

Exploring the Status of Executing Traffic Accidents Insurance (article 92 of Islamic Republic of Iran's fourth budget plan) According to the Financial Scale of Special Incomes and Non-Settled Traffic Accidents Files at Kashani Hospital of Isfahan

Mohsen Rezaei Aderyani¹, Marjan Satari Naeeni², Fatemeh Musavi³, Elahe Salehnia³, Azar Dehghani³, Maryam Barati³, Khadijeh Babaeian³

Abstract

Background and aim: Accidents and incidents are the second factor of mortality in our country and traffic accidents are at the top. The plan for the autonomy of hospitals nationwide has been executed since the beginning of the 70s helical decade. From 2005 according to administrative regulation of article 92 of fourth development program in the country, 10 percent of the incurred costs related to insuring each transportation vehicle in the country was deposited into an account to the special incomes account of the Ministry of Health and Medical Education. All public, governmental and private hospitals are compelled to admit traffic accidents casualties without any preconditions or incurring any expenses for providing services and also to accommodate them with therapeutic cares. The cost of providing these therapeutic services is paid to hospitals according to the purported measures in the administrative regulation. This study examines the effects of the mentioned regulation on the status of Ayatollah Kashani hospital's income.

Methods: In the electronic database of the hospital, the exact data of files was available from Mar 21 of 2005 onward but the financial information of files before the law, was not complete. The files of 2378 patients who owed more than 10000 rials had remained unsettled at the time of being released from hospital. From the last unsettled file at the Mar 20 of 2005 to the May 22 of 2004, 428 files related to accident casualties were explored. After omitting the cases in which the recorded data was not congruent with their pertinent files, 394 files remained.

1 MD, Medical Ethics and Law Research Center, Shahid Beheshti University of Medical Sciences and Health Services, Tehran, Iran.

2BS, Esfahan University of Medical Sciences, Esfahan, Iran. (Corresponding author) Email: sattarimarjan@yahoo.com

3BS Students, Esfahan University of Medical Sciences, Esfahan, Iran.

Findings: From a total sum of 1909334753 rials incurred on the services provided for the 394 samples, only 1052031605 rials had been paid to hospitals at the time of being released. Accordingly, 857303148 rials of the total cost incurred on the provided services, i.e. 44.9 percent, had been left undecided. After executing the article 92 of the law, the costs of accident casualties have been paid completely to hospitals.

Discussion and Conclusion: Lack of accommodating the costs incurred for patients prevents hospitals from providing services to next patients. Cutting the financial relation between doctor (hospital organization) and patient in accident's patient group, the possibility of financially supporting accident patients and accordingly observing some parts of the charter for patients' rights has been provided.

Keywords

Traffic Accidents, Patients' Rights, Financial Relation between Patient and Doctor

Please cite this article as: Rezaei Aderyani M, Satari Naeeni M, Musavi F, Salehnia E, Dehghani A, Barati M, et al. Exploring the Status of Executing Traffic Accidents Insurance (article 92 of Islamic Republic of Iran's fourth budget plan) According to the Financial Scale of Special Incomes and Non-Settled Traffic Accidents Files at Kashani Hospital of Isfahan. Iran J Med Law 2016; 9(35): 185-204.

بررسی وضعیت اجرای قانون بیمه حوادث ترافیکی (موضوع ماده ۹۲ قانون بودجه**برنامه چهارم توسعه جمهوری اسلامی ایران) در بیمارستان آیتا... کاشانی اصفهان**محسن رضایی آدریانی^۱، مرجان ستاری نایینی^۱، فاطمه موسوی^۲الله صالح‌نیا^۳، آذر دهقانی^۳، مریم براتی^۳، خدیجه باباییان^۳**چکیده**

زمینه و هدف: در کشور ما حوادث و سوانح دومین عامل مرگ و میر است و حوادث ترافیکی در رأس آن قرار دارد. از اوایل دهه ۷۰ شمسی، طرح خودگردانی بیمارستان‌های کشور به اجرا درآمد. از سال ۱۳۸۴ طبق آیین‌نامه اجرایی ماده ۹۲ قانون برنامه چهارم توسعه، ۱۰٪ از هزینه بیمه‌نمودن وسایل نقلیه در کشور، به صندوق درآمد اختصاصی آن در وزارت بهداشت و درمان واریز می‌شود. بیمارستان‌های عمومی، دولتی و خصوصی موظفند مصدومین حوادث ترافیکی را بدون دریافت هزینه پذیرش نموده و مراقبت‌های درمانی ارائه نمایند. هزینه ارائه خدمات درمانی، طبق سازوکار مشخص، از محل صندوق یادشده به بیمارستان‌ها پرداخت می‌شود. هدف از این مطالعه بررسی اثرات قانون یادشده در وضعیت درآمدی بیمارستان آیتا... کاشانی اصفهان است.

روش: در سامانه الکترونیکی بیمارستان اگرچه اطلاعات مالی پرونده‌ها از سال ۱۳۸۴ به بعد وجود داشت، لیکن متأسفانه اطلاعات مالی پرونده‌های سال‌های پیش از اجرای قانون یادشده کامل نبود. در سال ۱۳۸۳، پرونده‌های ۲۳۷۸ بیمار با بدهکاری بالای ۱۰۰۰۰ ریال در هنگام ترخیص تسویه‌نشده باقی مانده بود. از آخرین پرونده تسویه‌نشده سال ۱۳۸۳ به قبل تا اول خردادماه ۱۳۸۳، ۴۲۸ پرونده مربوط به بیماران تصادفی بررسی شد. پس از حذف مواردی که اطلاعات ثبت‌شده با پرونده همخوانی نداشت، ۳۹۴ پرونده باقی ماند.

۱. متخصص اخلاق پزشکی و کارشناس مسوول کمیته اخلاق در پژوهش‌های زیست پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

۲. کارشناس خدمات بهداشت و درمان، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران. (نویسنده مسؤول)
Email: sattarimarjan@yahoo.com

۳. دانشجوی کارشناسی خدمات بهداشت و درمان، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

نوع مقاله: پژوهشی تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۴/۶/۲۹ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۴/۸/۳۰

یافته‌ها: از مجموع ۱۹۰۹۳۳۴۷۵۳ ریال هزینه خدمات انجام شده برای این نمونه ۳۹۴ تایی، فقط ۱۰۵۲۰۳۱۶۰۵ ریال آن در هنگام ترخیص به بیمارستان پرداخت شده است. به این ترتیب مبلغ ۸۵۷۳۰۳۱۴۸ ریال از هزینه خدمات انجام شده، یعنی معادل ۴۴/۹ درصد از هزینه خدمات انجام شده در هنگام ترخیص بیماران بلامتکلیف مانده است. پس از اجرای قانون ماده ۹۲، هزینه‌های مصدومین تصادفی به طور کامل به بیمارستان پرداخت شده است.

