

بررسی علل کسورات درآمدهای اختصاصی مراکز بهداشتی درمانی و راهکارهای کاهش آن

(یک مطالعه کیفی)

جعفر صادق تبریزی^۱، سعیده علیدوست^{۲*}، احمد مردی^۳، مصطفی فرشی خرسند^۴، محمدعلی رحمت^۵

تاریخ پذیرش: ۹۵/۳/۱۲

تاریخ دریافت: ۹۴/۱۰/۲۴

چکیده:

زمینه و هدف: کمبود یا سازماندهی نامناسب منابع مالی از چالش‌های آرایه خدمت بوده و کسورات درآمدهای اختصاصی مراکز مراقبت‌های سلامت یکی از مسائل قابل توجه در حوزه مدیریت منابع مالی می‌باشد. از این رو، این مطالعه باهدف تعیین علل کسورات درآمدهای اختصاصی مراکز بهداشتی و درمانی و راهکارهای کاهش آن انجام شد.

مواد و روش‌ها: مطالعه حاضر یک مطالعه کیفی بوده و با رویکرد پدیدارشناسی در سال ۱۳۹۳ در استان آذربایجان شرقی انجام شد. روش جمع‌آوری داده‌ها، بحث گروهی متمرکز و مصاحبه نیمه ساختاریافته بود که براساس راهنمای از قبل طراحی شده انجام شدند و تا اشیاع داده‌ها ادامه یافتند. برای انتخاب شرکت کنندگان از روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف استفاده شد. داده‌ها براساس روش تحلیل محتوایی مورد تحلیل قرار گرفت.

نتایج: براساس تجارب و نظرات شرکت‌کنندگان در مطالعه، شش تم برای علل کسورات و راهکارهای کاهش آن استخراج گردید و این تم‌ها شامل علل و راهکارهای مربوط به کسورات سرانه‌ای، کسورات بیمه‌ای، کسورات مرتبط با ارسال مستندات، کسورات ناشی از ثبت، کسورات ناشی از تخفیفات و کسورات ناشی از عدم واریز کامل درآمدهای نقدی به حساب دانشگاه بود. به طور کلی ۱۸ علت برای کسورات و ۲۳ راهکار برای کاهش آن‌ها شناسایی گردید.

نتیجه‌گیری: علل کسورات در مراکز بهداشتی درمانی باکل مراحل تبدیل خدمت به درآمد و الزامات بیمه‌ای مرتبط هستند و راهکارها و مداخلات شناسایی شده نیز به این حیطه‌ها تمرکز دارند.

کلمات کلیدی: کسورات، درآمدهای اختصاصی، مراکز بهداشتی درمانی

۱. دانشیار مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، مرکز تحقیقات مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

۲. دانشجوی کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، گروه آموزشی مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران (*نویسنده مسئول)، تلفن: ۰۹۱۴۱۸۵۶۳۵۹، آدرس الکترونیکی: alidoostsd@yahoo.com

آدرس پستی: خیابان دانشگاه، جنب مرکز آموزشی درمانی شهید مدنی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، کد پستی: ۵۱۶۶۶۱۴۷۱۱

۳. دکتری عمومی پزشکی، معاونت بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

۴. کارشناس حسابداری، معاونت بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

۵. کارشناس مدیریت صنعتی، معاونت بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

مقدمه

هدف اصلی نظام های بهداشت و درمان، ارتقای سلامت بوده و مشارکت آن ها در این هدفبیش از اهداف پاسخگویی به انتظارات مردم و مشارکت عادلانه مردم در تامین منابع مالی است. از این رو، اصلی ترین کارکرد نظام سلامت ارائه خدمت بوده و سایر کارکردها، جنبه ی مشارکتی و حمایتیاز ارائه خدمت دارند. به طوریکه کمبود یا سازماندهی نامناسب و نامطلوب منابع مختلف از قبیل منابع مالی از نارسایی های ارائه خدمت بوده و توزیع ناعادلانه منابع حوزه سلامت به ویژه در کشورهای با درآمد کم و متوسط، دامنه و شدت مشکل را افزون تر می سازد. لذا چنین کشورهایی با چالش های عمده در برطرف کردن نیازهای سلامت جمعیت خود، جایجایی منابع مالی کافی به شیوه ای عادلانه و همچنین حفظ ارزش منابع اندک در اختیار مواجه هستند (۱).

یکی از مهمترین رویکردهای نظام سلامت ایران برای ارتقای سلامت، استقرار نظام مراقبت های بهداشتی اولیه است که تاثیر قابل توجهی در ارائه ی خدمات بهداشتی و درمانی و شاخص های سلامت داشته است. خدمات ارائه شده در نظام شبکه های بهداشتی و درمانی شامل ارتقای سلامت، پیشگیری از بیماری یا حوادث تهدیدکننده ی زندگی، غربالگری و خدمات مربوط به درمان بیماری یا عوارض آن می باشد (۲). ارائه ی این خدمات مستلزم توزیع متعادل و متوازن بسیاری از منابع به خصوص منابع مالی می باشد که علی رغم اهمیت قابل توجه آن ها در ارائه ی خدمات مطلوب، همچنان به عنوان یکی از مشکلات اصلی نظام مراقبت های بهداشتی اولیه و برنامه ی پزشک خانواده محسوب می شود (۳-۸).

برای تامین مالی سازمان های ارائه دهنده ی مراقبت های سلامت از منابع مالی مختلف از قبیل بودجه دولت، درآمد خود مراکز و منابع مالی اهدایی استفاده می شود که درآمدهای خود مراکز جزو منابع قابل اعتماد مراکز هستند و اجرای اقدامات و مداخلات مناسب جهت درآمدزایی می تواند نقش به سزایی در کارکردهای مراکز داشته باشد. این در حالیست که عدم پرداخت یا تاخیر در پرداخت مطالبات مراکز توسط سازمان های بیمه گر یکی از چالش های قابل توجه در تامین مالی این مراکز می باشد (۹، ۱۰).

