Volume 20, Issue 4 (July- August 2021)

PAYESH

Journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-11]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1400.20.4.2.3]

[DOI: 10.52547/payesh.20.4.415]

Evaluation of the causes of prescription deductibles in a teaching hospital in Kermanshah

Behnam Reza Makhsosi [1], Hossein Amiri[2], Nasim Evani[2*], Sharmin Rahmani[2], Soheila Kazazi[2]

1. Asadabad School of Medical Sciences, Asadabad, Iran
2. Clinical Research Development Center, Imam Khomeini Hospital, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran

Received: 1 December 2020
Accepted for publication: 7 August 2021
[EPub a head of print-15 August 2021]
Payesh: 2021; 20 (4): 415- 425

Abstract

Objectives: Due to the fact that most of insurance companies have deductions and long delays in the reimbursement of bills. They are causing dissatisfaction in the hospitals of the contracting party. Therefore, the present study was conducted with the aim of determining the causes of prescription deductibles in a teaching hospital in Kermanshah, Iran in 2018.

Methods: In this cross-sectional and descriptive-analytical study, all 560 cases related to 2018 year that were covered by the insurance of the hospital were examined. Data were analyzed using the SPSS software version 23. The significant level was set at 5 percent.

Results: The results of the present study showed that the mean and standard deviation of prescription deductibles in the hospital during 2019 were 16596782.90 and 335966366.43 Rails, respectively. The highest amount of prescription deductibles was recorded in January and the lowest was recorded in March. The highest cause of prescription deductibles in the opinion of the participants with a frequency of 44.4% was related to the lack of accurate and precise registration of drugs and equipment in the doctor's and nursing notes.

Conclusion: The findings suggest review of medication application forms by at least two people, reminding and educating doctors, inspection by insurance and income personnel regularly, encouraging staff if deductions are reduced, reducing the time interval between shifts of physicians and nurses, increasing cooperation between insurance companies and income personnel with the pharmacy department, and using specialists to update the price of medicines before entering the pharmacy might help to lessen prescription deductibles

Key words: Hospital, Drug Deductions, Insurance

[*] Corresponding author: Imam Khomeini Hospital, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran
E-mail: evani.nasim@gmail.com

بررسی میزان و علل کسورات دارویی در یک بیمارستان دانشگاهی در کرمانشاه

بهنام رضا مخصوصی[۱]، حسین امیری[۲]، نسیم ایوانی[۲*]، شرمین رحمانی[۲]، سهیلا کزازی[۲]

۱. دانشکده علوم پزشکی اسدآباد، اسدآباد، ایران

۲. واحد توسعه تحقیقات بالینی بیمارستانهای امام خمینی(ره)، محمد کرمانشاهی و فارابی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۸/۱۱

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۵/۱۶

[نشر الکترونیک پیش از انتشار- ۲۴ مرداد ۱۴۰۰]

نشریه پایش: ۴۲۵- ۴۱۵: (۴)۲۰ ؛۱۴۰۰

چکیده

مقدمه: با توجه به اینکه اغلب سازمان‌های بیمه‌گر در بازپرداخت بهای صورتحساب‌ها با اعمال کسورات و تأخیر زیاد همراه هستند، موجب نارضایتی بیمارستان‌های طرف قرارداد می‌شوند. بنابراین مطالعه‌ی حاضر با هدف تعیین میزان و علل کسورات دارویی در کرمانشاه در سال ۱۳۹۷ انجام گردید.

مواد و روش کار: در این مطالعه مقطعی و توصیفی- تحلیلی تمامی ۵۶۰ پرونده‌ی مربوط به سال ۱۳۹۷ که تحت پوشش بیمه‌ی بیمارستان کرمانشاه بودند، تحت بررسی قرار گرفتند. داده‌ها در نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۲۳، وارد و در سطح معنی‌دار ۵ درصد مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: نتایج پژوهش حاضر نشان داد که میانگین و انحراف معیار کسورات دارویی در این بیمارستان طی سال ۱۳۹۷، به ترتیب ۱۶۵۹۶۷۸۲/۹۰ و ۳۳۵۹۶۶۳۶۶/۴۳ ریال بوده است. بیشترین مبلغ کسورات دارویی در دی ماه و کمترین آن در اسفندماه ثبت گردید. بیشترین علت کسورات دارویی از نظر شرکت‌کنندگان با فراوانی ۴۴/۴درصد مربوط به عدم ثبت درست و دقیق، دارو و تجهیزات در برگه‌ی دستورات پزشک و گزارش پرستاری بوده است.

نتیجه‌گیری: بازبینی برگه‌های درخواست دارویی حداقل توسط دو نفر، تذکر و آموزش به پزشکان، بازرسی از پرسنل بیمه و درآمد به‌طور منظم، تشویق پرسنل در صورت کاهش کسورات، استفاده از پزشک مقیم به تعداد کافی، کاهش فاصله‌ی زمانی شیفت پزشکان و پرستاران، همکاری بیشتر بین پرسنل بیمه و درآمد با بخش داروخانه و استفاده از متخصصین برجسته جهت به‌روز رسانی قیمت داروها قبل از ورود به داروخانه می‌تواند جهت کاهش کسورات راه گشا باشد.

کلیدواژه: بیمارستان، کسورات دارویی، بیمه

کداخلاق: IR.KUMS.REC.1397.961

* نویسنده پاسخگو: کرمانشاه، دانشگاه علوم پزشکی، بیمارستان امام خمینی

E-mail: evani.nasim@gmail.com

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-11]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1400.20.4.2.3]

[DOI: 10.52547/payesh.20.4.415]