بحث و نتیجه گیری: تأمین نشدن هزینه‌های انجام شده برای بیماران، سازمان بیمارستان را از ارائه خدمت به بیماران بعدی بازمی‌دارد. با قطع رابطه مالی پزشک (سازمان بیمارستان) و بیمار در بیماران تصادفی، امکان مالی رسیدگی بهتر به بیماران تصادفی و به تبع آن رعایت بخش‌هایی از منشور حقوق بیمار امکان‌پذیر خواهد بود.

واژگان کلیدی

حقوق بیمار، رابطه مالی پزشک و بیمار، بیمه، حوادث ترافیکی

مقدمه

انسان در طول حیات خود با انواع خطرات تهدیدکننده سلامتی مواجه بوده است. جالب‌تر این‌که هر قدر زندگی صنعتی‌تر و پیشرفته‌تر می‌شود، وسایل و امکانات عامل خطرات جدیدی برای وی می‌شوند. افزایش رشد جمعیت، افزایش تعداد وسایل نقلیه، بالا رفتن ضریب سرانه مالکیت خودرو در جامعه، افزایش تقاضای سفر، مضاعف‌شدن حجم تردد و میزان استفاده از وسایل شخصی عوامل ریشه‌ای تصادفات و تلفات رانندگی به شمار می‌آیند.

«حوادث ترافیکی در جامعه ما یکی از خطرات تهدیدکننده سلامتی است. در کشور ما حوادث دومین عامل مرگ و میر است و حوادث ترافیکی و سوانح در رأس آن قرار دارد. ... حوادث ترافیکی سالانه موجب مرگ و میر حدود ۱۲۰ میلیون نفر و مجروح‌شدن بیش از ۵۰ میلیون نفر در سراسر جهان می‌شود. آمارهای ارائه‌شده در ایران نشان می‌دهد که پس از بیماری‌های قلبی و عروقی حوادث دومین عامل مرگ و میر در همه گروه‌های سنی و در گروه‌های زیر ۴۰ سال اولین علت مرگ و میر است.» (۱).

بیمارستان آیت‌... کاشانی در اصفهان به عنوان یکی از مراکز اصلی ترومای استان شناخته می‌شود. مصدومان حوادث ترافیکی توسط فوریت‌های پزشکی ۱۱۵ یا از طریق بیمارستان‌های سطح استان و حتی استان‌های همجوار به این مرکز ارجاع می‌شوند. این بیمارستان با ۵۰ سال سابقه فعالیت، در حال حاضر سالانه حدود ۵۰ هزار بیمار و مصدوم را پذیرش می‌کند که در مجموع، ۴۳٪ بیماران و آسیب‌دیدگان سوانح پذیرش‌شده در کل بیمارستان‌های استان را شامل می‌شود. مسائل اقتصادی از جمله چالش‌های موجود برای فراهم‌کردن بسترهای اجرای قانون است و از آنجایی که تعداد بیماران اورژانسی کم نیست و عمده آن‌ها از مصدومان حوادث ترافیکی هستند، این مراقبت‌ها برای بیمار و بیمارستان هزینه‌هایی در پی دارد (۲).

از آنجایی که بیمار در بیمارستان محور اصلی است و همه خدمات بیمارستانی برای او انجام می‌شود، بخش عمده‌ای از رضایت او نشان‌دهنده انجام صحیح و دقیق خدمات بوده و نمودی از اخلاق پزشکی می‌باشد و این رضایت نمی‌تواند صرفاً از تکنولوژی بالا به دست آید، بلکه ناشی از پرداخت هزینه‌های درمانی نیز است. به تعبیر دیگر، هزینه‌های مالی که بیمار و خانواده‌اش به دنبال فرآیند دریافت خدمات متحمل می‌شوند، بر رضایت آنان از خدمات ارائه‌شده تأثیر دارد، حتی اگر بهترین خدمات درمانی برای بیمار ارائه گردد، ولی بیمار نتواند از عهده تأمین هزینه

آن خدمات برآید، رضایت‌مندی بالایی از خدمات ارائه‌شده نخواهد داشت. از این رو انتخاب شیوه‌های مختلف تأمین منابع و بازپرداخت هزینه‌ها، و پوشش بیمه‌ای جامعه یک چالش مهم در بسیاری از کشورها است (۳).

از طرف دیگر، یکی از وجوه تحلیل اخلاقی سامانه سلامت، بررسی ابعاد رابطه پزشک و بیمار و یکی از ابعاد این رابطه، رابطه مالی بین ارائه‌کننده و دریافت‌کننده خدمات سلامت است. چالش‌های موجود در این رابطه، به گونه‌ای است که در پژوهش انجام‌شده، پنج‌مین اولویت اخلاق پزشکی کشور، رابطه مالی پزشک و بیمار (سه‌م‌خواری/ پول زیرمیزی) ذکر شده است (۴). همچنین رابطه مالی غیر عادی پزشک (سه‌م‌خواری) را بر رابطه پزشک و بیمار مؤثر دانسته (۵) و آن را تهدیدی برای اعتبار حرفه پزشکی معرفی نموده‌اند (۶). همچنین قطع یا ساماندهی این رابطه مالی می‌تواند موجب رضایت‌مندی بیشتر بیمار و کاهش شکایات شود (۷-۹).

تحلیل و بررسی وضعیت هزینه‌های بیمارستانی، شکاف بین میزان درآمد و هزینه‌ها را مشخص خواهد نمود (۱۰). از اوایل دهه ۷۰، طرح خودگردانی بیمارستان‌ها در سطح کشور به اجرا درآمده است. بر اساس این طرح تأمین کلیه هزینه‌های بیمارستان‌ها و مراکز آموزشی درمانی غیر از حقوق پرسنل رسمی و پیمانی از محل درآمدهای اختصاصی آن‌ها است. طبق قانون برنامه پنج‌ساله اول توسعه جمهوری اسلامی ایران، بیمارستان مجموعه‌ای خودگردان به حساب می‌آید و [آباید] هزینه‌ها را از درآمدهای خود پردازد و دولت تنها بخشی از هزینه‌های عمرانی و هزینه‌های مربوط به کارکنان را پرداخت می‌کند (۱۱).