براساس گزارش بانک جهانی در سال ۱۳۸۵، مشکلات مالی یکی از مسائل قابل توجه در سطح اول ارائه خدمات در ایران بوده است (۲). بنابراین مدیریت منابع مالی در تحقق اهداف نظام سلامت نقش به سزایی داشته و افزایش درآمد یکی از مولفه های مهم می باشد که یکی از موارد قابل توجه در این زمینه وصول کلیه ی درآمدهای مورد انتظار نظام شبکه های بهداشتی درمانی و مسئله ی کسورات درآمدهای اختصاصی مراکز

بهداشتی درمانی می باشد. کسور عبارتست از تفاوت ریالی میان آنچه که در قبال ارائه خدمت (براساس تعرفه های مصوب) باید وصول شود و آنچه که عملاً وصول می شود. عدم وصول کلیه ی درآمدهای اختصاصی و کسورات اعمال شده در مراکز بهداشتی درمانی باعث هدر رفت منابع مالی مراکز شده و منجر به محدود شدن توان مالی شبکه های بهداشتی و درمانی شهرستان ها می شود. به طوریکه در سال ۱۳۹۱ میزان کسورات سرانه ای دانشگاه علوم پزشکی تبریز از محل درآمدهای مراکز بهداشتی درمانی، بیش از ۳۰ میلیارد ریال بوده و حدود ۲ درصد درآمدهای سرانه ای را به خود اختصاص میدهد (۱۱). حال اگر کسورات بیمه ای و کسورات درآمدهای نقدی نیز به این مبلغ اضافه شود، سهم قابل توجهی از درآمدهای اختصاصی مراکز بهداشتی درمانی را تشکیل خواهد داد.

درباره ی کسورات بیمارستان ها، موارد بروز، میزان و علل آن مطالعات متعددی انجام شده است که براساس نتایج این مطالعات، نقص مستندسازی، محاسبه اشتباه و عدم رعایت آئین نامه ها و بخشنامه های ابلاغی از سوی سازمان های بیمه گر علل عمده ی کسورات بیمارستانی هستند (۱۲-۱۸). این مطالعات محدود به بررسی کسورات بیمه ای بیمارستان ها بوده و سایر انواع کسورات و همچنین کسورات مراکز بهداشتی درمانی مورد بررسی قرار نگرفته اند. لذا این مطالعه به منظور بهبود وضعیت فعلی کسورات و افزایش درآمدهای اختصاصی مراکز بهداشتی درمانی و با هدف شناسایی علل بروز کسورات و راهکارهای کاهش آن، انجام گرفته است.

مواد و روش ها

مطالعه ی حاضر از نوع کیفی بوده و با رویکرد پدیدار شناسی در سال ۱۳۹۳ در دانشگاه علوم پزشکی تبریز انجام شده است. با توجه به اینکه هدف از مطالعه ی حاضر، شناسایی و بررسی علل کسورات مراکز بهداشتی درمانی و راهکارهای کاهش آن براساس دیدگاه ها و تجارب کارشناسان بودجه و امور مالی مرکز بهداشت استان و کارشناسان اداره بیمه سلامت استان است، از رویکرد پدیدار شناسی^۱ استفاده شده است. رویکرد پدیدار شناسی یک فلسفه، تئوری و روشی برای مطالعه ی تجربیات انسان ها بوده و توضیحی مستقیم از پدیده ها و تجربیات انسان ها را فراهم می کند (۱۹). برای انتخاب شرکت کنندگان از روش نمونه گیری مبتنی بر هدف استفاده شده و برای جمع آوری داده ها از روش بحث گروهی متمرکز و مصاحبه استفاده گردید. به این ترتیب که برای شناسایی علل بروز کسورات، از یک بحث گروهی متمرکز و سه مصاحبه استفاده شد. در بحث گروهی متمرکز دیگر،

¹Phenomenology

کسورات بیمه ای، کسورات مرتبط با ارسال مستندات، کسورات ناشی از ثبت، کسورات ناشی از تخفیفات و کسورات ناشی از عدم واریز کامل درآمدهای نقدی مراکز به حساب دانشگاه می باشد. به طور کلی ۱۸ علت برای کسورات (جدول ۱) و ۲۳ راهکار برای کاهش آن ها (جدول ۲) شناسایی گردید.

علل مربوط به کسورات بیمه ای اعمال شده توسط سازمان های بیمه گر، شامل ۱) عدم آگاهی پزشکان از دستورالعمل ها، خدمات و داروهای تحت پوشش سازمان های بیمه گر، ۲) کم توجهی پزشکان نسبت به بحث درآمد و کسورات به دلیل نبود ارتباط بین دریافتی پزشکان و میزان کسورات و ۳) دانش و مهارت ناکافی کارکنان واحد درآمد در بررسی نسخ و شناسایی موارد منجر به بروز کسورات می باشند. شرکت کننده شماره ۹ از بحث گروهی ۱ نیز درباره این موضوع بیان کرده است: *"...بعضی از پزشکان خدمات خارج از تعهد بیمه ها یعنی داروهای پزشکان متخصص را تجویز می کنند و افرادی هم که در مرکز بهداشت شهرستان نسخ را بررسی می کنند متوجه این قضیه نمی شوند چون در زمینه داروها و خواندن نسخه تخصص ندارند و در نتیجه کسورات اتفاق می افتد..."*

کسورات سرانه ای شامل تعدیل پایش، تعدیل سرانه، تعدیل جمعیت و تعدیل کمی می باشند. تعدیل جمعیت براساس تعداد جمعیت تحت پوشش یک پزشک تعیین شده و در صورتی که جمعیت تحت پوشش بیشتر از تعداد تعیین و توافق شده باشد، سهم مشخصی از سرانه پزشک کسر خواهد شد. تعدیل سرانه به عدم استقرار پزشک خانواده در مرکز اشاره داشته و تعدیل کمی نیز به روزهای عدم کارکرد پزشک، ماما، داروخانه و سایر ارائه کنندگان در طول ماه اشاره دارد. تعدیل پایش نشان دهنده ی کسورات مربوط به امتیاز پایش مراکز بهداشتی درمانی توسط سازمان بیمه سلامت می باشد.

