

علل کسورات درآمدی بیمارستان‌های دانشگاهی و راهکارهای کاهش آنها

سعیده علیدوست^۱، عزیز رضاپور^۲، رحیم سهرابی^۳، رقیه محمدی بخش^۱، علی سرابی آسیابر^۴، نرگس رفیعی^{۵*}

تاریخ پذیرش: ۹۸/۳/۱۴

تاریخ دریافت: ۹۷/۷/۴

چکیده:

زمینه و هدف: با توجه به افزایش روزافزون افراد بیمه‌شده، اتکای بیمارستان‌ها به منابع حاصل از سازمان‌های بیمه‌گر افزایش می‌یابد که سهم نسبتاً زیادی از این درآمدها به دلایل مختلف دریافت نمی‌شود و به عنوان کسورات درآمدی بیمارستان‌ها محسوب می‌شود. لذا این مطالعه باهدف تعیین علل کسورات درآمدی و راهکارهای کاهش آنها در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی ایران انجام شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه کیفی بر اساس رویکرد پدیدارشناسی در سال ۱۳۹۶ انجام شد. داده‌ها به روش مصاحبه نیمه‌ساختارمند با ۱۷ نفر از مسئولین و کارشناسان امور مالی و درآمد بیمارستان‌ها جمع‌آوری شد و با استفاده از نرم‌افزار MAXQDA.10 و روش تحلیل چارچوبی گاله (۲۰۱۳) تحلیل شد.

نتایج: بر اساس تحلیل چارچوبی، ۲ طبقه برای علل اصلی کسورات شامل علل مستقیم و علل ریشه‌ای شناسایی شد. همچنین ۸ طبقه برای راهکارهای کاهش کسورات شامل تعامل با سازمان‌های بیمه‌گر؛ ارزیابی، تحلیل و پس‌خوراند وضعیت کسورات؛ هماهنگی و توانمندسازی نیروی انسانی؛ سازمان‌دهی صحیح نیروی انسانی؛ تقویت کانال‌های نظارتی؛ اقدامات انگیزشی، برنامه‌ریزی صحیح و ساختارسازی شناسایی شدند.

نتیجه‌گیری: کسورات در کل فرآیند تبدیل خدمت به درآمد صورت می‌گیرد و مهم‌ترین عامل مؤثر در آن عدم آگاهی و انگیزه کارکنان برای کنترل کسورات می‌باشد. برای کنترل کسورات مشارکت همه صاحبان فرآیند در بیمارستان و سازمان‌های بیمه‌گر و به‌ویژه تعهد مدیریت ارشد بیمارستان ضروری است.

کلمات کلیدی: بیمارستان، کسر درآمد، کسورات، سازمان‌های بیمه‌گر

^۱ دانشجوی دکتری سیاستگذاری سلامت، مرکز تحقیقات علوم مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

^۲ دانشیار، دکتری اقتصاد سلامت، مرکز تحقیقات علوم مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

^۳ دانشجوی دکتری سیاستگذاری سلامت، سازمان تامین اجتماعی، مدیریت درمان استان زنجان، زنجان، ایران

^۴ دکترای مدیریت دولتی، مرکز تحقیقات علوم مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

^۵ دانشجوی دکترای مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، مرکز تحقیقات علوم مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

(*نویسنده مسئول)، آدرس: تهران، خیابان ولیعصر، خیابان رشید یاسمی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، مرکز تحقیقات علوم مدیریت و

اقتصاد سلامت، تلفن: ۰۲۱۸۸۶۷۱۶۱۵، آدرس الکترونیکی: rafiei.n@iums.ac.ir

مقدمه

خدمت وصول شود (بر اساس تعرفه‌های مصوب) اطلاق می‌شود.

در خصوص کسورات درآمدهای اختصاصی بیمارستان‌های مختلف مطالعات متعددی انجام شده است که اغلب آن‌ها به بررسی میزان کسورات و مقایسه آن در بین بیمارستان‌ها و سازمان‌های بیمه‌گر مختلف پرداخته‌اند (۶-۱۰). در برخی از مطالعات انجام‌شده، عوامل مؤثر که ارتباط مستقیم با بروز کسورات دارند، مورد بررسی قرار گرفته و عواملی از قبیل مستندسازی ضعیف و عدم رعایت الزامات سازمان‌های بیمه‌گر به‌عنوان مهم‌ترین عوامل شناسایی شده‌اند (۷، ۸، ۱۱، ۱۲). در تعدادی از مطالعات نیز راهکارهای محدودی برای کاهش کسورات از قبیل آموزش کارکنان و افزایش تعامل با نمایندگان سازمان بیمه‌گر ارائه شده است (۷، ۱۳). کسر از درآمد بیمارستان‌ها محدود به سازمان‌های بیمه‌گر نبوده و منابع زیادی به دلایل مختلف و در مراحل مختلف تبدیل خدمت به درآمد در خود بیمارستان‌ها به هدر می‌روند. علیرغم مطالعات متعدد توصیفی انجام‌شده در خصوص میزان کسورات اعمال‌شده در بیمارستان‌های مختلف و توسط سازمان‌های بیمه‌گر مختلف، مطالعه جامعی مبنی بر بررسی علل ریشه‌ای بروز کسورات در مراحل مختلف تبدیل خدمت به درآمد و راهکارهای کاهش آن در بیمارستان‌ها به روش کیفی و از دیدگاه مدیران و کارشناسان امور مالی و درآمد انجام نشده و مطالعه مشابه کیفی فقط برای مراکز بهداشتی درمانی انجام شده است (۱۴). لذا این مطالعه باهدف بررسی علل کسورات درآمدی بیمارستان‌های دانشگاهی و راهکارهای کاهش آن‌ها انجام شده است.

مواد و روش‌ها

این مطالعه کیفی با رویکرد پدیدارشناسی در سال ۱۳۹۶ در دانشگاه علوم پزشکی ایران انجام شده است. برای جمع‌آوری داده‌ها از روش مصاحبه نیمه ساختاریافته استفاده شد که باهدف بررسی تجارب کارشناسان و متخصصان حوزه درآمد و امور مالی بیمارستان‌ها انجام شد. معیارهای ورود افراد به مطالعه شامل؛ داشتن حداقل پنج سال تجربه در حوزه درآمد بیمارستانی، داشتن تحصیلات مرتبط و تمایل به شرکت در مطالعه بود و افراد مصاحبه‌شونده به روش نمونه‌گیری هدفمند و از نوع "نمونه‌گیری با حداکثر تنوع" انتخاب شدند. برای دعوت

در ایران، بیمارستان‌ها یکی از ارائه‌کنندگان اصلی خدمات سلامت هستند و خدمات مراقبتی سرپایی و بستری بیمارستان محور رواج زیادی دارد. بیمارستان‌ها بیش از ۴۰ درصد هزینه‌های جاری سلامت را به خود اختصاص می‌دهند (۱) و اغلب بیمارستان‌ها دولتی بوده و زیرمجموعه وزارت بهداشت فعالیت می‌کنند، به طوری که بر اساس گزارش حساب‌های ملی سلامت، تقریباً ۷۰ درصد بیمارستان‌های ایران مالکیت دولتی دارند (۲). تأمین منابع مالی بیمارستان‌های دولتی، عموماً از طریق منابع مالی دولت، پرداخت‌های سازمان‌های بیمه‌گر و پرداخت‌های مستقیم توسط مصرف‌کنندگان صورت می‌گیرد و تأمین هزینه‌های بیمارستان از طریق سازمان‌های بیمه‌گر نیز به دو روش انجام می‌گیرد به طوری که برای خدمات هتلینگ و پشتیبانی به ازای هر روز بستری و برای هزینه‌های پزشکی از نظام کارانه استفاده می‌شود. همچنین برای برخی از تشخیص‌ها، پرداخت بر مبنای نظام گلوبال می‌باشد (۳).

