

## شناسایی گلوگاه‌ها و موارد بروز کسورات درآمدهای اختصاصی مراکز بهداشتی - درمانی استان آذربایجان شرقی

جعفر صادق تبریزی<sup>۱</sup>، سعیده علی‌دوست<sup>۲</sup>، حسین مشهدی عبدالهی<sup>۳</sup>، مصطفی فرشی خرسند<sup>۴</sup>

### مقاله پژوهشی

### چکیده

**مقدمه:** یکی از رویکردهای مؤثر در ارتقای سلامت عمومی، مراقبت‌های بهداشتی اولیه می‌باشد و ارایه مراقبت‌های مطلوب مستلزم تأمین منابع مختلف از جمله منابع مالی است که کسورات درآمدهای اختصاصی مراکز بهداشتی - درمانی یکی از مسایل قابل توجه در این حوزه به شمار می‌رود. از این رو، مطالعه حاضر با هدف شناسایی موارد بروز کسورات درآمدهای اختصاصی مراکز بهداشتی - درمانی انجام گرفت.

**روش بررسی:** این مطالعه به روش توصیفی - کیفی و با رویکرد پدیدارشناسی در استان آذربایجان شرقی و در سال ۱۳۹۳ انجام شد. نمونه‌گیری به صورت مبتنی بر هدف بود و برای جمع‌آوری داده‌ها از روش بحث گروهی متمرکز و مصاحبه استفاده شد. بحث گروهی و مصاحبه‌ها بر اساس راهنمای تهیه شده توسط محققان تا زمان اشباع داده‌ها ادامه یافت. روایی راهنما توسط متخصصان کیفی مورد تأیید قرار گرفت و داده‌ها با استفاده از روش تحلیل محتوا تجزیه و تحلیل گردید.

**یافته‌ها:** بر اساس تجارب و دیدگاه شرکت کنندگان، دو درون‌مایه با عنوان «کسورات نقدی و غیر نقدی» استخراج گردید. کسورات نقدی شامل «کسورات مربوط به تخفیفات، کسورات مربوط به واریز درآمدهای نقدی از مراکز بهداشتی و کسورات ناشی از ثبت» بود و کسورات غیر نقدی نیز در قالب سه زیرطبقه «کسورات مربوط به ارسال مستندات، کسورات بیمه‌ای و کسورات سرانه‌ای» مورد بررسی قرار گرفت.

**نتیجه‌گیری:** کسورات مراکز بهداشتی در درآمدهای نقدی و غیر نقدی و همچنین، در همه مراحل تبدیل خدمت به درآمد صورت می‌گیرد و مستلزم توجه ویژه و انجام اقداماتی جهت کاهش آن می‌باشد.

**واژه‌های کلیدی:** مراکز بهداشتی؛ درآمد؛ کسورات

پذیرش مقاله: ۱۳۹۵/۲/۱

اصلاح نهایی: ۱۳۹۵/۱/۳۱

دریافت مقاله: ۱۳۹۵/۱/۲۰

**ارجاع:** تبریزی جعفرصادق، علی‌دوست سعیده، مشهدی عبدالهی حسین، فرشی خرسند مصطفی. شناسایی گلوگاه‌ها و موارد بروز کسورات درآمدهای اختصاصی مراکز بهداشتی - درمانی استان آذربایجان شرقی. مدیریت اطلاعات سلامت ۱۳۹۵؛ ۱۳ (۲): ۱۳۱-۱۲۶

شبکه‌های بهداشتی - درمانی شهرستان‌ها محدود می‌گردد (۸). میزان کسورات سرانه‌ای دانشگاه علوم پزشکی تبریز از محل درآمدهای مراکز بهداشتی - درمانی در سال ۱۳۹۱، بیش از ۳۰ میلیارد ریال بود که حدود ۲ درصد درآمدهای

### مقدمه

استقرار نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه، یکی از مهم‌ترین رویکردهای نظام سلامت ایران جهت ارتقای سلامت است که تأثیر قابل توجهی در ارایه خدمات بهداشتی - درمانی و شاخص‌های سلامت دارد (۱). ارایه این خدمات، مستلزم توزیع متعادل و متوازن بسیاری از منابع به خصوص منابع مالی می‌باشد که با وجود اهمیت قابل توجه آن‌ها در ارایه خدمات مطلوب، همچنان به عنوان یکی از مشکلات اصلی نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه و برنامه پزشک خانواده به شمار می‌رود (۷-۲). بر اساس گزارش بانک جهانی در سال ۱۳۸۵، مشکلات مالی یکی از مسایل قابل توجه در سطح اول ارایه خدمات ایران اعلام شد (۱) و وصول کلیه درآمدهای مورد انتظار نظام شبکه‌های بهداشتی - درمانی و مسأله کسورات درآمدهای اختصاصی مراکز بهداشتی - درمانی یکی از مسایل این زمینه مطرح گردید.