برای مجموعه کسورات سرانه ای، ۶ علت شناسایی شده است. علل مربوط به کسورات سرانه ای (۶ علت) شامل کمبود پزشک، ارجاع بیش از حد، مناسب نبودن تعریف جمعیت ها، کامل نبودن مستندات، عدم ارائه ی آموزش به گروه های هدف و عدم رعایت سایر موارد موجود در چک لیست پایش سازمان بیمه سلامت (از قبیل وجود داروی تاریخ گذشته، وجود کیت فاقد اعتبار، عدم رعایت شرایط نگهداری دارو و ...) می باشند. با توجه به ارتباط مستقیم کمبود پزشک با تعدیل سرانه، تعدیل کمی و تعدیل جمعیت، این مورد به عنوان مهمترین و اولویت دارترین علت کسورات سرانه ای از طرف شرکت کنندگان مطرح گردید. به طوریکه مصاحبه کننده شماره ۳ به اهمیت این موارد اشاره کرده است: *"... کسورات سرانه ای با سایر کسورات قابل مقایسه نیست و کسورات سرانه ای ما چند برابر سایر درآمدها است باید در این مورد اجازه ندهیم کسورات اتفاق بیافتد..."*

راهکارهای کاهش کسورات براساس علل تعیین شده در بحث گروهی قبلی، شناسایی گردیدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل: داشتن تجربه (حداقل ۵ سال) در زمینه ی مدیریت منابع مالی، داشتن تحصیلات مرتبط و مایل بودن جهت شرکت در مطالعه بود. شرکت کنندگان در بحث های گروهی و مصاحبه ها شامل کارشناسان واحدهای درآمد، امور مالی، بودجه و کارشناسان سازمان بیمه سلامت استان آذربایجان شرقی بودند. تعداد شرکت کنندگان در بحث های گروهی اول و دوم، به ترتیب ۱۱ و ۸ نفر بودند. بحث های گروهی متمرکز توسط سه نفر از محققین شامل یک نفر تسهیل کننده، یک نفر مشاهده گر و یک نفر کاتب انجام گرفته و بحث ها با ارائه ی توضیحات تسهیل کننده در مورد اهداف مطالعه، روش اجرای بحث گروهی، کسورات و انواع آن و براساس چارچوب کلی سوالات از پیش طراحی شده صورت گرفت. مصاحبه ها به صورت نیمه ساختار یافته بوده و براساس راهنمای مصاحبه تنظیم شده براساس اهداف پژوهش انجام شدند و تا رسیدن به اشباع داده ها ادامه یافتند. روایی راهنمای مصاحبه توسط متخصصان مطالعات کیفی تأیید گردید. محل انجام مصاحبه ها، محل کار شرکت کنندگان بوده و هر کدام از مصاحبه ها تقریباً ۶۰ دقیقه طول کشید. بحث های گروهی متمرکز نیز در محل معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی تبریز انجام شده و هر کدام از آن ها ۹۰-۱۲۰ دقیقه طول کشید. قبل از انجام بحث های گروهی متمرکز و مصاحبه ها، اجازه ی ضبط صدا و یادداشت برداری از شرکت کنندگان در مطالعه اخذ گردید و به همه ی افراد اطمینان داده شد که اسامی آن ها محرمانه مانده و از اطلاعات فقط در راستای اهداف پژوهش استفاده خواهد گردید.

بعد از اتمام بحث های گروهی و مصاحبه ها، متن فایل های صوتی بلافاصله به دقت پیاده شده و مطالب چندین بار و به طور کامل مرور، بازخوانی و با یادداشت ها مطابقت داده شد و برای تحلیل داده ها از روش تحلیل محتوایی استفاده گردید به این ترتیب که عبارات و مفاهیم مهم شناسایی و کدگذاری گردیدند و به دنبال آن کدهای مشابه در دسته های مشخص قرار گرفته و تم ها استخراج گردیدند. برای افزایش اعتبار داده ها، یافته های حاصل به صورت کتبی به شرکت کنندگان در بحث های گروهی و مصاحبه ها ارسال گردید و از آن ها درخواست شد که یافته ها را بررسی و مطابقت آن ها با دیدگاه ها خود را ارزیابی نمایند. نظرات اصلاحی و تکمیلی افراد در یافته های نهایی اعمال گردید.

نتایج

براساس تجارب شرکت کنندگان در مطالعه، ۶ تم برای علل کسورات و ۶ تم برای راهکارهای کاهش آن استخراج گردید و این تم ها شامل علل و راهکارهای مربوط به کسورات سرانه ای،

نسخه ها و مستندات از شبکه ها به سازمان های بیمه گر) می باشد که علل ریشه ای زیادی در بروز آن ها موثر هستند که در طراحی مداخلات باید مورد توجه قرار گیرند.

علل شناسایی شده برای کسورات ناشی از ثبت شامل استفاده از کارکنان خدماتی با سطح سواد پایین به عنوان صندوقدار، ضعف سیستم نظارتی در رابطه با صندوقداران، عدم آموزش کافی صندوقداران و کم توجهی پزشکان نسبت به عدم ارائه ی خدمت به افراد پذیرش نشده و ثبت نشده می باشند.

نبود آئین نامه ی اجرایی شفاف و پیگیری ضعیف شبکه (که منجر به بی اطلاعی و کم توجهی کارکنان مراکز می شود)، از علل کسورات مربوط به تخفیفات می باشند.

به اعتقاد شرکت کنندگان در مطالعه، پایین بودن امنیت سیستم صندوق عامل اصلی در بروز کسورات مربوط به عدم واریز کامل درآمدهای نقدی مراکز می باشد. طراحی سیستم صندوق به نحوی است که در صورت رسیدن به سقف مشخص، سیستم قفل شده و با ورود شماره فیش واریزی مجدداً فعال می شود، ولی امنیت این سیستم پایین بوده و به جای شماره فیش واریزی جدید، شماره دیگری (برای مثال شماره فیش های قبلی) را نیز قبول کرده و وارد مرحله ی بعد می شود.