قبل از اجرای آیین‌نامه اجرایی ماده ۹۲ قانون برنامه چهارم توسعه در کشور برخی از بیماران تصادفی بعد از مراجعه به بیمارستان و دریافت خدمات درمانی توانایی مالی برای پرداخت صورت حساب را نداشتند. از آنجا که ممکن بود وسیله نقلیه‌ای که با فرد مصدوم برخورد نموده بیمه بدنه نشده یا این که راننده بعد از سانحه از محل حادثه گریخته باشد، این‌گونه بیماران در زمینه پرداخت پس از معالجه دچار مشکل بودند. ماده ۹۲ قانون برنامه چهارم توسعه جمهوری اسلامی ایران می‌گوید: «وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است نسبت به درمان فوری و بدون قید و شرط مصدومین حوادث و سوانح رانندگی، در مراکز خدمات بهداشتی و درمانی اقدام کند.»

به منظور تأمین منابع لازم برای ارائه خدمات فوق، ۱۰٪ از حق بیمه شخص ثالث، سرنشین و مازاد توسط شرکت‌های بیمه تجاری وصول و به حساب درآمدهای اختصاصی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی نزد خزانه‌داری کل واریز می‌گردد و هزینه‌های درمان کلیه مصدومان ترافیکی، جاده‌ای و رانندگی از محل وجوه واریز شده به این حساب و سایر منابع موجود پرداخت خواهد شد. توزیع این منابع بر اساس عملکرد هر یک از سازمان‌های بیمه‌گر پایه توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، هر شش ماه یک‌بار صورت خواهد گرفت» (۱۲)، ولی خوشبختانه پس از اجرای قانون یادشده بسیاری از این مشکلات برطرف گردید. بر طبق این قانون ۱۰٪ از مبالغ پرداختی بابت بیمه‌نمودن هر وسیله نقلیه در کشور، به حساب ویژه‌ای در خزانه واریز می‌شود. از این طریق صندوقی، به عنوان تمرکز وجوه درآمد اختصاصی در وزارت بهداشت و درمان تشکیل شده است. طبق این قانون کلیه بیمارستان‌های عمومی، دولتی و خصوصی موظفند مصدومین حوادث ترافیکی را بدون قید و شرط و بدون دریافت هیچ هزینه‌ای بابت خدمات پذیرش نموده و مراقبت‌های درمانی ارائه نمایند. هزینه ارائه این خدمات درمانی، طبق سازوکار مشخص شده در آیین‌نامه این قانون، از محل صندوق یادشده به بیمارستان‌ها پرداخت می‌گردد (۱۳).

در حال حاضر ۶ سال از اجرای قانون می‌گذرد. بررسی‌های اولیه نشان می‌دهد که اجرای این قانون به عنوان پشتوانه‌ای مالی در تأمین هزینه‌های بیماران تصادفی موجب تغییر کیفیت خدمات و رضایت بیماران شده است. بنابراین تیم پژوهش در این تحقیق برآنند تا با بررسی دقیق، مشخص نمایند که اجرای قانون در رضایت، کارایی و کیفیت خدمات چه تأثیری داشته است.

روش

پس از بررسی و تصویب طرح، با معرفی معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه، به بیمارستان مراجعه شد. با دستور ریاست بیمارستان، به مدیر آموزشی مراجعه شد و ایشان توضیح مختصری خواستند که بدانند اهداف پژوهش و انتظار و خواست تیم پژوهشی طرح از بیمارستان چیست؟ اهداف این پژوهش برای ایشان توضیح داده شد. به دستور و با هماهنگی ایشان، تیم پژوهشی به مسؤول محترم حراست، مسؤول محترم حسابداری و مسؤول محترم مدارک پزشکی بیمارستان ارجاع داده شدند و هماهنگی‌های اجرای پژوهش صورت پذیرفت.

به گفته مسؤل محترم تراز مالی بیمارستان، در سال‌های اجرای ماده ۹۲ (۱۳۸۴ به بعد) چون هزینه تمامی پرونده‌ها محاسبه شده و سرجمع هزینه‌های آن‌ها برای پرداخت از صندوق اختصاصی آن، به معاونت درمان فرستاده می‌شود، تراز مالی درآمد اختصاصی این‌گونه بیماران به راحتی قابل محاسبه و استخراج از سامانه رایانه‌ای بیمارستان است، اما در مورد سال‌های پیش از آن، جمع‌بندی مشخصی از هزینه‌ها و درآمدهای بیماران تصادفی در حسابداری موجود نیست. همچنین به گفته مسؤل محترم مدارک پزشکی بیمارستان، بررسی پرونده‌های پیش از سال ۱۳۸۴، باید به صورت دستی و مشاهده مستقیم یکایک پرونده‌ها صورت پذیرد.

برآورد اولیه نشان داد که رسیدن به برخی اهداف پژوهش (بررسی همه پرونده‌های تصادفی سال‌های ۱۳۸۱ تا ۱۳۸۳، یعنی پیش از اجرای قانون) از توان تیم پژوهشی خارج است، زیرا باید پرونده همه بیماران بستری‌شده در این مدت به صورت دستی بررسی شود. برای رفع مشکل، با مشاور آماری طرح مذاکره شد. راهکار پیشنهادی ایشان پس از بررسی دوباره اهداف اختصاصی طرح، این بود که ۴۰۰ پرونده مربوط به بیماران تصادفی انتهایی سال‌های پیش از اجرای طرح (از ۲۹ اسفند ۱۳۸۳ به قبل) با ۴۰۰ پرونده بیماران تصادفی انتهایی سال‌های اجرای طرح (از ۲۹ اسفند ۱۳۹۰ به قبل) مقایسه شود.

با مراجعه به سامانه الکترونیکی مدارک پزشکی بیمارستان، پرونده‌های کلیه بیمارانی که در سال ۱۳۸۳ مراجعه نموده و هنگام ترخیص از بیمارستان، به طور کامل تسویه نکرده و بخشی از هزینه خدمات انجام‌شده باقی مانده بود (شامل مراجعه‌کنندگان بخش اورژانس و بیماران بستری‌شده در بخش‌های بستری بیمارستان) فهرست گردید. تعداد ۱۵۲۱۸ پرونده دارای بدهکاری به دست آمد (نمودار ۱).

بدهکاری‌های جزئی هم ثبت شده بود. به منظور افزایش دقت بررسی در جهت اهداف فرعی مطالعه، تنها فهرست بدهکاران بالای ۱۰۰۰۰ ریال استخراج و فهرست بدهکاری‌های جزئی حذف شد. تعداد ۴۳۶۳ جلد از پرونده‌های سال ۱۳۸۳ در هنگام ترخیص بیش از ۱۰۰۰۰ ریال به بیمارستان بدهکار بودند. این وضعیت در سامانه همچنان به همین صورت باقی مانده و تغییر نکرده است. بر اساس ضوابط، پرونده‌های بیماران بستری در اورژانس بیمارستان پس از سه سال، از گردونه خارج شده و نگهداری نمی‌شوند. دسترسی به نسخه سخت‌افزاری این‌گونه پرونده‌های آن سال (۱۳۸۳ ش.) نیز ممکن نبود. این پرونده‌ها هم از فهرست خارج شدند.