کسور عبارت است از تفاوت ریالی میان آنچه که در قبال ارایه خدمت (بر اساس تعرفه‌های مصوب) باید به دست آید و آنچه که در عمل وصول می‌شود. منابع مالی مراکز به دلیل عدم وصول کلیه درآمدهای اختصاصی و کسورات اعمال شده مراکز بهداشتی - درمانی، هدر می‌رود و از این رو، توان مالی

مقاله حاصل پایان‌نامه کارشناسی ارشد و طرح تحقیقاتی با شماره ۹۲/۳۹۲۳۱۴ می‌باشد که با حمایت مرکز ملی مدیریت سلامت دانشگاه علوم پزشکی تبریز انجام شده است.

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

۲- دانشجوی کارشناسی ارشد، مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران (نویسنده مسؤول)

Email: alidoostsd@yahoo.com

۳- پزشک عمومی، مرکز تحقیقات مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

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

جهت تحلیل داده‌ها از روش تحلیل محتوا استفاده گردید؛ به طوری که بعد از مطابقت متن فایل‌های صوتی با یادداشت‌ها و نهایی‌سازی متن، عبارات و مفاهیم مهم شناسایی و کدگذاری شد. به دنبال آن، کدهای مشابه در دسته‌های مشخص قرار گرفت و درون‌مایه‌ها (تم‌ها) استخراج گردید. یافته‌های به دست آمده با ایمیل به شرکت کنندگان بحث گروهی متمرکز و مصاحبه‌ها ارسال شد و از آن‌ها درخواست گردید تا نظرات اصلاحی، تکمیلی و پیشنهادی خود را در مورد یافته‌های حاصل از بحث گروهی و مصاحبه‌ها بیان نمایند. اغلب شرکت کنندگان به این درخواست پاسخ دادند و نظرات آن‌ها نیز در یافته‌ها اعمال شد.

با توجه به این که مطالعه حاضر برگرفته از طرح پژوهشی مصوب مرکز تحقیقات مدیریت خدمات بهداشتی - درمانی تبریز بود، مجوز کمیته اخلاق داشت. ضبط صدا و یادداشت‌برداری از بحث گروهی و مصاحبه‌ها نیز با اجازه شرکت کنندگان صورت گرفت. به شرکت کنندگان نیز اطمینان داده شد که اطلاعات ارائه شده محرمانه خواهد ماند و از آن‌ها فقط در راستای هدف پژوهش استفاده می‌گردد. گزارش یافته‌ها نیز بدون عنوان اسامی شرکت کنندگان ذکر شد.

### یافته‌ها

دو درون‌مایه بر اساس تجارب و دیدگاه شرکت کنندگان در مطالعه برای موارد بروز کسورات مراکز بهداشتی - درمانی استخراج گردید. این درون‌مایه‌ها شامل کسورات نقدی و غیر نقدی بود که کسورات مراکز بهداشتی - درمانی را در مراحل مختلف تبدیل خدمت به درآمد منعکس می‌کرد.

#### کسورات نقدی

این درون‌مایه به تفاوت فرانشیز کل خدمات ارائه شده و مبلغ واریزی به حساب دانشگاه مربوط می‌شد و شامل سه زیرطبقه «کسورات ناشی از تخفیفات، کسورات مربوط به ثبت و کسورات مربوط به واریز درآمدهای نقدی به حساب دانشگاه بود.