مقدمه

سلامت بهتر، اساس فلسفه‌ی وجود سیستم‌های بهداشت و درمان بوده و بدون شک این موضوع به عنوان هدف اصلی و معنی‌دار این سیستم‌ها مورد توجه است [۱]. با در نظر گرفتن این هدف، سازمان‌های حامی سلامت به دلیل رقابت بر سر ارائه‌ی خدمات از طریق روش‌های مقرون به صرفه از نظر اقتصادی، سیاسی و قانونی و ایجاد انگیزه در ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی و درمانی با کنترل همزمان هزینه و حفظ کیفیت با چالش‌های مهمی روبرو هستند [۳-۲]. در این راستا افزایش روز افزون هزینه‌های خدمات درمانی، بیمارستان‌ها را به یکی از سازمان‌های مهم و در عین حال، بسیار پر هزینه تبدیل کرده است. این وضع به گونه‌ای است که در کشورهای توسعه‌یافته‌ی اقتصادی بیشتر از ۸۰ درصد از تولید ناخالص ملی(GDB) صرف ارتقای بهداشت و سلامت جامعه می‌گردد. در کشورهای در حال توسعه نیز ۵۰ تا ۸۰ درصد منابع بخش بهداشت و درمان دولت به بیمارستان‌ها اختصاص داده می‌شود [۶-۴]. از طرفی بخش سلامت در بسیاری از کشورها از جمله ایران به دلایل متعدد مانند دریافت‌نشدن جامع و کامل وجوه مربوط به اسناد هزینه‌های درمانی بیماران از سازمان‌های بیمه‌گر با چالش‌هایی در زمینه‌ی تأمین منابع جهت ارائه‌ی خدمات مطلوب روبه رو هستند. از این رو ضروری است که با توجه به روند رو به رشد هزینه‌های درمانی و محدودیت منابع مالی، استفاده‌ی مطلوب از امکانات و حداکثر بهره‌وری از آنها به‌عنوان یک جزء جدایی‌ناپذیر مدیریت سیستم بهداشت و درمان مد نظر قرار گیرد [۸-۷]. با توجه به اینکه بخش بزرگی از درآمد بیمارستان‌ها، از طریق صورتحساب‌های ارسالی به سازمان‌های بیمه‌گر به‌دست می‌آید و اغلب این سازمان‌ها در بازپرداخت بهای صورتحساب‌ها با اعمال کسورات و تأخیر زیاد همراه هستند، موجب نارضایتی بیمارستان‌های طرف قرارداد می‌شوند و در نتیجه کمیت و کیفیت خدمات ارائه شده به بیماران و ادامه‌ی فعالیت بیمارستان‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهند [۱۰-۹]. نصیری راد و همکاران در سال ۲۰۱۰ در مطالعه‌ی خود بیان داشتند که آموزشی‌بودن بیمارستان، نداشتن تجربه‌ی کافی پرسنل مراقبتی برای تکمیل پرونده‌ی بیماران، ورود سالیانه‌ی دانشجویان جدید که نیاز مداوم به آموزش مستندسازی پرونده را می‌طلبد، استخدام کارکنان واحد درآمد به‌صورت نیروی طرح انسانی و آشنایی کم آنها با قوانین بیمه‌ای از عوامل زمینه‌ساز ایجاد کسورات هستند [۱۱]. در پژوهش دیگری که توسط محمدی و همکاران در سال ۲۰۱۰ انجام گردید، مهم‌ترین علل کسورات، مستندسازی ناقص پرونده، ناآشنایی با سیستم اطلاعات بیمارستان، ثبت ناقص، اشتباه وارد کردن کد بیمه، زیاده‌خواهی، محاسبات اشتباه و عدم آموزش کافی پرسنل عنوان گردید [۱۲]. در تعدادی از مطالعات انجام شده از جمله مطالعه‌ی صفدری و همکاران در سال ۲۰۱۱ و ۲۰۱۲، توکلی در سال ۲۰۰۶، طباطبایی در سال ۲۰۰۵ کسورات دارویی در بین سایر کسورات بیشترین مقدار را به خود اختصاص دادند [۱۶-۱۳].

بررسی دقیق علل و میزان این دسته از کسورات از نظر برنامه‌ریزی جهت کاهش و افزایش درآمدها، تأمین منابع جهت ارائه‌ی خدمات مطلوب به بیماران، آگاهی دست‌اندرکاران مراکز بهداشتی درمانی، داروخانه‌ها و مدیریت، بالا رفتن درآمد مراکز و ایجاد اعتماد متقابل بین طرفین قرارداد حائز اهمیت است [۸]. همچنین مطالعات بسیاری در دنیا انجام شده که تأثیر استفاده‌ی صحیح از الگوهای ارتقای کیفیت بر افزایش درآمدهای بیمارستانی از طریق کاهش کسورات را نشان می‌دهند [۱۸-۱۷]. با توجه به اینکه داروخانه‌ها علاوه بر مشارکت در عرضه‌ی خدمات دارویی، به عنوان واحدی درآمدزا نیز تلقی می‌شوند، اما به دلایل مختلف این درآمدها از طریق کسورات به هدر می‌رود، بالا بودن میزان کسورات در داروخانه ها علاوه بر تاثیر سوء در روابط بین سازمان‌های بیمه‌گر و بیمه‌گذار، کیفیت مراقبت‌های بهداشتی را نیز تحت تاثیر می‌گذارد و باعث بروز اشکالاتی در درآمد و نحوه‌ی هزینه‌کردن آن می‌شود. لذا مسئله‌ی میزان و علت این دسته از کسورات مهم تلقی می‌شود [۱۹]. بنابراین با توجه به مطالب یاد شده و اهمیت موضوع، مطالعه‌ی حاضر با هدف تعیین میزان و علل کسورات دارویی بیمارستان امام خمینی(ره) در شهر کرمانشاه در سال ۱۳۹۷ انجام گردید. امید است نتایج این پژوهش علاوه بر تعیین میزان و علل کسورات دارویی به تفکیک بیمه و ارائه‌ی راهکارهایی جهت کاهش میزان کسورات، با آشکار نمودن نقاط ضعف تمامی مراحل فرایند درمان، به نحوی موجب اطلاع و آگاهی دست‌اندرکاران مراکز درمانی، داروخانه‌ها و مدیریت مربوطه گردد. علاوه بر آن با ارائه‌ی راه‌حل‌هایی به مسئولان ذیربط، باعث بالا رفتن درآمد بیمارستان‌های تابعه و ایجاد یک اعتماد بین طرفین قرارداد شود.

مواد و روش کار

پژوهش حاضر، از نوع مقطعی و توصیفی- تحلیلی بوده که با هدف تعیین میزان و علل کسورات دارویی در بیمارستان امام خمینی(ره)

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-11]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1400.20.4.2.3]

[DOI: 10.52547/payesh.20.4.415]