تعداد ۲۳۸۷ جلد پرونده در فهرست باقی ماند که شامل همه بیمارانی بود که به هر دلیل در بخش‌های بستری بیمارستان پذیرش شده بودند و هنگام ترخیص از بیمارستان، بدهکاری داشتند (نمودار ۲).

بر اساس راهنمایی مسؤول محترم مدارک پزشکی بیمارستان با استفاده از شناسه‌ای (کد ۷، حرف ۲۲ لاتین) که به صورت دستی بر روی نسخه سخت‌افزاری پرونده‌های بیمارستانی ثبت شده بود، همه پرونده‌های بیماران تصادفی، یادداشت شد. شماره پرونده، هزینه کل خدمات انجام‌شده برای بیمار، مبلغی از پرونده که تسویه نشده، یادداشت شد. این بررسی از آخرین پرونده مصدوم حوادث ترافیکی بستری‌شده در بخش‌های بیمارستان در آخرین روز سال ۱۳۸۳ به قبل، انجام گردید.

طی ۴ روز کاری بیمارستان (صبح تا ظهر) پرونده‌های تسویه‌نشده سال ۱۳۸۳ بررسی شد. ۴۲۸ جلد پرونده تا ۱۳۸۳/۰۳/۰۱ مربوط به بیماران تصادفی بود. این پرونده‌ها مربوط به مصدومینی بود که هنگام ترخیص، به بیمارستان بدهکار بوده‌اند و از طریق نرم‌افزار برایشان صورت‌حسابی صادر شده بود که بخشی از آن صورت‌حساب، به صورت بدهکاری باقی مانده بود. در بین پرونده‌ها مواردی از فرار بیمار و نیز بیماران ناشناسی که علی‌رغم تلاش فراوان کارکنان بیمارستان فوت نموده و کسی هم متولی وی نبود، وجود داشت. مثلاً پرونده ۱۳۵۵۲۸ فردی است که علی‌رغم اقدامات درمانی، فوت نموده است. هزینه خدمات انجام‌شده برای این بیمار، مبلغ ۴۸۱۷۸۰۳۶ ریال شده که علی‌رغم پیگیری‌های موجود در پرونده، کسی متولی پرداخت هزینه‌های بیمارستان نشده است. مدیر بیمارستان برای خروج پرونده از بلا تکلیفی، ناگزیر کل پرونده را رایگان نموده است. در برخی پرونده‌ها مشخص نبود که بدهی بیمار به چه سرانجامی رسیده است. پرونده‌ها یک به یک بررسی شد تا ۴۲۸ عدد از پرونده‌های تسویه‌نشده که علت حادثه تصادف بوده است، مشخص گردید. داده‌ها به موازات استخراج از پرونده‌ها در جدول نرم‌افزار Excel ثبت شد. در ۲۹ پرونده، مبلغ کل استخراج‌شده کم‌تر از مبلغ باقی‌مانده تسویه نشده بود که برای بازبینی مجدد پرونده و رفع خطای هنگام استخراج داده‌ها، این ۲۹ پرونده دوباره بررسی شد. در ۱۵ مورد از آن‌ها، هزینه کل خدمات به اشتباه استخراج شده بود که تصحیح گردید. در ۱۴ مورد نیز، مانده صورت‌حساب، به اشتباه با مبلغی بیش از هزینه کل خدمات ثبت شده بود که تصحیح شد.

در جمع‌بندی، ۱۰ مورد از پرونده‌ها که در فهرست سامانه در ردیف بدهکاران قرار داشتند، ولی در صورت حساب پرونده طلبکار بودند (هزینه کل خدمات انجام شده کم‌تر از پیش‌پرداخت بیمار بوده است) از فهرست نهایی حذف شدند. در گام بعدی، مواردی که در سامانه بدهکار ثبت شده بود، ولی در صورت حساب هنگام ترخیص، مانده بدهی برای وی «۰» ریال ثبت شده بود، به ترتیب بدهی فهرست‌بندی شد. این موارد مشتمل بر ۲۳ پرونده بود که همه آن‌ها از گردونه خارج شدند. در نهایت ۳۹۴ پرونده در فهرست استخراج شده باقی ماند. ۱۰ مورد از این پرونده‌ها، هیچ هزینه‌ای بابت خدمات انجام شده به بیمارستان پرداخت ننموده و به طور کامل بدهکار بودند که همچنان که گفته شد یک مورد از آن‌ها فرار بیمار از بیمارستان بود.

یافته‌ها

از مجموع ۱۹۰۹۳۳۴۷۵۳ ریال هزینه خدمات انجام شده برای این نمونه ۳۹۴ تایی از مصدومین حوادث ترافیکی، هنگام ترخیص، فقط ۱۰۵۲۰۳۱۶۰۵ ریال آن به بیمارستان پرداخت شده بود و این بررسی نمی‌توانست تکلیف باقیمانده بدهکاری این بیماران را مشخص نماید. به این ترتیب مبلغ ۸۵۷۳۰۳۱۴۸ ریال از هزینه خدمات انجام شده (معادل ۴۴/۹) در هنگام ترخیص بیماران بلا تکلیف مانده و (نمودار ۳) هرچند شواهد نشان می‌دهد که بخشی از آن‌ها تسویه شده، اما بخشی از این هزینه‌ها هرگز به حساب بیمارستان برگشت نکرده است. به گفته مسؤولین بیمارستان، تعداد زیادی مدارک گرو گذاشته شده بیماران مربوط به سال‌های مختلف در بیمارستان وجود دارد که هرگز کسی برای تعیین تکلیف آن‌ها، مراجعه نکرده است.

از سوی دیگر با وجود بستری شدن تعداد معتنابهی از بیماران و مصدومان حوادث ترافیکی در سال‌های اجرای این قانون که در نمودار ۴ دیده می‌شود، پس از اجرای ماده ۹۲ قانون برنامه چهارم توسعه جمهوری اسلامی ایران (که در برنامه پنجم توسعه کشور ذیل ماده ۳۷ آمده است) همان‌گونه که در نمودار ۵ و جدول ۱ دیده می‌شود، هزینه‌های مصدومین تصادفی به طور کامل به بیمارستان پرداخت شده است. طی سال‌های ۱۳۸۴ تا ۱۳۸۸ به جز ۱۰٪ سهم دانشگاه که از سرجمع همه درآمدهای اختصاصی کسر می‌شود، مابقی درآمد حاصل از این هزینه‌ها به طور کامل به بیمارستان برگشت داده شده است.