با توجه به تعریف تعدیل جمعیت، مناسب نبودن تعریف جمعیت نیز علاوه بر کمبود پزشک به عنوان یکی از مهمترین علل دخیل در کسورات سرانه ای ذکر شد. منظور از مناسب نبودن تعریف جمعیت، تعیین و تعریف جمعیت تحت پوشش یک مرکز بدون توجه به شرایط جغرافیایی و رفتار و حرکت طبیعی مردم منطقه است. لذا در برخی از موارد مردم منطقه به مرکز تعیین شده مراجعه نکرده و مرکز متناسب و در دسترس را برای مراجعه خود انتخاب می کنند. از این رو، به دلیل افزایش تعداد جمعیت تحت پوشش مرکز در دسترس و فراتر رفتن جمعیت از میزان تعیین شده، مرکز با کسورات مربوط به جمعیت (تعدیل جمعیت) مواجه می شود.

چهار علت دیگر مربوط به کسورات سرانه ای (ارجاع بیش از حد، کامل نبودن مستندات، عدم ارائه ی آموزش به گروه های هدف و عدم رعایت سایر موارد مندرج در چک لیست پایش سازمان بیمه سلامت) از علل مرتبط با تعدیل پایش می باشند.

علل مربوط به کسورات مرتبط با ارسال مستندات (از مراکز بهداشتی و درمانی به شبکه ها و از شبکه به سازمان های بیمه گر)، شامل کم توجهی صندوقداران مراکز، عدم نظارت کافی شبکه (در ارسال نسخ بیمه و مستندات از مراکز به شبکه ها) و عدم بررسی کامل نسخ و لیست بیمه در شبکه (در ارسال

جدول ۱: علل کسورات مراکز بهداشتی و درمانی

علل کسورات	زیر طبقه علل
علل مربوط به کسورات سرانه ای	کمبود پزشک ارجاع بیش از حد مناسب نبودن تعریف جمعیت های تحت پوشش کامل نبودن مستندات عدم ارائه ی آموزش در مرکز براساس تقویم آموزشی عدم رعایت سایر موارد موجود در چک لیست پایش سازمان بیمه سلامت (از قبیل وجود داروی تاریخ گذشته، وجود کیت فاقد اعتبار، عدم رعایت شرایط نگهداری دارو و ...)
علل مربوط به کسورات بیمه ای	عدم آگاهی پزشکان از دستورالعمل ها، خدمات و داروهای تحت پوشش سازمان های بیمه گر کم توجهی پزشکان نسبت به بحث درآمد و کسورات به دلیل نبود ارتباط بین دریافتی پزشکان و میزان کسورات دانش و مهارت پایین کارکنان واحد درآمد در بررسی نسخ و شناسایی موارد منجر به بروز کسورات
علل مربوط به کسورات مرتبط با ارسال مستندات	کم توجهی صندوقداران مراکز و عدم پیگیری شبکه عدم بررسی کامل نسخ و لیست بیمه در شبکه
علل مربوط به کسورات ناشی از ثبت	استفاده از کارکنان خدماتی با سطح سواد پایین به عنوان صندوقدار آموزش ناکافی صندوقداران نظارت ضعیف بر صندوقداران کم توجهی پزشکان و ارائه ی خدمات به افراد پذیرش نشده
علل مربوط به تخفیفات	نبود آئین نامه اجرایی شفاف عدم پیگیری شبکه
علل مربوط به عدم وصول درآمدهای نقدی	پایین بودن امنیت سیستم صندوق

شرکت کننده شماره ۲ از بحث گروهی ۲ درباره این مداخله بیان کرده است: "... ما نمی دانیم کدام موارد مشمول تخفیفات هستند و در این زمینه بخشنامه ای هم به دست ما نرسیده است بهتر است به طور شفاف مشخص شود که به چه مواردی می توانیم تخفیف بدیم".

- ساماندهی نظام ارجاع از طریق گروه های آموزشی بالینی
- تهیه ی بسته ی آموزشی کاهش کسورات که حاوی کلیه ی دستورالعمل ها، آئین نامه ها، فرآیندهای مستندسازی شده (فلوچارت ها)، الزامات سازمان های بیمه گر و سایر مطالب آموزشی بوده و گروه های هدف مختلف شامل پزشکان، ماماها، صندوقداران، کارکنان واحد درآمد و سایر ارائه کنندگان خدمات مد نظر قرار می گیرند.

- استفاده از بارکد و یا دستگاه POS برحسب شرایط مرکز (برای مثال در مراکز با درآمد بالا) و قابلیت استفاده از آن.

- برنامه ریزی برای برگزاری جلسات فصلی و ماهانه، برای کارکنان درآمد، صندوقداران و سایر ارائه کنندگان خدمات و آموزش مستمر آن ها

با مشارکت فعال شرکت کنندگان در مطالعه و براساس علل شناسایی شده، ۲۳ راهکار مهم و اولویت دار برای کاهش کسورات پیشنهاد گردید (جدول ۲).

به طور کلی، راهکارهای شناسایی شده در قالب ۸ مداخله قابل بررسی می باشند که این مداخلات شامل موارد ذیل می باشند:

- طراحی چک لیست جدید توسط محققین و تایید در مرکز بهداشت استان برای پایش مراکز بهداشتی درمانی توسط مرکز بهداشت شهرستان و ارزشیابی پزشکان، و همچنین ارائه ی پس خوراند مربوط به نقاط ضعف مراکز و انجام اقدامات لازم جهت برطرف کردن نقاط ضعف مراکز

- تکمیل پزشکان مراکز از طریق جذب پزشکان جدید و استفاده از پزشکان مراکز شهری یا مراکز ۳ پزشک به عنوان پزشک جانشین

- شناسایی مراکزی که جمعیت تحت پوشش آن ها بدون توجه به رفتار طبیعی مردم و اولویت های آن ها تعریف شده است و اصلاح تعریف جمعیت در این مراکز

- تدوین آئین نامه اجرایی تخفیفات؛ اغلب شرکت کنندگان به اهمیت و ضرورت این موضوع اشاره کرده اند. به طوریکه