در شهر کرمانشاه در سال ۱۳۹۷ و با کد اخلاق که از کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه دریافت کرد، انجام شد. به این منظور در مدت پژوهش از تعداد ۲۲۶۳۴ پرونده‌ی بیماران بستری تحت پوشش بیمه در بیمارستان، تمامی ۵۶۰ پرونده‌ی اعمال کسور شده از طرف کارشناسان حسابداری، بیمه و درآمد به‌صورت سرشماری توسط پژوهشگر تحت بررسی قرار گرفت. پژوهشگر با تهیه‌ی چک‌لیستی که در راستای اهداف تحقیق به تأیید اساتید فن و کارشناسان آماری رسید و از طریق مصاحبه با کارشناسان بیمه، کارشناسان درآمد، حسابداری و ترخیص به بررسی کسورات دارویی پرونده‌ها به تفکیک نوع بیمه پرداخت. داده‌ها پس از جمع‌آوری و وارد کردن به نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ به کمک آماره‌های توصیفی(شاخص‌های مرکزی و پراکندگی) و تحلیلی (آنالیز واریانس یکطرفه و آزمون های تعقیبی توکی و LSD) در سطح معنی‌داری ۵درصد مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که میانگین و انحراف معیار کسورات دارویی در بیمارستان امام خمینی طی سال ۱۳۹۷، به ترتیب ۱۶۵۹۶۷۸۲/۹۰ و ۳۳۵۹۶۶۳۶۶/۴۳ ریال بوده است. همچنین میانه‌ی این مبلغ ۲۰۱۵۶۰/۰ و حداقل و حداکثر مقدار مشاهده شده به ترتیب صفر و ۷۹۴۰۴۴۰۱۴۰/۰ ریال است. بیشترین مبلغ کسورات دارویی در دی ماه با میانگین ۱۰۹۷۳۶۵۸۱/۱و کمترین آن در اسفندماه با میانگین ۱۵۶۲۰۹/۳ ثبت گردید. بیشترین کسورات دارویی صورت گرفته مربوط به بخش چشم با میانگین ۹۰۳۲۳۵۲۴/۰ و کمترین آن مربوط به بخش عفونی با میانگین ۹۱۸۶۴۳/۰ است. بیشترین و کمترین میانگین مبلغ کسورات دارویی مربوط به بیمه‌ی تأمین اجتماعی بیماری خاص و بیمه‌ی سلامت سایر اقشار به ترتیب با میانگین ۲۴۰۸۴۶۸۲۴/۰۳ و۳۳۴۴۷۶/۰۳ بوده است (جدول ۱). نتایج آزمون آنالیز واریانس یکطرفه نشان داد که تفاوت معنی‌دار بین میانگین کسورات دارویی با بیمه‌ی درمانی از نوع تأمین اجتماعی، سلامت و کمیته‌ی امداد وجود دارد. همچنین آزمون تعقیبی توکی نیز نشان داد که در فاصله‌ی اطمینان ۹۵درصد بین میانگین کسورات دارویی بیمه‌ی کمیته‌ی امداد با بیمه‌ی تأمین اجتماعی و بیمه‌ی سلامت تفاوت معنی‌دار وجود دارد. همچنین نتایج نشان داد که میانگین کسورات لوازم مصرفی بخش، کمتر از کسورات لوازم مصرفی اتاق عمل، داروی مصرفی بخش و داروی مصرفی اتاق عمل است. میانگین کسورات لوازم مصرفی اتاق عمل نیز بیشتر از سایر میانگین کسورات مذکور است. بر اساس آزمون آنالیز واریانس یکطرفه تفاوت معنی‌داری بین این میانگین‌ها مشاهده شد. آزمون تعقیبی توکی نیز مؤید نتیجه‌ی مذکور بوده است. به این صورت که در فاصله‌ی اطمینان ۹۵درصد بین میانگین کسورات دارویی لوازم مصرفی بخش با لوازم مصرفی اتاق عمل و داروی مصرفی اتاق عمل تفاوت معنی‌داری مشاهده شد ($P<0.05$ و جدول ۲). با توجه به نتایج مطالعه، بیشترین علت کسورات دارویی از نظر شرکت‌کنندگان با فراوانی ۴۴/۴ درصد مربوط به عدم ثبت درست و دقیق لوازم، دارو و تجهیزات در برگه‌ی دستورات پزشک و گزارش پرستاری بوده است. از نظر آنها علل مخدوش بودن گزارش پرستاری، درخواست بیش از ۳ مشاوره از یک پزشک/سرویس، بد خطی و ناخوانا بودن شرح عمل و دستور، عدم درخواست درست ریکاوری در اتاق عمل و افزایش تعداد روزهای بستری در جراحیهای گلوبال به عنوان علت کسورات دارویی محسوب نمی‌شود.

همچنین بیشتر آنها با فراوانی ۵۵/۶ ٪ در مورد اینکه علل مخدوش بودن نسخه بیمه ای، نداشتن مهر و امضاء نسخ بیمه ای، درخواست بیش از ۳ مشاوره از یک پزشک/سرویس و اضافه درخواست تجهیزات و وسایل مصرفی شامل گاز، باند، دستکش، ... در اعمال گلوبال جز علل کسورات دارویی هستند به شدت مخالف بودند (جدول ۳). میانگین نمره‌دهی به علل ۲۰ و ۱۱ نیز بیشتر از سایر موارد بوده است. علل ۲ و ۹ کمترین نمره را به خود اختصاص داده است (شکل ۱).

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-11]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1400.20.4.2.3]
[DOI: 10.52547/payesh.20.4.415]

جدول۱: مبلغ کسورات دارویی به تفکیک بخش‌های بیمارستانی/ نوع بیمه درمانی در بیمارستان امام خمینی(ره) کرمانشاه طی سال ۱۳۹۷

	میانگین	میانه	حداقل	حداکثر
ICU	۳۳۱۸۸۶۶/۰	۲۷۴۰۰۰	۲۵۱۰	۱۱۰۱۳۷۰۳۲
داخلی	۱۱۳۹۵۹۳/۶	۳۰۶۹۰۳	۰	۱۵۲۰۴۶۸۰
اورژانس (بستری)	۷۸۳۷۳۵۹/۰	۱۰۲۲۰۸	۱۹۰۴	۴۱۱۲۹۵۱۸۶
اورژانس (تحت نظر)	۲۱۷۲۶۶۹/۷	۶۹۴۰۰	۴۸۹	۶۱۳۲۵۹۱۲
جراحی	۱۱۵۷۰۲۶/۰	۲۴۸۱۵۸	۲۰۲۵	۱۳۱۲۷۹۷۲
چشم	۹۰۳۲۳۵۲۴/۰	۲۵۸۸۸۰	۲۷۳	۷۹۴۰۴۴۰۱۴۰
سوختگی	۳۱۲۵۴۱۹/۱	۱۸۱۰۱۶	۱۶۰	۵۸۴۹۰۲۲۰
عفونی	۹۱۸۶۴۳/۰	۱۲۸۰۰۰	۱۷۶۹	۲۸۰۹۰۵۷۵
نوع بیمه	**میانگین**	**میانه**	**حداقل**	**حداکثر**
تأمین اجتماعی بیماری خاص	۲۴۰۸۴۶۸۲۴/۰۳	۸۶۰۰۰	۳۸۰۸	۷۹۴۰۴۴۰۱۴۰
تأمین اجتماعی	۱۷۷۰۲۰۹/۷	۱۷۳۳۸۰	۱۶۰	۶۱۳۲۵۹۱۲
سلامت روستایی	۱۵۲۶۹۷۵/۳	۲۲۹۵۴۰	۲۰۲۵	۵۴۵۰۹۷۰۰
سلامت روستایی بدون ارجاع	۳۸۱۱۶۵/۹	۱۳۸۲۴۰	۲۰۲۵	۲۹۲۲۳۴۹
سلامت سایر اقشار	۳۳۴۴۷۶/۰۳	۹۶۰۰۷	۲۷۳	۳۶۰۰۰۰۰
سلامت همگانی	۷۰۳۱۱۶۶/۶	۳۸۰۲۰۰	۰	۴۱۱۲۹۵۱۸۶
سلامت کارمندی	۱۴۱۸۷۸۸/۲	۲۷۸۴۰۰	۰	۲۳۱۷۹۷۰۰
کمیته امداد	۳۶۴۲۹۸/۶	۲۹۹۶۰	۴۸۹	۲۵۰۴۵۴۰
تأمین فوتی	۹۱۲۱۱۵/۵	۲۷۱۰۳۸	۳۹۴۸	۳۳۱۷۰۹۴
تأمین ونتیلاتور ICU	۴۸۴۱۳۵۹/۴	۵۴۸۸۰۰	۱۹۰۴۰	۱۱۰۱۳۷۰۳۲
سلامت ایرانیان	۴۸۰۶۶۳/۵	۱۱۹۷۰۰	۲۰۴۱۹	۱۹۲۹۰۰۰

جدول ۲: ارتباط میانگین کسورات دارویی با نوع بیمه درمانی / دارو و لوازم مصرفی بخش و اتاق عمل در بیمارستان امام خمینی(ره) کرمانشاه طی سال ۱۳۹۷