هنگام شروع مرحله اجرایی طرح، کم‌تر از ۲۳٪ هزینه خدمات انجام‌شده برای ۱۰۷۶۳ بیمار تصادفی مراجعه‌کننده به بیمارستان در سال ۱۳۹۰، توسط دانشگاه به حساب بیمارستان واریز شده بود. در طی انجام طرح، در دو مرحله دیگر از سوی دانشگاه، بخش دیگری از هزینه خدمات انجام‌شده در سال ۱۳۹۰ موضوع این قانون به بیمارستان پرداخت شد. بر این اساس، حدود ۸۷٪ هزینه‌ها به بیمارستان پرداخت شده و تنها ۱۲/۳۱ درصد از آن باقی مانده است که با همین روند تا مدتی بعد تسویه خواهد شد.

بحث

اجرای ماده ۹۲ قانون برنامه چهارم توسعه، با حذف پرداخت مستقیم هزینه درمان توسط بیمار تصادفی، رابطه مالی مستقیم بیمار و پزشک (بیمار و بیمارستان به عنوان نهاد ارائه‌کننده خدمت) را بهبود بخشیده است. حذف این رابطه مستقیم مالی بیمار و بیمارستان، بخش قابل توجهی از چالش‌های اخلاقی مرتبط با آن را حل نموده است. این به معنی حل قطعی و کامل این معضل نیست، اما گام مهمی در جهت رفع آن است. نتایج این پژوهش با پژوهش صدر و همکاران مطابقت دارد. ایشان در بررسی انجام‌شده از پرونده‌های شکایت از قصور پزشکی در رشته تخصصی ارتوپدی در اداره کل پزشکی قانونی استان تهران طی سال‌های ۱۳۸۲-۱۳۷۷ نتیجه گرفته‌اند که «بهبود مناسبات پزشک و بیمار، رعایت اخلاق پزشکی، کاهش روابط مالی میان پزشک و بیمار، افزایش دانش و مهارت‌های علمی و فنی پزشکان، توجیه مناسب بیماران قبل از انجام فرایندهای تشخیصی یا درمانی و ارتقای سطح فنی و تجهیزاتی مراکز درمانی در کاهش قصور و شکایت تأثیر بسزایی دارد.» (۱۴).

یکی از معضلات پیش روی کارکنان بیمارستان‌ها، به ویژه بیمارستان‌هایی که مرکز مراجعه حوادث ترافیکی و «مرکز تروما» شناخته می‌شوند، معضل پرداخت هزینه اولیه در هنگام بستری و تشکیل پرونده بیماران تصادفی بود. موارد متعددی پیش می‌آمد که بیمار تصادفی همراه نداشت و یا همراهان وی به دلیل اضطراب ناشی از حادثه، آرامش لازم برای فراهم‌نمودن مبلغ لازم برای بستری‌نمودن بیمار را نداشتند. این امر به دفعات متعدد باعث تنش بین کارکنان بیمارستان و همراهان بیمار می‌شد. اجرای این قانون، این معضل را تقریباً به طور کامل حل نموده

است. هر بیماری که با شواهد کافی دال بر وقوع تصادف به بیمارستان آورده شود، بدون نیاز به پرداخت هزینه، بستری شده و در کوتاه‌ترین زمان ممکن، خدمات درمانی برای او شروع می‌شود. به نظر می‌رسد این امر باعث بهبود رضایت‌مندی بیماران شده است. بررسی دقیق وضعیت رضایت‌مندی بیماران و همراهان و مقایسه آن با پیش از اجرای این قانون، نیاز به پژوهش دیگری دارد. ایرج شاکرنیا در مقاله ارتباط پزشک و بیمار و نقش آن در رضایت‌مندی بیماران از فرآیند درمان به این نتیجه رسیده که «بیمار محور اصلی فرآیند درمان است و تمام خدمات درمانی به خاطر او انجام می‌شود. بنابراین رضایت بیمار تا حد زیادی می‌تواند نشان‌دهنده انجام صحیح خدمات باشد. رضایتی که صرفاً از تکنولوژی بالا به دست نمی‌آید، بلکه رفتار پرسنل و عملکرد آن‌ها نیز در این میان حائز اهمیت است. ... جلب رضایت بیمار نشان‌دهنده این است که کادر بهداشت و درمان از اهمیت پاسخگویی به نیازهای زیستی، روانی و اجتماعی بیمار آگاه بوده و نسبت به آن احساس مسؤولیت می‌کنند و نتیجه رضایت بیمار از فرآیند درمان، اعتماد به سیستم درمانی است.» (۱۵). همچنین فاطمه کلروزی و همکاران نیز در مقاله رضایت‌مندی بیماران از عملکرد تیم بهداشتی - درمانی در زمینه رعایت مفاد منشور حقوق بیمار به این نتیجه رسیده‌اند که رضایت‌مندی بیماران از عملکرد تیم درمانی در زمینه اجرای مفاد منشور حقوق بیماران در مراکز درمانی، با عوامل تعداد روزهای بستری بیماران، نوع بخش تیم درمانی (پزشک و پرستار) و تحصیلات بیماران در ارتباط است (۱۶).

بنابر آماری که فانیان و همکاران در مقاله بررسی اپیدمیولوژیک حوادث رانندگی مجله علمی پزشکی قانونی ارائه داده‌اند «سالانه بیش از یک میلیون و بیست و شش میلیون نفر در دنیا به علت تصادفات رانندگی جان خود را از دست می‌دهند. اغلب مرگ و میرهای ناشی از حوادث رانندگی در میان جوانان و در کشورهای با درآمد کم یا متوسط اتفاق می‌افتد.» ایشان ضمن بررسی همه‌گیرشناسانه (epidemiologic) حوادث ترافیکی استان اصفهان نتیجه گرفته‌اند که «با توجه به روند رو به رشد ناوگان ترافیکی کشور و عواقب شدید اقتصادی، اجتماعی و روحی روانی که مرگ و میرهای ناشی از حوادث رانندگی به بار می‌آورند و نیز با توجه به این نکته که تعداد زیادی از این مرگ و میرها قابل پیشگیری هستند، لازم است تدابیر مناسب و کارآمدی در جهت ایمن‌سازی جاده‌ها و خودروها، اجرای صحیح‌تر قوانین و جریمه‌های رانندگی، افزایش آموزش قوانین عبور و مرور به مردم به خصوص کودکان و جوانان و بالاخره محافظت

بیشتر کودکان کم سن و سال در داخل و خارج وسایل نقلیه به عمل آید تا کم‌تر، شاهد مرگ و میر ناشی از حوادث رانندگی باشیم. از طرفی مطالعات پژوهشی در جهت تعیین عوامل خطر حوادث ترافیکی بیماران تصادفی ضروری می‌باشد.» (۱۷).