جدول ۲: راهکارهای کاهش کسورات مراکز بهداشتی و درمانی

زیرطبقه راهکارها	راهکارهای کاهش کسورات
<ul style="list-style-type: none"> جذب پزشکان جدید استفاده از پزشکان خارج از سیستم پزشک خانواده (پزشکان مراکز شهری) به صورت موقت و به عنوان پزشک جانشین در مواردی که پزشک خود مرکز به صورت متوالی به مرخصی می رود 	راهکارهای کاهش کسورات سرانه ای
<ul style="list-style-type: none"> استفاده از گروه های آموزشی بالینی برای سازماندهی نظام ارجاع عقد قرارداد با پزشکان متخصصی که همکاری زیادی با مراکز دارند. (ارائه ی پس خوراند به پزشک مرکز و ارجاع معکوس کمتر) در مراکزی که ارجاع زنان باردار به متخصص زنان بیشتر است، امکان مراجعه ی ماهانه پزشک متخصص به مرکز فراهم شود 	
<ul style="list-style-type: none"> اصلاح تعریف جمعیت در مراکزی که جمعیت تحت پوشش آن ها به طور مطلوبی تعیین نشده است. 	
<ul style="list-style-type: none"> تهیه برنامه و سایر موارد مورد نیاز شامل آدرس پزشکان، آزمایشگاه و سایر مراکز و نصب آن ها در مراکز مکاتبه با شبکه برای اعلام نیاز و بررسی مشکلات مرکز و عدم اکتفا به بررسی های شفاهی و تماس های تلفنی پیگیری و نظارت شبکه بر مراکز بهداشتی درمانی به منظور شناسایی مواردی که تکمیل مستندات صورت نگرفته و شناسایی علل آن و انجام اقداماتی برای رفع این علل 	
<ul style="list-style-type: none"> تهیه و ارسال بسته ی آموزشی برای ارائه کنندگان براساس تقویم آموزشی 	
<ul style="list-style-type: none"> نظارت شبکه بر مراکز بهداشتی درمانی به طوریکه در ارزشیابی مراکز، چک لیست پایش سازمان بیمه نیز گنجانده شود. 	

زیرطبقه راهکارها	راهکارهای کاهش کسورات
<ul style="list-style-type: none"> • گرفتن لیست خدمات و داروهای تحت پوشش از سازمان های بیمه گر و آموزش و اطلاع رسانی آن ها به ارائه کنندگان مراکز بهداشتی درمانی (پزشکان، ماماها و سایر ارائه کنندگان) • گرفتن دستورالعمل های مربوطه از سازمان های بیمه گر و آموزش پزشکان در زمینه ی اصول و موارد ضروری در نسخه نویسی • اطلاع رسانی به مراکز مبنی بر نوشتن داروها و خدمات خارج از تعهد سازمان های بیمه گر در نسخه ی جداگانه (خارج از دفترچه) • دادن پس خوراند به پزشکان در باره ی تعداد، علل و رقم ریالی کسورات • ارزشیابی مستمر مراکز بهداشتی درمانی و کسر حقوق براساس میزان کسورات (براساس چک لیست ارزشیابی مرکز بهداشت شهرستان) • آموزش و اطلاع رسانی به پرسنل واحد درآمد در زمینه ی دستورالعمل ها، خدمات و داروهای تحت پوشش سازمان های بیمه گر در جلسات فصلی 	<p>راهکارهای کاهش کسورات بیمه ای</p>
<ul style="list-style-type: none"> • توجه جدی به صندوقداران و برگزاری جلسات ماهانه برای صندوقداران به منظور تبادل نظرات و آموزش مستمر • مستندسازی فرآیند ارسال مستندات به سازمان های بیمه گر و ارسال فرآیند به شهرستان ها جهت اقدام براساس آن 	<p>راهکارهای کاهش کسورات مربوط به ارسال مستندات</p>
<ul style="list-style-type: none"> • توجه جدی به صندوقداران و برگزاری جلسات ماهانه برای صندوقداران به منظور تبادل نظرات و آموزش مستمر • تهیه دستورالعمل و مستندسازی فرآیند پذیرش مراجعه کنندگان و ارسال به مراکز 	<p>راهکارهای کاهش کسورات ناشی از ثبت</p>
<ul style="list-style-type: none"> • تدوین آئین نامه ی تخفیفات و ابلاغ و اجرای آئین نامه 	<p>راهکارهای کاهش کسورات مربوط به تخفیفات</p>
<ul style="list-style-type: none"> • استفاده از بارکد در قبوض و صندوق • استفاده از دستگاه POS (Point of Sale) 	<p>راهکارهای کاهش کسورات مربوط به عدم وصول درآمدهای نقدی</p>

بحث و نتیجه گیری:

با توجه به تاثیر تامین پزشکان خانواده مراکز بهداشتی و درمانی در کاهش کسورات سرانه ای، دو راهکار شامل جذب پزشکان جدید و استفاده از پزشکان خارج از سیستم پزشک خانواده (پزشکان مراکز شهری) به عنوان پزشک جانشین، برای حل این مسئله پیشنهاد گردید. استفاده از پزشکان خارج از سیستم پزشک خانواده علیرغم داشتن نقش نسبتاً قابل توجه در رفع کمبود پزشک، با چالش های متعددی مواجه است؛ به طوریکه در اینصورت نقش پزشک خانواده به عنوان رهبر تیم سلامت مختل شده و همچنین امکان انجام آن در شهرستان های بدون مراکز شهری وجود ندارد. تعدیل پایش یکی دیگر از ابعاد کسورات سرانه ای بوده و در ۸ جنبه شامل تعدیل پایش در خدمات پزشکی، مامایی، دارویی، آزمایشگاهی، رادیولوژی، دندانپزشکی، عملکرد مرکز بهداشتی درمانی و عملکرد مرکز بهداشت شهرستان قابل بررسی است. مراکز بهداشتی درمانی به دلیل عدم تطابق با استانداردهای از قبل تعیین شده و عدم کسب امتیاز کامل در ارزشیابی توسط اداره ی بیمه سلامت

این مطالعه با هدف شناسایی علل بروز کسورات در مراکز بهداشتی درمانی و راهکارهای کاهش آن انجام گرفته است. براساس یافته های حاضر، برای علل کسورات در مراکز بهداشتی و درمانی، ۶ تم که شامل ۱۸ زیر طبقه می باشد، استخراج گردید. براساس علل تعیین شده، راهکارهای مناسب در قالب ۶ تم و ۲۳ زیر طبقه شناسایی گردیدند. با توجه به ابعاد مختلف کسورات سرانه ای (تعدیل پایش، تعدیل کمی، تعدیل سرانه ای و تعدیل جمعیت)، علل مختلفی نیز در بروز این مجموعه کسورات نقش دارند که کمبود پزشک به دلیل داشتن سهم بالا در مجموعه ی این کسورات (تعدیل سرانه، تعدیل کمی و تعدیل جمعیت)، به عنوان اولویت دارترین علت شناسایی شده و در مطالعات مختلف نیز به کمبود پزشک در طرح پزشک خانواده اشاره شده است (۲۰، ۲۱).

