

Original Article

Depiction of Health

2020; 11(2): 172-189

<http://dohweb.tbzmed.ac.ir>

The Analysis of the Causes of Hospitalized Patients' Medical Records Deductions

Ali Imani¹, Leila Doshmangir², Mohammad Taghi Mousarrezai^{*3}

Article Info:

Article History:

Received: 11.29.2019

Accepted: 02.15.2020

Published: 06.21.2020

Keywords:

Medical Records

Hospitals

Inpatients

Deductions

Reimbursement

Abstract

Background and Objectives: Hospital deductions are one of the main concerns of hospital managers in cost management and also one of the most controversial issues between insurance companies and hospitals. The objective of the present study was to analyze the major causes of hospital inpatient medical records deductions.

Material and Methods: This study was a mixed-method research that was done in four-step in 2017. In the first step, systematic review of the main causes of deductions in hospital inpatient medical records was done. In the second and three steps, a questionnaire was designed from the results of the first step to interview the experts in this field. In the final step, after summarizing the results of the three steps, the final causes of hospital inpatient medical records deductions were determined using Delphi technique.

Results: Additional requests for encoding in surgical procedures by surgeons and anesthesiologists, sending documents with the signature of the surgeon assistant without his presence in operation, lack of interaction with insurance and its follow-up and a tendency to reform of deductions, employing people with the unrelated specialties in the relevant unit, lack of continuing and comprehensive training for staff, additional request at drugs and supplies fees, incomplete documentation, lack of documentation for full-time physicians and differences in the implementation of guidelines by the insurers were the most important causes of inpatient medical records deductions

Conclusion: Given that human error is one of the main reasons for inpatient medical records deductions, justifying physicians and training staff for completing medical records on the principles of proper documentation and quality of data recording and ensuring uniformity of policies and enforcement of insurance guidelines seem essential.

Citation: Imani A, Doshmangir L, Mousarrezai MT. The Analysis of the Causes of Hospitalized Patients' Medical Records Deductions. *Depiction of Health*. 2020; 11(2): 172-189.

1. Department of Health Economics, Faculty of Management and Medical Informatics, Tabriz Health Services Management Research Center, Health Management and Safety Promotion Research Institute, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

2. Department of Health Care Management, Iranian Center of Excellence in Health Management, Faculty of Management and Medical Informatics, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

3. Correspondence: Mohammad Taghi Mousarrezai, Student Research Committee, Faculty of Management and Medical Informatics, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran (Email: M_mousarrezai@gmail.com)

تحلیل علل کسورات پرونده‌های بستری

علی ایمانی^۱، لیلا دشمنگیر^۲، محمدتقی موسی‌الرضائی*^۳

چکیده

زمینه و اهداف: کسورات بیمارستانی یکی از دغدغه‌های اصلی مدیران بیمارستانی در مدیریت هزینه‌ها و نیز یکی از موارد اختلاف‌برانگیز بین سازمان‌های بیمه‌گر و بیمارستان‌هاست. مطالعه حاضر با هدف تحلیل علل کسورات پرونده‌های بستری بیمارستانی انجام گرفته است.

مواد و روش‌ها: این مطالعه از نوع چند روشی است که طی ۴ مرحله در سال ۱۳۹۶ به انجام رسید. در مرحله اول با مرور نظام‌مند متون، علل کسورات در صورت‌حساب‌های بستری شناسایی شد. در مرحله دوم و سوم از علل به‌دست‌آمده، پرسش‌نامه‌ای جهت مصاحبه با کارشناسان و صاحب‌نظران در این زمینه طراحی و سپس مصاحبه انجام گردید. در گام آخر پس از جمع‌بندی نتایج ۳ مرحله‌ی قبل، علل نهایی کسورات با فن دلفی تعیین گردید.

یافته‌ها: اضافه درخواستی پزشکان جراح و بیهوشی در کدگذاری، ارسال مستندات با امضای کمک جراح بدون حضورش در عمل، نبود تعامل با بیمه‌ها و جلسات پیگیری و اصلاح کسورات، به کارگیری افراد با تخصص نامرتبط در واحد مربوطه، نبود آموزش مداوم و جامع کادر، اضافه درخواستی در قیمت دارو و لوازم، ارسال ناقص مستندات، عدم ارائه‌ی مستندات مربوط به پزشکان تمام‌وقت جغرافیایی و تفاوت در اجرای شیوه‌نامه‌ها از طرف بیمه‌ها از مهم‌ترین علل کسورات بودند.

نتیجه‌گیری: با توجه به اینکه دلیل عمده‌ی کسورات ناشی از خطاهای انسانی است؛ لذا توجه اصولی پزشکان، آموزش کادر مسئول تکمیل پرونده‌ها در رابطه با اصول مستندسازی صحیح و چگونگی ثبت اطلاعات و یکسان‌سازی شیوه‌نامه‌ها و اجرای هماهنگ بخش‌نامه‌ها توسط بیمه‌ها ضروری به نظر می‌رسد.

کلیدواژه‌ها: پرونده‌های پزشکی، بیمارستان، بیماران بستری، کسور، بازپرداخت

نحوه استناد به این مقاله: ایمانی ع، دشمنگیر ل، موسی‌الرضائی م. تحلیل علل کسورات پرونده‌های بستری. تصویر سلامت. ۱۳۹۹؛ ۱۱(۲): ۱۷۲-۱۸۹.

۱. دپارتمان گروه آموزشی اقتصاد سلامت، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، مرکز تحقیقات مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی تبریز، پژوهشکده مدیریت سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران
۲. دپارتمان گروه آموزشی مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، قطب علمی و آموزشی مدیریت سلامت ایران، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران
۳. کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، ایران ([Email: m.mousarrezaei@gmail.com](mailto:m.mousarrezaei@gmail.com))

حقوق برای مؤلف(ان) محفوظ است. این مقاله با دسترسی آزاد در تصویر سلامت تحت مجوز کپی‌رایت کامنز (<http://creativecommons.org/licenses/bync/4.0/>) منتشر شده که طبق مفاد آن هرگونه استفاده غیر تجاری تنها در صورتی مجاز است که به اثر اصلی به نحو مقتضی استناد و ارجاع داده شده باشد.

مقدمه

بیمارستان‌های آموزشی علوم پزشکی یزد هم علل عمده کسورات را مربوط به حق‌العمل جراح، حق‌العلاج و دارو ذکر کرده‌اند (۱۰). در بررسی انجام‌شده در دانشگاه علوم پزشکی تبریز نسبت به کسورات اعمال‌شده در واحدهای ارائه‌دهنده‌ی خدمت در سال ۱۳۸۷ میزان کسورات حدود ۱۰ درصد و رقمی معادل ۴۰ میلیارد ریال اعلام شده است (۱۱). در مطالعه‌ای دیگر که توسط موسی‌زاده و همکاران بر روی یک بیمارستان آموزشی شهر تبریز در شش‌ماهه‌ی دوم سال ۱۳۹۳ انجام گرفت، میزان کسورات را رقمی معادل ۱۹۳۳۳۳۱۱۱ ریال ذکر نموده که از هر ۴ پرونده یک پرونده مشمول کسور گردیده است (۱۲) و نهایتاً در مطالعه‌ی موسی‌الرضائی و همکاران در تبریز در سال ۹۶ علت عمده‌ی کسورات اشتباهات انسانی بیان شده است (۵).

در کشورهای خارجی مسئله‌ی کسورات با عنوان بازپرداخت نادرست هزینه‌های صورت‌حساب‌های درمانی از طرف شرکت‌ها و سازمان‌های بیمه‌گر از اهمیت زیادی برخوردار است. به عنوان مثال در گزارشی که مرکز خدمات مدیکر و مدیکاید (Medicare & Medicaid) آمریکا در سال ۲۰۱۸ منتشر کرده است، میزان پرداخت‌های نادرست (کسورات) را حدود ۹/۵ درصد کل مبلغ پرداخت‌شده برای صورت‌حساب‌های ارسالی (سی و شش میلیون دلار از مجموع سیصد و نود میلیون دلار کل پرداختی برای صورت‌حساب‌ها) ذکر کرده است (۱۳).

با درک بهتر و دقیق‌تر از علل کسورات می‌توان کارآیی بیمارستان و درنهایت کیفیت مراقبت درمانی را ارتقا بخشید و همچنین از به هدر رفتن منابع مالی بیمارستان که پشتیبان اصلی در ارائه‌ی خدمات و بقای آن‌ها است، جلوگیری کرد (۱۴). وجه تمایز مطالعه‌ی ما با مطالعات قبلی در این است که در مطالعه‌ی ما علاوه بر رویکرد مطالعات قبلی که در آن روش‌های جمع‌آوری اطلاعات تنها براساس مستندات پرونده‌ها و فایل‌های الکترونیکی است، ابزار مطالعه‌ی ما براساس مرور نظام‌مند جمع‌آوری گردیده و سپس با انجام مصاحبه و استفاده از فن دلفی، نظرات صاحب‌نظران را در مورد دلایل اصلی کسورات پرونده‌های بستری بیمارستانی جویا شدیم. هدف این مطالعه تحلیل علل عمده‌ی کسورات پرونده‌های بستری بیمارستانی بود. امید است نتایج این مطالعه مدیران و مسئولین مربوطه را جهت مدیریت صحیح و بهینه‌ی منابع مالی و جلوگیری از هدر رفت آن، یاری نماید.