	میانگین	P-Value	نوع بیمه(J)	اختلاف میانگین‌ها و فاصله اطمینان ۹۵درصد (لوا)	P-Value
تأمین اجتماعی	۳۱۵۸۶۴۳۷/۶	*۰/۰۳۳	سلامت	۰/۱۰۱۶۸- و (۰/۳۲۷ و ۰/۵۳۰۳ -)	۰/۸۴۳
			کمیته‌ی امداد	۱/۸۹۷۸۰ و (۳/۷۰۰۶ و ۰/۰۹۵)	**۰/۰۳۶
سلامت	۳۰۰۹۴۹۱/۸		تأمین اجتماعی	۰/۱۰۱۶۸ و (۰/۵۳۰۳ و ۰/۳۲۷ -)	۰/۸۴۳
			کمیته‌ی امداد	۱/۹۹۹۴۸و (۳/۸۰۰۸ و ۰/۱۹۸۲)	**۰/۰۲۵
کمیته امداد	۳۶۴۲۹۸/۶		تأمین اجتماعی	۱/۸۹۷۸۰- و (۰/۰۹۵ – و ۳/۷۰۰۶ -)	**۰/۰۳۶
			سلامت	۱/۹۹۹۴۸- و (۳/۸۰۰۸ – و ۰/۱۹۸۲ -)	**۰/۰۲۵
دارو و لوازم مصرفی(I)	**میانگین**	**P-Value**	**دارو و لوازم مصرفی(J)**	**اختلاف میانگین‌ها و فاصله اطمینان ۹۵درصد (لوا)**	**P-Value**
داروی مصرفی بخش	۵۲۷۱۶۱۴/۳	*۰/ ۰۲۹	لوازم مصرفی بخش	۰/۳۴۵۰۷ و (۰/۷۷۵۲ و ۰/۰۸۵ -)	۰/۱۱۶
			لوازم مصرفی اتاق عمل	۰/۱۸۲۵۰- و (۰/۳۲۳۱ و ۰/۶۸۸۱ -)	۰/۴۷۹
			داروی مصرفی اتاق عمل	۰/۵۴۹۰۰- و (۰/۲۰۱۱ و ۱/۲۹۹۱ -)	۰/۱۵۱
لوازم مصرفی بخش	۱۱۶۸۲۰۶/۸		داروی مصرفی بخش	۰/۳۴۵۰۷- و (۰/۰۸۵ و ۰/۷۷۵۲ -)	۰/۱۱۶
			لوازم مصرفی اتاق عمل	۰/۵۲۷۵۷- و (۰/۰۶۰۸ –و۰/۹۹۴۳ -)	**۰/۰۲۷
			داروی مصرفی اتاق عمل	۰/۸۹۴۰۷- و (۰/۱۶۹۶ –و ۱/۶۱۸۵ -)	**۰/۰۱۶
داروی مصرفی اتاق عمل	۲۲۱۶۸۲۰/۳		داروی مصرفی بخش	۰/۵۴۹۰۰ و (۱/۲۹۹۱ و ۰/۲۰۱۱ -)	۰/۱۵۱
			لوازم مصرفی اتاق عمل	۰/۸۹۴۰۷ و (۱/۶۱۸۵ و ۰/۱۶۹۶)	**۰/۰۱۶
			داروی مصرفی اتاق عمل	۰/۳۶۶۵۰ و (۰/۱۳۸۱ و ۰/۴۰۵۲ -)	۰/۳۵۱
لوازم مصرفی اتاق عمل	۶۶۳۰۴۸۰۴/۰۵		داروی مصرفی بخش	۰/۱۸۲۵۰ و (۰/۶۸۸۱ و ۰/۳۲۳۱ -)	۰/۴۷۹
			لوازم مصرفی اتاق عمل	۰/۵۲۷۵۷ و (۰/۹۹۴۳ و ۰/۰۶۰۸)	**۰/۰۲۷
			داروی مصرفی اتاق عمل	۰/۳۶۶۵۰- و (۱/۱۳۸۱ – و ۰/۴۰۵۲)	۰/۳۵۱

* بر اساس آزمون آنالیز واریانس یکطرفه در سطح ۵درصد معنی‌دار است.

** بر اساس آزمون تعقیبی توکی در سطح ۵درصد معنی‌دار است.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-11]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1400.20.4.2.3]

[DOI: 10.52547/payesh.20.4.415]

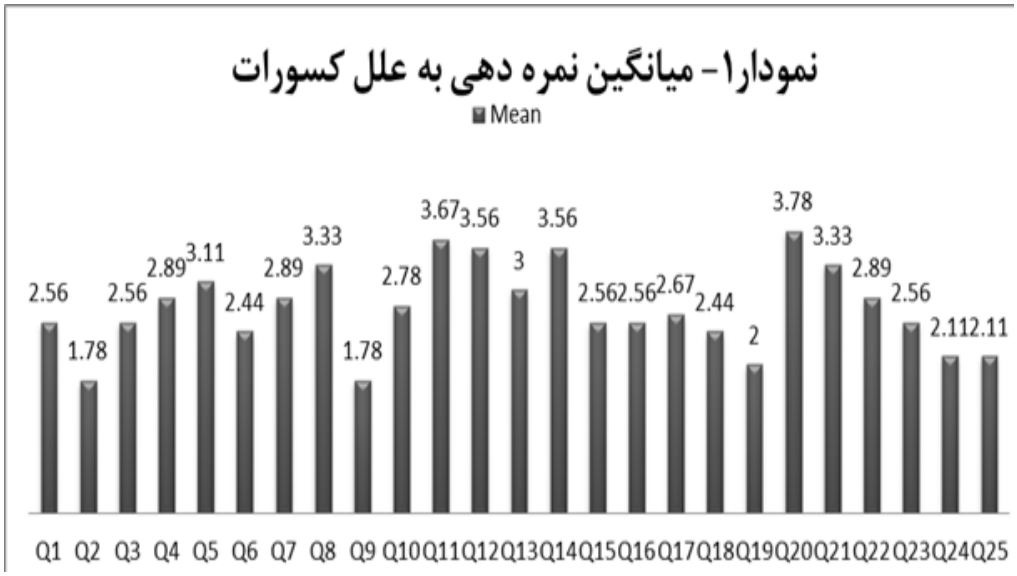
جدول ۳ : توزیع فراوانی مطلق علت کسورات دارویی از نظر افراد شرکت‌کننده در بیمارستان امام خمینی(ره) در کرمانشاه طی سال ۱۳۹۷