ی پسخوراند به آن‌ها می‌تواند اقدام موثری در آگاه‌سازی و حساس کردن پزشکان نسبت به مقوله‌ی درآمد و کسورات باشد. در مطالعه‌ی خالصی و همکاران (۲۰۱۱) نیز اثربخشی مداخلات آموزشی در مدیریت کسورات مورد تایید بوده و نتایج حاکی از این است که آموزش کارکنان مختلف درگیر در مقوله‌ی کسورات می‌تواند تاثیر زیادی در کاهش کسورات داشته باشد (۱۵).

صندوقداران نقش زیادی در درآمدهای مراکز بهداشتی درمانی دارند و کم توجهی و کم اطلاعی آن‌ها در زمینه‌های مختلف می‌تواند منجر به بروز کسورات قابل توجه شود. به طوریکه کسورات مربوط به ارسال مستندات و کسورات ناشی از ثبت صحیح از جمله این کسورات می‌باشند. توجه جدی به صندوقداران، آموزش مستمر آنها، تهیه و ارسال دستورالعمل‌ها و فرآیندهای مربوطه و پایش مستمر عملکرد صندوقداران مراکز می‌تواند تاحد زیادی از این کسورات جلوگیری کند.

کسورات مربوط به تخفیفات به عنوان یکی از انواع کسورات، تاثیر زیادی در منابع مالی موسسات مراقبت‌های سلامت دارند و به عنوان یکی از شاخص‌های مالی تلقی می‌شوند به طوریکه براساس نتایج مطالعه‌ی چوما در زیمبابوه (۲۰۰۹) و پلاتس در آفریقا (۲۰۰۵)، تخفیفات اعمال شده برای بیماران منجر به کاهش درآمد مراکز ارائه‌دهنده‌ی مراقبت‌های سلامت شده و ارائه‌کنندگان را با مشکلات مالی زیادی مواجه کرده است (۲۶-۲۸). نبود آئین‌نامه اجرایی مشخص برای تخفیفات و بلا تکلیفی کارکنان در اعمال تخفیف، از عوامل موثر در کسورات ناشی از تخفیفات است که منجر به برخورد سلیقه‌ای کارکنان در این موارد می‌شود. این در حالیست که تخفیف در خدمات بهداشتی موضوعیت نداشته و همانند بسیاری از کشورهای مختلف (۲۶، ۲۸، ۲۹)، برخی از خدمات براساس دستورالعمل‌های وزارت بهداشت به صورت رایگان و براساس شرایط تعریف شده به گروه‌های هدف ارائه می‌شوند. لذا، تدوین آئین‌نامه مربوط به تخفیفات، آموزش آن‌ها به پرسنل و نظارت بر اجرای دقیق آن می‌تواند عامل موثری در کاهش این بخش از کسورات باشد.

یکی از مشکلات سخت‌افزاری مراکز که منجر به بروز کسورات نقدی می‌شود، سیستم صندوق مراکز است که امنیت این سیستم پایین بوده و ممکن است در واریز دقیق درآمدهای نقدی براساس شرایط و سقف تعیین شده مشکل ایجاد کند. لذا برحسب شرایط موجود و با در نظر گرفتن قابلیت اجرایی، می‌توان از بارکد و یا دستگاه POS (Point of Sale) در مراکز بهداشتی و درمانی استفاده کرد.

این مطالعه با داشتن توجه ویژه به کسورات درآمدهای اختصاصی مراکز بهداشتی درمانی که اغلب مورد غفلت مدیران

مشمول این کسورات می‌گردند، که از این میان ارجاع بیش از حد و کامل نبودن مستندات بیشترین سهم را در کسورات ناشی از تعدیل پایش به خود اختصاص می‌دهند. به نظر می‌رسد عوامل فوق به علت اهمیت بالای آن‌ها مستلزم بررسی دقیق جهت شناسایی علل ریشه‌ای هستند.

نظام ارجاع ضعیف و ارجاع بیش از حد بیماران به سطوح بالاتر، از چالش‌های مهم نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه ایران هستند و عوامل مختلفی از قبیل جامعه، پزشکان خانواده، پزشکان متخصص و پرداخت‌کنندگان در این زمینه موثر می‌باشند. به طوریکه براساس مطالعه‌ی شیروانی و همکاران، بیش از ۳۵ درصد از جامعه مسطح و مبنای بهداشتی خواست‌آور بیماران بوده و پزشکان خانواده نقشی در این زمینه نداشته‌اند که این امر لزوم انجام مداخله در همه‌ی سطوح از جمله جامعه را نشان می‌دهد. از این رو، توسعه نظام ارجاع یک راهکار ضروری برای اجرای موفق برنامه پزشک خانواده می‌باشد (۲۱-۲۴). لذا در طراحی مداخلات برای رفع این علت باید دید جامعی داشته و همه‌ی عوامل مورد توجه جدی‌تر بگیرد. با توجه به تاثیر قابل توجه پزشکان به ویژه پزشکان متخصص (سطح دوم)، ساماندهی نظام ارجاع با محوریت پزشکان متخصص و با همکاری گروه‌های آموزشی بالینی می‌تواند نقش مهمی در این زمینه داشته باشد. برای مثال، به پزشکان متخصصی که همکاری مطلوبی با برنامه داشته باشند گواهی بازآموزی اعطا شده و در ارجاع بیماران به سطح دوم در اولویت قرار بگیرند.