کسورات ناشی از تخفیفات: این کسورات به عدم دریافت حق ویزیت پزشک، دندان‌پزشک و سایر خدمات اشاره می‌کرد. بر اساس دیدگاه شرکت کنندگان مطالعه، کسورات ناشی از تخفیفات در زمینه‌هایی مانند تخفیف همکار و دستور رییس مرکز بود که آیین‌نامه‌ای مبنی بر اعمال تخفیف برای اغلب موارد وجود نداشت و کارکنان مراکز بهداشتی - درمانی بر اساس دیدگاه و تعریف خود از تخفیفات عمل می‌کردند. به عنوان نمونه شرکت کننده ۲ بیان نمود: «ما نمی‌دانیم کدام موارد مشمول تخفیفات هستند و در این زمینه، بخش‌نامه‌ای هم به دست ما نرسیده است». از طرف دیگر، عدم ارائه تعریف مشخصی از تخفیفات، کنترل مسأله را با مشکلاتی مواجه کرده است. شرکت کننده ۱۱ درباره این موضوع اظهار داشت: «در یکی از بازدیدها متوجه شدم که پزشک همه موارد را رایگان زده است؛ در حالی که برای هیچ کدام از آن‌ها، دستورالعمل مشخصی وجود نداشت».

کسورات مربوط به ثبت: این کسورات ناشی از عدم ثبت خدمات ارائه شده بود و در مواردی رخ می‌داد که فرد بدون پذیرش (و در نتیجه بدون پرداخت فرانشیز)، مستقیم به پزشک یا سایر ارائه دهندگان خدمات مراجعه می‌نمود و ویزیت می‌شد. یکی از موارد بروز کسورات مربوط به ثبت، عدم اطلاع‌یابی توجیهی ارائه دهندگان خدمات به عدم ویزیت موارد پذیرش نشده بود. شرکت

سراهنای را به خود اختصاص داد (۹). حال اگر کسورات بیمه‌ای و کسورات درآمدهای نقدی نیز به این مبلغ اضافه شود، سهم قابل توجهی از درآمدهای اختصاصی مراکز بهداشتی - درمانی را شامل می‌گردد.

مطالعات متعددی درباره کسورات بیمارستان‌ها در مورد بروز، میزان و علل آن صورت گرفته است. بیشترین موارد و علل بروز کسورات بیمارستان‌ها بر اساس نتایج این مطالعات شامل مستندسازی ناقص پرونده‌ها، محاسبات اشتباه، اشتباه نمودن در تنظیم اسناد بیمه و نقص مدارک بیمه‌ای و نیز عدم رعایت آیین‌نامه‌ها و بخش‌نامه‌های ابلاغی از طرف سازمان‌های بیمه‌گر بود (۱۵-۱۰). همه موارد مذکور در این مطالعات به یک بعد از کسورات درآمدهای اختصاصی غیر نقدی با عنوان کسورات بیمه‌ای اشاره می‌کرد و سایر ابعاد کسورات غیر نقدی و نیز کسورات درآمدهای نقدی مورد بررسی قرار نگرفت. از طرف دیگر، تفاوت‌های قابل توجهی در کسورات درآمدهای اختصاصی مراکز بهداشتی - درمانی و بیمارستان‌ها در ضمن شباهت‌ها وجود دارد که این مراکز را مستلزم بررسی اختصاصی می‌نماید. شناسایی موارد بروز کسورات در این مراکز، زمینه را برای تعیین میزان واقعی کسورات و علل آن و همچنین، ارائه راهکارهایی جهت ارتقای وضعیت آن‌ها فراهم می‌کند. از این‌رو، مطالعه حاضر با هدف شناسایی موارد بروز کسورات درآمدهای اختصاصی مراکز بهداشتی - درمانی انجام شد.

### روش بررسی

این مطالعه از نوع توصیفی - کیفی بود و با رویکرد پدیدارشناسی (Phenomenology) در سال ۱۳۹۳ با جامعه پژوهش معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی تبریز و اداره کل بیمه سلامت استان آذربایجان شرقی انجام گردید. رویکرد پدیدارشناسی یک فلسفه، تئوری و روشی برای مطالعه تجربیات انسان‌ها می‌باشد و توضیح مستقیمی را از پدیده‌ها و تجربیات انسان‌ها فراهم می‌کند (۱۶). شرکت کنندگان به روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف انتخاب شدند و افراد انتخاب شده دارای زمینه علمی و تجربی در زمینه مباحث مالی و کسورات مراکز بهداشتی - درمانی بودند. برای جمع‌آوری داده‌ها از روش بحث گروهی متمرکز و مصاحبه استفاده گردید.

۱۱ نفر در بحث گروهی متمرکز و ۹ نفر در مصاحبه شرکت نمودند. با توجه به این که اغلب مطالب بیان شده توسط افراد در مصاحبه‌های انتهایی تکراری بود و مطلب جدیدی بیان نشد، از این‌رو، فرد دیگری به دلیل اشباع داده‌ها، وارد مصاحبه نگردید. بحث گروهی توسط ۳ نفر از محققان شامل یک نفر تسهیل کننده، یک نفر مشاهده‌گر و یک نفر کاتب در محل معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی تبریز برگزار شد.