	علل کسورات دارویی از نظر شرکت‌کنندگان	میانگین(انحراف معیار)	پاسخ				
			خیلی مخالف	مخالف	نظری ندارم	موافق	خیلی موافق
۱	مخدوش بودن تاریخ / یا تاریخ اعتبار برگه‌های بیمه ای	۲/۵۶(۱/۸۷۸)	۴۴/۴	۲۲/۲	۰	۰	۳۳/۳
۲	مخدوش بودن نسخه بیمه ای / در صورت مخدوش بودن پشت نویسی شود	۱/۷۸(۱/۳۰۲)	۵۵/۶	۳۳/۳	۰	۰	۱۱/۱
۳	نداشتن مهر و امضاء نسخ بیمه ای	۲/۵۶(۱/۹۴۴)	۵۵/۶	۰	۱۱/۱	۰	۳۳/۳
۴	نداشتن مهر و امضاء / مغایرت امضاء و یا فقط زدن مهر در دستورات پزشک	۲/۸۹(۱/۷۶۴)	۳۳/۳	۱۱/۱	۲۲/۲	۰	۳۳/۳
۵	مخدوش بودن دستورات پزشک	۳/۱۱(۱/۳۶۴)	۱۱/۱	۲۲/۲	۳۳/۳	۱۱/۱	۲۲/۲
۶	مخدوش بودن گزارش پرستاری	۲/۴۴(۰/۷۲۶)	۰	۶۶/۷	۲۲/۲	۱۱/۱	۰
۷	دو رنگ بودن نسخه بیمه ای / دو رنگ بودن دستورات پزشک	۲/۸۹(۱/۶۱۶)	۳۳/۳	۰	۳۳/۳	۱۱/۱	۲۲/۲
۸	عدم درخواست مشاوره در دستورات پزشک	۳/۳۳(۱/۵۸۱)	۲۲/۲	۰	۳۳/۳	۱۱/۱	۳۳/۳
۹	درخواست بیش از ۳ مشاوره از یک پزشک / سرویس	۱/۷۸(۱/۰۹۳)	۵۵/۶	۲۲/۲	۱۱/۱	۱۱/۱	۰
۱۰	عدم پرداخت بیش از یک ویزیت در روز	۲/۷۸(۱/۵۶۳)	۲۲/۲	۳۳/۳	۱۱/۱	۱۱/۱	۲۲/۲
۱۱	عدم تکمیل درست شرح عمل ها توسط پزشک معالج	۳/۶۷(۱/۳۲۳)	۰	۳۳/۳	۰	۳۳/۳	۳۳/۳
۱۲	نداشتن مهر و امضاء برخی از اسناد شامل برگه بیمه، برگه دستورات پزشک، برگه شرح عمل...	۳/۵۶(۱/۳۳۳)	۰	۳۳/۳	۱۱/۱	۲۲/۲	۳۳/۳
۱۳	عدم ثبت کد های بیمه ای پروسیجرهای انجام شده	۳(۱/۲۲۵)	۰	۴۴/۴	۳۳/۳	۰	۲۲/۲
۱۴	عدم تطابق کدهای ثبت شده با شرح عمل ها	۳/۵۶(۱/۰۱۴)	۰	۱۱/۱	۴۴/۴	۲۲/۲	۲۲/۲
۱۵	بد خطی و ناخوانا بودن شرح عمل و دستور	۲/۵۶(۰/۷۲۶)	۰	۵۵/۶	۳۳/۳	۱۱/۱	۰
۱۶	عدم ثبت ساعت ورود و خروج بیمار به اتاق عمل	۲/۵۶(۱/۵۰۹)	۳۳/۳	۲۲/۲	۱۱/۱	۲۲/۲	۱۱/۱
۱۷	عدم تطابق مدت زمان عمل ثبت شده بین جراح، بیهوشی و منشی اتاق عمل	۲/۶۷(۱/۵۸۱)	۲۲/۲	۴۴/۴	۰	۱۱/۱	۲۲/۲
۱۸	عدم ثبت صحیح ساعت شروع و پایان عمل در برگه چارت بیهوش.	۲/۴۴(۱/۵۹)	۳۳/۳	۳۳/۳	۱۱/۱	۰	۲۲/۲
۱۹	عدم درخواست درست ریکاوری در اتاق عمل	۲(۰/۷۰۷)	۲۲/۲	۵۵/۶	۲۲/۲	۰	۰
۲۰	عدم ثبت درست و دقیق لوازم، دارو و تجهیزات در برگه دستورات پزشک و گزارش پرستاری	۳/۷۸(۱/۳۹۴)	۰	۳۳/۳	۰	۲۲/۲	۴۴/۴
۲۱	عدم درخواست مراقبتهای پایه ای در دستورات پزشک و نت پرستاری مانند سونداژ، پانسمان. ..	۳/۳۳(۱/۱۱۸)	۱۱/۱	۰	۴۴/۴	۳۳/۳	۱۱/۱
۲۲	عدم ثبت کلیه پروسیجرهایی که در بخش ها / یا اورژانس انجام میشوند	۲/۸۹(۱/۶۱۶)	۳۳/۳	۰	۳۳/۳	۱۱/۱	۲۲/۲
۲۳	عدم مشخص بودن وضعیت اعتبار دفترچه بیمه و ودیعه در موارد بستری الکتیو (اعمالی که به صورت اختیاری و در شرایط غیر اورژانسی توسط بیمار صورت می‌گیرد)	۲/۵۶(۱/۷۴)	۴۴/۴	۱۱/۱	۱۱/۱	۱۱/۱	۲۲/۲
۲۴	افزایش تعداد روزهای بستری در جراحیهای گلوبال (اعمالی با مبالغ مشخص که بیمه همان مبلغ را به بیمارستان می‌دهد)	۲/۱۱(۱/۰۵۴)	۳۳/۳	۳۳/۳	۲۲/۲	۱۱/۱	۰
۲۵	اضافه درخواست تجهیزات و وسایل مصرفی شامل گاز، باند، دستکش، ... در اعمال گلوبال	۲/۱۱(۱/۴۵۳)	۵۵/۶	۰	۳۳/۳	۰	۱۱/۱

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-11]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1400.20.4.2.3]

[DOI: 10.52547/payesh.20.4.415]



شکل ۱: میانگین نمره‌دهی به کسورات دارویی از نظر افراد شرکت‌کننده در بیمارستان امام خمینی(ره) در کرمانشاه طی سال ۱۳۹۷

بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه‌ی حاضر با هدف تعیین میزان و علل کسورات دارویی بیمارستان امام خمینی(ره) در شهر کرمانشاه در سال ۱۳۹۷ انجام گردید. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که میانگین و انحراف معیار کسورات دارویی در بیمارستان امام خمینی طی سال ۱۳۹۷، به ترتیب ۱۶۵۹۶۷۸۲/۹۰ و ۳۳۵۹۶۶۳۶۶/۴۳ ریال بوده است. در مطالعه‌ی زارعی و همکاران که در سال ۲۰۱۷ با هدف بررسی مقادیر و دلایل کسورات صورت‌حساب‌های بیمارستانی مرکز علمی درمانی الزهرا(س) در شهر اصفهان انجام‌شده بود، مبلغ کسورات دارویی و مواد مصرفی به‌طور کلی برای تمامی بیمه‌ها ۲۵۶۸۶۷۴۲۱ ریال بوده است [۲۰].