به نظر می‌رسد، باید مطالعه در زمینه بیمه حوادث رانندگی را به این ضرورت افزود که ماده ۹۲ قانون برنامه چهارم توسعه (و ماده ۳۷، ماده قانونی متناظر آن در برنامه پنجم)؛ یکی از مهم‌ترین مواد قانونی وضع شده در راستای حمایت از مصدومان این حوادث به شمار می‌رود.

بنابراین با توجه به این که در مطالعه کنونی، موارد متعددی از پرونده‌های تسویه نشده مربوط به دوران پیش از اجرای قانون وجود داشت و بنابر اظهار مسؤولین مالی بیمارستان، مدارک بسیاری نیز بابت وثیقه همچنان به صورت بلا تکلیف باقی مانده است، اجرای این قانون و تسویه کامل پرونده بیمار در هنگام ترخیص و عدم نیاز به وثیقه (برای ترخیص بیماران کم‌بضاعت و بی‌بضاعت) می‌تواند نقشی حمایتی برای این‌گونه بیماران و به ویژه خانواده آن‌ها داشته باشد. همچنین رضا دهنویه در بررسی خود نتیجه گرفته است که با توجه به روند رو به رشد هزینه‌های درمانی و محدودیت منابع مالی در ایران، ضرورت توجه به مسأله کنترل هزینه‌های درمانی بسیار حایز اهمیت است (۱۸).

این بررسی نشان داد که از ابتدای اجرای قانون مورد بررسی این پژوهش، هزینه‌های درمان مصدومین حوادث ترافیکی از مجرای این صندوق به بیمارستان پرداخت شده است. رضا رضایی، مدیر بودجه و اعتبارات معاونت درمان وزارت بهداشت با اشاره به ماده ۹۲ قانون برنامه چهارم توسعه و بند ب ماده ۳۷ قانون برنامه پنجم توسعه مبنی بر درمان رایگان مصدومان سوانح و حوادث ترافیکی گفته است «وزارت بهداشت بنا به رسالت قانونی خود و الزام به رعایت قانون از سال ۱۳۸۴ اقدام به درمان رایگان بیماران تصادفی کرده است. وی مواد قانونی مربوط به درمان رایگان بیماران سوانح و حوادث ترافیکی را از مترقی‌ترین قوانینی عنوان کرد که با قطع ارتباط مالی میان بیمار و بیمارستان، رضایت‌مندی صد درصد بیماران را به دنبال داشته است.» (۱۹).

نتیجه‌گیری

بر اساس اظهار مسؤولین بیمارستان و شواهد به دست آمده از این پژوهش، اجرای ماده ۹۲ قانون برنامه چهارم توسعه جمهوری اسلامی ایران (که در برنامه پنجم توسعه ذیل ماده ۳۷ بیان شده است) موجب شده که در هنگام ترخیص بیماران حوادث ترافیکی، تکلیف هزینه اقدامات

درمانی انجام شده برای آن‌ها مشخص و روشن باشد. تا پیش از اجرای این قانون، پرداخت هزینه‌ها به عهده بیمار یا بستگان وی بوده است. در این میان بیمارانی بودند که در هنگام ترخیص، توان مالی تسویه حساب را نداشته‌اند.

برخی از آنان با نهادن وثیقه‌های متفاوت بیمارستان را ترک نموده و بنابر مدارک موجود در بیمارستان، برخی از آنان هرگز برای تسویه و آزادکردن وثیقه خود اقدام نکرده‌اند. پیگیری‌های بعدی بخش‌های مربوط بیمارستان هم نتیجه‌ای نداده است. در میان پرونده‌های بررسی شده، بیمارانی یافت شد (مثلاً بیمار پرونده ۱۳۳۳۸۶) که تا پایان درمان ناشناس باقی مانده بودند. در یکی دیگر از موارد (بیمار پرونده شماره ۱۳۵۵۲۸ که علی‌رغم انجام اقدامات درمانی بسیار و پرونده قطور درمانی، بیمار فوت نموده است)، مسؤولین بیمارستان مجبور شده بودند پرونده را علی‌رغم هزینه‌های درمانی معتنا به (۴۸۱۷۸۰۳۶ ریال)، رایگان کنند تا از بلا تکلیفی خارج شود. با توجه به خودگردانی مراکز درمانی از اوایل دهه ۷۰ شمسی، بازگرداندن هزینه‌های اقدامات درمانی انجام شده، موجب کاهش توان خدمت‌رسانی بیمارستان شده و خواهد شد. بر اساس قانونی که به موجب آن بیمارستان‌ها و مراکز درمانی خودگردان شده‌اند، دولت فقط حقوق کارکنان رسمی، پیمانی و طرحی و نیز هزینه‌های عمرانی را به بیمارستان‌های دولتی پرداخت می‌کند. بنابراین بقیه هزینه‌ها باید از محل درآمدهای اختصاصی پرداخت گردد. آب، برق، گاز، تلفن، سوخت خودرو و آمبولانس، هزینه نیروهای شرکتی و طرف‌های قرارداد، وسایل و تجهیزات اعم از پلاک خور و مصرفی، تهیه غذا و... باید از محل همین درآمدهای اختصاصی پرداخت گردد. محقق‌نشدن هر بخشی از این درآمدها برای هر واحد خودگردان، فاجعه‌ای است که هرگز جبران نخواهد شد. باید به این مشکل، افزایش هزینه‌های یادشده بر اساس تورم موجود در بازار و تغییر تعرفه‌ها که فقط یک‌بار در سال و البته بدون تناسب واضح با تورم صورت می‌گیرد را نیز افزود.

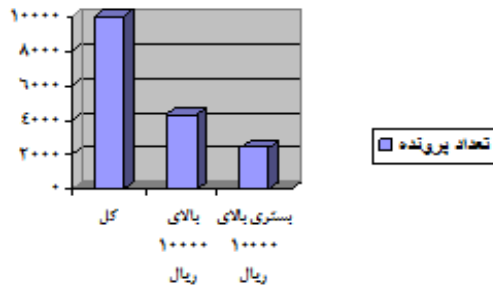
اجرای ماده ۹۲ قانون برنامه چهارم (و معادل آن، ماده ۳۷ برنامه پنجم) توسعه جمهوری اسلامی ایران موجب شده است که مرکز آموزشی درمانی آیت‌الله کاشانی اصفهان از سال ۱۳۸۴ به بعد، پرونده‌ای تسویه‌نشده و بلا تکلیف از بیماران حوادث و سوانح ترافیکی نداشته باشد. این بیمارستان، یکی از دو مرکز اصلی تروما در استان اصفهان است و مراجعات فراوان دارد. شواهد موجود و به دست آمده از اجرای طرح نشان می‌دهد که پس از اجرای قانون، درآمدهای اختصاصی واریزشده از صندوق مصدومین حوادث ترافیکی به بیمارستان، با هزینه خدمات انجام شده

برابری می‌کند و چیزی از این هزینه‌ها (به جز کسور اعمال شده از ناحیه دانشگاه) محقق نشده و بلا تکلیف، باقی نمانده است. به نظر می‌رسد این موضوع باعث شده وقتی بیمارستان از نظر درآمدهای اختصاصی در وضعیتی نسبتاً قابل قبول قرار گیرد. وقتی بیمارستان از منابع درآمدی متناسب با هزینه‌ها برخوردار باشد، به قطع و یقین می‌تواند کیفیت ارائه خدمات به بیماران مراجعه‌کننده را بهبود بخشد و ارتقا دهد. کیفیت خدمات به عوامل متعددی بستگی دارد، ولی از یکی عوامل کلیدی آن، منابع مالی است.