کسورات ناشی از تعدیل پایش، غالباً به دلیل بی‌برنامه‌گی در پایش و نبودن مستندات بوده و عدم نظارت مرکز بهداشت شهرستان و بی‌توجهی مراکز بهداشتی درمانی نقش اصلی را ایفا می‌کند. تجدید نظر در ارزشیابی مراکز بهداشتی درمانی و اعمال اصلاحات در چک لیست ارزشیابی توسط مرکز بهداشت شهرستان می‌تواند نقش قابل توجهی در کاهش کسورات داشته باشد. به طوریکه معیارهای ارزشیابی سازمان بیمه سلامت در ارزشیابی مراکز توسط مرکز بهداشت شهرستان گنجانده شده و علاوه بر شناسایی نقاط ضعف مراکز، اقدامات حمایتی توسط مرکز بهداشت شهرستان جهت بهبود وضعیت مراکز انجام شود. از طرف دیگر، با توجه به اینکه خدمات پزشک خانواده، علاوه بر تشخیص، درمان و ارجاع بیماران به سطوح بالاتر شامل ثبت و تکمیل پرونده‌ی سلامت بیمار نیز می‌باشد لذا رفع مشکل کمبود پزشک می‌تواند در تکمیل مستندات مورد نیاز نیز تاثیر به‌سزایی داشته باشد (۲۵).

با توجه به نقش اصلی پزشکان در کسورات بیمه‌ای، بیشترین علل کسورات فوق مربوط به پزشکان بوده و راهکارهای اصلاحی نیز باید متمرکز بر پزشکان باشد. از این رو اطلاع‌رسانی و آموزش به پزشکان با روش‌های متناسب و ارائه

درآمدهای غیرنقدی به ویژه کسورات بیمه ای و سرانه ای بیشتر مورد توجه قرار گرفته و اهمیت آن ها مورد تاکید مشارکت کنندگان بوده است، کنترل آن ها ضروری بوده و مستلزم اجرای مداخلات اختصاصی و برنامه ریزی شده است.

تشکر و قدردانی:

مقاله حاضر برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی با عنوان "مطالعه ی ارزیابی و بهبود وضعیت کسورات درآمدهای اختصاصی مراکز بهداشتی درمانی استان آذربایجان شرقی" و با شماره ثبت ۹۲/۳۹۲۳۱۴ و با شماره شناسه ۱۵۱۷۳۲۱ است و با حمایت مالی معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تبریز و مرکز کشوری مدیریت سلامت (NPMC) انجام شده است. بدینوسیله از کارشناسان مرکز بهداشت استان آذربایجان شرقی و شبکه های بهداشتی درمانی و همچنین از کارشناسان اداره بیمه سلامت استان آذربایجان شرقی جهت شرکت در مصاحبه ها و بحث های گروهی کمال تشکر و قدردانی را داریم.

قرار می گیرد، درصدد است با روش کیفی و با بررسی عمیق نظرات و تجارب ذینفعان و صاحبان فرآیند، علل اصلی دخیل در بروز این مسئله را شناسایی کرده و راهکارهای مناسب ارائه دهد تا با اجرای آن ها از هدر رفت منابع مالی مراکز بهداشتی درمانی جلوگیری شده و زمینه استفاده بهینه از این منابع فراهم شود. با توجه به اینکه هدف مطالعه بررسی دیدگاه ها و تجارب ذینفعان از دو حوزه مختلف: خریداران خدمت (سازمان های بیمه گر به ویژه سازمان بیمه سلامت) و ارائه دهندگان خدمات (مراکز بهداشت) است، فلذا اختلاف دیدگاه و داشتن نظرات متفاوت متخصصان این دو حوزه در برخی از موارد، در ارائه ی علل کسورات تاثیر داشته است که محققان در نهایت دیدگاه همه افراد را وارد مطالعه کردند که در بررسی کمی و آماری کسورات براساس این موارد باید تفسیر کاملی ارائه شود. به طور کلی، علل شناسایی شده با همه ی مراحل تبدیل خدمت به درآمد شامل مراحل ارائه ی خدمت، ثبت، ارسال و وصول درآمدها مرتبط است و راهکارهای پیشنهاد شده نیز بر کلیه این مراحل تاکید دارند. با توجه به اینکه کسورات

Rferences

- Musgrove Ph, Creese A, Preker A, Baeza Ch, Anell A, Prentice T. The World health report 2000 : health systems : improving performance.2000:5-45
- Asadi-Lari M, Sayyari AA, Akbari ME, Gray D. Public health improvement in Iran—lessons from the last 20 years. Public Health. 2003;118:395–402
- Evans T, Van W, Rasanathan K, Mechbal A. Primary Health Care now more than ever: The World Health Report. World Health Organization; 2008: 42-76
- Improving Primary Health Care For All Australians. Australia: Department of Health and Ageing; 2011.
- Azarapajoo M, SHapoorymoghadam A, Saeidishahri S, vafayinejad R, Eslami H, Badiei S. Tools, criteria and challenges of executive management in family physician program.
- KHayati F, Saberi M. Primary Health Care as a strategy to promote equity in health. Health Management. 2009;12(35):33-40.
- Mark SB, Candy D, Sandy D, Rob C. Primary Health Care Financing in the Public Sector. 2007:179-94.
- Roxon H. Building a 21st Century Primary Health Care System. Australia: Department of Health and Aging; 2009.
- Akortsu M, Abor P. Financing public healthcare institutions in Ghana. Journal of Health Organization and Management 2011;25(2):128 - 41.
- Ejughemre U. Accelerated reforms in healthcare financing: the need to scale up private sector participation in Nigeria. international journal of health policy and management. 2014;2(1):13–9.
- reports of adjustments, health insurance office [cited 2012December 30]; Available from: npr.ihio.gov.ir.[In Persian]
- Abolhallaje M, Ramezani M, Abolhasani N, Salarizade H, Hamidi H, Bastani P. Iranian Health Financing System: Challenges and Opportunities. World Applied Sciences Journal. 2013;22(5):662-6.
- KarimiS, Vesal S, Saeidfar S, Rezayatmand M. The Study Deductions of Insurance Bills and Presenting Suggestions Approaches in Seyed Alshohada Hospital. Health Information Management. 2010;7(Special Issue):594-600.[In Persian]
- Khademolqorani S, ZeinalHamadani A. Development of a Decision Support System for Handling Health Insurance Deduction. International Journal of Advanced Computer Science and Applications. 2015;6(2):44-51.[In Persian]
- KHalesi N, gohari M, Vatankhah S, Abbasimani Z. The effect of staff educational program on the amount of insurance deductions in firoozgar hospital. Health Management. 2011;43(14):19-26.[In Persian]
- Mohamadi A, Azizi A, CHERaghbeigi R, Mohamadi R, Zareei J, Valinejad A. analysis the amounts of insurance deductions applied by medical services insurance organisation and social security insurance in educational hospitals of khoramabad. Health Information Management. 2013;10(2):172-80.[In Persian]
- Safdari R, SHarifian R, GHazisaedi M, Masoori N, Azadmanjir Z. The study of rates and causes of deductions appliedto insurance bills in hospitals of