در این مطالعه بیشترین مبلغ کسورات دارویی در دی ماه و کمترین آن در اسفندماه گزارش گردید که علت اصلی این یافته با توجه به متغیرهای موجود مشخص نشد. در مطالعات مشابه نیز چنین متغیری مد نظر قرار نگرفته بود. همچنین بیشترین کسورات دارویی صورت گرفته مربوط به بخش چشم و کمترین آن مربوط به بخش عفونی می‌باشد. در مطالعه‌ی محمدی و همکاران نیز که با هدف تحلیل میزان کسورات اعمال‌شده‌ی سازمان‌های خدمات درمانی و تأمین اجتماعی نسبت به صورت‌حساب‌های ارسالی بیمارستان‌های آموزشی شهر خرم‌آباد در سال ۲۰۱۲ انجام شد، بیشترین کسورات دارویی صورت گرفته مربوط به بخش چشم بوده است. با این حال کمترین مقدار کسورات مربوط به نسخ سرپایی داروخانه گزارش شده است [۱۲]. همچنین نتایج نشان داد که میانگین کسورات لوازم مصرفی بخش، کمتر از کسورات لوازم مصرفی اتاق عمل، داروی مصرفی بخش و داروی مصرفی اتاق عمل است. در راستای نتایج مطالعه‌ی حاضر، مطالعه‌ی خالصی و همکاران در سال ۲۰۱۱ که با هدف تأثیر آموزش کارمندان بر میزان کسورات بیمه در بیمارستان آموزشی فیروزگر انجام‌شده بود، نشان داد که بیشترین کسورات مربوط به اتاق عمل و کمترین آن مربوط به آزمایشگاه بوده است [۲۱]. در مطالعه‌ای که توسط صفدری و همکاران با هدف بررسی کسورات بیمه‌ای از نقطه‌نظر متخصصان بیمه در بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد انجام شده بود، نتایج نشان داد که بعد از کسورات دارویی، کسورات مربوط به اتاق عمل بیشترین مقدار را به خود اختصاص داده است که این می‌تواند ناشی از عدم ثبت توضیحات مربوط به جراحی، تاریخ بستری و تاریخ جراحی باشد [۲۲]. برخلاف مطالعه‌ی حاضر در مطالعه‌ی زارعی و همکاران در سال ۲۰۱۷ [۲۰] و مطالعه‌ی عسکری و همکاران با هدف بررسی علل و میزان کسورات اعمال‌شده در بیمارستان آموزشی یزد در ۶ماهه‌ی اول سال ۲۰۰۸ [۲۳] کمترین کسورات مربوط به اتاق عمل بوده است [۲۰]. در مطالعه‌ی حاضر بیشترین مبلغ کسورات دارویی مربوط به بیمه‌ی تأمین اجتماعی بیماری خاص بوده است که این می‌تواند ناشی از حجم بالای صورت

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-11]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1400.20.4.2.3]
[DOI: 10.52547/payesh.20.4.415]

حساب‌های این بیمه باشد. در مطالعه‌ی سروستانی و همکاران که با هدف بررسی مقدار و علل کسورات بیمه‌ای بیمارستان شهدای سروستان و ارائه‌ی راهکارهایی به منظور کاهش آن با استفاده از تفکیک حل مسئله در سال ۲۰۱۲ انجام شده بود، نتایج نشان داد که بیشترین درصد کسورات بیمارستان شهدای سروستان مربوط به بیمه‌ی تأمین اجتماعی و بعد از آن بیمه‌ی سلامت و کمترین آن مربوط به بیمه‌ی نیروهای مسلح بوده است [۲۴]. برخلاف پژوهش حاضر و مطالعات مذکور در مطالعه‌ی زارعی و همکاران در سال ۲۰۱۷، بیشترین کسورات مربوط به بیمه‌ی نیروهای مسلح و کمترین آن مربوط به بیمه‌ی تأمین اجتماعی بوده است [۲۰]. در مطالعه‌ی باقری و همکاران نیز که در سال۲۰۱۳ با هدف بررسی علل کسورات سازمان‌های بیمه‌ای مربوط به اسناد درمانی بیماران انجام شده بود، بیشترین مبلغ کسورات مربوط به بیمه‌ی نیروهای مسلح گزارش شد [۲۵]. شایان ذکر است که در اکثر مطالعات به‌طور ویژه به بررسی کسورات دارویی به تفکیک نوع بیمه پرداخته نشده است. بنابراین امکان مقایسه و تفسیر نتایج از این جنبه وجود ندارد و تنها به ذکر تفاوت بیمه‌ها از نظر درصد کسورات اکتفا می‌شود. با توجه به نتایج مطالعه، بیشترین علت کسورات دارویی از نظر شرکت‌کنندگان مربوط به عدم تکمیل درست شرح عمل‌ها توسط پزشک معالج، ثبت درست و دقیق لوازم، دارو و تجهیزات در برگه‌ی دستورات پزشک و گزارش پرستاری بوده است که این می‌تواند ناشی از عدم هماهنگی تعداد پزشکان با تعداد مراجعان باشد که این مسئله می‌تواند افزایش مشغله‌ی کاری، خستگی، نداشتن زمان کافی و کاهش دقت پزشک یا پرستار در ثبت اطلاعات را به همراه داشته باشد. Peabody و همکاران در سال ۲۰۰۴ در مطالعات خود بیان کردند که بی‌دقتی‌های زیاد در ثبت اطلاعات در پرونده‌ی پزشکی رایج بوده که برای سیستم بهداشتی هزینه‌بر خواهد بود [۲۶]. در مطالعه‌ی محمدی و همکاران در سال ۲۰۱۲،بیشترین علت کسورات در نسخ سرپایی، مربوط به خط خوردگی، استفاده از کاربن، استفاده از مایع غلط‌گیر، دو خط و دو رنگ بودن متن نسخه، عدم ثبت مهر پزشک و بیمارستان بر روی نسخه، معتبر نبودن تاریخ نسخه، عدم قید تاریخ در برگه‌ی نسخه توسط خود پزشک و عدم ارسال به موقع نسخ در همان ماه بوده است [۱۲]. در مطالعه‌ی زارعی در سال ۲۰۱۷، علت اصلی کسورات دارویی، عدم ثبت داروهای گران‌قیمت توسط پرستار و عدم به روز رسانی قیمت داروها و تجهیزات در داروخانه از دلایل اصلی کسورات دارویی و تجهیزات عنوان گردید [۲۰]. در مطالعه‌ی جعفر صادقی تبریزی و همکاران که در سال ۲۰۱۶ با هدف بررسی علل کسورات درآمدهای اختصاصی مراکز بهداشتی درمانی و راهکارهای کاهش آن صورت گرفت، نتایج نشان داد که عدم آگاهی پزشکان از دستورالعمل‌ها، خدمات و داروهای تحت پوشش سازمان‌های بیمه‌گر، کم توجهی پزشکان نسبت به بحث درآمد و کسورات به دلیل نبود ارتباط بین دریافتی آنان و میزان کسورات و دانش و مهارت ناکافی کارکنان واحد درآمد در بررسی نسخ و شناسایی موارد منجر به بروز کسورات می‌شوند. همچنین برخی از پزشکان خدمات خارج از تعهد بیمه‌ها یعنی داروهای پزشکان متخصص را تجویز می‌کنند و افرادی که در مراکز بهداشت نسخ را بررسی می‌کنند، ممکن است متوجه این قضیه نشوند و به دلیل عدم مهارت در زمینه‌ی داروها و خواندن نسخه، این مسئله منجر به ایجاد کسورات گردد [۲۷]. در مطالعه‌ی Krushat و Bhatia که در سال ۲۰۰۵ با هدف برآورد خطای خدمات بستری مراقبت‌های حاد صورت گرفت، بیشترین علت کسورات پرداخت‌های بیمه‌ی Medicare مربوط به ارائه‌ی خدمات پزشکی غیر ضروری به بیماران بوده است [۲۸]. شایان ذکر است که در مطالعه‌ی حاضر پرداختن به کسورات بیمارستانی از نظر دارویی به‌طور ویژه از نقاط قوت آن محسوب می‌گردد، چرا که اکثر مطالعات داخلی از جوانب دیگری به کسورات بیمارستانی پرداخته‌اند از طرفی همین مسئله و عدم یافت مطالعات خارجی مشابه امکان مقایسه‌ی نتایج را به پژوهشگران نداد. همچنین از محدودیتهای این پژوهش می‌توان به مشغله‌ی کاری زیاد پرسنل بیمارستان و در نتیجه نداشتن زمان کافی برای همکاری دقیق با پژوهشگر، دوباره‌کاری و در دسترس نبودن برخی از داده‌های ضروری به دلیل عدم ثبت به موقع و مناسب آمار و اطلاعات بیمارستان اشاره نمود. بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر مبلغ قابل توجهی از درآمدهای داروخانه‌ها به دلیل کسورات اعمال شده بر نسخ دارویی که بیمار آن تحت پوشش بیمه‌ی تأمین اجتماعی بیماری خاص هستند به هدر می‌رود و کمترین آن نیز مربوط به نسخ دارویی تحت پوشش بیمه‌ی سلامت سایر اقشار می‌باشد. از آنجایی‌که فروش و ارائه‌ی خدمات به بیمه‌شدگان تحت پوشش سازمان‌های بیمه‌گر از منابع درآمدی داروخانه‌ها محسوب می‌شود و درصد قابل توجهی از آن به دلیل عدم پرداخت مطالبات از سوی سازمان‌های بیمه‌گر به هدر می‌رود، با درک بهتر و دقیق از علل این