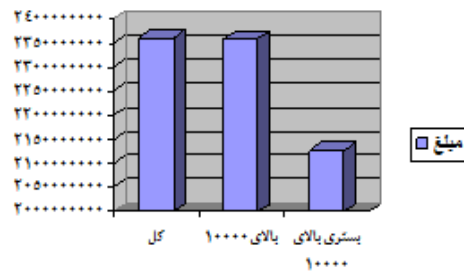
نکته‌ای که مسؤولین بیمارستان یادآور شدند، این است که از سرجمع درآمدهای اختصاصی موضوع این قانون در سال ۱۳۸۹، معادل ۱۰۸۰۰۰۰۰۰۰ ریال از این درآمدها (معادل حدود ۲/۵ درصد) توسط دانشگاه به عنوان «کسور» (علاوه بر ۱۰٪ سهم دانشگاه) برداشته شده که این مبلغ برای بیمارستان معتنا به است. ضمن این که در سال ۱۳۹۱ پرداخت‌های دانشگاه تاکنون انجام نشده و این کار موجب شده تا بیمارستان از نظر درآمدها و پرداخت به طرف‌های طلبکار از بیمارستان دچار مشکلات فراوان شود. بررسی علت این تأخیر پرداخت، نشان داد که به استناد بیان مسؤولین وزارت بهداشت و درمان، شرکت‌های بیمه تجاری که وسایل نقلیه را بیمه می‌کنند و باید ۱۰٪ موضوع این قانون را به این صندوق واریز نمایند، هزینه دریافت‌شده را واریز نموده‌اند. رفع مشکلات اجرایی این قانون به بهبود وضعیت بیمارستان‌ها و مراکز درمانی و به تبع آن، خدمات‌رسانی با کیفیت به بیماران و رعایت اجزای منشور حقوق بیمار کمک خواهد کرد.

تشکر و قدردانی

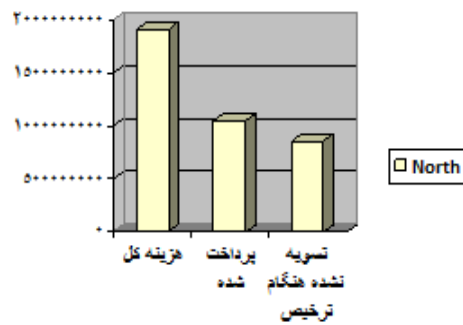
از همه عزیزانی که تیم پژوهشی را در طراحی و اجرای این پژوهش یاری نمودند، سپاسگزاری می‌نماییم. از همکاران محترم مرکز آموزشی درمانی آیت‌الله کاشانی اصفهان، به ویژه مدیریت، حراست، مدیر آموزشی، مسؤول حسابداری، مسؤول درآمد، مسؤول تراز مالی درآمد، مسؤول مدارک پزشکی سپاسگزاریم. سپاس ویژه و تشکر فراوان و تقدیر صمیمانه تیم پژوهشی را به سرکار خانم ترکیان (مسؤول بایگانی بیمارستان) تقدیم می‌نماییم که با صبوری بسیار، زحمت پاسخگویی به مشکلات تیم پژوهشی را متقبل شدند. مقاله پیش رو حاصل طرح پژوهشی مصوب شماره ۱۹۰۱۰۷ دانشگاه علوم پزشکی اصفهان بوده است. هیچ یک از نویسندگان، تراحم منافع در پیشنهاد و اجرای طرح پژوهشی و مقاله نداشتند.



نمودار ۱: بیماران تسویه نشده سال ۱۳۸۳

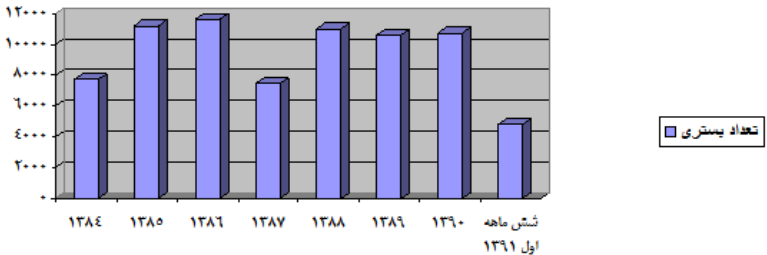


نمودار ۲: هزینه تسویه شده بیماران در سال ۱۳۸۳

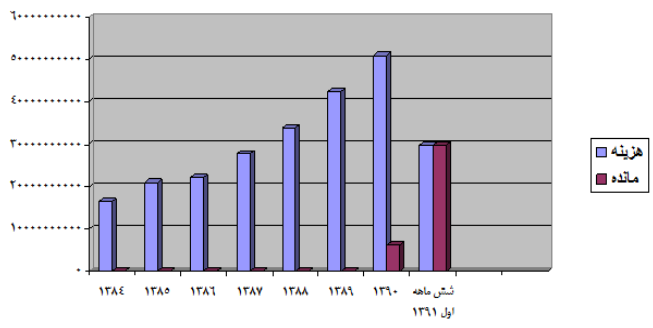


نمودار ۳: هزینه تسویه نشده نمونه بررسی شده مصدومین حوادث ترافیکی سال ۱۳۸۳

محسن رضایی آدرانی، مرجان ستاری نائینی، فاطمه موسوی، الهه صالح نیا، مریم براتی، خدیجه باباییان



نمودار ۴: تعداد بیماران بستری به دلیل حوادث ترافیکی در طی سال‌های اجرای قانون برنامه چهارم



نمودار ۵: هزینه بستری بیماران به دلیل حوادث ترافیکی در طی سال‌های اجرای قانون برنامه