- Tehran University of medical science. The journal of paramedics faculty. 2011;5(2):61-70.[In Persian]
18. Tavakoli N, Jahanbakhsh M, Akbari M, Baktashian M, Hasanzadeh A, Sadeghpour S. The study of inpatient medical records on hospital deductions: An interventional study. *J Edu Health Promot*. 2015;4:38.[In Persian]
19. Adibhajbagheri M. *Qualitative Research Methods*. Tehran: Boshra; 2013: 38, 57.[In Persian]
20. Raeisian S, Eslamian M, Azmal M, Bastani P, Kalhor R. Assessment Of Urban Family Physician Program In Pilot Centers Covered By Ahvaz Jundishapur University Of Medical Sciences. *journal of payavard salamat*. 2013;7(1):11-20.[In Persian]
21. Shirvani N, Raeisee P, Motlagh M, Kabir M, Ashrafian A. Evaluation of the Performance of Referral System in Family Physician Program in Iran University of Medical Sciences: 2009. *hakim*. 2010;13(1):19-25.[In Persian]
22. Esmaeili R, Hadian M, Rashidian A, Shariati M, Ghaderi H. Family Medicine in Iran: Facing the Health System Challenges. *Global Journal of Health Science*. 2015;7(3):260-6.
23. Nekoei-Moghadam M, Sadeghi V, Parva S. Weaknesses and Challenges of Primary Healthcare System in Iran: A Review. *International Journal of Health Planning and Management*. 2012;27:e121-e31.
24. O'Donnell CA. variation in GP referral rates: what can we learn from the literature? *Family Practice*. 2000;17:462-71.
25. Reiesian S, Eslamian M, Azmal M, Bastani P, Kalhor R. Assessment Of Urban Family Physician Program In Pilot Centers Covered By Ahvaz Jundishapur University Of Medical Sciences. *journal of payavard salamat*. 2013;7(1):11-20.[In Persian]
26. Chuma J, Musimbi J, Okungu V, Goodman C, Molyneux G. Reducing user fees for primary healthcare in Kenya: Policy on paper or policy in practice? *International Journal for Equity in Health information management*. 2009;8:15.
27. Janati A, Valizadeh S, Asghari-Jafarabadi M. Development of Financial Indicators of Hospital Performance. *journal of clinical research & governance* 2014;3:92-8.
28. Plaetse B, Hlatiwayo G, Eygen L, Meessen B, Criel B. Costs and revenue of health care in a rural Zimbabwean district. 2005.
29. Reed M, Graetz I, Fung V, Newhouse J, Hsu J. In Consumer-Directed Health Plans, A Majority Of Patients Were Unaware Of Free or Low-Cost Preventive Care. *Health Affairs*. 2012;31(12):2641-8.

Assessing the Causes of Dedicated Revenues' Fractions in Health Care Centers and Strategies to Reduce Them

(A Qualitative Study)

Tabrizi JS¹, Alidoost S*², Mardi A³, Farshi-khorsand M⁴, Rahmat MA⁵

Submitted: 2016.1.14

Accepted: 2016.6.1

Abstract

Background: Lack of financial resources or their poor organization is one of the service delivery challenges and Fraction of dedicated revenues is significant problem in health centers in financial resources management. Hence, this study conducted to investigate causes of dedicated revenue's fraction and strategies to reduce them.

Materials and Methods: This qualitative study was carried out based on phenomenology approach in East Azerbaijan Province in 2014. Data collection methods were Focus Group Discussion (FGD) and semi-structure interview guide based which continued to saturation. their participants were selected using purposeful sampling method. Data were analyzed using content analysis method.

Results: Based on participants' experiences, six themes were extracted for causes of fraction and strategies to reduce them. These themes included causes and strategies related to fractions per capita, insurance fractions, fractions related to sending documents, registration fractions, clients' deductions and fractions related to incomplete deposit of cash incomes. In general, eighteen causes and twenty three strategies were identified in dedicated revenues fractions.

Conclusion: The causes of fractions were related to all stages of changing service process to revenue and insurance obligations in health care centers and strategies and identified interventions emphasize on mentioned fields.

Keywords: Fractions, Dedicated revenues, Health care centers

1. Associate Professor, Tabriz Health Services Management Research Center, School of Health Management and Medical Informatics, Tabriz University of Medical Science, Tabriz, Iran
2. M.Sc Student of Health Services Management, Department of Health Services Management, School of Health Management and Medical Informatics, Tabriz University of Medical Science, Tabriz, Iran (*corresponding author): Email:alidoostsd@yahoo.com Tel: +989141856359
3. General Physician, Deputy of Health, Tabriz University of Medical Science, Tabriz, Iran
4. BS in Accounting, Deputy of Health, Tabriz University of Medical Science, Tabriz, Iran
5. BS in Industrial Management, Deputy of Health, Tabriz University of Medical Science, Tabriz, Iran