یکی از نهادهای سازمانی مرتبط با نظام مراقبت‌های بیمارستانی در ایران که سهم زیادی در درآمدهای بیمارستان‌ها دارد، بیمه‌های سلامت می‌باشند. سازمان‌های بیمه‌گر اصلی در ایران شامل بیمه سلامت ایرانیان، بیمه تأمین اجتماعی، بیمه خدمات درمانی نیروهای مسلح، بیمه کمیته امداد امام خمینی و سایر سازمان‌ها شامل شرکتهای بیمه خصوصی، شهرداری و شرکت نفت هستند (۱). بنابراین، یکی از منابع درآمدی بیمارستان‌ها، ارائه و فروش خدمات به بیمه‌شدگان سازمان‌های بیمه‌گر مختلف است و با توجه به افزایش روزافزون افراد بیمه‌شده، اتکای بیمارستان‌ها به این منابع افزایش می‌یابد. از این رو، درآمدهای ناشی از ارائه خدمات در بیمارستان نقش مهمی در تأمین منابع موردنیاز بیمارستان دارند و در صورت مدیریت صحیح جزو منابع قابل اعتماد می‌باشند (۴، ۵). بیمارستان‌ها در حصول کامل این منابع درآمدی با چالش‌های عمده‌ای مواجه بوده و سهم نسبتاً زیادی از این درآمدها که رقم ریالی آن نیز قابل توجه می‌باشد، به هدر می‌روند و تحت عنوان کسورات در بیمارستان‌ها مطرح هستند. کسورات درآمدی بیمارستان‌ها به تفاوت مبلغ وصول‌شده (از بیماران و سازمان‌های بیمه‌گر) و مبلغی که باید در قبال ارائه

سایر مصاحبه‌ها، اعمال شد، البته چارچوب تحلیلی به دست آمده تا زمان کدگذاری آخرین مصاحبه تجدیدنظر می‌شد (مرحله ۴). مصاحبه‌های بعدی بر اساس کدها و تم‌های توافق شده، کدگذاری شدند و چارچوب تحلیلی تهیه شده در صورت لزوم در طی فرآیند تحلیل اصلاح و تغییرات لازم اعمال شد (مرحله ۵). سپس کدها در قالب طبقات و همچنین نقل قول‌های مرتبط با آنها به صورت جدول استخراج شدند (مرحله ۶) و در مرحله نهایی، تمامی ایده‌ها، تفسیرهای اولیه، کدها و طبقات استخراج شده با حضور تمامی اعضای تیم تحقیق به بحث و بررسی گذاشته شده و تفسیر نهایی انجام شد. به منظور افزایش اعتبار مطالعه، مصاحبه‌های کدگذاری شده برای افراد مصاحبه‌شده ارسال و صحت و دقت اطلاعات جمع‌آوری شده توسط آنان تایید و نظرات ارائه شده توسط آنان نیز اعمال شد. برای سازمان‌دهی و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار MAXQDA نسخه ۱۰ استفاده شد. ملاحظات اخلاقی مطالعه شامل؛ دریافت کد اخلاق به شماره IR.IUMS.REC 1395.28646 از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه، کسب اجازه کتبی از افراد مصاحبه‌شونده برای ضبط صدا، اطمینان دادن به افراد برای محرمانه ماندن اطلاعات آن‌ها و اجازه خروج از مطالعه در زمان درخواست افراد بود.

یافته‌ها:

اغلب افراد شرکت‌کننده در مطالعه، مسئولین درآمد و امور مالی بیمارستان‌ها بودند و مدرک بیشتر آن‌ها در رشته حسابداری و در مقطع لیسانس و بالاتر بود. میانگین سابقه افراد شرکت‌کننده ۱۳ سال بود و همه افراد حداقل پنج سال در واحد درآمد یا امور مالی بیمارستان تجربه کاری داشتند. (جدول شماره ۱) بر اساس تحلیل محتوایی داده‌ها، دو طبقه (علل مستقیم و علل ریشه‌ای) و نه زیر طبقه برای علل کسورات بیمارستانی شناسایی شد. یافته‌های حاصل از تحلیل محتوایی داده‌ها در جدول ۲ ارائه می‌شود.

از افراد جهت شرکت در مصاحبه، فرم اطلاعات مصاحبه^۱ به صورت الکترونیکی به افراد ارسال شد و هماهنگی‌های بعدی از طریق تماس تلفنی صورت گرفت. افراد مصاحبه‌شونده، ۱۷ نفر از کارشناسان و مسئولین درآمد و امور مالی بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی ایران بودند. قبل از شروع مصاحبه، رضایت‌نامه کتبی از مصاحبه‌شوندگان اخذ شد و هر یک از مصاحبه‌ها توسط دستگاه ضبط صوت، ضبط شدند و به‌طور میانگین هر مصاحبه ۳۰ دقیقه به طول انجامید. مصاحبه‌ها تا زمان رسیدن به اشباع ادامه یافتند به طوری که در مصاحبه‌های انتهایی مطلب و راهکار جدیدی توسط مصاحبه‌شوندگان ارائه نشد.

برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل چارچوبی استفاده شد. تحلیل چارچوبی رویکردی است سلسله‌مراتبی که برای طبقه‌بندی و سازماندهی داده‌ها بر اساس مفاهیم و طبقات پدیدار شده، مورد استفاده قرار می‌گیرد و در مواردی که تعداد تحلیلگران حداقل دو نفر است کاربرد دارد. یکی از مدل‌های کامل در مورد این روش مربوط به گاله و همکاران (۲۰۱۳) است که شامل هفت مرحله؛ پیاده‌سازی، آشنایی با مصاحبه‌ها، کدگذاری، تهیه چارچوب تحلیلی، به‌کارگیری چارچوب تحلیلی، تهیه ماتریس چارچوبی و تفسیر داده‌ها می‌باشد (۱۵). به منظور تحلیل مصاحبه‌ها، ابتدا فایل‌های صوتی مصاحبه‌ها با دقت توسط مصاحبه‌کنندگان پیاده شد و با یادداشت‌های تهیه‌شده در حین مصاحبه مطابقت داده شدند (مرحله ۱) و به منظور آشنایی با مصاحبه، مصاحبه‌های ضبط شده دوباره گوش داده شده و مصاحبه‌های پیاده شده، چندین بار مرور شدند (مرحله ۲). برای کدگذاری داده‌ها از روش تلفیقی (استقرایی و قیاسی) استفاده شد به این منظور سه مصاحبه اول به صورت مستقل توسط دو نفر از مصاحبه‌کنندگان کدگذاری شدند، همچنین از متون بررسی شده نیز کدها شناسایی شدند و سپس لیست اولیه کدها بر اساس مصاحبه‌های ابتدایی و بررسی متون تهیه شد (مرحله ۳). در مرحله چهارم تمامی محققین، کدهای استخراج شده را مقایسه نموده و بر روی مجموعه‌ای از کدها به توافق رسیدند و سپس کدها در قالب طبقه، دسته‌بندی شده و چارچوب تحلیلی شکل گرفت که این چارچوب جهت کدگذاری بر روی