مواد و روش‌ها

این مطالعه از نوع چند روشی است که در ۴ مرحله و در سال ۱۳۹۶ در دانشگاه علوم پزشکی تبریز به انجام رسید. در این مطالعه، پژوهشگران ابتدا اقدام به انجام یک مرور نظام‌مند

در برنامه‌ریزی برای تخصیص منابع و اعتبارات به بخش بهداشت و درمان کشور، بیمارستان‌ها بخش عمده‌ای از آن را به خود اختصاص داده و به عنوان بزرگ‌ترین مراکز ارائه‌کننده‌ی مراقبت‌های بهداشتی و درمانی به اقشار جامعه و همچنین بیمه‌شدگان سازمان‌های بیمه‌گر محسوب می‌گردند (۱). به دلیل افزایش هزینه‌ی ارائه‌ی خدمات درمانی، امروزه بیمارستان‌ها جزء سازمان‌های مهم و پرهزینه محسوب می‌گردند (۲) به طوری که بر طبق مطالعات قبلی بین ۵۰ تا ۸۰ درصد منابع بهداشتی بخش دولتی در کشورهای در حال توسعه توسط بیمارستان‌ها مصرف می‌شود (۳). بیمارستان‌های ایران حدود ۲ درصد از تولید ناخالص ملی را به خود اختصاص داده‌اند (۴).

امروزه بیمارستان‌ها با مشکلات مالی فراوانی از قبیل تأخیر در پرداخت مطالبات بیمارستان‌ها از سوی سازمان‌های بیمه‌گر و نیز کسر مبالغی تحت عنوان کسورات که یکی از مهم‌ترین مشکلات مالی در سیستم سلامت ایران و نیز از نگرانی‌های اساسی مدیران بیمارستانی در کنترل هزینه‌ها است، روبرو هستند (۵).

یکی از عوامل تعیین‌کننده در تعیین مقدار مبلغ بازپرداختی صورت‌حساب‌های بیمارستان‌ها، مستندسازی پرونده‌های ارسالی جهت دریافت این مطالبات به سازمان‌های بیمه است که باید به گونه‌ای باشد که پرونده‌ی بیمار تمام شواهد مربوط به کل خدمات ارائه‌شده به بیمار را در هنگام ترخیص در برداشته و نیز نشان‌دهنده‌ی لازم بودن این خدمات برای بیمار و مناسب وضعیت وی باشد. نقص در این مستندات به طور مستقیم بر میزان بازپرداخت تأثیر دارد (۶).

کسورات بیمارستانی با کاهش توان مالی بیمارستان‌ها از طریق هدر دادن مبلغ قابل توجهی از منابع و درآمدهای بیمارستانی، بار مالی هنگفتی را با افزایش هزینه‌های پرداخت از جیب به بیماران تحمیل می‌کنند (۷).

در ایران، مطالعات متعددی درباره‌ی کسورات انجام شده است. فاتحی پیکانی در پژوهشی میزان کسورات اعمالی بر صورت‌حساب‌های ارسالی بیمارستان فیروزآبادی را ۱۱۲ میلیون ریال و صورت‌حساب‌های ارسالی بیمارستان سینا را ۱۸۵ میلیون ریال اعلام کرده و همچنین کدگذاری غلط اعمال جراحی، رعایت نکردن مقررات عمومی تعرفه، اشتباه در محاسبه، نقص مدارک پرونده، اضافه قیمت و تفاوت تعرفه‌ی عادی و گلوبال را به عنوان دلایل عمده کسورات ذکر کرده است (۸). در مطالعه‌ی کریمی و همکاران نیز در صورت‌حساب‌های بیمارستان سیدالشهداء اصفهان، بالاترین فراوانی و علل کسورات پرونده‌های بستری را مربوط به پرونده‌های تأمین اجتماعی (۷۴ درصد) و با علت اضافه درخواستی ذکر نموده است (۹). عسگری و همکاران در

در این میان با توجه به تکراری بودن پاسخ‌های مصاحبه‌ها و اشباع اطلاعاتی تعداد ۱۰ مصاحبه‌ی نیمه‌ساختاریافته برگزار شد.

مشارکت‌کنندگان این بخش از مطالعه شامل افراد صاحب‌نظر در زمینه‌ی علوم مدیریت و اقتصاد سلامت و علاقه‌مند به موضوع کسورات بیمارستانی و نیز کارشناس در زمینه‌ی واحد درآمد بیمارستان یا کارشناس سازمان‌های بیمه‌ای (ناظر بیمارستانی) که حداقل ۵ سال سابقه اشتغال در واحد مربوطه را داشته و تمایل به شرکت در مصاحبه داشتند، بودند و روش نمونه‌گیری این افراد مبتنی بر هدف بود (جدول ۱).

به منظور شناسایی علل کسورات صورت‌حساب‌های بستری بیمارستانی نمودند. سپس فهرستی از اطلاعاتی از قبیل نوع، سال و مکان مطالعه از آن استخراج گردید و نتایج در جداول خلاصه‌سازی شده، گزارش گردید. استفاده از این نوع مطالعه برای شناسایی علل کسورات به این دلیل بود که در آن از تمامی دانش موجود در منابع علمی معتبر استفاده و اطلاعات جامعی را نصیب محققین ساخت (۵).

در مرحله‌ی دوم، سؤالات مصاحبه‌ی نیمه‌ساختاریافته که شامل ۹ سؤال مرتبط با علل کسورات به‌دست‌آمده از مرور نظام‌مند بود، تدوین گردید. در مرحله‌ی سوم محققین با استفاده از این پرسش‌نامه اقدام به انجام مصاحبه با صاحب‌نظران و افراد دخیل در کسورات پرونده‌ها کردند که

جدول ۱. مشارکت‌کنندگان در مصاحبه

مشارکت‌کنندگان	بیمه تأمین اجتماعی	بیمه سلامت	بیمه نیروهای مسلح	بیمارستان امام رضا (ع)	بیمارستان شهریار	بیمارستان شمس
کارشناس ناظر بیمارستان	۴	۲	۱	—	—	—
کارشناس درآمد	—	—	—	۱	۱	۱
مجموع	—	—	—	۱	۱	۱
			۱۰ نفر			

در مرحله‌ی چهارم، کسورات مربوط به پزشکان، کسورات مربوط به بیمارستان و کسورات مربوط به سازمان‌های بیمه‌گر در قالب پرسش‌نامه تنظیم شده و در جداولی که هر علت از جنبه‌ی اهمیت آن با استفاده از مقیاس لیکرت (Likert scale) ۱ (نامناسب‌ترین حالت) و ۹ (مناسب‌ترین حالت) درجه‌بندی شده بود، وارد شد (جدول ۲) و با ارائه‌ی آن به صاحب‌نظران علل کسورات با فن دلفی استخراج گردید. روش دلفی به عنوان روشی اثربخش برای دستیابی به اجماع یا پیش‌بینی رویدادهای آینده شناخته شده است. منظور از اجماع در دلفی، توافق مشارکت‌کنندگان درباره‌ی نظرات، گزینه‌ها یا مفاهیمی است که به صورت نمره (امتیاز) درجه‌بندی شده‌اند. همچنین این روش به صورت یک فن تسهیل گروهی که از طریق توالی از پرسش‌نامه‌ها در صدد به دست آوردن نظر خبرگان است، تعریف شده است (۱۵).

هدایت محتوای جلسات مصاحبه بر مبنای پرسش‌نامه‌ی تهیه‌شده توسط محققین انجام گرفت (پیوست ۱). به طوری که محققین ابتدا متغیرهای اصلی مربوط به موضوع تحقیق را با توجه به مرور تحقیقات قبلی انتخاب نمودند و سپس سؤالات مصاحبه را از آن‌ها بر مبنای هدف مطالعه استخراج نمودند. سؤالات از لحاظ شکل به صورت سؤالات نیمه‌باز بودند که به تأیید ۳ نفر از اساتید متخصص علوم مدیریت و اقتصاد و ۷ نفر از کارشناسان ناظر بیمارستانی و آشنا با مبحث کسورات رسیده بود.

در راستای تجزیه و تحلیل متون مرتبط با علل و عوامل کسورات پرونده‌ای بستری بیمارستانی بدین‌صورت اقدام صورت گرفت که ابتدا متن مصاحبه‌ها چندین بار خوانده و بازنگری شد تا یک درک کلی از مصاحبه‌ها حاصل گردد، سپس داده‌های پیاده‌سازی شده جهت تحلیل با روش تحلیل محتوا وارد نرم‌افزار گردید. نرم‌افزار مورد استفاده مکس کیودا (MAXQDA) ورژن ۱۰ بود.

اهمیت	علل کسورات مربوط به پزشکان
۹ ۸ ۷ ۶ ۵ ۴ ۳ ۲ ۱	
	۱ کدگذاری نادرست پزشکان جراح به دلیل آشنا نبودن آن‌ها با کتاب تعرفه‌گذاری یا خودتفسیری آنان
	۲ عمل نکردن پزشکان جراح در کدگذاری اعمال جراحی بر طبق کتاب تعرفه‌گذاری
	۳ اضافه درخواستی پزشکان در کدگذاری اعمال جراحی
	۴ اضافه درخواستی پزشکان در کدهای تعدیلی بیهوشی و زمان بیهوشی
	۵ تمام‌وقت جغرافیایی پزشکان به دلیل عدم ارائه‌ی مستندات مربوطه به سازمان بیمه‌گر
	۶ تمام‌وقت جغرافیایی پزشکان به دلیل عدم حضور آن‌ها در بیمارستان
	۷ نبود برنامه‌ای منسجم جهت توجیه پزشکان در مورد کدگذاری صحیح بر طبق کتاب تعرفه‌گذاری
	۸ تأکید بر رویه‌ی قبلی کدگذاری توسط پزشکان جراح و بیهوشی
	۹ نبود قرارداد پزشک با بیمه تکمیلی در بیمارستان‌های بخش خصوصی و دولتی
	محل ثبت نظرات تکمیلی در خصوص علل کسورات مربوط به پزشکان:

اهمیت	علل کسورات مربوط به بیمارستان‌ها
۹ ۸ ۷ ۶ ۵ ۴ ۳ ۲ ۱	
	۱۰ آشنا نبودن کادر واحد درآمد و مدارک پزشکی با قوانین و بخش‌نامه‌های بیمه‌ای
	۱۱ نبود آموزش مداوم در جهت بروز نمودن اطلاعات کارکنان واحد درآمد
	۱۲ متناسب نبودن مدرک تحصیلی کارکنان شاغل در واحد مدارک پزشکی یا واحد درآمد با تصدی‌گری آن شغل
	۱۳ نبود سیستم تشویق و تنبیه مالی برای کادر مشمول مستندسازی
	۱۴ ارتباطات ضعیف و عدم وجود تعامل رسمی و سازنده از طرف بیمارستان‌ها با سازمان‌های بیمه‌گر
	۱۵ اضافه قیمت در مورد دارو و لوازم مصرفی
	۱۶ اضافه درخواستی در تعداد دارو و لوازم مصرفی توسط کادر بخش‌های بستری
	۱۷ اضافه درخواستی در تعداد دارو و لوازم مصرفی اتاق عمل
	۱۸ اضافه قیمت در مورد تخت و خدمات پرستاری بدون توجه به درجه ارزش‌یابی بیمارستان (هتلینگ)
	۱۹ نبود سیستم HIS در بیمارستان و عدم پیروی کادر واحد درآمد از تعرفه‌های بیمه‌ای (قبل از طرح تحول سلامت)
	۲۰ عدم تعمیم کسورات به کارانه پزشکان مسبب کسور

۲۱	اشتباه در محاسبه ارقام صورت حسابها و نبود دقت کافی در هنگام تنظیم صورت حسابها
۲۲	ارسال صورت حساب فاقد مشخصات
۲۳	مغایرت یا مخدوش بودن مشخصات صورت حساب ارسالی
۲۴	ارسال صورت حساب فاقد تاریخ و یا تاریخ مخدوش
۲۵	ارسال صورت حسابهای تاریخ گذشته یا تاریخ آینده
۲۶	عدم حضور پزشک کمک جراح در جریان عمل و ارسال مستندات عمل با امضای کمک جراح
۲۷	اشتباه در محاسبه تخت روز بستری (اشتباه در محاسبه تاریخ بستری و ترخیص بیمار)
۲۸	فاقد مهر یا امضاء پزشک
۲۹	فاقد ضمایم مثبت (رادیولوژی، پاتولوژی، آزمایش و...)
۳۰	فاقد کپی دفترچه
۳۱	عدم تطابق امضای پزشک با نمونه امضای معرفی شده
۳۲	عدم تطابق امضای مسئول فنی با نمونه امضای معرفی شده
۳۳	فاقد مهر بیمارستان
۳۴	فاقد دستور پزشک (order)
۳۵	فاقد استحقاق درمان
۳۶	نبود جلسات منظم با کادر پزشکی جهت اصلاح نقطه نواقص و تمرکز روی ضعفهای حاصل از مطالعات کیفی مدارک پزشکی
۳۷	ارسال صورت حساب فاقد تأیید کارشناس بیمه
۳۸	درخواست دوباره به صورت انفرادی برای موارد
۳۹	ارسال صورت حساب مربوط به سایر سازمانهای بیمهگر محل ثبت نظرات تکمیلی در خصوص علل کسورات مربوط به بیمارستانها:

اهمیت

۹ ۸ ۷ ۶ ۵ ۴ ۳ ۲ ۱

علل کسورات مربوط به سازمانهای بیمهگر

۴۰	متفاوت بودن صندوقهای سازمانهای بیمهگر
۴۱	کسورات هتلینگ به دلیل نداشتن اندیکاسیون بستری در بخشهای ویژه (کسورات شورای علمی)
۴۲	اعمال مربوط به عوارض عمل یک در همان بستری (کسورات شورای علمی)

۴۳	شیوه‌نامه‌ی یکسان ولی اجرای متفاوت سازمان‌های بیمه‌گر
۴۴	عدم تنظیم و یا تناسب قیمت‌های لوازم مصرفی و دارو از سوی سازمان‌های بیمه‌گر با قیمت‌های بازار
۴۵	تعهدات متفاوت سازمان‌های بیمه‌گر
۴۶	اعمال سلیقه‌ی متفاوت کارشناسان واحد رسیدگی بیمه‌ای سازمان‌های بیمه‌گر
۴۷	اختلافات شخصی کارشناس رسیدگی سازمان بیمه‌گر با کارشناسان واحد درآمد بیمارستان مربوطه
۴۸	نبود تعرفه‌ی یکسان برای دارو و لوازم در سازمان‌های بیمه‌گر
۴۹	عدم تمایل مدیران سازمان‌های بیمه‌ای به برقراری تعامل خوب با مسئولین مراکز بیمارستانی
۵۰	دقت بیشتر کارشناسان واحد رسیدگی بیمه‌ای بعضی سازمان‌های بیمه‌گر
محل ثبت نظرات تکمیلی در خصوص علل کسورات مربوط به سازمان‌های بیمه‌گر:	
.....	

ارزیابی روایی پرسش‌نامه‌ی طراحی‌شده‌ی دلفی

برای بررسی روایی محتوایی در اینجا از ضریب نسبت روایی محتوا (Content Validity Ratio) استفاده گردید. برای تعیین CVR از پانل خبرگان درخواست گردید تا هر آیت را براساس طیف سه‌قسمتی (ضروری است، مفید است ولی ضروری نیست و ضرورتی ندارد) بررسی نمایند و پس از دریافت پاسخ‌های اعضای پانل، داده‌های مربوط به نظرات هر عضو پانل در نرم‌افزار اکسل (Excel) وارد شده و با استفاده از محاسبات ریاضی و آماری بر اساس شاخص نسبت روایی محتوایی لاوشه (Lawshe) با در نظر گرفتن تعداد افراد در پانل خبرگان (۲۵ نفر) میزان CVR، ۰/۹۱ محاسبه گردید که نسبت به حداقل مقدار روایی برای این تعداد افراد

در آزمون‌های یک‌طرفه‌ی موردنظر لاوشه که ۰/۳۷ بود (۱۶)، اعتبار محتوای این پرسش‌نامه تایید گردید.

۱. دور اول دلفی

در ابتدای پرسش‌نامه‌ی طراحی‌شده (جدول ۲)، علاوه بر معرفی پژوهش، صفحه‌ای تحت عنوان مشخصات فردی پاسخ‌دهندگان، برای ثبت ویژگی‌های شخصی و شغلی و همچنین نحوه‌ی تماس با آن‌ها در نظر گرفته شده بود (پیوست ۲).

افراد شرکت‌کننده در دلفی، ۲۵ نفر از صاحب نظران بودند که از کارشناسان ناظر بیمارستانی با حداقل ۵ سال سابقه و نیز واحد درآمد یا امور مالی بیمارستان‌ها با حداقل ۳ سال سابقه‌ی کار در واحدهای مالی به روش نمونه‌گیری متجانس انتخاب شده بودند (جدول ۳).

جدول ۳. توزیع شرکت‌کنندگان در دلفی از نظر شغل، تحصیلات و جنس

مشارکت‌کنندگان	جنسیت		تحصیلات		
	مرد	زن	دیپلم	لیسانس	فوق لیسانس
بیمه سلامت	۲	۵	—	۵	۲
بیمه تأمین اجتماعی	۴	۸	—	۵	۷
بیمه نیروهای مسلح	۱	۰	—	—	۱
بیمه کمیته امداد	۰	۱	—	۱	—
کارشناس واحد درآمد	۴	—	۱	۳	—
جمع	۱۱	۱۴	۱	۱۴	۱۰

دوم دلفی وارد شدند (۱۷). سپس تمامی پرسش‌نامه‌ها تحلیل شدند و براساس نتایج تحلیل، پرسش‌نامه‌ای برای ورود به دور دوم دلفی طراحی گردید.

۲. دور دوم دلفی

در این مرحله، آن دسته از عوامل کسورات که امتیاز لازم را کسب کرده بودند، در قالب یک پرسش‌نامه‌ی جدید که حاوی میانه نمرات صاحب‌نظران و نیز نمره‌ی هر صاحب‌نظر در دور اول بود، تنظیم شده و مجدداً به همان صاحب‌نظران ارائه گردید (جدول ۴) تا درباره‌ی باقی ماندن یا خروج آن از علل نهایی تصمیم‌گیری نمایند.