افراد شرکت کننده در بحث گروهی متمرکز شامل متخصصان مباحث مالی بودند و بیشتر از ۵۰ درصد آن‌ها، سابقه کار بیش از ۲۰ سال داشتند. بحث گروهی متمرکز بر اساس چارچوب کلی سؤال‌های از پیش طراحی شده صورت گرفت و ۱/۵ ساعت طول کشید. همچنین، ۴ مصاحبه با کارشناسان اداره کل بیمه سلامت استان آذربایجان شرقی و ۵ مصاحبه با کارشناسان مرکز بهداشت استان آذربایجان شرقی توسط یکی از محققان در محل کار آن‌ها انجام شد. هر کدام از مصاحبه‌ها به طور متوسط ۱ ساعت به طول انجامید. مصاحبه‌ها به صورت نیمه ساختار یافته بود و بر اساس راهنمای مصاحبه پیگیری شد. روایی راهنما توسط متخصصان کیفی مورد تأیید قرار گرفت.

اشکال گوناگونی مانند اعتبار نسخ، قلم خوردگی، بدون مهر بودن (نداشتن یکی از مهرهای پزشک یا مرکز)، مخدوش بودن تاریخ ویزیت، نداشتن شماره ملی و ناقص بریدن برگ دفترچه رخ می‌داد. کسورات مربوط به مستندات ارسالی (غیر از نسخ) نیز به دلیل اشکالها و نواقص فایل‌های الکترونیکی و لیست‌های ارسالی به سازمان‌های بیمه‌گر صورت می‌گرفت.

کسورات سرانه‌ای: کسورات سرانه‌ای مربوط به کسورات اعمال شده در برنامه پزشک خانواده به وسیله اداره کل بیمه سلامت ایران بود که به تفاوت سرانه پزشک خانواده و درآمد دریافتی شبکه‌های بهداشت و درمان می‌پرداخت. کسورات سرانه‌ای شامل کسورات مربوط به پایش مراکز بهداشتی-درمانی (تعدیل پایش)، عدم کارکرد ارایه دهندگان خدمات (تعدیل کمی)، نبود پزشک در مرکز (تعدیل سرانه) و فراتر از حد استاندارد بودن جمعیت تحت پوشش پزشک (تعدیل جمعیت) می‌شد. کسورات سرانه‌ای قسمت عمده‌ای از کسورات مراکز را تشکیل می‌داد. اغلب شرکت کنندگان در مصاحبه‌ها و بحث گروهی به اهمیت این کسورات تأکید نمودند و تأثیر آن را نسبت به سایر کسورات مهم دانستند. شرکت کننده ۱۱ بیان کرد: «اصلی‌ترین درآمد ما سرانه است، طبیعی است که کسورات مربوط به آن قابل توجه باشد و اگر نتوانیم راه‌حل مناسبی پیدا کنیم، در آینده با مشکلات زیادی مواجه خواهیم شد».

اغلب شرکت کنندگان به کسورات ناشی از تعدیل پایش اشاره نمودند و آن را یکی از شایع‌ترین موارد بروز کسورات دانستند. پایش و بازدید از مراکز بهداشتی-درمانی روستایی و مرکز بهداشت طرف قرارداد بیمه روستایی، بر اساس چک‌لیست سازمان بیمه سلامت صورت می‌گرفت و کسب امتیاز کمتر، منجر به تعدیل پایش و کسر سرانه مراکز می‌گردید. پایش سازمان بیمه سلامت به صورت ماهانه و در ۸ بخش شامل خدمات پزشکی، مامایی، دارویی، آزمایشگاهی، رادیولوژی، دندان پزشکی، عملکرد مرکز بهداشتی-درمانی و عملکرد مرکز بهداشت شهرستان انجام می‌شد.

## بحث

مطالعه حاضر با هدف شناسایی گلوگاه‌ها و موارد بروز کسورات مراکز بهداشتی-درمانی صورت گرفت. بر اساس یافته‌های این مطالعه، کسورات مراکز بهداشتی-درمانی به دو درون‌مایه کسورات نقدی و کسورات غیر نقدی تقسیم شد که هر کدام سه زیرطبقه داشت. بر اساس دیدگاه شرکت کنندگان، کسورات غیر نقدی نسبت به کسورات نقدی از فراوانی و اهمیت بالایی برخوردار بود و مورد تأکید اکثریت شرکت کنندگان قرار گرفت.