^۱ - Information sheet

جدول ۱: اطلاعات دموگرافیک مصاحبه شوندگان

| شغل | تحصیلات | جنس | سن (سال) | شماره | سابقه کار (سال) |
|---|----------------------------|-----|----------|-------|-----------------|
| رئیس امور مالی | دیپلم | زن | ۴۸ | ۱ | ۲۴ |
| مسئول ترخیص و بیمه گری | دیپلم | زن | ۴۸ | ۲ | ۱۹ |
| مسئول درآمد و ترخیص | کاردانی حسابداری | مرد | ۳۸ | ۳ | ۷ |
| معاون مالی-مسئول درآمد | کارشناسی حسابداری | زن | ۲۹ | ۴ | ۷ |
| مسئول درآمد | کارشناسی حسابداری | زن | ۲۶ | ۵ | ۵ |
| کارشناس درآمد | کارشناسی حسابداری | زن | ۳۶ | ۶ | ۱۱ |
| کارشناس درآمد | کارشناسی کامپیوتر | زن | ۲۹ | ۷ | ۱۱ |
| رئیس امور مالی | کارشناسی ارشد حسابداری | مرد | ۴۸ | ۸ | ۲۳ |
| مسئول درآمد | کاردانی حسابداری | مرد | ۴۸ | ۹ | ۲۲ |
| مسئول اقتصاد درمان و اسناد پزشکی، دبیر کمیته کسورات بیمارستان | کارشناسی ارشد مدیریت دولتی | زن | ۳۸ | ۱۰ | ۱۰ |
| مسئول درآمد | کارشناسی حسابداری | زن | ۳۰ | ۱۱ | ۷ |
| مسئول ترخیص و بیمه گری | کارشناسی حسابداری | مرد | ۳۳ | ۱۲ | ۹ |
| کارشناس درآمد و ترخیص | کارشناسی حسابداری | مرد | ۳۷ | ۱۳ | ۱۲ |
| کارشناس درآمد | کارشناسی حسابداری | زن | ۳۵ | ۱۴ | ۱۰ |
| مسئول درآمد | کارشناسی حسابداری | زن | ۴۷ | ۱۵ | ۲۰ |
| کارشناس درآمد | کارشناسی حسابداری | مرد | ۴۲ | ۱۶ | ۱۲ |
| مسئول درآمد | کارشناسی حسابداری | مرد | ۳۹ | ۱۷ | ۱۸ |

جدول ۲: طبقات و زیر طبقات شناسایی شده برای علل کسورات بیمارستان‌های دانشگاهی

| | |
|--|-------------|
| مستندسازی ضعیف و ناقص | علل مستقیم |
| عدم ارسال کامل و به موقع مستندات | |
| مغایرت در مستندات و گزارش‌ها | |
| عدم رعایت استانداردها و الزامات | |
| مشکلات زیرساختی | علل ریشه‌ای |
| ضعف لایه‌های نظارتی | |
| عدم آگاهی ارائه‌دهندگان خدمات از کسورات و مقررات بیمه‌ای | |
| تعامل ضعیف بیمارستان با سازمان‌های بیمه‌گر | |
| انگیزه پایین ارائه‌دهندگان خدمات برای کنترل کسورات | |

مستندسازی ضعیف و ناقص به عدم ثبت خدمت، ثبت ناقص یا اشتباه خدمات و عدم پیوست مستندات موردنیاز اشاره دارد. عدم ثبت خدمت در مرحله اول فرآیند کسورات یعنی در زمان ارائه خدمت رخ می‌دهد که به دلیل بی‌اطلاعی یا بی‌توجهی ارائه‌دهندگان خدمات می‌باشد. ثبت ناقص و اشتباه خدمات به مواردی از قبیل مشخص نشدن نوع تخصص مشاوره کننده، عدم تکمیل شرح عمل و

علل مستقیم: علل مستقیم به عللی اطلاق می‌شوند که به صورت مستقیم در بروز کسورات نقش دارند، برای کسورات بیمارستانی چهار علت مستقیم شامل؛ مستندسازی ضعیف و ناقص، عدم ارسال کامل و به موقع مستندات، مغایرت در مستندات و گزارش‌ها و عدم رعایت استانداردها و الزامات در ارائه خدمات شناسایی شدند که به صورت مستقیم در بروز کسورات نقش دارند.

این علل به صورت غیرمستقیم و با تأثیرگذاری بر علل مستقیم باعث بروز کسورات می‌شوند.

مشکلات زیرساختی: این زیر طبقه به مشکلات زیرساختی و دروندادهای بیمارستان از قبیل منابع انسانی، منابع فیزیکی و اطلاعاتی اشاره دارد. یکی از علل بسیار مهم درزمینه‌ی اعمال کسورات و عدم کنترل آن، عدم تعهد و توجه مدیریت ارشد به مقوله کسورات و درآمد بیمارستانی می‌باشد که علیرغم تلاش سایر کارکنان، این عامل می‌تواند اثربخشی اقدامات را کاهش دهد.

ضعف لایه‌های نظارتی: با توجه به اینکه در فرآیند بروز کسورات درآمدهای بیمارستانی، افراد و بخش‌های مختلفی درگیر هستند و به‌طور کلی شامل ارائه خدمت، ثبت خدمت، ارسال مستندات و وصول درآمد است، لذا در کلیه این مراحل به‌ویژه سه مرحله‌ی اول باید اقدامات نظارتی برای پیشگیری از بروز کسورات پنهان و کسورات بیمه‌ای صورت بگیرد.

تعامل ضعیف بیمارستان با سازمان‌های بیمه‌گر: تأخیر در ارسال بخش‌نامه‌ها از طرف سازمان‌های بیمه‌گر و عدم توافق بیمارستان و سازمان‌های بیمه‌گر در خصوص عدم پذیرش برخی خدمات از جمله مصادیق این علت هستند. یکی از مصاحبه‌شوندگان درباره اهمیت این موضوع می‌گوید: "... تعامل با بیمه‌ها خیلی مهمه، وقتی نماینده مقیم بیمه در بیمارستان نیست مشکل پیش می‌آید. درحالی‌که اگه حضور داشته باشن می‌تونستیم از شون فیدبک بگیریم و مستنداتمون رو اصلاح کنیم. همکاری بعضی از بیمه‌ها خیلی کمه باید تعاملات با بیمه درست بشه تا بتونیم کسورات رو کم کنیم" (مصاحبه ۴).

عدم آگاهی ارائه‌دهندگان خدمات از کسورات و مقررات بیمه‌ای: این مورد به عدم آگاهی ارائه‌دهندگان مختلف شامل پزشکان، پرستاران، منشی‌ها و کارکنان واحدهای مختلف از قبیل ترخیص و درآمد نسبت به کسورات، مقررات بیمه‌ای و همچنین نحوه تکمیل مستندات اشاره دارد.

انگیزه پایین ارائه‌دهندگان خدمات برای کنترل کسورات: این علت به عدم تمایل ارائه‌دهندگان نسبت به رعایت الزامات مربوط به کسورات و تلاش برای کنترل کسورات اشاره دارد. با توجه به نقش قابل توجه نیروی انسانی در کنترل کسورات، این علت تأثیر به‌سزایی در اعمال کسورات دارد به‌طوری‌که نبود انگیزه در کارکنان می‌تواند سایر اقدامات کنترل کسورات را با مشکلات جدی مواجه کند. "در کل به دلیل بی‌انگیزگی کارکنان می‌تونه این کسورات اتفاق بیفته و اینکه براشون اهمیتی نداره و یا