در دور اول دلفی، پژوهشگران با مراجعه به بیمارستان‌ها و ادارات بیمه‌ای محل خدمت صاحب‌نظران انتخابی، اقدام به معرفی پژوهش نموده و پس از دادن مهلت یک هفته‌ای به صاحب‌نظران برای پاسخ به پرسش‌نامه و پیگیری‌های مداوم گروه پژوهش دور اول دلفی با جمع‌آوری تعداد ۲۵ پرسش‌نامه از ۲۵ نفر مشارکت‌کننده به پایان رسید. با توجه به اینکه مقیاس مورد استفاده در این مطالعه، یک مقیاس ۹ درجه‌ای (لیکرت) بود، لذا نقطه ۵ به عنوان نقطه‌ی بی‌طرف انتخاب شد و علل با میانه امتیاز پایین‌تر از ۴ حذف، علل با میانه امتیاز بالای ۷ پذیرش و علل با میانه امتیاز ۴ تا ۷ به دور

جدول ۴. پرسش‌نامه‌ی دلفی راند ۲

امتیاز شما در دور اول	میانه امتیاز اعضای مشارکت‌کننده در دور قبلی	امتیاز مجدد شما از ۱ تا ۹
۱	کدگذاری نادرست پزشکان جراح به دلیل آشنا نبودن آن‌ها با کتاب تعرفه گذاری یا خودتفسیری آنان	
۲	متناسب نبودن مدرک تحصیلی کارکنان شاغل در واحد مدارک پزشکی یا درآمد با تصدی‌گری آن شغل	
۳	تمام وقت جغرافیایی پزشکان به دلیل عدم ارائه‌ی مستندات مربوطه به سازمان بیمه‌گر	
۴	نبود سیستم تشویق و تنبیه مالی برای کادر مشمول مستندسازی	
۵	ارتباطات ضعیف و عدم وجود تعامل رسمی و سازنده از طرف بیمارستان بیمه‌گر	
۶	اضافه قیمت در مورد دارو و لوازم مصرفی	
۷	اضافه درخواستی در تعداد دارو و لوازم مصرفی توسط کادر بخش‌های بستری	
۸	اضافه درخواستی در تعداد دارو و لوازم مصرفی اتاق عمل	
۹	عدم حضور پزشک کمک جراح در جریان عمل و ارسال مستندات عمل با امضای کمک جراح	
۱۰	فاقد ضمایم مثبت (رادیولوژی، پاتولوژی، آزمایش و...)	
۱۱	فاقد دستور پزشک (Order)	
۱۲	کسورات هتلینگ به دلیل نداشتن اندیکاسیون بستری در بخش‌های ویژه (کسورات شورای علمی)	
۱۳	اعمال مربوط به عوارض عمل اول در همان بستری (کسورات شورای علمی)	
۱۴	شیوه‌نامه‌ی یکسان ولی اجرای متفاوت سازمان‌های بیمه‌گر	
۱۵	فاقد مهر بیمارستان	
۱۶	عدم تنظیم و یا تناسب قیمت‌ها یا لوازم مصرفی و دارو از سوی سازمان‌های بیمه‌گر با قیمت‌های بازار	
۱۷	تعهدات متفاوت سازمان‌های بیمه‌گر	
۱۸	دقت بیشتر کارشناسان واحد رسیدگی بیمه‌ای بعضی سازمان‌های بیمه‌گر	
۱۹	عدم تطابق امضای پزشک با نمونه امضای معرفی شده	
۲۰	تمام وقت جغرافیایی پزشکان به دلیل عدم حضور آن‌ها در بیمارستان	
۲۱	اعمال سلیقه‌ی متفاوت کارشناسان واحد رسیدگی بیمه‌ای سازمان‌های بیمه‌گر	

۲۲	نبودن جلسات منظم با کادر پزشکی جهت اصلاح نقطه نواقص و تمرکز روی ضعف‌های حاصل از مطالعات کیفی مدارک پزشکی
۲۳	اشتباه در محاسبه تخت روز بستری (اشتباه در محاسبه تاریخ بستری و ترخیص بیمار)
۲۴	آشنا نبودن کادر واحد درآمد و مدارک پزشکی با قوانین و بخش‌نامه‌های بیمه‌ای
۲۵	فاقد مهر یا امضاء پزشک
۲۶	اختلافات شخصی کارشناس رسیدگی سازمان بیمه‌گر با کارشناسان واحد درآمد بیمارستان مربوطه

امتیاز در ۲ دور متوالی کمتر از ۱۵ درصد باشد اجماع بر موضوع مورد بررسی اتفاق می‌افتد (۱۷)، موارد باقی‌مانده به عنوان عوامل نهایی کسورات شناسایی شدند. نهایتاً علل کسورات به دست آمده با این تکنیک در یک جدول مرتب‌سازی شده و سپس براساس میانه امتیازات (از بیشتر به کمتر) اولویت‌بندی گردید.

در آخر با استفاده از آزمون آماری ویلکاکسون (Wilcoxon Signed Ranks Test) میانه امتیازات در طی راندهای اول و دوم مقایسه و مؤلفه‌های نهایی حاصل از آن دو تدوین گردید (جدول ۵). سپس با حذف تعدادی از عوامل به دلیل عدم کسب نمره‌ی قابل قبول در حداقل یکی از جنبه‌های مورد بررسی و رسیدن به نقطه‌ی اشباع (میزان تغییر

جدول ۵. مؤلفه‌های نهایی حاصل از مجموع ۲ راند

میان امتیاز اعضای مشارکت‌کننده در راند ۱ دلفی	میان امتیاز اعضای مشارکت‌کننده در راند ۲ دلفی	پذیرش یا عدم پذیرش سنج
۱	کدگذاری نادرست پزشکان جراح به دلیل آشنا نبودن آن‌ها با کتاب تعرفه‌گذاری یا خودتفسیری آنان	
۲	متناسب نبودن مدرک تحصیلی کارکنان شاغل در واحد مدارک پزشکی یا درآمد با تصدی‌گری آن شغل	
۳	تمام وقت جغرافیایی پزشکان به دلیل عدم ارائه‌ی مستندات مربوطه به سازمان بیمه‌گر	
۴	نبود سیستم تشویق و تنبیه مالی برای کادر مشمول مستندسازی	
۵	ارتباطات ضعیف و عدم وجود تعامل رسمی و سازنده از طرف بیمارستان‌ها با سازمان‌های بیمه‌گر	
۶	اضافه قیمت در مورد دارو و لوازم مصرفی	
۷	اضافه درخواستی در تعداد دارو و لوازم مصرفی توسط کادر بخش‌های بستری	
۸	اضافه درخواستی در تعداد دارو و لوازم مصرفی اتاق عمل	
۹	عدم حضور پزشک کمک جراح در جریان عمل و ارسال مستندات عمل با امضای کمک جراح	
۱۰	فاقد ضمایم مثبت (رادیولوژی، پاتولوژی، آزمایش ...)	
۱۱	فاقد دستور پزشک (Order)	
۱۲	کسورات هتلینگ به دلیل نداشتن اندیکاسیون بستری در بخش‌های ویژه (کسورات شورای علمی)	
۱۳	اعمال مربوط به عوارض عمل اول در همان بستری (کسورات شورای علمی)	
۱۴	شیوه‌نامه یکسان ولی اجرای متفاوت سازمان‌های بیمه‌گر	
۱۵	فاقد مهر بیمارستان	

۱۶	عدم تنظیم و یا تناسب قیمت‌های لوازم مصرفی و دارو از سوی سازمان‌های بیمه‌گر باقیمت‌های بازار
۱۷	تعهدات متفاوت سازمان‌های بیمه‌گر
۱۸	دقت بیشتر کارشناسان واحد رسیدگی بیمه‌ای بعضی سازمان‌های بیمه‌گر
۱۹	عدم تطابق امضای پزشک با نمونه امضای معرفی شده
۲۰	تمام وقت جغرافیایی پزشکان به دلیل عدم حضور آن‌ها در بیمارستان
۲۱	اعمال سلیقه متفاوت کارشناسان واحد رسیدگی بیمه‌ای سازمان‌های بیمه‌گر
۲۲	نبود جلسات منظم با کادر پزشکی جهت اصلاح نقطه نواقص و تمرکز روی ضعف‌های حاصل از مطالعات کیفی مدارک پزشکی
۲۳	اشتباه در محاسبه تخت روز بستری (اشتباه در محاسبه تاریخ بستری و ترخیص بیمار)
۲۴	آشنا نبودن کادر واحد درآمد و مدارک پزشکی با قوانین و بخش‌نامه‌های بیمه‌ای
۲۵	فاقد مهر یا امضاء پزشک
۲۶	اختلافات شخصی کارشناس رسیدگی سازمان بیمه‌گر با کارشناسان واحد درآمد بیمارستان مربوطه

یافته‌ها

در این مرحله و پس از تحلیل نتایج مصاحبه، ۱۹ موضوع اصلی و ۴۵ زیرموضوع به دست آمد. در مورد علل کسورات مربوط به پزشکان می‌توان به ۴ موضوع اصلی و ۱۰ زیرموضوع و در مورد بیمارستان‌ها به ۱۰ موضوع اصلی و ۱۶ زیرموضوع و در مورد سازمان‌های بیمه‌گر به ۵ موضوع اصلی و ۱۹ زیرموضوع اشاره کرد (جدول ۶).

۱. یافته‌های مرور نظام‌مند مطالعات در رابطه با علل کسورات

مهم‌ترین علل اصلی کسورات در بررسی نظام‌مند که قبلاً به آن اشاره شد، آمده است (۵).

۲. یافته‌های مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته در رابطه با علل کسورات

جدول ۶. عوامل زمینه‌ساز کسور حاصل از فن دلفی

سطوح	موضوعات	زیر موضوعات
پزشکان	کدگذاری غلط	عدم آشنایی پزشکان با تعرفه، نداشتن مهارت کدگذاری در پزشکان بعد از طرح تحول یا به عبارتی مشکل کدنویسی پزشکان، تمایل پزشکان به اعمال کای جراحی و بیهوشی حداکثری و زمان بیشتر (تمایل به دریافت پول بیشتر با اعمال کد حداکثر).
	عدم حضور پزشکان	کسر کای دوم به دلیل نبود پزشکان در بیمارستان و نیز عدم ارسال مدارک مربوط به کای دوم به بیمه‌ها.
	عدم توجه پزشکان در کدگذاری	خودتفسیری پزشکان و نبود جلسات توجیهی برای تکمیل پرونده‌ها و نیز کدگذاری، تأکید بر رویه‌های قبلی.
	بی‌توجهی به کسورات	مشکل پزشکان با برخی بیمه‌های تجاری و اثر آن بر کمیت (در خصوص)، زیاده‌خواهی پزشکان به دلیل حذف زیرمیزی و رومیزی، عدم تعمیم کسورات به کارانه‌ی پزشکان.
سازمان‌های بیمه‌ها	عامل انسانی	عامل دخیل در تفاوت کسورات بیمه‌ها، اعمال سلیقه‌ی کارشناسان در بعضی بیمه‌ها، حجم بالای مراجعین در بیمه‌ی تأمین اجتماعی، کمبود کارشناس رسیدگی.
	عدم هماهنگی بیمه‌ها	شیوه‌نامه‌ی یکسان ولی اجرای متفاوت بیمه‌ها، خدمات خارج از تعهد، متفاوت بودن شرط پذیرش دو کای برای پزشکان در بیمه‌ها، متفاوت بودن فرآیند رسیدگی به صورت حساب‌ها در بیمه‌های پایه، تغییر با تأخیر در حذف بخش‌نامه‌های قبلی.