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-11]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1400.20.4.2.3]
[DOI: 10.52547/payesh.20.4.415]

دسته از کسورات می‌توان کارایی داروخانه و در نهایت کیفیت مراقبت درمانی را ارتقاء بخشیده و از هدر رفتن منابع مالی داروخانه‌ها که پشتیبان اصلی در ارائه‌ی خدمات و بقای آن می‌باشند جلوگیری نمود. همچنین مطالعه‌ی حاضر نشان داد که بیشترین علت کسورات دارویی از نظر شرکت‌کنندگان مربوط به عدم تکمیل درست شرح عمل‌ها توسط پزشک معالج، ثبت درست و دقیق لوازم، دارو و تجهیزات در برگه‌ی دستورات پزشک و نت پرستاری بوده است. بنابراین به منظور بهبود وضعیت و کاهش کسورات دارویی، پیشنهاد می‌شود برگه‌های درخواست دارویی در داروخانه حداقل توسط دو نفر حتی‌الامکان در همان روز بازبینی شوند که علاوه بر افزایش دقت، انباشت نشوند. از سوی دیگر تذکر و آموزش به پزشکان و آگاه کردن آنها از عواقب نسخ بدون مهر و امضا، بازرسی مدیر و رئیس بیمارستان از پرسنل بیمه و درآمد به‌طور منظم، در نظر گرفتن تشویق‌هایی برای پرسنل در صورت کاهش کسورات، استفاده از پزشک مقیم به تعداد کافی، کاهش فاصله‌ی زمانی شیفت پزشکان و پرستاران، همکاری بیشتر و تقسیم کار بین پرسنل بیمه و درآمد با بخش داروخانه و استفاده از متخصصان عالی جهت به‌روز رسانی قیمت داروها قبل از ورود به داروخانه می‌تواند جهت کاهش کسورات راه گشا باشد. همچنین می‌توان از دانش پرسنل مدارک پزشکی در رابطه با مستندسازی، بررسی دقیق پرونده و تحلیل کمی و کیفی اطلاعات موجود در آن قبل از ارسال پرونده به بیمه بهره برد. شایان ذکر است که پژوهش‌هایی، نقش مؤثر سیستم‌های کامپیوتری را در افزایش مستندسازی و کاهش کسورات نشان می‌دهند. به‌گونه‌ای که این سیستم‌ها با هشدار به کاربر در خصوص نواقص ثبت اطلاعات، کاربر را از بروز مشکلات احتمالی مطلع می‌سازد که در این صورت صرفه‌جویی در منابع مالی، انسانی و تجهیزات در مراکز درمانی را به دنبال دارد. همچنین با بکارگیری سیستم‌های جامع اطلاعات بیمارستانی و چک‌لیست هوشمند کنترل اسناد پزشکی جهت رفع نواقص پرونده می‌توان مشکلات ناشی از کنترل هزینه‌ی دارو را مرتفع نمود و به میزان زیادی از پرت دارو و هزینه‌ی بیمارستان کاست [۳۱-۲۹]. در کشورهای پیشرفته با استفاده از نرم‌افزار مخصوص کدگذاری برای درج صحیح خدمات، علاوه بر کاهش هزینه‌ی خدمات بهداشتی - درمانی و ارتقای کیفیت مراقبت، فرایند رسیدگی به صورت‌حساب‌ها را تسریع نموده و مشکلات رسیدگی به آنها را به حداقل رسانده‌اند [۳۳-۳۲]. در نهایت پیشنهاد می‌گردد در مطالعات آتی به بررسی علت تفاوت سازمان‌های بیمه‌گر در ایجاد کسورات دارویی و ارائه‌ی راهکار جهت کاهش آن مورد بررسی قرار گیرد. همچنین میزان تأثیر بخش اقتصاد و وضعیت تعرفه‌های موجود درمان بر کاهش کسورات دارویی مورد توجه قرار گیرد..

سهم نویسندگان

نام بهنام رضا مخصوصی: طراحی و اجرای مطالعه
حسین امیری: همکاری در طراحی مطالعه
نسیم ایوانی: اجرای مطالعه و همکاری در تدوین مقاله
شرمین رحمانی: تحلیل نتایج، تدوین و ویرایش مقاله
سهیلا کزازی: همکاری در اجرای مطالعه

تشکر و قدردانی

این مقاله ماحصل انجام طرح تحقیقاتی مصوب معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه به شماره‌ی ۹۷۹۳۳ بود. پژوهشگران این مطالعه بر خود لازم می‌دانند که از همکاری ارزشمند و صادقانه‌ی بیماران، تمامی مسئولین بیمارستان امام خمینی(ره) به‌ویژه کارشناسان اسناد، مدارک و کارشناسان واحد توسعه تحقیقات بالینی آن بیمارستان که ما را در انجام این مطالعه یاری نمودند، کمال تشکر و قدردانی را داشته باشد.

