Management accounting. Trans. Abdeh Tabrizi H, Hanifi F. Tehran: Agah Pishbord; 1990. [In Persian].
6. Moridei S. Culture of social insurances. Tehran: Industrial Management; 2002. [In Persian].
7. Moghadasi P. The causes of deductions in the outpatient version of training centers in Alzahra in 2005, [Thesis] Isfahan: University of Medical Science Isfahan; 2007. [In Persian].
8. Zakeri M, Yazdi M. Zone and compare the amount of deductions and causes of drug and medical supplies on the list of bills and drug consumption requirements in the operating room CABG patients selected public and private hospitals in the first half 2006, [Thesis] Isfahan: University of Medical Science Isfahan; 2007. [In Persian].
9. Dehnavie R, Hajizadeh M, Najafi B. Evaluation of cases admitted deductions VII NHS hospital Hashemi Nejad and Firuzkooch November, December, Jun 2002. Special academic and professional public health care insurance 2004; 25(2): 114-21
10. Seidman RL, Pollack SB. Trends in hospital deductions from revenue. Increases in uncompensated care and payment adjustments. Hosp Top 1991; 69(1): 19-26.
11. Asefzadeh S, Reza Pour A. Hospital management. Tehran: Hadis e Emrouz; 2006. [In Persian].

The Study Deductions of Insurance Bills and Presenting Suggestions Approaches in Seyed Alshohada Hospital*

Saeid Karimi, PhD¹; Sahar Vesal²; Saeedeh Saeedfar³; Mohammadreza Rezayatmand⁴

Abstract

Introduction: Insurance considered as the main financial resource of hospitals But hospitals have disagreement with insuring organizations in some financial cases and usually they do not receive all their insurance claims. The aim of current research was to review the causes of deductions in insurance bills in Isfahan Seyed Alshahada hospital and suggest some suitable approaches.

Methods: In this descriptive cross-sectional retrospective study, prescription information and records of patients referred to Seyed Alshahada Hospital (AS) in the second six months of 2007 were studied and information of patients with special diseases was extracted from. Sampling method was census records and during the study 4983 clinical prescriptions, 27238 paraclinical prescriptions and 3392 hospitalized case were investigated. Data was collected using a checklist which validity was confirmed by insurance experts and management specialists and analyzed by statistical and descriptive scales.

Results: The highest prevalence and causes of deductions in clinical prescriptions was related to insurance organizations Komite Emdad (62%) due to confounding date. Next Rankings were Nirouhaye Mosalah, Tamin Ejtemaei and Khadamat Darmani insurances. The highest prevalence and causes of deductions in paraclinical prescriptions was related to insurance organizations Komite Emdad (45.3%) due to lack of prescriptions. Next Rankings were Nirouhaye Mosalah, Tamin Ejtemaei and Khadamat Darmani insurances.

The highest prevalence and causes of hospitalization records deductions was related to Tamin Ejtemaei (74.4%) due to lock exorbitant. Next rankings were Khadamat Darmani insurance, Komite Emdad insurance and Nirouhaye Mosalah insurance.

Conclusion: Most causes of outpatient deductions had direct correlation with organizational mistakes derived from hospital staff. In this field, educating physicians, nurses and other staff holding up in patients bill procedure seems to be necessary. On the other hand, the main cause for inpatient files as it was mentioned was due to extra demands, which did not count resources lose. Transparency of the deductions would reduce the disagreement between hospital and insurance organizations.

Keywords: Insurance; Hospitals; Files; Inpatients; Hospital Records.

Type of article: Original Article

Received: 17 Jan, 2010

Accepted: 23 Oct, 2010

Citation: Karimi S, Vesal S, Saeedfar S, Rezayatmand M. **The Study Deductions of Insurance Bills and Presenting Suggestions Approaches in Seyed Alshohada Hospital.** Health Information Management 2011; 7 (Special Issue): 600.

* This article resulted from research project No 387137 funded by deputy for research, Isfahan University of Medical Sciences.

1. Assistant Professor, Health Services Management, Health Management & Economic Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

2. BSc, Health Services Management, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran. (Corresponding Author)
Email: vesal.sahar@yahoo.com

3. BSc, Health Services Management, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

4. General Practitioner, General Healthcare Insurance Office in Isfahan, Isfahan, Iran.