بیمه‌گر	ضعف ارتباطات	تعامل کم در رده‌های بالا و ارتباطات محدود، عدم شرکت نیروهای صفی در جلسات تعاملات و نیز نبود تمایل برای پیگیری رفع کسورات، شفاف نبودن روابط با بیمارستان‌ها.
	عدم تعادل با بازار مصرف بیرون	عدم تنظیم قیمت‌ها با بازار.
	فقدان توانمندی لازم در کارشناسان ناظر بیمه	نبود آموزش و عدم تمایل برای آموزش، نبود آموزش آکادمیکی در بیمه‌ها.
	مشکلات مربوط به طرح تحول سلامت	افزایش کسورات به دلیل افزایش تعرفه‌ها و به خصوص افزایش کا، عدم توانایی طرح تحول در حل تفاوت تعهدات بیمه‌ها، سردرگمی در ابتدای کار با کتاب ارزش‌های نسبی، ۵ برابر بودن تعرفه نظام پزشکی به وزارت بهداشت، جزئی شدن کدها بعد از طرح و اختصاص تعرفه‌ی خاص به هر کد، عدم قبولی تعرفه‌ها توسط هیئت‌وزیران.
	ضعف در تعامل و ارتباط	نداشتن ارتباط مطلوب منسجم با بیمه‌ها.
	کمبود نیروی انسانی	به کارگیری نیروی انسانی با مدرک غیرمرتبط در واحد درآمد
بیمارستان‌ها	نبود آموزش لازم	نبود کارگاه‌های توجیهی و آموزش لازم برای منشی‌های بخش‌ها و کادر درمان در جهت تکمیل پرونده‌ها.
	ضعف کنترل و نظارت	عدم کنترل و نظارت بر آشنایی کادر با دستورالعمل‌ها و بخش‌نامه‌ها.
	نبود سیستم تئبه و تشویق	نبود دستگاه‌های تشویقی برای ترغیب کارکنان به کنترل کسورات و کاهش آن و نیز نبود دستگاه‌های جریمه‌ای به صورت مالی یا غیرمالی برای پرسنلی که مسبب کسور هستند.
	مستندسازی اشتباه و خطاهای انسانی	نبود دقت کافی در پرسنل کنترل‌کننده‌ی مدارک پزشکی و عدم توجه و پیگیری‌های لازم در این مورد.
	محدودیت یا ضعف دستگاه‌های اطلاعاتی	اضافه قیمت در صورت حساب به دلیل نداشتن سیستم HIS و یا نداشتن آشنایی و آگاهی لازم پرسنل برای کار با این سیستم (اضافه درخواست و اضافه قیمت در مورد دارو و لوازم).
	بار مراجعین زیاد بیمارستانی	مشکل در مقوله‌ی پذیرش بیمار به دلیل حجم زیاد و مراجعه‌ی بالای بیمار در بیمارستان‌های دولتی.
	مشکلات مطالباتی بیمارستان‌ها	تأخیر در پرداخت مطالبات بیمارستان‌ها با تأثیر بر توان مالی بیمارستان‌ها، اثر بر کمیت خدمت و دسترسی بیمار به خدمت.

الف. کدگذاری غلط اعمال جراحی

در میان علل کسورات مربوط به پزشکان، عمده‌ترین علت کسور از جانب افراد مشارکت‌کننده در مصاحبه‌ها کدگذاری غلط و درخواست اشتباه می‌باشد. عدم آشنایی پزشکان با تعرفه‌های اعلام‌شده و حتی نداشتن مهارت در کدگذاری یا به عبارتی مشکل در کدنویسی پزشکان کسورات فراوانی را از جانب پزشکان بر بیمارستان‌ها اعمال کرده است. بعد از طرح تحول سلامت و چند برابر شدن تعرفه‌ها، این کسورات نیز چندین برابر شده است. نظر مشارکت‌کننده‌ی شماره ۲ در این مورد چنین است: «در مراکز دولتی متأسفانه در کتاب‌ها نوشته که این نمی‌تواند و یا با این کد قابل گزارش نیست چرا؟ هست، ما بعضی کدها را داریم که نوشته، ولی تو همه‌ی کدها باز شفاف‌سازی را نداریم. جراح هم می‌آید و می‌گوید که این عمل را انجام داده‌ام، این کد تعلق می‌گیرد به قول شما بعضی‌ها می‌آیند به چند تا کد هم ضمیمه می‌کنند که این هم با آن کدها درخواست بشود. باز می‌گویم آن به میزان شفافیت و شفاف‌سازی مرکز بستگی دارد. این‌ها اگر مشخص می‌شد،

جراح‌ها هم به خودشان اجازه نمی‌دادند که بیابند این‌ها را درخواست بکنند؛ چون میزان کدی که به آن عمل مستقل می‌دهد، نسبت به قبل چند برابر شده، نیازی نیست که جبران‌سازی بشود. حالا اگر زیرمیزی را از این طریق جبران کند، یک چیزی هست که بالاخره برای یک آپاندکتومی لازم است که پرتوئن برش بخورد و به آن دسترسی پیدا بکند یا مثلاً برای عمل‌های قلب کد استرنوتومی یا پریکاردیوتومی واجب است، باید آن را انجام بدهد تا به قلب برسد یعنی نیازی نیست. به نظر این کد چیز قابلی نیست که بخواهد آن را درخواست بکند، ولی جراح‌ها می‌آیند این کار را می‌کنند.»

ب. ضعف در تعامل و ارتباط
در مورد علل کسورات مربوط به بیمارستان‌ها نیز عوامل زیادی دخیل هستند. از جمله مهم‌ترین این علل که توسط مشارکت‌کنندگان نیز مورد تأکید بود، ضعف در تعامل و ارتباط آن‌ها با سازمان‌های بیمه‌گر بود. ارتباط ضعیف بین بیمارستان و سازمان بیمه‌گر به مجهول ماندن عوامل زمینه‌ساز کسور کمک می‌کند. نظر مشارکت‌کننده‌ی شماره ۹ در ارتباط

کسورات، اجرای متفاوت و با تأخیر شیوه‌نامه‌ها و بخش‌نامه‌ها از طرف بیمه‌ها و تفاوت قیمت‌های مصوب بیمه‌ها با بازار مصرف وجود دارند که سبب کسور می‌گردند (جدول ۶).

۳. یافته‌های بخش دلفی

در مرحله‌ی اول از تعداد ۲۵ پرسش‌نامه‌ای که به افراد داده شده بود، همگی پاسخ داده بودند و میزان پاسخ‌گویی ۱۰۰ درصد بود. در این مرحله ۱۸ مورد از عوامل حذف شدند و ۶ مورد از آن‌ها از جنبه‌ی اهمیت مورد پذیرش صاحب‌نظران قرار گرفتند و مستقیماً انتخاب شدند و حدود ۲۶ مورد باقی‌مانده که امتیاز بین ۴ تا ۷ کسب نموده بودند به دور دوم دلفی راه یافتند. نتایج مرحله‌ی اول دلفی در جدول شماره‌ی ۷ آمده است.

با مشکلات موجود در این خصوص چنین است: «تعامل کم است، خیلی کم می‌شود تعامل کرد؛ چون سازمان‌های بیمه برای خودشان یک سری بخش‌نامه و قوانین دارند، نمی‌توانند در اختیار یک سازمان دیگر یا بیمارستان قرار بدهند و بیمارستان‌ها هم به سری بخش‌نامه‌هایی دارند که نمی‌توانند در اختیار ما قرار بدهند و به خاطر آن فکر می‌کنم زیاد حل نشود».

ج. عدم هماهنگی سازمان‌های بیمه‌ای

در مورد عوامل مربوط به سازمان‌های بیمه‌گر نیز عواملی از قبیل نبود آموزش اصولی و آکادمیکی برای کارشناسان بیمه و بعضاً اعمال سلیقه‌ی شخصی آن‌ها در رسیدگی به پرونده‌ها، نبود تعامل با بیمارستان‌ها و رغبت به تشکیل جلسات حل

جدول ۷. نتایج تحلیل پرسش‌نامه‌ها در دور اول دلفی

دستگاه‌های مرتبط با کسورات	عوامل کسور	پذیرفته شده	پذیرفته نشده	ورود به دور بعدی دلفی
پزشکان	۹	۴	۲	۳
بیمارستان	۳۰	۲	۱۳	۱۵
سازمان‌های بیمه‌ای	۱۱	۰	۳	۸
مجموع	۵۰	۶	۱۸	۲۶

جنبه‌های موردبررسی و رسیدن به نقطه‌ی اشباع (تغییر امتیاز کمتر از ۱۵ درصد) از ورود به جمع عوامل نهایی کسورات باز ماندند (جدول ۸).

برای دور دوم مطالعه، از ۲۶ مورد به دست آمده، در مجموع ۱۶ عامل مربوط به کسورات، پذیرش و ۱۰ عامل نیز به علت عدم کسب نمره‌ی قابل قبول در حداقل یکی از

جدول ۸. نتایج تحلیل پرسش‌نامه‌ها در دور دوم دلفی

دستگاه‌های مرتبط با کسورات	عوامل کسور	پذیرفته شده	پذیرفته نشده	ورود به جمع عوامل نهایی در دور دوم دلفی
پزشکان	۳	۳	۰	۳
بیمارستان	۱۵	۱۰	۵	۱۰
سازمان‌های بیمه‌ای	۸	۳	۵	۳
مجموع	۲۶	۱۶	۱۰	۱۶

H_1 : میانه امتیازات اعضای مشارکت‌کننده در راند دوم دلفی بیشتر از راند اول است.

۲. آماره آزمون: $|Z| = |-1/199| = 1/199$

۳. ناحیه‌ی بحرانی: $IV = 1/645 = 0/05 - Z$

تصمیم‌گیری: $Z = 1/199 < -0/05 = -1/645$

با استفاده از آزمون آماری Wilcoxon Signed Ranks Test، میانگین امتیازات در دور راند اول و دوم مقایسه گردید: (جدول ۹)

۱. آزمون فرض:

H_0 : میانه امتیازات اعضای مشارکت‌کننده در راند دوم دلفی بیشتر از راند اول نیست.

جدول شماره ۹. تحلیل میانه امتیازات در دو راند اول و دوم با آزمون ویلکاکسون

مجموع رتبه‌ها	رتبه میانه	تعداد	رتبه‌های منفی	رتبه‌های مثبت
۴۵/۵۰	۶/۵۰	۹۷ ^a	۲ میانه - میانه ۱	
۹۰/۵۰	۱۰/۰۶	۵۹ ^b		رتبه‌های مثبت
		۹۱ ^c	رابطه‌ها	
		۲۶	کل	

۲a. میانه < میانه ۱
b. میانه ۲ > میانه ۱
۲c. میانه = میانه ۱

جدول شماره ۱۰. معیار تصمیم‌گیری

میان ۱_ میان ۲	Z
-۱/۱۹۹ ^a	
۰/۲۳۱	تعیین سطح معناداری (Asym sig) دو رابطه

- a. بر مبنای رتبه‌های منفی
b. تست ویلکاکسون

شدند. (جدول ۱۰) در نهایت عوامل به دست آمده به دلیل قرابت مفهومی و مشابه بودن ادغام گردیده و کلاً ۱۷ مورد به عنوان عوامل اصلی کسورات پرونده‌های بستری بیمارستانی تعیین و نهایی گردیدند (جدول ۱۱).

با استفاده از فرضیه H_1 مشخص گردید که میانگین امتیازات اعضای شرکت‌کننده در راند دوم دلفی بیشتر از راند اول نیست؛ بنابراین در راند دوم متوقف گردید. مجموع عوامل انتخاب‌شده در راند اول دلفی ۶ و در راند دوم ۱۶ مورد بود که در مجموع ۲۲ عامل به عنوان علل اصلی تأیید

جدول ۱۱. علل نهایی کسورات منتج از پرسش‌نامه‌ی دلفی

۱	کدگذاری ناصحیح و اضافه درخواستی پزشکان و نبود برنامه‌ای منسجم جهت توجیه آن‌ها در کدگذاری بر طبق کتاب تعرفه
۲	اضافه درخواستی پزشکان در کدهای تعدیلی بیهوشی و زمان بیهوشی
۳	عدم حضور پزشک کمک جراح در جریان عمل و ارسال مستندات عمل با امضای کمک جراح
۴	عدم تعمیم کسورات به کارانه‌ی پزشکان مسبب کسور
۵	نبود جلسات منظم با کادر پزشکی جهت اصلاح نقطه نواقص و تمرکز روی ضعف‌های حاصل از مطالعات کیفی مدارک پزشکی
۶	متناسب نبودن مدرک تحصیلی پرسنل شاغل در واحد مدارک پزشکی یا درآمد با تصدی‌گری آن شغل
۷	نبود آموزش مداوم و بروز نبودن کادر واحد درآمد و مدارک پزشکی با بخش‌نامه‌های بیمه‌ای
۸	نبود سیستم تشویق و تنبیه مالی برای کادر مشمول مستندسازی
۹	اضافه درخواستی در تعداد دارو و لوازم مصرفی توسط کادر بخش‌های بستری
۱۰	عدم تنظیم یا تناسب قیمت‌های لوازم مصرفی و دارو از سوی سازمان‌های بیمه‌گر با قیمت‌های بازار
۱۱	فاقد ضمایم مثبت (رادیولوژی، پاتولوژی، آزمایش و...)
۱۲	ارتباطات ضعیف و عدم وجود تعامل رسمی و سازنده از طرف بیمارستان‌ها با سازمان‌های بیمه‌گر
۱۳	شیوه‌نامه‌ی یکسان ولی اجرای متفاوت سازمان‌های بیمه‌گر
۱۴	فاقد مهر بیمارستان
۱۵	فاقد مهر یا امضای پزشک
۱۶	دقت بیشتر کارشناسان واحد رسیدگی بیمه‌ای بعضی سازمان‌های بیمه‌گر
۱۷	تمام وقت جغرافیایی پزشکان به دلیل عدم ارائه مستندات مربوطه به سازمان بیمه‌گر و حضور در بیمارستان

هدف این مطالعه تحلیل علل عمده‌ی کسورات پرونده‌های بستری بیمارستانی بود.

نتایج مطالعه نشان داد که یکی از عوامل اصلی کسورات پرونده‌های بستری در میان پزشکان (جراح و کمک جراح و بیهوشی) اضافه درخواستی می‌باشد. این اضافه درخواستی در مدت زمان جراحی و نیز ساعات بیهوشی، حضور یا عدم حضور کمک جراح و نیز به صورت کدگذاری غلط اعمال جراحی از شایع‌ترین کسورات در اکثر پرونده‌های بیمارستانی است (۱۸). اضافه درخواستی در کدگذاری زمانی اتفاق می‌افتد که کد درخواستی توسط جراح با شرح عمل موجود در برگ عمل جراحی مطابقت نداشته یا به این صورت که پزشک جراح کدهای مربوط به یک پروسیجر (بخش‌هایی از آن عمل) را که لازمی آن عمل می‌باشد، به صورت جداگانه و اضافه درخواست می‌نماید که در هر دو توسط کارشناسان بیمه مشمول کسور می‌گردد. در مصاحبه‌های انجام‌شده با کارشناسان بیمه و نیز درآمد بیمارستان‌ها نیز اضافه درخواستی پزشکان به عنوان عمده‌ترین نوع کسورات ذکر گردیده است. با توجه به دیدگاه یکی از مشارکت‌کنندگان در مصاحبه در این تحقیق، نبود جلسات توجیهی برای پزشکان و عدم وجود وحدت رویه در کدگذاری و شفاف‌سازی کدینگ جراحی و نیز عدم تأثیر کسورات در کارانه‌ی پرداختی بیمارستان‌ها به پزشکان باعث می‌شود که پزشکان در کدگذاری اقدام به خود تفسیری نموده و تأکید بر ادامه‌ی روندهای قبلی داشته باشند.

در مطالعه‌ی صفدری و همکاران (۱۹) بر صورت حساب‌ها و اسناد بیماران بستری بیمه‌های تأمین اجتماعی و خدمات درمانی بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران بر روی ۱۵ بیمارستان تحت نظر این دانشگاه در سال ۱۳۹۰، حق‌العمل جراحی (۸/۷ درصد) و بیهوشی (۴/۵ درصد) به عنوان مهم‌ترین عوامل کسورات ذکر گردیده بود که نتیجه مطالعه‌ی ما با این مطالعه همخوانی دارد. در مطالعه‌ی دیگر توسط جنتی و همکاران (۲۰) که با عنوان بررسی کسورات بیمارستان شمس تبریز در ۳ ماهه‌ی اول سال ۱۳۹۲ در تبریز انجام شد، بیشترین کسورات، مربوط به حق‌الزحمه‌ی بیهوشی با علت اضافه درخواستی بوده است که این مطالعه نیز با نتایج مطالعه‌ی ما همخوانی دارد.

عسگری و همکاران نیز در مطالعه‌ی خود نشان دادند که بیشترین میزان کسورات در بیمارستان‌های مورد مطالعه‌شان مربوط به حق‌العمل جراحی (۲۸/۴ درصد) از مبالغ درخواستی بود که در این مورد، نتیجه‌ی این مطالعه با مطالعه‌ی ما سازگار است (۱۰).

در مطالعه‌ی کرمی و همکاران نیز درخواست قیمت اضافه برای خدمات، درخواست بیش از اندازه‌ی دارو، درخواست بیش از اندازه‌ی مشاوره، درخواست اضافه k برای جراحی،

درخواست زمان بیش از اندازه‌ی بیهوشی، درخواست اضافه k ی بیهوشی، درخواست کدهای تعدیلی اضافه بیهوشی، اضافه زدن درصد کدهای جراحی مشترک یک ناحیه، بیشترین علل کسورات اعمال‌شده توسط سازمان تأمین اجتماعی در بیمارستان‌های آموزشی کاشان در سال ۱۳۹۰ را تشکیل می‌دادند (۱۱) که علل بیان‌شده با نتایج مطالعه‌ی حاضر همخوانی دارد. توکلی و همکاران در پژوهش خود که در بیمارستان‌های آموزشی اصفهان در سال ۱۳۸۵ انجام گردید، بیشترین میزان کسورات اعمال‌شده از طرف بیمه خدمات درمانی را مربوط به دارو، هزینه‌ی شب تخت و کمترین میزان را مربوط به مشاوره اعلام کرده‌اند (۲۱) که نتایج این مطالعه با مطالعه‌ی ما همخوانی ندارد.

موارد دیگری که باعث کسورات بیشتر در پرونده‌های بستری شده و بیشتر شرکت‌کنندگان در مصاحبه نیز بر آن تأکید داشته‌اند، کسورات مربوط به عدم مستندسازی صحیح است که ناشی از خطاها و اشتباهات انسانی پرسنل کنترل‌کننده‌ی مدارک پزشکی است. به‌کارگیری افراد کارآمد و دارای تحصیلات مرتبط با شغل در واحد درآمد در بیمارستان‌ها امری نادر است، ولی افرادی را نیز می‌توان یافت که به دلیل داشتن تجربه‌ی لازم در این مورد از پس وظایف محوله به خوبی برآمده‌اند.

کمبود نیروی انسانی و به‌کارگیری افراد ناکارآمد و دارای تحصیلات نامرتب با شغل در واحد درآمد بیمارستان‌ها و نیز نبود آموزش‌های لازم برای منشی‌های بخش و کلاس‌های توجیهی حتی برای پرسنل درمان جهت تکمیل پرونده‌ها و رفع نقایص مربوط به مستندسازی صحیح کمی و کیفی و عدم دقت کافی آن‌ها در کنترل مدارک پزشکی از جمله عواملی است که چالش‌هایی را برای بیمارستان‌ها به وجود آورده و خود بیمارستان‌ها با قصور در آن مسبب کسور می‌گردند (۲۲).

شکیبا در پژوهشی در سال ۱۳۸۲ که با عنوان «بررسی مبلغ کسورات بیمه خدمات درمانی در بیمارستان شهید مکتبی سبزوار» انجام داد، یکی از مهم‌ترین علل کسورات را کامل نبودن و نقص اوراق ارسالی پرونده‌ها به سازمان بیمه‌گر بیان نموده است (۲۳) که در این مورد، این مطالعه با مطالعه‌ی ما همخوانی دارد. در بررسی و مقایسه‌ی علل کسورات بستری‌شدگان بیمه تأمین اجتماعی در بیمارستان‌های باهنر و ارجمند کرمان توسط معلمی و همکاران در سال ۱۳۹۰، بیشترین و کمترین میزان کسورات مربوط به هزینه‌ی دارو و لوازم بود و علل این کسورات در بیمارستان باهنر به ترتیب به علت نقص مدارک پرونده، اشتباه در محاسبه‌ی هزینه و در بیمارستان ارجمند ناشی از اضافه درخواستی و نقص مدارک پرونده بوده است (۱۸) که این مطالعه نیز با مطالعه‌ی ما در این مورد همخوانی دارد. نصیری راد و همکاران نیز در

کلیدواژه‌ی مناسب برای کسورات در مطالعات خارجی در این مطالعه جهت بررسی پیشینه‌ی تحقیق اشاره کرد.

پیشنهاد می‌شود مطالعه‌ی دیگری جهت بررسی تعیین عوامل کسورات پنهان پرونده‌های بستری بیمارستانی انجام و نیز میزان تأثیر کسورات بر گردش مالی بیمارستان‌ها مورد مطالعه قرار گیرد تا با انجام چنین پژوهش‌هایی تمامی گلوگاه‌های کسورات شناسایی شده و در جهت رفع علل آن‌ها گام‌های اساسی برداشته شود.

نتیجه‌گیری

کاهش خطاهای انسانی از طریق توجیه اصولی پزشکان در کدگذاری اعمال، آموزش به پرسنل در مستندسازی صحیح و ثبت دقیق و بروز اطلاعات و نیز تطبیق نرم‌افزارها و سیستم‌های HIS بیمارستانی با ساز و کارهای بیمه‌ای و یکسان‌سازی فرآیندهای رسیدگی و نیز شیوه‌نامه‌ها و نیز اجرای هماهنگ آن از طرف سازمان‌های بیمه‌ای و نهایتاً افزایش تعاملات بین سازمانی در کاهش کسورات بسیار مؤثر می‌باشد. پیشنهاد گروه پژوهشی تمرکز مدیران و کارشناسان و تمامی ذی‌نفعان در بیمارستان بر علل عمده‌ی کسورات ذکر شده در این تحقیق هست تا شاهد کاهش کسورات صورت‌حساب‌ها و نارضایتی بیمارستان‌ها از پرداخت مطالبات آن‌ها باشیم.

پیامدهای عملی پژوهش

نتایج تحقیق حاضر به عنوان مبنایی برای اخذ تصمیمات مبتنی بر شواهد در زمینه‌ی کسورات بیمارستانی در اختیار مدیران بیمارستان، سازمان‌های بیمه‌ای، سیاست‌گذاران سلامت و پژوهشگران این حوزه قرار داده و تلاشی جدید در راستای بسط و توسعه‌ی دانش کسورات بیمارستانی و توجه به جنبه‌هایی که در مطالعات پیشین کمتر به آن پرداخته شده بود، می‌باشد.

ملاحظات اخلاقی

در مصاحبه با مشارکت‌کنندگان، توضیح در خصوص اهداف پژوهش در هر مرحله به صورت کتبی و شفاهی به آنان ارائه گردید. همچنین حقوق مشارکت‌کنندگان از قبیل حق کناره‌گیری از پژوهش در هر زمان، حق مطالبه‌ی نتایج پژوهش برای مشارکت‌کنندگان، حفظ محرمانه بودن اطلاعات و مشخصات افراد شرکت‌کننده در مطالعه مورد توجه قرار گرفت.

تضاد منافع

نویسندگان این مقاله اعلام می‌دارند که هیچ‌گونه تضاد منافی ندارند.

مطالعه‌ی خود در سال ۱۳۸۹ با عنوان «بررسی مشکلات و مسائل موجود بین سازمان‌های بیمه‌گر پایه و بیمارستان‌های دانشگاهی» به تفصیل بیان داشتند که آموزشی بودن بیمارستان، نداشتن تجربه‌ی کافی کارکنان مراقبتی برای تکمیل پرونده‌ی بیمارار و نیز ورود دانشجویان جدید به طور سالیانه که موجب نیاز مداوم به آموزش مستندسازی پرونده می‌شود و استخدام کارکنان واحد درآمد به صورت نیروی طرح انسانی و آشنایی کم آن‌ها با قوانین بیمه‌ای از عوامل زمینه‌ساز ایجاد کسور می‌باشد (۲۲) که نتیجه‌ی این مطالعه نیز با مطالعه‌ی ما همخوانی دارد. سیف ربیعی و همکاران در مطالعه‌ی تحت عنوان «بررسی وضعیت ثبت اطلاعات در پرونده‌های بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی همدان» در سال ۱۳۸۸ نشان دادند که در این بیمارستان‌ها پرونده‌ها دارای نواقص جدی می‌باشند که عواملی از قبیل ازدحام بالا و تعدد بیماران، عدم احساس مسئولیت توسط دانشجویان و کارورزان و مهم‌تر از همه نبود آموزش کافی از دلایل عدم رعایت اصول صحیح پرونده‌نویسی است (۲۴) که این مطالعه نیز با نتایج مطالعه‌ی حاضر همخوانی دارد.

در سوی دیگر، به نقل از مشارکت‌کنندگان در مصاحبه‌ها، ناهماهنگ بودن سازمان‌های بیمه‌گر اغلب در مواردی باعث سردرگمی مراکز بیمارستانی طرف قرارداد شده و کسوراتی را سبب می‌گردد. از جمله این موارد می‌توان به: شیوه‌نامه‌ی یکسان ولی اجرای متفاوت بیمه‌ها، خدمات خارج از تعهد در بیمه‌ها، متفاوت بودن شرط پذیرش کای دو برای پزشکان در بیمه‌ها، متفاوت بودن فرآیند رسیدگی به صورت‌حساب‌ها خصوصاً در بیمه‌های پایه و تغییر با تأخیر در حذف بخش‌نامه‌های قبلی اشاره کرد. همچنین تعامل کم و ارتباطات محدود در رده‌های بالا، عدم شرکت نیروهای صافی در جلسات تعاملات و نبود تمایل برای برگزاری جلساتی جهت پیگیری رفع کسورات از طرف بیمارستان و شفاف نبودن روابط با بیمارستان‌ها را نیز در این میان نباید نادیده گرفت. در مطالعه‌ی نصیری راد و همکاران در سال ۱۳۸۹ ناهماهنگی سازمان‌های بیمه‌گر با یکدیگر و سلیقه‌ای بودن کار کارشناسان بیمه و تفاوت در رسیدگی‌شان به پرونده‌ها، عدم وجود ارتباط مناسب و تعامل سازنده‌ی کارکنان واحد درآمد با نمایندگان بیمه، پایین بودن تعرفه‌ها نسبت به بخش خصوصی و بی‌توجهی واحد درآمد نسبت به برطرف کردن مشکلات اسناد از عمده مشکلات بین بیمارستان‌ها و بیمه‌ها یاد شده (۲۲) که زمینه‌ساز کسورات در صورت‌حساب‌ها می‌شوند که این نتایج با نتایج مطالعه‌ی ما کاملاً همخوانی دارد.

از محدودیت‌های مطالعه می‌توان به حجم بالای کاری کارشناسان شرکت‌کننده در مصاحبه‌ها و نیز پانل دلفی و نیز کمبود مطالعات انجام گرفته پیرامون موضوع تحقیق و یافتن

بخشی از پایان‌نامه با عنوان «بررسی میزان و علل کسورات بیمارستان‌های منتخب شهر تبریز در سال ۱۳۹۴ و ۱۳۹۵ و ارائه‌ی راهکارهای مناسب» در مقطع کارشناسی ارشد دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز در سال ۱۳۹۴ و با کد اخلاق ۵/۴/۶۰۷۸ می‌باشد.