چهارم و پنجم توسعه جمهوری اسلامی ایران تا شش ماهه اول سال ۱۳۹۱

ردیف	سال	تعداد پرونده تصادفی	مبلغ هزینه تصادفی	وصولی	٪ سهم دانشگاه	کسورات	مانده
۱	۱۳۸۱						
۲	۱۳۸۲						
۳	۱۳۸۳	نمونه ۳۹۴ تایی	۱۹۰۹۳۳۴۷۵۳				۸۵۷۳۰۳۱۴۸
۴	۱۳۸۴	۷۶۹۴	۱۶۳۷۴۰۵۷۰۰۰	۱۴۷۳۶۶۵۱۳۰۰	۱۶۳۷۴۰۵۷۰۰	.	.
۵	۱۳۸۵	۱۱۳۰۵	۳۰۸۸۶۲۹۵۱۴۴	۱۸۷۹۷۶۶۵۶۳۰	۳۰۸۸۶۲۹۵۱۴	.	.
۶	۱۳۸۶	۱۱۵۹۷	۳۲۰۱۷۱۶۹۳۱۹	۱۹۸۱۵۴۵۳۳۸۷	۳۲۰۱۷۱۶۹۳۲	.	.
۷	۱۳۸۷	۷۴۴۶	۳۷۷۲۶۱۹۵۹۰۲	۳۴۵۳۵۷۶۳۱۲	۳۷۷۲۶۱۹۵۹۰	.	.
۸	۱۳۸۸	۱۱۰۱۸	۳۳۹۶۶۹۱۳۰۵۷	۳۰۵۷۰۲۲۱۷۵۱	۳۳۹۶۶۹۱۳۰۶	.	.
۹	۱۳۸۹	۱۰۶۱۷	۴۲۵۴۳۷۵۳۵۰۶	۴۱۶۶۳۷۵۳۵۰۶	.	۱۰۸۰۰۰۰۰۰۰	.
۱۰	۱۳۹۰	۱۰۷۶۳	۵۰۸۹۳۴۳۳۸۹۰	۱۴۸۸۸۹۵۰۰۰۰	.	.	۳۹۳۳۰۴۳۳۸۹۰ ۳۴۴۴۱۴۸۳۸۹۰ ۶۲۶۵۴۸۳۸۹۰
۱۱	۱۳۹۱	۳۶۸۴ مردانماه ۴۸۴۳	۱۱۹۰۱۷۹۶۰۳۱ سه ماهه اول ۳۹۸۷۱۵۸۰۴۶۷ ۶ ماهه اول				۱۱۹۰۱۷۹۶۰۳۱

جدول ۱: خلاصه هزینه - درآمدهای تصادفی در سال‌های ۸۱ تا ۹۱

بررسی وضعیت اجرای قانون بیمه حوادث ترافیکی در بیمارستان آیتا... کاشانی اصفهان

References

1. Tavousi M. Traffic Accidents, Preventable Threat. Ettelaat, Ettelaat Annex. 1388 Khordad 2.
2. Parizi MI, Sasangohar P. Organization and Management from Theory to Practice. 6th ed. Tehran: Higher Institute of Iran Banking; 1382. [Persian]
3. Hajimahmoudi H, Zahedi F. Justice in the Healthcare System: Payment and Reimbursement Policies in Iran. Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine 2013; 6(3): 1-16.
4. Bagheri A. Iranian Medical Ethics Priorities: the Results of a National Study. Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine 2011; 4(5): 39-48.
5. Shojaee A, Abolhasani-Anaraki F. Trust Realization in Physician-Patient Relationship. Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine 2012; 5(5): 76-91.
6. Amiresmaili M, Nekoeimoghadam M, Esfandiari A, Ramezani F, Salari H. Causes of Informal Payments in Health Sector: A Qualitative Study of Viewpoints of Physicians, Policy Makers and Patients. Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine 2013; 6(3): 72-83.
7. Jafar Kazemi K, Fallah Karkan M, Badsar A, Amir Maafi A, Heydarzadeh A, Rahbar Taramsari M. Survey on Malpractice Claims Against Physicians Judged in Guilan Medical Council. Journal of Guilan University of Medical Sciences 2014; 23(91): 8-15.
8. Nasiripour AA, Hosseini MA, Fazayeli Rad H, Kamyabi A. Factors Related to the Patients Complaints Against Doctors in the Hospitals with the Verdict of the Medical Council of Kerman 1383-88. Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine 2011; 4(6): 87-96.
9. Mousavi SA, Mousavi SJ. Causes of Patient Dissatisfaction of Puplic Hospitals in Mazandaran Province. Iranian Journal of Forensic Medicine 2010; 16(2): 127-133.
10. Ebadi F, Ansari H, Rezapoor A. Study of Daily Bed Occupancy Costs And Performance Indexes in Selected Hospitalat of Iran University of Medical Sciences in 1381. Journal of Health Administration 2005; 7(18): 37-44.

11. Yarmohammadian MH, Bahrami S. Needs Assessment in the Healthcare Organizations of Isfahan. Isfahan: Isfahan University of Medical Sciences Press; 1383.
12. Act on Fourth Development Plan of the Islamic Republic of Iran, 92 (1383).
13. Mohebbifar R, Shoghli AR, Ramzani M, Khoshnam K. The Comparison of Financing Share of the Hospitals of Zanzan University of Medical Sciences During the Fourth Economical, Social and Cultural Development Plan (2005-2009). Quarterly Journal of Health Accounting 2012; 1(1): 63-73.
14. Sadr SS, Ghadyani MH, Bagher Zadeh AA. Assessment of records of complaints from medical malpractice in the field of orthopedic, in the coroner's Office of Forensic Medicine, province of Tehran, during 1988 to 2003. Iranian Journal of Forensic Medicine 2007; 13(2): 78-86.
15. Shakerinia I. Physician-patient relationship and patient's satisfaction. Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine 2009; 2(3): 9-16.
16. Kalroozi F, Dadgari F, Zareiyani A. Patients' satisfaction from health care group in patient's bill of right observance. Journal of Military Medicine 2010; 12(3): 143-148.
17. Fanian H, Ghadipasha M, Goddousi A, Abedi MH, Farajzadegan Z, Kazemi Robati A. Epidemiologic evaluation of traffic accidents in Isfahan, (2002-2003). IJFM 2007; 13(2): 87-91.
18. Dehnavieh R, Hajizadeh M, Najafi B. Check of rates and deductions causes of health insurance for hospital inpatient records in Hasheminejad and Fairuzgar at the quarter Aban, Azar and Dey of 1381. Special issue of scientific and speciality of general insurance of treatment care. 25: 70-74.
19. Database of insurance industry. Insurance companies owe 155 billion Tomans to the Ministry of Health. 1390/02/10. Available At: <http://www.bimehnews.ir/NewsView.asp?ID=2469>. Accessed April 1, 2015.