خلاصه پرونده به صورت کامل، دقیق و خوانا و اشتباهات سهوی در ثبت تعداد اقلام، کدهای جراحی و ساعت جراحی و ریکآوری اشاره دارد و معمولاً به دلیل خطای انسانی رخ می‌دهند. یکی از مصاحبه‌شوندگان در مورد نقش مشاوره پزشکی در اعمال کسورات این‌گونه توضیح می‌دهد: "... مشاوره پزشکان در بخش‌ها و به‌ویژه مشاوره تلفنی سهم زیادی در کسورات اعمال شده داره. وقتی پزشکی بدون درخواست مشاوره این کار رو انجام می‌ده یا بعد از مشاوره تلفنی، مستندات مشاوره را تکمیل نمی‌کنه، بیمه هزینه مشاوره رو پرداخت نمی‌کنه. درحالی‌که پزشک یا مسئول بخش باید این مدارک رو تکمیل کنه." (مصاحبه ۱)

عدم ارسال کامل و به موقع مستندات: این عامل به ارسال ناقص یا تأخیر در ارسال مستندات در کل فرآیند اعمال کسورات اشاره دارد و شامل دو مرحله ارسال مستندات از بخش‌ها به واحدهای ترخیص و درآمد و ارسال مستندات به سازمان‌های بیمه‌گر می‌باشد. یکی از مصاحبه‌شوندگان درباره این موضوع می‌گوید: "... ارسال به موقع توی چند بحث تأثیر داره توی بحث کسورات، توی بحث رسیدگی، توی بحث کارانه پزشکان. تو بحث رسیدگی من فرصت بیشتری برای رسیدگی دارم، تو افزایش درآمد نقش دارم. من به جای اینکه فقط صورتحساب و مستندات صورتحساب رو رسیدگی کنم میام پرونده رو هم میخونم. از طرف دیگه تأثیر کسورات در کارانه پزشکان به موقع اعمال میشه تا بعدش مشکلی پیش نیاد". (مصاحبه ۱۰)

مغایرت در مستندات و گزارش‌ها: این عامل به عدم تطابق گزارش‌ها و مستندات مختلف اشاره دارد و شامل مغایرت مهر و امضای پزشک، مغایرت گزارش پرستاری با خدمت انجام شده و درخواست پزشک، مغایرت خدمت ثبت شده با دستور پزشک و ... می‌باشد.

عدم رعایت استانداردها و الزامات: این عامل نسبت به سایر عوامل گستردگی زیادی داشته و با کل فرآیند کسورات مرتبط است. عدم رعایت الزامات سازمان‌های بیمه‌گر به صورت ارائه خدمات خارج از تعهد سازمان‌های بیمه‌گر، ارائه و ثبت خدمت پس از صدور ترخیص و عدم رعایت سایر الزامات مربوط به ثبت و ارسال مستندات رخ می‌دهد.

علل ریشه‌ای: در این مطالعه ۵ علت ریشه‌ای برای کسورات بیمارستانی شناسایی شد، شامل: مشکلات زیرساختی، ضعف لایه‌های نظارتی، عدم آگاهی ارائه‌دهندگان خدمات از کسورات و مقررات بیمه‌ای، تعامل ضعیف بیمارستان با سازمان‌های بیمه‌گر و انگیزه پایین ارائه‌دهندگان خدمات برای کنترل کسورات می‌باشند که

هماهنگی و توانمندسازی نیروی انسانی (نه زیر طبقه)، تعامل با سازمان‌های بیمه‌گر (پنج زیر طبقه)، تقویت کانال‌های نظارتی (سه زیر طبقه)، اقدامات انگیزشی (چهار زیر طبقه)، برنامه‌ریزی صحیح (پنج زیر طبقه) و ساختار سازی (چهار زیر طبقه) می‌باشند. نتایج مربوط به راهکارهای کنترل کسورات بیمارستانی در جدول ۲ ارائه شده است.

چون ارتباطی با پرداختی اون‌ها نداره انگیزه‌ای هم برای دقت بیشتر ندارن" (مصاحبه ۱۱)
راهکارها: بر اساس یافته‌های تحلیل محتوایی داده‌ها، هشت طبقه و ۴۰ زیر طبقه برای راهکارهای کاهش کسورات شناسایی شد. طبقات شناسایی شده شامل: ارزیابی، تحلیل و پس‌خوراند وضعیت کسورات (پنج زیر طبقه)، سازمان‌دهی نیروی انسانی (پنج زیر طبقه)،

جدول ۲: طبقات و زیر طبقات شناسایی شده برای راهکارهای کنترل کسورات

| زیر طبقات | طبقات |
|---|---|
| ارزیابی وضعیت موجود و تهیه و تحلیل گزارش ماهانه کسورات و پس‌خوراند آن به بخش‌ها و افراد دخیل | ارزیابی، تحلیل و پس‌خوراند وضعیت کسورات |
| تدوین چک‌لیست کسورات و کنترل اسناد پزشکی بر اساس مقررات سازمان‌های بیمه‌گر | |
| بررسی و رفع نواقص پرونده‌های بخش‌ها توسط منشی بر اساس چک‌لیست کسورات | |
| بررسی و رفع نواقص پرونده‌های بخش‌ها توسط واحد ترخیص بر اساس چک‌لیست کسورات | |
| ارائه پس‌خوراند نتایج تحلیل ارزیابی درون بیمارستانی پرونده‌ها به بخش‌ها و افراد دخیل | سازمان‌دهی صحیح نیروی انسانی |
| استفاده از متخصصان مدارک پزشکی در واحد ترخیص، بخش‌های مدارک پزشکی و واحدهای درآمد بیمارستان‌ها به‌منظور تحلیل و ممیزی کمی و کیفی پرونده‌های پزشکی و اصلاح فرآیند مستندسازی پرونده‌های پزشکی | |
| تسلط بر موضوع کسورات و تکمیل مستندات به‌عنوان شرطی برای انتخاب منشی‌ها (جابجایی منشی‌ها در صورت لزوم) | |
| به‌کارگیری منشی مخصوص عصر و شب | |
| استفاده از نیروهای مجرب در واحد ترخیص و درآمد | |
| تعیین یک نفر به‌عنوان مسئول کد در بیمارستان | |
| مشارکت افراد کلیدی شامل مدیر، رئیس، مسئولین بخش‌ها و سایر ذینفعان در جلسات کمیته کسورات | |
| حساس سازی افراد کلیدی شامل مدیران ارشد، منشی‌ها، پزشکان، پرستاران و مسئولین بخش‌ها | |
| آموزش مقررات سازمان‌های بیمه‌گر به کلیه گروه‌های هدف شامل کارکنان بالینی و کارکنان اداری | |
| آموزش اصول مستندسازی صحیح و ضوابط نسخه‌نویسی و پرونده نویسی و آموزش کتاب تعرفه به کلیه گروه‌های هدف شامل کارکنان بالینی و کارکنان اداری از قبیل منشی‌ها، کارکنان واحدهای ترخیص و درآمد | |
| آموزش چگونگی همکاری بیمارستان با سازمان‌های بیمه‌گر به افراد و بخش‌های دخیل | هماهنگی و توانمندسازی نیروی انسانی |
| آموزش منشی‌ها در زمینه‌ی چگونگی رفع نواقص مستندات قبل از ارسال آن‌ها به واحد درآمد | |
| ارائه پس‌خوراند نتایج اقدامات کارگروه کسورات به کارکنان و پزشکان | |
| هماهنگی واحد کامپیوتر با حسابداری جهت اصلاح گزارش‌ها و مشکلات | |
| جلسات هم‌فکری با همکاران مالی سایر بیمارستان‌ها در دانشگاه | |
| شفاف‌سازی و دریافت مقررات و دستورالعمل‌های سازمان‌های بیمه‌گر در خصوص اعمال کسورات | تعامل با سازمان‌های بیمه‌گر |
| استفاده از مشاور بازنشسته بیمه برای اصلاح فرآیندها و آموزش نیروی انسانی | |
| دعوت از نمایندگان سازمان‌های بیمه‌گر برای آموزش | |
| تأمین تسهیلات و امکانات رفاهی برای نمایندگان بیمه | |
| دعوت از کارشناسان سازمان‌های بیمه‌گر برای شرکت در جلسات کمیته کسورات جهت تعامل و رفع مشکلات | تقویت کانال‌های نظارتی |
| بررسی چندلایه پرونده‌ها در بخش‌ها و واحدهای ترخیص و درآمد | |
| شناسایی کارکنان دخیل در اعمال کسورات جهت اخطار، آموزش و در صورت لزوم جریمه | |
| تحويل نگرفتن پرونده‌های مشکل‌دار توسط واحد مدارک پزشکی | |