درون‌مایه کسورات نقدی از سه زیرطبقه کسورات ناشی از تخفیفات، کسورات مربوط به واریز درامدهای نقدی و کسورات مربوط به ثبت خدمات ارایه شده تشکیل شد که کسورات ناشی از تخفیفات از اهمیت زیادی برخوردار بود. نبود دستورالعمل و آیین‌نامه مشخص برای تعیین موارد و میزان تخفیفات در مراکز بهداشتی-درمانی، اهمیت این کسورات را بیش از پیش نمایان ساخت؛ به طوری که اغلب شرکت کنندگان مطالعه حاضر به برخورد سلیقه‌ای با مسأله تخفیفات مراکز بهداشتی-درمانی اشاره کردند و بر ایجاد یک چارچوب و رویه مشخص برای آن تأکید نمودند. مورد دیگر در مجموعه کسورات نقدی، کسورات مربوط به عدم واریز کامل درامدهای نقدی بود که عملکرد ضعیف صندوقداران و مسؤولان پذیرش مراکز، باعث بروز آن می‌شد و عدم کنترل در سطح شبکه بهداشت و درمان شهرستان، زمینه را برای افزایش این کسورات فراهم می‌کرد.

کننده ۴ در این زمینه بیان نمود: «بارها اتفاق افتاده که بیمار بدون مراجعه به پذیرش، مستقیم پیش پزشک رفته و پزشک هم به خاطر آشنایی قبلی با بیمار یا بی‌توجهی به این مسأله، فرد را ویزیت کرده است».

کسورات ناشی از واریز درامدهای نقدی: این کسورات به تفاوت مبلغ پرداخت شده به حساب دانشگاه و درامدهای نقدی مراکز اشاره داشت که در اثر عدم واریز کامل درامدهای اختصاصی نقدی از مراکز بهداشتی-درمانی بود. به عبارت دیگر، کسورات فوق زمانی رخ می‌داد که درامدهای نقدی مراکز به طور کامل به حساب دانشگاه واریز نمی‌شد. شرکت کننده ۲ به این نوع کسورات اشاره کرد و بیان نمود: «با توجه به این که برای درامدهای نقدی سقف ماهانه تعیین شده و سیستم صندوق بعد از رسیدن به این سقف، غیر فعال می‌شود، صندوق‌داران باید مبلغ درآمد را به حساب دانشگاه واریز کرده و با شماره فیش واریزی سیستم را فعال کنند، ولی با توجه به حساسیت پایین سیستم، شماره فیش‌های قبلی را وارد کرده و سیستم را فعال می‌کنند. این مسأله می‌تواند باعث هدر رفت مبالغ زیادی از درامدهای نقدی مراکز شود».

## کسورات غیر نقدی

درون‌مایه کسورات غیر نقدی به عدم پرداخت درامدهای غیر نقدی تأکید داشت و شامل سه زیرطبقه «کسورات ناشی از ارسال مستندات، کسورات سرانه‌ای و کسورات بیمه‌ای» بود.

کسورات مرتبط با ارسال مستندات: این کسورات مربوط به عدم ارسال کامل مستندات به سازمان‌های بیمه‌گر می‌شد و به عقیده شرکت کنندگان، به دلیل عدم ارسال نسخ از مراکز بهداشتی-درمانی به مرکز بهداشت شهرستان و از مرکز بهداشت شهرستان به سازمان‌های بیمه‌گر رخ می‌داد. اغلب شرکت کنندگان به کنترل آسان این کسورات اشاره نمودند و استفاده از مکانیسم‌های کنترلی را برای کاهش آن مؤثر دانستند. شرکت کننده ۲ درباره این موضوع بیان کرد: «اگر نسخ ارسالی از مراکز به شبکه، با گزارش نرم‌افزاری مراکز تطبیق داده شود، موارد اختلاف و نسخ ارسال نشده نیز مشخص می‌شود».