تقدیر و تشکر

گروه تحقیق از همه‌ی صاحب‌نظران و کارشناسان شرکت‌کننده در این پژوهش به خصوص کارشناسان واحد درآمد بیمارستان‌ها و کارشناسان بیمه‌های پایه شرکت‌کننده در این تحقیق و نیز اساتید دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی و دیگر عزیزانی که ما را در انجام این تحقیق یاری نمودند، تشکر و قدردانی به عمل می‌آورد. این مقاله حاصل

References

1. Tavakoli G, editor. A Survey on Amount of the Social Security & Medical Services Insurances Records Deductions in Kerman Shafa Hospital. Tehran: The Human Resource Management Conference; 2002. (Persian)
2. Nasiripour A, Tabibi S, Raeisi P, Amiri M. Designing An Operational Planning Model For Level-One Iranian Primary Health Care Systems. 2008. (Persian)
3. Wager K, Lee F, Glaser J. Managing. Health Care Information Systems: A Practical Approach for Health Care Executives. John Wiley & Sons. 2005.
4. Ebadi F, Ansari H, Rezapoor A. Study of Daily Bed Occupancy Costs and Performance Indexes in Selected Hospitalat of Iran University of Medical Sciences in 1381. JHA. 2005; 7 (18) :37-44. (Persian)
5. Mousarzaei, M.T., Doshmangir, L., Jannati, A., Imani, A. 2019. Hospital deductions, types, and causes: A systematic review. Bali Medical Journal 8(2): 302-310. DOI:10.15562/bmj.v8i2.551
6. Holmes H. Complete Guide to Documentation. USA: Judith A. Schilling Mc Cann, RN, MSN. 2003.
7. Rahimi Z A MR, Fadaei M. Study factors associated with health insurance deductions in governmental hospitals of Ardabil city [MS Thesis]: Islamic Republic Of Iran: Rasht Islamic Azad University; 2014. (Persian)
8. Fatehi Peikani A. A study of causes and rate of deduction imposed with social security insurance on the submitted bills of sina and firouzabadi hospitals in 1999 (Doctoral dissertation, Iran university of medical sciences.). (Persian)
9. Karimi S, Seyed F, Vesal S. The study deductions of insurance bills and presenting suggestions approaches in Seyed Alshohada hospital. J Health Information Management. 2011; 7(Special Issue):594-600.
10. Askari R, Dehghan HR, Bahrami MA, Keshmiri F. A survey in causes and rates of under reimbursement bills imposed on admitted patient's under social security insurance in medical teaching hospitals in Yazd province in 2008. Hospital Journal. 2011 Oct 1; 9.
11. Karami M, Safdari R, Moini M. Reviewing the impact of deductions carried out social security insurance on financial rights of patient in hospitals affiliated to Kashan university. Journal of Urmia Nursing and Midwifery Faculty. 2010; 8 (4):220_8. (Persian)
12. Mousazadeh Y, Soleymanzadeh M, Nosratnejad S. Exploring the Rate and Causes of Inpatient Records Deductions Covered by Iran Health Insurance: The Case of a Public Hospital in Tabriz. (Persian)
13. Frank D. Cohen M, Frank D. Cohen M. CMS Paid \$390 Billion in Claims; \$36 Billion Paid in Error—2017 CERT Report - RACmonitor [Internet]. Racmonitor.com. 2020 [cited 12 April 2020]. Available from: <https://www.racmonitor.com/cms-paid-390-billion-in-claims-36-billion-paid-in-error-2017-cert-report>.
14. Moghadasi F. The causes of deductions in the outpatient version of training centers in Alzahra in 2005 [Dissertation]. Isfahan: University of Medical Science Isfahan. 2007. (Persian)
15. Adib M, Parvizi S, Mahoosh S. Methods of Qualitative Research, First Edition. Tehran: Boshra; 2006. (Persian)
16. Ayre C, Scally AJ. Critical Values for Lawshe's Content Validity Ratio. Measurement and Evaluation in Counseling and Development. 2014 2014/01/01; 47(1):79-86.
17. Lee PP, Sultan MB, Grunden JW, Cioffi GA. Assessing the importance of IOP variables in

- glaucoma using a modified Delphi process. Journal of glaucoma. 2010;19(5):281-7.
18. Moalemi S, Shamsabadi AR, Meshkani Z, Alikiani A, Kazemi Karyani A. Survey and comparison on the causes of deduction in admitted social insurance: Bahonar and Arjmand hospital in Kerman. Association of Health Information Management of Iran. 2014;8(1):17-23. (Persian)
19. Safdari RE, Sharifian RO, Ghazi Saeedi M, Masoori NI, Azad Manjir ZS. The amount and causes deductions of bills in Tehran University of Medical Sciences Hospitals. Journal of Payavard Salamat. 2011;5(2):61-70. (Persian)
20. Jannaty A, Gholamzadeh NR, Khanleri S. Study of insurance deductions bills causes and rate in the first quarter of (1392) in shams Tabriz hospitals and presenting suggestions approaches [dissertation]. Iran (IRI) Tabriz University of medical science. 2013. (Persian)
21. Tavakoli N, Saghaeyannejad S, Rezayatmand MR, Moshaveri F, Ghaderi I. Documentation and deductions applied by khadamat-e-darman insurance company on patients' bills at teaching hospitals affiliated to Isfahan University of Medical Sciences. Journal of Health Information Management. 2006;3(2). (Persian)
22. Nasiridi N, Rashidian A, Joodaki H, Akbari Haghghi F, Arab M. Assessing issues and problems in relationship between basic insurance organizations and university hospitals: a qualitative research. Journal of Hospital. 2010;9(1):5-18. (Persian)
23. Shakiba A, The Comparative Survey on Deductions Applied by Khadamat-e-Darman Insurance Company on Patients' Bills at teaching hospital of Sabzevar in the first quarter of 1998. Proceedings of the 1st National Conference on Resource Management in Hospital; 2003 Jan 8-9; Tehran, Iran; 2003: 323-325. (Persian)
24. Seif Rabiee MA, Seddighi I, Mozdeh M, Dadras F, Shikohi M, Moradi A. A survey on situation of information registration in educational hospital records related to Hanedan University of Medical Sciences in 2009. Sci J Hamdan Univ Med Sci. 2009;16 (2):45-9.

۸. میزان آشنایی کادر واحد درآمد و مدارک پزشکی با قوانین و آیین‌نامه‌های پرداخت سازمان‌های بیمه‌ای چقدر است و چه تأثیری بر کسورات پرونده‌های بیمارستانی دارد؟

۹. به نظر شما تعامل میان کارشناسان واحد درآمد و بیمه‌ای چقدر می‌تواند در کاهش کسورات بیمارستانی تأثیرگذار باشد؟

با تشکر از شما

پیوست ۲. پرسش‌نامه‌ی دلفی ۱

صاحب نظر گرامی: با سلام و عرض ادب این تحقیق با هدف «بررسی میزان و علل کسورات در بیمارستان‌های منتخب شهر تبریز و ارائه‌ی راهکارهای کاهش کسورات» انجام شده و مشارکت شما در این تحقیق جهت ارتقای سلامت بسیار مغتنم خواهد بود. لازم به ذکر است شرکت جنابعالی / سرکار عالی در تکمیل پرسش‌نامه‌ی حاضر کاملاً اختیاری می‌باشد. به علاوه اطلاعات موجود در پرسش‌نامه کاملاً محرمانه بوده و تنها در راستای تحقیق حاضر مورد استفاده قرار خواهد گرفت.

لازم به ذکر است که بازه‌ی زمانی این تحقیق مربوط به زمان قبل از طرح تحول سلامت می‌باشد. بدیهی است چنانچه تغییری در هر یک از عوامل تأثیرگذار ناشی از طرح تحول سلامت به وجود آمده باشد، در صورت امکان در قسمت نظرات تکمیلی با ذکر مصادیق ذکر نمایید. جهت سنجش

فایل‌های پیوستی

پیوست ۱. سؤالات مصاحبه

- لطفاً خودتان را معرفی کنید و پست سازمانی خودتان را بفرمایید و بگویید چند سال سابقه‌ی کار دارید؟
۱. به نظر شما بیشترین میزان کسورات اعمال‌شده مربوط به کدام سازمان بیمه‌گر می‌باشد؟
- چه عواملی بر تفاوت میان کسورات سازمان‌های بیمه‌ای مختلف تأثیرگذار می‌باشد؟ یعنی شما چه عواملی را مؤثر می‌دانید؟
۲. به نظر شما چه عواملی بر اعمال کسورات بیمارستانی تأثیرگذار است؟ یک سری عواملی را که فکر می‌کنید بر اعمال کسورات بیمارستانی مؤثر است، ذکر کنید.
۳. به نظر شما کسورات بیمارستانی تا چه حد در تداوم دسترسی و ارائه‌ی خدمت به گیرندگان نقش دارد؟ چه تأثیری می‌تواند در توان مالی بیمارستان‌ها داشته باشد؟
۴. تأثیر کسورات بر روی کیفیت و کمیت ارائه‌ی خدمت توسط ارائه‌کنندگان خدمات را چگونه ارزیابی می‌کنید؟
۵. به نظر شما راهکارهای کاهش کسورات چیست؟
۶. چه چالش‌هایی در مسیر این راهکارها وجود دارد؟
۷. به نظر شما اجرای طرح تحول چه تأثیری بر میزان کسورات بیمارستانی داشته است؟ لطفاً دلایل هر یک از موارد ذکرشده را توضیح دهید.

مشخصات فردی:

سن: ... جنسیت: مرد..... زن..... تحصیلات:
سوابق کاری:سال عنوان پست سازمانی: سازمان محل
خدمت:..... شماره تماس در صورت تمایل:
E-mail:.....

درجه اهمیت هر علت در یک مقیاس ۹ بخشی آورده شده که عدد ۱ نشان دهنده کمترین اهمیت و عدد ۹ منعکس کننده بیشترین اهمیت می باشد. در صورت تمایل، نتایج این پژوهش در اختیار افراد مشارکت کننده در پژوهش قرار خواهد گرفت. با سپاس از همکاری صمیمانه تان