| طبقات | زیر طبقات |
|-----------------------|--|
| اجرای اقدامات انگیزشی | امتیاز تشویقی (به‌ویژه حمایت مالی) برای بهترین بخش از نظر کنترل کسورات |
| | امتیاز تشویقی (به‌ویژه حمایت مالی) برای بهترین منشی از نظر کنترل کسورات |
| | امتیاز تشویقی (به‌ویژه حمایت مالی) برای کارکنان واحد ترخیص و درآمد |
| | ارتباط دادن کسورات با کارانه افراد و کسر مبلغ کسورات از دریافتی افراد مسئول در بروز کسورات اعم از پزشکان، پرستاران، منشی‌ها و ... |
| برنامه‌ریزی صحیح | تعیین کاهش کسورات به‌عنوان یکی از اهداف سازمان |
| | تعیین زمان مشخص ترخیص بیمار برای مدیریت مناسب مستندات |
| | برنامه‌ریزی برای ارسال به‌موقع مستندات به سازمان‌های بیمه‌گر |
| | برنامه‌ریزی برای ارسال به‌موقع مستندات به واحد درآمد |
| ساختار سازی | برنامه‌ریزی منظم برای بررسی پرونده‌ها و اصلاح فرآیندها |
| | تشکیل کمیته کسورات در دانشگاه برای پاسخگویی در خصوص کسورات |
| | تشکیل کمیته کسورات بیمارستانی با مشارکت امور مالی، مدیران ارشد بیمارستان و نمایندگان بخش‌های بالینی و برگزاری منظم جلسات |
| | به‌کارگیری یادآور و هشداردهنده‌ها در سیستم‌های اطلاعات بیمارستانی برای کاهش کسورات طراحی مجدد برگه کارانه و لوازم مصرفی به‌صورت چک‌لیست برای افزایش دقت ثبت اطلاعات |

بیمارستانی تأکید می‌شود. بر اساس دیدگاه اغلب صاحب‌نظران شرکت‌کننده در مطالعه، توجه مدیریت ارشد به بحث درآمد بیمارستانی و تعهد به کاهش کسورات یکی از گام‌های اساسی برای کنترل کسورات می‌باشد.

تعامل با سازمان‌های بیمه‌گر: این راهکار به همکاری و ارتباط دوجانبه بین کارشناسان و مدیران بیمارستان با نمایندگان و مدیران سازمان‌های بیمه‌گر اشاره دارد و مسئولین بیمارستان ضمن دریافت مقررات و الزامات از سازمان‌های بیمه‌گر و استفاده از کارشناسان این سازمان‌ها برای تقویت سیستم بیمارستانی و آموزش نیروی انسانی خود در راستای تأمین درخواست‌های طرف مقابل تلاش می‌کنند. یکی از صاحب‌نظران درباره این موضوع می‌گوید: "... برای اینکه بخواهیم کسورات رو کم کنیم باید مسئول درآمدهای بیمارستان، با کارشناسی بیمه و نه مسئول‌های بیمه، جلسه برگزار کنند، مشکلات رو بگن و با همکاری همدیگر حلشون کنن، این جورى به نظر من تو چند ماه رفع میشه یا حداقل به کم میرسه" (مصاحبه ۳).

تقویت کانال‌های نظارتی: این راهکار به نظارت بر افراد دخیل در کل فرآیند کسورات بیمارستانی اشاره دارد تا ضمن شناسایی گلوگاه‌ها، با اجرای اقدامات مناسب و به‌موقع از بروز کسورات اجتناب شود. اگرچه این راهکار به دلیل مقبولیت پایین آن نسبت به سایر راهکارها، موردتوجه زیادی قرار نگرفته است اما به اعتقاد مشارکت‌کنندگان برخی از

بر اساس دیدگاه مصاحبه‌شوندگان، راهکارهای ارائه شده در اغلب بیمارستان‌ها کاربرد دارند و هر یک از بیمارستان‌ها برحسب شرایط و امکانات بیمارستان و همچنین اولویت‌های خود می‌توانند راهکار مناسب خود را انتخاب کنند.

ارزیابی، تحلیل و پس‌خوراند وضعیت کسورات: این راهکار به ارزیابی استاندارد و ساختاریافته وضعیت موجود کسورات و ارزیابی دوره‌ای آن توسط صاحبان فرآیند و همچنین پس‌خوراند نتایج ارزیابی به بخش‌ها و افراد دخیل اشاره دارد. یکی از کارشناسان یک بیمارستان موفق در کنترل کسورات بیمارستانی بیان می‌کند: "... ما برای کاهش کسورات منشی‌ها، واحد ترخیص و واحد درآمد را درگیر کردیم اینا به همدیگر پس‌خوراند میدن. برای مثال اگه کارکنان ترخیص مشکل داشتن کارشناسان درآمد ایراد تشون رو میگرفتن و بهشون میگفتن. پس اینا همدیگر رو کنترل می‌کنن" (مصاحبه ۸)

سازمان‌دهی صحیح نیروی انسانی: در این راهکار به انتخاب افراد واجد صلاحیت و به‌کارگیری آن‌ها در شغل‌های مناسب جهت کنترل کسورات توجه می‌شود. اگرچه این راهکار توسط تعداد محدودی از مصاحبه‌شوندگان اشاره شده است اما به اعتقاد برخی از افراد، انجام اقدامات هرچند کوچک در راستای سازمان‌دهی نیروی انسانی و استفاده بهینه از آن‌ها می‌تواند تأثیر مفیدی در کاهش کسورات داشته باشد.

هماهنگی و توانمندسازی نیروی انسانی: در این راهکار به افزایش تعهد مدیریت ارشد بیمارستان، هماهنگی درون بخشی و تقویت دانش و مهارت کارکنان دخیل در فرآیند کسورات

نظر می‌رسد بیمارستان‌ها می‌بایست در جهت بهبود مستندسازی، مداخلات آموزشی، نظارتی و زیرساختی مانند بروز رسانی نرم‌افزارهای مورد استفاده را به انجام برسانند.

علل ریشه‌ای به عللی اطلاق می‌شود که با فراهم کردن شرایط، زمینه را برای بروز کسورات در کلیه مراحل آن فراهم می‌آورند و افراد و بخش‌های مختلفی در ایجاد آن‌ها مؤثر هستند. این علل شامل مشکلات زیرساختی، ضعف لایه‌های نظارتی، عدم آگاهی ارائه‌دهندگان خدمات از کسورات و مقررات بیمه‌ای، تعامل ضعیف بیمارستان با سازمان‌های بیمه‌گر و انگیزه پایین ارائه‌دهندگان خدمات برای کنترل کسورات می‌باشند که یافته‌های مطالعه حاضر با نتایج مطالعات مختلف مطابقت دارد (۱۶، ۱۸، ۲۱، ۲۲). با توجه به اینکه در ایجاد علل ریشه‌ای افراد زیادی مانند مدیریت بیمارستان، پزشکان، پرستاران، کارشناسان درآمد و ترخیص و منشی بخش‌ها می‌توانند تاثیرگذار باشند، در ابتدا مدیران بیمارستان‌ها می‌بایست خود را متعهد به کاهش کسورات نموده و سپس به نقش هر یک از افراد توجه و استراتژی‌های کاهش کسورات متناسب با بیمارستان خود را طراحی نمایند. به طور مثال تعامل ضعیف بیمارستان با سازمان‌های بیمه‌گر یکی از عللی بود که مورد تاکید اکثریت افراد قرار داشت که در سایر مطالعات نیز بر اهمیت ارتباط صحیح کارشناسان و مسئولین بیمارستان‌ها با مسئولین و نمایندگان سازمان‌های بیمه‌گر تاکید شده است (۲۱، ۲۲). مواردی از قبیل عدم توجه بیمارستان‌ها به تذکرات و راهنمایی‌های نمایندگان سازمان‌های بیمه‌گر به‌ویژه در زمینه مستندسازی، عدم تأمین امکانات رفاهی برای نمایندگان بیمه‌ها و از سوی دیگر عدم پرداخت به‌موقع صورت‌حساب‌ها توسط سازمان‌های بیمه‌گر و ناهماهنگی سازمان‌های بیمه‌گر مختلف با یکدیگر، موجب نارضایتی‌های دو طرفه و در نتیجه همکاری ضعیف بین بیمارستان با سازمان‌های بیمه‌گر و در نتیجه اعمال کسورات بیشتر می‌شود.

عدم آگاهی ارائه‌دهندگان خدمات خصوصاً منشی‌ها و کارکنان درآمد و ترخیص از الزامات و مقررات سازمان‌های بیمه‌گر و همچنین نحوه تکمیل مستندات از دیگر علل ریشه‌ای اشاره شده در این مطالعه می‌باشد که در مطالعات مختلف نیز به کمبود دانش و اطلاعات کارکنان مربوطه در زمینه تکمیل پرونده‌های بیماران (تنظیم صورتحساب و ضمیمه کردن اسناد مربوطه)، جمع‌آوری اطلاعات، لیست‌نویسی و ارسال نسخ به سازمان‌های بیمه‌گر و همچنین مقررات مربوط به تعرفه خدمات تشخیصی درمانی به عنوان علل بسیار مهم کسورات بیمارستانی اشاره شده است (۱۶، ۲۱-۲۳) که نشان‌دهنده عدم استفاده از افراد خبره در قسمت

بیمارستان‌ها می‌توانند برحسب شرایط خود از این راهکار استفاده نمایند.

اقدامات انگیزشی: این راهکارها به استفاده از مداخلات انگیزشی به‌ویژه تشویق کارکنان موفق در کنترل کسورات و همچنین برقراری ارتباط بین مبلغ کسورات و دریافتی کارکنان مسئول و مسبب کسورات اشاره دارد.

برنامه‌ریزی صحیح: در این راهکار به اصلاح فرآیند کسورات بیمارستانی و برنامه‌ریزی برای بررسی و ارسال به‌موقع مستندات تأکید می‌شود. بر اساس دیدگاه صاحبان فرآیند شرکت‌کننده در مطالعه، ارسال به‌موقع مستندات به واحد درآمد و بررسی به‌موقع پرونده‌ها می‌تواند زمینه را برای اصلاح و رفع به‌موقع نواقص فراهم کند و ارسال به‌موقع مستندات به سازمان‌های بیمه‌گر تا حد زیادی از بروز کسورات جلوگیری کند.

ساختارسازی: این راهکار به تشکیل کمیته کسورات در بیمارستان و دانشگاه اشاره دارد. بر اساس دیدگاه افراد شرکت‌کننده در مطالعه، کمیته کسورات بیمارستانی می‌تواند طراحی و اجرای مداخلات کنترل کسورات را تسهیل کند هرچند با ساختار فعلی و تعهد و مسئولیت‌پذیری مدیران ارشد و کارشناسان و مسئولین درآمد نیز می‌توان به نتایج قابل توجهی دست یافت.

بحث و نتیجه‌گیری

این مطالعه با هدف بررسی علل کسورات درآمدی بیمارستان‌های دانشگاهی و ارائه راهکارهای کاهش آن انجام شده است. بر اساس یافته‌های مطالعه، دو مجموعه علل شامل علل مستقیم و علل ریشه‌ای در بروز کسورات بیمارستانی نقش داشتند. از بین علل مستقیم، عدم ثبت خدمت، بیشتر مورد توجه قرار گرفته و اغلب صاحب‌نظران به نقش مؤثر آن‌ها در بروز کسورات اشاره داشتند. در مطالعه انجام شده بر روی بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی نیز نقص مستندسازی و مشکلات در ارسال مستندات از علل کسورات بیمه‌ای ذکر شده، به طوری که عدم ثبت خدمت باعث هدر رفت سالانه بیش از ۶۰ میلیارد ریال از درآمد بیمارستانی شده است (۱۶). در مطالعه دیگری در شیراز، ۵۶ درصد از درآمد بخش داخلی بیمارستان به دلیل عدم ثبت خدمت از دست میرفت (۱۷) همچنین مستندسازی ناقص نیز از دیگر علل شایع ایجاد کسورات بود که در اغلب مطالعات، به نقص مستندسازی و عدم تطابق آن با مقررات سازمان‌های بیمه‌گر به‌عنوان یک عامل کلیدی در بروز کسورات تأکید شده است (۷، ۱۸-۲۱) از آنجاییکه عدم ثبت خدمت و نقص مستندسازی یکی از علل اصلی کسورات بیمارستانی است، به

بیمارستان‌ها می‌باشد که با توجه به حضور کارکنان طرحی و همچنین حضور دانشجویان، آموزش مستمر و جامع آن‌ها با مشکلاتی مواجه است به طوری که با جابجایی و ورود کارکنان جدید، آموزش‌ها باید تکرار شود که بیمارستان‌ها اغلب در برگزاری آموزش‌های مستمر کوتاهی می‌کنند.

با توجه به اینکه مستندسازی ضعیف و ناقص یکی از مهم‌ترین عوامل مؤثر بر کسورات بیمارستانی است و اغلب به دلیل کمبود وقت و کم‌توجهی کارکنان رخ می‌دهد، در مطالعات مختلف بر تأثیر مثبت استفاده از سیستم‌های اطلاعاتی در افزایش درآمد و بهبود وضعیت مالی سازمان‌های بهداشتی درمانی تأکید شده است (۱۶، ۲۹) به طوری که نتایج مطالعه‌ی پارک و همکاران حاکی از آن است که استفاده از سیستم اطلاعاتی منجر به افزایش درآمدهای ناشی از خدمات سرپایی و بستری شده است (۳۰). لذا بروز رسانی نرم افزارهای مورد استفاده، هماهنگی بین نرم افزارهای بیمارستانی و سهولت کار با آنها تأثیر زیادی در بهبود مستندسازی خواهد داشت.