کسورات بیمه‌ای: کسورات بیمه‌ای به کسورات اعمال شده به وسیله سازمان‌های بیمه‌گر مربوط می‌شود و اغلب شرکت کنندگان در بحث گروهی و مصاحبه‌ها به اهمیت آن اشاره کردند. یکی از موارد بروز کسورات بیمه‌ای بر اساس تجارب افراد شرکت کننده، در زمینه ارایه خدمات خارج از تعهد سازمان‌های بیمه‌گر بود که بین این سازمان‌ها و ارایه دهندگان خدمات در بسیاری از موارد توافق وجود نداشت و ارایه دهندگان خدمات نیز در مورد بسیاری از موارد مشمول کسورات آگاه نبودند. کسورات ناشی از ارایه خدمات خارج از تعهد سازمان‌های بیمه‌گر به دلیل کم‌توجهی یا عدم اطلاع ارایه دهندگان خدمات در مراکز بهداشتی-درمانی از داروها و خدمات تحت پوشش سازمان‌های بیمه‌گر و نیز عدم شناسایی این نسخ در مرکز بهداشت شهرستان صورت می‌گرفت. شرکت کننده ۴ درباره این مسأله بیان کرد: «بعضی از پزشکان داروهای خارج از تعهد بیمه‌ها یعنی داروهای پزشکان متخصص را تجویز می‌کنند. افرادی هم که در مرکز بهداشت شهرستان نسخ را بررسی می‌کنند، چون در زمینه داروها و خواندن نسخه تخصص ندارند، متوجه این قضیه نمی‌شوند. در نتیجه، کسور اتفاق می‌افتد».

یکی دیگر از موارد کسورات بیمه‌ای، نواقص و اشکالات موجود در نسخ و مستندات ارسالی به سازمان‌های بیمه‌گر بود و به وفور مشاهده می‌شد. بخش قابل توجهی از نواقص موجود در نسخ به عملکرد پزشکان مربوط می‌گردید و به

موارد مرتبط با کسورات گردد. از طرف دیگر، به دلیل حضور برخی از مدیران مرکز بهداشت استان در بحث‌های گروهی و مصاحبه‌ها، احتمال وجود تورش گزارش‌دهی وجود داشت.

### نتیجه‌گیری

کلیه درآمدهای نقدی و غیر نقدی مراکز بهداشتی-درمانی مشمول کسورات بود و کسورات مراکز بهداشتی-درمانی در همه مراحل تبدیل خدمت به درآمد شامل پذیرش، انجام خدمت، ثبت خدمت، ارسال مستندات و وصول درآمد صورت می‌گرفت. با توجه به رقم بالای درآمدهای غیر نقدی نسبت به درآمدهای نقدی، کسورات غیر نقدی اهمیت بالایی را به خود اختصاص داد و اغلب صاحبان فرایند به آن اشاره کردند. از آنجایی که افزایش درآمدها می‌تواند کمک بزرگی به بهبود استانداردهای فیزیکی مراکز، تجهیزاتی و دریافتی کارکنان شاغل در مراکز نماید، توجه به همه انواع کسورات و در همه مراحل ضروری است و مشارکت و دخالت همه صاحبان فرایند و افراد ذی‌نفع را لازم دارد.

### پیشنهادات

اقداماتی جهت افزایش درآمدهای مراکز بهداشتی-درمانی و کاهش کسورات آن‌ها همچون تدوین آیین‌نامه‌ها و دستورالعمل‌های مربوط به نحوه اعمال تخفیفات، کنترل دفترچه‌های بیمه، افزایش آگاهی همه ارایه دهندگان خدمات مراکز در مورد الزامات و قوانین بیمه همه سازمان‌های بیمه‌گر، تأمین نیروی انسانی مراکز بهداشتی-درمانی (به ویژه پزشک)، ارزشیابی مستمر مراکز بهداشتی-درمانی و تطبیق شرایط مراکز با استانداردها و همچنین، تدوین و ارسال بسته آموزشی حاوی موارد و مستندات مورد نیاز برای کنترل کسورات به شبکه‌های بهداشت و درمان می‌تواند نقش مؤثری داشته باشد.

### تشکر و قدردانی

بدین وسیله از کارشناسان اداره بیمه سلامت و مرکز بهداشت استان آذربایجان شرقی و همچنین، سایر شرکت کنندگان در مصاحبه‌ها و بحث گروهی، تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

درون‌مایه کسورات غیر نقدی شامل کسورات بیمه‌ای، کسورات سرانه‌ای و کسورات مربوط به ارسال مستندات بود. کسورات مربوط به ارسال مستندات به دلیل کم بودن موارد بروز و میزان آن، اهمیت کمی داشت و تنها تعداد اندکی از شرکت کنندگان به آن اشاره کردند. این در حالی بود که دو زیرطبقه دیگر (کسورات بیمه‌ای و کسورات سرانه‌ای) اهمیت بالایی را به خود اختصاص دادند و مورد تأکید اغلب شرکت کنندگان قرار گرفتند.