منابع

1. Kieny MP, Bekedam H, Dovlo D, Fitzgerald J, Habicht J, Harrison G, Kluge H, Lin V, Menabde N, Mirza Z, Siddiqi S. Strengthening health systems for universal health coverage and sustainable development. Bulletin of the World Health Organization 2017;95:537-539

2. Simon R, Morarji A, Ganesamurthy K. Disaster Management-Hospital perspective. International Journal of Research and Analytical Reviews 2021;8:390-394

3. Khorrmmi F, Hosseini Eshpala R, Baniasadi T, Azarmehr N, Mohammadyi F. Prioritizing insurance deductions factors of Shahid Mohammadi hospital inpatients records using Shannon Entropy. Hormozgan Medical Journal 2013; 17: 77-82 [Persian]

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-11]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1400.20.4.2.3]
[DOI: 10.52547/payesh.20.4.415]

4. Goense L, Van Dijk WA, Govaert JA, van Rossum PS, Ruurda JP, van Hillegersberg R. Hospital costs of complications after esophagectomy for cancer. European Journal of Surgical Oncology (EJSO) 2017;43:696-702

5. Edemekong P, Annamaraju P, Haydel M. Health Insurance Portability and Accountability Act. Treasure Island (FL). 1st Edition, StatPearls Publishing: Island, 2021

6. Mohtasham Amiri Z, Rahimi Kalamroudi H, Davoudi A. Unit Analysis of Health Care Centers in Urban and Rural Area of Guilan. Journal of Guilan University of Medical Sciences 2008; 17: 24-32 [Persian]

7. Wolff J, Heister T, Normann C, Kaier K. Hospital costs associated with psychiatric comorbidities: A retrospective study. BMC health services research 2018;18:1-7

8. Fechtel RB, Fullenkamp C. Life Insurance Policy Disclosure for the 21st Century. Journal of Financial Service Professionals 2021;75:36-58

9. Mohamaadi E, Oliaeemanesh A, Zanganeh M, Nadarkhani F, Ghanati E, Yousefinezhadi T, Tabatabaei SM. Investigating the Rate and Causes of Hospital Deductions and Determining its Reduction Strategies in Iranian Hospitals. The Iranian Journal of Health Insurance 2020;3:92-103 [Persian]

10. Mosadegh rad AM, Esfahani P, & Nikafshar M. Hospitals' Efficiency in Iran: A systematic review and meta-analysis of two decades of research. Payavard 2017; 11: 318-331 [Persian]

11. Nasiri rad N, Rashidian A, Joudaki H, Haghighi FA, Arab M. Assessing issues and problems in relatioship between basic insurance organizations and university hospitals: A qualitative research. Hospital 2010; 9: 8-18 [Persian]

12. Mohammadi A, Azizi AA, Cheraghbaigi R, Mohammadi R, Zarei J & Valinejadi A. Analyzing the deductions applied by the medical services and social security organization insurance toward receivable bills by university hospitals of Khorramabad. HealthInformation Management 2012; 10: 172-180

13. Afshari M, Mosadeghrad A, Arab M. The impact of quality management on reducing bill deductions at operating theatre department of Valiasr hospital a participatory action research. Journal of Hospital 2017;16:93-101 [Persian]

14. Mosadeghrad A, Afshari M, Nasrolahi R, Daneshgar S, Corani Bahador R. The Impact of Health Transformation Plan on Deductions Imposed on Imam Khomeini Hospital Complex's Bills. Journal of Hospital 2018; 17:71-79 [Persian]

15. Safdari R, Karami M, Moeini M. Causes of deductions applied by social security insurance in Kashan University of Medical Sciences hospitals. Journal of Health Information Management 2012 ; 9: 140-144 [Persian]

16. Safdari R, Sharifian R, Ghazi Saeedi M, Masoori N, Azad Manjir Z. The amount and causes deductions of bills in Tehran University of Medical Sciences Hospitals. Journal of Payavard Salamat 2011; 5: 61-70 [Persian]

17. Rostami Z, Nasiripour AA. Comparison of the Deductions of Insurance Bills in an Education-Treatment Center in Iran before and after Health Care Reform. Health Information Management 2019; 15: 281-287 [Persian]

18. Imani A, Doshmangir L. The Analysis of the Causes of Hospitalized Patients' Medical Records Deductions. Depiction of Health 2020;11:172-189[Persian]

19. Yaqubi M, Javadi M, Jndqyan M, Rjalyan F, Farahabadi ME, Mofid M, Nazari M. Investigating the amount of deductions applied by the Social Security Organization to surgeries in selected teaching hospitals in Isfahan in the first half of 2008. Journal Hospital 2009; 8:33-38 [Persian]

20. Zarei E, Najafi M, Arabi S. Investigating Level and Reasons of Insurance Deductions of Hospitalization Bills in AL Zahra Academic and Medical Center of Isfahan in 2017 Evidence Based Health Policy. Management & Economics 2020; 4: 32-39 [Persian]

21. Khalesi N, Gohari M, Vatankhah S, Abbasimani Z. The Effect of Employee Training on Insurance Deduction Rate at Firoozgar Teaching Hospital 2008-2009. Journal of Health Administration 2011; 13: 19-26 [Persian]

22. Safdari R, Ghazi Saeedi M, Sheykhotayefe M, Jebraeily M, Farajolah SS, Maserat E, et al. The Study of Insurance Deductions from Point of Insurance Professionals in Educational Hospitals of Mashhad University of Medical Sciences. Journal of Payavard Salamat 2017; 11: 10-19 [Persian]

23. Askari R, Dehghan HR, Bahrami MA, Keshmiri F. Investigating the amount and causes of deductions in the bills of hospitalized patients Under the cover of social security insurance in educational hospitals Yazd University of Medical Sciences in the

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-11]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1400.20.4.2.3]
[DOI: 10.52547/payesh.20.4.415]

first half of 2008. Journal of Hospital 2009; 9: 24-28 [Persian]

24. Norooz Sarvestani E, Pour Mohammadi K, Kavoosi Z, Yousefi A. The amount and causes insurance deductions of Shohada-e Sarvestan hospital and ways to reduce it by using the techniques of problem-solving 2012. Journal Manage Med Inform Sci 2015; 2: 122-132 [Persian]

25. Bagheri H, Amiri M. Study of the causes of insurance organizations deductions from the therapy patients documents in one hospital in Iran. Healthcare Management 2013; 4: 17-24 [Persian]

26. Peabody JW, Luck J, Jain S, Bertenthal D, Glassman P. Assessing the accuracy of administrative date in health information system. Medicine care 2004; 42: 72-1066

27. Tabrizi J, Alidoost S, Mardi A, Farshi-khorsand M, Rahmat M. Assessing the causes of dedicated revenues' fractions in health care centers and strategies to reduce them (A qualitative study). Journal of Hospital 2016; 15: 53-62 [Persian]

28. Krushat WM, Bhatia AJ. Estimating payment error for Medicare acute care inpatient services. Health Care Financ Review 2005; 26: 39-49

29. Howard WR. Respiratory care billing using a personal digital assistant. Respiratory Care 2004; 49: 1339-48

30. Helmons P, Grouls RJ, Roos A, Bindels A, Wessels-Basten S, Ackerman E, et al. Using a clinical decision support system to determine the quality of antimicrobial dosing in intensive care patients with renal insufficiency. Quality and Safety in Health Care 2010; 19: 6-22

31. Mokhtari S, Eskandari S & Ayazi Z . Operators' performance evaluation on the hospital information system about the deductions of educational and medical Hajar hospital in 2012. Journal of Shahrekord University of Medical Sciences 2014; 15: 86-91 [Persian]

32. Wager KA, Lee FW, Glaser JP. Managing Health Care Information Systems: A Practical Approach for Health Care Executives. 1st Edition, John Wiley & Sons: New Jersey, 2005

33. Abdelhak M, Grostick S, Hanken MA. Health information: Management of a Strategic Resource. 4th Edition, Elsevier - Health Sciences: Philadelphia, 2014

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-11]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1400.20.4.2.3]
[DOI: 10.52547/payesh.20.4.415]