یکی دیگر از راهکارها که در مطالعه حاضر و اغلب مطالعات انجام شده در این زمینه مورد توجه قرار گرفته است، ارزیابی و تحلیل کمی و کیفی کسورات اعمال شده توسط سازمان‌های بیمه‌گر است که در بیشتر مطالعات به نقش کارشناسان و متخصصان مدارک پزشکی در زمینه‌ی ارزیابی و تحلیل کسورات و همچنین ارائه آموزش‌های لازم به کارکنان تأکید شده است (۷، ۲۸) که در این زمینه بیمارستان‌ها می‌بایست کمیته مشخص و جداگانه و همچنین برنامه مدونی جهت تحلیل علل کسورات و ارائه بازخورد به کارکنان داشته باشند. از آنجایی که کسورات اعمال شده بر درآمدهای اختصاصی سازمان‌های بهداشتی درمانی، متوجه خود سازمان‌ها بوده و پزشکان و کارکنان در جبران این کسورات نقشی ندارند، کارکنان انگیزه زیادی برای کنترل کسورات ندارند که این امر سازمان‌ها را با کسورات قابل توجه و در نتیجه کمبود منابع مالی مواجه می‌کند که در سایر مطالعات به تشویق منشی‌ها و کارکنان درآمد و حمایت‌های مالی از این افراد برای کنترل کسورات تأکید شده است (۱۶، ۱۸، ۲۱). از این رو، اجرای مداخلات انگیزشی به‌ویژه ارتباط دادن دریافتی پزشکان و کارکنان با کسورات و درآمدهای بیمارستانی می‌تواند نقش مؤثری در کنترل کسورات داشته باشد که در مطالعه حاضر مورد تأکید صاحب‌نظران شرکت‌کننده در مطالعه بود.

از محدودیت‌های مطالعه حاضر همکاری ضعیف و عدم تمایل برخی از کارشناسان درآمد جهت انجام مصاحبه بود. نتایج مطالعه حاضر نشان داد مستندسازی ضعیف و ناقص، عدم ارسال کامل و به‌موقع مستندات، مغایرت در مستندات و

منشی‌گری، واحد درآمد و ترخیص و همچنین ضعیف عمل کردن مدیران بیمارستان‌ها در زمینه آموزش کارکنان درمانی و اداری در مورد اصول و قوانین بیمه‌ها و همچنین نحوه صحیح مستندسازی می‌باشد.

یکی دیگر از مقوله‌های بسیار مهم که در این مطالعه مورد بررسی قرار گرفته است، مداخلات و راهکارهای پیشنهادی برای کاهش کسورات می‌باشد که تعامل با سازمان‌های بیمه‌گر؛ ارزیابی، تحلیل و پس‌خوراند وضعیت کسورات؛ و هماهنگی و توانمندسازی نیروی انسانی جزو راهکارهای مورد تأکید اکثر کارشناسان بودند. این نتایج با یافته‌های سایر مطالعات انجام شده در این زمینه مطابقت دارد به طوری که در اغلب مطالعات به تعامل مؤثر بیمارستان‌ها با سازمان‌های بیمه و آموزش نیروی انسانی دخیل در فرآیند کسورات و تحلیل وضعیت کسورات تأکید شده است (۹، ۱۶، ۲۱، ۲۴). به طوریکه در مطالعه انجام شده از دیدگاه نمایندگان بیمه نیز راهکارهایی مانند آموزش منشی‌ها، کارکنان درآمد و پزشکان و پرستاران، همکاری نمایندگان بیمه در اطلاع دادن کسور و علت آن‌ها، ارتباط مؤثر واحد درآمد با نمایندگان بیمه، پیگیری واحد درآمد جهت اصلاح علل کسورات و تکمیل مستندات ارائه شده است (۲۱). که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی دارد و نشان می‌دهد بیمارستان‌ها می‌بایست در زمینه‌ی نحوه برقراری ارتباط با کارشناسان سازمان‌های بیمه‌گر، آموزش مستندسازی و مقررات سازمان‌های بیمه‌گر به کارکنان و تحلیل و پیگیری کسورات، برنامه‌های مدونی داشته باشند.

در اغلب مطالعات مداخله‌ای انجام شده در زمینه بهبود مستندسازی، آموزش مستندسازی به کلیه کارکنان دخیل در فرآیند ثبت و مستندسازی پرونده بیماران شامل پزشکان، پرستاران، کارکنان پاراکلینیک، منشی بخش‌ها و کارکنان واحد ترخیص و درآمد تأثیر به‌سزایی در کاهش کسورات و افزایش درآمد بیمارستان داشته است (۲۵-۲۸). مطالعه مختاری و همکاران نیز نشان می‌دهد آموزش و ارتقا سطح عملکرد کاربران سیستم اطلاعات بیمارستانی ((Health Information System) و افزایش آگاهی آن‌ها نسبت به کسورات درآمدهای بیمارستان و شیوه صحیح ثبت خدمات، کسورات ناشی از ثبت را تا حد زیادی کاهش می‌دهد (۲۴). از این رو بررسی مستمر مستندات و آموزش ارائه‌کنندگان خدمات در خصوص نحوه صحیح نسخه‌نویسی و تکمیل پرونده‌های پزشکی بیماران می‌تواند نقش قابل توجهی در صیانت از درآمدهای سازمان‌های بهداشتی درمانی داشته باشد اما یکی از مشکلات مطرح در زمینه‌ی اجرای مداخلات آموزشی برای کاهش کسورات، دولتی و آموزشی بودن

تضاد منافع: نویسندگان مقاله اعلام میدارند هیچ‌گونه تضاد منافی با یکدیگر ندارند.

تشکر و قدردانی:

این مقاله حاصل بخشی از طرح تحقیقاتی تحت عنوان "بررسی علل و راهکارهای کاهش کسورات درآمدهای اختصاصی بیمارستان‌ها"، مصوب دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران در سال ۱۳۹۵ و با کد ۹۵-۱۶۳-۰۲-۲۸۶۴۶ است که با حمایت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران اجرا شده است. بدین‌وسیله از همکاران محترم مرکز تحقیقات علوم مدیریت و اقتصاد سلامت و معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه که در تصویب این طرح نهایت همکاری را داشتند تشکر و قدردانی می‌شود. همچنین از کلیه مدیران، مسئولین و کارشناسان امور مالی و درآمد بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی ایران و تمامی کسانی که در اجرای این مطالعه ما را یاری نمودند، صمیمانه سپاسگزاری می‌گردد.

گزارش‌ها و عدم رعایت استانداردها و الزامات به صورت مستقیم و مشکلات زیرساختی، ضعف لایه‌های نظارتی، عدم آگاهی ارائه‌دهندگان خدمات از کسورات و مقررات بیمه‌ای، ارتباط ضعیف بیمارستان و سازمان‌های بیمه‌گر و انگیزه پایین ارائه‌دهندگان خدمات برای کنترل کسورات به صورت غیرمستقیم باعث ایجاد کسورات بیمارستانی می‌شوند که راهکارهای مختلف از جمله تعامل با سازمان‌های بیمه‌گر، آموزش و توانمندسازی نیروی انسانی، تحلیل وضعیت کسورات و ارائه پس‌خوراند به کارکنان، سازمان‌دهی صحیح نیروی انسانی، تقویت کانال‌های نظارتی، اجرای اقدامات انگیزشی، برنامه‌ریزی صحیح و ساختار سازی می‌تواند نقش به‌سزایی در کنترل کسورات و افزایش درآمدهای بیمارستانی داشته باشد. با توجه به تأثیر عملکرد همه اعضای تیم درمانی و اداری در بروز کسورات درآمدهای اختصاصی بیمارستان‌ها، پیشنهاد می‌شود اجرای مداخلات با مشارکت کلیه کارکنان دخیل در فرآیند کسورات و تحت نظارت مستقیم مدیریت ارشد بیمارستان صورت گیرد.

References

- Hajizadeh M, Nghiem HS. Hospital care in Iran: an examination of national health system performance. *Int J Healthcare Management*. 2013;6(3):201-10.
- National health accounts, Islamic Republic of Iran. World Health Organization, 2015.
- Sadeghi N, Zarei H. Effect of financing system in the improvement of hospital performance. *Payesh Health Monit*. 2009;8(2):135-45.
- Akortsu M, Abor P. Financing public healthcare institutions in Ghana. *J Health Organ Manag*. 2011;25(2):128-41.
- Ejughemre U. Accelerated reforms in healthcare financing: the need to scale up private sector participation in Nigeria. *Int J Health Policy Manag*. 2014;2(1):13-9.
- Karimi S, Vesal S, Saeedfar S, Rezayatmand M. The study deductions of insurance bills and presenting suggestions approaches in Seyed Alshohada hospital. *Health Inf Manage*. 2011;7(Special Issue):594-600.
- 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, Iran. *Health Inf Manage*. 2013;10(2):172-80.
- Safdari R, Sharifian R, Ghazi Saeedi M, Masoori N, Azad Manjir ZS. The amount and causes deductions of bills in Tehran University of Medical Sciences hospitals. *Payavard Salamat*. 2011;5(2):61-70.
- Bagheri H, Amiri M. Investigating the causes of deductions from insurers' organizations from patient records in one of the Iranian hospitals. *J Health Manage*. 2012;4(3,4):17-24.
- Yaghobi M, Javadi M, Jandaghian M, Rejalian F, Farahabadi M, Mofid M, et al. Evaluation of Tamin Ejtemaee insurance deductions applied to surgery in educational hospitals of Isfahan, 2008. *Hospital*. 2009;8(5):33-8.
- Mosadeghrad A, Arab M, Afshari M. The impact of Quality Management on reducing bill deductions at operating theatre department of Valiasr Hospital: A participatory Action Research. *Hospital*. 2017;16(1):93-101.
- Khorrmy F, Eshpala RH, Baniyasi T, Azarmehr N, Mohammady F. Prioritizing insurance deductions factors of Shahid Mohammadi hospital inpatients records using Shannon Entropy, Bandar Abbas, Iran. *Hormozgan Med J*. 2013;17(1):77-82.
- Safdari R, Karami M, Moini M. Causes of deductions made by the Social Security Insurance in hospital affiliated to Kashan University of Medical Sciences, Iran. *Health Inf Manage*. 2012;9(1):140-4.
- 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). *Hospital*. 2016;15(3):53-62.
15. Gale NK, Heath G, Cameron E, Rashid S, Redwood S. Using the framework method for the analysis of qualitative data in multi-disciplinary health research. *BMC Med Res Methodol*. 2013;13(1):117.
16. Omrani D, Farajzadeh F, Rashdi G. Rate and causes of income deductions in hospitals affiliated with Shahid Beheshti University of Medical Science in 2011. *J Med Council Islami Repub Iran*. 2012;30(3):265-71.
17. Hatam N, Askarian M, Pourmohamadi K. The implication of Quality Improvement Module in using medical records and its effect on hospital income. *Health Inf Manage*. 2008;5(2):111-9.
18. Norooz Sarvestani E, Pour Mohammadi K, Kavoozi Z, Yousefi AR. The amount and causes insurance deductions of Shohada-e Sarvestan hospital and ways to reduce it by using the techniques of problem-solving. 2012. *J Manage Med Inform Sci* 2015;2(2):122-32
19. Safdari R, Ghazi Saeedi M, Sheykhotayefe M, Jebraeily M, Seyed Farajolah SS, Maserat E, et al. The study of insurance deductions from point of insurance professional in educational hospitals of Mashhad University of Medical Sciences. *Payavard Salamat*. 2017;11(1):10-9.
20. Tabrizi J, Alidoost S, Mashhadi-Abdolahi H, Farshi-Khorsand M. Identifying the Bottlenecks on the Fractions of Dedicated Revenues of Health Centers in East Azerbaijan Province, Iran. *Health Inf Manage*. 2016;13(2):126-31.
21. Nasirirad 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. *Hospital*. 2010;9(1,2):5-18.
22. Moalemi S, Shamsabadi A, 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. *Iran Associat Health Inform Manage*. 2014;8(1):17-23.
23. Mohebbifar R, Shoghli AR, Ramzani M, Khoshnam Kh. The comparison of financing share of the hospitals of Zanjan University of Medical Sciences during the Fourth Economical, Social and Cultural Development Plan (2005-2009). *Health Accounting*. 2012;1(1):63-72.
24. 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. *J Shahrekord Univ Med Sci*. 2014;15(6):86-91.
25. Khalesi N, Gohari MR, Vatankhah S, Abbasimani Z. The effect of employee training on the amount of insurance fractions at Firoozgar teaching hospital: 2008-2009. *J Health Adm*. 2011;14(43):19-26.
26. Oldfield M. Case study: changing behaviours to improve documentation and optimize hospital revenue. *Nurs Leadersh (Tor Ont)*. 2007;20(1):40-8.
27. Mosadeghrad AM, Afshari M, Nasrolahi R, Daneshgar S, Corani Bahador R. The impact of education on reducing bill deductions in a hospital: A case study. *Hakim Health Res J*. 2017;20(3):156-63.
28. 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 Educ Health Promot*. 2015;4:38.
29. Blair K, Dunn E. Maximizing patient care revenue throughout a major HIS conversion: teamwork and planning help organizations keep patient care revenue flowing during implementation of a new health information system. *Healthcare Financial Management*. 2015;69(2):84-9.
30. Park W-S, Yi SY, Kim S-A, Song J-S, Kwak YH. Association between the implementation of a laboratory information system and the revenue of a general hospital. *Arch Pathol Lab Med*. 2005;129(6):766-71.

Causes of Revenue deficits of University Hospitals and Strategies to Reduce Them

Saeide Alidoost¹, Aziz Rezapour², Rahim Sohrabi³, Roghayeh Mohammadibakhsh¹, Ali Sarabi-Asiabar⁴, Narges Rafiei^{5*}

Submitted: 2018.9.26

Accepted: 2019.6.4

Abstract

Background: The hospitals' reliance on insurer organizations' resources is increasing due to the growing number of insured persons. However, a relatively large share of these revenues cannot be collected for various reasons and is considered as hospital deductions from revenue. Hence, this study aimed to investigate the causes of hospital deductions from revenue and strategies to reduce them in hospitals affiliated to Iran University of Medical Sciences.

Materials and Methods: This qualitative study was conducted based on the phenomenological approach in 2017. Data was collected through semi-structured interviews consisting 17 finance experts in hospitals. Data analysis was performed using MAXQDA version10 and analytical framework of Gale et al. (2013).

Results: Based on the framework analysis, two themes were identified as the underlying causes of hospital revenue deduction including direct causes and root causes of revenue deduction. Also, in order to reduce revenue deduction strategies, eight themes were recognized including interaction with insurance organizations; analysis, assessment, and feedback on revenue deficit; coordination and empowerment of employees; proper organization of human resources; strengthening regulatory system, motivational strategies; good planning and creating an organizational structure.

Conclusion: The revenue deductions occur in all stages of converting services into income and the most important factor is lack of staff awareness and incentive to control deductions. Contributions of all process owners in the hospital and insurers and in particular the commitment of hospital's senior managers are necessary to control the deductions.

Keywords: Hospital, Revenue deficits, Deductions, Insurer organizations

¹ Ph.D. student in Health Policy, Health Management and Economics Research Center, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

² Associate Professor, Ph.D. in Health Economic, Health Management and Economics Research Center, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran .

³ Ph.D. student in Health Policy, Iranian Social Security Organization, Zanzan Province Health Administration, Zanzan, IR Iran .

⁴ Ph.D. in Public Administration, Health Management and Economics Research Center, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

⁵ Ph.D. student in Health Services Management, Health Management and Economics Research Center, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. (*Corresponding Author), Address: Health Management and Economics Research Center, School of Health Management & Information Sciences, Rashid Yasemi St, Valiasr St, Tehran, Iran .

Tel: +982188671615, Email: rafiei.n@iums.as.ir