عوامل مختلفی در بروز کسورات بیمه‌ای مراکز بهداشتی-درمانی نقش داشتند. با توجه به ماهیت و وضعیت مشابه اعمال کسورات بیمه‌ای در مراکز بهداشتی-درمانی و بیمارستان‌ها، بسیاری از عوامل بروز کسورات بیمارستانی می‌تواند در کسور مراکز بهداشتی-درمانی نیز مؤثر باشد. نتایج مطالعات صفدری و همکاران (۱۷) و کریمی و همکاران (۱۱)، نقص مستندسازی و اشتباهات کارکنان را از عوامل مؤثر در بروز کسورات بیمه‌ای بیمارستان‌ها بیان کردند که در قالب اشکالات مربوط به اعتبار نسخ، قلم‌خوردگی نسخ و داروها و خدمات خارج از تعهد سازمان‌های بیمه‌گر صورت می‌گرفت.

شایع‌ترین و مهم‌ترین کسورات مراکز بهداشتی-درمانی از دیدگاه شرکت کنندگان مطالعه حاضر، کسورات سرانه‌ای بود که مربوط به برنامه پزشک خانواده می‌شد. با توجه به این که اجرای برنامه پزشک خانواده و تداوم آن مستلزم تأمین منابع مورد نیاز از جمله منابع مالی است، از این‌رو، شناخت عوامل هدر رفت آن می‌تواند تأثیر بسزایی در کنترل این مسأله داشته باشد. مطالعه احمدیان و همکاران در مشهد نشان داد که ارتباط معنی‌داری بین آگاهی مدیران درگیر برنامه پزشک خانواده و میزان بروز کسورات وجود دارد (۱۸). از این‌رو، مطالعه حاضر توجه به عوامل بروز کسورات برنامه پزشک خانواده را در برنامه‌های جاری مدیریت مورد تأکید قرار داد. با توجه به این که قسمت عمده کسورات سرانه‌ای مربوط به خدمات پزشکی بود، شناسایی علل مربوط و انجام اقداماتی جهت رفع آن می‌تواند تأثیر زیادی در کاهش کسورات و در نتیجه، افزایش درآمدهای اختصاصی برنامه پزشک خانواده داشته باشد.

با توجه به این که گلوگاه‌ها و موارد مشمول کسورات درآمدهای اختصاصی بر اساس دیدگاه‌های کارشناسان و متخصصان استان آذربایجان شرقی شناسایی گردید، باید برخی ملاحظات را جهت تعمیم این نتایج به سایر استان‌ها در نظر گرفته شود. برخی از کارشناسان و صاحب‌نظران به دلایلی (از قبیل عدم تمایل) در مطالعه حاضر شرکت نکردند که این امر می‌تواند منجر به غفلت از برخی

### References

1. Vice-Chancellor and Secretary of the Assemblies. Policy document to promote health care. Tehran, Iran: Ministry of Health and Medical Education; 2005. p. 6-8. [In Persian].
2. The World Health Report. Primary health care (now more than ever) [Online]. [cited 2008]; Available from: URL: [http://www.who.int/whr/2008/whr08\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/2008/whr08_en.pdf)
3. Australian Government. Improving primary health care for all Australians [Online]. [cited 2011]; Available from: URL: [http://www.wentwest.com.au/images/docs/ImprovingPrimaryHealthCareforallAustralians\\_000.pdf](http://www.wentwest.com.au/images/docs/ImprovingPrimaryHealthCareforallAustralians_000.pdf)
4. Akortsu MA, Abor PA. Financing public healthcare institutions in Ghana. J Health Organ Manag 2011; 25(2): 128-41.
5. Khayati F, Saberi M. Primary health care (PHC) an ever strategy for health equity extension. J Health Adm 2009; 12(35): 33-40. [In Persian].
6. Blecher MS, Day C, Dove S, Cairns R. Primary health care financing in the public sector [Online]. [cited 2007]; Available from: URL: [http://www.hst.org.za/uploads/files/chap12\\_08.pdf](http://www.hst.org.za/uploads/files/chap12_08.pdf)
7. Department of Health (Australia). Building a 21st century primary health care system, Australia's first national primary health care strategy [Online]. [cited 2009]; Available from: URL: [http://www.nationalplanningcycles.org/sites/default/files/country\\_docs/Australia/6552\\_nphc\\_1205.pdf](http://www.nationalplanningcycles.org/sites/default/files/country_docs/Australia/6552_nphc_1205.pdf)
8. Farahani M. Educational booklet for causes of insurance fractions [Online]. [cited 2013 Sep]. Available from:

- URL: <http://www.portal.arakmu.ac.ir/portal/File/ShowFile.aspx?ID=dc903cb5-2db2-4733-91b5-9d303989cfb> [In Persian].
9. Iran Health Insurance Organization. Reports of adjustments, health insurance office [Online]. [cited 2012 Dec 30]; Available from: URL: <http://npr.ihio.gov.ir/VPayment.UITestPage.aspx> [In Persian].
  10. Askari R, Dehghan HR, Bahrami MA, Keshmiri F. A survey in causes and rates of under reimbursement bills imposed on admitted patient's under social security insurance in medical teaching hospitals in Yazd province in 2008. *Hospital* 2010; 9(3-4): 23-8. [In Persian].
  11. 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(4): 594-600. [In Persian].
  12. 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. [In Persian].
  13. 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. *Health Inf Manage* 2013; 10(2): 172-80. [In Persian].
  14. 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. *Payavard Salamat* 2011; 5(2): 61-70. [In Persian].
  15. Tavakoli N, Saghaeiannejad S, Rezayatmand M, Moshaveri F, Ghaderi I. Medical documentations and deductions applied to medical services insurance organization. *Health Inf Manage* 2007; 3(2): 53-61. [In Persian].
  16. Adibhajibagheri M. *Qualitative research methods*. Tehran, Iran: Boshra Publications; 2013. p. 38, 57. [In Persian].
  17. 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* 2011; 9(1): 140-4. [In Persian].
  18. Ahmadian M, Dahrazma B, KHosravi N. Assessing the impact of knowledge and attitude of involved managers in family physician program on deductions of family physician program in health networks of Mashhad University of Medical Science. *Proceedings of the 2<sup>nd</sup> National Congress of the Family Physician's Role in Health System*; 2012 Jun 14-15; Mashhad, Iran. [In Persian].

## Identifying the Bottlenecks on the Fractions of Dedicated Revenues of Health Centers in East Azerbaijan Province, Iran

Jafar Sadegh Tabrizi<sup>1</sup>, Saeideh Alidoost<sup>2</sup>, Hossein Mashhadi-Abdolahi<sup>3</sup>, Mostafa Farshi-Khorsand<sup>4</sup>

### Original Article

#### Abstract

**Introduction:** Primary health care is an effective approach to improving public health. Providing optimal care requires supplication of various resources including financial resources. Thus, fraction of revenues of health care centers is one of the main problems in the domain of financial resources management. Therefore, the present study was carried out to identify the bottlenecks on dedicated revenues fractions in health centers.

**Methods:** This qualitative phenomenological study was carried out in East Azerbaijan Province of Iran in 2014. Purposeful sampling method was used for the selection of participants. Focus group discussion and semi-structured interviews were used for data collection. Data collection was carried out based on prepared guidelines and continued until data saturation. The validity of the guidelines was approved by qualitative experts. Data were analyzed using content analysis method.

**Results:** Based on the experiences and perspectives of participants, two main themes were extracted including cash fractions and none-cash fractions. Cash fractions consisted of three sub-themes of discounts fractions, fractions related to deposit of cash revenues by health centers, and registration fractions. None-cash fractions included fractions related to sending documents, fractions in the insurers' reimbursement, and fractions per capita.

**Conclusion:** Fraction of dedicated revenues of health centers occurred in all cash and none-cash revenues and also in all stages of conversion of service into revenue. Therefore, special attention and efforts are required in order to reduce these fractions.

**Keywords:** Health Centers; Income; Fractions

Received: 21 Mar, 2016

Accepted: 20 Apr, 2016

**Citation:** Tabrizi JS, 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

Article resulted from MSc thesis and research project No. 92/392314 funded by National Public Health Management Centre of Tabriz University of Medical Sciences.

1- Associate Professor, Health Services Management, Health Services Management Research Center AND Department of Health Services Management, School of Health Management and Medical Informatics, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

2- MSc Student, Health Services Management, Department of Health Services Management, School of Health Management and Medical Informatics, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran (Corresponding Author) Email: alidoostsd@yahoo.com

3- General Practitioner, Health Services Management Research Center, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

4- BSc, Accounting, Deputy of Health, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran